

새로운 건강요원 · 보건진료원 (Community Health Practitioner)

김 순 자
(고려의대 간호학과 부교수)

————— 차 례 —————

1. 머릿말
2. 보건진료원제도 개발의 당위성
3. 보건진료원의 개념과 역할
4. 보건진료원의 선발과 교육
5. 보건진료원 현황
6. 문제점 논의 및 제언
7. 요약 및 전망

1. 머릿 말

건강관호(health care)의 목적은 건강을 증진하는 일, 질병을 예방하는 일, 건강을 회복하는 일 및 고통을 경감하는 일을, 개인이나 가족 또는 지역사회 집단을 돕는 일이라는 사실을 재론할 필요가 없다. 이러한 역할을 “왜”, “누가”, “어떻게”할 것인가를 합리적인으로 결정하는 일이 중요하다. 우리나라 헌법 제30조에 “모든 국민은 인간다운 생활을 할 권리를 가진다.” “생활능력이 없는 국민은 법률이 정하는 바에 의하여 국가의 보호를 받는다.” 또한 제31조에는 “모든 국민은 혼인의 순결과 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다.”라고 국민의 기본적인 권리로서 “健康권을 명시하고 있다.” 헌법 정신에 따라 정부가 온갖 노력을 경주했음에도 불구하고 우리나라의 건강관호 서비스(health care service)는 자유 경제 원칙에 따라 제공되는 고가의 서비스로 대다수 국민들의 기본 권리로서 보장을 받지 못하여 왔던 것이 사실이다. 이러한 상황은 비단 우리 나라의 당면 과제만은 아니고 전 세계 많은 국가들이 해결해야 할 문제로 대두되었다. 1978年 9月, W.H.O(World Health Orga-

nization)는 소련의 알마아타에서 보건에 관여하고 있는 139國 대표 1,500여명을 소집하여, “건강은 人間의 基本 권리”임을, 각국의 건강과 서비스는 아직도 지역간 불균형 상태가 존재하고 있음을, 그리고 오늘날 세계가 당면하고 있는 많은 사회개발 과제에 대해 국민 건강의 향상을 으뜸가는 목표로 채택할 것을 재확인하였다. 또한 W.H.O, 제32차 총회에서는 세계 어느 나라 그 경제 및 사회의 개발이 국민 개인의 건강에 중요한 요인이므로 지속적 경제발전과 생활향상을 위하여 제국의 정부와 연관 국 중기구는 긴급하고 중요한 모든 조치를 취할 것을 촉구하였다. 그 일환으로 W.H.O는 “Health for all, by the year 2,000”를 슬로건으로 채택하고 각국은 이 目標을 달성하기 위한 건강관호 전달제도(health care delivery system)를 개발하도록 촉구하고, 人間의 基本 건강관호 서비스를 보장받을 수 있는 방안이 일차 건강관호(primary health care)라는데 의견의 일치를 보았다. 이에 앞서 우리나라는 1969年, 한국보건개발연구원(Korea Health Development Institute)을 설립하고 이를 뒷받침하는 특별법을 제정하였고, 새로운 건강요원의 가능성과 효율성을 연구한 바 있다. 연구 결과에 따라 1980年 12월 농어촌 보건 의료 특별조치법이 제정 선포되어, 보건 진료원이 탄생되었다. 1981년부터 보건 진료원을 선발, 교육하여 전국 보건 의료 취약지역에 배치하기 시작하였으며, 1981年 9월 5일에는 농어촌 보건 의료 특별조치법 시행령과 시행규칙을 선포함으로써 보건 진료원에 관련된

제반사항을 규정하여 활동의 법적 뒷받침을 하고 있다. 본고를 통하여 보건 진료원 제도의 배경, 기념 및 역능을 논의하며 그 선발 교육을 포함한 현황과 문제점 및 앞으로의 전망을 논의하고자 한다.

2. 보건 진료원 제도 개발의 당위성

1977년에 시작하여 1881년에 끝나는 제 4차 경제개발 5개년계획에 의하면 농촌지역 주민에 대한 건강관호(health care) 서비스를 확충하기 위하여 계획기간 중 보건지소를 강화함으로써 1차 건강관호(primary health care)를 제공할 수 있도록 한다고 되어 있으나 이를 위한 가장 큰 장애 요소는 담당 인력의 부족이라고 지적되었다. 이러한 인력 부족을 해결하기 위한 방안이 더 많은 의사를 배출시키므로써 해결하는 것으로 생각하는 것은 여러가지 문제점을 내포하고 있다고 본다.

