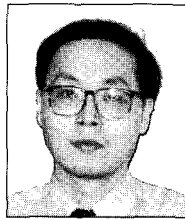


## 동서남아시아 지진해일 시의 의료지원으로 본 해외재해의료지원



왕 순 주 | 한림대학교성심병원 응급의학과장, 한림대학교 의과대학 부교수

### 1. 해외 보건의료지원의 원칙

전 세계적 환경이 국제화, 정보화되면서 모든 분야에서 20세기의 가치, 개념은 새로운 시대에 적합한 것으로 변화가 요구되고 있으며, 그 주위 환경도 빠른 변화가 진행중인데, 이러한 시기에 특별한 변화가 요구되는 분야 중 하나가 안전과 복지 분야일 것이다. 이 시기는 과거에 위협하지 않았던 것이 위협한 것이 될 수 있고, 과거에 없었던 환경에 시민들이 비슷한 위험을 가지고 노출되어 있는 시대이다. 또한 과거에 한 지역, 한 국가에서 일어났던 사고나 천재지변은 더 이상 그 지역이나 국가만의 것이 아닌 세계적인 문제로 대두되고 있는 것이 현재의 추세이다. 이러한 측면에서 그러한 위기 상황에 대한 자체적 예방 및 대응책과 더불어 국제 공조, 외국이나 먼 지방에서 일어나는 어려움에 대한 협조체계 및 대비가 시급한 시기이다. 이와 같은 국제적 원조가 필요한 대형 천재지변이나 사고는 최근 들어 빈발하고 있다. 2003년 말 이란 밤시의 지진, 2004년 4월의 북한 용천역의 폭발사고 및 가장 최근은 2004년 12월 26일 인도네시아 아체주 인근에서 발생한 지진에 의한 동

서남아시아 지진해일 등이 그 좋은 예가 될 것이다.

2004년 12월 26일 현지 시각 8시경 발생한 동서남아시아 지진해일은 여러 가지 의미에서 살펴볼 필요가 있는데 그 중 하나는 국내에 체계적인 해외지원 시스템이 준비되어 있는지, 이것이 보건의료적으로 연구되고 실제에서 작동할 수 있는 체계와 기반이 되어 있는지에 대한 논의이며, 이러한 사항을 재해준비와 대응의 원칙 하에서 살펴보면 향후 이러한 일이 다시 벌어졌을 때를 위하여 근본적인 대책을 세워야 함을 알 수 있을 것이다.

외국의 재해 시 지원에 대하여 실제 일반인들의 인식과 비교해보았을 때 다를 수 있는 상황들이 많이 있다. 따라서 일반적인 국내의 대형 사고와 해외의 국제 공조를 필요로 하는 재해 상황은 다르게 접근해야 한다.

외국의 어느 지역에 재해로 인한 대형 피해가 발생했을 때 실제로 여러 계층의 다양한 지원 인력들이 공조없이 파견되고는 한다. 이런 경우에 자발적인 지원 뿐 아니라 정부나 공공 관련기관의 지원 요청으로 인하여 차출되는 형식으로 지원에 나선 인력도 많다. 또한 그 경험과 수준이 천차만별이고 미리 개인적 준

비도 되지 않는 경우가 국내에서는 대부분이라 할 것이다. 그러면 어떤 종류의 의학적 배경을 갖고 있는 인력이라도 해외 지원에 한 사람이라도 더 나서는 것이 좋고 효과가 있을 것인가? 실제 현장에서의 상황은 피해 지역 사람들이 급성기에 구조와 응급처치를 담당하는 것이 재해 시마다 발생하는 현실이다. 이러한 생명 구조 및 처치가 외국에서 온 지원팀에 의해서 되는 경우는 매우 극소수에 불과하다고 한다. 따라서 현지 인력이 자체적으로 보건의료 면에서 시행할 수 없는 기술과 장비, 인력을 집중적으로 지원하는 것이 효과적이다. 그렇게 하려면 현장의 상황 파악이 먼저 우선시 되어야 하고 초기 정보 수집이나 신속한 선발대 파견 등이 그 방법이 될 수 있다. 그러한 과정 없이 언론의 총론적, 비전문적 보도만을 믿고 일반적인 재해의료지원팀을 구성하여 현장에 파견하는 것은 외국의 재해 시 보건의료지원원의 원칙에 위배되는 행동임을 알아야 한다.

외국의 재해 시 언론에 보도된 참상을 보고 시급하게 감정적인 접근을 하는 경우가 있다. 즉 이는 어떤 종류의 지원도 도움이 될 것이고, 이는 당장 지원에 들어가야 한다는 잘못된 믿음이다. 실재는 공정한 평가에 의거하지 않은 조급한 외국 재해 지원은 혼란만 초래할 수 있다는 것이다. 현지에서 요구한 종류의 지원이나 현지 평가에 의하여 반드시 필요할 것이라고 생각되는 종류의 지원이 아니라면 많은 지원물품들이 수송하는데 짐만 될 것이고, 부족한 현지의 수송 능력을 감소시키며, 실제로 그 물품들이 현장에서 분류되고 저장되기 보다는 필요없이 버려지며 불태워지기까지 하는 것이 현실이다. 이렇게 가끔 필요하기는 하지만 보통 현지에서 요구되지 않는 혼란 사항은 입던 현 옷가지, 처방되는약품, 혈액 제제 및 의료지원팀이나 이동식 현장병원 등이다. 상기한 예는 현장의 요구에서 최우선적인 것이 아니라 상황에 따라 요구될 수 있는 항목들인 것이다. 여기서 주목할 필요가 있는 것은 의료지원팀이나 이동식 현장병원은 일

반적인 최우선적 지원 상황은 아니라는 점이며, 이번 동서남아 지진 해일 시에도 스리랑카같이 초기부터 의료지원팀을 요청한 지역과 그렇지 않았던 지역이 있었다는 사실을 기억해야 할 것이다.

