

## 보호자없는 병원과 간호인력 활용방안

유 선 주<sup>1)</sup>

### I. 보호자없는 병원의 필요성

국민의식수준, 생활수준의 향상으로 양질의 보건의료서비스에 대한 요구도는 높아지고 있으나, 인구고령화 및 여성의 경제활동 증가로 가족 내에서 환자 및 노인부양기능은 약화되는 추세에 있다. 입원환자는 의료기관으로부터 충분한 간호간병서비스를 제공받지 못하여 환자보호자가 상주하거나, 사적 간병인의 도움을 받음으로써 간병비의 과중한 부담과 함께 환자 보호자의 사회생활에 차질이 발생하고 있는 실정이다. 실제로 유선주 등(2006)의 조사결과에 따르면 종합병원 입원환자의 60% 이상에서 보호자가 상주하고 있으며, 사적 간병인 이용률은 7.6%, 월평균 환자 1인당 간병비 부담은 120만원 이상으로, 환자 입원시 보호자 또는 간병인 등이 환자 곁에 상주하여 환자를 간병하는 역할을 맡고 있어 보호자없는 병원의 효율적인 운영방안 등 정책 제도화 방안의 모색이 시급한 것으로 나타났다.

### II. 보호자없는 병원의 시범사업과 기대성과

‘보호자없는 병원’이란 ‘적정 간호간병인력의 팀접근에 의한 간호간병서비스의 질 향상 도모’라는 원칙 하에 ‘보호자가 상주하거나 사적으로 간병인을 이용하지 않고 병원차원에서 필요한 서비스를 제공하는 병원’을 말한다.

#### 1. 보호자없는 병원 시범사업 개요

보호자없는 병원은 1994년 제도 도입이 검토된 이후 2007년에 처음으로 1년간의 시범사업이 실시되었다. 그러나 보호자없는 병원 시범사업은 당초 환자가 보호자 또는 개인 간병인을 사적 고용하는 대신 병원이 적정 간호인력을 배치하여 양질의 간호서비스를 제공함과 동시에 병원의 간호사 채용 확대 및 간병인력의 안정적 일자리 제공을 목표로 하였으나, 2007년 시범사업 예산 미확보로 ‘간호사에 의한 양질의 간호서비스 제공’에서 ‘노동부의 사회적 일자리 예산을 지원받는 간병기관의 간병인을 파견받는 사업’으로 사업방식을 전환하여 실시되

1) 한국보건산업진흥원 수석연구원

었다. 당시 시범사업 참여 병원은 건강보험 간호관리료 Ⅲ등급이상 병원에 대하여 시범사업 실시 병동에서는 간호관리료 Ⅱ등급이상 수준(병상수대 간호사수를 종합전문요양기관은 2.5:1미만, 종합 병원은 3.0:1미만)으로 간호사를 집중 투입하고, 시범사업 대상 기준병실에는 간병인을 1인 이상씩 24시간 상주시켜 1일 24시간, 1주 7일간 연속적으로 간호 및 간병서비스 이용이 가능하도록 하였으며, 환자 1인당 부담비용은 병실 종류에 따라 일 1만5천 원~1만8천원 수준으로 산정하였다. 서비스 내용으로는 환자 분류에 의해 간호서비스를 제공하고, 환자의 일상간호에 필요한 구강간호 최소 1회 1회 이상, 세발간호는 최소 3일 1회 이상, 목욕간호는 최소 1주 1회 이상 등 위생간호, 경구식사보조, 운동시 단 순보조 등 기본간호를 직접 제공하는 것으로 하였다. 간병서비스를 제공하는 간병인은 노동부 사회적 일자리 창출사업 예산을 지원받는 다솜이재단 및 한국자활후견기관협회 등 2개 기관을 공급기관으로 하고, 시범사업 병원과 간병서비스 도급계약을 맺어 기관간 상호 업무협력체계를 구축하도록 하였다.

## 2. 보호자없는 병원의 기대성과

환자 및 가족은 간병비 및 가족간병 등 경제적, 정신적 부담에서 벗어나 일상생활 및 직장에 복귀, 여성의 사회참여 또한 확대될 수 있으며, 양질의 서비스를 통해 환자케어 시간 단축이 가능해 질 것으로 기대되며, 시범사업에 투입된 간병인은 교대근무 및 안정적 일자리 확보 등 근로조건 개선의 계기가 되었을 뿐 아니라, 병원 측면에서도 쾌적한 치료

공간 확보 외에 간호간병서비스의 질 향상, 병원 이미지 개선 등의 긍정적인 성과를 기대할 수 있다.

