일감법학 | 제32호
2015년 10월 215-261쪽
건국대학교 법학연구소

Ilkam Law Review
Vol.32, Oct., 2015. pp.215-261
The Institute of Legal Studies, Konkuk Univ.

간호법 단독입법을 통한 간호인력의 합리적 재편 방안*

A Reasonable Nursing Resources Reorganization Plan through Enactment of Nurse Act

김 종 호**
Kim, Jong-Ho

목 차

Ⅰ. 서 론
Ⅱ. 국내 간호환경의 변화와 간호인력의 비용효과적 대응
Ⅲ. 현행 의료법 체계의 한계 및 간호법 제정 필요성
Ⅳ. 간호법(안)의 제안
Ⅴ. 결론 및 제언

평균수명의 연장으로 인한 건강보험 진료비 증가, 의료기관 증가, 의료기관의 적정한 간호 인력확보의 필요성 증가와 같은 급격한 보건의료환경의 변화로 간호인력 수요가 증가하고 있다. 인구의 고령화로 인한 노인의료비 증가, 만성질환자 관리의 필요성 증가에 비용효과적인 대응을 위한 간호인력 수요도 커지고 있다. 또한 노인장기요양보험제도의 도입·확대 등으로 간호서비스 제공영역이 의료기관에서 지역사회로 변화하면서 간호의 역할범위도 보다 확장되고 있다. 중동호흡기증후군(MERS) 사태에서 보는 바와 같이 포괄간호서비스 수요도 반드시 충족되어야 할 상황이다. 그러나 현재 우리나라 간호사는 다른 의료인력과 함께 의료법에 포괄적으로 규정되어 있어 명확한 법적 지위와 규제 내용이 부재하며 간호인력 간 업무와 책임한계가 불명확한 상황이다. 이는 급변하는 간호 관련 보건의료 환경변화에 간호서비스가 적절히 대응하지 못하게 할 뿐만 아니라 간호서비스의 질 저하를 초래할 우려가 있다. 특히, 진료보조업무에 있어서 간호사와 간호조무사간의 업무중복과

투고일 : 2015. 8. 30. / 심사의뢰일 : 2015. 9. 25. / 게재확정일 : 2015. 10. 13.

* 본고는 2014년 필자가 공동연구원으로 참여한 간호·조산법 정책연구 용역의 보고서 중 일부를 발전시킨 글로서 본문의 내용은 특정 기관의 견해를 대변하는 것이 아니라 전적으로 필자 개인의 견해이다.

** 호서대학교 법학과 교수, 법학박사
Professor of Law at Hoseo University, Department of Law (Ph.D & SJD)

역할혼란의 문제가 발생하고 있어 명확한 업무규정이 요구된다.

대부분의 국가들이 간호관련 단독법에 기반하여 간호인력 양성을 위한 교육과정과 업무를 명확히 규정함으로써 간호서비스의 책임성을 담보하고 있으며, 간호사가 간호보조인력에 대한 지도・감독의 권한을 부여함으로써 간호인력 간 업무중복의 문제를 피하고 있다. 우리나라도 간호행위 관련 서비스의 책임강화와 간호인력 관련 문제발생 가능성을 최소화하고 간호인력 양성을 활성화함과 동시에 보건의료 환경변화에 적절히 대응할 수 있는 인력수급 시스템을 구축할 수 있는 간호사 관련 단독입법이 필요하다. 이를 위하여 간호업무의 개념정의와 구체적인 행위구분, 면허・자격 응시기준, 교육기관 및 교육기간, 간호사중앙회, 보수교육 및 면허・자격신고제, 간호정책의 심의・의결을 위한 간호정책심의위원회, 인력처우개선 및 복지증진, 인력확보와 취업촉진을 위한 간호인력개발센터 설치 등을 주요내용으로 하는 간호법 제정이 필요하다.

[주제어] 의료인, 간호사, 간호보건환경, 간호법, 간호교육, 간호조무사

Ⅰ. 서 론

우리나라는 간호사가 의료인력의 대다수를 차지하며 보건의료서비스 제공의 중추적 역할을 수행하고 있다. 2012년 기준 건강보험 요양기관에서 근무하고 있는 전체 의료인력 27만 9,053명 중에서 간호사는 12만 491명으로 43.18%에 달한다. 이처럼 간호사가 절반에 가까운 의료인력으로 활동하고 있는 건강보험 요양기관이 2005년 7만 2,921개소에서 2013년 8만 4,971개소로 급격히 증가하고 있어서 향후 간호사 역할은 더욱 중요해질 전망이다. 또한 만성질환증가와 노인의료비 증가로 인한 '비용효과적' 건강보험 재정관리의 필요성으로 간호사 역할의 중요성이 갈수록 증가하고 있다. 세계보건기구(WHO)는 1986년에 간호사가 '1차 의료에 있어서 돌봄제공자, 질병예방을 위한 교육자, 관리자와 감독자, 조사자와 평가자'의 역할을 수행해야 한다고 강조하였다. 한편, 2013년 우리나라 11개 만성질환자의 수는 1,375만 명에 달한다.[1] 이러한 11개 주요 만성질환의 진료비는 2002년 4조 8,036억 원에서 진료비는 17조 2,880억 원으로 3.5배 이상 증가하였다. 따라서

1) 보건복지부, 국민건강보험요양급여일수 산정 예외적용 질환 고시(보건복지부 고시 제20020-40호)에 따르면 만성질환의 대상 및 범위: (1) 고혈압질환(질환명) : I10-I15, (2) 당뇨병 : E10-E14, (3) 정신 및 행동장애(간질 포함) : F00-F99, G40-G41, (4) 호흡기결핵 : A15-A16, A19, (5) 심장질환 : I05-I09, I20-I27, I30-I52, (6) 대뇌혈관질환 : I60-I69, (7) 신경계질환 : G00-G37, G43-G83, (8) 악성신생물 : C00-C97, D00-D09, (9)갑상선의 장애 : E00-E07, (10) 간의 질환(만성 바이러스 간염포함) : B18, B19, K70-K77, (11) 만성신부전증 : N18 등이다.

‘만성질환’ 중심으로 질병구조의 변화에 대한 대응이 필요하고 그 중심역할을 수행할 의료인력이 바로 간호사이다.

초고령화 사회에 진입한 우리나라의 인구 구성비를 고려해 볼 때 65세 이상 ‘노인의 진료수요’의 급격한 증가에 대한 대응도 필요하다. 65세 이상 노인진료비는 1990년에 2,403억 원에서 2011년에 15.4조원으로 급증하였고, 전체진료비 중 노인진료비 비율이 1990년에 8.2%였으나, 2011년에는 33.3%를 점유하고 있다. 같은 기간 노인인구 비율이 5.6%로 증가한 반면, 노인진료비 비율은 25.1%로 증가하여 노인진료비의 급격한 증가에 대한 관리가 필요하다.[2] 마찬가지로 이와 같은 노인진료에 대한 대응에도 간호사가 없어서는 안 될 핵심 의료인력이다.

이것만이 아니다. 장기요양보험의 도입・확대로 ‘의료기관’이 아닌 ‘지역사회’ 내 가정과 시설에서의 간호서비스 확대도 예상된다.[3] 간호서비스 필요성이 ‘의료기관’에서 ‘지역사회’ 중심으로 변화・확대되고 있음을 의미하며, 간호사의 역할비중과 영역이 확대될 가능성이 농후하다. 장기요양의 인정은 2013년 말 기준 65세 이상 노인 619만 명 중 11.1%인 68만 6천여 명이 장기요양신청을 하였고, 이 중 54만여 명의 판정을 진행하여 37만 8천명이 등급 내 인정(1～3등급)을 받았다.[4] 노인인구 대비 장기요양 인정비율은 2009년 5.4%에서 2013년 6.1%증가하였으며, 인구고령화로 인정비율은 더욱 높아질 것이다. 장기요양보험 공단부담금 3조 830억 원 중 재가급여는 1조 4,864억 원으로 전체 대비 점유율이 48.2%이었고, 시설급여는 1조 5,966억 원이었다. 재가급여의 확대에 따라 간호사 역할 중요성 커질 것으로 예상된다. 2013년 말 장기요양기관은 15,704개소를 운영하고 있으며 재가기관은 11,056개소로 70.4%, 시설기관은 4,648개소로 29.6%를 점유하였다. 장기요양기관중 시설기관은 충분한 간호인력의 배치를 요구하고 있고, 재가기관도 간호인력을 필요로 하여 간호사 역할의 중요성이 증가하고 있다. 요컨대, 간호사 고용이 필요한 장기요양 보험기관의 지속적인 증가로 간호사의 역할이 계속 확대될 것으로 판단된다.[5]

---

2) 국민건강보험공단, “통계로 본 건강보험 시행 35년”, 2012년 6월 29일 보도자료, 2012.

3) 장기요양보험은 2007. 4. 27. 법률 제8403호로 제정된 노인장기요양보험법 및 동법 시행령(일부개정 2008. 2. 5 대통령령 제20679호)에 따라 고령이나 노인성 질병(치매, 중풍 등) 등으로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인 등에게 신체활동 또는 가사활동 지원 등의 목적으로 지급된 급여를 말한다.

4) 국민건강보험공단 건강보험정책연구원, “2013 노인장기요양보험통계연보 발간”, 보도자료, 2014. 6. 17.

5) 의료기관이 간호사를 확보하는 수준은 여러 요인들이 복합적으로 작용하여 결정되는 정책 현상으로서 제1차적으로는 간호사를 고용하는 의료기관의 특성에 따라 달라진다. Mark, B. A., Salyer, J., & Wan, T. T. H., “*Market, hospital and nursing unit characteristics as predictors of nursing unit*

현행 의료법을 통한 급격한 간호환경 변화의 대응에는 분명한 한계를 노출하고 있다. 왜냐하면 의료법에 간호와 조산을 포괄적으로 규정하고 있어 변화하는 간호 조산 업무를 규율할 만한 법규가 미흡하기 때문이다.[6] 특히, 사회변화로 다양한 영역에서 간호사와 조산사의 전문적 역할에 대한 요구가 확대되고 있지만, 이를 반영하지 못하고 있다. 아울러 간호의 역할확대에 따라 다양한 법률에 업무규정이 존재하지만, 관련 법령에 따라 규정하고 있는 업무범위의 제시방법이나 내용이 상이하기 때문에 법령 해석의 혼란이 초래될 수 있고, 실제 간호사의 간호 업무수행에 있어서도 혼란이 야기될 수 있다. 보건복지부도 2006년 3월에 입법예고한 의료법 전부 개정안을 통해서 제3장 업무 등에 간호사・조산사 절을 별도로 만들어 간호업무에 관하여 구체적으로 제시하고자 한 바 있다.

의료법은 의료행위의 시행주체인 의료인과 의료인이 행하는 의료행위에 관한 모든 사항을 규정하고 있는 의료인에 대한 모법에 해당한다. 그런데 현행 의료법은 의사 중심의 규정을 두고 있고 다른 부류의 의료인력은 이를 준용하고 있어서 한마디로 의사법이라고 평가할 수 있다. 우리나라의 간호법은 1914년에 제정된 조선산파규칙과 조선간호부규칙이 그 모태로서 40여 년 동안 '간호'라는 이름으로 독립적인 법적 체계가 존재하였다. 1944년 8월 21일 조선의료령이 조선총독부 제령 제31호로 제정되어 같은 해 8월 29일부터 시행되었고 그 후 조선의료령을 계승한 국민의료법이 1951년 제정되어 의사, 치과의사 그리고 한의사와 간호사 모두가 포괄적인 규율대상이 되었다. 1951년 국민의료법, 1962년 의료법은 일본식 간호관 즉, '의사보조자'로서의 간호사의 역할을 강조하는 가치관이 가장 팽배한 시기에 제정된 법으로서 의료환경이 근본적으로 변환된 오늘날까지 의료행위 등의 규율 대상이 전혀 변경이 되지 않은 채로 그 기본 골격을 유지한 채 답습되고 있다. 현행 의료법에는 의료인 외에도 의료유사업자, 간호조무사, 안마사를 보칙에 규정하고 있으나, 이미 약사(1955년)와 의료기사(1974년)는 일찍부터 개별법으로 독립하였다.

선진국의 간호법 제정을 검토해 보면 우리나라와는 달리 단독법으로 간호인력 양성교육에서 면허시험, 간호업무의 범위와 한계 등에 관해 '간호・간호사법'으로 제도화되어 있다. 이미 간호법을 개별법으로 제정해 시행해 오고 있는 국가는 80여개 국가가 넘는다. 한편, 세계의사협회는 각 국가의 의사를 위한 표준 의사법을 제안하였고, 국제간호협회[7]

---

skill-mix: A contextual analysis," Journal of Nursing Administration 30, 2000, pp. 552-560.

6) 이용재/김종호/김승연/이현옥, "간호・조산법 연구", 대한간호협회, 2014, 3쪽.

도 각 국가의 간호법을 위한 표준간호법을 제안하였다.

우리나라의 의료법은 전체 의료분야가 하나의 법체계 속에서 규정되어 시행되므로 독자적인 간호법 제정은 진정한 보건의료 선진국의 위상과 면모를 갖출 수 있게 만들어 주어야 할 것이다. 따라서 보건의료 환경변화에 부합하는 국민보건의료체계 패러다임 전환을 위한 간호 관련 단독법 입법이 필요하다. 단독법은 급변하는 보건의료환경 속에서 간호서비스의 전문성을 보호하고, 질 좋고 도덕적인 간호서비스 제공을 가능도록 설계되어야 한다.[8] 구체적으로 간호법은 간호의 정의와 목적, 간호 영역, 간호인력의 역할과 행위, 교육수준, 교육기관의 질 수준, 질적인 간호서비스를 위한 교육 등을 포함해야 한다.[9]

우리나라의 법률을 살펴보면, 변호사・변리사・법무사・세무사・공인회계사 등 대부분의 전문직종에 대해서는 독립적인 개별법으로 규율하고 있는 반면, 유독 의료인의 경우만 의사・치과의사・간호사・조산사 등을 모두 포괄하여 '의료법'으로 규율하고 있어 전문 의료인력의 업무와 역할, 규제 등의 변화필요성에 유연한 대처를 하지 못하고 있다. 의료법은 1951년 제정되어 오랫동안 모든 의료행위를 통합적으로 규율해 왔지만, 이러한 의료법상의 규제만으로는 발전하는 의료서비스와 의료환경 변화에 걸맞은 간호사와 조산사 등 각 전문 의료인들에 대한 실질적 역할규정은 물론, 합리적 규제를 충분히 하지 못하고 있는 것이 현실이다.

선진 외국의 사례를 살펴보면, 캐나다의 경우 모든 주(州)에서 주(州)차원의 간호법 혹은 조산 관련법이 규정되어 있고, 미국은 1903년 노스캐롤라이나를 시작으로 1923년 모든 주(州)가 간호법(Nursing Practice Act)을 단행법으로 제정하였으며,[10] 독일도 간호 및 조산 관련 직업에 대한 중요성을 고려하여 '간호직업에 관한 법'과 '조산원과 출산지원인 직업에 관한 법'을 별도로 규정하고 있다. 일본의 경우도 1948년에 보건사조산사간호사법(保健師助産師看護師法)을 통해 보건사, 조산사, 간호사, 준간호사에 대한 면허, 자격 등을 규율하고 있다. 프랑스는 공중보건법전(Code *de* la Santé Publique) 제4권 제2편

---

7) International Council of Nurses(ICN)은 1899년 창립된 전 세계 간호사들을 대표하는 비정부기구이다.

8) WHO, "*Regulatory Mechanisms for nursing training and practice : meeting primary health care needs*", World Health Organization Technical Report Series 738, (1986).

9) WHO, "*Nursing and Midwifery A guide to professional regulation*", EMRO Technical Publications Series 27, (2002).

10) 정규숙, "세계 각국의 간호법-선진국 대부분 간호법 있다.", 간호신문, 2004. 7. 22. 〈http://www.nursenews.co.kr/Article/ArticleDetailView.asp?typ=1&articleKey=1174〉 (최종검색 2015. 8. 15).

에 간호사편을 별도의 장으로 규정했으며,[11] 영국의 경우도 1979년 '간호사, 조산사, 방문간호사법(Nurses, Midwives and Health Visitors Act)'[12]이 있는 만큼 간호사법의 현실적 필요성은 이미 세계적으로도 인정된 상황이라 할 것이다.

