

근대 보건간호의 역사적 고찰

이봉숙¹⁾, 한영란²⁾, 양숙자³⁾
한림성심대학교 간호학과¹⁾, 동국대학교 간호학과²⁾, 이화여자대학교 간호대학³⁾

Historical Review of Modern Public Health Nursing

Bong-Suk Lee¹⁾, Young-Ran Han²⁾, Sook-Ja Yang³⁾
*Department of Nursing, Hallym polytechnic University¹⁾,
Department of Nursing, Dongguk University²⁾, College of Nursing, Ewha Women's University³⁾*

= Abstract =

Objectives: The purpose of this study is to examine the modern history of public health(PH) and suggest a way forward for PH nursing(PHN).

Methods: This paper is a review article that derives results from literature review.

Results: In the period of beginning (up to 1944), PHN began as the PH Department was created in the Hygiene Bureau in 1908 and tasks about nurses were legislated. PHN was limited to infectious disease tasks and performed mostly by missionaries. In the period of foundation formation (1945 to 1961), the Republic of Korea was founded, and PH policies and tasks were defined with the establishment of the central government organization and the applicable laws. In the period of foundation establishment (1962 to 1979), the Regional PH Act was amended, and as a result, PH Centers(PHCs) spread across the country. In the period of foundation expansion (1980 to 1994), the PH referral system of PHCs, PH Units, and Primary Health Care Post was established. In the period of organization in each area (1995 to 2005), PH programs reflecting changes in disease structure and public needs for the quality of life. A regional health care plan was launched. In the period of funtion expansion (2006 to present day), Centers for support health living were established.

Conclusions: In the future, PH nurses need to have a macroscopic perspective that views PH through the overall PH system, and to expand from the existing healthcare concept to the national and global healthcare one.

Key words: public health, public health nursing

* Received May 29, 2018; Revised June 14, 2018; Accepted June 18, 2018.

* Corresponding author: 한영란, 경상북도 경주시 동대로 87 동국대학교 의과대학 간호학과
Young-Ran Han, Department of Nursing, Dongguk University, 87 Dongdae-ro, Gyeongju-si, Gyeongsangbuk-do, Korea
Tel: +82-54-770-2625, Fax: +82-54-770-2616, E-mail: hanyr@dongguk.ac.kr

서론

우리나라는 민간의료료가 약 95%를 차지하는 치료위주의 보건의료체계이기 때문에 전 국민의 건강권을 보호하기 위해서 공공보건의료인 지역사회보건의사업이 매우 중요하다. 지역사회보건의사업이 추구하는 목표는 모든 개인과 사회가 함께 건강하게 사는 것인데, UN은 2017년 지속가능한 발전목표(Sustainable Development Goals, SDGs)를 설정하면서 전 지구적 사회, 경제, 환경 변화를 위한 그리고 세계적 불평등과 부정의를 완화하는 개발협력, 세계적으로 보편적 변화를 촉발시키는 개발협력을 강조하였으며 그 중 상당부분을 빈부 격차해소와 이로 인한 삶의 질 격차에 초점을 두어 모두가 건강하게 잘 살 수 있는 세계를 추구하고 있다[1]. SDGs의 17개 발전목표 중에는 보건과 건강목표 이외에도 건강결정요인을 포함하는 발전목표가 다수 포함되어있어 지역사회보건의사업과 그 목적을 함께하고 있다.

우리나라는 2018년 현재 혁신적인 기술발달과 함께 소득의 증가, 고령사회로의 진입 그리고 OECD 최저 합계출산율을 보이는 등 사회경제와 보건의료 영역 모두에서 큰 변화를 겪고 있다. 고령화는 질병의 유형이나 환자의 연령이 높아지는 것만을 의미하는 것이 아니라 보다 근본적으로 과거와 전혀 다른 보건의료 서비스에 대한 요구가 대두되고 있다는 것을 의미한다. 또한 최근 인공지능, 빅 데이터, 블록체인 등의 특성으로 설명되고 있는 4차 산업혁명에는 우리에게 기존의 사업 및 접근방식에 대해 재고해 볼 필요를 불러일으키고 있다. 이러한 변화는 사람들 간의 불평등을 더욱 심화시키는 결과를 초래할 수도 있기에 이러한 변화에 대비해야 한다. 과거 지역사회보건의사업은 그 시대의 사회경제적인 배경과 인구 및 질병구조의 특성에 따른 국민요구에 의해 변화를 거듭해 왔다. 따라서 지금처럼 보건의료 환경이 급변하는 시기에 국민의 건강권을 보호하기 위해서는 변화 추세를 빠르게 인지하는 것 뿐 아니라 지난 역사를 고찰하여 지역사회보건의 의미를 확인하여 나아가 갈 방향을 모색하는 것이다.

이에 지역사회보건의 한 영역인 보건간호의 근대 역사를, 보건소 사업과 관련하여 고찰하고 다가올 시대를 위해 보건간호가 나아가 갈 방향을 모색하고자 한다. 본고는 문헌고찰을 통해 결과를 도출한 종설연구로서 DBpia, RISS, KISS 등 국내 전자 데이터베이스 그리고 법제처, 보건복지부 등 정부기관의 사이트에서 보건사업, 지역사회보건의사업, 보건간호, 지역사회보건의사업에 대한 자료를 찾아 분석하였다. 보건간호의 역사에 대한 다양한 관점과 의견들이 있지만 본고에서는 보건의료법령의 범위, 서술방식에 따른 다양한 시기적 구분과 관점을 종합적으로 고려하면서 국가의료정책의 변화에 따른 법령 성격 등을 참고하여 태동기(~1944), 기반형성기(1945~1961), 기반조성기(1962~1979), 기반확충기(1980~1994), 분야별 정비기(1995~2005), 보건소 기능확대기(2006~현재)의 시기로 구분하여 그 흐름을 정리하였다[2]. 또한 이러한 고찰에 근거하여 보건간호 및 보건간호사가 나아가 갈 방향에 대해 간략한 제안을 하였다.

