

보건소의 간호인력 실태와 개선 방안

한 영 란* · 양 숙 자**

I. 서 론

1. 연구의 필요성

우리나라의 보건의료체계는 사회보험형의 전 국민건강보험제도와 민간위주의 의료공급체계가 주를 이루는 복지지향형 특성을 가지고 있다. 2016년 12월 현재 치료중심의 민간의료료가 94.6%로 대부분을 차지하고 있으므로 전 국민의 건강권 보호와 건강증진을 도모하기 위해서 5.4%에 불과한 공공보건의료기관의 확충과 그 역할이 매우 중요하다(Ministry of Health and Welfare, 2017). 특히 고령사회로 접어들면서 노인의료비와 만성질환관리에 소요되는 의료비가 급격하게 상승하고 있을 뿐 아니라 평균수명과 건강수명의 격차가 심화됨에 따라 보건복지부는 만성질환으로 인한 사회·경제적 피해를 최소화하고 국민의 건강수명을 연장시키기 위해 만성질환의 사전예방 및 관리 사업을 강화하고 건강증진을 도모하는 사업에 중점을 두고 있다(Ministry of Health and Welfare & Korea Health Promotion Institute, 2015).

정부는 1945년 해방 후 6.25 전쟁으로 모든 의료시

설이 파괴되고 피난민들로 인해 전염병 발생위험이 매우 높아진 시기인 1951년 보건진료소 설치(무의촌 공의제도)를 주요 골자로 하는 국민의료법을 제정·공포하였고, 1956년에는 당시 500여개로 증가된 보건진료소를 보건소로 정리하고 사업에 대한 법적 근거를 마련하기 위해 보건소법을 최초로 제정하였다(Bae, Lee, Kim, & Lee, 2010). 이후 보건소는 공공보건의료체계의 하부조직으로 지역주민의 질병을 예방하고 건강을 유지·증진시키는 주요한 역할을 지속적으로 담당하여왔다(Oh & Han, 2002). 보건소의 업무는 지역보건법(구 보건소법)에 토대를 두고 있으나 법에 규정된 업무는 개요에 불과하며 실제 보건사업은 세분화되어 그 숫자가 매우 많다. 또한 지역보건법은 질병구조나 사회환경의 변화 등 시대적 요구에 따라 개정이 되면서 보건소 업무를 새롭게 규정하고 있다. 이처럼 국가는 시대적 변화에 따라 그리고 중요 보건정책 변화에 따라 일선 보건기관으로 수많은 새로운 업무를 생성 및 전달하였지만 그 업무를 수행하는 주체인 양질의 보건인력의 수급에 대한 검토와 대안 모색을 제대로 하지 못하였다. 보건의료서비스는 노동집약적 특성을 가지고 있기 때문에 보건소 업무를 효과적으로 수행하기 위해서

* 동국대학교 의과대학 간호학과 교수

** 이화여자대학교 교수(교신저자 E-mail: yangsj@ewha.ac.kr)

• Received: 12 November 2017 • Revised: 12 December 2017 • Accepted: 19 December 2017

• Address reprint requests to: Yang, Sook Ja

College of Nursing, Ewha Women's University
52, Ewhayodae-gil, Seodaemun-gu, Seoul 03760 Republic of Korea
Tel: 82-54-770-2625 Fax: 82-54-770-2616 E-mail: yangsj@ewha.ac.kr

는 업무수행의 주체인 인력의 확보와 활용이 매우 중요하다(Bae, Lee, Kim, & Lee, 2010; Lee, Na, Kim, & Kim, 2007).

따라서 보건기관 인력관련 법 및 제도, 법적기준의 충족여부, 보건기관 업무수행과 관련한 지역별, 직종별 인력현황 등 전체적인 보건기관의 인력현황을 분석하여 문제점을 확인하고 대안을 확인할 필요가 있다. 2006년 현원 기준 면허별 보건소의 전문인력 최소배치기준의 충족률을 분석한 결과 의사는 44개소, 치과의사는 38개소, 간호사는 59개소 등에서 최소기준을 충족하지 못한 것으로 보고되었다(Lee, Na, Kim, & Kim, 2007). 이 결과를 보면 전문 의료인 중 간호사의 미 충족 비율이 가장 높음을 알 수 있다.

그 동안 보건기관의 인력에 관한 연구는 보건소기능 개편방안(Bae, Lee, Kim, & Lee, 2010), 보건기관의 인력활용 및 확충 방안(Lee, Na, Kim, & Kim, 2007), 건강증진사업 수행을 위한 보건소의 조직 및 인력운용 개선방안(Park et al., 2003), 방문보건사업 인력 담당인력 추계(Bae & Kim, 2015; Jang, Nam, Lee, Jin, & Choi, 2006) 등이 있으나 이러한 연구들은 보건소, 보건지소 및 보건진료소에 근무하는 공무원 전체에 관한 연구이거나 일개 사업의 인력추계에 대한 연구이다. 보건소 간호사에 대한 연구는 간호사의 역할, 역할변화, 만족도, 역할수행의 장애요인 등에 대한 연구(Ahn & Jung, 1995; Han, Lee, & Kim, 2016; Lee & Song, 2005; Park & Ryu, 2001)가 대부분이고 보건소 간호사 인력수요 추계에 관한 연구(Oh & Han, 2002)는 거의 찾아볼 수 없었다.

인력관리는 조직목표의 효과적 수행 및 달성을 위해 필요 인력을 산정하고 변화하는 환경에 따라 인력을 예측·통제하여 원활한 인적자원의 활용으로 신분을 보장하고 사기를 고조시키는 등 조직의 효율성을 높이기 때문에 매우 중요하다(Lee, Na, Kim, & Kim, 2007). 그러나 보건소 업무가 급증하고 있음에도 불구하고 보건소 인력의 양과 질에 있어서는 큰 변화가 없고 오히려 IMF 사태 이후 인력은 감소하는 양상을 보였다가 최근 회복되고 있다. 보건소 인력이 이러한 상황이니 주민의 요구에 부응하는 양질의 보건서비스를 제공하는 것은 사실상 불가능하다고 할 수 있다(Bae, Lee,

Kim, & Lee, 2010). 보건소에서 국민들에게 건강증진사업과 급·만성질환예방·관리 등 다양한 일차보건서비스를 제공하여 국민의 건강수준을 높이고 의료비를 감소하는데 기여하는 내실 있고 연속성 있는 보건사업을 하려면 무엇보다도 건강분야의 전문성을 가진 간호사 등 전문 인력을 적정수준으로 배치해야 한다. 특히 보건소 전문 인력 중 높은 비율을 차지하고 있는 보건소 간호사 인력에 대한 분석은 앞으로 질적인 보건서비스를 제공하는데 가장 중요한 변수 중의 하나라고 판단된다. 이에 지역보건법(구 보건소법) 등 관련 주요 법령의 제·개정예 따라 보건소 사업이 어떻게 변화하였고 그 사업을 수행하는 주된 인력인 간호사의 숫자는 얼마나 되는지 변화과정을 분석하고자 하며 이를 통해 보건소 간호사 인력의 적정 배치를 위한 대안을 제시하고자 한다.

2. 연구 방법

본 연구는 연구목적에 따라 문헌고찰과 자료 분석을 통해 결과를 도출한 서설논문이다. 지역보건법(구 보건소법), 국민건강증진법, 정신보건법 등 보건사업 관련 주요 법령, 보건복지부 등 정부의 주요 정책보고서 및 통계자료, 그리고 보건소의 기능 및 역할, 사업, 인력, 조직 등에 관한 학술지 논문을 연구 대상으로 하였다. 자료 수집은 관련 주요 법령, 정부의 주요 정책보고서 그리고 법제처, 보건복지부 등 정부기관의 사이트를 통해 통계자료 등을 수집하였으며, 학술지 논문은 DBpia, RISS, KISS 등 데이터베이스 검색을 통해 이루어졌다. 수집된 자료에 대해 비판적 검토와 종합적 분석을 실시하여 보건소 간호사 인력의 실태와 개선안을 도출하였다.

