

노인요양보장제도와 재가 간호사업 현황 및 과제

유 호 신*

I. 서 론

우리나라 보건의료정책은 1994년 의료보장개혁을 필두로 1998년 11월에 "21세기 보건의료발전종합계획"을, 1999년 12월에는 복지정책이 강화된 "새 천년 보건복지 2010"을 그리고 현 참여정부에서는 저 출산·고령화 및 공공보건의료기반 확충 등 공급자중심에서 수요자중심으로 방향 전환을 시도하고 있다(보건복지부, 2004a). 특히 우리나라는 65세 이상 노인 인구 구성비의 증가속도가 매우 급속하게 진행되어 2005년 현재 고령화사회에서 2019년부터는 고령사회로 그리고 2030년 이후에는 초고령사회로 진입될 것으로 예측하고 있다. 우리나라의 고령화 속도는 매우 급진전되어 중진국 수준에서 고령화 시대를 맞게 된 세계 유일 국가로서 노인보건복지 문제가 그 어느 나라보다도 심각해 질 것으로 예측하고 있다(보건복지부, 2004a). 따라서 정부의 노인보건복지 정책은 노령화와 복지 욕구의 증가와 사회적 이슈, 건강위험요인의 증가, 뇌혈관질환·암·고혈압·당뇨병·치매 등 만성퇴행성질환 비중의 증가 문제에 대한 구체적인 실천 전략이 치밀하게 준비되어야 한다.

이미 65세 이상 노인의 의료비문제는 국민건강보험 재정상에 심각한 문제를 야기시키고 있다. 즉, 상승된 건강보험수가와 건강보험 급여기간 연장, 급여범위 확

대, 노인인구 및 수진율 급증 등으로 국민건강보험 재정은 지출이 수입을 상회하면서 보험재정에 심각한 문제가 초래되고 있다. 구체적으로 언급하면, 2000년 7월 시행된 의약분업을 전·후한 수차례에 걸친 의료수가의 인상과 급격한 외래 진료이용의 증가로 2001년 이후 건강보험재정 적자 문제가 더욱 심각한 양상을 띠고 있으며, 동시에 2001년 이후 건강보험재정에서 노인진료비가 차지하는 비중은 급격히 상승하여 2003년 노인의료비는 전체 의료비의 약 25% 수준을 넘긴 심각한 수준에 이르고 있다(국민건강보험공단, 2004). 이처럼 날로 상승되는 건강보험재정의 적자문제와 국민의 노인 보건복지관련 욕구 증가현상을 동시에 충족시키고자 정부는 일본과 같은 형태의 사회보장보험제인 노인요양보장제도를 준비하고 있다. 그 첫 시행으로 '공적노인요양보장추진기획단'을 구성(2003. 3. 17)하여 노인요양보장제도 도입을 기획하여 재원조달방안 및 관리운영체계, 대상자 평가, 판정기준, 급여 및 요양수가체계, 시설 및 인력양성 등에 대한 정책방안을 제시하였다(보건복지부, 공적노인요양보장추진기획단, 2004). 2004년 8월에 발표된 노인요양보장제도 공청회 발표 내용을 구체적으로 검토해 보면, 상당 부분 일본이 2000년부터 시행에 들어간 장기요양보험제도(long-term care insurance system)의 내용과 운영체계가 매우 유사하다(Ikegami & Campbell, 2002)

* 고려대학교 간호대학 교수(교신저자 E-mail: hosihn@korea.ac.kr)

〈표 1〉 일본과 한국의 노인보건복지 관련 정책 진행과정 비교

일 본		한 국	
1963년	노인복지법 제정		
1972년	노인복지법 개정으로 노인의료비 무료화		
1982년	노인보건법 제정		
1986년	장수사회복지대강		
1988년	복지비전 수립	1987년	노인복지법 제정
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	병원중심 가정간호시범사업 시작
1994년	장기요양보험제도 기획단 설립 VNSS 서비스 전 연령층으로 확대	1995년	보건소 방문보건사업 (지역보건법)
1995년	뉴골드플랜(New Gold Plan) 실시	2000년	병원중심 가정간호제도(의료법)
1997년	공적노인요양제도(LTCI) 제정	2003년	대도시 방문보건시범사업 실시/ 노인공적요양보장추진기획단 설립
2000년	공적노인요양제도 시행	2004년	노인요양보장제도(안) 공청회 실시

문제는 우리나라는 아직 노인 인구가 차지하고 있는 구성비나 절대 노인 인구수 그리고 국가의 재정적 여력 등이 일본의 1960년대 중반정도의 수준에 머물고 있다는 점과 아직 노인보건의료 문제를 체계적으로 관리할 수 있는 노인보건법 조차 없다는 점이다(표 1 참조). 즉 노인인구수에 따른 보건문제의 수요적인 측면에 있어서나 노인보건문제를 해결하기 위한 정책적 측면, 이를 위한 인력 및 시설 인프라 부재 등 여러 측면에서 볼 때 이제 초기단계에 불과한 실정이라는 점이다. 이에 반해 일본의 경우는 1982년에 노인보건법을 제정하여 1989년 고령자 보건복지 10개년 전략을 수립한 후 꾸준한 노인보건정책시행을 시행하면서 더 이상 보험제정으로서의 감당이 어렵다는 판단 하에 2000년도부터 장기요양보장제도를 실시하게 되었다. 이러한 발전과정 배경에 비추어 볼 때, 우리나라의 현실정에서 일본의 제도를 그대로 모방한 노인요양보험제도를 실행하기에는 여러 가지 제반 여건상 많은 어려움이 예견된다. 따라서 일본이 장기요양보장제도를 도입하기까지의 보건의료 환경적 배경과 발전과정 및 문제점(Ikegami, 2004; Ikegami & Campbell, 2003; Ikegami, Yamauchi, & Yamada, 2003; Izuhara, 2003; Murashima et al., 2002) 등을 신중히 검토하는 노력이 선행되어야 하겠다. 구체적인 예를 들면, 일본의 방문간호제도는 노인인구의 급증과 보건의료 수요 증가에 적극적으로 대비하면서 1978년