본론

1. 태동기 (~1944): 근대적 의미의 보건간호시작

근대적 의미의 보건행정은 갑오개혁(1894년)때부터 시작되었다. 조선정부는 1895년 3월 칙령 제 53호에 의해 내무부에 위생국을 설치하여 전염병 예방, 위생검사 등의 공중보건업무를 담당하게 했으며[3] 경무청에 위생경찰에 관한 규정을 두어 경찰로 하여금 전염병 환자를 선별할 수 있는 기능을 부여했다[4]. 그해 콜레라가 창궐했을 당시 기독교 선교간호사를 중심으로 콜레라 확산방지를 위한 방역 및 보건교육을 수행했다[5]. 1899년에는 종두규칙을 공포하면서 종두전문(種痘專門醫)와 종두의양성소(種痘醫養成所)를 설치하였다[6].

태동기 보건간호 업무는 1908년 개정된 위생국 내에 보건과와 의무과가 분리되면서 간호원과 조산원의 업무 및 행정에 관한 사항이 법제화되면서 시작되었다[5]. 1909년 재선졸업간호부회 연례회의에서 버피(Miss Burpee)가 ‘한국에서 구역간호(district nursing) 실시 가능성’에 대한 주제 발표를

하였다. 그는 “병원에서 보살핌을 받기 위해 집을 떠나지 않으려는 관습 때문에 사망률이 높아 한국에서 보건간호가 필요하다”고 언급하고 조만간 한국의 간호사들이 고통 받는 그들을 도울 수 있을 것이라고 보건간호의 필요성을 피력하였다[7]. 1912년 미국 남장로 교회로부터 광주 제중병원으로 파견된 셰핑(E. J. Shepping)은 구제사업을 펼치며, 병원 퇴원 후 재활이 필요한 사람들에게 집과 의복을 제공하고, 의료가 필요한 노인들에게는 병원 입원을 도왔으며, 모자보건사업을 위한 가정방문, 가정간호와 영유아 돌보는 법 및 위생교육을 포함하는 보건교육을 실시하는 등의 사업을 수행하였다[8].

1910년 한일합병 후 일제는 총독부 경무총감부에 위생과를 두어 위생 사무전반을 관장하게 하는 등 보건행정을 경찰행정으로 일원화하였다. 이는 전염병 감시를 겸한 감찰의 통제수단이었기 때문에 보건간호는 거의 이뤄지지 못했으며, 단지 선교사들에 의한 민간 병원중심의 보건간호가 이루어졌다[2]. 1914년에는 산과규칙을 공포하고 자격을 규정하였으며 일본 총독부령에 의해 간호사는 자격검정시험을 거쳐 면허를 취득하는 경우와 산과양성소 졸업자에 대한 무시험 면허취득이 모두 가능하도록 하였다[9]. 간호면허 시험과목은 전염병, 소독방법, 간호방법, 신체구조 및 주요기관의 기능 등으로 세분화하여 실시하였으며 공중보건의 중요성도 포함하였다[10]. 1917년 미국 북감리교회 선교회에서는 세브란스병원으로 엘리자베스 로버츠를 파견하여 구역간호사업이라는 이름으로 모자 및 영유아 보건사업을 시작하였고 1924년에는 전국규모의 보건간호 사업을 수행했다[11]. 특히 보건간호사의 활동으로 구체적인 보건간호의 모습을 보여준 이는 로선복(Elma T. Rosenberger)이었다. 그녀는 1923년부터 경성 태화여자관에 보건사업부를 설치하고 환경위생과 질병예방을 위한 계몽활동을 펼쳤는데, 2주간의 보건간호 훈련을 마친 간호사들에게 모자보건, 탁아사업을 시작하도록 하여 보건사업에 대한 이해를 도왔다. 동대문 부인병원 간호학교를 졸업한 한신광은 로선복과 함께 한국인으로는 처음 직접 영유아가 있는 가정

방문보건사업을 수행하여 모자보건 및 영유아 보건사업을 수행하였다[11].

1923년에는 조선졸업간호부회가 결성되었고, 1925년부터 조선간호부 회보를 발간하여 간호교육, 보건간호 등의 내용을 다룬 소식지를 34회까지 발행하면서 계몽적 역할을 담당하였다. 1935년에는 보건부에 보건간호부양성소가 설치되어 운영됐지만, 대부분 일본 여성이 교육을 받았으며 실질적인 활동은 부족했다[12]. 1937년에는 보건소법이 제정되어 주민 10만 명당 1개소, 6대도시 20만 명당 1개소씩 보건소의 설립기준을 제시하였으나 실효성은 거의 없었다[13]. 한편 선교회의 보건간호사업도 일본과 서구와의 세계정세에 따른 관계 악화로 선교사들이 강제 귀국 조치되면서 크게 위축되었다[11]. 1944년 조선총독부에 의해 조선의료령 시행규칙이 제정되었는데 보건부·조산부·간호부에 따른 사항을 두고, 위생사상 함양지도, 질병예방지도, 모성이나 영유아보건지도, 영양지도, 상병자요양, 기타 보건위생지도를 주요한 업무로 규정하였으나 일본의 패전으로 조선의료령은 제대로 시행되지 않았다[14].

요약하면 조선정부는 갑오개혁이후 근대적 의미의 보건행정을 시작하였으며, 1908년 위생국에 보건과와 의무과를 두고 간호원과 조산원의 업무에 관한 사항이 법제화되면서 보건간호가 시작되었으며 전염병관리에 국한된 업무를 수행하였다. 1910년 한일합방이후 총독부 경무총감부 위생과에서 보건행정을 경찰행정으로 일원화하여 운영하였으며 실제적인 보건사업은 이루어지지 못했다. 단지 선교사를 중심으로 보건간호사업이 부분적으로 수행되었으나 선교사가 강제 귀국 조치되면서 보건간호도 함께 크게 위축되었다.

