

공적노인요양보장제도와 가정간호

고령화사회의 진행에 따라 노인과 사회적 약자에 대한 공적 요양보장제도가 필요한 시점이 되었다. 정부에서는 공청회를 개최하여 의견을 수렴한 후 '공적노인요양보장제도'에 관한 틀을 마련하였다. 따라서 이 제도의 내용을 분석하고 일본의 경우를 살펴본 후 이와 관련한 우리나라 가정간호제도의 방향을 짚어본다.

한국은 전 세계에서 가장 빠르게 인구 고령화가 진행되고 있고, 근래 출산율의 급격한 저하는 고령화 문제를 더욱 심화시키고 있다. 2004년 현재 한국은 65세 이상 노인인구가 전인구대비 8.3%로 이미 고령화사회(aging society)에 이르렀으며, 2019년 경에는 14.4%로 고령사회(aged society)에 진입할 것으로 전망된다. 주요국가의 고령화 현상 진전속도를 보면 프랑스 115년, 미국 71년, 독일 45년, 일본 24년인데 비해 한국은 유례를 찾을 수 없이 빠른 19년으로 고령화의 심화에 따른 치매, 중풍 등 요양보호 노인의 증가, 핵가족화, 여성의 사회활동의 증가에 기인하여 개별가족의 노인부양 기능은 지속적인 악화일로에 있다. 출산율 저하와 맞물려 노인부양비가 2002년에 11.1%(9명의 생산연령 인구가 1명의 노인부양)에서 2019년에는 19.8%(5명의 생산연령 인구가 1명의 노인부양)로 증가할 것으로 예상되는데, 이를 대비한 사회 인프라는



김 순 레(루시아) 교수
가톨릭대학교 간호대학

미흡하고 준비시간은 부족하여 노인문제가 심각한 사회적 위협으로 다가서고 있다.

따라서 정부는 고령사회에 장기요양보호가 필요한 노인을 대상으로 국가 및 사회가 함께 책임지는 '공적노인요양보장제도'를 도입하게 되었다. 2003년에 '공적노인요양보장추진기획단'을 설립하였고, 금년 3월에는 전문가로 구성된 공적노인요양보장제도 실행위원회 및 실무기획단을 구성, 두 차례에 걸친 공청회를 통해 '노인요양보장체계'의 시안을 위한 의견을 수렴했다. 여기서 마련된 제도의 내용을 분석하고 일본의 장기요양제도를 살펴본 후 우리나라 가정간호제도의 방향을 설정하고자 한다.

공적노인요양보장제도

1) 개요 및 목표

장기노인요양보호(long-term care)란 신체적·지적·정신적인 질병 등으로 인해 의존상태에 있는 노인 또는 생활상의 장애를 지닌 노



인에게 장기간(6개월 이상)에 걸쳐서 일상생활 수행을 돕고 보건·의료·요양·복지 등의 서비스 즉, 간병·수발 등 일상생활지원, 요양관리, 간호, 기능훈련, 기타 필요한 복지지원서비스를 제공하는 체계이다. '공적'이란 단어가 포함된 것은 소요되는 비용을 사회화하여 해당되는 전 국민이 보편적으로 이용할 수 있도록 시스템화하는 것으로 해석하면 될 것 같다.

노인요양보장체계의 기본목표는 요양보호를 필요로 하는 모든 노인들이 포괄적으로 수혜 받을 수 있는 '보편적인 제도'로서 서비스의 권리적 성격과 수혜 대상자들의 선택이 보장되며 요양보호 비용의 확보체계가 '사회적 연대'에 의하여 '다양한 주체가 참여'하는, 가정 및 '재가복지에 우선'을 둔 예방 및 재활 중심적 시스템이다.

정부는 본 제도를 통해 치매·중풍 등 요양보호노인들의 자립생활을 보장하고, 가족의 부담을 경감하기 위한 사회적 지원 시스템을 확립하며, 정부·지방자치단체·국민건강보험·민간 사업자가 역할을 분담하는 지원시스템을 구축하고 요양보호가 필요한 노인이 서비스를 이용할 수 있도록 시설 및 인력을 확보할 계획이다. 또한 서비스의 공급주체로서 다양한 민간사업자가 적극 참여하는 제도적 지원을 강화하여 요양보호를 위한 산업화가 이뤄져 고용의 확대로 연결되기를 기대한다.