부터 종합적이면서 명확한 비전과 장기 계획을 수립하며 노인보건복지를 위한 종합 정책과 제도로 발전시켜 가고 있다. 다시 말하면, 일본의 방문간호제도는 〈표 1〉에 제시된 바와 같이, 1988년 노인복지비전이라는 종합적이고 장기적인 틀을 마련하였고, 이의 일환으로 노인보건법의 개정하여 3년 동안 전국 17개 방문간호사업소에서 시범사업을 거쳐 1991년 현재의 방문간호제도를 도입하기에 이른다(Murashima et al., 2003), 그리고 노인보건복지의 큰 틀 안에서 체계적으로 발전시켜 현재 간호사가 운영권을 갖는 법인형의 방문간호센터는 전국적으로 5,000 여개소를 넘기고 있어 장기요양보장제도 실행을 위한 인프라 구축을 착실히 진행시켜 가고 있다.

이러한 배경 하에서 2007년부터 시행을 준비하고 있는 노인요양보장제도와 관련하여 다음과 같은 문제를 제기하고자 한다. 첫째, 정부가 계획하는 대로 노인요양보장제도를 도입할 경우 그 실행이 가능한지? 둘째, 재가 간호사업 현황과 문제점은 무엇인지? 그리고 셋째, 이러한 문제를 해결하기 위한 선행 과제는 무엇인지 등이다. 이에 본 연구에서는 한국의 재가 간호사업의 현황과 문제점을 분석하고 이를 토대로 향후 발전적 과제를 도출하였다.

II. 본 론

1. 노인요양보장제도 개요

우리나라 정부는 노인요양보장제도를 도입하기 위하여 지난 8월에 공청회(2004년 8월 11일, 보건복지부)를 갖는 바 있었다. 본 공청회에서 보고된 노인요양보장체계의 기본 목표는 첫째, 요양보호가 필요한 모든 노인을 포괄할 수 있는 「보편적인 체계」 둘째, 서비스의 권리성·선택성이 보장되는 「이용자 중심」의 서비스체계 셋째, 국가, 가족, 지역사회, 기업 등 「다양한 주체의 참여」 시스템 구축 넷째, 「사회적 연대」에 의한 요양보호비용의 확보체계 다섯째, 가정 및 「재가 복지 우선」, 예방 및 재활에 중점을 둔 체계 여섯째, 욕구에 맞는 서비스 제공, 보건의료 및 복지서비스의 효율적인 제공을 위한 「케어매니지먼트」(care management) 체계 등이다. 이러한 기본목표는 일본의 장기요양보험제도의 주요 목적으로 표방된 요양보호가 필요한 모든 노인을 포괄할 수 있는 보편적인 사회화 체계(socialization of care), 지방자치단체의 지원 및 책임 확대, 소비자의 선택권 강화와 경쟁력 제고, 노인보건복지 비용의 공동부담, 그리고 보건과 복지서비스 통합 등의 내용과 매우 유사하다(Ikegami & Campbell, 2002; Izuhara, 2003). 뿐만 아니라 서비스 시설 및 내용면에 있어서도 <표 2>에 제시한 바와 같이 일본의 시설과 재가 서비스 내용을 그대로 도입한 것을 알 수 있다. 한편, 노인요양보장기획단에서 제시한 노인요양보장체계의 추진방향을 살펴보면 첫째, 치매·중풍 등 요양보호노인들의 자립생활을 보

장하고 가족의 부담을 경감하기 위한 사회적 지원시스템을 확립하고 둘째, 정부·지방자치단체·건강보험자·민간이 각각 역할을 분담하여 중층적으로 지원하는 시스템 구축하며 셋째, 요양보호가 필요한 노인이 서비스를 선택·이용할 수 있도록 시설 및 인력의 계획적·균형적 확충을 실시하며 넷째, 공급주체로서 다양한 민간사업자가 적극 참여할 수 있도록 제도적 지원을 강화하여 요양산업 시장과 고용의 확대로 연결되도록 추진하고 다섯째, 노인요양보장 비용은 노인 및 가족, 현역세대, 사업주 등 전 국민이 연대하여 부담하고 정부도 적절한 수준의 공비를 부담 그리고 마지막으로 여섯째는 시행까지의 충분한 준비기간을 두고 시설기반정비 상황 등을 감안하여 단계적으로 확대한다는 방침과 구체적인 대안을 발표하였다(보건복지부, 2004a).

이와 같이 우리나라에서 준비하고 있는 노인요양보장제도는 그 기본 취지나 서비스 내용에 있어 일본의 장기요양보장 제도와 그 맥을 같이 하고 있다. 그러나 일본의 경우는 1994년에 장기요양보험제도 기획단을 설립하여 계획에 들어간 지 6년 후인 2000년 4월1일자로 본격 사업 시행에 들어간 상태이지만(Ikegami & Campbell, 2002), 이미 그 이전부터 노인보건문제는 노인보건법을 제정한 후 체계적으로 발전시켜 오고 있다는 점에 주목해야 함을 다시 한번 강조한다. 이상과 같이 우리나라 노인요양보험제도는 일본의 장기요양보험제도의 기본 틀이 토대가 되고 있어 향후 본 제도의 실행을 위해서는 노인요양서비스관련 시설과

