

간호인력 개편안 무엇이 문제인가

-환자안전과 의료의 질 향상을 중심으로-

2013. 9. 23(월) 오전 10시-12시

국회의원 회관 대회의실

주최 국회의원 김용익 (국회 보건복지위원회)
국회의원 남윤인순 (국회 보건복지위원회)

건강권 실현을 위한 보건의료단체연합
건강세상네트워크



프로그램

간호인력개편안 무엇이 문제인가

– 환자안전과 의료서비스 질 향상을 중심으로 –

- 일시 : 2013년 9월 23일(월) 오전 10 – 12시
- 장소 : 국회의원 회관 대회의실
- 주최 : 국회 보건복지위원회 국회의원 김용익, 남윤인순, 건강세상네트워크, 건강권 실현을 위한 보건의료단체연합

09:30-10:00	등록	사회 : 현정희(건강세상네트워크 대표)
10:00-10:20	개회	
	축사	오제세(국회의원)
	인사말	김용익(국회의원)
	인사말	남윤인순(국회의원)
10:20-10:40	환자 안전과 간호인력정책	조성현(서울대학교 간호대학 교수)
10:40-11:00	간호인력 개편안의 영향	김명희(시민건강증진연구소 예방의학 전문의)
11:00-11:50	토론	좌장 : 백도명(서울대 보건대학원 교수)
	간호인력개편안 토론문	김형용(동국대학교 사회학과 교수)
	환자와 국민의 입장에 선 개편 방안인가?	정은일(건강세상네트워크 대표)
	간호인력 개편안 무엇이 문제인가?	황선옥(소비자시민모임 부회장)
		보건복지부
	간호인력개편안에서 간호교육제도의 문제점	김선아(연세대학교 간호대학 학장)
	정부 <간호인력제도 개편방향>의 문제와 올바른 '간호인력문제'의 해결 방향	우석균 (건강권 실현을 위한 보건의료단체연합 정책실장)
	질의 및 청중 토론	
11:50-12:00	종합정리	

축사



반갑습니다.

국회 보건복지위원장 오제세 의원입니다.

지난 2월 보건복지부가 간호인력 양성 및 운영 체계 개편안을 발표한 이후 지역 간의 갈등이 첨예하게 대립하고 있습니다. 여기에 전문가들은 고용 및 임금시장을 고려하지 않는 교육부의 간호인력 양성정책을 비판하면서 혼란이 가중되고 있는 실정입니다. 따라서 ‘간호인력 개편안, 무엇이 문제인가’의 주제로 열리는 오늘 토론회는 시의적절하고 그 의미가 크다 할 수 있습니다.

국민들의 신뢰가 있어야 보건 의료 시스템이 바로 설 수 있습니다. 국민, 즉 환자의 입장에서 보건 의료 정책이 수립되고 시행되어야 합니다. 오늘 토론회를 통해 환자들이 요구하는 의료서비스가 가능한 제도가 무엇인지, 어떤 부분을 보완해야 하는지에 대한 정책대안이 수립되기를 기대합니다. 논의된 결과를 국회 보건복지위원회에서 적극적으로 검토해 나가겠습니다.

오늘 토론회를 기획하고 준비해 주신 김용익 의원님과 남윤인순 의원님의 노고에 깊이 감사드립니다. 함께 해주신 건강세상네트워크, 보건 의료단체연합에도 감사드리며, 발제를 맡아 주신 조성현 서울대 간호대학 교수님, 김명희 시민건강증진연구소 연구원님, 그리고 토론자로 참여해주신 모든 분들께도 감사드립니다.

OECD에 따르면 2010년 기준 인구 1000명당 활동 간호사 수는 룩셈부르크·스위스가 16명, 노르웨이·아이슬란드·덴마크는 14명 수준입니다. 우리나라는 간호조무사까지 포함한 간호 인력 수가 4.6명(간호조무사를 제외하면 2.3명)으로 OECD 평균 9.3명에 크게 못 미치는 최하위 수준입니다.

또한 우리나라는 간호사 1명이 돌봐야 하는 환자 수가 낮 근무 기준 17.7명으로 미국 5.7명에 비해 3배에 이릅니다. 의료법이 정한 간호 인력 기준을 제대로 채우지 못한 병원이 전체의 86.2%로 사실상 거의 대부분의 병원이 간호사 부족에 시달리고 있는 상황입니다. 게다가 간호사 면허를 보유한 인력 중

의료기관에서 근무하고 있는 간호사는 40%에 불과합니다.

OECD에서는 간호사가 돌보는 수술 환자가 1명씩 늘어날 때마다 환자 사망률은 8%씩 늘어나고, 외과 간호사가 담당하는 환자 수가 2~3.5명으로 줄면 환자 1000명당 15명의 생명을 추가로 구할 수 있다는 연구결과를 발표한 한 바 있듯이 간호인력은 가장 기본적인 보건의료정책입니다.

중요한 것은 이러한 환경으로 인해 현재 우리나라 환자와 가족들은 직접 간호서비스를 책임지고 있으며, 이로 인해 의료사고 논란, 병원 내 감염 우려 등 환자안전 문제와 간병비 부담 등의 문제가 끊임없이 발생하고 있다는 것입니다.

간병제도는 우리나라와 · 대만 등 일부 국가에만 존재하는 것으로 미국 · 일본 등은 병원이 간호 서비스의 하나로 간병 서비스를 제공하고 있습니다. 우리나라는 인력 · 자원 부족 때문에 기형적으로 가족들이 떠안고 있는 것으로 환자들이 간병인에게 지불한 비용은 연간 3조원으로 추정됩니다. 잘못된 보건의료정책은 막대한 사회적 비용을 불러온다는 것을 보여주고 있습니다.

환자가 요구하는 수준의 다양한 간호서비스를 제공하기 위해서는 병원 내에서 이루어지는 모든 서비스를 포함하는 포괄적인 간호서비스가 제공되어야 합니다. 이를 위해서는 더 많은 전문인력이 의료현장에 투입될 수 있도록 인력기반이 하루 빨리 조성되어야 합니다. 매우 시급한 과제입니다.

오늘 토론회를 계기로 우리나라 간호체계에 대한 총체적인 점검 및 환자중심의 간호인력 개편방안이 다각도로 논의되기를 바랍니다. 구체적인 방안을 마련하는 과정에서 참석하신 여러분들과 충분한 정책적 소통을 이어가도록 하겠습니다.

다시 한 번 오늘 토론회를 준비해주신 김용익 의원님, 남윤인순 의원님을 비롯한 모든 분들에게 감사의 말씀을 드립니다.

2013년 9월 23일

국회의원 오제세

인사말



안녕하십니까! 민주당 김용익 의원입니다.

우선 오늘 토론회에 참석해주신 내빈과 청중 여러분들에게 감사의 말씀을 드립니다.

또한 이번 토론회를 주도적으로 준비해 주신 남윤인순 의원님과 이하 실무자 여러분께 고생하셨다는 말씀을 드립니다.

아울러 토론회 주제발표를 위해 참석해 주신 조성현 서울대 간호대 교수님, 김명희 시민건강증진 연구소 정책위원님께 감사의 말씀을 드립니다.

그리고 토론자로 참석해 주신 김형용 동국대 사회학과 교수님, 정은일 건강세상네트워크 대표님, 황선옥 소비자시민모임 상임이사님, 최성철 암시민연대 사무국장님, 김선아 연세대 간호대 교수님, 우석균 보건의료단체연합 정책기획국장님께도 감사드립니다.

적정한 간호인력의 확보는 환자들의 치료를 위해 필수적인 요소입니다. 환자들이 적절하고 안전한 치료를 받기 위해서는 적정 수준의 간호 인력이 꼭 필요합니다.

하지만 아직 우리나라는 간호인력이 부족한 실정입니다. 정부가 정해 놓은 간호인력 기준이 있지만, 의료현장에서는 간호인력이 부족하여 간호사들이 연장 근무에 시달리고 있는 실정입니다. 부족한 간호인력은 환자의 적절한 치료와 안전에도 직접적인 영향을 미칠 수밖에 없습니다.

지역별, 의료기관별 간호인력 수급문제도 심각합니다. 대도시 대형병원과는 달리 지방과 중소병원에서는 간호인력을 구하기 어려워 힘겨워하고 있습니다.

사실 이러한 간호인력 문제는 어제 오늘의 문제가 아닙니다. 때마침 보건복지부가 간호인력 문제를

해결하기 위해 종합적인 대안을 마련하겠다고 나선 만큼, 국회에서도 각계각층의 의견을 수렴하여 간호인력 문제를 올바른 방향으로 해결할 수 있도록 노력하겠습니다.

오늘 토론회에서 간호인력 전반에 관한 심도 있는 토론이 이뤄지기를 바라며, 다시 한 번 토론회에 참석해 주신 내빈·청중 여러분께 감사의 말씀을 드립니다.

감사합니다.

2013년 9월 23일

국회의원 **김용익**

인사말



안녕하십니까? 민주당 국회의원 남윤인순입니다.

한가위 명절 잘 지내셨는지요? 명절 뒤 끝에 할 일이 많이 남아있을 것인데도 이렇게 시간을 내어 참석해 주신 여러분들께 크게 감사드립니다. 오늘 이 자리는 환자 안전과 의료서비스 질 향상을 달성할 수 있는 간호인력개편방안이 무엇인지를 모색하기 위해 마련되었습니다.

어느 시대, 어느 나라, 누구에게라도 병에 걸린다는 것 즉, 환자로 살아가는 것은 매우 고통스러운 경험입니다. 환자는 병에 걸리는 순간부터 질병 그 자체가 주는 고통뿐만 아니라, 경제적 부담이나 사회적 관계 악화 그리고 미래에 대한 불안함(완치 여부, 생사의 불안감 등)에 포위당합니다. 가족들도 다르지 않습니다. 국립암센터가 암환자 보호자 310명을 조사한 결과, 67%나 우울증 증세를 보였고, 극단적인 선택까지 생각해 본 보호자도 18%나 됐고, 직장을 포기하는 경우는 3분의 1에 이른다고 합니다. 그야말로 사면초가(四面楚歌)인데, 병이 중할수록 그리고 기간이 길어질수록 환자와 그 가족이 겪는 고통은 더 커질 수밖에 없습니다.

따라서 간호인력 개편 논의는 이러한 환자와 가족들의 불안과 부담을 덜어줄 수 있는 방향으로, '환자안전'과 '의료서비스 질 향상'이라는 목표에 도달할 수 있는 방향으로 진행되어야 합니다. 간호인력개편 논의를 직능 갈등 측면에서 해석하고 직능간 이해를 증대하는 방향으로 진행해서는 안 될 것입니다.

또한 간호인력개편 논의는 간호인력의 노동조건을 개선할 수 있는 방향이어야 합니다. 간호사면허를 가지고도 임상에서 일하는 사람이 적은 것이 현실입니다. 야간노동, 인력부족과 그로 인한 노동강도 증가, 민원으로 인한 스트레스, 권위적인 병원문화 등 근본적으로 간호인력에 대한 처우가 매우 취약하기 때문입니다. 최근 여러 조사에서 나타나듯이, 잦은 유산과 유방암 발병이 나타나고 있다는 보고는 나쁜 노동 조건으로 인해 간호인력의 건강권이 침해당하고 있다는 사실을 보여주는 것이라 생각합니다.

오늘 이 토론회가 환자안전과 의료서비스 질 향상을 도모할 수 있는 계기가 되기를 바라며, 이 자리를 함께 준비해주신 김용익 의원님, 진보적 보건의료인 단체들이 함께 하는 보건의료단체연합과 건강세상네트워크에 감사드립니다. 어려운 주제이고 자리임에도 불구하고 발제를 맡아주신 서울대 간호대학 조성현 교수님과 시민건강증진연구소 김명희 연구원님 그리고 기꺼이 토론에 참여해 주신 김형용 동국대 사회학과 교수님, 정은일 건강세상네트워크 대표님, 황선옥 소비자시민모임 상임이사님, 최성철 암시민연대 사무국장님, 김선아 연세대 간호학과 교수님 그리고 우석균 보건의료단체연합 정책기획국장님께도 고마움을 전합니다.

마지막으로 어려운 노동 조건과 처우에도 불구하고, 질병으로 고통 받는 환자들의 치료, 간호를 위해 밤낮 없이 노력하시는 간호 종사자 모두에게 깊은 감사를 드립니다.

2013년 9월 23일

국회의원 남윤인순

목차

■ 환자 안전과 간호인력 정책 조성현 (서울대학교 간호대학 교수)	1
■ 간호인력 개편안의 영향 김명희 (시민건강증진연구소 예방의학 전문의)	13
■ 간호인력개편안 토론문 김형용 (동국대학교 사회학과 교수).....	29
■ 환자와 국민의 입장에 선 개편 방안인가? 정은일 (건강세상네트워크 대표)	31
■ 간호인력 개편안 무엇이 문제인가? 황선옥 (소비자시민모임 부회장)	34
■ 보건복지부	36
■ 간호인력개편안에서 간호교육제도의 문제점 김선아 (연세대학교 간호대학 학장).....	37
■ 정부 <간호인력제도 개편방향>의 문제와 올바른 '간호인력문제'의 해결 방향 우석균 (건강권 실현을 위한 보건의료단체연합 정책실장)	40

발제

발제 1.

■ 환자 안전과 간호인력 정책

조성현 서울대학교 간호대학 교수 1

발제 2.

■ 간호인력 개편안의 영향

김명희 시민건강증진연구소 예방의학 전문의 13

환자 안전과 간호인력 정책

서울대학교 간호대학 조성현

간호사는 환자 안전을 위해 무엇을 하는가? 그리고 무엇을 해야 하는가?

1. 환자에게 필요한 의료서비스를 통합하고 조정함
 - 다양한 면허/자격 소지자 참여: 분업/전문화의 효율과 비효율
 - 퍼즐 맞추기: 조각조각 난 서비스를 연결시킴(seamless care)
 - 환자중심의 의료서비스
2. 환자가 안전하도록 지키고 관찰함
 - 환자가 입원하는 이유: 24시간 관찰과 치료
 - 환자의 상태변화를 즉각 발견하고 조기에 대처함(nursing surveillance)
 - 치료과정의 마지막 단계를 담당함
 - 투약 과정: 의사의 처방 → 약사의 조제 → 간호사의 투여

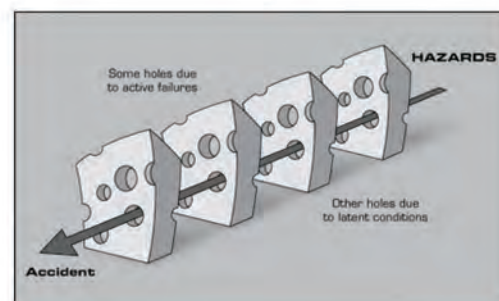
- 치료과정에서 발생하는 오류를 발견하여 사고로 이어지는 것을 중간에서 가로막음(스위스 치즈 모델)
- 투약 과정에서 발생한 오류의 86%를 간호사가 발견하여 가로막음(Leape et al., 1995)
- 그러나 간호사의 오류는 대부분 동료 간호사나 환자만이 발견할 수 있음
- Nurses at the sharp end of patient care (AHRQ, 2008)

3. 환자를 옹호함/환자 권리를 보장함

- 간호사는 환자와 의료제공자와의 의사소통 중심에 있음
- 권한 분배와 힘의 균형: 면허/자격/학력의 영향
- 조직 문화: 폐쇄된 공간에서 민주적 의사소통, 협력, 변화를 이끌어냄
- 안전 문화: 환자 안전을 최고의 목표로 함

환자 안전을 위한 접근법

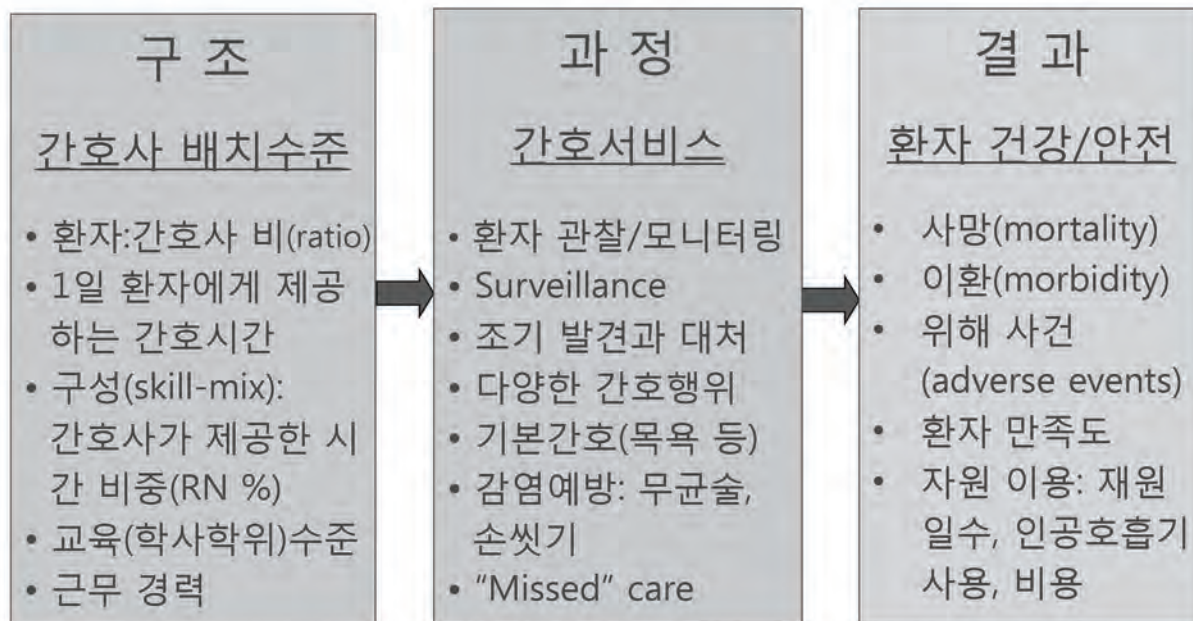
- 전통적 접근
 - 개인에 초점, 재교육과 훈련, 완벽주의 추구
- 시스템 접근
 - To error is human: Building a safer health system (IOM, 2000): 사람은 누구나 잘못 할 수 있다: 보다 안전한 의료 시스템의 구축 (이상일 역)
- Active failure
 - Errors, violations
- Latent failure
 - 간호사가 부족할 경우 오류/사고를 막지 못함
 - 간호사의 오류/사고 발생