2) 노인요양보장 체계

제도의 명칭을 '노인요양보험제도'로 정한 근거는 노인층이 제도의 주요 수혜대상이 되고 재원조달이 사회 보험료를 통해 부담능력에 따라 부담한다는 것을 의미한다.

제도의 관리운영의 주체는 건강보험공단이 될 전망이며 급여관리 및 재정관리를 일원화하여 관리운영의 책임성·효율성을 제고하고 비

용을 절감하며 서비스의 질적 수준을 제고하는데 그 목적을 두고 있다. 또한 보험료를 부담하는 가입자(피보험자)는 전 국민(건강보험가입자)이 되고 소요되는 비용을 노인 및 그 가족뿐 아니라, 국민전체가 사회적 측면의 부양이라는 명분으로 충당하게 된다.

요양급여의 수혜자 분류부문은 아직 미결상태로 협의 중에 있다. 제1안은 65세 이상 노인, 45~64세 노화와 노인성질환 대상자이고 제2안은 65세 이상 노인, 45~64세 노화 및 노인성질환 대상자와 수발이 필요한 중증장애인(64세 이하)을 고려하고 있다.

요양급여의 절차는 평가판정기준에 의거하여 '평가판정위원회'가 요양보호대상 여부 및 등급을 판정하여 결과를 통보하고 케어플랜을 작성, 서비스 제공주체와 계약 후 서비스를 이용하게 된다. 수혜자의 평가판정 기준은 ADL 11항목, 간호처치 및 재활 21항목, 인지기능 8항목, 문제행동 22항목의 총 62항목에 의하며 요양등급은 심신의 장애상태, 서비스 필요량 등을 고려하여 3~5등급으로 구분된다. 요양서비스 제공계획(케어플랜)서는 간호사 등 자격을 지닌 요양관리사(Care Manager)가 심신상태, 가정환경, 본인 및 가족의 의사 등을 고려하여 작성하게 된다.

한편, 이용자의 부담률은 요양급여 비용의 20% 수준(공공부조 대상은 이용자부담이 없음)이 고려되고 있다. 요양보험의 재원은 국민건강보험료와 정부지원(조세)금 및 이용자부담 등이 복합적으로 부과되는 혼합방식이 유력하다. 정부는 제도가 구축되면 운영시스템의 검증 등을 위한 시범사업을 2005. 7~2007. 6월까지 2년간의 기한으로 실시할 계획에 있다.

따라서 노인요양보험(보장)제도의 신설에 따른 기존의 건강보험제도 및 노인복지제도, 기

노인요양보장체계의

기본목표는

요양보호가

필요한

모든 노인이

포괄적으로

수혜 받을 수 있는

'보편적인 제도'이다.

초생활보장제도, 의료급여제도 등 관련제도와 국민건강보험법, 의료급여법, 국민기초생활보장법, 노인복지법 등의 법령도 조정이 불가피할 전망이다.

3) 제도의 시행효과

이 제도가 정착되어 시행될 경우 사회전반에 기대되는 긍정적인 효과는 다음과 같다.

- ① 고령화 사회에서 증가하는 노인요양비 문제를 사회적 시스템으로 공동대처함으로써 요양보호 가족의 부담을 경감시키고 국민의 노화로 인한 불안을 많은 부분 해소하게 될 것이다. 병원 입원 시 혜택이 없던 간병비(월 100여만 원)가 급여범위에 포함되고, 요양시설 이용시 20% 수준의 비용만을 본인이 부담하는 중요한 개선이 이뤄질 전망이다.
- ② 노인의료비의 감소로 국가 건강보험 재정이 안정화 될 것이다. 노인요양보장제도가 전국민에게 확산될 경우 “급성기 병상 → 요양병원 → 요양시설”로, 또는 요양시설이나 요양병원에서 재가서비스로 요양서비스 체계가 전환되면서 노인의료비가 감소될 것으로 전망된다. 일본의 경우 개호보험 도입 후 노인의료비가 약 11.8%(1999 → 2000년) 감소되는 획기적인 개선이 이루어졌다.
- ③ 노인간병인력, 전문간호사 등의 고용창출 효과가 이뤄질 전망이다.
- ④ 요양시설, 요양병원 등 요양보호 인프라 확충에 따른 지역경제 활성화에 도움이 될 전망이다. 2011년까지 관련시설 1,088개소에 1조6천억 원(국고 및 지방비)이 투입될 예정이며, 요양보호 시장규모가 2~9조 원(2007~2011년)에 이를 것으로 보여 경제적 파급효과와 특히, 간병, 간호 등 재가복지 분야의 다양한 민간주체가 참여함으로써 단기 간의 요양보호 인프라 구축이 이뤄질 전망

