

# 의료선교의 1차보건의료에 대한 분석연구

(알마아타선언을 중심으로)

장로회신학대학교 대학원

선교신학 전공

허 통

# 의료선교의 1차보건의료에 대한 분석연구

(알마아타선언을 중심으로)

지도 박 보 경 교수

이 논문을 신학석사학위 논문으로 제출함

허 통

장로회신학대학교 대학원

선교신학 전공

2006년 2월

허 통의 석사학위(Th. M.) 논문을 인준함.

주 심: 박 보 경 교수 \_\_\_\_\_ 인

부 심: 이 광 순 교수 \_\_\_\_\_ 인

부 심: 김 영 동 교수 \_\_\_\_\_ 인

장로회신학대학교 대학원

2006년 2월

## 감사의 글

지금까지 공부 할 수 있도록 인도해 주신 참 좋으신 하나님께 감사와 영광을 드립니다. 새벽마다 아들을 위해 기도하시며 격려해 주시는 부모님과 형제들, 특별히 복음에 대한 열정과 선교에 대한 비전을 아로새겨 주시고 선교학을 공부하도록 이끌어주신 참스승이신 이광순 교수님께 감사드립니다.

아울러 바쁘신 와중에도 부족한 사람에게 지도와 조언을 아끼지 않으신 김영동 교수님, 한국일 교수님께 감사를 드립니다. 특별히 부족한 사람의 논문을 세밀하게 지도해 주신 박보경 교수님께 깊은 감사드립니다.

항상 선교사의 좋은 모델과 선교준비에 좋은 가르침을 주시며 논문을 준비하는데 있어 여러 도움과 조언을 주신 윤의근 목사님, 손윤탁 목사님께 감사드립니다. 의사로 묵묵히 남편을 내조하며 의료선교에 대해 관심을 가지고 논문을 준비하게 도와준 사랑하는 아내 은주에게 고마움의 마음을 전합니다.

2006년 2월

허 통

# 목 차

I. 서론 .....	1
A. 연구 동기 및 목적 .....	1
B. 연구 범위 및 방법 .....	4
II. 질병과 치유에 대한 이해 .....	5
A. 질병에 대한 이해 .....	5
B. 치유에 대한 이해 .....	12
C. 교회의 역사에 나타나는 치유에 대한 이해 .....	22
III. 선교와 의료사역의 관계 .....	29
A. 의료선교의 정의 .....	29
B. 의료사역의 유형 .....	31
C. 선교에 있어서 의료사역 .....	38
IV. 1차보건의료에 대한 이해 .....	41
A. 의료선교의 문제 .....	41
B. 배경 .....	45
C. 개념과 내용 .....	49
V. 1차보건의료에 대한 평가와 전망 .....	61
A. 평가 .....	61
B. 문제점 .....	73
C. 전망 .....	81
VI. 결 론 .....	90
A. 요약 .....	90
B. 제언 .....	92
참고도서 .....	95

## I. 서론

### A. 연구 동기 및 목적

선교는 하나님의 명령이며, 예수그리스도의 지상분부인 동시에 우리에게 선택의 여지가 없는 지상명령인 것이다.

지상명령에 순종하여 의료선교는 예수그리스도의 복음을 선포하고 사람들로 하여금 하나님과 화해하도록 하여, 전 세계 예수그리스도의 교회를 세우는 것을 목적으로 사람들의 육신적 및 영적인 문제들을 돌보는데 전력을 다해 왔다.

환자를 치료하는 것은 중요하고 급하며 고귀한 일이기 때문에 의료선교는 선교지에서 필수적이었고 그 효과도 극적이었다. 병원을 세우고 가난한 사람들을 치료하고 의료과학을 전수하여 선교지에 의학 및 과학기술을 도입시키는데 중추적인 역할 하였다. 여전히 많은 선교지에서는 의료선교를 요청하고 있고 선교현지의 사람들에게 환영 받으며, 선교지에서 효과적인 열매를 맺을 수 있는 최우선의 방법으로 인식되고 있다. 그런데 이러한 의료선교의 외적인 모습에 비추어 현재의 내적인 모습을 살펴보았을 때, ‘과연 의료선교가 명성에 걸맞는 선교사역의 열매를 거둬들이고 있는가?’라는 질문 앞에서 머뭇거리게 되는 것이 작금의 상황이다.

그렇다면 이러한 원인은 어디에서 찾을 수 있는가? 그것은 바로 의료선교가 의료선교의 실제 무대인 선교지의 환경과 시대적 변화의 요구에 적절히 대응하지 못하는 것에서 찾을 수 있다. 갈수록 의료선교의 역할이 중요하게 부각되지만 지역의 문제가 세계의 문제로 확대되는 세계가 일원화 되는 현상과 급변하는 사회의 다원화의 흐름에서 기존의 의료선교의 방법과 접근에 있어 한계에 직면하고, 미처 대처하지 못하고 있지 때문이다. 이러한 결과로 시대에 앞서가는 효율적이고 전체를 포괄하는 능동적인 의료선교보다는 좁은 지역과 제한된 치료중심의 수동적인 사역에 이르게 되었다.

사실 시대의 흐름에 효과적인 의료선교사역을 위한 노력과 시도가 없었

던 것은 아니었다. ‘1차보건의료’의 접근방법에 이와 관련된 예방차원의 여러 보건개념들은 대표적인 새로운 방향성에 대한 시도라고 할 수 있다. 하지만 의료선교를 진정한 목적인 영혼을 구원하는 일의 훌륭한 가장 좋은 도구로 인식하여 환자를 치료하는 복음을 전하기 위한 수단으로 이해하는 시각이 많아 실제 이런 새로운 시도들은 의료선교에 있어 효과적인 실제로 나타나지 못하고 있다.

제2차 세계대전 이후 민족주의와 신생독립국의 종교적 제약으로 과거와 달리 의료선교의 영역이 축소되고 있고, ‘1차진료중심’으로 병원과 진료센타를 위주로 실시되던 사역의 비용 상승으로 인한 경제적 어려움이 제기되고 있는 실정이다. 또한 실제 의료선교인력 또한 감소하는 추세가 현실로 다가오고 있다. 그런데 우리의 의료선교는 의료선교에 대한 막연한 동경과 과거의 성공의 경험으로 이러한 시대적 변화를 간과하므로 많은 인력과 열정과 비용을 투자하는 의료선교의 모습을 보이고 있다.

효과적이고 체계적이지 못하고 장기적인 안목이 결여된 채 선교에 대한 열정과 열심에만 의료선교 사역에 무모하게 접근하는 것은 의료선교에 있어 한계, 실패와 의료선교자원의 낭비를 가져올 수밖에 없게 한다. 그것은 의료선교의 장점과 전문성의 기회를 잃게 되는 것이며, 좋은 선교의 도구와 기회를 잃어버리는 것과도 같다고 할 수 있다.

과거 나타난 의료선교에 대한 평가와 열매에서 시야를 넓혀 이제는 의료선교에 있어서도 시대의 변화에 민감하게 반응하여 효율적이면서 미래를 바라보며 하나님의 지상명령이 구체적으로 실제적으로 효과적으로 이루어지는 선교가 되도록 장기적 체계적 효율적인 사역의 안목을 필요로 한다.

본회퍼(D. Bonhoeffer) 세속화되고 다원화해 가는 세계 안에서 교회의 본질적인 기능을 감당하기가 쉽지 않다는 고민하였다. 본회퍼는 교회가 보통사람들을 지배하기 보다는 그들의 문제와 경험을 나누어 가지며 그들을 돕고 봉사해야 한다고 했다. 교회다운 교회는 의식이나 교회의 규칙을 기계적으로 준수하는 것만이 아니라 이 세상에서의 삶의 의미, 문제, 고통 등을 당하면서 사는 사람들과 함께 하면서 하나님의 사랑과 선과 진리를 나타내고 실현하기 위해 노력하는 교회라고 생각하였다.<sup>1)</sup>

필자도 과거 의료선교 주요성과 역할과 실제적인 성과에 대해 부정적으

---

1) 서정운, 『교회와 선교』, (서울: 두란노서원, 1988), 186~88쪽.

로 보지 않는다. 하지만 과거가 새로운 미래를 책임져주지 않기에 새로운 패러다임으로 등장한 1차보건의료에 대한 선교적의미를 성서에 나타는 전인적인 치유사역 치유사역을 통해 찾아보고 한다. 즉 본 논문은 새로운 의료선교의 패러다임으로 제시된 1차보건의료를 통전적인 선교의 측면에서 고찰함으로 전인격적 구원의 선교의 의미를 발견하고 1차보건의료가 의료선교에 있어서 과거의 한계를 극복하고 시대의 변화와 요청에 효과적으로 응답하는 선교의 방향임을 밝히려 한다.

본 논문은 1차보건의료를 특별히 통전적인 선교의 관점에서 조명하여, 성서에 발견되는 전인적인 치유와 구원의 의미를 찾아 볼 것이다. 성서에서 나타나는 치유는 수많은 연구에서 이미 밝혀진 대로 인간의 모든 영역을 포함한 전인적인 치유였다.

히브리인들은 건강을 샬렘(Salem, 건강한, 완전한)이라고 했는데 이것은 샬롬(Shalom)과 같은 어원을 갖는다. 즉 그들은 치유를 질병이 제거되는 상태를 말할 뿐 만 아니라 모든 기능이 조화 속에서 수행되는 유체와 정신의 온전한 상태로의 회복을 의미한다.<sup>2)</sup>

또한 신약성경에서는 치유를 θεραπευειν로 쓰고 있는데 이것은 “치료하다”란 의미를 가지고 있으며 또한 실패할 수 도 있는 의학적 치료로서가 아니고 참된 치료로 묘사되고 있다. 이것은 예수의 치유의 완전성을 묘사하고 있는 것이다.<sup>3)</sup> 특별히 예수의 치유는 전인적 구원을 추구한다. 예수는 병자의 육신적인 질병과, 정신적인 질병과 영적인 질병을 함께 치유하셨다. 그래서 치유 받은 자들은 예수를 따랐다. 예수는 “고난의 종”으로서 그들의 연약함을 담당하시고 그들에게 구원을 베푸셨다. 예수는 인간의 병을 깊어짐으로써 치유하셨다. 예수의 사역의 궁극적인 목적은 단순한 치유가 아니라 온전한 구원이다. 즉 영생(eternal life)를 얻는 것이다(요10:10). 예수는 이 영생을 주시기 위해 각색 병자들을 치료하셨다 이런 예수그리스도의 치유가 의료선교의 모델이 되어 사람들을 치유하는 사역을 감당해 왔으며 1차보건의료도 그런 예수그리스도의 치유의 같은 연장선상에 있다고 할 수 있다.

그러나 1차보건의료는 선교적인 부분 외 국가지 지역의 보건의 성격(중

2) 성서대백과사전 편찬위원회, 항목, “건강,” 『성서백과대사전』, 11권 (1981), 507쪽.

3) 채규웅, “마태가 본 예수의 치유이적에 관한 연구” 『장신대 대학원 석사학위 논문』 1984, 11쪽.



교를 제외한 성격)을 지니고 있기에 가능한 선교외적인 부분은 배제하고 선교적 입장에서 1차보건의료에 나타나는 전인적 선교의 원리를 분석하고 의료역사에서 1차보건의료의 배경을 분석할 것이다. 이를 통해 1차보건의료에 나타난 전인적인 구원의 선교 의미를 발견하고, 1차보건의료가 과거의 한계와 시대적 변화에 어떻게 효과적인 대안을 제시하는 지를 알아봄으로 의료선교가 지향해야 할 선교의 방법에 있어 일차의료선교가 모델이 될 수 있음을 제시하고자 한다.

## B. 연구범위 및 방법

본 논문의 연구방법은 성서에 나타나는 전인적 치유와 구원에 입각하여 1차보건의료(Primary Health Care)를 분석할 것이다.

이를 위해 본 논문은 첫째로, 의료가 필요하게 되는 원인인 질병과 의료의 행위로 나타나는 치유에 대해 일반적 개념과 성서적 개념을 고찰하려고 한다. 또한 이러한 치유가 교회의 역사에서 어떻게 이해되어 왔는지를 살펴봄으로 성서의 치유와 의료의 연관성에 대해 살펴볼 것이다.

둘째로, 의료선교의 의미를 의료사역과 의료사역의 형태의 고찰을 통해 선교에 있어서 의료선교의 위치와 관련성에 대해 살펴 볼 것이다.

셋째로, 1차보건의료가 무엇인지 그 내용과 배경과 의미를 살펴봄과, 의료선교의 과거의 한계를 극복하는 1차보건의료가 나타나게 된 일반적, 선교적 배경을 의료선교의 패러다임변화로 등장한 1차보건의료가 처음 시작된 알마아타 회의를 중심으로 한 역사적 관점에서 살펴볼 것이다. 그러나 1차보건의료가 선교의 영역 외, 일반 의료의 범주를 포함하는 광범위한 것이기에, 본 논문은 1차보건의료를 선교적 부분의 특성에 그 범위를 한정시켜 선교적 의미를 연구할 것이다. 그리하여 1차보건의료가 새로운 성서의 전인적 구원을 배경으로 한 의료선교의 구체적이며 전인적인 선교의 방향성이 된다는 것에 주안점을 둘 것이다.

이를 위해 I 장에서는 본 논문을 연구하기 위한 문제 제기, 연구목적, 그리고 연구 방법 및 연구범위를 전개할 것이다.

II 장에서는 의료선교의 성서적 기초를 질병과 치유에 대한 일반적인 이해와 성서적인 개념을 통해 살펴보고 질병의 원인이 무엇이고 그에 대한 치유의 방법이 무엇인지 알아보고 역사적 이해를 통해 성서와 의료의 연관성을 살펴볼

것이다.

Ⅲ장에서는 선교에 있어 의료선교의 관계를 찾기 위해 의료선교의 정의를 내리고, 의료선교사역의 형태의 고찰을 통해 선교와 의료사역간의 관계성을 발견하고자 한다.

Ⅳ장에서는, 1차보건의료가 등장하게 된 의료선교의 한계에 대해 살펴보고, 의료선교의 패러다임 쉬프트로서의 1차보건의료가 시작된 알마아타선언과 1차보건의료의 내용에 대해 대해 집중적으로 살펴볼 것이다.

V 장에서는 의료선교에 있어 전통적인 의료선교를 극복하고 변화하는 사회의 요청에 응답하며 통전적 치유를 이루는 의미로의 1차보건의료가 가지는 의미를 찾고자 시도할 것이며, 의료선교에 있어서 1차보건의료의 긍정적인 부분과 1차보건의료에서 나타날 수 있는 가능성 있는 문제점을 살펴보며 선교적 평가를 내리며, 1차보건의료에 대한 전망을 제시하며 의료선교를 위한 발전적인 1차보건의료라는 의료선교의 방향성을 제언하며 본 논문을 맺을 것이다.

## II. 질병과 치유에 대한 이해

선교의 의미를 종합적으로 볼 때 선교의 목표는 전인적인 구원(영혼과 육체)과 통전적인 구원(개인과 사회 및 문화)이 될 것이며, 궁극적인 선교의 목적은 하나님 나라의 건설과 확장으로 보아야 한다.<sup>4)</sup> 그렇다면 선교에 육체를 구원하고 회복시키는 의미가 포함하고 있으며, 선교에 있어 육체에 관련된 여러 가지 문제들 특히 질병과 이에 대한 치유가 중요한 문제가 된다고 할 수 있다. 본 장에서는 특히 의료선교의 실제적 재료가 되는 질병과 그 치유에 대한 성격을 고찰하여 의료선교의 실제적인 의미를 발견코자 한다.

### A. 질병에 대한 이해

질병에 대한 이해는 다양하다고 할 수 있다. 그것은 질병의 원인이 단순하지 않고 다양하기 때문이라고 할 수 있다. 이런 질병에 대한 이해도 질병을 이해하는 관점에 따라 달라지는데 다음에서는 일반적인 질병에 대한 이해와 여기에서 이해되어지는 질병의 원인을 살펴보고, 성서에서는 질병이 무엇이며 그 원인이 무엇이라고 하는지를 살펴보고자 한다.

#### 1. 질병에 대한 일반적 이해와 원인

보통 사람들이 질병이 무엇이며, 그 원인이 무엇인지에 대한 것을 살펴보고자 한다. 이것은 일반적 의료기관에서 이해도 포함한다고 할 수 있는데, 일반적인 질병에 대한 이해와 원인이 단순히 육신의 병에 신체적 기능의 이상의 의미를 넘어서는 광범위한 것임을 알아보려고 한다.

---

4) 김영동, 『교회를 살리는 선교학』, (서울: 장로회신학대학교출판부, 2003), 41쪽.

a. 질병에 대한 일반적 이해

질병이란 “신체의 온갖 기능의 장애로 인한 온갖 병을 말한다”.<sup>5)</sup>라고 새 우리말 큰사전 명시되어 있다. 성서대백과 사전에 따르면 “질병이라 함은 신체조직상의 어떠한 부분에 있어서나 그 변질 또는 병적 변화 육체적, 정신적 기능의 이상 또는 장, 단기에 걸친 신체적, 정신적 비정상 상태를 의미 한다.”고 한다.<sup>6)</sup>

“질병이란 평온한 상태가 아니며 무질서한 상태이다”.<sup>7)</sup> “질병(disease)은 편하지 않는 것(dis-ease)이다.”<sup>8)</sup> 세계보건기구(WHO)에 의하면 “건강이란 신체적, 정신적 또는 사회적으로 완전히 좋은 상태를 말하는 것이며 그 반대되는 상태를 질병이라 한다.”<sup>9)</sup>고 말하고 있다.

박형렬은 질병의 정의를 영역별로 다음과 같이 나누었다.<sup>10)</sup>

첫째, 육체적 질병은 저항력과 파괴력의 균형이 깨진 부조화의 상태로 세균이 침입하거나 사고에 의해 진행된다.

둘째, 정신적 질병은 정신적 온전함과 평온이 깨진 상태로 불안, 근심, 공포, 초조, 시기, 질투, 보복심, 이기심, 억압감, 절망 등에 휘말려 감정조절 기능과 표현이 힘들고 우울감이나 심한 열등감에 사로잡히는 상태다.

셋째, 영적질병은 하나님의 법과 성령의 지배를 받지 못하고 악한 사탄의 지배를 받아 인간의 정욕과 명예와 욕망을 따라 사는 상태로 영적 질병은 모든 병의 근원이 된다.

넷째, 전환경적 질병은 자신과는 물론 대인관계, 대인관계, 정치, 경제, 문화 등 사회 각 영역과의 관계, 그리고 대자연의 주변 환경에 조화와 균형을 이루지 못하고 무질서와 불신, 불의, 불만의 상태에 놓여 있는 것을 말한다. 그 외 정신적 충격과 병리상태가 신체에 영향을 주고 정신에까지 영향을 끼치는 정신과 신체적 질병인 심신증(psycho-somatic disorder), 또한 영적-정신적 질병(spinito-psychict disorder)과 영적, 정신적, 신체 질병(hunmanopathy, anthropopathy)이 합병증으로 나타나는 질병상태도 있다.

---

5) 신기철, 신용철, 항목, “질병,” 『새 우리말 큰사전』, (1991).

6) 성서대백과사전 편찬위원회, 항목, “질병,” 『성서백과대사전』, 4권 (1980).

7) 김윤범, 『그리스도와 의료』, (서울: 한국기독교사회, 1985), 175쪽.

8) Urquhart Colin, *Receive Your Healing*, 이광호 역, 『치유함을 받으라』 (서울:기독교 문서선교회, 1988), 115쪽.

9) 최석로, 항목, “건강,” 『세계백과대사전』 17권, (1980).

10) 박형렬, 『통전적 치유목회학』, (서울: 도서출판 치유, 1994), 117쪽.

b. 질병의 원인에 대한 일반적 이해

투어니(Tournier)는 정확한 병의 원인을 규명하기 위해서는, 인간은 해부학적이며, 생리학적, 정신적이며 영적인 유기체 생물이므로 과학적 객관성에 입각한 물리적 요인을 비롯하여 정신적, 요인, 영적 요소들을 동시에 고려해 보아야 한다고 한다. 물리적 요인은 영적 요소의 원인이 될 수 있고 또 그 결과로서 나타날 수 있으며, 영적 요소가 물리적 요소에 관한 관계에 있어서도 마찬가지로이다. 유기체 내의 각 요소는 상호 연관을 갖고 있기 때문에 한 요소가 영향을 받으면 그것이 다른 요소에 영향을 미치게 되는데, 바로 그러한 순간에 균형이 깨어지고 평형상태가 파괴된 현상이 곧 질병이라는 것이다.<sup>11)</sup>

질병의 원인은 다음과 같이 분류해 볼 수 있다.<sup>12)</sup>

첫째, 신체계통의 불균형의 원인이 있다. 질병에는 여러 가지 원인이 있지만 가장 중요한 것은 사람 몸 전체 기관의 기능을 조절하는 계통의 원인으로 질병이 나타난다. 우리 몸의 모든 기관은 ‘신경계통’과 ‘내분비선(호르몬)의 지배를 받아 활동하며 조절된다.<sup>13)</sup> 신경계통은 의식할 수 있는 중추신경이 있고 무의식되는 자율신경이 있다. 중추신경인 뇌신경과 척추신경은 몸 구석구석까지 말초신경으로 연결되어 있어 외부자극을 뇌까지 전달되어 알게 되고, 뇌에서 판단된 명령 내용을 다시 몸 구석구석까지 전달하여 활동하게 된다. 자율신경은 자신의 의도와는 상관없이 자율적으로 몸 안에서 작용하는 신경이다. 자율신경계는 사람의 체온, 산소, 영양, 혈압 등을 적당하게 조절하는 역할을 하며 내분비선(호르몬)도 조절한다.<sup>14)</sup> 질병은 호르몬의 분비가 불균형을 이루게 될 때 발생된다. 맥밀렌(S. L. Mcmillen)박사는 이런 불균형이 나타나게 되면 몸 전체에 긴장을 일으킨다고 지적하고 만약 오래 지속되면 이와 같은 긴장은 51가지나 되는 많은 병을 야기할 수 있다고 지적하고 있다.<sup>15)</sup>

둘째, 생활의 방식의 원인으로 질병이 발생한다. 투어니(Tournier)는, 질

---

11) Paul Tournier, *The healing of persons*, 권달천 역, 『인간치유』 (서울: 생명의 말씀사, 1978), 248쪽.

12) 박형렬, 『통전적 치유목회학』, 167~168쪽.

13) 최월봉, 『기본 인체 해부학』, (서울: 탐구당, 1984), 164쪽.

14) 학원사편집부, 『가정의학 365일』, (서울: 학원사, 1984), 147쪽.

15) Tim LaHaye, *How to Manage Pressure before Pressure Manages you*, 김광택 역, 『곤경을 딛고 승리하라』 (서울: 생명의말씀사, 1985), 137쪽.

병은 그 사람의 삶의 방식과 관계가 있다고 보고 있다. 우리의 건강을 좌우하는 가장 중대한 요소는 생의 양태인 것이다. 그들 자신의 단점과 그를 지배하는 열정과 고충, 반항과 의혹, 그 저변에 깔린 불안으로 인해 저항력이 약화되고 삶의 즐거움도 느끼지 못하며 질병이 일어난다.<sup>16)</sup> 대부분의 질병은 갑자기 발행하는 것이 아니라 그릇된 식이요법, 폭주, 과로, 문란한 성생활, 도덕적 가책 등이 수년간 쌓여서 결국 자신의 존재 활력을 상실하게 될 때 나타나는 것이다.<sup>17)</sup>

반피득도 사람이 하나님과 동료, 자신과의 올바른 인간관계를 이룰 때 완전한 건강, 마음의 평안을 얻을 수 있고 저하된 인간관계, 사회적 관계, 자신의 정서적 욕구 때문에 질병이 일어난다고 주장하고 있다.<sup>18)</sup>

셋째, 환경적 요인에 의해 질병이 발생하는데, 투어니는 개인적인 삶의 자세도 질병의 한 원인이 되지만 주위의 환경, 공동체 안의 병든 관계도 질병의 중요 원인이 된다고 본다. 분위기에 의한 과식이나 욕심, 야망으로 인한 과로, 너무 편리한 생활로 인한 육체적, 정신적 약화 등은 인간의 신경을 자극시키며 그 결과 공포, 반항, 후회, 좌절 등으로 끝나고 마는 일체의 모든 것이 발생되고, 이런 것들이 자신의 개인문제에 영향을 준다고 생각한다.<sup>19)</sup>

반피득도 건강한 인간은 성숙된 인간으로 자기 자신을 있는 그대로 자신의 환경과 생활 그 자체를 닦쳐오는 대로 받아들일 수 있지만, 병든 인간은 미숙한 인간으로서 자기중심적이고 이기적이며 다른 사람의 생활이나 성공을 받아들이지 못하므로 질병이 발생한다고 주장한다.<sup>20)</sup> 이와 같이 바른 치유를 위해서는 정확한 병의 원인을 규명해야 하며, 그러기 위해서는 환자 한 사람 만을 상대로 할 것이 아니라 그 사람을 둘러싼 주위환경도 종합하여 생각해야 한다.

---

16) Paul Tourmier, *A Doctor's Casebook in the light of the Bible*, 마경일 역, 『성서와 의학』, (서울:전망사, 1979), 27쪽.

17) 위의 책, 28쪽.

18) 반피득, 『목회상담학개론』, (서울: 기독교사상사, 1978), 39쪽.

19) Paul Tourmier, *A Doctor's Casebook in the light of the Bible*, 마경일 역, 『성서와 의학』, 43쪽.

20) 반피득, 『목회상담학개론』, 39~40쪽.

## 2. 성서에 나타나는 질병에 대한 이해와 원인

성서에서 발견되는 질병에 대한 이해와 원인이 일반적이 이해와 어떤 다른 점이 있으며, 공통된 요소가 무엇인지 아래에서 고찰하고자 한다.

### a. 질병에 대한 성서적 이해

구약성서에서 “병,” “질병”이란 단어는 명사 חֲלִי(홀리:질병)와 동사 חָלָה(할라: 약하다)가 주로 쓰였다. 이 단어는 신명기 7장 15절, 28장 61절, 열왕기 상 17장 17절, 열왕기하 1장 2절, 8장 8절, 역대하 16장 12절, 21장 15절 등에 사용되고 있다. 한글개역성경 이사야 53장 3-4절에는 ‘질고’라고 번역하고 있다. 그리고 ‘고통(아픔)’을 의미하는 단어는 בְּאַכַּח(마크오브)이다. 한글개역성경 이사야 53장 3절에는 ‘간고’라고 번역되어 있고 이사야 54장 4절에서는 ‘슬픔’이라고 번역되어 있다. 그러나 동일한 마크오브가 욥기 14장 22절에는 ‘아픔’(오직 자기의 살이 아프고)으로, 그리고 욥기 33장 19절에는 ‘고통’(혹시는 사람이 병상의 고통과)으로 번역되어 있다.<sup>21)</sup>

신약성서에서는 “질병”이라는 단어를 기록할 때 일반적으로 νοσος(노소스), μαλακαί(말라키아) 그리고 ασθενεια(아스테네이아)등을 사용하였다.<sup>22)</sup> 성경에서 νοσος(노소스)는 마태복음 4장 23절, 마가복음 1장 34절, 누가복음 4장 40절, 사도행전 9장 12절 등에 병이란 뜻으로 쓰였는데, 육체적인 병과 함께 정신적인 병의 뜻도 포함하고 있으며<sup>23)</sup> 마음의 근심, 걱정, 미침병, 그리고 전염병과 독(毒)으로 인한 병을 말할 때도 쓰였다.<sup>24)</sup>

μαλακαί(말라키아)는 육체적 연약, 허약, 그리고 병이란 뜻으로 마태복음 4장 23절, 9장 35절, 10장 1절에 쓰였다.<sup>25)</sup> ασθενεια(아스테네이아)는 바울사도가 고린도후서 11장 30절에서 “약한”이란 의미로 쓰며 고린도전서 15장 43

21) 조용기, 『병을 짊어지신 예수님』, (서울: 서울서적, 1989), 81~82쪽.

22) 반피득, 『목회상담학개론』, 9쪽.

23) 고영민, 항목, “νοσος,” 『헬라어사전』, (1982).

24) *Greek-English Lexicon*, s. v. “νοσος.” by Henry George, Liddel and Robert scoff.

25) 고영민, 항목, “μαλακαί,” 『헬라어사전』, (1982).

절, 갈라디아서 4장 13절 등에도 쓰였는데 육체적인 약함에 쓰인 것을 알 수 있다.<sup>26)</sup> 건강함(Health), 온전함(Wholeness), 거룩함(Holiness)은 모두 온전함(Completion)이라는 뜻의 고어 hal에서 유래된 것인데, 질병은 하나님과 자신과 이웃과 자연과의 균형과 조화가 깨져 온전하거나 원활하지 못한 상태를 말한다. 결국 질병이란 하나님의 법을 어겨 하나님의 지배를 벗어난 전인적인 인간과 그를 둘러싼 모든 관계의 단절을 의미한다. 그 결과 하나님과 자기 자신과 이웃과 사회, 정치, 경제, 문화, 자연환경과의 부조화로 온전하지 못한 그래서 구속적 치유와 성장을 기다리는 상태라고 할 수 있다.<sup>27)</sup>

#### b. 성서에 나타나는 질병의 원인

성경은 죄로 인하여 하나님과의 교제가 단절된 순간부터 질병은 시작되었고 인간이 건강하든지 안하든지 병이 있든지 없든지 이미 죽음을 향하여 점진적으로 나아간다고 할 수 있다. 욥기에는 “그의 백체가 먹히리니 곧 사망의 장자가 그 지체를 먹을 것이며”(욥18:13)라고 했다. 여기서 백체라 하는 것은 우리의 근육 또는 목의 여러 지체를 의미하며 사망의 장자는 파멸이 그에게 임박했다는 뜻이다.<sup>28)</sup> 그러기에 병을 치료하려면 먼저 영적인 문제인 하나님과의 교제를 회복시켜야 하는 것이다. 그래서 “병 낫기를 위하여 서로 기도하라”(약5:16)고 하였다.

이명수는 “질병은 하나님의 뜻에 불순종한 결과이며 하나님의 뜻을 거역하는 사단의 활동에 기인한다. 세상에 있는 죽음과 질병은 첫 남녀의 죄에 의한 결과이다”라고 하였다.<sup>29)</sup> 투루나이젠(E. Thurneysen)도 “인간은 하나님의 부르심을 따라 살아가야 함에도 불구하고 복종 하기는 커녕 오히려 배반하기 때문에 질병에 걸리게 된다”고 하였다.<sup>30)</sup>

또 하나의 질병의 원인은 사단에 의해서이다. 사단과 귀신들은 사람들의

26) *Greek-English Lexicon*, s. v. "ασθενει." by Henry George, Liddel and Robert scoff.

27) 박행렬, 『전인치유사역』, (서울: 도서출판나임, 1993), 53~54쪽.

28) 폴핏성경주석, 『욥기 (상)』, (서울: 보문출판사, 1983), 123쪽.

29) 이명수, “전인치유 사역의 현장과 실제; 정신질환과 목회상담,” 『목회와신학』 통권54호 (1993. 12): 30쪽.

30) E. Thurneysen, *Seelorge im Vollzug*, 박원근 역, 『목회학실천론』, (서울: 서울신학연구소, 1982), 192쪽.



인격이나 육체적인 삶을 사로잡음으로써 공세를 펴기도 한다. 성경은 우리의 삶에 있어서 귀신이 들 수 있는 영역을 육체적인 영역, 정신적인 영역, 그리고 영적인 영역의 세 가지로 제시하고 있다. 그 가운데 육체적인 고통은 병어리와 소경(마9:32; 12:22), 간질병(막9:14~29), 열병(눅4:38~39) 그리고 몸이 꼬부라지는 병 등 매우 다양하다. 귀신의 속박에는 두려움, 초조함, 탐욕 등의 정서적인 문제들이 수반되는 경우가 많다. 때로는 습관적인 유혹에 빠지는 일이나 도덕적인 결함에 포착한 행동이 수반되기도 한다. 성경은 육체적, 정신적 질병의 원인을 자연적인 것과 마귀적인 것으로 구분하고 있다. 어떤 경우에는 병든 자가 “귀신들렸다”고 묘사되는가 하면, 또 어떤 경우에는 단지 “병들었다” 묘사되기 때문이다.<sup>31)</sup> 이상에서 성경에서는 모든 병인을 생리적으로 보기 보다는 영적인 차원에서 보았다.

