

우리나라 가정간호제도화 방안에 관한 고찰

윤순녕* · 황나미** · 현혜진** · 최정명** · 권미경**

I. 서 론

가정간호사제도는 인구 사회보건학적 변화와 보건의료전달체계의 일환으로 비롯되었다. 이러한 정책 의지는 1989년 7월에 기본계획이 작성되어 1990년 1월 9일 의료법 시행규칙 제 54조의 업무별 간호사에 가정간호분야의 간호사가 추가, 개정에 반영되었다. 이어 가정간호사 수습과정 규정(1990. 6. 5일)에 따라 처음으로 서울대학교 보건대학원(지역사회간호학교실, 김화중교수)이 가정간호사교육기관으로 승인되어 그해 7월부터 교육을 시작하였다. 이 당시 의료계의 가정간호사제도에 대한 강한 반대에 부딪혀 어려움이 있었다. 이러한 난항은 범국가적인 보건의료인 대표자들이 여러차례의 연찬회를 통해 극복되기에 이르렀다. 즉 가정간호는 우리나라 보건의료전달체계를 보다 강화하여 만성퇴행성 질환자와 그 가족에게 지속적인 간호의료서비스를 제공함을 목적으로 하는 하나의 보건의료서비스라는 점이다. 이 제도의 현실적인 정착에 기여한 요인으로는 보사부의 정책실행을 위한 지속적인 지원과 교육기관의 확대(1990-1993)와 시범사업(1993. 5-199. 12)과 연구(1990-)를 들 수 있다.

교육은 서울대 보건대학원을 시작으로 서울대, 전북대, 전남대, 경상대, 경북대, 부산대등 국립대학 간호학과와 충남대보건대학원, 연세대등으로 교육이 확산되

었다.

시범사업은 병원중심의 가정간호사업으로 보사부(현 복지부)에 신청한 연세대 세브란스병원, 연대 원주기독병원, 강동성심병원, 영남대의료원에서 실시중에 있으며 1996년 1월에 가정간호 수가를 포함한 최종 평가 결과에 따라 사업이 확대 실시될 예정이다. 이외에도 공공보건조직인 보건소에서는 서울시 5개 보건소에서 방문간호사업을 시작으로 하여(1991. 3) 전국 보건소로 확대되었으며 충남보건소에는 가정간호과가 설치되기에 이르렀다. 민간단체인 대한간호협회 서울시지부에서도 자체 연구사업을 실시(1993-)중에 있다.

가정간호연구는 처음에는 가정간호요구 조사에 이어 가정간호수가에 관한 연구(김화중외, 1990)가 중점적인 관심이 되었고 점차 가정간호사업대상자 선정에 관한 도구개발, 질병별 가정간호사업의 효과에 관한 연구, 그리고 가정간호대상자별 가정간호서비스의 내용과 간호수가 및 비용효과 분석에 관한 연구가 계속되고 있다.

약 5년간의 눈부신 발전은 정책, 교육, 연구, 시범사업의 노력의 결과라고 보며 가정간호의 실무장소로 병원, 보건소에서 더 나아가 1995년에는 실제 비영리 자원단체로서 가정간호사업을 한 단계 더 발전시킬수 있는 준비기라고 볼 수 있다.

그러면 지금까지 이루어진 가정간호 시범사업과 가정간호사 양성을 위한 교육, 가정간호에 대한 연구 등을

* 서울대학교 간호대학

** 서울대학교 간호대학 대학원 박사과정

문헌을 통해 고찰해 봄으로서 가정간호 제도화를 위한 방안을 모색해보고자 한다.

II. 본 론

1. 실 무

1) 가정간호시범사업의 현황

(1) 병원중심 가정간호 시범사업

병원중심 가정간호 시범사업은 전국민 의료보험 실시로 급증하는 3차 진료기관 입원환자의 입원치료기관을 단축시키고 가정간호서비스를 제공함으로써 재가치료를 유도하며, 국민의료비 절감과 병상회전을 제고 및 환자의 심리적 안정 등 의료자원을 효율적으로 활용하기 위하여 추진되고 있다.

① 사업기간은 1994. 8. 1-1995. 12(1년 5개월간)일 까지이며 평가대상기간은 1994. 8. 1-1995. 7. 31(1년)까지이다.

② 가정간호 서비스 내용은 간호, 검사, 투약, 주사, 처치 및 검사의뢰, 혈액 및 뇨등 간단한 가검물 채취 및 검사의뢰, 건강 및 치료경과 상담 및 교육, 환자상태 사정 및 식이요법, 자기 건강진단 측정요법등 교육 등이 다.

③ 가정간호사는 병원급이상 요양기관의 임상경력 2년 이상인 자로서 가정간호사 자격증 소지자를 말한다.

④ 가정간호 급여기준 및 수가기준은 다음과 같다.

가. 가정간호 요양급여는 진료담당의사가 필요하다고 인정한 경우 피보험자의 신청에 의하여 실시하고 1개월에 4회 방문을 원칙으로 하되, 환자의 상태 및 희망에 따라 진료담당의사와 협의하여 조정할 수 있다. 또한 의료보험 요양급여기간 초과시에도 계속해서 가정간호를 받고자 하는 경우 전액 본인부담으로 계속 진료를 받을 수 있다.

나. 가정간호수가는 기본방문료로 1일당 정액수가(15,000원)와 진료행위별 수가 및 교통비로 1회 방문당 정액수가(5,000원)가 포함된다. 이때 기본방문료는 요양기관 종별 가산율은 적용하지 아니하고 진료행위별 수가는 현행 의료보험 진료수가를 기준으로 하고 가정간호 지정 요양기관 종별 가산율을 적용한다.

다. 가정간호진료비용의 본인 일부 부담금은 교통비를 제외하고 입원 진료비 부담율(20%)에 의하고 요양급여 신청(연장)시 선납하고 가정간호 방문완료시

정산한다. 또한 요양급여 초과시 계속 진료를 받을 경우 "가정간호수가기준에 의하여 전액 본인 부담한다.

라. 관리대상환자는 수술 후 조기퇴원 환자, 만성질환자(고혈압, 당뇨, 암 등), 만성 폐쇄성 호흡기질환자, 산모 및 신생아, 뇌혈관질환자, 기타 진료담당의사가 필요하다고 인정되는 환자로 한다.

⑤ 조직별 기능을 보면 보건사회부는 주요정책결정 및 행정지원을, 한국보건사회연구원은 사업주관 및 평가와 사업계획 및 진행 등 전과정에 대한 기술지도와 사업관리, 시범사업 지정병원은 사업실시 및 운영과 사업실시에 따른 인력, 시설 및 각종 행정업무 지원을 그리고 간호대학과 진료부 및 간호부는 가정간호사에 대한 기술적 자문과 환자관리지도, 서비스질관리를 위한 제반 지원 활동을 제공한다.

⑥ 시범사업 지정병원 및 관리대상 지역은 다음과 같다.

- 연세대학교 세브란스병원: 마포구, 서대문구, 은평구, 양천구
- 한림대학교 강동성심병원: 강동구, 송파구, 성동구
- 영남대학교 의과대학병원: 대구시
- 연세대학교 원주기독병원: 원주시, 원주군

2) 민간단체에서의 가정간호 시범사업(대한간호협회 서울시지부)

서울시 지부의 가정간호사 제도 활성화를 위한 시범사업은 시범사업기관의 환자를 의뢰받아 주치의의 처방에 의해 가정간호를 실시하는 것과 전화를 통한 건강상담과 가정간호 의뢰의 두가지 방향으로 실시하기로 결정되어, 1993년 7월 8일 "가정간호 시범사업 센터 및 전화상담을 개설하게 되었다. 이 시범사업을 통해 자격을 갖추고 대기중인 가정간호사의 활동을 활성화시키고, 가정간호사업이 민간단체에서 시작될 수 있다는 가능성을 제시하려는 것이며 동시에 의뢰서비스의 연속성을 기하고, 상담전화로 건강상담은 물론 가정간호가 필요한 환자에게는 직접 가정간호를 제공하는 것에 그 목적을 두고 있다.