**제도시행효과는
가족부담경감
건강보험 재정안정화
고용창출효과
지역경제활성화
등이 있다.**

이다. 따라서 요양보호 수요의 증가로 시설 수요가 증가함에 따라 민간 사업자의 적극적인 참여로 인한 공급체계의 다원화·고급화가 이루어져 선의의 경쟁체제가 구축될 것으로 보여진다. 주요 선진국의 민간기관 참여율을 보면 독일 36%(재가 56%), 영국 43%, 미국 66.5%, 일본 2.6%(재가 17%)로 국내에서도 참고가 되었으면 한다.

정부의 요양시설 확충 방안은 재가보호 우선 원칙에 따라서 재가보호가 70~80%, 시설보호는 20~30% 수준을 차지할 계획으로 시설부문에서 공공부문은 수급자 및 차상위 계층의 수요를 중심으로 50~60% 수준을 유지하고, 재가부문은 공공이 30%, 나머지는 민간의 다양한 참여를 유도함으로써 확충될 전망이다.

노인전문인력 양성 제도

국내의 노인전문인력의 양성은 인력의 안정적 확보와 비용효과 등을 고려하여 우선적으로 기존 전문인력을 최대한 활용하는 것을 원칙으로 하고, 신규인력의 양성은 최소화할 예정이다. 노인전문인력은 요양관리사, 요양보호사, 노인분야 간호사, 노인병 전문의, 사회복지사, 물리치료사, 작업치료사, 언어치료사 등으로 분류된다. 분야별 육성 현실을 들여다보면, 요양관리사(케어매니저)는 단기적으로 간호사, 사회복지사 등 보건의료·복지 분야의 면허(자격)자를 대상으로 일정수준의 교육이수 후, 자격을 부여할 예정이며, 간호사, 사회복지사 등 보건의료 및 복지 분야의 유자격자와 이들의 유휴인력은 현재 충분히 확보되어 있는 실정이지만 이를 육성할 교수요원과 교육훈련기관이 시작 단계이다(〈그림 1〉 참조).

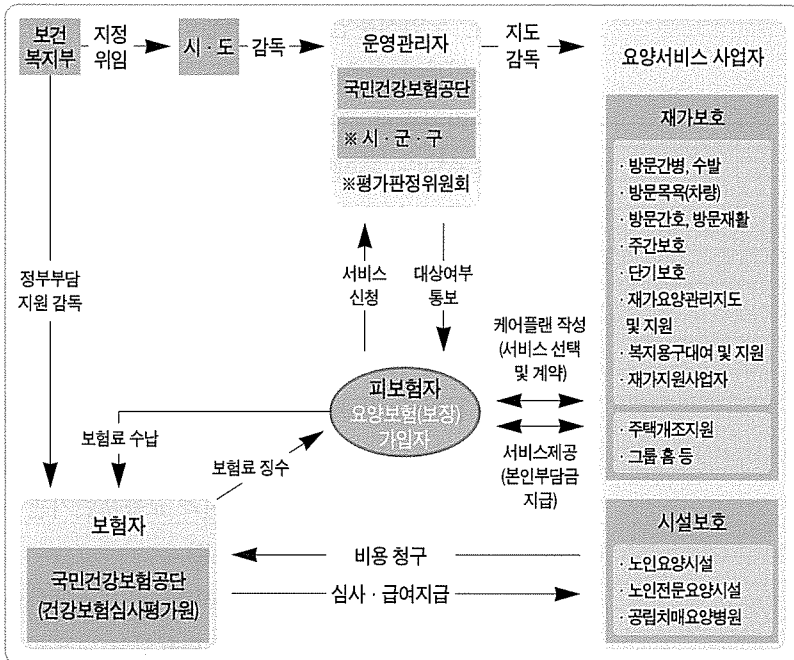
요양보호사(간병전문인력)는 간호조무사와 기존의 간병인력을 최대한 활용하고 교육시간