2. 기반 형성기(1945~1961): 보건정책과 조직체계의 기반형성

1945년 해방 후 보건의료체계의 체계화가 진행되었다. 1945년 미군정에서는 군정법령 제1호로 위생국을 설립하였으며 동년 10월, 법령 18호로 위생국 대신 중앙과 지방에 보건후생국을 설치하고 학문분야를 제외한 6개과(의정과, 약무과, 예방

의학, 생정과, 위생시설과, 수의과)에서 모든 건강과 보건문제를 담당하게 하였다[9]. 1946년 보건후생부는 보건후생국에서 승격된 후 15국 47과(총무국, 법제재무국, 의무국, 간호사업국, 통계국, 수의국, 예방의학국, 위생국, 업무국, 치무국, 연구국, 구호국, 후생국, 조사분석국, 부녀국)로 조직, 인원과 예산 규모에서 미군정 조직 중 가장 방대한 조직이었다. 간호사업국에서는 간호사업자문위원회를 두어 주 1회 회의를 하면서 주요 사업을 심사하였고, 산하에 간호교육과, 병원간호행정과, 산과과, 보건간호과, 등록과, 서무과 등 6개 과를 두었으며 초대 국장으로 손순옥이 임명되었다. 그러나 1947년 임시정부가 수립되자 기구가 대폭 축소되어 보건후생부는 7개국(의무국, 약무국, 예방의학국, 후생국, 조사분석국, 부녀국, 원호국)으로 조정되었다[13]. 1948년 대한민국 정부수립 후 제정된 정부조직법에 따라 사회부를 만들어 노동국, 보건국, 후생 및 부녀국의 사무를 담당토록 했다. 간호사업국은 보건국 내 간호사업과로 격하되었고 초대 과장으로 홍옥순이 임명되었다[15]. 1949년 정부조직법 개정으로 사회부 아래의 보건국이 보건부로 승격·분리되어 의정국, 방역국, 약정국의 3개국으로 변경되었고, 간호부서는 의정국 산하 산과간호과로 개칭·축소되었고, 1955년 2월 다시 법 개정이 이루어져 보건사회부로 흡수·통합되면서 간호사업과로 명칭을 변경하였다[9].

보건소의 효시는 1946년 서울 모범보건소(현 서울 중구보건소)이며 이는 후에 국립중앙보건소가 되었다. 1947년에는 경상남도과 진라북도 보건소 등이 추가되었다. 1949년에는 국립중앙보건소 직제가 정식으로 공포되고 보건소 활동이 확산되었으나 한국전쟁으로 인해 활동은 거의 중지되었다. 국립중앙보건소는 1949년부터 보건과를 설치하였는데 이는 보건의료 인력을 양성하는 중앙 교육기관으로 후에 국립보건원훈련부의 효시가 되었다[9]. 1951년 국민의료법이 제정되어 의료업자의 규정, 의료기관의 유형, 의료인력의 자격 및 면허 등에 관한 규정을 두었다. 법률안에서는 의료인이라는 표현 대신 의료업자라는 용어를 사용하였고, 의사, 치과 의사, 한의사, 간호원, 조산원, 보건원을

의료업자로 정의했다(제2조)[16]. 이때 일제 강점기부터 사용되었던 간호부, 산과, 보건부 명칭을 간호원, 조산원, 보건원으로 변경하였으며, 간호원과 조산원의 면허를 보건부장관이 지정한 학교를 졸업하거나 자격시험에 합격한 자에 한하여 부여하였다[17]. 1955년에는 최초로 이화여자대학교 의과대학에 간호학과가 정규 4년제 대학과정으로 설치되었다[9].

정부는 전쟁으로 발생한 이재민과 상병환자의 치료 및 국민방역계획을 목적으로 국민 5만 명을 단위로 500여 개소에 국민공중보건진료소 설치계획을 주요 골자로 하는 법을 제정·공포 하였지만, 한국전쟁 중에 제정된 법으로 실효성이 적었으며, 기존의 의료시설과 장비도 한국전쟁으로 인해 거의 파괴되었고 피난민들로 인해 전염병 발생 위험은 매우 높았다[18]. 1953년 기준 15개의 보건소와 471개의 보건진료소가 설립되었으며 국제연합의 원조에 의해 유지되었다[19]. 1954년에는 전염병 예방법을 제정·공포하였는데, 전염병을 제1종, 2종, 3종으로 구분하고 신고와 등록의 의무, 건강진단·예방접종·예방시설, 환자 및 환자(患者) 예방조치 등에 관하여 규정하였다[9]. 1955년에는 16개의 보건소, 515개 보건진료소가 있었는데, 전국의 보건진료소를 보건소로 대체하고 외국원조의 감소에 대한 재정지원의 법적 근거를 가지기 위해 보건소법(1956)이 제정되었다[3]. 이에 따라 보건소 설치와 운영, 질병의 예방 및 진료 그리고 공중보건 향상을 위한 업무규정을 통해 보건소의 조직기반 확충을 위한 법적 장치를 갖추게 되었다. 한편 보건소 사업은 질병예방을 위한 예방접종, 방역조치, 가족계획 등의 부분적인 사업에 한정되었으며 이 분야에 근무하는 보건요원 등은 다른 분야에 있던 사람들 보다 더 열악한 환경 속에서 업무를 하였다[20].

이 시기를 정리하면, 대한민국정부가 수립되어 중앙정부조직을 구성하고 정부조직법, 국민의료법, 전염병예방법, 보건소법 등 관련 법령을 체계화하여 보건정책과 업무를 규정한 기반형성기이다. 1946년 서울모범보건소를 시작으로 1949년 국립중앙보건소 직제가 공포되어 보건소 활동이 시작

되었으나 한국전쟁으로 중단되었다가 1956년 보건소법 제정으로 보건소의 법적 근거를 확보하게 되어 보건사업을 체계적으로 할 수 있는 기반을 형성하였다. 이 시기 보건사업은 예방접종, 방역 조치 및 가족계획 등에 국한되었고 따라서 보건간호 역시 이 테두리 내에서 수행되었다.

