

노인장기요양보험 재가방문간호 서비스 개발과 확대 방안*

임 지 영¹⁾ · 김 주 행²⁾

서 론

연구의 필요성

우리나라는 65세 이상 노인 인구 비율이 2000년에 7%를 차지 하였으나 불과 18년 만에 14%에 도달했으며, 2026년에는 노인 인구 비율이 20%를 차지하는 초고령사회 진입하는 세계적으로 가장 빠른 고령화 속도를 보여주고 있다[1]. 이러한 고령화 사회를 맞이하여 지역사회 중심 “Aging in place”를 실현하기 위한 재가중심 건강관리서비스 시스템 구축은 이미 사회적 합의를 넘어선 것으로 파악된다. 이를 천명한 것이 2019년 보건복지부의 지역사회 통합돌봄(커뮤니티 케어)으로 중심에는 재가, 가정, 그리고 방문간호가 있다.

현재 대상자의 가정을 방문하여 서비스를 제공하는 방문간호 서비스의 형태로는 의료기관의 가정간호사업, 보건소의 방문건강관리사업, 그리고 노인장기요양의 재가방문간호 3가지 제도로 구성되어 있다[2]. 의료기관의 가정간호사업은 의료법, 보건소의 방문건강관리사업은 지역보건법, 재가방문간호는 노인장기요양보험법의 각기 다른 법적 기반의 형태로 운영되고 있어[2] 지역사회 중심의 촘촘한 재가, 가정, 방문간호가 이루어 질 수 있도록 서로 유기적으로 연계하여야 하는 과제를 안고 있다.

이 중 노인장기요양보험 재가방문간호는 2008년에 도입된 노인장기요양보험제도 내 재가서비스의 일환으로 신설되어 간호사에게 의료기관 내 소속이 아닌 독자적으로 간호센터를 개소하여 운영할 수 있는 개설권을 주어 간호 창업의 산실이 되기도 하였

다[3]. 노인장기요양보험은 고령이나 노인성 질환으로 일상생활 유지가 어려운 중증 노인에게 전문 요양서비스를 제공함으로써 노인의 건강 증진과 더불어 가족의 돌봄 부담을 경감시키고자 실시되었다[4]. 노인이 가능한 가정 내에서 가족과 함께 생활하며 지역사회 기반의 서비스를 받을 수 있도록 재가급여를 우선적으로 제공하는 것을 기본 원칙으로 하고 있어 제도 실시 초기 재가간호의 급속한 확대를 기대하게 하였다[5].

재가급여 중 유일한 의료 서비스인 방문간호는 간호요구도가 높은 대상자에게 가정에서 간호서비스를 제공함에 따라 불필요한 병원 입원이나 시설 입소를 지연시키며, 사회적 비용의 감소와 더불어 재가요양과 시설요양의 연장선상에서 대상자의 유입 여부를 판단, 조정하는 역할을 담당한다[3]. 방문간호사는 대상자의 가정이라는 다양한 환경에서 각기 다른 대상자의 요구를 파악하여 이에 상응하는 전문적 간호서비스를 제공한다[6]. 이처럼 독자적인 판단에 따라 대상자의 사정, 간호처치, 기본간호의 제공, 대상자와 보호자에 대한 교육 상담, 지역사회 자원 연계 등에 이르기까지 다양한 범위의 간호서비스를 제공하고 있다. 대상자의 요구도 다양하며 방문간호사의 판단과 수행력도 각기 다른 방문간호의 업무적 특성을 고려할 때, 실제 제공되는 방문간호의 서비스와 양은 서비스의 질을 결정하고 대상자의 만족도와 관련이 있으며 노인장기요양보험 제도의 성공과 연결된다.

그럼에도 불구하고 노인장기요양보험 도입 시점부터 재가방문간호는 전체 급여 중 0.5% 비중에 머무르며 활성화 되지 못한 상황이다[7]. 노인장기요양보험은 시설보다 재가급여를 우선적으로 제공한다는 방향성을 제시하였지만, 재가보다 시설이 노인장

주요어 : 장기요양보험, 간호서비스, 방문간호

* 이 논문은 2020년도 정부(미래창조과학부)의 재원으로 한국연구재단의 연구비 지원(No. NRF-2020R1A2C1003670)에 의해 수행되었음.

