

# 장기요양제도와 가정간호 · 방문간호

유호신(고려대학교 간호대학 교수)

## I. 도입 배경

□ 우리나라 보건복지정책 방향은 공급자중심에서 수요자중심으로 전환 됨. 1994년 의료보장개혁을 위한 의료보장개혁위원회의 활동을 시작으로, 1998년 11월 “21세기 보건의료발전 종합계획”, 1999년 12월 “새 천년 보건복지 2010”, 그리고 2003년 4월 참여복지 실현을 위한 적극적인 탈 빈곤 정책, 급속한 저 출산-고령화 추세에 대한 대응, 공공보건의료 확충 등 수요자중심의 보건의료체계로 전환하여 치료중심에서 건강증진, 예방, 치료, 요양 및 재활 중심의 선진국형 보건의료환경으로 전환시켜 감.

□ 인구노령화가 지속되어 노인인구(65세 이상) 비율이 2003년에 8.3%, 2010년에 10.7%, 2020년에 14.9%, 2030년에는 23.1%에 이를 전망 임. 인구의 고령화시대를 맞아 국민의 노인 보건복지에 대한 욕구 증가와 사회 환경적 변화와 사회적 이슈, 건강위해요인의 증가, 뇌혈관 질환 · 암 · 고혈압 · 당뇨병 · 치매 등 만성퇴행성질환 비중의 증가, 그리고 정부의 복지정책 등이 맞물리면서 노인보건복지의 구체적 실천전략이 요구 됨.

□ 맞벌이 부부 증가, 노인인구와 핵가족화로 인한 노인가구의 증가, 가족 구조와 가족 가치관의 변화, 주5일 근무제로 인한 웰빙 개념의 확산, 전통적 Care Giver의 감소, 요양보호기간의 장기화됨에 따라 가정 내에서 장기적으로 요양을 실시하는 것이 점차 그 내용면에서 어려워지고 있고, 가정 내에서 요양보호자의 방치 혹은 노인 부양부담 문제가 대두되면서 가정내 개별 가족의 노인요양보호가 사회 문제 국가적 문제로 대두 됨.

□ 급여기간 연장, 급여범위 확대, 노인인구 및 수진율 급증 등으로 국민건강보험 재정은 지출이 수입을 상회하면서 1996년 이후 점차 균형을 잃어 감. 뿐만 아니라 2000년 7월 시행된 의약분업을 전·후한 네 차례의 수가인상과 급격한 외래의료이용 증가로 인하여 2001년 이후 건강보험재정 적자문제가 발생 됨. 특히 2001년 이후 건강보험재정에서 노인진료비가 차지하는 비중은 급격히 상승하여 2003년 현재 전체 진료비의 1/4 수준을 점함.

□ 선진사회 어느 국가나 고령사회로 접어들면 노인문제가 국가정책의 최우선 과제로 대두되는 데, 특히 아직 고령화 사회의 단계에 있는 우리나라는, 전술한 바와 같이 그 어느 국가보다도 고령화의 속도가 가장 빠르고 정부의 건강보험재정문제와 복지정책이 맞물리면서 그 어느 선진 외국의 사례보다 앞서 시행된다는 점에 주목할 필요가 있음.

□ 정부의 노인보건복지정책은 대통령의 주요 공약사항으로 ‘공적노인요양보장추진기획단’ 이 구성 (2003. 3. 17)되어 공적노인요양보장제도 실행 모형을 개발하여 재원조달방안 및 관리운영체계, 대상자 평가, 판정기준, 급여 및 요양수가체계, 시설 및 인력양성 등에 대한 정책방안이 제시 됨(최종보고 2004. 2. 18).

□ 노인보건의료의 수요에 기본이 되는 노인 인구가 차지하고 있는 구성비나 절대 노인인구 수 자체가 일본의 1960년대 수준에 머물고 있다는 점과 아직도 노인보건법 조차 제정되지 못한 우리의 실정에서 노인보건정책 수준은 이제 초기단계라고 판단 됨. 이러한 배경과 1978년부터 종합적이면서 구체적인 비전과 계획을 수립하며 노인보건복지정책과 제도를 발전시켜 온 일본의 경험에 비추어, 요양서비스 제도를 정착시키고 확대 발전시켜가는 데 요구되는 간호의 역할이 무엇인지에 대하여 논의하고 대비하는 준비와 노력이 그 어느 때 보다도 절실 함.

□ 특히 장기요양보험제도가 담고 있는 주요 골자를 살펴보면, 일본의 여러 학자들이 지적한 바와 같이 공적노인요양보험제도가 성공하기 위한 필수적인 전제가 가정간호를 포함한 요양 시설과 인력 인프라인 점에 비추어 볼 때, 정책변화에 순응할 수 있는 사업 모델과 전문 인력 등에 대한 철저한 사전 준비만이 본 제도가 성공적으로 정착될 수 있을 것임. 따라서 정부의 정책이 보다 용이하게 진행될 수 있는 효율적인 요양 간호정책 대안 제시가 매우 긴급함.

□ 오늘 우리는 특히 일본의 노인보건의료문제를 해결하기 위한 여러 가지 정책의 도입 배경과 그간의 경과과정, 다양한 요양 간호사업 모델, 서비스 내용 및 제공 현황들을 살펴 보면서 우리가 부딪히게 될 난관들을 예측해 보고 이를 극복하기 위한 사전 준비 사항 등에 대하여 상호 비교 검토하면서, 2007년부터 시행을 목표로 준비하고 있는 요양서비스제도가 성공적으로 제공될 수 있는 정책적 함의를 도출하고자 함.

## II. 현황 및 문제점

### 1. 수요적 측면

#### 1) 노인인구

□ 현재 한국의 노인인구 수는 약 400만 명 수준으로 인구수로만 보면 일본의 1960년 수준이었던 530만 명보다 더 적은 규모 임. 일본의 경우는 2020년에 인구 4명 중 1명이 노인이고 한국은 그 10년 뒤인 2030년에 인구 약 4명중 1명이 노인으로 전망 됨. 또한 80세 이상 고령인구의 비율은 14.1%에서 23.5%로 늘어날 전망 임(통계청, 2003).

□ UN의 기준에 의하면, 전체 인구 중 65세 이상 노인인구 7%~14%는 고령화 사회로, 14% 이상부터 고령사회로 분류 함. 우리나라의 경우는 2020년에 15.1%로 추계되므로 2018년 이후에 나 해당 되겠으나, 우리나라의 고령사회 진입 속도는 세계적으로 가장 빠른 수준을 보이고 있어 향후 보건·의료, 복지 등의 문제가 가시화될 것으로 전망 됨. 즉, 우리나라 고령사회 진입 소요 연수는, 일본이 24년, 미국 71년, 그리고 프랑스가 115년에 걸쳐 진입한 것을 19년 정도 소요될 것으로 전망 함.

〈표 1〉 65세 이상 인구수 및 구성비

(단위: %, 천명, 배)

년 도	한 국		일 본		비 고
	구성비 (%)	인구수 (천명)	구성비 (%)	인구수 (천명)	일본/한국 (배)
1960	2.9	727	5.7	5,350	7.4
1970	3.1	991	7.1	7,331	7.4
1980	3.8	1,456	9.1	10,647	7.3
1990	5.1	2,195	12.1	14,895	6.8
2000	7.2	3,395	17.0	21,699	6.4
2003	8.3	3,969	19.0	24,311	6.1
2010	10.7	5,302	21.3	27,746	5.2
2020	15.1	7,667	25.5	32,738	4.3
2030	23.1	11,604			

자료원: 통계청. <http://www.nsb.go.kr>. 후생노동성. <http://mhlw.go.jp>

〈표 2〉 65세 이상 인구의 국제간 비교(2000~2020)

(단위: %)

국 가	2000	2020	증가율
한 국	7.2	15.1	225.8
일 본	17.1	26.2	53.7
캐 나 다	12.8	18.2	42.9
뉴질랜드	11.6	15.6	33.7
미 국	12.5	16.6	32.8
독 일	16.4	21.6	31.9
영 국	16.0	19.8	23.6

자료: 권순원(2002), 일본의 노인의료비 현황과 대책, 노인의료비 특집.

□ 전국 노인생활실태조사 결과, 가족구조의 변화로 노인가구는 전체의 20.9%이며, 노인 가구중 독거노인가구가 20.1%, 노인부부 가구가 21.6%로 전체노인가구의 41.7%를 점하고 있으며(한국보건사회연구원, 1998), 노인들만이 사는 가구는 지속적으로 증가되고 있음(보건 복지부 공청회 자료, 2002)

## 2) 요양보호대상자

□ 현재까지 보고된 노인요양보호대상은 2003년 현재 65세 이상 노인(3,969천명)의 14.8%인 약 59만 명, 2010년에 79만 명, 2020년에는 114만 명으로 추계 함. 이 추계치는 주로 시설 요양대상자로 추계한 치매와 장애인 등 ADL의 수준을 근거로 2001년 전국 표본조사 결과 치를 근거로 함(표3 참조). 그러나 2002년도 장기요양제도 도입을 위한 공청회(한국보건사회연구원, 2002)에서는 (그림 1)과 같이 장기요양보호 노인추계를 2003년 현재 65세 이상 노인(3,969천 명)의 20.9%인 약 83만 명에서 2020년에는 159만 명까지 증가될 것으로 전망 함.

□ 노인질환은 고유한 질병, 의료이용 행태와 양, 이에 따른 의료비 등의 측면에서 다른 특성과 다른 관리 방법을 갖는 특성이 있음. 즉, 노인의료서비스는 주로 만성퇴행성 질환이며, 이러한 질환은 단기간의 치료로 상태가 호전되지 않으며 점진적으로 악화되는 경향을 나타냄. 뿐만 아니라 장기간 관리 해 주어야 하고 동일한 서비스를 반복적으로 제공해야 하는 특성을 갖고 있음.

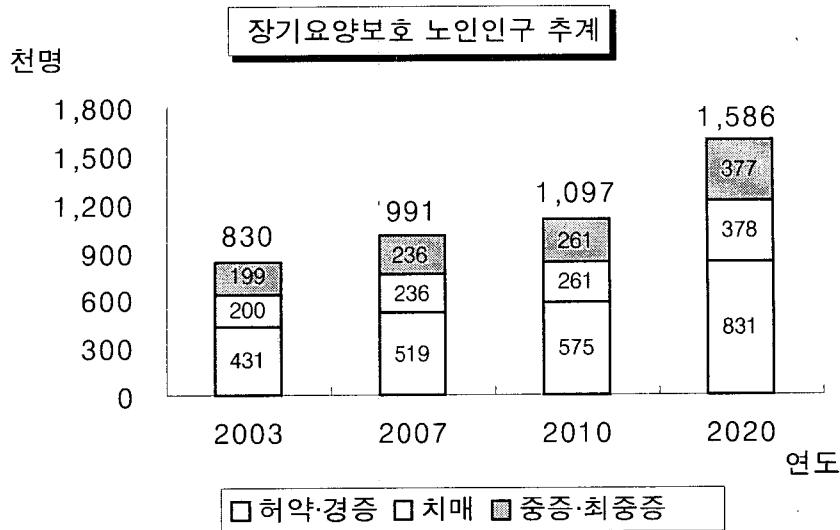
〈표 3〉 65세 이상 요양보호대상자 추계

(단위 : 천명)

년 도	시 설			재 가					전 체
	최중중	중 중	합 계	최중중	중 중	경 중	(경중) 치매	합 계	총 계
2003년	22,573	55,265	77,837	22,504	102,797	197,656	195,672	518,629	596,466
2007년	26,781	65,566	92,347	27,171	124,113	238,642	236,242	626,171	718,518
2010년	29,388	71,950	101,338	30,062	137,322	264,040	261,389	692,812	794,150
2020년	41,480	101,554	143,033	43,472	198,575	381,817	377,983	1,001,847	1,144,880

주 : 치매환자이면서 최중중 및 중중 장애노인은 최중중 및 중중대상자에 포함

자료 : 한국보건사회연구원(2001년) 추정, (공적노인요양제도 결과보고 자료 재인용)



※ 자료: 장기요양보장제도 도입을 위한 공청회 자료 재인용, 2003.

□ 노인 건강상태별로 파악한 요양보호노인의 경우는 약 86.7% 노인이 각종 노인성 만성질환자로서 주요 질병(관절염, 요통좌골통, 고혈압, 소화성 궤양, 백내장)과 특수질환(중풍, 뇌혈관질환, 4.4%, 148천명, 치매 8.3%, 280천명)을 갖고 있고, ADL과 IADL에 제한이 있는 장기요양보호 필요대상자는 65세 이상 전체노인의 20.9%인 788천명으로 추정(2002년 현재) 함(정경희, 2001).

**65세 이상 노인의 기능장애 정도**

독립생활 가능노인 (57.5%)	독립생활 불가능 노인(42.5%)		
	IADL만 제한노인 (30.8%)	ADL 제한노인(11.8%)	
		ADL일부 제한(10.5%)	ADL 모두제한 (1.3%)

주: 1) N=5,058 2) ADL: Activities of Daily Living

3) IADL: Instrumental Activities of Daily Living

자료: 정경희 외, 장기요양보호대상 노인의 수발실태 및 복지욕구, 2001

정경배, 고령화시대의 사회정책 장기발전방안 세미나자료 재인용(2002.5.)