을 확대하여 미흡한 부분을 보완할 계획이고, 노인분야의 전문간호사는 의료법에 의거하여 양성된 노인전문, 가정전문, 보건전문 간호사를 중심으로 활용하되 수요에 비해 전문인력이 부족할 경우 요양병원, 노인요양시설 등에서 3년 이상 근무한 경력자도 활용할 계획이다. 국내 노인전문 간호사양성은 2003년 11월부터 제도화되어 2004년부터 석사 과정으로 33학점을 이수하도록 제도화 되어 있지만 2006년 배출예정 인원은 60명에 불과하다. 한편, 가정전문 간호사는 4,500여 명이 이미 배출(2003. 12. 기준)되어 있으나 실제 가정간호업무의 종사자는 300여 명으로 4,200여 명이 일반간호업무에 활동 중에 있다(표 1) 참조).

가정전문 간호사는 4,500명이 배출되었으나, 가정간호 종사자는 300여 명에 불과하다.

일본의 장기요양제도와 가정간호

일본에서 공적개호보장제도가 논의되기 시작한 것은 1990년부터이다. 그러나 노인이 시설에 입소한 것은 1946년에 제정된 생활보호법 등의 생활보호제도에서 출발하였으며, (그림 1) 노인요양보험(보장)제도의 개요 및 이용 흐름도(안)



1963년에는 세계 최초의 노인복지 단독법이라 할 수 있는 노인복지법이 제정되었고, 1982년에 노인의료제도의 근간이 되는 노인보건법(1982)이 제정되었다. 1992년 노인보건법의 개정으로 방문간호사업소 제도가 시작되었고, 1993년부터 지방자치단체에서 주관하는 방문간호서비스가 제도화되었다. 1993년부터 1994년까지 후생성과 수상의 자문기관인 사회보장제도심의회의 작업을 거쳐 공적개호보험의 도입의 필요성이 인정되었으며, 1997년 12월 드디어 개호보험법이 수립되었고, 2000년 4월부터 이 개호보험법이 시행되기 시작하였다. 일본의 개호보험은 사회보험임에도 불구하고 세금을 재원으로 하는 국가와 지방공사단체의 공비부담이 2분의 1이고, 나머지 2분의 1은 보험료를 재원으로 하고 있다. 이러한 보험방식을 채택하고는 있지만 이 제도가 시행된 지 5년째 되는 2005년도에는 제도의 개편을 앞두고 사회보험방식으로 할 것인가 혹은 조세방식으로 할 것인가, 그리고 피보험자의 범위와 요보호자의 설정, 현금급부 여부, 급부 내용, 이용자 부담, 노인 이외의 개호, 개호기반의 정비 상황 등을 재검토할 계획으로 있다.

일본 개호보험의 대상인 피보험자는 ① 제1호 피보험자로서 65세 이상인 자, ② 제2호 피보험자로 40세 이상 64세 이하의 의료보험가입자로 규정하고 있다. 제2호 피보험자의 경우 뇌졸중, 초로기 치매 등 노화에 기인하는 15종류의 질병에 한정해서 보험급부가 행해진다.

개호보험제도가 실시된 후 3년 동안 개호서비스의 이용자 수는 크게 늘어나 2001년 요양

〈표 1〉 전문인력 배출현황

| 사회복지사 | 간호사 | 전문(가정)간호사 | 간호조무사 | 간병전문인력 |
|--------------------|----------------------|----------------|---------------------|---------------------|
| 85,449 (24,974) | 185,722 (100,482) | 6,756 (372) | 304,024 (79,000) | 191,128 (19,533) |

※ () 내는 현재 활동 인력임.

요구가 있는 전체 대상자수는 263만 명으로 이중 65세 이상이 258만 명, 40세 이상이 9만 명이었으며, 요개호 5등급(완전 외상 상태)에 해당하는 비율이 14.6%인 38만4천 명을 차지하는 것으로 나타났다. 특히, 재택서비스의 이용자수는 2000년 4월에 97만 명에서 2003년 1월 194만 명으로 2배나 증가하였다. 개호보수란 개호보험급부의 대상이 되는 각종 서비스 비용액의 산정기준으로 개호서비스업자나 개호보험시설이 이용자에게 서비스를 제공한 경우 그 대가로써 보험자로부터 사업자, 시설에 지급되는 보수를 말한다. 법률상 개호보수는 개호서비스의 종류마다 서비스 내용과 요개호도, 사업소 시설의 소재지 등에 따라 평균적인 비용을 고려하여 설정하는 것으로 되어 있다.

