보건연구정보센터
http://www.richis.org

주요용어 : 가정·방문간호, 수요추계, 지역사회 가정간호사업

가정·방문간호사업의 확대 및 정착을 위한 시론(時論)

박정호*·윤순녕*·김매자*·한경자*·홍경자*·박성애*·황나미**·허정순*

Ⅰ. 서 론

1. 연구배경

가정·방문간호사업은 국민건강관리체계의 한 요소로서 치료적, 지원적, 예방적 측면을 모두 포함하며 그 특성상 의료서비스와 사회적 측면이 조화된 서비스이다. 이는 질병이나 고통, 또는 만성질환 및 상해로 인한 장기간의 불구제한이 있는 개인이나 가족이 최적의 건강, 활동 및 독립성을 유지할 수 있도록 가정에서 또는 가정과 연계된 곳에서 제공하는 서비스이다(HCC, 1995).

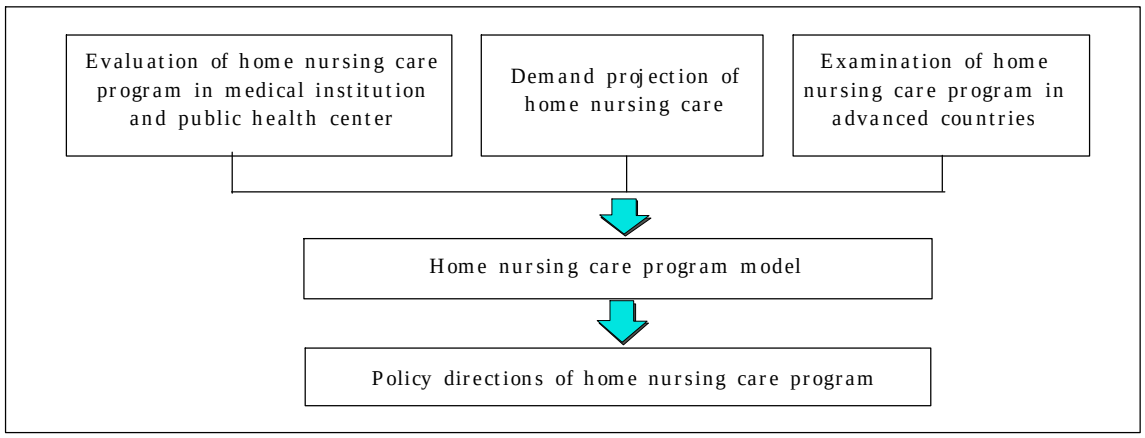
첨단 의료기술의 발전과 의료 각 분야의 전문화 및 세분화를 지향하는 있는 오늘날 가정·방문간호사업의 필요성은 역설적으로 증가하고 있다. 국민 총생산 중 국민의료비가 차지하는 비율이 세계에서 가장 높은 미국의 경우, 현재 가정·방문간호서비스 시장 규모가 다른 의료서비스와 비교할 때 상대적으로 큰 폭의 성장세를 보이고 있다. 노인인구의 점유비율이 약 14%수준인 일본은 의료기관, 기초자치단체, 의사회, 간호협회, 사회복지법인, 적십자사, 건강보험조합 및 연합회, 개인기업 등 다양한 주체의 가정간호서비스의 제공으로 노인 보건의료의 큰 부분을 해결하고 있다. 또한 사회복지정책이 앞선 스웨덴의 경우, 가정·방문간호사업에서 중증 치매환자의 25%까지 관장하고 있음은 시사하는 바가 크다(The Swedish of Health and Social Affairs, 1993).

우리나라 역시 인구의 고령화로 인한 만성퇴행성질환의 증가로 장기간 입원하는 환자가 증가되고 있으며 지속적인 관리가 필요한 환자의 보건의료서비스 수요가 증대되고 있다. 이에 의료자원을 효율적으로 활용하고 환자의 의료이용의 편의를 도모하며 국민 의료비를 절감시킬 수 있는 의료기관 중심의 가정간호사업을 2001년 2월부터 전국적으로 확대, 실시하여 장기 입원환자, 불필요한 입원환자에게 가정간호서비스를 제공하고 있으며, 전국 보건소에서는 1995년 개정된 '지역보건법'에 근거하여 가정과 사회복지시설 등을 방문하여 포괄적인 보건의료서비스를 제공하는 방문간호사업을 실시하고 있다.

본 연구는 의료기관과 보건소 가정·방문간호사업이 시작된지 몇 개월에 불과하다는 제한점이 있으나, 향후 합목적으로 추진될 수 있는 가정·방문간호사업으로서의 확대 및 정착을 위하여 우리 나라의 보건의료체계에 적합하면서 다양한 재가환자의 가정·방문간호 요구와 그들의 지불보상 능력에 따라 서비스가 지속될 수 있는 방안을 모색하여 국민의 일차 건강확보를 위한 가정·방문간호사업 본연의 목적을 효과적으로 달성하고자 시도되었다.

2. 연구목적

* 서울대학교 간호대학
** 한국보건사회연구원
투고일 2002년 4월 12일 심사의뢰일 2002년 7월 29일 심사완료일 2002년 10월 8일



<Figure 1> The purpose and sub-subject of the study

인구의 고령화와 국민의 다양한 건강관리 욕구의 증대로 가정·방문간호에 대한 수요는 점차 증가하고 있는 바, 본 연구는 의료기관 가정간호사업과 보건소 방문간호사업의 현황 및 연계실태와 이에 따른 문제점을 파악하고, 가정·방문간호사업 수요추계 및 선진외국의 가정·방문간호사업 체계 분석을 근거로 하여, 우리 나라 현실에 적합한 가정간호사업 모형을 개발하고, 가정·방문간호사업의 확대 및 정착을 위한 발전방안을 제시하는데 그 목적이 있다<Figure 1 참조>.

Ⅱ. 연구 방법

본 연구 목적을 효과적으로 달성하기 위하여 간호대학 교수 6인 및 보건소장 1인, 한국보건사회연구원 2인으로 이루어진 자문단을 구성하여 월 1회 이상의 자문회의를 개최하면서 각 세부내용간의 의견 수렴 및 조정작업을 통하여 연구를 수행하였다. 특히, 2회의 정책 간담회를 거쳐 지역사회가정간호사업 모형 개발에 대한 보건의료계의 전문가 의견을 수렴하는 과정을 거쳤다. 각 연구 세부내용에 대한 구체적 연구방법은 다음과 같다.

