

# 노인장기요양보험의 방문간호 제공기관 특성별 서비스 제공 추이

이정석<sup>1</sup> · 황라일<sup>2</sup> · 한은정<sup>1</sup>

국민건강보험공단 건강보험정책연구원<sup>1</sup>, 수원여자대학교 간호학과<sup>2</sup>

## Trends in Home-visit Nursing Care by Agencies' Characteristics under the National Long-term Care Insurance System

Lee Jung Suk<sup>1</sup> · Hwang, Rah Il<sup>2</sup> · Han, Eun Jeong<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institute for National Health Insurance Policy, Seoul  
<sup>2</sup>Department of Nursing, Suwon Women's College, Suwon, Korea

**Purpose:** This study aimed to investigate trends in home-visit nursing care by agencies' characteristics under the national long-term care insurance system. **Methods:** Cochran-Mantel-Haenzel tests were conducted, using data drawn from the nationwide long-term care insurance claim database of the Korean National Health Insurance Corporation from 2009 to 2011. **Results:** The number of home-visit nursing care agencies has decreased continuously since 2009. There were also similar trends in the total amount of service provided by home-visit nursing care agencies, the number of recipients, the number of employees, and payments. This study showed that there were statistically significant differences in the trends in home-visit nursing care by agencies' characteristics. Despite the overall downward trend, there were some increases in the percentage of home-visit nursing care provided by agencies which were established by individuals, located in large cities, and which combined home-visit care with home-visit bathing. **Conclusion:** Home-visit nursing care agencies are responsible for providing community-based healthcare services. For past three years, however, they have not been utilized to their full potential. Understanding the trends in home-visit nursing care by agencies' characteristics is important to develop utilization strategies for home-visit nursing care.

**Key Words:** Home nursing, Long-term care insurance

### 서론

우리나라는 2008년 7월부터 고령이나 노인성 질병 등으로 혼자서는 일상생활을 수행하기 어려운 노인들에게 신체활동이나 가사활동지원 서비스를 제공하여 노후생활의 안정과 그 가족의 부담을 덜어주기 위한 목적으로 다섯 번째 사회보장제도인 노인장기요양보험제도를 시행하고 있다. 제도 도입 후

노인장기요양 수급권자는 매년 지속적으로 증가하는 추세에 있으며, 이들 장기요양 수급자 대부분은 만성질환과 기능장애를 동시에 가지고 있어 포괄적 복지서비스 욕구뿐 아니라 다양한 의로서비스 욕구도 함께 가지고 있는 것으로 보고되고 있다(Bang & Yun, 2010; Kim, Lee & Sok, 2009). 예컨대 노인장기요양보험 수급자의 98.0%는 1개 이상, 32.3%는 2개 이상, 25.6%는 3개 이상 만성질환을 갖고 있으며, 이는 주로

**주요어:** 노인장기요양, 방문간호

Corresponding author: Hwang, Rah Il

Department of Nursing, Suwon Women's College, San 1-6, Omokchen-dong, Kwonsun-gu, Suwon 441-748, Korea.  
Tel: +82-31-290-8103, Fax: +82-31-290-8142, E-mail: hwangri@swc.ac.kr

투고일: 2012년 6월 29일 / 심사완료일: 2012년 12월 21일 / 게재확정일: 2012년 12월 22일

뇌졸중, 고혈압, 관절염, 치매 등 지속적으로 의료적 관리가 요구되는 질환들이 대부분인 것으로 보고되고 있다(Kwon, Lee, Han, & Park, 2008). 이렇듯 복합적 건강문제로 일상생활을 수행할 수 없는 노인에게 장기요양요구별로 적정 서비스를 선택하여 이용할 수 있도록 유도하는 것은 양질의 장기요양서비스를 보장하고(Kim, Lee & Ko, 2009; OECD, 2005), 장기요양 이용 기간 동안에 발생할 수 있는 불필요한 의료서비스를 억제한다는 측면에서 매우 중요하다(National Evaluation Team, 2007). 현 노인장기요양 급여서비스는 노인요양 시설 입소자를 위한 시설서비스와 지역사회 거주 노인을 위한 재가서비스를 모두 포함하지만, 급여 제공의 기본원칙은 가족과 함께 생활하면서 가정에서 요양을 받는 재가급여를 우선적으로 제공하는 것이며, 이는 가능하다면 장애인들을 요양 시설 보다는 자택에서 보호받도록 하는 OECD 국가들의 전반적인 정책 방향과도 일치한다(National Health Insurance Corporation [NHIC], 2008; OECD, 2005).

이러한 맥락에 따라 노인장기요양보험에서는 재가노인의 의료적 욕구를 충족시키기 위한 일환으로 방문간호제도를 시행하고 있다. 노인장기요양보험의 방문간호는 노인장기요양 보험 제도 내에서 제공하는 유일한 지역사회 기반 의료서비스이기 때문에 재가노인의 건강문제를 전문적으로 관리할 책임을 갖는다는 점에서 의의가 있다(Lee, Han, & Kang, 2011). 또한, 의원급 외래서비스나 병원 중심의 가정간호에 비해 지역사회 만성질환 노인에게 제공되는 가장 저렴한 서비스 형태로 평가되면서(Lee, 2004) 시범사업부터 주목을 받아왔다.

이에 정부 차원에서도 노인장기요양의 방문간호서비스를 활성화시키기 위해 장기요양인정조사 시 간호서비스 욕구가 확인된 경우 표준장기요양이용계획서를 통해 방문간호서비스를 권고할 수 있도록 시스템을 마련하고, 재가 장기요양기관 평가 시 표준장기요양이용계획서를 통해 방문간호서비스가 필요하다고 인정된 수급자에게 방문간호를 연계 또는 제공하였는가를 평가하도록 하고 있다(NHIC, 2011a). 또한, 방문간호 기관이 없는 읍면 등 취약 지역 수급자에 대한 서비스 제공 시 원거리 교통비를 지원하는(Ministry of Health and Welfare [MOHW], 2011) 등 방문간호서비스 이용 활성화를 위한 정책들을 확대해 나가고 있다.

그러나 제도 도입 3년 이상이 경과하는 동안 총장기요양수급자, 재가서비스 이용자 및 재가기관수는 크게 증가하고 있는 반면 방문간호의 이용자 및 방문간호 제공기관 수, 급여비용 등은 커다란 변화가 없거나 오히려 그 비율이 점차 감소하고 있다(NHIC, 2011b). 최근 언론매체에서도 노인장기요양

방문간호서비스는 만족도가 낮으며 운영상의 여러 가지 문제로 인해 서비스 자체가 제대로 제공되고 있지 못하다는 문제점을 지적한 바 있다(Kim, 2012). 이에 노인장기요양 방문간호 활성화를 위한 다각도의 정책 모색이 필요하다는 주장이 제기되고 있지만 여전히 구체적 대안을 마련하고 있지 못하고 있는 것이 현실이다. 더욱이 지금까지 방문간호 활성화를 위한 정책들은 수급자에 대한 이용 지원에 주로 초점을 맞추었고 서비스 제공 주체인 방문간호기관에 대한 고려는 간과하였다는 한계가 있었던 것으로 판단된다.

노인장기요양의 방문간호서비스 관련 국내 연구도 방문간호서비스 질 평가도구 개발(Kim et al., 2008), 장기요양 방문간호사의 역할과 업무 규명(Kim, 2009), 직무만족도 평가(Park, 2009), 원가 분석(Kim, Kim, & Kim, 2010) 등 방문간호서비스의 내용과 비용을 검토한 연구와 서비스 이용자 관점에서 이용자 특성 및 이용실태를 분석한 연구(Lee et al., 2011), 방문간호 활성화를 위한 정책 개발 연구(Lim, Kim, Choi, Lee, & Noh, 2012) 등에 국한되어 있다. 이처럼 보건 의료서비스의 효율적 배분을 위해서는 공급자의 특성별 서비스 제공 특성을 파악해야 함에도 불구하고 노인장기요양의 방문간호 제공기관 특성에 따른 서비스 제공 추이를 분석한 실증적 연구는 부족한 실정이다.

