

전염병관리 관련법령의 변화 추이분석 및 향후 개정방향에 관한 연구

황창용¹, 오희철², 이덕형¹, 박기동¹, 이종구¹

1) 보건복지부

2) 연세대학교 의과대학 예방의학교실

= Abstract =

The amendment tendency analysis of the Korean Infectious Disease Prevention Act and a recommendation for the next amendment

Chang Yong Whang¹, HeeChoul Ohrr², Duk Hyoung Lee¹, Ki Dong Park¹, Jong Koo Lee

Ministry of Health and Welfare

Dept. of Preventive Med. and Public Health, Yonsei Univ. College of Med.

This Study has been carried out to make a recommendation for the next amendment of the Infectious Disease Prevention Act with a specific focus on the kind of notifyable disease. Korean, Japanese, German, U.S, English and French acts on infectious diseases prevention were reviewed, compared with and analyzed in regards of numbers and kinds of notifyable infectious diseases and their tendency of amendments.

An criteria was designed to assess the level of validity of diseases to be designated in the act. Four items, the fatality (greater than 10% or not), the possibility to make a big epidemic, the availability of efficient vaccination and the usefulness of isolation, are used in the assessment. This index is applied to the diseases in Korean and other countries' Infectious Disease Prevention Acts.

Results are as follows :

1. The Korean Infectious Disease Preventon Act has a unique way of classifying the notifyable infectious disease, that is, the first, the second and the third class. But the author cannot find the basis of classification. No other countries reviewed have the similar classification.
2. The ten diseases, cholera, plague, yellow fever, diphtheria, typhoid fever, poliomyelitis, rabies, tetanus, malaria, and meningococcal meningitis are designated as

the notifyable diseases not only in Korea but also in Japan, Germany, United States, England and France.

3. Thirty seven diseases including small pox, Lassa fever, anthrax, influenza, German measles, Legionellosis, infection with E. coli O157 : H7, Q-fever, brucellosis, Lyme disease are designated as legal disease at least one of the above mentioned countries.
4. The Korea has been coped with the change of the infectious disease occurrence for last fifty years in amendment of the Infectious Disease Prevention Act.
5. Japan has a special infectious surveillance system composed of 3,880 clinics throughout the whole country.
6. Germany has classified infectious diseases in five categories which are based on seriousness of disease. Any confirmed death, cases and suspected cases in class I should be reported within 24 hours. But only confirmed death and cases in class II, but not suspected cases, are reportable in Germany.
7. Plague, bacillary dysentery, pertussis, mumps, Japanese encephalitis and Korean hemorrhagic fevers are diseases with high credits validity index among Korean legal disease.
8. German measles, anthrax, E. coli O157 : H7 infection, Lassa fever, Q-fever, brucellosis are high in validity index among those which are not designated in Korea but designated in other countries.

In conclusion, the Korean Infectious Disease Prevention Act has well been coped with the changes of infectious disease occurrence for last fifty years, but the classification basis and the validity of diseases to be designated as legal diseases is worth reevaluating.

Key words : Infectious Disease Prevention Act

I. 서 론

전염병예방법은 1948년 세계인권선언에서 “인간은 누구나 태어 날때부터 건강을 향유할 권리가 있다”고 선언한 것에 근거한다고 볼 수 있다. 우리나라에서도 이 영향을 받아 “국가는 이러한 권리를 보장할 의무가 있다”고 헌법 제36조제3항에 건강권 내지 보건에 관한 보호를 의무화하였기 때문이다. 우리나라는 국민생활을 보장하기 위해 모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다고 법령에 명시하였다. 법령에 관리대상을 규정하는 것은 확고한 근거를 가지고 전염병을 관리할 수 있다는 장점이 있는 반면, 질병 발

생양상의 변화에 따라 제도가 신속히 대응하지 못할 가능성을 함께 가지고 있다.

전염병은 다른 사람에게 전파될 수 있다는 점에서 외부효과가 큰 질병이다. 따라서 전염병 관리는 국가에서 직접 관장해 왔으며, 예방백신이나 항생제가 개발되기 전인 19세기까지 전염병관리 수단은 격리와 교통차단이 유일한 관리방법이었으며 업무의 성격상 경찰행정에 속하여 있었다. 백신과 항생제의 개발 그리고 의학 특히 보건학이 급격히 발달하게 된 20세기에 와서 전염병관리는 경찰행정 업무에서 보건업무 분야로 넘어오게 되었다.

최근 들어 전세계적으로 사라졌던 마라리아, 콜레

라 등의 전염병이 재유행하고 있다. 지난 20년 동안 30종 이상의 감염병이 발생하는 등 전염병관리의 중요성이 재부각되고 있어 세계보건기구에서는 국제보건규칙의 개정을 검토하고 있다. 일본에서는 전염병예방법 전문개정을 추진중에 있고 독일에서는 전염병보호법의 입안을 준비중에 있는 등 국제적으로 전염병 유행의 새로운 상황에 대처하기 위한 법령정비를 서두르고 있는 분위기이다.

우리나라 전염병관리 관련법령은 전염병예방법, 결핵예방법, 후천성면역결핍증예방법, 검역법 및 각법의 시행령, 시행규칙과 해외유입전염병관리규정, 위생분야종사자 건강진단규칙 등이 있으나, 근간이 되는 법은 전염병예방법이다. 전염성질환중에서 임상경과가 빠르게 진행되고 다른 사람에게 전염력이 높아 이를 지역사회 수준에서 관리하고 개입하지 않을 경우 국민보건에 영향을 미치는 질환을 법정전염병으로 지정한다.

그러나 우리나라의 법정전염병에서 관리에 근간이 되고 있는 제1종, 제2종, 제3종의 구분기준이 불분명한 면이 있을 뿐아니라 그외에도 재검토 여지가 있는 부분이 있다. 또한 세계가 지구촌으로 불리울 만큼 교통과 왕래가 빈번하여 국경의 의미가 적어지고 사라졌던 전염병과 새로운 전염병이 나타나는 상황에 우리는 처하고 있다. 본 연구에서는 우리나라 전염병관리법령중 전염병예방법의 개정 추이를 분석하고 주요 외국의 전염병예방법과 우리나라 현행법령을 비교분석해 향후 전염병예방법의 개정에 참고가 되는 일부 자료를 제시하고자 한다.

1. 연구의 목적

우리나라 전염병예방법의 개정 추이를 분석하고 우리나라의 해당법 내용을 주요 외국의 전염병예방법과 비교 검토하므로써 향후 법정전염병의 일부 관리방안을 제시하고자 한다. 구체적인 연구 목적은 다음과 같다.

첫째, 전염병예방법의 개정추이를 파악한다.

둘째, 법정전염병의 종류와 신고시기의 추이를 파

악한다.

셋째, 일본·독일 등 주요 외국의 전염병관리 내용을 우리나라의 것과 비교분석한다.

넷째, 법정전염병 지정타당성의 한가지 기준을 개발하여 적용함으로써 전염병예방법의 일부 개정 방향을 제시한다.

II. 연구자료 및 분석방법

1. 연구자료

본 연구의 목적에 따라 자료는 다양하다. 국내 자료로는 전염병예방법, 대한민국헌행법령집, 대한민국법률개혁집, 전염병예방법관계법령집, 1994 급성전염병 통계연보, 1995-1996 보건사회통계연보 그리고 165회(1993년), 169회(1994년), 170회(1995년) 국회본회의 회의록 등이다. 외국의 자료로는 일본의 전염병예방법과 독일의 전염병예방법 그리고 영국, 프랑스, 미국의 법정지정병명 등이다. 그외에도 질병의 역학, 전파방법, 치유율, 치명률 등에 관한 정보는 Mandell 등(1995), Last 등(1996)의 책들 그리고 Benenson(1995)의 Control of Communicable Diseases Manual에서 얻었다.

2. 분석방법

첫째, 우리나라에서 처음 전염병예방법이 제정된 이래 최근까지 개정된 주요내용을 시기별로 검토한다.

둘째, 전염병예방법 또는 이에 해당하는 관리지침에서 대상으로 하는 질병 종류와 발생시 즉시 보고 요구여부 등을 국가별로 비교 검토한다.

셋째, 법정전염병으로 지정할 만한 질병을 한 기준에 의하여 검토한다. 그 방법은 아래와 같다.

가. 검토 대상질병의 선정

일본, 미국, 영국, 프랑스 그리고 독일에서 법적으로 관리하고 있는 질병을 일단 대상으로 하였다. 그러나 미국과 독일의 경우는 법적으로 관리하는 질병의

종류가 매우 많았기 때문에 해당 국가의 풍토병에 해당하는 질병은 제외하고 일부만을 대상으로 검토하였다.

나. 검토방법

1) 검토방법

첫째는, 유행가능성으로 “상”, “하” 그리고 “무”로 분류한다. 우리나라에서 1948년이후 공식기록에 발생한 적이 있으면 일단 “무”로 보지는 않는다. 그러나 보고된 적도 없고 전파에 반드시 필요한 매개곤충 등이 우리나라에 서식하지 않을 경우는 “무”로 판정한다. 최근 5년 이내 발생보고가 있으며, 집단발생이 가능한 것은 “상”으로 판정하였고 전파방법 속성상 산발(sporadic)하는 질병은 “하”로 판정하였다.

둘째는, 현대의학의 치료방법을 동원하였을 때 치명률이 10%이상 또는 미만 여부로 나누었다. 다만, 치명률이 10%미만이라 할지라도 풍진과 같이 신생아에게 선천성 기형을 일으킨다든지 Ophthalmia neonatorum 같이 실명을 일으키거나 또는 나병과 같이 사회적으로 치명상을 일으키는 질병도 치명률이 높은 “이상”으로 처리하였다. 치명률은 Mandell 등(1995)의 Principles and Practice of Infectious Diseases, Last 등(1996)의 Public Health and Preventive Medicine 그리고 Benenson(1995)의 Control of Communicable Diseases Manual에 있는 내용을 참고로 하였다.

셋째는, 환자발생 보고가 있을 때 대상질병에 대한 예방접종이나 환자의 일시적 격리가 전파를 막는데 도움이 되는지의 여부를 본다.

2) 계량화 방법

유행가능성은 “상, 하”군은 1점, “무”군은 0점을 주고 치명률이 “이상”이면 1점 “미만”이면 0점, 그리고 예방접종이나 환자의 일시적 격리가 질병전파 방지에 도움이 되면 각 1점을 주고 도움이 되지 않으면 0점을 주었다.

III. 연구결과

1. 전염병예방법 연혁

전염병의 발생과 유행을 방지하여 국민보건을 향상·증진시킴을 목적으로 하는 전염병예방법은 1954년 2월 2일 법률 제308호로 공포되었다. 동 법안은 1952년 6월 19일 정부제안으로 국회에 제출되어 1954년 1월 6일 제18회 사회보전위원회에 상정하였으나 처리결과 폐기되었다. 그러나 같은 날인 1954년 1월 6일 사회보전위원장이 제출한 전염병예방법(대안)이 재차 본회에 상정되어 1954년 1월 11일 수정가결되어 제정되었다. 대안을 채택한 이유는 원안에 법시행에 필요한 사항을 命書으로 정한다고 하였으나 이법에 전염병예방에 필요한 사항이 상세하게 규정되어 있으므로 “시행령에 관한 규정”을 삭제한다는 내용이었다.