그러나 현실은... : 간호사 배치수준

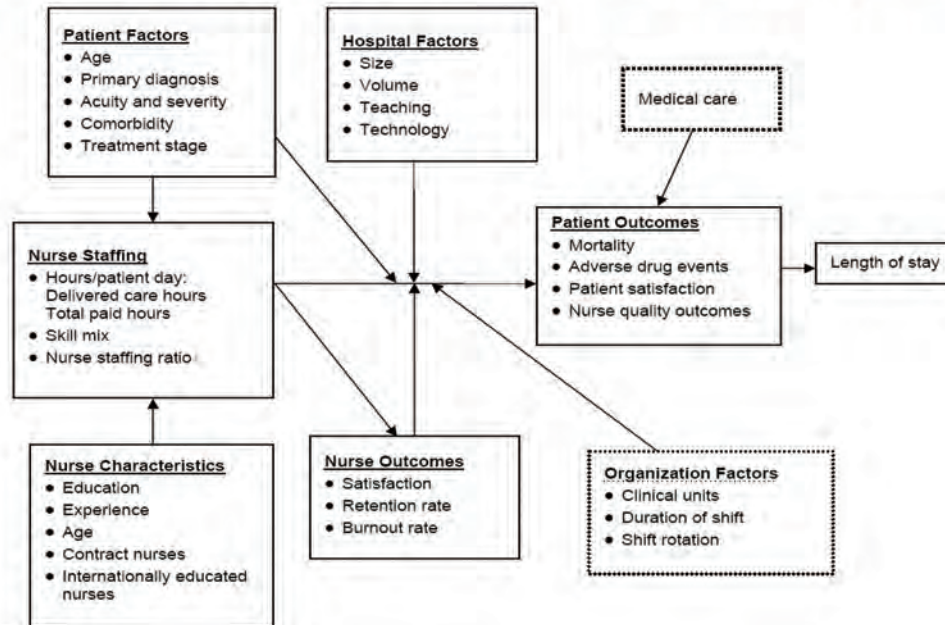
근무(낮/초/밤번)당 간호사 1명이 간호 하는 환자수(A)	근무(낮/초/밤번)당 환자가 간호를 제공 받는 시간(=8시간/A)	하루 24시간 동안 환자가 간호를 제공받는 시간 (=24시간/A)
환자 12명 간호	40분	2시간
환자 24명 간호	20분	1시간
환자 32명 간호	15분	45분

간호사 배치수준과 의료의 질



Conceptual Framework of Nurse Staffing and Patient Outcomes

Kane et al. (2007). Nurse Staffing and Quality of Patient Care. AHRQ Publication



간호사 배치수준 - 환자 건강과 안전

- 환자 사망
 - 병원내 사망, 입원 30일 이내 사망, failure to rescue (합병증 발생한 환자 중 사망률)
 - 내과계 환자, 수술환자, 중환자, 특정 질환별 사망률
- 위해 사건/결과
 - 수술/시술 후 합병증, 폐렴, 요로감염, 패혈증
 - 투약 오류, 수혈 사고, 낙상, 욕창, 출혈
 - 비계획적 발관(extubation)과 재삽관
- 억제대 사용, 통증 조절, 환자만족도
- 재원일수

국내 연구

- Nurse staffing and patient mortality in intensive care units (Cho et al., 2008)
- 의료기관 간호사 확보수준이 수술환자의 사망, 폐렴, 패혈증, 요로감염에 미치는 영향 (김윤미 등, 2012)
- 중환자실에서 간호인력확보수준과 환자 예후와의 상관성 (이현정 & 배홍범, 2013).
- 의료 인력의 확보가 환자 입원일수에 미치는 영향 (이한주 등, 2011).
- 종합병원 간호인력에 따른 직무만족·환자만족 비교 (김종경, 2007).
- 일부 종합병원의 간호사 확보수준과 환자결과(patient-outcome) 분석 (박보현 등, 2003).

Nurse Staffing and Patient Mortality in Intensive Care Units

Sung-Hyun Cho ▽ Jeong Hae Hwang ▽ Jaiyong Kim

- ▶ **Background:** Research evidence suggests that nurse staffing influences patient outcomes.
- ▶ **Objectives:** To examine the relationship between nurse staffing and patient mortality in Korean intensive care units (ICUs).
- ▶ **Methods:** Using survey and administrative databases, this study included 27,372 ICU patients discharged from 42 tertiary and 194 secondary hospitals. Ownership (public vs. private), location (metropolitan city vs. province), size,

ated with improved patient outcomes (Lankshear, Sheldon, & Maynard, 2005). Among those patient outcomes, mortality is an important and frequently used indicator for hospital quality, although some researchers express skepticism about its sensitivity to nursing care quality (Tourangeau, 2005; van Servellen & Schultz, 1999). Recent studies reported that higher levels of nurse staffing are associated with lower rates of in-hospital mortality, 30-day mortality, or failure to rescue (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, &

간호사 배치수준과 중환자 사망률

Cho et al. (2008). Nurse staffing and patient mortality in intensive care units. *Nursing Research*, 57, 322-330.

• 연구대상

- 42개 상급종합병원과 194개 종합병원 중환자 27,372명
- 위험 보정: 환자(성, 연령, 주진단명 등) 및 병원(설립구분, 규모, 위치 등) 특성 고려

• 연구결과

- 상급종합병원: 전문의(4시간 이상 중환자실 상주) 없으면 환자 사망 증가
- 종합병원: 간호사 배치수준 낮을수록 환자 사망 증가
- 간호사 1인당 환자수가 1명 증가할수록 환자 1,000명당 사망 15명 증가

간호사 1인당 환자수에 따른 환자 사망 확률: 뇌경색, 뇌출혈, 급성심근경색

TABLE 4. Estimated Probability of Death for Referent Patients^a by Nurse-to-Patient Ratios

Nurse-to-patient ratio	Probability of death (95% confidence interval)		
	Cerebral infarction	Intracerebral hemorrhage	Acute myocardial infarction
1:2	9.4 (7.1-12.3)	15.1 (11.6-19.4)	7.6 (5.6-10.2)
1:3	10.1 (7.7-13.1)	16.2 (12.6-20.5)	8.2 (6.1-10.9)
1:4	10.9 (8.4-14.0)	17.4 (13.6-21.8)	8.9 (6.7-11.7)
1:5	11.7 (9.0-15.1)	18.6 (14.6-23.4)	9.6 (7.2-12.6)
1:6	12.6 (9.7-16.4)	19.9 (15.6-25.1)	10.3 (7.7-13.7)

^aDefined as (a) a 64-year-old male National Health Insurance patient; (b) having cerebral infarction, intracerebral hemorrhage, or acute myocardial infarction as the primary diagnosis and hypertensive disease as the comorbidity; (c) cared for in a mixed ICU without a board-certified physician present for 4 or more hours per day and with RNs with 5 years of experience; and (d) discharged from a secondary private hospital located in a province area with 500-799 beds.

의료기관 간호사 확보수준이 수술환자의 사망, 폐렴, 패혈증, 요로감염에 미치는 영향

김윤미¹ · 조성현² · 전경자³ · 신순애⁴ · 김지윤⁵

¹울지대학교 간호학과, ²서울대학교 간호대학·간호과학연구소, ³순천향대학교 간호학과, ⁴국민건강보험공단, ⁵가천대학교 간호학과

Effects of Hospital Nurse Staffing on in-hospital Mortality, Pneumonia, Sepsis, and Urinary Tract Infection in Surgical Patients

Kim, Yunmi¹ · Cho, Sung-Hyun² · June, Kyung Ja³ · Shin, Soon Ae⁴ · Kim, Jiyun⁵

¹Department of Nursing, Eulji University, Seongnam

²College of Nursing, The Research Institute of Nursing Science, Seoul National University, Seoul

³Department of Nursing, Soonchunhyang University, Cheonan

⁴Department of Health Promotion & Management, National Health Insurance Corporation, Seoul

⁵Department of Nursing, Gachon University, Seongnam, Korea

간호사 확보수준이 수술환자의 사망, 폐렴, 패혈증, 요로감염에 미치는 영향

김윤미 등(2012). 대한간호학회지, 42, 719-729.

• 연구대상

- 전국 병원급 이상 182개 요양기관에서 12개 수술군에 해당하는 처치를 받은 환자 111,491명
- 위험 보정: 환자 및 병원 특성 고려

• 연구결과

- 간호사 확보수준(간호등급)이 낮을수록 환자가 사망할 가능성 높음
- 간호사 확보수준(간호등급)이 낮을수록 폐렴, 패혈증 발생 가능성 높음

간호등급 향상으로 구할 수 있는 생명

단위: 수술환자 1,000명당

조정간호등급	간호등급 향상		
	4-5등급	2-3등급	0-1등급
6-7등급	32	33	54
4-5등급	0	2	16
2-3등급	-6	0	16
0-1등급	-24	-17	0

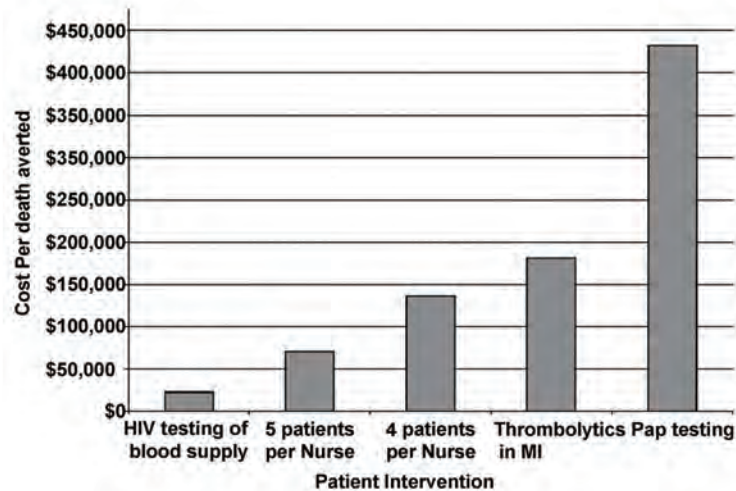
* 조정간호등급별 연령, 성, 수술군을 직접표준화법으로 표준화

외국 연구

- Needleman et al. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346, 1715-1722.
 - 간호사 배치수준 높을수록 위해사건 발생 감소
- Cho et al. (2003). The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality, and medical costs. *Nursing Research*, 52, 71-79.
 - 캘리포니아 232개 병원, 20개 DRG 수술 환자 124,204명
 - 간호사 배치수준 높을수록 수술 후 폐렴 발생 감소
- Aiken et al. (2003). Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *JAMA*, 290, 1617-1623.
 - 4년제 학사학위 간호사 비중 높은 병원에서 환자 사망 감소

4. Rothberg et al. (2005). Improving nurse-to-patient staffing ratios as a cost-effective safety intervention. *Medical Care*, 43, 785-791.

- 간호사 배치수준을 높이는 것은 환자안전을 위한 비용효과적인 중재



캘리포니아주 간호사 최소 배치기준

- 1999년 California Assembly Bill (AB) 394 법 통과: 간호사 최소 배치기준 정하도록
- 2005년 간호단위별 법정 최소 배치기준 시행
 - 중환자실: 간호사 1인당 환자 2명 (1970년대부터 시행)
 - 내외과 병동: 간호사 1인당 환자 5명
 - 소아과 병동: 간호사 1인당 환자 4명
 - 응급실: 간호사 1인당 환자 4명
- 정책 평가
 - 다른 주와 비교했을 때, 최소 배치기준 시행한 캘리포니아 병원에서 환자 사망률 낮음(Aiken et al., 2010)

앞으로 예상되는 변화

- 환자 고령화 계속
 - 노인환자 수술/시술, 만성질환 증가, 복잡한 의료기술
 - 환자 가까이에서 변화 관찰과 조속한 대처 중요
- 자원일수 감소
 - 경쟁 심화, 비용절감, 포괄수가제
 - 환자 "quicker & sicker": 간호사 업무량, 업무속도 증가
 - 환자 turnover(입원/퇴원/전동 등) 많을 때 사망 증가 (Needleman et al., 2011)
- 보호자 없는 병원
 - 환자가족 간병과 간병인 고용에 따른 부담
 - 병원 간호인력이 모든 간호를 제공해야 함

환자 안전을 위한 간호인력 정책

1. 수요와 공급 (supply & demand)
 - 간호사 배치수준을 선진국 수준으로 높이도록
 - 현재 배치수준에 머무를 경우 공급 과잉
2. 구성(skill-mix)
 - 보호자 없는 병원: 간호사와 간호보조인력 구성
 - 자원일수 감소: 미국 1980년대 Medicare(노인 환자)에 DRG 도입 후 자원일수 감소, 간호사 업무량 증가, 간호보조인력 대신 간호사 고용 증가(Aiken, 2008)
 - 획일적인 업무 구분은 환자 안전 위협할 수 있음
 - 간호사 배치수준을 높인 후 보조인력 배치 결정

환자 안전을 위한 간호인력 정책

3. 지리적 분포 (geographic distribution)

- 단순한 간호사 공급 확대만으로는 지역간 불균형 해소 못함
- 지방병원의 근로조건 및 업무환경 개선
- 근거중심의 구체적인 정책: 건강보험수가(간호관리료), 대입전형, 간호교육과정, 장학금 지급 후 의무복무

4. 질적 수준(qualification/quality): 교육, 훈련

- 복잡하고 예측불가능한 상황에서 대처할 수 있는 능력
- 환자 안전을 위협하는 시스템의 문제점을 분석하고 바꿀 수 있는 능력
- 보이지 않는 곳에서도 안전하고 윤리적인 의료행위

감사합니다



간호인력 개편안의 영향

시민건강증진연구소

김명희



간호인력개편안 토론회 2013/09/23 국회의원 회관 대회의실

개요

- 간호인력 개편안 마련의 배경
- 진단과 처방은 조용하는가?
- 개혁의 초점
 - 의료서비스의 질
 - 노동자들의 건강과 삶의 질
 - 보건의료산업의 이해
- 무엇이 필요한가?

간호인력 개편의 필요성

- 보건복지부 의료자원정책과 (2013.02)
 - 간호 수요의 양적 증가 - 인구 고령화에서 비롯된 의료 이용 및 간호수요의 증가
 - 의료기관 내 간호인력 배치 확대 필요 -현재 OECD 대비 간호인력 배치 절반 수준
 - 간호수요의 질적 분화- 의료기술 발달, 만성질환 확대, 노인환자 증가 등으로 의료기관 종별 분화와 그에 따른 간호서비스 요구도 질적으로 다양화

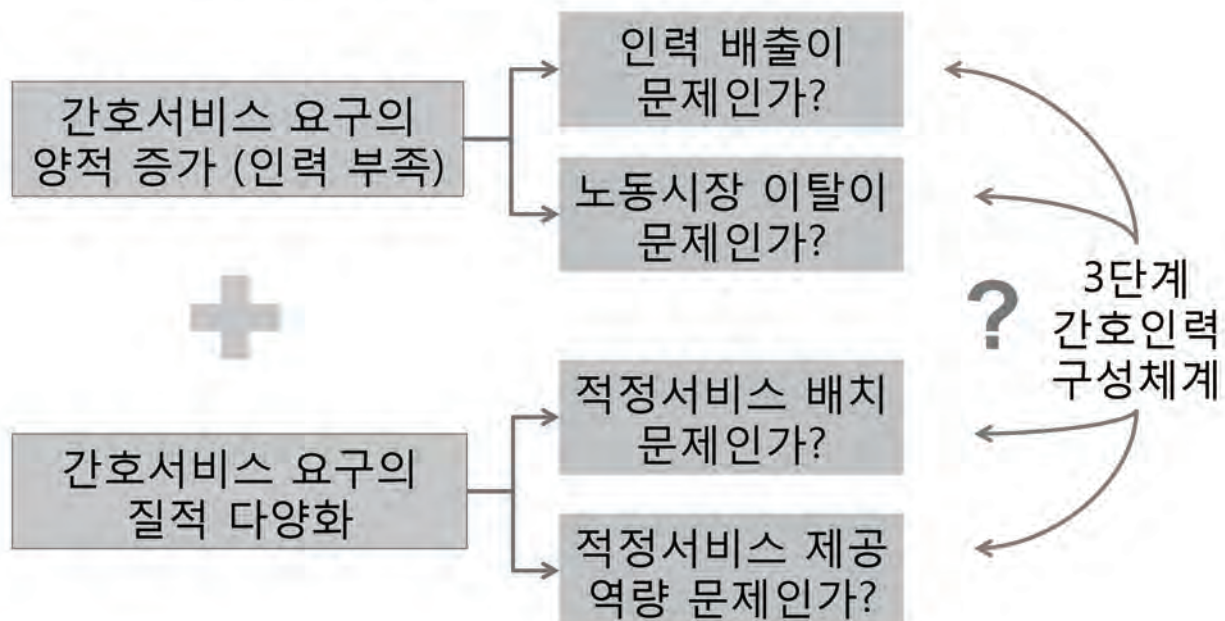
보건복지부의 개편안 (1)

- 기본 원칙
 - 간호인력은 하나의 정체성을 가질 수 있도록 제도를 개편하되
 - 전문적 교육수준에 따라 면허 (자격)를 부여하고
 - 경력과 추가 교육에 따라 경력 상승을 촉진
- 간호인력 구성체계: 3단계
 - 간호사: 독립적 간호 + 진료보조
 - 1급 실무간호인력: 간호보조 (의원급에서는 독립적 간호 업무) + 진료보조
 - 2급 실무간호인력: 간호보조 + 진료보조
 - 지도감독 하에서도 위임 불가능한 업무 별도 열거

보건복지부의 개편안 (2)

- 간호인력 양성체계
 - 간호사: 대학 4년의 교육과 실습
 - 1급 실무간호인력: 대학 2년의 교육과 실습
 - 2급 실무간호인력: 간호계 고등학교 또는 고졸자 중 보건복지부 장관 지정하는 교육기관 수료
 - 전 교육과정에 평가인증시스템 운영
- 경력상승체계
 - 국가시험 합격자만이 간호인력으로 활동 가능
 - 일정경력 이상의 1급(2급) 실무간호인력은 일정기간 교육을 거쳐 간호사 (1급 실무) 시험 응시자격 부여

진단과 처방은 조용하는가?