개호보험은 재택서비스 12종류, 시설서비스 3종류, 케어플랜 작성비용 등 총 16종의 서비스에 대해 이용자의 요개호도와 서비스에 든 시간별로 단위를 세세하게 정해 두고 있다. 개호보수는 요지원(거의 독립적인 생활가능), 요개호 1(일상생활 일부 보조)부터 요개호 5(완전 외상 상태)까지의 6등급으로 나누어 단가를 단위로 표시하며, 1단위당 10엔부터 10.72엔 사이로 매기고 있다. 개호보수의 10%는 이용자의 자기부담이 되므로 90%를 사업자, 시설이 보험자인 시정촌 즉, 실무부서인 국민건강보험 단체연합회에 청구한다.

재택서비스는 이용자의 요개호도에 따라 보험급부의 지급한도액이 정해져 있어 이 범위 안에서 재택서비스를 받을 수 있고 이 액수를 초과한 서비스는 자기부담이 된다. 재택서비스는 방문서비스, 주간서비스, 단기입소서비스, 그 외의 서비스로 12종류가 있다.

간호사는 일본의 공적노인요양보험제도에서 요양관리사로서 대상자와 가족이 도움을 요

일본,
재택서비스의
이용자 수는
2000년 4월에
97만 명에서
2003년 1월
194만 명으로
2배나
증가하였다.

청하였을 때 대상자의 요구에 근거하여 요양계획을 세우고, 그 계획을 감독할 책임이 있다. 요양관리사의 자격은 간호사, 사회사업가, 보조원, 가정봉사원, 의사로서 간호, 의료, 사회복지 분야에서 5년간의 경험이 있어야 요양관리사 자격시험에 응시할 수 있다. 간호사는 전체 요양관리사의 30%를 차지하며, 그 다음으로 보건사회부에서 자격을 받은 보조원, 사회복지사, 약사와 가정봉사원 순이다.

가정간호의 내용은 가정봉사, 방문간호 서비스, 주간보호, 휴식서비스, 재활, 치매환자를 위한 그룹 홈, 의사진찰 및 부가적인 서비스와 주택개조이다. 따라서 요양관리사가 간호사가 아닐 때 대상자의 간호를 제공하는 것은 어려움이 있을 수 있다.

공적노인요양보장제도와 가정간호

국내에서 공적노인요양보험제도를 성공적으로 정착시키고 확대시켜 나아가기 위해서는 가정간호를 포함한 요양시설과 인력인프라 구축이 중요한 요소이다. 전국 노인생활실태조사 결과에 따르면, 노인가구는 전체의 20.9%이며, 이 중 독거노인가구가 20.1%, 노인부부가구가 21.6%(한국보건사회연구원, 1998)로 노인 가구는 지속적으로 증가하고 있다(보건복지부 공청회 자료, 2002).

시설 요양대상자로 추계한 치매와 장애인 등 ADL 수준을 근거로 한 조사 결과에서 노인요양보호대상은 2004년 8월 현재 65세 이상 노인의 14.8%인 약 62만 명으로 집계되고 있으며, 2007년에는 72만 명, 2010년 79만 명, 2020년에는 114만 명으로 추계되고 있다(보건복지부, 2004). 노인 질환은 주로 만성퇴행성 질환이기 때문에 단기간의 치료로써 상태가 호전되지 않고, 점진적으로 악화되는 경향을 띠

며 장기간의 관리와 서비스를 반복해야 하는 특성을 가지고 있다. 2000년도 ‘노인장기요양 보호정책기획단’ 보고서에 의하면, 기본적인 일상생활동작에서 의존적인 신체장애노인이 약 39만3천 명(전체 재가노인의 11.6%), 외출하기, 일상생활용품 사기 등에서 의존적인 허약노인이 약 24만2천 명(전체 재가노인의 7.3%)으로 이 중 가족 수발자가 없는 장애 독거노인이 약 7만 명, 그리고 허약 독거노인이 1만3천 명인 것으로 추정되었다(장병원, 2004). 장기요양보호대상 노인을 대상으로 실시한 가정간호나 방문간호 인지도와 이용률 및 장래 이용 희망의사를 조사한 결과에 따르면, 가정간호나 방문간호를 이용한 경험자는 2.4%에 불과하였으나, 방문간호와 가정간호에 대한 인지도는 33% 수준이었으며, 방문간호나 가정간호를 원하는 이용자의 장래 희망률은 과반수에 달한 것으로 보고 되어 소비자의 이용욕구가 높음을 알 수 있다(유호신, 2004).

