

보호자 없는 병원 제도화 방안

Institutionalization of a Patient-Sitter Program in Acute Care Hospitals

유선주*, 최윤경**

한국보건산업진흥원*, 한국방송통신대학교 간호학과**

Sun-Ju You(sunju@khidi.or.kr)*, Yun-Kyoung Choi(ykchoi2012@knou.ac.kr)**

요약

본 연구는 환자 및 보호자의 간병부담을 해결하기 위하여 보건복지부에서 수행한 보호자 없는 병원 시범 사업에 대한 도입배경, 운영방법, 실시성과, 제한점 등에 대한 사례를 검토하고, 이를 토대로 향후 보호자 없는 병원의 제도 도입 필요성, 운영방법 등 제도화 방안을 도출하고자 수행되었다. 보건복지부 시범사업은 2007년 보호자 없는 병원 시범사업과 2010년 간병제도화 시범사업, 두 차례에 걸쳐 실시되었다. 2007년 시범사업의 결과를 살펴보면, 환자보호자의 간호간병서비스에 대한 만족도는 9.1점(10점 만점)으로 높았고, 재이용 의사 97.8%, 추천의사 98.0%로 높았다. 2007년 시범사업에서 도출된 적정 간호인력(안)은 간호사 1인당 2.3인, 간호보조인력 1인당 4.0인으로 나타났다. 2010년 시범사업 결과는 환자보호자 만족도는 8.0-9.1점(10점 만점)으로 높았고, 재이용, 추천 의향도 높았다. 그러나 2007년 시범사업에 비해 의료기관 유형 및 간호인력 배치 수준이 다양한 점 등 제한적인 측면이 있었다. 결론적으로 보호자 없는 병원을 제도화하기 위해서는 적정 간호인력 배치기준 설정, 간호서비스 제공인력 구성 및 업무 표준화, 간호인력 확보를 위한 재원 마련 및 간호요구도 평가, 질 관리 모니터링 등을 위한 정책 개발이 필요하다.

■ 중심어 : | 보호자 없는 병원 | 제도화 | 간호 | 간병 |

Abstract

In an effort to resolve the burden of patients hiring patient sitters, this study sought to review the Ministry-of-Health-and-Welfare-initiated pilot program of running hospitals without patient-sitter to identify its background, operation method, performance results, and limitations. Based on the review, the study derived the necessity of introducing a hospital system without patient-sitter as well as its operation and systemization methods. The ministry-initiated pilot programs were conducted twice: in 2007, and in 2010. A review of the 2007 pilot program revealed that the patients and families' satisfaction score with nursing services was 9.1 points (on a 10-point scale), their intention to reuse the service was 97.8%, and their intention to recommend the service was 98.0%, all high scores. Appropriate nursing manpower, derived from the 2007 pilot project, indicated 2.3 patients per nurse and 4.0 patients per nurse aid. The 2010 pilot project results indicated that the patients and families' satisfaction was high at 8.0-9.1 points (on a 10-point scale), and that the intention to reuse and recommend the service was also high. Compared with the 2007 pilot project, however, the types of medical institutions and the nurse to patient ratios were diverse, offering limitations. In conclusion, to systemize hospitals without patient-sitter, it is necessary to develop policies designed to establish criteria for the appropriate nurse to patient ratio and skill-mix, to standardize the work, to prepare finances for securing nursing staff, to evaluate the nursing demands, and to monitor the quality management.

■ keyword : | Patient-Sitter Program | Institutionalization | Nursing | Caregiving | Patient-Sitter |

* 본 논문은 2010년 국민건강보험공단이 발주한 간병서비스제도화 시범사업 기술지원 및 성과평가 보고서 내용의 일부를 수정하여 작성한 것임

접수번호 : #130312-004

접수일자 : 2013년 03월 12일

심사완료일 : 2013년 06월 03일

교신저자 : 최윤경, e-mail : ykchoi2012@knou.ac.kr

1. 서론

1. 연구의 필요성

입원환자의 보호자가 병원 내에 상주하거나 환자간호의 일부분을 가족이 담당하는 가족간병은 가족 간의 응집력이 비교적 강한 우리의 전통적인 사회문화 양식에 비추어 당연시되어 왔다. 그러나 인구 고령화 및 만성퇴행성 질환자가 증가함에 따라 환자 간병 수요는 증가하는 반면, 경제성장애 따른 생활양식의 변화, 핵가족화에 따른 전통적 의미의 가족기능 축소, 여성의 취업 및 사회참여의 기회 증가로 환자 간병에 대한 가족 간 갈등 및 부담이 증가하였다[1][2].

급성기 병원의 일평균 보호자 상주율은 2006년 상급종합병원 71.2%, 종합병원 61.3%이고, 일평균 상주시간은 평균 18.3시간이었으며[4], 간병인을 이용하는 비율도 2006년 15.8%에서 2010년 19.0%로 점차 증가하는 양상을 보이고 있다[3][5][6]. 병원에 보호자가 상주하는 이유는 환자 개인간호, 환자의 외로움이나 불안감 완화, 환자 증상관찰보고 등으로, 보호자의 주요 역할이 환자 개인간호 및 정서적 지지로 나타났다[1][4][7].

우리나라와 달리 미국, 독일, 일본 등은 입원환자에게 필요한 간병서비스를 의료제도권 내에서 포괄하여 제공하고 있다. 이 중 일본은 1970년대 개인 간병인 활동 증가에 따라 의료의 일관성 및 간호의 질 문제가 제기 되었으며, 사적 간병인 활용에 따른 환자개인의 간병비 부담증가 등을 해결하기 위하여 1994년 이에 대한 보험수가를 신설함으로써 환자가 개별적으로 활용하는 간병인 활동을 폐지, 환자 부담에 의한 간병을 법으로 제한하였다[8][9].

