

## 한국의 가정건강관리(Home Health Care) - 가정간호, 방문간호, 방문건강관리 -

유 호 신<sup>1)</sup>

### 서 론

한국 가정건강관리(home health care)의 개요, 제도적 특성, 그리고 발전방안 등에 대하여는 저 출산 고령사회에 따른 노인의료비 급등 현상과 이를 극복하기 위한 국가보건의정책 기조와 맞물려 설명될 수 있다. 한국은 현재 저 출산으로 인한 심각한 고령사회 문제에 직면하고 있고 이를 해결하기 위한 효율적인 보건의료자원의 관리와 공급 대책을 마련하고 있다. 이러한 배경 하에서 정부는 2003년 10월, 가정, 산업, 보건, 노인, 호스피스, 감염, 마취, 중환자, 정신, 응급 등 10종의 전문간호사제도를 고시하였고 이후 2006년 말경 아동, 임상, 중앙 등 3종을 추가하여 총 13종의 전문간호사제도(의료법 제30조)를 고시한 바 있다. 특히 가정전문간호사의 경우, 1993년부터 현재에 이르기까지 보건복지부의 지정을 받은 전문교육기관으로부터 약 6천여 명이 배출된 상태이고, 2003년 이전엔 600시간 조건의 1년 교육과정에서 2003년 이후에는 33학점 이상 석사교육과정으로 전환되었다. 이로서 2007년 현재 전국 15개 간호교육기관에서 137명 정원의 가정전문간호교육과정이 운영 중에 있다.

최근 국민보건의료재정 부담을 가중시키고 있는 한국의 심각한 저 출산 고령 사회 현상은 전문간호사제도를 탄생시켰고, 국민의료비의 효율적인 관리를 위한 국민건강보험과 의료급여제정 관리를 위한 건강관리, 사례관리, 생애주기별 건강증진, 방문보건, 그리고 노인요양 등 지역사회 전반에 걸쳐 지역사회간호사의 전문화와 역할 확대가 가속되고 있다. 한국의 지역사회간호 활동영역은 크게 4분야로 구분될 수 있다.

학교보건, 산업보건, 보건간호 그리고 재가 간호와 요양간호 영역이다. 구체적으로 언급하면, 아동기와 청소년층의 건강관리의 주역인 학교 보건교사와 산업장 근로자의 건강관리를 담당하고 있는 산업간호사, 지역사회주민의 건강관리를 담당하고 있는 보건간호사와 보건진료원 및 방문간호사 등 태아기부터 영·유아를 시작으로 청소년, 산업장 근로자 등 건강하고 젊은 연령층에서부터 지역사회 노인과 재가 호스피스사업에 이르기까지 생애주기별로 지역사회관리 대상자의 건강증진과 건강문제를 관리할 수 있는 중요한 전문인력으로서 그 역할과 기능이 더욱 중요해 지고 있다. 그러나 제1차 한·일 지역사회 국제학술대회에선 한국의 지역사회간호학 영역에 중요한 부분을 차지하고 있는 학교보건과 산업보건의 함께 다루지 못하여 되어 아쉽다. 장차 한일 국제협력과 교류 범위 내에 한국의 지역사회간호 분야로 큰 부분을 차지하고 있는 학교보건간호와 산업보건간호 분야도 포함한 생애주기별로 지역사회간호 분야 전반을 다루어 양국의 지역사회간호는 물론 간호계를 이끌고 발전시켜갈 것을 기대해 본다.

이에 본 고에서는 지역사회간호 분야로서 한국에서 활발한 학교보건간호와 산업보건간호는 다루지 못하나, 우리 보다 먼저 그리고 한참을 앞서 발전시켜 가고 있는 일본의 방문간호에 대하여는 한국의 입장에서 부러움을 감출 수 없다. 한국의 가정건강관리는 일본에 비하면 이제 시작단계라 해도 과언이 아니지만, 가정건강관리 서비스의 질적인 측면에서 가정전문간호사 제도 등 전문교육과정 두고 재가 간호서비스의 전문화 전략을 추진해 오고 있는 점은 일본의 방문간호에도 시사점을 줄 것으로 기대한다.

