

의료서비스 질 향상을 위한
병원 인력 구조 개선 방안
- 간호 인력을 중심으로 -

전국공공서비스노동조합

의료서비스 질 향상을 위한 병원 인력 구조 개선 방안 - 간호 인력을 중심으로 -

이 보고서를 “의료서비스 질 향상을 위한 병원 인력
구조 개선 방안 -간호 인력을 중심으로-”의
최종보고서로 제출합니다.

2008. 12.

연 구 수행기관 : 연구공동체 건강과대안

연 구 책 임 자 : 이상윤 (연구공동체 건강과대안)

연 구 원 : 김화준 (서울대학교 보건대학원)

제 목 차 례

1. 서론	1
가. 연구의 배경 및 목적	1
나. 연구의 내용 및 범위	6
다. 연구 방법	8
2. 병원 인력 문제에 대한 고찰	10
가. 병원 간호 인력 실태	10
나. 간호 인력 부족에 대한 병원들의 대처 방식	11
다. 병원 간호 인력 부족으로 인한 문제	12
3. 병원 인력 실태 조사 결과	16
가. 일부 병원의 간호 인력 실태	16
나. 일부 병원의 간호 인력 부족으로 인한 문제	24
다. 직접 및 간접 간호 시간 측정 결과	40
4. 의료서비스 질 향상을 위한 병원 인력 구조 개선 방안	46
가. 병협 대책 및 정부 정책의 문제점	46
나. 현시기 한국의 간호 인력 부족 논란의 배경 및 구조	48
다. 현시기 간호 인력 문제 제기의 이유	50
라. 현시기 간호 인력 문제의 양상 및 원인	51
마. 간호 인력 문제 해결을 위한 대안의 방향	53
바. 구체적 정책 대안	55
참고문헌	59

부록

1. 병원별 직간접간호활동시간 조사 결과
2. 정부의 의료민영화 정책과 건강보험에 대한 환자, 보호자 의견 조사 결과
3. 설문지 1 병원 인력 산정을 위한 기초 조사 설문지
4. 설문지 2 병동 간호사의 직무스트레스, 건강, 간호 오류 경험에 대한 실태 조사 설문지
5. 직간접간호활동시간 조사지

표 차례

표 1 조사 대상 병원의 의료기관 종별, 설립 유형, 병상수, 병상이용률, 간호관리 료 등급	17
표 2 병원별 일반병동 근무조별 간호사 1인당 담당 병상수	18
표 3 병원별 PA 간호사 활용 현황	19
표 4 병원별 PA 간호사의 업무 내용	20
표 5 병원별 간호서비스 제공 환경	21
표 6 조사 대상 병원의 간호사 이직률 및 간호사 근속년수	22
표 7 응답자의 연령 분포	24
표 8 응답자의 간호사 경력	25
표 9 응답자의 현재 병동 근무년수	25
표 10 현재 근무 병동 종류	25
표 11 응답자의 직위	26
표 12 응답자의 결혼 상태	26
표 13 각각의 스트레스 질문별 응답 현황	28
표 14 전체 응답자 직무 스트레스 수준의 비교	29
표 15 조퇴 및 결근 경험	33
표 16 수면제 복용 실태	33
표 17 개별 간호 오류별 경험을	36
표 18 간호단위별 환자분류군 분포	40
표 19 간호단위별 환자분류군별 환자 1인당 일일 직접간호활동시간	41
표 20 간호단위별 근무조별 환자 1인당 직접간호활동시간	42
표 21 근무조별 환자 1인당 간접간호활동시간	43
표 22 표 5. 환자분류군별 근무조별 평균 간호활동시간	43
표 23 내과 병동 적정 간호 인력 추계 결과	44
표 24 외과 병동 적정 간호 인력 추계 결과	45
표 25 미국 캘리포니아주의 법률로 명시된 간호 인력 수준의 예(급성기병상)	56

그림 차례

그림 1 병원별 직무요구도 분포	29
그림 2 간호관리료 등급에 따른 직무요구도	30
그림 3 현 병동 근무년수에 따른 직무요구도	31
그림 4 결혼 여부에 따른 직무요구도	32
그림 5 사실상조퇴결근경험과 간호사경력	34
그림 6 사실상조퇴결근경험과 직무요구도	35
그림 7 직무요구도와 간호 오류 경험률의 상관 관계	37
그림 8 직무요구도와 간호 오류에 대한 불안과의 관련성	37

I. 서론

가. 연구의 배경 및 목적

1) 의료서비스 질 향상의 필요성

가) 기로에 선 한국 의료

- 그간 한국 의료는 여러 가지 어려운 상황 속에서도 나쁘지 않은 성과를 내어 왔음
 - 보건의료 지출 규모에 비해 높은 국민 건강 수준(평균연령, 영아사망률 등)
 - 보장성은 낮은 수준이지만 전국민 의료 보장 체계 완성
 - 과도하게 사적 의료기관이 많지만 적절한 의료수가 구조로 비용을 통제
- 그러나 이러한 상황은 한계에 다다른 양상임 : 여러 가지 부작용이 나타나기 시작
 - 병원의 병상 증축 및 의료기기 최신화 경쟁으로 인한 자본 위기
 - 건강보험 진료 외 비보험 시장의 팽창으로 인한 의료비 상승
 - 병원 규모별 서비스 질의 양극화 심화
 - 늘 불안한 건강보험 재정
 - 보건의료 인력의 전공별, 지역별 편차 급증
 - 병원간 무한 경쟁 체제 돌입에 따른 병원 노동자 노동 강도의 강화
- 이에 한국 보건의료의 체질을 근본적으로 개선해야 한다는 목소리가 높아지고 있음

나) 정부의 정책 방향

(1) 참여 정부 - 의료산업화론

- 참여 정부는 이와 같은 위기를 극복하기 위한 방안으로 '의료산업화'론을 들고 나옴
- 이는 위기에 처한 한국 의료의 근본 문제를 자본 문제로 파악하고 자본 투자를 활성화하기 위한 방안으로 마련됨
- 경제적 측면에서는 투자처를 찾지 못하는 국내외 투자자의 투자처를 개발한다는

측면에서 서비스산업을 육성하고자 함

- 그러한 서비스산업 육성의 핵심 영역으로 의료산업을 지목

○ 정책적 핵심은 병원 투자를 활성화하기 위한 영리법인 허용과, 그 시장을 키우기 위한 민간의료보험의 활성화였음

○ 그러나 이러한 큰 정책 방향에도 불구하고, 의료기관의 과도한 이윤 추구 행위를 규제하고, 건강보험 보장성을 확대하려는 정책도 불균형적으로 진행되었음

(2) 이명박 정부 - 의료 민영화¹⁾ 시도

○ 이명박 정부는 상대적으로 보건의료 정책에 대한 마인드가 부족하였음

○ 그래서 한국 보건의료의 위기에 대한 특별한 성찰 없이 참여 정부의 의료산업화론을 계승하였음

○ 그런데 정부의 성격상 참여정부보다 한발 더 나아가, 영리병원 도입과 민간의료보험 활성화에 걸림돌이 되는 규제를 무분별하게 제거하려는 모습을 보임

○ 그 와중에 불거진 것이 ‘건강보험 요양기관 당연지정제 폐지’ 논란임

○ 참여 정부 시절에도 의료가 제대로 ‘상업화’되기 위해서는 요양기관 당연지정제와 전국민 강제가입제가 폐지되어야 한다는 지적이 있어왔음

○ 그러나 이는 제도의 근간을 뒤흔드는 것이므로 수면 아래 잠복되어 있는 양상이었음

○ 그런데 이명박 정부는 이에 대한 충분한 고려 없이 정책을 추진하려 하였다가 국민적 저항에 부딪혀 한발 물러서는 모습을 보였음

○ 그러나 이명박 정부는 정부의 성격상 현재 한국 보건의료의 위기를 다른 방법으로 해결할 의지가 없다고 봐야하므로, 여건만 허락되면 자본 주도형의 미국식 보건의료 체계를 다시 강력히 추진할 것임

다) 국민들의 요구

○ 현재 위기에 처한 한국 보건의료에 대해 국민들은 다음과 같은 요구를 가지고 있음

1) 우리는 지금껏 ‘의료 민영화’라는 표현보다는 ‘의료 상업화’라는 표현을 사용하여왔으나, 최근 ‘의료 민영화’란 표현이 보다 대중적으로 이명박 정부의 정책을 표현하는 데 사용되고 있으므로, 여기에서도 ‘의료 민영화’란 표현을 사용한다.

- 건강보험 보장성의 강화
 - 병원에서 제공되는 의료서비스 질의 향상
 - 효과적이고 낭비적이지 않은 1차 의료의 강화
- 물론 국민들의 요구는 양가적인 측면이 있음
- 건강보험 보장성 강화 vs 개인 혹은 가족 단위로 민간의료보험에 의한 위험 분산
 - 병원의 공공성 강화를 통한 의료서비스 질 향상 vs 영리형 병원에서 제공되는 비싼 고급 서비스 선호
 - 효과적인 문지기로서의 1차 의료 vs 맘 대로 큰 병원을 찾아갈 수 있는 편리
- 그래서 참여정부 시절 의료개방 국면에서 영리병원 허용 및 민간의료보험 활성화에 대한 여론 조사를 하면 긍정적인 결과가 나올 때도 있었고 부정적인 결과가 나올 때도 있었음
- 그러나 이명박 정부 출범과 더불어 역설적으로 정부 정책에 대한 반대라는 측면에서 보건의료의 공공성을 강화하는 요구가 더욱 설득력을 얻고 있는 양상임

라) 병원 노동자의 핵심 요구 - 의료서비스 질 향상

- 위와 같은 맥락에서 현재 보건의료운동 진영의 핵심 구호는 건강보험 보장성 강화, 의료기관의 공공성 강화, 주치의 제도 도입(의료전달체계 확립) 등임
- 이 모든 전략적 목표는 사실상 병원 노동자의 이해와도 맞닿아 있음
- 건강보험 보장성이 강화되어야 병원의 영리 추구 중심의 진료 행태를 바로잡을 수 있고, 그래야 병원 노동자의 노동의 가치가 바로 설 수 있음
- 의료기관의 공공성 강화는 영리 추구 중심의 진료 행태를 바로잡는 것과 더불어, 의료서비스 질의 향상, 병원 운영구조의 민주화를 포괄하는 개념으로서, 이것은 병원 노동자 노동의 질 보장, 병원 노동자의 참여 없이는 불가능한 것임
- 주치의 제도 도입(의료전달체계 확립) 역시 병원 노동자 노동의 질 및 가치와 관련된 것으로 이 세 가지는 상호 긴밀한 연관관계를 가지고 있음
- 하지만 병원 노동자 입장에서 1차적인 이해관계와 맞닿아 있고 노동 현장에서 자연스럽게 동의될 수 있는 요구는 아무래도 ‘의료서비스 질 향상’임
- 여기서 ‘의료서비스 질’이라 함은 의료의 공공성을 추구하면서, 질 높은 서비스를

제공하고, 병원 노동자의 노동의 질을 보장하는 것을 지칭함

2) 병원 적정 인력 확보의 필요성

가) 의료서비스 질 향상을 위한 필요충분조건

- 적절한 병상 규모 및 물적 자원(의료 기기 및 시설 등)
- 충분한 양질의 의료 인력
- 충분한 재원 구조
- 민주적 병원 운영

나) 병원 인력 문제 - 문제의 핵심이자 약한 고리

- 최근 병원 서비스 질 향상을 위한 경쟁은 병상 증축과 의료 기기 및 시설 확충 등으로 나타나고 있지만, 병원 서비스 질은 누가 뭐래도 아직까지는 인력 수준에 좌우된다는 사실은 진리 명제에 가까움
- 다시 말해 병원 인력 문제가 해결되지 않고서는 한국 병원 의료서비스 질 향상을 꾀하기 힘들(병원서비스 평가 등의 꿈수로 해결될 수 있는 문제가 아님)
- 그런데 이러한 진리 명제에도 불구하고 한국 병원의 인력 수준은 선진국에 비해 매우 낮다는 것 또한 누구도 부인할 수 없는 사실임(정부, 병원자본도 이는 인정하고 있는 것임)
- 그러므로 이는 병원자본과 정부의 약한 고리라고 할 수 있음
- 더불어 적정 인력 수준 확보의 문제는 재정 문제 등 한국 보건의료의 근본 문제들과 아주 밀접히 관련되어 있으므로, 이에 대한 문제 제기는 필연적으로 다른 문제에 대한 투쟁을 촉발할 수 있다는 장점이 있음

3) 적정 인력에 대한 사회적 요구를 위해서 준비되어야 할 것들

- 병원자본은 선진국에 비해 병원 노동자 인력 수준이 현저히 낮은 한국의 객관적 상황에도 불구하고 병원 인력을 구조조정하려 하고 있음
- 이들의 논리는 문제는 인력의 수가 아니라 인력의 질이라는 것

- 다시 말해 여유 시간을 최소화하는 효율적인 업무 설계로 상대적으로 적은 수의 인원이 많은 효과를 낼 수 있다는 것
- 이를 주장하기 위해 동원되는 도구가 병원 노동자의 직무 분석을 통한 직무 재조정 및 인력 구조 조정임
- 그러므로 병원자본의 이러한 조직적 대응에 맞서기 위해서는 추상적인 요구 수준을 넘어 보다 정교화된 인력 요구와 그것의 근거가 마련될 필요가 있음
- 이를 위해 준비되어야 할 것들은 다음과 같은 것들임
 - 현재 병원 인력 구조의 실태 및 문제점에 대해 입체적, 포괄적으로 파악
 - 노동조합의 시각에서 이루어진 대안적 직무 분석
 - 현재 병원 노동자들의 노동 강도, 노동량, 업무 중 여유 시간 측정
 - 현재 병원 노동자들의 직무만족도, 건강 상태, 오류율 측정
 - 현재 병원 인력 수준에서의 의료서비스 질, 환자 만족도 측정
 - 노동량, 교대제, 여유율을 고려한 적정 인력 산출
 - 병원 노동자의 직무만족도, 건강 상태를 저하시키지 않고 오류율을 최소화하는 적정 인력 산출
 - 의료서비스 질, 환자 만족도를 증가시키는 적정 인력 산출

4) 이번 조사의 구체적 목표

- 위에서 언급된 내용을 올 한 해의 조사를 통해 모두 마련하는 것은 불가능함
- 그러므로 중장기적 안목을 가지고 가되, 2008년에 집중하여 성과를 낼 부분에 대한 것을 명확히 할 필요가 있음
- 이에 2008년 조사연구 사업의 구체적 목표는 아래와 같음
 - 병원 인력 구조에 대한 실태 파악(양적 조사)
 - 병원 인력 구조의 문제점에 대한 질적 조사 : 외래 간호 인력 문제, 보건직 인력 문제, 행정직 인력 문제, 기능직 인력 문제, 급식 인력 문제, PA 간호사 문제 등
 - 병동 간호 인력 문제 제기를 위한 대안적 직무 분석 틀 검증
 - 현재 병동 간호 인력 수준으로 인한 부작용 사회화 : 간호사의 직무스트레스 증가, 건강수준 저하, 간호 오류 증가 등
 - 병원 인력 문제와 건강보험 보장성 강화 투쟁, 의료민영화 저지 투쟁과의 상관관

계 사회화

- 병원 인력 문제 해결을 위한 정책적, 제도적 대안 모색

나. 연구의 내용 및 범위

최근 병원 간호 인력 부족 현상에 대한 논의가 확산되고 있다. 사실 간호 인력 부족 현상에 대한 문제 제기는 어제 오늘의 일이 아니다. 병원 노동조합과 대한간호협회 등은 그간 한국 병원의 간호사 부족 현상에 대해 끊임없이 문제를 제기해왔고 나름의 대안을 제시해 왔다. 최근 상황이 이전과 다른 점이 있다면 이제 대한병원협회(이하 병협)도 이에 대해 목소리를 높이기 시작했다는 것이다.

최근 병협은 여러 자리에서 병원 간호사 인력 부족 문제를 언급하며 정부에 이에 대한 대책을 요구하고 있다. 병협의 주된 주장은 간호관리료 차등제의 실시, 환자 및 보호자의 의료서비스 질에 대한 요구 증가 등으로 병원이 간호사 확충에 대한 필요성을 느껴 간호사를 확충하려 하고 있으나 간호사 수급에 어려움을 겪고 있다는 것이다. 서울의 대형병원 중심으로 병상 증축이 진행되면서 이들 병원으로 간호사들이 집중되고 있는데 신규 간호사 인력 공급이 부족하여 지방의 중소병원 중심으로 간호사 인력난이 심화되고 있다는 주장이다.

병협의 요구로 병원 간호사 인력 부족 문제에 대한 논의가 더 활발히 이루어지게 된 것은 긍정적인 일이다. 문제의 원인에 대한 진단과 해법은 다르더라도 문제가 있다는 것, 그리고 그 문제의 심각성이 매우 크다는 것에 대해서라도 사회적 합의가 이루어진다면 해법을 모색하는데 한발 더 다가설 수 있기 때문이다.

그러나 이 문제 해결을 위해서는 보다 근본적인 논의가 필요하다. 간호사를 구하기 힘들니 신규 간호사를 더 많이 배출해달라는 병협의 논리는 문제를 너무 단순화하고 있다. 현상으로 드러난 문제의 근저에 문제의 근본 원인이 복잡하게 자리하는 경우가 있다. 이러한 경우에 현상에 대한 즉자적 접근과 해결 방안은 근본적 해결책이 되기 힘들다. 증상에 대한 대증적 치료로는 질병을 치료하기 힘들다. 병을 치료하기 위해서는 그 근본 원인을 파헤치고 그것을 도려내야 한다.

최근 논란이 되고 있는 병원 간호 인력 부족에 대한 논의를 그것만을 따로 떼어 간호

인력 수급 방안에 한정해서는 문제를 풀기 어렵다. 그 이유는 병원 간호 인력에 대한 최근 논의는 향후 한국 의료 체계를 어떻게 구성할 것인가 하는 문제와도 긴밀히 관련되어 있기 때문이다. 기존의 한국 의료 체계로는 더 이상 국민들의 의료서비스 질 향상에 대한 요구와 국민 건강 증진이라는 목표를 달성하기 어렵다는 공감대가 넓어지고 있다. 그리고 그러한 공감대 속에서 향후 한국 의료의 발전 방향으로 투박하게 단순화하여 ‘미국식이나, 북유럽식이나’ 하는 논란이 진행되고 있다. 병원 간호 인력 부족 문제를 해결하기 위한 방안은 이러한 논의와 따로 떨어져 있지 않다. 물론 현재 한국 병원의 간호 인력 수준은 미국식이나 유럽식이나를 논할 차원의 문제는 아니다. OECD 국가 중 최하 위권을 달리고 있기 때문이다.

병원 간호 인력 부족 실태 및 문제점은 주로 기존 자료를 이용하여 서술하였다. 전국 공공서비스노동조합 소속 노동자들이 근무하고 있는 병원에 대해서는 간략한 실태 조사를 진행하였다. 이는 주로 병원 간호사 인력 부족 문제로 인해 발생하는 부작용의 종류 및 심각성과 관련된 것이다. 그리고 몇 개 병원 병동 간호사의 직간접 간호활동시간 분석을 통해 현재 상태에서 적정한 간호 인력 수준을 초안 형태로 제시하였다. 문제 해결을 위한 대안을 제시함에 있어 구체적, 각론적 차원의 해법보다는 총론적 방향에서 큰 방향을 제시하였고, 그에 따라 검토가 필요한 개별 정책 사안들을 제시하였다. 큰 틀에 있어 문제 해결의 방향성과 관련된 논의를 촉발시키려는 것이 이 보고서의 주된 목적이기에 세부적인 정책 대안의 구체성과 완결성은 다소 떨어질 수 있다. 이에 대해서는 추가적인 작업이 필요할 것이다. 기타 자료로 현재 논란 중인 영리법인 병원 허용과 민간 의료보험 확산 정책에 대한 환자, 보호자 의견 조사 결과를 부록으로 실었다. 이는 향후 정부의 의료 민영화 정책에 대한 반대 투쟁을 벌여나가는데 도움이 될 것이다.

1) 병원 인력 구조에 대한 실태 파악(양적 조사)

- 병상당 간호인력수 조사
- 듀티당 간호인력수 조사
- 외래환자수당 간호인력수 조사
- 특성별, 지역별 인력수준 차이 비교
- PA 간호사 근무 실태 및 노동 실태 조사
- 기타 간호서비스 제공 환경 및 간호 인력 이직 수준 조사

2) 병동 간호 인력 문제 제기를 위한 대안적 직무 분석 틀 검증

- 간호 인력 노동 강도를 반영한 환자 분류 방식 적정성 검증
- 직접 및 간접 간호 시간 파악 방식 적정성 검증

3) 현재 병동 간호 인력 수준으로 인한 부작용 사회화

- 간호사의 직무스트레스 증가, 건강수준 저하, 간호 오류 증가 등

4) 병원 인력 문제와 건강보험 보장성 강화 투쟁, 의료민영화 저지 투쟁과의 상관관계 사회화

- 건강보험 보장성 강화 투쟁 및 의료민영화 저지 투쟁에 대한 환자 및 보호자 인식 및 의견 실태 조사

5) 병원 인력 문제 해결을 위한 정책적, 제도적 대안 모색

다. 연구 방법

1) 문헌 고찰

- 현재 한국 병원 인력 구조의 문제점
- 선진국의 병원 인력 구조 및 제도적 대안 등

2) 공공노조 소속 사업장 전체를 대상으로 한 조사

- 병원별 인력 실태조사

3) 몇몇 대상 병원에서 표본 추출하여 시행하는 조사

- 병동 간호사 직무 분석 : 간호 환자 중증도 분류, 직접 및 간접 간호 시간 조사
- 병동 간호사 직무스트레스, 건강수준 , 간호 오류 조사 : 제작된 설문지를 개별 간호사에게 나누어 주어 자기기입식으로 작성하게 함

4) 환자 및 보호자 인식 및 의견조사

- 건강보험 보장성 강화, 의료민영화 저지에 대한 인식 및 의견 조사

5) 전문가 자문회의

- 의료정책 전문가, 간호 전문가, 노동조합 활동가들로 자문회의를 구성하여 조사 연구 결과에 대한 정기적 평가 진행

6) 토론회

2. 병원 인력 문제에 대한 고찰

가. 병원 간호 인력 실태

병원 간호 인력 실태에 대해서는 건강보험심사평가원, 병원간호사회 등이 주기적으로 파악하고 있다. 병원간호사회가 2007년 파악한 자료²⁾에 따르면, 2006년 기준으로 일반병동 운영병상수, 일반병동 간호사수 비는 종합전문요양기관은 평균 2.90:1, 종합병원은 4.80:1, 병원은 6.71:1인 것으로 조사되었다. 간호관리료 등급 현황을 보아도 종합전문요양기관, 종합병원 모두 3, 4 등급이 대부분이었고, 병원은 6등급 이하가 대부분이었다(병원간호사회, 2008).

병원 간호 업무가 3교대로 이루어지고 있음을 고려하여, 일반 병동에서 실제로 환자를 대상으로 간호 업무를 행하는 근무시간 중 간호사 1인당 담당 병상수를 계산해 보면, 전문종합요양기관의 경우 14-5병상, 종합병원의 경우 23-4병상, 병원의 경우 33-4병상 수준이다³⁾.

이는 2003년 기준으로 OECD 국가의 병상당 간호사수 비율의 평균이 1.04(유선주, 2005)임을 고려하면 상당히 높은 편임을 알 수 있다. 이 수치를 위와 같은 방법으로 환산하면 OECD 국가 평균 근무시간 중 간호사 1인당 담당 병상수는 4-5병상 수준이다. 한국 간호사들은 OECD 국가 평균에 비해 3-6배 가량 더 많은 병상을 담당하고 있는 것이다.

그러므로 지금 당장 한국 병원이 OECD 국가 평균 수준의 병상당 간호사수를 확보하려면, 17만 명 수준의 간호사가 더 필요한 상황이다. 2007년 12월 기준으로 요양병원을 제외한 병원에서 근무하는 전체 간호사 수는 7만 2천 명 수준이므로, 현재 간호사수의 두 배 이상이 더 필요한 상황인 것이다.

2) 병원간호사회가 2007년에 150병상 이상인 189개 병원에 대해 조사한 결과이다.