대규모 재해 후에는 2차적으로 전염병이 창궐하는 것이 상식적으로 알고 있는 사항이지만 과연 그럴까? 실제로 재해 후에 대규모 전염병이 유행한 경우는 거의 없고, SARS나 조류독감 등은 재해와 무관하게 유행하였으며, 때로는 테러와 관련있기도 하지만 재해와 2차적 전염병의 유행을 연관시키기 어렵다. 게다가 이러한 믿음은 일반적으로 일반인들이 잘못 알고 있는 사실 중 하나로서 많은 사상자로 인하여 사람이나 동물의 시체가 방치되는 상황에서 대규모 전염병이 발생한다는 믿음과 관계있으며, 이는 이번 동서남아 지진 해일 시에 심지어 UN이나 많은 언론매체에서 걱정하여 왔다. 언론에서는 많은 시체로 인하여 대규모 전염병이 일어날 것으로 지속적으로 예고하였지만 실제 대규모의 전염병은 지진해일 지역에서 발생하지 않았다. 이는 수인성 전염병의 발병 경로를 자세히 분석하지 않고 시체와 전염병을 전통적인 믿음대로 그냥 연결시켜 생각하는 오류 때문이며 시체가 전염병 발병에 부정적 영향을 미칠 수 있지만, 물과 위생, 예방접종, 쓰레기 처리 및 음식물 관리 문제를 철저히 관리한다면 대규모의 전염병은 방지할 수 있다는 것이 학문적인 정론이다. 오히려 범죄나 테러 같은 재해 시 더 전염병 창궐을 유의해야 한다.

재해 시에는 혼란한 상황이라서 인간의 가장 나쁜 추악한 측면이 표출되고, 이러한 환경 때문에 보건의료지원 시에 지원팀의 안전이 더 문제될 수 있다고 생각하는 사람도 있을 것이다. 그러나 실제 재해 현장에서의 상황은 일반적으로 예상보다 평온하고 현지 주민들의 반응도 적대적이지 않은 것이 보통이다. 일부 반사회적인 행동이 현지인들에게 나타나는 경우가 있지만 이러한 행동은 일반적인 주민들의 태도는 아니며 지원팀에게 적대적이지 않다. 이러한 예로 USA

Today지가 2002년 3월에 보도한 바에 의하면 2001년 9월의 미국 뉴욕의 세계무역센터 테러 후에 살인 범죄율이 40~60% 정도 감소하였다고 하며, 케냐의 미국 대사관 폭탄테러 시에 케냐인들이 헌혈을 위하여 2~3km씩 줄지어 있었던 예는 재형사고나 재해 후의 상황이 반드시 인간의 나쁜 측면이 발현되기 보다는 현지인들의 자발적이고 호의적인 반응이 나올 수 있는 것을 말해준다. 그러나 재해 이전부터 정치 사회적 문제로 고통받고 있던 지역이나, 내전 등 치안의 문제가 있던 지역은 재해 보다는 그 자체로서 이해하는 것이 옳을 것이다.

그러면 재해 피해지역의 지역사회는 재해 후 완전히 붕괴되어 아무 기능이 없을까? 실제로 많은 이들이 새로운 출발을 위한 힘을 얻고 활동을 하는 것이 정설이다. 자연재해 후 이에 대한 일반적 인간 반응은 공동의 목표를 위해 문화적 차이를 뛰어 넘어 공동 노력을 하는 것이다. 따라서 정부조직, 국제조직의 공식 반응과 무관하게 외국으로부터의 자발적 지원자들이 줄을 잇게 되며 이것은 일반적 현상이다. 그러나 현장에서의 구조, 일차적 응급조치 및 이송은 현장 주민이나 다른 경미한 피해자들에 의해 대부분 이루어진다. 이러한 국내외의 피해지역 상황은 이를 뒷받침하는 조율이 있으면 더 효율적이 되고, 인위적으로 통제하면 효율성도 떨어지고 통제도 실제 잘 되지 않는다. 보건의료지원은 현지의 이러한 상황을 미리 이해하고 접근해야 한다.

외국으로부터의 대규모 지원으로 인하여 피해 지역은 몇 주내에 대부분의 기능이 정상화될 수 있을까? 실제로는 한번의 재해로 인한 피해는 매우 오래 지속된다. 피해 국가나 지역은 경제적, 물질적 자원이 고갈되고 이로 인한 불균형 문제로 지속적인 피해가 있으며, 일자리도 없기 때문에 경제적 피해는 더 지속되게 되어있다. 따라서 지역사회의 자생력을 키우기 위해서는 일자리 창출이 가장 효과적이라고 평가된다. 앞으로의 복구와 과거 생활로의 회복에 대한

희망이 없는 것이 실제로 지역 주민들에게 가장 큰 문제가 되며, 테러의 경우에도 이러한 좌절 혹은 절망감을 지속시키는 것이 테러리스트들의 목표 중 하나가 된다. 따라서 재해 시 보건의료 지원에 있어 주민들의 절망감을 조금이라도 해결하고, 정신건강 상의 문제로서 외상후 스트레스 증후군(Post-traumatic Stress Disorder : PTSD)로 가지 않게 하는 것은 매우 중요한 지원팀의 과제가 된다.

