

## 일본의 재가간호 및 방문간호 - 새로운 개호보험제도의 실시를 앞두고 -

김 증 임\*

### I. 서 론

#### 1. 연구의 필요성

일본에 있어 인구의 고령화는 세계 어느 나라 보다 빠른 속도로 빨리 진행되어 왔다. 1970년에 65세 이상의 인구가 7.1%에 달하였고, 1995년에는 14.8%를 차지하고 있다(후생성1996). 즉 일본은 30년전 고령화사회를 예기하게 되었고, 1980년대부터는 고령화사회가 갖게 될 문제들에 대한 다각적인 검토와 대책을 마련해왔다.

1982년 「노인보건법제정」을 통해 고령화에 대응하기 시작하여, 1987년 「국민의료 종합대책본부의 중간보고」에서는 재가의 보건의료 서비스의 공급정비가 필요한 점과 가족지원을 위한 방문간호와 재가간호의 촉진을 이념화하고 보건의료와 복지가 연계되어야함이 주장되었다. 더욱이 1989년 「고령자보건복지추진 10개년전략」이 발표되고 그 구체적인 대책으로서 재가케어의 세 기둥(홈헬프, 데이케어, 단기체제)의 정비를 중심으로한 기반정비의 필요성이 제시되었다. 1990년 고령자보건복지의 실현을 위해 「복지관계8법」의 개정을 통해 시설케어 중심에서 재가케어체제를 중시하는 법적 근거를 마련하였다.

더욱이 「노인보건법 개정」으로 「노인보건시설 : 병

원과 노인홈의 중간 의료 시설」이 창설되고, 1992년에는 「방문간호스테이션」의 창설과 본격적인 고령자의 케어와 재가케어의 정비가 추진되어왔다. 그 이후 1994년 후생성의 고령자개호대책본부 산하 고령자개호·자립지원시스템 연구회가 「새로운 개호 시스템의 구축」을 제언한 것을 계기로 2000년부터는 「공적개호보험제도」가 실시될 예정이다.

우리나라 고령화의 속도는 일본 못지 않게 빠르게 진행되어 2010년에는 12.5%에 도달할 것으로 예측되고 있다(보건복지지표, 1996). 한국의 고령화 사회가 본격적으로 도래하기 10년전인 지금부터, 간호와 관련분야가 고령화 사회에 요구되는 각종 소프트의 면과 하드의 면을 준비함에 있어, 우리보다 20년 먼저 고령화 사회를 맞아 다각적으로 준비해온 일본의 재가간호의 변천과정과 현재의 실황에 대한 검토가 필요하다라고 판단하여 이 문헌 연구를 하였다.

#### 2. 연구의 목적

노인 문제가 사회적 관심 대상이 되기 전부터 방문간호를 실시해온 일본의 재가간호의 역사와 그 이후 많은 법의 변화와 함께 정착된 방문 간호에 대한 검토를 통해 우리나라의 재가간호의 체제와 내용 설정의 기초자료를 마련하고자 한다. 또 하나의 목적은

\* 도쿄대학 건강과학 간호학과 객원연구원

2000년부터 실시 예정인 일본의 개호보험제도의 실시의 배경을 파악하는 자료를 마련하기 위함이다.

## II. 연구의 내용

본 연구는 재가간호와 관련된 일본의 주요 문서의 검토를 통해, 「재가간호의 사회적 요구와 역사」, 그리고 현재의 실질적인 재가간호 활동의 중심이라고 할 수 있는 「방문 간호 제도」, 그리고 재가간호와 깊은 관계인 「보건·의료·복지」의 3가지로 나누어 검토를 하였다.

### 1. 재가간호의 사회적요구와 역사

#### 1) 재가간호가 대두된 사회적 배경

재가간호의 중요성이 대두된 것은 다음과 같은 사회적 배경을 들 수 있다.

##### (1) 인구 구성과 질병 구조의 변화

1996년 10월 후생성의 발표에 의하면, 평균수명은 여자 82.8세 남자 76.4세, 65세 이상의 인구는 1995년 현재 14.8%이고 2010년에는 20.0%, 2025년 25.8%로 추계 되었다. 즉 2025년이 되면 국민의 4분의 1이 65세를 점유하는 초고령화 사회가 된다고 보며, 이는 재가간호의 대상자는 증가되고 그들을 돌볼 인력은 감소됨을 의미한다.

그리고 가족구성을 보면, 「부부 모두 65세 이상의 고령자 세대」, 「고령자 단독 세대」가 증가하고 있어, 고령자에 대한 간호/개호의 문제가 가정뿐만 아니라 사회적으로도 중요한 문제가 되고 있다. 한편 사망률이 감소되는 반면 사망 원인이 크게 달라졌다. 1945년까지는 결핵이 사망 원인의 1위를 차지했으나, 1945년이 지나면서 뇌혈관질환이 1위를 차지하기 시작하였다. 그러나 1965년을 정점으로 감소하였고, 1980년부터는 악성 신생물이 1위를, 심질환이 2위, 그리고 뇌혈관질환은 3위를 차지하여 현재에 이르고 있다. 즉 장기적인 치료를 요하는 질병이 증가되었음을 볼 수 있다.

##### (2) 병원의 병상 부족과 조기퇴원

사회적 입원 문제와 더불어 병상 부족이 계속되면서 조기 퇴원을 고려하게 되었다. 그러나 1945년 이후 핵가족의 진행과 더불어 가정은 개호를 감당할 능력이 없게 되었고, 또 완전히 회복되지 않은 상태에서의 퇴원, 즉 상당히 케어 요구도가 높은 환자가 퇴

원하면서 생기는 개호 부담과 개호 불안은 올바른 정보 제공과 적절한 지도를 필요로 했다.

#### (3) 치료의 장기화와 재가간호의 선호

암환자, 뇌졸중 환자가 증가하면서, 병원에서 장기 간 치료를 받고 있던 환자들은 병원에서 받는 치료에 만족하지 못하고, 치료와 요양의 장소로서 자신들의 집을 원하게 되었다. 1974년 4월 재가 환자 수는 79명(그 중 방문 환자수 24명), 3년 뒤인 1977년 10월 재가 환자 수는 127명(방문 환자수 46명)으로 숫자상으로도 2배로 급속히 증가하였다. 참고로 1994년 후생성이 암, 심장병, 뇌졸중으로 사망한 자와 그들의 개호자를 대상으로 한 조사 결과에 의하면, 환자들은 외래 혹은 재가간호를 원하였고, 그들의 개호자는 입원치료를 더 선호했음을 알 수 있다.

#### (4) 「삶의 질」의 중시

몇 년전까지만 하여도 질병을 갖게 된 대부분의 환자와 가족은 당연히 치료를 받기 위해 병원에 입원하기를 원했었다. 그러나 삶의 의미의 변화, 지식 수준의 증가와 더불어 환자들은 자신의 삶의 질을 우선하게 되었다. 가족들도 이러한 환자들의 의지를 이해하고, 환자의 삶의 질의 의미를 고려하는 입장으로 바뀌어 요양의 방법에 있어서 재가간호를 선호하게 되었다.

#### 2) 재가간호의 역사

이상과 같은 개인적·사회적 변화는 지금까지 병원을 중심으로 한 임상의료/임상간호와와는 다른, 자신의 삶의 터전인 가정에서 받을 수 있는 재가간호를 더욱 필요로 하게 되었다. 그리고 재가간호의 중심 제공 장소인 가정은, 그 가정이 속해 있는 지역의 의료체제, 각종 관련 서비스체제 등 그 지역의 영향을 받게 된다. 그러므로 가정에서의 치료와 요양의 성과를 높이기 위해서는, 재가간호를 뒷받침해주는 각종 시설과 제도가 정비되어야 한다.

이러한 재가간호의 필요성을 일찍이 파악한 일본 정부와 각계는 약 20년 전부터 계획적인 체제정비를 해 왔다. 더욱이 오는 2020년에는 65세 이상이 인구의 4분의 1을 차지하는 초고령화 사회가 되어, 각종 개호 시설뿐만 아니라, 노인의 개호를 담당할 인력도 매우 부족하게 될 것이다. 이러한 배경에서 일본의 재가간호는 구체적인 방문간호 제도로써 성립이 되기까지 다음과 같은 몇 단계의 역사를 거쳐 왔다.

##### (1) 초기의 방문간호활동

메이지유신 이후 사회 구조의 변동으로, 도시 주민 가운데 빈곤과 건강문제를 갖게 된 사람이 많아졌다. 이 시기의 방문간호 사업은 빈곤자의 구제로 시작되었다. 최초의 조직적인 활동은, 1892년 교토간병부학교(京都看病婦學敎)의 간호사들이 병원에 올 수 없었던 가난한 병자를 위하여 행한 순회간호였다. 그러나 병원과 간병부학교의 폐쇄로 오랫동안 지속되지는 못했다.

