

오늘의 건강사업에 있어 진정한 의미의 간호인력이란 어떤 역할을 하고 어떤 수준이어야 하며 그 수는 얼마나 어떻게 필요한 것인가. 또한 "1차건강관리"를 담당할 주축은 누구인가. 그러한 내용을 본지 이번호 특집으로 타진해 본다. <편집자 주>

- 건강사업과 간호인력
- 국내 간호인력 수급 현황
- 새로운 간호인력을 위한 교육방안

건강사업과 간호인력

김 모 임
<본회제1부회장, 연세간호대교수, 보건학박사>

• 서 론

- 건강사업과 치료사업의 차이
- 건강사업이 요청하는 간호인력 활동영역
- 건강사업을 위한 간호인력형
- 건강사업을 위한 간호인력 구성
- 건강사업을 위한 간호인력의 필요와 요구의 차이

• 결 론

◆ 서 론

건강사업은 포괄적이다. 오늘 우리가 갖고 있는 국민건강을 위한 사업은 건강사업이라 할 수 없다. 치료편중이며 건강관리 경시의 의료이며, 손쉬운 예방접종으로 보건사업이라는 명맥만 세우는 협의의 의료사업이기 때문이다. 건강사업은 의료보건에서 나아가서 또한 개인, 가족 및 지역사회의 안녕과 관련된 사업의 요소를 모두 포괄한다.

우리는 아직 치료편중인 협의의 의료사업에 머물러 있지만, 형평과 능률을 기하고 나아가 성장을 도모하는 거족적 우리의 노력의 목표는 건강사업이어야 하며, 또 일단 목표로 삼으면 우리는 멀지않은 장래에 성취할 수 있는 가능성을 갖고 있다. 가능성은 목표를 달성할 수 있는 기저가 된다.

내일의 사업을 위해 오늘 우리는 건강사업이 요청하는 간호인력은 어떤 형태이며 이를 위해 무엇을 할 것인지 준비해야 할 명제이다.

간호인력은 우리가 지향하는 것이 의료사업이냐 또는 보건사업이냐 아니면 건강사업이냐에 따라 수요공급 및 자질과 수준에 큰 차이를 나타낼 수 있다.

◆ 건강사업과 치료사업의 차이

치료편중의 협의의 의료사업의 대상은 환자이다. 환자중에도 중환이 그 근본대상이 된다. 대부분의 지역주민이 좀처럼 아파가지고는 병원을 생각할 않는다. 아파죽게 돼야 병원을 찾는 것으로 알고 있다. 그래서 병원에서는 통원치료가 어렵게 되고 입원을 위한 시설을 마련케 된다. 이렇게 되면 호미로 막을 것을 가래로도 못 막게 되므로 환자가 당하는 손실은 이루 헤아릴 수 없이 크며 병원은 문턱이 높게 되기 마련이다. 높은 문턱을 넘을 수 있는 능력을 가진 주민에게만 이용되는 상품이 되고 이런 협의의 의료사업인 경우 필요로 되는 인력은 단순하다.

더우기 치료 및 이에 기반이 되는 기초과학이 미개발 되었을 때는 의사라는 의료인력이 중추가 되고 이 의료인력을 보조하는 소수의 보조인력이 필요할 뿐이었다.

건강사업의 대상 및 사업대상은 이렇게 단순치 못하다. 왜냐하면 호미로 막을 수 있는 것이면 가래로 막으려고 애를 쓰기전에 호미로 막는 사업, 호미로 막을 것 없이 문체 근원을 파악하여 질병화 하기전에 건강증진, 건강보호, 질병예방을 위한 사업이 포함되고, 이렇게 노력하는 가운데도 불가항력으로 일어나면 그때 치료하고 또 치유후 사회의 일원으로 전전히 생존할 수 있도

록 재활하는 노력이 사업의 일환으로 포함된다, 따라서 치료는 건강사업의 부분으로, 건강사업을 위한 인력은 의료인력중 의사만 가지고는 감당할 수 없다. (도표 1 참조)

따라서 건강사업 제공자는 현행 의료법이 규정하는 의료인력 뿐만 아니라 건강사업이 필요로 되는 기능을 최상으로 수행할 수 있는 새로운 건강인력의 팀이 조직되어 팀의 일원들은 각자 맡은 바 임무를 서로 보조적 입장에서 일해야 한다.