1) 인하대학교 간호학과 교수(<http://orcid.org/0000-0001-9561-4678>)

2) 극동대학교 간호학과 조교수(교신저자 E-mail: newegg79@gmail.com) (<http://orcid.org/0000-0002-1637-9604>)

투고일: 2020년 11월 14일 수정일: 2020년 11월 27일 게재확정일: 2020년 12월 2일

기요양 시장을 지배하는 구조를 나타냈다[7]. 또한 의료기관의 가정간호와 비교해 볼 때, 가정간호의 수가체계는 간호 행위별로 수가를 인정해주는 행위별 수가체계이지만 노인장기요양 재가방문간호는 방문간호 서비스 제공 소요시간만을 기준으로 방문간호 비용을 지불하는 방문 당 수가제로 차이가 있다[8]. 이러한 배경으로 인해 가정간호의 경우 가정간호 서비스 종류와 범위에 대한 연구가 활발히 수행된 반면, 노인장기요양의 재가방문간호는 대상자에게 제공되는 구체적인 서비스에 대한 연구, 방문간호 이용 양상에 대한 연구, 방문간호 대상자의 간호 서비스 효과에 관한 연구가 매우 제한되었다[9].

노인장기요양보험은 2017년도의 2주기 발전계획에서 사회복지서비스와 건강서비스의 복합적 욕구를 가지고 있는 대상자와 그 가족의 건강과 삶의 질 향상을 위해 방문간호의 활성화와 더불어 다양한 지역사회 중심 재가 서비스 인프라 개발이 중요함을 강조하였다[10]. 이러한 제도의 목적 달성을 위해서도 노인장기요양 재가방문간호 서비스의 내실화 및 다양화가 매우 중요한 사안이라고 할 수 있다. 앞으로 우리사회가 직면할 초고령사회를 대비함과 동시에 보다 타당하며 지속가능한 건강서비스 제공이라는 노인장기요양의 본연의 목적을 달성하기 위해서도 재가방문간호 서비스 개발 방안에 대한 논의가 필요한 시점이다. 이에 본 연구에서는 2008년 노인장기요양보험 제도 도입 이후 현재까지 재가방문간호의 발전 과정을 재가방문간호 제도 개요, 재가방문간호의 성과와 장애요인, 통합재가급여서비스 시범사업, 재가방문간호와 오마하시스템의 적용, 그리고 일 재가방문간호센터의 방문간호서비스 제공 사례를 통해 노인장기요양 재가방문간호의 서비스 확대 방안을 모색해 보고자 하였다.

본 론

노인장기요양보험 재가방문간호 제도 개요

급격한 고령화와 후기노인의 증가에 따른 장기요양의 요구의 증가로 2008년 7월 사회보험인 노인장기요양보험제도가 도입되었다. 2008년에 도입된 노인장기요양보험제도는 고령이나 노인성 질환으로 일상생활 유지가 어려운 중증 노인 노인에게 전문요양서비스를 제공함으로써 노인의 건강 증진과 더불어 가족의 돌봄 부담을 경감시키고자 실시되었다[4]. 노인장기요양보험제도는 노인장기요양보험법 제 3조에 따라 노인이 가능한 가정 내에서 가족과 함께 생활하며 지역사회 기반의 서비스를 받을 수 있도록 재가급여를 우선적으로 제공하는 것을 기본 원칙으로 하고 있다[4]. 장기요양급여는 수급자에게 신체활동·가사활동의 지원 또는 간병 등의 서비스를 제공하는 것으로 크게 재가급여, 시설급여, 특별현금급여로 나누어진다[5]. 재가급여에는 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주·야간보호, 단기보호, 기타재가급여(복지용

구)가 있다[5].

재가방문간호는 노인장기요양보험법에 의한 재가급여의 하나로 2008년 7월 1일부터 시행되었다. 재가방문간호는 현재 노인장기요양보험제도를 통해 제공되고 있는 서비스 가운데 건강문제를 지닌 노인에게 제공되는 유일한 의료서비스이다[3]. 이는 장기요양요원인 간호사 등이 의사, 한의사 또는 치과의사의 방문간호지시서에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공하는 서비스(검사, 투약, 주사, 기본간호 외의 간호)와 의사의 지시 없이 간호(조무)사 독자적 판단에 의해 제공 가능한 서비스로 정의한다[5].