3. 기반 조성기(1962~1979): 전국 보건소의 체계적 구축 및 적극적인 보건간호활동

1961년 정부는 공중보건사업을 경제개발정책의 일환으로 시행했다. 제1차 경제개발 5개년계획(1962~1966)에는 가족계획장려 및 600개의 무의면(無醫面) 해소정책이 포함되어 있었다[13]. 정부는 지나치게 많은 인구가 경제발전을 저해할 수 있다고 판단하고 1961년 국제가족계획연맹 및 외국의 여러 기관들로부터 재정지원을 받았으며, 가족계획협회를 설립한 후 1962년부터 가족계획사업을 국가정책사업으로 채택하였다. 1962년 보건사회부에 가족계획심의위원회를 자문기구로 설치하였고 1963년에는 모자보건반을 설치하였다[9]. 1964년에는 가족계획 전임요원을 전국 면단위로 배치하였고, 같은 해에 모자보건요원이 배치되었으며 제1차부터 제5차 경제개발 5개년계획(1982년부터 1990년)까지 사업이 지속되었다[10,13].

1962년 보건소법을 개정하여 보건소의 설치주체, 업무조항, 운영주체를 과거의 시·도에서 시·군으로 바꾸었으며 보건지소에 대한 규정을 신설하여 보건소의 업무수행을 위해 필요하다고 인정할 때에는 그 관할 구역 내에 보건소의 지소를 설치할 수 있도록 하였다. 이후 1955년에 16개에 지나지 않았던 보건소(보건진료소 제외)가 1965년에는 189개소로, 10년 사이에 무려 12배 이상 증가하였으며 주 업무는 전염병 예방사업과 가족계획사업이었다. 한편 보건간호사의 부족문제는 1960년대부터 시작된 간호인력의 해외진출로 인하여 가속화되었다[13]. 정부는 1966년 의료보조원법 시행령 제1조를 개정하여 의료보조원의 종별에 '간호보조원'을 신설하여 의료법으로 절대 부족했던 간호인력을 대체하도록 하였다. 정부 주도의 '간호보조원' 인

력양성은 짧은 교육기간을 거친 간호조무사를 양성하게 되었고 고용된 가족계획요원은 중졸·고졸 학력의 비전문여성이 대부분이었다. 1967년 읍면에 배치된 모자보건요원 157명의 경우 간호사와 조산사가 주축이 되었으나 점차 간호조무사로 대체되었으며, 이후 지금까지 읍·면단위의 보건인력이 비전문직으로 대신하게 된 계기가 되었다[13]. 간호보조 인력이 간호사를 대체 할 수 있다는 조항은 1973년 의료법 4차 개정으로 의료인의 정원관련 조항이 시행규칙에서 시행령으로 옮겨지면서 삭제되었다[17].

1963년에는 의료보험법이 제정되어 지역별, 계층별 격차를 해소하는데 기여하였다[13]. 또한 정부는 기생충 및 결핵으로 인한 개인 및 사회전반의 피해를 적극적으로 방지하기 위해 1966년에 기생충질환예방법을 그리고 1967년에는 결핵예방법을 제정했다. 결핵협회에서는 1962~1963년에 고졸 학력의 남자를 결핵관리 담당자로 훈련시켜 결핵관리요원으로 배치하였는데, 이 숫자는 1980년 일차보건의료사업의 확대 이후 점차 감소하였다[2,18].

1965년 의료법 3차 개정 시 보건사회부장관이 간호사 등 의료관계자의 자질향상을 위하여 보수교육을 명할 수 있도록 하였다[17]. 이에 1967년부터 1973년까지 서울대학교 보건대학원에서 UNICEF의 재정지원을 받아 1년 과정의 보건간호이수과정(Certification of Public Health Nurse)을 운영하여 자격을 갖춘 양질의 보건간호 인력을 양성하였다[13]. 1970년에는 이경식 교수를 초대 회장으로 보건간호사회를 창립하였다[20].

1967년부터 모자보건사업의 일환으로 분만개조 사업을 위해 읍·면·동에 조산원을 배치하고 요원들이 직접 분만개조 및 임부의 분만·출산을 돕도록 하였다. 모자보건사업은 매년 강화되었지만 영아사망률이 60~70명으로 매우 높아 모성과 영아를 위한 건강지원제도의 필요성이 대두되어 1973년에 모자보건법이 제정되었다. 이 법에 가족계획사업에 대한 인력구성 및 업무에 대한 내용을 포함하여 지속적인 가족계획사업의 근거를 만들었다[18]. 동년 4차 의료법 개정으로 간호사에 대해

3개의 업무분야별 간호사(보건간호분야, 마취간호분야, 정신간호분야 간호사)의 자격을 인정하였으며, 보건간호이수과정(CPHN) 졸업자에게 보건간호 자격증을 줄 수 있는 법적근거가 마련되었다(의료법 시행규칙, 54조)[17].

1975년에는 행정쇄신의 일환으로 보건소 업무인 위생업무와 환경업무가 시·군·구청으로 이관되었으며 인구의 도시 집중에 따라 대통령령으로 보건소법시행령이 개정(1976년)되어 행정구역 단위로 보건소를 설치토록 하였다. 보건사회부 조직 내 간호사업국으로 시작한 간호조직은 의정국 간호사업과로, 간호담당관(1970)에서 간호사업계(1973)로 점점 조직이 축소되었다가 1981년 간호사업계 마저 폐지되었다. 이로 인하여 보건간호 업무뿐만 아니라 간호사업의 전반적인 정책결정에서 그 일관성이 결여되는 결과를 초래하였다[21].

1974~1976년에는 군 및 농협협동조합의 협조로 1,340개 면지역에 보건지소를 신축하고 무의면 해소를 위해 노력했다[2]. 1977년 7월부터 500인 이상의 사업장 근로자를 대상으로 의료보험을 실시함에 따라 1종 의료보험(직장의료보험)과 의료보호(현 의료급여)가 시작되었다. 1977년 1월부터 의료보호제도로 저소득층에게 무료 의료서비스를 제공하게 되었고, 보건소가 일차의료기관으로 이들을 위한 치료기능을 담당하게 됨에 따라 질병 예방사업과 치료사업이 통합된 포괄적인 사업을 제공하게 되었다[21].