<표 2> 일본과 한국의 장기요양보장 시설 및 재가 서비스

일본		한국 (기획단 계획*)	
시설	재가	시설	재가
<ul style="list-style-type: none"> 노인요양시설 노인전문요양시설 노인전문요양병원 	<ul style="list-style-type: none"> 방문 간병, 수발, 일상지원 서비스 방문 목욕서비스(차량) 방문 간호, 방문 재활 주간보호(day care) 주간보호 (community rehabilitation service) 단기보호(Short stay) 의료검진 재가요양관리지도 및 지원 복지용구대여 및 구입지원 주택개조지원 그룹홈 등 	<ul style="list-style-type: none"> 노인요양시설 노인전문요양시설 노인전문요양병원 	<ul style="list-style-type: none"> 방문 간병, 수발, 일상지원 서비스 방문 목욕서비스(차량) 방문간호 방문재활 주간보호(day care) 단기보호(short stay) 재가요양관리지도 및 지원 복지용구대여 및 구입지원 주택개조지원 그룹홈 등

* 보건복지부, 공적노인요양보장기획단 보고서(2004)

인력 인프라 구축이 무엇보다 중요한 과제이다. 이러한 논지와 관련하여 본 장에서는 재가 간호사업의 현황과 문제점을 분석하고 이를 위한 발전적 과제를 제시하면 다음과 같다.

2. 한국의 재가 간호사업 현황 및 문제점

한국의 재가 간호사업은 보편적으로 누구나 이용 가능한 선진국의 가정간호사업이나 노인요양보장제도에 서 추구하는 기본목표와는 달리 병원에 입원한 환자가 조기퇴원 후 이용할 수 있는 의료기관중심의 가정간호 사업과 의료이용의 사각지대에 놓여 있는 기초생활보 호대상자 중심의 보건소 방문보건사업 등 일부 선택적 대상자만이 이용할 수 있는 불완전한 제도이다. 이러한 문제를 보완하고자 정부는 2003년부터 2년을 예정으 로 대도시 방문보건시범사업을 실시하여 방문간호의 발전방안을 모색해 오고 있다(보건복지부, 한국산업진 흥원, 2004). 따라서 본 장에서는 노인요양보장제도의 도입을 준비하기 위한 단계에서 현재 진행되고 있는 의료기관중심의 가정간호, 보건소 방문보건 및 대도시 보건소 방문보건 시범사업 등 세 분야의 재가 간호사 업 현황과 문제점을 간략히 요약하면 다음과 같다.

의료기관중심의 가정간호: 가정간호사의 법적 자격 은, 의료법 시행규칙 제 54조(의료법 개정, 1990. 1) 에 업무분야별 간호사에 가정간호분야의 전문간호사가 신설되었고, 2003년 11월 의료법 시행령을 개정하여 가정(전문)간호사를 10종의 전문간호사에 포함시키기 에 이르렀다. 따라서 2003년 11월 고시 이전에는 1년

과정의 600시간 이수요건이었으나 고시 이후부터는 33학점 이상의 가정간호전문교육기관에서 과정이수 후 전문간호사 국가고시제도를 통해 보건복지부장관의 자 격을 취득하도록 자격요건을 강화시켰다(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 가정 간호대상자, 업무의 범위, 담당인력 등 가정간호사업의 세부사항을 명시하였다. 이에 따라 현재의 법적 근거는 의료기관에 소속된 가정간호사업 만이 허용되고 지역 사회중심 가정간호사업에 대한 제도는 배제된 결과를 초래하였다. 의료기관 가정간호사업은 보건복지부가 한국보건사회연구원에 의뢰하여 2차례에 걸친 시범사업 을 통해 제도화된 것이다. 1차 시범사업(1994.9 ~ 1996.12)은 3차 진료기관 4개소(연세의대 세브란스 병원, 강동 성심병원, 원주기독병원, 영남대 의료원), 2차 시범사업(1997.5 ~ 2000.12)은 시·도 지사를 통해 신청한 전국 병원급 이상 의료기관 전국 37개 병 원급 이상의 의료기관으로 확대시켰다. 1, 2차 시범사 업 평가결과, 가정간호는 의료비 절감효과와 병상 회전을 및 이용환자의 편의 제고 효과는 높고, 국민의 의료 수요 충족과 이용환자의 만족도 제고라는 성과를 입증 함으로써 가정간호사업의 제도화에 크게 기여하였으며, 가정간호사업 확대를 위한 구체사항을 제시하였다(보 건복지부, 2004b).

현재 가정간호사업소가 설치 된 의료기관과 활동가 정간호사 수를 파악한 결과(2004년 4월 현재), 병원 급 이상 98개소에서 총 236명이 활동하여 사업소당

〈표 3〉 가정간호사업소 소속기관별 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(대도시 방문보건 시범사업)	14	41	현재 일용직 신분으로 시범사업에 참여 중 임 (시범사업에 참여한 임시직인력을 제외 할 경우)
총 계	125 (111) 개소	306명* (265명)	

자료원: 보건복지부 (2004), 가정간호사업 현황

* 전국 242개 보건소 중에서 현재 14개 대도시 보건소에서 가정간호사를 채용하여 시범사업 실시 중.

평균 2.4명의 가정간호사가 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 시범보건소 14군데 총 41명 등 총 125개 사업소에서 306명의 가정간호사 활동 중에 있는 것으로 분석되었다(표 3 참조).

반면, 제도권대로 수용되지 못한 채 시범사업으로 종료된 서울시 가정간호사업소 이용환자의 특성은, 뇌혈관질환환자(42.0%), 고혈압(11.3%), 근골격계질환(9.5%), 욕창 및 피부질환(9.3%) 등으로 병원 가정간호사업소의 이용환자 특성과 차이가 있음을 보고하였다. 그리고 지역사회중심 가정간호서비스 내용은 약물요법(6.7%), 기본간호서비스(6.1%), 특수처치 및 기구사용법(5.9%), 체위변경(4.6%)과 체위변경에 대한 훈련(4.7%) 등으로 보고된 바 있으며, 가정간호서비스 종결결과는 회복된 상태나 유지 상태가 전체의 29.4%와 사망으로 종결된 경우도 48.9%에 이른 것으로 보고된 바 있다(유호신 외, 2000).