## Ⅲ. 보호자없는 병원의 정책현안 및 간호인력 활용방안

보호자없는 병원을 위하여 입원환자에게 제공되는 간호간병서비스는 노동집약적인 서비스 영역으로 간호인력이 차지하는 비중이 절대적임에도 불구하고, 우리나라 급성기 병상당 간호사수는 0.33명으로 OECD 평균 1.00명, 미국 1.56명, 독일 0.77명보다 현저히 낮아 OECD 평균의 1/3수준에 불과하다(OECD, 2008). 또한 간호보조인력의 경우 50병상 규모 일반병원의 배치 현원이 간호조무사 0.5명, 보조원 1.1명에 불과하여 이들 인력에 의한 간호간병서비스의 제공을 기대하기는 어려운 수준이다(유선주, 장현숙, 김묘경, 최윤경, 2005). 따라서 보호자없는 병원 운영을 위해서는 적정 간호인력의 확보가 필수적으로 전제되어야 하는 것으로 이를 위한 정책현안을 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 간호인력의 업무가 표준화되어야 한다. 보호자없는 병원의 간호간병서비스 제공인력은 간호사 및 간호보조인력으로 구성되어 간호보조인력의 업무는 간호사의 책임 하에 위임하는 것을 원칙으로 하되, 간호사/간호조무사/보조원/간병인 등 직종간 역할구분(업무범위), 업무위임 등의 내용에 대한 충분한 논의를 거쳐 표준화된 지침이 제시되어야 한다. 간호업무별 업무표준과 관련하여 보호자없는 병원 시범사업에 투입되는 간병인의 역할은 기존연구결과(유선주, 장현숙, 김묘경, 최윤경,

&lt; 표 1 &gt; 간호업무별 적합한 간호인력(안)

	간호사	간호조무사	보조원	간병인
위생관리	구강/눈/코/귀/회음부 등 부위별 위생간호, 욕창간호	좌욕간호	침상교환, 환의교환	침상목욕, 통목욕, 세발, 세안, 손발톱 깎기
영양	위장관, 위루를 통한 영양공급 및 유지관리, 비경구적 고양분 투여			경구식사보조
배설	관장, 장루를 통한 배변돕기, 장루 주위 피부간호, 단순도뇨, 인공도뇨관 삽입 및 관리, 방광세척, 뇨단백/뇨비중 측정, 요/변실금 환자 피부간호			대소변시 돕기, 기저귀 교환
운동 및 활동	운동/활동범위 사정 등 환자상태 평가, 수동적 관절운동, 견인시 간호	체위변경	휠체어나 눕는 차 이용한 환자이동, 환자 이동시 부축	운동, 보행기, 목발 등 단순 이동시 보조
교육 및 자문	교육 및 자문 전반			
안위간호	전환 및 이완 요법 제공, 통증 사정 및 관리 등	수면 돕기, 냉/온요법 제공		
치료 및 검사	침습적 처리 시술의 준비 및 보조 전반	대변/객담채취		
투약 및 수혈	직접적 투약행위 전반	경구약 투약 보조, 근육주사 보조, 정맥주사 보조, 피하주사 보조, 피내주사 보조, 흡입약 투약 보조		
측정 및 관찰	혈압/맥박/체온 등 활력징후 측정, 혈당측정, 섭취량/배설량 측정, 중심정맥압 측정, 뇌실압 측정, 환자상태 관찰(의식/피부/전신상태/출혈/언어상태/근육상태/SMC/배액양상 및 배액관 기능 등)	신장측정, 복위측정		
호흡간호	호흡간호 전반(가습기적용 제외)	가습기 적용		
피부간호	단순드레싱, 복잡드레싱, 욕창간호 등 환부에 대한 피부간호 전반	피부마사지		
안전간호	안전간호 전반			
환자간호관리 및 정보관리	환자간호관리 및 정보관리 전반			
의사소통 및 일반관리	단순 전화 응대를 제외한 의사소통 전반	전화 응대 및 물품 등의 전달, 정리정돈		

자료: 유선주, 장현숙, 김묘경, 최윤경(2005). 의료기관 중별 간호인력 활용방안에 관한 연구. 한국보건산업진흥원

2005)를 토대로 간호사, 의사 등 의료진의 감독 하에 구강, 세발, 목욕 등 위생간호, 경구식사보조, 운동 시 단순보조 등 일상적으로 가정에서도 행해질 수 있는 일상생활활동 관련 업무 및 정서적 지지 수행으로 제한한 바 있다.

