

# 중국간호전달체계\*

김모임\*\*, 조원정\*\*, 이춘옥\*\*\*

## I. 연구의 필요성과 목적

경제적, 기술적, 사회적 변화, 그리고 정보화 등은 오늘의 의료제도가 건강관리체제로 바뀌어질 것을 요구하고 있으며 따라서 미래 건강관리체계가 요구하는 기능과 역할은 오늘의 간호사/지역사회 간호사와 크게 다를 것이다.

간호사업은 병원, 정부보건소와 보건진료소(또는 보건지소) 그리고 학교와 산업장 뿐만 아니라 많은 중간 보건의료기관에서도 전개될 것이며 다양한 장소에서 상담, 보건교육 프로그램, 건강사정, 보건정책개발과 건강서비스의 질 관리를 담당하게 되는 등 역할변화와 다른 보건관련팀과의 연대관계가 잘 이루어지는 등의 현존 간호전달체계에서 새로운 변화를 일으켜야 하며 이러한 체계의 재개발은 간호의 궁극적 결과 및 가치에 영향을 주게 된다.

이에 미래의 건강증진사업에서 중추적 조직인 간호가 효과적이고 합리적인 간호전달체계의 확립과 함께 그 기능에 대한 혁신적인 개선을 위하여 또는 우리들이 아시아 지역에서 건강간호사업 개발을 시도함에 있어서 중국간호전달체계를 파악함은 미래 남북통일에 대비하여 간호전달체계를 개발하는데 기여할 수 있을 것으로 기대하고 중국의 간호전달체계에 대해 살펴보고자 한다.

본 연구는 중국의 간호전달체계 실태를 알아보는 데 일반적 목적을 두고 다음과 같은 간호전달체

계의 구성 요소별로 내용을 제시하는데 구체적 목적을 두었다.

- ① 물리, 사회적 특성
- ② 의료시설 및 인력구조
- ③ 보건의료조직과 간호전달체계
- ④ 간호조직

## II. 연구내용과 방법

연구내용은 ① 보건의료자원의 근간을 의료시설과 의료인력이라고 간주하고 의료시설과 간호인력 및 기타 의료인력을 중심으로 분석하였다. 그리고 의료재원은 한 나라의 사회체계에 따라 다양하고 의료서비스의 제공형태에 따라 지불방식도 달라지는데 본 연구에서는 의료재원의 조달, 국민의료비의 수준에 국한하여 분석하였다. ② 보건의료조직으로 여러유형의 조직들이 있으나 본 연구에서는 정부차원의 보건행정조직 및 의료사업조직에 국한하여 분석하였다. ③ 보건의료전달체계에 있어서 보건의료서비스는 다양한 형태로 대상자에게 제공되나 일반적으로 대상자의 보건요구에 따라 3차진료체계로 분류하기도 한다. 본 연구에서는 정부체계와 병원간호전달체계에 한정하여 분석하였다. ④ 관리체계의 주 요소는 리더쉽, 의사결정, 규제의 영역으로 전체 하위체계가 올바르게 기능하도록 관리하는 것으로서 본 연구에서는

\* 본 연구는 연세대학교 대학원 간호학과 97년 교수-학생연구비에 의해 이루어진 것입니다.

\*\* 연세대학교 간호대학 교수

\*\*\* 연세대학교 대학원 간호학과 박사과정생

## 연구논문

간호조직 그리고 간호사의 역할에 한정하여 분석하였다.

연구방법으로 기존 문헌을 중심으로 수집된 자료와 직접면접 및 전화면접을 통해 수집된 자료를 분석하였다. 본 연구에 이용된 자료는 중국통계연감, 한중 간호지도자 포럼, 중국 보건학, 위생경제 논문등 자료이었으며 중국 길림성 일대학병원 간호부장과 면접을 통해 병원에서의 지역간호 및 가정병상 간호를 파악하였고 중국의 간호학 교수와의 면담, 전화를 통해 미비한 자료를 보충하였으며, 연구자의 경험에 근거하여 자료를 분석하였다.

### Ⅲ. 물리·사회적 특성

#### 1. 개요

중국은 960만km<sup>2</sup>의 크기의 국토를 가지고 있으며 행정구역으로 22개 省, 5개 自治區<sup>1)</sup>-신강(新疆)자치구, 서장(西藏; 티벳)자치구, 내몽고(內蒙古)자치구, 광서장족(廣西壯族)자치구, Ningxia(寧夏)회족(寧下回族), 3개 직할시-北京, 上海, 天津와 최근 반환된 홍콩 특별행정구(香港特別行政區)로 구성되었으며 최대 농업국으로서 인구의 71.38%가 농촌인구이다(Shi L. Y, 1993). 평균적으로 한개 省에 약 70개의 현(縣: counties)이 있고 한개의 縣에는 약 25개의 향(鄉: township)이 있으며 한개 鄉에는 14개의 촌(村; village)이 있고 한개의 村에는 약 1000명의 인구가 살고 있다. 국내 총생산액은 1995년 현재 6976억불이며 1인당 GNP는 4,754원(元; 중국원)이다.

#### 2. 주요보건지표

##### ① 평균수명

인구는 12억 2천 338만명(新華通訊, 1997, 3, 6)이고 56개 소수민족이 있으며 평균수명은 69.9세로서 여자 70세, 남자 68세이다. 14세이하 인구가 343,477명이고 65세이상 노인인구가 798,139명으

로서 90년의 5.56%에서 6.68%로 상승하였고 60세 이상 노인인구가 2000년에는 약 1.3억으로서 총인구의 11%로 추정되고 있으며 이중 자녀와 동거하는 노인이 66.6%이며 총부양비는 49.33%이다.

##### ② 출생률, 사망률과 사망원인

출생률은 높고 사망률은 낮아 자연성장률이 크게 늘어났으나 최근에 들어서 모두 줄어들고 있는 추세이다. 도시와 농촌의 출생률과 사망률을 비교하면 농촌이 도시보다 훨씬 높다(<표1-1> 참조). 영아사망률은 37.79%, 5세이하 아동사망률 46.75%, 임산부 사망률 64.8/10만이다. 96년도 인구출생률은 17 %정도이고 7차 5개년 계획기간의 15.5%에서 94년이후 연 11.21%로 되어 점차 하강 추세를 보이고 있다.

##### ③ 주요건강문제

현재 사람들을 위협하는 가장 큰 건강문제는 심혈관질환, 뇌질환, 암이며 공식적으로 발표된 에이즈 감염환자수가 1995년 현재 90명으로 보고되고 있다. 개괄적인 보건지표는 <표1-2>에 제시되어 있다.

