

간호행정 조직설계의 방향과 전문가 관료제

이 은 주*

I. 서 론

현대사회는 매우 복잡하고 다양하게 급변하고 있다. 이와같은 흐름속에서 간호현상도 예외일 수는 없다. 지식의 폭발적인 증가, 간호교육제도의 변화, 건강관리에 대한 기대의 변화, 효과적인 건강관리에 대한 요구 급증, 건강수가의 상승, 지역사회를 중심으로한 일차 건강관리 체제에로의 변화 등 간호와 관련된 지식과 환경도 변화하고 있다(김수지, 1986).

이러한 변화와 더불어 간호의 질적 수준을 유지하면서 간호전달 체제의 능률과 효과를 제고하려는 관심은 증대되었다. 그 중 인력의 효과적인 관리에 관한 것은 많은 관심을 끌고 있다. 조직성원으로서 간호사에 대한 동기부여문제, 리더쉽문제 등은 활발한 연구활동이 진행되었다(김명옥, 1984; 김진순, 1985; 박성애, 1988; Duxbury et al., 1984). 한편 간호전달이 이루어지는 간호실무의 환경으로서 간호행정조직구조도 중요한 관심중의 하나이다. 간호사는 업무와 관련된 많은 사람들과 더불어 다양한 규모와 조직의 사회기관에서 건강관리를 담당해야 하는 사회적 조건에 놓여있다(변창자, 1983).

대부분의 의료조직은 여러분야의 전문인력이 모여 대상자의 건강관리와 조직자체의 존립을 위하여 상호의존

성을 갖고 운영된다. 현대의 건강관리가 종합적이며 상황의존적이 되어감에 따라 이와 같은 상호의존적 조직 구성은 보다 나은 건강관리에 필수조건이 되어가고 있다. 그러나 이러한 조직에서 간호사들은 전문교육에 의해 자율성을 행동규범으로 삼고 전문지식의 가치를 우선하는 전문가로서의 속성을 지니고 있기 때문에 간호조직의 관료화 현상에서 많은 갈등을 느낀다고 보고되고 있다(박진영, 1982; 김화실, 1984; 홍근표, 1984). 이러한 것들은 간호의 전달이 왜곡되는 원인들중에 간호사가 접해있는 그 조직의 구조적 환경이 크게 영향을 미치고 있음을 지적하고 있는 것이다.

이렇듯 각종의 간호서비스가 계획되고 전달되는 장(場)으로서 우리사회의 크고 작은 많은 간호관련 조직들의 구조는 간호실무의 성패를 가름하는 중요한 변수이다. 그러므로 간호를 효과적으로 제공하기 위해서는 간호의 특성에 맞는 조직의 설계와 관리가 요청된다. 이를 위해 조직이론과 관료제론 그리고 간호행정이론 등을 기초로 간호적에 적당한 간호행정조직의 구상을 검토하는 것은 의미있는 일이라 생각된다. 본 논문에서는 전문직으로서 간호를 살피고, 간호행정조직 설계의 방향으로서 전문가 관료제를 상정하여 이의 구조적 특징과 그의 한계를 논하고자 한다.

*서강전문대학 간호과 전임강사

II. 간호전문직업인의 활동장으로서의 간호조직설계의 필요성

전문직의 특성은 학자들에 의해 여러가지로 제시되고 있지만 이들은 대체로 유사하다(전산초, 1986). Greenwood는 이를 다음과 같이 요약하고 있다(Hardy, 1981). 첫째, 일련의 기술과 지식체가 있고, 둘째, 이와 같은 지식과 기술을 습득하기 위해 오랜 훈련기간을 요구하고, 셋째, 대체로 사회에 의해 이와 같은 지식과 기술에 대한 타당성이 수용되며, 따라서 그 지식과 기술을 사용하는 데 있어서 배타적 권리가 인정되고, 넷째, 전문직의 구성원에 의해 구성된 전문적 문화와 일련의 과정들을 들고 있다.

이에 비추어 볼 때 간호는 전부는 아니지만 대부분이 전문직업의 특성이나 기준들에 해당된다는 것을 알 수 있다(Conway, 1983 ; 고자경, 1988). 즉 간호학은 일련의 간호현상에 대한 지적 추구이고, 구성원들의 공유된 가치와 목적이 있는 하나의 공동체로 통합되어 있고, 개별적인 간호사를 이끄는 윤리관이 있으며, 인간을 대상으로 업무를 수행하고, 그들이 실천하는 서비스 영역에 개하여 통제를 하고 있다. 또 간호실무의 영역과 기능이 점점 확대·변화되고 있고, 다른 보건직업과의 경계를 정하는 작업이 계속되고 있다는 것도 간호가 전문직업임을 나타내주는 요인이다.

간호를 전문직이게 하는 일련의 힘을 Aydelotte (1985)는 다음과 같이 지적하고 있다.

첫째, 간호는 의학에 의존하지 않고도 실천되는 임상영역으로서 부상하고 있다. 대상자의 기능적 욕구관리와 질환의 의학적 증세에 관한 행태적 반응의 관리는 전문직업적 간호의 영역이다. 그리고 이와같은 영역의 관리에 요구되어지는 지식으로 행태과학과 자연과학이 체계적으로 조직화되고 표준화 되어 밀반침이 되고 있다.

둘째, 전문직업적 간호의 실천에서 요구되어지는 지식과 기술의 복잡성으로 인해 전문간호사만이 수행가능한 영역이 넓혀지고 있다. 즉 대상자의 행태적 반응의 증후와 신호 그리고 자료의 해석과 평가에서 오는 복잡성은 전문직 간호사가 아닌 다른 사람에게 위임될 수 없다.

셋째, 간호사들은 언어, 상징, 규범 그리고 윤리적 행태 등에서 그들 자신들의 문화를 전개해 가고 있다.

