

발간번호

2015-08-01

2015년도

이슈페이퍼

병원 감염 예방을 위한 병동 간호 인력 체계 개편 방향

이상윤

(건강과대안 연구위원)



연구공동체 건강과 대안

연구공동체 건강과 대안

전화: 02-747-6887

주소: 서울시 종로구 돈화문로 94(와룡동), 206호

홈페이지: <http://www.chsc.or.kr>

병원 감염 예방을 위한 병동 간호 인력 체계 개편 방향

이상윤 (연구공동체 건강과대안 연구위원)

메르스 유행으로 많은 이들이 어려움을 겪었다. 메르스 유행은 현재 한국의 방역 체계와 의료 체계에 존재하는 허점을 가감 없이 드러냈다. 같은 일이 되풀이되지 않도록 다양한 영역에 대한 철저한 조사와 평가가 필요하고, 그에 근거하여 같은 비극이 벌어지지 않도록 관련 시스템이 개혁되어야 한다.

이 글은 특정 영역에서 그러한 평가와 개혁을 위한 밑그림을 그리기 위해 서술되었다. 그 영역은 바로 의료기관의 간호, 간병 서비스 체계와 관련된 것이다. 이번 메르스 유행은 한국의 병원감염 관리 체계의 허점을 보여준 것이며, 그 핵심에 간호, 간병 서비스 제공 체계가 놓여 있다는 게 이 글의 주된 문제의식이다. 그러므로 이 글에서는 메르스와 같은 신종 감염병의 재유행 방지를 위해서는, 방역 체계 등을 개혁하는 것도 중요하지만, 병원 감염 예방을 위해 의료기관의 간호, 간병 서비스 제공 체계에 대한 개혁 역시 매우 중요한 과제를 주장할 것이다. 병원 감염 예방을 위한 체계를 잘 구축한다면 메르스와 같은 신종 감염병뿐 아니라, 매년 적지 않은 환자들이 이환되고 사망하는 다른 병원 감염 유행에도 대비할 수 있다. 이는 환자 안전 수준과 의료의 질을 높이는 가장 효과적인 방법 중 하나다.

이번 메르스 사태에서 문제점으로 거론된 것은 역학조사나 격리, 국민들과의 효과적 의사소통과 정보 전달 등 방역 시스템과 관련된 것만은 아니다. 최초 환자 발생 병원인 평택성모병원 뿐 아니라, 삼성서울병원 등 굴지의 대학병원에서조차 2차, 3차 감염이 발생함에 따라, 한국 병원의 감염 관리 시스템의 민낯이 여지 없이 드러났다. 메르스라는 바이러스가 병원에서 잘 감염되고 확산되는 특성을 보였기에 ‘병원이 병을 만든다’는 경구가 유행했다. 전국적으로 병원 방문 인구가 급격히 감소했다.

이번에 한국의 병원 감염 관리 체계의 문제점이 드러난 것은 메르스라는 바이러스가 특별히 더 위험하거나 대처하기 어렵기 때문이었던 것만은 아니었다. 한국의 병원 감염 관리 체계는 이러한 ‘신종 감염병’뿐 아니라 전통적인 병원 감염원 모두에 매우 취약하다. 지금까지는 이러한 문제가 단지 수면 위로 드러나지 않았을 따름이다. 한국의 병원 감염 관리 체계의 수준이 메르스라는 ‘시험 문제’를 통해 만천하에 드러났다. 낙제점이었다.

이에 이 글에서는 메르스 사태를 통해 본 한국의 병원 감염 관리 체계의 문제점을 살펴보고, 병원 감염 관리를 포함한 의료의 질 관리 측면에서 간호, 간병 서비스 제공 체계가 가지는 중요성을 거론한 뒤, 병원 감염 예방을 포함한 의료의 질 향상을 위해 현재 한국에서 어떠한 방향으로 간호, 간병 서비스 제공 체계가 개혁되어야 하는지 큰 원칙을 제시하고자 한다.