지역사회중심의 가정간호사업을 위한 제도화 노력은 6개시를 중심으로 추진되어 왔다. 그간의 준비 과정을 살펴보면, 1993년 7월 서울시에서 가장 먼저 가정간호시범사업 센터를 운영했고, 이후 광주시, 대구시, 대전시, 춘천시, 강원도, 인천시 간호사회 등으로 확대되어 지역사회 재가 환자관리를 위한 가정간호 시범사업을 시행해 왔다. 지역사회중심 가정간호시범사업의 성과는 1993년 54명의 환자에게 857회의 가정간호서비스를 제공한 것을 시작으로 1998년도에는 359명의 환자에게 3,435회 가정간호서비스가 제공된 것으로 보고된 바 있다(황나미 외, 2003). 이는 해마다 양적인 측면에서 실적의 증가 이외에도 눈에 보이지 않는 대민 서비스 차원의 질적인 성과가 상당히 높았던 것으로 평가하고 있다(유호신 외, 2000; 황나미 외, 2003). 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 평가되었다. 그러나 지역사회중심의 가정간호사업이 법적 근거를 마련하지 못한 채 대부분의 시범사업이 종료되었고, 현재는 일부 간호사회를 중

심으로 몇몇 사업소만이 그 명맥을 유지하고 있다. 지역사회중심의 가정간호사업소를 이용하는 대상자들은 주로 상태유지나 호스피스를 목적으로 한 이용과 뇌혈관질환이나 고혈압, 근골격계 및 욕창 환자들이 많았던 점과 장기적 관리가 요구되는 재가 환자들의 이용이 많다는 점(유호신 외, 2000; 유호신 외, 2003)에 비추어 본다면, 장기요양보장제도의 도입을 앞두고 있는 현 시점에서 지역사회중심의 가정간호사업에 대한 제도화는 가장 시급한 정책과제이다.

보건소 방문보건사업: 우리나라의 보건소 방문보건사업은 지역보건법 제9조 제 11항에"가정, 사회복지시설 등을 방문하여 행하는 보건의료사업"에 근거하고 있다. 지역보건법을 근거로 하고 있는 방문간호는 그 용어도 방문보건으로 사용하고 있고, 방문간호사의 자격은 가정간호와 같이 별도의 자격이 있는 것이 아니라 간호사면허증과 보건간호사자격증을 소지한 간호사로서 보건기관에 근무한 경력이 1년 이상인 자를 원칙으로 하고 있다. 최근 조사된 보고에 의하면, 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 달한다고 보고하였다. 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 수준으로 보고되었다(박은숙과 유호신, 2001; 유호신 외, 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 있다.

공공보건기관에서 방문보건업무를 담당하고 있는 방문간호인력을 살펴보면, 주 1회 이상 가정방문 활동을 수행하고 있는 방문간호인력 조사 결과, 기관 당 평균 2.5명이었고 방문간호인력이 1명만 있는 보건소는 전국의 28.6%, 2명인 보건소는 25.4%로 절반 정도의

보건소는 1~2명의 간호 인력만이 가정방문을 실시하고 있는 것으로 보고되었다(박정호 외, 2001). 보건소 당 관찰대상 인구규모가 가장 큰 서울시 25개 보건소의 경우, 일 보건소당 평균 5명 내지 7명 정도의 방문간호 인력이 배치되어(총 175명) 있다. 각 보건소 당 관찰주민 규모가 평균 45만 명 내외의 수준임을 감안할 때 현 수준의 방문간호 인력으로는 기초생활보호대상자의 절반 수준도 관리하지 못하고 있는 실정임을 지적하였다(유호신 외, 2003). 현재 전국 246개 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 추정된다. 단 보건복지부 내부자료(보건복지부, 2004d)에 의하면(표 4 참조), 보건소의 방문간호사 884명과 보건지소에 소속된 간호사 419명과 보건진료원 1,892명 등을 합하여 약 2,874명을 방문간호인력으로 취합하고 있었다. 그러나 엄밀한 의미에서 보건지소와 보건진료소에 근무하는 간호 인력은 방문간호업무만 전담하는 것이 아니므로 실제 전국 보건소에서 활동하고 있는 방문간호 인력은 약 884명 정도로 봄이 타당하다. 특히 보건소 방문간호 인력은 방문간호사로서 지속적인 업무를 수행하는 방문간호 전담인력이 아니라 보건소 내 근무하는 보건간호 인력으로서 부서 간 인사이동으로 인해 배치되는 인력으로 간주되어야 한다.

전국 대부분의 보건소가 대도시의 경우는 4~5명, 시·군 단위 보건소는 1~2명의 보건간호사가 방문보건 업무를 담당하고 있다. 따라서 현재까지 대부분의 보건소가 사실상 최저 수준의 보건간호사를 방문보건사업 부서에 배치하여 명목상으로는 하나의 사업으로 유지시켜왔으며 방문간호서비스를 담당하는 부서 또한 보

건소마다 상이한 조직을 갖고 운영되고 있다 법적 근거 또한 방문보건사업이며 현장에서는 방문보건사업이라는 용어를 사용하고 있다. 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 질환 가구이다. 그리고 대상 가구의 경제적 특성은 78.5%에 해당되는 대부분의 관리대상자가 기초생활보호대상자이고 틈새계층 가구가 11.3 %, 그리고 일반가구도 10.1% 정도로 보고된 바 있다. 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 보고되었다(유호신 외, 2003). 이상의 문헌고찰과 방문보건사업부서에 근무하는 보건간호실무자들이 지적한 보건소 방문보건사업의 문제점을 요약 정리하면, 방문간호인력의 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 보고하였다(유호신 외, 2003).