넷째, 전문직 간호실천을 위한 기초로서 요구되는 교육수준이 높아지고 있다.

다섯째, 간호는 이미 한정된 직업이 아니다. 즉 전문

화에 의해 활동분야에 따른 간호사의 다양한 직종이 존재한다.

그러나 간호를 전문직으로 인식하는데 문제가 없는 것은 아니다. 전문직의 기반이 되는 간호이론 체계확립의 미비점 등이 흔히 지적되고 있다. 그러나 이들은 점차 극복되어져야 할 것이고, 이를 위해 지금도 많은 노력들이 수행되고 있다(Chin, 1983 ; Conway, 1983 ; Hardy, 1983).

한편, 전문직업사이에서 상대적인 자율성의 정도를 검토해 볼 때 간호사는 제한된 자율성을 소유한 전문직업의 양태를 취한다. 대부분의 경우 간호사는 조직에 고용되어 업무와 관련된 많은 사람들과 더불어 건강관리를 맡고 있다. 고용환경 특히 고용자의 조직적 위치는 조직성원에게 중요한 영향력을 갖는다. 그러나 조직은 고용자를 지배하고 감독, 통제하기 위한 구조가 아니라 목표의 효율적인 달성을 위해 만들어진 도구일 뿐이라는 점을 간과해서는 안될 것이다. 이점은 곧 전문 간호의 실천에 알맞는 조직구조를 요구함을 의미한다. 즉 간호사를 지배, 통제하는 조직설계가 아닌 전문간호사가 양질의 간호를 전달할 수 있는 장(場)으로서의 조직설계가 필요하다는 것이다.

III. 간호행정조직설계의 방향과 전문가 관료제

간호직은 보다 전문 지식을 요구하고 있고, 직접적인 서비스 전달에서 고객과의 상호대면성이 그 중요성을 점점 더해가고 있다(이원희, 1986).

이와같은 배경하에서 보다 양질의 간호서비스를 전달하기 위하여 간호행정조직은 어떻게 설계되고 관리되어야 할 것인가? 이와같은 질문에의 답변은 단순하지 않다. 간호행정조직을 포함한 현대사회의 대규모조직들은 한편으로는 관료제도화하며, 다른 한편으로는 전문화하는 일반적 경향이 있다. 이런 두가지 경향은 근본적으로 상이한 성질을 갖고 있다. W. Bennis(1968), F. Thayer(1973)와 같은 학자들은 Weberian적 이미지를 갖는 기계적 관료제도와 이것과는 다른 특성을 갖는 전문가 조직 사이의 충돌을 현대 사회가 당면한 보편적 현상으로 보고 기계적 관료제도를 전문가 조직에 의해서 일괄적으로 대치함으로써 탈관료화를 주장했다. 그러나 V. Thompson(1975)같은 학자들은 오히려 관료제도를 강화해야 한다고 주장함으로써 탈관료화의 방향에 대한 반동적 입장을 보이고 있다. R. Miewald(1970), Mintzberg(1983)등은 20세기 후반에 오면 Weber가 제

시한 것과 같은 19세기적인 기계적 관료제도와는 종류가 다르면서도 아직도 관료제도의 기본적인 성질을 가지고 있는 새로운 형태의 관료제도가 출현한다고 말한다. 이는 전통적 관료제도를 완전히 탈피해 버리는 급진적인 방안이나 전통적 관료제도를 강화하는 보수적인 방안을 제시하는 대신에 새로운 역사적 상황에 적응한 새로운 관료제도의 출현을 말하고 있다. 그들은 그것을 전문가 관료제라고 부르고 있다.

본 절에서는 전문적인 간호의 실천장으로서 또 간호행정조직 설계와 관리의 방향으로서 전문가 관료제를 상정하고, 이의 구조적 특징과 조정매개변수 그리고 한계 등을 살펴보고자 한다. 조직을 설계한다는 것, 즉 조직하는 것은 조직의 구조를 조직의 목표, 자원 그리고 환경에 적합하도록 만드는 과정이며, 조직구조는 한 조직의 구성요소와 직위의 배열과의 상호관계(지성애 외 2, 병원 간호관리학, p.93), 즉 역할간의 관계이다. 한편 조정매개변수는 이와 같은 역할간의 상호관계를 결정지워주는 변수들이다. 예를 들면, 관료제로 특징지워지는 조직에서의 조정매개변수는 '표준화(standardization)'이지만, 적응 역동조직(adhocracy)에서의 조정매개변수는 '상호조정(mutual adjustment)'이다.

간호는 기본적으로 인간봉사의 특성을 지니며, 따라서 인간행태와 인간육구 등에 관한 보다 많은 지식을 가져야 한다. 사회과학의 발전과 더불어 인간에 대한 많은 전문지식이 산출되고 있으며, 이와 같은 지식을 인간봉사활동에 적용하는데 있어 일정불변의 기준을 명확히 하는 것이 더욱 어려운 일이 되어감에 따라 간호행정에 있어 전문성의 확보는 더욱 요청된다 할 것이다. Hasenfeld(1974)는 인간봉사기술에 있어서 대면적 상호작용이 그 핵심임을 지적하고 있고, Lipsky(1980)는 이와 같은 현상에 주의를 환기시키면서 이들 일선관리자를 가두관료(street-level bureaucrats)라고 부르고, 이들 업무가 다음 세가지 조건으로 특징지워진다고 했다. 즉 첫째, 항상고객과 상호작용을 하고, 둘째, 비교적 독립성과 자유재량권을 가지고 있으며, 셋째, 그들의 태도와 행동은 고객에게 상당한 영향을 끼칠 수 있다는 것이다. 이와 같은 대면적 관계를 계층체에 의한 감독과 통제로 조정하려 할 때 다음과 같은 문제들이 제기될 수 있다.