문제의 진단 (1)

- **활동간호사 현황 (2010년 기준)**
 - 인구 1천명 당: 4.6명 (OECD 평균 9.3명) → 요양기관 '간호사' 수로 추정하면 1천명 당 2.35명
 - 활동 간호사 1인당 병상 수: 1.9 (OECD 평균 0.5)
 - 면허등록자 270,274명, 4/4분기 요양기관 간호사 116,071명 → 취업률 42.9% (미국: RN 68.9%, LPN 77.3%)
- **특히 지방중소병원의 인력난 심각**
 - 2010년 현재 종합병원의 47.5%가 5등급 이하
 - 병원의 80.1% 가산제 신청조차 하지 않음
 - 차등 간호관리료의 동기유발 역할 미미하며 단속/처벌 규정 없음

* 출처: 대한간호협회, 한국보건산업진흥원. <인력기준법 제도 개선방안 연구> 2013.1

문제의 진단 (2)

- **신규 간호인력 배출 현황**
 - 2011년 고등교육법 개정 이후 4년제 일원화
 - 간호학과 개설 급증
 - 2008년 간호(학)과 132개소, 정원 11,654명 → 2012년 202개소, 16,959명 → 2016년부터 2만여 명 배출 예상
- **근무지 분포**
 - 간호사: 종합병원 52.9% > 병원 27.8% > 의원 11.4%
 - 간호조무사: 의원 (치과, 한의원 포함) 70.6% > 병원 18.2% > 종합병원 8.2%
- **근속연수: 간호사 5.7년, 조무사 3.6년**
- **취업률: 간호사 40~42%, 조무사 23%**

* 출처: 대한간호협회, 한국보건산업진흥원. <인력기준법 제도 개선방안 연구> 2013.1

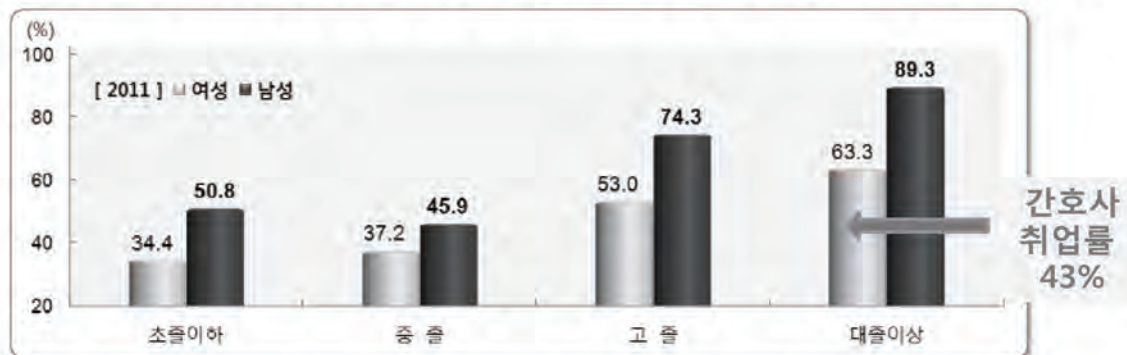
문제의 진단 (3)

- 간호인력 배출 부족보다 노동시장 이탈의 문제!
 - 간호사 연간 이직률 17.0%
 - 특히 1년 미만 신규 간호사 30.0%
 - 병상규모 작은 병원 (예, 200-299 병상 22.5%)

- 왜 노동시장을 이탈하는가?

사회적 맥락

- 전반적으로 여성의 경제활동 참여율 낮음
 - 일자리 부족 (불안정 고용)
 - 일-가정 양립의 어려움으로 인한 '강요된' 선택
 - 가족/가정 공동체의 경영/관리 역할을 위한 자발적 선택



남녀 학력별 경제활동 참여율 (통계청, <통계로 보는 여성의 삶> 2012.6)

간호인력의 고용조건/근로환경 (1)

- 고용조건
 - 간호사 - (상대적으로 안정)
 - 간호보조인력
 - 간호조무사, 영양보호사, 간병인
 - 불안정 고용과 저임금 문제 심각
- 근로환경
 - 물리적/화학적/생물학적 위험요인
 - 인간공학적 위험요인
 - 사회심리적 위험요인 - 직무스트레스, 감정노동
 - 교대 근무와 장시간 노동
 - 폭력

간호인력의 고용조건/근로환경 (2)

- 1개 상급종합병원 실태조사 사례 (2012년)
- 간호사 설문조사
 - 업무량 대비 간호 인력 수 적정성 (10점): 평균 3.21
 - 환자의 간호요구 충족도 (10점): 평균 4.21점
 - 힘든 점 (10점): 간호 업무 과다 (8.68) > 3교대 근무 (7.61) > 간호업무 외 잡무과다 (7.23)
 - 업무량 적정성 위한 개선 방안: 인력충원 (57%) > 효율적 업무분배 (19%)

간호인력의 고용조건/근로환경 (3)

- 1개 상급종합병원 실태조사 사례 (2012년)
- 간호업무량 관찰 결과
 - 직접간호 183.3분 (46.1%) + 간접간호 294.8분 (58.1%) + 개인시간 29.5분 (5.8%) = 507.6분
 - 직접간호: 소아과계 40.3%, 중환자실 49.0%
 - 1일 평균 연장근무
 - 수간호사 42.4분
 - 일반간호사 84.4분 (간접간호 59.6분, 70.6%)
 - 데이 88.6분, 이브닝 71.7분, 나이트 110.1분 → 통상적?

간호인력의 고용조건/근로환경 (4)

- 직업환경의학 전문가 인터뷰 (2013년)
 - '비공식적' 초과노동과 비민주적 조직문화
 - '근거'의 부족

"병원은 인수인계타임이 시간으로 안 되잖아요. 그래서 실질적으로 11시간 이상 일하는... 8시간 3교대인데 한 시프트에 11시간 일한다는 사람들은 많은데 구체적인 증거는 없어요."

"글쎄 제조업은 (초과근무를) 강제로 한다는 걸 사업체도 인정을 하는데, 병원은 인정을 안 한다는 거죠, 그 차이인 거죠. 그러니까 제조업은 물량이 있으면 그 날 아파도 일을 해야 되요. 그 일을 해야 되는데, 그 간호사들은... 제조업은 강제로 한다는 것들을 누구나 다 아는 거야 노사, 정부가. 근데 제가 검진을 하다가 물어보면 병원의 관리자들은 아니다, 우리는 4개밖에 안 하는데 개가 좋아서 더 한다, 뭐 어쩔 수 없어서 더 한다, 그러니까 설명이 다르다는 거죠."

"...그런 것을 쓰는 연구자가 있겠어요? 어느 대학병원에서 해서 @@대 무슨 간호학과 교수 이렇게 나가진 않잖아요? 그래서 알려져 있진 않다, 경험적인 이야기밖에는 하기 어렵다"

간호인력의 고용조건/근로환경 (5)

■ 노동조합 활동가 인터뷰 (2013년)

□ 불규칙한 교대근무

“원래는 데이-이브닝-나이트 순으로 이렇게 가도록 하는 게 좋다는 걸 알고 있지만, 그런 순서로 가거나 규칙적으로 돌아가는 경우는 거의 없고, 다만 나이트는 올드와 신규가 같이 배정이 되는 게 업무를 하는 데 있어서 중요한 문제이기 때문에 나이트는 거의 순서가 짜져 있고 다른 근무는 매우 불규칙하다고 볼 수 있죠”

“조를 짜서 규칙적으로 돌아갈 수 있는데, 최소 3교대만큼의 인력이 없으니까... 예 형식을 4조 3교대처럼 보이나 실제로는 불안정한 4조 3교대처럼 운영이 될 수밖에 없죠. 언제든지 휴일근무자가 근무에 투입될 수 있고.. 그니까 휴일을 최소화하면서 근무스케줄을 섞어서 최대한 해서 근무파트가 빵구가 안 나게 하는 게 목적이 되 버리는 거죠

간호인력의 고용조건/근로환경 (6)

■ 노동조합 활동가 인터뷰 (2013년)

□ 초과 근무와 상당한 노동강도

“대표적인 경우가 이제 수술실인데 수술실은 아침 8시에 출근해서 5시에 퇴근을 해야 되는데, 8시에 출근해서 8시 수술을 할 수가 없잖아요. 8시가 첫 수술이잖아요? 그러니까 공식근무시간은 8인데 대부분 삼십 분 내지 한 시간은 빨리 와요. 7시에 출근을 해서 수술준비를 해야 되는 거예요. 그니까 벌써 시작하기 전에 한 시간이 오버타임을 하죠. 그 다음에 8시부터 5시까지 수술이 원래 정량보다 4~50% 이상 수술을 잡는 거예요.”

“수십 명이 일하다가 뒤에는 응급수술대비 2명만 남겨놓으니까, 이 수술이 보통 8시, 9시까지 간대요. 그러면은 이 인력들 중에 반 정도가 7시, 8시 정도까지 수술을 하게 되고, 한두 시간 오버타임하는 거는 행운이라 그러더라구요. 그러니까 교대근무자는 이 3교대 근무의 업무량에 따라서 교대근무자 숫자를 정해놓는데 업무량을 과하게 늘리면서 사람은 늘리지 않으니까 앞의 업무가 넘어가고 사람도 같이 넘어가는 거죠.”

“평균 노동시간, 노동 강도나 업무가 우리하고는 비교도 안 될 정도로 적으니까. 거기(미국)는 이제 12시간을 해도 아까 이제 나처럼 그렇게 되는 타임이 10시간쯤 하고 나서 좀 그렇게 되겠지만, 우리는 한 4, 5시간만 하고 나면 벌써 식은땀이 나는데”

간호인력의 고용조건/근로환경 (7)

■ 노동조합 활동가 인터뷰 (2013년)

- 건강과 안녕 문제
- 이직의 악순환

“자기가 쉬는 날에는 아무 것도 하지 않고 잠만 잔대요. 아무 것도, 정말 아무 것도 하지 않고 애가 옆에 와서 엄마 엄마 이렇게 불러도 화가 버럭 나고 자기 전두엽이 망가진 것 같다고 그렇게 표현을 해요.”

“일단 엄마가 너무 힘들고 불규칙적인 근무를 하기 때문에, 사실은 이제 애들이 엄마를 필요로 할 때는 엄마가 거기 못 맞추고... 그래도 밤 근무라도 안 할 정도 되면 이미 애들이 커갖구 이제 엄마 필요 없어, 이제 이렇게 되니까 엄마도 정신과 받는 치료가 꽤 많아요, 상담이나 치료 받는 경우가”

“특히 신규들이 워낙 이제 이런 거를 못 견디고 많이 그만두니까, 신규들 그만두지 않게 하는 프로그램까지도 만든다고 하는데 이직률을 막지는 못하고 있는 거죠. 그만두는 사람 붙잡고 왜 그만두냐 그러니까 죽을 것 같다고.”

“간호사들이 계속 바뀌는 친구들을 오리엔테이션을 시켜가면서 자기 일을 해야 되니까 올드도 힘들고... 신규간호사들 같은 경우에는 자기가 업무를 가르쳐줄 사람도 적고 배울 일도 많고 이러니까 거의 12시간 근무를 하더라고요 ”

간호인력의 고용조건/근로환경 (8)

■ 간호조무사 - 노동부 실태조사 (2010)

- 전국의 병원 표본 927개소 간호조무사 2,181명 설문
- 근무시간
 - 주당 40시간 이상 근무 57.8%
 - 41~44시간 31.9%, 45~50시간 17.2%, 51~55시간 4.2%, 55시간 이상 4.5%
- 휴식
 - 법정휴식 시간 준수 (4시간당 30분) 58.1%
 - 휴식 30분 미만 18.3%, 전혀 없다 7.7%, 실제로 쉬지 못함 4.3%
 - 월차휴가 불가능 30.4%, 연차 휴가 불가능 16%
- 개선 요구: 임금 인상(62.1%), 휴일·휴가 사용(10.3%), 법정 근로시간 준수(8.4%), 근로계약서 작성(5.4%)

* 출처: 연합뉴스 2010.4.14

간호인력의 고용조건/근로환경 (9)

■ 시설 요양보호사 인터뷰 (2011년)

□ 장시간 근무, 불규칙 교대근무, 휴식부족

“근로계약서에는 점심시간 1시간, 저녁시간 1시간, 뭐 밤에 잘 때 3시간이라메요. 3시간은 눈치 안 보고 100% 잘 수 있다고 하는데 누가 3시간을 내리 쿨쿨 자겠어요... 우리보고 교대로 자라고 그러더라구요. 교대로 자는 것도 좀 웃겨요. 바스락거리면 움직이면 소리를 듣는데 어떻게, 우리가 그렇다고 수면실이 따로 있는 것도 아니고... 어르신들 방에서 주무시라고 그래요... 자라고 이동식 침대를 주는 것도 아니고... 문 입구 복도에서 이불을 깔고 누워요...”

“직원식당이 다 있지만은 그게 한 분을 놔두고 어르신들 26분을 보라고 할 수는 없지 않습니까? 그러니까 밥을 먹어도 눈과 귀는 항상 저쪽에 가있는 거죠. 뒤로 앞으로 옆으로 누가 ‘에’ 소리만 해도 밥 먹다가도 뛰어가야 하고, 보호자 분 오신다고 벨 울리면 밥 먹다가도 뛰어 가서 문 열어 줘야 되고 그러니까... 밥 먹는 시간도 근무시간이에요, 쉬는 시간이 아니고.”

“사적인 계획을 못 잡아요. 앞으로의 계획을 못 잡고, 데이, 데이, 나이트 이렇게 해 놓으면 한 달 안에 딱 시간표 나오면은 내가 그걸 보고 행동을 할 수 있잖아요, 그렇지 않아요, 여기는... (중략)... 근데 여기가 특히 열두 시간을 주니까 시간이 너무 촉박해요. 힘들어요, 그래서. 여덟 시간만 줘도 조금 마음의 여유가 있잖아요. 시간적인, 마음의 여유. 그 정도는 주고 살아야지. 너무 힘들어요. 사람이 시간여유가 없으니까. 무슨 이게 노예인가. 노예라는 그런 생각 밖에 안 들어요

고용조건/근로환경 악화요인

- 인력부족 (악순환)
- 보건의료기관의 영리추구 경향 심화
- 병원조직의 비민주적 조직문화
- 노동자의 심각한 권력의 열세
- 규제와 집행의 미비

⇒ 현재의 간호인력 개편안은 이러한 문제들 중 무엇을 해결하고 있는가?

현재의 개편안에 대한 우려 (1)

- 간호인력 개편안의 제기 배경
 - 2011년 한 전문대학의 간호조무과 설립과 관련, 조무사 시험 응시자격에 대한 논란 발생
 - 규제개혁위원회의 결정
 - 2017년 말까지 응시자격 배제. 단 보건복지부가 간호인력 개편방안을 실시하는 것을 전제
 - 만일 개편방안 실시하지 않을 경우 2018년부터 응시자격 부여
- 진단과 장기적 전략에 근거한 개편안이라기보다 규제완화 조치의 뒤처리 성격
- 보건의료 서비스의 질, 간호인력의 고용조건/근로환경은 고려되고 있는가?

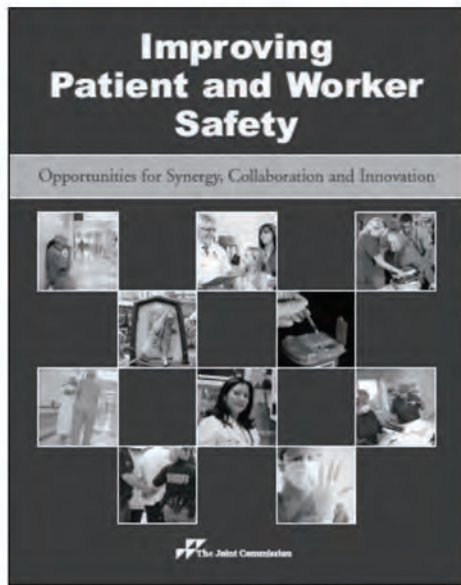
현재의 개편안에 대한 우려 (2)

- 간호사 인력 확충과 동반된 추가적 간호보조인력의 투입이라기보다 '대체' 효과 예상
- 특히 중소병원/의원급의 간호사 인력 채용을 확대시킬 수 있는 인센티브 요소 없으며, 현재 체제를 승인하고 강화하는 효과 예상 (disincentive)
- 간호사 및 간호보조 인력 모두 노동시장과 개별 일터에서 협상력 약화 → 고용조건과 근로환경의 악화
- 노동자 집단의 분절화 경향 심화

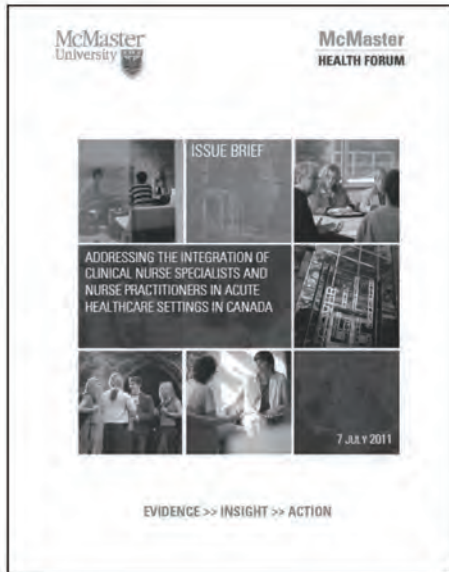
무엇이 필요한가? (1)

■ 보건복지부

- 개편안의 '궁극적' 목표는 국민의 건강수준 향상이어야 한다는 원칙 상기 → 보건의료 서비스의 질을 높이고 노동자의 건강과 안녕 보호하는데 도움이 될 것인지 판단
- 당면한 과제는 간호인력의 노동시장 이탈 방지 → 고용 조건과 근로환경의 개선, 규제 집행 강화 방법 마련
- 정책 과정의 합리화/민주화: 정책영향평가와 이해당사자의 민주적 참여구조