보건사업의 시대별 변화는 4단계로 구분하여 기술하였다. 1948년 정부수립 이후부터 보건소법이 전면 개정된 1962년 이전의 보건소 태동기(1945~1961), 제1차~제4차 경제개발 5개년 계획이 수행된 시기로 전국에 보건소망을 구축한 보건소 형성기(1962~1979), 제4차 경제사회개발 5개년 계획부터 보건의료부문이 사회개발부문의 일환으로 그 중요성을 인정받아 보건의료서비스 평준화를 위한 자원의 합리적인 배치가 강조된 시기이며 1980년 일차보건의료사업을 국가정책으로

채택·추진한 보건소 하부기반 구축기(1980~1994년) 그리고 변화하는 보건의로 환경과 만성퇴행성 질환 및 정신질환자 증가 그리고 인구의 고령화 등으로 인한 주민의 건강욕구에 효과적으로 대응하기 위해 지역보건법, 국민건강증진법, 정신보건법 등 관련법령을 제·개정하면서 보건소의 기능을 건강증진 및 질병예방·관리에 적합하도록 재정비해 나가고 있는 보건소의 기능 확대기(1995~현재)로 구분하였다(Bae, Lee, Kim, & Lee, 2010).

한편 보건소는 지역보건법(구 보건소법) 등 관련 법령에 근거하여 보건사업을 실시하기 때문에 법 제·개정에 따른 보건소의 주요 사업을 시기별로 정리하면서 각각의 시기에 어떤 사업이 국가의 중요시책으로 보건소에서 수행되었는지를 확인하였다. 또한 1959년부터 2015년까지 각 연도별 보건소의 수와 사업수행 인력 중 간호사가 보건소에 몇 명이나 배치되었는지를 확인하여 보건인력이 적정수준으로 배치되었는지를 분석하였다. 본 연구는 이차자료를 분석하여 제시한 연구이기에 제한점이 있으며, 인구수와 무관하게 시군구 별로 한 개씩 있는 보건소의 수로 간호사 수를 나눈 보건소 당 평균 간호사 수를 계산한 것도 해석 시 고려해야 할 부분이다.

II. 본 론

1. 보건소 사업의 변화와 간호사 인력

보건소의 태동기(1948~1961년)인 1956년에 제정된 보건소법(법률 제406호) 제1조(목적)에 의하면 보건소는 질병의 예방진료와 공중보건의 향상을 도모하기 위하여 도지사 또는 서울특별시장이 이를 설치할 수 있다고 명시되었다. 제3조(설치기준)에 따르면, 보건소는 서울특별시와 시·군에 두되 서울특별시의 구와 시에 있어서는 인구 20만 명 당 1개소의 비율로, 군에 있어서는 각 군에 1개소를 둔다. 라고 되어있다. 또한 제2조(사업과 직권)에서 보건소는 다음의 사항을 권장한다고 되어있다: 전염병과 기타 질병의 예방진료 및 만연방지에 관한 사항, 모자보건에 관한 사항, 학교보건에 관한 사항, 환경위생과 산업보건에 관한 사항, 보건통계에 관한 사항, 보건사상의 보급에 관한 사항, 기타 공중보건

의 향상에 관한 사항 등의 사업(National Law of Information Center, 2017). 이 시기 보건소 수는 1959년 45개소에서 1961년 87개소로 증가하였으나, 보건소 당 간호사 숫자는 1959년 0.3명에서 1961년 0.02명으로 보건사업을 수행하기에 매우 부족한 숫자였다(Ministry of Health and Welfare, 1960~1962).

보건소 형성기(1962~1979년)의 변화를 살펴보면 다음과 같다. 1962년에는 보건소의 설치, 운영, 감독을 맡던 지방자치단체(서울특별시, 시군)로 하여금 담당하게 하여 그 사업의 일원화를 기하기 위해 보건소법이 전면 개정되었다. 보건소법(법률 제1160호) 제4조(업무)에 보건소는 보건사상의 계몽에 관한 사항, 보건통계에 관한 사항, 영양의 개선과 식품위생에 관한 사항, 환경위생과 산업보건에 관한 사항, 학교보건과 구강위생에 관한 사항, 의료사업의 향상과 증진에 관한 사항, 보건에 관한 실험과 그 검사에 관한 사항, 결핵·성병·나병 등 전염과 기타 질병의 예방과 진료에 관한 사항, 특수지방병의 연구에 관한 사항, 공의의 지도에 관한 사항, 의약에 대한 지도에 관한 사항, 모자보건과 가족계획에 관한 사항, 기타 국민보건의 향상과 증진에 관한 사항의 13개 업무를 담당하도록 하였다(National Law of Information Center, 2017). 법에 정한 업무는 많았으나 이 시기 보건소에서 가장 중점적으로 추진된 보건사업은 1945년 해방 이후 급속히 증가한 인구문제 즉, 과잉인구가 경제발전의 장애요인임을 인식하여 국가가 1962년부터 인구증가 억제대책의 일환으로 추진한 가족계획사업 그리고 그 당시 창궐하던 전염병 및 결핵관리 사업이었다(Ministry of Health and Welfare, 2015). 한편 1967년에는 국가정책을 효과적으로 달성하기 위해 가족계획 전임요원을 전국 읍면단위에 배치하였다. 그러나 1965년부터 간호사의 해외 진출이 많아져 간호사 인력부족 현상이 나타나자 정부는 간호조무사를 양성하기 시작하였고 이들이 읍면단위에 보건인력으로 파견되어 지금과 같이 보건인력을 비전문직이 대신하는 계기가 되었다(Ministry of Health and Welfare, 2015). 1975년에는 보건소법(법률 제2860호) 제2조의 신설로 대통령령이 정하는 기준에 따라 당해 지방자치단체의 조례로 보건소를 설치하도록 변경되어 이후 보건소가 점차 증가하게 되었다. 1977

년에는 의료보호법(법률 제3076호)이 생활보호법과 분리되어 제정되었고 의료보호법 시행령(1978, 대통령령 제9029호) 제4조(의료보호시설의 지정)에 따라 보건소가 의료보호대상자의 1차 진료기관으로 지정되어 보건 의료서비스를 제공하게 되었다. 이러한 변화에 따라 1970년대 후반 들어서 보건소가 본격적으로 취약계층 진료와 모자보건사업을 시작하게 되었다(Ministry of Health and Welfare, 2015; National Law of Information Center, 2017).

이러한 변화로 인해 보건소는 1961년 87개에서 1965년에 189개소, 1968년에는 191개소로 그리고 1970년부터 198개소로 증가하였으며 보건소당 간호사 수도 이전보다 증가되어 1962년 2.5명, 1976년 2.6명으로 3명이하의 수준을 유지하다 1977년 4.6명으로 증가하였지만 사업대비 인력이 매우 부족하였다(Ministry of Health and Welfare, 1963~1980). 한편 서울대 보건대학원은 1967년부터 1973년까지 유니세프(UNICEF)의 지원 하에 1년 과정의 보건간호 이수과정(Certification of Public Health Nurse course, CPHN)을 운영하여 보건분야 간호사 실무발전에 기여하였다(Graduate School of Public Health Seoul National University, 2009).

보건소 하부기반 구축기(1980~1994년)의 주요 변화사항을 살펴보면 다음과 같다. 1989년에는 전 국민 건강보험시대를 맞이하여 보건기관의 기능이 변화하였다. 보건소가 의료 수가가 낮은 진료서비스를 담당하게 되어 진료기능이 강화되었고 민간병원이 없는 의료취약 지역인 군 보건소는 치료중심의 병원화 사업으로 변경되어 전국에 15개 보건의료원이 1988~89년에 설립되었다(Bae, Lee, Kim, & Lee, 2010). 이 시기 감염성 질환은 감소하고 만성퇴행성 질환과 정신질환자가 증가하고 고령화가 시작되었으며, 국민의 건강에 대한 관심이 고조되기 시작하였다. 이에 1991년 보건소법이 개정(법률 제4355호)되었으며 제6조(업무)에 변화가 있어 보건의료정보의 관리, 지역보건의 기획 및 평가, 정신보건, 장애인의 재활 및 노인보건에 관한 사항을 신설하는 등 보건소의 업무범위를 조정·보완하였으며 산업보건, 특수지방병의 연구, 공중보건의 지도 사항은 삭제되었다. 또한 보건의료원 및 보건지소의 설치근거가 신설되었으며, 보건소법 시행령(대통령령 제13485

호) 제4조 2항에 보건의료 업무를 전담할 공무원 중 의료인, 약사, 의료기사 등 자격종별에 따른 보건의료전문 인력의 배치는 보건사회부장관이 정하는 기준에 의한다고 제시하였다. 이는 구체적이지는 않지만 보건소 서비스의 질적 수준을 향상할 수 있는 계기를 마련하였는데 그 의의가 있다(Bae, Lee, Kim, & Lee, 2010; National Law of Information Center, 2017).