표 1. 전염병예방법의 연혁

제안건명	제안일자	본회의결일	공포일자
	제안자	처리결과	공포번호
전염병예방법안	1952. 6. 19 정 부	1954. 1. 6 폐 기	
전염병예방법안(대안)	1954. 1. 6 사회보전위원장	1954. 1. 11 수정가결	1954. 2. 2 308호
전염병예방법중개정법률안	1962. 10. 31 내 각	1963. 2. 1 원안가결	1963. 2. 9 1274호
	1976. 10. 12 정 부	1963. 12. 16 원안가결	1976. 12. 31 2990호
	1983. 6. 11 정 부	1983. 12. 1 수정가결	1983. 12. 20 3662호
의료법중개정법률안	1986. 3. 29 김집의원의외 37인	1986. 4. 8 수정가결	1986. 5. 10 3825호
전염병예방법중개정법률안	1993. 9. 9 정 부	1993. 11. 30 원안가결	1993. 12. 27 4634호
	1994. 7. 14 보건사회위원장	1994. 7. 14 수정가결	1994. 8. 3 4777호
	1994. 10. 18 정 부	1994. 12. 14 원안가결	1995. 1. 5 4910호

자료 : 보건사회부, 보건사회부 법률연혁집, 1994; 153-162

국회 본회의회의록 165회(1993년), 169회~170회(1994년)

전염병예방법은 제정 이후 정부안 5회, 의원입법 2회 등 총 7차례의 부분개정을 거쳐 현재에 이르고 있으며 그 내용은 표 1과 같다.

2. 전염병예방법의 주요내용

가. 1954년 전염병예방법의 내용

「전염병예방법」은 정부수립과 6. 25 전쟁으로 전염병이 극심하게 유행하던 시기인 1954년 2월 2일 공포되었다. 제정당시 전염병의 발생을 방지하여 국민보건 향상에 기여할 목적을 가지고 58개 조문으로 제정되었고, 총칙에 전염병의 종류를 뚜렷한 기준없이 제1종, 제2종, 제3종으로 구분하였다. 전염병 중 제1종, 제2종 및 나병 환자, 疑似患者 또는 병원체보유자를 진단하였거나 사체를 검안한 의사 또는 한의사는 즉시 그 환자 또는 사체 소재지의 특별시장, 시, 읍, 면장에게 신고토록 하였다(제4조제1항). 한편, 결핵과 성병이 있어서 의사는 환자에 관한 기록을 보존하고 환자수를 매월 1회 이상 특별시장, 시, 읍, 면장에게 보고토록 하고 있다(제4조제2항).

전염병예방을 위해 특별시장 또는 시, 읍, 면장은 천연두, 디프테리아, 백일해, 장지부스, 발진지브스, 파라지브스, 결핵에 대한 정기에방접종을 하도록 하였다(제11조).

나. 제1차 개정 전염병예방법의 내용

전염병예방법 제1차 개정은 1962년 10월 31일 내각 제안으로 1963년 2월 9일 공포되었다. 법정전염병의 종류를 조정하였고 결핵에 관한 건강진단을 받아야 할 대상을 개인단위로부터 단체단위로 변경하였다. 신생아에 대하여는 그 조산에 당(當)한 의사 또는 조산원이 의무적으로 결핵예방접종을 실시토록 하고 있다.

한편, 제1종전염병 중 “유행성뇌염”을 제2종으로 변경하였고, 제2종전염병에 “공수병, 마라리아”를 추가 하였으며 의사, 한의사가 제1종, 제2종전염병환자를 진단 및 검안시 즉시 신고토록 하였으나 “나병”은 동법 개정시 “즉시 신고 대상질병”에서 제외하였다

(제4조제1항).

다. 제2차 개정 전염병예방법의 내용

제2차 개정은 1976년 10월 12일 정부안으로 제안되어 1976년 12월 31일 제정공포 되었다. 현행 제1종전염병인 “발진열, 성홍열, 재귀열 및 유행성뇌척수막염”을 제2종전염병으로 하고 “황열”을 제1종전염병에 “유행성출혈열과 파상풍”을 제2종전염병으로 추가하여 종별을 현실에 맞도록 재분류하였다.

의사가 병원체보유자를 진단하였을때나 제1종전염병으로 인한 사망자가 있을 때는 서울특별시장·부산시장 또는 시·읍·면장에게 신고 또는 보고할 때 관할 보건소장을 경유토록 함으로써 방역업무에 효율화를 기하려는 노력을 보였다(제4조제1항).

정기에방접종 대상 질환 중 “파라지브스, 발진지브스”는 1967년 이후 환자 발생이 거의 없어 삭제하였다. 다만, “콜레라 및 파상풍”을 새로이 정기에방접종 대상에 포함시켰다. 당시 특기할만한 사항으로는 종래 사용되어 오던 전염병 외래어 표기를 정정하였다. 즉 “파라지브스는 파라티푸스”로 “천연두는 두창”으로 “마진은 홍역”으로 “코레라는 콜레라”로, “급성전각 회백수염은 폴리오”로, “발진지브스는 발진티푸스”로 “유행성뇌염은 일본뇌염”으로 “장지브스는 장티푸스”로 “유행성뇌척수막염은 수막구균성수막염”으로 변경하여 오늘날까지 사용하고 있다.

라. 제3차 개정 전염병예방법의 내용

제3차 개정은 1983년 6월 11일 정부제안으로 제출되어 1983년 12월 1일 제119회 정기국회 17차 본회의에 상정·의결되었다. 주요 개정내용은 두창이 1961년 이후 환자 발생이 없었고, 장티푸스는 1970년부터 위생급수를 증가와 환경위생개선으로 환자발생이 감소하였으며, 콜레라는 예방접종 효능이 50%에도 못미쳐 세계보건기구에서 이를 추천하지 않는 이유로 정기에방접종 대상에서 삭제하고 “폴리오와 홍역”을 추가하였다(제11조). 또한 성병에 관한 건강진단을 받지 아니한 자는 업무의 성질상 공중과 접촉이 많은 직업

에 종사할 수 없도록 하고, 당해 영업을 영위하는 자는 성병에 관한 건강진단을 받지 아니한 자를 그 영업에 종사하게 할 수 없도록 하였다(제30조제2항). 특히 성병검진 대상자의 범위를 정함에 있어 당초 원안은 업무의 성질상 공중과 접촉이 많은 직업으로서, 보건사회부령이 정하는 직업에 종사하는 자를 그 범위로 하고 있었다. 그러나 대상범위가 애매하고 지나치게 확대될 여지가 있다는 지적때문에 성병예방을 위하여 필요하다고 인정되는 직업에 한정하도록 수정·의결하였다.

또한 소독업의 허가제 신설에 따라 “서울특별시장, 부산시장 또는 시장, 군수의 소독업무를 대행할 수 있는자”를 “소독업의 허가를 받은자”로 한다는 규정이 수정안에 포함되었다(제40조의2).

마. 제4차 개정 전염병예방방법의 내용

현행 의료법상 한의학과 관련된 용어가 「漢醫師」, 「漢藥」, 「漢醫院」등으로 표기되고 있으나, 「漢醫學」은 원래 우리나라에서 「韓醫學」으로 표기되었음이 고증되었다. 이에따라 용어 표기를 개정하여 우리나라 전통 의학인 「韓醫學」을 주체적인 고유의학으로 승화시키기 위한 의료법이 개정됨에 따라 전염병예방방법의 「漢醫師」를 「韓醫師」로 1986년 4월 8일 상정·의결하였다.

바. 제5차 개정 전염병예방방법의 내용

제5차 개정은 1993년 9월 9일 정부제안으로 제출되어 1993년 11월 30일 원안 가결되었으며, 경제·사회적 여건변화에 맞추어 법정전염병의 종류를 조정하였고 각종 불필요한 행정규제를 폐지하고 운영상 미비점을 보완하여 전염병예방에 만전을 기하도록 하고 있다.

1) 제1종전염병중 “두창”을 삭제하고, 제2종전염병에 “후천성면역결핍증, 랩토스피라증 및 쓰쓰가무시병”을 추가하였으며(제2조제1항),

2) 전염병환자의 공중집합소 등에 대한 출입금지,

취학금지, 이동금지, 환자 사체의 화장의무, 이장 및 개장금지 등 현실성이 없는 규제를 폐지하였고(제31조·제32조·제34조·제35조 및 제36조),

3) 다수인이 거주 또는 이용하는 시설중 대통령이 정하는 시설을 관리하는 자는 소독업자로 하여금 소독을 의무적으로 실시토록 하였다(제40조의2).

사. 제6차 개정 전염병예방방법의 내용

제6차 개정은 1994년 6월 26일 국회 강우혁의원의 21인으로부터 전염병예방법중개정법률안이 발의된 후, 동년 7월 9일 국회 박상천의원의 91인으로부터 또 다른 전염병예방법중개정법률이 발의되어 1994년 7월 14일 단일안을 마련 보건사회위원장이 제안한 법안을 같은날 통과시켰고 주된 내용은 다음과 같다.

1) 예방접종을 하여야 할 전염병의 지정과 예방접종의 기준 및 방법, 예방접종으로 인한 피해 보상등을 심의하기 위하여 보건사회부에 예방접종심의위원회를 두도록 하였고(제10조의2),

2) 국가는 전염병예방방법에 의한 예방접종을 받은 자가 그 예방접종으로 인하여 질병이 걸리거나 장애인이 된 때 또는 사망한 때 진료비와 보상금을 국가에서 보상토록 하고 있으며(제54조의2),

3) 국가가 예방접종약품의 이상이나 예방접종행위자 등의 과실 등, 제3자의 고의 또는 과실로 인하여 피해보상한 때에는 그 보상액의 한도안에서 제3자에게 구상권을 행사할 수 있도록 함으로써(제54조의3)

4) 국민들이 예방접종에 대한 불신과 기피현상을 해소하며, 병원등 예방접종 행위자도 안심하게 접종할 수 있게 되어 예방접종사업의 효율성을 높이는 계기가 마련되었다. 이것은 “국가가 법에 의하여 국민에게 예방접종 의무를 부과하였으면, 법에 따라 예방접종을 받은 국민이 예방접종으로 인하여 사망하였거나 질병에 걸릴 경우 국가가 보상함은 당연한 법리일 뿐더러, 국가가 이를 회피할 경우 국민의 예방접종률이 저하되어 전염병예방에 막대한 지장을 초래하게 되므로 미국, 일본 등과 같이 전염병예방접종 피해에 관한 국