주요어 : 가정건강관리, 가정간호, 방문간호, 방문건강관리

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

투고일: 2007년 12월 12일 심사완료일: 2007년 12월 18일

일본과 한국의 가정건강관리제도(home health care system)의 차이에 대한 양국의 장·단점을 잘 이해하고 있는 입장에서, 양국의 가정건강관리체계 특성에 대한 이해가 선행되어야 양국의 가정건강관리 발전을 위한 윈윈 전략을 도출해 볼 수 있다고 본다. 하지만 제한된 발표시간 내에 양국의 가정건강관리체계 특성을 설명하기에는 역부족이다. 다행히 이와 관련된 내용에 대하여 일본간호과학 학술지에 일본어로 발표된 원고가 있어 이를 참조하기를 본 발표에서는 양국의 시스템 차이에 대하여는 생략하기로 한다. 이에 본 고에서는 보건의료 사회 환경적 배경과 가정간호와 방문간호 그리고 방문건강관리사업으로 분리되어 있는 한국의 가정건강관리체계와 사업현황에 대하여는 간략히 언급한 후 현안 과제와 발전 전략에 대하여 집중 논의하고자 한다.

## 본 론

한국의 가정건강관리체계(home health care system)는 현재 의료기관 가정간호(home health care nursing)와 방문간호(visiting health care nursing) 그리고 보건소 방문건강관리(visiting health care) 사업으로 구분되어 있고 세 사업이 각기 다른 근거 법에 의해 추진되고 있다. 가정간호와 방문간호 그리고 방문건강관리 사업의 법적 근거와 관련하여 특징적인 차이점과 유사점을 정리한 내용은 <Table 1>과 같다.

한국의 가정간호와 방문간호는 사업 내용이나 서비스 특성 측면 그리고 이용 대상자의 건강문제 특성 측면 등에 있어 일본의 방문간호와 매우 유사하다. 일본의 방문간호제도는 의료법인이나 사회복지법인이나 혹은 개인이나 법인단체 등 영주체에 따라 분류되고 건강보험과 개호보험 모두 동일한 비용수준으로 이용하고 있지만, 한국의 경우 의료기관 가정간호는 국민건강보험법으로, 방문간호는 노인장기요양보험법으로 그리고 보건소 방문건강관리는 지역보건법에 의한 공공보건사업으로 인한 조세로 각각 법적 근거에 기반하여 서비스 제공 인력과 수가체계 그리고 수가수준 등을 달리 적용시키고 있다. 이와 같이 가정간호와 방문간호가 각기 다르게 제도화된 원인을 다음과 같이 지적하고 싶다.

첫째, 한국의 노인장기요양보험제도는 일본의 노인장기요양보험제도를 근간으로 한 개호보험제도를 그대로 도입하면서 기존에 이미 존재하고 있는 한국의 의료기관 가정간호제도나 지역사회중심 가정간호사업을 방문간호와 별개로 취급했다는 점이다.

10년 전부터 국민건강보험제도권내에서 시행해 온 의료기관 가정간호제도가 존재하고 있음에도 불구하고 이를 확대 재생산 하지 못하고 노인장기요양보장제도를 실행하기 위하여 방문간호제도를 새로운 제도로 이원화시켰다는 점이다. 이는

일본의 방문간호제도와 관련된 용어상의 개념을 그대로 도입한 의구심을 갖게 한다. 이렇게 된 원인이 가정간호와 방문간호의 용어상의 차이이거나 혹은 서비스제공 인력상의 문제이거나 간에 향후 가정간호와 방문간호 서비스가 별개의 제도로 전개되었을 때 서비스제공자는 물론 이용소비자들의 혼란이 우려된다. 특히 가정간호와 방문간호 서비스 이용 대상자 특성상 65세 이상 노인층이 대다수인 점을 고려한다면, 노인층 소비자들의 혼란이 예측되는 문제를 간과해서는 안 된다. 또한 방문간호제도 도입을 위한 14개 시범사업 참여기관과 시범사업 내용을 살펴보면(Ministry of Health and Welfare, MOHW & Korea Nurses Association, KNA, 2007), 6개소의 대한간호협회 운영주체인 방문간호기관과 5개소의 의료기관 가정간호사업소 그리고 3개소의 보건소 방문보건사업 부서이었던 점은 실로 우려하지 않을 수 없다. 기존 가정간호사업소와 지역사회중심의 가정간호사업소 그리고 보건소 방문건강관리사업소를 시범사업대상으로 제공한 시범사업 내용을 토대로 제도화시켰다는 점은 이해되지 않는 부분이다. 이미 2000년에 공포된 가정간호제도를 활용하지 않고 방문간호제도를 새롭게 도입하기 위한 시범사업을 실시한다면, 현재 확정된 방문간호제도와 관련된 내용이 도출될 수 있는 시범사업이 진행되어야 하는 아쉬움을 남겼다. 구체적으로 지적하자면 방문간호 제공인력 등과 관련된 시범사업 내용이 적절하지 않았다는 점이다.