1. 의료기관 가정간호사업 및 보건소 방문간호사업의 현황분석

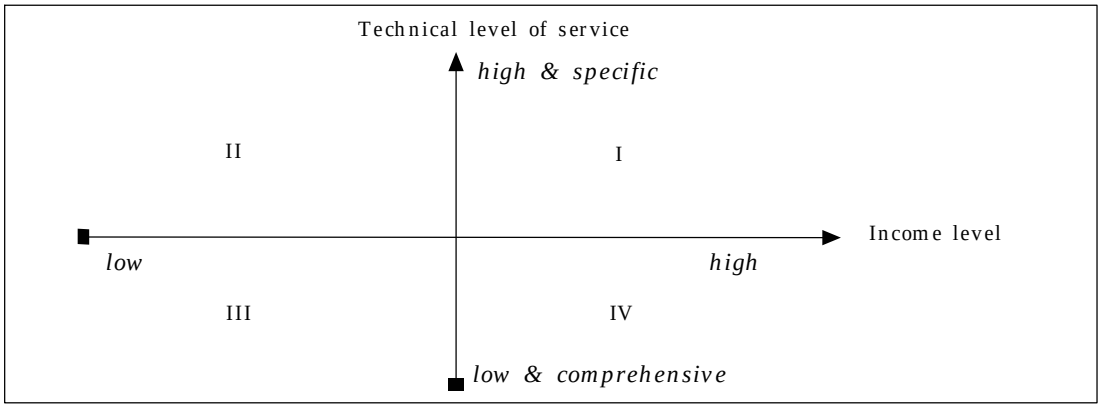
2001년 의료기관 가정간호사업을 실시하고 있는 전국 55개 의료기관과 전국 242개 보건소를 대상으로 우편설문조사 및 사업 관계자 면접설문조사, 그리고「건강보험심사평가원」의 가정간호 요양급여비용명세서 등의 자료 분석을 통하여 이루어졌다.

2. 가정·방문간호 수요추계

가정·방문간호는 현재 의료기관의 가정간호와 보건소의 방문간호 형태로 제공되고 있는데, 이를 대상자의 소득수준과 요구되는 서비스 기술수준을 기준으로 다음 4가지 영역으로 구분하여 수요추계를 시도하였다<Figure 2>.

'소득수준'의 경우, 보건소 방문간호는 『98년도 국민건강, 영양조사』(Korea Institute for Health and Social Affairs, 1999)자료에서 4단계로 구분한 소득수준 중 가장 낮은 소득수준(월평균 가구소득이 50만원 이하)을 기준으로 고소득/저소득계층으로 구분하였고, 의료기관 가정간호는 의료보장가입종류를 기준으로 건강보험 적용자는 고소득계층, 의료급여대상자는 저소득계층(전체 인구의 3.4% 차지)으로 구분하였다. '서비스 기술수준'의 경우, 보건소 방문간호에서는 본 연구에서 개발된 도구에 의하여 고난이도/저난이도를 구분하였으나, 의료기관 가정간호에서 요구되는 기술수준은 모두 고난이도라고 가정하였다. 각 영역의 수요추계는 다음과 같이 설명된다.

- Ⅰ영역 : 의료기관 가정간호 수요 중 건강보험 환자를 대상으로 추계
- Ⅱ영역 : 의료기관 가정간호 수요 중 의료급여 환자를 대상으로 추계 + 보건소 방문간호 수요 중 고난이도의 서비스 기술 수준이 요구되는 대상으로 추계
- Ⅲ영역 : 보건소 방문간호 수요 중 저난이도의 서비스 기술 수준이 요구되는 대상으로 추계



<Figure 2> Demand area of home nursing care

첫째, 보건소 방문간호와 의료기관 가정간호에 대해 각각의 경우 2000년도에 해당하는 수요추계와 2020년까지의 장기수요추계를 하였는데, 가정간호 수요추계는 기존 문헌 및 통계자료를 근거로 전문가 자문을 통하여 시도되었고, 방문간호 수요추계는 기존 문헌 및 통계자료와 실제 지역사회 조사로 수집된 자료를 통해 시도되었다. 그리고, 방문간호 대상자에게 요구되는 서비스 기술수준에 따른 수요추계를 하기 위해 전국 6개 지역의 방문간호수혜자와 보건소 진료실 내소자를 대상으로 약 4주에 걸쳐 지역사회 현장조사가 이루어졌다. 구체적인

<Table 1> Process of demand projection of home nursing care in medical institution and public health center

	Process of demand projection	Utilization data and Grounds
Home nursing care in public health center	① Selection of chronic disease for home nursing care ② Calculation of prevalence rate per year of chronic disease in low income	『Research on people health and nutrition state:1998』 (Korea Institute for Health and Social Affairs, 1999)
	③ Estimation of number in low income in 2000 year	『Prospective projection in population』 (Korea National Statistical Office, 2000)
	④ Estimation of number in low income with chronic disease	③×②
	⑤ Application of estimation rate in object of home nursing care by age (high, low)	『Development of health care program system in rural community』 (Seoul National University, 1993)
	⑥ Estimation of demand of home nursing care by technical level of service in low income	Field survey
Home nursing care in medical institution	① Selection of diagnosis for home nursing care	『The operation guide of home visiting nursing program』 (Ministry of Health and Welfare, 1999)
	② Calculation of total event of medical treatment in each diagnosis	『Yearbook of health and welfare statistics:1999』 & 『Yearbook of health benefits:1999』 (National Health Institution Corporation, 2000)
	③ Estimation of utilization of home nursing care by diagnosis and age (high, low)	Expert interview(6 person)1)
	④ Estimation of demand of home nursing care in patients of health insurance and health benefit	②×③

주: 1) Neurosurgery 2 person, internal medicine 2 person, home care nurse 2 person

보건소 방문간호 및 의료기관 가정간호 수요추계 과정은 <Table 1>과 같다.

둘째, 가정·방문간호 수요는 보건소 방문간호 수요와 의료기관 가정간호 수요 추계 결과를 합하여 추계하였는데, 보건소 방문간호 수요추계의 단위는 '대상자 명수(person base)'이고, 의료기관 가정간호 수요추계의 단위는 '환자 건수(spell base)'이므로, 각각의 단위를 '가정방문 횟수'로 통일시켜 합산하였다.

