

장기요양방문간호 이용자의 특성 및 이용실태

이정석¹ · 한은정² · 강임옥³

국민건강보험공단 건강보험정책연구원 부연구위원¹, 주임연구원², 연세대학교 의과대학 의료법윤리학과 연구교수³

The Characteristics and Service Utilization of Home Nursing Care Beneficiaries Under the Korean Long Term Care Insurance

Lee, Jung-Suk¹ · Han, Eun-Jeong² · Kang, Im-Ok³

¹Senior Research Fellow, ²Researcher, Institute for Health Insurance Policy Research, National Health Insurance Corporation, ³Research Professor, Department of Medical Law & Ethics, Yonsei University

Purpose: This study examined the characteristics and service utilization of home nursing care beneficiaries under the Korean Long-Term Care Insurance (LTCI). **Methods:** We used assessment data and claim data of National Health Insurance Corporation from July to August 2008. Data were composed of subjects who were the beneficiaries of home nursing care. **Results:** A total of 634 subjects were analyzed. Of the subjects, 57.1% were 75 years and over. The average score of nursing care need was only 0.71 and the percentage of those whose nursing care need score was zero was 58.0%. More than half of the subjects had partially dependent musculoskeletal conditions, and 75.5% had two or more comorbidities. A third of them used only home nursing care, and another third used both home nursing care and general home care at the same time. Those who needed sore care used the largest home nursing care benefits. **Conclusion:** Home nursing care of LTCI performs community-based healthcare services under LTCI. Throughout the past two years, however, it has not been active. Understanding the characteristics of its users is important in order to develop effective strategies for activating home nursing care.

Key Words: Home nursing, Aged, Long-term care insurance, Utilization

서론

1. 연구의 필요성

우리나라의 의료전달체계는 주로 외래나 입원의 형태로 의료이용자가 의료공급자를 찾아가는 양상을 기본 골격으로 하고 있다. 그런데 전통적으로 의료공급자가 의료이용자를 직접 찾아가는 형태도 있어 왔다. 현재에도 적은 비중이기는 하지만 이러한 형태가 존재하고 그 대표적인 것이 방문간호이다. 이는 간호사가 의료이용자를 방문하는 형

태를 총칭하는 것으로, 일각에서는 가정건강관리(home health care)의 한 영역으로 명명하기도 한다(Ryu, 2007).

우리 사회에서 가정건강관리의 제도적 특성과 발전방안은 우리나라의 고령화 현상과 노인의료비 증가 추세와 맞물려서 설명될 수 있다. 한국의 65세 이상 노인인구 비율은 2000년에 7.2%로 고령화 사회로 진입한 이후 급속도로 증가하여 2008년에 10.3%를 돌파하였다(Korea Statistics Office, 2009). 노인에 의한 진료비지출도 2008년에 10조 4,310억원으로 2001년 대비 2.3배 이상 증가한 상태이다(National Health Insurance Corporation [NHIC], 2010-a).

주요어: 방문간호, 노인, 장기요양보험, 이용

Address reprint requests to: Kang, Im-Ok, Department of Medical Law & Ethics, Yonsei University, 134 Shinchon-dong, Seodaemun-gu, Seoul 120-752, Korea. Tel: 82-2-2228-2534, Fax: 82-2-313-3292, E-mail: imoak@yuhs.ac

투고일 2010년 12월 29일 / 수정일 2011년 3월 18일 / 게재확정일 2011년 3월 18일

이러한 고령화 현상은 국민보건의료 재정의 부담으로 작용하고 있다. 정부는 이러한 현상에 대한 해결책으로 전문간호사제도(Ryu, Park, & Kim, 2007)나 노인장기요양보험 제도를 도입한 바 있다.

현재 우리나라에서 적용되는 방문간호사에 의한 가정건강관리의 현황을 살펴보면, 크게 세 가지 형태로 구분할 수 있다. 첫째는, 보건소의 간호사가 제공하는 방문간호(home nursing of public health center) (이하, 보건소방문간호)이다. 이것은 공공기관인 보건소에서 제공하는 서비스 형태로서 주로 저소득층을 대상으로 한다는 특징이 있다. 두 번째는, 의료기관에 소속되어 있는 간호사가 해당 의료기관에서 퇴원한 환자를 방문하여 간호처치를 제공하는 가정간호(home nursing of general hospital) (이하, 의료기관가정간호)이다. 가정간호사는 환자의 담당의사로부터 지시를 받아 퇴원 이후에도 추후적인 간호처치를 제공하기 때문에 의료기관가정간호는 의료기관에서의 의료적 처치와 강한 연계성을 갖는다는 장점이 있다. 세 번째는, 최근에 도입된 노인장기요양보험 제도 하에서의 방문간호(home nursing of long term care insurance) (이하, 장기요양방문간호)이다. 이것은 간호사가 노인장기요양보험 급여를 받을 자격을 인정받은 자의 거주지를 방문하여 간호를 제공하는 것을 의미한다. 간호사는 의사나 한의사, 치과의사로부터 방문간호지시서를 받아 지시된 간호나 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등의 서비스를 제공하고 있다(Ministry of Health and Welfare [MOHW] & National Health Insurance Corporation [NHIC], 2008).

이 세 가지 형태의 방문간호는 역할 측면에서 유사점과 차이점을 가지고 있다. 각 제도에 적용되는 법적 규정이나 간호사의 자격요건 등은 차이가 있지만 본질적으로 기본간호(basic nursing care)를 제공한다는 점에서 유사한 면이 있다. 보건소방문간호는 지역보건법에 근거하여 꾸준히 진행되고 있는 반면, 가정간호는 2001년 제도화 이후 현재까지 유지되고 있기는 하지만 그 사업의 폭이 점차 축소되고 있는 실정이다(Song, Kang, Kim, Jo, & Hwang, 2008). 반면 장기요양 방문간호기관은 2008년 7월에 627개이던 것이 2009년 12월에는 787개로 꾸준히 증가하는 추세에 있다. 장기요양 방문간호기관 수의 증가뿐만 아니라 관련 영역의 간호사의 수도 노인장기요양보험제도 도입 첫 해인 2008년 2,951명에서 2009년 12월 말 기준 3,617명으로 증가하였다(NHIC, 2009, 2010-b).

이러한 확산에도 불구하고 장기요양방문간호가 안정적으로 정착되었다고 보기는 어려운 실정이다. 실제로 장기요양방문간호의 이용률은 다른 재가서비스에 비해 심각하게 낮은 상태이다. 그 이용자 수는 2008년 전체 재가서비스 이용자의 4.9%에 불과하여 재가서비스 중 가장 낮은 이용률을 보였고, 2009년에는 4.4%로 오히려 더 낮아진 상태이다. 또한 노인장기요양보험 급여비 측면에서 보아도 장기요양방문간호가 전체 재가 급여비용에서 차지하는 비율은 2008년 0.9%에 불과하고 이것마저도 2009년에 0.6%로 감소하였다(NHIC, 2009, 2010-b). 같은 기간 동안 전체 재가서비스 이용자 수와 급여비가 각각 1.3배, 5.0배 증가한 것과 비교하면 장기요양방문간호가 오히려 축소되거나 제대로 정착하지 못하는 것으로 판단된다. 또한 표준장기요양 이용계획서에 방문간호를 이용하도록 권고 받은 자 중 실제로 이를 이용한 자도 13.1%에 불과하여(Lee, Han, Kwon, & Kang, 2008), 나머지 86.9%는 권고받아도 장기요양방문간호를 이용하지 않는 것으로 나타났다. 게다가 일각에서 지적하는 장기요양방문간호의 기능 및 역할이 보건소방문간호나 의료기관가정간호와 일부 중복되거나 적절히 연계되지 않아 오히려 혼란을 주고 있다는 우려도 있다(Chang, Chin, Kim, Hong, & Yu, 2007). 향후 발전 전략을 수립하기 위해 장기요양방문간호에 대한 다양한 분석들이 시도되어야 할 것이다.