(1) 시범사업기관의 선정

시범사업기관 선정시 고려한 것은 이 시범사업을 통해 가정간호사업의 정착을 촉진시키는 역할을 하고자 했기때문에 각각 특성이 다른 기관을 협조반기로 하여, 국공립병원, 사립병원, 보건소로 선정하게 되었다. 각 기관장과 특히 간호부의 적극적인 협조로 한국 보훈병원과 고대 구로병원, 도봉구 보건소가 결정되었다.

(2) 인력 확보 및 교육

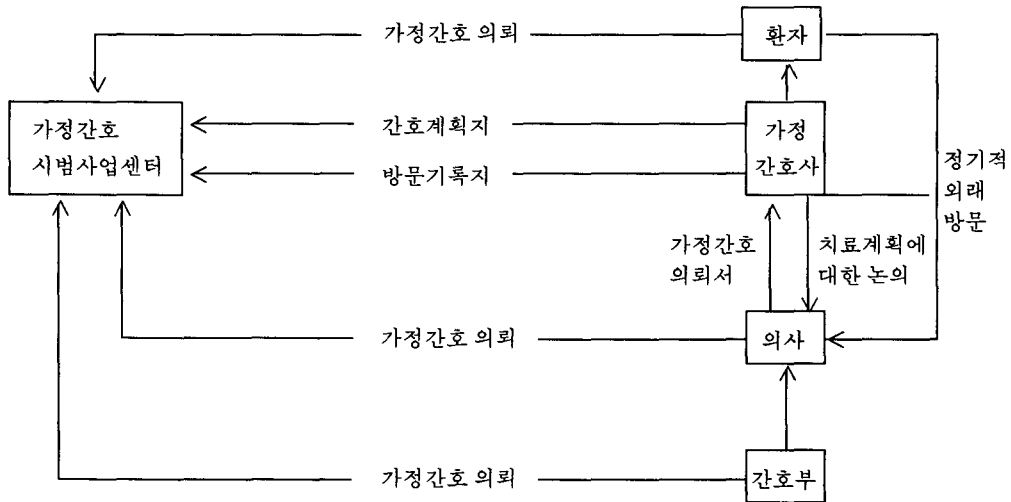
가정간호 시범사업을 실시하려던 93년 5월 현재 서울시의 2개 가정간호과정 개설대학에서 배출된 가정간호사가 190여명에 이르고 있어서 이들중 본 사업의 취지에 동감하고 사업지역과 인접한 곳에 거주하는 자로 자원봉사자를 모집하였다. 이에 응한 간호사가 12명이었는데 이들을 모두 채용하였다.

자원 봉사 간호사 채용 후 이들을 위한 교육으로는 가정간호사업에 대한 일반적인 오리엔테이션으로 기존의 교육을 강화했으며, 가정간호를 하면서 환자와 가족의

상담기능이 강화되는 만큼 상담에 대한 교육을 실시하였으며 실제 환자간호시 적용하게 될 간호과정, 간호진단에 관한 재교육이 있었다. 퇴원 후 환자를 가정간호할 때 간호의 연속성을 유지하기 위해 병원 입원시 행해지는 간호와 치료내용에 대한 실습을 시범사업기관의 협조를 얻어 보건소를 제외한 기관에서 실시하였다.

(3) 가정간호 서비스 전달의 흐름

환자가 의뢰되는 방법은 시범사업 협조기관에서 의뢰가 온 경우와 전화상담으로 환자집에서 가정간호를 요청한 경우로 크게 둘로 나눌 수 있다<그림 1>.



<그림 1> 대한간호협회 서울시지부 가정간호 서비스 전달 흐름도.
출처 : 한국가정간호학회(1994)

3) 공공보건기관에서의 가정간호 시범사업

경제성장과 더불어 국가보건정책에 일차보건의료를 도입하고 보건의료 전달체제와 의료보장제도를 확립하므로 국민의 건강수준향상을 위한 노력이 계속되고 있다.

그러나 도시화, 산업화에 따라 핵가족화, 노인인구의 증가, 지지가족이 없는 가족수가 점차 늘어나고 사고 및 산업재해의 증가로 인한 불구, 질병양상의 변화에 따라 퇴행성질환자의 급증 등이 중요한 건강문제로 대두되고 있다. 이러한 선진국형 건강문제는 장기간의 계속 관리를 요하므로 건강요구를 해결할 사회경제적 능력이 부족한 도시 저소득층 주민들에게는 심각한 문제라 아니 할 수 없다. 이에 공공보건기관으로는 서울시가 처음으

로 1991년 3월에 22개 보건소 중 저소득주민 밀집지역인 5개 보건소에 지역보건과를 설치하여 생활보호대상자를 우선으로 방문간호사업을 실시하고 있다.

(1) 시범 보건소

도봉구, 중랑구, 관악구, 성동구, 구로구 보건소

(2) 지역보건과 인력

간호직 과장 1명, 간호사 12명, 의사 1명

(3) 사업내용

방문진료, 방문간호, 이동진료, 건강진단, 보건교육, 애로사항 연계처리

가정간호 시범사업의 대상자, 가정간호행위를 기관 별로 정리해보면 다음과 같다<표 1, 2>

〈표 1〉 가정간호사업 : 대상자

보건복지부, 1994	서울시 지부, 1995	연세 세브란스 병원, 1995	도시형 보건소, 1994*
시범사업관리대상 - 수술후 조기퇴원환자 - 만성질환자 - 산모 및 신생아 - 뇌혈관 질환자 - 기타 진료담당의사가 필요하다고 인정되는 환자	진단명 : 고혈압, 무의식, 중풍, 당뇨, 심부전, 승모판협착증, 욕창, 뇌출혈, 치매, 뇌졸중, 뇌경색, 뇌혈전, 파킨슨씨병, 사지마비, 하지마비, 반신마비, 폐렴, 간질, 류마티스관절염 등의 만성 질환자. 전립선암, 신장암, 뇌종양, Bone암, 설암, 폐암, 입과선암, 구강암, 유방암, 자궁암, 담도암, 위암, 직장암, 대장암 등의 각종 암환자. 특수기구부착 : Gastrostomy Cystostomy Subclavian tube L-tube PTBD tube Foley Tracheostomy Colostomy 인공호흡기 의존환자	만성폐질환자 뇌졸중이나 뇌손상 등의 재환환자 수술 후 조기퇴원환자 산모 및 신생아 기타 진료담당의사가 필요하다고 인정하는 환자	순환기계 : 고혈압, 뇌졸중, 심근경색증 근골격계 : 관절염, 하지마비, 신경통, 사고후유증, 골절 내분비소화기 : 당뇨병, 갑상선질환, 간 기능장애, 위염, 위궤양 호흡기계 : 천식, 기관지확장증 기타 : 암, 백내장, 녹내장, 노환, 정신질환, 간질