첫째, 그와 같은 감독을 한다는 것은 일선관리자들의 업무수행 능력을 불신하는 것으로 해석될 수 있고, 둘째, 감독은 일선관리와 고객사이의 긍정적이고 감정이입적인 관계를 발전시키는데 적당하지 않은 간섭이며, 셋째, 많은 경우 고객의 사적 비밀을 보장받을 권리보호에 대

한 윤리적 문제를 야기시킬 수 있고, 넷째, 이 업무를 실행하려면 상당한 자원과 인력의 지출이 필요하므로 대체로 실행하기가 어렵다는 것 등이다.

간호행정의 이와 같은 특수성을 고려할 때 간호전문성의 요구는 간호행정을 구현하는 관료제에 대한 또 다른 고찰을 필요로 한다. 전문적인 사회복지사로서 간호조직은 너무 쉽게 기계적 관료제의 성격을 띠고 있는 구조를 수용해왔다. 조직일선으로서 전문적인 사회복지사부서는 효과적인 운영을 위해서 '작업이 행하여지고 있는 곳'에 자원과 권한이 집중될 필요가 있다. Mintzberg(1983)는 이와 같은 경향을 반영하고 있는 것으로 전문가관료제를 상정하고 그 가장 좋은 예로 인간봉사조직을 들고 있다.

전문가관료제의 특성은 앞에서 본 전문직업주의의 특성, 즉 일련의 기술과 지식체가 있고, 이와 같은 지식과 기술을 습득하기 위해 오랜 훈련기간을 요구하며, 대체로 사회에 의해 이와 같은 지식과 기술에 대한 타당성이 수용되며, 따라서 그 지식과 기술을 수행하는데 있어서 배타적 권리가 인정되며, 전문직의 구성원에 의해 구성된 전문적 문화와 일련의 윤리가 있다는 것 등이다. 이와 같은 특징들 때문에 전문가들은 대체로 높은 신분적 지위와 고소득을 유지하며, 그것은 계급체에서 중요한 요소가 된다. 이를 Johnson은 "직업전문주의는 성공적 이념이다"라고 표현하고 있다(J. Hardy, 1981, p. 59). 이와 같은 특징들은 전문가 관료제의 장점과 단점을 노정시키는 원천이 되고 있다.

실제작업이 행하여 지는 일선운영부에 권한과 자원이 집중될 수 있는 관료제의 형태로서 전문가관료제는 점권화 되지 않고도 안정적이고, 예측적이며, 결과적으로 표준화된 형태를 확보할 수 있는 그런 조직형태라고 할 수 있다. 전문가 관료제는 조정을 비교적 장기간의 훈련과 교육 등에 의한 '투입기술(input skill)의 표준화'에 의존한다(Mintzberg, 1983, p.5, 여기서 그는 조정기제로서 5가지를 들고있다. 즉 상호조정, 직접감독, 투입기술의 표준화, 작업과정의 표준화, 산출물의 표준화가 그것이다. 직접감독에 의해 조정을 하는 조직은 단순조직, 상호조정에 의한 조정은 adhocracy, 표준화중 작업과정을 표준화하여 조정하는 것을 기계적 관료제, 투입기술을 표준화하여 조정하는 것을 전문가관료제, 그리고 산출물을 표준화하여 조정하는 것을 연쇄점 형태라고 설명하고 있다). 일선 운영핵심부에는 정식으로 훈련과 교육을 받은 전문가를 고용하고 그들에게 그들 자신의 작업에 대한 상당한 통제권을 부여한다. 따라서 분권화

표준화가 존재한다. 자신의 작업에 대한 자신의 통제라는 것은 전문가가 상대적으로 그 동료에 대해 독립적으로 일하지만 그가 봉사하는 고객과는 밀접히 관련되어 있음을 의미한다. 그럼에도 이 형태는 표준화에 의한 조정이라는 점에서 분명 관료제적 특성을 갖는다. 이와 같은 점을 Hardy(1981 : 59)는 다음과 같이 지적하고 있다. 첫째, 관료제처럼 전문직업주의도 실적주의적 사회(meritocracy)에 대한 것이고, 둘째, 전문직업주의는 암묵적 전문성이 그 전문직의 규범과 가치를 흡수하는 장기간의 사회화에 큰 강조를 두는 질서에 대한 것이며, 셋째, 그 전문성은 장기간의 학습때문에 관료제적 규칙을 이미 흡수하고 있다는 것이다. 그러나 전문가 관료제에 있어서의 표준화는 기계적 관료제처럼 자신의 구조 자체에서 만들어 지는 것이 아니라 자신의 구조 밖의 전문직업집단에서 만들어져 제공된다. 따라서 조직의 운영에 중요한 것은 계층적 권위가 아니라 전문가적 권위이다(Mintzberg, 1983 : 192). 작업이 너무 복잡하여 작업과정은 표준화하기가 어렵고, 또 산출물을 쉽게 측정할 수 없는 그런 작업을 하는데 전문가 관료제가 유효하다. 전문가 관료제는 고객과 대면관계를 형성하는 일선운영부에 주로 권한과 자원이 할당되는 분권화된 형태를 취하고, 따라서 그 부분이 전문가 관료제에서 핵심 부분이다. 거기에는 봉사를 필요로 하는 고객이 전문가가 사용하려고 준비된 일련의 기술중 어디에 해당되는가를 진단하는 분류화과정이 있다. 이것은 진단없이 표준적 결과만을 기계적으로 시행하는 것과는 다른 것이며, 각 전문가가 그의 동료와 작업조정에 신경을 쓰는 최신 기술의 완전화에 매진할 수 있게 하고, 고객의 편익을 도모할 수 있게 한다.