둘째, 한국의 경우, 노인보건정책을 전담하는 주무 정책부서나 노인보건법의 부재를 지적할 수 있다. 즉, 노인보건정책을 위한 국가 정책 비전이나 장기적 목적 혹은 종합적인 목표 수립 과정 없이 정부내 관련 부처마다 단기적인 정책 목표 수립 하에 가정간호와 방문간호 그리고 보건소 방문건강관리제도를 추진하고 있어 여러 가지 혼란이 야기되고 있다. 구체적으로 언급하면, 의료기관 가정간호는 보건의료정책본부 소속인 의료정책팀에서, 노인장기요양보험제도의 방문간호는 저출산 고령 사회 정책 본부 소속인 노인요양제도팀의 소관 업무로 되어 있어 두 부처 간 업무에 대한 사전 검토나 조정 등이 미흡하다. 다른 한편으로는 가정건강관리체계의 일환으로 간주되는 보건소 방문건강관리사업은 지역보건법을 근거로 의료정책팀과 같은 소속으로 되어 있는 보건의료정책본부내의 공공의료팀의 관할 업무로 되어 있으나, 가정간호는 의료정책으로 그리고 방문건강관리사업은 공공보건정책으로 각기 분리되어 추진 중에 있다. 이러한 점은 의료정책내의 의료기관 가정간호와 공공보건정책내의 공공보건사업으로 의료기관중심의 가정간호사업과 보건소중심의 방문건강관리사업간 업무 특성과 차별화를 분명하게 개발시킬 수 있는 장점으로 발전될 수 있다. 마지막으로 지적하고 싶은 내용은 간호계 스스로 가정건강관리와 관련된 다양한 정책 대안 연구의 생산과 정책

<Table 1> Comparison on three types of home health care system in Korea

	Home health care nursing	Visiting health care nursing	Visiting health care
Laws	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medical Law Act 30</li> <li>• Medical Law Regulation 22</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Long-term Health care Insurance act 23-1</li> <li>• Long-term Health care Insurance Regulation 9-3</li> <li>• Long-term Health care Insurance Regulation 32-3</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regional Health Care Act 9-11</li> </ul>
Goals	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Substitution service for hospitalization</li> <li>• Medical cost containments</li> <li>• Increase the turnover rate of hospital beds</li> <li>• Cost effectiveness</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Management for elderly health care</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Self-care for vulnerable families</li> <li>• Increase to access of utilization for vulnerable residents</li> </ul>
Being managed	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Public and private medical institutes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non-profit institutes or organization (manager must be nurse)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Public health center</li> </ul>
Requirements & Eligibility	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Home care nurse specialist</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nurse</li> <li>• Aids nurse</li> <li>• Dental hygienist</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nurse</li> <li>• Nutritionist</li> <li>• Social worker</li> <li>• Physical therapist</li> <li>• Exercise management</li> <li>• Dental hygienist</li> <li>• Medical doctor etc.</li> </ul>
Financial resource	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Health insurance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Long-term health care insurance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tax</li> </ul>
Payment system	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Travel fee + fundamental fee + fee per service</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fee per visit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Free</li> </ul>
Main consumers	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Individual patient focus</li> <li>- Early discharge pt.</li> <li>- Post operation pt.</li> <li>- Cerebrovascular disease and chronic pt</li> <li>- Mothers and new born</li> <li>- Patients asked of doctor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Individual patient focus</li> <li>- 65 years old and over</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vulnerable family focus</li> <li>- Basic livelihood security recipients (very poor family)</li> <li>- Lower income family</li> <li>- Disabled family</li> <li>- Elderly family</li> <li>- Hospice, mental illness family</li> <li>- Chronic diseases and high risk family</li> </ul>
Using purposes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Basic nursing service</li> <li>• Nursing treatment (lancet bronchial care/ suction/ oxygen therapy/ sore care/ tube feeding/ pain control/ catheterization/ ostomy wound care dialysis care/ stitch out/ perineal care/ mothers &amp; newborn nursing care)</li> <li>• Education and consultation etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Basic nursing service</li> <li>• Nursing treatment service higher than basic nursing service (lancet bronchial care/ suction/ oxygen therapy/ sore care/ tube feeding/ pain control/catheterization/ ostomy wound care/ dialysis care/ education &amp; counseling etc)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chronic disease management and case management</li> <li>• Counseling</li> <li>• Prevention and health education</li> <li>• Community resources utilization and connection</li> <li>• Vulnerable group(not authorized facilities/immigrants)</li> <li>• Health promotion(nutrition, exercise, smoking, &amp; drinking)</li> <li>• Elderly health care management (dementia and depression)</li> </ul>

적 역량을 보다 강화시켜야 한다.