사실 장기요양방문간호에 관한 선행연구는 아직 부족한 실정이다. 일부 선행연구가 있으나 장기요양 방문간호사의 역할과 업무 규명(Kim, 2009), 직무만족도 평가(Park, 2009), 월가 분석(Kim, Kim, & Kim, 2010) 등 서비스 제공자 관점에서 이루어진 것들이 대부분이다. 서비스 이용자 관점에서 장기요양방문간호 이용예측요인을 분석한 연구(Lim, 2009)가 있으나 이는 노인장기요양보험제도 도입 이전에 시범사업 참가자를 대상으로 한 것이다. 제도 도입 이후에는 노인요양시설 입소자만을 대상으로 그들의 간호요구를 파악한 연구(Bang & Yun, 2010)가 있다.

노인장기요양보험 제도의 도입 초기임을 감안하여 우선 장기요양방문간호의 내용과 실태를 명확히 파악하는 것이 필요하다. 제도에 관한 실태 파악에 있어 가장 우선되는 것은 대상집단에 대한 정확한 이해이다. 이 연구는 노인장기요양보험의 장기요양방문간호 이용자의 특성과 그들의 이용실태를 구체적으로 파악하고자 한 것이다. 이러한 파악을 통해 장기요양방문간호 이용자에 대한 이해를 도모하고자 하였다.

2. 연구목적

이 연구는 장기요양방문간호 이용자의 일반적 특성과 서비스 이용실태를 파악하기 위한 것으로 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 장기요양방문간호 이용자의 인구사회학적 특성을 재가급여 조합형태별로 구분하여 살펴본다.
- 장기요양방문간호 이용자의 재가급여 조합형태에 따른 일상생활기능상태, 근골격계상태, 질병상태 및 간호필요도를 파악한다.
- 장기요양방문간호 이용자의 재가급여 조합형태에 따른 간호처치별 이용금액을 살펴본다.

3. 용어정의

1) 장기요양인정조사

장기요양등급을 판정하기 위한 조사로서, 간호사 또는 사회복지사인 보험자의 직원이 신청자를 직접 방문하여 장기요양인정조사표에 근거하여 상태를 파악함.

2) 장기요양인정자

노인장기요양보험 급여를 받기 위해 장기요양등급을 신청을 한 자 중 장기요양 1등급이나 2, 3등급을 받아 노인장기요양보험 급여를 받을 수 있는 자격을 인정받은 자.

3) 장기요양방문간호 이용자

장기요양인정자 중 노인장기요양보험 급여가 되는 방문간호서비스를 한번이라도 이용한 적이 있는 자.

4) 재가급여 조합형태

여러 가지 재가급여 가운데 둘 이상을 이용할 때, 그 각각의 경우를 재가급여조합이라 정의함. 이 연구에서는 총 4가지 형태로 구분함; 그룹 1: 방문간호만 이용하는 경우, 그룹 2: 방문간호와 방문목욕을 이용하는 경우, 그룹 3: 방문간호와 방문요양을 이용하는 경우, 그룹 4: 방문간호, 방문목욕, 방문요양 세 가지를 모두 이용하는 경우.

5) 표준장기요양이용계획서

장기요양인정자의 기능상태, 욕구 등의 특성을 고려하여 보험자의 직원이 권고하는 서비스 계획을 말함. 표준장기요양이용계획서 작성 지침에 따르면(NHIC, 2008), 재가

급여 권고 대상자이면서 장기요양인정조사표 간호처치항목에 한 개 이상 해당된 자에게는 방문간호를 권고하도록 하고 있음.

연구방법

1. 연구설계

이 연구는 장기요양인정자 중 지역사회에 거주하면서 장기요양 방문간호 서비스를 이용한 자의 특성을 파악하기 위한 서술적 연구이다.

2. 연구대상 및 자료수집

이 연구는 장기요양인정자 중 방문간호서비스를 한번이라도 이용한 적이 있는 자를 연구대상으로 하였다. 2008년 4월 15일부터 7월 31일까지 장기요양등급을 신청하여 1~3등급을 판정받아 7월부터 8월 동안 실제로 장기요양보험 재가서비스를 이용하였고 9월 30일까지 서비스 이용내역에 대한 보험급여지급이 완료된 자는 17,385명이었다. 이 중 최소한 1회 이상 장기요양방문간호 서비스를 이용한 적이 있는 자는 634명으로 이들을 최종 분석대상자로 하였다.

3. 연구도구

이 연구는 국민건강보험공단의 노인장기요양급여DB의 자료(2008년 8월 31일 기준)와 장기요양인정조사DB의 자료를 활용하여 2차 자료분석(secondary analysis of data)을 실시하였다. 장기요양인정조사는 보험자에게 소속되어 별도로 교육을 받은 전문조사자가 장기요양급여를 신청한 자의 가정을 방문하여 「장기요양인정조사표」에 따라 그들의 건강 및 기능상태에 관한 내용을 수집하는 조사를 말한다. 전문조사자는 조사한 내용을 자체 정보시스템에 입력하여 DB로 구축하게 되는데 이것이 장기요양인정조사DB이다(MOH & NHIC, 2008; Sunwoo et al., 2007). 이 연구는 장기요양인정조사DB 중 대부분의 정보를 사용하였는데, 사용한 구체적인 변수는 조사대상자의 인구사회학적 특성(성, 연령, 거주 지역, 의료보장형태, 장기요양등급, 독거 여부), 일상생활기능상태(옷 벗고 입기, 세수하기, 양치질하기, 목욕하기, 식사하기, 체위변경하기, 일어나 앉기, 옮겨 앉기, 방 밖으로 나오기, 화장실 사용하기, 대변 조

절하기, 소변 조절하기, 머리감기), 근골격계 상태(상하지 운동장애정도, 상하지 관절제한정도), 간호처치 필요유무(욕창간호, 도뇨간호, 당뇨발간호, 기관지절개관간호, 흡인, 산소요법, 경관영양, 암성통증간호, 장루간호, 투석간호), 질병 특성(질병의 종류 및 개수)이다. 이 때 일상생활 수행능력은 ‘완전자립’, ‘부분도움’, ‘완전도움’으로, 상하지 운동장애정도는 ‘운동장애 없음’, ‘불완전운동장애’, ‘완전운동장애’로, 상하지 관절제한 정도는 ‘제한 없음’, ‘한쪽관절제한’, ‘양관절제한’으로 구분하였다. 한편 노인장기요양 급여 DB의 자료란 장기요양기관이 장기요양인정자에게 제공한 서비스와 관련하여 국민건강보험공단에 비용을 청구하여 최종 지급된 비용내역 자료를 말한다. 이 연구에서는 조사대상자가 노인장기요양보험료부터 지급받은 비용내역을 사용하였다.