## B. 치유에 대한 이해

일반적으로 치유는 질병을 고치는 것을 의미하는데, 어떠한 방법으로 어떻게 질병을 고치는가에 대한 구체적인 결정은 질병의 이해와 함께 치유에 대한 이해에 따라 그 방법이 각각 다르게 나타난다. 다음에서는 치유에 대한 일반적인 이해와 그에 따른 치유의 방법을 살펴봄과 동시에 성서에서 이해하고 있는 치유와 치유의 방법을 찾아보고 교회 역사적으로 어떻게 치유에 대한 생각이 변화되어 왔는지 고찰하려고 한다.

### 1. 치유에 대한 일반적 이해와 방법

아래에서는 오늘날 이루어지는 의료 또는 다양한 방법으로 이루어지는 치유가 어떠한 이해와 어떠한 방법으로 사용되어지는지를 살펴볼 것이다.

#### a. 치유에 대한 일반적 이해

치유란 한마디로 병든 사람을 치료하거나 건강을 회복시키는 것을 의미

---

31) John Wimber and Springer Kevin, *Power Healing*, 이재범 역, 『능력치유』, (서울: 도서출판 나단, 1991), 123~25쪽.

한다.<sup>32)</sup> 웹스터 사전에서는 “치유는 사람의 몸을 온전하고 건강하게 만드는 것이다”라고 정의하고 있다.<sup>33)</sup> 즉 heal 이란 hale에서 온 말로 Sound 또는 Whole 의 의미를 갖는다.

톰슨(W. A. R Thomson)의 콘사이스 의학사전은 “질병으로부터 육체적으로나 정신적으로 자유한 상태, 즉 신체기능이 모든 면에서 최적의 효율을 유지하는 상태”를 치유로 본다.

치유는 단순한 병의 치유만을 넘어서 건강의 개념이 어떻게 정의되느냐에 따라서 육체적, 정신적, 영적인 상태로의 치유의 개념이 달라 질 수 있음을 의미함을 발견할 수 있다. 따라서 WHO에서 정의하는 건강에 대한 개념을 살펴봄으로 치유에 대한 이해와 범위를 이해할 수 있을 것이다.

1948년 세계보건기구 헌장에서 정의한 바에 의하면 “건강이란 질병이나 불구가 없을 뿐만 아니라 신체적, 정신적 및 사회적으로 완전한 안녕상태<sup>34)</sup>”라고 정의하였다. 이 정의에서 보는 바와 같이 신체적으로 고통과 불편이 없이 편안하고 정신적으로 불안이나 긴장, 걱정이 없이 안정되고, 사회적으로 적합한 상태를 이상적인 건강의 수준으로 제시하고 있다. 여기서 사회적 안녕(social well-being)이란, 각 개인의사회생활에서 자신의 역할(role)을 잘 수행하여 자신에게 부과된 기능을 다하여 원만한 대인관계를 유지하고 사회규제(regulation)를 잘 지켜 사회생활에 잘 적응하고 있는 상태를 말한다. 이러한 WHO의 건강정의는 성취하기 어려운 이상적 목표로 건강을 제시하였으므로 건강에 대한 조직적 정의를 유도하기가 어렵고, 보건정책의 목표를 달성하는 틀로 이용하기도 어려움이 있었다.<sup>35)</sup>

WHO는 다시 1957년에 건강에 대한 실용적인 정의를 내린 바 즉, 유전적으로나 환경적으로 주어진 조건 하에서 적절한 생체 기능을 나타내고 있는 상태“라고 하였다. 1974년 WHO는 건강에 대한 정의에서 ‘총체성(wholeness)’과 건강의 긍정적인 질을 강조하였다. 이렇게 광범위하게 내린 정의는 건강을 사정

---

32) 조두만, 항목, “치유,” 『상용 성서 대사전』, (1986).

33) *Webster's New International Dictionary of the English Language*, s. v. "Heal." by G & C Merrian.

34) health is the state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.

35) 김성실 외, 『지역사회 간호학』, (서울: 정문각, 2000), 22-23쪽.

할 때 고려해야 할 요인들의 수를 많게 하지만 여전히 건강을 긍정적인 인간의 경험으로 추론해 내는 데는 어려움이 따랐다. 그러나 WHO의 건강의 정의는 다음과 같은 점에서 혁신적이었는데, 그 내용은 첫째, 개인을 부분의 합으로 보기 보다는 전체로서의 인간이라는 관점을 반영하였다. 둘째, 환경이라는 맥락 내에 건강을 놓았다. 셋째, 건강을 생산적이고 창조적인 삶과 연결시켰다는 것이다.<sup>36)</sup>

그 후, 1998년 WHO 본 회의에서 건강의 정의에 영적인 개념을 추가하게 되었다. “건강이란 질병과 불구가 없을 뿐만 아니라 신체적, 정신적, 사회적 및 영적으로 완전히 안녕한 역동적인 상태이다(Health is a dynamic state of complete physical, mental, social and spiritual well-being and merely the absence of disease or infirmity.).” WHO의 정의는 건강의 다차원성에 관심을 불러 일으켰다. 이 정의는 신체적 건강, 정신적 건강(정서적, 인지적 기능 수행), 사회적 기능 수행, 역할 기능 수행, 안녕에 대한 일반적 인식의 건강의 차원을 말하는데, 건강은 다차원적인 뿐 아니라 개인, 집단 모두에 적용할 수 있는 개념으로 점차 인식되고 있다.

위에서 살펴본바 일반적 관점에서도 건강의 개념이 단순히 질병이나 취약성이 결여된 상태가 아니고 건전한 신체적, 정신적 상태이며 사회적 복지를 누리는 상태로 정의하고 있으며 그 영역이 점점 확대되어 가는 것을 발견 할 수 있었다. 이것은 치유가 단순히 질병이 없는 것만을 의미하지 않는다는 것이다 그러므로 치유의 개념도 건강의 개념을 질병이라는 개념과 함께 사용할 때 의미가 더욱 복잡해지며 그 범위도 신체적, 정신적 또는 사회적으로 더 넓어지게 되는 것임을 알 수 있다.<sup>37)</sup>

#### b. 일반적인 치유의 방법

사람을 온전한 상태로 만들고, 질병에서 자유한 상태로 만드는 치유에 대해 현대의학의 기본 철학이라고 할 수 있는 생물의학적 개념(biomedical approach)에서의 이해하고 접근하는 것이 일반적인 방법이라고 할 수 있다.

이런 생물의학적 개념의 기초는 데카르트의 철학과 뉴턴의 물리학에 기

36) 豫防醫學과 公衆保健 編輯委員會, 『豫防醫學과 公衆保健』, (서울: 癸丑文化社, 1978), 5쪽.

37) 이현수, 『건강과학개론』, (서울: 중앙대학교출판부, 1997), 15쪽.

초하고 있는데, 데카르트는 정신과 육체는 분리되어 있으며 정신은 신의 뜻으로 과학의 대상이 될 수 없으나 육체는 마치 기계와 같은 것으로 인간의 지식으로 설명될 수 있다고 보았다. 여기에서 현대의학의 중요한 특징인 정신과 육체의 분리, 그리고 육체적 현상을 기계론적으로 해석하려는 특징이 나타난다. 인간은 마치 시계와 같은 기계로 설명되며, 질병은 그 부속의 하나가 고장 난 것이며, 그 부분을 고치면 곧 건강이 회복된다는 개념이 나타난다.

생물의학적 개념은 현대의학의 설명 틀로서의 위치를 확고하게 되고 주요내용을 요약하면 다음과 같다.<sup>38)</sup>

첫째, 질병관, 인체를 기계적 구조로 이해하며 질병은 이 기계의 고장으로(기계론적 질병관) 분자와 세포 수준의 형태학적, 생화학적인 변화로 간주한다. 질병의 기전을 이렇게 기계적으로 돌리는 것으로 ‘돌리는(환원하는)’ 태도를 환원주의적 질병관(還元主義的 疾病觀)이라고 한다. 이러한 사고방식으로 인한 건강은 곧 ‘질병이 없는 상태’로 정의된다.

둘째, 병인론, 질병은 특정 세균이나 화학물질 등 단일한 특정 세균이나 화학물질 등 단일한 원인에 의하여 발생된다고 해석한다. 이를 단일병인론(單一病因論)이라고 한다. 특히, 질병을 일으키기 바로 전 단계의 요인을 중시한다.

셋째, 질병의 치료, 이러한 태도로 인해 질병의 치료과정은 특정 병원체를 없애는 것이며 약물이나 수술 등 국소적인 치료방법을 강조한다. 예방보다는 치료를 중시한다.

넷째, 의학과 의사의 역할, 의학의 역할은 기계를 고치는 것, 즉 질병을 고치는 것으로 정의된다. 질병 과정의 복잡한 생물학적 변화에 대한 지식과 치료 기술을 지니고 있는 의사만 건강 문제를 해결할 수 있는 능력을 지니는 것으로 여겨진다.

이런 생물의학적 개념은 ‘현재의 과학적 의학(scientific medicine)’의 성립에 기초가 되었고, 이런 방식의 범주 안에서 치유가 이루어져왔다. 하지만 이런 방식이 국민 전체의 건강을 효과적, 효율적으로 증진시키지 못했다는 많은 비판을 받게 되었고, 또한 미생물학적 병인 외에도 점차 질병발생에 관계되는 다양한 요인과 상호 관계가 규명됨으로 점차 한계가 뚜렷해지고 있는 상황이다.

이상과 같은 생물의학적 개념의 치유의 한계에 대해 건강을 증진시키고

---

38) 豫防醫學과 公衆保健 編輯委員會, 『豫防醫學과 公衆保健』, 7-8쪽.

질병을 일으키는 위험요소를 찾아서 이것을 제거하도록 노력하는, 즉 치료의학보다 예방의학에 대한 요구와 필요성이 제기되었다.

예방(豫防, prevention)이라 하면 좁은 뜻에서 질병이 생기기 전에 이를 막아내는 것을 뜻하지만 넓은 의미에서는 이미 발생한 질병의 진행을 중단시키거나 그 경과를 완화시키는 것까지를 포함시키고 있다.<sup>39)</sup>

이런 예방은 그 수준에 따라 세가지로 나눈다.

첫째, 1차예방(Primary Prevention)이다. 이것은 질병이 발생하기 전에 예방하는 것을 말한다. 적극적 예방으로는 환경을 개선하여 인간에게 유리하고 병원체에게 불리하도록 하며, 질병 감염에 대한 인간의 적응능력을 향상시켜서 건강을 증진하는 것을 말한다. 담배를 끊고, 체중을 조절하여 비만을 방지하고 균형있는 식사를 하며, 스트레스를 해소하는 등의 활동은 적극적인 일차예방이다. 예방접종은 일차예방에서 소극적인 일차예방에 해당된다.

둘째, 2차예방(Secondary Prevention)이다. 일단 감염되었으나 조기에 발견하여 조기에 치료함으로써 질병의 고통을 줄이고 중증(重症)으로 진전되는 것을 방지하거나 지연시키는 노력을 말한다. 정기적으로 건강검진을 하여 사전 질병을 발견하거나, 조기진단과 조기치료를 하는 것이 이차예방이다.

셋째, 3차예방(Tertiary Prevention)이다. 일단 병에 걸렸지만, 질병에 의한 잔재효과를 최대한 예방하여 환자를 재활시키거나 불구를 예방하고, 불구가 되었으면 남아 있는 기능을 최대한 활용하여 사회의 구성원으로서 복귀하여 사회에 적응하여 살면서 제 기능을 할 수 있게 하는 것을 말한다. 불구가 되었을 때 휠체어를 비롯한 보조기구를 사용하여 생활할 수 있도록 하는 것이 3차예방이다.<sup>40)</sup>

## 2. 성서에 나타나는 치유에 대한 이해와 방법

일반적인 치유에 대한 이해와 성서의 관점의 차이를 살펴보고, 치유의 방법이 단순한 육체적인 방법이 아닌 전인적이고 포괄적인 방향에서 이루어져야 함을 성서에서 나타나는 치유에 대한 고찰을 통해 찾고자 한다.

---

39) 정규철, 『지역사회보건학』, (서울: 수문사, 1978), 24쪽.

40) 유승흠 편, 『양재모의 보건학』, (서울: 계축문화사, 2005), 42-43쪽.

a. 치유에 대한 성서적 이해

구약성경에서는 치유의미로서 치유를 나타내는 명사로는 아룩하(arukhah)와 말페(marpe)가 쓰이고, 동사로는 할람(halram), 삼마하(sammah), 그리고 라파(rapha)가 있다. 아룩하는 “치료하다”(렘8:22)라는 뜻과 “수선하다”(느4:1)라는 뜻을 가지고 있으며, “치료, 고침, 회복, 원상복구, 완쾌, 권리회복, 승소, 병이 차차 나아감, 회복기”의 뜻을 함유하고 있다.. 마르페는 “치료하다”(렘8:15, 33:6)와 “고치다”(잠29:1)의 뜻을 가지고 있는데 본래 치료(법)을 의미하며 “위생, 평정, 부드러움, 온화함, 냉정, 침착”등의 의미를 포함한다. 할람은 “강하게 되다”(욥 39:4), “꿈꾸다”(창28:12)등의 뜻을 가지며, 삼마하는 “썩는다,” “자라게 하다”의 의미로 쓰인다. 구약성경의 동사들 중에 라파가 가장 빈번하게 쓰이는데, 라파는 “치료하다”(창20:17) “치료자,” “의사”(창50:12), 그리고 “건강하게 만들다”(왕상18:3)의 뜻을 가지고 있다.<sup>41)</sup>

신약성경에서는 이아시스(ιασις)는 병중에서 고통당하다가 낫다(마8:8), 병자를 고치다(눅9:2 ; 히12:13), 치료행위(눅4:18), 마음의 약한 것들을 회복시키다 (마13:5, 15)의 의미이다. 테라퓨오(θεραπεω)는 의료적 처치나 치유를 포현하는 단어로, 원래 돌봄이나 섬김을 제공하는 뜻으로 사용되기도 하며, “치료하다,” “회복시키다” “병을 고치다”는 의미로 사용된다. 후기아이노(υγιαω)는 “좋은 건강 상태에 있다”를 의미한다. 소조(σωζω)는 “보존하다” “상하지 않게 지키다” “구제하다” “죽음으로부터 구원하다”의 뜻인데 고전 희랍어에서 의료적 의미 외에 다양한 의미로 사용되었다. 이상에서 볼 때 치유는 무질서하고 통합되지 못하고 소외되고 타락된 비정상적인 상태에서부터 정상적인 상태로 회복하는 과정이라고 할 수 있다. 또한 치유는 창조 당시의 전인적이고 전환경적인 회복이며, 신체적, 정신적, 영적 또는 사회적 질병으로부터의 회복이며, 창조당시의 사회적 질서와 규율에로의 회복(창1:31)이다. 그러므로 치유는 인간과 사회구원으로 정의될 수 있다.<sup>42)</sup>

영국의 탁월한 성직자이자 교회의 치유사역의 선구자인 레슬리 웨더헤드(L. D. Weatherhead)목사는 치유에 대해 다음과 같이 정의한다.

41) 홍기영, 『현대선교』, (서울: 다산글방, 2004), 157~59쪽.

42) 박형렬, 『통전적 치유목회학』, 121쪽

치유란 인간으로 하여금 그 육체가 물질적 세계에서, 정신이 참된 이상의 영역에서 온전히 작용할 수 없게 된 왜곡된 상태에서 벗어나 조화로운 삶을 되찾을 수 있도록 영원한 삶으로 이어지는 인격의 완전한 성숙을 저해하는 육체적, 정신적, 영적인 모든 속박으로부터의 자유롭게 되는 것이며, 삶의 모든 영역에서 정상적인 상태로 회복하는데 그의 인격이 활짝 꽃필 수 있는 기회를 마련해 주는 것, 그가 자기의 길을 추구할 수 있는 가능성을 열어 주는 것이다.<sup>43)</sup>

이상에서 살펴볼 때 치유는 질병의 상태에서 건강의 상태로 적응력을 키우고 또 적응력의 상태를 유지하도록 하기 위한 것임을 알 수 있다. 여기에서 서치유에 대한 몇 가지 특성을 발견할 수 있는데 그것은 다음과 같다.<sup>44)</sup>

첫째, 치유는 인간으로 하여금 최상의 정상적인 상태에서 살아갈 수 있도록 해주는 것과 관련되어 있다.

둘째, 치유는 인간의 모든 영역-육체와 정신과 영-에 관련되어 있다. 치유는 인간의 전인적인 건강에 초점을 맞추고 있다.

셋째, 치유는 보통 ‘과정’을 의미한다. 마지막으로 치유는 한상 일정한 목적이 있는데 그것은 한상 인간의 완전하고도 건강한 삶을 목표로 한다.

#### b. 성서에 나타나는 치유의 방법

윌버(Wimber)와 스프링거(Springer)는 치유의 방법을 질병의 영역을 기초로 “영의 치유, 과거에 입은 마음의 상처의 치유, 귀신들림과 정신질환의 치유, 육체적인 질병의 치유 그리고 죽어가는 사람 또는 죽은 사람에 대한 치유”로 나누었다.<sup>45)</sup>

프랜시스 맥너트(Francis S. MacNutt)는 치유의 기도가 필요한 네 가지 종류의 병, 즉 영의 병(sickness of our spirit), 감정의 병과 문제들(emotional sickness and problems), 육체의 병(phtsical sickness in our bodies) 그리고 귀신의 억압(demonic oppression)으로 인한 죄나 감정적 문제 또는 육체적 문제로 치유의 문제를 구분하였다.<sup>46)</sup>

43) 박형렬, 『통전적 치유목회학』, 91쪽.

44) F. B. Stangen, *God's Healing Community*, 배상길 역, 『위대한 의사 예수』 (서울: 도서출판 나단, 1993), 34~36쪽.

45) John Wimber and Springer Kevin, *Power Healing*, 이재범 역, 『능력치유』 (서울: 도서출판나단, 1992), 114쪽.

복음서에는 예수님의 이적에 대해 많이 언급하고 있다. 예수님의 병자들에게 대한 관심은 그들을 향한 연민의 정을 느끼게 한다. 예수님은 병자를 보시고 그냥 지나치시지 않았다. 그는 언제나 치료하시는 하나님(출15:26)의 모습을 나타내셨다. 복음서에는 41회의 치유사건이 기록되어 있다. 사복음서에 나오는 치유의 형태를 펄시 디어머(Percy Dearmer)의 저서 『육체와 영혼』에서는 열가지로 정의하고 있다. 그것은 귀신을 쫓아냄, 말씀으로 고치심, 만져주심, 타인의 기도, 타인의 믿음, 설교하심, 병자의 믿음, 동정하심, 예수님을 만짐, 가르침이다.<sup>47)</sup>

열 가지 치유형태 중 주요한 치유형태는 귀신축출(11회), 말씀(21회), 접촉(13회), 믿음(본인과 타인의 믿음 12회), 설교(8회)이며, 무엇보다도 예수님의 치유에는 아가페적인 사랑이 이웃에 대한 동정과 돌봄으로 나타난다. 예수님은 사랑을 강조하면서 그 사랑을 몸소 실천하셨다. 이 사랑을 구체적으로 표현하는 방법은 인간의 신체적 영적 상태에 관심을 기울이고 그와 관련된 질병들을 치료해 주시는 것이다. 예수님은 말씀, 접촉, 믿음 그리고 귀신축출들의 방법들을 때로는 개별적으로 때로는 복합적으로 사용하셨다.<sup>48)</sup> 이러한 예수님의 치유사역을 통해 하나님 나라가 경험되고 육체적 정신적 영적 치유 즉 전인적 치유가 이루어졌다.

기독교의 치유란 영혼과 정신과 육체를 회복시키는 전인적 구원과 회복을 의미한다.<sup>49)</sup>뿐만 아니라 기독교의 치유는 이제 그 지평을 넓혀서 사회와 환경의 치유와 인간 개인의 종말에 대한 종말론적인 차원까지를 포함해야 할 것이다. 이런 의미에서 성서에 나타나는 치유의 방법을 종합해 보면 다음과 같은 방법이 발견된다.

첫째, 영적 치유의 방법이다. 영적치유란 하나님과의 관계의 회복이요 화해와 조화이며 구원과 동일한 은혜로서 전인치유의 기초석이 되는 것이다.<sup>50)</sup> 인간의 실존은 죄인이다. 스테판 힐(Stephen Hill)은 죄는 하나님의 심판이 그 위에 머물게 되고 그 결과 그로 인하여 인간의 영혼과 심령은 약해지고 점점 하

46) F. S. MacNutt, *Healing* (FL: Creation House, 1988), 162.

47) 한국기독교선교신학회 편, 『치유와선교』 (서울: 다산글방, 2000), 17~19쪽.

48) 홍기영, 『현대선교』, 159~62쪽.

49) 한영성, “치유목회에 있어서의 원목의 역할” 『아세아 연합신학대학원 박사논문』 (1987), 38쪽.

50) 이명수, 이재옥, “예수님의 치유사역의 의미와 치유선교전략,” 『의료와 선교』, (1991): 41쪽.



나눔과 거리가 멀어져서 중국에는 병균이 침투되어 사람이 파괴되는 결정적 요인으로 보고 있다.<sup>51)</sup> 이 영적 질병은 정서적 질병, 육체적 질병, 그리고 환경적 질병의 기초가 되는 것이다. 따라서 전인적이고 통전적인 치유를 위해서는 항상 영적치유가 우선되어야 할 가장 기본적이고 중추적인 치유가 된다. 이런 영적 치유가 선행될 때 비로소 그 밖의 정서, 육체, 사회, 환경의 치유가 온전해 질 수 있는 것이다. 우선 환자의 영적 상태를 진단하고 처방을 내려야 하는 것이다.

둘째, 정서적 치유의 방법이다. 정서적 치유란 정서부분의 상처를 치유하는 것으로서 과거의 상처의 치유, 혹은 기억의 치유, 혼의 치유라고 부르기도 하는 내적 질병의 치유이다. 내적 질병은 죄가 들어와 깨어진 원마음이 치유되지 않으므로 겪게 되는 내적인 갈등과 외적세계로부터 경험되는 스트레스와 상처에 대한 반응의 정도가 수준을 넘어 병리적인 상태로 와전된 결과이다. 이것을 치유하는 방법은 우선 상담을 통하여 상처의 원인을 파악하고, 둘째, 복음을 소개하고 셋째, 그의 치유를 위하여 기도하며 넷째, 회개와 용서를 하게 한다. 여기서 용서란 자기와 타인에 대한 용서를 말한다.<sup>52)</sup> 이 부분에서 특히 주의해야 할 것은 내적 질병을 귀신들림과 구분해야 할 것이며<sup>53)</sup> 내적 치유는 점진적으로 이루어지는 경우가 많아 사랑과 인내가 필요하며 그들을 사랑받고자하는 욕구가 외면당한 경우가 많아서 치유자가 치유하고 있다는 곳을 끊임없이 보여주어야 한다는 것이다.

셋째, 귀신들림 치유의 방법이다. 피터 와그너(P. Wagner)도 영적싸움의 세 가지 수준을 말하면서 첫째는 지상적 수준의 싸움이라고 하면서 귀신 쫓는 사역을 강조했다.<sup>54)</sup> 그린(M. Green)도 “질병과 죽음은 죄지은 인간에게 마귀가 가져다주는 부정거의 소포꾸러미”<sup>55)</sup>라고 하면서 “예수께서는 인간의 전인 구원을 위해 질병적 치유와 더불어 귀신을 쫓는 일에 전력하셨다”<sup>56)</sup>고 강조하고 있다. 따라서 귀신추방의 사역은 전인 치유를 위한 귀중한 사역이다. 성격은 인간

51) Stephen Hill, *Healing is Yours*, (Harrison :New Leaf Press 1975), 41.

52) 박형렬, “전인치유 사역의 실체와 전망,” 『목회와 신학』 (1993. 12): 94쪽.

53) 중세교회는 정신질환과 귀신들림을 구분하지 못하고 엄청난 살상을 감행했다.

54) P. C. Wagner, *Praying with Power*, 홍용표 역, 『능력으로 기도하라』 (서울: 도서출판 서로사랑, 1997), 8쪽.

55) Michael. Green, *I believe in Satan's downfall*, 오성춘 역, 『나는 사탄의 멸망을 믿는다』, (서울: 장로회신학대학출판부, 1994), 227쪽.

56) 위의 책, 228쪽.

의 영적 영역과 육체적, 정신적 영역에 귀신이 들 수 있음을 제시한다. 아울러 인간의 질병의 원인이 자연적인 것도 있지만 마귀적인 것도 있음을 보여 준다.<sup>57)</sup> Wimber(Wimber)와 Springer(Springer)는 온건한 형태에서부터 극렬한 형태의 속박까지 다양하며, 심하게 귀신들린 사람에게 있어서 귀신의 영향은 오랫동안 빈번하게 나타난다. 그렇지만 이런 경우는 매우 드물게 발생한다고 주장한다.<sup>58)</sup> 귀신에 의하여 인간의 육체나 정신이 병들었을 경우에는 그것들을 먼저 쫓아냄으로써 병자를 치유할 수 있다.

넷째, 육체의 치유방법이다. 육체의 질병은 신체적 기능의 장애를 일으키고 효과적인 삶의 방해할 뿐만 아니라 불행한 감정을 유발시킨다. 육체적 질병은 사고나 세균감염에 의한 요인, 스트레스에 의한 정서적 내적요인이 있고, 죄와 귀신에 의한 영적요인과 사회적, 환경적, 정신-신체적요인, 그리고 인간관계의 부조화로 인한 요인 등에 의해서 발생한다. 또한 육체적 질병은 영적 신체적 사회적 상태에 영향을 주기도 한다. 왜냐하면 인간은 분리될 수 없는 전인적 존재이기 때문이다. 따라서 육체적 질병의 치유는 전인건강을 위해서 꼭 필요한 것이다. 따라서 복음서의 예수그리스도는 치유하는 자로서 나타났고 치유사역은 온갖 수난에도 불구하고 교회 공동체 속에서 계속되고 있는 것이다.<sup>59)</sup>

다섯째, 사회적 치유의 방법이다. 인간은 관계적 존재이다. 그리고 이 관계의 파괴가 곧 죄의 원인이 되는 것이다. 마틴 부버(M. Buber)는 이 관계의 세계가 펼쳐지는 영역을 셋으로 구분하였다.<sup>60)</sup> 첫째는 자연과의 관계이고 둘째는 사람과의 관계이고 셋째는 정신적 실재와의 관계이다. 우리는 이 관계를 벗어나서 살수 없으며 오히려 정상적인 관계를 통해서만 삶의 가치가 확보될 수 있는 존재이다. 인간은 사회적 존재로서 사회적 관계를 떠나서는 살 수 없다. 인간과 사회는 불가분의 관계이기 때문이다. 따라서 인간이 병들면 사회도 병들고 사회가 병들면 인간도 병든다. 그리고 인간과 사회와의 관계의 파괴도 병든 인간 실존의 요인이 된다. 따라서 치유는 그 영역을 사회적 범위까지 넓혀서 사회 구성원 들간의 정상적인 관계를 회복시키고 또 관계의 파괴를 가져오는 사회의 구

57) 정인석, 『위대한 의사 예수그리스도』, (서울: 쿰란출판사, 2004), 38쪽.

58) John Wimber and Springer Kevin, *Power Evangelism*, 이재범 역, 『능력치유』, 190-91쪽.

59) 박형렬, 『통전적 치유목회학』, 344쪽.

60) Martin Buber, *Ich und du*, 김천배 역, 『나와 너』 (서울: 대한기독교서회, 1990), 15쪽.

조악도 치유하는 역할을 담당해야 한다.

마지막으로, 환경적 치유의 방법이다. 몰트만은(J. Moltmann)은 “환경적 위기는 현대세계가 가지고 있는 모든 체계의 위기다”라고 경고하고 있다.<sup>61)</sup> 이것은 환경파괴의 문제가 얼마나 심각한가를 보여주는 중대한 말이라고 볼 수 있다. 인간은 에덴동산에서 타락한 이후 환경과의 관계를 상실하였고 그 후 인간은 같은 피조물로서 겸허한 자세보다는 환경을 정복하고 군림하던 자세가 되었다. 이것은 정복하고 다스리라는 문화명령에 대한 몰이해 때문이다.<sup>62)</sup> 이제 환경은 병들었고 환경의 병은 인류를 심각한 병 속으로 몰아넣고 있다. 몰트만은 그리스도의 구속은 인간존재만이 아닌 우주적 구원임을 강조하고 환경의 치유를 강조하면서 자연의 회복이 없이는 미래세계의 삶이 있을 수 없다고 했다.<sup>63)</sup> 따라서 치유는 창조신학의 재정립, 창조질서의 보존 운동 등의 전개를 통하여 환경치유에 심려를 기울여야 하겠다. 이상에서 치유는 인간의 영혼만이 아닌 영적, 육적, 내적, 사회적, 환경적 분야 전반에 대한 전반적이고 총체적인 방법으로 실행됨을 살펴보았다.

### C. 교회의 역사에 나타나는 치유에 대한 이해

사도들과 초대교회에서 왕성했던 치유사역은 역사의 진행과 함께 점차 쇠퇴하고 관심의 대상에서 밀려나고 있는 것을 알 수 있다. 중세 로마 카톨릭에서는 다소 치유가 나타나고는 있으나 종교개혁과 그 이후에는 더욱 관심을 끌지 못하고 오히려 배격의 대상이 되기도 하였다. 이것은 종교개혁이 중세교회의 미신적 신앙요소에 대한 반발로 일어났던 것이기 때문이고 또 계몽주의적 사고가 기독교 신학에 영향을 주었기 때문이다. 그럼에도 불구하고 20세기에 들어오면서 치유는 부정 긍정으로 목회자들과 신학자들의 관심의 대상이 되고 있는 것이 사실이다.<sup>64)</sup>

---

61) 박철수, “기독교가 생태파괴의 주범인가,” 『목회와 신학』 (1993. 9): 56쪽.

62) 위의 책, 61쪽.

63) J. Moltmann, *Weg Jesu Christi*, 김균진, 김명록 역, 『예수 그리스도의 길』 (서울: 대한기독교서회, 1990), 379-82쪽.

64) 박형렬, 『통전적 치유목회학』, 236쪽.

## 1. 교부시대

초기 교부들은 주로 육체를 비롯한 물질계를 악한 것으로 보는 이교들과 영지주의자들에 대해서 기독교도를 변증하던 일들을 담당했는데 그래서 그들의 저술은 치유를 중요시 여기며 치유가 기독교 교육의 일부이며 직, 간접적인 종교적 체험의 일부였다고 증거하고 있다. 동, 서방교회는 모두 귀신의 공격으로 인해 병이 발생된다고 믿었고 그리스도의 영을 가진 자들은 귀신을 축출하고 치유를 베푸는 능력을 가졌다고 믿고 있었다.<sup>65)</sup>

먼저 저스틴(Justin Marter, AD 100-165)은 그리스도인들에게 부여된 은사들 가운데 치유 은사가 있었다고 언급하면서 많은 그리스도인들에 의해서 치유가 행해졌다고 말하고 있다.<sup>66)</sup> 또 터툴리안은 (Tertullian, AD 155-222)은 주님의 부활의 치유력을 믿었다. 그는 “To Scapla”에서 축사하고 치유하는 사람들이 평신도들은 물론 상류층에서까지 일어나고 있으며 그 증거로 안토니우스 황제의 아버지인 세베루스 황제가 플로쿨루스라는 그리스도인으로부터 도유함으로 치유 받은 것에 감사해서 그가 그 그리스도인이 죽을 때까지 그의 궁전에 데리고 살았다고 주장했다.<sup>67)</sup>

그 밖에 키프리안(Cyprian)은 귀신추방과 안수라는 성례전적 치유에 대하여 많은 정보를 제공해 주고 있으며, 크리스토숨(Chrysostom, AD345-407)도 치유의 현실성을 인정하며 사도행전에 나오는 기적들은 인간이 아닌 하나님에 의한 것이며 지금도 그런 기적은 계속 되고 있다고 강조하고 있다.<sup>68)</sup>

동방교회는 치유에 대해서 깊은 관심을 가졌으며 특히 갑바도기아의 세 지도자들인 바실레우스, 그의 동생 그레고리우스 안나지우스 그리고 나지안주스의 그레고리우스는 치유를 신학에 포함시키기도 했다.<sup>69)</sup>

---

65) 박형렬, 『통전적 치유목회학』, 237-38쪽.

66) C. J. Scherzer, *The Church and healing*, (Philadelphia: Westminster Press, 1950), 35.

67) M. T. Kelsey, *Healing and Christianity*, 배상길 역, 『기독교와 치유』 (서울: 대한기독교출판사, 1986), 148-49쪽.

68) 박형렬, 『통전적 치유목회학』, 240쪽.

69) 위의 책, 241쪽.

