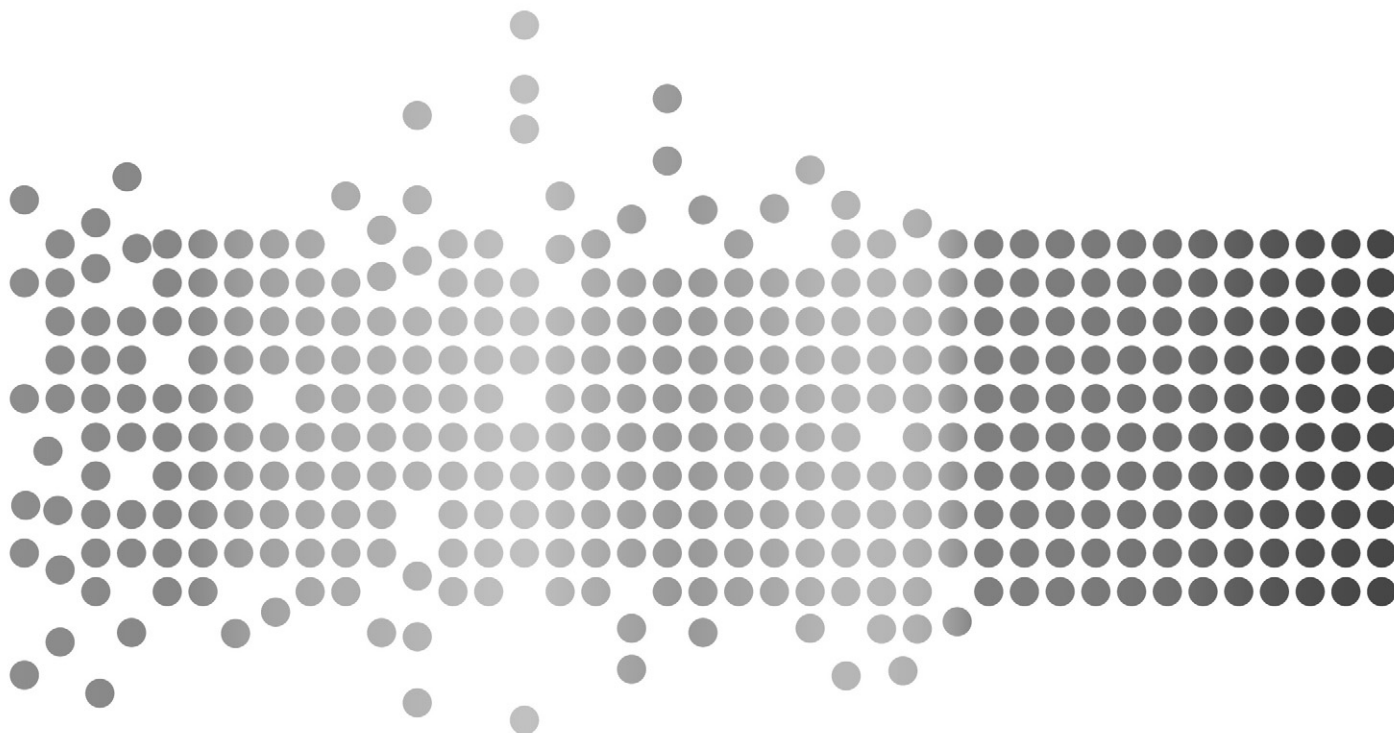


간병서비스 제도화방안 연구

신영석 · 황도경 · 남궁은하 · 민인순 · 윤석준 · 정형선



보 건 복 지 부
Ministry of Health and Welfare

한국보건사회연구원
Korea Institute for Health and Social Affairs

제 출 문

보건복지부장관 귀하

이 보고서를 “간병서비스 제도화 방안 연구”의 최종 결과보고서로 제출합니다.

2010. 12. 15

주관연구기관명: 한국보건사회연구원

연 구 책 임 자: 신 영 석

연 구 원: 황 도 경

연 구 원: 남궁은하

연 구 원: 민 인 순

(순천향대학교 보건행정경영학과 교수)

연 구 원: 윤 석 준

(고려대학교 보건대학원 교수)

연 구 원: 정 형 선

(연세대학교 보건행정학과 교수)



머리말

우리나라 대부분의 급성기병원은 입원 관련 모든 서비스를 제공하지 못하고 있다. 이는 환자의 보호자나 환자와의 개인적 계약 또는 용역에 의해 일시 고용된 간병인들이 입원 환자 곁에서 입원 생활에 필요한 수발을 할 수 밖에 없게 한다. 반면 사회적 환경은 점점 가족간병이 어려워지는 상황이다. 최근의 핵가족화, 여성의 사회 진출 증가 등 사회 변화로 가족이 입원하게 될 경우 환자는 가족의 간병 수발 보다는 유료 간병인에 의존할 수밖에 없다. 더욱이 질병구조의 변화나 의료기술의 발달 등으로 인해 입원 환자수가 증가함에 따라 간병 수요는 지속적으로 증대 될 것으로 예상된다. 즉 간병 욕구가 나날이 증대하고 있다.

간병 욕구의 증대는 부담의 동반을 수반한다. 경제적 부담과 물리적 부담이 서로 가중된다. 간병인을 고용할 수밖에 없는 상태에서의 경제적 부담 그러면서도 가족 중심의 전통 사상 때문에 간병으로부터 완전히 자유로울 수 없는 물리적 부담이 그것이다. 부담의 일부를 덜자는 것이 간병서비스의 제도화이다. 간병서비스의 제도화를 위해 본보고서는 선행연구, 외국의 제도, 실태조사의 결과를 이용하여 간병 업무의 범위를 설정하고, 간병서비스 제공 관련 제반 사항들을 검토하고 있다. OECD 평균에 비해 턱없이 낮은 간호사 비율 때문에 간병인의 역할이 의료의 경계로까지 넘나드는 현실에서 이를 차단하면서 환자에 대한 서비스의 질을 높이고 동시에 간병의 부담까지 완화할 수 있는지 여부에 대해 분석하고 있다.

본보고서는 간병서비스의 제도화 방향에 대해서는 원칙적으로 동의하면서 지금 당장 제도화하는 것은 여러 가지 관점에서 적절치 않음을 보여주고 있다. 동시에 제도화를 위해 중장기적인 관점에서 로드맵을 설정하여 가까운 시일내에 제도화할 것

을 제안하고 있다. 따라서 의료 및 사회정책에 관심 있는 학자, 정책담당자 그리고 관계자에게 일독을 권하고 싶다.

본 연구는 본 원의 신영석 연구위원 책임하에 황도경 선임연구원, 남궁은하연구원, 외부에서는 고려대학교 윤석준 교수, 연세대학교의 정형선 교수, 순천향대학교의 민인순 교수에 의해 완성되었다. 연구진은 수차에 걸친 토론회에서 도움을 주신 자문단의 각계 전문가에게도 고마움을 표하고 있다.

끝으로 본 보고서를 읽고 유익한 조언을 해주신 원종욱 박사, 황나미 박사에게도 감사하고 있다.

본 보고서에 수록된 모든 내용은 어디까지나 저자들의 의견이며 본 연구원의 공식견해가 아님을 밝혀둔다.

2010년 12월
한국보건사회연구원장
김 용 하

요약	1
제1장 서론	17
제1절 연구의 배경 및 목적	17
제2절 연구의 목적	20
제3절 연구의 내용	20
제2장 간병서비스 현황 및 문제점	25
제1절 급성기병원 간병서비스 제공 현황	25
제2절 요양병원 간병서비스 제공 현황	52
제3절 의료패널을 통해 본 간병서비스 실태	60
제3장 국내 간병서비스 제도화 선행연구	77
제1절 의료기관 간병서비스 사회제도화 방안 (2006)	77
제2절 간호간병 서비스 개선을 위한 시범사업 (2008)	87
제3절 산재보험의 간병료 및 간병전달체계 개선방안 (2006)	96
제4절 국내 선행연구 고찰을 통한 시사점	101
제4장 외국의 제도 및 시사점	105
제1절 일본 건강보험의 간병서비스 보험 체계	105
제2절 미국	150
제3절 독일	160
제4절 영국	162
제5절 호주	166
제6절 외국 간병서비스제도 시사점	170

제5장 간병서비스 대상 및 업무 영역 설정	175
제1절 간병서비스의 대상 및 업무 범위 설정(의학적 범주 관점에서)	175
 제6장 간병서비스 제도화 방안	209
제1절 간병서비스 제도화 관련 쟁점 분석	209
제2절 간병서비스 수급 분석	221
제3절 간병서비스 제도화 모형	227
제4절 간병서비스 제도화 모형에 따른 소요 재정 추계	227
제5절 간병 서비스 제도화 관련 종합 검토	228
 참고문헌	237
 부록: 간병서비스 관련 법 및 제도	243

표 목 차

〈표 2- 1〉 조사대상 요양기관의 병상수	26
〈표 2- 2〉 조사대상 요양기관의 간호관리료 등급	27
〈표 2- 3〉 조사대상 요양기관의 평균 병상가동률	27
〈표 2- 4〉 상급종합병원과 종합병원의 환자 중증도 분포	27
〈표 2- 5〉 요양기관별 간호인력 구성비	28
〈표 2- 6〉 간병서비스 제공 실태	28
〈표 2- 7〉 병동의 간호인력 수	30
〈표 2- 8〉 간호사 이외 전담인력 유무	30
〈표 2- 9〉 간병인 역할과 업무에 대한 간호사의 인식	31
〈표 2-10〉 간병인 관리 및 의사소통	32
〈표 2-11〉 간병인에 대한 인식 및 필요성	32
〈표 2-12〉 간병 인력이 필요한 이유	33
〈표 2-13〉 간호사가 인식하는 업무별 적정 주체	33
〈표 2-14〉 간병인 일반 현황	35
〈표 2-15〉 간병인 근로활동 현황	36
〈표 2-16〉 간병인 근로환경 현황	37
〈표 2-17〉 간병인의 간병업무에 대한 인식	39
〈표 2-18〉 간병업체의 일반적 특성	41
〈표 2-19〉 간병업체의 행정 관련 특성	43
〈표 2-20〉 조사대상자 일반적 특성	45
〈표 2-21〉 조사대상자의 건강관련 특성	46
〈표 2-22〉 간병서비스 이용 관련 특성 (N=743)	47
〈표 2-23〉 간병서비스 만족도 (N=743)	48
〈표 2-24〉 간병서비스 이용하지 않는 이유 (N=253)	49
〈표 2-25〉 지불의사금액 응답분포(간병서비스 이용자)	51
〈표 2-26〉 지불의사금액 응답분포(간병서비스 미이용자)	51
〈표 2-27〉 전국 간호인력 및 간병인력 추계	54

〈표 2-28〉 병원 및 100병상당 간호/간병인력	54
〈표 2-29〉 조사대상의료기관의 일반적 특징	56
〈표 2-30〉 조사대상 간병인의 인구사회학적 특성	60
〈표 2-31〉 조사대상 입원환자의 입원 빈도	62
〈표 2-32〉 요양기관별 입원환자 분포	63
〈표 2-33〉 입원환자의 간병인 이용 여부	64
〈표 2-34〉 유급간병인 이용환자의 간병이용일수/일평균 간병시간/일평균 간병비용	64
〈표 2-35〉 유급간병인 이용환자의 간병시간 분포	65
〈표 2-36〉 유급간병인 이용환자의 간병비용 분포	66
〈표 2-37〉 성별에 따른 유급간병인 이용여부	67
〈표 2-38〉 연령에 따른 유급간병인 이용여부	67
〈표 2-39〉 유급간병인 이용여부에 따른 입원일수	68
〈표 2-40〉 가구원 수에 따른 유급간병인 이용여부	68
〈표 2-41〉 혼인상태에 따른 유급간병인 이용여부	69
〈표 2-42〉 소득에 따른 유급간병인 이용여부	69
〈표 2-43〉 만성질환 유무에 따른 유급간병인 이용여부	70
〈표 2-44〉 만성질환 수에 따른 유급간병인 이용여부	70
〈표 2-45〉 유급간병인 유무에 따른 다빈도 만성질환	71
〈표 2-46〉 유급간병인 이용에 따른 요양기관 형태	71
〈표 2-47〉 요양기관 설립구분에 따른 유급간병인 이용여부	72
〈표 2-48〉 유급간병인 이용여부에 따른 의료비 부담수준	73
〈표 2-49〉 유급간병인 이용여부에 따른 의료비 부담수준	73
〈표 2-50〉 유급간병인 이용여부에 따른 병실형태	74
〈표 3- 1〉 건강보험 환자 본인부담률에 따른 건강보험 가입자 1인당 월평균 추가보험료	87
〈표 3- 2〉 환자당 일평균 간병비용 추계 결과	94
〈표 4- 1〉 기준간호체계	120
〈표 4- 2〉 ‘실인원평가방식’에 의한 ‘기타간호료’의 점수 설정	121

〈표 4- 3〉 간호(A)가산 (간호부 비율이 70% 이상인 경우) 1일간호료	123
〈표 4- 4〉 간호(B)가산 (간호부 비율이 40% 이상 70% 미만인 경우) 1일간호료	124
〈표 4- 5〉 간호부 비율이 20% 이상 40% 미만인 경우 1일간호료	124
〈표 4- 6〉 일본의 신간호체계 수가 (1997)	125
〈표 4- 7〉 노인병동의 간호료 · 직원배치기준	126
〈표 4- 8〉 일반병동 1군(평균재원일수 28일 이내의 경우)의 입원기본료, 1일당	127
〈표 4- 9〉 요양병동 입원기본료	128
〈표 4-10〉 간호직원 배치의 예	133
〈표 4-11〉 일반병동 입원기본료 (일반, 후기고령자)	137
〈표 4-12〉 산정 가능한 입원가산	138
〈표 4-13〉 요양병동 입원기본료의 포괄 범위 (일반, 후기고령자)	139
〈표 4-14〉 요양병동 입원기본료	140
〈표 4-15〉 결핵병동 입원기본료(일반,노인공통)	141
〈표 4-16〉 정신병동 입원기본료(일반,노인)	142
〈표 4-17〉 특정기능병원 일반병동 입원기본료	143
〈표 4-18〉 특정기능병원 결핵병동 입원기본료	143
〈표 4-19〉 특정기능병원 정신병동 입원기본료	143
〈표 4-20〉 전문병원 일반병동 입원기본료	144
〈표 4-21〉 장애인시설등 일반병동 입원기본료	145
〈표 4-22〉 유상진료소 일반병동 입원기본료	145
〈표 4-23〉 유상진료소 요양병동 입원기본료	146
〈표 4-24〉 미국 현장(병원, 가사간병, 요양원)에서 근무하고 있는 간호간병인력 (2008년)	153
〈표 4-25〉 Median hourly wages, May 2008	153
〈표 4-26〉 캘리포니아주의 부서별 간호사 최소배치기준 (2008년)	159
〈표 4-27〉 NHS 간호 및 간병인력 (2009년 9월, England)	165
〈표 4-28〉 호주 전일근무 간병인의 주당 임금	167

〈표 4-29〉 Average full-time equivalent staff(a) and average salaries, public acute and psychiatric hospitals,, states and territories, 2008-09	169
〈표 5- 1〉 한국 표준간호행위 분류	175
〈표 5- 2〉 의료기관 간병인의 수행행위/빈도	181
〈표 5- 3〉 병원별 간병인의 다빈도 행위 및 환자 1인당 간병수행 시간	182
〈표 5- 4〉 환자분류군별 간병인의 다빈도 간병행위 및 환자 1인당 간병행위시간	183
〈표 5- 5〉 조사된 간병행위 목록	184
〈표 5- 6〉 위임가능 간병행위 설문: 의식 환자	189
〈표 5- 7〉 위임가능 간병행위 설문: 무의식 환자	189
〈표 5- 8〉 영역별 심신상태를 나타내는 52개 항목	192
〈표 5- 9〉 영역별 조사항목 점수표	192
〈표 5-10〉 조사대상 간병환자 분류	194
〈표 5-11〉 환자 중증도에 따른 분류표	195
〈표 5-12〉 대상자 일상생활 수행능력(ADL) 수준	195
〈표 5-13〉 Karnofsky Performance Scale	197
〈표 5-14〉 ECOG scale performance status	198
〈표 5-15〉 간병서비스 수급 대상 선정을 위한 환자 중증도 분류표	202
〈표 5-16〉 환자중증도별 간병서비스 행위분류	203
〈표 6- 1〉 환자중증도별 간병서비스 행위분류	210
〈표 6- 2〉 간병교육 및 일자리 알선·파견관리에 대한 각 대안의 장단점	216
〈표 6- 3〉 요양기관 종별 간호등급제도(일반병동)	218
〈표 6- 4〉 요양기관 유형별 입원료 및 간호관리료	218
〈표 6- 5〉 요양기관 유형별 간호등급현황 (2010년 4/4분기)	219
〈표 6- 6〉 요양기관 종별 입원일수 및 구성비 (2009년 기준)	223
〈표 6- 7〉 요양기관 종별 중증도 분포	223
〈표 6- 8〉 중증도별 간병 수요 추정	224

〈표 6-9〉 간병 또는 일상생활 지원인력	224
〈표 6-10〉 간병 제도화에 따른 소요재정 추계(2009년 기준)	228
〈표 6-11〉 간호사, 간호조무사의 업무(의료법 등)	230

그림 목 차

[그림 2-1] 지불용의금액 측정을 위한 제시금액	50
[그림 2-2] 간호·간병 인력의 상관관계	55
[그림 2-3] 요양병원의 고용형태별 분포	57
[그림 2-4] 조사기관의 간호·간병인력수	58
[그림 2-5] 환자, 간호사, 간병인과의 관련성	59
[그림 4-1] 미국 주별 nurse staffing 과 nursing care indicator 법제화 (2010년 8월기준)	160
[그림 5-1] A병원 간호정보 조사지 중 환자활동상태 부분	191
[그림 5-2] B병원 간호정보 조사지 중 환자활동상태 부분	191
[그림 5-3] Karnofsky Performance Scale	197
[그림 6-1] 병원에서의 간병인 활용 및 관리방식	215

요약

- 연구의 배경 : 산업화, 핵가족화, 여성의 사회진출 증가 등 사회여건의 변화와 생활양식 및 의식구조의 변화로 가족기능이 약화됨에 따라 환자 간병에 대한 가족 간 갈등 및 부담이 증대하고 있음.
- 연구의 목적 : 간병서비스에 대한 정의, 간병인의 기능, 역할 등에 대한 규범을 정립하고, 환자 가족의 간병 부담을 덜고 질 높은 서비스 제공하여 국민건강을 향상시키도록 간병서비스의 제도화 방안 도출

1. 간병서비스 실태 조사 결과

- 급성기 병원의 간병서비스 제공 실태
 - 병상 대 간호사 비율은 24시간 중 8시간 근무의 3교대를 고려하지 하지 않을 경우, 상급종합병원 2.7명, 종합병원 4.9명, 병원 11.8명이었으며 3교대를 가정할 경우 각각 8.1명, 14.7명, 35.4명으로 상급병원일수록 병상수 대 간호사 비율이 높게 나타나고 있음.
 - 간병서비스 이용 형태는 모든 요양기관에서 24시간 상주하여 개인간병을 한다는 응답이 가장 많았고 상급병원일수록 그 비율은 더 높았음.
 - 병동 내 환자간호 업무지원을 위한 간호사 이외의 전담인력 배치현황 : 검사/처치 시 이동보조를 위한 환자 이송 담당이 있다고 응답한 간호사는 전체의 약 65.7%였고, 입원환자 린넨교환과 입원환자 정규채혈을 위한 별도 인력이 있다고 응답한 간호사는 각각 48.%, 42.5%로 절반에 미치지 못하고 있었음.

- 간호사가 인지하는 간병인의 업무능력 만족도는 과반수 이상인 56.2%가 보통이라고 응답하였고, 25.8%는 만족하였지만 만족하지 못한다는 응답도 18%로 나타났다.
- 환자에게 문제가 발생하였을 때는 대체로 간호사가 간병인 보다 먼저 발견하였다고 응답하였음(87.3%).
- 간병인이 간호사 업무를 수행한 적이 있는지에 대한 질문에서는 전체 응답 간호사의 58.2%가 수행한 적이 있다고 응답
- 간호사를 대상으로 업무별 적정 수행 대상자를 조사한 결과 ‘협압, 맥박, 호흡, 체온 등 활력증후 측정’, ‘산소흡입기 사용’, ‘정맥주사 바늘 제거’, ‘상처 드레싱 교환’, ‘환자 증상과 증후 관찰’ 등은 간호사의 업무라 응답한 비율이 현저히 높은 반면 ‘침상정돈’, ‘외래검사실 이동’, ‘체위변경’, ‘개인위생관리’, ‘식사보조’, ‘운동보조’ 등은 간병인의 업무라는 인식이 훨씬 높았음.
- 간병인의 일일 병원 체류시간은 13-24시간이 74.0%로 가장 많았고 일주일에 5~6일 일한다는 응답이 70.3%였음. 간병인의 하루일당은 6만원 정도가 가장 많았고 월평균 급여는 100-150만원 미만이 44.7%로 가장 많았으며 99만원 이하도 36.3%나 되었음.
- 간병업체의 평균 고용간병인 수는 93.1명이었고 30인 미만 간병업체의 평균 간병인수는 14.4명인 반면 100인 이상 고용업체의 평균 간병인 수는 약 280명 정도로 나타나 영세업체와 규모가 큰 업체와의 차이가 큰 것으로 나타나고 있으며 현재 활동 간병인의 수도 비슷한 양상을 보이고 있음.
- 간병서비스 미이용자에게 간병서비스를 이용하지 않는 가장 큰 이유를 묻은 결과, 가장 많이 차지한 항목은 '간병비 비용 부담이 크기 때문' (41.9%)로 나타남.
- 간병서비스 수요자의 지불용의금액(willingness-to-pay, WTP) : 63,763원으로 나타났으며, 이는 현행 간병서비스 이용료의 최빈값(6만원/일)보다 약간 높은 수준임.

2. 외국의 사례와 시사점

가. 일본

- 과거 일본에서는 지금의 우리나라와 마찬가지로 가족과 친지에 의한 간병 또는 환자가 고용한 간병인에 의한 간병이 일상화 되어 있었으나 오랜 기간에 걸친 개혁 과정을 통해 현재는 서구 국가와 마찬가지로 의료기관에서의 입원과 관련한 모든 서비스는 원칙적으로 의료기관의 책임하에 이루어지도록 바뀜.
- 현재의 “신간호·간호보조체계”는 보호자가 고용하던 간병인을 병원이나 진료소가 고용하는 체계로 전환한 것일 뿐 ‘附添간호·개호의 폐지’는 아님
 - 이와 같이 간호인력을 통해서 간호 및 간병서비스를 충족시키는 원칙을 강화할 수 있었던 것은 일본에서 과거에 비해 간호인력의 공급이 원활해진 것이 배경에 있음을 주목할 필요가 있음.

나. 미국

- 의료기관 간호인력의 간호행위에 대한 지불보상시스템은 보험종류 및 보험기관과 의료기관의 특성에 따라 상이함 (간호시간당, 환자 중증도 등).
- ‘연방사회보험법’에서 정한 공적 노인의료보험인 메디케어(Medicare)의 경우, 개별 전문간호행위에 대해서는 환자군 분류체계에 따라 4개군으로 분류되어 메디케어내 간호료 (nursing fee)가 부가적으로 지불보상되고 있음.
 - 메디케어 Part A(병원보험)의 급여대상 중 하나인 입원관리료(Room and board charge)에 기본간호(general nursing) 서비스는 포함되어 있어, 별도의 간호관리료 수가는 책정되어 있지 않음.
 - 메디케어 입원관리료 지불비용을 보면 장기간의 입원으로 인한 비용지불 부담을 줄이기 위해 재원기간 61일 이후부터는 환자본인부담분을 높이는 특징이 있음.
- 급성기병동 입원환자는 가족이나 사적 고용간병인의 도움없이 필요한 모든 서비스를 병원직원에 의해 제공받고 있음.

다. 독일

- 1993년부터 건강구조법(Gesundheitsstruktur Gesetz)에 따라 간호의 질 보장을 목적으로 2,3차 진료기관에 간호사규정(Pflegepersonal Regelung)을 적용시켜 수발을 포함한 간호요구도에 따라 간호사를 배정하고 있음.
- 간호요구도는 기본간호와 특수간호로 구분하여, 매 환자 당 요구도 평가결과를 통해 간호사 배정의 기준으로 활용하고 있음.
 - － 기본간호(수발)의 4가지 영역: 신체청결, 영양섭취, 배설과 기동영역으로 분류하여 각 영역의 수발필요도를 2,3등급으로 차등하여 기본간호(수발)의 요구도를 판정함.
 - － 특수간호의 3가지 영역: 관리, 투약과 상처관리영역으로 분류, 각 영역을 다시 2,3등급으로 차등화하여 특수간호의 요구도를 정함. 그러나 이 법은 1995년 폐지되었으나 독일의 많은 대학병원에서 예산책정의 근거자료로 아직 사용하고 있음.

라. 영국

- 영국은 1948년 NHS (National Health Service, 국가보건의료체계) 도입으로 영국에 거주하는 주민에게 ‘누구나, 무료로, 의료필요에 근거하여 의료서비스를 받을 권리’가 있으므로 (단, 시력검사, 치과서비스 등 제외), 의료기관에서의 간병서비스 역시 직접 비용을 지불하지 않고 이용할 수 있음 (문선웅 외, 2008).
- NHS는 1차의료 (1차의료소 또는 General Practitioner, 치과의원, 약국 등), 2·3차 병원진료 (입원 및 외래 포함), 지역사회/사회서비스 및 장기요양간호의 세 개의 별개 영역으로 구분됨
- 2차 의료기관은 1차진료소에서 의뢰받은 환자를 전문 의료인력이 (외래 및 입원)치료 및 수술하며, 주로 NHS Trust, ambulance Trust 등의 목적에 따른 기금으로 운용됨.

마. 호주

- 2001년부터 호주 빅토리아주는 대형 공공병원에서의 간호사 최소배치기준을 법제화하였고, 그 배치기준으로 의료·수술실의 경우 간호사 대 환자 비율이 최소 5:20이 되도록 함.¹⁾
 - 일부선행연구는 간호사 최소배치기준설정으로 의료기관의 간호사 추가고용 증가, 직원 이직율 및 결근율 감소, 간호학원 지원자 증가 등 간호인력의 질적·양적증가 이 높이 평가하고 있음.²⁾
 - 이러한 이유로 New South Wales 등 타 주에서도 간호사연합에서 간호사 최소배치기준 제정을 옹호하고 있음³⁾.
 - 하지만 일부는 간호사대 환자의 특정비율을 지지할 만한 경험적 연구근거는 없으며, 배치기준이 병원에서의 직능별기술조합 및 환자 outcome에 많은 영향을 미치는 것으로 나타나고 있지 않다고 봄.

3. 간병 대상 및 영역 설정

- 간호업무와 간병업무의 스펙트럼을 다음과 같이 간병적 수발영역/간병적 간호영역/전문 간호영역의 세 영역으로 구분하였고 각 영역의 정의는 다음과 같음.

간병적 수발영역	간병적 간호영역	전문 간호영역
----------	----------	---------

- 간병적 수발영역은 일반적인 의미의 간병행위로서 환자의 기본일상생활을 ‘수발’하는 수준의 행위이며 가정에서의 수발과 구분하기 위해 ‘간병적 수발’로 표현하였음.
 - 본 영역은 환자의 의학적 상태나 의료진의 치료행위에 직접적으로 영향을 미치지 않고 행위의 난이도와 위험도가 높지 않아 훈련된 민간 간병인이

1) Gertz, M., Nelson, S. (2007). 5 -20: a model of minimum nurse-to-patient ratios in Victoria, Australia. Journal of Nursing Management, 15: pp.64 -71.

2) 간호간병 서비스 개선을 위한 시범사업(2008) 재인용

3) ABC News 2010년9월23일자 기사 <http://www.abc.net.au/news/stories/2010/09/23/3019746.htm>

충분히 담당 할 수 있는 업무로서 환자의 위생, 배설, 식사, 이동 등의 기본적인 일상생활을 수발하는 행위임

- 간병적 간호영역은 환자의 치료나 의학적 상태에 영향을 줄 수 있고 간병적 수발행위보다 행위의 난이도와 위험도가 높아 원칙적으로는 전문간호인력이 담당해야 하는 업무이나, 수요에 부합한 간호인력의 부족 문제를 감안하고 현재의 간병인력을 활용하기 위해 한시적으로 간호인력의 지시와 감독하에 훈련된 민간 간병인들에게 위임 가능한 업무로 규정함.

— 본 영역에 포함 가능한 행위로는 기관지 절개 부위 가래 뽑기, 인공 배뇨, 투약 보조, 마사지, 위관 영양주입, 정맥 주사부위 관찰, 생체 징후 관찰 등이 있음

- 전문 간호영역은 행위의 난이도가 높고 행위의 결과가 환자의 의학적 상태에 직접적으로 영향을 미치며, 환자의 상태가 중한 이유 등으로 인해 반드시 전문 간호인력(간호사, 간호조무사)이 수행해야 하는 업무로서 어떠한 상황에서도 민간 간병인력에게 위임이 불가능한 행위임. 산소요법, 정맥주사, 근육주사, 항암제 투입 등이 포함됨.

□ 영역의 구분은 1) 행위내용과 2) 행위주체의 두 기준을 바탕으로 이루어졌음

- 기본적인 영역구분은 행위의 내용별로 이루어지나 환자의 상태나 업무 수행 환경에 따라 같은 행위라 하더라도 행위의 주체가 변경될 필요를 감안하여 행위의 주체에 따라서도 영역의 구분을 달리 적용하기 위함임

- 예: 의식환자의 구강청결보조는 민간간병인이 할 수 있는 간병적 수발행위로 분류할 수 있지만 무의식 환자에서의 구강청결보조는 전문간호인력이 감당해야 하므로 간병적 간호행위나 전문 간호행위로 분류됨

- 따라서 본 스펙트럼의 구분은 고정된 것이 아니라 탄력적으로 적용이 되고 각 영역의 정의에는 행위의 내용과 주체에 대한 개념이 모두 포함되어 있음

- 간호/간병 영역의 스펙트럼을 양분하여 구분하지 않고 완충적 성격을 가진 ‘간병적 간호행위’ 영역을 설정하였음

— 이는 전문 간호인력의 부족상황을 극복하고 현재의 민간 간병인력을 충분히 활용하기 위하여 전략적으로 설정한 ‘완충 효과 영역’으로서 본 구분의

핵심 영역이라 할 수 있음

－ 즉, 현실적 문제를 고려하여 설정한 한시적 성격의 영역임

□ 간병서비스 수급대상을 선정하기 위한 도구 : 환자 중증도 분류체계(I-IV)」

○ 환자의 일상생활 측정에 필수적인 항목이 대부분 포함되어 있다는 점에서 본 도구 선정 취지에 부합함

－ 총 12개 항목으로 위생관리, 영양, 배설, 운동/활동, 교육/자문, 정서적 지지, 의사소통/의식상태, 치료/검사, 투약, 측정/관찰, 환자관리를 위한 부서간 조정, 전동관리 임

－ 이 중 본 취지에 부합하는 항목은 위생관리, 영양, 배설, 운동/활동 등임

○ 또한 각 환자별로 담당 간호사가 매일 작성하고 있어 본 업무만을 위한 추가 노동이 필요 없고 환자 상태 변화를 일별로 반영할 수 있다는 장점이 있음 (간호 전문가 자문 내용 중)

○ 결론적으로 도구의 질이 검증이 되었고 평가항목이 적절하며 간병서비스 필요도를 측정하는 인력인 간호사들에게 있어 본 도구가 매우 익숙하다는 점에서 본 도구의 선정은 합당함

□ 구체적인 평가방식은 다음과 같음

○ 12개 항목 중 환자의 일상생활과 관련 있는 위생관리, 영양, 배설, 운동 및 활동 등의 4개 항목으로 환자의 일상생활 가능상태를 평가함

〈표 1〉 간병서비스 수급 대상 선정을 위한 환자 중증도 분류표

위생관리	1군	스스로 위생관리 가능
	2군	부분적 도움으로 침상 외에서 가능
	3군	부분적 도움을 받아 침상에서 가능
	4군	전적인 위생간호
영양	1군	스스로 식사가능
	2군	식사 준비 등 부분적 도움
	3군	완전도움으로 spoon feeding
	4군	계속적인 관찰을 요하면서 tube feeding
배설	1군	스스로 배뇨, 배변 가능
	2군	일시적 도움으로 배뇨, 배변 가능
	3군	장기적인 도움으로 배뇨, 유치도뇨
	4군	전적인 도움

운동 및 활동	1군	스스로 능동적 운동가능
	2군	부분적 도움이나 보조기구 이용
	3군	침상내에서 부분적 도움으로 수동적 운동
	4군	부동상태에서 전적의존의 수동적 운동 체위변경

주: I군-1점, II군-2점, III군-3점, IV군-4점으로 하여 4개 영역 점수를 합산, 최저 4점, 최고 16점 체계임.

- 환자의 최종 분류는 4개 항목 점수를 합산하여 아래와 같이 I-IV군으로 이루어지게 함.

중증도	점수
I	4
II	5-8
III	9-12
IV	13-16

- 환자중증도별 간병서비스 행위분류 : 최종적으로 ‘가’의 「간병/간호 영역 구분 도구」와 ‘나’의 「환자 일상생활 가능상태 평가도구」를 통합한 체계가 필요하여 31개 각 행위별로 환자의 분류에 따라 간병/간호 영역을 분류

〈표 2〉 환자중증도별 간병서비스 행위분류

개별 간병 행위/ 중증도	환자분류군				무의식
	I	II	III	IV	
구강간호	0+	1++	2+++	3++++	3
세면, 목욕 등의 신체 청결	0	1	2	2	2
옷 갈아 입히기	0	1	2	2	2
환자의 각종 불편함 제거	0	1	2	2	3
환자 말 벗 되어주기	1	1	1	1	미해당
식사 및 간식 수발	0	1	2	2	미해당
침상에서 자세 바꾸기(간호사 주도로)	0	1	2	3	3
침상에서 환자 이동(환자 원하여)	0	1	2	3	미해당
조기 가동, 심호흡, 기침 돕기	1	2	3	3	미해당
운동 돕기	0	1	2	2	미해당
대, 소변 수발 및 변기 세척	0	1	1	1	2
튜브 통해 나온 배설물 처리	1	1	1	1	1
냉온수 주머니로 체온 유지	1	2	2	2	3
침상 정리, 정돈	1	1	1	1	1
종교적인 요구 돕기	1	1	1	1	미해당
음식 섭취량, 횟수 측정	1	2	2	2	2
배설량과 횟수 측정	1	2	2	2	2
투약 돕기	0	2	3	3	3
검사물 채집(가래, 소변, 대변)	1	2	2	2	3

개별 간병 행위/ 중증도	환자분류군				무의식
	I	II	III	IV	
증상과 증후 관찰	2	3	3	3	3
검사/처치를 위한 환자 이동시 돕거나 동행	0	1	2	2	3
의료진(의사/간호사) 행위시 돕기	0	1	1	1	1
근육 마사지	1	2	2	3	3
정맥주사 부위 관찰 및 보고	2	2	2	2	2
유치도뇨관 관찰 및 보고	2	2	2	2	2
변비시 관찰	3	3	3	3	3
기관절개 분비물제거	3	3	3	3	3
비위관 영양주입	3	3	3	3	3
인공배뇨	3	3	3	3	3
욕창방지	1	2	2	2	3
단순소독	2	3	3	3	3

+ 간병서비스가 필요없는 상태
 ++ 간병적 수발영역
 +++ 간병적 간호영역
 ++++ 전문 간호영역

□ 본 분류체계의 특징 : 간병서비스 수급 기준을 ‘대상/비대상’으로 일괄적으로 구분하지 않고 각 행 위와 환자상태별로 분류하여 각 행위와 환자 상태의 특수성과 다양성을 충분히 감안하였음

- 같은 환자군내에서도 행위에 따라 간병서비스가 필요 없는 경우부터 반드시 간호사가 해야 할 경우로 다양하게 설정함
- 또한 환자가 중증도, 무의식 상태일수록 전문간호인력의 행위가 필요하므로 동일한 행위여도 환자의 상태에 따라 요구되는 행위의 주체를 달리 적용함
- 환자의 중증도 분류에 무의식 상태를 추가함
 - 무의식 상태는 흡인성 폐렴 등의 위험이 있고 완전히 협조가 불가능하다는 점에서 IV군과는 또 다른 상태임
- 결과적으로 1(간병적 수발영역), 2(간병적 간호영역) 모두 간병인들이 담당 해야 할 업무로 구성되는데 이는 한시적으로 운영하고 장기적으로 2(간병적 간호영역)는 전문 간호영역으로 통합되어야 함

4. 간병서비스 제도화 방안

가. 쟁점 사항

- 간병서비스 업무 범위 : 환자중증도별 간병서비스 31개 행위 중 모든 중증도군에서 간병적 간호영역(2) 이상에 해당하는 행위는 간병서비스 업무 범위에서 제외함.
 - 정맥주사 부위 관찰 및 보고, 변비시 관찰, 기관절개 분비물 제거, 비위관 영양 주입, 인공 배뇨, 단순소독, 증상 및 증후 관찰행위는 전문간호행위로 분류하여 간병인 업무 범위에서 제외
 - 제외된 행위들이 전문간호사만이 할 수 있는 영역으로 재분류될 경우 현행 간호관리료에 대한 상대가치 재조정 필요
- 간병인 자격 : 교육과정 240시간 (신규자 및 1,000시간 미만 경력자)
 - 이론교육 (100시간): 직업윤리, 건강과 질병, 만성질환에 대한 이해, 보건복지제도 및 의료전달체계, 의사소통술, 병원조직 및 규칙 이해, 병원감염관리, 환경관리
 - 실습: 140시간
 - － 기본간병방법 실기교육(100시간): 환자기초간병방법 및 간병수발계획
 - － 현장실습(40시간): 종합전문요양기관 또는 요양병원 견학 및 사례실습 등
 - 요양보호사 자격자의 경우 신규 자격 요건의 20%를 이수
 - 이미 공적부조대상자에 대한 간병인력과 민간자원봉사자, 그리고 시설단체에서 확보된 간병(유사)인력과 간병자격증, 장기요양보험에서 요양보호사 등이 난립되고 있는 만큼 간병인력에 대한 또 다른 방식의 양성은 혼란과 걸림돌이 될 것이므로 전체적인 간병인력의 양성·제도화 체계 마련 및 자격화를 동시에 고려함.
 - 신규자 및 경력자(요양보호사 포함)는 보건복지부장관이 인증·지정한 교육기관에서 소기의 교육훈련과정을 이수한 경우 간병행위를 할 수 있는 자격 부여
- 고용 및 노동 : 근무는 1일 8시간씩, 주 5일간 40시간을 근무토록 하고(3교대 근무보장), 단기적으로 시간당 최저임금제를 보장하되 중장기적으로 ILO 권고기준인 전체 산업노동자 평균임금 50% 이상(2008년 기준, 월 141만원, 연 1,700만원) 보장⁴⁾⁵⁾

- 근로기준법과 최저임금법 준수 : 근로기준법상의 각종 수당을 주지 않기 위한 수단으로서 포괄임금 형식 금지⁶⁾
- 또한 간병 인력들에게 가장 기본적인 휴게공간, 식사공간, 탈의실 등이 제공되어야 하며 그에 맞는 휴게 및 식사시간도 보장되어야 함.
- 간병인들이 병원감염, 이용자로부터의 폭행 등에 노출되어있으므로 산업안전보건법상 해당 의료기관의 책임 준수 필요⁷⁾
- 전달체계 : 단기적으로는 교육, 알선, 관리가 분리될 수 있으나 중장기적으로 교육 후 직접 고용형태로 유도할 필요가 있음.
 - 도급의 경우 일체의 관리를 도급업체가 하게 되므로 간병 인력이 병원 간호부의 업무지휘체계에서 벗어나 양질의 간병서비스 제공에 저해될 우려가 있음.
- 간병 수가 : 간병서비스를 제도화하기 이전 적정 간호사 확보가 시급함.
 - 간호관리료 수가를 현실화하여 우선 요양기관이 필요 간호인력을 확보할 수 있는 여건조성이 시급함.
 - 상대가치 기획단을 통해 적정간호관리료 산정
 - 이를 토대로 간병업무 구분에 따른 적정 간병료 산정 필요
- 환자 중증도별, 간호등급별, 공동간병 또는 개인 간병간 간병 수가의 차등화 검토
 - 정교한 간병욕구 사정 도구를 개발할 경우 욕구별 수가의 차등화가 가능할 수 있으나 현실 적용에 어려움이 예상됨.
 - 간호등급별 간병수가의 차등화 보다 간병업무 영역을 확실하게한 후 일정 기준(예: 3등급 이상) 이상의 기관에서만 간병서비스를 제공할 수 있도록 유도함.
 - 간병 수가에 대한 본인부담을 차이는 현행 상급 병실료 차액처럼 공동간병 기준 급여액을 제외한 나머지는 모두 본인이 부담하는 것으로 정리할 수 있을 것임.

4) 이주호 ‘보호자 없는 병원’ 시범사업과 제도화 어떻게 할 것인가? 국회대토론회. 2010.2.5.

5) 김창보 보호자 없는 병원 시범사업 설계에 대한 제언. 정책토론회 자료집 - 간병서비스 건강보험 제도화 어떻게 할 것인가. 2010.1.19.

6) 최경숙. 간병서비스 인력방안 및 훈련방안. 2010.11.11.

7) 최경숙. 간병서비스 인력방안 및 훈련방안. 2010.11.11.

나. 수급 분석

- 간병 수요 : 중복입원을 고려하지 않을 경우 2009년 기준 1년 동안 약 3,873,133명의 환자가 간병인이 필요함.
- 간병 수요에 따른 필요 간병인 수
 - 6:1 공동간병으로 8시간씩 3교대로 총 4명의 간병인이 6명의 환자를 돌보는 것으로 가정할 때 약 118,139명의 간병인이 필요함.
 - 4:1 공동간병일 경우 약 177,209명의 간병인이 필요함.
 - 따라서 간병인에 대한 수요는 최소 118,139명에서 최대 약 177,209명으로 추정됨.
- 간병 공급 : 간병인력은 ‘노인복지법’, ‘국민기초생활보장법’, ‘산재보험법’ 그리고 노인 장기요양법 등에 따라 양성되는 가사·간병인력과 이와 유사한 업무와 교육내용을 갖는 간병인, 케어복지사 등 민간자격제도로 양성되는 인력으로 다원화 되어 있음
 - 이들 간병인력은 약 90만명의 요양보호사를 포함하여 전국에 약 115만명으로 추정됨.

다. 간병서비스 제도화 모형

- 서비스 수혜 대상 : 건강보험 요양기관 입원환자 중 중증도 4(위독한 환자)와 무의식 환자, 요양병원의 노인장기요양보험제도 수혜자를 제외한 모든 환자
 - 중증도 4(위독한 환자)와 무의식 환자는 전문간호사가 Care하는 것으로 정리
 - 조기퇴원 후 가정간호 이용환자에 대해서는 적용하지 않음 : 가정간호 이용환자 미적용시 불필요한 입원이 증가되는 부작용도 있을 수 있지만 가정 간호의 한계가 명확하지 않아 도덕적 해이 가능성이 있음.
- 급여 제공방식 : 현물 급여를 원칙으로 하되 간병인이 공급되기 어려운 지역이거나, 신체·정신적 사유로 부득이 가족이 간병할 경우 간병수당을 현금급여
- 간병 수가 : 간병 업무 범위를 토대로 공동간병 기준 수가 산정
 - 2010년 실태조사 결과 중 최빈값 : 60,000원/일

- 2010년 실태조사 결과의 평균값 : 43,285원/일
- 보호자 없는 병동 시범사업 수가 : 41,000원/일
- ILO 기준 : 83,168원/일
- 본인부담율 : 제도 도입 초기에는 재정을 고려하여 90% 본인이 부담하되 장기적으로 다른 급여와 본인부담율 수준을 일원화 시킴

라. 간병서비스 제도화 모형에 따른 소요 재정 추계

- 총간병비 = 간병인 수 × (일당 단가(6만원)+관리비(6천원)) × 365일 = 2조 8640억원(4조 2690억원)
 - 일당단가를 실태조사 최빈값인 6만원으로 가정하고 관리비를 일당단가의 10%로 가정하였음.
- 소요재정 = 총 간병비 × 0.1 = 2864억원(4269억원)
 - 본인부담율을 90%로 가정

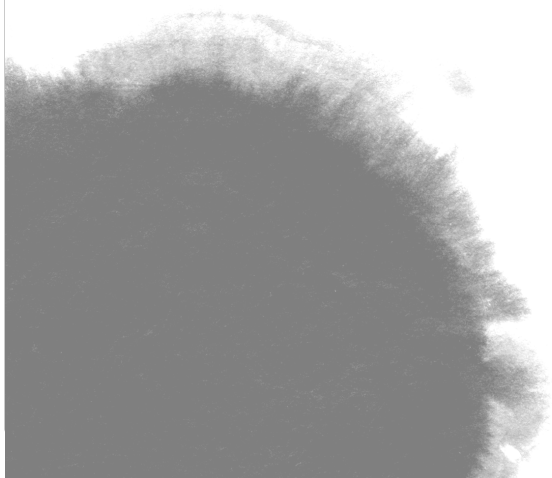
마. 간병 서비스 제도화를 위한 정책 제언

- 국민의 부담 완화 및 서비스 부분 일자리 창출을 통한 국민경제 증대 등 중장기적으로 간병서비스를 건강보험의 급여범위에 포함시켜야 할 것으로 판단됨.
- 그러나 현실적으로 지금 당장 제도화하기에는 너무 많은 문제점이 놓여있음.
 - 적정 간호사가 확보되지 않아 의료행위의 일부가 의료인이 아닌 간병인에게 전가될 우려가 농후함. - 이는 환자에 대한 서비스 질 저하로 나타나거나 의료사고의 위험성이 높아짐.
 - 간병인의 업무 범위, 간병인에 대한 교육, 고용체계 등이 정비되어 있지 않아 표준화된 틀을 만들기 어렵고, 따라서 지금 당장 제도화된다고 해도 적절한 간병인을 공급하기 어려운 실정임.
- 의료서비스를 공급하는 요양기관의 병상 운영 방식이 간병서비스를 제도화하기 위해서는 적절치 않음.

- 본인부담율이 높은 상태에서 간병서비스 제도화시 환자에 따라 간병인 서비스를 원하는 사람이 있는 반면 너무 높은 본인부담을 때문에 가족이 직접 간병 서비스를 제공하고자 하는 사람들도 존재할 것임.
- 동일 병실내에 간병인을 원하는 사람과 원치 않는 사람들이 동시에 있을 경우 제도 적용이 쉽지 않음.
- 요양기관의 입장에서 간병인 필요 여부에 따라 구분하여 병실 배치가 가능한 상황도 아님.
- 건강보험 재정 부담의 급증 우려 : 2010년 말 기준 약 8천억 원의 누적적립금밖에 남지 않은 상황에서 간병서비스 제도화는 재정 상황을 훨씬 심각하게 압박할 수 있음.
 - 제도화 초기에는 본인부담율을 높게할 수 있으나 일정 시간이 지나면 기존의 급여율에 수렴하게 될 것이고 이는 건강보험 재정에 암운을 드리울 수 있음.
 - : 별도의 재정 확보대책이 마련되지 않음 상태에서 간병서비스의 제도화는 시 이상조로 보여짐.
- 따라서 간병서비스 제도화를 위해 다음과 같이 제언하고자 함.
 - 간병 서비스 제도화를 위한 로드맵을 설정할 필요가 있음.
 - 우선 적정 간호사 수 확보 : 향후 10년내에 병상당 간호사수를 OECD 평균에 근접하는 것으로 목표를 설정하고 이를 달성하기 위한 수가 정상화 방안 및 재정 확보 방안 마련
 - 간병인 업무 영역 설정 : 의료 행위가 아닌 단순 돌봄 형태의 간병인 업무 영역 구분
 - 간병인에 대한 교육, 관리, 지도 등 전달체계 전반에 걸친 대안 모색 : 중장기적으로 요양기관이 직접 교육, 관리, 지도하는 방법으로 유인하되 단기적으로는 현행 교육알선 기관도 참여 보장
 - 간병서비스 제도화에 따른 재원확보 노력도 병행되어야 함.
 - 간병서비스 제도화를 위해 지역 거점 병원별로 시범사업 실시
 - 시범사업을 통해 문제점을 파악하고 이를 시정하는 가운데 제도화 모형 도출

01

서론



제1 절 연구의 배경 및 목적

1. 연구의 배경

- ‘간병’이란 사전적으로 ‘병자나 다친 사람의 곁에서 그를 보살피며 바라지하여 주는 것’으로 정의할 수 있으며, 국내 문헌에서는 돌봄, 수발, 요양보호 등의 용어와 함께 사용되고 있음 (황나미 외, 2006).
- 간병은 환자의 가족·친지, 정부 지원에 의한 무료간병인 또는 개인 고용에 의한 유료 간병인에 의해 수행되며, 개인 고용 간병서비스의 경우 제도권 영역에서 벗어나 개인 간 사적 계약에 의해 구매·이용되어 왔음.
 - 요양병원, 시설 및 가정에서 노인성질환자로 일상생활에 장애를 겪고 있는 환자를 대상으로 간병서비스 공급을 위해 노인장기요양보험제도가 2008년 도입되었음.
 - 하지만, 급성기 병동의 입원환자를 위한 간병서비스는 제도화되지 않아, 가족 간병에 따른 사회적·경제적 비용 급증 및 계약에 의한 간병서비스 질 (quality) 관리의 어려움 등 문제 발생
- 급성기(병원) 간병으로만 연간 1조원의 비용이 소요되고, 1,000 만명 이상으로 추정되는 국민이 고통받고 있는 것으로 나타남 (건강세상 네트워크, 2004)
 - 2008년 장애인실태조사에 의하면, 등록장애인은 213만명, 특히 보호가 필요한 중증 장애인은 53만명으로 나타났으며, 이들의 보호수발인은 배우자

나 부모·자녀 등의 가족구성원인 경우가 대부분(83%)이어서 장애인 가정이 겪어야 할 경제적·심리적 고통이 현저함 (보건복지가족부, 2009).

- 2008년 65세 이상 노인의 독거 및 노부부가구는 전체가구의 66.5%를 차지하며, 특히 전체 독거노인가구 중 간병 수발자가 없는 가구가 82.4%에 이르는 것으로 나타남 (계명대학교 산학협력단, 2009).

□ 산업화, 핵가족화, 여성의 사회진출 증가 등 사회여건의 변화와 생활양식 및 의식구조의 변화로 가족기능이 약화됨에 따라 환자 간병에 대한 가족 간 갈등 및 부담이 증대하고 있음.

- 출산율이 급격히 감소하고 여성의 경제활동참가율이 증가하면서, 가족의 간병 및 노인 부양기능이 급격히 떨어지고 있음.
- 가임여성 1인당 신생아수인 합계출산율은 1970년 4.53에서 2009년 1.15로 급격하게 감소한 반면, 여성의 경제활동참가율은 1970년 39.3%에서 2009년 49.0%로 증가함 (통계청, 출산동향 및 경제활동인구조사, 각 년도)
- 더욱이 인구 고령화로 인한 만성질환의 증가로 간병수요는 급증하는데 반해, 자녀수의 감소와 노부모 부양에 대한 가치관의 변화로 환자 가족이 아닌 타인에 의한 간병은 시대적 추세로 받아드려지고 있음.

□ 전인돌봄 (Total Care)을 제공하기 어려운 현행 의료체계에서 간병서비스는 환자와 환자 가족에게 심리적 불안감을 완화해주고 환자 가족이 일상생활을 하는데 도움을 주고 있다는 점에서 긍정적으로 인지되고 있으며, 현재 병원에서는 간병인을 환자회복을 돕는 인력으로 활용하고 있음.

- 특히, 2007년 우리나라 활동 간호사수는 인구 1,000명 당 4.2명으로 OECD 평균 8.7명에 비해 매우 부족한 실정이라는 점에서 간병인은 병원 및 환자에게 있어 중요한 인력이라고 볼 수 있음 (OECD Health Data 2009).
- 민간단체와 공공기관에서 양성·활용되고 있는 간병인은 앞으로 사회적 요구가 더욱 높아질 것으로 전망됨.

□ 위와 같이 간병서비스에 대한 수요는 점점 증가하는 반면 간병인력 공급은 부족하여 수급불균형 문제를 초래할 수 있음.

- 2009년 8월 기준 6개 대도시에 거주하는 65세 이상 노인 806명을 대상으로 조사한 결과, 노인들이 돌봐주기 선호하는 사람으로 간병인, 요양보호사 등의 전문가가 전체의 32.3%를 차지한 반면, 실제 돌보아 주는 사람 중 이들이 차지하는 비율은 24.6%에 불과하며 충족되지 않은 돌봄 수요는 가족, 특히 자녀들이 수행하고 있는 것으로 나타남 (서울대 사회발전연구소, 2010)
- 황나미 외 (2006)에 의하면, 2005년 12월 말 병원급 이상 의료기관 1,449개에서 활동하는 유료간병인은 30,861명으로 추정된 반면, 총 간병인력 수요(need)는 134,341명으로 추계되어, 약 103,480명의 인력이 추가로 요구되는 것으로 나타남 (단, 자활사업을 통한 무료간병인과 산재병원의 간병인은 활동 간병인 수에 포함되지 않았으므로 추후 필요 간병인 수는 이보다 작을 수 있음).

□ 반면 간병인에 대한 정의, 역할, 기능, 규범 등에 대한 정비가 이루어지지 않아 간병인 교육 및 서비스 감독의 문제가 사회화되고 있음.

- 간병인, 간병서비스에 대한 관련 근거법령이나 자격제도 등의 부재로 인해 양질의 서비스 제공에 한계가 있을 뿐 아니라 간병종사 인력 대다수가 법적 보호를 받기 어려운 환경에 처해 있음.
- 일반인(비의료인)에 의해 간병서비스가 제공될 경우 안전사고 및 감염전파 등의 의료 사고나 위험이 발생할 수 있으나, 현재 이에 대한 어떠한 제도적 장치도 마련되어있지 않음.
- 간병인은 국가의 면허를 취득하거나 자격을 인정받지 않으면 의료기관에서 간병서비스를 제공할 수 없도록 법적으로 제한되어 있음에도 불구하고, 현재 환자 개개인의 일시적·임시적 고용계약이나 약속에 의해 환자에게 간병 또는 일상생활에 관련된 제반 서비스를 제공하고 있음.

□ 이와 같은 간병서비스 제도화 필요성에 따라 2011년부터는 간병서비스가 건강보험 비급여 항목에 등재되고, 연말정산 시 간병비 지출은 의료비 항목에 합산하여 소득

공제 받을 수 있음.

- 2010년 5월부터 12월까지 약 8개월간 전국의 총 10개 상급종합병원·종합병원 및 병원에서 시범사업을 실시하며, 이 결과를 바탕으로 단계적으로 간병서비스를 제도화 해갈 예정임.
- 따라서 간병서비스에 대한 명확한 정의 규명 및 서비스공급자 관리양성, 그리고 현재 간병서비스 실태의 구체적인 파악에 대한 필요성이 더욱 높아짐.

제2절 연구의 목적

□ 본 연구는 간병서비스에 대한 정의, 간병인의 기능, 역할 등에 대한 규범을 정립하고, 환자 가족의 간병 부담을 덜고 질 높은 서비스 제공하여 국민건강을 향상시키도록 간병서비스의 제도화 방안을 도출하는데 그 목적이 있음.

- 양적·질적으로 보장된 간병서비스를 어떤 인력이 어떤 지불보상 체계 하에서 누구에게 어떻게 전달할 것인가를 개발하고자 함.
- 이를 위해 세부적으로 다음과 같은 과제를 추진하고자 함.
 - 간병인 활동 실태 파악 및 문제점 도출
 - 간병 서비스 및 간병인에 대한 정의 규명
 - 간병 서비스에 대한 수요과 공급 추정
 - 간병 비용 추계
 - 양적·질적 간병서비스 보장을 위한 제도적 메커니즘 개발

제3절 연구의 내용

□ 1장은 서론으로 연구의 필요성, 목적, 연구의 내용 등을 소개하고 있음.

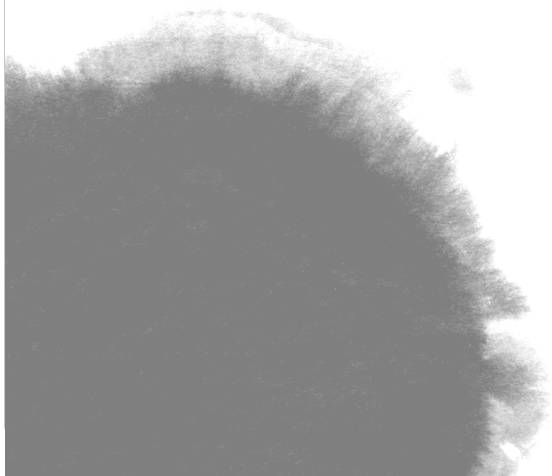
□ 2장에서는 먼저 간병서비스 관련 현황 및 문제점을 분석하였음.

- 「2010년 간병서비스 실태조사」의 병원전수조사 및 간병서비스 이용·미이용 환자, 간호사와 간병인, 간병업체 대상 조사 결과를 바탕으로 간병서비스 제공 실태 및 문제점을 분석함.

- 3장에서는 국내 간병서비스제도화 및 시범사업 관련 선행연구들에 대해 분석함.
- 4장에서는 주요 외국의 간병관련 제도, 제공 인력, 지불체계 등에 대한 비교 분석을 통해 우리나라에 도입가능한 시사점을 도출하였음.
 - － 특히 우리나라와 같이 가족 및 친지중심의 간병에서 제도적인 간호체계로 전환한 일본과 전문 간호 인력 및 case manager를 통해 간호-간병서비스를 포괄적으로 제공하고 있는 미국, 영국, 독일의 경우를 중점으로 살펴보았음.
- 5장에서는 간병서비스의 대상 및 업무 영역을 설정하였음.
 - － 의학적 범주 설정, 간병인의 업무 범위 설정, 환자상태에 따른 간병서비스 단계화 등에 대해 적시하고 있음. , 그리고 간병인 지불보상 및 교육·양성 등을 포괄하는 간병서비스 제도화 모형을 개발하고 제도화에 따른 재정을 추정하였음.
- 6장에서는 간병서비스 제도화 방안을 제시하고 현실의 입장에서 정책 제언을 하고 있음.
 - － 제도화에 따른 쟁점(적정수가, 간병인 양성 및 교육, 전달체계 등)을 분석하였음.
 - － 공급자측면 (각 종별 요양기관 또는 재가상태)과 소비자측면 (환자특성별)으로 나누어 간병서비스 잠재 및 유효수요를 파악하고 공급실태를 보여주고 있음.
 - － 제도화 방안을 제시한 후 현재 간병서비스를 제도화하는 것이 타당한지에 대한 논의와 함께 제도화 실행을 위한 중장기 로드맵 구축을 제안하고 있음.

02

간병서비스 현황 및 문제점



제2장 간병서비스 현황 및 문제점

제1 절 급성기병원 간병서비스 제공 현황⁸⁾

- 간병서비스 관련 현황 파악을 위해 전국 50병상 이상 병원급에 대한 전수조사와 간호사, 간병인, 간병업체, 간병서비스 이용 환자 및 미이용환자에 대하여 표본 조사를 실시한 「급성기병원의 간병서비스 실태조사」 결과를 활용하여 분석하였음.
- 급성기병원의 간병서비스 제공 및 이용 실태조사 실시는 정신병원, 여성병원, 국군병원, 시범병원, 안과, 요양병원을 제외한 전국 병원을 대상으로 전수조사를 실시하였음. 2010년 5월 현재 전체 요양기관 1,587개소를 대상으로 전수 조사를 실시한 결과 가용한 총 589개 요양기관(37.1%)의 조사 결과를 분석하였음.
 - － 본 연구에 활용된 최종 요양기관 수는 상급종합병원은 44개소 중 42개소(95.5%), 종합병원은 270개소 중 162개소(60%), 병원급은 1,272개소 중 사용가능한 385개소(30.3%)의 자료를 활용하였음.
- 표본조사는 간호사, 간병인, 간병업체, 간병서비스 이용 환자 및 미이용환자 등 총 5개의 조사로 이루어져 있으며 표본 개요는 다음과 같음.
 - － 조사대상병원은 의료기관 종별 비례층화표출법(proportional stratified sampling)을 활용하여 병상별 군집 집단을 구분(clustering) 후 무작위 추출(random sampling)을 통해 대상 요양기관을 선정한 결과 총 103개 병원을 표본으로 추출하였으며 각 병원의 병상수에 비례하여 간병인, 환자,

8) 급성기 병원에 대한 실태조사는 건강보험공단에서 발주하여 한림대학교 과찬영 교수팀이 수행한 “급성기 병원의 간병서비스 실태조사” 자료를 인용함.

간호사에 대한 자료를 수집하였고 최종적으로 간호사 306명, 간병인은 898명, 간병업체는 113개, 간병서비스 이용환자는 743명, 간병서비스 미이용 환자는 596명에 대한 조사가 완료되었음.

1. 병원 전수 조사

- 상급종합병원 42개소, 종합병원 162개소, 병원 385개소에 대한 조사 결과 상급병원의 병상수는 500~1,000병상 미만이 전체의 76.2%로 가장 많았고, 종합병원은 100~500병상 미만이라고 응답한 경우가 전체의 81.55로 가장 많았으며 병원도 100~500병상 미만이 54.8%로 가장 많았으나 100병상 미만도 44.4%로 전체 병원의 99.2%가 500병상 미만이었음.

〈표 2-1〉 조사대상 요양기관의 병상수

(단위: 개소, %)

구분		상급종합병원	종합병원	병원	계
병상수	99병상 이하	0(0.00)	4(2.5)	171(44.4)	175(29.7)
	100~499병상	4(9.5)	132(81.5)	211(54.8)	347(58.9)
	500~999병상	32(76.2)	26(16.0)	3(0.8)	61(10.4)
	1000병상 이상	6(14.3)	0(0.00)	0(0.00)	6(1.0)
	계	42(100)	162(100)	385(100)	589(100)

- 상급종합병원의 간호관리로 등급은 모두 4등급이상으로 그 중 3등급이 전체의 66.7%로 가장 많았고 종합병원의 간호관리료는 대체로 2등급에서 7등급까지 골고루 분포해 있으며 병원의 경우는 간호관리료 6등급이하가 전체의 60.5%로 낮게 나타나고 있음.

〈표 2-2〉 조사대상 요양기관의 간호관리료 등급

(단위: 개소, %)

구분		상급종합병원	종합병원	병원	계
간호 등급	1등급	3(7.1)	4(2.5)	5(1.3)	12(2.0)
	2등급	9(21.4)	19(11.7)	12(3.1)	40(6.8)
	3등급	28(66.7)	35(21.6)	16(4.2)	79(13.4)
	4등급	2(4.8)	27(16.7)	15(3.9)	44(7.5)
	5등급	0(0.00)	15(9.3)	12(3.1)	27(4.6)
	6등급	0(0.00)	25(15.4)	52(13.5)	77(13.1)
	7등급	0(0.00)	32(19.8)	181(47.0)	213(36.2)
	기타	0(0.00)	5(3.1)	92(23.9)	97(16.5)
계		42(100)	162(100)	385(100)	589(100)

□ 평균 병상가동률은 상급종합병원 92.9%, 종합병원은 88.2% 그리고 병원은 80.5%
있음.

〈표 2-3〉 조사대상 요양기관의 평균 병상가동률

(단위: 개소, %)

구 분	상급종합병원	종합병원	병원
전체병상수	35,814	51,646	49,795
가동병상수	33,282	45,577	40,082
가동률(%)	92.9	88.2	80.5

□ 일반병동환자 분류도구를 활용하여 계산한 환자의 중증도 분류는 가장 독립적인
활동이 가능한 1군에서 중증으로 전적인 도움이 필요한 4군까지로 구분됨.

— 상급종합병원과 종합병원의 중증도 분류를 보면 상급종합병원보다 종합병
원 환자의 중증도가 더 높은 것으로 나타나고 있음.