사망원인별 전체사망률중 뇌혈관질환 22.18%, 악성종양 21.85%, 폐질환 15.73%의 순으로 나타나고 있다. 도시와 농촌의 질병발생과 사망양상을 비교할 때 도시는 위장질환(19.89%), 폐질환(16.58%), 임신 및 분만질환(10.59%)이 많고 농촌지역은 상해와 중독(18.82%), 위장질환(18.71%), 폐질환(17.78%)이 많은 것으로 나타나(曾熙媛, 1997) 서로 다른 양상을 보여주고 있다.

진료횟수, 외래이용, 입원수, 입원률, 평균재원일수등의 주요 보건의료 이용지표를 살펴 보면 총 진료횟수는 22.24억회이고 진찰자 100명당 2.2명이 입원했고 외래, 응급실 이용횟수는 총 21.24억 회로서 이용자 100명당 2.4명이 입원하였으며 입원환자의 평균재원일수는 15.5일이었다(<표1-3> 참조).

1) 소수민족지역으로서 省급에 상당함. 이외 소수민족 自治州가 있는데 省과 市에 중간급에 상당함. 예를 들면 조선족이 주 거주하고 있는 연변은 조선족 自治州이다.

〈표1-1〉 도시, 현(county)별 출생률, 사망률, 자연성장률의 비교(1994연말, 현재) (단위:%)

연 도	전 국			도 시			농 촌		
	출생률	사망률	자연성장률	출생률	사망률	자연성장률	출생률	사망률	자연성장률
70년대	18.25	6.25	12.00	13.56	5.12	8.44	18.91	6.42	12.49
80년대	21.58	6.54	15.04	16.73	5.78	10.95	23.27	6.81	16.46
91년	19.68	6.70	12.98	15.49	5.50	9.99	21.17	7.13	14.04
94년	17.70	6.49	11.21	15.13	5.53	9.60	18.84	6.80	12.04

〈표1-2〉 주요보건지표

평균 수명	인구천명당 조출생률	인구천명당 조사망률	출생아천명당 영아사망률	출생아십만명당 모성사망률	주 요 건강문제	ADIS 감염자수
69.9	17.70	6.49	6.44	7.60	심혈관질환, 뇌질환,암	90

출처 : 중국통계연감(1995), statistical Years book of the China, 1996

〈표1-3〉 보건의료이용지표

진료횟수 (억 차)	외래, 응급실이용 횟수(억 차)	입 원 수 (만 인)	진 찰 자 100명당입원률	외래, 응급실방문자 100명당 입원률	입원환자 평균재원일수
22.42	21.24	4992	2.2	2.4	15.5

출처 : 중국통계연감, 1995

### 3. 의료비와 의료자원

#### ① 의료비

1990년 현재 총 보건의료비가 12969달러로 1인당 의료비는 11달러이며 GDP대비 의료비 지출은 3.5%(공공:2.1%; 개인:1.4%)이고 현재 정부에서 보건의료를 위해 지출하는 것이 총 의료비지출의 24.77%이다(冷榮久, 1995). 王梅(1995)의 연구에 의하면 공비(公費)지출은 1994년 현재 총 760,500만원(중국인민폐)으로 인구 1인당 평균 354.2원이다.

#### ② 의료자원

중국은 단일 중앙집권제로서 보건의료체계는 중앙정부의 위생부가 성, 직할시, 자치구의 위생청을 통하여 관리하고 있다. 중국의 의료보험은 완전의료 사회화형에서 사회보험형으로 전환을 시도하고 있는 바, 의료비 지출은 완전 공비(公費), 직장

보험, 노동보험, 완전 자가지출로 크게 나누어 볼 수 있다(彭瑞, 1994).

현재 공비(公費)의 주요 대상은 기관에 근무하는 사람, 대학생/전문대생등 학생들로서 국가기관과 행정기관 직원들이다. 기업의 직원 및 가족(절반 부담)은 노동보험의 대상이다. 노동보험의 의료비는 국가재정과 기업에서 각기 부담한다. 직장보험은 직장에서 일하는 직장인을 대상으로 의료비는 직장의 경제상황에 따라 완전 혹은 반 직장보험이 되고 있으며 직장이 없는 도시인과 대부분의 농촌인구는 완전자가지출이다.

### IV. 의료시설, 의료인력교육, 의료인력

#### 1. 의료시설

보건의료자원에서 서비스를 제공하는 시설은 의료인력 다음으로 중요하다. 중국의 병원은 대부분

〈표2-1〉 현존 보건의료기관수

기관총수	일반병원	중의병원	진료소와외래	예방보건센터	모자보건센터
18.90만개	6만개	2000개	12만개	3400개	2500개

중국통계연감(1995)

이 全民所有(國立) 혹은 集體所有(市立)이며 극소수가 개인소유이다. 병원유형은 크게 일반 병원과 中醫病院 및 기타 보건센터<sup>2)</sup>로 나뉜다.

보건의료기관은 18.90만개로서 그중 일반병원이 약 6만개, 中醫病院이 약 2000개이며 진료소와 외래(Clinic and outpatient department)가 12만개, 예방보건센터가 3,400개 그리고 모자보건센터가 2,500개(중국통계,1995; 顧美儀, 1996; 曾熙媛, 1997; Li X. D & Acorn S,1996)이다. 인구나 보건의료시설과의 구성비를 보면 인구 10만명당 병상수는 526.2개이고 의료시설당 인구수는 1,324명이다 (<표2-1> 참조).

전국에 73.4만개 행정 촌이 있으며 이중 87%가 촌위생기구가 건립되어 있다. 縣級 병원은 기본적으로 국가에서 경영하는 것이고 鄉級은 2/3가 集體所有로 하고 있으며 村衛生所(Clinic)는 집체, 한 개인 혹은 여러 의사들이 모여서 운영하는 것 등 몇가지 형태가 있다. 현급 의료기관은 縣의 의료인들의 훈련과 지도를 담당하고 향급의료기관은 현과 촌사이를 연계하는 역할을 하며 촌위생소는 1~3명의 맨발의사<sup>3)</sup> 혹은 의사보조원이 전 촌의 경미한 병치료와 예방보건을 담당하고 있다.

2. 의료인력교육

중국의 기본 교육체제는 6년 초등학교 교육, 3년 중학교 교육, 3년 고등학교 교육의 기본과정으로서 중학교까지는 의무교육을 실시하고 있다. 중학교를 마친 후 일부는 기술학교로 일부는 中等전문 기술학교로 진학하며 대부분 고등학교로 진학한 후 졸업시 국가 시험을 거쳐 대학 또는 전문대, 중

등전문기술학교로 진학하게 된다. 많은 전공분야는 석사, 박사, 박사후 과정이 개설되어 있다. 중국의 보건의료인력교육은 고등학교를 마친 후에야 중등(일부학과는 중학교졸업, 예:간호학과), 전문대, 대학과정에 진학할 수 있다.