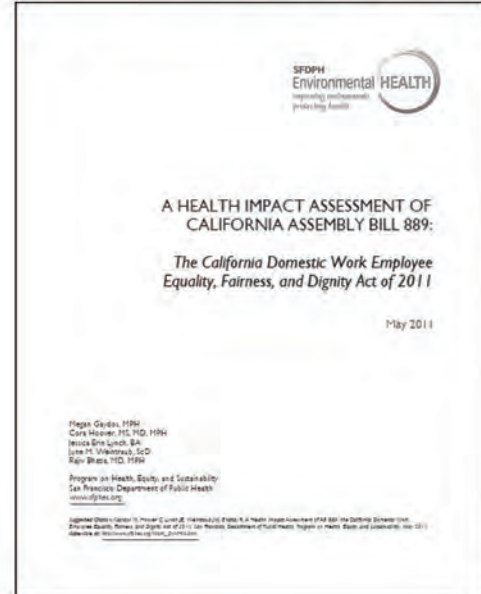


미국: 환자안전과 노동자의 안전보건 통합 접근 시도



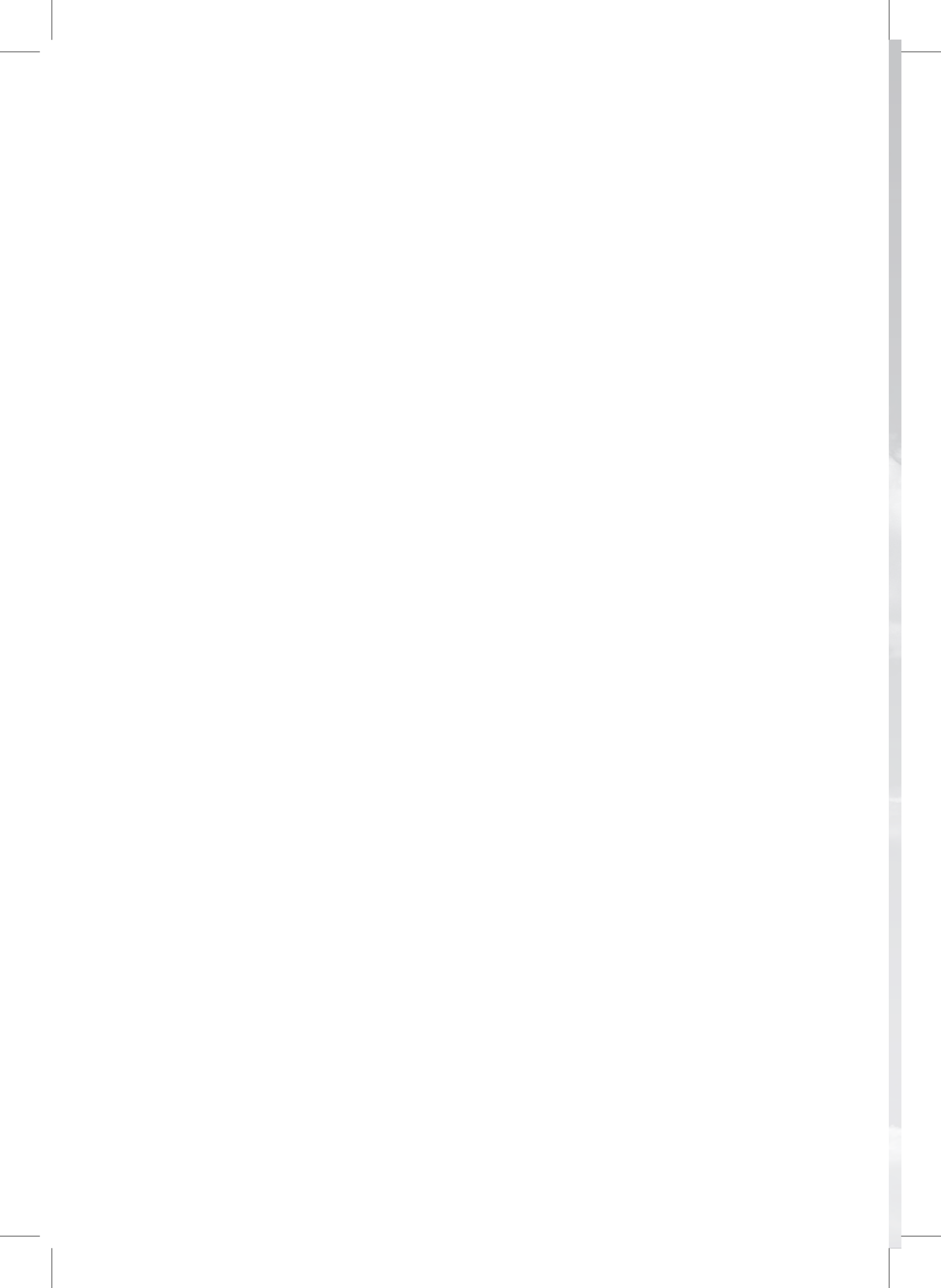
캐나다 온타리오 주 stakeholder discourse

미국 샌프란시스코 공중보건국의 법인 건강영향평가



무엇이 필요한가? (2)

- 보건의료 노동자
 - 직능 간 영역 분할 논의보다는 '괜찮은 일자리 (decent job), 건강하고 안전한 일터' 문제에 초점
 - 간호사, 간호보조인력 모두에게 공통의 과제
- 관련 협회와 학계
 - 현재의 개편안이 간호사와 간호보조인력의 고용조건과 근로환경 개선에 도움이 될 것인가에 초점을 두고 논의
 - 고용조건과 근로환경에 대한 정확한 실태 파악 우선
 - 현장에서 고용조건/근로환경 개선에 핵심적 역할을 하는 노동조합 역량 강화에 기여



지정토론

■ 간호인력개편안 토론문	
김형용 (동국대학교 사회학과 교수)	29
■ 환자와 국민의 입장에 선 개편 방안인가?	
정은일 (건강세상네트워크 대표)	31
■ 간호인력 개편안 무엇이 문제인가?	
황선옥 (소비자시민모임 부회장)	34
■ 보건복지부	
.....	36
■ 간호인력개편안에서 간호교육제도의 문제점	
김선아 (연세대학교 간호대학 학장)	37
■ 정부 <간호인력제도 개편방향>의 문제와 올바른 '간호인력문제'의 해결 방향	
우석균 (건강권 실현을 위한 보건의료단체연합 정책실장)	40

간호인력개편안 토론편

김형용(동국대학교 사회학과 교수)

먼저 간호 전공과는 일면 거리가 있는 사회(복지)학 연구자로서 토론의 초점이 다를 수 있다는 점, 양해를 구합니다.

보건복지부 간호인력개편안(2013.2.15)은 현 간호조무사 제도를 폐지하여 간호 인력을 하나의 체계로 편입하고 자격을 3단계로 구분하는 것을 골자로 한다. 1) 대학 4년의 교육과 실습을 이수한 간호사, 2) 2년제 대학교육과 실습을 받은 1급 실무간호인력 3) 간호특성화 고등학교 등을 졸업한 2급 실무간호인력으로 구분함으로써, 사실상 현 간호사와 간호조무사 사이에 1급 실무간호인력을 신설한 것이다. 한편 경력과 교육에 따라 상위 간호인력 시험 응시자격을 부여함으로써, 직종내 자격지위 상승기회를 동일하게 부여하였다. 이를 둘러싸고, 보건복지부와 간호협회 그리고 간호조무사협회 등 이해관계자들의 갈등이 고조되고 있다.

주된 쟁점 중 하나는 간호인력의 전문성 여부다. 보건복지부는 현재 간호사와 간호조무사는 교육기간, 교육 내용 및 과정 등 양성과정에 차이가 있으나 실제 의료기관 내에서 수행할 수 있는 업무의 차이는 없다고 보고 있으며, 간호협회는 간호사와 간호조무사의 전문성의 질적 격차는 매우 크므로 간호보조인력에게 자격 상승체계를 두는 것은 타당치 않다고 주장한다. 이는 간호서비스의 품질논의와 직결된다. 간호협회는 면허제인 간호사와 달리 비의료인인 간호조무사를 고등교육기관에서 대거 양성하면 자원낭비 및 학력 인플레이션 조장된다고 주장한다. 간호사를 확대 양성하면 해결되는데, 굳이 고등교육기관에서 보조인력을 양성할 필요가 없다는 입장이다. 한편 의료기관도 인건비 측면에서 보조인력을 선호하게 되며, 결과적으로 간호 서비스의 질적 하락을 가져올 것이라고 주장한다. 반면 보건복지부는 이미 현재 간호조무사가 의원급 의료기관 간호인력의 84%를 차지할 만큼 전체 간호인력에서 차지하는 비중이 절대적이지만, 교육과정에 대한 관리체계가 간호사에 미치지 못하고 있어 보다 강화될 필요가 있음을 강조한다. 간호조무사협회도 현 간호인력 체계는 학벌을 기준으로 지위를 나누는 기준이 될 뿐, 교육과 경력만 된다면 모두에게 기회를 부여하는 것이 바람직하다고 보고 있다. 이러한 다툼은 간호인력을 둘러싼 이익다툼의 측면이 강하지만, 반드시 그렇지는 않다. 전문성 여부는 다른 분야 종사자가 평가하기 힘들기 때문에, 이를 일자리와 대학교육의 문제로 결부하여 논의하고자 한다.

첫째, 간호인력개편 방향에서 고려해야할 지점은 일자리의 양적 확충과 함께 어떠한 일자리를 만들 것인가이다. 우리나라는 간호조무사를 포함하더라도 인구 1000명당 활동 간호사 수가 4.6명으로 경제협력개발기구(OECD) 평균인 9.3명의 절반에 그치고 있다. 고령화 사회의 폭발적 간호수요 증가에 대비하기 위해서라도 그리고 환자와 가족이 요구하는 다양한 수준의 간호서비스를 제공하기 위해서라도 더 많은 간호인력이 의료현장에 투입되어야 한다는 것은 자명하다.

그러나 양적 확충에 몰두한 나머지, 불안정 고용과 부정된 전문성으로 점철된 준전문가 노동시장을 확대하는 것은 간호의 저임금 일자리 저품질 서비스를 고착화하는 위험을 갖는다. 현재 저임금 임시적 일자리가 다수를 차지하는 간호보조인력 시장을 그대로 둔 채 고용조건에 대한 준비가 부족한 상태에서 1급 실무간호인력만을 확대한다면, 자칫 간호 영역이 반숙련 상태의 노동인력이 진입하는 일자리로 인식되고, 기존의 전문직 공급체계와 양립하지 못한 채 미숙련 대인서비스 시장으로 이탈할 가능성이 높다. 보건의료시장의 행위자들은 서비스의 품질보다는 이윤을 중심으로 하는 제도적 틀 내에서 활동한다. 간호사와 1급 실무간호인력의 노동시장이 명확히 구분된다고 하여도, 중소 병원의 경우는 가능한 한 후자의 채용비율을 늘릴 것이다. 보건의료 시장에서는 간호 전반에 있어 전문직 서비스가 아니라 저생산성·저임금·미숙련 일자리로 재편될 가능성이 농후하며, 간호사들의 처우도 함께 불안하게 만들 수 있다. 이는 최근 공급에 있어 시장형성을 유도하고 일자리를 창출하는데 일차적인 목적이 있었던 사회서비스 정책들에서 여실히 보여주고 있는 문제들이다.

모든 간호인력이 교육·경력·시험을 통해 간호사 자격을 획득할 수 있도록 한 점은 기회의 확장 측면에서 긍정적이다. 그러나 대개 사회서비스는 지식과 기술을 바탕으로 한 전문서비스와 돌봄 중심의 단순서비스 간의 단단한 분절구조를 가지며 이들 간의 이동은 매우 낮은 것이 현실이다. 아무리 시험을 통해 간호인력 간 상위단계 이동이 가능하다고 하여도, 대부분은 연령을 비롯한 개인사적 요인들로 인하여 차별화된 노동시장에 머물게 된다. 문제는 전문직종이 세밀하면 할수록 한 단계 올라가기 위한 비용이 발생할 뿐만 아니라, 노동시장에서 그만큼의 보상이 뒤따르지 않는다면 오히려 자격상승의 동기가 무색하기 때문에 또 다시 노동시장 처우의 양극화를 유발한다. 간호사가 더 나은 대우를 받기 위해서라도 1급과 2급 실무간호인력의 처우는 낮아질 수 있는데, 이러한 점이 준전문가를 선호하는 보건의료 시장의 경향과 맞물리면, 간호 전반의 노동조건이 더욱 취약해 질 수 있다.

따라서 간호인력의 체계적 육성은 단순히 인적자원 교육-관리 전략이 아니라, 장기적으로 어떠한 일자리를 만들 것인가와 함께 고려되어야 한다. 준전문가인 실무간호인력의 육성은 다변화된 간호서비스 욕구에 따라 합당한 설계일 수 있지만, 우선은 보건의료 전반에 간호사 확충부터 해결해야 할 과제이다. 의료기관들이 의료법상 간호인력 기준을 준수하도록 강제하고, 공공영역에서부터라도 간호인력을 대폭 늘리는 것이 더 중요할 수 있다. 간호보조인력 양성의 경우도 단지 더 많은 교육, 고등교육이 필요하다는 시각은 매우 관료적이다. 모든 직종과 직급에 전문적 지식이 필요하지는 않다. 특히 준전문가의 경우는 교육과 자격기준을 높인다고 해서 서비스 품질 향상이 이루어지지는 않는다. 오히려 간호보조인력이 매력있는 일자리로 거듭날 수 있도록, 많은 이들이 간호사 대신에 실무간호인력을 진로선택할 수 있도록, 재미있는 실무연습과 가치교육이 필요할 수도 있다. '간호조무사 하려면 2년제 대학이라도 나와야 하는구나' 식의 교육-관리 진입장벽만 두고서는 간호인력 확충은 요원하다.

둘째, 대학교육과정에 1급 실무간호인력 양성이 허용될 경우 정책의도와는 다른 교육시장 행위자의 이윤추구 행위를 고려해야 한다. 과연 2년제 대학들이 기대만큼의 체계적인 인력을 양성할 수 있는지도 의문시된다. 우리나라 대학에 대한 몇 가지 진실이 말하자면, 대학교육은 과도하게 사립에 맡겨져 있고, 수익자 부담원칙에 따라 대학교육비는 개인의 등록금에 의존하고 있으며, 대학들은 교육투자에는 인색하면서도 자산투자에는 매우 열심이라는 것이다. 대학이 영리기업일 뿐이라는 인식은 이제 공공연한 사실이다. 특히 지난 수년간 한국의 대학개혁은 대학주식회사 경영법을 여실히 보여주었다. 많은 대학들이 학생수요가 없다는 이유로 인문 및 순수 사회과학의 학문적 정체성과 사회적 유용성을 무시하고 정원을 줄이거나 폐과하였다. 그 대신 학생들을 소비자로 규정하여 장사를 위한 학과들을 개설하고 이를 브랜드로 광고하였다. 소비자라는 규정 자체가 학생들을 등록금과 동일시하는 교육의 시장화를 말하는 것이며, 여기에 ‘취업’은 큰 상품 미끼가 된다.

2년제 실무간호인력 양성은 ‘취업률’을 내세우는 대학의 큰 이익창출 학과가 될 수 있다. 그리고 예상대로라면, 어마어마한 학생들이 몰릴 것이다. 예를 들어 대학교육을 통한 사회복지학 2급 자격증을 볼 수 있다. 사회복지학은 장사가 잘 된다. 그 결과로 전국의 대학들은 교육의 질과 상관없이 사회복지학과를 개설하고 학생들을 끌어 모았다. 학위 및 자격증 장사가 사회복지 전문성을 해칠 것이라는 위기감에서도 현실적인 이윤추구는 멈추지 않았다. 현재 대학에서 배출하는 사회복지사는 년 7만 명을 상회한다. 특히 2급 자격자는 2000년 2,492명에서 2010년 65,229명으로 30배 가까이 증가하였다. 이는 전문대학뿐만 아니라 특수대학원, 평생교육원, 학점은행제 등의 이름으로 돈벌이에 동참했기 때문이다. 문제는 사회복지사의 과대공급이 절대 사회복지에 긍정적이지 않음에도 사회복지사 교육의 영리적 행태에 누구하나 개입하지 않았다는 점이다. 약 5만 개의 일자리가 있다고 추산되는 사회복지 노동시장에서 사회복지사 2급 자격은 그다지 활용도가 없다. 1급 시험에 응시할 수 있는 자격을 갖추었을 뿐이다. 취업에서는 그다지 큰 자격이 아님에도, 대학들만 사회복지 자격제도를 통해 이득을 얻고 있다.

1급 실무간호인력들은 대체로 사회복지사 2급 자격자의 전철을 밟을 가능성이 크다. 취업에 대한 꿈을 가지고 대거 양산되지만, 노동시장에서는 2급 실무간호인력과 차별점이 없고 병원에서는 간호사를 대체할 수 있는 역할에 지나지 않기 때문에 역할 갈등에서 손해를 볼 수 있다. 엄격한 직무기준이 만들어진다고 해도, 이것이 반드시 고등교육을 필요로 하는지는 점검해 볼 일이다. 그만한 고등교육 비용을 감당하면서 2급실무간호인력과 차별화되는 전문성을 사회적으로 인정받을 수 있는지를 검토해야 한다. 이러한 검토를 통해 실무간호인력이 고등교육 인력양성 제도를 필요로 한다면, 보다 책임성 있게 인재를 배출하기 위한 교육제도가 구체적으로 마련되어야 할 것이다. 이들이 고등교육 시장만 살찌우는 희생양이 되는 현실만은 아니길 바란다.

환자와 국민의 입장에 선 개편 방안인가?

정은일(건강세상네트워크 대표)

1. 환자의 입장에서 보는 간호 인력의 부족

▣ 환자들이 느끼는 병원의 간호 서비스

- 환자의 상태와 병의 원인 등과 관련한 대화가 철저히 필요한 상황이나 일방적인 정보 전달만 있고 대화는 없는 것이 현실
- 간호사는 얼굴조차 보기 어렵다고 말하는 환자들이 대부분이며, 왜 그렇게 바쁘다고 하는지 알 수 없음. 환자 간호가 최우선이어야 하는 것 아닌가.
- 기능 위주의 전달만 있으며, 환자와 보호자가 병원을 신뢰하지 못하고, 입원 시 부족한 부분을 사적인 간병으로 해결하는 상황
- 간호사와 간호조무사의 혼재로 인해 환자에게 적절한 의료 서비스를 제공하고 있는 것인지 환자들은 알 수 없음.

▣ 간호 인력 부족의 원인은 무엇인가?

- 인구 대비 OECD 평균에 못 미치는 간호사 수와 OECD 평균보다 많은 병상 수가 환자에게 충분한 정보와 간호서비스를 제공하는 것이 어렵다는 것을 증명함.
- 교육을 통해 배출되는 간호 인력의 수에 비해 절대적으로 낮은 취업률의 원인은 과도한 근무환경과 수익을 극대화하기 위한 병원의 일차적인 책임.
- 과도한 근무환경은 환자의 안전을 위협하는 수준이 되고 있음. 의료사고, 의료과오, 시장 같이 정신없는 병원이 대변하고 있음.

2. 간호인력 개편방안의 특성 및 문제점

▣ 정부의 간호인력 정책은 방향을 제대로 잡고 있는가?

- 교육기관의 간호인력 양성 인원은 확대되고 있지만 간호인력 부족의 문제는 해소되고 있지 않다면, 현 상황에서 문제의 원인을 진단해야 할 것임.

→ 간호인력 적정배치 문제

- 문제의 원인: 간호사 및 간호조무사간의 업무 범위 충돌(의료법 및 간호조무사 시행규칙 상의 업무 범위 충돌), 간호사 업무 범위를 간호조무사 총당 허용(간 호조무사정원에관한 고시), 간호조무사 질 관리 안됨(학원 이수 시간 조작 등 질 관리 안됨)
 - 복지부 방향성: 간호사 대비 간호조무사 배출은 2~3배에 이룸. 병실 내 간호사 수는 확대 배치하고 간호보조인력(현재 간호조무사)은 적정수준으로 유지 필요. 기존 간호사와 간호보조인력이 50:50 이라면 적정인력 수준을 65:35 기준(2:1 수준)의 방향성을 중심으로 간호인력 확대 배치 방안을 마련 하겠다는 구상. 이에 따른 업무구분 법제화와 수급 및 질 관리 통제를 갖추겠다는 방향성은 타당할 수 있음.
 - 낮은 취업률이 새로운 간호 인력 양성 대책과 어떤 연관성을 가지고 있는지 이해할 수 없음.
 - 간호사 3D 업종. 간호사 적정인력 채용 안하고 수익성만을 고려하는 의료기관이 일차적 책임. 정책적 수단으로 이를 바로잡기 위한 대안 제시 필요. 간호관리료차등제는 전체 의료기관을 대상으로 강제하고, 반드시 가감 지급 체계로 전환 해야 함. 이를 통해 의료기관 종별, 지역간 간호인력 배치 편차를 적정인력 기준으로 좁혀 나가는 정책적 수단이 필요→ 간호등급제 개편 필요 하나 단순한 지도/감독 강화 수준으로는 안 됨(간호관리료차등제가 병원의 간호인력 확충을 유인하지 못하고 있으며, 법정인력기준 미충족 병원(86%)에 대한 관리 감독은 부실하고 오히려 수가가산을 적용하고 있는 것이 간호 인력확충을 더 어렵게 하고 있음)
 - 간호인력 세분화 이전에 선결해야 할 과제
 - 업무구분 법제화, 근무조건 개선을 위한 정책대안, 적정인력 배치를 위한 질 관리 중심의 수가체계 정비(간호관리료차등제) 등이 우선되어야 할 정책 수단. 간호인력 세분화는 이를 전제로 재논의 될 필요성이 있음 → 일차적으로 복지부 안에 대한 간호계가 일관된 정책대안(지금과 같은 대립구도는 곤란)을 제시하고, 이를 토대로 사회적 의견 수렴 절차 있어야 함.
- 정책의 일관성과 간호인력 부족의 문제
- 간호인력 양성 기관과 교육부는 단순히 자격자를 양산하면 된다는 생각만을 가지고 있는 것인지 아니면 병원 현장에서의 인력부족의 문제의 심각성을 고려하고 있는 것인지 알 수 없음 → 복지부가 간호인력 양성 기관(간호조무사)의 폐해를 인식하고 규제 장치를 마련하려고 시도한 전례는 있었음(간호조무사 시행규칙 개정 '09년, 법제처에서 의료법상 위임근거 미약으로 심의과정에서 삭제). 또한, 간호인력개편 방향이 나오게 된 발단은 사실상 복지부가 관리영역에서 벗어나는 대학 및 전문대학에서 간호조무학과를 설치를 반대하는 과정에서 비롯된 것임. 교육부가 무분별하게 의료인력을 양성하는 것이라면 당연히 이를 제어 할 수 있는 수단이 강구되어야 함 → 복지부와 교육부를 포함한 범정부 차원의 의료인력 불균형 문제(지역간, 의료기관 종별 불균형)해소를 위한 대안 제시 필요. 총체적으로 접근 관리할 수 있는 '의료자원 관리 방안' 도출 되어야 함

▣ 환자가 좀 더 편안하고 안전할 수 있는 개편방안인가?