따라서 본 연구에서는 노인장기요양 방문간호 제공기관 전수를 대상으로 방문간호제공기관 특성별 서비스 제공 추이를 면밀히 검토함으로써 향후 방문간호 활성화 정책의 대안을 제시할 기초자료를 제공하는데 목적이 있다. 구체적 연구목적은 다음과 같다.

- 노인장기요양 재가서비스 기관 중 방문간호 제공기관 변화 추이를 분석한다.
- 노인장기요양 방문간호 제공기관의 특성별 급여실적 변화 추이를 분석한다.
- 노인장기요양 방문간호 제공기관의 특성별 종사자 변화 추이를 분석한다.
- 노인장기요양 방문간호 제공기관의 특성별 대상자 등급 및 서비스 제공형태 변화 추이를 분석한다.

## 연구방법

### 1. 연구설계

본 연구는 노인장기요양보험의 방문간호 제공기관 특성별로 대상자에게 제공되는 서비스 제공 현황 및 추이가 어떠한

지를 분석하기 위한 서술적 조사연구이다.

## 2. 연구대상

본 연구는 2009년 1월 1일부터 2011년 12월 31일까지 국민건강보험공단에 청구된 노인장기요양보험 자료를 이용하였다. 노인장기요양보험 방문간호 제공기관의 특성 및 인력 현황을 파악하기 위하여 노인장기요양보험 기관 데이터베이스(DB)에서 방문간호로 등록된 기관을 발췌하여 활용하였고, 방문간호기관의 급여제공 실적 및 형태를 파악하기 위하여 장기요양보험급여DB 중 방문간호기관에 대한 급여지급 자료를 기초자료로 활용하였다. 방문간호기관 현황 분석에는 장기요양기관으로 등록된 모든 방문간호기관을 대상으로 하였고, 급여제공 실적 및 형태 분석에는 해당 연도에 급여지급 실적이 있는 방문간호기관만을 대상으로 하였다.

## 3. 자료수집

본 연구는 국민건강보험공단이 노인장기요양보험 방문간호서비스 활성화 방안 연구를 위해 2011년 구축한 방문간호 공급현황분석DB를 기초자료로 활용하였으며, 2011년 4사분기 자료를 보완하여 최종 분석에 이용하였다. 본 연구자료에는 2009년부터 2011년까지 방문간호기관의 기관정보, 인력 현황, 노인장기요양보험 급여 청구 및 지급 자료가 포함되었으며, 본 연구자료의 수집은 국민건강보험공단의 연구용역심의회위원회의 승인을 얻은 후 이루어졌다.

## 4. 자료분석

방문간호기관의 연도별 공급 추이를 분석하기 위하여 본 연구에서는 방문간호기관정보와 노인장기요양보험급여자료를 연계하여 등록기관수, 대상자수, 총금액을 각 연도 말 기준으로 산출하였다. 기관특성은 설립주체(지방자치단체/ 법인/ 개인), 소재 지역(대도시/ 중소도시/ 읍면), 운영형태(방문간호 단독/ 방문간호+방문요양/ 방문간호+방문요양+방문목욕/ 기타) 등으로 구분하였다. 방문간호서비스 제공 기관수, 급여제공실적 및 인력의 추이에 대한 분석은 크게 세 가지로 구분하여 실시하였다. 첫째, 급여제공 기관수, 수급자수, 총급여비용의 연도별 추이는 재가서비스 종류별로 나눠 분석하였다(대상자 수는 중복을 제거한 실인원수이며, 금액은 해당 연도말 기준 누적총액이다). 또한, 방문간호서비스 제공

기관의 특성에 따라 방문간호 급여제공 실적의 추이를 비교분석하였다. 둘째, 방문간호 인력의 변화를 인력의 종류(간호사, 간호조무사, 치위생사)별로 구분하여 분석하였고, 이들의 변화를 방문기관 특성별로 구분하여 분석하였다. 셋째, 방문간호 급여실적의 변화는 서비스를 제공받는 수급자의 장기요양 등급(1등급/ 2등급/ 3등급), 방문간호 서비스 시간(30분 미만/회, 30~60분 미만/회, 60분 이상/회) 및 방문 횟수(1회/월, 2회/월, 3회/월, 4회 이상/월)별로 분석하였고, 이들 변화를 기관의 특성에 따라 분석하였다. 모든 분석 결과는 둘 이상의 집단 간에 추세 변화의 유의성을 검정하는 Cochran-Mantel-Haenszel test 통계 분석방법을 활용하였으며, 분석을 위한 통계패키지는 SAS 9.1 프로그램을 이용하였다.

## 연구결과

### 1. 노인장기요양보험의 재가요양기관 중 방문간호기관 추이

노인장기요양보험 도입 이후 2009년부터 2011년까지 지난 3년간 재가요양기관 중 방문간호 제공기관의 추이를 분석한 결과는 Table 1과 같다. 먼저 노인장기요양의 방문간호서비스 제공 기관수는 2009년 565개소에서 2010년 527개소, 2011년 476개소로 지속적으로 감소하고 있는 것으로 나타났으며, 2009년 대비 2011년에는 방문간호등록기관이 약 15.8%나 감소한 것으로 나타났다. 한편 총 재가장기요양제공 제공기관수는 2009년 16,531개소, 2010년 20,315개소, 2011년 18,375개소로 2010년 가장 많았다가 2011년 소폭 감소한 것으로 나타나 방문간호기관과는 다른 양상을 보이고 있었다. 이러한 추세에 따라 총 재가장기요양 제공기관 중 방문간호 제공기관이 차지하는 비율도 2009년 3.4%에서 2011년에는 2.6%로 감소한 것으로 나타났다.

이러한 추이는 방문간호수혜 대상자수와 총급여액에서도 비슷한 양상으로 나타나 2009년부터 2011년까지 점차 감소하는 추세를 보이고 있으며, 2011년 말 현재 총 재가장기요양 이용자 중 방문간호서비스 이용자는 1.8%, 총 재가장기요양급여비 중 방문간호 급여비는 0.4%에 그치는 것으로 나타났다.

### 2. 방문간호기관 특성별 급여실적 추이

방문간호기관의 설립특성별 급여실적 추이를 분석한 결과(Table 2), 설립주체별로는 개인 설립기관수가 3/4 이상으로 가장 높은 비율을 차지하는 가운데 지방자치단체 설립기관은

**Table 1.** Change of the Number of Bill claimed Agencies, the Number of Beneficiaries, and Total Benefit Amount in In-home Long-term Care from 2009 to 2011 (Unit: Each, Person, 1,000 won)