〈표 2〉 가정간호사업 : 간호행위

보건복지부, 1994	서울시 지부, 1995	연세 세브란스 병원, 1995	도시형 보건소, 1994*
〈시범사업의 행위〉 간호, 검사, 투약, 주사, 처치 및 운동요법등 치료 혈액 및 뇨등 간단한 가검물 채취 및 검사 의뢰 건강 및 치료경과 상담, 교육, 환자상태 측정 식이요법, 자기건강 진단 측정 요법등 교육	활력증상 측정, 근육주사, 정맥주사, 피하주사, 상처 소독, 약도포, 욕창치료관리 예방 및 교육, 방광세척 소변카테타 삽입 및 교환, 인공항문관리, 회음부간호, 통증조절, 운동요법, 식이요법의 교육 및 관리, 튜브영양공급방법 시범 및 교육관리, 약의 복용법 설명 및 작용, 부작용 교육, 효과 관찰, 의뢰, 환자 및 보호자의 정서적 지지, 건강문제 상담, 가정간호, 합병증 질병에 대한 교육, 검사물 채취, 관찰, 기도흡인, 위관, 비위관, 기도관 교환 및 관리, 수액요법, 요도관 교환 및 관리, 수술 후 부위의 관리	환자사정(상태측정 및 관찰 사정, 문제확인파 진단, 활력증상 측정) 기본간호(구강간호, 온열내열요법, 체위교환, 관절운동, 회음부간호, 등맞사지, 타진) 치료적 간호(위관영양, 상처치료, 봉합선제거 방광세척, 요도세척, 도뇨관삽입 및 관리, 비구강내 흡인, 구강내 흡인, 기관지절개간호, 교환, 방광루술 간호, 피부간호, 욕창간호, 쇄골하 정맥관간호, 유방관리, 배뇨배변훈련, 관찰, 신생아 제대간호, 인슐린요법, 흉부운동, 산소탱크사용 시간호, 환기기 사용간호) 검사(혈액, 소변, 가래, 상처의 검사물 수집, 산소 포화도 검사, 뇨당검사, 반정량 혈당검사) 투약 및 주사(투약관리, 근육주사, 혈관주사, 수액감시 및 관찰) 교육(식이요법, 활동요법, 약물요법, 증상상태, 위험요인, 반정량혈당검사법, 관절운동법, 단순치리법, 비강영양법, 회음부간호법, 모유수유, 인공수유, 유방간호, 신생아 제대간호, 신생아 목욕) 상담(환자상태 상담, 재입원 상담, 응급시 처치 상담) 훈련, 의뢰, 전화상담	기본간호(관찰, 사정) 검사, 처치, 투약 고급간호(고급간호술, 정신간호) 지도, 교육(지도 상담, 질병예방, 증상완화, 운동, 식이, 개인위생, 환경위생, 대처기전, 투약, 기타) 의뢰(의뢰, 자원동원)

* 1994년 서울시 6개보건소 방문간호사업

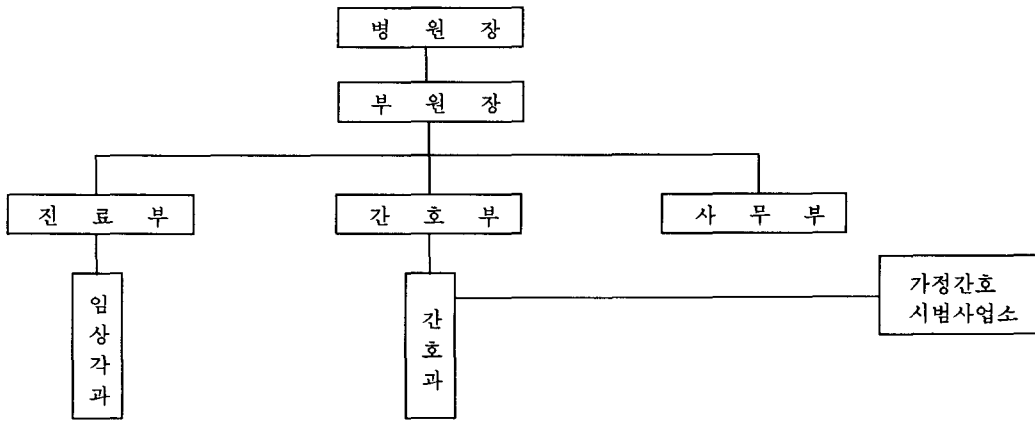
2. 가정간호 시범사업 조직

1) 병원중심 가정간호사업

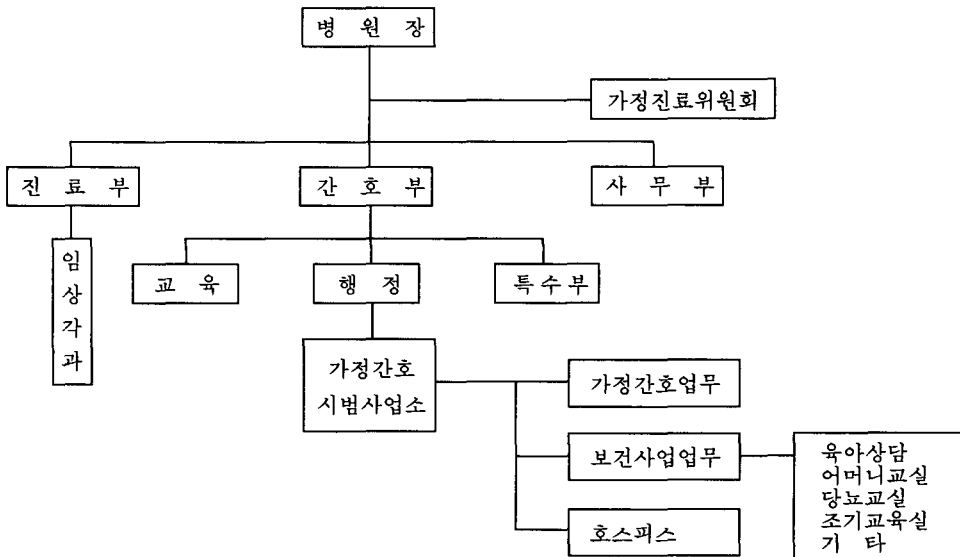
병원에 소속된 가정간호사업소가 위치한 조직은 사업 활성화에 영향을 미치는 주요 요인으로 지적되고 있다. 강동성심병원과 원주기독병원의 가정간호사업부서는 간호부에 소속시키거나 간호부에 소속된 동일 조직이면서도 두 기관은 다소 차이를 보였다. 강동성심병원은 사업소 자체가 간호부 내에 위치하여 간호부의 적극적 지원을 받을 수 있다는 장점도 있으나 업무의 자율성을 저해받을 수 있는 소지도 함께 갖고 있었다. 또한 임상각

과의 협력이 어려우며 의사소통통로가 복잡하여 의사결정시 어려움이 있을 것으로 생각된다. 원주기독병원의 가정간호사업소는 간호부에 소속되어 있으나 오랜 기간 사업소내 자문위원이 지역보건사업을 실시하여 독립조직체와 유사한 운영양상을 보이고 있었고 향후에는 지역사회보건사업부로 독립을 계획하고 있었다(서미혜, 1993).