이상 살펴 본 바와 같이, 우리나라의 방문간호는 일본의 방문간호와는 인력과 사업운영권에 대한 법적 근거가 다르고 특히 사업내용면에 있어서 큰 차이가 있다. 일본의 방문간호는 운영 주체가 다양하고 재원이 다양하며 서비스는 주로 재가 환자를 관리하는 가정간호서비스라는 관점에 비추어 볼 때, 우리의 경우는 지

<표 4> 전국 보건기관별 활동 방문간호사 및 전체 보건간호인력

보건기관	기관 수*	전체 보건간호인력		비고
		방문간호사**	보건간호사*	
보건소	246	884 + (201)	2,797	(201)명은 임시직 임 2,797명에는 방문간호사 884명이 포함된 수임
보건지소	1,267	-	419	
보건진료소	1,892	-	1,892	
총 계	3,406	884 + (201)	5,108	

자료원: * 2004 보건복지백서 (보건복지부, 2005).

NOTE: ** 2004년 4월 23일자 16개 시도 보건간호사회자료.

역보건법(1995)에 근거한 보건소 중심의 방문보건사업과 의료법(2000)에 근거한 병원중심의 가정간호사업은 업무내용과 특성 그리고 전문분야와 자격 요건 등에 대한 전면적인 검토가 필요하다. 현재 공격요양보협제도에서 계획하고 있는 재가 환자관리를 위한 간호서비스를 제공하기 위해서는, 우선 기존 방문보건사업과 의료기관 가정간호사업에 대한 포괄적이고 정확한 이해가 필요하고, 선진 제외국의 다양한 가정간호 사업 유형들을 검토하여 우리의 실정에 적합한 다양한 사업 유형과 관리운영 운영방안 등에 대한 제도적 정비와 전문 인력 활용과 확보 방안 등 인프라 구축 마련이 무엇보다도 시급한 과제이다.

대도시 방문보건 시범사업 : 전술한 바와 같이, 정부는 의료이용 취약계층의 이용 접근성을 높이고 저소

득 지역주민의 건강관리를 목적으로 방문보건사업의 기능과 역할을 강화하기 위한 정책 방침에 따라 14개 대도시 보건소를 대상으로 2003년부터 2004년까지 2년 기간 동안 시범사업을 실시한 후 전국 확대를 준비하고 있다(보건복지부와 한국보건산업진흥원, 2004). 정부의 국민건강증진종합대책 발표(2002년 4월)와 참여정부의 공약(2003년 3월) 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 20억 원을 방문보건 시범사업비로 지원하였다. 본 사업비는 대부분 사업수행 인력지원으로 최소한 4~5명 이상을 신규채용으로 하되 가정전문간호사를 신규인력의 50%이상으로 확보하고 전체 사업비의 50% 이상을 인건비로 지출하도록 규정함으

〈표 5〉 가정간호와 방문보건의 차이

	가정간호 (의료기관 가정간호사업)	방문보건 (보건소 방문간호사업)
관련법	○ 의료법 제 30조 ○ 의료법 시행규칙 22조	○ 지역보건법 9조 12항
담당인력 자 격	○ 2003년 11월 전문간호사 고시 이전: 간호사면허증 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 (보건소, 보건지소, 보건진료소)
재 원	○ 국민건강보험재정	○ 공공보건사업재정 (조세)
수가체계	○ 기본방문료(19,500원) + 교통비(6,500원) + 개별행위료 (a)	○ 무료
대 상 자	○ 환자중심 - 입원 후 조기퇴원환자 - 만성질환자(고혈압 당뇨압 등) - 만성폐쇄성호흡기질환자 - 산모 및 신생아 - 뇌혈관질환자 - 기타 의사 및 한의사 의뢰 환자 등	○ 취약가족 중심 - 기초생활보호대상 - 차상위 등 저소득 가구 - 장애인 가구 - 노인 가구 - 영유아 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 ○ 의료기관의 병상회전을 제고 ○ 국민의료비 절감 등	○ 취약가족의 자가관리(self-care)능력 증진 ○ 지역사회진단에 의한 지역보건사업 수행 ○ 의료이용 사각지대 해소 ○ 의료취약계층의 보건의료서비스 이용 접근성 제고
주 서비스내용	○ 기본간호, 산소요법, 통증관리, 상처치료 및 감염관리, 배뇨관리, 배변관리, 욕창치료 등 처치적 간호, 검체, 교육 및 상담	○ 취약주민의 건강관리 ○ 사례관리자 역할 ○ 상담, 교육, 예방, 건강증진, 및 질병관리 등 포괄적인 보건간호서비스 제공 ○ 지역사회자원의 연계 및 의뢰

〈표 6〉 가정간호와 방문간호의 서비스영역별 주 간호내용

서비스영역	가정간호서비스	방문간호서비스
사정 및 기본간호	신체사정/ 활력증후 측정/ 혈압측정/ 구강간호/ 온·냉찜질/ 체위변경/ 붕대(법)/ 회음부간호/ 등 간호/ 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 특수처치 기구 사용법 부작용 예방법/ 뇨당 검사법 반장량 혈당 검사법/ 운동법 단순처치법/ 염증성처치법 비강영양법/ 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 배액처치) 통합 선 제거/ 방광세척/오도세척 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 글리세린 관 장/ 보유 관장 신생아 관리/ 복막투석환자 간호 산소탱크사용시 간호 흉곽내 배액관 간호	홍부 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.