Variables	No of bill claimed agencies			No of beneficiaries			Total benefit amount		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
In-home long-term care agencies	16,531 (100.0)	20,315 (100.0)	18,375 (100.0)	388,366 (100.0)	450,732 (100.0)	443,462 (100.0)	1,185,873 (100.0)	1,565,728 (100.0)	1,540,860 (100.0)
Home-visit nursing agencies	565 (3.4)	527 (2.6)	476 (2.6)	8,745 (2.3)	8,307 (1.8)	7,852 (1.8)	7,058 (0.6)	6,830 (0.4)	6,604 (0.4)
Home-visit care agencies	7,962 (48.2)	9,552 (47.0)	8,982 (48.9)	185,141 (47.7)	224,185 (49.7)	218,776 (49.3)	884,569 (74.6)	1,298,236 (82.9)	1,278,096 (82.9)
Home-visit bathing agencies	4,485 (27.1)	6,274 (30.9)	5,983 (32.6)	55,408 (14.3)	71,437 (15.8)	73,062 (16.5)	48,514 (4.1)	80,094 (5.1)	80,695 (5.2)
Day and night care agencies	1,075 (6.5)	1,453 (7.2)	1,338 (7.3)	18,296 (4.7)	21,159 (4.7)	22,259 (5.0)	72,557 (6.1)	84,680 (5.4)	97,219 (6.3)
Short-term respite care agencies	1,350 (8.2)	1,173 (5.8)	259 (1.4)	22,058 (5.7)	14,489 (3.2)	4,379 (1.0)	102,877 (8.7)	25,207 (1.6)	7,950 (0.5)
Other in-home care agencies	1,094 (6.6)	1,336 (6.6)	1,337 (7.3)	98,718 (25.4)	111,155 (24.7)	117,134 (26.4)	70,298 (5.9)	70,681 (4.5)	70,296 (4.6)

1% 수준에 불과하였으며 연도별 추이는 통계적으로 차이를 보이지 않았다( $p=.828$ ). 방문간호서비스 수혜자 수는 전반적으로 감소하는 것으로 나타났는데 지방자치단체 설립 기관에서 가장 감소폭이 컸으며 설립주체에 따라 연도별로 유의한 차이를 보이는 것으로 나타났다( $p=.002$ ). 총급여액의 경우는 총급여액 중 개인 설립기관이 차지하는 비율이 지속적으로 증가하는 경향을 나타냈고, 반면 법인 설립기관과 지방자치단체 설립기관의 경우는 감소하는 경향이 있는 것으로 나타났다( $p<.001$ ).

설립 소재지별 방문간호기관 수는 2009년 중소도시(41.1%), 대도시(40.4%), 읍면(18.6%) 순이었으나 2011년에는 대도시(45.0%), 중소도시(41.4%), 읍면(13.7%) 순으로 나타났다. 특히, 2009년 대비 2011년 읍면 설립기관 감소폭(2009년 105개→2011년 65개)이 대도시 설립기관 감소폭(2009년 228개→2011년 214개) 보다 컸던 것으로 나타났으나 소재지별 방문간호기관수 변화 추이가 통계적으로 유의한 차이가 있지는 않았다( $p=.074$ ). 서비스 수혜자와 총급여액이 차지하는 비율은 중소도시, 대도시, 읍면 순이었으며, 대도시가 차지하는 비율은 증가하는 경향이 있는 반면 읍면이 차지하는 비율은 감소하는 경향이 있는 것으로 나타났다( $p<.001$ ).

운영형태별로는 방문간호 단독 제공기관은 2009년 201개소에서 2011년 84개소로 감소하는 경향이 있는 반면 방문간호+방문요양+방문목욕 제공기관은 2009년 258개소에서 294

개소로 오히려 증가하는 경향이 있는 것으로 나타났고, 이는 통계적으로 유의한 차이가 있었다( $p<.001$ ). 서비스 수혜자의 비율도 방문간호 단독 기관은 2009년 3,784명(41.5%)으로 가장 높은 비율을 차지하였으나 2011년에는 방문간호+방문요양+방문목욕 제공기관이 4,329명(53.2%)으로 가장 높은 비율을 차지하였다. 또한, 서비스 수혜자의 경우 방문간호 단독 제공기관은 감소하는 경향이 있는 반면 방문간호+방문요양+방문목욕 제공기관은 증가하는 경향이 있는 것으로 나타났다( $p<.001$ ). 총 급여액도 유사한 경향을 보여 방문간호 단독 제공기관은 감소하는 경향이 있었고 방문간호+방문요양+방문목욕 제공기관은 증가하는 경향이 있는 것으로 나타났다( $p<.001$ ).

### 3. 방문간호기관 특성별 종사자 추이

방문간호기관 특성별 종사자 변화 추이를 분석한 결과 방문간호기관 총 종사자 수는 2009년 912명, 2010년 818명, 2011년 808명으로 지속적으로 감소하였고, 2011년 기준 간호사는 678명(83.9%)이었고 간호조무사도 127명(15.7%)이었으나 치과위생사는 3명(0.4%)에 불과하였다(Table 3). 직종별 추이 분석 결과, 간호사 비율은 2009년 85.2%에서 2011년 83.9%로 감소하였고, 치과위생사 비율도 2009년 1.5%에서 2011년 0.4%로 감소한 반면 간호조무사 비율은 2009년

Table 2. Change of the Number of Bill claimed Agencies, the Number of Beneficiaries, and Total Benefit Amount in Home-Visit Nursing Care from 2009 to 2011 (Unit: Each, Person, 1,000 won, %)

Variables	Categories	No of bill claimed agencies				No of beneficiaries				Total benefit amount			
		2009	2010	2011	CMH (p)	2009	2010	2011	CMH (p)	2009	2010	2011	CMH (p)
Type of establishment	Public	6 (1.1)	6 (1.1)	5 (1.1)	0.38 (.828)	95 (1.1)	73 (0.9)	48 (0.6)	12.46 (.002)	110,735 (1.6)	50,048 (0.7)	32,165 (0.5)	99,885 ( $< .001$ )
	Corporation	117 (20.7)	114 (21.6)	106 (22.3)		2,470 (27.8)	2,164 (25.5)	2,185 (27.2)		1,934,816 (27.4)	1,621,501 (23.7)	1,464,614 (22.2)	
	Individual	442 (78.2)	407 (77.2)	365 (76.7)		6,334 (71.2)	6,245 (73.6)	5,814 (72.3)		5,012,511 (71.0)	5,158,744 (75.5)	5,107,028 (77.3)	
Location of agencies	Big city	228 (40.4)	217 (41.2)	214 (45.0)	5.20 (.074)	3,014 (34.3)	2,988 (35.7)	3,179 (40.2)	84.33 ( $< .001$ )	2,108,032 (29.9)	2,149,189 (31.5)	2,427,808 (36.8)	141,651 ( $< .001$ )
	Small city	232 (41.1)	227 (43.1)	197 (41.4)		3,904 (44.4)	3,817 (45.6)	3,388 (42.9)		3,274,860 (46.4)	3,353,481 (49.1)	3,092,677 (46.8)	
	Rural	105 (18.6)	83 (15.7)	65 (13.7)		1,878 (21.4)	1,567 (18.7)	1,339 (16.9)		1,675,171 (23.7)	1,327,622 (19.4)	1,083,320 (16.4)	
Type of operation	Home-visit nursing	201 (35.6)	127 (24.1)	84 (17.6)	43.97 ( $< .001$ )	3,784 (41.5)	2,999 (33.6)	2,114 (26.0)	515.07 ( $< .001$ )	2,967,901 (42.0)	2,160,179 (31.6)	1,424,738 (21.6)	792,433 ( $< .001$ )
	Home-visit nursing+care	69 (12.2)	70 (13.3)	53 (11.1)		1,037 (11.4)	842 (9.4)	713 (8.8)		961,574 (13.6)	657,689 (9.6)	638,902 (9.7)	
	Home-visit nursing +care+bathing	258 (45.7)	286 (54.3)	294 (61.8)		3,678 (40.3)	4,355 (48.8)	4,329 (53.2)		2,808,850 (39.8)	3,513,466 (51.4)	3,735,256 (56.6)	
	Etc	37 (6.5)	44 (8.3)	45 (9.5)		625 (6.9)	723 (8.1)	984 (12.1)		319,738 (4.5)	498,960 (7.3)	804,910 (12.2)	

CHM=Cochran-Mantel-Haenzel test.

13.3%에서 15.7%로 증가하였으며 이러한 추이는 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다( $p < .001$ ).