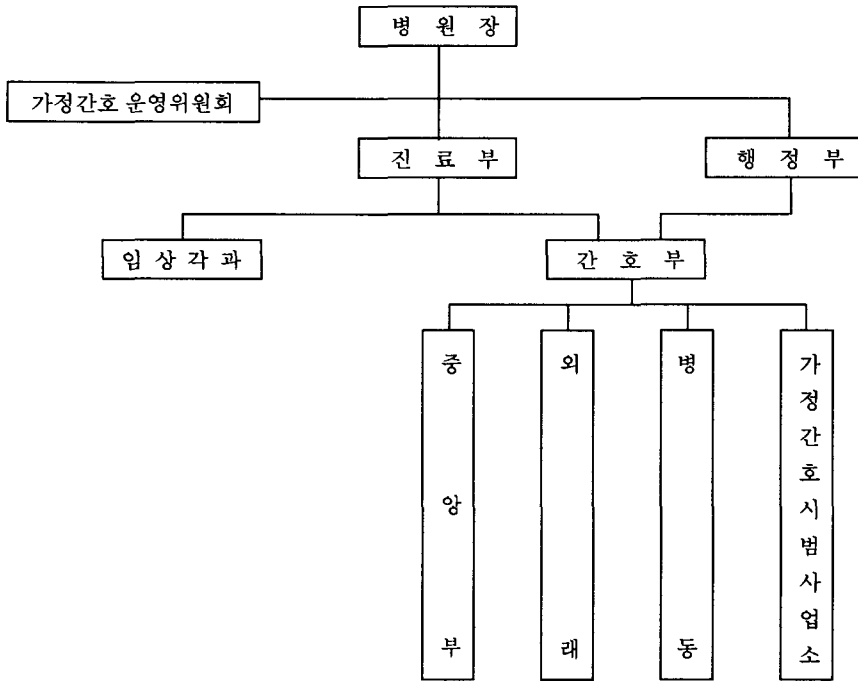
연세대 세브란스병원과 영남대 의료원의 가정간호사업부서는 진료부나 간호부에 소속되지 않고 병원장 산하로 직속시켜 임상각과로부터 원활한 지원을 받을 수 있도록 조직하였다(그림 2, 3, 4, 5).



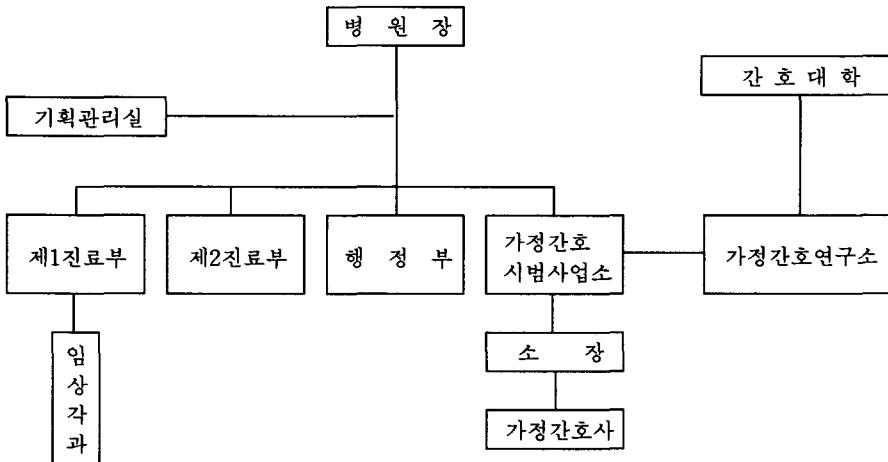
<그림 2> 영남대학교 의료원의 가정간호사업 조직도



<그림 3> 연세대학교 원주기독병원의 가정간호사업 조직도



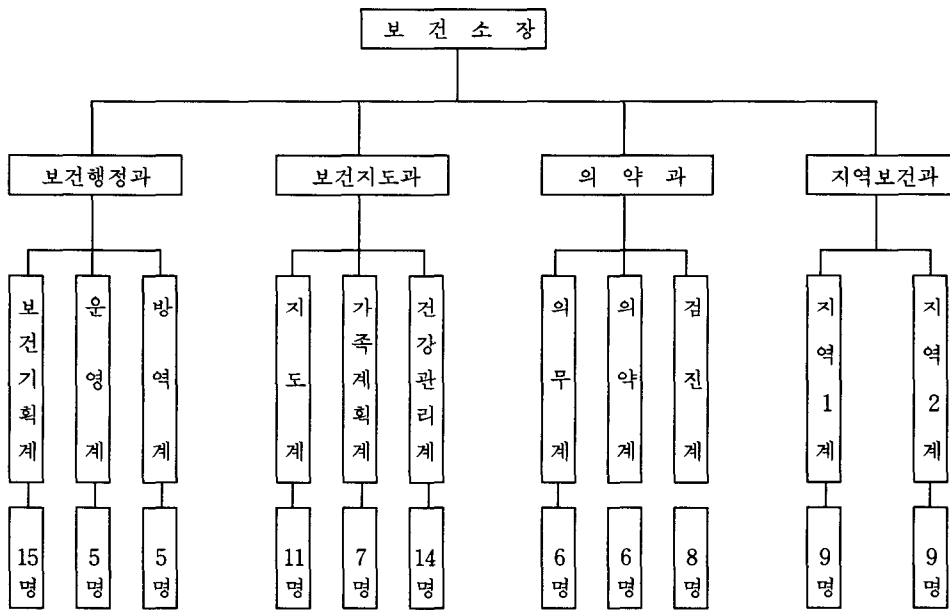
〈그림 4〉 강동성심병원의 가정간호사업 조직도



〈그림 5〉 연세대학교 세브란스병원의 가정간호사업 조직도

2) 대한간호협회 서울시지부에서의 가정간호사업조직
 대한간호협회 서울시지부의 가정간호 시범사업 형태는 병원중심 가정간호사업 형태와 달리 간호사가 주축이 되어 특별히 다른 조직과의 관계없이 독립적으로 운영되고 있다는 점이 특징이라 하겠다. 단지 환자나 가족, 타 의료기관의 의뢰에 의해 환자를 받아 독립적으로 사업을 운영하고 있으므로 여러 관련분야와의 협조체계가 구축되어 있지 않는 한 간호제공시 어려움이 따를 것으로 예상되며 또한 의료사고시 책임의 문제가 발생할 수 있다.

3) 공공보건단체에서의 가정간호사업조직
 현재 지역보건과가 신설되어 있는 5개구 보건소의 경우 다른 각과의 대등한 입장에서 자율적으로 가정간호 사업을 수행할 수 있으며 또한 인력면에서도 간호사가 과장으로 있으면서 의사를 두고 있는 형태여서 특별히 조직 상의 문제는 없으나 단지 의사가 지역보건과업무를 하면서도 지역보건과 내에 어떤 직책을 갖고 소속되어 있지않고 보건소장 직속의 별정직으로 규정되어 있어 간호적인 지역보건과장의 통제에 문제가 있을 소지가 다분하다고 보겠다(그림 6).



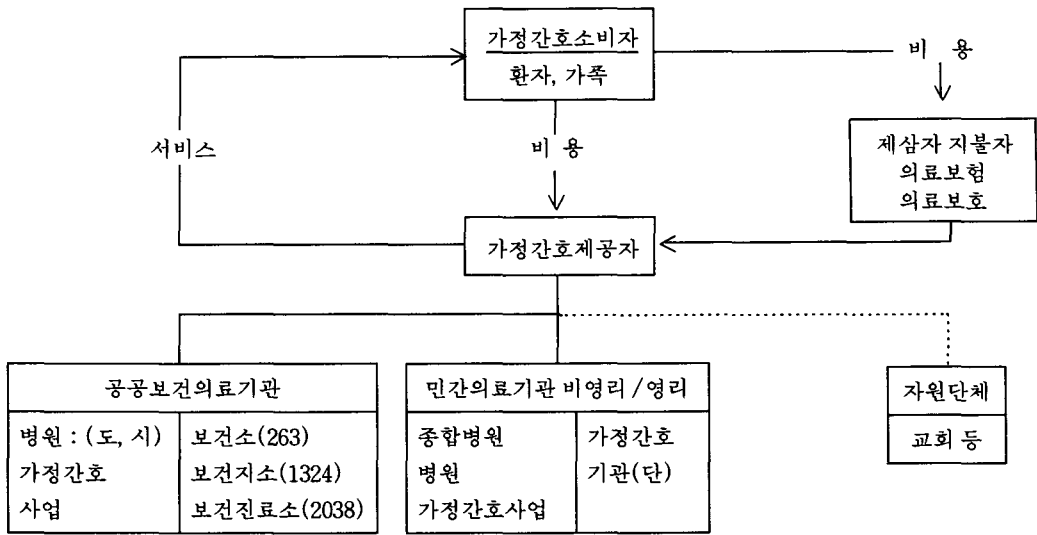
〈그림 6〉 보건소 조직도(도봉구, 성동구, 관악구, 중광구, 구로구)

출처 : 국립보건원(1992), 보건소 기능 강화 및 가정간호사업모형 개발 워크숍 보고서.

