



Review Article

Present Situation of Korean Nursing

Choi, Euy-Soon¹⁾

1) Professor, College of Nursing, The Catholic University

한국간호의 현재

최 의 순¹⁾

1) 가톨릭대학교 간호대학 교수

Abstract

This thesis explores the actual circumstances of Korean nursing by investigating its present situations. Ultimately, the intent of this study aims to establish a future direction of Korean Nursing. As such, the current conditions of Korean nursing is analyzed in the following categories: education, practice, research, nursing policy, expansion of nursing field, and entrepreneurship. In the final conclusion, an appropriate orientation of the future of Korean nursing is discussed.

There are two primary Nursing programs, a three-year(63) and a four-year(53), in Korean Nursing education. Master's programs are available at 32 nursing schools or 32 professional graduate schools. A total of 15 nursing schools have a doctoral program in Korea. The ratio of graduates between the three-year and four year programs is 76:24. Hence, it is highly encouraged to expand four-year nursing programs, because it will help raise the social status of nursing professionals as well as the quality of nursing. In the clinical nursing field, independency and self regulation are critical. As such, organizational change, implementation of a standardized nursing information system, appropriate workforce, and improvement of the reimbursement system in nursing

is recommended. In community nursing, the following should be resolved to provide better nursing services: improvement of working condition and benefits, establishment of a law enforcing the hiring of nurses, and providing continuing education.

The number of nursing research has increased and nursing studies are in great quantity. However, research in practices and theories are more in demanded. Hence, research that integrates theories and practices are very significant. Ultimately, it is critical to support nursing studies that will influence nursing policy. The Korean Nurses Association(KNA) is an organization that supervises the nation's nursing policy. The primary focus of KNA is to combine the three and four year undergraduate education systems into 4 years and to establish the Nursing Practice Act. The Ministry of Health and Welfare has adapted a system to educate and certify nurse specialists in 10 nursing areas in 21 nursing graduate schools expecting high-quality nursing services and a decrease of cost. The government also allowed nurses to operate facilities for health management or welfare agencies.

Key words : Korean Nursing, Present

투고일: 2004년 8월 13일 심사완료일: 2004년 9월 2일

• Address reprint requests to : Choi, Euy-Soon

Professor, College of Nursing, The Catholic University

505 Banpo-Dong, Socho-Gu, Seoul 137-701, Korea

Tel: +82-2-590-1279 Fax: +82-2-590-1297 E-mail: eschoi@catholic.ac.kr

서 론

사회는 끊임없이 변화해왔고 변화의 속도는 갈수록 빨라지고 있다. 우리는 대체 어떤 사회에 살고 있으며 이 사회는 앞으로 어떻게 변화할 것인가? 오늘날 우리 시대를 한마디로 규정하기란 그리 쉽지 않다. 후기산업사회, 정보사회, 포스트모던사회, 위험사회, 세계사회 등 그 어느 하나의 이론적 개념만으로 그 전체성을 아우르기에는 현대 사회가 보여주는 스펙트럼은 너무나 현란하다.

지난 10년 간 한국 사회의 트렌드 변화를 좌우해왔고 앞으로 좌우해갈 기본적인 두 가지 흐름을 어느 학자는 개인화와 실용주의라고 말하고 있다. 과거에 아시아 1등, 세계 1등 같은 목표가 중요했다면 이제는 실제 내게 무슨 도움이 되는 일인지, 아무리 소소한 일이더라도 그 성과를 스스로 즐길 수 있는지 하는 자기규정이 더 중요한 관심사가 된 시대라는 것이다.

이와 같은 사회변화의 물결에 따라 의료계 역시 많은 변화를 가져왔다. 의료전달체계의 변화는 물론 인간의 건강문제가 기본 권리로 대두되면서 과거의 질병 치료 위주와 예방의 차원을 넘어 건강증진에 역점을 두어 단순한 수명 연장이 아닌 건강수명을 보장함으로써 질적인 삶을 추구하는 것에 의료의 목표를 두게 되었다.

우리나라는 1989년 전 국민 의료보험의 실현으로 의료서비스의 양적 확대에는 괄목할만한 발전을 이룩하였으나 양질의 의료서비스에 대한 국민의 욕구 증대에 부응하는 제도적 운영에는 미치지 못하고 있는 실정이다. 국내적으로는 의약분업 실시, 의료기관 서비스 평가제도 도입, 포괄수가제와 상대가치를 이용한 의료수가제도의 전면검토 등 각종 보건의료 정책이 변화되고 있다. 한편 국제적으로는 WTO 체제의 출범과 OECD 가입에 따라 의료분야에 있어서도 시장 개방에 대한 국제적 요구가 강화되고 있다. 이러한 대내외 환경변화에 능동적으로 대처하기 위하여 의료부분의 선진화를 시급히 이룩해야 할 필요성이 절실한 상황에서 한국간호의 현재를 조망해보는 것은 우리의 현실을 정확히 파악하고 인식함으로써 미래의 한국 간호가 나아가야 할 목표와 방향을 설정하는데 매우 중요한 일이라고 생각한다.

본 론

“한국 간호의 현재”를 교육 분야, 실무 분야, 연구 분야, 간호 정책 분야, 간호영역확대와 창업분야로 크게 나누어 각각의 현재 상황과 문제점 중심으로 살펴보고 앞으로 나아가야 할 바람직한 방향에 대해 간략하게 논하고자 한다.

1. 간호 교육 분야

1903년 보구 여관에서 서양 간호 교육이 시작된 이래 100여 년 동안 간호교육편제, 교육과정, 교육기관은 놀라운 변화와 성장을 이룩하였다. 현재 전국적으로 간호교육 기관이 116개교(4년제: 53개(2,783명/년), 3년제: 63개(8,250명/년))로 매년 11,000여명의 졸업생을 배출하고 있다. 한편 3년제 졸업생들을 위한 학사학위 취득과정이 1992년 방송통신대학(2,500명/년), 독학사학위과정을 시작으로, 1994년 RN-BSN 과정(1,200명/년)이 열려 있어 2002년 통계에 의하면 이미 12,990명이 이 과정으로 학사학위를 취득하였다.

1960년 석사학위(현재 일반대학원 32개교, 특수대학원 32개교), 1978년 박사학위(현재 15개교)가 개설되어 석사 2,514명, 박사 632명(2002년 통계)이 배출되었다. 또한 의료분야가 세분화, 첨단과학화 되면서 개인의 자질향상, 특수전문분야에 대한 역할확대를 통해 대상자들에게 전문적인 지식과 기술을 제공함으로써 간호직의 위상을 제고하기 위한 노력으로 전문간호사 제도가 도입되어 2003년 그동안 국가가 공인한 기존 4개의 전문 간호 분야가 10개로 확대되었다.