설립주체별로는 2011년 기준으로 개인이 설립한 기관의 총 종사자가 가장 많은 가운데 설립주체별 특성에 관계없이 총 인력 수는 전반적으로 감소하는 경향이 있는 것으로 나타났다. 연도별로 분석한 결과 지방자치단체 설립은 간호조무사 비율이 2009년 25.0%에서 2011년 12.5%로 감소하였고 간호사 비율은 2009년 62.5%에서 82.5%로 증가한 것으로 나타났다. 반면 법인 설립과 개인 설립은 간호사 비율이 2009년에서 2011년 91.3%에서 84.4%와 83.3%에서 82.7%로 각각 감소하였고 간호조무사 비율이 증가한 것으로 나타났으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다( $p = .640$ ).

설립소재지별로는 2011년 기준 대도시 소재 종사자가 가장 많은 비율을 차지하고 있었으며, 대도시 종사자는 오히려 증가하는 추세인 반면 중소도시와 읍면 종사자는 감소하는 경향이 있는 것으로 나타났다. 직종별로 살펴보면, 대도시의 경우 간호조무사가 꾸준히 증가하여 총 종사자 중 차지하는 비율이 2009년 9.9%에서 2011년 16.1%로 높아지는 추세였고, 읍면의 경우는 총 종사자 중 간호조무사가 차지하는 비율이

2011년 기준 20.0%로 타 지역에 비해 가장 높은 가운데 간호사와 간호조무사 모두 감소하는 경향을 보였다. 읍면 지역의 경우 간호조무사 감소폭(2009년 42명→2011년 26명)이 간호사 감소폭(2009년 132명→2011년 102명) 보다 더욱 커서 간호사가 차지하는 비율은 지난 3년간 오히려 높아진 것으로 나타났다( $p = .003$ ).

운영형태별로는 2011년 기준으로 방문간호+방문요양+방문목욕 운영기관의 종사자가 가장 많은 가운데 방문간호 단독 운영기관의 총 종사자가 가장 많이 감소하였고, 방문간호+방문요양 기관의 총 종사자도 감소하였으나 방문간호+방문요양+방문목욕 종사자는 3년간 오히려 증가한 것으로 나타났다. 직종별로는 방문간호 단독과 방문간호+방문요양 및 기타 기관에서 간호사 비율은 감소하고 간호조무사 비율은 증가하는 추세인 가운데 특히, 방문간호+방문요양 기관의 경우 간호사 비율이 2009년 91.3%에서 75.4%로 감소폭이 컸던 것으로 나타났다. 반면 방문간호+방문요양+방문목욕 운영기관은 간호사 비율이 2009년 85.4%에서 2011년 87.9%로 소폭 증가하였고 간호조무사는 2009년 13.4%에서 2011년 12.1%로 감소하는 경향이 있는 것으로 나타났다( $p < .001$ ).

**Table 3.** Change of the Number of Care Workers in Home-Visit Nursing Care from 2009 to 2011 (Unit: Person, %)

Division	Categories	Worker	2009	2010	2011	CMH ( <i>p</i> )
Bill claimed agencies	Total	Nurse	777 (85.2)	693 (84.7)	678 (83.9)	26.69 ( $< .001$ )
		Nursing assistant	121 (13.3)	120 (14.7)	127 (15.7)	
		Dental hygienist	14 (1.5)	5 (0.6)	3 (0.4)	
		Subtotal	912 (100.0)	818 (100.0)	808 (100.0)	
Type of establishment	Public	Nurse	35 (62.5)	31 (81.6)	33 (82.5)	0.89 (.640)
		Nursing assistant	14 (25.0)	5 (13.2)	5 (12.5)	
		Dental hygienist	7 (12.5)	2 (5.3)	2 (5.0)	
	Corporation	Nurse	263 (91.3)	232 (87.2)	227 (84.4)	
		Nursing assistant	21 (7.3)	32 (12.0)	41 (15.2)	
		Dental hygienist	4 (1.4)	2 (0.8)	1 (0.4)	
	Individual	Nurse	480 (83.3)	436 (83.4)	426 (82.7)	
		Nursing assistant	93 (16.2)	86 (16.4)	89 (17.3)	
		Dental hygienist	3 (0.5)	1 (0.2)	0 (0.0)	
Location of agencies	Big city	Nurse	344 (89.6)	334 (87.7)	344 (83.9)	11.96 (.003)
		Nursing assistant	38 (9.9)	46 (12.1)	66 (16.1)	
		Dental hygienist	2 (0.5)	1 (0.3)	0 (0.0)	
	Small city	Nurse	302 (86.5)	262 (84.2)	236 (85.5)	
		Nursing assistant	42 (12.0)	47 (15.1)	39 (14.1)	
		Dental hygienist	5 (1.5)	2 (0.7)	1 (0.4)	
	Rural	Nurse	132 (72.9)	99 (75.6)	102 (78.5)	
		Nursing assistant	42 (23.2)	30 (22.9)	26 (20.0)	
		Dental hygienist	7 (3.9)	2 (1.5)	2 (1.5)	
Type of operation	Home-visit nursing	Nurse	374 (84.0)	170 (80.6)	155 (83.3)	133.96 ( $< .001$ )
		Nursing assistant	61 (13.7)	38 (18.0)	28 (15.1)	
		Dental hygienist	10 (2.3)	3 (1.4)	3 (1.6)	
	Home-visit nursing+care	Nurse	84 (91.3)	84 (80.8)	52 (75.4)	
		Nursing assistant	8 (8.7)	20 (19.2)	17 (24.6)	
		Dental hygienist	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
	Home-visit nursing+care+bathing	Nurse	293 (85.4)	406 (87.7)	422 (87.9)	
		Nursing assistant	46 (13.4)	56 (12.1)	58 (12.1)	
		Dental hygienist	4 (1.2)	1 (0.2)	0 (0.0)	
	Etc	Nurse	33 (62.3)	43 (71.7)	60 (61.2)	
		Nursing assistant	20 (37.7)	16 (26.7)	38 (38.8)	
		Dental hygienist	0 (0.0)	1 (1.7)	0 (0.0)	

CHM=Cochran-Mantel-Haenzel test.

#### 4. 방문간호기관 특성별 대상자 장기요양등급, 서비스 제공 시간 및 제공횟수 추이

방문간호기관 특성별 서비스 대상자, 서비스 제공시간 및 제공횟수의 변화 추이를 분석한 결과는 Table 4와 같다. 먼저 방문간호대상자의 등급별 분포를 설립주체별로 분석한 결과 2009년부터 지난 3년간 개인이 설립한 경우(5.0%p)와 법인이 설립한 경우(8.3%p)는 1등급 비율이 점차로 감소하는 추세인데 비해 지방자치단체가 설립한 경우(5.7%p)는 오히려

증가하는 추세로 나타났다( $p < .001$ ). 소재지별로는 중소도시 기관(7.3%p)과 대도시 기관(6.4%p)이 읍면 기관(2.1%p)보다 1등급 비율의 감소폭이 더욱 컸으며( $p < .001$ ), 운영형태별로는 방문간호 단독 기관(8.2%p)과 기타인 기관(11.8%p)에서의 1등급 비율이 가장 크게 감소하는 추세를 보이는 것으로 나타났다( $p < .001$ ).