〈표 2-4〉 상급종합병원과 종합병원의 환자 중증도 분포

(단위: %)

중증도	상급 종합병원	종합병원
1군	49.4	55.5
2군	41.3	25.9
3군	7.3	10.7
4군	2	7.9
계	100	100

□ 병상 대 간호사 비율은 24시간 중 8시간 근무의 3교대를 고려하지 하지 않을 경우, 상급종합병원 2.7명, 종합병원 4.9명, 병원 11.8명이었으며 3교대를 가정할 경우 각각 8.1명, 14.7명, 35.4명으로 상급병원일수록 병상수 대 간호사 비율이 높게 나타나고 있음.

- － 병상수 대 보조인력 비율도 3교대를 고려하지 않을 경우, 상급종합병원은 35.5명, 종합병원은 67명, 병원은 26.7로 병상 수 대 간호보조인력은 병원이 가장 많았고 상급종합병원, 병원 순이었음.

〈표 2-5〉 요양기관별 간호인력 구성비

(단위: 명)

구 분	상급 종합병원	종합병원	병원
병상 수 vs 간호사 수	2.7/8.1	4.9/14.7	11.8/35.4
병상 수 vs 보조인력 수	35.5/106.5	67/201	26.7/80.1
병상 수 vs 전체인력 수 (간호사+보조인력)	2.4/7.2	4.0/12	5.7/17.1

주1) 전체 간호인력 수/간호인력 3교대 가정 시

□ 간병서비스 이용 형태는 모든 요양기관에서 24시간 상주하여 개인간병을 한다는 응답이 가장 많았고 상급병원일수록 그 비율은 더 높았음.

- － 요양기관형태에 관계없이도 24시간 상주하는 경우가 전체의 68.8%로 높게 나타나고 있음.

〈표 2-6〉 간병서비스 제공 실태

(단위: %)

구 분		상급 종합병원	종합병원	병원	계
개인간병 (중복응답)	24시간상주	83.3	74.7	64.7	68.8
	12시간 교대	33.3	34.0	23.1	26.8
	8시간 교대	2.4	11.7	7.5	8.3
	기타	4.8	6.2	3.1	4.1

2. 간호사 대상 조사

□ 간병인의 업무능력, 역할수행 및 관리에 대한 간호사의 인식조사를 위해 전국 103개 병원 총 306명의 간호사에 대한 설문조사를 실시하였음.

— 응답에 참여한 간호사는 상급종합병원 21.9%, 종합병원 53.6%, 병원 24.5%로 종합병원 근무하는 간호사가 가장 많았고, 지역별로는 특별시/광역시 48.4%, 중소도시 44.4%, 군지역 7.2%였음. 간호관리료 등급별로는 3등급이 28.1%, 2등급과 7등급이 18.0% 다음으로는 6등급 11.1%의 분포를 보이고 있음.

□ 연령별로는 20대, 30대, 40대에 고루 분포되어 있으며 간호사의 직위는 수간호사 이상인 관리자급이 33%, 책임간호사가 10.1%, 일반간호사가 55.2%로 일반간호사가 가장 많았음.

— 조사대상 간호사의 해당 병동근무 경력은 평균 4년 3개월이었고 병원에 근무한 총 경력은 평균 11년 2개월이었음.

□ 병동의 평균 간호사 수는 12.3명이며, 병동에 배치된 간호조무사가 있다고 응답한 비율은 137명으로 평균 간호조무사 수는 3.1명이었고 보조원이 있다고 응답한 간호사는 100명으로 평균 보조원수는 1.7명이었음.

— 간호사, 간호조무사, 보조원 등 전체 간호인력은 평균적으로 16.7명으로 나타났음.

〈표 2-7〉 병동의 간호인력 수

(단위: %)

	범위	평균 간호인력 수	표준편차
간호사 수(병동)	2-80	12.32	6.42
간호조무사 수(n=137)	1-40	3.14	4.35
보조원 수(n=100)	1-10	1.67	1.65
기타인력(n=44)	1-33	3.89	8.09
총인원	1-120	16.67	9.23

□ 병동 내 환자간호 업무지원을 위한 간호사 이외의 전담인력 배치현황은 다음과 같음.

- 검사/처치 시 이동보조를 위한 환자 이송 담당이 있다고 응답한 간호사는 전체의 약 65.7%였고, 입원환자 린넨교환과 입원환자 정규채혈을 위한 별도 인력이 있다고 응답한 간호사는 각각 48.%, 42.5%로 절반에 미치지 못하고 있었음.

〈표 2-8〉 간호사 이외 전담인력 유무

(단위: %)

담당업무	예	아니오
	n (%)	n (%)
검사/처치시 이동보조를 위한 환자이송 담당자	201(65.7)	105(34.3)
입원환자 린넨 교환	148(48.4)	158(51.6)
입원환자 기본간호 제공	82(26.8)	224(73.2)
입원환자 정규채혈	130(42.5)	176(57.5)

□ 간호사가 인지하는 간병인의 업무능력 만족도는 과반수 이상인 56.2%가 보통이라고 응답하였고, 25.8%는 만족하였지만 만족하지 못한다는 응답도 18%로 나타났다.

- 환자에게 문제가 발생하였을 때는 대체로 간호사가 간병인 보다 먼저 발견하였다고 응답하였음(87.3%).

□ 간병인이 간호사 업무를 수행한 적이 있는지에 대한 질문에서는 전체 응답 간호사의 58.2%가 수행한 적이 있다고 응답하였고 그 업무로는 체위변경 90.5%, 위장관 영양공급 71.9%, special mouth care가 31.5%로 나타나 절반 이상의 간호사가 간병인의 간호사 역할 수행에 대해 인지하고 있는 것으로 나타났다.

- 또한 간병인의 간호사 역할 수행에 있어서도 교육/관리 후 수행가능하다는 응답이 60.8%로 간호사역할을 할 수 없다고 응답한 36.6%보다 높게 나타나 간호사와 간병인의 역할에 대한 엄밀한 규정이 정의되어야 할 것으로 판단됨.

〈표 2-9〉 간병인 역할과 업무에 대한 간호사의 인식

(단위: 명, %)

	구분	빈도	%
간병인 업무능력	매우 만족	7	2.3
	만족	72	23.5
	보통	172	56.2
	만족하지 않음	53	17.3
	매우 만족하지 않음	2	0.7
간병인의 간호사 역할 수행 경험	예	178	58.2
	아니오	128	41.8
간호사 역할 수행업무 (n=178)*	Special mouth care	56	31.5
	위장관 영양공급	128	71.9
	도뇨관 관리	46	25.8
	헤모백 비우기	5	2.8
	Position change	161	90.5
	기타	16	9.0
간병인에 간호사 역할 위임	간호사 역할을 할 수 없다	112	36.6
	교육/관리 후 위임된 직무 수행가능	186	60.8
	기타	8	2.6

*중복 응답 문항

- 현재 병동에서 활동하는 파견 간병인의 교육 및 관리현황에 대한 인식도 간병인의 업무능력 만족도와 같이 보통이라고 응답(52.6%)한 간호사가 가장 많았고 간병인 관리가 잘 되고 있지 않다는 응답도 25.8%였음.

- 병동 내 간병인과 간호사간 의사소통이 원활한지에 대한 질문에서는 47.4%가 보통이라고 하였고, 41.2%간호사와 간병인 간 의사소통이 원활하다고는 의견이 더 많았음.

〈표 2-10〉 간병인 관리 및 의사소통

(단위: 명, %)

	구분	빈도	%
파견 간병인 관리	매우 잘되고 있음	0	0
	잘 되고 있음	66	21.6
	보통	161	52.6
	잘되지 않음	70	22.9
	매우 잘되지 않음	9	2.9
간병인-간호사간 원활한 의사소통	매우 그렇다	12	3.9
	그렇다	114	37.3
	보통	145	47.4
	그렇지 않다	31	10.1
	매우 그렇지 않다	4	1.3

□ 조사대상 간호사의 대부분은 병원 내 간병인의 역할에 대하여 보호자 또는 보조인력으로 인식(95.1%)하고 있었고, 현재 상황에서 간호서비스 이외에 환자를 간병하는 별도의 간병 인력의 필요성에 대한 질문에 전체 간호사의 95.8%가 필요하다고 응답하여 대부분의 간호사가 간병 인력이 필요하다고 생각하는 것으로 나타났다.

〈표 2-11〉 간병인에 대한 인식 및 필요성

(단위: 명, %)

	구분	빈도	%
간병인에 대한 인식	간호사의 보조인력	141	46.1
	보호자로 간주	150	49.0
	기타	15	4.9
간병 인력의 필요성	필요하다	293	95.8
	필요하지 않다	13	4.2

□ 간병 인력이 필요하다고 응답한 293명에 대해 간병인력이 필요한 이유에 대해 49.5%가 간호사 업무량이 많아 환자간호 인력이 부족하기 때문이라고 응답하였고, 23.6%는 24시간 환자를 간호해 줄 사람이 필요하기 때문이라고 하였으며, 23.6%는 보호자의 역할을 대신해 줄 인력이 필요하다고 응답하였고 17.1%는 낙상 등 안전문제를 고려하여 돌보아 줄 인력이 필요하며, 10.2%(n=30)는 ADL 보조를 위해 필요하다고 응답함.

〈표 2-12〉 간병 인력이 필요한 이유

(단위: 명, %)

구분	빈도	%
간호 인력이 부족하기 때문에/업무량 많음	145	49.5
24시간 환자를 간호해 줄 사람이 필요함	69	23.6
보호자의 역할을 대신해 줄 인력이 필요해서	69	23.6
노인/거동이 불편한 경우 낙상 등 안전문제를 고려하여	50	17.1
환자 ADL의 보조를 위해	30	10.2
기본간호 수행을 위하여	29	9.9
환자 상태를 관찰을 위해	17	5.8
수술 후 환자 간호를 위하여	7	2.4

□ 간호사를 대상으로 업무별 적정 수행 대상자를 조사한 결과 ‘혈압, 맥박, 호흡, 체온 등 활력증후 측정’, ‘산소흡입기 사용’, ‘정맥주사 바늘 제거’, ‘상처 드레싱 교환’, ‘환자 증상과 증후 관찰’ 등은 간호사의 업무라 응답한 비율이 현저히 높은 반면 ‘침상정돈’, ‘외래검사실 이동’, ‘체위변경’, ‘개인위생관리’, ‘식사보조’, ‘운동보조’ 등은 간병인의 업무라는 인식이 훨씬 높았음.

〈표 2-13〉 간호사가 인식하는 업무별 적정 주체

(단위: 명, %)

내 용	간호사	간병인
	n(%)	n(%)
1. 침상주위 정돈하고 침구를 가는 업무	20(6.5)	286(93.5)
2. 외래 검사실 등을 오고갈 때 운반차를 밀거나 동행하는 업무	36(11.8)	270(88.2)
3. 침상위에서 자세를 바꿔 주기	59(19.3)	247(80.7)
4. 혈압, 맥박, 호흡, 체온 등 활력증후 측정하기	301(98.4)	5(1.6)
5. 산소흡입기 사용하기	295(96.4)	11(3.6)
6. 정맥주사 바늘 제거하기(수액을 다 맞거나 부었을 때)	297(97.1)	9(2.9)
7. 가래 뽑기(흡션-suction)	230(75.2)	76(24.8)
8. 상처 드레싱교환	304(99.3)	2(0.7)
9. 약을 먹여주고 확인하는 업무	162(52.9)	144(47.1)
10. 환자의 불편감, 호소를 들으며 불안감을 감소하는 일	214(69.9)	92(30.1)
11. 감염, 사고 또는 환경으로부터의 잠재적 위험으로부터 보호하는 업무	245(80.1)	61(19.9)
12. 개인위생관리 (세면, 환자복 갈아입히기, 머리빗기기, 목욕, 배뇨, 배설)	19(6.2)	287(93.8)

내 용	간호사	간병인
	n(%)	n(%)
13. 더운 물주머니 혹은 얼음주머니 적용	163(53.3)	143(46.7)
14. 검사물 채집(가래, 소변, 대변)	201(65.7)	105(34.3)
15. 환자의 증상과 증후 관찰	284(92.8)	22(7.2)
16. 관찰 후 환자의 상태를 보고 하는 업무(의사, 간호사)	266(86.9)	40(13.1)
17. 종교적 요구를 돕는 업무	42(13.7)	264(86.3)
18. 소음, 불편감, 불안감을 제거하여 충분한 휴식과 수면 돕기	89(29.1)	217(70.9)
19. 조기기동, 심호흡, 기침 하도록 돕기.	165(53.9)	141(46.1)
20. 환자요청에 의한 업무(민원업무, 가사지원, 산책 등)	39(12.7)	267(87.3)
21. 구강간호	134(43.8)	172(56.2)
22. 식사 또는 음료수를 먹도록 돕기	13(4.2)	293(95.8)
23. 튜브를 통한 식사 공급 (바·위관 식이보조)	186(60.8)	120(39.2)
24. 음식의 섭취와 횟수, 배설(대·소변, 토물)의 양과 횟수를 측정하고 기록	140(45.8)	166(54.2)
25. 튜브를 통해 나온 배설물 처리	126(41.2)	180(58.8)
26. 가능한 범위 내에서 운동 하도록 돕기.	52(17.0)	254(83.0)
27. 침상에서 환자 이동(침상, 의자, 운전차 등으로 옮기는 것)	61(19.9)	245(80.1)

주1) 간호사의 경우 제도화 과정에서 그 행위에 대한 지불보상이 이루어진다고 전제하고, 간병인일 경우 의료인의 지도 감독 하에서 이루어질 경우를 전제로 응답

□ 간호사가 응답한 간병인 문제 또는 간병인 관리에 대한 제언으로는 32.4%가 봉사 정신, 직업윤리, 근무태도와 관련된 인성교육이 필요하다고 하였고, 25.5%는 간병인 업무와 관련된 교육이 필요하다고 응답하였음.

3. 간병인 대상 조사

□ 간병인에 대한 조사는 104개 병원에서 근무하는 898명을 대상으로 조사하였음. 간병인은 여자가 98.7% 이며 남자간병인은 1.3%(n=11)로 여성이 대다수였고 평균 연령은 50대가 59.3%, 60대가 27.4%로 전체 간병인의 86.5%가 50대와 60대로 나타났음. 간병인 국적은 내국인 93.4%로 대다수였으며, 학력은 고졸이상이 55.2%, 초졸 이하가 33% 순으로 많았고, 전체의 79.4%가 기혼으로 조사되었음. 가족의 주 수입원은 본인이라고 응답한 사람이 59.4%로 가장 많았고 소유하고 있는 자격증은 요양보호사가 전체의 77.6%, 간병인 자격증이라고 응답한 사람이 61.2%였음.

〈표 2-14〉 간병인 일반 현황

(단위: %)

항목	구분	전체
연령	40대 미만	0.8
	40대	11.5
	50대	59.1
	60대	27.4
	70대 이상	0.9
학력정도	초졸 이하	33.0
	중졸	10.1
	고졸	55.2
	대졸 이상	1.6
가족 수	1	13.6
	2	27.2
	3	25.7
	4	25.7
	5 이상	7.7
가족 월 수입	99만원이하	13.1
	100-199만원	43.5
	200-299만원	20.9
	300-399만원	15.7
	400만원 이상	6.7
가족의 주 수입원	본인	59.4
	배우자	34.3
	자녀	5.9
	기타	0.4
자격증 (중복응답)	요양보호사	77.6
	간병인	61.2
	없음	2.4
	기타	2.1
	간호조무사	1.6

- 간병인 업무 현황을 살펴본 결과 간병인의 70.3%가 간병 소개업체의 알선에 의해 간병업무를 담당하고 있었으며 병원 계약직으로 근무하는 경우도 12.8%로 나타났다.
- 담당환자 수는 거의 대부분인 85.9%가 환자 1명만을 담당하고 있었고 환자의 상태는 ‘의식은 있으나 활동이 불가능한 상태’가 가장 많았음.

□ 간병인의 일일 병원 체류시간은 13-24시간이 74.0%로 가장 많았고 일주일에 5~6일 일한다는 응답이 70.3%였음. 간병인의 하루일당은 6만원 정도가 가장 많았고 월평균 급여는 100-150만원 미만이 44.7%로 가장 많았으며 99만원 이하도 36.3%나 되었음.

— 간병업체에 의무적으로 지출하는 등록비와 교육이수비용은 대부분 10만원 이하라고 응답하였음.

〈표 2-15〉 간병인 근로활동 현황

			(단위: %)
항목	구분	전체	
고용형태	정규직	2.7	
	계약직(임시직)	12.8	
	용역, 파견직	11.4	
	간병소개업체 알선	70.3	
	기타	2.9	
담당 환자 수	1	85.9	
	2 ~7	14.1	
해당 상태의 환자 유무	무의식 환자	없음	90.0
		있음	10.0
	의식은 있으나 활동이 불가능한 상태	없음	38.2
		있음	61.8
	보조인 및 기구의 도움이 있으면 활동이 가능한 상태	없음	75.5
		있음	24.5
	스스로 활동은 가능하나 일상생활에 약간 불편이 있는 상태	없음	83.2
		있음	16.8
	일상생활에 전혀 불편함이 없는 상태	없음	97.8
		있음	2.2
병원체류시간 (일)	하루 평균 근무시간	8시간 이하	4.8
		9 - 12	21.1
		13-24	74.0
	일주일 평균 일하는 일수	1-4	17.0
		5-6	70.3
		7	12.2
하루 평균 일당	4만9천원 이하		15.6
	5만원 - 5만9천원 이하		17.3
	6만원 - 6만9천원 이하		44.2
	7만원 이상		22.8
월평균 급여	99만원이하		36.3
	100-149만원		44.7

항목	구분		전체
	150-199만원		17.1
	200-249만원		1.7
	응답거절		0.2
간병단체에 의무적으로 지출하는 금액	등록비	100,000미만	72.6
		100,000이상	27.1
	월평균	60,000미만	61.9
		60,000이상	37.7
	교육이수비용	100,000미만	82
		100,000이상	16.1

□ 급성병원에서의 간병인의 근무환경에 대한 조사결과는 다음과 같음. 먼저 업무 관련 지시 및 감독 관리자로는 간호사라고 응답한 사람이 50.2% 그리고 간병업체라고 응답한 사람이 41%였음.

- 현재 근무하고 있는 병원에서 간병인 교육프로그램을 받은 간병인 66.7% 중 월 또는 분기별 1회의 교육을 받았다고 응답한 사람이 63.3%였음.
- 병원에서 간병인 교육을 받지 않은 경우도 전체의 약 1/3에 달하고 있었음.
- 응답자의 절반정도가 건강검진 결과를 요구받았다고 응답하였고 이 중 처음 간병활동 시 건강검진을 요구하였다는 응답이 63.5%로 나타났다.

〈표 2-16〉 간병인 근로환경 현황

(단위: %)		
항목	구분	전체
업무 관련 지시 및 감독 관리자	간호사(수간호사)	50.2
	병원직원(행정부서직원등)	5.5
	간병업체(용역업체,소개소 등)	41.0
	기타	3.3
근무병원 간병인 프로그램 경험 여부	예	66.7
	아니요	33.3
근무병원 간병인 프로그램 경험 횟수	월1회	39.4
	분기별 1회	23.9
	연1회	10.2
	필요시 받음	26.5
필요시 받은 횟수	5회 이하	93
	6회 이상	6.9

항목	구분	전체
건강검진 결과 요구 여부	요구한적 있다	51.9
	요구하지 않았다	48.1
건강검진 시기	첫 병원 활동(등록시)	63.5
	매년 마다 정기적으로	32.8
	첫병원활동+매년마다	3.6
정기검진 요구항목	간염	87.8
	chest x-ray	81.1
	혈압	74.0
	기타	11.4

□ 간병인의 교육현황 관련 특성을 알아본 결과 응답자의 90%가 업무능력 향상을 목적으로 교육을 받았다고 응답하였으며 교육장소는 간병업체가 43.9%로 가장 많았고 그 이외에는 대한적십자사, 대한간병진흥원, 대한YMCA연합회, 한국자활후견기관협회 산하 가사간병교육센터 그리고 한국케어복지사 협회라 응답한 비율도 54.6%였음.

— 응답자의 66.5%가 교육비용을 지불하였으며 비용은 평균 218천원 정도로 조사되었음.

— 전체 응답자의 96.1%가 간병인의 지식 정도가 환자 회복에 영향을 미친다고 생각하였고, 간병인 활동으로 간호사의 서비스가 감소할 것이라는 응답이 81.1%, 영향을 미치지 않을 것이라는 응답도 18.9%였음.

□ 간병인의 근무환경에 대한 만족도 조사에는 간병인의 복지후생, 임금, 근로시간, 근로환경 순으로 나타났음.

□ 간병인 스스로 간병업무라고 인식하는 내용은 환자에 대한 개인위생관리 98.0%, 침상정리 97.9%, 식사보조 94.5%, 복약보조 87.6%, 체위변경 87.2%, 구강간호 85.9%, 검사실 이동보조 84.4%, 운동보조 84.3%, 환자 불안감 감소 84.2%, 휴식과 수면돕기 82.9%, 환자 증상증후 관찰 81.7%, 침상환자 이동 81.4%, 환자 상태 보고 77.6%, 음식섭취와 횡수 측정 및 기록 70.9%, 체온유지 70.3% 순으로 간병업무라고 인식하고 있었음.

— 하지만 비위관 식이보조, suction, 상처 드레싱, 정맥주사 바늘 제거 등도

간병인의 업무로 인식하는 경우도 있어 간호업무와 간병업무에 대한 명확한 구분 정립이 필요할 것으로 생각됨.

〈표 2-17〉 간병인의 간병업무에 대한 인식

(단위: %)

항목	구분	전체
개인위생관리(예: 세면, 환자복 갈아입히기, 머리빗기, 목욕, 배뇨, 배설)	비해당	2.0
	해당	98.0
침상주위 정돈하고 침구를 가는 업무	비해당	2.1
	해당	97.9
식사 또는 음료수를 먹도록 돕기	비해당	5.5
	해당	94.5
약을 먹여주고 확인하는 업무	비해당	12.4
	해당	87.6
침상위에서 자세를 바꿔 주기	비해당	12.8
	해당	87.2
구강간호	비해당	14.1
	해당	85.9
외래 검사실 등을 오고갈 때 운반차를 밀거나 동행하는 업무	비해당	15.6
	해당	84.4
가능한 범위 내에서 운동 하도록 돕기.	비해당	15.7
	해당	84.3
환자의 불편감, 호소를 들으며 불안감을 감소하는 일	비해당	15.8
	해당	84.2
소음, 불편감, 불안감을 제거하여 충분한 휴식과 수면 돕기	비해당	17.1
	해당	82.9
소음, 불편감, 불안감을 제거하여 충분한 휴식과 수면 돕기	비해당	17.1
	해당	82.9
환자의 증상과 증후 관찰	비해당	18.3
	해당	81.7
침상에서 환자 이동(침상에서 의자나, 운전차 등으로 또는 운반차에서 침대로 옮기는 것)	비해당	18.6
	해당	81.4
관찰 후 환자의 상태를 보고 하는 업무(의사, 간호사)	비해당	22.4
	해당	77.6
음식의 섭취와 횟수, 배설(대·소변, 토물)의 양과 횟수를 측정하고 기록	비해당	29.1
	해당	70.9
더운 물주머니 혹은 얼음주머니를 가하거나 제거하며 정상체온을 유지하도록 돕는 업무.	비해당	29.7
	해당	70.3
감염, 사고 또는 환경으로부터의 잠재적 위험으로부터 보호하는 업무	비해당	31.5
	해당	68.5
조기기동, 심호흡, 기침 하도록 돕기.	비해당	32.6
	해당	67.4
환자요청에 의한 업무(민원업무, 가사지원, 산책 등)	비해당	37.0
	해당	63.0

항목	구분	전체
검사물 채집(가래, 소변, 대변)	비해당	38.0
	해당	62.0
튜브를 통해 나온 배설물 처리	비해당	46.2
	해당	53.8
튜브를 통한 식사 공급 (비-위관 식이보조)	비해당	50.8
	해당	49.2
가래 뽑기(씩션-suction)	비해당	58.2
	해당	41.8
산소흡입기 사용하기	비해당	74.2
	해당	25.8
종교적 요구를 도우는 업무	비해당	75.4
	해당	24.6
혈압, 맥박, 호흡, 체온 등 활력증후 측정하기	비해당	83.5
	해당	16.5
상처 드레싱교환	비해당	85.3
	해당	14.7
정맥주사 비늘 제거하기(수액을 다 맞거나 부었을 때)	비해당	86.2
	해당	13.8

□ 간병업무 수행에서 긴 근무시간, 탈의실 및 휴게공간의 부재, 환자로 부터의 감염, 의료사고 등에 대해 가장 애로가 많은 사항으로 응답하였음.

4. 간병업체 대상 조사

□ 간병서비스 실태 조사를 위해 전국 113개 간병업체의 간병서비스 제공 현황을 조사하였음.

— 조사에 응한 간병업체는 고용간병인 수 30인 미만인 38개소, 30-100인 미만인 49개소, 100인 이상이 26개소였음.

□ 조사대상 간병업체의 평균 고용간병인 수는 93.1명이었고 30인 미만 간병업체의 평균 간병인수는 14.4명인 반면 100인 이상 고용업체의 평균 간병인 수는 약 280명 정도로 나타나 영세업체와 규모가 큰 업체와의 차이가 큰 것으로 나타나고 있으며 현재 활동 간병인의 수도 비슷한 양상을 보이고 있음.

— 간병인의 국적은 대부분이 한국이었으며 간병인의 모집 경로는 지인의 소개 (63.7%)가 가장 많았고 간병인 모집 시 연령제한을 둔 곳이 62.8%로 과반수를 넘었으며 제한 연령은 최소 평균 35.3세, 최대 60.8세를 제시하고 있었음.

- 간병인의 연령분포대는 50대가 가장 많았고 학력제한이 없는 경우가 69.9%로 가장 많았음.
- 간병인들의 자격요건으로는 요양보호사 자격증 83.2%, 간병인 교육이수 55.8% 순으로 요구하고 있었음.
- 간병인에 대한 교육은 약 평균 60시간 정도였으며, 교육 자료를 자체 제작한 경우가 전체의 61.5%에 달해 표준화된 매뉴얼이 시급한 것으로 생각됨.
- 간병 교육은 간호사와 사회복지사가 담당하는 비율이 높았고, 교육비는 간병인이 100인 이상인 곳은 60%가 무료인 것으로 나타났으나 그 외에는 5만원에서 20만원까지로 조사되었음.

〈표 2-18〉 간병업체의 일반적 특성

	구분	전체	30인 미만	30~100인 미만	100인 이상
등록간병인 수(n)	평균간병인수	93.1	14.4	54.6	280.6
활동간병인 수(n)		66.8	13.1	46.0	184.7
간병인 국적(n)	한국인	89.9	14.3	53.8	268.5
	조선족/필리핀/기타	3.2	0.1	0.8	12.1
모집 경로(%)	기존간병인등 지인 소개	63.7	60.5	65.3	65.4
	지역소식지나 베품시장 공고	45.1	42.1	42.9	53.8
	기타	25.7	18.4	32.7	23.1
	병원을통한소개	15.0	10.5	14.3	23.1
	신문광고	14.2	10.5	16.3	15.4
연령제한 유무(%)	있다	62.8	36.8	79.6	69.2
	없다	37.2	63.2	20.4	30.8
연령별 분포(n)	30대 미만	0.0	0.0	0.0	0.0
	30대	1.4	0.3	2.2	1.6
	40대	9.5	2.8	8.4	21.2
	50대	44.0	7.7	27.8	126.3
	60대 이상	12.3	2.1	7.6	35.7
모집시 최소학력(%)	학력제한 없음	69.9	78.9	63.3	69.2
	초등학교 졸업	15.0	13.2	16.3	15.4
	중학교 졸업	11.5	5.3	18.4	7.7
	고등학교 졸업	3.5	2.6	2.0	7.7

	구분	전체	30인 미만	30~100인 미만	100인 이상
기본자격조건 (복수응답)(%)	요양보호사 자격증 취득	83.2	81.6	87.8	76.9
	간병교육 이수자	55.8	47.4	63.3	53.8
	간호조무사 자격증 취득	11.5	7.9	10.2	19.2
	없다	8.8	10.5	2.0	19.2
	기타	4.4	2.6	2.0	11.5
간병인 교육시 직접하는 경우 교육(year)	총시간	61.8	19.4	88.0	93.6
	이론시간	28.9	2.6	64.0	41.2
	실기시간	32.8	16.8	24.0	52.4
교육자료 (복수응답)	자체 제작	61.5	66.7	50.0	60.0
	강사 선택	38.5	16.7	50.0	60.0
	협약병원과 상의	15.4	16.7	-	20.0
교육강사 (복수응답)	간호사	53.8	33.3	-	100.0
	사회복지사	46.2	66.7	50.0	20.0
	기타	7.7	-	50.0	-

□ 간병업체에서 제시한 간병인의 근무조건을 조사한 결과 규모가 큰 간병업체일수록 휴일이 없다는 곳이 많았지만 정기적인 간병인 교육을 실시한다는 응답은 더 높았고 교육시간도 더 많은 것으로 나타났다.

— 교육제공자는 간병업체가 65.9%로 가장 많았고 병원도 42.4%였음.

□ 간병 업체의 설립형태는 규모에 상관없이 직업소개소가 전체의 34.5%로 가장 많았고 운영 형태는 병원이나 단체와 협약을 통해 운영하는 경우가 많았음.

— 절반이상의 간병업체에서 간병인 등록 시 입회비 없었고 있는 경우도 10만원 내외였음.

— 수익배분 방식은 월회비와 월 수입의 일정 %를 내는 방법이 각각 28.3%, 26.5%를 차지하고 있었으며 간병 근무시간에 따라 월회비를 받는 업체도 상당수 있는 것으로 나타났다.

— 4대보험을 제공하는 업체는 전체의 1/3미만이었음.

〈표 2-19〉 간병업체의 행정 관련 특성

(단위: %)

	구분	전체	30인 미만	30~100인 미만	100인 이상
설립형태	직업소개소	34.5	34.2	32.7	38.5
	파견업 법인	12.4	7.9	14.3	15.4
	비영리 자활단체	15.0	15.8	16.3	11.5
	비영리사회적인증기업	15.9	7.9	20.4	19.2
	기타	22.1	34.2	16.3	15.4
운영형태	병원이나 단체와 협약	39.8	39.5	38.8	42.3
	파견	20.4	26.3	18.4	15.4
	개인가병	30.1	18.4	38.8	30.8
	기타	9.7	15.8	4.1	11.5
간병인 등록시 입회비	없다	52.2	65.8	42.9	50.0
	100,000미만	25.8	23.8	28.6	16
	100,000이상	22.1	10.5	28.5	26.9
요금배분방식	월회비 납부	28.3	23.7	30.6	30.8
	월수입의 %	26.5	23.7	26.5	30.8
	기타	45.1	52.6	42.9	38.5
월수입의 %	50이하	70.0	55.6	69.3	87.5
	6-10	20.0	33.3	23.1	0
	20	3.3	11.1	0	0
	30	6.7	0	7.7	12.5
4대보험 가입여부	예	31.0	47.4	18.4	30.8
	아니오	69.0	52.6	81.6	69.2

□ 간병업체가 제시하고 있는 간병인의 수행 업무로는 개인위생, 식사 및 약물복용 보조, 침상정리, 운동보조, 체위변경, 튜브 배설물 처리, 외래 검사실 이동 보조 등 기본적인 돌봄의 내용이 주를 이루고 있으나 suction, 검사물채집, 산소흡입기 사용, 혈압/맥박/호흡/체온 측정, 상처 드레싱 교환, 정맥주사 바늘제거 등의 등 간호 업무에 대해서도 간병업무로 제시하고 있는 경우도 나타나고 있어 간병인-간호사 간 정확한 업무 매뉴얼이 필요할 것으로 판단됨.

5. 간병서비스 이용 및 미이용 환자

가. 조사방법

- 표본추출은 비례층화표출법을 사용하여 조사 대상 의료기관을 선정하였으며, 각 대상 기관에서 일정비율의 표본조사 대상 환자를 선정하는 2단계 과정을 거침.
 - － 비례층화표출법(proportional stratified sampling)을 사용하여 의료기관종별·지역별 조사대상을 선정한 후, 병상별 군집진단을 구분(clustering)하여 무작위 추출(random sampling)
- 그 결과 총 104개 병원을 표본으로 추출하였으며, 각 병원의 병상 수에 비례해 간병서비스 이용환자 743명, 미이용자 596명을 최종 조사함.

나. 조사결과

1) 대상자 일반 특성

- 간병서비스를 이용한 환자 743명 중 여성 65.7%, 남성 34.3%, 간병서비스 미이용자는 남자 46.1%, 여자 53.9%를 차지하여, 양 집단 모두 특히 이용집단에서 여성의 비율이 높았음.
- 이용환자 연령은 70대 이상이 38.1%으로 가장 많았고, 그 다음으로 19.9%로 나타난 반면, 미이용환자 연령대는 50대 23.6%, 60대 22.9%로 50-60대가 과반수를 차지하여 이용환자 연령대가 더 높음.
- 양 그룹 모두 결혼 상태는 기혼비율이 높았으며, 직업을 갖고있지 않은 환자의 비율이 직업이 있는 환자의 비율보다 높게 나타남.
- 이용환자 거주지는 중소도시가 45.8%으로 가장 많은 반면, 미이용환자는 특별시·광역시 비율이 가장 높았음.
- 이용환자 가족구조는 ‘부부와 미혼자녀’라고 응답한 경우가 31.5%으로 가장 높았고, 부부만 산대(28.8%), 혼자산대(22.2%), 3세대 이상(11.0%), 기타(6.5%)의 순이었음.

- 미이용환자 가족구조 역시 부부가 미혼자녀와 동거하는 경우가 44.3%로 가장 많았고 부부만 사는 경우가 30.2%로 나타남.

〈표 2-20〉 조사대상자 일반적 특성

변수		이용자(%)	미이용자(%)
성별	남성	34.3	46.1
	여성	65.7	53.9
연령	30대 미만	2.6	6.2
	30대	7.0	10.6
	40대	13.7	17.0
	50대	18.7	23.6
	60대	19.9	22.9
	70대 이상	38.1	19.7
결혼상태	기혼	91.5	87.2
	미혼	5.8	11.1
	기타	2.7	1.7
직업	있다	34.7	43.5
	없다	65.3	56.5
거주지	특별시, 광역시	43.9	49.8
	중소도시	45.8	36.9
	군지역	10.4	13.0
가족구조	혼자산다	22.2	13.1
	부부만 산다	28.8	30.2
	부부와 미혼 자녀	31.5	44.3
	3세대 이상	11.0	5.7
	기타	6.5	7.9

n= 간병서비스 이용자 743, 미이용환자 596, 비율수치는 결측치 제외로 합계가 100%미만일 수 있음.

2) 대상자의 건강관련 특성

- 전반적인 건강상태에 대해 환자에게 주관적인 건강상태를 물은 결과, 간병서비스 이용환자는 ‘좋지 않은 편이다’라고 응답한 경우가 48.3%으로 가장 많았고, ‘보통이다’(26.9%), ‘매우 좋지 않다’(12.8%)의 순으로 매우 좋지않거나 좋지않은 편이라는 응답률이 61.1%에 이른 반면, 미이용환자는 좋지 않거나 매우 좋지 않는 것이 49.8%로 나타남.
- 수술여부에 대해 이용환자는 수술 받음이라고 응답한 경우가 51.3%으로 수술받지 않은 경우보다 높았으며, 미이용환자는 반대로 수술을 받지 않은 경우가 51.0%로

근소한 차이로 수술받은 경우보다 높았음.

〈표 2-21〉 조사대상자의 건강관련 특성

구분		이용환자(%)	미이용환자(%)
전반적인 건강상태	매우 좋지 않다	12.8	13.9
	좋지 않은 편이다	48.3	35.9
	보통이다	26.9	27.2
	좋은 편이다	11.4	19.8
	매우 좋다	0.5	3.2
수술여부	수술안함	48.7	51.0
	수술받음	51.3	49.0

n= 간병서비스 이용환자 743, 미이용환자 596, 비율수치는 결측치 제외로 합계가 100%미만일 수 있음.

3) 간병서비스 이용 관련 특성 및 만족도

□ 간병서비스 이용환자를 대상으로 서비스관련 특성에 대해 조사함.

- 간병서비스 이용 이유에 대한 응답 결과, 전체 743명 중 ‘가족 중 간호할 사람이 없어서’(56.7%)라는 응답이 가장 많았으며, 간병비용 주부담자는 환자본인 및 배우자가 336명(45.2%)으로 가장 많았고, 환자 자녀(41.5%)가 근소한 차이로 그 뒤를 이음.
- 간병비용이 가정영향에 미치는 영향에 대해 ‘부담된다’라고 응답한 경우가 406명(54.6%), ‘매우 부담된다’가 29.2%로 두 응답 합계가 83%이상을 차지하였으며, 간병비용 걱정여부에 대해 ‘비싼 편이다’라고 응답한 경우가 340명(45.8%)으로 가장 많았음.
 - 단, 간병비용이 ‘적정하다’는 의견도 38.1%에 이름.
- 간병인 고용 제안에 대해 가족이라고 응답한 경우가 516명(69.4%)으로 가장 많았고, 입원환자(21.0%), 병원·의사·간호사(8.1%), 기타(1.5%)의 순이었음.
- 간병인 연결 경로에 대해 간호사가 연락처 알려주어 내가 연결함이라고 응답한 경우가 373명(50.2%)으로 가장 많았고, 기타(25.2%), 간호사가 직접 연락하여 보내줌(24.6%)의 순이었음.

〈표 2-22〉 간병서비스 이용 관련 특성 (N=743)

구분		응답자수	%
간병서비스 이용이유 (우선순위)	가족중 간호할 사람이 없어서	421	56.7
	환자 혼자 거동할 수 없어서	267	35.9
	병원인력이 부족해서	9	1.2
	간병인이 가족보다 더 능숙하기 때문	44	5.9
간병비용 주부담자	환자본인 및 배우자	336	45.2
	환자 자녀	308	41.5
	기타	37	5.0
	환자 부모	35	4.7
	보험회사	23	3.1
	환자 친척	4	0.5
간병비용이 가정경제에 미치는 영향	매우 부담된다	217	29.2
	부담된다	406	54.6
	부담스럽지 않다	104	14.0
	전혀 부담스럽지 않다	14	1.9
	모름	2	0.3
간병비용 적정여부	매우 비싸다	90	12.1
	비싼 편이다	340	45.8
	적정하다	283	38.1
	저렴하다	28	3.8
	모름	2	0.3
간병비 외 추가비용 지불여부	있다	51	6.9
	없다	692	93.1
간병인 고용 제안	입원환자	156	21.0
	가족	516	69.4
	병원, 의사, 간호사	60	8.1
	기타	11	1.5
간병인 연결 경로	간호사가 직접 연락하여 보내줌	183	24.6
	간호사가 연락처 알려주어 내가 연결함	373	50.2
	기타	187	25.2

□ 간병서비스 이용 후 만족도에 대해 전반적인 만족도, 추천의향 등에 대해 조사함.

○ 이용환자 대부분(92.9%)가 간병서비스 후 편안하거나 매우 편안하다고 느낀 것으로 조사되었으며, 역시 91%이상이 간병인을 교체할 의사는 없는 것으로 조사됨.

- 반면, 간병서비스 재이용 의향에 대해 묻은 결과, 89.4%가 ‘그렇다’ 또는 ‘매우 그렇다’ 라고 응답하였으며, 다른 사람에게 간병서비스를 추천할 의향이 있는지는 질문에는 75.9%가 ‘그렇다’ 또는 ‘매우 그렇다’라고 응답함.
- 간병서비스 전반 만족도에 대해 약간 만족이라고 응답한 경우가 351명 (47.2%)으로 가장 많았고, 매우 만족(26.8%), 보통(23.0%) 순으로 나타남.

〈표 2-23〉 간병서비스 만족도 (N=743)

구분		응답자수(명)	%
간병서비스 후 편안한 정도	매우 불편함	1	0.1
	불편함	52	7.0
	편안함	537	72.3
	매우 편안함	153	20.6
간병인 교체 여부	없다	679	91.4
	있다	64	8.6
간병서비스 재이용 평가	전혀 그렇지 않다	4	0.5
	그렇지 않다	39	5.2
	보통이다	110	14.8
	그렇다	462	62.2
	매우 그렇다	128	17.2
간병서비스 추천 의향	전혀 그렇지 않다	1	0.1
	그렇지 않다	49	6.6
	보통이다	129	17.4
	그렇다	466	62.7
	매우 그렇다	98	13.2
간병서비스 전반 만족도	매우 불만족	4	0.5
	약간 불만족	18	2.4
	보통	171	23.0
	약간 만족	351	47.2
	매우 만족	199	26.8

4) 간병서비스 미이용 이유

□ 간병서비스 미이용자에게 간병서비스를 이용하지 않는 가장 큰 이유를 묻은 결과, 가장 많이 차지한 항목은 '간병비 비용 부담이 크기 때문' (41.9%)로 나타남.

— 다음 '환자가 원하지 않았기 때문' 27.7%, '전통적으로 아픈 가족을 혼자

둘 수 없어서' 20.6%로 나타남.

〈표 2-24〉 간병서비스 이용하지 않는 이유 (N=253)

항목	%
환자가 원하지 않기 때문에	27.7
전통적으로 아픈 가족을 혼자 둘 수 없어서	20.6
방문객을 접대하기 위해서	2.0
병원에 보호자 없이 혼자두면 치료나 간호를 잘 안 해줄 것 같아서	4.3
환자가 위급한 상태일 경우 간호사실에 곧바로 연락할 수 없기 때문에	2.0
간병비 부담 비용이 크기 때문에	41.9
기타	1.2

6. 간병서비스 수요자의 지불용의금액(willingness-to-pay, WTP) 측정

가. 조사방법

- 간병서비스 제도에 따른 환자 및 가족 간병인의 유형 및 무형의 편익을 화폐적 가치로 측정하기 위해 조건부가치측정법(contingent valuation method)을 활용하여 잠재적 간병서비스 수요 대상자를 대상으로 지불용의금액 조사
- 조사대상은 위의 표본조사 대상과 같으며, 현재 간병서비스 이용대상자 743명 전체와 500명의 간병서비스 미이용자, 총 1,243명이 참여함.
- WTP 측정방법: 이중경계양분선택형질문법 (double-bounded dichotomous choice method)
 - 조사대상 환자를 4그룹으로 나뉘어, 각각의 그룹에게 24시간 간병서비스에 대한 본인비용부담액으로 다르게 일정금액을 적정금액으로 제시함. 그 뒤, 동의여부에 따라 다음 금액 (동의 시 처음금액의 2배, 비동의시 처음금액의 1/2배)을 추가로 제시하여 질문하였으며, 그 과정은 다음 그림과 같음.

[그림 2-1] 지불용의금액 측정을 위한 제시금액



나. 조사결과(원자료)

□ 각 제시금액에 대한 응답자의 지불의사금액 분포는 아래와 같이 제시금액이 클수록 지불의사가 대체적으로 낮아지는 경향을 보임.

- 간병서비스 이용자의 경우 첫 번째 혹은 두 번째 제시금액 중 어느 하나의 금액을 기꺼이 지불할 의사가 있다고 답한 응답자는 743명 중 657명 (88.4%)이었고, 어떠한 제시금액에도 지불할 의사가 없다고 답한 응답자는 86명(11.6%)으로 나타나 조사결과 대부분의 응답자가 간병서비스에 대한 지불의사가 있는 것으로 나타남.
- 한편 간병서비스 미이용자의 경우 첫 번째 혹은 두 번째 제시금액 중 어느 하나의 금액을 기꺼이 지불할 의사가 있다고 답한 응답자는 500명 중 368명(73.6%)인 반면, 지불할 의사가 없다고 답한 응답자는 132명(26.4%)으로 이용자에 비해 지불 의사가 없는 경우가 높았음.

〈표 2-25〉 지불의사금액 응답분포(간병서비스 이용자)

(단위 : 명, %)

첫 번째 제시금액(원)	표본크기	응답유형별 응답자수			
		예-예	예-아니오	아니오-예	아니오-아니오
40,000	203	30	153	16	4
60,000	198	13	126	42	17
80,000	183	8	45	113	17
100,000	159	6	12	93	48
합계	743	57(7.67)	336(45.22)	264(35.53)	86(11.57)

주: 두 번째 제시금액은 첫 번째 제시금액에 대한 응답이 “예”이면 첫 번째 제시금액의 2배이며, “아니오”이면 첫 번째 제시금액의 절반이다

〈표 2-26〉 지불의사금액 응답분포(간병서비스 미이용자)

(단위 : 명, %)

첫 번째 제시금액(원)	표본크기	응답유형별 응답자수			
		예-예	예-아니오	아니오-예	아니오-아니오
40,000	169	16	102	24	27
60,000	133	11	56	41	25
80,000	107	5	19	48	35
100,000	91	1	5	40	45
합계	500	33(6.60)	182(36.40)	153(30.60)	132(26.40)

주: 두 번째 제시금액은 첫 번째 제시금액에 대한 응답이 “예”이면 첫 번째 제시금액의 2배이며, “아니오”이면 첫 번째 제시금액의 절반이다

다. 지불용의금액 추정

□ <표 2-25> 및 <표 2-26>에 나타난 간병서비스 이용 및 미이용 입원환자의 간병 서비스에 대한 지불용의금액 분포를 이용해 24시간 간병서비스 이용에 대한 지불용의금액을 구간 회귀방정식(interval regression)을 이용하여 추정함.

- 지불용의금액에 영향을 미칠 것으로 예상되는 환자의 일반적 특성, 건강 관련 특성, 부양자 특성 등을 모형에 포함하여 추정하였는데, 월소득(reference group=500만원이상), 간병서비스 이용여부(reference group=이용환자), 연령 변수가 통계적으로 유의미하게 나타남 ($p<.05$)
- 분석결과 평균 지불용의금액(mean WTP)이 63,763원으로 나타났으며, 이는 현행 간병서비스 이용료의 최빈값(6만원/일)보다 약간 높은 수준임.

제2절 요양병원 간병서비스 제공 현황⁹⁾

- 최근 국민건강보험공단-고려대학교 산학협력단에 의해 ‘요양병원 간병서비스실태조사’가 2010년6월~10월동안 이루어졌으며, 본 절은 동 실태조사의 결과에 기초함.

1. 조사 방법 및 개요

- 요양병원, 환자 또는 보호자, 활동 간병인을 대상으로 각각 설문조사를 실시하였으며, 국민건강보험공단의 병원자료 (2010년 4월 기준)와 2006~2009년 입원환자의 보험청구자료를 이용하여 요양병원 및 입원환자의 특성을 분석함.

가. 공단자료 분석

- 2010년 4월 현재 전국 807개 병원에 대한 공단자료 및 건강보험심사평가원의 요양병원평가결과자료를 통해 전국 요양병원의 전체 규모와 분포에 대한 일반적 특성을 살펴봄.
- 2006~2009년 전국 요양병원 입원환자의 보험청구자료를 이용하여 환자의 주상병, 재원일수, 중증도 등에 대한 특성을 분석함.

나. 요양병원대상 조사

- 요양병원 간병인 고용 및 활용 실태는 전국 요양병원(807개소)을 대상으로 인터넷 설문을 통해 조사한 결과 최종 298개(36.9%)병원이 조사에 참가
- 모집단과 표본집단 간 설립주체, 지정학적 위치, 설립연도, 병상규모에서의 차이는 통계적으로 유의미하지 않음.
- 조사항목은 병원 일반 특성, 간병인고용현황, 간병인활용, 교육, 제도화 방안의 5가지 대항목으로 구성

9) 2010년에 건강보험공단에서 발주한 고려대학교 안형식 교수 외의 “요양병원의 간병서비스 실태조사 및 개선방안”의 자료를 이용함.

다. 간병인 및 환자-보호자 대상 조사

□ 조사대상 선정 기준 및 과정

○ 지역별·규모별 다단계 층화 표본 추출 (multi-stage stratified sampling)로 총 65개의 의료기관을 선정하였으며, 이 중 조사협조 과정을 거쳐 40개의 의료기관에서 간병인 600명, 환자 또는 보호자 1000명의 대상자를 선정하기로 목표함.

- － 간병인조사의 경우 위의 의료기관에 따른 간병인 특성이 차이가 있을 것을 고려하여 간병인협회에 의뢰하여 448명의 간병인을 추가 설문조사하기로 함.
- － 간병인, 환자(보호자)는 각 의료기관 당 환자의 중증도 및 성별에 따라 배분된 20명을 선정하여 조사하였으나 해당의료기관에서의 대상자 수가 20명 미만일 경우 전수 조사함.

○ 이러한 과정을 거쳐 선정된 최종조사대상자는 간병인 1056명, 환자(보호자) 1090명이었으며, 이 중 최종적으로 간병인조사에 42개 기관(표본추출 의료기관 31개 + 간병인협회 소속 간병인의 활동기관 11개)1003명, 환자 및 보호자 조사에 42개 기관 1000명이 참여함.

□ 간병인 조사는 표본 선정된 요양병원에서 2010년 4월부터 한 달동안 근무한 이력이 있는 모든 간병인을 대상으로 하였으며, 1)사회인구학적특성, 2)고용현황, 3)직무특성, 4)교육과 자격 및 5)애로사항 및 개선방안의 5가지 대분류항목에 대해 조사함.

□ 환자 및 보호자 조사는 대분류 항목으로 1)환자의 사회인구학적 특성, 2)보호자의 일반적 특성, 3)간병서비스 이용현황, 4)간병서비스 문제점 및 개선방안 및 5)간병인의 수요현황으로 구성

□ 간병인 및 환자조사는 훈련된 조사원을 파견하여 구조화된 설문지에 의해 개별면접조사방법을 통해 수행됨.

- － 환자조사의 경우 보호자가 있는 환자일 경우에는 보호자가, 보호자가 없을 경우에는 환자의 침대 옆에서 설문조사를 수행함.

2. 조사 결과

가. 요양병원 간호간병인력 현황

- 공단자료에서 나타난 807개 전국 요양병원의 간호사 및 간호조무사 수는 14,613명으로 10병상당 1.5명 수준임.
- 간병인수는 병원 설문조사에 응한 242개 병원의 간병인수와 병상수 자료를 이용하여 다음과 같이 추계함.

$$\text{조사기관(242개병원)의 병상당 간병인수} \times \text{전체병상수(96,701병상)} = 17,852\text{명}$$

- 이는 간호사와 간호조무사를 합한 14,613명보다 많고, 전체 간호/간병인력의 55%에 해당됨.
- 병원과 병상수당 간호·간병 인력을 살펴보면, 병원 당 18명의 간호인력(간호사+간호조무사)과 25명의 간병 인력을 쓰고 있으며, 100병상 당 16명의 간호 인력과 18명의 간병인을 쓰고 있는 것으로 나타남.

〈표 2-27〉 전국 간호인력 및 간병인력 추계

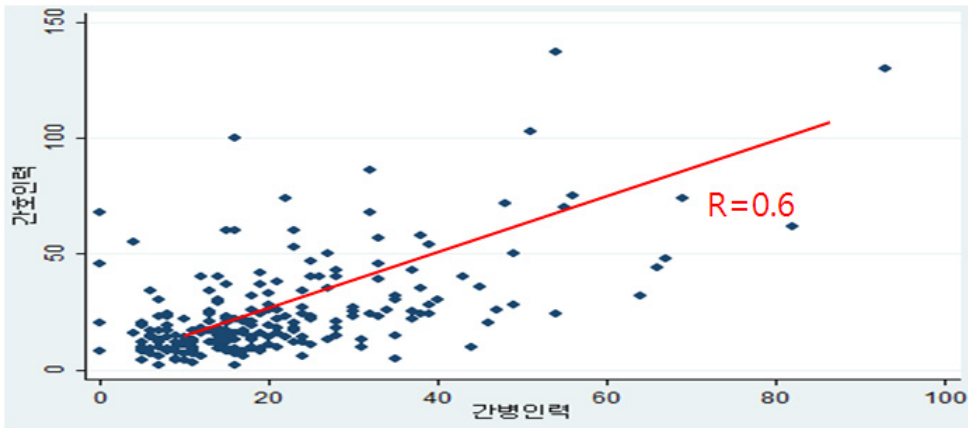
	병상수	간호사수	간호조무사수	간병인수
전체(N=807)	96,701	8,076	6,537	17,852(추계)
조사기관(N=242)	30,172	2,616	2,074	5,570

〈표 2-28〉 병원 및 100병상당 간호/간병인력

간호인력/병원	간병인력/병원	간호인력/간병인력	간호인력/100병상수	간병인력/100병상수
18.1	24.6	0.8	15.6	18.4

- 간호인력과 간병인력 간 상관관계를 알아본 결과, 분포의 범위는 넓었으나 상관계수는 .6으로 대체적으로 간호인력이 많은 병원에서 간병인력도 많은 것으로 나타남.

[그림 2-2] 간호·간병 인력의 상관관계



나. 요양병원의 간병인 활용 및 관리

1) 조사대상 요양병원의 일반적 특징

□ 조사대상 의료기관의 일반적 특성을 설립주체, 의료기관의 지정학적 위치, 설립연도, 병상규모, 전문진료과목, 간호사 등급으로 구분하여 세부항목 별로 분류함.

- 대상의료기관의 설립주체는 개인설립이 154개소(51.7%)로 가장 많았으며 의료법인이 그 다음으로 전체대상의 34.2%를 차지함.
- 지정학적 위치는 부산, 울산, 경남지역이 86개소(28.9%)로 가장 많은 분포를 보였으며, 대전, 충남, 충북, 강원 지역이 그 뒤를 이음.
- 2008년에서 2009년 사이 설립된 의료기관이 전체 39.6%로 가장 많음.
- 전문진료과목은 가정의학과(50.3%), 내과, 일반외과, 재활의학과 순
- 간호사 등급별 구성은 1등급이 32.2%로 가장 많았으며, 그 다음으로 2등급(23.5%), 3등급(17.4%)로 나타남.
 - 간호사 등급을 제시하지 않은 의료기관이 10.1%로 간호 인력의 수준이 낮은 의료기관이 상대적으로 포함되지 않을 가능성이 있을 것으로 평가됨.
- 병상규모에 따른 분류결과, 50병상 미만인 7.0%, 50병상이상 100병상 미만이 32.9%, 100병상이상 150병상 이상이 27.5%, 150병상 이상 200병상 미만이 17.8%, 200병상 이상이 14.8%를 차지

- 규모가 상대적으로 작은 의료기관 특히 50병상 미만의 의료기관의 참여가 적었음.

〈표 2-29〉 조사대상의료기관의 일반적 특징

구분		병원수	(백분율)
설립주체	의료법인	102	(34.2)
	개인	154	(51.7)
	사회복지법인	12	(4.0)
	특수법인	10	(3.4)
	재단법인	5	(1.7)
	사단법인	8	(2.7)
	공립	6	(2.0)
	학교법인	1	(0.3)
지정학적 위치	서울	22	(7.4)
	인천,경기	48	(16.1)
	대전,충남,충북,강원	54	(18.1)
	대구,경북	40	(13.4)
	부산,울산,경남	86	(28.9)
	광주,전남,전북,제주	48	(16.1)
설립연도	1997~2005년	60	(20.1)
	2006~2007년	104	(34.9)
	2008~2009년	118	(39.6)
	2010년	16	(5.4)
병상규모	50병상미만	21	(7.0)
	50-100병상미만	98	(32.9)
	100-150병상미만	82	(27.5)
	150-200병상미만	53	(17.8)
	200병상이상	44	(14.8)
전문진료과목	가정의학과	150	(50.3)
	내과	117	(39.3)
	산부인과	44	(14.8)
	신경과	57	(19.1)
	신경외과	49	(16.4)
	일반외과	84	(28.2)
	재활의학과	69	(23.2)
	정형외과	32	(10.7)
	마취통증의학과	15	(5.0)
	비뇨기과	7	(2.3)
	한방내과	12	(4.0)
	소아청소년과	12	(4.0)
	정신과	9	(3.0)
	흉부외과	9	(3.0)
	기타전문진료과목	24	(8.1)
간호사 등급 ¹⁰⁾	1등급(4.5:1미만)	96	(32.2)

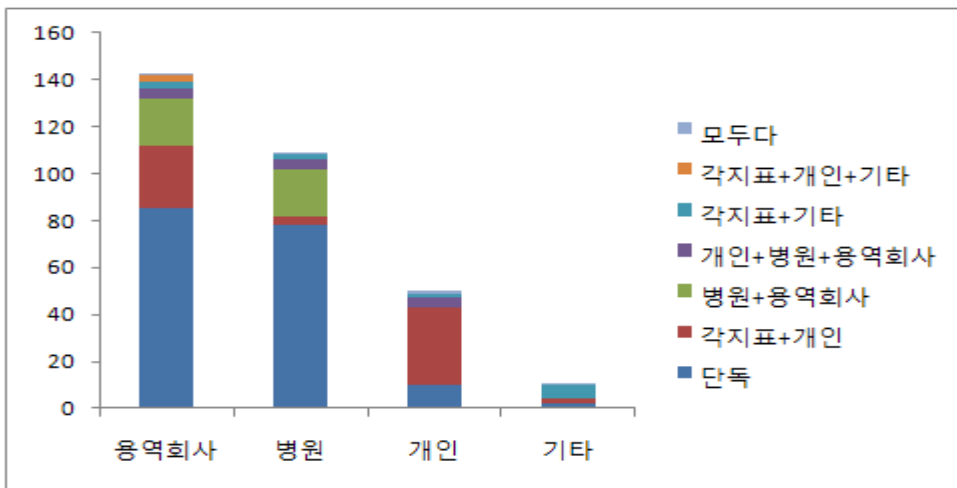
구분	병원수	(백분율)
2등급(4.5:10이상~5.1미만)	70	(23.5)
3등급(5.10이상~5.5:1미만)	52	(17.4)
4등급(5.5:10이상~6.1미만)	19	(6.4)
5등급(6.10이상~6.5:1미만)	12	(4.0)
6등급(6.5:10이상~7.5:1미만)	10	(3.4)
7등급(7.5:10이상~9:1미만)	4	(1.3)
8등급(9:10이상)	5	(1.7)
무응답	30	(10.1)

2) 간병인의 고용형태 및 관리

□ 전체 298기관 중 무응답을 제외한 240개 의료기관에 대해 분석한 결과, 용역업체가 간병인을 고용하는 경우는 143개소(48.0%), 병원직접고용은 109개소(36.6%), 개인직접고용은 51개소(17.1%), 기타 고용은 12개소(4.8%)로 나타남.

- 단일 고용방식은 전체 조사대상 의료기관의 72.3%인 175개 의료기관에서 운영하였으며, 그 외의 나머지 의료기관은 두 가지 이상의 고용형태를 혼합하여 사용하는 것으로 조사됨.

[그림 2-3] 요양병원의 고용형태별 분포

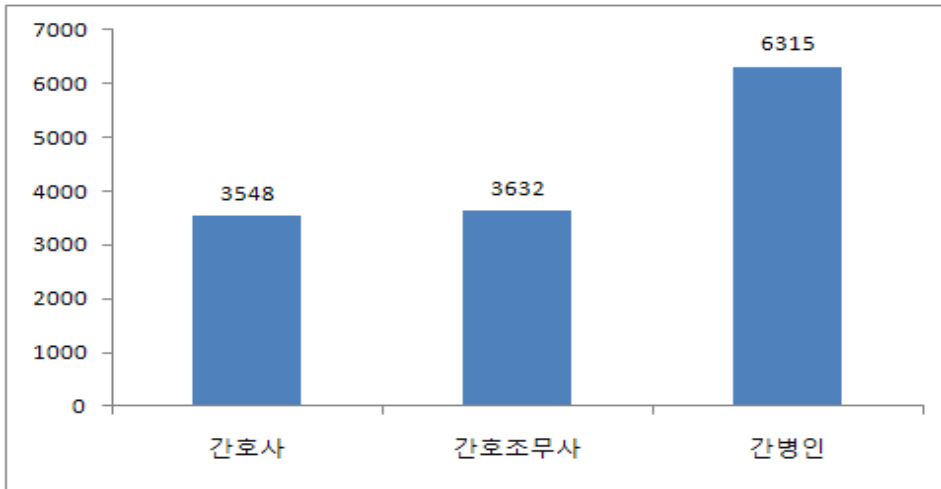


10) 간호사 등급:보건복지가족부 고시 제 2009-216호에 따라 환자수대 간호인력수 비로 계산함(*단 환자수가 명확하지 않아 병상수로 조정, 간호인력수는 간호사수+간호조무사수). 또한 간호등급결정 시 3개월 동안 지속적으로 근무한 간호인력의 평균수와 환자의 수로 등급을 결정해야 하나 본 조사결과는 설문조사 결과와 허가병상수로 간호인력의 등급을 구분하여 실제 결과와 다소 다를 수 있음.

3) 요양병원의 활동 간병인 특성

- 현재 근무 중인 간호사는 3,548명, 간호조무사는 3,632명, 간병인은 6,315명으로 전체 간병·간호인력 중 간병인이 차지하는 비율은 46.7%로 나타남.

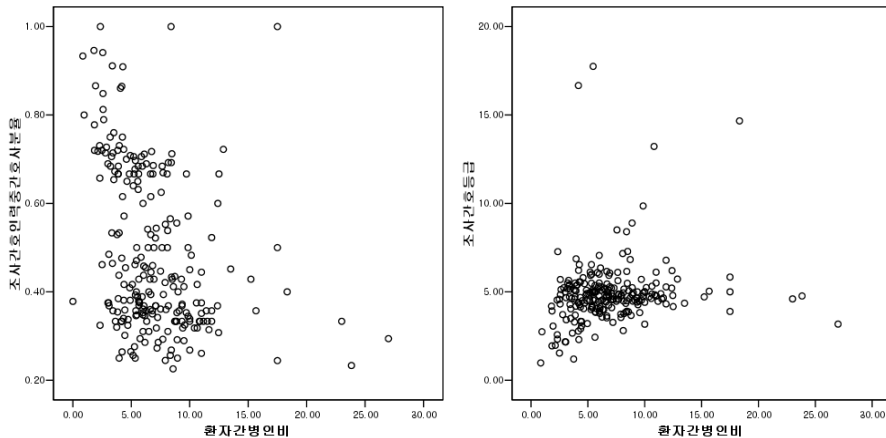
[그림 2-4] 조사기관의 간호·간병인력수



주: 의료기관 (n=241) 대상

- 전체 간호인력 중 간호사의 분포와 환자 간병인비와의 관련성은 음(-)의 상관관계가 있는 것으로 분석되어, 전체 간호인력 중 간호사가 분포가 작은 의료기관일수록 간병인 일인당 환자 수도 작았으며, 통계적으로 유의한 관련성이 있는 것으로 조사됨.
- 또한 간병인 일인당 환자수가 작은 의료기관의 경우 간호인력 일인당 환자수와 의 관련성은 양(+)의 상관관계를 갖는 것으로 조사되어 간호인 력이 많은 의료 기관일수록 간병인도 많은 것으로 조사되었으며 이는 통계적으로 유의미함.

[그림 2-5] 환자, 간호사, 간병인과의 관련성



- 주1) 간호사/간호인력과 환자/간병인과의 관련성 pearson 상관계수=-0.351,p=0.000
 2) 환자/간호인력과 환자/간병인과의 관련성 pearson 상관계수=0.170,p=0.009

다. 간병인의 특성 및 현황

□ 조사대상 간병인의 인구사회학적 특성은 다음 표와 같이 용역업체, 병원 조사에 따라 분류분석함.

— 두 조사대상 그룹의 인구사회학적 변수에서 통계적으로 유의한 차이가 있었으며, 병원조사를 통한 대상자에 비해 용역업체를 통한 대상자가 학력이 낮고, 가계의 수입이 낮고, 외국인과 이혼이나 사별한 대상자가 보다 많이 포함되어 전반적인 사회경제적 수준이 낮은 대상자가 많은 것으로 평가됨.

□ 평균 연령은 병원조사는 54.1세, 용역업체를 통한 조사는 56.0세로 나타남. 성별의 경우 병원조사의 경우 95.2%가 여성이었으며 용역업체를 통한 경우 87.9%가 여성으로 대체적으로 여성이 남성에 비해 종사지수가 높은 것으로 조사됨.

□ 간병인의 국적의 경우 병원조사의 경우 내국인이 81.6%인데 비해 용역업체를 통한 조사에서는 내국인이 56.4%로 용역업체를 통한 조사에서 조선족을 포함한 외국인의 분포가 높았는데, 이는 용역업체를 통한 조사가 병원조사에 비해 서울 및 경기도 지역의 대상자가 많았으며 이로 인해 외국인의 분포가 높아진 것으로 평가됨.