이와 같이 한국의 간호교육이 양적인 팽창과 전문적 수준은 향상되었으나 간호기초교육제도가 이원화되어있어 매년 정원의 76%라는 절대다수가 3년제 전문대학 출신인 점을 감안할 때 전문직으로서 인정받으려면 4년제 학사학위를 기본으로 하는 한국사회에서 간호사는 전문직이면서도 기술직인 중견직업인이라는 사회의 인식이 팽배해 있음을 배제할 수는 없다. 그러므로 간호사의 최저 교육수준을 학사학위로 일원화시키는 것이 시급한 과제이며 그렇게 함으로서 사회의 변화, 건강관리체계의 변화에 발맞추어 국민건강 요구에 부응하는 전문적 서비스를 제공할 수 있을 것이다. 또한 다른 전문직과 학제 간 협력 체계를 구축하는데 동반자적 역할을 할 수 있을 뿐만 아니라 국제적인 경쟁에서도 우위를 점할 수 있을 것이다. 따라서 간호교육의 질 관리를 위해 교육과정의 표준화, 교육과정 평가 인정제 도입, 주기적인 자체평가 실시 등 교육의 수준을 향상시키기 위한 지속적인 노력이 요구된다.

2003년 보건복지부에서 새로이 인정된 6개 전문 간호사 분야는 전국 21개 간호대학 대학원 과정(376명/년)에 그 교육기관을 인정해주고 입학자격을 엄격히 규제함은 물론 자격시험제도를 도입함으로써 기존의 전문 간호사 교육과 차별화를 둔 것은 시대적 요구에 부응하는 지극히 당연한 일이고 또 다행스러운 일이다. 그러나 아직도 진행 중인 1년 교육과정의 기존 4개 전문 간호사 분야도 대학원 과정으로 일원화시키도록 노력하여야 할 것이다.

2. 실무분야

1) 임상분야

(1) 병원간호부서편제

2004년 1월 대한간호협회 발표에 의하면 등록간호사(RN) 총수는 약 19만 명으로 그 중 대한간호협회 회원에 가입한 수는 89,590명이며 이 중 69.8%가 병원에 근무하고 있는 것으로 나타나 있다.

병원에서 간호부서는 병원인력의 30~40%를 차지하면서 병원 기능의 중추적 역할을 담당하고 있는 중요한 행정조직 단위이다. 간호사들의 역할과 제공하고 있는 간호서비스는 병원 경영은 물론 대상자 만족도에 지대한 영향을 미치고 있으므로 직무권한과 책임한계가 탄력적이고 자율적으로 관리, 운영 될 수 있는 조직구조가 뒷받침되어야 한다.

우리나라 병원 간호부서의 조직편제는 대부분 3단계 또는 4 단계의 조직편제로 되어있으며 일반기업체의 직제와 유사한 형태로 변화되고 있다. 그러나 아직도 대다수의 경우 간호부서의 조직유형이 완전 독립형이 아닌 진료부 예측형이나 진료 지원부 예측형, 심지어 행정관리부 예측형으로 되어있어 독립적이고 자율적인 기능을 하지 못하고 있는 실정이다. 다행스럽게도 최근 몇몇 대형병원에서 원장 직속의 독립 조직형으로 간호 본부장 제도를 도입하였고 더욱이 2003년 국내 최초로 연세의료원에서 간호부원장 제도를 도입한 것은 병원 경영과 정책결정에 간호부서가 직접 참여할 수 있는 기회를 갖게 되었음을 의미한다고 볼 수 있다.

(2) 간호의 전문화

1986년 신장간호사회의 조직을 시작으로 임상에서 전문 분야별 간호사회 조직이 활성화되기 시작하여 현재 임상간호사회에 산하단체로 있는 분야별 간호사회만 10개 분야(신장, 수술실, 중앙공급실, 중환자, 신경외과, 응급, 정신, 조혈모세포, 신생아, 당뇨병 교육)에 이른다.

각 분야별 간호사회에서는 학술대회, 보수교육, 소식지 또는 학회지 발행 등을 통해 서로의 학문적 교류와 경험을 공유하면서 간호의 전문화를 도모하고 있다.

그 동안 법적으로 인정받지는 못했지만 일부병원에서는 자체적으로 일정기간 전문분야의 교육과 훈련을 마친 간호사를 전문 간호사로서 인정하고 주로 Physician Assistant로서의 역할을 수행해왔다. 대한간호협회는 지난 수년간 기존 4개 분야 전문 간호사의 질적 향상을 꾀하고 전문 간호사의 확대 실시를 제도화할 것에 많은 노력을 기울여왔다. 그 결과 2003년에 6개 분야가 추가되어 10개 분야로 확대되었다.

의료기술 발달과 의료 서비스 다양화로 국민 의료비 부담은 늘고 있으며 2000년 의약분업이 실시되고 건강보험수가가

현실화되면서 건강보험 재정에 많은 어려움을 겪고 있는 정부는 건강보험 재정 절감을 위한 노력의 일환으로 전문 간호사의 효과적 운영을 통해 양질의 서비스를 제공하면서 국민 의료비 절감 효과를 유도하는 방향으로 추진해나갈 것으로 예상된다.

현재 우리나라의 전문 간호사는 전체간호사의 약 3.4%로 미국의 6.3%, 일본 6.4%(Lee, 2002) 외국에 비해 적지만 10개 분야로 확대되면서 앞으로 그 수가 증가될 것이다. 그러나 전문 간호사의 무분별한 양적 확대는 과잉 공급으로 이어져 고분분야에서 차별화된 역할을 수행하지 못하고 유명무실화될 가능성을 내포하고 있음을 고려할 때 양적 확대는 신중을 기해야 할 것이다. 전문 간호사로서의 필요성이 적고 질적 수준이 담보되지 못하면서 역할이 뚜렷하지 않은 전문 간호사 배출은 전문 간호사의 역할정립 및 질 관리에 바람직하지 않다고 본다.

따라서 의료법에 의한 전문 간호사외에 병원에서 자체적으로 운영되고 있는 전문 간호 과정의 정비, 교육 내실화를 통한 양질의 인력양성, 전문 간호사의 차별화된 역할정립, 타 의료 인력과의 협력체계 구축, 정부의 제도적 뒷받침, 가시적인 국민의료비 절감효과 등은 전문 간호사 제도 정착화를 위한 과제일 것이다.

(3) 간호정보시스템 도입

정보화 사회로의 진입이 빠르게 이루어지면서 1977년 의료보험제도 도입과 더불어 진료비청구 업무를 효과적으로 처리하기 위한 수단으로 병원업무의 전산화가 활성화되기 시작하였다. 그 이후 빠른 의료 환경 변화에 대응하고 병원의 경쟁력을 높이기 위하여 병원정보시스템 도입이 일반화되었고 간호정보시스템 도입은 1990년 이후에 본격적으로 이루어졌다.

간호정보시스템은 간접간호 시간의 대부분을 차지하고 있는 실무적인 간호업무의 간소화, 신속화, 정확성의 향상, 정보공유를 통해 시간과 인력을 직접간호에 효율적으로 활용할 수 있어 간호의 생산성을 높이고 환자의 만족도를 증가시키는데 그 목적이 있다.

Park 등(2000)이 전국 80병상 이상의 병원(411개)을 대상으로 한 간호업무 전산화 실태조사에 의하면 설문에 응한 116개 병원 중 114개(98.3%) 병원에서 병원전산화가 도입되어 있는 것으로 나타났고, 그 중 병동에서 간호업무의 전산화는 78개(67.2%)에서 실시하고 있는 것으로 나타났다.