재가방문간호 업무를 행하는 장기요원의 자격은 노인장기요양보험법 시행령 제11조 제3항에 따라 간호사는 2년 이상의 간호업무 경력이 있는 자이고, 간호조무사는 3년 이상의 간호보조업무 경력이 있고 보건복지부장관이 정하는 교육을 이수한 자로 규정되어 있으며, 교육이수 시간은 700시간이다[11]. 방문간호기관은 노인장기요양보험법 제 32조에 의해 의료기관에서도 설치할 수 있으며, 재가장기요양기관에서 설치하는 경우에는 방문간호의 관리책임자로서 간호사를 두도록 되어있다[12].

방문간호 수가는 수급자의 질병명, 장기요양등급과 방문지역 등을 불문하고 1회 방문 당 제공시간을 기준으로 30분 미만은 36,110원, 30분 이상 60분 미만은 45,290원, 60분 이상은 54,490원을 산정(2020년 기준)하고, 처치에 사용된 유치도뇨관, 기관지관, 거즈 등의 재료비와 검사료(가정에서 직접 시행되는 검사) 및 교통비는 별도로 산정할 수 없다[5]. 따라서 방문간호에 소요되는 비위관, 단순 및 정체 도뇨관, 기관지관, 산소요법, 옥창치료, 방광 및 요도세척 등에 필요한 재료비, 가정 내에서 실시하는 검사비, 간호서비스 제공과 교통소요 시간에 대한 비용, 기본간호를 포함한 투약관리지도, 교육훈련, 상담, 의뢰 등의 서비스 제공과 원거리 방문에 따른 소요시간에 대한 비용을 고려하지 않으며, 간호사의 독자적인 판단에 의한 서비스 제공은 보상이 이루어지지 않고 있는 현실이다. 방문간호 횟수에 대한 수가는 방문간호지시서에 의하되 주 3회까지 산정하고, 응급상황 등 부득이한 경우에는 주 3회를 초과하여 산정할 수 있다[13].

2013년부터 2017년까지 노인장기요양보험 재가 장기요양기관 현황 추이를 분석한 결과는 다음과 같다[12]. 방문요양, 방문목욕서비스를 제공하는 기관의 수는 꾸준히 증가해 온 반면, 방문간호서비스 제공 기관은 거의 변화가 없었다. 기관의 수가 가장 많은 경기도 및 서울특별시의 두 개 지역을 중심으로 비교해 봤을 때, 재가 방문요양기관은 2013년 경기도 1,678개, 서울시 1,379개에서 각각 2017년 2,379개와 1,852개로 증가하였으나 재가 방문간호기관은 2013년 경기도 140개, 서울특별시 130개에서 각각 2017년 각각 146개, 130개로 거의 변화가 없었다[12]. 즉, 규모면에서 경기도의 경우 재가 방문요양기관 대비 방문간호기

관이 차지하는 비율은 2013년 8.3%에서 2017년 6.1%로 오히려 감소되었으며, 서울시의 경우에도 같은 맥락에서 2013년 9.3%에서 2017년 7.0%로 감소되었다[12]. 따라서 동 기간에 노인장기요양보험 수급자 판정자 수가 꾸준히 증가하여 왔음을 고려해 볼 때, 재가서비스 기관 중 방문요양과 방문목욕은 시장의 수요 증가에 따라 공급도 늘어나는 수요공급곡선을 따른 반면, 방문간호는 이례적으로 시장의 수요 증가가 공급의 증가로 이어지지 않았다.

재가방문간호 성과와 장애요인

기존의 병원 퇴원환자 중심의 가정간호서비스와 취약계층 중심의 보건소 방문건강관리 서비스에 국한된 재가간호의 영역을 노인장기요양보험 수급자로 확대한 방문간호는 다음과 같은 긍정적인 효과를 보고하였다. 방문간호는 외래와 입원일수의 감소를 통한 입원비용 감소[1], 가족 돌봄자의 돌봄 스트레스 수준감소[14], 노인들의 일상생활 수행 능력, 주관적 건강상태, 우울, 신체적 정신적 건강상태 유지에 효과가 있었다[15].