① 의학교육

1990년 현재 116개의 의과대학이 있으며 그중 23개가 中醫(漢方)대학이다. 대학은 지방대학, 성직속 대학, 위생부직속 대학으로 나뉜다.

맨발의사(赤脚醫生)의 경우 대부분 3개월부터 12개월간의 단기 교육을 받거나 중등위생학교과정을 수료하지만 의사보조인 경우는 단기 강습을 받은 경우가 대부분이다. 촌 혹은 향에 상주하면서 기본처치와 응급관리 등을 하는 등 한국의 보건진료원 비슷한 역할을 한다. 대학교육은 5-8년이다. 전문대 혹은 중등기술학교일 경우는 3년이며 입시 시험성적에 의해 전문대 혹은 중등위생학교에 입학한다. 배출목적에 따라 교육년한이 다른데 일반적으로 3년제 중등위생학교 졸업생은 醫士기술직함을 가지며 향 혹은 현에서 근무할 사람을 대상으로(간호학전공자 제외)교육한다. 3년제 전문대 혹은 5년제 대학은 향 혹은 도시의 일반 의료기관에서 근무할 사람을 대상으로 하며 기본과정을 끝낸 후 마지막 1년은 병원실습을 하고 돌아와 졸업시험을 보고 졸업한 후 병원에서 1년간의 견습기(見習期)를 끝내면 醫師가 된다. 전문대와 대학간의 구별은 승진의 기본년한(다음 급으로 승진시 대학은 5년, 전문대는 7년), 임금(대학과 전문대는 1급 차이), 그리고 대학병원에서의 근무가능성에서 구별된다. 주 역할은 응급처치, 입원환자진료, 간단한

2) 보건센터는 지역에 있는 위생소, 예방보건센터와 모자보건센터를 가리킨다.

3) 맨발의사는 촌 clinic에서 일하는 단기 교육 혹은 중등위생학교과정을 수료한 사람으로 지역의 시험을 거쳐 자격을 갖는다

〈표2-2〉 의학교육과정

	의사수준 맨발의사	의사수준 1 혹은 2단계	전문의 수준교육
교육기간 견습기/상주 일하는 곳	3~24개월 무 촌 혹은 향	3년 혹은 5년 인턴 향 혹은 도시	7~8년 인턴/상주 도시, 성, 국가
기능	응급관리	응급, 입원환자, 간단한 수술	응급, 입원환자, 복잡한 수술

출처 : Lassey M. L. et al. 1997 p.293

수술 등이다. 7-8년 과정은 전문의 과정이라 할 수 있는데 보통 석사과정까지 끝나며 경제적으로 많은 혜택을 받고 있는데 이런 과정을 개설하고 있는 학교는 현재 중국에 10개 대학정도이다. 주로 큰 도시, 성급병원, 혹은 국가급 병원에서 일하며 복잡한 수술에도 참여한다(<표2-2> 참조).

② 간호교육

간호교육은 30여년이나 중단되었던 대학간호교육을 회복하여 80년대 후반부터 97년 현재 18개 의과대학에 간호대학과정이 개설되었고 31개 의과대학에 간호전문대학과정이 개설되었으며 18개 성시에 간호 自學시험과정이 개설되어 있다. 1992년부터 간호석사과정을 개설하였으며 1995년에는 중국協和醫科大學 간호학원(한국의 간호대학에 상당함)을 설립하였다. 현재 중국의 간호교육은 크게 중등위생학교, 전문대과정, 대학과정, 석사과정 등 4개 과정으로 볼수 있다. 이외에 정규 교육은 아니지만 야간전문대과정 및 함수전문대과정(函授-한국 통신대와 비슷함), 自學成材과정이 있는데 두 과정의 차이는 전자는 정기적으로 수업을 받으나 후자일 경우 완전히 자율학습에 의하고 각 지역에 따라 시험에 대비해 해당전문가를 초청해 1-2차 정도의 집중강의를 해주는 곳도 있다. 각 과정의 상세한 내용은 다음과 같다.

㉞ 교육현황

현재 중국간호교육은 중등위생학교(혹은 호사학교)교육이 위주로서 이 과정은 4년이고 중학교졸업생이 입학할 수 있으며 실용성 인재육성 즉 각 계층의 의료기관에서 임상간호와 보건간호사업에

종사할 수 있는 護士(한국의 간호사)육성이며 년 졸업생수는 약 4만명이다. 護士가 상급단계인 護師로 승진하려면 최소한 5년의 근무경력이 필요하다. 전문대 졸업생은 천명정도이며 대학졸업생은 450명/년으로서(劉華平, 1996) 이들은 졸업하면 護師가 되고 전문대와 대학졸업생의 차이는 역시 승진, 임금, 근무부서와 역할 차이이다.

야간전문대과정과 함수전문대과정은 중등위생학교졸업후 3년 이상(혹은 상응된 조건을 가진자)의 임상경험을 가진 호사만이 시험에 응시할 수 있으며 기간은 3~4년이고 졸업 후 자격은 정규 전문대졸업생과 같다. 또 독학으로 과목을 이수하는 自學成材 전문대과정은 한국의 독학과정과 같다.

1994년부터 8개 대학의 간호학과가 United Board U.S.A 도움하에 태국의 淸萬대학 간호학원과 협력하여 매년 16명의 석사졸업생을 배출하고 있으며 이 계획은 6년으로 되어 있다. 그러나 현재까지 간호학 박사과정은 개설되어 있지 않은 상황이다(표2-3).

㉞ 면허자격

이상의 교육과정을 졸업한 간호사는 모두 간호사면허를 소지할 자격을 가질 수 있었으나 1994년 1월 1일자로 간호사를 위한 국가자격시험을 시행하였다. 간호전문대 혹은 대학과정 졸업자, 성급이상 위생부에서 인가가 내려 자격시험면제된 중등위생학교 간호학과 졸업생은 면허자격시험을 보지 않고 졸업함과 동시에 간호사면허자격을 취득한다. 상술한 대상자외의 졸업생은 졸업과 동시에 자격시험을 보는데 자격연한은 2년이다. 따라서

〈표 2-3〉 간호교육 현황

학교계층	학교수(소)	학제(년)	입학자격	년졸업생수(명)	배출목적
중등위생학교 (호사학교)	530	3-4	중학교졸업	40,000	중등간호인원(護士)
전문대과정	31	3	고등학교졸업	1,000	護師
대학과정	18	5	고등학교졸업	450	護師, 교사, 관리자
석사과정	4	3	대학 졸업	10	관리자, 교육자, 연구자

출처 : 沈寧, 1997 中國統計年監, 1996

매 2년마다 자격증을 갱신해야 하며 만기 60일전 다시 자격시험절차를 거쳐야 한다. 면허를 5년 이상 중단한자는 반드시 해당 위생행정부분의 규정에 따라 3개월의 임상실습을 거치고 또 해당기관에 그 증명을 제시하여야만 다시 면허를 재취득할 수 있다. 또 면허를 가지고 있는 간호사가 개업 혹은 간호서비스기구 설립을 신청시 유관규정에 따라 허가를 받을 수 있다고 규정하여 간호사의 독립개업이 가능하다.

