

우리나라 가정방문간호의 현황과 향후 과제

박은옥

제주대학교 간호대학

Current State and the Future Tasks of Home Visit Nursing Care in South Korea

Eunok Park

College of Nursing, Jeju National University

= Abstract =

Objectives: We searched and reviewed the literature including the laws or acts, statistics, guidelines, papers and conference proceedings related to home visit nursing care in South Korea.

Method: We searched and reviewed the literature including the laws or acts, statistics, guidelines, papers and conference proceedings related to home visit nursing care in Korea.

Results: There are three types of home care nursing in Korea. Public health center provides home visit nursing to vulnerable population by registered nurses for free, based on community health act in public health center. As of 2017, 1,261,208 people were enrolled in the visiting health program of public health center. Health behavior and disease management has been improved and showed having cost-benefit effect among the enrolled people in visiting health program. Visiting nursing care in long-term care services is provided by registered nurses or nurse aid, based on long-term care act. The cost is paid as the unit price according to service time. 1,095,764 older people used long-term care services in 2017, only 0.2% of total cost used for home visiting nursing. Even though the number of user of home visiting nursing, it was reported that users spent less medical cost and hospitalized shorter. Hospital-based home care nursing is provided to patients and their families under the prescription of a doctor by family nurse specialists who are employed by medical institute based on medical law. Four hundred sixty family nurse specialists worked for hospital-based home care nursing and hospital-based home care services accounted for 0.038% of total medical expenses in 2017.

Conclusion: Even though home visit nursing care services are different in aspect of legal basis, personnel, running institutes, and cost basis, home visit nursing care showed cost-benefit effect and good health outcomes. In order to advance home visit nursing care, the integrated home visiting care, improvement of working condition, and revision of legal basis should be considered.

Key words : Home visit, Home care services, Korea,

* Received March 21, 2019; Revised March 26, 2019; Accepted March 30, 2019.

* Corresponding author : 박은옥, 제주대학교 간호대학 교수, 제주시 제주대학로 102. 제주대학교 간호대학.

Eunok Park, Professor, College of Nursing, Jeju National University College of Nursing, Jeju National University

* Address : 102 Jejudaehakro, Jejusi, Jeju Special-Governing Province, Rep. of Korea, 63234

Tel : +82-64-754-3882, Fax : +82-64-702-2686, E-mail : eopark@jejunu.ac.kr

서론

우리나라는 2000년에 고령화 사회가 되었고, 2017년에 고령사회로 진입하였으며, 2026년에는 초고령 사회가 될 것으로 예측되고 있다. 고령화 사회에서 고령사회로 전환되는데 불과 26년밖에 걸리지 않는 것인데, 이는 세계에서 유례가 없을 정도로 빠른 속도로 진행되는 것이다[1]. 우리나라 노인인구는 급격히 증가하여 2010년 10.8%이던 노인인구비율은 2060년에 41%에 이를 것으로 전망하고 있으며, 2015년에 6,541,000명이던 노인인구 수는 2065년에 18,273,000명으로 2015년 대비 세 배에 이르고(참고문헌/통계청), 인구구조는 초저출산 문제로 인하여 고령 인구가 젊은 연령의 인구보다 더 많은 역피라미드형이 될 것으로 예상하고 있다[2].

이러한 인구변화와 더불어 산업화, 도시화 등으로 한국의 가족구조는 대가족에서 핵가족으로 변화되었고[3], 가족의 부양기능은 점점 상실하여, 1인가구의 비율이 증가하고 있다. 1994년 13.6%이던 노인의 1인 가구 비율은 2017년에는 23.6%로 급격히 증가하였고, 노인 부부만 사는 가구도 1994년 26.8%에서 2017년 48.4%로 노인 1인 가구 또는 노인 부부 가구가 보편화되고 있다[4]. 가족의 노인 돌봄 기능이 약화되고 있을 뿐만 아니라 노인 스스로 자신을 돌볼 경제력은 미흡한 것으로 나타나고 있다. 우리나라의 노인 빈곤율은 다른 OECD 국가에 비해 훨씬 높은 것으로 보고되었는데, 전체 인구 가운데 빈곤선 이하, 즉 중위 가구소득의 50% 이하의 소득수준을 가진 빈곤인구비율은 우리나라의 경우 전체 인구 가운데 14.6%인 반면, 65세 이상 노인은 49.6%로 세 배 이상 높게 나타났다. 반면, 일본은 경우 빈곤 인구 비율은 전체 인구의 16%, 노인인구의 19.4%로 전체 인구 집단과 노인인구 집단에서의 빈곤 인구비율은 큰 차이가 없게 나타나는 등, OECD 다른 국가들과 비교해도 우리나라의 노인 빈곤율이 훨씬 높은 것으로 나타났다[5].

한편, 2017년 노인실태조사에 따르면, 전체 노인의 89.5%가 3개월 이상 지속적으로 앓고 의사진단을

받은 만성질환을 갖고 있다고 보고되었고, 만성질환을 2개 이상 앓고 있는 복합 이 환자가 73.0%, 전체적으로 노인 1인당 평균 2.7개 만성질환을 앓고 있는 등 노인의 의료 요구가 상당히 높으며[6], 이에 따라 전체 의료비 중 노인 의료비의 비중은 2006년 25.9%에서 2015년 39.1%로 지속적으로 증가하고 있다[7]. 노인 가운데 일상생활 수행 시 타인의 도움이 필요한 사람은 24.6%로 약 1/4의 노인이 누군가의 도움을 필요로 하고 있다[6].