3) 3교대 업무를 고려한 근무조별 간호사 1인당 병상수를 계산할 때에는 일반적으로 4.3배를 하고 있으나, 일반병동 간호사 수에 실제로는 환자 간호 업무를 덜 하거나 하지 않는 주임 간호사, 수간호사, PA 간호사 수 등이 포함되어 있는 것으로 감안하여 여기서는 5배를 하였다.

나. 간호 인력 부족에 대한 병원들의 대처 방식

1) 간호사들의 근무 시간 연장

절대적으로 부족한 간호사 수로 병원 운영을 하기 위해 나타나는 가장 흔한 방법은 간호사의 근무시간을 연장하는 것이다. 병원간호사회가 2005년 조사한 결과⁴⁾에 따르면, 일반적으로 간호사 수가 부족하다고 알려진 600병상 미만의 병원의 경우 전체의 68.1%에 해당하는 병원에서 간호사들의 주당 근무시간이 44시간을 넘는 것으로 조사되었다. 600병상 미만 병원의 경우 주당 48시간을 근무해야 하는 병원도 13.3%나 되었다(병원간호사회, 2006).

한편, 근무조당 근무시간을 보면 낮번, 초번 근무의 경우 8-9시간 동안 근무하는 경우가 많았지만, 밤번 근무 시간은 평균은 9.4시간으로 조사되었고, 10시간 이상 근무하는 병원이 전체의 30.3%, 최대로는 16시간을 근무하는 병원도 있는 것으로 조사되었다⁵⁾.

보상되지 않는 형태의 근무시간 연장도 흔한 것으로 조사되었다. 위의 조사에 따르면, 규정 근무시간 초과 및 오버타임 발생시 각각 전체 병원의 53.3%, 40.3%가 제대로 수당 지급을 하지 않는 것으로 나타났다. 이 중 초과 근무시간을 합산하여 휴가 등의 형태로 보상하거나 휴가와 더불어 일부 수당을 지급하는 병원은 각각 전체의 19.0%, 23.1%였고, 전혀 보상을 하지 않는 병원도 각각 전체의 20.7%, 10.7%나 되었다⁶⁾.

야간 근무 시간이 많아지는 경우도 흔한 것으로 조사되었다. 같은 조사에 따르면, 일반병동 간호사의 월평균 야간근무일수는 평균 6.7일이었는데 최대로는 10일에 달하는 병원도 있는 것으로 조사되었다. 또한 월평균 최대연속 야간근무일수는 평균 4.1일이었

4) 150병상 규모 이상 169개 병원에 대해 조사된 결과이다.

5) 규모가 작은 병원의 경우 8시간 교대 형태가 아닌, 12시간 교대 형태로 운영되는 병원도 적지 않은 것으로 알려져 있다.

6) 병동 간호사와 인터뷰를 해 보면, 병원에서는 초과 근무를 권장하지 않지만 간호사 부족으로 인해 어쩔 수 없이 초과 근무를 하게 되는 경우가 많다고 한다. 이는 근무 교대시 다음번 간호사에게 업무를 전적으로 인계하고 바로 퇴근하지 못하는 양상으로 나타나고 있다. 실제로 많은 간호사들이 인수인계 후에도 병동에 남아 남은 업무를 마치고 퇴근하는 경우가 흔한데, 이는 초과 근무로 인정받아 보상되지 못하고 있는 실정이다.

는데, 최대 11일에 달하는 병원도 있었다.

2) 비정규직 간호사 이용

부족한 간호 인력 문제를 해결하기 위해 임시직, 시간제, 계약직 등의 형태로 비정규직 간호사를 이용하는 병원도 적지 않은 것으로 조사되고 있다. 2007년 병원간호사회가 조사한 바에 따르면, 조사 대상 병원의 57.1%가 어떠한 형태로든 비정규직 간호사를 활용하고 있는 것으로 조사되었다. 비정규직 간호사의 활용은 종합병원에 비해 종합전문요양기관에서 더욱 흔한 것으로 조사되었다(병원간호사회, 2008).

3) 간호사의 업무를 보조 인력이나 환자 보호자에게 전가함

간호 인력 부족 현상으로 인해 간호사의 업무를 간호조무사, 간병인 등의 각종 간호 보조 인력이나 환자 보호자에게 전가하는 경우도 흔한 것으로 조사되고 있다. 황나미의 연구(2006)에 따르면 실제로 병원의 간병인들이 간호사들의 업무라고 할 수 있는 감염 관리, 증상 및 징후 관찰 등의 업무 등을 간병인에게 위임하여 행하는 병원이 많은 것으로 조사되었다.

다. 병원 간호 인력 부족으로 인한 문제

1) 환자에게 미치는 영향

병원 간호 인력이 부족하게 되면 가장 큰 피해를 입는 이들은 환자들이다. 인력 부족은 간호서비스 부족으로 나타나게 되고, 간호서비스 부족은 의료서비스 질의 저하와 환자 및 보호자의 만족도 감소로 이어지기 때문이다.

미국 국립의학연구소(Institute of Medicine)의 연구(1999)에 따르면, 미국에서 매년 44,000명에서 98,000명의 환자가 의료 과실로 사망하는 것으로 조사되었는데, 이는 미국에서 교통사고나 유방암으로 사망하는 이들의 수보다 많은 것이다. 물론 이러한 의료 과실로 인한 사망이 전적으로 간호 인력 부족 때문인 것은 아니다. 그러나 병원 의료서비스 중 많은 부분이 점점 더 간호사에 의해 제공되고 있는 추세임을 고려하면, 이러한

의료 과실로 인한 사망의 상당 부분은 간호 인력 부족으로 인한 것으로 추정할 수 있다. 실제로 기대하지 않은 부정적 치료 결과를 초래한 원인의 24%가 인력과 관련된 문제 때문이라는 연구(Joint commission on accreditation of healthcare organizations, 2002)가 존재하는데, 이러한 인력 부족은 상당 부문 간호 인력 부족에 기인하는 바가 크다.

간호 인력이 부족하게 되면 환자에게 필요한 기본 간호에 소요되는 시간이 줄어들 수 밖에 없다. 단순한 간호 행위뿐 아니라, 지속적으로 환자의 상태를 모니터링하고 평가하며 환자를 교육하는 등의 행위를 포함하는 것이 총체적, 포괄적 간호 행위라고 할 수 있다. 그런데 간호 인력이 부족할 경우 간호사들이 이와 같은 총체적, 포괄적 간호를 하지 못하게 된다. 교육 등이 충분히 이루어지지 못할 경우, 현재와 같이 재원기간이 단축되는 경향이 가속화되는 조건에서는 환자들이 퇴원해서 가정에서 취해야 할 적절한 조치를 하지 못함으로 인해 또다시 병원을 방문해야 하는 상황이 벌어질 가능성이 많다. 이는 환자 개개인 뿐 아니라 사회적인 측면에서도 손실이다.

간호사에게 과중한 업무가 부가됨에 따라 간호 오류의 가능성이 높아지는 것도 심각한 문제이다. 약이 바뀌거나 투약 시간이 늦어지는 등의 투약 오류, 병원 감염의 위험 증가 등이 대표적인 간호 오류의 예이다. 부족한 간호 인력 문제로 인해 나타나는 간호 오류의 예가 적지 않을 것으로 예측되고 있지만 이러한 문제는 잘 드러나지 않는다. 드러나는 간호 오류의 예는 빙산의 일각일 뿐이라는 데 문제의 심각성이 있다. 간호 오류가 드러날 경우 민형사상의 책임뿐 아니라 고용상의 문제가 있을 수 있기 때문에 대부분의 간호 오류의 문제는 드러나지 않은 채 묻히고 있는 형편이다.

간호사의 인력 수준이 높을수록 치료 결과가 좋다는 연구가 많다는 것은 역으로 간호 인력 수준의 중요성을 반증한다. 간호사 인력 수준이 높을수록 재원일수 감소, 요로감염률 감소, 상부위장관 출혈 감소, 수술 환자의 폐렴 이환율 감소, 수술 환자의 혈전증 감소, 수술 환자의 합병증으로 인한 사망률 감소 등이 보고되었다.

부족한 간호 인력 문제를 해결하기 위해 병원은 비정규직 간호사를 활용하기도 하는데, 이는 의료서비스 질의 측면에서 부정적이다. 비정규직으로 채용된 간호사가 많을수록 의료서비스 질은 저하될 가능성이 많기 때문이다. 비정규직은 병원 환경에 익숙하지 않을 뿐 아니라 정규직과 의사소통 등에 문제가 존재할 수 있기 때문에, 팀워크가 중요한 간호 행위의 특성상 적절한 간호서비스를 제공하기 힘들다.

2) 간호사에게 미치는 영향

간호 인력이 부족하게 되면 노동시간이 늘어나게 되고 노동강도도 강화되어 간호사 건강이 파괴된다. 일반적으로 간호사는 교대근무 등의 특성상 건강상 고위험 직종에 속한다. 그러므로 노동시간 및 노동강도에 대한 적절한 관리가 꼭 필요한 직종이다. 그런데 간호 인력이 부족하게 되면 이러한 건강 문제 예방을 위한 관리는 뒷전으로 밀리게 되어 심각한 건강 문제를 야기하게 된다.

스트레스 증가와 피로 누적으로 인한 문제가 가장 크다. 간호 업무는 지속적으로 환자를 대면해야 하는 업무이기에 직무 스트레스의 수준이 높다. 그런데 간호 인력이 부족할 경우 업무량은 늘어나고 직무자율성은 감소하게 되어 직무 스트레스가 더욱 증가하게 된다. 교대 근무 패턴이 무너지게 되어 인체에 유해한 형태로 교대 근무가 진행되게 되는 것도 문제다. 야간 노동 등이 늘어나면서 피로는 누적되고 이 또한 치명적인 건강 문제를 야기한다. 스트레스 증가와 피로 누적은 수면장애, 뇌심혈관계질환, 위장장애, 감정소진 등 다양한 건강문제를 일으킨다.

간호 인력 부족 문제가 지속되면 간호사들의 근골격계질환 문제도 심각해진다. 간호사들은 근골격계질환 위험 직종에 속한다. 그런데 간호 인력이 부족하게 되면 근골격계 질환에 걸리는 간호사들의 수도 증가하게 된다. 감염 관리가 부실하게 되어 간호사들의 감염성질환 이환율이 높아지기도 한다.

간호사들의 건강 문제는 간호사 개인의 문제이기도 하지만, 의료서비스 질과 직결된다는 점이 중요하다. 간호사들이 건강 문제가 심각할수록 간호서비스 질은 저하될 수밖에 없고, 간호서비스 질의 저하는 의료서비스 질 저하로 연결된다. 실제로 간호사의 감정 소진이 심할수록 환자들의 서비스 만족도가 저하된다는 연구 결과 등이 존재한다 (Vehey 등, 2004).

3) 병원 고용 구조에 미치는 영향

간호 인력이 부족하게 되면 간호사들의 이직률이 증가하게 되고 숙련 간호사 비율이 감소하게 된다. 이는 간호서비스 질을 저하시키는 한 요인으로 작용하게 된다. 병원간호사회의 조사(2008)에 따르면, 2006년 기준으로 병원 간호사의 이직률은 15.8%에 달하는 것으로 조사되었다. 이는 병상규모가 적은 병원일수록 더욱 높았는데 400병상 미만

병원의 경우 이직률이 20%에 달하는 것으로 조사되었다. 간호사의 이직률이 높게 되면 병원은 지속적으로 신규 간호사를 채용해야 하는 부담에 노출되고, 숙련 간호사 비율의 감소는 간호팀 자체의 간호 수준을 저하시켜 간호서비스 질 저하로 이어지게 된다.

3. 병원 인력 실태 조사 결과

가. 일부 병원의 간호 인력 실태

1) 조사의 개요

전국공공서비스노동조합 조합원이 소속되어 있는 병원 중 조사가 가능했던 8개 병원의 기본적인 간호 인력 현황에 대한 조사를 시행하였다.

2) 조사 결과

가) 허가병상수, 가동병상수, 병상이용률, 간호관리료 등급

○ 조사 대상 병원은 종합전문요양기관 4곳, 종합병원 4곳이었다. 설립유형으로는 특수법인 5곳, 학교법인 1곳, 재단법인 1곳, 의료법인 1곳이었다. 병상 규모로는 6곳이 600병상 이상이었고, 2곳은 200병상 이상 300병상 미만이었다.

○ 조사 대상 병원의 병상이용률은 80-90%로 높은 편이었고, 간호관리료 등급은 2등급 1곳, 3등급 2곳, 4등급 4곳, 5등급 1곳이었다.

표 1 조사 대상 병원의 의료기관 종별, 설립 유형, 병상수, 병상이용률, 간호관리료 등급

병원 구분	의료기관 종별구분	설립유형	허가 병상수	가동 병상수	병상이용률(%)	간호관리료 등급
A	종합전문요양기관	특수법인	1,633	1,633	90.9	2
B	종합전문요양기관	학교법인	915	915	87.4	4
C	종합전문요양기관	특수법인	878	877	90.1	3
D	종합전문요양기관	특수법인	553	553	85.0	4
E	종합병원	재단법인	780	780	93.4	3
F	종합병원	의료법인	599	661	-	5
G	종합병원	특수법인	291	285	86.6	4
H	종합병원	특수법인	241	256	83.0	4

나) 일반병동 근무조별 간호사 1인당 담당 병상수

○ 종합전문요양기관의 경우 초번과 낮번은 14-24병상, 밤번은 18-24병상을 담당하는 것으로 조사되었다.

○ 종합병원의 경우는 초번과 낮번은 16-25병상, 밤번은 21-26병상을 담당하는 것으로 조사되었다.

○ 종합전문요양기관과 종합병원 모두 초번, 낮번에 비해 밤번 간호사의 1인당 담당 병상수가 증가하는 양상이었다.

표 2 병원별 일반병동 근무조별 간호사 1인당 담당 병상수

병원 구분	병상수	초번		낮번		밤번	
		근무 간호사수 §	근무 간호사 1인당 담당 병상수	근무 간호사수	근무 간호사 1인당 담당 병상수	근무 간호사수	근무 간호사 1인당 담당 병상수
A	36	2.5*	14.4	2.5	14.4	2	18
B	72	3	24	3	24	2	36
C	36	2	18	2	18	2	18
D	47	2	23.5	2	23.5	2	23.5
E	62	4	15.5	3	20.7	3	20.7
F	67	3	22.3	3	22.3	3	22.3
G	무응답						
H	51	2	25.5	2	25.5	2	25.5

§ 수간호사와 책임간호사는 제외함

※ 초번과 낮번에 걸쳐 일하는 PRN 간호사 1인을 0.5인으로 계산

다) Physician Assistant(PA) 간호사 활용 현황 및 업무 내용

○ 총 5개 병원에서 PA 간호사를 활용하고 있었다. 과별로는 내과, 산부인과, 흉부의과에서 PA 간호사를 많이 활용하고 있는 것으로 나타났다.

표 3 병원별 PA 간호사 활용 현황

병원 구분	일반 외과	흉부 외과	신경 외과	산부 인과	마취 통증 의학과	정신 과	소아 과	내과	신경 과	기타	계
A [§]		1		2	1	2		13	2	2	23
B	2	3		5	2		1				13
C		1									1
D	활용하지 않음										
E	3	2	1	2			1	3	1	3	16
F	활용하지 않음										
G	활용하지 않음										
H										2	2
계	5	7	1	9	3	2	2	16	3	7	55

§ 이 병원의 PA 간호사는 EMR PA라고 하여 주로 전자기록과 관련된 업무를 담당하고 있었음

○ PA 간호사는 주로 외과에서 많이 활용하고 있었는데, 의사의 업무라고 알려져 있는 대다수의 업무를 하고 있는 것으로 조사되었다.

○ 병원 기록 전산화가 진행됨에 따라 의사가 행하여야 하는 각종 의사 결정 및 자료 입력 과정을 대신하는 PA 간호사도 늘고 있는 것으로 나타났다.

표 4 병원별 PA 간호사의 업무 내용

업무 내용	병원				
	A	B	C	E	H
수술 상처나 기타 드레싱		○	○	○	
검사 처방	○	○	○	○	○
시진, 청진, 촉진, 타진법을 이용한 신체검진			○	○	
환자의 경과기록 작성	○		○	○	
약물처방	○		○	○	○
발사(stitch out)			○	○	
수술 및 시술 보조			○	○	○
창상 봉합			○	○	
환자의 수술 기록 작성			○	○	
의사가 하도록 되어 있는 각종 검사 수행			○	○	○
검사 동의서 받기		○	○	○	○
수술 동의서 받기			○	○	○

라) 간호서비스 제공 환경

○ 간호 인력 수준과 함께 간호 업무량을 덜어줄 수 있는 여러 가지 간호서비스 제공 환경이 전반적으로 미비한 것으로 나타났다.

○ 채혈 전담요원을 운영하는 병원은 두 곳, 정맥주사 전담요원을 운영하는 병원은 한 곳에 불과했다.

표 5 병원별 간호서비스 제공 환경

병원	간호업무 전달체계	채혈 전담요원	정맥주사 전담요원	UDS 운영	OCS 및 EMR
A	팀 간호	○	○	○	○
B	팀 간호	○			○
C	무응답				
D	무응답				
E	팀 간호			특수병동만	○
F	기능적 분담				○
G	팀 간호 + 기능적 분담				OCS만
H	팀 간호 + 기능적 분담				OCS만

마) 간호사 이직률 및 근속년수

○ 간호사의 이직률이 높은 병원은 근속년수가 짧은 간호사 위주로 구성되어 있는 것으로 조사되었다.

○ 상대적으로 업무 환경이 좋은 것으로 평가된 A병원의 경우 이직률이 가장 높아, 업무 환경이 이직률에 끼치는 영향은 낮은 것으로 추측된다.

표 6 조사 대상 병원의 간호사 이직률 및 간호사 근속년수

병원	이직률 (%)	전체 간호사들의 근속년수 분포(%)				
		1년미만	1-3년	3-5년	5-10년	10년이상
A	16-19	무응답				
B	12-15	11.8	6.4	15.6	20.5	45.7
C		무응답				
D	0-3	0.3	22.8	21.4	14.1	41.4
E	4-7	10	5.5	8.7	15.6	10.9
F		무응답				
G	0-3	무응답				
H	4-7	24.2	19.6	18.3	16.3	21.6

3) 조사 결과의 요약 및 함의

○ 간호관리료 등급상의 간호 인력 수준과 실제 근무조별 인력 수준과는 차이가 있었다.

→ 간호관리료 등급의 상승이 실제 환자를 간호하는 간호 인력 증가로 연결되지 않고 있음을 보여줌

○ 종합전문요양기관의 경우 초변과 낮변은 14-24명상, 밤변은 18-24명상을 담당하고 있었고, 종합병원의 경우는 초변과 낮변은 16-25명상, 밤변은 21-26명상을 담당하는 것으로 조사되었다.

→ 종합전문요양기관과 종합병원 모두 근무조별 간호사 1인당 담당 병상수가 과다한 것으로 나타나고 있다.

→ 밤변에는 1인당 담당 병상수가 더 늘어나는 현실이므로 밤변 근무의 업무량이 늘어날 경우 밤변 근무자의 노동강도가 증가할 것으로 예상된다.

○ 흉부외과, 산부인과 등을 중심으로 PA 간호사가 광범위하게 활용되고 있는 것으로 나타났다.

→ PA 간호사는 의사 인력 부족으로 인해 나타나는 문제로, 간호사가 의사가 행해야 하는 업무를 수행함으로써 의료서비스 질 저하가 초래될 수 있다.

→ 또한 PA 간호사가 간호관리료 등급 평가시 병동 간호사로 계상되는 경우도 있었는데, 이러할 경우 실제로 간호 업무를 행하지 않는 간호사가 간호 업무를 행하는 것처럼 평가되어 간호관리료 등급이 왜곡되는 효과를 낳는다.

○ 간호사의 이직률이 높을수록 해당 병원에 근속년수가 긴 간호사가 적은 것으로 나타났다.

→ 간호사의 이직이 주로 근속년수가 짧은 간호사 위주로 이루어짐을 알 수 있다.

나. 일부 병원의 간호 인력 부족으로 인한 문제

1) 조사 개요

전국공공서비스노동조합 조합원이 소속되어 있는 병원 중 조사가 가능했던 7개 병원 일반병동 소속 간호사들을 대상으로 자기기입식 설문을 시행하였다. 설문은 직무 스트레스 수준, 건강상의 문제로 조퇴나 결근을 한 경험, 수면제 복용 경험, 간호 오류 경험 등으로 구성했다. 7개 병원에서 총 603명의 일반병동 간호사들이 설문에 응했다.

2) 조사 결과

가) 조사대상자의 일반적 특성

○ 조사에 응답한 간호사의 평균 연령은 28.5세였고, 20대가 65.6%로 가장 많았다.

표 7 응답자의 연령 분포

연령 구분	응답자 수(명)	백분율(%)	비고
20-29세	384	65.6	결측값 : 18 평균 : 28.5세
30-39세	187	32.0	
40-49세	14	2.4	

○ 간호사 경력은 평균이 6.3년이었고, 5년 미만인 이들이 전체의 46.0%였으며, 5년 이상 10년 미만인 이들은 31.2%, 10년 이상인 이들은 22.9%였다.

표 8 응답자의 간호사 경력

간호사 경력(년)	응답자 수(명)	백분율(%)	비고
3년미만	136	23.6	결측값 : 26 평균 : 6.3년
3년이상 5년미만	129	22.4	
5년이상	180	31.2	
10년미만	132	22.9	
10년이상			

○ 현재 병동 근무년수 평균은 2.7년이었고, 2년 미만인 이들이 46.8%였다.

표 9 응답자의 현재 병동 근무년수

근무년수(년)	응답자 수(명)	백분율(%)	비고
1년미만	129	22.2	결측값 : 22 평균 : 2.7년
1년이상 2년미만	143	24.6	
2년이상 4년미만	166	28.6	
4년이상	143	24.6	

○ 현재 근무하고 있는 병동은 내과계병동이 32.0%, 외과계병동이 33.8%로 병동 종류가 골고루 분포하고 있는 양상이었다.

표 10 현재 근무 병동 종류

병동 종류	응답자 수(명)	백분율(%)	비고
내과계 병동	188	32.0	결측값 : 15
외과계 병동	199	33.8	
혼합 병동	139	23.6	
특수 병동	62	10.5	

○ 응답자는 92.5%가 일반 간호사였고, 책임 간호사도 4.6% 정도 포함되어 있었다.

표 11 응답자의 직위

직위	응답자 수(명)	백분율(%)	비고
일반 간호사	543	92.5	결측값 : 16
책임 간호사	27	4.6	
수간호사	14	2.4	
기타	3	0.5	

○ 응답자는 미혼인 이들이 전체의 67.7%였다.

표 12 응답자의 결혼 상태

결혼 상태	응답자 수(명)	백분율(%)	비고
미혼	398	67.7	결측값 : 15
기혼	189	32.1	
이혼	1	0.2	

나) 일반간호사들의 직무 스트레스

- 전체조사자 중 간호사 직위에 일반간호사, 책임간호사, 기타로 응답한 이들을 제외한 559명에 대한 분석 결과

○ 직무 스트레스를 구성하는 영역 중 직무요구, 관계갈등, 직무불안정, 조직체계 등으로 인한 스트레스를 조사하였다.

○ 이 중 가장 많은 이들이 심각하게 느끼는 것은 휴식 부족, 여러 가지 일을 동시에 해야 하는 것, 업무량 증가 등 직무요구와 관련된 스트레스 영역이었다.

- 충분한 휴식 시간이 주어지지 않는다고 생각하는 이들이 전체 응답자의 93.2%
- 여러 가지 일을 동시에 해야 한다고 느끼는 이들이 전체 응답자의 98.5%
- 업무량이 현저하게 증가하였다고 느끼는 이들이 전체 응답자의 84.5%

- 일이 많아 항상 시간에 쫓기며 일한다고 느끼는 이들이 전체 응답자의 91.1%

○ 심각하게 느끼는 정도는 덜 했지만, 업무수행에 필요한 지원 부족, 공정하지 못하고 비합리적인 근무평가, 인사제도 등에 대해서도 많은 이들이 스트레스를 호소하고 있었다.