우리나라에서는 간호사 부족과 간병 수요 증가에 대처하고 국민들의 의료이용 편의를 제고하고자 1994년 보건사회부 의료보장개혁위원회를 통해 가족이 간병하지 않아도 되는 병동 제도 도입이 검토된 바 있다[10]. 이후 별다른 제도적 진전을 보지 못하였으나, 2007년 보건복지부 시범사업이 시도되었고, 보호자 없는 병원은 적정 간호인력의 팀접근에 의한 간호서비스의 질 향상 도모라는 원칙하에 병원차원에서 필요한 서비스를 제공하는 병원으로 정의하였다[11][12]. 그러나 2011년

경상남도 등 일부 지방자치단체 및 개별 병원의 보호자 없는 병원 운영 방식은 의료법의 간호사 배치 기준을 준수하지 못한 상태에서 시행되고 있다. 2012년 서울시는 서울시 산하 모든 시립병원의 보호자 없는 병원화를 표방하고, 서울의료원에서는 간호사 배치수준을 간호관리료 1등급 수준으로 법적 기준을 충족하면서 보호자의 사적 부담을 없앤 보호자 없는 ‘환자안심병원’을 운영하고 있다[14].

이러한 상황에서 그간 정부 주도로 진행되었던 보호자 없는 병원 시범사업에 대하여 고찰해봄으로써 향후 보호자 없는 병원 활성화를 위한 기초자료로 활용될 수 있을 것이다.

2. 연구의 목적

본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 보호자 없는 병원 시범사업의 도입 필요성, 운영방법, 실시성과, 제한점을 파악한다.
- 향후 보호자 없는 병원 활성화를 위한 제도 개선방안을 모색하여 제시한다.

3. 용어정의

3.1 보호자 없는 병원

보호자 없는 병원은 적정 간호인력을 확보, 팀접근에 의한 간호서비스의 질 향상 도모라는 원칙하에 보호자가 상주하거나 사적으로 간병인을 이용하지 않고 병원 차원에서 필요한 서비스를 제공하는 병원으로 [8][11][12], 실시단위는 병원, 병동, 병실 등으로 구분할 수 있다.

II. 연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 보호자 없는 병원의 도입 필요성, 운영방법, 실시성과, 제한점 등을 고찰하여 향후 건강보험 제도권 내에서의 보호자 없는 병원 운영 활성화를 위한 제도적 개선방안을 모색하기 위한 종설이다.

2. 연구대상

본 연구는 보호자 없는 병원 관련 2007년 및 2010년 두 차례에 걸쳐 실시된 보건복지부 시범사업을 검토 대상으로 하였다. 2007년 시범사업은 ‘보호자 없는 병원 시범사업’이라는 명칭으로 2007년 6월부터 2008년 5월까지 1년간 진행되었고, 2010년 시범사업은 ‘간병서비스 제도화 시범사업’이라는 명칭으로 2010년 5월부터 2010년 12월까지 8개월간 실시되었다[8][15]. 시범사업 대상병원은 모두 공모를 통하여 선정하였다. 2007년은 건강보험 간호관리료 3등급이상 상급종합병원 및 종합병원 각 2개소 등 총 4개소, 119병상에서, 2010년은 병원급 이상 의료기관으로서 건강보험이 적용되는 다인실을 대상으로 상급종합병원 2개소, 종합병원 5개소, 병원 3개소 등 총 10개소, 313병상에서 진행되었다[표 1].

3. 자료수집

보건복지부의 보호자 없는 병원 시범사업은 참여병원은 사업추진관련 연구기관에서 요청하는 자료를 주기적으로 제출하였다. 두 차례에 걸친 시범사업에서 성과지표로 선정되어 측정된 분석 지표는 미국 간호사협회(American Nurses Association, ANA)[16]의 간호민감성 지표(nursing-sensitive quality indicator)를 참고하고, 문헌고찰, 간호학 교수, 임상간호전문가의 자문을 거쳐서 구조, 과정, 결과 측면에서 도출되었다[표 2]. 구조적 지표로서 간호인력 배치현황, 시범사업 병실 이용 환자 현황 등에 대한 월별·분기별 사업추진 실적과 성과평가를 위한 지표로서 의료감염 및 낙상, 욕창 발생 현황을 조사하여 제출하였다. 사업추진 연구기관은 시범사업 진행에 대한 과정적 평가를 위하여 간호사 및 간병인을 포함한 간호보조인력의 직접간호제공시간을 계획, 조사, 분석하였다. 시범사업의 성과평가를 위하여 실시된 환자 및 보호자 만족도, 간호직원 만족도 조사는 조사대상에게 조사지를 통해 설문조사의 목적과 참여방법에 대하여 설명하고, 설문조사의 전 과정에서 무기명을 유지하고, 조사자료는 연구목적으로 사용될 것임을 명시하였다.