한편 도쿄에서는 1923년 관동대지진이 발생했을 때, 제생회(濟生會)의 주도하에 의사, 간호사, 산파로 구성된 순회 간호반이 진료소를 거점으로 응급처치, 조산, 육아지도, 전염병의 발견 등 의료적 측면에서 폭넓은 활동을 하여 사회적인 주목을 받았다. 이 시기의 방문간호는 재가의 상병자에게 의료를 제공하는 것이었다.

당시 일본에서는 결핵사망과 더불어 높은 유유아(乳幼兒)사망률이 사회 문제가 되면서 보건간호사(\*보건간호사면허를 별도로 취득해야함)가 가정방문을 해야할 필요성이 제기되었고, 임산부/유유아를 위한 순회간호사의 방문활동이 이루어졌다.

### (2) 공중위생간호의 시작

1927년 미국의 공중간호 연구자를 중심으로 공중위생 간호부를 발족, 모자보건을 중심으로 한 보건간호사 사업이 시작되었다.

1930년 오오사카 아사히신문 사회사업단 공중위생 방문간호협회는, 지역의 모든 건강문제를 취급하였고, 방문지도와 방문간호를 중심으로 한, 지역 전체의 보건교육과 사회사업활동을 실시했다.

### (3) 1945년 이후의 간호

1947년 전국적으로 보건소망이 설비되면서, 보건소를 중심으로 한 보건간호사의 전반적인 지역 보건, 간호 활동이 실시되었다. 그러나 전염병, 결핵대책, 모자보건업무가 급한 당시에는 일부 재가 결핵 환자 외에는 방문간호가 거의 실시되지 못했다.

1960년대부터 고도 경제 성장 시대를 맞이한 일본에서는 핵가족화, 개인의 생활패턴의 변화 등이 진행되었고, 1970년부터는 성인병, 정신병, 혼자 사는 노인, 와상(臥床: 거의 누워 있는 상태)노인이 증가되면서 이들을 위한 원조의 필요성이 높아졌다. 그러나 인력 부족으로 보건간호사에 의한 재가간호는 거의 이루어지지 못했다.

### (4) 현재의 방문간호의 다양한 기반

① 간호서비스로서의 방문간호: 1970년대가 되면서

간호사가 독자적으로 간호서비스를 목적으로 한 방문이 시작되었다. 이는 「병원의 계속간호로서의 방문간호활동」과 자치단체의 「복지차원에서의 방문간호활동」으로 시작되었으며, 와상노인과 재가환자가 대상이 되었다. 이 때부터 병원과 진료소의 간호사에 의한 진전된 방문간호가 시작되었다. 병원의 방문간호는 일본대학병원의 암환자와 종말기 환자 간호, 도쿄 도립병원의 난치병진료와 간호 등 각각 특징이 있는 방문간호활동이었다.

② 자치단체서비스로서의 방문간호: 1971년 도쿄 히가시무라야마시(東村山市)가 도쿄백십자병원에 위탁하여 이루어진 와상노인을 위한 방문간호가 자치단체서비스의 최초의 사업이었다. 이로 인해 간호직이 지역에 나가 필요로 하는 재가간호를 제공했다. 방문간호의 제공뿐만 아니라 24시간 언제든지 병원과 전화연결이 가능해, 집에서 요양하는 노인들은 안심하고 지낼 수가 있었다.

1974년 신주쿠구(新宿區)가 구민 건강 센터에 전임간호사를 두고 지구 의사회와의 협력을 얻어 질 높은 방문간호를 실시한 것은 매우 좋은 평가를 받았다. 1976년부터 도쿄복지국은 재가노인 복지대책으로써 구, 시, 읍, 면의 방문간호의 조성을 실시, 방문간호사업은 급속히 퍼져 나아갔다. 당시는 주로 와상노인을 대상으로 하였고, 방문회수도 월 2회 정도였다. 사업의 운영은 전임간호사에 의한 것, 퇴직간호사인 잠재간호사를 활용한 것, 의사회 혹은 병원에 위탁한 것 등 여러 가지의 형태가 있었다.

한편 1975년 요코하마시에서는 퇴직 후 가정에 있던 간호사를 활용, 보건소 보건간호사와 연계한 방문간호사업을 실시하였다.

방문간호의 수요도 크고, 사회의 요청도 있었다고는 하지만, 아직 진료수가로서 인정을 받지 못하던 이시기의 방문간호는 간호직과 관계자의 열의와 노력으로 시작되어, 그 실적이 축적되어 왔다고 볼 수 있다.

③ 재가간호 사업으로 발전: 1977년 도쿄 이타바시구(板橋區)는 재가간호체제를 정비했다. 위생부 보건지도계를 설치하여 전문의의 도입, 방문간호사의 확보와 배치, 교육을 담당하게 하였고, 정보관리도 담당하게 하였다. 재가환자와 가족의 지속적인 간호는 보건소의 보건간호사와 시간제 간호사가 담당하였다. 1991년 4월에는 고평자복지부가

신설되어 「고령자보건복지센터」가 설립되어, 보건·복지·의료의 총체적인 케어를 목표로 활동하고 있다.

- ④ 공립병원을 기반으로 한 방문간호 : 1974년 도쿄도립병원의 재가 진료반의 활동이 시작되었다. 자치단체, 지역의사회, 보건소와 협력을 하여 환자들의 모임(患者會)의 활동을 지원해주는 활동을 하고 있다. 이 활동의 중심은 간호직에 의한 방문 활동이다.

### 3) 방문간호 제도의 창설과 재가간호학

1989년 방문간호에 대한 사회적인 요구에 응하여 간호사와 보건간호사로 구성된 방문간호진흥재단이 발족되었다. 1989년 12월 「고령자 보건 복지 추진 10년 전략(골드플랜)」이 책정되면서 「와상노인 제로작전」이 전개되고, 1991년 9월 노인 보건법이 다시 개정되면서 1992년 4월부터 [노인 방문간호 제도]가 시행되었다. 이로써 가정이 적절한 보건서비스를 받는 장소로 인정되고, 보험의료기관에 의한 방문간호와는 달리 간호직이 관리자로서 방문간호를 시행할 수 있도록 제도화되었다.

1994년 6월 간병인제도의 폐지와 재가의료가 추진과 함께 건강보험법의 일부가 개정되어, 난치병환자, 중증장애자, 말기암환자 등 65세 이하의 환자에게도 방문간호를 제공할 수 있게 되었다.

방문간호활동은 각 지역의 선구적인 재가간호활동 등, 간호적 단체로서 일본방문간호협회가 방문간호를 검토, 시행, 교육을 해온 점과, 후생성의 간호 제도 검토회, 방문간호/재가케어 종합추진 모델사업의 실시 등은 현재의 방문간호와 국가 정책의 기반이 되었다.

방문간호 등 재가간호가 더욱 발전되기 위해서는 그 직무에 종사하는 간호직의 교육이 필요하다. 이에 간호협회에서는 재가간호를 졸업 후의 보수교육내용으로 실시해 왔고, 1996년 간호직원양성에 관한 개선 검토회에서는 간호교육 과정에 [재가간호학]을 설치하기로 결정, 1997년 4월부터 기초교과과목안에 재가간호학이 추가되었다.

### 4) 재가간호 행위와 간호수가

적절한 보수가 없는 간호행위는 여러 측면에서 제약과 어려움이 따르고, 좋은 간호행위가 오랫동안 지속하지 못하는 원인이 된다고 할 수 있다. 따라서 간호행위에 따른 진료수가의 인정은 간호 분야의 발전

에 매우 중요한 역할을 한다고 할 수 있다.

진료수가는 1980년에 들어서면서 조기퇴원과 더불어 의료 기기 등을 가지고 재가간호를 받아야하는 상황이 일어나면서부터 인정을 받기 시작했다.

1983년 재가간호의 대상자가 법률로 정해진 「노인보건법」에 의거하여 40세 이상에게 방문지도사업을 실시하게 되면서 「퇴원환자계속간호·지도료」라는 명칭의 방문간호료가 처음으로 인정되었다. 이는 간호가 독자적인 기능으로서 인정을 받은 획기적인 사건이었다. 그 뒤 1988년, 건강보험진료수가의 개정으로 「퇴원환자계속간호·지도료」가 「와상노인방문간호·지도료」로 변경되고, 「재가환자방문간호·지도료」가 신설되었다(표 1 참조).

## 2. 노인방문간호제도와 방문간호제도

일본의 방문간호제도는 고령자를 위한 노인방문간호제도와 65세 미만의 특질질환자를 위한 방문간호제도의 2가지 형태로 나뉘어 있다. 방문간호사들은 환자를 직접 사정/평가하여 필요한 간호를 결정하는데, 이 때 사정도구로서는 ADL평가지와 후생성이 개발한 [일상생활자립도 판정기준표](표 2)가 기본적으로 이용된다.