□ 가계의 총수입의 경우 두 조사에서 모두 100만원~200만원 미만사이의 수입으로 응답된 경우가 51%로 가장 많았으며, 가계의 총 수입가 분포 간병인의 월수입과

유사한 것으로 평가되어 조사대상 간병인이 가계의 주요 수입원인 것으로 평가됨.

〈표 2-30〉 조사대상 간병인의 인구사회학적 특성

		병원조사		용역업체		p-value
연령		54.1	±5.6	56.0	±5.7	0.000
성별	남성	22	(3.6)	31	(6.9)	0.000
	여성	580	(95.2)	393	(87.9)	
	결측값	7	(1.1)	23	(5.1)	
최종학력	초졸이하	45	(7.4)	32	(7.2)	0.002
	중졸	172	(28.2)	162	(36.2)	
	고졸	330	(54.2)	222	(49.7)	
	대졸이상	54	(8.9)	19	(4.3)	
	결측값	8	(1.3)	12	(2.7)	
결혼상태	기혼	499	(81.9)	327	(73.2)	0.004
	미혼	12	(2.0)	9	(2.0)	
	사별	66	(10.8)	65	(14.5)	
	이혼	25	(4.1)	31	(6.9)	
	결측값	7	(1.1)	15	(3.4)	
국적	내국인	497	(81.6)	252	(56.4)	0.000
	외국인	103	(16.9)	166	(37.1)	
	결측값	9	(1.5)	29	(6.5)	
가계의 총수입	99만원이하	92	(15.1)	74	(16.6)	0.000
	100-199만원	310	(50.9)	232	(51.9)	
	200-299만원	98	(16.1)	52	(11.6)	
	300-399만원	64	(10.5)	16	(3.6)	
	400만원이상	23	(3.8)	17	(3.8)	
	결측값	22	(3.6)	56	(12.5)	

제3절 의료패널을 통해 본 간병서비스 실태

□ 한국의료패널은 전국 8,000여 가구를 대상으로 의료이용과 의료비지출에 대해 2년에 3회 정도 조사하는 보건의료분야 패널조사임.

- 한국의료패널은 2007년, 2008년 예비조사와 가구유치조사의 준비과정을 거쳐 2008년 4월~10월의 기간 동안 총 7,866가구 24,616여명의 가구원에 대한 1차년도 본 조사를 완료하였음.

- 조사는 가구 및 가구원에 대한 인구·사회·경제적 특성과 만성질환, 의약품 이용, 응급, 입원, 외래서비스 이용 등의 의료이용 및 의료비 지출내용 그리고 민간의료보험에 대한 설문을 포함하고 있음.
- 조사는 크게 가구단위 조사와 개인단위 조사로 구분할 수 있는데 먼저 가구단위 조사에서는 사회경제적 특성, 자산규모 및 생활비 지출, 의약품 구매 등에 대한 문항으로 구성되어 있고 개인단위 조사에서는 인구·사회·경제적 특성, 경제활동 및 소득, 건강수준, 의약품 복용 형태, 입원/외래/응급/한방/치과/약국/요양병원 이용현황, 건강보험제도 이외의 의료비 지원, 임신 및 출산 등의 항목으로 구성되어 있으며 그 외 민간의료보험과 부가조사로 이루어져 있음.

1. 전체 조사대상

- 한국의료패널의 조사의 표본추출은 2005년 인구주택총조사의 90% 전수자료를 활용하였고 16개 시·도, 동·부 및 읍·면부에 대해 확률비례 2단계 층화집락추출을 하여 표본을 선정하였음.
- 2008년 상·하반기 패널 대상은 7,866가구의 24,616명의 가구원을 대상으로 하였고 이중 남성은 49%, 여성 51%로 구성되어 있음.
- 본 절에서는 가구단위 조사의 소득 자료와 개인단위 조사의 의료이용 자료를 활용하여 2008년에 입원한 경험이 있는 사람을 대상으로 크게 간병서비스 이용자와 미이용자의 차이를 분석하였음.

2. 분석 결과

가. 전체 입원환자 현황

- 전체 대상자 24,616명 중 2008년도 입원한 경험이 있는 사람은 2,236명 이었고 이들의 연간 입원횟수는 3,057건으로 조사대상자 24,616명 중 9.83%가 입원한 경험이 있는 것으로 나타났음.

- 이는 2008년도 건강보험통계연보의 연간 입원환자비율인 10.38%와 유사한 경향치를 보이고 있음.
- 한국의료패널조사는 상반기와 하반기로 나누어 조사되고 있으며 조사는 크게 가구조사와 가구원 조사로 구분되는데 본 분석에서 사용된 의료이용 자료는 가구원 단위로 구성되어 있어 총입원환자수와 총입원횟수가 서로 일치하지 않음.
- 이는 한 개인이 연간 1회 이상 입원하는 경우가 있어 연간 입원환자수와 연간 입원건수에 차이가 발생하는 것으로 본 연구는 각각의 입원기간 중 간병서비스 이용에 대한 내용을 분석하는 것이므로 여기서는 개인단위가 아닌 입원건수 단위를 중심으로 분석하였고 편의상 입원 1회를 입원환자 1인으로 간주하였음.
- 다음 표는 2008년도 조사대상 입원환자의 입원건수를 보여주는 것으로 연간 1회 입원한 대상자가 1,743명으로 가장 많았고 2회 입원이 335명, 3회가 97명이었고 가장 많이 입원한 사람은 연간 37회로 확인결과 당일 입원 등이 많았던 것으로 나타났음.

〈표 2-31〉 조사대상 입원환자의 입원 빈도

(단위: 명, %)

입원빈도	입원환자수	백분율
1 회	1,743	77.95
2 회	335	14.98
3 회	97	4.34
4 회	34	1.52
5 회	10	0.45
6 회	5	0.22
7 회	3	0.13
8 회	2	0.09
9 회	2	0.09
10 회	2	0.09
12 회	1	0.04
13 회	1	0.04
37 회	1	0.04
계	2,236	100.00

- 2008년 전체 입원건수는 3,057건으로 요양기관별 분포를 보면 종합병원이 전체 입원의 33.69%로 가장 많았고 병원 24.08%, 의원 20.05%, 종합전문병원 19.9% 순이었음.

〈표 2-32〉 요양기관별 입원환자 분포

(단위: 명, %)

의료기관종별	빈도	백분율
무응답	2	0.07
종합전문병원	609	19.92
종합병원	1,030	33.69
병원	736	24.08
의원	613	20.05
치과병원	2	0.07
한방병원	20	0.65
한의원	1	0.03
노인(요양)병원	43	1.41
조산소	1	0.03
	3,057	100

- 입원한 경험이 있는 대상자의 입원기간 중 간병인 이용 여부에 대한 응답
- ‘가족 등 동거인’이 간병을 하였다는 응답이 전체의 53.16%로 가장 많았고 그 다음으로 간병인이 없었다는 응답이 31.21%로 간병인이 없는 경우도 많은 것으로 나타나고 있음.
 - 이 중 유급간병인을 이용한 경우는 122건으로 전체의 3.99%를 차지해 전체 입원환자 중 3.99%만이 유급 간병인을 이용한 것으로 나타났음.

〈표 2-33〉 입원환자의 간병인 이용 여부

(단위: 명, %)

간병인	빈도	백분율	누적 빈도	누적 백분율
무응답	6	0.2	6	0.2
없었음	954	31.21	960	31.4
가족 등 동거인	1,625	53.16	2,585	84.56
비동거 가족/친척	327	10.7	2,912	95.26
이웃 또는 친구	10	0.33	2,922	95.58
무급 간병인	9	0.29	2,931	95.88
유급간병인	122	3.99	3,053	99.87
기타	4	0.13	3,057	100

□ 2008년도 전체 입원한 경험이 있는 대상자 3,057명에 대해 입원기간 중 유급간병인 이용 여부로 구분하여 유급간병인 이용 환자 122명 그리고 그 외의 유급간병인 미이용환자 2,935명으로 나누어 의료이용현황 비교

- 2008년도 유급간병인 이용 환자의 평균 간병인 이용일수는 약 45.62일로 유급간병 이용환자의 평균 입원일수인 58.2일임을 고려해보면 입원기간의 약 4/5 정도의 기간 동안 유급간병인을 이용한 것으로 생각할 수 있음.
- 유급간병인 이용 환자의 일평균 간병시간은 약 22시간이었고 간병인에 대한 일평균 간병비용은 약 3만7천원 정도로 최소 12,400에서 최대 95,000 원까지로 나타났다.

〈표 2-34〉 유급간병인 이용환자의 간병이용일수/일평균 간병시간/일평균 간병비용

(단위: 명, 일, 시간, 원, %)

	관측치 수	평균값	표준편차	최소값	최대값
간병이용일수	122	45.62	76.86	1	365
일평균 간병시간	122	22.07	4.71	6	24
일평균 간병비용	122	37,105	26,636	12,400	95,000

- 유급간병인에 대한 간병시간의 분포를 살펴본 결과, 24시간 간병을 이용한 환자는 전체 122명 중 103명으로 전체의 84.43%로 월등히 많았음.

〈표 2-35〉 유급간병인 이용환자의 간병시간 분포

(단위: 명, %)

일평균 간병 시간	이용환자수	백분율	누적빈도	누적백분율
6 시간	1	0.82	1	0.82
8 시간	3	2.46	4	3.28
10 시간	5	4.1	9	7.38
12 시간	6	4.92	15	12.3
16 시간	3	2.46	18	14.75
21 시간	1	0.82	19	15.57
24 시간	103	84.43	122	100

□ 간병비용별로 분석

- 간병비용이 입원비에 포함된다고 응답한 환자가 34명으로 가장 많았음.
- 대체로 요양병원의 경우가 간병비를 입원비에 포함시키는 경우가 많은 것으로 알려져 있는데 분석 결과 노인요양병원 입원환자의 21명, 병원 입원 환자 9명, 종합병원 입원환자 2명, 종합전문 및 의원 입원환자 각각 1명이 입원비에 유급간병인 비용이 포함된다고 응답한 것으로 나타났음.
- 유급간병인에 대한 비용이 6만원이라고 응답한 대상자가 많았으며 그 다음으로는 5만원, 4만원 순이었고 최저 12,400원에서부터 최대 95,000원까지로 분석되었음.

〈표 2-36〉 유급간병인 이용환자의 간병비용 분포

(단위: 명, %)

간병비용	빈도	백분율	누적빈도	누적백분율
무응답	1	0.82	1	0.82
입원비에 포함	34	27.87	35	28.69
12,400원	1	0.82	36	29.51
12,500원	1	0.82	37	30.33
20,000원	3	2.46	40	32.79
27,027원	2	1.64	42	34.43
30,000원	2	1.64	44	36.07
33,000원	1	0.82	45	36.89
35,000원	2	1.64	47	38.52
40,000원	12	9.84	59	48.36
50,000원	16	13.11	75	61.48
55,000원	2	1.64	77	63.11
57,140원	1	0.82	78	63.93
60,000원	33	27.05	111	90.98
64,000원	1	0.82	112	91.8
65,000원	2	1.64	114	93.44
68,570원	1	0.82	115	94.26
70,000원	4	3.28	119	97.54
76,900원	1	0.82	120	98.36
80,000원	1	0.82	121	99.18
95,000원	1	0.82	122	100

나. 유급간병인 이용 여부에 따른 결과 분석

□ 2008년도 전체 입원환자를 유급간병인 이용 환자와 미이용 환자로 구분하여 유급간병인 이용 여부에 따른 차이 규명

- 유급간병인을 이용한 122명 중 여자는 92명인 반면 남자는 30명임. 명목 변수들간의 상호관련성 여부를 통계적으로 확인하기 위해 카이자승검정을 실시해 본 결과 남·여 간 유급간병인 이용에 있어 차이를 보이고 있는 것으로 나타났음($p>.05$).

〈표 2-37〉 성별에 따른 유급간병인 이용여부

(단위: 명, %)

간병유형	남자	여자	계
유급간병인을 이용한 환자	30(24.59)	92(75.41)	122(100.00)
유급간병인을 이용하지 않은 환자	1,358(46.73)	1,548(53.27)	2,906(100.00)
계	1,388(45.84)	1,640(54.16)	3,028(100.00)

□ 연령에 따른 간병인 이용 차이 분석

- 유급간병인을 이용한 대상자의 연령구간은 14.85로 이용하지 않은 대상자의 9.47보다 현저히 높았음.
- 이를 한국의료패널 연령구간표를 이용하여 환산해 보면 14구간은 65~70세, 15구간은 70~75세로 유급간병인을 이용환자의 평균 연령대는 대략 70세 이상이며 9구간은 40~45세, 10구간은 45~50세로 약 45세 전후로 나타났다.
- 입원환자의 연령이 유급간병인 이용에 영향을 미치는지를 보기위해 t검증을 실시한 결과, 연령의 대체변수인 연령구간도 정규성을 띄고 있었으며 분석 결과 연령에 따른 유급간병인 이용에 차이가 있는 것으로 분석되었음 ($p>.05$).

〈표 2-38〉 연령에 따른 유급간병인 이용여부

(단위: 명, %)

간병유형	관측치 수	평균 연령 구간	표준편차	최소값	최대값
유급간병인을 이용한 환자	122	14.85	2.55	4	19
유급간병인을 이용하지 않은 환자	2935	9.47	4.84	0	19

주1) 한국의료패널 자료의 연령은 5세단위로 19구간으로 구분되어 있음.

□ 유급간병인 이용 환자와 미이용 환자들의 평균 입원일수 비교

- 아래 표에서 보는 바와 같이 유급간병인 이용 환자의 평균 입원일수가 약 58.2일 정도로 그렇지 않은 환자의 약 11.4일에 비해 입원기간이 훨씬 길

있고 통계적으로도 유의미한 차이를 보이고 있음($p>.05$).

- 조사의 한계상 환자의 중증도는 보정할 수 없었지만 환자의 입원기간이 길수록 가족이나 보호자의 경제활동 등의 이유로 가족 간병이 어려워 간병인을 이용할 가능성이 더 큰 것으로 생각됨.

〈표 2-39〉 유급간병인 이용여부에 따른 입원일수

(단위: 명, 일, %)

간병유형	대상자수	평균 입원일수	표준편차	최소값	최대값
유급간병인을 이용한 환자	122	58.20	86.78	1	365
유급간병인을 이용하지 않은 환자	2,935	11.38	24.60	1	365
계	3,057	13.24	31.03		

□ 동거 가구원 수가 유급간병인 이용여부에 영향을 미치는지 분석

- 유급간병인 이용 환자들의 평균적인 가구원 수는 3.22명이었고 유급간병인을 이용하지 않은 환자들의 평균 가구원 수는 3.36명으로 나타나 유급 간병인을 이용한 환자들의 평균 가구원수가 조금 더 적었으나 정확한 판단을 위해 평균 가구원 수가 유급간병인 이용에 영향을 미치는지를 보기위해 t 검증을 실시해 본 결과 가구원 수는 유급간병인 이용여부에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났음($p>.05$).

〈표 2-40〉 가구원 수에 따른 유급간병인 이용여부

(단위: 명, %)

간병유형	관측치 수	평균가구원 수	표준편차	최소값	최대값
유급간병인을 이용한 환자	122	3.22	1.50	1	7
유급간병인을 이용하지 않은 환자	2,935	3.36	1.29	1	8

□ 혼인상태에 따른 간병이용의 차이

- 유급간병인 이용 환자들에서 배우자가 있다는 응답이 간병인을 이용하지 않은 대상자보다 조금 낮게 나타난 반면 ‘사별 또는 실종’이라는 응답은

더 높은 것으로 나타나고 있음.

- － ‘사별 또는 실종’의 비율이 더 높은 것은 유급간병인을 이용하는 환자들의 연령대가 그렇지 않은 환자들의 연령보다 훨씬 많기 때문으로 생각됨.
- － 보다 정확한 혼인상태에 따른 유급간병인 이용여부를 보기위해 결혼상태를 혼인 중과 그 외로 구분하여 분석한 결과 통계적으로 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났음($p>.05$).

〈표 2-41〉 혼인상태에 따른 유급간병인 이용여부

(단위: 명, %)

	혼인 중	별거	사별 또는 실종	이혼	없음	계
유급간병인을 이용한 환자	58 (47.54)	2 (1.64)	57 (46.72)	2 (1.64)	3 (2.46)	122 (100)
유급간병인을 이용하지 않은 환자	1,790 (61.6)	21 (0.72)	265 (9.12)	86 (2.96)	744 (25.6)	2,906 (100)
총합	1,848 (61.03)	23 (0.76)	322 (10.63)	88 (2.91)	747 (24.67)	3,028 (100)

□ 소득 수준별 유급간병인 이용 여부 차이

- － 유급간병인 이용 환자 가구의 연평균 소득은 32,560천원이었고 이용하지 않은 환자 가구의 연평균 소득은 31,189천원으로 나타나 두 집단 간의 큰 차이를 보이고 있지 않았고 두 집단의 평균 소득 차이를 분석한 결과도 유급간병인 이용 여부는 소득수준과는 차이가 없는 것으로 나타났음($p>.05$).

〈표 2-42〉 소득에 따른 유급간병인 이용여부

(단위: 명, 천원, %)

간병유형	관측치 수	평균값	표준편차	최소값	최대값
유급간병인을 이용한 환자	122	31,560	31,463	3,466	199,946
유급간병인을 이용하지 않은 환자	2,935	31,189	25,698	0	375,466
총계	3,057	31,204	25,947	0	375,466

□ 만성질환 유무가 유급간병인 이용 여부에 영향을 미치는지 여부

- － 유급간병인 이용 환자들 중 만성질환이 있다고 응답한 비율이 전체 유급간

병인 이용 환자의 약 93%인 114명인 반면 유급간병인 미이용 환자의 경우 약 64%만이 만성질환이 있다고 응답해 만성질환 유무가 유급간병인 이용여부에 영향을 미치는 것으로 나타났고 통계적으로도 유의미한 차이가 있는 것으로 분석되었음($p>.05$).

〈표 2-43〉 만성질환 유무에 따른 유급간병인 이용여부

(단위: 명, %)

간병유형	유	무	계
유급간병인을 이용한 환자	114(93.44)	8(6.56)	122(100)
유급간병인을 이용하지 않은 환자	1,854(63.8)	1,051(36.17)	2,906(100)
총합	1,968(64.99)	1,059(34.97)	3,029(100)

주1) 결측치 28건은 제외하였음.

□ 만성질환의 수가 유급간병인 이용 여부에 영향을 미치는지 여부

- 유급간병인을 이용한 경험이 있는 환자의 평균 만성질환 수는 2.77개로 그렇지 않은 환자의 2.61개 보다 다소 높았으나 통계분석 결과 유의미한 차이는 보이고 있지 않아($p>.05$) 만성질환의 수는 간병이용에 큰 영향을 미치지 않았음.

〈표 2-44〉 만성질환 수에 따른 유급간병인 이용여부

(단위: 명, 건, %)

간병유형	관측치 수	평균 만성질환수	표준편차	최소값	최대값
유급간병인을 이용한 환자	122	2.77	1.45	1	7
유급간병인을 이용하지 않은 환자	2,935	2.61	1.83	1	15

- 유급간병인을 이용한 경험이 있는 대상자와 그렇지 않은 대상자들의 다빈도 만성질환명을 나열한 것으로 유급간병인 이용 여부에 따른 다빈도 만성질환상병을 비교해 본 결과 유급간병인 이용여부와 큰 차이를 보이고 있지 않았음.

〈표 2-45〉 유급간병인 유무에 따른 다빈도 만성질환

(단위: 건)

유급간병인을 이용한 환자		유급간병인을 이용하지 않은 환자	
질환명	빈도	질환명	빈도
고혈압	35	고혈압	431
관절염	16	당뇨병	200
당뇨병	15	관절염	187
요추 및 추간판장애	14	기타 배병증	112
뼈밀도 및 구조장애	13	요추 및 추간판장애	105
급성류마티스열	11	백내장 및 수정체의 기타 장애	98
기분장애(우울증 등)	11	위염 및 십이지장염	95

□ 요양기관 유형에 따라 유급간병인 이용에 차이가 있는지 여부

- 유급간병인 이용 여부에 관계없이 큰 차이를 보이고 있지 않으나 의원과 노인요양병원에서는 약간의 차이를 보이고 있는데 먼저 의원에서의 유급간병인 이용 환자는 약 7.4%정도였으나 미이용 환자의 의원이용은 약 20.6%로 상대적으로 많았으며 반대로 노인요양병원의 유급간병인 이용 환자는 19.67%로 미이용 환자보다 높은 것으로 나타났다.

〈표 2-46〉 유급간병인 이용에 따른 요양기관 형태

(단위: 명, %)

요양기관	유급간병인을 이용한 환자	유급간병인을 이용하지 않은 환자	총합
종합전문	27(22.13)	582(19.83)	609(19.92)
종합병원	35(28.69)	995(33.9)	1,030(33.69)
병원	26(21.31)	710(24.19)	736(24.08)
의원	9(7.38)	604(20.58)	613(20.05)
치과병원	0(0.00)	2(0.07)	2(0.07)
한방병원	1(0.82)	19(0.65)	20(0.65)
한의원	0(0.00)	1(0.03)	1(0.03)
노인요양병원	24(19.67)	19(0.65)	43(1.41)
조산소	0(0.00)	1(0.03)	1(0.03)
무응답	0(0.00)	2(0.07)	2(0.07)
총 계	122(100)	2,935(100)	3,057(100)

□ 요양기관의 설립구분별 차이 비교

- 국·공립과 사립 등 요양기관 설립구분과 유급간병인 이용여부는 아무런 상관성이 없는 것으로 나타나고 있어 국공립 병원과 사립병원 입원환자의 유급간병인 이용에는 통계적으로도 아무런 차이가 없었음($p>.05$).

〈표 2-47〉 요양기관 설립구분에 따른 유급간병인 이용여부

(단위: 명, %)

간병유형	국공립	사립	계
유급간병인을 이용한 환자	14(11.48)	108(88.52)	122(100)
유급간병인을 이용하지 않은 환자	344(11.72)	2,589(88.21)	2,935(100)
총합	358(11.71)	2,697(88.22)	3,057(100)

□ 2008년도 입원한 경험이 있는 환자들에게 의료비에 대한 부담을 조사한 결과, 유급간병인 이용 환자들의 의료비에 대한 부담이 미이용 환자보다 더 큰 것으로 나타났다.

- 특히 유급간병인을 이용한 대상자 중 의료비 부담이 매우 크다고 응답한 비율이 73.77%로 그렇지 않은 환자 36.52%보다 현저한 차이를 보였고 또한 유급간병인 미이용 환자는 ‘의료비 부담수준을 감당할 수 있는 수준’ 또는 ‘부담 없다’라고 응답한 비율도 더 높았음.
- 앞서 보았듯이 대상자들의 소득은 거의 차이가 없음에도 불구하고 유급간병인 이용 여부에 따라 의료비에 대한 부담은 두 집단 간 차이를 보이고 있었음.

〈표 2-48〉 유급간병인 이용여부에 따른 의료비 부담수준

(단위: 명, %)

간병유형	해당없음	매우 큰 부담	약간의 부담	감당할 수 있음	거의 부담없음	전혀 부담없음	계
유급간병인을 이용한 환자	2 (1.64)	90 (73.77)	16 (13.11)	5 (4.1)	5 (4.1)	4 (3.28)	122 (100)
유급간병인을 이용하지 않은 환자	205 (6.98)	1,072 (36.52)	667 (22.73)	499 (17)	289 (9.85)	200 (6.81)	2,935 (100)
총합	207 (6.77)	1,162 (38.01)	683 (22.34)	504 (16.49)	294 (9.62)	204 (6.67)	3,057 (100)

□ 정확한 결과를 보기 위해 ‘매우 큰 부담을 준다’라는 응답과 ‘약간의 부담을 준다’라는 항목을 ‘부담을 준다’로, ‘감당할 수 있다’ 또는 ‘부담이 없다’를 묶어 변수들 간의 상호관련성을 분석한 결과도 유의수준 0.05수준에서 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났다.

- 이 경우 유급간병인을 이용한 대상자들의 약 87%가 의료비에 대해 부담을 느끼는 것으로 나타났고 유급간병인을 이용하지 않은 대상자의 경우는 약 59%만이 의료비에 대해 부담을 느낀다고 응답하였음.

〈표 2-49〉 유급간병인 이용여부에 따른 의료비 부담수준

(단위: 명, %)

간병유형	부담을 준다	부담되지 않는다	계
유급간병인을 이용한 환자	106(86.89)	16(13.11)	122(100)
유급간병인을 이용하지 않은 환자	1,739(59.25)	1,196(40.75)	2,935(100)
총합	1,845(60.35)	1,212(39.65)	3,057(100)

□ 유급간병인을 이용한 환자와 미이용 환자들 간의 병실형태는 큰 차이를 보이고 있지 않았으며 두 집단 모두 6인실을 가장 많이 사용하고 있었고 다음으로 4~5인실, 2~3인실, 1인실 순으로 나타났다.

〈표 2-50〉 유급간병인 이용여부에 따른 병실형태

(단위: 명, %)

	기타	특실	1인실	2~3인실	4~5인실	6인실	중환자실	계
유급간병인을 이용한 환자	4 (3.28)	0	9 (7.38)	18 (14.75)	27 (22.13)	55 (45.08)	6 (4.92)	122 (100)
유급간병인을 이용하지 않은 환자	74 (2.52)	48 (1.64)	297 (10.12)	514 (17.51)	592 (20.17)	1,174 (40)	86 (2.93)	2,935 (100)
총합	78 (2.55)	48 (1.57)	306 (10.01)	532 (17.4)	619 (20.25)	1,229 (40.2)	92 (3.01)	3,057 (100)

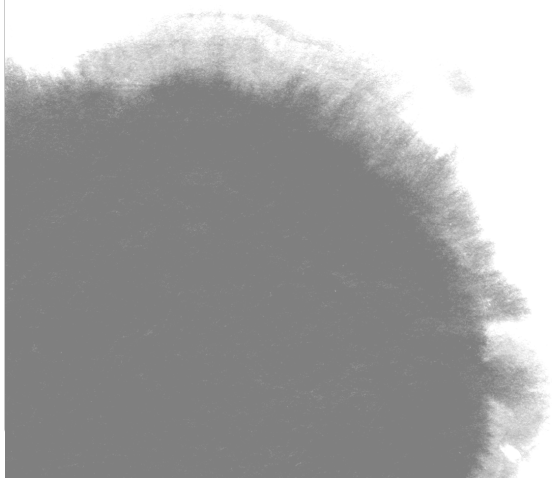
주1) 무응답 4건 제외

□ 분석 결과 유급간병서비스 이용에 영향을 주는 요인

- 대상자의 연령
- 입원일수
- 결혼상태
- 만성질환 유무
- 그리고 의료비 부담 수준 등으로 나타남.

03

국내 간편식사제도화 실태연구



제3장 국내 간병서비스 제도화 선행연구

제1 절 의료기관 간병서비스 사회제도화 방안 (2006)

1. 연구내용 및 방법

가. 연구 목적 및 내용

□ 본 연구는 간병수요를 파악하고 보건의학적 지식에 근거한 간병서비스를 규명하여 간병서비스 보장메커니즘을 개발하는데 목적을 둠.

- 수요계층의 간병서비스 욕구 분석 및 관련 간병비용 파악
- 간병인의 간병서비스 제공 실태 파악 및 문제점 도출
- 우리나라 및 선진국 간호·간병행위에 대한 지불보상체계 분석과 표준 간병행위 규명
- 간병서비스 수요 추계 및 간병비용 추계
- 간병서비스 인력관리 및 수급방안 등 서비스 전달체계 수립방안
- 간병인력 양성 및 관리를 위한 표준화된 교육프로그램 개발 및 교육 방안
- 제도화를 위한 간병비의 재원 조달 방안 및 지불보상 방식

나. 연구방법

- 국내외 관련 법 및 문헌고찰, 인터넷을 활용한 국내외 정보검색
- ‘건강보험심사평가원’의 협조로 2005년 4/4분기 간호등급 요양급여를 신청한 병원

급 이상 의료기관(특수병원 포함 총 1,552개소)의 종별, 설립주체별, 가동병상수 및 간호등급에 대한 자료수집

□ 의료기관 간병인 활동실태조사: 병원대상

○ 조사대상선정

- － 의료기관 종별로 비비례층화표출법 (disproportional stratified sampling) 을 사용해 표본을 설정하고, 개별적 조사대상 의료기관 선정을 위해 병원 명단의 배열순서 (행정구역별)를 기준으로 계통적 표출법 (systematic sampling) 이용
- － 종합전문요양기관 42기관, 종합병원 98기관, 요양병원 40기관, 병원 131 기관으로 총 311개관의 표본 추출

○ 자료수집 결과

- － 총 112개의 기관 (종합전문 22개소, 종합병원 50개소, 병원 21개소, 요양 병원 19개소)에서 자료가 수집되었으며 전체 회수율 36%를 보임 (최대 52.4% : 종합전문요양기관 ~ 최소 16.0% : 병원)
- － 자료 수집된 기관의 일반적 특성을 보면, 병상이용률은 평균 85.2%, 간호 등급(2005년 4/4분기)은 종합전문은 4등급이 41.1%로 가장 많았고, 종합 병원·병원·요양병원에서는 6등급이하가 각각 42.0%, 38.0%, 100.0%로 가장 많은 비중을 차지함.

□ 입원환자 및 의료기관 간병인 활동조사: 간병인 이용환자 및 간병인 대상

○ 조사대상선정

- － 연구목적 및 자료의 정확성에 비중을 두고 조사협조에 응한 기관만을 대상으로 표본선정 : 목적표출법 (purposive sampling)
- － 간병인 이용환자(보호자)와 간병인 각각 총 50명을 무작위 추출함

○ 자료수집 결과

- － 조사 대상 간병인 50명의 평균연령은 55세, 간병경력은 5년, 월수입은 평균 112만원 (평균24일 근무)으로 파악됨.
- － 환자의 경우 51%가 남성, 연령은 65세 이상이 39.6%, 55세~64세가 20.8%로 고령환자가 대부분이었음.

- 환자의 총 입원기간 평균 159일 중 간병인 이용기간은 평균 87일로 나타남.
- 주 정보 제공자 면담 (key informants interview)
- 전문가 및 보건의료계, 간병단체의 의견수렴
 - ‘병원간호사회’를 통해 간호간병행위 구분을 위한 의견을 수렴하였으며, 학계·관련단체·정부부처 및 소비자 단체와 토론회 개최

2. 의료기관 간병인 활용 현황: 실태조사 결과

가. 간병인 활용 및 관리

- 고용 및 관리방식
 - 의료기관 대상 조사결과 간병인 고용 및 관리방식은 ‘환자 또는 가족이 간병인 요청 시 병원과 연계된 간병인 단체로 연결해주고 관련 업무는 간병인 단체가 전담’ 하는 경우가 46.3%로 가장 많았고, 그 밖에 ‘간병단체는 간병인력 파견만 하고 병원담당부서가 관리’하는 경우가 24.4%, ‘병원차원 공식인력(일용직·계약직) 채용’ 이 17.1%로 그 뒤를 이음.
 - 공식적으로 간병인력을 채용하는 기관 (n=21)의 경우 채용조건에는 95%가 연령만을 제한할 뿐 다른 조건은 없었으며, 간병교육 이수자만 고용하는 경우는 5%로 나타남. 또한 1일 평균 12시간, 월 22일 근무하여 월 평균 100만원의 임금이 지급되고 있는 것으로 파악됨.
 - 간병인 관리부서는 간호부서가 41.1%로 가장 많고, 병원행정부서 12.5%, 사회사업과 0.9% 순이었음.
 - 전체 병원의 52.7%가 소속요양기관 간병인에게 교육을 실시하고 있었으며 (월1회 51.8%, 필요시 26.8%), 17.9%는 실시하지 않음. 단, 무응답 비율이 29.5%에 이름.
- 활동 간병인 수
 - 전국의 전체 활동 간병인수를 조사결과를 바탕으로 추정한 결과 2005년 12월 말 기준 1일평균 1,449개소 의료기관에서 30,861명이 활동하고 있는 것으

로 추정됨.

- 반면 간병인이나 환자가족이 없는 경우, 간호사 업무과중으로 간병서비스를 제공하지 못한다고 응답한 경우가 8.6%, 환자 회복에 필요한 기본적인 서비스만 제공한다는 경우가 72.4%였음.

□ 간병인 활동에 따른 문제발생 실태

- 병원 담당자들이 지적한 간병관련문제는 ‘간호사 또는 보호자의 지시에 응하지 않고 불손한 경우’가 전체병원의 42.8%에서 경험한 것으로 나타나 가장 높은 비율을 보였고, ‘동료 간 잡담, 외출 등으로 환자를 잘 돌보지 않아 환자가 불편 호소’가 41%, ‘간병인 부주의로 환자가 다치거나 간병 기초상식 부족’이 25.9%로 그 뒤를 이음.

□ 간호 및 간병 행위 수행자에 대한 병원 담당자 의견

- 간호부와 기타부서로 구분하여 간병행위를 중심으로 적절한 서비스제공자가 누구인지에 대한 의견을 물음.
- 먼저 의식 환자의 경우, 구강간호, 세면 등 개인위생, 옷갈아 입히기, 침상에서 자세 바꿔주기, 대소변 돕기, 침상 정리정돈, 식사 또는 음료수 먹도록 돕기, 침상에서 또는 침상 밖 환자이동 돕기 등의 업무에 대해서는 간호부와 기타부서 모두 70%이상이 간병인에게 위임해야 한다고 응답함.
 - 단, 증상과 징후 관찰, 약복용확인, 환자의 불안감 감소시키기, 조기기동·심호흡 돕기, 음식물 섭취량 횟수 측정 및 기록 업무에 대해서는 간호부와 타 부서간의 이견이 있었음.
- 무의식 환자의 경우에 대해서는 의식 환자의 경우보다는 동일한 행위에 대해 간호사가 해야 한다고 응답한 비율이 전반적으로 높게 나타남.
 - 단, 세면 등 개인위생, 대소변 돕기, 침상·침구정돈 등에 대해서는 무의식 환자라도 간병인에게 위임가능하다고 응답함.

□ 간병서비스 개선방안에 대한 병원 담당자의 의견

- 간병서비스 개선방안에 대한 병원 담당자의 의견을 물은 결과, ‘현 간호관리료 수가를 현실화하여 간호사가 간병서비스를 흡수하는 방안(제2안)’이 39.0%의 지지를 얻었고, 다음으로 ‘현행 병원 간병인의 자격화를 통한 적절

한 활용 유지와 중요한 간호행위에 한해 보험수가화하여 간호사가 제공하도록 하는 방안(제1안)'이 28.6%, '노인수발보험제도에서 의료기관 입원환자 간병 서비스도 적용(제4안)'이 20%, '현행 간병인 활동을 폐지하고 병원보조인력이 간병서비스를 제공하고 동 서비스를 수가화 하는 방안(제3안)'이 12.4%의 지지를 얻음.

— 이러한 개선방안에 대한 의견은 의료기관 종별로 달라 종합전문의 경우 제3안-제2안-제4안-제1안순으로, 종합병원의 경우 제2안-제4안-제1안-제3안순으로, 요양병원은 제1안-제2안-제4안, 그리고 병원의 경우 제2안-제1안-제4안-제3안 순으로 지지율을 보임.

나. 간병인의 특성 및 수행업무

□ 조사대상 간병인의 환자 특성

- 이들이 간병하고 있는 환자는 중증도에 따라 가장 중증도가 심한 4군 환자가 33.3%로 가장 높았고 2군과 3군이 각각 27.8%로 나타났으며, 무의식환자는 6.3%에 이르렀음.
- 환자 간병시간은 평균 15.9시간이며 48.9%가 20시간이상 간병하고 있는 것으로 나타남.

□ 간병행위 및 간병기술 습득방법

- 90%이상의 간병인들이 제공하는 서비스에는 환자 세면 및 개인위생 관리, 환자 운동돕기, 대소변시 돕거나 변기세척과 배설물 처리, 약복용 및 확인 등
- 간병 행위 중 정상체온유지, 배설물 횟수 측정 및 기록, 약을 먹여주고 확인하는 일, 검사물(가래, 소변, 대변) 채집 등은 간호사로부터 배웠으며, 그 외업무는 간병교육단체에서 습득한 비율이 높았음.

- 간병 중 어려움으로는 과중한 근무시간 (12시간 또는 24시간 연속), 환자로부터의 감염 우려, 근로조건상 불이익이 60%이상의 높은 응답률을 보임.

다. 입원환자 및 가족의 간병인 이용 실태 및 만족도

□ 간병인 이용사유 및 만족도

- 간병인 활용사유는 ‘간병가족 부족’ 이 30.0%로 가장 높았고, ‘병원 과정상 보호자 상주가 필요할 것 같아’가 25.6%, ‘간병의 정신적·육체적 부담이 커서’가 24.4%로 근소한 차이로 그 뒤를 이음.
- 간병인 이용 후 환자가족의 방문 빈도는 감소한 것으로 나타났으며, 특히 ‘거의 하루종일 상주’ 비율이 44%에서 4%로 급격히 감소함.
- 간병인에 대한 불만사항으로는 원하는 유형의 간병인을 구하기 어렵다는 점이 46%로 가장 높았고, 계약된 간병료 외에 식사비 등 추가지불을 안할 수 없게 한다는 점이 30%로 파악됨.
 - 이에 환자 또는 가족은 64.6%가 간병서비스 교육 후 자격을 갖춘 간병인의 간병서비스 제공에 대해 찬성한 반면, 간호사 및 간호조무사의 간병서비스 제공을 원하는 경우는 각 8.3%, 27.1%로 나타남.
- 간병인 고용 후 환자 만족도는 66.7%가 높아졌다고 응답한 반면, 28.9%는 별 변화가 없다고 응답함. 환자 가족의 안심 또는 편안감 정도는 76.1%가 높아진 반면, 21.7%는 별 변화가 없었던 것으로 응답함.

□ 병원에서의 간병인 관리 실태에 대한 인식

- 환자나 가족 중 38.8%는 병원에서 간병인을 관리하고 있지 않다고 인식하고 있었음
- 간병인문제로 환자가족이 병원 관계자와 상담한 비율은 66%였는데, 이들 중 과반수는 간병인의 기술수준이 환자 또는 가족의 기대수준에 미치지 못한다고 응답하여 이는 표준화된 간병교육을 통한 양질의 인력확보가 절실함을 나타냄.
- 또한 전체의 37.5%는 간병인을 교체한 경험이 있는 것으로 나타났는데 그 사유는 자질부족, 간병인이나 환자의 개인사정, 간병인의 불성실함 등으로 나타남.

- 간병인 고용에 따른 지출비용은 1주당 평균 381,875원이며, 암환자가 1주당 45만원으로 가장 높았음 (단 간병인 이용일수는 가장 짧음)

- 추정된 유료간병인수 30,861명, 조사된 평균 간병인 월수입 112만원 또는 환자의 주당 간병비 지출비용 381,875원을 토대로 2005년 병원급 이상 의료기관 입원환자가 간병인 이용으로 지출한 비용부담액을 추계한 결과 414,772백만원(간병인 월수입기준)~612,822백만원(환자 주당지출비용 기준)으로 나타남.

3. 의료기관 간병인력 수급현황

가. 의료기관 간병서비스 수요 추계

- 병원 간호관리자의 의견을 토대로 일반병동의 간병서비스가 필요한 환자의 비율을 파악한 결과, 요양병원이 91.4%로 가장 높았고, 종합병원 54.2%, 종합전문요양기관 48.3%, 병원이 44.2%로 나타남.
- 위와 같은 간병요구도에 기초한(need-based) 수요추정 하였는데, 가동병상 규모를 기준으로 총 166,385명, 의료기관 종별을 기준으로 총 134,341명의 간병인력이 필요한 것으로 추계됨 (정신, 결핵, 한센병원 등 특수병원 제외).
 - 특수병원 포함시에는 가동병상규모를 기준으로 총 187,38명, 의료기관 종별기준으로 138,655명의 인력이 필요한 것으로 나타남.
 - 단, 향후 지불보상체계 개선등으로 간호사 인력투입이 높아질 경우 본 연구에서 산출한 간병인력 수요보다 낮아질 것으로 예상됨.
- 수요추정 근거와 방식
 - 환자의 건강문제 수준을 반영하는 대체지표로 각 병원의 가동병상규모와 의료기관종별로 구분하여 간병규모를 추정하였으며, 간호사 인력투입수준은 각 병원의 간호등급을 기준으로 분석함.
 - 입원환자의 간병요구정도에 대한 평가는 병원의 간호관리자가 익숙한 현 개인 고용 간병인의 고용시간단위별(8시간, 12시간, 24시간)로 구분하여 환자에게 필요한 간병시간단위(간병이 불필요한 경우 포함)를 판정하도록 한 후, 각 시간대에서 실제 간병행위가 이루어지는 또는 필요한 시간을 의견 수렴하여 간병 요구시간을 적용함.

- 향후 개발될 간병 인력은 근로시간 8시간 기준으로 필요 인력을 추계함
- 필요 간병인력 수의 추계식

$$\text{필요간병인력 수} = \sum_{h=1}^5 \text{Numh} * [\text{Bedh} * \text{Utilh}(1.5Th + Hh + 1/3Ah + 0 * Zh)] \Sigma$$

(단, Th+Hh+Ah+Zh≒1)

Numh 의료기관총수

Bedh 의료기관 개소당 평균 운영병상수

Utilh 의료기관의 평균병상이용률

A 1일 8시간 근무 간병인 1/3명(~8시간)의 간병이 요구되는 환자 비율

H 8시간 간병(~12시간) 요구로 1일 1명의 간병인이 요구되는 환자 비율

T 12시간 간병(~24시간) 요구로 1일 1.5명의 간병인이 요구되는 환자 비율

Z 간병이 요구되지 않는 환자비율

4. 간병서비스 제도화 방안제시 및 시사점

가. 의료기관 간병서비스 제도적 요건

- 2008년 도입될 노인수발보험제도¹¹⁾ 하에서 양성, 배출되는 수발인력의 자격(인력, 명칭 포함)과 호환되도록 함.
- 간호보조인력의 교육·훈련 시간과 내용의 경우 의료인의 지시 및 감독이 필요한 간병서비스에 대한 기술이 더 구체적으로 되어질 필요가 있음.
- 간호보조인력 양성 및 교육기관은 노인수발보험제도에서 양성되는 수발요원 양성교육인증기관 조건에 준함.
- 간호보조인력 교육 및 일자리 알선·파견유형을 세 가지 유형으로 분류하고 각 유형별 장단점을 파악함.
 - 제1안 의료기관 자체(위탁) 교육 후 직접고용;
 - 제2안 간병양성기관을 활용하여 교육하며(인증제 도입) 관리는 의료기관에서 직접함;
 - 제3안 간병양성기간을 활용하여 교육(인증제 도입) 및 관리, 사회적 기업 참여

11) 2008년 8월부터 시행중인 현 노인장기요양보험

- 제도화 초기에는 제2안, 제3안의 형태로 하며 차후 제1안 형태의 참여가능성이 높을 것으로 예상
- 환자의 치료 및 처치와 관련된 수가화되지 않은 간호서비스에 대해서는 간호사가 제공하도록 보험 수가화하고, 환자상태에 대한 의료인의 판단해 의해 신체관리, 사위돕기, 단순 치아관리, 영양섭취, 기동성 돕기 등을 간호보조인력의 업무범위로 설정

나. 의료기관 간병서비스 적용방안

- 원칙적으로 모든 입원환자 (단, 요양병원의 노인수발보험제도 수혜자 제외)를 수혜 대상으로 함.
- 관련 보험수가
 - 현 수가화 되지 않은 ‘환자에게 전적 식사보조행위’, ‘전신억제대 적용’, ‘피부간호’등의 간호행위에 대해 수가화하여, 장기적으로 급성기 병동은 간호관리료 수가개선을 통해 간호사에 의한 간호간병서비스가 제공되도록 함.
 - 수가화되지 않은 기본간호 행위 중 위임 가능한 행위와 수발서비스를 가칭 ‘간호보조료’로 지칭하여 수가 신설
 - － 원칙적으로 정액 수가 적용
 - － 시장임금수준을 고려하여 1일 8시간 주5일 근무 기준 1일 32,000원, 연 1,168만원으로 간병인력 임금 추정
 - 자활후견기관에서 실시하는 자활근로간병인 급여액, 노인수발보험제도 시범사업에서의 요양보호사 인건비, 산재 보상관련 노동부장관 고시 간병료 등 현 시장형성 임금수준 고려 (퇴직금, 4대보험 포함 비용가산 책정)
 - － 간호보조인력 인건비 보전을 75% 기준
 - － 간호보조료 수가는 건강보험제도의 재원조달체계를 적용하여, 법정본인부담률은 20%로 (단, 시행초기에는 50%)하며 의료급여대상자는 정부부담으로 하는 방안 제시
 - 단, 의료기관 입원환자 전원에게 간호보조료 수가를 적용, 산정한다는 점에서 간병이 불필요한 종합전문요양기관 51.7%, 종합병원 45.8%, 요

양병원 8.6%, 병원 55.8%의 환자는 간호보조료의 환자본인부담액 지불 부담으로 저항이 예상된다.

- 행위료에 적용되는 요양기관종별 수가가산율은 적용되지 않도록 함.

다. 소요비용 추계

□ 앞서 제시한 간병인 1인당 연간 인건비 (1,168만원)와 추계된 간병소요인력수를 곱하여 산정한 예상소요비용은 일반병원은 9,172억원, 요양병원까지 포함 시는 1조1,768억원으로 산정됨.

- 단, 이 비용은 총 소요비용 중 75%이며, 25%는 병원자체에서 흡수할 것으로 간주할 때의 비용임
- 정신병원, 결핵병원 등 특수병원은 일반 간병서비스가 어려울 것으로 판단되어 추계에서 제외되었으며, 병원입원환자 전원에게 적용할 경우 비용임.

라. 재원조달

□ 간병서비스 제도화시 건강보험, 의료급여, 산재보험, 자동차보험 각 제도별로 비용을 분담하게 되며, 건강보험의 경우 보험료, 국고 및 환자본인부담으로 분담하고, 의료급여의 경우 1종과 2종 차등적으로 일부 환자본인부담이 있을 수 있으나 그 나머지 부분은 모두 정부가 부담

□ 적용기관과 재원조달방식에 따른 건강보험의 예상 재원증가율에 따라 아래의 표와 같이 간병서비스 재원을 조달하기 위해 가입자 1인당 월평균 추가 보험료는 각 경우에 따라 792원~1,836원임.

- 건강보험 수입, 지출, 가입자 수, 보험료 등의 계산 기초자료는 2005년 자료 이용

〈표 3-1〉 건강보험 환자 본인부담률에 따른 건강보험 가입자 1인당 월평균 추가보험료

대상병원	건강보험 환자본인부담률	직장가입자 (단위: 원)		지역가입 세대 (단위: 원)	
		근로자보험료	고용주보험료	세대보험료	국고부담
일반병원+ 요양병원	50%	1,148	1,252	1,061	638
	20%	1,836	2,003	1,625	1,020
일반병원	50%	894	976	792	497
	20%	1,431	1,561	1,267	795

주: 본인부담률은 건강보험진료비 대비 환자의 법정본인부담임
자료: 황나미 외 (2006)의료기관 간병서비스 사회제도화 방안

제2절 간호간병 서비스 개선을 위한 시범사업 (2008)

1. 연구목적 및 내용

- 보호자 없는 병원이란 보호자나 개인 간병인이 없이도 병원에서 필요한 서비스를 제공하는 병원으로, 적정 간호인력 확보를 통한 환자안전 및 간호간병 서비스의 질 개선 방안을 모색하기 위해 보호자 없는 병원 시범사업을 실시함.
- 보호자 없는 병원 시범사업 평가
 - － 간호간병 서비스의 행위 유형 규명
 - － 간호간병 서비스의 주기적 모니터링 및 평가
- 보호자 없는 병원 서비스 질 보장을 위한 비용추계
 - － 현행 건강보험 체계하의 간호간병 서비스 지불 보상범위 및 수준 검토
 - － 간호간병 서비스 지불 보상범위 및 수준에 대한 문제점 분석
 - － 간호간병 서비스 비용의 건강보험 도입방안
- 보호자 없는 병원 도입 및 활성화 방안 개발
 - － 보호자 없는 병원 운영 개선(안) 제시
 - － 보호자 없는 병원 도입 및 활성화를 위한 정책제언

2. 보호자 없는 병원 시범사업 운영성과

가. 시범사업 운영 개요

□ 시범사업 목표

- 시범사업을 통해 우리나라 실정에 맞는 간호간병 서비스 제공 내용 및 관리체계 개발 (효율적 인력배치기준 및 질관리, 모니터링 체계 개발, 기존 간호인력 간 서비스 제공 내용 및 다양한 운영 유형 개발 등)
- 간호간병서비스의 적절한 보장을 위한 비용체계 개발
- 2007년 6월~2008년 5월 실시

□ 시범 사업 인력 교육 및 수급

- 병원인력인 간호사 및 간호보조인력, 간호조무사 등은 병원자체기준에 의하여 교육 및 수급을 실시함
- 간병 인력은 간병기관에서 소정 교육 (이론 및 실기 120시간 이상)을 받은 자를 기본적으로 투입
 - 병원과 도급계약을 맺고 업무 협력체계를 구축한 간병기관에서 파견되며 1실당 인이상 상주할 수 있도록 간병인력 4-5인이 3교대 형식으로 근무 (4-6인실은 4인, 7-8인실은 5인이 교대근무)
 - 병원은 매월 또는 분기별로 도급계약금을 간병기관에 지급하며, 도급계약 단가는 병실당 일당으로 미리 지정 (4~6인실 81,000원, 7인실 94,500원, 8인실 108,000원)
 - 필요시 보수교육 등 실시

□ 시범사업 참여 기관의 기본 요건

- 간호관리료 3등급 이상 병원 중 시범사업 실시 병동 단위에 간호관리료 2등급 (병상수 : 간호사수 = 2.5 (3.0) : 1 미만) 이상 유지가능 병원
 - 새로 투입되는 간병인력을 위한 탈의, 휴게 공간 마련 권장
 - 간호업무지침, 보호자관리규정, 간호전달체계 등 구비

- 간병기관은 노동부 ‘사회적 일자리 창출사업 예산’을 지원받는 비영리 법인
실업극복국민재단 및 한국자활후견기관협회
- 효율적 업무운영을 위해 입원병동의 간호관리 및 간병인 관리책임자 1인을
두고, 필요시 시범사업 실무책임자 1인을 지정할 수 있음.
- 대상 환자는 시범사업 병실 일반병동 입원환자로 함 (중증도와 질병 별도구분 없음)
 - 단, 이용환자는 서비스 이용료의 일부 (30~40%)부담 원칙
 - 일일이용료는 15,000원(6,7인실)~22,500원(4인실)로 이용 병실에 따라 차
등적 이용료 산정

나. 시범사업 운영 현황 분석

- 시범사업에 참여한 4 의료기관 모두 간호관리료 2등급 수준 유지 하였으며, 병상
가동률은 진료과, 운영형태에 따라 70~95% 수준
- 입원환자 진료실적
 - 시범사업군 성별은 여성 62.4%, 대조군은 57.7%로 여성이 남성보다 많음
 - 평균연령은 시범사업군 56.6세, 대조군 54.5세로 시범사업군이 유의하게
높음 ($p<.01$)
 - 총재원일수는 시범사업군 12.5일, 대조군 17.8일로 시범사업군이 대조군보
다 유의하게 짧고, 시범사업군의 보호자없는 병실 평균재실일수는 8.8일,
평균 재실일수 10일미만 환자는 전체 73.0%로 나타남.
 - 환자분류결과 1, 2군 경증환자가 시범사업군은 각각 48.0%, 50.4%, 대조
군은 61.2%, 36.0%로 대조군이 1군 (최경증 환자)의 비율이 다소 높¹²⁾음.
- 간병인 현황
 - 모두 여성이며, 평균연령은 50.4세로 50-59세가 58.1%로 가장 많았음. 학
력은 고졸(41.9%), 중졸(29.7%) 순
 - 한국지역자활센터협회의 경우 경력은 평균 24개월, 교육이수시간은 평균
130시간이며 케어복지사, 간소조무사 등 자격증 소지자6명 포함

12) 3군이상 중증환자의 입실을 제한한 결과로 보임

- 참여 간병인 만족도 조사결과 3교대 근무방식에 96.3%가 만족하는 것으로 나타났으며, 100% 재참여 의사를 보임.

□ 참여 환자 보호자의 만족도 조사결과

- 4개 의료기관 총 1,063명의 환자 및 보호자 조사 결과, 적정이용료(본인비용부담액)에 대해 1만원~1만5천원 미만인 40.8%, 1만5천원~2만원 미만인 35.1%, 1만원 미만인 10.9%의 순으로 나타남. (단, 의료기관 소재 지역에 따라 다르게 나타남)
- 시범사업군의 79.4%가 보호자없는 병실 이용의사를 밝혔고, 그 이유로는 가족 사주의 어려움, 사적간병인 대비 저렴한 비용, 질 높음 간병서비스 등의 순으로 나타남.
- 반면, 이용하지 않겠다고 응답한 환자에게 물은 결과 그 이유는 보호자 상주 기능이 가장 많고, 가족의 돌봄이 필요함, 타인을 신뢰하기 어려움, 간병인 자질 및 간병료 문제가 뒤를 이음.
- 보호자 없는 병원 제도도입에 관련된 주관적 의견을 물은 결과, 보호자없는 병실 확대 또는 국가적 지원 활성화가 70.7%로 가장 많았고, 그 밖에 간병서비스 질 향상, 보호자 없는 병실 이용 환자 범위를 중증환자 등에게도 확대, 보호자 없는 병실이용료 경감, 남자간병인 배치 등 간병인 배치 강화가 3~5%로 나타남.

□ 참여 의료진(의사 23명, 간호사 250명) 보호자 없는 병동에 대한 의견조사

- 참여 경험을 토대로 시범사업 제한점을 우선순위대로 3가지를 선택하도록 한 결과, 1순위는 ‘입실환자 중증도 제한, 병상가동률 유지 등으로 인한 운영상의 어려움’으로 나타났으며, 2순위는 ‘간병인 추가배치 필요’, 3순위는 ‘간호인력 추가배치 필요’로 나타남.
- 보호자 없는 병원 운영을 위한 서비스 실시단위는 현행 시범사업처럼 일부 병실 운영이 24.9%에 그친 반면, 병동단위 실시가 50.9%로 우세
- 적정간호인력배치수준에 대해서는 간호사는 98.5%, 간병인은 98.9% 현행 또는 현행보다 상향 조정되어야 한다는 의견
- ‘보호자없는 병원’ 운영확대 추진을 위한 재원조달 방안에 대해서 건강보

험 급여화가 54.4%로 약간 우세하나, 건강보험 외 비급여 실시 의견도 41.2%로 적지 않음.

- 이용료 또는 환자부담액으로는 1만5천원~2만원 미만인 34.5%, 1만원~1만5천원이 26.1%, 2만~2만5천 20.4%순으로 나타남.

다. 보호자 없는 병원 제도관련 간호부서장 의견조사 결과

- 종합전문요양기관 및 종합병원 282개소 간호부서장 (간호부장, 간호과장, 간호팀장 등) 대상 보호자없는 병원에 대한 의견조사 결과, 보호자없는 병원 운영경험이 있는 기관은 41개소 (27개소는 현재도 운영), 없는 기관은 80개소로 나타남
 - 보호자 없는 병원 운영경험이 없는 80개소 중 앞으로 운영의사가 있다고 응답한 기관은 16개소에 불과
- 보호자 없는 병원 운영시 추가 충원인력은 1순위가 간호사, 2순위가 간병인으로 나타남
- 운영단위로는 병실단위가 57.7%로 가장 높았고, 다음은 병동단위 38.7%로 전 병동실시는 매우 낮은 응답률을 보임.
- 운영형태에 있어 입실환자의 중증도/환자분류결과별 병실 구분, 입실제한의 필요성에 대해 각각 90.8%, 86.6%의 다수가 필요하다고 응답하였으며, 적정 분류도구로는 병원간호사회의 환자분류도구라고 응답 (64.7%)
- 운영가능 간호사 배치수준은 약 60%이 현행 간호관리료 등급 1등급 이상 충족해야만 가능하다고 여김.
- 운영시 환자 1인당 일평균 본인부담금 적중수준은 2만원~3만원이 42.6%로 가장 많고, 그 다음이 1만원~2만원 26.1%임.
- 적정 채원조달방안으로 건강보험 급여가 45.4%, 비급여가 50.4%로 비급여가 근소한 차이로 많으나 비슷한 수준
- 병동/병실단위 운영시 간호단위에 대한 간호관리료 차등제나, 중증도/환자분류결과별 비용 차등화에 대해서는 90%이상이 필요하다는 의견을 보였으나 실제 적용에는 어려움이 있거나 불가능하다는 의견이 우세하였음.

- 보호자없는 병원 운영확대 추진을 위한 우선순위 보건정책으로는 간호관리료 차등 수가제 수가현실화가 가장 많은 비중을 차지하였고, 다음으로 관련 건강보험 수가 신설, 간호행위별 수가개발 순으로 현행 수가체계 개선을 최우선 정책으로 꼽음.

3. 간호간병 서비스 시범사업 비용추계

가. 추계 원칙 및 방법

- 현행 보호자 없는 병원 시범사업에서 ‘추가 투입된 간병인’을 기준으로 추가비용을 산출, 기존 간호서비스에 대한 건강보험수가에 추가비용을 가산하여 추계
- 간병서비스에 직접 투입되고, 원가에서 가장 비중이 높은 직접 인건비에 근거한 추정방법으로 간병원가 산출
 - 간병일당 간병원가 산정 방법

$$\text{일당 간병원가} = \text{일당 행위료 (간병인 인건비)} + \text{관리비} + \text{재료비}$$

- 최종적으로 수가에 반영된 자원이용량은 다음과 같으며, 전문가에 의한 간병 항목의 적절성을 고려하여 간병수가 포함여부 결정

$$\text{환자의 자원이용량} = \sum \text{간병인의 투여시간 (분)} \times \text{간병인의 시간당 비용}$$

- 보호자 없는 병동(병원) 총비용이란 간병행위와 관련된 비용 (직접비용)과 간병서비스 제공을 위한 관련 시설을 운영하는데 필요한 비용(간접비용)을 모두 포함하는 비용으로 직접비는 직접 계산하였으며, 간접비는 직접비에 비례하여 배분하는 방법 사용

나. 비용추계 결과

- 2006년 ‘보호자없는 병원’시범사업 참여의사를 밝힌 14개 병원 (종합병원 7개, 종합전문 7개소), 2007년 ‘호스피스시범사업’ 참여 기관 중 병동형/독립시설형 병원 급 이상 의료기관 15개소 자료¹³⁾ 및 2008년 기준 산재보험 간병료 규정 등 모두

3가지 유형으로 추계함.

- 인건비, 간호인력등급, 간병인당 환자수 등은 실제 측정된 자료에 근거하며, 종합전문요양기관과 종합병원으로 구분하여 산출
- 임금통계가 비교적 정확한 간호사의 인건비를 먼저 추정하고, 간병인의 인건비는 간호사 인건비의 일정비율로 산정
 - 간병인 인건비는 간호사(간호조무사 제외) 인건비의 0.481로 산정하되 (심평원 2007년 자료 기준), 산재보험의 간병료는 동 규칙에 규정된 대로 적용
 - 부대비용은 간병인 인건비의 20%로 산정 (건강보험 환산지수 연구 자료 참조)

$\text{간병비용} = \text{간호사인건비} \times 0.481 \times \text{부대비용 } 20\% \text{ 가산}$
--

- 간병인 관리를 위해 ‘추가되는’ 간호사 비용을 고려할 경우, 간호사 인건비에서 해당인력의 비용만큼 추가됨.

다. 간병비용 추계

- 각 자료수집 방법에 의한 환자 당 1일 평균 간병비용은 다음 표와 같이 16,718~23,684원 범위에서 분포하는 것으로 나타남.
 - 시범사업 참여기관은 대부분 종합병원 이상 요양기관으로 간병비용을 과대 추계할 가능성 있음.
 - 호스피스 시범사업 자료는 비교적 대형 및 중소병원이 고르게 포함되어 대표성이 있으며, 간호인력1등급 기준으로 측정된 자료임.
 - 산재보험 간병료는 공신력과 대표성이 있지만, 산재보험 수가가 전체적으로 건강보험 수가보다 높고 대상환자 특성이 건강보험과 다를 수 있다는 단점이 있음.

13) 건강보험심사평가원(2008) 호스피스 수가체계 연구, 건강보험심사평가원

〈표 3-2〉 환자당 일평균 간병비용 추계 결과

	‘보호자없는 병원’ 자료근거			호스피스시범사업 자료 근거	산재보험 간병료 근거
	시범사업참여의사 표명기관 원자료	시범사업 평균치	표준인건비 기준 (심평원)		
종합전문	37,617	26,377	22,839	21,466	30,635
종합병원	18,280	21,494	18,476	15,793	21,991
병원	14,990	17,625	15,150	12,895	17,151
평균	23,684	21,880	18,850	16,718	21,991

주“ 1) 간병인당 환자수는 이미 반영된 것임
 2) ‘보호자없는 병원’ 참여병원의 간호사 인건비는 호스피스 시범사업 자료에서 인용
 3) ‘시범사업평균치’란 시범사업에 참여의사를 표명한 전체 병원의 평균인건비에 근거한 추정치로, 개별병원 인건비자료에 근거한 추정치인 원자료결과와 구별됨.
 4) 산재보험 간병비용은 산재보험 간병료에 병원부담 간접비용 20%를 합산한 금액

라. 간호간병 서비스 비용의 건강보험 도입 방안

□ 현행 법적으로는 간호관리료에 간병서비스에 대한 보상까지 포함된 것으로 볼 수도 있어 건강보험제도에서 간병비용을 별도의 수가로 인정하는 것은 논란의 여지가 있음.

- － 하지만 현실적으로 현재 건강보험수가가 간병서비스를 포함, 제공하기에는 낮다고 볼수 있음.
- － 따라서 건강보험에서 별도의 간병료를 신설하는 것이 불가능할 경우 간호관리료 등급에 따른 가산료에 간병비용을 추가로 가산하여 반영하는 것이 가장 현실적인 방법이라고 판단됨.
- － 그러나 건강보험 재정적으로 모든 요양기관 간병료를 일시에 부담하기에는 시기상조이므로 병원 내 보호자 없는 병동을 설치, 간호관리료 등급 상향 조정에 따른 추가 금액 중 일부는 환자 본인부담(80/100)으로 설정하여 환자가 선택하도록 하는 방안이 있을 수 있음.

□ 간호간병 서비스 지불방법 개발

- 간병비용을 포함한 간호관리료는 일당정액제 형태로 도입하는 것이 적절할 것으로 판단됨.
- － 간호간병서비스를 포함하는 일당정액의 간호관리료를 산출하기 위해 기존 간호인력등급별 간호관리료에 간병비용을 합산하여 추정 간호관리료를 산

출 (호스피스 병동 기준으로 산출)한 뒤, 추정된 자료에 의한 간호관리료 가산율을 바탕으로 등급구간은 10% 단위로 재분류하여 산출한 결과, 종합 전문1등급은 입원료 소정점수의 120%를 가산한 68,728원, 종합병원 1등급은 130%를 가산한 66,079원, 병원1등급은 120%를 가산한 55,836원으로 추계됨.

- 만약 간호간병비용을 간병 행위당 관리료의 형태로 지불하고자 한다면 건강보험 청구자료 및 기관비용 조사에 근거하여 환자의 중증도별 간병행위를 분류하고 그에 따라 행위당 간호관리료를 추가하는 방법으로 산출 할 수 있음 (구체적 시행방안은 추가 연구 필요)
- 본인부담금은 기존 건강보험 입원료 본인부담 수준을 감안하여 시행초기에는 최소 20% 이상 본인부담률을 설정하는 것이 필요함.
 - － 본인부담률 20%설정 시 요양기관종별 및 간호관리료 등급별 7,106~13,746원, 30% 설정시 10,660~20,618원, 40% 설정시 14,213~27,491원의 본인부담금 발생
- 보호자 없는 병원 운영단위는 효과적 관리를 위해 일부 병실 운영 등의 산재형을 배제하고 병동형 혹은 병원형으로 추진하는 것이 바람직함.
 - － 단, 병동형으로 운영할 경우에는 간호관리료 등급에 대한 모니터링을 철저히 하여 부당한 비용지출이 발생하지 않도록 유의해야함 (산재형 혹은 병동형으로 운영 시 부정행위에 대한 사례는 호스피스병동 시범사업 등에서 수차례 지적된 바 있음).