□ 2000년도 '노인장기요양보호정책기획단' 보고서에 의하면, 옷 갈아입기, 식사하기, 화장실이용하기 등 기본적인 일상생활동작에서 의존적인 신체장애노인이 약 39만3천명(전체 재가노인의 11.6%)으로 추정 함. 또한, 외출하기, 일상생활용품사기 등에서 의존적인 허약노인이 약 24만2천 명(전체 재가노인의 7.3%)으로 추정 함. 이 중에서 가족 수발자가 없는 장애 독거노인이 약 7만 명, 그리고 허약 독거노인이 1만3천 명으로 추정 함. 참고로 경증노인은 IADL에 제한 있는 허약노인, 중증노인은 일부 ADL에 제한 있는 장애인, 최종중노인: 모든 IADL에 제한 있는 장애인으로 구분 함(보건복지부 노인장기요양보호정책기획단, 노인장기요양보호의 종합대책 수립방안 연구, 2000. 12).

□ 한편, 2003년도 국민 기초생활보호대상자는 135만 명에서 140만 명으로 현재 전 국민의 약 3.2 %를 차지하고 있고, 노인의 약 10.1%가 해당 됨. 전국 추정 장애인 수는 총 145만 명으로 이중 지역사회 재가 장애인이 96.5% 수준인 140만 명이고 시설 장애인은 약 3.5%에 해당되는 51,298명 임. 장애유형별로는 지체장애가 가장 많은 약 60만 명 정도로 추정하고, 뇌졸중 등 뇌병변장애인이 22만 명으로 전체 장애인중 2위로 보고 함(한국보건사회연구원, 2001).

□ 이상, 각 자료마다 추계 대상 수요에 차이를 보이고 있는 것은 장기요양대상자의 추계 기준을 달리하거나 추계 범위 혹은 기능별 분류에 차이가 있기 때문 임. 그간 장기요양보장제도 도입 필요성이 대두되면서 65세 이상 요양보호대상자 수요를 추계함에 있어 중·장기적으로 대상자 특성별 실제적인 수요 파악을 전국 규모의 체계적인 수요 조사는 이루어지지 못한 실정 임. 다만 대략적으로 장기요양보장제도에서의 대상자가 거동 불편한 65세 이상 노인 인구 층이라는 개념 하에 치매노인과 장애인 그리고 ADL 수준에 따른 전국 유병율 조사 결과에 근거하고 있어 관리대상 수요 추계에 대한 근본적인 문제가 노정 됨.

□ 한편, 장기요양보호대상 노인을 대상으로 실시한 인지도와 이용률 및 장래 이용희망 의사를 확인한 결과, 가정간호나 방문간호를 이용한 경험이 있었던 대상자는 극히 적어 2.4%에 불과하였으나, 방문간호와 가정간호에 대한 인지도는 33% 수준이었으며, 방문간호나 가정간호를 원하는 이용자의 장래 희망율은 거의 과반수를 차지한 것으로 보고되어 소비자의 이용요구가 인지도에 비해 매우 높음을 알 수 있음.

〈표 4〉 장기요양보호대상 노인의 노인복지서비스에 대한 인지도 및 이용경험 (단위: %)

서비스 종류	인지율	이용경험률	장래 이용희망률
가정봉사서비스(간병)	39.4	1.7	32.3
식사배달서비스	31.9	1.5	30.5
<b>방문·가정간호서비스</b>	<b>33.0</b>	<b>2.4</b>	<b>48.0</b>
주간보호서비스	19.8	0.7	33.7
단기보호서비스	13.4	0.3	28.8

자료: 정경희 외, 『장기요양보호대상 노인의 수발실태 및 복지욕구』, 2001

□ 결론적으로, 장기요양대상 노인의 수요추계는 연령구조별, 질환특성별, 경제수준별, 도시 농촌 지역별, 가족 수발자 유무별 등 사업 실행이 가시화되면 매우 다양한 현실적 여건과 문제에 직면하게 될 것임. 따라서 대상자 특성별 구체적이고 정확한 수요 추계 하에 현 실정에 적합한 공급 인프라 구축 방안이 동시에 마련되어야 할 것임.

## 2. 공급적 측면

### 1) 노인의료비

□ 선진국은 1/3에서 1/2에 이르는 국민의료비를 65세 이상 노인들이 사용하고 있음. 일본의 65세 이상 노인의료비는 1997년 기준으로 전체 의료비의 약 47%로 가장 높은 비율을 점하고 있음. 우리나라의 경우도 노인의료비의 비중이 1995년 이후 매년 27.9% (전체의료비 증가율은 20.3%) 정도가 증가되어 1990년엔 22,391억원 (10.8%)→ 1995년에는 7,281억원 (12.2%)→ 2001년에는 3.1조원(17.7%)→ 2002년에는 3.6조원 (19.3%)→ 2007년엔 4.1조원 (23.4%)→ 2010년(30.1%)→ 2020년에는 8.3조원(47.9%)으로 급증될 것을 예측 함(국민건강보험관리공단, 2003)

□ 노인요양보장제도는 치매·중풍 등 요양보호대상 노인에게 제공되는 보건·의료·복지 서비스 비용의 사회화를 포함하고 있어 기존 건강보험에서 지출됐던 상당 부분의 의료비를 담당하게 될 것으로 예측 됨. 따라서 급여내용은 대상자를 신체적·정신적 상태에 따라 6개



등급으로 구분하고 등급에 따라 시설입원요양·재가 방문·낮병원 등으로 차별화해 서비스를 제공하는 방안이 논의되고 있음.

□ 향후 노인의료비는 진료와 요양 서비스의 구분에 따라 건강보험재정과 노인요양보험재정 간 상호 연계와 분리의 원칙을 수립해야 하고 동시에 잠재수요를 감안한 가정간호와 방문간호 내용의 다양화와 전문화 등 비용절감 형 간호사업 모델과 제도화 방안 마련이 선행되어야 함.

## 2) 시설 간호

□ 요양보호대상 노인의 증가에 따라 요양보호 비용도 급격히 증가될 것으로 예상하는 바, 중증 이상의 치매환자를 관리한다는 기준 하에 2003년엔 2조1,607억원에서 2007년엔 2조5,944억원, 2020년에는 4조 1,095억원에 이를 것으로 추정 함. 기존의 일부 시설을 노인 등 요양환자관리를 위한 진료시설로 전환시키기 위하여 2002년부터 재정지원 등을 실시하고 있음(보건복지부, 2003).

□ 현재 전국의 노인의료복지시설은 무료시설 266개소, 무료 전문요양시설 68개소, 실비시설 24개소 그리고 유료시설 67개소 중에서 전문요양시설은 13개소에 불과 함. 현재 간호사가 운영하고 있는 시설은 요양시설이 대부분이며, 요양시설과 전문요양시설 간에 구분이 모호하고 유료의 경우 개인의 비용 부담이 매우 커서 활성화 되지 못하고 있는 실정 임(보건복지부, 2003년 전국 노인복지시설 구분 및 규모 참조).

□ 노인의료복지시설에는 노인요양시설, 실비노인요양시설, 유료노인요양시설, 노인전문요양시설, 유료노인전문요양시설, 및 노인전문병원 등이 있으며 입소 대상자들의 특성을 살펴보면 간호 인력의 관리가 필수적임을 알 수 있음. 즉, 재가노인복지시설의 주간보호시설, 실비주간보호시설, 단기보호시설의 입소 대상자 특성은 심신이 허약하거나 장애가 있는 자로서 낮 동안이나 단기간 동안 보호가 필요한 대상자라는 점, 그리고 그룹홈 등도 간호서비스가 필수적인 요소임을 지적하고 있음.

〈표 5〉 노인복지시설의 구분

종류	시 설	설 치 목 적	입 소 대 상 자	설 치
노인 주거 복지 시설	양로시설	노인을 입소시켜 무료 또는 저렴한 요금으로 급식 기타 일상생활에 필요한 편의 제공	생활보장대상노인 또는 생활보장대상노인이 아닌 65세 이상의 자중 그 부양의무자로부터 적절한 부양을 받지 못하는 자로서 일상생활에 지장이 없는 자	시장·군수·구청장에 신고
	실비양로시설	노인을 입소시켜 저렴한 요금으로 급식 기타 일상생활에 필요한 편의를 제공	본인 및 그 배우자와 부양의무자의 월소득을 합산한 금액을 가구원수로 나누어 얻은 1인당 월평균 소득액이 통계청장이 고시하는 전년도 도시근로자가구 월평균 소득을 전년도의 평균 가구원수로 나누어 얻은 1인당 월평균 소득액이하인 자(이하 "실비보호대상자"라 한다)로서 일상생활에 지장이 없는 65세 이상의 자	"
	유료양로시설	노인을 입소시켜 급식 기타 일상생활에 필요한 편의를 제공하고 이에 소요되는 일체의 비용을 입소한 자로부터 수납하여 운영	일상생활에 지장이 없는 60세 이상의 자	"
	실비노인복지주택	보건복지부장관이 정하는 일정소득이하의 노인에게 저렴한 비용으로 분양 또는 임대 등을 통하여 주거의 편의·생활지도·상담 및 안전관리 등 일상생활에 필요한 편의를 제공	실비보호대상자로서 단독취사 등 독립된 주거생활을 하는 데 지장이 없는 65세 이상의 자	"
	유료노인복지주택	노인에게 유료로 분양 또는 임대 등을 통하여 주거의 편의·생활지도·상담 및 안전관리 등 일상생활에 필요한 편의를 제공	단독취사 등 독립된 주거생활을 하는데 지장이 없는 60세 이상의 자	"
노인 의료 복지 시설	노인요양시설	노인을 입소시켜 무료 또는 저렴한 요금으로 급식·요양 기타 일상생활에 필요한 편의를 제공	생활보장대상노인 또는 저소득 노인으로서 노인성질환등으로 요양을 필요로 하는 자	
	실비노인요양시설	노인을 입소시켜 저렴한 요금으로 급식·요양 기타 일상생활에 필요한 편의를 제공	실비보호대상자로서 노인성질환등으로 요양을 필요로 하는 65세 이상의 자	
	유료노인요양시설	노인을 입소시켜 급식·요양 기타 일상생활에 필요한 편의를 제공하고 이에 소요되는 일체의 비용을 입소한 자로부터 수납하여 운영	노인성질환등으로 요양을 필요로 하는 60세 이상의 자	
	노인전문요양시설	치매·중풍 등 중증의 질환노인을 입소시켜 무료 또는 저렴한 요금으로 급식·요양 기타 일상생활에 필요한 편의를 제공	생활보장대상노인 또는 저소득 노인으로서 치매·중풍 등 중증 노인성질환으로 요양을 필요로 하는 자	
	유료노인전문요양시설	치매·중풍 등 중증의 질환노인을 입소시켜 급식·요양 기타 일상생활에 필요한 편의를 제공하고 이에 소요되는 일체의 비용을 입소한 자로부터 수납하여 운영	치매·중풍 등 중증 노인성질환으로 요양을 필요로 하는 60세 이상의 자	
	노인전문병원	주로 노인을 대상으로 의료를 행하는 시설 ☐의료법에 의한 의료기관을 개설할 수 있는 자(치과 의사 및 조산사 제외)에 한하여 시·도지사의 허가를 받아 설치	가. 노인성질환으로 치료 및 요양을 필요로 하는 자 나. 임종을 앞둔 환자	

종류	시 설	설 치 목 적	입 소 대 상 자	설 치
노인 여가 복지 시설	노인복지 회관	무료 또는 저렴한 요금으로 노인에 대하여 각종 상담에 응하고, 건강의 증진·교양·오락 기타 노인의 복지증진에 필요한 편의를 제공	60세 이상의 자	시장·군수 ·구청장에 신고
	경로당	지역노인들이 자율적으로 친목도모·취미활동·공동작업장 운영 및 각종 정보교환과 기타 여가활동을 할 수 있도록 하는 장소를 제공	65세 이상의 자	"
	노인교실	노인들에 대하여 사회활동 참여욕구를 충족시키기 위하여 건전한 취미생활·노인건강유지·소득보장 기타 일상생활과 관련한 학습프로그램을 제공	60세 이상의 자	"
	노인 휴양소	노인들에 대하여 심신의 휴양과 관련한 위생 시설·여가시설 기타 편의시설을 단기간 제공	60세 이상의 자 및 그와 동행하는 자. 다만, 이용인원이 정원에 미달하는 때에는 정원의 100분의 30의 범위 안에서 그 외의 자도 이용할 수 있다.	"
재가 노인 복지 시설	가정봉사원 파견시설	신체적·정신적 장애로 일상생활을 영위하기 곤란한 노인이 있는 가정에 가정봉사원을 파견하여 노인의 일상생활에 필요한 각종 편의를 제공	신체적·정신적 장애로 일상생활을 영위하기 곤란한 자로서 가정에서의 보호가 필요한 자	"
	주간보호 시설	부득이한 사유로 가족의 보호를 받을 수 없는 심신이 허약한 노인과 장애인노인을 낮 동안 시설에 입소시켜 필요한 각종 편의를 제공	심신이 허약하거나 장애가 있는 자로서 낮 동안의 보호가 필요한 자	"
	실비주간 보호시설	부득이한 사유로 가족의 보호를 받을 수 없는 심신이 허약한 노인과 장애인노인을 낮 동안 시설에 입소시켜 저렴한 비용으로 필요한 각종 편의를 제공	심신이 허약하거나 장애가 있는 자로서 낮 동안의 보호가 필요한 자	"
	단기보호 시설	부득이한 사유로 가족의 보호를 받을 수 없어 일시적으로 보호가 필요한 심신이 허약한 노인과 장애인노인을 시설에 단기간 입소시켜 보호	심신이 허약하거나 장애가 있는 자로서 단기 간의 보호가 필요한 자	"