이 시기 보건소 수는 1980년 214개에서 1985년 225개, 1990년에는 260개로 증가하였다. 보건소 당 간호사 수는 1980년 4.8명에서 1985년 12.2명, 1987년 14명, 1989년 14.9명으로 증가하다가 1990년 12.8명, 1994년에는 12.5명으로 감소하였다. (Ministry of Health and Welfare, 1981~1995). 1981년부터 보건소당 간호사 수가 증가한 이유는 국립보건원, 한국인구보건연구원(구 가족계획연구원), 결핵연구원, 결핵협회 및 보건소 등에서 다양하게 양성되어 배치된 국공립 잡급직 보건요원(간호사 포함)이 1981년 세계은행 차관 도입을 계기로 정규직 공무원으로 전환되었기 때문으로 해석할 수 있다(Ministry of Health and Welfare, 2015). 한편 서울대학교 보건대학원의 보건간호 이수과정(CPHN)과정은 유니세프(UNICEF)의 지원이 중단되자 학생들의 등록금으로 운영되었으며 요구가 급증하면서 일차보건의료요원으로서 보건간호 분야 간호사를 양성하는 과정으로 변화되었다가 1990년 의료법에 의한 분야별 간호사제도가 법적으로 인정되면서 1992년 폐지되었다(Graduate School of Public Health Seoul National University, 2009).

보건소기능 확대기의 시작인 1995년에는 보건소법이 지역보건법(법률 제5101호)으로 바뀌면서 지방자치단체는 지역적 특성에 맞는 종합적인 지역보건의료계획을 수립하고 이를 추진하도록 하였다. 법령의 변경사유는 국민 소득수준의 향상, 질병 및 인구구조의 변화 등에 따라 그 동안 전염병관리와 가족계획사업 위주로 운영되어 온 보건소를 지역주민의 중추적 건강관리기관으로 육성하기 위함이었다. 지역보건법 제9조(업무)에 16개의 보건소 업무를 규정하면서 국민건강증진사업, 가정·사회복지시설 등을 방문하여 행하는 보건의료사업과 만성퇴행성질환관리 사업을 강조하였다. 또한 제12조(전문 인력의 적정배치)에 보건소에는 소장과 제9조

각호의 규정에 의한 업무를 수행하는데 필요한 면허·자격 또는 전문지식을 가진 인력을 두어야 한다고 명시하였다. 구체적인 기준은 1997년 지역보건법 시행규칙 제6조(전문 인력 등의 배치)에 전문 인력 등의 면허 또는 자격종별에 따른 최소배치기준을 별표로 제시하였다(National Law of Information Center, 2017).

1986년 1차 건강증진에 관한 국제회의에서 '오타와 현장'이 채택되면서 건강증진사업이 주목을 받게 되었고, 우리나라도 질병구조가 급성 감염병 질환에서 만성 비감염성 질환으로 바뀌어감에 따라 국민건강증진사업에 대한 중요성이 부각되었다. 이에 1995년에 국민건강증진법이 제정되어 1998년에는 9개 시범보건소에서 건강증진사업을 시작한 이후 2005년부터 전국 보건소로 확대되어 현재까지 금연, 절주, 운동, 영양 등 4대 건강생활실천사업이 추진되고 있다. 더불어 만성질환을 사전에 예방하고, 건강조성 분위기를 확산하기 위해 건강생활실천사업이 시범적으로 추진되었고 2008년도부터 지역특화 건강행태개선사업으로 사업 명을 변경하여 지역의 특성에 맞는 건강증진 프로그램을 개발해 사업을 추진하고 있다. 또한 1995년에 제정된 정신보건법(법률 제5133호)에 국가 및 지방자치단체는 보건소를 통하여 정신질환자의 발견·상담·진료 및 사회에 복귀한 만성정신질환자를 관리할 수 있다고 명시되어 있어, 보건소가 지역사회 내 정신질환자를 조기 발견하여 상담, 치료, 재활서비스 제공하고 사회복귀 촉진을 위한 일차의료의 통합정신보건시스템을 제공하는 체계를 구축하게 되었다(National Law of Information Center, 2017).

2015년(법률 제13323호)에는 노령화 및 만성질환 증가 등 변화하는 보건의료 환경 및 주민의 건강에 대한 욕구에 효과적으로 대응하기 위하여 보건소의 기능을 건강증진 및 질병예방·관리에 적합하도록 재정비하고, 지역보건의료 업무에 필요한 각종 자료 및 정보의 처리와 기록·관리 업무의 효율화를 위하여 구축·운영되고 있는 지역보건의료정보시스템의 법적 근거를 명확히 하는 등 현행 제도의 운영상 나타난 일부 미비점을 개선·보완하기 위해 지역보건법이 개정되었다. 제2조(정의)에 의하면 '지역보건의료기관'이란 지역주민의 건강을 증진하고 질병을 예방·관리하기 위하여 이 법에 따라 설치·운영하는 보건소, 보건의료원, 보건지소 및

건강생활지원센터를 말하고, '지역보건의료서비스'란 지역주민의 건강을 증진하고 질병을 예방·관리하기 위하여 지역보건의료기관이 직접 제공하거나 보건의료 관련 기관·단체를 통하여 제공하는 서비스로서 보건의료인이 행하는 모든 활동을 말한다고 명시하였다. 개정내용에 건강생활지원센터에 대한 명시가 포함되었다. 또한 법 제11조(보건소의 기능 및 업무)에서 큰 변화가 있었으며 그 주요 내용은 건강 친화적인 지역사회 여건의 조성, 지역보건의료정책의 기획, 조사·연구 및 평가, 보건의료 관련기관·단체, 학교, 직장 등과의 협력체계 구축, 지역주민의 건강증진 및 질병예방·관리를 위한 다음 각 목의 지역보건의료서비스의 제공 등이다. 이렇게 새로운 법에 의한 사업이 추가되고 전문 인력의 적정배치에 대한 규정이 있음에도 불구하고 보건소당 간호사 숫자는 1995년 12.1명, 1996년 11.9명, 2003년에는 11명이었으며 2014년 13.6명으로 2015년에는 15명으로 소폭 증가하였다. 이러한 보건소 간호사의 소폭 증가로는 지역보건법의 개정에 따른 사업과 국민건강증진법 및 정신보건법 제정에 따른 추가적 업무를 수행하기에는 턱없이 부족한 숫자이다. 한편 이 시기 보건소 수는 1995년 238개소, 2003년 246개소 그리고 2015년에는 243개소였다(Ministry of Health and Welfare, 1996~2016; National Law of Information Center, 2017).

한편 2007년 4월에는 건강평형성 확보를 위해 방문건강관리사업이 전국 보건소에서 대대적으로 시행되었다. 이 사업이 일시에 전국적으로 실시될 수 있었던 배경에는 1995년부터 방문보건사업이 시범적으로 추진되면서 사업의 내용과 형식이 성숙되어졌을 뿐 만 아니라 전문 인력 일자리창출이라는 정책과제를 실현하기 위해 2,000여명의 비정규직 전문 인력(대부분이 간호사)을 고용하여 사업을 시작하였기에 때문인데(Kang et al., 2012) 이로 인하여 보건소 비정규직 간호사의 비율이 높아지는 계기가 되었다. 지역보건법(구 보건소법) 등 관련 법령의 제·개정에 따른 보건소의 주요 사업을 시기별로 정리하고 각각의 시기에 어떤 사업이 국가의 중요시책으로 보건소에서 수행되었는지를 표 1에 제시하였으며, 1959년부터 2015년까지 각 연도별 보건소의 수와 사업수행 인력 중 간호사가 보건소 당 몇 명이나 배치되었는지를 분석하였다(표 2).