둘째, 간호보조인력에 대한 사회적, 제도적 합의가 필요하다. 기존 보호자없는 병원 시범사업의 경우, 노동부의 일자리 창출사업 예산 활용에 따라 간병인을 간호보조인력으로 활용한 바 있다. 그러나 보호자없는 병원의 확대운영 또는 건강보험 적용시에는 간호보조인력의 인정범위에 대하여 병원 및 보험자, 간호인력 직종단체간 이해가 첨예하게 대립될 수 있다. 간병인의 경우 여성일자리 창출 차원에서 적극 검토될 수 있으나, 급성기 병원에서의 간병인 활동과 관련, 양성프로그램 및 자격요건 등 간병서비스 제공에 대한 법적 근거가 취약하다. 또한 간호보조인력의 고용형태에 대하여 병원은 정규직 고용보다 계약직 혹은 파견 등 외주인력 활용을 선호하고 있어, 향후 간호조무사를 포함한 간호보조인력에 대하여 파견근로자보호 등에 관한 법률 시행령 제2조(근로자파견의 대상 및 금지업무) 등 유관법령이 검토되어야 한다.

셋째, 의료기관 특성별 보호자없는 병원의 간호인력 기준이 세분화되어야 한다. 의료법 제36조(준수사항) 및 시행규칙 제38조(의료인 등의 정원)에 의한 종합병원 및 병원의 간호사 정원기준은 연평균 입원환자 2.5명당 간호사 1명이나, 간호관리료 차등제는 의료법 정원기준을 위반한 일부등급을 포함, 1~5등급까지는 입원료 소정점수의 등급별 가산을 적용하고 있어 논란의 소지가 있다. 2007년

시범사업은 간호사 및 간병인 배치기준이 기존 연구결과를 토대로 간호관리료 차등제 2등급을 종합병원의 최소수준으로 설정함에 따라 결과적으로 보호자없는 병실 입실환자의 중증도를 경증환자로 제한, 당초 보호자없는 병원의 도입 필요성이 높은 중증환자의 입실을 제한하게 되어 환자보호자의 보호자없는 병원에 대한 요구도를 충분히 반영하지 못하였다. 즉 보호자없는 병원 시범사업은 다인병실 단위, 중증환자 입실제한 등을 전제로 간호관리료 2등급 이상을 최소 배치수준으로 제시하였으나, 보호자없는 병원이 확대운영될 경우는 병동단위 실시 여부 및 병원특성을 고려하여 보다 다양한 간호인력 배치기준을 개발, 제시하고, 이에 따른 배치기준 준수여부를 적절히 관리할 수 있는 방안이 모색되어야 한다.

넷째, 보호자없는 병원 수가체계 개발이 필요하다. 현행 간호간병서비스에 대한 보상은 입원료에 포함된 간호관리료 차등제의 형태로 지급되고 있다. 간호관리료 차등제는 1999년 제도를 도입, 건강보험에서 간호사 비율에 따라 병원 등급을 나누어 각 등급별 입원료를 가산해주는 제도로, 2007년 4월부터 1~6등급까지로만 나뉘었던 등급을 개선, 간호사당 병상수가 60이상인 기관은 입원료의 5%를 감액하는 7등급을 신설, 7등급제로 변경하고, 현행 '기본 입원료 대비 입원료 가산방식'이 '직전 등급대비 입원료 가산방식'으로 바꿈으로서, 간호사의 추가 채용 및 등급 상승을 유도하고 있으나, '08년말 현재 상위 3등급 이상(병상수:간호사수가 종합전문요양기관은 3.0:1 미만, 기타 의료기관(종합병원/병원 등)은 3.5:1 미만)의 비율은 종합병원의

25%, 병원의 4% 미만에 불과한 실정이다. 간호사 등 간호인력의 낮은 배치수준은 현실적으로 병원에서 간호간병서비스를 충분히 제공하지 못함으로써 환자는 간호관리로 뿐만 아니라 환자보호자 혹은 사적 간병인의 형태로 간병비용까지 추가 부담하게 된다.

보호자없는 병원 운영시 추가 발생하는 비용에 대한 제도화 방안 관련, 건강보험 급여 제공시 많은 환자의 선택이 가능한 반면 간호간병서비스가 건강보험 보장성 확대의 최우선 순위여부 및 재정부담 급상승에 대한 논란의 소지가 있어, 보험급여화에 따른 보험료 인상 등 국민 동의가 일정부분 요구되며, 비급여 제공시는 시장가격 형성에 따라 제도 설계는 간단하나, 가격 및 질 통제가 어렵다는 단점을 갖고 있어 각각의 장단점에 대한 검토가 필요하다.