치료사업에서는 오랜동안 의료인력 및 그 보조적 인력간에 종족관계를 유지했었으나 치료사업이 다양하므로 인해 이 종족관계의 유지가 어렵게 되므로 병원이란 사회조직에 속한 의료인력간에 획적 새로운 관계정립의 물결속에 진통을 겪고 있다.

건강사업에서는 완전히 건강인력간에 횡적관계가 성립해야 한다. 환자가 대상이 되는 치료사업은 환자가 앓고 있는 질병문제이나 건강사업의 대상은 건강하거나 건강하지 않은 지역주민이 대상인즉 이들이 갖고 있는 문제는 질병일 수도 질병 아닐 수도 있다. 따라서 건강사업이 해결해야 할 문제는 치료사업에 비해 광범위하고 다양하다. 문제가 질병일 때는 약을 들여서 의사가 팀의 지도자가 될 수 있으나, 주민교육이나 건강행위변화를 위해서는 이를 위해 준비한 간호원이 이 팀의 지도자가 될 것이며, 환경위생문제일 경우는 의사나 간호원 보다는 이를 위해 준비된 건강인력이 팀의 지도자가 될 수 있어야 한다.

건강사업은 치료사업처럼 아파 죽게돼야 오는 중환자대상이 아니기 때문에 입원실을 가지고 있는 병원이 많이 필요치 않으며 따라서 항간에 흔히 떠돌고 있는 병원과 의사가 있으면 건강이 주어진다라는 것은 합리적이지 못하여 당치도 않은 생각이다. 건강사업은 아파서 찾아오는 환자만을 주로 치료하는 사업에 비해 주민이 건강관리소에 통원하거나 건강인력이 찾아가 문체해결을 도모하는 것이 특색이다. 이런 특색을 갖는 데는 큰 의미가 있다. 첫째는 병원이라는 시설을 마련하는데 필요한 경제적 투자가 막대하다.

