

**간호법 제정 의의 및 평가,
미래 간호정책 마련 토론회**

간호법 이후의 간호법을 말하다

2024.10.8(화) 13:30
국회의원회관 대회의실

주최

국회 보건복지위원회 위원장 **박주민 국회의원** 더불어민주당 간사 **강선우 국회의원**
더불어민주당 보건복지위원 **김남희 국회의원**, **김 윤 국회의원**, **남인순 국회의원**, **박희승 국회의원**,
백혜련 국회의원, **서미화 국회의원**, **서영석 국회의원**, **소병훈 국회의원**, **이개호 국회의원**,
이수진 국회의원, **장종태 국회의원**, **전진숙 국회의원**

주관



대한간호협회
Korean Nursing Association

후원



보건복지부

간호법 제정 의의 및 평가, 미래 간호정책 마련 토론회 간호법 이후의 간호법을 말하다

1부 (13:30~14:00)	개회 <ul style="list-style-type: none">- 국민의례, 내빈소개- 개회사- 인사말- 기념 촬영
2부 (14:00~14:30)	발제 [발제 1] 간호법 제정의 의미와 평가 신 현 호 공동법률사무소 해울 변호사 [발제 2] 간호법 시대의 간호정책 방향 정 형 선 연세대학교 보건행정학부 교수
3부 (14:30~15:30)	토론 [좌장] 신 영 석 고려대학교 보건대학원 교수 [토론] 현장간호사 정 의 석 강북삼성서울병원 흉부외과 교수 (심장혈관흉부외과 기획위원장) 강 정 화 한국소비자연맹 회장 박 호 균 법무법인 히포크라테스 대표 변호사 오 선 영 전국보건의료산업노동조합 정책국장 박 해 린 보건복지부 간호정책과장
4부 (15:30~15:50)	Q&A

Q&A

개 회 사



박 주 민 국회의원

안녕하십니까, 국회 보건복지위원장 박주민입니다.

오늘 <간호법 제정 의의 및 평가, 미래 간호정책 마련 토론회>에 함께 해주신 여러분께 깊은 감사의 말씀을 드립니다. 간호법은 우리 사회의 보건의료 시스템에서 간호사의 역할을 명확히 하고, 국민 건강 증진을 위한 중요한 발걸음을 내딛는 계기가 되었습니다.

간호법이 제정되기까지 참 쉽지 않았습니다. 21대 국회에서 19년 간의 묵은 논의를 끝내고 국회를 통과했지만, 윤석열 대통령이 거부권을 행사했습니다. 그리고 올해 많은 노력 끝에 드디어 간호법이 제정되었습니다. 국회 보건복지위원장으로서는 잊지 못할 한 순간이었습니다. 간호법은 그동안 간호사 분들의 현실을 외면해 온 우리 사회의 '늦은 반성문'이었습니다.

간호법을 통해 간호사의 업무와 권한을 법적으로 명확히 함으로써 간호사의 전문성을 강화하고, 더 나아가 보건의료 환경의 개선을 도모하는 중요한 기틀이 되었습니다. 특히, 국민의 생명과 안전을 책임지는 간호사들이 보다 나은 환경에서 근무할 수 있도록 근로 조건을 개선하고, 지속 가능한 보건의료 서비스를 제공할 수 있는 기반을 마련했다는 점에서 그 의의가 큼니다.

그러나 간호법 시행 과정에서 의료계와 보건 인력 간의 협업을 어떻게 조율할 것인지, 간호사 처우 개선과 인력 확충 문제는 여전히 중요한 과제로 남아 있습니다. 오늘 이 자리를 통해 이러한 문제들을 함께 논의하고, 보다 나은 미래의 간호 정책을 마련하는 데에 기여할 수 있기를 바랍니다.

간호법 제정 의의 및 평가, 미래 간호정책 마련 토론회
간호법 이후의 간호법을 말하다

우리 모두가 함께 고민하고 협력할 때, 국민 건강을 위한 보건의료 시스템이 더욱 견고해질 수 있을 것입니다. 다시 한번 이 뜻깊은 토론회에 참석해 주신 모든 분들께 감사드리며, 유익한 논의의 시간이 되기를 기대합니다.

감사합니다.

개 회 사



강 선 우 국회의원

반갑습니다.

더불어민주당 국회 보건복지위원회 간사 강선우 국회의원(서울 강서갑)입니다.

간호법 제정의 의의와 평가를 통해 미래 간호정책에 대해 논의하는 ‘간호법 이후의 간호법을 말하다’ 토론회를 찾아주신 내외귀빈 여러분께 진심으로 감사드립니다.

무엇보다 간호법 제정을 위해 함께 힘을 모아주시고 충실한 심사와 신속한 의결에 애써주신 국회 보건복지위원회 소속 더불어민주당 위원님들 모두가 한분도 빠짐없이 공동주최로 나서주셨습니다. 감사합니다. 아울러 이번 토론회 개최를 위해 애써주신 신경림 대한간호협회 간호법제정특별위원회 위원장님과 탁영란 대한간호협회 회장님을 비롯한 대한간호협회 관계자 여러분께도 특별한 감사의 인사를 전합니다.

간호법 제정을 향한 여정은 너무도 길고 험했습니다. 처음 간호법이 입법 발의된 해가 2005년으로 무려 19년 전입니다. 제22대 국회에 들어와 간호법을 대표발의하고, 제1소위 위원장으로써 3번의 소위를 열었습니다. 관련 단체 의견을 잘 담기 위해 듣고, 미처 다 담아내지 못한 부분은 부대의견으로 남기는 일련의 과정까지.

간호법 제정의 역사에 비하면 제가 한 일들은 짧디짧은 순간에 지나지 않습니다.

간호법 제정을 향해 한 걸음 한 걸음 나아온 선배 동료 의원 여러분, 또 지금도 현장을 지키고 있을 간호사 여러분께 깊이 감사드립니다. 험난한 가시밭길을 맨발로 성큼성큼 걸어왔던 그 길 끝에 저는 잠깐 서있었을 뿐입니다.

정치가 실패하면 국민의 삶이 무너집니다. 예외 없이 도처에서 무너집니다. 윤석열 대통령이 거부권을 행사했던, 그러나 다시 여야 합의로 통과시키게 된 이번 간호법은 결코 이번 의료대란으로 인한 의료 공백을 메우고 수습하기 위한 법안이 아닙니다.

간호법 제정 의의 및 평가, 미래 간호정책 마련 토론회 간호법 이후의 간호법을 말하다

간호법이 통과되는 순간. 숨죽여 우시기만 하셨습니다. 그 흔한 환호도, 박수도 없었습니다. 혹시라도, 혹시라도, 잘 안되면 어떡하나. 그 긴장감과 조심스러움. 현장에서 조용조용, 긴장하고, 가지런 가지런히, 빛도 이름도 없이 환자와 환자 가족들을 돌보시던 그 모습과 많이 닮아 있다고 생각했었습니다. 그래서 죄송했습니다.

스스로를 태워 가며 의료 현장을 버티고 있는 분들, 그리고 재난처럼 맞닥뜨린 질병, 그 질병보다 더 고통스러운 치료 속에서 이분들의 버팀과 돌봄으로 인간으로서 최소한의 존엄성을 지킬 수 있는 환자 여러분을 위한 법안입니다. 그렇기에 간호법의 방점은 PA합법화에만 찍혀있지 않습니다.

특히 간호인력의 처우 개선을 위해 국가와 지방자치단체는 노동환경 개선 및 장기근속 유도 등에 필요한 정책을 수립하도록 규정했습니다. 뿐만 아니라, 간호사 등이 적정 노동시간의 확보와 일가정 양립 지원을 요구할 수 있도록 권리 규정을 마련했습니다.

부디 간호법 제정을 시작으로, 한껏 긴장한 어깨와 움츠린 근육을 조금이나마 펴 드릴 수 있길 진심으로 기원합니다. 함께, 오래, 길게 펼쳐져 있을 길을 걷겠습니다. 함께, 단단하게 마음을 모아 버텨가겠습니다.

간호법 제정은 끝이 아니라, 시작입니다. 현재 의료현장은 '번아웃' 그 자체이고, 국민 여러분께서는 또다시 '각자도생'에 몰렸습니다. 우리 민주당은 늘 해왔던 것과 같이 국민의 곁을 지키겠습니다. 지켜봐주시시오.

밥값하는 국회의원, 부끄럽지 않은 정치하겠습니다.

감사합니다.

축사



조규홍 보건복지부장관

안녕하십니까, 보건복지부 장관 조규홍입니다.

「간호법 제정 의의 및 평가, 미래 간호정책 마련 토론회」 개최를 진심으로 축하드립니다. 뜻깊은 토론회를 마련해주신 박주민 위원장님과 강선우 간사님을 비롯한 여러 위원님들, 대한간호협회 탁영란 회장님과 관계자분들께도 진심으로 감사드립니다. 또한, 바쁘신 가운데 참석해주신 발표자, 토론자와 여러 내빈 여러분께도 감사의 말씀을 드립니다.

간호사는 병원에서 근무하는 보건의료인력 중 절반을 차지하고, 환자의 입원에서 퇴원까지 아우르는 필수인력입니다. 특히, 많은 간호사분들이 비상진료 체계에 협조 해주고 계신 덕분에 국민의 건강과 환자의 안전을 지키고 있습니다. 다시 한번 감사드립니다.

지난 8월 국회에서 여·야 합의로 간호사의 처우개선 및 전문의료인으로서의 성장 기반을 마련하는 간호법이 통과되었습니다. 정부는 원활한 법 적용과 의료현장의 혼란을 방지하고자 신속히 간호법 하위법령을 마련하는 한편, 진료지원간호사 제도 수립, 간호정책심의위원회 구성, 실태조사 등 간호법에 포함된 과제들을 차례로 이행해나갈 계획입니다.

또한, 간호사 여러분들의 처우를 개선하는 한편, 전문성과 역량을 키워 숙련된 의료인으로 성장할 수 있도록 지원하여 대한민국의 필수의료분야가 더욱 발전하는 계기가 될 수 있도록 하겠습니다.

오늘의 토론회에서 미래의 간호정책이 나아가야 할 방향을 모색하고, 이를 통해 대한민국의 의료와 국민 건강이 한층 더 발전할 수 있는 시의성 있는 과제들이 도출될 수 있기를 기대합니다. 정부도 이번 토론회를 통해 제안해 주시는 여러 의견들을 귀담아 듣고 정책을 더욱 발전시킬 수 있도록 노력하겠습니다.

오늘 토론회에 참여해 주신 모든 분들께 다시 한번 감사의 말씀을 드리며, 참석하신 모든 분들의 건강과 행복을 빕니다. 감사합니다.



탁영란 대한간호협회 회장

안녕하십니까, 존경하는 내외 귀빈 여러분, 그리고 간호사 여러분

대한간호협회 회장 탁영란입니다.

간호법 제정 원년, 대한간호협회는 간호의 미래를 설계하기 위해 「간호법 제정 의의 및 평가, 미래 간호정책 마련 토론회」를 마련하였습니다.

오늘 이 자리를 마련할 수 있도록 힘써주고 뜻 깊은 자리에 함께 해주신 더불어민주당 국회 보건복지위원회 박주민 위원장님과 강선우 간사님을 비롯하여 행사를 주최해주신 보건복지위원회 위원님들, 그리고 보건복지부 조규홍 장관님, 토론회의 좌장과 발제, 토론을 맡아주신 전문가분들께도 감사의 인사를 드립니다.

「간호법」 제정은, 전국 간호인의 염원의 성취이자 앞으로 한국 간호 정책과 제도 개혁이 시대적 과제이며 사회적 의제임을 각인시키는 중요한 의미라 할 수 있겠습니다.

대한간호협회는 인구구조와 보건의료체계의 변화에 따라 간호사의 전문성 강화 및 업무범위를 명확히 하기 위한 「간호법」 제정을 추진해 왔습니다. 그리고 지난 9월 20일, 「간호법」 제정·공포로 간호의 새로운 역사의 시작을 알리게 되었습니다.

이렇게 만들어진 「간호법」은 제1조(목적)에 “간호사등이 종사하는 다양한 영역에서 모든 국민이 수준 높은 간호 혜택을 받을 수 있도록 간호에 관한 필요한 사항을 규정한 법이다”라고 명시함으로써 「간호법」이 국민을 위한 법임을 다시 한 번 강조하고 있습니다.

뿐만 아니라 「간호법」은 간호사 등의 업무범위와 양성 및 교육체계, 그리고 권리와 책임, 간호사 대 환자 수, 일 가정 양립 등 간호사가 질 높은 간호를 통해 국민건강에 이바지하고 변화하는 건강 요구에 적극적으로 대응하고 정당하게 보호받을 수 있도록 간호정책과 제반 제도를 아우르는 근간을 적시하고 있습니다.