이 시기를 요약하면, 공중보건사업은 한국전쟁 이후 열악한 환경에서 경제개발계획의 일환으로 실시되었다. 정부의 정책사업인 가족계획사업이 보건소 중심으로 운영되었으며 보건소법 개정으로 보건소가 전국적으로 확대되었다. 기생충질환 예방법, 결핵예방법, 모자보건법 등이 제정되면서 보건소 사업이 증가하였다. 의료법 개정으로 업무분야별 간호사 자격의 인정과 함께 보건간호분야 간호사 제도가 탄생되었고, 이를 위해 간호사 면허자에게 1년 과정의 보건간호 교육과정이 개설되었다. 이 시기 조산원이 읍면동에 배치되어 직접 분만개조 및 임부의 분만 출산을 돕는 등 보건간호가 활성화되었고 보건간호교육제도가 강

화되었으며 보건간호사회가 창립되었다. 그러나 보건소의 열악한 인력대우 및 간호사 해외진출사업으로 보건소에서 일할 간호사가 부족하여 읍면동에 간호보조원이 배치되는 계기가 되었다.

4. 기반확충기(1980~1994): 일차보건의료사업 강화로 공중보건의료전달시스템 구축

1980년대 정부는 일차보건의료를 더욱 강화하고 보건의료전달체계의 확립과 전국민 의료보험의 확대를 위한 노력을 기울였다. 1981년에는 공공의료제도 개선방안을 발표하여 경제성장과 의료보험제도의 부분적 시행 등으로 급격히 증가한 의료수요를 해결하고 공공의료제도의 빈약함을 개선하기 위해 국립대학병원의 특수법인화, 34개 시·도립 병원의 공사화, 보건소 의료인력 보강을 통한 무의촌 해소, 다원화된 공공의료기관의 지도·감독기관의 주무부처를 보건사회부로 일원화하는 등의 정책을 수립하였다[13]. 1980년 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법이 공포되었고 1981년 24주 직무교육을 받은 간호사 365명이 보건진료원으로 의료취약지역에 배치되었다. 이를 통해 보건소-보건지소-보건진료소로 대표되는 우리나라의 공중보건의료전달시스템이 구축되었다[13,21]. 또한 의사가 근무하지 않았던 농촌의 보건지소에 군의관인 공중보건의사를 배치하여 보건소 및 보건지소를 활성화시켰다. 의사와 간호사 대상 공중보건장학제도를 지속적으로 실시하여 농어촌 의료자원을 확충하였다[13]. 그리고 국립보건원, 한국인구보건연구원, 결핵연구원, 대한결핵협회 각 시도지부 및 보건소 등에서 양성되어 보건소에 배치된 잠급직 보건요원(간호사 포함)이 1981년 세계은행 차관도입과 함께 정규직 공무원으로 전환되었다[13]. 이후 보건간호사는 의료법에 의거하여 간호사면허를 받은 자로서, 인력수급계획에 따라 공무원시험을 거쳐 보건소와 보건지소에서 보건의료에 관한 업무를 전담할 전문 인력으로 배치되고 있다[9].

1980년대 후반에 정부는 보건소 입원, 의료시설 확충, 모자보건센터 신설, 보건지소 및 진료소 시설 확충, 도서지역을 위한 병원의료를 증가시켰다

[13]. 1989년에는 전국민의료보험 시대에 발맞춰 의료수가가 낮은 부분을 공공보건기관인 보건소가 담당하게 함으로서 보건소의 진료기능이 강화되었다. 의료취약지역인 군 보건소의 기능이 치료 중심으로 발전하게 되어 병원화 사업이 추진되었고 이를 통해 1988~1989년에 걸쳐 의료취약지역의 군 보건소 15곳에 보건의료원을 설립하였다[3]. 1990년에 들어오면서 만성퇴행성질환 및 정신질환자가 증가함과 함께 점차 고령화가 시작되어 국민의 건강에 대한 요구도가 증가하게 되었다. 이러한 변화에 부응하여 1991년 보건소법이 전면 개정되었다. 1992년 7월에는 보건소법 시행령 제4조에 의해 보건소 내 전문인력 배치기준을 인구 100,000명 이상 시·군·구로 구분하여 제시함으로써 보건소 인력충원을 통한 서비스의 질적 수준 향상을 위한 계기를 만들었으며, 보건소 설치근거를 명시하여 보건소-보건지소-보건진료소의 보건의료서비스 및 행정체계가 완성되었다[3].

이 시기를 요약하면, 기반 확충기로서 보건소-보건지소-보건진료소의 공중보건의료시스템이 체계적으로 구축되었다. 의료취약지역에 보건진료원을, 읍면의 보건지소에 공중보건의를 배치하였을 뿐 아니라, 의료취약지역인 군 보건소를 보건의료원으로 전환하는 등 전 국민들의 기본 보건의료 요구를 충족할 수 있는 기반을 확충하였다. 또한 전국민의료보험이 시행되면서 일부 진료를 보건소에서 수행하면서 진료기능이 강화되었다. 1991년에는 보건소법 시행령 제4조(공무원) 2항에서 보건의료에 관한 업무를 전담할 공무원 중 의료인, 약사, 의료기사 등 자격의 종별에 따른 보건의료 전문인력의 배치는 보건사회부장관이 정하는 기준에 의한다고 명시하여 보건소 서비스의 질적 수준을 향상할 수 있는 계기를 마련하였다[3].

5. 분야별 정비기(1995~2005): 국민건강의 분야별 정비기

1992년 정부는 한국형사회복지모형개발, 건강보험제도개선, 보건의료선진화 등을 주요과제로 선정하여 공중보건사업을 진행하였다[13]. 이에 따라 농촌지역 보건소·보건지소 등의 시설을 현

대화하고 운영개선과 응급의료에 관한 법률을 제정하여 체계화하기 시작했다. 1995년에는 질병구조가 급성감염병에서 만성 비감염성 질환으로 전환되고 국민의 수명이 늘어남에 따라 건강수명에 대한 국민적 관심이 증가하게 되면서 국민건강증진법이 제정되었고 건강증진기금 법안을 제정함으로써 국민건강의 분야별 정비가 시작되었다[2]. 1998년에 18개 보건소에서 건강증진사업이 시작된 후 2002년부터 전국 100개 보건소에서 금연, 절주, 운동, 영양의 4대 건강생활실천 사업이 운영되었다[13]. 건강증진사업은 2005년에 전국 보건소로 확대되었으며 금연, 영양, 운동, 절주를 필수사업으로 추진하였다. 이후 2008년에는 지역특화 건강행태개선사업으로, 2011년에는 건강생활실천통합서비스사업으로 운영되었으며, 2013년에는 서비스 단위별 분절화된 사업을 대상자 중심으로 통합하여 지역사회 통합건강증진사업으로 추진되었다.