㊤ 교육과정

교육과정은 전국이 통일교과과정을 시행하며 모델은 의학모델을 기반으로 정규과정과 야간전문대과정과 함수전문대 과정, 독학(自學成材)과정 및 보수교육(繼續教育)과정을 포함한다.

정규과정은 또 이론교육과 임상실습교육과정으로 나뉜다.

a) 이론교육

이론교육과정(교과목내용)은 공통기초과목, 전공기초과목, 전공과목으로 나뉜다

共通基礎科目으로는 정치, 체육, 외국어(영어, 일어 등), 수학, 어문, 물리, 화학, 생물, 미학, 컴퓨터, 통계학등이 있으며 專攻基礎科目으로는 해부학과 조직배태학, 생리학, 생물화학, 면역과 미생물학, 병리학, 약리학, 호리<sup>4)</sup> 심리학, 사회의학등이 있다. 專攻科目으로는 기초(기본)호리학, 내과호리학, 외과호리학, 부산(부인과와 산과)과호리학, 소아과호리학, 전염병호리학, 오관(五官)과호리학,

예방의학, 中醫기초와 침구학, 영양학, 물리치료-재활의학, 윤리학, 대인관계등이다.

전문대, 대학수준일 경우 약간의 차이가 있는데 기본시간이 증가될 뿐 아니라 추가로 자료검색과 연구, 응급의학, 호리이론, 의학기기의 응용, 호리관리학, 정신병간호학, 진단학, 등이 첨가된다.

중등위생학교일 경우 공통과목, 전공기초과목은 본 학교의 해당학과 교수들이 강의하며 전공과목은 간호학교수들이 전부 혹은 부분 혹은 기초호리, 윤리학, 대인관계등만 맡아 강의한다. 그러나 전문대 혹은 대학과정의 간호부분은 거의 간호학교수들이 강의를 한다.

과목이수가 끝나면 약 32~40주간의 임상실습이 있으며 실습이 끝난후 학교에 돌아와 졸업시험을 보는데 보통 기본호리학, 내·외과호리학 시험을 본다.

간호 야간전문대과정은 매주 3~4차 저녁에 수업을 하며 함수전문대과정은 매 학기 방학에 4~6주간의 집중강의 받으며 3~4년간(기본학점을 완성) 학습한 후 시험에 합격한 자로 전문대졸업증을 발급한다. 自學成材과정은 매년 정기적으로 있는 국가시험에 합격하여 규정된 학점에 도달하는 동시에 각 과목이 요구하는 실습을 완성하면 졸업한다. 과목당 3차 제시 가능하며 3차에도 불합격일때는 자연탈락된다. 이외 졸업 후의 간호사교육은 주로 보수교육을 통하여 이루어지는데 만약 참가하지 않았을 경우 승진에 직접 영향을 받는 것으로 규정되어 있다.

b) 임상실습 교육

4) 호리는 한국의 간호와 같다. 이해의 편의를 위해 이하 모두 호리로 칭한다.

임상실습교육은 교학실습과 생산실습으로 나뉜다.

① 교학실습(敎學實習) : 교학실습은 학교에서 담당교사가 학생들과 같이 나와서 견학형식으로 진행하며 과목별 이론강의가 끝나거나 필요시 약 1~2주간 병동에서 실습하면서 병원에 대한 기초적인 경험을 갖게 한다.

② 생산실습(生産實習) : 생산실습은 전체교육과정의 마지막 8개월 - 1년을 행하며 병원 호리부는 학교와 협조하여 실습지도를 한다. 학교에서는 각 해당병원에 교사를 파견하여 구체적인 실습내용과 관련사항에 합의를 보고 학교측의 실습지침서를 전달하며 각 병원에는 교학지도팀이 구성되어 있어 학생들의 실습을 지도, 감독, 평가한다. 학교에서 파견된 교수는 학생들을 해당 병원으로 인솔한 후 학생배치가 끝나면 학교로 돌아오며 그후 학교에서 전체 실습기간동안 정기적(전체 기간중 2~3차)으로 병원에 내려가 실습상황을 조사한다. 학생들은 각과를 순환하면서 실습하며 수간호사는 매 학생에게 실습지도간호사를 1:1로 연계시켜 준다. 한 한 병동을 마치면 실습지도간호사는 평가를 하고 전체 실습이 끝날 때 병원 간호부에서 실기 시험을 보고 종합평가를 하는데 이 성적은 학생의 졸업성적에 반영된다. 동시에 학생들이 실습지도간호사를 평가한 성적은 실습지도간호사의 승진에 반영된다.

3. 의료인력

보건의료인력은 1995년 현재 537.34만 명으로

서, 그중 의사 191.78만명, 간호사 112.57만 명이며 농촌 일차건강관리를 담당한 鄉村의사, 의사보조, 조산사 등이 168만명에 달한다. 각 분야별 의료인력구성비는 <표2-7>과 같다.

인구당 의사(각 분야별 의사모두 포함)의 비율은 1.23/1000명이고 간호사는 0.95/1000명이어서 의사 대 간호사비는 1:0.58이고 침상당 간호사 수는 1:0.39이다.

간호사가운데 주임간호사 223명, 부주임간호사 4,698명이나 분야별 간호사수는 통계자료가 없다. 전체 보건의료인력중 각 분야별 비율은 간호사 47.98%, 의사 23.25%로 가장 높아 주요 보건의료인력이라 할 수 있겠다 (Statistical yearbook of the china, 1996; 曾熙媛, 1997).

V. 보건의료조직과 간호전달체계

중국의 보건의료조직은 위생행정조직, 위생사업조직과 군중위생조직으로 나뉘며 중앙위생부의 관리하에 각 성의 위생청을 통하여 그 밑의 보건조직을 지도한다(<그림 1> 참조).