- Ⅰ영역의 가정·방문간호 수요(YⅠ) = ∑ HIi × Vi
- Ⅱ영역의 가정·방문간호 수요(YⅡ) = (∑ HBi × Vi) + (HT × VY)
- Ⅲ영역의 가정·방문간호 수요(YⅢ) = LT × VY

HIi = 의료기관 가정간호 수요 각 진단명별 건수 : 건강보험 환자

HBi = 의료기관 가정간호 수요 각 진단명별 건수 : 의료급여 환자

Vi = 의료기관 가정간호 다빈도 이용 각 진단명별 환자 1건당 평균 가정방문 횟수

HT = 고난이도의 서비스 기술수준을 요구하는 방문간호 대상자 수

LT = 저난이도의 서비스 기술수준을 요구하는 방문간호 대상자 수

VY = 보건소 방문간호 환자 1인당 연간 방문횟수

셋째, 현재의 가정·방문간호 제공여건을 기준으로 하여 각 영역별로 추정 가능한 최대의 공급량을 추계하고, 이를 수요추계 결과와 비교하여 가정·방문간호의 수요대비 공급 충족도를 파악하였다.

3. 선진외국의 가정·방문간호사업 체계 분석

선진외국의 가정간호사업 체계 분석을 위해 2000.12.부터 2001.2.까지 미국과 일본의 가정간호기관을 방문하였다. 미국의 경우는 위스콘신 방문간호사업소, 밀워키시 보건과와 보건소, 지역사회간호센터를, 일본의 경우는 동경도의 St. Luke 국제병원, 종합구청 개호과, 중앙구보건소, 1개의 의료법인 산하 방문간호서비스 스테이션을 방문하여, 가정·방문간호사업의 실제를 확인하고, 우리나라와의 공통점과 차이점을 검토하여 사업의 발전방안 수립을 위한 방향성을 찾고자 하였다.

Ⅲ. 연구 결과

1. 의료기관 가정간호사업 및 보건소 방문간호사업 현황분석

1) 의료기관 가정간호사업과 보건소 방문간호사업 특성

의료기관 가정간호사업은 2000년 개정된 '의료법'에 근거하여 의원급 이상 의료기관에서 의료기관의 자율적 판단하에 실시할 수 있고, 보건소 방문간호사업은 1999년, 2000년 공공근로 간호사에 의해 사업이 실시되었으나 2001년부터는 기존의 공공 보건인력에 의해 보건소(보건지소 및 보건진료소 포함) 업무의 일환으로 수행되어 왔다. <Table 2>는 2001년 1월 현재의 의료기관 가정간호사업과 보건소 방문간호사업 현황을 파악한 결과이다.

2) 가정·방문간호사업 연계현황

현재 제도권내에 있는 가정·방문간호사업은 기관간의 어떤 실체(entity) 즉, 환자 건강정보, 서비스 제공에 따른 지불보상 등이 상호 작용할 수 있도록 하는 설비(facility)의 한 형태인 연계체계가 구축되어 있지 못하고 단순히 환자를 의뢰하거나 환자가 해당기관을 방문하는 수준으로, 가정·방문간호사업기관간 연계(엄밀한 의미에서는 의뢰) 현황과 이에 따른 법적 근거는 <Figure 3>과 <Table 3>과 같다. 지역사회 '가정간호사업소'의 가정간호활동은 현재 제도권에서 포괄하지 못함에 따라 연계 ③, <3>, <5>, <6> 의 관계는 법적 근거가 없는 상태이다. 그럼에도 불구하고 일부 자치단체(대전광역시, 춘천시)에서는 동 기관과 연계하여 보건소 방문간호사업을 수행하고 있다.

3) 가정·방문간호사업 현황 분석에 따른 문제점

의료기관 가정간호사업과 보건소 방문간호사업 수행결과를 대상자의 경제적 접근성, 서비스 안전성, 서비스 공급의 적절성 측면에서 살펴본 주된 문제점은 다음과 같다.

첫째, 대상자의 가정방문간호서비스에 대한 접근성 측면에서 볼 때, 건강보험환자는 보건소 방문간호 대상에서 제외되어 있고, 의료급여환자는 의료기관 가정간호사업에서 지불보상체계가 부재하여 관리가 불가능한 상태이다. 둘째, 질적 서비스 제공 측면에서 볼 때, 132개 조사대상 보건소(보건지소, 보건진료소)에서 방문간호사업에 참여하고 있는 의사가 없는 보건소는 26.4%이며 참여한 의사의 특성이 공중보건의 및 일반의사이어

<Table 2> Comparison of home nursing care in medical institution and public health center

	의료기관 가정간호사업	보건소 방문간호사업
사업실시 기관	· 종별 : 종합전문요양기관(19), 종합병원(29), 병원(5), 의원(2) · 지역별 : 서울특별시(12), 광역시(21), 시(20), 군(2)	· 전국 보건소, 보건지소 및 보건진료소 · 지방자치단체(직접 가정간호사 채용, 운영) · 위탁기관(대한간호협회지부 간호사회, 민간종합병원)
사업인력	· 가정전문간호사(조건: 기관당 2명 확보) · 실시기관당 2명이 70.8%(평균 3.1명)	· 보건소당 1 2명(주1회이상방문기준) 54.0%1) · 전국 보건소 간호사 중 가정간호사 25.8%, 간호사 74.2%
사업내용	· 기본간호, 교육·훈련 및 상담, 치료적 간호, 검사, 투약 및 주사	· 대상자 발견 및 상태파악, 보건교육 및 예방 업무, 치료, 추후관리, 간호, 의뢰활동 등
재원조달	· 건강보험(방문건당 환자는 19,000원과 행위별 수가의 20%부담, 교통비 6,000원부담)	· 2000년 보건소당2) 평균 대도시 2550만원, 시 5800만원, 군 1680만원(일부 대상자 재료비 등은 본인부담) 예산 집행
이용자 등록경로	· 입원 66.6%, 외래 16.3%, 직접내소 11.5%, 중환자실 2.6%, 응급실 3.0%	· 가정방문 기초조사 72.3%, 보건지소·보건진료소 의뢰 12.3%, 읍면동 사무소 7.2%, 기타(8.2%)
주사업대상 및 질환	· 보험급여 적용 대상자 · 뇌혈관질환 (32.3%), 암 (18.8%), 마비 등 신경계(뇌·척수)질환(8.8%), 신장 및 요로기계 질환 (7.3%), 당뇨 및 내분비계 질환 (5.1%), 골절 및 손상 (3.8%), 기타(23.9%)	· 의료급여대상 및 저소득층 가구 · 기초보장수급자, 독거인, 노인, 거동불편자 · 고혈압 (29.0%), 관절염 (16.9%), 당뇨 (11.9%), 뇌혈관질환 (9.3%), 암 (6.7%), 정신질환 (5.5%), 기타 (20.7%)