의료인력의 상황을 살펴보더라도 전체 면허취득 의료인 중에서 간호사가 차지하는 비율은 무려 63.2%를 차지하고 있어 국가의 보건의료 체계에서 매우 중요한 역할을 하고 있다.[13] 규모와 역할측면에서 간호사가 의료현장에서 커다란 비중을 차지하고 역할도 다양해지고 있음에도 불구하고 간호사의 간호행위 중 의사의 지시에 따라 간호업무를 수행하는 진료의 보조행위만이 강조되고 있다.[14] 이러한 현실은 간호업무의 전문성과 독자성을 실현하기 위해 '전문간호사' 제도를 수용한 것과는 대조적인 모습이다.[15] 이와 같이 대부분의 전문직이 개별법으로 규율되고 있고, 주요 선진국들 역시 간호사와 조산사 관련법을 별도로 제정・운영하고 있으며, 간호사와 조산사의 역할이 전문화・다양화・세분화되고 있는 현실에 비추어 볼 때, 간호법이 사회현실과 간호계의 흐름에 맞추어 독립된 법으로 정립되어야 할 필요성이 있다.

본 연구는 현행 의료법을 통한 간호 및 간호사에 대한 포괄적 규율의 문제점 등을 살펴보고, 변화하는 보건의료 환경에 부합하는 간호법(안)을 마련하고자 한다. 특히, 간호사・조산사・전문간호사의 업무를 구체화하고 간호보조 인력의 역할을 규명함으로서 간호 및 조산인력의 역할을 명확히 하여 변화하는 보건의료 환경에 적절히 대응하여 국민건강증진을 도모하고, 관련 이해당사자간의 논란의 소지를 최소화하고자 한다. 이를 위하여 국내외 간호 관련 현황을 파악하고 국외 간호 및 조산 관련 법・제도 현황을 분석하며, 기존 간호법 단독제정을 위한 노력의 과정과 찬반논란을 분석하여 합리적인 간호법(안)을 제안하고자 한다.

---

11) 정규숙, 위의 기사(주 10).

12) 원문을 〈http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1997/24/contents〉 에서 다운받을 수 있다.

13) 이경권/문상혁, "국민간호증진 및 간호사 지위향상을 위한 법률안에 관한 연구", 법무법인 대세・대한간호협회, 2011, 5-6쪽.

14) 정규원, "간호사의 과실-분업적 간호행위의 형사책임을 중심으로", 법학논총 제31집 제2호, 한양대학교 법학연구소, 2014, 208-229쪽.

15) 대한간호협회(KNA)는 전문간호사를 간호실무 경험을 바탕으로 전문간호 분야에 대한 특수한 지식과 기술을 전문교육과정을 통해 습득한 후 법적인 인정을 받고 상시적으로 실무를 수행하는 간호사라고 정의한다. 김윤희/문희자, 현대 간호의 주요쟁점(상), 경희대학교 출판국, 2004, 13쪽.

Ⅱ. 국내 간호환경의 변화와 간호인력의 비용효과적 대응

1. 간호환경 변화

1.1 건강보험 진료비의 증가와 그 관리

건강보험 요양기관에 근무하고 있는 의료인력에 대한 분석결과 2012년 기준 간호사는[16] 우리나라 전체 의료인력 27만 9,053명중 12만 491명으로 43.18%로 가장 많은 비중을 차지하고 있다. 의사 8만 6,761명으로 31.09%, 치사의사 2만 1,888명으로 7.84%, 한의사 1만 7,353명으로 6.22%, 약사 3만 2,560명으로 11.67%로 나타났다.[17] 요양기관 종별로는 2012년 기준으로 종합병원에 3만 3,025명으로 간호사가 가장 많이 근무하고 있었으며, 병원 3만 3,397명, 상급종합병원 2만 5,943명의 순으로 나타났다.[18] 상급종합병원은 기관수가 2012년 44개소인 것을 고려하면 상당히 많은 간호사가 근무하고 있는 것으로 판단된다.[19] 한편, 의료기관 수가 가장 많은 의원(醫院)은 의사 수가 3만 4,955명인데 비해 간호사가 1만 3,639명이 근무하는 것에 불과해 간호사 수가 의사 수의 50%에도 미치지 못하고 있었다. 의원에는 대부분 간호조무사가 근무하는 것으로 판단된다.

건강보험 요양기관이 급격히 증가하여 2005년부터 2013년까지 1만 2,050개의 요양기관, 비율로는 16.52%가 증가하여 간호사의 역할이 커질 것으로 판단된다. 간호사가 가장 많은 종합병원은 32개소가 증가하였고, 상급종합병원은 1개가 증가하는 데 그쳤지만,

16) 면허와 자격기준으로만 살펴보면 2012년 현재 간호사는 약 29만 명, 간호조무사는 약 52만 명이 면허 및 자격을 보유하고 있다. 유선주/최경숙/김현영, "인력기준법 제도 개선방안 연구", 한국보건산업진흥원·대한간호협회, 민간-보건의료 2013. 2.

17) 이용재/김종호/김승연/이현옥, 앞의 보고서(주 6), 9쪽.

18) 의료법 제3조에 의한 의료기관은 크게 2가지로 나눌 수 있다. 먼저 의원급 의료기관으로서 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 기관으로서 의원, 치과의원, 한의원 등이 있고, 다음은 병원급 의료기관으로서 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원(정신보건법 제3조 제3호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 장애인복지법 제58조 제1항 제2호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다). 종합병원 등이 있다.

19) 상급종합병원은 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 행하는 종합병원으로 보건복지부 장관이 지정하는 제3차 의료급여기관을 말한다. 의료급여법에서 규정하는 제3차 의료급여기관에 해당한다(법 제9조의2). 의료법에서는 보건복지부 장관이 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 행하는 종합병원 가운데 소정의 요건을 갖춘 곳을 상급종합병원으로 지정할 수 있도록 규정하고 있다(법 제3조의4).

종합병원급 이상 대형병원은 병상수 증가를 통하여 병원 규모를 대체로 크게 확장하고 있는 추세여서 간호사 수요는 더욱 증가할 것으로 판단된다. 간호사 종합병원 다음으로 많이 근무하는 것으로 나타난 병원은 1,112개에서 2,683개로 2배가 넘는 1,571개가 증가하여 간호사 인력의 수요가 향후에도 급격히 증가할 것으로 예상된다.

건강보험 진료비는 1990년 1조 9,416억 원에서 10년 뒤 2000년에는 9조 417억 원으로 5배 가까이 증가하였으며, 다시 2010년에는 23조 7,963억 원으로 10년 사이 3배가 증가하였다. 2012년에는 37조 3,340억 원의 진료비가 지출되었다. 이러한 추세가 지속될 경우 건강보험 진료비 증가를 막을 수 있는 특단의 대책 없이는 감당하기 어려울 것으로 판단된다. 건강보험 진료비 증가로 건강보험 요양기관이나 관련 기관을 통한 간호사 역할과 영역의 확장을 예상할 수 있다. 아울러 간호사의 진료비 관리를 위한 역할 기대가 커질 수 있음을 예상할 수 있다. 다른 의료인력에 비하여 비용효과적으로 질병예방과 건강증진, 건강관리를 수행할 수 있는 간호사 중심의 보건의료체계 구축을 위한 노력이 사회적으로 요구될 것이다.[20]

1.2 간호인력 구조의 변화

조산사, 간호사, 간호조무사 등 간호인력은 2004년 12월 18만 5,660명에서 2013년 4/4분기 26만 3,097명으로 급격히 증가하였다. 각각의 간호인력이 차지하는 비율의 변화를 살펴보면 간호사는 48.3%에서 51.2%로 증가하였고 간호조무사는 51.0%에서 48.4%로 약간 감소하였다.

의료기관 종별로는 상급종합병원과 종합병원 등 대형 의료기관은 간호사 비율이 대체로 증가하였다. 상급종합병원 간호사는 2004년 12월 84.4%에서 2013년 4/4분기 91.7%로 증가하였고 간호조무사는 14.6%에서 8.0%로 감소하였으며, 종합병원 간호사는 82.5%에서 85.9%로 증가하였고, 간호조무사는 16.0%에서 13.3%로 감소하였다. 요양병원과 병원, 치과・한방병원은 간호사 비율이 크게 감소하였다. 요양병원은 2005년 12월 간호사가 72.5%에서 2013년 4/4분기 46.3%로 크게 감소하였으나, 간호조무사는 27.5%에서 53.7%로 크게 증가하였으며, 병원의 간호사도 68.8%에서 64.8%로 감소하였고 간호조무사는

20) Park, B. H., Lee, T. J., Park, H., Kim, C., Jeong, B., & Lee, S., "*Trend analysis of the number of nurses and evaluation of nursing staffs expansion policy in* Korean hospitals", Korean Journal of Health Policy and Administration 22, 2012, pp. 297-314.

30.4%에서 34.7%로 증가하였으며 한방병원과 치과병원도 간호조무사 비율이 크게 높아지는 대신 간호사 비율은 감소를 보이고 있다. 의원급 의료기관은 간호조무사 비율이 계속 높아지고 있다. 의원은 2013년 4/4분기 기준으로 간호조무사가 80.9%, 치과의원은 96.9%, 한의원이 91.2%를 차지하고 있다. 이는 2004년 12월에 비해 크게 증가한 것이다. 병원과 의원급 의료기관의 간호인력이 간호조무사로 대체되어 간호서비스 질 저하가 우려되는 상황에 대한 대처가 필요한 상황에 이르렀다.

저출산・고령화의 심화로 간호전달체계 확립을 위한 법이 필요하다. 2005년 438만 명으로 총인구의 9.1%를 차지한 노인인구는 2050년까지 1,579만 명으로 급속히 늘어나 전체 인구의 약 37.3%에 이를 것으로 보인다. 급속한 노령화의 진전으로 인한 만성질환 중심의 질병구조 변화에 대한 대응은 물론 질병예방과 관리를 위한 간호인력을 활용하는 관련 전달체계의 개선이 필요하다.[21] 아울러 노인장기요양보험 대상자의 증가로 간호사의 역할영역이 확대될 가능성이 커질 것이다.

노인의료비 증가로 인한 비용효과적 비용관리의 필요성으로 간호사의 역할 중요성이 증가하고 있다. 2013년 65세 이상 노인인구는 574만명으로 전체대상자의 11.5%를 차지한다. 노인인구 증가는 노인진료비 증가로 이어져 2013년 노인진료비는 18조 852억원으로 2006년과 비교하면 2.5배 증가하였다. 노인의료비 증가는 의료서비스 제공인력으로서의 간호사 역할증가와 비용효과적 의료비 관리를 위한 간호사 역할 증가를 동시에 요구하게 된다. 노인인구 증가율보다 노인진료비 증가율이 더 높아서 향후 국민의료부담 요인으로 크게 작용할 것으로 판단된다.[22]

1.3 증가하는 만성질환에 대한 관리

우리나라 사람들의 질병구조가 만성질환 중심으로 변화하고 있다.[23] 2013년 기준으로 11개 만성질환 진료인원은 1,375만 명이었으며, 이중 고혈압이 551만 명으로 가장 많았고, 그 뒤를 이어 신경계질환 259만 명, 정신 및 행동장애질환 247만 명, 당뇨병 232만 명, 간의질환 150만 명 순으로 나타났다. 11개 주요 만성질환의 진료비는 2002년 4조 8,036억 원에서 2011년 16조 3,846억 원으로 3.4배로 증가하였고, 2011년 악성신생물

21) 이소우, "21세기 한국 정신건강간호의 새로운 조망", 정신간호학회지 제10권 제1호, 한국간호과학회 정신간호학회, 2010, 5-11쪽.

22) 이용재/김종호/김승연/이현옥, 앞의 보고서(주 6)), 16쪽.

23) 정영호/고숙자/김은주, "효과적인 만성질환 관리방안 연구", 연구보고서 2013-31-19, 2013, 21-29쪽.

에 의한 진료비가 3조 9,471억 원으로 가장 많았으며, 그 뒤를 이어 고혈압 2조 5,522억 원, 정신 및 행동장애 2조 480억 원, 대뇌 혈관질환 1조 7,578억 원, 당뇨병 1조 4,283억 원 순이었다.[24] 지속적인 관리가 요구되는 만성질환은 간호사를 통한 관찰과 관리가 반드시 요구된다. 국민건강 영양조사 결과 고혈압과 당뇨병 유병자는 지속되고 있는 반면, 미인지와 미치료 상태에 있는 유병자 비율은 지속적으로 증가추세에 있어서 이에 대한 적절한 관리가 요구된다. 간호사를 통한 만성질환 유병자 확인과 관리필요성이 증가할 것으로 예상한다.

1.4 장기요양보험 도입으로 지역사회 중심의 간호영역 확대

장기요양보험 도입과 확대로 인한 지역사회 내 간호서비스가 확대되고 있다. 장기요양보험제도의 도입으로 간호서비스 제공영역이 의료기관을 벗어나 지역사회 중심으로 확대되고 있으며, 간호사의 역할비중 강화가 요구되고 있다. 향후 장기요양보험 대상자의 확대와 급여강화 시 간호사 역할은 더욱 중요해 질 것으로 판단된다. 장기요양인정이 2013년 말 기준 65세 이상 노인 619만 명 중 11.1%인 68만 6천여 명이 장기요양신청을 하였고, 이 중 54만여명의 판정을 진행하여 37만 8천명이 등급 내 인정(1～3등급)을 받았다. 노인인구대비 인정비율이 2009년 5.4%에서 2013년 6.1%로 증가하였다. 2013년 말 기준 환자부담금과 공단부담금을 포함한 장기요양보험 총 연간 요양급여비는 3조 5,234억 원이었고, 공단부담금은 3조 830억으로 공단부담률은 87.5%로 나타나 있다. 급여이용수급자 1인당 월평균 급여비는 996,714원으로 전년대비 4.2%증가하였다. 급여이용자도 5년 내에 약 10만 명이나 증가하였으며, 급여제공일수도 3천만일이나 증가하였다. 이처럼 증가하는 장기요양보험 대상자와 요양급여비를 관리하기 위한 인력으로 간호사 수요와 역할이 증가할 것으로 예상된다.

건강보험공단 부담금 3조 830억 원 중 재가급여는 1조 4,864억 원으로 전체 대비 점유율이 48.2%이었고, 시설급여는 1조 5,966억 원 이었다. 세부 급여유형별로 나누어 보면, 재가급여는 방문요양이 79.0%를 점유하여 가장 높았고, 시설급여는 노인요양시설이 85.6%를 점유하였다. 방문간호는 2009년 62억 원으로 0.6%에 불과하였으며, 5년 사이 11억 원이 증가하여 73억 원으로 나타났지만, 0.5%로 비중을 오히려 감소하였다. 방문간

24) 최재경, "10년간 약제비 2.8배 증가…건강보험 총진료비의 35.3%", 약업신문, 2012. 7. 2.(국민건강보험공단, 2012. 7. 1.자 보도자료 '통계로 본 건강보험시행 35년' 주요내용을 정리해 보도).

호가 감소하고 있음에도 불구하고 장기요양수급자의 의료기관 방문이 증가하고 있고, 의료기관이 아닌 재가급여로 의료서비스 제공과 관리의 필요성에 대하여 다수가 공감하고 있어서 향후 방문간호의 영역확대가 예상되어 간호사 역할이 확대될 것으로 판단된다. 2013년 말 장기요양기관은 15,704개소가 운영되고 있으며 재가기관은 11,056개소로 70.4%, 시설기관은 4,648개소로 29.6%를 점유하였다. 장기요양기관의 증가에 따라 간호사 배치 인력의 수도 증가할 것으로 예상된다.

2013년 말 기준 요양보호사는 252,663명으로 전년대비 8.2%증가하였고, 사회복지사는 7,506명으로 전년대비 11.2%증가하였으며, 간호조무사는 7,552명으로 전년대비 15.1%증가하는 등 전체적으로는 인력이 늘어나는 추세이다. 간호사는 2009년도부터 매년 요양보호기관에 종사하는 인력이 줄어드는 추세이며, 2013년 2,627명이 근무하고 있다. 향후 방문간호의 확대와 재가 의료서비스 제공과 관리의 중요성이 커지면 전문능력을 갖춘 간호사의 역할이 증가할 것이다.[25)]

1.5 OECD국가 중 최하위의 간호인력 수

우리나라는 간호인력 수의 증가가 OECD 국가 중 2번째로 높은 국가이다. 그럼에도 불구하고 우리나라는 (간조조무사를 포함한) 활동 간호인력 수가 OECD 국가 중 2번째로 적은 국가이다. 그러나 2006~2011년 기간 중 우리나라의 인구 1,000명당 활동 간호인력은 4.0명에서 4.7명으로 증가하여 17.5%가 증가하였다. 같은 기간 중 OECD 국가의 평균 활동간호사 수는 5.8%가 증가하였으며, 가장 크게 감소한 국가는 영국으로 12.2%가 감소하였고, 가장 높은 증가율을 보인 국가는 스페인으로 34.1%의 증가를 나타냈다. 비록 활동 간호인력의 증가가 빠르기는 하지만, 향후 OECD 평균수준까지 간호인력 추가 배치가 필요한 상황이다.[26)]

간호인력 확보를 유인하여, 적정수준의 간호인력을 확보하지 못한 요양기관에서 간호서비스의 질이 저하되는 현상을 해소하고 요양기관에서 양질의 의료서비스를 제공할 수 있도록 정부는 1999년 “간호인력 확보수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등제”를 도입하였다. 간호관리료 차등제 도입은 어떤 의미를 갖는가? 2010년 현재 종합병원의

25) 이용재/김종호/김승연/이현옥, 앞의 보고서(주 6)), 24쪽.