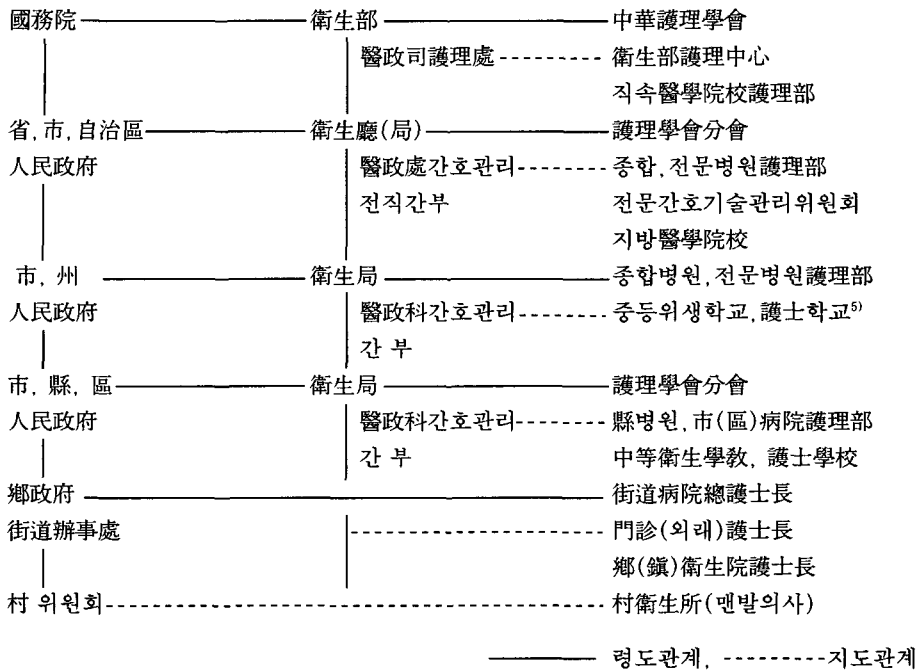
1. 위생행정조직

위생행정조직은 위생사업발전계획을 설계하고 의, 약위생법규를 제정하고 감독과 관리하는 기구이다. 중앙, 省, 각 省의 관할하에 있는 市, 縣 그리고 鄉(鎮)에 이르기까지 각급 행정부분에 모두 위생행정기구가 있다. 부서는 보통 部-廳-局-科로 되어 있고 각 鄉(鎮)과 街道辦事處에는 전임 보건의료담당자가 있어 지역의 보건업무를 관할하고 있다.

<표 2-7> 의료인 구성 현황 (1995년 현재) (단위: %)

연도	전체인원	의사	치과의사 및 보조원	약사 및 보조원	간호사	실험실기사 및 보조	방사선기사 및 보조	기타
1970년대	39 614	33.24	4.93	26.14	28.41	-	-	7.28
1980년대	85 599	24.34	5.85	21.05	41.38	3.76	1.50	2.12
1991년	96 921	24.38	6.31	19.16	43.08	3.82	1.55	1.70
1995년	118 131	23.25	6.03	16.27	47.98	4.00	1.52	0.95

from statistical yearbook of the republic of China, 1996.



<그림 1> 중국 보건의료행정조직과 간호조직체계

간호관리체계는 衛生部に 護理(看護)處를 두어 간호사업을 관할하고 있는데 주로 간호정책결정, 법규, 인원편제, 規劃, 관리조례, 사업제도, 직책과 기술분야의 질 평가표준등을 제정한다. 또 간호교육, 인사관리도 협조를 한다.

간호교육은 위생부의 과교사(科教司-과학교육 담당부서)에서 담당하며 지방위생조직의 의정처(醫政處)에 업무능력이 뛰어나고 임상경험이 있고 또 관리능력도 우수한 講師級 이상의 간호사 1명을 두고 있다. 이들은 지방의 위생행정조직의 간호담당책임자의 관할하에 간호사업의 구체적인 방안, 정책, 법규와 간호기술표준을 제정하고, 발전규획을 제출하고 정기적으로 관할지역의 각 간호부서의 구체업무 실시상황을 검사하고 문제점을 해결해 준다. 또 호리학회<sup>6)</sup>와 협조하여 학술활동도 한다.

衛生部護理中心은 1984년에 위생부에서 간호사

업관리를 강화하기 위해 설립된 간호전문기구이며 위생부가 전국 간호사업을 관할하는데 주요한 자문역할을 하는 기구이다. 호리중심에서는 국가 간호교육과 임상간호의 질관리 및 기술지도를 책임지며 위생부 혹은 간호학회의 위탁으로 간호교사 및 임상간호지도자훈련을 맡고 있으며 또 국내외 간호과학기술정보자료수집을 하여 간호연구를 하는데 WHO의 지원도 일부 받는다.

## 2. 위생사업조직

### ① 조직구성

중국보건의료사업은 전반적으로 공공부문에 의해 제공되며 개업의에 의한 민간부문은 극히 한정되어 있다. 위생사업조직은 의료위생기구(중합병원, 전문병원, 보건소, 외래, 요양원, 재활병원등), 위생방역기구(衛生防疫站, 기생충병, 지방병, 직업

5) 위생학교는 간호와 기타 secondary technical education 교육을 하는 기관으로서 간호사와 기타 의료인력도 배출하며 호사학교는 간호사만 배출하는 주로 병원에서 운영하는 학교이나 졸업생의 대우는 똑같다.  
6) 호리학회는 한국 간호협회와 간호학회를 총칭한것과 같음.



병예방치료기구, 국가위생검역기구), 부유보건기구(모자보건소, 아동병원, 산원, 計劃生育기구등), 의학교육기구는 각 의과대학, 위생학교, 재직의료인들의 보수교육을 실시하는 기구, 의학연구기구와 약품, 생물제품, 의료기재생산, 판매, 검증 관리기구등이 있으며 군중위생조직은 민간단체(愛國衛生運動委員會 등), 학술단체, 그리고 민간의료인들로 구성된 조직(적십자 등)이 있다.

공중보건사업은 주로 위생부의 계획 및 지도아래 각 지방위생조직에 의해 제공되며 지방보건당국은 각 위생사업조직의 인사관리를 하는데 예를 들면 승진, 학생모집, 졸업배치, 전근등을 관장한다. 지역의 환경관리는 주로 민간단체인 "애국위생운동위원회"등을 통해 계절변화시의 전염병유행을 차단한다.

② 진료서비스

㉞ 일반진료서비스

중국의 일반진료서비스는 1, 2, 3차 진료체계로 구분되며 이를 三級 의료위생보건망이라 하며 환자의뢰도 이에 따라 이루어 지고 있다(<그림 2 > 참조).

전체적으로 지역사회 보건의료사업은 시(현), 향 의료기관에서 담당하고 병원에는 의사와 간호사로 구성된 예방보건과 또는 地段保健科를 설치하여 담당구역의 예방보건사업에 참여 또는 지도하고 있다. 간호사들은 주로 향위생원이상의 병원에서 근무하며 임상간호를 위주로 하고 일부 간호사들이 예방보건사업에 참여하고 있다. 鄉衛生院과 農村衛生室에는 단기훈련을 받았거나 중등위생학교 (Secondary Technical Education)를 졸업 또는 수료한 의사들이 初級衛生管理(Primary Health Care)를 담당하고 있다.