Choi 등(2003)의 연구보고에 의하면 간호정보시스템 도입 후 간호사의 66.9%가 직접간호 업무의 변화가 있었다고 보고하였고, 향후 환자교육, 간호순회, 위생 간호 등의 업무가 증가되어야 한다고 인식하고 있는 것으로 나타났다. 그러나 간호정보시스템 도입 전후 직접 및 간접간호 시간을 실제로 측

정한 결과 직접간호 시간은 평균 13.7분이 증가되었고 간접간호 시간은 평균 4.2분 감소된 것으로 나타나 간호정보시스템 도입으로 간접간호의 업무가 1/3로 감소하고, 직접간호 시간이 증가되었다는 외국의 보고(Pabst, 1996; Axford & Carter, 1996)와 비교할 때 기대한 만큼 직접간호 시간이 증가되지 못하고 아직도 간호사들이 간접간호에 많은 시간을 할애하고 있음을 알 수 있다.

현재까지 간호정보학은 병원정보시스템 중심으로 간호기록시스템 개발에 중점을 두어왔고 간호기록시스템도 각 기관별 특성에 맞게 업무중심으로 개발되어있기 때문에 기관들간의 데이터가 상호 교류되지 못하고 있는 실정이다. 따라서 data를 이용하여 정보와 지식을 창출하고 의사결정에 반영하여 간호효과를 증진시킬 수 있는 시스템 개발로 발전시켜야할 것이다. 이를 위해 협회나 학회 차원에서 시스템 개발 회사와 협력하여 표준화된 간호용어를 이용, 기본적인 간호정보시스템을 개발하고 보급함으로써 개발비 절감은 물론 표준화된 간호정보시스템 이용을 유도하는 것이 바람직할 것이다. 또한 간호진단, 간호중재, 간호계획 등 직접간호에 도움이 되는 시스템 개발을 위한 노력이 요구된다.

(4) 임상간호 인력 배치현황

간호서비스의 궁극적 목적은 환자간호에 투입되는 비용과 간호의 질이 균형을 이루어 의료기관과 간호를 받는 대상자 모두가 만족할 수 있도록 하는데 있다. 부적절한 간호인력 상황에서는 환자에게 제공되는 직접간호 시간이 적기 때문에 간호의 질을 높이기 위해서는 효율적인 간호인력 배치가 중요하다.

의료법 시행규칙 28조에 명시된 간호인력 배치 정원은 연평균 1일 입원환자 5인당 2인(요양병원의 경우 6인당 1인, 외래 환자의 경우 12인당 1인)을 두도록 규정하고 있다. 간호사의 적정인원은 간호업무내용의 양과 질, 수행자의 능력, 의료기관의 수준, 환자의 간호요구에 따라 과학적인 연구에 의해 산정된다. 환자의 간호요구에 따라 환자를 1군에서 4군으로 분류한 환자분류제도에 기초하여 연구된 적정 간호 인력은 내·외과 단위의 경우 입원환자 대 간호사의 비율이 종합전문요양기관 1.4:1, 종합병원 1.6:1로 보고되고 있다.

2002년 임상간호사회에서 150병상이상 350개 병원을 대상으로 간호인력 배치현황을 조사한 연구에서 설문에 응한 190개 병원의 운영 병상수 대 전체간호사수를 보면 종합병원의 경우 평균 4.2:1, 종합전문요양기관의 경우 평균 2.0:1 이었다.

또한 일반병동의 운영 병상 수를 기준으로 한 환자 대 간호사의 비율이 종합전문요양기관 3.5:1, 종합병원 5.9:1로 나타나 현재 이러한 인력배치 결과는 다양한 환자의 간호요구를 충족시키고 질적인 간호서비스를 제공하기에는 심각하게 부족

한 수준이라고 볼 수 있다.

Park 등(2000)의 간호인력 비율에 따른 직접간호활동 및 간호결과 분석에 의하면 간호인력 비율이 높을 경우 환자에게 제공되는 직접간호활동량이 많으며 사망률, 합병증률, 재입원률 감소, 재원기간 단축, 항생제 투여, 임상검사 등의 의료서비스 소모가 감소된 것으로 나타났다. 또한 결과적으로 병상 회전률이 증가되어 의료기관의 일병상당 의료수입을 증대시키는 요인으로 나타났음을 제시하고 있다.

임상에서의 간호인력 부족으로 환자간호의 상당부분을 환자보호자, 간호조무사, 간병인에게 떠맡기는 현실에서 간호의 본질인 Caring의 실종, 간호서비스의 질적 저하, 환자들의 의료비부담 증가, 보호자들의 육체적·정신적 부담 등은 간과해서는 안 될 중요한 과제라고 생각한다.

(5) 간호수가체계

요양급여비용은 진료 행위료, 약제비, 진료 재료비로 구성된다. 약제비와 진료재료대는 실거래가로 보상되므로 계약의 대상은 진료 행위료로 보건복지부에서 고시한 자원기준 상대가치제에 따라 비용을 부담할 공단과 지급을 청구하는 의약계 대표자간의 계약에 의해 결정된다.

1996년부터 시범단계로 도입되기 시작한 상대가치 수가제도의 도입은 중전의 의료보험 수가체계의 문제점을 개선하고 국민건강보험에 의해 실시되는 수가계약체의 원만한 시행을 도모하는데 목적이 있었다. 그간 의료기관에서는 원가수준에 못 미치는 의료수가에서의 손실을 보전하기 위해 과도한 약가 마진 요구, 병실료, 식대 등 비급여 항목의 수가를 높게 책정함에 따라 진료왜곡 현상이 발생하였고 보건의료 발전에도 악영향을 끼쳐왔다.

따라서 의약분업 실시와 수가체계개편(진찰료·처방료의 통합, 주사제 처방료, 조제료 삭제, 환자 수에 따른 진찰료·조제료 차등 수가제 도입, 야간 가산율 적용 시간대 조정, 급여 인정기준 합리화, 주사제·항생제 사용 억제제를 위한 약가관리 기준과 외래 본인부담 조정 등)을 계기로 진료 수가를 대폭 현실화한 바 있다.

그러나 현행 행위별 수가제도 하에서는 근본적으로 의료서비스 제공량의 증대 유인을 의료기관에 줌으로서 급격한 진료량 증가와 이에 따른 의료비용 상승의 가속화, 의료서비스 공급 형태의 왜곡, 수가관리의 어려움, 의료기관의 경영효율화 유인장치 미비 등 많은 문제점들이 파생되어왔다.

정부는 이러한 문제점들을 해결하기 위한 방안으로 질병군별 포괄수가제도의 단계적인 추진을 위한 시범사업을 4차에 걸쳐 점차 확대 실시하고 있다. 그 결과 의료서비스 제공 형태와 진료비 형태의 바람직한 변화는 물론 의료의 질 변화, 진료비 청구 및 지급의 단축 등의 효과가 있는 것으로 평가

되었으나 아직 모든 요양기관에 전면 실시는 보류되어 있는 상태이다.

간호수가란 간호사가 대상자에게 제공한 간호행위의 대가로 지불을 청구할 수 있는 간호 관리료 또는 간호료를 말한다. 1988년 간호 관리료가 입원료 내에 최초로 설정되었고, 1995년 일부 간호행위에 대해 보험수가 인정되었으며 1999년 11월부터 간호행위별 수가에 환자 대 간호사 비율에 의거하여 차등 지급되기 시작하였다. 또한 2003년 9월부터 당뇨, 고혈압, 암환자 등을 위한 환자 교육이 수가에 반영되기 시작하였다. 현재 수가에 반영된 간호행위는 간호행위분류 140개 (Park, 2002) 중 37개인 것으로 나타나있다(Sung, 2003).