인사말

특히 「간호법」은 5년마다 간호종합계획을 수립하고 현장 실태조사를 통해 의료기관뿐만 아니라 국민을 간호하는 모든 현장에 숙련된 간호사가 확보될 수 있도록 국가가 지원하도록 하고, 적정 보상 체계를 마련하기 위한 실천 방안을 제시하고 있습니다.

이는 숙련된 간호사의 장기근속과 더 나아가 국가 안보 및 국민의 건강권 보장에 간호사가 주요 핵심 역할을 할 수 있는 계기를 마련한 것입니다.

여러분!

「간호법」 제정은 끝이 아닌 간호의 새로운 시작이자 돌봄의 미래를 현실화하기 위한 혁신적 첫걸음입니다.

지금부터가 진정한 출발이며 우리 앞에는 간호의 목소리를 내기 위한 더 많은 도전과 과제가 놓여 있습니다.

우리 간호사들의 역할과 책임이 더욱 확대되고 명확해져야 하는 만큼 오늘 토론회가 단순히 간호법 제정 이후의 변화를 논하는 자리가 아닌, 앞으로 국민 건강을 지키는 최전선에서 우리가 어떤 실천을 해야 할지 그리고 우리 자신을 어떻게 보호하고 발전시켜야 할지에 대한 깊은 논의가 이뤄질 수 있는 자리가 되었으면 합니다.

대한간호협회는 지난 모든 과정에서 여러분과 함께 하였듯이 앞으로 한걸음 한걸음 계속 성장하는 과정에도 늘 함께 하겠습니다.

국민 곁에서, 국민을 위해 최선을 다해 건강한 대한민국을 만드는데 대한간호협회가 앞장설 것임을 여러분께 약속드립니다.

바쁘신 일정에도 소중한 시간을 내어 본 토론회에 참석해 주신 모든 분들께 다시 한 번 감사의 말씀을 드리며, 오늘 토론회가 「간호법」을 통해 새로운 간호정책의 근간을 마련하는 의미 있는 시간이 될 수 있기를 바랍니다.

감사합니다.

2024년 10월 8일

**간호법 제정 의의 및 평가, 미래 간호정책 마련 토론회
간호법 이후의 간호법을 말하다**

발 제 1

간호법 제정의 의미와 평가

신 현 호

공동법률사무소 해울 변호사

2024. 10. 8.

간호법제정의 의미와 평가

변호사 법학박사 신현호



법률사무소 **해울** Shin & Partners
| 부설 | 의료법률정보센터

shin@shinlaw.net

1

목차

1. 2024년 간호법의 제정 경위
2. 전공의 사직과 진료지원간호사의 보호 필요
3. 간호사 업무 확장 필요성
4. 간호법의 제정 이유와 주요내용
5. 간호법의 평가

2

1. 2024년 간호법의 제정 경위

가. 간호법거부 및 재의결 부결

- 2023년 간호법안 대통령의 거부권, 재의결 부결

나. 보건복지부

- 1) 의료의 분절적인 서비스 효율화, 산재된 법·제도 정비
- 2) 환자 중심 새로운 의료·요양·돌봄 시스템 구축,
의료법, 건강보험법, 장기요양보험법, 노인복지법 등
관련 법령 체계 정비 정책 방향 설정

3

- 3) 고령화에 따라 국민들이 실제 요구하는 서비스는 다양한
직역들이 서로 신뢰하고 협조하는 원팀이 되어야 완성할 수
있다. 선진화된 의료·요양·돌봄 시스템 구축을 위해서는 특정
직역의 역할 확대만 반영하는 법 제정이 아니라, 의료체계
전반을 다루는 의료법 정비가 우선 진행 되어야 한다

다. 간호법 재발의(21대 국회)

2023. 11. 22. 고영인 의원이 대표발의한 재발의된
「간호법안」(의안번호 25572)과 2024. 3. 28. 유의동 의원이
대표발의한 「간호사법안」(의안번호 26623)이 계류중이었다.

4

라. 간호법 재발의(22대 국회)

- 2024. 6. 19. 「간호법안」 발의
(더불어민주당 강선우의원 대표발의, 공동발의 20인)
- 2024. 6. 20. 「간호사 등에 관한 법률안」 발의
(국민의힘 추경호의원 대표발의, 공동발의 108인)
- 2024. 6. 28. 간호법안」 발의
(더불어민주당 이수진의원 대표발의, 공동발의 11인)
- 2024. 7. 19. 간호법안」 발의
(조국혁신당 김선민의원 대표발의, 공동발의 11인)
- 2024. 8. 8. 여야 원내수석부대표 8월 임시국회에서
간호법 등 비쟁점 민생법안 처리 합의

5

라. 간호법 재발의(22대 국회)

- 2024. 8. 28. 국회 보건복지위원회 전체회의 간호법안
(대안) 가결
- 2024. 8. 28. 국회 법제사법위원회 전체회의 간호법안
(대안) 수정가결
- 2024. 8. 28. 국회 본회의 간호법안(대안) 가결
(재석 290인 중 찬성 283인, 반대 2인, 기권 5인)
- 2024. 9. 10. 윤석열 대통령 주재 제39회 국무회의에서
「간호법 공포안」 의결
- 2024. 9. 20. 「간호법」 공포
[법률 제20445호, 2024. 9. 20. 제정, 시행 2025. 6. 21.]

6

2. 의료대란과 진료지원간호사의 보호 필요

가. 2024년 의대 2천명 증원

- 2024년 의과대학 정원 2천명 증원 발표

나. 2024. 2. 전공의 집단사직

- 진료지원간호사 현실화 필요성
- 독립된 간호법 입법 요구 증가

7

다. 의료법 해석문제

1) 의료법 제12조 ‘의료인이 행하는 의료·조산·간호 등
의료기술의 시행’이라고만 규정

2) 대법원 판례

- 진료보조자 → 진료협력자

가) 간호사는 진료보조자(수혈사고)

나) 간호사의 투약 상 주의의무

- 간호사가 의사처방이 신뢰할 수 없는 경우에는 불신의
원칙에 따라 확인한 후 주사할 의무를 부여

(Vecuronium Bromide 투약사고)

8

라. 의료행위에 대한 경찰금지정책 변화

- 1) 의료행위는 누구나 할 수 있는 자연적 사실행위
 - 운전행위와 동일
- 2) 국민의 생명권과 건강권보호를 위해 일률적 경찰금지
 - 일정한 조건 하 경찰금지해제
 - 의사, 치과의사, 한의사, 조산사, 간호사의 의료독점권은 진료의무와 동전의 앞뒷면
- 3) 협조, 견제, 균형
- 4) 특허권과 구별

9

3. 의료환경의 변화

가. 환자중심 진료서비스

- 초고령사회와 환자중심, 재택치료, 호스피스 치료
- 1) 재택치료, 원격진료, 방문의료/간호치료
- 2) 재택호스피스, 자택임종

나. 사례

- 1) 일본
 - 75세 이상의 후기고령자 방문간호요양비 인정 후기고령자는 주치의 처방 하 방문간호 방문간호서비스
- 2) 프랑스
 - 프리랜서간호사를 통한 재택의료의 활용

10

다. 의료의 다양화, 혼재화

- 1) 의사의 IMS
- 2) 치과의사의 보톡스
- 3) 한의사 CT
- 4) 간호사의 진료지원업무

라. 간호교육의 전문화

- 전문간호사제도

마. 가정방문간호센터 필요성

- 의사의 원격진료, 방문의사의 직접 진료처방에 따라
찾아가는 간호서비스

11

4. 간호법의 제정 이유와 주요내용

가. 간호법 2024. 9. 20. 제정, 2025. 6. 21. 시행

나. 제정이유

- “간호사·전문간호사 등의 면허와 자격, 업무 범위, 권리와 책무, 수급 및 교육, 장기근속을 위한 간호정책 개선 등 간호에 관한 사항을 체계적으로 규정함.”이라고 간단히 기술되어 있으나, 진료지원간호사의 법적 근거를 비롯하여 간호사의 인권과 직역 보호의 내용이 포함되어 있다.

12

다. 주요내용

- 1) 간호사의 업무는 환자의 간호요구에 대한 관찰, 자료수집, 간호판단 및 요양을 위한 간호, 의사·치과의사·한의사의 지도하에 시행하는 진료의 보조, 건강증진활동의 기획과 수행, 간호조무사 업무보조에 대한 지도 등으로 규정
- 2) 간호사는 병원급 의료기관에서 진료지원업무 수행(제12조)
- 3) 진료지원업무를 수행하려는 간호사는 전문간호사 자격, 보건복지부령으로 정하는 임상경력 및 교육과정의 이수에 따른 자격 보유

13

다. 주요내용

- 4) 진료지원업무를 수행하려는 간호사는 전문간호사 자격 보유, 보건복지부령으로 정하는 임상경력 및 교육과정의 이수에 따른 자격 보유
- 5) 진료지원업무의 구체적인 기준과 내용, 교육과정 운영기관의 지정·평가, 병원급 의료기관의 기준 및 절차·요건 준수에 관한 사항은 보건복지부령으로 규정(제14조)

14

다. 주요내용

6) 간호사중앙회와 지부 및 간호조무사협회(제18조 및 제20조), 간호사·전문간호사·간호조무사의 권리 및 책무(제25조 및 제26조), 간호사·전문간호사·간호조무사 인권침해 금지(제27조), 간호사 대 환자 수 및 교대근무(제29조 및 제30조), 간호인력 지원센터의 설치 및 운영(제31조) 등 규정

15

5. 간호법의 평가

가. 간호업무의 독립성 인정

나. 진료지원업무에 대한 법적 근거 마련

1) 의료의 전문화

– 현대 의료행위의 발달은 보건의료종사자의 전문성을 고도화, 진료과목 세분화

2) 의료의 협업화

– 다수 전문의 협진, 간호사의 진료지원, 의료기사, 약사 등 지원 등 환자의 구명을 위한 협업(분업을 통한 팀의료; medical team)의 필수성

16

다. 간호업무 독자성에 따른 독립적 책임소재 명시

- 1) 환자에 대한 치료과정에서 간호사의 진료지원업무에 따른 법적 권한에 따라 책임도 같이 부담
- 2) 체두절제술환자 사망사건

라. 가정방문간호센터 등 환자중심 간호제도 추진 필요

- 1) 초고령사회에 따른 초고령자, 장애인, 도서벽지, 격오지 환자 등의 재택의료, 재택임종 등 요양과 돌봄의 영역의 수요 증가
- 2) 위 환자들의 치료접근권을 보장하기 위해 의사, 치과의사, 한의사의 처방, 협진에 따라 가정방문간호서비스를 수행할 수 있는 법적 근거마련 필요

17

경청해 주셔서 감사합니다

변호사 법학박사 신현호



법률사무소 **해울** Shin & Partners
| 부설 | 의료법률정보센터

shin@shinlaw.net

18

**간호법 제정 의의 및 평가, 미래 간호정책 마련 토론회
간호법 이후의 간호법을 말하다**

발 제 2

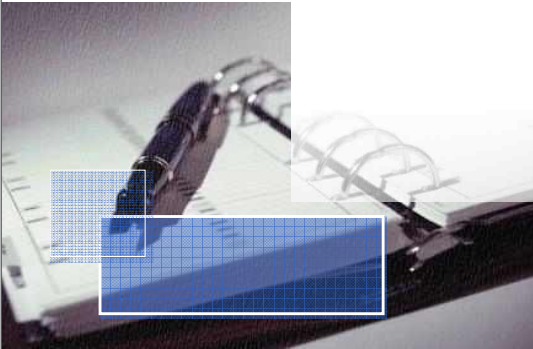
간호법 시대의 간호정책 방향

정 형 선

연세대학교 보건행정학부 교수

< 국회의원회관 대회의실, 2024.10.8 >

간호법 시대의 간호정책 방향



정형선

(연세대학교 보건행정학부 교수; 의료복지연구소 소장)