해외보건의료지원 시에 주의해야 할 사항이 몇 가지 있다. 첫째, 신속히 지원이 필요하다는 언론 보도에 과잉대응하지 말라는 것이며, 조용히 현지의 평가를 기다리며, 현지에 필요한 사항을 준비하라는 것이다. 절대로 현지 상황이 파악되지 않은 채로 본격적인 지원팀을 보내지 말라는 것이다. 신속한 반응으로서 내보내야 할 팀은 지원이 목적이 아닌 현장 정보 획득을 위하여 보내는 선발대가 될 것이다. 둘째, 현지의 원조팀 간에 경쟁적인 입장에 서지 말라는 것이다. 재해 현장 지원의 양, 속도, 투여 자금보다 더 중요한 것이 현지 지원의 질과 완결성이다. 현장에는 세계 각지에서 온 지원팀이 활동하는데, 실제 지원팀의 제목, 표시, 깃발, 명령체계나 조직 등에 있어 지원팀 간의 갈등 요소는 산재해 있다. 이러한 갈등 상황을 지속하면 언론 보도, 통계적 성과에 치중하고 실제 피해자들에 대한 삶의 질적 향상은 부정적 효과를 가지고 오며, 지속적 지원이 아닌 일과성, 전시성 지원이 될 가능성이 높아진다. 시차를 갖고 도착하는 여러 지원팀들 간의 유대적인 관계를 통하여 지역 주민들의 문제를 고유하고 지속적으로 해결하는 방법을 분업화하여 지원 시기 내에 지속적인 지원이 이루어짐과 동시에 향후 피해 국가의 조직이 지원 업무를 인계받고 자생적으로 활동할 수 있도록 해야 한다. 셋째, 시급히 지원물품을 수집해야 하고 출발해야 하는 상황 때문에 중고 옷가지나 기물, 중고 의료기기, 유효기간이 지난 약품 혹은 현지에서 요구하지 않은 의료진 등을 먼저 보내는 실수를 하면 안된다. 중고

나 유효기간이 지난 물품, 의약품들은 현지 정부 및 주민들과의 관계를 악화시킬 수 있고, 인도적 차원의 지원의 의미를 퇴색시킬 수 있다. 의료진도 문의를 통한 현지 정부의 허가가 있어야 공식적으로 안전하게 갈 수 있고 현지의 지원이 가능하다. 넷째, 물품과 달리 현금은 절대로 필요없다고 묻거나 태우거나 버리지 않는다. 게다가 현금은 현지 주민의 경제적 수준 향상 및 고용을 위하여 사용되어질 수 있다. 따라서 현지의 부정부패나 지원 중 문제가 야기되는 경우를 제외하면 현금 지원은 피해 주민들을 위한 가장 좋은 지원 수단 중 하나이다.

## 2. 지진해일 피해 및 대응 현황

2004년 12월 26일 인도네시아 수마트라섬의 서쪽 지방인 아체주 인근 해상에서 리히터 진도 9.0에 해당하는 대규모 지진이 발생하였고 이에 의한 해일(쓰나미)이 동서남아시아, 멀리서 아프리카 서해안까지 피해를 주었다. 초기에는 그 피해 상태에 대하여 잘 알려지지 않았으나 국제적 규모의 대 재앙이었고, 이에 따라 초기 구조, 복구 및 재할에 관련된 활동에 대하여 세계 각국에서 지원에 나섰다. 결국 인도양에 면한 11개 국가의 해안 인근에서 2004년 3월초의 보고 상 295,000명 가량의 사망자를 기록한 대재앙으로 기록되었다.

이러한 지진해일과 관련된 사망이 기록된 국가들은 스리랑카, 인도네시아, 인도, 태국, 말레이시아, 미얀마, 몰디브, 방글라데쉬, 소말리아, 탄자니아 및 케냐이다. 이 중 사망자 수가 많은 국가는 인도네시아, 스리랑카, 인도 및 태국을 들 수 있다. 인도네시아의 경우 사망 및 실종자는 약 235,000명에 달하며 실제 사망자는 수천명이 더 있을 것이라고 추정된다. 스리랑카의 경우 총 사망자수는 약 30,000명 정도로 더 많아질 것이라고 생각되고 있다. 인도의 총 사망

자수는 적어도 10,672명으로 집계되고 있으며, 태국도 36개국 출신의 외국인 1,765명을 포함하여 5,400명의 사망자를 낸 것으로 생각되고 있다. 또한 다른 국가에서도 400명 이상의 사망자가 보고되고 있다.

예상되는 손실액만도 인도네시아 45억 달러, 스리랑카 35억 달러, 인도 20억 달러, 태국 2억 3천달러, 몰디브 13억 달러 등 총 136억 달러로 가장 큰 보험 회사에서 산출하고 있다. UN 등에서는 향후 3~5년간 100억 달러 이상이 재건을 위하여 필요할 것으로 추산하고 있으나, 가장 피해가 큰 4개 국가 즉 인도네시아, 스리랑카, 인도 및 태국은 경제적 영향은 있으나 관리가 가능한 정도로 보고 있다.

여러 나라의 정부, 국제기관 및 민간단체에서 국제원조가 이루어졌다. UN의 보고는 지진해일에 영향을 받은 국가에 대한 인도적 원조는 62억 8천만 달러라고 되어 있으나 실제 지원된 액수는 이보다 적지만 이수치는 계속적으로 늘어나고 있다. 또한 세계개발은행, 아시아개발은행 및 이슬람개발은행 등 다국적 개발은행들이 실제 지원에 중요한 역할을하고 있는 것으로 나타났다. 그러나 지원을 약속하고 지불은 잘 하지 않는 현상을 UN에서 지적하고 있으며 이는 2003년 이란 밤시의 지진 시에도 비슷한 현상이 있었다.