한편 전문가 관료제의 행정구조는 상당히 민주적 구조를 갖는다. 즉 전문가는 그들 자신의 작업을 통제할 뿐만 아니라 스스로 행정인이 되어 그들에게 영향을 주는 행정결정에 대한 집합적 통제를 한다. 전문행정가, 즉 전문인이면서 행정인을 겸한자는 전문구성원의 인준을 받아야 하고, 전문 운영가에 의해 선출되기도 하며, 그들의 동의하에 임명되어 진다. 전문가 관료제에서의 전략형성은 기본적으로 자치가 주어질 각각의 전문가의 입장에서 고려된다. 그러나 각 전문가들은 그들이 배운 전문가적 기술과 표준에 의해 크게 제약 받는다. 이는 전문적인 작업의 산출물은 측정하기가 어렵기 때문에 그들 목표는 쉽게 동의 되어 질 수 없다는 데서 기인한다. 따라서 전문가 관료제에서의 전략은 대체로 조직밖의 전문가 집단의 전략도 될 뿐만 아니라 조직내의 개별

적 전문가의 전략도 된다. 전문가는 배우기에 어렵지만 잘 정리되어진 절차를 사용한다. 그 절차는 집중적인 공식훈련계획에서만 습득될 수 있는 어렵고 복잡하지만, 이와 같은 기술은 잘 정리되어 질 수 있어 표준화 되기에 충분히 안정적인 환경을 갖는다. 즉 기술은 복잡하지만 기술체계는 복잡하지 않다.

이제까지 살펴본 것처럼, Mintzberg(1983)가 성찰한 전문가 관료제의 특징은 인간봉사와 관련된 전문성의 요구, 간호서비스를 필요로 하는 대상의 분류, 간호서비스의 적극적 구현등 간호행정에서의 주요문제들에 효과적으로 대처하는데 많은 시사점을 제공하고 있다. Mintzberg는 전문가 관료제는 현대인간의 가장 큰 욕구중의 두가지를 해결해 주고 있다고 평하고 있다. 즉 그것은 한편으로 권력을 직접 작업가에게 분배하는 민주적인 것이고, 또 한편으로는 조직을 공유한다는 것이다. 그래서 전문가는 반응적이고, 크게 동기 부여된 개인으로서 출현하게 되고, 그들의 작업과 그들이 봉사하는 고객에게 헌신한다. 고객과 조직구성원사이에 벽이 있는 소위 기계적 관료제와는 달리 전문가관료제는 개인적 관계를 발전시켜 이 벽을 제거한다. 바로 이러한 것들이 간호행정에서 효과적이고 진정한 간호전달에 요청되는 것들이다.

이와 같은 장점들이 있는 반면, 전문가관료제에 관한 연구에서 문제점들이 지적되고 있다. 이들은 대체로 전문가 집단의 특성에서 연유된 것들이다. Mintzberg는 이들 문제들을 다음과 같이 설명하고 있다. 첫째 조정의 문제이다. 전문가관료제는 일선운영부에서 기술의 표준화로서만 효과적으로 조정할 수 있다. 직접 감독이나 상호조정 전문가자치에 대한 직접적인 침범으로 여겨 저항한다. 그리고 작업과정이나 산출물의 표준화는 잘못 정의된 산출물을 수반하는 복잡한 작업에서 효과적이지 못하다. 그러나 기술의 표준화는 비교적 약한 조정 메카니즘이며, 이는 전문가 관료제에서 일어나는 많은 욕구에의 대처에 충분치 못하다. 전문가와 보조막료사이의 조정 뿐만 아니라 전문가 사이에서의 조정문제도 심각하다. 실제로 분류화과정은 전문가관료제의 많은 갈등의 원인이 되고 있다. 둘째, 재량권의 문제이다. 전문가관료제는 전문가에게 많은 재량권을 부여하기 때문에 표준화가 어떻든 간에 그의 복합체적 기술은 상당한 판단을 행사하게 한다. 그와 같은 재량권은 재능있고 양심적인 전문가에게는 적당하나, 불행히도 그들 모두가 다 재능있고 양심적인 것은 아니다. 그리고 전문가관료제에서는 재능이 없거나 비양심적인 전문가를 쉽게 취

급할 수 없다. 특히 비양심적인 전문가, 즉 기술새신 거부자, 고객보다 수입에 관심이 있는자, 자기기술에 도취되어 고객욕구를 모르는 자 등에 대한 문제가 심각하다. McKnight(1977)는 이와 같은 문제들을 “전문화된 봉사는 우리생활과 사회를 일련의 기술적 문제로 정의하는 어떤 세계관을 전달한다. 이와 같은 기술적 정의는 도움의 상징으로 위장되고, 봉사자의 경제적 관심과 그들의 실행에 대한 무능력적 속성들은 감추는 사랑으로 위장된다”라고 비판하고 있다. 세계, 혁신의 문제이다. 전문가관료제에서 혁신은 전문가들 사이의 협동에 의존한다. 그러나 협동작업에서 전문가들의 저항이 혁신의 어려움을 초래한다. 전문가 관료제도 그 본질에 있어 관료제적 성격을 갖는다. 즉 안정적 환경에 연결되어 있다. 그들은 예측될 수 있는 상황에서 사업계획을 완성시키기 위해 설계된 성과구조이지, 전에는 접해 보지 못한 욕구를 위한 새로운 사업계획을 창조하기 위해서 구상된 문제해결구조는 아니다. 그래서 전문가관료제와 그들의 절차를 통제하는 전문가적 집단이 보수적이라는 것은 놀랄만한 것은 아니다. 네제, 역기능적 반응이다. 조정, 재량 그리고 혁신에서의 문제에 대한 반응은 대체로 전문가에 대한 외부통제로 연결된다. 그러나 이와 같은 것은 결국 고객에의 봉사대신 통제기준에 충실하게 하는 수단-목표의 도치현상으로 전락하게 한다. 외부통제의 무용론은 통제대상이 본질적으로 전문가라는 것이다. 기술관료에 의한 통제는 전문가의 양심을 방해하기만 하고, 전문가와 고객사이의 섬세한 관계를 파괴하여, 전문가의 성취 동기를 약화시킬 수 있다.