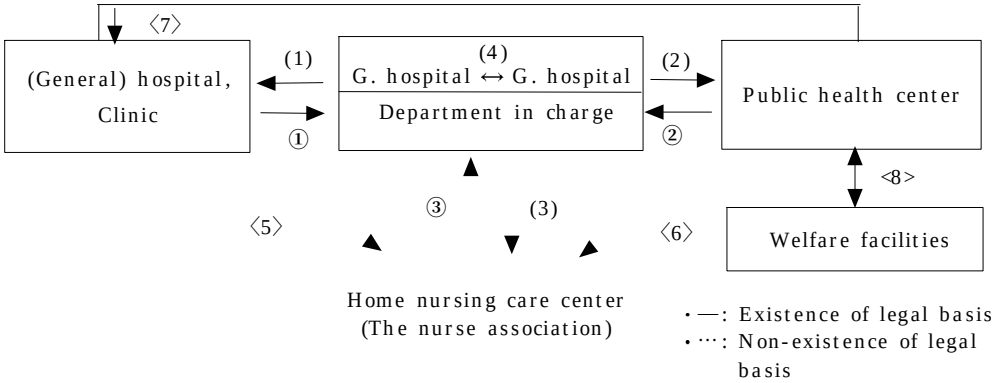
주: 1) 지역별 평균 방문간호사 수는 대도시 3.0명, 시 2.4명, 군 2.2명이며, 부족인력의 보충을 위해 17.0%의 보건소는 2명, 5.3%는 1명의 일용직 간호사를 채용함.
2) 재료대 및 소모품비, 출장비, 교육비, 차량구입비, 급량비, 홍보비 등 일체 사업비용이며 보건지소 및 보건진료소 사업 포함.

서 환자의 다양한 질환과 중증도에 따른 전문적 진단 및 처방 능력이 부족한 것으로 파악되었다. 또한 방문간호 인력이 부족하여 사업관리대상수의 과다로 인한 질적 서비스 저하가 우려되며, 고난이도 간호기술이 필요한 대상자에 대해서는 이에 상응한 서비스 제공이 어렵다. 셋째, 서비스 공급의 충분성 측면에서 볼 때, 사업실시 의료기관종별로 서비스 공급의 불균형(의원 2개소) 및 지역적 불균형(군지역 사업기관 2개소)이 존재함을 보여주고 있다.

2.. 가정·방문간호사업 수요추계

1) 보건소 방문간호 및 의료기관 가정간호 수요추계

만성질환을 갖고 있는 저소득계층을 대상으로 추계된 방문간호 수요는 고추계로 314만2천명, 저추계로 210만6천명 정도로 추정되었고, 건강보험 및 의료급여 입원환자를 대상으로 추계된 가정간호 수요는 고추계로 44만8천건, 저추계로 24만7천건 정도로 추정되었다.



<Figure 3> Referral status among home nursing care institutions

<Table 3> Referral status among home nursing care institutions and legal basis

연계대상	해당지역	특 징	법적 근거 한국	미국	일본
연계(1) ·건강보험	전국	·환자상태 악화 또는 응급상황 발생으로 환자인근 병의원에 의뢰	있음	있음	있음
연계(2) ·의료보호 및 저소득층 ·월 9회 이상 방문 요하는 건강보험 환자 ·환자 거주지역에 가정간호의료기관이 없는 경우	전국, 군지역	·방문간호인력 부족으로 우선순위 대상에서 제외	있음	있음	있음
연계(3) ·의료보호, 저소득층	대전시, 춘천시	·보건소 등록 후 이용(춘천시 제외)	없음	있음	있음
연계(4) ·모든 대상 건강보험	전국, 대도시	·환자 거주지 이동 및 환자 인근 가정간호사업 개설기관으로 의뢰	있음	있음	있음
연계<5> ·의료보호, 저소득층	대전시, 춘천시	·가정간호의료기관이 없는 경우 가능	없음	있음	있음
연계<6> ·의료보호, 저소득층	대전시, 춘천시	·보건소 인력 부족 ·기술적 서비스 제공 ·환자상태 악화	없음	있음	있음
연계<7> ·의료보호 및 저소득층	전국 보건소	·정밀진단 및 시술필요 환자 ·환자상태 악화	있음	있음	있음
연계<8> ·기초보장수급자, 독거노인, 장애인	전국 보건소	·복지서비스 대상자 의뢰 ·대도시 지역의 의뢰가 활발	있음	있음	있음
연계 ① ·건강보험	전국, 대도시	·가정간호 필요환자 의뢰	있음	있음	있음
연계 ② ·정밀진단, 재활서비스 상태악화, 고도 간호기술을 요하는 의료보호 및 저소득층	강남구 보건소, 서울특별시1),	·보건소가 최저서비스를, 의료기관은 고도의 간호기술 제공	있음	있음	있음
연계 ③ ·의료보호, 저소득층,	대전시, 춘천시	·주치의가 있거나 환자 상태 악화	없음	있음	있음

주: 1) 서울특별시는 연계(6)이 제도권 밖의 연계이므로 2001년부터 '간호사회'의 가정간호사를 1개 의료기관 소속으로 이적하여 서울시 보건소 의뢰환자를 관리하고 있음.

2) 가정·방문간호 수요 및 공급 추계

<Figure 2>의 각 영역별로 파악한 2000년도 가정·방문간호 수요량은 '가정방문 횟수'를 단위로 하여 각각 고추계/저추계의 2가지 대안으로 산정했을 때, I영역은 359만9천/206만2천, II영역은 5,176만1천/3,465만4천, III영역은 4,977만6천/3,336만으로 나타났다 <Table 4>. 각 영역별 가정·방문간호수요 장기수요추계 결과는 <Table 5>와 같다.