26) 최근 간호인력의 부족현상은 국내뿐 만 아니라 OECD국가들의 일반적인 현상으로 나타나고 있다. OECD 국가들의 인구요인(노령화), 경제요인, 사회적요인 등에 따른 간호사 인력의 수급부족으로 특별한 대책 마련이 필요하다. 이용균/강정아, “병원 간호사 인력의 적정수급 방안”, 한국병원경영연구원, 2009, 9-61쪽.

47.5%가 5등급 이하에 머물고 있으며, 병원은 80.1%가 가산제 신청조차 하지 않고 있는 실정으로 간호관리료 차등제가 효과적으로 운영되지 못하고 있다. 즉, 간호관리료 차등제가 의료기관들이 간호사를 충원하도록 유인하지 못하고 있다. 이는 간호사 부족에 따른 불이익과 같은 법적조치가 전무하기 때문이다. 따라서 간호사 고용을 위한 동기를 부여하기 위하여, 간호인력의 인건비 보전에 미치지 못하고 있는 간호관리료를 현실적 수준으로 인상하고 간호활동에 대한 수가를 의료수가에 포함하는 것이 필요하다는 논의가 제시되고 있다.[27] 한편, 간호인력 등급 산정 시 간호조무사도 인정해야 한다는 주장이 제기되고 있으나, 이는 간호보조자를 간호사로 인정하는 것으로서 간호관리료 차등제의 취지에 위배된다. 아울러 간호조무사가 간호사를 대체하기 위해서는 명확한 업무분장과 더불어 엄격한 자격기준 및 교육수준 강화가 선행되어야 된다.

2. 보건의료 환경변화에 대응하는 간호인력의 비용효과성 논의

2.1 만성질환의 증가와 관리체계

2.1.1 만성질환 증가 및 특성

인구고령화의 진행, 의료기술의 발전, 기대여명의 증가, 생활양식의 변화 등으로 만성질환 유병률이 증가하고 이에 따른 개인과 사회의 부담이 급증하고 있다. 만성질환의 특징은 첫째, 개인 생활습관, 환경적 요인, 사회경제적 요인 등이 복합적으로 작용하는 다인성 질환이라는 점, 둘째 질병기간과 치료기간이 길다는 점, 셋째, 유병기간이 길어 사회경제적 손실이 크다는 점이다.[28] 만성질환의 증가는 의료이용의 증가를 의미하며, 치료기간이 길고 복합질환 중심이므로 만성질환에 대한 관리체계를 개선하는 것이 시급한 과제이다. 따라서 현재 개별적으로 산재되어 있는 만성질환 관리체계를 개선하여 효과적인 만성질환 관리체계를 구축한다면 만성질환에 대한 진료비 부담이 완화될 것이다. 특히 만성질환관리가 지역사회 중심의 상담 및 예방이 중심인 것을 미루어볼 때 지역보건소 및 의료기관에 만성질환 관리를 위한 간호사를 배치한다면 보다 효과적으로 만성질환 관리가 이루어질 것으로 예상된다.

---

27) 유선주/최경숙/김현영, "인력기준법 제도 개선방안 연구", 한국보건산업진흥원・대한간호협회, 민간-보건의료 2013. 2.10-21쪽.

28) 이상영/오영호/송현종/김은정/조성현/백재용 등, "보건의료자원 수급 현황 및 관리정책 개선방안", 한국보건사회연구원, 2003, 16-22쪽.

2.1.2 만성질환자의 현황

2012년 건강보험심사평가원에서는 고혈압, 당뇨병, 정신 및 행동장애, 호흡기결핵 등의 11개 질병명으로 만성질환을 정의하고 이러한 만성질환을 주상병으로 한 만성질환자의 의료이용 현황을 분석한 보고서를 발표하였다. 이 보고서에 따라 11개 질병의 만성질환자수 현황을 살펴보면, 2008~2010년 만성질환자 수는 건강보장인구의 22.0%~22.5%를 차지하였다.[29] 그런데 만성질환은 노인층에만 해당되는 것이 아니라 다양한 연령계층에서 발생하고 있고, 성별로도 다른 양상을 보이고 있다. 또한 전체 의료이용에서 만성질환이 차지하는 비율이 높고, 앞으로도 그 비율이 꾸준히 증가할 것으로 예상됨에 따라 현재와 같은 치료 중심의 만성질환 관리가 아닌 지속적인 관리 및 예방 중심의 만성질환 관리방안이 필요하다.

2.1.3 현재 만성질환 관리체계

우리나라는 2000년부터 만성질환 예방사업을 추진해왔으며, 2013년 현재 국가, 보험자, 광역자치단체 차원에서 다양한 만성질환 관리사업이 시행되고 있다. 대표적으로 국가(중앙정부)는 보건소를 통해 만성질환 관리사업을 시행중이고, 국민건강보험공단은 건강검진 사후관리 프로그램, 광역자치단체에서는 고혈압, 당뇨병 등록 관리사업 및 만성질환 건강포인트 사업 등을 시행하고 있다.[30] 그러나 다양한 만성질환관리 프로그램이 시행중임에도 불구하고 시행주체가 다르고 이들 간의 연계가 미흡하여 사업이 분절적으로 진행 중이다. 효과적인 만성질환 관리가 되기 위해서는 시행주체간의 통합적 접근과 만성질환 관리에 대한 적절한 인센티브 제공, 그리고 지역사회의 역할 제고를 위한 구체적 방안 마련이 필요하다.

2.2 예방적 만성질환 관리 및 간호인력의 대응

2.2.1 예방적 만성질환 관리

예방은 의료비를 증가시키는 질병의 발생을 늦추거나 발병하지 않도록 한다는 측면에서 오랫동안 지속되어 온 관심사 중 하나이다. 미국에서는 다수의 임상적 예방서비스

29) 김명화, "만성질환자의 의료이용 현황", HIRA 정책동향 6(1), 2012, 42-49쪽.

30) 김혜련/강영호/여지영, "건강위험요인과 사망의 관련성에 대한 종단연구", 한국보건사회연구원 연구보고서 2014 22-9-3, 2014, 39-49쪽.

(clinical preventive services)가 비용절감은 아니지만 적은 비용으로 건강상태를 개선하고, 발병 후의 치료비용보다 예방에 적은 비용이 소요된다는 연구결과가 제시되어 왔다.[31] 따라서 예방정책은 보다 활성화되어야 하며 이를 위한 방안으로는, 높은 가치의 예방서비스 접근성 강화, 환자들에게 예방서비스 이용 장려, 의료서비스 공급자와 고용주들에게 예방에 대한 인센티브 제공, 건강증진에 우호적인 환경개발, 예방정책에 대한 연구 활성화, 성과측정 등을 위한 시스템 개발, 구축 등이 있다.

2.2.2 생산성 향상을 위한 만성질환 관리

장기적 관점에서 보았을 때 만성질환 관리는 진료비 증가 억제뿐만 아니라 질병으로 인한 노동력 손실을 방지하고 개인의 삶의 질을 향상시켜 생산성 증대로 이어질 것이다. 미국에서는 만성질환 유병률과 이에 따른 사회적 비용을 미래의 사회지표 예측을 통하여 분석하였다. 현재 추이와 예방정책 시행 후 2023년까지의 만성질환 증가율 예측치를 분석한 결과, 모든 암에서 현재 추세로는 암 증가율이 62%였지만, 예방정책을 실시할 경우에 33%로 보다 낮게 증가하는 수준인 것으로 나타났다.[32] 만성질환에 대한 조속한 개입은 진료비 증가 억제뿐만 아니라 인적 자본에까지 영향을 미쳐, 개인의 삶의 질과 수명을 향상시킬 수 있다. 즉, 건강증진은 경제성장을 위한 중장기적 투자라 할 수 있다.

2.2.3 간호인력을 중심으로 한 만성질환 관리 체계

예방적 만성질환 관리에서 가장 중심이 되는 사업은 만성질환에 대한 상담 및 교육, 방문간호에 대한 프로그램이다. 이미 보건소를 중심으로 방문간호사업이 시행 중에 있으며, 장기요양보험의 재가급여 중 방문간호 프로그램이 존재한다. 따라서 다른 보건의료인력에 비하여 효과적으로 질병예방과 건강증진을 수행할 수 있는 간호사를 중심으로 만성질환에 대한 관리체계를 구축해야 할 것이다. 즉, 만성질환자의 증가와 이로 인한 의료비 증가를 대비하여 비용효과적인 관리체계를 구축하기 위해서는 지역사회 중심의 만성질환 관리체계로 재편하고 간호사를 중심으로 예방적 만성질환 관리가 요구된다.[33]

---

31) Ronald Loeppke, “The value of health and the power of prevention”, *International Journal of Workplace Health Management Vol. 1 No. 2*, 2008, pp. 95-108.

32) 김혜련/강영호/여지영, 앞의 보고서(주 30)), 39-49쪽.

33) 윤석준, “만성질환 관리제도의 올바른 방향”, 대한의사협회지 제55권 제5호, 대한의사협회, 2012. 5, 414-416쪽.

2.3 만성질환 관리의 비용효과성에 대한 연구사례

인구 고령화와 만성질환 증가로 인해, 지속적 관리가 필요한 환자의 보건의료서비스 수요가 증대됨에 따라 방문간호사업의 필요성이 증가하고 있다.[34] 이에 전국 보건소에서 1995년 개정된 지역보건법에 근거하여 가정과 사회복지시설 등을 방문하여 포괄적 보건의료서비스를 제공하는 방문간호사업이 실시되었다. 맞춤형 방문건강관리 사업의 경제성을 평가해 보자. 이러한 방문건강관리 사업에 대한 성과를 분석하고, 비용-편익분석에 입각하여 경제성을 평가한 선행연구 결과를 살펴보면,[35] 만성질환자(고혈압, 당뇨)만을 대상으로 실시한 경제성 평가결과, 총비용이 477억 4,526만원, 총편익이 862억 4,857만원으로 추정되어, 전체적으로 순편익이 385억 331만원 발생하고 편익/비용 비율은 1.81배로 추정되었다. 맞춤형 방문건강관리사업의 중심이 되는 인력은 다름 아닌 간호인력이며 필요시 의사, 물리치료사, 영양사, 운동관련 전문가, 치과위생사 등이 참여하여 대상가족의 건강문제 및 가구원 건강문제에 대하여 포괄적인 보건의료서비스를 제공한다. 지역사회의 간호사를 중심으로 한 만성질환 관리의 필요성이 더욱 확대될 것이다.

3. 의료환경 변화의 함의

간호인력을 효율적으로 구성하고 이를 활용하는 것은 양질의 보건의료 서비스제공과 조직의 생산성 향상에 직접적인 영향을 미치므로 간호의 질을 일정수준 이상으로 유지하기 위해서는 충분한 간호인력을 확보하는 것이 무엇보다도 중요하다. 이에 대하여 Carol S. Brewer & Pavla Frazier (1998) 등도 인구고령화, 국민소득의 증가 등에 따라 보건의료서비스 요구도 증가하여 향후 간호사의 수요를 더욱 증가시킬 것으로 전망하였다.[36] 그런데 의료기관의 종별에 따라 환자 중증도 뿐 아니라 제공되는 간호업무의 유형 및 소요량

34) 전 국민의 건강관리 강화를 위해 2007년부터 확대・제공된 맞춤형 방문건강관리 사업은 의료진이 각 가정을 방문하여 그들의 건강증진, 질병예방 및 관리, 만성질환자 관리를 위하여 적합한 보건의료서비스를 직접 제공하거나 이용 가능한 의료기관을 의뢰・연계함으로써 가족과 지역주민의 자가 건강관리 능력을 개선하여 건강수준을 향상시키는 포괄적인 사업이다.

35) 이태진/김진현, "맞춤형 방문건강관리사업 경제성 평가: 비용-편익분석", 서울대학교 보건대학원 건강증진사업지원단, 2009, 362-373쪽.

36) Carol S. Brewer & Palva Frazier, "The Influence of Structure, Staff Type, and Managed-Care Indicators on Registered Nurse Staffing", *The Journal of Nursing Administration, Vol.28, No.9.* 1998, pp. 28-36.

에도 차이가 있다. 즉, 상급병원으로 갈수록 양질의 의료서비스를 추구하기 때문에 더 많은 간호인력이 필요하게 된다. 따라서 효율적인 간호인력의 구성, 배치기준 등에 대해서도 차별화가 필요하며, 간호인력 유형별 역할설정은 효율적, 비용효과적 인력활용에 필수적인 전제요건이라 할 수 있다. 그러므로 병원에서 인적 자원을 효율적으로 재조직하고 정비하는 작업은 비용 상승압력을 완화시킴으로써 국민의료비 억제에도 기여를 하게 되며, 적정 간호인력의 배치는 보건의료 환경과 같은 거시적 차원 외에도 병원의 설립유형, 환자의 중증도, 의료장비의 구비, 의사인력 및 보조인력의 확보수준 등 각 병원의 미시적 차원의 영향요인도 고려되어야 한다.[37] 그런데 현행 의료법은 간호사를 의사의 업무를 보조하는 자로만 인식하고 규율대상으로 삼고 있으므로 의료환경의 변화에 따른 독자적인 규율대상으로 삼지 못하는 한계에 부딪히게 된다.

Ⅲ. 현행 의료법 체계의 한계 및 간호법 제정 필요성

1. 의료법상의 간호 관련 규정의 한계

현행 의료법은 포괄적 규정으로 간호에 대한 명확한 내용이 부재인 상황이다.[38] 이처럼 의료법에 의료인을 의사・치과의사・한의사・조산사 및 간호사 등으로 포괄적으로 규정하고 있어 간호에 대한 법규가 미흡하다. 간호사는 현대사회에서 전문직에 해당하지만 국내의 다른 전문직은 전문직에 따른 법률이 존재하는 반면에 간호사는 의료법 제2조 제1항에서 “의료인이란 보건복지부장관의 면허를 받은 의사・치과의사・한의사・조산사 및 간호사를 말한다”고 규정하고 있을 뿐이다. 문제는 의료인은 의료인의 직무에 따른 각각의 의료행위를 행함에도 불구하고 의료법에서 모든 의료인을 포괄적으로 규정

37) Brewer & Frazier, *supra* note 36.

38) 간호(nursing)에 대한 정의을 개략적으로 살펴보면, 플로렌스 나이팅게일은 최적의 건강상태를 유지하도록 환경을 조성하고 도와주는 것이라 하였고(Hugh Small, *Florence Nightingale: Avenging Angel*, New York: St. Martin’s Press, 1998, pp. 1-19.), 대한간호협회(Korean Nurses Association)는 모든 개인, 가족, 지역사회를 대상으로 건강회복, 질병예방, 건강유지와 증진에 필요한 지적, 기력, 의지와 자원을 갖추도록 직접 도와주는 활동이라고 하며, 국제간호협회(Internation council of Nurses, ICN)는 건강회복과 유지에 필요한 의지와 지식 및 힘을 보충해주어 대상자의 독립을 도와주는 것이라 하고, 미국간호협회(American Nurses Association, ANA)는 국민이 건강과 복지에 기여하는 서비스를 제공하여 개인, 가족, 지역사회의 요구를 충족시켜주는 것이라고 한다.

하고 있기 때문에 현재의 의료법상의 규정만으로는 간호행위 내지 간호사에 대한 법규가 미흡하다.

간호영역의 확대에 따른 간호사 업무다양화에 대한 의료법의 대응에는 한계가 있다. 간호영역이 다양한 분야로 확대됨에 따라 간호사의 역할을 정의하고 있는 법령의 규정도 늘어나 의료법 이외에 학교보건법, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법, 정신보건법, 산업안전보건법 등에 관련 규정을 포함하고 있다. 또한, 간호사의 업무에 대하여 여러 법률에서 다른 직종과 함께 포괄적으로 업무를 규정하고 있다. 예컨대, 지역보건법의 전문인력, 모자보건법의 모자보건요원, 응급의료에 관한 법률의 응급의료종사자, 국민건강증진법의 영양조사원 및 영양지도원의 업무, 형의 집행 및 수용자의 처우에 관한 법률의 간호사 업무 등이다. 이러한 법률을 통해 필요에 따라 간호사에게 의료법상 정의된 '진료의 보조'나 '요양상의 간호' 이상의 역할을 기대하는 것으로 볼 수 있다. 다시 말해 간호업무는 관련 법령에 따라 규정하고 있는 업무범위의 제시방법이나 내용이 상이하기 때문에 법령해석의 혼란이 초래될 수 있고, 실제 간호사의 간호업무 수행에 있어서도 혼란이 야기될 수 있다.[39] 즉, 간호사의 기본업무는 의료법 제2조에 요양상의 간호행위와 진료를 보조하는 것으로 규정되어 있다. 그러나 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제19조, 학교보건법 시행령 제23조, 산업안전보건법 시행령 제17조, 형의집행 및 수용자의 처우에 관한 법률 등에 명시된 간호업무는 질병예방, 건강유지, 환경관리 등의 치료상의 행위 이외의 업무와 일반진료의 업무를 포함하고 있는데 이는 모법인 의료법에 간호업무에 대한 내용이 명확하게 규정하고 있지 않기 때문에 문제로 지적될 수 있다.