- 자격증 취득을 위한 교육에 대한 관리와 전문성 강화를 위한 방안을 총체적으로 제시되고, 이를 어떻게 실행할 수 있는지에 대한 점검이 선행되어야 할 것임.
- 현재의 관리지원 체계의 강화와 간호사 근무여건과 처우 개선이 선행되어야 할 것임.
- 이를 위한 근본적인 원인에 대한 진단을 공개적이고 투명하게 진행하는 것이 선행되어야 할 것임.
- 무엇보다 환자와 국민의 입장에서 병원 현장에서 환자들이 느끼는 불편과 간호 인력이 가지는 어려움을 집중적으로 점검하는 것이 정책 추진의 첫 발일 것임.

3. 내 가족, 환자와 국민의 입장에서 정책대안 제시 필요

- 환자는 의료서비스의 구매자로서 모든 정책수립의 내용과 과정을 알아야 하는 권리를 가진 당사자임.
- 국가 의료정책 수립은 환자의 불편함을 초래하는 근본적인 원인을 파악하는 일에서 출발해야 할 것이며, 그 과정에 참여할 수 있어야 하고 결과는 투명하게 공개되어야 함.

간호인력 개편안 무엇이 문제인가?

황선옥(소비자시민모임 부회장)

지금까지 우리나라는 간호인력이 부족하여 간호조무사제도를 도입하여 간호 인력을 보충하여왔다. 따라서 많은 의료기관에서 병원경영의 효율화를 위하여 간호사보다는 임금이 저렴하고 비교적 공급이 쉬운 간호조무사가 많은 부분 환자의 간호 업무를 해온 것도 사실이다. 그러나 업무 환경이 열악한 의원을 비롯한 지역의 의료기관은 간호사를 채용할 수 없어 간호조무사만 근무하는 등 간호인력 수급에 어려움이 계속되고 있는 실정이다.

간호사는 [의료법 제2조 제2항의5]에 의하면 의사, 치과의사, 한의사, 조산사와 더불어 의료인으로 분류되며 의사의 진료를 돕고 상병자나 해산부를 돌보는 업무 및 대통령령이 정하는 보건활동에 업무 수행, 4년제 대학을 졸업하고(지정과목 이수, 교양전공과목, 2년실습 필수)간호사 국가시험 합격 후 면허 취득하여 면허증을 받는다.

간호조무사는 [간호조무사 및 의료유사업자에 관한 규칙]에 따라 의사와 간호사를 도와 치료 또는 간호에 필요한 물품, 병실을 준비하며 검사물, 결과표 저달 등의 보조업무를 담당하며 1년 간호과정(실습,이론) 후 자격증을 취득하게 된다.

간호사와 간호조무사는 엄연히 교육 내용과 업무, 자격이 다른 것을 알 수 있다. 또한, 경험에 의하면 입원 중 밤에 간호조무사의 말을 들었다가 오히려 설사를 더 많이 하게되어 고생을 한 적이 있다. 그렇지 않아도 소비자는 의료기관에 가면 누가 간호사이고 간호조무사인지도 잘 인지 하지 못하고 있고 간호사보다 간호조무사의 서비스가 많아 진료와 치료가 제대로 될 것인지 걱정이 되기도하는것이 또한 현실이다.

보건복지부는 ■ 인구고령화, 만성질환 증가에 따른 간호 수요 증가로 의료기관내 간호인력배치 부족 ■ 간호사-간호조무사로 나누어진 간호인력을 하나의 체계안에서 3단계로 개편하여 많은 간호인력의 확보와 질 좋은 서비스를 구현 하겠다면서 간호인력 개편안을 내놓았다.

간호인력체계는 현재 간호사와 간호조무사 2단계로 실행되고 있으나 2018년 부터는

①간호사(대학4년) ②1급 실무간호인력(대학2년)

③2급 실무간호인력(고등학교이상 학력자로 소정의 교육을 마친자)의 3단계로 개편하는 것이다. 간호조무사가 실무간호인력으로 불리우고 현행과 달리 2년제 대학을 나온 간호조무사가 양성되게 된다.

이러한 간호인력 개편안이 환자의 안전과 의료서비스의 질을 얼마나 보장 할 수 있을지 아주 의심스럽다. 이번 개편안의 문제점을 소비자(환자)의 입장에서 생각해 본다.

1. 간호인력의 확보 문제는 2008년 이후 간호학과 대학이 70개나 신설되고 입학정원과 편입학을 확대하고 간호학과를 자연계열로 분류되어 많은 간호인력을 양성하고 있으며 간호대학 4년제를 추진하고 있는 것으로 알고 있다. 2011년 현재 등록된 간호사는 282,656명이며 활동하는 간호사는 118,771명이고 등록된 간호조무사는 500,492명이고 활동하는 간호조무사는 115,701명이다. 이렇게 등록된 간호인력은 많지만 활동하는 간호인력이 적은 현상은 간호사 및 간호조무사에 대한 열악한 근무환경 때문이라고 생각한다. 복지부는 간호인력의 노동강도 및 근무환경을 개선하여 등록된 간호인력이 많이 활동할 수 있도록 정책을 연구 하는 것이 우선해야한다.

2. 간호조무사의 양성을 확대하는 이번개편안은 문제가 있다. 우리나라는 인구1,000명당 활동 간호사수가 4.6명으로 OECD 평균 9.3명의 반 밖에 되지 않는다. 따라서 간호인력의 부족으로 간호 인력이 제공해야할 서비스가 간병인을 통하여 이루어지고 있기도 하다. 소비자는 전문간호사가 많이 양성되어 전문의료서비스를 받기 원하지 간호조무사의 서비스가 현재 보다 더 늘어나는 것을 원하지 않는다. 간호사의 간호행위는 소비자(환자)의 생명과 직결된다. 더구나 교육, 경력, 시험을 통하여 간호조무사를 간호사의 자격으로 상승시켜 환자의 치료에 신뢰를 저하시키는 결과를 초래하여서는 안된다. 이것은 간호서비스의 질적 하락으로 이어져 환자에게 위해요인이 될 수도 있기 때문이다.

3. 간호조무사를 간호실무사로 부르면 간호 능력이 향상 되고 간호서비스의 질이 향상되는 것인가?

그렇지 않아도 잘 구분하지 못하고 있는데 명칭에서부터 소비자는 또 다른 혼동만 가져올 뿐이다. 또한 고등학교 졸업하고 1년 교육을 받으면 되는 것을 2단계로 양성하여 결국 4년제 대학과 전문대학의 간호과가 신설되고 학력의 인플레이션으로 교육의 낭비만 초래하게 된다. 오히려 현재 간호조무사 양성 과정에 대한 관리 감독을 철저히 하여 간호조무사로서의 능력을 제대로 갖춘 간호조무사가 양성되도록 해야 할 것이다.

4. 이번 간호인력 개편안에 대하여 여러분야에서 문제점이 지적되고 있다. 복지부는 무리한 개편안 보다는 간호인력 개편 방안을 논의하기 위한 보건의료직능발전위원회에서 제시한 방향인 간호사와 간호조무사의 업무구분정립 및 법제화, 간호인력 양성관련 수급관리평가, 평가 인증 시스템 확립 및 제도화, OECD 평균 수준 간호 인력배치 및 간호사 비중 확대에 대한 적극적인 연구가 우선 되어야 한다. 궁극적으로 소비자의 건강을 위한 효율적인 의료서비스 제공을 위하여 간호인력을 확보하여야 할 것이다. 간호인력 수급에만 급급한 대학의 과 신설을 통한 교육 낭비와 간호조무사인력 양성 확대보다는 소비자(환자)가 진정으로 원하는 간호서비스가 제공되어 환자의 안전과 의료서비스 질 향상이 될 수 있도록 하여야 할 것이다.

보건복지부

간호인력개편안에서 간호교육제도의 문제점

김선아(연세대학교 간호대학 학장)

간호사 면허취득 조건은 의료법 7조에 “간호사가 되려는 자는 간호사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다. 평가인증기구의 인증을 받은 간호학을 전공하는 대학이나 전문대학을 졸업한 자” 로 명시되어 있습니다. 간호교육기관은 2012년도 현재, 총 201개로 3년제(47개교), 4년제(154개교)로 이원화되어 있습니다. 간호교육을 4년제로 일원화해야 한다는 주장을 간호교육자들은 오래 전부터 해왔습니다. 정부도 수준 높은 대국민 의료서비스를 제공하기 위해서는 4년제 간호교육이 필요함을 인정하여, 2011년도에 3년제 전문대학내에 4년제 교육과정을 운영할 수 있도록 고등교육법 및 시행령을 개정하였습니다.

간호대학의 4년 교육과정은 표에서 제시된 큰 틀 안에서 이루어지게 됩니다. 1학년에서는 민주시민으로써 살아가는데 필요한 교양교과목, 2학년은 전공기초교과목, 3, 4학년에서는 간호학 전공의 이론, 실습교과목들로 구성됩니다. 보건복지부는 2년제 실무간호인력 교육제도를 새롭게 만들어서 간호사 부족현상을 해결하겠다고 합니다. 정부가 제시한 2년제 간호교육의 교과과정은 어떠한 형태로 나오게 될까요? 70-80학점 수준에서 교과과정을 운영하려면, 인체의 구조와 기능에 대한 충분한 지식없이 주사 놓는 방법부터 배울 것입니다. 감염과 멸균, 약물의 화학적 기전에 대한 기초지식은 모두 생략되고 투약, 상처간호에 대한 절차를 배울 것입니다. 각 질병의 기전과 증상에 대한 학습은 생략된 채 간호수행을 배우게 될 것입니다. 그러므로 환자의 상태변화, 약물부작용 확인 등은 힘들어질 것이고, 응급상황 발생시 어떻게 대처해야 하는가에 대해서도 어려움을 겪을 것입니다. 증상조절에 대한 환자교육, 환자들의 질문과 요구에 적절히 대응할 수 없을 것입니다.

의료전문직에서 실습교육은 정말로 중요합니다. 실습교육은 단지 이론교육의 내용을 보조해주는 수준의 것이 아니라, 이론교육만으로는 배울 수 없는 내용까지 학습할 수 있어야 합니다. 그러므로 간호교육에서 각 영역별로 실습교과목의 학점과 실습시간이 많은 비중을 차지하고 있고, 우수한 실습교수와 실습지 확보에 많은 노력을 기울이고 있습니다. 대부분의 4년제 간호대학에서의 실습교육은 2학년에서는 대학 내의 실습실에서 기본적인 간호술기에 대한 실습교육을 받은 후 3, 4학년에 병원, 지역사회, 보건소, 보건진료소등으로 실습을 나가게 됩니다. 간호교육평가원에서는 대학 내 실습실 이외에 환자 곁에서 해야 하는 임상실습시간을 1000시간 이상 해야 한다고 정하였습니다. 연세대학 간호대학처럼 대형 부속병원이 실습지로 확보되어 있음에도 불구하고, 타 병원과 외부기관

실습지가 20여 곳이나 됩니다. 최근 모든 병원에서 환자의 안전과 권리가 강화되고 있어, 실습지 확보가 매우 어려운 상황에서 2년제 교육과정에서의 실습 교육은 어떠할까요? 현재 간호조무사의 실습내용과 크게 차이가 나지 않을 것으로 예상됩니다. 간호사도 아니고, 간호조무사도 아닌 이들의 실습교육은 부실한 실습환경에서 엉성한 실습내용과 실습시간으로 꾸며질 것입니다. 그러나 이들은 졸업 후 간호사로써의 역할을 하게 될 것입니다. 법으로 2년제, 4년제의 역할을 구분하겠다고 하지만, 현재에도 간호사가 아닌 사람이 법적인 간호사의 활동을 하고 있는데, 2년 학제의 차이로 역할과 책임을 구분하는 것은 불가능합니다.

간호교육자로서 이해할 수 없는 것은, 의과대학의 신설을 위해서는 보건 복지부와 교육부가 실습을 위한 부속병원 확보에 대한 엄격한 규정을 평가에 포함시키면서, 왜 실습병원이 전혀 확보되어 있지 않은 간호대학에 수백명의 입학정원을 계속 허가해주는지 알고 싶습니다. 실습교육을 제대로 받지 않은 간호사가 국민의 건강과 생명에 어떠한 역할과 책임을 다 할 수 있을까요? 보건복지부 개편안에서는 종합병원에서 4년제 간호대학을 나온 간호사가 2년제 실무간호인력을 관리 감독하도록 하겠다고 하였습니다. 이 계획은 의료현장을 전혀 이해하지 못하는 발상입니다. 예를 들어서 한 명의 환자를 대상으로 4년제 간호대학 졸업자가 난이도가 어려운 간호수행을 하도록 하고, 2년제 졸업자는 동일환자에게 체온과 혈압 측정, 식사관리 등의 단순업무를 하도록 하겠다는 것입니다. 보건복지부는 간호교육자들이 이미 팀 간호제도는 업무의 중복과 공백 때문에 시대에 뒤떨어진 간호체계라고 주장하여도 새로운 교육제도를 만들면서까지 이 제도를 도입하는 배경은 무엇입니까? 보건복지부는 왜 간호사의 의견을 들으려고 하지 않습니까?

보건 복지부가 제시한 간호인력 개편안은 국민의 건강과 의료를 병원 중심으로만 접근하려고 하고 있음을 확인할 수 있습니다. 병원의 간호사 부족문제를 저임금 인력수급 방안으로 해결하려고 하다 보니 지역사회와 공공기관, 산업체, 그리고 학교보건을 담당하고 있는 간호사의 자격과 역할에 대한 내용을 전혀 검토하지 않았다는 것입니다. 전국의 보건진료소와 보건소, 지자체와 중앙정부, 공공기관과 산업체, 학교보건 현장에서 간호사가 다양한 보건의료 업무를 독립적으로 수행해야 하는 일들이 아주 많습니다. 보건복지부는 2년제 간호교육제도의 탄생과 경력상승제를 통한 간호사 면허취득 자격 부여와 같은 개편안을 통해서 간호인력체계 전반에 어떠한 혼란과 간호의 질 저하를 주게 되는지에 대하여 심각하게 생각하고 있지 않습니다. 특히, 노인인구의 증가와 함께 질병의 중증도가 심각해지고 있고, 복합질환을 가진 만성질환자가 증가하는 우리나라의 의료현장에서 2년의 교육제도로 배출된 인력을 의료현장에 투입하려는 정부의 개편안의 간호인력체계는 간호계 내부의 혼란과 갈등을 남긴 채 결국에는 실패하게 될 것입니다.

간호인력과 보조인력을 구분하지 못하는 본 개편안은 당연히 철회되어야 합니다. 법조인양성을 사법고시 한가지 조건으로만 하기에는 다양화된 국민의 요구와 인권을 충분히 보호할 수 없다는 여론을 수용하여, 정부차원에서

법조인 양성제도를 개혁하여 법학전문대학원 교육제도를 만들었습니다. 의사, 약사의 양성제도가 국민의 건강과 생명에 직접적인 영향을 줄 수 있으므로 정부는 4년제 의학전문대학원을 제도를 만들었고, 6년제 약대 교육제도를 정착시켰습니다. 의사들이 회진, 외래진료, 수술 등의 업무로 병실을 비우는 동안 병실에서 24시간 환자를 지키는 간호사 교육제도에 대해서 대한민국 정부는 어떠한 생각을 가지고 있습니까? 이미 미국, 일본에서 실패한 정책이라고 소멸시키고 있는 2년제 간호교육제도를 해외 선진국제도라고 주장해도 되는 것입니까? 주변 아시아 국가들조차 간호사 교육을 4년제로 일원화하고 있을 뿐 아니라, 홍콩은 늘어나는 노인인구로 인하여 복합질환자 관리를 위해 간호교육제도를 5년제로 일원화하였습니다. 왜냐하면, 장기적인 차원에서 우수한 간호인력이 의료사고를 예방하고, 질 높은 간호를 제공하여, 조기퇴원을 통해서 의료비용을 절감시킬 수 있음을 알고 있기 때문입니다. 대한민국의 국회와 보건복지부, 교육부는 간호사 교육제도가 국민의 생명과 건강에 직접적인 영향을 줄 수 있을 뿐 아니라 국가 의료비 절감의 효과에 대해서 인식하여 주시기를 바랍니다.