간호수가체제의 문제점은 간호 관리료가 입원료에 포함되어 있는 점, 간호인력 등급별 원가 보존률이 35.6%~73.4% (Clinical Nurses Association, 2003) 수준에 미치고 있는 점, 특수부서에는 간호료 차등지불제가 아직 적용되지 않고 있는 점, 간호인력 등급만 고려했지 환자의 간호 요구도는 고려하고 있지 못한 점, 다수의 간호행위가 수가에 반영되지 못하고 있는 점이라고 할 수 있다.

의료소비자들은 간병인에 대한 추가비용 지불 없이 양질의 간호와 서비스를 받기를 원하고 있다. 따라서 독립적인 간호수가체계를 확립하고 등급상향을 위한 추가고용 비용을 고려하여 등급별 가산율을 조정, 차등지불제의 원가 보존률을 상향 조정, 모든 간호행위에 수가를 적용, 특수 부서에 차등 지급제 적용 등으로 간호의 경제적 가치를 향상시키도록 간호수가체계가 개선되어야 할 것이다.

2) 지역사회 분야

지난 80여년 동안 보건소 간호사들은 낮은 대우, 열악한 환경에서도 최일선 보건 분야에서 국민건강관리를 담당해왔다. 해방 전에는 임부의 안전한 분만과 영유아의 예방접종 및 영양공급, 해방 후에는 결핵 환자 관리 및 성병 관리, 급성전염병 관리 등 우리나라 전염병 관리에 크게 기여한바 있다. 1960년대 후반부터는 성공적인 가족계획 사업을 이끌어왔다. 90년대 들어서면서 지방자치체의 출범과 지역보건의료계획의 의무화는 지금까지의 긴급한 문제를 그 때 그 때 해결하는 형태의 사업에서 담당 지역사회를 하나의 사업대상으로 하고 그 지역사회를 구성하고 있는 가족을 사업의 최소 단위로 하여 지역주민 요구에 맞는 지속적인 건강관리 사업으로의 전환을 요구하고 있다(Park, 2003).

또한 건강증진법이 제정되면서 정부는 보건소를 중심으로 전 국민의 평생건강 증진사업을 활성화하려는 방침을 세우고 이를 추진하고 있다. 그러나 이를 담당할 중심인력인 간호사 부족으로 여전히 진료 중심의 서비스가 지역주민에게 제공되고 있는 실정이다. 또한 농어촌 지역 일차보건의료를 담당해

온 보건진료원의 부족 현상은 더욱 심각하여 인근지역의 보건진료원에 의해 진료소가 운영되거나 이미 퇴직한 보건진료원을 계약직으로 고용해 운영하는 등 파행이 거듭되고 있다.

2002년 통계에 의하면 우리나라 보건간호 분야 인력은 5,324명(보건간호사 3,535명, 보건진료원 1,789명)으로 과거 10년 동안 보건간호사는 크게 증감되지는 않았으나 보건진료원은 2,039명을 정점으로 감소되어 현재 1,789명이며 계속 도시화의 영향으로 감소는 면키 어려운 실정이다.

2003년 보건복지부가 발표한 자료에 의하면 전국 시도 보건소 가운데 간호사 최소배치기준 충족률을 상회한 지역은 2개 지방자치단체뿐이며 보건진료소의 경우 가장 낮은 지자체는 18.8%에 불과한 것으로 나타나고 있다. 또한 각 지방자치단체별로 기초생활대상자를 중심으로 진행하고 있는 방문 간호사업에 투입할 간호사 부족으로 보건소를 중심으로 전개하고 있는 전 국민 평생건강 보장을 위한 국민건강증진 사업이 실효를 거두지 못하는 원인이 되고 있는 실정이다.

보건교육은 초등교육에서 평생교육에 이르기까지 도덕교육과 함께 국민의 기본교육이라고 볼 수 있다. 그러나 학교보건사업은 전염병 예방을 위한 예방접종이나 학생들의 신체검사, 응급조치 등의 건강관리에 초점을 두고 보건교육은 건강 상담 및 건강관리를 통하여 비정규직으로 시행하는 보조적인 수단에 지나지 않았다. 서울시 교육청의 경우 주당 6시간 이상의 보건교육을 권유하고 있으나 체육 등 관련교과의 수업 시간을 활용해야 하므로 교과영역을 둘러싼 갈등이 심각하며 학교사정에 따라 변수가 많아 불안정한 상태이다. 또한 비정규적인 보건교육도 양호교사가 담당하는 경우는 80%를 약간 상회하였고 다음으로 비전공자인 가정, 체육, 과학교사가 담당함으로써 파행적으로 운영되어왔다.

따라서 학교보건은 과거와는 달리 학교보건관리와 보건교육을 통합한 학교보건교육과정으로 전환하여 단순한 건강관리가 아니라 자기 건강관리 능력을 개발시켜주는데 초점을 두어야 할 것이다.

이런 의미에서 양호교사의 명칭을 보건교사로 변경한 것은 시대적 요구에 부응한 중요한 결정이라 하겠다. 현재 우리나라의 보건교사는 6,231명(2002년)으로 전국 초, 중, 고, 특수학교의 보건교사 평균 배치율은 60%를 못 미치고 있어 40% 이상의 학교가 학교보건관리와 보건교육의 사각지대에 놓여있다. 따라서 교육법 시행령과 학교보건법을 개정하여 보건교사를 의무적으로 배치하도록 하고 보건교과를 정규 교과목으로 신설하는 등 법적, 제도적 개선을 통해 사회적 요구에 적합한 학교보건의 역할을 다할 수 있도록 정비되어야 할 것이다. 또한 보건교사로 명칭이 바뀌면서 대학에서 보건교육, 건강교육을 전공하고 있는 유사 학문분야에서 보건교사로 진출하기 위한 다각적인 노력을 적극 추진하고 있다는 점을 좌시하지

말고 이에 대한 대처에 만전을 기해야 할 것이다.

우리나라 산업 간호의 활성화는 1981년 산업보건안전법 제정, 1990년 한국산업 간호학회, 1994년 한국산업 간호협회 발족을 계기로 시작되었다고 볼 수 있다. 또한 1990년 산업보건안전법이 전면 개정되면서 산업 간호사가 보건담당자에서 보건관리자로 승격되어 그 역할이 다양해졌다.

정부는 기업 활동규제 완화의 일환으로 1997년 산업안전보건 규제를 완화하여 안전보건관리자 선임인원을 3~4인에서 2인으로 감축, 선임의무 면제 대상을 30인에서 50인 미만으로 확대, 안전보건관리자 외부 위탁을 300인 미만에서 전 사업장으로 확대, 안전보건관리자 및 관리 감독자 등에 대한 직무교육폐지, 프레스, 리프트에 대한 정기검사를 폐지하였다. 그 결과 전임보건관리자가 감축되어 산업 간호사의 경우 1996년 1600여명에서 2001년 1300여명으로 줄어들었으며 산업채는 증가 추세에 있어 근로자들의 건강권을 위협하고 있으며 이로 인한 경제적 손실이 12조원 이상 늘어난 것으로 분석되어 보건관리자 선임기준을 강화하고 이들을 위한 직무교육의 복원이 시급한 상태이다.