III. 연구 결과

1. 시범사업 목적 및 방법

1.1 2007년 보호자 없는 병원 시범사업

보호자 없는 병원 시범사업은 2007년 6월부터 2008년 5월까지, 1년간 실시되었다. 보호자가 상주하거나 사적으로 간병인을 이용하지 않고 병원차원에서 간호사 등 간호인력을 추가 채용하여 필요한 서비스를 제공함으로써 의료서비스의 질을 높이고, 간호 및 간병에 대한 일자리를 창출하고자 하였다. 그러나 추가 채용인력에 대한 인건비 등 관련 사업예산이 확보되지 않아 ‘간호사에 의한 양질의 간호서비스 제공’에서 노동부의 사회적 일자리 예산을 지원받는 간병기관의 간병인을 과건받는 사업으로 사업목표 및 방법을 대폭 수정하게 되었다. 이에 따라 시범사업에 참여하고자 하는 병원은 건강보험 간호관리료 3등급 이상인 병원 중 시범사업 병동에 간호관리료 2등급 이상(병상수 대 간호사수 비율이 상급종합병원은 2.5:1미만, 종합병원은 3.0:1미만)으로 유지하는 것으로 제한하였다. 간병인은 다인실당 3교대로 상시 근무인력을 1인 배치하되, 간병인의 업무범위는 의료진 감독 하에 식사보조, 운동보조, 세면보조 등 일상생활지원 서비스로 제한하고, 환자는 간병비의 50%를 부담, 시범병원은 보호자 없는 병실 이용환자로부터 1일 1만5천원-1만8천원 수준을 징수할 수 있도록 하였다[8][11].

1.2 2010년 간병서비스 제도화 시범사업

당초 병원 간호인력이 필요한 서비스를 제공하는 보호자 없는 병원이 초기 사업목표였던 2007년과 달리 2010년 간병서비스 제도화 시범사업의 사업목적은 우리나라 실정에 맞는 간병서비스 제공 모델 개발이었다. 즉 기존 환자보호자와의 사적 고용에 의한 간병서비스 제공을 병원을 통한 공식적 서비스로 전환하기 위한 것이었다. 이에 시범사업 병원 및 병동의 간호사 배치는 각 병원별 현행 수준 이상을 유지하는 것으로 완화, 특정 간호관리료 등급을 요구하지 않아 간호관리료 2등급부터 7등급까지 다양하였다. 간병형태는 경중증 및 1:1 간병부터 공동간병까지 환자의 상황에 맞게 다양하

게 제공하는 것으로 계획하였으나, 공동간병을 위주로 진행되었다. 간병 업무범위는 2007년과 유사하게 개인 위생 및 활동보호 등 일상활동 지원 서비스로 제한하였고, 간병료는 환자 본인이 100% 부담하는 것을 원칙으로 하되, 건강보험 지원대상자 및 의료급여 수급권자에 한하여 간병비의 50%를 지원받았다[15].

표 1. 보호자 없는 병원과 간병서비스 제도화 시범사업 비교

구분	2007년 시범사업	2010년 시범사업
시범사업명	보호자 없는 병원 시범사업	간병서비스 제도화 시범사업
시범사업 기간	2007. 6월 ~ 2008. 5월 (1년)	2010. 5월 ~ 2010. 12월 (8개월)
사업목적	보호자 상주가 필요없는 병원 모델 구축	간병서비스 제공 모델(유형) 개발
시범사업 참여기준	기존 건강보험 간호관리료 3등급이상 종합병원 중 시범사업 병동단위는 간호관리료 2등급 이상 유지 - 4개소(상급종합(2), 종합병원(2)), 119병상	병원급 이상 의료기관으로서 건강보험이 적용되는 다인실을 대상으로 공동 간병서비스 운영을 원하는 법인 및 국공립 의료기관 - 10개소(상급종합(2), 종합병원(5), 병원(3)), 313병상
사업예산	별도 예산 지원 없이 기존 건강보험 수가체계 내에서 추진 (시범사업기관, 예산지원 없음)	국비 18억원, 공단 20억원 시범사업기관 당 약 7천만원 지원 (초기사업지원금과 관리운영비 등)
간병비	15,000원(5인실)~18,000원(6~8인실) 환자 부담 50%(50%는 노동부, 사회적일자리 창출사업에서 예산을 확보한 간병기관에서 부담(간병인 1인당 월 77만원 인건비 지원))	30,000(6인실)~54,400원(4인실, 중중) 시범병원별 간병비는 환자본인이 전액부담 ※ 의료급여수급권자 및 간병서비스 신청 전월 건강보험료가 월 43,600원 이하인 가입자 또는 피부양자는 간병비의 50%만 본인 부담
간호사 최소 배치기준	시범사업 병동단위에 간호관리료 등급 2등급 (상급종합 2.5:1미만, 종합병원은 3.0:1미만) 이상 유지	현행 간호인력 확보수준(간호관리료 등급) 이상 유지 (시범병원 2등급~7등급)

2. 시범사업 실시 결과

2.1 2007년 보호자 없는 병원 시범사업

환자·보호자들의 간호, 간병 서비스에 대한 만족도는 10점 만점에 9.1점으로 매우 높고, 다시 진료를 받아야 할 경우 시범사업 시와 같이 보호자 없는 병실을 다시 이용할 의사가 있다는 응답이 97.8%, 주위에 시범사

업 병실을 추천하겠다는 의사표현이 98.0%로 매우 긍정적이었다. 구체적으로는 환자보호자 및 의료진 설문조사 결과, 간병인이 환자를 존중하고 예의바르게 대했는지, 성실성 및 전반적 만족도, 간호사가 환자를 존중하고 예의를 갖추어 대했는지, 이해하기 쉽게 설명해주었는지, 시범사업 병실의 간호서비스에 대한 전반적 만족도 등 환자 만족도와 함께 간호사의 직무만족도가 높았다. 또한 병원측면에서는 이미지 제고 및 홍보 등에 긍정적 효과가 있으며, 환자 보호자 측면에서는 가족간병 및 간병비 부담 경감이 주요 성과로 나타났다[8].