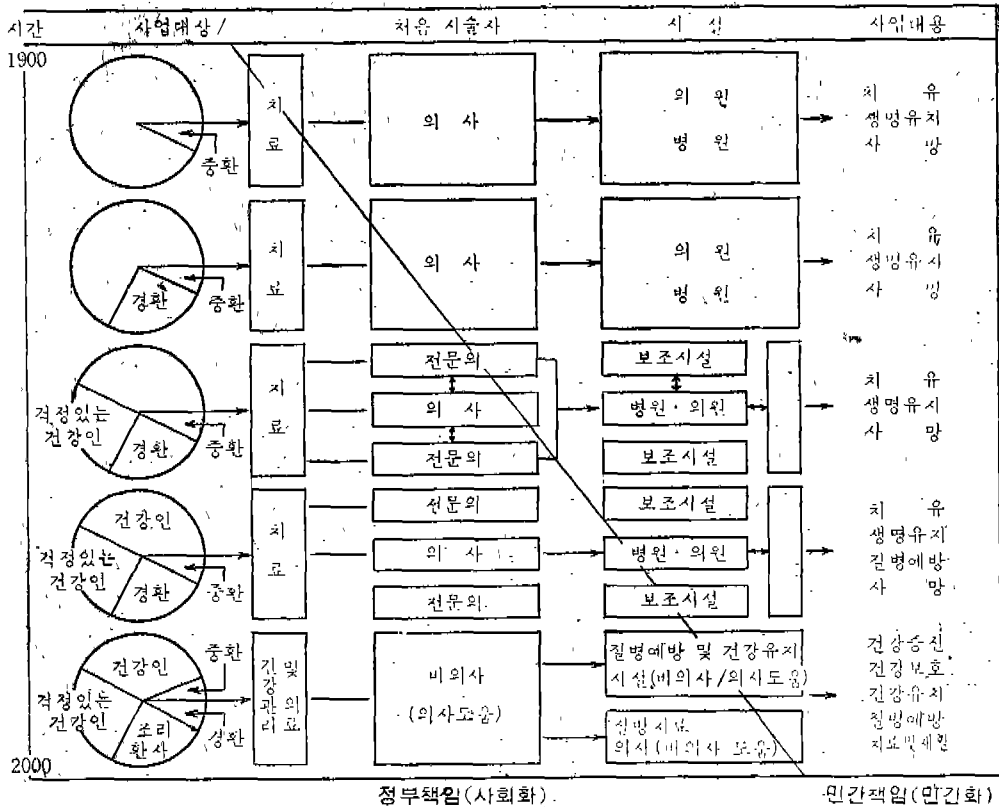


도표 1) 연대별 건강사업의 대상, 처음 시술자, 시설, 사업내용 및 사업책임의 변천

통원 또는 "Reach-out"하면 병원시설투자 보다 훨씬 적은 경비로 많은 문제를 해결할 수 있다.

환자라고 다 입원해야 할 필요가 없다. 가정 간호 및 치료로 치유가 가능한 경우가 주민이 갖는 건강문제의 80%를 차지하고 있는 것이 오늘의 현실이다.

가정 또는 통원케 함으로 병원침상을 줄이거나 병원침상이 꼭 필요한 중환을 위해 효율적으로 활용가능케 한다. 이뿐이 아니다. 병원에 가서 얻는 병원병을 예방할 수 있다. 가족의 불필요한 활동과 비용을 절감하며, 가정간호와 치료를 배울 기회를 가지며, 환자와 가족과의 정상관계를 새로운 환경으로 옮김으로 차단하는 부작용을 덜 수 있다. 이 모두가 가정이나 국가의 경제에 보탬이 되며 건강의 문제를 근본부터 다루되 효율적으로 권장하자는 것이 건강사업이라 할 수 있다.

이상을 간략하게 간추리면 건강사업은 치료사

업에 비해 그 특색이,

- ① 사업대상이 환자에 국한되지 않고 모든 주민이 될 수 있고 따라서 모든 이에 평등하게 제공되는 것이며,
- ② 제한된 자원을 건강사업을 위해 가장 경제적으로 운영하는 방안이며,
- ③ 치료사업을 위해 만들어진 비정상적인 조직과 체제로 인해 받는 사업대상 피해를 줄이는 건강관리 체제이며,
- ④ 사업대상을 건물에 앉아 맞는 것이 아니라 찾아가는 사업이며,
- ⑤ 수도권짜리를 틀어놓고 마투에 넘쳐 흐르는 물을 흠쳐내리는 사업이 아니라 틀어는 수도권짜리를 잠그자는 사업임으로 치료가 주요 부분이 아니라 교육, 계몽, 지도, 감독, 개인정결과 정결한 환경이 사업의 대부분인 종합사업이며,
- ⑥ 이 사업수행을 위한 인력간의 관계는 품적

관계는 성립되지 않으며 전문성이 인정된 행정관계를 가질 때 사업운영의 효율을 기할 수 있는 사업이며,

- ⑦ 또한 일반적으로 주어지는 사업이 아니라 건강사업을 위해 훈련된 인력과 협동하여 사업대상(주민)이 능동적으로 참여해야 하는 사업이다.

◆ 건강사업이 요청하는 간호인력 활동영역

건강사업과 치료사업의 차이는 두 사업이 요청하는 인력과 활동영역의 차이를 말하고 있다고 해도 과언이 아니다. 치료사업은 건강사업에 비해 가족중심의 가내 소기업에 해당되고, 건강사업은 이런 치료사업에 비하면 잘 분업화된 대규모의 현대식 기업을 상상할 수 있다.