노인의료복지시설에는 요양시설, 실비요양시설, 유료요양시설, 전문요양시설, 실비전문요양시설 및 전문요양병원 등이 있으며 입소대상자들의 특성에 비추어볼 때 간호 인력의 관리가 필수적이다. 즉, 재가노인복지시설의 주간보호시설, 단기보호시설의 입소대상자 특성은 심신이 허약하거나 장애가 있는 자로서 낮 동안이나 단기간 동안 보호가 필요하며, 그룹 홈 등도 간호서비스가 필수적이다.

가정간호와 방문간호

가정간호사 자격의 법적 근거는, 의료법 시행규칙 제54조(의료법 개정, 1990. 1) 업무 분야별 간호사에 가정간호분야 전문간호사가 신설되었다. 2003년 11월 의료법 시행령을 개정하여 가정전문 간호사가 10종의 전문간호사에

포함되었으며, 2003년 11월 고시 이전에는 1년 과정의 600시간이 이수요건이었으나 고시 이후 33학점 이상 가정간호 전문 교육기관에서 과정이수 후 전문간호사 국가자격시험을 통해 자격 취득을 해야 하는 것으로 요건이 강화되었다(보건복지부 고시, 2003. 11).

가정간호사업에 대한 법적근거는 의료법 제30조에 의거해서 의료기관 외에서 행할 수 있는 의료 행위의 범위에 가정간호를 포함하였으며(의료법, 2000. 1), 의료법 시행규칙 제22조를 신설하여 가정간호대상자, 업무의 범위, 담당인력 등 가정간호사업의 세부사항을 명시하고 있다. 이에 따라서 현재의 법적 근거는 의료기관 중심의 가정간호사업만이 허용되고 있으며, 지역사회 중심 가정간호사업에 대한 제도는 배제되고 있는 실정이다. 의료기관 가정간호사업은 재가 환자관리에 중점을 두는 입원대체 서비스로서 기능과 역할을 한다.

국내의 가정간호사업은 의료기관 가정간호사업과 보건소 방문보건사업으로 대별할 수 있으며, 그 외에 일부 대학, 단체에서 시범사업으로 운영하는 지역사회 가정간호사업소가 있다.

의료기관 가정간호사업은 보건복지부가 한국보건사회연구원에 의뢰하여 2차례에 걸친 시범사업을 통해 정착되었으며, 2004년 4월 현재 가정간호사업소가 설치된 의료기관에서 활동 중인 가정간호사 수는 병원급 이상 98개소에 총 236명으로 사업소당 2.4명이 근무하고 있다(2~16명 범위). 공공기관으로는 지방공사의료원 7개소에 각 2명씩 총 14명과 보건의료원 1개소에 2명 등 총 8개소의 16명, 의원급 4개소에 간호사 총 10명, 한의원 1개소 3명, 그리고 대도시 방문보건 시범보건소 14군데에 방문보건 간호사 41명 등 총 125개 사업소에서 306명의 가정전문 간호사 및 방문보건 간호사

노인의료
복지시설에는
요양시설,
실비요양시설,
유료요양시설,
전문요양시설,
실비전문요양시설
및 전문요양병원
등 간호 인력의
관리가
필수적이다.

가 활동 중에 있다(가정간호사회, 2004).

우리나라의 방문간호는 지역보건법 제9조 제11항에 “가정, 사회복지시설 등을 방문하여 행하는 보건의료사업”에 근거하고 있으며, 보건소에 소속된 방문간호사가 가정을 방문하여 가족단위로 건강문제를 확인하여 정상발달 가족과 소외되거나 자가 관리능력이 없는 취약가족을 대상으로 지역사회보건사업을 수행하기 위한 지역보건의료사업의 접근방법으로, 방문보건사업으로 불리고 있다. 1997년 경제위기 당시 고학력여성실업대책의 일환으로 실업 간호 인력을 전국 245개 보건소에 공공근로 인력으로 투입하여 공공근로 방문간호사업을 운영함으로써 방문간호사업이 활성화되었다.