보호자 없는 병원 시범사업군의 간호간병서비스 제공시간을 토대로 적정 간호인력(안)을 도출하였다. 향후 보호자 없는 병원의 적정한 간호인력은 간호인력 1인당 환자수는 1.5인, 직종별로는 간호사 1인당 2.3인, 간호보조인력 1인당 4.0인이 적합한 것으로 제안하였다. 실제 병원 간호인력의 3교대 근무로 환산하면 근무조당 담당하게 되는 평균 환자수는 간호사 1인당 11.3인, 간호보조인력 1인당 19.2인 수준이다. 이에 따라 보호자 없는 병원 확대를 위하여 추가 충원되어야할 소요인원을 산출하면 간호사는 71,647명이 필요한 것으로 나타났다. 간호보조인력은 현재의 사적 간병인의 업무를 간호보조인력의 업무로 전환하여 간호간병서비스 제공시간 조사결과를 토대로 병동단위 배치 시, 34,875명에서 다인실 병실 당 5인 3교대를 적용할 경우 140,968명이 필요한 것으로 추계되었다[8].

2.2 2010년 간병서비스 제도화 시범사업

환자·보호자들의 간호, 간병 서비스에 대한 전반적인 만족도는 2007년과 유사하게 10점 만점에 8.0-9.1점으로 매우 높고, 재이용 의사, 추천 의향도 대체적으로 높은 수준으로 나타나 시범사업에 대한 긍정적인 평가를 받았다. 또한 간병인의 고용형태를 개선하고자, 시범사업 간병인력은 2007년 자활후견기관 및 사회적 기업을 통한 간병인 고용시 적용했던 위탁방식에서 진일보, 직접고용을 원칙으로 하되, 제한적으로 파견을 허용하는 것으로 변화를 시도하였다. 간병인 처우개선의 일환으로 시범사업 병원에 간병인을 위한 휴게 및 탈의공간을 확보하고, 식사시간 보장 등 근로기준법을 준수하도

록 하였다. 간병인 직무만족도에서는 90% 이상에서 시범사업 간병업무에 계속 참여할 의사가 있으며, 주위에서 간병업무를 하고자 할 때 시범사업과 같은 간병인 업무를 추천하겠다고 하였으며, 현재의 간병업무에 대한 직무만족도도 높았다[15].

2007년과 달리 2010년 시범사업 대상병원은 상급종합병원, 종합병원, 병원으로 의료기관 종별이 다양하고, 지역 및 간호관리료 등급도 각기 달라 급성기 의료기관 유형별 다양한 간호서비스 제공양상, 이용환자의 특성 등에 대한 기본자료를 축적했다는 점은 의미가 있다. 실제적으로 의료기관별 간호간병 인력의 배치수준이나 간병서비스에 대한 질 관리에 따라 병원간 편차가 크고, 간호와 간병에 대한 업무범위가 혼재되어 간호사가 제공하여야할 간호업무의 일부가 간병인이나 보호자에게 일부 위임되는 문제가 있음이 간병인 의견조사 및 관찰조사를 통해 노출되었다[15].

3. 시범사업의 제한점

시범사업 방법, 운영상 문제점은 2007년과 2010년 시범사업이 유사한 양상을 보였다.

3.1 시범사업 방법

보호자 없는 병원 시범사업을 통한 환자안전 확보 및 양질의 간호서비스 제공은 적정 간호인력 확보를 기본으로 하나, 두 차례의 시범사업 모두 추가 간호인력 투입을 위한 안정적 재원이 확보되지 못하였다. 이에 시범사업의 보호자 없는 병원 입실 대상 환자 제한 및 간호인력 추가 확보를 위한 정책적 유인동기가 부족하였다는 제도적 제한점이 있었다. 실질적으로는 사업의 주 대상이 되는 간호사는 최소 배치기준을 권고사항으로 제시, 적극적 개선을 하지 못하였고, 보조인력인 간병인 배치에 대해서만 간병인의 인건비를 지원 하고, 환자보호자로부터의 간병비 징수를 허용하였으나, 환자 1인당 1일 간병서비스를 제공받는 시간이 2010년 74.9분이었음에도 불구하고, 간병인이 24시간 환자 곁을 지켜야한다는 시범사업 병원과 환자보호자의 공통적 인식으로 효율적인 간병인력 활용이 이루어지지 못하였다.

3.2 시범사업 운영상의 문제점

시범사업 손실에 대한 재정적 지원이 없어 시범사업 병원 경영의 어려움을 이유로 간병유형별 환자수요에 따른 다양한 유형의 간병서비스 제공이 되지 못하였다. 실제로 별도의 간병비 지원이 없는 근로기준법을 준수, 3교대 근무로 운영되는 간병비에 대한 환자 부담이 증가, 시범사업은 최소 1:3 이상의 다인실 공동간병 위주로만 실시되었다.

시범사업 효과평가를 위한 주요 결과지표인 병원간염(요로감염) 발생률, 낙상 및 욕창 발생률 등 간호 민감성 질 지표는 시범사업군에 한하여 자료를 제출, 자발적 보고에 의존함으로써 정확한 문제의 크기를 파악하는 것에 제한적이었으며, 보고된 건수 또한 과소보고의 가능성이 높은 것으로 판단되었다. 이는 간호사들이 의료과오 보고를 두려워하고, 이를 자발적으로 보고할 수 있도록 의료기관의 시스템이 지원을 해주지 못하기 때문으로 해석된다[17].