서비스 제공시간을 설립주체별로 구분하여 볼 때 지방자치단체에서 설립한 경우는 30분 미만으로 서비스를 제공하는 비율이 2009년 대비 2011년 20.0%p나 증가하여 2011년 가

**Table 4.** Change of Long-term Care Level, Care Time, and Frequency of Nursing Visiting for Beneficiaries from 2009 to 2011 (Unit: claim, %)

Division	Variables	Categories		2009	2010	2011	CMH ( <i>p</i> )
1) Long-term care level	Type of establishment	Public	level I	39 (24.8)	53 (29.4)	25 (30.5)	78.99 ( <i>&lt; .001</i> )
			level II	27 (17.2)	33 (18.3)	17 (20.7)	
			level III	91 (58.0)	94 (52.2)	40 (48.8)	
		Corporation	level I	969 (35.3)	767 (31.2)	629 (27.0)	
			level II	610 (22.2)	572 (23.2)	538 (23.1)	
			level III	1,166 (42.5)	1,122 (45.6)	1,165 (50.0)	
		Individual	level I	2,177 (31.6)	1,987 (28.8)	1,661 (26.6)	
			level II	1,563 (22.7)	1,545 (22.4)	1,432 (23.0)	
			level III	3,146 (45.7)	3,372 (48.8)	3,141 (50.4)	
	Location of agencies	Big city	level I	1,161 (34.6)	1,075 (32.4)	978 (28.2)	86.06 ( <i>&lt; .001</i> )
			level II	784 (23.3)	809 (24.4)	837 (24.1)	
			level III	1,415 (42.1)	1,433 (43.2)	1,657 (47.7)	
		Small city	level I	1,442 (33.4)	1,250 (29.9)	961 (26.1)	
			level II	972 (22.5)	967 (23.1)	817 (22.2)	
			level III	1,908 (44.1)	1,967 (47.0)	1,909 (51.8)	
		Rural	level I	582 (27.4)	482 (27.1)	376 (25.3)	
			level II	463 (21.8)	374 (21.0)	333 (22.4)	
			level III	1,080 (50.8)	925 (51.9)	780 (52.4)	
	Type of operation	Home-visit nursing	level I	1,291 (31.7)	807 (25.4)	521 (23.5)	97.97 ( <i>&lt; .001</i> )
			level II	894 (21.9)	691 (21.7)	479 (21.6)	
			level III	1,889 (46.4)	1,683 (52.9)	1,221 (55.0)	
Home-visit nursing+care		level I	338 (30.6)	261 (29.0)	192 (25.3)		
		level II	241 (21.8)	203 (22.5)	165 (21.7)		
		level III	525 (47.6)	437 (48.5)	402 (53.0)		
Home-visit nursing+care+bathing		level I	1,305 (32.9)	1,494 (31.9)	1,331 (28.8)		
		level II	920 (23.2)	1,071 (22.8)	1,101 (23.8)		
		level III	1,737 (43.8)	2,124 (45.3)	2,186 (47.3)		
Etc		level I	251 (37.6)	245 (31.7)	271 (25.8)		
		level II	164 (24.6)	185 (23.9)	242 (23.0)		
		level III	252 (37.8)	344 (44.4)	537 (51.1)		
2) Care time/visit	Type of establishment	Public	< 30 min	861 (27.5)	942 (62.1)	456 (47.5)	1,272.06 ( <i>&lt; .001</i> )
			30~60 min	1,832 (58.4)	291 (19.2)	407 (42.4)	
			> 60 min	443 (14.1)	285 (18.8)	98 (10.2)	
		Corporation	< 30 min	14,577 (26.8)	12,676 (27.7)	9,302 (22.8)	
			30~60 min	32,806 (60.4)	27,722 (60.6)	27,156 (66.5)	
			> 60 min	6,951 (12.8)	5,320 (11.6)	4,358 (10.7)	
		Individual	< 30 min	33,590 (24.4)	30,501 (21.7)	25,778 (18.9)	
			30~60 min	76,057 (55.2)	82,920 (58.9)	81,774 (59.8)	
			> 60 min	28,086 (20.4)	27,321 (19.4)	29,152 (21.3)	
	Location of agencies	Big city	< 30 min	9,255 (16.4)	9,325 (16.3)	7,796 (12.3)	940.88 ( <i>&lt; .001</i> )
			30~60 min	33,625 (59.6)	33,926 (59.3)	39,450 (62.1)	
			> 60 min	13,544 (24.0)	13,968 (24.4)	16,240 (25.6)	
		Small city	< 30 min	23,163 (25.4)	23,472 (25.2)	19,382 (22.9)	
			30~60 min	54,519 (59.7)	56,242 (60.3)	51,720 (61.0)	
			> 60 min	13,658 (15.0)	13,557 (14.5)	13,632 (16.1)	
		Rural	< 30 min	16,610 (35.0)	11,322 (30.2)	8,358 (27.6)	
			30~60 min	22,551 (47.5)	20,765 (55.4)	18,167 (60.0)	
			> 60 min	8,278 (17.4)	5,401 (14.4)	3,736 (12.3)	
Type of operation	Home-visit nursing	< 30 min	26,220 (31.1)	16,310 (26.8)	11,526 (28.5)	893.05 ( <i>&lt; .001</i> )	
		30~60 min	46,965 (55.7)	37,620 (61.7)	25,365 (62.7)		
		> 60 min	11,146 (13.2)	7,005 (11.5)	3,535 (8.7)		
	Home-visit nursing+care	< 30 min	4,634 (17.8)	3,338 (19.1)	2,349 (14.0)		
		30~60 min	15,975 (61.5)	9,207 (52.7)	10,250 (61.0)		
		> 60 min	5,368 (20.7)	4,911 (28.1)	4,202 (25.0)		
	Home-visit nursing+care+bathing	< 30 min	15,207 (20.1)	20,511 (21.5)	18,934 (18.9)		
		30~60 min	42,617 (56.3)	55,898 (58.5)	60,041 (60.0)		
		> 60 min	17,923 (23.7)	19,131 (20.0)	21,079 (21.1)		
	Etc	< 30 min	2,967 (32.4)	3,960 (28.2)	2,727 (12.9)		
		30~60 min	5,138 (56.2)	8,208 (58.4)	13,681 (64.5)		
		> 60 min	1,043 (11.4)	1,879 (13.4)	4,792 (22.6)		

**Table 4.** Change of Long-term Care Level, Care Time, and Frequency of Nursing Visiting for Beneficiaries from 2009 to 2011 (Continued) (Unit: claim, %)