<Table 4> Demand projection of home nursing care according to each area(basic year : 2000)
(Unit : freq. of home visiting)

Area	High estimation	Low estimation
I	3,599,000	2,062,000
II	51,761,000	34,654,000
III	49,776,000	33,360,000

<Table 5> Long-term demand projection of home nursing care according to each area
(Unit : freq. of home visiting)

Area	Estimation	2005 year	2010 year	2015 year	2020 year
I	High	4,714,000	6,190,000	8,097,000	10,581,000
	Low	2,701,000	3,546,000	4,639,000	6,062,000
II	High	56,419,000	68,324,000	92,652,000	139,754,000
	Low	37,772,000	45,743,000	62,030,000	93,565,000
III	High	51,767,000	53,260,000	54,255,000	55,251,000
	Low	34,694,000	35,695,000	36,362,000	37,029,000

한편, 2000년 현재 가정·방문간호 제공 여건을 기준으로 했을 때, <Figure 2>의 각 영역별로 파악한 가정·방문간호 공급수준은 '가정방문 횟수'를 단위로 하여 I영역의 공급량은 17만, II영역은 81만, III영역은 627만 7천으로 나타났다<Table 6>.

<Table 6> Supply level estimation of home nursing care(basic year : 2000)
(Unit : freq. of home visiting)

Area	Amount of supply
I	170,000
II	810,000
III	6,277,000

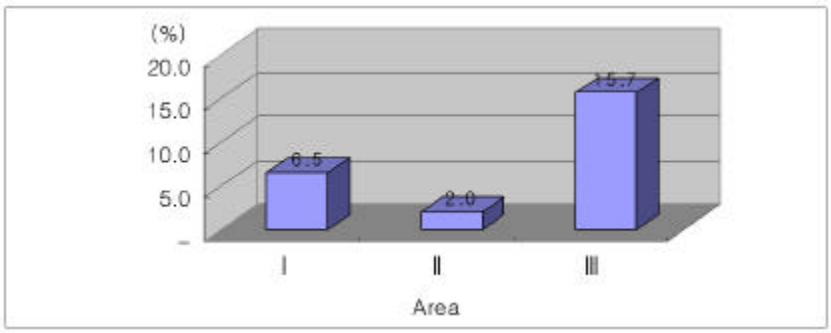
3) 가정·방문간호 수요 충족도

지금까지의 수요추계와 공급추계의 결과를 통해 가정·방문간호 각 영역별 수요 대비 공급정도를 살펴보면, II영역은 가정·방문간호 수요 중 충족되는 공급량이 1.6 2.3% 정도로 가장 부족하고, 그 다음 I영역(4.7 8.2%), III영역(12.6 18.8%) 순서임을 알 수 있다. <Figure 4>에서 보듯이, 가정·방문간호 서비스가 II영역의 대상자에게는 거의 제공되고 있지 못하고, 그 이외 나머지 영역의 대상자에게도 기존의 공급체계만으로는 가정·방문간호 욕구를 충족시키기에 매우 부족한 상태이므로, 가정·방문간호 제공을 위한 추가적인 공급방안 마련이 필요하다고 할 수 있다.

3. 선진 외국의 가정·방문간호사업 체계 분석

미국에 비해 일본의 가정간호역사는 매우 짧으나 미국과 일본의 공통점은 가정간호 공급유형이 모두 다양하며, 가정간호이용자의 요구와 편의에 따라 다양한 유형간의 의뢰 및 연계체계가 원활하고, 국민의 비용부담이 우리나라보다 훨씬 적다는 점이다. 특히 저소득층 재가환자나 노인의 경우, 가정간호 비용을 미국은 조세에 의한 메디케어, 메디케이드 기금에서 그리고 일본은 개호보험에서 지불하고 있어 본인 부담이 거의 없다. 가정·방문간호의 주요 인력은 두 나라 모두 간호사이며 의사 이외에 치료사, 사회복지사 등의 전문인력과 자원봉사자와 가정간호도우미의 지원으로 전인적이며 복지 지향적이다. 미국이 민간영리기관이 주요공급 유형인 반면 일본은 법인 설립형 공급양상이 주류를 이루어 있고, 미국은 가정간호사업소의 크기가 가정간호사가 수백명에 이르는 반면 일본은 소규모로 평균 상근인력이 4.6명이며 간호사를 책임자로 정하고 있었다.

한편, 미국과 일본의 가정·방문간호사업체계를 분석한 결과 우리 나라와의 차이점은 다음과 같다. 첫째, 우리 나라의 공급체계는 병원가정간호사업과 보건소 방문간호사업으로 이분화되어 있어 공급기관간의 연계나 의뢰체계가 취약하고, 지리적 접근성이 두 나라에 비해 낮은 실정이다. 우리 나라 가정간호사업의 유용성이 떨어지는 이유중의 하나는 일본의 방문간호스테이션이나 미국의 독립형 가정간호사업소와 같은 개인, 민간, 법인형의 지역사회 수요자에 기반을 둔 가정간호사업소의 설립을 의료법에서 불허하고 있기 때문이기도 하다. 둘째, 노인과 기초생활수급자가 가정간호서비스를 이용하는 경우 미국은 공공재원에서 일본은 개호보험에서 비용을 지불함으로 가정간호이용에 지불능력이 없는 계층이 없다. 그러나, 우리 나라의 경우 이들 대상자는 보건소의 방문간호서비스만 이용해야 하고, 보건소의 방문간호서비스 담당간호사의 인력부족으로 방문횟수가 제한이 되며, 재가환자의 요구가 고난이도의 간호기술을 요하는 경우,



<Figure 4> Sufficient level of demand in home nursing care according to each area

특수 장비나 기구에 대한 서비스제공이 어려운 실정이다. 이러한 대상자를 병원가정간호과로 의뢰하는 경우에 이들은 이 서비스에 대한 지불능력이 없음으로 서비스의 형평성에 대한 문제가 되고 있다.

따라서, 가정·방문간호서비스의 형편성과 유용성, 접근성을 높이기 위한 방안으로 우리 나라 경우 병원, 보건소 이외에 일본의 법인 형태의 방문간호스테이션이나 미국의 독립형 비영리 가정간호사업소와 같은 형태의 가정·방문간호 공급유형이 마련되어야 할 것이다.

4. 지역사회 가정간호사업 모형

전술된 세부연구 결과로부터 우리 나라 현실에 적합한 가정·방문간호서비스 공급방안 마련의 필요성이 제기되었으므로, 가정·방문간호 제공을 위한 공급방안의 한 대안으로 현재 의료기관의 가정간호사업과 보건소의 방문간호사업의 절충선상에서 개방구조를 특징으로 하는 지역사회 가정간호사업소 모형을 제시하였다.