표 2. 전염병예방법 주요 내용

일 시	주요 제 · 개정 주요내용	비 고
1954. 2. 2	<ul style="list-style-type: none"> ○ 전염병의 발생과 유행을 방지 ○ 전염병을 제1종, 제2종, 제3종으로 ○ 구분 제1종, 제2종과 나병 진단 및 검안 시 즉시 신고 ○ 특별시장 또는 시, 읍, 면장은 천연두, 디프테리아, 백일해, 장지브스, 결핵 등에 대해 정기예방접종 실시 ○ 전염병 환자는 공중집합소 또는 기타 전염병 전파우려가 있는 장소 제한 ○ 주무부, 특별시, 도에 방역관 둠 	전염병예방법 제정
1963. 2. 9	<ul style="list-style-type: none"> ○ 제1종의 유행성뇌염을 제2종으로 변경하고 공수병, 말라리아를 2종에 추가 ○ 제1종, 제2종은 즉시 신고 ○ 결핵건강진단 대상을 개인단위에서 단체단위로 변경 ○ 신생아 출산시 의무적으로 결핵에 방접종 실시 	전염병예방법중개정법률
1976.12.31	<ul style="list-style-type: none"> ○ 제1종에 황열을 추가하고 발진열, 성홍열, 재귀열, 유행성뇌척수막염을 삭제 ○ 제1종에서 삭제된 발진열 등 4종과 유행성출혈열 및 과사풍을 제2종에 추가 ○ 일본뇌염 환자가 퇴원, 치유한때 제1종 전염병과 같이 신고 ○ 제1종환자 격리시설을 격리병사 이외 병 · 의원에서도 격리수용 가능 ○ 소독업무 대행자를 일정한 자격을 갖춘자로 하여금 실시토록 함 	전염병예방법중개정법률 외래어 표기 정정파라지브스→파라티푸스, 천연두→두창, 마진→홍역, 코레라→콜레라, 급성전각회백수염→폴리오, 발진지브스→발진티푸스, 유행성뇌염→일본뇌염, 장지브스→장티푸스, 유행성뇌척수막염→수막구균성수막염
1983.12.20	<ul style="list-style-type: none"> ○ 정기예방접종에 두창, 콜레라 및 장티푸스 삭제, 폴리오, 홍역 추가 ○ 건강진단을 받지 않은 자를 공중과 많이 접촉하는 영업에 종사할 수 없도록 함 ○ 공동주택, 숙박업소 등 다수인 거주 · 이용 시설관리하는 자에 대해 소독 의무시행 ○ 소독업자에 대한 교육 의무화 	전염병예방법중개정법률
1986. 5. 10	<ul style="list-style-type: none"> ○ 전염병예방법 조항에 있는 漢醫師를 韓醫師로 변경 	의료법중개정법률에 따름
1993.12.27	<ul style="list-style-type: none"> ○ 제1종에 두창을 삭제하고 제2종에 후천성면역결핍증, 렙토스피라증 및 쓰쯔카무시병 추가 ○ 전염병환자의 공중집합소 등에 대한 출입금지, 취학금지, 이동금지, 동사체의 화장의무 등 현실에 부합 되지 않는 규제 폐지 ○ 다수인 거주 또는 이용하는 시설을 관리하는 자는 소독업자로 하여금 소독 실시토록 명시 	전염병예방법중개정법률
1994. 8. 3	<ul style="list-style-type: none"> ○ 예방접종해야할 전염병의 지정, 예방접종의 기준 및 방법, 예방접종으로 인한 피해보상 등을 위해 보건사회부내에 예방접종심의위원회 둠 ○ 전염병예방법에 의한 예방접종 후 장애인, 사망시 국가보상제도 마련 ○ 접종약의 이상, 행위자의 과실 등으로 피해보상한 때 구상권 행사 	"
1995. 1. 5	<ul style="list-style-type: none"> ○ 제3종에 만성B형간염을 추가하고 정기예방접종에 B형간염을 추가 	"

가보상을 하는 것이 합리적이라고 판단하여 이 법안을 제출키로 하였음(국회 169회 임시회, 15차 위원회 속기록, 1994년 7월 14일)”이라는 속기록에서 이 수정 법안의 동기를 이해할 수 있다. 또한 이 동기를 제공한 계기는 1994년도에 서울특별시 마포구 모의원에서 일본뇌염 예방접종을 맞은 후 사망한 환자의 보상문제가 사회문제화된 것이었다.

아. 제7차 개정 전염병예방법의 내용

전염병예방법 마지막 개정은 1994년 10월 18일 정부안으로 제출되어 1994년 12월 14일 의결, 1995년 1월 5일 법률 제4910호로 개정 공포되었다. 개정 주요 골자는 B형간염 보균자가 전 국민의 7~10%로 추정되어 국민보건을 위한 중대한 보건문제로 대두됨에 따라 “만성 B형간염”을 제3종전염병에 추가시키고, “B형간염”을 정기예방접종 시행의 대상에 추가하여 B형간염에 대한 예방 노력을 증진하고자 하는데 그 배경이 있다(제2조 제1항, 제11조).

지금까지 전염병예방법 제정후 7차례의 부분 개정을 종합 분석하면 전염병은 변화된 환경에 적응하기 위하여 노력해 왔음을 알 수 있고 그 내용은 표 2와 같다.

3. 전염병환자 발생 및 전귀신고 변화

가. 의사의 신고와 보고의무

1) 전염병예방법 제정당시 의사 또는 한의사가 전염병환자, 疑似患者 또는 병원체 보유자를 진단하였거나 사체를 검안하였을 때에는 그 가족에게 소독방법과 전염방지의 방법을 지시하고 제1종과 제2종, 나병에 있어서는 즉시 그 환자 또는 사체소재지의 특별시장, 시, 읍, 면장에게 신고해야 하며 결핵과 나병환자에 관한 기록을 보존하고 그 환자를 매일 1회이상 특별시장, 시, 읍, 면장에게 보고토록 의무화하고 있다(제4조제1항·제2항).

2) 제1종전염병환자, 그 疑似患者 또는 제1종전염병

이나 그 의사증으로 인한 사망자 발생시 의사 또는 한의사 이외 신고의무자는 즉시 의사의 진단 또는 검안을 구하거나 또는 소재지의 특별시장, 시, 읍, 면장에게 보고토록 하고 있다(제5조).

3) 그 후 1차 개정시에는 즉시 신고질병 대상 즉 제1종, 제2종전염병과 나병중 “나병”을 제외하여 매일 1회이상 보고 질병으로 변경하였고, 제2차 개정시 1976년에는 제1종과 제2종전염병환자, 疑似患者 또는 병원체보유자를 진단하였거나 의사가 사체를 검안하였을 때의 신고와 제3종전염병환자에 관한 기록을 보고시에는 관할 보건소장을 경유토록 하였다. 제3차 내지 제6차 개정시까지는 의사·한의사의 신고와 보고 내용의 변동이 없으며, 제7차 개정시 지방자치의 실시와 관련하여 자치 체계에 맞도록 전염병 예방업무의 주관 부서를 시장·군수·구청장으로 변경하였다.

나. 환자의 전귀신고의무

1) 전염병예방법 제정시 의사 또는 한의사가 호주 또는 세대주 등 기타 신고의무자의 요구에 의하여 진단 또는 검안을 하였거나, 또는 치료를 받고 있는 제1종전염병환자, 그 疑似患者 또는 나병환자의 전귀(퇴원·치료·사망·주소변경)가 있을 경우 소재지 특별시장, 시, 읍, 면장에게 신고토록 하였다(제6조).

2) 제1차 개정시에는 환자전귀 발생시 신고대상 이었던 “나병”을 제외하고 제1종전염병환자 또는 유사환자만을 대상으로 하였고, 제2차 개정시에는 신고절차를 관할 보건소장을 경유토록 하는 한편 제2종전염병인 “일본뇌염”을 전귀신고 대상에 포함하였다.

3) 제3차 내지 제6차 개정까지는 환자의 전귀 신고 의무 내용의 변동이 없었다가 마지막 제7차 개정시 “환자의 전귀신고”에서 “환자의 변경신고”로 명칭을 바꾸었고 신고기관을 “서울특별시·직할시장 또는 시장·군수에서 시장·군수·구청장”으로 변경하였다.

4) 전염병환자 발생 및 전귀신고 변화추이는 시대흐름에 따라 관리대상 질병의 신고와 보고가 변화되었

표 3. 전염병환자 발생 및 전귀신고 변화

년 도	전염병 환자 발생 및 전귀	신고 받는자
1954. 2. 2	<ul style="list-style-type: none"> ○ 즉시 신고대상 : 제1종, 제2종, 나병환자 ○ 매월 1회보고 대상 : 결핵, 성병 ○ 전귀 신고대상 : 제1종 또는 그 유사환자, 나병 	특별시장, 시, 읍, 면장에게 신고 또는 보고
1963. 2. 9	<ul style="list-style-type: none"> ○ 즉시 신고대상 : 제1종, 제2종 ○ 매월 1회보고 대상 : 결핵, 나병, 성병 ○ 전귀 신고대상 : 제1종 또는 그 유사환자 	.
1976.12.31	<ul style="list-style-type: none"> ○ 의사 또는 한의사가 전염병환자, 疑似患者 또는 병 원체보유자를 진단하였거나, 의사가 그 사체를 검 안시 즉시 제1종과 제2종은 그 환자 또는 사체 소재지 보건소장을 거쳐 서울특별시장 · 부산시장 또는 시장 · 군수에게 보고 ○ 제3종은 전염병환자에 관한 기록을 보존하고 환자 수를 매월 1회이상 관할 소장을 거쳐 서울특별시 장 · 부산시장 또는 시장 · 군수에게 보고 ○ 의사 또는 한의사 이외의 신고자는 제1종 전염병 환자, 그 疑似患者 또는 제1종 전염병이나 疑似症으로 인한 사망자가 있을 때 즉시 의사의 진단 또는 검안을 구하거나 소재지 보건소장을 거쳐 신고 ○ 의사, 한의사 이외의 신고자에 의해 진단 또는 검 안을 하였거나 치료받고 있는 제1종 전염병환자 또는 疑似患者의 퇴원, 치유, 사망 또는 주소 변경 이 있을 때 보건소장을 거쳐 신고 	서울특별시장 · 부산시장 또는 시장 · 군수에 보고 또는 신고
1983.12. 20~ 1994. 8. 3	위와 같음	.
1995. 1. 5	<ul style="list-style-type: none"> ○ 환자의 전귀신고에서 환자의 변경신고로 바뀜 ○ 신고 및 보고절차 신고기관을 “서울특별시장 · 부산시장 또는 시장 · 군수”에서 “시장 · 군수 · 구청 장”으로 변경 	시장 · 군수 · 구청장에게 신고 또는 보고

음을 알 수 있었고 그 내용은 표 3과 같다.

4. 한국 · 일본 · 독일 법정전염병 종류와 변천

가. 한국

1) 법정전염병 종류 및 신고시기

전염병관리는 전염병예방법에 준하여 관리된다. 전염병예방법 제2조에는 전염병의 종류를 규정하고 있다. 1954년 제정당시 제1종은 코레라 등 13개질병, 제2종은 전각회백수염 등 4개질병, 제3종은 결핵, 나병, 성병 등 3개질병으로 총 20개질병이 제정되었다. 제1차, 제2차, 제5차, 제7차 개정을 통하여 법정전염병은 제1종전염병이 8개, 제2종전염병이 17개, 제3종전염병이 4개로 총 29개질병으로 변경되었다. 전염병 환자 등의 신고는 제1종과 제2종전염병환자 및 疑似患

者, 병원체보유자에 대하여 진단 및 검안한 의사 또는 한의사는 즉시 신고토록 하고 있다.

제3종 전염병인 결핵, 나병, 성병에 대해서는 환자에 관한 기록을 매월 1회이상 보고토록하고 있으나, 현행 결핵 · 나병 · 성병 및 만성B형간염 관리활동지침에는 환자 보고를 분기마다 보고하게 함으로써 전염병예방법과 보고시기를 달리하고 있다. 신고의무자는 제1종, 제2종의 경우는 의사와 한의사이고, 제3종은 의사이며 그 내용은 표 4와 같다.