2013년부터 2017년까지 노인장기요양보험 수급자 중 질환별 수급자 비율을 분석한 결과는 Table 1과 같다. 치매진단자가 2013년 전체 대상자의 27.1%에서 2017년 34.8%로 급격히 증가하였고, 다음 요통, 좌골통 대상자가 2013년 9.8%에서 2017년 12.2%로 증가한 것으로 나타났다. 반면 중풍, 뇌졸중 대상자는 2013년 22.2%에서 2017년 14.8%로 오히려 감소하였다. 그러나 중증 대상자로 분류되는 치매, 중풍 복합 질환자는 2013년 6.6%에서 2017년 8.1%로 늘어나 노인장기요양보험 제도 내 수급자의 건강 수준은 단순 허약노인이 아닌 중증 질환자임을 알 수 있다. 따라서 본 연구에서 파악하고자 한 장기요양보험 수급자의 건강수준은 경증에서부터 최중증까지 매우 포괄적이며, 이 중에서도 지역사회 재가 인프라를 통해 장기간에 걸쳐 관리가 필요한 치매, 중풍, 뇌졸중, 관절염, 통증 등이 주류를 이루고 있다. 이는 단순 가사지원, 생활지원서비스만으로는 불충분함을 의미하며, 대상자의 건강수준 유지 관리를 위한 적극적인 서비스 제공이 필요함을 알 수 있다.

이러한 긍정적인 효과에도 불구하고 2019년 기준 노인장기요양보험의 재가급여비 지급 현황을 살펴보면, 총 장기요양 재가급여비 중 68.8%를 방문요양에 지출한 것을 파악할 수 있다[16]. 반면에 방문간호는 2015년부터 2019년까지 0.5%수준에 머무르고 있으며, 이러한 방문요양 이용 편중 현상은 노인장기요양보험 도입 시점부터 지속되어 왔다[3,16].

방문간호 활성화를 저해하는 요인에 대해서는 여러 각도의 심도 깊은 분석과 논의가 필요하겠으나, 이러한 이유로 현행 노인장기요양보험에서는 이용자 스스로 자발적 판단 하에 필요한 요양서비스를 계획하고 구매하도록 되어 있다[3]. 이는 이용자 스스로 방문간호보다 저렴한 방문요양이 방문간호와의 대체 가능한 서비스로 인식하여 의학적, 치료적 전문 지식을 요하는 방문간호에 대한 합리적 이용과 선택이 이루어지지 못하고 있기 때문이다[3,14]. 따라서 월 급여의 한도 내에서 방문요양, 방문목욕, 방문간호 서비스를 같이 사용함에 따라 가족의 수발 부담 감소를 위해 방문요양을 선호하는 양상을 보였다[17]. 그 이유로 방문요양만을 제공하는 공급기관은 대상자의 상태 및 의료서비스에 대한 요구를 고려하기보다 공급자의 관점에서 수익창출을 우선시함에 따라 대상자가 다양한 재가 서비스로부터 단절되고 있음을 제시하였다[12]. 또한 방문간호지서서 발급의 복잡성, 서비스 제공 시간에 따른 정액 방문수가의 낮은 수가체계로 인한 운영상의 어려움, 방문간호 홍보와 인식 부족, 방문간호사와 방문간호조무사와의 역할 미 정립은 방문간호 활성화의 장애요인으로 제시되었다[3]. 현재 방문간호조무사의 독립적인 방문간호가 시행되고 있으며, 2008년 노인장기요양 도입 직후 간호사 1인의 담당 인정자수는 79명에서 224명으로 증가 하였으나, 동 기간 간호조무사 1인이 담당하는 인정자수는 90명에서 63명으로 감소하였다[7]. 이러한 방문간호사 부족의 문제는 안정적인 방문간호서비스 공급의 장애요인이다. 따라서 노인장기요양의 궁극적 목표인 노인의 지역사회에서 건강한 삶의 영위를 위해 직접 서비스 제공인력인 간호 인력인 간호사와 간호조무사의 역할 정립과 팀 접근체계의 확립 간호사의 관리 감독 책임의 법적, 제도적 장치 마련에 따른 전문성 확보가 필수적인 선행과제이다.