사회가 산업화 근대화 하면 경제 체제만, 기업구조만 바꾸는 것이 아니라 생활양식 사고구조도 바뀌며 건강사업체제와 구조도 필연적으로

변천해 간다. 따라서 건강을 생산하기 위해 활동이 구멍가게에서 대기업화 하며, 또한 소극적(치료사업) 차원에서 적극적(건강사업) 차원으로 발전해야 하는 숙명적 과정에 놓이게 된다. 도표 3에 예시한 바와 같이 건강사업에서 간호인력이 활동해야 할 영역은 치료교육적 활동에 머물지 않고 일차건강관리의 보호보존적 간호활동과 제 3차건강관리의 재활생산적 간호활동이 요청된다. 또 건강문제가 사회가 개발 될수록 지역주민의 건강에 대한 인식이 달라지며 건강하려는 의욕과 기대가 커짐으로 인해 사업의 내용은 치료에 머물 수 없게 된다. 일반적으로 개발된 국가에서의 일차적 건강관리 내용을 보면 산발적으로 생기는 가벼운 건강문제가 80%에 달하며, 이중 34%가 의학적 원인으로 생기는 건강문제, 의학적, 심리사회적 복합원인을 가진 건강문제가 7%가 되고 만성질환이 6%가 된다. 6%의 만성질환의 반이 중증의학적 질환이나 다른 반은 만성사회적 질환이다. 이의 3%만이 중증의학적 질병으로 폐염, 급성기관지염, 만성



| 의학적 질병문제 | | | | 교육, 건강증진문제 | | 심리적 및 사회적 질병문제 | | | |
|---|-----|-----|-----------------------|--|-----------|--|-----|-----|----|
| 응급 | 산발적 | 만성적 | 건강증진 건강진단 (screening) | 육체적 | 사회적 및 심리적 | 건강증진 (screening) | 만성적 | 산발적 | 응급 |
| 일차적 건강 관리 | | | | | | | | | |
| 전문의 영역 2차적 및 3차적 건강관리 기관 재합기관 | | | | 가족, 학교와 기타 자원 (개인의 교육 및 훈련을 위한) | | 정신보건, 심리학 사회사업과 특수교육, 직업교육 기타 사회자원 | | | |
|  의사들의 활동영역 | | | |  건강간호사 활동영역 | | | | | |

도표 2) 일차건강관리 사업내용과 필요로 되는 인력

도표 3)

건강사업 수준과 간호활동

| 건강수준 | | 간호활동 |
|------------------------|---|---|
| 제 1 차 건강관리 | 건강증진 | 건강증진 및 유지를 위한 간호 성장 발육에 알맞는 환경조성과 적절한 의식 주의 제공 면역을 통한 전염병 예방 유해 자극물 제거 안전 제도 건강을 위협하는 요소로부터 보호 수은, 살충제에 중독된 어류나 상표의 부정확 한 표기등 위험 손상으로부터의 방어 |
| | 건강유지 | |
| | 예방 접종 환경 위생(예 : 음로수 불소소독) 발암인자, 알려지 원의 규명 및 보호 전염병 환자 발견과 치료 특수보호를 위한 보건 교육 | 보호보존적 간호활동 |
| 조기진단 및 간호치 호치 | 질병 적격 검사(예 : 당뇨, 결핵) 정기적이고 다각적인 신체검사 조기 진단을 위한 교육 정기 치아 관리 전문적인 교육 경중 조기환자 관리 | 경중초진 환자 진료 |
| 제 2 차 건강관리 | 환자중 치료 | 경중증환자로 입원가료 및 전문인에 의한 치료 |
| | 불 구 재 한 | |
| 제 3 차 건강관리 | 재활 재활을 위한 병원, 지역사회 시설 제공 및 방법에 대한 전문적 교육 불구자의 직업적 재생을 위한 산업 교육 보호 대책 연구의 조직 | 재활생산적 간호활동 |
| | | |

동맥증, 급성맹장염, 암질환이라고 보고하고 있다.