1) 사업운영체계

지역사회 가정간호사업소는 비영리 민간조직(non-profit private agency)에 의해, 혹은 공공조직(public agency, 보건소)에 의해 운영되는 형태로, 본 사업 실시 기관은 국가에서 지정하는 일정조건을 갖추고, (종합)병원·의원 및 보건소, 기타기관(산업장, 학교 양호실 등)과 네트워크 연계망을 갖출 수 있는 기관으로 한다. 단, 보건소에 의해 운영되는 경우는 보건소내의 방문간호계(혹은 방문간호를 담당하는 조직)에 가정간호사업소를 설치하도록 한다. 지역사회 가정간호사업소에는 1인의 가정간호사업소 소장, 1인의 책임간호사 및 다수의 가정간호사를 두도록 한다.

2) 사업내용 및 인력·질·관리·물품·수가 관리

사업 대상자는 지불능력에 상관없이 고난이도의 서비스 기술수준을 요구하는 자로서 주요 대상자는 뇌졸중 환자, 당뇨환자, 암환자, 고혈압환자, 산모 및 신생아, 건강문제가 있는 영유아(만성질환아), 의식 및 인지 장애자, 기동성장애자, 기타 담당의사가 필요하다고 의뢰하는 환자이다. 가정간호 대상자에게 제공되는 주요 서비스의 범위 및 대상자 방문 횟수는 현행 의료기관중심 가정간호에 준용되도록 하되, 대상자 방문 횟수는 주치의의 지시와 환자 및 가족들의 요구에 따라 가정간호사가 판단하여 조절하도록 한다.

본 사업소의 가정간호사는 간호사면허 취득 후 임상경력 2년 이상인 자로 의료법 시행규칙에 의한 1년간의 가정간호사 교육 프로그램을 마친 후, 본 사업소의 목적과 특징을 이해한 우수한 전문간호사로 하여, 대상자의 가정간호 요구 의뢰시 의사처치지시서, 환자동의서 등을 확인하고, 가정간호 알고리즘에 근거하여 가정간호를 수행한다. 가정간호사 인사 관리에는 취업규칙, 직원의 의무, 인력개발에 대한 사항을 포함한다.

본 사업소에서는 가정간호지원시스템의 일환으로 네트웍을 이용한 가정간호정보체계를 구축하고, 가정간호와 관련된 구조적, 과정적, 결과적 표준의 모든 컨텐츠에 대해 전산화된 시스템을 구축함으로써 효율적인 질관리가 이루어지도록 한다. 이 밖에도 가정간호사가 기준에 맞는 서비스를 제공할 수 있도록 모든 기록은 질보장 평가에 사용하고, 사업소에서 마련한 질 향상 지침에 근거하여 질 관리를 시행한다. 운영위원회와 사업소 간호단위에서는 정기적인 현장 모니터링을 실시하고, 여러 의료기관에서 실시하는 가정간호관련 교육 세미나와 학회에 참여하여 계속교육을 받을 수 있는 기회를 마련하도록 한다.

물품 및 장비는 사업소에서 일괄구입하며 가정간호사는 가정방문에 필요한 장비와 물품을 사업소로부터 청구서와 불출서를 기록하고 공급받도록 한다.

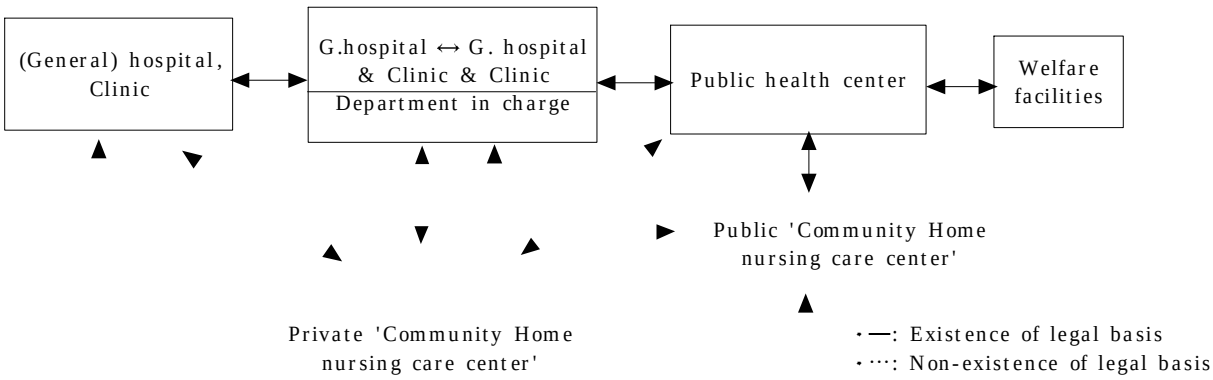
한편, 본 사업의 가정간호수가는 원칙적으로 현재 시행되고 있는 의료기관 가정간호수가 기준에 준하도록 보상되어야 할 것이다. 다만, 가정간호 제공에 소요된 비용을 건강보험 환자의 경우는 건강보험공단으로부터, 의료급여 환자의 경우는 각 지자체의 의료급여기금으로부터 보상되도록 하는 방안을 고려해 볼 수 있다.

Ⅳ. 결론 및 정책제언

1. 결론

가정·방문간호사업은 보건의료전달체계 내에서 연속적인 보건의료사업의 한 시점에서 제공되는 서비스 프로그램이므로 가정·방문간호가 지리적, 경제적 접근성과 형평성 측면에서 소외되는 계층이 없도록 가정·방문간호사업 공급조직 및 유형을 다양화시켜야 할 것이다.

이러한 가정간호사업의 확대에 있어서 핵심적인 과제는 바로 관련조직간의 유기적인 기능연계 네트워크 구축일 것이다. <Figure 5>는 의료기관 가정간호사업조직, 보건소 방문간호사업조직, 그리고 앞서 제시한 새로운



<Figure 5> Network model for referral system among home nursing care institutions

공급조직인 '지역사회 가정간호사업소'가 주축이 된 연계 형태로, <Table 7>에서 각 기관간의 개설 특성을 비교해 보면 서로 다른 독립된 조직들이 분업이면서 협업이 강조되는 형태라 할 수 있다.