목 차

- I. 인구고령화와 간호인력 현황
- II. 바람직한 한국 보건의료제도의 모습
- III. 간호사 역할과 간호정책의 방향



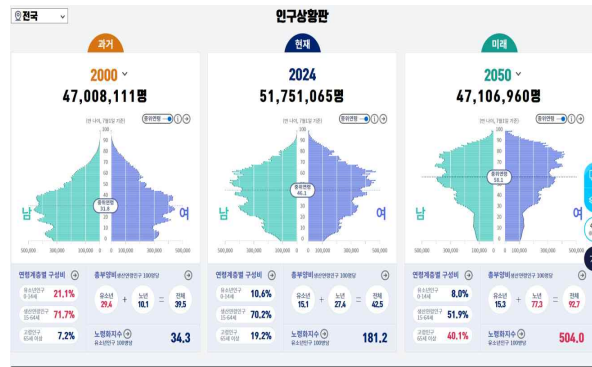
01

인구고령화와 간호인력 현황

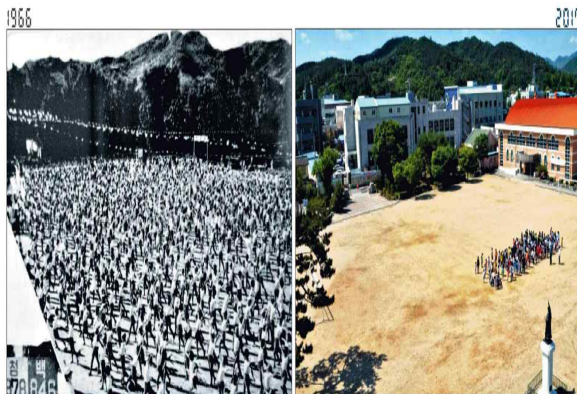
인구고령화의 도전

노인인구의 급증: (2018) 14%→ (2025) 20%

- 2020년부터 베이비부머 세대의 노인인구 진입
- 80세 이상 고령인구 증가 (2017) 153만→ (2025) 246만
- 2036년에 노인인구 30% 진입
- 기대수명의 증가로 암·치매 등 노화와 관련된 질환 급증: 대다수의 고령자는 만성질환을 보유하며 이는 완치보다는 일상적 관리를 요함



- 삼산초등학교(충북 보은군) 운동회로 운동장에 모인 1966년과 현재의 전교생
- 1966년 3천명이던 전교생이 2017년 180명



영월간곡면 교문밖으로 펼쳐진 삼산초등학교-
충북 보은군 삼산초등학교는 1966년 전교생 3000명 가까이 많았던 지금의 삼산초 1학년 1반에 영은초 포교당이다. 1966년 운동회 때 학생들이 운동장을 가득 채운 풍광은 현재도, 지난 50년 동안 학생들의 모습도 운동장이 변함없이 변함없이 대조된다. 1966년 당시의 같은 각도에서 찍었다. 올해 학생수가 180명인 1966년 1144명(2017년 180명)의 98% 감소로, 이대로 가다간 대한민국 인구 동력(활력)이 사라지는 것 아니냐는 우려가 나온다.

(출처: 조선일보 2017.6.7일자)

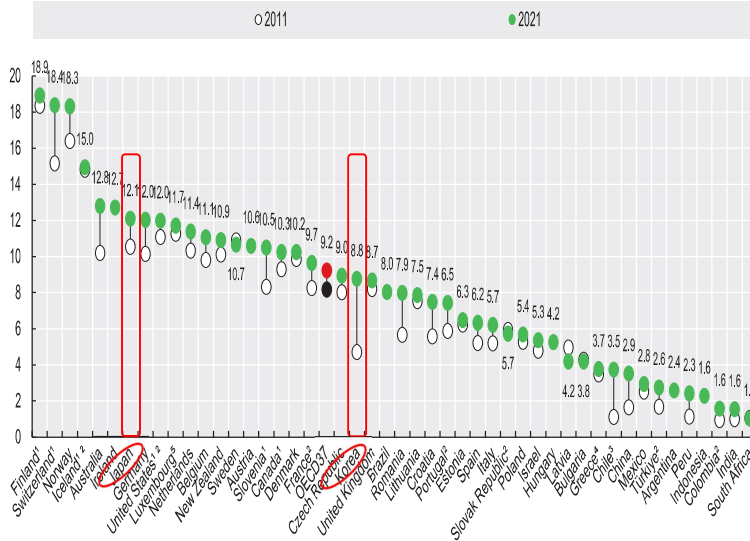
- 주성 초등학교(충북 청주) 운동회로 운동장에 모인 1987년과 현재의 전교생
- 1987년 1,898명이던 전교생이 2017년 193명



청주의 한 초등학교, 학생들로 북적였던 1987년 운동회(왼쪽)와 2017년 운동회 [연합뉴스 자료사진]

(출처: 연합뉴스 2018.9.27일자)

인구 천명당 간호인력



자료원: OECD Health at a Glance 2023

■ 우리나라의 임상 간호사수는 인구 천명당 8.8명으로, OECD 회원국 평균 9.2명에 근접하며, 일본 12.1명의 4분의 3 수준임.

■ 최근의 급격한 간호대학 입학정원의 확대로 배출된 간호인력의 규모 자체는 부족 상태를 벗어나기 시작함

→

■ 간호인력이 어떻게 의료현장을 이탈하지 않고 일정한 역할을 할 수 있는 환경을 마련할 것인가에 집중해야 할 시점

■ 급성기병원에서 예외 없이 '간호간병통합서비스' 체제 또는 '보호자 없는 병원'을 적용할 시점.
(참고) 일본은 간호인력이 인구천명당 6명이던 1994년-97년에 시점에 '보호자 없는 병원' 의무화 달성

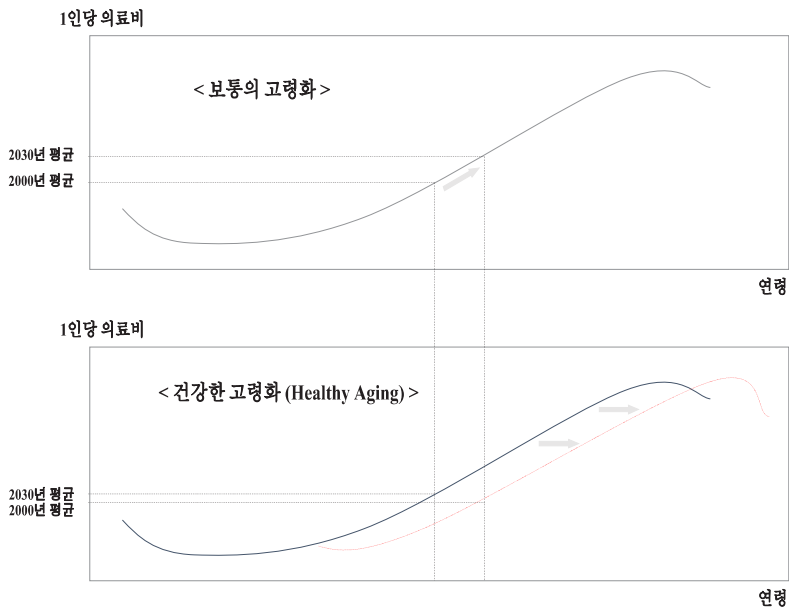
02

바람직한 한국 보건의료제도의 모습

지역중심케어(커뮤니티케어)를 통한
건강한 고령화

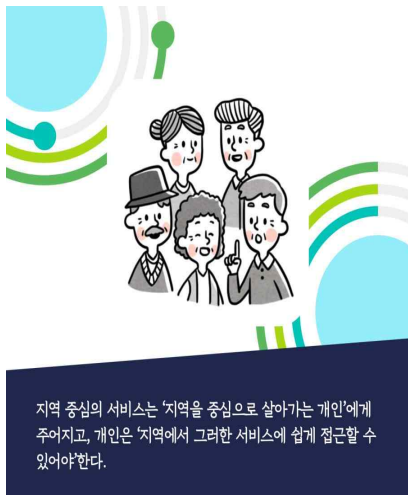
■ 건강한 고령화

- 건강한 고령화(healthy aging): 평균수명 증가 => 국민의 건강과 기능 향상 => 잠재적 근로 기간 증가



커뮤니티케어: 지역중심케어

- 주고받는 '서비스'도 중요하지만, 그에 앞서 그러한 서비스들이 교환되는 '지역'에 방점



커뮤니티 케어는 '지역'이라는 필드를 중심으로 다양한 케어 또는 서비스가 제공되고 이용될 수 있는 상황을 전제로 한다.

- 핵심은, 각종 서비스들이 '지역'을 중심으로 엮어진다는 데 있음
- ⇒ 통합 서비스, 원스톱 서비스, 연계서비스가 필요하게 됨

03

간호사의 역할과 간호정책의 방향

1. 급성기 의료에서 간호사 역할과 간호정책

입원 현장의 **간호사 배치수준**을 높여서 국민이 간호서비스를 충분히 향유할 수 있도록 할 필요가 있다. 간호사 배치 기준을 충족하지 못하는 의료기관은 건강보험 보상에 제한을 두고, **배치기준의 차이를 건강보험 수가 차등화에 강하게 연결**함으로써, 의료기관이 간호인력을 더 증원하고 이직 간호인력을 줄이는 노력을 하게 되면, 이는 다시 간호사의 보수 수준이나 근무여건의 개선을 유도하게 될 것이다.

‘의사’의 의료 통괄, 지시에 의해서만 의료행위가 허용되는 기존의 체계로는 고령사회의 환경 변화에 적절히 대응하기 힘들다. **‘의료인력의 유연성’ 확대**는 2017년 OECD 보건장관회의의 주요 의제였다. 2024년부터 의사의 ‘시간 외 노동’에 상한이 부과되는 일본에서는 **의사와 숙련된 간호사 간의 업무 이양(task shift)** 및 공유(task share)에 관한 논의가 활발히 진행되고 있다.

의사 수의 절대 부족 상태에 있는 우리나라에서는 간호사의 역할이 특히 부각된다. 다만, 간호사도 물리치료사, 방사선기사, 임상병리사 등 타직역과의 갈등을 불식할 필요가 있고, 간호와 간병 영역에서 간호조무사와 요양보호사를 지도할 자세를 갖추어야 한다. 이런 점에서 **고령사회 의료에서의 팀어프로치**는 현재의 의사 중심 수직 구조에 대한 강력한 대안이다.

가. 간호인력 배치기준의 정비: 간호관리료 차등제의 기준 강화

- ‘건강보험 입원환자 간호관리료 차등제’를 활용해 자발적 준수를 유도하는 것이 가장 현실성 있고 효과적인 ‘간호사 배치수준 제고’ 방안임
- 3차 상대가치 개편시 간호등급 차등제 배치기준(환자 대비 간호사수)의 기준등급이 상급종합병원 4:1미만 → 2:1미만으로, 종합병원 6:1미만 → 2.5:1미만으로 상향 조정됨 (이행 못하면 감산됨)
- 간호인력을 충분히 배치하는 데 따른 ‘건강보험 수입’과 ‘의료서비스 수준 향상’이 ‘간호인력을 고용하기 위한 비용’을 넘어서도록 설정하여, 의료기관이 자발적으로 간호인력의 처우를 개선해서 간호인력을 채용하고 결과적으로 배치기준을 자발적으로 준수하게 하는 것임
- 실제로 2020년부터 ‘건강보험 입원환자 간호관리료 차등제’에서 미신고 및 7등급 의료기관에 대한 감산이 10%로 바뀌면서 미신고기관 및 7등급 기관수가 감소함
- 병동의 입원 유형, 중환자, 응급, 신생아실 등의 특성을 고려한 적정 간호인력 설정, 교대제 특성(4조 3교대 등) 반영, 시간제 및 야간전담 인력 활용을 건강보험 수가에 반영함으로써 유인과 역유인의 기전을 작동해야 함

(참고) 의료법의 정비

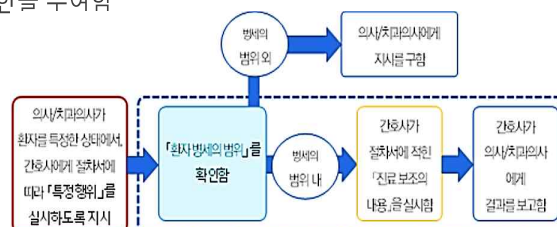
- 의료법 제36조는 현실과 동떨어진 ‘최소기준(병상 대비 간호사수 2.5:1)=퇴출기준’을 설정하여 결과적으로 그 기준은 사문화되어 있음: 지키지 않아도 의료법에 따른 불이익이 없음. 의료법 상의 기준을 못 채우는 병원이 건강보험에서는 ‘가산’을 받는 아이러니가 현실임
- 현행 의료법의 규정이 ‘최소기준’이 아닌 ‘권장표준’임을 공식화하거나, 완화된 ‘권장최소기준’(예, 3:1이나 4:1)을 새로이 설정해야 함. 이도 저도 어렵다면, 동 규정을 폐지하는 것도 방안임. **지킬 수 있는 ‘권장최소기준’을 정하고, 이를 지키지 못하는 병원은 건강보험 ‘상환 불인정’ 또는 ‘감산’ 수가 등을 통해 시장에서 퇴출되도록 유도해야 함**
- 의료법상의 표준 또는 최소기준으로 해서 의료법에 따른 퇴출을 전제로 할 때의 간호인력 산정기준은 “병상:간호사 비율(nurse to bed ratio)”이 맞음 [건강보험 수가 보상에서 “환자:간호사 비율(nurse to patient ratio)”로 하는 것과는 다름.] 확인이 용이해야 더 높은 행정적 집행력을 갖게 되기 때문임. 또한, 의료법 상의 표준 또는 최소기준의 준수 여부를 확인하기 위한 신고를 의무화한다면 실효적 관리가 가능할 것이고, 간호인력의 배치수준에 대한 병원의 자체평가 및 진단기구도 보완될 필요가 있음