현재 13개 분야의 전문간호사의 업무범위에 대한 규정이 부재하고 불명확하여 간호사와 전문간호사 간 책임한계에 대한 논란이 초래될 수 있다.[40] 현재 전문간호사의 역할에 대한 규정이 '전문간호사 자격인증 등에 관한 규칙'에는 명시되지 않은 상태이다. 전문간호사는 의료법에 명시된 자격으로 위 규칙에 따라 보건・마취・정신・가정・감염관리・산업・응급・노인・중환자・호스피스・종양・임상 및 아동 등 총 13개 분야 전문간호

39) 김영신, "의료법상 금지되는 '비의료인의 의료기관 개설'의 범위-대법원 2003. 9. 23. 선고 2003두1493 판결", 법학논고 제41집, 경북대학교 법학연구원, 2013. 2, 74-95쪽.

40) 미국은 법적 근거를 명확히 마련하고 있다. 42 U.S.C.A §1395 x(aa) (5). According to Federal law, "Nurse Practitioner means a nurse practitioner who performs such services as such individual is legally authorized to perform (in the state in which the individual performs such services) in accordance with state laws and who meets such training, education and experience required as the Secretary has prescribed in regulations."

사 자격을 두고 있다. 따라서 보건의료환경 변화로 인한 간호사의 전문성 역할에 대한 요구를 반영하는 것이 어려움을 겪고 있다. 앞에서 지적한 저출산 고령화 사회의 가속화, 건강보험 진료비 증가, 노인의료비 증가, 만성질환의 증가, 노인장기요양보험의 확대 등 보건의료환경 변화에 따라서 국민의 건강권을 확대하고 비용효과적인 보건의료체계 구축을 위하여 간호사의 전문성에 대한 요구가 더욱 높아지고 있음을 고려할 때, 의료수요자인 국민들의 요구에 부응하는 간호정책을 법에 담아야 하지만, 포괄적인 현행 의료법에는 이를 반영할 수 없다.

보건복지부가 2006년 3월에 입법예고한 '의료법 전부 개정안'은 의사와 의료기관 중심인 현행 의료법에 비해 진전된 내용으로 의료법 개정안 제3장 업무 등에 간호사의 절을 별도로 만들어 간호업무에 관하여 구체적으로 제시하고자 하였다. 그러나 여전히 의료법 내 간호사의 업무에 대한 규정은 변화된 간호사의 역할을 반영하기에는 부족하며 간호 관련 규정에 대한 개정법규의 내용은 다른 의료단체와 이해관계와 얽혀 있어 2015년 현재까지도 사회적인 논란이 계속되고 있다.

2. 간호 관련 법체계상의 문제점

현재는 간호사, 전문간호사, 조산사, 간호조무사 등 간호 업무수행 인력에 대한 통합적이고 체계적인 명확한 규정이 부재인 상태이다. 의료법은 두 종류의 의료인인 의사와 간호사 등 5개 직종(의사, 치과의사, 한의사, 간호사, 조산사)을 함께 묶어 포괄한 법으로 통념에 따라 '건강에 관련된 모든 행위'는 '의료'라는 개념에 포함하여 의사직의 업무로 하고 간호사는 그 보조로 두어 적극적인 간호행위의 구분이 없다. 아울러 기본법적 성격을 지니고 있는 의료법에는 간호와 관련된 간호사, 전문간호사, 조산사, 간호조무사의 업무구분에 대한 명확한 규정이 없다. 간호행위를 명확히 하고 간호사, 전문간호사, 조산사, 간호조무사 등 간호인력에 대한 체계적 역할규정이 필요하다.

특별법의 체계상 흩어져 있는 간호사의 다양한 역할로 인한 법체계상 논란소지가 있다. 예컨대 긴급하고 제한적인 상황에서 간호사에게 진료권 일부를 위임하는 규정조차 부재인 상태이다.[41] 예컨대, 학교보건법, 농특법, 산업안전보건법상에서는 간호사에

41) 미국 NCSBN(National Council of State Boards of Nursing, 1997)과 ANA(American Nurses Association, 2005)는 간호업무의 위임을 위한 방법, 내용, 절차 및 법적 책임을 표준화하였다. National Council of State Boards of Nursing, 2013.

게 진료권과 처방권을 부여하였는데, 이는 시·공간적 제한과 상황의 긴급성을 고려한 것이므로 법체계상 의료법에 간호사에게 일부 진료권을 위임하는 규정의 신설이 필요한 상황이다.[42] 또한, 의료법 제15조 제2항에서 "의료인은 응급환자에게 '응급의료에 관한 법률'에서 정하는 바에 따라 최선의 처리를 하여야 한다"고 규정하고 있는 데, 이러한 응급처치에 관한 간호사의 의무규정은 간호사가 행할 수 있는 응급처치의 종류와 범위가 명시되어 있지 않아 간호사의 응급처치가 무면허 의료행위로 간주될 위험이 있다.[43] 이처럼 간호서비스와 관련하여 발생할 수 있는 문제들을 최소화할 수 있도록 간호 관련 법체계를 완비해야 한다.

간호사와 간호조무사 관계의 모호성을 해결하기 위한 법체계의 확립도 필요하다. 의료법 시행규칙 제38조 제3항에서 간호사 등의 정원의 일부를 간호조무사로 충당하게 할 수 있다고 명시하고 있음은 의료법 제27조의 무면허 의료행위 등 금지에 위배되는 즉, 기본법에 상충되는 것이므로 체계적인 규정이 필요하다. 의료법 제80조 제2항에서 간호조무사는 제27조에도 불구하고 간호보조 업무에 종사할 수 있다고 규정하고 있다. 이 경우에는 이 법을 적용할 때 간호사에 관한 규정을 준용하며, "면허"는 "자격"으로, "면허증"은 "자격증"으로 한다고 하며, 의료법 시행규칙 제38조 제3항에서 보건복지부 장관은 간호사나 치과위생사가 인력수급상 필요하다고 인정할 때에는 간호사 또는 치과위생사 정원의 일부를 간호조무사로 충당할 수 있도록 허용하고 있고, 모자보건법에서 간호조무사도 간호사와 마찬가지로 모자보건요원으로 전문적인 보건서비스를 할 수 있도록 규정되어 있다.

2008년 요양병원 간호등급제 실시 이후의 간호사 인력은 감소하고 간호조무사 채용은 증가하여 의료서비스 질이 낮아지고 있다. 요양병원 간호등급제 이전인 2006년과 2007년에 비해 2008년~2010년 요양병원의 간호인력이 증가하였지만 간호사 비율은 2006년 71.69%에서 2010년 61.01%로 점차 감소하여 요양병원들이 인력증가를 꾀하였지만 인력증가분이 간호사가 아닌 간호조무사로 충당된 것으로 나타났다.[44] 요양병원 간호등급제

42) Cox, S. Susan (2006)에 따르면 간호사가 간호보조인력(Unlicensed Assistive Personnel; UAPs)에게 합법적이고, 안전하고, 효과적으로 환자 케어를 위임하기 위해서 알아야 하는 몇 가지(법률, 정책과 절차들, 개인으로서의 UAPs, 환자의 상태) 규칙들에 대해 제시하고 있다. Cox, S. Susan, "How to delegate to UAPs", *Travel Nursing, Vol.36, No.6*, 2006, pp. 10-11.

43) 장연화, "면허외 의료행위와 관련한 의료인의 형사법적 책임", 형사판례연구 20, 2012, 560-585쪽.

44) 지난 2005년 4,135명에 불과하던 요양병원 상근인력은 2014년 5만 1,075명으로 급증했다. 증가율은 무려 1,235%에 달했다. 5만 7,314명에서 7만 2,860명으로 127% 증가한 병원급 의료기관과 비교해 무려 10배 이상 많은 수준이다. 이어 상근인력 증가율은 상급종합병원 113%(7만 7,798명→8만 7,949명),

가 요양병원 간호인력 기준에 간호사를 대체하는 간호조무사를 포함시켜 간호사와 함께 간호업무를 할 수 있도록 하고 이를 수가로 인정한 제도로 인력채용에 대한 요양병원의 부담을 감소시키면서 간호사 채용에 대한 경제적 인센티브 제공으로 간호서비스 질을 향상시키기 위한 제도였지만, 결과적으로는 간호사의 채용을 감소시키는 사태를 초래하였다.[45] 이러한 상황은 의료수준의 질적 하향평준화를 의미하는 것으로서 매우 심각한 정책실패 사례에 해당한다.

간호조무사는 간호사의 업무성과에 비해 현저히 낮은 점을 고려하면 현재의 상황은 요양병원 간호서비스의 질 저하를 초래할 것은 명약관화하다. 간호사와 간호조무사의 업무영역을 명확히 함으로써 요양병원 내에서 간호사가 간호조무사와 같은 비전문적인 업무를 담당하지 않도록 함으로써 간호사가 요양병원업무에 만족하고 이직하지 않도록 할 필요가 있다. 따라서 법체계상 간호사와 간호조무사의 간호업무에 대한 명시적인 구분이 반드시 필요하다.

3. 간호인력 관련 법령의 업무・인력기준 현황과 문제점

3.1 간호사-간호조무사 비교

현행법 체계에 간호사는 간호업무를 그리고 간호조무사는 간호보조업무를 수행하되, 공통적으로 진료보조의 업무가 명시되어 있어서 업무의 체계가 정립되어 있지 않다.

종합병원 107%(6만 1,782명→6만 6,268명), 의원 101%(13만 7,121명→13만 9,104명) 순이었다. 직종별 요양병원의 일자리 창출 기여도를 살펴보면 작업치료사가 2428% 증가로 압도적이었고, 간호조무사가 1,943%로 뒤를 이었다. 이어 영양사 1,330%, 물리치료사 967%, 의사 935%, 사회복지사 915% 순이었고, 간호사는 635%로 가장 낮은 증가율을 보여 일선 병원들의 인력난을 방증했다(데일리메디, 빅5병원 v. 1,296개 요양병원 급여비 비슷, 2014년 9월 26일자).

[최근 8년간 요양병원 의료인력 증가율]

의 사	간호사	간호조무사	물리치료사	작업치료사	영양사	사회복지사
935%	635%	1,943%	967%	2,428%	1,330%	915%

45) 김동환/이한주, "간호등급제가 요양병원의 간호인력 확보수준에 미치는 영향", 간호행정학회지 제20권 제1호, 한국간호과학회 간호행정학회, 2014, 95-105쪽.

구 분		간호사	간호조무사
법적근거		의료법 제2조, 제7조, 제78조 등	의료법 제80조 및 간호조무사 및 의료유사업자에 관한 규칙
교육양성		간호학을 전공하는 대학이나 전문대학	제4조(간호조무사 자격시험의 응시자격) 학과교육 740시간 이상, 실습교육 780시간 이상(종합병원이나 병원에서의 실습시간 400시간 이상)
		3년, 4년	1,520시간 이상
면허·자격발급		면허(보건복지부)	자격(시도지사)
업 무		제2조(의료인) 상병자나 해산부의 요양을 위한 간호 또는 진료보조 또는 대통령령으로 정하는 보건활동	제2조(간호조무사 등의 업무한계) 1. 간호보조업무, 2. 진료보조업무 의료법 제80조(간호조무사) ② 간호조무사는 제27조에도 불구하고 간호보조업무에 종사할 수 있다.
의료기관의 종류별 정원 기준	관련 법규	의료법 시행규칙 별표 5. 의료기관에 두는 의료인의 정원(제38조 관련)	간호조무사 정원에 관한 고시(보건복지부 고시 90-26)
	종합병원	연평균 1일 입원환자를 2.5명으로 나눈 수, 외래환자 12명은 입원환자 1명으로 환산	
	병 원	종합병원과 같음	
	의 원	종합병원과 같음	1. 입원환자 5인 이상을 수용하는 의원, 치과의원 및 한의원에 있어서 간호사 장원의 100분의 50이내 2. 입원환자 5인 미만 또는 외래환자만을 진료하는 의원, 치과의원 및 한의원에 있어서 간호사 정원의 100분의 100이내
	요양병원	연평균 1일 입원환자 6명마다 1명을 기준으로 함(다만, 간호조무사는 간호사정원의 3분의 2 범위 내에서 둘 수 있음). 외래환자 12명은 입원환자 1명으로 환산	
근로계약		파견근로자보호 등에 관한 법률 시행령 제2조(근로자파견의 대상 및 금지업무) ② 법 제5조 제3항 제5호에서 "대통령령이 정하는 업무"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 업무를 말한다. 3. 의료법 제2조에 따른 의료인의 업무 및 같은 법 제80조에 따른 간호조무사의 업무	

3.2 간호사-간호조무사 업무범위 현황

간호조무사의 '진료보조업무' 법제화는 간호사의 고유한 업무를 침해하는 것이다.[46] 1951년 국민의료법 제정 당시 간호사 업무범위는 '요양상의 간호,' '진료의 보조'였고, 1966년 의료보조원법 시행령에서 간호보조원(간호조무사)의 업무범위는 '간호보조업

46) 대법원은 "구의료법(2007. 4. 11. 법률 제8366호로 전부 개정되기 전의 것. 이하 같다) 제2조 제2항 제1호는 '의사는 의료와 보건지도에 종사함을 임무로 한다'라고 하고, 같은 항 제5호는 '간호사는 요양상의 간호 또는 진료의 보조 및 대통령령이 정하는 보건활동에 종사함을 임무로 한다'라고 규정하고 있는 점에 비추어 보면, 의사가 간호사에게 진료의 보조행위를 하도록 지시하거나 위임할 수는 있으나, 고도의 지식과 기술을 요하여 반드시 의사만이 할 수 있는 의료행위 자체를 하도록 지시하거나 위임하는 것은 허용될 수 없으므로, 간호사가 의사의 지시나 위임을 받고 그와 같은 행위를 하였다고 하더라도 이는 구의료법 제25조 제1항에서 금지하는 무면허 의료행위에 해당한다(대법원 2007. 9. 6. 선고 2006도2306 판결 등 참조)"고 판시하였다.

무’였다. 1973년 의료법에서도 간호조무사의 업무범위를 ‘간호보조업무’로 규정하였다. 그러나 1973년 당시 보건복지부가 의료법에서 위임한 간호조무사의 간호보조업무를 구체화하는 ‘간호조무사 및 의료유사업자에 관한 규칙’에서 간호사의 업무인 ‘진료보조업무’를 간호조무사의 업무로 법제화하였다. 이는 의료법의 위임범위를 벗어났을 뿐만 아니라, 의료법상 간호사의 고유업무인 ‘진료보조’를 침해함으로 인해 법률상 간호사와 간호조무사의 업무가 거의 동일해지는 결과를 초래하였다.

간호사와 간호조무사의 업무를 구분하지 않음으로서 한국표준직업분류와 배치되어 혼선을 야기할 수 있다. 한국표준직업분류에 따르면 간호조무사의 업무를 “각종 의료기관에서 의사 또는 간호사의 지시 하에 환자의 간호 및 진료에 관련된 보조업무를 수행하는 자를 말한다”고 규정하고 있는 점과는 배치된다. 간호 관련서비스를 규정하고 있는 다른 법률도 간호사와 간호조무사의 역할도 동일 인력으로 간주함으로써 업무중복의 문제가 발생하고 있다. 예컨대, 모자보건요원, 결핵관련 의료행위 및 의료지도, 방문간호 장기요양요원, 긴급구조의료인, 산업재해간병인, 구급대 구조대원, 장애인기숙사 안전요원, 장애인 방문간호 수행활동 지원인력, 장애인 활동보조인, 보건소 및 보건지소의 간호전문인력 등 다양한 분야와 직역에서 간호사와 간호조무사의 업무가 중복되고 있다.

물론 간호사와 간호조무사의 업무가 중복되지 않는 경우도 있다. 일부 높은 전문성과 지식이 요구되는 경우 업무의 중복이 일어날 수 없는 경우도 많다. 간호사와 간호조무사의 업무가 중복되지 않는 경우는 보건교사, 보건관리자, 보건진료 전담공무원, 위원회 위원, 조사연구원, 감정업무 조사관, 상담업무, 뇌사판정인력, 정신보건전문요원 등과 같이 높은 전문성과 지식이 요구되는 분야, 예외적인 의료행위가 시행되는 직역에 한정한다.