국민의 건강문제를 총괄적으로 고려할 때, 의사의 수적인 증가가 의료제공의 기회를 증대시키고, 따라서 건강상태가 호전될 것이라는 이론은 이미 여러 선진국에서 “眞”이 아님이 증명되고 있다. 최근 미국 39個 大도시에서의 의사 및 의료 기관의 수와 그 도시 주민의 건강상태와의 관계에는 아무런 체계적 효과를 찾아 볼 수 없음이 밝혀졌고, 영국에서는 국가 공영 의료제도(national health service)에 의한 의료 서비스로 영국민에게서 계층간의 차별은 제거했으나, 이 제도를 실시한 지 30년이 지난 현재에도 영아 사망율과 평균수명의 차이가 도·농간(都農間)에 아직도 존재하며, 의사의 수가 가장 많다는 소련에서도 의료와 건강의 모순은 분명하여 영아 사망율과 평균 연령이 의료의 확충에도 불구하고 악화되고 있다.

항상 고도의 훈련을 받는 의사가 보다 복잡한 기기를 이용하고, 보다 잘 조직되고 운영되는 의료기관에서 절대 양질의 의료 서비스를 제공하여야 국민건강을 향상시킬 수 있다고 강조해 오던 미국에서도 최근에야 겨우 의료를 필요로

하는 사람들 즉, 수요자(client)와 의료를 제공하는 사람들(provider)간의 간격(gap)이 있음을 인식하기에 이르렀고 특히 농촌과 도시 영세민에서 이러한 문제들이 뚜렷하게 제기되었다.

1981년 우리나라의 인구는 도시가 14,902,422명(38.9%) 농어촌 지역에 23,411,424(61.1%)이나, 의료 인력과 시설은 80% 이상이 도시에 있어 심각한 불균형 상태가 존재하며 인구 뿐만 아니라 의사 또는 의료 기관까지의 거리를 감안할 때 불균형 상태는 극심하다 하겠다. 그러나 이상 제시한 선진국의 예로 보아 우리나라 건강관호제도의 발전을 위하여 선진국의 전철을 그대로 답습할 필요는 없는 것으로 보아 우리의 現實에 맞는 적절한 제도를 개발할 필요를 느끼게 되며 그러한 방안으로 새로운 보건진료원의 활용이 검토되었고, 3개 시범지역(강원도 홍천군, 경상북도 군위군, 전라북도 옥구군)을 선정하여 이들을 투입하였다. 1977년 7월부터 1년간의 이론교육, 병원실습 및 현지실습을 마치고 1978년 7월부터 1979년 6월까지 보건 진료원의 활동평가 내용을 아래와 같이 요약할 수 있다.

요원의 생산성

요원의 생산성은 업무량 또는 업적(performance)으로 분석할 수 있는데, 환자진료 및 상담을 위한 접촉은 생산성을 측정하는 주요 지표가 될 수 있으므로 요원 1인당 월간실적은 표1~표3에서와 같이 기타 모든 행정 업무, 질병 예방 및 보건 교육 업무에도 불구하고 농촌의 기업외와 거의 대등한 진료 활동을 하고 있음이 나타났다.

어떠한 제도의 효율성은 실적뿐 아니라 소요 경비와 이용자의 만족도가 중요한 지표가 되는

〈표 1〉 보건진료원 1인당 월간 평균 진료실적

		1/4 분기	2/4 분기
홍	천	276 visits	189 visits
옥	구	185 visits	193 visits
군	위	308 visits	338 visits

〈표 2〉 군별, 보건요원별 월간 예방활동 실적

	총 계	군 위	읍 구
진료소의사	—	38	—
수련의	—	—	—
보건진료원	64	66	106
보건간호원	—	281	—

주: — 실적없음 한국개발연구원 기획조사부장
 / 요원없음 김주환씨 조사자료

〈표 3〉 개업의사 월평균 진료

대도시	300명	대한의학협회조사 (1976)
중소도시	430명	
농촌	334명	한국보건개발연구원조사 (1977~1978)
농촌	327명	

데 일일이 구체적으로 본고에서 논의하지 않겠으나 소요 경비는 본 시험 사업에서 의사를 배치한 보건 진료소의 경우와 비교하여 1/3이 소요되었고, 주민들의 만족도는(경상북도 군위군 보건소장 한구용씨 조사 1979. 6월) 조사한 결과 친절(98%), 필요도(86%), 효과(80%), 의료비(82%), 거리(70%)등에 대하여 매우 만족하게 생각하고 있었다. 이러한 평가 결과를 바탕으로 농어촌 보건 의료 특별조치법이 제정되고 보건 진료원이 탄생되었다.