대한간호협회 보건간호사회에서 제시한 2017년 자료에 의하면 16개 시·도에 근무하는 간호직과 보건직 간호사가 362명(무기 계약직과 비정규직 89명 포함), 보건소 및 시군구 타 기관 행정부서 등에 근무하는 간호직과 보건직 간호사가 7,512명(무기 계약직과 비정규직 3,398명 포함), 보건지소에 1,124명(무기 계약직과 비정규직 336명 포함) 그리고 보건진료소에

1,840명(무기 계약직과 비정규직 63명 포함) 등 총 10,838명의 보건소 간호사가 지역보건의료기관에서 일하고 있다. 이 자료에 의하면 36%에 해당하는 3,886명이 무기 계약직 또는 비정규직으로 근무하기 때문에 사업수행자의 고용불안정과 열악한 처우 등으로 사업을 안정적으로 지속할 수 없어 연속성 있는 양질의 사업을 하는데 어려움이 있음을 확인할 수 있었다. 2017년 현

표 1. 지역보건법(구 보건소법)등 관련 법령 제·개정에 따른 보건소의 주요 사업 변천

연도	지역보건법의 보건소 사업	추가된 내용	강조 분야
1956년 보건소법제정	전염병과 기타 질병의 예방진료 및 만연방지, 모자보건, 학교보건, 환경위생과 산업보건, 보건통계, 보건사상의 보급, 기타 공중보건의 향상에 관한 사항 등 7개 사업		· 전염병관리
1962년 보건소법개정	보건사상계몽, 보건통계, 영양개선과 식품위생, 환경위생·산업보건, 학교보건·구강위생 의료사업의 향상과 증진, 보건에 관한 실험과 그 검사, 전염과 기타 질병의 예방과 진료, 특수지방병의 연구, 공의 및 의약지도, 모자보건과 가족계획, 기타(13개)	구강위생 영양개선과 식품위생 모자보건과 가족계획 공의 및 의약지도 기타국민보건향상·증진 보건관련 실험/검사	· 전염병관리 (결핵, 성병, 나병) · 가족계획사업
1977년 의료보호법 개정	-	의료보호대상자에게 의료사업제공	· 취약계층을 위한 진료서비스 · 모자보건사업
1980년 농어촌 등 보건의료를 위한 특별법			· 정신보건사업
1991년 보건소법개정	전염병 및 질병의 예방·관리와 진료에 관한 사항, 보건통계 및 보건의료정보의 관리, 지역보건의 기획 및 평가, 보건교육, 영양의 개선, 식품위생 및 공중위생, 학교보건에 대한 협조, 보건에 관한 실험 또는 검사에 관한 사항, 구강보건·정신보건·노인보건 및 장애인의 재활, 모자보건 및 가족계획, 보건지소·보건진료소의 직원 및 업무에 대한 지도·감독, 의약에 대한 지도, 기타 의료사업 및 국민보건의 향상·증진에 관한 사항(12개)		· 노인보건, 장애인재활 · 지역보건의 기획 및 평가 · 보건교육 · 보건의료정보의 관리 · 1989년 전 국민의료 보험시대: 진료기능 증가
1995년 지역보건법 (국민건강증진법 정신보건법제정)	국민건강증진·보건교육·구강건강·영양개선사업, 전염병예방·관리 및 진료, 모자보건 및 가족계획사업, 노인보건사업, 공중위생·식품위생, 의료인·의료기관 등에 관한 사항, 응급의료에 관한 사항, 공중보건의사·보건진료원 및 보건진료소에 대한 지도 등, 약사에 관한 사항과 마약·향정신성의약품의 관리, 정신보건, 가정·사회복지시설 등을 방문하여 행하는 보건의료사업, 지역주민에 대한 진료, 건강진단 및 만성퇴행성질환등의 질병관리, 보건에 관한 실험 또는 검사, 장애인의 재활사업 기타 보건복지부령이 정하는 사회복지사업, 기타 지역주민의 보건의료의 향상·증진 및 이를 위한 연구 등(16개)		· 국민건강증진사업, · 가정·사회복지시설 등을 방문하여 행하는 보건의료사업, · 만성퇴행성질환관리
2002년 제1차 국민건강 증진 종합계획 수립			
2007년 전국적으로 방문건강관리사업 실시			
2015년 지역보건법 개정	건강 친화적인 지역사회 여건의 조성, 지역보건의료정책의 기획 조사 연구 및 평가, 보건의료인 및 보건의료기관 등에 대한 지도·관리·육성과 국민보건 향상, 협력체계 구축, 지역보건의료서비스 제공(국민건강증진·구강건강·영양관리사업 및 보건교육, 감염병의 예방 및 관리, 모성과 영유아의 건강유지·증진, 여성·노인·장애인의 건강유지·증진, 정신건강증진 및 생명존중에 관한 사항, 지역주민에 대한 진료, 건강검진 및 만성질환 등의 질병관리에 관한 사항, 가정 및 사회복지시설 등을 방문하여 행하는 보건의료사업)		· 건강친화적인 지역 사회여건의 조성, · 지역보건의료정책기획 조사연구 및 평가, · 협력체계 구축,

표 2. 연도별 보건소의 수 및 간호사 인력 현황

(단위: 개, 명)

연도	전국 보건소 수	간호사 인력		연도	전국 보건소 수	간호사 인력	
		수	보건소 당 간호사 수			수	보건소 당 간호사 수
1959	45	12	0.30	1988		3,280	14.60
1960	80	6	0.10	1989		3,359	14.90
1961	87	2	0.02	1990	260	3,327	12.80
1962	189	479	2.50	1991		3,304	12.70
1963		517	2.70	1992		3,338	12.80
1964		455	2.40	1993		3,301	12.70
1965		469	2.50	1994		3,260	12.50
1966	189	370	2.00	1995	238	2,891	12.14
1967		422	2.20	1996	244	2,912	11.90
1968	191	412	2.20	1997	245	2,930	12.10
1969		401	2.10	1998	243	3,005	12.40
1970	198	339	1.70	1999	242	2,748	11.40
1971		394	2.00	2000	242	2,766	11.40
1972		379	1.90	2001	242	2,797	11.60
1973		407	2.10	2002	242	2,755	11.40
1974		438	2.20	2003	246	2,700	11.00
1975	198	422	2.10	2004	246	2,816	11.40
1976		520	2.60	2005	246	2,894	11.70
1977		909	4.60	2006	251	2,994	11.90
1978		678	3.40	2007	251	3,121	12.40
1979		1,060	5.50	2008	253	3,179	12.60
1980	214	1,034	4.80	2009	253	3,127	12.40
1981		1,230	5.70	2010	253	3,206	12.70
1982		1,584	7.40	2011	253	3,205	13.90
1983		1,550	7.20	2012	254	3,183	12.50
1984		2,451	11.5	2013	253	3,305	13.00
1985	225	2,740	12.20	2014	254	3,439	13.60
1986		3,104	13.80	2015	243	3,701	15.00
1987		3,159	14.00				

* 1960-1967년의 간호사 인력 : 가족계획요원 미포함(보건사회통계연보)

* 1968-1977년의 간호사 인력 : 가족계획요원, 결핵관리요원 미포함(보건사회통계연보)

* 1978-1981년의 간호사 인력 : 가족계획요원, 모자보건요원, 결핵관리요원, 나환자요원 미포함(보건사회통계연보)

* 1982-1989년의 간호사 인력 : 가족계획요원, 모자보건요원, 결핵관리요원, 나환자요원포함(보건사회통계연보)

재 보건소(254개소)에 근무하는 정규직 간호사 수는 4,114명(시군구 타 기관 행정부서 등에 근무하는 간호직과 보건직 간호사 포함)으로 보건소당 정규직 간호사 수는 16.2명이고, 비정규직 간호사를 포함(7,512명)하면 보건소당 간호사 수는 29.6명으로 증가한다. 시대별 지역보건법(구 보건소법) 등 관련 주요 법령에 의한 보건소의 기능 및 업무, 그 시기에 강조되었던 사업 그리고 그 시점에서 보건소의 수와 보건소당 간호사가 얼마나 배치되었는지를 정리하면 다음과 같다(그림 1).