### 1) 노인방문간호제도

고령자대책의 과제 중의 하나인 개호 체제 만들기에 중점을 두고, 보건·의료·복지에 걸친 종합적인 시책을 추진할 목적으로 노인보건법이 1991년에 개정되었다. 이러한 법률 개정의 가장 중요한 부분은 「노인방문간호제도」가 창설로서 현행의 보험의료기관에 의한 방문간호와는 별도로 노인방문간호사업이 법률로 규정된 점이다. 이는 재가의 와상노인이, 도지사(都道府縣知事)의 지정을 받은 자(지정 노인 방문간호 사업자)가 설치한 사업소(노인방문간호스테이션을 말함)에서, 담당 의사의 진단에 근거, 자신의 심신상태에 맞는 개호중심의 적절한 방문간호서비스를 받은 경우, 「노인방문간호요양비」를 지급하도록 하는 사업을 제도화한 것으로 1992년부터 실시되어 왔다.

#### ① 노인방문간호서비스의 대상자

서비스의 대상이 되는 사람은 질병 혹은 부상 등에 의해, 가정에서 와상상태 혹은 그에 준하는 상태에 있는 노인의료 수급자로서, 주치의가 방문간호의 필요성을 인정한 자이다. 또한 뇌졸중의 후유증 등으로

<표 1> 재가간호관련법과 재가간호의 진료수가

시기	진료수가의 내용	법률 및 제도	재가케어활동장소와 그 활동내용
		1937 보건소법	
1981. 6	자기주사지도관리료의 신설	1982 노인보건법	1983 전국 시읍면에서 방문지도의 개시 (전국에 확대)
1984. 3	자기복막관류지도관리료의 신설		의료기관에서 외상 노인의 방문간호/지도의 개시
1985. 3	재가산소요법지도관리료, 재가중심영양법의 신설		
1986. 3	의료시설승인제에서 신고제로 변경(자기복막관류지도관리료, 재가산소요법지도관리료, 재가중심정맥영양법), 외상노인방문진찰료, 외상노인방문지도관리료의 신설	1986 노인보건법개정 노인보건시설의창설	
1988. 4	재가요양부의 신설 구급반송진료료, 재가환자방문진료료, 재가환자방문간호지도료, 재가경관영양법지도관리료, 재가자기도뇨지도관리료, 퇴원환자이학요법지도관리료, 외상노인방문이학요법지도관리료의 신설	1987 정신위생법을 정신 보건법으로 개정 1989 고령자보건복지추진 10개년전략(골드플 랜)	
1990. 4	재가인공호흡지도관리료, 재가악성종양지도관리료, 재가와상환자처치지도관리료, 외상노인처치지도관리료, 퇴원전방문지도료, 퇴원환자계속방문지도료, 시설입소자공동지도료, 외상노인정보제공료(I)(II)의 신설	1991 노인보건법개정 노인방문간호제도창 설	
1992. 4	왕진료와 방문진찰료의 10Km가산, 난로가산, 폭풍우가산, 재가자기동통관리지도관리료, 재가요양지도관리료의 신설 양압식인공호흡기가산, 자동복막관류장치가산, 휴대형디스 포자블주입펌프가산등의 신설, 외상노인 재가종합진료료의 신설, 노인방문간호제도의 시행	1992 노인보건복지계획 (各市町村/各都道府 縣)	1992 방문간호스테이션 개시
1993. 3	재가중심정맥영양법, 재가자기복막관류지도관리료에 대해 有床진료소뿐만 아니라 無床진료소에서도 가능해짐		
1994. 4	방문진찰료, 환자방문간호/지도료및 재가방문재활지도료의 회수제한을완화, 말기악성종양환자를 대상으로하는 말기중 합진료료의 신설, 왕진료, 방문진료료등에 재가의 임중간호 료가산의 신설, 24시간연계체제가산, 재가터미널케어가산	1994 지역보건법 신골드플랜 건강보험법개정 일본 방문간호진흥 재단발족	
1994.10	방문간호기본요양비, 방문간호관리요양비, 퇴원시방문간호 공동지도료가산의 신설, 방문간호정보제공요양비, 방문간 호터미널케어요양비, 방문간호지시료, 퇴원시공동지도료가 산의 신설, 방문영양식사지도료, 방문약제관리지도료의 신 설, 치료소노인의료관리료의 신설, 외상노인말기방문진찰 료, 외상노인방문간호/지도료, 외상노인퇴원공동관리료의 신설	1994 일반방문간호제도의 창설 1995 정신보건복지법성립 1997 의료법의 개정 公的介護保險法성립 노인보건법개정	1997 지역보건법의개시 노인보건사업에근 거한 서비스의 개 시 2000개호보험법에 의한 서비스개시

와상상태에 빠질 염려가 있어, 이학요법이나 작업요법의 대상이 되는 노인과 치매성 노인은 와상상태에  
준다.

② 노인방문간호 실시자

지방공공단체, 의료법인, 사회법인 그리고 후생성  
장관이 인정하는 자(공적의료기관의 개설자, 간호협  
회, 지역의 의사회 등) 중에서 지정을 받은 “지정 노  
인방문간호 사업자”가 방문간호 서비스의 실시주체가

된다. 노인방문간호 스테이션의 설치형태는 의료기관  
병설형, 노인보건시설·특별 요양 노인홈 병설형, 단  
독형 등 다양하다.

③ 노인방문간호 서비스의 종사자

노인 방문간호 스테이션으로부터 방문간호를 행할  
수 있는 직종은 보건간호사, 간호사, 물리치료사, 작  
업요법사이다.

④ 노인방문간호 서비스의 내용

〈표 2〉 일상생활 자립도의 판정기준표

판 정	랭크분류	판 정 기 준
生活自立(자립상태)	J	어떤 장애는 가지고 있으나, 일상생활은 거의 혼자 할 수 있는 상태이며, 혼자서의 외출이 가능 1. 교통기관등을 이용해 외출함 2. 이웃이나 가까운 곳 정도는 외출함
準寢たきり(준와상상태)	A	실내의 생활은 거의 혼자 가능하나, 도움없이 외출을 하지 않음 1. 도움을 받아 외출하며, 낮동안은 거의 침상에서 나와 생활함 2. 외출의 횟수가 적고, 낮동안도 누워있거나 일어나 있는 생활임
寢たきり(와상상태)	B	실내의 생활을 함에 있어 도움을 필요로 하며, 낮동안 침상위에서 지내고, 주체적이나 좌위를 유지 1. 스스로 휠체어에 이동하여, 식사와 배설은 침상이 아닌 곳에서 함 2. 도움을 받아 휠체어에 이동함
	C	하루종일 침상위에서 지내며, 배설, 식사, 옷갈아 입기등을 함에 있어 도움을 필요로 함 1. 스스로 돌아 누울 수 있음 2. 혼자서는 돌아 누울 수 없음

기간: 판정시 A B C의 경우에는 언제부터 그 상태가 있었는지 기록 년 개월

\*이 평가지는 일본 후생성에서 개발한 것으로 「요개호도」의 평가에도 이용될 예정임

제공하는 서비스는 주치의의 지시에 근거한 영양사의 돌봄과 진료의 보조이며, 구체적으로는 병상관찰, 위생 상담과 지도, 몸 닦아주기·머리 감기기, 목욕·식사·배설 돕기, 체위변경, 재활간호, 카테터 관리, 욕창 관리, 종말기 간호 등이 중심이 된다. 또 이러한 서비스의 제공과 더불어 만일의 사고에 적절히 대처하도록 사업자는 「노인방문간호제도와 관련된 전용비상 책임 보험」에 의무적으로 가입하도록 되어 있다.

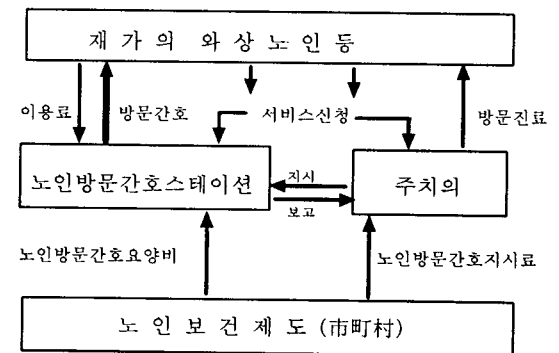
⑤ 노인방문간호 서비스의 흐름

방문간호 서비스가 제공이 되는 것은 ㄱ. 주치의의 진찰(방문간호의 필요성의 판단), ㄴ. 환자·가족의 노인방문간호 스테이션 신청, ㄷ. 주치의가 노인방문간호스테이션에 「노인방문간호지시서」를 교부, ㄹ. 방문간호의 개시의 순서로 노인방문간호가 제공된다. 또 주치의와 스테이션사이에는, 지시서에 의한 지시 외에도 노인방문간호 계획서와 노인방문간호 보고서 등을 통해 서로 정보를 교환하고 의견을 조정한다(그림 1 참조).