3. 보건 진료원의 개념과 역할

우리나라의 보건진료원은 미국에서 활용되고 있는 medex, nurse practitioner, medical assistant와 같이 의사가 있지만 의사의 일이 너무 많아서 환자 진료를 제대로 못하는 경우에 경미한 진료를 맡아하는 진료원이 아니라, 의사가 없는 지역에서 단독으로 건강관리를 할 수 있도록 개발된 요원이다. 따라서 보건 요원은 담당지역 주민의 건강관리자의 역할은 물론 보건 진료소장으로서 보건 진료 보조원과 마을 건강요원 등 타 요원의 지휘 감독과 지역사회 개발의 지

원자로서 적극 참여하고, 보건교육 등의 활동을 통하여 변화인자(change agent)의 역할을 수행하여야 할 우리나라 특유의 보건요원이다.

보건 진료원의 역능과 구체적인 업무 내용은 다음과 같이 설명하였다.

환자 진료

보건진료원은 보건 진료지소를 찾아 오는 환자에 대하여 다음에 열거한 일반 진료 업무를 단독으로 담당하였다.

가. 문진, 시진, 청진, 촉진, 타진을 포함하는 진찰

나. Vital signs 측정 및 이의 평가

다. 가능한 범위 내 질병의 진단

라. 검사를 위한 혈액의 채취 또는 정맥 주사를 위한 정맥 천자

마. 피하 근육 주사

바. 골절시 부목 고정

사. 의상으로 인한 출혈시 피부 봉합, 혈관 결찰

아. 마취를 요하지 않는 비농을 위한 질개술

자. 비출혈시 먼 충전(cotton plugging)

차. 약물 중독 및 음독시 위세척

카. 배뇨 곤란시의 도뇨

타. 규정된 55종의 약물 범위 내에서의 처방 및 투약

환자의 의뢰 및 수송

다음과 같은 환자는 인접 보건 진료소 또는 병원으로 의뢰 또는 후송한다.

가. 진단이 불가능한 환자

나. 즉각적인 외과적 수술을 요하는 환자

다. 사고에 의하여 골절, 내부 장기의 손상, 두뇌 손상 등의 가능성이 있는 환자

라. 복막염의 의심이 있는 환자

마. 다량의 출혈로 수혈을 요하는 환자

바. 독주물 중독에 의하여 호흡장애, 또는 무의식 상태에 있는 환자

사. 척추, 흉곽의 손상 환자

아. 각혈, 토혈, 흑색변이 있는 환자

- 자. 합병증을 포함한 고혈압 환자
- 차. 7일간의 투약으로 낮지 않는 환자

병리 검사 및 준비

- 가. 혈액 검사 : 적혈구 침강속도(E.S.R), 혈색소(hemoglobin), 헤마토크릿(hematocrit), 적혈구 및 백혈구 수, 혈액형 검사 및 V.D.R.L검사를 위한 가검물 채취 및 송부
- 나. 소변 검사 : 뇨비중, 뇨단백, 뇨당, 뇨 pH 검사
- 다. 대변 검사 : 기생충란 검사
- 라. 리, 인후 및 男·女의 생식기 분비물의 도말, 표본 작성
- 마. 세균 배양 검사를 위한 직장 검사물 Swab

모자 보건

- 가. 임부 산전 관리
- 나. 분만 개조
- 다. 분만에 대한 집단 보건 교육
- 라. 산부의 산후 관리
- 마. 영유아 관리
 - 1) Will baby clinic의 운영—정기 상담, 건강 평가
 - 2) 이유식 제도
 - 3) 예방 접종 대상자의 재확인, 예방 접종 실시, 예방 접종 후 경과에 대한 교육

가족 계획

- 가. 담당 지역 내 가임 여성의 파악
- 나. I.U.D(intra uterine device) 삽입
- 다. 문제 대상자에 대한 추구 관리
- 라. 가족계획 사업의 계획 및 지도 감독
- 마. 계몽교육을 위한 보건교육

결핵 관리

- 가. 불 협조자와 문제 환자에 대한 추구 관리
- 나. 결핵 관리 사무에 대한 계획 및 지도 감독
- 다. 환자 발견 및 등록 환자 관리를 위한 보건 교육

질병 예방 사업

- 가. 각종 전염병 발생시의 전염병 예방법에 의한 각종 조치 및 역학 조사
- 나. 각종 예방 접종에의 계획 및 실시
- 다. 주민에 대한 질병 예방 보건교육
- 라. 환경위생 업무 :
 - 1) 식수관리, 공급 및 사용에 대한 교육
 - 2) 우물 및 간이 급수시설, 염소 소독법교육 및 실시 여부 확인
 - 3) 식수 검사물 위한 검사물 채취, 보관, 의뢰
 - 4) 변소의 방충망, 뚜껑에 대한 교육
 - 5) 부엌의 위생관리, 음식물 보관에 대한 교육
 - 6) 쓰레기, 가축의 오물 및 하수 배설물 관리에 대한 교육
- 마. 지역 내 폐질자에 대한 파악, 등록 및 상담