마. 보호자 없는 병원 운영방안

- 시범사업 간호간병서비스 제공시간 관찰결과 조사를 토대로 간호인력기준(안)을 산출할 경우, 간호인력 1인당 환자수는 1.5인으로, 간호사 1인당 2.3인, 간호보조인력 4.0인에 해당되며, 3교대 근무시 근무조당 평균 담당 환자수는 간호사 1인당 11.3인, 간호보조인력 1인당 19.2인 수준
 - － 단, 이는 시범사업시 간호단위의 간호관리료 최소 등급을 2등급으로 제한

했을 때의 결과이므로, 현재 보호자 및 간호보조인력에게 위임되고 있는 간호간병행위에 대한 업무유형을 재검토할 경우 재산정이 필요함.

□ 보호자없는 병원 확대시 추가 소요인원을 추계한 결과는 다음과 같음.

- 간호사의 경우 종합전문 6,353명, 종합병원 16,147명, 병원 49,147명 등 총 71,647명 (간호관리료 등급 2등급 기준)이 필요한 것으로 추계
- 간호보조인력은 현재 병원직원인 간호조무사, 보조원 등을 포함하여, 최소 병동단위로 적용할 경우 34,875명에서 병실단위 5인 3교대를 적용할 경우 최대 140,968명이 추가로 충원되어야할 것으로 추계

□ 비용체계로는 건강보험 급여로 실시, 관리되는 것을 제안하며, 보호자없는 병원 확대시 환자당 일평균 간병비용을 적용, 단순 추계할 경우 최소 964백만원에서 최대 4,430백만원이 추가 소요될 것으로 예상됨.

제3절 산재보험의 간병료 및 간병전달체계 개선방안 (2006)

1. 연구내용 및 방법

가. 연구 목적 및 내용

□ 본 연구의 목적은 현행 산재보험의 간병전달체계 운영실태, 문제점 및 원인등에 대해 전반적으로 분석 평가함으로써, 산재환자에게 양질의 의료서비스를 제공하기 위한 전문적이고 효율적인 간병서비스 전달체계 정립방안에 대한 정책 대안을 제시하고자 함.

□ 현행 산재보험 간병전달체계의 운영실태 분석

- 2003~2005년의 3년간 간병료 수급자에 대한 근로복지공단 전산자료를 활용하여 분석하였으며, 총 급여액 중 간병료의 비율, 간병료 수급액 및 수급자 수, 간병인 자격별 간병료 지급 분포 등의 정보를 분석함.

□ 의료기관의 간병 현황 및 문제점

- 근로복지공단 산하 산재의료관리원 중 6개 의료원 및 의료진을 대상으로 설문조사를 실시함. 조사대상은 의사 35명, 간호사 275명이었음. 설문지는 의

사, 간호사, 환자, 간병인을 각각 면담후 작성하였으며, 설문 실시 전 각 의료원을 방문하여 의사 및 수간호사를 대상으로 설문목적 및 내용을 설명함.

○ 요양환자 및 간병인 실태 파악을 위한 직접면담조사

- 3개의 산재의료관리원에 입원 중인 산재환자 중 간병요양중인 환자 또는 간병인을 대상으로 직접 방문조사함.
- 산재환자 3인 조사 내용은 일반적 특성 외에 산재특성, 일상생활 수행능력, 간병특성, 사회·심리적 특성 포함.
- 간병인 3인을 직접 면담하여 파악한 내용은 간병인들의 일반적 특성, 환자 상태 및 간병 현황, 간병인의 애로사항, 가족 간병인들의 가족 부담감, 간병인들의 간병업무 실태 등을 포함함.

2. 의료기관의 산재 간병 현황 및 문제점

가. 일반적 현황

□ 근로복지공단 산하 6개의 모든 산재의료관리원 대상으로 일반적 특성 및 간병인관련 업무에 대한 조사 결과, 산재 환자 수 대비 간병인 수는 1,526명 대 672명으로 44%의 환자가 간병인을 고용하고 있었음.

- 각 병원에서의 간병인 중 가족이 간병하는 경우는 의료원별로 12~75%의 범위를 보였으며, 평균 33.3%정도로 나타남.
- 전체 간병인 중 간병인 자격증이 없는 가족인 경우는 7.4%이며, 산재전문 비가족 간병인(36.2%), 산재전문 가족 간병인(32.7%)이 대부분이었으며, 비가족 간호조무사가 1명이고 나머지는 일반 가족 또는 비가족 간병인으로 나타남.

□ 높은 간병인 고용비용에도 불구하고 간병인알선업무는 6개소 중 한 개소(환자 요청 시에만) 이루어지고 있어, 산재환자 간병인 구인이 개인적으로 이루어지고 있음을 보여줌.

- 병원차원의 간병인 알선업무를 하지 않는 이유로 3개병원에서 수수료와 관

런된 불협화음을 피하거나 청렴풍토 조성을 들었으며, 가족 간병인이 많아 병원차원 개입이 불필요하다는 의견이 있었음.

- 간병인 관리부서는 대개 간호부이고, 간병인등록이나 관리담당자가 있다고 응답한 기관은 한 개소에 불과했으며, 정기적인 교육이 이루어지는 곳은 5개소로 나타남.
 - － 교육 내용은 인성 및 태도교육, 간호방법교육, 병원시설 안내교육, 안전교육, 기타교육 등

나. 의사설문결과

- 33명의 위 6개 의료원 소속 의사 대상 조사 결과, 10개 분류 규정된 간병료 지급 대상 기준이 명확한가에 대해 부정적인 의견이 많았으며 (51.4%), 구체적으로 간병료 주치의 주관이 개입한다는 의견 (그렇다 51.4%, 매우그렇다 8.6%), 간병료 결정시 가족의 요구에 따르는 경우가 많은 (그렇다 42.9%) 것으로 나타남.
 - － 그 결과 실제 상황과 다르게 간병료 청구를 한 적이 있는 경우가 60.0%로 나타남.
- 그러나 간병료 지급대상이 더욱 세분화 되어야하는가에 대해서는 이견 (그렇다 51.4%, 아니다 40.0%)이 있었으며, 간병료 지급을 위한 점수화나 표준화된 결정 지침에 대해서는 대부분 필요성을 느낌 (82.9%).
- 간병료 판정시 가족과는 74.1%, 공단과는 54.3%의 의사가 갈등을 경험한 적이 있다고 응답했으며, 갈등 발생시에는 가족을 설득하거나 공단의 자문의사 또는 외부 특진의를사를 활용하는데, 특진 의사에게 간병료 판정을 의뢰한 경우에도 합리적 간병책정이 이루어지지 않았다고 여기고 있음 (70.0%)

다. 간호사 설문결과

- 조사 대상 273명 간호사 중 간병관리 업무에 부담감을 느끼는 비율이 총 90%이상으로 대부분 부담을 느끼고 있는 것으로 나타남.
- 실제 간병관련 업무별 간호사의 개입 필요성을 물은 결과 간병인과 환자 갈등관리,

관리인 관리 (자격확인, 출퇴근 관리), 간병료 청구 등 6개 항목 모두에서 90%이상 간호사 개입이 필요하다고 응답하였으며, 특히 간병관련 환자 상담 및 교육, 간호기술에 대한 개별적 교육에 대한 필요성 응답률은 97% 내외로 나타났다.

— 실제로도 45%가 매일 환자간호기술 교육을 하고 있는 것으로 나타남.

□ 간병인 관리를 위해 해결되어야 할 관리 방안들로서 각 항목에 대한 필요성 정도를 조사한 결과 간병인 능력향상을 위한 교육 강화는 1명을 제외한 모든 응답자가 필요하다고 대답했으며, 간병인 업무지시 및 감독, 간병인 능력 사정 및 재교육 실시도 필요하다는 응답이 높았음.

□ 간병인 자격측면에서, 간호사들은 전문 간병인이 일반 가족 간병인보다 환자 돌봄이나 교육 또는 지도 내용 이해에 있어 더 우수하며 인식하였으며, 약 65%이상이 일반가족은 자격증 취득없이 간병인으로 활동해서는 안된다고 응답함.

— 그러나, 전문 간병인 중 산재보험 상 규정되어 있는 산재전문 간병인에 대한 신뢰도는 일반간병인들에 비해 오히려 낮은 것으로 나타남.

라. 의사 · 간호사 공동 설문결과

□ 간호사와 의사 모두 간병인중 가족비율이 높고, 불필요한 철야간병이 많은 점, 간병인 자질 문제, 환자의 중증도 혹은 요구에 적합한 간병 인력이 배치되지 못하는 문제, 간병인 관리인력의 부족, 간병인으로 인한 분쟁으로 치료분위기 저해, 환자들의 안전사고 발생가능성 증가, 간병료의 불필요한 또는 필요이상의 지급으로 인한 산재보험 재정 상 문제 등에 대해 80%이상 문제라고 느끼고 있었음.

— 단 가족간병인은 의사 쪽에서, 관리 인력 부족은 간호사 쪽에서 유의미한 차이로 높게 문제점으로 지적함.

□ 현행제도를 유지하기 보다는 개선 또는 폐지해야 된다는 의견이 강함 (간호사 89.8%, 의사 72.7%).

— 현 제도를 보완하기 위해 1) 중요간호행위에 대해 보험 수가화하여 간호사가 제공하도록 하고 간병행위는 보호자의 역할로 두거나 2) 간병료의 일부를 간병인 관리료로 병원에 지급하도록 하는 방안에 대해 의사는 찬성 쪽

의 의견이 강했으나, 간호사는 반대 성향이 강하게 나타남.

- 현재도를 폐지하고 1) 병원에 간병료를 지급하여 병원이 간병인을 채용하는 방안에 대해서는 간호사와 의사모두 부정적이었으며, 2) 병원에 간병료를 지급하여 병원이 추가 채용한 간호 인력으로 간병을 제공하는 방안 및 3) 간호단체에 간병료를 지급하고 서비스를 제공하는 방안에 간호사는 찬성, 의사는 중립적인 의사를 나타냄.

3. 간병제도 개선방안

□ 간병료 지급을 위한 환자 평가체계개선

- 현재는 환자에 대한 의학적 평가에 따라 종류별로 지급대상이 나열되어 있으나, 실제 간병개념에는 환자의 일상생활을 위한 일반적 돌봄과 의학적 치료를 위한 간호개념이 혼재되어 있으므로 이 두가지를 동시에 포함하여 사정가능한 도구가 바람직함.

- 노인수발보험 수발등급평가표를 대안으로 제시

□ 현행 현금으로의 간병료지급방법 개선

- 제1안: 현행처럼 유지하되 간병서비스의 질을 향상시키는 방법

- 현재 간병료가 산재환자의 생활비 보조 성격을 갖는 상황과 제도변화에 대한 가족들의 거부감을 최소화하면서 개선책을 도모하고자 하는 방법
- 간병인 자격프로그램에 대한 관리감독 강화, 가족간병인 연령, 건강수준 및 교육수준 등 자격기준 강화, 간병인 관리료 및 교육료 신설

- 제2안: 간병서비스의 현물서비스로 체제 전환

- 비의료인에 의해 수행되던 전문간호영역을 의료인을 통한 양질의 간호서비스 제공하고자 함.
- 간호인력을 충원하여 전문간호업무를 수행하도록 하고 나머지 단순돌봄서비스만 병원에서 채용한 간병인이 수행하도록 함
- 간호업무별 적정 인력(안)은 유선주(보건산업진흥원)의 ‘의료기관 종별 간호인력 활용방안에 관한 연구’에서 인용

- 단, 의료기관에서 새로운 직종으로 고용될 간병인에 대한 인력관리의 어려움, 간병비 손실과 가족간병인 제외에 따른 가족의 저항, 간호간병인력 간 업무중복이나 업무갈등 발생 소지 등의 문제점이 예상됨.

제4절 국내 선행연구 고찰을 통한 시사점

1. 건강보험 대상 일반병동 대상 시범사업 및 실태조사에서의 시사점

- 2005년 실태조사의 경우, 회수율이 36%, 특히 병원의 경우 16%에 그쳐 대표성 문제가 있을 수 있음. 하지만, 간병서비스 제도화를 위한 기초 조사로서 간병인, 환자또는 보호자, 병원기관 및 간호인력의 관점을 모두 반영한다는 점에 의의가 있음.
- 간병인력으로 노인장기요양보험(보고서상 노인수발보험) 간병인력(현 요양보호사)와 호환되는 방법을 제시하였는데, 이미 노인장기요양보험이 시행중에 있어 몇몇 제안 사항은 수용 불가능하나, 요양보호사 훈련과정, 자격사항, 수행업무 등에 대해서는 급성병원 간병인력의 자격요건에 준할 수 있을 것으로 보임.
- 간병서비스 적용방안, 특히 지불체계에 대해서는 간호-간병인력간, 의료기관 종별로 큰 입장 차이를 보임. 앞으로 제도화 시 각 직능간, 기관 종별 합의점을 찾는 일이 중요함.
- 2008~2009년 시행된 시범사업은 간호관리료 2등급 이상이라는 간병서비스 제도화에 있어서는 영향력이 큰 전제조건을 충족한 상태에서 시행되었음.
 - 간호사(기관) 대상 설문조사에서도 간호인력의 충분한 배치는 간병서비스 제도화의 전제조건으로 여기고 있는 것으로 나타남.
- 2008년 시범사업 보고서와 2006년 실태조사 보고서는 각각 다른 방법으로 간병비용을 추계하였는데, 06년 보고서의 경우 간병인 1인당 연간 인건비를 산정하여 간병소요인력수를 곱해 전체 소요비용을 구했으며, 08년 보고서의 경우는 환자1인당 평균 간병비용을 구해 추가 간병필요 환자수를 고려하여 간병서비스 제도화 시 추가비용을 구함.
 - 간병인력 임금추계는 06년 보고서는 조사된 자료 (50명의 간병인)를 바탕

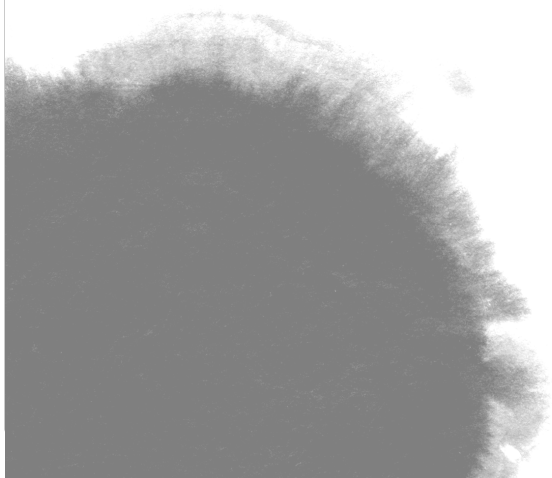
으로 하였고, 08년 시범사업 보고서는 심평원 간호사임금에 대비한 간병인 임금, 시범사업 참여 기관 대상 조사, 호스피스시범사업 결과, 산재보험 현황 등을 함께 비교 제시하여, 적정 간병인력비 산출을 위한 근거자료로 의미가 있는 것으로 보임.

2. 산재보험 간병서비스에서의 시사점

- 위에서 살펴본 ‘산재보험의 간병료 및 간병전달체계 개선방안’ 보고서에서 보았듯이 산재보험 간병급여는 이미 시행되고 있었으나 현금급여와 간병서비스의 질 문제 제도 개선의 움직임이 계속 있어왔음.
- 그 결과, 2007년 간병 현물급여화를 위한 시범사업이 시행되었고, 2009년 7월1일부터 간병현물급여제도로 전환됨. 더불어 간병료지급기준역시 매년 노동부 고시에 따라 변해오고 있음 (부록의 산재보험 간병급여 부분 참조)

04

외국의 제도 및 시사점



제4장 외국의 제도 및 시사점

제1 절 일본 건강보험의 간병서비스 보험 체계

1. 서론

- 서구 국가들은 병원의 기원을 ‘빈자의 수용소’에 두고 있고 이에 따라 병원에서의 입원과 관련된 모든 서비스는 전적으로 병원의 책임 하에 이루어지는 것이 원칙임. 반면에, 과거의 일본과 지금의 우리나라에서는 가족과 친지에 의한 간병 또는 환자가 고용한 간병인에 의한 간병이 일상화 되어 있음.
- 현재의 우리와 비슷한 모습을 가지고 있던 일본이 오랜 기간의 역사적 변천 과정을 통해 가족과 주변에 의한 간병을 금하고 제도적인 간호체계에 흡수하고 있는 것을 보다 면밀히 관찰할 필요가 있음
 - 특히 1950년대의 완전간호 도입을 위한 시도와 실패, 그리고 1958년 기준 간호체제의 도입 이후 1995-96년 신간호체제의 도입까지의 흐름은 개혁의 계기, 개혁 과정, 개혁 직후의 모습 등에서 많은 시사점을 제시함.
 - 본 연구는 일본 간병 및 간호제도의 이러한 역사적 변화에 초점을 맞추어 세부 내용을 살펴본 뒤, 2006년 실시된 소위 ‘7대1 간호체계’ 개혁 이후의 일본 간호체제의 현재의 모습을 건강보험 수가 체계를 통해 자세히 살펴봄.
- 간호부와 간호사
 - 일본에서는 과거에 ‘간호부’라는 용어가 사용되다가 2001년 「보건사조산

사간호사법(保健師助産師看護師法)」으로 명칭이 바뀌면서 ‘간호사(看護師)’로 명칭이 바뀌게 되었는데, 본 보고서에서는 시대별로 ‘간호부’와 ‘간호사’를 구분해서 사용함.

- － 2001년 개정 이전에는 「보건부조산부간호부법(保健婦助産婦看護婦法)」이었는데 여성은 「간호부(看護婦)」, 남성은 「간호사(看護士)」로 불렀음.

□ 간호요원, 간호직원, 간호보조사의 구분

- － 간호직원이란 간호사(간호부) 및 준간호사(준간호부)를 포함한 명칭이고 간호보조사는 주치의나 간호사(간호부)의 지시에 따라 간호보조를 하는 자로 규정됨. 이들 모두를 합해서 ‘간호요원’으로 부름.

□ 일본은 2003년 의료제도개혁의 기본 방향을 담은 「의료보험제도체계 및 진료보수 체계에 관한 기본방침」이 제시된 이후 다방면에 걸쳐서 다양한 개혁을 진행하고 있음

- － 2006년 의료제도개혁관련 법안이 국회에서 통과됨에 따라 이루어지게 된 변화는 중장기적으로는 생활습관병 예방과 평균재원일수의 단축이고, 단기적으로는 고령자의 부담을 늘이는 것이며, 그 밖에 새로운 고령자의료제도의 창설, 요양병상의 재편 등임.
- － 간호 내지 간병의 문제와 가장 관련이 큰 개혁은 ‘개호요양형의료시설’을 폐지하는 것으로, 2012년 3월 31일자로 폐지가 결정되어 있음.
 - 요양병상을 의료의 필요도를 중심으로 재편성하는 작업이 진행되고 있는데, 입원환자의 상태를 ‘의료의 필요성’에 따른 분류와 ‘ADL의 상황’에 따른 분류를 조합해서 평가하고 의료적인 케어가 필요한 환자를 의료보험이 적용되는 요양병상에 수용하고, 의료의 필요도가 낮은 환자는 병원이 아닌 노인보건시설에 입소하든지 재가서비스를 받도록 하는 것임.
 - 후생노동성의 추산에 의하면 의료보험이 적용되는 요양병상은 25만 병상에서 15만 병상으로 삭감되고, 개호보험이 적용되던 요양병상 13만 병상은 폐지되게 됨. 즉, 28만 요양병상이 없어지게 되는데, 이 중 노인보건시설 등의 개호시설로 전환되는 것이 15-17만 병상, 케어하우스, 유료노인홈 등 거주형 서비스와 재가로 전환되는 것이 6-8만 병상이 될

것으로 추산됨.

- 현재 경과조치로 의사, 간호직원 등의 배치기준이 완화된 ‘경과형개호요양형의료시설’과 ‘개호보험이행준비병동’을 임시 유형으로 설정해서 노인 보건시설 등으로의 원활한 전환을 도모하고 있음.
- 의료기관이 요양병상 전환을 하는 경우 도도부현이 병상전환보조금지원 사업을 하는데, 국가 및 도도부현이 27분의 15를, 각 의료보험자가 27분의 12를 부담함.

2. 일본 간병간호제도의 변천¹⁴⁾

가. 완전간호제도 (1950년 - 1958년)

1) 완전간호제도의 도입 경위

- 제2차세계대전 직후 일본의 병원은 付添간호(가족이나 친지 등의 보호자가 옆에 붙어서 간호를 하는 것)에 크게 의존하고 있었음. 연합국총사령부(GHQ)의 간부가 간병인(付添婦)이 병동에서 곤로를 사용해서 음식을 하는 것을 보고 충격 받았다고 하는 일화가 있을 정도이었음.
- GHQ는 입원환자의 간호는 병원부속 간호부에 의해 이루어지도록 강력히 지도함.
 - 1948년에는 ‘보건부조산부간호부법’이 공포되어, 간호업무는 간호부의 전 업이 됨.
 - 1948년의 ‘의료법’에 있어서도, 병원의 간호는 병원고용 간호부가 수행한다는 원칙하에 ‘원칙적으로 입원환자 4명당 간호요원 1인’이라는 간호부수의 표준이 정해짐(의료법시행규칙 19조).
- 1950년의 ‘완전간호’ 도입
 - 건강보험수가(사회보험진료보수지불제도)에 있어서도 같은 방향을 취할 필요성이 있었고, 간호가 병원의 간호부만으로 충분하게 이루어지는 경우에

14) 일본 의료경제연구기구의 보고서 ‘부침간호제도의 변천에 관한 연구’(2007) 및 기타 관련 자료를 참고하여 정리한 것임.

는 입원료에 가산된 점수를 부여하는 제도를 만든 것이 ‘완전간호’제도임.

2) 완전간호제도의 실시

가) 완전간호에 관한 후생성 통지

□ 1950년 9월9일의 후생성 보험국장 통지는 완전간호의 의의를 분명히 함.

— ‘완전간호’는 ‘병원 또는 진료소에서 그 시설의 간호부가 스스로 또는 그 시설의 간호보조자의 협력을 얻어서 간호를 수행하여, 환자가 스스로 간호할 자를 고용한다든지 가족 등으로 하여금 간병하게 할 필요가 없는 정도의 간호를 제공하는 것’을 지칭함.

— 간호부와 환자의 수의 관계를 특별히 규정하고 있지는 않으나, 의료법에 정하는 표준 수(환자 4명당 간호요원 1인)을 기준으로 함.

□ 1951년 1월 9일의 후생성 보험국장·의무국장·공중위생국장 통지는 ‘완전간호’의 승인 기준을 다음과 같이 제시함.

1. 간호부(간호보조사를 포함)의 근무형태는 가능한 한 3교대제 일 것.
2. 완전간호는 해당 시설의 간호부가 스스로 또는 해당 시설의 간호보조사의 협력을 얻어서 환자의 간호를 수행하는 것이지만, 환자에 대한 직접적인 간호는 간호부가 할 것.
3. 환자의 개인 간병(付添)이 없을 것, 단, 중증자, 수술 후 등 특별한 경우에 의사의 허가를 얻어서 가족이 간병(付添)하는 것은 허용됨.
4. 간호기록이 남겨져 있을 것.
5. 간호에 필요한 기구기자재가 갖추어져 있을 것.

□ 상기 두 개의 통지를 통해서 ① 환자가 스스로 고용하는 付添간호를 인정하지 않는 방침과, ② 시설에서 고용하는 간호요원도 원칙적으로 간호부의 자격을 가지며 무자격의 간호보조사의 업무를 축소하는 방향 등이 제시되었음. 즉, 간병인(付添婦)이 있으면 완전간호가 인정되지 않음.

나) 간호급부에 관한 통지

- 1951년 가을부터 1952년 초에 걸쳐서 ‘간호급부’ 즉, ‘付添간호에 대한 예외적인 보험급여’의 승인요건을 엄격히 제한하는 정부의 방침이 ‘통달’ 형태로 발령됨.
 - 이러한 통달은 앞의 두 통지에서 제시된 완전간호에 관한 방침을 명확히 실행에 옮기고, 의료기관이 간호력을 간병인(付添婦)에게 의존하지 않고 완전간호의 본연에 충실하도록 하려는 것이었음.
- 1951년 10월 10일 후생성 보험국장 통지 ‘간호급부의 취급에 관하여’에서는 다음과 같은 조건 하에, 간호부의 간호료를 하루 240엔으로, 간호보조사는 그보다 25% 차감한 금액으로 정함.
 1. 간호급부의 승인요건을 ‘중증’과 ‘수술 후’에 한정함
 2. 승인가간을 최소 필요 기간에 한함
 3. 승인을 받은 간호급부의 경우 간호는 원칙적으로 간호부만이 담당함
- 같은 날(10월 10일) 발령된 후생성 보험국 의료과장·건강보험과장·선원보험과장 연명 통지는 다음과 같은 방침을 분명히 함.
 - 장래 완전간호를 승인하는 방향으로 진행해 갈 것임
 - 장래 파출간호부의 수가 충분해지는 시점에서는 ... 간호보조사는 인정하지 않을 것임.
- 1952년 2월 22일 후생성 보험국 의료과장 통지 ‘간호료의 지급기준에 관하여’는 간호료를 간호부의 경험년수를 고려하여 차등할 수 있지만, 환자 2인 이상 付添간호의 할증요금은 인정하지 않는 것으로 함.

다) 반대운동의 확대

- 위와 같은 완전간호의 실시에 대해 여러 곳에서 반발이 있었음. 남아있는 자료만으로는 정확한 상황을 알 수는 없지만, 주된 반대 세력은 직장과 생활기반을 잃을 위험을 느낀 간병인(付添婦)들과 노동 강도의 심화에 위기를 느낀 병원직원(주로 간호직원)이었던 것으로 추측됨. 또한, ‘완전간호’라고 하는 명칭이 환자에 대한 모든

돌봄을 병원이 맡는다는 오해도 생긴.

- 완전간호에 반대하는 입장이 표명된 현존 자료로는 ① ‘의료 내용을 저하시켜 임종 밖에는 付添을 할 수 없다는 후생성 통지에 반대하자!’ (동경지방 간병인(付添婦) 조합), ② ‘환자, 의료종업원, 병원경영자 모두!!’ (동경지방 간병인(付添婦) 조합), ③ 1951년 11월 13일의 ‘요망서’ (각 단체 연명) 등이 있음
 - － 이들 중 가장 명확한 자료는 ③ ‘요망서’로, 이것은 1951년 10월 10일의 국장 및 과장 통지에 대하여 ‘간병인(付添婦)의 실질적 해고,’ ‘병원직원의 노동 강화,’ ‘환자의 부담 증가’ 등에 반대하는 의견을 간병인(付添婦), 병원종업원, 환자의 각 단체가 연명으로 표명하고 있음.
 - － 이러한 반대운동이 데모, 스트라이크, 조합교섭 등 어떠한 형태로 이루어졌는지는 남은 자료만으로는 분명하지 않지만, ① 및 ②는 전단지의 형태로 가두행동이 있었다는 것을 추측케 함.
 - － 반대운동은 시기적으로 1951년 10월부터 1952년 사이가 피크였지만, 다른 자료를 종합할 때 상당히 긴 기간에 걸쳐서 지속되었던 것으로 추측됨.
- 사실상 가장 근본적인 한계는 당시 간호부 내지 간호 자격자가 절대적으로 부족하다는 점이었으며, 이 때문에 완전간호를 위한 간병, 간호의 공급량이 충분하지 못했고 따라서 완전간호제도는 지속가능하지 못했음.

나. 기준간호제도 (1958 - 1995)

1) 1958년의 기준간호제도 도입

- ‘완전간호’도는 그 명칭에 오해의 소지가 있는 점, 그리고 실제로는 간호부(자격자)의 부족으로 인해 완전간호제도 원래의 목적을 달성할 수 없는 것이 분명해졌다는 점 등에서 동 제도에 대한 재검토가 이루어졌고 1958년에는 ‘기준간호제도’로 개편되게 됨.
- 기준간호제도의 근거는 1958년 6월 30일 후생성고시 177호인 바, 그 해석과 운용을 위해 1959년까지 일련의 통지가 내려짐.

－ 1958년 6월 30일 후생성 고시 177호

- ① ‘간호는 해당 보험의료기관의 간호부 또는 준간호부에 의해 이루어지는 것’으로 함.
- ② 기준간호를 3종류로 나누어 (1류, 2류, 3류), 각각에 가산점수와 필요 간호부 인원수를 정함.
- ③ 간호부 등의 비율은 간호부:준간호부:간호조수 = 5:3:2로 함. (자격자의 비율이 그 이상 필요하다는 의미)

－ 1958년 8월 25일 보험발 53호 후생성 보험국장·의무국장·공중위생국장 연명 통지

- ① 기준간호를 실시하는 의료기관에서는 ‘간호의 급부’는 인정하지 않음.
- ② 기준간호를 실시하는 의료기관에서는 ‘해당 의료기관의 간호부 등이 환자의 상태에 맞는 모든 간호를 수행하는 것’으로 했음. 즉, ‘환자의 부담에 의한 付添간호’가 있어서는 안 됨.
- ③ 간호부의 부족문제를 배려하여 5:3:2의 기준에 예외가 되는 경우가 있는 것을 분명히 함.

－ 1958년 8월 25일 보험발 111호 후생성 보험국 의료과장 통지

- ① 환자의 상태 등에 따라 의사의 허가를 받아서 가족이 付添하는 것을 인정함.
- ② 5:3:2의 예외로 4:4:2를 1958년 3월까지 경과조치로 인정함.

－ 1959년 6월 26일 보험발 100호 후생성 보험국 의료과장 통지

- ① 간병인(付添婦)을 붙이는 경우에는 보험환자와 같은 방을 쓰지 않도록 해서 차별적인 대우를 하는 인상을 주지 않게 배려함.
- ② 간병인(付添婦) 수를 기준간호의 필요 간호부등의 수에서 제외함.

□ 이전의 완전간호제도에서는 간병인(付添婦)이 있는 경우에는 완전간호가 인정되지 않고 둘 사이에는 엄격한 긴장관계가 있었고 바로 그 때문에 반대 운동이 일어났던 것에 반해, 기준간호제도에서는 기준간호와 간병인(付添婦)의 관계가 불명확하게 되어 있음.

－ 앞의 1958년 국장 통지 ②에서 보듯이 분명히 付添간호를 인정하지 않고

있음에도 기준간호 도입후인 58년부터 59년 사이에 간병인(付添婦) 단체나 의료관련 노동조합의 반대 운동을 보여주는 자료는 남아있지 않은 것을 볼 때 완전간호 도입 시와는 달리 제도에 대한 저항이 없었던 것으로 보임.

- 분명 하지는 않지만, 일련의 통지에서 예외적인 간병(付添)이 인정되고 실제로 상당한 간병(付添)이 있었을 가능성이 있음. 즉, 앞의 과장통지가 가족의 간병(付添)을 인정하는 취지를 ‘환자의 부담에 의한 付添간호는 물론, 가족에 의한 간병(付添)도 해당 보험의료기관의 간호부등에 의한 간호를 대체하든가 보충하는 식이 되어서는 안 된다는 것’임을 밝히고 있지만, 이것은 읽기에 따라서는 ‘대체 또는 보충하는 것이 아니면, 가족이나 간병인(付添婦)도 괜찮다’는 해석을 가능하게 함. 또한 과장통지는 ‘외부로부터 위탁을 받은 병동 등은 기준간호의 승인에서 제외할 수 있다고 하여, 이러한 병동 등에서는 간병인(付添婦)을 둘 수 있게 함.

2) 1973년의 요건변경

가) 개정의 취지

□ 개정의 취지는 다음과 같이 제시됨.

‘노인성 질환, 교통사고를 원인으로 하는 질병 등 입원 치료시 특별한 간호 서비스가 필요한 질병이 계속 증가하는 최근의 실상을 고려하여 간호급부 승인 요건을 완화함. 종전의 요건에 해당하지 않아도 상기 질병 등으로 입원치료를 위해 어쩔 수 없이 파출付添간호인이 付添간호를 하는 경우에도 간호료의 지급을 인정함.

□ 당시 ‘사회보험심사회나 국회로부터도 의견이나 요망이 있던 것’으로 기록되어있음.

- 사회보험심사회는 ‘종래의 승인요건에 합치하지 않는 피보험자로부터 이의 신청이 최근 수년간 계속 증가해서 이를 검토한 결과, 종전의 승인요건에 관하여 재고를 요청’하고 있음.

나) 요건완화의 내용

- 종래의 승인 요건 외에 몇 가지 요건이 새로이 정해졌음. 즉, 付添간호의 급부대상을 '침상불이노인'으로 확대하는 것으로, 付添간호 승인요건의 완화임.
- 대상환자의 상태
 - － 환자의 상태가 체위변화 또는 침상에서 일어날 수 없거나 식사 및 용변을 위해 도움이 필요한 경우 등
- 새로운 요건('개정요건')에 해당하는 경우의 간호료는 과거의 요건에 해당하는 경우의 간호보조자에 대한 간호료의 70%로 하고, 철야근무 가산은 인정하지 않음.
- 2인 간병을 인정함. 개정 요건에 동시에 해당하는 환자 2명을 1명의 간병인(付添婦)이 간호를 담당하는 것을 인정함.
- 승인기간: 1회의 신청기간이 1개월을 초과하는 경우는 1개월을 표준으로 하여 신청을 하고, 계속 간호를 필요로 하는 경우는 다시 신청을 함.

다) 요건완화 후의 付添간호료의 추이

- 付添간호료는 1960년부터 1982년까지는 매년 개정이 되었으나, 1984년과 1986년의 개정을 마지막으로 그 이후는 동결됨.
- 付添간호료의 개정은 인사원 권고에 근거해서 개정되었던 국립병원간호부의 초임봉급을 기초로 하여, 간호부 1일당 기본금액을 정하고 다시 여기서 일정비율을 차감해서 중간호부간호보조료의 기본급료를 정하는 형태를 취했음.
- 1976년부터 1982년 사이에는 付添간호료는 6대도부현의 간호보조자가 초과근무를 3시간 하고 숙박근무를 한 경우의 총액이 똑같은 숙박근무자가 초과근무를 3시간 한 경우의 관행요금 총액의 약 4분의 3 전후가 되는 범위에서 개정되었음.
 - － 개정의 목적은 '민간의 관행요금을 참고로 하여 환자부담을 경감하는 것'으로, 실질적으로는 간호료와 관행요금의 차액 즉 환자의 보험외 부담을 관행요금의 일정 범위 (4분의 1정도) 줄이는 것이었음.
 - － 관행요금을 전제로 하여 (즉, 개정에 의한 지급총액을 관행요금의 4분의 3

정도로) 付添간호를 개정하는 것이 거의 암묵적인 개정률이 되었는데, 하지만 관행요금 자체의 인상을 컨트롤하는 구조는 없는 상황이었음.

- 1973년의 급부요건 완화 이후 付添간호요양비 지급총액은 매년 증가를 계속했음. 1978년에 연간 100억엔대로 올라섰고, 이어 1982년부터 1983년에 걸쳐서 전년대 비 약 70%가 증가하여 금액으로는 180억엔이 급증하게 되었음. 그 중에서도 노인 의료비에 있어서의 付添간호료는 급격한 증가를 했고, 1983년 시점에서 이미 付添간호료 지급 총액의 79%를 점하게까지 되었음. 「付添간호」 문제는 1973년의 요건변경에 따라, 주로 ‘침상불이노인’에 대한 간호·개호 체제를 어떻게 정비할 것인가 하는 문제로 전환되고 있었던 것임.
- 이 배경에는, 1973년의 노인복지법의 개정에 의한 ‘노인의료의 무료화’와, 비슷한 시기에 이루어진 도도부현에 의한 노인의료비 조성, 특히 付添간호료의 보험외 부담분의 지급사업이 있던 것으로 보임. 고령화의 급속한 진전에 수반하여 고령자 인구가 급증한데다, 의료비 ‘무료화’로 본인부담에서 해방된 고령자의 의료 접근성 자체가 증가하였고, 더불어 환자가족이 본인부담 없이 付添을 할 수 있는 구조가 付添간호료의 팽창을 가져오는 요인으로 되었음.
- 1983년에 노인보건법이 시행되어, 노인의료비의 본인부담이 재도입되었음. 付添간호료의 증가율은 1984년과 1985년 모두 전년을 밑돌았지만, 총액의 증가는 계속되어 付添간호료는 요양비의 30% 이상을 점유하기에 이룸.

3) 1986년의 요건변경

가) 개정의 취지

- 개정의 취지는 의료과장 통지에서 다음과 같이 제시되었음.
 - ‘이번 개정은, 실제의 간호의 필요성에 따른 간호급부의 내용을 정함과 동시에, 국립병원 간호부의 초임 등을 감안한 간호료의 인상을 함으로써 원활하고 적절한 付添간호의 실시를 도모하는 것을 목적으로 하는 것임’.

- 또한, 보험국의료과는 개정의 취지를 다음의 세 가지로 설명하고 있음.
 - － 환자의 니드에 맞춘 간호급부의 실시 (침상불이노인의 경우 3인 담당을 인정함).
 - － 환자부담의 경감 (직전의 간호료 개정 이후 2년이 경과했기 때문에 늘어난 보험외부담을 경감함)
 - － 付添간호의 적정화 (付添간호료 지급 총액의 증가는 어쩔 수 없다고 해도 일부 부적정한 付添간호가 이루어지고 있기 때문에 적정화를 도모함)
- 또한, 付添간호 요양비의 ‘적정화’에 관하여서는, 내부자료에 ‘1986년 개정에 있어서는, 요양비 전체의 증가율이 의료비 전체의 증가율의 범위 내에 머물도록 하려는 대장성의 지적을 받아들여, 적정화를 위한 제도 개정을 했다’는 기술이 있음.

나) 요건변경 내용

- 주된 변경 내용은 입원의료비의 적정화의 관점에서 付添간호료급부의 승인기간 등의 요건을 엄격히 하는 것임.
- ‘침상불이노인’은 2인 담당을 원칙으로 함
 - － ‘중증’, ‘수술 후’의 환자에 관하여서는 이전과 같이 ‘1인 담당’만을 인정하지만, ‘체위변경 또는 침상에서 일어나지 못함’ ‘식사 및 대·소변의 도움을 필요로 함’ 등에 해당하는 환자 즉, ‘침상불이노인’에 관하여서는 ‘2인 담당’을 원칙으로 하되, 새로이 ‘3인 담당’도 인정함으로써 付添간호 1건당 지급액의 억제를 도모하고, ‘1인 담당’은 의사의 증상 증명을 전제로 예외적으로 인정하는 것으로 함.
- 승인기간
 - － 원칙적으로 1개월을 한도로 하고, 연장하는 경우는 1개월 단위로 재승인을 받음. 또한, ‘수술 후’ 환자에 대해서는 2주를 한도로 하고 연장하는 경우는 의사의 증명을 첨부하도록 함.
 - － 침상불이노인에 관하여서는 승인기간의 상한을 두어서 그 운용을 엄격하게 함으로써, 付添간호 요양비 총액의 증가를 억제하고 적정화를 도모함.

다) 개정 후의 付添간호료의 추이

(1) 付添간호료 요양비 지급총액의 증가

- 付添간호의 ‘적정화’를 의도한 1986년의 요건 변경에도 불구하고, 付添간호료 요양비 총액은 1989년까지 전년대비 10% 이상, 금액으로 100억엔을 초과하는 증가를 계속함.
- 付添간호료 요양비 지급총액에서 점하는 ‘침상불이노인’의 비중은 총액의 8할 전후를 계속 점유했지만, 그 비율은 1987년 86.5%, 1989년 79.8%로 서서히 내려감.
 - － 1986년의 요건 변경에 의한 付添간호료 ‘적정화’의 최대의 포인트는 침상불이노인에 대한 ‘3인 담당’의 도입이었지만, 1989년의 시점에서는 노인보전에 있어서의 付添간호료 요양비 지급액의 17.0%, 침상불이노인에 대한 지급액에 한정하면 18.5%를 점함.
- 일부의 도·현에서는, 보험외부담(관행요금과 요양비의 차액)의 전액 또는 일부를 지자체가 부담하는 제도가 노인의료 무료화의 영향으로 남아 있어서 付添간호료 지급액이 다른 현보다 많은 경우도 있음.

(2) 付添간호료 동결의 의미

- 1986년의 인상을 마지막으로 동결되었음. 付添간호료의 ‘적정화’를 주안으로 한 1986년의 요건 변경의 시점에서는 ‘3인 담당’의 도입에 따른 지불액 억제의 효과에 대한 기대가 있었다고 해도, 직후에는 총액 억제의 직접적인 효과가 나타나지 않아서 보다 근본적인 대책을 필요로 하게 되었음.
- 1986년의 인상을 付添간호료의 실질적인 ‘동결’의 시작으로 볼 수도 있지만 이러한 방침이 언제 결정되었는지는 분명하지 않음. 수가 개정 연도인 1988년에 의료과 내부에서 付添간호료 인상 재개를 포함하여 付添간호 문제에 관한 검토가 이루어졌고, 이 때 1986년 개정에서 정해진 새로운 산정식에 따른 인상을 위한 자료를 준비했던 것으로 보아 이 시점에서는 아직 ‘동결’ 방침의 결정이 이루어지지 않았던 것으로 보임.

- － 결국 이 때 付添간호료의 인상은 연기되었고 2년 간격의 개정이라는 규칙이 지켜지지 않은 것 자체가 付添간호를 둘러싼 시책의 전환을 보여줌.

(3) 付添간호문제에 대한 대응

- 付添간호료 요양비 지급액이 여전히 높은 증가를 계속하고 있는 가운데, 노인의료담당과 측에서의 付添간호 문제에 대한 대응이 서서히 본격화 함.
 - － 노인간호료의 창설: 1988년에는 노인병동의 간호료가 사회보험진료보수에 서 구분되어 노인진료보수에 설정됨.
 - － ‘특례허가노인병동 입원의료관리료’의 신설: 1990년에는 후한 간호·개호체제를 요건으로 한 포괄방식의 특정입원료인 ‘특례허가노인병동 입원의료관리료’가 신설되었음. 같은 해에는 회계 감사원이 付添간호 요양비에서 부적정한 지급이 이루어지고 있다는 지적을 했고, 이는 付添 간호의 ‘적정화’ 차원을 넘어서는 근본적인 대책을 강구하는 계기의 하나가 됨.
- 이와 같이 노인의료 분야에 있어서는, 간호·개호 서비스의 원내화를 촉진하는 방향으로 付添간호의 폐지를 도모하는 시책이 진행되었던 것임.

4) 付添간호의 폐지를 위한 보험수가의 개정

가) 노인간호료 (1988년)

- 1988년 4월 보험수가 개정 시에 ‘노인간호료’가 ‘노인진료보수’(수가) 안에 신설되어 노인병동의 간호료가 사회보험진료보수에서 구분되게 됨. 노인진료보수란 1982년 제정된 노인보건법에 근거해서 1983년에 사회보험과 별도의 체계로 설정된 수가체계임.
- 이 해의 보험수가 개정은 전년인 1987년 7월에 정리되었던 후생성내 국민의료종합대책본부(본부장은 후생성사무차관)의 중간보고의 영향을 크게 받았음. ‘의료의 질과 효율성을 보다 중시하는 방향으로 개혁을 해간다’는 것을 목표로 한 대책본부의 중간보고는 노인의료에 관해 구체적으로 다음과 같이 기술하고 있음.

- ① 노인병원의 교정 (만성기 노인에게 어울리는 간호·개호 기능, 재활기능을 가지는 병원에서의 케어·중장기적으로는 병원의 체계를 ‘만성병원’과 ‘일반병원’으로 구분),
- ② 재택케어의 충실 (병원과 진료소소속 간호부에 대한 위탁을 통한 방문간호, 가정 기능의 충실),
- ③ 노인진료보수의 개정 (기준간호와 付添간호의 개정, 노인의료에 적합한 간호·개호의 모습에 대한 검토·재활의 보상),
- ④ 장기입원의 시정 (입퇴원 판정위원회(가칭)의 설치, 재활·매뉴얼의 작성).

— 이 중간보고를 받아들여 노인진료보수에 있어서의 간호료의 개정이 이루어졌고 또한, 재택의료를 위한 점수 몇 개가 신설되었음. 재택의료에 관한 점수가 고려된 것은 사회보험진료보수에서도 마찬가지임. 동시에, 입원기간에 따라 점수를 체감시키는 구조를 간호료에 도입하여 입원시 의학관리료에서는 이것을 강화함으로써 ‘장기입원의 시정’을 도모하고 있음.

□ 신설된 노인간호료는 노인의 심신의 특성에 착안하여 개호 측면을 중시한 직원 배치 기준에 따라 지불되는 것임.

- ‘노인특례1류간호’는 입원환자 6인에 대하여 간호부·준간호부의 유자격자만 1인 (6:1), 그리고 입원환자수 5.7인에 대하여 개호직원 1인(5.7:1)임.
- ‘노인특례2류간호’는 입원환자:간호직원 = 6:1, 입원환자:개호직원 = 8:1로 됨.
- 이와 같이 개호직원을 병동에 배치하는 것은 노인개호, 더 나아가서는 간호의 질을 높여 병의 상태에 따라 환자가 병동이나 병원을 (예를 들어 간호부가 많이 배치된 급성기 병동에서 개호직원이 많이 배치된 만성기 병동으로) 이동할 수 있게 하는 것을 목적으로 함. 간병인(付添婦)에 의한 불균일한 간호를 없애고 또한 환자의 자기부담을 시정하려는 것임.

□ 이러한 개정의 배경에는 1982년 동경대학의학부부속병원 분원이 기준간호의 승인을 얻고도 付添간호를 하고 있었던 것이 발각되었고, 같은 식의 병원이 여러 개 밝혀지면서, 간호직원이 적은 상황에서는 기준간호병원이라고 해도 환자나 그 가족에게는 간병인(付添婦)의 간호가 필요하다고 하는 의견이 신문에서 많이 보도된 것이 있음.

나) 노인특례간호 (1992년)

- 1992년 4월의 보험수가개정은 사회보험진료보수개정 상에서는 기준간호의 적절한 보상 등을 통한 양질의 간호서비스의 안정적·효율적 공급의 확보를, 노인진료보수 개정 상에서는 노인심신의 특성에 적합한 의료를 확보하여 의료의 질과 효율을 높이는 것을 큰 목적으로 했음. 이에 따라, ‘付添간호의 적정화’ 및 ‘付添간호의 시정’을 통해 병원의 개호기능을 높이기 위한 정책수단이 많이 설정되게 됨.
- 이 개정에 앞서 후생성은 중앙사회보험의료협의회(중의협)의 진료보수기본문제소위원회에 제출한 보험수가 검토항목 메모에서 付添간호의 폐지를 거론하고 있음.
 - － 배경에는 1991년 12월의 회계검사원의 결산검사보고에서 付添간호료의 부적정 지급에 따른 국가의 부담 초과가 약 7억 2천만엔에 달해 ‘개호직원의 확보에 관한 지도를 강화하고’, ‘付添간호의 신청서류에 충실하라’는 개선책이 요구된 사실이 있음.
 - － 또한, 같은 1991년의 노인보건법 개정의 국회심의시에도 付添간호에 따른 보험외부담의 문제가 논의되어 법안 성립 후 노인보건심의회에서 검토가 이루어졌음.
 - － 결과적으로 보험외부담의 문제 즉, 付添간호의 관행요금(실제의 요금)과 요양비(상환금액)의 차이에 대한 부담 문제 때문만이 아니라, 병원이 스스로 고용한 직원을 통해 간호·개호서비스를 제공하는 제대로 된 모습을 찾기 위해서도 부침간호의 폐지를 검토해야 할 것이라는 의견서가 제출됨.
- 1992년 4월의 보험수가 개정에서 付添간호의 적정화와 병원 개호기능의 강화를 목표로 몇 가지 정책수단이 설정됨.
 - － 다만, 이러한 정책은 付添간호를 실시하고 있던 병원이 표면적으로는 기준간호 병원으로 되어도 환자에 대한 케어의 질·양 자체는 그 이전과 전혀 변하지 않는, 오히려 간병인(付添婦)이 없어져서 질이 떨어질 가능성을 내포하고 있음.

(1) 직원배치기준을 완화한 기준간호유형의 설정

- 일반병동에 있어서의 ‘기본간호료’를 두 종류로 분할
 - ‘기본간호료(Ⅰ)’은 간호부:준간호부:간호조수 = 4:6:0
 - ‘기본간호료(Ⅱ)’는 간호부:준간호부:간호조수 = 3:7:0
- ‘특1류’를 2종류로 분할
 - ‘특1류(Ⅰ)’은 간호부:준간호부:간호조수 = 4:4:2
 - ‘특1류(Ⅱ)’는 간호부:준간호부:간호조수 = 3:5:2.

〈표 4-1〉 기준간호체계

등급	환자: 간호인력	간호관련 직원 배치 비율 (간호부: 준간호부: 간호조수)	수가 (적용점수) ¹⁾
특3류	2: 1	5: 3: 2	669
특2류	2.5: 1	6: 4: 2	532
특1류(Ⅰ)	3: 1	4: 4: 2	441
특1류(Ⅱ)	3: 1	3: 5: 2	435
기 본(Ⅰ)	4: 1	4: 6: 0	328
기 본(Ⅱ)	4: 1	3: 7: 0	320

주: 1) 1점=¥10

자료: 일본간호협회, ‘신체계 및 간병인 폐지가 간호에 미치는 영향’, 1997.

- 특례허가노인병동에서의 ‘노인특례1류간호’, ‘노인특례2류간호’를 각각 2 종류로 분할
 - ‘특례1류(Ⅰ)’ 및 ‘노인특례2류(Ⅰ)’은 간호부:준간호부 = 4:6,
 - ‘특례1류(Ⅱ)’ 및 ‘노인특례2류(Ⅱ)’는 간호부:준간호부 = 3:7.

(2) 기준간호의 승인요건 완화

- 2교대제의 근무형태를 승인요건에 추가 (지금까지는 원칙적으로 3교대제).
- 기준간호 승인을 위한 실적기간을 6개월에서 3개월로 단축.

(3) 의료법 표준을 충족시키지 못하는 병동의 배치기준 재편성

□ 일반병동에서의 ‘기타간호료’를 3분류로 분할하고 간호직원의 비율은 문지 않음.

— ‘기타1중간호’는 환자:간호직원 = 4:1 이상

— ‘기타2중간호’는 환자:간호직원 = 4:1 미만

— ‘기타3중간호’는 환자:간호직원 = 5:1미만

□ 노인병원 및 노인병동의 '기타간호료'에 '실인원평가방식'을 도입하여, 간호직원 및 개호직원의 수에 따라 표1과 같이 보험수가 점수를 세분화 함. 최저 점수인 70점을 하회할 정도로 배치인원이 적은 병원은 간호료를 별도의 고시로 계속 정하면서 중점적으로 개선 지도함.

〈표 4-2〉 ‘실인원평가방식’에 의한 ‘기타간호료’의 점수 설정

(단위: 점)

		개호직원 1인당 환자수							
		4명	5명	6명	7명	8명	10명	13명	15명
간호부 1인당 환자수	6명	—	—	—	—	234	228	150	140
	7명	222	210	205	200	195	186	130	120
	8명	166	156	150	145	140	130	90	80
	10명	90	90	90	80	80	70	70	
	13명	70	70	70	70	70	70		
	15명	70	70	70	70	70			

주: 점수가 기록되어있지 않은 공간의 배치상황인 병원은 중점지도대상병원으로서 별도의 점수가 정해져 있음.

(4) ‘입원의료관리’의 촉진

□ 1990년 노인병동에 대해 도입된 간호료를 비롯하여 주사, 투약, 검사 등을 포괄적으로 점수화하는 ‘입원의료관리료(Ⅲ)’을 도입함

— 환자:준간호직원 = 6:1 및 환자:개호직원 = 4:1의 ‘입원의료관리료(Ⅰ)’, 환자:간호직원 = 6:1 및 환자:간호직원 = 5:1의 ‘입원의료관리료(Ⅱ)’에 추가하여, 환자:간호직원 = 6:1 및 환자:개호직원 = 6:1의 ‘입원의료관리료(Ⅲ)’을 신설.

- 입원관리병원으로 전환하지 못하는 노인병원의 전환을 촉진하기 위해 ‘입원의료관리 이행계획가산’을 신설
- 입원의료관리병원으로 전환하려고 하는 병원에 대하여 ‘특정간호료’를 신설. 간병인(付添婦)을 직접 고용하여 환자와 간병인(付添婦)의 사적 계약이 아닌 형태로 付添간호를 행하는 경우에 지불함.

(5) 付添간호의 승인에 관한 개정

- 의료기관은 付添의 필요성을 서면으로 증명.
- 付添간호의 승인요건인 (1) 중증, (2) 수술 후, (3) 침상불이 가운데 (1) 과 (2)의 付添은 유자격자에 한정함.

다. 신간호체계·신간호보조체계의 도입 (1994-1996)

- 1993년에는 의료보험제도의 개정을 위한 활발한 움직임이 일어남.
 - 우선 의료보험심의회는 ‘중간정리’(1993년 6월) 및 ‘공적의료보험의 급부의 범위·내용의 개정에 관한 건의’(1993년 12월)를 제출하여, 간병인(付添婦) 등에 의한 付添을 필요로 하지 않은 간호·개호의 체제를 확립하고 환자에 대한 비용부담을 줄이기 위해서 付添간호의 폐지를 제안함.
 - 또한, 노인보건심의회도 ‘노인보건제도의 개정에 관한 의견’(1993년 12월)에서 간호·개호의 원내화를 촉진하여 付添간호를 없애야 한다고 기술하고 있음. 이것을 받아서 후생성은 ‘기준간호의 개정과 付添간호의 폐지’, ‘개호기능을 증시킨 노인병원의 확립’을 포함한 보험수가개정의 검토항목을 중의협에 제시하는 것으로 됨.
- 1994년의 보험수가개정은 두 번 있었는데 통상의 개정은 4월에, 건강보험법 등 법률의 개정에 따른 개정은 10월에 이루어짐.
 - 4월의 개정에서는 1993년에 창설된 요양형병상군에 관하여 새로운 간호료·직원배치 기준이 설정되었고, 유상진료소의 간호료가 간호직원의 수 및 付

添의 유무에 따라 세분화되었음.

- 10월의 개정에서 ‘付添간호의 폐지’를 목표로 하는 구체적인 정책수단이 투입되게 되었음.

□ 1994년 6월의 건강보험법 개정안에 따라 1994년 10월의 신간호·간호보조체계의 창설과 付添간호·개호를 폐지하기 위한 대책이 수립되어 1995년 말까지 실시되는 것으로 됨.

- 실제로 배치된 간호요원에 대해 적정 보상을 하기 위한 신간호·간호보조체계는 ‘신간호료’의 간호부와 준간호부의 비율에 따라 간호(A)가산 또는 간호(B)가산을 추가하고, 다시 개호직원수에 따라 차등적인 간호보조료를 추가하여 환자 1일당 간호료가 결정되는 구조로 되어있음.

〈표 4-3〉 간호(A)가산 (간호부 비율이 70% 이상인 경우) 1일간호료

		간호보조료										
		50	58	75	80	85	100	110	130 (점)			
신간호료		~15:1	15:1	13:1	10:1	8:1	6:1	5:1	4:1	3:1	간호 (A) 가산	
440점	2:1간호료	685	685	685	685	685	685	685	685	685 (점)	245점	
410점	2.5:1간호료	597	647	655	672	672	672	672	672	672 (점)	187점	
388점	3:1간호료	598	533	541	558	563	568	568	568	568 (점)	95점	
355점	3.5:1간호료	599	450	458	475	480	485	500	500	500 (점)	45점	
320점	4:1간호료	600	389	397	414	419	424	439	449	449 (점)	19점	
263점	5:1간호료	601	329	337	354	359	364	379	389	409 (점)	16점	
225점	6:1간호료	239	289	297	314	319	324	339	349	369 (점)	14점	

주: 신간호료의경우는 입원기간이 30일 이내인 점수를 표시했음. 입원기간이 30일을 초과하는 경우, 2:1간호료, 2.5:1간호료, 3:1간호료, 3.5:1간호료의 검수는 위의 점수보다 10점 낮음(표2-4, 표2-5 모두 동일).

〈표 4-4〉 간호(B)가산 (간호부 비율이 40% 이상 70% 미만인 경우) 1일간호료

		간호보조료										
		50	58	75	80	85	100	110	130 (점)			
신간호료		~15:1	15:1	13:1	10:1	8:1	6:1	5:1	4:1	3:1	간호 (B) 가산	
440점	2:1간호료	595	595	595	595	595	595	595	595	595 (점)	155점	
410점	2.5:1간호료	515	565	573	590	590	590	590	590	590 (점)	105점	
388점	3:1간호료	465	515	523	540	545	550	550	550	550 (점)	77점	
355점	3.5:1간호료	387	437	445	462	467	472	487	487	487 (점)	32점	
320점	4:1간호료	330	380	388	405	410	415	430	440	440 (점)	10점	
263점	5:1간호료	271	321	329	346	351	356	371	381	401 (점)	8점	
225점	6:1간호료	232	282	290	307	312	317	332	342	362 (점)	7점	

〈표 4-5〉 간호부 비율이 20% 이상 40% 미만인 경우 1일간호료

		간호보조료								
		50	58	75	80	85	100	110	130 (점)	
신간호료		~15:1	15:1	13:1	10:1	8:1	6:1	5:1	4:1	3:1
440점	2:1간호료	440	440	440	440	440	440	440	440	440 (점)
410점	2.5:1간호료	410	460	468	485	485	485	485	485	485 (점)
388점	3:1간호료	388	438	446	463	468	473	473	473	473 (점)
355점	3.5:1간호료	355	405	413	430	435	440	455	455	455 (점)
320점	4:1간호료	320	370	378	395	400	405	420	430	430 (점)
263점	5:1간호료	263	313	321	338	343	348	363	373	393 (점)
225점	6:1간호료	225	275	283	300	305	310	325	335	355 (점)

주: <표 3-3 ~ 3-5> 모두, 자료: '10월보험수가개정의 포인트', 사회보험순보, No.1843,p.8, 1994.

〈표 4-6〉 일본의 신간호체계 수가 (1997)

간호료			
신간호료		간호가산	간호보조료
환자:간호인력(수가)		간호부70% 이상/40~70% 미만	환자:간호조수(수가)
2:1(440점)	+	245점/155점	3:1(130점)
2.5:1(410점)		187점/105점	4:1(110점)
3:1(388점)		95점/ 77점	5:1(100점)
3.5:1(355점)		45점/ 32점	6:1(85점)
4:1(320점)		19점/ 10점	8:1(80점)
5:1(263점)		16점/ 8점	10:1(75점)
6:1(225점)		14점/ 7점	13:1(58점)
			15:1(50점)

주: 1점=¥10

자료: 일본간호협회, 간호백서, 1997.

□ 이와 같이 付添간호를 폐지하기 위한 신간호·간호보조체계는 실제로 배치된 간호직원의 수에 따라 간호보조료를 설정하여 병원의 기능에 따라 여러 가지 간호유형을 선택할 수 있도록 함.

- － 지금까지와 같이 일반병동, 결핵병동 등 병동의 종류에 따라 간호체계가 달라지는 것이 아니고, 어떤 병동이든 환자의 상황에 맞는 간호체계를 선택할 수 있도록 되었음.
- － 하지만, 2:1 간호료의 경우처럼 간호보조사를 아무리 배치해도 전체 간호료는 오르지 않고 개호직원을 고용해도 수입이 늘지 않아 이들을 채용하려고 하지 않을 것이 예상되었음.
- － 또한 신간호·간호보조체계가 창설되는 한편, 현행 기준간호도 존속하기 때문에 병원은 간호요원 배치상황에 맞추어 수입에 유리한 체계를 선택할 수 있게 됨.

□ 다음은 付添간호의 폐지와 직접 관계되는 4 가지 대책임.

1. 付添간호·개호해소계획가산: 신간호·간호보조체계 등 付添이 없는 체제로 이행하는 ‘해소계획’을 측정하여, 실시 병원에 간호 1인 1일당 보험수가 점수를 가산 (1995년 말까지).
2. 특별개호료: 해소계획을 실시중인 병원 또는 신청서를 제출한 진료소는 침상불이 입원환자로 특히 개호(간호보조)를 필요로 하는 자에 대해 간호부

등을 고용하여 간호보조사로서 특별한 개호(간호보조)를 한 경우에 소정의 점수를 가산함(병원은 1995년 말까지, 진료소는 1996년 4월 1일 이후의 후생대신이 별도로 정한 날까지 적용). 대 환자수 및 간호의 시간이 3시간 이상인지 여부에 따라 점수는 변동.

3. 특별간호료: 해소계획을 실시중인 병원 또는 신청서를 제출한 진료소 등에 있어서 중증, 수술 후 등 특히 간호를 필요로 하는 환자에게 간호부 또는 준간호부가 특별한 간호를 행한 경우에 원칙적으로 14일을 한도로 산정함. 간호부에 의한 것인지 준간호부에 의한 것인지, 대 환자수 및 간호의 시간이 3시간 이상인지 여부에 따라 점수는 변동.

4. 유상진료소 간호에 대한 보상: 付添간호·개호가 없는 유상진료소의 간호보수 점수를 대폭 인상하고, 입원기간에 따라 점수를 세분화함.

□ 특별개호료는 소정의 간호점수에 가산하는 것으로, 가산 후의 점수는 특별간호료의 경우와 마찬가지로 付添간호의 관행요금 수준이 되도록 설정됨. 여기에 付添간호·개호해소계획가산도 추가되는 것임.

□ 신간호·간호보조체계의 창설에 맞추어 같은 달에 노인진료보수의 노인병동 간호료도 개정되었음 (고시는 1994년 3월, 실시는 10월).

- 환자 3인에 간호·개호직원 1인인 체제를 목표로 하여 노인진료보수의 기준 간호를 폐지하고 노인특례간호의 개선이 이루어짐. 구체적으로는 표?와 같은 간호료·직원배치기준이 설정됨.

〈표 4-7〉 노인병동의 간호료·직원배치기준

	수가 (일반점수) ¹⁾	산정기준	
		환자 : 간호직원 (간호부 : 준간호부)	환자 : 개호직원 비율
노인병동기본간호 (Ⅰ)		6 : 1 (4 : 6)	6 : 1
노인병동기본간호 (Ⅱ)		6 : 1 (3 : 7)	6 : 1
노인병동기본간호 (Ⅲ)		6 : 1(비율 없음)	6 : 1
노인병동특례기준		6 : 1(비율 없음)	8 : 1

주: 1) 1점=¥10

- 사회보험진료보수의 개정과 마찬가지로 付添간호·개호해소계획가산, 특별개호료, 특별간호료 그리고 유상진료소의 간호에 대한 보상이 노인 대해서도 실시됨. 단, 입원의료관리병원으로 전환하는 계획을 정한 병원이 간병인(付添婦)등을 직접고용(원내화)한 경우 ‘특별 간호에 관한 특정요양비’ 즉, 특정개호료 이상의 付添비용을 징수할 수 있는 구조는 없어짐.
- 이상에서 보듯이, 신간호·간호보조체계는 간병인(付添婦)의 付添간호를 하던 병원이거나 유상진료소에 대하여 付添간호의 관행요금 수준을 고려하여 이를 대체할 보험수가 점수를 설정한 것은 의미 있는 것이지만, 지금까지의 간병인(付添婦)을 병원이나 진료소가 고용하는 것일 뿐 ‘付添간호·개호의 폐지’는 아님. 또한, 간병인(付添婦)에 대한 재교육, 훈련을 시행할 인센티브 구조를 설정하지 않으면 ‘付添간호·개호의 폐지’가 간호·개호의 질적 향상으로 연결되지 않을 수도 있음.
- 1일 입원기본료는 일반병동 1군(평균재원일수 28일 이내의 경우)의 경우 <표 4-8>와 같으며, 2군(평균재원일수 29일 이상의 경우)의 경우 별도의 점수가 적용됨.

