한국인 死因분석

현행 死因분석의 문제점및 改善방안

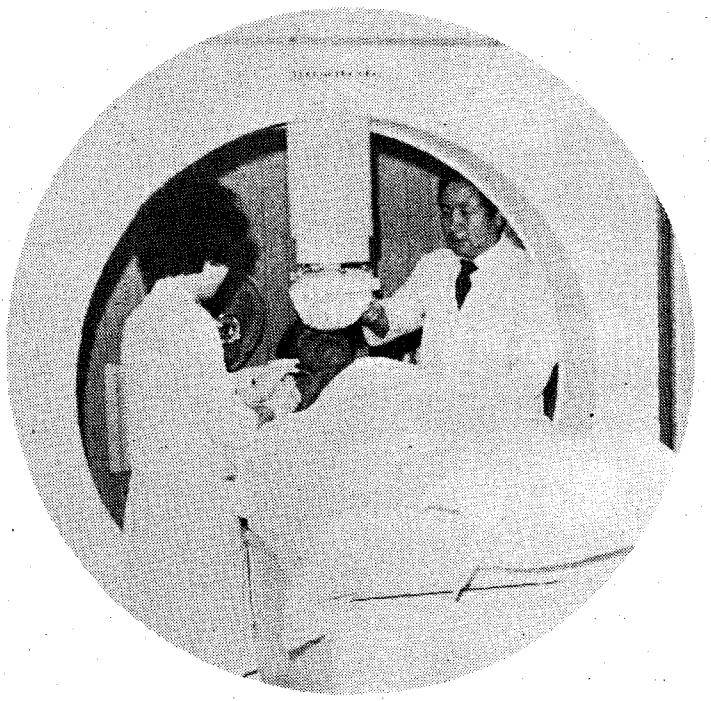
◆… 연령군별, 성별, 지역별, 직업별, 그리고
◆…사망원인별로 본 單位人口(普通 10萬)
◆…當 사망율들로 포괄되는 사망양상의 特
◆…徵은 한 地域社會나 國家의 健康水準을
◆…측정하는데뿐아니라 그 나라의 死亡申告
◆…率, 死亡診斷書의 정확도 및 자료처리의
◆…타당성등 그 나라 保健醫療의 발전수준
◆…을 평가하는데도 이용되고 있다. 가장가
◆…까운 例를 들면 각국의 死亡資料를 發
◆…刊하고 있는 世界保健機構年鑑에 수록할
◆…때 사망원인별 백분율에서「症狀, 徵候및
◆…不明確한 病態」에 속하는 原因이 25%
◆…를 넘을때는 이 死亡資料는 믿을 수 없
다는 理由로 받아들이지 않고있다. 또한…◆
이 年鑑에 수록이 되어 온 地球上으로…◆
알려진다 하더라도 그 나라의 여러가지…◆
狀況에 비추어 예상되는 사망양상인가아…◆
닌가에 따라 資料의 신빙도를 얼마든지…◆
간접적으로 평가할수 있다. 유엔 人口年…◆
鑑에 수록된 여러나라의 연령별사망율비…◆
교에서 1980년대초에 미국과 영국등선…◆
진국의 0세사망율이 人口 1000名當12…◆
.7, 12.8인데 비해 한국은 2.6으로 되…◆
어있다. 이 분야의 專門家라면 0세 사…◆
망율 하나만 가지고도 그 나라의 申告…◆
狀況을 쉽게 짐작할 수 있다. …◆

管疾患등은 평균醫師診斷率보다 1.5배 더 많았고 虛血性心疾患, 先天性異常, 부상및 中毒등 까다로운 진단술을 요하는 死因은 2.5배 더 많았다. 이와는 대조적으로 高血壓性疾患, 症狀, 징후 및 不明確의 病態, 老衰등 진단이 쉽고 흔한 병명은 비의사진단사인에 월등히 많았다.

따라서 醫師診斷死因만을 가지고 全體死亡에 擴大 적용할 경우에는 農漁村人口보다는 都市사람들이, 老人보다는 젊은사람들이, 女性보다는 男性들이, 그리고 빈번하고 범상한 疾病을 지닌사람들보다 드물지만醫師를 찾아가야만 診斷이 붙는

死因분류및 통계처리에 대한 정확한基準확립필요

金 貞 順
〈서울大보건대학원교수〉



◆死亡원인에 대한 정확한 분석을 위해선 醫師가 부족했던 시절에 醫師가 아니라도 死亡진단서를 작성할 수 있도록 되어있는 法令을 고쳐야 한다. 死因의 정확한분석은 곧 그나라 보건의료의 발전수준을 평가하는데 큰 도움이 된다(사진은 기사특정사실과 관련없음).

우리나라의 사망자료는 사망진단서를 쌓아놓고도, 또 분석을 하고서도 1980년이전까지는 公式的인 發表를 못해 왔었다.