⑥ 비용

노인방문간호 기본요양비는 보건간호사, 간호사, 물리치료사, 작업요법사의 경우 5,000엔(5 만원 상당)이다. 지시서의 교부일로부터 1개월 이내에 노인방문간호를 실시한 경우, 한 사람에 대해 「주 3회」를 인정하나, 후생성 장관이 정하는 특정질환 등(다발성

경화증, 중증근무력증, 근위축성측색경화증, 척수손상, 뇌변성증, 무도병, 진행성근위축증, 경추손상 혹은 인공호흡기를 사용하고 있는 상태)의 이용자일 경우에는 일수의 제한이 없다.



(國民衛生의 動向, 厚生統計協會, 1996)

〈그림 1〉 노인방문간호제도의 구조

노인방문간호 말기기본요양비는 보건간호사, 간호사의 경우 주 3회까지 방문 1일 5,000엔이며, 주 4일 이후는 방문 1일에 6,000엔이다.

또 노인방문간호 관리요양비는, 한 달의 방문일수가 1일이면 6,600엔 2일 9,200엔 ..., 10일은 30,000엔

11일 32,600엔 그리고 12일 이상의 경우에는 35,200엔으로 정해져 있다. 만약 입원중의 노인 혹은 그 가족에게 퇴원후 재가요양시 필요한 지도를 의사 등과 함께 행한 경우에는 「와상노인퇴원시 공동지도비」 2,600엔이 가산된다.

노인방문간호 말기간호(터미널케어)요양비는 2개월 이상 계속적으로 방문간호를 행하고, 이용자의 사망 전 24시간 이내에 터미널케어를 행한 경우 10,000엔을 산정한다.

노인방문간호 정보제공요양비 : 노인보건복지서비스에 필요한 정보제공을 행한 경우 월 1회에 한해 1,300엔으로 정해져 있다.

### ⑦ 재가복지서비스등과의 연계

각 가정에 있으면서 개호를 필요로 하는 노인(要介護노인으로 칭함)을 위한 서비스로, 의료분야에서는 방문간호, 방문진찰, 치과방문진료, 방문약제관리지도, 방문영양식사지도, 데이케어 등이 있고, 복지분야에서는 홈ヘル프서비스, 쇼트스테이, 데이서비스 등이, 보건분야로는 방문지도, 기능훈련이 있다. 노인방문간호사업의 전개와 더불어 이들 서비스들이 적절히 이루어지도록 분야간 서로 긴밀한 연계를 유지하고 있다.

여기서 한가지 알아두어야할 것은 방문간호와 방문지도의 차이이다. 방문간호는 「지정 노인방문간호사업자」와 이루어진 계약에 근거하여, 계획적이고 계속적으로 행해지는 요양시의 돌봄과 진료의 보조임에 비해, 방문지도는 시읍면(市町村)이 보건활동의 일환으로서 보건간호사 스스로의 판단에 근거, 대상자의 심신기능의 저하 방지나 건강의 유지 증진을 위해 행하는 조언, 원조 등의 보건서비스를 말한다.

## 2) 방문간호제도

노인방문간호제도와는 달리 방문간호제도는 「건강보험법」에 근거 1994년 10월부터 실시되었다. 또 건강보험법상 의료를 제공하는 현장으로서 “가정”이 인정되고 “방문간호요양비”에 관한 조항이 작성되었다. 이 법에 의해 65세 이상의 노인만이 아니라 “65세미만의 재가 요양자”에게도 방문간호가 제공될 수 있고, 행하여진 방문간호는 건강보험법에 의해 “방문간호요양비”를 지급받을 수 있게 되었다.

### ① 방문간호서비스의 대상자

질병 혹은 부상으로 집에서 요양 생활을 하고 있는 자 중, 간호사 등의 방문간호의 필요성을 주치의가

인정한 사람이 대상자가 된다. 주요 대상자를 보면, 난치병환자, 중증도 환자, 말기암환자, 정신장애자 등이 있다.

### ② 방문간호사업자의 지정

건강보험법에 근거하여 지정되나, “노인방문간호사업자”는 자동적으로 “방문간호사업자”가 된다. 그러나 “방문간호사업자”를 원하지 않는 경우에는 별도의 신청에 의해 지정을 받지 않을 수 있다.

### ③ 비용

방문간호스테이션은 이용자가 속해 있는 건강보험의 보험자로부터, 보험자는 방문간호요양비, 가족의 경우에는 가족방문간호요양비의 지불과 서비스 이용자의 이용료를 지불 받는다. 방문간호 기본요양비 : 노인방문간호비용과 동일하나, 말기기본요양비가 없는 점이 다르다. 방문간호 관리요양비 : 매월 처음 방문시 1일에 6,600엔, 월 2일에서 12일까지는 1일당 2,600엔을 지불하며, 13일 이후의 관리요양비는 무료이다. 이 두 가지가 노인방문간호비용과 다른 점이라 할 수 있다. 그 외 퇴원시 공동지도료, 방문간호 정보제공비, 방문간호 터미널케어 요양비는 노인방문간호비용과 동일하다.

이용자가 부담하는 이용료는 통상 방문간호 서비스에 드는 기본적 서비스 이용료(예 : 건강보험 본인의 경우 방문간호요양비로 산정된 비용의 1할, 즉 간호사가 그 달 처음 방문한 경우, 기본요양비 5,000엔과 관리요양비 6,600엔을 더한 액수인 11,600엔의 1할인 1,160엔이 기본적 서비스의 이용료임)와 이용자측이 선택하는 내용에 따라 별도의 이용료(노인방문간호와 동일)가 소요된다.

고액요양비제도 : 방문간호 제도의 실시와 더불어 의료 기관에 지불하는 자기부담이 고액이 될 것을 예상, 일반의 방문간호 제도 이용자의 본인 부담액이 월 63,000엔(저소득자 35,400엔)을 넘는 경우 그 초과 금액을 되돌려 받을 수 있도록 만든 제도이다.

### 3) 방문간호 실시 기관

방문간호는 건강증진과 유지를 위한 예방적 케어, 질환이 있는 사람을 위한 치료적 케어, 혹은 터미널 케어를 포함한 포괄적인 활동이다. 이를 위한 방문간호의 실시 기관과 그 서비스 내용은 다양하다.

#### (1) 행정기관이 행하는 방문간호

##### ① 보건소

관할지역의 주민을 대상으로 무료로 행해지며, 신

생아, 미숙아, 성인병, 결핵, 난치병, 정신병, 공해병의 환자 등의 건강문제를 갖고 있는 전 주민을 대상으로 한다. 건강증진, 증상의 발생예방, 악화방지, 외상방지, 가정에서의 영양생활지도 등, 예방적 지도와 활동이 중심이 된다.

② 시읍면(市町村)

노인보건법에 근거한 보건사업의 하나인 방문지도 사업으로서 40세 이상의 주민을 대상으로, 연간 6-12회 범위내에서 무료로 실시된다. 질환이나 부상으로 외상상태에 있는 사람 혹은 그에 준하는 상태에 있는 사람에 대해, 가정내 영양 생활법 지도를 중심으로 한 방문간호를 행한다.

(2) 의료기관이 행하는 방문간호

① 노인진료수가, 사회보험 진료수가에 근거한 방문간호

65세 이상의 노인은 노인진료수가에 근거하고, 또 그 이하의 연령자에 대해서는 사회보험진료수가에 근거하여 방문간호가 실시된다. 의료기관 안에 별도로 방문간호 담당 부서(방문간호상담실)가 설치되어 있고, 방문의뢰는 병동간호사와 주치의가 정한다. 주로 퇴원 후 병의 상태가 불안정하거나 의료 기기를 장착한 환자에게 병상 관찰과 의료처치의 실시 등을 위해

방문간호를 제공한다. 1996년 현재 방문간호를 실시하고 있는 곳은 전국 9,844개의 병원 중 3,347개(34.0%), 진료소 84,128개 중 8,326개(9.9%)이다

방문간호 스테이션과 병원의 방문간호는 환자의 상태 사정과 간호를 제공함에 있어, 각기 특징이 있는 기록 용지를 사용하고 있다. 그림 2는 간단히 조사지의 항목만을 비교해 놓은 것이다. 대부분의 기록 용지는 데이터베이스화되어 있는데, 이로서 간호사들은 환자 상태를 빠르고 정확하게 기록할 수 있고, 또 그 명확한 기록은 객관적인 수가 산정도 용이하게 한다.