표 2. 보호자 없는 병원 관련 주요 지표

영역	지표
1. 구조	간호사, 보조인력 대 환자 비율
2. 과정	총 직접간호제공시간
3. 결과	요로감염, 낙상, 욕창 발생률 간호서비스에 대한 환자만족도 간호사 만족도

IV. 논 의

본 연구는 우리나라 보호자 없는 병원을 제도화하기 위한 방안을 모색하기 위한 연구로 두 차례에 걸친 보건복지부 시범사업의 사례를 토대로 현행 간호 및 간병 서비스 제공체계를 평가하여 사회적 간병부담 해결방안을 모색해보고자 수행되었다. 연구결과를 통하여 도출된 선결과제는 적정 간호인력의 구성 및 배치기준 설정, 간호서비스 제공인력별 업무 표준화, 간호인력 확보를 위한 자원 마련 및 간호요구도 평가 및 질 관리 모니터링 등이다.

첫 번째, 적정 간호인력의 구성 및 배치기준 설정이 필요하다. 적정 간호인력 비율은 양질의 의료 서비스

제공뿐만 아니라 기술적 효율성 측면에서도 중요하다 [18]. 보호자 없는 병원 운영을 위한 소요재원의 추계는 서비스 제공인력인 간호인력의 구성, 배치기준에 따른 인건비 규모에 영향을 받는다. 2007년 보호자 없는 병원 시범사업에서는 적정 간호인력 배치기준 설정을 위하여 간호인력 별 간호간병 서비스 업무유형 및 제공시간에 대한 관찰조사를 실시, 8개 상급종합병원의 환자 분류결과를 적용할 경우 간호인력 1인당 적정 환자수는 1.5명이라는 인력기준(안)을 제시하였다[8]. 이 경우 간호인력 중 간호사의 구성비는 약 60%로 간호사 1명이 환자 2.3명, 간호보조인력 1명이 환자 4명을 담당, 3교대 근무로 환상할 경우 간호사 1명이 환자 11.3명, 간호보조인력 1명이 환자 19.2명을 담당하게 된다. 이는 현행 의료법에 제시된 급성기 병원의 입원환자 5명당 간호사 2명의 기준을 상회하는 수준이며, 간호관리료 차등제 1, 2등급에 해당한다.

그러나 사적 간병인 제도를 폐지하기 위한 일본의 일반병동 입원기본료 최상위 등급인 근무 간호직원 대 평균 환자수 비율인 7 대 1이나, 호주 빅토리아 주 및 미국 캘리포니아 주에서의 내외과계 병동의 간호사 최소 배치기준인 환자 대 근무간호사 비율은 4 대 1로 시범사업에서 제시된 결과보다 높은 수준임을 알 수 있다 [19-21]. 각국의 일반병동 입원환자의 간호요구도가 다를 수는 있으나, 관찰조사 결과가 현실을 반영한 결과임을 고려할 때 의료법 및 간호관리료 차등제에 제시된 간호사 배치기준에 대한 재검토, 종합병원 이상에 대해서는 2.5 대 1, 근무인원으로 환산 시 12 대 1을 환자 대 간호사 최소배치기준으로 설정하되, 추가 연구를 통하여 의료기관 종별, 간호단위별 세부기준을 추가로 제시하는 것이 필요하다. 또한 환자 및 보호자의 알권리 보장을 위하여 간호사 배치기준은 근무조당 상시 근무인원으로 전환하는 것을 검토할 필요가 있다. 또한 현행 간호수가 내에서 배치 가능한 인력수준과 환자분류에 의거하여, 실제로 필요한 간호인력 수준간의 차이를 확인하여 적정 간호인력에 대한 의사결정이 가능하도록 돕는 전산화된 임상 의사결정 지원시스템 개발 및 활용의 확대도 고려해볼 필요가 있다[22].

급성기 입원환자에 대한 간호서비스 제공인력은 크

게 간호사와 간호보조인력으로 구분된다. 간호사의 경우 이미 의료법 등에 의해 간호, 간병서비스 제공이 허용된 의료인이며, 보호자 없는 병원 제도화 시 논점은 관행적으로 환자 보호자 또는 사적 간병인에 의해 제공되었던 일상활동 지원 및 개인위생 서비스 등의 간병업무를 수행할 간호보조인력에 대한 교육 및 자격요건 범위이다. 노인장기요양보험 및 산재보상보험은 각각 노인장기요양보험법 시행령 제11조(장기요양급여 종류별 장기요양요원의 범위) 및 산업재해보상보험법 시행규칙 제12조(간병을 할 수 있는 사람의 범위)를 통해 의료법에 따른 간호사 또는 간호조무사, 노인복지법에 따른 요양보호사 등으로 전문적인 간병을 할 수 있는 사람의 범위를 규정하고 있으며, 요양보호사는 노인복지법 제39조의3에 따라 요양보호사교육기관에서 교육과정을 마치고 시·도지사가 실시하는 요양보호사 자격시험에 합격한 후 노인 등의 신체활동 또는 가사활동 지원 등의 업무를 전문적으로 수행하는 인력으로 노인장기요양보험법 제23조제1항제1호에 따른 방문요양 및 방문목욕에 관한 재가급여 업무를 수행할 수 있는 장기요양요원이다. 건강보험은 간병관련 제반 행위의 대부분을 포괄적인 간호서비스의 범주에 포함하며, 2007년 보호자 없는 병원 시범사업 및 2010년 간병서비스 제도화 시범사업에서 간병인 및 요양보호사를 간호보조인력으로 활용한 바 있으나, 현재까지도 급성기 병원에서 간병업무를 수행하는 인력에 대한 법적 근거는 마련되어 있지 않다. 따라서 향후 보호자 없는 병원 제도화를 위해서는 환자안전 및 입원서비스 질 향상에 기반을 두고, 간호인력 유형별 표준화된 업무에 가장 적합한 간호보조인력의 범위를 설정하여야 할 것이다. 그러나 간호보조인력의 업무내용 및 소요인원은 간호사 배치수준 및 간호업무 지원체계에 따라 영향을 받으므로 적정 간호사 배치에 대한 정책목표 및 검토가 전제된 후에 논의되는 것이 타당하다. 급성기 의료기관에서의 간병대상자는 노인장기요양보험 및 산업재해보상보험에 의한 간병대상자보다 질병난이도 및 환자중증도가 높을 것으로 이들 보험에서 간병인력으로 허용하고 있는 요양보호사를 최소 기준으로 설정하도록 한다. 또한 의료법 제2조(의료인) 및 동법 제80조(간호조무사)의 업무