우리나라·死亡양상의 실상과는 너무 다르고 論理的說明을 하기 어려울만큼 問題가 많았기 때문이다. 현재에는 많이改善되어 1980年以來 經濟企劃院統計局이 死亡資料를 매해 生産하고 있으나 아직도 根本的으로 해결되어야할 문제가많다.

첫째 우리나라에서 모든 申告가 그렇듯이 死亡申告도 死亡發生當年에 되는 比率이 낮아 單位人口當 死亡率을 산출할때 문제가 된다. 앞서 지적된 0세 死亡率이 어림도 없이 낮은 이유가 바로 이 신고가 안되었기 때문이다. 當年도 申告率은 1970年代 中半까지 71~76%였던것이 1976年에는 89%로 갑자기 1年만에증가했고 또 1978년에는 91%로 늘어났다. 그러나 8년뒤인 1986년의 當年死亡申告率도 아직의 91%로 추산되고 있는데그나마 0세 이하는 매우 낮고 老齡層은 死亡發生 數年뒤에財産整理등 이유로 누락된 申告件數가 누적되어 當年死亡實數보다 더 많이 申告되고 있는 인상도 없지 않았다고 한다.

이러한 짐작이 事實일수도있는데 年齡別사망율을 보면 30대이전은 死亡率이 外國에 비해 낮은데 반해 40대이후에는 두드러지게 높은것을 봐도 단순한 짐작만은 아닌것 같다.

둘째는 死亡分析의 基本이되는 死亡診斷書記載死亡原因의정확도이다.

가장 정확하게 診斷된 死因은 부검에 의한 病理學的診斷을 참고로한 최종진단명이다. 醫學이 가장 發展한 미국의경우를 보면 變死는 검사관에의해 의례히 부검되고 變死以外의 死亡은 거의 병원에서 발생하는 사망의 80~90%가 부검된다. 인턴이나 레지덴트修練을 받고자 病院을 선정할때좋은 敎育프로그램의 基準의 하나가 부검율이므로 病院協會에서 발간하는 病院案內書에 한 항목을 차지하고 있다. 내가臨床(內科) 修練을 받을때 가장 곤욕스러워했던것이 바로 이부검승락을 가족으로부터 받은일이었다. 처음 剖檢이란 소리에 거의 분노에찬 눈초리로 경계하던 가족들도 『醫學知識의부족으로 第2, 또는 第3의 희생자를 내지 않도록하기위해서… 이 剖檢결과는 의학발전에 큰 기여가 될것이다』라는 내용으로 간곡히 부탁하면 예외없이 수락을 하는데 물론 그 患者를 성의껏 돌봐주었던 醫師일수록 쉽다. 우리나라에서는 우리가 이미 다 잘알고있는바와 같이 입관된뒤에 눈으로만 檢査하기 위해 관을 뜯게해도 온가족이 땅을치고울며 두번죽는다고 하는 판국에 一般死體에 대한 剖檢이란 불가능에가깝다. 더구나 死亡以前에 병원에 가서 綜合診斷을 받은 사람들도 많지 않고 病院死亡은 전체사망의 9%에 불과하다. 게다가 免許醫師에 의해 작성된 사망진단서는 16%내지 40여%로 50%도 안된다. 요즘논란되고 있는 1986년도 死亡資料도 韓醫診斷書를 포함해서겨우 39%이며 이중에서도 약7%는 國際死因分類基本에 맞지 않는 診斷名들이었다. 사망진단서의 기록요령도 세계보건기구가 추천한 기준을 가지고 미국에서는 修練醫들의 修練이시작되는 매7월초에 1주간 교육을 시키고 있는데 우리도하루속히 이 제도를 도입해야되리라 믿는다.

그러나 더 급한것은 물론免許醫師아닌 일반인들에 의해申告기재된 死亡原因問題이다. 전체사망건수의 61%에 해당하는 14만여건이 이 범주에 속하는데 이들중 76%는 分類可能하다고 판단되어 死因分析에 이용하였다. 일부는 病醫院에서診斷된 病名도 있겠지만 분류가능한 진단명이라고 해서 그에대한 正確度檢證도 없이 그대로 분석하여 이러쿵 저러쿵한다는것은 매우 위험한 일이다.

그렇다고 이 60%가 넘는死亡診斷書를 완전히 무시하고當局이 한때 그랬었던것과 같이 醫師診斷件만을 가지고 擴大推計할 경우 우리나라 死亡양상은 더 몹시 비뚤어지게 된다. 왜냐하면 總申告死亡件數중 醫師診斷比率은 地域, 性, 年齡, 그리고 사망원인에 따라 매우 달라지기 때문이다. 예를 들면 大都市인 부산(85.7%), 仁川(75.7%), 서울(75.6%)의 醫師診斷비율은 매우 높은 반면 農漁村人口가 많은全北(8.9%), 全南(10.7%), 慶北(16.6%) 등지의 比率은 매우 낮다. 뿐만아니라年齡群別 醫師診斷比率도 0세와 20~39세(50여%), 1~4세와 40~59세(40여%), 10~19세와 60~69세(30여%), 70~79세(20여%), 그리고 80세이상(10여%) 등 가족내, 또는 사회적 지위가 얼마나 중요한가에 따라 변동이 심하였다. 性別로는 男性이 36%인데 비해 女性은 29%에 불과했고 死亡原因別診斷比率도 白血病, 糖尿病, 腦血管疾患등은 평균醫師診斷率보다 1.5배 더 많았고 虛血性心疾患, 先天性異常, 부상및 中毒등 까다로운 진단술을 요하는 死因은 2.5배 더 많았다. 이와는 대조적으로 高血壓性疾患, 症狀, 징후 및 不明確의 病態, 老衰등 진단이 쉽고 흔한 병명은 비의사진단사인에 월등히 많았다.