이러한 상황으로 인하여 서비스 질, 비용, 효과, 효율, 신뢰성 및 만족도 등 가정간호 구매자(지방자치단체, 또는 의료소비자 즉, 환자)의 선호도에 따라 각 기관의 이용수준은 달라질 것이며 이로 인하여 연계의 강도도 달라질 것이므로 마케팅이 출현할 것으로 예상된다. 가정간호에서의 마케팅의 목적은 조직의 특성에 따라 달라, 사업의 구조적 요소가 이미 갖추어진 의료기관의 경우는(특히 이미 유명하게 알려진 종합병원의 경우는 그 이미지 덕분으로) 이윤추구가 일차적인 관심사가 될 것이며, 새롭게 시작하는 지역사회 가정간호사업소는 재가환자의 질적 건강관리와 환자 및 그 가족의 요구조건을 만족시킬 수 있는 생산성 향상을 지향하는 방향으로 조직의 목적을 달성하고자 할 것이다. 특히, 위의 그림에서 제시한 민간 '지역사회 가정간호사업소'의 경우는 일정기간 동안 지방(기초)자치단체 등의 공공기관과의 계약에 의한 조건부 위탁기관이 될 것이므로 기관 만족과 환자 만족을 동시에 충족시키는 목표를 둔 저렴한 양질의 서비스가 주된 마케팅 전략이 될 것으로 전망된다. 이러한 장점으로 인하여 민간형태의 가정간호사업소의 개설이 권장되나 관련법의 개정과 재원분담 방식 등의 문제가 관건으로 대두되고 가정간호사업소 소장의 자격요건, 개설허가에 따른 기준 등에 대한 이론이 제기될 수 있다는 점에서 민간형태의 개설은 보다 중장기적인 해결방안이라 볼 수 있으며 가정간호서비스의 접근성 제

<Table 7> Prospective characteristics of home nursing care program in medical institution and public health center

	Home nursing care program in public health center	Home nursing care program in medical institution
Organization	· Public health organization	· Medical institution · Public 'Community Home nursing care center' · Private 'Community Home nursing care center'
Manpower	· Public health manpower (including home care nurse)	· Home care nurse
Object	· Low incomes · Prevention, education, refer etc.	· All people
Contents	· Cultivation of self-health management ability · Comprehensive health, medical, welfare service	· Continuous treatment management after discharge
Cost	· No charge	· With charge

고를 위한 단기적인 해결방안은 위의 그림에서 제시한 바와 같이 보건소 부설조직의 지역사회 가정간호사업소의 개설이다.

2. 정책 제언

이미 복지국가에 진입한 선진국에서는 국민의 건강관리 욕구가 증대되면서 국가가 이들의 다양하고 복합적인 건강문제를 충족시키기에는 상당한 비용부담을 초래하게 됨에 따라 공공부문과 민간부문과의 새로운 관계설정(partnership)을 통한 효과와 효율에 중점을 두고 있다. 고령사회를 앞둔 우리 나라는 경제적, 지리적 취약계층을 모두 포괄할 수 있는 가정방문·간호서비스를 확충하여야 하므로 가정·방문공급주체간의 연계를 통한 서비스의 확충이야말로 비용효과적이며 더 나아가 이들과 이들 가족의 삶의 질 향상에 기여할 것이다. 이에 따라 보다 효과적이고 효율적인 가정·방문간호서비스의 전달을 위해 현 가정·방문간호사업 현황분석을 통하여 도출된 문제점과 공급주체간의 연계를 어렵게 하는 요인들에 대한 해결방안을 제시하면 다음과 같다.

첫째, 접근성 측면에서, 한시적으로 집중적인 관리가 필요한 말기환자에 대해서는 보험적용횟수를 현재의 월 8회에서 분기 24회로 적용방법에 융통성을 부여하여 재입원으로 연결되지 않고 적시에 적절한 가정간호서비스가 제공될 수 있도록 하고, 의료급여 대상환자가 의료기관에서 고난이도 가정간호서비스를 이용할 수 있도록 가정간호 발생비용을 의료급여기금에서 지불될 수 있도록 관련 법을 개정한다.

둘째, 질적 서비스 강화 측면에서, 가정간호대상 환자를 의뢰하는 과정에서 발생되는 의사의 가정간호서비스 처방에 대한 보험수가를 공식적으로 산정할 수 있도록 제도적 장치를 마련하고, 보건소 방문간호인력의 자질향상을 위하여 가정방문 간호사를 대상으로 가정간호사 전문교육과정을 이수할 수 있도록 정부차원에서 재정적 지원을 지속적으로 실시한다.

셋째, 방문간호사업과 가정간호사업의 역할 재정립이 필요하다. 보건소는 가정방문이 효과적인 거동불편자 중심의 예방보건사업에 중점을 두고 지역내 가정·방문간호사업 대상자와 가정·방문간호 공급 자원들을 매개하는 '사례 관리(case management)' 기능을 강화할 수 있도록 하고, 방문간호사업 대상자 건강 정보 입력 및 이동과 정보처리가 가능한 개인단말기(PDA) 등을 사용하여 가정에서 단독으로 이루어지는 방문간호서비스에 대한 정보 보유를 의무화하고 서비스 질 관리와 평가에 활용할 수 있도록 한다. 또한, 전국 군지역에 설치된 보건의료원에 대해서는 의료기관 중심의 가정간호사업 실시를 의무화하여 군지역의 취약한 가정간호사업을 보강하여 방문간호사업과 연계할 수 있는 여건을 마련하도록 하고, 대도시 취약지역의 경우 공공 '지역사회 가정간호사업소'를 보건소 부설로 개설, 운영하도록 한다.

넷째, 의료기관의 가정간호사업 참여를 위한 유인책을 마련한다. 현재 원가보전에 미치지 못하는 가정간호수가는 1999년부터 수가인상이 동결됨에 따라 민간 의료기관에서는 가정간호사업에 대한 실시동기가 약하므로, 가정간호수가의 현실화가 요구되는데 건강보험 수가 인상분과 동일한 수준인 '기본방문료'를 25,000원(현재 수가 19,000원) 수준으로 인상하도록 한다. 또한, 도입 예정인 의료기관 서비스 평가시 가정간호사업 실시 의료기관에 대해서는 인센티브를 부여하도록 한다.