〈표 4-8〉 일반병동 1군(평균재원일수 28일 이내의 경우)의 입원기본료, 1일당

	수가(일반점수)	간호배치(간호부 비율)	평균재원일수
입원기본료1	1209	2:1 이상(70% 이상)	21일이내
입원기본료2	1107	2.5:1 이상(70% 이상)	26일이내
입원기본료3	939	3:1 이상(70% 이상)	28일이내
입원기본료4	842	3.5:1 이상(70% 이상)	28일이내
입원기본료5	783	4:1 이상(70% 이상)	28일이내

주: 1)1점=¥10

자료: 진료점수조건표, 의학통신사, 2004

- 요양병동은 일정 간호배치, 간호부비율, 평균재원일수 등을 충족한 경우 소정의 입원기본료 점수를 적용받음. 이 요양병동에 속하지 않는 일정 요양병동은 특별입원기본료를 적용함. 또한 입원환자의 특징에 따라 일상생활 장애가산 40점, 치매가산 20점 등이 추가됨. 같은 일반병동, 요양병동이라도 특정기능병원의 경우는 약간 상향조정된 점수가 적용됨. 기타, 결핵병동은 7등급으로 구분된 점수가 적용됨.

〈표 4-9〉 요양병동 입원기본료

	수가(일반점수) ¹⁾	산정기준	
		간호배치(간호부 비율)	간호보조배치
입원기본료1	1209	5:1 이상(20% 이상)	4:1 이상
입원기본료2	1138	5:1 이상(20% 이상)	5:1 이상
특별입원기본료1	973	6:1 이상(20% 미만)	6:1 이상
특별입원기본료2	902	6:1 미만(20% 미만)	6:1 미만

주: 1) 1점=¥10

자료: 2005~2006.3 일본 의료사무 점수표, DAI-X출판사, 2005

3. 간병간호 관련 현행 보험수가 구조

가. 의료보험수가(진료보수)의 구조

□ 일본에서는 의료보험수를 ‘진료보수’라고 부름. 보험수가표 즉 ‘진료보수점수표’에는 의과, 치과, 조제의 세 종류가 있음. 이러한 진료보수점수표 이외에 ‘보험외병용요양비’와 ‘입원식사요양비’ 등이 있음.

□ 의과점수표에는 ‘의과진료보수점수표’와 ‘노인의과진료보수점수표’ 및 ‘진단군분류점수표(DPC점수표)’가 있음.

— ‘의과진료보수점수표’는 건강보험법에 따라 후생노동성이 고시한 「건강보험법의 규정에 의한 요양에 요하는 비용액의 산정에 관한 기준」으로, ‘기본진료료’와 ‘특계진료료’를 포함함.

• ‘기본진료료’에는 입원기본료, 입원기본료등가산, 특정입원료, 초재진료 등이 포함됨. ‘진단군분류점수표(DPC점수표)’는 포괄방식을 가미한 입원 지불보상방식으로 기본진료료의 별도의 형식으로 볼 수 있음.

• ‘특계진료료’에는 의학관리(고위험임산부공동관리료/생활습관병관리료/당뇨병합병증관리료 등), 재가의료(재택환자연계지도료/재택환자긴급시상당료 등), 외래화학요법/무균제제처리료, 4종류의 질환별 재활치료, 정신과 전문요법, 인공신장 처치, 방사선치료, 후발의약품의 사용 등이 포함됨.

— ‘노인의과진료보수점수표’는 노인보건법에 따른 수급권자에게 적용되는 수가표로 여기에 점수가 규정되어 있지 않은 경우 ‘의과진료보수점수표’에

따르게 되어 있음.

□ ‘보험외비용요양비’

- 2006년10월부터 ‘특정요양비’가 폐지되고 보험급여로서 ‘보험외비용요양비’를 지급하게 되었는데, 이는 보험도입을 전제로 평가하는 ‘평가(評價)요양’과 보험도입을 전제로 하지 않는 ‘선정(選定)요양’으로 구분됨.
- ‘선정요양’은 피보험자가 선택해서 정하는 요양서비스를 의미하며, 차액병상, 일반병상이 200베드 이상인 병원에서의 초진 및 재진, 예약 진찰, 180일 초과 장기입원, 의약품, 의료용구의 치험, 약사법승인/약가기준수재 이전의 의약품 투여 등이 이에 속함.
- ‘평가요양’이란 고도의 의료기술을 사용한 요양 등으로 보험급여의 대상으로 할지 여부를 평가할 필요가 있는 요양을 지칭함. ‘고도선진의료’란 이러한 평가요양의 대상 중에서 ‘특정승인보험의료기관에서 이루어지는 보험비적용의 선진의료’로 결정된 것을 지칭함.

□ ‘입원시식사요양비제도’

- 입원시의 식사요양비 중에서 ‘표준부담액’을 환자가 부담하고 나머지는 보험자가 급여함.
- 특별메뉴식은 식사요양비의 표준부담액과 식사요양비의 기준액을 초과한 비용을 환자가 부담함.

□ 본 장에서는 간병 및 간호체계와 밀접한 관계가 있는 ‘입원기본료’를 중심으로 소개함.

나. 입원기본료

- 입원기본료(입본료등가산 포함)와 특정입원료는 초재진료 등과 함께 ‘기본진료료’를 구성함.
- ‘입원기본료’는 침구등 요양환경의 제공, 간호사등의 확보, 의학적 관리의 확보 등 기본적인 입원의료에 대한 보상임. 한마디로 입원환자에게 제공되는 기본적인 서비스를 종합적으로 보상하는 것으로, 2000년부터 ‘입원환경료’, ‘간호료’, ‘입원시 의

학관료'가 하나로 통합된 것임.

- 입원기본료, 특정입원료, 단기체재수술기본료는 상호 대체적인 것으로 이 중 어느 한 가지만 신청할 수 있음.

□ 특정입원료

- ‘특정입원료’는 질환이나 병태, 연령 등의 면에서 특별히 정하고 있는 환자에게 제공된 서비스 중에서 일정 범위의 비용을 포괄하여 1일 정액의 입원료로 산정하는 것임.
- 구멍구급(우리의 ‘응급’에 해당)입원료, 소아입원의료관리료, 회복기재활병동, 아급성기입원의료관리료, 특수질환요양병원입원료, 완화케어병동입원료, 정신과구급입원료, 인지증병동입원료 등이 있음.
- 병동 또는 특정 유니트(치료실, 병실)를 단위로 하여, 각각의 시설기준에 정해진 구조, 시설 및 간호요원배치가 정해져 있고 대체로 대상 환자와 산정기간이 정해져 있음. 예를 들어 구멍구급입원료를 보면, 3일 이내의 기간과 4-7일의 기간을 나누어서 다음과 같이 차별화한 수가를 설정함.

• 3일 이내의 기간:	구멍구급입원료1	9,700점
	구멍구급입원료2	11,200점
• 4-7일의 기간:	구멍구급입원료1	8,775점
	구멍구급입원료2	10,140점

1) 입원기본료의 특징

□ 병동의 종류와 의료기관의 종류에 따라 구분됨

- 일반병동, 정신병동 등의 병상의 종류에 따라, 그리고 특정기능병원, 유상진료소 등의 의료기관의 종류에 따라 입원기본료가 다르게 설정되어 있음.
- 입원기본료는 병동 종류별로 병동 전체를 단위로 해서 신청함. 한 병동 당 병상수는 60 병상 이하(정신병동은 70 병상)를 표준으로 정하고 있음.

□ ‘간호배치’와 ‘평균재원일수’ 등을 기준으로 구분됨

- 2006년부터는 ‘간호배치’의 의미가 간호직원 1인이 평균 몇 명의 입원환자를 ‘실제로’ 담당하게 되는지를 가리키는 것으로 바뀜.
- 또한 야근 간호직원수와 간호사비율(간호직원 중 간호사의 비율)에 따라 차별화하고 있음. 야근은 2인 이상의 간호직원에 의한 복수 야근(그 중 1인은 간호사)을 필수로 정하고 있으며, 야근시간은 간호직원 1인당 월평균 72시간 이내로 제한하고 있음.
- ‘평균재원일수’는 환자 1인 1회 입원의 평균 일수로 병동 별로 보험진료 대상 입원환자를 기초로 계산함.

□ 서비스의 제공에 따라 가산이 설정됨

- 입원기본료는 환자의 입원기간 및 의료기관의 기능, 병동 또는 유니트의 기능, 환자의 상태 및 서비스 제공 등에 따라 기준 충족에 대한 가산(입원기본료등 가산)이 주어짐.
- 간호의 질을 향상시키기 위해 배치 간호사의 비율을 기준보다 많게 한 경우나 입원환자수에 대한 일정 이상의 간호보조자를 배치하는 경우는 간호배치가산, 간호보조가산이 가능함.

2) 입원기본료 산정을 위한 4가지 요건

- 입원기본료(특별입원기본료) 및 특정입원료를 산정하기 위해서는 입원진료계획, 원내감염방지대책, 의료안전관리체제, 욕창대책 등 후생노동대신이 정하는 일정한 기준을 충족시켜야 함.
- 과거에는 이를 충족시키지 못할 경우는 감산조치가 취해졌으나(입원진료계획미실시에 대한 350점 감산, 원내감염방지대책미실시에 대한 5점 감산, 의료안전관리체제 미정비에 대한 10점 감산, 욕창대책미실시에 대한 5점 감산 등), 2006년부터는 이들 조건은 필수 산정요건으로 바뀌어 이러한 조건을 충족시키는 것을 전제로 입원기본료가 지급됨.

3) 간호직원 배치기준

- 2006년 새로운 배치기준이 도입되기 이전의 ‘환자:간호직원 = 2:1’이라는 총 배치 기준은 사실상 환자 10명당 간호사 1명에 해당하는 것이었음
- 2006년부터는 단순히 배치인수로 평가하는 것이 아니고 실제로 각 근무시간대에 일하고 있는 간호직원의 밀도를 평가하는 방식으로 바뀌게 됨
 - － 하루의 기간 동안 간호를 담당하는 간호직원수를 ‘상시, 입원환자 10인 이 내에 대해 1명을 배치’한 경우는 ‘10 대 1 입원기본료’가 산정됨.
 - － 경사배치의 허용: 병동을 단위로 1일 근무하는 간호요원의 수를 충족시키면 실제로 하루 중 어떻게 배치해서 근무를 하는 지는 재량임.
 - － 계시의 의무: 1인 간호요원이 실제로 담당하는 입원환자수는 각 병동 내에 게시해야 함.

가) 간호요원의 산정방식

- 입원기본료의 간호배치기준의 대상인 간호요원은 병동에서 실제로 입원환자의 간호에 종사하는 간호요원임.
 - － 병원전체의 간호관리를 담당하는 간호부장 등, 간호사 양성소등의 전임교원, 외래근무, 수술실근무 또는 중앙재료실근무 등의 간호요원은 산입하지 않음.
- 1 근무대는 8시간 근무, 1일은 3 근무대를 표준으로 하여 월평균 1일 간호직이 몇 명인지를 계산하는 것임.

간호직원배치 방식

- 1일 3교대 x 365일 = 1,095 근무수 (총근무수)
- 연간 노동 1,800시간 ÷ 8시간 = 225 근무대 (연간근무대수)
- 1,095 총근무수 ÷ 225 근무대 = 4.87 ≒ 5 (1 근무당 최저 5인이 최저필요배치수)
- 입원환자 30 명이고 과거 개념의 2 대 1 배치라면 간호직원 15인이 근무하는 것이지만, 1 근무당 최저필요배치수가 5인이므로 실제로 배치 가능한 간호직원수 즉 근무대는 3이 됨. 따라서 입원환자당 배치밀도로 환산하면 30인 ÷ 3 = 10인임

나) 「7대1」 배치기준

- 「7대1」, 「10대1」 등은 1일 24시간을 평균한 환자당 간호직원수로서 「7대1」이란 환자 7명당 1명의 간호직이 근무하고 있는 것을 가리킴.
 - 이전의 「10대1」 간호보다도 간호사를 더 많이 배치하는 것으로, 이를 통해 간호직원의 노동 부담을 줄이고 안전하고 질 높은 의료·간호를 제공하자는 취지로 설정된 것이며 그만큼 수가 수준도 높아짐.
- 「7대1」 배치기준은 일반병동, 전문병원, 특정기능병원, 결핵병동에 적용할 수 있음.
- 아래의 간호직원 배치의 예는 입원환자 50명의 병동에서, 한사람의 간호직원이 1개월간 150시간 정도의 간호를 제공했을 경우를 상정한 것임.

〈표 4-10〉 간호직원 배치의 예

		야근시		주간근무시	
구분	배치총수	근무간호직원수	간호직원 1인당 환자수	근무간호직원수	간호직원 1인당 환자수
7대1	37	5	10	12	4.2
10대1	25	3	16.7	9	5.6
13대1	20	3	16.7	6	8.3
15대1	17	2	25	6	8.3
특별	간호배치, 간호직원의 야근체제 등의 요건을 충족시키지 못하는 병원이 산정				

□ 2007년 1월 중앙사회보험의료협의회(중의협)는 중의협 진료보수기본문제소위원회 심의를 거쳐 후생노동대신에게 ‘7:1 입원기본료’ 시행 과정에서 생기는 문제점에 대한 대책을 요망하는 건의서를 제출함 (이는 1995년에 약가 결정 재검토를 요청한 건의서 이래 12년만의 건의서임)

- ‘7:1 입원기본료’는 2006년 4월의 의료보험수가 개정 시에 “급성기 입원의료에 대한 보상”을 위해 신설된 것인데, 예상외의 과도한 신청이 이루어짐. 특히 대학병원이 예년을 크게 초과하는 간호사 채용을 함으로써 지방중소병원이 심각한 간호사 부족을 겪게 되어 지역의료에 혼란을 초래하게 됨.
- 한정된 간호인력이 반드시 급성기 의료를 담당한다고 볼 수 없는 병원에 배치되는데 따른 문제점을 해결하기 위해서, 「7대1 입원기본료」는 (1) 급성기 등 간호가 필요한 입원환자가 많은 병원에 한해서 신고할 수 있도록 하고, (2) 간호필요도 등 입원환자의 판정방법 등을 정하고, (3) 간호직원 확보를 위한 시책을 적극적으로 강구할 것 등을 요구함.

□ 이러한 건의서에 따라 2006년 「7대1 입원기본료」를 신청한 병원과 2007년 「10대1 입원기본료」, 「13대1 입원기본료」를 신청한 병원을 대상으로 간호직원배치의 실태와 하이케어유니트 입원의료관리료에서 사용하는 평가표에 따른 환자의 ‘중증도·간호필요도’에 관한 조사가 실시됨. 또한 2007년 「7대1 입원기본료」, 「10대1 입원기본료」를 신청한 병원을 대상으로 간호동작에 대한 1분 단위 타임스터디를 실시하여 급성기병원 일반병동에서 실시되는 치료와 처치의 내용과, 치료와 처치에 따라 간호사가 실시하는 전문적인 관찰 및 평가의 내용, 시간, 환자의 상태를 파악함

- 이 결과에 따라 급성기의료를 제공하는 의료기관의 일반병동에 있어서의 지표의 추출, 전문적인 치료를 평가하는 지표의 추출이 이루어짐. 또한 평가항목을 줄이고 지표가 간소화됨.

□ 2008년 수가개정 시에는 「7대1 입원기본료」를 신청하기 위한 ‘간호필요도’ 기준과 ‘의사배치’ 기준이 설정됨

- ‘간호필요도’ 기준: 급성기 등 충분한 간호인력을 요하는 입원환자의 ‘간호필요도’를 측정하기 위한 기준으로 매년 7월에 1년간의 측정 결과를 소정

의 양식에 따라 보고하여 기준을 충족시키는 병원만이 「7대1 입원기본료」를 신청할 수 있도록 함. 단, 산과, 소아과환자는 평가가 어려운 점을 고려하여 제외함. 또한, 구명구급입원료를 산정하는 병원, 특정기능병원은 이러한 기준과 관계없이 「7대1 입원기본료」를 산정함.

- ‘의사배치’ 기준: 급성기 입원의료의 실태에 적합한 병원에 대해 보상한다는 취지에서 의사 등의 진료체제에 관한 기준이 도입됨. 의사수가 입원환자 10명당 1인 이상이 되지 않으면 「7대1 입원기본료」의 감산조치가 이루어짐. 담, 벽지의 병원은 별도의 취급을 하고 특정기능병원은 적용하지 않음.

4) 입원기본료의 수준

가) 일반병동

□ 일반병동은 요양병동, 결핵병동, 정신병동 이외의 병동으로 간호배치, 간호사 비율, 평균재원일수 등의 시설기준을 충족시키는 경우 입원환자에 대해서 ‘일반병동입원기본료’를 산정함.

- 2006년부터는 표3-2에서 보듯이 간호실배치 기준에 따라 7대1, 준7대1, 10대1, 13대1, 15대1의 구분을 함.

□ 〈표4-11〉은 추가적으로 산정 가능한 각종 가산을 보여줌

- 간호배치가산
 - 15:1 입원기본료 이하를 산정하는 병동은 간호사 비율 40% 이상을 요건으로 하지만, 간호사비율이 70% 이상이면 1일 12점을 가산할 수 있음.
 - 특정기능병원, 요양병원, 특별입원기본료 산정 병동은 간호배치가산이 없음.
- 간호보조가산
 - 13:1 입원기본료 이하를 산정하는 병동에서 간호보조배치의 구분에 따라 간호보조가산을 산정할 수 있음.
- ‘입원기본료등가산’에는 의료기관 단위로 산정요건을 충족하는 모든 환자

에게 산정하는 것, 병동 또는 유니트(치료실) 단위로 산정요건을 충족하는 모든 환자에게 산정하는 것, 환자의 상태·서비스에 따라 환자단위로 산정하는 것이 있음

- 입원시의학관리가산, 초급성기뇌졸중가산, 醫師사무작업보조체제가산, 고위험분만관리가산, 고위험임산부관리가산, 임신부긴급반송입원가산, 신생아입원의료관리가산, 초중증아/준초중증아입원진료가산, 퇴원조정가산, 욕창고위험환자케어가산, 영양관리실시가산, 정신과지역이행실시가산, 정신과신체합병증관리가산, 완화케어진료가산, 암진료연계거점병원가산, 의료안전대책가산 등이 있음.
- ‘욕창고위험환자 케어가산’은 2006년 수가 개정시 창설된 것으로, 간호의 전문성 내지 간호기술을 처음으로 보상하기 시작했다는 의미를 가짐.

□ 입원기본료의 할인 산정

- 입원환자수의 기준을 초과한 정원 초과입원의 경우, 의사 등이 의료법에서 정한 인원표준 미만인 경우는 입원기본료의 소정점수에서 삭감됨.
- 또한 입원환자의 외박 기간 중에는 입원기본료, 특정입원료의 기본 점수의 15%를 산정함. 정신장애 및 행동장애 환자는 치료를 위한 외박의 경우는 30%를 산정함.
- 일반병동은 일정 간호배치, 간호사비율, 평균재원일수 등을 충족한 경우 소정의 점수를 적용받지만, 간호사비율을 충족시키지 못하는 병동은, 별도의 기준을 충족시키는 경우에 한해, 감산된 점수가 적용됨.

〈표 4-11〉 일반병동 입원기준 (일반, 후기 고령자)

종별	평균재원일수	입원환자 : 간 호사 실장비율	정간호사비율	입원기준료	14일 이내	15 ~ 30일	30일 초과	90일 초과 특정환자	간호보조기산	외박
초기기산					+428	+192	+0	후기 고령자 특정 입원 기준료		기본점수× 0.15
초기기산특별입원					+300	+155	+0			
7:1 입원기준료	1 9일 이내	7 : 1 이상	70% 이상	1555	1983	1747	1555		—	233
	1 9일 이내	7 : 1 이상	70% 이상	1495	1923	1687	1495			224
준7:1 입원기준료	7대1 입원 기준료에 관련되는 별도로 후생노동대신이 정하는 시설기준에 적합한 것으로서 지방사회보원사 무국장에게 신고한 병동하면서 별도로 후생노동대신이 정하는 기준을 채울 수 없는 병동에 대해서는, 본 문의 규정에 관계없이, 해당병동에 입원하고 있는 환자(특정입원료를 산정하는 환자를 제외한다)에 대해 서, 준7대1 입원 기준료									
	1 9일 이내	7 : 1 이상	70% 이상	1525	1953	1727	1525		—	229
준7:1 입원기준료	준7대1 입원기준료로 산정 병동에 있어서 별도로 후생노동대신이 정하는 지역에 소재하는 보령의료기관의 병동일 경우(벽지)									
10:1 입원기준료	21일 이내	10 : 1 이상	70% 이상	1300	1728	1492	1300	928	10 : 1 배치	+84 195
13:1 입원기준료	24일 이내	13 : 1 이상	70% 이상	1092	1520	1284	1092		15 : 1 배치	+56 164
				954	1382	1146	954		6 : 1 배치	+109 143
15:1 입원기준료	60일 이내	15 : 1 이상	40% 이상	954	1382	1146	954		10 : 1 배치	+84 143
특별입원기준료	—	15 : 1 미만	40% 미만	575	875	730	575	790	15 : 1 배치	+56 86

는 입원기준료의 기본점수, 외박의 점수는 기본점수×0.15, 퇴원료기간 입원기간을 합산해서 180일 초과하는 환자는 1/100을 감산.

〈표 4-12〉 산정 가능한 임원가산

산정가능한 임원가산		
임원초임		1일당
A204	지역의료지원병원 임원진료 가산	A200 임원시 의학관리 가산
A204-2	임상연수병원 임원진료 가산	A205 구급의료관리 가산-유아구급의료관리 가산
A205-2	초급성기뇌졸중 가산	A208 유아가산-유아가산
A205-3	임산부진급반응임원 가산	A210 난병(불치병)등 특별임원 진료 가산
A206	재택환자 응급임원진료 가산	A212 초중증어(자) 임원진료 가산-준(準)초중증어(자)임원진료 가산
A207	진료기록 관리체계 가산	A212-2 신생아임원 의료관리 가산
A204-2	의사나사무작업 보조체계 가산	A213 간호 배치 가산
A232	암진료연계 거점병원 가산	A214 간호 보조 가산
A234	의료안전대책 가산	A218 지역가산
A239	후기교량자와대환자 간담임원진료 가산	A218-2 외담심 가산
		A219 요양 환경가산
임원중1회		A220 HIV감염자 요양 환경 특별가산
A235	육창환자관리 가산	A220-2 2류 감염중환자요양 환경 특별가산
A236	하이 리스크 육창환자관리 가산	A221 중증자 등 요양 환경 특별가산
A238	퇴원 조정 가산	A221-2 소아요양 환경 특별가산
A240	후기교량자종합평가 가산	A224 무균치료실관리 가산
		A225 방사선치료병실관리 가산
퇴원시1회		A226-2 완화케어진료 가산
A241	후기교량자퇴원 조정 가산, 퇴원 가산 (주 4에 규정된 후기교량자 특정임원기분료를 산정하는 것을 제외)	A233 영양관리실시 가산
A238	퇴원 조정가2(주 4에 규정된 후기교량자 특정임원기분료를 산정하는 것에 한정)	A236-2 하이 리스크 임신관리 가산
		A237 하이 리스크 분만관리 가산

나) 요양병동

- 요양병동의 만성기 입원의료는 포괄 평가하는데, 입원기본료에는 검사, 화상진단, 처치, 투약, 주사, 병리진단비용이 포함됨.

〈표 4-13〉 요양병동 입원기본료의 포괄 범위 (일반, 후기고령자)

투약료 주사료	<ul style="list-style-type: none"> · 다음을 제외한 모든 것 - 약성신생물 환자에 대한 抗약성중양제 - 인공신장, 복막환류를 받고 있는 신장성 빈혈상태의 환자에게 대한 에리스로포에친, 다루베포에친 - 동통컨트롤을 위한 의료용 마약
병리진단, 화상진단료	<ul style="list-style-type: none"> · 병리진단의 모든 항목, 단순촬영(사진진단, 촬영료, 필름)
처치료	<ul style="list-style-type: none"> · 창상처치(수술로부터 14일 이내 제외), 객담흡인, 적변, 산소흡입, 산소텐트, 피부과연고처치, 방광세정, 유치카테터설치, 도뇨, 질세정, 눈처치, 귀처치,耳管 처치, 코처치, 구강, 인두처치, 간접후두경아래후두처치, 네블라이저(nebulizer), 초음파 네블라이저(nebulizer), 介達健인, 소염진통등 처치, 비강영양, 후기고령 자처치료

- 2006년부터 만성기입원의료에 관해서는 환자의 특성에 맞게 보상하기 위해, 의료의 필요성, ADL 상태에 의한 구분에 근거한 환자분류를 사용한 평가를 도입함.
- - 요양병동의 간호배치, 간호사비율, 간호보조배치 등의 시설기준이 충족되면, 환자마다 ‘요양병동입원기본료’의 점수를 산정함.
- 환자분류의 기준
- 환자의 질환 상태 등에 따른 3단계의 ‘의료구분’, 환자의 ADL 자립도별 3단계의 ‘ADL 구분’을 기준으로 입원기본료를 A-E까지 5 가지로 구분하여 책정함 <표 4-14>.

〈표 4-14〉 요양병동 입원기본료

		의료구분 (환자의 질환 및 상태)		
		의료구분 1	의료구분 2	의료구분 3
환자의 ADL	ADL구분 3	입원기본료 D 885점 (871점)	입원기본료 B 1,320점 (1,306점)	입원기본료 A 1,709점 (1,692점)
	ADL구분 2	입원기본료 E 750점 (736점)		
	ADL구분 1		입원기본료 C 1,198점 (1,184점)	

□ 간호배치

- 요양병동의 입원기본료는 간호직원실질배치 25대1 (총배치기준 5대1), 간호보조자 25대1(5대1)을 산정요건으로 함
- 유상진료소요양병동의 입원기본료는 간호직원실질배치 30대1 (총배치기준 6대1), 간호보조자 30대1(총배치기준 6대1)을 산정요건으로 함
- 의료구분 2 및 의료구분 3 에 해당하는 환자를 80% 이상 입원시키고 있는 병동은 간호직원실질배치 20대1 (총배치기준 4대1), 간호보조자 20대1 (총배치기준 4대1)을 의료구분 2 및 의료구분 3의 산정요건으로 함
- 의료구분 2 및 의료구분 3 에 해당하는 환자를 80% 이상 입원시키고 있는 병동은 간호직원의 최소필요수의 20% 이상이 간호사이어야 함.
- 야간은 간호직원 1인 이상이 배치되어야 함

□ 2006년 개정 후에 실시된 후생노동성의 조사 결과 의료구분별 실제의 비용에 비해 수가의 폭이 넓은 것이 확인되어 2008년의 개정에서는 의료구분의 평가항목에 대한 수정이 이루어짐.

- 또한 의료구분 및 ADL구분의 평가방법이 간소화되었고, 환자상태의 변화 시에 의료구분 및 ADL구분을 평가하여 기록하도록 함.

다) 결핵병동

□ 병원의 결핵병동에 있어서 간호배치 등 시설기준을 충족시키는 경우 ‘결핵병동입원 기본료’의 소정 점수를 산정.

〈표 4-15〉 결핵병동 입원기분로(일반, 노인공통)

종별	평균재원일 수	간호 직원	간호사 비율	기본 점수	입원기분로				간호보조간산	외박 외박의임원료 =기본점수×0.15	약정
					14일 이내	15~30 일	31일 이후 90일 이내	90일 초과			
초기간산					+400	+300	+100				
초기간산특별입원 7 : 1					+320	+240	+100				
입원기분로		7 : 1	70% 이상	1447	1847	1747	1547	1447	없음	217	
		7 : 1		1387	1787	1687	1487	1447	없음	208	
준7 : 1 입원기분로			본문에 규정된 7대1 입원 기본료에 관련되는 별도로 후생노동대신이 정하는 시설기준에 적합한 것으로서 자방사회보험사무국장에게 신고한 병동이면서 별도로 후생노동대신이 정하는 기준을 채울 수 없는 병동에 대해서는, 본문의 규정에 관계없이, 해당병동에 입원하고 있는 환자(특정입원료를 산정하는 환자를 제외한다)에 대해서, 준7대1 입원 기본료								
준7 : 1 입원기분로 (별지의 경우)	25일 이내	7 : 1	70% 이상	1417	1817	1717	1517	1447	없음	123	
			준7대1 입원기분로 산정 병동에 있어서 별도로 후생노동대신이 정하는 지역에 소재하는 보험의료기관의 병동일 경우								
10 : 1 입원기분로		10 : 1	70% 이상	1192	1592	1492	1292	1192	없음	179	
13 : 1 입원기분로	28일 이내	13 : 1		949	1349	1249	1049	949	10 : 1 배치 15 : 1 배치	142	
15 : 1 입원기분로	—	15 : 1		886	1286	1186	986	886	6 : 1 배치	133	
18 : 1 입원기분로	—	18 : 1	40% 이상	757	1157	1057	857	757	10 : 1 배치	114	
20 : 1 입원기분로	—	20 : 1		713	1113	1013	813	713	15 : 1 배치	107	
특별입원기분로		20:1미만	40% 미만	550	870	790	650	550	—	83	

주 : [] 는 입원기분로

라) 정신병동

- 병원의 정신병동에 있어서 간호배치, 간호사비용, 평균재원일수 등 시설기준을 충족시키는 경우 ‘정신병동입원기본료’의 소정 점수를 산정함 (표 4-16).
- 간호직원이 20대 이하를 충족시키지 못하는 경우와 간호사 비율이 40%에 달하지 못하는 경우는 산정요건인 간호배치, 간호사비용을 충족시키지 못하는 것으로 하여 ‘특별입원기본료(550점)’를 산정함.

〈표 4-16〉 정신병동 입원기본료(일반·노인)

종별	간호 배치	간호사 비율	입원기본료 (1일에 대하여)						간호보조간사	외박점수
			기본 점수	14일 이내	15~30일 이내	31~90일 이내	91~180일	181일 이상 1년 이하		
				+459	+242	+125	+20	+5		
초기입원간사										외박입원료=기본점수×0.15
초기입원간사 특별입원				+300	+155	+100	+15	+5		외박입원료=기본점수×0.15
10 : 1 입원기본료	10 : 1	70% 이상	1240	1699	1482	1365	1260	1245	없음	186(372)
15 : 1 입원기본료	15 : 1		800	1259	1042	925	820	805	6 : 1배치 +109	120(240)
18 : 1 입원기본료	18 : 1	40% 이상	712	1171	954	837	732	717	10 : 1배치 +84	107(214)
20 : 1 입원기본료	20 : 1		658	1117	900	783	678	663	15 : 1배치 +56	99(197)
특별입원기본료	20:1미만	40% 미만	550	850	705	650	565	555	—	83(1165)

주: 중증인지증환자 (입원일부터 3월이내의 기간) 가산 + 100
 외박 () 내의 점수는 치료 목적의 경우임. 연속 3일 이내 및 같은 달 6일 이내에 한하여 산정
 는 입원기본료

마) 특정기능병원

- 특정기능병원에서는 ‘특정기능병원 입원기본료’를 산정함 <표 3-7~3-19>.
- 2008년도 개정에서는 일반병동 입원기본료의 14일 이내의 입원기간에 대한 가산이 인상됨.

〈표 4-17〉 특정기능병원 일반병동 입원기본료

	평균재원 일수	정간호사 비율	기본입원료				외박	약칭
			기본 점수	14일 이내 (+712)	15일~30 일 (+207)	30일 초과	외박점수()는 주 1을 채우는 점수	
7 : 1 입원기본료	28일 이내	70% 이상	1555	2267	1762	1555	233	특 I - 7
10 : 1 입원기본료			1300	2012	1507	1300	195	특 I - 10

주: 특정 환자는 노인특정 입원기본료의 예에 의해 산정

〈표 4-18〉 특정기능병원 결핵병동 입원기본료

	평균재원일수	정간호사비율	기본입원료	30일 이내	31~90일	90일 초과
초기가산				+330	+207	
7 : 1 입원기본료	28일 이내	70%이상	1447	1777	1647	1447
1 0 : 1 입원기본료			1192	1522	1361	1161
1 3 : 1 입원기본료	36일 이내		949	1279	1149	949
1 5 : 1 입원기본료			—	886	1216	1086

〈표 4-19〉 특정기능병원 정신병동 입원기본료

	평균 재원일수	간호사 비율	기본료	14일 이내	15~ 30일	30~ 90일	91~ 180일	181일~ 1년	1년 초과	외박
초기가산				+499	+242	+125	+40	+20	-	
정신병동의경우 · 7:1 입원기본료	28	70% 이상	1311	1810	1553	1436	1351	1331	1311	200
정신병동의경우 · 10:1 입원기본료	28		1240	1739	1482	1365	1280	1260	1240	186
정신병동의경우 · 15:1 입원기본료	—		839	1338	1081	964	879	879	839	126
간호사배치 15:1만 간호보조가산이 있음 6:1배치 +109, 10:1배치 +84, 15:1배치 +56										

주: 중증인지증 가산: 1일당 +100

바) 전문병원

- 전문병원(주로 악성종양, 순환기질환 등의 환자를 입원시키는 보험의료기관으로 고도전문적인 의료를 행하는 병원) 일반병동에서는 간호배치, 간호사비율, 평균재원일수 등 시설기준을 충족시키는 경우 ‘전문병동입원기본료’를 산정함 <표 3-20>.
- 2008년도 개정에서는 입원기본료의 14일 이내의 입원기간에 대한 가산이 인상됨.

〈표 4-20〉 전문병원 일반병동 입원기본료

	평균재원일수	정간호사비율	기본료	14일 이내	15~ 30일	30일~	외박	간호보조가산
기초가산				+512	+207			
7 : 1 입원기본료	30	70% 이상	1555	2067	1762	1555	233	
준 7 : 1 입원기본료	30		1495	2067	1762	1495	224	
준 7 : 1 입원기본료	30		1525	2037	1732	1525	229	
10 : 1 입원기본료	33		1300	1812	1476	1300	195	
13 : 1 입원기본료	36		1092	1604	1299	1092	164	10 : 1 +84 15 : 1 +56

주: 는 입원기본료의 기본점수

사) 장애인시설 등

- 장애인시설등의 일반병동은 간호배치, 간호사비율 등 시설기준을 충족시키는 경우 ‘장애인시설등 입원기본료’를 산정함 <표 3-21>. 평균재원일수는 시설기준의 요건으로 하지 않음

〈표 4-21〉 장애인시설등 일반병동 입원기본료

	간호사 비율	기본료	14일 이내	15~ 30일	30일 초과	간호보조가산		외 박	약 청
기초가산			+312	+167					
7 : 1 입원기본료	70% 이상	1555	1867	1722	1555			233	
10 : 1 입원기본료		1300	1581	1436	1300	—		190	
13 : 1 입원기본료		1092	1404	1259	1092	10 : 1배치	+84	164	
15 : 1 입원기본료	40% 이상	954	1266	1121	954	15 : 1배치	+56	143	
						6 : 1배치	+109		
						10 : 1배치	+84		
						15 : 1배치	+56		

아) 유상진료소 (병상 보유 의원)

□ 유상진료소는 간호배치 등 시설기준을 충족시키는 경우 ‘유상진료소 입원기본료’를 산정함 <표 3-22>.

〈표 4-22〉 유상진료소 일반병동 입원기본료

	간호배치	7일 이내	8~14일	15~30일	31일~	외박	약칭
입원기본료 1	10명이상 (간호직원 5명이상)	810	660	490	450	73	진 I 1
	외박	122	99	74	68		
	야간 긴급체제 확보 가산 +15점 의사배치 가산 (2명 이상) +60점					가산은 1일당	
	가. 간호배치 가산1 +10점						
	나. 간호배치 가산2 +15점						
	다. 야간 간호배치 가산1 +30점						
라. 야간 간호배치 가산2 +50점							
입원기본료2	5명이상 (간호직원 1~4명)	640	480	320	280	68	진 I 2
	외박	96	72	48	42		

□ ‘유상진료소 요양병상 입원기본료’는 환자의 질환, 상태, ADL 등 구분에 따라 환자마다 각각 소정 점수를 산정함.

〈표 4-23〉 유상진료소 요양병동 입원기본료

	간호직원	간호보조자	입원기본료	육창평가 실시 가산	외박
입원기본료 A	6 : 1 이상	6 : 1 이상	975	+15	146
입원기본료 B			871	+15	131
입원기본료 C			764	—	115
입원기본료 D	6 : 1 이상	6 : 1 이상	602	—	90
입원기본료 E			520	+15	78
입원기본료	6 : 1 미만	6 : 1 미만	450	—	68

주: 입원환자가 후생노동대신이 별도로 정하는 상태에 있는 경우는, 해당기준에 따라 해당환자에 대해서 육창평가 실시 가산으로 1일 15점을 산정

- 병원의 정신병동에 있어서 간호배치, 간호사비율, 평균재원일수 등 시설기준을 충족시키는 경우 ‘정신병동입원기본료’의 소정 점수를 산정함 (표 3-16).
- 간호직원이 20대1을 충족시키지 못하는 경우와 간호사 비율이 40%에 달하지 못하는 경우는 산정요건인 간호배치, 간호사비율을 충족시키지 못하는 것으로 하여 ‘특별입원기본료(550점)’를 산정함.

4. 일본 간병서비스 보험체계 요약 및 시사점

- 1950년 완전간호제도의 도입과 실패
 - 제2차세계대전 직후 일본의 병원은 ‘付添간호’ 즉, 보호자 간병에 크게 의존하고 있었는데 1948년의 ‘보건부조산부간호부법’ 제정으로 간호업무를 간호부의 전업으로 규정하고, 같은 해에 제정된 ‘의료법’도 병원의 간호는 병원고용 간호부가 수행한다는 원칙하에 ‘원칙적으로 입원환자 4명당 간호요원 1인’이라는 간호부 수의 표준을 정한 뒤, 1950년에는 건강보험수가(사회보험진료보수지불제도)에 있어서도 간호가 병원의 간호부만으로 충분하게 이루어지는 경우에는 입원료에 가산된 점수를 부여하는 소위 ‘완전간호’제도를 시작함.
 - 이와 같은 완전간호제도에 대해 간병인(付添婦)들은 직장과 생활기반을 잃을 위험성을 느끼고, 병원의 간호직원들은 자신들의 근무 강도가 높아질까 봐 위기를 느끼고 반발을 하게 됨. 환자들로서도 ‘완전간호’라고 하는 명칭

이 환자에 대한 모든 돌봄서비스를 병원이 맡는다는 오해를 하기도 함.

- 사실상 가장 근본적인 한계는 당시 간호부 내지 간호 자격자가 절대적으로 부족하다는 점이었으며, 이 때문에 완전간호를 위한 간병, 간호의 공급량이 충분하지 못했고 따라서 완전간호제도는 지속가능하지 못했음.

□ 1958년 기준간호제도의 도입, 변천 및 한계

- 기준간호제도는 ① 간호는 해당 보험의료기관의 간호부 또는 준간호부에 의해 이루지고, ② 기준간호를 3종류로 나누어 (1류, 2류, 3류) 각각에 필요 간호부 인원수와 가산점수를 정하며, ③ 간호부 등의 비율은 간호부:준간호부:간호조수 = 5:3:2로 하는 것이었음
- 기준간호를 실시하는 의료기관에서는 ‘환자의 부담에 의한 付添간호’를 금하는 것이었지만, 일련의 통지를 통해 ‘중증’, ‘수술 후’의 환자 등에 대한 예외적인 付添간호가 인정되었고 실제로 상당한 付添간호가 이루어짐. 1973년에는 ‘체위변경 또는 침상에서 일어나지 못함’ ‘식사 및 대·소변의 도움을 필요로 함’ 등에 해당하는 환자 즉, ‘침상불이노인’에 대해서도 付添간호가 인정됨.
- 1986년에는 입원의료비의 적정화를 위해 付添간호료급부의 승인기간 등의 요건을 엄격히 제한하고, ‘중증’, ‘수술 후’의 환자에 관하여서는 이전과 같이 ‘1인 담당’만을 인정하지만, ‘침상불이노인’은 ‘2인 담당’을 원칙으로 하되 ‘3인 담당’도 추가로 인정함으로써 付添간호 1건당 지급액을 줄이고자 함.
- 付添간호료 요양비 지급액이 계속 급증하자 이에 대한 대응책이 1988년 노인진료보수에 ‘노인간호료’ 신설, 1990년 ‘특례허가노인병동 입원의료관리료’의 신설 등으로 나타남.
- 1992년의 보험수가개정 시에는 ‘付添간호의 적정화’ 및 ‘付添간호의 시정’을 통해 병원의 개호기능을 높이기 위한 정책수단이 많이 설정되게 되었지만, 付添간호를 실시하고 있던 병원이 표면적으로는 기준간호 병원으로 되어도 환자에 대한 케어의 질·양 자체는 그 이전과 전혀 변하지 않는, 오히려 간병인(付添婦)이 없어져서 질이 떨어질 가능성을 내포하게 됨. 이러한

이유로 후생성은 중앙사회보험의료협의회(중의협)의 진료보수기본문제소위원회에 제출한 보험수가 검토항목 메모에서 付添간호의 폐지를 거론함.

□ 1996년 신간호·간호보조체계의 실시 및 변천

- － 1993년에는 의료보험심의회는 ‘중간정리’(1993년 6월) 및 ‘공적의료보험의 급부의 범위·내용의 개정에 관한 건의’(1993년 12월)에서, 노인보건심의회도 ‘노인보건제도의 개정에 관한 의견’(1993년 12월)에서 付添간호의 폐지를 제안하고 있고, 이것을 받아서 후생성은 ‘기준간호의 개정과 付添간호의 폐지’, ‘개호기능을 중시한 노인병원의 확립’을 포함한 보험수가개정의 검토항목을 중의협에 제시함.
- － 1994년 6월의 건강보험법 개정안에 따라 1994년 10월의 신간호·간호보조체계의 창설과 付添간호·개호를 폐지하기 위한 대책이 수립되어 1995년 말까지 실시되는 것으로 결정됨. 1994년 10월의 보험수가개정에서는 ‘付添간호의 폐지’를 목표로 하는 구체적인 정책수단이 투입됨.
- － 신간호·간호보조체계는 실제로 배치된 간호요원에 대해 적정 보상을 하기 위한 것으로, ‘신간호료’의 간호부와 준간호부의 비율에 따라 간호(A)가산 또는 간호(B)가산을 추가하고, 다시 개호직원수에 따라 차등적인 간호보조료를 추가하여 환자 1일당 간호료가 결정되는 구조임.
- － 신간호·간호보조체계는 간병인(付添婦)의 付添간호를 하던 병원이나 유상진료소에 대하여 付添간호의 관행요금 수준을 고려하여 이를 대체할 보험수가 점수를 설정한 것은 의미 있는 것이지만, 지금까지의 간병인(付添婦)을 병원이나 진료소가 고용하는 것일 뿐 ‘付添간호·개호의 폐지’는 아님.

□ 2006년 새로운 배치기준의 설정

- － 일본은 2003년 의료제도개혁의 기본 방향을 담은 「의료보험제도체계 및 진료보수체계에 관한 기본방침」이 제시된 이후 다방면에 걸쳐서 다양한 개혁을 진행하고 있음
- － 2006년부터는 입원기본료가 ‘간호배치’와 ‘평균재원일수’ 등을 기준으로 구분되는 바, ‘간호배치’의 의미는 간호직원 1인이 평균 몇 명의 입원환자를 ‘실제로’ 담당하게 되는지를 가리키는 것으로 바뀌었으며, ‘평균재원일

수'는 병동 별로 보험진료 대상 입원환자를 기초로 계산함.

- 2008년 수가개정 시에는 「7대1 입원기본료」를 신청하기 위한 ‘간호필요도’ 기준과 ‘의사배치’ 기준이 설정됨.

□ 과거 일본에서는 지금의 우리나라와 마찬가지로 가족과 친지에 의한 간병 또는 환자가 고용한 간병인에 의한 간병이 일상화 되어 있었으나, 오랜 기간에 걸친 개혁 과정을 통해 현재는 서구 국가와 마찬가지로 병원에서의 입원과 관련한 모든 서비스는 원칙적으로 병원의 책임 하에 이루어지도록 바뀌게 됨이 확인됨.

- 완전간호제도의 도입과 실패의 경험에서 보듯이 간호부 내지 간호 자격자의 절대적인 부족이라는 현실과 괴리된 제도는 지속될 수 없었음을 알 수 있음.
- 이를 극복하기 위한 기준간호제도는 ‘중증’, ‘수술 후’의 환자, ‘침상불이노인’ 등에 대한 예외적인 付添간호를 인정하여 실제로 상당한 付添간호가 이루어지게 됨으로써 제도가 오랜 기간 유지될 수 있었음.
- 付添간호료 요양비 지급액이 계속 급증하고 환자의 부담이 커지는 등 기준간호제도의 한계가 나타나자, 1996년부터 付添간호를 원칙적으로 금하고 제도권 내에서 수용하기 위한 신간호·간호보조체계가 실시되게 되었는데, 이는 간병인(付添婦)이 付添간호를 하던 병원에 대하여 付添간호의 관행요금 을 대체할 보험수가 점수를 설정한 점에서 의미가 있음. 현재 우리나라에서의 간병서비스 제도화 논의와 관련해서 시사하는 바가 큼.
- 신간호·간호보조체계는 지금까지의 간병인(付添婦)을 병원이나 진료소가 고용하는 것일 뿐 ‘付添간호·개호의 폐지’는 아니며, 간병인(付添婦)의 금지 자체는 현실적으로 가능하지도 않을 것임. 그러나 기본적으로 간호인력에 의해서 간호 및 간병서비스를 충족시키는 원칙을 강화할 수 있는 근거에는 그 동안 부족했던 간호직원의 공급이 이전보다 원활해진 배경이 있음을 주목할 필요가 있음.
- 신간호·간호보조체계의 정착에 따라 최근에는 입원기본료를 ‘간호배치’와 ‘평균재원일수’ 등을 기준으로 세분화하였고, 보다 강화된 신규의 「7대1 입원기본료」를 신청하기 위한 ‘간호필요도’ 기준과 ‘의사배치’ 기준을 설

정하는 등 제도의 보완에 주력할 수 있게 된 것으로 파악됨.

5. 일본의 간호조수제 이용현황

가. 간호조수의 업무특성

- 일본에서의 간병인력인 간호조수의 역할에 대해 기준간호체계의 요건에는 ‘병동에
서 환자간호를 하는 간호사 및 준간호사를 보조하는 자’로 명시되어있음
- 1994년 개선된 신간호체계에서 ‘간호조수는 간호부장 및 간호직원의 지도/감독하
에 기초하여 원칙적으로 요양상의 시중(식사 배선/하선/마무리, 청결, 배설, 입욕 준
비/마무리, 이동), 병실 환경정비, 침상 정리 및 침구 교환, 간호용품 및 소모품의
정리/정돈, 그리고 환자 질환상태에 직접적인 관계가 없는 범위의 업무를 수행한다’
고 명시되어 요양상의 돌봄 행위가 확대됨
- ‘일본간호협회 직능위원회’의 실태조사에 의하면 간호조수가 실제로 수행하고 있는
업무로는 침구교환(90.2%), 배선/하선(88.2%), 반송(80.8%), 환경정비(66.7%), 배
설의 시중(56.5%) 등이었음 (황나미 외, 2006, 재인용)

제2절 미국

1. 미국의 간호 및 간병인력

가. 간호인력의 양성 및 업무

- 미국 간호인력은 교육과정에 따라 APN (Advanced Practice Nurse), CNS
(Clinical Nurse Specialist), RN (Registered Nurse) 그리고 LPN (Licensed
Practical Nurse)등으로 구분됨.
- APN과 CNS는 일정기간의 임상경력과 석사과정을 이수한 후 면허시험에 합
격한 자로, 주로 지역사회와 병원에서 전문간호사로 활동함.
- RN는 3~5년제 학제의 대학 교육과정을 이수하고 면허시험을 통과한 자이며,

병원이나 지역사회간호센터 또는 가정간호센터에서 직접적인 환자간호를 제공하고, 복합적인 간호계획과 관리 및 간호수행, 간호인력의 관리감독의 역할을 함.

— RN이 되기 위해서는 정규대학 간호학위 (BSN), 준학사간호학위(ADN), 또는 이에 준하는 과정을 이수해야함.

— RN면허시험은 국가시험으로 모든 주에서 동일하며, 주마다 달리 면허시험 외의 자격사항을 요구할 수 있음.

○ LPN은 고등학교 졸업자로 12~19개월 과정 (이론 및 임상교육)의 주정부 승인 실무간호사 교육프로그램을 수료한 후 면허시험 (National Council Licensure Examination, NCLEX-PN)에 합격한 간호사임.

— 주정부에서 승인한 기술(직업)학교이거나 대학에서 과정을 이수해야만 면허시험응시 자격이 주어짐.

— 고등학교 졸업 또는 그와 동등한 학력이 요구됨 (단, 몇몇 프로그램은 고등학교 과정생도 허용)

— 노인요양원 같은 몇몇 분야에서는 LPN이 수간호사가 될 수도 있으며, LPN-to-RN 훈련프로그램을 통해 RN이 될 수 있는 기회제공

— 주로 개인의원에서 근무하며, 환자의 모니터링이나 기본적인 환자처치 및 약물투여, 검사물 채취, 환자목욕, 옷 입히기, 개인위생 돌보기, 식사돕기, 섭취 및 배설량 기록 등의 기본적인 간호기술에 초점을 두고 업무를 수행함 (우리나라 간호조무사의 수행업무와 유사)

나. 간병 인력의 양성 및 업무

□ 미국의 간병 인력은 공식적인 자격이 있는 간호보조원 (nurse aides, nursing assistants, certified nursing assistants 등으로 불림)과 무자격 간호보조원 (unlicensed assistive personnel, orderlies, or hospital attendants등으로 불림)으로 나눌 수 있음

— 많은 경우 고등학교 졸업 또는 그와 동등한 자격이 요구되며, 구체적인 자격조건은 직종별, 주 별로 다름.

- 연방정부는 요양원에서 일하는 nurse aides의 경우에는 반드시 최소 75시간의 주정부 승인 훈련프로그램을 받고 자격능력시험 (competency evaluation)를 통과한 자격간호보조원 (certified nurse aides: CNAs)이어야 하며 주별 nurse aids registry에 등록되어 있을 것을 요구함.
- 한편, 의료기관에서 근무하는 nursing aids의 경우에는 위와 같은 요구사항은 없으나, 짧게는 2,3일에서 길게는 몇 개월 동안의 병원 자체 간병교육프로그램이나 기타 외부기관에서 실시하는 프로그램에 참여하고 있음.
- 타 의료보건직종과 달리 승격/승진의 기회는 제한적으로 LPNs, RNs 등이 되기 위해서는 따로 공식적인 훈련이나 교육을 받아야함.

□ 미 노동부가 매년 발간하는 직능보고서에는(Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor Occupational Outlook Handbook, 2010-11) 다음과 같이 간병인의 역할과 업무 내용을 기술함(<http://www.bls.gov/oco/>)

- 의료 인력의 감독 하에 환자의 일상생활과 관련된 서비스를 제공
- 환자에게 식사, 몸단장, 목욕 수발 제공
- 환자의 도움요청에 응답하고 메세지나 식사 전달, 침상 정돈 서비스 제공
- 환자의 생체징후 측정
- 환자 이동시 보조 운동을 돕거나 검사시 동행
- 의료인력의 환자 진단/치료시 보조
- 환자의 신체적, 정신적, 정서적 상태를 관찰하고 의료 인력에게 보고

□ 정신병동 간병인은 위의 업무 외에도 환자의 대화상대가 되어주고, 그들의 교육 및 레크레이션 프로그램을 진행하는 업무가 추가적으로 요구되어 psychiatric aids (또는 mental health assistants, psychiatric nursing assistants)로 따로 구분됨.

다. 간호간병인력의 근무 현황

- 미 노동통계청 (Bureau of Labor Statistics)에 의하면, 2008년 nursing aids는 146만9천명이 일하고 있는 것으로 나타났으며, 약 40%가 병원에서 근무하고 있음.
- 2008년 RN 근무자수는 261만8천명으로, 이 중 약 60%이 병원에서 근무하고 있으며, 그 외 일반의원, 가정간호서비스기관, 요양원 등에서 일하고 있음.

〈표 4-24〉 미국 현장병원, 가사간병, 요양원에서 근무하고 있는 간호간병인력 (2008년)

	RNs		LPNs		Nursing Aids, etc.	
	근무자수 (명)	분야별 점유율(%)	근무자수 (명)	분야별 점유율(%)	근무자수 (명)	분야별 점유율(%)
Total	2,618,700	100.00	753,600	100.00	1,469,800 ¹⁾	100.00
Hospitals	1,570,000	59.95	208,000	27.60	599,700	40.80
Home health care services	132,400	5.06	185,400	24.60	432,200	29.41
Nursing care facilities	124,700	4.76	62,100	8.23	39,100	2.66

주1) psychiatric nursing aids 62,500명을 포함하면 전체 nursing aids는 1,532,300명임.

자료: BLS, Occupational Employment Statistics, 2008

- 2008년 5월 기준 시급 중앙값은 RN, LPN, Nursing Aides가 각각 \$30.03, \$18.77, \$11.46로 나타났으며, 근무기관마다 임금액수는 다름.

〈표 4-25〉 Median hourly wages, May 2008

(단위: U.S. \$)

	RNs	Licensed practical (vocational) nurses	Nursing aides, orderlies, and attendants	Psychiatric
All industries	30.03	18.77	11.46	12.77
Ambulatory healthcare services (외래)	28.65	17.82	11.37	-
Hospitals (입원)	30.71	18.37	12.03	-
Nursing and residential care services (지역사회)	27.2	19.44	11.07	-
Median Annual Wage	62,450	39,030	-	-

자료: BLS Occupational Employment Statistics, May 2008

라. 간병서비스와 관련된 간호서비스 지불보상시스템

- 의료기관 간호인력의 간호행위에 대한 지불보상시스템은 보험종류 및 보험기관과 의료기관의 특성에 따라 상이함 (간호시간당, 환자 중증도 등).
- ‘연방사회보험법’에서 정한 공적 노인의료보험인 메디케어(Medicare)의 경우, 개별 전문간호행위에 대해서는 환자군 분류체계에 따라 4개군으로 분류되어 메디케어내 간호료 (nursing fee)가 부가적으로 지불보상되고 있음.
 - － 메디케어 Part A(병원보험)의 급여대상 중 하나인 입원관리료(Room and board charge)에 기본간호(general nursing) 서비스는 포함되어 있어, 별도의 간호관리료 수가는 책정되어 있지 않음.
 - － 메디케어 입원관리료 지불비용을 보면 장기간의 입원으로 인한 비용지불 부담을 줄이기 위해 재원기간 61일 이후부터는 환자본인부담분을 높이는 특징이 있음.
- 급성기병동 입원환자는 가족이나 사적 고용간병인의 도움없이 필요한 모든 서비스를 병원직원에 의해 제공받고 있음.
 - 종합병원에서는 간호서비스를 보다 효율적, 효과적으로 전달하기 위해 입원환자수 및 환자상태와 간호인력의 구성을 수시로 모니터링하고 비용효율성을 고려하여 가장 효율성 높은 인력비율을 활용하려고 함.
 - － 예를 들어, 3개의 간호인력 구성팀의 간호성과가 동일하게 평가될 경우, 인건비를 고려하여 제2팀의 간호팀을 선택, 병동에 배치할 것임.

1팀	RN(\$30/hr) 1명	+	CNA(\$11/hr) 3명	=	\$66/hr
2팀	RN 2명	+	CNA 0명	=	\$60/hr
3팀	RN 2명	+	CNA 2명	=	\$88/hr

- 단, 주마다 다르지만 간호사 최소배치기준이 법제화 되어있어, 효과성과 더불어 이러한 기준에 부합되는 인력구성이 이루어져야함.
 - 42 Code of Federal Regulations은 메디케어 참여병원의 경우 “RN, LPN (또는 Licensed vocational nurses), 그리고 다른 간호간병 인력이 모든 환자들에게 간호관련 서비스를 제공하기에 충분한” 인력 수를 갖추도록 제정하였

지만, “충분한”이라는 표현의 모호함으로 인해 구체적인 최적 배치기준은 주 정부 결정에 달려있음 (현재 개정법안이 발의 중, 자세한 내용은 아래 참고).

마. Nursing-Sensitive Quality Indicators & Nurse Staffing

□ 미국 간호사협회 (American Nurses Association; ANA)에서는 간호 관련 주 또는 연방법 개선에 위해 옹호활동을 하고 있는데, 그 중 대표적인 것이 nursing sensitive indicators와 nurse staffing이 있음.

○ nursing sensitive indicators란 간호행위의 결과(outcome) 관련 데이터를 수집하고 공공에게 공개하도록 하고자하는 것으로 대표적인 지표로 간호간병인력 (RN's LPN's and Unlicensed Staff) 배치기준이 있음.

— 현재 협회는 최적의 배치기준 설정을 위한 연구수행을 계속 장려하고 있음.

○ nurse staffing 이란 환자에게 충분하고 적합한 간호서비스와 돌봄을 제공하기 위해 적절한 간호인력이 갖추어져야한다는 것으로 주에 딸 3가지 접근방법을 통해 충분한 간호인력을 보장하려고 함.

— 주별 3가지 접근방법

1) 각 병원으로 하여금 일선에서 일하는 간호사들을 통해 환자필요와 다른 기준들을 통해 환자 대 간호사 비율을 정하고 이러한 플랜이 잘 시행되도록 함.

2) 세부적으로 규정된 최소 환자 대 간호사 비율을 법제화함.

3) 일반인 또는 법정(정부)기구에 인력배치에 대한 데이터를 공개하도록 함.

— ANA에서는 세부적으로 규정된 최소간호배치기준은 환자 욕구, 가능한 의료기기, 병원 별 직원의 경험이나 수준의 변화에 민감하게 반응하지 못하며, 충분한 평가 기준 없는 정보공개는 무익하다는 판단아래 첫 번째 접근방법 (의료기관별 환자구성이나 unit 에 따른 차별화된 배치기준 제시)을 촉진하고자 하고 있음.

□ 이와같이 진료과, 병원기관 등에 따라 유연한 간호배치기준설정이 필요하면서 ANA에서는 RNs들이 자체적으로 소속병원의 간호배치기준 (간호사 대 환자 비율, 간호간병인력수준 등) 을 설정할수 있는 가이드라인 자료 또는 책자를 발간하기도

함 (Utilization Guide for the ANA Principles for Nurse Staffing, 2005)

1) 관련 연방정부법: Registered Nurse Safe Staffing Act

- “The Registered Nurse Safe Staffing Act (S. 73 / H.R. 4138)” 은 병원으로 하여금 각 병원 진료과(unit)별 독특한 환경과 요구를 고려하여 적정하고 신뢰성있는 인력플랜을 개발하고 실행하도록 하고자하는 법률로, 제108회 의회에서 (2003-2004) 처음 법안이 발의된 뒤, 제110회 의회(2007-2008)에서 재발의 되고, 2009-2010 세션에서 (S. 3491/ H.R. 5527) 개정 법안이 발의된 상태임.
- 법안이 통과된다면 메디케어 참여 병원은 유닛별 간호인력플랜을 개발할 의무가 있으며, 이 플랜 수립은 최소 직접간호 간호사가 55%이상 차지하는 위원회가 책임지게 되며, 각 진료과의 특수성과 요구에 적합하게 수립되어야 함.
 - 그 밖에 RN Safe Staffing Act 는 다음과 같은 조항을 포함함:
 - 각 진료과 별로 적정한 최소간호사(RNs) 수에 대한 기준 마련 (Establish adjustable minimum numbers of RNs for each unit)
 - 인력 구성은 환자수와 환자의 건강요구도(중증도)에 따라 설정 (Ensure that staffing plans are based upon patient numbers and the severity of the patients' health needs (acuity))
 - RNs의 교육수준, 훈련 및 경력에 대한 고려필요 (Take into account the level of education, training and experience of the RNs)
 - 대체 인력 이용가능성에 대한 고려 (Take into account the availability of support staff)
 - 특수간호기구에서 제시하는 staffing level 고려 (Reflect staffing levels recommended by specialty nursing organizations)
 - 진료과의 물리적 특성과 기술수준 고려 (consider the physical layout of the unit and available technology)
 - RNs에게 자신이 훈련받거나 경험이 있는 진료과가 아닌 곳에서 일하도록 요구하지 않음 (do not require RNs to work in units where they are

not trained or experienced)

○ 이 법안 관련 명령조항으로는 다음을 포함함

- 인력배치에 대한 보고를 의무화 함. 각 병원은 환자에게 직접간호·간병을 제공하는 면허·비면허 인력 수, 특히 RNs의 수에 대해 매일 각각의 교대 조 별로 게시해야 함 (require public reporting of staffing information. Hospitals must post daily for each shift the number of licensed and unlicensed staff providing direct patient care, specifically noting the number of RNs).
- 환자대 간호사 배치수준을 정하는데 사용될 수 있는 데이터 수집 및 제출을 의무화함 (require the collection and submission of data that could be used to establish a link between nurse staffing and patient acuity).
- 병원에 대한 불만 접수 및 처리과정 마련 (hold hospitals accountable and establishing procedures for receiving and investigating complaints).
- Secretary of Health and Human Services에게 각각의 법률 위반건에 대해 벌금형을 부과할 수 있는 권한 부여 (allow the Secretary of Health and Human Services to impose civil monetary penalties for each knowing violation)
- RNs 또는 다른 직원 중 인력배치에 대해 고발한 내부고발자에 대한 보호 제도 마련 (provide whistle-blower protections for RNs and others who may file a complaint regarding staffing)

○ 이러한 내용은 현재 일부 주에서 시행중이거나 그보다 높은 요구사항을 보이는 내용도 있는데, 이 법안의 연방의회 통과를 현재 일부 주에서 시행중인 적정간호배치수준을 연방으로 확대하는 것을 의미함.

2) 관련 주정부 법

□ Nursing sensitive indicator

- 현재 콜로라도 (CO), 커넥티컷 (CT), 메인 (ME), 로드아일랜드 (RI) 주에서 법제화되었으며, 텍사스주는 법령 (regulation)으로 제정하였고, 플로리다에서는 관련 연구수행을 위한 법령을 통과함 (2008년 8월 현재까지).
- 구체적인 기준은 주별로 상이함
 - － 예를 들어 콜로라도주의 경우 2010년 11월 30일 이전까지 (1) 직능배합 (skill mix), (2) 환자 일당 간호시간 (nursing hours per patient day), (3) 자발적 이직율(voluntary turnover), (4) 환자 낙상 예방율 (patient falls prevalence rate), (5) 낙상으로 인한 상해율 (patient falls with injury) 에 대한 데이터를 수집·공개하도록 함.
 - － 로드아일랜드 (2000년) 의 경우 측정기준으로 환자만족도 및 욕창발생을 등 포함
 - － 메인주의 경우 2004년 간호간병인력 최소배치기준을 설정하려고 했지만, 이에 대한 과학적 근거가 부족하다는 이유로 이에 대한 법적 규정은 피하고 대신 입원환자를 위한 15개의 간호간병 질 평가 기준을 마련함.

□ Nurse Staffing

- 캘리포니아(CA), 커넥티컷(CT), 일리노이(IL), 메인(ME), 미네소타(MN), 네바다(NV), 뉴저지(NJ), 뉴욕(NY), 노스캐롤라이나(NC), 오하이오(OH), 오�크곤(OR), 로드아일랜드(RI), 텍사스(TX), 버몬트(VT), 워싱턴(WA)의 15개 주와 콜롬비아 디스트릭트에서 nursing staff을 위한 법령을 제정하거나 정책으로 채택함.
- － 7개주에서는 병원 안에 인력배치위원회를 두고 각 병원의 환경 및 조건에 맞는 인력배치기준을 설정하고 시행하도록 함 (CT, IL, NV, OH, OR, TX, WA).
 - NV, WA, OH, IL는 위원회의 50%이상이 환자에게 직접 서비스를 제공하는 간호사로 구성되도록 함.

- 한 개주, 즉 캘리포니아에서는 법적으로 특정 인력배치기준을 명시함.
- 다섯 개의 주에서는 인력배치에 대해 어떠한 형태의 일반 공개 또는 리포팅을 하도록 함 (IL, NJ, NY, RI, VT).
- 1999년 미국 최초로 간호사 최소배치기준이 법제화된 캘리포니아 주에서 2004년부터 주 내 모든 병원이 아래 표와 같이 제시된 기준에 따라 인력이 배치되도록 함 (2008년 개정).
- 집중치료실이나 분만실 등 특수병실의 경우에 한하여 세부적 간호사 최소 배치기준을 설정한 주는 있으나, 모든 병원에 적용되는 특정 배치기준을 법제화한 주는 캘리포니아가 유일함.
- 제시된 기준은 최소인력이며, 책임간호사와 수간호사를 포함하지 않는 실 무인력임. 또한 CNA 등 간병인력에 대한 기준은 포함되어 있지 않음.
- 캘리포니아주는 2007년 노인요양원에 적용되는 최소 배치기준도 법제화함 (일일 시설 입소자 당 직접간호시간 = 2.7시간, 단, 이중 한 시간은 최소 20명의 입소자당 CNA 한 명, 최소 면허간호사 한명이라는 조건아래 수행 되어야하며, 40명의 입소자당 한 명이상의 간호사가 있어야 함).