4. 자료수집 및 자료분석

자료의 분석은 SAS/WIN 9.1 프로그램을 사용하여 다음과 같이 분석하였다.

- 장기요양방문간호 이용자의 인구사회학적 특성, 질병 상태, 일상생활기능상태, 근골격계 상태, 간호처치 필요도에 대해 실수와 백분율, 평균과 표준편차를 산출하였다.
- 장기요양방문간호 이용자가 이용한 재가급여 조합 형태별(그룹 1~4)로 각 특성에 대한 실수와 백분율, 평균과 표준편차를 산출하였다. 그룹들 간 차이를 비교하기 위해 χ^2 test와 ANOVA를 실시하였다.
- 장기요양방문간호 이용자가 이용한 재가급여 조합 형태별(그룹 1~4)로 다빈도 간호처치의 이용자 수와 월 평균이용금액 및 이용금액의 표준편차를 산출하였다.

연구결과

연구대상자의 상당수는 여성(62.8%)이고 75세 이상의 노인이 57.1%를 차지하였다(Table 1). 대부분의 연구대상자(81.5%)는 함께 동거하는 자가 있고, 대도시에 거주하는 경우가 37.5%로 가장 많았고, 농어촌에 거주하는 경우가 19.1%로 가장 적었다. 장기요양등급이 1등급인 경우(43.7%)와 3등급인 경우(42.0%)가 비슷한 비율을 나타내고 있다. 1개 이상의 만성질환을 가지고 있는 경우가 94.0%로 대부분이 질병을 가지고 있었고, 이들의 76.8%는 2개

이상의 질병을 가지고 있었다. 질병별 분포를 보면 상당수가 고혈압을 가지고 있거나 골절 등의 근골격계질환을 가지고 있는 것으로 나타났다.

이 연구는 연구대상자의 각 특성을 방문간호를 포함한 재가급여 조합 형태별로 살펴보았다. 연구대상자의 1/3 이상(36.7%)은 다른 재가급여 없이 방문간호만 이용하는 경우(그룹 1)이었다. 그 다음으로는 방문간호와 방문요양을 함께 이용하는 경우(그룹 3)가 많았다(30.4%). 제공받는 재가급여 형태별로 그룹 간 연구대상자 특성의 차이를 분석한 결과, 성, 거주 지역, 독거 여부 등의 분포가 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다($p < .05$). 남자의 경우는 방문간호만 이용하는 경우(그룹 1)가 전체의 약 1/3을 차지하고 있으나 전반적으로 네 그룹 간 분포의 차이가 적게 나타난 반면, 여자의 경우는 방문간호만 이용하는 경우(그룹 1)와 방문간호와 방문요양을 같이 이용하는 경우(그룹 3)가 각각 39.4%와 32.9%로 전체의 72.3%를 차지하여 네 그룹 간 분포의 차이가 컸다. 방문목욕을 함께 이용하는 비율이 남자에서 더 높게 나타났다. 대도시의 경우는 방문간호와 방문요양을 같이 이용하는 경우(그룹 3)가 42.5%로 가장 많았고, 이와 달리 중소도시에서는 방문간호만 이용하는 경우(그룹 1)가 56.7%로 가장 많았다. 도농복합인 지역은 방문간호와 방문요양, 방문목욕을 모두 이용하는 경우(그룹 4)가 36.9%로 많았으며, 농어촌인 경우 방문간호만 이용하는 경우(그룹 1)가 31.5%로 가장 많았다. 동거 가족 혹은 주수발자 없이 독거하는 경우는 방문간호와 방문요양을 같이 이용하는 경우(그룹 3)가 40.5%로 가장 많았고, 동거 가족 혹은 주수발자가 있는 경우는 방문간호만 이용하는 경우(그룹 1)가 37.6%로 가장 많았다. 연령대가 높아질수록 방문간호만 받는 경우(그룹 1)의 비율이 높아지는 경향을 보였으나 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

장기요양방문간호 이용자의 일상생활기능상태는 평균 29.5점이었다(Table 2). 제공받는 재가급여 형태별로 그룹 간 일상생활기능상태 점수의 차이를 분석한 결과 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다($p < .05$). 방문간호만 이용한 그룹 1의 경우 전체 평균과 비슷한 수치를 보였으나 방문간호와 방문목욕을 함께 이용한 그룹 2는 31.4 점을 보여 다른 군보다 일상생활기능상태가 더 나쁜 것으로 나타났다. 방문간호와 방문요양을 함께 이용한 그룹 3은 오히려 평균보다 더 낮은 수치를 보이고 있었다. 다음으로 장기요양방문간호 이용자의 일상생활기능 상태와 근골격계 상태를 세부항목별로 살펴보았다. 일상생활기능상태의

Table 1. Characteristics of the Study Population

(N=634)

Variables	Total	Group 1	Group 2	Group 3	Group 4
	n (%)	Only HN n (%)	HN+HB n (%)	HN+HC n (%)	HN+HB+HC n (%)
Total	634 (100.0)	232 (36.7)	82 (12.9)	193 (30.4)	127 (20.0)
Gender*					
Male	236 (37.2)	75 (31.7)	42 (17.8)	62 (26.3)	57 (24.2)
Female	398 (62.8)	157 (39.4)	40 (10.1)	131 (32.9)	70 (17.6)
Age (year)					
< 65	40 (6.3)	14 (35.0)	3 (7.5)	13 (32.5)	10 (25.0)
65~74	232 (36.6)	83 (35.8)	33 (14.2)	75 (32.3)	41 (17.7)
75~84	247 (39.0)	89 (36.0)	28 (11.3)	77 (31.2)	53 (21.5)
≥ 85	115 (18.1)	46 (40.0)	18 (15.7)	28 (24.3)	23 (20.0)
Type of insurance					
LTCI	361 (56.9)	126 (34.9)	52 (14.4)	113 (31.3)	70 (19.4)
Others [†]	273 (43.0)	106 (38.8)	30 (11.0)	80 (29.3)	57 (20.9)
Region [‡] *					
Metropolis	238 (37.5)	88 (37.0)	17 (7.1)	101 (42.5)	32 (13.4)
City	134 (21.1)	76 (56.7)	9 (6.7)	38 (28.4)	11 (8.2)
Small city	141 (22.2)	30 (21.3)	33 (23.4)	26 (18.4)	52 (36.9)
Rural area	121 (19.1)	38 (31.5)	23 (19.0)	28 (23.1)	32 (26.4)
Living with family or caregiver*					
No	96 (18.5)	35 (36.5)	6 (6.3)	39 (40.5)	16 (16.7)
Yes	423 (81.5)	159 (37.6)	60 (14.2)	121 (28.6)	83 (19.6)
Class of LTCI certification [§]					
Class1	277 (43.7)	102 (36.8)	42 (15.2)	76 (27.4)	57 (20.6)
Class2	91 (14.4)	33 (36.2)	14 (15.4)	29 (31.9)	15 (16.5)
Class3	266 (42.0)	97 (36.4)	26 (9.8)	88 (33.1)	55 (20.7)
Number of comorbidity					
None	11 (6.0)	6 (54.5)	3 (27.3)	1 (9.1)	1 (9.1)
1	138 (21.8)	54 (39.1)	38 (27.5)	19 (13.8)	27 (19.6)
2	191 (30.1)	71 (37.2)	55 (28.8)	30 (15.7)	35 (18.3)
3	157 (24.8)	59 (37.6)	45 (28.7)	20 (12.7)	33 (21.0)
≥ 4	110 (17.3)	33 (30.0)	45 (40.9)	7 (6.4)	25 (22.7)
Diagnosis					
Dementia	147 (23.2)	56 (38.1)	19 (12.9)	41 (27.9)	31 (21.1)
Cerebrovascular disease	266 (42.0)	90 (33.8)	35 (13.2)	80 (30.1)	61 (22.9)
Hypertension	302 (47.6)	108 (35.8)	29 (9.6)	101 (33.4)	64 (21.2)
Diabetes	177 (27.9)	61 (34.5)	24 (13.6)	56 (31.6)	36 (20.3)
Fracture	297 (46.8)	109 (36.8)	33 (11.1)	102 (34.3)	53 (17.8)
Others	136 (21.5)	44 (32.4)	21 (15.4)	39 (28.7)	32 (23.5)