우리나라에서는 노인의료비의 절감과 자기 건강관리능력의 향상 등 여러 가지 필요성으로 방문간호사업이 발전해왔다. 본 연구에서는 우리나라 가정방문간호의 현황을 살펴보고, 향후 가정방문간호의 발전 방향을 모색하고자 한다. 구체적으로는 보건소 방문건강관리사업과 의료기관 가정간호사업, 노인장기요양보험의 방문간호 제도와 현황을 살펴보고, 관련 문헌을 고찰하여 우리나라 가정방문간호의 발전을 위한 정책적 시사점을 제시하고자 한다.

연구방법

본 연구는 우리나라 가정방문간호의 현황과 발전 방향을 모색하기 위하여 관련 문헌 고찰과 통계자료 등을 분석하여 결과를 제시한 종설연구이다. Google scholar, RISS, KISS 등을 이용하여 ‘방문간호’, ‘방문건강관리’, ‘가정간호’, ‘visiting nursing’, ‘home visit care’, ‘home health care’를 검색어로 하여 관련 문헌을 검색하였으며, 통계청, 국민건강보험공단 등에서 관련 통계를 검색하였고, 법제처 사이트에서 관련 법령을 확인하였으며, 보건복지부와 국민건강보험공단 등에서 사업 관련 지침 또는 정책 보고서 등의 자료를 수집하였고, 방문건강관리학회, 가정간호학회, 노인간호학회, 지역사회간호학회 등 관련 학회의 학술대회 자료집 등을 자료로 수집하였다. 수집된 자료를 분석하여 우리나라에서 가정을 방문하여 간호서비스를 제공하는 세가지 유형의 가정방문간호, 즉 보건소 방문건강관리사업과 의료기관의 가정

간호사업, 노인장기요양보험의 방문간호에 대해 발전과정, 근거법, 조직과 인력, 사업대상, 서비스 내용, 사업 효과 등을 고찰하고, 향후 개선방안을 도출하였다.

연구결과

1. 보건소 방문건강관리사업

우리나라 보건소 방문건강관리사업은 1990년 이후 만성질환 유병률의 급격한 증가로 보건인력이 가정방문을 통해 포괄적이고 지속적인 건강관리를 위해 일부 지방자치단체에서 부분적으로 수행되는 것으로 시작되었고, 외환위기 시에 공공근로사업의 일환으로 전국 242개 시군구 보건소(보건지소와 보건진료소 포함)에서 노인, 저소득계층 및 차상위계층 등 의료취약계층을 대상으로 전국 242개 보건소에서 한시적으로 방문간호사업이 실시되었다[8]. 이후 대도시 방문보건사업으로 시범 운영되었다가, 2007년에 전국적으로 확대되어 우리나라 모든 보건소에서 ‘맞춤형

방문건강관리사업’으로 추진되었고, 2013년부터는 통합건강증진사업에 포함되어 방문건강관리사업이 추진되고 있다[8, 9]. 보건소 방문건강관리사업은 보건진료소와 보건지소를 포함한 보건소가 사업수행기관이며, 지역보건법을 법적 근거로 방문건강관리 서비스를 제공하고 있다[9]. 방문건강관리사업에서 방문간호서비스를 제공하는 인력은 간호사가 대부분이며, 본 사업을 위해 계약직(또는 무기계약직)으로 고용되어 있다.

보건소 방문건강관리사업은 건강형평성 제고와 건강수명 연장을 비전으로 삼고 있으며, 취약계층의 건강인식 제고, 자가건강관리능력의 향상, 건강수준 향상을 목표로 하고 있다. 취약계층 건강문제를 포괄적·적극적으로 파악하여 건강관리서비스를 직접 제공하거나 지역사회 자원과 연계하여 필요한 서비스를 제공하고 있다. 맞춤형·주민참여형 서비스 제공을 주요 전략으로 삼아 건강문제 스크리닝, 건강관리 서비스 제공, 보건소 내·외 자원연계 등의 서비스를 제공하고 있다[9]. (Figure 1)