〈Table 1〉 Percentage of the Total Elderly Long-term Care Insurance Recipients with Disease by Year (Unit, %)

Disease	2013	2014	2015	2016	2017
Dementia	27.1	29.2	30.2	32.7	34.8
Stroke	22.2	20.3	18.7	16.8	14.8
Dementia and Stroke	6.6	6.7	6.7	7.2	8.1
Hypertension	0.9	0.9	0.9	1.2	1.3
Diabetes	1.5	1.4	1.4	1.5	1.5
Arthritis	8.5	8.3	8.2	8.5	8.6
Back pain	9.8	10.4	11.4	12.2	12.2

통합재가급여서비스 시범사업의 추진

노인장기요양 재가 급여는 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주야간보호, 단기보호 기관으로 각각 분절적으로 되어 있어 수급자를 중심으로 포괄적인 서비스를 제공하기 어렵다는 한계점이 꾸준히 제시되어 왔다[18]. 이에 재가 급여 활성화와 “Aging in place” 실현을 위한 연속적이며 통합적인 돌봄 체계 구축을 위해 보건복지부와 국민건강보험공단은 2016년~2018년에 걸쳐 3차례의 통합재가급여시범사업을 수행하였다[19]. 1차 시범사업은 2016년 7월~12월, 2차 시범사업은 2017년 3월~9월, 3차 시범사업은 2018년 6월~12월 까지 이루어졌다. 통합재가급여 시범사업은 수요자 중심의 서비스 체계 구축, 정기적인 만성질환 관리 예방, 의료서비스 연계 시스템 구축, 효과적인 케어매니지먼트 체계 운영을 궁극적인 목표로 하였다. 통합재가급여서비스 시범사업의 핵심내용은 1일 다함수 방문의 요양서비스 제공, 방문간호사에 의한 월 2회 건강관리서비스 의무제공, 사회복지사와 간호사 협업체계에 의한 케어 플랜 작성, 건강보험공단의 모니터링 기능 강화, 월정액 수가체계 구축이었다.

통합재가급여서비스 시범사업은 재가방문간호의 역할을 기존의 간호처치의 수준에서 질병 악화 방지와 예방에 초점을 맞춘 건강관리 서비스로 확대, 의무화하였다. 건강관리서비스는 기초건강사정, 상담교육, 개인위생관리로 구분되어진다[18]. 기초건강사정의 구체적인 내용으로는 대상자의 기본 신체계측, 기초질병사정, 우울, MMSE-DS (Mini Mental State Examination-Dementia Screening)와 같은 심리, 정서적 요구 사정, 낙상위험도와 욕창위험도의 신체상태 확인이다. 상담교육은 약물관리 및 교육, 영양상태 사정, 식단관리 및 교육으로 구성된다. 약물관리 및 교육의 경우 약물의 올바른 투여와 보관, 부작용 및 약물 남용여부 확인 및 교육에 대한 내용을 포함한다. 영양상태 사정의 경우 대상자의 신장과 체중 측정, 식사재용에 대한 점검, 영양섭취 및 식욕의 변화에 대한 종합적인 사정이며, 식단관리 및 교육은 영양상태 사정결과에 근거하여 적절한 식단 구성에 대한 내용을 포함한다. 개인위생관리는 구강, 눈, 위, 코, 피부, 손, 손톱, 발, 발톱, 개인위생관리를 말하며, 인지장애 혹은 무의식 대상자의 구강 내 질병여부 확인과 구강간호를 포함하여 개인위생관리의 전반적인 건강유지를 위한 서비스를 포함한다. 통합재가급여서비스 시범사업의 간호처치 영역은[18] 기존의 방문간호 서비스 내용과 동일한 질병관리, 투석, 영양관리, 배설관리, 신체훈련 서비스로 구분되어진다. 질병관리의 경우 통증관리, 호흡기간호, 상처관리, 욕창관리를 포함하며, 배설관리는 배뇨장애, 유지도뇨관 삽입과 분리, 배변장애를 포함하며, 신체훈련의 경우 관절구축, 이동장애를 포함한다.

통합재가서비스 시범사업 결과, 대상자 만족도 증가, 효과적인 건강관리, 요양서비스의 체계화와 같은 성과를 보고하였다[19].