따라서 醫師診斷死因만을 가지고 全體死亡에 擴大 적용할 경우에는 農漁村人口보다는 都市사람들이, 老人보다는 젊은사람들이, 女性보다는 男性들이, 그리고 빈번하고 범상한 疾病을 지닌사람들보다 드물지만醫師를 찾아가야만 診斷이 붙는 疾病을 가진사람들이 사실보다 과장확대되는 결과가 생겨 우리나라 死因이 짧은 기간에선 진국의 양상과 유사해졌다는결론까지 유도된다.

세째問題는 申告된 死亡診斷書를 分類, 分析, 統計處理해서 자료를 산출하는 과정에 있어서 일정성 있는 基準의 확립과 엄격한 守則으로 資料의질을 유지하는 일이다. 이렇지못할때는 資料의 신빙성에 문제가 생긴다. 다시말해서 死因을 分類할때 어느해에는 不明確의 死因으로 分類됐던 똑같은 死因이 이번해에는 분류가능사인에 분류되거나하면 연도별 비교가 어려워진다. 예를들어 經濟企劃院資料를 보면 1980년에서 1986년까지 總申告死亡件數中 死因未記載 및 불명확으로 분류된 건수의 비율은 1984년에 4.2%, 1986년에 17.3%, 1980년에 55%로 일정성이 결여되어있다. 또 증상, 징후 및 不明確病態가 分類可能死因 중 차지하는 비율도 1981년에 35.4%였던것이 5년만에 16.7%로 급격히 감소한 상황 즉論理的인 說明이 어려운 이러한 유형의 변동은 아무리 변명을 해도 기준의 모호성, 不定性및 적용의 융통성을 한마디로 대변해준다. 이렇게 表面에 나타난 資料의 부실은 다른 集計資料의 신빙성에도 영향을 미친다.

資料處理課程에서도 신중한점검을 거쳐 타당성이 있을때에 한해서 확대추산해야되는데 未備한 資料를 땜질하다보면 오히려 왜곡된 결과를 낼수도있다.

資料의 한계성설명을 위해제시된 전제는 省略된 記事만을 내다보니 여러가지 오해가 파생되기도 한다.

여러가지 어려운 여건에서도 未備한 資料를 보완하느라 계속적인 노력을 기울이면서 死亡資料를 제작해내는 경제기획원 인구통계과에 경의를 표한다.

그러나 좀더 신빙성높은 資料를 마련하여 명실공히 國家的次元에서의 發展計劃에 도움이 되려면 적어도 다음 네가지는 꼭 개선되어야 한다.

첫째 醫師가 부족했던 옛적에 醫師아니라도 死亡診斷書를 作成할수있도록 되어있는 法令을 고쳐야한다. 面마다 적어도 公衆保健醫가 배치되어있고 交通이 발달하여 수십분대로 醫師에게 도달할수 있다. 또 개의료보험이 실현되고 있다. 당국의 무관심으로 이러한 根本的인 問題를 내버려둠은 責任을 못다하고 있는 것이다.

둘째 死因分類 및 統計處理에 앞서 확고한 기준을 수립하고 이를 엄격히 지켜서 一定性있는 資料를 生産하고 나아가서는 申告資料를 얼마나믿어도 되는지 標本調査를 통해서라도 正確度檢證을 단계적으로 실시, 개선해 나간다.

세째 미국의 경우와같이 醫師修練과정에 死亡診斷書의 重要性과 그 작성요령에 관한철저한 교육을 포함한다.

네째 死亡申告率提高를 위한 구체적이고 적극적인 대책을마련한다. 國民들에게 申告義務에 관한 계몽지도 및 벌칙의 강화, 職業人(醫師)들의 協助體系再整備등 다각적접근이 필요할 것이다.

死因분류및 통계처리에 앞서 확고한 기준을 수립 이를 엄격히 지켜서 一定性있는 資料를 생산하고 申告資料의 신뢰도를 확립키위한 표본조사를실시 정확도檢証을 단계적으로 추진해나가야

死亡申告率제고위한 구체적인 対策마련 신고의무에관한 국민계몽및 벌칙강화 医師등 관련자들에 대한 협조체계재정비등 다각적이고 합리적인 접근 필요