서방교회 신학의 대부격인 어거스틴(St. Augustine)은 치유에 대해서 매우 중요한 기록을 남겼다. 처음에는 그도 치유에 대하여 부정적이었으나 A.D. 426년 "*The City of God*"에서 “지금도 예수 그리스도의 이름으로 기적이 행해진다. 그러나 이런 이적들은 널리 선전되지 않았기에 그렇게 유명하지 않다.”<sup>70)</sup>고 말하며 각종 치유의 사례를 기록하고 있다.

이상에서 교부시대는 치유가 왕성하게 계속되고 이 치유의 역사는 교대교회의 핍박받는 고난의 시간들을 극복하게 만드는 중요한 요소가 되기도 했다.

## 2. 중세시대

콘스탄틴의 기독교의 승인과 AD313년 밀라노 칙령과 더불어 교회의 고난은 종식되고 이제 교회 다니는 것이 손해라기보다는 이익이라는 것을 발견한 맹목상의 그리스도인들이 차고 넘치게 되었다. 이런 모습은 투쟁적 열심, 또는 치유사역을 위한 분위기를 소멸 시키고 말았다. 그럼에도 불구하고 믿음의 생명력과 헌신이 발견되어지는 곳에서는 여전히 치유가 일어나고 있는 것을 볼 수 있다.<sup>71)</sup> 치유가 신학적으로 그 중요성을 견고히 하지 못한 서방교회는 질병을 하나님의 채찍으로 본 그레고리의 영향으로 AD 7-8세기경에는 치유사역에 혼란이 왔고 12세기 초 몇 차례에 걸친 라테란 공의회에서 치유와 의술의 사용이 거부되므로<sup>72)</sup> 영혼의 치유의 중요성을 강조하고 육체적 치유는 금지되었다. 그래서 치유자는 위법자로 취급되어 감옥에 가게 되었고 치유를 부득불 할지라도 생명을 거는 모험을 겪어야 했던 것이다. 이때부터 드시어 중세의 암흑은 시작되고 있었던 것이다. 그럼에도 불구하고 치유를 행하시는 하나님의 역사는 교회의 역사의 흐르고 있었다.

교회사가인 베드(Bede)는 그의 책 『영국 교회사』에서 기적을 언급하고 있다. 그 기적 가운데는 10세 소녀치유, 소경이 눈 뜸, 병어리 치유, 병든 여종과 백작 부인의 치유 등이 있다.<sup>73)</sup>

70) St. Augustine, *The city of God*, 김종흠 역, 『하나님의 도성』 (서울: 크리스찬다이제스트, 1992), 197-99쪽.

71) M. T. Kelsey, *Healing and Christianity*, 배상길 역, 『기독교와 치유』, 169쪽.

72) 위의 책, 210-221쪽.

73) Bede, *Ecclesiastical History of England* Vol.1, 13-15.

아시시의 프란시스(Francis)는 중앙 이탈리아 아씨시의 부유한 상인의 아들로 태어난 회심하여 작은 형제단(Minor or Humble Brethren)을 조직하여 일생을 나병환자, 농민, 버림받은 자들을 위해 헌신했는데<sup>74)</sup> 그의 목회는 믿기 어려울 정도로 치유목회였다. 절름발이, 중풍병자, 축사, 문둥병, 귀머거리며 병어려된 거지 치유 등의 치유사역을 하였다. 뿐만 아니라 그가 죽은 후에는 그의 치유능력을 믿는 자들이 시체를 분할할 것을 막기 위해 황급히 매장하기까지 했다.<sup>75)</sup>

### 3. 종교개혁과 그 이후 시대

르네상스, 합리주의, 인본주의의 분위기와 더불어 중세의 칠혹 같던 암흑의 빗장을 꺾어 버리는 종교개혁이 1517년에 일어났다. 종교개혁은 중세교회의 예전적이고 미신적인 각종 신앙형태를 극복하고 그 동안 덮여있던 성경을 펼쳐 말씀 중심적이고 성찬과 세례만을 강조하는 살아있는 교회로서의 새 출발이다. 이렇게 중세의 타락한 교회에 반대하여 개신교가 말씀과 신앙의 회복, 그리고 영혼구원을 강조하게 되므로 다소 치유가 소외될 수밖에 없었던 것이 사실이다. 그럼에도 부구하고 하나님이 행하시는 치유는 계속 그 명맥을 유지하고 있었다.<sup>76)</sup>

루터(M. Luther)는 초기에 자기시대에는 치유가 일어나지 않는다고 치유를 부인한 것이 사실이다. 그러나 어느 날 그의 친구인 필립 멜랑히톤(Philip Melancthon)이 병들었을 때 루터(Luther)는 기도하게 되었고 그의 기도를 통하여 그가 치유 받게 되었다. 그로부터 그는 5년 후에 그가 죽기 전인 1545년에 정신적으로 병들어있는 한 사람을 위해 무엇인가를 해 주기를 요청 받았을 때 그는 야고보서에 기초한 치유의식에 관한 지시를 써 보내면서 다음과 같이 말했다. “이것은 우리가 행하는 일이고 그리고 우리는 이러한 일을 행하는데 익숙해져 있습니다. 실은 이곳에서도 한 가구상이 정신착란으로 유사한 고통을 당하고 있었는데 우리는 그리스도의 이름으로 기도함으로 그를 치유하였기 때문입니다”<sup>77)</sup>

74) William Walker, *A History of the Christian Church*, 류형기 역, 『기독교회사』 (서울: 한국기독교문사, 1989), 264-265쪽.

75) 박형렬, 『통전적 치유목회학』, 247쪽.

76) 위의 책, 249쪽.

또한 칼빈(J. Calvin)은 중세 천주교회의 종부성사 즉 도유의식을 타락한 것으로 규정짓고 치유를 포함한 이적시대는 지나갔다고 강조했다. 그러나 그는 타당한 성서적 근거를 제시하고 있지 못하며, 또한 그의 주장은 자신의 ‘하나님 주권 사상과 섭리사상’ 그리고 영혼 구원에 대한 강조 때문에 나타난 결과인 것으로 보인다.<sup>78)</sup> 그는 예수의 치료를 부인하려 고는 하지 않았으나 그것은 구원을 위한 상징적 도구로 관념화시킴으로 치유의 현실성을 박탈하고 있다.

1842년 슈바르츠 발트 변방의 한 마을에서 블룸하르트(J.C. Blumhardt)에 의해서 놀라운 치유가 나타났다. 그의 치유는 근대 그리스도교 치유운동의 중요한 선조들 주의 하나가 되었다. 1805년 슈투트가르트에서 유명한 바젤 선교회(Basel Mission)의 설립자의 아들로 태어나 선교에 큰 관심을 갖고 있던 그는 어느 날 정신적으로 고통당하던 한 소년에게서 귀신을 쫓아내고 그녀의 정신과 육체가 온전해지는 경험을 하였다. 그는 그 후 그 치유사역을 계속 하였으며 6년 후에는 Bad Boll에서 환자들을 돌아보는 일에 전념하며 그 치유를 바탕으로 종말론적 논거의 신학을 발전시켰다.<sup>79)</sup>

이런 치유사역의 연속성에도 불구하고 18세기 합리주의적 사상, 19세기 자유주의 신학이 기독교에 몰려오면서 교회의 신학에는 초자연적 이적사건이 그 설자리를 상실하고 말았다.

#### 4. 현대시대

16세기와 17세기의 데카르트 사상, 18세기의 역사성서 비평학, 19세기의 자유주의 성서비평운동, 19세기 말과 20세기 초의 실존주의와 신 죽음의 신학 등을 통하여 치유사역은 신학으로서의 자리를 상실한 것은 사실이다. 그러나 그런 중에서도 치유는 교회의 삶으로부터 결코 부재하여 오리는 않았다 오직 소외된 분야가 되었을 뿐이다.

그러다가 근대에 이르러 성결운동은 치유신학에 대한 새로운 시도를 시작 하였고 1800년대 후반에 “크리스찬 사이언스”운동이 시작되어 모든 질병은

77) M. T. Kelsey, *Healing and Christianity*, 배상길 역, 『기독교와 치유』, 245쪽.

78) 박형렬, 『통전적 치유목회학』, 249쪽.

79) M. T. Kelsey, *Healing and Christianity*, 배상길 역, 『기독교와 치유』, 248쪽.

정신적 장애에서 오고 모든 치유는 올바른 마음과 지혜로부터 온다는 주장까지 하게 되었다. 그러나 이 운동은 마음과 영에만 강조점을 두고 육체의 가치를 부정하는 이원론적 사고를 하는 이교집단이 되었다.<sup>80)</sup>

그러다가 미국의 성결운동의 영향으로 1901년 1월 1일 캔사스 주의 토페카에 있는 찰스 파아암의 벤엘 성경학교에서 사도행전을 공부하던 중 한 명의 여학생이 방언을 시작하므로 불붙기 시작한 오순절 운동이 1906년 로스엔젤레스에서 윌리엄 시무어(William Seymour)라는 사람에 의해서 본격화 되었다.<sup>81)</sup> 오순절주의는 제2의 축복이라고 하는 성령세례와 성령세례의 증거로 방언을 강조하는 것이 특징이다. 이 운동은 현대교회에 큰 충격을 가져다주었고 오순절 교회는 짧은 기간동안 놀라운 성장을 했다. 그래서 두센(Van Dusen)은 생명(Life)라는 잡지에서 이 운동을 “기독교의 제3의 세력”이라하고 또 *Christian Century*의 기사에서는 “새로운 종교 개혁”이라고 까지 하였다.<sup>82)</sup> 이 오순절 운동은 물론 치유보다는 성령세례와 방언을 강조하였으나 초월적 세계에 대한 새로운 지평을 열어 줌으로서 치유사역의 가능성의 길을 열었다고 할 수 있다.

1980년대 이후 Fuller신학교의 피터 와그너(P. Wagner)에 의해 주장되고 있는 축사와 치유를 통한 하나님 나라 운동을 들 수 있다. 이 운동은 하나님 나라 신학과 전인치유를 주장하고 치유가 구원의 일부임을 강조한다.<sup>83)</sup>

성경은 기본적으로 인간의 육체적 건강이나 의료에 대해 지침을 주기 위해 기록된 책은 아니다. 그러나 이방종교와 관련된 의원들의 기록을 볼 수 있는가 하면 유대교적 전통 의료도 선지자들에 의해 수행되는 기록을 발견할 수 있어서 종교와 의료의 밀접한 관계를 엿볼 수 있다. 그러나 이방 종교의 제사장이나 이방 의원들이 행하던 것과는 달리 구약에서 선지자들이 수행한 치료에는 어디에서도 이방 종교의 주술적인 요소는 발견할 없다.

구약에서 하나님의 백성들의 영적인 성결을 유지시키기 위한 틀로 주어진 율법은 많은 의료적인 내용을 포함하고 있다. 물론 율법의 일차적 목적은 거룩한 하나님께서 거룩한 나라를 구별하시려는 목적이지만 부가적으로 위생에 오

---

80) 정태기, “전인치유에 관한 연구,” 『신학연구』 35권, (1994): 115쪽.

81) Frederick Dale Bruner, *A theology of the holy spirit*, 김명룡 역, 『성령신학』 (서울: 도서출판 나눔사, 1989), 47-48쪽.

82) 위의 책, 26-27쪽.

83) 오성춘, “신유의 은사와 영적치유의 연관성,” 『목회와 신학』 (1993. 4): 83쪽.



늘날도 유효한 가치를 가지고 있다. 즉 제사장들에게 주어진 성결에 대한 임무를 의학적 입장에서 보면, 질병의 진단과 치료에 관심을 두되 격리와 치유 여부를 확인함으로써 전염병의 만연을 방지하는 데 중요한 의미가 있다. 이와 같이 구약은 이스라엘 백성을 거룩하게 구별하시려는 하나님의 뜻을 담아 놓은 것이지만, 선지자나 율법(제사장)을 통해 종교의식을 의료와 긴밀한 틀 안에서 보여주고 있음은 주목할 만한 일이다.

신약에서 살펴보면 의료와 하나님 나라의 도래가 깊은 연관성을 띠고 있으며 이것은 예수님이나 사도들의 이적 치유를 통해 나타나고 있음을 알 수 있다. 또한 신약에 나타난 의료의 동기나 전인 개념은 오늘날의 의료에 적용시켜야 할 기독교적 동기와 의료의 대상이 되는 인간에 대한 전인적 인간관을 잘 나타내 주고 있다.

결론적으로 성경을 통해 보여주는 의료도 종교성 안에서 표현되고 있음을 알 수 있으며 이방 의료도 이방 종교의 가치관을 표현하고 있음을 보여 준다. 신약에서의 치유개념은 죄 사함의 개념과 함께 사용되기도 할 만큼 깊은 종교적 연관성의 틀 안에서 표현되었다.

이와 같이 인류의 의료 역사의 시작에서부터 오늘날의 의료를 살펴보면, 의료는 육체뿐 아니라 영혼을 지닌 종교적 존재로서 전인을 대상으로 하기 때문에 어느 시대를 막론하고 의료와 종교는 밀접한 연관성을 가지고 있음을 알 수 있다. 즉 의술은 가치중립적 이라기보다는 성서의 세계관과 밀접하게 연관되어 있으며 더 나아가 종교성을 지니고 있는 것이다.

### III. 선교와 의료사역의 관계

20세기에 들어와서 선교라는 용어가 많이 사용되고 또한 선교에 대한 비판이 많이 제기 된 적도 없다고 할 수 있을 만큼 선교가 중요한 화두가 되고 있다. 선교에 대한 문제 제기와 응답 추구에 다양한 접근 방법과 시도들이 공존한다는 것은 그 만큼 선교 현장에서의 선교 경험이 다양함을 시사하고, 선교사와 선교학자들의 신학적, 교회론적 확신과 입장이 복합적임을 나타내는 것이라고 할 수 있다. 선교의 양진영으로 나뉘어지는 복음주의적 선교학과 에큐메니칼 선교학 뿐만 아니라, 서구와 제3세계로부터 나오는 다양한 관점이 제시되고 있다. 이처럼 다양하고 복잡한 선교활동과 선교에 대한 종합적이며 자기비판적인 동향과 정보의 제시를 통해 선교의방향성을 찾아야 할 것이다.<sup>84)</sup>

#### A. 의료선교의 정의

의료선교에 대한 개념을 정리하고 복음을 전하는데 있어서 의료선교의 위치를 정립하고, 현재 의료선교의 현실을 통해 의료선교의 문제점을 살펴보는 것은 미래의 의료선교의 방향을 세우는데 있어서 중요한 정보를 제공한다.

선교의 의미는 무엇보다 교회 공동체가 열정적으로 하나님 나라를 선포하고, 주님을 영접한 사람들에게 그리스도의 제자가 되도록 가르칠 뿐 아니라, 더 나아가 이 땅위에서 하나님 나라를 확장하기 위해 사회와 우리의 이웃 가운데 병들고, 소외되고, 연약한 자를 섬기는 봉사 사역을 포함하는 총체적인 사역이다. 즉 선교는 그리스도의 복음을 일방적으로 전하는 선포의 행위로 끝나는 것이 아니라, 개종자들을 가르치는 사역을 통한 제자양성과 다양한 섬김의 사역이 동반되어야 완성된다는 말이다.<sup>85)</sup>

의료선교는 선교를 통해서 행해져야 하는 교육, 전도, 섬김의 세 가지 사명 중에서, ‘의료를 통한 사역’을 통해 섬김의 사명을 감당하는 것이라고 생각

84) 김영동, 『교회를 살리는 선교학』, (서울: 장로회신학대학교출판부, 2003), 54쪽.

85) 방동섭, 『십자군이 아니라 십자가의 정신입니다.』, (서울: 이레서원, 2001), 125쪽.

하며, 의료선교는 한마디로 의료를 통한 하나님 나라의 확장이라고 이야기 할 수 있다. 실제로 의료선교는 보통 의료를 통한 선교, 또는 의료인이나 의료계통의 학생들에 대한 선교, 그리고 병원선교 등의 개념을 가지고 있다

환자를 치료하기 위한 의료나 의학기술의 연구와 발전을 위한 노력의 근거는 하나님의 문화 명령에서 찾을 수 있다. 따라서 의료시행이나 의학 연구는 문화 명령의 범주 안에 청지기적인 자세(stewardship)를 견지해야 한다. 의료의 궁극적인 목표는 하나님나라의 완성에 있다. 이 땅에 궁극적 목표를 두지 않고 예수님께서 오셔서 하나님 나라의 모습으로 보여주신 치유의 역사를 통해, 완성될 하나님 나라에서의 온전한 우리의 모습을 기대하는 것이 의료의 궁극적 소망이다.<sup>86)</sup>

마태는 예수님의 사역을 설명하면서 “예수님께서 온 갈릴리에 두루 다니사 저희 회당에서 가르치시며 천국복음을 전파하시며 백성 중에 모든 병과 모든 약한 것을 고치시니”(마4:23)라고 하였다. 이 말씀을 보면 그리스도께서 행하신 사역의 핵심을 말한다면 ‘가르치는 사역,’ ‘전파하는 사역’ 그리고 ‘고치는 사역’으로 요약할 수 있다. 누가도 “주의 성령이 내게 임하셨으니 이는 가난한 자에게 복음을 전하게 하시려고 내게 기름을 부으시고 나를 보내사 포로된 자에게 자유를, 눈먼 자에게 다시 보게 함을 전파하며 눌린 자를 자유케 하고 주의 은혜의 해를 전파하게 하심이라”(눅4:18-19)고 하였다. 이 말씀 속에서 누가는 예수님의 사역이 “가난한 자에게 복음을 전하는” 선포의 사역뿐 아니라, 더 나아가 “포로된 자와 눌린 자를 자유케 하시는” 사회정의를 이루시는 사역과 “눈 먼자의 눈을 뜨게 하시는” 섬김의 사역이 함께 가고 있음을 증언하고 있다. 특히 누가는 예수님께서 가난한 자, 소외당한 자, 압제당한 자에게 깊은 관심을 가지고 계시며 그들의 영적, 사회적, 신체적 조건들의 결함을 회복시키시는 분으로 묘사하고 있다.<sup>87)</sup>

선교의 의미는 무엇보다 교회 공동체가 열정적으로 하나님 나라를 선포하고, 주님을 영접한 사람들에게 그리스도의 제자가 되도록 가르칠 뿐 아니라, 더 나아가, 이 땅 위에서 하나님 나라를 확장하기 위해 사회와 우리의 이웃 가운데 병들고, 소외되고, 연약한 자를 섬기는 봉사 사역을 포함하는 총체적인 사역

---

86) 김민철, 『의료, 세계관이 결정한다』, (서울: 한국누가회출판부, 2003), 379쪽.

87) 위의 책, 140쪽.

이다. 즉 선교는 그리스도의 복음을 일방적으로 선포하는 행위로 끝나는 것이 아니라, 개종자들을 가르치는 사역을 통한 제자 양성과 다양한 섬김의 사역이 동반되어야 완성된다는 말이다.<sup>88)</sup>

결국 오늘날 예수그리스도를 머리로 하는 신앙 공동체인 교회의 3대 사명은 즉 교육, 전도, 섬김을 실천하는 것이다. 이러한 선교의 의미를 생각해 볼 때 의료선교는 선교의 기본적인 틀 안에서 정의되어야 한다.

의료선교는 한마디로 의료를 통한 사역에 중점을 둔다고 하더라도 그것만을 고집하며 교육이나 전도의 사명을 도외시하면 안 되며, 교육, 전도, 섬김을 포함하는 통전적 의미에서 선교를 해야 한다.<sup>89)</sup>

## B. 의료선교의 유형

의료선교의 사역은 의료시혜를 통하여 환자들에게 단순히 복음을 전하던 사역과 지역교회와 거주지 내에서 ‘친구만들기’등의 사역을 해오던 데에서 그 범위를 넓히고 사역의 방법을 다양화하여 보다 안정되고 미래지향적 선교 양태로 발전하고 있다.<sup>90)</sup> 의료선교의 확장과 발전에 따른 보다 성숙된 의료 선교사역이 시대적 필요로 떠오르고 있다. 다음에서는 의료선교사역의 형태를 고찰해보고 시대적 필요에 맞는 사역의 모습을 살펴보고자 한다.

### 1. 전문병원사역

전문병원사역은 선교지에서 병원을 중심으로 하여 사역하는 것을 말한다. 선교지병원이란 선교를 목적으로 피선교지에 일정한 규모로 병원을 설립하여 그 병원을 통하여 의료선교사들이 선교사역을 수행하는 병원이다. 이런 선교지병원은 다음의 몇가지 기본조건을 갖추어야 하는데, 첫째 선교사가 운영주체이어야 한다. 둘째, 기본 운영바탕은 mission mind와 mission spirit이어야 한다. 셋째, mission project가 구체적으로 존재하며 우선 수행되어야 한다. 넷째, 의료선교

---

88) 방동섭, 『십자군이 아니라 십자가의 정신입니다』, 125쪽.

89) 구자영, “의료선교에 있어서의 전도,” 『TARGET2010』(2000): 324-325쪽.

90) 박상은, “선교지 병원의 현황,” 『의료와 선교』, 통권 28호 (1999): 11쪽.

사역의 궁극적 목표인 church planting이 분명히 이루어지도록 목표의식이 뚜렷해야 한다. 마지막으로 예수님에 대한 Lordship이 철저히 인정되며, 전인적 치유와 생명의료윤리적 원칙에서 이유사역이 이루어져야 한다는 것이다.<sup>91)</sup>

선교지병원은 선교지에서 여러 역할과 기능을 담당해 왔다. 그 역할을 살펴보면 첫째, 선교지병원은 선교제한 지역에서의 선교거점 확보의 중요한 교두보의 기능을 하였다. 의료선교사가 사역하는 피선교지역의 가장 절실한 사회문제는 질병과 보건과 굶주림이었다. 따라서 선교사들은 그들이 가장 필요한 부분을 도전함으로써 선교제한지역에서 선교거점을 확보하는데 성공했다. 워낙 선교제한 지역에서는 목회자 선교사는 발 붙일 곳이 없었지만 피선교지에 선교지병원을 짓고 치료 및 병원운영관리 요원으로서 선교사의 거주가 가능하였다.

둘째, 선교제한 지역에서 선교 영역 확대를 도모하는 기능을 하였다. 과거나 지금이나 선교제한지역에서의 선교활동은 극히 제한되었는 것이 사실이고 병원 내에서라도 선교활동이 허용되면 잘 되는 것이다. 선교지병원을 통해 다양한 계층의 사람들의 도움으로 사람들에게 미친 영향력을 통하여 또 다른 영역에도 선교의 영향력이 미쳐갔다. 특히 선교제한 지역에서는 군인이나 정치인들이나 권력자들의 영향력이 절대적인데, 이들에 대한 접근이 용이하였다. 초창기 한국 의료선교에서 서양 의료선교사들의 역할을 보면 매우 다양하였다. 알렌(Dr. Allen)은 왕실과 고위층들에 영향을 나타냄으로 권력자들에게서 기독교의 이해를 이루어 냈고, 스크랜턴(Dr. Screnton)은 가장 인권이 무시되고 가난한 저변층 사람들에게, 특별히 여성과 어린이들에게 영향을 미침으로 기독교의 이해를 이루어 내었다.

셋째, 선교센터로서의 역할을 함으로써 다기능선교사역을 가능케 하였다. 선교지병원을 통하여 환자중심의 전도활동을 시행하였으나 선교지병원 안정과 주변사람들과 국가로부터의 신뢰와 인정을 받으면 선교지병원을 통한 선교 기능은 다양해진다. 병원의 부설기관을 둠으로써 여러 가지 선교의 접촉점을 찾게 된다. 탁아소, 유치원, 모자보건 교실 등 어린이사역과 모자보건사역, 직업훈련원 운영을 통한 청장년 사역, 학교 등을 통한 청소년 교육 사역 등이 진행된다.<sup>92)</sup>

선교지병원을 통한 사역의 장점은 매우 많다 하지만 이런 선교지병원의

---

91) 이건오, “선교지 병원의 정의와 역할”, 『의료와 선교』, 통권 28호 (1999): 11쪽.

92) 위의 책, 12쪽.

운영에서 고려되어야 할 것들은 다음과 같다.

첫째, 병원 규모를 어떻게 할 것인가의 문제이다. 병원으로서의 기능이 유지되지만 최소한의 경비가 소요되도록 적정규모를 정하는 것이 매우중요하다. 둘째, 병원의 특성화를 고려해야 한다 병원의 기능을 특성화하여 그 나라에서 가장 뛰어난 기능의 병원으로 자리매김하는 것이 중요하다. 셋째, 대정부관계를 명확하게 하여야 한다. 선교지병원은 존재적 측면에서 정부와는 독립적 관계를 유지해야 한다. 그러기 위해 자선법인을 설립하여 권력으로부터의 영향력을 줄여야 한다. 또한 기능면에서는 협력관계가 잘 유지 되도록 해야 한다. 넷째, 선교현지내 동역자를 잘 세우고 동역하도록 고려해야 한다. 선교지병원의 설립과 운영에는 현지인의 도움이 절대적으로 필요하다. 선교현지의 기독교 유력인사를 구하기는 매우 힘들다. 그러므로 좋은 현지인 동역자를 만나는 것은 매우 중요하다.<sup>93)</sup>

## 2. 예방사역

의료선교사가 담당하는 사역은 예방 사역이다. 이것은 의료선교에서 치료사역과 더불어 병행되는 사역이며, 시간과 재정면에서 경제적이고 효과적인 사역이다. 특별히 지난 세기동안 어린이와 부녀자를 위하여 그리고 전염병들을 위하여 광범위한 예방사역이 진행되었으며 이것은 세계보건기구나 각 나라의 보사부에서 법적으로 반강제적으로 널리 시행해서 큰 효과를 보았다. 이런 예방은 의료선교사들이 사역하는 지역에서 담당해야할 하나의 분야가 되고 있다.<sup>94)</sup>

치유의학은 질병을 발생초기에 예방하기보다는 이미 발생한 질환을 완치시키는 방향을 추구하고 있다. 그것은 비용이 많이 들고, 해결의 범위가 좁고, 많은 사람들에게 접근할 수 없다는 면에서 비효율적이다. 하지만 지역사회에 기반을 둔 예방사역은 치유보다 예방을 강조하고 있다. 여기서 지역사회 주민들이 찾아오기를 기다리는 것이 아니라 가정으로 보건요원들이 방문한다. 건강 교육, 전도, 양육 및 제자훈련이 이때 이루어지게 되는 것이다. 지역사회에 기반을 둔 건강관리프로그램은 주민들의 1차 건강관리의 차원을 넘어서서 주민 스스로가 자

93) 강원희, “선교지 병원의 문제점과 전망에 대하여,” 『의료와 선교』, 통권 28호 (1999): 24-25쪽.

94) 심재두, “현장에서의 실제적 필요성과 역할,” 『의료와 선교』, 통권 22호 (1997): 21쪽.

신들의 건강에 대해 주인의식을 가지고 주도권을 행사하는 차원으로 나아가야 한다.<sup>95)</sup>

### 3. 단기의료사역

선교에 있어서 서구 주도의 시대는 이미 지나갔으며(post-western), 교단중심의 시대도 아니고(post-denominational), 이데올로기와 기독교의 시대(post-ideological and post-christendom)도 이미 지나간 상황이 21세기 초엽 선교의 상황이라고 할 수 있다. 이런 상황에서 특별히 주목 할 필요가 있는 분야가 ‘전문인 선교’와 ‘단기선교’의 활성화이다. 이미 서구에서는 해외 교회새척 사역전략의 상당부분을 이 두 분야가 효과적으로 감당하고 있다. 오늘날 단기 선교는 장기선교와 함께 비행기의 양 날개와 같은 것으로 인식되고 있다. 다양한 형태의 단기선교는 오늘날의 선교전략상 중요한 위치를 차지하며 수많은 기여를 해왔다. 잠재적 선교 자원들을 선교현장으로 이끌어내는 가교 역할을 훌륭히 수행했으며, 장기 선교사로서 접근이 어려운 창의적 접근지역에 효과적으로 선교사역의 접점을 마련하고 복음의 씨앗을 뿌렸으며, 정착 선교사를 지원하고 격려함으로서 선교 현장에 활력을 불어넣고, 전문성을 활용하여 사역의 효율을 높인 점을 들 수 있다.<sup>96)</sup>

복음주의 선교학자들은 복음전파와 교회설립만을 지나치게 강조한 나머지 의료나 교육, 구제와 같은 봉사 사역은 선교라고 여기지 않는 경향이 있다. 그것은 단지 하나님의 말씀을 전하기 위한 수단으로 보는 것이다. 반면 구제와 사회 참여에 중점을 두는 에큐메니칼 계통의 선교는 복음적인 말씀 전파는 소홀히 하는 경향이 있다. 근래에 들어 에반젤리칼(evangelical)과 에큐메니칼(ecumenical) 계통의 양극단을 절충하려는 시도가 일어나고 있다. 지금도 선교현지에서는 수많은 선교사들이 선교지의 육적, 영적 필요를 채우기 위해 의료나 교육, 구제 사역 등을 병행해 오고 있다. 한정된 짧은 기간에 끝나는 단기선교의 경우에는 그 목적을 다시 정립해 볼 필요가 있다. 단기선교의 목적을 복음전파와

95) Stan. Rowland, *New Mission Paradigm for 21st Century*, 정길용 역, 『21세기 세계선교의 새로운 패러다임』 (서울: 이레닷컴, 2003), 25-30쪽.

96) 정현기, “단기의료선교의 전망과 대책”, 『의료와 선교』, 통권 34호 (2001): 29쪽.

교회설립, 봉사 사역 등이라고 한다면 단기선교는 실패로 끝나고 말것이다. 따라서 단기선교의 목적은 기간이 짧은 만큼 참여하는 개인이나 선교활동의 준비 작업이 될 수 있는 근본적인 문제에 대해 생각하는 것이 바람직하다고 할 수 있다.

단기 의료사역에 있어서 가능한 형태는 다음과 같다. 첫째, 단기 사역은 속성상 지속적인 사역을 펼칠 수가 없고 현지의 사람들과 지속적인 관계를 유지하기가 어렵다. 이런 단기사역의 단점을 보완하기 위해서 한 곳을 계속해서 찾아가는 방법이다. 제4영도교회에서 필리핀의 뚜게라오를 매년 방문하는 것과 뽀엘교회에서 아프리카 카메룬을 매년 방문하는 것이 그 좋은 예가 될 수 있다. 둘째, 많은 환자를 보고 오는 전시효과를 넘어서서 노력과 재정에 대한 효과를 극대화하여 진정한 영향력을 이루는 면에서 전문인 팀을 구성하여 진행할 수 있다. 만약 안과 전문의만으로 팀을 구성하여 현지와 긴밀한 협조아래 단기간 가서 백내장 수술만 하고 온다든지 하는 방법이 여기에 해당된다. 셋째, 긴급한 재난을 당한 나라가 있을때 선교 전략적인 차원에서 재난 구조팀을 구성하여 긴급상황시에 출동하여 사역을 함으로 선교 교두보를 마련하는 것도 한 방법이라 할 수 이있다. 넷째, 의료선교사가 사역하는 곳을 베이스캠프로 정해 놓으면 방학을 이용해서 단기 팀들을 보내어 사역하든지 훈련을 시킬 수 있는데 이러한 사역은 선교사는 선교사대로 협력사역을 통해 현지의 인정을 얻을 수 있다. 다섯째, 의료선교사가 사역하는 곳이 의과대학이나 병원과 연결이 되면 교수요원들이 선교 현장에 가서 강의를 하거나 혹은 수술을 함으로서 현지와의 유대를 돈독히 할 수 있다. 여섯째, 선교지와 선교사의 사역을 지원 협력하여 그곳의 사역이 활성화되도록 돕는 단기적이고 전문화 된 사역인 순회 선교사역을 실시 할 수 있다.<sup>97)</sup>

#### 4. 교육 및 연구기관을 통한 사역

의료 서비스가 충분하지 않은 나라에 의료 선교사의 진료기 시작되면 곧 의학교육의 중요성이 인식되어 의학교육을 위한 학교를 설립하는 일이 이어진 것을 역사를 통해 볼 수 있다. 우리나라에서도 초기 의료선교사들의 활동이 시작

---

97) 정현기, “단기의료선교의 전망과 대책”, 『의료와 선교』, 통권 34호 (2001): 30-35 쪽.