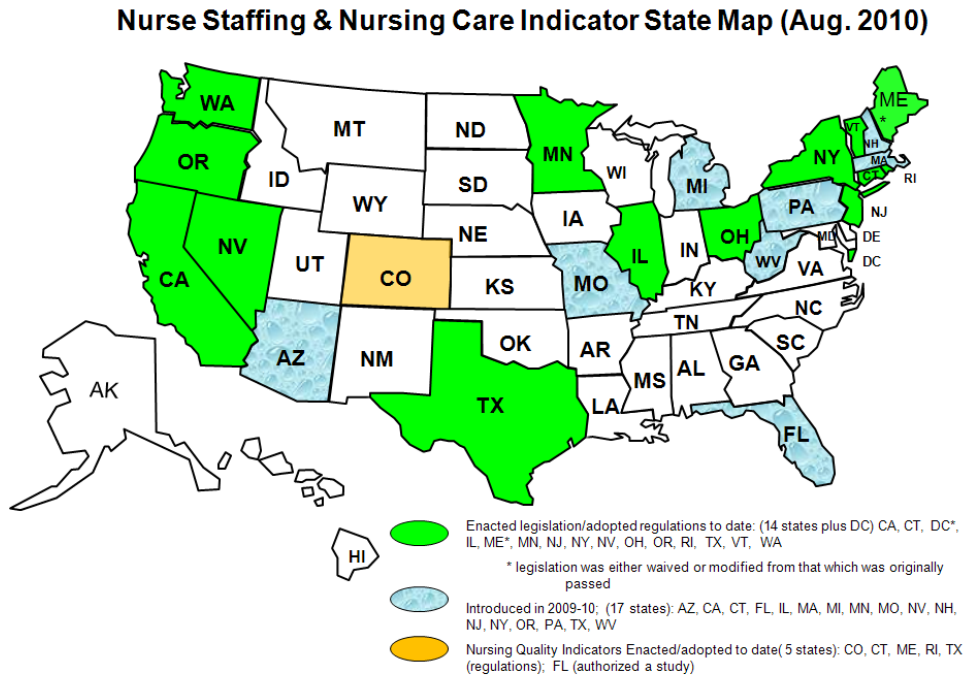
〈표 4-26〉 캘리포니아주의 부서별 간호사 최소배치기준 (2008년)

간호단위		간호사: 환자비율
중환자실	중환자실	1:2
	신생아중환자실	1:2
수술	수술실	1:1
	회복실	1:2
분만	분만실	1:2
	회복실	1:4
소아과	소아과	1:4
응급실	응급실	1:4
	응급중환자실	1:2
	외상응급 (Trauma patients)환자실	1:1
내외과계	내외과계	1:5
정신병동	정신병동	1:6

자료: California Nurses Association. Ratios Booklet, as of January 2008,
http://www.calnurses.org/assets/pdf/ratios/ratios_booklet.pdf

□ 다음의 그림은 미국의 각 주별로 nurse staffing과 nursing care indicator가 법제화된 상황을 보여줌.

[그림 4-1] 미국 주별 nurse staffing 과 nursing care indicator 법제화 (2010년 8월기준)



자료: American Nurse Association (2010) www.nurseworld.org

제3절 독일¹⁵⁾

1. 간병 및 간호인력 양성 및 간병업무

□ 독일의 의료기관 간호 및 간병인력은 간호학교와 노인간호학교에서 양성, 배출되는 간호사 및 노인간호사와 보조인력인 간호조무사 및 노인간호조무사임.

- 간호사는 국가자격으로 3년 정규 교육과정을 이수한 자로서 국가 면허시험을 통과한 자임.
- 간병 인력인 (노인)간호조무사 교육은 ‘주정부법’에 딸 총 1,600시간 (이

15) 황나미 외(2006)의 여성가족부 용역보고서 ‘의료기관 간병서비스 사회제도화 방안’ (p.41-43)인용

론:900시간, 실습:700시간)의 1년과정(12개월)을 거쳐 자격시험 합격 후 주 정부 관할 부서로부터 간호조무사에 대한 자격증이 부여됨.

- － 간병인력인 간호조무사 교육과정은 간호사 3년 교육과정의 첫 1년 교과과정으로 구성되어 있음 (주로 기본간호 중심의 교육)

□ 간병인력(간호조무사)는 간호법과 노인간호법, (노인)간호조무사는 (노인)간호사의 케어플랜에 따라 간호사의 감독 하에 기본간호(수발)업무를 수행하도록 하고 있으며, 수행한 업무에 대해서는 ‘사회법전’ 11권(수발보험) 80조에 따른 품질과 품질 보장 및 시설내부자체 품질관리의 개발을 위한 원칙과 기준에 기록하도록 규정되어 있음.

○ 의료기관의 (노인)간호조무사가 제공하는 간병업무는 수발보험에서 지불가능한 간병행위(수발인정 평가 항목)와 유사한 신체관리, 영양섭취, 기동성 등임

- － 신체관리 영역: 씻기(전신, 상체, 하체, 손/얼굴), 샤워하기, 목욕, 구강/치아 관리, 머리 빗기, 면도, 배설(소변, 대변, 의복상태 준비, 대소변후 기저귀 교환, 소변 주머니/이동용변기 교환, 대변 주머니 교환)

- － 영양섭취 영역: 먹기에 알맞은 음식 준비/차리기, 영양 섭취(구강영양, 경관 영양 음식물 주입)

- － 기동성 영역: 기상/취침, 이동, 걷기, 서 있기, 계단 오르내리기, 외출과 귀가, 의복 갈아입기

2. 의료기관 간병인력 운용

□ 1993년부터 건강구조법(Gesundheitsstruktur Gesetz)에 따라 간호의 질 보장을 목적으로 2,3차 진료기관에 간호사규정(Pflegepersonal Regelung)을 적용시켜 수발을 포함한 간호요구도에 따라 간호사를 배정하고 있음.

○ 간호요구도는 기본간호와 특수간호로 구분하여, 매 환자 당 요구도 평가결과를 통해 간호사 배정의 기준으로 활용하고 있음.

- － 기본간호(수발)의 4가지 영역: 신체청결, 영양섭취, 배설과 기동영역으로 분류하여 각 영역의 수발필요도를 2,3등급으로 차등하여 기본간호(수발)의 요구도를 판정함.

- 특수간호의 3가지 영역: 관리, 투약과 상처관리영역으로 분류, 각 영역을 다시 2,3등급으로 차등화하여 특수간호의 요구도를 정함. 그러나 이 법은 1995년 폐지되었으나 독일의 많은 대학병원에서 예산책정의 근거자료로 아직 사용하고 있음.

□ 간호사와 간호조무사 등급과 그에 따른 급여체계

- 일반 공공의료기관의 간호인력을 위한 급여기준은 간호사와 간호조무사의 등급체계가 하나의 시스템에 있음. 즉, 15등급으로 분류되어 간호조무사는 1~3등급에 해당되며, 간호사는 4~15등급에 해당됨.

3. 의료기관 간병서비스 관련 지불보상시스템

- 독일은 1995년 실시된 수발보험에서 의료적 서비스 및 비용은 질병보험에서 제공, 지불될 수 있도록 의료와 수발을 철저히 구분하는 체계를 가지고 있음.

- 수발보험은 요양원 간병과 재택 간병을 적용하는 포괄적인 고정자 간병프로그램임.

- 간병업무에 대한 수가는 DRG 도입 이전인 2004년까지는 구분하여 책정되었고, 치료에 따른 조치로서 질병보험에서 지불되었음. 2005년 1월 1일부터 정신과를 제외한 전 의료기관에 DRG (Diagnosis Related Groups)제도가 도입되어 DRG에 간호/간병 수가가 포함됨.

제4절 영국

1. 영국의 간병인력

가. 영국의 의료서비스 또는 간호간병서비스 제공체계

- 영국은 1948년 NHS (National Health Service, 국가보건의료체계) 도입으로 영국에 거주하는 주민에게 ‘누구나, 무료로, 의료필요에 근거하여 의료서비스를 받을 권리’가 있으므로 (단, 시력검사, 치과서비스 등 제외), 의료기관에서의 간병서비

스 역시 직접 비용을 지불하지 않고 이용할 수 있음 (문선웅 외, 2008).

- NHS는 1차의료 (1차의료소 또는 General Practitioner, 치과의원, 약국 등), 2·3차 병원진료 (입원 및 외래 포함), 지역사회/사회서비스 및 장기요양간호의 세 개의 별개 영역으로 구분됨
 - 2차 의료기관은 1차진료소에서 의뢰받은 환자를 전문 의료인력이 (외래 및 입원)치료 및 수술하며, 주로 NHS Trust, ambulance Trust 등의 목적에 따른 기금으로 운용됨.
- 이러한 NHS Trust를 통해 2차 의료기관의 의사, 간호사를 포함하는 의료전문가와 기타 의료서비스 관련 모든 인력이 고용되어 임금을 받고 있음.
- 하지만 HCAs는 Non-medical occupation으로 구분되어, NHS의 직접고용이 아닌 각 NHS Trust와 개별 계약으로 고용함.

나. 영국의 간병인력

- 우리나라의 급성기 병동에서 간병인에 해당하는 업무를 담당하는 인력으로 영국에서는 Healthcare assistants (HCAs)를 들 수 있음.
- 영국에서 'healthcare assistant'란 공식적으로 사회의료(Social and Health Care)부분 업무수행능력 (National Vocational Qualification: NVQ)¹⁶⁾수준이 2 또는 3에 해당하는 직종으로, 학력으로 비교하면 레벨 2는 General Certificate of Secondary Education (GCSE), 레벨 3은 GCE Advanced Level (A-level)과 각각 같은 수준으로 볼 수 있음.
 - HCAs라는 직명은 종종 nursing auxiliaries, auxiliary nurses 등으로 혼용되어 사용되기도 함.
 - HCAs는 공식적인 자격이 없거나(unqualified), 공식적인 훈련을 받지 않은 인력으로 보건의료전문가 (qualified health care professional)의 감독 하에 병원이나 지역사회에서 일하여 왔음.

16) NVQ level이란 영국에서 각각의 직종에 해당하는 업무에서 기대되는 역량(업무수행능력) “competencies”을 평가하는 기준으로 사용됨. 분야별로 나누어져 1부터 5까지 다섯 단계로 측정하며, 5(관리자급)가 가장 높은 역량을 나타냄.

- HCAs는 일반적인 병원 뿐 아니라, 작업치료사 또는 방사선전문의 사무소, 또는 조산원등에서도 보조원으로 일할 수 있음.
- 일주일에 교대근무로 37.5시간 정도 근무하며, 보통 시간근무제나 유연근무제가 가능함.
- 간호간병인력의 등급과 그에 따른 급여 체계
 - 2010년 4월-6월의 NHS Healthcare Assistant (HCAs) 및 기타 전일제 보조인력의 평균임금 (Mean Total Earnings per Full Time Equivalent)¹⁷⁾은 £19,400 로 추정됨.
 - 동일분야 근무자라도 각 개인의 NVQ에 따라 차등적인 임금 지급
 - 반면, 동 기간 전일제 간호인력 평균임금은 £31,800임 (NHS Information Centre, 2010b).
- HCAs가 하는 업무는 의료세팅마다 다를 수 있지만 일반적으로 다음과 같은 업무를 담당하고 있음 (NHS, <http://www.nhscareers.nhs.uk/details>, 2010)
 - washing and dressing (목욕, 몸단장 수발)
 - feeding (식사 수발)
 - helping people to mobilise (이동 수발)
 - toileting (화장실 수발)
 - bed making (침상정리)
 - generally assisting with patients overall comfort (환자편의를 위한 일반적인 수발)
 - monitoring patients conditions by taking temperatures, pulse, respiration's and weight (환자 체온, 맥박, 호흡수, 체중 측정으로 환자 모니터링)
- 영국 NHS에 의하면, 2009년 잉글랜드 전역의 NHS 소속 병원 및 지역시설, 그리고 협력 일반의 (GPs)에 고용된 HCAs는 50,542명, nursing auxiliaries나 nursing assistant는 103,255명인 것으로 나타남.

17) 평균기본급을 기준으로 전체 임금을 산정하였음. 전체 임금은 기본급, 초과근로수당, occupation payments, location payments 포함

〈표 4-27〉 NHS 간호 및 간병인력 (2009년 9월, England)

	Acute elderly & general	Paediatric nursing	Maternity services	Comm, psychiatry	Other psychiatry	Comm, services	All areas of work
All qualified nursing, midwifery & health visiting staff	215,854	20,346	34,162	17,337	31,890	63,486	395,229 (322,425)
Support to doctors & nursing staff	101,817	6,125	9,271	2,267	28,300	22,596	303,424 (239,017)
Nursery nurse	1,094	1,221	582	-	27	2,858	6,026 (4,737)
Nursing assistant/auxiliary	53,606	2,402	3,625	2,267	21,628	10,653	103,255 (75,660)
Nurse learners	-	-	640	-	-	577	2,786 (2,680)
Healthcare assistants	33,981	1,585	3,171	-	3,346	5,280	50,542 (42,331)
Support worker	13,136	917	1,253	-	3,299	3,228	31,585 (25,662)
Clerical & administrative	-	-	-	-	-	-	109,135 (87,862)
Estates(maintenan ce & works)	-	-	-	-	-	-	95 (85)

주: 1) NHS 직접고용(간호사 등 의료인) 및 소속의료기관의 개별 계약 고용자(비의료인) 포함

2) All areas of work은 위의 표에 나타는 분야외에도 school nursing 등을 포함하므로 각 분야의 합보다 큼

3) 괄호안의 숫자는 전일제(full-time) 근무자 수

자료: The NHS Information Centre for health and social care 2009 Non-Medical Workforce Census

□ HCAs는 간호 인력의 업무과중을 덜어주고 환자를 도와준다는 점에서 긍정적인 영향을 준 것으로 나타나고 있으며 병원에서는 정규 간호 인력의 부족과 비용효과적인 의료제공의 필요성으로 인해 HCAs에 대한 의존도가 점점 증가하고 있음.

- 하지만, 이러한 의존도 증가와 불명확한 업무규정으로 인해, 그들 역량을 넘는 업무, 즉 지도 없이 약물복용을 환자에게 지시하거나 혈당량을 측정하는 등 간호업무까지 맡고 있는 것으로 나타나 환자의 안전 및 의료의 질에 대한 문제가 제기되기도 함 (Bosley & Dale, 2008).

다. 간병인력 양성 및 훈련

- HCAs 는 NVQ 2-3수준에 해당하는 직종으로, level 2에 해당하는 HCAs는 간호 훈련을 받을 수 있는 최소한의 자격을 갖추게 됨.
- 고용 후 제공되는 훈련은 근무지 도는 분야에 따라 매우 다르며, NHS 또는 개별 근무지에서 off-the-job training을 제공하기는 하나 접근성은 매우 낮음.

제5절 호주

1. 호주의 간병인력

가. 호주의 간병인력

- 호주정부 웹사이트에 의하면 간병인력을 명명하는 용어는 근무기관 및 분야에 따라 ‘Personal Care Worker,’ 또는 ‘Nurse's Aide’, ‘Personal Care Assistant’, ‘Nursing Assistant,’ ‘Hospital Orderly,’ ‘Nursing Support Worker,’ ‘Therapy Aide’ 등 다양함.
- 활동 업무는 병원, 널싱홈, 개인의원 및 노인·장애인시설 등에서 환자를 돌보고 도와주는 것을 포함함.
 - 간호인력의 감독아래 환자 목욕, 샤워, 면도하는 것을 도움
 - 옷입기, 식사 등 환자 보조
 - 환자 이동 및 의사소통 관련보조
 - 치매나 그 밖의 행동학적 어려움이 있는 환자 수행을 위해서는 간단한 실 제적인 개입 수행
 - 환자 상태변화를 관찰 및 보고하며, 환자가 경험하는 애로사항을 간호사에 게 대신 전달
 - 재활치료를 위한 운동, 기본 치료 및 약물복용 보조
 - 외상 환자 이동 및 뒤집기를 위해 간호인력을 도움
 - 깨끗한 옷과 리넨이 충분히 갖추어져있는지 확인

－ 혈압측정이나 드레싱교체 등의 간단한 간호업무 수행

□ 간병 인력 임금 통계

- 2006년 기준 전일근무자의 평균임금은 주당 AU\$705 (호주의 모든 직업평균 AU\$1,000), part-time 근무자는 AU\$425로 나타남.
- 임금범주별로 볼 때는 AU\$400~AU\$599에 해당하는 그룹의 비중이 가장 높게 나타남 (37.12%)

〈표 4-28〉 호주 전일근무 간병인의 주당 임금

	직업수 (개)	시장비율 (%)
\$1000 or more	967	4.86
\$800 to \$999	2,240	11.26
\$600 to \$799	7,381	37.12
\$400 to \$599	7,833	39.39
less than \$400	1,465	7.37

자료: My future: joint initiative of Australian, state and territory governments on career information.
<http://www.myfuture.edu.au/>

나. 호주의 간호간병인력 수급현황

- 호주 정부산하 Australian Institute of Health and Welfare에서 발간하는 Austrian Hospital Statistics 2008-2009 보고서에서는 호주 공공 및 사립 병원의 현황에 대한 내용을 담으며, 호주 공공병원에서의 인력 현황에 대한 내용을 포함함.
- 보고서에서 일컫는 병원 인력이란 1) 봉급제 의사 (Salaried medical officers), 2) 전체 간호사 (Total nurses), 3) 기타 간병인력(personal care staff), 4) 검사 및 관련 의료종사자 (Diagnostic and allied health professionals), 5) 행정업무인력 (Administrative and clerical staff) 및 6) 기타 병원관리인력 (Domestic and other staff) 의 6개 범주로 구분할 수 있음.¹⁸⁾

－ 국가보건데이터사전 (*National health data dictionary version 14*)에 의

18) Personal care staff 와 Domestic and other staff는 구별 기준이 명확치 않아 주 또는 지방별로 다르게 보고되어, 일부 주의 경우는 통합되어 리포팅되었고, 일부 주는 구분되어 리포팅됨. personal care staff 에 대한 정보가 없는 경우, 다른 nurses, allied health professionals, 또는 domestic and other staff에 포함되어 있을 가능성이 있음. (표참고)

한 인력별 정의를 보면, “Other personal care staff” 이란 “attendants”, “assistants or home assistance”, “home companions”, “family aides”, “ward helpers”, “warders”, “orderlies”, “ward assistants” “nursing assistants”를 포함하며, 주로 환자 또는 시설입소자의 개인위생 관리를 돕는, 공식적인 자격을 갖추지 않거나 간호 또는 일련의 의료종사자로서의 훈련 과정 중에 있는 자를 말한다.

- “Domestic staff” 이란 병원식사 또는 청소관련 업무를 맡고있는 자로 단 영양사는 제외됨. 이 범주에는 또한 “other staff”라 하여 다른 범주에 속하지 않는 모든 인력을 포함함 (주로 건물관리, 정원관리사 등)
- “Total nurses” 는 RNs, 등록간호사 (Enrolled nurses) 와 간호훈련과정 중학생 (student nurses)을 모두 포함
 - 호주에서 “Registered nurses”가 되기 위해서는 간호훈련이수증(3년과정) 소지하고, post graduate qualifications을 갖춰하여야 함. RNs은 반드시 주/지역 등록부에 등록 되어 있어야하며, 실제 병원 또는 지역사회 시설에서 간호서비스를 제공하는 직접간호사와 행정업무를 처리하는 수간호사까지 모두 포함함.
 - Enrolled nurses란 RNs 아래의 간호사급에 해당하며 주정부통합 등록부에 등록된 간호사를 가리킴 (단, 빅토리아 주는 주 자체의 registration board가 따로 있음),

□ 2008-9년 전국적으로 246,000명 이상의 전일제 근무자가 공공병원에서 일하고 있는 것으로 나타났으며, 이중 간호사가 45.3% (111,000명 이상) 차지하였으며, 간호사 평균연봉은 \$78,200으로, 이는 2007-8년에 비해 5.3% 증가한 액수임.

- 하지만 대부분의 주에서 간병인으로 규정할 수 있는 personal care worker의 경우 병원식당종사자, 청소인력 등을 모두 포함하는 domestic staff에 포함하여 산정한 경우가 많아 정확한 간병인력 수와 연봉 등을 파악하는 데는 어려움이 있음.

〈표 4-29〉 Average full-time equivalent staff(a) and average salaries, public acute and psychiatric hospitals,, states and territories, 2008-09

	NSW ^(b)	Vic ^(c)	Qld ^(d)	WA	SA ^(e)	Tas ^(f)	ACT	NT	Total
Full-time equivalent staff numbers									
salaried medical officers	8,702	7,323	6,061	2,863	2,450	750	649	369	29,166
Total nurses	37,499	28,745	19,699	10,392	9,678	2,464	2,035	1,358	111,870
Other personal care staff	n.a	n.a	967	n.a	800	n.a	190	14	n.a
Diagnostic and allied health professionals	11,584	12,989	4,645	3,059	1,844	510	533	341	35,506
Administrative and clerical staff ^(g)	11,246	10,908	6,255	4,256	3,027	803	687	456	37,640
Domestic and other staff	8,918	6,583	7,268	4,253	1,884	1,089	171	578	30,743
Total staff	77,497	66,548	44,896	24,824	19,683	5,616	4,266	3,114	246,895
Average salaries(\$)									
Salaried medical officers	145,736	153,626	167,835	197,684	158,284	121,052	140,944	191,914	158,305
Total nurses	77,898	78,244	78,454	80,909	73,764	75,319	80,439	94,704	78,200
Other personal care staff	n.a	n.a	54,437	n.a	41,083	n.a	52,942	70,313	48,984
Diagnostic and allied health professionals	68,760	52,682	80,507	75,707	78,949	85,363	73,427	81,845	65,977
Administrative and clerical staff ^(g)	67,451	49,663	60,661	61,900	52,174	48,691	61,472	61,345	58,728
Domestic and other staff	57,077	62,777	50,589	54,699	36,627	44,394	48,002	55,865	54,659
Total staff(\$)	80,224	75,336	83,227	85,984	76,566	72,535	83,181	92,609	79,772

Notes : (a) Where average full-time equivalent staff numbers were not available, staff numbers at 30June 2009 were used. Staff contracted to provide products(rather than labour) are not included.

(b) In New South Wales, Other personal care staff were included in Diagnostic and allied health professionals, Domestic and other staff and Total Nurses.

(c) For Victoria, full-time equivalent staff numbers may be slightly understated as data were unavailable for one hospital. Other personal care staff were included in Domestic and other staff.

(d) Queensland pathology services provided by staff employed by the state pathology service were not reported here.

(e) In South Australia, Total nurses include Trainee nurses.

(f) For Tasmania, data for Other personal care staff were not supplied separately and are included in other staffing categories. Data for two small hospitals in Tasmania were not supplied.

(g) Administrative and clerical staff may include staff working to support clinicians, such as ward clerks.

2. 호주의 간호사최소배치기준

- 2001년부터 호주 빅토리아주는 대형 공공병원에서의 간호사 최소배치기준을 법제화하였고, 그 배치기준으로 의료·수술실의 경우 간호사 대 환자 비율이 최소 5:20이 되도록 함.¹⁹⁾
 - 일부선행연구는 간호사 최소배치기준설정으로 의료기관의 간호사 추가고용 증가, 직원 이직률 및 결근율 감소, 간호학원 지원자 증가 등 간호인력의 질적·양적증가 이 높이 평가하고 있음.²⁰⁾
 - 이러한 이유로 New South Wales 등 타 주에서도 간호사연합에서 간호사 최소배치기준 제정을 옹호하고 있음.²¹⁾
 - 하지만 일부는 간호사대 환자의 특정비율을 지지할 만한 경험적 연구근거는 없으며, 배치기준이 병원에서의 직능별기술조합 및 환자 outcome에 많은 영향을 미치는 것으로 나타나고 있지 않다고 봄.

제6절 외국 간병서비스제도 시사점

- 이와 같이 선진국에서는 간호·간병 인력의 명확한 구분 없이 의료기관에서 보조 역할을 하는 인력도 간호 인력으로 포함하여 환자에게 간호-간병을 연계한 통합적인(integral) 의료서비스를 제공하고자함.
 - 이러한 통합적인 의료서비스는 의료서비스에 대한 역할구분이 어렵다는 사실에 기반하며, 의료사고를 미연에 방지하고, 수준에 맞는 의료서비스를 제공하며, 직역 간 업무분담에 대한 갈등을 완화할 수 있음.
- 단, 이러한 간호-간병서비스의 연계는 직역 간 간호행위에 대한 책임 회피 없이 수준 높은 (고위험의, 의료기술을 요구하는) 진료행위의 경우 적절한 훈련 및 면허를 소지한 전문 간호 인력에 의해서만 행해질 수 있도록 위의 국가와 같은 간호사배

19) Gertz, M., Nelson, S. (2007). 5 - 20: a model of minimum nurse-to-patient ratios in Victoria, Australia. *Journal of Nursing Management*, 15: pp.64 - 71.

20) 간호간병 서비스 개선을 위한 시범사업(2008) 재인용

21) ABC News 2010년9월23일자 기사 <http://www.abc.net.au/news/stories/2010/09/23/3019746.htm>

치기준이 잘 준수된다는 전제아래 이루어져야 함.

○ 단, 이러한 간호사배치 기준은 선행연구와 각 국의 제도나 환경에 따라 환자 상태호전, 각 직능의 적절한 기술배정 (skill-mixed)에서의 최적모델에는 이견이 있으므로, 앞으로 우리나라 환경과 제도에 맞는 배치기준 설정을 위한 연구가 더욱 필요할 것으로 보임.

○ 더불어 이러한 기준 준수를 위해서는 간호 인력의 원활한 공급은 전제조건임.

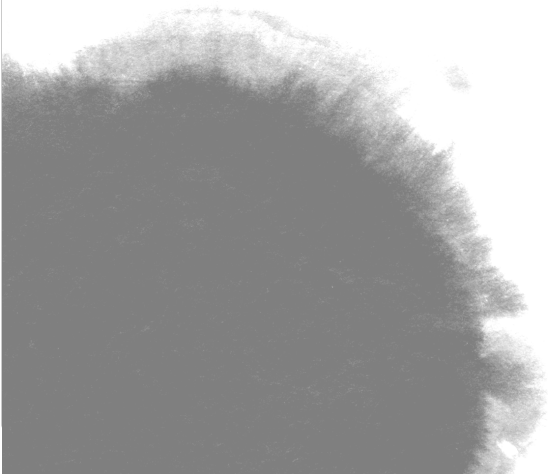
— 일본에서는 과거에 비해 간호인력 공급이 원활해지면서, ‘신간호·간호보조 체계’가 간호 인력을 통해 간호 및 간병서비스를 충족시키는 원칙을 강화할 수 있었음.

□ 또한 영국, 미국의 경우 기관별 개별계약을 통해 고용된 간호보조 또는 간병 인력의 활동 인력 수, 임금, 근무환경 등에 대한 상세한 데이터를 구축하여 이들의 활동에 대한 실태 파악이 용이함.

— 영국의 경우 NHS에 의해 고용된 간호사, 의사와 달리 간호 보조 인력인 HCAs의 경우 기관별 개별계약·고용되어 있음에도 불구하고 보조 인력에 대해서도 관련 데이터를 함께 구축하여 관리하고 있음.

05

간병서비스 대상 및 업무 영역 설정



제5장 간병서비스 대상 및 업무 영역 설정

제1 절 간병서비스의 대상 및 업무 범위 설정(의학적 범주 관점에서)

1. 간병의 의학적 범주설정 필요성

- 간호행위와 간병행위의 제도적인 표준화가 이루어지지 않고 있음
 - 박정호 등은 우리나라 실정에 맞게 간호행위를 다음의 12개 영역으로 분류한 바 있음(<표 4-1>)

〈표 5-1〉 한국 표준간호행위 분류

간호영역	행위내용
호흡간호	호흡측정, 기도확보, 산소공급, 인공호흡 등
영양간호	영양상태 측정, 경구영양, 비경구영양 등
배설간호	배변 및 배뇨 간호, 유치도뇨 간호, 각종 배액 등
운동 및 자세 유지	운동 보조
안위간호	신체적 안위, 정서적 안위
위생	개인위생, 피복
안전	감염 예방, 사고 예방, 위기 관리 등
영적 지지	종교적 지지, 임종환자 지지
상담 및 교육	입원시 면담, 개인/집단 교육
투약	경구/정맥/근육/피하/피내/외용/점적/좌약 투약
의사소통	타과 및 타부서 의뢰
환자간호 및 정보관리	간호기록 관리, 인수인계 등

자료: 박정호 등, 2000

- 병원간호사회도 ‘직접간호행위 및 간접간호행위 목록’을 지정한 바 있음 (2002)
- 그러나 현재 어떤 법률에도 표준간호행위가 지정되어 있지 않음
- 자연히 간호행위와 간병행위의 개념 구분이 법률적으로 없고 현재 민간 간병인의 행위 범위가 명확하지 않음
 - 2005년 무작위 표본조사에 의하면, 간병인의 일부는 건강보험수가가 책정된 간호사의 업무인 ‘위관 음식주입’과 ‘가래 뽑기’를 거의 매일 수행한다고 하였고, 기본간호로 인식되는 체온, 맥박, 호흡 측정 등도 수행한다고 함 (황나미, 2006)
- 건강보험에서 지불보상이 이루어지고 있는 간호행위는 37개에 불과하며 나머지 수백 개의 간호행위는 입원료에 포함된 ‘입원환자 간호관리료’로 지불 보상됨 (한국보건사회연구원, 2006)
 - 현 간호수가체계 하에서는 병원 경영상 각 의료기관의 간호사인력의 확보가 매우 어려움
 - 2006년 기준으로 우리나라의 인구 1천명당 활동 간호사 수는 4.0명으로 OECD 국가 평균 9.7명에 비해 매우 부족한 실정임(OECD, 2008)
 - 따라서 환자의 간병은 환자가족과 유료간병인에 의해 담당되고 있음
- 공식적인 자격이 없는 민간 간병인의 ‘의료 행위’로 인한 문제가 발생함
 - 안전사고 및 감염전파 등의 의료 문제가 발생됨
 - 발생한 사고나 위험에 대비한 제도적 장치가 마련되어 있지 않음
 - 간병인과 간병인이 제공하는 서비스에 대한 질 관리 및 모니터링이 이루어지지 않음
- 간병인과 간병서비스에 대한 정의의 부재가 간병서비스 제도화에 있어 가장 큰 장애물임
 - 현재 널리 이용되는 민간 간병인의 간병서비스 내용은 모두 간호행위로 볼 수 있어 간호와 간병 영역의 구분이 쉽지 않음
- 현재의 간병서비스 이용 사유만으로는 간병서비스 제도화에 필요한 서비스 대상 기준 설정에 부적합함

- 경제적 여건만 허락되면 환자가 실제로 간병이 필요하지 않아도 간병인을 고용할 수 있는 형태임.
- 이 문제 역시 간병서비스 제도화에 있어 선결 요소임.
- 따라서 본 장에서는 간병서비스 제도화의 필수적인 요소로서 간병업무와 그 영역에 대해 제도적인 정의를 내리고 현실적으로 적용 가능한 구분 체계를 만들하고자 함.
 - 즉, 사회적 기준이 아닌 의학적 기준에서 간병업무와 그 영역을 정의하고 간병영역과 간호영역을 명확히 구분하고자 함.
- 간병서비스 제도화에 필수적인 요소로서 간병서비스 수급 대상의 기준을 설정하고자 함.
 - 간병서비스 이용의 필요도를 측정하는 도구를 개발하거나 선별함.
 - 개발/선별된 도구의 실효성에 대해 고찰함.
- 최종적으로 간병/간호 영역 구분 체계와 간병서비스 수급 기준 체계를 통합하여 실제 급성기 병원에서 사용할 수 있는 도구를 제시하고자 함.

2. 간병서비스의 업무 영역 설정 고찰

가. 국내 간병인들의 업무 내용과 범위 파악

1) 간병단체의 업무 소개 내용 수집

- 현재 급성기 병원에 간병인을 파견하는 민간 간병 업체 수는 정확하게 파악하기 어려우나 수천 개에 이르는 것으로 추정됨 (중앙고용정보원, 2003)
- 한국직업능력개발원에서 운영하는 직업소개 사이트 ‘커리어넷’에서 소개하는 간병인 직업개요는 다음과 같음(<http://careernet.re.kr>)
 - 간병인은 병원, 요양소, 산후조리원, 산업체 및 기타 관련 업체기관 등에서 환자의 보호자를 대신하여 환자를 간호하고 돌보는 일을 담당한다.
 - 거동이 불편한 환자를 목욕시키고 대소변 배출을 도와주며, 환자가 거동할 때에는 휠체어를 밀어주며 함께 동행 한다.

- 환자의 체온, 맥박, 호흡수를 측정하고 기록하며, 환자가 먹는 음식 및 음료의 양과 내용을 체크하고 필요에 따라서는 환자에게 음식을 먹여준다.
 - 병실의 청소를 담당하는 등 환자 주변의 위생 상태를 관리하고, 환자의 정신적 안정을 위해 말벗이 되어주기도 한다.
 - 환자가 침상에서 이동하는 것을 돕고, 심호흡이나 기침을 할 수 있도록 거들어주며, 가능한 범위 내에서 운동하도록 도와준다.
 - 약을 먹여주고 확인하는 일, 검사물 채집, 의사 회진시 환자상태에 대한 경과보고, 증상과 증후 관찰 등의 일을 수행한다.
- 인터넷을 통하여 웹페이지를 가지고 있는 업체들을 검색해본 결과 각 업체들에서 제시하고 있는 업무 내용이 대동소이함
- 그 중 규모가 큰 것으로 판단되는 간병 업체 및 알선 업체 4곳이 제시하고 있는 간병업무 내용은 다음과 같음(노인요양시설에서의 간병이나 재가 서비스를 제공하는 정규요양보호사 관련 기관은 제외)
- 대한간병인 안내(<http://www.koreacare.co.kr>)
- 환자의 침상정리 정돈
 - 식사 및 간식 수발
 - 부분 목욕 및 침상목욕
 - 말벗이 되어 환자의 안정 도모
 - 구강간호
 - 대소변 수발
 - 운동 돕기
 - 검사나 외래 치료시 환자 이동
 - 섭취량, 배설량 기록
 - 정맥 주사시 상태의 관찰 및 기록
 - 수술 환자의 경우 기침과 심호흡 도와주기
 - 유치도뇨관을 삽입한 경우 환자의 상태 관찰
 - 변비시 관찰
 - 기관절개의 경우 분비물 제거

- 위관영양주입
- 근육마사지
- 냉온수 주머니 데워주기
- 한국간병인협회(<http://www.help114.or.kr/>)
 - 간병대상자(환자)의 이해와 심리학과 대화술
 - 환자의 청결유지 및 침상 정돈
 - 식사 및 대·소변수발 및 투약 등
 - 환자의 재활운동치료 돕기
 - 욕창방지·가래 뱉기·인공배뇨
 - 침상목욕·머리감기·구강청결
 - 환자의 말벗 및 용기를 주는 말과 행동
 - 가족 및 의사선생님·간호사님과 환자와의 의사소통 전달
- 한나간병인협회(<http://hcare.or.kr>)
 - 환자의 침상정리정돈
 - 식사 및 간식수발
 - 대소변 수발
 - 환자의 청결유지
 - 운동돕기
 - 섭취량, 배설량 기록
 - 정맥주사 상태관찰
 - 말벗으로 환자 안정 도모
 - 간호(맞사지등)
 - 진료도우미(환자이동 등)
- 플러스메디컬(<http://plusmedi.com>)
 - 환자의 이해
 - 말벗, 대화
 - 환자의 청결유지
 - 침상정리

- 검사나 외래 진료시 이동 도움
- 식사 및 간식수발
- 투약 보조
- 목욕도움, 침상목욕, 머리감기기, 구강청결
- 대, 소변 수발, 인공배뇨
- 욕창방지
- 가래뽑기
- 재활운동치료 돕기
- 환자의 건강상태 수시체크 및 의사, 간호사 및 가족에게 보고
- 기타 환자의 편의제공 등

□ 이상의 내용을 종합하면 현재 간병단체가 제시하고 있는 간병업무 내용은 다음과 같이 크게 세 가지로 나눌 수 있음

- 환자의 심리적 안정을 위한 행위: 대화, 환자 고충을 들어주는 것 등
- 환자의 일상생활 수발 행위: 식사, 위생, 배설, 이동, 침상 정리 보조 등
- 환자의 치료와 관련된 행위: 가래 뽑기, 인공 배뇨, 투약 보조, 마사지, 위관 영양주입, 정맥 주사부위 관찰 등

□ 환자의 치료와 직접적으로 연관된 행위를 간병행위로 소개하고 있는 것은 주목할 만함

2) 기존 조사 자료 수집

□ 2006년 한국보건사회연구원에서 실시한 조사에 따르면 세면 및 신체청결, 식사 보조, 침상위에서 자세 바꿔주기, 운동 돕기, 배설 보조 및 변기 세척, 투약 보조 등의 행위는 거의 90%이상이 매일 수행한다고 보고함 (표 4-2)

〈표 5-2〉 의료기관 간병인의 수행행위/빈도

번호	개별 간병 행위	거의매일 수행(%)
1	구강간호	79.1
2	세면, 목욕 등의 신체 청결	93.9
3	옷 갈아 입히기	31.1
4	환자의 각종 불편함 제거	84.4
5	잠재적 위험으로부터 환자보호	75.0
6	식사 및 간식 수발	88.9
7	침상에서 자세 바꾸기	90.0
8	침상에서 환자 이동(환자 원하여)	72.5
9	종교적인 요구 돕기	20.6
10	튜브 통해 나온 배설물 처리	71.9
11	대, 소변 수발 및 변기 세척	95.6
12	침상 정리, 정돈	74.5
13	냉온수 주머니로 체온 유지	62.5
14	조기 기동, 심호흡, 기침 돕기	82.9
15	운동 돕기	92.7
16	음식 섭취량, 횟수 측정	82.5
17	배설량과 횟수 측정	67.0
18	투약 돕기	91.1
19	검사물 채집(가래, 소변, 대변)	38.9
20	증상과 증후 관찰/간호사에게 보고	87.8
21	검사/처치를 위한 환자 이동시 돕거나 동행	50.0
22	관찰 후 간호사에게 보고	80.0
23	환자의 호소를 들어주는 일	81.0

자료: 한국보건사회연구원, 2006

□ 2008년 한국보건산업진흥원에서 실시한 조사에서는 4개 병원을 대상으로 시범사업군과 대조군으로 나누어 간병 행위별 수행시간을 조사한 바 있음

- 병원별로 조사했을 경우, 시범사업군과 대조군 모두 ‘부분적인 식사 보조’가 가장 많았고, ‘화장실 부족’, ‘변기사용 보조’, ‘온/냉찜질’, ‘정서적 지지’ 등의 순이었음 (표 4-3)

〈표 5-3〉 병원별 간병인의 다빈도 행위 및 환자 1인당 간병수행 시간

(단위: 분)

간병행위	시범사업군	대조군
부분적인 식사보조	5.9	1.6
화장실 부축	5.1	0.6
온/냉찜질	4.2	0.2
정서적 지지	4.2	0.0
환자이동시 부축	3.9	0.5
휠체어 이용한 환자 이동	3.9	0.1
체위 변경	3.4	0.4
운동시 단순보조	3.0	1.4
린넨 청결상태 관찰	2.2	0.3
환의 교환	2.2	0.2
기저귀 교환	2.1	0.2
낙상 예방	2.0	1.1
불편감 사정	2.0	0.1
침대 조정	2.0	0.1
섭취량/배설량 측정	1.8	0.3
산책 동반	1.5	0.2
침상 이불 교환	1.5	0.5
환자 설명 및 교육	1.5	0.2
투약	1.3	0.2

자료: 한국보건산업진흥원, 2008

- 환자의 중증도에 따라(1군-4군) 조사했을 경우, 각 군별로, 시범사업군/대조군별로 수행되는 각 간병행위의 시간은 서로 다르나 목록에 있는 대부분의 행위를 수행한다고 답변함(표 4-4)

〈표 5-4〉 환자분류군별 간병인의 다빈도 간병행위 및 환자 1인당 간병행위시간

(단위: 분)

간병행위	시범사업군(군별 평균)	대조군(군별 평균)
기저기 교환	18.6	6.2
휠체어 이동	12.8	4.2
체위 변경	10.1	3.4
전적인 식사보조	7.3	2.8
환자이동시 부축	7.2	1.8
침대 조정	4.9	1.2
경구약 투약	3.7	1.8
세안	3.4	0.4
구강간호	2.9	2.0
억제대 적용	2.8	0.4
화장실 부축	2.2	2.0
전신상태 관찰	2.2	0.4
수면 돕기	2.2	0.2
변기사용 보조	1.9	0.5
환의 교환	1.7	0.0
정서적 지지	1.7	0.4
각종 검사 및 치료 보조	1.4	0.4
낙상 예방	1.4	36.9
휴식 돕기	1.3	0.1

자료: 한국보건산업진흥원, 2008

3) 간병인 인터뷰를 통해 추가 업무내용 파악

- C 대학병원에 근무하는 간병인 2인과 인터뷰를 통해 간병인 교육 내용과 실제 업무내용을 파악하였으나 기존 조사내용과 큰 차이 없었음
- 이론 교육을 통해 환자 수발에 국한된 기술적인 부분 습득
 - 가래 흡입, 침상 만들기, 환자체위변경 등 최소한의 경험이 필요한 부분은 소정의 실습 기간을 통해 습득
 - 실제 업무내용 중에서 기존 조사 자료에 특별히 추가할 행위 없었음

4) 조사된 간병 행위 목록화 및 문제점 파악

□ 이상에서 파악된 모든 간병행위를 다음과 같이 31개 행위로 목록화 (표 4-5)

〈표 5-5〉 조사된 간병행위 목록

번호	개별 간병 행위
1	구강간호
2	세면, 목욕 등의 신체 청결
3	옷 갈아 입히기
4	환자의 각종 불편함 제거
5	환자 말 벗 되어주기
6	식사 및 간식 수발
7	침상에서 자세 바꾸기(간호사 주도로)
8	침상에서 환자 이동(환자 원하여)
9	종교적인 요구 돕기
10	튜브 통해 나온 배설물 처리
11	대, 소변 수발 및 변기 세척
12	침상 정리, 정돈
13	냉온수 주머니로 체온 유지
14	조기 기동, 심호흡, 기침 돕기
15	운동 돕기
16	음식 섭취량, 횟수 측정
17	배설량과 횟수 측정
18	투약 돕기
19	검사물 채집(가래, 소변, 대변)
20	증상과 증후 관찰/간호사에게 보고
21	검사/처치를 위한 환자 이동시 돕거나 동행
22	의료진(의사/간호사) 행위시 돕기
23	유치도뇨관 관찰 및 보고
24	정맥주사 부위 관찰 및 보고
25	마사지
26	변비시 관찰
27	기관절개 분비물제거
28	비위관 영양주입
29	인공배뇨
30	욕창관리
31	단순 소독

- 이 중 1~12번 행위는 환자의 일상생활을 단순히 보조(수발)하는 행위로서 직접적인 간호행위와 구별됨
- 13~24번 행위는 환자 치료와 관련된 행위 중 소극적인 형태의 간호행위라 할 수 있음
- 25~31번 행위는 환자 치료와 관련된 행위 중 적극적인 형태의 간호행위라 할 수 있음

□ 문제점

- 현재 민간 간병인의 업무범위는 매우 넓고 이를 짧은 간병교육시간에 습득하기는 어려워 보임
- 간병인이 수행하고 있다고 보고한 행위 중 정식 자격을 갖춘 전문간호인력이 담당해야 할 것으로 파악되는 행위들이 다수 포함됨
- 환자의 중증도에 따른 차별화된 간병행위 지침이 부재함

나. 간병서비스가 제도화된 국가들의 간병서비스에 대한 정의와 그 업무영역 규정 고찰

1) 영국

- 영국의 간병 인력은 공식적인 자격이 없는 Healthcare assistants가 주로 담당하고 있음
- National Health System (NHS) 취업 웹페이지에 나와 있는 Healthcare assistant의 역할과 업무 내용은 다음과 같음 (<http://www.nhscareers.nhs.uk/details>)
 - washing and dressing (목욕, 몸단장 수발)
 - feeding (식사 수발)
 - helping people to mobilise (이동 수발)
 - toileting (화장실 수발)
 - bed making (침상정리)
 - generally assisting with patients overall comfort (환자편의를 위한 일반

적인 수발)

- monitoring patients conditions by taking temperatures, pulse, respiration's and weight (환자 체온, 맥박, 호흡수, 체중 측정으로 환자 모니터링)

2) 미국

- 미국의 간병 인력은 공식적인 자격이 있는 간호보조원 (nurse aides, nursing assistants, certified nursing assistants 등으로 불림)과 무자격 간호보조원 (unlicensed assistive personnel, orderlies, or hospital attendants등으로 불림)으로 나눌 수 있음
- 미 노동부가 매년 발간하는 직능보고서에는(Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor Occupational Outlook Handbook, 2010-11) 다음과 같이 간병인의 역할과 업무 내용을 기술함(<http://www.bls.gov/oco/>)
 - 의료 인력의 감독하에 환자의 일상생활과 관련된 서비스를 제공
 - 환자에게 식사, 몸단장, 목욕 수발 제공
 - 환자의 도움요청에 응답하고 메세지나 식사 전달, 침상 정돈 서비스 제공
 - 환자의 생체징후 측정
 - 환자 이동시 보조 운동을 돕거나 검사시 동행
 - 의료인력의 환자 진단/치료시 보조
 - 환자의 신체적, 정신적, 정서적 상태를 관찰하고 의료 인력에게 보고
- 미 노동부의 지원을 받아 운영되는 「The Occupational Information Network」 웹페이지에 나와 있는 이들의 역할은 다음과 같음
(<http://online.onetcenter.org/link/summary/31-1012.00>)
 - 환자의 도움요청 응대
 - 욕창방지를 위해 환자체위 변경
 - 환자 상태를 관찰하고 및 음식/수분 섭취나 배설의 횟수와 양을 관찰 후 의료 인력에게 보고

- 자력식사가 불가능한 환자에게 식사수발
- 환자 보행, 운동시 보조
- 침상 정리와 몸단장 수발
- 수술, 처치, 검사 등을 위한 환자 준비
- 휠체어나 스트레처카를 이용해 환자를 이동
- 병실 위생 관리
- 소변, 대변, 가래 등 검사물 수집

3) 독일

- 독일에서의 간병업무는 공식적인 자격이 있는 간호조무사가 수행함. 간병인력 (간호조무사)은 ‘간호법’과 ‘노인간호법’에 (노인)간호조무사는 (노인)간호사의 케어플랜에 따라 간호사의 감독하에 기본간호(수발)업무를 수행하도록 하고있음
- 수행한 업무에 대해서는 ‘사회법전’ 11권(수발보험) 80조에 따른 품질과 품질보장 및 시설내부자체 품질관리의 개발을 위한 원칙과 기준에 기록하도록 규정되어 있음
- 의료기관의 (노인)간호조무사가 제공하는 간병업무는 수발보험에서 지불가능한 간병행위(수발인정 평가 항목)와 유사한 신체관리, 영양섭취, 기동성 등임
 - 신체관리 영역: 씻기(전신, 상체, 하체, 손/얼굴), 샤워하기, 목욕, 구강/치아 관리, 머리빗기, 면도, 배설(소변, 대변, 의복상태 준비, 대소변후 기저귀 교환, 소변 주머니/이동용변기 교환, 대변 주머니 교환)
 - 영양섭취 영역: 먹기에 알맞은 음식 준비/차리기, 영양 섭취(구강영양, 경관 영양 음식물 주입)
 - 기동성 영역: 기상/취침, 이동, 걷기, 서 있기, 계단 오르내리기, 외출과 귀가, 의복 갈아입기(한국보건사회연구원, 2006)

4) 일본

- 일본에서의 간병인력인 간호조수의 역할에 대해 기준간호체계의 요건에는 ‘병동에서 환자간호를 하는 간호사 및 중간간호사를 보조하는 자’로 명시되어있음
- 1994년 개선된 신간호체계에서 ‘간호조수는 간호부장 및 간호직원의 지도/감독하에 기초하여 원칙적으로 요양상의 시중(식사 배선/하선/마무리, 청결, 배설, 입욕 준비/마무리, 이동), 병실 환경정비, 침상 정리 및 침구 교환, 간호용품 및 소모품의 정리/정돈, 그리고 환자 질환상태에 직접적인 관계가 없는 범위의 업무를 수행한다고 명시되어 요양상의 돌봄 행위가 확대됨
- ‘일본간호협회 직능위원회’의 실태조사에 의하면 간호조수가 실제로 수행하고 있는 업무로는 침구교환(90.2%), 배선/하선(88.2%), 반송(80.8%), 환경정비(66.7%), 배설의 시중(56.5%) 등이었음(한국보건사회연구원, 2006)

5) 국내 적용 도출점과 제한점

- 이상 4개국에서 제시하고 있는 간병행위의 범위는 현재 국내에서 이루어지고 있는 간병업무 범위와 큰 차이가 없음
 - 그러나 영국을 제외한 3개 나라에서는 전문 간호 인력이 환자 수발을 포함한 간병행위를 담당하는 것으로 파악됨
- 국내 상황에서는 간병서비스 수요에 부합하는 전문간호인력의 공급이 현실적으로 어려움
 - 따라서 간병행위를 정의하고 업무범위를 규정하기 위해서는 그 행위 주체에 따른 간병 업무 영역의 설정이 필요함

다. 기존 조사를 통한 간병업무 영역 설정 고찰: 2006 한국보건사회연구원 조사 내용

- ‘민간 간병인에게 위임 가능한 간병행위’에 대해 환자의 의식 여부에 따라 조사한 자료를 고찰함 (표 4-6, 표 4-7)

〈표 5-6〉 위임가능 간병행위 설문: 의식 환자

개별 간병 행위	간호사가 해야 함(%)	간병인이 해도 됨(%)
구강간호	21.0	78.3
세면, 목욕 등의 신체 청결	2.2	97.8
옷 갈아 입히기	2.2	97.8
환자의 각종 불편함 제거	48.9	51.1
잠재적 위험으로부터 환자보호	91.3	8.7
식사 및 간식 수발	2.2	97.8
침상에서 자세 바꾸기	15.5	84.5
침상에서 환자 이동	17.3	82.7
종교적인 요구 돕기	28.3	71.7
튜브 통해 나온 배설물 처리	50.0	50.0
대, 소변 수발 및 변기 세척	2.2	97.8
침상 정리, 정돈	4.3	95.7
냉온수 주머니로 체온 유지	63.1	37.0
조기 기동, 심호흡, 기침 돕기	76.1	23.9
운동 돕기	43.4	56.6
음식 섭취량, 횟수 측정	67.7	32.3
배설량과 횟수 측정	67.4	32.6
투약 돕기	75.5	24.5
검사물 채집(가래, 소변, 대변)	68.9	31.1
증상과 증후 관찰/간호사에게 보고	95.5	4.5
검사/처치를 위한 환자 이동시 돕거나 동행	10.9	89.1
관찰 후 간호사에게 보고	37.2	62.8
환자의 호소를 들어주는 일	73.3	26.7

※ 자료원: 한국보건사회연구원, 2006

〈표 5-7〉 위임가능 간병행위 설문: 무의식 환자

개별 간병 행위	간호사가 해야 함(%)	간병인이 해도 됨(%)
구강간호	68.2	31.8
세면, 목욕 등의 신체 청결	15.9	84.1
옷 갈아 입히기	20.9	79.1
환자의 각종 불편함 제거	62.7	37.3
잠재적 위험으로부터 환자보호	93.2	6.8
식사 및 간식 수발	51.2	48.8
침상에서 자세 바꾸기	46.6	53.4

개별 간병 행위	간호사가 해야 함(%)	간병인이 해도 됨(%)
침상에서 환자 이동	40.9	59.1
종교적인 요구 돕기	32.6	67.4
튜브 통해 나온 배설물 처리	53.5	46.5
대, 소변 수발 및 변기 세척	4.7	95.3
침상 정리, 정돈	11.6	88.4
냉온수 주머니로 체온 유지	77.2	22.8
조기 기동, 심호흡, 기침 돕기	85.8	14.2
운동 돕기	63.4	36.6
음식 섭취량, 횟수 측정	81.8	18.2
배설량과 횟수 측정	77.8	22.2
투약 돕기	90.0	10.0
검사물 채집(가래, 소변, 대변)	81.8	18.2
증상과 증후 관찰/간호사에게 보고	97.8	2.2
검사/처치를 위한 환자 이동시 돕거나 동행	31.8	68.2
관찰 후 간호사에게 보고	56.4	43.6
환자의 호소를 들어주는 일	82.5	17.5

자료: 한국보건사회연구원, 2006

□ 도출점과 제한점

- 의식 환자의 경우, 구강간호, 세면 등 개인위생, 옷갈아 입히기, 체위 변경, 대소변 돕기, 침상 정리정돈, 식사수발 등의 업무에 대해서는 간호부서의 70% 이상이 간병인에게 위임해도 된다고 응답함
- 그러나 증상과 징후관찰, 약물용 확인, 조기기동 및 심호흡 돕기 등은 간호부서의 70% 이상이 간호사가 수행해야 한다고 응답함
- 무의식환자에 대해서는 조사항목 중 의식 환자보다 간호사가 해야 한다고 응답한 비율이 전반적으로 높았음
- 따라서 환자의 신체 상태와 이에 따른 간호기술의 난이도를 반영하여 간호/간병 영역 설정이 필요함
- 본 설문조사의 결과를 현재의 병원상황에 적용시키기 위해서는 간호 인력의 대규모 충원이 필요한 것으로 보임

3. 간병서비스가 필요한 환자의 의학적 상태 규명

가. 환자의 일상 활동 상태를 평가하는 도구 수집

□ 급성기 병원에서 사용되고 있는 입원환자사정 간호기록지

— A병원 입원환자 간호정보 조사지 (그림 4-1)

[그림 5-1] A병원 간호정보 조사지 중 환자활동상태 부분

활동상태	<input checked="" type="checkbox"/> 스스로 능동적 운동 가능
	<input type="checkbox"/> 부분적인 도움이나 보조기구 이용
	<input type="checkbox"/> 침상 내에서 부분적인 도움으로 수동적 운동
	<input type="checkbox"/> 부동상태에서 전적의존의 수동적 운동 혹은 체위변경

[그림 5-2] B병원 간호정보 조사지 중 환자활동상태 부분

전반적상태	
기 형	<input checked="" type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 (부위) <input type="text"/>
통 증	<input type="checkbox"/> 없음 <input checked="" type="checkbox"/> 있음 (부위) 머리 뒷쪽
	<input checked="" type="checkbox"/> 둔함 <input type="checkbox"/> 쑤심 <input type="checkbox"/> 퍼짐 <input type="checkbox"/> 예리함 <input type="checkbox"/> 찌르는듯함 <input type="checkbox"/>
	도구 NRS 강도 4 기간 간헐적 빈도 간헐
식 욕	<input checked="" type="checkbox"/> 좋음 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 나쁨
체 중변화	<input checked="" type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음
수면상태	수면시간 6 /일 장애 <input type="checkbox"/> 유 <input checked="" type="checkbox"/> 무 돕는법
대 변	<input checked="" type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 비정상 횟수 회 / 일 색깔
	<input type="checkbox"/> 설사 <input type="checkbox"/> 변비 <input type="checkbox"/> 동통 <input type="checkbox"/> 기타
소 변	<input checked="" type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 비정상 횟수 회 / 일 양 색깔 냄새
	<input type="checkbox"/> 빈뇨 <input type="checkbox"/> 頻뇨 <input type="checkbox"/> 혈뇨 <input type="checkbox"/> 긴급뇨의 <input type="checkbox"/> 실금 <input type="checkbox"/> 작열감 <input type="checkbox"/> 배뇨곤란
활동상태	<input checked="" type="checkbox"/> 자유로움 <input type="checkbox"/> 자유롭지 못함

— 입원환자 간호기록지는 환자의 활동상태 구분 척도가 2-4개에 불과해 환자의 다양한 상태를 파악하는데 부적합하고 주관적인 판정을 내릴 가능성이 커보임

□ 노인장기요양등급 판정 시 사용되는 분류법

- 장기요양인정점수는 노인장기요양보험법 시행규칙에 따라 작성된 다음의 「영역별 심신 상태를 나타내는 52개 항목」에 대한 조사결과를 기초로 하여 산정함(표 5-8)

〈표 5-8〉 영역별 심신상태를 나타내는 52개 항목

영역	항목		
신체기능 (기본적 일상생활기능) (12항목)	· 옷 벗고 입기 · 세수하기 · 양치질하기 · 목욕하기	· 식사하기 · 체위변경하기 · 일어나 앉기 · 옮겨 앉기	· 방 밖으로 나오기 · 화장실 사용하기 · 대변 조절하기 · 소변 조절하기
인지기능 (7항목)	· 단기 기억장애 · 날짜불인지 · 장소불인지 · 나이 · 생년월일 불인지	· 지시불인지 · 상황 판단력 감퇴 · 의사소통 · 전달 장애	
행동변화 (14항목)	· 망상 · 환각, 환청 · 슬픈 상태, 울기도 함 · 불규칙수면, 주야혼돈 · 도움에 저항	· 서성거림, 안절부절못함 · 길을 잃음 · 폭언, 위협행동 · 밖으로 나가려함 · 물건 망가트리기	· 의미없거나 부적절한 행동 · 돈 · 물건 감추기 · 부적절한 옷입기 · 대소변불결행위
간호처치 (9항목)	· 기관지 절개관 간호 · 흡인 · 산소요법	· 욕창간호 · 경관 영양 · 압성통증간호	· 도뇨관리 · 장루간호 · 투석간호
재활 (10항목)	운동장애(4항목)		관절제한(6항목)
	· 우측상지 · 우측하지 · 좌측상지 · 좌측하지	· 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목 및 수지관절, 고관절, 무릎관절, 발목관절	

자료: 국민건강보험공단, 2010

- 심신상태에 대한 조사결과서를 기초로 다음의 「영역별 조사항목 점수표」에서 조사항목의 판단기준에 따라 각 영역별 해당 항목 점수의 합을 산출하여 장기요양등급을 판정함(표 4-8)

〈표 5-9〉 영역별 조사항목 점수표

영역	영역별 조사항목의 판단기준		점수
신체기능(기본적 일상생활기능) 영역	기능자립정도	완전자립	1
		부분도움	2
		완전도움	3
인지기능 영역	증상여부	예	1
		아니오	0
행동변화 영역	증상여부	예	1
		아니오	0
간호처치 영역	증상유무	있다	1
		없다	0

영역	영역별 조사항목의 판단기준		점수
재활 영역	운동장애정도	운동장애없음	1
		불완전운동장애	2
		완전운동장애	3
	관절제한정도	제한없음	1
		한쪽관절제한	2
		양관절제한	3

주: 각 항목별로 완전자립 1, 부분도움 2, 완전도움 3 으로 분류
자료: 국민건강보험공단, 2010

- 장기요양점수 체계는 환자의 활동상태 이외에도 인지, 행동, 간호, 재활 등의 영역을 다루어 본 연구의 취지에 불필요한 부분이 있으나, 신체기능(기본적 일상생활기능) 영역의 12개 세부항목은 일상생활을 평가하는데 있어 필수적 내용으로 판단됨
- 신체기능 영역의 12개 항목에 대해 완전자립(1)/부분도움(2)/완전도움(3)으로 분류를 하면 어떤 도움도 필요치 않은 사람은 12점, 모든 항목에 완전한 도움이 필요한 사람은 36점으로 평가 할 수 있음

나. 기존 조사에서 사용한 분류법

□ 2006년 한국보건사회연구원 연구에서 다음의 세 가지 기준으로 간병을 받고 있는 환자를 분류하였음(표 4-10)

- 질환별로 분류: 뇌혈관질환/폐질환/근골격계질환/암/소화기계질환/기타
- 중증도로 분류: 1군-4군
- 일상생활 활동상태로 분류: 무의식 상태/의식이 있으나 보조인 및 보조기구 도움으로도 활동 불가능함/보조인 및 기구 도움으로 활동 가능함/활동 가능하나 일상생활에 약간 불편함/일상생활에 전혀 불편 없음

〈표 5-10〉 조사대상 간병환자 분류

분류 기준	구분
환자 질환별	뇌혈관 질환
	폐 질환
	근골격계 질환
	암
	소화기계 질환
	기타(치매 등)
환자 중증도별 ¹⁾	1군
	2군
	3군
	4군
환자 의식 및 일상생활 활동상태별	무의식 상태
	의식이 있으나 보조인 및 보조기구 도움으로도 활동 불가능함
	보조인 및 기구 도움으로 활동 가능함
	활동가능하나 일상생활에 약간 불편함
	일상생활에 전혀 불편없음

주 1) 위생관리, 영양, 배설, 운동/활동, 교육/자문, 정서적 지지, 의사소통/의식상태, 치료/검사, 투약, 측정/관찰, 환자관리를 위한 부서간 조정, 전동관리 등 12항목에 대해 경중에서 중증상태에 따라 1~4점 점수를 부여하여 총점에 따라 I군(12~17), II군(18~29), III군(30~41), IV군(42~48)로 분류하며 IV군으로 갈수록 중증도가 높음

자료: 한국보건사회연구원, 2006

- 질환별 분류는 환자의 활동 상태 평가에 부적합함
- 중증도별 분류는 활동상태 외에 여러 항목을 다루고 있어 불필요한 부분이 있으나 현재 각급병원에서 널리 쓰이고 있는 분류체계라는 점에서 가치가 있음
- 환자 의식 및 일상생활 활동상태별 분류는 분류의 기준이 본 연구취지와 부합하나 구분 영역이 5개에 불과하고 조사결과 상 대부분의 환자가 특정 영역에 포함되어 분류의 의미가 없어짐

□ 2008년 보건산업진흥원의 실태조사에서는 위 표의 환자 중증도에 따라 분류하였음 (4개 항목만 제시)(표 4-11)

〈표 5-11〉 환자 중증도에 따른 분류표

항목	중증도	내용
위생 관리	1군	스스로 위생관리 가능
	2군	부분적 도움으로 침상 외에서 가능
	3군	부분적 도움을 받아 침상에서 가능
	4군	전적인 위생간호
영양	1군	스스로 식사가능
	2군	식사 준비 등 부분적 도움
	3군	완전도움으로 spoon feeding
	4군	계속적인 관찰을 요하면서 tube feeding
배설	1군	스스로 배뇨, 배변 가능
	2군	일시적 도움으로 배뇨, 배변 가능
	3군	장기적인 도움으로 배뇨, 배변 가능
	4군	전적인 도움
운동 및 활동	1군	스스로 능동적 운동 가능
	2군	부분적 도움이나 보조기구 이용
	3군	침상 내에서 부분적 도움으로 수동적 운동
	4군	부동상태에서 전적의존의 수동적 운동

자료: 한국보건산업진흥원, 2008

- 총 12개의 항목 즉, 위생관리, 영양, 배설, 운동/활동, 교육/자문, 정서적 지지, 의사소통/의식상태, 치료/검사, 투약, 측정/관찰, 환자관리를 위한 부서간 조정, 전동관리 중 환자의 간병 필요도와 관련된 항목은 위생관리, 영양, 배설, 운동 및 활동 등의 4개 항목으로 판단됨

□ 2008년 동일 연구에서 환자의 일상생활 수행 능력을 총 7개 항목에서 다음과 같이 평가하였음(표 4-12)

〈표 5-12〉 대상자 일상생활 수행능력(ADL) 수준

항목	구분
웃입기	독립적
	부분 도움 필요
	완전 의존
개인 위생	독립적
	부분 도움 필요
	완전 의존
샤워하기	독립적
	부분 도움 필요
	완전 의존

항목	구분
식사하기	독립적
	부분 도움 필요
	완전 의존
이동하기	독립적
	부분 도움 필요
	완전 의존
화장실 사용	독립적
	부분 도움 필요
	완전 의존
대소변 조절	독립적
	부분 도움 필요
	완전 의존

자료: 한국보건산업진흥원, 2008

- 이 체계는 장기요양점수체계를 축소시켜 환자의 일상생활가능 정도만을 평가한 분류로서 평가 항목의 개수가 적절하며 분류 방식도 복잡하지 않다는 점에서 환자의 간병 필요도를 파악하는데 있어 적합한 도구로 판단됨

다. 급성기 병원에서 말기환자 평가시 사용되는 도구

□ The Karnofsky Performance Scale

- 이 체계는 환자의 일상생활 가능정도를 측정하는 도구로서 외국에서는 장애 정도를 평가하는데 사용되지만 국내에서는 주로 말기환자의 활동 상태를 평가하는데 쓰임(그림 4-3)(표 4-13)

[그림 5-3] Karnofsky Performance Scale

Description	Percent (%)
Normal; no complaints; no evidence of disease	100
Able to carry on normal activity; minor signs and symptoms of disease	90
Normal activity with effort; some signs and symptoms of disease	80
Cares for self; unable to carry on normal activity or do work	70
Requires occasional assistance, but is able to care for most personal needs	60
Requires considerable assistance and frequent medical care	50
Disabled; requires special care and assistance	40
Severely disabled; hospitalization indicated although death not imminent	30
Very sick; hospitalization necessary; requires active support treatment	20
Moribund; fatal processes progressing rapidly	10
Dead	0

〈표 5-13〉 Karnofsky Performance Scale

정의	%	기준
정상적인 활동과 일 수행가능; 특별한 치료나 도움이 필요없음	100	정상; 불평이 없고 증상이 없음
	90	정상 활동 가능; 경미한 증상
	80	노력하면 정상 생활 가능; 약간의 증상
일 수행 불가능; 집에서 생활은 가능하나 다른 사람의 도움이 필요; 많은 다양한 보조 필요	70	자가 치료 가능; 정상 생활이나 활동은 불가능
	50	적당한 보조와 자주 의료적 도움 필요
자가 치료 불가능; 병원이나 기관의 장비 필요; 질병이 빠르게 진행	40	무력; 특수한 치료와 보조 필요
	30	심한 무력; 임종 순간이 아니라도 입원치료 필요
	20	심하게 아픔; 입원 치료 필요; 적극적인 지지 요법 필요
	10	빈사 상태; 빠른 임종 과정 진행
	0	죽음

□ ECOG(Eastern Cooperative Oncology Group) scale performance status

- ECOG 체계는 어떤 질병이 환자의 일상생활수행능력에 얼마나 영향을 미치는지를 파악하는 도구로서 국내에서는 Karnofsky Performance Scale 과 같이 말기환자의 활동 상태를 평가하는데 주로 쓰임(표 4-14)

〈표 5-14〉 ECOG scale performance status

Grade	ECOG
0	Fully active, able to carry on all pre-disease performance without restriction
1	Restricted in physically strenuous activity but ambulatory and able to carry out work of a light or sedentary nature, e.g., light house work, office work
2	Ambulatory and capable of all self-care but unable to carry out any work activities. Up and about more than 50% of waking hours
3	Capable of only limited self-care, confined to bed or chair more than 50% of waking hours
4	Completely disabled. Cannot carry on any self-care. Totally confined to bed or chair
5	Dead

□ 한국형 일상생활활동 측정도구(K-ADL)

- 한국형 일상생활활동 측정도구는 장애요양등급판정 체계 중 신체기능의 12개 항목을 설문지화 한 것임
- 환자의 활동 상태를 의료인의 의학적 판단에 근거해야 하므로 본 연구 취지와 맞지 않음

라. 도구 선정에 있어 고려할 점

- 환자를 평가하는 여러 항목 중 일상생활활동(ADL) 으로 환자 평가 및 분류가 필요함
- 현실적인 문제를 감안한 기준 설정이 필요함
 - 간병서비스 이용 사유의 대부분이 가족들의 지나친 간병 부담임을 고려해야 함
 - 지나치게 엄격하게 간병서비스 수급 기준을 설정하면 간병서비스의 가족부담 완화 기능을 상실할 수 있음
- 평가의 용이성을 위해 평가 필수 요소를 최대한 포함하면서 복잡하지 않은 체계가 필요함
- 평가의 객관성을 위해 명확한 용어 사용이 필요함
- 실제 평가자의 의견을 반영한 도구 설정이 필요함
- 타당도와 신뢰도가 검증된 도구 설정이 필요함.