<표 6> 2003년 전국 노인의료복지시설

(단위 : 개소, 명)

시·도	65세이상 노인인구 추계 (단위:천명)	무료시설															
		합계					소계					양로			요양		
		시설 수	입소인원		종사자 수	시설 수	입소인원		종사자 수	시설 수	입소인원		종사자 수	시설 수	입소인원		종사자 수
			정원	현원			정원	현원			정원	현원			정원	현원	
합계	3,969	357	27,027	20,439	7,332	266	19,937	16,127	5,889	85	5,724	4,160	921	113	8,572	7,069	2,384
서울	638	25	2,656	2,261	886	19	2,389	2,023	729	6	470	368	84	7	1,140	908	246
경기	646	69	5,574	4,032	1,430	36	2,636	2,146	762	11	627	497	113	17	1,394	1,190	395
경북	355	39	2,144	1,663	623	31	1,815	1,370	611	10	393	315	130	12	650	546	210
기타	2,330																

시·도	65세이상 노인인구 추계 (단위:천명)	무료시설						실비시설									
		전문요양			소계			양로			요양						
		시설 수	입소인원		종사자 수	시설 수	입소인원		종사자 수	시설 수	입소인원		종사자 수	시설 수	입소인원		종사자 수
			정원	현원			정원	현원			정원	현원			정원	현원	
합계	3,969	68	5,641	4,898	2,584	24	1,292	996	296	5	207	156	42	19	1,085	840	254
서울	638	6	779	747	399	1	76	56	19				1	76	56	19	
경기	646	8	615	459	254	5	254	235	74	1	24	24	7	4	230	211	67
경북	355	9	576	509	271	3	150	118	26	2	100	93	19	1	50	25	7
기타																	

시·도	65세이상 노인인구 추계 (단위:천명)	유료시설																			
		소계			양로			요양			전문요양			복지주택							
		시설 수	입소인원		종사자 수	시설 수	입소인원		종사자 수	시설 수	입소인원		종사자 수	시설 수	입소인원		종사자 수	시설 수	입소인원		종사자 수
			정원	현원			정원	현원			정원	현원			정원	현원			정원	현원	
합계	3,969	67	5,798	3,316	1,147	29	2,326	1,571	360	19	683	448	345	13	871	499	313	6	1,918	798	129
서울	638	5	191	182	138	1	29	24	19	3	67	63	52	1	95	95	67				
경기	646	28	2,684	1,651	594	12	1,466	1,025	218	7	269	200	159	8	441	196	137	1	508	230	80
경북	355	5	179	125	29	3	129	78	18					1	10	8	6	1	40	39	5
기타																					

〈표 7〉 2003년 전국 재가노인복지시설

(단위 : 개소, 명)

시·도	65세이상 노인인구 추계 (단위:천명)	합 계				가정봉사원파견시설						
		시설 수	이용인원		종사자 수	시설 수	이용인원		종사자수	가정봉사원수		
			정원	현원			정원	현원		계	유급	무급
합 계	3,969	505	23,234	23,070	2,095	228	18,785	18,133	812	10,526	764	9,774
서울	638	112	3,941	2,914	459	31	2,480	1,608	76	1,724	59	1,665
경기	646	48	2,246	2,173	211	18	1,741	1,472	65	840	67	773
경북	355	23	917	828	114	8	670	607	33	545	56	489
기타												

시·도	65세이상 노인인구 추계 (단위:천명)	주간보호시설				실비주간보호시설				단기보호시설			
		시설 수	이용인원		종사자 수	시설 수	이용인원		종사자 수	시설 수	이용인원		종사자 수
			정원	현원			정원	현원			정원	현원	
합 계	3,969	178	3,117	3,274	790	33	490	438	146	66	842	1,225	347
서울	638	60	1,111	1,017	255					21	350	289	128
경기	646	15	289	423	67	8	122	99	35	7	94	179	44
경북	355	10	178	187	58	1	20	8	4	4	49	26	19
기타													

### 3) 재가 간호 (가정간호와 방문간호)

#### 3-1) 가정간호

□ 가정간호사 자격의 법적 근거는, 의료법 시행규칙 제 54조(의료법 개정, 1990. 1)에 업무 분야별 간호사에 가정간호 분야의 전문간호사가 신설 됨. 2003년 11월 의료법 시행령을 개정 하여 가정(전문)간호사를 10종의 전문간호사에 포함시킴. 2003년 11월 고시이전에는 1년 과정의 600시간 이수요건이었으나 고시 이후부터 33학점 이상의 가정간호전문교육기관에서 과정이수 후 전문간호사 국가고시제도를 통해 보건복지부장관의 자격 취득으로 요건이 강화 됨(보건복지부 고시, 2003.11)

□ 가정간호사업에 대한 법적 근거는, 의료법 제 30조에 의거 의료기관 외에서 행할 수 있는 의료행위의 범위에 가정간호 포함하며(의료법, 2000.1), 의료법 시행규칙 제 22조를 신설하여 가정간호대상자, 업무의 범위, 담당인력 등 가정간호사업의 세부사항을 명시함. 이에 따라 현재의 법적 근거는 의료기관에 소속된 가정간호사업만이 허용되고 지역사회중심 가정간호사업에 대한 제도는 배제 됨.

□ 의료기관 가정간호사업은 보건복지부가 한국보건사회연구원에 의뢰하여 2차례에 걸친 시범사업을 통해 시행되었음. 1차 시범사업(1994.9 ~ 1996.12)은 3차 진료기관 4개소 (연세 의대 세브란스병원, 강동 성심병원, 원주기독병원, 영남대 의료원)를 중심으로 실시되었고, 2차 시범사업(1997.5 ~ 2000.12)은 시·도 지사를 통해 신청한 전국 병원급 이상 의료기관 전국 37개 병원급 이상의 의료기관으로 확대 됨.

□ 1차 시범사업 평가결과, 의료비 절감효과와 병상 회전을 및 이용환자의 편의 제고 효과는 높은 것으로 평가되었으나, 사업시행기관이 매우 적었고, 시범사업 기간도 짧아서 사업을 전국으로 확산하기 위해서는 시범사업의 연장이 필요하다고 결정 함. 이후 2차 시범사업평가에서는 국민의 의료수요 충족과 이용환자의 만족도 제고라는 성과를 입증함으로써 가정간호사업의 제도화에 크게 기여하였으며, 가정간호사업의 확대를 위한 구체사항을 제시 함(보건복지부, 가정간호지침).

□ 현재 가정간호사업소가 설치된 의료기관과 활동가정간호사 수를 파악한 결과(2004년 4월 현재, 가정간호사회 자료 제공), 병원급 이상은 98개소에 총 236명이 활동하여 사업소당 2.4명이 근무하고 있고(2명 ~ 16명 범위), 공공기관으로는 지방공사의료원 7개소 각 2명씩 총 14명과 보건의료원 1개소 2명 등 총 8개소 16명, 의원급에서는 4개소 총 10명, 한의원 1개소 3명, 그리고 현재 대도시 방문보건 시범보건의소 14군데 총 41명 등 총 125개 사업소에서 306명이 활동 중에 있음.

<표 8> 가정간호사업 기관별 활동 가정간호사 수

(2004년 4월 현재)

사업기관	기관수	활동 가정간호사 수	비 고
병원급 이상	98	236	
지방공사의료원	7	14	
의 원	4	10	
한의원	1	3	
보건의료원	1	2	
보건소* (시범사업 참여)	14	41	현재 일용직 신분으로 시범사업에 참여 중 임
총 계	125 (111) 개소	306명 (265명)	(시범사업제외 할 경우)

자료: 가정간호사회 내부자료 (2004년 4월 말 현재)

\* 242개 전국보건소중에서 현재 14개 대도시 보건소에서 가정간호사를 채용하여 시범사업 실시 중.

□ 의료기관 가정간호사업 목표는 재가 환자관리에 중점을 두는 입원대체서비스로서 기능과 역할을 담당 함. 구체적인 목표는 다음과 같음. 첫째, 환자에 대한 가정간호서비스를 통해 치료 및 간호의 연속성 유지 둘째, 환자 및 그 가족의 편의 및 만족도를 제고하여 질병으로 인한 부담 경감 셋째, 환자 및 그 가족에 대한 상담과 교육·훈련을 통하여 건강관리능력 향상 넷째, 환자의 건강회복을 저해하는 요인의 발견 및 중재로 효과적인 건강관리 도모 다섯째, 인적·물적 보건의료자원의 효율적인 활용으로 의료기관의 생산성 제고 여섯째, 환자 의료비 부담의 경감 및 국민의료비 절감 등 임.

□ 의료기관 가정간호사업 대상자는 의료기관에서 입원진료 후 조기 퇴원한 환자와 과거 입원 경력이 있고, 재입원이 요구되는 외래 및 응급실 환자 중 다음에 해당되는 자로서 진료담당 의사 또는 한의사가 가정에서 지속적인 치료와 관리가 필요하다고 인정한 경우 즉, 수술 후 조기퇴원환자, 만성질환자(고혈압·당뇨·암 등), 만성폐쇄성호흡기질환자, 산모 및 신생아, 뇌혈관질환자, 기타 진료담당의사 및 한의사가 필요하다고 인정하는 환자 등 임.

□ 의료기관 가정간호사업소 이용환자의 평균 방문건수는 2.7회(의원급 3.0회, 종합병원 2.7회)이며, 연령별 이용건수는 30~39세는 1.8일, 70~79세는 3.0일. 총 요양일수(가정간호

방문일+투약일수)가 30일 이내가 대부분이었고(91.3%), 90일을 초과한 장기 환자는 0.1%에 불과 함. 질병특성은 말기 암환자(24.9%)가 가장 많았고 뇌혈관질환(17.1%), 제왕절개(11.0%), 초기·진행성 암(8.3%) 등이었음.

□ 반면, 제도권내로 수용되지 못한 채 시범사업으로 종료 된 서울시 가정간호사업소 이용 환자의 특성은, 뇌혈관질환환자(42.0%), 고혈압(11.3%), 근골격계질환(9.5%), 욕창 및 피부질환 (9.3%) 등으로 병원 가정간호사업소의 이용환자 특성과 차이가 있었음. 그리고 지역사회중심 가정간호서비스 내용은 약물요법(6.7%), 기본간호서비스(6.1%), 특수처치 및 기구사용법(5.9%), 체위변경(4.6%)과 체위변경에 대한 훈련(4.7%) 등이었고, 가정간호 이용환자의 등록 시 환자상태는 classification II가 59.2%, classification III가 34.6%이었음. 가정간호 서비스 종결결과는 회복된 상태나 유지 상태가 전체의 29.4%와 사망으로 종결된 경우도 48.9%이었음(유호신외, 2000).

□ 지역사회중심 가정간호사업 제도화 노력을 위한 실천은 6개시를 중심으로 추진되어 왔는데, 1993년 7월에 서울시에서 가장 먼저 가정간호 시범사업센타를 운영했고, 이후 광주시, 대구시, 대전시, 춘천시, 강원도, 인천시 간호사회 등으로 확대되어 지역사회 재가 환자관리를 위한 가정간호 시범사업을 시행한 바 있었음. 가정간호 시범사업센타의 사업성과는 1993년 54명의 환자에게 857회의 가정간호서비스를 제공한 것을 시작으로 1998년도에는 359명의 환자에게 3,435회 가정간호서비스가 제공되었음(서울시 간호사회 사업보고서 1993 ~ 1994, 1997, 1998, 1999). 이는 해마다 양적인 측면에서 실적의 증가 이외에도 눈에 보이지 않는 대민 서비스 차원의 질적인 성과가 상당히 높았던 것으로 보고 함(임난영 외, 1997; 서울시, 1999). 특히 1995년도부터는 서울시의 지원으로 법정 대상자나 의료보호 대상자 등 보건의료이용의 사각지대에 놓여 있는 의료이용 접근도가 낮은 주민들에게 가정간호서비스를 제공함에 따라 환자들의 삶의 질 향상에 크게 기여한 것으로 평가 함(문희자, 1999).

□ 그러나 지역사회중심의 가정간호사업이 법적 근거를 마련하지 못한 채 대부분의 시범사업이 종료되었고, 현재는 서울시와 대전시에서 시보조금을 지원하여 서울대와 연세대 간호대학 내에 가정간호사업소와 시소속 가정간호사업소를 두고 지역사회중심 가정간호 시범사업



을 운영하고 있음. 지역사회중심의 가정간호이용대상자는 주로 상태유지나 호스피스를 목적으로 한 이용과 뇌혈관질환이나 고혈압, 근골격계 및 욕창 환자들이 많았던 점(유호신 외, 2000)등 장기적 관리가 요구되는 재가 환자들의 이용이 많았다는 점에 비추어 지역사회중심의 가정간호사업 개발과 제도화는 장기요양보장제도의 도입을 앞두고 있는 현 시점에서 가장 시급한 과제라고 판단 됨.