다섯째, 양질의 서비스 제공인력의 공급방안 및 질 관리방안이 검토되어야 한다. 보호자없는 병원 확대시 간호사, 간호조무사 등의 수요증가에 대하여 유휴간호인력의 재교육, 재취업 활성화를 통한 적정인력 공급방안이 병행되어야 하며, 간호보조인력으로 검토될 수 있는 간병인에 대해서는 표준화된 교육프로그램 수립, 자격요건 등 제도권 내에서의 합법적인 활용방안에 대한 심도있는 논의가 진행되어야 한다.

여섯째, 보호자 없는 병원의 간호간병서비스 제공에 대한 질 평가지표 개발 등 질관리방안이 모색되어야 한다. 보호자없는 병원 운영단위에 대하

여 시범사업 참여 의료진은 병동단위 실시(일부병동 적용), 종합병원 간호부서장은 병실단위 실시(다인실 등 일부병실 적용)의 선호도가 높았으나, 현행 간호관리로 차등제는 일반병동 전체에 대해 단일화된 간호관리로 등급이 일괄적용되고 있다. 즉, 일반병동 전체에 대한 간호관리로 등급이 4등급 일 경우 보호자없는 병동에 한하여 1,2등급으로 유지한다는 것은 간호관리로 차등제 관리에서부터 어려움이 심화될 수 있다. 따라서 병원내 일반병동 전체가 아닌 병동, 병실 단위로 운영할 경우를 포함, 간호관리로 차등제에 대한 모니터링을 철저하게 하여 도덕적 해이 등 부당한 비용지출이 발생하지 않도록 철저한 관리체계가 수반되어야 한다.

#### IV. 맺음말

최근 보호자 없는 병원은 각종 언론에서 차별성 있는 일자리 창출 대안사업으로 주목받고 있다. 보건복지가족부는 2010년 주요업무 추진계획 보고를 통해 2010년부터 병원내 간병서비스를 비급여 대상에 포함하여 공식적인 서비스로 전환하고, 2011년 이후에는 건강보험 급여화 검토 등 「간병서비스 제도화 방안」을 마련하기로 하였으며, 이와 같은 제도개선을 통해 환자 및 보호자의 부담경감 및 보건복지분야 일자리 15만개를 창출할 수 있을 것으로 전망하고 있다. 따라서 이와 같은 정책흐름 속에서 보호자없는 병원이 2010년 한 해에 대한 단년도 정책사업으로 종료되지 않도록 간호정책을 포함, 세부 정책방안 수립이 절실히 요구된다.

## 참고문헌

1. 국민고충처리위원회(2006). 고령화 사회 간병서비스의 현황과 과제.
2. 보건복지가족부, 한국보건산업진흥원 (2007). 보호자없는 병원 시범사업 운영안내.
3. 유선주, 장현숙, 김묘경, 최윤경(2005). 의료기관 종별 간호인력 활용방안에 관한 연구. 한국보건산업진흥원.
4. 유선주, 최윤경 외(2006). 보건의료서비스 일자리 창출을 위한 입원서비스 제공 모형 개발. 한국보건산업진흥원.
5. 유선주, 최윤경, 김진현, 조성현, 김유미 (2008). 간호간병 서비스 개선을 위한 시범사업. 한국보건산업진흥원.
6. OECD(2008). Health Data.

**Abstract**

**Increasing the use of nursing staff in hospitals instead of relying on family members' assistance**

**Sunju You<sup>1)</sup>**

The number of nurses per bed at acute-stage hospitals is quite low in Korea compared with other OECD countries. In order to prevent the degradation of the quality of inpatient nursing services due to insufficient nurse staffs, the national health insurance introduced the differentiated nursing care fee system. This did not work as a motive for inducing the employment of nursing staff due to insufficient cost compensation. Because of insufficient nursing staff, family members have to stay with the patient or patients have to hire a personal care attendant. This increases the burden and cost to families. For the activation of hospitals without guardians, there should be policies for raising additional nursing staff such as standardizing jobs among nursing staff, particularly between nurses and nursing assistants, setting adequate standards of staffing in nursing according to medical service, substantiating the cost of nursing under the differentiated nursing care fee system, improving the medical fee system of hospitals without guardians including health insurance payment, supplying nursing staff stably through improving their working conditions such as providing child rearing services and salary increase, clarifying the qualification of personal care attendants working at acute-stage hospitals, developing indexes for assessing the quality of nursing care services, and monitoring for the management of uniform quality.

---

1) RN, PhD, Korea Health Industry Development Institute