한편 간호서비스를 구현하는 조직체로서 순수관료제적 성격을 것과 전문가적 성격을 갖는 것은 실제에서 혼재한다고 할 것이다. 그러나 많은 한계에도 불구하고 간호행정에서의 전문성은 고려되어야 할 중요한 문제인 것만은 분명하다. 즉 직접 인간을 대상으로 건강증진을 구현하는 간호행정의 관리는 다른 조직이 사용하는 관리기술들과는 구별된다. 직접 인간을 대상으로 작업하기 때문에 관리기술에 도덕적 부담을 가하게 되는 것이며, 이는 피할 수 없는 것으로 간호행정관리에서 극복해야만 하는 것이다. 또 인간의 변화가능성과 복잡성 그리고 인간에 대한 우리들의 지식 한계성 때문에 직접적으로 발생되는 수많은 불확실성을 극복해야만 한다. 이러한 불확실성은 일선관리와 고객간의 긴밀한 접촉을 필수조건으로 하는 작업방식이 필요하기 때문에 더욱 심화된다. 보다 많은 교육과 훈련등을 통해 전문지식을 갖게하고 또 그들에게 그들의 전문지식 활용과 확장에 동기를

부여할 수 있는 간호조직을 설계함으로써 이들에 대처해야 할 것이다. 또 전문가 속성에 의한 역기능적면도 전체사회의 규범과 연계하여 대처해야 할 것이다.

IV. 는 의

가장 바람직한 조직구조의 설계는 조직의 원칙을 가장 잘 준수하는데 있는 것이 아니라 조직구조에 영향을 미치는 변수들을 어떻게 잘 고려하느냐에 달려있다(지성에 의 2, p.93). 이와 같은 변수들은 학자에 따라 여러 가지로 제시될 수 있겠지만 여기서는 조직환경, 전략, 기술 그리고 성원이라는 변수들을(지성에 의 2, pp. 93-94) 중심으로 간호행정의 조직설계방향으로서 전문가 관료제의 적용가능성을 검토할 것이다. 즉 앞에서 살펴본 전문가관료제의 기본적인 구조와 간호조직이 가지고 있는 특성들의 조화가가능성이 논의될 것이다.

첫째, 간호조직환경은 복합적, 역동적 환경으로서 이해되어진다. 건강에 대한 지식의 확대와 발전, 건강관리에 대한 기대의 변화, 건강수요의 급증 등은 간호조직을 역동적이게 요구한다. 따라서 간호조직은 개방체제로서 인식되어야 하고, 내부구조가 신축적이게 설계되어야 한다. 대체로 조직론자들은, 특히 체제이론가들은, 폐쇄체제적 조직이 엔트로피(entrophy)과정을 거쳐 조직생존 자체가 위협받게 된다는 견해를 피력하고 있다.

이와 같은 간호환경의 역동성은 직무권한과 책임판계가 탄력적이고 분권적인 의사결정, 수평적이고 인격적인 상호작용으로 특징지어지는 유기적이고 적응적인 간호조직이 되어야 함을 요구하고 있다. 동시에 간호가 그 성격상 표준이나 규칙에 의해 일상화된 업무보다 시시각각의 변화에 대처하여 빠르고 정확한 판단과 수행을 요구하는 고위험 부담을 지닌 업무인 점을 고려하면(박성애, 1988), 간호조직은 전문인들의 신속하고 질서있는 협조체제의 요구, 간호서비스의 동시적 상시적(常時的) 요구, 그리고 조직설비의 공동사용등의 요구를 충족시키게 설계되어야 한다(이들을 고려하지 않은 완전한 분권과 완전한 적응적 조직설계로는 adhocracy를 생각할 수 있겠다).

또 조직환경으로서 조직의 연륜을 들 수 있다. 오래된 조직경험이 조직 스스로에서 요구되지 않은 것이 전문간호조직의 한 특징이라고 할 수 있다. 즉 간호조직은 간호조직 밖에서(간호교육기관) 기술과 지식을 습득한 자격을 갖춘 간호사만 있으면 조직될 수 있다. 즉 장기간의 조직연륜을 요구하지 않는다. 그러나 간호조직을 보

조하는 일반행정조직은 간호조직과는 다른 속성을 갖는다. 즉 그들의 업무는 단순 반복적 업무로 소위 기계적 관료제의 특징을 갖는다. 그러나 단순 반복적 업무는 그 조직 스스로 상당한 연륜이 지나야 안정적이고 체계적이다. 또 단순반복적 작업은 다분히 상황적이고 복잡한 기술과 지식이 필요한 작업과는 달리 '과정의 표준화'가 가능하기 때문에 그 관리방식도 다르다. 따라서 간호조직을 보조하는 일반행정조직은 간호행정조직과 상당히 다른 환경을 가지며, 따라서 간호조직과는 분리된 위치에서 서로 다른 관리방식이 요구된다.

이러한 간호조직 환경과 간호에서 요구된 것들을 보다 효과적으로 수행하는데 적절한 조직설계방향으로서 앞에서 살펴본 전문가 관료제가 고려될 수 있을 것이다.