로써 14개 시범사업에 참여한 보건소는 총 61명의 임 시 직 신규 참여인력 중에 가정전문간호사 41명 채용 하였다. 본 시범사업의 목적은 현재의 방문보건사업 활 성화이며, 구체적으로는 방문보건사업의 필요성을 검토 하고, 체계적인 사업 모니터링과 평가를 실시하여 대도 시 보건소 방문보건사업의 수행 체계를 보다 효율적으 로 개선하여 향후 방문보건사업 확대에 대비한 준비

단계이다. 현재 시범사업에 참여하고 있는 14개 보건 소의 방문보건사업 조직은 지역보건과, 보건지도과, 보 건과, 의약과 등 다양하게 소속되어 운영되고 있고 이 중 13개 보건소에서 약 12명 규모로 독립된 방문보건 실을 확보하여 운영 중에 있으나 효과적인 방문보건사 업 운영규모는 평균 22.3명 정도가 적정한 것으로 보 고되고 있다.

방문보건사업 대상(보건복지부, 2004)은 방문간호 서비스의 난이도를 대변해 줄 수 있는 방문빈도에 근거하여 집중 관리군, 정기적 관리군, 추후 및 감시 관리군 및 자가 관리군 등 4개 군으로 분류하여 관리하도록 가이드하고 있다. 이 중 집중 관리군(제1군)은 평균 주 1회 정도의 서비스난이도가 요구되는 가정간호 대상자이다. 2003년도 시범사업 기간 동안 가정간호대상자로 판단되는 제1군의 총 방문건수는 726회로 전체 대상자의 방문건수 30,931의 10.6% 수준에 불과하다(보건복지부와 한국보건산업진흥원, 2004). 이상 살펴 본 바와 같이 의료기관 소속된 가정간호사업과 보건소 방문보건사업의 특성과 서비스 내용에 대한 차이점은 <표 5, 6>과 같다. 지난 2년 동안 시행된 대도시지역 보건소의 방문보건 시범사업 성과는 매우 긍정적으로 평가받고 있으며(보건복지부와 한국산업진흥원, 2005; 유호신 외, 2005), 이를 계기로 최근 1개 동지역에 1명의 (가정)간호사를 배치하는 보건소가 점차 증가추세에 있다. 그러나 문제는 동단위로 방문간호사를 모두 배치 할 경우, 더 나아가 방문간호인력으로 가정간호인력을 투입하게 될 경우, 가정간호서비스 대상자들에 대한 관리 범위가 확대될 수 밖에 없기 때문에 향후 도입을 준비하고 있는 노인장기요양보험제도에서 시행 될 서비스 내용과의 연계 혹은 분리가 명확히 이루어 지지 않으면 방문간호 수혜대상자의 중복서비스 혹은 소외되는 대상자 문제가 발생되어 수요자입장인 서비스 대상 주민은 물론 공급자인 보건소 차원에서도 매우 큰 혼란이 야기 될 것이다.

종합 요약하면, 공적요양보험제도에서 계획하고 있는 재가서비스 내용은 일본의 공적요양보험제도에서 제공되고 있는 서비스 내용이 대부분 그대로 들어와 있다. 문제는 일본의 방문간호는 한국의 가정간호와 방문간호 내용을 모두 포함하여 방문간호라는 용어로 통일하여 사용하고 있다는 점에 유념해야 한다. 즉, 일본의 방문간호는 운영주체와 재정 및 운영 방법 면에 있어서는 각기 다양하게 운영되고 있으나 서비스의 내용 면에 있어서는 가정간호서비스를 제공한다는 측면에선 한국의 의료기관중심의 가정간호와 더 유사하다고 볼 수 있다. 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 지역사회 중심 가정간호사업이 제도권 내에서 운영되어야 장기요양서비스의 성공을 기대할 수 있다.

III. 결론 및 제언

일본의 경험에 비추어볼 때, 장기요양서비스제도는 요양서비스 인력과 시설 인프라 구축이 무엇보다 중요한 선행 과제이고, 사업 운영적 측면에서는 사업관리의 공정성(fairness), 대상자 수혜 범위(coverage), 서비스 제공 내용(benefits), 요양서비스전달체계, 보건과 복지의 협력체계(relationships with other sectors), 비용관리(cost control) 등이 사업 성패를 좌우하는 중요한 요소임을 강조하고 있다(Ikegami & Campbell, 2002). 우리나라의 경우 공적노인요양보장기획단의 공청회 보고 자료에 따르면, 서비스 대상자는 65세 이상 노인부터 적용하여 45세 이상으로 연장 확대하며, 중증 이상 노인부터 경증 노인으로 확대 할 방침을 발표하였다. 즉, 1단계인 2007년 ~ 2008년에는 최중증 노인(단 농어촌 및 부조 대상자는 중증 이상), 2단계인 2009년~2010년에는 중증 이상 노인(단 농어촌 및 부조 대상자는 경증 이상), 그리고 3단계인 2011년~2012년에 65세 이상 경증으로 확대하고, 마지막 4단계인 2013년 이후부터는 65세 이상 경증치매 이상 및 45세 이상 노인성질환 대상자로 전면 확대 할 계획임을 보고한 바 있다(보건복지부와 공적노인요양보장추진기획단, 2004).

노인요양보장제도의 근본 취지는 노인의 보건과 복지문제를 치료, 요양, 재활, 예방 등 통합적인 보건의료복지 서비스 체제로 개편하여, 이용자 중심의 새로운 요양보호시스템 구축 등 새로운 변화를 시도하고 자 함이다. 따라서 1단계에서는 간호서비스와 복지서비스의 이원화 구조로 시작하지만, 2단계에서는 간호와 복지의 통합서비스 구조로 발전시켜 나가야 한다. 뿐만 아니라 주요 과제로는 보험자 등 관리운영 주체와 지방자치단체나 건강보험과의 역할 정립 및 시범사업 설계 등 제도의 기본체제와 둘째, 평가 판정 관련된 평가

항목의 선정과 기능장애의 등급화 문제, 셋째 구체적인 급여성서비스의 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 제시하였다.