큰 피해를 입은 국가에서는 초기에 사회의 기본 기능이 파괴되었고 전기, 수도, 가스 같은 소위 생명선(lifeline)이 지역에 따라서는 한 달 후에도 기능하지 못하였다. 이러한 상황에서는 구호의 우선 순위가 음식의 공급, 안전한 물과 위생 상태의 확보, 주거의 해결, 의약품 공급 및 기본적 보건의료 서비스의 제공에 맞추어져야 하는 상황이었다. 워낙 광범위한 지역이 피해를 입다 보니, 각 정부나 구호단체들의 손길이 닿지 않는 곳이 많고, 초기에는 상황 파악도 되지 않아 초기의 반응은 지역 사회 주민들이 서로 간에 공조를 하는 형태로 시작하여 차츰 각 정부의 지원이 증대되었다. 이러한 초기 반응은 모든 재해에서 나타나는 일반적인 현상으로 어떠한 철저한 조직 체계를

완비한다고 하더라도 지역의 자원봉사와 주민들의 참여가 초기의 대부분의 문제를 해결하는 방식이라는 것이다. 따라서 이러한 초기 대응의 기반을 확충하는 방식을 무시하고, 조직과 지침에 의거하여 체계적인 대응을 하는 방법을 강조하다 보면 항상 탁상공론(paper plan syndrome)이 되고 마는 것이 재해 준비 및 대응의 본질이다.

특히 선진화되지 못한 사회의 대규모의 재해는 일부 피해에 취약한 계층의 어려움을 더 배가시키는 것이 일반적이는데, 이는 어린이, 노인, 극빈계층, 여성 및 장애인 등이 대표적이다. 이들은 재해 시가 아닌 평소에도 세계의 여러 지역에서 최소한의 삶의 질을 위협받고 있는 사람들이며, 재해 시에는 급격히 그 취약점이 드러나고 더 많은 피해를 볼 수 있는 계층이다. 그래서 최근에는 재해 시에 취약 계층의 배려에 대하여 학문적, 인도적인 관심이 더해지고 있으며, 이러한 계층을 일반 피해자들과 동등하게 한꺼번에 취급하는 시각을 수정해야 한다는 것이다. 따라서 보건의료지원을 계획하고 있다면 이러한 취약계층에 초점을 맞춘 추가적 계획이 있어야 한다.

깨끗한 물과 위생의 문제는 삶의 기본 조건이자 대규모의 2차적 질병을 야기시킬 수 있다는 점에서 재해 후 관리가 매우 중요하다. 일반적으로 일반인들이 잘못 알고 있는 사실 중 하나는 많은 사상자로 인하여 사람이나 동물의 시체가 방치되는 상황에서 대규모 전염병이 발생한다는 믿음이며, 이는 심지어 UN이나 많은 언론매체에서 걱정하여 왔다. 언론에서는 많은 시체로 인하여 대규모 전염병이 일어날 것으로 지속적으로 예고하였지만 실제 대규모의 전염병은 지진해일 지역에서 발생하지 않았다. 이는 수인성 전염병의 발병 경로를 자세히 분석하지 않고 시체와 전염병을 전통적인 믿음대로 그냥 연결시켜 생각하는 오류 때문이며 시체가 전염병 발병에 부정적 영향을 미칠 수 있지만, 물과 위생 문제를 철저히 관리한다면 대규모의 전염병은 방지할 수 있다는 것이 학문적인

정론이다. 깨끗한 물과 위생의 문제는 지역 주민 뿐만 아니라 구호단체나 의료지원팀에게도 매우 중요한 문제로서 해외 의료지원 시 미리 이에 대한 준비가 되어 있어야 한다는 것이 의료지원 준비 중의 필수사항으로 대두될 수 있다. 또한 깨끗한 물과 위생에 대한 주민들 교육과 점검이 간단한 부상자 진료보다 더 주민들의 건강 문제를 해결하고 생명을 보존시키는 데 더 중요함을 알아야 한다.

구호단체나 의료지원팀의 주민들에 대한 자세는 우월감이 나타나지 않게 조심하고 보편적인 인간애에 기초한 동반자로서 도움을 주는 자세를 견지하여야 하며, 실제 많은 가정들이 파괴되어 있는 상태이므로 가족과 같은 자세를 유지하도록 노력해야 한다. 가족들이 한데 모여 생활하는 것을 지원하며 이에 대한 보건의료적 문제를 교육, 예방, 해결하는 데 노력하는 것이 피해를 본 지역사회 치유에 가장 기본이 되는 사항이다.