LTCI=Long-term care insurance; HN=home nursing; HB=home bathing; HC=home care.

[†]Others mean national medical aid and low income blanket. The persons in low income blanket were beneficiaries having a subsidy regularly from Korean government; [‡]The region is classified according to the administrative district and region's population size. Small city means locations mixed urban area and rural area; [§]Persons in class 1 have worse functional conditions than class 3; ^{||}Sample size varies because participants of study have several diseases. The percentage means number of persons in each group among persons with the disease.

*p< .05.

Table 2. General Conditions according to Service Type

Variables		Total	Group 1	Group 2	Group 3	Group 4
		n (%)	Only HN n (%)	HN+HB n (%)	HN+HC n (%)	HN+HB+HC n (%)
Total		634 (100.0)	232 (36.7)	82 (12.9)	193 (30.4)	127 (20.0)
Activity of daily living (M±SD) [†] *		29.5±7.49	29.7±7.64	31.4±6.72	28.7±7.63	29.1±7.31
Fully dependent	Dressing	367 (63.1)	128 (34.9)	58 (15.8)	106 (28.9)	75 (20.4)
	Washing face	282 (48.8)	107 (37.9)	38 (13.5)	79 (28.0)	58 (20.6)
	Brushing tooth	297 (52.8)	115 (38.7)	46 (15.5)	80 (26.9)	56 (18.9)
	Bathing	498 (78.8)	184 (36.9)	72 (14.5)	140 (28.1)	102 (20.5)
	Eating	237 (66.0)	93 (39.2)	34 (14.3)	63 (26.6)	47 (19.8)
	Turing over in bed	198 (58.4)	83 (41.9)	28 (14.1)	50 (25.3)	37 (18.7)
	Sitting up in bed	258 (68.1)	96 (37.2)	38 (14.7)	75 (29.1)	49 (19.0)
	Moving in room	293 (75.9)	113 (38.6)	41 (14.0)	85 (29.0)	54 (18.4)
	Get out of room	425 (74.2)	167 (39.3)	64 (15.1)	119 (28.0)	75 (17.6)
	Using Toilet	350 (62.3)	127 (36.3)	56 (16.0)	98 (28.0)	69 (19.7)
	Control stool	231 (70.9)	89 (38.5)	42 (18.2)	62 (26.8)	38 (16.5)
	Control urine	261 (68.9)	95 (36.4)	47 (18.0)	73 (28.0)	46 (17.6)
	Having shampoo	491 (80.0)	182 (37.1)	76 (15.5)	138 (28.1)	95 (19.3)
Musculoskeletal conditions (M±SD) [‡]		17.9±5.23	17.9±5.55	18.4±4.57	17.86±5.18	17.5±5.11
Disabled	Right arm	122 (41.6)	46 (37.7)	15 (12.3)	40 (32.8)	21 (17.2)
	Left arm	130 (42.8)	52 (40.0)	20 (15.4)	36 (27.7)	22 (16.9)
	Right leg	207 (48.8)	79 (38.2)	29 (14.0)	67 (32.4)	32 (15.5)
	Left leg	203 (47.2)	82 (40.4)	28 (13.8)	55 (27.1)	38 (18.7)
Limitation of both joint	Shoulder	159 (44.4)	66 (41.5)	20 (12.6)	45 (28.3)	28 (17.6)
	Elbow	83 (32.4)	38 (45.8)	8 (9.6)	24 (28.9)	13 (15.7)
	Wrist	87 (37.7)	33 (37.9)	8 (9.2)	27 (31.0)	19 (21.8)
	Hip	278 (69.2)	105 (37.8)	31 (11.2)	88 (31.7)	54 (19.4)
	Knee	244 (64.6)	100 (41.0)	29 (11.9)	68 (27.9)	47 (19.3)
	Hip	137 (53.9)	49 (35.8)	21 (15.3)	41 (29.9)	26 (19.0)

HN=home nursing; HB=home bathing; HC=home care.

[†]This value is number and percentage of fully dependent activity. Score range of activity of daily living items is 13~39. The higher score means worse conditions; [‡]Score range of musculoskeletal conditions is 10~30. The higher score means worse conditions.

* $p < .05$.

경우, 세수하기를 제외한 모든 항목에서 완전도움이 필요한 경우가 전체 이용자의 절반 이상을 차지하였다. 머리감기나 목욕하기의 경우는 각각 80.0%, 78.8%가 완전도움이 필요한 것으로 나타났다. 일상생활기능상태의 세부항목들에 대하여 완전도움을 필요로 하는 대상자가 제공받은 재가급여 형태를 살펴본 결과, 대부분 항목에서 방문간호만 이용한 그룹 1의 비율이 가장 높았다.

근골격계 상태의 평균은 17.9점이었고, 그룹 간 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 다만, 방문간호와 방문목욕을 함께 이용한 그룹 2의 근골격계 기능상태가 가장 나쁜 것으로 나타나 일상생활기능상태 경우와 일치하였다. 장기

요양방문간호 이용자의 절반 이상이 고관절, 무릎관절, 발목관절 등 하지관절의 양관절제한을 보였다. 하지의 완전운동장애 비율 역시 좌측하지와 우측하지 모두 절반에 가까웠다. 근골격계 상태의 세부항목들에 대하여 완전운동장애 또는 양관절제한 상태에 있는 대상자가 제공받은 재가급여 형태를 살펴본 결과, 역시 대부분 항목에서 방문간호만 이용한 그룹 1의 비율이 가장 높았다. 전반적으로, 일상생활기능상태와 근골격계 상태 모두 평균점수는 방문간호와 방문목욕을 함께 이용한 그룹 2의 점수가 가장 높게 나타났으나, 각 항목별 완전도움, 완전운동장애, 양관절제한 등의 비율은 대부분 방문간호만 이용한 그룹 1의 비율