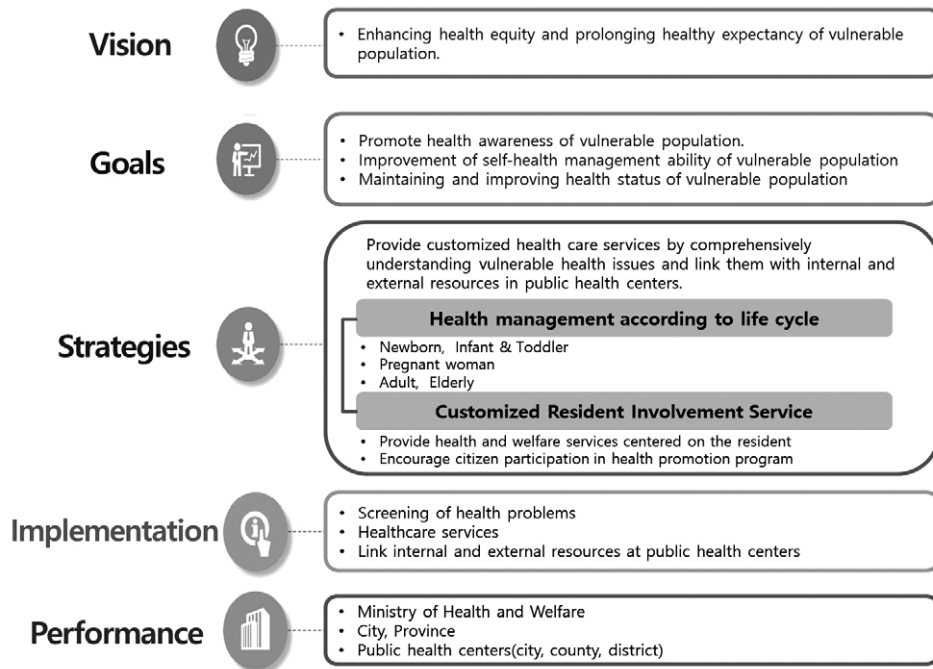


Figure 1. Visiting Health Care Program of Public Health Center in South Korea

보건소 방문건강관리사업은 생애 주기별 지역주민을 사업대상으로 하되, 방문간호 요구가 높은 취약계층에 우선순위를 두고 있다. 사업 대상은 1순위는 기초생활보장수급자이고, 2순위는 차상위계층으로 경제적으로 빈곤한 인구집단을 우선대상으로 하고 있고, 3순위는 1, 2순위에 해당되지 않는 다문화가족, 북한이탈주민, 독거노인 등이며, 4순위는 지역아동센터 이용 아동 등이다[9]. 방문간호사는 등록 시 대상자 사정 결과를 바탕으로 집중관리군, 정기관리군, 자기역량 지원군으로 등록대상자를 구분하여 관리하며, 관리군에 따라 방문주기, 방문횟수 등을 달리하

여 건강관리서비스를 제공하고 있다[9].

방문건강관리사업 통계 분석 자료에 따르면, 2017년 전체 방문건강관리사업 등록대상자는 1,261,208명이었고, 이 가운데 집중관리군은 0.6%, 정기관리군은 65.5%, 자기역량 지원군은 33.9%로 나타났다[10]. 등록된 대상자의 질환분포를 보면, 고혈압이 48.1%로 가장 많았고, 관절염, 당뇨병, 암, 뇌졸중, 요실금, 알코올중독 순이었다[10](Figure 2).

방문건강관리사업 등록 대상자의 건강행위 추이를 살펴보면, 현재흡연율은 2013년 10.3%에서 2017년 8.6%로 2013년 대비 16.5%가 감소한 것으로 나타났

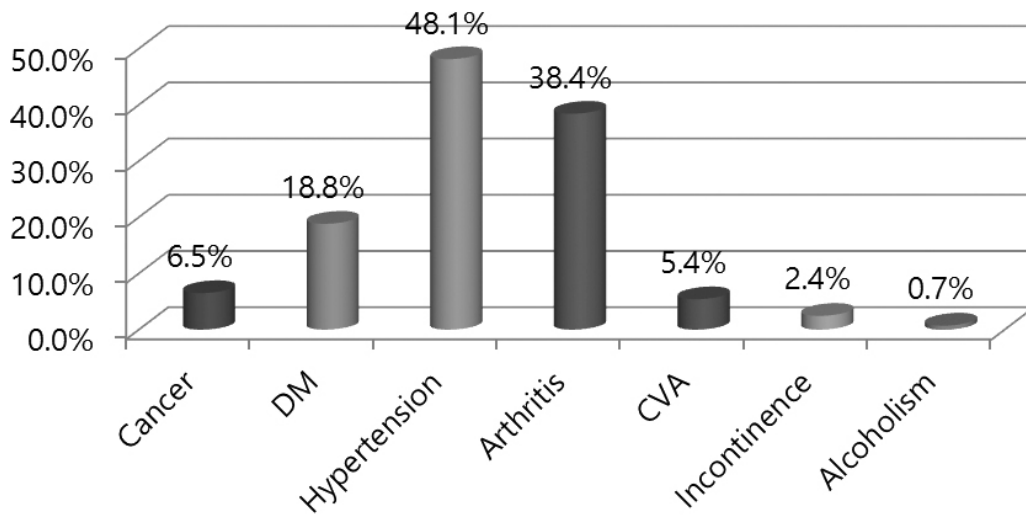


Figure 2. The Disease Distribution of the Registered Clients for Visiting Health Care Program

고, 걷기실천율은 2013년 52.6%에서 2017년 56.7%로 2013년 대비 2017년에 7.8%가 증가한 것으로 나타난 반면, 고위험 음주는 거의 차이가 없었다[10]. 또한 등록 대상자 중 고혈압 환자의 혈압조절율은 2008년 56.6%이던 것이 2017년에는 75.3%로 2008년 대비 33.0%가 증가하였고, 당뇨 환자의 혈당 조절율은 2008년 51.5%에서 2017년 71.0%로 37.9%가 증가하여 방문건강관리사업이 고혈압환자의 혈압조절율과 당뇨환자의 혈당조절율을 높이는데 효과가 있는 것으로 보고되었다[10](Figure 3).