나. 진료지원업무를 전담하는 간호사 업무 영역의 정비

- 2024년 7월 현재 (가칭)전담간호사 수는 1만6천명 ('간호사 업무 관련 시범사업'에 참여하는 160개 의료기관을 조사한 결과)
- 간호법 제12조("의사의 일반적 지도와 위임에 근거하여 진료지원 업무를 수행할 수 있다")에 근거한 **진료지원업무의 구체적 범위와 한계, 그리고 진료지원업무를 수행하는 간호사의 자격 요건을 보건복지부령에서 구체화**하는 작업이 향후의 과제
: 현재 '간호사 업무 관련 시범사업'에서 규정한 숙련된 간호사(전문간호사 및 가칭, 전담간호사)의 진료지원행위 91가지를 기초로 면밀한 검토가 필요
- 기존의 전문간호사 제도와와의 관계 정립 필요: 향후 **13종 전문간호사의 실무범위를 재조정하여 (가칭)전담간호사와의 조화를 이룰 필요**가 있음.
간호사가 진료지원업무를 수행하기 위해서는 보건복지부령으로 정하는 임상경력과 교육과정 이수에 따른 자격을 갖춰야 하고, 전문간호사는 현 교육커리큘럼에 진료지원업무 교육과정을 수용할 필요가 있고 나아가 상급간호를 제공하는 전문간호사의 역할 정립에 주력해야 함

<참고1> 일본 진료지원인력 제도의 동향 및 시사점 : 정형선(2022) 참조

- 일본 의료의 법체계에서 '医行爲'는 의사가 주가 되어 하는 것이고, '진료보조'는 간호사를 중심으로 이루어지며, 간호사 이외의 여러 직종은 법 규정이 정하는 바에 따라 예외적으로 '진료보조' 업무를 수행하는 것으로 법리 구성이 됨: '진료보조' 그리고 그 전제가 되는 '의사의 지시'의 개념과 적용 범위는 의사-간호사를 포함한 다양한 의료 종사 인력의 면허, 자격과 직결되며 이들의 업무와 역할을 규정하게 됨
- 인구고령화와 재택의료의 확산에 따라, 그리고 의사의 법적 '시간 외 노동'이 2024년부터 축소됨에 따라 직종 간 '업무 이양(태스크 시프트)'과 '업무 공유(태스크 셰어)'가 최근 일본 의료제도의 주요 정책 이슈임: 이는 '너스 프랙티셔너(nurse practitioner, 전문간호사)'나 '인정간호사' 창설 논쟁으로 이어짐
- 2015년 시작된 '**특정 행위 관련 간호사 연수제도**'는 연수를 마친 간호사에게 의사가 미리 지시한 프로토콜에 따라 '특정 행위'를 할 수 있는 권한을 부여함



03

간호사의 역할과 간호정책의 방향**2. 커뮤니티케어에서 간호사 역할과 간호정책**

간호 인력의 부족과 부족에 따른 문제는 일본도 과거에 유사한 경험을 한 때가 있었다. 일본은 법적, 정치적, 문화적 여건이 서구에 비해 우리와 닮았으면서 인구 고령화는 우리보다 20-30년 앞서서 진행되고 있다. 인구 고령화가 영향을 미치는 분야에서는 일본이 더없이 소중한 경험을 우리에게 제공하고 있다. 성공은 성공대로 실패는 실패대로 다 참고가 될 것이다.

커뮤니티케어와 재택의료의 필요성이 높아지고 있다. 고령사회의 현상은 **다양한 의료, 간호, 요양, 돌봄 서비스**를 필요로 한다. '의료기관'만이 중심이 되고 '의사'의 의료 통괄, 지시에 의해서만 의료행위가 허용되는 기존의 체계로는 이러한 환경 변화에 적절히 대응하기 힘들다. 급성기의료 중심의 의료제도는 의사 중심이었지만, **고령사회에는 간호사를 중심으로 한 보건복지서비스의 수요가 압도적으로 커진다.**

재택의료에는 간호사, 물리치료사 등 다양한 인력의 역할이 커진다. 빠른 시간 내에 재택의료와 방문간호와 장기요양과 돌봄이 상호 연계되어 사각지대와 중복을 줄이면서 지역을 중심으로 제공되고 이용되는 체계를 갖춰야 한다.

가. 건강보험 재택의료에서의 방문간호

- 방문간호센터, 케어코디네이터센터 등의 독립적 운영 방식 검토: 너스프랙티셔너(independent practitioner로서의 간호사)가 한번 의사의 처방을 받으면 정해진 기간 동안은 처방의 범위 내에서 의사의 추가 처방 없이 재택의료(방문간호)에 참여할 수 있는 환경이 필요

- 단순 간호와 간병 영역에 간호조무사와 요양보호사를 활용할 수 있는 팀어프로치적 사고의 확산

→ 가정간호와 방문간호를 활성화하기 위한 건강보험 및 장기요양보험의 수가체계 개선 필요

<참고: 일본의 사례>

- 일본에서는 방문간호가 1990년대에는 의료보험을 중심으로 확대되었고, 2000년대 이후에는 개호보험을 주된 재원으로 하는 제도로 바뀜:
 - ✓ 1992년 노인보건법 개정을 통해 노인방문간호스테이션에 속한 간호사가 '재택'의 와병 고령자 등을 방문해서 간호서비스를 제공하기 시작함.
 - ✓ 개호보험이 시작된 2000년부터는 개호보험법에 따라 '요개호자' 판정을 받은 '재택'의 고령자가 이러한 방문간호서비스를 개호보험 급여로서 받게 됨.
- 와상 고령자의 입장에서는 가정에서 방문간호서비스를 받을 수 있게 됨에 따라 질병의 치료에 있어서도 '삶의 질'을 고려한 선택이 가능해졌고, 일상생활 동작 능력을 회복하거나 유지하면서, 평소 익숙한 지역사회나 가정에서 가족이나 주변의 지원을 받아 요양을 할 수 있게 됨

문화일보

2024년 5월 29일 수요일 031면 오케니언

<문화일보, 2024.5.29>



포럼

정형선

연세대 보건행정학부 교수

■ 2010년 외대 증원 주장이 등장했을 때, 의사들은 우리나라엔 의사의 '총량'이 아니라 '분포'가 문제라고 반박했다. 증원하지 말고 지역에 갈 여건을 만들라는 것이었다. 정부는 증원을 포기했다. 그레션지 2020년에 400명 증원 계획을 발표하면서 정부는 300명은 '지역의사'로 양성하겠다고 했다. 면허 취득 후 지역에서 의무 복무를 하는 의사를 뽑겠다는 것이었다. 의사들은 다시, 장학금 토해내고 돈 잘 버는 의사로 가지 누가 지역에 남겠느냐고, 자질 부족한 '열등' 의사를 만들려 하느냐고 반박했다. 정부는 다시 두 손 들었다. 증원 논의 자체를 계속 거부하는 의사들을 향해 정부는 올 초 '2000명 증원'이라는 파격적인 대안을 내놔다. 의사 사회는 전방위적으로 저항했다.

우여곡절은 있었지만, 2025학년도 외대 정원 증원은 1509명으로 확정됐다. 입학 단계에서는 지역의사나 공공의사를 뽑지 않는다. 대신 지역 고교 출신을 뽑는 지역인재 전형의 비중을 높인

방문 진료·간호 체계도 서두를 때다

다. 의대를 신설하지 않고 기존의 소규모 지방 의대의 정원을 확대한다. 결국 내년도 외대 증원의 요체는, 10년 후에 배출되는 의사가 지역에 남을 가능성을 상대적으로 높이되, 근무지를 강제하는 방식은 지양하는 것이다.

고령사회에서 강조되는 것은 '지역포괄케어'다. 고령 어르신에게 급성기의료, 만성기의료, 간호간병, 돌봄, 복지 서비스가 중복적으로 필요하다. 이들 서비스는 급성기병원, 재활병원, 요양병원, 요양시설에 입원·입소해서 받는 것이 보통이지만, 어르신이 자택에 머물면서 받을 수 있다면 더없이 좋다. '재택의료'는 의사의 '방문진료'나 간호사의 '방문간호'가 핵심이다. 이들 서비스가 원활히 제공되는 체계가 사회적으로 갖춰져야 어르신도 집에 머물면서 생을 누릴 수 있다(Aging in Place).

재대로 된 재택의료 체계를 만들긴 쉽지 않다. 오랜 기간의 다양한 경험치 축적돼야 한다. 우리보다 고령화가 20여년 선행하는 일본도 재택의료를 본격적으로 하는 의원(재택요양지원 진료소)이 만들어져 의료보험에서 인정된 것은 2006년이다. 노인인구 비율이 현재의

우리보다 더 높던 때다. 하지만 급속한 고령화 속도를 생각할 때 우리는 직장 부릴 여유가 없다. 일본에서도 의사의 방문진료가 의료보험에서 처음 시작된 것은 1986년이고, 방문간호는 1992년이었다. 우리는 5년 전부터 일부 제한된 시범사업을 하고 있을 뿐이다.

재택의료에는 의사만이 아니라 간호사, 물리치료사 등 다양한 인력이 필요하다. 서구 각국은 우리보다 의사와 간호사가 인구비율로 1.5배나 많지만, 이들 인력을 계속 늘리고 있다. 고령사회에 대응하기 위해서다. 우리의 고령화 속도는빨라서 노인인구비율이 2030년 25%, 2040년 34%가 된다. 10년 이내에 지역포괄케어 체계를 갖춰야 한다. 이에 필요한 의사는 하위노인을 진단하고 생활 속의 건강을 챙겨주는 동네 의사다. 모두 수능 고득점자일 필요는 없다. 모두 큰 병원에서 고난도 수술과 맞춤형 면역항암치료를 수련할 필요도 없다. 지역병원에서 기초의료 분야에 대한 이해를 높이고 지역의료를 경험할 기회를 가진 의사, 초기 질환의 진단 및 관리 능력을 높여 다양한 환자군을 돌볼 균형 잡힌 의사가 고령사회에 더 필요하다.

(현행 재택관리수가 시범사업: 2019년 이후)

- 가정형 호스피스·완화 의료(2016년 3월), 장애인 건강 주치의(2018년 5월), 중증소아 재택의료(2019년 1월), 복막투석환자 재택관리(2019년 12월), 1형 당뇨병환자 재택의료(2020년 1월), 가정용 인공호흡기환자 재택의료(2020년 5월), 심장질환자 재택의료(2020년 10월), 재활환자 재택의료(2023년 12월) 시범사업 등이 2025년까지 연장 진행되고 있음. [분만 취약지 임신부 재택의료 시범사업(2020년 06월)은 제외]

(현행 가정간호사업: 2020년 내실화)

- 의료법에 따라 가정전문간호사를 2인 이상 확보한 의료기관에서 입원진료 후 퇴원한 환자 등에게 실시. 참여 기관 수는 답보 상태(2008년 177개에서 2017년에는 179개로)이고 건보 진료비의 0.04%에 불과했으나 2020년부터 수가 개선이 이루어짐.