3.3 인력기준

3.3.1 의료기관내 간호사를 간호조무사로 대체

현재는 간호사의 법정기준을 간호조무사로 합법적으로 대체 가능한 상황이다. 1973년 ‘진료보조 업무’를 간호조무사에게도 동일하게 부여한 상황에서 5병상 미만의 의원급 의료기관에서는 간호사의 정원 전부를 간호조무사로 충당하는 것이 가능하다. 5병상 이상의 의원급 의료기관, 정신병원과 병원급 이상에 설치된 정신과에서도 간호사 정원의 절반을 간호조무사로 충당할 수 있다. 요양병원에서도 간호사 정원의 3분의 2까지

간호조무사를 둘 수 있으며, 보건소와 보건지소의 간호사 전체인력을 간호조무사로 대체하여 배치가 가능하다. 이를 통해 의원급 의료기관 절대 다수와 요양병원 및 정신병원 등에서 합법적으로 간호사가 간호조무사로 대체되고 있다.

3.3.2 비의료기관에서 간호사를 간호조무사로 대체

비의료기관인 산후조리원, 노인복지시설(노인장기요양시설) 등도 간호사를 간호조무사로 충당하고 있다. 비의료기관인 산후조리원에서는 간호사 정원의 30%를 간호조무사로 대체할 수 있고, 양로시설・노인의료복지시설・재가노인복지시설・방문간호・어린이집 등의 인가기준에서 간호사와 간호조무사가 함께 표기되어 지역사회 내 간호서비스 분야에서 간호조무사가 간호사를 대체하는 인력으로 활용하고 있다.

4. 간호법 단독입법의 타당성

간호의 고유업무와 역할, 교육과정과 자격 관련 규제에 대한 단독입법은 보건의료체계에서 간호서비스의 중요성을 고려한 선진국의 사례에서 확인이 가능하다. 현재 간호사와 간호업무에 관한 기본법인 의료법은 간호사를 의료인이라는 틀 속에서 함께 규정하고 있고, 간호의 정의와 업무에 대해서도 제한적이고 추상적으로 규정되어 있어 간호에 대한 사회적 요구를 충족시키기에는 한계가 많다. 대부분의 선진국가들은 보건의료관련 인력의 특성에 맞는 개별법을 제정하고 있으며, 간호사의 경우 단독법으로 규정하고 있는 것이 보편화 되어 있다.

국제간호협의회(ICN)에 의하면 세계 80여 개 이상의 국가에서 간호법이 제정된 것으로 파악되고 있다.[47] 1901년 뉴질랜드에서 최초의 간호법이 제정된 이후, 미국과 캐나다의 경우 모든 주(州)에서 주(州)차원의 간호법이 규정되어 있고, 일본의 경우 보건사조산사간호사법(保健師助産師看護師法)을 통해 보건사, 조산사, 간호사, 준간호사에 대한 면허, 자격 등을 규율하고 있다. 영국도 간호사, 조산사, 방문간호사법(Nurses, Midwives and Health Visitors Act)이 있으며, 중국, 싱가폴, 대만, 필리핀, 남아프리카공화국, 나이지리아 등 아시아와 아프리카 국가에서도 간호법이 이미 제정되었다. 이처럼 간호사법의 제정 필요성은 이미 세계적으로도 인정된 상황이다.[48]

47) 이용재/김종호/김승연/이현옥, 앞의 보고서(주 6)), 67쪽.

48) 국회보건복지위원회, 간호사법 제정에 관한 공청회 자료집(2006)을 참조하여 2014년 현재 간호법을 제정

의료인력 중 가장 많고 보건의료환경 변화에 따라 그 역할영역과 범위가 확장될 수밖에 없는 간호사에 대한 상세한 법규마련이 필요하다. 우리나라 보건의료법률 체계상의 문제로 전체 의료인의 62%(면허자 기준)를 차지할 정도로 큰 비중을 차지하는 간호사는 다수의 인력으로 보건의료서비스에서 가장 중요한 역할을 담당하고 있다.[49] 그러나 간호사와 관련된 규율은 의료법에서 부수적이고 보조적인 것으로 규정되면서 다른 법률에 있는 간호 관련 조항조차 포괄하지 못하고 있기 때문에 간호업무에 대한 기본법으로써 한계를 가지고 있다.

국민의료비 증가와 만성질환 증가 등 보건의료환경의 변화로 간호사의 업무가 '치료중심'에서 '질병관리'와 '요양' 중심으로 확대되고 있기 때문에, 이를 규정할 수 있는 법체계가 필요하다. 아울러 간호사가 다양한 역할을 여러 의료현장에서 수행하게 될수록 다른 보건의료관련 인력과 업무영역의 혼선과 갈등이 야기되며, 분쟁을 발생시킬 소지가 있는 바 이를 불식시킬 수 있는 법체계가 필요하다. 2007년 노인장기요양 보험제도의 도입 등으로 간호를 포함한 의료서비스 역할장소가 '의료기관'에서 '지역사회' 내지는 '가정'으로 변화되고 있는 점을 고려할 때 비용효과적인 관리가 가능한 간호서비스 역할강화가 예상된다. 따라서 요양과 관리에 대한 보건의료환경 변화와 보건의료 소비자의 욕구를 충족시키고, 국가 건강관리의 큰 흐름을 훼손하지 않는 법 개선을 통해 요양과 진료보조의 역할을 담당하는 간호사와 간호업무에 대한 독자법 제정이 필요하다.

간호 관련 행위의 역할과 영역의 확대에 따라 서비스 활동의 법적 책임을 강화하여 문제발생 가능성을 최소화해야 한다. 우리나라에서도 의료분쟁이 증가하면서 의료분쟁 발생 시 간호사의 행위에 대한 법적 책임이 강화되고 있다. 이는 의료팀 중 간호사는 의료행위 중에 의사의 협력자로서 의료행위에서 차지하는 역할과 비중이 점차 확대되고 있기 때문이다. 최근 들어 간호사의 역할중 독자적인 영역의 비중이 높아짐에 따라 간호행위에 대한 법적 책임은 의사가 아니라 간호사가 책임을 지는 것으로 경향이 바뀌고

한 주요국을 중심으로 자료 재정리. OECD 국가별 간호법 제정 현황: 미국 Nursing Practice Act 1923년 주별로 제정 완료, 일본 保健師助産師看護師法(보건사조산사간호사법) 1948, 프랑스 Code *de* la Santé Publique(보건법전; 제2편 간호사) 1953, 덴마크 Nurses Act 1956, 영국 Nurses, Midwives and Health Visitors Act 1979, 독일 Krankenpflegegesetz(Nursing Act) 1957, 캐나다 Registered Nurses Act 1988, 호주 Nurses and Midwives Act 1991, 오스트리아 Austrian Health and Nursing Act 2007, 아이슬란드 Nursing Act 1974, 아일랜드 Nurses Act 1917, 뉴질랜드 Registered Nurses Act 1901, 폴란드 Act on Nursing Profession 1935, 슬로바키아 Act on the Occupations of Nurses and Midwives and the Slovak Chamber of Nurses and Midwives 2002.

49) 이경권/문상혁, 앞의 보고서(주 13)), 2011.

있다. 그러나 우리나라의 의료법은 의료인(의사, 한의사, 치과의사, 간호사, 조산사)에게 각종 의무를 부과하고 감독과 처벌규정을 두어 규제하는 행정부 중심의 규제방식을 따르고 있지만, 업무범위가 이질적인 다양한 인력을 동일 법령에서 함께 규정하고 있어 인력 간 자율성과 발전 가능성을 보장하지 못한다.[50] 따라서 단독입법을 통하여 간호사들의 업무와 책임, 업무한계, 금지사항, 활동영역 등을 구체적으로 규정해 지침을 제시할 필요가 있다. 이를 통하여 환자 또는 대상자가 양질의 간호서비스를 받을 권리를 보호하면서 의료소송 또는 분쟁을 최소화하고 분쟁발생시 그 책임을 명확히 할 수 있다. 간호사를 포괄적 의료인으로 규정하는 데 그치고 있는 현행 의료법에는 이를 규정하는 것에 한계가 많다.

Fadwa A. Affara (2004)도 ICN의 간호법 제정추진의 이유는 '소비자 보호'가 제일 중요하다고 지적하였다. 즉, 간호의 법적규제의 최우선 목적은 소비자의 보호이고 직업의 이익과 개별 간호사의 이익은 차선이며, 비록 그러한 이유들이 중요한 것일지라도 법적인 규제를 설립하는 데는 최선의 이유가 되지 못한다.[51] 교육과정과 인력배치, 취업실태 관리의 체계화를 통한 간호인력 수급시스템 구축을 위한 법제도의 마련이 필요하다. OECD국가 중 활동간호사 수가 가장 적은 하위 2위(인구 1,000명당 간호사 4.7명)를 기록하고 있는 우리나라의 간호인력 배출현실을 고려하면,[52] 간호사 양성의 활성화를 위해서 교육과정과 인력배치, 취업을 통합적으로 관리하는 간호인력 수급시스템의 구축을 위한 법제도 마련이 필요하다. 의료기관의 간호사의 정원에 관한 것은 의료법 시행규칙 제38조에 규정하고 있다. 그러나 수술실, 중환자실, 응급실, 회복실 등의 간호업무를 고려하지 않고 있어서 환자분류 체계에 의한 정원을 규정하도록 그 기준이 개정될 필요가 있다. 의료법 제25조에 의료인의 실태와 취업사항을 신고하도록 되어 있는데 이 신고

50) 대한간호협회・대한간호정책연구소, "국민건강권 보장을 위한 간호법 제정", 대한간호정책연구소 정책자료집 2004-2-1. 2004.

51) Fadwa A. Affara (2004)은 간호사로서 건강관리시스템에서 제 역할을 하기 위해서는 최소한 다음의 노력을 하여야 한다고 밝힌다. 이러한 요소들이 간호법을 통한 간호전달체계 구축의 주요 내용이 되어야 할 것이다. 1. 소비자와 다른 직업들을 적절한 방법으로 포함하여 정부에 대한 강조와 규제요소로서의 직업에 대한 강조가 균형을 이룰 수 있도록 해야 한다. 2. 구조와 책임, 간호수행의 범위를 법적 체제 안에서 명확히 해야 한다. 3. 간호사가 그들의 직업생활을 통하여 지속적 유능함을 유지할 수 있도록 하기 위해서, 간호교육의 지속적인 적절성과 질을 유지하기 위하여 기초적인 사정이상을 해야 한다. 4. 간호와 다른 직종이 교육의 표준과 수행의 자율성에 있어서 동등함을 제공해야 한다. 5. 보건의료 환경과 확대되는 간호사의 역할들에 적응할 수 있도록 상황에 따라 변화할 수 있는 역동성이 있어야 하다.

52) 이용재/김종호/김승연/이현옥, 앞의 보고서(주 6)), 25쪽.

를 보건의료 정책상 필요하다고 인정할 때로 규정하고 있다. 이런 이유로 의료인력에 대한 제 현황파악이 어려워 간호인력의 합리적 수급정책 수립이 어려운 상황이다.

5. 외국 간호법과 제도의 함의

5.1 개요 및 용어정의

간호 및 조산에 대한 정의는 일본과 미국은 업무를 중심으로 구체적으로 개념 정의하는 반면, 독일과 영국은 간호영역의 확대에 따라 간호의 개념을 포괄적으로 규정하고 있다. 특히, 영국은 간호사의 업무범위를 임상역할을 포함함과 동시에 간호사 개인에게 책무성을 부여하여 행위자 개별적 판단으로 자신이 수행할 행위를 결정하도록 하고 있다.[53]

구 분	독 일	일 본	미 국	영 국
개요 및 용어 정의	・간호사의 역할 및 기능 확대됨에 따라 입소 및 재가시설에서 환자 및 수발 필요자에 대해 독자적인 수발,[54] 관찰, 돌봄 및 상담을 제공할 수 있는 인력을 말함. ・'간호사'라는 명칭 대신 '건강 및 간호인' 또는 '건강 및 아동간호인'이라는 직업명칭 사용함. ・'조산원' 또는 '출산지원인'이라는 명칭 사용.	・후생노동대신의 면허를 받는 간호사는 상병자 또는 산부에 대한 요양상 도움이나 진료보조를 행하는 사람을 의미함. ・조산사는 후생노동대신의 면허를 받고 조산, 임부, 산욕부 도는 신생아 보건지도를 행하는 여자임. ・준간호사는 도도부현 지사의 면허를 받고, 의사, 치과의사, 간호사의 지시를 받고 상병자에 대한 요양상 도움이나 진료보조를 행함.	・간호는 기본적 보건의료를 포함하여 사람들의 건강관리 및 질병문제 또는 치료와 관련한 일상생활의 어려움을 잘 극복하도록 돕는 것임.	・영국의 1997년 간호사, 조산사, 방문간호사법의 중앙협의회는 간호사, 조산사, 방문간호사들의 훈련과 실무에 대한 기준을 수립・향상시키며, 훈련자격, 훈련내용, 수행기준 등에 대한 규칙을 결정하고 업무 과실이 있는 경우 면허취소 및 정지, 재발급 등의 업무를 결정함.

53) 김의숙/이한주, "간호업무의 법적 정의", 간호행정학회지 12(4), 간호행정학회, 2006, 574-586쪽.

54) 독일법에서 수발이라는 용어는 건강 및 간호인(Gesundheits- und Krankenpfleger: GK)에 의해 제공되는 수발로 다양하고 전문적인 업무를 의미한다. 한국의 경우 요양보호사가 수발을 제공하고 있어 혼란이 있을 수 있으나 한국과 자격인정기준이 완전히 다르다. 독일의 경우 간호, 수발, 간병 업무는 한국과 같이 별도로 분리되어 별도인력이 제공하는 업무가 아니라 GK가 모두 수행할 수 있는 주요 업무이며, GK의 활동업무가 다양하고 종사할 수 있는 범위도 다양하다.

5.2 간호업무의 범위

간호업무에 대한 규정을 살펴보면 공통적으로 모든 국가에서 환자보호 및 질병예방 건강회복을 위한 활동을 규정하고 있다. 미국은 특히 간호업무의 범위를 구체적으로 기술하고 있으며, 영국은 가장 포괄적인 규정을 가지고 있다.

구 분	독 일	일 본	미 국	영 국
간호업무	・간호인은 환자 완치를 위한 의료적 지원과 상담, 일상생활지원, 의사와 환자연계, 시설조직과 행정업무, 기타 의사와 수발전문인력과 협력하여 의료 및 수발관련 업무를 수행함. ・간호수발 보조원은 간호인을 지원하여 환자관찰, 붕대교체 등 간호인을 보조함. ・방문간호는 환자가 조기 가정복귀를 원하거나 재가의료처방이 가능하고 그 결과가 보장될 때, 의사의 처방 하에 진행하며 의사의 허가 하게 처방변경과 보완이 가능.[55]	・보건사: 지역활동이나 건강교육・보건지도 등을 통해 질병예방이나 건강증진 등 공중위생활동을 실시하는 지역 간호전문가, 병원에 갈 수 없는 환자를 대상으로 순회 간호활동 ・간호사: 의사의 보조, 병이나 장해가진 사람들의 일상생활 원조, 질병예방이나 건강유지를 목적으로 한 교육 실시, 준간호사는 지사면허로 의사 및 간호사의 지시받아 업무행함. ・조산사: 임신 출산 등 조산행위를 하는 인력으로 여성에게만 자격 인정함. 임산부 또는 태아에게 이상이 있다고 인정될 경우 의사의 진료를 요구해야 하며 스스로 처치해서는 안 됨.	・상당한 과학적 지식 또는 기술을 요하는 간호실무의 범위는 "안전, 편안(comfort), 개인위생, 환자보호를 보장하는 환자보호서비스와 질병예방 및 건강회복 조치 제공," "약제, 치료인, 필수적 치료도구, 질병예방을 포함한 직・간접 환자보호서비스와 이에 국한되지 않는 건강회복을 위한 식이요법까지 포함," "피부검사, 예방접종 및 동백과 정맥에서의 혈액 채취," "질병증상과 징후, 치료반응, 일반적 행동, 일반적 신체상태를 관찰하고 판단하며 적절한 보고나 의뢰, 표준화된 절차 또는 표준화된 절차에 따른 치료법 변화 및 비상절차 개시를 시행"하는 것.	・간호실무는 질병예방, 환자 치료 및 재활을 포함하며 돌봄이 간호의 핵심 요소임. ・간호사의 업무 범위에 현재의 임상역할을 포함함과 동시에 간호사 개인에게 책무성을 부여하여 행위자가 개별적 판단으로 자신이 수행할 행위를 결정하도록 하여 간호업무의 융통성을 인정하고 간호범위를 확장하는 것임.