정부는 1995년 국민의 중점 건강관리기관으로 지역주민과 근접해 있는 보건소를 육성하기 위해 보건소법을 지역보건법으로 개정하였다[3]. 이에 지방자치단체들은 지역보건의료계획을 4년마다 수립한 후 보건복지부장관에게 제출하게 되었으며 [22], 보건소 업무는 이전의 12가지 업무 외에 국민건강증진사업, 가정·사회복지시설 등을 방문하여 행하는 보건의료사업 및 만성퇴행성질환관리 등을 추가·조정하여 16가지의 업무로 증가하였다[13]. 지역보건법에서 방문보건사업의 법적근거가 제정되었는데, ‘방문간호사업이란 가정·사회복지시설 등을 방문하여 행하는 보건의료사업’이라고 정의하여(제9조 보건소의 업무), 방문 간호서비스는 병원중심의 가정간호사업과 보건소중심의 방문간호사업의 두 가지 형태로 제도권 내에서 운영되게 되었다. 1995년 정신보건법 제정으로 통합정신보건서비스 제공체계 구축을 위한 근거가 마련되었다. 1998년 정신보건센터 모델이 4개소에서 시작하여 2013년 정신건강증진센터로 명칭을 변경하고, 2015년 기초정신건강증진센터 197개소, 광역정신건강증진센터 13개소로 확대 설치하여 운영하고 있다[13]. 보건복지부는 2002년에 국민건강증진법 제4조에

근거하여 범정부적 중장기종합계획으로 제1차 국민건강증진종합계획(2002~2005)을 수립하고 목표를 '건강수명의 연장과 건강형평성제고'로 정하여 보건정책방향을 제시하였다.

이시기를 요약하면, 정신보건법과 국민건강증진법이 제정되어 보건소 사업에 건강증진영역이 새롭게 영입되고 정신보건센터가 전국적으로 설치되면서 질병구조의 변화와 국민의 삶의 질에 대한 요구를 반영한 보건사업을 실시하였다. 또한 보건소법이 지역보건법으로 개정되면서 지역보건 의료계획을 통해 지역주민들의 요구를 적극 반영한 사업을 수행하게 되었다. 이러한 큰 틀 내에서 보건간호도 담당 지역사회의 요구에 근거한 사업 계획에 의거해 사업을 수행하게 되었다.

6. 보건소 기능확대기(2006~현재) : 전국민 건강 보장 실현을 위한 공공보건의료 확충기

오늘날 국민의 생활수준이 향상되고 삶의 질 향상에 대한 수요가 증가함에 따라 보건분야에 대한 국가의 역할과 비중이 크게 증가하고 있다. 우리나라는 민간주도의 의료시스템으로 인해 국가 보건의료정책의 효율성이 저하되는 모습을 보여왔다. 이러한 문제점을 해결하기 위해 정부는 2000년대부터 공공보건의료 인프라를 대폭 보강·정비하여 소득, 지역과 연령에 차별 없는 전 국민 건강보장의 실현을 중점 추진과제로 선정했고, 이를 위해 공공보건의료확충종합대책을 2005년에 수립하여 발표했다. 또한 제2차 보건복지기본계획(2005~2009) 추진과제로 공공보건기관 부분에 방문보건인력 교육훈련강화, 암 예방 및 홍보교육, 농어촌 5대 암 조기검진사업 및 재가환자관리사업 그리고 정신보건센터 사업조직 등을 포함하였다 [13]. 기존에 수행하던 방문보건 사업을 더욱 체계화하여 맞춤형 방문건강관리사업을 전국적으로 활성화하였으며, 이는 새국민건강증진종합계획 2010 및 지역보건의료계획에서 중점으로 추진하는 건강문제를 중심으로 종합적인 보건상담과 전문적인 간호서비스를 제공하기 위함이었다. 이사업은 보건간호사중심의 사례관리가 팀 접근으로 제공되는 것으로 교육, 상담 등 직접간호 뿐 아니라 다양한

자원을 연계한 체계적인 사업이다[23]. 한편 방문건강관리사업 시작 시 수행 인력을 비정규직으로 2000명 채용하면서 고용불안정으로 인한 사업의 연속성에 많은 어려움이 제기되고 있다. 또한 2013년부터 보건소는 지역사회 통합건강증진사업 사업을 실시하기 시작하였는데 이는 중앙정부의 지침에 따라 사업단위별로 수행되던 사업을 지방자치단체가 책임을 지고 지역의 건강문제와 여건 등을 반영하여 건강영역별, 생애주기별로 사업을 통합 및 재편성하여 자율적으로 설계·집행할 수 있도록 한 것이다[24]. 이에 방문건강관리사업은 통합건강증진사업내의 선택사업으로 지정되어 양적·질적 측면에서 감소되었다. 한편 2005년 도시의 보건의료취약계층 주민을 위한 도시보건지소 시범사업을 실시하여 10개의 도시 보건지소가 선정되었고 2010년까지 총 30개의 도시보건지소가 운영되었다[3]. 이외에 2015년 지역보건법 개정으로 건강생활지원센터에 대한 근거(제 14조)가 제시되어 2016년 현재 28개의 건강생활지원센터가 있다.