- 업무수행에 필요한 인원, 공간, 시설, 장비, 훈련 등의 지원이 잘 이루어지지 않고 있다고 느끼는 이들이 전체 응답자의 89.5%

- 근무평가, 인사제도가 공정하지 못하고 비합리적이라고 느끼는 이들이 전체 응답자의 79.2%

표 13 각각의 스트레스 질문별 응답 현황

직무 스트레스 내용	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
나는 일이 많아 항상 시간에 쫓기며 일한다.	0 0.0%	50 9.0%	354 63.6%	153 27.5%
업무량이 현저하게 증가하였다.	1 0.2%	85 15.3%	301 54.0%	170 30.5%
업무 수행 중에 충분한 휴식(잠)이 주어진다.	228 41.0%	290 52.2%	36 6.5%	2 0.4%
여러 가지 일을 동시에 해야 한다.	0 0.0%	8 1.43%	345 61.8%	205 36.7%
나의 상사는 업무를 완료하는데 도움을 준다.	21 3.8%	130 23.6%	369 67.0%	31 5.6%
나의 동료는 업무를 완료하는데 도움을 준다.	3 0.5%	48 8.6%	459 82.6%	46 8.3%
직장에서 내가 힘들 때 내가 힘들다는 것을 알아 주고 이해해 주는 사람이 있다.	11 2.0%	88 15.8%	422 75.9%	35 6.3%
직장사정이 불안하여 미래가 불확실하다.	28 5.0%	295 52.9%	187 33.5%	48 8.6%
나의 근무조건이나 상황에 바람직하지 못한 변화 (예, 구조조정)가 있었거나 있을 것으로 예상된다.	10 1.8%	191 34.2%	279 49.9%	79 14.1%
우리 직장은 근무평가, 인사제도(승진, 부서배치 등)가 공정하고 합리적이다.	106 19.1%	334 60.1%	113 20.3%	3 0.5%
업무수행에 필요한 인원, 공간, 시설, 장비, 훈련 등의 지원이 잘 이루어지고 있다.	156 29.0%	337 60.5%	61 11.0%	3 0.5%
우리 부서와 타 부서간에는 마찰이 없고 업무협조 가 잘 이루어진다.	50 9.0%	303 54.4%	203 36.5%	1 0.2%
일에 대한 나의 생각을 반영할 수 있는 기회와 통 로가 있다.	52 9.3%	339 60.9%	164 29.4%	2 0.4%

○ 이를 한국 평균 직무 스트레스 수준과 비교해보면, 직무요구, 직무불안정으로 인한 스트레스 수준이 한국 노동자 평균에 비해 매우 높은 수준인 것으로 평가되었다.

표 14 전체 응답자 직무 스트레스 수준의 비교

항 목	응답자 평균	참고치			
		하위25%	하위50%	상위50%	상위25%
직무요구	75.3	50.0이하	50.1~58.3	58.4~66.6	66.7이상
관계갈등	37.8	-	33.3이하	33.4~44.4	44.5이상
직무불안정	53.7	-	33.3이하	33.4~50.0	50.1이상
조직체계	63.8	41.6이하	41.7~50.0	50.1~66.6	66.7이상

○ 이 중 특히 직무요구(업무량)와 관련된 스트레스에 영향을 주는 요인을 분석한 결과, 병원명, 간호관리료 등급, 현재 근무 병동 근무년수, 결혼 여부 등이 업무량과 연관이 있는 것으로 나타났다.

○ G 병원이 특히 직무요구도가 높았고, B병원과 E병원도 상대적으로 직무요구도가 높았다.

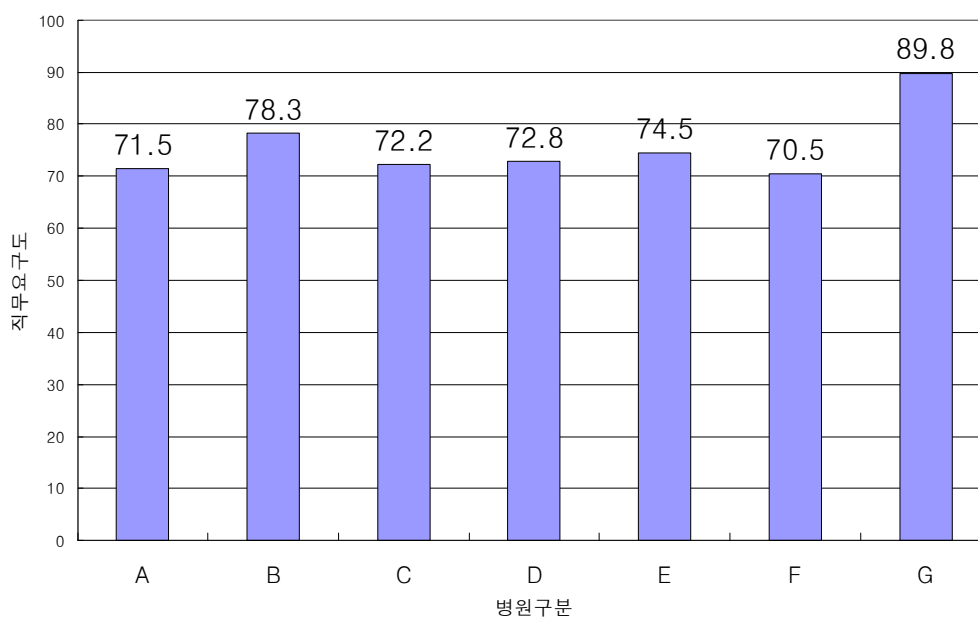


그림 1 병원별 직무요구도 분포

○ 간호관리료 등급이 낮아짐에 따라 직무요구도가 증가했다.

- 5등급인 경우 오히려 낮아졌는데, 해당 등급의 경우 응답자가 28인에 불과하였고, 병원 특성이 반영된 결과로 보인다.

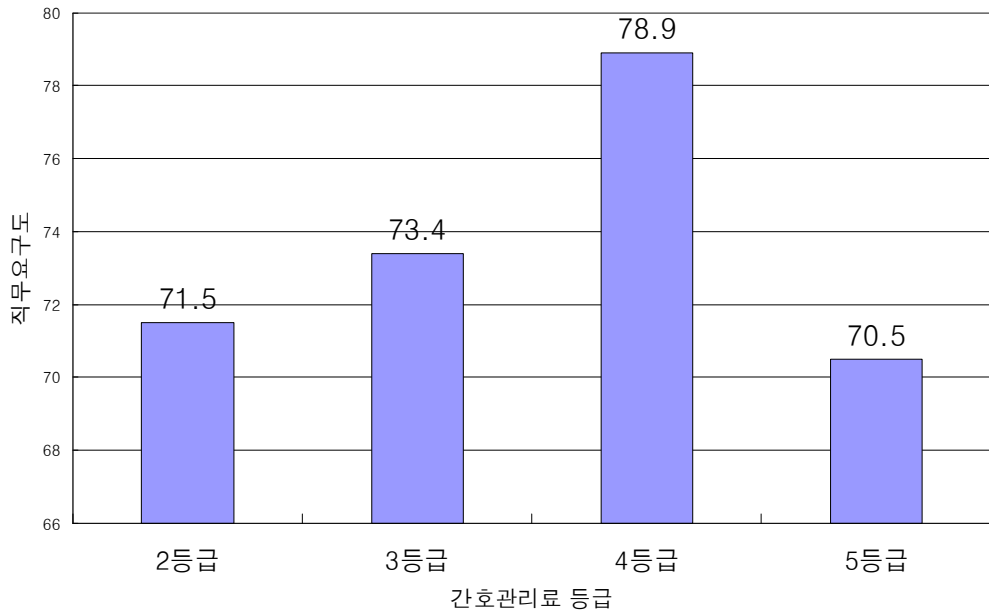


그림 2 간호관리료 등급에 따른 직무요구도

○ 현재 병동에 근무한 년수가 긴 간호사일수록 직무요구도를 많이 느끼는 것으로 조사되었다.

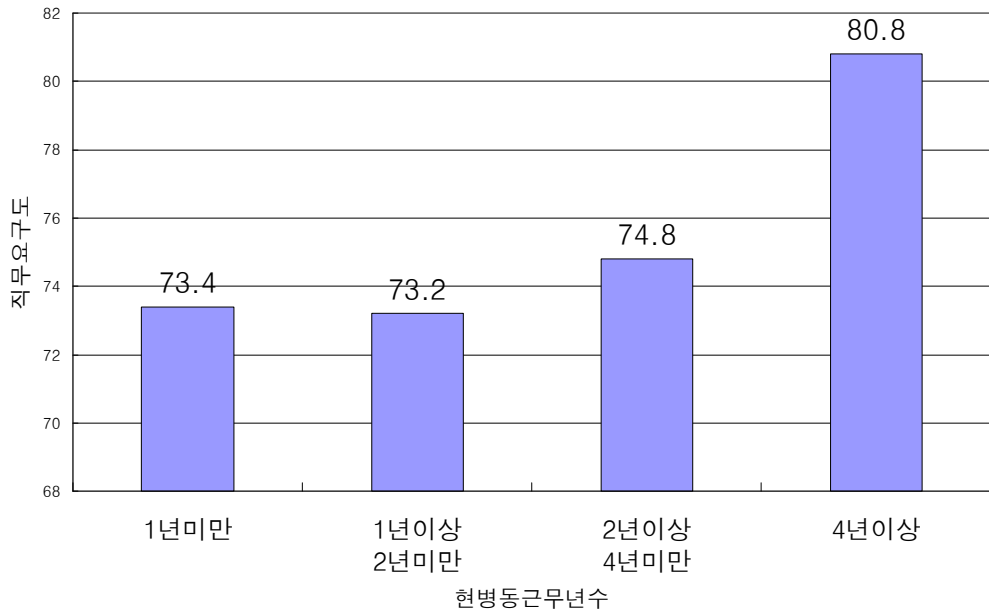


그림 3 현 병동 근무년수에 따른 직무요구도

○ 미혼인 간호사에 비해 기혼인 간호사가 직무요구도를 더 느끼는 것으로 조사되었다.

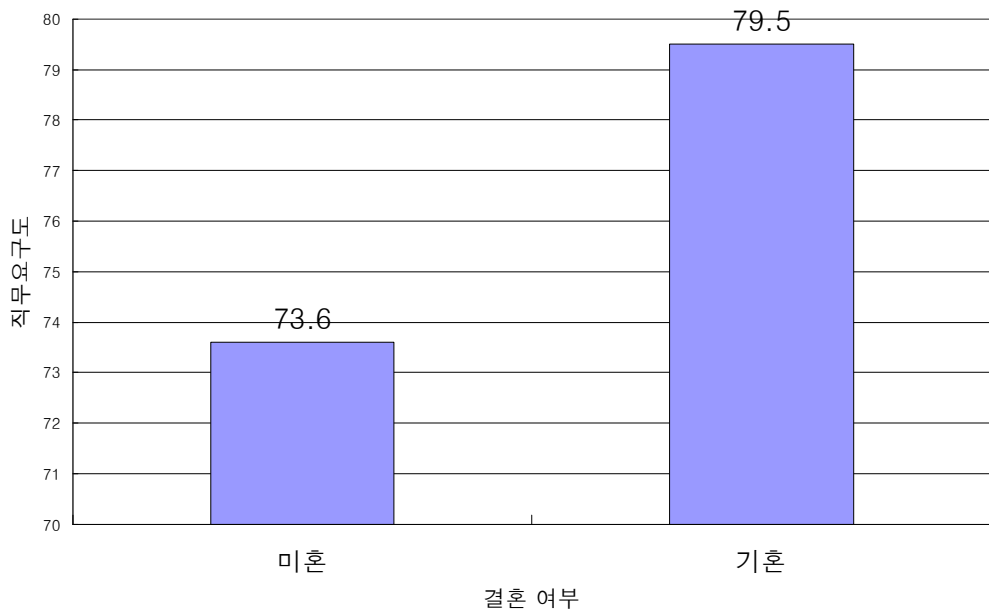


그림 4 결혼 여부에 따른 직무요구도

다) 병동 간호사들의 건강 수준

○ 일반적인 건강 수준을 파악하는 지표로 흔히 사용되는 조퇴, 결근 경험을 물어보았을 때, 지난 1년간 조퇴 경험이 있었던 이는 전체 응답자의 4.0%, 결근 경험자는 6.6%, 조퇴가 결근을 하고 싶었지만 하지 못했던 이는 60.3%였다.

표 15 조퇴 및 결근 경험

경험 여부	응답자 수(명)	백분율(%)	비고
조퇴 경험			
있다	22	4.0	결측값 : 11
없다	526	96.0	
결근 경험			
있다	36	6.6	결측값 : 12
없다	511	93.4	
사실상 조퇴, 결근 경험			
있다	330	60.3	결측값 : 12
없다	217	39.7	

○ 수면장애 실태를 파악하기 위해 지난 1년간 수면 문제로 수면제를 복용한 경험에 대해 물어보았을 때, 전체 응답자의 23.1%가 수면제 복용의 경험이 있다고 응답하였다.

표 16 수면제 복용 실태

수면제 복용 경험	응답자 수(명)	백분율(%)	비고
있다	125	23.1	결측값 : 18
없다	416	76.9	

○ 간호사 경력, 직무요구도 등이 조퇴가 결근을 할 만큼 건강 상태가 좋지 않아지는 것과 관련되어 있는 것으로 나타났다.

- 간호사 경력이 오래된 간호사일수록 사실상 조퇴 혹은 결근 경험을 가지고 있는 이들이 많았다.

- 직무요구도를 높게 느끼는 간호사일수록 사실상 조퇴 혹은 결근 경험을 가지고 있는 이들이 많았다.

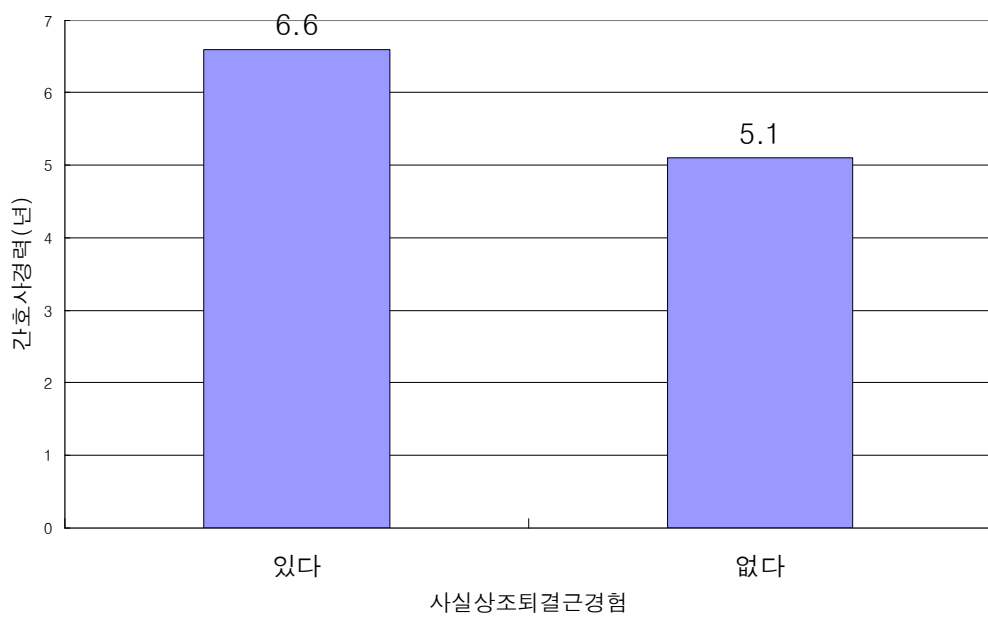


그림 5 사실상조퇴결근경험과 간호사경력

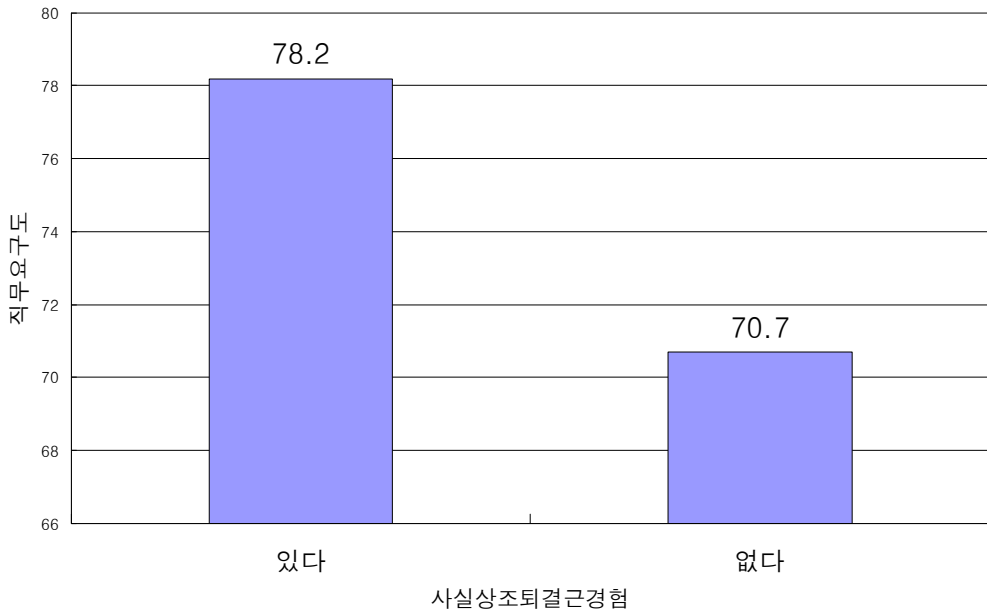


그림 6 사실상조퇴결근경험과 직무요구도

라) 간호 오류 경험

○ 전체 응답자의 95.1%가 지난 1년 동안 어떠한 간호 오류든지 한 번 이상 경험한 적이 있다고 응답하였다.

- 처방된 식사가 환자에게 정확하게 제공되지 않은 경우가 77.6%로 가장 많음
- 간호하고 있는 환자에게 욕창이 발생하는 경우는 64.5%
- 각종 투약 오류를 경험한 이들은 8.8 ~ 23.2%
- 수혈 오류를 경험한 이들도 2.0%에 달함

표 17 개별 간호 오류별 경험률

간호 오류 내용	응답자 수 (명)	백분율 (%)
처방된 식사가 환자에게 정확하게 제공되지 않은 경우	420	77.6
간호하고 있는 환자에게 욕창이 발생하는 경우	351	64.5
환자가 침상에서 떨어지는 경우	248	45.5
환자의 상태 변화에 대한 확인이 지연되어 환자에게 나쁜 결과가 일어난 경우	210	39.1
투약과정(먹는 약, 정맥주사, 근육주사 포함)에서 환자의 약을 바꿔서 준 경우	126	23.2
투약과정에서 약의 용량을 과다 또는 과소 용량으로 투약한 경우	108	19.9
투약과정에서 잘못된 경로로 약물을 투여한 경우	48	8.8
주사과정에서 피부반응검사가 필요한 약물을 피부반응검사를 하지 않아 약물부작용이 발생한 경우	8	1.5
수혈 과정에서 확인 및 투여 관련 절차를 지키지 않아서 문제가 발생한 경우	11	2.0

○ 지난 한 달 중에 퇴근한 이후에도 환자 간호 및 처치에 대한 불안으로 맘을 졸이거나 환자, 보호자, 동료 간호사 등에 연락을 취한 경험이 있는지 물어보았을 때, 전체 응답자의 72.2%가 그런 경험이 있다고 응답하였다.

○ 한편, 직무요구도가 높을수록 간호 오류를 경험하는 이들이 많았고, 직무요구도가 높을수록 간호 오류에 대한 불안도 높은 것으로 조사되었다.

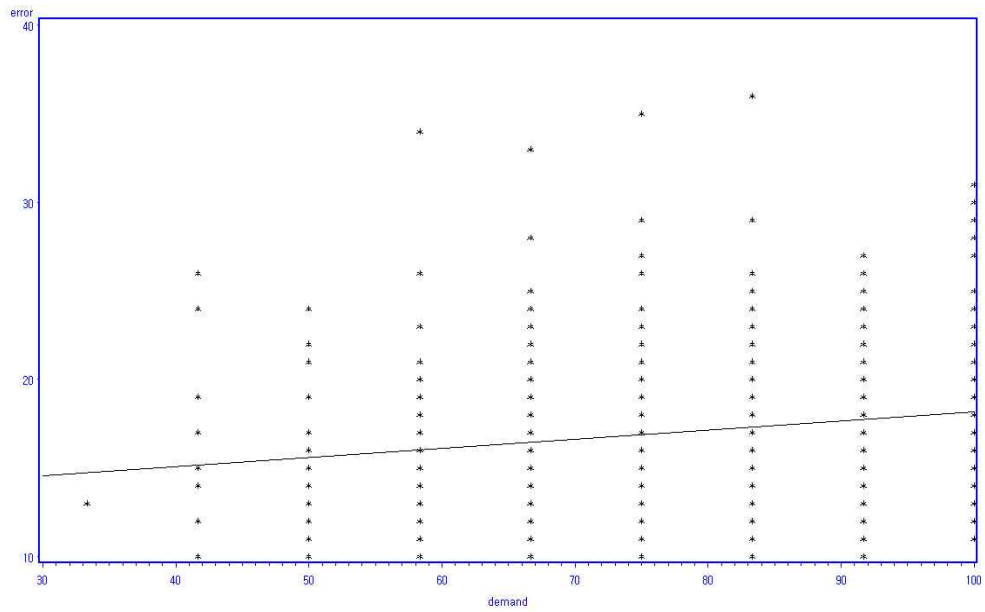


그림 7 직무요구도와 간호 오류 경험률의 상관 관계

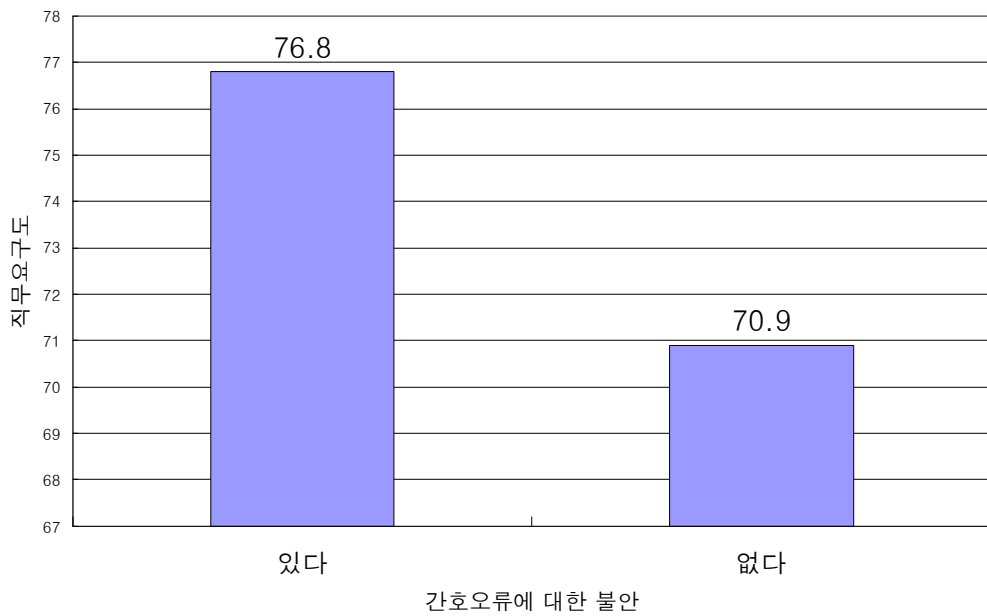


그림 8 직무요구도와 간호 오류에 대한 불안과의 관련성

3) 조사 결과의 요약 및 함의

○ 조사 대상 간호사들은 직무요구, 직무불안정으로 인한 스트레스 수준이 한국 노동자 평균에 비해 매우 높은 수준인 것으로 평가되었다.

→ 타 직종에 비해 업무량에 대한 스트레스를 많이 느끼고 있는 것으로 평가할 수 있다.

○ 직무요구(업무량)에 영향을 주는 요인을 분석한 결과, 병원명, 간호관리료 등급, 현재 근무 병동 근무년수, 결혼 여부 등이 업무량과 연관이 있는 것으로 나타났다 : 소속 병원의 간호관리료 등급이 낮을수록, 현재 병동에서의 근무년수가 오래될수록, 결혼을 한 간호사일수록 업무량에 대한 스트레스를 많이 느끼는 것으로 조사되었다.