이는 개발된 국가로 발돋움하고 있는 우리나라에도 조만간 찾아올 양상으로 생각할 수 있다. (도표 2 참조)

◆ 건강사업을 위한 간호인력형



지역주민이 필요로 하는 건강사업을 제공할 수 있는 새로운 인력 구성이 불가피하다. 이 새로운 건강인력 구성의 큰 영역을 차지하는 간호



인력 구성도 마찬가지다. 아직까지는 2차 건강사업에서도 중증환자로 입원가료를 요하는 치료사업에 치중되었으므로 병원에서 치료사업의 간호영역을 담당하는 기능과 활동을 맡을 수 있는 간호인력이 다수이면서 중요한 간호인력이었다. 그러나 1차건강사업에 한 부분인 일차진료사업이 거족적으로 전개됨에 따라 이를 위한 간호인력이 요청되고 있으며, 공적으로 이런 인력을 일차진료간호원이라 칭하고 있다.

일차진료 간호원은 우리나라 건강사업이 일차진료사업 수준에 머물 때 필요한 간호인력이나

일차건강관리로 발전할 시기에는 일차 건강관리를 담당할 인력이 다시 필요하게 된다.

일차 건강관리의 사업내용이나 건강인력 교육 배경으로 미루워 간호원 보다 더 잘 준비된 인력은 없으므로 간호원이 중추적 인물이 될 것은 의심할 바 없다. (도표 4 참조)

일차적 건강관리는 건강의 유지 증진과 질병 치료를 통합한 것으로 이 건강관리를 위해 질병 위주의 교육을 받은(의사의 영역은  부분에 해당) 의사를 일차적 건강관리자로 할 때는  부분을 담당할 수 있는 재 교육이 필요하다

기존 건강인력 가운데 간호원은 의 영역을 담당할 수 있는 교육적 기초가 마련되어 있으나  부분을 담당할 수 있도록은 교육되어 있지 않다.

따라서 의사와 간호원은 기존 건강관리 가능 인력중 일차 건강관리를 담당하기에 미흡한 점이 있음을 알 수 있다. 따라서 일차 건강관리를 담당할 새로운 인력을 마련할 수도 있다. 따라서 일차 건강관리의 주역을 맡을 인력은 보수교육을 받은 의사, 간호원 또는 새로운 형태 인력을 들 수 있다.

도표 4) 일차 건강관리를 위한 인력 대안

| 특성 | 인력대안 | 의사 | 간호원 | 새로운 인력 |
|----------------|--|------------------------------|--|--------|
| 1. 교육 성격 및 기간 | 단기 보수교육 6년+단기 | 단기 보수교육 3(4)+단기 | 4년제 학사과정 | |
| 2. 주요 보수 교육 내용 | Expressive Function 건강유지, 증진 보호를 위한 | Instrumental Function 질병치료분위 | Expressive + Instrumental + General Education Employment | |
| 3. 자격 | Under-employment (치료 기능을 배운만큼 발휘할 수 있는 기회가 없음) | Employment | | |
| 4. 직업 만족 및 성취도 | 기대키 어려움 | 기대함 | 기대함 | |
| 5. 긴급 투자액 | 적음 | 아주 적음 | 아주 큼(시설 투자 고려) | |
| 6. 인력 사용 가능시기 | 단기간후 | 단기간후 | 3~4년후 | |
| 7. 가용 유훈 인력원 | 없음 | 다수 있음 | 투자된 유훈 인력의 재활용으로 경제성을 높인다 | |

이 세 가지 인력 대안이 갖는 특수성을 간단히 비교 검토하여 건강간호사의 필요성을 지적코자 한다.

따라서 일차 건강관리를 위한 3가지 기능인력 중 기존 간호원을 활용할 때 교육기간이 짧고 단기간내 활용이 가능하나 새로운 인력은 4년후에나 활용 가능하며 의사를 활용할 때는 간호원의 경우보다 긴 단기간의 훈련이 필요하고 의학 교육과정중의 익숙한 질병 및 개인중심 치료 경향을 쉽게 탈피할 수 있겠는가 문제가되며 간호원에 비해 기저투자가 많이된 인력으로 일차 건강관리사업의 성격이나 내용으로 보아 비싼 인력이다.

의사의 경우 일차건강관리를 통해 6년간 수련해 온 치료기술을 배운만큼 발휘할 수 없음으로 직업적 불만을 야기시킬 수 있으며 이런 불만을 직업에 대한 열정을 경감한다.