Table 3. Nursing Care Needs according to Service Type

Variables		Total	Group 1	Group 2	Group 3	Group 4
			Only HN	HN+HB	HN+HC	HN+HB+HC
		n (%) [†]	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Nursing care needs (M±SD) ^{‡*}		0.7±1.13	0.9±1.26	0.7±1.02	0.7±1.14	0.5±0.88
Dementia	Sore care	45 (47.4)	21 (46.7)	3 (6.7)	15 (33.3)	6 (13.3)
	Catheter care	31 (32.6)	11 (35.5)	2 (6.5)	12 (38.7)	6 (19.4)
	Foot care	3 (3.2)	2 (66.7)	1 (33.3)	-	-
	Others [§]	16 (16.8)	6 (37.5)	2 (12.5)	6 (37.5)	2 (12.5)
Cerebrovascular disease	Sore care	64 (37.4)	28 (43.8)	7 (10.9)	17 (26.6)	12 (18.8)
	Catheter care	57 (33.3)	22 (38.6)	6 (10.5)	17 (29.8)	12 (21.1)
	Foot care	3 (1.8)	1 (33.3)	-	1 (33.3)	1 (33.3)
	Others	47 (27.5)	21 (44.7)	3 (6.4)	16 (34.0)	7 (14.9)
Hypertension	Sore care	66 (44.5)	30 (45.5)	6 (9.1)	17 (25.8)	13 (19.7)
	Catheter care	46 (31.1)	18 (39.1)	4 (8.7)	14 (30.4)	10 (21.7)
	Foot care	6 (4.1)	3 (50.0)	1 (16.7)	1 (16.7)	1 (16.7)
	Others	30 (20.3)	11 (36.7)	4 (13.3)	10 (33.3)	5 (16.7)
Diabetes	Sore care	44 (41.5)	18 (40.9)	6 (13.6)	12 (27.3)	8 (18.2)
	Catheter care	33 (31.1)	14 (42.4)	5 (15.2)	9 (27.3)	5 (15.2)
	Foot care	9 (8.5)	5 (55.6)	1 (11.1)	2 (22.2)	1 (11.1)
	Others	20 (18.9)	5 (25.0)	3 (15.0)	10 (50.0)	2 (10.0)
Fracture	Sore care	68 (49.0)	32 (47.1)	7 (10.3)	21 (30.9)	8 (11.8)
	Catheter care	43 (30.9)	18 (41.9)	2 (4.7)	16 (37.2)	7 (16.3)
	Foot care	7 (5.0)	6 (85.7)	-	1 (14.3)	-
	Others	21 (15.1)	7 (33.3)	3 (14.3)	8 (38.1)	3 (14.3)
Others	Sore care	37 (37.8)	13 (35.1)	6 (16.2)	9 (24.3)	9 (24.3)
	Catheter care	26 (26.5)	10 (38.5)	4 (15.4)	6 (23.1)	6 (23.1)
	Foot care	1 (1.0)	-	1 (100.0)	-	-
	Others	34 (34.7)	17 (50.0)	5 (14.7)	6 (17.6)	6 (17.6)

HN=home nursing; HB=home bathing; HC=home care.

[†]Sample size varies because participants of study have several diseases. The percentage is calculated as persons with the disease in each group is divided number of persons having each care; [‡]Total score of nursing care needs is calculated as number of persons have nursing care needs. Score range is 0~10, The higher score means more nursing care needs(M±SD); [§]This is included tracheostomy care, suction, oxygen therapy, tube feeding, pain control, colostomy care and dialysis care.

*p<.05.

이 가장 높았다.

한편 장기요양방문간호 이용자의 간호처치 필요도 평균은 0.7점이었다(Table 3). 제공받는 재가급여 형태별로 그룹 간 간호처치 필요도 점수의 차이를 분석한 결과 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다(p<.05). 방문간호만 이용한 그룹 1은 0.9점으로 평균보다 더 많은 간호처치 필요도를 보이는 것으로 나타났고, 방문간호와 방문요양, 방문목욕을 모두 이용하는 그룹 4는 0.5점으로 네 그룹 가운데 가장 낮은 간호처치 필요도를 보였다. 또한, 장기요양방문간호 이용자의 질병별 간호처치 필요도를 살펴

본 결과, 이용자의 대부분이 욕창 간호를 필요로 하고 있었고, 골절 등 근골격계 질병을 앓고 있는 사람의 경우 49.0%, 치매를 앓고 있는 사람의 경우 47.4%가 욕창간호의 필요도를 갖고 있었다. 이들 중 절반 정도가 방문간호만을 이용하고 있었고, 대상자의 30%정도는 방문간호와 방문요양을 함께 이용하고 있었다. 당뇨간호에 대한 필요도 모든 질병군에서 30% 정도로 높게 나타났는데, 이들 또한 대부분이 방문간호만을 이용하거나 방문간호와 방문요양을 함께 이용하고 있었다. 당뇨발간호가 필요한 경우는 질환에 관계없이 대부분 방문간호만을 이용하고 있는 것

로 나타났다.

장기요양방문간호 이용자의 필요간호처치별로 이용금액을 살펴보면 Table 4와 같다. 방문간호와 방문목욕을 같이 받는 그룹 2의 경우는 36~52% 정도를 방문간호를 위해 지불하고 있었다. 반면, 방문간호와 방문요양을 받는 그룹 3의 경우는 오히려 10~39% 정도만을 방문간호를 위해 지불하는 것으로 나타났다. 욕창간호처럼 단기간에 집중적인 처치 및 간호가 필요한 경우에도 30% 이하를 지불하고 있었다. 방문간호와 방문요양, 방문목욕을 모두 받는 그룹 3의 경우는 편차가 커서, 12~50%를 방문간호를 위해 지불하고 있었다.

욕창간호 필요자 중 장기요양 1등급인 자의 월이용금액은 평균 53만원, 2등급인 자는 평균 51만원, 3등급은 평균 35만원인 것으로 나타났다. 특히 욕창간호가 필요한 자 중 1등급인 자는 114명으로 대부분(73%)을 차지하였다. 간호처치별로 볼 때 가장 많은 수를 차지하는 욕창간호의 경우를 집중적으로 보면, 두 가지 급여종류를 함께 받는 그룹 2와 그룹 3을 비교해 보았을 때 다른 양상을 찾아볼 수 있다. 그룹 2의 경우는 절반 정도씩 각 급여를 위해 금액을 지불하고, 그룹 3의 경우는 최대 30% 정도만을 지불하였다. 2등급인 경우에는 방문간호를 위해 11%만을 지불하고 있었다. 세 가지 급여 종류를 모두 이용하는 그룹 4의 경우에도 상태가 더 안 좋은 1, 2등급인 경우 17% 내외 정도를 방문간호를 위해 지불하고 있었다. 도노간호가 필요한 자 중 1등급인 자의 월이용금액은 평균 52만원, 2등급인 자는 평균 35만원, 3등급이 40만원 정도이었다. 한편 당뇨발간호가 필요한 자들은 대부분 다른 급여 없이 방문간호만을 이용하고 있었다.