반면 서비스 제공기준의 제한으로 인한 맞춤형 서비스 제공에는 한계가 있었으며, 실제 현장에서는 요양보호사들이 선호하는 방문시간대에 서비스가 지속적으로 이루어져 저녁 및 심야시간대의 서비스 제공 미흡, 건강관리 제공 서비스에 대한 인식 미흡, 서비스를 담당하는 간호사의 역량에 따른 서비스 질적 수준의 차이와 같은 한계점을 제시하였다[19].

2020년 현재 통합재가급여서비스는 3차의 시범사업 후에도 본 사업화 되지 못하고 예비사업이란 명명 하에 명맥만 유지하고 있다. 이는 제도 설계 당시 방문요양, 방문간호, 방문목욕, 주야간보호, 복지용구대여가 각각의 분리 독립된 사업으로 설정되어 노인장기요양 시장 내에서 자발적으로 이를 통합하기에는 사업자가 이해관계가 충돌하여 격한 시장 저항이 따랐기 때문이다. 그러나 향후 노인의 삶의 질 향상 및 존엄한 삶과 죽음이라는 노인장기요양제도의 본질적인 목적을 달성하기 위해서는 대상자 중심의 통합 건강관리서비스 제공이 이루어져야 하며, 이를 위해 시장 교란의 문제점을 해결하고 통합재가급여서비스 사업을 조속히 본 사업화해야 할 것이다. 또한 통합재가서비스 수가 수준에 대한 합리적인 조정, 추가적인 인센티브 강화에 따른 서비스 확대의 노력과 함께 다 직종 팀워크에 따른 서비스 제공 기반 구축, 장기요양기관과 건강보험공단의 협력체계가 선행되어야 할 것이다. 이러한 통합재가급여서비스 모델 내에서 재가방문간호는 다양한 서비스를 대상자 중심에서 계획, 연계, 조정하는 사례관리자로서의 역할을 더욱 확대해 나가야 할 것이다.

재가방문간호와 오마하 시스템의 활용

오마하시스템은 대상자가 가지고 있는 다양한 요구를 통합적으로 사정, 진단할 수 있으며 환경, 심리사회적, 생리적, 건강행위 영역을 모두 포괄적으로 포함하고 있어 지역사회 중심 재가간호서비스 개발 모형으로 높은 활용도가 높다[20]. 이러한 오마하시스템은 네덜란드의 뷔르조크 방문간호에서 방문간호 서비스 제공과 이의 기록, 사례관리 등의 다양한 목적으로 활용되고 있다[21]. 뷔르조크는 온라인 오마하시스템을 구축하여 대상자의 정보에 대한 접근을 통해 팀 접근 방식을 도입하여 방문간호서비스를 안정적으로 제공할 수 있는 네트워크 체계를 구축하였으며, 축적된 빅데이터는 효율적인 방문간호 서비스 제공을 위한 근거자료로 활용하고 있다[22].

이와 달리 현행 노인장기요양보험 방문간호의 범위는 기본간호, 건강관리, 신체기능관리, 인지기능, 영양관리, 배설 관리, 질병관리 등의 7개 영역으로 한정되어 있다[21]. 또한 표준장기요양이용계획서에 제시되는 방문간호의 영역은 상당 부분 병원의 가정간호에서의 간호 처치 영역으로 국한되어 있어[21] 다양화되고 있는 대상자의 요구에 적극 대처하기에는 매우 제한적이다. 이에 오마하시스템을 도입을 통한 우리나라 재가방문간호

서비스 개발 및 확대를 위한 방향 모색이 필요하다.

Park 등[21]은 오마하시스템의 문제분류체계를 이용하여 노인 장기요양보험 재가방문간호의 수행도와 필요도 차이를 분석하였다. 분석한 결과를 살펴보면, 환경영역, 사회심리적 영역, 생리적 영역, 건강행위 영역의 4가지 영역 중 환경영역에서 수행도와 필요도의 차이가 큰 것으로 나타났다. 환경영역의 경우 수입, 이웃·직장환경 안정에서 수행도와 필요도의 차이가 크게 나타났는데, 이는 방문간호의 요구가 점차 대상자 중심 초점에서 대상자를 둘러싼 주위의 물리적, 사회적, 심리적 환경으로까지 점차적으로 확대되고 있음을 시사하고 있다. 따라서 노인장기요양보험에서 인정하는 재가방문간호의 서비스 범위가 확대되어야 하며, 현재와 같이 7종의 처치 중심이 아닌 재가 거주 노인의 통합적 건강관리 및 이와 연계된 서비스 영역까지 포괄하는 통합적 방문간호 서비스 제공 모델로 확대, 진화해 나가야 한다. 오마하시스템은 지역사회에서 대상자의 다양한 요구를 통합적으로 사정 진단할 수 있으며, 중재의 결과를 평가할 수 있는 유용한 도구로써 오마하 시스템을 방문간호에 적용한다면 질 평가, 질 향상, 대상자의 요구에 부합하는 다양한 방문간호 콘텐츠 개발에 기여할 수 있을 것이다.