→ 간호사 부족 현상이 개별 간호사의 업무량을 늘려 스트레스 요인으로 작용하고 있음을 알 수 있다.

○ 일반적인 건강 수준을 파악하는 지표로 흔히 사용되는 조퇴, 결근 경험을 물어보았을 때, 지난 1년간 조퇴 경험이 있었던 이는 전체 응답자의 4.0%, 결근 경험자는 6.6%, 조퇴가 결근을 하고 싶었지만 하지 못했던 이는 60.3%였다.

→ 병동 간호사들의 일반적 건강 수준이 좋지 않을 가능성을 추정하게 한다.

○ 수면장애 실태를 파악하기 위해 지난 1년간 수면 문제로 수면제를 복용한 경험에 대해 물어보았을 때, 전체 응답자의 23.1%가 수면제 복용의 경험이 있다고 응답하였다.

→ 병동 간호사의 수면장애 문제가 심각한 수준임을 추정하게 한다.

○ 간호사 경력이 오래된 간호사일수록, 직무요구도를 높게 느끼는 간호사일수록 사실상 조퇴 혹은 결근 경험을 가지고 있는 이들이 많았다.

→ 간호사 경력이 오래되고, 업무량이 많아질수록 간호사의 건강 상태가 나빠질 가능성이 많음을 추정하게 한다.

○ 전체 응답자의 95.1%가 지난 1년 동안 어떠한 간호 오류든지 한 번 이상 경험한

적이 있다고 응답하였고, 지난 한 달 중에 퇴근한 이후에도 환자 간호 및 처치에 대한 불안으로 맘을 졸이거나 환자, 보호자, 동료 간호사 등에 연락을 취한 경험이 있는지 물어보았을 때, 전체 응답자의 72.2%가 그런 경험이 있다고 응답하였다.

→ 드러나지 않고 있지만 현재 간호 오류 문제가 적지 않음을 추측하게 한다.

○ 직무요구도가 높을수록 간호 오류를 경험하는 이들이 많았고, 직무요구도가 높을수록 간호 오류에 대한 불안도 높은 것으로 조사되었다.

→ 업무량이 많아짐에 따라 간호 오류가 증가하고 간호 오류에 대한 불안도 증가하게 됨을 보여준다.

다. 직접 및 간접 간호 시간 측정 결과

1) 조사 방법

박정호(1999)가 개발하고 정정희(2000)가 사용한 ‘직접간호활동 조사지’, 정정희(2000)의 ‘간접활동 조사지’를 기본으로 하여, 노동조합 간부들의 의견을 수렴하여 약간 수정한 조사지로 직접 및 간접간호 시간을 측정하였다. 환자 분류는 병동에서 시행하는 일상적 환자 분류와 강호 강도에 따른 환자분류도구를 함께 사용하여 분석하였다.

의료연대분과 소속 사업장 중 3개의 3차의료기관에 대해서 조사를 실시하였다. 조사는 노동조합 간부에게 조사 방법을 교육하여 숙지시킨 후, 간부들이 병동 간호사들에게 다시 교육시켜 조사를 시행하게 하였다. 병동 간호사들을 업무가 마치자마자 노동조합 사무실에서 자신이 당일 근무한 활동을 기억에 의존해 시간 단위로 기록하게 하였다.

2) 조사 결과

3개 병원 조사 결과를 모두 통합하여 분석하였을 때, 내과 계열은 3,4군 이상 중증 환자의 비율이 17.0%, 외과계열은 5.0%, 혼합병동은 5.4%로 상대적으로 내과 병동에 중증환자의 비율이 높은 것으로 나타났다.

표 18 간호단위별 환자분류군 분포

				단위:min	
간호단위 환자분류	내과계열 빈도(%)	외과계열 빈도(%)	혼합병동 빈도(%)	카이제곱	P-value
1군	184(55.9)	256(61.4)	401(74.3)	75.731	0.000
2군	89(27.1)	140(33.6)	110(20.4)		
3군	36(10.9)	15(3.6)	20(3.7)		
4군	20(6.1)	6(1.4)	9(1.7)		
계	329(100.0)	417(100.0)	540(100.0)		

내외과계열별로 환자중증도별로 환자 1인당 하루에 소요되는 직접간호활동시간을 계

산하였을 때, 내과계열은 3군 환자에게 26.3분을 할애하여 가장 많은 시간이 들었고, 외과계열은 4군 환자에게 53.7분을 할애하여 가장 많은 시간이 소요되었다.

표 19 간호단위별 환자분류군별 환자 1인당 일일 직접간호활동시간
단위: min

간호단위 환자분류	내과계열		외과계열		혼합병동	
	평균 (표준편차)	F(p)	평균 (표준편차)	F(p)	평균 (표준편차)	F(p)
1군	12.47		14.35		9.85	
	(14.78)		(16.99)		(11.78)	
2군	21.12		31.90		9.83	
	(22.10)	9.104	(34.51)	21.478	(11.21)	8.440
3군	26.31	(0.000)	38.07	(0.000)	14.15	(0.000)
	(29.09)		(15.29)		(22.01)	
4군	25.70		53.67		31.44	
	(16.92)		(30.10)		(43.56)	

이를 아침번, 낮번, 밤번에 따라 살펴 보면, 내과계열은 3군환자를 간호하는 밤번 간호사가 환자 1인에게 가장 많은 직접간호시간을 부여하는 것으로 나타났다. 외과계열은 4군환자를 간호하는 낮번 간호사가 환자 1인에게 부여하는 직접간호시간이 가장 많았다.

표 20 간호단위별 근무조별 환자 1인당 직접간호활동시간

단위: min

간호 단위	내과계열 (n=329)				외과계열 (n=417)				혼합병동 (n=540)			
근무조 분류군	아침 낮번 밤번 계				아침 낮번 밤번 계				아침 낮번 밤번 계			
	아침	낮번	밤번	계	아침	낮번	밤번	계	아침	낮번	밤번	계
1군	8.56 (7.79)	13.40 (11.28)	14.57 (20.23)	12.47 (14.78)	21.69 (25.63)	14.04 (12.12)	7.88 (8.38)	14.35 (16.99)	10.30 (14.82)	12.33 (11.09)	5.73 (6.08)	9.85 (11.78)
2군	15.90 (14.24)	17.08 (11.01)	28.39 (29.48)	21.12 (22.10)	34.75 (34.74)	37.68 (39.37)	15.34 (13.25)	31.90 (34.51)	14.98 (13.79)	6.13 (7.33)	5.55 (5.40)	9.83 (11.21)
3군	15.57 (13.74)	24.00 (12.89)	42.27 (45.85)	26.31 (29.09)	43.00 (20.06)	31.80 (5.89)	37.00 (13.22)	38.07 (15.29)	23.88 (32.18)	9.33 (8.73)	6.00 (7.45)	14.15 (22.01)
4군	15.80 (6.64)	35.60 (18.00)	35.60 (21.13)	25.70 (16.92)	55.00 (53.74)	70.00 (21.21)	36.00 (5.65)	53.67 (30.10)	82.67 (40.55)	7.50 (3.53)	5.00 (4.76)	31.44 (43.56)
F(p)	4.071 (0.009)	7.275 (0.000)	5.161 (0.002)		3.093 (0.029)	14.428 (0.000)	15.080 (0.001)		21.605 (0.000)	3.152 (0.026)	0.031 (0.993)	

간접간호활동시간의 경우 내과계열은 밤번이, 외과계열 역시 밤번 근무자의 간접간호 활동시간이 많았다.

표 21 근무조별 환자 1인당 간접간호활동시간

단위:min

간호단위 근무조	내과계열		외과계열		혼합병동	
	평균 (표준편차)	F(p)	평균 (표준편차)	F(p)	평균 (표준편차)	F(p)
아침번	27.54		22.69		24.89	
	(10.21)		(7.61)		(12.53)	
낮번	24.26	17.203	19.37	39.619	21.65	35.149
	(6.74)	(0.000)	(4.77)	(0.000)	(9.13)	(0.000)
밤번	36.10		26.68		32.80	
	(22.68)		(8.13)		(15.63)	
계	29.77		22.33		25.92	
	(16.20)		(7.32)		(13.20)	

이를 종합하였을 때, 내과 환자의 경우, 1군 환자에게는 24시간 동안 124.4분, 2군 환자에게는 149.2분, 3군 환자에게는 169.7분, 4군 환자에게는 174.9분의 간호활동이 소요되는 것으로 조사되었다. 외과 환자의 경우, 1군 환자에게는 24시간 동안 112.3분, 2군 환자에게는 156.5분, 3군 환자에게는 180.5분, 4군 환자에게는 230.1분의 간호활동이 소요되는 것으로 조사되었다.

표 22 표 5. 환자분류군별 근무조별 평균 간호활동시간

단위:min

간호 단위	내과계열 (n=329)				외과계열 (n=417)				혼합병동 (n=540)			
근무조	아침	낮번	밤번	계	아침	낮번	밤번	계	아침	낮번	밤번	계
분류군												
1군	36.10	37.66	50.67	124.43	44.38	33.41	34.56	112.35	35.19	33.98	38.53	107.70
2군	43.44	41.34	64.49	149.27	57.44	57.05	42.02	156.51	39.87	27.78	38.35	106.00
3군	43.11	48.26	78.37	169.74	65.69	51.17	63.68	180.54	59.43	30.98	38.80	129.21
4군	43.34	59.86	71.70	174.90	77.69	89.37	62.68	230.01	107.56	29.15	37.80	174.51

이상의 결과를 바탕으로 중증도가 높은 환자들이 골고루 분포한다는 가정 하에 1군 부터 4군까지에 소요되는 간호활동시간의 평균을 환자 1인당 간호시간으로 가정하여 20병상 규모의 병동의 적정 간호 인력 수준을 산출한 결과는 아래와 같다.

표 23 내과 병동 적정 간호 인력 추계 결과

구분	보수적 추계 ¹⁾	현실적 추계 ²⁾
총간호활동시간	3,091.8분	
총간호활동시간 노동을 위한 간호사 수	6.4명	7.4명
적정 간호사 수	9.0명	11.1명
간호사:병상 비	1:2.22(2등급 수준)	1:1.80(1등급 수준)

1) 총간호활동시간 노동을 위한 간호사 수를 구할 때 간호사 1일 노동시간을 8시간으로 간주하여 계산하고, 4조3교대를 위한 인원, 주40시간 근무를 위한 인원, 휴식 및 결근 인원을 고려하여 환자 1인의 24시간 간호에 4.4인의 간호사가 투입되어야 하는 것으로 가정하여 계산

2) 총간호활동시간 노동을 위한 간호사 수를 구할 때 간호사 1일 노동시간을 7시간으로 간주하여 계산하고(근무 중 휴식시간 및 식사시간 고려), 4조3교대를 위한 인원, 주40시간 근무를 위한 인원, 휴식 및 결근 인원을 고려하여 환자 1인의 24시간 간호에 4.4인의 간호사가 투입되어야 하는 것으로 가정하여 계산

표 24 외과 병동 적정 간호 인력 추계 결과

구분	보수적 추계 ¹⁾	현실적 추계 ²⁾
총간호활동시간	3,397분	
총간호활동시간 노동을 위한 간호사 수	7.1명	8.1명
적정 간호사 수	9.9명	12.2명
간호사:병상 비	1:2.02(2등급 수준)	1:1.64(1등급 수준)

1) 총간호활동시간 노동을 위한 간호사 수를 구할 때 간호사 1일 노동시간을 8시간으로 간주하여 계산하고, 4조3교대를 위한 인원, 주40시간 근무를 위한 인원, 휴식 및 결근 인원을 고려하여 환자 1인의 24시간 간호에 4.4인의 간호사가 투입되어야 하는 것으로 가정하여 계산

2) 총간호활동시간 노동을 위한 간호사 수를 구할 때 간호사 1일 노동시간을 7시간으로 간주하여 계산하고(근무 중 휴식시간 및 식사시간 고려), 4조3교대를 위한 인원, 주40시간 근무를 위한 인원, 휴식 및 결근 인원을 고려하여 환자 1인의 24시간 간호에 4.4인의 간호사가 투입되어야 하는 것으로 가정하여 계산

이러한 결과는 한 병동에 1군부터 4군까지 중증도로 다른 환자들이 골고루 분포한다는 가정 아래 계산된 것이므로, 실제 경증 환자가 더 많은 병동의 경우 더 적은 간호사가 필요할 수 있고, 중증 환자가 더 많은 병동의 경우 더 많은 간호사가 필요할 수 있다. 이러한 상황을 고려하여 최대한 보수적으로 판단하여도 이상의 결과를 종합하면, 이 조사에 응한 종합전문요양기관(3차 의료기관) 수준의 병동의 경우 적어도 현재 간호관리 등급 수준으로 2등급 수준 이상의 인력이 필요한 것으로 판단할 수 있다.

이러한 계산 결과를 바탕으로 역으로 유추해보면, 이와 같은 인력 수준이 필요함에도 불구하고 현재 3등급 혹은 4등급 수준의 인력으로 병상을 운영하고 있는 병원의 해당 간호사들은 그 간격을 채우기 위해 연장 근무에 시달리는 것으로 볼 수밖에 없다.

4. 의료서비스 질 향상을 위한 병원 인력 구조 개선 방안

가. 병협 대책 및 정부 정책의 문제점

최근 병협은 간호 인력 부족 문제를 집중적으로 거론하며 정부에 이에 대한 해결책을 요구하고 있다. 병협이 간호 인력 부족 문제의 심각성을 인식하고 이에 대한 사회적 논의를 촉발시킨 것 자체는 긍정적인 것이라고 생각된다. 그러나 간호 인력 부족 문제에 접근하는 병협의 시각은 협소하고 대책은 표피적이다.

병협은 기본적으로 문제의 지점을 간호사 공급이 부족한 것으로 파악하여 전체 간호사 수를 늘이는 접근을 취하고 있다. 그리고 그렇게 풍부히 확보된 간호사 인력 풀을 활용하여 간호사의 노동유연성을 강화하고, 저임금 인력으로 간호 인력을 대체하는 방향의 정책을 제시하고 있다. 구체적으로는 간호대학 정원 조정, 일정 기간 경력을 쌓은 간호조무사를 간호사로 승격시키는 방안, 중국·필리핀 등에서 간호사 수입, 응급구조사를 간호 인력으로 인정하는 방안, 파트타임이나 계약직 간호사 확대 등을 요구하고 있는 것으로 알려졌다.

그러나 이러한 접근 방식은 문제의 근본을 찾아내어 치유하는 방식이 아니다. 이는 근본 문제는 건드리지 않고 단지 증상만을 치료하는 것과 같아 문제 해결은커녕 문제를 더욱 심각하게 만들 수도 있다.

현재 한국의 병원 간호사 인력 부족 문제를 간호사 공급 부족 문제로 파악하는 것은 복잡한 문제를 너무나 단순화하는 것이다. 뒤에서 보다 자세히 살펴보겠지만 현재 한국의 병원 간호사 부족 문제는 병원간 경쟁의 격화, 병원의 수익률 압박, 간호사 노동조건 하락, 여성 고용 일반의 문제, 간호사의 전문직으로서의 정체성 위기 등이 복합적으로 작용하여 악순환의 궤도를 달리고 있기 때문에 심각한 것이다. 그러므로 이를 단순히 공급 부족 문제로 파악하여 공급 확대 정책만을 요구한다면, 저임금 노동자를 쉽게 고용하려는 의도밖에 없다는 비판으로부터 자유로울 수 없다.

간호사 공급이 많아져도 이른 바 ‘장롱 면허자’가 많거나 병원 이외의 기관(학교, 요

양시설 등)으로 가는 간호사가 많다면 공급 확대 효과는 크지 않게 된다. 간호사 공급을 늘리는 정책만으로는 간호사가 조기에 퇴직하는 문제와 높은 이직률 문제는 해결할 수 없다. 저임금의 신규 간호사 확보 위주의 정책으로는 간호서비스 질 향상을 도모하기 힘들다. 현재와 같은 노동조건이 지속되는 이상, 간호사들은 정당한 노동의 대가를 지급 받기 힘들고, 병원 간호사가 되려고 하는 이들이 늘어나지도 않을 뿐 아니라, 조기에 퇴직하는 이들이 지속적으로 늘어갈 것이다.

그러므로 병협이 주장하는 구체적 요구들은 문제를 해결하기는커녕 문제를 더욱 심각하게 만들 가능성이 있다. 간호 면허 인력을 확충한다고 해도 이 인력이 병원으로 흡수되지 않는다면 유희 인력으로 인한 사회적 비용만 증가하게 될 수 있다. 특히 간호사 확충 방안으로 일정 기간 경력을 쌓은 간호조무사를 간호사로 승격시키는 방안, 중국·필리핀 등에서 간호사 수입, 응급구조사를 간호 인력으로 인정하는 방안 등을 제시하고 있는데 이는 간호 인력의 양은 확충할 수 있을지언정 오히려 간호 인력의 질을 저하시킬 위험이 있다⁷⁾. 더불어 파트타임이나 계약직 간호사 확대와 같은 정책 역시 전체 간호 팀의 완결성을 저해하여 의료서비스 질 저하로 이어질 수 있다.

정부의 대책 역시 안일하고 체계적이지 못하다. 보건의료 인력 정책을 총괄해야 할 정부가 제대로 된 대책을 세우지 않아 이 지경에 이르렀다는 병협의 주장은 타당하다. 보건의료 인력의 수요, 공급을 예측하고 그에 따라 적절한 수급 대책을 세우는 것은 정부의 의무이다. 그러므로 정부는 이러한 의무를 게을리 하여 현 상황을 초래했다는 비판으로부터 자유로울 수 없다.

정부 정책의 가장 큰 문제점은 문제의 실태를 체계적으로 파악하려는 노력이 부족하다는 것과 문제 해결의 구조를 만들려는 의지가 없다는 것이다. 실태 파악이 부실하다 보니 문제의 심각성은 부각되지 않고 마련되는 대책은 피상적이다. 문제 해결의 구조를 만들지 못하다보니 이해당사자의 서로 다른 시각만이 충돌될 뿐 문제 해결의 실마리를 찾지 못하고 있다. 선진국의 경우 정부 차원에서 매년 간호 인력에 대한 실태 조사를 수행하고, 간호 인력 부족 문제로 인한 영향 및 문제점 등에 대한 광범위한 연구를 수행하고 있다. 그리고 그러한 조사와 연구를 바탕으로 노사정이 참여하는 사회적 대화 기

7) 원칙적으로 경력이 쌓인 비의료인력의 간호사 인정 방안, 간호사 이주 노동의 허용 등의 정책에 반대할 이유는 없다. 다만 간호 인력 문제 해결을 위해 이러한 정책만이 추진되는 것은 문제가 있다. 한편, 이러한 정책들도 몇 가지 전제조건 없이 추진된다면 오히려 부작용이 더 클 수도 있다.

구에서 이를 중요한 의제로 논의하고 있다. 그러므로 정부는 이러한 문제부터 시급히 해결해야 할 것이다.

이와 같이 문제의 규모와 심각성을 파악하고, 문제 해결 방안에 대해 논의하는 틀을 마련한 이후에야, 현재 정부에서 대안으로 이야기하고 있는 간호관리료 차등제나 간호 대학 정원 확대, 의료서비스 질 평가 강화 정책에 대한 정당한 평가가 이루어질 수 있을 것이다.

나. 현시기 한국의 간호 인력 부족 논란의 배경 및 구조

1) 병원간 경쟁의 격화

최근 환자 유치를 위한 병원 간 ‘경쟁’은 점점 더 심각해지고 있다. 한국 의료 제도 하에서는 일정 수준 이상의 환자수 확보가 병원의 유지, 발전을 위해서 중요한 요소이다. 그런데 90년대 중반 이전까지는 전체적으로 병상 자체가 부족했기 때문에 병원간 환자 유치 경쟁이 그리 심하지 않았다. 그러나 90년대 중반 이후 병상 증가로 인해 공급이 수요를 초과하게 되면서 환자 유치가 병원 존립의 중요한 변수로 등장하게 되었다.

본격적인 환자유치 경쟁을 촉발시킨 또 다른 계기는 '서비스 차별화 전략'을 앞세운 재벌병원의 시장 진입이었다. 재벌병원의 등장 이전까지는 우수한 의사 인력을 안정적으로 확보할 수 있었던 대학병원이 상대적 우위를 누리고 있었다. 그런데 우수한 의료진과 세계적 수준의 시설과 장비를 갖춘 재벌병원 등장 이후 이러한 상황은 변하였다. 재벌병원은 설립 초기부터 장기이식과 같은 고난이도 시술에 연이어 성공하면서 선도병원으로서의 지위를 단기간에 확보하였다. 그리고 '환자 중심' 병원을 표방하면서 기존의 권위적인 서비스 관행을 개선하는 데도 앞장섰고, 그 결과 짧은 시간에 국민들의 기대수요를 빠르게 잠식하게 되었다.

즉, 현재 나타나고 있는 재벌병원으로의 환자집중 현상은 의료시설·장비·인력의 고급화를 통한 경쟁관계의 우위를 선점한 선점병원으로서의 차별적 지위를 극대화한 결과라고 할 수 있다. 이후 재벌병원의 선도적 투자를 뒤따라가기 위한 대학병원들의 적극적인 투자와 서비스 개선 노력이 이어졌다. 신촌 세브란스병원의 국내 최대 규모 병원 완

공과 가톨릭의대 강남성모병원의 새병원 신축공사가 대표적인 예이다.

현재 대형병원들이 벌이는 시설 확장 및 고급화 경쟁은 시설부족이나 수요예측을 토대로 진행되는 것이 아니다. 이는 치열한 경쟁에서 살아남기 위한 생존경쟁의 귀결이라는 측면이 강하다. 그러므로 적절한 규제 장치가 없는 이상 향후 의료기관 간 환자유치 경쟁은 더욱 치열해 질 가능성이 높다.

재벌병원에서 시작된 이러한 경쟁은 현재 대학병원을 넘어 중간규모의 종합병원으로 확장되었다. 이에 재벌병원은 막강한 자금력을 바탕으로 더 멀리 달아나고자 투자를 늘리고 있다. 그야말로 노름판과도 같이 ‘판돈’을 더 많이 가지고 있는 이가 승리하는 승자독식의 구조를 향해 가고 있는 것이다.

2) 병원 노동 환경의 변화

병원 경쟁이 격화됨에 따라 전체 병원의 이윤율은 저하되는 양상을 보이고 있다. 이에 개별 병원 차원에서는 노동의 강도를 강화하고 유연성을 증가시키며, 비용을 절감하려는 노력이 치열하게 전개되고 있다. 피나는 비용 절감 노력과 노동 강도 강화 및 노동 유연성 증가 경향은 적극적 병상 확충과 시설 투자와 더불어 최근 병원 환경 변화의 동전의 양면을 이룬다.

특징적인 양상은 병원이 급성기 병상의 환자 재원일수 감소를 위한 노력에 사활을 걸었다는 것이다. 이윤을 재고를 위해서는 병상회전율을 증가시킬 필요가 있는데 이를 위해서는 환자 재원일수를 감소시켜야 한다. 이에 따라 점점 더 병원의 급성기 병상에 입원해 있는 환자의 중증도는 높아지고 있다. 이는 자연스레 간호사의 노동강도를 강화시키는 결과를 낳고 있다⁸⁾.

병원 간호사 업무의 변화 경향도 두드러진다. 이는 병원 전산화가 진행되면서 더욱 빠르게 변화하고 있다. 이에 따라 병원 간호사의 업무 중 전산 업무 및 행정 업무가 증가하고 있다. 병원 전산화를 이유로 인력 수준을 줄이는 경우도 많은데, 이와 같은 경우에 실제적으로는 전산 업무 부담으로 인해 노동자 한 사람이 행해야 하는 업무가 더 많아지게 된다.

노동의 질을 고려하지 않고 양만을 고려하여 간호 업무에 비정규직을 확대하려는 움

8) 병원 현장에서는 20년 전에는 중환자실에 입원해야 할 환자들이 현재는 일반 병동에 입원하고 있으므로, 현재 병동 간호사 인력 기준은 중환자실 인력 기준으로 대치해야 한다고 우스개소리로 말하는 간호사들이 많다.

직임이 일반화되고 있다. 특정 시간대에만 활용하는 간호사 수가 늘고 있다. 병가나 육아휴직 등으로 발생하는 업무 공백을 비정규직으로 채우는 사례는 더욱 흔하다.