### 3-2) 방문간호(보건소 방문보건사업)

□ 우리나라의 방문간호는 지역보건법 제9조 제 11항에 “가정, 사회복지시설 등을 방문하여 행하는 보건의료사업”에 근거하고 있으며, 보건소에 소속된 방문간호사가 가정을 방문하여 가족단위로 건강문제를 확인하여 정상발달가족과 소외되거나 자가 관리(self-care) 능력이 없는 취약가족을 대상으로 지역사회보건사업을 수행하기 위한 지역보건의료사업의 접근 방법 임.

□ 초창기 보건소 방문보건사업은 1962년 결핵관리사업, 가족계획사업, 모자보건사업 등 전염병예방사업과 가족계획사업을 중심으로 읍·면사무소에까지 보건요원들을 배치하여 전국을 대상으로 활발한 사업을 전개하였음. 이 후 통합된 가족중심의 포괄적인 보건사업의 필요성이 대두되면서 1985년 통합보건사업이 전개됨. 통합보건사업은 일부 지역을 중심으로 활발히 전개되었으나 전국으로 확산되지 못하다가 1995년 지역보건법의 개정과 건강증진법의 제정으로 지역진단을 기반으로 한 지역보건의료사업의 기본 수단으로서 재가 방문서비스의 필요성과 중요성이 다시 대두 됨.

□ 정부는 1997년 경제위기를 맞아 고학력 여성실업대책의 일환으로 실업 간호 인력을 전국 245개 보건소에 공공근로 방문간호 인력으로 투입하여 공공근로 방문간호사업을 운영함으로써 방문간호사업의 활성화를 시도한 바 있었음. 그러나 한시적으로 실시된 정책사업은 본 사업으로 정착되지 못한 채 종결되었음. 이를 계기로 전국 보건소에 약 6,000여명(1, 2 단계: 각 1,750명, 3, 4 단계: 각 1,250명)의 실업 간호 인력을 투입하여 그 동안 방치되었던 방문간호 대상가족의 발굴과 취약가족을 중심으로 가족건강사정을 실시한 바 있음(보건복지부, 2000).

□ 이를 계기로 가족건강사정을 위한 가족건강기록부가 완성됨에 따라 지역사회 가족건강 기록 자료에 대한 Database 구축과 방문보건사업 운영지침(보건복지부, 2002년)이 전국 보건소에 시달된 상태 임. 이로서 2002년 이후부터는 보건소별로 방문보건전산화시스템을 구축하여 지역별로 가족단위의 건강관리체계를 구축하여 취약가족을 대상으로 보건사업을 펼칠 수 있는 기반을 조성하였음. 그러나 당시 공공근로사업에 참여했던 방문간호 인력들은 임시직의 신분으로서 공공근로사업이 종결됨에 따라 본 사업으로 연결되지 못한 채 정규직인력 인프라로 연결되지 못한 채 다시 제자리로 돌아 감.

□ 정부는 평생국민건강관리체계의 구축과 공공보건의료 기능의 강화, 그리고 수요자중심 보건의료공급 구조의 확대 방침에 따라 공공보건의료사업 부분의 선택과 집중 방침을 수립하여 방문보건사업의 확대 방안을 모색하고 있음. 이의 일환으로 2003년부터 2004년까지 2년을 기간으로 대도시를 중심으로 방문보건시범사업을 실시하여 향후 주민의 수요와 요구에 기초한 방문간호 인력의 확대와 방문보건사업의 구체적인 운영방침을 마련 중에 있음.

□ 이러한 배경 하에서 진행 중에 있는 대도시 방문보건 시범사업에서는, 만성질환을 가진 저소득 노인, 장애인, 정신질환자 등 거동이 불편하고 외상 상태인 대상자를 직접 가정을 방문하여 투약, 처치 등의 간호서비스를 제공할 것과 지역 내 건강위험요인을 가진 대상자의 발견과 관리, 건강증진 및 질병예방 도모, 지역사회자원 개발 및 연계서비스로 보건복지통합 서비스를 제공할 것을 주요 사업내용으로 제시 함. 이에 보건소의 하부조직(지소, 진료소)이 없고 담당 인력이 부족한 대도시 74개 보건소 중 14개 보건소를 선정하여 사업비를 우선 지원하고 사업수행결과를 평가하여 점진적으로 확대 적용한다는 기본 계획과 향후 사업 추진 방향도 함께 제시 함(한국산업진흥원, 보건복지부, 2003).

□ 현재 지역보건법을 근거로 하고 있는 방문간호는 용어도 방문보건으로 사용하고 있고, 방문간호사의 자격은 가정간호사와 같이 별도의 자격이 있는 것이 아니라 간호사면허증과 보건간호사자격증을 소지한 간호사로서 보건기관에 근무한 경력이 1년 이상인 자를 원칙으로 하고 있음. 현재 보건소 방문간호 인력의 평균 연령은 약 40세 정도이고 총 경력은 10년 정도를 상회하고 있으나, 방문간호에 종사한 경력은 평균 30개월로서 2년 반 정도에 불과하고,

1년 미만 경력의 방문간호 인력도 1/3 정도에 달 함. 조사 당시 방문보건사업 부서에서 근무 중인 보건간호사의 전문간호사 자격 소지 현황은 가정(전문)간호사 14.0%, 정신보건(전문)간호사 8.9%, 사회복지사 3.4%, 보건교사 3.2%, 조산사 2.8% 등의 수준이었음(박은숙 외, 2001, 유호신외 등 2003). 이와 같은 실정은 보건소의 방문보건사업 부서에 배치되어 방문간호사로서 활동하게 되는 방문간호사는 업무의 전문성과 특수성이 고려된 방문간호 전담 혹은 전문 인력이 아니라 보건소 내 여러 사업부서간에 보건간호사로서 인사이동에 의해 단기간 배치되는 인력이라는 점에서 가정간호서비스 제공이 용이하지 못한 구조적인 제약점을 지니고 있음.

□ 공공보건기관에 방문보건업무를 담당하고 있는 방문간호인력 현황을 살펴보면, 주 1회 이상 가정방문 활동을 수행하고 있는 방문간호 인력 조사 결과, 기관 당 평균 2.5명이었고 방문간호 인력이 1명만 있는 보건소는 전국의 28.6%, 2명인 보건소는 25.4%로 절반 정도의 보건소는 1~2명의 간호 인력만이 가정방문을 실시하고 있는 것으로 보고 됨(서울대학교 간호대학, 2001). 보건소당 관할대상 인구규모가 가장 큰 서울시 25개 보건소의 경우, 일 보건소 당 평균 5명 내지 7명 정도의 방문간호 인력이 배치되어(총 175명) 있음. 각 보건소 당 관할주민 규모가 평균 45만 명 내외의 수준임을 감안할 때 현 수준의 방문간호 인력으로는 기초생활 보호대상자의 절반 수준도 관리하지 못하고 있는 실정임을 지적 함(유호신 외, 2003).

〈표 9〉 전국 보건기관별 활동 방문간호사 및 전체 보건간호인력

보건기관	기관 수*	전체 보건간호인력		비고
		방문간호사**	보건간호사*	
보건소	242	884 + (201)	2,797	(201)명은 임시직 임 2,797명에는 방문간호사 884명이 포함된 수 임
보건지소	1,267	-	419	
보건진료소	1,892	-	1,892	
총 계	3,406	884 + (201)	5,108	

자료원: \* 보건기관수 및 총 보건간호사 수는 2001년도 보건복지부 통계 (보건복지부 홈페이지) 자료 임.

\*\* 방문간호사 수는 와 2004년 4월 23일자 16개 시도 보건간호사회를 통한 전화 확인자료 임.

□ 현재 전국 242개 보건소에서 방문보건사업을 담당하고 있는 방문간호 인력 규모는 정규직 간호사 약 884명(임시직 201명) 수준으로 보건소 내에 근무하고 있는 전체 간호인력(2001년; 2,797명)의 약 30% 수준으로 추정 됨. 단 보건복지부 내부자료(2004)에 의하면, 보건소의 방문간호사 884명과 보건지소에 소속된 간호사 419명과 보건진료원 1,892명 등을 합하여 약 2,874명을 방문간호 인력으로 취합하고 있음. 그러나 엄밀한 의미에서 보건지소와 보건진료소에 근무하는 간호 인력은 방문간호업무만 전담하는 것이 아니므로 실제 전국 보건소에서 활동하고 있는 방문간호 인력은 약 884명 정도 내외로 봄이 타당 함. 특히 보건소 방문간호 인력은 방문간호사로서 지속적인 업무를 수행하는 방문간호 전담인력이 아니라 보건소 내 근무하는 보건간호 인력으로서 부서 간 인사이동으로 인해 배치되는 인력 임.

□ 전국 대부분의 보건소가 대도시의 경우는 4~5명, 시·군 단위 보건소는 1~2명의 보건간호사가 방문보건업무를 담당하고 있음. 현재까지 대부분의 보건소가 사실상 최저 수준의 보건간호사를 방문보건사업부서에 배치하여 명목상으로만 하나의 사업으로 유지시켜왔으며 방문간호서비스를 담당하는 부서 또한 보건소마다 상이한 조직을 갖고 운영되고 있음. 법적 근거 또한 방문보건사업이며 현장에서는 방문보건사업 용어를 사용 함.

□ 보건소 방문보건사업 대상 가구특성은 독거노인 가구와 장애인 가구가 48.5%로 약 절반 정도를 차지하고 있었고, 나머지 51.5%는 만성질환 및 고 위험 등 질환가구 임. 그리고 대상 가구의 경제적 특성은 78.5%에 해당되는 대부분의 관리대상자가 기초생활보호대상자이고 틈새계층 가구가 11.3 %, 그리고 일반 가구도 10.1% 정도로 보고 됨. 한편 방문보건대상자의 주요 질환 특성은 고혈압(13.7%), 당뇨(13.4%), 뇌졸중(13.4%), 관절염 (13.2%), 및 치매환자를 포함한 정신질환(12.2%) 등의 순으로 보고 됨(유호신 외, 2003).

□ 이상의 문헌고찰과 방문보건사업부서에 근무하는 보건간호실무자들이 지적한 보건소 방문보건사업의 문제점을 요약 정리하면, 방문간호 인력의 부족, 방문보건사업 부서에 방문보건사업이 아닌 타 업무의 부과, 복지서비스와의 네트워킹 부족, 사회복지사와 정보 교환 부족, 방문간호 전산프로그램의 비효율적 운영, 보건소 내 지도자의 방문간호사업 인식 부족, 방문간호서비스와 방문보건업무의 지속성과 일관성 결여, 방문간호사의 열악한 근무여건,

방문간호에 대한 주민의 인식 부족, 건강증진업무와 모호한 업무 구분, 방문간호사업 예산 부족, 그리고 짧은 경력으로 인한 방문간호사 자신의 능력과 자질 부족 등을 들었음.

□ 우리나라의 방문간호는 일본의 방문간호와 는 인력과 사업의 법적 근거가 다르고 특히 사업내용면에 있어서 많은 차이가 있음. 일본의 방문간호는 운영 주체가 다양하고 재원 소스가 다양하며 서비스는 주로 재가 환자를 관리하는 가정간호서비스라는 관점에 비추어 볼 때, 우리의 경우는 지역보건법(1995)에 근거한 보건소 중심의 방문보건사업과 의료법(2000)에 근거한 병원중심의 가정간호사업은 업무내용과 특성 그리고 전문분야와 자격 요건 등에 대한 전면적인 검토가 필요 함.

□ 현재 공적요양보험제도에서 계획하고 있는 재가 환자관리를 위한 간호서비스를 제공하기 위해서는, 우선 기존 방문보건사업과 의료기관 가정간호사업에 대한 포괄적이고 정확한 이해가 필요하고, 선진 제외국의 다양한 가정간호사업 유형들을 검토하여 우리의 실정에 적합한 다양한 사업유형과 관리운영 운영방안 등에 대한 제도적 정비와 전문 인력 활용과 확보 방안 등 인프라 구축 마련이 시급 함.

### 3-3) 대도시 방문보건 시범사업 개요

□ 전술한 바와 같이, 정부는 의료이용 취약계층의 이용 접근성을 높이고 저소득 지역주민의 건강관리를 목적으로 방문보건사업의 기능과 역할을 강화하기 위한 정책 방침에 따라 14개 대도시 보건소를 대상으로 2003년부터 2004년까지 2년 기간동안 시범사업을 실시한 후 전국 확대를 준비하고 있음(보건복지부, 한국보건산업진흥원, 2003).

□ 정부의 국민건강증진종합대책 발표(2002. 4.)와 참여정부의 공약(2003. 3.) 등을 통해 만성질환자에 대한 방문보건사업을 위한 대도시 방문보건사업 지원 방안이 시달됨에 따라, 국비(50%)와 시비(50%)를 포함하여 특별시엔 1억 5천만원(4개소), 광역시 1억 4천만원(10개소) 등 총 20억원을 방문보건 시범사업비로 지원 함.