지금까지 지적인 정책과제를 뒤로 하고 한국의 가정간호와 방문간호 그리고 보건소 방문건강관리 사업 현황과 문제점 그리고 세 사업간 연계와 분리 방안을 도출하여 위기를 기회로 삼아 서로 윈윈 할 수 있는 전략에 대하여 논하고자 한다.

최근 저소득 지역주민으로서 지역사회 보건의료이용취약계

층을 우선 사업관리대상자로 사업목표를 수립한 보건소 방문 보건사업은 2007년부터는 맞춤형 방문건강관리사업(MOHW & Korea Health Industry Development Institute, KHIDI, 2007)으로 전환하여 건강증진과 건강문제관리에 사업초점을 맞추고 있다. 따라서 분명한 건 가정간호와 방문간호는 사업목적과 사업대상자 그리고 구체적인 서비스내용 등이 동일한 개념으로서 일본의 방문간호제도와 유사한 사업특성을 갖는다. 반면에 보건소 방문건강관리사업은 건강관리와 건강증진 그리고

<Table 2> Utilization status of home health care in Korea (2007)

		Home health care nursing <sup>1)</sup>	Visiting health care nursing <sup>2)</sup>
Sex	Male	38.6 (21,116)	32.1 (111)
	Female	61.4 (33,523)	67.9 (235)
Age (years)			
	Under 64	26.9 (14,707)	-
	65 ~ 74	27.3 (14,933)	38.5 (133)
	75 ~ 79	17.4 ( 9,509)	27.2 ( 94)
	80 or over	28.4 (15,498)	34.3 (119)
Average fee per visit (Won)		50,804	31,000
Service amounts		Total claim cases: 54,639	Total participants: 346
		Total visiting no.: 157,856	
Number of agencies		185*	14**

References: 1) Health Insurance Review Agency, EDI data from Jan. to Jun., in 2007)

2) MOHW, KNA (2007). Development on instrument for evaluation of visiting health care nursing quality based on the elderly long-term health care insurance system.

Note: \* Home health agencies based on medical institutes

(31 General expert hospitals, 80 General hospitals, 43 Private hospitals, 31 clinics).

\*\* 14 visiting health care agencies based on R & D projects from June, 2006 to April, 2007.

사전 예방에 초점을 맞춘 지역밀착형의 지역사회 공공보건사업으로 특성화, 차별화 전략을 추구하고 있다. 이는 일본의 보건소 보건지도사업과 방문간호사업이 구분되는 것과 같은 맥락으로 이해될 수 있지만 일본의 보건지도사업에 비하면 한국의 방문건강관리사업은 지역담당제로서 전국에 인프라 구축과 다학제간 팀웍을 통해 보다 활성화될 수 있는 기반을 마련해 가고 있다. 이에 대한 근거를 제시하기 위하여 최근 의료기관 가정간호와 방문간호시범사업 그리고 보건소 방문건강관리사업 이용자 특성과 상병 특성을 비교 분석한 결과를 제시하였다.

<Table 2>에 제시된 바와 같이, 가정간호와 방문간호 서비스 내용상에는 큰 차이가 없으나 비용 수준에 있어서는 매우 큰 차액이 발생된 양상을 엿볼 수 있다. 본 표에서도 볼 수

있는 바와 같이, 가정간호와 방문간호시범사업 이용자 특성을 살펴보면, 가정간호와 방문간호 모두 남자에 비해 여자 이용자가 2배 정도 많다. 이용자의 연령특성에 있어서도 65세 이상 노인층이 대다수이면서 특히 80세 이상 노인 인구 층이 각각 28.4%와 34.3%를 차지하고 있다. 다만 현재까지는 입원 대체서비스 기능을 갖고 있는 가정간호에 있어서도 주로 노인환자들이 이용한 것에 주목할 필요가 있다. 물론 가정간호의 경우 64세 이하 연령층의 이용 수준도 26.9%나 되는 점은 가정간호가 입원대체서비스로서의 기능을 갖고 필요한 경우 누구나 이용 가능하다는 장점이 있다.