행정적 업무

- 가. 지역 내 건강관호 사업의 계획, 수행 및 평가에 참여
- 나. 운영계획 작성 및 조직
- 다. 일일, 주별, 월별, 활동계획 작성 및 수행
- 라. 支所 및 分所의 정기적인 사업 수행에 대한 시정 조치
- 마. 신규 요원의 오리엔테이션, 기존 요원에 대한 재교육 계획 실시
- 바. 지소 내 의료장비,약품,비품 및 일체 소모품에 대한 청구, 보존 및 영수
- 사. 보건 진료 보조요원의 주기적 지도, 감독
- 아. 각종 기록 및 보고
- 자. 공공 및 민간기관에서 실시하는 보건계획 회의 및 기타 지역사회 유관 회의에 참석하여 보건사업 촉진
- 차. 진료 및 보건활동을 통한 수입과 기타 수입에 대한 제정관리 및 보고

4. 보건 진료원의 선발과 교육

보건 진료원은 지역사회 건강관호 요구에 대

치하기 위하여 담당할 특정 역능을 수행하는 새로운 건강관호 요원이기 때문에 교육의 목표와 목적은 명시되어 있다. 어떠한 자격을 갖춘 사람을 어떠한 준거에 따라 선발하며, 어떠한 교육내용을, 어디서, 누가, 얼마나 오래 어떠한 방법으로 교육할 것인가를 결정하는 것이 계속 고려되어야 할 과제이다.

본고는 1977년 7월에 한국 보건 개발 연구원에 의해 실시된 제도와 능어촌 보건 의료 특별 조치법에 의하여 1981년 3월부터 실시한 보건 진료원 교육에 관하여 비교, 검토하고자 한다.

대상의 자격 및 우선 순위와 절차를 보면 한국개발 연구원의 시범사업 지역에 투입된 보건 진료원은 간호원 면허 소지자와 의료가간 경력

1년 이상인 자로 자격을 명시한 데 반해 능어촌 보건 의료 특별 조치법에 의한 보건 진료원은 간호원, 조산원 면허 소지자로서 연령을 20세 이상 55세 미만자로 제한하였으며, 의료가간 경력을 3년 이상인 점이 특기할 것이며, 선발 우선 순위와 선발 절차에는 구체적으로 나열한 것 외에 유의할 만한 차이가 없다. (표 4 참조)

이론 및 실습시간과 교육장소를 비교하면 시범 사업지역 보건 진료원 훈련, 교육과정은 총 34주로 이론 10주(396시간), 임상실습 12주 및 지역사회 현지실습 12주인데 반해 능어촌보건 의료 특별 조치법에 의한 보건 진료원교육과정은 총 24주로 이론 교육에 8주(312시간)로 2주(84시간)가 단축되었고, 지역사회 현지실습은

〈표 4〉 보건 진료원 자격, 우선 순위, 선발 절차 비교

	KHDI 1977~	KIPH 1981~
자 격	간호원 면허 소지자로서 4년제 대학 또는 3년제 전문대학 졸업자. 의료가간 경력 1년 이상인 자.	간호원, 조산원 면허 소지자, 만 20세 이상, 55세 미만인 자. 졸업예정자도 가함.
선 발우 선 순위	i) 시범 사업지역 거주자. ii) 시범 사업지역 관계기관 근무자.	1) 위촉 예정지역 거주자. 2) 위촉 예정지역의 출신자 또는 연고별자. 3) 공공 보건 의료가간에서 근무한 경력이 있는 자. 4) 현지에서의 퇴직일이 최근인 자. 5) 기타 위 우선 순위와 상당한 자.
선발절차와 방법	〈서류전형〉 면접(면접 시험관 5~10명, 보건지식, 개인성품, 기타사항)	〈서류전형〉 면접

〈표 5〉 이론 및 실습시간, 실습 장소 비교

	KHDI (1977.7~)	KIPH (1981~)
이론 교육 기간	10주(396시간)KHDI주관, 실시	8주(312시간) 7개 대학실시 KIPH주관
임 상 실 습	12주 시범지역 인근 종합병원	12주 (종합병원, 개인의원 모자보건센터, 영·유아 상담실)
지역사회현지실습	12주 3개 시범사업지역	4주
총 교육 기간	34주	24주

4주로서 8주가 단축되었다.