새로운 인력양성을 위해서는 막대한 예산이 긴급히 요청되는 동시에 이 인력을 양성할 시설 및 인력수요에 대한 공급이 문제가 된다. 의사의 경우 일차건강관리를 하고자 지망할 수 있는 가용의사인력원이 현재 없음으로 일차건강관리가 그들에 특별히 매력적일 수 있는 조건의 형성이 필요하다.

이상의 제 특성과 현실성을 고려할 때 일차 건강관리는 기존인력을 재 훈련하여 기용하는 것이 시간 또는 재정적으로 경제적이며 기존인력중 간호원의 재 훈련기용이 교육적 배경이나 시간 또는 재정적, 경제적이나 동원될 유훈인력 행정관리적 기능성으로 보아 가장 타당하다고 생각한다.

일차 건강관리를 담당할 인력은 이 사업을 담당할 수 있게 하는 보수교육을 받은 간호원(새 이름-건강간호사)이어야 하는 이유는 이상에서 밝힌 제 특성외에도 여러가지 이유가 있다.

가. 간호원은 기존 건강인력으로 건강사업을 위한 인력구조 질서에 큰 개혁이 요청되지 않는다. 일차 건강관리를 위한 새로운 인력을 양성했을 때 의사와 간호원의 역할, 기능, 활동이 새로운 인력이 새로운 건강사업 전달체계에 도입되기 전에 분명히 정의되어

연구자의 요청이 날이 갈수록 더욱 커질 것을 예측할 수 있다.

◆ 건강사업을 위한 간호인력의 구성

요청되는 간호인력은 오늘의 현실과 판이한 구성이 필요하다. 도표 6과 같이 건강사업을 위한 간호인력중 많은 비중을 차지하는 것이 건강간호사다. 우리나라의 현실은 이와는 반대로 임상간호를 담당한 간호원이 대다수 차지하고 있다. 일본의 경우는 간호원의 80%가 국민건강관리(치료사업을 제외함)를 맡고 있는 시정촌의, 공적기관 및 국민건강보험 조직에 소속되어 있다. 이들 취업간호원의 평균연령을 보면 40세 이상이 62.6%, 40~49세가 47.8%으로 상당히 고령들로 보건간호사업→지역사회 건강사업이 안정돼 있음을 시사해 주고 있다.

우리나라 건강사업이 안정되려면 간호인력중 전문직업인의 직업수명이 길어야 함으로 이를 위한 정부와 관련단체의 노력이 크게 요청된다.

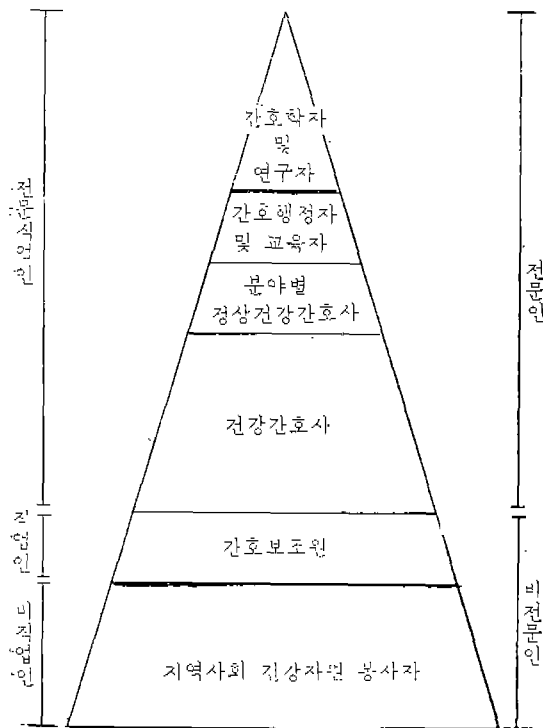


도표 6) 건강사업을 위한 간호관계 인력 구성도

이렇게 될 때 간호인력구성이 굳건히 서서 국민건강에 이바지 할 수 있는 인력으로서 명실공히 준비된 것이라 할 수 있을 것이다. 간호인력을 바로 활용 못하는 것은 사회적 국가적 손실을 초래할 뿐이다.