가정간호사를 배출하고 가정간호사가 제공할 수 있는 가정간호의 지식과 기술을 규명하여 이에 필요한 시설과 장비를 개발하므로써 가정간호서비스를 필요로 하는 국민의 요구를 충족시키려면 조직화를 해야한다. 가정간호서비스의 공급체계를 조직화하는 방식으로는 민간조직, 공공조직, 의료보험조직, 지역사회조직 등을 생각할 수 있다.

우리나라와 같이 보건의료체계가 전반적으로 자유방임형 혹은 기업형이 주도하고 있는 경우에 이러한 틀속에서의 가정간호사업도 자유방임형 혹은 기업형으로 될 가능성이 높다. 즉 정부는 가정간호사를 양성할 수 있는

근거만 마련해주고 이에 따라 배출된 가정간호사가 국민의 가정간호서비스에 대한 요구를 충족시킬 수 있도록 조직화하는 과정에 있어서는 지금까지 우리나라 보건의료체계가 형성되어 온 과정과 같이 정부의 적극적인 개입은 없을 것으로 예상해 볼 수 있다. 그러므로 가정간호사업은 국민들의 다양한 요구 속에서 다양한 조직형태로 발전해나갈 수 있을 것이다. 결국 우리나라의 보건의료체계 내에서 가정간호사업을 지역사회 중심으로 개발하여 발전시켜 나아가기 위한 방안으로는 공공보건기관인 보건소를 통한 가정간호 사업과 비영리 민간단체인 가정간호기관을 통한 가정간호사업을 생각해



〈그림 7〉 우리나라 가정간호사업 체계
출처 : 윤순녕(1993)

볼 수 있다(그림 7).

3. 가정간호수가

가정간호사업을 실시하는데 있어서 가정간호수가는 향후 가정간호사업의 성패를 가름할 수도 있는 주요한 사안이다. 가정간호 수가체계가 합리적으로 수립될 때 가정간호서비스의 질 향상과 의료비 절감 등의 효과를 가져와 전반적인 보건의료체계에 기여할 수 있을 것이다.

1) 가정간호수가의 기본틀 및 지불방법

가정간호수가는 현행 의료보험 수가체계 내로 포함시켜야 한다는 전제 하에서 가정간호서비스의 특성과 입원 단축기간 동안의 입원진료서비스 특성을 놓고 상호 유사점과 차이점을 비교하여, 상호유사한 특성을 갖는 내용의 수가는 형행 수가와 동일하게 적용시켰고(개별행위료), 차이점이 있는 내용의 수가는 새롭게 책정하였다.

이렇게 가정간호 수가구조는 입원 진료비 수가구조와 유사한 틀로 구성되었다. 즉 가정간호수가 중 「가정간호료와 교통비」항목은 방문시마다 기본적으로 부과되는 「방문당 수가」가 되고 현행 의료보험 급여 항목에 적용되는 처치나 검사, 투약 서비스를 받은 환자에게만 「개별행위료」를 추가로 부과시키는 구조를 갖게 되었다(표 3).

〈표 3〉 1일 입원진료비와 일회 가정간호수가의 수가구성 비교

수가구성	입원진료비	가정간호수가	비고
기본진료비	입원료	기본방문료	보험급여 항목
개별행위료	개별행위료	개별행위료	보험급여 항목
일반수가	식대, 지정진료료	교통비	비급여 항목
	병실차액, 기타		

출처 : 유호신(1994)

가정간호수가 지불방법도 가정간호가 입원 대체 서비스 기능을 할 수 있도록 입원 진료비 급여기준과 동일하게 적용시켰다. 즉, 기본 진료료인 입원료 개념에 해당되는 「가정간호료」와 해당 환자에게만 추가로 적용하게 되는 「개별행위료」는 입원 진료비와 동일하게 의료보험 급여항목으로 포함시켜 본인에게 20%만 부담시키고 나머지 80%는 의료보험 재정에서 부담하도록 하였고, 교통비 항목은 비보험급여로서 전액 본인이 부담하도록 하였다(표 4)(유, 1994).

2) 가정간호 수가체계의 수립 방향

가정간호 수가체계란 가정간호서비스에 대한 진료수가체계이다. 이 체계는 향후 가정간호사업의 활성화에 중요한 변수로 작용하기 때문에 이 체계의 수립에는 세심한 주의가 요구된다.

〈표 4〉 입원진료비와 가정간호수가의 지불방법

수가구성	입원진료비		가정간호수가	
	의료 본인 보험 부담	의료 본인 보험 부담	의료 본인 보험 부담	의료 본인 보험 부담
기본진료비	입원료 80%	20%	기본방문료 80%	20%
개별행위료	개별행위료 80%	20%	개별행위료 80%	20%
지정진료료				
일반수가	병실차액 식대, 기타	100%	교통비	100%

가정간호서비스에 대한 보험수가체제를 수립함에 있어 다음과 같은 원칙이 고려되어야 한다. 첫째, 한번의 가정간호서비스료가 한번의 의료기관 이용률보다 저렴해야 한다. 둘째, 서비스의 질을 유지하기 위해서는 적절한 자격기준(인력, 시설)이 설정되어야 하고, 이에 따른 수가가 산정되어야 한다. 셋째, 가능한 새로운 의료 수요의 창출요인이 되어 의료보험 재정의 불안을 초래

하지 않도록 해야 한다. 넷째, 원가보상원칙이 적용되어야 한다.

이러한 원칙에 기초한 가정간호 수가체제를 현재 대부분의 의료기관에서 적용하고 있는 행위별 수가체제로 할 것인지, 또는 조산소와 같이 일부 포괄수가제로 할 것인지에 대해서는 논란의 여지가 있기 때문에 충분한 연구, 검토가 선행되어야 한다(김과 김, 1994).

2. 교 육

1990년 6월 서울대학교 보건대학원이 처음으로 가정간호 교육기관으로 지정되어 7월부터 40명을 선발하여 교육을 시작하였으며, 같은해 9월 연세대, 91년 10월 충남대 보건대학원 등 점차 전국으로 확산되어 1995년 현재는 서울대학교와 연세대학교 간호대학과 충남대학교, 경상대학교, 전북대학교, 전남대학교 및 경북대학교 의과대학 간호학과에서 시행되고 있다.