메르스 사태를 통해 본 한국의 병원 감염 관리 체계의 문제점

이번 메르스 사태를 통해 드러난 한국 병원 감염 관리 체계에 있어 첫 번째 문제점은 대부분의 상급종합병원의 병상 가동률과 병상 회전율이 상당히 높다는 것이다. Borg, M. A. 등(2008)에 의하면, 병상 가동률이 특정 수준을 넘어서면 병원에서 MRSA 감염률이 높아지는 것으로 나타났다. Cunningham, J. B. 등(2006)도 병상 가동률이 높고, 병상 회전율이 높으면 MRSA 감염률이 높아지는 것으로 보고하였다. 병상이 과밀되어 한 병상에 존재하는 환자, 보호자, 의료인 등의 수가 많아지면 병원 감염 가능성이 높아진다. 병상 가동률과 병상 회전율이 높으면 간호사 등 의료인의 업무량이 많아져서 병원 감염 가능성을 높인다.

이번에 삼성서울병원 응급실이 메르스 확산의 진원지가 된 것은 예측가능한 것이었다. 한국 상급종합병원 응급실의 과밀화지수는 매우 높다. 병상 회전율도 매우 높다. 이런 상황에서는 제대로 된 병원 감염 예방관리가 이루어지기 힘들다.

표 2 2014년 응급실 과밀화지수 순위

순위	병원명	과밀화지수
1	서울대학교병원	175.2
2	경북대학교병원	154.0
3	서울보훈병원	138.5
4	삼성서울병원	133.2
5	전북대학교병원	130.7
6	분당서울대학교병원	125.5
7	전남대학교병원	115.9
8	서울성모병원	110.8
9	세브란스병원	105.5
10	서울아산병원	103.8

※ 자료 : 보건복지부

그런데 한국의 병원들은 무조건 병상 가동률과 병상 회전율을 높이는데 혈안이 되어 있다. 병상 가동률과 회전율이 높아야 이익이 나기 때문이다. 이윤 추구를 위해 무조건 많이 입원시키고 가능하면 빨리 퇴원시키고 새로운 환자를 받는 구조 속에서는 제대로 된 감염 관리가 이루어지기 힘들다.

둘째, 환자 대비 간호 인력이 부족하다. 병원에서 일하는 간호사가 적으면 한 간호사가 맡아야 되는 업무량이 많아지면서 감염 관리에 신경 쓸 여력이 없어진다. Andersen, B. M. 등(2009)의 연구에 따르면, 병원 구조 조정이 이루어지면서 간호사의 업무량이 많아 지자 병원 감염률이 증가하는 것으로 나타났다. 2002년에 노르웨이 오슬로의 3차병원에서 간호사 구조 조정이 이루어져 간호사 1인이 맡는 환자수가 30% 가량 증가했다. 구조조정 전과 후를 비교했을 때 2002년부터 2007년까지의 5년 동안의 병원 감염률이 그 이전 5년 동안 보다 눈에 띄게 증가하는 것으로 나타났다. Blatnik, J. 등(2006)의 연구에서도 외과계 중환자실 간호사의 업무량이 증가할수록 MRSA 감염률이 높아지는 것으로 나타났다. Hugonnet, S. 등의 연구(2007)에서도 중환자실에서 간호사가 부족하면 병원 감염률이 50% 이상 높아지는 것으로 나타났다. Virtanen, M. 등(2009)에 의하면, 병동 내 의료인의 노동시간이 길어지고, 직무 스트레스가 증가하며, 의료인간 협업이 깨질수록 병원 감염률이 증가하는 것으로 나타났다.