4. 간호 전문가 자문

□ 간호사 자문을 통해 다음의 의견 청취함

- 간병업무 영역 설정에 관하여 현재 간병인의 모든 행위는 실제로 간호행위라는 의견 제시함
- 환자의 상태 평가 도구에 관하여 환자의 중증도 분류체계(I-IV군)가 현재 각 급병원에서 널리 쓰이고 있고 실제로 매일 활용된다는 점에서 평가 도구로서 가장 적합하다는 의견 제시함
- 현실적으로 간호인력의 충원이 어렵다면 의료인의 감독하에 제한된 범위에서 민간 간병인의 행위를 인정하자는 의견 제시함

5. 결론 및 정책 제언

가. 간호영역과 간병 영역의 구분

□ 간호업무와 간병업무의 스펙트럼을 다음과 같이 간병적 수발영역/간병적 간호영역/전문 간호영역의 세 영역으로 구분하였고 각 영역의 정의는 다음과 같음

간병적 수발영역	간병적 간호영역	전문 간호영역
----------	----------	---------

- 간병적 수발영역은 일반적인 의미의 간병행위로서 환자의 기본일상생활을 ‘수발’하는 수준의 행위이며 가정에서의 수발과 구분하기 위해 ‘간병적 수발’로 표현하였음. 본 영역은 환자의 의학적 상태나 의료진의 치료행위에 직접적으로 영향을 미치지 않고 행위의 난이도와 위험도가 높지 않아 훈련된 민간 간병인이 충분히 담당 할 수 있는 업무로서 환자의 위생, 배설, 식사, 이동 등의 기본적인 일상생활을 수발하는 행위임
- 간병적 간호영역은 환자의 치료나 의학적 상태에 영향을 줄 수 있고 간병적 수발행위보다 행위의 난이도와 위험도가 높아 원칙적으로는 전문간호인력이 담당해야 하는 업무이나, 수요에 부합한 간호인력의 부족 문제를 감안하고 현

재의 간병인력을 활용하기 위해 한시적으로 간호인력의 지시와 감독하에 훈련된 민간 간병인들에게 위임 가능한 업무로 규정함. 본 영역에 포함 가능한 행위로는 기관지 절개 부위 가래 뽑기, 인공 배뇨, 투약 보조, 마사지, 위관 영양주입, 정맥 주사부위 관찰, 생체 징후 관찰 등이 있음

- 전문 간호영역은 행위의 난이도가 높고 행위의 결과가 환자의 의학적 상태에 직접적으로 영향을 미치며, 환자의 상태가 중한 이유 등으로 인해 반드시 전문 간호인력(간호사, 간호조무사)이 수행해야 하는 업무로서 어떠한 상황에서도 민간 간병인력에게 위임이 불가능한 행위임. 산소요법, 정맥주사, 근육주사, 항암제 투입 등이 포함됨.
- 본 구분방식의 특징은 다음과 같음
 - 영역의 구분은 1) 행위내용과 2) 행위주체의 두 기준을 바탕으로 이루어졌음
 - － 기본적인 영역구분은 행위의 내용별로 이루어지나 환자의 상태나 업무 수행 환경에 따라 같은 행위라 하더라도 행위의 주체가 변경될 필요를 감안하여 행위의 주체에 따라서도 영역의 구분을 달리 적용하기 위함임
 - － 예: 의식환자의 구강청결보조는 민간간병인이 할 수 있는 간병적 수발행위로 분류할 수 있지만 무의식 환자에서의 구강청결보조는 전문간호인력이 감당해야 하므로 간병적 간호행위나 전문 간호행위로 분류됨
 - － 따라서 본 스펙트럼의 구분은 고정된 것이 아니라 탄력적으로 적용이 되고 각 영역의 정의에는 행위의 내용과 주체에 대한 개념이 모두 포함되어 있음
 - 간호/간병 영역의 스펙트럼을 양분하여 구분하지 않고 완충적 성격을 가진 ‘간병적 간호행위’ 영역을 설정하였음
 - － 이는 전문 간호인력의 부족상황을 극복하고 현재의 민간 간병인력을 충분히 활용하기 위하여 전략적으로 설정한 ‘완충 효과 영역’으로서 본 구분의 핵심 영역이라 할 수 있음
 - － 즉, 현실적 문제를 고려하여 설정한 한시적 성격의 영역임

나. 간병서비스 대상 평가 도구 선정

□ 간병서비스 수급대상을 선정하기 위해 여러 후보 도구들을 고찰한 결과, 다음의 이유로 「환자 중증도 분류체계(I-IV)」를 선정하였음

- 환자 중증도 분류체계는 미국에서 개발되었다가 최근 국내 연구진들(조용애, 2005)에 의해 국내 실정에 맞게 수정/보완되었고, 이어 신뢰도와 타당도 연구가 진행된(김은혜, 2007; 유정숙, 2009) 도구로서 본 도구의 질은 검증이 된 상태임

- 환자의 일상생활 측정에 필수적인 항목이 대부분 포함되어 있다는 점에서 본 도구 선정 취지에 부합함

- 총 12개 항목으로 위생관리, 영양, 배설, 운동/활동, 교육/자문, 정서적 지지, 의사소통/의식상태, 치료/검사, 투약, 측정/관찰, 환자관리를 위한 부서 간 조정, 전동관리 임

- 이 중 본 취지에 부합하는 항목은 위생관리, 영양, 배설, 운동/활동 등임

- 현재 병원협회 의료기관 평가항목 중 ‘입원환자 진료 충실성’ 항목에서 본 도구를 포함한 의무기록의 평가가 이루어져 국내 대부분의 병원에서 본 도구를 사용하는 것으로 판단되어 새로운 도구의 개발과 보급에 따른 비용을 절감할 수 있을 것으로 사료됨(대한병원협회, 2006)

- 또한 각 환자별로 담당 간호사가 매일 작성하고 있어 본 업무만을 위한 추가 노동이 필요 없고 환자 상태 변화를 일별로 반영할 수 있다는 장점이 있음 (간호 전문가 자문 내용 중)

- 결론적으로 도구의 질이 검증이 되었고 평가항목이 적절하며 간병서비스 필요도를 측정하는 인력인 간호사들에게 있어 본 도구가 매우 익숙하다는 점에서 본 도구의 선정은 합당함

□ 구체적인 평가방식은 다음과 같음

- 12개 항목 중 환자의 일상생활과 관련 있는 위생관리, 영양, 배설, 운동 및 활동 등의 4개 항목으로 환자의 일상생활 가능상태를 평가함(표 4-15)

〈표 5-15〉 간병서비스 수급 대상 선정을 위한 환자 중증도 분류표

위생관리	1군	스스로 위생관리 가능
	2군	부분적 도움으로 침상 외에서 가능
	3군	부분적 도움을 받아 침상에서 가능
	4군	전적인 위생간호
영양	1군	스스로 식사가능
	2군	식사 준비 등 부분적 도움
	3군	완전도움으로 spoon feeding
	4군	계속적인 관찰을 요하면서 tube feeding
배설	1군	스스로 배뇨, 배변 가능
	2군	일시적 도움으로 배뇨, 배변 가능
	3군	장기적인 도움으로 배뇨, 유치도뇨
	4군	전적인 도움
운동 및 활동	1군	스스로 능동적 운동가능
	2군	부분적 도움이나 보조기구 이용
	3군	침상내에서 부분적 도움으로 수동적 운동
	4군	부동상태에서 전적의존의 수동적 운동 체위변경

주: I군-1점, II군-2점, III군-3점, IV군-4점으로 하여 4개 영역 점수를 합산, 최저 4점, 최고 16점 체계임.

- 환자의 최종 분류는 4개 항목 점수를 합산하여 아래와 같이 I-IV군으로 이루어지게 함

중증도	점수
I	4
II	5-8
III	9-12
IV	13-16

다. 환자중증도별 간병서비스 행위분류(최종 결론 제시)

- 최종적으로 ‘가’의 「간병/간호 영역 구분 도구」와 ‘나」의 「환자 일상생활 가능상태 평가도구」를 통합한 체계가 필요하여 <표 4-5>의 31개 각 행위별로 환자의 분류에 따라 간병/간호 영역을 분류하였음(표 4-16)

〈표 5-16〉 환자중증도별 간병서비스 행위분류

개별 간병 행위/ 중증도	환자분류군				무의식
	I	II	III	IV	
구강간호	0+	1++	2+++	3++++	3
세면, 목욕 등의 신체 청결	0	1	2	2	2
옷 갈아 입히기	0	1	2	2	2
환자의 각종 불편함 제거	0	1	2	2	3
환자 말 벗 도와주기	1	1	1	1	미해당
식사 및 간식 수발	0	1	2	2	미해당
침상에서 자세 바꾸기(간호사 주도로)	0	1	2	3	3
침상에서 환자 이동(환자 원하여)	0	1	2	3	미해당
조기 기동, 심호흡, 기침 돕기	1	2	3	3	미해당
운동 돕기	0	1	2	2	미해당
대, 소변 수발 및 변기 세척	0	1	1	1	2
튜브 통해 나온 배설물 처리	1	1	1	1	1
냉온수 주머니로 체온 유지	1	2	2	2	3
침상 정리, 정돈	1	1	1	1	1
종교적인 요구 돕기	1	1	1	1	미해당
음식 섭취량, 횟수 측정	1	2	2	2	2
배설량과 횟수 측정	1	2	2	2	2
투약 돕기	0	2	3	3	3
검사물 채집(가래, 소변, 대변)	1	2	2	2	3
증상과 증후 관찰	2	3	3	3	3
검사/처치를 위한 환자 이동시 돕거나 동행	0	1	2	2	3
의료진(의사/간호사) 행위시 돕기	0	1	1	1	1
근육 마사지	1	2	2	3	3
정맥주사 부위 관찰 및 보고	2	2	2	2	2
유치도뇨관 관찰 및 보고	2	2	2	2	2
변비시 관찰	3	3	3	3	3
기관절개 분비물제거	3	3	3	3	3
비위관 영양주입	3	3	3	3	3
인공배뇨	3	3	3	3	3
욕창방지	1	2	2	2	3
단순소독	2	3	3	3	3

+ 간병서비스가 필요없는 상태

++ 간병적 수발영역

+++ 간병적 간호영역

++++ 전문 간호영역

□ 본 분류체계의 특징은 다음과 같음

- 간병서비스 수급 기준을 ‘대상/비대상’으로 일괄적으로 구분 하지 않고 각 행위와 환자상태별로 분류하여 각 행위와 환자 상태의 특수성과 다양성을 충분히 감안하였음

- 같은 환자군내에서도 행위에 따라 간병서비스가 필요 없는 경우부터 반드시 간호사가 해야 할 경우로 다양하게 설정함
- 또한 환자가 중증도, 무의식 상태일수록 전문간호인력의 행위가 필요하므로 동일한 행위여도 환자의 상태에 따라 요구되는 행위의 주체를 달리 적용함
- 환자의 중증도 분류에 무의식 상태를 추가함
 - 무의식 상태는 흡인성 폐렴 등의 위험이 있고 완전히 협조가 불가능하다는 점에서 IV군과는 또 다른 상태임
- 결과적으로 1(간병적 수발영역), 2(간병적 간호영역) 모두 간병인들이 담당 해야 할 업무로 구성되는데 이는 한시적으로 운영하고 장기적으로 2(간병적 간호영역)는 전문 간호영역으로 통합되어야 함
- 본 분류표 작성은 자문위원으로 참여했던 간호 전문가 2인에게 동일한 표를 작성 의뢰하여 참고한 것임

라. 정리 및 제언

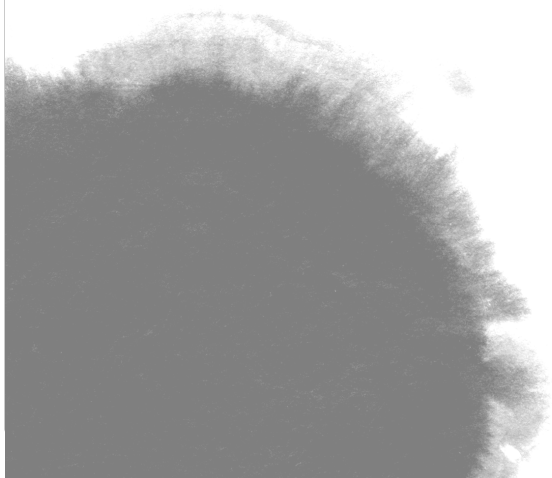
1) 단기적 관점

- 본 최종 결론과 제언은 기본적으로 현재의 민간 간병 인력을 향후 제도화된 간병 서비스 체계에서도 활용한다는 가정 하에 이루어진 것임
- 간병적 수발영역은 전문간호인력의 감독하에 현재의 민간 간병인력을 공식화하여 담당하게 함
- 궁극적으로는 전문간호인력이 담당해야 할 간병적 간호영역은 현재 각급 의료기관에서 수요 부합한 간호 인력의 충원이 현실적으로 어려운 점을 고려하여 한시적으로 공식적인 교육 과정을 이수한 민간 간병인력이 담당하게 함
- 따라서 한층 강화되고 질 관리가 가능한 공식적인 간병인 자격 체계를 구축해야 함
- 환자의 일상생활 활동상태 평가는 전문 간호인력이 담당하게 함

2) 중·장기적 관점

- 간호행위 수가 확대 및 간호관리료 상향조정 등을 통해 간호인력활용을 개선 시켜야 함
- 충분한 간호인력이 확보되면 ‘간병적 간호영역은’ 간호인력이 담당하는 ‘전문 간호영역’으로 편입시킴
- 즉, 간병업무와 간호업무로 양분하는 것이 바람직하고 이를 위해서는 간호행위와 간병행위의 표준화가 선행되어야 함
- 간병서비스 수급 대상 선정을 위한 더욱 발전된 도구가 개발되어야 함
- 공식적인 전문 간병인력 양성 체계를 구축하고 서비스 모니터링과 보수교육 등을 통해 장기적인 간병인력의 질 관리가 필요함
- 궁극적으로 간병적 수발업무와 비슷한 내용의 서비스를 제공하는 노인요양보험 제도와 통합이 고려되어야 함

06

간병서비스 제도화 방안

제6장 간병서비스 제도화 방안

제1 절 간병서비스 제도화 관련 쟁점 분석

- 2009년 보건복지부에서 간병서비스 제도화 가능성에 대해 언급한 이후 논의가 촉발되고 있음.
- 제도화 관련하여 주요 쟁점으로 떠오르고 있는 사안들은 다음과 같음.
 - 간병서비스 제공 대상
 - 간병서비스 업무 범위
 - 간병인 자격 :
 - － 교육, 고용, 노동 조건 포함
 - 간병서비스 전달체계
 - 간병서비스 관련 적정 수가
 - － 중증도별 차별화 가능 여부
 - － 공동간병의 경우 적정 인원 및 개인간병 허용 여부
 - － 간호등급별 차등화 적용 여부
 - － 현재 간호관리료에 포함된 행위

1. 간병서비스 대상

- 앞 장에서 제시된 환자중증도별 간병서비스 행위 분류에 의거하여 간병서비스가 제도화될 경우 중증도별 간병대상을 선정하기는 어려움. 그러나 현재 일선에서 중

증도별 구분이 사용되고 있음으로 실무적인 차원에서 다음과 같이 분류함.

- 무의식환자와 환자 분류군 IV에 해당하는 환자를 제외한 모든 환자는 간병서비스 대상이 됨.
- 무의식환자와 환자 분류군 IV(위독한 환자)에 해당하는 환자의 경우 배설물 처리, 침상 정리 등 일부 행위는 간병인의 도움이 필요하나 환자의 중증도를 반영하여 모든 행위를 전문간호사가 하는 것으로 분류함.
- 환자 분류군 III(중한 환자)에 해당하는 환자의 경우도 중장기적으로 전문간호사가 담당하는 것이 타당하나 현실을 반영하여 전문간호사가 충분히 공급될 수 있는 체계가 갖춰질 때까지 간병인 서비스 대상으로 포함.

〈표 6-1〉 환자중증도별 간병서비스 행위분류

개별 간병 행위/ 중증도	환자분류군				무의식
	I	II	III	IV	
구강간호	0+	1++	2+++	3++++	3
세면, 목욕 등의 신체 청결	0	1	2	2	2
옷 갈아 입히기	0	1	2	2	2
환자의 각종 불편함 제거	0	1	2	2	3
환자 말 벗 되어주기	1	1	1	1	미해당
식사 및 간식 수발	0	1	2	2	미해당
침상에서 자세 바꾸기(간호사 주도로)	0	1	2	3	3
침상에서 환자 이동(환자 원하여)	0	1	2	3	미해당
조기 기동, 심호흡, 기침 돕기	1	2	3	3	미해당
운동 돕기	0	1	2	2	미해당
대, 소변 수발 및 변기 세척	0	1	1	1	2
튜브 통해 나온 배설물 처리	1	1	1	1	1
냉온수 주머니로 체온 유지	1	2	2	2	3
침상 정리, 정돈	1	1	1	1	1
종교적인 요구 돕기	1	1	1	1	미해당
음식 섭취량, 횟수 측정	1	2	2	2	2
배설량과 횟수 측정	1	2	2	2	2
투약 돕기	0	2	3	3	3
검사물 채집(가래, 소변, 대변)	1	2	2	2	3
증상과 증후 관찰	2	3	3	3	3
검사/처치를 위한 환자 이동시 돕거나 동행	0	1	2	2	3
의료진(의사/간호사) 행위시 돕기	0	1	1	1	1
근육 마사지	1	2	2	3	3
정맥주사 부위 관찰 및 보고	2	2	2	2	2
유치도뇨관 관찰 및 보고	2	2	2	2	2
변비시 관찰	3	3	3	3	3

개별 간병 행위/ 중증도	환자분류군				무의식
	I	II	III	IV	
기관절개 분비물제거	3	3	3	3	3
비위관 영양주입	3	3	3	3	3
인공배뇨	3	3	3	3	3
욕창방지	1	2	2	2	3
단순소독	2	3	3	3	3

+ 간병서비스가 필요없는 상태

++ 간병적 수발영역

+++ 간병적 간호영역

++++ 전문 간호영역

2. 간병서비스 업무 범위

□ 환자중증도별 간병서비스 31개 행위 중 모든 중증도군에서 간병적 간호영역(2) 이상에 해당하는 행위는 간병서비스 업무 범위에서 제외함.

- 정맥주사 부위 관찰 및 보고, 변비시 관장, 기관절개 분비물 제거, 비위관 영양 주입, 인공 배뇨, 단순소독, 증상 및 증후 관찰행위는 전문간호행위로 분류하여 간병인 업무 범위에서 제외
- 제외된 행위들이 전문간호사만이 할 수 있는 영역으로 재분류될 경우 현행 간호관리료에 대한 상대가치 재조정 필요

3. 간병인 자격 관련

가. 자격 기준

- 간병인 역할을 하기 위한 최소한의 교육 및 자격 기준 필요
- 장기요양보험에서 요양보호사에 대한 기준
 - 장기요양보험에서 요양보호사는 240시간의 교육양성 과정을 갖추고 있음.
 - 현재 요양보호사는 전국에 96만 명이 양성되어 있으며, 그 중에서 20만 명 정도가 요양보호사로서 활동 중.²²⁾
 - 요양보호사 자격(1급)은 240시간의 교육 이수 이후 국가고시 자격시험을 통

22) 현정희. 간병서비스 건강보험 제도화에 대한 토론회. 정책토론회 자료집 - 간병서비스 건강보험 제도화 어떻게 할 것인가. 2010.1.19. / 최경숙. 간병서비스 인력방안 및 훈련방안. 2010.11.11.

파한 사람에게 주어지며(2010년 4월 26일부터 시행), 현재 간병인의 대다수는 요양보호사 1급 자격증을 소지하고 있는 것으로 파악되고 있고, 요양보호질 향상을 위한 요양보호사 보수교육이 2011년부터 시행될 예정임.²³⁾

□ 현재의 요양보호사 업무가 노인요양보호서비스, 가사 및 일상생활지원 서비스, 의사소통 및 여가지원 재가서비스 등을 중심으로 이루어져 있기 때문에, 병원에 있는 일반적인 급만성 입원환자를 대상으로 해서는 내용과 성격이 다소 차이가 있음.

○ 따라서 요양보호사 자격취득자 중 병원간병을 위한 별도의 교육 이수자가 간병업무를 수행하는 것이 적절할 것으로 생각되며, 이는 현재의 요양보호사 교육기관을 대상으로 병원간병을 위한 별도의 표준교육과정을 도입·운영하도록 하면서 개선해 나갈 수 있음.²⁴⁾²⁵⁾

□ 병원 간병서비스를 위한 간병인 자격 관련 교육훈련 내용은 아래와 같이 제안함.

□ 교육·훈련 시간과 내용: 교양, 직무를 위한 요구 적정성, 적절성, 적합성, 이론 및 실습 수준

○ 환자의 일상생활수행(ADL)과 도구적 일상활동수행(IADL)을 도와서 자립적으로 생활할 수 있도록 하는 간병수발(personal physical care), 안전한 환경 관리, 심리적 안위돕기 등

○ 의료기관에서 의료인의 지시·감독이 필요한 간병서비스 : 급성기 환자의 특성

23) 요양보호사 1급 교육 (출처 : 한국요양보호사교육기관연합회)

A. 교육시간

- 신규자 : 240시간 (이론강의 80, 실기실습 80, 현장실습 80 시간)
- 경력자 : 기타 경력자 160시간 (이론강의 80, 실기실습 40, 현장실습 40시간)
 : 요양 또는 재가시설 경력자 140시간 (이론강의 80, 실기실습 40, 현장실습 20시간)
 : 요양 및 재가시설 경력자 120시간 (이론강의 80, 실기실습 40, 현장실습 0시간)

B. 교육내용

○ 이론/실기

- 요양보호개론 : 요양보호관련 제도및서비스, 요양보호사의 직업윤리와 자세, 요양보호대상자 이해
- 요양보호관련 기초지식 : 의학, 간호학적 기초지식
- 요양보호학론 : 기본요양보호기술(섭취요양보호, 배설요양보호, 개인위생 및 환경요양보호, 체위변경과 이동요양보호, 안전 및 감염관련 요양보호, 임종요양보호), 가사 및 일상생활지원, 의사소통 및 여가지원, 서비스 이용지원, 요양보호 업무기록 및 보고

○ 실습

- 노인요양시설 실습
- 재가요양서비스 실습

24) 박진석. 환자단체 입장에서의 보호자 없는 병원 시범사업이 나아갈 방향: 정책토론회 자료집 - 간병서비스 건강보험 제도화 어떻게 할 것인가. 2010.1.19.

25) 이주호 ‘보호자 없는 병원’ 시범사업과 제도화 어떻게 할 것인가? 국회대토론회. 2010.2.5.

및 이에 적절한 위생관리, 환자상태 관찰 및 보고 등

□ 자격 요건 : 신규자 및 1,000시간 미만 경력자: 교육과정 240시간

○ 이론교육 (100시간): 직업윤리, 건강과 질병, 만성질환에 대한 이해, 보건복지 제도 및 의료전달체계, 의사소통술, 병원조직 및 규칙 이해, 병원감염관리, 환경관리

○ 실습: 140시간

－ 기본간병방법 실기교육(100시간): 환자기초간병방법 및 간병수발계획

－ 현장실습(40시간): 종합전문요양기관 또는 요양병원 견학 및 사례실습 등

○ 요양보호사 자격자의 경우 신규 자격 요건의 20%를 이수

□ 교육과정²⁶⁾

구분		과목명	시간 수	교육내용
이론 (100)	직무소양	직업윤리	10	요양보호 간병전문직 종사자의 직업적 신념 및 태도, 역할
		보건복지제도 및 의료전달체계	6	보건복지제도 및 의료서비스 연계체계 이해
		의사소통술	10	간병대상자 심리 이해 및 의료인·보호자·환자와의 의사소통기술 이해
	기본 간병지식	건강과 질병	10	건강 및 질병의 개념, 간병대상자 이해, 질병 예방 및 건강증진의 요소, 활력증후, 질병증상관찰
		급성기 질환 및 수술 후 환자 이해	10	급성기 질환 개요, 수술 후 환자상태 및 관리 개요
		신체구조와 기능	8	신체구조에 대한 해부학적, 생리학적 기전 이해
		응급처치	10	응급처치의 목적과 행동요령, 임상사례
		병원조직 및 규칙 이해	6	병원조직의 목적, 인력구성 및 규칙준수 이해
		병실환경관리 이해	10	안전한 병실환경 및 시설물 관리의 중요성 및 방법이해
		감염관리이해	10	병원내, 가정내에서 감염관리의 필요성 및 방법이해
		만성질환, 임종 및 호스피스 이해	10	만성질환 개요, 임종간병대상자 이해 및 간병 방법
	기본 간병방법 실기교육 (100)	기본간병방법 및 실습	100	기본신체관찰(정상적·비정상적상태구분), 활력 증후사정, 침상정리, 개인위생관리방법, 환자 운반돌기방법, 욕창예방법, 억제대사용법, 정상관절운동돌기방법, 온냉요법, 섭취량배설량 측정방법, 배설물처리방법
		현장실습 (40)	40	종합전문요양기관 및 요양병원 견학 및 사례 실습

26) 황나미 외, “의료기관 간병서비스 제도화 방안”, 한국보건사회연구원, 2006 참조

나. 양성 절차 및 교육기관²⁷⁾

- 이미 공적부조대상자에 대한 간병인력과 민간자원봉사자, 그리고 시설단체에서 확보된 간병(유사)인력과 간병자격증, 장기요양보험에서 요양보호사 등이 난립되고 있는 만큼 간병인력에 대한 또 다른 방식의 양성은 혼란과 걸림돌이 될 것이므로 전체적인 간병인력의 양성·제도화 체계 마련 및 자격화를 동시에 고려함.
- 신규자 및 경력자(요양보호사 포함)는 보건복지부장관이 인증·지정한 교육기관에서 소기의 교육훈련과정을 이수한 경우 간병행위를 할 수 있는 자격 부여

다. 고용 및 노동

- 간병제도화가 본격적으로 추진될 경우에는 병원이 간병 인력을 직접 고용하여 간병서비스를 제공하는 것이 가장 바람직 하나 기존의 간병알선 단체 등에 대한 고려도 무시할 수 없음.
 - 병원의 직접 고용이나 알선 단체 등에 상관없이 서비스 질 보장을 위한 최소한의 고용조건을 명시할 필요가 있음.
 - 근무는 1일 8시간씩, 주 5일간 40시간을 근무토록 하고(3교대 근무보장), 단기적으로 시간당 최저임금제를 보장하되 중장기적으로 ILO 권고기준인 전체 산업노동자 평균임금 50% 이상(2008년 기준, 월 141만원, 연 1,700만원) 보장²⁸⁾²⁹⁾
 - 근로기준법과 최저임금법 준수 : 근로기준법상의 각종 수당을 주지 않기 위한 수단으로서 포괄임금 형식 금지³⁰⁾
 - 또한 간병 인력들에게 가장 기본적인 휴게공간, 식사공간, 탈의실 등이 제공되어야 하며 그에 맞는 휴게 및 식사시간도 보장되어야 함.
 - 간병인들이 병원감염, 이용자로부터의 폭행 등에 노출되어있으므로 산업안전

27) 황나미 외, “의료기관 간병서비스 제도화 방안”, 한국보건사회연구원, 2006 참조

28) 이주호 ‘보호자 없는 병원’ 시범사업과 제도화 어떻게 할 것인가? 국회대토론회. 2010.2.5.

29) 김창보, 보호자 없는 병원 시범사업 설계에 대한 제언. 정책토론회 자료집 - 간병서비스 건강보험 제도화 어떻게 할 것인가. 2010.1.19.

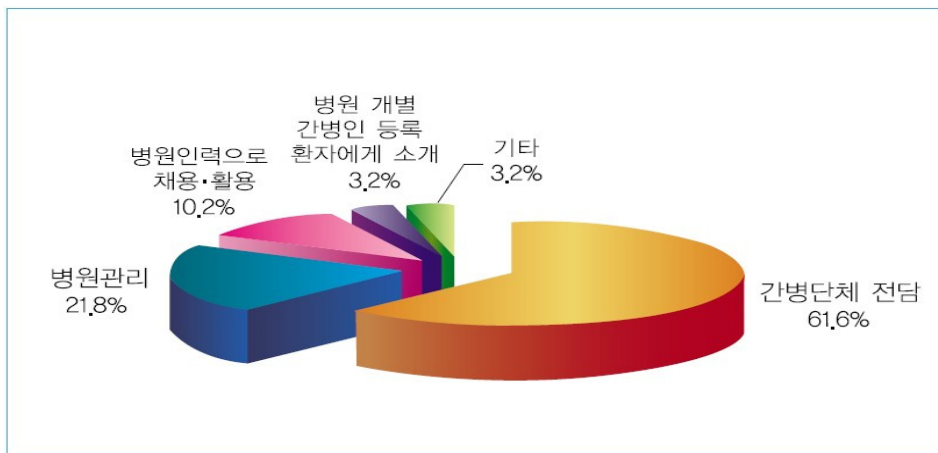
30) 최경숙, 간병서비스 인력방안 및 훈련방안. 2010.11.11.

4. 전달체계

□ 간병인을 알선·파견하는 업체는 약 7,500개소(유료직업소개소 포함) 정도 있는 것으로 추정됨.

- 의료기관들이 간병인을 조달하는 방식으로는, 의료기관이 간병업체와 협약을 맺어 간병업체가 간병인 파견 및 관련 업무를 전담하는 경우가 61.6%, 지정 간병업체가 인력만 파견하고 의료기관에서 간병인을 관리·담당하는 경우가 21.8%, 의료기관에서 임시직으로 인력을 채용한 경우가 10.2%, 의료기관이 개별 간병인을 등록해 배치·관리하는 경우가 3.2% 인 것으로 파악되고 있음.³²⁾

[그림 6-1] 병원에서의 간병인 활용 및 관리방식



출처 : 황나미. 간병서비스 제도화 현안과 과제. 보건·복지 Issue & Focus(제47호). 한국보건사회연구원. 2010.7.30.

□ 상당수의 간병인들은 실질적으로는 간병업체에 소속되어 있으나, 대부분 법적으로 간병업체나 의료기관과 직접 고용관계에 있지 않기 때문에, 실제로는 간병인 개인

31) 최경숙. 간병서비스 인력방안 및 훈련방안. 2010.11.11.

32) 황나미. 간병서비스 제도화 현안과 과제. 보건·복지 Issue & Focus(제47호) 한국보건사회연구원. 2010.7.30.

이 개별 환자들과 고용관계를 체결

○ 간병업체들은 간병인 한사람 당 한 달에 일정액(예, 5-6만원)의 회비를 받아 운영

○ 이러한 비정상적인 고용관계는 양질의 간병서비스 제공을 저해할 뿐만 아니라, 그로 인하여 대부분의 간병인들이 근로기준법을 적용받지 못하게 되고(저 임금), 질병이나 재해의 위험에 노출됨.³³⁾³⁴⁾

□ 간병교육과 의료기관 일자리 알선·파견관리 유형

○ 간병교육은 의료기관 자체 또는 위탁 교육과 간병양성기관 활용으로 나눌 수 있음.

○ 의료기관 알선 및 파견 관리는 교육기관에서 직접 관리하는 방법과 제 3의 사회적 기업이 참여할 수 있는 방안이 있음.

〈표 6-2〉 간병교육 및 일자리 알선·파견관리에 대한 각 대안의 장단점

형태	장점	단점 또는 예상되는 문제
제1안 : 교육후 직접고용	<ul style="list-style-type: none"> • 교육이 고용과 일치 • 병원별 맞춤서비스 가능 • 간병에 대한 책임소재 명확 • 교육(실습) 내실화 기대 • 인력의 질관리 가능 	<ul style="list-style-type: none"> • 기존 간병 인증기관 양성 인력 활용의 효율성 감소 • 타 시설 간병시 재교육 필요 • 병원의 직접 관리운영부담의 증가 • 비정규직 및 노사문제 가능성
제2안 : 교육과 알선·관리 일치	<ul style="list-style-type: none"> • 간병인 시장의 확대 • 인력의 질관리 가능 • 교육인력의 활동사항에 대한 추적 가능 • 병원의 직접 관리운영 부담 감소 	<ul style="list-style-type: none"> • 병원시장 진입에 장벽(진입을 위한 경쟁 및 비용부담 가능성) • 알선기관 인건비·관리비 등이 간병비에 부과 • 병원, 시설, 재가간병의 혼합으로 의료간병교육(실습)의 전문성 미흡 • 인력 특성이 각 병원문화와 일치하지 않을 수 있음
제3안 : 교육과 알선·관리 분리	<ul style="list-style-type: none"> • 기업의 간병서비스 참여 확대 • 사회적 서비스 확충을 위한 정부 지원 가능성 높음 • 병원의 직접 관리운영 부담 감소 • 노사문제 발생 낮음 	<ul style="list-style-type: none"> • 병원, 시설, 재가간병의 혼합으로 의료간병 교육(실습)의 전문성 미흡 • 교육과 고용의 불일치 • 인력의 특성이 각 병원문화와 일치하지 않을 수 있음

33) 손미아 등(2009)에 따르면, 간병인들의 월평균 임금은 86만 3천원(표준편차 45)으로서 간병인 4명 중에서 3명(75.2%)은 100만원 이하의 월급을 받는 것으로 보인다. 간병인들의 주당 평균 노동시간은 53.1시간(표준편차 24.2)으로서 50시간을 초과하는 사람이 33.8% 정도이다.

34) 황나미(2010)에 따르면, 1일 24시간 간병료가 55,000~65,000원으로 시간당 임금이 평균 2,700원 수준에 불과하여, 2010년 법정 최저임금인 4,110원에도 미치지 못하고 있는 것으로 알려졌다. 급성기 병원 간병인의 임금수준으로 월 100만원 미만이 54.2%, 월 100~150만원 미만이 39.8%, 월 150만원 이상이 6.0% 인 것으로 보고하고 있다.

□ 단기적으로는 제2안과 3안이 혼재될 수 있으나 중장기적으로 제1안으로의 수렴을 유도할 필요가 있음.

- 도급의 경우 일체의 관리를 도급업체가 하게 되므로 간병 인력이 병원 간호부의 업무지휘체계에서 벗어나 양질의 간병서비스 제공에 저해될 우려가 있음.

5. 간병서비스 관련 적정 수가

가. 적정 간병료

□ 입원료 세부항목의 구성

- － 입원환자 의학관리료(40%): 입원환자에게 제공되는 회진, 질병치료 상담, 교육 등의 직접행위와 의무기록 및 진료계획 작성 등 간접행위 포함.
- － 입원환자 간호관리료(25%): 간호사의 투약, 주사, 간호, 상담 등의 비용 뿐만 아니라 간호기록지 작성, 환자 진료보조행위 등의 비용 포함.
- － 입원환자 병원관리료(35%): 비품 및 부대시설을 포함한 공간점유 사용비, 환자복, 침구 등 세탁비용, 비품 및 시설관리비용(인건비, 전기료, 수도료, 수리비용 등), 시설감가상각비 등 포함

□ 간호관리료 구성

- 우리나라의 행위별 수가체계하에서 병원간호사가 입원병동에서 수행하는 간호 행위 중에서 개별화된 수가항목으로 지불되는 것을 제외하고 개별 간호수가를 지정할 수 없는 환자의 활력징후 측정, 상담과 지지, 관찰, 간호 기록 등 많은 간호서비스의 가치가 간호관리료 항목에 포괄되어 있음.
- 간호관리료에 포함되는 항목인 활력증후측정, 사지혈압측정, 운동신경 및 감각 관찰, 구강간호, 눈간호, 손발톱정리, 호흡자극기 (vibrator)사용-간호사가 실시 또는 교육하는 경우, 24시간 소변량 수집, 24시간 소변량 측정, 위생간호 (담 요교환, 환의교환, 소독포 교환), 열전등, 전기요법 (heat lamp apply), 냉온 찜질, 간호상담 등은 각각 개별 고시사항으로 결정하고 있음.
- “환자의학관리료, 환자간호관리료 및 입원병원관리료”는 하나의 수가로 통합되어 있으며, 이에 따라 감산 또는 가산하는 경우 입원료 산정방법을 변경

□ 간호관리료 차등제현황

- － 의료서비스의 질 제고와 간호사의 고용 확대를 위해 간호인력 확보 수준에 따라 간호관리료차등제 (이하 ‘간호등급제’)를 시행(’99.11)
- － 일반병동의 직전 분기 평균 병상 수 대비 당해 병동에서 간호업무에 종사하는 직전분기 평균 간호사수(병상수 대 간호사의 비)에 따라 종합전문은 1~6등급, 종합병원·병원은 1~7등급으로 분류하여 입원료 가감
- － 미신고 기관은 종합전문의 경우 6등급, 병원 또는 종합병원은 7등급 적용

〈표 6-3〉 요양기관 종별 간호등급제도(일반병동)

등급	종합전문		종합병원		병원	
	간호사 1명당 병상수	가산율	간호사 1명당 병상수	가산율	간호사 1명당 병상수	가산율
1	2.0 미만	50 %	2.5 미만	2등급의 10%	2.5 미만	2등급의 10%
2	2.0 ~ 2.5	40 %	2.5 ~ 3.0	3등급의 10%	2.5 ~ 3.0	3등급의 10%
3	2.5 ~ 3.0	30 %	3.0 ~ 3.5	4등급의 15%	3.0 ~ 3.5	4등급의 10%
4	3.0 ~ 3.5	20 %	3.5 ~ 4.0	5등급의 10%	3.5 ~ 4.0	5등급의 10%
5	3.5 ~ 4.0	10 %	4.0 ~ 4.5	6등급의 10%	4.0 ~ 4.5	6등급의 15%
6	4.0 이상	-	4.5 ~ 6.0	-	4.5 ~ 6.0	-
7	-	-	6.0 이상	- 5%(-2%)*	6.0 이상	-5%(-2%)*

주: *서울 및 광역시는 5%감산하되, 간호인력 수급의 어려움 등을 감안 의료취약지역은 차감 면제, 그 외에 지역에 대해서는 감산 5→2%로 조정(’08.2)

자료: ‘건강보험요양급여비용’, 심평원, 2010년 1월

〈표 6-4〉 요양기관 유형별 입원료 및 간호관리료

(단위: 원)

	상대가치(점)	입원료(원)	간호관리료(원)
종합전문요양기관(기준, 6등급)	502.99	32342	8086
종합전문요양기관1등급	754.49	48514	12128
종합전문요양기관2등급	704.19	45279	11320
종합전문요양기관3등급	653.89	42045	10511
종합전문요양기관4등급	603.59	38811	9703
종합전문요양기관5등급	553.29	35577	8894
종합병원입원료(6등급)	462.57	29743	7436
종합병원1등급	693.86	44615	11154
종합병원2등급	647.6	41641	10410
종합병원3등급	601.34	38666	9667

	상대가처(점)	입원료(원)	간호관리료(원)
종합병원4등급	555.08	35692	8923
종합병원5등급	508.83	32718	8179
병원(6등급)	408.68	26278	6570
병원1등급	613.02	39417	9854
병원2등급	572.15	36789	9197
병원3등급	531.28	34161	8540
병원4등급	490.42	31534	7884
병원5등급	449.55	28906	7227

□ 상급종합병원의 약 70%가 3등급에 해당하고 1등급에 해당하는 기관은 44개 기관 중 3개에 불과함.

- 종합병원의 경우도 3등급에 가장 많은 기관이 분포해 있음.
- 병원급 이상 요양기관 중 약 1.15%만이 1등급에 해당하고 전체적으로 3등급 이상 기관은 약 13%에 불과함. 특히 병원급의 경우 약 70% 이상이 감산에 해당하는 7등급에 해당함.

〈표 6-5〉 요양기관 유형별 간호등급현황 (2010년 4/4분기)

	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	6등급	7등급	계
상급종합	3	9	31	1				44
종합병원	7	31	64	35	27	45	50 (65)	259 (274)
병원	10	27	41	38	29	99	16 (1,182)	260 (1,480)
계	20	67	136	74	56	144	1,247	1744
구성비	1.15	3.84	7.80	4.24	3.21	8.26	71.50	100.00

주: 1) 일반병동 기준
 2) 치과 및 한방병원 포함
 3) 팔호안의 기관수는 미신고 기관 포함

□ 병상 대 간호사 인력 확보수준에 따른 간호관리료의 인건비 보전율이 80% 이하 수준으로 추정됨에 따라 현 수가체계 하에서 간호사 투입의 유인책이 없음.

- 의료기관에서는 낮은 수가 때문에 환자 간병을 위해 간호사 또는 간호보조인력을 확보하기보다 환자의 부담으로 돌려 환자가 스스로 간병인을 고용하도록 하고 있음.

- 간호사 수는 인구 1,000명당 2.1명으로 OECD 평균인 7.1명보다 크게 부족
- 간병서비스를 제도화하기 이전 적정 간호사 확보가 시급함.
 - 간호관리료 수가를 현실화하여 우선 요양기관이 필요 간호인력을 확보할 수 있는 여건조성이 시급함.
 - 상대가치 기획단을 통해 적정간호관리료 산정
 - 이를 토대로 간병업무 구분에 따른 적정 간병료 산정 필요

나. 환자 중증도별, 간호등급별, 공동간병 또는 개인 간병간 간병 수가의 차등화 검토

- 정교한 간병욕구 사정 도구를 개발할 경우 욕구별 수가의 차등화가 가능할 수 있으나 현실 적용에 어려움이 예상됨.
 - 중증도별 구분에 따라 병실에 환자가 배치되지 않는 현실에서 중증도별 간병 수가의 차이는 적용에 많은 애로가 있을 것으로 판단됨.
 - 따라서 환자 중증도별 간병 수가의 차등화는 고려하지 않음.
- 간호등급이 높을수록 즉 전문간호사 확보율이 높으면 간병인의 업무 범위가 간병인 고유의 업무에 한정되어 환자에 대한 간병서비스 질이 높아질 수 있음.
 - 반면 간호등급이 낮으면 필요간호사가 적으므로 간병인이 일부 간호 영역의 업무까지 감당해야 함으로 서비스 질의 저하가 불가피함.

구분	환자에 대한 서비스 질	간병인의 부담	간병 수가
간호등급 높음	높아짐	간병업무에 충실	상대적으로 낮아야 함.
간호등급 낮음	낮아짐	간병업무 외에 간호영역까지 감당	상대적으로 높아야 함.

- 의료기관이 간병인을 직접 고용하는 경우 오히려 간호등급이 낮은 기관이 유리할 수 있음.
- 따라서 간호등급별 간병수가의 차등화 보다 간병업무 영역을 확실하게한 후 일정 기준(예: 3등급 이상) 이상의 기관에서만 간병서비스를 제공할 수 있도록 유도함. : 이는 간호등급이 낮은 기관을 이용하는 환자에게 역차별을 줄 수 있으므로 단기간에는 간병 수가를 동일하게 하되 간호관리료에서 차등 폭

을 확대할 수 있을 것임.

- 공동간병(6:1 또는 4:1) 또는 개인 간병의 경우 수가 및 본인부담을 차등화할 수 있는지 여부에 대한 검토가 필요함.
 - 간병수가의 경우 간병인이 담당하는 환자의 수에 따라 업무량, 위험도 등이 달라질 수 있으므로 상대가치 기획단에서 이에 대한 차등화 정도를 검토한 후 수가를 차등화 할 수 있을 것임.
 - 간병 수가에 대한 본인부담을 차이는 현행 상급 병실료 차액처럼 공동간병 기준 급여액을 제외한 나머지는 모두 본인이 부담하는 것으로 정리할 수 있을 것임.

제2절 간병서비스 수급 분석

1. 간병서비스 수요 추계

- 간병에 대한 수요는 입원환자 중 중증도 4(위독한 환자)와 무의식 환자를 제외한 모든 환자로 가정
 - 중증도 1, 중증도 2, 중증도 3 환자들이 간병서비스의 주요 대상임.
 - 중증도 4 환자와 무의식 환자들은 간병인이 아닌 간호사에 의해 Care 되어야 함.
- 간병 수요
 - $D_1 = \text{입원환자 중 중증도 1} + \text{입원환자 중 중증도 2} + \text{입원환자 중 중증도 3에 해당하는 환자}$
 - 입원환자중 중증도 1에 해당하는 사람 = 중증도 1의 총 입원일수 ÷ 1인당 평균 입원일수(16.7일) = 27,086천일 ÷ 16.7 = 약 1,621,923명
 - 입원환자중 중증도 2에 해당하는 사람 = 중증도 2의 총 입원일수 ÷ 1인당 평균 입원일수(16.7일) = 20,572천일 ÷ 16.7 = 약 1,231,836명
 - 입원환자중 중증도 3에 해당하는 사람의 50% = 중증도 3의 총 입원일수 ÷ 1인당 평균 입원일수(16.7일) = 17,024천일 ÷ 16.7 = 약 1,019,374명
 - 중증도 4는 간병인이 아닌 전문간호사에 의해 Care를 받아야 함.

- 중복입원을 고려하지 않을 경우 2009년 기준 1년 동안 약 3,873,133명의 환자가 간병인이 필요함.

□ 간병인에 대한 수요

- $D_2 = (\text{입원환자 중 중증도 1에 해당하는 환자의 입원일수} + \text{입원환자 중 중증도 2에 해당하는 환자의 입원일수} + \text{입원환자 중 중증도 3에 해당하는 환자의 입원일수}) \div 365 \div (\text{간병인 1인당 환자 수})$

- $D_2 = (27,086\text{천일} + 20,572\text{천일} + 17,024\text{천일}) \div 365 \div (6/4) = 118,139\text{명}$
 - 6:1 공동간병으로 8시간씩 3교대로 총 4명의 간병인이 6명의 환자를 돌보는 것으로 가정할 때 약 118,139명의 간병인이 필요함.

- 4:1 공동간병일 경우 약 177,209명의 간병인이 필요함.

- 따라서 간병인에 대한 수요는 최소 118,139명에서 최대 약 177,209명으로 추정됨.

- 위 추계에서 한계점은 다음과 같음.

- 상급종합병원이나 종합병원에 비해 병원급의 중증도 비율이 훨씬 높은 것으로 나타나고 있음을 볼 때 중증도 구분시 병원급의 경우 일반병동환자 분류도구를 사용하지 않은 것으로 판단됨.

- 의원급 입원의 경우 상대적으로 중증도 분류에서 경증이 많을 것으로 판단되나 실태조사에서 의원급 입원은 제외되어 있어 병원급 중증도를 그대로 사용했음.

- 입원 환자당 평균 입원일수는 요양기관 종별로 차이가 있을 것으로 판단되나 실태조사에서는 통합하여 16.7일로 기록하고 있음. 따라서 이를 그대로 사용했음. 의원의 경우 평균 입원일수는 훨씬 작을 것으로 추정됨.

- 2009년 기준 요양기관 종별 입원일수 : 치과, 한방, 조산조, 보건기관을 제외한 요양기관의 2009년 1년 동안 총 입원일수는 약 91백만일로 나타났다.

- 이 중 요양병원을 제외한 급성기 입원일수는 약 71백만일로 집계됨.

- 요양병원을 제외한 병원급 이상의 입원일수 구성은 다음과 같음. : 상급종합병원이 약 22.5%, 종합병원이 약 36.2%, 병원이 약 41.3%

〈표 6-6〉 요양기관 종별 입원일수 및 구성비 (2009년 기준)

(단위 : 일, %)

구분	입원일수(일)	요양기관 종별 구성비(%)
상급	13,449,012	0.148
종합	21,654,418	0.238
병원	24,675,022	0.271
요양병원	19,588,370	0.215
의원	11,792,917	0.129
입원 (계)	91,159,739	1.000

주) 치과, 한방, 조산조, 보건기관 제외

- 요양기관별 중증도 분포 : 상급 종합병원급과 종합병원급은 유사한 중증도를 보이고 있음. 경증환자인 1군이 전체 입원환자의 약 50%를 상회하고 있고 최중증인 4군은 상급의 경우 2%, 종합병원의 경우 약 7.9%를 나타내고 있음.
- 병원급의 경우 1군부터 4군까지 고르게 분포되어 있는 것으로 보아 일반병동 환자 분류도구를 사용하지 않고 있는 것으로 판단됨.

〈표 6-7〉 요양기관 종별 중증도 분포

(단위 : %)

중증도	상급 종합병원	종합병원	병원	계
1군	49.4	55.5	23.1	40.8
2군	41.3	25.9	25.8	29.3
3군	7.3	10.7	27.6	16.9
4군	2	7.9	23.5	13.0
계	100	100	100	100

□ 중증도별 간병 수요

- 1군 : 간병필요일수가 약 27,086천일로 6:1(4:1) 간병의 경우 약 49,472명 (74,209명)의 간병인이 필요함.
- 2군 : 간병필요일수가 약 20,572천일로 6:1(4:1) 간병의 경우 약 37,574명 (56,361명)의 간병인이 필요함.
- 3군 : 간병필요일수가 (17,024)천일로 6:1(4:1) 간병의 경우 약 31,093명 (23,320명)의 간병인이 필요함.
- 4군 : 전문간호 영역으로 간병인이 필요치 않음.

〈표 6-8〉 중증도별 간병 수요 추정

(단위 : 천일, %)

중증도	상급 종합병원	종합병원	병원	의원	간병필요 일수(계)	필요 간병인 수(6:1간병)	필요 간병인 수(4:1간병)
1군	6,644	12,018	5,700	2,724	27,086	49,472	74,209
2군	5,554	5,608	6,366	3,043	20,572	37,574	56,361
3군	982	5,977	6,810	3,255	17,024	31,093	23,320
4군	269	5,089	5,799	2,771	13,928	0	0
계	13,449	28,692	24,675	11,793	78,609	118,139	177,209

□ 요양병원의 간병인 수요 추계 : 요양병원 실태조사(고려대학교) 결과를 그대로 준용하여 추정

- 조사된 242개 요양병원에서 약 5,570명의 간병인이 활동중임으로 전체 약 807개 요양병원에서는 약 17,852명의 간병인이 일을 하고 있는 것으로 추정됨.

2. 간병서비스 공급 현황³⁵⁾

□ 간병인력은 ‘노인복지법’, ‘국민기초생활보장법’, ‘산재보험법’ 그리고 노인 장기요양법 등에 따라 양성되는 가사·간병인력과 이와 유사한 업무와 교육내용을 갖는 간병인, 케어복지사 등 민간자격제도로 양성되는 인력으로 다원화 되어 있음

- 이들 간병인력은 약 90만명의 요양보호사를 포함하여 전국에 약 115만명으로 추정됨.

〈표 6-9〉 간병 또는 일상생활 지원인력

구 분	간병인	간병도우미	전문간병인	요양보호사
법적근거	없음(민간)	국민기초생활 보장법 (차상위계층)	산재보험법	노인장기요양법
서비스 제공장소	가정, 시설, 의료기관	가정, 시설 의료기관	산재의료원 등 요양급여지정기관, 가정	가정, 시설, 의료기관
교육기관 (기간)	민간단체, 대한적십자사 (다양한 형태)	복지부지정기관 (이론 50, 실기 30시간, 실습 40시간)	노동부 지정기관 총 40시간 (실습16시간)	복지부지정기관 (이론 50, 실기 70)

35) 황나미 외, “의료기관 간병서비스 제도화 방안”, 2006, 한국보건사회연구원 참조

- 가사 간병 도우미 사업 : 고령화·경기침체 등 사회여건의 변화로 독거노인, 장애인, 중증질환자, 소년·소녀 가장 등 저소득 취약계층에게 사회복지서비스를 제공하고 기초생활수급자의 자활을 위한 목적으로 추진됨. (1998년부터 자활간병 사업을 추진하였고 2004년 복권기금에 의한 가사·간병 방문도우미 사업이 추가 확대되었음).
- 2000년 ‘국민기초생활보장법’ 제정에 따라 취업 취약계층이라 할 수 있는 저소득 계층에 대한 일자리 제공을 위하여 자활후견기관(전국 16개 지부와 242개 자활후견기관)을 설립, 기초생활수급권자와 차상위계층을 대상으로 간병인 교육 실시
- 간병교육은 복권기금 사업으로 5개 교육센터(중앙 가사간병교육센터, 호남, 충청, 영남남부, 영남북부)가 지정 운영되고 있음. 한국자활후견기관협회(중앙, 광주지부), 대전 YWCA, 불교사회복지회(사회복지법인), 울산광역시 등 전국 5개 기관에서 주관하고 있음.
- 산재환자에 대한 간병인의 자질향상을 위하여 2005년 1월 간병교육기관 확대 및 교육시간 등을 내실화하는 내용의 요양업무처리규정(규정 제291호)을 개정, 시행함.
- 간병 교육기관의 조건을 충족시키는 기관에서 간병인 전문교육과정을 이수한 자³⁶⁾는 산재보험법상의 전문간병인으로 인정하고 있음.
- 노인 장기요양보험법에 의해 요양보호사 제도 신설 : 노인 장기요양보험법 제 39조의 2항 ①에 의하면 노인복지시설의 설치·운영자는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 노인 등의 신체활동 또는 가사활동 지원 등의 업무를 전문적으로 수행하는 요양보호사를 두어야 하는 것으로 되어 있음.
- 요양보호사가 되려는 사람은 제 39조의 3에 따라 요양보호사를 교육하는 기관에서 교육과정을 마치고 시도지사가 실시하는 요양보호사 자격시험에 합격하여야 함.
- 2010년 현재 약 90만명이 요양보호사 자격을 취득한 것으로 나타남.

36) 근로자직업훈련촉진법시행령 규정에 의한 시설 또는 기관에서 근로자직업훈련촉진과정 중 간병인 교육과정을 이수한 자, 고용정책기본법 및 고령자고용촉진법의 규정에 의해 한국산업인력공단으로부터 위탁받은 기관에서 실시하는 고용촉진단기적응훈련과정중 간병인 교육과정을 이수한 자, 지방자치단체가 직접 또는 간병인 교육과정개설기관 또는 시설에 위탁하여 실시하는 간병인 교육과정을 이수한 자, 학원의설립·운영및과외교습에관한법률 제2조의 규정에 의한 학원으로서 간호조무사 교습과정을 등록한 학원에서 실시하는 간병인 교육과정을 이수한 자, 법 제78조에 의한 보험시설에서 실시하는 간병인 교육과정을 이수한 자, 전문간병인 교육이 가능한 비영리법인 또는 비영리단체에서 간병인 전문교육과정을 이수한 자

- 민간 간병인 단체 : 정부 및 비영리민간단체 파트너십을 통한 간병인력 양성 유형으로 자활후견기관협회, 재단(실업극복국민재단), 시민운동단체(실업관련 시민단체), 사회복지직능단체한국사회복지협의회, 사회복지관협회) 등 민간 간병인 단체(소개소)가 있음.
- 민간 간병인력 양성 또는 알선 단체(사랑나눔간병인협회, 에스지프라자, 대한간병사협회, 한국간병인협회 등)는 열악한 수준으로 전국에 약 1,700여개소로 추정됨.
- 민간단체에서는 소정의 간병인자격 교육과정을 이수한 자(간병인)를 대상으로 한국민간자격협회(사단법인)에서 ‘자격기본법’에 따라 자격증을 부여하고 있음.
- 간호조무사 : 간호조무사는 고등학교 졸업자로 학원의 설립·운영 및 과외 교습에 관한 법률의 규정에 의한 간호조무사양성학원(이하 “학원등”이라 한다)에서 740시간 이상의 학과교육과 학원 등의 장이 실습교육을 위탁한 의료기관(조산원을 제외한다) 또는 보건소에서 780시간 이상의 실습과정을 이수한 자(이 경우 실습과정 중 종합병원 또는 병원에서의 실습시간은 400시간 이상)로 도지사가 주관하는 자격시험에 합격하면 자격증을 받을 수 있음.
- 2008년 간호조무사 자격취득자수는 약 34만 여명에 달하고 이중 8만1천명이 병원 등에서 활동중인 것으로 알려져 있음(한국간호조무사협회).

제3절 간병서비스 제도와 모형

- 서비스 수혜 대상 : 건강보험 요양기관 입원환자 중 중증도 4(위독한 환자)와 무의식 환자, 요양병원의 노인장기요양보험제도 수혜자를 제외한 모든 환자
 - 중증도 4(위독한 환자)와 무의식 환자는 전문간호사가 Care하는 것으로 정리
 - 조기퇴원 후 가정간호 이용환자에 대해서는 적용하지 않음 : 가정간호 이용환자 미적용시 불필요한 입원이 증가되는 부작용도 있을 수 있지만 가정 간호의 한계가 명확하지 않아 도덕적 해이 가능성이 있음.
- 급여 제공방식 : 현물 급여를 원칙으로 하되 간병인이 공급되기 어려운 지역이거나, 신체·정신적 사유로 부득이 가족이 간병할 경우 간병수당을 현금급여

- 간병 수가 : 간병 업무 범위를 토대로 공동간병 기준 수가 산정
 - 2010년 실태조사 결과 중 최빈값 : 60,000원/일
 - 2010년 실태조사 결과의 평균값 : 43,285원/일
 - 보호자 없는 병동 시범사업 수가 : 41,000원/일
 - ILO 기준 : 83,168원/일
- 본인부담율 : 제도 도입 초기에는 재정을 고려하여 90% 본인이 부담하되 장기적으로 다른 급여와 본인부담율 수준을 일원화 시킴

제4절 간병서비스 제도화 모형에 따른 소요 재정 추계

- 앞에서 추계된 간병서비스 수요가 모두 제도화 되고 공급이 뒷받침된다는 가정하에 소요 재정 추정
- 대상자 : 중복입원을 고려하지 않으면 2009년 기준 1년에 약 387만명이 간병서비스 대상임.
- 약 387만명에게 간병서비스를 제공하기 위해 6:1(4:1) 간병의 경우 118,139명(177,209명)의 간병인 필요
- 총간병비 = 간병인 수 × (일당 단가(6만원)+관리비(6천원)) × 365일 = 2조 8640억원(4조 2690억원)
 - 일당단가를 실태조사 최빈값인 6만원으로 가정하고 관리비를 일당단가의 10%로 가정하였음.
- 소요재정 = 총 간병비 × 0.1 = 2864억원(4269억원)
 - 본인부담율을 90%로 가정

〈표 6-10〉 간병 제도화에 따른 소요재정 추계(2009년 기준)

(단위 : 명, 10억원)

			6:1 간병	4:1 간병
필요간병인			118,139	177,209
총간병비	일당간병비	60000	2,846	4,269
		43285	2,053	3,080
		41000	1,945	2,917
		83168	3,945	5,917
소요재정	일당간병비	60000	285	427
		43285	205	308
		41000	194	292
		83168	394	592

제5절 간병 서비스 제도화 관련 종합 검토

1. 간병서비스의 제도화가 현재 상태에서 가능한가?

가. 간병서비스 제도화의 당위성

- 우리나라 대부분의 급성기병원의 입원 서비스 제공은 병원 측의 의료 인력이 모든 서비스를 전적으로 제공하지 못하고 있는 실정이므로 환자의 보호자나 환자와의 개인적 계약 또는 용역에 의해 일시 고용된 간병인들이 입원 환자 곁에서 입원 생활에 필요한 수발을 할 수 밖에 없으며,
- 더욱이 최근의 핵가족화, 여성의 사회진출 증가 등 사회 변화로 가족이 입원하게 될 경우 환자 가족이나 친척의 간병 수발 보다는 유료 간병인에 의존할 수밖에 없는데다가, 질병구조의 변화나 의료기술의 발달 등으로 인해 입원 환자수가 증가함에 따라 간병 수요는 지속적으로 증대 될 것으로 예상됨.
- 따라서 간병서비스의 제도화는 국민의 간병부담(경제적, 시간적)을 덜고, 일자리 창출을 통한 부가가치 생성으로 국민경제에 이바지 할 수 있음.