Division	Variables	Categories		2009	2010	2011	CMH ( <i>p</i> )		
3) Frequency of visit/month	Type of establishment	Public	1	60 (10.8)	74 (19.9)	45 (15.6)	191.51 ( <i>&lt;.001</i> )		
			2	80 (14.4)	104 (28.0)	133 (46.0)			
			3	24 (4.3)	17 (4.6)	11 (3.8)			
			≥4	390 (70.4)	177 (47.6)	100 (34.6)			
		Corporation	1	2,501 (18.1)	2,523 (19.7)	2,754 (22.4)			
			2	3,350 (24.2)	3,310 (25.8)	3,292 (26.7)			
			3	1,213 (8.8)	1,184 (9.2)	1,287 (10.4)			
			≥4	6,790 (49.0)	5,809 (45.3)	4,989 (40.5)			
		Individual	1	4,507 (14.0)	5,441 (15.7)	5,225 (16.0)			
			2	7,072 (21.9)	8,031 (23.2)	7,058 (21.7)			
			3	3,226 (10.0)	3,377 (9.8)	3,267 (10.0)			
			≥4	17,463 (54.1)	17,753 (51.3)	17,017 (52.3)			
		Location of agencies	Big city	1	3,209 (20.6)	3,607 (21.8)		3,813 (21.2)	121.16 ( <i>&lt;.001</i> )
				2	4,215 (27.0)	4,507 (27.2)		4,592 (25.5)	
				3	1,496 (9.6)	1,527 (9.2)		1,928 (10.7)	
				≥4	6,663 (42.8)	6,935 (41.8)		7,650 (42.5)	
Small city	1		2,836 (13.8)	3,145 (14.5)	2,739 (14.2)				
	2		4,079 (19.9)	4,635 (21.3)	3,885 (20.1)				
	3		1,836 (9.0)	2,010 (9.2)	1,924 (10.0)				
	≥4		11,732 (57.3)	11,961 (55.0)	10,785 (55.8)				
Rural	1		1,023 (9.6)	1,286 (13.6)	1,472 (18.7)				
	2		2,208 (20.8)	2,303 (24.3)	2,006 (25.5)				
	3		1,131 (10.7)	1,041 (11.0)	713 (9.1)				
	≥4		6,248 (58.9)	4,843 (51.1)	3,671 (46.7)				
Type of operation	Home-visit nursing	1	3,051 (14.9)	2,928 (17.9)	2,321 (19.8)	214.31 ( <i>&lt;.001</i> )			
		2	4,728 (23.1)	4,198 (25.7)	3,016 (25.7)				
		3	1,979 (9.7)	1,476 (9.0)	1,191 (10.2)				
		≥4	10,712 (52.3)	7,730 (47.3)	5,201 (44.3)				
	Home-visit nursing+care	1	846 (15.6)	681 (16.4)	468 (12.7)				
		2	1,006 (18.6)	957 (23.0)	747 (20.3)				
		3	366 (6.8)	428 (10.3)	504 (13.7)				
		≥4	3,191 (59.0)	2,094 (50.3)	1,968 (53.4)				
	Home-visit nursing+care+bathing	1	2,576 (14.2)	3,806 (16.1)	4,602 (18.7)				
		2	3,996 (22.0)	5,344 (22.6)	5,609 (22.7)				
		3	1,896 (10.4)	2,382 (10.1)	2,386 (9.7)				
		≥4	9,681 (53.3)	12,062 (51.1)	12,069 (48.9)				
	Etc	1	595 (22.5)	623 (16.8)	633 (12.4)				
		2	772 (29.2)	946 (25.5)	1,111 (21.8)				
		3	222 (8.4)	292 (7.9)	484 (9.5)				
		≥4	1,059 (40.0)	1,853 (49.9)	2,868 (56.3)				

CHM=Cochran-Mantel-Haenzel test.

장 높은 비율(47.5%)로 나타났으며, 법인 설립과 개인 설립의 경우 30~60분이 가장 높은 비율을 차지하는 가운데 지속적으로 증가하는 추세를 보였고 30분 미만은 오히려 감소 추세를 나타내 설립주체별로 유의한 차이를 보였다( $p<.001$ ). 또한, 설립소재지별로는 30~60분이 가장 높은 비율을 차지하는 가운데 특히, 읍면 지역에서 증가 추세가 컸던 것으로 나타났고, 2011년 기준 60분 이상 서비스 제공 비율의 경우 읍면 지역에서 가장 낮은 비율(12.3%)을 차지하였으며, 중소도시(16.1%), 대도시(25.6%) 순으로 차이를 보였다( $p<.001$ ). 운영형태별로는 방문간호 단독 제공기관의 1회당 60분 이상 서비스 제공 비율이 가장 낮은 가운데 30~60분 서비스 제공 비율이 지난 3년간 증가(7.0%p)하였으며, 방문간호+방문요양 기관

과 방문간호+방문요양+방문목욕 기관은 서비스 제공 시간에 큰 변화가 없는 것으로 나타나 운영형태별로 유의한 차이가 있었다( $p<.001$ ).

월 단위 서비스 평균 제공횟수를 설립주체별로 분석한 결과, 지방자치단체에서 설립한 경우에는 월 4회 이상 제공 비율이 지난 3년간 35.8%p 감소하였으며, 2011년 기준 월 2회 서비스 제공 비율(46.0%)이 가장 높은 것으로 나타났다. 한편 법인 설립과 개인 설립은 지난 3년간 큰 변화가 없는 가운데 월 4회 이상 서비스 제공 비율이 가장 높은 것으로 나타나 차이를 보였다( $p<.001$ ). 소재지별로는 대도시, 중소도시의 경우 월 4회 이상이 가장 높은 비율을 차지하는 가운데 지난 3년간 큰 차이를 보이지 않았으나 읍면의 경우 월 4회 이상 제공

비율은 12.2%p나 감소한 반면 월 1회는 9.1%p나 증가한 것으로 나타나 차이를 보였다( $p < .001$ ). 운영형태별로는 월 4회 이상 비율이 가장 높은 가운데 방문간호 단독의 경우 월 4회 이상의 감소폭이 8.0%p인 반면 기타의 경우는 16.3%p 증가하여 차이를 보였다( $p < .001$ ).

## 논 의

노인장기요양보험의 방문간호서비스는 재가서비스 중 유일한 의료서비스로써 경제적 측면에서 비용효과적인 서비스이지만 이용률은 매우 저조한 것으로 보고되고 있다(Jung, 2012; Sung, 2009). 복합적 건강문제를 가지고 있어 보건의료서비스 요구도가 높을 것으로 예측되는 노인장기요양 수급자의 특성상 방문간호서비스의 활성화 방안에 대한 대책 마련이 절실한 시점이며, 이를 위한 일환으로 방문간호서비스의 전반적 제공 추이 및 방문간호제공기관 특성별 서비스 제공 현황을 분석하는 연구가 필요할 것이라 판단된다.

본 연구에서 방문간호제공기관 및 급여실적 추이를 분석한 결과, 노인장기요양의 방문간호제공기관은 제도 도입 이듬해인 2009년 최고에 이른 후 매년 감소하는 추세로 2009년 대비 2011년에는 약 15.8%나 감소한 것으로 나타났으며, 2011년 기준 총 재가서비스 중 방문간호 서비스 제공 기관수는 2.6%, 이용자는 1.8%, 총급여비는 0.4%에 불과한 것으로 나타났다. 이는 노인장기요양 수급자와 제공기관의 전반적 양적 확대에도 불구하고 방문간호서비스는 지난 3년간 활성화되어 있지 못하였음을 실증자료분석을 통해 재확인한 결과로 향후 방문간호서비스 활성화에 대한 다양한 대책 마련이 시급함을 시사하는 결과로 볼 수 있겠다.

본 연구결과 방문간호기관의 설립특성별 설치급기관수는 2011년 기준으로 개인(76.7%), 대도시(45.0%), 방문간호+방문요양+방문목욕을 함께 운영하는 기관(61.8%)이 가장 높은 비율을 차지하고 있었으며, 이들 기관들이 방문간호기관에서 차지하는 비율은 방문간호서비스의 전반적 감소에도 불구하고 2009년 이후 점차 증가하는 추세를 보이고 있는 것으로 나타났다. 좀 더 구체적으로 살펴보면 설립주체별로는 개인과 법인 등 민간 운영이 471개소(98.9%)를 차지하는 가운데 지방자치단체가 설립한 기관은 5개소(1.1%)에 불과한 것으로 나타나 향후 장기요양기관의 공공기관 확충 방안 모색이 필요할 것으로 판단된다. 또한, 방문간호기관의 소재지별로는 대도시와 중소도시 보다 읍면에 설립된 방문간호제공기관의 감소폭이 컸던 것으로 나타났는데, 이는 우리나라 의료기

관 분포가 대도시에 편중되어 있어 지역적 불균형이 심각한 상태인 것과 유사한 맥락으로 볼 수 있겠지만 현 노인인구 구성비율이 도시 보다 농어촌 지역에서 훨씬 높다는 점을 감안한다면 방문간호기관 분포상의 매우 심각한 문제점이라고 지적할 수 있을 것이다. 최근 읍면 등 취약 지역 수급자에 대한 서비스 제공 시 원거리 교통비를 지원하는(MOH, 2011) 등 이용지원방안이 제시되고 있는데 향후 이와 관련된 정책을 평가, 분석하여 그 효과를 모니터링 하는 한편 읍면 지역 방문간호기관 유치를 위한 보다 적극적 지원 정책 모색이 필요하리라 사료된다. 또한, 운영형태별로는 방문간호 단독으로 운영하는 기관은 감소하고, 방문간호+방문요양+방문목욕을 함께 운영하는 기관은 증가하는 추세이므로 향후 다양한 형태의 방문간호기관을 대상으로 운영 현황 및 문제점에 대한 면밀한 심층분석을 통해 방문간호기관의 효율적인 운영 모델을 제시하는 연구를 제안한다. 또한, Lee (2008)가 지적한대로 방문간호기관으로 성공한 사례를 모델화하여 프렌차이즈 시스템 활용 방안을 모색하고, 학회 및 협회 차원에서 방문간호기관의 성공적 운영을 지원하는 간호사 네트워크 구성방안도 체계적으로 구축해 나가야 할 것이라 판단된다.