삼성서울병원 응급실을 비롯한 한국 병원들이 메르스 유행의 온상이 된 근본 원인은

간호사 등 의료인 부족과 이들의 업무량 과다와 관련되어 있다. 업무량이 많고 직무 스트레스가 증가하면 집중력과 주의력이 감소해 오류가 증가할 수밖에 없고, 이는 필연적으로 병원 감염률을 높이기 때문이다.

한국 병동의 간호사가 담당하는 환자수가 OECD 국가의 3-4배 수준인 것은 이미 잘 알려져 있다. 미국 등에서 일반 병동에서 간호사 1인이 담당하는 환자 수는 4-5명에 불과하다. 그러나 한국은 간호사가 가장 많다는 간호 등급 1등급 병원조차 간호사 1인이 담당하는 환자수가 8-10명에 달한다. 한국에서 간호 등급 1등급인 병원은 많지 않고, 대부분이 2-4등급인데, 이러한 병원에서 간호사 1인이 담당하는 환자 수는 12-20명에 달한다. 이러한 상황이니 비공식 인력인 간병인과 일반인인 보호자가 간호사 업무를 떠맡는 상황이 발생하고 있다. 간호사 업무량이 많아 오류의 가능성을 높이는 것과 별개로, 이러한 비공식 간병 인력이 병동에 상주함으로써 인해 병원 감염 발생 위험은 더욱 증가한다.

<표 3> 전국 의료기관 간호등급 현황

종별	상급종합병원	종합병원	병원
기관수	44(100%)	274	1262
1등급	3(6.8%)	7(2.6%)	8(0.6%)
2등급	9(20.5%)	31(11.3%)	30(2.4%)
3등급	31(70.5%)	64(23.4%)	41(3.2%)
4등급	1(2.3%)	35(12.8%)	37(2.9%)
5등급		27(9.9%)	31(2.5%)
6등급		45(16.4%)	100(7.9%)
7등급		50(18.2%)	16(1.3%)
보고하지않음		15(5.5%)	999(79.2%)

※ 자료 : ※ 건강보험심사평가원(2010), 간호등급 관련 요양기관 현황 및 내원일수 현황. 김성재, & 김진현. (2013)에서 재인용.

셋째, 병원 감염 예방을 위한 조직 문화가 긍정적이지 않다. 한국 병원의 의료인들은 병원 감염 관리를 귀찮은 전시 행사 정도로 여기는 경향이 강하다. 이는 실제 병원 경영진이 이를 중요한 것으로 생각하지 않기 때문이다. 의료기관 인증 평가시 등 일시적으로 특별한 시기에만 병원 감염 예방을 강조하는 것만으로는 병원 감염 관리가 제대로

로 이루어지기 힘들다. 병원의 최고 경영진의 확고한 의지가 조직 구성원에게 전달되어, 병원 감염 예방이 병원 운영의 중요한 가치 중 하나임이 공유되어야 한다. 더불어 민주적인 의사 결정 구조와 피드백 구조가 있어야 병원 감염 관리도 효과적으로 이루어진다.

Elder, N. C. 등(2008)에 의하면, 경영진의 구두 명령이나 지시서가 평상시의 환자안전 관련 태도나 지시와 괴리가 크면 환자 안전과 관련된 지표는 향상되지 않는 것으로 나타났다. 병원 소속 의료진들이 경영진의 결과 속을 다 안다는 것이다. Sinkowitz-Cochran, R. L. 등(2012)에 의하면, 의료진들이 자발적으로 환자 안전 이슈에 참여하도록 만드는 것, 환자 안전 이슈와 관련하여 혼란스럽거나 스트레스가 증가하는 상황을 만들지 않는 것, 민주적이고 효과적인 리더십을 발휘하는 것 등이 MRSA 감염률을 감소시키는 것으로 나타났다.