많은 국제 단체와 정부가 다양한 지진해일 지역에 도움을 주었기 때문에 현재로서는 그 정확한 분석은 이루어져 있지 않다. 그러나 세계보건기구쪽의 활동 상황을 예로 보면 초기에 도움을 요청받고 치명적인 질병의 발병을 예방하는 쪽에 초점을 맞추고, 기본적인 건강상태 유지를 위한 보건의료 서비스 제공과 건강상태 유지를 위한 기본요소들인 깨끗한 물, 위생, 음식의 공급, 영양 유지, 만성질환 및 정신적 외상에 대한 대응 등을 통하여 위험지역 주민들의 상태를 유지하고 지역 보건의료기관 및 정부기관과 국제단체들을 조율하여 적절한 전략 하에 같이 행동하려 하였다. 초기의 즉각적 반응은 지역의 보건의료기관에 대한 원조였는데 이는 구체적으로 치명적 상황에 대한 응급처치를 돕고, 요구상황을 파악하고 지원품을 수송하여 공급하며, 공중보건 전문가를 현장에 파견하고 기관, 단체들간에 조율을 하는 것들이었다. 이러한 활동을 통하여 지진해일 발생 3주 후에는 120명의 전문가들이 각 피해 지역에 파견되어 활동하였으

표 1. 세계보건기구의 지진해일 지역에서의 업무

1차적 기능	진행 상황
전염병의 조기 경보, 감시 및 반응 (말라리아, 전염성 설사, 뎅기열, 파상풍)	현장에서 진행 중
공중보건 정책과 활동 (식수, 영양, 위생, 예방접종, 환경 보건, 정신 건강, 여성 건강)	식수, 위생, 환경 보건, 정신 건강 활동
보건의료서비스 기관에 대한 접근 확보 (서비스에 대한 접근 및 지원 향상)	접근성 향상 진행 중
효율적인 건강서비스 공급 체계 유지	체계 개발
모든 보건의료 활동 기관의 조율	조율 진행 중
보건의료체계 복구 및 재할	국제개발은행들과 개별 정부와 협조
세계 보건기구 활동 체계	지역 사무소 개설

며, 200만명에게 의료지원을 시행하였고 콜레라 대비를 추가적으로 백만명 이상의 주민들에게 시행하였다. 피해 지역에 지역 사무소를 세우고 통신을 개설하였고, 타 단체들과 피해 지역에 대한 합동 조사를 시행하고 현장에서 지속적으로 피해 감시를 실시하였다.

세계보건기구는 신속하게 운용방안을 마련하였는데 이는 제네바에 전략건강운용센터를 마련하고 각국에 그 운용실을 마련하여 각국의 대표소와 지소에 운용기반을 설립함과 동시에 다른 5개의 WHO 지역 사무소에서 인력과 전문가를 공급하고, 중앙본부에서는 행정 및 기술적 지원을 시행하여, 전염병 감시체계와 반응체계에 핵심적인 역할을 하고 국제적 전염병 발병 경고 및 대응 네트워크를 활성화하도록 하였다.

### 3. 외국의 현황 : 일본의 예

외국의 재해 시 해외의료지원의 현황은 국가마다 방식이 다른 것으로 나타난다. 대부분의 선진국들은 자신의 국가 내의 재해의 예방과 대처에 우선 순위를 두고, 그 순위에 재해의료의 체계적 준비 및 양성을 선진국일수록 매우 중요시하고 있다. 그 방법으로 일

부 국가는 정부의 주도 하에 재해 구호 및 의료지원을 하고 있으나, 이보다는 정부의 지원 하에 국제기구나 민간단체들을 통하여 지원을 하는 것이 더 일반적이다.

정부의 주도 하에 재해 시 구호 및 의료지원을 하는 국가로서는 대표적으로 일본을 들 수 있다. 정부 관련 조직으로서 일본재해구호팀(Japan Disaster Relief Team)은 1982년에 조직되었다. 1982년에 캄보디아 난민들을 정부차원에서 조직적으로 구호한 것이 시초가 되었는데, 다시 구조팀, 의료팀, 전문가팀 및 자위대로 구분한다. 2004년도 9월 자료는 총 68팀 1354명의 인원이 등록되어 있고 이 중 의료팀은 32개 팀으로 팀 수로는 가장 많고 375명의 인원이 있다. 이와 별도로 수송 역할을 하는 한 개의 팀은 해상자위대에서 담당하게 되어 있다. 해외의 자연재해나 인위적인 대형 사고 모두 반응하도록 되어있으며, 재해 시의 주 활동 시기는 재해가 일어난 후 복구 전까지의 재해의 급성기에 활동한다. 정부조직이기 때문에 원칙적으로 해당 국가 정부가 일본대사관을 통하여 구호 요청이 있어야 반응을 하게 되어있는데, 일본 외무성을 통하여 연락이 오면 산하의 일본국제협력단이 일본재해구호팀의 인력, 물자 및 자금 문제가지 말아서 모든 문제를 협조하고 처리하도록 되어있다(그림 1.). 따라서

여러 부서가 복잡하게 관여하는 것이 아니고 업무의 주체가 확실하기 때문에 일관적인 업무의 추진이 가능하며, 재해의 속성 상 구조, 구조, 보건의료, 복구 등의 업무를 다 수행해야 하므로 각 전문가 그룹을 모두 포함하고 있다. 일본재해구조팀의 인력 지원 내용은 구조팀의 경우 경찰, 소방, 해안경비대 등에서 미리 약속된 지원을 받으며, 의료지원팀의 경우는 미리 약속된 각 의료기관의 의사, 간호사, 약사 등의 인력 풀에서 지원을 받고, 전문가팀은 정부내 각 부처의 전문가 그룹의 지원을 받는데, 이러한 지원은 미리 약속되어 지원할 인력의 구체적 내용이 정해져 있다. 의료지원팀은 일본재해의료구조팀(Japanese Medical Team for Disaster Relief : JMTDR)이라고도 불리우며, 일본재해구조팀 내의 의료지원팀을 위하여 자발적으로 등록한 의료인력으로 구성되어 있다. 2004년의 자료는 총 605명의 팀원이 있으며, 이 중 의사가 184명(30%), 간호사가 267명(45%)를 차지하고 있다. 이들은 해외의료지원 시에 해당의료기관에서 업무와 급여에 있어 문제시되는 부분을 정부에서 해결해주므로 복잡한 행정적 문제나 의료기관에서 인력 차출을 꺼리는 부분이 자연적으로 해결되어 있다. 일본재해의료구조팀으로 활동하려면 일정한 교육훈련과정을 거쳐야 하는데 기본 과정, 본 과정 및 특별 과정이 있