는 파견근로자보호 등에 관한 법률시행령 제2조(근로자파견의 대상 및 금지업무)에 따라 파견 금지업무에 포함되나, 병원, 요양소, 산업체 및 기타 관련기관에서 환자를 돌보는 시설 개인보호 종사자 및 간병인은 이와는 반대로 동 법령의 근로자파견 대상업무에 포함되고 있다. 따라서 보호자 없는 병원의 간병업무는 간호사와 유기적인 업무협력 관계 유지를 위하여 간병업무 관리 감독의 책임이 사용자업자인 병원에 부여되는 직접 고용을 원칙으로 하되, 제한적으로 파견을 허용하고, 기존의 사적계약관계 및 도급(위탁용역)은 제외하도록 한다 [15].

두 번째는 급성기 병원에서의 간호서비스 제공인력별 업무를 표준화하는 것이 시급하다. 간병을 포함, 간호보조업무를 담당할 간호보조인력의 업무범위는 해당 인력의 교육 및 자격기준에 부합되어야 하며, 간호사의 지시, 감독 하에 수행할 수 있는 업무를 표준화하여야 한다. 2007년 보호자 없는 병원 및 2010년 간병서비스 제도화 시범사업에서는 해당 병실에서 간병인 업무범위를 의사, 간호사 등 의료진의 지시, 감독 하에 구강, 세발, 목욕 등 위생간호, 경구식사보조, 운동 시 단순보조 등 일상적으로 가정에서도 행해줄 수 있는 일상생활 활동 관련 업무 및 정서적 지지 수행으로 제한한 바 있다. 궁극적으로 충분한 논의와 검토를 거쳐 미국의 주별 간호사 실무법(Nurse Practice Act) 및 일본 '급성기 의료에 있어서 간호보조자의 업무범위 사례' 등과 같이 간호인력 별 표준 업무범위를 명문화하는 것이 필요하다 [15].

보호자 없는 병원이 정착되기 위해서는 환자에 대한 긍정적인 태도를 형성하고, 전문지식을 상승시켜 간호의 질을 향상시킬 수 있도록 간호인력의 요구에 맞는 교육프로그램을 개발하여 실시하는 것도 필요하다 [24]. 병원에서 필요한 서비스를 제공한다 해도 50% 정도의 환자 보호자는 환자의 외로움이나 불안감 완화 등 정서적 지지를 이유로 보호자 상주를 희망하고 있어 [4], 환자 및 보호자, 간호인력별 표준 업무에 대한 이해를 높이기 위한 교육내용도 포함되어야 한다. 이와 같은 교육내용이 충실히 수행되기 위해서는 평가인증기구의 인증을 받은 간호사 교육기관의 사례를 토대로 간병인

및 「학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률」에 따른 간호조무사양성학원, 보건복지부령으로 정하는 지정기준에 적합한 요양보호사교육기관 등에 대하여 교육기관 인증 등의 질 관리 및 감독 기전을 마련하는 것도 필요하다 [15]. 또한 보호자가 제공할 수 있는 정서적 지지 등 심리적 간호를 적절하게 제공하기 위해서는 간호인력의 직무스트레스와 소진에 대한 중재프로그램의 개발 및 적용도 요구된다 [25].

세 번째는 적정 간호인력을 확보하기 위해서 안정적인 재원 조달 방안이 마련되어야 한다. 현행 급성기 병원에서 간호인력이 제공하는 간호서비스에 대한 보상은 입원료에 포함된 간호관리료 차등제와 일부 행위별 수가제의 형태로 지급되고 있다. 국민건강보험법 제39조제2항, 3항 및 국민건강보험 요양급여 기준에 관한 규칙 제5조제2항에 의한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 고시개정을 통해 현행 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수가 전문성이 요구되는 진료행위에 대하여 수가를 산정하고 있으며 진료 보조 행위 등은 기본진료료인 진찰료, 병원관리료 및 환자관리료(의학관리료, 간호관리료)로 보상하고 있다. 환자관리료 중 간호관리료에는 간호사의 주사, 투약, 간호, 상담 등의 비용뿐만 아니라 간호기록지 작성, 환자진료보조행위 등의 비용이 포함된다고 밝히고 있다. 일례로 급습처치, 수문섭취 및 배설량 측정의 급여 여부는 행위자에 대한 객관적 규정이 모호하며 대부분 입원환자에게 행하는 기본적인 간호행위이므로 입원환자 간호관리료에 포함되며, 성인배설기능장애간호, 전적인 식사보조, 미온수 스폰지 목욕(Tepid water massage), 일반병실 집중환자간호관리료, 시간당 소변량 측정, 음수량 측정, 활력증후 측정(일 4회 이상), 침상부분목욕 등 또한 입원료의 소정점수에 포함되어 있다 [26]. 이와는 달리 노인장기요양보험과 산재보상보험은 각각 노인장기요양보험법 제23조(장기요양급여의 종류), 산재보상보험법 제4조(요양급여)에서 간호와 간병을 구분, 간병에 대한 별도 요양급여를 실시하고 있다. 따라서 급성기 입원환자는 간호관리료 뿐만 아니라 환자보호자 혹은 사적 간병인의 형태로 간병비용까지 추가 부담하고 있어 보호자 없는 병원 운영시 추가 받

생되는 소요재원에 대해서는 건강보험 급여 및 비급여화의 장단점을 고려한 정책적 판단이 요구된다[15].