이번 메르스 사태는 한국 병원들이 병원 감염 관리와 관련하여 긍정적인 조직 문화를 가지고 있지 않음을 증명하였다. 병원 인증 평가 제도 시행 이후, 병원 평가에 있어 병원 감염과 관련된 요소는 매우 중요하다. 이에 병원들은 병원 인증 평가시 이와 관련된 문서와 구조를 체계화하고, 이에 따라 교육훈련도 수행하고 있다. 200병상 이상 병원에는 의료법에 따라 병원감염관리위원회가 설치되어 있기도 하다. 그러나 이 모든 것이 형식에 불과하고 실제로 제대로 작동하고 있지 않음이 드러났다. 한국의 병원 의료진들은 교육, 훈련받은 대로 실천하고 있지 않았고, 제대로 된 교육훈련 기회도 적었던 것으로 나타났다. 이는 병원 감염 관리라는 가치에 우선순위를 두지 않는 병원 경영진의 마인드가 병원 의료진에게 전달되었기 때문이다. 평가 받거나 교육받을 그 때만 반짝 행사로 그치면 된다는 징후(sign)를 병원 소속 의료진들이 모두 알고 있기 때문이다. 이런 상황에서는 체화된 병원 감염 관리 지식, 태도, 기술이 습득되기 어렵다.

병원 감염 관리 등 의료의 질 관리 측면에서 간호, 간병 서비스 제공 체계의 중요성

앞서 단락에서 설명한 바 있지만, 효과적 병원 감염 관리를 위해서는 간호사를 비롯한 병동 간호, 간병 인력의 지식, 태도, 기술이 중요하고, 이것에 궁극적으로 영향을 끼치는 업무량과 직무 스트레스를 조절할 필요가 있다. 환자를 직접 돌보는 인력들이 적절한 업무량과 스트레스 수준 속에서, 적절한 지식, 태도, 기술을 가지고, 자발적으로 병

원 감염 예방을 위해 노력하는 문화를 형성하지 못한다면, 병원 감염 예방을 위한 어떠한 노력도 수포로 돌아가기 마련이다. 그러므로 병원 감염 예방관리에 있어 가장 중요한 요소는 병원 내 간호, 간병 인력 수준이라고 해도 과언이 아니다. 충분한 수의 숙련된 간호, 간병 인력이 환자를 돌봐야 병원 감염을 예방할 수 있다. 병원 감염 예방뿐 아니라, 환자의 간병 부담이 보호자에게 전적으로 맡겨지는 현재의 상황을 변화시키기 위해서라도, 병원 내 보호자가 상주하거나 비공식 간병 인력이 상주하는 현재의 상황은 변화되어야 한다. 이와 같은 상황이 지속된다면 한국 병원의 의료의 질 향상은 요원할 수밖에 없고, 가족 중에 환자가 생기면 보호자들이 경제적, 시간적 부담을 떠안으며 자신의 건강까지 해치는 상황을 피할 수 없다.

효과적 병원 감염 관리를 위해 환자가 있는 병실, 병동에 숙련된 간호, 간병 인력 외에 비공식 인력이나 보호자가 상주하지 않아야 한다는 것은 상식에 가깝다. 이번 메르스 사태를 통해 확인된 바와 같이 병원 감염의 주된 경로 중 하나는 환자, 보호자, 의료진 간의 상호 교차 감염이다. 이를 예방하기 위해 간호사 등 의료진들은 관련된 지식, 기술을 교육, 훈련받고 환자를 돌본다. 그런데 여기 비공식 인력이나 보호자가 끼어들게 되면, 병원 감염 관리를 위한 연속성과 완결성이 깨어지게 된다. 보호자나 비공식 간병 인력에 의한 병원 감염 확산이 발생하게 되는 것이다.