정부는 1990년 환자의 질병과 장애로부터 회복을 도모하고 장기 입원이나 불필요한 입원으로 인한 국민의료비를 절감할 수 있는 입원대체 서비스 제도로 가정간호제도를 도입하였다. 현재 전국 13개 간호대학을 가정간호 교육기관으로 지정하였고 지금까지 배출된 가정 간호사는 4,671명에 이르고 있다. 1994년부터 병원중심 가정간호 시범사업을 1, 2차에 걸쳐 실시하였고 2001년부터 건강보험을 적용받게 되었으며 2004년 현재 가정전문간호사 요양기관은 전국 종합병원, 종합전문병원, 병의원 등 112개소에 이르고 있다. 이 기관들은 국민기초생활보장 수급권자나 건강보험의 본인 부담금마저 부담하기 힘든 저소득층을 위해 보건소에서 무료로 운영하는 지역사회중심 가정간호(방문간호) 사업과는 달리 병원 퇴원 환자나 의사, 한의사의 의뢰를 받은 건강보험 적용 대상자들에게 기본 방문료와 처치료의 20%, 교통비 100%를 부담토록 하고 질병치료, 합병증 예방, 재활 등 건강관리를 제공하고 있다.

이 제도는 수술 후 조기퇴원환자나 장기만성질환자들에게 의료비 절감 효과를 가져오고 병상가동률을 높여 병원 경영에 도움을 주는 이점이 있으나 가정간호에 대한 국민들의 인식부족, 월 8회 보험 적용, 낮은 보험수가 등으로 전국 모든 의료기관에서 가정간호 사업에 적극참여하지 않고 있어 아직은 활성화 단계에 이르지 못하고 있다. 현재 가정간호사업에 활동 중인 가정간호사는 약 300명 정도로 대부분의 가정 간호사들이 자격만 보유하고 있는 실정이다.

정부는 정신보건법을 제정하면서 제4조 2항에 매5년마다 정신질환자 실태를 조사하도록 규정하고 있다. 2001년도 정신질환실태 역학조사에 의하면 모든 정신질환의 평생 유병률은 30.9%로 상당히 높은 것으로 나타났다(알콜 사용 장애 15.9%, 니코틴 사용 장애 10.3%, 주요 우울 장애 등 기분장애 4.6%, 불안장애 8.8%, 정신분열 등 정신병적 장애 1.1%). 그러나 정신질환에 이환된 모든 환자의 8.9%만이 지난 1년 간 의사, 정신과 의사, 기타 정신건강전문가에게 상담을 받은 것으로 확인됨으로서 정신의료서비스 이용 실태가 지극히 저조한 것으로 나타나 거의 모든 정신질환자들이 방치되어 있는 상황이라고 볼 수 있다.

우리나라의 정신보건시설(정신의료기관, 정신보건센터, 보건소, 정신요양시설, 사회복지시설, 알콜상담센터 등) 전국 1,177개소(2003년)가 있으며 2004년 1,196개소로 확충될 예정이지만 지역사회정신보건시설은 많은 정신질환자들이 이용하기에는 매우 부족한 실정이다. 정신질환자를 간호하는 간호인력은 정신의료기관에서 근무하는 일반 간호사, 정신보건법에 의해 자격을 취득한 정신보건간호사, 의료법에 의해 자격증을 취득하는 정신전문 간호사로 구분된다. 현재 정신보건간호사는 전국 27개 수련기관에서 2,400여명(2002년)으로 이 중 1,230여명이 정신보건의료기관에서, 300여명이 지역사회 정신보건시설에서 근무하고 있고 나머지는 자격증만 소지하고 있어 실제로 지역사회 정신보건 시설에서는 전문 간호사 배치를 의무화하고 있지만 활용되고 있지 못한 실정이다. 정신전문 간호사는 2003년 전문 간호사 제도가 확대되면서 현재 6개 간호대학 석사과정에서 년 55명 정원으로 수련 중에 있다.

그동안 간호사들이 지역사회정신보건 시설에서의 근무를 기피한 이유는 정신보건센터의 경우 정신보건법에 명시되어있지 않고 모든 사업이 시범사업 수준이었으므로 예산도 건강증진기금에서 매우 낮은 인건비가 지급되었기 때문이다. 그러나 정신보건법 개정안 통과와 보험적용 등으로 2004년 7월부터는 간호사 임금이 적정선에서 조정 지급될 것으로 보아 지역사회 정신보건시설 근무기피 현상은 줄어들 것으로 예상된다.

정부는 사회복지제도가 한정된 사람들에 대한 보호와 단순구제의 기능에서 벗어나 국민 전체를 대상으로 하는 보편적 복지체제로 전환되어야 할 필요성을 인식하고 국민기초생활보장제도 시행, 사회 복지법을 제정함으로써 사회복지제도의 전반적인 재정비를 추진하고 있다. 따라서 향후 사회복지 시설은 거주자의 기본적인 의식주 해결뿐 아니라 거주자 중심의 다양한 전문적 서비스(보육, 의료, 주간보호시설)를 제공하여 보다 차원 높은 삶의 질을 보장하는 사회적 장치로서의 역할을 할 것이다. 이를 위해서는 인력배치기준과 인건비 지급기준의 현실화를 통해 전문 인력의 확보가 선행되어야 한다.

간호사들에게 사회복지시설 개설권이 허용된 것은 매우 다행스러운 일이나 핵심 전문 인력으로 적합한 직종은 간호직임에도 불구하고 정부에서는 기존의 행정직 공무원을 기초생활보장 및 취약계층 업무 전반을 담당하도록 사회복지전담 공무원으로 전환 배치하고 확대된 사회복지사업을 담당할 전문 인력을 사회복지사로 적극 활용하는 방안을 모색하고 있다(Park, 2003). 이미 정부는 국민기초생활 보호대상 수급세대 100세대 당 사회복지사 1명 배치를 법제화함으로써 현재 법적 정원은 7,144명으로 향후 계속 증원될 전망이다.

Park, Park과 Im(2004)의 보고에 의하면 전국 1,622개소 사회복지시설 중 484개소에 704명의 간호사가 근무하고 있어(간호사 1명이 근무하고 있는 경우 388개소) 전체의 약 30%에 불과하였고 이 중 80%의 시설이 단 한 명의 간호사만을 고용하고 있는 것으로 파악되었다.

사회복지시설에 근무하는 간호사들은 수적인 열세와 제도적 장치 미비, 불합리한 처우, 협회차원의 지원 부족, 업무지침의 부재, 교육기회의 제한 등 여러 요인들로부터 파생된 복합적인 문제로 많은 갈등과 혼돈을 겪고 있는 것으로 나타났다(Park et al., 2004). 앞으로 사회복지 시설에서의 간호사가 전문직으로서의 역할과 기능을 충실히 이행하기 위해서는 간호사 의무적 채용에 관한 법적 기준 마련, 사회복지 시설에서의 간호사의 역할 정립, 부당한 대우에 대한 처우개선, 업무환경 향상, 보수교육 및 재교육 프로그램 개발 등을 위한 노력이 요구된다.