둘째, 전략은 조직의 전반적인 의사결정양태를 결정하는 것으로서 권한과 의사소통의 계통이 관련부서들 사이에 어떻게 형성되어야 할 것인가를 결정한다. 흔히 우리는 이것을 집권적 양태(權態) 혹은 분권적 양태(權態)로 표현한다. 간호활동에서 간호실천에 요구되어지는 지식과 기술의 복잡성으로 전문 간호사만이 수행가능한 영역이 확대되고 있음을 앞에서 살펴보았다. 간호대상의 구체적 반응증후에 대한 해석과 평가는 간호사만이 할 수 있는 전문영역이라는 것이다. 따라서 간호조직 전반의 정보흐름은 기계적 관료제에서처럼 상의하달적이 아닌 하의상달적이 되어야 하고, 전략형성은 기본적으로 상당한 자치가 주어지고 그리고 상시적으로 간호대상과 대면하고 있는 각각의 전문간호사입장에서 고려되어야 한다. 그와 같은 개별적 전문간호사의 재량권은 간호전문직단에서 이미 배우고 익힌 또 끊임없이 전개 발전되고 있는 간호지식과 간호직업윤리 등에 의해 제약받게 된다. 즉 전문지식의 습득후 간호조직에 소속된 간호사들은 간호업무를 수행하는데 있어 상관의 직위에서 나오는 계층제적 권위가 아닌 간호에 관한 전문지식에 의한 권위로서 조정되어 질 것이 기대된다.

이와 같은 전략형성의 상황에 알맞는 조직구조로서 전문가 관료제가 고려될 수 있을 것이다(전략형성의 소재가 특정장소에 있지 않고, 즉 조직의 모든 분야에 산재하는 상황, 그리고 전략이 어떤 '기획'의 의미보다는 하나의 '응용'이라는 의미를 가지는 상황에서는 adhocracy라는 조직설계가 고려될 수 있겠다).

세째, 기술이란 일을 수행하기 위해서 요구되는 모든 지식, 기능, 도구, 기제, 재료, 조건 등이며, 기계적 능력뿐만 아니라 인간의 능력까지도 포함하는 것으로 정의된다(지성에 의 2, p.94). 조직설계에서 고려되는 기술변

수에서는 조직에서 필요한 기술이 어디에서 제공되느냐와 기술과 기술체계의 복잡성 정도등이 고려될 수 있다. 조직에서 필요한 기술은 조직내부에서 결정하여 조직성원에게 제공하는 수도 있지만(흔히 기계적 관료제에서 이런 경향을 띤다) 그 조직의 외부에서 제공되는 경우도 있다. 간호조직은 후자에 해당된다. 즉 병원의 간호사들은 병원조직에서 간호기술을 습득하지 않는다. 간호에 필요한 기술은 간호교육기관에서 일정기간 배워서 자격을 취득한 후에 병원조직으로 들어간다.

한편 간호교육기관에서 배우는 간호기술은 단순한 것이 아니라 배우기에 상당한 시간과 노력이 필요한 복잡한 것이라 할 수 있다. 앞서도 언급했듯이 간호에 관한 교육기간은 점차 연장되고 있는 경향이다. 간호기술은 복잡하지만 잘 정리되어질 수 있는 기술체계를 갖고 있다. 즉 간호기술은 간호실천에 적용하기에 충분히 표준화되어질 수 있는 것이다. 따라서 간호교육기관에서는 일정하게 표준화된 교과과정에 따라 기술을 습득시키고 이와 같은 표준화된 기술을 충분히 습득했다고 인정될 때 일정한 자격을 부여하고 있다.

이와 같은 기술적 속성에 알맞은 조직설계로 전문가 관료제를 생각할 수 있을 것이다(기술자체가 고도로 복잡하고 기술체제도 표준화할 수 없을 만큼 복잡한 상황일 때는 어떤 표준화에 의해 조정할 수 없게 되고, 이때에 알맞는 조직설계는 '상호조정'에 의해 운영하는 adhocracy를 들 수 있겠다).

마지막으로 조직성원에 관해 보자.

조직은 분명 인간의 한 도구이다. 따라서 조직은 조직성원이 필요한 방향으로 운영되어야 한다. 조직구성원들의 특성을 고려하여 어떤 조직설계가 더 효율적인가를 생각해야 한다. 간호조직의 일차적 성원은 간호사가 된다. 또 간호조직의 목표는 간호대상자가 원하는 서비스를 제공하는 것이다. 간호조직의 성원인 간호사는 전문직업인임을 앞에서 살펴보았고, 또 전문인의 특성도 살펴보았다. 이와 같은 점은 간호조직의 설계가 집권적, 통제적 방향보다는 분권적이고 자율적인 방향으로 되어야 함을 지시한다. 조직성원이 조직목표에 맞는 산출을 해 낼 수 있는 조직성원의 관리전략은 많이 개발되어 왔다. 이와 같은 전략들은 대체로 통제와 감독의 차원에서 자기실현과 자기규제, 즉 자율지향으로 옮겨갈 것을 권장하고 있다. 물론 이들의 제전략은 상황에 맞게 선택되어야 한다. 간호사가 전문인이라는 점을 인정한다면 간호사의 통제적 관리는 분명 그들에게 동기부여를 왜곡시킨다. 간호조직 성원의 관리에서 계층에 의한 관

리는 이제 전문지식에 의한 관리로 변모해야 할 것이다. 이를 조직구조의 형태로 표현하면 고층구조(tall structure)에서 평면구조(flat structure)로의 변화가 요청된다. 즉 중간관리직의 수를 줄여야 한다. 이와 같이 하는데 제기되는 하나의 문제는 계층수가 줄어들면 관리의 범위가 넓어져 효율성이 저하된다는 우려이다. 그러나 그와 같은 우려는 관리의 기준을 외부통제에 두고 있을 때이다. 관리의 기준이 이제 전문가 스스로에 의한 '자기규제'일 때는 통솔의 범위개념은 약화된다.