◆ 건강사업을 위한 간호인력의 필요와 요구 차이

건강사업이 요청하는 간호인력을 우리는 크게 둘로 대별하여 생각해야 한다.

치료사업수준의 현실태로 보아도 간호인력의 요구가 필요의 수준에 달하지 못해 공급과잉 현상을 빚고 있다. 다른 말로 하여 치료사업을 위한 간호인력 필요로 보면 모자라야 할 인력인테 남아 돌아가며, 악화가 양화를 구축하는 현실로 인해 적재 적소하여 인력활용의 효율을 기할 수 없게 하고 있다.

도표 6에 나타난 바와 같은 “간호인력 중”을 구성하고 있는 각각 간호인력이 계획집행될 건강사업 활동에 맞추어 간호인력 필요보다는 간호인력 요구를 측정하여 공급을 조절하는 상호유대가 절대적으로 필요하다.

일반적으로 간호인력 필요수는 전문직업인에 의해 결정된 서비스의 표준(standards) 기대(expectation)와 가치(values)를 참작하여 최적수준의 간호와 간호사업을 수행하는데 필요로 되는 인력의 수를 말하며, 간호인력요구는 경제적 의미를 내포하고 있는 것으로 고용주가 간호원지책을 위해 지급될 봉급으로 책정된 예산으로 기용할 수 있는 수를 말한다. 간호인력의 필요수를 책정하는데는 여러가지 방법을 이용할 수 있으나 이렇게 산출된 필요수만큼 인력을 쓸 수 있느냐는 예산의 한계와 그외 여러가지 변수가 개입된다.

몇가지 예를 들면,

1. 간호인력 필요에 대한 지각의 차
2. 간호인력 이용 유형차
3. 간호인력 이용가능성의 차등에 따라 같은 사업 대상과 문제를 가지고 있어도 달라진다.

문제는 '재원의 여건이 허락치 안해 요구 수만큼 기용 못했다고 하면 사업의 질적 향상과 성공을 위해 요구수가 필요수를 도달하게 하는 부단한 노력이 행정자가 해야할 중요과업임을 지적하고 싶다. 간호인력의 필요수는 일반적으로 일정표준 또는 기준을 응용해 왔다. 흔히 사용된 일정표준 또는 기준을 가장 보편적인 것은 양적표현으로 바람직한 인구대 간호원비이다. 참의미의 간호인력의 필요수 결정의 기본이 돼야 할 것은 소비자가 필요로 하는 간호를 양적 질적으로 측정하여 이를 간호인력 필요수로 번역하는 길이다.

◆ 결 론

건강사업의 대부분의 영역의 중추가 될 수 있는 건강인력은 간호인력으로 치료사업에서 건강사업으로 발전됨에 따라 간호인력의 수요는 증

대될 것 같다. 건강사업이 요청하는 간호인력형은 치료사업에서 쓰여진 간호인력형과는 판이한 차이가 있으며, 그 구성도 기관간호인력보다는 건강관리 및 간호를 위한 간호인력이 다수를 점하며 건강사업이 갖는 간호인력이 권장할 사업내용을 충실히 수행할 수 있는 새로운 간호인력형이 대두되어야 하며, 대부분의 건강사업을 권장하게 됨에 따라 새로운 극면의 행정, 관리, 교육, 연구의 종사하는 인력이 포함된 인력체계가 요청된다.

건강사업을 위한 간호인력을 중형으로 개발안정시킴으로 건강사업을 위한 간호인력의 효율적 활용이 기대되며, 간호인력 필요수에 따른 공급계획을 일단 지양하고 간호인력 요구수에 따른 공급계획을 마련 공급하는 것이 현명하며, 이에 그칠 것이 아니라 요구수를 필요수로 끌어올려 건강사업의 질적면을 유지 향상할 수 있도록 노력하여야 한다.