(3) 노인방문간호스테이션이 행하는 방문간호

노인보건법의 개정으로 1992년 4월부터 개설되었다. 1996년 7월 현재 노인방문간호스테이션과 방문간호스테이션을 합해 전국에 1,438개소가 있으나 1999년까지 5,000개소를 설치할 예정이다. 그 중 간호협회는 47개소를 개설하여 전체의 3%에 그치고 있다. 의사의 지시서에 근거, 65세 이상의 노인의료수급자에게 1회 250엔의 정액제로 방문간호를 실시한다.

(4) 방문간호스테이션이 행하는 방문간호

건강보험법의 개정으로 1994년 10월부터 신설되었다. 방문간호스테이션은 연령 제한을 두지 않으므로 「의사가 필요하다고 인정한 자」는 방문간호를 제공받

방문간호스테이션	병원방문간호
1. 기본 정보	1. 기초자료 I : 개시일, 성명, 주소, 진단명, 주소견, 치매유무, 정신상황 및 자기인식, 자기의 상태를 표현하는 단어
2. 주치의 정보	2. 기초자료 II : 신체상황, 기왕력, 감염증, 부속물, 알레르기, 내복약, 의료처치, ADL평가
3. 증상과 병력 : 주요병명, 현재의 병명 감염증, 투여중인 약, 장착의료기기, 치매상황, ADL, 기왕력, 치매도, 생활력	3. 기초자료 III : 가계도(인적환경), 환자의 사회적, 가정적 역할, 주개호자 상황, 경제상황, 물적환경(1층집, 아파트, 계단, 엘리베이터), 방넓이(침대유무), 화장실(단차 유무, 손잡이, 샤워설비) 현재 받고 있는 사회 복지 서비스
4. 간호 정보 간호요약 평상시의 활력증후와 배설패턴 간호목표 간호문제점 해결책 시간의 대응 지시	
5. 주된 개호자와 동거자 주개호자 나이 관계 직업 부개호자 연락처	
6. 케어서비스 주간스케줄 관련기관정보 관련병원과 연락처	

<그림 2> 재가간호 기록지



을 수가 있다. 이용자의 부담은 건강보험에 의한 지불제와 동일하여, 의료기관에 진료를 받는 것과 동일하게 방문간호요양비의 10-30% 정률 부담을 하게 되는 것으로, 이 점이 노인 이용자와 다른 점이다.

(5) 민간경영이 행하는 방문간호

기업이나 각종단체가 경영주인 민간경영의 방문간호는 유료로 행해지는 방문간호 서비스로 다양한 요구에 대응이 가능하다. 다른 방문간호와와는 달리, 방문회수, 방문시간, 대상의 제한이 거의 없기 때문에, 지역에서 요양하는 사람들이 갖는 다양한 요구를 반영하기 쉽다. 그러나 비용의 측면에서 이용가능한 대상자는 한정이 있다고 볼 수 있다.

3. 보건·의료·복지 사업

재가간호를 뒷받침하는 것에는 보건, 의료, 복지 등 여러 가지 사업이 있다. 특히 골드플랜과 신골드플랜의 발표와 더불어 재가간호를 지지해줄 관련 사업과 시설이 많이 증가되고 있다(표 3 참조).

1) 재가개호지원센터

재가개호지원센터는, 시읍면의 담당 창구에까지 가지 않고 자신의 집에서 전문가와 전화 상담을 통해 필요로 하는 개호서비스를 제공받을 수 있도록 하기 위한 목적으로, 1990년부터 설립 운영되어 왔다. 이 곳은 보다 적극적인 재가의료의 지원이 가능토록 하

는 곳으로 1999년까지 10,000개소를 설치할 예정이다. 원칙적으로는 특별요양(特別養護)노인홈, 노인보건의시설 혹은 병원에 병설되어 있고, 야간 등의 응급 상태에 대응하기 위해 24시간 기능하고 있다. 또 개호 기기 전시 코너도 병설하고 있으며 이용은 무료이다(그림 3 참조).

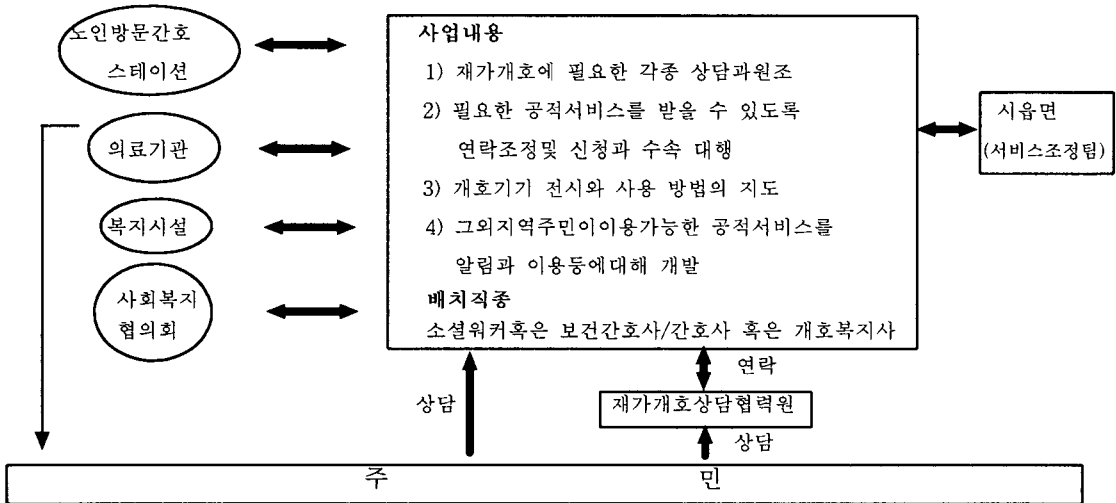
<표 3> 신골드플랜의 사업

사업명	정비목표내용	1996년상황	
재택복지	홈헬퍼	17만명	122,482명
사업	단기입소	6만명분	36,727명분
	데이서비스	1만7천개소	10,322개소
	재택개호지원센터	1만개소	4,672개소
	방문간호호스태이션	5천개소	1,438개소
시설대책	특별養護노인홈	29만명분	247,109명분
사업	노인보건의시설	28만명분	191,811명분
	케어하우스	10만명분	38,200명분
	고령자생활복지센터	400개소	280개소

(1996년 상황은 후생성노인보건복지국보고자료에 근거한 것임)

2) 홈헬퍼의 파견

일정 기간의 연수를 받은 홈헬퍼가 가정을 방문, 개호서비스를 행하는 서비스이다. 비용은 소득에 따라 부담이 달라지는데 최고 1,000엔/시간까지이다. 1999년까지 170,000명이 정비목표로 정해져 있다.



<그림 3> 재가개호지원센터의 역할

3) 데이서비스

데이서비스센터에서는 65세 이상의 자택의 허약노인 등에게 식사, 목욕, 생활지도등을 행하고, 또 개호자교육을 실시한다. 센터의 왕래는 일반적으로 데려오고 데려다주는 것을 원칙으로 하며, 주 1-3회 정도 이용이 가능하다. 이용료는 식사대 등 실질적으로 소용된 비용으로 약 500엔/1회 정도이다.

또 데이서비스 센터에서는 집 방문을 통해 목욕, 급식, 세탁서비스등을 행해주는 방문형서비스의 제공을 하는 기능도 하고 있다. 1999년까지 17,000개소를 목표로 하고 있다.

4) 노인단기입소(쇼트 스테이)

자기집에서 개호를 하던 가족이 여행 혹은 개호로 너무 피로해진 경우 등, 일시적으로 개호가 곤란하게 된 경우, 환자를 요양(養護)노인홈, 특별요양(療護)노인홈 혹은 노인단기입소시설에 부탁할 수 있다. 기간은 원칙적으로 7일간이며, 1일 2,000엔 정도의 비용이 든다. 1999년까지 60,000명분을 준비할 계획이다.