되면서 1886년에 제중원이라는 왕립병원이 설치된 지 1년 뒤 병원에 부속 의학부가 설립되어 알렌, 언더우드 등이 가르쳤고 후에 에비슨이 주축이 되어 세브란스 의학전문학교를 설립하게 되었다. 이것은 소수의 의료선교사들로서는 한 나라의 의료를 다 감당할 수 없기 때문에 현지인을 크리스천 의료인으로 길러야 할 필요를 느꼈기 때문이었다. 오늘날에도 의학교육 기관 특히 크리스천 의사를 가르치기 위해 새로운 학교를 설립하는 것이 필요한 지역도 있다. 그러나 막대한 재정을 필요로 하는 것이기 때문에 그 경비의 효율성은 충분히 고려되어야 한다. 또한 현지의 대학에 교수요원으로 들어가서 사역하는 것이 가능한 전략이 된다. 실제 기초적 연구가 잘 이루어지지 않은 지역에서의 선교사역의 초기에 학교를 세우는 등의 사업에 치중하기 보다는 앞으로 그 지역의 지도자가 될 사람들을 말씀으로 양육하고 세우는 일에 힘쓰는 것이 효율적인 전략이 될 것이다.<sup>98)</sup>

이런 일을 구체적으로 진행하기 위해 선교현지의 새로운 의료인력을 양육하기 위한 프로그램을 개발해야 한다. 우선 시작하기 쉬운 보조간호사와 조무사를 훈련시키고 선교회에서 수료증을 주는 것에서 시작해서 나아가 현지학교와 정부가 인정하는 교육과정을 개발해서 현지 교육기관에서 인증하는 수료증을 발급받게 하는 것이 구체적인 방법이 될 수 있다.<sup>99)</sup>

## 5. 의료NGO 사역

NGO(Non-Governmental Organizations)는 비정부 민간단체라고 불리는데, 통상적으로 정부밖에서 시민조직들이 자발적이고 독립적으로 운영되는 비영리단체들을 의미한다.<sup>100)</sup> 유엔에서 말하는 NGO의 정의는 ‘NGO는 비영리적이며, 지역이나 국가 및 국제적인 조직으로 시민들의 자원에 의해 움직여지는 기구이다. 공동의 선을 위하여 민간인들에 의하여 목적을 수행하는 기구이며, 여러 가지 봉사, 인류애적 일, 정부활동의 감시, 정책의 홍보 및 감시, 인권, 환경, 보건, 여성, 아동 등에 대한 봉사활동을 전개한다.’<sup>101)</sup>

98) 손건영, “새로운 의료선교 전략II - 대학에서의 사역,” 『의료와 선교』, 통권 22호 (1997): 79-80쪽.

99) 이광순, “여성과 의료선교의 나아갈 길,” 『의료와 선교』, 통권 39호 (2003): 36-37쪽.

100) 이윤구, “세계NGO운동 어제, 오늘 그리고 내일,” 『의료와 선교』, 통권 21호 (1997): 18쪽.

NGO들은 국경을 초월하여 일을 하고 있으며, NGO의 활동가운데 기독교 NGO의 활동은 더욱 활발해지고 있다. 자원봉사활동 자체가 이웃사랑에 근거하여 있기에 인본주의적인 사상을 초월한 기독교 정신은 이미 우수한 NGO들을 태동시켜 왔다. 국제선명회(World Vision), 월드컨선(World Concern), 국제기아대책기구(Food for the Hungry International)등이 좋은 예이다. 선교단체처럼 정체성을 분명히 나타내지 않았으나 설립정신과 활동방향이 기독교적인 활동을 하는 기구들이 많이 있다. 한국에 들어온 국제 NGO는 대부분 기독교 NGO임을 보아도 알 수 있다. 국제선명회 등 세계의 우수한 기독교 NGO들은 대개 교육, 환경개선, 소득증대, 의료, 선교와 같은 사업을 수행한다. 이와 같은 포괄적인 선교에서 의료가 차지하는 부분이 전체의 50% 정도까지도 이를 수 있다. 한국의 선교초기에 들어온 선교사들 중 약 50%가 의료인이었던 것을 보아도 잘 알 수 있다. 의료를 전문적으로 다루는 NGO가 있을 때 다른 선교 기구들이 힘을 얻어 선교사업을 수행할 수 있을 것으로 본다. 예를 들어 난민사태가 발생하면 지역국가와 유엔난민고등판무관실(UNHCR)에 의하여 지역이 관할 되며, 여러 NGO의 도움으로 난민지역의 행정, 식량공급, 주거, 식수, 환경, 의료, 교육, 피복 등 제반문제를 해결해 간다. 르완다 난민 사태의 경우 100여개의 NGO가 참여하였고, 한국에서도 한국국제기아대책기구가 의료 NGO로서의 역할을 감당하였으며 이웃사랑회가 교육과 식량문제에 관여하였었다. 의료 NGO로 사역하는 것은 궁극적으로 선교이며 직접선교와 간접선교가 잘 어우러지는 포괄적인 선교를 지향할 수 있는 기회가 된다고 할 수 있다. 이런 NGO사역은 기존의 직접선교만을 강조 하던 정책에서 한 걸음 더 나아가서 포괄적인 선교 즉 인간구원, 인간개발, 사회개발까지 내다보는 전문적인 NGO의 일에 참여하는 길이 될 수 있을 것이다. 의료기술로 이를 통해 이웃의 영혼과 몸을 섬기는 이웃사랑의 길의 실천이 의료 NGO사역을 통해 이루어 질 수 있다.<sup>102)</sup>

101) 박용준, “의료NGO의 필요성과 역할,” 『의료와 선교』, 통권 22호 (1997): 28-29 쪽.

102) 위의 책, 31-32쪽.

### C. 선교에 있어서 의료사역

의료선교에 관한 혼란스러운 이론 중 하나는 소위 “미끼”이론인데, 그것은 의료가 사람들로 하여금 복음을 들으러 나오게 하는 좋은 “미끼”내지는 “도구”라는 이론이다. 이것은 환자를 치료하는 것은 진정한 목표가 아니라 도구에 지나지 않으며, 진정한 목적은 영혼을 구원하는 것이라는 생각이다. 선교 역사를 통해 “이방인의 회심”과 “교회의 설립”이라는 목적을 너무 지나치게 강조한 결과 선교를 위해 우리가 행하는 나머지 일들은 모두 이 두 가지 목적을 달성하기 위한 수단에 불과하다고 생각했다.<sup>103)</sup>

선교의 보조도구로서 의술의 전략적 역할은 선교사들과 목회자들의 열광적인 지지를 받았다. 의심할 여지없이 의료는 사람들의 마음을 여는 가장 훌륭한 도구 중 하나이며 특별히 복음전파에 적대적인 사람들에게 더욱 그러하다. 그러나 이것이 “우리가 치료해 줄 테니 그리스도를 받아들이세요”라는 정도의 잘못된 인식을 가지고 수행된다면 문제가 될 것이다. 이것은 선교 대상자들에게 선교사들이 의료 수단으로 영혼을 사려고 한다는 부적절한 인상을 심어주게 된다. 이런 것이 선교현지에서 선교사들이 주민들로부터 배척당하는 한 가지 이유가 되기도 한다. 그러므로 의료선교의 역할은 선교의 도구 이상이어야 하며, 당연히 고기를 잡기 위한 미끼처럼 사용되어서는 안 된다.

예수 그리스도는 사람들의 영적 문제뿐 아니라 육신적 필요에 대해서도 관심을 가지셨다. 그 분은 고통 받는 사람들을 불쌍히 여기는 마음을 보여주셨다. 만약 그리스도를 본받아 사람들을 불쌍히 여기는 마음이 선교를 수행하는 목적이 및 동기의 일부분이라도 차지하고 있다면 의료선교가 복음 전파의 단순한 수단으로 사용되어서는 안 되며 의료사역은 선교와 분리될 수 없는 한 부분으로 사용되어야 된다고 느끼게 될 것이다.<sup>104)</sup>

의료사역<sup>105)</sup>을 전도의 동반자로 이해한다는 것은 복음전도와 의료사역이

---

103) 전희근, 『선교와 의료』, (서울: 생명의말씀사, 1997), 190쪽.

104) 위의 책, 212-13쪽.

105) 여기에서 ‘의료선교’라는 용어 대신에 ‘의료사역’라는 용어를 사용한 것은 의료선교가 병고침과 복음전파를 포함하는 것이라고 볼 때, 의료선교의 한 부분인 의술을 행하는 행위(봉사의 측면)만을 의미하는 것으로 사용한 것이다.

각각 독립적인 사역의 위치와 내용을 가지고 있으나, 서로 협력적인 관계에 있다고 생각하는 것이다. 다시 말하면 양자가 각각 다른 한편의 수단이거나 표현이 아닌 독립적인 위치에 있으면서도 서로가 서로에게 협력적인 것으로 이해하고 기독교 선교의 현장에서 함께 행해져야 한다는 것이다. 의료사역이 복음전도의 동반자로 이해될 때 비로소 의료사역이 선교사역으로서의 중요성을 인정받을 수 있는 토대를 마련한다고 할 수 있다.<sup>106)</sup>

의료선교는 단순한 복음전파의 수단으로서가 아니라 복음전도를 포함하는 것으로 이해되어야 하고 실제적으로 선교 현장에서 그대로 적용되어야 한다. 따라서 의료사역을 행하면서 단순히 병 고치는 행위에만 만족하지 않고 한 영혼을 사랑하며 예수 그리스도께로 인도하는 전도자로서의 역할을 감당해야 하는 사명을 인식해야 한다.

예수님께서 세상을 떠나가시며 제자들에게 부탁하신 대위임 명령(The Great Commission)인 마태복음 28장 18-20절의 말씀은 예수님께서 누가복음 9장 1-4절의 치유선교를 하는 제자들에게 부탁하시는 특수위임명령(The Specific Commission)이라고 할 수 있다.

이상에서 하나님의 나라건설에 동참하는 것은 기독교인의 책임이요 사명이다. 그러므로 예수 그리스도의 증인으로서 삶을 살기 원하는 그리스도인이라면 하나님으로부터 받은 은사를 마땅히 사용해야 한다. 그 은사가 치유의 은사이면 치유자로서 병든 자를 돌보고 치료해야 하며 복음전파의 은사이면 전도와 선교사로서의 역할을 감당해야 한다. 하나님의 나라는 의료선교의 신학적 기초를 제공하고 있는데 이는 예수님의 주된 사역이 복음전파와 치유로서 타락하고 병든 인간과 사회를 회복시켜 ‘하나님의 나라’를 건설하는 것이 궁극의 목표였기 때문이다. 그러므로 의료사역은 메시아적 관점에서 예수님은 우리 생명의 근원으로, 의료선교의 핵심이 되어야 하며 이를 상처받고 병든 삶 속에 적용시켜야 한다. 선교와 의료선교는 예수님께서 제자들에게 부탁하는 대위임과 특수명령으로 죽어가는 죄인을 구원코자 하는 그리스도의 사랑의 실천이며 또한 모든 인간이 건강하고 행복하게 살기를 바라는 예수님의 거룩한 뜻이기도 한다. 따라서 의료선교는 궁극적으로 ‘새하늘과 새땅’에 대한 기대와 소망을 가지고 복음을 세상 끝까지 전파하면서 현재 있는 하나님 나라를 크게 확장시키는 일에 초점을 맞추어

106) 이복수, “21세기 의료선교의 중요성과 전망,” 『TRAGET2010』 (2000): 28-29쪽.

야 하며, 예수님의 치유의 모범을 지표로 삼아 헌신과 봉사하여야 한다.<sup>107)</sup>

---

107) 강경미, “하나님 나라와 치유사역,” 『의료와 선교』 제21호 (1997): 42쪽.

## IV. 1차보건의료에 대한 이해

1차보건의료는 의료선교에 있어서의 새로운 패러다임이라고 할 수 있다. 과거의 한계를 극복하며 새로운 미래를 준비하는 실제적이고 효과적인 의료선교의 새로운 방향성이라고 할 수 있다. 본 장에서는 과거의료선교의 한계와 문제점을 살펴보고, 현재와 미래의 새로운 시대의 요청과 변화에 반응하는 의료선교의 방향성으로 등장한 1차보건의료의 배경과 그 구체적인 내용의 고찰을 통해 1차보건의료에 대한 전반적인 이해를 도모하고자 한다.

### A. 의료선교의 문제

새로운 패러다임이 요구되는 과거 의료선교에 있어서의 한계와 현재 제기되어지는 문제를 고찰해 봄으로써 새로운 패러다임으로서의 새로운 의료선교의 방향이 필요함을 밝히고자 한다.

#### 1. 의료선교사의 부족

현재 세계 인구는 매년 9,000만 명씩 증가해 가고 있다. 비록 서방세계는 인구 문제가 수그러들었기 때문에 출산을 장려해야 할 필요성 위에서 출산에 따른 진원 체제를 만들어 나가는 나라들이 있기도 하다. 그러나 제 3세계의 나라들은 여전히 큰 문제로 남아있다. 네팔에서 의료선교 사역을 하고 있는 토마스 헤일(Thomas Hale)은 제 3세계의 나라들 가운데 하나인 네팔의 인구 성장에 대하여 보고하면서 인구 증가율이 매년 26%로서 이러한 비율의 속도로서 이러한 비율의 속도로 인구 증가가 진행된다면 25년 만에 현재 인구의 배가 될 것으로 추산하고 있다. 급격한 인구의 성장은 외국 원조가 대량으로 유입되고 있으나 생활수준은 더욱 감소되고 있는 상황임을 밝히고 있다.<sup>108)</sup>

---

108) Thomas. Hale, *Christian Medical & Dental Society*, 박재형 역, 『의료선교의 모험』

제 3세계에 가보면 많은 의료선교사를 볼 수 가 있으며, 특히 미국의 의료선교사로부터 많은 의약품들이 환자들에게 계속 전달되고 있는 것을 볼 수 있다. 그리고 미국의 일반 선교사들은 그들로부터 의약품을 지원받아서, 그들이 비록 의사는 아니지만 간단한 증상을 듣고 약을 나누어주며, 의료선교사로서의 역할을 하고 있다. 실제로 의료선교사가 아닌 자들이 약을 나누어주는 것을 통해서 자신들의 선교사역을 돕고 있는 것이다.<sup>109)</sup>

그러나 현실적으로 의료선교사의 수는 그 수요를 충족하기에 절대적으로 부족하다. 일반 선교사를 받아들이지 않는 국가들에서 그들의 필요에 따라 정부에서 의사, 간호사, 약사, 조산사 등 의료 인력을 원하고 있어서 의료인으로서 공식적으로 선교 제한 지역에 들어가서 선교 사역을 감당할 수 있으나 의료선교사로 해외로 나가려고 하는 사람이 적어서 필요를 충족하지 못하고 있다. 제 3세계의 형편상 의료의 개선이 시급하며, 그로 인한 질병과 죽음으로 전 세계의 절반이 넘는 사람들이 고생하고 있는 상황에서 의료선교사의 지원과 배급이 절대적으로 필요하다고 할 수 있다. 그리고 현재 의료선교사로서 사역을 하고 있는 사람들 중에서 전문적이고 체계적인 의료 활동을 하고 있는 사람들이 너무 부족하다. 많은 의료선교사의 자격을 보면 의사가 아닌 간호사 혹은 의료 기사 등으로서 다양한 의료 활동을 하고 있는 경우가 많다. 물론 현실적으로 부족한 의료선교사를 충당하기 위해서 이들이 현지의 1차보건의료에 상당한 도움을 주고 있는 것을 부인할 수 없다. 그러나 이로 인해서 생기는 문제 역시 부인할 수 없는 것이 현실이다.<sup>110)</sup>

## 2. 의료선교 재정의 문제

의료선교에서 개 교회 중심의 재정 지원이 전부인 현실에서는 그 교회 당회장의 목회 지침에 따라 선교 정책이 정해지거나 바뀌기 때문에 대형 교회가 아니면 각종 분야의 의료인이 연합하는 의료전문 선교기관으로서의 기능을 유지하기가 힘들다. 의료인 단체의 재정적 취약점 때문에 뜻은 있으나 실행하는 데에

과 도전』, (서울: 도서출판 건생, 1996), 99쪽.

109) 송진영, “의료선교의 전략,” 『의료와 선교』 27호 (1999 봄호): 43쪽.

110) 위의 책.

는 한계가 있으나, 많은 사람들은 의료인은 재정적 여유가 있는 사람들이라고 생각한다. 또 그것이 사실일지도 모른다. 그래서 의료인들의 활동에 재정 지원을 하는 사람들이 적은 것도 당연하다. 그러나 의료인들 역시 개 교회 중심의 헌금을 해야 하는 처지이므로 어려움은 지속되고 있다.

우리나라 거의 모든 교회가 해외 선교사역을 계획 할 때에 단순히 선교사의 생활비만 지원하면 선교사역은 이루어진다고 믿고 있는 경우가 많다. 그러나 선교사가 일정 기간 동안 사역을 하려면 보다 많은 지원이 있어야 한다. 생활비 외에도 여비와 현지 정착비, 현지어 습득과 체류비자 등의 소속비, 현지 면허 취득비와 단체회비, 자동차나 교통수단의 구입비, 자녀들의 교육비, 그리고 프로젝트를 위한 비용, 예를 들면 병원건축비, 운영비, 약품과 소모품의 지원등 선교사의 생활비와는 비교할 수없는 많은 재정 지원이 지속적으로 요구된다.<sup>111)</sup>

### 3. 전략없는 선교의 위험성

구체적인 선교 전략<sup>112)</sup>이 없이 현장으로 나갈 때, 선교사들은 과거 선교사들의 실수를 반복하는 결과를 가질 수 있다. 전략도 없고 경험 없는 젊은 선교사들이 선교지에 처음 나가게 되면 “무엇을 해야 될 것인가?” 당황하게 되어, 선배 선교사들이 전에 시도했던 것을 무조건 답습하게 될 가능성이 있다. 문제는 그들의 “과거의 실수”까지도 따르게 된다는 것이다. 그리하여 지금까지 한국교회가 시도했던 의료선교에 대한 기록과 객관적인 평가가 필요하다. 그러나 의료선교에 대한 기록이 많지 않기 때문에 우리는 의료선교 분야의 전략을 세우는데 개인의 경험에 의존하는 형편이다.

교회가 선교 전략 없이 선교할 때, 교회는 선교지 선정에 있어서 특정 지역에 편중되거나 선교의 중복 투자도 불사하게 된다. 이러한 경향은 선교사가 절실하게 필요하거나 긴급한 지역을 외면하는 결과를 가져올 수 있으며, 또한 선교지의 필요에 따라 선교사가 파송되기보다, 선교사의 필요에 따라 선교지가 정

---

111) 박종철, “한국의료의 현주소,” 『의료와선교』 제30호 (2000): 19쪽.

112) ‘전략’(strategy)이라는 것은 본래 군사적 용어로 적을 어떻게 공략하고 정복할 것인가에 대한 상세한 군사계획을 말하지만, 최근에는 목표에 이르거나 문제를 해결하기 위해 우리가 어떻게 나갈 것인가를 그리는 종합적인 접근 책, 계획, 혹은 방법을 뜻하는 일반 용어가 되었다.(방동섭, “의료선교 어떻게 할 것인가?,” 『단기의료선교의 장점과 단점』, (2001): 5쪽).



해결 가능성이 있게 된다. 현재 한국 선교사 가운데 의료선교사의 비율은 2% 정도에 해당되고 그 중 아프리카나 회교권에 사역하는 숫자는 매우 적다.

교회가 전략 없이 선교를 시도하려고 할 때 일어나는 또 한 가지의 문제점은 선교사 후보를 정하거나 파송하려고 할 때, 실질적인 자격이나 가능성, 선교지의 필요성, 선교 전략과는 관계없는 사람이 일시 방편으로 결정될 가능성이 있다는 것이다. 그리하여 선교지의 무단이탈이나, 갑작스러운 도충하차의 불미스러운 결과가 있게 된다. 우리가 의료선교사를 보낼 때 의료인으로서의 그가 준비를 하지만 더 중요한 것은 그가 복음전도자로서 어떤 준비를 했으며 영혼을 사랑하는 마음은 어떤가를 점검하는 것이다. 선교하는 사람의 자세는 선교의 미래를 결정한다. 선교라는 행위보다 더 중요한 것이 선교하는 사람의 모습이다. 즉 특정지역에서의 선교사의 사역이 어떤 열매를 맺을 것인가는 선교하는 사람이 어떤 자세로 선교하느냐에 달려있다는 것이다.

전략 없는 선교는 어렵게 확보된 선교 기금이나, 인적 자원 등 선교 자원을 쉽게 사용해 버리는 어려움에 빠질 수 있다. 그리하여 선교의 효율성이 떨어지고, 막중한 선교 헌금이 원치 않는 곳에 허비될 수 있다. 현재 한국 교회는 공적 위주의 선교와 프로젝트 중심의 선교, 물량주의 선교로 인해 선교의 방향이 흐려지고 있다.<sup>113)</sup>

#### 4. 변화하는 선교현실과 시대의 요청에 따른 한계

세계가 발전하면서 우리가 선교의 대상으로 삼고 있는 나라들도 발전의 대로를 걷고 있다. 그러나 의료선교는 제 3세계의 발전을 용납하지 못하고 있으며, 적절한 대책을 하지 못하고 있다. 현실적으로 목사의 입국과 전도를 금하고 있는 나라가 있어서 그것에 대해 대처하는 의미에서 전문인 선교사들이 활동하기 시작했다. 이들은 지금까지 어떠한 벽적인 제재에도 영향을 받지 않았고, 현지에서도 많은 혜택을 받았으며, 그들을 관리할 법적인 영향력이 그들의 활동지역까지 미치지 못했다.

그러나 현재 변화하는 세계상황에서 우리의 선교의 대상이 되고 있는 나

---

113) 방동섭, “의료선교 어떻게 할 것인가?,” 『단기의료선교의 장점과 단점』, (2001), 4-5쪽.

라들에서 전문인 선교사들에게 법적인 적합성과 서류상의 타당성을 요구하고 있다. 결국 전문인 선교사들이 자신들의 전문성에 대해서 현지에서 인정을 받아야 한다는 것이다. 이것은 의료선교사의 경우 더욱 절대적으로 요구되고 있다. 단순히 의료종사자로서(혹은 간호사라고 하더라도)현지에서 의료선교를 하는 사람들에게는 더욱 심각한 문제인 것이다.

많은 선교사들이 법적인 지식이 부족하고, 그에 대한 대처가 미흡하다는 것은 앞으로의 선교를 위해서 빨리 개선되어야 할 문제라고 할 수 있다. 의료선교사로서 전문인으로서 자신의 전문성을 현지에서 법적으로, 서류상으로 인정받을 수 있어야 한다. 선교의 사명으로 우리는 형지에 도움을 주고 있지만 그들이 선교사들을 보호하고 도와주리라는 것은 위험한 생각일 수 있다. 의료에 있어서 항상 가지고 있는 의료사고의 위험성은 환자에게 말할 나위 없는 아픔이지만 선교를 하러 온 선교사에게도 치명적이라고 할 수 있다. 또한 현지에서 선교사로 사는 것 자체가 그들의 법을 준수할 의무를 지고 있는 것이기 때문에, 의료선교사가 법적으로 대처해야 할 많은 문제들이 있는 것이 현실이다.<sup>114)</sup>

## B. 배경

1차보건의료라는 의료선교의 새로운 패러다임이 등장하게 된 배경과 1차보건의료의 개념이 등장한 일반적, 선교적 개념을 구체적으로 살펴보려고 한다.

### 1. 전통적 의료선교의 한계와 시대적 변화의 요청

토마스 쿤(Thomas Kuhn)의 “패러다임 변화”의 인식에서 의료선교도 전통적인 의료선교의 이해와 방법에서 변화하는 시대의 요청과 상황에 맞추어 패러다임의 변화의 시기를 맞이했다고 이해할 수 있다.<sup>115)</sup>

의료선교가 사역이 다원화되고 급변하는 사회에서 새롭게 다가오는 문제들에 대해 시대에 적절하면서 동시에 기독교 신앙의 본질과 조화를 이루는 반응

---

114) 송진영, “의료선교의 전략,” 『의료와선교』, 41쪽.

115) Daivid J. Boasch, *Transforming Mission - Paradigm Shift*, 김병길 역, 『변화하는 선교』 (서울: 기독교문서선교회, 2000), 293쪽.

들을 요구하는 상황과 문제들을 맞이하고 있다.<sup>116)</sup>

전통적으로 의료선교는 사람들의 육신적 및 영적인 문제들을 돌보는데 전력을 다해 왔다. 그러나 종종 매일 매일의 진료활동을 통해 의료선교사들은 상상을 초월하는 과중한 업무에 시달리게 되었다. 이런 상황은 많은 의료선교사들로 하여금 시급한 육신적 보살핌을 필요로 하는 환자들에게 육신적 필요와 영적인 필요 중 어느 것을 우선적으로 해결해야 하는 지에 갈등을 일으키게 만들었다. 복음주의 교회들은 다른 모든 분야를 제쳐놓고 영적인 문제에 치중하고 있고, 자유주의 교회들은 영적인 분야를 제쳐놓고 육신적, 사회적 분야에 집중하고 있다. 이로 인해 의료선교는 이분법적인 딜레마의 한계에 접해 있다.<sup>117)</sup>

대부분의 제3세계 국가들에서는 의료 인력의 80%가 도시에 편중되어 있는 반면, 인구의 80%는 시골 지역에 살고 있다. 대부분의 의원이나 병원들 역시 도시에 집중되어 있어서 시골사람들에게는 병원까지 가는 교통수단도 불편하고, 현대식 치료를 받기 위한 치료비도 지나치게 비싸다. 그러므로 시골 주민들은 건강관리나 치료 측면에서 소외당하고 있는 실정이다. 여기에서 효과적인 의료전달 체계의 문제가 제기 되는데 질병의 치료나 예방을 주민들에게 어떻게 제공하는냐의 문제가 제기 된다. 전통적인 의료선교는 질병을 발생초기에 예방하기보다 이미 발생한 질환을 완치시키는 방향을 추구하고 있다. 그것은 비용이 많이 들고 해결범위가 좁고 많은 사람들에게 접근 할 수 없다는 면에서 비효율적인 면의 한계를 드러내고 있다.<sup>118)</sup>

치료의학은 질병을 발생 초기에 예방하기 보다는 이미 발생한 질환을 완치시키는 방향을 추구하고 있다. 그것은 비용이 많이 들고 해결 범위가 좁고, 많은 사람들에게 접근할 수 없다는 면에서 비효율적이다.<sup>119)</sup>

---

116) 위의 책, 297쪽.

117) Stan. Rowland, *New Mission Paradigm for 21st Century*, 정길용 역, 『21세기 세계선교의 새로운 패러다임』 (서울: 이레닷컴, 2003), 35-36쪽.

118) 위의 책, 25쪽.

119) Stan. Rowland, *New Mission Paradigm for 21st Century*, 정길용 역, 『21세기 세계선교의 새로운 패러다임』, 25-26쪽.

## 2. 1차보건의료 패러다임의 출발 : 알마아타 선언

1차보건의료(Primary Health Care)는 1970년대 세계보건기구(WHO)가 이 지구상의 모든 인간의 건강 보장을 위한 전략으로 제시한 것이다. 이 때 당시 세계인구의 약 80%가 보건의료에 소외되어 있었으며 이들은 의료수가의 상승으로 인하여 보건의료를 이용하지 못하고 있었다. 이에 세계보건기구는 1978년 1차보건의료 세계대회<sup>120)</sup>를 개최하고 1차보건의료의 철학, 접근법, 내용을 제시하면서 모든 나라가 이를 실현하도록 권장하였다. 이 대회에는 우리나라를 비롯한 134여 개국이 참가하였다 여기에 참가한 많은 나라들은 1차보건의료의 실현을 위하여 전략을 논의하기도 하였으며 우리나라도 1차보건의료의 도입을 구상하기도 하였다. 이에 세계보건기구는 1차보건의료에 대한 시행전략을 개발하여 각 나라의 보건의료 전달체계에 맞도록 기술과 자원을 지원하였다.<sup>121)</sup> 이후 많은 나라들이 개발도상국의 농촌지경의 의료문제에 대한 문제제기는 1978년 1차보건의료를 위한 알마아타회의를 이끌어냈다.

중국에서 극적으로 보여준 바와 같이 지역사회보건인력은 보건의료서비스가 부족한 지역에 기본적인 의료서비스를 제공할 수 있는 방법으로 여겨졌다. 이 회의는 모든 사람들이 필요한, 특히 전통적인 현대의학이 무시해왔던 의료서비스의 내용과 형식에 대해서 명확하게 규정하였다. 알마아타회의가 열리기 몇 년 전에 세계보건기구(WHO)와 유니세프(UNICEF)는 ‘후진국에서의 기본적인 의료요구를 충족시키기 위한 대안적 방법’에 관한 보고서를 발표하였다. 그 보고서는 10개국 농촌인구에 제공된 서비스 사례연구에 기초하였다. 그 중 8개국에서 서비스 제공의 중요인력은 다양한 지역사회 보건인력이었다(쿠바와 유고슬라비아만은 의사였다.) 이 보고서는 세계보건기구의 보고서로서 어떤 정책적 선언을 이끌어지는 못하였지만, 알마아타 회의의 전초가 되었다.<sup>122)</sup>

알마아타 회의의 중요한 가치 중의 하나는 모든 사람에게 보장되어야 할 보건의료서비스의 선언에 있다. 세계보건기구 헌장을 인용하여 알마아타 회의는 “정부는 국민의 건강에 책임이 있다”라는 사실을 재확인 하였다. 또한 아래와 같

---

120) International Conference on Primary Health Care.

121) 이시백 외, 『보건학개론』 (서울: 서울대학교출판부:1998), 291쪽.

122) Milton Irwin, Roemer, *National health systems of the world*, 강민선 역, 『세계의 보건의료제도』 (서울: 한울아카데미, 2002), 269쪽.

이 말하였다.<sup>123)</sup>

앞으로 정부, 국제기구, 전세계 모든 지역사회의 사회적 목표는 2000년까지 모든 사람들이 사회적, 경제적으로 생산 활동을 할 수 있도록 하는 건강수준을 달성하는 것이다. 사회정의 발전의 한 부분으로 1차보건의료가 이러한 목표를 달성하는 주요열쇠이다.

이러한 1차보건의료적 접근은 건강증진, 예방, 일차적 진료에 대한 관심을 요구한다. 또한 전략적으로는 적절한 기술, 지역사회 참여, 다른 사회 부문(교육, 농업, 주택 등)과의 보건사업의 협조 또는 상호협력을 강조한다. 거의 모든 국가의 정부는 국가 보건의료체계에서 이러한 1차보건의료적 접근에 대한 지원을 약속하였다.<sup>124)</sup>

### 3. 1차보건의료의 의료선교적 배경

1963년 WCC 건강분야의 책임자였던 영국의 제임스 막길버리 목사의 주선 하에 아프리카의 나이지리아, 우간다, 케냐로부터 시작하여 아시아의 인도네시아, 인도 등에서 수년에 걸쳐 첫 개신교 의료선교 조사가 실시되었다.

이 광범위한 조사의 목표는 크리스천 의료선교사들의 사역이 첫째, 선교지 국민의 건강과 의료의 필요를 해결하는데 기존 정부 및 사립기관의 시혜와 연결하여 어느 정도 타당성이 있는가? 둘째, 선교지 국가와 지역사회에서 생명과 선교를 위해 의료선교사들이 해야 할 타당한 프로그램이 있는가? 하는 것이었다. 이 조사가 계속되는 동안 크리스천의 ‘건강섬김(Health Ministry)’에 대한 의식이 근본적으로 새롭게 전환되어야 한다는 것이 인식되면서, 1964년 5월 튜빙겐 1차 회의(Tubingen Consultation)가 개최되었다. 이 회의 결론은 온전한 그리스찬 믿음(Whole Christian belief)은 하나님께 인류를 위한 구속계속으로 치유사역을 교회에 위임하였다는 것이다. 이는 구속(Salvation)은 라틴어 salus에서 유래했는데, salus가 바로 Health 즉 건강이다. 비록 교회가 사람의 모든 필요를 채우지는 못할지라도 의료사역은 사회복지, 영양, 농업, 지역사회 개발과 함께 총

---

123) 알마아타선언.

124) Milton Irwin, Roemer, *National Health Systems of the World*, 강민선 역, 『세계의 보건의료제도』, 399쪽.

체적으로 시행되어야 하며 의료는 사람을 건강하게 하기 위해 필요한 다양한 영역중의 하나라는 견해에 일치되었다.