55) 독일은 다른 나라와 달리 방문간호에 대한 지침(Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses uber die Verordnung von hauslicher Krankenpflege: Hausliche Krankenpflege-Richtlinie)을 따로 두고 있다. 이 지침에 의하면 방문간호 처방은 의료적으로 필요한 경우 계약의사에 의해 이루어지며, 계약의사 돌봄에서 처방 가능한 조치는 원칙적으로 지침에 규정된 방문간호 급여목록에 의한다. 방문간호는 필요한 조치를 스스로 할 수 없는 경우, 가족이 필요한 범위에서 수발 또는 돌봄을 제공하지 못하는 경우에 요구할 수 있다. 방문간호의 목적은 환자가 조기에 가정복귀를 원하는 경우(병원기피수발), 재가의료처방이 가능하고 그 결과가 보장될 경우(보장수발)에 방문간호를 하게 된다.

5.3 교육 및 시험

미국은 2년 이상의 교육과정, 독일, 일본, 영국은 3년 이상의 교육과정을 이수한 후 국가시험을 합격한 사람에게 간호사 면허를 부여한다.

구 분	독 일	일 본	미 국	영 국
교육 및 시험	・수발욕구의 조사와 결정, 수발계획, 조직, 실행, 문서화와 수발평가, 보장, 수발의 질 향상, 상담, 건강과 질병에 대한 안내 및 지원, 의사개입까지 생명유지를 위한 즉각적 조치 실시에 필요한 능력을 갖추기 위한 교육실시. ・교육기간은 전일제 수업으로 3년, 시간제 수업으로 최대 5년이며, 국가시험을 통해 면허를 취득함.	・보건사, 조산사, 간호사 국가시험은 후생노동대신이 정한 기준, 준간호사는 도도부현 지사가 정한 기준에 따라 매년 적어도 1회 실시함. ・응시자격은 간호사는 대학 졸업, 및 지정학교에서 3년 이상 수료 또는 양성소 졸업. ・보건사, 조산사는 지정학교에서 1년이상 수료 또는 양성소 졸업. ・준간호사는 지정학교에서 2년 수료 및 양성소 졸업.	・이사회(board)의 승인받은 적어도 2년 이상의 교육과정 제공하고 하나 이상의 병원과 연계된 고등교육기관, 또한 예술 및 과학 관련 커뮤니티 칼리지의 학사 또는 entry-level 석사학위. ・2009년 캘리포니아 사립 중등교육법의 영향을 받는 이사회의 승인받은 간호학교를 졸업하거나 추가 연구과정을 수료하여 간호학 학사학위 받음.[56]	・영국 간호사는 3년제와 4년제의 2분화된 간호교육을 받음. ・입학시부터 자신의 전문과목을 선택하여 1가지 부분을 집중적으로 교육받고, 국가시험에 합격하면 간호 중앙협의회 등록하게 된 다음 업무를 시작할 수 있음.

56) ① 등록간호사(RN : Registered nurse) : 미국 간호인력은 등록간호사(RN)와 면허실무간호사(LPN・VN : licensed practical nurse)로 구분된다. RN은 근무경력 및 분야에 따라 전문성을 인정받게 되어 더 전문화된 단계의 분야 별 Specialties가 될 수 있는 기회가 주어지는데, Addiction nurse, Cardiovascular nurses, Critical care nurses, Genetics nurses, Neonatology nurses, Nephrology nurses, Rehabilitation nurses, 그리고 Advanced practice registered nurses(APRNs) 등이 있다. APRNs는 국내의 전문간호사 제도와 유사한 대학원 석사과정으로, Clinical nurse specialists, Nurse anesthetists, Nurse-midwives, Nurse practitioners의 4가지 분야로 구성되어 있다. RN 면허취득을 위한 교육과정은 3가지 경로가 있는데, 4년 대학교과정의 Bachelor's of science degree in nursing (BSN) 또는, 2년-3년 과정인 Associate's degree in nursing(ADN)과 인가받은 Diploma program이 있다. 3가지 과정 중 한 가지 이상을 이수한 후 간호사 면허시험인 NCLEX-RN(the National Council Licensure Examination)를 통과하면 된다. 보건의료환경은 간호교육 수준에 따른 간호실무의 차이를 인식하고, 환자에게 제공되는 간호의 질을 향상시키기 위하여 간호사 채용시 학사학위 소지자를 선호한다. 비영리・비정부 기관인 Institute of Medicine는 2020년까지 학사학위 간호사의 비율을 80% 이상으로 높이도록 권고하였다. 보건의료기관은 associate's, diploma degrees간호사가 졸업 후 5년 이내에 학사학위 과정에 들어가는 것을 권장하기 위하여 계속 교육을 육성하는 문화를 조성하고, 급여 차등화 및 학비지원 등의 프로그램을 운영을 권고하였다.

② 면허실무간호사(LPN・VN : licensed practical and licensed vocational nurse) : RN 및 의사의 지도하에 간호서비스를 제공하는 간호인력으로 Nursing home 등 Nursing care facilities에서 다수가 근무한다. LPN 교육과정은 주 승인 프로그램으로서 고등학교 졸업이상의 학력을 갖추고, 직업・기술학교, 지역전문대학(vocational and technical school or community and junior colleges), 지역전문대학 또는 2년제 대학 등 각 주의 간호위원회(board of nursing)의 승인을 받은 면허실무간호사 과정을 1년간 이수한 후 LPN면허시험인 NCLEX-PN에 합격하면 면허를 취득한다. 미국은 일본의 사례처럼 1-2년

Ⅳ. 간호법(안)의 제안

1. 간호법 제정취지 및 구성

1.1 제정취지

급속한 노령화의 진전과 만성질환 중심의 질병구조 변화에 대한 대응은 물론 질병예방을 위한 간호전달체계의 개선이 필요하고, 부족한 산부인과 전문의에 대한 대안으로 조산사와 조산원 활성화가 필요함에도 불구하고 1951년 제정된 국민의료법 이후 무려 65년 동안 간호사 및 조산사 관련 법률 규정의 변화가 없어, 의료환경 변화와 국민들의 다양한 간호 및 조산서비스에 대한 요구를 반영하지 못하였으므로, 간호법 제정을 통해 미래지향적이고 합리적인 대국민 간호전달 체계를 실현해야 한다.[57]

간호 단독법은 현행 의료법 체계를 뒤 흔들거나 타 직종의 업무를 간호사나 조산사가 침범하기 위한 목적이 아니라 초고령 사회를 대비한 의료비 증가에 대한 대처 및 다양한 간호서비스의 수요증가에 간호법 체계를 통해 빠른 속도로 실효성 있는 대응을 할 수 있도록 제도를 구성하며, 장기적으로 대국민 간호 및 조산서비스가 발전할 수 있는 토대를 마련하기 위한 것이다. 의료기사는 의료보조원법으로 출발했으며, 의사의 지도권을 벗어나지 않으면서도 독립적인 법체계를 가지고 발전해 왔다.

과정으로 구성된 LPN to RN program을 운영하고 있고, LPN이 RN으로 전환할 수 있는 제도가 마련되어 각 주의 주립대학 등에서 교육프로그램을 운영, 대학마다 LPN to ADN, LVN-to-RN Career Mobility(비학위프로그램), LPN to BSN, Advanced Placement-BSN 등 다양한 명칭의 과정을 운영한다. 전 과정을 수료한 LPN은 NCLEX-RN에 응시할 수 있는 자격이 주어진다.

③ 간호보조인력 : 간호보조인력의 명칭은 매우 다양하여 CNAs(Certified Nurse Aides)외에 Nursing Aides, Orderlies, 또는 Attendants 등으로 불리며, 간호사 및 의사의 지시하에 대상자의 개인위생 및 일상생활 보조, 식사보조 및 혈압과 체온 등의 활력징후 측정 업무를 담당한다. National Council of State Boards of Nursing에 의해 제시된 간호보조인력(Nursing assistive personnel)에는 자격간호보조원(Certified nursing assistants, CNA), 자격간호보조원 Ⅱ(Certified nursing assistants Ⅱ, CNA-Ⅱ), 자격투약보조원(medication assistant-certified, MA-C)로 범주화되어 있다. CNAs 및 HHAs의 교육과정은 Community colleges, Vocational & Technical schools, 병원, nursing homes 등에서 제고하며 다양하다. 주마다 교육과정과 기간에 차이가 있으나, 통상 75시간에 걸친 단기 양성과정이다. 유선주/최경숙/김현영, "인력기준법 제도 개선방안 연구", 한국보건산업진흥원·대한간호협회, 민간-보건의료 2013. 2. 2013.

57) 이용재/김종호/김승연/이현옥, 앞의 보고서(주 6)), 126쪽.

1.2 간호법의 기본방향

독립적인 법체계로서 단독 간호법이 제정되는 경우 (i) 초고령사회와 만성질환으로 인한 질병구조 변화에 부응하는 합리적 간호전달체계 법제화, (ii) 의료기관과 지역사회에 산재된 간호 및 조산영역의 통합 법제화, (iii) 보건의료환경 변화에 부응하는 간호인력의 업무체계 법제화, (iv) 간호보조인력에 대한 간호사의 지도・감독권 및 위임불가 업무 법제화, (v) 간호정책 수립 및 간호사와 간호보조인력, 조산사 수급조정을 위한 정부 내 간호정책 관련 심의의결기구 법제화, (vi) 환자안전과 간호인력 노동강도 개선을 위한 간호인력 법정인력기준 상향 법제화, (vii) 간호사와 간호보조인력의 교육과정, 면허, 자격 등에 대한 법제화를 반영하는 법안이 마련되어야 한다.

1.3 간호법의 구성개요

간호법은 국민건강과 환자안전이라는 최우선 원칙에 따라 간호서비스에 대한 환자의 알권리 보장을 근간으로 하여, 간호사・조산사・전문간호사 및 간호보조 관련 인력과 조산원, 지역사회 내 산재된 간호영역에 대한 법적 근거를 담아야 한다.[58] 간호인력의 면허 및 자격 범위와 업무범위, 교육 및 양성 시스템, 면허 또는 자격관리 시스템을 체계화함으로써 간호전달체계를 합리화해야 한다. 1973년 이래 40여 년간 간호사와 간호보조인력 간의 충당・대체를 허용한 법체계의 문제점을 해소하기 위해, 간호사-간호보조인력 간 명확한 업무구분과 간호보조인력에 대한 간호사의 지도・감독권을 부여하고 간호인력 간의 수직적 협력체계를 구축하여 대국민 간호서비스의 질 향상을 도모해야 한다.

간호인력 수급 불균형 해소와 간호서비스의 지역 간 형평성 제고를 위해 최소 간호사 임금을 공무원 수준으로 개선하고, 야간・휴일 수당을 급여에서 구분하여 명시하고, 간호현장에서 간호사 등이 장기근속 및 계속근무를 촉진하기 위해 간호사 임금・처우 및 근로환경 개선, 공무원 연금 등에 준하는 대한간호조산공제회 설립에 대한 법적 근거를 마련해야 한다. 간호인력 수급 불균형 해소와 간호서비스의 지역 간 형평성 제고를

58) 미국의 경우 전문간호사는 일반 간호사(Generalist)와 주간호법에 근거한 업무분야별 전문간호사(Advanced Practice Nurse)로 구분된다. 김기경/조재현, “전문간호사 자격인정의 공공성”, 의료법학 제6권 제2호, 한국의료법학회, 2005, 294쪽.

위해 국가가 재정적 행정적 지원을 하는 간호 및 조산인력센터를 설치・운영하며, 그 역할은 간호인력 확보를 위한 현황조사 및 취업지원을 하도록 한다.

1.4 간호법의 체계 및 구성

1.4.1 총칙

총칙에서는 간호법의 제정목적과 정의를 규정하며, 간호법은 간호사・전문간호사 및 간호보조 관련 인력인 간호조무사・간병사(간호지원사)을 대상으로 한다. 간호인력의 지역 간 수급 불균형 해소와 대국민 간호서비스의 형평성 제고를 위해 국가 및 지방자치단체 등의 역할과 의무를 규정한다.

1.4.2 간호에 관한 환자의 권리

모든 환자는 간호과 관련하여 (i) 환자의 알 권리 혹은 설명을 들을 권리, (ii) 질 좋고 안전한 간호서비스를 받을 권리, (iii) 환자의 비밀을 보장받을 권리, (iv) 취약 환자의 보호받을 권리[59]를 가진다는 내용을 법안에 포함시켜야 한다.[60]

1.4.3 간호인력 업무 구분

간호인력 간의 업무를 다음과 같이 구분해야 한다. 먼저 간호사는 (i) 독립적 간호행위 및 간호보조인력에 대한 지도・감독, (ii) 의사의 지도・협력 하에 수행하는 주사 및 처치 등의 환자진료 업무, (iii) 예방・만성질환 관리, (iv) 건강증진 기획 수행 및 환자 및 대상자에 대한 교육・상담, (v) 간호조무사・간병사(간호지원사)에 대한 지도・감독권 및 기타 대통령령으로 정하는 보건활동을 수행하고, 전문간호사의 전문 분야별 업무 범위는 보건복지부령으로 정한다.[61] 간호조무사・간병사(간호지원사)에게는 무면허 간

59) W. M. Daly & R. Carnwell, “Nursing roles and levels of practice : a framework for differentiating between elementary, specialist and advancing nursing practice”, *12 Journal of Clinical Nursing,* 2003, pp. 158-167.

60) 리스본 선언을 참조할 필요가 있다. 1981년 세계의학총회에서 환자의 권리를 정하여 선포한 것으로 인간으로서 존엄성을 유지하면서 죽음을 맞이할 권리가 포함되어 있다. Hong, Yong-Sok & Park, So-Young, “The Level of Patient Expectation and Governing Factors in Selecting Hospital”, *The Korean Journal of Health Service Management Vol.5, Issue 4,* 2011, pp. 15-26.

61) 영국은 ‘전문적 행위의 범위’라는 보고서에서 행위자 각자의 업무범위와 관련한 의사결정을 위임하여 그들에게 개인의 책무성을 부여하고 있다. 영국도 과거에는 업무 목록을 나열하고 의사가 간호사에게

호행위에도 불구하고 간호보조업무 부여, 간호사의 지도・감독 하에 간호보조업무를 수행하게 한다.[62] 단, 간호사가 확보되지 못한 의원급 의료기관에서는 의사의 지도・감독 하에 간호보조업무를 수행한다. 무엇보다도 간호사・의사의 지도・감독 하에서도 간호조무사・간병사(간호지원사)에게 위임이 불가능한 업무를 법으로 규정할 필요가 있다.[63]

1.4.4 간호인력 면허・자격 응시기준 및 양성기관

간호사는 평가인증기구의 인증을 받은 대학에서 간호학을 전공하고 졸업한 간호학 학사학위 소지자로 간호사 국가시험을 통해 보건보건복지부 장관이 면허를 부여한다. 전문간호사는 하위법령에 (현행 그대로) 위임한다. 간호조무사・간병사(간호지원사)의 경우 간호조무사는 '간호조무사 및 의료유사업자에 관한 규칙'의 내용을 그대로 하되, 보건복지부장관이 교육과정과 시설에 대해 지정하도록 한다. 간병사는 요양보호사로서 보건복지부장관이 지정한 교육기관의 교육을 받도록 한다(간호지원사는 평가인증기구의 인증을 받은 간호지원사 양성기관에서 교육과정을 이수한 자로 국가시험을 통해 자격을 부여한다).

위임한 행위의 목록을 일일이 제시하는 형식이었는데, 이 방법이 기관 또는 병동 단위로만 간호업무를 국한시켜 포괄적인 전인간호를 수행하는데 어려움이 있었고, 간호사의 역할 확대라는 사회적 변화를 담보하지 못한다는 문제제기를 받게 되면서 영국은 간호사의 업무범위에 현재의 임상역할을 포함함과 동시에 간호사 개인에게 책무성을 부여하여 행위자가 개별적인 판단으로 자신이 수행할 행위를 결정하도록 하였다. 이는 간호업무의 융통성을 인정하고 범위를 확장하는 입법형식이다. 김의숙/이한주, 앞의 논문(주 53)), 574-586쪽.

62) 무면허의료행위의 정당행위 성립여부에 대한 판단기준에 대하여 대법원은 "의료행위에 해당하는 어떠한 시술행위가 무면허로 행하여졌을 때, 개별적인 경우에 그 시술행위의 위험성의 정도, 일반인들의 시각, 시술자의 시술의 동기, 목적, 방법, 횟수, 시술에 대한 지식수준, 시술경력, 피시술자의 나이, 체질, 건강상태, 시술행위로 인한 부작용 내지 위험발생 가능성 등을 종합적으로 고려하여 법질서 전체의 정신이나 그 배후에 놓여 있는 사회윤리 내지 사회통념에 비추어 용인될 수 있는 행위에 해당한다고 인정되는 경우에만 사회상규에 위배되지 아니하는 행위로서 위법성이 조각되는 것이고(대법원 2002. 12. 26. 선고 2002도5077 판결, 대법원 2004. 10. 28. 선고 2004도3405 판결 등 참조), 한편 이러한 법리는 의료행위에 해당하는 진찰 및 처방에도 마찬가지로 적용된다(대법원 2009. 10. 15. 선고 2006도6870 판결)"고 판시하였다.