특히 우려되는 부분은 방문당 평균 비용 수준에 있어 가정간호는 약 5만원수준인데 비해 방문간호는 3만원 수준에 불과하다. 단순 비교 상으로도 방문당 약 2만원 정도의 비용 차

<Table 3> Common diseases among home health care nursing and visiting health care nursing service user(top 10 ranks)

Ranks	Home Health Care Nursing <sup>1)</sup>		Visiting Health Care Nursing <sup>2)</sup>	
	Disease	% (claim cases)	Disease	% (persons)
1	Cerebrovascular disease	20.3 (31,970)	Cerebrovascular disease	35.9 (122)
2	Hypertension	10.1 (15,917)	Hypertension	29.8 (103)
3	Diabetes	8.0 (12,673)	Diabetes	21.7 ( 75)
4	Cancer(stomach, bronchial, lung, liver, colon, bile duct,)	7.6 (12,003)	Arthritis	21.1 ( 73)
5	Ulcer	4.4 ( 6,924)	Paralysis	20.8 ( 72)
6	Bladder function disability	3.1 ( 4,840)	Dementia	9.5 ( 33)
7	Dementia	2.4 ( 3,741)	Stiffness,	9.0 ( 31)
8	hemiplegia	1.8 ( 2,792)	Fracture	5.2 ( 18)
9	Parkinson's disease	1.4 ( 2,188)	Parkinson's disease	4.9 ( 17)
10	Spinal muscular atrophy	1.1 ( 1,672)	-	- ( - )
Others		39.8 (62,827)	Others	11.3 ( 39)
Total	100.0 (157,856 cases)		100.0 (346 persons)	

References: 1) Health Insurance Review Agency, EDI data from January to June in 2007.

2) MOHW, KNA (2007). Development on instrument for evaluation of visiting health care nursing quality based on the elderly long-term health care insurance system.

<Table 4> Common service utilizations among home health care nursing and visiting health care nursing(top 10 ranks)

Rank	Home health care nursing <sup>1)</sup>		Visiting health care nursing <sup>2)</sup>	
		(claim cases)		(persons)
1	Simple treatment	25.1%	Bedsore	30.3%
2	Inflammation care	17.0%	Catheterization	17.9%
3	Urethral, bladder irrigation	12.4%	Wound care	11.6%
4	Change position	12.0%	Urethral, bladder irrigation	8.7%
5	Catheterization	11.6%	Nasogastric tube	3.8%
6	Suctioning, drainage	5.8%	Inflammation care	3.2%
7	Nasogastric tube care	4.8%	Bronchial tube care	1.4%
8	Cystostomy change	1.3%	Oxygen therapy	1.2%
9	Perineal care	1.8%	Others	21.9%
10	Others*	8.2%		
총 계		100.0 (157,856)		100.0(346)

References: 1) Health Insurance Review Agency, EDI data from January to June, in 2007.

2) MOHW, KNA (2007). Development on instrument for evaluation of visiting health care nursing quality based on the elderly long-term health care insurance system.

Notes: \* Others are composed of enema 1.0%, HHCN monitoring and treatment post surgery intubation drainage 0.6% nasogastric nutrition 0.5%, stitch out 0.5%, ostomy care 0.5%, catheterlizaion 0.4%, oxygen therapy 0.4%, stream inhalation care 0.2% etc.

액이 발생된다. 그러나 실제적으로 가정간호와 방문간호를 이용하는 상병 특성이나 서비스내용상에 있어서는 <표 3>과 <표 4>에 제시된 바와 같이 거의 유사하다는 점이다. 현재 가정간호수가의 경우, 평균 1회 방문당 비용이 5만원 가량의 수준도 원가 보존에 미치지 못한다고 하여 가정간호수가의 상향 조정이 필요함을 주장(Whang et al., 1998; Lee, 2003; Ryu, 2004; Ryu, 2005)하고 있다. 현재의 가정간호수가 수준 보다 월등히 낮은 수준의 방문간호비용은 질적인 방문간호서

비스에 대한 고려가 미흡함을 엿볼 수 있다. 뿐만 아니라 Ryu (2004)이 보고한 2003년도 인건비 등의 물가수준과 재료비등의 수준이 고려되지 않은 단순 서비스만을 제공한 보건소 방문간호원가인 35,000원에도 미치지 못하는 수준이다.