제2차(2005~2010), 3차(2011~2015)에 이어 제4차 국민건강증진종합계획(2016~2020)은 '온 국민이 함께 만들고 누리는 건강한 세상'을 비전으로 '건강수명을 2020년까지 75세로 연장하고, 건강형평성을 제고하는 것'을 총괄목표로 제시하였다. 한편 보건소의 간호인력실태에 관한 보고에 의하면 1997년 2월 제시된 보건소 전문인력등의 배치기준이 보건소 사업의 급증에도 불구하고 아직까지 변화 없이 유지되고 있을 뿐 아니라 254개 보건소 중 142개 보건소에서 이 기준을 충족하지 못하고 있고 특히 부족한 간호사 수는 601명에 이른다고 보고하였다[25]. 또한 2017년 현재 보건(지)소와 시군구 행정부서에 근무하는 간호사 중 공무원은 55%에 불과하고 비정규직 간호사가 45%에 이른다고 보고하여 보건소 업무 수행 인력측면에서 질적이고 양적인 문제가 있음을 제시하였다[26].

이 시기를 요약하면, 국민건강증진종합계획의 목표달성을 위해 다양한 보건사업이 추진되었다. 특히 전국 차원의 맞춤형 방문건강관리사업이 건강형평성 확보를 위해 취약계층을 우선순위로 하여

실시되었다. 또한 도시 보건의료취약계층을 위한 도시보건지소, 읍면동의 건강생활지원센터가 설립되어 주민들에게 접근성을 높인 일차보건의료 서비스를 제공하였다.

결 론

근대 지역사회보건의 역사를 고찰한 결과 대한민국 정부가 수립되면서 전 국민을 위한 공공보건의료전달체계의 기반을 체계적으로 형성·확충하고 정비하여 전국의 어느 곳에서든지 기본적인 공공보건의료서비스를 이용할 수 있는 공중보건의료전달체계를 구축하였다. 사업내용은 각 시기의 정치, 사회 및 경제적 변화를 배경으로 국민들의 건강요구에 따라 전염병관리, 가족계획사업에서부터 건강증진사업, 정신건강관리사업, 만성퇴행성질환관리 사업 그리고 방문건강관리사업 등으로 발전되어왔다. 한편 보건간호 영역은 지역사회보건의료사업에서 그 역할과 비중이 상당함에도 불구하고 과거대비 정부 조직 내에서 입지를 확보하지 못하고 보건소 사업은 국민요구에 의해 증가함에도 보건사업 수행을 위한 전문 인력에 대한 법적 기준은 26년 전과 동일하여 사업수행에 어려움이 있기에 이에 대한 대안마련이 필요함을 확인하였다.

더욱이 앞으로 다가올 미래는 낮은 출산율, 고령사회, 4차 산업혁명과 경제불황 등으로 이전과는 전혀 다른 양상으로 급속하게 변화가 전개될 것으로 예측되므로 보건의료체계의 전반적인 측면, 즉 구조적이고 내용적인 측면뿐 아니라 기술적인 측면에서 재조정이 필요할 것으로 사료된다. 이에 보건간호 및 보건간호사가 나아갈 방향에 대해 간략히 제언하고자 한다.

첫째, 전체 보건의료체계에서 보건간호를 바라보는 거시적 관점이 필요하다. 즉 우리나라 전체 보건관리시스템이 공공과 민간에서 어떻게 연결되어 있는지 그리고 그 안에서 보건간호사가 어떻게 일을 해야 할 것인가에 대해 재고해야 한다. 우리나라는 민간과 공공의 영역이 명확하게 갈라져 있고 그 역할과 할 일에 차이가 심하여 조화가 안 되는 것이 문제라고 할 수 있다. 이에 보건간호는 미래보건사업의 성공적 수행을 위해 공공과

민간을 어떻게 조화하여 융합할 것인가에 대한 대안을 마련해야 한다. 둘째, 건강관리 개념에 대한 변화가 필요하다. 기존처럼 개인, 가족 및 지역사회 단위로 건강관리를 해야 할 뿐 아니라 글로벌 단위의 건강관리 개념으로 변화·확장해야 할 필요가 있다. 셋째, 보건의료인은 인공지능 및 빅데이터 등과 협력해야 생존가능하다고 해도 과언이 아니다. 인공지능 발전으로 공공보건의료는 주민들의 각종 데이터를 어떻게 분석하고 활용할 것인가에 대한 통찰력을 길러야 한다.

앞으로 보건간호는 우리나라에 알맞은 보건간호체계의 구상과 설계, 보건간호 인력에 대한 동기부여와 역할개발, 그리고 이에 따르는 훈련, 새로운 보건체계와 보건간호서비스에 대한 종합적 평가 등을 통해 발전해 나가야 한다. 한편 본 연구는 각 시대별로 국가의료정책의 변화와 그에 따른 법령에 따라 공공보건의료 중 지역사회보건 중심(보건소 사업)으로 큰 흐름을 정리하였으므로 사업내용, 수행인력 등 세부적인 영역에 대한 분석이 이루어지지 않았다는 제한점이 있다.

요 약

본 연구는 지역사회보건의료사업의 한 영역인 보건간호의 근대 역사를 6개 시기로 구분하여 고찰하고 보건간호가 나아갈 방향에 대해 제안하였다. 태동기는 1908년부터 시작되었으며 선교사에 의해 보건간호가 시작되었으나 귀국 조치되면서 위축되었다. 기반형성기는 대한민국정부 수립 후 중앙정부조직과 보건관련 법령을 체계화한 시기로 1956년 보건소법 제정으로 보건소의 법적 근거를 확보하였다. 기반조성기에 정부는 가족계획사업을 정책사업으로 수행하였고 기생충질환예방법, 결핵 예방법, 모자보건법 등이 제정되면서 보건소 사업이 증가하였다. 의료법 개정으로 업무분야별 간호사 자격이 인정되어 보건간호분야 간호사가 인정되었으며 조산원이 읍면동에 배치되어 임부의 분만·출산을 돕는 등 보건간호가 활성화되었다. 분야별 정비기에는 보건소 건강증진사업이 새롭게 영입되고 정신보건센터가 전국적으로 설치되면서 국민건강의 분야별 사업이 정비되었다. 또한 지역

보건의료계획을 작성하게 되어 지역주민들의 요구를 반영한 사업을 할 수 있게 되었으며 정부는 국민건강증진종합계획을 설정하여 이를 보건의료사업의 목적으로 삼았다. 보건소 기능확대기에는 건강형평성 확보를 위해 전국 차원의 맞춤형 방문건강관리사업을 실시하였고 도시보건지소와 건강생활지원센터를 설립하여 주민들에게 접근성을 높인 일차보건의료서비스를 제공하였다. 앞으로 보건간호는 우리나라 보건의료전달체계의 특성에 알맞은 보건간호체계의 구상과 설계, 간호 인력에 대한 동기부여, 역할개발과 훈련, 새로운 보건체계의 보건간호서비스에 대한 종합적 평가 등을 통해 발전해 나가야 할 것이다.