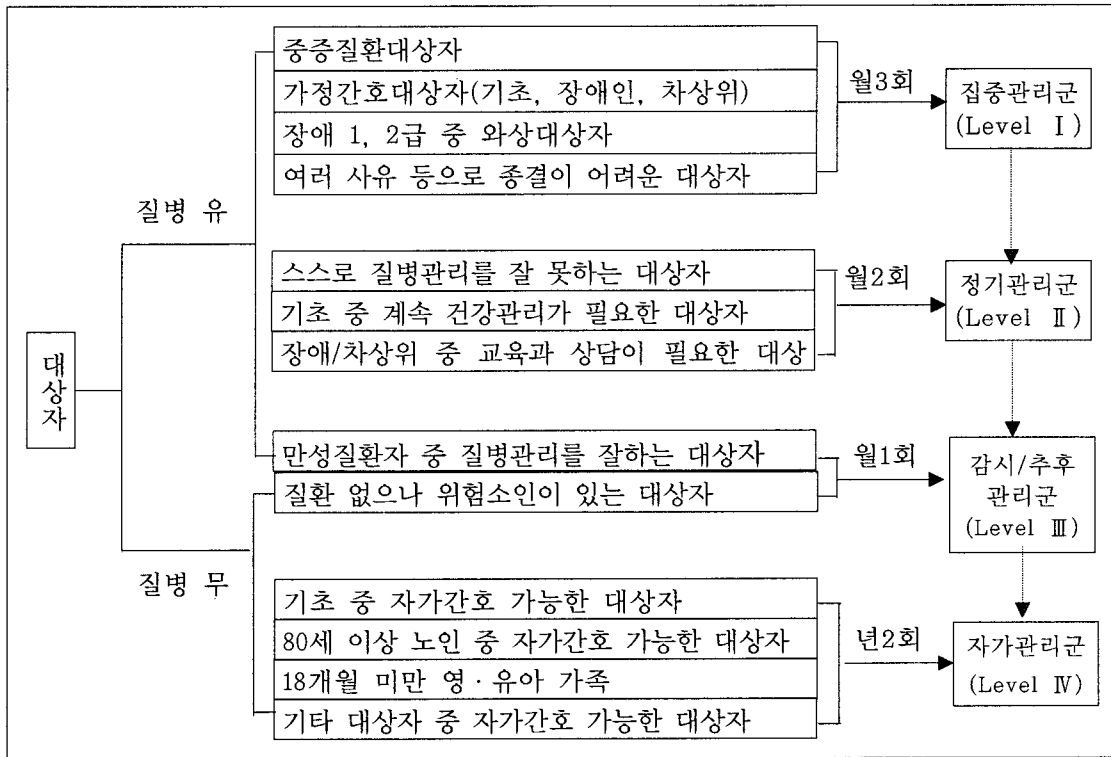
□ 본 사업비는 대부분 사업수행 인력지원으로 최소한 4~5명 이상을 신규채용으로 하되

가정전문간호사를 신규인력의 50%이상으로 확보하고 전체 사업비의 50% 이상을 인건비로 지출하도록 규정함으로써 14개 시범사업에 참여한 보건소는 총 61명의 임시 직 신규 참여인력 중에 가정전문간호사 41명 채용 함.

□ 본 시범사업의 목적은 현재의 방문보건사업 활성화이며, 구체적으로는 방문보건사업의 필요성을 검토하고, 체계적인 사업 모니터링과 평가를 실시하여 대도시 보건소 방문보건사업의 수행 체계를 보다 효율적으로 개선하여 향후 방문보건사업 확대에 대비한 준비 단계 임. 현재 시범사업에 참여하고 있는 14개 보건소의 방문보건사업 조직은 지역보건과, 보건지도과, 보건과, 의약과 등 다양하게 소속되어 운영되고 있고 이중 13개 보건소에서 약 12평 규모로 독립된 방문보건실을 확보하여 운영 중에 있으나 효과적인 방문보건사업 운영규모는 평균 22.3평 정도가 적정한 것으로 보고 됨.

□ 방문보건사업 대상(보건복지부, 2003)은 방문간호서비스의 난이도를 대변해 줄 수 있는 방문빈도에 근거하여 집중 관리군, 정기적 관리군, 추후 및 감시 관리군 및 자가 관리군 등 4개 군으로 분류하여 관리하도록 가이드하고 있음. 이중 집중 관리군 (제1군)은 평균 주 1회 정도의 서비스난이도가 요구되는 가정간호대상자 임. 2003년도 시범사업 기간동안 가정간호대상자로 판단되는 제1군의 총 방문건수는 726회로 전체 대상자의 방문건수 30,931의 10.6% 수준에 불과 함(한국보건산업진흥원, 2003).

## 대상자 선정 및 군 분류 기준



자료원: 2003 대도시 방문보건사업평가보고서, 고려대학교 간호대학, 서울성북구보건소.

□ 보건복지부의 대상군 분류 방침에 따라 시범사업에 참여한 가정간호사들이 지역주민을 대상으로 표준화 군분류 작업을 실시하였음. 실제 주민에게 적용한 기준을 토대로 서울시 25개 보건소 방문간호사업에 관여하고 있는 실무자들과의 토대로 개발한 군분류 기준은 그림과 같았음.

□ 일례로, 5명의 가정간호사가 5개동을 전담 관리한 성북구 보건소 방문보건시범사업(2003)의 경우, 방문보건대상 스크리닝 조사율, 및 등록 관리율은 (표 10)에 제시된 바와 같. 그리고 시범사업 기간동안에 (4월부터 11월)중 방문보건서비스 제공 실적을 월별과 대상자 분류군별 파악한 결과는 (표 11)과 같았음. 성북구 보건소의 경우에서도 가정간호대상자로 분류할 수 있는 집중 관리군의 경우 전체 관리가구의 13.4%에 불과 함.

□ 참고로, (표 10)에서 볼 수 있는 바와 같이, 일개 구의 지역 사례를 통해 구체적으로

동단위에 기초생활보호대상자 규모나 차상위 계층 혹은 기타 취약 가구 규모 등 취약 계층 수요 규모가 어느 정도이며 방문간호 인력의 적정 방문가구 규모 등에 대한 사전정보를 확인할 수 있음.

〈표 10〉 방문보건대상 스크리닝 조사율, 등록 관리율

구 분 (가구수)	전 체 (가구수)	스크리닝 조사 가구	스크리닝 조사율 (%)	방문보건 등록관리자수	방문보건 등록관리율(%)
5 개 동	40,402	2,588	4.49	1,588	3.93
기초생활수급대상	770	770	100.0	697	90.5
차상위계층	156	392	251.2	392	251.2
뇌병변장애인	231	231	100.0	73	31.6
18 개월 미만의 영·유아	537	537	100.0	184	34.3
80세이상 노인	1,041	658	63.2	242	23.2

〈표 11〉 월별 방문간호대상자 분류군별 방문 실적

군 월	1 군		2 군		3 군		4 군		군 변환	퇴 록	전화 방문
	가구	횟수	가구	횟수	가구	횟수	가구	횟수			
4월	34	8	40	11	88	62	227	138	1		95
5월	37	7	52	19	138	95	385	227	0		13
6월	46	27	57	28	196	125	546	214	1	1	6
7월	52	31	60	30	240	183	786	352	7	6	4
8월	63	48	83	58	272	137	861	211	17	15	129
9월	98	145	95	55	299	76	910	194	53	18	95
10월	112	85	116	63	324	68	980	308	40	15	91
11월	118	61	125	65	332	42	1,013	239	33	29	85

\* 전체 방문 건수: 3,939 건 / \* 가정방문 건수: 3,421 건 / \* 전화방문 건수: 518 건

\* 총 관리 가구 수 : 1,588 가구

□ 따라서 2004년 올해 말경, 대도시 보건소 방문보건 시범사업이 종료된 후 어떠한 형태로든지 보건소 방문보건사업의 확대 방침을 수립하고 있는 현 시점에서 기존 방문보건사업이



갖는 사업 목적과 사업 내용 그리고 장기요양보장제도가 갖는 사업 목적과 사업 내용 등 종합적인 정책 비전과 방향 수립이 매우 중요한 관건 임.

### 3-4) 가정간호와 방문간호

□ 지금까지 각각 살펴 본 의료기관에 소속된 가정간호사업과 보건소에서 실시하고 있는 방문보건사업의 특성과 차이점에 대하여 (표 12)와 같이 정리 할 수 있음.

〈표 12〉 가정간호와 방문간호의 차이

	가정간호 (의료기관 가정간호사업)	방문간호 (보건소 방문보건사업)
관 련 법	○ 의료법 제 30조 ○ 의료법 시행규칙 22조	○ 지역보건법 9조 11항
담당인력 자 격	○ 2003년 11월 전문간호사 고시 이전: 간호사 면허증 소지자로서 가정전문교육기관에서 1년 과정(600시간)을 이수한 후 보건복지부 장관의 자격 ○ 2003년 11월 전문간호사 고시 이후: 간호사 면허증 소지자로서 가정전문간호과정 교육기관에서 33학점 이상의 학점을 이수한 후 국가고시 합격한 후 보건복지부 장관의 자격	○ 간호사 면허증과 보건간호사 자격증을 소지한 간호사로서 보건기관에 근무한 경력이 1년 이상인 보건간호사.
운영주체	○ 병·의원등 의료기관 (민간, 국공립)	○ 보건기관
재 원	○ 국민건강보험	○ 공공보건사업비 (조세)
수가체계	○ 교통비(6,000원)+ 기본방문료(19,000원) + 개별행위료	○ 무 료
대 상 자	○ 개인 환자중심 - 입원후 조기퇴원환자 - 만성질환자(고혈압 당뇨·암 등) - 만성폐쇄성호흡기질환자 - 산모 및 신생아, - 뇌혈관질환자 - 기타 의사 및 한의사 의뢰 환자 등	○ 취약가족 중심 - 기초생활보호대상 - 차상위 가구 및 저소득 가구 - 장애인 가구 - 노인 가구 - 호스피스 및 정신질환 가구 - 만성질환자 가구 등 고위험 가족 등
사업목적	○ 입원대체서비스로 입원치료의 연속성 유지 ○ 환자 및 가족의 편의 제고 ○ 환자의 의료비 부담 경감 ○ 병상회전을 제고 ○ 국민의료비 절감 등	○ 취약가족의 자가관리(self-care)능력 증진 ○ 지역사회진단에 의한 지역보건사업 수행 ○ 의료이용 사각지대 해소 ○ 저동불편 주민의 보건서비스 접근성 제고
주 서비스내용	○ 처치적 간호, 검체, 교육 및 상담 등 가정간호서비스 제공	○ 취약주민의 건강관리 ○ 사례관리자 역할 ○ 상담, 교육, 예방, 건강증진, 및 질병관리 등 포괄적인 보건간호서비스 제공 ○ 지역사회자원의 연계 및 의뢰

〈표 13〉 가정간호와 방문간호의 서비스영역별 주 간호내용

서비스영역	가정간호서비스	방문간호서비스
사정 및 기본간호	신체사정/ 활력증후 측정/ 혈압측정/ 구강간호/ 온·냉찜질/ 체위변경/ 붕대(법)/ 회음부간호/ 등간호/ 섭취량/ 배설량 측정	신체사정/ 활력증후 측정 혈압측정/ 체위변경 어린이 성장발달
검 체	검사물 수집 피내검사/ 혈당검사/ 빈혈검사/ 기타	검사물 수집 소변검사/ 혈당검사/ 빈혈검사
투약 및 투약관리	투약 및 투약관리 근육 주사/ 혈관 주사/ 피하 주사 수액감시/ 항암제(근육)/ 항암제(정맥)	투약 및 투약관리
교육 및 상담	식이요법/ 활동요법/ 약물요법 위험요인 및 증상 특수처리 기구 사용법 부작용 예방법/ 노당 검사법 반정량 혈당 검사법/ 운동법 단순처리법/ 염증성처리법 비강염양법/ 관장법/ 배설훈련교육 회음부간호법	식이요법/ 운동법/ 가족문제 부부갈등/ 가족계획/ 성교육/ 청소년/ 모유수유/ 충치·시력관리/ 유방암 / 자가검진/ 방광훈련/ 안전사고/ 감염관리
홍 보	홍보	홍보
처치 및 환자관리	비위관 교환 및 관리/ 산소요법 상처관리/ 염증상처(흡입배농 및 배액처리) 붕합선 제거/ 방광세척/요도세척 도뇨관 삽입/단순도뇨/간헐적 인공도뇨 위관영양/ 체위배액/ 비강구내 흡인 구강내 흡인/ 기관지절개간호 장루간호/ 인공결장루/ 방광루술 피부간호/ 마사지/ 욕창간호 절개 및 배농/ 배액관 간호 쇄골하정맥 간호/ 거즈 제거 유방 간호/ 유방지지/ 보조기구 사용 기관누공형성술 간호/ 배뇨배변 훈련 글리 세린 관장/ 보유 관장 신생아 관리/ 복막투석환자 간호 산소탱크사용시 간호 흉곽내 배액관 간호	흉부 운동/ 알코올마사지 상처관리/ 배뇨, 배변 관리 개인위생 관리관절 운동 보조기구 사용 통증 관리/ 마비환자 관리 만성질환자 관리 치매환자 관리 정신질환자 관리 산전 관리 산욕부 관리 신생아·영유아 관리 호스피스환자 관리 갱년기장애 관리
운동 및 훈련	호흡운동/ 정상범위운동(ROM)법 배변배뇨훈련/ 체위변경 동통이완요법 보조기구 사용법 정상범위운동(ROM)법	배변배뇨훈련 체위변경 보조기구 사용법
연계 및 의뢰	병의원/ 보건소	보건소 사회복지관 및 사회복지사 가정간호사업소

자료원 : 방문간호는 공공근로 방문간호사업(김의숙 외, 1999)에서, 가정간호는 지역사회중심 가정간호 시범사업 성과평가를 위한 기초연구(유호신외, 2000)에서 발췌함.