논 의

2008년에 도입된 노인장기요양보험 제도는 우리나라의 고령화 추세에 대한 우려에서 비롯된 것이다. 사실 고령화 현상은 단순히 노인인구수가 전체 인구에서 차지하는 비율이 많다는 것 때문에 문제가 되는 것이 아니라 불건강기간이 10.03년으로 늘어나거나(Kang et al., 2007), 노인진료비가 2009년에 12조 3,458억원으로 2002년 이후 지난 7년 동안 3.4배가 증가하는 현상(NHIC, 2010-a) 때문에 더욱 사회적 문제로 주목받는 것이다. 「노인장기요양보험법」에 의하면, 이 제도는 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인 등에게 신체활동 또는 가사활동지원 서비스를 제공하는 것

이라고 그 취지를 명기하고 있다(MOH & NHIC, 2008). 이것은 제도의 목적이 특정 질환자의 치료나 보호에 있는 것이 아니라 일반적인 일상생활 장애자를 위한 것임을 명확히 한 것이다. 그런데 일상생활을 수행하는 데에 어려운 이유를 고령이나 노인성 질병 등으로 인한 것이라고 명시함으로써 암묵적으로 노인성질환에 대한 제도적 보호를 감안하고 있다. 우리나라 노인의 54.8%가 세 가지 이상의 질환을 가지고 있는 현실에서(Jung et al., 2005), 노인장기요양보험도 노인의 보건의료 욕구를 고려하지 않은 채 운영될 수는 없을 것이다.

노인장기요양보험에서 방문간호가 도입됨에 따라, 그동안 퇴원 환자나 저소득층 인구에 머물러 있었던 간호대상자를 장기요양 영역의 대상자에게까지 확대하였다는 데에서 의미를 찾을 수 있다. 방문간호 서비스에 대한 사회적 요구에 더 적극적으로 부응하고 간호사의 활동 범위를 다양화하였다는 점에서 제도적 의의가 있다고 하겠다. 사실 장기요양인정자인 노인이 현재 가지고 있거나 발생할 가능성이 있는 질환을 처치하거나 예방하는 것은 간호사가 해야 할 명백한 역할이다. 해당 노인이 장기요양인정자이든 아니든 간에 국민의 건강을 유지, 증진시키는 것이 본래의 역할인 간호사는 그 역할을 다할 수 있도록 제도를 유지하고 보완하도록 노력할 필요가 있다. 현행 제도 내에서 인정자가 노인요양시설에 입소한 경우에는 해당 기관의 간호사가 그 역할을 수행하겠지만, 가정에 거주하고 있는 경우는 방문간호사가 그 역할을 수행하여야 한다. 그런데 여기서 문제는 재가급여를 받는 인정자가 모두 방문간호를 선택하는 것이 아니라는 것이다. 방문간호를 이용할 것인지 말 것인지에 대한 판단은 전적으로 노인이나 보호자의 몫이다. 방문간호사는 장기요양인정자로부터 요청이 있을 때에 쌍방간의 계약에 의해 방문간호를 제공할 수 있다(MOH & NHIC, 2008).

이러한 상황에서 중요한 것은 첫째, 인정자의 간호필요도가 명확히 측정되었는가와 둘째, 간호처치가 필요한 자에게 적절한 간호가 제공되고 있는가이다. 전자와 관련하여 장기요양인정조사표의 질문내용을 살펴보면, “최근 2주 동안의 간호처치가 필요했는지”를 10개 항목에 체크하고 있다. 이러한 질문기준은 장기요양등급을 판정하는데에는 적절할 수 있으나 대상자의 간호필요도를 평가하는데에는 한계가 있다. 예를 들어 최근 2주 동안에는 간호처치를 받은 적이 없으나 여전히 간호처치가 필요한 상태일 수도 있고 인정자에게 필요한 간호가 질문내용 이외의 것

Table 4. Expenditure according to Nursing Care Type and Service Type (unit: won)

Nursing care	Class of LTCI	n	Total		Group 1 Only HN		Group 2 HN+HB		Group 3 HN+HC		Group 4 HN+HB+HC	
			M±SD [†]	n	M±SD	n (%) [†]	M±SD	n (%) [†]	M±SD	n (%) [†]	M±SD	n (%) [†]
Sore care	1	114	530,275 ± 376,486	49	208,018 ± 169,457	16 (52.2)	414,556 ± 183,617	33 (26.4)	875,649 ± 247,889	16 (16.7)	920,571 ± 180,715	
	2	19	512,199 ± 320,730	8	184,500 ± 196,646	1 (50.1)	634,510	5 (11.8)	766,108 ± 103,175	5 (18.0)	758,146 ± 99,377	
	3	23	358,933 ± 281,866	10	114,747 ± 61,356	2 (36.0)	292,045 ± 10,684	8 (30.1)	562,974 ± 245,059	3 (35.2)	673,367 ± 171,181	
Catheter care	1	90	523,724 ± 405,128	38	159,575 ± 128,114	10 (52.6)	273,452 ± 144,723	25 (23.9)	898,753 ± 212,949	17 (17.5)	933,409 ± 207,443	
	2	15	357,085 ± 289,467	7	130,650 ± 132,768	1 (30.8)	228,980	6 (20.0)	644,937 ± 197,305	1 (12.6)	343,130	
	3	14	404,482 ± 294,728	3	49,730 ± 18,523	3 (38.8)	374,947 ± 144,386	5 (39.0)	431,252 ± 297,979	3 (31.2)	744,153 ± 30,137	
Foot care	1	4	399,318 ± 464,704	3	173,073 ± 129,636	-	-	2 (28.1)	368,415 ± 272,865	1 (12.0)	1,078,050	
	2	3	376,003 ± 214,258	2	493,050 ± 98,047	1 (49.8)	141,910	-	-	-	-	
	3	5	253,110 ± 174,954	3	176,240 ± 42,796	-	-	-	-	-	-	
Others [§]	1	79	527,039 ± 417,071	34	165,626 ± 130,220	10 (39.4)	331,140 ± 239,798	23 (28.0)	915,685 ± 237,251	12 (18.5)	969,387 ± 234,638	
	2	5	440,506 ± 362,427	2	198,180 ± 86,804	1 (49.8)	141,910	2 (19.0)	832,130 ± 67,359	-	-	
	3	12	404,421 ± 316,388	7	212,863 ± 245,293	-	-	4 (10.2)	625,368 ± 162,287	1 (50.5)	861,540	

LTCI=Long-term care insurance; HN=home nursing; HB=home bathing; HC=home care.
[†]This means expenditure for each nursing care per month; [‡]This is calculated as paid money for home nursing divided total charge; [§]This is included tracheostomy care, suction, oxygen therapy, tube feeding, pain control, colostomy care and dialysis care.

일 수도 있다. 이러한 상황에서는 간호처치에 관한 질문에 체크한 수가 실제 간호처치가 필요한 자의 수보다 적을 가능성이 있다. 실제로 본 연구의 간호처치필요도는 0.71점으로 간호처치 항목에 체크한 수는 평균 1개에도 미치지 않았다. 또한 장기요양방문간호 이용자 가운데 간호처치 항목에 체크하지 않은 자가 58.0%로, 상당수는 실제로 방문간호를 이용하지만 장기요양인정조사 단계에서 그들의 필요도가 체크되지 않고 있었다. 인정자 본인이 스스로의 건강상태를 정확히 파악하지 못한다면, 간호필요도가 있어도 실제로 간호를 받지 않을 가능성이 있다.