뿐만 아니라, 방문건강관리사업 집중관리군에 대한 집중관리는 질병에 대한 자가건강관리능력을 향

상시키는데 효과가 있는 것으로 나타났다. Park과 Kim[11]은 2012년 우리나라 보건소 방문건강관리사업에서 고혈압 집중관리를 받은 고혈압 노인 13,452명의 집중관리 사전, 사후 평가자료를 분석한 연구에서, 방문건강관리 집중관리서비스를 받은 대상자의 지식 점수가 사전 5.17점에서 사후 8.38점, 혈압 측정 점수는 5.23점에서 8.69점, 식이요법관리 점수는 31.45점에서 37.39점, 투약순응도 점수가 4.08점에서 4.66점, 고혈압 관리 자신감 점수가 33.03에서 39.26점으로 전반적으로 자가 관리 능력이 유의하게 향상되었다고 보고하였다[11]. 고혈압 집중관리 뿐만 아니라 당뇨 집중관리 서비스를 받은 대상자도 투

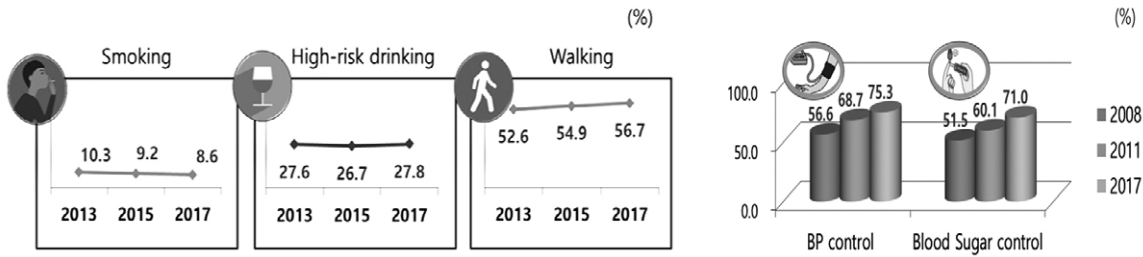


Figure 3. The Trend of Health Behaviors and Disease Management of the Registered Clients for Visiting Health Care Program

약순응도(사전, 사후 각각 4.09, 4.61점), 영양관리(30.7, 36.9점), 지식태도(4.17, 7.55점), 자기관리 자신감(30.7, 37.6점) 등이 크게 향상된 것으로 나타났다. 허약에 대해 집중관리를 받은 대상자도 신체적 기능 및 정서적 표현, 의사소통 및 만족도 등이 향상되었다고 보고되었다[12].

방문건강관리서비스는 대상자의 건강행위 실천을 향상시키고, 만성질환에 대한 자기건강관리능력을 향상시켜 만성질환의 합병증 위험을 감소시키므로 의료비 절감 효과도 있다. Kim 등[13]은 2007년 방문건강관리사업의 경제적 타당성을 평가한 연구에서, 사업에 직접 투입된 비용 대비 직접 편익(=진료비 절감 편익+합병증발생 예방 편익+교통비 절감편익)과 간접편익(=생산성손실 절감편익+생명연장편익)의 합으로 편익을 산출하여 비용-편익을 분석한 결과 2007년 방문건강관리사업의 순편익은 3,880억여원, 편익/비용비는 9.2배로 산출되었고, 고혈압 환자와 당뇨 환자만을 대상으로 할 경우 순편익은 708억여원, 편익/비용비는 5.6배로 산출되었다고 보고한 바 있다[13]. 방문건강관리사업에 대한 비용-편익을 분석한 또 다른 연구에서 Ko와 Lee[14]는 18개월 이상 고혈압 방문간호서비스를 받은 고혈압 환자 244명을 대상으로 비용편익분석을 실시한 결과, 고혈압 방문간호서비스의 1인당 연간 평균 비용은 70,307(±23,035)원이었고, 외래진료 등 의료이용과 간접비용을 모두 고려하였을 때, 고혈압관리의 비용은 1인당 평균 676,666(±512,298)원이었고, 편익은 입원을 감소를 0%로 가정하였을 때, 434,964(±1,315,472)

원, 15% 입원을 감소를 가정하였을 때에는 447,112(±1,319,659)원으로 편익비용비는 2.82~2.84로 보고되었다[14]. 이러한 연구결과는 보건소 방문건강관리사업이 대상자의 건강행위실천을 도모하고, 자기건강관리능력을 향상시키며, 의료비 절감 효과도 커서 경제적으로도 타당성이 있는 사업임을 나타낸다고 할 수 있다.

2. 노인장기요양보험에서의 방문간호

우리나라 노인장기요양보험 제도는 2008년 7월부터 시행되었다. 65세 이상 노인으로서 장기요양등급 판정을 받은 경우 서비스를 받을 수 있는데, 장기요양 서비스 대상자는 일상생활수행능력이 저하되어 있어 일상생활수행을 지원하는 돌봄 서비스 뿐만 아니라 급만성 질환을 복합적으로 가지고 있어 의료서비스에 대한 요구가 높은 대상이다. 급여의 종류는 시설급여와 재가급여로 나누는데, 재가급여에는 방문요양, 방문간호, 방문목욕, 주야간보호, 단기보호 등이 포함된다[15]. 노인장기요양보험법에 근거한 노인장기요양보험 방문간호는 간호사 또는 간호조무사가 서비스를 제공할 수 있는 것으로 되어 있다[16]. 방문간호를 제공하는 기관은 노인장기요양기관이며, 간호사와 간호조무사가 기본 간호, 통증, 시기, 감염, 투약 등에 관한 교육과 상담수동적 관찰운동을 포함한 신체 기능 훈련, 의료기관 연계 및 건강사정 등의 간호서비스를 제공하고 있다[17]. 2018년 노인장기요양보험 방문간호수가는 30분 미만 34,330원, 30분 이상~60분 미만 43,060원, 60분 이상 51,810원으로 책

정되어 있으며, 방문간호지시서는 발급일로부터 180일까지 유효하다[16].