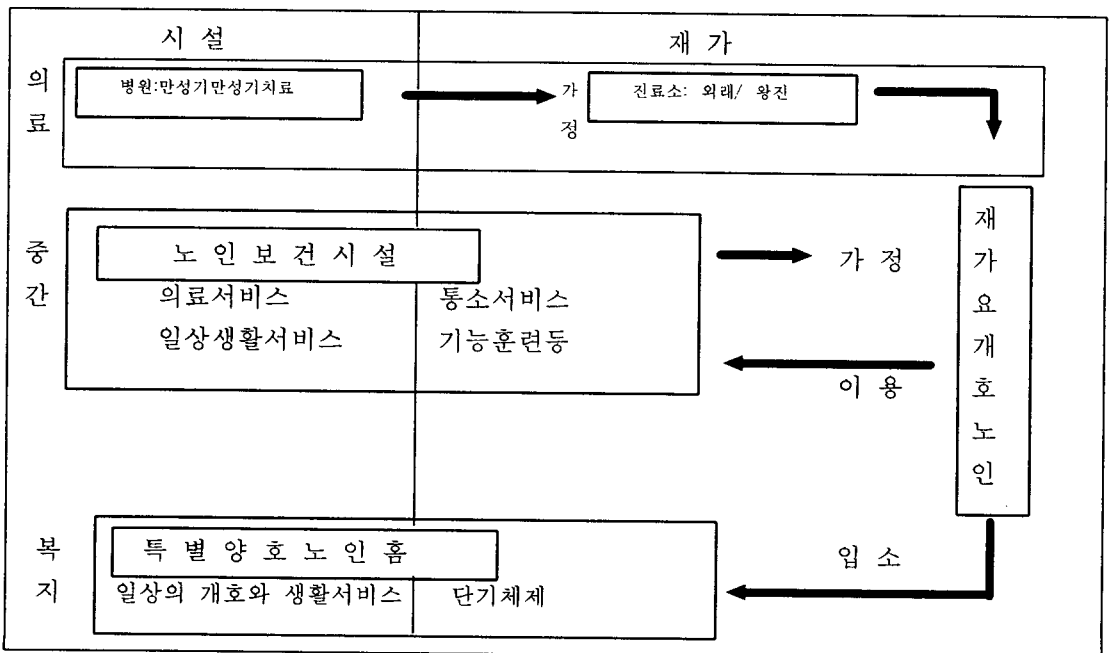
5) 노인보건시설

이는 재가간호와 시설케어의 중간시설에 해당한다.

즉 노인의 자립지원, 가정복귀, 가정적인 밝은 분위기, 지역과 가정의 연결이라는 4가지 원칙을 필요조건으로 하는, 의료의 요구와 생활의 요구 모두에 대응하는 중간시설로서 시작되었다(그림 4). 그 형태에는 기본형(입소와 데이케어), 통합형(입소와 단기체제, 데이케어), 단기케어형(단기입소)의 3가지 패턴이 있다. 후생성에서는 그 외에도 지역의 특성과 기존의 시설등의 실정에 맞추어 병실전환형, 치매형, 대도시형, 고층화등의 6가지 형태의 개설을 지원하고 있다.

4. 재가간호와 지역보전법

1994년 보건소법이 지역보전법으로 개정되었다. 이로서 후생성장관은 다음의 몇 가지 기본사항만을 책정하고, 그 외의 실질적인 사항은 시읍면(市町村)장이 결정권을 갖게 된 것이다. 이 법은 지역주민 한사람 한사람의 건강의 유지와 증진을 목적으로 한다. 「지역보전」이란 사회활동의 단위로서 일정한 틀을 갖는 지역에 있어서, 해당지역 주민의 건강 유지와 증진을 도모하는 것이며, 「지역보전대책」이란 지역 주민의 건강 유지와 증진을 위해 국가 그리고 지방공공



〈그림 4〉 노인보건시설의 위치

단체가 행하는 시책이다. 여기에서 지역보건법을 살펴보는 이유는 노인보건, 정신보건이 이 「지역보건」 안에 속해 있기 때문이다(그림 5).

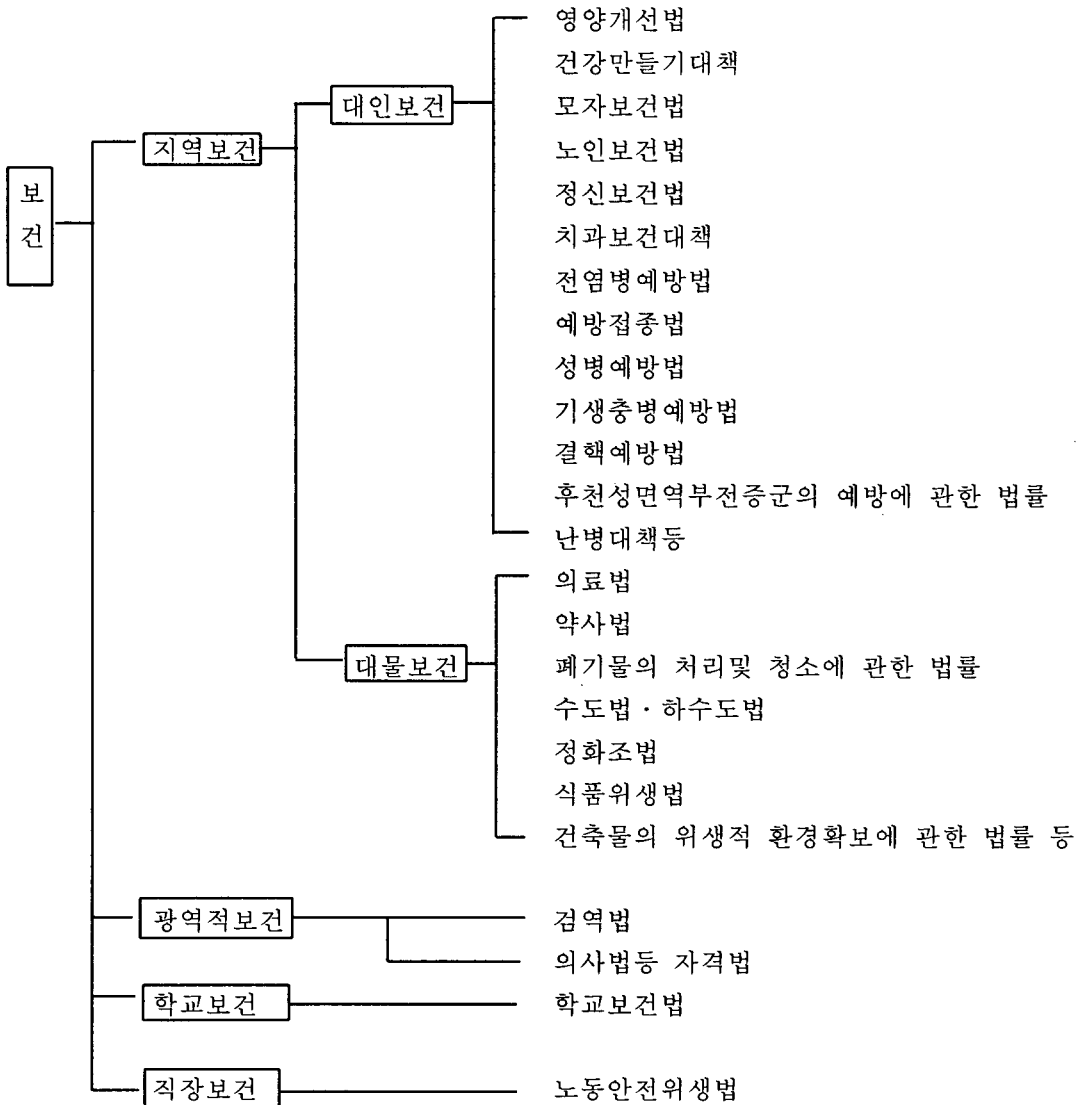
용할 수 있도록, 그 지역의 특성과 복지 등 관련 대책간의 연계를 잘 고려하면서 종합적으로 추진할 것이라는 3가지를 분명히 제시하고 있다.

1) 지역보건 대책추진의 기본이념

- 고령화의 진전과 환경의 변화에 즉시 대응할 것
- 지역에 있어서의 공중위생의 향상과 증진을 도모할 것
- 다양화·고도화된 지역주민의 요구에 적절히 대

2) 필요한 시설의 정비와 인재의 확보

이 개정으로 시읍면은 이미 실시되고 있던 노인 보건 사업에 맞추어, 복잡한 보건서비스를 일원적으로 실시하게 되므로, 그 활동의 거점이 되는 시설의 정비와, 지역주민의 다양하고 복잡한 상담에 대응함과



〈그림 5〉 보건관련시책의 체계

동시에, 보건서비스의 실시할 인재를 확보하고 자질을 향상시켜 나아갈 필요가 있다. 구체적으로는 다음과 같은 내용이다.

- 시읍면 보건센터 등 거점 정비
- 보건간호사와 영양사 등 인재 확보
- 보건소 등에서 행해지는 연수에 직원을 참가시키는 등 인재의 자질 향상
- 관계기관·단체와의 연계체제 강화 등, 지역 보건 대책의 원활한 실시

### 3) 의료와 복지의 연계

이 법의 개정으로, 모자보건서비스 등의 보건서비스는, 시읍면으로 사무를 이양하고, 각도(都道府縣)의 보건소는 광역적인 관점에서 시읍면을 지원함과 동시에, 의료와 복지의 연계를 강화하도록 되어 있다.