「가정간호관리료」의 내실화 (2020.1 시행)

< 가정간호 수가 개선 사항 요약 >

구분	현행	개선(안)
수가 개선	약 47천원 (교통비 환자 전액본인부담)	약 71천원 (교통비 포함)
	1세미만 50% 가산	가산을 기본방문료에 반영
	1세~6세미만 30% 가산	1세미만 20% 가산
	70세 이상 30% 가산	
	간호사 2인 방문시 가산 없음	간호사 2인 방문시 50% 가산
시설 방문	동일 수가 산정	시설 방문시 50%만 산정
방문횟수	제한없음	간호사 1인당 1일 7회 이하

□ (수가 개선) 연령·시간에 대한 가산(20~50%)을 방문료에 반영하고, 현재 환자가 부담하는 교통비를 방문료에 포함하여 내실있는 지원

• 외원 기준 47천원~약 71천원 수준으로 기본방문료 개선 (가산 제외고 교통비 포함
단, 만1세미만 소아에 대한 가정간호는 사후적 필요성과 난이도 등을 고려해 20% 가산

□ (제공횟수) 중증재가환자에 대한 내실있는 가정간호를 위해 간호사 1인당 하루에 방문가능 횟수를 7회 이하로 조정*

• 상급종합병원 방문횟수와 가정간호사 근무시간 등을 고려

□ (사회복지시설 수가 작동화) 요양시설 등 사회복지시설에서 가정간호를 제공하는 경우, 일반 재가 환자 가정간호료의 50%만 산정*

• 노인장기요양법에 따른 장기요양기관을 포함하여, 이러한 가정간호는 추가적인 간호서비스를 제공하기 위한 별도의 시간 또는 인력이 불필요하므로 수가 차등

□ (2인 가정간호 가산) 방문환경 및 위험도, 환자 상태 등을 고려하여 가정간호사 2인이 방문할 경우 가정간호료 50% 가산 적용

(현행 방문진료 급여화: 2019년 이후)

- 2019년 건강보험법 개정으로 '방문요양급여'가 신설됨 (건강보험법 제41조의5: '가입자 또는 피부양자가 질병이나 부상으로 거동이 불편한 경우 등 보건복지부령으로 정하는 사유에 해당하는 경우에는 가입자 또는 피부양자를 직접 방문하여 제41조에 따른 요양급여를 실시할 수 있다'): 이전에도 왕진이 가능했으나 수가 보상이 거의 없어서 대부분 무료봉사 차원에서 이루어졌지만, 이후에는 다양한 수가 시범사업에서 보험 청구가 가능하게 됨

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제8조의3(방문요양급여 실시 사유)는 방문요양급여의 대상을 규정: 장애인 건강주치의제도의 중증장애인, 호스피스·완화의료 및 임종과정의 말기환자, 가정형 인공호흡기 사용 환자 등으로 규정

- 2019년10월31일 건정심의 『방문진료 수가』

구분	세부 내용	시기
의사 왕진	□ 일차의료 왕진 수가 시범사업 추진	'19.12월
환자 재택관리	□ 가이드라인 마련 및 수가 시범사업 추진	'19.12월
장애인 건강 주치의	□ 시범 수가 개선	'19.12월
가정간호관리료	□ 현장 의견 수렴 및 수가 고시 개정	'20.1월
정신질환자	□ 지역사회 정신질환 관리 수가 시범사업 추진	'20.1월
가정형 호스피스	□ 가정형 호스피스 본 사업 추진	'20.3월
중증소아환자 등	□ 시범사업 대상자 확대 및 개선방안 검토	'20.5월
요양병원 퇴원환자	□ 요양병원 퇴원환자 방문진료 수가 시범사업 추진	'20.7월

구분	중증소아 재택의료	현행			개선
		장애인 주치의	가정형 호스피스	왕진	
의사 방문료	137천원	75천원	124천원 (초과)	15천원 (초과)	○ 원직격으로 왕진 시범수가 수준으로 통일하여 (115~80천원 수준) - 환자의 중증도, 사업별 특성을 고려하여 가감산 가능
간호사 방문료	81천원	54천원	83천원	-	○ 원직격으로 가정간호관리료 개선안 수준으로 통일하여 (71천원 수준) - 환자의 중증도, 사업별 특성을 고려하여 가감산 가능
교통비	방문료에 포함	방문료에 포함	9천원 (간호사 부담)	9천원 (환자 부담)	○ 방문에 필요한 교통비를 방문료에 포함하여 건강보험에서 지원
재택환자 관리료	34천원	21천원	-	-	○ 재택관리서비스 필요환자를 대상으로 적극 확대

→ 2023년 현재 의사 방문진료료 I 은 124,280원, II(치료재료 등 청구 가능)는 86,460원. 본인부담은 30%

나. 장기요양보험 재택의료에서의 방문간호

- 장기요양 재가수급자는 대부분 복합만성질환자로 요양 뿐 아니라 의료에 대한 복합적 니즈를 갖고 있으므로, **방문간호 활성화**는 재가수급자의 건강결과를 향상시키고 필요 이상의 의료기관 의존도를 낮춤
- 장기요양보험 수급자의 방문간호 이용률은 아주 낮고 방문간호기관 인력도 매우 부족해서 상당수 재가수급자들이 **미충족 의료니즈를 경험**하고 악화된 상태에서 의료기관 입원과 응급실 방문을 반복함
- 환자 상태와 의료 니즈에 맞춰 방문간호가 충분히 이용될 수 있게 하는 정책이 필요함
 - 방문간호 서비스의 목적과 대상자 명확화, 정확한 니즈 파악, 케어플랜 수립, 방문간호지시서 발급, 방문간호 질 향상을 위한 간호사와 간호조무사의 역할 구분, 보상체계 재조정, 재택의료센터와 협력 방안 등 검토
 - 재가급여 한도액에서 방문간호를 제외하여 비용 부담의 제약을 완화할 필요

(현행 장기요양보험 방문간호)

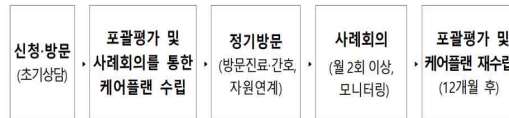
- 방문간호는 재가급여 중 하나로, '의사, 한의사 또는 치과의사의 지시에 따라 간호사, 간호조무사 또는 치위생사가 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공하는 급여'로 규정됨
- 이용이 제한되어 있음: 장기요양인정수급자로 병문요양 또는 방문목욕을 이용하는 1등급부터 5등급까지의 수급자 중 간호처치가 필요한 수급자는 월 1회에 한하여 월 한도액과 관계없이 예방관리 등을 위한 방문간호를 이용할 수 있음 (인정조사표에 간호처치 영역의 증상이 하나 이상 표시된 수급자에 한함); 처음 장기요양 등급을 받은 1~5등급 치매수급자는 등급을 받고 60일 이내 최대 4회(월 2회)까지 방문간호 서비스를 본인부담 없이 이용할 수 있음 (치매교육을 이수한 간호사 또는 간호조무사가 제공)
- 장기요양보험에서 방문간호 이용은 매우 저조한 편으로, 2020년 재가수급자 방문간호급여 이용률은 2.69%(1만6,543명)에 그쳤고, 1등급 재가수급자의 방문간호 이용률이 9.35%로 가장 높았으며, 5등급 이용률은 1.44%에 그침. 재가환자의 월 평균 방문간호 이용 횟수는 4.54회, 월 평균 이용금액은 21만8,607원
- 가장 높은 빈도로 체크된 간호처치 필요 항목은 도뇨관리(7.9%), 욕창간호(7.6%), 경관영양(4.5%), 암성통증간호(3.6%) 순임
- 2024년 장기요양보험 방문간호수가는 30분 미만 40,760원, 30분 이상~60분 미만 51,110원, 60분 이상 61,490원

(단위 : 원)

방문당 시간	'23년 수가	'23년 본인부담	'24년 수가	'24년 본인부담
15분~30분 미만	39,440	5,916	40,760	6,114
30분~60분 미만	49,460	7,419	51,110	7,667
60분 이상	59,500	8,925	61,490	9,224

(현행 장기요양 재택의료센터 시범사업: 2022년12월 1차, 2024년1월 2차)

- 거동이 불편하여 의료기관에 내원하기 어렵다고 의사가 판단한 장기요양수급자(1~2등급자 우선)를 대상으로 의사, 간호사(임상경력 24개월 이상인 간호사 또는 가정전문간호사), 사회복지사 등이 팀 단위로 가정을 방문하여 방문진료, 간호 및 지역사회 돌봄 서비스 연계 등 제공
- 2022년 12월부터 1차 시범사업(장기요양 1~4등급 대상)이 시작돼 28개소가 운영되었고, 2024년 2차 시범사업이 진행 중임 (5등급과 인지지원 등급까지도 대상)
- 포괄평가를 각 영역별로 실시하고 케어플랜 수립, 방문진료 및 간호, 지역사회자원 연계 등 통합 사례관리를 제공: 포괄평가는 의사, 간호사, 사회복지사 등 팀 단위 방문 원칙, 의사는 월 1회 이상 방문진료, 간호사는 월 2회 이상 방문간호제공, 사회복지사는 주기적 상담을 통한 요양·돌봄 수요 발굴 및 서비스연계: 재택의료기본료는 환자당 12만원 수가(본인부담 없음)



- 「의료법」 제2조제2항제5호에 따른 간호사의 업무범위 내에서 간호사가 방문하여 의사의 지시에 따른 간호처치, 영양 및 생활습관 관리 상담 수행. 단, 월 2회를 초과하는 간호는 지역 내 방문간호기관에 연계하는 것을 원칙으로 하나, 환자 상태 등에 따라 직접 제공 가능

다. 기타: 보건소 등의 방문간호사업 현황

- 방문건강관리사업은 1990년 이후 만성질환 관리 차원에서 일부 지방자치단체에서 수행했으며, 노인, 저소득계층 및 차상위계층 등을 대상으로 전국 242개 보건소에서 산발적으로 시행됨.
- 방문건강관리사업 등록대상자는 약 130만 명으로, 집중관리군은 0.6%에 불과하고, 정기관리군은 65.5%, 자기역량지원군은 33.9%임.
- 2007년 보건소 ‘맞춤형 방문건강관리사업’이 전국적으로 확대되고, 2013년부터는 통합건강증진사업에 포함되어 방문건강관리사업이 이어짐.
- 보건소 방문건강관리사업은 지역보건법을 근거로 보건소, 보건지소, 보건진료소가 사업수행. 빈곤층을 우선 대상으로 하며, 기초생활보장수급자, 차상위계층, 다문화가족, 북한이탈주민, 독거노인 등이 대상임
- 제공하는 서비스는 1) 건강문제 스크리닝을 통해 건강행태 및 건강위험요인 파악, 건강관리 모니터링, 2) 건강관리서비스 제공으로 건강행태개선을 위한 상담 및 교육, 보건복지서비스 정보 제공, 만성질환관리 및 합병증 예방, 거동 불편자 및 재가암환자 건강관리와 3) 보건소 내·외 자원 연계로서 대상자 요구도에 따른 보건·복지서비스 제공

03

간호사의 역할과 간호정책의 방향

3. 간호간병통합서비스(보호자 없는 병동)의 실현

가. '일반병원(요양병원 제외)'은 모두 '보호자 없는 병원'(간호간병통합서비스 적용 병원)으로 운영해야 함

- '병원 보호자 금지'의 전면 시행 시점을 정하고, '병원' 단위의 적용 계획을 제시해야 함. 참고로, 일본은 지금의 우리보다 고령인구 비율이 낮고 간호인력도 적었던 1997년에 '보호자 금지'를 달성함.
- '일부 병동'에서 시범적으로 간호간병통합서비스가 시작된 2015년만 해도, 우리나라 병원의 간호인력은 인구 천 명당 5.9명에 불과했으나, 2022년 지금은 8.8명으로 OECD 평균 9.2명에 근접함
- '간병'은 병원 제공의 '입원'의 한 부분일 뿐임. 간병 인력의 고용 비용은 건강보험의 입원료 수가에 반영하며, 이 경우 간병비를 사비로 부담하는 현재보다는 환자의 부담이 줄어들.
- 메르스에 이어 코로나19까지 겪었으면서, 같은 병원 안에서 '일부 병동'만 '간호·간병 통합서비스' 병동으로 지정하는 방식의 확대를 멈추고 '병원' 단위로 확대해야 함.

나. '요양병원' 간병비는 요양병원의 단계별 재편과 병행하여 추진함

- 1천5백 개나 되는 다양한 요양병원에서 발생할 간병비 전체를 그대로 사회가 지원하는 것은 불가능함.
- 회복기재활, 암관리, 종말기관리 등 의료적 특성을 갖는 '만성기'나 '아급성기' 요양병원만 남기고, '생활 기능'을 주로 하는 '중간 기관(intermediary institution)' (정부 발표안의 '의료요양원')을 분리함: '아급성기' 요양병원은 중장기적으로 건강보험 재원인 '보호자 없는 병원'의 대상임. '중간 기관'은 '장기요양보험' 수급자 중에서 입원과 간병의 필요도가 높은 환자를 대상으로 함
- 지금의 요양시설(요양원)은 '장기요양보험'에서 입소 필요성이 판정된 어르신이 '생활'하는 곳인바, 이분들도 간호 수요를 갖기 때문에 '간호 유닛 케어', '급성기 이송', '방문의료'가 제공되어야 함

<국민일보, 2023.12.26>

시론

간병 걱정 없는 나라



정형선
연세대 교수
보건행정학과

정치인들이 나섰다. '간병 걱정 없는 나라'를 만들겠다고. 관료들은 화답한다. 화려한 그림이 보인다. 국민은 혹한다. 아니 이런 '천국'이 왜 이제야, 좀 더 생각하니 다시 의문이다. 근대 정발 오진 오나?