2) 법정전염병 변천내용

법정전염병 변동 추이를 보면 1963년 2월 9일 제1차 개정시 “유행성뇌염”이 제1종에서 제2종으로 변경되었고, “공수병과 말라리아”가 제2종 전염병에 추가되었다. 1976년 제2차 개정시 “황열”이 제1종으로 추

표 4. 우리나라의 법정전염병 종류와 진단후 신고의
무자와 신고하는 시기

(1997년 12월 현재)

구 분	제1종 전염병	제2종 전염병	제3종 전염병
질 병 명	콜레라 페스트 발진티푸스 장티푸스 파라티푸스 디프테리아 세균성이질 황 열	폴리오 백일해 홍역 유행성이하선염 일본뇌염 공수병 마라리아 발진열 성홍열 재귀열 아메바성이질 수막구균성수막염 유행성출혈열 파상풍 후천성면역결핍증 렙토스피라증 쯔쯔가무시병	결핵 성병 나병 만성 B형간염
신고시기 신고의무자	즉시 의사, 한의사	즉시 의사, 한의사	매월 1회이상 보고 의사

가되었으며 제1종이었던 “발진열, 성홍열, 재귀열, 수막구균성수막염”을 제2종으로 변경하는 동시에 “유행성출혈열과 파상풍”을 추가하였다. 1993년 제5차 개정시 “두창”이 제1종에서 삭제되었고 전염병예방법 제2조 제2항의 규정에 의거 1987년 3월2일 보건사회부고시 제87-10호로 제2종 지정전염병이었던 “후천성면역결핍증, 렙토스피라증”이 제2종전염병으로 변경되었고 “쯔쯔가무시병”도 제2종에 추가되었다. 같은날 제3종 지정전염병으로 고시된 B형간염도 1995년 제7차 개정.공포시 제3종전염병으로 변경되었다. 이는 사회적 여건과 시대적 흐름 또는 세계적인 발생 추세와 전염병 환자의 증·감의 요인에 따라 중별을 변경하거나 삭제 혹은 추가 되었음을 볼 수 있었다. 법정전염병의 변천 내용은 표 5와 같다.

나. 일 본

1) 법정전염병 종류와 변천내용

일본에서는 전염병을 「법정전염병」, 「지정전염병」, 「계출전염병」, 「검역전염병」, 「학교전염병」으로 대별하며 전염병예방법에서 관리하고 있는 전염병은 법정전염병, 지정전염병, 계출전염병으로서 관련법규와 대상질병을 시대에 맞게 계속적으로 변경해 왔다.

법정전염병은 1897년 전염병예방법을 근거로 제정 당시 “콜레라, 두창(천연두), 페스트, 적리(역리포함), 장티푸스, 발진티푸스, 디프테리아, 성홍열” 등 8개 질병이었으며, 1922년에 “파라티푸스, 유행성뇌척수막염”이 추가되었고, 1954년 “일본뇌염”이 추가되어 현재 총 11개 질병을 관리하고 있다. 지정전염병으로는 후생성고시 제182호로 1959년 지정된 “급성회백수염”과 위정검 제28호로 1976년 지정된 “랏사열” 2개 질병이 있고, 계출전염병은 1954년 인플루엔자, 광견병, 탄저 등 13개 질환을 정하고 있으며, 질병의 종류는 표 6과 같다.

2) 신고시기

법정전염병과 지정전염병은 환자진단시 즉시 환자 소재지 보건소장에게 신고해야 하며, 보건소장은 이에 대해 환자수용, 환자등 소독과 건강조사 같은 행정조치를 취한다. 그러나 계출전염병은 24시간이내 환자소재지 보건소장에게 신고하며 행정조치는 없다.

3) 일본의 질병관리 및 감시체계

일본의 전염병관리 및 감시체계는 법정전염병, 지정전염병, 계출전염병과 같이 법적 근거하의 보고체계와 검사실 보고체제로 나누어 볼 수 있다.

가) 결핵·감염증 감시체계

중증 감염증은 감소하고 풍진, 유행성이하선염, 홍역 등 경증감염증은 계속 유행하는 등 전염병 발생 양상이 변화하고 있다. 일본에서도 역시 이들 질병의 신고율이 저조하여 그 발생 양상을 정확히 파악하기 힘들기 때문에 후생성은 1981년에 이들 질병의 발생과

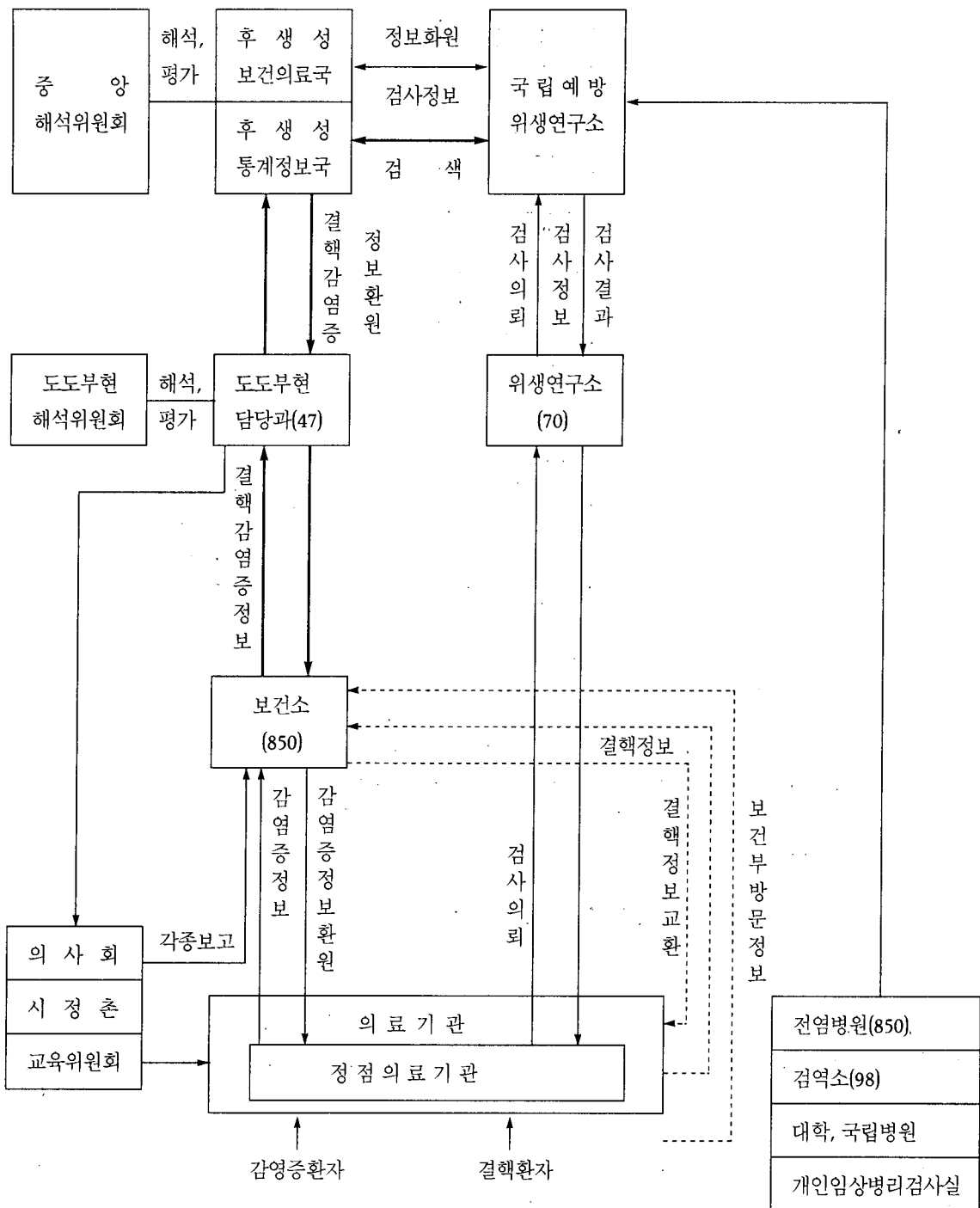
표 5. 법정전염병 변동추이

일 시	법정전염병	전염병 발생 환자수
1954년 2월 2일	제1종 : 코레라, 페스트, 발진지브스, 발진열, 장지브스, 파라지브스, 천연두, 성홍열, 디프테리아, 적리 (세균성, 아메바성), 재귀열, 유행성뇌척수막염, 유행성뇌염(13종) 제2종 : 급성전각회백수염, 백일해, 마진, 유행성이하선염(4종) 제3종 : 결핵, 나병, 성병(3종)	
1963년 2월 9일	제1종 : "유행성뇌염" 삭제(12종) 제2종 : "유행성뇌염, 공수병, 마라리아" 추가(7종) 제3종 : 변동 없음(3종)	유행성뇌염 : 1,058명(61년)→1,038명(62년)→19명(63년)→2,952명(64년)→752명(65년) 공수병 : 0(61년)→28명(62년)→103명(63년)→45명(64년)→5명(65년) 마라리아 : 1,083명(61년)→4,600명(62년)→1,425명(63년)→1028(64년)명→628명(65년)
1976년 12월 31일	제1종 : "황열" 추가 "발진열, 성홍열, 재귀열, 수막 구균성수막염" 삭제(9종) 제2종 : "발진열, 성홍열, 재귀열, 수막구균성수막염"은 종별 변경 "유행성출혈열, 파상풍" 추가 제3종 : 변동없음(3종)	황열 : 환자 발생 없음. 발진열 : 1971-1975년 발생없음 성홍열 : 0명(72년)→2명(73년)→1명(73년)→1명(74년)→2명(75년) 재귀열 : 1961년 5명 발생 이후 없음 수막구균성수막염 : 0명(71-73년)→2명(74년)→2명(75년) 유행성출혈열 : 1975년까지 발생 없음 파상풍 : 1976년까지 발생없음
1993년 12월 27일	제1종 : "두창" 삭제(8종) 제2종 : "후천성면역결핍증, 랩토스피라증, 쯔쯔가무시병" 추가(17종) 제3종 : 변동 없음(3종)	두창 : 1961년 3명 발생, 이후 없음
1995년 1월 5일	제1종 : 변동 없음(8종) 제2종 : 변동 없음(17종) 제3종 : "만성B형간염" 추가(4종)	B형간염 : 전인구의 7-10%추정

표 6. 일본 전염병예방법

(1997년 12월 현재)

구 분	법정전염병	지정전염병	제출전염병
질 병 명	콜 레 라 적리(역리 포함) 장티푸스 파라티푸스 두창(천연두) 발진티푸스 성 홍 열 디프테리아 유행성 뇌척수막염 페 스톨 일본뇌염	급성회백수염 랏 사 열	인플루엔자 광 견 병 탄 저 전염성하리증 백 일 해 마 진 급성회백수염 파 상 풍 말라리아 양 충 병 사상충증 황 열 재 귀 열
신고요령 신 고 자	즉 시 의 사	즉 시 의 사	24시간이내 관할보건소 의 사



주 1) 도도부현 담당과(지정도시)