보호자 없는 병원 운영시 소요재원을 건강보험 급여화할 경우 간병서비스의 건강보험 보장성 확대의 우선 순위 확보, 건강보험료 인상에 대한 국민적 합의, 재정 부담 급상승에 대한 우려가 제기되고 있다[23], 반면 건강보험 비급여화의 경우는 정부와 보험자가 공급량, 가격, 서비스의 질에 대한 관리기전이 없어 병원의 재량에 맡기는 상태가 되어 환자의 비용부담은 줄지 않고, 간호사 인력 확충 동기가 약화, 간호서비스의 질이 하락, 가격과 질 통제가 어렵다는 단점이 있다[23]. 이에 간호서비스의 질을 보장하고, 환자 보호자의 간병비 부담을 실질적으로 해소하기 위해서는 적정 간호인력 배치기준을 설정한 후 간호관리료 차등제 개선을 포함, 간병서비스의 건강보험 급여화시의 소요예산을 추계하고, 재정방안에 대한 세부적인 논의와 검토가 필요하다[15].

마지막 네 번째는 간호요구도 평가 및 질 관리 모니터링에 관한 부분이다. 보호자 없는 병원 제도화에 따라 간병서비스 제공에 대한 별도의 수가가 추가 지급될 경우 입원환자의 간호 요구도에 따라 적정 간호인력을 배치하고, 양질의 서비스를 제공하였는지, 서비스 제공에 따라 환자의 상태가 유지 혹은 호전되었는지, 입원 서비스에 대한 객관적인 모니터링 및 질 평가 자료를 주기적으로 수집, 분석함으로써 질 관리가 가능하여야 한다. 예를 들어 현행 간호관리료 차등제의 경우 일반 병동 전체에 대하여 단일화된 간호관리료 등급이 일괄 적용되고 있으나, 보호자 없는 병원 운영을 단계적으로 적용, 일부 병동단위 혹은 병실에 국한하여 실시되는 경우 이에 대한 모니터링 등을 통해 부당한 비용지출이 발생하지 않도록 관리체계가 수반되어야 한다. 또한 단기적으로 특정 요건에 부합되는 입원환자에게만 간병서비스 제공이 부분 허용될 경우는 이를 뒷받침할 수 있는 객관적인 환자분류 도구개발이 필요하며, 간병서비스 제공으로 재원일수 증가 등 사회적 입원을 초래하지 않도록 간병 대상자 관리 또한 필수적이다[15].

V. 결론 및 제언

본 연구는 우리나라 보호자 없는 병원의 제도화를 위해 보건복지부 시범사업의 사례를 토대로 간호 및 간병서비스 제공체계에 대한 개선방안을 찾고자 하였다. 본 연구결과 간호서비스의 일부를 보호자나 간병인에게 위임하게 된 근본적인 원인은 의료기관의 간호인력 부족이다. 따라서 환자안전 및 양질의 간호서비스 제공을 위하여 병원차원에서 필요한 서비스를 제공하는 보호자 없는 병원의 제도화에는 적정 간호인력의 확보가 필수적이다. 현재 간호인력 확보수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등제가 시행되고 있음에도 보호자 상주율 및 간병인 이용비율이 증가하고, 이들에게 안전하게 시행되지 않으면 위해를 끼칠 수 있는 일부 간호서비스를 위임하는 현상이 지속되고 있어 이를 해소하기 위한 정책방안 모색이 필요할 것으로 생각된다.

급성기 병원에서의 간호서비스에 대한 보상은 건강보험을 통해 간호관리료 차등제와 일부 행위별 수가제의 형태로 지급되고 있으나, 입원환자는 사적 간병인의 형태로 간병비용을 추가 부담하고 있는 것이 현실이다. 이에 간호관리료 차등제 개선을 포함, 보호자 없는 병원 운영 시 추가 발생하는 소요재원 확보 등 재정방안에 대한 건강보험 급여화의 세부적인 논의와 검토가 필요하다. 보호자 없는 병원 운영 시 추가 발생하는 예산의 규모는 간호 및 간병서비스를 제공하는 간호인력의 구성에 따라 달라진다. 간호인력 구성에 따른 간호인력 중별 업무 및 간호사의 지시·감독 하에 위임할 수 있는 업무를 표준화하여야 한다. 이를 토대로 보호자 없는 병원의 간병서비스 제공에 대한 별도의 수가가 지급될 경우는 적정 간호인력의 배치 및 제공서비스의 질, 간호성과에 대한 객관적인 모니터링 및 질 평가를 통해 질 관리가 가능하도록 하여야 한다.

궁극적으로 보호자 없는 병원 제도화 방안은 환자안전 및 양질의 간호서비스 제공을 목표로 양질의 간호인력을 적정인원으로 확보하는 것이 가장 중요하며, 이를 위한 간호수가체계의 개선, 간호인력 유형별 표준화된 역할설정 등 제도적 보완이 필요하다. 보호자 없는 병원의 활성화를 위하여 효율적인 간호인력 구성 및 배치

기준 설정, 이에 따른 환자결과 등 간호성과에 차이가 있는지를 확인해 보는 반복연구를 제언한다.