으며 기본 과정은 3일간 초보자에게 시행하며 본 과정은 1년에 하루씩 3번 실시하고 특별 과정은 구조, 신속 역학 평가, 공중보건 및 현장 확보에 대한 각각의 과정이 있다. 일본재해의료구조팀의 현장에서의 역할은 여러 형태의 현장 진료 외에 역학적 조사 및 공중보건 감시 등이 주임무이다. 이러한 준비를 통하여 일본재해의료구조팀은 총 29번의 임무를 가지고 42팀, 380명이 활동한 것으로 되어 있다. 일본에서는 국내 재해를 위한 현장 의료지원팀으로서 도쿄를 시작으로 지역 재해의료지원팀이 구성되어 활동을 막 시작하고 있는데 이를 지역 DMAT(Disaster Medical Assistant Team)이라고 부른다. 이러한 지역 DMAT의 범위를 넘어가 해외 DMAT도 2004년에 조직이 되었는데 이는 일본 외무성 산하가 아닌 일본 후생성 산하 기관으로 발전하려는 중이다. 그러나 주요 의료인력의 인적 구성은 JMTDR이나 해외 DMAT나 비슷하고 같은 인력이 양쪽에서 활약하는 경우도 많다. 그러나 JMTDR이나 해외 DMAT를 막론하고 정부관련조직이라는 점에서 그 유연성, 신속성에서 한계를 보이는 것도 사실이다. 정부조직에서는 국가간 공식적인 입장에 따라 해외의료지원에 임하게 되므로 구성 인원이 아무리 효율적이고 신속하게 준비를 한다고 하더라도 해당 국가에서 구호를 거부하지

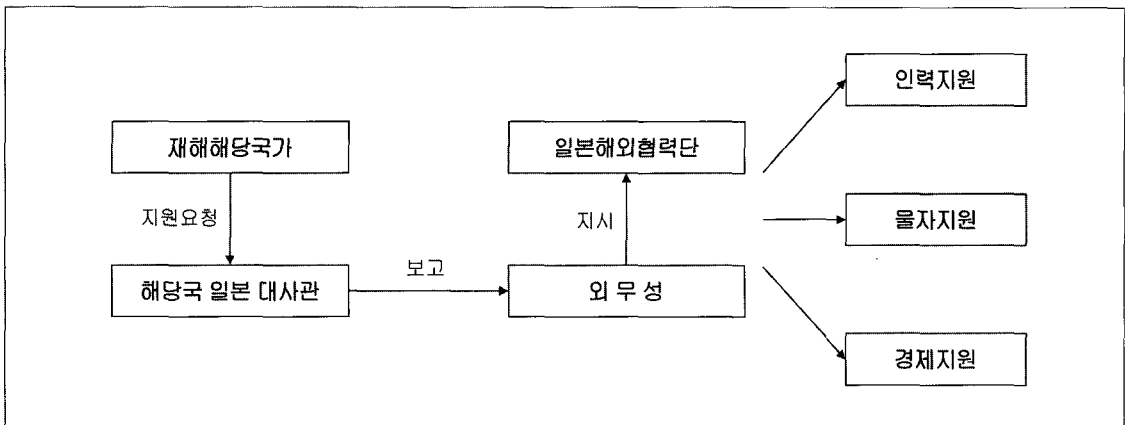


그림 1. 일본재해구조팀의 활동 과정

나 기타 행정적 문제 발생 시 공식적인 현장 활동을 하기 어렵게 되어있다. 따라서 해외의료지원을 목적으로 하는 민간단체도 최근 조직되었으며 일본경제인 연합회 등에서 자금지원을 하여 정부조직과 협조하여 HuMA(Humanitarian Medical Assistance)라는 자발적인 민간조직도 창설하여 정부관련조직의 단점을 보완하고 있다. 이러한 움직임의 중심에는 일본의 응급의학 의사들이 있고 국가정책 및 기타 모든 지원을 아끼지 않는 환경이 어우러져 있어 현재 일본은 해외의 대형 재해 시에 가장 빠른 공식적 반응을 하고 있는 나라 중 하나이다.

#### 4. 국내의 현황 및 대응

국내 재해 대책 및 대응의 현황은 주로 국내에서 발생하는 재해에 초점이 맞추어져 있다. 민간조직이나 자원봉사보다는 주로 정부조직에 의한 재해 대응이 보편화되어 있고, 이는 2004년 6월 소방방재청의 출범으로 좀 더 가시화되고 있는 중이다. 물론 소방방재청은 과거 소방과 민방위 조직의 조직적 연합의 성격을 띠고 있는 것이 현실이지만 향후 재난관리 조직으로서 기반이 되기를 기대하고 있다. 그러나 실제로 재해 시에는 하나의 명령조직체계에 의한 통합적 접근이 아직 되지 않고 있으며, 재해의 본질 상 소방, 구조, 보건의료, 건설, 지질, 보험, 법률, 안전공학 등 상황에 따른 여러 분야가 통합적 접근을 해야 하기 때문에 현재같이 각 부처에 기능이 나누어져 있는 형태로는 효율적인 접근이 쉽지 않은 형편이다. 그러나 재해에 대한 접근 방법이 단순히 과거의 주민복구 위주나 민방위식 접근이 아닌 생명 존중에 의거한 조기 접근으로 인적, 물적 피해를 경감하고 신속한 정상 회복을 꾀하는 만큼, 과거에 비해 후진성은 많이 벗어났다고 할 것이다. 게다가 우리나라는 이동통신망을 비롯한 훌륭한 정보통신 기반을 갖추고 있어 재해