2. 보건소 간호 인력의 양적 및 질적 평가

1) 양적 평가

보건소 간호 인력을 양적인 측면에서 평가한 결과 건 강업무 수행할 전문 인력의 수가 절대적으로 부족하다. 앞에서 제시한 바와 같이 보건소의 기능이 확대되었음에도 불구하고 보건소 전문 인력 등의 면허 또는 자격의 종별에 따른 최소 배치기준은 1997년 2월 지역 보건법 시행규칙(제6조 1항 관련)에 제시된 이후 20년이 지난 이 시점에 변화가 없다. 보건소에서는 지역보

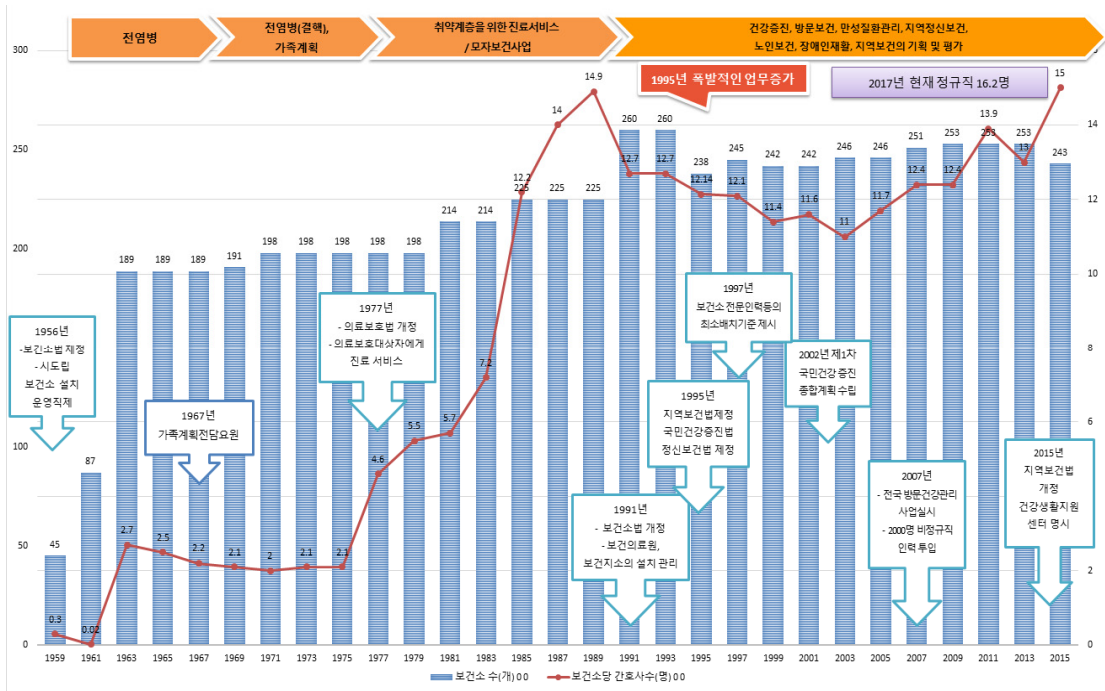


그림 1. 1959~2015년 관련 법령 및 주요 보건사업에 따른 보건소의 수와 보건소당 간호사 수 변천

건법 및 관련법의 변화에 따른 사업의 변화로 매년 보건복지부에서 인력충원 없이 새로운 사업들이 하달되고 있어 한 명의 간호사가 다수의 업무를 맡아서 사업을 하는 힘든 상황에 처해있다. 현장에서 최근 10년간 보건소에서 신설되어 증가되는 업무는 매년 최소 4개 사업에서 많게는 9개 사업인 반면 한번 시작한 사업은 주민들의 요구로 인해 중단할 수 없기에 사업의 수는 매년 증가하는 실정이다(표 3). 보건소 실무자가 업무보고용으로 작성한 자료에 따르면 보건소 업무는 지역보건법, 국민건강증진법, 정신보건법 이외에도 치매관리법, 노인복지법, 암관리법(조기검진, 의료비지원 등), 보건의료기본법(회귀난치성 의료비지원, 아토피천식 예방관리사업, 아동 척추측만증 건강검진 등), 공공보건 의료에 관한 법률, 사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률(산모신생아 건강관리사 지원 등), 저출산고령사회기본법(난임 부부 지원사업 등), 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률, 의료급여법 등 수 많은 법률과 관련하여 많은 사업들이 하달되고 있으며 더 나아가 광역시장 또는 지역자치단체장 공약사업 등 사업의 종류

와 수는 현재 인력으로 감당하기 어려울 만큼 급증하고 있다. 이러한 고찰을 통해 확인할 수 있는 것은 보건소 간호사의 인력이 충원되지 않아 지역보건법의 목적을 달성하는 것이 현실적으로 어렵다는 것이다. 2015년 국민의 소득수준 향상과 질병 및 인구구조 등의 변화에 따라 보건소가 지역주민의 건강관리 기관으로서 중추적 역할을 하여 지역주민의 건강증진에 이바지하고 건강권을 보호하기 위해 지역보건법을 개정하였다. 즉 시대적 흐름과 지역주민의 요구 증가에 따라 건강증진, 만성질환관리, 방문보건, 노인건강관리, 감염병 관리, 재가 장애인 재활, 지역보건의 기획 및 평가 등 간호의 전문성을 요하는 사업들이 대거 증가하였음에도 불구하고, 이 사업을 수행 할 전문 인력인 간호사는 턱없이 부족한 실정이다.

대한간호협회 대표자회의 발표 자료에 따르면 지역보건의료기관인 보건소의 간호사 인력부족이 심각하다. 254개 보건소 중 142개 보건소에서 배치기준을 충족하고 있지 못하며 부족한 간호사의 수는 601명에 이른다고 보고하였다(Oh, 2017). 20년 전에 발표된 배치

표 3. 2008-2017년 보건소의 사업 신설 현황

연도	사 업 명	연도	사 업 명
2008	① 지역사회 만성병 감시체계 구축사업 ② 생애전환기 건강진단사업 ③ 영유아 건강진단사업 (시범) ④ 임신부·영유아 영양플러스사업 (시범) ⑤ 금연 클리닉실 운영	2013	① 국가필수 예방접종사업 확대: 노인폐렴·영유아 뇌수막염 접종, 민간의료기간 접종비 지원 ② 금연사업 증가 : 금연구역확대, 금연단속 ③ 마약관리자 지정 및 지도, 취급류 단속 ④ 경로당운영 및 활성화 사업 추진
2009	① 모유수유 클리닉실 운영 ② 신생아 청각 선별검사 ③ 지역사회 건강조사사업 ④ 취학전아동 홍역예방접종사업 ⑤ 정신건강증진센터 운영 ⑥ 한방 허브 사업 ⑦ 건강도시 및 도시안전사업	2014	① 한방 난임지원사업 ② 구급차량 등록사무 ③ 안전상비약품등록사무 ④ 생물테러 대응 훈련 ⑤ DMAT(대규모재난의료지원팀) 관련 업무
2010	① 치매예방관리사업 ② 허약노인·독거노인 낙상예방사업 ③ 저 출산 장려사업 (인공수정, 체외수정, 산모도우미지원) ④ 가임기여성 풍진검사 ⑤ 민간공공협력 결핵사업	2015	① 고위험 임신부 의료비지원사업 ② 저소득층 기저귀 조제분유 지원사업 ③ 아토피·천식 예방관리사업 ④ 노인 인플루엔자 국가예방접종 지원사업 (의료기관위탁) ⑤ 응급실 중후군 감시체계 일일보고 ⑥ 일반인 대상 응급처치교육 ⑦ 장기 및 조직기증 관련 희망등록 및 헌혈장려 업무
2011	① 결핵환자 의료비 지원사업 ② 5대암 검진 및 의료비 지원사업 ③ 심뇌혈관질환 예방사업 ④ 학교 구강보건사업 ⑤ 수두 예방접종 ⑥ 의료기기 수리업 신고	2016	① 저소득층 여성청소년 생리대 지원사업 ② 국가필수예방접종 확대 - 영유아(6~12개월) 인플루엔자, 사람유두종 바이러스접종 ③ 잠복결핵 검진사업 ④ 한방치매예방관리사업 ⑤ 마을건강센터 운영 ⑥ 아동 치과 주치의 사업 ⑦ 보건의료자원 신고 일원화 시스템 관리 ⑧ 의료기관 안전대진단 및 특정관리대상시설 점검 ⑨ 의료기관 내 의료인 아동학대 및 성범죄 전력 점검
2012	① 청소년 산모 임신·출산의료비 지원사업 ② 임신부 엽산제 및 앰블럼 지원사업 ③ 영유아 건강진단사업 ④ 임신부·영유아 영양플러스사업 ⑤ 금연 클리닉실 운영	2017	① 국가필수예방접종 확대 - 영유아 13~59개월 인플루엔자 ② 보건소 모바일 헬스케어 사업 (심뇌사업) ③ 초등 돌봄교실 비만예방 시범사업 ④ 마약류 통합관리시스템 도입 및 운영 ⑤ 자동제세동기 설치 의무기관 지도점검 ⑥ 결핵안심국가사업 중 잠복결핵검진사업 확대