고령사회에서 가족, 친지, 지인 중에 병원 신세 지는 이 없는 사람 있을까. 뇌졸중, 암으로 입원하는 사람이 생기면 보호자의 고민이 시작된다. 간병을 직접 못하면 간병인을 돈 주고 구해야 한다. 퇴원했다고 끝이 아니다. 돌봐줄 사람이 없으면 다시 '요양병원'에 들어가야 한다. '공동 간병'을 써도 환자당 하루 10만원, 한달 300만원은 보통이다. 해가 지나면서 평생 모은 돈은 소진되고, 주변에 '간병독박'을 강요하는 신세가 된다. 마지막을 요양병원에서 보내다 생을 마감하는 어르신이 부지기수다. 본인 삶의 질은 말할 것 없고 가족의 삶도 황폐해진다. '간병살인', 이웃 일본의 얘기가 아니다.

정부 발표안을 세밀히 들여다보니 흐릿한 '밑그림'뿐이다. 앞으로 세부안을 만들어가겠다는 것이다. 그래도 실행할 수 없는 것을 약속하는 것보단 낫다. 틀린 방향을 급히 회정해버리지 않아 그나마 다행이다. '밑그림' 완성에 도움이 될 대안을 생각해본다.

첫째, 일반 병원은 모두 '보호자 없는

병원'으로 운영하자. '간병'은 병원 제공의 '임원'에 포함된다. 간병 인력의 고용 비용은 건강보험의 입원료 수가에 반영한다. 간병비를 사비로 부담하는 현재보다는 환자의 부담이 준다. '일부 병동'에서 시범적으로 시작된 2015년만 해도 병원의 간호 인력은 인구 1000명당 5.9명에 불과했다. 지금은 8.8명으로 OECD 평균 9.2명에 근접한다. 매르스에 이어 코로나19까지 겪었다. 같은 병원 안에서 '일부 병동'만 지정하는 영터리 방식의 '간호·간병 통합 서비스' 확대는 인제 그만. '병원 보호자 금지'의 전면 시행 시점을 못박고, '병원' 단위의 적용 계획을 제시해야 한다. 참고로 일본은 지금의 우리보다 고령인구 비율이 낮고 간호 인력도 적었던 1997년에 '보호자 금지'를 달성했다.

둘째, '요양병원' 간병비는 요양병원의 단계별 재원과 병행해 해결하자. 1500개나 되는, 온갖 종류가 뒤섞인 전체 요양병원에서 발생할 간병비를 그대로 사회가 지원하는 것은 불가능하다. 우선 회복기 재활, 암 관리, 종말기 관리 등 의료적 특성을 갖는 '만성기'나 '이 급성기' 요양병원만 남기고 '생활 기능'을 주로 하는 '중간 기관(intermediary institution)'을 분리한다. 정부 발표안의 '의료요양원'이라는 이름도 좋다. 앞 예저는 건강보험 재원인 '보호자 없는

병원'의 대상이다. 뒤예 것은 '장기요양보험' 수급자 중에서 입원과 간병의 필요도가 높은 환자만을 대상으로 한다. 지금의 요양 시설(요양원)은 '장기요양보험'에서 입소 필요성이 한정된 어르신이 '생활'하는 곳이다. 이분들도 간호 수요를 갖기 때문에 '간호 유닛 케어', '급성기 이상', '방문의료'가 제공돼야 한다.

셋째, 의료적 수요가 어느 정도 있는 환자도 가정에서 머물 수 있는 환경이 돼야 전체 그림은 완성된다. 방문의료, 방문간호 등 제공체계의 변화는 시간이 걸린다. 의료법, 간호법 등 의료체계 전반에 걸치기 때문이다. 정부 발표안도 '의료기관별 간호간병통합서비스', '의료요양원', '재택의료센터', '방문간호 통합제공센터'라는 핵심을 내비치고는 있다. 하지만 10대 실행 과제에는 빠져 있다.

생로병사는 피할 수 없겠지만 비용 부담 때문에 '간병'을 못 받는 일은 없어야 할 것이다. 정치인들이 그리는 환상의 '천국'을 개혁의 동력으로 활용하되 현실적 대안을 만들어 실현해가는 것은 정책 당국의 몫이다. 지금부터 시작이다.

Thank You...



간호법 제정 의의 및 평가, 미래 간호정책 마련 토론회 간호법 이후의 간호법을 말하다

토론

토론 현장간호사

정의석 강북삼성서울병원 흉부외과 교수
(심장혈관흉부외과 기획위원장)

강정화 한국소비자연맹 회장

박호균 법무법인 히포크라테스 대표 변호사

오선영 전국보건의료산업노동조합 정책국장

박혜린 보건복지부 간호정책과장

**간호법 제정 의의 및 평가, 미래 간호정책 마련 토론회
간호법 이후의 간호법을 말하다**

토 론

토론 현장간호사

간호법 제정 의의 및 평가, 미래 간호정책 마련 토론회
간호법 이후의 간호법을 말하다

토 론

정 의 석 강북삼성서울병원 흉부외과 교수
(심장혈관흉부외과 기획위원장)

간호법 제정 의의 및 평가, 미래 간호정책 마련 토론회
간호법 이후의 간호법을 말하다

토 론

강 정 화 한국소비자연맹 회장

간호법 제정 의의 및 평가, 미래 간호정책 마련 토론회
간호법 이후의 간호법을 말하다

토 론

박 호 균 법무법인 히포크라테스 대표 변호사

간호법 제정 세미나 관련 토론문

- 간호법에 대한 기대와 행정상 규제를 중심으로 -

박호균*1)

I. 간호법 제정과 기대

우리 앞에 놓인 보건복지 분야의 적지 않은 과제들 중에서, 양극화, 저출산, 고령화를 제외하고 생각하기 어렵다. 고령화 사회가 되면서 노인성 질환이 증가하고, 현대 의학의 발전으로 과거와 달리 많은 난치성 질환에 대한 다양한 치료가 가능해져, 이제는 과거와 달리 암에 이환되더라도 완치에 연연하지 않고 질병의 관리라는 관점에서 건강을 유지하고 생명을 연장해 가는 것이 근래의 일반적인 경향인 것 같다.

2000년을 전후하여 과거와 달리 자신의 주소지에서 사망하는 경우보다 병원에서 진료를 받다가 사망하거나, 주소지에서 생활하다가도 사망 시점에는 병원에서 사망하는 경우가 대부분인 것 같다. 난치성 질환이나 고연령으로 인해 어느 시점에는 모든 사람은 사망하기 마련인데, 평소 자신에게 가장 편안한 공간인 주거지를 두고, 낯선 병원에서 사람의 생을 마감하는 것이 바람직한 것인지 생각해 볼 일이다. 이 같은 문화는 우리에게 방문진료나 방문간호를 통한 서비스 제공을 원칙적으로 허용하지 않고, 의료기관에서의 진료를 다소 맹목적으로 강조하는 제도 때문에 발생한 것으로 보인다.

의료인 중에서 의사의 주된 역할은 질병을 진단하고 치료방법이나 방향을 정하는 것이고(치료가 어려운 질환 역시 매우 많다), 가능한 치료방법이나 형태 중에서 의사가 주도적으로 역할을 해야 하는 경우보다 의사 이외의 간호사, 간호조무사, 간병인이 환자와 근접한 위치에서 조력해 주는 경우가 더 중요한 경우가 많고, 환자에게 실질적으로 도움을 줄 수 있다.

의료기관 방문이 쉽지 않은 노인 환자, 중증이나 만성 질환자들이 가정에서도 필요한 간호, 간병 서비스를 제공 받을 수 있는 시스템이 도입되고, 아울러 이 같은

1) * 법학박사·법무법인 히포크라테스 대표변호사·대한의사협회 정회원(의사면허 제70***호)·고려대학교 법무대학원 겸임 교수

구조가 오히려 의료기관에서 발생하는 의료비 지출을 줄이는 계기가 될 수 있으면 좋겠다. 방문진료, 방문간호를 통해 의료기관이 아닌 주거지에서 필요한 의료 서비스가 제공되기를 바라고, 그 과정에서 간호법은 중요한 법적 뒷받침을 해 줄 것으로 기대된다.

기대와 우려 속에서 제정된 간호법은, 간호사의 독자적인 업무범위를 설정하는데 중요한 근거가 될 것이고, 의료인력의 공급 정도, 의료수요 변화, 국가의 재정 등 각종 요인을 고려하여, 업무범위는 가변적이겠지만 장기적으로 업무범위는 확대될 것으로 예측된다. 간호법 제정으로 우리의 의료가 한 단계 발전하는 계기가 되기를 바란다. 다만, 간호사의 업무범위가 확대되는 경우 간호사의 권한이 늘어난다고 볼 수 있는데, 이에 걸맞는 간호사 자격 규제 측면에 대해, 시기상조일 수 있지만, 간호법 제정 후 첫 심포지엄이라는 의미있는 기회에 약간의 의견을 개진해 보기로 한다.

2. 간호법상 행정상 규제 및 제언

가. 간호법상 행정상 규제 관련 주요 규정

간호법 제1조는 ‘모든 국민이 보건의료기관, 학교, 산업현장, 재가 및 각종 사회복지시설 등 간호사등이 종사하는 다양한 영역에서 수준 높은 간호 혜택을 받을 수 있도록 간호에 관하여 필요한 사항을 규정함으로써 의료의 질 향상과 환자안전을 도모하여 국민의 건강 증진에 이바지함을 목적으로 한다.’ 고 규정하면서, 행정적 자격 규제 규정으로 결격사유²⁾와 면허 또는 자격의 취소와 재교부 규정³⁾을 두고

2) 간호법 제7조(결격사유) 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람은 간호사등이 될 수 없다.

1. 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조제1호에 따른 정신질환자. 다만, 「의료법」 제77조에 따른 전문의가 간호사등으로서 적합하다고 인정하는 사람은 그러하지 아니하다.
2. 마약·대마·향정신성의약품 중독자
3. 피성년후견인·피한정후견인
4. 금고 이상의 실형을 선고받고 그 집행이 끝나거나 집행이 면제된 날부터 5년이 지나지 아니한 사람
5. 금고 이상의 형의 집행유예를 선고받고 그 유예기간이 지난 후 2년이 지나지 아니한 사람
6. 금고 이상의 형의 선고유예를 받고 그 유예기간 중에 있는 사람

3) 간호법 제39조(면허 또는 자격의 취소와 재교부) ① 보건복지부장관은 간호사등이 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우에는 그 면허 또는 자격을 취소할 수 있다. 다만, 제1호·제8호의 경우에는 면허 또는 자격을 취소하여야 한다.

있다.

금번 간호법상 행정상 규제 관련 위와 같은 규정들은, 최근 개정된 의료법[시행 2024. 5. 20.] [법률 제19421호, 2023. 5. 19., 일부개정]의 규제 내용들을 그대로 수용한 것으로 보인다.