2) ——— : 컴퓨터 on-line

그림 1. 일본의 결핵·감염증 감시 체계도

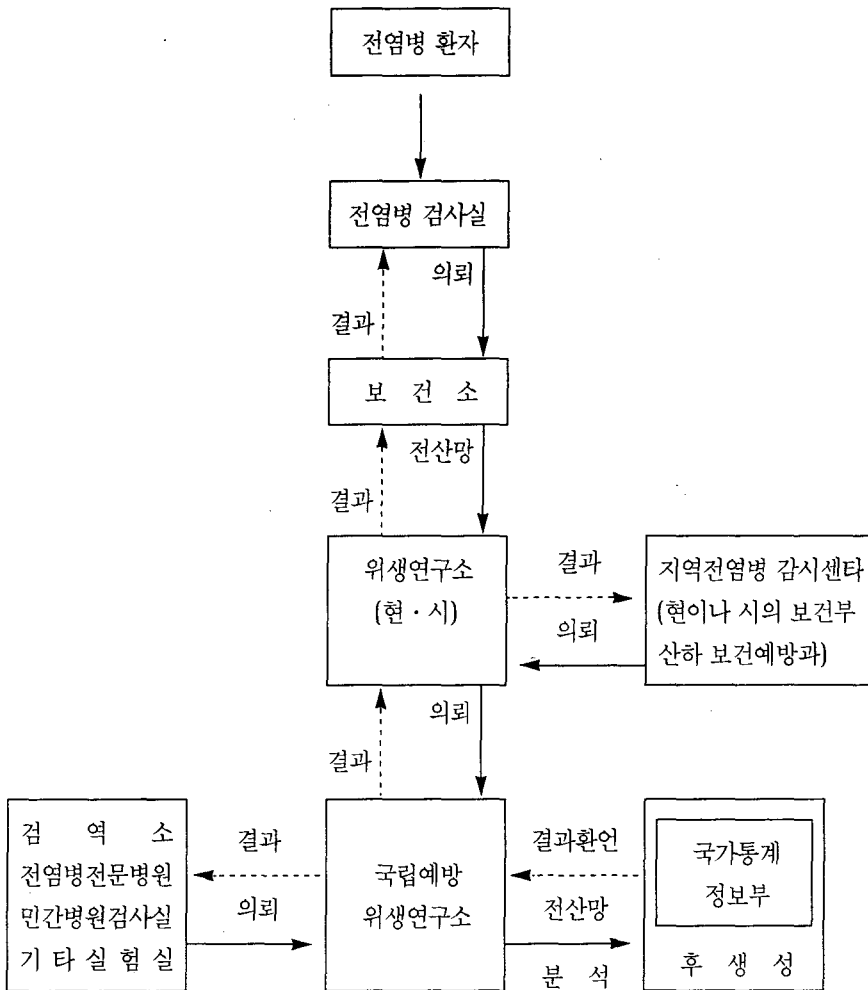


그림 2. 일본의 검사실 보고체계도

약을 위해 새로운 감시체계를 시도하다가 1987년에 기존의 신고대상질병에 바이러스간염과 성병을 포함하고 기존의 결핵감시 체계와 통합하면서 결핵·감염증 감시사업으로 하였다. 즉 홍역, 풍진, 수두, 유행성 이하선염, 백일해, 연쇄상구균감염, 이형폐렴, 감염성 설사, 로타바이러스감염, 수족구병, 전염성홍반, 돌발진, 포진성구협염, 인두결막염, 유행성결막염, 급성출혈결막염, 감염성수막염, 뇌척수염, 결핵, 인플루엔자 양질환, 바이러스간염, MCLS(Kawasaki disease), 임

질, 클라미디아병, 침형콘딜로마, 트리코모나스증이며 이중 홍역, 백일해, 감염성설사, 인플루엔자는 1954년 개정된 전염병예방법의 제출전염병과 중복되는 질병이다. 위 26개 질병을 정점의료기관으로 하여금 보고하게 하고 있다. 정점의료기관 지정은 의사회에서 대상을 선정하고 보건소의 관할 인구수에 따라 현청에서 지정한다. 환자 정점의료기관에는 소아과·내과의원, 안과의원, 피부과의원, 비뇨기과의원 그리고 병원의 소아과 내과 총 3,880개소가 운영되며 위

26개 질병에 대해 정점의료기관을 통해 매주, 매월에만 번씩 보건소를 경유하거나 혹은 보건소를 경유하지 않고 직접 지방정부에 보고하며 최종적으로는 후생성의 통계정보부에 이르게 된다. 결핵, 감염증 감시체계도 내용은 그림 1과 같다.

나) 검사실 통한 감시체계

1963년에 실시된 것으로 주로 검사실 정보를 위생연구소를 통해 수집·분석, 배분하는 체계이다. 자료수집은 정점의료기관에서 위생연구소로 검사의뢰하고 위생연구소는 검사정보와 검사의뢰를 국립예방위생연구소로 한다. 수집된 자료는 매월 분석·편집하여 "병원미생물 검출정보"를 발간하여 관계기관에 배부하며 검사실 체계도는 그림 2와 같다.

다. 독일

1) 전염병 분류

독일에서는 모든 신고의무 질병은 5가지 질병군으로 분류하고 있다. 즉 제1군은 이군에 해당하는 질병의 의심이 있거나, 확진된 환자 그리고 사망한 경우 모두를 신고하도록 하고 있다. 제2군은 해당 질병의 확진된 환자나 이로 인한 사망한 경우만을 신고하도록 규정하고 있다. 제3군은 단지 해당 질병으로 사망한 경우만을 신고하도록 하였으며 제4군은 콜레라 비브리오, 살모넬라시스 그리고 세균성이질의 만성보균자를 보고하게 하고 있다. 제5군은 광견병의 의심이 있거나 광견병에 걸린 동물과 접촉한 사람을 말하며 보고를 요구하고 있다. 지정군별 대상질병명은 표 7과 같다.

표 7. 독일 전염병 예방법

(1997년 12월 현재)

구분	사망, 확진환자 질환의심자 모두 신고 (1군)	사망, 확진 환자만 보고 (2군)	해당 병에 의한 사망만 보고 (3군)	보균자만 보고 (4군)	광견병 발병 의심있는 자(5군)
신 고 질병의 종류	보툴리즘 콜레라 감염에 의한 장염 (살모넬라증, 세균에 감염된 식품으로 인한 식중독) 발진티푸스 나 병 Actino bacillus 감염증 앵무새병(ornithose) 파라티푸스 A,B,C 페스트 천연두 소아마비 회귀열 세균성이질 광견병 들토기병(Tuaremia) 장티푸스 바이러스에 의한 출혈열	선천성감염(세포비대 증, 리스테리아증, 매독, 독소플라즈마 병, 태아풍진) 브루셀라증 디프테리아 황 열 렙토스피라증 말라리아 뇌막염(수막구균성수막염, 그외 세균성 수막염, 바이러스성수막염, 기타) Q-열 마비저(glanders) 트라코마 선모충증 결핵(활동성, 폐, 기타 장기) 바이러스성간염(A, B, 기타) 혐기성 창상감염(가스괴저, 파상풍)	인플루엔자 백일해 홍역 산후패혈증 성홍열	콜레라 비브리오 살모넬라증(장티푸스군, 파라티푸스 A, B, C, 세균성이질균, 기타)	광견병에 걸린 또는 광견병으로 의심되는 동물과 접촉한 사람
신고요령	정보 입수후 24시간 이내	좌 동	좌 동	좌 동	좌 동

2) 신고시기

전염병 환자에 대한 보고는 질병환자, 의증환자, 사망자, 보균자를 진단한 의사 등이 정보입수후 24시간 이내에 지역보건소에 통보하도록 되어 있다.

5. 국가별 전염병예방법 비교

우리나라 전염병예방법 제정은 1954년 2월 2일 제정되어 현재까지 7차례의 부분개정이 있었다. 일본은 1897년 4월 1일 제정된 이래 22차례의 부분개정이 있었으며, 우리와 마찬가지로 전면개정 준비에 있다. 독일은 1961년 7월 18일 제정 후 35년 지나는 동안 2차례(시행령 포함 5회)의 부분개정이 있었을 뿐 현재까지 존속해 오다 새로운 질병의 발생에 대비 전염병

보호법을 입안 준비중에 있다.

우리나라 전염병예방법 제1조에는 전염병예방법의 목적을 뚜렷히 하고 있으나, 일본은 목적이 없고, 독일은 질병에 대한 개념 정도만 부언하고 있다. 전염병 관리 대상 질병에 대해 우리나라는 법정전염병을 제1종, 제2종 제3종으로 분류하여 29개질병을 관리하고 있고, 일본은 법정전염병, 지정전염병, 계출전염병등 총 27개질병을 관리하고 있으며, 독일은 전염병을 5군으로 분류하여 40개질병을 관리하고 있다.

법정전염병에 대한 신고시기는 우리나라의 제1종, 제2종과 일본의 법정전염병 및 지정전염병은 즉시 신고로 되어있고, 일본의 계출전염병과 독일의 법정전염병은 24시간 이내에 보고 하도록 하고 있으며, 국가별 전염병예방법 비교 내용은 표 8과 같다.

표 8. 국가별 전염병예방법 비교

구 분	한 국	일 본	독 일
제 정	1954. 2. 2.	1897. 4. 1.	1961. 7. 18.
개 정	7차	22차	2차
목 적	전염병의 발생과 유행을 방지 국민보건 향상 증진	-	-
종 류	○1종 전염병 : 8종 ○2종 전염병 : 17종 ○3종 전염병 : 4종	○법정전염병 : 11종 ○지정전염병 : 2종 ○계출전염병 : 14종	○사망, 확진환자, 질환의심자 모두 : 17종 ○사망, 확진환자만 보고 : 14종 ○해당병에 의한 사망만 보고 : 5종 ○보균자만보고 : 3종 ○광견병 발병 의심자 : 1종
전염병 신고	○1종, 2종 전염병 -대상 : 환자, 의사환자, 병원체 보유자 -신고자 : 의사, 한의사 -경유 : 보건소장 -기관 : 시·군·구청장 -요령 : 즉시 ○3종 전염병 -대상 : 환자 -신고자 : 의사 -경우 : 보건소장 -기관 : 시·군·구청장 -요령 : 월 1회 보고	○법정전염병, 지정전염병 -대상 : 환자, 병원체 보유자 -신고자 : 의사 -경유 : 예방위원, 검역위원, 시·군·구·면장 -기관 : 보건소장 -요령 : 즉시 ○계출전염병 -대상 : 환자 -신고자 : 의사 -기관 : 시·군·구·면장 -요령 : 24시간 이내	○신고전염병 -대상 : 신고질환 전부 -신고자 : 의사, 간호사, 수의사 등 -기관 : 지역보건소 -요령 : 정보입수후 24 시간 내

6. 국가별 우리나라에서 지정하지 않은 법정전염병의 종류

각 나라에서는 국민의 건강보호와 삶의 질을 향상하기 위하여 전염병을 법으로 정하여 관리하고 있다. 우리나라에서 관리하고 있지 않은 질병중 일본, 미국, 영국, 독일, 프랑스에서 관리하고 있는 전염병은 총 34개 질병이며 부표 1과 같다. 다만, 그 주요 질병은 표 9와 같다.

특이사항으로는 1993년 12월 27일 제1종에서 삭제된 “두창”이 주요 국가에서 모두 관리되고 있다는 점이다. 이는 현재 환자 발생은 없지만 미국과 러시아에서 백신을 폐기하지 않고 보존하고 있으므로 관리소홀 등으로 발생가능성을 배제할 수 없기 때문으로 생각된다.

표 9. 국가별 우리나라에서 지정하지 않은 법정전염병의 종류

(1997년 12월 현재)

국 가	법정전염병	비 고
일 본	천연두, 풍진, 탄저병, 유행성독감, 람사열	
미 국	천연두, 풍진, 탄저병, 유행성독감 E. coli O157: H7, 레지오넬라증, 라임병 등	
영 국	천연두, 풍진, 탄저병, 바이러스감염	
프랑스	천연두, 집단식중독, 보툴리즘, 아프리카출혈열	
독 일	천연두, 풍진, 아토증, 브루셀라증, Q-열, 보툴리즘, Actino bacillus 감염증, 산후패혈증, 앵무새병 등	

주: 일본, 영국, 프랑스는 법정전염병 전체를 대상으로 하였고 미국, 독일은 일부 전염병을 대상으로 함

7. 외국의 전염병예방법 개정 방향

가. 일 본

일본은 전염병예방법 개정 이래로 법정전염병 신고체계와 관리체계를 현재까지 유지하고 있으며, 1998

년 전염병예방법을 개정하고자 의견 수렴중에 있다. 향후 개정방향은 법정전염병, 지정전염병, 계출전염병 이외 기타 질병도 보고 받는 체계로 유지하고자 한다. 특히, 전염병환자에 대한 격리조치 조항을 삭제하는 방안과 외국에서 입국하는 사람에 대하여 해·공항검역 뿐만 아니라, 국내 체류기간동안 추적조사를 통한 질병관리 체계를 검토 중에 있다.