기준에도 미치는 못하는 보건소가 56%에 이른다는 것은 보건소가 사업을 수행할 적정 인력을 갖추고 있지 못하다는 것을 여실히 보여 주는 것이며 특히 재직인력의 12%에 해당하는 간호사가 부족하다는 것은 보건소 간호사가 얼마나 부족한 지를 명확하게 보여주고 있다.

한편 보건소 간호사 1인당 담당인구 수를 계산하기

위해서, 2016년 보건복지통계연보(Ministry of Health and Welfare, 2017)의 우리나라 인구수, 65세 이상 인구수, 치매인구수(65세 인구의 9%로 추산), 기초생활수급자수, 등록 장애인수 및 결혼이민자 수를 찾아 2017년 보건소 간호사 수(정규직 4,114명, 무기 계약직 및 비정규직 포함 7,512명)로 나누어 보면 다음과

같다. 보건소 간호사 1인당 인구수는 12,303명, 65세 이상 인구수는 1,610명, 치매인구 수는 146명, 기초생활수급자는 400명, 등록 장애인수는 605명, 결혼이민자 수는 37명이다. 무기 계약직 및 비정규직을 포함한 간호사 1인당 사업대상 인구수는 6,738명, 65세 이상 인구수는 881명, 치매인구 수는 80명, 기초생활수급자는 219명, 등록 장애인수는 331명, 결혼이민자 수는 20명이다. 보건소 현장에서는 보건소 간호사 1인당 여러 종류의 사업을 맡아서 하고 있음을 감안할 때 간호사 1인당 감당해야 할 인구의 수가 절대적으로 많아 실제적으로 사업대상에게 서비스를 제공한다는 것은 무리가 있음을 알 수 있다. Oh와 Han (2002)의 연구에서 2001년 보건소 간호사 1인당 관할인구가 9,262명으로 1988년의 8,331명보다 더 취약한 것으로 분석하였는데 2017년 현재 정규직 간호사 1인당 담당인구가 12,303명, 비정규직 등을 포함하면 1인당 6,738명으로 여전히 개선될 필요가 있다. 일본의 경우 인구 3,000명 당 보건소 간호사 1인, 이스라엘의 경우 인구 2000명당 1명(또는 700가구 당 1명, 빈민지역인 경우 400가구 당 1명), 싱가포르 2,500명당 1인, 태국 도시는 3,000명당, 농촌은 2000명당 1인이라는 기준과 비교할 때 인구 수 대비 보건소 간호사 수가 매우 부족함을 확인할 수 있다(Lee, Na, Kim, & Kim, 2007; Oh & Han, 2002).

2) 질적 평가

보건소 간호 인력을 질적인 측면에서 평가하면 건강 업무를 수행할 전문 인력이 부족하다. 전문 인력 등의 면허 또는 자격의 종별에 따른 최소배치기준에 의하면, '조사사 및 간호조무사는 간호사 전체 인력의 범위에서 간호사에 갈음하여 배치할 수 있다' 고 되어있다. 간호사는 의료법에 의한 의료인으로 질병을 가진 환자의 관리와 간호, 진료보조, 교육·상담 및 건강증진을 위한 활동의 기획과 수행, 그 밖의 보건활동을 하도록 법에 명시되어 있는 반면 간호조무사는 의료인에 속하지 않으며 간호사의 업무보조 및 지도를 받도록 법에 명시되어 있다(National Law of Information Center, 2017). 즉 간호사는 대상자를 총체적으로 관찰하고 판단하여 그들의 건강을 관리하는 총체적인 역할을 수행하고 있기에 전문지식과 자격을 가진 간호사의 적정수가 반드시

확보되어야 한다. 전문성을 함양하는 교육연한을 보더라도 간호사는 최저 학력이 4년인 반면 간호조무사는 특성화고등학교의 간호 관련학과를 졸업한 사람, 고등학교 졸업자 또는 고등학교 졸업학력 인정자로서 보건복지부령으로 정하는 국·공립 간호조무사양성소의 교육을 이수한 사람, 평생교육법령에 따른 평생교육시설에서 고등학교 교과 과정에 상응하는 교육과정 중 간호 관련 학과를 졸업한 사람, 학원의 간호조무사 교습과정을 이수한 사람 등으로 간호조무사 자격을 취득한 사람이며 의료법에 간호사의 업무보조에 대한 지도를 받도록 명시되어 있음에도(의료법 법률 제14438호, 제80조 간호조무사 자격) 간호사를 간호조무사로 갈음하여 배치할 수 있다는 것은 국민의 건강에 미칠 영향을 감안하지 않은 것으로 판단된다.

질적 측면에서 두 번째 문제는 보건소 간호사 중 비공무원 즉 무기 계약직과 비정규직의 비율이 높다는 것이다. 2017년 현재 보건소와 시군구 행정부서에서 근무하는 간호사 인력 7,512명 중 정규직 공무원 간호사가 4,114명(55%)이고 비정규직 또는 무기 계약직 간호사가 3,398명(45%)으로 높은 비율을 차지하고 있다(Public Health Nurses Association, 2017). 비정규직 간호사는 고용이 안정되지 않아서 업무를 지속적으로 할 수 없으며 10개월 근무 후에, 길게는 23개월 근무 후에 일을 그만 두어야 하거나 다른 일자리를 찾아가야 하므로 업무의 연속성이 없어 사업에 일관성이 없고 질적인 서비스를 제공하는데 한계가 있다. 이렇듯 비정규직 간호사는 고용의 불안정과 열악한 급여 및 처우로 인해 사업의 전문성을 유지하기 힘든 상황이다. 또한 보건소에서 같은 업무를 하면서 공무원, 무기직, 비정규직으로 나누어져 서로 간에 화합하기 힘들며, 특히 그들 간의 역할관계, 책임과 권한이 명료하지 못해 갈등이 심화되는 것으로 분석되었다(Lim, et al., 2016).

Oh와 Han (2002)의 연구에서도 보건(지)소에 근무하는 간호사(간호조무사 포함)가 전체 근무자 중 50.6%를 차지하고 있으며 그 중에서 간호조무사의 비율이 54%(7,590명 중 4,109명)를 차지하고 있어 전문성을 가지고 사업을 수행하는 질적 측면에서 많은 문제를 안고 있다고 지적한 바 있다. 현재 간호조무사의 비율은 줄고 있는 반면 무기 계약직 또는 비정규직의

간호사 비율이 반 정도로 증가하고 있어 질적 측면에서 여전히 문제가 되고 있다. 또한 보건소 근무자 중 간호사 비율은 2016년 현재 32%(Korea Health Promotion Institute, 2017)로 줄고 있어 간호사의 양적 부족은 이전 대비 더욱 심각한 상태임을 알 수 있다. 이러한 간호사의 부족은 공중보건학적 기본 지식을 기반으로 건강에 대한 전문지식을 가진 전문 인력의 부족으로 인해 국민의 건강을 유지·증진하려는 보건소의 목적을 달성하기 어렵도록 만드는 장애요인이 되고 있다.

3. 보건소 간호사의 적정 배치를 위한 대안

우리나라 공공보건서비스 제공의 핵심 축으로서 보건소가 시대의 변화와 국민의 요구에 부합하는 질적인 건강관리서비스를 제공하여 지역주민의 건강증진에 이바지하고 국민의 평생건강권을 보호하는 역할을 잘 이행할 수 있도록 보건소 간호사의 적정배치를 위한 대안을 다음과 같이 제안한다.