노인장기요양보험 현황을 살펴보면, 2017년에 65세 이상 노인 인구는 7,165,000명이었고, 이 중 12.4%가 노인장기요양보험 급여를 신청하고, 신청한 노인 중 77.4%, 전체 노인의 7.7%가 노인장기요양보험 등급 판정을 받은 것으로 나타났다[17]. 장기요양기관 전체 인력 중 간호사는 2017년 1,371명으로 전체 인력 중 0.5%에 지나지 않으며, 간호조무

사는 3,120명으로 1.0%를 차지하고 있다. 방문간호를 제공하는 장기요양기관도 650곳으로 전체 기관의 3.2%로 조사되었다[17](Figure 4). 2017년 장기요양보험등급판정을 받은 노인들이 이용한 서비스 비용을 분석해보면, 전체 급여비용 중 노인요양시설 44.3%, 방문요양 36.4%로 약 80%가 시설이나 방문요양 서비스에 사용하는 것으로 조사되었고, 방문간호의 경우 0.2%에 불과하였다(Figure 5).

2013년 국민건강보험고단의 방문간호서비스 만

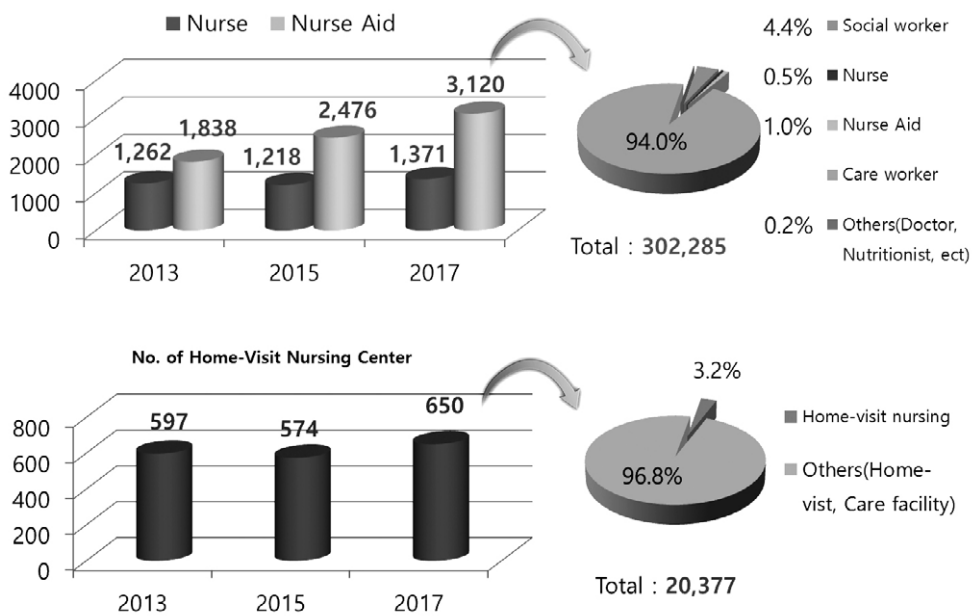


Figure 4. Number of Nursing personnel and Number of Home Visit Care Providers in Long-term Care Services in Korea

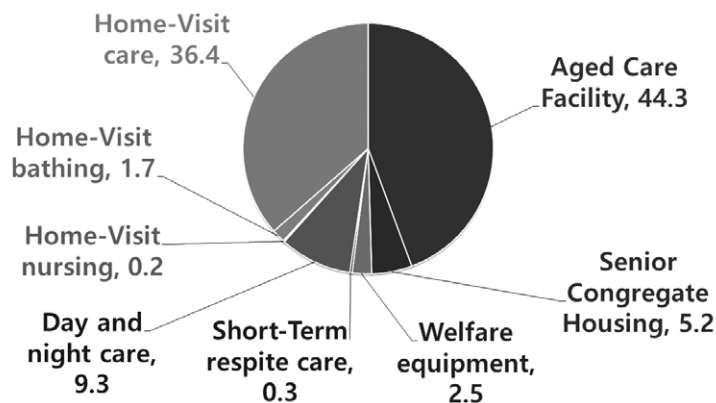


Figure 5. Cost Distribution of Long-term Care Services Used by the Approved Recipients in 2017

족도와 서비스개선을 위한 요구도 조사 자료를 분석한 선행 연구에 따르면[18], 방문간호서비스 이용자가 받은 서비스는 신체사정과 모니터링(92.6%), 건강교육 및 상담(63.0%), 마사지 및 운동(62.6%), 욕창간호(46.3%) 등이 대다수의 이용자에게 제공된 것으로 보고되었다[18]. 2009년부터 2011년까지 노인장기요양보험 인정조사 자료와 장기요양서비스급여 자료, 건강보험급여 및 의료급여자료 등을 가지고, 2009년 방문간호서비스 이용경험이 없으면서 2010년 장기요양인정조사결과 방문 간호 요구가 있는 대상자 5,041명을 대상으로 2010년에 방문간호이용여부가 2011년 의료 이용에 미치는 영향을 분석한 결과, 방문간호 서비스 이용자가 미이용자보다 연간 총 진료비는 1,970,407원을 적게 사용한 것으로 보고되었고, 연간 총 입원일은 19.4일이 적은 것으로 나타나 노인장기요양에서 방문간호 이용이 대상자의 진료비 및 입원일 감소에 긍정적인 효과를 미치는 것으로 보고되었다[19]. 이와 같은 통계자료와 연구결과를 통해 노인장기요양보험에서 방문간호이용은 매우 저조한 편이나, 방문간호 이용이 대상자의 건강 결과를 더 좋게 하고, 의료비 절감 효과도 있음을 알 수 있다.