방문간호기관 종사자 역시 2009년 이후 점차 감소하는 추세를 보였으며 간호사가 가장 높은 비율을 차지하는 가운데 총 종사자 중 간호사가 차지하는 비율이 2009년 85.2%에서 2011년 83.9%로 감소한 반면 간호조무사는 2009년 13.3%에서 15.7%로 증가한 것으로 분석되었다. 이는 Park 과 Kang (2010)이 재가장기요양 분야에서 간호사는 2009년 3,291명에서 매년 증가하여 2026년 7,000명 수요가 예측된다는 연구결과와는 상이하게 방문간호 종사 인력은 현실적으로 감소하는 경향으로 나타났다. 특히, 복합성 질환을 가지고 있는 노인장기요양 대상자의 특성상 전문 지식이 요구되는 간호서비스가 필요할 것이라는 관점에서 볼 때 노인장기요양의 방문간호 종사자로 간호사 비율은 감소하고 간호조무사 비율이 증가하는 것으로 나타나는 경향은 인력의 전문성 측면에서 주요 문제점으로 지적될 수 있을 것이다. 이와 관련하여 Kwon, Lim, Lee와 Kim (2010)도 현 우리나라 재가방문간호서비스 중 의료기관 중심 가정간호와 보건소 중심 방문간호사업의 종사자에 비해 노인장기요양 방문간호의 종사자는 전문적이지 못해 국민건강관리 체계상 위협을 초래할 수 있다고 제시한 바 있는데, 향후에는 노인장기요양 방문간호 제공 인력의 질적 수준 향상을 위한 구체적 자격관리 방안 모색이 필요할 것이라 사료된다.

방문간호기관 특성별 서비스 대상자는 2011년 기준 3등급

이 과반수 정도를 차지하는 가운데 지난 3년간 3등급 비율은 증가하고, 1등급 비율은 감소하였으며 특히, 개인과 법인이 설립한 경우, 대도시에 소재한 기관인 경우와 방문간호 단독 운영기관에서 1등급 감소율이 컸던 것으로 나타났다. 이는 Lee 등(2011)이 2008년 당시 노인장기요양 방문간호 이용자 특성을 분석한 결과 1등급 43.7%, 3등급 42.0%로 비슷한 비율을 보이고 있다는 결과와는 다른 추세로 전환되고 있음을 보여주는 결과이다. 또한, 간호처치 요구도가 높을 것으로 예측되는 지역사회 거주 노인장기요양 1등급 대상자를 노인장기요양 재가서비스 영역 내에서 적절하게 관리하지 못하고 있음을 시사하는 결과로 장기요양대상자의 시설입소 증가, 건강보험 급여비 및 의료비 상승을 초래할 수 있는 위험을 내포한다고 볼 수 있겠다. 한편 이러한 결과는 앞서 제시한 바와 같이 간호사를 간호조무사로 대체함으로써 간호처치 요구도가 높은 업무를 수행하는데 따른 한계에서 비롯된 결과로도 해석할 수 있으므로, 향후 양질의 방문간호서비스 제공을 위해서는 방문간호 인력의 전문화 모색과 더불어 기존 연구(Kwon et al., 2008; Moon, 2011)에서 제기하였듯 간호처치 영역별 업무를 세분화하여 방문간호 인력의 자격수준에 따라 역할을 구분하고 명시화할 필요가 있을 것이라 사료된다.

한편 방문간호서비스 제공시간은 30분 이상 60분 미만인 경우가 가장 높은 비율을 차지하는 가운데 지방자치단체 설립, 읍면 지역소재 기관, 방문간호단독 운영의 경우 1회당 60분 이상 서비스를 제공하는 비율이 낮은 것으로 분석되었다. 대상자 1인당 월 단위 서비스 평균 제공횟수는 4회 이상인 경우가 가장 높은 비율을 차지하는 가운데 점차 감소하는 추세를 보였으며, 특히, 지방자치단체, 읍면 소재, 방문간호 단독 운영 기관의 경우 월 4회 이상 서비스 제공 비율의 감소폭이 컸던 것으로 나타났다. 이렇듯 30분 이상 60분 미만의 방문빈도가 증가추세를 나타내고 월 4회 이상 방문 비율이 가장 높은 비율을 차지하는 것은 노인장기요양 대상자 특성상 주기적이고 지속적인 간호서비스가 요구된 결과로 볼 수 있는데, 노인인구 비율이 높고 의료기관 분포가 취약한 읍면 지역 방문간호기관에서 월 4회 이상 비율이 크게 감소하고 있는 것은 문제점으로 지적될 수 있으므로, 향후에는 읍면 지역 방문간호 제공특성을 구체적으로 분석하여 읍면 지역의 특성에 적합한 맞춤형 노인장기요양의 방문간호서비스 프로그램 개발이 필요할 것이라 사료된다. 또한, 지방자치단체, 읍면 지역, 방문간호 단독 운영 기관은 60분 이상 서비스 및 월 4회 이상 제공 빈도의 감소 추세가 컸던 기관이라는 공통점이 있으므로 향후 이들 기관을 중심으로 서비스 제공 현황 실태 및 문제점

에 대한 구체적인 추가 분석과 이를 통한 해결방안 모색이 필요할 것이다. 한편 Moon (2011)은 최근 노인장기요양의 방문간호 문제점을 분석한 연구에서 현 방문간호수가로는 방문간호 시 필요한 실소요 비용과 고가 재료비 및 인건비를 충당할 수 없기 때문에 방문간호기관에서는 방문간호사례가 발생해도 의료기관을 이용하도록 유도할 수 밖에 없는 실정으므로 노인장기요양 방문간호서비스 수가체계의 개선이 시급하다고 주장한 바 있다. 더욱이 Kim 등(2010)도 현행 방문간호수가는 수급자의 질병명, 등급, 방문 지역 및 방문간호서비스의 노동강도 차이를 반영하지 않고 1회 방문당 서비스 제공시간을 기준으로 하고 문제가 있다고 지적하면서 방문간호원가에 대한 추가 분석이 필요하다고 제시한 것처럼 향후 노인장기요양기관별 특성을 반영한 방문간호 수가체계를 종합적으로 분석하여 합리적 개선 방안을 모색해 나가는 적극적 노력도 필요하리라 판단된다.

이상의 본 연구는 노인장기요양보험제도 도입 이후부터 최근까지 방문간호서비스 제공 추이를 분석하기 위한 연구로 몇 가지 한계점을 갖고 있다. 먼저 본 연구는 국민건강보험공단의 장기요양보험 급여자료를 활용한 연구이기 때문에 방문간호기관의 개별적인 공급특성을 다양하게 분석하는데에 한계를 갖는다. 다음으로 본 연구는 방문간호서비스 제공 추이를 기관특성에 따라 구분하여 분석하였지만, 이러한 추이가 나타나게 된 인과관계를 설명할 수 있는 변수를 함께 포함하지 못하였다는 한계를 갖는다. 따라서 방문간호기관을 대상으로 직접 설문조사를 실시하여 방문간호서비스 공급 현황 및 문제점에 대해 상세히 파악하는 후속 연구가 필요할 것이라 사료된다. 그럼에도 불구하고 본 연구는 노인장기요양보험제도 시행 초기 방문간호서비스 공급 추이를 전국 자료를 바탕으로 제시하였다는데 의의가 있으며 이를 토대로 향후 노인장기요양의 방문간호 관련 연구에 중요한 기초자료로 활용될 수 있기를 기대한다.