나. 간호법이 수용한 의료법 개정 연혁

(1) 우리나라 대부분의 전문직의 경우 형사적으로 금고 이상의 형의 선고를 받는 경우 전문직과 관련한 등록이나 자격이 취소되는 형태의 법률 규정을 두고 있으나(변호사, 공인회계사, 세무사, 변리사, 국립대학 및 사립대학 교수, 공무원 등), 그동안 의사, 간호사와 같은 의료인의 경우 일반 형사범죄(횡령, 배임, 절도, 강간, 업무상과실치사상 등)나 일반 특별법위반 등으로 금고 이상의 형사처벌을 받더라도 의사의 면허에 영향이 없는 법률 형태를 유지하고 있는 차이점이 있었다.⁴⁾ 또한 파산선고를 받으면 대부분의 다른 직역에서는 공무원, 교수, 변호사, 공인회계사, 변리사, 법무사, 세무사 등의 자격을 제한하고 있으나(파산선고를 받은 자의 자격을 제한하는 법률이 200여 개에 이른다고 함)⁵⁾, 의료인은 파산선고를 받더라도 의료인의 자격에 영향을

1. 제7조 각 호의 어느 하나에 해당하게 된 경우. 다만, 의료행위 중 「형법」 제268조의 죄를 범하여 제7조제4호부터 제6호까지의 어느 하나에 해당하게 된 경우에는 그러하지 아니하다.
2. 「의료법」 제66조에 따른 자격정지 처분 기간 중에 의료행위를 하거나 3회 이상 자격정지 처분을 받은 경우
3. 제2항에 따라 면허 또는 자격을 재교부받은 사람이 「의료법」 제66조제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우
4. 제10조제2항에 따른 면허 조건을 이행하지 아니한 경우
5. 제11조제1항을 위반하여 면허를 대여한 경우
6. 「의료법」 제4조제6항을 위반하여 사람의 생명 또는 신체에 중대한 위해를 발생하게 한 경우
7. 「의료법」 제27조제5항을 위반하여 사람의 생명 또는 신체에 중대한 위해를 발생하게 할 우려가 있는 수술, 수혈, 전신마취를 의료인 아닌 자에게 하게 하거나 의료인에게 면허 사항 외로 하게 한 경우
8. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 제4조에 따른 면허 또는 제6조에 따른 자격의 발급 요건을 취득하거나 국가시험에 합격한 경우
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따라 면허 또는 자격이 취소된 자라도 취소의 원인이 된 사유가 없어지거나 개선(改悛)의 정이 뚜렷하다고 인정되고 대통령령으로 정하는 교육프로그램을 이수한 경우에는 면허 또는 자격을 재교부할 수 있다. 다만, 제1항제4호에 따라 면허가 취소된 경우에는 취소된 날부터 1년 이내, 제1항제2호·제3호에 따라 면허 또는 자격이 취소된 경우에는 취소된 날부터 2년 이내, 제1항제5호부터 제7호까지 또는 제7조제4호부터 제6호까지에 따른 사유로 면허 또는 자격이 취소된 경우에는 취소된 날부터 3년 이내, 제7조제4호에 따른 사유로 면허 또는 자격이 취소된 사람이 다시 제7조제4호에 따른 사유로 면허 또는 자격이 취소된 경우에는 취소된 날부터 10년 이내에는 재교부하지 못하고, 제1항제8호에 따라 면허 또는 자격이 취소된 경우에는 재교부할 수 없다.
- ③ 제1항에 따른 면허 또는 자격 취소의 세부적인 기준은 보건복지부령으로 정한다.
- 4) 2000년 이전의 우리나라 의료법에서는, 의사, 간호사가 업무상과실치사와 같은 범죄로 금고 이상의 형사 처벌을 받을 경우, 면허를 취소할 수 있도록 규정하고 있었다.
- 5) 서울중앙지방법원 파산부 실무연구회, 개인파산·회생실무, 2015, 17면.

주지 않는다.

최근 의료법 개정으로 의료인이 업무상과실치사상을 제외하고 23년 만에 일반 형사범죄로 금고 이상의 형사처벌을 받게되면, 필요적으로 면허가 취소되도록 의료법이 개정되었다.⁶⁾ 잘 알려진 것처럼 대통령이 간호법 제정안과 의료법 개정안 중 의료법에 대해서 거부권을 행사하지 않아 법률이 개정된 것이다. 그러나 여전히 2000년 개정 의료법과 마찬가지로 반복적인 의료사고로 다수의 환자를 사상케 한 의료인에 대해서는 금번 개정에서 면허를 취소하지 않는 법률 형태를 종전과 같이 유지하였는데, 적어도 임의적 면허 정지, 취소 규정을 도입할 필요성에 관한 논의가 예상된다.

2023. 5. 19. 개정 의료법 제8조 제1호 내지 제6호 사유에 해당하는 사람은 의료인이 될 수 없고, 의료인 면허를 받은 이후에 면허 기간 중 제8조 각 호 사유에 해당하거나 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 의료인 면허 발급 요건을 취득하거나 국가시험에 합격한 경우 면허가 취소된다(필수적 취소, 제65조 제1항 단서). 위 개정 의료법은 구 의료법의 제8조 제4호 결격사유(의료 관련 범죄에 한해 결격사유로 규정하는 방식)를 폐지하고, 제8조 제4호를 개정하고 제5호부터 제6호까지를 신설하면서 일반 형사범죄로 결격사유를 확대하였다.

위 개정 의료법에서 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 의료인 면허 발급 요건을 취득하거나 국가시험에 합격한 경우를 필수적 면허취소 사유로 신설하였는데(제65조 제1항 제8호), 의료인 면허를 받기 위해 필요한 대학이나 전문대학원 졸업이 취소된 사안이 사회적으로 이슈가 되면서⁷⁾ 의료법에 도입되었다. 또한 이 경우에는 면허가 취소되면 재교부할 수 없는 규정도 함께 도입되면서 의료법에 그동안 없었던 영구 제명 제도가 사실상 도입되었다(의료법 제65조 제2항 단서).

6) 의료법[시행 2024. 5. 20.] [법률 제19421호, 2023. 5. 19., 일부개정]

◇ 개정이유 및 주요내용

금고 이상의 실형을 선고받고 그 집행이 끝나거나 그 집행을 받지 아니하기로 확정된 후 5년이 지나지 아니한 자 등은 의료인이 될 수 없도록 하고, 의료인이 결격사유에 해당하면 그 면허를 취소하도록 하되, 의료행위 중 업무상과실치사상죄를 범하여 금고 이상의 실형을 선고받는 등의 경우에는 그 면허를 취소하지 아니하도록 하며, 면허 취소 후 재교부받은 의료인이 자격정지 사유에 해당하는 행위를 한 경우에는 면허를 취소할 수 있도록 하는 한편,

거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 의료인 면허 발급 요건을 취득하거나 국가시험에 합격한 경우 면허를 취소할 수 있도록 하면서 면허를 재교부할 수 없도록 하고, 면허가 취소된 의료인에 대한 면허 재교부 요건으로 일정한 교육프로그램 이수율 추가하며, 병원급 의료기관에 일정한 자격을 갖춘 교육전담간호사를 배치하도록 의무화하고, 국가는 교육전담간호사 운영에 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있도록 하는 등 현행 제도의 운영상 나타난 일부 미비점을 개선·보완함.

7) 손덕호·김지환, “의전원 입학취소는 정당” 판결에 조민 “항소” …의사면허 취소 미뤄져(종합), 조선일보, 2023. 4. 6.자 기사, https://biz.chosun.com/topics_social/2023/04/06/YGAVG25JQVDNJFYQLGYZ5Y5QGY/ (2024. 1. 7. 방문); 권지담, 복지부 “조민 의사면허 취소 절차중”, 한겨레, 2022. 4. 8.자 기사, <https://www.hani.co.kr/arti/society/rights/1038170.html> (2024. 1. 7. 방문)

(2) 이 같은 개정 의료법 규정 내용을, 금번 간호법은 제7조(결격사유) 및 제39조(면허 또는 자격의 취소와 재교부)에서 그대로 수용한 것이다.

다. 간호법상 행정상 규제 관련 개정 방향 및 실익

- 의료사고 관련 업무상과실치사상죄에 대한 임의적 면허취소 규정 도입과 국민적 신뢰 제고

그런데 이번 간호법상 의료행위 중 형법 제268조(업무상과실·중과실 치사상)⁸⁾의 죄를 범하여 제7조 제4호부터 제6호까지의 어느 하나에 해당하더라도 면허를 취소할 수 없도록 예외를 두었는데, 의료사고로 환자를 사상케 하더라도, 면허에 아무런 규제를 할 수 없는 형태이다(간호법 제39조 제1항 각 호 외의 부분 단서 및 같은 항 제1호 단서).

극히 예외적일 것으로 추정되나, 업무상 과실행위로 여러 명의 환자를 죽음에 이르게 하거나 상해의 피해를 주어 금고형을 선고받는 간호사의 면허를 규제할 수 없는 상황이 예측된다.

따라서 의료사고로 업무상과실치사상 범죄로 환자를 사상케 한 간호사에 대하여 필수적으로 면허를 취소하는 규정의 도입에 대해서는 장기적으로 간호사의 윤리적 수준, 범죄 현황, 국민 감정 등을 고려하여 검토할 일이나, 적어도 업무상과실치사상으로 금고 이상의 형의 선고를 받은 간호사에 대하여 ‘임의적 면허취소’ 규정은 조속히 도입을 검토할 필요가 있다. 이렇게 되면 의사의 자격 규제보다 간호사의 자격 규제를 더 엄격히 하는 것 아닌가 하는 우려가 있을 수 있으나, 의료법이 그동안 주로 의사단체의 반대로 제대로 개정되지 못한 측면이 있고, 간호법으로 인해 간호사 역시 독자적인 자격으로 자리매김할 것이므로, 차제에 윤리적 기준을 강화함으로써 간호사가 의사 보다 더욱 자격 관리에 엄격한 측면이 있다는 점은 간호사 자격의 국민적 신뢰를 제고하는데 큰 역할을 할 것이다. 신뢰 받는 자격은 스스로 엄격한 관리를 통해 형성될 수 있고, 실제 의료사고 관련 간호사의 형사처벌의 빈

8) 형법 제268조(업무상과실·중과실 치사상) 업무상과실 또는 중대한 과실로 인하여 사람을 사상에 이르게 한 자는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

도는 매우 낮을 것이므로 실보다 득이 훨씬 클 것으로 예측된다.

또한 간호사 업계에서 필수의료 분야 근무 위축을 우려할 수 있는데, 반복적인 의료사고로 환자를 사상케 하는 간호사나 의료인에 대해 규제를 하지 않는다는 것은 전문직에 대한 관리 측면이나 국민의 건강과 생명, 보호 측면에서 타당하지 않다. 다만 임의적 면허취소 위원회를 간호사가 다수 포함된 의료인 중심으로 구성하여 의료계 스스로 문제 간호사에 대한 징계를 할 수 있도록 규정하되, 법조인, 시민단체 관계자 등이 50% 이상 위원으로 위촉될 필요성이 있다.

국민적 신뢰는 곧 그 직역의 가장 큰 경쟁력이 될 것이다. 간호사와 간호사 단체가 한 발 앞서 가기를 기대한다.

간호법 제정 의의 및 평가, 미래 간호정책 마련 토론회
간호법 이후의 간호법을 말하다

토 론

오 선 영 전국보건의료산업노동조합 정책국장

간호법 제정, 이후의 과제

오선영 전국보건의료산업노동조합 정책국장

1 간호법 제정

■ 간호법 제정의 과정

○ 간호법 추진 과정

17대국회	2005년 4월	간호사법 최초 발의. 임기만료 폐기
20대국회	2018년 1월	간호인력의 양성 및 처우개선에 관한 법률안 및 간호법안 발의. 임기만료 폐기
	2019년 4월	간호법안 발의. 임기만료 폐기
21대국회	2021년 3월	간호법안 3건 동시 발의
	2023년 2월	국회 보건복지위원회 간호법(대안) 본회의 직회부 의결
	2023년 4월 27일	간호법 본회의 통과
	2023년 5월 16일	대통령 거부권 행사
22대국회	2024년 6월, 7월	간호법안 및 간호사등에 관한 법률안 등 4건 동시 발의
	2024년 8월 28일	간호법 본회의 통과
	2025년 6월 21일	간호법 시행

- 20대 국회부터 본격적으로 이어져 오던 간호법 논쟁이 22대 국회에서도 계속되는 속에서
- 보건의료노조는 2024년 핵심 요구 확정
 - 불법의료 근절, 직종간 업무범위 명확화, PA간호사 제도화, 직종별 적정인력기준 마련
 - 현장실태조사, 국민여론조사, 보도자료 배포, 국회 간담회, 국회 토론회 등을 진행하면서 사회적 의제로 제기하고 8월 29일 동시총파업투쟁 상정.
- 보건의료노조 62개 의료기관의 동시총파업을 앞두고 간호사 업무범위 제도화 내용을 담은 간호법 제정이 급물살을 탄.
- 8월 27일 보건복지위원회 법안심사소위원회를 열어 ‘원포인트’ 논의, 여야간 쟁점이 좁혀진 간호법은 8월 28일 국회 본회의를 통과. 22대 국회 개원 3개월 만에 간호법 제정됨

■ 간호법의 목적

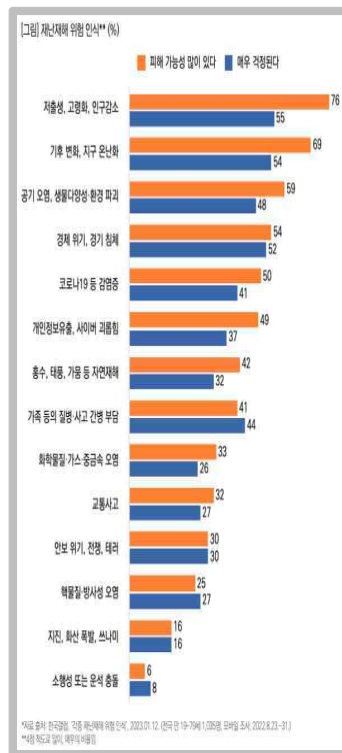
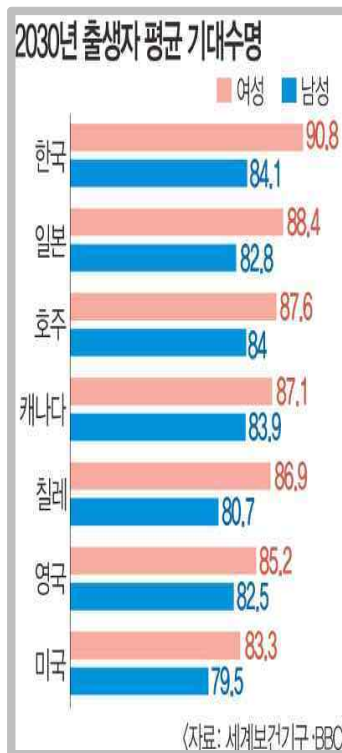
- 이 법은 모든 국민이 보건의료기관, 학교, 산업현장, 재가 및 각종 사회복지시설 등 간호사 등이 종사하는 다양한 영역에서 수준 높은 간호 혜택을 받을 수 있도록 간호에 관하여 필요한 사항을 규정함으로써 의료의 질 향상과 환자 안전을 도모하여 국민의 건강 증진에 이바지함을 목적으로 함