교육을 주관, 실시한 기관도 전자는 한국 보건 개발 연구원이 주관하고 실제로 이를 실시하였으나, 후자는 한국 인구 보건 연구원(한국 보건 개발 연구원과 가족계획 연구원 포함)이 주관하되 국내 각 시도의 7개 의과대학이 실시하였으며(부록 IV참조) 임상실습은 후자에 있어서는 실시기관의 재량에 따라 종합병원, 개인병원 및 기타 유관 기관에 파견하게 하였고, 전자에 있어서는 주관 기관이 장소의 선정과 관리를 총괄하였다.

5. 보건 진료원 현황

1980년 12월 31일 농어촌 보건의료 특별 조치법이 제정되었고, 1981년 2차, 1982년 2차, 도합 4차에 걸쳐 교육된 보건 진료원이 전국에 현재 738명이 배치되어 활동하고 있다.

보건 진료원 1인당 인구분포는 최소 3,500명에서 최대 5,000명이며 가구수는 최소 170세대에서 최대 180세대이다. 738명의 보건 진료원이 담당할 농어촌 보건의료 취약지구의 인구는 38만 여명에 이른다.

연 령

1981년에 교육받아 배치된 보건 진료원중 264명을 대상으로 조사한 결과 20대가 193명으로 가장 많고, 30대가 28명, 40대가 32명이며, 50대가 12명이었다. 50대 12명은 모두 2차에만 있어, 1차와 2차의 연령분포에는 차이가 보였다.

결혼 상태

보건 진료원의 결혼상태는 미혼자가 148명으로 과반수를 차지하고, 기혼자 92명, 이혼자가 14명, 사별한 사람도 7명 순이었다.

교육 정도

최종 출신교를 보면 전문대학 출신이 242명으로 전체의 90%를 넘으며, 학사출신이 9명, 석사 출신도 2명이 있었다.

지방 동기

보건 진료원의 지방 동기는 “직업의 독립성이 있기 때문”이 97명(36.7%)이고, 일 자체에 의미가 있어서”가 79명(29.9%)이고, “새로운 일을 시작해 보고 싶어서”가 48명(18.2%)의 순이었다.(표 10 참조) 두가지 이상의 동기를 표시

〈표 6〉 보건 진료원의 도별, 년도별, 현황

년 도 별	합계	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	대구
1981	376	46	42	20	31	68	55	67	45	2
1982	362	52	26	20	27	44	60	71	59	3
합 계	738	98	68	40	58	112	115	138	104	5

〈표 7〉 보건 진료원 연령 분포

연 령	N	%	1 차		2 차	
			N	%	N	%
20 ~ 29	193	73.1	141	75.8	52	66.7
30 ~ 39	28	10.6	24	12.8	4	5.1
40 ~ 49	31	11.8	21	11.4	10	12.8
50세이상	12	4.5	0	0	12	15.4
계	264	100	186	100	78	100

〈표 8〉

보건 진료원의 결혼 상태

결혼상태	N	%	1 차		2 차	
			N	%	N	%
미혼	148	56.1	109	58.6	39	50.0
기혼	92	34.8	65	34.9	27	34.6
이혼	14	5.3	8	4.3	6	7.7
사별	7	2.7	3	1.6	4	5.1
별거	1	0.4	0	0	1	1.3
합계	264	100	186	100.0	78	100.0

〈표 9〉

보건 진료원의 최종 출신교

출신교	N	%	1 차		2 차	
			N	%	N	%
전문대학	242	91.7	173	93.0	69	88.5
간호학 학사	9	3.4	7	3.8	2	2.6
석사	2	0.8	2	1.1	0	0
	11	4.1	4	2.1	7	8.9
합계	264	100.0	186	100.0	78	100.0

〈표 10〉

보건 진료원 지망 동기

동기	N	%	1 차		2 차	
			N	%	N	%
초봉이 많아서	2	0.8	1	0.5	1	1.3
직업에 독립성이 있기 때문에	97	36.7	68	36.6	29	73.2
일 자체에 의의가 있어서	79	29.9	60	32.3	19	24.4
새로운 일을 시작해 보고 싶어서	48	18.2	27	14.5	21	26.9
막연한 호기심으로	1	0.4	0	0	1	1.3
직업에 독립성, 일 자체에 의의	20	7.6	15	8.1	5	6.4
국민에게 보건지식을 심어주기 위하여	1	0.4	0	0	1	1.3
직업의 독립성, 새로운 일을 시작	6	2.3	5	2.7	1	1.3
초봉이 많아, 직업의 독립성	1	0.4	1	0.5	0	0
직업의 독립성, 일 자체에 의의, 새로운 일	5	1.9	5	2.7	0	0
일 자체에 의의, 선배의 권유	1	0.4	1	0.5	0	0
보건 사업이 하고 싶어서	3	1.1	3	1.6	0	0
	264	100.0	186	100.0	78	100.0

한 것을 합치면, “직업의 독립성”이 동기가 된 사람은 129명(48.9%)에 이른다.