㉟ 응급의료서비스

응급의료서비스는 주로 종합병원의 외래진료부에서 행하고 응급실은 24시간 서비스를 제공하고 있으며 모든 환자들에게 개방되어 있다. 진료부서의 의사는 본 병원의 의사가 근무하며 재원조달은 앞에서 서술한 의료보험형에 따라 실시된다.

㊱ 후송서비스

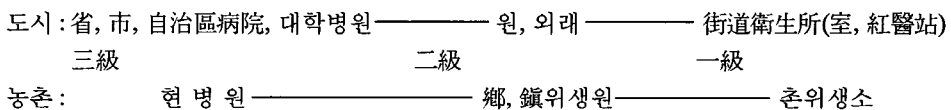
응급환자의 후송은 急救車(앰블런스)를 이용할 수도 있고 또 최근에는 도시에 急救센터가 생겨 새로운 응급환자후송체계를 시도하고 있는데 비교적 훌륭하게 된 시설로는 北京朝陽門病院에서 운영하는 지역사회 가정의료서비스 센터와 시범적으로 네트워크를 이용하여 운영하고 있는 지역사회보건의료서비스센터이다.

VI. 간호조직

1. 병원간호조직

1950년대-60년대에 중국에서 간호는 독립적인 전문직으로 인정되지 못하였다. 대부분의 병원에 간호부서없이 의료부서에서 간호업무를 관할하였지만 1979년 위생부는 간호의 중요성을 인지하고 행정체제를 강화하였다.

1986년, 위생부는 간호관리조직체계를 병원크기에 따라 결정하도록 하였는데 예를 들면 300병상 이상의 병원은 간호 부원장을 둘 수 있는 것이다. 이 부원장은 2명 혹은 3명의 護理部主任(간호부장)을 둔다. 제 일선의 간호관리자는 護士長(수간호사)이다. 현재 실시하고 있는 병원의 간호방법은 기능적 간호(functional method)와 부분적으로 primary 간호의 선택적 간호방법을 사용한다. 간호계



<그림 2> 일반진료서비스체계

획은 특별한 환자간호에만 쓴다. 병원간호부의 관리범위는 간호사 인력배치, 간호서비스의 질 통제, 서비스 교육, 간호학생의 임상실습, 그리고 간호연구이다.

護理部主任은 원장이 임명하고 護理部副主任은 護理部主任이 提名하고 원장이 임용하며 각 병동의 科護士長(감독간호사)와 護士長은 護理部主任이 임명한다. 護士長은 護理部主任의 직접통제 및 병동醫療主任의 업무지도와 협조를 받으며 본 과실내에서 간호인력에 대한 인사관리가 있다.

보편적으로 병원에서의 간호관리체계는 호리부주임, 과호사장, 호사장 3급책임제를 실시한다.

또 간호고문(adviser)이 있어 간호표준화의 개발, 감독과 간호정책을 개발하며 성급수준에서의 간호고문은 간호정책을 전달하고 간호의 질을 통제하며 성간호학회와 함께 간호교육과 기타 전문적인 상담을 관장하며 또 위생부의 간호관리표준도 개발한다. 각성의 평가표준은 매 3년 한번씩 개정한다. 전국의 병원은 그 기능과 임무시행에 따라 3등급으로 나뉘어 관리하며 또 기술, 관리수준에 따라 甲, 乙, 丙으로 나뉘어진다. 각 지방정부는 '區域衛生規則'을 제정하여 구체적인 관리를 행하며 간호는 각 병원의 인력자원의 차이로 責任制看護(primary Nursing - 3급 감병원에서 보편적으로 시행함), 小組制看護(Team Nursing - 2급 이상 병원에서 쓰는 경우 있음), 功能制看護(Functional Nursing)등 으로 시행하고 있는데(曾喜媛, 1996) 보편적으로 행하고 있는 것이 functional한 간호이다.

## 2. 간호기술직 명칭

1985년 위생부로부터 모든 간호사들에게 아카데미 title이 주어졌는데 그들의 학력, 간호서비스능력, 그리고 실무에서의 기술에 근거하여 각종 기술직명으로 나누었다. 또한 의, 약, 간호등의 직명칭을 통일시켜 간호사들이 의사나 다른 의료전문직과 같은 기회로 승진하게 한다.

간호사는 행정직함으로는 護士, 護士長, 科護士長, 恩護士長 혹은 護理部副主任, 主任, 護理副院長

으로 나뉘며, 기술직(clinical ladder)으로 護理員, 護士, 護師, 主管護師, 副主任護師, 主任護師<sup>7)</sup>로 나뉜다. 기술직은 구체적인 조건이 있는바 이 조건을 구비할 경우 평가를 거쳐 해당직에 승진할 수 있다.

### ① 견습기

기본간호처치를 할 수 있어야 하는데 국가가 배치 한 병원에 온 간호사는 약 2-4주간의 Orientation(崗前教育)을 받은후 각 병동에 배치받거나 1년내 각 병동을 일정기간에 한번씩 순환하기도 한다.

### ② 護士

전공분야의 기본이론을 알아야 하고 일정한 조작기술 능력이 있어야 하며, 일반적인 업무수행이 가능하며 위생학교 졸업후 1년인자로 한한다.

### ③ 護師

전공분야의 기초이론에 익숙해야 하고 일정한 기술조작능력이 있어야 한다. 독립적으로 자기분야의 흔히 보는 기술문제를 처리할 수 있어야 하고 1종의 외국어잡지를 읽을 수 있어야 하며 위생학교를 졸업하고 간호에 종사한지 5년이상이며 이 역할에 합당하다는 공식적인 평가를 받은자, 전문대 졸업 1년이 되고 전공분야에 2년 종사한자, 대학졸업후 견습기가 끝난자, 석사학위 취득자에 한한다.

### ④ 主管護師

본 전공분야의 이론에 익숙하고 계통적인 전업지식을 갖추고 국내에서 본 분야의 선진기술을 실제간호에서 응용가능하며, 풍부한 임상경험이 있고 능숙한 기술이 있으며 하급간호사의 업무지도가 가능해야 하며 업무성적이 뛰어나거나 연구능력이 있으며 외국어문헌을 잘 읽을수 있는 능력이 있는자로서 대학졸업후 간호사업에 4년 종사했거나, 혹은 제 2 학사학위 취득자로서 護師업무에 종사한지 3년 되는자, 석사학위 취득후 업무에 2년 종사한자. 박사학위 취득한자로 한다.

### ⑤ 副主任護師

7) 護理員은 간호조무사에 해당하나 자격증은 소지하지 않았다. 護士 및 護師는 일반 간호사이며 主管護師는 강사급, 副主任護師는 부교수급, 主任護師는 교수급임.