63) ANA(American Nurses Association)는 간호업무를 LPN(Licensed Practice Nurse)에게 위임하는 것을 중요하게 생각하여 간호보조인력에게 위임하기 위한 법률적 근거와 조건들을 마련하였다. American Nurses Association, "Principles for delegation 2005", 2013, 〈http://www.nursingworld.org/〉 (Retrieved April 28, 2015).

1.4.5 중앙회

간호사・전문간호사・간호조무사・간병사(간호지원사)는 대통령령으로 정하는 바에 따라 전국 조직을 두는 단일한 중앙회를 설립하여야 한다. 조산사는 대통령령으로 정하는 바에 따라 전국 조직을 두는 중앙회 설립하여야 한다. 중앙회 회원은 정관 및 회비납부 의무를 준수하여야 한다. 중앙회는 윤리위원회를 두어야 하며, 회원의 면허 또는 자격정지 처분을 요구할 수 있다.

1.4.6 보수교육 및 면허・자격신고제

대한간호협회는 간호사・전문간호사・간호조무사・간병사(간호지원사)의 자질향상을 위한 보수교육을 실시하여야 한다. 대한조산협회는 조산사의 자질향상을 위한 보수교육을 실시하여야 한다. 대한간호협회는 매년 보수교육을 이수한 자에 한하여 간호사 등과 조산사는 면허신고제를, 간호조무사・간병사(간호지원사)는 3년 마다 자격신고제를 시행한다.

1.4.7 간호정책의 심의의결을 위한 간호정책심의위원회

국민의 간호서비스 증진을 위한 간호정책 및 간호인력 수급에 관한 (i) 간호정책 수립 및 평가 등 간호 전반에 관한 사항, (ii) 간호인력 전체에 대한 인력수급 및 의료기관 간호인력 배치기준에 관한 사항을 심의・의결하기 위하여 보건복지부장관 소속으로 간호정책심위위원회를 둔다.

1.4.8 간호인력 처우개선 및 복지증진

간호사의 보수는 간호직 공무원의 보수수준보다 낮아지지 않도록 한다. 간호사의 급여는 야간근무수당과 휴일근무수당을 간호사가 알 수 있도록 구분해야 한다. 간호인력(공무원연금 및 사학연금 대상자 제외)을 대상으로 한 대한간호공제회를 설립하여 간호사 등 간호인력이 지속적으로 간호업무에 종사할 수 있도록 복지증진을 도모한다. 대한간호공제회의 설립 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

1.4.9 인력확보와 취업촉진을 위한 간호인력개발센터

국가 및 지방자치단체는 간호사・조산사 등의 인력확보와 취업지원을 위한 간호인력 취업센터 설치・운영을 지원해야 하며, 보건복지부장관은 간호인력 취업센터 설치・운

영을 민간에 위탁에 위탁할 수 있으며, 이에 대한 재정적 행정적 지원을 하여야 한다. 간호인력 취업센터는 각 호의 업무 (i) 의료기관 및 지역사회 등에서 간호인력의 확보 동향 및 취업을 희망하는 간호인력의 상황에 관한 조사, (ii) 취업을 희망하는 간호인력의 조속한 취업을 촉진하기 위해 고용정보 제공, 직업지도 및 취업알선을 실시하는 등 필요한 조치, (iii) 기타 간호인력 확보 및 취업지원을 위한 사업 등을 수행한다. 간호인력을 채용한 의료기관 등의 장은 간호인력 취업센터의 업무상 요청에 협조해야 한다.

2. 쟁점의 논의

2.1 개별 단독법률안의 필요성

간호법은 현행 의료법에서 포괄적으로 규율하고 있는 의료인의 범주에서 간호사를 제외하여 별도의 법률로 규정하려는 것으로 다른 보건의료인들에 관한 사항은 의료법에 그대로 둔 채 간호사에 관한 사항만 개별 법률로 규정하는 것이 적절한가에 관한 논란이 있다. 현행 보건의료인 관련 법령 체계를 살펴보면, 의사・치과의사・한의사・간호사・조산사 등의 경우 의료법의 적용을 받는 반면, 임상병리사・방사선사・물리치료사・치과위생사 등은 의료기사 등에 관한 법률에서 규율하고 있으며, 약사와 한약사는 약사법에서 규정하고 있다. 이와 같이 의료법, 의료기사 등에 관한 법률, 약사법에 따라 보건의료인을 통일적으로 관리・규정하고 있으며 각각의 개별 행위주체별로 별도의 개별적인 법률로 운용되지 않는다. 지난 50여 년 동안 의료법에서 모든 의료인 및 의료업을 통일적으로 포괄・규정하여 관리하여 왔고, 또한 의료인의 범주에서 '진료보조,' '요양상의 간호' 업무를 행하는 간호사만을 분리하는 것이 의사 등 다른 보건의료인과의 관계에서 크나큰 갈등의 발생소지가 있으므로 간호법의 별도 제정문제는 종합적인 의료인의 직역별 법률체계 개편과 함께 고려되어야 한다.

2.2 간호의 정의 및 간호사의 직무범위

간호법에서는 간호에 대한 정의규정을 신설하고,[64] 간호사 고유의 독자적인 업무영역을 설정함으로써 여타 의료인과의 업무를 구분하여 간호사의 직무범위에 대한 논란의

64) 간호의 개념에 대한 소개는 앞의 주(38))을 참조.

소지를 최소화할 수 있으나 간호사는 기본적으로 의사의 진료행위를 보조하는 것을 그 주된 임무로 하고 그 외에 부수적인 업무를 수행하고 있는 점을 고려한다면 개별 법률안을 통해 간호사의 독자적인 업무영역을 설정하는 과정에서 여타 의료인과의 마찰이 발생할 소지가 있다.

2.3 간호조무사 규정

국회 김선미 의원이 발의한 간호사법 제19조(무면허 간호행위 금지) 조항에 '간호사가 아니면 누구든지 간호행위를 할 수 없다'라고 되어 있다. 그러나 현행 의료법 내 제80조 제2항에 명시된 '간호조무사는 제27조(무면허 의료행위 금지)에 따라 간호보조업무에 종사할 수 있다'고 규정되어 있어 간호업무의 보조와 진료보조의 업무가 제시되었다. 간호법이 제정되면 의료법령에 명시되어 있는 진료보조업무 조항이 삭제됨으로 인해 간호조무사는 의료기관에서 일할 수 없게 되어 의원급에서도 간호사를 채용해야 하므로 간호인력 수급의 차질이 예상되고, 간호조무사협회의 반발이 있을 것이다.

2.4 간호기관의 개설

간호사가 간호요양원을 개설할 수 있도록 하는 내용은 이미 '노인복지법'을 근거로 간호사가 노인요양시설을 개설할 수 있는 현실적인 점, 간호요양원의 대상자가 노인 외에 장기질환자, 회복기 환자로 확대되고 있으나 각종 질환보유자 등 환자에 대해서는 단순히 처방된 약물의 투여 외에 의사의 전문적이고 계속적인 치료와 관리를 통한 종합적인 진료가 필수적이라는 점에 대한 고려가 필요하다. 단, 간호사에 대하여 가정간호센터를 개설할 수 있도록 하는 경우 타 직역과의 형평성 문제가 제기될 수 있다. 의료법에서는 의사, 한의사, 치과의사, 조산사가 의료기관을 개설할 수 있도록 규정하고 있고, 물리치료사 등 의료기사 등은 의사의 지도하에 진료에 종사하도록 하고 있어 의료기사가 단독의 시설을 설치할 수 없도록 하고 있다.

2.5 간호사 징계위원회 설치

현행 의료인에 대한 징계는 의료법을 위반한 사유가 발생하면 면허취소나 자격정지

등으로 처분이 이루어지고, 별도의 위원회 의결절차를 가지고 있지 않다. 간호법에 따라 간호사의 위반행위에 대해서만 간호사 징계위원회를 설치하도록 할 경우 여타 의료인과의 형평성 측면에서 부합되지 않고, 실제 간호사에 대한 징계처분이 매우 적다는 점을 고려했을 때 보건복지부장관 소속으로 별도의 징계위원회를 두는 것은 실효성이 없다.

3. 관련 단체들의 입장

3.1 대한간호협회 입장

간호사의 업무는 의사업무 중 일부를 위임받아 하는 업무가 아니라 간호학을 근거로 독립된 패러다임을 가진 과학의 한 분야인 전문직업인으로서 독립된 실무영역을 가지고 있다.[65] 요양상의 간호는 절대적 간호행위로 의사의 지시, 감독을 받지 않고 간호사의 간호판단과 그것에 기초해서 얻어진 간호의 방법을 말한다. 따라서 간호사의 독자법 제정은 독립적 학문에 기초한 활동의 영역을 담보하기 위해 필요하다는 입장이다.

3.2 대한의사협회 입장

간호법 제정을 위해서 ① 현행 의료법에 대한 개정이 선행되어야 하고, ② 의료인의 업무범위와 의료행위에 대한 개념을 정립하고, ③ 간호사 업무에 대한 고찰이 필요하다고 주장하며 간호법 제정에 반대의견을 제시하였다. 2004년 국회 김선미 의원 주최로 개최한 간호법(안) 공청회에서 대한의사협회는 (i) 간호법(안)은 독립된 법안으로 보기 힘들고, 많은 부분이 현행 의료법 규정과 동일하다. (ii) 간호사의 면허와 업무에 대한 독립된 법 규정을 갖는다는 것은 독자적인 의료기관 개설도 가능하다는 것을 의미하고, 개업을 염두에 두고 간호법을 만드는 것이 아닌지 의심스럽고 혹 개업권이 목적이 아니라면 굳이 기존 법체계를 흔들면서 까지 독자법을 만들 필요는 없다. (iii) 장기적인 안목으로 의료법 내에서 상호 자율성을 확대하는 방향으로 논의하면서 공동의 선을 추구해야

65) Washington State Nursing Care Quality Commission에서는 간호실무의 범위에서 RN(Registered Nurses)의 역할을 사정, 간호진단, 목표설정, 케어전략의 수립, 케어실행, 자격이 있는 사람에게 케어를 위임하는 것, 슈퍼비전의 제공, 평가, 케어관리 교육, 다른 보건의료인과 협력하는 것으로 정의하고 있다. Peg Currie, “Delegation considerations for nursing practice”, *Critical Care Nurse, Vol.28, No.5,* 2008, pp. 86-87.

한다는 입장을 제시하였다.[66]

한편, 2006년 국회 보건복지위원회에서 개최한 간호사법 제정에 관한 공청회에서 의협은 (i) 간호사법은 사실상 의료기관 단독개원을 도모하고 있고 간호사의 업무 범위에 대한 규정은 기존 의료법 개정을 통해 충분히 목적을 달성할 수 있다. (ii) 간호사의 기본적인 업무는 '간호'와 '진료보조'이고 별도의 간호사법은 필요 없다. (iii) 의료법과 별도로 간호사법이 제정된다면 간호사의 지위가 그 만큼 향상될 것이라는 생각은 단순한 생각이며 필요하다면 현행 의료법을 보완하면 된다는 견해를 제시하였다.

2004년 의사협회와 병원협회는 간호단독법 제정을 반대하는 건의서를 국회에 제출하였고 그 외에도 공식 의견서를 보건복지부 보건의료정책과장, 국회의원, 보건복지위원회 및 보건복지부장관 등에게 전해, 반대 입장을 전달함으로써 간호법 제정을 저지하기도 하였다.

3.3 간호조무사협회 입장

간호법의 절차상 문제점으로 ① 의료단체간의 충분한 의견교환 결여, ② 현행 의료법령에 규정된 간호조무사 관계법령에 대해서도 충분한 의견교환이 없고, ③ 간호사와 간호조무사의 업무범위에 대한 명확한 의견교환도 충분하지 않았다는 점을 지적하였다. 간호법안 제23조의 '간호사가 아니면 그 누구도 간호행위를 할 수 없다'는 조항 삽입과 관련하여 이 조항이 신설되면 '주사행위'에 의해 의원급에서 의무적으로 간호사를 고용해야 하기 때문에 간호조무사들의 생존권 위협과 간호인력 대란이 발생할 것이라고 주장하였다. 2004년 국회 김선미 의원 주최로 개최한 간호법 제정 공청회에서 '간호법 제정 자결선언'등으로 간호법 제정을 저지하였다. 2005년 10월 국회 앞에서 간호사법 제정추진에 반대하는 집회를 열어 간호사법 제정을 반대하는 결의문 낭독하였다.[67] 그 주장내용은 (i) 간호사법이 제정되면 관련법에 규정되어 있는 간호조무사 관련 조항이 법적 효력이 상실되어 간호조무사가 의료기관에 근무할 수 있는 법적 근거를 상실한다. (ii) 간호사법은 다른 보건의료단체간에 충분한 논의와 정부차원에서 각 직역간 개별법 준비가 이루어진 후 제정되어야 한다는 것이다.

2006년 국회 보건복지위원회에서 개최한 간호사법 제정에 관한 공청회에서 간호조무

66) 이용재/김종호/김승연/이현옥, 앞의 보고서(주 6)), 120-121쪽.

67) *Id.*, 121-122쪽.

사협회의 입장은 (i) 간호법이 제정되면 의료법에 명시된 진료보조 업무 조항이 삭제되어 대다수의 간호조무사가 의료기관에서 쫓겨나게 될 것이다. (ii) 간호조무사 교육과정을 전문교육과정으로 상향시켜 줄 것과 간호조무사를 법적으로 의료인에 포함시켜 줄 것을 요구하였다.

3.4 병원협회 입장

간호법안 발의가 시대적 흐름에 따른 의료체계 개선의 일환으로 판단되기는 하지만 사전에 충분한 논의가 있어야 한다는 입장이다. 2004년 의사협회와 공동으로 단독 간호법안 제정 추진에 반대하는 의견서를 국회와 보건복지부에 제출하였다. 2006년 연세대 의료법윤리연구소에서 열린 '의료법 개정을 위한 연구 토론회'에서 간호법 제정에 대한 입장을 밝혔다.[68] 주된 내용은 (i) 국제적으로 법률이 전문화되는 추세라 하더라도 그 나라의 의료체계의 대해 여러 가지 고려해야 할 부분들이 있다. (ii) 의료행위에는 진료행위와 진료보조행위가 함께 어우러져 있으며 의사와 간호사의 협력이 무엇보다 중요하다는 것을 주장하였다.

3.5 시민단체 입장

건강세상네트워크는 소비자 입장에서 최고의 의료서비스를 받을 수 있는 방향으로 간호법이 제정되어야 한다는 입장이다. 한국여성단체연합은 대표적인 여성 전문직으로서의 간호법 추진은 곧 여성의 발전과도 연결되므로 독자법으로 인정해야 한다는 입장이다. 의료소비자시민연대는 현재의 의료법은 간호조무사를 의료인으로 인정하지 않으면서도 사실상 간호사와 구분이 없게 만들어져 있고, 실제적으로 간호사와 간호조무사의 업무가 엄격히 구분하는 법제정 필요하다는 입장이다.[69]

68) *Id.*, 122쪽.

69) *Id.*, 123쪽.

4. 쟁점의 논의

구 분	쟁 점	논 의
개별 단독 법률안 제정 필요성	・의료인의 범주에서 '진료보조', '요양상의 간호'업무를 행하는 간호사만을 분리하는 것이 의사 등 다른 보건의료인과의 관계에서 크나큰 갈등의 발생소지가 있다는 주장 ・기존 의료법 개정을 통해 목적 달성할 수 있다는 주장	1. 간호의 다양한 업무의 대한 한계 ・현행 의료법의 간호는 부수적이고 보조적으로 규정되어 타 법률(지역보건법, 농특법, 산업안전보건법 등)에 있는 간호관련 조항을 포괄하지 못하고 있다. 2. 변화된 보건의료 환경에 부응 ・노인인구의 증가, 국민의료비 부담 증가, 생활수준 향상에 따른 서비스의 질 향상 등 치료위주의 보건의료서비스 공급에서 관리와 요양위주의 보건의료서비스로 전환으로 간호사의 업무 확대가 필요하다. 3.의료사고 시 간호사의 책임 강화 ・환자가 양질의 간호서비스를 받을 권리를 보호, 의료소송 또는 분쟁을 최소화하고 그 책임을 명확히 하기 위한 것이다.
간호사 직무 범위	・간호사는 기본적으로 의사의 진료행위를 보조하는 것을 그 주된 임무로 하여 개별 법률안을 통해 간호사의 독자적인 업무영역을 설정하는 과정에서 여타 의료인과의 마찰이 발생할 소지가 있다는 주장	1. 간호사의 직무범위에 대한 논란을 최소화 ・현행 의료법상 간호사가 하는 모든 행위가 진료의 보조로만 해석되어 의료기관 외의 요양상의 간호활동이 위법이 된다. 요양상의 간호가 구체화되어 여타 의료인과의 논란을 최소화해야 한다. 2. 외국은 간호법을 통해 간호행위에 대한 정의와 간호사의 직무를 규정 ・미국 캘리포니아주, 미국 앨라바마주, 캐나다, 일본 등에서는 간호사의 업무 범위를 규정하고 있다.
간호 조무사 관련 규정	・현행 의료법령에 따라 간호조무사가 간호업무와 진료보조 업무를 할 수 있으나 간호법이 제정되면 의료법령에 있는 진료보조 업무 조항이 삭제되어 간호조무사가 의료기관에서 일할 수 없게 된다는 주장.	1. 간호법 제정된 후 의료법령(시행령과 규칙) 협의 ・간호법이 제정되어도 의료법 시행규칙이 그대로 남아있기 때문에 간호조무사 업무에 영향이 없다. 2. 향후 직역간 논의가 필요 ・간호업무와 간호행위에 대한 구체적인 업무범위와 법적책임 한계를 규정하기 위한 연구와 의료직역 간의 논의가 필요하다. ・간호조무사의 인력 수요 추계를 검토하여 간호조무사의 역할과 기능에 대한 재설정이 필요하다.