일 재가방문간호센터의 방문간호서비스 제공 사례

현재 방문 당 수가제로 되어 있는 체제 내에서 재가방문간호 서비스 확대 방안을 모색하기 위해 실제로 대상자에게 어떤 간호서비스가 제공되고 있는가에 대한 실증적인 접근은 서비스 개발 및 영역 확대의 중요한 근거를 마련해 줄 수 있다. 이에 따라 방문간호사의 재가방문간호 서비스의 내용과 빈도를 파악하기 위해 일 방문간호센터에의 재가방문간호 서비스 사례를 분석하였다. 조사 대상은 S시 소재 일 방문간호센터이며, 조사기간은 2020년 6월부터 9월까지 4개월이었다. 재가방문간호 서비스 내용은 통합재가급여서비스 시범사업에서 제시한 방문간호 서비스

목록[12]과 데이컴에 기반한 방문간호사 직무규명[23]에서 제시한 방문간호활동, 그리고 오마하시스템의 중재체계에 해당하는 간호활동의 목록을 제시하고, 매월 총 4개월 동안 수행한 간호활동의 횟수를 자가 기록하게 하였다. 세 가지 유형에 따른 수행된 재가방문간호 횟수는 빈도, 백분율, 평균과 표준편차를 이용하여 분석하였다.

통합재가급여서비스 방문간호 서비스 목록에 의한 분석 결과에서 평균적으로 1개월 동안 수행된 간호활동 중 건강관리는 364회(28.6%), 간호처치 247.5회(19.4%), 신체활동지원 157회(12.3%), 개인위생관리 124.25회(9.7%), 배설관리 96.5회(7.6%), 신체훈련 92.75회(7.3%), 상담교육 67.5회(5.3%), 기타(근육 통증 관리 및 아로마 요법) 47회(3.7%), 일상생활지원 30.75회(2.4%), 영양관리 26.5회(2.1%), 인지활동지원 16.5회(1.3%), 지역사회자원 연계 4.25회(0.3%)로 나타났다.

데이컴의 직무분석 방법에 기반한 방문간호사 방문간호활동에 의한 분석 결과, 평균적으로 1개월 동안 수행된 방문간호활동 중 방문간호서비스 제공은 625.5회(49.5%), 사업소 운영관리 355.5회(28.1%), 방문간호지원업무 103.2회(8.2%), 대상자 등록 77.5회(6.1%), 방문간호 홍보 및 마케팅 29회(2.3%), 재정관리 29회(2.3%), 사례관리 16.25회(1.3%), 인사관리 11회(0.9%), 자기개발 11회(0.9%), 서비스개선활동 5.5회(0.4%)로 나타났다.

오마하시스템에 의한 중재체계에 따른 간호활동 분석 결과에서는 평균적으로 1개월 동안 수행된 4가지 범주 중 교육, 상담 774.3회(35.3%), 처치 531.8회(24.2%), 감시 284회(12.9%), 사례관리 81.3회(3.7%)의 순으로 나타났다. 중재체계에 의한 간호활동 대상의 상위 15개 영역은 재활 176.5회(8.0%), 운동 164회(7.5%), 신체적 징후 146.5회(6.7%), 대처기술 111.8회(5.1%), 검사물 수집 102.3회(4.7%), 장 간호 98.3회(4.5%), 피부간호 97회(4.4%), 해부생리 96회(4.4%), 질병 간호 86.5회(3.9%), 운동 및 이동 84.8회(3.9%), 인공항문 간호 84회(3.8%), 심장간호 79.5회(3.6%), 드레싱 교환 73.5회(3.4%), 투약준비 71.3회(3.3%) 순으

<Table 2> Top 20 of Visiting Nursing Activities according to Omaha System

(N=2,206)