〈표 5〉 가정간호 수습과목 및 수습시간

교 과 목	보복부	K대	J대	K대	C대	P대	J대	S대
이론								
통상증상관리	32	32	32	32	32	32	32	
만성퇴행성 질환관리	32	30	32	32	32	32	32	
재활환자관리	32	20	32	32	32	32	32	32
암환자관리	32	32	32	32	32	32	24	16
모자보건	32	32	32	32	32	32	24	32
노인보건	32	32	32	32	32	32	24	32
가족간호	32	26	32	32	32	32	32	16
가정환경관리	16	16	16	16	16	16	8	16
지역사회간호	32	18	32	32	32	32	16	20
정신보건 및 간호	16	32	16	16	16	16	24	16
의료제도	16	16	8	16	16	16		16
보건경제	16	16	8	16	16	16	16	16
역학 및 감염관리	16	16	16	16	16	16	16	16
보건교육	16	16	16	16	16	16	16	16
건강사정		10	16				24	
특수간호술							16	16
간호과정		8					16	
간호조직관리								12
가정간호총론								16
영양배설 장애환자간호								32
순환호흡 장애환자간호								32
계	352	352	352	352	352	352	352	352
실습 가족간호 및 실습	248	248	248	248	248	248	248	248
총계	600	600	600	600	600	600	600	600

가정간호 교육과정에 대한 의료법을 바탕으로 서울대학교를 위시한 8개 가정간호 교육기관에서는 현재 1) 정기간호 교육과정 졸업후 간호사 자격증을 소지한자로 간호정신이 투철한자, 임상경력이 풍부한자(3-5년 이상)를 대상으로 1학급당 약 40명을 모집하여 1년 동안의 가정간호 과정을 이수한 학습자에게 재가환자나 가족을

위한 가정간호를 수행할 수 있는 지식과 기술 및 태도를 갖춘 가정간호사 자격을 부여하고 있다.

가정간호과정 이수시간은 8개 대학이 모두 의료법에 명시된, 이론 352시간, 실습 248시간을 시행하고 있으나 수습과목이나 과목별 이수시간에는 약간의 차이를 보이고 있다<표 5, 6>.

<표 6> 가정간호 영역별 실습시간

실 습 영 역	K대*	K대	P대	J대
영양, 배설장애	62	32	32	24
순환, 호흡장애	(62)	32	32	24
암환자간호(임종환자 간호)	(62)	32	32	24
기동성장애	62	32	32	48
재활간호				
모성간호	62	16	32	24
아동간호		16		24
정신간호	(62)	16	32	24
신기능장애		8		
가족간호	31	48	56	56
노인간호	31	16		
계	248	248	248	248

*영양배설장애, 기동성장애 및 모성간호와 순환호흡장애, 암환자간호 및 정신간호 중 택 1

특히 가정간호 실습영역 및 실습시간은 대부분의 대학이 전반적 실습영역을 고르게 실습하도록 함으로써 가정에서 발생할수 있는 모든 문제에 포괄적으로 접근할수 있도록 한 반면에, 일부 대학에서는 전문영역별로 집중적으로 실습하도록 함으로써 교육생의 전문성을 높이는데 목적을 두고 있다.

따라서 우선은 이러한 차이를 인정할 것인지 아니면 가정간호사라는 동일한 명칭의 전문간호사를 배출해내는 교육과정이므로 어느정도 통일시켜야 할것이지에 대한 논의가 이루어지고는 있지만 그 기본취지가 가족을 대상으로 한 포괄적 접근임을 상기해 볼때 문제중심으로 전문영역별 접근에 대해서는 심사숙고 해야할 것으로 생각된다.

또 하나의 문제점은 가정간호 실무에 필요한 경험을 쌓기 위한 실습이 주로 병원에서 이루어진다는 점이다. 전문가정간호사로서 지역사회 중심의 서비스를 제공하기 위하여는 병원에서 요구하는 고도의 의로기기를 다루는데 필요한 간호보다는 가족간호나 가정환경관리, 건강한 영유아 관리 등 포괄적인 가정간호가 필요한데 이를 위한 지역사회내 가정간호 실습이 부족하여 가정간호사를 위한 독특한 실습과정 개발과 아울러 이에 대한 보완책이 시급하다.

3. 연 구

가정간호에 대한 연구는 1980년 이래로 활발히 진행되고 있어 초기에는 가정간호에 대한 관심이 고조되면서 가정간호에 대한 환자들의 요구도 조사가 많이 이루어져 왔다. 이들 연구들의 결과는 대부분 많은 환자들이 가정간호에 대한 요구를 많이 나타내 이은옥등의(1981) 연구에서 병원에서 퇴원하는 환자의 간호요구도를 조사한 결과 대상자의 87.5%가 자신이 입원한 병원으로부터의 방문치료를 원하고 73.6%가 보건간호사의 방문치료를 원했다고 하였으며 박정희(1982)의 연구에서보면 학력이 높을수록, 장기입원일수록, 연령이 높을수록 퇴원후 간호요구가 많은 것으로 나타났으며 김성실(1985, 1988)의 연구에서는 Orem, Henderson등의 간호이론을 이용하여 가정간호시 요구되는 간호내용을 신체영역, 정신적, 영적, 사회적 영역으로 구분하여 조사하여 직접간호가 가장 많이 시행되고 있으며 안내와 지도 및 교육이 전문가로부터 수행되기를 희망하고 있었으며 수행된 가정간호에 대한 만족도를 조사하여 높은 만족도를 나타내었다. 김진선(1988)의 암환자 대상의 연구에서는 대상자의 67.3%가 가정간호사업에 대한 이용의사가 있었으며 이중 93.1%가 비용지불의사가 있었으며

특히 지지적인 간호영역에 대한 요구가 높았고 기술적인 영역에 대해 비용지불의사가 높음을 나타냈으며 가정간호 이용의사에 영향을 주는 요인중 가장 중요한 것은 신체기능적인 특징으로 합병증의 여부, 퇴원시 필요로 되는 기구, 퇴원시 가지고 있는 장애, 일상생활활동 능력으로 나타났다. 또한 증가하고 있는 노인인구를 감안하여 노인을 대상으로 간호요구를 분석하고 간호요구와 제요인간의 관련성을 검증한 박홍심(1990)의 연구에서 41.2%가 간호요구가 있으며 이 중 안위요구가 80%로 가장 높았으며 노인의 활동 및 운동제한 여부가 기본 간호요구와 관련이 있음을 나타내었다. 임재신(1993)의 연구에서는 가정간호 이용의사에 대하여 의료보험 적용시 이용할 생각이 있다에 81.6%, 간호사나 의사가 가정간호 서비스를 제공해주기를 원하는 경우가 88.8%로 높았고 환자의 직업이 전문직, 학생인 경우와 보호자의 직업이 노동자인 경우, 수술한 경험이 있는 경우, 독신자, 종교가 없는 경우, 연령이 적을수록, 핵가족, 보호자가 부모인 경우 가정간호요구도가 높은 것으로 나타났다. 한경자등(1993)의 연구에서 퇴원직후환자, 신생아 및 산모, 교육적 간호요구가 있는 사람등 7가지 범주로 대상을 분류하여 대상별 따로 설문지를 이용한 결과 아동의 가정간호요구도가 76.5%로 가장 높았고 요구도가 많은 순서로는 건강관리 행위를 수행하지 못하는 사람, 교육적 가노호요구가 있는 사람, 가족의 지원이나 지지가 부족한 사람, 정상적 질병조절 및 회복이 안되는 만성질환자 순으로 나타났으며 대상자의 75%에서 이용의사를 나타냈다.

이와같은 높은 요구도에 맞추어 제공될 서비스에 대한 내용과 그 효과에 관한 연구도 활발히 진행되고 있으나 포괄적인 간호서비스 내용보다는 각 대상자의 질환별로 연구가 주로 이루어져 있다. 박영숙(1991)의 만성신부전 환자의 지속적 보행성 복막투석에 관한 서비스 내용으로 합병증 예방교육, 응급처치법 교육, 환경관리 교육, 혈당 및 배출액 검사에 85%이상이 서비스를 이용할 것을 나타냈고 이인옥(1991)의 연구에서 정신과 퇴원환자를 중심으로 가정간호의 효과를 본결과 약물 부작용 여부가 큰 차이로 낮아졌고 사회적응도가 호전됨을 보여 가정방문의 횡수가 증가함에 따라 효과가 높음을 보였으며 뇌졸중 환자를 대상으로 한 장승원(1994)의 연구에서의 가정간호 서비스내용으로는 위생, 영양, 호흡, 배설, 피부, 활동, 투약, 체온유지, 사정 및 관찰, 교육등 10가지 영역으로 이루어진 39개 활동으로 분석되었다. 김의숙등(1993)의 연구에서는 암, 고혈압, 당

뇨, 만성 폐쇄성 폐질환, 심혈관 질환, 신경외과계 질환, 재활환자를 대상으로 사정, 직접간호, 건강상담 및 교육, 가족간호, 시설 및 환경, 의뢰등으로 서비스 내용을 분석하였다.