보호자나 비공식 간병 인력의 상호 감염은 병원 감염을 확산시키고, 본인의 건강과 생명에도 치명적인 영향을 끼칠 수 있을 뿐 아니라, 방역을 어렵게 한다는 측면에서도 문제다. 메르스와 같이 백신이나 치료약이 없는 바이러스의 효과적 방역을 위해서는 의심 환자나 격리 대상자의 조기 발견, 격리, 추적 관찰이 가장 중요하다. 그런데 병동이나 병실에 보호자, 비공식 간병인 등이 존재하게 되면, 이와 같은 추적 관찰, 조사 대상자가 기하급수적으로 증가하게 되어 효과적 방역에 많은 시간과 자원이 필요하게 된다. 실제 이번 메르스 사태가 그것을 증명했다.

병원에 간호사가 많아지고, 그 결과 간호사 1인이 돌보는 환자수가 적어지면, 병원에 보호자나 비공식 간병 인력이 존재할 필요가 없어져 병원 감염 위험이 적어진다. 병원 감염 위험이 적어질 뿐 아니라 환자나 보호자 입장에서 추가적인 시간적, 재정적 부담이 줄어들게 되어 사회적 비용도 감소하고 사회적 효용도 증가하게 된다.

그 뿐 아니다. 병원 간호사 수 증가는 의료의 질과 환자 안전 향상에 있어 필수불가결한 요소다. 병원 간호사 인력이 부족하게 되면 가장 큰 피해를 입는 이들은 환자들이다.

다. 인력 부족은 간호서비스 부족으로 나타나게 되고, 간호서비스 부족은 의료서비스 질의 저하와 환자 및 보호자의 만족도 감소로 이어지기 때문이다.

간호사 인력이 부족하게 되면 환자에게 필요한 기본 간호에 소요되는 시간이 줄어들 수밖에 없다. 단순한 간호 행위뿐 아니라, 지속적으로 환자의 상태를 모니터링하고 평가하며 환자를 교육하는 등의 행위를 포함하는 것이 총체적, 포괄적 간호 행위라고 할 수 있다. 그런데 간호사 인력이 부족할 경우 간호사들이 이와 같은 총체적, 포괄적 간호를 하지 못하게 된다. 교육 등이 충분히 이루어지지 못할 경우, 현재와 같이 채용기간이 단축되는 경향이 가속화되는 조건에서는 환자들이 퇴원해서 가정에서 취해야 할 적절한 조치를 하지 못함으로 인해 또다시 병원을 방문해야 하는 상황이 벌어질 가능성이 많다. 이는 환자 개인 뿐 아니라 사회적인 측면에서도 손실이다.

간호사에게 과중한 업무가 부가됨에 따라 간호 오류의 가능성이 높아지는 것도 심각한 문제다. 약이 바뀌거나 투약 시간이 늦어지는 등의 투약 오류, 낙상 사고의 증가 등이 대표적인 간호 오류의 예이다. 부족한 간호사 인력 문제로 인해 나타나는 간호 오류의 예가 적지 않을 것으로 예측되고 있지만 이러한 문제는 잘 드러나지 않는다. 드러나는 간호 오류의 예는 병산의 일각일 뿐이라는 데 문제의 심각성이 있다. 간호 오류가 드러날 경우 민형사상의 책임뿐 아니라 고용상의 문제가 있을 수 있기 때문에 대부분의 간호 오류의 문제는 드러나지 않은 채 묻히고 있는 형편이다.

간호사 인력이 부족하게 되면 간호사들의 이직률이 증가하게 되고 숙련 간호사 비율이 감소하게 된다. 이는 간호서비스 질을 저하시키는 한 요인으로 작용하게 된다. 병원간호사회의 조사(2014)에 따르면, 2012년 기준으로 한국 병원 간호사의 이직률은 16.9%에 달하는 것으로 조사되었다.

간호사의 이직률이 높게 되면 병원은 지속적으로 신규 간호사를 채용해야 하는 부담을 지게 되고, 숙련 간호사 비율의 감소는 간호팀 자체의 간호 수준을 저하시켜 간호서비스 질 저하로 이어지게 된다. 한편, 이는 신규 간호사에 대한 교육 비용도 증가시키는 결과를 낳는다.