이러한 기본적인 기독교 건강(Christian Health)에 대한 기본원칙이 세워지면서 조사가 지역별로 계속되어 정보가 증진되고, 두 번째 목표인 소명과 선교를 위한 타당한 프로그램을 찾기 위해 1967년 9월 제2차 튜빙겐회의가 개최되었다. 이 회의 결과 1968년 6월 개신교 건강선교 뿐만 아니라 국제건강이라는 개념으로 방향이 전환되게 된 기독교의료결의회(Christian Medical Commission: CMC)가 WCC산하에 탄생되었다. CMC는 건강사역의 위기를 타개하기 위해 그리스도인의 부르심(The Christian Calling), 변화의 필요성(Need for Change), 새로운 방향(New Direction), 구체적인 목표(Specific Objectives)의 4방면에 대해 해답을 찾기로 하고 총체적인 건강사역, 지역사회중심으로, 정부 및 관련기관과 협력, 교계와 연합 및 협력, 전략기제는 광역 및 지역 조직에 알맞은 구조, 인력의 재분배 행정 구조의 재편성, 정보제도, 인구동태 문제의 일반적인 원칙을 세웠고, 급속히 세계각처의 크리스천 의료분과에 파급되었다.

1967년 인도네시아 자바에서 구나반(Gunawan)의사 부부, 1969년 한국 거제도에서 북장로교 선교사인 외과의사 시브리(John Sibley), 1970년 인도 잠켓에서 아롤(Arole)의사 부부의 지역사회를 위한 건강사역의 시도되고 효과적인 결과로 이런 사례들이 국제적으로 확산되기 시작하였다. 이 새로운 건강사역의 이념을 CMC는 1973년 WHO 부총재 람보(Lambo) 의사가 시도하여 총재 말러(halfdan Mahler) 의사와 함께 첫 회의를 가진 후 결국 헌신까지 가도록 지원했다. 그 후 WHO는 이 지역사회 기본건강 개념을 1차 정책으로 하여 UNICEF와 협력하고 1976년 "모든 사람에게 건강(Health for All)"이 두 기관의 전략이 되었다. 그리고 1978년 두 기관의 주도로 알마아타 헌상이 제정되었다.<sup>125)</sup>

### C. 개념과 내용

이전의 의료선교는 병원을 중심으로 한 1차진료중심으로 이루어져 왔다면, 새로운 패러다임으로서의 1차보건의료은 그 내용과 사역의 방법, 범위가 다

---

125) 채영애, “국내외 선교지의 지역사회 기본건강사역의 현황”, 『의료와 선교』, 통권 27호 (1999): 21-23쪽.

르다고 할 수 있다. 다음에서 1차보건의료의 무엇이든 그 내용과 범위, 그리고 구체적인 사역이 무엇인지 살펴보고자 한다.

## 1. 1차보건의료의 정의

1차보건의료란 무엇일까? 다음은 1978년 세계보건기구가 주최한 1차보건의료 세계대회의 정의이다.<sup>126)</sup>

1차보건의료는 지역사회의 개인, 가족이 일반적으로 쉽게 이용할 수 있으며 지역사회 주민들이 받아들일 수 있는 사업방법으로 지역사회의 적극적인 참여에 의해서 그들의 지불능력에 맞는 보건의료 수자로 제공되는 필수적인 보건의료이다. 또한 국가의 핵심 보건사업조직과 그 지역사회의 전반적인 사회, 경제개발의 구성요소이다.

이 정의를 살펴보면 1차보건의료는 그 용어가 내포한 의미대로 보건의료의 1차적이고 기본적인 것임을 알 수 있다.

1차보건의료의 기본가정은 건강과 질병이 분리될 수 없고 건강과 질병은 항상 연속선상에 존재하며, 질병은 건강에 대한 우발적인 사고로서 건강문제라고 보는 것이다. 즉, 건강이 있으면 다음에는 질병이 있을 수 있다. 그리고 이 질병의 정도와 양상은 각기 다르며 이들 건강문제의 심각 정도에 따라 1차 건강문제, 2차 건강문제, 3차 건강문제로 분류하고 이들 각각의 문제를 해결하는 접근을 1차보건의료, 2차보건의료, 3차보건의료라고 한다.

이러한 체계로 지구상 인구의 건강문제를 분류하면 인구의 85%정도가 절대적인 건강에서 조금 일탈한 1차건강문제를 가지고 있으며, 한 인간의 일생을 통하여 발생한 건강문제의 약85%가 1차보건의료 문제라는 것이다. 이러한 논리로 보면 1차보건의료만 잘하면 지구상 인구의 85%의 건강문제를 해결할 수 있게 된다는 것이다. 더욱이 1차보건의료는 절대적인 건강에서 조금 벗어난 1차적이고 기본적인 필수적인 것들이어서 처치가 간단하고 가격이 저렴하여 누구나 쉽게 이용이 가능하다는 것이다. 따라서 1차보건의료는 중환자를 치료하는 병원에서보다는 건강에서 조금 일탈한 사람과 건강한 사람의 건강을 유지, 증진하는 지역사회 보건에서 이루어지고 있다. <sup>127)</sup>

---

126) WHO, Primary health care, Geneva, 1978.

## 2. 1차보건의료의 기본철학

1차보건의료의 철학은 온 지구상의 인구가 보건의료에 대하여 평등해야 하고 국민은 건강할 기본 권리를 가지며 국가는 국민의 건강을 보장하기 위한 책임을 가져야 한다는 것이다. 이러한 철학은 세계보건기구의 “2000년까지 만인의 건강”(Health for all by the year 2000)이라는 목표달성의 원동력이 되고 있다. 1차보건의료의 접근에 대하여 세계보건기구는 1차보건의료가 출현하게 된 이유와 철학을 기초로 다음 4가지를 제시하였다.

첫째, 쉽게 이용 가능해야 한다. 지역적, 지리적, 경제적, 사회적 등으로 1차보건의료를 이용하는데 차별이 있어서는 안된다는 것이다. 즉 1차보건의료는 모든 인간에게 평등하고, 쉽게, 이용가능하도록 사업이 전개되어야 한다.

둘째, 지역사회가 쉽게 받아들일 수 있는 방법으로 사업이 제공되어야 한다. 그 지역사회의 주민들이 편안하게 받아들일 수 있는 건강문제 해결접근을 1차보건의료에서 연구하여 사업방법으로 활용해야 한다. 1차보건의료는 지역사회의 기본적인 건강요구에기초를 두고 일차적으로 조치를 하는 것이므로 이미 지역사회에서 활요하고 있던 조치를 분석하여야 한다.

셋째, 지역사회의 적극적인 참여에 의해서 사업이 이루어져야 한다. 1차보건의료를 제공하는 사람과 지역사회가 대등한 관계로 1차보건의료사업의 동업자가 되는 것이다. 전통적으로 시행해 오던 보건의료는 보건의료 전문가가 능동적으로 지역사회 주민에게 보건의료를 제공하는 것으로 지역사회 주민은 수동적 자세였다. 그러나 1차보건의료사업은 지역사회가 적극적으로 참여하여 사업요구 파악, 계획, 수행, 평가가 이루어져야 한다.

넷째, 지역사회의 지불능력에 맞는 보건의료수가로 사업이 제공되어야 한다. 지역사회 주민이 1차보건의료를 이용하는데 경제적으로 부담을 느끼지 않는 범위에서 의료수가를 결정해야 하며, 이 결정은 지역사회에서 이루어 져야 한다.<sup>128)</sup>

---

127) 이시백 외, 『보건학개론』, 292쪽.

128) 지역사회간호학회 출판편집위원회, 『보건학 강좌』, (서울: 수문사, 1998), 27쪽.



### 3. 1차보건의료의 역사

원래 의료라 함은 질병을 치료하거나 직접 예방하는 행위를 의미해 왔으며, 생활환경과 자연환경을 청결히 하고 건강을 유지하고 조장하는 일은 보건위생이라 하여 의료와는 구분해 왔다. 그러나 오늘날에 와서는 질병과 건강을 하나의 연속된 스펙트럼으로 이해하여 구분이 불명확해지고 있다.

원시시대에는 질병이 악령(또는 악귀)의 탓으로 여겼기 때문에 보건의료란 악령을 퇴치하려는 마술이나 종교적 의식, 주술을 의미하였다. 그러나 인지가 발달하면서 질병에 대처하는 경험이 축적되어 민속의료나 토속처방이 자리 잡게 되었다. 이러한 축적된 지식 중에서 가장 좋은 결과를 가져오는 것이 보건의료기술로 발전하게 되었는데 이것이 모여서 체계화된 것이 의학으로 발전하였다. 뿐만 아니라 개인의 청력이나 환경위생이 건강에 중요한 영향을 미친다는 사실이 알려졌다. 고대 그리스시대와 로마시대를 거치면서 이러한 개념이 사회적으로 받아들여져 도시계획과 상하수도시설이 발달하게 되었고 질병의 치료에 과학적 사고가 도입되고 의과학이 크게 발전하게 되었다. 이 단계의 치료서비스는 대체로 개입적 책임 하에서 수행되었다.

현대적 의미에서의 보건의료 개념의 확장은 19세기 후반에 발달한 병인론에서 비롯되었다. 즉, 전염병의 세균발생설이 체계화됨에 따라 이를 방어하기 위한 면역학이 발달되었고, 각종 전염병에 대한 예방접종이 보편화되기 이르렀다. 뿐만 아니라 산업혁명 이래로 도시화가 가속되면서 가족의 구조와 기능이 변화되었고, 이에 따라 보건의료에 대한 사회적 책임을 강조하는 방향으로 발전하게 되었다.

이러한 세계적 추세를 명문화한 것이 WHO(세계보건기구)헌장과 세계인권선언이다. 1946년 미국 뉴욕에서 채택된 WHO헌장의 서문에는 ‘가능한 최고 수준의 건강을 향유함은 모든 인간의 기본적 권리의 하나이며 인종, 종교, 정치적 신조, 경제 및 사회조건에 관계없이 차별이 있어서는 안된다’라고 서술하였다. 1948년 12월 10일 프랑스 파리에서 개최된 제3차 UN총회의 세계인권선언문에서 ‘모든 인간은 자기와 가족을 위하여 의식주, 의료와 사회적 시설을 향유할 권리를 가지며, 실업, 질병, 불구, 배우자 상실, 노령 또는 불가항력에 의한 생활 불능시에 있어서의 보장에 대한 권리를 가진다’라고 명시하였다. 즉, 보건의료를

생존권적 기본 권리의 하나로 인정하고 이후로부터 보건의료에 대한 권리개념이 신장되어 이른바 건강권(Right to Health)을 보편화하게 되는 계기를 맞이하였다.<sup>129)</sup>

그러나 각국의 경제, 사회발전의 정도에 따라 건강권 개념의 실천 정도에 는 큰 차이를 보이고 있음이 사실이다. 이처럼 건강권 개념이 대두됨에 따라 건강권을 보장하기 위한 연구가 활발하게 진행 되었는데, 그 중에서도 보건의료의 개념과 관련하여 건강의 결정요인에 대한 연구가 관심을 모으고 있다. 보건건강의 이론(The Health Field Concept)에 의하면 건강의 주요 결정요인은 인체 생물학적 요인, 환경요인, 생활양식 요인, 보건의료조직 요인으로 구분된다. 이처럼 건강에 영향을 미치는 요인이 복합적이기 때문에 이들 요인에 대한 총체적인 접근이 없이는 최고조의 건강을 확보하기 어렵다. 즉 개인을 불건강으로 유도하는 자연환경과 사회환경과 개체의 생물학적 요인에 대한 것이 주요 관심사로 되어 있다. 그러므로 의료인과 환자간의 단순한 관계로서 보건의료를 설명하는 것은 불충분하다.

기본권으로서의 건강권은 환자의 진단과 치료 이외에도 건강증진, 질병 예방, 질병의 조기진단, 환자의 재활에 이르는 포괄적인 대인 건강 서비스로 개념이 규정되어야 하고, 이러한 대인 건강 서비스가 생산되고, 자원 조달되고, 전달되는 사회적 관계의 토대 위에서 이해되어야 한다. 이러한 의미에서의 보건의료를 전국민에게 공평하게 베푸는 것이 인류의 이상으로 되어 있다. 이러한 이상을 달성하기 위해 WHO는 1차보건의료의 개념을 범세계적인 운동으로 전개하고 있다.<sup>130)</sup>

#### 4. 1차보건의료의 원칙

지역사회에서 요구되는 필수적 보건의료(Essential Health Care)를 지역사회주민과 보건의료인의 공동참여로 수행한다. 이에 한걸음 나아가 지역사회주

---

129) 건강권이라 함은 국민이 건강하게 살 권리를 의미하며, 국민의 기본권적 생존권으로서의 건강이라는 개념을 지니게 된다.(문옥륜, “의료제도와 건강권”, 『대한변호사협회지』 통권 22호 (1976).

130) 이시백 외, 『보건학개론』, 89쪽.

민의 건강유지 및 증진을 위해 적극적 보건서비스를 전개함으로써 환경위생개선을 비롯한 보건예방활동을 적극적으로 추진한다. 이런 1차보건의료에 대한 원칙이 1978년 알마아타 선언에서 정해졌으며, 그 후 여러 국제회의를 통해 더욱 정교하게 다듬어졌다. 이 원칙은 7개의 원칙으로 세분화 할 수 있고, 각각의 원칙들이 서로 연관되어 있거나 독자적이기도 하다.

첫째, 실행가능성(Feasibility)의 원칙이다. 무엇보다도 1차보건의료는 경제적으로 실현가능성이 있어야 한다. 자원이 부족한 개발도상국은 1차보건의료를 실행하는 주요한 인력으로서 지역사회 보건인력에 관심을 가지게 되었다. 동시에 이들에 대한 감독기능도 함께 제공되어야 한다. 인력과 자원이 풍부한 선진국의 경우 일반의가 1차보건의료를 제공할 수 있다. 중진국의 경우 보조인력과 의사들 모두가 1차보건의료를 제공할 수 있을 것이다.

둘째, 적합성(Acceptability)의 원칙이다. 개발도상국의 경우 지역사회 보건인력은 국민들에게 친숙하면서도 1차보건의료를 수행하는 데 적합하다. 의사를 거의 접할 수 없는 사람이라고 해서 의료에 대한 수요가 없는 것은 아니다. 선진국의 경우는 의사가 1차보건의료에 적합하다. 이렇게 일반의가 1차보건의료를 수행하는 경우 숙련된 보조인력의 도움이 필요하다. 사람들의 교육수준이 높아짐에 따라 의료에 대한 기대와 기준도 높아지고 있다.

셋째, 주민참여(Community Participation)의 원칙이다. 지역사회 보건인력이 지역환경에 잘 적응하고 친숙해지기 위해서는 지역주민이 정책결정에 참여해야만 한다. 그러므로써 관료적 문제가 잘 극복될 수 있는데, 이것은 다양한 형태로 나타난다. 1차보건의료 프로그램에 지역주민이 참여함으로써 성과 면에서 효과를 보았다는 결과가 많이 발표되고 있다.

넷째, 적절한 의료기술(Appropriate Technology)의 원칙이다. 고가 의료장비에 대한 대응으로서 1차보건의료가 탄생되었기 때문에 자연히 의료장비의 적절성이 강조된다. 2,3차 의료기관에서 필요한 검사실과 X-선 장비는 1차보건의료기관에는 적절하지 않다. 또한 고급 화장실 대신 위생적인 화장실만으로도 족하다. 개발도상국과 선진국 모두 적절한 의료장비에 대하여 많은 관심이 필요하다.

다섯째, 상호조정(Intersectoral Coordination)의 원칙이다. 건강은 수많은 외부환경과 의료서비스 외적인 요소에 의해 영향을 받기 때문에 1차보건의료는

의료외적인 부문에 대해서도 고려를 해야 한다. 즉 교육, 고용, 주거, 수송 등에 관심을 가져야 한다. 문제는 보건의료체계와 인력이 이와 같은 보건 외적인 부문에 대하여 무엇을 할 수 있는가이다. 현실적으로 보건의료인력은 교육, 농업, 주택 등의 부문과 공동적인 작업을 수행할 수 있으며, 보건의료 지도자들은 이런 부문들을 지원할 수 있다. 지역차원에서 볼 때 이러한 여러 부문의 시민단체는 정책과 프로그램 개발에 함께 협력해야만 한다.

여섯째, 포괄성(Comprehensiveness)의 원칙이다. 1차보건의료의 또 다른 원칙으로는 대상범위의 문제이다. 과거의 경험을 통해서 볼 때, 1차보건의료의 한가지 측면만으로는-예컨대 예방접종, 가조계획, 영양, 안전한 식수 등-1차보건의료를 위한 지역사회의 하부구조를 구축하지 못한다. 소아마비 예방과 말라리아 박멸에만 한정된 사업은 캠페인이 끝나면 그 효과가 오래 지속되지 못한다. 그러므로 지속적인 효과를 거두려면 1차보건의료에 대한 영역의 문제가 중요시되어야 한다. 1980년대 세계보건기구의 경험은 1차보건의료의 지역적 규모에 대하여 많은 교훈을 준다. 보통 한 지역단위는 지역주민의 요구를 90%정도 채워주는 규모여야 한다.

일곱째, 형평성(Equity)의 원칙이다. 형평성은 가장 중요한 1차보건의료의 원칙이다. 이것은 수요에 따라 계층과 구매력에 상관없이 누구든지 의료를 이용할 수 있어야 한다는 것을 의미한다. 이러한 원칙은 자원마련의 문제와 관련이 있다. 개발도상국은 선진국보다 1차보건의료를 폭넓게 제공하지는 못하지만 평등의 원칙은 마찬가지로 적용되어야 한다.<sup>131)</sup>

## 5. 1차보건의료의 필수사업내용

1차보건의료의 내용은 크게 9가지로 구분된다. 국민의 기본적인 건강문제를 일차적으로 조치할 수 있는 범위의 내용들이다.

첫째, 지역사회가 가지고 있는 건강문제와 이 문제를 규명하고 관리하는 방법을 교육이다. 둘째, 식량의 공급과 영양의 증진. 셋째, 안전한 물의 공급과 기본환경위생. 넷째, 가족계획을 포함한 모자보건. 다섯째, 그 지역사회의 주된 전염병의 예방접종. 여섯째, 그 지역의 지방병 예방 및 관리. 일곱째, 통상질환과

131) 정규철, 『지역사회보건학』, 270-73쪽.

상해의 적절한 치료, 여덟째, 정신보건의 증진, 아홉째, 기본 약의 제공<sup>132)</sup>이다.

이와 같이 1차보건의료에 대한 포괄적인 개념이 정리되면, 1차보건의료 요원에 대한 종류는 보다 다양해 질 것이며 책임 범위는 각 직종별 요원의 교육과 가능성에 따라 적절히 결정될 수 있다. 건강의 결정요소가 복합적이고 따라서 건강문제가 복잡화되기 때문에 그 해결에 있어서 다변적 접근법이 시도되어야 한다. 진료와 의료에 대한 개념이 보다 포괄적인 성격을 띠어야 함은 복잡화되어가는 시대적 요구이기도 하다.

1차보건의료는 포괄적 지역사회 보건진료 시혜구분에 의해서 분류된 가장 필수적 건강요구를 충족시키기 위하여 필요한 사업이다. 1차보건의료는 보건진료제도에 주문건강문제 해결을 위하여 최초로 접하는 관문역할을 하여(제도상), 예방과 진료기술(기술상)을 적용하여 건강보호를 위하여 1차적으로 관여(intervention)한다. 1차보건의료는 지역사회 보건의료라는 포괄적 개념 배경이 필수이기 때문에 1차보건의료 개념을 실제 사업에 적용하는데 있어서의 기본 전략은 지역사회 참여와 개입이 중심이 된 지역사회 개발사업의 일환으로 또는 통합된 부분으로 추진되어야 한다.<sup>133)</sup>

## 6. 1차보건의료의 관련구조

1차보건의료 수행을 위한 관련조직과 구조는 대단히 중요하며 다음과 같은 체계가 적절히 구성되어 사업운영관리에 도움을 주어야 한다. 그 구조는 크게 세가지로 구성된다. <sup>134)</sup>

첫째로 보건조직에 의한 지원과 감독 (Supported and supervised by the health system) 구조이다. 둘째로 관련기관 및 부문과의 조정과 협조 (Coordination and cooperation with relevant sectors)에 대한 구조이며, 셋째, 지역사회 참여와 관여(Community participation and involvement)구조이다.

132) 지역사회간호학회 출판편찬위원회, 『보건학 강좌』, 28쪽.

133) 정영일 외 3인, 『지역사회보건 및 일차보건의료』, 180-82쪽.

134) 有賀徹, 『健康科學』, (서울: 水原出版, 1989), 16~17쪽.

## 7. 1차보건의료와 접근수단

1차보건의료가 건강증진이 1차적 목적이고 보건의료 봉사의 제공이 주기능일 수 밖에 없다. 이와 같은 기본적인 기능을 수행하는 수단을 다음과 같이 요약할 수 있다.

첫째는 지역사회의 종합적 개발활동의 일환으로 추진하는 방법이다. 건강문제를 그와 관련된 문제와 함께 다룸으로써 효과적 해결을 도모하고 주민들이 중시하는 문제와 통합하여 전개함으로서 수용도를 높이자는 전략에서 나온 것이라 할 수 있다.

둘째는 접근성(Accessibility)을 보장하는 방법이다. 지역사회주민이 필요시 보건의료의 혜택을 쉽게 받기 위해서는 보건의료의 접근성을 높여야 한다. 접근성에는 지리적 접근성, 재정적 접근성, 문화적 접근성, 기능적 접근성이 있는데 이를 구체적으로 살펴보면 다음과 같다. 지리적 접근성이라는 것은 지역사회 주민이 보건의료기관을 이용할 때 보건의료기관과의 거리가 어느 정도 되는지, 오가는 시간은 어느 정도 걸리는지, 이용할 수 있는 교통수단이 어떤 것이 있는지를 고려하여 지역사회주민의 지리적 접근성을 보장하기 위해 노력해야 한다. 문화적 접근성이라는 것은 사용되는 기술과 관리방법들이 지역의 문화와 조화를 이룰 수 있는지를 의미하는 것으로서 사용되는 방법이나 기술들이 아무리 훌륭하더라도 지역사회에서 문화적으로 받아들일 수 없는 것이라면 의미가 없으므로 문화적으로 지역사회주민이 받아들일 수 있는 방법을 사용해야 한다. 기능적 접근성이라는 것은 올바른 형태의 보건의료가 사람들이 필요로 할 때마다 그것을 필요로 하는 사람이 계속적으로 이용할 수 있고 그리고 필요한 보건의료가 보건의료팀에 의해서 적절히 공급되도록 운영되고 있는지를 나타내는 것으로 1차보건의료가 기능적으로 원활히 운영되어야만 지역사회주민이 보건의료의 혜택을 받을 수 있기 때문에 기능적 접근성은 보장되어야 한다.

셋째는 지역의 참여와 결정권을 증대하는 방법이다. 지역의 자체 능력을 의존하자면 참여가 필요불가결의 요소이며 참여는 결정권을 수반하여야 한다. 기본적인 보건의료를 제공받을 수 있기 위해 여러 가지 접근방법이 시도될 수 있으나 지역사회주민이 그들의 건강에 대해서는 그들이 책임을 져야 한다는 책임감을 가지고서 노력할 때만 이루어지는 것이다. 이렇게 지역사회주민이

책임감을 가지고서 적극적으로 1차보건의료 사업에 참여할 때 기존의 보건사업에 수혜자로서 피동적 위치에만 있던 지역사회주민이 인적자원의 역할을 담당하므로 지역사회가 이용할 수 있는 자원의 역할을 담당하므로 1차보건의료 사업은 더욱 효과적으로 수행할 수 있는 것이다.<sup>135)</sup>

넷째로 지역사회주민의 동기조성과 자금조달을 강구하는 방법이다. 지역사회주민이 수용할 수 있는 보건의료서비스는 양질의 서비스이면서도 경제적으로 받아들일 수 있는 정도의 가격이어야 한다. 그리고 지역사회주민들의 보건의료 요구를 파악하여 이를 충족시키기 위한 동기조성을 해야 하며 주민들이 이를 수용할 수 있도록 홍보교육 등 여러 가지 대책을 강구하여야 한다.

다섯째로 1차보건의료 수행을 위한 요원을 훈련교육하는 방법이다. 1차보건의료사업을 효율적으로 수행하기 위하여는 관련요원들에게 필요하고도 적절한 직무교육이 필요한데, 1차보건의료 개념과 철학, 지역사회조직에 대한 개념과 활용, 지역사회의 건강상태에 대한 조사와 평가, 지역사회에서의 보통 질병치료와 응급처치,약품투약과 가정상비약 분배, 환자후송체계 활용, 정기검진과 관련 자료기록 및 보고, 건강상담과 보건교육이 그 내용에 해당된다.

여섯째로 비상임, 비전문 요원을 활용하는 방법이다. 간단한 보건의료적 조치만이라도 모든 사람에게 보장하기 위한 수단이다. 지역사회주민이 비상임 요원으로 일해 준다면 주민들에게 보건의료 이용 상의 지리적 접근성을 보장할 뿐만 아니라 사회적 간격을 좁혀 줄 수 도 있을 것이다. 또 비용을 절약하고 현지의 요원 확보 난을 완화시킬 수 있다.

일곱째로 전문적 보건의료 기관 및 기타 여러부문의 지원과 자문을 받는 방법이다. 1차보건의료라는 말이 이미 상급 보건의료가 있음을 내포하고 있으며 그 지원과 지도가 있어야만 지역사회 수준에서의 제한된 능력이 보완될 수 있을 것이다. 종합적인 지역사회 개발사업의 일환으로 전개되는 것이므로 종합적 사업의 성패가 곧 보건의료의 성패이다. 그러므로 1차보건의료의 성공적 수행은 지역사회개발과 관계있는 모든 부문의 지원을 요한다. 여러 부문의 지원이 지우너지 조화있게 이루어지려면 상위 수준에서의 부문간의 협조, 조정이 필수적임은 물론이다. <sup>136)</sup>

---

135) 고성진 외, 『현대공중보건학』, (서울: 지구문화사, 1999), 38-39쪽.

136) 이현수, 『건강과학개론』, 278-79쪽.

## 8. 1차보건의료와 지역사회 주민참여

지역사회 주민참여가 지역보건사업에서 하나의 중요한 쟁점으로 부각된 데에는 1차보건의료(Primary Health Care)가 주요 배경이 되고 있다. 지역보건사업의 직접적 대상자인 주민들이 경제적으로나 지리적으로 또 문화적으로 쉽게 의료서비스를 접할 수 있도록 하자는 1차보건의료의 이상에서는 지역사회의 주민참여가 근본적이고도 필요불가결한 요소로서 인식되었기 때문이다. 그리하여 1차보건의료를 지역보건사업의 기본적 전략으로 채택한 1978년 세계보건기구의 알마아타 선언에도 지역사회 주민참여는 1차보건의료의 핵심적 요소의 하나로 등장되었고, 1차보건의료를 내세운 세계보건기구의 선언에 따라 각국의 지역보건정책과 사업에서도 주민참여를 지역보건사업의 핵심요소로서 표방하게 되었다.

지역사회 주민참여는 지역의료체계의 보건의료인과 지역사회 간의 관계구조에서 발생하는 사회적 과정이다. 즉, 지역의료체계의 보건사업에 지역사회 주민들이 어떠한 방식으로 참여하느냐라는 것이 지역사회 참여의 형태이다. 관계구조에서 지역사회주민이 보건사업과정에서 갖는 주도성(initiative)에 따라 주민참여의 단계를 설정하면 (그림 1)와 같다.

그림에서 보듯이, 지역사회 주민참여는 주민의 정도에 따라 주도(initiative), 개입(involvement), 협력(cooperation), 협조(assistance) 그리고 동원(mobilization)등 다섯 단계로 나눌 수 있다. 동원단계의 주민참여는 강요된 참여로서 주민에 대한 권한이양의 정도가 가장 낮아 형식적 참여에 머물고 있다.

자발적 참여	실질적 참여 ▲ ▼ 형식적 참여	높 음 ▲ ▼ 낮 은	주 도
유도된 참여			개 입
			협 력
강요된 참여			협 조
			동 원
참여동기에 따른 분류	참여결과에 따른 분류	권한이양의 정도	주민주도의 정도에 따른 참여의 단계

그림 1 주민참여의 유형과 단계

출처 :정영일 외 3인, 『지역사회보건 및 일차보건의료』, 189쪽.



동일한 유도된 참여라도 권한이양의 정도에 따라 협력단계와 협조단계로 구분할 수 있다. 협조단계에서는 참여에 대한 반대급부로서 참여를 유도하나 보건사업의 계획과 조정과정이 제공자 측에 여전히 독점되어 있는데 반해, 협력단계에서는 보건사업의 계획과 조정과정이 주민들의 의사가 반영되도록 하는 것이다. 이러한 참여의 성격에서 좀 더 지역사회 주도성이 강해질 때, 주민들이 보건사업의 계획과 조정 그리고 평가에 대해 개입하기를 요구하게 된다. 보건사업에서 주민주조의 현상은 그리 흔하게 나타나지 않는다. 지역보건사업에서 주민참여의 형태와 단계를 설정한다는 것은 사업서술과 평가에서 동의 반복적 오류를 피한다는 점에서 매우 중요하다. 주민참여를 강조하고 필요성을 역설하는 것과 주민참여의 현재를 분석하는 것은 각기 다른 차원의 접근이다. 지역보건사업의 보고서에서 주민참여를 위한 사업을 전개하기 전과 후를 비교할 수 있는 참여단계를 제시하지 않는 것이 주민참여의 당위성을 반복적으로 강조할 수밖에 없는 원인이 되고 있다.

전통적 보건학에서 주민참여의 장애요인을 주로 지역사회주민 측에서 찾는 경향이 있다. 즉 지역사회의 참여가 제대로 일어나지 않는 이유를 지역주민의 비협조와 낮은 교육수준, 그리고 지역사회 주민간의 시기와 분열 등으로 파악하고 있는 것이다. 주민의 참여를 위해서는 주민의 행위교정을 위한 꾸준한 교육이 필요하다는 주장이다. 그렇지만 비판적 이론(critical theory)에 따를 때, 지역사회참여의 장애요인은 주민들의 무지와 무기력 자체가 아닌 그 생성구조인 사회구조에서 찾아야 할 것이다. 지역사회는 하나의 고립적이고 동질적 집단이라고 볼 수 없으며, 계급별, 성별, 지역별, 직업별, 연령집단별 다양성과 내적 분화가 이루어져 있다. 따라서 지역사회참여에서 각 집단별 대표성이 확보되어야 주민들이 동의하게 된다. 관료주의는 어떤 보건사업의 지역사회참여에서도 등장되는 주요한 장애요인의 하나이다.

주민참여에 대한 관료주의적 장애요인은 다음과 같이 나열될 수 있다. 첫째, 보건사업의 계획과 조정 그리고 평가과정이 제공자에 의해 독점되어, 지역주민이 그 과정에 참여할 만한 여지가 많지 않다. 둘째, 보건행정과정에 대한 정보독점이 지역사회참여를 방해한다. 셋째, 보건사업과정이 위에서부터 아래로 지시되는 하향식(top-down approach)보건행정구조에서는 지역사회 참여를 기대할 수 없다. 지역사회참여의 기본성격은 상향식(bottom-up approach)이기 때문에,

하향식으로 이루어지는 관료주의적 보건행정구조와는 배타적일 수밖에 없다.

마지막으로, 지역사회참여에 가장 큰 장애요인 중 하나는 주민참여에 대한 보건의료인들의 냉담한 태도이다. 사실 지역사회참여가 이루어지면 보건의료인들로서는 업무량이 증가할뿐더러, 주민들과 분쟁의 소지가 오히려 커지며, 주민의 요구사항이 많아진다. 지역보건사업에서 지역사회참여가 지속적이고, 체계적으로 일어나기 위해서는 지역의료체계에서 주민참여를 수용할 수 있는 제도적 장치가 필요하다. 지역사회보건사업에서 주민참여의 제도적 장치가 잘 마련되어 주민의 의사가 보건사업과정에 반영된다면, 지역사회참여는 실제로 활발하게 전개될 것이다.<sup>137)</sup>

## 9. 1차보건의료의 문제점

1차보건의료의 다양한 접근과 시도에도 불구하고 1차보건의료의 시도가 지역사회에서 문제점들을 나타내고 있는데, 1차보건의료의 문제점을 살펴보면 다음과 같이 나타난다.

첫째, 지역사회주민은 건강에 우선순위를 두지 않는 경향이 있다. 둘째, 주민들은 1차보건의 의료적 접근을 효과적이라고 생각지 않는 경우가 많다. 셋째, 상급보건의료나 타부문과의 한계가 모호하여 종적, 횡적 협조와 조정이 원만히 이루어지기 어렵다. 넷째, 비상임, 비전문 요원도 직업화하는 경향이 있다. 다섯째, 상시적, 편발적 활동이므로 기술적 지도, 감독이 용이하지 않아서 질적 보장이 어렵다. 여섯째, 보건의료의 효과는 관찰이 어려우므로 집행 과정에서 왜곡되기 쉽다.<sup>138)</sup>

---

137) 정영일 외 3인, 『지역사회보건 및 일차보건의료』, 188-91쪽.