첫째, 보건소 전문 인력의 면허 또는 자격의 종류에 따른 최소 배치기준(지역보건법 시행령16조, 시행규칙 제4조)을 시행되는 업무의 전문성, 특성과 양을 고려하여 현실에 맞도록 개정해야 한다. 개정 시 양질의 보건 의료서비스 제공체계 구축을 위해 업무의 전문성을 고려하여 의사, 간호사, 약사, 의료기사 등 자격종별로 배치 기준을 구체적으로 제시해야 한다.

Song과 Han (2009)이 보건소 간호사 189명(평균 근무년 수 16년)을 대상으로 조사한 결과 국민건강증진, 보건교육, 예방접종, 결핵관리, 모자보건, 정신질환관리, 맞춤형 방문건강관리, 진료보조, 만성퇴행성관리사업의 주 수행자는 간호사인 것으로 분석되었다. 반면 질병의 조기발견을 위한 검진과 처방의 주 수행자는 의사이고, 구강건강관리 및 구강보건교육은 치위생사가, 건강증진을 위한 체육활동은 운동처방사가, 영양개선사업은 영양사가, 전염병 관리는 보건직이, 그리고 장애인 관리는 사회복지사가 주 수행자인 것으로 조사되었다. 이외에도 참여하는 비율을 분석한 결과 지역사회 건강관리 업무는 특정 보건요원의 개인적인 접근이 아닌 팀제에 의한 통합적인 접근에 의해 이루어지고 있지만, 간호사의 역할이 각종 보건사업의 중심에 있음을 확인하였다. 교육적 배경 및 훈련 경험을 통해 볼 때 정신질

환자, 결핵환자, 암환자, 치매환자, 희귀난치성 질환자, 고혈압 및 당뇨환자 등 질환을 가진 대상자들을 직접 상담·관리하는 업무, 예방접종, 방문보건사업, 건강증진사업, 감염병 예방 및 관리, 보건교육, 의료기관 지도감독 업무는 의료인 중 간호사가 그 역할을 수행하는 것이 가장 적합하기에 간호사의 배치 비율을 확대해야 한다.

특히 광역시의 구, 인구 30만 명 이상인 시, 건강생활지원센터 또는 보건지소가 설치되어 있지 않은 동 지역의 경우는 보건사업을 담당할 의료인 특히 간호직 공무원을 인구 몇 명당 1명을 확보하는, 즉 인구대비 간호직 공무원 최소 확보 비율을 지정하는 등 업무량 뿐 아니라 인구수를 고려한 적정 수를 법에 명시해야 한다. Bae, Lee, Kim과 Lee (2010)는 현재 보건소가 내소자 중심의 사업 위주로 이루어지고 있지만 지역사회 보건사업은 갈수록 고도의 전문성을 요구하고 있기에 보건 의료와 관련된 업무를 전담할 의료인의 정원에 대한 적정 수를 고려해야 한다고 제안하였다.

이처럼 주민밀착형의 촘촘한 건강관리를 제공하기 위해서 최소 배치기준에서 업무의 전문성과 인구수를 고려하는 또는 읍면동 단위별로 정규직 간호사를 배치하는 방안이 마련되어야 한다. 선진국의 경우 2,500~5,000명당 보건소 간호사 1인을 배치하고 있으므로 우리나라도 5,000명 수준으로 정규직 간호사를 배치할 것을 제안한다. 또는 말레이시아, 태국 그리고 이스라엘 처럼 보건소 간호사 1인당 가구 수를 지정하는 방안도 검토해 볼 필요가 있다(Bae, Lee, Kim, & Lee, 2010).

둘째, 보건소법이 지역보건법으로 변경된 이유 중 하나는 지방자치단체로 하여금 지역적 특성에 맞는 종합적인 지역보건의료계획을 수립하고 이를 추진하도록 하기 위함이며, 이러한 목적을 달성하려면 지역사회사정에 근거한 지역사회진단과 우선순위설정 그리고 그에 근거한 사업계획 작성 등 보건사업기획에 대한 전문적 역량을 가진 전문 인력이 요구된다. Kim (2010)은 보건소 간호사가 지역주민의 건강수준을 향상시키고자 다양한 건강서비스를 제공하면서 동시에 행정업무를 수행하는 중요한 위치에 있지만 보건사업 영역별 전담인력의 부족과 직무교육의 불충분 그리고 잦은 순환근무와 업무교체로 말은 보건사업에 대한 전문성을 발휘하기에

제한적인 상황에 있다고 하였다. 이처럼 간호사 임에도 증가하는 새로운 업무와 질적인 서비스에 대한 압력으로 전문성이 추가적으로 요구되는 현실에서 간호조무사가 간호사의 일을 대체해서는 안 된다.

앞으로 국민의 삶의 질에 대한 요구와 질적인 서비스에 대한 요구가 계속 증가할 것으로 예상될 뿐만 아니라 제4차 산업혁명을 앞 둔 현 시점에서 보건사업은 더욱 더 전문성을 요구하고 있기에 전문성을 담보해 줄 수 있는 최소 자격 기준이 중요하므로(Bae, Lee, Kim, & Lee, 2010; Cho & Kim, 1992) 간호사가 최소 자격기준이 되어야 지역주민의 건강 요구를 질적으로 충족시켜 줄 수 있을 것이다.

셋째, 보건소 전문 인력의 면허 또는 자격의 종류에 따른 최소 배치 기준이 보건소 업무 및 인구 수 등을 고려하여 개정되면 이 기준을 반드시 준수하도록 강제하는 규정이 법제화될 필요가 있다. 현재 현실을 미처 반영하지 못하였지만 배치기준이 있음에도 불구하고 이를 충족하지 못하는 보건소가 반 이상이 되고(Oh, 2017), 전문 인력 중 특히 간호사를 충원하지 않아 업무 추진에 많은 어려움을 겪고 있기에 최소인력 기준의 강제규정 법제화는 반드시 필요하다.

넷째로 업무의 연속성과 질적 관리를 위해 비정규직 인력의 고용안정 및 정규직 채용이 증가해야 한다. 비정규직 간호사는 언제 그만둘지 모르는 불안정함과 열악한 급여 및 처우로 인해 사업에 지속적으로 전념할 수 있는 여건이 되지 않아 전문성을 유지하기 힘든 상황이다. 이러한 상황이 지속되면 질병예방 및 급·만성 질환관리의 소홀로 의료비 상승을 초래하고 국민의 평생건강권 보장이 불투명해지게 될 것이다. 또한 보건소에서 같은 업무를 하면서 공무원, 무기 계약직, 비정규직으로 나누어져 갈등이 심화되는 상황이므로 장단기 계획을 통해 정규직 수를 증가시켜 책임과 권한을 갖고 업무에 임하도록 해야 한다. 특히 건강평형성 확보를 위해 최근 서울시 보건소에서 대대적으로 시행되고 있는 찾아가는 동 주민센터의 방문간호사 그리고 행정안전부와 보건복지부가 함께 주력사업으로 하고 있는 읍면동 복지허브화 사업의 방문간호사, 치매안심센터의 간호사 등 지역보건의료기관에서의 간호사 수요는 폭발적으로 증가하고 있다. 그러나 이들을 무기 계약직 또는 비정규직으로 채용하기 보다는 정규직 공무원으로

채용하여 고용안정을 도모하고 책임과 권한을 갖고 전문성을 발휘하며 맡은 역할을 다하도록 하여 지역주민이 체감하는 만족스럽고 효과적인 보건사업이 되도록 하여야 할 것이다.