면허와 자격

농어촌 보건 의료 특별 조치법은 보건 진료원의 자격을 간호원 면허 소지자와 조산원 면허 소지자로 규정하고 있으나, 간호원 면허만 가진 사람이 78명(29.5%), 조산원 면허만 가진 사람

<표 11>

보건 진료원의 자격

자	격	N	%	1 차		2 차	
				N	%	N	%
간호원, 조산원		43	16.3	34	18.2	9	11.5
간호원		78	29.5	52	28.0	26	33.3
조산원(+양호자격 교사) 5(3)		5(3)	1.9	1	0.5	4	5.2
간호원, 교편교사(+양호교사)		4(2)	1.6	4	2.2	0	0
간호원, 양호교사, 보조간호원		9	3.4	4	3.2	5	6.4
간호원, 양호교사		120	45.5	88	47.3	32	41.0
간호원, 보조간호원		5	1.9	3	1.6	2	2.6
합	계	264	100.0	186	100.0	78	100.0

이 20명(0.8%), 조산원 면허와 양호교사 자격을 가진 사람이 3명(1.1%)으로 간호원 면허를 가지지 않은 사람은 5명밖에 없다. 따라서 간호원 면허가 보건 진료원의 기본 자격으로 되어 있다.

6. 문제점 논의 및 제언

1981년 3월부터 보건 진료원의 교육이 시작되었고, 동년 9월 14일부터 1차 교육을, 그리고 12월 1일부터는 2차 교육을 마친 보건 진료원들이 지역사회에서 활동을 한지 만 1년이 되었다.

보건 진료원의 교육을 총괄하는 한국 인구 보건 연구원들은 관리요원을 위한 훈련평가 세미나를 개최하고, 교육의 문제점들을 논의하였으며, 대한 간호 협회는 보건 진료원들의 활동 현장을 방문하고, 문제점들을 파악하였다.

기타 보다 근본적인 문제점들은 정책을 입안하고 결정하는 차원에서 다루어지고 있다. 이런 문제점들을 요약하면 다음과 같다.

자격 갖춘 요원의 확보

정부는 1981년도부터 1984년까지 4년간 2,000명의 보건 진료원을 매년 500명씩 교육하여 배치할 계획을 수립하였는데 제 1차년도에 376명으로 124명(32.9%)이 미달하며, 2차년도에 362명으로 138명(28.1%)이 미달되어 당초 계획보다 262명이나 미달됨으로 75%도 충원하지 못하

였다. 양적 확보는 물론이려니와 능어촌보건 의료 특별 조치법이 정한 보건 진료원의 역능을 고려할 때 질적으로도 바람직한 자격을 갖춘 후보자를 선발하며 역능 수행을 위하여 요구되는 지식과 기술 및 변화 촉진 인자(change agent)로서, 지도자로서의 소양을 갖춘 사람을 선발하는 일이 대단히 중요하다. 진로기술이나 이를 뒷받침하는 지식은 짧은 기간에 효율적으로 개발될 수 있으나 가치관과 신념 및 태도는 짧은 기간으로 변화를 쉽게 기대할 수 없다.

보건 진료원의 일반 특성을 보면 연령은 20대가 70%이상인데 이는 새로운 건강 관리 체제에서 새로운 역할을 담당하는 새로운 요원이라는 점에서 젊음의 정열과 쾌기, 그리고 건강의 뒷받침이 되므로 매우 바람직하다. 우리나라 사회의 전통 때문에 적령의 결혼은 심각한 문제로서 간호원이 사회적으로 봉사하고, 참여하는데 중요한 분기점이 되기도 한다.

본고의 자료를 보면 미혼자가 56%를 상회하며 간호원과 조산원의 면허를 모두 가진 사람도 43명(16.3%)이나 된다. 지역 거주자를 우선 순위의 상위에 두는 선발지침은 바람직하다. 교육 정도는 전문대 졸업생이 전체의 91.7%를 차지하고, 학사 간호원은 3.4%(9명)에 지나지 않아 한 사람의 건강관호 전문 직업인으로서의 역할 뿐 아니라 지역사회 지도자로서 보다 바람직하게 봉사할 수 있는 자격을 고려할 때 학사간호원, 석사 간호원들의 참여가 더 많아져야 하겠다.