## 결론 및 제언

본 연구는 2009년부터 2011년까지 노인장기요양 재가장기요양기관 중 방문간호 제공기관의 변화 추이 및 기관특성별 서비스 제공 추이를 분석함으로써 향후 노인장기요양의 방문간호서비스 활성화를 위한 기초자료를 제공하고자 시도되었다. 본 연구를 통해 재가장기요양 제공기관이 증가하는 데 반해 방문간호제공 등록기관수는 2009년 이후 지속적으로 감소하고 있어 방문간호서비스 활성화에 대한 정부, 보험자 및

학계의 많은 관심에도 불구하고 재가급여 중 방문간호의 비중이 감소하는 추세에 있다는 사실을 확인하였다. 방문간호기관의 설립특성별로는 개인 설립 기관, 대도시 소재 기관, 방문간호+방문요양+방문목욕을 함께 운영하는 기관이 주제공기관으로 제시되었고, 법인 설립 기관, 읍면 소재 기관, 방문간호 단독 운영 기관은 감소 추세를 보이는 것으로 나타났다. 방문간호종사자는 간호사가 현재까지는 가장 높은 비율을 차지하고는 있으나 방문간호 제공인력으로 간호사 비율은 감소하는데 반해 간호조무사 비율의 증가 추세를 꾀던 것으로 나타났다. 서비스 대상자의 등급분포는 중증에 해당하는 1등급자는 감소 추세에 있고, 1회 방문당 60분 이상과 월4회 이상 서비스 제공 등 지속적 서비스 제공 비율이 감소하는 것으로 나타났다. 특히, 지방자치단체, 읍면 지역, 방문간호 단독 운영 기관에서 더욱 감소폭이 컸던 것으로 나타났다. 본 연구를 토대로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 노인장기요양제도 도입 이후 방문간호서비스는 매년 점차로 제공 비율이 감소하는 추세에 있으므로 국가적 차원에서 방문간호사업 활성화를 위한 인력체계, 수가체계 및 제공체계에 대한 제도 개선 방안의 적극 모색이 필요할 것이다.

둘째, 방문간호제공 비율이 감소 추세를 보이고 있는 읍면 지역에 소재한 기관과 방문간호 단독 운영기관에 대한 심층분석을 실시하여 방문간호제공에 대한 문제점 및 활성화 방안을 규명하는 연구를 제안하며 이를 토대로 실효성 있는 정책 지원 대안 도출이 필요할 것이다.

셋째, 의료취약 지역인 읍면 거주 노인장기요양 대상자를 위한 노인장기요양의 방문간호기관 공공 비율 확충을 위한 제도적 노력이 마련되어야 할 것이다.

넷째, 향후 지속적이고 포괄적이며 전문적인 방문간호서비스 제공을 위해서 방문간호제공 인력의 보수교육 프로그램 개발이 필요하며, 특히, 방문간호인력간 서비스 제공 영역의 세분화 및 보상체계 확립을 위한 정책 개발이 필요하다.

## REFERENCES

- Bang, E. J., & Yun, S. Y. (2010). Health needs of the elderly in long-term care facilities: Using RAI-MDS-FC. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 21(2), 263-272.
- Jung Y. S. (2012). *A study on home visiting nursing care and medical care utilization in the elderly patients with long-term care*. Unpublished doctoral dissertation, Inje University, Busan.
- Kim, C. J., Kim, Y. S., Kang, H. Y., Park, J. H., Sun, M. S., Woo, Y. J., et al. (2008). Development of home care quality indicators(hccqis) at demonstration project of elderly care insurance program in Korea. *Journal of the Korean Gerontological Society*, 28(2), 377-394.
- Kim, C. M., Lee, J. Y., & Ko, R. J. (2009). Quality dimension of long term care hospital. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 20(2), 243-250.
- Kim, E. K., Kim, Y. M., & Kim, M. A. (2010). Estimation of nursing costs based on nurse's visit time for long-term care services. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 40(3), 349-358.
- Kim, J. H. (2012, January 26). *Home-visit nursing care has been drifting along due to indifference of the insurer NHIC*. *The Korean Doctors' Weekly*. Retrieved December 21, 2012 from <http://www.koreahealthlog.com/news/newsview.php?newscode=2012012500026>
- Kim, K. B., Lee, H. K., & Sok, S. R. (2009). Activities of daily living and nursing needs of the elderly in nursing home. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 20(1), 1-11.
- Kim, M. H. (2009). Roles of visiting nurses defined based on long-term care insurance regulation for the elderly. *Journal of Korean Academy of Public Health Nursing*, 23(2), 232-250.
- Kwon, J. H., Lee, J. S., Han, E. J., & Park, C. Y. (2008). *A study of policy development to prevent ill-health and improve well-being for the elderly (I)*. Seoul: National Health Insurance Corporation.
- Kwon, M. Y., Lim, J. Y., Lee, Y. H., & Kim, H. S. (2010). A study of nurses' perception of the visiting nursing services of long-term care insurance. *Journal of Korea Community Health Nursing Academic Society*, 24(1), 5-18.
- Lee, J. S., Han, E. J., & Kang, I. O. (2011). The characteristics and service utilization of home nursing care beneficiaries under the Korean long term care insurance. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 22(1), 33-44.
- Lee, T. W. (2004). Economic evaluation of visiting nurse services for the low-income elderly with long-term care needs. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 34(1), 191-201.
- Lee, Y. (2008). Starting longterm in-home care agency by nurse. *The Korean Nurse*, 47(1), 42-45.
- Lim, J. Y., Kim, E. J., Choi, K. W., Lee, J. S., & Noh, W. J. (2012). Analysis of barriers and activating factors of visiting nursing in long-term care insurance. *The Journal of Korea Contents Association*, 12(8), 283-299.
- Ministry of Health and Welfare. (2011). *Notification No. 2011-72 of the MOHW about long-term care costs in National long-term care insurance*. Seoul: Author.
- Moon, G. J. (2011). *Current status and problems of home visit nursing service within long term care insurance*. Unpub-

- lished master's thesis, Sungshin Women's University, Seoul.
- National Evaluation Team, (2007). *Interim report of progress briefing paper: Cost-effectiveness measuring effect: Emergency bed-day use*. Hertfordshire, UK: University of Hertfordshire Press.
- National Health Insurance Corporation, (2008). *The collection of long-term care insurance laws*. Seoul: Author.
- National Health Insurance Corporation, (2011a). *The 2010 quality assessment reports of community-based or home-based long-term care agencies*. Seoul: Author.
- National Health Insurance Corporation, (2011b). *2010 Long-term care insurance statistical yearbook*. Seoul: Author.
- OECD, (2005). *The OECD health project: Long-term care for older people*. Paris: OECD Publications.
- Park, C. S. (2009). Visiting nurses' services under the long-term care insurance system for the elderly. *Nursing Science*, 21(1), 64-72.
- Park, M. S., & Kang, S. M. (2010). Demand prospect of professional workers in execution of the elderly's long-term care insurance -nurse, Social Welfare, care probation professional workers-. *The Korean Statistical Society*, 17(3), 423-440.
- Sung, M. S. (2009). *A study on policies for the vitalization of the visiting nursing services with the long term care insurance. 1st anniversary of policy discussion for vitalization of the visiting nursing services with the long term care insurance*. Seoul.