나. 독 일

독일에서의 전염병 예방대책은 사망률이 높은 전염병 보다는 발병률이 높으면서 개인적 고통 이외에 의료비 등으로 인해 국가경제적으로 부담이 큰 전염병을 중점 관리하고 있다. 독일 정부에서는 1961년 제정한 독일전염병 관련법은 오늘날 요구에는 더 이상 맞지 않는다고 생각한다. 따라서 과학의 발전, 새로운 예방법, 새로운 전염병 관련 전산시스템을 고려한 전염병보호법을 검토중에 있다.

다. 세계보건기구

전염병의 발생 및 재발생의 속도가 빨라지면서 45년간 전염병관리의 법을 및 정책의 중심 역할을 하는 국제보건규칙의 보고범위를 확대하고, 동시에 국제적인 기관과 협력을 활성화 시키는 국제보건규칙 입법을 세계보건기구에서 준비중에 있고 그 윤곽이 1998년 5월중 발표 될 예정이다.

8. 법정전염병 지정 타당도

표 10은 우리나라의 제1종, 제2종, 제3종 중 하나의 질병들을 본 연구에서 제시한 법정전염병의 지정타당도를 따지는 네가지 항목과 그 지수를 보여주고 있다. 현대의 발달된 치료의학을 동원하였을 때의 치명률은 높고 낮은 보고나 집단이 있을 경우에는 높은 치명률을 사용하였다. 유행가능성은 세가지 질병이 “무”로 판단 되었다. 황열은 매개곤충인 *Aedes aegypti* 등이 우리나라에 존재하지 않기 때문이며, 과상풍과 공수병은 질병 속성상 산발(sporadic)하는 질병이기 때문에

부표 1. 각국의 법정전염병 신고질병

구분	한 국	일 본	독 일	미 국	영 국	프 랑 스
법 정 전염병	<ul style="list-style-type: none"> ○ 제1종 콜레라, 페스트, 발진티푸스, 파라티푸스, 디프테리아, 세균성이질, 황열, 장티푸스 ○ 제2종 폴리오, 백일해, 홍역, 유행성이하선염, 일본뇌염, 공수병, 마라리아, 발진열, 성홍열, 재귀열, 아메바성이질, 수막구균성수막염, 유생성출혈열, 파상풍, 후천성면역결핍증, 렙토스피라증, 쓰쯘가무시병 ○ 제3종 결핵, 성병, 나병, 만성B형 간염 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 법정전염병 콜레라, 적리(역리포함), 장티푸스, 파라티푸스, 두창(천연두), 발진티푸스, 디프테리아, 유행성뇌척수막염, 페스트, 일본뇌염 ○ 지정전염병 급성회백수염, 랏사열, 계출전염병, 인플루엔자, 광견병, 탄저, 전염성하리증, 백일해, 급성회백수염, 파상풍, 말라리아, 양충병, 사상충증, 황열, 재귀열 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 제1군 보툴리즘, 콜레라, 감염에 의한 장염(살모넬라증, 세균에 감염된 식품으로 인한 식중독), 발진티푸스, 나병, Actino bacillus 감염증, 앵무새병(armithose), 파라티푸스 A,B,C, 페스트, 천연두, 소아마비, 회귀열, 세균성이질, 광견병, 들트끼병(Tularemia), 장티푸스, 바이러스에 의한 출혈열 ○ 제2군 선천성감염(세포비대증, 리스테리아증, 매독, 독소프라즈마병, 태아풍진), 브루셀라증, 디프테리아, 황열, 렙토스피라증, 말라리아, 뇌막염(수막구균성수막염, 그외 세균수막염, 바이러스성수막염, 기타), Q-열, 마비저(Glanders), 트라코마 선모충증 결핵(활동성, 폐, 기타 장기), 바이러스성간염(A, B, 기타), 혐기성창상감염(가스괴저, 파상풍) ○ 제3군 인플루엔자, 백일해, 홍역, 산후폐렴증, 성홍열 ○ 제4군 콜레라, 비브리오, 살모넬라증(장티푸스, 파라티푸스, A,B,C 세균성이질, 기타) ○ 제5군 광견병에 걸린 또는 광견병으로 의심되는 동물과 접촉한 사람 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 전국질병감시체계로 신고되어 저야 할 신고질병 후천성면역결핍증, 콜레라, 페스트, 록키산발진열, 말라리아, 디프테리아, 풍진, 파상풍, 광견병, 홍역, 유행성이하선염, 선천성 풍진, 탄저병, 소아마비, 수막구균성뇌막염, 뇌염(원발성, 감염후성), 무균성뇌막염, 황열, 나병, 바이러스감염, 결핵, 소아성 보툴리누스 중독증, 쉬겔라증, 살모넬라증, 장티푸스, 매독, 선천성매독, 연성하균, 임질, E. coli O157:H7, 인플루엔자호열균감염, 중독성속증후군, 레지오넬라증, 라임질병, 앵무병, 선모충병, 아메바증, 렙토스피라증, 서해부육아증, 임파육아증, 야토병, 수두, 비특이적, 감염 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 공중보건법, 1984 콜레라, 페스트, 천연두, 재귀열, 발진티푸스, 식중독 ○ 공중보건규칙, 1988 급성뇌염, 탄저병, 아메바성세균성이질, 렙토스피라증, 홍역, 수막구균성수막염, 수막구균패혈증(수막염제외), 파라티푸스, 풍진, 파상풍, 장티푸스, 바이러스감염, 소아마비, 디프테리아, 나병, 말라리아, 수막염, 유행성이하선염, 황열, 신생아 안질환, 공수병, 성홍열, 결핵, 바이러스출혈열, 백일해 ○ 기타 보고질병 후천성면역결핍증, 성병(매독, 임질, 연성하균) 	<ul style="list-style-type: none"> 장티푸스, 결핵, 파상풍, 디프테리아, 수막염(수막구균성수막염), 집단식중독, 보툴리즘, 토착마라리아, AIDS, 브루셀라증, 수입마라리아, 콜레라, 페스트, 천연두, 황열, 공수병, 발진티푸스, 아프리카출혈열, 파라티푸스, 소아마비

표 10. 우리나라 법정전염병의 치명률, 유행가능성, 예방접종 및 격리의 효과 유무

질 병 별	치명률	유행 가능성	예방 접종	격리 효과	발생건수		즉시 보고요구 유무			지정** 타당도점수
					가+	나 §	미국	일본	독일	
콜레라	미만	상	무	무	2,506	70	즉시	즉시	즉시	1
페스트	이상	하	유	유	—	—	즉시	즉시	즉시	4
발진티푸스	이상	하	무	무	40,305	—	즉시	즉시	즉시	2
장티푸스	미만	상	유	무	169,929	1,640	즉시	즉시	즉시	2
파라티푸스	미만	하	무	무	2,686	99	즉시	즉시	즉시	1
디프테리아	미만	하	유	유	21,538	—	즉시	즉시	즉시	3
세균성이질	이상	하	무	유	3,987	623	즉시	즉시	즉시	3
황 열	이상	무	유	무	—	—	즉시	—	즉시	2
폴리오	미만	하	유	무	14,314	—	즉시	즉시	즉시	2
백일해	미만	하	유	유	177,932	129	무	무	즉시	3
홍역	미만	상	유	무	217,778	8,517	즉시	무	즉시	2
유행성이하선염	미만	상	유	유	89,636	3,285	무	무	무	3
일본뇌염	이상	상	유	무	36,109	10	즉시	즉시	무	3
공수병	이상	하	무	무	348	—	즉시	무	즉시	2
마라리아	미만	상	무	무	50,354	483	즉시	무	즉시	1
발진열	미만	하	무	무	73	37	무	무	무	1
성홍열	미만	하	무	무	3,049	612	무	즉시	유	1
재귀열	미만	하	무	무	4,668	—	유	무	무	1
아메바성이질	미만	하	무	무	697	45	무	유	유	1
수막구균성수막염	미만	하	유	무	1,201	19	무	유	유	2
유행성출혈열	이상	상	유	무	1,514	524	무	무	무	3
파상풍	이상	하	유	무	64	1	무	무	무	3
후천성면역결핍증	이상	상	무	무	65	58	무	무	무	2
렙토스피라증	미만	하	유	무	824	63	무	무	유	2
쯔쯔가무시병	미만	하	무	무	775	775	무	무	무	1
결 핵	미만	하	유	무	NA	NA	유	무	유	2
성 병	미만	상	무	무	NA	NA	무	무	무	1
나 병	이상	하	무	무	NA	NA	무	무	무	2
만성B형간염	미만	상	유	무	NA	NA	유	무	유	2

주) 치명률 10% 이상은 1, 10% 미만은 0

+ 1948년부터 1996년까지, § 1992년부터 1996년까지 총 환자수의 합

** 치명률 10% 이상 여부, 유행가능성 유무, 예방접종 유무, 격리의 효과유무에 따라 각 1점씩 배정한 점수의 총합임.

“무”로 판정하였다. 여기서 유행가능성이 없다는 것은 공기전파, 사람-사람 전파, 수인성 질병 또는 흔한 매개곤충 등에 의한 것 같은 대규모 유행의 가능성이 없다는 것을 의미한다. 예방접종과 격리는 Benenson (1995)의 Control of Communicable Diseases Manual 에서 예방접종의 효과가 있어 추천되거나 또는 환자의 일시적 격리가 이 질병의 전파를 막는데 도움이 된다고 하였을 때 효과가 있다고 보았다. 페스트는 치명률이 높고, 유행가능성은 낮지만 있고 부분적이지만

예방접종이 있고, bubonic plague는 효과 있으나 primary pneumonic plague는 효과가 없으며 환자를 격리시키는 것이 질병의 전파방지에 도움이 되므로 네 가지 모든 항목에서 점수를 얻어서 4점을 갖게 된다. 디프테리아, 세균성이질, 백일해, 유행성이하선염, 일본뇌염, 유행성출혈열이 3점을 얻는 질병군에 속한다. 우리나라에 큰 유행을 일으켜서 막대한 손해를 끼쳐왔던 콜레라는 치명률 항목에서 1%미만, 유행가능성은 “상”이나, 예방접종이나 격리가 이 병의 전파 방지

표 11. 우리나라 법정전염병에 지정되지 않은 질병으로 지정검토가 필요한 질병의 치명률, 유행가능성, 예방접종 및 격리효과 유무

질 병 명	치명률*	유행가능성	예방접종	격리	지정타당도점수**
두 창	?	무	유	유	?
랏 사 열	?	?	무	유	1+?
인플루엔자	?	상	유	무	2+?
탄 저	이상	하	유	무	3
풍 진	이상	상	유	유	4
E. coli O157:H7 ^{1,3)}	이상	상	무	유	3
레지오넬라증	이상	상	무	무	2
라임병 ^{4, 5)}	미만	?	무	무	0+?
브르셀라증	미만	하	무	무	1+?
Q-열	미만	하	유	무	1
신생아 안질환	이상	하	무	무	1
사상충증	미만	?	하	무	1무?
간흡충증	미만	하	무	무	1
폐흡충증	미만	하	무	무	1

* 치명률 10% 이상 또는 미만 여부

** 치명률 10% 이상 여부, 유행가능성 유무, 예방접종 유무, 격리의 효과유무에 따라 각 1점씩 배정한 점수의 총합임

1. Graffin PM, Tauxe RV(1991)
2. Ryan CA, et al (1986)
3. Cater AO, et al (1987)

4. Gustafson, et al (1992)
5. Fahrer H, et al (1991)

에 도움이 되지 않기 때문에 지정타당도 점수가 1점에 그쳤다.