138) 위의 책, 195쪽.

## V. 1차보건의료에 대한 평가와 전망

의료선교에 있어서 새로운 패러다임으로 등장한 1차보건의료가 지니는 선교신학적 의미를 본 장에서 고찰해보자 한다. 1차보건의료가 지니는 장점과 단점을 알아보고, 앞으로 1차보건의료가 의료선교에 있어 어떤 역할을 감당하고 또한 문제가 될 수 있는 소지가 있는 가능성들을 어떻게 다루어 갈지에 대한 전망과 평가를 다루게 될 것이다.

### A. 평가

의료선교의 새로운 패러다임으로 1차보건의료가 가지는 긍정적인 의미에 대해 구체적으로 살펴보려고 한다.

#### 1. 전통적 의료선교의 한계와 문제를 극복하는 대안으로의 1차보건의료

의료선교에 관한 혼란스러운 이론 중 하나는 “미끼”이론인데, 그것은 의료가 사람들로 하여금 복음을 들으러 나오게 하는 좋은 “미끼”내지는 “도구”라는 이론이다. 이것은 환자를 치료하는 것은 진정한 목표가 아니라 도구에 지나지 않으며, 진정한 목적은 영혼을 구원하는 것이라는 생각이다. 선교의 역사를 통해 “회심”과 “교회의 설립”이라는 목적을 너무 지나치게 강조한 나머지 선교를 위해 우리가 행하는 나머지 일들은 모두 이 두 가지 목적을 달성하기 위한 수단에 불과했다. 선교 역사를 통해 볼 때, 의료선교는 자주 진정한 선교사역인 복음전도를 위한 수단으로 간주되어 왔다.<sup>139)</sup>

폰시(F. Ponsi)가 크게 구분한 선교개념 중 전도가 선교라는 견해(Mission as Evangelization)가 전통적인 복음주의적 선교관점을 대표한다고 할 수 있다. 이 관점에서 선교란 마태복음 28장16절에서 20절과 마가복음 16장 15

---

139) 전희근, 『선교와 의료』, 189~90쪽.

절에서 16절에 제시된 지상명령의 수행이라는 것이다. 복음이 없는 자들에게 복음을 전파하는 것 외에는 선교를 대치할 수 있는 아무것도 없다고 생각한다. 그러므로 선교사 파송, 전파, 제자화, 교회개척과 토착화 및 현지의 지도력 형성 등이 선교의 중요한 목표가 된다. 구제나 사회봉사는 전도를 위한 준비사역이거나 구원받은 자들의 자연적인 형상이지 핵심적인 사역이 아니라고 주장한다.

근대 프로테스탄트 선교운동을 촉진시킨 독일 경건주의자 중심의 선교나 모라비안의 선교와 그 전통을 고수한 선교회 등의 선교가 복음전파, 인간구원 등을 중심으로 주로 활동하였고, 19세기 중반 이후 교회들이 선교운동에 관여하면서 헨리 벤(Henry Venn)이나 앤더슨(Rufus Anderson)등이 중심이 되어 교회중심의 선교관을 정립하여 교회를 세우는 것이 선교의 목표로 강조되어 왔다.<sup>140)</sup>

이 시기에 선교에 있어서 의료의 위치가 더 중요하게 되었고 복음전파의 도구로 의료를 사용하는 것이 널리 인정되었다. 실제 의료 선교의 역할은 1800년대 중반까지 그렇게 잘 정립되지 않았다. 그 당시 의료관계자들은 주로 선교사들과 그들의 가족들을 돌보기 위해 파송되었다.

하지만 의학이 19세기 중엽에 급속도로 발전했다. 리스터가 소독제를 발견했고, 19세기 초와 중반에 외과수술의 혁명이 일어나고 에테르(ether)에 의한 마취가 도입되어 의료의 중요성이 크게 나타났다. 선교의 보조 도구로서 의료의 전략적 역할은 선교사들과 목회자들의 열광적인 지지를 받았다.

의료선교는 사람들의 마음을 여는 가장 훌륭한 도구 중하나이며 특별히 복음전파에 적대적인 사람들에게 효과적이었다. 선교의 오랜 역사 속에서 선교의 목적은 전적으로 구원에 맞춰져 있었고, 전통적으로 의료선교가 선교사들을 보조하는 기능으로 역할을 감당하고 있었다.<sup>141)</sup>

전통적인 복음주의적 선교관에 대한 의문은 정치, 경제, 사회적 문제가 복잡하게 얽혀지면서 선교가 단순한 복음전도와 영혼구원만을 의미하는 가라는 질문이 1910년 에딘버러 선교대회 때부터 선교계나 교회 일각에서 생겨났고, 사회적 구원의 필요성이 제기 되었다.

제2차 세계대전 이후부터 전통적인 선교관이 본격적인 도전을 받게 되었다. 이후 에큐메니칼 진영의 1952년 빌링겐 대회에서 본격적인 교회중심적인 선

140) 서정운, 『교회와 선교』, 157-59쪽.

141) 전희근, 『선교와 의료』, 211~13쪽.

교관에 대한 신학적인 비판이 가해져, 선교가 독립적이고 토착적인 교회형성을 목표로 삼는다는 종래의 생각을 초월하여 개인생활 뿐 아니라 사회, 정치 및 경제생활 전반에 걸쳐서 그리스도의 주권 하에서 화해하는 일로 이해해야 한다는 시각으로 자리 잡게 되었다.<sup>142)</sup> 복음주의 진영의 1989년 마닐라 선언에서 선교를 위한 로잔 위원회(The Lausanne Committee for World Evangelization)는 복음전도의 우선성의 입장을 취하지만 복음전도의 비중과 동일하게 사회적 책임에 관한 부분의 중요성을 강조하는 입장을 취한다.

복음전도의 가장 효율적인 도구로 인식되던 의료선교도 1900년도 중반 이후 어려움에 처하게 되었다. 1900년 중반까지 전형적 의료선교는 작은 진료소, 의원 및 병원에서 의사가 환자를 치료하는 것이었고 질병을 치료하는 것이 일반적 의료선교의 유일한 기능이었다. 그러나 1900년 중반부터 선교 병원들의 운영이 어려워짐에 따라 어려움에 처하게 되었다.

선교병원들이 어려움을 겪고 쇠퇴하게 된 데는 몇 가지 이유가 있는데 첫째, 경제적인 것이다. 고가 장비의 요구가 증가되어 병원을 유지하기가 어렵게 되었다.

둘째, 인력부족이다. 의료선교사 지망자, 특별히 의사들의 수가 감소하고 있다.

셋째, 제3세계 국민들 사이에 일어난 민족주의이다. 이제 더 이상 외국 선교사들이 선교 병원을 좌지우지하는 것을 허용하지 않으려고 한다. 전통적인 의료선교 방법은 한계에 처하게 되었고 또한 시간이 지나면서 제한된 수의 병원들이 수백만 주민들을 의학적으로 적절하게 관리할 수 없다는 것을 인식하게 되었다.

의료선교의 이러한 한계와 어려움으로 인해 점차 지역사회보건에 대한 인식이 나타나게 되었고, 1978년 구소련 알마아타에서 이 문제를 토의하기 위해 국제회의가 열렸고, "1차보건의료"라는 새로운 추세가 생겨나게 되었다. 의료선교의 역할은 언제나 그러했던 것처럼 때와 장소와 필요에 따라 다양해 질수 있다. 의료선교의 실제 사역도 여러 해를 거치면서 초기 단독 진료 형태에서 병원 사역, 의학교육의 과정을 거쳐 지역사회보건을 통해 선교하는 형태에 다다르게 되었다. 하지만 변화과정 속에 나타난 모든 형태의 의료사역은 여전히 중요하며

---

142) 서정운, 『교회와 선교』, 160-65쪽.

오늘날에도 상황과 장소에 따라 항상 적용이 가능하다.<sup>143)</sup>

새로운 형태로 나타난 지역사회보건의료의 접근 방법인 1차보건의료는 실제적이고 과학적이며 건전하고 사회적으로 수용할 수 있는 방법들과, 사회 안에서 주민의 전적인 참여를 통해 전 세계적으로 개인과 가족들이 쉽게 접근할 수 있게 만들어진 기술과 어떤 대가를 치르더라도 사회와 국가 모든 발전 단계에서 스스로 신뢰하고 스스로 결정하는 정신에 입각하여 유지할 수 있다는 것에 근거를 둔 기본적인 보건의료이다.

1차보건의료를 통한 의료선교적 접근은 과거에 비해 과거와 비교해 바람직한 발전방향이다.

첫 번째 장점은 아픈 사람 뿐 아니라 건강한 사람 모두를 포함하여 수백만의 사람들을 도울 수 있는 보건 의료라는 면에서 보다 나은 결과를 얻을 수 있다.

두 번째로 인력을 유용하게 활용할 수 있다. 1차보건의료에서 시행하는 대부분은 건강 교육이며 이것은 의사가 아닌 비 의료인들에 의해서도 시행될 수 있다. 수 백명의 사람들을 이 목적으로 활용할 수 있다. 또한 병원과 상호보완적인 역할을 통해 서로의 필요를 채워줄 수 있다.<sup>144)</sup>

복음주의적 선교관점에서 보았을 때 1차보건의료는 로잔에서 전도와 사회참여가 서로 상반된 것으로 잘못 생각해서는 안 된다고 지적하며, "전도와 사회, 정치참여는 우리 그리스도인의 의무의 두 부분임을 인정한다."<sup>145)</sup> "우리가 주장하는 구원은 우리의 개인적 그리고 사회적 책임을 총괄적으로 수행하도록 우리를 변화시키켜야 한다."<sup>146)</sup> 라는 사회참여에 대한 복음주의적 입장을 의료부분에서 사회적 책임을 감당하기 위한 새롭게 시도되는 접근방법으로 이해할 수 있다.

이런 1차보건의료는 선교가 말로만의 선교(Verval Proclamation)으로 끝나서는 안 된다고 주장하는 로잔의 주장의 실제적인 실천이며, 선교운동에 있어 하나님의 백성들은 구제사업, 민생을 위한 개발 사업에도 관여하며 또한 세상의 정의와 평화를 추구하는 일에도 참여해야 한다는 전도와 사회참여 둘 다를

---

143) 전희근, 『선교와 의료』, 213-57쪽.

144) 위의 책, 258-263쪽.

145) 로잔언약, 5항

146) 위의 책.

그리스도인의 의무라고 하는 로잔언약의 의료부분의 구체적인 실체라고 할 수 있다.<sup>147)</sup>

1차보건의료는 전통적으로 마태복음 28:16-20절과 마가복음 16: 15-16절에 제시된 지상명령에 근거하여 복음을 전하는 것이 수행이라는 선교관점에서 시대 상황에 맞추어 복음전도의 대상을 치료가 필요한 환자나 병원을 찾는 사람에 국한 된 것이 아닌 보다 확대된 영역으로 범위를 확대하여 준다.

또한 1차보건의료는 하나님의 영광을 위하여 예수그리스도를 증거하는 일(행1:8; 고전10:31)<sup>148)</sup>에 효율적인 도구로 인식되던 의료선교가 직면한 한계와 어려움을 새롭게 극복하고 기존의 의료선교사역의 효과를 증진시킴과 동시에 복음의 전달과 구원의 실현을 위한 의료선교의 적절한 현장화<sup>149)</sup>의 모습으로 볼 수 있다. 하지만 존 스토틀의 입장처럼 선교를 우열을 가리지 않고 전도와 사회 참여를 포함한 것으로 받아들인다 하더라도 우선적으로 전도를 주장하는 복음주의적 입장에서<sup>150)</sup> 일차의료선교는 여전히 새로운 전도의 도구와 접근의 방법으로 이해될 수 있다.

## 2. 새로운 시대의 요청과 변화하는 흐름에 응답하는 1차보건의료

복음주의 선교신학이 복음전도에 초점이 맞추어져 왔고 다른 선교적 활동들은 거기에 부수적인 또는 그것을 보완해서 온전케 만들어주는 것으로 이해되어 왔으나 에큐메니칼 선교신학은 새로운 패러다임을 제시했다.

네덜란드 선교회(the Netherlands Missionary Society)의 총무와 WCC 전도부 총무로 일하였던 호켄다이크(Johannes C. Hoekendijk)는 종래의 선교관을 교회중심의 선교관이라고 규정하고 날카롭게 비판하였다.

그러면서 선교의 목적은 이스라엘 백성들이 메시아가 오시면 이루시리라고 대망(待望)하였던 것과 같은 것으로 바로 이 땅 위에 샬롬(Shalom)을 수립하

---

147) 조종남, “로잔대회와 복음주의 선교신학”, 『선교와 신학』 제5집 (2000): 32쪽.

148) 전희근, 『선교와 의료』, 195쪽.

149) 현장화(contextualization)란, ‘함께 짚다’는 뜻으로 라틴어의 컨텍스투스(contextus)에서 온 것인데 컨(con)은 ‘함께’라는 뜻이요, 텍스트(text)는 텍세레(texere), 즉 짚다는 뜻의 말이라고 한다. 그러므로 이 말은 가로 세로 실을 엮어 직물을 짜듯이 교회가 복음을 전파할 때 현장의 조건들과 조화시켜야 한다는 것이다.

150) 서정운, 『교회와 선교』, 164쪽.

는 것이라고 하였다. 그 살림은 단순히 개인이 구원받는 것 보다는 훨씬 폭넓은 개념으로 온전한 복음전도에서 선포되고 삶으로 옮겨져서 실증되어야 하는 것이며, 거기에는 평화, 온전함, 조화, 정의 등이 모두 포괄한다.

이러한 사상을 기초로 하여 빌링겐 대회는 “하나님의 선교”(Missio Dei)라는 개념을 새로운 선교신학을 대변하는 개념으로 발전시켰다. 이것은 당시 전 세계를 통해 일어나고 있던 정치 경제 사회적 급격한 변화를 인식한 총대들이 “선교 활동 형태의 재정립”(Reshaping the Pattern of Missionary Activity)이라는 보고서에서 교회와 선교를 이런 외부적 상황과 관련시켜 선교 개념을 복음전도와 사회적 행동(social action)을 모두 포함하는 포괄적인 개념으로 받아들이게 되었다.

나아가 에반스톤 대회를 거치면서 “교회는 세상에서 그들의 선교사역의 일부로 사회에 대한 의무를 지고 있음”(a duty to society as part of their mission in the world)에 대한 인식이 커져 그리스도인들은 어떤 사회 안에 살고 있든지 간에 그리스도 안에서 이루신 하나님의 구속사역에 상응하여 책임 있는 삶을 살도록 부름 받았다. 그러므로 교회는 그 지역의 사회적 책임을 지는 기지(a base)가 되어야 하고 경제적으로나 정치적으로 불이익을 당하는 사람들을 위한 정의의 실현에도 노력을 경주해야 한다는 입장을 취하게 된다.<sup>151)</sup>

뉴델리 총회의 분과보고서에는 그리스도를 증거 하라는 명령은 교회의 모든 구성원에게 주어진 명령이다. 복음은 모든 지역의 모든 사람들에게 전해져야 하므로 가난한 사람들과 병든 자들, 굶주린 자들도 복음의 대상이 되는 데는 예외가 아니다. 더구나 그런 불행을 안겨주는 것들, 즉 차별과 억압, 착취와 가난, 질병과 굶주림 등의 인간적인 짐은 복음을 듣지 못하게 방해하는 요인이 될 수 있으므로 그런 사람들은 복음을 외면하기 쉽다. 그리고 복음을 효과적으로 전하기 위해서는 그들이 살고 있는 그 세상 안에 들어가서 함께 살면서 그들의 언어와 그들이 바라는 바가 무엇인지를 이해할 필요가 있다.

그리스도인들과 교회의 봉사(diakonia)의 기초는 그들이 종으로 오신 주님(the servant Lord)의 종들로서 그의 섬김의 삶에 동참하도록 부름 받고 있고 그런 봉사의 능력은 성령에 의해 주어진다. 그리고 그런 봉사생활은 구체적으로 이루어져야 한다. 그리스도인들은 급변하고 있는 사회 안에서도 자기에게 주신

---

151) 이용원, “빌링겐에서 나이로비까지,” 『선교와 신학』 제4집 (1999): 72~81쪽.



은사는 봉사를 위해서 임을 자각하고, 정의 구현을 위한 개인적 책임을 다하고 또 다른 사람들과 협력하여 그리스도인으로서의 봉사를 실천함으로써 교회의 에큐메니칼적 사명을 감당할 수 있다는 오늘의 상황이 변화되었고 선교도 새로운 전략과 방법으로 수행되어야 한다는 전제 속에 선교와 봉사의 에큐메니칼적 입장이 나타난다.<sup>152)</sup>

선교역사를 통해 볼 때, 복음전도를 위한 수단으로 간주되어오던 시기에 의료선교는 전형적인 작은 진료소, 의원 및 병원을 중심으로 의사가 환자를 치료하고 질병을 관리하는 일반적인 역할을 감당하였다. 이후 시대와 상황의 변화에 따른 선교지역의 신체적, 사회적, 경제적 그리고 영적 필요들을 채우기기 위한 노력을 기울이게 되고, 현실적으로 등장한 경제적 부담, 인력의 감소, 사회적, 정치적 문제의 발생으로 의료선교의 기존형태와 인식에 대한 한계점에 부딪치게 되었다.<sup>153)</sup>

그 결과 세계 도처에서 건강을 증진시키고 그리스도의 사랑을 나타내기 위해 더 좋은 방법을 모색하게 되고, 그 결과 “1차보건의료”라는 새로운 추세가 등장하게 되었다.<sup>154)</sup>

알마아타 선언에서는 질병이나 고통이 없는 상태가 아니라 육체적으로 정신적으로 사회적으로 완전한 상태인 건강, 이 인간의 기본 권리인 건강을 최고 수준에 도달하게 하는 것이 1차보건의료의 중요한 목표로 이해하였다. 이를 위해 개인의 건강 뿐 아니라 사회적, 경제적인 분야를 포함한 다른 사회의 여러 분야에서 행동과 실천을 강조한다. 실제 국가 내에서 뿐만 아니라 개발도상국과 선진국 사이에 특히 사람들의 건강 상태에 있어서 정치적, 사회적, 경제적으로 수용기 어려운 엄청난 불균형이 존재하며, 모든 국가들의 공통된 관심사가 되고 있다.

이러한 새로운 국제 사회 질서에 기초한 경제적, 사회적 개발은 건강상태의 격차를 줄이기 위해 기본적으로 중요한 것이다. 사람들은 개인적으로 혹은 집단적으로 자신들을 위한 보건의료를 계획하고 그것을 실천하고 참가할 권리와 의무를 가지고 있다. 정부 또한 적절한 건강 대비와 사회적 수단을 통해 건강에

---

152) 이용원, “빌링겐에서 나이로비까지,” 『선교와 신학』 제4집 (1999): 83~84쪽.

153) 전희근, 『선교와 의료』, 256쪽.

154) Merrili Ewert, *A New Agenda for Medical Missions*, 오상백, 변창욱 역, 『의료선교를 위한 새로운 전략』 (서울: 예본출판사, 1999), 9쪽.

대한 책임을 져야 한다는 것이다. 1차보건의료는 이러한 목적을 성취하기 위한 열쇠로 인식된다. 실제적이고 과학적이며 건전하고 사회적으로 수용할 수 있는 방법들과 사회 안에서 그들의 전적인 참여를 신뢰 가운데 이루어가며 개인과 가정 그리고 국가와 사회전반의 경제적, 사회적 발전 가운데 접촉점을 가지기 때문이다. 1차보건의료는 의료선교에 있어 과거의 대상과 영역을 확대하며, 새로운 방향성을 나타내고 있다. 의료선교에 있어 복음주의 선교관의 이해에서 새로운 시대의 요청과 의료선교의 상황을 반영한 에큐메니칼 선교관의 이해가 1차보건의료를 통해 나타난다.

실제 1차보건의료는 영혼구원을 위한 개인의 치료와 건강회복에 국한되지 않는다. 육체적, 정신적, 사회적으로 완전한 상태인 건강을 위해 그 나라의 경제적 조건, 사회 문화적 그리고 정치적 특성 등을 고려한다. 또한 이를 실현하기 위한 교육, 음식공급과 적절한 영양 증진, 기본적인 영양상태, 가족계획을 포함한 산모와 어린이의 건강, 전염병예방, 질병에 대한 적절한 치료, 필수적인 약품공급 등을 다루며 적극적으로 이에 봉사한다. 나아가 1차보건의료의 효과적인 수행을 위해 모든 관련된 분야와 사회국가적인 면, 특별히 농업, 가축, 사육, 음식, 산업, 교육, 주택, 공공사업, 통신, 그리고 기타분야에 관여하며 모든 분야들과 협조적 노력을 기울이며, 가용한 자원을 철저히 활용하고 국가와도 협력 및 정책적인 추진을 모색한다.<sup>155)</sup>

에큐메니칼적 선교관점에서 보았을 때 1차보건의료는 호켄다이크(Johannes C. Hoekendijk)가 말한 선교에 있어서 균형과, 온전함, 조화, 정의 등이 모두 포괄되는 개념의 살롬을 선포하는 케리그마, 살롬에 동참하고 있는 사람들이 상호 친교와 교제를 나누며 사는 것, 곧 그 살롬을 누리고 사는 코이노니아, 세상에 나가서 겸손한 자세로 봉사를 실천함으로써 그 살롬을 실증해 보여주는 디아코니아를 의료선교부분에 나타내는 실제적인 접근으로 이해된다.<sup>156)</sup>

선교가 독립적이고 토착적인 교회형성을 목표로 삼는다는 종래의 생각을 초월하여 개인생활 뿐 아니라 사회, 정치 및 경제생활 전반에 걸쳐 그리스도의 주권 하에서 화해하는 일이라는 이해가 일차의료선교의 접근을 통해 잘 나타나고 있다. 오늘의 상황이 변화되었고 특별히 의료선교도 새로운 전략과 방법으로

155) 전희근, 『선교와 의료』, 257~60쪽.

156) 이용원, “빌링겐에서 나이로비까지”, 『선교와 신학』 제4집, 73쪽.

수행되어야 한다는 전제 속에 선교와 봉사의 에큐메니칼적 입장이 구체적으로 1차보건의료를 통해 제시되고 있다.<sup>157)</sup>

하지만 1차보건의료의 시작이 예수 그리스도에 대한 신실한 믿음을 소유하고 가난하고 억압당하는 자들의 여러 가난한 사람들의 건강을 개선하는데 노력을 기울여 온 연장선상에 있기에 복음의 심각한 감소와 변질을 가져오지 않는다고 할 수 있다.<sup>158)</sup>

### 3. 통전적 치유를 이루는 의료선교의 구체적인 실현방법으로의 1차보건의료

로저 바삼(Rodger C. Bassham)은 그 유명한 『선교와 신학 1948-1975』이란 책에서 나이로비 총회의 선교신학을 ‘통전적 선교’(Holistic Mission)란 제목으로 요약하여 소개하고 있다.

한마디로 통전적 선교란 ‘모든 교회가 온전한 복음을 온 세상에 있는 모든 사람에게 전하는 것’을 말한다. 다시 말하자면, 선교란 ‘전 교회(the whole church)가 전도와 치유와 인간화와 해방과 사회변혁이란 온전한 구원을 가져오는 ’온전한 복음‘(the whole gospel)을 통해 전통적인 피선교지로 간주되던 제3세계뿐만 아니라 서구 유럽세계를 다 포함하는 6대륙으로서의 ’온 세상‘(the whole world)의 인종과 피부와 계층과 빈부를 망라하는 ’모든 사람‘(the whole people)에게 전하는 것이다. 이러한 변화된 선교관을 일컬어 ‘통전적인 선교관’이라고 한다.<sup>159)</sup>

순더마이어의 주장처럼 오늘의 상황은 개인전도와 사회구원이라는 극단적인 형태로서는 맞이할 수 없기에 새로운 출발점을 찾아야 한다. 이것은 세계상황의 새로운 변화와 새로운 통찰의 요구가 선교에서 패러다임 전환이 모색하게 하는데, 두 극단적인 방법론은 성서해석과 다양한 문화에 대한 이해와 인식, 해석을 중요하게 고려해야 한다.<sup>160)</sup>

157) 이용원, “빌링겐에서 나이로비까지,” 『선교와 신학』 제4집 (1999): 83~84쪽.

158) Merrili Ewert, *A New Agenda for Medical Missions*, 오상백, 변창욱 역, 『의료선교를 위한 새로운 전략』, 9쪽.

159) 김영동, 『교회를 살리는 선교학』, 99쪽.

160) Theo Sundermeier, 채수일 역, 『선교신학의 유형과 과제』 (서울: 대한기독교서회, 1999), 111~112쪽.

통전적 선교는 전도와 사회행동의 균형을 맞추는 것이 능사가 아니고 성경적으로 올바르게 되는 것이 중요하다고 본다면 교회는 이 두 가지 요소를 불가분리적인 한 개념으로 이해하고 하나님의 성육신적인 사역(one incarnational ministry)으로 보아야 한다고 믿는다. 양자의 진정한 통합이 아니면 불완전한 복음이요, 손상된 복음이라는 것이다.<sup>161)</sup>

급변하고 세속화되어 가는 세계 속에서 교회의 존재의미와 적절한 기능을 어떻게 지속시킬 수 있을 것인가 하는 문제는 교회가 반드시 대답해야 할 질문이지만 그 해답이 용이하지 않다. 또한 해답이 보여 진다 해도 그 해답에 교회들이 모두 일치한다는 기대로 하기 어렵다.

세속화되고 다원화해 가는 세계 안에서 교회의 본질적인 기능을 감당하기 쉽지 않다는 고민을 진지하게 시작한 사람이 본회퍼(D. Bonhoeffer)였다. 그는 경건주의자들의 전통을 이어받는 사람들은 종교적인데 머무르는 결함이 있다고 염려하였다. 동시에 루터교회의 정통주의를 따른 교회는 기구로서의 교회 보존에 지나친 힘을 경주하는 취약성이 있다고 보았다.

본회퍼는 교회가 보통사람들을 지배하기 보다는 그들의 문제와 경험을 나누어 가지며 그들을 돕고 봉사해야 한다고 했다. 교회다운 교회는 의식이나 교회의 규칙을 기계적으로 준수하는 것만이 아니라 이 세상에서의 삶의 의미, 문제, 고통 등을 당하면서 사는 사람들과 함께 하면서 하나님의 사랑과 선과 진리를 나타내고 실현하기 위해 노력하는 교회라고 생각하였다. 하비콕스(H. Cox)는 교회가 세계 속에서 하나님의 사업을 알아차리고 그의 활동에 동참하는 사람들로 하여 항상 예민한 순발력을 가지고 반응하는 공동체(responding community)가 되어야 한다고 역설하였다.

하나님이 어디서 역사하시는지 알 때 교회의 기능을 바로 이해할 수 있고 그 교회구조가 어떻게 되어야 하는지를 옳게 결정할 수 가 있다. 교회는 복음 선포와 봉사 및 친교의 세 가지 기본적인 기능을 가지고 선교해야 하며, 세계 속에서 시기와 장소의 형편에 따라 선포, 봉사, 친교 등의 구조의 방법은 변형될 수가 있다. 여기에서 전통적, 획일적, 고정적인 교회구조나 선교형태의 틀을 벗어나 다원화 선교의 구조와 양태를 취할 수 있는 신학적 가능성과 당위성이 발견

---

161) 서정운, 『교회와 선교』, 175쪽.

된다.<sup>162)</sup>

지난 시간 동안 1차보건의료는 의료선교에 있어 괄목할 만한 변화를 가져왔다. 이것은 병원을 통해서 혜택을 받는 사람들의 수가 제한되어 있다는 것을 생각해 볼 때 바람직한 변화이다. 병원과 1차보건의료는 모두 건강관리에 필수적인 것들이다. 1차보건의료 활동으로 인해 병원선교가 약화되어서는 안 되는데, 각각의 역할이 다르기 때문이다. 병원의 기술적인 지원이 없다면 1차보건의료에서 시행하는 지역사회보건 프로그램이 약화될 것이다. 또 지나치게 1차보건의료를 지나치게 강조하여 선교병원의 역할이 약화되는 것을 방지해서는 안 된다. 1차보건의료와 기존 선교병원은 의료 프로그램에 있어서 상호보완적이며 의존적인 부분이 있다.<sup>163)</sup>

1차보건의료에서 발견되는 통전적선교적 특징을 살펴보면

첫째, 1차보건의료가 전도와 치유와 인간화와 해방과 사회변혁이란 온전한 구원을 가져오는 '온전한 복음'(the whole gospel)을 이루는 전인적이고 모든 사람을 대상으로 하는 의료사역의 방법이다. 1차보건의료에서의 사람에 대한 관심은 질병이나 고통이 없는 상태를 떠나 육체적, 정신적, 사회적으로 완전한 상태인 전인적인 건강을 목표로 하고 있다. 이런 건강을 이루기 위해 경제적 조건, 사회 문화적 그리고 나라 및 정치적 특징을 반영한다.<sup>164)</sup>

둘째, 1차보건의료는 '온 세상'(the whole world)의 인종과 피부와 계층과 빈부를 망라하는 '모든 사람'(the whole people)에게 전하는 광범위한 의료사역의 방법이다. 전형적인 의료선교에서는 그 대상이 병원으로 올수 있는 사람에 국한되어 있었다. 하지만 1차보건의료의 대상은 아픈 사람뿐 만 아니라 건강한 사람 모두를 포함하여 수백 만의 사람들을 도울 수 있으며, 의사가 아닌 비의료인들이 중심역할을 감당할 수 있어 인력을 유용하게 활용할 수 있다.<sup>165)</sup>

셋째, 1차보건의료는 세계상황의 새로운 변화와 새로운 통찰의 요구가 선교현장에서 온전한 복음을 온 세상에 있는 모든 사람에게 전하기 위한 의료선교의 새로운 패러다임을 모색하는 전환점이다. 치료를 통한 건강회복에 한계가 다다르고 예방과 건강증진의 필요가 요청되는 시기에 급변하고 다원화 되는 사

---

162) 서정운, 『교회와 선교』, 186~88쪽.

163) 전희근, 『선교와 의료』, 290~91쪽.

164) 위의 책 257~59쪽.

165) 위의 책, 263쪽.

회 속에서 한계를 극복하고 효과적인 사역을 하기 위해 모색된 새로운 출발점이다.<sup>166)</sup>

마지막으로, 1차보건의료는 온전한 복음 전함에 있어 교회가 세계 변화 속에 예민한 순발력을 가지고 반응하는 공동체(responding community)로 세워지는 현장이 된다. 역사적으로 의학적 치료는 의사와 간호사와 병원의 책임이고 예방 의학적 공중 보건은 정부가 주관하는 것이라는 생각했다. 의료선교에 있어서도 정부 사이의 역할의 중복은 아주 적었고 양자의 협력은 제한적이었다. 또한 일반인들은 보건의료사업에 아주 작은 역할을 감당하여 왔다. 하지만 1차보건의료는 교회가 이 구분을 극복하는데 중요한 역할을 하게 한다. 사람들을 기본적인 보건의료 프로그램에 관여하게 하고, 정부의 지역사회에 근거를 두고 보건의료와 개발을 통합하는 역할을 감당하도록 요청한다. 교회가 이러한 역할을 감당하게 될 때 보건의료에 대한 정보나 교육뿐 아니라 사회적, 도덕적 그리고 영적 가르침을 포함한 영향력을 나타낼 수 있고 이를 통해 온전한 복음이 상황에 맞게 적용되는 기회를 의료선교의 측면에서 제공한다.<sup>167)</sup>

## B. 문제점

의료선교의 새로운 패러다임으로 등장한 1차보건의료는 그 방향성과 구체적인 사역 목표가 분명하지 않다면 1차보건의료가 가지는 장점이 단점으로 나타날 가능성이 있다. 실제 이런 문제가 될 가능성에 대해 살펴보려고 한다.

### 1. 교회역할의 약화 가능성

선교는 크게 교회중심의 선교와 하나님의 선교 패러다임으로 구분된다. 시기적으로 19-20세기 전반까지는 주로 교회 중심적 선교 패러다임이 지배적이었으나 1, 2차 세계대전 이후 세계상황의 변화에 따라 선교의 주체와 활동의 장, 목표와 관련하여 하나님의 선교(Missio Dei)패러다임을 지향하게 되었다. 이것은 각기 그 시대적, 상황적 특성을 반영하고 있다.<sup>168)</sup>

---

166) 채영애, “국내외 선교지의 지역사회 기본건강사역의 현황,” 『의료와선교』, 18쪽.

167) 전희근, 『선교와 의료』, 297~300쪽.