야간 노동의 양과 강도도 더욱 강해지는 경향이다. 최근에는 야간에 이루어지는 노동의 양을 늘려 전체 노동의 양을 늘리려는 노력이 진행되고 있다. 그 결과 이전에 비해 야간에 이루어지는 검사나 처치의 양이 늘고 있다.

노동 통제를 위해 여러 가지 감시와 통제 수단이 동원되고 있는 것도 최근의 한 경향이다. 최근 병원에도 광범위하게 ERP나 CRM 등의 경영효율화 프로그램이 도입되고 있다. 그리고 제조업에서 이루어지고 있는 다양한 노동 통제 프로그램이 경영 혁신 전략이라는 명목으로 도입되고 있다.

3) 의료서비스 질 향상에 대한 국민의 요구 증가

국민소득이 높아지고 선진국 의료서비스에 대한 접촉면이 넓어짐에 따라 의료서비스 질에 대한 국민들의 요구가 점차 높아지고 있다. 이전에는 병원 서비스에 대한 국민의 요구가 1차적인 수준에 머물렀다면, 시간에 지남에 따라 점점 더 병원에 총체적이고 포괄적인 서비스를 요구하는 경향이 증가하고 있다.

다. 현시기 간호 인력 문제 제기의 이유

이상에서 살펴본 바와 같이 현시기 간호 인력에 대한 문제가 제기되는 것은 여러 가지 조건이 반영된 결과이다. 어떤 문제든 문제 제기의 배경에는 특정한 맥락이 있게 마련이다. 간호 인력 문제도 마찬가지다. 한국은 지금껏 꾸준히 간호 인력이 부족했다. 사실 이전에는 훨씬 더 부족했는데 대형병원 위주로 간호 인력 충원이 이루어지면서 그나마 현재는 이전에 비해 나아진 것이 사실이다. 그런데 왜 지금 간호 인력 문제가 불거지고 있는 것일까? 한국보다 훨씬 간호 인력 수준이 높은 선진국에서도 간호 인력 문제는 꾸준히 사회적 논란거리다. 하지만 그곳과 한국은 같은 간호 인력 부족 문제를 논하더라도 그 배경과 구조가 다를 수밖에 없다. 그러므로 문제 제기의 배경과 구조를 사정시킨 채 현상에만 집착하는 논의는 결다리를 짚는 것이 될 수 있다.

이런 측면에서 최근 드러나고 있는 간호 인력 부족에 대한 논란은 임계점에 다다른 기존 한국의료 체계 모순의 한 현상으로 봐야한다. 상대적으로 낮은 비용, 낮은 서비스 질로도 높은 효과와 만족도를 보였던 한국 의료 체계는 최근 근본적으로 벽에 부딪혔다. 이제는 국민의 만족을 높이고 서비스 질을 높이기 위해 돈이 필요하고 서비스 질이 높아져야 한다는 요구가 생성되고 있다. 재벌병원 등 대형병원은 정부 규제가 느슨한 틈을 타 이러한 요구를 적극적으로 수용하여 병상 확충, 설비 투자, 인력 충원에 나섰다. 그리고 이러한 양상은 모든 병원으로 퍼져 가야하므로 의료서비스 영역은 무한 경쟁 체제로 돌입하고 있다. 문제는 여기에 있다. 병원 의료서비스 질 향상을 병원 자본의 이윤 동기에 의한 무한 경쟁에 기대고 있는 것, 이것이 현시기 한국 병원의 근본적 문제이다. 간호 인력 문제는 이 문제로 인해 파생된 부작용의 하나다.

자본의 무한 경쟁에는 양보가 없다. 공동 발전, 상생이라는 개념도 없다. 단지 약육강식, 먹고 먹히는 관계가 있을 뿐이다. 이런 논리가 병원에 도입되면, 의료전달체계가 병원의 지역적 균형 분포와 같은 논의는 설 자리가 없어진다. 그러면 지방의 중소병원은 존립의 근거가 사라지게 된다. 상대적으로 열악한 자본력 때문에 서비스 질 향상을 위한 투자를 감당하기 힘든 지방의 중소병원들은 서비스 질 향상의 기회를 잃게 되는 것이다. 이는 비단 중소병원만의 문제가 아니다. 대형병원 간호사의 노동의 질 저하도 함께 동반된다. 이윤만 추구하는 대형병원 입장에서는 숙련 노동자를 양산할 이유가 없다. 임금 부담이 높아지기 때문이다. 그러므로 간호사 이직이나 퇴직에 대해서는 관심이 없다. 단지 저임금으로 일할 수 있는 ‘젊고 튼튼한’ 간호사들이 지속적으로 충원되지만 하면 되는 것이다.

라. 현시기 간호 인력 문제의 양상 및 원인

1) 공급 부족보다는 불균형 문제

그러므로 현시기 간호 인력 문제는 간호사 공급 부족의 문제이기보다는 지역별, 병원의 병상규모별 간호사 인력 수준의 편차가 크다는 것이다. 그리고 이는 병원간의 과당 경쟁으로 인한 것임은 이미 언급한 바 있다.

실제로 2007년에 병원간호사회가 조사한 바에 따르면, 조사 대상 병원 전체의 간호사 이직률은 15.8%였던 데 비해, 채용률은 21.5%에 달했다(병원간호사회, 2008). 이는 아직까지 간호사 채용의 풀이 광범위하게 존재한다는 것을 반증한다. 물론 규모가 작은 병원일수록 신규 간호사 채용률에 비해 경력 간호사 채용률이 높아지는 양상을 보이고 있어, 규모가 작은 병원들은 상대적으로 신규 간호사 채용에 어려움을 겪고 있는 것으로 추측된다. 하지만 아직까지는 간호사의 공급이 절대적으로 부족한 양상으로 나타나지 않고 있다.

물론 향후 간호사 공급 부족 문제가 나타나지 않을 것이라는 얘기는 아니다. 향후 한국 병원의 환경이 북구 유럽 수준으로 개선될 경우 엄청난 수의 간호사가 추가로 필요하게 될 것임을 고려하면 미래에는 간호사 부족 문제가 발생할 수도 있다. 단지 현재 문제의 원인을 간호사 공급 부족 문제로 환원할 수 없다는 것이다. 그러므로 공급 부족 여부에 대한 평가와 대책 마련은 현재 제기되고 있는 더 시급한 문제를 해결한 이후 고려해도 늦지 않다.

2) 숙련 간호사 부족의 문제 : 근본적으로는 노동조건의 문제

현시기 병원 간호 인력 문제는 지역별, 병원별 불균형 문제와 더불어 숙련 간호사 부족의 문제이다. 병원에 숙련 간호사가 점점 사라져가고, 그 자리를 신규 간호사나 비정규직 간호사가 채우고 있다는 것이 문제이다. 그리고 신규 간호사의 근무 기간도 점점 짧아져 이직 혹은 퇴직 ‘회전문’의 속도가 점차 더 빨라지고 있다는 것이 문제이다.

이와 같은 현상이 나타나는 이유는 명백하다. 병원의 노동조건이 날이 갈수록 나빠지고 있기 때문이다. 이 역시 날로 격화되어 가는 병원 경쟁으로 인한 것이다. 병원은 경쟁에서 살아남기 위해 비용을 절감하고 노동강도와 노동유연성을 강화하려는데 혈안이 되어 있다. 그리고 그것을 가능하게 하기 위해 간호사들을 강력히 통제하는 시스템을 구축하고 있다. 이러한 상황에서 오랜 시간 버텨낼 간호사들이 적을 수밖에 없다. 많은 간호사들이 늘어나는 업무량, 줄어드는 재량권, 팍팍한 감시와 통제, 늘어나는 노동시간과 야간노동시간 등을 견디다 못해 이직을 하거나 퇴직하게 된다. 그리고 이러한 상황은 악순환의 고리를 형성한다.

3) 여성 노동 일반의 문제 및 간호사 정체성의 문제

최근 여성 노동이 증가하고 있지만 그것이 대부분 저임금 장시간 노동 등 노동의 질에 있어서는 문제가 있다는 지적이 많다. 더불어 임신, 출산, 육아 문제가 사회적으로 해결되지 않아 여성 노동 인력의 연령 구조가 전형적으로 ‘좌우가 바뀐 J자’ 구조를 가지는 것도 문제로 지적되고 있다. 이는 대부분의 여성들이 미혼일 때 직장을 가졌다가, 임신, 출산, 육아 등의 이유로 퇴직하게 되고, 아이가 큰 이후 젊었을 때 받았던 임금보다 낮은 임금을 받는 일자리로 편입되는 구조이다. 간호사의 경우도 이와 크게 다르지 않다. 교대노동, 장시간 노동, 높은 노동강도 등으로 인해 많은 간호사들이 결혼 혹은 출산과 더불어 직장을 그만두거나 병원 이외의 일자리를 찾게 된다.

병원내에서 전문직으로서 간호사의 정체성이 위협받는 것도 문제의 한 원인이 된다. 여성이 많은 직종 일반의 문제이기도 하지만 간호사 역시 병원내에서 자기계발이나 승진의 기회를 가지기가 어렵다. 그리고 병원의 특성상 갖가지 직종의 노동자들이 협력하여 일하게 되는데 그 속에서 전문직으로서 자기 위상에 위기를 겪는 경우가 흔하다. 이는 직종간 혹은 직종내 갈등으로 외화되는 경우가 많은데, 아직도 전근대적인 문화가 일상화된 한국의 병원에서는 이러한 갈등이 증폭되어 간호사들의 이직이나 퇴직을 촉진하기도 한다.

마. 간호 인력 문제 해결을 위한 대안의 방향

1) 무엇보다 먼저 이윤 중심의 병원간 무한 경쟁 체제에 족쇄를 채워야 한다

앞서 언급한 바와 같이 현재 간호 인력 문제의 배경에는 이윤 중심의 병원간 무한 경쟁 체제가 놓여있다. 이 문제를 우회하여서는 근본적 문제 해결의 실마리를 찾을 수 없다. 그러므로 하루 빨리 자유방임 상태로 경쟁하고 있는 한국 병원의 경영 행태에 족쇄를 채워야 한다. 돈이 되는 서비스만을 추구하고, 이윤 창출 극대화만을 목표로 하는 병원 경영 환경을 바꿔야 한다.

2) 전국적 규모의 총체적인 실태 조사와 원인 분석이 선행되어

야 한다

이 문제의 심각성에 공감한다면, 이 문제 해결을 위해 보다 과학적이고 총체적인 접근을 해야 한다. 그러기 위해서는 전국적 규모의 실태조사와 과학적 원인 분석이 선행되어야 한다. 정부는 기존의 병원 평가 자료나 심사 평가를 위한 자료가 있다고 이야기할지 모르겠으나, 이러한 자료들은 현실과 동떨어져 있음이 드러난 바 있다⁹⁾. 그러므로 보다 현실에 근접한 실태를 파악할 수 있는 방법을 강구하여 주기적으로 간호 인력 실태 및 문제점을 파악하고 그 해결 방안을 모색하는 구조를 마련해야 한다. 그런데 이때 간호 인력 문제를 간호사의 문제만으로 접근해서는 안 된다. 간호 인력 문제는 간호사뿐 아니라 각종 간호 보조 인력과 간병 인력을 포함하는 문제이므로 이러한 인력에 대한 총체적 고려하에 실태에 대한 조사와 분석이 진행되어야 한다.

3) 문제 해결을 위한 구조에 노동조합을 참여시켜야 한다

간호 인력 문제 해결을 위한 모든 과정에 노동조합의 참여를 보장해야 한다. 이는 단지 어떤 해결책을 선택할 것인가 하는 순간에만 의견을 묻는 것을 넘어서야 한다. 실태 및 문제점 조사시부터 정부는 노동조합과 함께 실태와 문제점을 파악해야 한다. 그렇지 않으면 현실을 제대로 파악하기 힘들어진다. 그러므로 실태 및 문제점 파악, 원인 분석, 대안 모색의 모든 과정에 노동조합의 참여를 보장하고 노동조합의 의견을 청취해야 한다.

4) 인력에 대한 투자가 해답이다

이윤 중심의 병원 경쟁이 격화되면서 의료서비스 질 향상을 위한 방향이 거꾸로 가고 있다. 현재와 같이 병상 확충과 설비 투자 중심으로 자본이 투자되는 것은 바람직하지 않다. 병원 서비스의 핵심은 사람의 노동이다. 그러므로 양질의 인력을 양성하고 숙련 노동자가 지속적으로 병원에 남아 있을 수 있는 구조를 만드는 것이 중요하다¹⁰⁾. 그러

9) 의료기관 평가시 병원측이 갖가지 조작과 편법을 동원하여 결과를 왜곡하는 경우가 많아, 제대로 된 평가가 되지 못하고 있다는 문제 제기가 있다.

10) 이윤 중심의 병원 운영이 보편화되면서 공공의료기관도 전체 비용에서 인건비의 비율을 낮춰야한다는 압력을 받고 있다. 이는 바람직하지 못하다. 현재 한국 병원의 인건비 비중은 유럽 병원의 인건비 비중에 비해 높은 편이 아니다.

므로 핵심 문제는 노동조건 개선이다. 현재 문제의 해결을 위해서는 공급을 늘리는 것보다 숙련 간호사의 이직률을 낮추는 것이 우선이다. 이를 위해서는 노동조건을 개선하여 간호사의 직업만족도를 높이는 것이 필수적이다.

바. 구체적 정책 대안

1) 최소 간호 인력 기준 법제화

현행 의료법상 병원은 입원환자 2.5인당 1인의 간호사를 두도록 되어 있다. 그러나 이 기준은 현실에서 유명무실해진 지 오래이다. 이는 이 기준을 어겨도 처벌기준이 없기 때문이다. 현실에서는 이러한 기준이 있는지조차 모르는 이들도 많다. 그러므로, 최소 간호 인력 기준을 법제화하고, 이의 준수 여부를 엄격히 감독하며, 법 위반시 강력히 처벌할 수 있도록 해야 한다. 이러한 기준의 예로는 1999년에 미국 캘리포니아에 도입된 간호사 인력 기준에 대한 법률을 참고할 만하다. 이 법률은 병상 종류별로 간호사대환자수 최소 기준을 정하고 있다.

표 25 미국 캘리포니아주의 법률로 명시된 간호 인력 수준의 예(급성기병상)

병상 종류	간호사 : 환자수 ¹⁾
중환자실	1 : 2
수술실	1 ; 1 : 2 ²⁾
분만실	1 : 2
분만후 회복실	1 : 4
분만실 + 분만후 회복실	1 : 3
소아 병동	1 ; 4
마취후 회복실	1 : 2
응급실	1 : 4
중환자 병동 ³⁾	1 : 3
심혈관계질환자 관리 병동 ⁴⁾	1 ; 4
내과계/외과계 병동	1 : 5
정신과 병동	1 : 6

※ 이 기준은 2008년 1월 기준이다.

- 1) 캘리포니아주 법률상의 간호사:환자수의 비율은 우리나라 간호관리료 차등제시 계산되는 것과 방식이 다르다. 여기서 간호사:환자 비율은 근무시간에 실제 직접 간호에 종사는 간호사 1명이 책임지는 환자수의 개념이다. 근무조(초번, 낮번, 밤번 각각) 간호사 1인당 환자수라고 할 수 있다. 그러므로 수간호사, 책임간호사 등이 직접 간호에 종사하지 않는 경우 간호사 수에서 제외된다. 그리고 이 비율을 계산하여 적용할 때, 평균을 적용하지 않고 어떠한 경우에도 이 수준에 미달해서는 안 되는 개념으로 적용하고 있다.
- 2) 수술 환자 1인당 수술장 순환 간호사 1인, 정간호사1인, 보조 간호사 1인
- 3) 중환자실에 들어갈 정도는 아니지만 일반 병동보다는 중한 환자들이 입원하게 되는 병상을 'step-down unit'이라고 정의하여 별도의 기준을 두고 있다.
- 4) 심혈관계질환자로서 중환자실에 들어갈 정도는 아니지만 지속적인 모니터링이 필요한 환자들이 입원하는 병상을 'telemetry unit'이라고 하여 별도의 기준을 두고 있다.

한편 병원이 최소 기준만을 지키는 것이 아니라 더 나은 서비스 질을 확보하기 위한 간호 인력 확충에 나서도록 하는 제도 보완이 필요하다. 이 부분에서 현재 시행하고 있는 간호관리료 차등제가 제대로 된 인센티브 제도가 될 수 있도록 보완이 필요하다. 현재는 이 제도의 효과가 미진하다는 평가가 많다. 제도 적용시 간호사 수를 평가함에 있

어 실제 병동에서 간호 행위를 하는 간호사 수가 반영되도록 해야 한다. 전체 간호사당 병상수가 아니라 3교대와 비번까지 고려한 근무조 간호사당 병상수를 기준으로 평가를 해야 한다. 특히 PA 간호사와 같이 실제로는 간호사 업무를 하지 않는 간호사들이 간호사 인력 수준 계산 때는 포함되는 일이 없도록 해야 한다.

최소 인력 기준 법제화 및 간호관리료 차등제에 실행에 있어 중요한 것은 법이나 제도 자체의 도입보다 행정기관의 법 집행 노력 및 의지라는 것이 지적되어야 한다. 최소 인력 기준을 충족시키지 못한 의료기관은 면허를 취소하겠다는 의지를 가지고 법 집행을 할 필요가 있다. 그게 어렵다면 최소한 보험 수가 지급을 하지 않는 것 정도의 제제가 가해져야 한다. 간호관리료 차등제의 경우도 인센티브와 더불어 벌칙이 체감될 수 있을 정도로 가해져야지만 제도가 현실에서 작동될 수 있다.

한편, 최근 시범적으로 도입되고 있는 ‘성과에 따른 수가 차등 지급제도’ 역시 긍정적으로 고려해 볼만한 제도이다. 하지만 이 때 성과 측정 지표 선정시 객관적인 지표 선정이 되도록 하는 것이 중요하다. 실제로는 환자에게 돌아가는 이득 없이 간호 인력 등 병원 인력의 노동 강도만 늘어나게 만드는 성과 지표는 부적절한 것이다.

현재 시행되고 있는 의료기관 평가 제도가 그 대표적인 예라고 할 수 있을 것이다. 의료기관 평가 제도는 잘 수행되면 의료서비스 질 향상을 위한 인력 확충의 계기가 될 수 있는 여지가 있다. 하지만 현재와 같이 인력 수준의 반영 정도가 낮고, 진정한 성과 및 구조 분석이 되지 않고 있는 상황에서는 의료서비스 평가 제도의 긍정적 기능을 기대하기 힘들다. 그러므로 의료서비스 평가 제도시 해당 의료기관의 인력 수준이 차지하는 비중을 높일 필요가 있다.

2) 병원 간호사 노동조건 개선을 위한 정책

병원의 인력 수준만 개선된다고 하여 간호사의 직무 만족도와 의료 서비스의 질이 곧바로 높아지는 것은 아니다. 물론 그것에 많은 영향을 받겠지만 그것만으로는 문제 해결이 어렵다. 여러 조사에 의하면 같은 인력 수준이더라도 어떠한 간호사의 노동조건을 만드느냐에 따라 간호사의 직무 만족도, 업무 성과, 의료서비스의 질 등에 차이가 나는 것으로 알려져 있다. 그러므로 인력 수준 확충과 더불어 중요한 것은 노동조건 개선이다.

교대근무의 특성상 근무/휴식 시간에 대한 규제¹¹⁾를 만드는 것을 검토해 볼 만하다.

실제로 미국에서는 강제로 부과되는 간호사의 연장 근로를 제한하는 법률과 제도가 15개 주에 존재한다. 더불어 육아 및 탁아 환경 개선, 간호 업무 이외의 업무 부여 금지, EMR 업무를 포함한 다양한 행정 업무 완화, 적정 임금 보장 등이 가이드라인 형태로 제시될 필요가 있다.

그리고 병원 간호 업무의 특성상 인력 부족 문제는 곧바로 간호사 건강 문제의 발생으로 나타나는 경우가 많으므로, 병원 특성에 맞는 노동안전보건 규제를 신설할 필요가 있다¹²⁾. 미국의 경우만 보더라도 주사침 사고 방지를 위한 법률은 연방 정부 차원에서 제정되어 있고, 근골격계질환 예방을 위한 법률은 8개 주에, 병원 폭력으로부터 간호사를 보호하는 법률은 14개 주에 제정되어 있다. 이러한 법제도는 모두 병원의 특수성을 반영한 것이다.

3) 지역별, 병원 병상 규모별 간호사 분포 문제 해결을 위한 정책

지역별로 임금과 병원 노동조건 차이가 크지 않다면 간호 인력의 수도권 집중 현상은 많이 완화될 것이다. 그럼에도 불구하고 지금까지 수도권 병상의 간호 인력 ‘당김 현상’이 지속된다면 지역별 분포가 지속적으로 왜곡될 가능성도 배제할 수 없다. 그러므로 지역별 병상총량제 등을 도입하여 정부가 지역별 병상 분포가 균형을 이룰 수 있도록 적극적인 규제와 감독을 하여야 한다.

11) 이는 1일 노동시간 한계, 1주일 노동시간 한계, 야간근무후 최소 휴식시간, 월 야간근무 한계 등이 포함될 수 있으리라 보인다. 노동시간에 대한 규제를 제도화할 수 있겠는가 하는 논란이 있을 수 있지만, 간호사의 노동은 환자의 건강에 직접적 영향을 끼칠 수 있다는 측면에서, 항공기 조종사, 철도 승무원 등과 같이 근무/휴식시간에 대한 규제를 만들자는 논의가 설득력을 가질 수 있으리라 생각된다.

12) 현재도 병원은 산업안전보건법 적용 대상 사업장이긴 하지만, 현행 산업안전보건법은 제조업 중심으로 구성되어 있어 병원 노동자 안전과 건강을 지키는 데 한계가 있다는 주장이 제기되고 있다. 실제로 병원 노동자에게 잘 발생하는 근골격계질환, 감염성질환, 피부질환 등에 대해서는 제대로 된 실태조사와 더불어 적절한 규제가 없는 실정이다.

참 고 문 헌

- 김문실 등, 시스템 다이내믹스를 이용한 간호단위별 간호인력 산정에 관한 연구, 임상 간호연구 11(2), 2006.
- 김소선 등, 우리나라 PA(Physician Assistant)의 역할모델 개발을 위한 연구, 임상간호연구 12(1), 2006.
- 김혜련, 일 대학병원의 처방전달시스템 도입 전후 간호업무량의 변화 비교, 인제대학교 대학원 석사 학위 논문, 2004.
- 문원희, 간호인력관리정보시스템(NRMIS) 개발:환자분류에 근거하여, 충남대학교 대학원 박사학위 논문, 2006.
- 박형근, 의료 민영화 어떻게 추진되고 있는가, 민주당 의원 간담회 자료집, 2008.
- 병원간호사회, 병원간호사 근로조건 실태조사, 2006.
- 병원간호사회, 병원간호인력 배치현황 실태조사, 2008.
- 오영호, 우리나라 간호사 인력수급 전망에 관한 연구, 보건사회연구 28(1), 2008.
- 유선주, 의료기관 종별 간호인력 활용방안에 관한 연구, 한국보건산업진흥원, 2005.
- 유선주, 보건의료서비스 일자리 창출을 위한 입원서비스 제공 모형 개발, 한국보건산업진흥원, 2006.
- 이정숙 등, 일개 3차 의료기관 중환자실의 간호업무량 측정 및 적정 간호인력 수요산정, 임상간호연구 8(2), 2003.
- 이종율, 간호사고에 대한 임상간호사의 인지도와 예방행위수행도, 인제대학교 대학원 석사 학위 논문, 2002.
- 조재국 등, 간호사 인력의 수급추계와 정책과제, 한국보건사회연구원, 2005.
- 황나미, 의료기관 간병서비스 사회제도화 방안, 여성가족부, 2006.
- Hurst, Jeremy et al., Tackling nurse shortages in OECD countries, OECD health working papers #19, 2005.
- Institute of Medicine of the National Academy of Science, To Err is Human: Building a Safer Health System. 1999.
- Joint commission on accreditation of healthcare organizations, Healthcare at the crossroads: strategies for addressing the evolving nurse crisis. 2002.

Vehey Doris C. et al., Nurse burnout and patient satisfaction, Medical care
42(Feb suppl), 2004.