#### 4) 장기요양보험제도의 기본체제

##### 가. 노인보건복지 관련 정책 진행과정(일본 대 한국)

일 본		한 국			
1963년	노인복지법 제정	1987년	노인복지법 제정		
1972년	노인복지법 개정으로 노인의료비 무료화				
1982년	노인보건법 제정				
1986년	장수사회복지대강				
1988년	복지비전 수립				
1989년	고령자보건복지 10개년 전략				
1990년	골드플랜(Gold Plan) 실시 (와상노인제로작전/방문간호사 10만명) 사회복지관계8법개정 (인구고령화율 : 14% 넘음)				
1991년	노인방문간호스테이션 제도				
1992년	노인을 위한 건강보험법 개정 방문간호스테이션(VNSS) 제도의 창설				
1994년	장기요양보험제도 기획단 설립 VNSS 서비스 전 연령층으로 확대			2000년	병원중심 가정간호제도(의료법)
1995년	뉴골드플랜(New Gold Plan) 실시			2003년	노인공적요양보장추진기획단 설립
1997년	공적노인요양제도(LTCI) 제정			2007년	공적노인요양제도 시행
2000년	공적노인요양제도 시행			2018년	인구고령화율 14% 넘음

##### 나. 장기요양보장체계 및 서비스 종류(일본 대 한국)

일 본 (시행중)		한 국 (기획단)	
시 설	재 가	시 설	재 가
<ul style="list-style-type: none"> <li>노인 요양시설</li> <li>노인전문 요양시설</li> <li>노인전문 요양병원</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Home help service</li> <li>Home-visit bathing service</li> <li>Home-visit nursing</li> <li>Home-visit rehabilitation</li> <li>Day service (commuting for care)</li> <li>Day care (commuting rehabilitation service)</li> <li>Short stay</li> <li>Medical examination</li> <li>Care at the fee - (charging homes for the elderly)</li> <li>복지용구대여 및 구입지원</li> <li>주택개조지원</li> <li>그룹홈 등</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>노인 요양시설</li> <li>노인전문 요양시설</li> <li>노인전문 요양병원</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>방문 간병, 수발, 일상지원 서비스</li> <li>방문 목욕서비스(차량)</li> <li>방문 간호, 방문 재활</li> <li>주간보호(day care)</li> <li>단기보호(short stay)</li> <li>재가요양관리지도 및 지원</li> <li>복지용구대여 및 구입지원</li> <li>주택개조지원</li> <li>그룹홈 등</li> </ul>

다. 방문간호사업 유형별 현황(일본 대 한국)

일 본				한 국			
사업유형	개설 년도	재 원	사업소 수	사업유형	개설 년도	재 원	사업소 수
방문간호 스테이션 (VNSS)	1992	건강보험 재정* (장기요양보험 재정)	277 (1993) 822 (1995) 2,048 (1997) 3,570 (1999) 4,354 (2000) 5,227 (2002)	지역사회 중심 가정간호 사업소**	법적 근거 없음	-	4 (2004)**
병원소속 방문간호	1983	건강보험 재정	2,731 (1990) 3,347 (1993) 3,416 (1996)	병원중심 가정간호	2000 (1994)	건강보험 재정	4 (1994) 38 (1997) 111 (2004)
시정촌 방문간호	1983	공공 보건사업비	3,300 (전국)	보건소 방문간호		공공 보건사업비	242 (2004)
민간기업 방문간호	1983	본인부담	소수	-	-	-	-
전 체	총 11,070 개소 + 민간			전 체	총 356 개소		

\* 2000년 4월 1일부터 대부분의 소비자는 장기요양보험에서 재정 지원 받음. \*\* 지역사회중심 가정간호 사업소는 간호계에서 사용해 온 용어로 일본의 방문간호스테이션 운영형태와 유사한 모형 임. 6개시(서울, 대전, 인천, 대구 등) 간호사회를 중심으로 1992년부터 시범사업을 실시하였으나 의료기관 가정간호에 대한 의료법이 제정되면서 폐쇄 됨. 현재는 서울대와 연세대 간호대학과 대전시, 강원도 소속으로 가정간호 시범사업을 운영 중에 있음. \*\*\* 보건지소에 근무하는 422명의 간호인력과 1,839명의 보건진료원(보건복지부 내부자료, 2003)을 방문간호인력 통계로 취합하고 있으나 이들의 주 업무는 방문간호가 아님.

□ 요약하면 공적요양보험제도에서 계획하고 있는 재가서비스 내용은 일본의 공적요양보험제도에서 제공되고 있는 서비스 내용이 대부분 그대로 들어 와 있는 것으로 보여 짐. 문제는 일본의 방문간호는 한국의 가정간호와 방문간호 내용을 모두 포함하여 방문간호라는 용어로 통일하여 사용하고 있다는 점에 유념해야 함. 즉, 일본의 방문간호는 운영주체와 재정 및 운영 방법 면에 있어서는 각기 다양하게 운영되고 있으나 서비스의 내용면에 있어서는 가정간호서비스를 제공하여 재가 환자관리를 실시 함.

□ 따라서 우리나라의 공적요양보험제도에서 계획하고 있는 재가 환자관리를 위한 목적을

달성하기 위해서는 현재 법적 근거와 서비스 내용 및 자격 기준 자체가 다른 방문간호와 가정간호가 모두 삽입되어야 하며, 더 나아가 현재 일본의 장기요양보험제도에서 가장 많이 활용하고 있는 방문간호스테이션 즉 지역사회중심 가정간호사업이 제도권내에서 운영되어야 장기요양서비스의 성공을 기대할 수 있음.

### III. 간호정책대안

#### □ 시설·인력의 장기수급 및 확충방안

기본방향 (기획단)	간호정책대안
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 재가보호 우선 원칙 : 재가보호 80%, 시설 20% 수준 유지</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 재가보호 우선 원칙에 따름</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 공공, 민간, 비영리단체 등 공급주체의 다양화를 기하되, 공공시설 중심으로 구축</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 시설은 재정지원 공공시설, 운영주체는 공공, 민간, 비영리법인, 비영리단체 등 다양화 =&gt; 소비자 선택권 보장 서비스의 질 관리와 경쟁력 증대 운영의 효율화</li> <li>○ 새 제도의 첫 시작은 일본의 방문간호스테이션 제도와 같은 민간의 적극 참여 유도</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 노인의 다양한 욕구에 대응, 보건·의료·요양·복지 등 통합서비스 제공 - 공공의료체계를 적극 활용한 재가 및 요양시설 체계 병행 구축</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 케어지식과 기술을 갖춘 전문 인력의 양성, 확충으로 서비스의 전문화</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 노인전문간호사, 가정전문간호사, 케어메니저 등 장기요양서비스 관련 세 분야의 간호전문 인력 양성 및 전문화 추진.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 무료, 실비 등의 경제적 조건이 아닌, 심신의 기능상태에 따른 서비스가 선택 제공될 수 있는 시설의 사회적 통합 지향</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 요양시설과 전문요양시설에서 간호와 복지서비스의 통합 프로그램 다원화 및 다양화.</li> </ul>

□ 시설·인력의 현황 및 문제점

현황 및 문제점 (기획단)	간호 현황 및 문제점
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 치매요양병원, 전문요양시설, 요양시설이 수요에 비해 크게 부족</li> <li>- 치매요양병원 : 45개소(4,512병상), 요양시설 등 : 293개소(20,510병상)</li> <li>※시설요양수요 대비 시설충족률('03년) : 31.5%</li> <li>※전체노인인구 대비 시설 입소율 : 한국 0.6%, 유럽·미국·일본 등 5~6%수준</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 현재 유료 요양시설과 전문요양시설 구분 모호</li> <li>○ 유료, 무료, 실비 등 요양시설과 전문요양시설 등 간호요양시설 매우 부족</li> <li>○ 그룹홈, Day care, Short stay 등 절대 부족</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 가정봉사원파견시설, 주간 및 단기 보호 등 재가보호시설의 절대부족 및 서비스 다양화 미흡</li> <li>- 재가복지시설('03년) : 317개소, 15천여명(충족률 5% 수준)</li> <li>- 재가노인을 위한 방문간호 및 재활, 그룹 홈(group home) 등 미비</li> <li>※전체노인인구 대비 재가보호율 : 한국 0.4%, 유럽·미국·일본 등 15~20%수준</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 현 병원 가정간호사업소 : 111 개소</li> <li>- 활동 가정간호사 수 : 총 265명 (자격취득자는 2004년 1월 현재 4,644명)</li> <li>○ 보건소 방문보건사업소 242개소</li> <li>- 활동 방문간호사 수 : 총 약 884 명(정규직) + 201명(일용직)</li> <li>※ 14개 대도시 방문보건사업소 41명</li> <li>※ 보건지소 422명과 보건진료소 2,874명</li> <li>※ 보건소 방문간호사는 보건간호인력 임.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 장기요양시설간 기능과 역할 설정 불명확</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 기능과 역할 설정 명료화</li> <li>- 요양시설과 전문요양시설</li> <li>- 가정간호와 방문간호</li> <li>- 그룹홈/ Day Care/ Short Stay</li> <li>- 케어메니저 등 간호 인력과 시설에 대한 효율적 간호전달체계 확립 필요</li> </ul> <p>노인전문병원 ↔ 의료기관 가정간호사업소 ↔ 너싱홈 ↔ 지역사회중심 가정간호사업소(방문간호스테이션) ↔ 보건소 방문보건사업부서 ↔ (그룹홈, 단기보호, Day Care)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 시설 및 인력의 전문화, 장기 수급계획에 의한 체계적 확충 미흡 등</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 시설 및 인력의 전문화</li> <li>○ 시설 및 인력의 장기 수급계획 강구</li> </ul>

□ 재가 및 요양시설의 장기수급 및 확충 방안

기본전제 (기획단)	간호정책대안
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 요양보호대상자 중 경증 치매를 제외한 경증 이상의 10.1% 기준</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 요양시설 추계는 중증도에 따라 요양병원 20%, 전문요양시설 40%, 요양시설 40% 수준 분담 원칙</li> <li>※ 유럽, 미국, 일본 등의 재가 : 시설 비율 : 60~70% : 30~40% 수준</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 40%에 해당되는 전문요양시설의 규모를 추계하고 이를 운영할 수 있는 노인전문간호 인력의 양성과 전문요양시설의 운영 노하우</li> <li>○ 40%의 요양시설을 운영할 수 있는 전문간호 인력의 양성과 요양시설 운영 노하우</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 재가서비스는 방문간호, 통원재활 등 추가</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 재가 간호서비스는 가정전문간호사와 재활전문간호사의 양성과 전문서비스 질 관리</li> </ul>

□ 재가서비스 시설 장기수요

재가 보호(기획단)					간호정책대안(재가 간호 시설)				
년 도	수발도우미 파견 시설	방문간호 시 설	주간보호 시 설	단기보호 시 설	년 도	병 원	보건소	지역*	전 체
2007	4,845	1,204	4,482	1,887	2004	111	245	0	370
2010	5,360	1,332	4,958	2,088	2005	150	245	245	640
2020	7,751	1,926	7,170	3,019	2006	175	245	500	920
					2007	200	245	750	1,204

주: \* 지역은 현재 없는 제도로 지역사회중심 가정간호사업소를 의미 함.

□ 시설보호 시설 장기수요

시설보호					간호정책대안(시설보호)				
년 도	요양시설 (A형)	요양시설 (B형)	요양병원	합 계	년 도	요양시설 (A형)	요양시설 (B형)	요양병원	합 계
2007	578	578	289	1,445	2004	?	?	?	?
2010	629	629	315	1,573	2005				
2020	868	868	434	2,169	2006				
					2007	578	578	289	1,445

주: 시설보호는 요양A형, 요양B형, 요양병원의 비율을 4:4:2로 배분

※ 다만, 일본의 고령화율을 고려한 추정은 9.4% 수준임.