<Table 5>와 <Table 6>은 보건소 방문건강관리 업무 특성에 따른 이용대상자 특성을 보여주고 있다. 정부는 소극적인 보건소 방문보건사업에서 2007년부터는 전국 251개 보건소를 모두 참여시켜 보다 적극적인 방문건강관리사업을 추진하고

<Table 5> Current status on visiting health care services based on public health center

Visiting health care <sup>3)</sup>					
Health care personnel input	Nurse	89.7%	Recipient*	1st priority	34.1%
	Physical therapist	3.2%		2nd priority	40.3%
	Nutritionist	1.2%		3rd priority	8.6%
	Dental hygienist	1.0%		4th priority	2.2%
	Social worker	0.6%		5th priority	8.7%
	Exercise management	1.8%		6th priority	6.1%
	Others	2.5%		Total	100.0%
	Total	100.0%			
Total number of home visiting cases:		120,639	Complexity**	Level I	2.5% (4.14)
Average number of visit per month per household: 1.7				Level II	73.4% (1.76)
				Level III	24.1% (1.23)

Reference 3) 2007 Visiting home health care FMTP(field management training project) Seoul public health center reporting results (health promotion division, 2007. 10.): 2007. 4~ 2007. 9. total 6months

Notes: \* 1st priority: basic livelihood security recipient who have disabled person over 65 years, alone elderly, couple elderly

2nd priority: basic livelihood security recipient except 1st priority recipient

3rd priority: very poor people over 65 years disabled person, alone elderly, couple elderly, pregnant (rural areas), immigrant and mixed blood family

4th priority : residents in welfare & not permitted facilities

5th priority : very poor people except 1~4 priority

6th priority : ordinary residents except 1~ 5 priority

Note: \*\* Level I: Intensive care management need group

Level II: Intermediate care management need group

Level III: Self-care group

<Table 6> Current status on visiting health care services based on public health center

		Visiting health care <sup>3)</sup>				
Health management Focused on prevention	Cancer	3,145	Case management for chronic disease	Hypertension	31,384	
	Hospice	172		Diabetes	12,415	
	Cerebrovascular disease	5,029		Elderly health care and dementia management	Screening test for dementia	
	Arthritis	21,283			Normal	36,949
	Urinary incontinence	2,187			Abnormal	1,326
Management for maternal and infant health	Pregnant and puerperal	248	Others	Depression	28,134	
	Infant	359		Drug management	19,418	
	Immigrant women	684		Fall down	5,432	

Reference 3) Report on Seoul City Hall from 25 public health center in 2007 (public health center based home visiting health care project form April to September 2007 for 6months, unpublished data)

있다. 본 사업은 국가 공공보건사업의 일환으로 보건복지부 주관 하에 지역사회 보건의료이용 취약계층의 건강증진과 건강문제를 관리하기 위한 가족단위 지역담당제 방문건강관리사업으로 전개해 가고 있다. 본 사업에 참여하는 인력이나 관리대상자도 정부의 운영 방침에 따라 진행 중에 있으며, 2007년 2,000여명의 방문건강관리인력을 증원한 데 이어 2009년까지 연차적으로 4,500여명의 신규인력을 증원시켜 확대 강화시킬 방침을 수립하고 있다(MOH, 2007). 이에 보건소 방문건강관리사업은 가정간호와 방문간호와는 차별화와 특성화 전략을 갖고 갈 수 있으며 세 사업 간 한국의 가정건강관리체계 내에서 종합적으로 윈윈 전략을 개발하고 발전시켜야 나아가 과제를 앞게 되었다.

## 결론 및 제언

매우 빠른 속도로 고령사회로 전환되고 있는 한국은 선진 외국에 비해 가정건강관리의 역할과 비중이 더욱 중요해 질 수 밖에 없다. 그러나 지금까지 한국의 가정건강관리정책은 종합적이고 장기적인 비전 하에서 개발되지 못하고 있는 실정이다. 즉, 종합적인 노인보건정책 비전이나 정책목표에 기반 하지 못하고 가정건강관련 정책부서의 필요에 의한 단기적인 정책 수립목표 하에 추진되다 보니 동일한 시스템구조로 발전되어야 하는 가정건강관리체도가 가정간호와 방문간호 그리고 방문건강관리로 세분화되었다. 이러한 실정에서 2008년부터 한국의 가정건강관리가 본격적으로 주민들에게 제공되어 가시화 되었을 때, 이용 소비자의 혼란은 물론 관련 직종의 갈등이 예측된다. 따라서 소비자의 이용 혼란과 사업유형간 업무 갈등을 최소화하고 나아가 효율적인 가정건강관리체계로 발전시키기 위한 현실적인 전략이 필요하다. 요약하면, 보건소를 기반으로 하는 방문건강관리사업은 가정간호와 방문간호는 차별화 특성화하여 세 사업유형간 상호 의뢰와 연계체계를 마련해야 하며, 이를 위한 정책 대안은 다음과 같이 제시한다.