나. 간병서비스 제도화의 걸림돌

1) 관련 법, 제도 검토

- 의료는 ‘인간의 생명에 관련된 건강과 질병을 대상으로 하는 의학의 사회적 적용’ 또는 ‘의학적인 지식과 수단방법으로써 질병을 진단하고 치료하는 것’ 이라고 정의할 수 있음.
- 의료행위 개념에 관한 학설
 - ‘사람의 질병의 진찰, 치료 혹은 예방을 목적으로 하는 행위’ 라는 설
 - ‘현대의학의 이론을 임상에 응용하는 행위로서 사람의 질병의 진찰, 혹은 예방을 목적으로 하는 행위’라는 설
 - ‘의사의 의학적 판단 및 시술로써 행하는 것이거나 보건위생상 위해를 발생시킬 우려가 있는 행위’ 라는 설
 - － 새로운 영역의 의학 발전에 따라 제 3설의 입장에서 광의로 파악하는 것이 바람직하다는 견해가 우세
- 의료행위의 정의 관련 대법원 판례
 - － 의사의 의학적 전문지식을 기초로 하는 경험과 기능으로 진료, 검안, 처방, 투약 또는 외과적 시술을 시행하여 하는 질병의 예방 또는 치료행위 이외에도 의료인이 행하지 아니하면 ‘보건위생상 위해가 생길 우려가 있는 행위’ 도 의료행위에 해당(대법원, 2007. 9. 21 선고 2007도 2461판결, 대법원 2010. 5. 13 선고 2010도 2468판결 등 참조)
- 의료법상의 의료행위 관련제도 : 의료행위는 의료법 어디에도 따로 그 내용이 정의되어 있지 아니하며, 다만 의료법 제 12조 제1항에서 ‘의료인이 하는 의료·조산·간호 등 의료기술의 시행(이하 ‘의료행위’라 한다)에 대하여는 이법이나 다른 법령에 따로 규정된 경우 외에는 누구든지 간섭하지 못 한다’ 고 규정하면서 의료행위라고 약칭하는 대상을 기술하고 있음.
 - 의료인이 하는 의료·조산·간호 등 의료기술의 시행 → ‘의료행위’
 - － 의료인(제2조) : 보건복지부 장관의 면허를 받은 의사·치과의사·한의사·

조산사 및 간호사를 말함.

- 또한 제3절 의료행위의 제한의 제 27조에서는 의료인이 아니면 누구든지 의료행위를 할 수 없으며 의료인도 면허된 것 이외의 의료행위를 할 수 없다고 규정하고 있음.
- 이를 종합하면 의료행위는 보건복지부 장관의 면허를 받은 의료인(간호사)이 하는 의료기술의 시행을 의미하며, ‘의료인’이 아니면 누구든지 의료행위를 할 수 없도록 엄격하게 규정되어 있으므로 볼 때 의료인이 아닌 자(간병인)에게는 의료행위가 아닌 행위(비의료행위)의 제공만이 가능함을 알 수 있음.

〈표 6-11〉 간호사, 간호조무사의 업무(의료법 등)

자격	업무	근거법령
간호사	상병자나 해산부의 요양을 위한 간호 또는 진료보조 및 대통령령으로 정하는 보건활동(임무) ※ 보건활동 : 농어촌보건진료원, 모자보건요원, 결핵관리요원으로서 하는 보건 활동	의료법 제2조 제2항 제5호
간호조무사	간호보조 업무	의료법 제80조 제2항
	간호보조업무 진료보조업무	간호조무사 및 의료유사업자에 관한 규칙(2008.4.15 보건복지부령 제10호) 제2조 제1항

□ 간병, 간병인의 사전적 의미

- 간병 : 병자나 다친 사람의 곁에서 그를 보살피며 뒷바라지를 하여 주는 것 (돌봄, 수발, 개호 등의 용어도 섞여 사용되고 있음)
- 간병인 : 소위 일반인으로서 의료관련 법령에는 그 역할이나 임무가 규정되어 있지 않고 환자의 보호자 역할을 하면서 환자를 돕고 보수를 받는 사람
※ 불구자 등 거동과 활동을 마음대로 할 수 없는 중환자를 간병하는 직업으로 식물인간, 거동장애인, 치매노인 등에게 식사를 먹여주고, 대소변을 받아내고, 목욕과 세면을 시키는 등의 일을 함. (위키백과)

□ 통계청 고시 한국표준직업분류 KSCO-6에 의한 간병인 정의

- 병원, 요양소, 기타 관련기관 및 가정에서 환자를 돌보는 업무를 수행하는 사람

□ 따라서 현재 법 및 제도하에서 간병인은 의료인이 아니므로 의료행위를 할 수 없음.

국민건강보험법 요양급여의 기준에 관한 규칙
<p>제1조(목적) 이 규칙은 「국민건강보험법」 제39조제2항 및 동조제3항의 규정에 의하여 요양급여의 방법·절차·범위·상한 및 제의대상 등 요양급여기준에 관하여 필요한 사항을 규정함을 목적으로 한다. <개정 2005.10.11></p> <p>제9조(비급여대상) ① 법 제39조제3항의 규정에 의하여 요양급여의 대상에서 제외되는 사항(이하 "비급여대상"이라 한다)은 별표 2와 같다.</p>
<p>[별표 2] <개정 2010.4.30> 비급여대상(제9조제1항관련)</p>
<ol style="list-style-type: none"> 다음 각목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료 <ol style="list-style-type: none"> 단순한 피로 또는 권태 주근깨·다모(多毛)·무모(無毛)·백모증(白毛症)·탈기코(주사비)·짐(모반)·사마귀·여드름·노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환 발기부전(impotence)·불감증 또는 생식기 선천성기형 등의 비뇨생식기 질환 단순 코골음 질병을 동반하지 아니한 단순포경(phimosis) 검열반 등 안과질환 기타 가목 내지 바목에 상당하는 질환으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질환 다음 각목의 진료로서 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료 <ol style="list-style-type: none"> 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡인술, 주름살제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술 <삭제> 작각 또는 발음기능개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 악안면 교정술 및 교정치료 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술 기타 가목 내지 바목에 상당하는 외모개선 목적의 진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료 다음 각목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료 <ol style="list-style-type: none"> 본인의 희망에 의한 건강검진(법 제47조의 규정에 의하여 공단이 가입자들에게 실시하는 건강검진 제외) 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외) 구취제거, 치아 착색물질 제거, 치아 교정 및 보철을 위한 치석제거 및 구강보건증진 차원에서 정기적으로 실시하는 치석제거 불소국소도포, 치면열구전색 등 치아우식증 예방을 위한 진료(치아우식증에 이환되지 않은 순수 건전치아를 가진 만 6세 이상 14세 이하 소아의 제1대구치에 대한 치면열구전색 제외) 털미 예방, 금연 등을 위한 진료 유전성질환 등 태아의 이상유무를 진단하기 위한 세포유전학적검사

사. 기타 가목 내지 마목에 상당하는 예방진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 예방진료

4. 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여원리에 부합하지 아니하는 경우로서 다음 각목에서 정하는 비용·행위·약제 및 치료재료

가. 가입자 등이 다음 각 항목 중 어느 하나의 요건을 갖춘 요양기관에서 1개의 입원실에 5인 이하가 입원할 수 있는 병상(이하 "상급병상"이라 한다)을 이용함에 따라 영 제24조제2항 및 제8조제4항의 규정에 의하여 고시한 상대가치점수로 산정한 입원료(이하 "기본입원료"라 한다) 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용

(1) 의료법령에 의하여 허가를 받거나 신고한 병상 중 기본입원료만을 산정하는 병상(이하 "일반병상"이라 한다)을 50퍼센트 이상 확보하여 운영하는 경우. 다만, 집중치료, 신생아 입원, 무균치료, 격리치료, 강내치료 또는 방사성옥소입원치료를 위한 입원실의 병상은 상급병상 및 일반병상에서 제외한다.

(2) 의료법령에 의하여 신고한 병상이 10병상 이하인 경우

나. 삭제 <2006.5.19>

다. 법 제46조에 의하여 장애인에게 보험급여를 실시하는 보장구를 제외한 보조기·보청기·안경 또는 콘택트렌즈 등 보장구

라. 보조생식술(체내 체외인공수정 포함)시 소요된 비용

마. 친자확인을 위한 진단

바. 치과의 보철(보철재료 및 가공료 등 포함)

사. 및 아. 삭제 <2002.10.24>

자. 이 규칙 제8조의 규정에 의하여 보건복지부장관이 고시한 약제에 관한 급여목록표에서 정한 일반의약품으로서 「약사법」 제23조에 따른 조제에 의하지 아니하고 지급하는 약제

차. 삭제 <2006.12.29>

카. 「의료법」 제46조에 따른 선택진료를 받는 경우에 선택진료에 관한 규칙에 따라 추가되는 비용

타. 「장기등 이식에 관한 법률」에 따른 장기이식을 위하여 다른 의료기관에서 채취한 골수 등 장기의 운반에 소요되는 비용

파. 「마약류 관리에 관한 법률」 제40조에 따른 마약류중독자의 치료보호에 소요되는 비용

하. 이 규칙 제11조제1항 또는 제13조제1항의 규정에 의하여 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 신의료기술 등. 다만, 제11조제4항 또는 제13조제1항 후단의 규정에 의하여 소급하여 요양급여대상으로 적용되는 신의료기술 등을 제외한다.

거. 그 밖에 요양급여를 함에 있어서 비용효과성 등 진료상의 경제성이 불분명하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 검사·처치·수술 기타의 치료 또는 치료재료

5. 삭제 <2006.12.29>

6. 영 별표 2 제2호의 규정에 의하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대한 입원진료의 경우에는 제1호 내지 제4호(제4호 하목을 제외한다), 제7호에 해당되는 행위·약제 및 치료재료. 다만, 제2호 사목, 제3호 사목, 제4호거목은 다음 각목에서 정하는 경우에 한한다.

가. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 행위 및 치료재료

나. 질병군 진료 외의 목적으로 투여된 약제

7. 건강보험제도의 여간상 요양급여로 인정하기 어려운 경우

가. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 한방물리요법

나. 한약첩약 및 기상환의서의 처방 등을 근거로 한 한방생약제제

8. 약사법령에 따라 허가를 받거나 신고한 범위를 벗어나 약제를 처방·투여하려는 자가 보건복지부장관이 정하여 고시하는 절차에 따라 의학적 근거 등을 입증하여 비급여로 사용할 수 있는 경우. 다만, 제5조제3항에 따라 중증환자에게 처방·투여하는 약제 중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 약제는 건강보험심사평가원장의 공고에 따른다.

- 또한 위Box 안에서 보여지는 것처럼 국민건강보험법 요양급여 기준에 의하면 간병 서비스는 급여 대상으로 보기 어려움.
- 간병서비스를 제도화하기 위해서는 우선 법 개정이 필요하고 간병업무에 대한 명확한 범위와 간병인의 역할에 대한 정의가 필요함.

2) 간병서비스 실태

- 입원환자를 수발하는 유료 간병인에 대하여 어떠한 자격기준이나 체계적 교육과정이 제도화 되지 못함.
 - 뚜렷한 역할, 업무구분이 없는 상태에서 현재와 같은 급성기병원에서의 간병인의 임의적 활동은 입원 환자의 안전사고나 감염전파 발생 등 간호·간병서비스의 질 문제를 야기 시킬 것이라는 강한 우려를 낳고 있음.
 - 간병인의 역할이 이미 환자 보호자의 역할을 대신 하는데 그치지 않고 기존 간호업무의 일부 process 까지도 관행적으로 수행하고 있는 실정임.
- 간병인의 업무 범위 등에 대해 명확한 정의가 없음 : 이는 보호자 없는 병원 시범사업 참여 의료기관 4개소를 대상으로 시범사업군과 대조군병상을 관찰하여 간호사, 간호조무사, 간병인의 다빈도 직접간호행위를 조사한 결과 환자의 체위변경, 불편감·통증사정 및 관리, 정서적 지지, 섭취량/배설량 측정 등 기존 간호사 및 간호보호조 인력이 수행하던 서비스의 일부를 간병인이 수행하고 있는 것으로 나타났음.(간호간병서비스 개선을 위한 시범사업, 2008, 한국보건산업진흥원)
 - 간병인 활동에 따른 문제발생실태설문조사에서 병원담당자의 25.9%가 ‘간병인 부주의로 환자가 다치거나 간병 기초상식부족 문제’를 지적함. (의료기관 간병서비스 사회제도화 방안, 2006, 여성가족부)
 - 또한 보건복지부가 2008년 1월에 실시한 요양병원 현지조사 결과에 의하면 총 9개 병원에서 통상 간병인으로 하여금 간호처치(체위변경처치, 통목욕간호, 침상목욕, 회음부간호, 비강영양)를 실시케하고는 마치 병원 간호사가 실시한 것처럼 보험진료비를 부당 청구한 사례(총 추정 부담금액 81,362천원)마저 적발되기도 하였음.(건강보험심사평가원 자료, 2008년 1월)

3) 전달체계

- 간병서비스 전달체계가 가까운 시일내에 정상화 되기 어려움.
 - 간병서비스가 제도화 되면 가장 이상적인 형태는 병원에서 직접 간병인을 고용하여 서비스를 제공하면서 직접관리하는 방법임
 - 그러나 현실적으로 기존의 교육 및 알선 업체를 고사시키는 문제가 있고 당분간 병행할 수밖에 없는 구조임.
 - 이러한 상태에서 통일된 서비스 질, 기준, 교육, 관리 등이 불가능함.

4) 적정 간호사 확보

- 간병서비스가 제도화 되기 위해서는 필수 간호인력의 확보가 우선이지만 간호수가 체계에 대한 정비 없이 간호사 확보가 현실적으로 불가능함.
- 적정한 간호사 확보 없이 간병서비스를 제도화하게 되면 부득이 간호사가 수행하여야 할 의료행위까지 간병인이 감당해야 하는 상황으로 몰릴 수 있고 이는 환자에 대한 서비스 질의 저하를 가져옴.
- 그러므로 간병서비스 제도화를 위한 연구 및 시범사업이 활발하게 추진되고 있는 현 시점이야 말로 그 역할 구분이 모호한 법정 간호 인력과 간병인 간에 우리나라 실정에 맞으면서도 양질의 간호·간병 서비스를 제공할 수 있는 바람직한 역할·업무의 구분 및 관리의 필요성이 그 어느 때보다 높아지고 있다 할 수 있음.

2. 간병서비스 제도화를 위한 정책 제언

- 국민의 부담 완화 및 서비스 부분 일자리 창출을 통한 국민경제 증대 등 중장기적으로 간병서비스를 건강보험의 급여범위에 포함시켜야 할 것으로 판단됨.

- 그러나 현실적으로 지금 당장 제도화하기에는 너무 많은 문제점이 놓여있음.
 - 적정 간호사가 확보되지 않아 의료행위의 일부가 의료인이 아닌 간병인에게 전가될 우려가 농후함. - 이는 환자에 대한 서비스 질 저하로 나타나거나 의료사고의 위험성이 높아짐.
 - 간병인의 업무 범위, 간병인에 대한 교육, 고용체계 등이 정비되어 있지 않아 표준화된 틀을 만들기 어렵고, 따라서 지금 당장 제도화된다고 해도 적절한 간병인을 공급하기 어려운 실정임.
- 의료서비스를 공급하는 요양기관의 병상 운영 방식이 간병서비스를 제도화하기 위해서는 적절치 않음.
 - 본인부담율이 높은 상태에서 간병서비스 제도화시 환자에 따라 간병인 서비스를 원하는 사람이 있는 반면 너무 높은 본인부담율 때문에 가족이 직접 간병 서비스를 제공하고자 하는 사람들도 존재할 것임.
 - 동일 병실내에 간병인을 원하는 사람과 원치 않는 사람들이 동시에 있을 경우 제도 적용이 쉽지 않음.
 - 요양기관의 입장에서 간병인 필요 여부에 따라 구분하여 병실 배치가 가능한 상황도 아님.
- 건강보험 재정 부담의 급증 우려 : 2010년 말 기준 약 8천억 원의 누적적립금밖에 남지 않은 상황에서 간병서비스 제도화는 재정 상황을 훨씬 심각하게 압박할 수 있음.
 - 제도화 초기에는 본인부담율을 높게할 수 있으나 일정 시간이 지나면 기존의 급여율에 수렴하게 될 것이고 이는 건강보험 재정에 암운을 드리울 수 있음.
: 별도의 재정 확보대책이 마련되지 않음 상태에서 간병서비스의 제도화는 시
기상조로 보여짐.
- 따라서 간병서비스 제도화를 위해 다음과 같이 제언하고자 함.
 - 간병 서비스 제도화를 위한 로드맵을 설정할 필요가 있음.
 - 우선 적정 간호사 수 확보 : 향후 10년내에 병상당 간호사수를 OECD 평
균에 근접하는 것으로 목표를 설정하고 이를 달성하기 위한 수가 정상화
방안 및 재정 확보 방안 마련

- 간병인 업무 영역 설정 : 의료 행위가 아닌 단순 돌봄 형태의 간병인 업무 영역 구분
- 간병인에 대한 교육, 관리, 지도 등 전달체계 전반에 걸친 대안 모색 : 중장기적으로 요양기관이 직접 교육, 관리, 지도하는 방법으로 유인하되 단기적으로는 현행 교육알선 기관도 참여 보장
- 간병서비스 제도화에 따른 재원확보 노력도 병행되어야 함.
- 간병서비스 제도화를 위해 지역 거점 병원별로 시범사업 실시
 - 시범사업을 통해 문제점을 파악하고 이를 시정하는 가운데 제도화 모형 도출

참고 문헌

- 高木安雄, 부침간호제도의 변천에 관한 연구, 의료경제연구기구, 2007.
- 일본 의료경제연구기구, 부침간호해소병원의 간호직원확보 정착지원사업 보고서, 의료경제연구기구, 2007.
- 일본 간호협회, 진료보수개호보수의 안내서, 2009
- 일본 중앙사회보험의료협의회, 「7대1 입원기본료에 관하여」 (중의협 진-1-2 19.10.3), 2007
- 일본 후생(노동)성, 후생(노동)백서, 각 연도
- 일본 후생통계협회, 보험과 연금의 동향, 각 연도
- 건강세상 네트워크. 우리나라 입원환자의 간병실태조사. 2004
- 국민건강보험공단, 노인장기요양보험
- <http://www.longtermcare.or.kr/portal/site/nydev/>. 2010
- 권춘숙. 우리나라 고령자 간병인 제도의 도입에 관한 연구. 대전대학교 경영행정대학원 석사학위논문. 2001
- 김은혜, 박정호. 간호강도에 의한 환자분류도구의 신뢰도 및 타당도 검증. 간호행정학회지, 13-1, 2007
- 김인홍. 종합병원 간병인의 활동실태에 대한 조사 연구. 이화여자 대학교 교육대학원 석사학위논문. 1993
- 대한간병인 안내. <http://www.koreacare.co.kr>
- 대한병원협회. 2006년 의료기관평가기준 자료. 2006
- 박정호 등. 한국 표준 간호행위 분류. 대한간호학회지, 30-6, 1411, 2000

- 병원간호사회. 직접간호행위 및 간접간호행위 자료. 2002
- 유정숙, 권은옥, 김순희, 조용애. 중환자 분류도구의 신뢰도, 타당도 및 환산지수 검증. 중환자간호학회지, 2-1, 48-57, 2009
- 조용애. WMSN을 이용한 중환자분류도구의 개발과 적용. 임상간호연구학회지, 11-1, 71-84, 2005
- 중앙고용정보원. 2003
- 플러스메디컬. <http://plusmedi.com>
- 한국간병인협회. <http://www.help114.or.kr>
- 한국보건사회연구원. 의료기관 간병서비스 제도화 방안. 2006
- 한국보건산업진흥원. 간호간병서비스 개선을 위한 시범사업. 2008
- 한국직업능력개발원 커리어넷. <http://careernet.re.kr>
- 한나간병인협회. <http://hcare.or.kr>
- 황나미. 고덕기. 종합병원 간병인 활용현황과 개선방안. 한국보건사회연구원. 1998
- 황나미. 의료기관 간병서비스 현황과 개선방안. 2005
- 황나미. 양질의 간호 및 간병서비스 보장을 위한 정책의 지향점. 한국노동연구원. 2006
- Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor Occupational Outlook Handbook, 2010-11 Edition. <http://www.bls.gov/oco/ocos327.htm>
- National Health System. <http://www.nhscareers.nhsuk/details>
- OECD Health Data 2008
- The Occupational Information Network.
<http://online.onetcenter.org/link/summary>
- 변용찬 김성희 윤상용 강민희 최미영 손창균 오혜경 (2009) 2008년 장애인실태조사
한국보건사회연구원, 보건복지가족부
- 박명화 [외] 저.(2009) (2008년도)노인실태조사: 전국 노인생활실태 및 복지욕구조
사/ 보건복지가족부, 계명대학교 산학협력단
- 통계청, 출산동향, 경제활동인구조사, 각년도
- 서울대 사회발전연구소 (2010), 2009년 노인 인권상황 실태조사, 국가인권위원회

Bosley, S. & Dale, J.(2008). Healthcare assistants in general practice: Practical and conceptual issues of skill-mix change. British Journal of General Practice, 58. 118-124.

NHS Information Centre(2010a). NHS hospital and community health services non-medical staff in England 1999-2009. London: NHS Information Centere.

_____ (2010b). Health and Social Care NHS Staff Earnings Estimates, April to June 2010.

문선웅, 김진수, 이용갑, 황라일, 최인덕, 서수래(2008). 2008년도 외국의 보건의료 체계와 의료보장제도연구. 서울: 국민건강보험공단.

유선주, 김진현, 조성현, 최윤경, 김유미 (2008). 간호간병 서비스 개선을 위한 시범 사업. 서울: 보건복지가족부·한국보건산업진흥원

이현주, 오진주, 최정명, 김춘미, 정재철 (2006). 산재보험의 간병료 및 간병전달체계 개선방안. 서울: 노동부.

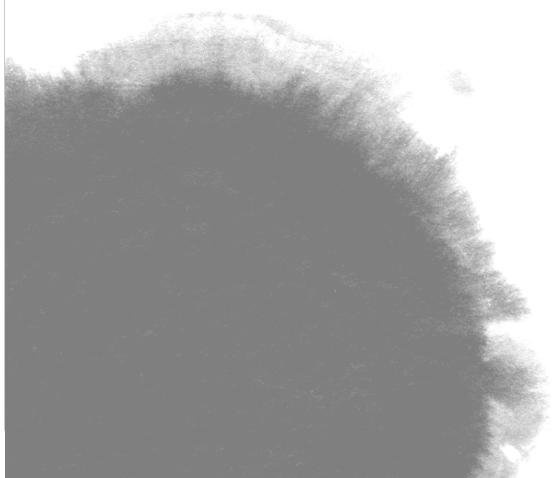
근로복지공단. 간병현물급여제도 www.kcomwel.or.kr

American Nurses Association(2010). Nursing Sensitive Indicators & Nurse Staffing. <http://www.nursingworld.org>

Gerdzt, M., Nelson, S. (2007). 5 -20: a model of minimum nurse-to-patient ratios in Victoria, Australia. Journal of Nursing Management, 15: pp.64 -71.

Australian Institute of Health and Welfare (2010). Australian hospital statistics 2008 -09. Health services series no. 17. Cat. no. HSE 84. Canberra: AIHW.

부록



간병서비스 관련 법 및 제도

1. 국민건강보험법 간병관련 법적규정

가. 요양급여 관련 규정

국민건강보험법 [시행 2010. 1.31] [법률 제9386호, 2009. 1.30, 타법개정]
제39조(요양급여) ①가입자 및 피부양자의 질병·부상·출산 등에 대하여 다음 각호의 요양급여를 실시한다. 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 기타의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송 ②제1항의 규정에 의한 요양급여(이하 "요양급여"라 한다)의 방법·절차·범위·상한 등 요양급여의 기준은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2008.2.29, 2010.1.18> ③보건복지부장관은 제2항의 규정에 의하여 요양급여의 기준을 정함에 있어 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 기타 보건복지부령이 정하는 사항은 요양급여의 대상에서 제외할 수 있다. <개정 2008.2.29, 2010.1.18>

국민건강보험법 요양급여의 기준에 관한 규칙
제1조(목적) 이 규칙은 「국민건강보험법」 제39조제2항 및 동조제3항의 규정에 의하여 요양급여의 방법·절차·범위·상한 및 제외대상 등 요양급여기준에 관하여 필요한 사항을 규정함을 목적으로 한다. <개정 2005.10.11>
제9조(비급여대상) ① 법 제39조제3항의 규정에 의하여 요양급여의 대상에서 제외되는 사항(이하 "비급여대상"이라 한다)은 별표 2와 같다.
[별표 2] <개정 2010.4.30> 비급여대상(제9조제1항관련)
1. 다음 각목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료

- 가. 단순한 피로 또는 권태
 나. 주근깨·다모(多毛)·무모(無毛)·백모증(白毛症)·탈기코(주사비)·점(모반)·사마귀·여드름 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 다. 발기부전(impotence)·불감증 또는 생식기 선천성기형 등의 비호생식기 질환
 라. 단순 코골음
 마. 질병을 동반하지 아니한 단순포경(phimosis)
 바. 검열반 등 안과질환
 사. 기타 가목 내지 바목에 상당하는 질환으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질환
2. 다음 각목의 진료로서 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(윤비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료
 나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 다. <삭제>
 라. 저작 또는 발음기능개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 악안면 교정술 및 교정치료
 마. 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술
 바. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
 사. 기타 가목 내지 바목에 상당하는 외모개선 목적의 진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료
3. 다음 각목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
 가. 본인의 희망에 의한 건강검진(법 제47조의 규정에 의하여 공단이 가입자들에게 실시하는 건강검진 제외)
 나. 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외)
 다. 구취제거, 치아 착색물질 제거, 치아 교정 및 보철을 위한 치석제거 및 구강보건증진 차원에서 정기적으로 실시하는 치석제거
 라. 불소국소도포, 치면열구전색 등 치아우식증 예방을 위한 진료(치아우식증에 이환되지 않은 순수 건전치아를 가진 만 6세 이상 14세 이하 소아의 제1대구치에 대한 치면열구전색 제외)
 마. 멸미 예방, 금연 등을 위한 진료
 바. 유전성질환 등 태아의 이상유무를 진단하기 위한 세포유전학적검사
 사. 기타 가목 내지 바목에 상당하는 예방진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 예방진료
4. 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여원리에 부합하지 아니하는 경우로서 다음 각목에서 정하는 비용·행위·약제 및 치료재료
 가. 가입자 등이 다음 각 항목 중 어느 하나의 요건을 갖춘 요양기관에서 1개의 입원실에 5인 이하가 입원할 수 있는 병상(이하 "상급병상"이라 한다)을 이용함에 따라 영 제24조제2항 및 제8조제4항의 규정에 의하여 고시한 상대가치점수로 산정한 입원료(이하 "기본입원료"라 한다) 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용
 (1) 의료법령에 의하여 허가를 받거나 신고한 병상 중 기본입원료만을 산정하는 병상(이하 "일반병상"이라 한다)을 50퍼센트 이상 확보하여 운영하는 경우. 다만, 집중치료, 신생아 입원, 무균치료, 격리치료, 강내치료 또는 방사성옥소입원치료를 위한 입원실의 병상은 상급병상 및 일반병상에서 제외한다.
 (2) 의료법령에 의하여 신고한 병상이 10병상 이하인 경우
 나. 삭제 <2006.5.19>
 다. 법 제46조에 의하여 장애인에게 보험급여를 실시하는 보장구를 제외한 보조기·보청기·안경 또는 콘택트렌즈 등 보장구
 라. 보조생식술(체내·체외인공수정 포함)시 소요된 비용
 마. 친자확인을 위한 진단
 바. 치과의 보철(보철재료 및 가공료 등 포함)
 사. 및 아. 삭제 <2002.10.24>
 자. 이 규칙 제8조의 규정에 의하여 보건복지부장관이 고시한 약제에 관한 급여목록표에서 정한 일반의약품으로서 「약사법」 제23조에 따른 조제에 의하지 아니하고 지급하는 약제

<p>차. 삭제 <2006.12.29></p> <p>카. 「의료법」 제46조에 따른 선택진료를 받는 경우에 선택진료에 관한 규칙에 따라 추가되는 비용</p> <p>타. 「장기등 이식에 관한 법률」에 따른 장기이식을 위하여 다른 의료기관에서 채취한 골수 등 장기의 운반에 소요되는 비용</p> <p>파. 「마약류 관리에 관한 법률」 제40조에 따른 마약류중독자의 치료보호에 소요되는 비용</p> <p>하. 이 규칙 제11조제1항 또는 제13조제1항의 규정에 의하여 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 신의료기술 등. 다만, 제11조제4항 또는 제13조제1항 후단의 규정에 의하여 소급하여 요양급여대상으로 적용되는 신의료기술 등을 제외한다.</p> <p>거. 그 밖에 요양급여를 함에 있어서 비용효과성 등 진료상의 경제성이 불분명하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 검사·처치·수술 기타의 치료 또는 치료재료</p> <p>5. 삭제 <2006.12.29></p> <p>6. 영 별표 2 제2호의 규정에 의하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대한 입원진료의 경우에는 제1호 내지 제4호(제4호 하목을 제외한다), 제7호에 해당되는 행위·약제 및 치료재료. 다만, 제2호 사목, 제3호 사목, 제4호거목은 다음 각목에서 정하는 경우에 한한다.</p> <p>가. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 행위 및 치료재료</p> <p>나. 질병군 진료 외의 목적으로 투여된 약제</p> <p>7. 건강보험제도의 여간상 요양급여로 인정하기 어려운 경우</p> <p>가. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 한방물리요법</p> <p>나. 한약침약 및 기상한의서의 처방 등을 근거로 한 한방생약제제</p> <p>8. 약사법령에 따라 허가를 받거나 신고한 범위를 벗어나 약제를 처방·투여하려는 자가 보건복지부장관이 정하여 고시하는 절차에 따라 의학적 근거 등을 입증하여 비급여로 사용할 수 있는 경우. 다만, 제5조제3항에 따라 중증환자에게 처방·투여하는 약제 중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 약제는 건강보험심사평가원장의 공고에 따른다.</p>

나. 요양기관 관련 규정

<p>국민건강보험법 [시행 2010. 1.31] [법률 제9386호, 2009. 1.30, 타법개정]</p> <p>제40조(요양기관) ① 요양급여(간호 및 이송을 제외한다)는 다음 각호의 요양기관에서 행한다. 이 경우 보건복지가족부장관은 공익 또는 국가시책상 요양기관으로 적합하지 아니하다고 인정되는 의료기관등으로서 대통령령이 정하는 의료기관등은 요양기관에서 제외할 수 있다. <개정 2003.9.29, 2006.10.4, 2008.2.29></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 「의료법」에 의하여 개설된 의료기관 2. 「약사법」에 의하여 등록된 약국 3. 「약사법」 제72조의12의 규정에 의하여 설립된 한국회귀의약품센터 4. 「지역보건법」에 의한 보건소·보건의료원 및 보건지소 5. 「농어촌 등 보건의료료 위한 특별조치법」에 의하여 설치된 보건진료소 <p>② 보건복지가족부장관은 요양급여를 효율적으로 하기 위하여 필요한 경우에는 보건복지가족부령이 정하는 바에 의하여 시설·장비·인력 및 진료과목등 보건복지가족부령이 정하는 기준에 해당하는 요양기관을 전문요양기관으로 인정할 수 있다. <개정 2008.2.29, 2009.1.30></p> <p>③ 제2항의 규정에 의하여 전문요양기관으로 인정된 요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원에 대하여는 제39조제2항의 규정에 의한 요양급여절차 및 제42조의 규정에 의한 요양급여비용을 다른 요양기관과 달리 할 수 있다. <개정 2009.1.30></p> <p>④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 의한 요양기관은 정당한 이유없이 요양급여를 거부하지 못한다. <개정 2004.1.29, 2009.1.30></p>
--

의료법	
[시행 2010.11.28] [법률 제10325호, 2010. 5.27, 일부개정]	
제3조(의료기관) ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.	
② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다. <개정 2009.1.30>	
1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.	
가. 의원	
나. 치과의원	
다. 한의원	
2. 조산원: 조산사가 조산과 임부·해산부·산욕부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.	
3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.	
가. 병원	
나. 치과병원	
다. 한방병원	
라. 요양병원(「노인복지법」 제34조제1항제3호에 따른 노인전문병원, 「정신보건법」 제3조제3호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제2호에 따른 의료재활시설로서 제3조의 2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)	
마. 종합병원	
③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다. <개정 2009.1.30, 2010.1.18>	

다. 간병인력규정: 의료법에 의한 간호사 등 관련인력 규정은 아래참고

2. 노인장기요양법 간병관련 법적규정

가. 요양급여 관련 규정

노인장기요양보험법 [시행 2010. 3.19] [법률 제9932호, 2010. 1.18, 타법개정]
제23조(장기요양급여의 종류) ① 이 법에 따른 장기요양급여의 종류는 다음 각 호와 같다.
<p>1. 재가급여</p> <p>가. 방문요양 : 장기요양요원이 수급자의 가정 등을 방문하여 신체활동 및 가사활동 등을 지원하는 장기요양급여</p> <p>나. 방문목욕 : 장기요양요원이 목욕설비를 갖춘 장비를 이용하여 수급자의 가정 등을 방문하여 목욕을 제공하는 장기요양급여</p> <p>다. 방문간호 : 장기요양요원인 간호사 등이 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시서(이하 "방문간호지시서"라 한다)에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공하는 장기요양급여</p> <p>라. 주간간보호 : 수급자를 하루 중 일정한 시간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여</p> <p>마. 단기보호 : 수급자를 보건복지부령으로 정하는 범위 안에서 일정 기간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여</p> <p>바. 기타재가급여 : 수급자의 일상생활·신체활동 지원에 필요한 용구를 제공하거나 가정을 방문하여 재활에 관한 지원 등을 제공하는 장기요양급여로서 대통령령으로 정하는 것</p> <p>2. 시설급여 : 장기요양기관이 운영하는 「노인복지법」 제34조에 따른 노인의료복지시설(노인전문병원 등 제외한다) 등에 장기간 동안 입소하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여</p> <p>3. 특별현금급여</p> <p>가. 가족요양비 : 제24조에 따라 지급하는 가족장기요양급여</p> <p>나. 특례요양비 : 제25조에 따라 지급하는 특례장기요양급여</p> <p>다. 요양병원간병비 : 제26조에 따라 지급하는 요양병원장기요양급여</p> <p>②제1항제1호 및 제2호에 따라 장기요양급여를 제공할 수 있는 장기요양기관의 종류 및 기준과 장기요양급여 종류별 장기요양요원의 범위·업무·보수교육 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.</p> <p>③장기요양급여의 제공 기준·절차·방법·범위, 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.</p>

247

부
록

나. 간병기관 관련 규정

노인장기요양보험법 [시행 2010. 3.19] [법률 제9932호, 2010. 1.18, 타법개정]
제26조(요양병원간병비) ① 공단은 수급자가 「노인복지법」 제34조제1항에 따른 노인전문병원 또는 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원에 입원한 때 대통령령으로 정하는 기준에 따라 장기요양에 사용되는 비용의 일부를 요양병원간병비로 지급할 수 있다. <개정 2009.1.30>
②제1항에 따른 요양병원간병비의 지급절차와 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.
<p style="text-align: center;">노인복지법</p> <p style="text-align: center;">[시행 2010. 4.26] [법률 제9964호, 2010. 1.25, 일부개정]</p>

제34조(노인의료복지시설) ①노인의료복지시설은 다음 각 호의 시설로 한다. <개정 2007.8.3>

1. 노인요양시설 : 치매·중풍 등 노인성질환 등으로 심신에 상당한 장애가 발생하여 도움을 필요로 하는 노인을 입소시켜 급식·요양과 그 밖에 일상생활에 필요한 편의를 제공함을 목적으로 하는 시설

2. 노인요양공동생활가정 : 치매·중풍 등 노인성질환 등으로 심신에 상당한 장애가 발생하여 도움을 필요로 하는 노인에게 가정과 같은 주거여건과 급식·요양, 그 밖에 일상생활에 필요한 편의를 제공함을 목적으로 하는 시설

3. 노인전문병원 : 주로 노인을 대상으로 의료를 행하는 시설

②노인의료복지시설의 입소대상·입소비용 및 입소절차와 설치·운영자의 준수사항 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2007.8.3, 2008.2.29, 2010.1.18>

다. 간병인력관련 규정

노인장기요양보험법 시행령

[시행 2010. 3.19] [대통령령 제22075호, 2010. 3.15, 타법개정]

제11조(장기요양급여 종류별 장기요양요원의 범위) ① 법 제23조제2항에 따른 장기요양급여 종류별 장기요양요원의 범위는 다음 각 호와 같다. <개정 2008.2.29, 2008.6.11, 2009.12.30, 2010.3.15>

1. 법 제23조제1항제1호가목에 따른 방문요양에 관한 재가급여 업무를 하는 장기요양요원은 「노인복지법」 제39조의2에 따른 요양보호사 중 1급 또는 2급 자격을 가진 자로 한다.

2. 법 제23조제1항제1호나목에 따른 방문목욕에 관한 재가급여 업무를 하는 장기요양요원은 「노인복지법」 제39조의2에 따른 요양보호사 중 1급 자격을 가진 자로 한다.

3. 법 제23조제1항제1호다목에 따른 방문간호의 재가급여 업무를 하는 장기요양요원은 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자로 한다.

가. 「의료법」 제2조에 따른 간호사로서 2년 이상의 간호업무경력이 있는 자

나. 「의료법」 제80조에 따른 간호조무사로서 3년 이상의 간호보조업무경력이 있고, 보건복지부장관이 지정한 교육기관에서 소정의 교육을 이수한 자

다. 「의료기사 등에 관한 법률」 제2조에 따른 치과위생사(치과위생 업무를 하는 경우로 한정한다)

② 제1항제3호나목에 따른 교육기관의 지정기준 및 절차, 교육 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <신설 2009.12.30, 2010.3.15>

[제9조에서 이동, 종전 제11조는 제15조로 이동 <2008.6.11>]

노인복지법

[시행 2010. 4.26] [법률 제9964호, 2010. 1.25, 일부개정]

제39조의2(요양보호사의 직무·자격증의 교부 등) ①노인복지시설의 설치·운영자는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 노인 등의 신체활동 또는 가사활동 지원 등의 업무를 전문적으로 수행하는 요양보호사를 두어야 한다. <개정 2008.2.29, 2010.1.18>

② 요양보호사가 되려는 사람은 제39조의3에 따라 요양보호사를 교육하는 기관(이하 "요양보호사 교육기관"이라 한다)에서 교육과정을 마치고 시·도지사가 실시하는 요양보호사 자격시험에 합격하여야 한다. <개정 2010.1.25>

③ 시·도지사는 제2항에 따라 요양보호사 자격시험에 합격한 사람에게 요양보호사 자격증을 교부

하여야 한다. <개정 2010.1.25>

④ 시·도지사는 제2항에 따라 요양보호사 자격시험에 응시하고자 하는 사람과 제3항에 따라 자격증을 교부 또는 재교부 받고자 하는 사람에게 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 수수료를 납부하게 할 수 있다. <신설 2010.1.25>

⑤ 요양보호사의 교육과정, 요양보호사 자격시험 실시 및 자격증 교부 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2010.1.25>

[전문개정 2007.8.3]

의료법

[시행 2010.11.28] [법률 제10325호, 2010. 5.27, 일부개정]

제2조(의료인) ①이 법에서 "의료인"이란 보건복지부장관의 면허를 받은 의사 치과의사 한의사 조산사 및 간호사를 말한다. <개정 2008.2.29, 2010.1.18>

②의료인은 종별에 따라 다음 각 호의 임무를 수행하여 국민보건 향상을 이루고 국민의 건강한 생활 확보에 이바지할 사명을 가진다.

1. 의사는 의료와 보건지도를 임무로 한다.
2. 치과의사는 치과 의료와 구강 보건지도를 임무로 한다.
3. 한의사는 한방 의료와 한방 보건지도를 임무로 한다.

4. 조산사는 조산(助産)과 임부(妊婦)·해산부(解産婦)·산욕부(産褥婦) 및 신생아에 대한 보건과 양호지도를 임무로 한다.

5. 간호사는 상병자(傷病者)나 해산부의 요양을 위한 간호 또는 진료 보조 및 대통령령으로 정하는 보건활동을 임무로 한다.

제7조(간호사 면허) 간호사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자로서 제9조에 따른 간호사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다. <개정 2008.2.29, 2010.1.18>

1. 간호학을 전공하는 대학이나 전문대학[구제(舊制) 전문학교와 간호학교를 포함한다]을 졸업한 자
 2. 보건복지부장관이 인정하는 외국의 제1호에 해당하는 학교를 졸업하고 외국의 간호사 면허를 받은 자
- 제80조(간호조무사) ①간호조무사가 되려는 자는 시·도지사의 자격인정을 받아야 한다.

②간호조무사는 제27조에도 불구하고 간호보조 업무에 종사할 수 있다. 이 경우에는 이 법을 적용할 때 간호사에 관한 규정을 준용하며, "면허"는 "자격"으로, "면허증"은 "자격증"으로 한다.

③간호조무사의 자격인정과 그 업무 한계 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2008.2.29, 2010.1.18>

3. 산재보험

가. 요양(간병)급여 관련규정

<div>산업재해보상보험법</div> <div>[시행 2010.11.21] [법률 제10305호, 2010. 5.20, 일부개정]</div>	
제40조(요양급여) ① 요양급여는 근로자가 업무상의 사유로 부상을 당하거나 질병에 걸린 경우에 그 근로자에게 지급한다.	
② 제1항에 따른 요양급여는 제43조제1항에 따른 산재보험 의료기관에서 요양을 하게 한다. 다만, 부득이한 경우에는 요양을 갈음하여 요양비를 지급할 수 있다.	
③ 제1항의 경우에 부상 또는 질병이 3일 이내의 요양으로 치유될 수 있으면 요양급여를 지급하지 아니한다.	
④ 제1항의 요양급여의 범위는 다음 각 호와 같다. <개정 2010.6.4>	
1. 진찰 및 검사	
2. 약제 또는 진료재료와 의지(義肢) 그 밖의 보조기의 지급	
3. 처치, 수술, 그 밖의 치료	
4. 재활치료	
5. 입원	
6. 간호 및 간병	
7. 이송	
8. 그 밖에 고용노동부령으로 정하는 사항	
⑤ 제2항 및 제4항에 따른 요양급여의 범위나 비용 등 요양급여의 산정 기준은 고용노동부령으로 정한다. <개정 2010.6.4>	
⑥ 업무상의 재해를 입은 근로자가 요양할 산재보험 의료기관이 제43조제1항제2호에 따른 상급종합병원인 경우에는 「응급의료에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 응급환자이거나 그 밖에 부득이한 사유가 있는 경우를 제외하고는 그 근로자가 상급종합병원에서 요양할 필요가 있다는 의학적 소견이 있어야 한다. <개정 2010.5.20>	
제36조(보험급여의 종류와 산정 기준 등) ① 보험급여의 종류는 다음 각 호와 같다. 다만, 진폐에 따른 보험급여의 종류는 제1호의 요양급여, 제4호의 간병급여, 제7호의 장의비, 제8호의 직업재활급여, 제91조의3에 따른 진폐보상연금 및 제91조의4에 따른 진폐유족연금으로 한다. <개정 2010.5.20>	
1. 요양급여	
2. 휴업급여	

<p>3. 장해급여</p> <p>4. 간병급여</p> <p>5. 유족급여</p> <p>6. 상병(傷病)보상연금</p> <p>7. 장의비(葬儀費)</p> <p>8. 직업재활급여</p> <p>② 제1항에 따른 보험급여는 제40조, 제52조부터 제57조까지, 제60조부터 제62조까지, 제66조부터 제69조까지, 제71조, 제72조, 제91조의3 및 제91조의4에 따른 보험급여를 받을 수 있는 자(이하 "수급권자"라 한다)의 청구에 따라 지급한다. <개정 2010.5.20></p> <p>③ 보험급여를 산정하는 경우 해당 근로자의 평균임금을 산정하여야 할 사유가 발생한 날부터 1년이 지난 이후에는 매년 전체 근로자의 임금 평균액의 증감률에 따라 평균임금을 증감하되, 그 근로자의 연령이 60세에 도달한 이후에는 소비자물가변동률에 따라 평균임금을 증감한다. 다만, 제6항에 따라 산정한 금액을 평균임금으로 보는 진폐에 걸린 근로자에 대한 보험급여는 제외한다. <개정 2010.5.20></p> <p>④ 제3항에 따른 전체 근로자의 임금 평균액의 증감률 및 소비자물가변동률의 산정 기준과 방법은 대통령령으로 정한다. 이 경우 산정된 증감률 및 변동률은 매년 고용노동부장관이 고시한다. <개정 2010.6.4></p> <p>⑤ 보험급여(진폐보상연금 및 진폐유족연금은 제외한다)를 산정할 때 해당 근로자의 근로 형태가 특이하여 평균임금을 적용하는 것이 적당하지 아니하다고 인정되는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우에는 대통령령으로 정하는 산정 방법에 따라 산정한 금액을 평균임금으로 한다. <개정 2010.5.20></p> <p>⑥ 보험급여를 산정할 때 진폐 등 대통령령으로 정하는 직업병으로 보험급여를 받게 되는 근로자에게 그 평균임금을 적용하는 것이 근로자의 보호에 적당하지 아니하다고 인정되면 대통령령으로 정하는 산정 방법에 따라 산정한 금액을 그 근로자의 평균임금으로 한다. <개정 2010.5.20></p> <p>⑦ 보험급여(장의비는 제외한다)를 산정할 때 그 근로자의 평균임금 또는 제3항부터 제6항까지의 규정에 따라 보험급여의 산정 기준이 되는 평균임금이 전체 근로자의 임금 평균액의 1.8배(이하 "최고 보상기준 금액"이라 한다)를 초과하거나, 2분의 1(이하 "최저 보상기준 금액"이라 한다)보다 적으면 그 최고 보상기준 금액이나 최저 보상기준 금액을 각각 그 근로자의 평균임금으로 한다. 다만, 휴업급여 및 상병보상연금을 산정할 때에는 최저 보상기준 금액을 적용하지 아니한다.</p> <p>⑧ 최고 보상기준 금액이나 최저 보상기준 금액의 산정방법 및 적용기간은 대통령령으로 정한다. 이 경우 산정된 최고 보상기준 금액 또는 최저 보상기준 금액은 매년 고용노동부장관이 고시한다. <개정 2010.6.4></p>
<p>제61조(간병급여) ① 간병급여는 제40조에 따른 요양급여를 받은 자 중 치유 후 의학적으로 상시 또는 수시로 간병이 필요하여 실제로 간병을 받는 자에게 지급한다.</p> <p>② 제1항에 따른 간병급여의 지급 기준과 지급 방법 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.</p>
<p style="text-align: center;">산업재해보상보험 시행령 [시행 2010.12. 9] [대통령령 제22516호, 2010.12. 7, 타법개정]</p>

제59조(간병급여의 지급 기준 및 방법) ① 법 제61조제1항에 따른 간병급여의 지급 대상은 별표 7과 같다.

② 간병급여는 제1항에 따른 간병급여의 지급 대상에 해당되는 사람이 실제로 간병을 받은 날에 대하여 지급한다.

③ 간병급여의 지급 기준은 「통계법」 제3조에 따른 지정통계 중 고용노동부장관이 작성하는 고용형태별근로실태조사의 직종별 월급여총액 등을 기초로 하여 고용노동부장관이 고시하는 금액으로 한다. 이 경우 수시 간병급여의 대상자에게 지급할 간병급여의 금액은 상시 간병급여의 지급 대상자에게 지급할 금액의 3분의 2에 해당하는 금액으로 한다. <개정 2010.7.12>

④ 제1항에도 불구하고 간병급여의 대상자가 무료요양소 등에 들어가 간병 비용을 지출하지 않았거나, 제3항에 따른 지급 기준보다 적은 금액을 지출한 경우에는 실제 지출한 금액을 지급한다.

⑤ 간병급여 수급권자가 법 제51조에 따라 재요양을 받는 경우 그 재요양 기간 중에는 간병급여를 지급하지 않는다.

⑥ 간병급여의 청구 방법 등은 고용노동부령으로 정한다. <개정 2010.7.12>

산업재해보상보험법 시행규칙

[시행 2010.11.24] [고용노동부령 제8호, 2010.11.24, 일부개정]

제11조(간병의 범위) ① 법 제40조제4항제6호에 따른 간병은 요양 중인 근로자의 부상 질병 상태 및 간병이 필요한 정도에 따라 구분하여 제공한다. 다만, 요양 중인 근로자가 중환자실이나 회복실에서 요양 중인 경우 그 기간에는 별도의 간병을 제공하지 않는다.

② 간병은 요양 중인 근로자의 부상 질병 상태가 의학적으로 다른 사람의 간병이 필요하다고 인정되는 경우로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람에게 제공한다.

1. 두 손의 손가락을 모두 잃거나 사용하지 못하게 되어 혼자 힘으로 식사를 할 수 없는 사람
2. 두 눈의 실명 등으로 일상생활에 필요한 동작을 혼자 힘으로 할 수 없는 사람
3. 뇌의 손상으로 정신이 혼미하거나 착란을 일으켜 일상생활에 필요한 동작을 혼자 힘으로 할 수 없는 사람
4. 신경계통 또는 정신의 장애로 의사소통을 할 수 없는 등 치료에 뚜렷한 지장이 있는 사람
5. 체표면적(體表面積)의 35퍼센트 이상에 걸친 화상을 입어 수시로 적절한 조치를 할 필요가 있는 사람
6. 골절로 인한 견인장치 또는 석고붕대 등을 하여 일상생활에 필요한 동작을 혼자 힘으로 할 수 없는 사람
7. 하반신 마비 등으로 배뇨·배변을 제대로 하지 못하거나 욕창 방지를 위하여 수시로 체위를 변경시킬 필요가 있는 사람
8. 업무상 질병으로 신체가 몹시 허약하여 일상생활에 필요한 동작을 혼자 힘으로 할 수 없는 사람
9. 수술 등으로 일정 기간 거동이 제한되어 일상생활에 필요한 동작을 혼자 힘으로 할 수 없는 사람

10. 그 밖에 부상·질병 상태가 제1호부터 제9호까지의 규정에 준하는 사람
<p>제13조(간병료) ① 간병료는 간병이 필요한 정도 등을 고려하여 고용노동부장관이 고시하는 금액으로 한다. <개정 2010.7.12></p> <p>② 고용노동부장관은 제1항에 따른 간병료를 고시할 때 법 제43조제1항에 따른 산재보험 의료기관(이하 "산재보험 의료기관"이라 한다)이 간병을 제공하는 경우에는 간호 인력의 수 등을 고려하여 제1항에 따른 간병료에 일정한 금액 또는 비율에 따른 금액을 가산하여 지급하도록 할 수 있다. <개정 2010.7.12></p> <p>③ 고용노동부장관은 제1항에 따른 간병료를 고시할 때 제12조제1항제3호 또는 같은 항 제4호에 따른 사람이 간병을 하는 경우에 대하여 간병료를 따로 정할 수 있다. <개정 2010.7.12></p>

나. 요양기관규정

<p style="text-align: center;">산업재해보상보험법 [시행 2010.11.21] [법률 제10305호, 2010. 5.20, 일부개정]</p> <p>제43조(산재보험 의료기관의 지정 및 지정취소 등) ① 업무상의 재해를 입은 근로자의 요양을 담당할 의료기관(이하 "산재보험 의료기관"이라 한다)은 다음 각 호와 같다. <개정 2010.1.27, 2010.5.20, 2010.6.4></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 제11조제2항에 따라 공단에 두는 의료기관 2. 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원 3. 「의료법」 제3조에 따른 의료기관과 「지역보건법」 제7조에 따른 보건소(「지역보건법」 제8조에 따른 보건의료원을 포함한다. 이하 같다)로서 고용노동부령으로 정하는 인력·시설 등의 기준에 해당하는 의료기관 또는 보건소 중 공단이 지정한 의료기관 또는 보건소 <p>② 공단은 제1항제3호에 따라 의료기관이나 보건소를 산재보험 의료기관으로 지정할 때에는 다음 각 호의 요소를 고려하여야 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 의료기관이나 보건소의 인력·시설·장비 및 진료과목 2. 산재보험 의료기관의 지역별 분포 <p>③ 공단은 제1항제2호 및 제3호에 따른 산재보험 의료기관이 다음 각 호의 어느 하나의 사유에 해당하면 그 지정을 취소(제1항제3호의 경우만 해당된다)하거나 12개월의 범위에서 업무상의 재해를 입은 근로자를 진료할 수 없도록 하는 진료제한 조치 또는 개선명령(이하 "진료제한등의 조치"라 한다)을 할 수 있다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 업무상의 재해와 관련된 사항을 거짓이나 그 밖에 부정한 방법으로 진단하거나 증명한 경우 2. 제45조에 따른 진료비를 거짓이나 그 밖에 부정한 방법으로 청구한 경우 3. 제50조에 따른 평가 결과 지정취소나 진료제한등의 조치가 필요한 경우
--

4. 「의료법」 위반이나 그 밖의 사유로 의료업을 일시적 또는 영구적으로 할 수 없게 되거나, 소속 의사가 의료행위를 일시적 또는 영구적으로 할 수 없게 된 경우

5. 제1항제3호에 따른 인력·시설 등의 기준에 미치지 못하게 되는 경우

6. 진료제한등의 조치를 위반하는 경우

④ 제3항에 따라 지정이 취소된 산재보험 의료기관은 지정이 취소된 날부터 1년의 범위에서 고용노동부령으로 정하는 기간 동안은 산재보험 의료기관으로 다시 지정받을 수 없다. <신설 2010.1.27, 2010.6.4>

⑤ 공단은 제1항제2호 및 제3호에 따른 산재보험 의료기관이 다음 각 호의 어느 하나의 사유에 해당하면 12개월의 범위에서 진료제한 등의 조치를 할 수 있다. <개정 2010.1.27, 2010.5.20>

1. 제40조제5항 및 제91조의9제3항에 따른 요양급여의 산정 기준을 위반하여 제45조에 따른 진료비를 부당하게 청구한 경우

2. 제45조제1항을 위반하여 공단이 아닌 자에게 진료비를 청구한 경우

3. 제47조제1항에 따른 진료계획을 제출하지 아니하는 경우

4. 제118조에 따른 보고, 제출 요구 또는 조사에 응하지 아니하는 경우

5. 산재보험 의료기관의 지정 조건을 위반한 경우

⑥ 공단은 제3항 또는 제5항에 따라 지정을 취소하거나 진료제한 조치를 하려는 경우에는 청문을 실시하여야 한다. <개정 2010.1.27>

⑦ 제1항제3호에 따른 지정절차, 제3항 및 제5항에 따른 지정취소, 진료제한등의 조치의 기준 및 절차는 고용노동부령으로 정한다. <개정 2010.1.27, 2010.6.4>

다. 간병인력 관련 규정

산업재해보상보험법 시행규칙	
[시행 2010.11.24] [고용노동부령 제8호, 2010.11.24, 일부개정]	
제12조(간병을 할 수 있는 사람의 범위) ① 간병을 할 수 있는 사람은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람으로 한다.	
1. 「의료법」에 따른 간호사 또는 간호조무사	
2. 「노인복지법」 제39조의2에 따른 요양보호사 등 공단이 인정하는 간병 교육을 받은 사람	
3. 해당 근로자의 배우자(사실상 혼인관계에 있는 사람을 포함한다), 부모, 13세 이상의 자녀 또는 형제자매	
4. 그 밖에 간병에 필요한 지식이나 자격을 갖춘 사람 중에서 간병을 받을 근로자가 지정하는 사람	

② 제1항에도 불구하고 간병의 대상이 되는 근로자의 부상·질병 상태 등이 전문적인 간병을 필요로 하는 경우에는 제1항제1호 또는 제2호에 따른 사람만 간병을 하도록 할 수 있다.

라. 산재보험에서의 간병서비스 세부내용(근로복지공단 자료)

□ 산재보험의 보험급여에는 요양급여, 휴업급여, 상병보상연금, 장해급여, 유족급여, 장의비가 있음

- 이중 요양급여 범위에서 간병은 환자의 상병상태에 대하여 간병이 필요하다는 의학적 소견이 있는 자로서 다음의 일정한 요건에 한하여 인정함.

〈부록 1〉 산재보험에서의 간병대상 (간병급호 1호~10호)

1. 두손의 손가락을 모두 잃어 혼자 힘으로 식사를 할 수 없는 자
2. 두 눈의 실명 등으로 타인의 조력 없이는 거동이 전혀 불가능한 자
3. 두부 손상 등으로 정신이 혼미하거나 착란되어 절대안정을 요하는 자
4. 말하는 기능의 장애 등으로 의사소통이 안됨으로써 치료에 뚜렷한 지장을 초래할 수 있는 자
5. 체표 면적의 35%이상에 걸친 화상 등으로 수시로 적절한 조치를 강구할 필요가 있는 자
6. 골절로 인한 견인장치 또는 석고붕대 등을 하여 혼자서 배뇨, 배변을 할 수 없는 자
7. 허반신 마비 등으로 배뇨, 배변을 제대로 가누지 못하거나 욕창방지를 위하여 수시로 체위를 변경시킬 필요가 있는 자
8. 업무상 질병으로 신체가 몹시 허약하여 다른 사람의 도움 없이는 거동이 전혀 불가능 한 자
9. 수술 등으로 일정기간 거동이 제한되어 생명유지에 필요한 일상생활 처리동작을 혼자 힘으로 할 수 없는자
10. 기타 제1호 내지 제9호에 준하는 상태로서 요양중인 자

□ 간병인의 자격요건은 1) 의료법에 의한 간호사나 간호조무사의 자격증 소지자를 원칙으로 하고 있으며, 2) 공단이 인정한 전문교육과정을 이수한 전문간병인과 3) 기타 이를 구할 수 없는 경우에는 간병에 필요한 지식을 가진 일반 타인이나 재해근로자의 가족까지 인정하고 있음.

- 단, 간병인의 업무 내용에 관한 별도의 명시는 없음.
- 2004년 기준 가족간병인이 67.2%, 일반간병인이 18.2%로 의료인이 아닌 비의료인 중심으로 간병이 이루어지고 있음.

□ 간병료 지급수준은 전년도분 임금구조 기본통계 조사보고서상의 직종별 월급여 총액에 기초하여 노동부장관이 고시하는 금액으로 지급하며, 2003년9월~2004년8월기준 간병료는 자격조건에 따라 33,600원(무자격자 또는 가족)~48,470원(간호사)임.

- 단, 타인의 도움없이 거동이 전혀 불가능한 입원요양중인 자에 대해 철야 간병을 인정하며, 일반 간병료의 50% 가산한 금액을 지급하며, 2인이상 동시에 간병할 시에는 20%를 가산한 금액을 지급함.

1) 간병현물급여

- ‘간병현물급여’란 산재보험 의료기관에서 산업재해보상보험법 시행규칙 제 11호에 따른 간병을 산재근로자에게 직접 제공하고 그에 따른 간병료를 진료비로 청구하여 지급받는 간병료를 말함.
- 급여 대상자는 법이 정한 간병범위에 해당하는 요양 중인 산재근로자로 의료기관의 간병서비스 제공에 동의한 일반병실의 입원환자 (단, 중환자실, 회복실 또는 폐쇄병동 입원기간은 간병기간에서 제외)
 - 간병범위별로 세부 적용등급을 두었는데, 아래표의 각호에 해당하는 간병범위에 따라 2,3,5,7,8,10호의 범위는 1~3등급 모두 적용되며, 1,6호는 2~3등급, 4,9호는 3등급만 적용가능
- 간병서비스 제공원칙에 따른 간병인 업무가 새롭게 규정되었는데, 간병인은 의사, 간호사 등 의료진의 교육 하에 위생관련 업무, 경구 식사보조, 배설관리, 이동등의 간병서비스를 제공함.
 - 특히 구강위생관리는 최소 1일1회이상, 세발위생관리는 3일1회이상, 목욕 위생관리는 1주1회이상, 경구 식사보조·배설관리·이동은 필요한 경우라는 최소 권고기준을 둬.
- 간병료 지급 및 산정기준
 - 간병료는 의료기관의 간호인력 확보수준에 따른 간호등급 및 간병제공기간의 병상수 대비 간병인 수의 비율에 따라 산재 근로자의 간병 필요등급별로 1일당으로 산정함.

〈부록 2〉 병상수 대 간병인 수의 비율에 따른 간병료

병상수 대비 간병인의 수	산재근로자 1명당 간병료
1:1 이하인 경우	간병료의 100분의 100
1:1 초과 1.5:1 미만인 경우	간병료의 100분의 85
1.5:1 이상 2:1 미만인 경우	간병료의 100분의 65
2:1 이상인 경우	간병료의 100분의 50

* 즉, 간병이 제공된 병실의 총 병상수가 20병상이고, 투입된 간병인수는 15일간 18명, 16일간 17명인 경우 산재근로자 1인당 간병료는, 20병상 * 31일/ [(18명*15일)+(17명*16일)] = 620/542 = 1.143:1

그러므로 위 테이블에서 “1:1초과 1.5:1 미만” 인 경우에 해당하여 간병료의 100분의 85를 산재근로자 1인당 간병료로 지급
자료: 근로복지공단-간병현물급여제도 www.kcomwel.or.kr

□ 간병료는 간병등급별로 해당 간병료 범위 내에서 산정하되, 간병에 필요한 소모품 비용(기저귀 등)이 포함된 것으로 간주하므로 그 비용을 별도 산정할 수 없으며, 산재 근로자에게 그 비용을 부담하도록 함.

— 간병료 산정은 산재환자가 간병을 제공받은 일수에 따라 1일당(12시~다음 날12시)으로 산정함.

□ 산재보험에서의 간병서비스는 의료기관 또는 의료기관외 간병 모두 급여가능하며, 간병비 청구는 1)진료비(의료기관 간병) 청구방법과 2) 요양비 청구방법으로 구분됨.

○ 진료비 청구방법은 진료비 청구서 접수시 “간병제공 현황 통보서”를 고용,산재정보통신망을 통해 제출함으로써 이루어짐.

— 간병필요에 대한 소견은 진료담당의사가 작성하되, “간병이 필요한 기간 및 간병사유” 와 “간병범위 및 간병필요등급”을 반드시 기재하며 필요시 의무기록 및 관련자료 함께 제출

○ 요양비 청구방법은 요양비청구서에 산재근로자의 상병상태와 간병범위, 간병등급, 간병종류, 간병인 인적사항을 모두 빠짐없이 기재해야 함.

— 주치의사의 정확한 간병에 대한 소견 기재 역시 필요하며 이때 확인할 수 있는 의무기록을 근거로 기재

2) 주요개정사항

〈부록 3〉 산재보험 상 간병 관련 개정사항

구분	개정전	개정후												
간병등급	일반, 철야간병 ※철야간병 대상: 두눈 실명, 화상, 허반신마비 등으로 가동불가능한 입원환자	간병필요정도에 따라 간병범위 각 호병 상병상태에 따라 1,2,3등급으로 구분												
간병인 자격	간호사, 간호조무사, 전문교육과정 이수자, 가족, 기타간병인	개정 전과 동일 (단, 전문교육과정 이수자에 ‘노인복지법’에 따른 요양보호사 추가)												
간병료	간병인 자격에 따라 구분고시 간호사: 65,920원 간호조무사: 45,060원 전문간병인: 44,760원 가족침기타간병인: 38,240원 의료기관 간병제공시 및 근로자가 간병인 지정시에도 간병료는 동일하며, 철야간병(50%), 다인간병(20%) 씩 가산	간병필요정도에 따라 고시 <table><tr><th></th><th>1등급</th><th>2등급</th><th>3등급</th></tr><tr><td>전문간병인</td><td>67,140원</td><td>55,950원</td><td>44,760원</td></tr><tr><td>가족및기타간병인</td><td>57,360원</td><td>47,800원</td><td>38,240원</td></tr></table> 의료기관에서 간병제공시 -간호인력확보수준에 따라 일정금액 (간호등급4등급 이상 6,000원, 4등급 미만 및 요양병원 5,000원) 가산 -간병인력확보수준에 따라 간병료 차감(간병료의 15~50%수준) 근로자가 간병인지정시는 개정전과 동일		1등급	2등급	3등급	전문간병인	67,140원	55,950원	44,760원	가족및기타간병인	57,360원	47,800원	38,240원
	1등급	2등급	3등급											
전문간병인	67,140원	55,950원	44,760원											
가족및기타간병인	57,360원	47,800원	38,240원											
간병료 청구방법	진료비청구서를 공단에 제출하되, 가족이 간병한 경우 요양비 청구서에 의료기관의 간병확인을 받아 산재근로자가 청구	개정전과 동일 -의료기관에서 간병을 제공한 경우 진료비로 청구 -의료기관에서 간병을 제공하지 않을 경우 산재근로자가 요양비로 청구												

자료: 근로복지공단-간병현물급여제도 www.kcomwel.or.kr