□ 장기요양보호 시설 확충방안

확충방안	간호정책대안
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ '노인의료복지시설확충 10개년 계획' 에 의거 2011년 요양수요의 완전 충족을 목표로 연차적으로 확충 (공공 70% 목표)</li> <li>- 지역간 균형적 설치를 위해 시군구 시설확충 10개년 계획 필요</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 지역간 수요에 근거한 공급 계획 철저</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 기존 공공보건의료체계에 병설형태로 다양하게 설치하여 서비스 제공의 효율성 및 공공성을 제고</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 기존 공공보건의료체계에 병설형태 혹은</li> <li>○ 기존 민간병원급 이상 병설형태 적극 활용하여 서비스 효율성 및 공공성 극대화 =&gt; 일본방식 (시설지원은 공공 운영은 민간위탁)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 기존 시설(양로시설, 타 시설 등)의 요양시설로의 전환, 중소병원의 요양병원으로의 기능 전환 적극 지원</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 고령화에 따른 심신의 기능상태의 지속적인 저하를 고려, 요양시설의 기능 통합 등 요양병원과 요양시설간 기능 재정</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 그룹홈(group home) 등 소규모 시설의 활성화를 위한 제도적 방안 적극 강구</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 가정간호사 혹은 노인전문간호사가 운영하는 그룹홈 활성화</li> </ul>

□ 요양보호 전문 인력양성·제도화

기본방향	간호정책대안
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 서비스의 질 보장, 효과성 제고를 위해 보건·의료·복지의 팀 접근법(team approach) 중시</li> <li>○ 전문인력의 조기확보, 비용효과 등을 고려, 신규인력의 양성과 함께 기존 전문인력의 최대 활용</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 동단위 방문간호사와 사회복지사 협력체계</li> <li>○ 케어매니저는 방문간호사가 담당</li> <li>○ 노인전문간호사는 가정간호사 자격도 포함</li> <li>○ 간호유휴 인력 활용: 최소 5만 명 이상으로 추정 - 현재까지 19만명의 간호사 배출(* 현재 활동간호사 수와 이민자 수 및 취업의사가 없다고 판단되는 경우를 제외함)</li> <li>○ 공공근로방문간호사업 경험(취업희망자의 30%만 해당되고 나머지 60%는 제외되었음)</li> </ul>



□ 요양보호 전문 인력 양성·제도화

요양보호 핵심 전문인력	간호 현황 및 과제
<ul style="list-style-type: none"> <li>노인전문간호사 : 시설간호, 방문간호, 투약·응급서비스, 가족 등 요양보호 지도 교육</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>노인전문간호사:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2004년도부터 석사과정으로 제도화.</li> <li>- 2006년에 최대 65명 배출 가능.</li> </ul> </li> <li>노인전문간호 인력이 충원되기 까지 한시적 자격 부여 방안 모색이 필요 함.                             <ul style="list-style-type: none"> <li>=&gt; 노인전문병원, 종합의료원, 노인전문요양시설의 일정기간 이상 근무 경력자, 가정간호 경력자 등에게 자격 부여 방안 모색.</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>케어매니저(신규, 가칭) : 요양보호 욕구사정, 케어플랜, 서비스 조정 등</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>케어매니저:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 단기적 방안: 보건소, 보건지소 및 보건진료원 등 시군구 보건소를 거점으로 보건간호사에게 일정기간 재교육 실시 후 케어매니저 역할 담당.</li> <li>- 장기적 방안: 보건소내 전담인력으로 케어매니저 단계적 충원:                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>(※ 전문성 발휘/ 단기간 내 충원 가능/ 농어촌지역 배치 문제 해결)</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>간병전문인력(홈헬퍼 : 신규, 간호조무사) : 간병·가사 및 개인생활지원서비스 (목욕, 식사보조, 개인위생, 배변보조, 이동보조, 옷입기 등)</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>그 외 노인병전문의, 사회복지사, 물리치료사, 작업치료사, 언어치료사 등</li> </ul>	-

□ 핵심 신규인력의 장기수급 추계

년 도	노인전문간호사 수요 추계				년 도	노인전문간호사 공급(안)			
	계	요양 시설수요	재가 시설수요	방문간호 수요		계	요양 시설수요	재가 시설수요	방문간호 수요
2007	14,316	4,335	6,369	3,612	2004	-	300*		
2010	15,761	4,719	7,046	3,996	2005	-			
2020	22,474	6,507	10,189	5,778	2006	65명**			
					2007	14,316	4,335	6,369	3,612

※ 요양병원의 전문간호사 수요는 미포함. \* 현재 활동간호사 수 임. \*\* 2006년에 최대 65명 배출 가능.

- 장기수요 : '07년 14,316명 → '10년 15,761명 → '20년 22,474명

- 추계근거 : 요양시설당 3인, 재가시설당 1인, 방문간호시설당 3인 적용

□ 노인전문간호사 수급 방안

양성 방안	현황 및 과제
<ul style="list-style-type: none"> <li>노인전문간호사는 '03년 제도화되어, 요양병원·전문요양시설 등에서 연수 등을 거쳐 '06년부터 본격 배출</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>현재 개설허가 정원은 석사과정 (33학점 이상) 전국 7개 간호교육기관, 총 65명 정원에 불과함 -&gt; 2006년 최대 65명 배출 가능</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>방문간호는 기존의 가정간호사와 노인전문간호사가 담당</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>가정간호자격취득자 수: 4,671명 (2004년 1월) (*가정간호취득자의 대부분이 현재 취업상태 임)</li> </ul>

□ 케어매니저(요양관리사, 가칭) 수요 추계

년 도	수요 추계			년 도	간호정책대안*		
	케어매니저 수요	재가 케어매니저	시설 케어매니저		케어매니저 수요	재가 케어매니저	시설 케어매니저
2007	10,112	8,556	1,556	2004	2,874**		
2010	11,160	9,466	1,694	2005			
2020	16,024	13,688	2,336	2006			
				2007	5,056*	4,278	778

- 장기수요 : '07년 10,112명 → '10년 11,160명 → '20년 16,024명

- 추계근거 : 케어매니저 1인당 - 시설 대상자 65.0명, 재가 대상자 45.3명 적용(일본 개호보험 기준적용)

\* 총 필요 케어매니저의 50 % 수준을 간호사가 담당할 경우로 가정한 수요 추계 임.

\*\* 보건간호사 즉, 보건소내 방문간호사, 보건지소의 간호사 보건진료원등이 담당할 경우 2004년도에 2,874명 공급 가능.

□ 케어매니저 양성 방안

양성 방안 (기획단)	간호정책대안
<ul style="list-style-type: none"> <li>단기적으로 간호사, 사회복지사 등 보건의료, 복지분야의 면허·자격 자에 대한 일정수준의 교육이수 후 자격부여방안 검토</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>보건소 방문간호사, 보건지소 간호사, 보건진료원 등 보건간호인력에게 일정수준의 교육이수 후 업무수행 부여</li> <li>요양대상자 판정기관은 공공기관인 보건소내 방문 보건사업 부서에 설치</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>장기적으로 신규자격제도를 도입하여 적정 인력양성 및 질적 수준 제고</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>신규자격제도의 도입보다는 보건소 방문간호사와 간호 유희인력의 활용이 바람직</li> </ul>

#### IV. 제언 및 추진 전략

□ 일본의 경험에 비추어, 장기요양서비스제도는 인력과 시설 인프라 구축이 선행 과제이고, Fairness, Coverage, Benefits, Service delivery, Relationships with other sectors, Cost control 등이 사업 성패를 좌우하는 중요한 요소임(Ikegami & Campbell, 2002).

□ 기획단 안에 따르면, 서비스 대상자는 65세 이상 노인부터 적용하여 45세 이상으로 연장 확대, 중증 이상 노인부터 경증대상으로 확대할 방침 임. 1단계 2007년 ~ 2008년에는 최중증 노인(단 농어촌 및 부조 대상자는 중증 이상), 2단계, 2009년~2010년에는 중증 이상 노인(단 농어촌 및 부조 대상자는 경증 이상), 그리고 3단계인 2011년~2012년엔 65세 이상 경증으로 확대하고 4단계인 2013년 이후부터는 65세 이상 경증치매 이상 및 45세 이상 노인성질환 대상자로 전면 확대 할 계획 임(공적노인요양보장추진기획단, 2004)

□ 장기요양보장 제도의 근본 취지는 치료, 요양, 재활, 예방 등 통합적인 보건의료복지 서비스 체제로 개편하여, 이용자 중심의 새로운 요양보호시스템 구축 등 새로운 변화를 시도 하고 자 함. 따라서 1단계는 간호서비스와 복지서비스의 이원화 구조로 시작하지만, 2단계에서는 간호와 복지의 통합서비스 구조로 발전시켜 나가야 함.

□ 우리의 현안 주요 검토과제는 보험자 등 관리운영 주체와 지방자치단체나 건강보험과의 역할 정립 및 시범사업 설계 등 제도의 기본체제와 둘째, 평가 판정 관련된 평가 항목의 선정 과 기능장애의 등급화 문제, 셋째 구체적인 급여서비스의 종류, 범위 및 수준의 결정, 요양수가체계의 개발 등 수가와 급여의 문제 그리고 마지막으로 요양시설의 지역적 균형 배치와 재가 및 시설의 인프라 확충 방안과 보건의료복지의 연계 통합 서비스 시스템 구축 방안 등을 제시 함.

□ 새로운 요양보장 체계 구축에 따른 제반 준비와 변화에 따른 전망 등, 지금까지 살펴본 일본의 경험과 우리나라의 장기요양보장제도의 특성과 현황, 계획 내용 등을 토대로 살펴본 간호 인력과 시설의 인프라 구조 및 현황과 문제점 그리고 간호정책대안들을 검토 해 보면

서 정부의 장기요양보장제도 계획안이 차질 없이 진행되기 위해서는 무엇을 어떻게 준비하고 지원해야 하는 지 등에 대한 정책적 함의를 도출하기 위한 제언과 추진 전략은 다음과 같음.

### **첫째, 노인보건복지정책 VISION 수립**

□ 기존 공공보건사업에서 제공하고 있는 서비스 수혜 대상자와 내용 그리고 공급 인력구조와 인적 자원 등을 철저히 파악하여 1단계로 계획하고 있는 기초생활보호대상자 등 장기요양 대상자의 중복서비스 배제와 이용대상자의 사각지대 해소 방안이 강구되어야 함. 일관성 있고 통합 된 노인보건정책과 복지정책의 장기적이고 명확한 VISION과 방향을 정립하여 장기요양사업과 기존 공공보건의료사업 간의 혼란과 갈등을 방지하고 서로 win win 할 수 있는 전략 수립이 무엇보다 중요 함.

### **둘째, 장기요양서비스 제공 간호 시설과 인력 인프라 구축**

□ 현 수준의 간호 시설과 인력 현황과 문제점을 정확히 진단하고, 신속하면서도 효율적인 인프라 구축 방안이 모색되어야 함. (표 14)와 (표 15)에서 확인할 수 있는 바와 같이 현 수준의 간호 시설과 관련 전문 인력은 현저하게 부족한 실정 임. 2007년부터 추계 된 필요 시설과 인력의 확보 방안이 중요한 과제 임.

〈표 14〉 가정전문간호사 및 노인전문간호사 교육기관 수 및 정원 지정 현황

	가정전문간호사		노인전문간호사		보건전문간호사**		비고
	교육기관 (개소)	배출누계 (명)	교육기관 (개소)	정원 (명)	교육기관 (개소)	정원 (명)	
1991	2	37	-	-	-	-	
1992	6	113	-	-	-	-	
1997	11	1,403	-	-	-	-	
1998	12	1,756	-	-	-	-	
2000	13	2,590	-	-	-	-	
2004	13*	4,644	7	65	1	5	

\* 2003년 11월자 전문간호사 제도 고시에 의해 33학점 이상 체제로 전환됨에 따라 13개 가정전문교육기관이 현재 복지부에 재개설 허가원을 제출한 상태 임. 일부 교육기관에서는 정원을 축소한 상태 임.

\*\* 보건전문간호사는 advanced public health nurse 임

〈표 15〉 재가서비스 시설 장기 수요

(단위: 개, 명)

	재가 간호 시설 및 인력		의료기관 가정간호사업소		지역사회 가정간호사업소* (방문간호스테이션)		보건소 방문보건센터**	
	사업소 수	인력	사업소 수	인력	사업소 수	인력	사업소 수	인력
2004	128	265+41	111	265	4	24	14	41
2005	642	?	150	450	250	750	242	726
2006	917	?	175	525	500	1,500	242	726
2007	1,204	3,612	200	600	762	2,286	242	726
2010	1,332	3,996						
2020	1,926	5,778						

\* 현재는 서울대와 연세대 간호대학 및 대전시, 강원도 간호사회등에서 가정간호사업소를 운영하고 있음

\*\* 현재는 없는 사업유형 임.

〈표 16〉 시설보호시설 장기 수요

(단위: 개, 명)

	시설보호 시설 및 인력				요양시설 (A 형)		요양시설 (B 형)		요양병원	
	사업소 수	노인전문간호사*			사업소 수	인 력	사업소 수	인 력	사업소 수	인 력
		요양시설	재가시설	방문간호						
2004										
2005										
2006										
2007	1,445	4,335	6,369	3,612						
2010	1,573	4,719	7,046	3,996						
2020	2,169	6,507	10,189	5,778						

\* 노인전문간호사 장기수급 추계에서 방문간호수요와 재가시설 수요가 포함되어 있음.

노인전문간호사 필요 수요를 방문간호인력을 포함하여 2007년(14,316명), 2010년(15,761명), 2020년(22,474명)으로 추계.

#### □ 간호 시설 인프라 구축 방안 ▣ 사업 운영모델 및 운영체계의 다양화

- 간호시설을 공적요양보험 재정으로 지원하되, 운영권은 민간에게 이양하여 민간 운영자의 참여를 적극 유도하여 최소의 투자로 효율적인 운영체계 모색.
- 의료기관의 참여를 적극 유도하여 의료기관 가정간호사업 확충 함. 의료기관의 가정간호사업소는 건강보험재정과 공적요양보험재정의 이원화 구조를 갖게 됨
- 보건소의 참여를 적극 유도하여 보건소 내 재가 간호서비스 제공이 전문적으로 이루어질 수 있는 별도의 방문간호스테이션 시스템을 구축함

사업운영모델에 대한 구체적인 예는, 첫째, 일본의 방문간호스테이션 모델 둘째, 서울시 등에서 실시하고 있는 지역사회중심 가정간호시험사업모델 셋째, 현재 대도시 보건소 방문보건시험사업 실시 중인 성북구 석관분소 방문간호사업 모델, 넷째, 의료기관 가정간호사업 모델 등을 들 수 있음. 다양한 운영추체와 운영체제로 공공과 민간의 참여를 적극적으로 유도하여 재가 서비스 제공의 다원화로 소비자의 선택권을 보장하고 질적인 재가 간호서비스를 제공하도록 함.