의료의 분야에서는, 의료권을 단위로 하여, 의료의 공급체제에 대한 준비가 이뤄지고, 노인복지의 분야에 있어서는 노인보건복지권을 단위로 노인보건복지서비스의 공급체제의 준비가 이루어지고 있다. 이를 위해, 보건·의료·복지의 연계를 도모한다는 관점에서 이들의 관할 구역을 설정하였다. 참고로 1993년의 2차 의료권과 노인보건복지권의 상황을 살펴보면,

#### (1) 2차 의료권의 상황

- ① 평균인구 362,448명
- ② 평균면적 1,086km<sup>2</sup>
- ③ 평균인구의 2배를 넘는 의료권의 수 42개소
- ④ 최대인구의 의료권 2,918명
- ⑤ 최대면적의 의료권 10,831km<sup>2</sup>

#### (2) 노인보건복지권의 상황

- ① 평균인구 357,226명
- ② 평균면적 1,070km<sup>2</sup>
- ③ 평균인구의 2배를 넘는 의료권의 수 32개소
- ④ 최대인구의 의료권 11,610명
- ⑤ 최대면적의 의료권 10,831km<sup>2</sup>

이 밖에도 지역보건에 관한 의식의 보급과 향상을 위한 사항이 별도로 지정되어 있다. 또한 통계가 그 지역의 실정을 데이터로서 파악하는 중요한 정보의 소스(情報源)인 점과, 통계를 분석·활용하여 지역보건대책에 반영토록 하는 것이 지역의 특성에 맞는 지역보건대책의 실시를 가능케 하는 중요한 수단이 된다는 점을 인식, 지금까지의 인구동태 통계뿐만 아니라 지역보건에 관련된 모든 사항을 사업대상으로 할 것을 법률로 명기했다. 이 기능은 보건소가 담당하게

됨으로서 보건소의 기능이 강화되었다.

#### 4) 시읍면(市町村)보건센터

시읍면보건센터는 1978년부터 시읍면의 지역보건대책의 거점으로서 설립, 1994년 전국 1,215개의 보건센터가 정비되어 있다. 이 법의 개정으로 시읍면은 자체적으로 시읍면보건센터를 설치 할 수 있게 되었다. 이 법의 개정으로 시읍면보건센터의 사업 내용에도 다음과 같은 변화가 생겼다.

먼저 개정 전의 사업은 다음과 같은 내용이었다.

- ① 노인보건관계 : 건강교육, 건강상담, 건강진단 및 검사, 기능훈련 등
- ② 모자보건관계 : 1세 6개월 유아 건강진단
- ③ 예방접종법관계 : 백일해, 디프테리아, 폴리오
- ④ 결핵예방법관계 : 튜베르쿨린, BCG 등

그리고, 개정 후 새롭게 추가 실시된 사업으로는, 모자보건법 관계 부문의 경우 임신부유아(乳幼兒) 보건지도, 모자보건방문지도, 임부·유아건강진단 및 검사, 1세 6개월유아와 3세아 건강진단 및 검사가 추가되었고, 새롭게 신설된 영양개선법 관계부문은 일반영양지도, 영양상담업무가 있다.

#### 5) 시읍면보건센터의 관련시설

보건센터는 아니지만 보건센터와 유사한 시설로서는, 모자보건센터, 농촌검진센터, 국민건강보험 건강관리센터, 노인복지센터(A형), 지역복지센터, 건강증진센터가 있다. 이들 또한 각각 설립 목적이 있으며, 예산도 별도로 설정되어 있다. 예를 들어 건강증진센터는 1993년도 말 18개소가 있으며, 그 역할은 지역주민의 건강도를 측정, 건강지도, 식생활지도, 운동지도를 실천적으로 행하여, 적극적인 건강증진을 도모하는 것으로 이는 설치 목적이자 주요 사업을 나타낸다.

### 5. 개호보험제도

#### 1) 실시배경

앞서 살펴본바와 같이 고령사회가 도래하면서 80세 이상의 5분의 1은 어떤 형태이든지 개호를 필요로 하는 상황에 놓여 있다고 할 수 있다. 즉 개호를 필요로 하는 고령자수는 급증하고, 개호기간은 장기화되어가고 있어, 현재의 개호는 고령자의 「생활을 지지해주는 개호」로서 지금까지 가족들이 담당해온 개호와는

양적으로도 질적으로도 크게 다르다고 할 수 있다. 이러한 개호의 문제는 고령자에게 있어 풍요로운 노후생활의 가능성을 상실시키는 불안요인이 되고 있다.

한편 앞으로는 독거노인과 부부세대가 일반적인 노후생활의 형태가 될 것으로 예상되고 있다. 적게 낳는 경향으로 「1·2·4 현상」이라는 말이 등장, 즉 한 명의 자녀가 2 사람의 부모를, 그 위에 4명의 조부모를 갖게 되는 상황이 되어가고 있어, 개호문제는 적절한 사회적 지원대책을 필요로 하고 있다.

이에 대해 현재의 시스템인 노인복지제도로 대응을 하기에는 몇가지 문제가 대두되고 있다. 현재의 노인복지제도는, 특별양호노인홈의 입소 혹은 홈헬퍼의 이용등의 실시를 원할 경우 행정기관인 시읍면에서 그 필요성을 판단하여 서비스의 제공을 결정하는 구조이다. 또 비용은 기본적으로 소득별로 비용이 다르다. 즉 문제는 본인 스스로의 결정에 의해 서비스를 선택할 수 없다는 점, 소득심사와 가족관계 조사등으로 빚어지는 문제가 있으며, 피보험자가 적극적으로 서비스를 받을 수 있는 권리를 갖는 사회보험과 비교하면, 국민모두가 서비스를 제공받을 수 있는 권리에 도 커다란 차이가 존재함을 알 수 있다.

또 하나의 문제는 사회적입원권과 관련된 것이다. 원래 의료보험은 질병을 가진 모든 연령층의 단기보험임에도 불구하고, 「사회적입원」이라는 형태의 개호를 필요로 하는 고령자를 커버하고 있는 실태이다. 개호 서비스는, 고령자의 생활전체를 지원하는 서비스로서, 기본적으로 질병의 치료를 목적으로 하는 의료서비스와는 다르다고 할 수 있다. 즉 현재의 의료의 틀 안에서 대응을 한다는 것은, 일상적인 생활을 지원하는 개호를 제공함에 있어 한계가 있다.

## 2) 개호보험제도란

이상의 문제와 한계를 인식한 일본은 새로운 개호시스템(개호보험제도)을 창설하여 오는 2,000년 4월부터 시행될 예정이다. 이 제도의 기본이념은 고령자의 자립지원으로 특히 ㄱ. 예방과 리해빌리테이션의 중시, ㄴ. 고령자 자신에 의한 선택, ㄷ. 재가케어의 추진, ㄹ. 이용자 본위의 서비스제공, ㄹ. 사회연대에 의한 지원, ㅂ. 개호기반의 정비, ㅅ. 효율적인 시스템의 7가지 사항을 기본적인 골자로 하고 있다.

개호보험제도는 40세 이상의 서비스를 필요로 하는 자 혹은 그 가족이 서비스의 신청을 하면, 「요개호도(要介護度)」의 평가를 받아 허용되는 범위안에서 서

비스를 공급받게 되는 것을 말한다. 이는 시설, 재가 서비스 모두 적용을 받게 되는 중요한 제도이다.

## 3) 개호지원전문원

개호보험제도의 실시를 위해 관련단체와 정부는 1996년부터 본격적인 준비를 해오고 있다. 그 중 하나가 케어메니저 역할을 담당하게 될 「개호지원(支援)전문원」이라는 새로운 직종의 신설이다. 「개호지원전문원」이 되기 위해 그 동안 실무연수와 수강을 해온 지원자들은 시험을 통해 그 합격여부가 결정이 되는데, 1998년 제1회 시험합격자는 9만명(합격률 44%)이었다. 수험자격은 의료인이라는 기준에서 크게 확대되었으나, 합격자를 보면 간호사가 29%로 가장 많았고, 이어 개호복지사, 의사, 보건간호사가 많았다.

개호지원전문원의 도입을 앞두고, 수험자격을 결정하는 과정에서 많은 직종이 관심을 보였는데, 이 직업이 많은 관심을 갖게 된 이유는, 앞으로의 고령화 사회에서 재가의료 혹은 지역의료가 의료의 중심이 될 것인 점과, 개호보험제도가 의료 제도의 중심이 되리라는 기대때문이다. 또 한가지 이유는 개호지원전문원이 작성한 케어 플랜에 따라 제공되는 서비스의 내용(비용과 의료 기기 등)이 달라지는 점, 즉 사회적으로 중요성이 인정받게 되기 때문이다.