3. 의료기관 가정간호사업

우리나라 의료기관 가정간호제도는 만성퇴행성질환의 증가와 인구노령화 등으로 거동불편인구는 증가하는 반면, 가족의 수발능력은 감소함에 따라 국민들의 가정간호요구에 부응하여 의료이용의 편의를 도모하고, 의료비 부담을 절감하고자 수요자 중심 보건 의료제도의 하나로 도입되었다[20]. 수요자 측면에서는 가정간호로 치료의 지속성을 유지하고, 심리적 안정감을 도모하며, 국민의 의료이용 편의를 제고하고, 가계부담을 절감하는 효과를 기대할 수 있고, 공급자 측면에서는 조기 퇴원을 통한 재원기간 단축으로 병상회전율을 높이며, 병원의 인적, 물적 자원을 효율적으로 활용할 수 있는 효과를 기대할 수 있다. 또한 정부 측면에서는 국민편의를 도모하고, 국민의

의료비 절감, 보건의료장원의 효율적 활용을 기대할 수 있다. 이러한 목적으로 1990년 의료법 개정으로 가정전문간호사 자격기준에 대한 법적 근거를 마련하였고, 2000년 의료법에 의료기관 외에서 행할 수 있는 의료행위의 범위에 가정간호를 포함하고, 가정간호대사자, 업무범위, 담당인력 등 가정간호사업의 세부사항을 명시하여 가정간호사업에 대한 법적 근거를 마련하였다[20, 21]. 가정간호서비스는 입원대체 서비스이므로, 가정간호사업은 의료법에 의거하여 가정전문간호사를 2인이상 확보한 의료기관에서 실시하도록 하고 있으며, 가정간호사업대상자는 의료기관에서 입원진료 후 퇴원한 환자와 외래 및 응급실 환자 중 의사 또는 한의사가 가정에서 지속적인 치료와 관리가 필요하다고 인정하는 경우이다. 즉, 대상자에는 수술 후 조기퇴원환자, 만성질환자(고혈압·당뇨·암 등), 만성폐쇄성호흡기질환자, 산모 및 신생아, 뇌혈관질환자, 기타 의사가 필요하다고 인정하는 환자 등이 포함된다[20]. 가정전문간호사의 주요 업무는 기본간호, 치료적 간호, 검사관련 업무, 투약 및 주사, 교육·훈련, 상담, 의뢰 등이며, 의사 처방은 90일까지 유효하다[21].

가정간호기관의 수는 2007년 214곳에서 2013년 126곳까지 감소하였다가 2014년 8월부터 기본방문료 상대가치점수 30%인상(491.30→636.54점, 상급종합병원 기준) 및 연간 방문횟수 제한 삭제, 소아 및 노인 방문에 대한 연령가산 등 대폭적인 가정간호수가 개선되고 난 후[22, 23], 2017년 147곳으로 약간 증가하였다[24]. 가정간호서비스 이용현황을 살펴보면, 가정간호 서비스 이용자의 주요 질환은 뇌혈관 질환, 척수성 근위축증, 심장질환 등의 순이었다. 활동 중인 가정전문간호사의 수는 2007년 450명, 2017년 460명으로 보고되었고[24], 가정간호진료비의 경우 2013년 기준으로 건강보험 전체진료비 중 0.038%에 불과하였다[24]. 가정간호실시기관 간호사를 대상으로 가정전문간호사의 업무량과 직무만족도를 조사한 선행 연구에서, 가정전문간호사 1인당 1일 평균 방문 횟수는 5.56회, 월평균 방문횟수는

Table 1. Comparison on three types of home health care system in Korea

	HHCN	LTC HVN	PHC VN
Laws	Health Care Act(Medical Act)	Long-term Care Insurance Act	Community Health Act
Goals	<ul style="list-style-type: none"> • Substitution for hospitalization • Medical cost containments • Increase the turnover rate of hospital beds • Cost effectiveness 	<ul style="list-style-type: none"> • Health management • Provision of nursing services at home 	<ul style="list-style-type: none"> • Self-care for vulnerable population • Enhance the access to health care services for vulnerable populations
Financial resource	Health insurance	Long-term care insurance	Tax
Payment System (copayment)	Travel fee (100%) + fundamental fee(20%) + fee per service(20%)	Fee per visit (15%)	Free
Clients	<ul style="list-style-type: none"> • Individual patient <ul style="list-style-type: none"> - Early discharge pt. - Chronic disease - Mother and newborn 	<ul style="list-style-type: none"> • Individual patient focus <ul style="list-style-type: none"> - 65 years old and over 	<ul style="list-style-type: none"> • Vulnerable population focus <ul style="list-style-type: none"> - Basic livelihood security recipients - Lower income family - Disabled family
Personnel	Home Care Nurses	R,N or Nurse Aid	R,N
Scope of home visit nursing	<ul style="list-style-type: none"> • Basic nursing service • Nursing treatment • Various tests and sampling • Education and consultation etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Basic health management • Education and counseling • Physical training • Referral and examination 	<ul style="list-style-type: none"> • Chronic disease management and case management • Counseling • Prevention and health education • Community resources utilization and connection

108.84회, 관리환자 수는 45.66명, 휴일을 제외한 근무일수는 평균 19.63일, 일평균 업무시간은 8.95 ±0.95시간이었다[25].