효과적 병원 감염 관리를 포함한 의료의 질 향상을 위한 병원 간호, 간병 인력 체계 구성의 원칙

메르스 사태까지 겪은 지금, 병원 간호사 수를 늘리고 병원 간병 인력을 공식화해서 숙련도를 높여서 보호자가 병원에 상주할 필요가 없는 병원을 만들자는 주장에 반대할 이들은 거의 없을 것이다. 한국 병원 간호사수가 OECD의 다른 국가에 비해 턱없이 부족하고, 그로 인해 다양한 문제들이 발생하고 있다는 것도 이제 다수가 인정하는 진실이다. 이제 남은 유일한 문제는 비용이다. 그리고 인력 수급의 용이성 문제가 남는다.

병원에 간호사 수를 무한정 늘리면 좋겠지만 그렇게 되면 병원의 인건비가 증가하게 되고, 이는 국민들의 부담으로 돌아오게 된다. 국민의 세금으로 하건 건강보험료로 하건 국민이 돈을 내야 병원에 간호사 수가 많아질 수 있다. 이를 위한 사회적 합의를 도출해 나가는 데 정치적 결단과 전략이 필요하다.

한국의 모든 병원에 현재 당장 간호사를 늘리기에는 활동 간호사 수가 부족한 문제도 있다. 간호사 면허자는 적지 않지만 실제로 활동하는 간호사 수는 적다. 활동 간호사 수는 전체 간호사 면허 소지자 대비 59% 수준에 불과하다. 그러므로 현재도 지방의 중소병원은 간호사를 고용하고 싶어도 지원자가 없어서 고용하지 못하고 있다. 면허 소지자가 실제 간호 활동을 하지 않는 이유는 현재 간호사 일자리가 저임금, 고강도 노동, 위험한 일자리이기 때문이다. 이런 상황에서 지금 당장 전국 모든 병원의 간호, 간병 인력을 간호사로 채우겠다는 계획은 비현실적이다.

그렇다면 개혁의 방향과 전략은 어떠해야 할까? 국민들이 납득하고 동의할 만한 수준의 비용으로, 간호사 인력 수급 문제가 발생하지 않도록 하는 방안은 무엇일까?

첫째, 지금 현재 간호사 인력 수준에 비해 획기적으로 간호사 인력을 확충하는 방향으로 가되, 간호 보조 인력 없이 100% 간호사만으로 간호, 간병서비스 공급을 하도록 하는 체계는 비현실적이다. 100% 간호사가 환자 간호, 간병서비스 공급을 하게 하는 것은 비용 소요가 많을 뿐 아니라, 간호사 인력 수급에도 문제가 있어 단시간 내에 가능한 안이 아니다. 특히 현재와 같이 간호사가 공급이 부족한 상황에서 간호사가 거동 불편 환자의 일상생활활동(ADL) 도움까지 책임지게 한다면 오히려 간호 노동의 강도가 증가하여 간호의 질이 더 떨어질 가능성이 있다. 실제로 Yang, P. H. 등(2015)이 대만의 호흡기계 중환자실 환자를 대상으로 한 연구에 따르면 100% 간호사로 이루어진 팀

이 환자를 간호한 경우가 76%가 간호사인 팀이나 92%가 간호사인 팀에 비해 투약 오류가 더 높은 경향을 보였다.