현행 우리나라 보건의료법 체계상의 문제점을 간단히 정리하면 우선 의료법의 간호는 부수적이고 보조적으로 규정되어 타 법률에 있는 간호 관련 조항을 포괄하지 못함으로써 간호업무에 대한 기본법으로서 한계가 있다. 그리고 노인인구의 증가, 국민의료비 부담 증가, 생활수준 향상에 따른 서비스의 질 향상, 만성퇴행성 질환 증가 등 보건의료환경의 변화로 치료위주의 보건의료서비스 공급에서 관리와 요양위주의 보건의료서비스로 전환이 요구됨에 따라 간호사의 업무가 확대되고 있다. 따라서 보건의료 환경의 변화에 부응하기 위한 단독 간호법은 반드시 필요하다. 이외에도 의료사고시 간호사의 책임강화를 위해 의료법에서 분리된 간호법이 필요하다. 즉, 환자 또는 대상자가 양질의 간호서비스를 받을 권리를 보호하면서 의료소송 또는 분쟁을 최소화하고 분쟁발생시 그 책임을 명확히 하기 위해서는 간호업무의 범위와 유형을 간호 단독법으로 규정해야 한다.

V. 결론 및 제언

우리나라의 국가 의료보장 체계는 전문의 중심, 민간의료기관 중심의 고비용 체계로 운영되는 상황에서 간호인력의 절대 수가 부족한 상황이다. 반면에 간호인력에 대한 수요는 점차 증가하고 있다. 건강보험 진료비와 의료기관 증가로 인한 간호인력 수요가 계속 증가하고 있다. 따라서 비용효과적인 의료서비스 전달체계를 위하여 간호인력을 통한 노인의료비 관리, 만성질환자 관리가 요구되고 있다. 한편, 노인장기요양보험제도의 도입과 확대, 장기요양기관의 팽창으로 간호인력 수요가 증가하였을 뿐만 아니라 간호서비스 영역이 '의료기관'에서 '지역사회'로 확대되고 있다. 따라서 의료법 체계 속에서 간호의 한계와 단독법 제정의 필요성은 얼마든지 설득 가능한 논리이다.

현행 간호에 대한 법규인 의료법은 매우 포괄적 규정으로 간호에 대한 명확한 내용이 부재하고, 다른 의료인과의 법률적 충돌 가능성으로 구체적인 간호인력의 업무와 역할, 교육제도 등을 규정하는데 한계가 있다. 아울러 간호영역의 확대에 따른 간호업무 변화 등에 반응하여 법을 개정하는 것도 어려운 상황이다. 간호인력으로 간호사, 전문간호사, 조산사, 간호조무사가 활동하고 있으며 이들에 대한 역할을 체계적으로 규정하고 교육과정, 자격 및 면허기준 등을 명확히 함으로써 간호서비스를 체계화 할 필요가 있다. 특히, 간호사와 간호조무사간의 역할모호성을 명확히 규정할 필요가 있다. 간호역할과 영역의 확대로 여러 법에 명시된 간호인력의 업무에 논란소지가 없도록 간호인력의 업무를 명확히 제시해야 할 상황이다. 간호업무와 인력기준을 규정하고 있는 법규 분석 결과, '진료보조' 업무를 간호조무사의 업무로 규정하여 간호사의 고유업무를 침해하고 있고, 간호사와 간호조무사간의 업무중복이 우려된다. 아울러 간호인력 업무규정이 명확치 않은 상황에서 간호사를 간호조무사로 충당할 수 있도록 함으로써 양질의 의료서비스 제공과 환자안전에 문제를 노출할 수 있다.

다른 국가들의 간호 관련 법 제정현황은 주요내용을 비교하여 살펴보았다. 대부분의 선진 국가들이 간호를 단독입법하여 간호 및 조산행위 관련서비스 활동의 법적책임을 강화하여 문제발생 소지를 최소화하고 있고, 간호 및 조산인력의 적정수급을 위해 노력하고 있는 점을 고려할 때 간호법의 단독입법 추진이 필요한 상황이다. 간호와 조산관련 법을 별도로 분리하는 독일, 캐나다, 덴마크와 같은 사례나 간호와 조산을 함께 담고 있는 일본과 영국과 같은 사례가 있다. 미국은 간호업무의 범위를 구체적으로 기술하고 있으며, 영국은 포괄적인 규정을 두는 대신 간호의 책무성을 부여하고 있다. 아울러

독일과 일본은 간호보조인력이 간호사의 지시 또는 위임되어 구분된 역할 범위 내에서 간호업무를 하도록 규정하고 있다.

이제 시급히 간호법 단독법 제정을 통한 간호전달체계의 구축이 필요하다. 간호법 제정을 통하여 간호사, 조산사, 전문간호사, 간호조무사, 간병사(간호지원사) 등 간호인력의 양성과 교육, 면허 및 자격기준을 명확히 하고 전문능력에 부합하는 업무체계를 구축해야 한다. 활동 간호사가 절대적으로 부족한 우리나라의 현실을 고려하여 간호 및 조산인력의 수급을 조절하고, 질 좋은 의료서비스 제공을 위하여 법정간호 및 조산인력을 확보할 수 있는 실효성 있는 조치를 강화하는 등을 위한 간호전달체계 정책조정기구를 설립해야 한다. 간호 및 조산사의 활동을 지원하고 보수교육을 활성화하기 위하여 중앙회 활동을 강화하고 간호인력 공제조합을 설립과 간호 인력개발, 취업촉진을 위한 지원기관을 설립하여 간호인력의 직업안정성과 근로조건을 개선해야 한다. 역할범위가 확대되고 있는 간호인력의 책임성 강화를 위하여 간호사의 의무와 환자안전 권리를 규정하고, 문제발생시 조치절차를 규정해야 한다.

참고문헌

1. 단행본

김윤희/문희자, 현대 간호의 주요쟁점(상), 경희대학교 출판국, 2004.

보건복지부 의료자원정책과, 간호인력 개편방안, 2013. 2.

유선주/최경숙/김현영, 인력기준법 제도 개선방안 연구, 한국보건산업진흥원・대한간호협회, 민간-보건의료 2013. 2.

이경권/문상혁, 국민간호증진 및 간호사 지위향상을 위한 법률안에 관한 연구, 법무법인 대세・대한간호협회, 2011.

이용균/강정아, 병원 간호사 인력의 적정수급 방안, 한국병원경영연구원, 2009.

이용재/문성현/김승연/이현옥, 조산원 원가분석・적정수가 산출 및 활성화 방안 연구, 대한간호협회・호서대학교 산학협력단, 2013.

이태진/김진현, 맞춤형 방문건강관리사업 경제성 평가: 비용-편익분석, 서울대학교 보건대학원 건강증진사업지원단, 2009.

임 준/고광필/한은아, 고혈압, 당뇨병 환자를 대상으로 한 의원기반 만성질환등록 관리사업의 효과평가, 가천대학교・한국건강증진재단, 2012.

장연화, "면허외 의료행위와 관련한 의료인의 형사법적 책임", 형사판례연구 20, 박영사, 2012.

Hugh Small, *Florence Nightingale: Avenging Angel*, New York: St. Martin's Press, 1998.

WHO, "*Regulatory Mechanisms for Nursing Training and Practice : Meeting Primary Health Care Needs*", World Health Organization Technical Report Series 738, 1986.

WHO, "*Nursing and Midwifery A Guide to Professional Regulation*", EMRO Technical Publications Series 27, 2002.

2. 학술지

김기경/조재현, "전문간호사 자격인정의 공공성", 의료법학 제6권 제2호, 대한의료법학회, 2005, 291-310쪽.

김동환/이한주, "간호등급제가 요양병원의 간호인력 확보수준에 미치는 영향", 간호행정

학회지 제20권 제1호, 한국간호과학회 간호행정학회, 2014. 95-105쪽.

김영신, “의료법상 금지되는 비의료인의 의료기관 개설의 범위-대법원 2003. 9. 23. 선고 2003두1493 판결”, 경북대학교 법학연구원 법학논고 제41집, 경북대학교 법학연구원, 2013. 2, 71-98쪽.

김의숙/이한주, “간호업무의 법적 정의”, 간호행정학회지 12(4), 한국간호과학회 간호행정학회, 2006, 574-586쪽.

윤석준, “만성질환 관리제도의 올바른 방향”, 대한의사협회지 55(5), 대한의사협회, 2012, 411-416쪽.

이소우, “21세기 한국 정신건강간호의 새로운 조망”, 정신간호학회지 제10권 제1호, 한국간호과학회 정신간호학회, 2010, 5-11쪽.

이한주/강희선, “간호(사)법 제정에 대안 인식조사 연구”, 간호행정학회지 12(3), 한국간호과학회 간호행정학회, 2006, 355-364쪽.

정규원, “간호사의 과실-분업적 간호행위의 형사책임을 중심으로”, 법학논총 제31집 제2호, 한양대학교 법학연구소, 2014, 207-231쪽.

Carol S. Brewer & Pavla Frazier, “*The Influence of Structure, Staff Type, and Managed-Care Indicators on Registered Nurse Staffing*”, The Journal of Nrsing Administration, Vol. 28, No. 9. 1998.

Cox, S. Susan, “How to delegate to UAPs”, *Travel Nursing, Vol. 36, No. 6*, 2006, pp. 10-11.

Debbie Campbell, “Overview of the Nurse Reinvestment Act Programs”, “Legislative Interventions: Changing The Future of Nursing”, *Legislation*, Feb/Mar. 2005, pp. 24-38.

Peg Currie, “Delegation Considerations for Nursing Practice”, *Critical Care Nurse, Vol. 28, No. 5*, 2008, pp. 86-87.

W. M. Daly & R. Carnwell, “Nursing Roles and Levels of Practice: a Framework for Differentiating between Elementary, Specialist and Advancing Nursing Practice”, *12 Journal of Clinical Nursing*, 2003, pp. 158-167.

3. 학위논문

김신아, “간호법(안)의 타당성 검토”, 연세대학교 보건대학원 석사학위논문, 2004.

4. 자료집・보고서

건강보험심사평가원, 건강보험공단, 2013년 건강보험통계연보, 2014.

국민건강보험공단, 2013년 노인장기요양보험 통계연보, 2014.

국회보건복지위원회, 간호법제정을 위한 공청회 자료집, 2006년 5월 1일, 2006.

김혜련/강영호/여지영, 강위험요인과 사망의 관련성에 대한 종단연구, 연구보고서 2014-22-9-3 2014, 39-49쪽.

대한간호협회・대한간호정책연구소, 국민건강권 보장을 위한 간호법 제정, 정책자료집 2004-2-1, 2004.

대한간호협회, "간호관계 법령의 업무 및 인력기준 현황", 검토자료, 2014.

대한간호협회, "간호법제정-간호법 제정으로 국민건강과 간호사 중심으로 간호인력체계 개편하자", 대한간호협회(미간행 PPT발표자료).

보건복지부・질병관리본부, 2012건강행태 및 만성질환 통계 : 국민건강영양조사 제5기 3차년도(2012) 및 제8차(2012) 청소년 건강행태 온라인 조사, 2012.

이용재, "조산원 활성화 및 수가현실화 방안", 우리나라 조산제도 이대로 좋은가? 토론회 자료집, 국회의원 신경림・대한간호협회・대한조산협회, 2013.

장영식, "OECD국가의 보건수준", 보건・복지 Issue & Focus, 2013년 10월, 한국보건사회연구원, 2013.

정영호/고숙자/김은주, 효과적인 만성질환 관리방안 연구, 연구보고서 2013-31-19, 2013, 21-29쪽.

Fadwa A. Affara, "*Protecting the Public Through Professional Regulation of Nursing*", International Council of Nurses (2004년 간호법 공청회 발표자료), 2004.

Sister Rosemary Donley, Sister Mary Jean Flaherty, Eileen Sarsfield, Laura Taylor, Heidi Maloni, Eileen Flanagan, "The Nursing Shortage : What Does The Nurse Reinvestment Act Mean to You?", *ANA(American Nurses Association)*, 2002.

5. 신문기사

국민건강보험공단, "통계로 본 건강보험 시행 35년", 2012년 6월 29일 보도자료, 2012.

정규숙, "세계 각국의 간호법-선진국 대부분 간호법 있다.", 간호신문, 2004. 7. 22.

6. 전자문헌

American Nurses Association, "*Principles for delegation 2005*", 2013, available at <http://www.indiananurses.org/education/principles_for_delegation.pdf> (Retrieved April 28, 2015).

<http://www.nursenews.co.kr/Article/ArticleDetailView.asp?typ=1&articleKey=1174>, (Accessed August 10, 2015).

<http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1997/24/contents>, (Accessed August 10, 2015).

National Council of State Boards of Nursing, "*Delegation decision-making tree 1997*", 2013, available at <http://nursingcenter.com/journalarticle?Article_ID=649854>, (Retrieved March 1, 2015).

<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/Policy-Advocacy/State/Legislative-Agenda-Reports/State-StaffingPlansRatios?css=print>, (Accessed August 10, 2015).

[Abstract]

A Reasonable Nursing Resources Reorganization Plan through Enactment of Nurse Act

Kim, Jong-Ho*

More than 65 years ago, governments enacted laws which protect the public's health and doctors assistant by overseeing and ensuring the safe practice of nursing. It is not uncommon to find various complementary therapies available at hospitals, either as part of nursing care, or as an extended health care service. Currently many hospitals and other healthcare facilities, such as long-term care facilities are being constructed to replace those at the end of their life and to meet the demand as the baby boomer population grows older in Korea. Many of these are designed according to a new understanding of the healing environment and the research behind evidence-based design. Small sized clinics are also beginning to change, not least because the Korean healthcare system can no longer afford a system that focuses on disease-based care. Healthcare is beginning to recognize the central place that wellbeing of mind, body, and spirit plays in health. In this rapidly changed medical environment, the nursing resources are most crucial factor to meet the broadly varied conditions.

The nurse workforce generally consists of licensed nurses and nurses-aides. The physical setting is the patient's first impression of a healthcare facility and one of the most important factors in the patient's perceptions of the quality of care and their overall satisfaction. One of the key factors driving changes in healthcare is the concept of patient-centered care. Each of the items are necessary to satisfy patients by appropriate nursing care service. Nursing-sensitive outcomes are one indicator of quality of care and may be defined as variable patient or family caregiver state, condition, or perception responsive to nursing intervention. However, Korea has no Nurse Act separated from the Medical Service Act since 1951.

This study discussed the necessity of single Nurse Act enactment independent from the

* Professor of Law at Hoseo University, Department of Law (Ph.D & SJD)

Medical Act by arguing and comparing foreign jurisprudence and legislative connection between lower levels of nurse staffing and higher rates of adverse events. Complementing this study is a providing number of other research agendas addressing the growing nurse workload and rising rates of burnout and job dissatisfaction. Many stakeholders within the health care system, especially governments, hospitals and hospital organizations, doctor and nurse associations, nurse-aides foundations, and accreditation organizations, are aware of the lack of qualified nursing staff and related problems and are actively seeking solutions. High level general hospitals may cut spending for other personnel, such as unlicensed caregivers, housekeepers, and other support staff to enhancing their medical reputations. On the other hand, local clinic and small sized medical firms are insist that revise or enactment of new law may increasing cost of health care and they against preparing new bill. If no renovation is made in the medical law, the amount of nursing work performed by non-licensed nurse-aides in inpatient units could increase, and investments in medical technology and facilities to improve the quality of care could be deferred. Accordingly, researching a reasonable nursing resources reorganization plan through enactment of Nurse Act is summons in our time.

[Key Words] Medical personnel, Nurse, Nursing and health care environment, Nurse Act, Nursing education, Nurse-aides