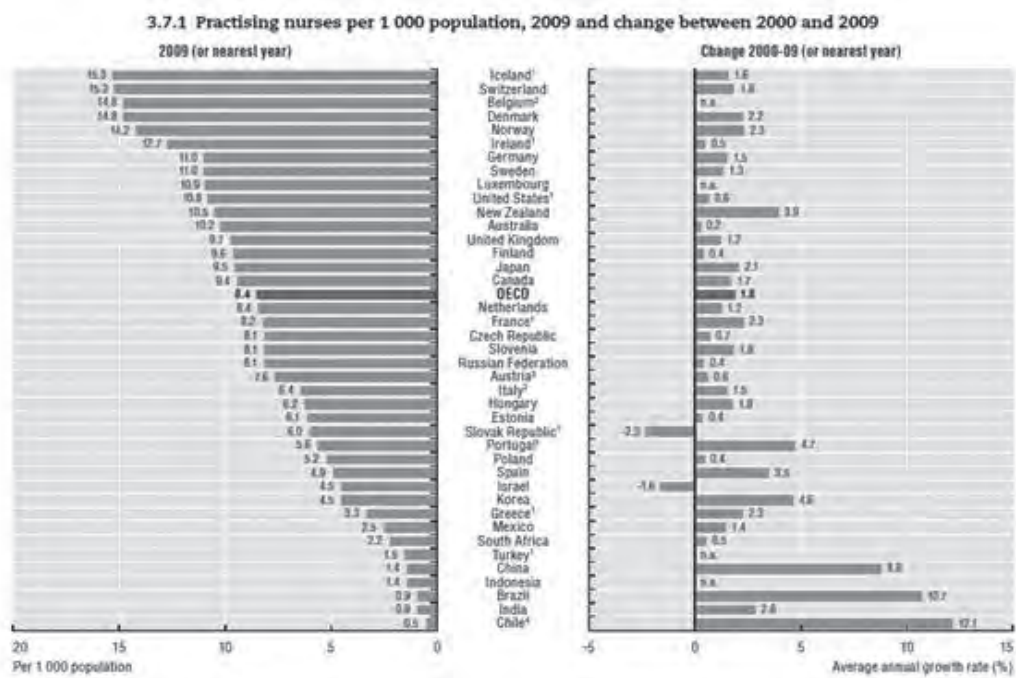
● 간호대학 교육과정 편성기준 틀(예)

교과목 분류	예시 교과목		설명
교양영역 (저학년, 25-30학점)	우리말과 글쓰기, 영어, 역사, 환경, 생명과학의 이해, 국가와 사회공동체 등		대학에서 필수 및 선택적으로 이수하도록 정한 교양 영역
전공기초영역 (2학년, 18-26학점)	자연 과학	인체의 구조와 기능, 병태생리학, 약물요법간호 등	전공영역의 기초가 되며, 관련 학문영역에 공통적으로 요구되는 지식 및 기능, 태도와 관련 교과목
	인문 사회 과학	의사소통론, 성장과 발달, 인간심리의 이해 등	
전공필수영역 (2, 3, 4학년, 65점이상)	간호학개론, 기본간호학, 건강사정, 성인간호학, 모성간호학, 아동간호학, 지역사회 간호학, 정신간호학, 간호관리학, 간호윤리와 법, 노인간호학, 간호연구 등		간호사의 직업적 역량을 갖추기 위해 필수적으로 요구되는 지식 및 기능, 태도와 관련된 교과목으로 국가시험 관련 이론교과목과 실습교과목
전공선택영역 (3, 4학년, 20-25학점)	중환자간호, 리더십 보완대체요법, 통계학, 국제간호, 간호정보, 여성건강유전과 행동, 삶과 죽음 등		간호학 전공영역으로 심화되거나 다양화된 선택교과목
총 140 - 150 학점			

정부 <간호인력제도 개편방향>의 문제와 올바른 '간호인력문제'의 해결 방향

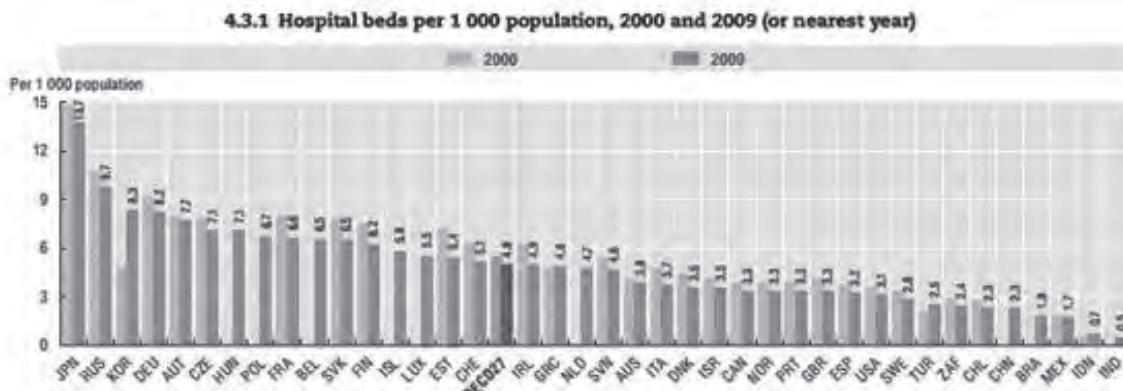
우석균(건강권 실현을 위한 보건의료단체연합 정책실장)

1. 한국의 간호인력 현황



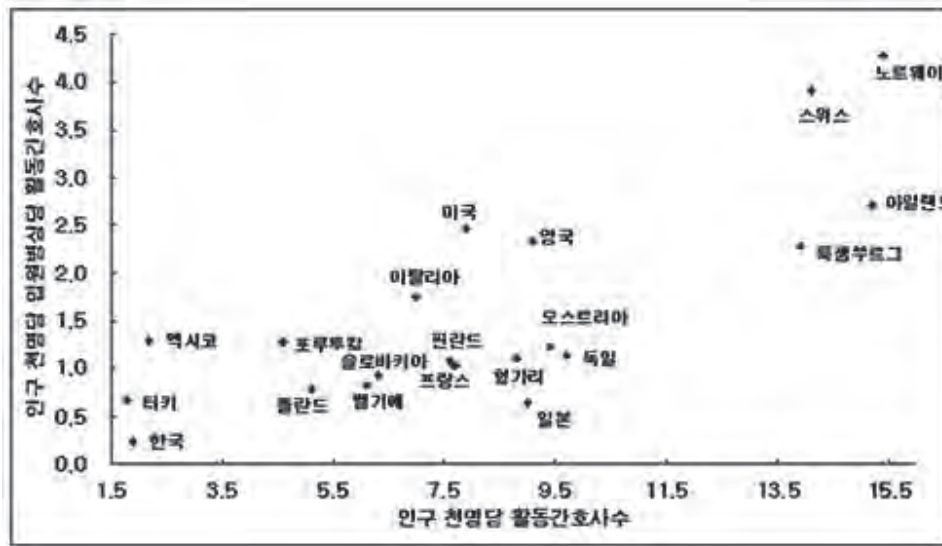
[그림1] OECD 국가 인구 1000명당 간호인력 및 변화 (OECD health data 2011)

- 한국의 간호인력은 활동간호인력이 OECD 평균 1000명당 8.4명의 1/2 수준, 1000명당 4.5명에 불과함.



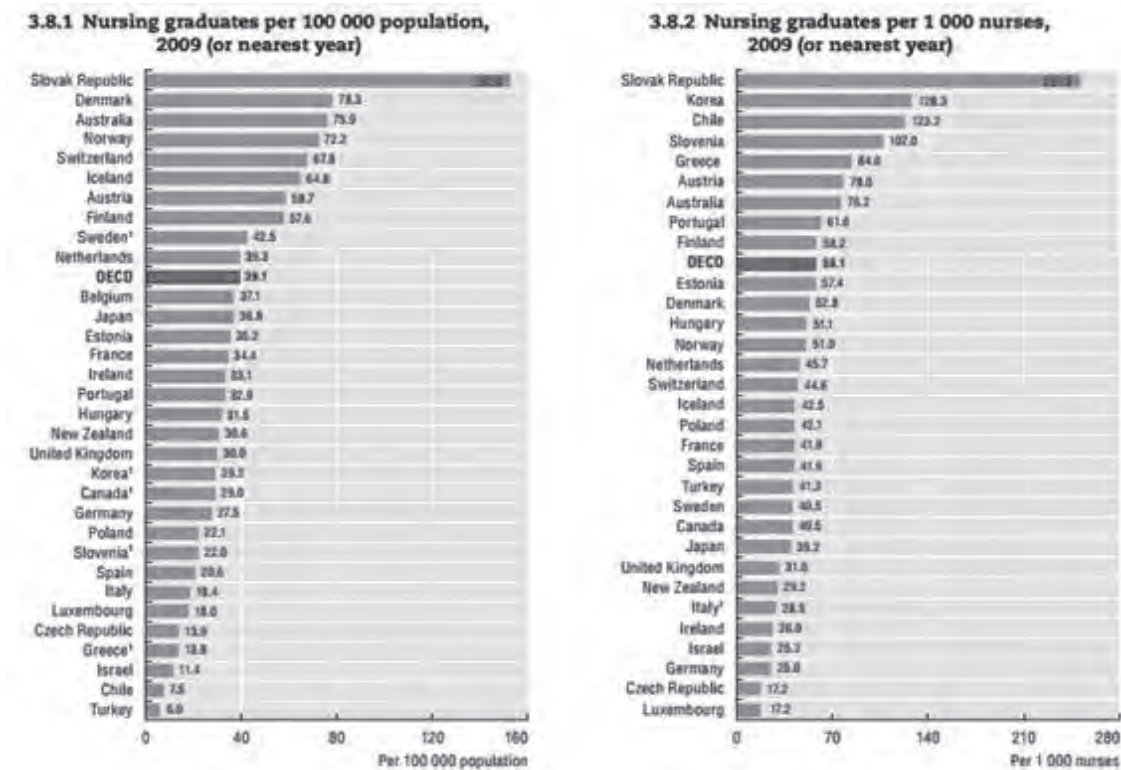
[그림2] OECD 국가간 인구 1000명당 병상수 비교 (OECD Health data 2011)

- 이에 반해 OECD 국가간 병상수를 보면 한국은 일본에 이어 OECD 1000명당 병상수가 가장 많아(8.9병상/1000명당) OECD 평균의 약 2배가 되고 있고(4.9병상/1000명) 더욱 문제인 것은 이러한 상황에서도 최근 인구당 병상수가 급격히 증가한 유일한 국가임.
- 이 때문에 한국은 병상당 간호인력이 OECD 평균에 비해 1/4 수준에 지나지 않음. 실제로 한국의 활동간호사 1인당 병상수는 1.9로 OECD 평균 0.5에 비해 4배.
- 이러한 간호인력의 절대부족 상황은 한편으로는 의료서비스의 질에 심각한 악영향을 미치고 있으며 다른 한편으로는 간호직의 노동량과 노동강도 강화, 이에따른 일자리 질의 저하를 낳고 있음.



[그림3] OECD 국가 인구 천 명당 활동/입원병상당 간호사 수. 출처: OECD 2007)

2. 현장 간호인력 절대부족 문제의 원인



[그림4] OECD 국가간 연간 간호대학 졸업자 비교 (OECD Health Data 2011)

1) 간호인력 배출이 적어서가 아님

- 위 그림에서 보듯이 이 문제는 간호인력 배출이 적어서 생긴 문제라고 보기 힘들. 한국은 2009년 상황에서도 OECD 국가중 간호대학 졸업자가 OECD 평균(39.1명/1000명)에 비해 큰 차이가 나지 않음 (한국 29.2명/1000명)
- 또한 간호대학 졸업자 수가 간호사 1000명당 128명으로 8년에 2배 증가하는 비율임. 이는 OECD 평균(53.1)에 비해 2배 이상 많은 수치임.
- 이에 더해 2011년 고등교육법 개정이후 간호학과가 4년제로 통일되었고 현재 간호학과가 급증 추세로 2008년에 비해 앞으로 수년내에 2배 가량 배출인원이 늘 것으로 예상됨.

2) 면허증/자격증 소지가 적어서가 아님

- 또한 현재 활동간호사수가 적은 것은 면허/자격증 소지자가 적은 것이 문제라고 보기힘듦. 문제는 간호인력 중 이른바 장롱면허가 많기 때문임.
- 2011년 간호사 28만 2천명 중 활동간호사는 14만 1천여명으로 취업률은 46%에 불과함(보건의료산업노조 2011). 2013년 간호사 취업률은 42%(대한간호협회, 보건산업진흥원, 2013)
- 2011년 간호조무사의 경우 자격자수는 50만 명, 이 중 활동하고 있는 인원은 11만 5천여 명으로 26.8%. (보건의료산업노조 2011) 2013년 간호조무사 취업률은 23%. (대한간호협회, 보건산업진흥원, 2013)
- 현재 간호인력의 절대부족이 기존 인력이 활용되지 않고 있기 때문임.

3) 간호인력 부족의 진정한 원인 : 간호직의 열악한 노동현실로 인한 이직

- 이러한 현저히 낮은 취업률은 간호사의 근속연수가 매우 적고 이직률이 높기 때문임.
- 간호직 근속연수가 극히 짧아 간호사 5.7년, 조무사 3.6년
- 특히 신규간호사 1년내 이직률이 30%임.
- 서울의 4년제 대학병원 병동간호사 근속연수는 사립대학병원 2.7년 서울대병원 1.7년임.

근속연수가 낮고 이직률이 높은 이유 (공공운수노조 의료연대본부, 건강과대안 2013) (참고자료 1)

- 연장근무가 일상적이 될 정도의 장시간 노동
- 업무량 과다 : 더욱 강화되는 노동강도
- 이에 더한 불규칙한 교대근무
- 병원의 위계적 조직문화
- 전문직으로서의 자아성취도의 저하

3. 정부 간호인력제도 개편방향의 문제

1) 진단 부재 혹은 잘못된 진단

- 간호인력 부족 결과에 대한 지적만 있을 뿐 원인에 대한 인식 결여

2) 진단부재에 이은 병원자본을 위한 처방

- 간호인력 부족이 열악한 간호직 노동조건 때문에 발생한 문제라는 원인을 회피
- 열악한 간호직 노동조건 문제를 <간호인력제도 개편> 문제로 치환. 논리적 오류 중 “논점 회피의 오류”, 또는 의제치환의 오류임
- 간호인력이 부족한 중소병원을 위한 맞춤형 중급간호직 신설

3) 비민주적 추진

○ 연차별 세부 추진 과제

구분	세부 과제	일정
관련 연구영역 실시	○ 간호인력 개편안 도입방안 연구 * 간호인력 근무 실태조사를 통해 간호인력 간 역할 범위 직무기술서 구체화 * 양성체계-교육과정-시험과목-경력상승체계 마련 * 보수교육, 면허 신고 등 면허관리 방안 마련	'13년
	○ 간호인력 수급 추계 연구 * 의료수요 변화 분석 및 요양기관 종별, 지역별, 간호인력 수요-공급 추계를 통해 정원 산정 기준 마련	'14년
	○ 간호인력 별 교육과정 개발 및 교육기관 지정-평가 기준 마련	
	○ 간호 인력별 국가시험 문항 개발 및 모의 테스트 ○ 간호조무사 전환 교육 과정 및 평가 도구 개발 * 간호조무사 전환자 수요 조사 실시 및 교육과정 개발, 전환 시험 문항 개발 및 모의 테스트 실시 * 전환 교육 실시기관 지정 기준 마련	'15-16년
법령 개정 및 운영 규정 마련	○ 「의료법」 개정 * 간호인력 간 역할, 자격 취득, 면허관리, 경력상승 등을 명시	'13년 하 -'14년 상
	○ 「의료법」 시행령·시행규칙 및 「간호조무사 및 유사 의료업자에 관한 규칙」 등 하위법령, 「정신보건법」 등 관련 법령 정비	'14년 하
대외 홍보	○ 간호인력 개편방안 및 「의료법」 개정안 대국민 홍보	'14년
	○ 의료기관 운영 지침 및 지자체 지도·감독 가이드 라인 마련	'17년
교육기관 지정 및 시험 실시	○ 교육기관 지정 및 정원 배정, 신입생 입학('18년) * 3년제 간호대학 4년제 전환 계획 조사	'16년 상
	* '18년 대학 입학 정원 배정	'16년 8월
	* 간호조무사 전환 교육 기관 지정	'16년 하
	○ 교육기관 별 새로운 간호인력 체계에 따른 교육 과정 운영 준비	'17년
	○ 간호조무사 전환 및 신규 양성자 국가 자격 시험 실시 * '18년 신입생 배출 시기에 맞춰 국가시험 추진	'18년-계속

[그림5] 정부 간호인력제도 개편방안 연차별 세부추진과제

- 그림 5에서 보이는 바와 같이 정부의 간호인력제도 개편방안¹⁾에 나온 연차별 세부추진방안을 보면 2014년에 연구가 진행되는 반면 2013년 하반기와 2014년 상반기에 의료법을 개정하여 관련 법률이 정비되어 추진되는 것으로 되어있음. 또한 홍보외에는 공개적 의견수렴 절차는 아예 추진절차에 빠져있음.
- 이는 납득할 수 없는 밀실행정임.

1) 보건복지부 의료자원정책과, 보건의료직능발전위원회 심의참고자료 제1호 안건 <간호인력제도 개편방향>, 2013.2

4) 문제회피와 병원자본 주문에 따른 정부의 <간호인력제도 개편방향>의 내용

정부 간호인력제도 개편방향의 실질적 내용은 다음과 같다고 보임

① 열악한 간호직 노동조건 개선이 아니라 열악한 간호직 노동조건에 맞는 직종의 신설

- 즉 중급간호직인 '간호실무사' 직종 신설임

② 열악한 노동조건에 맞춘 중급간호직에 이를 호도려는 실질적이지도 않은 직급상승 인센티브 제시

- 열악한 노동조건에 맞추어 직종을 만든 것 자체가 열악한 노동조건 개선보다는 그 열악한 노동조건을 온존시키려는 조치임
- 여기에 중급간호직에 직급상승기회를 제공한다는 것은 실질적이지도 않고, 열악한 노동조건 자체를 개선하지 않으려는 본래의 직종 취지를 분식시키려는 취지로 밖에 보이지 않음

5) 정부 간호인력제도 개편방향의 예상 효과

① 열악한 간호직 노동조건 악화

- 문제의 본질인 열악한 노동조건은 간호사직이건 간호조무사 직이건 변화시키려는 개선책이 없음
- 따라서 간호직과 간호조무사(이름이 바뀌면 간호실무사)의 열악한 노동조건은 변화가 없을 것임

② 지방중소병원의 간호사의 중급간호직으로의 대체

- 열악한 노동조건 개선 없이 간호실무사직을 신설하면 현재 간호사들이 해야할 일을 열악한 노동조건 맞춤형 간호직인 간호실무사들로 대체될 것임
- 의료서비스의 질은 떨어지고 현재 둘로 나누어져 둘다 열악한 노동조건하에 있는 간호인력체계를 3등분 하고 이 3직종 모두 각각 열악한 노동조건에 있는 상태를 만들 것임. 의원=간호조무사(1년제 간호실무사), 중소병원=2년제 간호실무사/(간호조무사), 대형병원=간호사(간호실무사 2년제)

③ 병원영리화, 상업화의 심화

- 현재 열악한 간호직의 노동조건은 병원들의 무리한 병상경쟁, 이윤추구로 인한 의료비 상승, 열악한 병원 노동조건 강요 등의 필연적 결과임
- 이러한 병원들의 극심한 이윤추구를 통제하지 않고 오히려 이 이윤추구의 결과인 열악한 간호직 노동조건에 맞춘 맞춤형 간호직을 만들어 문제를 해결 아닌 해결을 하려는 것은 병원 영리화를 더욱 부추길 것임

④ 의료비 상승, 의료서비스질 저하 심화

- 간호사의 중급간호직으로의 대체는 간호의 질을 떨어뜨릴 것임
- 이는 환자의 의료서비스 질 저하로 나타날 것임. 불필요한 환자의 사망과 의료과오 및 의료사고등의 초래될 위험한 정책임

4. 간호인력문제의 진정한 해결방향

- 간호인력문제의 진정한 원인인 **열악한 간호직 노동조건 개선**이 이루어져야 함. 이는 간소하 및 간호조무사 양 간호직에게 해당함
- 이 열악한 노동조건을 온존한 채로 중소병원의 열악한 노동조건에 맞춘 맞춤형 중급간호직을 신설한다는 것은 간호의 질을 떨어뜨려 중소병원 및 전체 병원자본의 이익을 위해 국민들을 위한 의료서비스의 질을 희생시키는 것임
- 아울러 열악한 간호직 노동조건을 낳고 있는 **병원상업화와 병원영리화를 막을 제도적 장치**를 마련해야 함. 또한 더 이상의 의료민영화를 막아야 함.
- 이를 위해서도 법정 간호직 정원제도의 상향조정과 준수의 의무화가 필요함. 최소한 현재보다 병상당 간호사 수 2배 이상이 법정 최소 간호사정원이 되어야 함. 이렇게 해도 병상당 간호사 수는 OECD의 1/2임
- **간호사와 간호조무사간의 간호직 노동조건 개선을 위한 단결이 무엇보다 중요함.** 간호인력 문제가 양 직종간 갈등이 문제가 아니라 두 직종간 공통의 열악한 노동조건 문제임을 분명히 하고 이 문제를 해결하기 위한 양 직종간의 공동의 노력과 연대가 필요함.