보수체계에서도 전문직에 알맞는 보수관리가 필요하다. 예로, 직급별호봉제 보다는 전문직에 알맞는 단일호봉제등을 도입하여 승진에의 과욕보다는 일선간호업무에 충실할 수 있도록 동기를 부여해야 한다. 간호사에 대한 단일호봉제 실시로 인한 상대적 보수의 불이익은 단일호봉제에 문제가 있는 것이 아니라 초임보수결정에서 간호사를 전문인으로서가 아니라 일반행정직과 동일시 하려는데 문제가 있는 것이다. 간호사가 전문인으로서 명실공히 인정받기 위해서는 간호관련 구성원들의 끊임없는 노력이 필요하고, 이와 같은 노력은 또 사회적으로 표출되어야 할 것이다. 본 논문의 목적도 이와 같은 점이 고려되고 있다.

이제까지 설명한 간호행정조직의 설계방향으로서 제시된 전문가 관료제의 특성과 일반적인 간호행정조직의 특성은 다음과 같이 비교설명될 수 있을 것이다.

간호행정조직이 전형적인 계층제적 형태를 취하는 일반적인 간호행정조직에서는 간호업무의 전반에 지시, 감독, 통제등의 관념이 내재되어 있다. 의사소통의 형태 즉 정보의 흐름은 상의하달적이고, 간호관리에 있어서의 권위 혹은 권한은 직급에서 나오게 된다. 따라서 이 조직구조에서는 조직의 자원과 권력이 최상층부로 집중된다. 이와 같은 다계층적 조직구조는 간호사들의 상당한 갈등의 원천이 되며, 결국 양질의 간호서비스 전달에 좋지않은 영향을 미친다고 많은 연구들은 지적하고 있다(박진영, 1982 ; 홍근표, 1984 ; Przestrzelski, 1987).

반면에 간호행정조직의 전문가 관료제는 상대적으로 계층의 수가 적고, 간호조직에서의 전략형성 형태가 지시통제적 상의하달이 아니다. 전략형성의 힘이 직급에서가 아니라 간호전문지식에서 나오기 때문에 조직전반의 의사결정양태는 자율적 하의상달의 형태를 취하고 있다. 이와 같은 조직구조에서 가장중요한 역할을 하는 영역은 조직의 상위계층이 아니다. 가장 중요시되는 영역은 간호대상 그리고 간호전문집단과 항상 대면관계를 형성하면서 간호활동을 하고, 간호전문지식을 창출하

는 '일선간호가 행하여 지는 곳'이 된다. 따라서 조직의 자원과 권력은 바로 이 일선간호영역에 집중된다. 여기에서 최고관리층의 활동은 기본적으로 일선전문간호사들의 수용권(zone of acceptance) 내에 위치한다고 할 수 있으며, 그들의 주요활동은 전문영역의 분류 그리고 일반행정조직과의 관계등에서 초래될 수 있는 혼란의 관리이다. 한편 간호조직을 보조하는 일반행정조직은 기계적 관료제의 특성을 그대로 유지한다. 간호조직과 일반행정조직은 앞에서 설명한 것처럼 그 특성상 서로 구별되는 관리체제를 인정하고 있는 것이다.

간호직이 전문직으로서 인식되는 한 전문간호직에 알맞는 조직설계가 요구되어지고, 본 논문에서는 전문가 관료제를 하나의 시론적 간호행정조직의 설계방향으로 제시하고자 한다.

V. 결 어

간호현상과 관련되어진 제환경은 끊임없이 변하고 있다. 환경은 어떤 직업이 경험하는 진화과정의 본질과 속도의 중요한 결정인자이다. 현대사회는 조직사회이고 간호서비스의 구현도, 다는 아니지만, 대부분 어떤 조직을 통해 행하여진다. 환경과 조직과 성원간의 상호작용은 어떤 집단이 어떤조직을 통해 수행하고자 하는 목표달성에 가장 중요한 측면이다. 건강지향적 사회로의 빠른 변화는 고도의 독립적 그리고 상호의존적 기능 능력이 있는 간호사를 요구할 것이다.

본 논문에서는 간호직을 전문직으로서 인식하면서 전문직업인 즉 간호사가 전문지식을 환자 혹은 고객에게 전달하는 적당한 장소로서의 조직을 검토했다. 전문직으로서 간호직에 알맞는 조직구조와 관리방식은 앞에서 살핀 전문가 관료제의 형태가 보다 적절할 것이다. 간호를 전문직으로 인식하는 한 전문직에 알맞는 조직설계와 관리방식이 필요하다는 인식의 전환이 요구된다. 보다 구체적으로는 환자 혹은 고객과의 대면 관계에서 전문적 간호서비스를 전달하는 일선간호사에게 상당한 재량권을 부여해야 하며, 전반적인 조정 매개변수는 직급의 상하관계로서가 아닌 간호전문지식에 기초한 것이어야 한다. 간호업무에 종사하는 성원들은 권위가 어떤 직급에 의해서 나온다는 것보다는 간호에 관련된 전문지식에 의해서 나온다는 점을 인식해야 할 것이다. 승진에 따라 일선 간호업무보다 감독업무에 전념하게 되는 현제도 개선되어야 할 것이다.

이와같이 하는데는 간호전문지식의 구축과 그것에 의

한 간호사의 철저한 교육과 훈련을 통해 간호직에서의 일정한 지적, 행태적 규범들의 내화과정이 전제되어야 함은 물론이다. 특히 전문직업의 사회적 공인에 필수적인 해당 전문지식의 기초개발이 중요하다. 이렇게 하는데는 다른 건강관리집단과의 경쟁, 그리고 간호이론과 실무의 괴리현상 등이 극복되어야 할 것이다.