후자와 관련하여, 이 연구결과에서 보듯이 욕창간호가 필요한 자의 경우에 방문간호뿐만 아니라 방문목욕이나 방문요양을 함께 병행하여 제공받는 경우가 많았다. 그런데 1등급이면서 욕창간호가 필요한 자 중 세 가지 재가급여를 모두 받는 경우, 방문간호를 위해서 지불한 금액은 16.7%에 불과하였다. 이러한 현상은 1등급이면서 다른 간호처치가 필요한 군에서도 비슷하게 나타나고 있다. 이용금액만으로 방문간호를 제공받는 양이 적절하였는지를 판단하는 것은 무리가 있을 수 있으나, 이러한 수치들로 미루어 보았을 때 전반적으로 장기요양서비스 시장에서 방문간호가 차지하는 비율이 방문요양에 비해 상대적으로 매우 적은 편임을 알 수 있다. 더욱이 장기요양방문간호를 이용하는 자의 절대적인 수가 적은 편이어서 방문간호가 전체적인 장기요양서비스 시장에서 활성화되지 못하고 있는 것으로 생각된다. 재가서비스 이용자 중 표준장기요양이용계획서에 근거한 장기요양방문간호 권고율은 10.9%에 불과하고 이 가운데 실제 이용자 비율은 13.1%로(Lee et al., 2008), 인정자의 필요도를 고려한 장기요양방문간호 제공체계가 적절하게 작동하고 있다고 보기 어려운 실정이다.

장기요양방문간호는 노인장기요양보험에서 제공하는 유일한 지역사회 기반 보건의료서비스이다. 지역사회에 거주하는 노인의 건강을 관리하여야 한다는 측면에서 보았을 때, 현재의 상황보다 장기요양방문간호를 더 활성화시킬 필요가 있다. 하지만 현재 상황에서 장기요양방문간호를 활성화시키는 데에는 몇 가지 장애요인이 있다. 첫째, 노인장기요양보험법에 기술된 방문간호의 범위를 보면 “간호사 등이(생략) 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공하는 장기요양급여로 영양관리, 배뇨관리, 호흡관리, 상처관리, 욕창관리, 주사·투약 관리, 교육·상담·의뢰 등의 서비스”를 제공하는 것이라고 규정하고 있다(MOH & NHIC, 2008). 노인장기요양보험에서

도 포괄적이고 기본적인 방문간호 서비스를 제공해야 함에도 불구하고 현재의 장기요양인정조사표의 간호처치욕구 항목들이 주로 고난이도의 수행을 요구하는 것들로 구성되어 있어 장기요양노인의 일반적인 간호욕구를 파악하는데 한계를 갖고 있다. 장기요양방문간호가 인정조사표의 간호처치욕구 조사항목에 해당하는 경우로만 제한되어 평가되고 이용되는 것 같아 우려가 된다. 이러한 문제를 해결하기 위해서 제도적으로는 간호처치욕구를 보다 포괄적으로 평가할 수 있는 방안을 마련하고, 간호필요도가 인정되는 경우 서비스 이용계획에 적극 반영하는 체계가 필요하다. 또한 방문간호기관들은 서비스의 대상과 범위에 대해 이용자에게 보다 적극적으로 홍보하고 그 가치를 인식시키려는 노력이 필요하다.

두 번째 장애요인은 현재 장기요양서비스 시장에서 방문간호를 선택할 유인기전이 적다는 것이다. 노인은 자신에게 할당된 월급여한도액 내에서 여러 급여를 적절히 선택하여 서비스를 제공받을 수 있다. 그런데 급여를 선택해야 하는 노인의 경우 질환을 갖고 있거나 판단력이 저하된 상태인 경우가 많아 자신에게 적합한 급여를 선택하기가 쉽지 않다. 방문간호가 필요하다더라도 당장 일상생활을 영위하는 것이 더 중요하기 때문에 방문간호보다는 방문요양을 먼저 선택할 가능성이 크다. 그런데 월급여한도액의 대부분을 사용하면서 방문요양을 받던 노인이 나중에 방문간호를 선택하려면 방문간호 급여비만큼 방문요양 이용량을 줄여야 한다. 이런 상황에서는 방문요양과 방문간호 간의 경쟁을 통해 시장의 점유율을 높이는 방법 밖에는 없어 보인다. 그런데 방문간호의 경우 「방문간호지시서」를 반드시 의사로부터 처방받아야 하기 때문에 실질적으로 방문간호가 시장에 진입하는 데 방문요양보다 더 높은 장벽을 갖고 있는 셈이다. 방문간호를 이용하고 또 제공하는 데 필요한 절차를 간소화하여 접근성을 향상시키기 위한 전략이 필요하다.

장기요양서비스를 이용하는 노인에게 간호처치필요도가 있음에도 불구하고 적절한 처치가 제공되지 않는다면, 해당 노인의 질병이나 의료적 문제는 커질 것이고 결국 의료기관을 통해 이를 해결하게 될 것이다. 의료기관에서 시술되는 의료 및 간호행위는 대체로 노인장기요양보험 급여권이 아니라 건강보험 급여권이기에 때문에 우리나라의 건강보험 급여비를 잠식하는 결과를 초래할 수도 있다. 노인의 의료적 문제가 커지기 전에 방문간호를 통해 적절한 처치를 제공받는다면 노인의 건강 및 기능상태 뿐 아니라 거시

적 차원에서 국민의료비 절감에도 도움이 될 것이다.

노인장기요양보험 제도가 시작된 지 이제 2년이 넘은 상태이고, 정부나 보험자, 서비스제공기관, 제공인력 모두 새로운 제도 도입에 적응하기 위한 노력을 기울이고 있다. 제도가 보다 안정적으로 정착되기 위해서는 장기요양방문간호 역시 다른 서비스 영역과 조화를 이루면서 활성화되어야 할 것이다. 이를 위하여 새로운 환경에 맞추어 적극적으로 시장을 개발하는 노력이 필요하다. 장기요양방문간호와 관련하여 이용자 특성 및 이용행태를 파악하는 연구들이 아직 많이 축적되지 않아 비교 논의에 어려운 점이 있다. 이 연구결과는 제도 도입 초기의 장기요양방문간호 이용자 특성을 나타내는 자료로서 유용할 것이며 향후에도 관련 연구성과가 축적되어야 할 것이다.

결론

이 연구는 현재 노인장기요양보험 제도 하에서 방문간호의 이용실태를 파악하고자 한 서술적 연구이다. 이 연구는 장기요양 인정자 중 방문간호서비스를 한번이라도 이용한 적이 있는 자를 연구대상으로 한 것으로 2008년 4월 15일부터 7월 31일까지 장기요양등급 1~3등급을 받았고 2008년 7월부터 8월 동안 장기요양방문간호 서비스를 이용한 적이 있는 자를 분석대상자로 하였다. 연구결과는 다음과 같다.