조원정등(1991)의 연구에서는 환자와 보호자가 가정에서 제공받기 원하는 서비스 내용은 극히 제한적이고 부정적이며 특히 복막투석관리, 방광세척, 인공항문관리, 기도흡인등의 서비스항목에 대한 환자와 보호자의 긍정율은 매우 낮게 나타나 전문적인 지식과 기술이 필요하다고 여겨지는 부분에 대한 연구가 필요하다고 생각된다. 김조자등(1988)의 방문간호를 통한 암환자의 위기중재 효과를 연구한 결과 가정방문을 통한 추후관리는 환자의 질적인 삶, 특히 신체적 안녕과 증상조절 영역에서 긍정적인 영향을 주었음을 나타냈으며 홍여신등(1990)의 만성질환 퇴원환자를 대상으로 한 연구에서 대상자의 퇴원시, 퇴원후 문제점을 파악하고 각환자별 교육내용과 가정간호 활동 내용을 책자로 제작하여 가정방문을 실시한 결과 총비용, 외래약속 이행도, 자가보고에 의한 치료지시 이행도, 자가간호지식도등에서 대조군과 차이를 보였다.

한편, 가정간호 제도를 실시하기 위해 필요한 인력수요 측정과 가정간호사의 자격조건, 가정간호 제공시 적절한 비용은 어떠한가, 가정간호 대상자는 어떻게 결정하는가에 대한 연구도 이루어져 김용순등(1990)의 의사, 간호사, 관련부서 직원, 환자를 대상으로 한 연구에서는 대상자로 단기간내에 해결되지 않는 만성질환자나 노인환자가 적절하며 일정 액의 방문비에 처치비, 물품비를 추가하는 비용방식이 가장 바람직하며 외래에 가정간호사업 담당부서를 신설 운영하는것이 좋으며 가정간호사의 자격으로는 임상경력이 있으면서 가정간호에 필요한 추가교육을 받은 간호사이어야 한다고 하였으며 입원환자의 가정간호 의뢰일 추정과 진료비 분석에 관한 연구를 한 김모임등은(1993) 제왕절개술 환자, 고혈압환자등에서 가정간호 의뢰일을 조거퇴원 직후로 잡고(기존의 8.8일에서 4.1일) 입원 초기의 비용과 가정간호를 받아도 가능한 시기의 비용을 분석하였다. 김의숙등(1993)의 연구에서는 만성폐쇄성 질환의 가정방문 소요시간은 46분, 재활환자 가정방문 시간은 62분 걸린다고 보고하였다. 뇌졸중 환자를 대상으로 연구한 장승원의 연구에서 뇌졸중 환자의 가정간호의뢰일 추정은 9.8일로 평균 입원기간 보다 3일 정도 감소시킬수 있으며 뇌졸중 환자의 가정간호의뢰일 추정기준을 논의 하였다. 만성질환 노인환자를 중심으로 가정간호사 인력수

급에 관한 연구를 시행한 고일선(1994)에 따르면 가정간호사업에 의뢰되는 노인인구의 증가 추세에 따라 가정간호사의 수요는 1995년 782명, 2010년에는 9,712명으로 추계되거나 배출될 간호사는 1995년 1,006명, 2010년에는 5,956명으로 추계된다고 하였으며 1995년 이후 2005년까지 공급과잉이 예상되며 노인인구가 증가함에 따라 2006년부터 공급부족이 예상되며 가정교육기관이 대부분 대도시에 분포하고 있기 때문에 가정간호사의 수요와 공급의 비교에서 지역적 불균형이 예상된다 하였다.

위에서 살펴본 바와 같이 가정간호사 교육에 관한 연구는 거의 이루어 지지 않았으므로 이에 대한 연구가 필요하다고 생각된다. 또한 현재 여기관에서 다양한 형태로 가정간호 시범사업이 실시되어 왔으므로 그간의 사업을 총체적으로 평가해 봐야 할 시점에 이르렀다고 볼 수 있다. 따라서 이러한 평가작업을 통해 앞으로 효율적인 가정간호 제도화 방안을 설정해 나갈 수 있을 것이다.

Ⅲ. 결 론

1960년대 이후 우리나라는 급격한 산업화와 현대화의 조류를 타고 최근 모든 국민에게 ‘삶의 질의 향상’이라는 궁극적인 목표를 향하여 국가정책을 개발하고 기존 체계를 변화시키거나 조정하여 왔는데 보건의료정책도 예외는 아니라고 보겠다.

1980년대 초기, 보건의료이용에 있어서 지역간의 형평을 위하여 정부에서는 ‘농어촌 특별조치법을 제정하여 간호사 인력을 개발, 보건진료원을 보건의료취약지역에 배치하여 간호사의 자율적이고 전문적인 역할확대에 큰 기여를 한 바 있는데 10년 이후 또다시 국가 보건의료자원의 효율적 활용을 위하여 가정간호사 인력 개발, 간호사의 역할 및 위상이 제고될 수 있는 또다른 전기를 맞이하게 되었다. 즉, 국가 보건의료정책의 목표인 형평과 효율을 달성하는데 간호인력이 큰 기여를 하게 된 것이다.

이는 1989년 9월, 전국민 의료보험을 실시하게 됨에 따라 의료시설 이용기회의 확충은 대형 종합병원에서의 환자집중 현상으로 적시에 적절한 기관에서 필요한 환자관리를 제공하지 못하게 됨에 따라 환자의 편의를 제고하지 못하여 가정에서, 지역사회에서 직접적, 혹은 간접적으로 간호를 필요로 하는 대상에게는 신체적, 정신적으로 적절한 관리를 받지 못하여 온 것이다. 이러한

보건의료문제를 해결하고자 개발된 가정간호사는 결과적으로 소비자를 위한 서비스 체제에 직접적인 역할을 담당하게 되어 소비자들을 통한 간호사 인식제고에 적절한 기회를 마련하게 되었다.

따라서 그 어떤 간호정책, 간호실무, 간호연구, 간호교육보다도 소비자에게 질적 서비스를 제공하는 것만이 우리 간호계의 권위와 위상제고에 큰 힘으로 작용하게 될 것이다. 그러므로 가정간호사 개개인은 환자 개개인에 대한 신뢰를 바탕으로 한 밀접한 상호관계를 구축함으로써 가정간호사업은 우리나라의 보건의료체계 내에서 확고한 위치를 점하게 됨은 물론 의료시장 개방화에 따른 경쟁력을 확보하는데 큰 역할을 담당하게 될 것이다.