관계 당국은 자격을 갖춘 요원의 조속한 확보를 위하여 다음과 같은 유인체계(incentive)를 고려하여야 한다.

생활 조건

질병은 항시 발생할 수 있기 때문에 지역 주민 중 응급환자 발생에 대비하여 항상 지역 내에 거주하여야 하며 도시에서 보다 넓은 지역을 담당하고 교통수단을 갖추지 못하고 있어 젊은 간호학도들이 의면하는 요인이 된다. 따라서 관계 당국은 보건 진료원을 위하여 최소한의 시설을 갖춘 “숙소”를 마련하고 농촌 길의 교통수단으로 적절한 탈 것을 비치하여 오·벽지 근무수당, 24시간 수직 수당을 지급하여 유능한 간호원들의 관심을 갖도록 한다. 한편 상기한 유인체계는 국가 예산의 뒷받침이 없는 불가능하기 때문에 간호원들은 이타적인 간호의 근본정신과 민주시민으로서의 소명의식을 갖고 새로운 제도가 정착하는데 기여하여야 한다.

교 육

보건 진료원 교육 과정은 8주간의 이론교육, 12주간의 임상실습 및 4주간의 현장 실습으로 총 24주간, 6개월간의 통합된 교육과정이다.

교육의 목적은 3~4년간의 간호 교육을 마친 지방생들이 지역사회 건강 관료 요구에 대응 일차 건강관료들은 시행할 수 있는 능력, 특히 전기한 특수 역능을 수행하는데 필요한 지식, 기술 및 태도를 개발하는데 있다.

목적에의 성취 정도를 판정 하는데는 두가지 즉, 객관적으로 보건 진료원들의 능력(competency)을 판정하는 방법과 자신의 목표에 비추어 주관적으로 평가하는 방법이 있다. 대한 간호협회지가 조사한 자료에 따르면 이론교육의 강의 내용과 강사진에 대한 만족도는 정비례하였는데 그 중 진료 각과 강의내용과 강사진에 대하여 50%이상의 응답자들이 비교적 긍정적이었는데 반해 보건위생과 행정관료, 지역사회 조직 부분에는 보통 이하의 만족도를 나타내었다. 또한 이론 교육 내용의 임상실습 적용, 임상실습 내

용의 현지실습 적용 가능성은 비교적 긍정적이었고, 1차에서 보다 2차에서 약간 더 긍정적인 경향을 보였다(표 12 참조)

이상으로 미루어 볼 때 앞으로 보건 진료원은 “진료 간호원”이 되지 않고 지역사회 일선에서 독자적으로 통합 건강관호 요원으로서 새로운 역능을 개발하여 정착해야 될 것임으로 보건 진료원 교육과정의 합리적인 운영을 위하여 첫째, 대학 교육과정과 유기적, 합리적인 연루관계를 연구하며, 둘째, 효율적인 실습지도 방법과 실습현장 개발에 노력을 경주할 것을 제의한다.

후속 체제의 조속한 확립

보건 진료원의 활동내용과 다룰 수 있는 의약품은 극히 제한되어 있는 관계로 보다 전문적인 치료를 요하는 환자나, 보다 광범위하고 근본적인 대책을 요하는 건강문제가 개인, 가족 또는 지역사회 일화에 발생되었을시를 대비하는 확고한 후속 체제가 확립되어 보건 진료원이 안심하고 일할 수 있어야 한다.

7. 요약 및 전망

인간 중극의 목적은 “행복한 생활”이며 이를 위한 가장 중요한 조건은 “건강”이라는데 異論을 제기할 사람이 없다. 그간 우리나라는 1970년대를 거치면서 절대 빈곤을 대결하느라고 경제개발계획을 수립하는 등 최선의 노력을 해 왔으며, 따라서 보건정책은 등한시 해 왔던 것이 사실이며 이는 극히 당연한 일이라고 생각한다. 최근 경제 개발 계획의 성공적인 시행으로 중진국의 대열에 서게 되었다. 산업 전략이 빛나는 인구 이동의 불가피성, 인구의 도시집중 현상과 사회 구조의 변화는 생활방식 뿐 아니라 의식구조의 변화와 가치관의 변화를 가져 왔으며 질병 양상과 건강 문제의 양상을 변화시켰다. 이로 말미암은 경제적, 지역적, 심리적 및 문화적 불균형 상태는 건강관호와 보건의료 제도에도 불균형 상태를 갖고와 불가피하게 된다. 이러한 불균형은 해소되어야 하는 시점에 온 것이며 정