결론

우리나라 가정방문간호는 보건소 방문건강관리사업, 노인장기요양제도에서의 방문간호, 의료기관 중심의 가정간호 등 각 사업마다 사업의 취지와 목적, 대상, 법적 근거, 인력, 사업수행기관 등에서 서로 상이하지만, 방문간호서비스를 이용한 대상자의 건강 결과나 의료비 측면에서는 비용 편익비가 상당히 높다. 또한 방문간호의 중요성에 대한 인식이 높아지는 것도 장점이라고 할 수 있다. 그러나 각 사업마다 문

제점과 개선할 점이 있는데, 보건소 방문건강관리사업의 경우 전담인력이 비정규직이거나 계약직으로 정규직 공무원과 달리 신분이 불안정하고 서비스의 지속성을 유지하기가 어려운 점을 꼽을 수 있다. 장기요양보험에서 방문간호는 서비스 제공인력을 간호사 또는 간호조무사가 제공할 수 있는 것으로 되어 있어 방문간호서비스 제공인력의 자격기준을 좀 더 강화할 필요가 있고, 방문간호수가체계를 개선할 필요가 있다. 의료기관 병원 중심가정간호사업의 경우 가정간호서비스 제공기관이 많지 않다는 점과 실제 가정전문간호사에 의한 방문간호서비스이용은 활발하지 않다는 점 등을 들 수 있다. 우리나라에서 가정방문간호에 대한 요구와 필요는 점점 증가할 것으로 사료된다. 특히 커뮤니티 케어의 도입은 방문간호의 필요를

더 높일 것으로 예상된다. 질 높은 가정방문간호 서비스가 제공될 수 있도록 공공형 통합방문간호센터의 설립과 임금과 근무여건을 합리적으로 개선하여 가정방문간호가 활성화될 수 있는 토대를 마련할 필요가 있다. 또한 사업유형마다 서비스 제공 인력의 기준이 서로 상이한 점 역시 개선되어야 할 점이다. 각 사업의 대상과 서비스 범위 등을 고려하여 가정방문간호인력의 훈련과 자격기준 등을 강화할 필요가 있고, 상이한 방식으로 수가기준이 정해져 있는 방문간호수가체계를 개선할 필요가 있다. 각 사업인력이 안정적인 근무 여건에서 책임감을 갖고 일할 수 있는 환경을 마련해주어야 하며, 대상자에게 포괄적이고 지속적인 방문건강관리서비스를 제공해 줄 수 있도록 해야 한다.

요 약

본 연구에서는 우리나라 보건소 방문건강관리사업과 노인장기요양보험의 방문간호, 의료기관의 가정간호사업 등 가정방문간호사업 현황을 살펴보고, 향후 발전과정을 모색하고자 수행되었다. 본 연구를 위하여 각 가정방문간호사업의 관련 법령, 통계자료, 지침과 안내서, 연구논문과 학술대회 자료집 등을 검색하여 관련 문헌을 고찰하였다. 연구결과 보건소 방문건강관리사업은 지역보건법에 근거하여 주로 취약계층을 대상으로 간호사에게 의해 비용부담 없이 제공되고 있으며, 2017년 12월을 기준으로 1,261,208명 등록 관리되는 것으로 나타났다. 보건소 방문건강관리사업 등록 대상자는 흡연율, 걷기 실천율, 혈압조절율, 혈당조절률 등이 향상되는 것으로 나타나, 건강행위와 질병관리 측면에서 긍정적인 효과가 있고, 비용-편익이 있다고 보고되었다. 노인장기요양보험에서의 방문간호는 노인장기요양보험법에 근거하여 간호사 또는 간호조무사에 의해 재가장기요양기관에서 방문간호를 제공하고 있으며, 시간당 정해진 수가에 따라 비용을 받고 있는데, 2017년에 전체 요양급여비의 0.2%만이 방문간호로 이용하는 것으로 나타났다. 재가장기요양보험 방문간호 이

용자는 비이용자에 비해 의료비도 더 적게 쓰고, 입원일도 적다고 보고되었다. 의료기관 가정간호는 의료법에 근거하여 2명 이상의 가정간호사(가정전문간호사)를 고용한 의료기관에서 의사의 처방 하에 가정간호서비스를 제공하는데, 2017년 460명의 가정간호사가 가정간호서비스를 제공하고, 전체 의료비의 0.038%가 가정간호비용으로 지불된 것으로 나타났다. 우리나라 가정방문간호 유형은 관련법이나 인력, 사업 대상이 다르지만, 서비스 이용자의 건강관리에 효과가 있고, 비용-편익이 상당히 높은 것으로 나타났다. 우리나라 가정방문간호를 발전과 활성화를 위해 세 개 유형의 가정방문간호 서비스가 통합적으로 제공될 수 있는 방안을 모색하고, 근로 조건의 개선, 가정방문간호서비스 제공인력기준이나 방문간호수가체계의 개선과 같은 법령의 개정 등을 고려할 필요가 있다고 본다.