## 4) 개호필요성의 판정

대상자가 필요로 하는 개호도는 1차적으로 컴퓨터에 입력되어 있는 「개호 필요성의 판정 기준(要介護認定基準)」의해 판정된다. 그 판정의 타당성은 별도로 구성된 「요개호인정심사위원회」가 심사를 하며, 이 곳의 결정에 따라 정해진 케어의 양과 비용은 「개호지원전문원」과 신청자에게 통보가 된다. 구체적인 케어내용과 필요한 의료기기의 급부 등에 관한 결정은 이들 「개호지원전문원」에 달려있다. 그러므로 「요개호도」와 평가된 “수급 비용”이 동일할지라도, 환자가 제공받을 수 있는 케어의 내용은 많이 달라질 수 있다. 그러므로 개호보험제도가 성공적으로 실시되기 위해서는, 개호지원전문원의 전문적 지식과 풍부한 경험 그리고 적절한 판단 능력이 더욱더 요구된다.

후생성은 「개호 필요성의 판정 기준」의 올바른 작성을 위해 전국적으로 모델사업을 지시, 실시주체인 시읍면의 보고를 받아 임시 기준을 정했다. 그리고 그 기준의 타당성등을 검증하여, 컴퓨터의 판정기준

으로 확정되는 단계에 이르렀다.

### III. 결론 및 제언

본 연구는 우리보다 고령화가 20년 정도 빨리 진행되어 노인 문제에 대해 국가적으로 대처를 해온 일본의 정책과 그 정책의 핵심이라고 할 수 있는 재가간호와 방문 간호에 대한 문헌연구를 통해 우리나라의 재가간호의 체계와 내용 설정의 기초자료를 마련하고자 시도되었다. 또 하나의 목적은 본격적인 대책으로서 10년간 실시해온 사업의 내용을 알고 2000년 4월부터 실시 예정인 개호보험제도의 실시 배경을 파악하는 자료를 마련하기 위해 시도되었다.

일본은 장수화, 아이 적게 낳기 등의 사회적 특성과 더불어, 다른 어느나라에서도 볼 수 없는 급속한 속도로 인구의 고령화가 진행되어 왔다. 이에 1970년 대부터 고령사회가 갖게 될 문제에 다방면의 대응이 이루어져 왔다. 사회 전체의 대응으로서는 1989년 고령자보건복지추진 10개년 전략의 골드플랜과 이 계획의 추가 수정으로서 신킴플랜의 사업이 진행되어 1999년말에 종료될 예정이다.

이러한 고령자보건복지대책사업의 중점이 된 것은 재가간호를 지지하는 사회 시스템의 구축이었다고 볼 수 있다. 이를 위해 환자가 자신의 집에서 요양과 치료를 받을 수 있도록 노인방문간호제도와 방문간호제도가 법제화되고, 방문간호스테이션과 같은 재택복지사업과 노인보건시설과 같은 시설사업이 크게 확충됨과 동시에 필요로 하는 전문 인력도 크게 양성되고 보장되었다.

그러나 시설의 종류와 수를 증가시키고 개호지원센터 등 개호서비스를 손쉽게 이용토록 대책을 마련하고 있음에도 불구하고 적절한 케어를 받고 있지 못하는 대상자가 많이 있다. 그 원인도 여러 가지이나 무엇보다 지금까지의 수동적인 부여와 이용 절차가 갖는 문제가 큰 것으로 보고 대상자 스스로가 선택할 수 있는 시스템을 마련해야 할 필요성이 제기되었다. 또 개호를 필요로 하는 후기 고령자 수의 증가와 외상 상태와 치매가 되었을 경우의 개호문제에 대한 국민의 불안에 대한 대책이 시급하게 되었다.

이에 새로운 제도로서 마련된 제도가 개호보험제도이다. 이는 1994년 국회를 통과하고 후생성의 정책으로서 연구와 보고, 모델사업시행과 평가를 통해 각광을 제시하고 있다. 이제 반년을 앞두고 문제가 적

게 발생되도록 최선을 다하고 있는 상황이다.

개호보험의 적용 대상자는 40세 이상자로서, 이들은 거의 대부분의 재가간호 대상자이기도 하다. 그러므로 개호보험제도의 실시는 개호가 커다란 과제로서 재가간호와 밀접한 관계를 갖는다고 할 수 있다. 이 제도는 현재의 시설을 기반으로 공적보험으로서 국가적 대처를 하는 것이다. 그러므로 앞으로의 일본의 재가간호를 이해하기 위해서는 과거와 현재의 제도와 시설 등의 이해가 필요하다고 생각한다. 더불어 앞으로 실시될 개호보험제도의 구체적인 가이드라인과 평가기준 등은 계속해서 주목할 필요가 있다고 본다.

### 참 고 문 헌

- 石井松代・谷口政春 (1988). 在宅ケアへのアプローチ (訪問看護の確立をめざして), 醫學書院.
- 老人訪問看護研修事業 検討會 (1995). 訪問看護研修テキスト, 日本看護協會出版會.
- 厚生省高齢者介護對策本部事務局 監修 (1995). 新たな高齢者介護システムの構築を目指して：高齢者介護・自立支援システム研究會報告書, ぎょうせい.
- Statistic & Information Department (1996). MHW(Ministry of Health and Welfare).
- 厚生省老人保健福祉局 (1996). 老人の保健醫療と福祉, 制度の概要と動向, 財團法人長壽社會 開發センター.
- 杉本正子・眞船拓子 (1997). 在宅看護論, 廣川書店.
- 森澤 康・望月弘子・松野かほる(1997). 高齢者地域看護活動論, メヂカルフレンド社, 1-69.
- 金川克子編 (1997). 在宅看護論, 金原出版.
- 日本看護協會 (1997). 平成 9年版 看護白書, 日本看護出版會.
- シルバ, 新報, 第384號, 1998年 11月27日.
- 社會福祉醫療事業團編 (1998). 介護保險を支えるこれからの在宅サービス, 中央法規.
- 木下由美子編著 (1998). 在宅看護論, 醫齒藥出版株式會社, 1-33.
- 厚生省健康政策計畫課/保健醫療局健康増進栄養課/兒童家庭局母子保健課報告書 (1998).
- Kim Jeung-Im, Yoko Sagawa, Katsuko Kanagawa, Yun Soon-Nyoung, Park Jung-Ho, (1998). A Comparison of Community Health Nursing

Activities for the Elderly between in Japan and in Korea, Abstract of Third International Nursing Research Conference, Japan Academy of Nursing Science, Tokyo Japan.

新版看護學全書 (1999). 老年看護學, メヂカルフレンド社.

島内 節 (1999). 在宅ケア看護學の課題と展望, 保健の科學, 41(1), 33-38.

門脇豊子・清水嘉典子・森山弘子編集 (1999). 看護法令要覽 平成11年度版, 日本看護協會出版會.

—Abstract—

Key concept : Home care, Home visiting nursing, The elderly, Long-term Care Insurance

## A Study on Home Care and Home Visiting Nursing in Japan

*Kim, Jeung Im\**

Japan has been prepared for aging society from 1970. In 1970, the percentage of distribution of population of 65 years old and over was 7.1%. It is similar to present percentile of the elderly in Korea. Therefore, it will be needed to study about home care and home visiting nursing in Japan at present.

This study was aimed to prepare the fundamental documents for home care nursing in Korea and to know the background of new health care system of Long-term Care Insurance in Japan, by studying home care and home visiting nursing in Japan.

With the continuing aging of the population,

especially the increase in the number of latter stage elderly, it is predicted that there will be an increase in the number of the elderly who are bedridden and suffering senile dementia. To ensure that these people will be able to continue living in the communities and homes they are accustomed to, surrounded by their families and neighbors, Japan substantially improve and expand in-home services. There were also long-term effort to reach the level of services outlined in the Gold Plan and the New Gold Plan within the decade between FY 1991 and FY 1999 in the field of health care and welfare. Under this plan, the most noticeable change was occurred in home care, home was permitted as the field of care and visiting nursing was established in law.

Through this 10-Year Strategy for Promotion of Health and Welfare Services for the Aged, many problems have been improved and solved, but some problems remained such as inadequate service supply and consumption of medical insurance for the elderly. Japan will be a society composed 25% of elderly people of total population in 2020, and it will be soon faced with a shortage of welfare and medical facilities and manpower.

As for equalizing the benefits and cost burdens, and other future arrangements for health care and welfare, Long-term Care insurance system was established in 1994. This system will be enforced from April 2000 and use present facilities and services.

To know home care and home visiting nursing in Japan, we need to consider present conditions well and to take notice of changes and measures to cope with an aging society continuously.

---

\* School of Health Science and Nursing The University of Tokyo