참 고 문 헌

- [1] 이석구, 박송이, 이연경, “종합병원 입원환자들의 가족 간병실태에 대한 연구”, 충남의대잡지, 제25권, 제1호, pp.117-128, 1998.
- [2] 정경옥, “종합병원 유료간병인 이용행태에 따른 의료소비자의 만족도”, 간호행정학회지, 제10권, 제3호, pp.375-386, 2004.
- [3] 황나미, “의료기관 간병서비스 제도화 쟁점분석과 과제”, 보건복지포럼, 제170호, pp.60-71, 2010.
- [4] 유선주, 최윤경, 김후정, 박보현, 장현숙, 박종애, *보건의료서비스 일자리 창출을 위한 입원서비스 제공 모형 개발*, 한국보건산업진흥원, 2006.
- [5] 황나미, 최병호, 박현태, 김동진, *의료기관 간병 서비스 제도화 방안*, 한국보건사회연구원, 2006.
- [6] 성명숙, 박찬영, 신동수, 이태진, 주영수, 함옥경, 김태운, 최정혜, *급성기 병원의 간병서비스 실태 조사*, 한림대학교 · 국민건강보험공단, 2010.
- [7] 박영희, “병원 입원환자 보호자 및 간병인의 상주 현황 및 개선방안에 관한 의견 조사연구”, 지산간호보건전문대학논문집, 제15권, pp.103-129, 1997.
- [8] 유선주, 김진현, 조성현, 최윤경, 김유미, *간호간병 서비스 개선을 위한 시범사업*, 한국보건산업진흥원, 2008.
- [9] 김유미, “주요국의 간병서비스 급여정책과 동향”, 고령화 사회 간병서비스의 현황과 과제 토론회 자료집, pp.25-41, 2006.
- [10] 김용익, “최근 보건의료 정책의 동향과 평가”, 병원약사회지, 제11권, 제2호, pp.9-94, 1994.
- [11] http://www.mw.go.kr/front_new/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=6&CONT_SEQ=41545&SEARCHKEY=CONTENT&SEARCHVALUE=간병
- [12] 유선주, “보호자 없는 병원과 간호인력 활용방안”, 간호학의 지평, 제6권, 제1호, pp.77-82.
- [13] <http://www.cwin.kr/news/articleView.html?idxno=9479>
- [14] http://koreatimes.co.kr/www/news/nation/2012/07/113_115831.html
- [15] 유선주, 이신호, 이윤태, 김경미, 김묘경, 김지은, 여성희, 최미영, 최현정, 김유미, 김윤미, 배성권, 신준호, 장현숙, 최윤경, *간병서비스제도화 시범사업 기술지원 및 성과평가*, 한국보건산업진흥원, 2010.
- [16] American Nurses Association, *Nursing Quality Indicators, Guide for implementation*, American Nurses Publishing, 1996.
- [17] 김정은, 강민아, 안경애, 성영희, “환자안전과 관련된 병원문화와 의료과오 보고에 대한 간호사의 인식조사”, 임상간호연구, 제13권, 제3호, pp.169-179, 2007.
- [18] 이경아, 김진현, “응급의료기관의 기술적 효율성 및 적정 간호인력 비율 추정”, 한국자료분석학회지, 제13권, 제6호, pp.2997-3008, 2011.
- [19] 일본간호협회, *2007년 간호백서*, 2007.
- [20] http://www.nswnurses.asn.au/multiattachments/29018/DocumentName/Nursing_the_system_back_tohealth_VIC_ANF.pdf
- [21] http://nurses.3cdn.net/f0da47b347e41bb03a_z1m6v11sd.pdf
- [22] 김경옥, 박경순, 서창진, “전산화된 임상 데이터에 기반한 환자 분류 체계 및 간호 인력 관리 방안: 일개 종합병원 분석 사례”, 한국콘텐츠학회논문지, 제13권, 제3호, pp.287-298, 2013.
- [23] 김창보, “병원간병 서비스의 건강보험 급여화 방안”, 비판과 대안을 위한 사회복지학회 학술대회 발표논문집, pp.9-21, 2010.
- [24] 이인숙, 조주연, “요양보호사 교육 전후의 노인 에 대한 지식, 태도, 행동 비교”, 한국자료분석학회지, 제12권, 제4호, pp.1993-2008, 2010.
- [25] 최정실, 박승미, “의료기관 중별 간호사의 업무 스트레스, 강인성과 소진비교”, 한국콘텐츠학회논

문지, 제12권, 제3호, pp.251-259, 2012.

[26] http://www.mw.go.kr/front_new/jb/sjb0402vw.jsp?PAR_MENU_ID=03&MENU_ID=030402&BOARD_ID=220&BOARD_FLAG=03&CONT_SEQ=39840&page=1

저 자 소 개

유 선 주(Sun-Ju You)

정회원



- 1992년 8월 : 서울대학교 보건대학원 보건학과(보건학석사)
- 2002년 2월 : 가톨릭대학교 대학원 보건학과(보건학박사)
- 1999년 3월 ~ 현재 : 한국보건산업진흥원 수석연구원

<관심분야> : 간호인력, 질관리, 의료정책, 노인보건

최 윤 경(Yun-Kyoung Choi)

정회원



- 1998년 2월 : 서울대학교 간호대학원(간호학석사)
- 2010년 8월 : 서울대학교 간호대학원(간호학박사)
- 2011년 9월 ~ 현재 : 한국방송통신대학교 간호학과 조교수

<관심분야> : 성인간호, 질관리, 의료정책