이상과 같이 새로운 노인요양보장 체계 구축에 따른 제반 준비와 변화에 따른 전망 등에 대하여 일본의 장기요양보장제도의 경험과 특성 그리고 우리나라의 재가 간호 사업 현황과 문제점을 토대로 향후 추진되어야 하는 재가 간호사업의 정책 과제는 다음과 같다.

첫째, 국가적 차원에서 명확한 재가 간호사업에 대한 정책 비전과 방향을 수립해야 한다. 노인요양보장제도에서 계획하고 있는 제1단계 대상자는 그간 공공보건사업의 우선 관리 대상자인 65세 이상이면서 기초생활수급권자이다. 이들은 현재 의료보호를 소지한 대상자로서 방문보건사업의 우선대상자들이다. 따라서 장기요양서비스 제도를 새로 시행함에 있어서는 중복 서비스 이용 문제와 배제되는 대상자 문제 즉, 의료이용의 사각지대 대상자가 발생 될 여지가 높기 때문에 보건소 방문보건사업과 새롭게 시행 될 노인요양사업 간의 역할 정립이 국가적 차원에서 분명하게 정립되어야 한

다(표 7 참조).

둘째, 지역기반의 가정간호센터 운영을 위한 법적 근거가 조속히 마련되어야 한다. 의료기관 가정간호와 보건소 방문보건 등 현재 법적인 근거를 갖고 사업을 실시하고 있는 재가 간호사업은 매우 제한적이면서 선택적인 대상자에게만 가정 혹은 방문 간호서비스가 제공되고 있다. 따라서 지역사회에 거주하는 일반 노인들이나 만성질환을 갖고 있는 지역주민들도 병원입원이 없더라도 그리고 저소득주민이 아니더라도 언제든지 가정간호가 필요한 경우 가정간호서비스를 이용할 수 있는 가정간호센터의 개설이 필요하고 이에 대한 법적 기반이 조속히 마련되어야 한다. 이 경우 우리나라도 일본의 제도와 같이 개설권은 법인형으로 하되 사업운영권은 반듯이 자격을 갖춘 가정간호사이어야 하며, 개설허가를 하게 되는 법인의 특성도 비영리법인으로 제한하여야 한다. 이는 시설에 대한 주인은 국가가 갖되, 운영권은 민간에게 이양하여 경영의 효율화와 사업의 질 관리를 기해야 하기 때문이다.

셋째, 재가 간호 시설 및 인력 인프라 구축: 다양한 운영모델 및 운영체계를 갖추어 전국적으로 수요(need) 수준에 맞는 공급(supply) 시설과 인력 인프라가 구축될 때만이 제도 실행이 가능하다고 본다. 보

<표 7> 일본과 한국의 방문간호사업 유형별 현황

사업유형	일 본			한 국			
	개설 년도	재 원	사업소 수 (해당년도)	사업유형	개설 년도	재 원	사업소 수
방문간호 스테이션 (VNSS)	1992	건강보험	277 (1993)	지역사회 중심 가정간호 사업소**	법적 근거 없음	-	6 (2004)**
		재정*	822 (1995)				
		(장기요양보험 재정)	2,048 (1997)				
			3,570 (1999)				
			4,354 (2000)				
		5,227 (2002)					
병원소속 방문간호	1983	건강보험	2,731 (1990)	병원중심 가정간호	2000 (1994)	건강보험	4 (1994)
		재정	3,347 (1993)			재정	38 (1997)
			3,416 (1996)				125 (2004)
시정촌 방문간호	1983	공공 보건사업비	3,300 (전국)	보건소 방문간호		공공 보건사업비	246 (2004)
민간기업 방문간호	1983	본인부담	소 수	-	-	-	-
전 체		총 11,070 개소 + 민간		전 체		총 377 개소	

* 2000년 4월 1일부터 대부분의 소비자는 장기요양보험에서 재정 지원 받음.

** 지역사회중심 가정간호사업소는 간호계에서 사용해 온 용어로 일본의 방문간호스테이션 운영형태와 유사한 모형임. 6개 시도(서울, 대전, 인천, 대구, 부산, 강원도) 간호사회를 중심으로 1992년부터 시범사업 운영 중.

*** 보건지소에 근무하는 422명의 간호인력과 1,839명의 보건진료원(보건복지부 내부자료, 2003)을 방문간호인력 통계로 취합하고 있으나 이들의 주 업무는 방문간호가 아님.

편적 서비스제공을 기본 목표로 하고 있는 본 제도의 특성상 서비스 이용권에서 배제되는 지역이나 대상자가 발생된다면 제도 자체의 실행이 매우 어려움에 봉착하게 되기 때문이다. 시설이나 인력 인프라의 효율적 구축방안으로는 첫째, 간호시설을 공적요양보험 재정으로 지원하되, 운영권은 민간에게 이양하여 민간 운영자의 참여를 적극 유도하여 최소의 투자로 효율적인 운영방안을 모색하고 둘째, 의료기관의 참여를 적극 유도하여 의료기관 가정간호사업소를 확충하며, 이를 위한 방안으로는 의료기관의 가정간호사업소는 건강보험재정과 공적요양보험재정의 이원화 구조를 갖게 한다. 셋째, 보건소의 참여를 적극 유도하여 보건소 내 재가 간호서비스 제공이 전문적으로 이루어 질 수 있는 별도의 방문간호스테이션 제도를 마련한다. 넷째, 가정전문간호 교육기관 및 정원을 확대하고 경력자 및 유휴 간호 인력을 적극 활용한다.