우리나라에서는 현재 법정전염병으로 지정되지 않은 질병이지만 지정 검토가 필요하다고 생각되는 12개 질병에 대해 본 연구에서 제시한 법정전염병 지정 타당도를 따지는 방법을 적용한 결과는 표 11과 같다. 풍진은 네가지 항목 모두에 해당되어 4점을, E. coli O157:H7은 3점의 높은 점수를 얻었다. 그리고 인수 공통병인 탄저병도 3점을 얻었으며 인플루엔자와 레지오넬라증이 2점을 얻었다. 두창은 유행가능성이 없는 것으로 처리하였고, 랏사열과 라임병은 유행가능성을 현재로서는 판단할 수 없어서 이 항목에 점수를 줄수 없었으나 이웃 국가인 일본과 중국에 이병의 발생이 있는 것으로 보아 우리나라에서도 발생 가능성을 배제할 수 없고 다만, 발생이 확인되지 않고 있을

가능성도 있다. 또한 브르셀라증도 외국에서 많은 동물을 수입해오는 현 상황에서 위험군내의 발생가능성은 충분히 있다고 생각한다.

IV. 고 찰

세계적으로 최근 20년간 30종의 새로운 전염성 질환이 나타났을뿐만 아니라 사라져가고 있다고 믿었던 콜레라, 마라리아, 결핵, 이질, 폐렴 등이 정도는 다르지만 항균제 저항성이 생기면서 다시 크게 유행하는 양상을 보이고 있다(WHO, 1996). 세계보건기구는 국제보건규칙의 개정작업을 하고 있으며 그 윤곽이 1998년 5월에 잡힐 예정이다. 일본에서는 전염병 예방법 전문개정을 위한 작업에 이미 들어갔으며 독일에서도 전염병보호법의 입안을 준비중에 있는 등 국

제적으로 전염병의 재유행에 대처하기 위한 법령 정비를 서두르고 있는 분위기이다.

우리나라에서는 전염병관리 방법으로 여러가지 법령이 공포되어 있지만 가장 골격이 되는 법은 전염병 예방법이라 할 수 있다. 본 연구에서는 이러한 시대적 요청에 따라 우리나라 전염병예방법 개정 추이와 그 내용을 살펴보고, 앞으로 이 법을 개정할 때 참고 할 수 있는 법정전염병 지정타당성 기준 한 가지를 제시하고 질병들을 검토하고자 하였다. 현재까지 법 개정 추이나 그 내용의 분석은 시계열별로 하되 지정전염병 변동사항은 법 개정전 5년동안 해당 질병이 공식적으로 보고된 발생건을 비교 검토하였다. 법정전염병 지정타당성 기준은 네가지 항목을 채택하였다.

첫째는 유행가능성으로 “상, 하” 그리고 “무”로 나누었다. 최근 5년간 발생보고가 있으며 집단적 발생이 가능한 전파 방법을 가진병은 “상”으로 하고, 질병의 속성상 산발(sporadic)할 수 밖에 없는 질병은 “하”로 주었다. 그러나 보고된 적도 없고 전파에 필요한 매개 곤충이 우리나라에 서식하지 않거나, 세계적으로 멸절되었다고 알려진 병은 유행가능성이 없다고 보아 “무”로 처리하였다.

둘째로 치명률은 현대 의학의 발달한 치료방법을 동원하였을 때의 치명률을 이용하였다. 우리나라의 의료보장제도가 잘 되어 있어서 이론적으로 국민의 100%가 의료보험 또는 보호에 가입되고 있고, 의료기관과 의료인력이 풍부하다고 보았기 때문이다. 특히 보고된 치명률이 저자, 지역, 또는 감염을 일으킨 대상 집단에 따라 다를 경우에는 가장 높은 치명률을 채택하였다. 그 이유는 국가의 시각에서 가장 높은 치명률을 가정하고 질병을 관리하는 것이 옳다는 생각에서였다.

세번째 항목으로는 예방접종의 효율성이 있는가의 여부이다. 이것은 Benenson (1995)이 편집한 미국의 American Public Health Association의 공식 보고서인 Control of Communicable Diseases Manual에서 예방접종의 효과가 있어 추천할 경우는 효율성이 있다고 보았고 그렇지 않으면 없다고 보았다.

네번째 항목은 환자나 환자의 배설물 등의 일시적 격리가 해당 질병의 전파방지에 필요한가의 여부로 역시 Benenson(1995)이 편집한 책의 추천 내용에 따랐다.

본 연구에서 예방접종과 격리의 유용성을 지정전염병 타당도 지표로 사용한 것은 질병이 발생하였다는 보고에 접한 후 당국에서 취할 특별한 대책이 있는가의 여부가 중요하다고 생각하였기 때문이다. 수인성 전염병이나 공기전파 질병인 경우 위생수준을 높이고 사람들이 많이 모이는 장소에 가는 것을 피하는 것 같은 대책을 당국에서 세울 수 있으나 이것은 특별한 대책으로 보지 않았다. 예방접종을 강제 요구하거나 해당 질병에 이환된 환자나 위험이 있는 사람을 격리하는 것은 국민의 기본권을 제한하면서 까지 전염병을 예방해야 한다는 타당성이 필요하다고 생각하며 이러한 조치가 필요한 질병은 강제권을 발동하는 법정전염병으로 지정하는 타당성 지표가 높아야할 것이다.

우리나라 전염병예방법에는 법정전염병으로 지정되지 않으나 일본, 독일, 미국 등에서 지정하고 있는 질병을 본 연구에서 제시한 지정타당성 기준을 적용하여 보았다. 이중 일본, 영국, 프랑스에서 지정한 질병으로 우리나라에서는 지정하지 않은 질병은 모두 일단 검토 대상에 포함하였다. 그러나 독일과 미국에서 법으로 관리하고 있는 질병은 첫째 그 수가 매우 많고, 둘째 우리나라에서의 발생가능성이 거의 없어 보이는 즉 해당 국가의 풍토병이라고 생각되는 것이 많아서 그 일부만을 검토하였다. 다만, 미국이나 독일에만 있는 풍토병이라는 기준은 Benenson(1995)의 해당 질병 발생지역에서 우리나라가 포함되지 않았을 경우를 의미한다. 그러나 애매한 경우도 있었으며 이때는 연구자의 주관적 판단으로 가능한 검토하였다. 우리나라에서 이미 발생하고 있는 질병이라 할지라도 보고되지 않은 병은 참고한 책에서 우리나라가 발생 지역으로 분류되지 않을 가능성이 클 것이라고 생각하였기 때문이다.

전염병예방법 개정시 정부안이 폐기되고, 1954년 2월 2일 통과된 전염병예방법은 일본, 독일, 프랑스,

영국 등에서 볼수 없는 제1종, 제2종, 제3종의 구분이 있다. 그러나 이 구분은 뚜렷한 기준을 찾을수 없었다. 다만, 본 연구에서 제시한 지정타당도 기준은 제1종이 가장 높은 점수를 그리고 제2종, 제3종이 그 다음 점수를 갖고 있었으나, 평균 점수이므로 큰 의미는 없었다.

우리나라, 일본, 독일, 미국, 프랑스, 영국의 전염병 예방법에서 공통적으로 관리하고 있는 전염병은 콜레라, 페스트, 황열, 디프테리아, 장티푸스, 폴리오, 공수병, 파상풍, 마라리아, 수막구균성수막염 등 총 10개 질병이었다. 또한 각국에서 후천성면역결핍증과 결핵은 전염병예방법 또는 별도의 법으로 관리하고 있었다.

한편, 우리나라에서 법정전염병으로 관리되지 않고 위 5개국에하고 있는 질병은 첫째 그 수가 매우 많고, 둘째 우리나라에서의 발생가능성이 거의 없어 보이는 즉 해당 국가의 풍토병이라고 생각되는 것이 많아서 그 일부만을 검토하였다. 다만, 미국이나 독일에만 있는 풍토병이라는 기준은 Benenson(1995)의 해당 질병 발생지역에서 우리나라가 포함되지 않았을 경우를 의미한다. 그러나 애매한 경우도 있었으며 이때는 연구자의 주관적 판단으로 가능한 검토하였다. 우리나라에서 이미 발생하고 있는 질병이라 할지라도 보고되지 않은 병은 참고한 책에서 우리나라가 발생지역으로 분류되지 않을 가능성이 클 것이라고 생각하였기 때문이다.

전염병예방법 개정시 정부안이 폐기되고, 1954년 2월 2일 통과된 전염병예방법은 일본, 독일, 프랑스, 영국 등에서 볼수 없는 제1종, 제2종, 제3종의 구분이 있다. 그러나 이 구분은 뚜렷한 기준을 찾을수 없었다. 다만, 본 연구에서 제시한 지정타당도 기준은 제1종이 가장 높은 점수를 그리고 제2종, 제3종이 그 다음 점수를 갖고 있었으나, 평균 점수이므로 큰 의미는 없었다.

우리나라, 일본, 독일, 미국, 프랑스, 영국의 전염병 예방법에서 공통적으로 관리하고 있는 전염병은 콜레라, 페스트, 황열, 디프테리아, 장티푸스, 폴리오, 공수

병, 파상풍, 마라리아, 수막구균성수막염 등 총 10개 질병이었다. 또한 각국에서 후천성면역결핍증과 결핵은 전염병예방법 또는 별도의 법으로 관리하고 있었다.

한편, 우리나라에서 법정전염병으로 관리되지 않고 위 5개국에서 관리하고 있는 질병은 총 34개 질병으로서 국가별 대표적인 질병으로 일본은 두창, 랏사열, 광견병, 사상충증, 독일은 보툴리즘, Q-열, 트리코마, 산후패혈증, 미국은 광견병, 풍진, E. coli O157:H7, 인플루엔자, 라임병, 영국은 식중독, 탄저병, 풍진, 프랑스는 집단식중독, 브루셀라증, 아프리카출혈열 등이 있다.

전염병의 주요개정 내용중 지정전염병의 종간 변화와 추가지정 질병 등은 지정 5년간 발생 양상을 고려할 때 이에 적극 대처하는 노력을 해왔다고 볼수 있다. 다만, 황열은 현재까지 국내발생이 한건도 없는 예외에 해당한다.

일본에서 3,880곳의 정점의료기관을 통하여 결핵·감염증 감시체제로 별도의 질병을 감시하는 제도는 향후 우리나라에서도 법정전염병 이외의 주요 질병에 대해 감시 방안에 참고할 만한 가치가 있다.

독일은 보고 질병을 5군으로 나누어 관리하고 있었으며, 전염성 질병의 심각성에 따라 해당 질병으로 사망한 경우와 확진된 환자는 물론 감염의 의심만 있어도 보고하게 하는 질병군과 사망과 확진된 환자만 보고하는 질병군 그리고 해당질병으로 사망한 경우만 보고하게한 방침은 참고할 만하다고 생각한다.

우리나라 전염병예방법은 전염병의 발생과 유행을 방지하여 국민보건 향상에 기여한다는 뚜렷한 목적을 가지고 있다. 그러나 일본이나 독일의 전염병예방법에는 전염병예방 목적이 없는지는 알 수 없었다.