표 12

교육 내용에 대한 보건 진료원들의 의견

의견	합계		1차		2차	
	N (264)	%	N (186)	%	N (78)	%
거의 다 적용할 수 있다.						
이론→임상실습	54	20.5	36	19.4	18	23.1
임상실습→현지실습	31	11.7	20	10.8	11	14.1
이론→현지실습	37	14.0	24	12.9	13	16.7
어느 정도 적용할 수 있다.						
이론→임상실습	200	75.8	144	77.4	56	71.8
임상실습→현지실습	182	68.9	128	68.8	54	69.2
이론→현지실습	190	72.0	130	69.9	60	76.9
전혀 적용할 수 없다						
이론→임상실습	10	3.8	6	3.2	4	5.1
임상실습→현지실습	51	19.3	38	20.4	13	16.7
이론→현지실습	36	13.6	31	16.7	5	6.4

부가 목표로 하는 복지사회 건설을 위한 가장 중요한 보건 정책에 정부가 역점을 두게 된 것은 극히 당연하다.

이에 1976년 발족한 한국 보건 개발 연구원이 1977년부터 시작한 시범사업을 실시한 결과, 지역주민의 반응, 수용성, 의료 이용도, 의료비 절감 등을 분석하고 그 효율성을 인정받아 1981년 12월 31일 농어촌 보건의료를 위하여 특별조치법을 제정하고 의료시설, 요원의 도시편중 교통의 불편, 고가의 의료 수가로 소외되어 오던 보건의료 취약지역 주민에게 기본권으로서의 기초 건강 서비스를 제공하기에 이르렀다. 이 새로운 전달체제는 주민이 직접 참여하는 일차 건강관호 제도에 그 바탕을 두며 보건 진료원이 그 척추의 역할을 담당한다.

1981년도와 1982년도에 선발되어 교육을 받고 배치된 738명의 보건 진료원은 38만명 벽오지주민에게 현재 의료의 손길을 펴고, 질병의 예방을 위한 조치를 취하며 건강의 유지, 증진을 위하여 활동하고 있다. 건강관호는 시설이나 장비가 하는 것이 아니고 건물이 하는 것은 더욱 아니며, 지식과 기술을 갖춘 자격있는 의료인이 소명의식을 갖고 임할 때만 가능하다. 오랜 숙원이었던 보건의료의 지역간 경제, 사회적, 분

회적 계층간의 불균형을 해소하고 온 국민에게 기본권으로서의 건강을 갖도록 하는 이 새로운 제도는 패기에 넘치는 열정을 지닌 많은 젊은 간호학도들의 참여없이 성공을 기대할 수 없다.

어떠한 제도이건 새로운 제도가 사회에 정착되기까지는 여러 해 동안의 시행착오와 고난이 반드시 수반되어 왔다는 사실을 우리는 역사를 통해 알고 있다. 그러나 그 제도가 다수를 위해 정의롭고 바람직한 제도일 때 반드시 성공을 거두었다는 사실도 알고 있다.

참 고 문 헌

1. 권이혁, 일차 보건의료에 있어서의 새로운 보건요원의 역할, 한국보건개발연구원, 1979. 8. 평가세미나 발표
2. 김모임, 농어촌 주민을 위한 보건의료 사업 확충 방안과 건강보험법(정책과제연구), 1981.
3. 김학욱, 우리나라의료보험제도, 어제, 오늘, 내일, (별책) 1982. 8.
4. 조재연, 새로운 보건요원의 활동에 대한 기대, 한국보건개발연구원 세미나발표, 1979.

- 8.
5. 한구응, 기초보건 사업과 마을건강사업, 한국보건개발연구원 세미나발표, 1979. 8.
6. 현 법
7. 경제기획원, 우리 경제의 현황과 운용방향, 1982. 3.
8. 보건사회부, 보건사회통계년보, 1982.
9. 보건사회부, 1983년도주요업무계획, 1982. 2.
10. 보건사회부, 가족보건사업참고자료, 1982. 2.
11. 보건사회부, 보건사회, 1982년판.
12. 대한간호협회, 보건진료원 실태조사 1981. 미발표자료
13. 한국개발연구원, 의료보험 확대 개선방안, 정책협의회자료, 1982. 8.
14. 한국보건개발연구원, 마을건강사업요원업무수행평가자료, 1979. 8.
15. 한국보건개발연구원, 마을건강사업요원업무수행사례, 1979. 8.
16. 한국인구보건연구원, 보건진료원관리요원을 위한 훈련 평가세미나 —발표자료—, 1982.