3. 간호연구 분야

간호연구는 간호 지식체를 발전시키기 위하여 이론을 개발하고 이론을 검증하여 실무를 향상시키기 위한 목적으로 시행된다. 우리나라의 간호연구는 1962년 석사학위과정 개설 이후 학위논문들의 필요성에 의해 시작되었으며 1970년 대한간호학회 창간, 1978년 박사학위과정개설, 1989년 ICN 개최, 1997년 간호학과 평가를 계기로 수적인 증가는 물론 수준 면에서도 국제적 수준으로 비약하였다.

1970년 대한간호학회지 발간을 시작으로 현재 전국 규모의 학회로서 연간 2회 이상 정기적으로 발행되는 순수 간호학회지 종류만 15종 이상에 이르며 간호 관련 학회지, 대학 간호과학연구소지, 대학논집, 임상전문분야에서 발행되는 각종 학술지 등을 포함하면 적어도 50종 이상이 될 것으로 추측된다.

2004년 봄 학기에만 간호학 박사 59명(보건학 박사 포함 64명), 간호학 석사 207명(보건학, 교육학, 행정학, 사회복지학 포함 325명)이 배출되어 연간 간호학 박사 100여명, 간호학 석사 400여명이 배출되고 있음을 감안할 때 연간 발표되는 간호학 연구논문은 줄잡아 1,000여편이 될 것으로 추산된다.

연대별 간호연구의 경향을 보면 60년대에는 대개 간호업무 분석, 간호 인력의 수요공급, 교육과정의 평가, 행정제도 등 설문에 의한 조사연구가 주류를 이루었고 70년대에는 간호행위, 간호사 자질, 간호대상자 등 이론적 연구보다는 실제 연구와 역시 조사연구가 주류를 이루고 있는 것으로 나타났다. 80년대 이후부터는 상관성 연구, 실험 연구, 비교 연구가 증가하였고 연구대상도 다양한 연령층의 건강한 사람으로 확대되고 있어 간호의 대상이 환자뿐 아니라 건강인의 건강유지·증진으로 넓혀지고 있음을 볼 수 있다. 또한 간호연구가 실시되는 장소도 병원 이외에 학교, 외래, 가정 등으로 연구장이 확장되는 경향이 나타났다. 90년대 이후에는 유사실험연구를 통하여 다양한 간호 과정이나 간호중재의 효과를 봄으로서 간호중재를 개발하기 위한 연구들이 늘어나는 양상이 두드러지게 나타났다. 또한 간호연구방법의 다양화로 질적 연구 방법을 이용한 연구가 증가됨으로서 현상에 대한 이해를 통한 귀납적 방법을 이용한 이론과 지식체 개발이 늘어나고 있음을 알 수 있다.

대한간호학회지 창간호에서 1999년도까지 959편의 논문을 분석한 “대한간호학회지 논문 분석을 통한 국내 간호연구 동향”(Choi et al., 2000)에 의하면 90년대로 들어오면서 학위논문보다는 일반논문의 게재 비율이 증가하고 공동논문과 연구비 수혜 논문의 비율이 증가한 것으로 나타났다. 간호연구의 대상으로 간호사, 간호 대학생 대상 연구는 점차 감소된 반면 환자, 환자 간호, 사회 건강인 등으로 다양하게 변화되었고 간호 주요 개념인 인간, 건강, 간호에 관한 연구는 꾸준히 중요 연구 분야로 다루어져 왔으나 환경 관련 연구는 매우 부족한 것으로 지적되었다. 또한 연구수준의 양적 질적 향상이 이루어지고 있고 90년대 후반부터는 질적 연구방법 이용이 증가되기 시작하여 양적 연구와 함께 간호지식체 발전을 위한 중요 연구 방법으로 자리잡아가고 있는 것으로 나타났다.

또한 과거에 거의 전무하다시피 했던 임상간호사에 의한 연구가 매년 증가 추세에 있어 연구와 실무를 연결하려는 경향이 뚜렷이 나타나고 있다. 1970년부터 1979년까지 대한간호학회지와 대한간호에 게재된 간호연구논문 318편 중 임상간호사에 의한 논문은 13편(4.1%)으로 연간 1.3편이었고(Kang & Lee, 1980), 1983년부터 1990년까지 대한간호학회지, 대한간호, 중양의학에 게재된 간호연구논문 389편 가운데 임상간호사에 의한 논문은 32편(8.3%)으로 연간 4편 정도에 불과하였다. 그러나 1995년 이후 임상간호에 분야별 간호사회가 결성되고 대학병원급 의료기관 간호부서에서 학술대회 또는 연구결과 발표회를 정기적으로 개최하면서 임상간호사들의 연구활동이 활발해지고 있다. 임상연구 실태조사(Kim, 1999)에 의하면 95년부터 99년까지 연간 평균 103.5편의 연구가 이루어졌고 매년 증가 추세에 있음을 보고하였는데 이는 석사학위

소지자의 약 50%가 임상에서 근무하고 있는 것과 무관하지는 않다고 보여진다.

이와 같이 간호연구 편수가 폭증하고 질적인 수준도 향상되었으나 여전히 탐색과 기술을 목적으로 하는 연구가 높은 비율을 차지하고 있고 간호 지식체 개발에 궁극적 목적인 간호이론 개발까지 연결시킨 연구는 매우 부족한 점을 간과해서는 안 될 것이다.

따라서 앞으로 임상실무와 이론개발에 쓰여져서 연구, 이론, 실무의 고리역할을 할 수 있는 연구가 되기 위해서는 연구를 위한 연구가 아니라 연구결과를 실무현장에서 실제로 활용할 수 있는 연구, 많은 연구의 축적을 위해 후속 연구로 연결될 수 있는 연구, 실무에서 간호중재의 효과를 측정할 수 있는 연구설계, 자료의 타당성을 뒷받침할 수 있도록 인과관계를 강화할 수 있는 생리적 변화, 관찰 등 보완방법에 의한 자료 수집, 변화·과정·장기적 결과를 알기 위한 중단적 연구, 보건정책 입안까지 연결시킬 수 있는 살아있는 연구들이 수행되어야 할 것이다.

4. 간호정책

간호의 정책 방향을 총괄하는 기구는 대한간호협회로 대정부, 대사회, 대회원에 관한 간호정책을 계획하고 주도하며 전문직 단체로서의 기능, 규제 기구로서의 기능, 근로자 단체로서의 기능을 하고 있다.

대정부에 관한 간호정책을 추진하기 위해서는 간호사들의 적극적인 정치 참여가 필수적이라는데 뜻을 모으고 1991년 간호정우회를 발족하였으며 그간 간호정치인을 배출하는데 적극적인 후원과 지원을 아끼지 않았다. 이들 간호 정치인들은 20만 간호사들의 권익을 위해 대정부 차원에서 많은 활약을 함으로서 국내외적으로 간호의 위상을 높이는데 크게 기여하고 있다.

최근 대한간호협회는 대정부 활동을 강화함으로써 전문 간호사 제도화, 노인복지법에 간호사 노인의료복지시설 개설권 확보, 공무원 전직시험 면제에 전문 간호사 자격증 포함, 의료법 개정을 통한 병원중심 가정간호 법제화, 보건진료소 폐소 저지, 양호교사를 보건교사로 명칭 변경, 간호 관리료 차등 지급제 실시 등의 성과를 이룩하였다.