III. 결 론

1956년에 보건소법이 제·개정되고 지역보건법으로 변화하는 과정에서 보건소 사업이 조정 및 추가되었을 뿐 아니라 관련 법령의 제·개정에 따라 신규 사업이 추가되어 업무가 폭발적으로 증가되었다. 그러나 사업을 수행하는 간호 인력은 1989년에 보건소 당 14.9명으로 정점을 찍은 후, 1990년부터 감소하다가 2007년 12.4명으로 증가하였다. 2017년 현재 정규직 간호사는 보건소당 16.2명으로 급증하는 보건사업 대비 간호사 수가 절대적으로 부족한 상황이다. 또한 정규직 간호사 1인당 담당인구가 12,303명으로 선진국에 비해 보건소 간호사 1인당 담당해야 할 인구가 너무 많은 상황이다. 보건소의 50% 이상이 20년 전에 설정된 보건소의 전문 인력 등의 면허 또는 자격종별에 따른 최소 기준을 충족하지 못하고 비정규직 간호사가 반 정도를 차지하고 있으며, 간호조무사가 간호사를 대체할 수 있도록 한 규정 등은 보건간호 업무의 양적·질적 측면에서의 문제를 극명하게 나타내고 있다. 따라서 전문 인력 등의 면허 또는 자격종별에 따른 최소기준을 보건의료 업무의 전문성과 양을 고려하고 관할 인구수를 현실적으로 반영하여 개정하여야 한다. 또한 간호사를 간호조무사로 대체하는 내용은 삭제되어야 하며 이러한 기준을 반드시 보건소가 지키도록 강제화하는 법제화가 필요하다. 또한 최근 폭발적으로 증가하는 업무를 감당하기 위해서 간호사를 정규직 공무원으로 채용하여 책임과 권한을 갖고 전문성을 발휘하여 보건소가 지역주민의 건강유지 및 증진을 위한 지역보건의료기관으로서 중추적인 역할을 할 수 있는 여건을 갖추어야 한다. 본 연구는 치료위주의 민간의료가 대부분인 우리나라에서 전 국민을 대상으로 서비스를 제공하는 보건소가 변화하는 국민 건강요구에 맞추어 제 기능을 충실히 수행함으로써 건강수명 연장과 건강형평성 확보라는 국가목표를 달성할 수 있도록 간호사 인력실태를 고찰한 후 개선방안을 제안하였다는 점에 의의가 있다.

References

- Ahn, K. S., & Jung, M. S. (1995). Role change, job satisfaction and obstacles in carrying out the role of public health nurses in health center. *Korean Journal of Rural Medicine*, 20(1), 1-13.
- Bae, S. S., Lee, S. W., Kim, J. W., & Lee, S. M. (2010). *New Approach to strengthening of Local Public Health System*. Seoul: Korean Medical Association.
- Bae, H. J., & Kim, J. H. (2015). Estimating need for home visiting nurse from public health centers. *Perspectives in Nursing Science*, 12(1), 23-32. <https://doi.org/10.16952/pns.2015.12.1.23>
- Cho, W. J., & Kim, Y. R. (1992). A study of community diagnosis activity by community health nurses working in health centers. *Journal of Korean Society of Public Health Nursing*, 6(1), 32-45.
- Han, Y. R. Lee, B. S., & Kim, B. J. (2016). Public health nurses's perception of their roles and duties, *Journal of Korean Society of Public Health Nursing*, 30(3), 526-543. <http://dx.doi.org/10.5932/JKPHN.2016.30.3.526>
- Kang, Y. S., Park, N. H., Park, Y. I., Park, E. O., Park, I. H., Park, J. S., et al. (2012). *Understanding and prospect of customized visiting health care*. The Korean Society for Customized Visiting Health Care. Seoul: Made by One.
- Kim, J. S. (2010). *Performance process of nurses in the public health program*. Unpublished Doctoral dissertation, Ewha Womans University, Seoul.
- Graduate School of Public Health Seoul National University. (2009). *50 years of graduate school of public health*, Seoul National University: 1959-2009. Seoul: Seoul National University.
- Jang, H. S., Nam, S. Y., Lee, T. B., Jin, Y. R., & Choi, B. A. (2006). *Development of monitoring system and activation plan for public health center based home healthcare*, Cheongwo-gun: Korea Health Industry Development Institute.
- Korea Health Promotion Institute. (2017). *Annual Report 2016*. Retrieved December 4, 2017, from <http://www.khealth.or.kr/b/98>
- Lee, G. E., & Song, Y. S. (2005). Job satisfaction and work system improvements of public health nurses. *Nursing Science*, 17(1), 48-58.
- Lee, S. J., Na, B. J., Kim, S. Y., & Kim, K. M. (2007). *Development of an application and expansion plan of manpower for effective activities of public health organizations*. Seoul: Korea Health Industry Development Institute · Health Promotion Support Group.
- Lim, J. Y., Lee, I. S., Song, M. S., Kang, Y. S., Park, Y. I., Han, Y. R., et al. (2016). *Health care service model development for the Vulnerable social group in community integrated health promotion program*. Seoul: Korea Health Promotion Institute.
- Ministry of Health and Welfare & Korea Health Promotion Institute. (2015). *The Fourth Health Plan 2020 (2016~2020)*. Retrieved December 4, 2017, from <http://www.khealth.or.kr/b/98?bi=9037>
- Ministry of Health and Welfare. (2015). *70 Years of Health and Welfare: From the Age of disease to the Age of Health*. Sejeong-si: Ministry of Health and Welfare.
- Ministry of Health and Welfare. (1961~2017). *Ministry of Health and Welfare Statistical Yearbook 1960-2016*.
- Ministry of Health and Welfare. (2017). *2016*

- Health and welfare white paper*. Retrieved December 4, 2017, from <http://www.mohw.go.kr/react/jb/sjb030301vw.jsp>
- National Law of Information Center. (2017). *Medical care assistant act*. Retrieved December 4, 2017, from <http://www.law.go.kr/main.html>
- National Law of Information Center. (2017). *Medical service act*. Retrieved December 4, 2017, from <http://www.law.go.kr/main.html>
- National Law of Information Center. (2017). *Mental health act*. Retrieved December 4, 2017, from <http://www.law.go.kr/main.html>
- National Law of Information Center.(2017). *National health promotion act*. Retrieved December 4, 2017, from <http://www.law.go.kr/main.html>
- National Law of Information Center. (2017). *Regional public health act*. Retrieved December 4, 2017, from <http://www.law.go.kr/main.html>
- Oh. P. J., & Han. S. J. (2002). A study on the projected workforce for public health nurses in Korea. *Journal of Korean Community Nursing*, 13(4). 757-766.
- Oh. Y. H. (2017). *2030 Nurse supply and demand estimation and policy direction*. Paper presented at the meeting of the Korean Nurse Association Head Meeting.
- Park, Y. H., Bae, S. S., Choi, J. M., Lee, S. G., Lee, S. I., Lee, G. S., et al. (2003). *A research on the improvement measures about the system and human resource management in health center in executing health promotion programme*, Seoul: Korea Health Promotion Institute.
- Park, E. S., & Ryu, H. S. (2001). A study on developing strategies for expanding the roles of public health nurses. *Journal of Korean academy of Nursing*, 31(4), 712-721.
- Public Health Nurses Association. (2017). [Public health sector nursing staff statistics]. Unpublished raw data.
- Song. M. S., & Han. Y. R. (2009). *Job Analysis of public health nurses*. Seoul: Public Health Nurses Association.

Actual Conditions and Improvement Strategies regarding the Nursing Workforce in Public Health Centers

Han, Young Ran (Professor, Department of Nursing, College of Medicine, Dongguk University)

Yang, Sook Ja (Professor, College of Nursing, Ewha Women's University)

Purpose: Public health centers (PHCs) provide a variety of healthcare services according to the Regional Public Health Act (RPHA). We aim to analyze the changes in public healthcare services according to the legislation and the number of public health nurse (PHN) involved in the service, and propose an alternative to effectively distribute the public health nursing workforce for protecting the health rights of people. **Methods:** This is a review study that deduced the results from literature review. **Results:** During the revision of the PHC law to the RPHA, several services were added. Health related laws have forced the PHCs to provide services for these legislations. Consequently, the workload on the PHNs has been increasing. However, the PHNs have been consistently lacking. In 2017, there are 16.2 full-time nurses per center. Furthermore, About 50% of the PHCs are not meeting the minimum requirements of licensed or qualified health professional workforce outlined in 1997. In addition, 43% of the nurses in the PHCs are part-time nurses. **Conclusion:** We suggest that the minimum requirements of health professional workforce should be modified to reflect the increase in the workload of PHNs, and a legislation to enforce PHCs to fulfill these requirements is needed.

Key words : Public health center, Nurse, Workforce