〈참고자료 1〉 5개 병원 간호사 간담회 주요내용²⁾

(전략)

1) 간호 업무

(1) 업무량

(1) 인력이 부족하다

과다한 업무	<ul style="list-style-type: none"> • 검사 많아졌다. • 여유가 없다. • 환자는 줄지 않는데 병상 수는 늘어난다. • 재원기간이 짧아졌다.
간호 외적인 업무	<ul style="list-style-type: none"> • 적은 인력으로 환자이송까지 해야 한다. • 서류 작업이 많다.
이직을 고민한다	<ul style="list-style-type: none"> • 노동강도가 약하면서 임금은 비슷한 곳으로 가고 싶어한다.

간호사 수가 절대 부족하다는 것은 간호사들이 공통으로 말하는 첫 번째 어려움이였다. 같은 인력이라도 업무량은 늘어나 과도하게 느껴지는 상황, 노동 강도는 강화되고 이로 인해 지치고 질적 간호를 할 수 없다는 상황이 이전보다 심화되고 있었다. 이러한 경향은 앞서 1장에서 살펴보았듯이 병원의 병상증설 및 (병원간 경쟁 등에 의한) 수익중심의 운영으로 인해 크게 늘어난 업무량 증가에 비해 이에 필요한 인력충원이 절대적으로 부족하기 때문에 일어나는 당연한 결과라고 할 수 있다.

병원들은 병상을 증설하고 또 환자유치를 위해 경쟁에 나서고 있으며, 병상회전율을 높이기 위해 동일 시간 내에 수술 및 환자진료의 양을 과도하게 늘리는 것이 보편적인 분위기가 되었다. 또한 병상회전율 증가를 위해 각종 검사 증가, 수술횟수가 절대적, 상대적으로 증가되면서 과도해진 업무량은 고스란히 간호사들의 몫으로 돌아가고 있다.

그러나, 간호사들의 인력은 크게 차이가 없어 간호사들의 노동 강도의 강화를 넘어 간호사들이 진료과정, 즉 필수적 간호업무나 수술이나 치료과정에서의 업무를 온전히 담보하기가 힘든 구조적 상황이 된 것이다. 이미 근무시간을 초과해서 일하는 것은 당연시되고, 나아가 환자를 제대로 돌보지 못하고 있는 상황임을 호소하고 있다. 특히 나이트³⁾ 근무의 경우, 감당할 수 없는 수준이 됐다고 한다.

2) 공공운수노조 의료연대본부, 연구공동체 건강과대안. “병원공공성 확보를 위한 노동조합의 전략” 2013.1 부록 병원간호사 간담회 내용중 일부

3) 병동에서 근무하는 간호사들은 24시간 간호가 필요한 병원노동의 특성상 24시간을 모두 포괄하는 교대 근무를 해야 한다. 일반적으로 이러한 교대근무는 3교대로 이루어지는데 아침노동, 오후노동, 야간노동을 각각 ‘데이’, ‘이브닝’, ‘나이트’로 부르고 있다. 이렇게 교대근무를 하는 경우에는 이전 근무했던 간호사와 다음번 근무하는 간호사간에 환자의 상태를 인수인계하는 시간이 필요하다. 간호사들간 인수인계는 환자 치료와 서비스를 일관성 있게 제공하기 위해 매우 중요한 작업이다. 그러나, 이렇게 인수인계하는 시간은 노동시간에 포함되지 않고 있는 상태다.

“입원 당일 다음날 내시경 하고 그러니까. (중략) 그렇게 처치하고 하는 것이 많아진다. (중략) 검사가 많아졌고. 밤에도 검사가 딜레이가 되어서, 외래에서 온 사람들은 무조건 검사가 많아졌다. 요즘은 응급실 체류시간을 줄이니까. 나이트에도 환자가 올라온다. 나이트 2명 보면서 그런 걸 다 해봐야 하는데, 갑자기 중환이 생기면 너무 어렵다. 나이트하면서 의자에 앉아보지를 못하다는 것. 우리는 EMR이 다 도입이 되지는 않은 상태다. 전보다 여유가 없다.”-C대

“하루에도 검사가 많을 때는 조무사 한명으로는 택도 없다. 팀 간호사가 다 검사하러 갔다 오고, CT 찍으러 갔다 오고 그러는데. 환자 이동은 용역을 쓴다는데, 그거를 노조는 반대한다는데 그것도 필요하지 않나 그런 생각이 좀 들어요. 딜리버리를.” -KB대⁴⁾

“환자들은 줄고 있지 않고, 베드 수는 더 늘어나고 있다. 돈 안 되는 산부인과 분만실 안 하고 돈 안 되는 것은 줄고.”
-K대

“환자는 많고 그러니까. 우리가 할 일을 다 환자들에게 떠넘기는 것. 간호업무가 다 넘어가고 있다는 것.” -KB대

“병상회전률이 빨라지면서 재원기간 단축을 하고 있으니까. 더 로딩이 많다. (중략) 문제는[환자들이] 잘 있다 오면 좋지만, 안 좋아져서 온다. 그러면 환자들한테도 너무 안 좋다.”- C대

“우리가 다 해야 하는 건데, 소변도 바이탈도 그런데 죄송은 하지만 우리가 할 수가 없다.”-KB대

간호사들은 간호업무보다는 검사와 서류작성 등 그 외 업무에 더 많은 시간을 투자해야 하는 상황이라고 말한다. 그러다 보니, 간호사로서 해야 할 일을 하는 것보다 간호업무 외적인 일에 더 많이 신경을 쓸 수밖에 없다는 것이다. 결국 간호업무 자체에 집중하기 힘든 구조적 상황이라고 말한다.

“보호자들은 눈을 안 마주쳐 준다고 하는데, 눈을 마주쳐 줄 시간이 없다. 입퇴원 시기에 서류 작업시간이 또 많기에.”
-C대

“간호 외적인 일이 많다. 인력이 너무 없다.”-K대

“간호 인력이 너무 적다. 환자이송 등이 제일 힘들다.”-K대

“전산작업이 더 많아지고 나서 일이 더 많아졌는데, 전산이 환자치료보다 더 많아지고 컴퓨터에 매달리는 시간이 너무 많아졌다.”-KB대

4) 이 병원의 노동조합은 이 업무에 대해 '용역고용'을 통한 인력확충이 아닌 '정규직 고용'을 요구하고 있다. 환자이송 업무는 병원의 상시업무이므로, 상시업무에 대해 외주용역고용을 금지하고 있는 현재 노동법상 환자이송업무에 외주용역노동자를 고용하는 것은 불법의 소지가 크다.

“과마다 검사 많은 곳에 조무사를 주었으면 좋겠다. (중략) 조무사 인력을 한 사람을 더 주었으면 좋겠다. 인력을 더 주었으면 좋겠다.” -KB대

지방대학병원 간호사들 역시, 인력부족으로 인한 강도 높은 노동 강도, 업무시간 이외의 근무 등을 가장 힘든 사항으로 꼽았다. 지방 대학들 또한 병원시설은 증축하여 병상은 늘어났지만 인력 확충은 이루어지지 않고 있어 지방 대학병원의 간호사들은 이전보다 업무량이 더 늘어났다고 인식하고 있었다.

“간호 인력은 총원이 없다. (중략) 서울이랑 가까워서 전철 고속도로[도 있고] 그래서 간호인력 수급이 안 된다.” -K대

‘인력수급이 안 된다’는 것은 신규간호사들이 들어오기도 힘들고, 일단 입사한 간호사들도 오래지 않아 그만둔다는 것을 뜻한다. 그렇게 퇴사한 간호사들은 어디에 있는 것일까? 퇴사한 간호사들이 이전한 직장은 대부분 ‘노동 강도가 약한’ 곳으로 간다고 말했다.

“다른 대학병원은 아니고. 집 근처에 (중략) 노동 강도가 약하면서 임금은 비슷한[그런 곳으로 가는 거죠].”-K대

이 지방대 병원의 간호사들은 업무량이 많고 노동 강도가 세다 보니, 입사 후 어느 정도 업무가 숙련되고 나면 이직률은 완화되지만 여전히 ‘더 나은 곳’으로 이직할 곳을 찾는 양상 즉, ‘노동 강도는 약하면서 임금은 비슷한 곳’을 찾게 된다고 밝혔다.

(2) 신규 간호사 비중이 너무 높다 : “신규만 많고 올드는 없다”

숙련 간호사와 서비스 질	<ul style="list-style-type: none"> • 환저들과의 신뢰가 있어, 문제될 만한 것들도 크게 문제가 되지 않는다. • 의사와의 관계에서 서로 바쁘고 힘든 걸 아니까, 배려해줄 수 있다.
신규 간호사	<ul style="list-style-type: none"> • 신규만 많고 올드는 없다. • 신규 간호사들은 어떻게 대처할 지 잘 모른다. • 트레이닝을 시킬 시간이 없다.

업무량이 많고 인력이 부족한 상황에서, 간호사들은 그나마 경험이 많은 ‘올드’간호사들이 많을 때 환자와의 관계도 좋다고 느끼고 있었다. 환저들과의 경험이 많이 쌓인 간호사(올드)가 많을수록 분위기가 안정되어 있으며, 더불어 의사들과의 관계도 원만해질 수 있다는 것이다. 이러한 관계의 안정성은 결국 환저들의 서비스의 질에도 영향을 미칠 수 있다는 것으로 연결된다.

“9년차가 중간 정도이다.(중략) 숙련노동자들이 많아서 환자들과의 신뢰가 잘 되어서, 라뻬⁵⁾가 잘 되어 있어서, 잘 이야기하면 문제될 만한 것들도 별로 문제가 안 된다.”-S대

“서로 바쁘면 [의료진하고도] 트러블이 생기는데, 서로 힘든 걸 아니까. 서로 조금 더 생각을 해 준다. 물론 간호사들이 더 생각해 주는 거지.”-S대

돌발 상황이 발생했을 때 혹은 문제가 발생했을 때 당황하지 않고 이에 대처할 수 있는 능력, 신속하게 상황을 정리하고 해결할 수 있는 능력은 ‘올드’간호사에게서 나올 수 있다고 인지하고 있으며, 대다수 간호사들은 이를 명확하게 파악하고 있다.

경력간호사의 존재는 대개 질적 간호가 안정적으로 제공될 수 있는 여지가 많다는 것을 의미한다. 환자와의 경험, 의사와의 소통, 돌발 상황에 대한 대처 등 간호사의 숙련여부에 따라 간호서비스의 질이 달라질 수 있는 것이다. 따라서 경력간호사와 신규간호사의 비중은 해당 병원에서 간호서비스의 질과 연관시켜 해석할 수 있는 단서가 될 수 있다. 간호사들은 이미 이것을 체득하고 있었으며, 신규간호사의 비중이 높아지면서도 숙련된 인력은 충원되지 않는 점, 이로 인해 간접적으로 자신의 업무량이 늘어난다는 점, 신규교육에 충분히 집중할 수 없다는 점을 지적하고 있었다.

“홍보하기도 어려운, 생각해 보기도 어려운 실정. 신규의 비중이 매우 높다. 직원을 계속 뽑고, 그 직원을 계속 트레이닝 시켜야 하는 것이 힘들다.”-K대

“의사, 인턴 다 관심 없고 모든 걸 다 간호사가 하니까. 힘들다. 응급실 간호사들은 거의 그만두고, 중환자실은 거의 신규다. 올드는 없다.”-C대

“문제가 생기면 올드 선생님들이 너무 필요하다. 신규들은 어떻게 해야 할지 잘 모른다.”-S대

(2) 업무범위

간담회에서 주로 언급된 내용은 ‘간호업무 범위가 너무 넓다’는 내용이었다. 간호업무에 포함되는 일 뿐만 아니라, 간호업무 이외의 일까지 책임져야 하고 특히나 전산화 체계가 도입되면서 모든 전산업무까지 의무적으로 시행해야 해서 업무량이 많아지는 것으로 이어진다. 광범위한 업무범위, 많아진 업무량을 감당하기 위해 근무시간을 넘어서까지 일해야 하는 상황이 태반이었다.

5) 영어 ‘rapport’를 말하며 ‘친밀한 관계’라는 뜻이다. 일반적으로 고객과의 신뢰 있는 관계, 혹은 친목관계를 말하며, 보건의료계에서는 환자와 의료진간에 서로 신뢰 있는 관계를 의미한다.

“일이 너무 많다. 원래 근무시간 외에도 일을 해야 한다(중략) 안정적으로 환자를 볼 수 있는 환경이 아니라는 것. 여러 가지를 한꺼번에 해야 하는 상황. 그런 것이 힘들다”-S대

가) 업무의 어려움

i. 환자 응대의 어려움: 친절교육 강화 및 기관평가

<p>민원에 대한 스트레스</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 보호자까지 만족시켜야 한다. • 환자로부터 민원을 안 생기게 하려는 스트레스가 심하다. • 보호자가 문제제기하고 컴플레인을 다 받아주는 것이 힘들다. • 모든 보호자가 다 간호사에게 질문을 한다. • 바쁜 외중에 나에게 친절함을 원한다.
<p>CS(고객서비스) 평가와 병원평가제도</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 앞머리, 신발 등 간호사 외모에 대한 카운슬링까지 받는다. • 평가제도로 인한 스트레스가 심하다. • 평가제도는 형식적일 뿐, 다 '쇼'에 불과하다.

간호사들은 늘어난 업무량, 부족한 인력과 더불어, 환자 응대에 대한 어려움을 크게 호소하고 있었다. 특히 외래에서 근무하는 간호사들의 경우 노동 강도 강화 뿐 아니라, 환자 응대로 인한 스트레스를 업무의 어려움 중 하나로 꼽았다.

“외래의 경우에는 (중략) 보호자까지 만족시켜야 하는(중략) 환자들과 싸움을 하면 민원이 들어오기 때문에 민원을 안 생기게 하기 위한 일에 대한 스트레스가 심하다.”- S대

“보호자가 문제제기를 하고, 또 컴플레인을 듣고, 환자랑 트러블이 너무 많다.”-S대

환자응대에 대한 압박과 스트레스는 서울 지역에만 국한된 것은 아니다. 지방 대학병원의 간호사들도 환자들 응대에 대한 스트레스가 주요 어려움 중 하나였다. 친절에 대한 환자들의 모니터, 민원에 대한 불안감 등이 주요내용이었고 환자들이 불만을 제기하기 가장 ‘만만한’ 그래서 모든 책임을 간호사가 져야만 하는 방식이 될 수밖에 없다고 토로하고 있다.

“(중략)[환자들이]간호사들이 나뻐다고 민원을 넣는다. 끝은 그거다. 주치의가 설명을 안했고, 뭐 그랬고, 그러다가 모든 결론은 ‘간호사가 그랬대!’라고 끝난다. 그게 제일 힘들다. 결론은 간호사 책임이니까.”-C대

간호사에게 요구되는 친절이란 사실상 치료를 제공하는 의사 혹은 병원에게 요구하는 ‘친절’이기도 하다. 결국 간호사에게 제기되는 불만은 의사에 대한 불만이 표현된 것이라고 볼 수 있으며, 간호사들은 스스로 부당하게 불만대상이 되고 평가대상이 되고 있다고 토로했다.

“학교에서는 [간호는 이래야 한다고] 어려운 거 정말 열심히 가르치는데 [환자들은] 그 와중에 나한테 친절하기를 원하고. 나는 내 할 일을 다 하고 나서 하는 게 친절함인데, (중략) 나는 뛰어다니는데, 나한테 자기 이야기 안 들어준다고 그러는 게 보호자도 상처받지만 나도 상처받아요.” -KB대

“[간호사에게]친절을 요구하지만. [환자들에게 필요한]그건 의사가 한마디 하는 게 더 중요하다는 거다. 우리가 해봤자 솔직히 그렇다. 보호자들의 컴플레인 다 의사가 받아야 하는데, 다 간호사에게 오는 거다. ‘교수님이 오시면 말씀해 보세요’ 그렇게 말하면 민원은 꼭 간호사가 꺼서, 결국은 ‘간호사가 질문했더니 답 안 해주고 교수한테 말하라고 했다’ 그런다.”-C대

현재 병원들은 자체적인 고객센터 서비스 평가 제도를 실시하기도 하며, 보건복지부에서 주도하는 병원 평가에 참가하기도 한다. 이 경우 병원을 이용하는 환자들의 설문조사내용은 간호사들에게 큰 압박으로 작용하며 병원이 직접 간호사의 외모까지 관리하고 통제하는 양상을 낳고 있었다. 실제로 한 병원의 경우, 외래 업무부서에서 근무하면서 환자와 접촉하는 간호사들에게는 앞머리, 신발 등 구체적인 카운슬링까지 하고 있었다. 이렇다 보니, 병원에서 진행되는 친절도 평가, 의료기관 평가에서 각 진료과별 평가, 환자설문지를 통한 모니터 평가로 인해 간호사들의 스트레스가 극심해지고 있었다.

“CS[고객서비스, Customer Service] 스트레스가 너무 많다. (중략) 앞머리, 신발, 살 빼[라]고 그런 카운슬링을 너무 많이 한다. 빨리 떠나고 싶다.”-S대

“의료기관평가제도가 우리를 너무 너무 힘들게 한다.(중략) 환자 설문지 하면서 받는 스트레스가 정말 장난이 아니다. (중략) 그래서 [평가 순위가]하위에 있는 과는 너무 힘들다.”-S대

간호사들은 오히려 병원 평가제도의 허구성에 대해서 지적했다. 실제로 병원평가는 형식적으로 진행된다는 점, 환자에게 미치는 영향은 없을 것이라는 점을 인식하고 있었다.