전문직업인으로서 간호사들은 간호지식을 보다 잘 활용하고 전달하기 위해 전문인들에 맞는 조직환경을 만들어야 하고 이를 위해 많은 정책들이 개발되어야 할 것이다. 전문직 간호실무에서는 간호실무와 그 역할의 정의, 간호실무의 특별한 지위와 영역의 확보, 직업윤리 구축, 교육개발과 참여, 연구와 그 응용, 전문직 인사 규칙제정, 그리고 상호전문직업간의 관계형성 등의 영역에서 정책을 개발하여야 하고, 간호행정에서는 자원의 획득과 배분, 간호행정 역할의 정의, 행정실무의 표준설정, 상호부서간의 관계형성 등의 영역에서 정책을 개발해야 할 것이다.

참 고 문 헌

- 고자경, 간호 전문성 준거와 교육과정요인의 체계적 상관연구, 연세대학교 대학원 박사학위논문, 1988.
- 김명옥, 수간호원의 리더쉽 유형에 따른 관리기능 만족도에 관한 연구, 고려대학교대학원 석사학위 논문, 1984.
- 김수지, 간호의 전문성과 연구, 대한간호, 1985, 24(4), 27-31.
- 간호이론의 개발, 신재석좌운영위원회, 간호전문직 : 발전과 전망, 대한간호협회, 1986, 26-33.
- 김화실, 수간호원의 리더쉽 유형과 간호원의 소진경험, 연세대학교 교육대학원 석사학위논문, 1982.
- 박성애, 간호단위 조직내 리더쉽과 간호업무수행의 관련성에 관한 연구, 서울대학교대학원 박사학위논문, 1988.
- 박진영, 종합병원 간호원의 역할 갈등에 관한 연구, 서울대학교 보건대학원 석사학위논문, 1982.
- 변창자, 간호업무와 윤리, 대한간호, 1983, 22(4), 16-19.
- 이원희, 간호이론의 역사적 고찰과 방향, 신재석좌운영위원회, 간호전문직 : 발전과 전망, 대한간호협회, 1986, 18-25.
- 전산초, 전문직관과 간호전문직의 의의와 전문성 개발, 신재석좌운영위원회, 간호전문직 : 발전과 전망, 대한간호협회, 1986, 358-371.
- 지성애, 전준영, 김혜자, 병원 간호관리학, 수문사, 1988.
- 한숙자, 일 종합병원 간호원의 내적동기부여와 이직 반응에 관한 연구, 한양대학교 행정대학원 석사학위논문, 1985.
- 홍근표, 간호원의 소진경험에 관한 분석적 연구 : 개인적 특성업무와 관련된 스트레스, 사회적 지지와의 관계, 연세대학교 대학원 박사학위논문, 1984.
- Aydelotte, M.K., Structure of Nursing Practice Departments : Governance and Professionalization, McCloskey, J.C. & Grace H.K.(ed.), Current Issues in Nursing(2nd ed.), Boston : Blackwell Scientific Publications, 1985.
- Bennis, W. & Slater, P.E., The Temporary Society, New York, Harper & Row Publishers, 1968, 53-76.
- Chin, P.L., Nursing theory development : where we have been and where we are going, Chaska, N. L.(ed.), The Nursing Profession : A Time to Speak, New York, McGraw-Hill, Inc., 1983, 394-405.
- Conway, M., Prescription for professionalization, Chaska, N.L.(ed.), The Nursing Profession : A Time to Speak, New York, McGraw-Hill, Inc., 1983.
- Davis, F.(ed.), The Nursing Profession, N.Y. : John Wiley, 1966.
- Duxbury, M.L., et al., Head Nurse Burn Out and Job Satisfaction in Neonatal Intensive Care Unit, Nursing Research, 1984, 33(2), 97-101.
- Engel, G., Professional Autonomy and Bureaucratic Organization, Admin. Sci. Q. 15(March), 1970, 12-21.
- Hardy, J., Values in Social Policy : Nine Contradictions, London, Routledge and Kegan Paul, 1981.
- Hardy, M., Metaparadigms and Theory Development, Chaska, N.L.(ed.), The Nursing Profession : A Time to Speak, New York, McGraw-Hill, Inc., 1983, 427-437.
- Hasenfeld, Y., Human Service Organizations, Prentice-Hall, Inc., New Jersey, 1974.
- Lipsky, M., Street-level Bureaucracy, New York,

- Russell Sage Foundation, 1980.
- McKnight, Professionalised Service and Disabling Help, in I, Illich, et al., *Disabling Professions*, Marion Boyars, 1977, 90.
- Miewald, R., The Greatly Exaggerated Death of Bureaucracy, *California Management Review*, 1970, 65-69.
- Mintzberg, H., *Structure in Fives : Designing Effective Organizations*, N.J., Prentice-Hall, Inc., 1983.
- Przeźralski, D., Decentralization : Are Nurses Satisfied?, *JONA*, 1987, 17(11), 23-28.
- Thayer, F.C., *An End to Hierarchy and Competition : Administration in The Post-Affluent World*, New York, New Viewpoints, A Division of Franklin Watts, 1973.
- Thompson, V.A., *Without Sympathy or Enthusiasm*, University, Alabama, The University of Alabama Press, 1975.

- Abstract -

Professional Bureaucracy as an Organization of Design in Nursing Administration

Lee, Eun Ju*

Nursing, a profession, continues its efforts toward professionalization. Attention to efficiency and effectiveness of its organizational system must be balanced with that of maintaining quality of care. The wise use of personnel is of particular concern.

The structure of nursing's administrative organization is very important, because most nursing services are delivered through an organization.

Professional bureaucracy is recommended for the structure and managerial strategy of nursing's administrative organization. Specifically, considerable decision-making in their work should be transferred to the staff nurses who provide professional nursing services in direct interaction with the public. The co-ordinative parameters of the system should be based on professional nursing knowledge.

The premise required by this commitment would be built on the identification of nursing knowledge and intellectual and behavioral standards of nursing practice.

*Department of Nursing, Seo Kang Junior College