첫째, 국가적 차원에서 보다 종합적이고 체계적으로 노인보건법과 노인보건의료정책을 기반으로 한 가정건강관리에 대한 국가 비전과 장기적 목적이 수립되어야 한다.

둘째, 정부내 가정건강관리사업 관련 정책부서 간 업무 통합과 조정 등을 통해 효율적인 가정건강관리 방안이 마련되어야 한다. 이를 위한 표준화된 사정 도구와 결과 평가 및 질 평가 도구가 개발되어 활용되어야 한다. 즉, 세 사업유형간 사업관리대상자 선정에 관한 표준 사정도구는 간호인력 뿐만 아니라 서비스 대상자를 선정해야 하는 사회복지사 등 타 전문직도 쉽게 활용할 수 있는 타당성 있고 검증된 표준화된 건강문제 사정도구 (일명 스퀘어 도구, SPHAI: Standardized primary health assessment instrument)를 의미한다. 이로서 대상자와 사업 내용에 적합한 가정간호와 방문간호 그리고 방문건강관리 대상자를 보다 효율적으로 선정하여 세 사업간 관리대상자의 의뢰와 연계 체계를 구축할 수 있고, 나아가 대상자 특성에 적합한 서비스 제공과 효율적인 관리운영을 가능하게 해야 한다.

셋째, 가정간호와 방문간호 서비스 질을 담보할 수 있는 전문 인력의 자격구분과 참여 인력간 역할 구분 그리고 표준화된 서비스 내용이 개발되고 검증되어야 한다. 의료기관 가정간호는 의료법에 의한 가정전문간호사가 제공하게 되어 있고 노인장기요양보험제도의 방문간호는 일반 간호사와 간호조무사 그리고 치과위생사가 함께 참여할 수 있도록 제도화시켰다. 가정전문간호사로 서비스를 제공하는 가정간호와 비교할 때, 방문간호서비스 질 관리를 보장하기 위한 구체적인 대안이 마련되지 못하면 방문간호이용자의 이용 기피 현상도 초래될 우려가 있다. 따라서 제도화된 현 실정을 감안한다면, 일반적 수준의 방문간호서비스 (generalized home health care)와 전문화된 수준의 가정간호서비스 (specialized home health care)로 가정건강관리 체도를 이원화시키는 방안을 고려하여 가정간호와 방문간호 서비스 간 이용 형평성 내지는 서비스 질 관리를 위한 연계체계가 마련되어야 한다.

넷째, 가정간호와 방문간호 서비스이용에 대한 수가체계의

이원화 구조와 비용수준의 차등화 방안 등 일반 방문간호서비스와 전문 가정간호서비스 제도 간 연계가 합리적으로 이루어 질 수 있는 방안을 마련해야 한다.

다섯째, 가정간호와 방문간호의 서비스 질 관리를 위한 연구는 물론 비용 수준과 서비스 결과(outcome)와의 관계 연구 등이 활발하게 제시되어 서비스 질과 비용간의 연관성을 적극적으로 검증해야 한다.

마지막으로 보건소 방문건강관리사업은 지역사회 주민의 건강관리와 예방 및 건강증진사업에 초점을 두고 주민의 건강수준을 향상시켜 경제적 편익을 높여 결과적으로 보건의료재정 절감에 기여할 수 있도록 보다 적극적으로 지역보건사업을 펼쳐가야 하겠다. 또한 노인장기요양보험제도의 실행을 위한 사례관리자로서의 역할과 방문간호와 가정간호 대상자 발굴을 위한 역할로 사업 특성화를 시켜가야 한다. 이를 위하여 국가 주요 정책 사업으로 부각되고 있는 2007년도 맞춤형 방문건강관리사업이 그 목적을 달성할 수 있도록 지역밀착형의 지역담당 방문건강관리사업으로 특성화시킬 수 있도록 지원해야 한다.