교회중심적 구조로 선교를 이해하고 강조한 입장은 19세기 말 선교학의 선구자인 구스타프 바르넥(G. Warneck)과 그의 신학적 영향을 입은 가톨릭의 요셉 스미들린(J. Schmidlin)과 루뱅학파에게서 찾아볼 수 있다. 바르넥에 의하면, “기독교 선교란 비그리스도인들 속에서 기독교 교회를 세우고 조직화 하는 것을 지향하는 기독교의 모든 활동으로 이해한다. 왜냐하면 그 활동이 교회의 머리되신 분의 파송 위임이기 때문이며, 전달자들(사도, 선교사)을 통해 수행되며 파송(선교사의 사역)이 더 이상 필요 없게 될 때에 선교 목표가 달성되기 때문이다.”<sup>169)</sup>

예수회 신부인 피에르 샤를(Pierre Charles)과 멧슨(J. Masson)은 선교의 목적을 “교회가 아직 있지 않은 날에 교회를 설립하는 것”으로 이해하였다. 선교는 단지 이방인만 대상으로 하는 것이 아니라 가시적 교회가 아직 견고하게 조직되지 않은 모든 사람들을 대상으로 한다. 그리스도의 선교명령에 대한 순종이나 영혼구원이 선교의 동기가 되는 것으로는 충분하지 않다. 선교의 유일한 존재 이유는 보이는 교회를 설립하는 것이며 아직 교회가 없는 곳에 교회를 설립하는 것, 따라서 가시적 교회의 경계선을 계속 확장해 나가 이러한 성장의 일을 안정에 이르도록 기도하고 노력하는 것이 교회의 선교의 과제라고 이해한다.<sup>170)</sup>

교회성장운동의 효시인 맥가브란(Donald A. McGavran)은 영혼 구원보다는 사회개혁을 강조하는 선교방식에 대한 반발심과 인적, 물적 자원의 투자에 비해 열매가 저조한 선교 현장을 근본적으로 반성하였다. 그 결과 복음전도와 영혼구원에는 열매가 있어야 함을 깨닫게 되었다. 교회성장운동에서는 전도한 영혼의 숫자가 몇 명인지, 현재 교회가 성장하고 있는지 쇠퇴하고 있는지, 그리고 성장을 위한 효과적 방법론은 무엇인가 연구하며 교회 성장의 지표가 되는 교인의 숫자에 대한 통계가 필수적 요인임을 강조하였다.<sup>171)</sup>

하지만 이러한 유형의 선교에서는 제도적 교회를 절대시하며 하나님 나라와 동일시 한다는 문제점이 있다. 즉 교회사 선교의 주체이자 최종적 권위를

168) 한국일, 『세계를 품는 선교 - 선교중심주제』, (서울: 장로회신학대학교출판부, 2004), 57쪽.

169) 위의 책, 58쪽에서 재인용.

170) J. Vurkuy, *Contemporary Missiology an Introduction*, 최정만 역, 『현대선교신학개론』 (서울: 기독교문서선교회, 1991), 281쪽.

171) Donald A. McGavran, *Understanding church growth*, 전재옥 외 3인 역, 『교회성장이해』 (서울: 한국장로교출판사, 1993), 75쪽.

가지고 있기 때문에 자신의 의지와 결정을 하나님의 뜻과 일치시키며 절대화하는 오류를 범하게 된다. 하나님의 활동의 장으로서의 세계를 상실하고 하나님의 활동을 교회 영역으로 축소시키는 경향이 나타난다.

여기에 반해서 하나님의 선교를 지향하면서 교회의 파송과 선교적 과제를 강조하는 입장이 있는데, 대표적 학자로서 하르텐슈타인(K. Hartenstein)과 피체돔(G. F. Vicedom)이 있으며, 하나님의 선교를 교회와는 상관없이 역사적 사건 속에서 찾으려 노력하는 호켄다이크(J. C. Hoeckendijk)와 루드비히 류티(R. Luetti)의 주장이 있다. 이전의 서구교회 중심적 선교의 문제점을 비판하면서 선교의 본질을 새롭게 이해하려고 시도한 하르테슈타인과 피체돔은 하나님의 사역을 교회 안에 제한하는 교회 중심적 선교를 비판하지만 그렇다고 하나님의 선교에서 교회의 사역을 약화 시킨 것이 아니라 오히려 교회의 올바른 선교적 위치와 역할을 회복하려 하였다. 하나님의 선교사역에서 도구적 위치로서의 교회의 선교활동을 강조하며, 하나님의 선교의 수행자로서의 교회의 선교적 사명과 책임을 담보하고 있다. 교회의 관점에서 보았을 때 호켄다이크는 선교의 주체와 범위와 방식에 있어서 전통적 선교 이해와 완전히 결별하는 주장을 한다. 그는 아들의 파송과 성령에 의한 교회의 파송을 중시하지 않고 그 대신 하나님 자신의 파송만을 중시한다.<sup>172)</sup>

과거 교회중심의 선교구조는 변화에 수동적인 “형태론적 근본주의”(morphological fundamentalism)와 자신만을 향한 내향적 욕구만을 가진 “이단적 구조”(haretical structure)의 구조 속에서 복음을 왜곡하거나 축소하는 결과를 가져오고, 다원화된 사회 속에서 교회에 주어지는 다양한 요구들을 무시하고 전통적인 교구제도에 안주하고 세상으로부터 고립적인 교회가 되는 단점이 나타난다. 하지만 교회는 하나님의 특별한 부름의 방식인 계시에 대한 믿음으로 응답한 신앙공동체임은 분명한 사실이다. 즉 교회는 하나님의 계시의 담지자이다. 교회는 사회적 요인인 민족적, 문화적, 인종적 특성을 내포하고 있으나 근본적으로 여느 사회적 집단과는 차별성을 가진다. 교회는 공동의 언와와 문화, 역사적 운명 등과 같은 태생적, 자연적 요인들의 토대 위에 존재하지 않는 때문이다.<sup>173)</sup> 그렇기 때문에 교회의 선교적 역할이 약화되어서는 안 된다.

---

172) 한국일, 『세계를 품는 선교 - 선교중심주제』, 65-71쪽.

173) 위의 책, 73쪽.



1차보건의료는 전인적인 건강의 개념을 가지고 건강증진, 예방, 일차적 진료에 대한 관심을 요구한다. 또 전략적으로는 적절한 기술, 지역사회의 참여, 다른 사회 부문(교육, 농업, 주택 등)과의 보건사업의 협조 또는 상호협력을 강조한다. 나아가 모든 국가의 정부와 국가 보건의료체계와 관계를 맺어나가게 된다.<sup>174)</sup>

실제로 1차보건의료사업 의료선교의 새로운 패러다임으로 전인건강과 이를 전략적으로 실행하는 방법이 교회의 선교적 역할과는 분리되어 의료관계자 및 이들을 중심으로 한 새로운 인력들로 만 시행되어질 가능성이 있다. 호켄다이크의 주장처럼 선교의 주체와 범위와 방식에 있어서 전통적 선교 이해와 완전히 결별하는 즉, 교회의 선교사업과는 완전히 단절된 채 인간화를 강조하는 사회개혁과 봉사에 치우치는 의료선교의 형태로 1차보건의료 나타날 때, 1차보건의료의 연관성을 통한 교회의 사명과 역할은 약화되는 위험의 요소가 있다. 1차보건의료를 통한 의료사업은 복음화와 사회적 책임, 나아가 전인적이 치유의 입장에서 하나님으로부터 세상을 향해 파송 받은 교회를 염두에 두고 교회와 협력하여 사업을 감당해 가야 할 것이다.

## 2. 회심에 대한 인식 약화

역사적 상황의 변화와 함께 회심과 개인 영혼 구원을 우선시하는 복음주의자와 가난한 자, 소외된 자, 갇힌 자, 억눌린 자를 위한 인간화와 해방을 선교로 보는 에큐메니칼측은 양극화 시대를 넘어 상호배움과 상호 협력의 통전적 선교관을 수립하게 되었다. 이 통전적 선교관은 ‘모든 교회’(the whole church가 ‘온전한 복음’(the whole gospel)을 ‘온 세상’(the whole world)의 ‘모든 사람’(the whole people)에게 전하는 것을 의미한다.<sup>175)</sup>

의료선교의 사업자들은 예수 그리스도에 대한 신실한 믿음을 소유하고 있으며 가난하고 억압당하는 자들의 여러 요구를 채우는 일에 봉사하며, 세계의 가난한 사람들의 건강을 개선하는데 노력하여 왔다. 질병의 치료와 건강을 증진

174) Milton Irwin, Roemer, *National health systems of the world*, 강민선 역, 『세계의 보건의료제도』, 399쪽.

175) 김영동, 『교회를 살리는 선교학』, 44쪽.

시키는 전문적인 기술과 방법을 고민해 왔고, 선교현지의 신체적, 사회적, 심리적, 영적 온전함(Wholeness)을 위해 보냄 받은 하나님의 대리인으로서 건강과 온전함에 관한 책임 있는 청지기가 되어 보건향상을 통하여 하나님나라를 더 효과적으로 섬기고자하는 목표를 세우고자 하고 있다.<sup>176)</sup>

아킨스(Akins)는 온전함은 신체적인 동시에 사회적 및 영적인 것이므로 보건발전 활동의 목표는 살롬 또는 조화이어야 한다고 하였고 이런 배경 하에 반 레켄(Van Reken)은 의료선교의 역사와 보건 개발을 살펴보면서 의료선교는 보건관리 사업을 전달하는 것으로부터 현지인들이 그들 자신의 건강을 스스로 책임질 수 있도록 하는 데로 옮겨지고 있다고 본다. 그것은 지역교회들, 중앙정부들 그리고 지역사회기관들과 훨씬 더 밀접하게 협력하는 것을 의미한다. 아킨스와 반 라텐은 전도와 제자훈련을 보건개발에 통합시키려는 새로운 시도를 하며 전인적인 인간이해(holistic view of persons)의 출현을 제안한다. 세계 도처에서 건강을 증진시키고 그리스도의 사랑을 나타내기 위해 더 좋은 방법을 모색하게 되고, 그 결과 “1차보건의료”라는 새로운 추세가 등장하게 되었다.<sup>177)</sup>

알마아타 선언에서는 질병이나 고통이 없는 상태가 아니라 육체적으로 정신적으로 사회적으로 완전한 상태인 건강, 이 인간의 기본 권리인 건강을 최고 수준에 도달하게 하는 것이 1차보건의료의 중요한 목표로 이해하였다. 이를 위해 개인의 건강 뿐 아니라 사회적, 경제적인 분야를 포함한 다른 사회의 여러 분야에서 행동과 실천을 강조한다. 1차보건의료는 의료선교에 있어 과거의 대상과 영역을 확대하며, 새로운 방향성을 나타내고 있다. 의료선교에 있어 복음주의 선교관의 이해에서 새로운 시대의 요청과 의료선교의 상황을 반영한 에큐메니칼 선교관의 이해가 1차보건의료를 통해 나타난다.

실제 1차보건의료는 영혼구원을 위한 개인의 치료와 건강회복에 국한되지 않는다. 육체적, 정신적, 사회적으로 완전한 상태인 건강을 위해 그 나라의 경제적 조건, 사회 문화적 그리고 정치적 특성 등을 고려한다. 또한 이를 실현하기 위한 교육, 음식공급과 적절한 영양 증진, 기본적인 영양상태, 가족계획을 포함한 산모와 어린이의 건강, 전염병예방, 질병에 대한 적절한 치료, 필수적인 약품공급

---

176) Merrili Ewert, A New Agenda for Medical Missions, 오상백, 변창욱 역, 『의료선교를 위한 새로운 전략』, 8쪽.

177) 위의 책, 11쪽.

등을 다루며 적극적으로 이에 봉사한다. 나아가 1차보건의료의 효과적인 수행을 위해 모든 관련된 분야와 사회국가적인 면, 특별히 농업, 가축, 사육, 음식, 산업, 교육, 주택, 공공사업, 통신, 그리고 기타분야에 관여하며 모든 분야들과 협조적 노력을 기울이며, 가용한 자원을 철저히 활용하고 국가와도 협력 및 정책적인 추진을 모색한다.<sup>178)</sup>

이런 상황에서 교회 중심적 선교에 대한 대안으로 제시된 하나님의 선교 패러다임으로 교회는 세상 속에서 많은 선교의 가능성과 책임을 인식하게 됨을 확인하며 선교적 과제의 중요성과 비중이 커짐을 느끼게 된다. 하지만 이것인 교회의 선교적 역할이 조금도 약화되지 않음을 의미한다는 것임을 인식하여야 한다. 이것은 선교의 근본적인 주체는 하나님이며 교회는 참여적 주체로서 하나님의 선교 파트너가 됨을 의미한다. 오늘날 회심은 서구 제국주의의 유산이나 시대착오적인 것으로 간주하려는 경향이 있다. 그러나 회심이 과거 서구 교회의 선교에서 오용 또는 남용된 경험이었다고 해서 그것을 시대착오적 사건으로 단정하고 넘어갈 수 없다. 왜냐하면 선교에 있어서 믿음 안에서 새로운 삶을 언급할 때 회심을 논하지 않고 불가능한 일이기 때문이다.<sup>179)</sup>

선교는 복음을 단지 전하는 것에 그치지 않고 듣는 사람들을 하나님께로 초청하는 것이다. 회심은 한마디로 하나님에 대한 “신앙으로의 초청”에서 시작한다.<sup>180)</sup>

이 초청은 그리스도의 복음을 선포함으로써 그의 구원의 주권을 인정하고 받아들이도록 초청하는 것이다. 이러한 회심은 복음을 통한 하나님께로의 결단을 통해서 발생하며 이는 매우 중요하다. 왜냐하면 결단을 통해서 이전의 삶으로부터 떠나며 동시에 새로운 삶을 향한 전환이기 때문이다. 이러한 결단을 촉구하는 회심은 선교에 있어서 필수적인 상황이다. 이러한 회심사건은 개인의 내면적 변화 뿐 아니라 그 변화의 과장은 사회적 차원으로 확장된다. 기독교 신앙은 사회 속에 내면화되어 인간의 삶의 전 영역에서 기독교의 가치와 이념을 실현해 가는 것이며 그것은 곧 기존의 잘못된 문화에 대한 비판과 심판을 통하여 갱신하며 새로운 가치와 삶의 양식을 창조하는 것이다. 진정한 회심은 개인의 인격뿐

---

178) 전희근, 『선교와 의료』, 257~60쪽.

179) 한국일, 『세계를 품는 선교 - 선교중심주제』, 84-87쪽.

180) 위의 책, 102쪽에서 재인용.

아니라 사회 경제적 구조와 정치적 힘의 방향의 재정립을 유도하며, 여기에서 우리는 회심은 개인과 전 사회적 영역을 포함하는 하나님의 새 창조의 사건으로 받아들여야 한다.

의료선교의 실제적인 접근 방안이 되는 1차보건의료는 복음전도의 도구로 사용되어진 1차진료중심의 사역과는 달리 지역사회에 효율적인 건강관리와 예방을 위한 사업방향과 주민참여, 보건인력 개발 등의 등의 사업적인 면 실제적인 집중하게 되는 경향이 있다. 이것은 선교현지의 신체적, 사회적, 심리적, 영적 온전함을 위한 구체적인 접근 방법이다. 하지만 이런 사역 가운데서도 복음증거를 통한 회심에 관한 문제를 소홀히 해서는 안될 것이다.

에큐메니칼적 입장이 지적인 복음주의의 한계를 인식하는 가운데 복음이 인간의 영혼만이 아니라 전인적인 인간을 이해서, 개인만이 아니라 사회를 위하는 것이라는 이해 속에서도 보쉬(David J. Bosch)가 지적인 에큐메니칼의 복음의 감소의 위험성의 맥락에서 1차보건의료가 복음전도와 이를 통한 회심의 약화의 위험이 있음을 주목해야 한다. 1차보건의료사역에 있어서도 전 세계민족을 향한 하나님의 사랑과 구원의 은총을 증거하고 실천하는 선교적 책임을 망각하거나 위축해서는 안 되며, 이 세상에 하나님 나라의 새 질서를 실현하고 사회와 문화를 새롭게 만들어가는 통전적인 선교의 책임을 바르게 수행해야 한다.

### 3. 세속적인 개발인식의 극복문제

1차보건의료에서 언급하는 지역사회란 같은 지역에 살면서, 동일한 생활 방식, 관념, 문화, 지도자들을 공유하고, 매일 서로 부딪치며 살아가는 사람들의 집단이다. 그들은 일반적으로 자신들을 동일한 배경, 동일한 필요, 동일한 목표를 가지고 서로를 알고 지내는 구별된 집단이라는 정체성을 가지고 있다.

지역사회 참여에 대한 정의를 내리면 이는 개인과 가족이 그들 자신 또는 그들이 살고 있는 지역의 안녕과 건강을 책임지는 것을 뜻한다. 즉 각자가 자신과 지역의 개발에 공헌하는 것이다. 지역사회개발이란 그들이 공통적으로 가지고 있는 문제들을 확인하고 해결하는 과정을 통해 개인, 가정, 지역지도자, 그리고 지역사회 그룹 안에 있는 능력을 개발함으로써 자기 의존감을 고취시키는 것을 목표로 삼고 있다. 그러므로 사람들에게 전인적으로 접근해야 할 필

요가 있다. 이것은 사람이 속한 사회를 구성하고 있는 모든 것들을, 나뉜 부분들로 보지 않고 총체적으로 살펴야 한다는 것을 의미한다. 사람들이 주위 환경에 어떻게 반응하는지 살필 때, 사람의 육체적인 면, 정치 사회적인 면, 경제적인 면, 영적인 면 그리고 정신적인 면 모두를 고려해야 한다. 이 모든 요소들이 사람에게 영향을 주고 있기 때문이다.

여기에서 심각히 고려해야 할 것은 총체적인 관점에서 접근하는 의료 및 개발에 관한 여러 가지 모델들이 세속적인 개발 이론의 일부를 전제로 하고 있다는 것이다. 그 중 첫 번째는 압제로부터의 해방을 주창하면서 남미에서 나타난 “해방신학”이며, 두 번째는, 사람을 우주의 중심에 두고 하나님을 변두리로 몰아낸 “인본주의”이다. 그리고 사회주의적 사회체제를 강조하는 것이다. 이런 접근은 개인들의 변화에는 관심이 별로 없고, 오히려 사회하부구조를 변화시키는 것을 목표로 삼고 있다. 의료선교에 있어 1차보건의료가 총체적인 방법으로 의료사역이 실시되도록 접근하지만 지역사회에서는 그러한 접근을 세속적인 개발차원에서 이해하고 수용할 위험성이 제기 되는 것이다.<sup>181)</sup>

프런시스 쉐퍼(Francis Schaeffer)는 『기독교인의 선언』(*Christian Manifesto*)에서 인본주의에 대해 다음과 같이 정의했다.<sup>182)</sup>

사람들에게 친절하고 도움이 되는 것은 그들을 인간적으로 다루는 것이다. 인본주의란 사람을 모든 것의 중앙에 두고, 모든 가치 판단의 기준으로 삼는 것이다. 인본주의자들은 자유를 추구하지만, 그것을 담기 위한 기독교적인 합의가 없고, 조직이나 지도 계층은 이 자유를 가지고 사람들을 혼돈이나 노예상태로 만들고 있다. 가치 체계나 법을 붙들어 줄 최종적인 기반이 없는 인본주의는 혼돈을 초래할 뿐이다.

사회주의 철학에 의하면 모든 사람들이 평등한 삶의 기회를 갖는 사회란 지역사회의 보시보다 창조성을 강조하는 곳이다. 사회주의자들은 전 세계적으로 권력의 전반적인 재분배가 필요하다고 믿고 있으며, 그렇게 함으로써 단계적으로, 조금씩 사회주의사회로 변화도리 것이라고 믿고 있다. 진 몰튼(Jeanne Molton)의 『생동하는 농촌』(*Animation Rurale*)이라는 책에서는 프랑스가 아프

181) Stan. Rowland, *New Mission Paradigm for 21st Century*, 정길용 역, 『21세기 세계선교의 새로운 패러다임』, 91-92쪽.

182) Francis Schaeffer, *A Christian Manifesto*, 홍치모 역, 『기독교인의 선언』 (서울: 성광문화사, 1983), 35쪽.

리카에서 실시했던 농촌 개발 교육에 대해 설명하고 있다. “생동하는 농촌”은 국가 개발 계획의 범주 안에서 설계된 여러 교육 방법의 앙상블이다. 이 사업 계획의 목적은 특정한 사회경제 기관을 강화시켜 사회변화과정을 촉진시키고자 하는 것이다.

해방철학은 사람이 사회의 부존자원을 통제하는 다른 사람에 의해 억압받고 있다는 것을 기본 전제로 삼고 있다. 따라서 사회를 변화시키고, 억압받는 사람들을 해방시키기 위해서는 통치구조를 전복시켜야만 한다고 주장한다. 이것을 사회경제 구조를 바꾸어서 얻으려고 한다.<sup>183)</sup>

1차보건의료도 의료선교에 있어 지역사회의 총괄적인 측면을 고려한 개발적인 방향성을 가지고 접근을 시도하게 된다면 위에서 살펴본 세속적인 개발에 대한 이해와 중복되어 지역사회에서 이해되어지기 쉬운 경향이 있다. 지역사회 뿐 아니라 국가정책 차원까지 협력을 모색하기에 때로는 개발의 세속적인 흐름에 동조된 것처럼 이해되기 쉽고, 세속적인 흐름에 이용되기 쉬운 위험이 있음을 인지해야 할 것이다.

## C. 전망

1차보건의료는 과거의 의료선교를 더욱 강화하고 새로운 시대의 의료선교의 방향성을 제시하는 새로운 패러다임으로 평가할 수 있으며, 이 1차보건의료를 통해 앞으로의 의료선교사역에 대한 전망과 기대에 대한 것을 살펴보려고 한다.

### 1. 1차보건의료에 대한 평가

전통적으로 환자를 치료하는 것은 중요하고 급하며 고귀한 일이기 때문에 개신교 선교사들이 2/3세계 선교지로 나갈 때 필수적이었고 그 효과도 극적이었다. 이들을 병원을 세우고 가난한 사람들을 치료하고 의료과학을 전수하여 그 나라에 서양의 과학기술을 도입시키는 데 중추적인 역할을 하였다. 또한 선

---

183) Stan. Rowland, *New Mission Paradigm for 21st Century*, 정길용 역, 『21세기 세계선교의 새로운 패러다임』, 96쪽.

교에서 영혼 구원을 강조하는 성향으로 인해 많은 선교기관들이 의료사업을 이 용가치론의 견해에서 보는 입장에 있었고, 의료사업이 진짜 선교사가 해야 할 일 로 생각하지 않고 복음전도의 수단으로 인식하였다.<sup>184)</sup>

전통적으로 의료선교는 사람들의 육신적 및 영적인 문제들을 돌보는데 전력을 다해 왔지만, 종종 매일 매일의 진료활동을 통해 의료선교사들은 상상을 초월하는 과중한 업무에 시달리게 되었다. 이런 상황은 많은 의료선교사들로 하여금 시급한 육신적 보살핌을 필요로 하는 환자들에게 육신적 필요와 영적인 필요 중 어느 것을 우선적으로 해결해야 하는 지에 갈등을 일으키게 만들었다. 복음주의 교회들은 다른 모든 분야를 제쳐놓고 영적인 문제에 치중하고 있고, 자유주의 교회들은 영적인 분야를 제쳐놓고 육신적, 사회적 분야에 집중하고 있다. 이로 인해 의료선교는 이분법적인 딜레마의 한계에 접해 있다.<sup>185)</sup> 또한 효과적인 의료전달체계의 문제와 질병의 치료나 예방을 주민들에게 어떻게 제공하느냐의 문제가 제기 되었다. 전통적인 의료선교는 질병을 발생초기에 예방하기보다 이미 발생한 질환을 완치시키는 방향을 추구하고 있다. 그것은 비용이 많이 들고 해결범위가 좁고 많은 사람들에게 접근 할 수 없다는 면에서 비효율적인 면의 한계를 드러내고 있다.<sup>186)</sup> 치료의학은 질병을 발생 초기에 예방하기 보다는 이미 발생한 질환을 완치시키는 방향을 추구하고 있다. 그것은 비용이 많이 들고 해결 범위가 좁고, 많은 사람들에게 접근할 수 없다는 면에서 비효율적이다.<sup>187)</sup>

토마스 쿤(Thomas Kuhn)의 “패러다임 변화”의 인식에서 의료선교도 전통적인 의료선교의 이해와 방법에서 변화하는 시대의 요청과 상황에 맞추어 패러다임의 변화의 시기를 맞이했다고 이해할 수 있다.<sup>188)</sup> 의료선교가 사역이 다원화되고 급변하는 사회에서 새롭게 다가오는 문제들에 대해 시대에 적절하면서 동시에 기독교 신앙의 본질과 조화를 이루는 반응들을 요구하는 상황과 문제들을 맞이하고 있다.<sup>189)</sup>

---

184) Merrili Ewert, A New Agenda for Medical Missions, 오상백, 변창욱 역, 『의료 선교를 위한 새로운 전략』, 41쪽.

185) Stan. Rowland, *New Mission Paradigm for 21st Century*, 정길용 역, 『21세기 세계선교의 새로운 패러다임』, 35-36쪽.

186) 위의 책, 25쪽.

187) Stan. Rowland, *New Mission Paradigm for 21st Century*, 정길용 역, 『21세기 세계선교의 새로운 패러다임』, 25-26쪽.

188) Daivid J. Boasch, *Transforming Mission - Paradigm Shift*, 김병길 역, 『변화하는 선교』, 293쪽.

189) 위의 책, 297쪽.

이런 변화에 요구에 맞추어 건강에 대한 이해가 발전하여 개인단위가 아니라 가족단위로 생각하게 되었으며, 치료의학 뿐 아니라 예방의학이 발전하기 시작하였고 건강에 대한 필요요소도 육체적 면만 생각하던 것을 정신적 면도 생각하게 되었다. 이후 육체적 정신적은 물론 사회적인 요소까지 언급하게 되었다. 그 후 건강은 신앙적, 영적, 지적 요소까지 포함시켜 보다 넓게, 복합적으로 이해하게 되었다. 건강의 단위도 개인에서 가족, 또 가족으로부터 지역사회로 확대되고 질병의 치료는 물론 예방, 건강증진, 수명의 연장까지 생각하게 되었다. 물론 의료선교는 필요성이 있는 모든 지역에서 커다란 성공을 거두어 왔으며 많은 선교현장에서 가장 영향력 있는 선교의 중심지가 되어왔다.<sup>190)</sup> 이런 의료선교의 맥을 이어가고 전통적인 의료선교의 한계를 극복하고 새로운 변화의 요청 앞에서 의료선교는 사람을 총체적으로 보고 그 사람이 가진 육신적, 영적, 사회적인 모든 문제를 다루기 위한 시도가 과거의 한계를 넘어서 새로운 시도로 1차보건의료가 시작되고 의료선교에서 새로운 방향성으로 제시되어 있는 상황이다. 1차보건의료는 소련의 알마아타에서 세계보건기구(WHO)와 국제연합아동기금(UNICEF)이 함께 모여 선언한 알마아타 회의 선언에서의 1차보건의료의 출발점을 찾을 수 있다.

수직적 보건의료프로그램이 여러 나라에서 야기한 문제점들과 중국의 대체적인 성공의 영향으로 1960~1970년대에는 제 3세계 국가의 효과적인 질병 문제 해결의 유일한 방법으로 수평적 프로그램의 필요성이 점차 강조되었다. 그리고 각 나라의 정부가 채택했던 수직적 프로그램에 대해 국제조직, 특히 세계보건기구(WHO)가 격려하고 도움을 주었었던 것 같이 WHO는 수평적 프로그램으로의 전환도 장려하였다. 알마아타 선언은 소련의 카자흐스탄 공화국 수도인 알마아타에서 개최된 국제회의의 결과물이다. 이 선언은 적절한 보건의료의 제공은 모든 정부의 기본적인 책임이며 2000년까지 온 인류에게 건강을 가져다 줄 수 있는 열쇠는 1차보건의료에 근간을 둔 수평적 보건의료 프로그램이라고 주장했다.

1차보건의료에 대한 알마아타 국제회의는 전 세계를 통하여 그리고 특히

---

190) Merrili Ewert, A New Agenda for Medical Missions, 오상백, 변창욱 역, 『의료선교를 위한 새로운 전략』, 42쪽.



개발도상국에서 기술적 협력의 전신과 새로운 국제경제 질서를 유지하는 차원에서 1차보건의료를 개발하고 시행할 수 있도록 긴급히 요청되며 효과적인 국가적, 국제적 행동을 요구한다. 다변적이고 쌍무적 기관들이나, 비정부조직들, 자금 조달 기관들, 모든 보건요원들 및 전 세계 지역사회와 마찬가지로 정부, WHO와 UNICEF, 그리고 국제조직들이 1차보건의료를 위하여 국가적인 그리고 국제적인 임무를 지원하도록 본 국제회의는 강력히 주장하는 바이며, 특히 개발도상국가들에서 1차보건의료를 수행함에 있어 증가된 기술적 그리고 재정적 지원이 연계되도록 역설되었다. 그 회의는 이 선언의 정신과 내용에 일치한 1차보건의료를 소개하고, 개발하고, 유지하도록 전술한 모든 것의 협동을 요구한다.<sup>191)</sup>

이런 1차보건의료는 선교와 무관한 것이 아니다. 실제 1963년 WCC 건강분야의 책임자였던 영국의 제임스 막길버리 목사의 주선 하에 아프리카의 나이지리아, 우간다, 케냐로부터 시작하여 아시아의 인도네시아, 인도 등에서 수년에 걸쳐 첫 개신교 의료선교 조사가 실시되었다. 이 광범위한 조사의 목표는 크리스찬 의료선교사들의 사역이 첫째, 선교지 국민의 건강과 의료의 필요를 해결하는데 기존 정부 및 사립기관의 시혜와 연결하여 어느 정도 타당성이 있는가? 둘째, 선교지 국가와 지역사회에서 생명과 선교를 위해 의료선교사들이 해야 할 타당한 프로그램이 있는가? 하는 것이었다. 이 조사가 계속되는 동안 크리스찬의 ‘건강섬김(Health Ministry)’에 대한 의식이 근본적으로 새롭게 전환되어야 한다는 것이 인식되면서, 1964년 5월 튜빙겐 1차 회의(Tubingen Consultation)와 1967년 9월 제2차 튜빙겐회의를 통해 의논되어 기본적인 기독교 건강에 대한 기본원칙이 세우고 이에 대한 소명과 선교를 위한 타당한 프로그램을 찾게 되었다. 이런 결과로 개인적인 건강에 관한 선교가 아니라 국제건강이라는 선교개념으로 방향이 전환되게 된 기독교의료 결의회(Christian Medical Commission: CMC)가 WCC산하에 탄생되었다.

CMC는 건강사역의 위기를 타개하기 위해 그리스도인의 부르심, 변화의 필요성, 새로운 방향, 구체적인 목표의 다방면에 대해 해답을 찾기로 하고 총체적인 건강사역, 지역사회중심으로, 정부 및 관련기관과 협력, 교계와 연합 및 협력, 전략기제는 광역 및 지역 조직에 알맞은 구조, 인력의 재분배 행정 구조의 재편성, 정보제도, 인구동태 문제의 일반적인 원칙을 세웠고, 급속히 세계각처의

---

191) 정영일 외 3인, 『지역사회보건 및 일차보건의료』, 299쪽.

크리스찬 의료분과에 파급되었다. 즉 의료선교 현장에 파급되었다는 것이다. 이런 CMC의 흐름과 주역들이 WHO에 영향을 미치는 이 지역사회 기본건강 개념을 1차 정책으로 하여 UNICEF와 협력하고 1976년 "모든 사람에게 건강(Health for All)"이 두 기관의 전략이 되는 배경을 만들게 되었다는 것이고 이결과 알마아타 헌장이 제정되었다.<sup>192)</sup>

1차보건의료에서 나타나는 문제점은 새로운 의료선교의 패러다임으로 전인건강과 이를 전략적으로 실행하는 방법에 있어 교회의 선교적 역할과는 분리되어 의료관계자 및 이들을 중심으로 한 새로운 인력들로 만 시행되어짐을 통해 호켄다이크의 주장처럼 선교의 주체와 범위와 방식에 있어서 전통적 선교 이해와 완전히 결별하는 즉, 교회의 선교사역과는 완전히 단절된 채 인간화를 강조하는 사회개혁과 봉사에 치우치는 의료선교의 형태로 1차보건의료 나타날 때 위험성이 있다. 또한 보쉬(David J. Bosch)가 지적한 에큐메니칼의 복음의 감소의 위험성의 맥락에서 1차보건의료가 복음전도와 이를 통한 회심에 대해 소극적이고 오히려 사회참여적인 부분에 적극적이 되어 복음전도와 회심에 대한 인식약화의 소지가 있 약화의 위험이 있음을 주목해야 한다. 그리고 세속화된 지역개발흐름에서 구별되어 선교에 있어 전인적인 차원의 의료선교의 정체성을 찾아가기가 자칫 어려울 수 있다는 문제가 된다.