다섯째, 지역사회 가정간호사업에 대한 가정간호수가를 마련한다. 보건소 부설형태로 개설, 운영되는 지역사회 가정간호사업소가 서비스의 질을 유지하고 융통성있는 조직 운영과 성과주의 예산에 반영할 수 있도록 제공되는 가정간호서비스에 대한 지불보상체계 마련이 요구된다. 의료급여 환자의 경우는 의료급여기금에서 현 의료기관 가정간호수가와 동일한 비용을 지불받도록 하며, 건강보험 적용대상인 저소득층의 경우는 현 가정간호수가체계상의 '기본방문료'에 해당되는 본인부담금 3,800원(기본방문료의 20%)과 '개별행위료'만을 본인이 부담하도록 하고 전액 본인부담금인 '교통비' 수가(6,000원)는 보건소 관내 지역이라는 점에서 보건소 예산에서 지불되는 방식으로 책정하여 의료기관 가정간호수가보다 저렴한 서비스 지불보상체계를 마련한다.

마지막으로, 가정·방문간호사업의 활성화를 위한 중장기 발전방안으로 다음 몇 가지를 제언하고자 한다. 첫째, 민간 '지역사회 가정간호사업소' 개설을 위한 제도적 장치 마련한다. 둘째, 팀 접근을 통한 가정간호서비스의 내실화, 전문화가 요구된다. 셋째, 지역사회 복지 및 요양시설과의 연계를 통한 대상자 관리의 효율화를 꾀해야 한다. 넷째, 가정간호 관련 산업분야에 대한 정책적 지원이 요구된다. 다섯째, 일차의료 강화를 위하여 주치의 제도와 연계한 가정간호제도의 정착이 요구된다.

References

Han, K. J., Park, S. A., Hah, Y. S., Yun, S.

N., Song, M. S. (1994). A survey on home health care needs in youn-cheon county in Korea, *J. of Korean Acad. of nursing*, 24(3), 484-497.

Hatry, R. W., Fisk, D. (1973). *Practical program evaluation for state and local government officials*, Washington, D. C.: The Urban Institute.

Hinshaw, A., Atwood, J. R. (1981). A patient satisfaction instrument : precision by replication, *Nursing Research*, 31(3), 170-175.

Hsiao, W. C., Yntema, D. B., Braun, P. C. (1988). Measurement and analysis of intraservice work, *J. of American Medical Association*, 260(16), 2361-2370.

Kim, S. L., Lee, K. Y. (1999). Visiting nursing activities provided by public health nurses in a health center, *The J. of Korean Acad. Soc. of Home Care Nursing*, 6, 59-65.

Korea Institute for Health and Social Affairs. (1999). R*esearch on people health and nutrition state:1998*, seoul

Korea National Statistical Office. (2000). *Prospective projection in population*. seoul.

Lim, Y. O., So, A. Y. (1999). A study visiting nursing service in primary health care units, *The J. of Korean Community Nursing*, 10(2), 480-493.

Ministry of Health and Welfare. (1999). *The operation guide of home visiting nursing program*, seoul.

Ministry of Health and Welfare. (2001). *The work guide of home care nursing program in medical institution*. seoul.

National Health Institution Corporation. (2000). *Yearbook of health and welfare statistics:1999*. seoul.

National Health Institution Corporation, Ministry of Health and Welfare. (2000). *Yearbook of health benefits:1999*. seoul.

Park, J. H., Kim, M. J., Hong, K. J., Han, K. J., Park, S. A., Yun, S. N., Lee, I .S., Cho, H., Bang, K. S. (1998). An operations study on the home health care nursing delivery system, *The J. of Korean Acad. Soc. of Home Care Nursing*, 5, 20-31.

Pickrens, M. E., Tayback, M. (1957). A tob satisfaction study, *Nursing Outlook*, 5(3), 157-159.

Rose, M. A. (1976). Problems families face in home care, *American J. of Nursing*, 3, 416-418.

Saba V. K. (1990). *The Classifications of home health nursing diagnoses and interventions*, HCFA.

Sanborn, C. W., Blount, M. (1984). Standard plans for care and discharge, *American J. of Nursing*, 11, 1394-1396.

Shaw, C. D. (1986). *Introducing quality assurance*, KF Project Paper 64, London King's Fund Publishing Office.

Whang, N. M. (1996). *Evaluation of hospital-based home nursing care project* Ⅰ, Korea Institute for Health and Social Affairs, seoul.

Whang, N. M. (1997). *Evaluation of hospital-based home nursing care project* Ⅱ, Korea Institute for Health and Social Affairs, seoul.

Whang, N. M., Cho, J. K., Chang, I. S. (1999). *Model development and institution-alization method of hospital-based home nursing care program*, Korea Institute for Health and Social Affairs, seoul.

Yang, B. M. (1992). Physician manpower shortage : forecasting through 2005, *Korean J. of Public Health*, 29(1), 65-78.

Yun, S. Y., Cho, M. S., Kim, H.S. (1997). A study of outcome measurement research of home nursing care program in Korea, *The J. of Korean Acad. Soc. of Home Care Nursing*, 4, 41-51.

- Abstract -

Discussion on Expansion and Establishment of Home Nursing Care

Park, Jeong-Ho· Yun, Soon-Young**
Kim, Mae-Ja· Han, Kyoung-Ja**
Hong, Kyoung-Ja· Park, Seong-Ae**
*Whang, Na-Mi**· Heo, Jeong-Soon**

Purpose: The purpose of study is to develop a home nursing care project model suitable for Korea's heath care system and policy directions for expansion and establishment of home nursing care.

Method: The first, status of home nursing care program in medical institution and public health center was evaluated respectively in view of structure, process and performance. And then, issues of the program were analyzed in view of accessibility, safety, and sufficient supply. The second, demand projection of home nursing care according to income level and technical level of service that is needed to the subject was tried. In addition, the level of supply for home nursing care at present was estimated. The third, home nursing care program in advanced countries (Japan and U.S.A.) was examined.

Result and Conclusion: Community-based home nursing care program is developed into public-operation model and private-operation model from above the sub-subject result. Functional network for referral system among related institutions is built up to meet various needs, regardless of accessibility to distance and economy. And prior settlements and policy directions for expansion and establishment of home nursing care are suggested.

Key words : Home Nursing Care, Demand Projection, Community-Based Home Nursing Care Program

* College of Nursing, Seoul National University
** Korea Institute for Healhlth and Social Affairs