- 간호 또는 간호·간병통합서비스, 진료지원(보조) 등의 의료기관에서 제공하는 간호 혜택과 질병예방, 건강증진 프로그램 기획·운영, 대상자 돌봄 등의 지역사회에서 제공 가능한 간호 혜택이 있음
- 간호법 제정은 간호사의 업무 범위와 권한을 명확히 하고 간호사들이 보다 안정된 환경에서 일할 수 있도록 하는 법적 근거가 됨. 이로써 간호 노동 환경을 개선하고, 간호사의 번아웃을 줄이고 이탈을 막아, 숙련된 간호사 확보로 질 높은 간호 제공이 가능하도록 함

2 간호법이 담은 과제

■ 초고령 사회에서의 사회적 요구는 간호·돌봄

- 저출생 · 인구 고령화 문제 심각
 - 기대수명 연장. 만성질환, 복합질환 노인 인구 급증. 노인 의료비 상승
 - 우리나라는 2025년 65세 이상 인구 비율이 20%를 넘는 초고령화 사회로 진입하게 됨
- 기대 수명, 재난 재해 위험 인식 및 불안 요인



- 미국, 덴마크, 호주 등 노인 고령인구 급증으로 인한 사회적 부담 경감을 위해 지역사회 간 호 활동 활성화
- 노인 인구의 57.6%는 살던 곳에서 여생을 마치기를 희망함. 방문간호와 의료기관 - 장기요양기관을 연계하는 통합서비스 제공이 필요

- 3개 이상의 만성질환을 가지고 있는 노인 비율이 2017년에 51%가 넘었고 65세 이상 치매 유병율도 해마다 증가하고 있는 추세임. 지역사회에서의 역할 확대로 고령인구와 만성질환자의 건강증진과 돌봄 문제에 대처할 수 있도록 해야함
- 지역사회 중심의 예방적 간호 활동, 방문간호 등을 확대하여 간호와 돌봄이 필요한 의료 사각지대에 있는 사람들에게 질병 예방과 건강 관리 등 일차의료 역할 강화.

■ 노동환경 개선으로 숙련된 간호사 확보

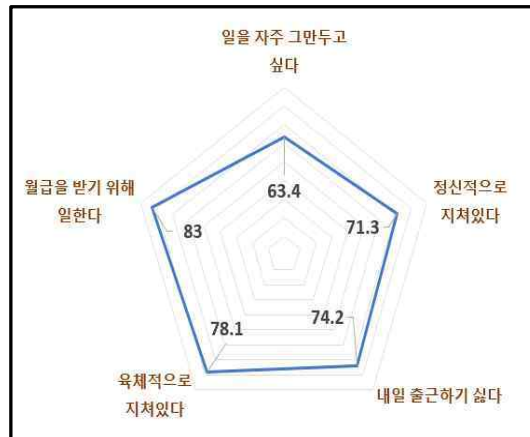
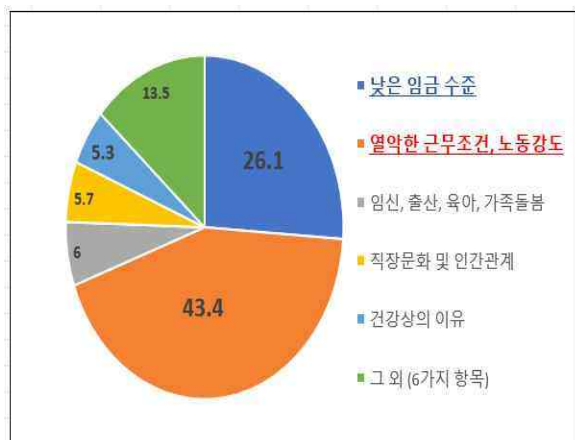
- 간호법 제5장 간호사 등의 권리 및 처우개선 등에는 ‘국가 및 지방자치단체가 근무환경 및 처우개선을 통한 간호사등의 장기근속 유도 및 숙련 인력 확보를 위해 필요한 정책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다’ 고 되어 있음

■ 간호사 최근 3개월 이직 고려 경험 72.5% 과 이유(n=27,187. 2024년)

- 이직을 고려해본 경험이 있다고 응답한 간호사는 72.5%에 달함. 해마다 유사한 비율로 변함없이 높다는 것은 임상 간호사 확보, 유지가 공고하지 못하다는 방증임
- 이직을 고민하는 이유에 있어서 두 가지가 두드러지게 응답이 높았는데 열악한 근무조건과 노동강도가 43.4%로 가장 높았고, 낮은 임금수준이 26.1%로 다음 순위임. 그 외는 모두 응답률이 한 자리 수임 간호사들의 이직 고려가 낮아지지 않는 이유는 개선되지 않는 근무조건과 노동강도, 그에 비해 낮은 임금수준 때문이라고 볼 수 있음.

■ 간호사 직무소진(번아웃) (n=31,627. 2023년)

- 간호사는 본연의 업무에 더해 의사 부족에서 전가되는 업무와 문제점들과 다른 직군의 업무까지 하면서 정신적, 육체적으로 지쳐있고 당장 출근하기 싫다거나 일을 그만두고 싶다는 생각을 하고 있음.
- 간호사들은 전체 문항에서 부정적인 인식이 매우 높고 해마다 미세한 변화에 그침. 정신적, 육체적 소진에 70%를 훨씬 상회하고 출근하기 싫고 일을 그만두고 싶은 간호사가 2/3가 넘는다는 것은 직접적이고 효과적인 개선 방안이 시급하다고 할 수 있음

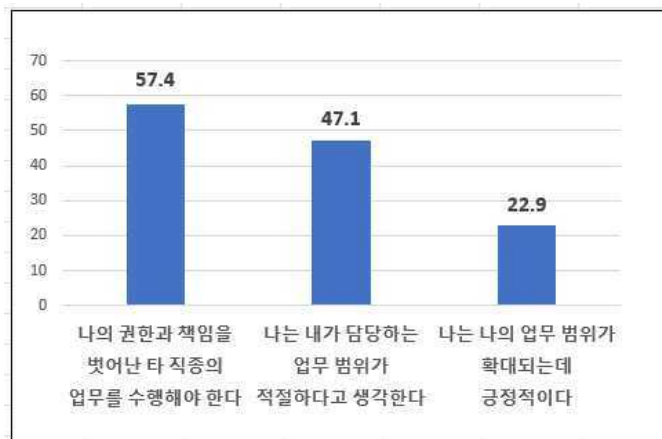


- 간호사들은 이미 높은 스트레스와 번아웃에 직면해 있으므로 노동 현장이 개선되지 않는다면 사직과 이직은 계속 반복될 것임. 간호사 배출을 아무리 늘려도 간호사 수급난은 해소되지 않을 것이며 숙련된 간호사 비율도 떨어지게 됨.
- 인권침해 금지, 일-가정 양립 지원, 간호사 1인당 환자수를 줄이기 위한 정책 수립(1:5 ratios), 규칙적이고 예측 가능한 교대근무를 할 수 있도록 지원, 직무수행 역량을 전수하고 적응을 지원하기 위한 교육전담간호사 배치 등의 법 내용이 제대로 시행되도록 해야함.
- 『간호정책심의위원회』를 통해 이직률을 낮추고 장기근속을 유도할 수있는 정책을 마련하고 간호인력의 체계적인 양성과 배치로 양질의 간호가 국민들에게 제공될 수 있도록 해야함.

■ 진료지원업무 제도화에 따른 후속 과제

- 불법의료 근절, 업무 범위와 자격 요건 구체화
- 하위 법령에서 직역간 업무의 범위와 한계를 명확히 설정하여 업무 효율성을 도모 해야함.
- 진료지원간호사가 해당 분야의 전문적인 지식을 포함한 합당한 자격을 갖추 수 있도록 교육 과정 등이 구체적으로 마련되어야 함
- 업무 범위와 협업체계 등 정책 방향을 마련하기 위한 거버넌스에 노동조합의 참여를 보장 하고 당사자인 간호사를 비롯한 현장의 의견이 충분히 반영되어야 함.

■ 간호사 업무 적절성 (긍정비율) (n=27,187. 2024년)



- 나의 권한과 책임을 벗어난 타 직종의 업무를 수행해야 한다는 점과 나의 업무 범위가 부적절하다고 생각이 커서 두 항목에 부정적인 평가가 높았으며 그러한 영향으로 간호사들은 업무 범위가 더 확대되는 것에 긍정적이지 않음
- 작년대비 간호사들의 업무량, 업무 적절성에 대한 부정적인 인식은 더 높아졌음. 업무 범위 확대에 대한 긍정 평가도 예년에 비해 5~10%p 가량 낮아졌는데 진료공백 사태에 따른 부정적 여파가 작용한 것으로 보임. 단, 상당수의 응답은 전공의 집단 진료거부 이전에 작성, 수거되었음

■ 진료거부 사태 기간 중 의료기관의 상황 (2024.4.24~5.22. 113개 의료기관 조사)

- 의사인력 부족으로 인한 의료현장의 간호사 불법의료는 계속되고 있음. 응답 의료기관의 62.3%가 대리처방, 24.7%가 대리수술, 45.1%가 대리시술·처치, 59.1%가 대리 동의서 서명 행위를 하고 있다고 응답함
- 국립대병원·사립대병원의 경우 의료기관 실태조사에 참가한 총 47곳 중 43곳(91.5%)이 PA 간호사를 늘렸다고 응답함.
- 간호사 시범사업에 따라 증가된 업무에 대해 교육훈련 과정을 거치지 않은 곳은 총 22곳이었고, 간호사가 의사 업무를 담당하게 되면서 의료사고가 발생한 곳도 있었음
- 의사의 진료를 보조하는 인력(PA, SA)이 가장 많은 곳은 서울 A사립대병원으로 393명이었고, 경기도 B사립대병원(388명), 서울 C사립대병원(357명), D국립대병원(253명), 부산 E사립대병원(244명), F국립대병원(225명) 순이었음

■ 전문간호사 vs 진료지원간호사

- 전문간호사
 - 전문간호사는 석사 이상의 심화된 교육과 훈련을 받고 전문 지식과 기술을 바탕으로 특정 전문 분야에서 독립적으로 혹은 협력적으로 간호 활동을 수행함.
 - 전문 분야로는 가정간호, 감염관리, 마취, 보건, 산업, 응급, 정신, 노인전문 간호사 등 13개 영역이 있음
- 진료지원간호사
 - 진료지원간호사는 의사의 진료를 보조하고, 환자와 의료진 간의 중간 다리 역할을 수행하는 간호사로 의사와의 협업을 통해 환자에게 최적의 의료 서비스를 제공하는 역할임. 그러나 전문간호사처럼 독립적인 권한은 없으며, 의사의 지도와 위임에 근거하여 업무를 수행함
- 두 역할 모두 환자에게 질 높은 의료 서비스를 제공하는 데 중요하지만, 각자의 전문성과 책임과 권한이 적합한 영역에서의 기여가 필요함

3 간호 노동의 미래

- 간호 노동자에게 필요한 미래는 그들이 안전하게 일하면서 최상의 간호를 제공할 수 있도록 그들의 헌신과 전문성이 존중받을 수 있는 사회임
- 간호법 제정으로 간호인력의 역할과 임무가 더욱 명확해지고 간호인력의 양성, 배치에 대한 국가적 책무도 강화되었음.
간호법은 간호정책의 출발점이 될 것이며 의료기관뿐만 아니라 지역사회에서의 더 나은 간호, 더 따뜻한 간호로 환자 안전과 사회적 돌봄을 만들어 나가는 출발점이 될 것임.

간호법 제정 의의 및 평가, 미래 간호정책 마련 토론회
간호법 이후의 간호법을 말하다

토 론

박 해 린 보건복지부 간호정책과장

간호법 제정 의의 및 평가, 미래 간호정책 마련 토론회
간호법 이후의 간호법을 말하다

Q&A