하지만 이런 단점들은 1차보건의료의 방향성과 목표와 전략을 분명하게 수립한다면 예방되어지고 극복되어질 문제라 평가된다. 이런 문제점이 나타날 가능성에 도 불구하고 1차보건의료는 전도와 치유와 인간화와 해방과 사회변혁이란 온전한 구원을 가져오는 '온전한 복음'(the whole gospel)을 이루는 전인적이고 모든 사람을 대상으로 하는 의료사역의 방법임이 분명하다. 1차보건의료에서의 사람에 대한 관심은 질병이나 고통이 없는 상태를 떠나 육체적, 정신적, 사회적으로 완전한 상태인 전인적인 건강을 목표로 하고 있다. 이런 건강을 이루기 위해 경제적 조건, 사회 문화적 그리고 나라 및 정치적 특징을 반영하는 실제적인 의료선교의 방법이라고 할 수 있다.<sup>193)</sup>

1차보건의료는 '온 세상'의 인종과 피부와 계층과 빈부를 망라하는 '모든

192) 주누가, "의료선교의 새로운 패러다임," 『의료와 선교』 통권30호 (2000): 27-28쪽.

193) 정영일 외 3인, 『지역사회보건 및 일차보건의료』, 257~59쪽.

사람'에게 전하는 광범위한 의료사역의 방법인데, 전형적인 의료선교에서는 그 대상이 병원으로 올수 있는 사람에 국한되어 있었다. 하지만 1차보건의료의 대상은 아픈 사람뿐 만 아니라 건강한 사람 모두를 포함하여 수백 만의 사람들을 도울 수 있으며, 의사가 아닌 비의료인들이 중심역할을 감당할 수 있어 인력을 유용하게 활용할 수 있다는 것이다.<sup>194)</sup>

또한 세계상황의 새로운 변화와 새로운 통찰의 요구가 선교현장에서 온전한 복음을 온 세상에 있는 모든 사람에게 전하기 위한 의료선교의 새로운 패러다임을 모색하는 전환점이다. 치료를 통한 건강회복에 한계가 다다르고 예방과 건강증진의 필요가 요청되는 시기에 급변하고 다원화 되는 사회 속에서 한계를 극복하고 효과적인 사역을 하기 위해 모색된 새로운 출발점이 된다.<sup>195)</sup>

마지막으로, 1차보건의료는 온전한 복음 전함에 있어 교회가 세계 변화 속에 예민한 순발력을 가지고 반응하는 공동체(responding community)로 세워지는 현장이 된다. 역사적으로 의학적 치료는 의사와 간호사와 병원의 책임이고 예방 의학적 공중 보건의 정부는 주관하는 것이라는 생각했다. 의료선교에 있어서도 정부 사이의 역할의 중복은 아주 적었고 양자의 협력은 제한적이었다. 또한 일반인들은 보건의료사업에 아주 작은 역할을 감당하여 왔다. 하지만 1차보건의료는 교회가 이 구분을 극복하는데 중요한 역할을 하게 한다. 사람들을 기본적인 보건의료 프로그램에 관여하게 하고, 정부의 지역사회에 근거를 두고 보건의료와 개발을 통합하는 역할을 감당하도록 요청한다. 교회가 이러한 역할을 감당하게 될 때 보건의료에 대한 정보나 교육뿐 아니라 사회적, 도덕적 그리고 영적 가르침을 포함한 영향력을 나타낼 수 있고 이를 통해 온전한 복음이 상황에 맞게 적용되는 기회를 의료선교의 측면에서 제공하는 효과적인 방법이라고 하겠다.<sup>196)</sup>

## 2. 1차보건의료에 대한 전망

앞으로의 1차보건의료는 기존의 의료선교 사역과 잘 관계를 맺어가며 독특한 역할을 감당하는 것이 중요하다. 의료선교의 실제 사역도 병원사역, 의학교

---

194) 정영일 외 3인, 『지역사회보건 및 일차보건의료』, 263쪽.

195) 채영애, “국내외 선교지의 지역사회 기본건강사역의 현황,” 『의료와선교』 통권29권 (2000): 18쪽.

196) 전희근, 『선교와 의료』, 297~300쪽.

육, 그리고 1차보건의료로 시작되는 지역사회 보건을 통한 선교의 방향으로 선교의 형태가 변해왔다. 하지만 이런 변화가 하나는 과거의 형태이고 다른 하나는 오늘 또는 미래의 형태라는 것을 의미하지 않는다. 또한 어느 하나가 다른 것 보다 우월하다는 것을 의미하지도 않는다. 이 모든 사역들이 모두 중요하며 오늘날에도 적용이 가능한 것들이라는 것이다.<sup>197)</sup>

지역사회에서 1차보건의료로 인해 병원선교가 약화되어서는 안 된다. 이는 이 두 가지 각각의 역할이 다르기 때문이다. 병원의 기술적 지원이 없다면 1차보건의료의 프로그램이 약화될 것이다. 그러나 의료선교에 있어 지역사회를 대상으로 하는 1차보건의료를 지나치게 강조하는 경향과 1차보건의료를 통한 선교가 병원활동의 일환이 되어야 한다는 의견은 바람직하지 못한 것으로 이해해야 한다. 실제 1차보건의료는 기존의 치료를 위한 병원에서 시작하거나 연계하지 말고 독자적으로 시행되어야 한다. 선교병원은 1차보건의료 뿐만 아니라 그것을 증진시키기 위한 견인차 역할을 해야 하며, 선교병원과 1차보건의료는 서로에 대한 폭넓은 이해와 협조로 상호보완적이며 의존적인 부분을 통한 지원체제를 구축해야 한다.

이를 위해 1차보건의료 프로그램은 전적으로 독립적인 프로그램으로 운영되어야 한다. 건강을 증진시키고 예방을 강조하며, 단순한 병원치료 사역의 연장이 되어서는 안 된다. 또한 1차보건의료 프로그램을 실시함에 있어 병원에 기반을 둔 보건의료요원은 덜 중요하다는 느낌이 들게 해서는 안 된다. 1차보건의료 현장사역자들은 후송 환자들을 ‘자신들의; 병원에 보낸다고 생각해야 한다. 병원에 소속된 사역자들은 ‘자신들의‘ 1차보건의료팀으로부터 환자를 받는다고 생각해야 한다. 실제 사람들로 하여금 스스로 관리하도록 자극하는 1차보건의료 개념이 선교의 모든 사역자들에게 퍼져야 한다. 그래야만 병원 병동이나 시골 오두막에서도 1차보건의료는 전인적 보건의료로 다루어지게 되는 것이다.<sup>198)</sup>

1차보건의료가 아무리 의료선교의 새로운 패러다임으로 등장한 시대적 요구와 환경의 변화에 대응하며 과거의 의료선교의 한계를 극복하는 통전적인 접근의 방안이라 하더라도 구체적이 방향성과 목표와 전략을 분명하게 수립하고

197) 전희근, 『선교와 의료』, 213-214쪽.

198) Merrili Ewert, A New Agenda for Medical Missions, 오상백, 변창욱 역, 『의료 선교를 위한 새로운 전략』, 185쪽.

참여하지 못한다면 긍정적인 성공이 아닌 부정적인 가능성으로 인해 발생하는 문제들이 생겨나게 될 것이다. 의료선교에 있어서 1차보건의료는 성서적 전인적 치유의 방법과 접근으로의 기능을 하는 구체적인 실천의 방법이 된다는 것을 발견하였다. 방법은 선교에 있어, 특별히 의료선교에 있어 선교의 효율과 실제적인 열매를 풍성히하고 낭비되는 재원과 인력을 효과적으로 사용할 방향을 제시한다고 할 수 있다.

특별히 1차보건의료의 개념에서 시작되는 지역사회를 향한 보건선교의 접근 방법은 선교사나 복음이 제한된 지역의 유용한 선교적 접근도구가 될 것으로 기대된다. 1차보건의료에 있어서는 교회의 역할도 중요하다. 실제로 지역사회에 보건프로그램을 진행하는 훌륭한 근거지가 교회가 될 수 있기 때문이다. 그 이유는 교회는 거의 모든 마을에 있고 이적사회의 한 구성요소로 자리매김하고 있기 때문이다. 물론 정치적 종교적인 영향으로 제외되는 지역이 있음도 사실이다. 하지만 의료선교사들이 1차보건의료사역을 감당할 때 교회는 중요한 요소가 된다는 것이다. 복음을 가지고 총체적인 방식으로 지역사회에 다가갈 수 있는 유익한 전략을 제공한다. 이 전략은 몇몇 아프리카 나라들과 방글라데시, 필리핀, 그리고 중앙아시아의 타지키스탄, 카자흐스탄과 우즈베키스탄 같은 이슬람 국가에서도 효과가 입증되었다. 1차보건의료의 일반적 사역이 무슬림 마을에 들어갈 문을 여는 것이 된 것이다. 이 전략에는 그리스도의 사랑을 가지고 그들의 절실한 필요를 채워주면서 사람들이 회심하도록 초청하는 영적인 부분을 강조하고 있다. 명목상의 이슬람 국가, 불교 국가 그리고 힌두교 국가들에 있는 전문 의료인들과 종교 세력들에게 더 잘 접근하기 위해 1차보건의료를 통한 선교방법은 변형된 모습을 갖추기도 한다.<sup>199)</sup>

또한 교회개혁과 성장을 돕는 유용한 도구가 된다는 것이다. 물론 세속화의 개발흐름에서 정체성을 찾지 못할 위험에 따른 교회의 역할 상실이라는 문제성을 내포하고 있지만 교회개혁과 성장을 돕는 실질적인 방법이 된다는 것이다. 일반적으로 나라에는 두 가지 영구적인 조직이 있다. 하나는 정부이고 다른 하나는 보편적인 교회이다. 지역 사회 안에서 지도자로 인정하고 따르는 사회 조직이 교회이기에, 현실적으로 하나님의 사랑을 표현하는 것은 교회가 감당해야

---

199) Stan. Rowland, *New Mission Paradigm for 21st Century*, 정길용 역, 『21세기 세계선교의 새로운 패러다임』, 283쪽.

할 책임이며 의무이다. 교회는 조가조각 나누어진 사회 안에 있는 조직체로서 지역사회를 치료하는 향유가 될 수 있다. 1차보건의료를 통한 지역사회 보건선교를 통해 사람들이 그리스도에게로 나아옴으로써 주민들은 자연스럽게 지역사회 보건 전도자들의 추적 관리를 받고, 지역 사회 보건 전도자들이 운영하는 성장 그룹에 참여하게 된다. 실제로 지역사회 보건 선교가 교회 개척과 교회성장에 막강한 도구가 된다는 것을 발견하게 된다. 보건 프로그램을 통해 사람들이 그리스에게 나오기 때문에, 그들은 인도 받은 사람들에게 의해 그리스도에게로 향하여 성장하는 삶을 살게 되는 것이다. 그래서 이 신자들이 모여 소규모의 그룹으로 발전하고 거기에서 믿음의 양식을 얻으며, 사역의 기술을 익히고 용기를 얻게 된다. 이전에 교회가 없던 지역에 작은 그룹들로부터 교회가 탄생하게 되는 것이다. 이러한사역은 교회의 성장을 가져오게 되는 데 실제 교회는 사람들의 필요를 돕기보다 영적인 것만 과심이 있다고 알고 있어 지역에서의 인지도가 낮은 것이 사실이다 하지만 1차보건의료 프로그램을 통한 지역보건 선교 프로그램을 통해 지역사회로부터 신뢰를 얻을 수 있으며 좋은 관계를 이루어가 교회가 성장하는 동력이 될 수 있다는 것이다.<sup>200)</sup>

---

200) Stan. Rowland, *New Mission Paradigm for 21st Century*, 정길용 역, 『21세기 세계선교의 새로운 패러다임』,

## VI. 결론

### A. 요약

의료선교가 사역이 다원화되고 급변하는 사회에서 새롭게 다가오는 문제들에 대해 시대에 적절하면서도 동시에 기독교 신앙의 본질과 조화를 이루는 반응을 요구하는 상황과 문제를 맞이하였고, 토마스 쿤(Thomas Kuhn)의 “패러다임 변화”의 인식에서 의료선교도 전통적인 의료선교의 이해와 방법에서 변화하는 시대의 요청과 상황에 맞추어 패러다임의 변화의 시기를 맞이했다고 이해할 수 있다.

이러한 상황 가운데서 의료선교는 복음증거의 맥을 이어가면서 전통적인 의료선교의 한계를 극복하는 새로운 변화의 요청 앞에서 사람을 총체적으로 보고 그 사람이 가진 육신적, 영적, 사회적 모든 문제를 다루기 위한 시도가 1차보건의료라는 방향으로 시도되고 있음을 알 수 있을 것이다.

이러한 사실을 지금까지 본 논문은 연구하였는데, 이러한 결과들 가운데 1차보건의료에서 나타나 내용을 간단히 요약하며 그 안에서 재발견한 것을 살펴 보도록 하겠다.

먼저 1차보건의료는 이미 발생한 질환을 완치시키는 방향을 추구하고, 고비용을 필요로 하면서도 많은 사람에게 접근 할 수 없는 전통적인 의료선교방법과는 달리 건강을 허약하지 않거나 질병이 없는 것만이 아니라 완전한 정신적, 신체적, 사회적 안녕의 상태로 이해하고 나아가 신앙적, 영적, 지적 요소까지 포함시켜 보다 넓게 복합적으로 확대하여 이해하고, 또한 이를 최고수준으로 유지하기 위해 보건 분야만 아닌 다른 사회, 경제적 분야까지도 그 활동의 범위를 확대하고 있음을 확인하였다. 예수의 치유사역이 가 전인적 구원을 추구한 사역, 즉 육신적 질병과 정신적 질병과 영적인 질병을 함께 치유하고 구원을 베푸신 것임을 기억할 때, 1차보건의료는 복음전도의 효과적인 수단으로만 인식되던 시기 육신적인 질병을 치료해 주는 의료적 기능을 복음을 전하는 통로로 삼아 영

적생명을 구하는 과거의 모습과는 달리 의료사역에 있어서 전인적인 구원사역이었던 성서의 전인적 치유사역을 오늘날 구체적으로 실현하기 위한 실제적인 방법이 됨을 발견할 수 있었다. 또한 1차보건의료가 개인에서 가족 도 가족으로부터 지역사회로 확대되는 사역범위를 가지기에 선교의 대상도 일차적 의료진료에서 만날 수 있는 대상보다는 더 넓게 확대되어 보다 확장된 선교의 기회를 가지게 됨을 알 수 있었다.

특별히 1차보건의료는 세계상황의 새로운 변화와 새로운 통찰의 요구가 선교현장에서 온전한 복음을 온 세상에 있는 모든 사람에게 전하기 위한 의료선교의 새로운 패러다임을 모색하는 전환점이 됨을 발견하였다. 치료를 통한 건강회복에 한계가 다다르고 예방과 건강증진의 필요가 요청되는 시기에 급변하고 다원화 되는 사회 속에서 한계를 극복하고 효과적인 사역을 하기 위해 모색된 새로운 형태인 1차보건의료는 실제적이고 과학적이며 건전하고 사회적으로 수용할 수 있는 방법들과, 사회 안에서 주민의 전적인 참여를 통해 전 세계적으로 개인과 가족들이 쉽게 접근할 기술과 사회와 국가의 협조와 신뢰를 전제로 한 보건의료의 성격을 가지고 추진되었다.

실제 1차보건의료는 하나님의 영광을 위하여 예수그리스도를 증거하는 일(행1:8; 고전10:31)<sup>201)</sup>에 효율적인 도구로 인식되던 의료선교가 직면한 한계와 어려움을 새롭게 극복함과 동시에 예수그리스도의 복음을 증거하는 영혼구원의 사역이 약화되는 것이 아닌 기존의 의료선교사역의 효과를 증진시킴과 동시에 복음의 전달과 구원의 실현을 위한 의료선교의 적절한 현장화(contextualization)의 모습으로 시대의 변화에 적응하는 의료선교의 새로운 대안으로 추진됨을 발견할 수 있었다.

이와 동시에 1차보건의료는 호켄다이크(Johannes C. Hoekendijk)가 말한 대로 이 세상에서의 삶의 의미, 문제, 고통 등을 당하면서 사는 사람들과 함께 하면서 하나님의 사랑과 선과 진리를 나타내고 실현하기 위해 노력하는 교회가 되어야 한다는 주장을 의료부분에서 나타내는 실제적인 접근방법임을 발견할 수 있었다. 에큐메니칼적 선교관은 모든 그리스도인들은 어떤 사회 안에 살고 있든지 간에 그리스도 안에서 이루신 하나님의 구속사역에 상응하여 책임 있는 삶을 실천하기 위한 노력의 예로 부름을 받았기에 교회는 그 지역의 사회적 책임

---

201) 전희근, 『선교와 의료』, 195쪽.



을 지는 기지(a base)가 되어야 하고 경제적으로나 정치적으로 불이익을 당하는 사람들을 위한 정의의 실현에도 노력을 경주해야 한다는 입장을 취하는데, 1차보건의료는 건강의 개념에서 사회적인 책임을 감당하기 위한 구체화된 의료선교이며 사람에 대한 관심을 질병이나 고통이 없는 상태를 넘어 육체적, 정신적, 사회적으로 완전한 상태인 전인적인 관점에서 보며, 온전한 건강을 위해 경제적 조건, 사회 문화적, 정치적 관계까지 사역의 영역으로 포함함을 알게 되었다.

이러한 결론적인 사실을 놓고 볼 때, 1차보건의료는 성서에서 나타나는 치유사역에서 발견되는 전인적구원의 연장선상에서 전통적인 의료선교의 한계를 극복하기 위해 요구되는 새로운 패러다임의 변화에서 새로운 환경과 시대의 요청에 응답하는 의료선교의 방향성과 시도라고 할 수 있으며 복음증거와 사회구원이라는 복음주의와 에큐메니칼적 측면 양쪽의 주장을 새롭게 강화시키는 통전적인 측면의 새로운 의료선교가 됨을 발견할 수 있었다.

## B. 제언

의료선교가 선교현장에서 아무리 효과적인 복음증거의 사역이라 하더라도, 급변하는 사회의 흐름과 시대의 새로운 요구와 선교지의 필요에 제대로 대응하지 못하고 과거의 전통적인 모습에 머물러 있게 된다면, 좋은 선교의 역량을 무용지물로 만드는 것이 될 것이다. 그러나 변화와 시대의 요구에 민감히 반응하며 효과적인 의료선교를 감당하려는 노력이 1차보건의료의 개념을 통해 나타나게 됨은 앞으로의 의료선교의 기회와 가능성을 긍정적으로 바라볼 수 있게 한다.

특별히 관심을 가져야 할 것은 1차보건의료가 선교의 영역을 떠나 일반적으로 지역사회와 국가차원에서 널리 사용하는 개념임을 기억할 때, 1차보건의료의 개념이 잘못하면 의료선교의 복음증거의 성격이 변질되어 단순한 의료행위로 변질되게 만들 위험을 포함하고 있는 것도 현실이라 말할 수 있다. 하지만 1차보건의료가 위험만을 내포한 것이 아니라 선교적 가능성을 포함하고 있다는 사실을 기억해야 한다.

급변하고 다양화 되는 사회와 새로운 시대적 요청 속에서 나타는 1차보건의료는 의료선교의 패러다임의 변화에 따른 결과의 방향성이라고도 할 수 있다. 이 1차보건의료는 과거의 의료선교와 현재와 미래의 의료선교의 가능성과

방향을 가늠하고 평가해 볼 수 있는 창이 될 수 있을 것이다.

오늘 한국교회에서 행해지는 선교사역은 대부분 부분적이거나 전통적인 의료선교사역의 범주를 넘어서지 못하는 한계성을 가지고 있다 할 수 있다. 하지만 의료선교에 대한 기대와 열정과 투자는 집중적으로 행해지고 있음에도 전체적인 방향성과 효율성이 부족한 상태로 일회적이고 단순한 사역에서 지엽적인 효과와 열매를 거두고 있을 뿐이라 하겠다. 그렇지만 의료선교에 대한 막연한 기대와 관심은 여전히 줄어들지 않고 새로운 사역의 기회와 열매를 바라보고 있는 것이 현실이라 할 수 있다.

전통적인 의료선교의 한계성을 극복하고 새로운 시대의 요청에 따라 효율적인 의료선교를 감당하기 위해 모색된 1차보건의료는 이런 한국교회 의료선교의 현실을 긍정적인 방향으로, 즉 의료선교의 역량을 복음적으로 효율성 있게 사용될 수 있게 만들고, 앞으로 의료선교가 어떤 생각과 어떤 방법으로 어디에 역량을 집중해야 할 것인가를 제시해 주는 기회가 될 수 있다.

그리스도인들은 선교를 지상명령으로 받았고, 피할 수 없는 명제라고 하겠다. 이런 선교에는 복음증거와 사회참여라는 두 명제의 우선순위가 계속해서 제기되고 있는 것이 사실이다. 또한 시대의 변화와 흐름에 민감하게 선교의 사역을 감당할 수 있는 모습을 갖추어야 한다.

의료선교에 있어서 1차보건의료는 전통적인 의료선교가 복음증거 하는데 있어 직면하게 되는 한계성을 극복하면서, 의료선교의 영역을 전인격적 차원, 사회적 차원으로 확대하는 방향을 제시함과 동시에 복음증거의 사명 속에서 변하는 시대의 흐름과 새로운 요청에 개인적, 사회적, 경제적, 국가적 차원의 범위에서 복음증거의 새로운 기회를 만드는 실제적인 접근방법이라 할 수 있다. 이것은 의료선교에서 복음증거와 사회참여라는 선교적 명제를 포괄적으로 통합하는 구체적인 의료선교의 방향성이요 기회라고 할 수 있다. 또한 영혼구원에만 치중했던 의료선교의 한계성을 예수그리스도의 치유사역에 근거한 전인구원의 차원에서 의료선교의 인식과 범위를 확대시켜 실제적으로 감당해야할 의료선교의 개념과 방법을 새롭게 인식하게 하였다고 할 수 있다.

의료선교의 패러다임 변화의 요구에 의해 나타난 1차보건의료의 개념이 의료선교의 입장에서 가능성과 한계를 동시에 지니고 있지만, 1차보건의료를 성경적인 관점에서 예수그리스도의 치유사역을 고찰을 통해 의료선교의 전인적구

원의 성격을 조명하고, 또한 의료선교에 있어 복음전도와 사회참여의 기준들을 명확하게 이해하고 구별한다면, 1차보건의료의 관점은 한국교회 의료선교의 역할을 낭비하지 않고 효율적으로 만드는 일이 될 것이며, 앞으로 한국의료선교가 시대의 흐름을 읽고 반응하며 미래에 감당해야 할 사역과 구체적인 임무를 연구하고 발견하는데 커다란 지표가 될 것이라 기대된다.

의료선교가 온전한 복음증거의 사역, 전인적인 구원을 이루는 날을 위해 시대의 흐름을 분석하고 연구하는 일에 다각적인 노력을 기울여야 할 것이다.

## 참고도서

### 1. 동양서적

- 고성진 외. 『현대공중보건학』. 서울: 지구문화사, 1999.
- 김민철. 『의료, 세계관이 결정한다』. 서울: 한국누가회출판부, 2003.
- 김성실 외. 『지역사회 간호학』. 서울: 정문각, 2000.
- 김영동. 『교회를 살리는 선교학』. 서울: 장로회신학대학교출판부, 2003.
- 김윤범. 『그리스도와 의료』. 서울: 한국기독교의사회, 1985.
- 박행렬. 『전인치유사역』. 서울: 도서출판나임, 1993.
- 박형렬. 『통전적 치유목회학』. 서울: 도서출판 치유, 1994.
- 반피득. 『목회상담학개론』. 서울: 기독교사상사, 1978.
- 방동섭. 『십자군이 아니라 십자가의 정신입니다』. 서울: 이레서원, 2001.
- 서정운. 『교회와 선교』. 서울: 두란노서원, 1988.
- 豫防醫學과 公衆保健 編輯委員會. 『豫防醫學과 公衆保健』. 서울: 癸丑文化社, 1978).
- 유승흠 편. 『양재모의 보건학』. 서울: 계축문화사, 2005.
- 有賀徹. 『健康科學』. 서울: 水原出版, 1989.
- 이시백 외. 『보건학개론』. 서울: 서울대학교출판부, 1998.
- 이현수. 『건강과학개론』. 서울, 중앙대학교출판부, 1997.
- 전희근. 『선교와 의료』. 서울: 생명의말씀사, 1997.
- 정규철. 『지역사회보건학』. 서울: 수문사, 1978.
- 조용기. 『병을 짊어지신 예수님』. 서울: 서울서적, 1989.
- 지역사회간호학회 출판편찬위원회. 『보건학 강좌』. 서울: 수문사, 1998.
- 최월봉. 『기본 인체 해부학』. 서울: 탐구당, 1984.
- 폴핏성경주석. 『읍기』 상. 서울: 보문출판사, 1983.
- 학원사편집부. 『가정의학 365일』. 서울: 학원사, 1984.
- 한국기독교선교신학회 편. 『치유와선교』. 서울: 다산글방, 2000.
- 한국일. 『세계를 품는 선교-선교중심주제』. 서울: 장로회신학대학교출판부, 2004.

홍기영. 『현대선교』. 서울: 다산글방, 2004.

## 2. 서양서적

Bassham, R. C. *Mission Theology: 1948-75 years of Worldwide Creative Tension Ecumenical, Evangelical and Roman Catholic*. Pasadena, Ca. ; Eugene, Or. : William Carey Library : Wipf and Stock, 1979.

Hill, Stephen. *Healing is Yours*. Harrison: New Leaf Press, 1975.

Scherzer, C. J. *The Church and healing*. Philadelphia: Westminster Press, 1950.

Shcaff, Philip. *Creeds of Christiendom*. New York and London: Harper and Brothers, 1977.

## 3. 번역서적

Boasch, Daivid J. *Transforming Mission - Paradigm Shift*. 김병길 역. 『변화하는 선교』. 서울: 기독교문서선교회, 2000.

Bruner, Frederick Dale. *A theolgy of the holy spirit*. 김명룡 역. 『성령신학』. 서울: 도서출판 나눔사, 1989.

Colin, Urquhart. *Receive Your Healing*. 이광호 역. 『치유함을 받으라』. 서울: 기독교문서선교회, 1988.

Ewert, Merrili. *A New Agenda for Medical Missions*. 오상백, 변창욱 역. 『의료선교를 위한 새로운 전략』. 서울: 예본출판사, 1999.

Green, Michael. *I belive in Satan's downfall*. 오성춘 역. 『나는 사탄의 멸망을 믿는다』. 서울: 장로회신학대학출판부, 1994.

Hale, Thomas. *Christian Medical &Dental Society*. 박재형 역. 『의료선교의 모험과 도전』. 서울: 도서출판 건생, 1996.

Kelsey, M. T. *Healing and Christianity*. 배상길 역. 『기독교와 치유』. 서울: 대한기독교출판사, 1986.

- LaHaye, Tim. *How to Manage Pressure before Pressure Manages you*.  
김광택 역. 『곤경을 딛고 승리하라』. 서울: 생명의말씀사, 1985.
- MaGavran, Donald A. *Understanding church growth*. 전재옥 외 3인 역.  
『교회성장이해』. 서울: 한국장로교출판사, 1993.
- Moltmann, J. *Weg Jesu Christi*. 김균진, 김명룡 역. 『예수 그리스도의 길』.  
서울: 대한기독교서회, 1990.
- Roemer, Milton Irwin. *National health systems of the world*. 강민선 역.  
『세계의 보건의료제도』. 서울: 한울아카데미, 2002.
- Rowland, Stan. *New Mission Paradigm for 21st Century*. 정길용 역.  
『21세기 세계선교의 새로운 패러다임』. 서울: 이레닷컴, 2003.
- Schaeffer, Francis. *A Christian Manifesto*. 홍치모 역. 『기독교인의 선언』.  
서울: 성광문화사, 1983.
- St. Augustine. *The city of God*. 김종흡 역. 『하나님의 도성』. 서울:  
크리스찬다이제스트, 1992.
- Stangen, F. B. *God's Healing Community*. 배상길 역. 『위대한 의사 예수』.  
서울: 도서출판 나단, 1993.
- Thurneysen, E. *Seelorge im Vollzug*. 박원근 역. 『목회학실천론』. 서울:  
서울신학연구소, 1982.
- Tournier, Paul. *A Doctor's Casebook in the light of the Bible*. 마경일 역.  
『성서와 의학』. 서울: 전망사, 1979.
- Tournier, Paul. *The healing of persons*. 권달천 역. 『인간치유』. 서울:  
생명의 말씀사, 1978.
- Vurkuyl, J. *Contemporary Missiology an Introduction*. 최정만 역.  
『현대선교신학개론』. 서울: 기독교문서선교회, 1991.
- Wagner, P. C. *Praying with Power*. 홍용표 역. 『능력으로 기도하라』. 서울:  
도서출판 서로사랑, 1997.
- Walker, William. *A History of the Christian Church*. 류형기 역.  
『기독교회사』. 서울: 한국기독교문사, 1989.
- Wimber, John and Kevin, Springer. *Power Healing*. 이재범 역.  
『능력치유』. 서울: 도서출판나단, 1992.

#### 4. 논문 및 잡지

- 강경미. “하나님 나라와 치유사역.” 『의료와 선교』 제21호 (1997).
- 강원희. “선교지 병원의 문제점과 전망에 대하여.” 『의료와 선교』 통권 28호 (1999).
- 구자영. “의료선교에 있어서의 전도.” 『TARGET2010』 (2000).
- 박상은. “선교지 병원의 현황.” 『의료와 선교』 통권 28호 (1999).
- 박용준. “의료NGO의 필요성과 역할.” 『의료와 선교』 통권 22호 (1997).
- 박종철. “한국의료의 현주소.” 『의료와 선교』 제30호 (2000).
- 박철수. “기독교가 생태파괴의 주범인가.” 『목회와 신학』 (1993. 9).
- 박형렬. “전인치유 사역의 실체와 전망.” 『목회와 신학』 (1993. 12).
- 방동섭. “의료선교 어떻게 할 것인가?.” 『단기의료선교의 장점과 단점』 (2001).
- 손건영. “새로운 의료선교 전략II - 대학에서의 사역.” 『의료와 선교』 통권 22호 (1997).
- 송진영. “의료선교의 전략.” 『의료와 선교』 27호 (1999 봄호).
- 심재두. “현장에서의 실재적 필요성과 역할.” 『의료와 선교』 통권 22호 (1997).
- 오성춘. “신유의 은사와 영적치유의 연관성.” 『목회와 신학』 (1993. 4).
- 이건오. “선교지 병원의 정의와 역할.” 『의료와 선교』 통권 28호 (1999).
- 이광순. “여성과 의료선교의 나아갈 길.” 『의료와 선교』 통권 39호 (2003).
- 이명수. “전인치유 사역의 현장과 실제; 정신질환과 목회상담.” 『목회와신학』 통권 54호 (1993. 12).
- 이명수, 이재옥. “예수의 치유사역의 의미와 치유선교전략.” 『의료와 선교』 통권 29호 (1991).
- 이복수. “21세기 의료선교의 중요성과 전망.” 『TRAGET2010』 (2000).
- 이용원. “빌링겐에서 나이로비까지.” 『선교와 신학』 제4집 (1999).
- 이윤구. “세계NGO운동 어제, 오늘 그리고 내일.” 『의료와 선교』 통권 21호 (1997).
- 정태기. “전인치유에 관한 연구.” 『신학연구』 35권. (1994).
- 정현기. “단기의료선교의 전망과 대책.” 『의료와 선교』 통권 34호 (2001).
- 조종남. “로잔대회와 복음주의 선교신학.” 『선교와 신학』 제5집 (2000).

주누가. “의료선교의 새로운 패러다임.” 『의료와 선교』 통권30호 (2000).

채영애. “국내외 선교지의 지역사회 기본건강사역의 현황.” 『의료와선교』  
통권 29권 (2000).

## 5. 학술논문

한영성. “치유목회에 있어서의 원목의 역할.” 미간행박사학위 논문, 아세아  
연합신학대학교, 1987.

채규웅. “마태가 본 예수의 치유이적에 관한 연구.” 미간행석사학위 논문,  
장로회신학대학교, 1984.