넷째, 재가 간호사업을 위한 시범사업 추진: 재가 간호사업은 한국가정간호사회, 한국가정간호학회, 대한간호협회, 간호교육기관이나 의료기관, 혹은 보건소 등을 거점으로 다양한 운영형태의 시범사업을 실시한 후 효율적인 모델을 선정하여 확대 방안을 마련한다(표 8 참조). 2005년도 1단계에선 보건소를 거점으로 1개 보건소당 1개소의 방문간호센터(총 246개)와 종합 판정을 위한 방문보건사업소를 운영하고 동시에 지역사회중심 가정간호 시범사업(총 246개 혹은 그 이상)을 운영한다. 2006년도 2단계에서는 의료기관으로 확대

하여 의료기관의 가정간호사업소와 지역사회 가정간호사업소 등 다양한 운영 형태와 조직 등을 시범 운영한 후 2007년부터 3단계로 들어간다. 사업운영모델에 대한 구체적인 예는, 첫째, 일본의 방문간호스테이션 모델 둘째, 서울시 등에서 실시하고 있는 지역사회중심 가정간호시범사업모델 셋째, 현재 대도시 보건소 방문보건시범사업 실시 중인 동단위 지역담당 방문간호사업 운영형태(유호신의, 2004), 넷째, 의료기관 가정간호사업 모델 등을 들 수 있음. 다양한 운영추체와 운영체제로 공공과 민간의 참여를 적극적으로 유도하여 재가 서비스 제공의 다원화로 소비자의 선택권을 보장하고 질적 서비스가 보장 된 가정간호서비스가 제공될 수 있도록 한다.

참 고 문 헌

가정간호사회 내부자료 (2004). 가정간호사업소 개설 의료기관 현황 및 활동가정간호사 수.
 국민건강보험공단 (2004). 건강보험통계연보, 2003.
 박은숙, 유호신 (2001). 보건간호사의 건강증진사업 수행현황과 역할확대 방안을 위한 연구, 대한간호학회지 제31권 4호.
 박정호, 황나미, 윤순영, 김매자, 한경자, 홍경자, 박성애, 박민수, 박영택, 장인순, 허정순 (2001). 가정 방문간호사업의 확대 및 정착을 위한 장기발전방안, 보건복지부 건강증진기금, 서울대학교 간호대

〈표 8〉 노인요양서비스와 보건소 방문보건서비스

	장기요양서비스 (재가 간호서비스)	보건소 (방문보건서비스)
전문인력	가정간호사	보건소 보건간호사
관련법	노인요양보험법 (가정)	지역보건법
재정	노인요양보험 조세 + 사회보장	조세
사업목적	재가 노인환자 간호	취약가족 건강관리 예방보건사업
주 서비스 내용	가정간호서비스 요양간호서비스	예방 및 건강증진 방문보건서비스 국가 보건정책사업
운영주체	가정간호사업소 의료기관 보건소	보건소 보건지소 보건진료소
관리 대상자	65세 이상 노인환자	기초생활보호대상가구 차상위계층 장애인 등 만성질환 가구 등

- 학, 한국보건사회연구원, 보건복지부.
- 보건복지부 (2004a). 2004 보건복지백서.
- 보건복지부 (2004b). 2004 의료기관 가정간호사업안내.
- 보건복지부 (2004c). 2004 보건소 방문보건사업안내
- 보건복지부 (2004d). 보건소, 보건지소 방문간호인력 및 보건진료원 현황 (보건복지부 내부자료).
- 보건복지부, 공적노인요양보장추진기획단 (2004). 공적노인요양보장체계 최종보고. 보건복지부. 2004년 2월 18일. 보건복지부 홈페이지.
- 보건복지부, 한국보건산업진흥원 (2004), 2003년 대도시 방문보건시범사업 평가보고서.
- 유호신, 이소우, 문희자, 황나미, 박성애, 박정숙, 최행지, 정기순, 한상애, 임지영 외 (2000). 지역사회 중심 가정간호시범사업 성과를 위한 기초, 대한간호학회지. 30(6).
- 유호신, 이숙자, 박은숙, 박영주, 최행지, 황나일, 임지영, 안혜윤 (2003). 지역사회 외상 및 재활환자 관리 체계구축을 위한 방문보건사업 모델 개발. 보건복지부 건강증진기금, 고려대학교 간호대학.
- 황나미, 박성애, 김윤옥, 문영임, 박정숙, 유호신, 이계숙 (2003). 지역사회에서의 가정간호 접근성 제고 방안 - '서울시간호사회' 가정간호사업 분석을 토대로 - 한국가정간호학회지, 10(1), 5-14.
- Ikegami, N. (2004). Impact of public long-term care insurance in Japan, *Geriatrics and Gerontology International*, 4, S146-S148.
- 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.
- Izuhara, M. (2003). Social inequality under a New Social Contract: Long-term Care in Japan, *Social policy & administration*, 37(4), 395-410.
- 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.

ABSTRACT

Policy Alternatives on Developing A Home Health Care System for Long-term Health Care Insurance System in Korea

Ryu, Ho Sihm(Associate Professor, College of Nursing, Korea University)

Presented here are policy alternatives for understanding home health care for the long-term health care insurance system which is being developed for elderly people starting 2007. The summary of issues concerning home health nursing care under the long-term care insurance system include: 1) absence of comprehensive and systematic policy in home health care delivery systems; 2) absence of community based home health agencies that are considered as the community residents in general.

In order to overcome these problems and issues, policy alternatives of home health care should 1) establish a comprehensive home health care policy for homebound persons; 2) establish the foundations for home health care nurses and community based home health care systems; 3) establish home health care facilities and infrastructure; and 4) promote research and development concerning home health care.

Conclusively, a home health care system should be built on a comprehensive policy vision based on health policy, especially long-term care insurance system in the near future. Every homebound residents service has to be constructed systematically under suitable facilities considering the consumer characteristics and health conditions. By doing this, the consumer based comprehensive community home health care delivery system can be constructed in view of the long-term health care insurance system for elderly people.

Key words : Home health care, Long-term health care insurance system