부록

병원별 직간접간호활동시간 조사 결과

■ 서울대병원

표 1 간호단위별 환자분류군 분포

단위:min

간호단위 환자분류	내과계열	외과계열	혼합병동	카이제곱	P-value
	빈도(%)	빈도(%)	빈도(%)		
1군	41(39.8)	43(48.3)	96(80.0)	69.55	0.000
2군	31(30.1)	38(42.7)	20(16.7)		
3군	19(18.4)	5(5.6)	4(3.3)		
4군	12(11.7)	3(3.4)	0(0.0)		
계	103(100.0)	89(100.0)	120(100.0)		

표 2 간호단위별 환자분류군별 환자 1인당 일일 직접간호활동시간

단위: min

간호단위 환자분류	내과계열		외과계열		혼합병동	
	평균 (표준편차)	F(p)	평균 (표준편차)	F(p)	평균 (표준편차)	F(p)
1군	14.85		33.47		6.11	
	(13.27)		(27.29)		(7.11)	
2군	23.94		53.37		5.60	
	(13.60)	5.266	(33.09)	3.716	(4.21)	0.151
3군	27.79	(0.002)	28.80	(0.015)	4.50	(0.860)
	(16.92)		(8.84)		(3.51)	
4군	28.75		56.67			
	(17.59)		(17.55)			

표 3 간호단위별 근무조별 환자 1인당 직접간호활동시간

단위: min

간호 단위	내과계열 (n=103)				외과계열 (n=89)				혼합병동 (n=120)			
	아침	낮	밤	계	아침	낮	밤	계	아침	낮	밤	계
근무조 분류군												
1군	9.00 (8.50)	22.50 (16.01)	17.50 (11.72)	14.85 (13.27)	57.44 (24.62)	15.59 (12.01)	20.67 (4.04)	33.47 (27.29)	3.48 (2.04)	9.39 (9.17)	3.17 (3.04)	6.11 (7.11)
2군	15.50 (9.91)	22.67 (9.09)	32.31 (13.78)	23.94 (13.60)	74.00 (34.41)	46.25 (20.48)	27.17 (10.21)	53.37 (33.09)	7.67 (3.01)	4.38 (5.23)	5.17 (3.48)	5.60 (4.21)
3군	16.00 (12.78)	29.00 (10.70)	42.50 (15.08)	27.79 (16.92)		31.67 (8.37)	24.50 (10.60)	28.80 (8.84)		4.50 (3.53)	4.50 (4.95)	4.50 (3.51)
4군	13.50 (7.50)	43.00 (7.93)	45.00 (10.00)	28.75 (17.59)	75.00 (0.00)	55.00 (0.00)	40.00 (0.00)	56.67 (17.55)				
F(p)	1.700 (0.181)	2.124 (0.124)	4.493 (0.012)		1.425 (0.255)	10.710 (0.000)	1.074 (0.392)		17.665 (0.000)	1.350 (0.268)	0.992 (0.383)	

표 4 근무조별 환자 1인당 간접간호활동시간

단위:min

간호단위 근무조	내과계열		외과계열		혼합병동	
	평균 (표준편차)	F(p)	평균 (표준편차)	F(p)	평균 (표준편차)	F(p)
아침번	22.97 (2.75)		16.88 (5.53)		20.14 (3.62)	
낮번	24.11 (5.65)	30.619 (0.000)	16.91 (2.05)	100.258 (0.000)	12.14 (1.61)	123.022 (0.000)
밤번	29.45 (1.31)		31.11 (0.00)		14.82 (1.46)	
계	25.04 (4.45)		19.77 (6.86)		15.17 (4.11)	

■ 경북대병원

표 5 간호단위별 환자분류군 분포

단위:min

간호단위 환자분류	내과계열	외과계열	혼합병동	카이제곱	P-value
	빈도(%)	빈도(%)	빈도(%)		
1군	65(56.0)	98(51.9)	120(62.5)	16.36	0.012
2군	40(22.7)	83(43.9)	53(27.6)		
3군	6(5.2)	6(3.2)	15(7.8)		
4군	5(4.3)	2(1.1)	4(2.1)		
계	116(100.0)	189(100.0)	192(100.0)		

표 6 간호단위별 환자분류군별 환자 1인당 일일 직접간호활동시간

단위: min

간호단위 환자분류	내과계열		외과계열		혼합병동	
	평균 (표준편차)	F(p)	평균 (표준편차)	F(p)	평균 (표준편차)	F(p)
1군	13.18		12.72		9.53	
	(20.88)		(12.84)		(15.27)	
2군	18.78		27.06		7.42	
	(16.59)	4.852	(34.26)	10.170	(11.54)	0.470
3군	49.00	(0.003)	44.83	(0.000)	10.93	(0.704)
	(59.80)		(25.76)		(8.85)	
4군	25.20		75.50		12.75	
	(18.53)		(13.43)		(19.13)	

표 7 간호단위별 근무조별 환자 1인당 직접간호활동시간

단위: min

간호 단위	내과계열 (n=116)				외과계열 (n=189)				혼합병동 (n=192)			
	아침	낮	밤	계	아침	낮	밤	계	아침	낮	밤	계
1군	15.50 (8.77)	3.62 (3.20)	15.60 (24.98)	13.18 (20.88)	12.76 (11.10)	18.20 (14.64)	7.66 (10.03)	12.72 (12.84)	13.44 (20.56)	10.17 (13.41)	3.39 (4.40)	9.53 (15.27)
2군	18.30 (16.70)	16.33 (17.09)	20.07 (17.47)	18.78 (16.59)	18.44 (10.66)	39.64 (43.52)	5.93 (7.45)	27.06 (34.26)	11.96 (14.32)	2.08 (2.19)	3.21 (5.50)	7.42 (11.54)
3군	46.00 (0.00)	22.67 (11.50)	90.00 (110.30)	49.00 (59.80)	44.25 (32.87)	40.00 (0.00)	52.00 (0.00)	44.83 (25.76)	12.86 (8.68)	11.75 (9.97)	6.75 (9.06)	10.93 (8.85)
4군	19.50 (2.12)	44.00 (0.00)	21.50 (30.40)	25.20 (18.53)	66.00 (0.00)	85.00 (0.00)		75.50 (13.43)	41.00 (0.00)		3.33 (4.16)	12.75 (19.13)
F(p)	1.324 (0.284)	12.529 (0.000)	4.634 (0.006)		11.055 (0.000)	3.490 (0.020)	11.250 (0.000)		0.864 (0.464)	2.304 (0.108)	0.552 (0.649)	

표 8 근무조별 환자 1인당 간접간호활동시간

단위 : min

간호단위 근무조	내과계열		외과계열		혼합병동	
	평균 (표준편차)	F(p)	평균 (표준편차)	F(p)	평균 (표준편차)	F(p)
아침	25.00 (9.62)		27.03 (8.65)		15.98 (2.40)	
낮	25.25 (0.25)	3.532 (0.033)	18.47 (3.89)	26.121 (0.000)	20.49 (6.93)	49.091 (0.000)
밤	21.07 (8.47)		21.78 (7.92)		31.80 (15.15)	
계	23.01 (8.31)		21.98 (7.67)		21.77 (10.98)	

■ 충북대병원

표 9 간호단위별 환자분류군 분포

단위:min

간호단위 환자분류	내과계열	외과계열	혼합병동	카이제곱	P-value
	빈도(%)	빈도(%)	빈도(%)		
1군	78(70.9)	115(82.7)	185(81.1)	23.598	0.001
2군	18(16.4)	19(13.7)	37(16.2)		
3군	11(10.0)	4(2.9)	1(0.4)		
4군	3(2.7)	1(0.7)	5(2.2)		
계	110(100.0)	139(100.0)	228(100.0)		

표 10 간호단위별 환자분류군별 환자 1인당 일일 직접간호활동시간

단위: min

간호단위 환자분류	내과계열		외과계열		혼합병동	
	평균 (표준편차)	F(p)	평균 (표준편차)	F(p)	평균 (표준편차)	F(p)
1군	10.62 (7.63)		8.58 (7.61)		11.99 (10.63)	
2군	21.50 (39.27)	1.950	10.11 (4.39)	15.853	15.57 (11.24)	27.585
3군	11.36 (9.97)	(0.126)	28.00 (8.60)	(0.000)	101.00 (0.00)	(0.000)
4군	14.33 (9.01)		42.00 (0.00)		46.40 (53.78)	

표 11 간호단위별 근무조별 환자 1인당 직접간호활동시간

단위: min

간호 단위	내과계열 (n=110)				외과계열 (n=139)				혼합병동 (n=228)			
	아침	낮	밤	계	아침	낮	밤	계	아침	낮	밤	계
근무조 분류군												
1군	4.81 (2.94)	13.39 (7.62)	11.67 (7.97)	10.62 (7.63)	6.11 (4.51)	10.76 (9.32)	6.97 (5.19)	8.58 (7.61)	11.35 (12.90)	15.97 (9.37)	8.13 (6.90)	11.99 (10.63)
2군	5.80 (3.27)	9.25 (2.87)	35.67 (53.05)	21.50 (39.27)	8.10 (2.88)	12.50 (4.23)	12.00 (7.00)	10.11 (4.39)	23.33 (11.81)	11.82 (8.89)	8.73 (4.83)	15.57 (11.24)
3군	8.80 (6.26)	17.00 (18.19)	10.00 (4.58)	11.36 (9.97)	33.50 (7.77)	18.00 (0.00)	27.00 (0.00)	28.00 (8.60)	101.00 (0.00)			101.00 (0.00)
4군	19.00 (5.65)	5.00 (0.00)		14.33 (9.01)	42.00 (0.00)			42.00 (0.00)	103.50 (26.16)	7.50 (3.53)	10.00 (0.00)	46.40 (53.78)
F(p)	9.580 (0.000)	0.851 (0.475)	2.419 (0.106)		45.442 (0.000)	0.403 (0.670)	7.851 (0.002)		48.989 (0.000)	1.646 (0.200)	0.073 (0.930)	

표 12 근무조별 환자 1인당 간접간호활동시간

단위 : min

간호단위 근무조	내과계열		외과계열		혼합병동	
	평균 (표준편차)	F(p)	평균 (표준편차)	F(p)	평균 (표준편차)	F(p)
아침번	36.81 (11.66)		21.89 (1.31)		34.92 (13.12)	
	23.90 (8.70)	145.719 (0.000)	21.88 (5.69)	51.041 (0.000)	29.28 (6.86)	23.888 (0.000)
낮번	69.05 (14.64)		31.54 (6.05)		41.90 (11.68)	
	41.32 (22.23)		24.45 (6.53)		35.07 (11.98)	
계						

정부의 의료민영화 정책과 건강보험에 대한 환자, 보호자 의견 조사 결과

1. 조사 대상 및 방법

○ 2008년 8월 14일부터 9월 15일까지 1달 동안, 서울, 대구, 울산, 포항, 충북, 제주지역에 있는 병원에 방문한 환자 및 보호자 941명을 대상으로 자기기입식 설문을 하는 방식으로 조사가 진행됨

2. 조사 대상자의 일반적 특성

○ 성별 분포는 여성이 62.6%로 남성보다 많음

○ 연령 분포는 30대가 28.2%, 40대가 26.2%, 50대가 22.4% 순이었음

○ 지역별로는 충청지역이 30.5%로 가장 많았고, 다음으로 서울 18.8%, 대구 17.4% 순이었음

표 1 조사대상자의 일반적 특성

구분	수(명)	백분율(%)	비고
성별 남성 여성	329 551	37.4 62.6	결측값 : 61
연령 20대 30대 40대 50대 60대 70세 이상	137 262 244 208 60 19	14.7 28.2 26.2 22.4 6.5 2.0	결측값 : 11
지역 구분 서울 대구 울산 포항 충북 제주	177 164 136 100 287 77	18.8 17.4 14.5 10.6 30.5 8.2	

3. 영리법인 병원에 대한 인식 및 의견

- 영리법인 병원에 얼마나 알고 있는지를 물어보았을 때, 10.8%가 ‘잘 알고 있다’고 응답하였고, 45.0%가 ‘조금 알고 있다’고 응답하여 알고 있다고 응답한 이들이 비율이 55.8%였음
- 영리법인 병원 설립에 대해 어떻게 생각하는지 물어보았을 때, 71.5%가 반대한다고 응답함
- 찬성한다고 응답한 이들은 그 이유로 ‘의료서비스 향상’이라고 응답한 이들이 68.5%로 가장 많음
- 반대한다고 응답한 이들은 그 이유로 ‘의료비 급등’이라고 응답한 이들이 41.2%였고, ‘의료이용에 빈부격차 심해짐’이라고 응답한 이들이 33.6%였음

표 2 영리병원에 대한 인식도 및 의견

구분	수(명)	백분율(%)	비고
영리병원 인식도			
잘 알고 있음	100	10.8	결측값 : 15
조금 알고 있음	417	45.0	
잘 모름	294	31.8	
전혀 모름	115	12.4	
영리병원 찬반			
설립 찬성	56	6.0	결측값 : 9
설립 반대	666	71.5	
잘 모름	210	22.5	
영리병원 찬성 이유			
의료관광 확대	3	5.6	결측값 : 2
의료인프라 확충	3	5.6	
의료서비스 향상	37	68.5	
의료산업 발전	11	20.4	
영리병원 반대 이유			
건강보험 붕괴	148	22.3	결측값 : 3
의료비 급등	273	41.2	
의료서비스 질 하락	17	2.6	
의료이용에 빈부격차 확대	223	33.6	
기타	2	0.3	

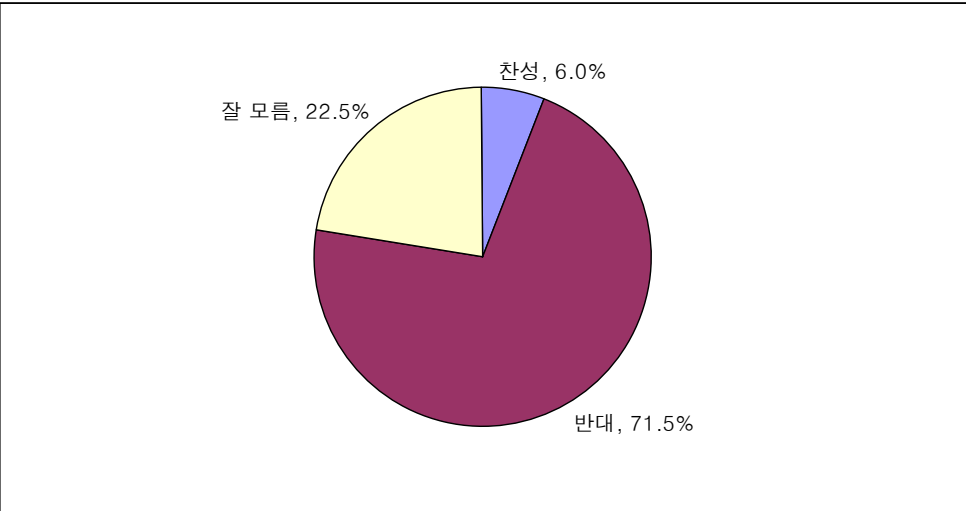


그림 1 영리병원 설립에 대한 찬반 의견

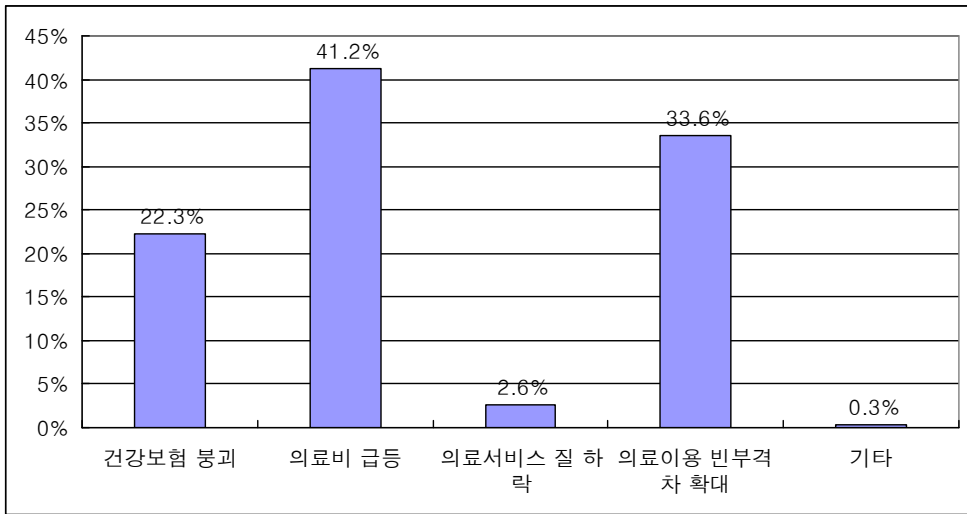


그림 2 영립병원 설립 반대 이유

4. 병원의 의료서비스에 대한 요구

○ 우리나라 병원의 의료서비스 수준이 어느 정도라고 생각하는지 물었을 때, 58.0%가 ‘보통이다’라고 응답하였고, 높은 편이라고 응답한 이들과 낮은 편이라고 응답한 이들의 비율이 비슷한 양상임

표 3 의료서비스 수준 평가

구분	수(명)	백분율(%)	비고
의료서비스 수준 평가			
매우 높다	11	1.2	결측값 : 4
높은 편이다	193	20.6	
보통이다	543	58.0	
낮은 편이다	163	17.4	
매우 낮다	27	2.9	

○ 의료서비스 수준 향상을 위해 주요하게 개선되어야 할 항목에 대해 필요성을 강하게 느낄수록 높은 점수를 매기도록 하였을 때, ‘비보험 및 비급여 진료비의 확대’에

대한 필요성을 가장 강하게 느끼는 것으로 나타났고, 다음은 ‘진료대기시간 축소 및 충분한 진료시간 확보’ 순이었음

표 4 개선되어야 할 항목에 대한 응답 비율(%)

항목	매우 그렇다	그렇다	보통	그렇지 않다	매우그 렇지않 다
병원인력의 확보를 통한 의료서비스 질 향상	34.6	43.9	18.1	2.6	0.8
상급병실료의 인하와 다인용병실 확대	37.8	39.8	17.8	3.7	0.9
환자식사의 외부위탁 금지와 우리 농축산물 사용	40.6	36.3	17.7	3.9	1.6
진료 대기시간 축소 및 충분한 진료시간 확보	47.2	33.5	14.3	3.9	1.1
비보험 및 비급여 진료비의 보험적용 확대	49.9	32.6	12.6	3.5	1.3

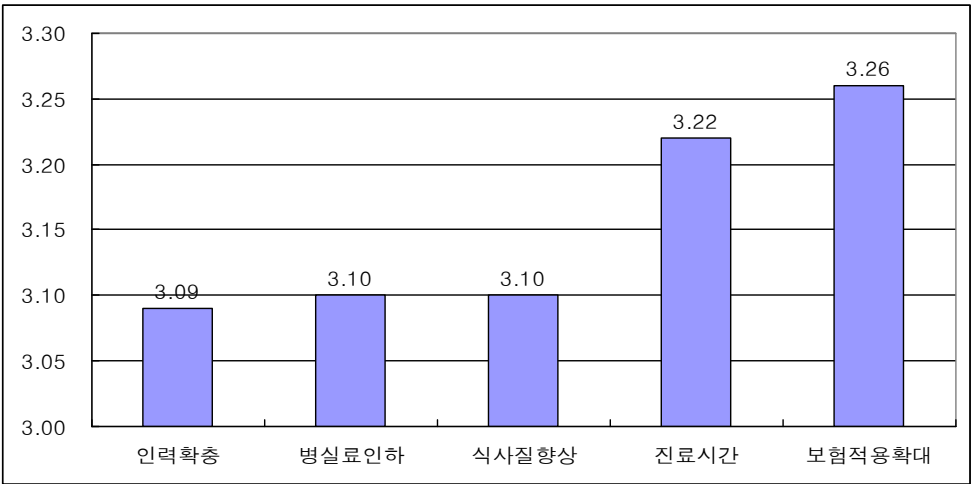


그림 3 의료서비스에 대한 환자 요구도

5. 민간의료보험 활성화 정책에 대한 의견

○ 민간의료보험에 대한 의견을 물어보았을 때, ‘돈 많은 사람은 비싼 보험 들어 좀 더 많은 혜택을 받을 수 있지만, 돈 없는 사람은 병원가기가 힘들어질 것 같다’라는

항목에 대한 긍정도가 가장 높았고, ‘보험회사에서 돈을 적게 주려고 병원에 대해 로비와 압박 등을 통해 의료의 질을 떨어질 것이다’라는 항목에 대한 긍정도가 그 다음이었음

표 5 민간의료보험 활성화 정책에 대한 의견 비율(%)

항목	매우 그렇 다	그렇 다	보통	그렇 지 않다	매우 그렇 지않 다
민간의료보험으로 가입을 유도하여 건강보험의 보장성은 더 축소되고 붕괴될 것이다	30.4	44.2	18.0	6.7	0.7
돈 많은 사람은 비싼 보험 들어 좀 더 많은 혜택을 받을 수 있지만, 돈 없는 사람은 병원 가기가 힘들어질 것 같다	48.0	41.1	7.2	3.3	0.4
보험회사에서 돈을 적게 주려고 병원에 대해 로비와 압박 등을 통해 의료의 질을 떨어질 것이다	34.0	42.3	17.2	5.9	0.6
건강보험에서 지급되지 않는 의료비용을 보상 받을 수 있어 민간의료보험은 꼭 필요하다	14.4	28.5	29.7	18.8	8.7
민간보험 활성화는 정부가 국민의 건강에 대해 책임을 지지 않겠다는 의미이다	26.0	40.7	19.3	11.9	2.0

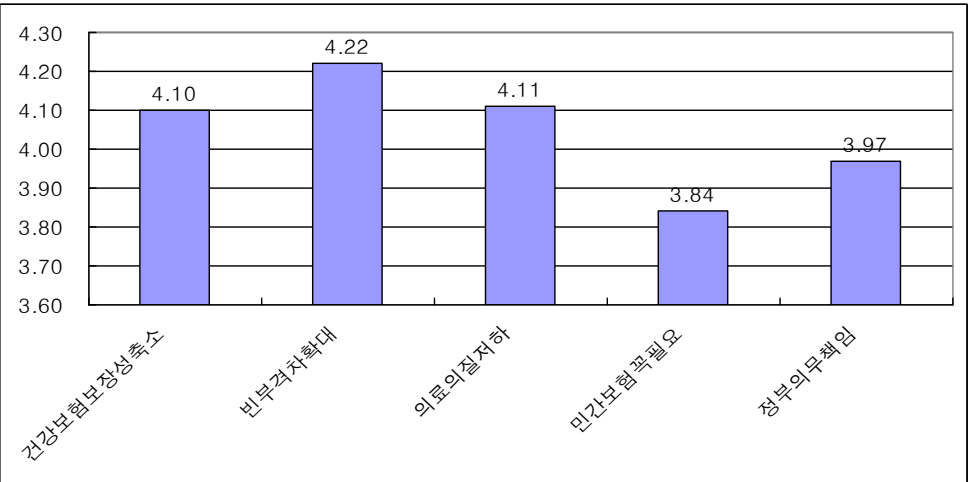


그림 4 민간보험 활성화 정책에 대한 의견

6. 우선적으로 건강보험 적용을 바라는 분야

○ 우선적으로 건강보험 적용이 되어야 하는 분야를 중요도 순서대로 세 가지만 골라 달라는 질문을 하였을 때, 1순위로 가장 많이 거론된 항목은 ‘암, 중풍 등 중증질환 진료비’, ‘보철 등 치과진료비’, ‘선택진료비’ 순이었음.