2002년 이후 보건소별로 방문보건전산화시스템을 구축하여 지역별로 가족단위의 건강관리체계를 구축하여 취약가족을 대상으로 보건사업을 펼칠 수 있는 기반이 조성되었다.

2003년부터 2004년 현재까지 2년간은 대도시 보건소를 중심으로 방문보건시범사업을 실시하여 주민의 수요와 요구에 기초한 방문간호 인력의 확대와 방문보건사업의 구체적인 운영방향이 마련 중에 있다(한국보건산업진흥원, 보건복지부, 2003).

대도시 방문보건시범사업은 만성질환을 가진 저소득 노인, 장애인, 정신질환자 등 거동이 불편하고 외상 상태인 대상자를 직접 가정으로 방문하여 투약, 처치 등의 간호서비스를 제공하고 지역 내 건강위험요인을 가진 대상자의 발견과 관리, 건강증진 및 질병예방, 지역사회 자원 개발 및 연계서비스로 보건복지통합서비스를 제공할 것을 주요사업으로 하고 있다.

방문보건간호사의 자격은 간호사 면허증과 보건간호사 자격을 소지한 간호사로서 보건기관에 근무한 경력이 1년 이상인 자로 한다.

총 125개
사업소에서
306명의
가정전문 간호사 및
방문보건 간호사가
활동 중에 있다.
(가정간호사회, 2004)

보건소 방문보건사업 대상 가구의 특성은 독거노인 가구와 장애인 가구가 48.5%를 차지하고 있으며, 나머지 51.5%는 만성질환 및 고위험질환 가구들이다. 대상가구의 경제적 특성은 78.5%가 기초생활수급대상자이고 틈새계층 가구 11.3%, 일반가구 10.1%로 보고 되고 있다. 방문보건대상자의 주요질환 특성은 고혈압(13.7%), 당뇨(13.4%), 뇌졸중(13.4%), 관절염(13.2%), 및 치매를 포함한 정신질환(12.2%) 등의 순으로 나타나 있다(유호신 외, 2003).

결론적으로, 우리나라 공적요양보험제도에서 계획하고 있는 재가 환자관리를 위한 간호서비스를 제공하기 위해서는 기존의 방문보건사업과 의료기관 가정간호사업에 대한 이해를 바탕으로 현실에 적합한 사업유형과 관리운영방안에 대한 제도적 정비와 인력, 자원 활용 및 확보 방안, 그리고 시설이 필요하다.

따라서 사업운영모델의 개발은 다양한 운영주체와 운영체계를 갖춘 공공과 민간의 적극적 참여를 유도함으로써 재가서비스 제공의 다원화와 소비자 선택권이 보장되는 질적 재가 간호서비스를 제공할 수 있을 것이다. 또한 가톨릭 교회조직으로서 본당과 연계한 병원중심의 가정간호사업을 운영하고 있는 가톨릭중앙의료원 가정간호센터의 역할과 기능이 그 어느 때보다 중요한 기대를 모으고 있다. 🐦

참고문헌
가정간호사회 내부자료, 가정간호사업소 개설 의료기관 현황 및 활동가정간호사 수, 2004년.
보건복지부·한국보건사회연구원 노인요양보장체계 시안에 관한 공청회 자료집, 2004년 8월.
보건복지부, 공적노인요양보장추진기획단. 공적노인요양보장체계 최종보고, 2004년 2월.
보건복지부, 한국보건사회연구원, 한국여성개발원. 노인보건복지 종합대책에 관한 토론회, 2002년 9월.
보건복지부, 한국보건사회연구원, 한국여성개발원, 한국노년학회. 노인요양의 실태와 사회적 보호방안 토론회, 2001년 9월.
유호신. 장기요양제도와 가정간호, 방문간호, 한국·일본의 장기요양제도와 방문·가정간호, 지역사회·보건간호·가정간호 연합학술대회 자료집, 2004년 5월.
장병원. 노인요양보장정책과 과제, 노인전문간호의 비전 : 실무에서 창업까지, 계명대학교 간호과학연구소 국제학술대회 자료집, 2004년 1월.