현재 간호협회의 대정부 차원으로 추진하고 있는 정책은 간호교육제도 일원화와 간호단독법 제정으로 수 차례에 걸쳐 해당 정부 부처에 그 당위성을 건의하였고 2003년 10월부터 12월까지 간호사, 학생, 일반인을 대상으로 서명운동을 벌여 352,574명의 서명을 받아냄으로서 법적 추진의 기반을 마련하였다.

현재 간호업무에 대한 법적 규정은 의료법, 학교보건법, 모

자보건법, 농어촌 특별조치법 등 10여종의 법률에 산재되어 있어 간호사의 책임 한계와 법적 보호 범위가 모호할 뿐 아니라 현 의료법은 의사, 의료기관 중심으로 기술되어 있어 간호업무의 지도 감독이 소홀하며 간호 활동에 따르는 책임 소재를 판단하기 어려운 실정이다. 특히, WTO/DDA 협상으로 의료인력 유입의 가속화가 예상되므로 간호법 제정은 간호업무에 대한 법적 규제와 책임을 강화하고 간호의 질적 수준을 확보하기 위해서도 반드시 이루어져야 할 것이다.

또한 대한간호협회는 사회가 요구하는 간호의 책무를 다할 수 있는 능력 있는 간호사 양성 및 간호서비스의 질적 보장을 위한 사업수행을 목적으로 2003년 10월 한국간호평가원을 창립하여 2004년 2월 보건복지부로부터 사단법인으로 설립인가를 받았다. 앞으로 한국간호평가원은 간호사 면허자격시험 및 관리에 관한 연구와 정책개발 등에 관한 사업, 모든 간호 교육프로그램의 인정평가에 관한 사업, 간호계 저작권 보호 및 간호의 질 관리에 관한 사업, 정부로부터 위탁받은 관련사업 등을 추진해 나감으로서 간호 발전을 위한 자율조정기구로서의 역할을 담당할 것이다.

간호협회는 고령화 사회 문제를 인식하고 1999년부터 전국 지부에 노인 간호 봉사단을 발족하여 노인들의 건강관리에 앞장서 왔다. 보건복지부에서는 고령사회에 대비하기 위하여 노인복지법을 개정, 실버노인전문요양시설에 대한 법적 근거를 마련하였으며 2007년부터 공적노인요양 보장제를 실시할 방침이다. 공적노인요양 보장제는 기존 건강보험과는 별도로 중풍, 치매 등 6개월 이상 간호가 필요한 65세 이상 노인질환자와 45세 이상 노인성 질환자를 대상으로 국가가 각종 서비스를 책임지는 제도이다. 이에 따라 2007년까지 노인전문 간호사 14,316명 양성, 방문간호시설 1,204개소, 요양전문시설 1,156개소를 설치하고 가정전문 간호사와 노인전문 간호사가 이 시설을 운영토록 할 계획이며 2020년까지 점차 확대해 나갈 방침이다.

따라서 대한간호협회는 지난 12월 사회복지법인 대한간호복지재단을 설립하여 2004년부터 실시되는 실버노인전문요양 시설 운영 사업에 참여하고 2007년 시행 예정인 공적노인요양제도의 시범기관으로 참여할 계획이다.

사회복지재단 설립은 간호사의 복지사업으로서의 역할 확대 측면에서 매우 큰 의미를 갖는다. 사회복지재단 설립으로 인해 간호사 고용 창출, 노인전문요양시설 관리 운영 시스템 개발, 전문요양사업 기획단 운영으로 질적 관리 가능, 공적노인요양 급여제도 시범기관, 간호사들의 창업 지원, 대국민 사업을 통한 전문 간호사상 확립, 간호협회의 미래수익사업 기반 마련 등의 기대효과가 클 것이다.

또한 사이버 보수교육 실시, 회원 고충 상담실 운영, 법률자문, 회원 복지정책 수립, 각종 민간 자격증 제도 운영(발 관

리, 아로마, 경락, 밸런스 taping, 보건교육사 등), 창업안내, 회원 근무환경 개선을 위한 정책 마련 등 회원들의 권익보호, 자질향상, 역할 확대를 위한 정책을 수립 시행하고 있다.

5. 간호영역 확대와 창업

의료 환경의 변화와 사회적 요구에 따라 호스피스, 대체요법, 항공간호, 목회간호, 교정간호 등 특수간호영역이 확대되어가고 있다. 특히, 한국의 호스피스는 1965년 강릉 갈바리의원에서 시작하여 1980년대 가톨릭대학교 병원을 중심으로 발전하였으며 현재 전국 64개의 의료기관, 종교기관, 사회복지기관에서 호스피스 프로그램이 운영되고 있다. 1995년 가톨릭대학교 간호대학은 WHO로부터 호스피스 완화의료협력센터로 지정받아 호스피스 교육연구소를 개설하고 1년 과정의 호스피스 간호사 교육프로그램을 실시하여 현재 400여명의 전문 간호사를 배출하였다. 앞으로 호스피스 전문 간호사 제도 도입을 계기로 그동안 제도적으로 자리매김을 하지 못했던 호스피스 간호 분야가 활성화 될 전망이다.

한편, 노인복지법(1998년), 정신보건법(1995년), 건강증진법(1995년) 등이 제정되면서 과거에 간호사들이 유일하게 창업할 수 있었던 조산원 이외에 간호사들이 시설장이 되거나 창업할 수 있는 분야가 다양해지고 있다.

조산원, 노인 간호센터, 사회복지시설, 아동보육센터 등 근거법에 의해 창업할 수 있는 분야 외에도 일반인들도 개설 가능하지만 간호학적 학문 배경이나 간호실무 경험이 바탕이 되어 대상자들로부터 신뢰받을 수 있는 유리한 위치에서 창업할 수 있는 분야로는 현재 산후간호센터, 대체간호센터, 간호조무사 학원, 병원직원 교육기관, 건강교육 및 상담센터, 언어·청각 장애를 위한 특수치료실, 보험심사청구 교육 및 대행기관, 의료분쟁 건설팀 등이 있고 신규창업 분야로는 의료관련 컨설팅 회사, 인력 교육 및 파견 기관 등이 부상하고 있다. 현재 간호사들이 창업하고 있는 간호 관련 창업 업종은 약 30여종에 이르는 것으로 파악되고 있다(KNA Home page).

대한간호협회는 회원들을 위한 각종 창업 소개 및 창업 방법과 절차 등을 안내하고 창업회원들 간의 연계를 도모하며 창업 준비를 위한 민간자격 교육 프로그램을 개발 운영하는 등 회원들의 창업을 적극 지원하고 있다. 새로운 창업 분야를 개척하고 이를 위한 준비만 한다면 간호사 창업은 계속 늘어나고 확대될 전망이다.

결 론

현재 우리나라는 다양성의 원리가 강조되는 사회, 전문적인 분야가 요구되는 전문화 사회, 복지에 대한 관심과 욕구가 분

출되는 사회, 친환경적인 생활을 추구하는 사회, 고령화 및 핵가족화 사회, 과학기술 이용이 극대화되는 초현대 환경으로 진입하였다.