REFERENCES

1. Kang SJ. The role of public health nurses & SDGs. *Korean Public Health Nursing News* 2017;6(122) (Korean).
2. Son MS. The State and Medicine in Korea in the 20th Century : Health Care System. *Journal of the Korean Medical Association* 1999;42(12):1153-1159 (Korean).
3. Bae SS, Lee SW, Kim JW, Lee SM. New Approach to strengthening of Local Public Health System: *Korean Medical Association* 2010, p.130 (Korean).
4. Koh MS, Min S, Yom YH, Lee MA. Introduction to nursing, Seoul, Soomoonsa, 2015, pp.290-295 (Korean).
5. Yi GM. A Study on Korean nursing during the Japanese colonial period[dissertation]. Seoul, Graduate School of Public Health, Seoul National University, 1999 (Korean).
6. Lee BY. Introduction to Medicine: Concept and History of Medicine, Seoul, Seoul National University Press, 2006 (Korean).
7. Shields Esther L. A Source Book of Miss Esther L. Shields(R. N. Florence Nightingale of Korea, Angel of Korea), Seoul, Yonsei University Press, 2016. pp.554-556 (Korean).
8. Yoon Mk. Nursing Missionary Elizabeth J. Shepping's Education and Holistic Care for Koreans, *J Korean Acad Community Health Nurs* 2016;1(27):60-71 (Korean).
9. Yi KM, Kim HJ. The 'Nurses Ordinance' of Korea under Japanese Rule, *J. of Korean Community Nurs* 1998;9(2):291-302 (Korean)
10. Korean Nursing Association. Korean Nursing 100years: 1900-1999, Seoul, Korean Nursing Association, 2011, pp.308~312 (Korean).
11. Yi GM, Kim HJ. Missionary Public Health Nursing of Korea during Japanese Colonial Period, *J Korean Community Nurs* 1999;10(2): 455-466 (Korean).
12. Sin MJ, Lee GM, Kim JM, Ahn SH, Kang YS, Kim MS, Moon HJ. History of Nursing in Korea, Seoul: Korean Nursing Association, 2013, pp.231-233 (Korean).
13. Ministry of Health and Welfare. 70 Years of Health and Welfare: From the Age of disease to the Age of Health. Sejeong-si, Ministry of Health and Welfare. 2015, pp.90-93 (Korean).
14. Lee YJ, Introduction of Modern Nursing to Korea[dissertation], Seoul, The Graduate School, Yonsei University, 2000, pp.66-68 (Korean).
15. Ministry of Health and Welfare Homepage: History [Internet] Sejeong-si:Ministry of Health and Welfare[cited 2018 March 2]. Available from:http://www.mohw.go.kr/react/sg/ssg0102mn.jsp?PAR_MENU_ID=05&MENU_ID=051104
16. National Law Information Center: National Medical service Act [Internet]. Sejeong-si: National Law Information Center[cited 2018 March 1]. Available from: <http://www.law.go.kr/lsSc.do?tabMenuId=tab27&query=%EC%9D%98%EB%A3%8C%EB%B2%95#undefined>

17. Kim EY. A Study on the Nursing Profession as Stipulated by Health & Medical Laws of Korea. *J Korean Community Nurs* 1997;8(1): 118-132 (Korean).
18. Ministry of Health and Welfare. 70 Years of Health and Welfare: A journey beyond poverty and disease. Sejeong-si, Ministry of Health and Welfare. 2015, p91 (Korean).
19. Ministry of Strategy and Finance. KDI School of Public Policy and Management. 2011 Healthcare Improvement Activities of Public Health Centers in Rural Areas, Sejeong-si: Ministry of Health and Welfare. 2012, p21~24.[cited 2018 March 2]. Available from:http://www.kdi.re.kr/research/subjects_view.jsp?pub_no=12851.
20. New SH, Evaluation of Nursing Services in 1970's and Issues of Nursing in 1980's: Public Health Nursing Association, *The Korean nurse*. 1980;19(2):14 - 17 (Korean).
21. Cho SJ, Ch YH, Park IE, Choi HJ, Ahn YH, Kim HG, Jeong YN, Choi HJ, Kim YS, KIm MH, Sim MS. Community health nursing, Seoul: Hyunmosa, 2012, pp57~60.
22. Ahn CY, Kim HS, Kim WB, Oh CH, Hong JY, Kim EY, Lee MS, Analysis of vision statement in 6th community health plan of local government in Korea, *J Agric Med Community Health*. 2017;42(1): 1~12.
23. Ministry of Health and Welfare. Press Releases: Customized visiting healthcare, Sejeong-si: Ministry of Health and Welfare. March, 29, 2006. [cited 2018 March 30]. Available from: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:cENy2rKKiuMJ:www.korea.kr/common/download.do%3FfileId%3D160693001%26tblKey%3DGMN+&cd=8&hl=ko&ct=clnk&gl=kr>.
24. Kim YD. Current Status and Tasks of Integrated Community Health Promotion Project, *Issues and Point*, Seoul: National Assembly Research Service, October 17 2013.[cited 2018 March 3]. Available from:http://www.nars.go.kr/brdView.do?brd_Seq=1672&currPg=1&cmsCd=CM0018&category=c3&src=&srcTemp=&pageSize=10.
25. Oh YH. 2030 nurse supply and demand estimation and policy direction. Korean Nurse Association Head Meeting.
26. Han YR, Yang SJ, Actual Conditions and Improvement Strategies regarding the Nursing Workforce in Public Health Centers. *Journal of Korean Public Health Nurs* 2017;31(3):421 - 435 (Korean).