이상의 부분에서 뛰어난 성적이 있을 뿐만 아니라 지도자 능력이 갖추어져야 하며 전공분야의 어려운 간호문제를 해결할 수 있어야 하고 연구능력이 뛰어나야 한다. 대학이상 학력을 갖추고 주관호사 5년 이상인자, 박사학위 취득후 간호사업에 2년 종사한자로 한다.

#### ⑥ 主任護師

상술한 역할에서 우수성이 뛰어나야 하며 또 부주임호사로 5년간 근무후 가능하다.

### 3. 간호사의 역할

간호사의 간호역할은 크게 두가지로 나뉠 수 있는데 하나는 임상간호로서 병원 전체 환자를 대상으로 하는 간호이며 다른 하나는 지역보건으로서 일정범위내의 주민과 사회집단을 대상으로 예방, 모자보건, 학교위생, 산업위생과 가정간호동사업 등을 하며 보건교육도 실시하는 것이다.

#### ① 임상간호

중국의 임상간호의 기본틀은 Maslow의 인간욕구이론에 기초한 정체성을 띤 간호를 주장하고 있다. 호리부-과호사장-병동호사장의 3급감독 통제체계의 병원에 질관리부서를 설립하고 각 과에 질관리팀을 구성하며 간호사가 그중 일원으로 참가하여 간호의 질관리를 하고 있다. 또 간호의 질관리에서 간호기록을 특히 중요시하며 이를 간호질, 간호수준, 효과, 연구소재의 근거로 평가하고 있으며 특히 오차, 사고시 법적근거로 중요하다고 인정하기에 간호기록에 대해 특별히 강조하고 간호기록의 정규화와 표준화를 실시하고 있다.

임상간호의 일반내용은 입 퇴원간호, 침상정리, 각 간호급에 따른 간호, 심리간호, 생활간호, 음식간호, 아침 및 저녁간 간호, 합병증예방간호, 사체처리, 격리소독기술, 병세관찰, 약물요법, 간호기록등 내용들이며 이외에 응급간호 및 각 전공분야(내외과, 부인과 산과, 소아과등)에 따른 특수간호 내용들이 있으며 응급간호기술로 요구하는 것은 산소흡입, 흡입, 수혈, 수액, 위세척, CPR, 지혈처리, 골절고정, 응급약물의 사용법, 심전도감시, 인

공호흡기의 사용등이다.

중의간호의 간호범위로 규정된 간호치료내용은 일반간호 내용의 응급시, 재활간호시, 국부증상 해소시에 쓸 수 있는 방법으로 침구, 부황, 추나법, 환약, 환부를 씻는법 등이다.

또 컴퓨터 프로그램으로 간호의 질관리를 시도하고 있으며 이미 간호관리, 의사처방관리, 업무량통계, 간호기술관리, 인력관리, 수술실관리, 중앙급실관리, 약품관리, 간호교육관리, Primary care, 간호계획등에 관한 soft ware가 개발되어 있다.

입원환자간호외에 또 병원지역보건과에서도 간호사들의 역할을 볼 수 있었다.

병원지역보건사업은 주로 그 지역에 속하여 있는 병원에서 기구를 내오고 관리를 행하나 아직까지 규범화되어 있지는 않은 실정이며 주로 전염병 예방, 계획적 면역, 지역보건의료, 가정병상을 관리하고 있으며 산후 조리도 관리한다.

현재 60여만개의 가정병상이 설립되어 있으며 가정병상관리에 있어서 일부 병원에서는 가정병상과를 따로 설립하였고 일부 병원에서는 지역보건과에 귀속시켜 정기검사, 가정보건방문, 가정병상, 입원치료를 지역의 4단계 防治체계로 하고 있다. 어떤 형태의 가정병상이던지 의사는 정기적으로 순회검사를 하며 간호사(일반간호사)는 의사의 처방에 따라 환자에게 Primary Health Care를 행하여 기술적인 간호는 직접하고 생활간호는 가족이 하도록 지도하며 방문시 수시로 생활간호질을 검사한다. 병이 완화되어 의사의 순회방문이 필요 없을 경우는 지역보건과 혹은 가정병상과의 간호사가 맡아서 계속 관리를 하는데 보통 매월 1-2차 방문하여 필요한 검사와 보건, 재활에 필요한 지도를 하며 만약 도중 병세가 중해지면 다시 가정병상으로 들어가 지역보건과의사가 책임지고 치료를 행한다.

일부 병원에서는 가정병상수입에서 간호행위로 얻은 수입은 간호부에 귀속시켜 간호사들의 보상에 쓰는 연구를 시도한 것들도 있다. 그러나 지역보건간호, 가정병상간호는 아직 탐색단계에 머물러 있다고 볼 수 있다.

또 병원 간호부는 각종 선전일과 홍보매체를 통

하여 건강교육과 자문을 행하여 전민의 건강의식을 높이고 있는데(利華, 1997) 예를 들면 계절과 민족특점에 근거하여 병원에서 사회에 나가 심리간호, 사회적예방, 보건상식 등을 서면, 구두선전, 출연등 여러 가지 형식으로 보급하고 있다.

## ② 지역사회보건에서의 간호사의 역할

지역보건은 주로 初級衛生保健으로서 防疫站, 保健站 등 보건조직의 지도하에 구체사업은 지역의 紅十字위생소, 혹은 직장, 기관을 단위로 하는 의무실, 산업장의 보건소에서 하고 있다.

지역사회간호사는 특별한 교육과정을 거쳤거나 학교에서 지역사회간호과정을 이수한 것이 아니라 졸업시 배치를 지역사회에 있는 기관으로 받았거나 혹은 졸업후 전근으로 그 기관에서 일하게 된 간호사들이며 주로 학교위생소, 보건소, 가도위생소와 일부 특수질병의 예방치료부문에서 일하고 있다.

지역의 간호사들은 縣病院과 鄉衛生院에서 간호를 하고 있고 일부 간호사들이 예방보건사업에 종사하고 있으며 鄉衛生院과 위생실은 대부분 중등 위생학교에서 배출하였거나 그 수준에 도달하는 농촌의사들과 단기훈련과정을 거친 위생원들이 농촌일차보건사업에 종사하고 있다. 1994년 통계에 의하면 중국 농촌위생기구에 농촌의사가 93.3만명 있으며, 의사보조원은 39여만 명이 있어 농촌의 의사와 간호사가 부족한 점을 크게 충족시키고 있다.