참 고 문 헌

- 김화중, 김영임(1994). 지역사회간호학. 한국방송통신대학교 출판부.
- 김경언(1988). 뇌손상 환자의 퇴원후 추후간호에 대한 연구. 한양대학교 석사학위 논문.
- 고일선(1994). 가정간호사 인력수급에 관한 연구. 연세대학교 석사학위 논문.
- 김모임, 김의숙, 유호신, 추수경, 이규식, 이종길(1993). 입원환자 가정간호 의뢰일 추정과 진료비 분석에 관한 연구. 간호학 탐구, 2(1).
- 김의숙, 조원경, 김조자, 서미혜, 전세일(1993). 일 종합병원 내 가정간호사업 프로그램 개발을 위한 운용 연구. 간호학 탐구, 2(1).
- 김성실(1985). 가정간호 요구 및 수행실태에 관한 조사 연구. 연세대학교 박사학위 논문.
- 김양이(1988). 가정방문간호의 현황과 활용방안에 관한 연구. 중앙대학교 석사학위 논문.
- 김성실(1988). 한국 농촌지역의 가정간호 요구에 관한 연구. 대한간호학회지, 18(1).
- 김진선(1988). 암환자의 퇴원시 가정간호사업 이용의 사와 요인 조사연구. 연세대학교 석사학위 논문.
- 김조자, 유지수, 박지원(1988). 방문간호를 통한 암환자의 위기중재 효과에 관한 연구. 대한간호학회지, 19(1), 63-80.
- 김용순, 임영신, 전춘영, 이정자, 박지원(1990). 가정간호 가업에 대한 이사, 간호사, 진료관련부서 직원 및 환자의 인식 비교. 대한간호, 29(2), 48-63.

- 대한간호협회. 가정간호. 보수교육교재.
- 박정호(1988). 한국형 진단명 기준 환자군(k-DGR) 분류를 이용한 입원환자의 간호원가 산정에 관한 연구. 이화여자대학교 박사학위논문.
- 보건사회부(1990). 보건부고시 제90-44호.
- 보건사회부(1990). 의료법 시행규칙 제54조 4항.
- 박홍심(1990). 보건의료기관 이용 노인을 대상으로 한 가정간호 요구 조사. 서울대학교 석사학위 논문.
- 서미혜(1993). 일 종합병원의 가정간호사업-원주기독병원원- . 간호학탐구, 2(1).
- 송근희(1989). 가정간호 요구에 관한 조사연구. 중앙대학교 석사학위 논문.
- 서울대학교 보건대학원(1990). 일부 대도시 영세지역 및 대학병원 외래의 가정간호 요구분석. 서울대학교 보건대학원.
- 오가실, 김용순, 김진순, 연기순, 이광옥, 한경자(1993). 가정간호 지침서, 현문사.
- 유호신(1994). 종합병원의 가정간호 시범사업 개발 및 기초조사 연구, 한국보건사회연구원.
- 이홍자(1989). 만성질환 환자의 가정간호 요구도 조사. 서울대학교 석사학위 논문.
- 이홍자(1989). 만성질환 환자의 가정간호 요구도 조사. 서울대학교 석사학위 논문.
- 이인옥(1991). 가정간호 서비스의 효과에 관한 연구. 한양대학교 석사학위 논문.
- 이미애(1992). 가정간호 사업을 위한 만성폐쇄성 폐질환 환자의 사례연구. 연세대학교 석사학위 논문.
- 임재신(1993). 가정간호사업의 요구 및 수용태도 조사. 충남대학교 석사학위 논문.
- 이은옥, 이선자, 박성애(1981). 퇴원시 환자의 간호요구도 조사. 간호학회지, 11(2).
- 이연실, 서미혜, 서문숙(1986). 일종합병원의 지역사회 보건간호사업에 대한 의료인의 태도 조사연구. 대한간호, 25(2), 72-79.
- 이인숙(1990). 지역사회 가정간호 실행모형 개발을 위한 연구. 서울대학교 박사학위 논문.
- 윤순녕(1993). 지역사회중심의 가정간호 사업. 대한간호, 32(4).
- 정기선(1985). 의료모험수가의 적정성 검증에 관한 연구. 고려대학교 박사학위논문.
- 전은미(1994). 산욕부와 신생아의 가정간호 사례연구. 연세대학교 석사학위 논문.
- 장승원(1994). 일 종합병원에 입원했던 뇌졸중 환자의 가정간호 의뢰일 추정과 가정간호사업 서비스 내용에 관한 연구. 연세대학교 석사학위 논문.
- 조원정, 김용순, 김주희, 김진선, 연기순, 이광옥, 한경자(1991). 가정간호사업의 수요측정과 모형설정을 위한 연구. 대한간호, 30(2).
- 전산초, 김모임, 서미혜, 조원정, 김의정, 추수경(1981). 연세대학교 원주기동병원 조기 퇴원 프로그램에서 제공된 지역사회 간호사업에 관한 평가 연구. 연세대학간호연구소.
- 조윤희(1990). 뇌혈관성 질환자의 자가간호 능력과 가정간호 요구도와와의 관계. 연세대학교 석사학위 논문.
- 최영숙(1991). 지속적 보행성 복막투석의 병원중심 가정간호 서비스 개발에 관한 연구. 한양대학교 석사학위 논문.
- 추수경(1993). 뇌혈관 질환 환자 사정에 대한 의료인간의 일차도 및 가정간호사업 대상자 선정에 관한 연구. 한국보건간호학회지, 7(2), 39-52.
- 한경자, 박성애, 하양숙, 윤순녕, 송미순(1993). 일개 군 지역의 가정간호 요구조사. 간호학회지, 24(3), 464-498.
- 홍여신, 이은옥, 이소우, 김매자, 홍경자, 서문자, 이영자, 박정호, 송미순(1990). 추후관리가 필요한 만성질환 퇴원환자 가정간호 시범사업 운영 연구. 대한간호학회지, 20(2), 227-248.
- 한국가정간호학회(1994). 가정간호업무표준과 가정간호시범사업. 제2회 가정간호학회 총회 및 학술대회 자료집.
- 한국가정간호학회(1995). 가정간호수가. 가정간호학회 총회 및 학술대회 자료집.

– Abstract –

A Consideration on the Instituting Home Health Care in Korea

Yun, Soon Nyoung · Hwang, Na Mi**
Hyun, Hye Jin** · Choi, Joung Myoung**
Kwon, Mi Kyung***

While the socioeconomic status of Korea has been dramatically increasing in recent years, chronic and geriatric diseases have also been on the rise, bringing about many changes in our health care system. The basic goals of the home health care are to reduce health care costs, to increase the attrition rate in general hospitals, and to care for patients effectively and conveniently at home.

The purpose of this paper is to review and examine the current status of the home health care in Korea throughout the reports, surveys, other informations and education system of home health nurse.

We identified the various types of home health care services programs, such as hospital-based home health care operated in public sector (demonstration project) and community-based home health care in health centers or in private sector, that is, Korean Nurse Association. Hospital based home health care model was established as an alternative to traditional in-patient services.

Quality assurance and client satisfaction is an important measure of care received and establishment of payment and reimbursement for home health care services is important in promoting the home health care. We found out a fee-per-visit system composed of three kinds of fees : a basic service fee(16,000 Won), a travel fee(5,000 Won), and per-service fees(variables). Like fees paid for in-patient care, insureds pay 20% and insurers pay 80% of the basic and per-service fee. The travel fee is borne totally by the insured.

Home health care continues to be viewed as not only the most preferred way to provide care to clients, but also the most cost effective.

Home health care is that component of a continuum of comprehensive health care whereby health services are provided to individuals and families in their places of residence for the purpose of promoting, maintaining, or restoring health, or of maximizing the level of independence, while minimizing illness.

Services appropriate to the needs of the individual patient and family should be planned and provided, nursing is to be a force for positive change and enhanced the nursing professionalism.

Whatever type of involvement of home health care, it is essential to remember that home health care is highly service-oriented and highly touch health care delivery system.

* College of Nursing, Seoul National University

** Department of Nursing the Graduate School, Seoul National University