표 6 항목별 순위별 응답자의 비율(%)

구분	1순위	2순위	3순위
중증질환 진료비	29.4	18.4	13.8
보철 등 치과진료비	18.2	17.7	17.7
선택진료비	13.5	13.7	14.6
상급병실료	11.6	8.2	10.3
초음파 검사비	11.0	11.8	12.0
65세이상 노인 입원비	6.0	13.5	13.8
입원환자 식대	3.7	4.4	4.8
임신, 출산과 관련된 진료비	3.6	5.6	7.3
6세미만 어린이 입원비	3.1	6.8	5.8

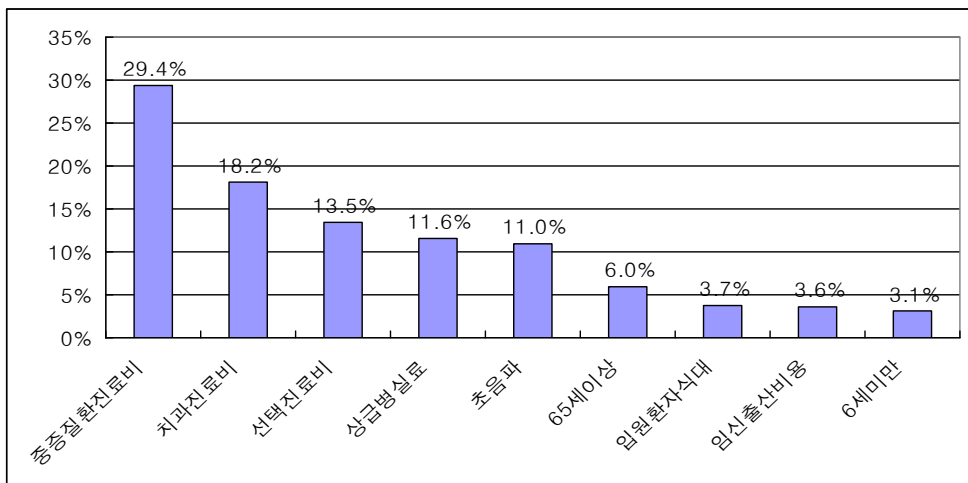


그림 5 건강보험 우선적용 1순위 분야에 대한 의견

7. 각 문항에 대한 성별, 연령별, 지역별 응답률의 차이

가. 영리법인 병원에 대한 인식 및 의견

1) 영리병원에 대한 인식도

○ 성별 분포

- 상대적으로 남성 중에 ‘잘 알고 있다’ 고 응답한 이들이 많았음

표 19 성별 영리병원에 대한 인식도의 차이

구분	남성		여성	
	응답수(명)	백분율(%)	응답수(명)	백분율(%)
잘알고있다	50	15.4	44	8.1
조금알고있다	138	42.5	247	45.6
잘모른다	102	31.4	179	33.0
전혀모른다	35	10.8	72	13.3
결측값의 개수 : 74				

○ 연령별 분포

- 연령대별로는 20대와 60대 이상이 상대적으로 잘 알고 있다고 응답한 이들이 적었으나, 통계적으로 유의한 수준은 아니었음

표 20 연령별 영리병원에 대한 인식도의 차이(명, %)

구분	20대	30대	40대	50대	60대이상
잘 알고있다	6 4.4%	31 11.9%	30 12.5%	26 12.9%	6 7.8%
조금 알고있다	62 45.9%	127 48.7%	107 44.4%	83 41.1%	33 42.9%
잘 모른다	42 31.1%	77 29.5%	76 31.5%	70 34.7%	25 32.5%
전혀 모른다	25 18.5	26 10.0	28 11.6	23 11.4	13 16.9
결측값의 개수 : 25					

○ 지역별 분포

- 포항과 제주 지역이 상대적으로 잘 알고 있다고 응답한 이들이 비율이 높았음

표 21 지역별 영리병원에 대한 인식도의 차이(명, %)

구분	서울	대구	울산	포항	충북	제주
잘 알고있다	14 8.0	12 7.6	9 6.6	24 24.2	24 8.5	17 23.0
조금 알고있다	83 47.4	67 42.4	54 39.7	45 45.5	131 46.1	37 50.0
잘 모른다	54 30.9	61 38.6	49 36.0	24 24.2	90 31.7	16 21.6
전혀 모른다	24 13.7	18 11.4	24 17.7	6 6.1	39 13.7	4 5.4
결측값의 개수 : 15						

2) 영리병원 설립에 대한 찬반

○ 성별 분포

- 상대적으로 남성 중에 찬성한다고 응답한 이들이 많았음

표 22 성별 영리병원 설립에 대한 찬반의 차이

구분	남성		여성	
	응답수(명)	백분율(%)	응답수(명)	백분율(%)
찬성	28	10.8	25	6.0
반대	232	89.2	390	94.0
결측값의 개수 : 56				

○ 연령별 분포

- 20대와 60대 이상 중에 찬성자가 상대적으로 더 많았으나 통계적으로 유의한 수준은 아니었음

표 23 연령별 영리병원에 대한 인식도의 차이(명, %)

구분	20대	30대	40대	50대	60대이상
찬성	14 13.5	11 5.3	13 6.9	12 7.5	2 4.7
반대	90 86.5	195 94.7	175 93.1	149 92.6	12 85.7
결측값의 개수 : 19					

○ 지역별 분포

- 상대적으로 포항 지역에 찬성자가 많았으나 통계적으로 유의한 수준은 아니었음

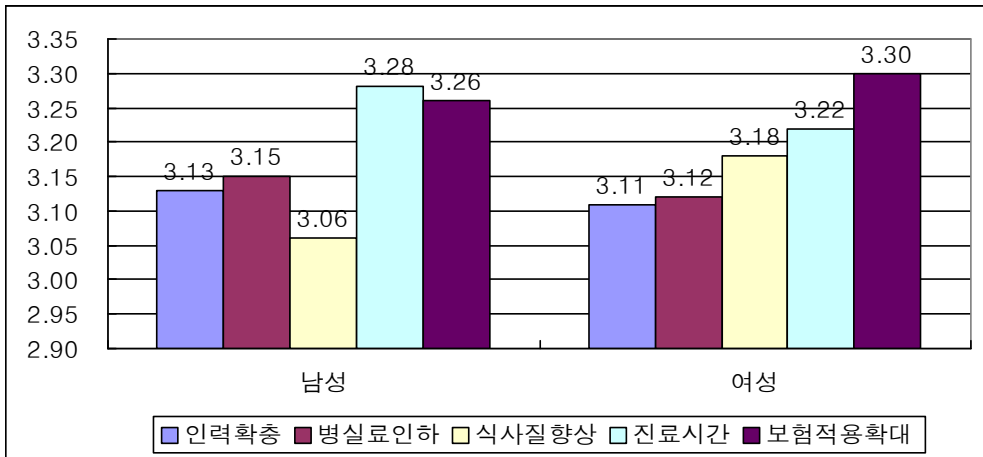
표 24 지역별 영리병원에 대한 인식도의 차이(명, %)

구분	서울	대구	울산	포항	충북	제주
찬성	10 6.7	9 8.0	7 7.2	10 12.1	16 7.4	4 6.4
반대	139 93.3	104 92.0	90 92.8	73 88.0	201 92.6	59 93.7
결측값의 개수 : 15						

나. 병원의 의료서비스에 대한 요구

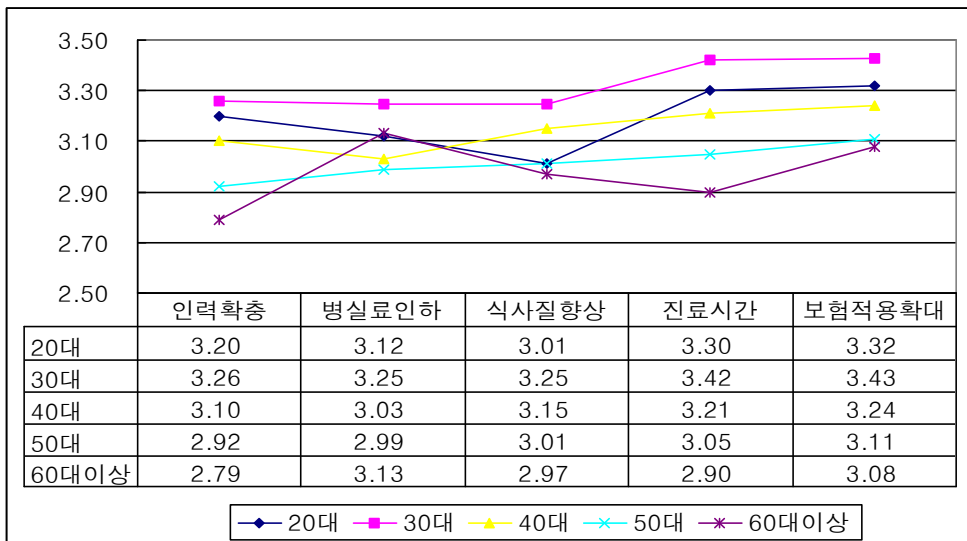
○ 성별 분포

- 개선되어야 할 항목을 묻는 질문에서 다른 항목에 대해서는 성별로 큰 차이가 없었으나, ‘환자식사의 외부 위탁 금지와 우리 농축산물 사용’ 항목에 대해서는 남성에 비해 여성의 요구도가 높았고, ‘진료 대기시간 축소 및 충분한 진료시간 확보’는 여성에 비해 남성의 요구도가 높았음



○ 연령별 분포

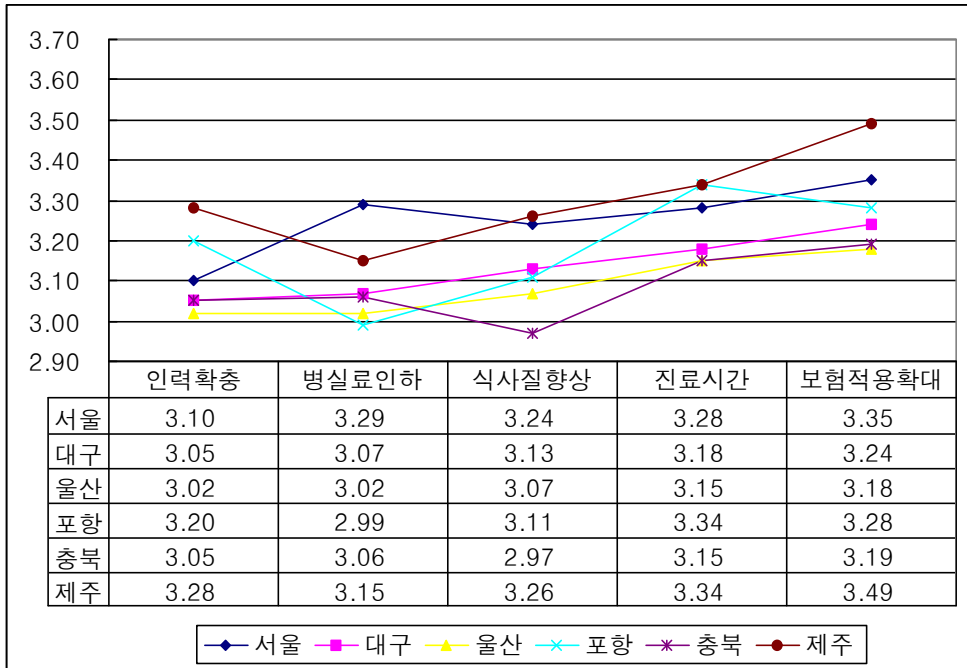
- 20대의 경우, 상대적으로 인력 확충과 병실료 인하에 대한 요구가 높음
- 60대의 경우, 상대적으로 병실료 인하에 대한 요구가 높음



○ 지역별 분포

- 서울의 경우 상대적으로 병실료 인하에 대한 요구가 높음
- 포항의 경우 상대적으로 인력 확충, 진료시간 확보에 대한 요구가 높음

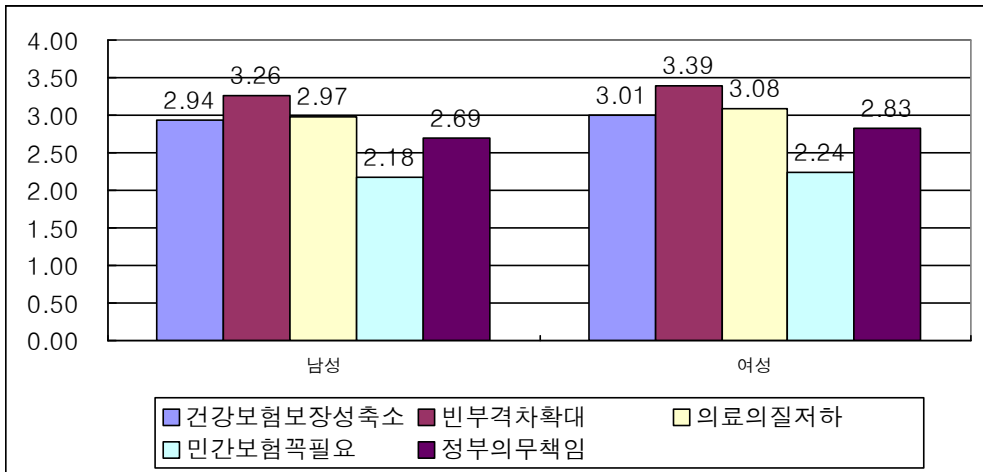
- 충북의 경우 상대적으로 인력 확충, 병실료 인하에 대한 요구가 높음
- 제주의 경우 상대적으로 인력 확충에 대한 요구가 높음



다. 민간의료보험 활성화 정책에 대한 의견

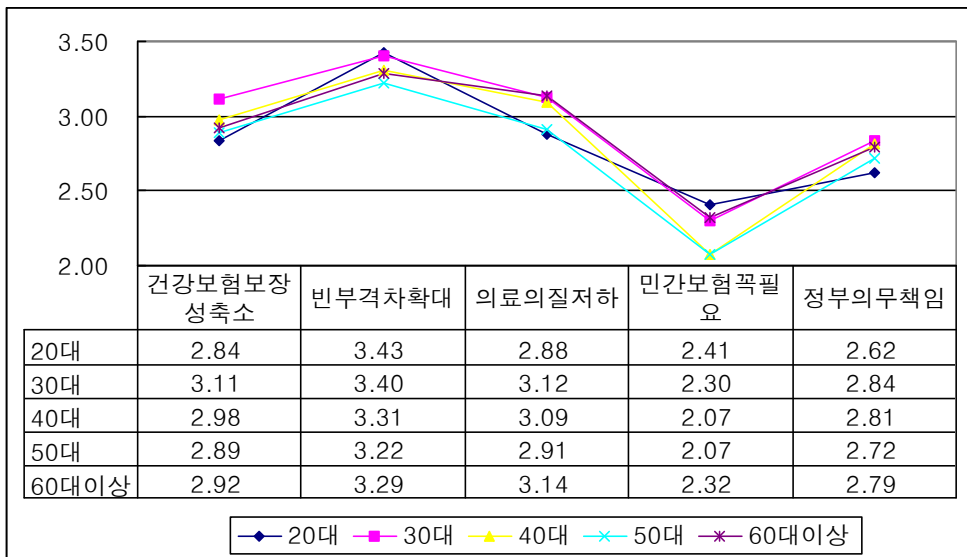
○ 성별 분포

- 성별 분포에 큰 차이 없음



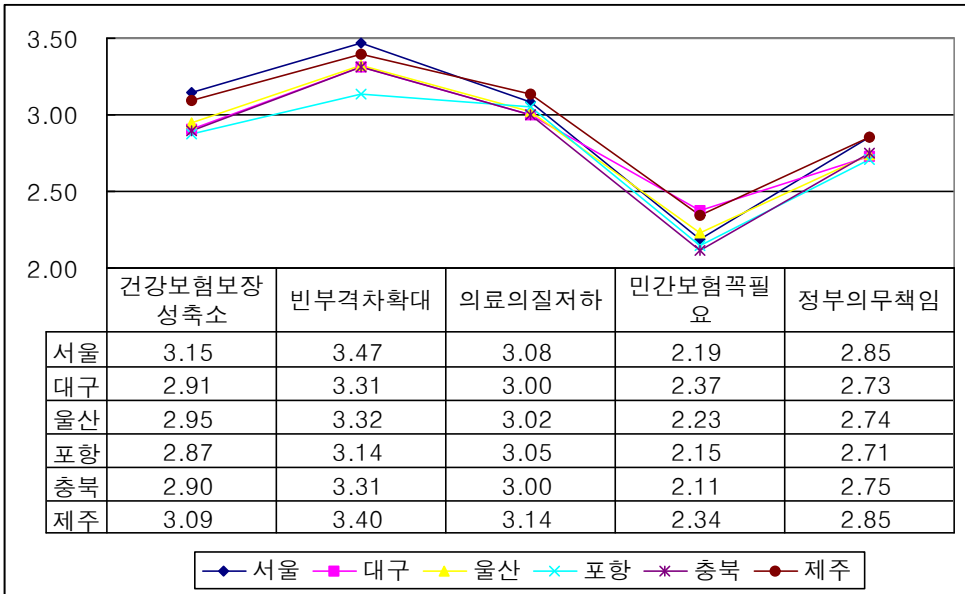
○ 연령별 분포

- 연령대별로는 응답률에 큰 차이가 없음



○ 지역별 분포

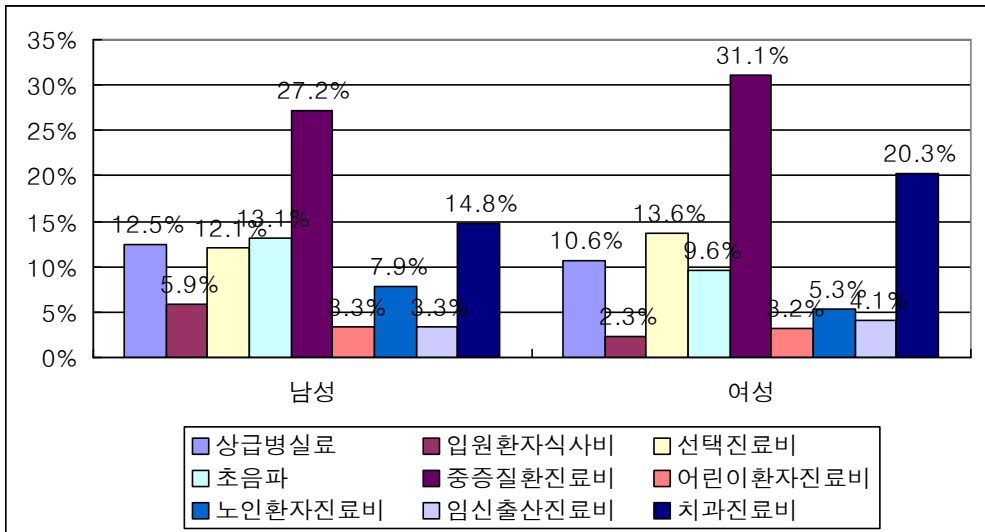
- 지역별 분포에 큰 차이 없음



라. 우선적으로 건강보험 적용을 바라는 분야

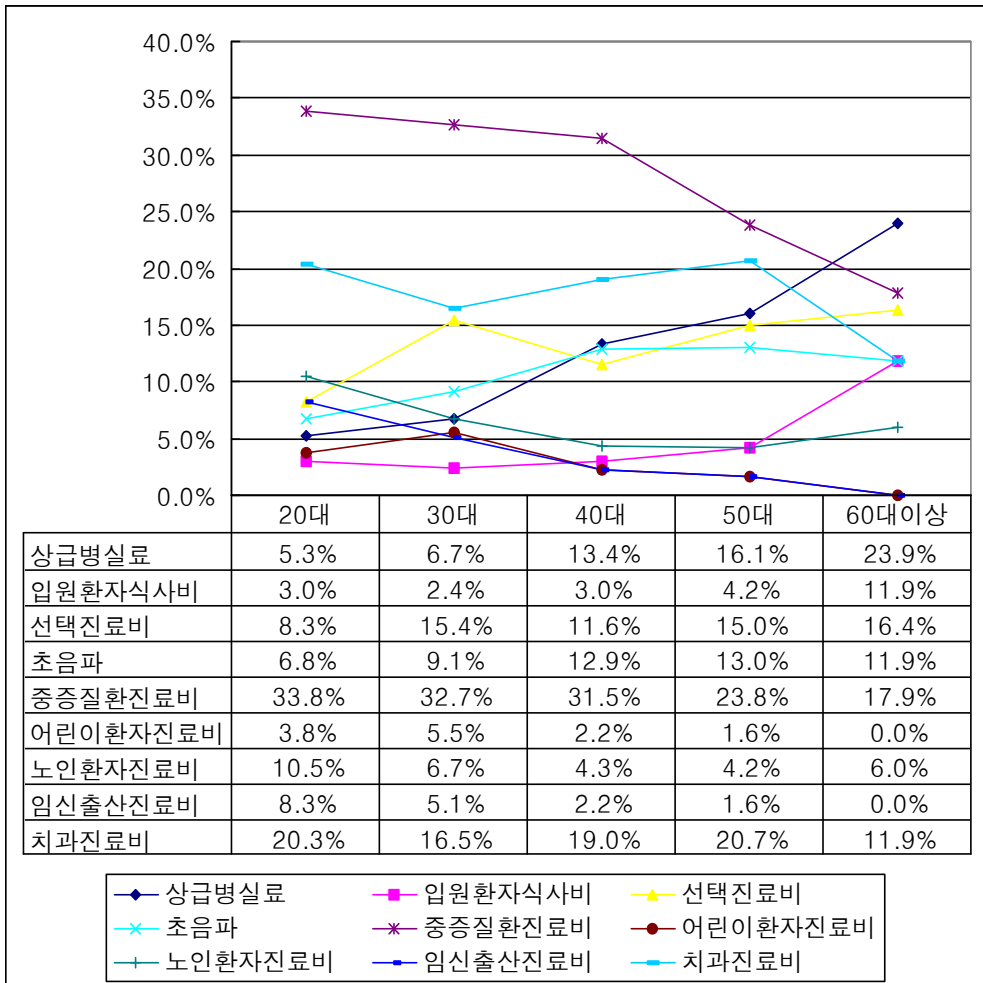
○ 성별 분포

- 남성의 경우 중증질환진료비, 치과진료비, 초음파 검사 순이었으나,
- 여성의 경우 중증질환진료비, 치과진료비, 선택진료비 순이었음



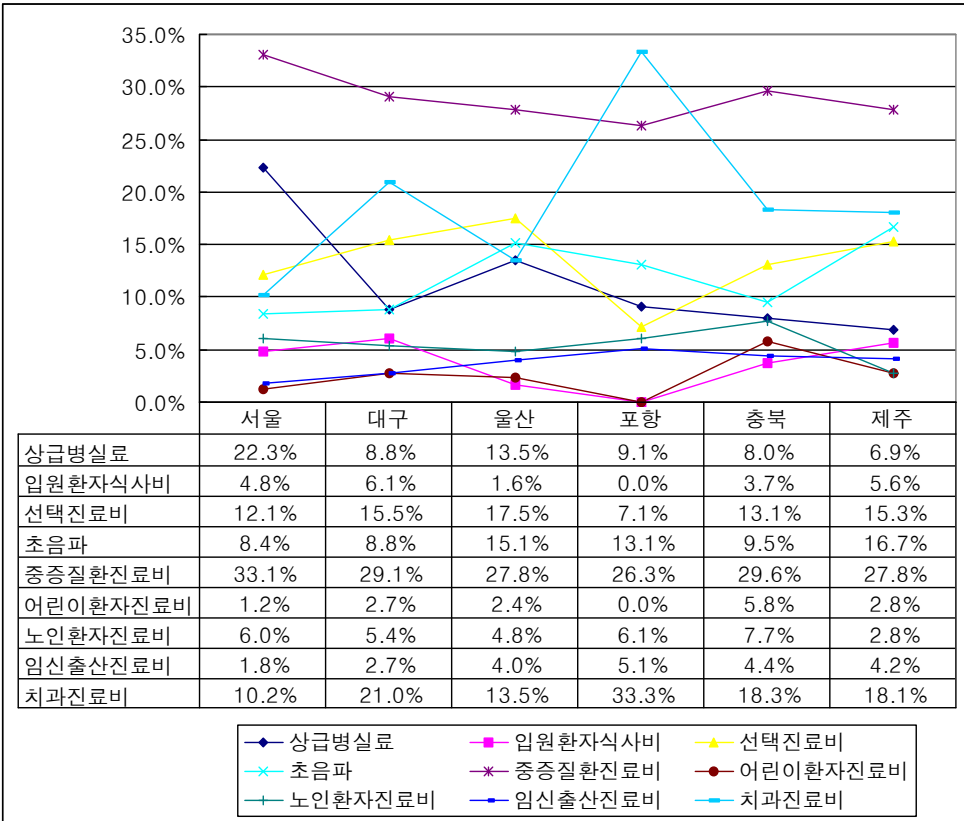
○ 연령별 분포

- 20대는 중증질환진료비, 치과진료비, 노인환자진료비 순
- 30대는 중증질환진료비, 치과진료비, 선택진료비 순
- 40대는 중증질환진료비, 치과진료비, 상급병실료 순
- 50대는 중증질환진료비, 치과진료비, 상급병실료 순
- 60대이상은 상급병실료, 선택진료비, 중증질환진료비 순



○ 지역별 분포

- 서울은 중증질환진료비, 상급병실료, 선택진료비 순
- 대구는 중증질환진료비, 치과진료비, 선택진료비 순
- 울산은 중증질환진료비, 선택진료비, 초음파검사비 순
- 포항은 치과진료비, 중증질환진료비, 초음파검사비 순
- 충북은 중증질환진료비, 치과진료비, 선택진료비 순
- 제주는 중증질환진료비, 치과진료비, 초음파검사비 순



설문지

병원 인력 산정을 위한 기초 조사

(병원 행정 담당자 및 간호부서 책임자용)

- 노동조합 간부가 행정 부서 및 간호 부서의 책임 있는 사람에게 문의하여 객관적이고 정확한 수치를 기록할 수 있도록 함

■ 기관 일반 현황

1. 병원명 : _____
2. 허가병상수 : () 병상
3. 가동병상수 : () 병상
4. 직전 년도 평균 병상이용률 : ()%
5. 의료기관종별구분
(1) 종합전문요양기관 (2) 종합병원 (3) 병원
6. 수련기관 유형
(1) 인턴, 레지던트 수련 (2) 인턴 수련 (3) 비수련기관
7. 대학병원 여부
(1) 대학병원 (2) 비대학병원
8. 설립 유형
(1) 국립 (2) 시립, 공립 (3) 지방공사
(4) 학교법인 (5) 특수법인 (6) 사단법인
(7) 재단법인 (8) 사회복지법인 (9) 의료법인
(10) 개인 (11) 기타()
9. 간호(입원)관리료 등급 () 등급

■ 간호인력 현황

1. 근무인원(병동)

구분	가동병상수	정규직 인원(명)			임시직 노동시간(시간)※		
		간호사	간호조무사	보조원	간호사	간호조무사	보조원
일반병동							
병원전체							

※ 직전 1개월 개별 임시직 노동자 전체의 근무시간의 총합

2. 근무인원(외래)

구분	1년환자수	정규직 인원(명)			임시직 노동시간(시간)※		
		간호사	간호조무사	보조원	간호사	간호조무사	보조원
내과계							
외과계							

※ 직전 1개월 개별 임시직 노동자 전체의 근무시간의 총합

3. 귀 병원에서 병상이용률이 가장 높은 일반병동에서 각각의 근무번대에 몇 명의 간호인력이 근무하고 있는지 숫자를 기록해 주십시오.