초현대 사회에서 보건의료 서비스는 이제 인간의 삶의 필수품이 되었다. 보건의료는 시대에 따라 그 관심과 정책을 달리하게 마련이다. 과거에는 과학기술의 힘으로 병을 치료하는 것이 건강관리의 중요한 전략이었다. 또한 질병 자체에 대한 치료의 노력만이 아니라 질병 유발 환경을 철저히 차단하기 위한 환경위생관리, 영양상태 개선, 운동 등으로 건강위해 요인으로부터 인간의 건강을 지키기 위해 노력해 왔다.

그러나 인구의 고령화는 필연적으로 암, 당뇨병, 순환기 장애 등의 만성퇴행성 질환의 증가를 가져왔고 산업화, 도시화, 조직사회화, 개인주의화, 격심한 경쟁으로 인한 스트레스와 긴장, 핵가족화와 가족의 결속력 약화로 인한 세대간 단절은 정신질환의 증가를 가져와 그 범주와 대상이 전 연령층으로 넓혀지는 새로운 보건문제가 되고 있다. 또한 대부분의 인구가 산업 활동에 종사하게 되면서 산업보건은 특수직종에 국한된 문제가 아니라 현대생활인 모두의 관심사가 되고 있으며 새로운 형태의 예기치 못한 질병은 언제나 나타날 개연성을 가지고 있어, 상당기간 새로운 질병과의 투쟁이 불가피하게 되었다.

정부는 국민에게 건강에 대한 가치와 책임의식을 함양하도록 건강에 관한 바른 지식을 보급하고 스스로 건강한 생활을 실천할 수 있는 여건을 조성함으로써 국민의 건강을 증진하는 적극적 개념인 사전 예방적 건강증진 정책을 통해 삶의 질을 높이고 국민 의료비를 절감하는 이중의 효과를 얻기 위해 노력하고 있다.

예방적 건강증진 중심의 보건의료 정책에는 보건교육자, 건강문제 상담자, 영양 지도사, 행위교정 치료사, 운동치료사 등 각 계층의 참여가 확대될 수밖에 없고 분담과 협력관계를 통해 그 기능이 충분히 발휘되어야 할 것이다. 이 중 상당부분을 간호가 담당하여 핵심적인 기능을 하여야 한다. 이미 서구 여러 나라에서는 간호 전문 인력의 투입으로 양질의 보건의료 서비스를 저렴하고 용이하게 제공하여 의료비 절감 효과와 국민들의 건강증진을 통해 삶의 질을 높이는데 성공한 사례들이 많이 있다. 그러나 아직까지 건강유지를 위한 보건의료는 민간부문의 병원을 중심으로 이루어지는 치료적 기능이 비대한 실정이다. 기존의 자원과 제도에 어떻게 새로운 방향을 제시하고 전문성을 갖춘 각 계층의 이해관계를 조정해 나갈 것인가가 해결과제이다.

과거의 질병치료중심환경에서 간호가 care giver로서의 역할이 강조되었다면 예방적 건강증진중심 환경에서의 간호는 educator, consulter, practitioner, manager, coordinator의 역할을 요구하고 있다.

이제 우리는 임상에서의 인력배치문제, 간호수가문제, 의료 서비스 표준화문제, 전문화에 따른 역할 정립과 대우문제 등을 해결하기 위한 노력은 물론 지역중심, 건강증진 중심의 보건의료정책에서 요구되는 다양한 역할들을 수행할 능력과 자격이 있음을 사회에 알림으로서 “병원에서 일하는 간호사”라는 image에서 지역사회에서 건강을 관리하는 자, “국민건강증진에 중요한 역할을 하는 전문가”이라는 image를 심어주도록 노력하여야 할 것이다. 이를 위해서는 우선 교육제도의 일원화와 community based된 간호교육, 교육의 질 평가를 통한 표준화 등 교육제도의 변혁, 간호 역할과 업무환경 개선에 대한 법적 보장을 받을 수 있는 간호법제정, 다양한 영역개발과 이를 전문화하기 위한 법적, 제도적 노력, 유사보건의료 직종간 명확한 업무 경계를 통한 독자성 확립, 간호의 경제적 가치 창출을 위한 노력을 하여야 할 것이다. 또한 첨단의료기기의 사용으로 기계화되어 가는 간호현장에서 간호는 간병(看柄)이 아니라 간인(看人)이기 때문에 전인간호가 더욱 강조되어야 할 것이며 의료발전에 중요한 열쇠를 쥐고 있어 현재 가장 각광을 받고 있는 생명과학은 인간의 수명연장과 질병 없는 사회를 만들겠지만 동시에 생명존중과 생명윤리의 확립 문제가 더욱 구체적으로 제기될 것임을 명심하여야 할 것이다.

References

- Axford, R L., & Carter, B. E. L. (1996). Impact of clinical information system on nursing practice-nurses perspectives. *Comput Nurs, 14*(3), 156-163.
- Cho, N. K. (2004). The role of mental health nurse practitioners and policy suggestion of mental health, a collection of seminar for the korean psychiatric mental health nurse practitioner training course.
- Choi, K. S., Song, M. S., Hwang, A. R., Kim, K. H., Chung, M. S., Shin, S. R., & Kim, N. C. (2000). The trends of nursing research in the journal of the korean academy of nursing. *J Korean Acad Nurs, 30*(5), 1207-1217.
- Choi, W. J., Park, S. H., Park, I. S., & Shin, H. J., (2003). The effects of nursing information system on the nursing job: focused on direct and indirect nursing time, the number of cases and of patient's treatment fees. *J Korean Soc Med Inform, 9*(2), 163-169.
- Kang, Y. H., & Lee, S. J. (1980). Research the trends of research reported in korean nursing journals, *the Korean Nurs, 19*(3), 54-59.
- Kim, M. W. (1999). Survey on the clinical nursing research. *the Korean Nurs, 38*(4), 70-76.
- Korean Nurses Association Homepage
<http://www.koreanurse.or.kr>
- Lee, Y. H. (2002). The legal perspective for nurse specialist: the present status and perspective of system for nurse specialist. (A collection of spring conference in commemoration of the science day). *Korean Academy of Nursing, 21-27*.
- Pabst M. K., Scherubel J. C., Minnick A. F. (1996). The impact of computerized documentation on nurse's use of time. *Comput Nurs, 14*(1), 25-30.
- Park, E. S., Park, Y. J., & Im, J. Y. (2004). A study on the factual survey and the role promotion of working nurses at social welfare facilities. *the Korean Nurs, 1*(2), 62-82.
- Park, H. A., Oh, H. S., Hyun, S. K., & Yoon, S. J. (2000). A survey study of nursing information systems implementation in korean hospitals. *J Korean Soc Med Inform, 6*(1), 11-21.
- Park, N. R. (2003). Public health nursing practice and advanced nurse practitioner. *Public Health Nurs News, March*. 5-23.
- Park, N. R. (2002). Analysis of direct nursing activity and nursing outcomes related to nursing personnel ratio. (A collection of spring conference in commemoration of the science day). *Korean Academy of Nursing, 31-32*.
- Sung, Y. H. (2003). Current status of nursing cost, "a collection of seminar for nursing insurance and economic value of nursing". Korean Nurses Association.