둘째, 간호사 + 간호 보조 인력 구성으로 간호, 간병 서비스를 포괄적으로 제공하도록 하되, 간호사 비율을 높여 서비스를 제공하는 것에 인센티브를 주는 방식으로 제도 운용을 할 필요가 있다. 100% 간호사로 간호, 간병 서비스를 제공하는 것이 현실적으로 어렵고 특별한 경우 질 향상에 도움이 되지 않을 가능성도 있다. 하지만, 간호 구성 인력 중 정규 간호사 비율이 높을수록 의료서비스 질이 증가한다는 연구가 더 일반적이고 그 수가 많으므로 간호사 + 간호 보조 인력 구성 중 간호사 비율이 높을수록 간호 관리료 등 입원비 수가가 더 높아지는 방향으로 제도 구성을 할 필요가 있다. 일부 연구(Blegen, M. A., 1998)에 따르면, 87.5% 이상을 간호사로 구성한 간호팀이 투약 오류를 줄이는 최적의 비율이라는 연구도 있으므로 최소 80% 이상은 간호사로 간호팀을 구성하고 간호보조인력 비율은 20% 이하로 한정하는 것을 고려해 볼 만 하다¹⁾.

셋째, 간호사 1인이 실제 근무시간에 담당하는 환자 수가 현재 ‘포괄간호서비스’ 제도의 기준보다 적어져야 한다. 병동에 환자 보호자도 사라지고, 비공식 간병인도 사라진 상태에서 부족한 간호사 수로 환자에게 포괄적 간호를 제공하다 보면, 환자와 간호사 모두에게 오히려 부정적 결과가 초래될 수 있다. 현재 병원급은 1:12, 종합병원급은 1:10, 상급종합병원급은 1:7로 되어 있는 ‘포괄간호서비스’ 제도의 표준 기준으로는 제대로 된 포괄적 간호서비스를 안전하게 제공하기 힘들다. 적어도 병원급은 1:8, 종합병원급은 1:6, 상급종합병원급은 1:4 정도가 되어야 간호 오류나 환자에게 미치는 부정적 결과를 줄일 수 있다는 외국의 연구 결과를 참고할 필요가 있다.

넷째, 간호사를 제외한 간호 보조 인력의 경우 대부분의 나라에서 특정한 면허를 소지하도록 요구하기보다는, 최소한의 교육을 수료한 상태에서 병원에 직접고용되어 병원이 교육과 훈련을 책임지도록 하는 것이 서비스 질을 높이는데 중요한 요소라는 지적이 있는 바, 특정한 면허 인력으로 이를 한정하기보다는 병원의 교육훈련 책임을 강조하면서 소정의 교육 과정만 이수하면 간호 보조 인력으로서 간호사를 도와 간호, 간병 서비스를 제공하도록 하는 것이 현실적일 것으로 생각된다. 현행 ‘포괄간호서비스’ 제도 하에서는 간호 보조 인력을 ‘간호조무사’로 한정하고 있는데, 이는 근거가 부족하다.

1) 이는 간호사가 환자 간호, 간병의 대부분의 업무를 수행하고, 간호 보조 인력은 간호사의 관리감독 하에 일부 업무만 수행한다는 것을 전제로 한 것이다. 거동이 불편한 환자의 일상생활활동(ADL) 전반을 간호 보조 인력에게 위임하는 모델로 체계를 구축한다면 다른 인력 비율이 필요하다.

다섯째, 간호사와 간호 보조 인력의 업무 영역을 구분하고 정의하는데 있어, 간호사 고유의 업무 영역이 간호 보조 인력에게 위임되는 범위를 제약할 필요가 있다. 간호 보조 인력은 기본적인 환자의 일상생활활동을 돕는 것과 더불어 병실 관리 등 한정적인 업무를 수행하는 것으로 명확히 할 필요가 있다.