“평가단이 현장을 전혀 모른다.(중략) 환자 봐야 하는데 침대 닦고 있고, 청소하고 정리하고 그런 거 하고 있다.” -C대

“만약 평가가 좋아 보여도요. (중략) 다 ‘쇼’인 걸 [환자들은]알거든요. (중략) 환자들을 위해서 하는 거라고 하지만 사실 더 환자들은 더 싫었을 거 같아요. (중략) 사실 일을 하는 면에 있어서는 직원으로 봤을 때는 좋아졌다고 못 느끼고 있어요.” -C대

ii. 존중받지 못한다

서비스직으로 평가된다	<ul style="list-style-type: none"> • 돈을 받고 일하니까 그렇게 [힘하게 막] 해도 된다고 생각하는 환자들이 너무 많다. • 내가 뭔가 잘 해주어야 하는 걸 바라겠구나 싶다. • 전화하는데 무조건 욕하고 그러는 거가 힘들다. • 호칭의 문제들부터 마음이 상한다. • 보호자들이 공격을 너무 한다.
-------------	--

간호사에 대한 과도한 친절을 기대하는 경향은 때로 간호사에 대한 폄하, 무시로 이어지기도 한다. 간호사들은 이 과정에서 ‘존중받지 못한다’는 느낌을 받고 있었다. 친절을 강요받고 환자들의 무시를 감내하도록 하는 과정에서 간호사들은 종종 폭력에 무방비로 노출되어 있다고 인식하고 있었다.

“설명을 의사가 한 번을 안 해주니까 모든 보호자가 다 간호사에게 질문을 한다. 딱 병원에는 전문 간호사가 있대요, 설명해 주는. 그런데 우리는 계속 간호사가 다 설명하고, 또 전화 와서 또 물어보면 또 이야기하고, 그리고 너무 힘든데, 너희들은 돈을 받고 일하니까 그렇게 [힘하게 막] 해도 된다고 생각하는 환자들이 너무 많다. 그게 힘들다.”-C대

“다른 사람들은 그럼 서비스직이라고 생각하겠구나[싶다]. (중략) 내가 뭔가 잘 해주어야 하는 걸 바라겠구나. 외부에서 오는 사람들은 간호사가 친절해야 한다고 생각을 해요.”-KB대

“간호사실에는 모든 사람이 전화한다. 보호자 의사 모두 다 전화하는데 무조건 욕하고 그러는 거가 힘들다.”-KB대

“나는 환자를 돌보아주는 사람인데 막 맞먹어요. 호칭도 (중략) ‘언니’, ‘저기요’ 그런 식인 거예요. (중략) 호칭의 문제들부터 마음이 상하는 거예요. 응급실에 오는 사람들은 더하거든요. (중략) 보호자들이 공격을 너무하죠. 폭력성이 갈수록 심해져요. 그런 언어폭력 등.”-KB대

(1) 학교와 현장의 괴리와 자괴감 : “나는 전문간호사인가, 서비스직인가?”

학교에서 배우는 것과 다르다	<ul style="list-style-type: none"> • 일을 배울 때는 다들 시간이 걸린다. • 인력을 더 많이 주어야 한다. • 오버타임을 하지 않고 싶다. • 병원에서 청소, 벽 닦기까지 하고 있다.
전문 간호사로 일하고 싶다	<ul style="list-style-type: none"> • 간호협회 같은데서 [전문적인 역할을 할 수 있도록]요구하는 것도 필요하다 • 병원은 간호사를 전문가로 생각하지 않는다. 완전히 소모품이다. • [간호사 이직문제를] 개인의 문제로 돌리고, 감추고, 시스템의 문제라고는 하지 않는다. • 존중받고, 외국의 경우처럼 프로페셔널하게 일하고 싶다.

간호사들이 병원 현장에서 느끼는 자괴감은 공통적이었다. 학교에서 배운 간호과정과 현실이 다르다는 데서 오는 자괴감, 또한 신규간호사일 때 지속적으로 노력해서 공부해야만 한다는 책임감, 그러나 실제로 신규간호사에 대한 케어나 지지, 지원은 없다는 사실에서 오는 좌절감, 더불어 현실에서 주어지는 과도한 업무량으로 인한 피로감 등이 혼재되어 나타났다. 간호사들은 결과적으로 병원이 간호사에게 기대하는 것은 전문 간호사로서의 역할이 아니라, 소모품의 역할만을 기대할 뿐이라고 말했으며, 전문 간호사로 자부심을 가질 수 있는 조건이 전혀 아니라고 강조했다.

“수술을 많이 하려면, 인력을 많이 주거나 그래야 하는데, 문제는 오버타임만 많다고 뭐라고 위에서 그런다는 것이 문제다. (중략) 처음에 일을 배울 때는 다들 시간이 더 걸린다. 신규 때는 남아서 공부도 하고 그런다. 누가 시켜서가 아니라. 사실 이런 문제를 해결해 주어야 한다. (중략) 전문 간호는 무슨 얼어 죽을 전문 간호사냐, 매일 오버타임을 하는데 무슨 전문 간호사냐?”-S대

“학교에서 배운 거라 정말 다르다. 우리는 모든 일을 다 하는데, 청소, 벽 닦기 같은 거.”-C대

“내가 신규[간호사일] 때는 지금 여사님, 간호조무사가 하는 것 다 우리가 했다.”-C대

간호사들은 자신들이 처한 열악한 상황에도 불구하고, 간호사의 이해를 대변한다는 전문가집단으로서 간호협회 등의 문제제기가 없다고 지적했다. 즉, 간호체계 시스템에 대한 비판이 이루어지지 않고 간호사 개인에 대한 비판과 평가만 이루어지는 데 대해 불만을 갖고 있었다. 간호사가 처한 현재 상황이 개인의 잘못으로 인해 발생한 것이 아니라 구조적으로 초래된 것으로 인식하고 이를 해결하기 위한 접근 또한 시스템을 바꾸는 방향에서 시작되어야 한다고 보고 있었다.

“[공부도] 전문 간호사[를 위한] 대학원에서 했는데, 내가 이걸 뭐하고 있는 거지? [하는 생각이 든다] 병원가면 그런 [잡일 같은]거 하고 있는데, 나가서 [내가 전문 간호사로서]할 게 별로 없는데. 간호협회 같은데서 [전문적인 역할을 할 수 있도록]요구하는 것도 필요하다고 생각한다.”-C대

“간호사가 [그만두고]나가고 근속년수가 1.7년인데 간호질의 점점 떨어지는데. 병원은 간호사가 전문직이라고 생각하는가? 이런 것에 협회나 왜 저항하지 않는가? (중략) 큰 병원은 간호사를 전문가로 생각하지 않는다. 완전히 소모품이다.”-S대

“수술장은 [간호사들이] 숙련이 되어야 한다. [간호사] 22명이 줄줄이 [그만두고] 나가는데 간호부는 [왜 사람들이 그만두고 나가는지] 전혀 관심이 없다. (중략) 개인의 문제로 돌리고, 감추고, 시스템의 문제라고는 하지 않는다.”-S대

“[간호사의]발언에 대한 존중. 외국의 경우처럼. 프로페셔널하게 간호사, 조무사,(중략) 좀 나누어질 수 있으면 좋겠다. (중략) 교육도 하고 그런 거.”-C대

간담회에 참가한 간호사들은 간호사로서의 소명과 자부심은 있었으나, 이것이 해당 병원에서 일하는 간호사로서의 자부심으로 연결되지는 않는다고 말했다.

“소명을 가진다면. 뿌듯한 건 있어요. CPR[심폐소생술, Cardiopulmonary resuscitation] 하고 환자 살아나면 자부심 같은 거 있지만, 병원에서 일하면서 그런 건 없어요.” -C대

2) 업무과정

(1) 교대제-교대근무로 인한 체력적, 정서적 문제

오버타임	<ul style="list-style-type: none"> • 오버타임이 너무 길다. • 시간외 근무가 너무 많다. • 몸이 너무 힘들다. • 피곤하고 우울하다.
기혼여성들의 어려움	<ul style="list-style-type: none"> • 아이들과 시간을 못 보내서 힘들다 • 교대제로 인해 힘든 것은 감수해야 한다.

대다수 간호사들은 교대근무를 하고 있었고, 근무시간이 8시간을 넘어선다는 것은 이미 대다수 병원에서 관행처럼 굳어진 일로 보였다. 인수인계시간이 길어지거나 길어진 인수인계시간에 대한 급여신청을 하지 못하는 사례도 많았다. 업무량의 증가, 인력부족으로 인해 교대근무시간을 엄수하기 어렵고 이는 고스란히 간호사들의 노동 강도가 강화되는 결과를 낳고 있었다. 교대근무제로 인해 개인의 휴식과 사생활과 휴식이 제대로 보장되지 않고 있었고 이로 인한 체력적, 정서적 문제가 많이 언급되었다.

“오버타임은 한 시간 정도는 더 된다. 거의 매일이 그렇다.” -KB대

“오버타임이 당연한 줄 알았다. 신규는 그게 당연한 건가보다 했다. 오버타임 [추가로 급여신청] 올리는 것도 몰랐다.”

-S대

“일이 너무 많아서 퇴근을 못하는 것. 시간 외 근무가 너무 많다.(중략) 이브닝 근무는 11시까지인데 거의 12시 기본. 한시까지 하는 경우가 많다.”-K대

“오버타임이 제일 힘들다. 12시간씩 있어야 한다.”-K대

“신규는 대인관계가 쥔 힘들었는데, 지금은 3교대 나이트가 제일 힘들다.”-C대

“교대근무 때문에 [할 수 없는 게 많은데]정규적인 무언가를 제대로 하고 싶다. 병원과 나 그 외에 [할 수 있는]것이 없고. [그러다 보니]피곤하고 우울한 것도 있다.”-C대

기혼여성들의 경우 교대근무로 인해 아이들과 시간을 보내지 못하는 어려움을 토로했다. 한 병원에서는 간호사 중 기혼여성과 미혼여성 비중이 약 절반씩을 차지했는데, 기혼여성들은 교대근무로 인한 어려움과 육아, 가사노동을 해야 하는 고충이 컸음에도, 당연히 이를 감수해야 할 조건으로 인식하면서 이에 대해 문제제기하고 공론화하기 어려워했다. 그러나, 이와 달리 미혼의 간호사들은 3교대로 인한 어려움을 기본적으로 감수해야 할 것으로 인식하기도 했다.

“교대근무가 결혼 후 힘들다. 주말에 애들과 같이 못 있는 거.”-C대

“3교대는 간호사가 [힘든 걸] 알고 오는 거다. 그래서 그 정도는 감수할 수 있어요.”-KB대

(중략)

3) 조직-상호작용

(1) 병원

임금에 대한 불만	• 월급이 적고 노동 강도가 세며 보조 인력이 없다.
복지에 대한 불만	• 병원 신축은 늘어나면서 노동조건과 생활환경이 개선이 안 된다.

병원과의 조직적 상호작용을 고려할 때, 간호사들이 병원을 그만두는 이유를 물으면 간호사들은 전반적으로 노동 강도, 인력부족, 임금 등을 언급했다. 그 중에서도 규모가 작은 병원일수록 임금에 대한 불만이 많았다.

“[그만두는 이유 중에서도] 월급이 적은 게 가장 큰 이유, 노동 강도가 세고, 보조 인력이 없다는 것.”-K대

일부 지방 병원의 경우, 간호사들은 기숙사, 숙식문제 등 기본생활 처우문제를 겪고 있었다. 병원건물의 증축 등 외적으로 보이는 병원시설에는 투자가 되었으나, 그 속에서 노동하는 노동자들에 대한 생활처우는 전혀 고려되지 않고 있었다. 간호사 중 다수가 다른 지역에서 이주한 이들이며 또한 상당수가 미혼여성임을 감안하면, 기숙사 등 간호사를 위한 거주시설 투자 및 증축, 기숙사 거주기준에 대한 완화 등이 필요했다. 기숙사 등 거주환경을 개선하는 것은 간호사의 기본적인 노동조건과 생활환경을 개선하는 문제다. 그러나, 간호사들은 이에 대한 대책들이 전혀 고려되지 않고 있다고 말했다.

“병원 신축은 2년 동안 매우 많이 늘어났다. [그러나 간호사들이 거주하는] 기숙사에는 아무 것도 없다. 빈 집. 나이 많은 사람은 [기숙사에] 들어갈 수 없고, [기숙사 입주 기준이] 신규 [간호사]가 우선이다. ‘입사 후 1년 우선’인 경우가 많다. 학생 기숙사는 원래 없었다. [간호사 중] 2/3는 □ □ 지역 사람이 아니다. 주변지역에서 온 사람들이 많다.”-K대

(중략)

4) 의료상업화에 대한 체감

(1) 상업화로 인한 업무량 증가: “과연 환자에게 도움이 되는 건지 모르겠다”

수술량이 많아졌다	<ul style="list-style-type: none"> • 수술시간은 줄어들지 않고 수술량이 늘어났다. • 너무 수술환자가 많아 위험한 상황이 발생한다.
병동회전율이 빨라졌다	<ul style="list-style-type: none"> • 진료날짜가 단축되고 사실상 수술날짜가 빨라졌다. • 검사를 밤에 하는 경우도 많아졌다. • 병원충족은 잘 되어서 만족은 늘었어도, 의료진을 더 볼 수 없다.

간호사들이 말하는 인력부족, 노동 강도 강화의 원인을 따져보면 병원 전체의 업무량 증가로 인한 것이다. 검사량 증가 및 수술건수 증가 등 업무량 증가에 대한 체감도가 커지고 있었다. 간호사들은 이러한 현상이(업무량 증가에 비해 인력은 그대로 유지되어 실질적인 인력은 부족한) 노동자 개인의 건강에 영향을 미칠 뿐만 아니라, 환자에 제공되는 서비스 질에도 영향을 미친다고 느끼고 있었다. 간호사가 감당해야 하는 환자 서비스 및 업무량은 과중되기 때문에, 이를 해내지 못하는 경우 그 피해는 환자들에게 직접적으로 연결된다는 것이다. 환자에게 제공되는 의료의 질이 저하되거나 환자건강에 영향을 미칠 수 있다는 것을 이미 잘 알고 있었다.

“수술시간은 줄어들지 않는다.(중략) 다만 수술량이 많다. 하루에 해결이 안될 만큼, 수술을 집어넣는다.(중략) 환자 당겨서 빨리 하고, 또 하고, 그럼 간호사는 엄청 일을 많이 해야 하는 상황이 된다.(중략) 실제로 환자들 세팅이 길어지면 매우 문제가 된다. (중략) 시간이 안 맞으면, 마취해 놓고, 그냥 기다리게 한다. 수술시술 시간이 맞지 않은 경우, 환자는 마취해 놓고 펠로우가 열어 두고 그렇게 기다리는 거다. 환자 건강에 매우 좋지 않다.”-S대

“회복실의 경우에도 인력이 없어서, 급격하게 수술환자가 많아지다 보니까.(중략) 환자를 보다가 놓치고, 위험해지는 상황이 너무 자주 만들어진다. 회복실도 너무 힘들다.”-S대

“환자가 움직이기 시작할 때 도구를 다 빼주는 것이 필요하다. 한 간호사는 환자 상태보고, 한 간호사는 물건 빼고 정리해야 하는데, 둘이 같이 하지 못하니까. 어쩔 수 없다.”-S대

간호사들은 환자의 병동회전율이 빨라지면서 결과적으로 환자들이 진료를 더욱 신속하게 받을 수 있게 되기는 했지만, 그것이 사실상의 의료서비스의 질적 제고로 이어졌는지는 의문스러워하고 있었다. 회전율은 빨라지면서 환자 입장에서는 서비스 속도가 빨라졌다고 느낄 수 있지만 이는 병원 입장에서는 수술건수, 진료건수 증가로 이어지는 것이며, 서비스 전반에 걸친 질적 문제는 여전히 바뀌지 않았다고 인식하고 있었다.

“진료날짜가 단축되었다.(중략) 사실상 수술날짜 등이 빨라졌다.”-S대

“실제적으로는 똑같다. 그냥 립 서비스가 늘었다고만 보인다.”-S대

“MRI는 새벽 2시경에 하는 것. 졸면서 들으시면서 사인하고 동의서 찍고 그러는 거죠.”-KB대

“내가 환자라도 힘들겠다. (중략) 설명 같은 거 못 듣고, (중략) 아기엄마들은 예민한데 그런 설명도 못 듣는다. 의사와 환자들 사이에서 꺼서 생기는 문제들.”-KB대

지방 병원의 경우, 오히려 외적인 시설규모가 증가했지만, 인력과 시설 면에서 증가한 규모를 따라가지 못하고 있다는 지적도 있었다. 환자를 수용하는 데는 문제가 없으나, 환자들에 대한 서비스 제공, 정보제공 등은 더 원활하지 못하게 된 역설적인 상황이 발생하게 된다는 것이다.

“병원증축은 잘 되어서 만족은 늘었지만, 의료진을 더 볼 수 없는 것, 더 많은 설명을 듣는 것은 늘어나지 않아서 문제라고 한다.”-K대

(하략)

(Endnotes)

- 1 보건복지부 의료자원정책과, 보건의료직능발전위원회 심의참고자료 제1호 안건 〈간호인력제도 개편방향〉, 2013.2
- 2 공공운수노조 의료연대본부, 연구공동체 건강과대안. “병원공공성 확보를 위한 노동조합의 전략” 2013.1 부록 병원간호사 간담회 내용중 일부
- 3 병동에서 근무하는 간호사들은 24시간 간호가 필요한 병원노동의 특성상 24시간을 모두 포괄하는 교대 근무를 해야 한다. 일반적으로 이러한 교대근무는 3교대로 이루어지는데 아침노동, 오후노동, 야간노동을 각각 ‘데이’, ‘이브닝’, ‘나이트’로 부르고 있다. 이렇게 교대근무를 하는 경우에는 이전 근무했던 간호사와 다음번 근무하는 간호사간에 환자의 상태를 인수인계하는 시간이 필요하다. 간호사들간 인수인계는 환자 치료와 서비스를 일관성 있게 제공하기 위해 매우 중요한 작업이다. 그러나, 이렇게 인수인계하는 시간은 노동시간에 포함되지 않고 있는 상태다.
- 4 이 병원의 노동조합은 이 업무에 대해 ‘용역고용’을 통한 인력확충이 아닌 ‘정규직 고용’을 요구하고 있다. 환자이송 업무는 병원의 상시업무이므로, 상시업무에 대해 외주용역고용을 금지하고 있는 현재 노동법상 환자이송업무에 외주용역노동자를 고용하는 것은 불법의 소지가 크다.
- 5 영어 ‘rapport’를 말하며 ‘친밀한 관계’라는 뜻이다. 일반적으로 고객과의 신뢰 있는 관계, 혹은 친목관계를 말하며, 보건의료계에서는 환자와 의료진간에 서로 신뢰 있는 관계를 의미한다.