종언하면, 한국의 가정건강관리제도는 가정간호와 방문간호사업간 서비스 형평성과 차별성을 동시에 고려하여 발전시켜가야 한다. 2008년부터 노인장기요양보장제도의 실행으로 전국에 방문간호사업이 전개될 때, 질 적인 방문간호서비스가 제공될 수 있도록 철저한 준비가 필요하다. 이를 위하여 한국형 방문간호와 가정간호 특성을 모두 살려, 개인적 차원에서는 재가(homebound) 환자들에게 질 적인 간호서비스를 제공할 수 있는 시스템을 구축하고, 국가적 차원에서는 노인보건 의료재정을 효율적으로 관리 할 수 있는 역할과 기능을 최대한 발휘할 수 있는 기반을 마련해 주어야 한다. 그렇게 될 때만이 소비자들에게 수용 가능한 제도로 정착되고 발전될 수 있다. 아무리 좋은 제도를 마련한다 하더라도 서비스의 질이 만족스럽지 못하여 소비자가 외면한다면 정부의 의도대로 그 역할과 기능을 발휘 할 수 없다. 특히 노인보건의료재정 여력이 충분치 못하고 급속한 고령사회로 치닫고 있는 한국적 여건 하에서 재가 노인환자관리를 위한 질적인 방문간호서비스와 노인의료재정의 효율적인 관리방안 마련이 무엇보다 치밀하게 준비되어야 한다.

## References

- Lee, S. J. (2003). *Cost analysis of home health care with activity-based costing(ABC)*. Published doctoral dissertation, Yonsei University, Seoul.
- Ministry of Health and Welfare & Korea Health Industry Development Institute (2007). *The guide on the public health center base home visiting health care*.
- Ministry of Health and Welfare & Korea Nurses Association (2007). *Development on the instrument of quality evaluation for home visiting nursing service*.
- 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.
- Murashoma, S. (2004). "Long-term health care system and home health care nursing in Japan", plenary speaker, The 1<sup>st</sup> Korea and Japan joint international conference. Korean Academic Community Health Nursing.
- Ryu, H. (2004). "Long-term health care system and home health care nursing in Korea", plenary speaker, The 1<sup>st</sup> Korea and Japan joint international conference, Korean Academic Community Health Nursing.
- Ryu, H. (2004). Estimating the cost of visiting nursing service by visiting nursing model for urban public health center in Korea. *J Korean Acad Nurs*, 34(6), 984-994.
- Ryu, H., An, J., & Koabyashi, M. (2005). Home health nursing care agenda based on health policy in Korea, *Nursing and Health Sciences*, 7(2), 93-99.
- Ryu, H., Jung, K., & Lim, J. (2006). A test on the home health care fee based on the cost and development of the payment system of home health care. *J Korean Acad Nurs*, 36(3), 503-513.
- Ryu, H. (2006). Current status of costs and utilizations of hospital based home health nursing care in Korea. *J Korean Acad Nurs*, 36(7), 1193-1203.
- Ryu, H., Kim, G., Hirano, W., & Kusama, T. (2006). Policy alternatives on developing a home health care system for long-term health care insurance system in Korea. *Japanese J Nursing Health Sciences*, 6(2), 45-54.
- Whang, N. M. (1998). Current status and policy agenda on home health care payment system. *Health and Welfare Forum*, 98(1), Korea Institute Health and Social Affairs.

## Home Health Care in Korea

### - Home Health Care Nursing, Visiting Health Care Nursing, Visiting Health Care -

Ryu, Hosihn<sup>1)</sup>

*1) Professor, College of Nursing, Korea University*

Home health care system in Korea has been classified into three types of home care programs based on different laws and regulations; for example, home health care nursing(HHCN) is based on medical laws, visiting health care nursing (VHCN) is based on long-term health care insurance, and visiting health care(VHC) is based on the regional health care act. HHCN in Korea has taken on an important role under the mandate of the national health care system since 2000. VHCN will commence its role under the long term health care insurance system in 2008. The strengthening of VHC commanded health promotion and prevention for vulnerable families in the community in 2007. This is an important turning point for increasing quality management for home health care program; it suggests certain possibilities for building a foundation for further changes in the service delivery structure. Accordingly, the home health care policy makers in Korea have a major function and role that consists of developing an agenda and alternatives for policy making in a systematic manner and clearly presenting implementation strategies for elderly health care system.

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

- Address reprint requests to : Ryu, Hosihn  
Community Health Nursing, College of Nursing, Korea University  
126-1, 5Ga, Anam-Dong, Seounguk-Gu, Seoul 136-705, Korea  
Tel: 82-2-3290-4017 Fax: 82-2-927-4676 E-mail: hosihn@korea.ac.kr