장기요양방문간호 이용자의 57.1%는 75세 이상의 노인 이었고 대도시에 거주하는 경우가 37.5%로 가장 많으며, 장기요양등급이 1등급(43.7%)이거나 3등급(42.0%)이었다. 이용자의 1/3 이상(36.7%)은 다른 재가급여 없이 방문간호만 이용하는 경우이었다. 남자의 경우는 방문간호와 방문목욕을 함께 받는 경우가 17.8%로 여자의 경우 10.1% 보다 많았다. 연령대가 높아질수록 방문간호만 받는 경우의 비율이 높아졌다. 농어촌인 경우 방문간호만 이용하는 경우가 31.5%로 제일 많았다. 간호처치 필요도의 평균은 0.71점으로 간호처치 항목에 체크한 수는 평균 1개에도 미치지 않은 것으로 나타나 상당수는 실제로 방문간호를 이용하지만 장기요양인정조사 단계에서 그들의 방문간호필요도가 체크되지 않고 있었다.

상체와 하체에 완전운동장애가 있는 대상자는 방문간호만을 더 많이 이용하고 있는 것으로 나타났다. 또한 이용자의 상당수는 질병을 가지고 있었고, 이들의 75.5%는 2개 이상의 질병을 가지고 있는 것으로 나타났다. 질병을 4개

이상 갖고 있는 복합질환이 환자의 경우는 방문간호와 방문목욕을 같이 이용하고 있는 경우가 40.9%로 가장 많았다. 질병별 분포를 보면 상당수가 고혈압이나 저혈압을 가지고 있거나 골절 등의 근골격계질환을 가지고 있는 것으로 나타났다.

이용자의 대부분이 욕창간호를 필요로 하고 있었고, 이들의 대부분이 방문간호만을 이용하고 있었고, 대상자의 30%정도는 방문간호와 방문요양을 함께 이용하고 있는 것으로 나타났다. 당뇨발간호가 필요한 경우는 질환에 관계없이 대부분 방문간호만을 이용하고 있는 것으로 나타났다. 욕창간호 필요자 중 장기요양 1등급인 자의 월이용금액은 평균 53만원, 2등급인 자는 평균 51만원, 3등급은 평균 35만원인 것으로 나타났다. 특히 욕창간호가 필요한 자 중 1등급인 자는 114명으로 대부분(73%)을 차지하였다. 욕창간호가 있으면서 두 가지 급여종류를 함께 받는 그룹 2와 그룹 3을 비교해 보았을 때 다른 양상을 보였다. 방문간호와 방문목욕을 받는 그룹 2의 경우는 절반 정도씩 각 급여를 위해 금액을 지불하고, 방문간호와 방문요양을 받는 그룹 3의 경우는 최대 30% 정도만을 지불하였다.

장기요양방문간호는 노인장기요양보험에서 제공하는 유일한 지역사회 기반 보건의료서비스이다. 지역사회에 거주하는 노인의 건강을 관리하여야 한다는 측면에서 보았을 때, 현재의 상황보다 장기요양방문간호를 더 활성화시킬 필요가 있다. 이를 위하여 제도적으로는 간호처치욕구를 보다 포괄적으로 평가할 수 있는 방안을 마련하여야 할 것이다. 또한 방문간호기관들은 서비스의 대상과 범위에 대해 보다 적극적으로 홍보하고 그 가치를 인식시키려는 노력이 필요하다. 뿐만 아니라 방문간호를 이용하고 또 제공하는 데 필요한 절차를 간소화하여 방문간호서비스에 대한 접근성을 향상시키기 위한 전략이 필요하다.

REFERENCES

- Bang, E. J., & Yun, S. Y. (2010). Health needs of the elderly in long-term care facilities: using RAI-MDS-FC. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 21(2), 263-272.
- Chang, H. S., Chin, Y. R., Kim, J. E., Hong, E. J., & Yu, J. S. (2007). *The role and function of home healthcare based on the public health canters, hospitals, and long-term care insurance (06-75)*. Seoul: Korea Health Industry Development Institute, Management Center for Health Promotion.

- Jung, K. H., Oh, Y. H., Seok, J. E., Doh, S. R., Kim, C. W., & Lee, Y. K. (2005). *2004 Survey on use of welfare services and needs of welfare for the elderly among the aged in Korea (2005-03)*. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs, Ministry of Health and Welfare.
- Kang, E. J., Kim, N. Y., Kim, D. J., Kim, H. R., Byun, Y. C., Suh, M. K., et al. (2007). *In-depth analyses of the national health and nutrition examination survey: The health interview and health behavior survey part*. Seoul: Korea Centers for Disease Control and Prevention, Korea Institute for Health and Social Affairs.
- Kim, M. H. (2009). Roles of visiting nurses defined based on long-term care insurance regulation for the elderly. *Journal of Korean Academy of Public Health Nursing*, *23*(2), 232-250.
- Kim, E. K., Kim, Y. M., & Kim, M. A. (2010). Estimation of nursing costs based on nurse's visit time for long-term care services. *Journal of Korean Academy of Nursing*, *40*(3), 349-358.
- Korea Statistics Office (2009). *Population projections for Korea 2009*. Daejeon: Author.
- Lee, J. S., Han, E. J., Kwon, J. H., & Kang, I. O. (2008). *The correlation between standard long-term care plan and long-term care utilization under LTC insurance system (2008-33)*. Seoul: National Health Insurance Corporation.
- Lim, J. G. (2009). A study on factors of home and community care service utilization of elderly. *Korea Social Policy Review*, *16*(1), 193-234.
- Ministry of Health and Welfare & National Health Insurance Corporation (2008). *The collection of long-term care insurance laws*. Seoul: Author.
- National Health Insurance Corporation (2008). *2008 Manuals of working for long-term care insurance*. Seoul: Author.
- National Health Insurance Corporation (2009). *2008 Long-term care insurance statistical yearbook*. Seoul: Author.
- National Health Insurance Corporation (2010-a). *2009 National health insurance main statistics*. Seoul: Author.
- National Health Insurance Corporation (2010-b). *2009 Long-term care insurance statistical yearbook*. Seoul: Author.
- Park, C. S. (2009). Visiting nurses' services under the long-term care insurance system for the elderly. *Nursing Science*, *21*(1), 64-72.
- Sunwoo, D., Kim, C. W., Choi, J. S., Choi, H. J., Yeon, B. K., & Won, C. W. (2007). *The assessments for the second pilot project of long-term care insurance-needs of long-term care, system of admission long-term care insurance and supporting system for use of long-term care (2007-22)*. Seoul: Ministry of Health and Welfare, Korea Institute for Health and Social Affairs.
- Song, C. R., Kang, I. O., Kim, Y. O., Jo, H. S., & Hwang, M. S. (2008). An analysis of the elderly care and management in hospital-based home care agencies. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, *19*(4), 660-672.
- Ryu, H. S., Park, C. S., & Kim, E. Y. (2007). A review on home health care in Korea-hospital, community, and public health center based home health care nursing. *Journal of Korean Academic Society of Home Health Care Nursing*, *14*(2), 65-75.
- Ryu, H. S. (2007). Home health care in Korea-home health care nursing, visiting health care nursing, visiting health care. *Journal of Korean Academic Society of Home Health Care Nursing*, *14*(2), 98-105.