우리나라의 전염병예방법에서 지정하고 있는 법정전염병을 본 연구에서 제시한 지정타당도 기준을 적용한 결과는 표 10과 같다. 네가지 항목에 모두 해당하여 滿點인 4점을 얻은 병으로 유일한 것은 페스트였다. 사망률도 높고 우리나라에서 발생가능성이 있으며 관리방안에 예방접종과 격리가 모두 효과가 있다

고 판정된 경우이다. 그 다음으로는 3점을 받은 디프테리아, 세균성이질, 백일해, 유행성이하선염, 일본뇌염, 그리고 유행성출혈열 등 여섯개 질병이다. 발진티푸스, 장티푸스, 황열, 폴리오, 홍역, 공수병, 수막구균성수막염, 파상풍, 후천성면역결핍증, 렙토스피라증, 나병, 만성B형간염 등은 2점을 받은 질병이다. 이 중에서 해외 여행중에 이환되어 들어 올수는 있으나 우리나라에서는 매개곤충이 없어서 유행할 수 없는 황열이나, 속성상 산발하는 질병인 공수병과 파상풍은 치명률은 높으나 사람·사람으로 전파하는 병도 아니고, 공통 감염원에 의해 대형 유행가능성도 없는 점을 감안할 때 법정전염병으로 지정하여도 세울 대책이 별로 없다는 점에서 단지 보고만을 받는 질병으로 하는 것이 검토될 수 있을 것이다. 그의 1점받은 질병중에서도 성병은 사회적으로 큰 문제가 될 수 있고 이 중에는 매독같이 결과가 위중한 병이 있으므로 소홀히 취급해서는 안될 것이다.

외국에서 법으로 관리하고 있는 질병중 우리나라에서 법정전염병으로 지정되지 않는 질병 12가지를 본 연구의 지정타당도 기준을 적용한 결과가 표 11 이다. 이중 풍진은 내가지 기준 모두에 해당하여 4점을 얻었으며 탄저병과, E. coli O157 : H7 이 높은 점수인 3점을 얻었다. 다음으로 인플루엔자와 레지오넬라증이 2점을 얻었다. 그의 랫사열, Q - 열, 브르셀라증, 신생아 안질환이 1점을 얻고 라임병과 두창은 평가하기 어려웠다. 그것은 유행가능성 또는 치명률을 얻지 못하였기 때문이다. 라임병은 미국내 대서양 연안 지역의 풍토성 질병이지만 미국내 거의 전지역에서 발생하고 유럽, 구 소련과, 중국 그리고 일본에서도 발생이 보고되었다. 우리나라에서도 유심히 발생을 관찰해야 할 질병으로 생각된다.

V. 결론 및 제언

1. 결 론

우리나라 전염병예방법의 일부 개정방향을 제시하

고자 연구를 수행하였다. 우리나라와 일본, 독일, 미국, 프랑스, 영국의 전염병예방법이 제정된 이래 최근 까지 개정된 주요 내용과 관리하고 있는 질병의 종류와 발생시 보고 여부 등을 국가별로 비교 분석하였다. 전염병으로 지정할만한 기준 마련을 위하여 우리나라의 법정전염병과 외국의 법정전염병을 치명률10% 이상 - 미만여부, 유행가능성 유무, 예방접종 유무, 그리고 격리의 효과유무등 4가지 항목을 고려한 전염병예방법 지정타당도를 개발 적용하였다. 본 연구 결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 우리나라는 1954년 2월 2일 전염병예방법을 제정한 이래 현재까지 제1종, 제2종, 제3종의 종별 구분 이 있으나 일본, 독일, 미국, 프랑스, 영국은 없었다.

둘째, 우리나라, 일본, 독일, 미국, 프랑스, 영국에서 공통으로 정하고 있는 전염병은 콜레라, 페스트, 황열, 디프테리아, 장티푸스, 폴리오, 공수병, 파상풍, 말라리아, 수막구균성수막염 등 10개 질병이었다.

셋째, 우리나라에서 전염병으로 정하고 있지 않으나, 위 5개국에서 전염병예방법에서 정하고 있는 대표적인 질병으로는 두창, 랫사열, 인플루엔자, 풍진, E. coli O157 : H7, 탄저, 레지오넬로시스, Q-열, 브르셀로시스, 라임병 등 34개 질병이었다.

넷째, 전염병예방법 주요개정 내용은 전염병의 종간 변경 및 삭제, 추가지정은 지난 5년간 발생 양상을 고려할 때 이에 적극 대처하는 노력을 해왔다고 볼 수 있다.

다섯째, 일본은 법정전염병 이외 질병 발생을 감시하기 위한 장치가 있었다. 즉 전국에 약 3,880곳의 정점 지정의료기관을 지정하여 결핵·감염증 감시 사업을 실시하고 있다. 이러한 관리 제도는 향후 우리나라에서도 도입을 고려할만 하다고 생각한다.

여섯째, 독일은 전염병의 심각성에 따라 보고질병을 5군(群)으로 나누었다. 즉 질병에 따라 의증, 확인된 환자, 그로 인한 사망, 그리고 만성보균자등으로 나누어 이중 전부 또는 일부만을 보고하게 한 것은 참모할만하다고 생각한다.

일곱째, 우리나라 전염병예방법은 전염병의 발생과 유행을 방지하여 국민보건 향상에 기여한다는 뚜렷한 목적을 가지고 있으나 일본이나 독일은 전염병예방법에 목적을 분명히 밝히고 있지 않았다. 분명한 목적은 전염병 예방의 방향 설정에 기본을 제공하므로 이를 법개정의 방향으로 할 수 있는 장점이 있다.

여덟째, 우리나라의 전염병예방법에서 지정하고 있는 법정전염병을 본 연구에서 제시한 지정타당도 기준을 적용한 결과는 다음과 같다.

- 가. 네가지 항목에 만점을 얻은 페스트는 사망률도 높고 발생 가능성도 있으며 관리에 예방접종과 격리 모두 효과가 있는 경우이다.
 - 나. 3점을 받은 질병은 디프테리아, 세균성이질, 백일해, 유행성이하선염, 일본뇌염, 유행성출혈열 등 6개 질병이었다.
 - 다. 4가지 항목에서 2점을 받은 감염병은 발진티프스 등 12개 질병이었다. 이중 황열은 우리나라에 매개곤충이 없으며, 질병 속성상 산발하는 공수병과 과상풍은 치명률은 높으나 큰 유행가능성이 없어 우선 순위가 낮은 병으로 계산되었다.
 - 라. 그외 1점받은 질병중에서도 성병은 사회적으로 큰 문제가 야기될 수 있으므로 신중히 관리할 필요가 있다.
- 아홉째, 외국에서 법으로 관리하고 있는 질병중 우리나라에서 법정전염병으로 지정되지 않은 12개 질병에 대해 지정타당도 기준을 적용한 결과는 다음과 같다.
- 가. 풍진은 네가지 항목기준 모두 해당하여 4점을 얻었고 탄저병과, E. coli O157:H7이 높은 점수인 3점을 얻었다.
 - 나. 인플루엔자와 레지오넬라증이 2점을 얻었고 랫사열, Q-열, 브르셀라증, 신생아 안질환이 1점을 얻었다.
 - 다. 그러나 라임병과 두창은 유행가능성 또는 치명률을 알 수가 없어 평가할 수 없었다. 이중 라임병은 구 소련과, 중국, 일본에서도 발생하는 것으로 보아 국내 발생을 면밀히 관찰해야 할 질

병으로 생각한다.

2. 제 언

최근 세계적으로 사라졌던 질병들이 재유행하고 있고 또한 신종질환이 계속 발생하고 있다. 이에 대처하기 위해 세계보건기구에서는 「국제보건규칙」 개정, 일본, 독일등에서는 효율적인 질병 관리를 위하여 전염병예방법을 개정중에 있고 우리나라도 또한 전염병예방법 개정이 필요하 시점이라고 생각한다. 연구결과를 토대로 다음과 같은 정책 제언을 하고자 한다.

가. 전염병예방법에 의거 분류되고 있는 제1종, 제2종, 제3종 전염병은 명확한 근거기준이 없고 현재 종간의 차이는 제1종 환자의 경우만 환자 격리치료비를 국고에서 부담하는 것 밖에 없다. 일본, 독일, 미국, 프랑스, 독일과 같이 법정전염병 또는 신고질병으로 분류되 저자가 제시한 지정전염병 타당성 기준 등을 참고하여 분류하기를 제언한다.

나. 기존 법정전염병 이외에도 사회적으로 문제가 될 수 있는 인플루엔자, 풍진 등의 질병감시를 위하여 시.군.구에 호흡기질환 보조감시의료기관과 표본의사를 지정한다. 이 감시 체계를 통해 수시 해당 질병의 유행가능성을 파악하여 주의보 및 경보 체계를 가동할 수 있을 것이다. 또한 수집된 자료는 보건기관 및 의료기관에 즉시 환류할 수 있는 체계의 설립을 건의한다.

다. 우리나라의 경우 전염병예방법이 정한 신고율은 약 28%로 낮으므로 신고율 제고를 위한 방안으로 신고한 의사나 한의사에게 신고 건당 보상을 주거나 그외 어떤 형태든 대가를 줄 것을 건의한다.

라. 중앙정부와 지방정부간의 효율적인 질병관리 체계를 유지하기 위하여 현재 중앙으로 수집되는 각종 질병 통계가 즉시 일선보건기관까지 전달되어 지역 실정에 맞는 전염병 관리가 되도록 감염병감시시스템 전산 프로그램이 조기에 구축될 수 있는 내용들 동 법에 포함할것을 건의한다.

참고문헌

- 국회본회의 회의록 165회(1993년)
국회본회의 회의록 169회(1994년)
국회본회의 회의록 170회(1995년)
독일전염병예방법
문홍주, 한국헌법. 해문사, 1983
법제처. 대한민국 현행법령집, 제37권
보건복지부. 급성전염병관리지침, 1996~1997
보건복지부. 급성전염병통계연보, 1995
보건복지부. 보건사회통계연보, 1995~1996
보건복지부. 예방접종사업의 평가(전염병 및 예방접종
감시체계 개발), 1997
보건복지부. 전염병예방법 관련 관계법령집, 1995
보건복지부. 전염병예방법관계법령집, 1996
보건사회부. 보건사회부 법률연역집, 1994
일본전염병예방법
총무처. 대한민국정부관보, 제10574호, 제10579호,
1987
한국법제연구원. 대한민국 법률개혁집, 26권 1994
Benenson AS ed. Control of Communicable Diseases
Manual. 16th edition, An official report of the
American Public Health Association, 1995, Was-
hington, DC
Cater AO, Borczyk AA, Carlson JAK, et al. A Severe
outbreak of Escherichia coli O157 : H7-associated
hemorrhagic colitis in a nursing home. N Engl J
Med 1987;317 : 1496-1500
Fahrer H, Van der Linden S, Sauvain M-J et al. The
prevalence and incidence of clinical and
asymptomatic Lyme borreliosis in a population
at risk. J Infect Dis 1991;163 : 305
Griffin PM, Tauxe RV. The epidemiology of infec-
tious caused by Escherichia coli O157 : H7 other
enterohemorrhagic E. coli, and the associated
hemolytic uremic syndrome. Epidemiol Rev
1991;13 : 60-98
Gustafson R, Svenungsson B, Forsgren M, et al.
Tub-year survey of the incidence of Lyme bor-
reliosis and tick-borne encephalitis in a high-ris-
k population in Sweden. Eur J Clin Microbid in-
fect Dis 1992;11 : 894
Last JM, Wallace RB, ed. Public Health & Preventive
Medicine. 13th ed. 1992, Appleton & Lange
Mandell GL, Bennett JE, Dolin Raphael ed. Principles
and Practice of Infectious Diseases. 4th edition,
1995, Churchill Livingstone Inc
Ryan CA, Tauxe RV, Hosen GW, et al. Escherichia
coli O157 : H7 diarrhea in a nursing home : Clim-
cal, epidemiological, and pathological findings. J
Infect Dis. 1986;154 : 631-8
World Health Organization. World Health Report
1996 : Fighting disease, fostering development.
Geneva : World Health Organization, 1996