REFERENCES

1. Kim CM, Lee HJ, Choi JM, Hyun HJ, Jeon GS, Park EO et al.. Community public health nursing. Paju, Soomoonsa, 2017, pp.1-1004 (Korean)
2. Statistics Korea. Population projections for Korea(2015~2065). [cited 2016 Dec 8]. Available from: <http://www.kostat.go.kr/portal/eng/pressReleases/8/8/index.board?bmode=read&aSeq=359108>
3. Lee MJ. The change of family structure and policy of aged care for older people. *Monthly Welfare Trend* 2017;219:20-28 (Korean)
4. Jung KH, Oh YH, Kang EN, Kim JH, Sun UD, Oh MA, Lee YG, Hwang NH, Kim GR, Oh SH, Park BM, Sin HG, Lee GR. The Survey on the actual conditions of older persons in Korea in 2014. Osong, Korea Institute for Health and Social Affairs, 2014, pp.1-727 (Korean)
5. OECD. Pensions at a glance 2015: OECD and G20 Indicators [Internet] 2015 [updated 2015

- Dec]. Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/pensions-at-a-glance-2015_pension_glance-2015-en
6. Jung KH, Oh YH, Lee YG, Oh IM, Kang EN, Kim GR, Hwang NH, Kim SJ, Lee SH, Lee SG, Hong SI. The Survey on the actual conditions of older persons in Korea in 2017. Osong, Korea Institute for Health and Social Affairs, 2017, pp.1-885 (Korean)
 7. Health Insurance Review and Assessment Services and National Health Insurance Services. Annual statistics of health insurance. Wonju, National Health Insurance Services, 2017 (Korean)
 8. Lee GA, Yang SJ, Woo EH. Past, present, and future of home visiting healthcare services based on public health centers in Korea. *Journal of Korean Public Health Nursing* 2018;32(1):5-18 (Korean)
 9. Ministry of Health and Welfare and Korea Health Promotion Institute. Guide for the community integrated health promotion program : Home visiting health care in 2018. Seoul, Korea Health Promotion Institute, 2018, pp.1-151 (Korean)
 10. Ministry of Health and Welfare. The statistics on visiting health care program of public health center in 2018. Internal Material. Sejong, Ministry of Health and Welfare-Korea Foundation of Health Promotion, 2018 (Korean)
 11. Park EO, Kim JS. The impact of a nurse-led home visitation program on hypertension self management among older community dwelling Koreans. *Public Health Nursing* 2016; 33(1):42-52 (Korean)
 12. Park EO. 2012 Yearbook of home visiting health care. Sejong, Ministry of Health and Welfare-Korea Foundation for Health Promotion-Jeju National University, 2013, 1-300 (Korean)
 13. Kim JH, Lee TJ, Lee JH, Sin SJ, Lee EH. A cost benefit analysis of individual home visiting health care. *J Korean Acad Community Health Nurs* 2010;21(3): 362-373 (Korean)
 14. Ko Y, Lee IS. Cost-benefit analysis of home visiting care for vulnerable populations with hypertension. *J Korean Acad Community Health Nurs* 2011;22(4):438-450 (Korean)
 15. Introduction of long-term care insurance policy [Internet]. Korea: Long-term Care Insurance Corporation. [cited 2018 September 9]. Available from: <http://longtermcare.or.kr/portal/site/>.
 16. Korea Government, Long-term care act 2018 [cited 2018 September 21].
 17. National Health Insurance Service. Long-term care insurance statistical yearbook 2017. Wonju, National Health Insurance Service, 2018, pp.1-683
 18. Kwak CY. Regional comparison of home visiting care service satisfaction among elder beneficiaries of the long-term care insurance. *J Korean Acad Community Health Nurs*, 2016;27(2):114-123 (Korean)
 19. Lee SJ, Kwak CY. Effects of visiting nursing services in long-term Care insurance on utilization of health care. *J Korean Acad Community Health Nurs*, 2016;27(3):272-283 (Korean)
 20. Ministry of Health and Welfare. Workbook for home care nursing in medical institutions. 2010. Seoul, Ministry of Health and Welfare, 2010, pp.1-180
 21. Korea Government. Medical law. 2018 [cited 2018 September 22].
 22. Health Insurance Review and Assessment Services. Briefing of proposed adjustments to be medical fee associate selection medical fee. Wonju, Health Insurance Review and Assessment Services, 2014 (Korean)
 23. Song CR, Lee MK, Hwang MS, Yoon YM. The current state of hospital based home care services in Korea: Analysis of data on insurance claims for home care from 2007 to 2012. *J Korean Acad Soc*

- Home Care Nurs* 2014;21(2):127-138 (Korean)
24. Yoon YM. The strategy for the integrated linkage of visiting health care of public health center and visiting nursing in long-term care services in the perspective of hospital-based home visit nursing. *Conference proceeding in Annual Conference of Home Visiting Nursing Academic Society* 2017. Seoul. (Korean)
25. Yim MY, Hwang WJ. Workload and job satisfaction of home health care nurses in Korea. *J Korean Acad Home Care Nurs* 2017;24(1):5-13 (Korean).