여섯째, 이와 같은 체계로 병동 간호, 간병 인력을 재편할 경우, 간호사 공급에 문제가 발생할 소지가 있는데, 이를 간호학과 정원 증원이나 야간 전담 간호사 제도의 신설, 시간 탄력적 일자리 확충 등 인력 공급 측면의 정책 개선만으로 접근해서는 안 된다. 현재 한국의 병원 간호사 인력 부족 문제를 간호사 공급 부족 문제로 파악하는 것은 복잡한 문제를 너무나 단순화하는 것이다. 간호사 공급을 늘리는 정책만으로는 간호사가 조기에 퇴직하는 문제와 높은 이직률 문제는 해결할 수 없다. 저임금의 신규 간호사 확보 위주의 정책으로는 간호서비스 질 향상을 도모하기 힘들다. 현재와 같은 노동조건이 지속되는 이상, 간호사들은 정당한 노동의 대가를 지급받기 힘들고, 병원 간호사가 되려고 하는 이들이 늘어나지도 않을 뿐 아니라, 조기에 퇴직하는 이들이 지속적으로 늘어갈 것이다. 그러므로 핵심 문제는 노동조건 개선이다. 현재 문제의 해결을 위해서는 공급을 늘리는 것보다 숙련 간호사의 이직률을 낮추는 것이 우선이다. 이를 위해서는 노동조건을 개선하여 간호사의 직업만족도를 높이는 것이 필수적이다.

참고문헌

- 김성재, & 김진현. (2013). 적정 간호인력 등급별 입원료 추정 모델을 이용한 간호관리료차등제 정책개선 재정부담 추계. *간호행정학회지* 제, 19(5).
- 이상윤.(2015). 병원 인력 확충 : 환자 안전 증진을 위한 최우선 과제. *사회공공연구원 이슈페이퍼*.
- Andersen, B. M., Rasch, M., Hochlin, K., Tollefsen, T., & Sandvik, L. (2009). Hospital-acquired infections before and after healthcare reorganization in a tertiary university hospital in Norway. *Journal of public health*, 31(1), 98-104.
- Blatnik, J., & Lešničar, G. (2006). Propagation of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* due to the overloading of medical nurses in intensive care units. *Journal of Hospital Infection*, 63(2), 162-166.
- Blegen, M. A., Goode, C. J., Reed, L. (1998). Nurse Staffing and Patient Outcomes. *Nursing Research*, 47(1), 43-50.
- Borg, M. A., Suda, D., & Scicluna, E. (2008). Time-series analysis of the impact of bed occupancy rates on the incidence of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infection in overcrowded general wards. *Infection Control*, 29(06), 496-502.
- Cunningham, J. B., Kernohan, W. G., & Rush, T. (2006). Bed occupancy, turnover interval and MRSA rates in Northern Ireland. *British journal of nursing*, 15(6), 324-328.
- Elder, N. C., Brungs, S. M., Nagy, M., Kudel, I., & Render, M. L. (2008). Intensive care unit nurses' perceptions of safety after a highly specific safety intervention. *Quality and safety in health care*, 17(1), 25-30.
- Hugonnet, S., Villaveces, A., & Pittet, D. (2007). Nurse staffing level and nosocomial infections: empirical evaluation of the case-crossover and case-time-control designs. *American journal of epidemiology*, 165(11), 1321-1327.
- Sinkowitz-Cochran, R. L., Burkitt, K. H., Cuerdon, T., Harrison, C., Gao, S., Obrosky, D. S., ... & Jernigan, J. A. (2012). The associations between organizational culture and knowledge, attitudes, and practices in a multicenter Veterans Affairs quality improvement initiative to prevent methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *American journal of infection control*, 40(2), 138-143.
- Virtanen, M., Kurvinen, T., Terho, K., Oksanen, T., Peltonen, R., Vahtera, J., ... & Kivimäki, M. (2009). Work hours, work stress, and collaboration among ward staff

in relation to risk of hospital-associated infection among patients. *Medical care*, 47(3), 310-318.

Yang, P. H., Hung, C. H., & Chen, Y. C. (2015). The impact of three nursing staffing models on nursing outcomes. *Journal of advanced nursing*.

Zingg, W., Holmes, A., Dettenkofer, M., Goetting, T., Secci, F., Clack, L., & Pittet, D. (2015). Hospital organisation, management, and structure for prevention of health-care-associated infection: a systematic review and expert consensus. *The Lancet Infectious Diseases*, 15(2), 212-224.