1993년 위생부에서 '護士管理辦法'을 발표하여 간호사들이 개업 및 간호봉사기구를 설립할 수 있도록 하였으며 구체 결정권과 행사권은 지방정부에 주어 국가의 관리체계와 경제정책면에서 개혁을 시도하여 고도로 중심화된 건강관리체계로부터 탈피(Shi L.Y, 1993)를 시도하고 있다. 이러한 정책들은 지역간호사업이 정책적으로 지지와 보장을 받도록 하였고 또 경험이 풍부한 간호사들이 정년 퇴임후 여러 가지 경로를 통하여 보건사업의 중요한 인력자원역할을 하도록 하였다. 현재 간호사들이 지역사회에서의 주 활동무대로는 '노인의 집', 老年公寓, 護理院, 護理站, 臨終關懷(호스피스)醫院 혹은 病棟이 있다. 지역사회에 종사하는 간호사

들이 주로 분포된 기관은 지역에 분포되어 있는 保健所와 전문병방치소(예: 結核防治所), 학교, 街道衛生所(동위생소)라 할 수 있으며 이들의 기능과 역할은 아래와 같다.

專門病防治所의 간호사는 1년에 한번씩 초등학교와 유치원에 가서 의사와 함께 집단접종을 하며 유치원 혹은 학교에서 누락된 대상에 한하여 명단으로 확인한 후 통지를 보내 개별접종을 받도록 한다. 결핵검사는 3년에 한번씩 산업장을 대상으로 실시한다.

법적으로 결핵병환자로 진단된 환자는 일반병원이나 다른 병원에서 치료할 수 없게 돼 있으며 만약 다른 병원에서 진찰시 발견되었으면 즉시 유관 전문병원 또는 방치소로 후송하게 되어있다.

전염병환자에 대해서는 퇴원후 정기적으로 내원하여 검사를 받도록 하며 정기검사직전에 통지를 발송하여 환자가 잊지 않도록 하며 만약 환자가 여전히 오지 않을 경우 직접 가정 방문한다.

학교보건에 있어서 학교위생소에 1명의 간호사를 두어 주로 학생들의 일상위생과 건강관리에 관하여 관리하는데 방역참의 학교보건담당의 감독을 받는다. 이외 학생들의 가벼운 증상처리도 맡아하고 있다. 유치원 혹은 초등학교 입학할 경우 학교에 입학할 때 반드시 예방접종수첩을 지참시켜 필요한 접종을 마쳤는지를 확인하며 관련부문에서 예방접종을 나왔을 경우 협조를 한다.

전국에 婦幼保健所(站)가 2857개 있으며 의료인은 4.4만명이나(중국통계연감, 1995) 구체적으로 간호사들의 인원수는 통계로 나온 것이 없으며 주로 영유아 보건사업 즉 부녀들의 4기(생리, 임신, 출산, 수유)보건관리를 하고 있다(林菊英, 1993, pp. 184).

또 지역에 있는 街道衛生所의 간호사는 의사와 협조하여 지역주민들의 경미한 질병진료를 하고 있으며 중국 위생부에서 결정한 매년 4월 25일의 計劃免疫宣傳日에 대대적인 예방접종을 실시함과 동시에 평상시에도 면역접종을 하며 출생부터 예방접종수첩을 만들어 계획적으로 면역을 실시한다. 산업장위생소의 간호사는 간단한 증상처리, 응급조치와 근로자들의 건강관리를 담당하고 있으며

또 상황에 따라 상급병원에 환자를 의뢰하는 기능도 한다.

省, 市居民委員會와 농촌사업위원회\*가 노인봉사활동을 하면서 지역사회 건강관리에 참여하고 있다. 환경위생은 각 지역의 街道居民委員會와 愛國衛生運動委員會에서 주로 관리를 하며 있으며 매년 전염병이 쉽게 발생할 수 있는 춘추 계절에 필요한 조치를 취하고 검사들을 행하고 있으며 이러한 것들을 행정부문과 연결시키고 있다.

그러나 이러한 사업들에 간호사들이 거의 참여하고 또 매우 많은 역할을 하고 있음에도 구체적으로 어떤 것이 간호사의 기능과 역할이라고 규정되어 있지는 않고 있으며 특히 지역사회에서 종사하고 있는 간호사들이 기본간호교육을 받았을 뿐 다른 자기전문분야의 특별교육은 받지 않았으며 간호교육에서도 지역사회간호의 내용은 매우 미약하다.

### 참 고 문 헌

- 顧美儀(1996). 중한 간호지도자포럼, pp.43-46. 중국 북경.
- 沈 寧(1997). 中國衛生事業的形勢與護理實踐趨向, 한중간호지도자포럼, 107-111. 서울.
- 冷榮久(1995). 吉林省衛生資源現況,問題 對策, 中國衛生經濟, 8기, p.58-60. 중국.
- 劉春洪(1995). 城市社區老年人家庭保健服務需求分析, 中國衛生經濟, 12기. p.56-61.

- 劉華平(1996). 中國衛生保健工作概況, 중한 간호지도자포럼, pp.43-46. 중국북경.
- 彭 瑞 (1994). 我國現行醫療保健體制改革的研究, 中華醫院管理, 10(5), p. 257 -259.
- 林菊英(1990). 병원간호관리학, pp.32. 광명일보출판사, 중국북경.
- 趙利華(1997). 中國初級衛生保健的現狀與展望, 한중간호지도자포럼, 139-143. 서울
- 曹榮, 張斌(1990). 我國農村醫療保健制度的演變及發展形式, 中國初級衛生保健, 4(7), P.5-10.
- 中國統計年監(1995). 中國統計出版社, 59-77, 664-674. 中國北京.
- 曾熙媛(1996). 中國護理概況, 중한 간호지도자포럼, pp.29-36. 중국북경.
- Lassey M.L., Lassey W.R., Jinks M.J(1997). Health Care Systems Around The World-characteristics, issues, reforms. P.26-303.
- Leiyu Shi.(1993).Health care in China:a rural-urban comparison after the socioeconomic reforms, Bulletin World Health Organization, 71(6) : 723-736.
- Statistical Yearbook of the Republic of China, 1996. pp. 107-148. in China.
- Xiangdong Li, Sonia Acorn(1996).Nursing Administration in China. Journal of Nursing Administration, vol.26(2), pp.12-13.
- Xiyuan Zheng(1997).Overviewing of Nursing in China, Congress of Promoters East-Asia Nursing Forum, 25-35. in Korea.

8) 居民위원회는 도시 지역주민조직으로서 한 개居는 한국에 통에 상당하며 농촌사업위원회도 이와 유사한 조직기구이다.

<Abstract>

## The Nursing Health Care Delivery System in China

Mo-Im Kim, Won-Jung Cho, ChunYu Li

This paper provides an overview of the current Health Care Delivery System in China with particular emphasis on the Nursing Delivery System. Based on recent data, the paper introduces the current Health Care System and emphasizes nursing resources, education, nursing policy, leadership, the role of nurses, community nursing and nursing outcomes.