1) 해당 병동의 병상수 () 병상

2) 근무번대별 근무 간호인력 수

직종	수간호사	간호사	간호조무사	보조원	기타	계
아침번 근무						
낮번 근무						
밤번 근무						

■ 간호서비스 제공 환경

1. 일반병동의 간호업무전달체계(Nursing Delivery System)은?

- (1) 기능적 분담 방법(Functional Method)
- (2) 팀 간호 방법(Team Nursing)
- (3) 일차 간호 방법(Primary Nursing Method)
- (4) 팀 간호 방법과 기능적 분담 방법 병행
- (5) 기타()

2. Substation 설치 여부

- (1) 있음
- (2) 없음

3. 채혈전담요원 제도 운영 여부

- (1) 채혈전담요원이 있으며 일반 병동의 모든 환자에게 서비스 제공
- (2) 채혈전담요원이 있으나 특수병동(암병동, 소아병동 등) 등 일부 병동에만 제공
- (3) 채혈전담요원이 없으며, 간호사가 채혈 업무 수행
- (4) 기타 ()

4. 정맥주사전담요원 제도 운영 여부

- (1) 정맥주사전담요원이 있으며 일반 병동의 모든 환자에게 서비스 제공
- (2) 정맥주사전담요원이 있으나 특수병동(암병동, 소아병동 등) 등 일부 병동에만 제공
- (3) 정맥주사전담요원이 없으며, 간호사가 채혈 업무 수행
- (4) 기타 ()

5. UDS(Unit Dose Drug Distribution System) 운영 여부

: 모든 약품을 single unit 또는 unit dose package 형태로 공급, 병동에 공급되는 약품은 즉시 투약 가능한 형태로 분배되는 형태. 한번에 24시간 이내에 사용할 약품만 공급. 약사에 의해 각 환자의 투약력이 투약과 동시에 기록, 관리됨

- (1) 일반 병동의 모든 환자에게 서비스 제공
- (2) 특수병동(암병동, 소아병동 등) 등 일부 병동에만 제공
- (3) 미 실시
- (4) 기타 ()

6. 물품 전달 체계

- (1) 병동에 필요한 모든 물품을 해당 부서에서 병동으로 직접 공급해 줌
- (2) 병동에 필요한 물품을 일부는 제공받고 일부는 병동요원이 공급받으려 해당 부서로 감
- (3) 대부분의 물품을 병동요원이 공급받으려 해당 부서로 감
- (4) 기타 ()

7. 의료정보 전산화 현황

1) 처방전 자동전달시스템(OCS) 운영(해당되는 내용에 모두 표기해 주세요)

- (1) 병동→수납 (2) 수납→약국 (3) 수납→임상검사
- (4) 수납→진단방사선과 (5) OCS 운영 안함

2) 전자의무기록(EMR) 운영 여부(해당되는 내용에 모두 표기해 주세요)

- (1) 의사처치, 퇴원요약, 입퇴원기록 (2) 경과기록 (3) 임상검사결과
- (4) 임상관찰기록 (5) 간호기록 (6) EMR 시행 안함

■ 기타

1. 귀 병원의 간호사 이직률은 어느 정도 수준입니까?(직전 년도 기준)

- (1) 0-3% (2) 4-7% (3) 8-11%
- (3) 12-15% (4) 16-19% (6) 20% 이상

2. 귀 병원에 근무하고 있는 인력의 평균 근속년수의 비율을 적어 주십시오(합이 100%가 되어야 함)

구분	1년 미만	1년-3년 미만	3년-5년 미만	5년-10년 미만	10년 이상
간호직(%)					
간호직이외(%)					

3. 현재 귀병원에서 외주용역을 주고 있는 부문은 어느 부문입니까? 해당사항을 모두 선택해 주십시오

- (1) 청소 (2) 세탁 (3) 환자급식 (4) 경비
 (5) 주차관리 (6) 장례식장 (7) 시설유지 (8) 전산시스템관리
 (9) 오물, 적출물 처리 (10) 기타 ()

4. 귀 병원의 의료 기사 및 행정 인력 수를 적어 주십시오.

직종	임상병리 사	방사선사	물리치료 사	의무기록 실	원무과	급식과
정규직						
비정규직						

일련번호 :

--	--	--	--

병동 간호사의 직무스트레스, 건강, 간호 오류 경험에 대한 실태 조사

안녕하십니까? 본 조사의 취지는 병동 간호사의 직무스트레스, 건강, 간호 오류 경험실태를 파악함으로써, 이 문제 해결을 위한 근본 대안으로 인력 부족 문제를 제기하기 위함입니다. 본 설문지의 모든 문항에는 맞고 틀리는 답이 없으므로 본인의 솔직한 의견을 있는 그대로 대답하여 주시면 감사하겠습니다. 설문내용 및 응답자에 대한 모든 비밀은 철저히 보장되며, 모아진 설문지는 통계목적으로만 이용되어 집니다. 이 조사에 대하여 의문사항이 있으시면 전국공공서비스노동조합 의료연대분과(전화 , Fax)로 연락하여 주십시오. 감사합니다.

2008. 5

전국공공서비스노동조합 의료연대분과

Ⅰ. 다음은 귀하의 직무 스트레스에 대한 설문입니다.

※ 각 질문에 대하여 현재 귀하의 생각이나 느낌에 가장 가까운 칸에 ○표하여 주십시오.

내 용	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
1. 나는 일이 많아 항상 시간에 쫓기며 일한다.	1	2	3	4
2. 업무량이 현저하게 증가하였다.	1	2	3	4
3. 업무 수행 중에 충분한 휴식(잠)이 주어진다.	4	3	2	1
4. 여러 가지 일을 동시에 해야 한다.	1	2	3	4
5. 나의 상사는 업무를 완료하는데 도움을 준다.	4	3	2	1
6. 나의 동료는 업무를 완료하는데 도움을 준다.	4	3	2	1
7. 직장에서 내가 힘들 때 내가 힘들다는 것을 알아주고 이해해 주는 사람이 있다.	4	3	2	1
8. 직장사정이 불안하여 미래가 불확실하다.	1	2	3	4
9. 나의 근무조건이나 상황에 바람직하지 못한 변화(예, 구조조정)가 있었거나 있을 것으로 예상 된다.	1	2	3	4
10. 우리 직장은 근무평가, 인사제도(승진, 부서 배치 등)가 공정하고 합리적이다.	4	3	2	1
11. 업무수행에 필요한 인원, 공간, 시설, 장비, 훈련 등의 지원이 잘 이루어지고 있다.	4	3	2	1
12. 우리 부서와 타 부서간에는 마찰이 없고 업 무협조가 잘 이루어진다.	4	3	2	1
13. 일에 대한 나의 생각을 반영할 수 있는 기회 와 통로가 있다.	4	3	2	1

II. 다음은 귀하의 일반적 건강 상태와 관련된 설문입니다.

1. 귀하는 지난 1년 동안 건강상의 이유로 조퇴를 하신 적이 있습니까?

- (1) 있다 (2) 없다

2. 귀하는 지난 1년 동안 건강상의 이유로 결근을 하신 적이 있습니까?

- (1) 있다 (2) 없다

3. 귀하는 지난 1년 동안 건강상의 이유로 조퇴가 결근을 하고 싶었지만 여러 가지 사정상 출근하여 일한 경험이 있습니까?

- (1) 있다 (2) 없다

4. 귀하는 지난 1년 동안 수면 문제로 수면제를 복용하신 적이 있습니까?

- (1) 있다 (2) 없다

Ⅲ. 다음은 귀하의 간호 오류 경험과 관련된 설문입니다.

※ 각각의 경험에 대해 지난 1년간 귀하가 경험한 회수에 ○표하여 주십시오.

간 호 오 류 내 용	없다	1회	2회	3회	4회 이상
1. 환자가 침상에서 떨어지는 경우					
2. 간호하고 있는 환자에게 욕창이 발생하는 경우					
3. 처방된 식사가 환자에게 정확하게 제공되지 않은 경우					
4. 주사 바늘 혹은 의료기구에 의해 자신의 신체를 다친 경우					
5. 환자의 상태 변화에 대한 확인이 지연되어 환자에게 나쁜 결과가 일어난 경우					
6. 투약과정(먹는 약, 정맥주사, 근육주사 포함)에서 환자의 약을 바꿔서 준 경우					
7. 투약과정에서 약의 용량을 과다 또는 과소 용량으로 투약한 경우					
8. 투약과정에서 잘못된 경로로 약물을 투여한 경우					
9. 주사과정에서 피부반응검사가 필요한 약물을 피부반응검사를 하지 않아 약물부작용이 발생한 경우					
10. 수혈 과정에서 확인 및 투여 관련 절차를 지키지 않아서 문제가 발생한 경우					

11. 귀하는 최근 한 달 중에 직장에서 퇴근한 이후에도 환자 간호 및 처지에 대한 불안으로 맘을 졸이거나 환자, 보호자, 동료 간호사 등에 연락을 취한 적이 있습니까?

(1) 있다

(2) 없다

IV. 다음은 귀하의 일반적 사항에 대한 설문입니다.

1. 귀하의 연령은? 만 () 세

2. 귀하의 간호사 경력은? () 년

3. 귀하가 현재 병동에서 일한 근무 년수는? ()년 ()개월

4. 귀하가 현재 근무하고 있는 병동의 성격은?

(1) 내과계 병동 (2) 외과계 병동 (3) 혼합 병동

(4) 특수 병동

5. 귀하의 직위는?

(1) 일반 간호사 (2) 책임 간호사 (3) 수간호사

(4) 기타()

6. 귀하의 결혼 상태는?

(1) 미혼

(2) 기혼

(3) 이혼

(4) 기타()

※ 설문이 다 끝났습니다. 끝까지 설문에 응해 주셔서 감사합니다.

환자 분류 도구

조사 대상 병동의 일반적 특성

1. 병동 특성

① 내과계 병동 ② 외과계 병동 ③ 혼합 병동

2. 병상수 : _____ 병상

3. 근무시간

가. 수간호사 : 시 분부터 시 분까지

나. 일반간호사

- 아침번 : 시 분부터 시 분까지

- 낮번 : 시 분부터 시 분까지

- 밤번 : 시 분부터 시 분까지

- PRN : 시 분부터 시 분까지

4. 인력 배치 상황(단위 : 명)

구분	수간호사	주임간호사	일반간호사	보조원	기타
아침번					
낮번					
밤번					
PRN					

간호강도에 의한 환자분류도구

환자분류 시행자 :

시행 날짜 :

분류 항목	분류 군	환자명 분류기준																		
1. 위생 관리	I	스스로 위생간호 가능(구강간호, 목욕, 샴푸 등)																		
	II	부분적 도움을 받아 침상 외에서 위생간호 가능																		
	III	부분적 도움을 받아 침상 내에서 위생간호 가능																		
	IV	전적인 도움을 받아 위생간호 가능																		
2. 영양	I	스스로 식사 가능																		
	II	식사 준비 및 부분적 도움 필요																		
	III	식사시간 동안 지속적인 도움 필요, spoon feeding																		
	IV	전적인 도움이 필요하며 계속적인 관찰을 요함, tube feeding																		
3. 배설	I	스스로 배뇨, 배변 가능																		
	II	일시적인 도움으로 배뇨, 배변 가능																		
	III	장기적인 도움으로 배뇨, 배변 가능																		
	IV	완전배뇨, 배변 불가능하여 전적인 도움이 필요																		
4. 운동 및 활동	I	스스로 능동적 운동 가능																		
	II	부분적 도움이나 보조기구 이용																		
	III	침상내에서 부분적 도움으로 수동적 운동 또는 체위 변경 가능																		
	IV	부동상태에서 전적인 도움으로 수동적 운동 또는 체위 변경 가능																		
5. 교육 및 자문	I	기본적인 교육 필요																		
	II	처치에 대한 설명, 교육이 필요																		
	III	질병관리에 대한 교육, 설명이 필요																		
	IV	고도의 처치와 자가관리에 대한 교육, 설명이 필요																		
6. 정서적 지지	I	환자 자신의 상태에 대해서 인정																		
	II	환자가 슬픔, 우울, 불안, 공포, 분노의 감정 또는 통증으로 인한 불편감을 가끔씩 표현																		
	III	환자가 슬픔, 우울, 불안, 공포, 분노의 감정 또는 통증으로 인한 불편감을 자주 표현																		
	IV	환자가 무기력 상태나 정서불안, 흥분 상태, 공격적인 모습이 보이는 상태임																		

[illegible]

<참고> 간호강도에 의한 환자분류도구 결정지침

분류 항목	분류 군	결정 지침
1. 위생 관리	I	위생간호에 대한 관찰
	II	샤워 보조, 변침상 만들기, 화장실 이동시 부족 필요
	III	부분 목욕, 점유침상 만들기(침상 핫이불 부분 교환), 대소변기 사용 보조
	IV	침상 목욕, 세발, 기저귀 교환 및 피부 간호, 침상체중측정, 점유침상 만들기(침상 핫이불 완전 교환), 회음부 간호, 구강 간호 무의식환자나 마비환자의 경우, 호흡곤란이 심하거나 통증이 심하여 움직일 수 없는 경우
2. 영양	I	식사 여부, 식사량에 대한 관찰
	II	직접 식사를 할 수는 있으나 식사 준비와 제공이 필요함. 식이요법이나 금식(검사 전, 수술전 금식) 등 치료식이에 대한 설명이 필요함
	III	spoon feeding, 치료상 금식으로 총비경구영양(TPN)을 정맥 주입하고 있는 경우, 그와 관련된 간호 절차
	IV	경관(Levin tube)이나 장로(G-tube)를 통한 영양공급 및 관찰, 튜브 삽입과 위치 확인, 주위 피부 간호
3. 배설	I	배뇨, 배변에 대한 관찰
	II	일시적인 단순 도뇨, 관장, 좌약과 관련된 간호 절차
	III	유치도뇨 삽입, 유지에 따른 간호절차, 하루 4회 이상의 단순도뇨와 관련된 간호 절차, rectal tube 삽입, 유지와 관련된 간호절차
	IV	각종 장루(cystostomy, nephrostomy, colostomy, ileostomy)의 유지와 주위 피부간호를 위한 간호 절차
4. 운동 및 활동	I	운동 및 활동에 대한 관찰
	II	보행기나 목발, 휠체어 사용시 보조
	III	능동적 관절 운동, 부분적인 체위 변경
	IV	눅는 차(stretcher) 이용한 환자이동, 수동적 관절운동, 전적인 체위변경
5. 교육 및 자문	I	병동안내, 면회시간 안내, 주의사항에 대한 안내
	II	수술 전후, 검사 전후 간호에 대한 교육, 금식에 대한 교육
	III	만성질환별 환자교육(전문간호사에 의한 집단교육은 제외)
	IV	장루관리, 히크만 카테터 관리, 복막 투석 등
6. 정서적 지지	I	정서 또는 감정에 대한 관찰
	II	상담이나 면담으로 그때그때 정서적 문제가 완화됨
	III	상담이나 면담이 지속적으로 30분 이상 요구되며 부분 억제대가 요구되거나 장기적인 투약(경구약)이 요구됨
	IV	상담이나 면담이 불가능할 정도의 행동장애나 무기력상태를 보이며 전신 억제대가 필요하고 이에 대한 투약(정맥 투여)이 요구되며 지속적인 지지가 요구됨

분류 항목	분류 군	결정 지침
7. 의사 소통 및 의식 상태	I	지남력이 명확하고 의사소통이 원활함
	II	통증이나 튜브삽입 등으로 의사소통이 불가능한 경우, 고령이나 다른 신체적인 문제로 인하여 청력, 시력에 문제가 있는 경우
	III	간성혼수 초기, 전신 마취후 1일 이내, 신경계질환으로 인해 의식 사정이 자주 필요한 경우
	IV	협조가 전혀 안되고 의사소통이 안되는 상태임
8. 치료 및 검사	I	기본적인 혈청, 소변검사, 흉부 방사선 검사, 심전도와 관련된 간호 행위
	II	공복시 혈당측정, 식후 2시간후 혈당측정, 초음파, CT, MRI, 단순드레싱(배액이나 튜브가 있는 환부의 단순 치료)과 관련된 간호 행위
	III	생검, 천자, 기관지내시경, 대장내시경, 위내시경, 후행내시경 담관췌장검사법, 혈액투석, 방사선 치료, 복잡드레싱, 산소 치료와 관련된 간호 행위
	IV	혈관조영술, 황카테터 동맥 색전술, 식도정맥류 결찰술, 수술후 1일 이내, 가정용 인공호흡기 적용과 관련된 간호 행위
9. 투약	I	정맥주사를 제외한 모든 경로의 투약
	II	정맥주사를 포함한 모든 투약, 경관(L-tube)을 통한 투약
	III	지속적 주입 약물이 있는 경우(주입 펌프를 사용하지 않아도 되는 수액), 항암제(IV bolus)로 주는 경우, 혈액 제제(2단위 이하)
	IV	주입 펌프 사용 약물(심혈관계 약, 아미노필린 등), 주사용 항응고제, 지속적으로 주입되는 항암제, 혈액 제제(3단위 이상)
10. 측정 및 관찰	I	V/S을 기준으로 결정된 분류군과 I/O를 기준으로 결정된 분류군 중 더 높은 군에 해당되도록 함.
	II	실제로 행한 V/S의 간격을 의미함(의사 오더를 의미하는 것이 아님)
	III	I/O의 경우 음수량, 배설량을 모두 측정시 해당됨(한 가지만 측정한 경우는 해당되지 않음)
	IV	
11. 환자를 위한 부서 간 조정	I	치료 방향이나 검사에 대한 상담시 환자, 보호자와의 연계
	II	식이 상담에 대한 의뢰 추가시 환자, 보호자와의 연계와 논의
	III	타과 전문의의 상담 추가시 환자, 보호자와의 연계와 논의
	IV	여러 가지 합병증이 복합적으로 있는 경우, 경제적으로 어려운 경우 등으로 여러 부서와 의뢰나 논의 필요함
12. 입 퇴원 및 전동 관리	I	입퇴원 수속 안내, 외래 예약
	II	수술 위한 전동, 항암 치료 위한 전동 등의 경우 병동안내와 다른 병동과의 인수인계 필요
	III	집으로 퇴원시 자가관리 교육과 보호자 교육(t-cannula, 유치도뇨, L-tube를 가지고 퇴원하는 경우 가정간호 연계, 가정용 인공호흡기 적용시), 2차 병원으로의 전원을 위한 연계와 조정 활동, 중환자실로부터 전입되는 환자의 경우 환자와 보호자 관리(병실 준비, 안내, 교육)
	IV	중환자실 이동시 절차(심폐소생술 후, 기관내삽관 후, 수술후 환자관리와 중환자실로의 인수인계, 보호자에게 설명과 지지 필요), 사망시 퇴원 절차(진단서, 사후처리, 장례식장 연계, 보호자 관리, 퇴원수속)

직접 간호 활동 조사지(1)

병동명 :

날짜 :

근무조 : 아침번, 낮번, 밤번

환자명 :

환자분류 :

[illegible]

※ 각각의 간호 활동 시간은 준비부터 정리까지의 소요된 총시간을 기록(예:드레싱의 경우 드레싱 준비, 시행, 기구 정리 시간 모두 포함)

직접 간호 활동 조사지(2)

병동명 :

날짜 :

근무조 : 아침번, 낮번, 밤번

환자명 :

환자분류 :

구 분	영양 간호												배설 간호																		상담, 설명 및 교육										사 망 처 치	기 타					
	영양상태				경구영양		비경구영양		수분 및 전해질 균형				배변 및 배뇨										각종 배액																								
	체중측정	신장측정	복위측정	혈당측정	피부상태관찰	전적인식사보조	부분적인식사보조	위장관삽입및유지와 관련된절차	위장관통한음식주입	T P N과 관련된절차	I V H투여시간호	채혈	혈액투석과 관련된절차	혈액여과와 관련된절차	정장관장	윤활관장	정제관장	구공관장	장루통한배변돕기	장루주위피부간호	채변	단순도뇨	유지도뇨유지	방광세척	변기사용보조	기저귀교환및피부간호	K I S M O부착및관리	배액양상관찰	홍곽내배액관기능유지	뇌실내배액관기능유지	담도내배액관기능유지	체내배액관유지	위관배액관유지	배액채취	객담채취	24시간소변채취	검사설명	수술설명	처치설명	입퇴원시면담			환자상담및의사소통	개인교육	집단교육		
시 간																																															

※ 각각의 간호 활동 시간은 준비부터 정리까지의 소요된 총시간을 기록(예:드레싱의 경우 드레싱 준비, 시행, 기구 정리 시간 모두 포함)

간접 간호 활동 및 반복되는 직접 간호 활동 조사지

병동 :

날짜 :

근무조 : 아침번, 낮번, 밤번

조사자 이름 :

구분		시간
의사소통	타의료 전문직과의 조정 및 의뢰	
	타부서와의 조정 및 의뢰	
	간호직원간 의견교환 및 설명, 직원 면담	
	회의 및 교육 참석	
	전화 바뀌주기/잘못 온 전화 응대	
환자간호관리및정보관리	간호관련 기록과 전산 입력, 조회, 출력	
	병동관리 기록과 전산 입력, 조회, 출력	
	의사처치 확인 및 검색	
	인수인계	
	의료물품(드레싱세트 등 병동물품) 점검 및 관리	
	환자약품 점검 및 관리	
전달업무	환자물품(환의 등 개인물품) 정리	
	약품 및 물품 전달 업무	
기타	정리정돈	
	시설물 관리	
휴식 및 개인시간		
식사 시간		
반복되는직접간호	활력징후(Vital sign) 체크	
	투약 준비, 투약, 설명(경구, 주사, 수혈 등 포함)	
	I & O 체크	
	정기 라운딩(각종 상황을 확인하기 위한 라운딩)	