시 의사소통 및 정보교환은 기술적으로 첨단인 방법을 사용할 수 있고, 수색 및 구조 분야도 세계적으로 경쟁력을 갖고 세계 각 곳에 파견되기까지 하며, 다양한 분야의 전문가 그룹이 존재하고 있어 재해 대비 분야별 지적 능력도 부분적 기반이 있다. 문제는 이러한 기술적, 학문적 자원을 조율하는 시스템이 빈약하고 경직되어 있다는 것이며, 이는 법적 및 제도적 지원 빈약, 다양한 학문에 대한 재해 경감 및 대응으로의 포용성 문제, 국민 의식 및 안전문화의 후진성 등의 문제로 표현되기도 한다.

이러한 국내 재해 대비의 문제도 있지만 해외 재해 시의 태도나 활동은 그 문제가 더 심각하다. 일단 이에 대한 업무가 정부, 민간이 어떻게 나누고 조율해서 해야 하는지가 평소엔 전혀 준비되어 있지 않다. 해외 재해 지원에 대하여 일이 터지고 난 다음에 지원을 준비하고 시작하려 하니 혼란만 초래하고, 시간은 지연되며, 자원은 낭비되는데 그 이후에도 변화는 없으니 지속적인 악순환의 반복이 되고 있다. 오히려 해외 재해 지원에 대하여 민간구조단체들은 국제적 단체의 한국지부로 활동하는 경우도 많고 현장 경험도 정부조직보다 많아서 그 대응이 매우 신속하다. 여기서 정부단체와 민간단체는 각각의 장단점이 있어 상호보완의 여지가 많다. 정부단체는 외국 정부와의 공식적 정보교환과 공식 지원 사항에 있어 유리하며 지원자의 안전에 대하여서도 책임있게 임할 수 있다. 민간단체는 신속한 현지 지원에 유리하며, 국제 민간단체와의 교류를 통한 정보 수집, 준비된 소속 자원인력의 신속한 소집 및 파견에 유리하다. 국제적 지원이나 원조는 해당 국가의 허락이 공식적으로 있어야 하는 것이 원칙이기 때문에 정부단체는 이러한 일을 신속히 처리하고 다양한 단체의 조율과 안전을 지원한다면 향후 국내의 새로운 모델로 정착할 가능성도 있다.

남아시아 지진해일에 있어 선발대 국내에서는 정부, 민간 기관이 서로 독립적으로 혼재하여 제작기 지원을 하였기 때문에 국내의 총 의료지원 현황은 아



직 통계로 잡혀있지 않다. 그러나 정부관련 기관과 관련하여서는 보건복지부에서 관련하여 국제보건의료발전재단과 서울대학교병원이 2004년 12월 28일에 4명의 선발대를 스리랑카에 보내 15일간 체류하였고, 본진 11명은 2004년 12월 30일에 출발하여 현지에서 12일간 체류하면서 2개의 팀으로 나누어 각각 남부와 북부지역의 의료지원을 시행하였다. 그러나 충분한 준비가 되지 않은 상태로 출발을 하여서 의료지원 이외의 공중보건, 구호 및 전염병 감시 등의 기능은 미흡하였다. 이 당시 국제민간구호단체 산하의 국내의 여러 단체가 자발적인 구호사업 및 의료지원에 나섰으며 이는 정부 조직의 활동과 별개로 진행되었다. 또한 각 의료기관이 정부조직 혹은 관련단체들과 합동으로 의료지원을 준비하였는데 당시 어느 의료기관에서 어느 단체와 협력하여 의료지원에 나서는지 파악할 수 없는 상태였다. 대한의사협회에서도 2005년 1월 5일 1차 의료지원단을 인도네시아 아체주로 출발시킨데 이어 1월 26일 출발한 제 4진까지 하여 2월 4일까지 4차례에 걸쳐 해외의료지원을 시행하였다. 2004년 12월 26일 남아시아 지진 해일 발생 다음날인 27일에 보건복지부와 관련 단체가 국제보건의료발전재단에서 해외재난의료지원 긴급회의 개최했으며, 이 당시 민관 합동 긴급의료지원단을 구성하기로 하였으나 실제 각 민간 구호단체들은 국제적 네트워크 하에서 또는 국내에서 개별적으로 해외 긴급구호지원을 준비하고 있었던 터라 정부조직 하에 일사분란하게 움직일 수 있는 상황은 아니었다. 또한 2004년 4월의 북한 용천열차폭발사고 시 비슷한 경험들이 있었지만 당시에도 효율적인 조직과 일사분란한 체계는 갖추지 못하고 민간단체들과 자원봉사 의료진들에 주로 의존하고 있었던 터였지만, 당시에는 북측에서 인력 지원을 거부하고 물자 지원만을 요구한 상황이라서 의료지원의 문제나 효율성을 이야기하기에는 문제가 표출될 수 없는 상황이었다. 초기에 보건복지부와 관련단체들이 준비하