□ 간호 인력 인프라 구축 방안 ▣ 교육기관 및 정원확대, 경력자 및 유휴 간호인력 활용

요양서비스 관련 전문간호인력	1 단계 (2007년 ~ 2010년)	2 단계 (2010년 ~ 2013년)	3 단계 (2014년 ~ )
노인전문간호사	- 노인전문간호사 - 가정전문간호사 - 노인요양시설 근무 경력간호사 - 종합병원 근무 경력 간호사	- 노인전문간호사 - 가정전문간호사 - 노인요양시설 근무 경력 간호사	- 노인전문간호사 - 가정전문간호사
가정전문간호사	- 가정전문간호사	- 가정전문간호사	- 가정전문간호사
케 어 매 니 저	- 가정전문간호사 - 방문보건간호사	- 방문보건간호사 - 케어매니저	- 케어매니저

- 노인전문간호 인력의 경우 현재 보건복지부로부터 개설허가를 받은 간호교육기관은 전국에 7개 학교로 정원 65명에 불과한 실정 임. 현재 노인전문간호사 교육과정은 최소 33학점 이상의 석사과정에서의 운영을 원칙으로 하고 있어 빨라야 2006년 이후에나 최대 정원인 65명의 배출이 가능한 실정 임.
- 가정전문간호 인력의 경우 현재까지 4,644명의 자격소지자가 배출되었으나 이들의 대부분은 현재 임상에 취업하고 있는 간호사들이 대부분 임. 따라서 이들을 재가 서비스에 종사할 가정간호사로 이동할 수 있는 특단의 유인책 없이는 취득자 숫자상으로도 가정간호 인력으로 충원을 담보할 수 없는 실정 임.
- 케어매니저의 경우는 현재 보건소 방문간호 인력을 활용함. 케어매니저의 활동 근무지도 보건소 방문보건사업 부서로 하여 보건소의 기능을 강화시킴과 동시에 판정에 대한 형평성과 전문성을 담보 할 수 있는 방안 모색이 중요 함.
- 위의 세 분야의 간호전문 인력의 단기간 내에 충원 가능한 방안중의 하나는 관련 분야 경력자의 인정과 간호 유휴인력을 최대한 활용할 수 있는 방안이 모색되어야 함. 간호 유휴 인력의 활용 가능성은, 공공근로 방문보건사업 수행 당시 지원자의 30%만이 사업에 참여할 수 있었을 정도로 간호 유휴인력들의 동기화가 충분 함. 구체적으로 제시하면, 당시 실업의 조건에 해당되어 공공근로에 참여 가능했던 인력은 약 6천여 명으로, 이때 탈락된 70%, 약 1,5000 명 정도의 지원자들은 방문보건사업에 적극 참여의사를 표명하였으나 공공근로의 자격조건에 해당이 안 되어 사업에 참여하지 못한 경험이

있음. 당시 이들의 경력은 대다수가 종합병원의 임상경력 소지자들이 많았으며 적극적으로 사회참여 의사를 밝혀 왔었음. 사업에 참여를 원했던 지원자들이 사회참여 할 당시의 시대적 배경은 결혼 등의 사유로 인해 임상 현장을 떠난 경우가 많았음. 현재 임상 경력을 소유한 간호 유희인력은 최저 추계로 약 5만 명 이상으로 추정 됨.

**셋째, 공공보건사업과 장기요양사업의 기능 및 역할 정립**

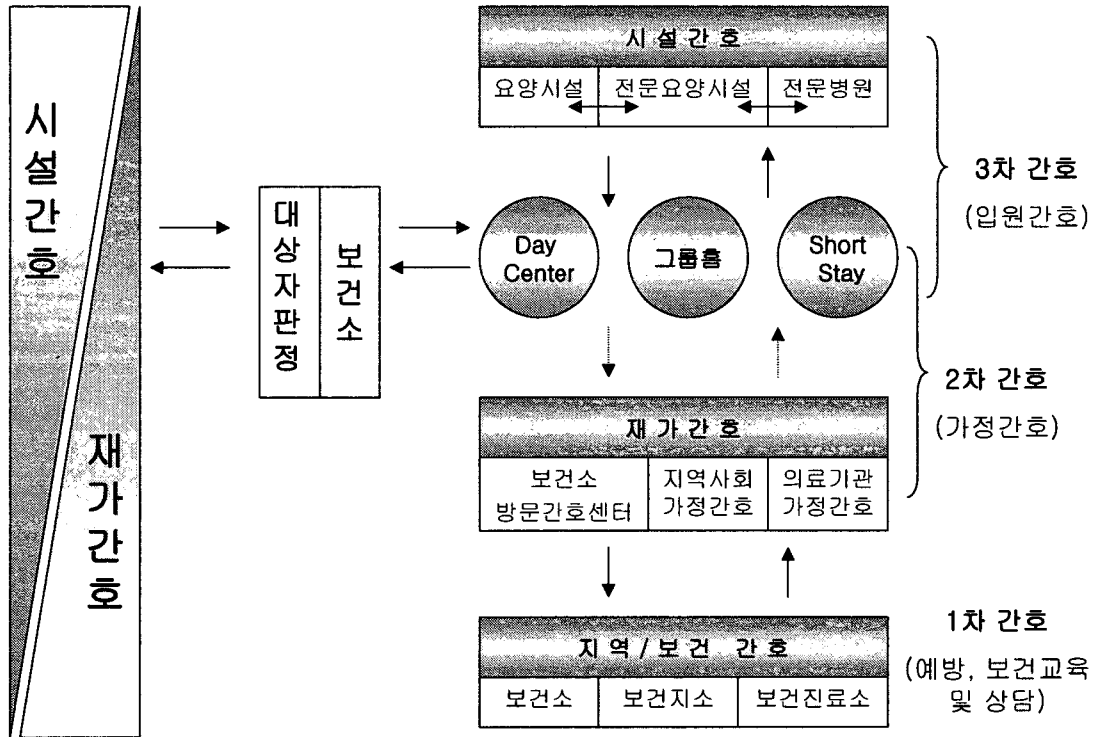
□ 장기요양서비스의 1단계 대상자는 그간 공공보건사업의 우선 관리 대상자인 65세 이상이면서 기초생활수급권자로서, 이들은 현재 의료보호를 소지한 대상자들임. 따라서 장기요양 서비스 제도를 새로 시행함에 있어서 중복 서비스 이용문제와 그래도 여전히 사각지대에 있는 대상자가 발생 될 여지가 높음. 따라서 기존 서비스와 새로운 서비스간에 차별성과 접근성 등에 대한 전면적인 재 검토가 요망 됨.

〈표 16〉 장기요양사업과 공공보건사업

	장기요양서비스 (재가 간호서비스)	보건소 방문보건사업 (방문보건서비스)
전문인력	가정간호사	보건소 보건간호사
관 련 법	장기요양보장법 (가칭)	지역보건법
재 정	장기요양보험 조세 + 사회보장	조 세
사업목적	재가 노인환자 간호	취약가족 건강관리 예방보건사업
주 서비스 내용	가정간호서비스	예방 및 건강상담 등 국가 보건정책사업
운영주체	가정간호사업소 의료기관 보건소	보건소
관리 대상자	65세 이상 노인환자	지역주민중 취약가구 기초생활보호대상가구 차상위계층 장애인 등 만성질환 가구 등



**넷째, 효율적 간호 요양서비스 전달체계 구축**



**다섯째, 다양한 사업운영 모델 개발 등 시범사업 추진**

□ 시범사업주관은 대한간호협회, 간호교육기관이나 의료기관, 혹은 보건소 등을 거점으로 다양한 운영형태의 시범사업을 실시한 후 확대 방안 마련(표 17 참조). 2005년도 1단계에선 보건소를 거점으로 1개 보건소당 1개소의 방문간호센터 (총 242개)와 종합 판정을 위한 방문 보건사업소를 운영하고 동시에 지역사회중심 가정간호 시범사업 (총 242개 혹은 그 이상)을 운영한다. 2006년도 2단계에서는 의료기관으로 확대하여 의료기관의 가정간호사업소와 지역사회 가정간호사업소 등 다양한 운영 형태와 조직 등을 시범 운영한 후 2007년 3단계로 들어 감.

〈표 17〉 재가 간호서비스 제공 유형별 관리 운영체계

	제 1 모형	제 2 모형	제 3 모형
	독립형 가정간호사업소* (방문간호스테이션)	의료기관 가정간호사업소	보건소 혹은 보건지소형 방문간호센터*
법적근거	장기요양보장법(가칭)	의료법 제30조 장기요양보장법	지역보건법 제9조 장기요양보장법
담당인력	가정전문간호사	가정전문간호사	가정전문간호사
기본전제	재정은 장기요양보험 운영은 민간위탁 운영제	국민건강보험법과 장기요양보험법이 공존	가정전문간호사를 채용 별도의 전문직 조직체계
사업모델	일본의 방문간호스테이션	현재 의료기관운영모델과 병원내 별도의 사업소 운영	성북구 석관분소 모델
재정지원	장기요양보험재정	국민건강보험재정 장기요양보험재정	장기요양보험재정
운영주체	가정간호사	병 원 가정간호사 (위탁운영)	보건소 가정간호사 (위탁운영)
인력구성	5명 ~ 10명	2명 이상	5명 ~ 10명
관리대상 규모	적정 재가 환자관리 수는 가정간호사 1인당 150명 정도* 1일 평균 방문 수는 4 ~ 5회*	적정 재가 환자관리 수는 가정간호사 1인당 150명 정도* 1일 평균 방문 수는 4 ~ 5회*	적정 재가 환자관리 수는 가정간호사 1인당 150명 정도* 1일 평균 방문 수는 4 ~ 5회*
수가지불체계	무료 혹은 방문건당 지불제도  혹은 현재의 의료기관 가정 간호수가체계	국민건강보험법에 의한 “방문당수가 + 교통비 + 행위별수가” 장기요양보험법에 의한 방문당수가 등 이중 수가 구조 (Dual System)	무료 혹은 방문건당 지불제도
비 용	무료 혹은 1회 방문 당 원가 수준은 평균 35,000원 ~ 65,000원* (2003년도 조사 기준)	일반환자는 가정간호수가 요양보호대상자는 무료 혹 은 가정간호수가 적용	무료 혹은 방문건당 비용
제도화 방안	현재의 의료법 30조 7항에 추가 “⑦ 기타 보건복지부 장관이 필요하다고 인정한 기관” 혹은 별도의 장기요 양보험법에서 근거법 마련	의료법에 의한 가정간호 + 장기요양보장제도에 의한 가정간호근거법 마련	장기요양보장제도에 의한 가정간호근거법 마련
사업목적	재가 환자관리	재가 환자관리	재가 환자관리
서비스 내용	가정간호서비스	가정간호서비스	가정간호서비스
수익구조	방문건당 비용 혹은 가정간호비용	가정간호비용	공무원신분 월급제

## 참고문헌

- 가정간호사회 내부자료 (2004). 가정간호사업소 개설 의료기관 현황 및 활동가정간호사 수.
- 국민건강보험공단 (2002), 건강보험통계연보, 2003.
- 박정호 외 (2001). 가정 방문간호사업의 확대 및 정착을 위한 장기발전방안, 보건복지부 건강증진기금, 서울대학교 간호대학.
- 보건복지부 (1999). 노인보건복지 중장기 발전계획 추진현황 보고 (10월 26일)
- 보건복지부, 한국보건사회연구원, 한국여성개발원, 한국노년학회 (2001). 노인요양의 실태와 사회적 보호방안 토론회 (9월 20일).
- 보건복지부, 한국보건사회연구원, 한국노동연구원, 한국여성개발연구원 (2002). 고령화시대의 사회정책장기발전방안을 위한 공청회. 한국프레스센터 국제회의장 (5월)
- 보건복지부, 한국보건사회연구원, 한국여성개발원 (2002). 노인보건복지 종합대책에 관한 토론회 (2002). 한국여성개발원 공동추최, 국회 헌정기념관 대강당 (9월 18일).
- 보건복지부 (2003). 2002년도 노인보건복지사업 안내.
- 보건복지부, 한국보건산업진흥원 (2003). 노인간병 등 전문인력 제도화를 위한 공청회 (2월 17일).
- 보건복지부, 공적노인요양보장추진기획단 (2004). 공적노인요양보장체계 최종보고. 보건복지부. 2004년 2월 18일. 보건복지부 홈페이지.
- 보건복지부 (2004). 보건복지통계, 보건복지부 홈페이지.
- 보건복지부 (2004). 보건소 방문간호인력, 보건지소, 보건진료원 현황. 보건복지부 내부자료.
- 유호신 외 (2000). 지역사회중심 가정간호시범사업 성과를 위한 기초, 대한간호학회지, 30(6).
- 유호신 외 (2003). 지역사회와상 및 재활환자 관리 체계구축을 위한 방문보건사업 모델 개발. 보건복지부 건강증진기금, 고려대학교 간호대학.
- Ikegami, N. & Campbell, J. C. (2002), Choice, policy logics and problems in the design of long-term care systems, *Social Policy & administration*, 36 (7), 719-734.
- Ikegami, N., Yamauchi K. & Yamada, Y. (2003), The long term care insurance law

in Japan: impact on institutional care facilities, *International Journal of Geriatrics Psychiatric* 18: 217–221.

Murashima, S., Nagata, S., Magilvy, J. K., Fukui, S., & Kayama, M. (2002). Home care nursing in Japan: A challenge for providing good care at home. *Public Health Nurs*, 19(2), 94–103.