는 동안 서울대학교병원 같은 의료기관에서 초기 대응을 자발적으로 하여 같은 날 출발하여 스리랑카에서 활동하고자 했으나 보건복지부의 준비상황과 서울대학교병원의 준비상황이 급하게 하는 준비의 와중에 맞지 않아 스리랑카의 두 장소로 분리하고 현지 상황실 역할을 국제보건의료발전재단의 파견자가 하는 형태로 활동하였다. 대한의사협회에서도 2004년 12월 27일부터 의료지원준비에 나섰으나 당시에 보건복지부에서 스리랑카로 2004년 12월 28일(선발대) 및 2004년 12월 30일(본진)에 떠난 후이고 여러 민간단체들이 출발을 하는 중이었기 때문에 장소와 시기에 있어서 논란이 있었다. 당시에 스리랑카는 공식적으로 의료지원을 요청한 상태였고, 태국은 국내 관광객이 많이 있었던 것으로 생각되었으며, 인도네시아는 정보가 전달이 잘 되지 않은 상태였지만 가장 피해가 광범위할 것으로 추정되는 상태였었다. 이러한 경우에 어느 곳을 결정하느냐가 문제시 되는데 미리 정해진 지침과 전문가 그룹을 확보해놓으면 도움이 되지만 이러한 면에서 미흡한 측면이 있었다. 이리하여 우여곡절 끝에 대한의사협회 1차 의료지원단이 2005년 1월 5일에 인도네시아 반다아체로 출국하게 되었는데 인원은 의사7명, 간호사4명, 행정 3명, 기자 1명, 의대생 7명으로 구성되어 있었다. 타 의료지원단에 비하여 의대생이 많이 포함되어 있음은 인류애에 기초한 의료진의 교육적 측면에서 새로운 모습이지만, 안전이라는 또 다른 숙제를 던져주었다. 이 팀은 인도네시아 정부가 허가한 최초 의료지원단이었고, KEMAT(Korea Emergency Medical Assistance Team)라는 이름으로 인도네시아 의사협회와 공동보조로 활동하게 되어, 이후 국내에서 남아시아 피해지역 의료지원 관련 보건의료단체 준비모임을 통해 대한의사협회, 대한병원협회, 대한간호협회, 대한약사회의 4개 단체가 공동으로 보건의료단체 2차 의료지원단을 구성하여 파견하는 계기가 되었다. KEMAT는 3개팀으로 나누어 활동하였는

데, 1팀은 마따이 난민촌 내 파피나 병원에서 진료를 하고, 2팀은 난민촌 이동진료를 하였으며, 3팀은 Unicef의 예방접종 프로그램에 참여하였다. 단순 외래진료 식의 진료 말고 이동식 진료, 보건위생 프로그램 등 다양한 해외의료지원을 시행하게 됨은 피상적으로 알고 있는 해외의료지원의 활동을 넘어서는 것이라고 평가되나, 여러 민간단체나 의료기관에서 한 활동들은 구체적으로 파악되지 않고 있어 이러한 관련활동의 정리가 필요한 시점이다. 또한 방역활동도 시행하였고, 보건복지부에서도 방역활동을 위하여 담당 전문가를 파견하기도 하였다.

## 5. 결론

재해 시 해외의료지원은 재해의료지원의 특수분야로서 해외의 재해 발생 시 급조된 인력, 자원으로 해외의료지원에 임하게 되면 그 효율성과 의미가 매우

감소한게 된다. 해외 재해에 대한 지원은 한 국가의 역량을 단번에 알릴 수 있는 좋은 기회이다. 뒤늦게 발표하는 금전적 지원보다 때로는 한 국가와 국민이 다른 국가의 아픔에 정성을 다한다는 인상이 더 가치 있게 평가될 수 있다. 그렇게 되려면 신속하고 적절한 해외 재해지원에 대한 준비가 평소에 있어야 한다. 조직과 체계가 마련돼 있고, 언제라도 지원할 수 있는 인력 풀과 훈련이 있어야 하는 것이다. 비록 국내의 현 상황이 수많은 단체와 기관이 갑자기 급조되어 해외로 우선 나가는 형태가 일반적이지만, 실제 현지에서 베풀어야 할 활동이 비효율적이 되고, 정보도 공유되지 않으며, 파견팀의 안전도 보장할 수 없는 등 여러 문제점을 인식하고 향후에는 경쟁적인 지원 활동을 잘 조율하고 승화시켜 효율적인 지원이 되도록 조정해야 할 것이다. 이를 위하여 평소에 이를 위한 예산을 편성하여 체계적으로 훈련하고 움직이는 시스템을 갖추고 행정적 지원의 수준을 높인다면 이러한 문제들의 많은 부분이 해결될 것이라 생각된다.

## 참고문헌

1. 김세경. 재해의학의 개요. 대한응급의학회지 1996 ; 7 : 319-25
2. 서길준. 재해대비. 대한의사협회지 2001 ; 44: 612-21
3. 임종권, 김은수, 임경수, 안무엽. 대량긴급환자관리현황과 정책문제. 한국보건사회연구원
4. 경기도 지방소방학교. 재난관리. 1999
5. 한국보건 의료관리 연구원. 응급의료 체계 운영평가 보고서. 보건복지부 : 1996.
6. Benson M, Koenig KL, Shultz CH. Disaster Triage: START then SAVE - a new method of dynamic triage for victims of catastrophic earthquake. Prehosp Disast Med 1996 ; 11 : 117
7. Waeckerle JF. Disaster Planning and Response. N Eng J Med 1991 ; 324 : 815
8. Wilkinson CB. Aftermath of disaster : The collapse of Hyatt Regency Hotel skywalks Am J Psychiatry 1983 ; 140(9) : 1134-9
9. 제 10회 일본집단재해의학회 초록집. 2005.