Categories	n (%)	Categories	n (%)
Rehabilitation	176.5 (8.0)	Ostomy care	84.0 (3.8)
Exercise	164.8 (7.5)	Cardiac care	79.5 (3.6)
Physical sign and symptom	146.5 (6.7)	Dressing change/ Wound care	73.5 (3.4)
Coping skill	111.8 (5.1)	Medication set-up	71.3 (3.3)
Specimen collection	102.3 (4.7)	Bladder care	70.8 (3.2)
Bowel care	98.3 (4.5)	Medication/ Coordination	56.0 (2.6)
Skin care	97.0 (4.4)	Dietary management	52.0 (2.4)
Anatomy/ Physiology	96.0 (4.4)	Positioning	40.0 (1.8)
Sickness/ Injury care	86.5 (3.9)	Gait training	37.5 (1.7)
Mobility/ Transfer care	84.8 (3.9)	Nutrition care	36.5 (1.7)

로 나타났다(Table 2).

현재 노인장기요양방문간호의 범위는 기본간호, 건강관리, 신체기능관리, 인지기능, 영양관리, 배설관리, 질병관리 등의 7가지 영역에 국한되어 있다[5]. 그러나 일 방문간호센터의 방문간호활동 수행 빈도 분석 결과에 나타난 바와 같이 실제 노인장기요양 재가방문간호에서는 표준장기요양이용계획서에 제시되어 있는 치료적 간호 영역 외에 다양함 범위의 간호활동을 수행하고 있음이 확인되었다. 또한 통합재가급여서비스 활동 분석에 있어 건강관리 영역의 비율이 높게 나타난 것은 처치 중심에서 예방 서비스가 가능한 대상자의 간호요구를 증시하고 증상이 없는 대상자에게도 예방을 위한 방문간호서비스로 확대되고 있음을 시사하고 있다. 기타의 영역에서 근육통을 위한 아로마 마사지와 같은 대상자의 요구에 부합하기 위한 세부적인 재활간호 중심의 방문간호 서비스가 수행되고 있으며 이에 대한 요구가 파악되었다.

데이컴에 의한 방문간호활동 분석 결과에서는 방문간호서비스 제공 외에 사업소 운영관리, 방문간호지원 업무, 방문간호 홍보 및 마케팅, 서비스 개선 활동과 같은 방문간호센터 운영과 관련된 다양한 활동을 하고 있음을 확인할 수 있었다. 대다수의 방문간호센터는 센터장 포함 간호사 2인이라는 최소 인원으로 운영되고 있는 현 상황을 고려할 때[12], 방문간호의 안정적 공급과 질 높은 방문간호 서비스 제공을 위한 센터 운영 및 직원 관리와 같은 행정 업무에 대한 수가 청구 지원이 확대되어야 할 필요가 있다고 사료된다.

오마하 중재에 의한 방문간호활동 분석 결과에서는 교육, 상담의 비율이 높게 나타났으며 이는 통합재가급여활동 분석에서 건강관리 영역의 비중이 높은 것과 유사하였다. Hwang과 Park [24]의 노인장기요양 방문간호 현황 및 추이 분석 연구에서 제시한 바와 같이 2010년부터 지속적으로 1, 2등급의 방문간호 서비스 비율이 감소하고 있는 것과 3, 4, 5등급 비율이 증가하고 있다는 연구결과와 연관이 있는 것으로 사료된다. 또한 재활 운동 등의 수행 빈도가 높은 것으로 나타났는데, 이는 고령 노인대상자의 신체 기능 향상에 따른 대상자의 잔존 능력 향상의 요구도에 부합하여 필요한 서비스가 수행되고 있음을 확인할 수 있었다. 따라서 대상자의 건강수준과 요구도에 따라 수행 빈도가 높으며, 자주 발생하는 간호서비스에 대하여 범위를 확대하고 이에 대한 수가 보상 기준이 시급히 개발되어야 할 것이다.

방문간호 서비스 분석의 세 개 유형에서 사례관리는 필요도와 중요도에서 모두 수행 빈도가 낮게 나타나는 공통점을 보였다. 이는 사례관리 자체가 수가로 인정되지 않는 제도적 한계점 때문으로 사료되며, 향후 사례관리는 노인장기요양보험의 연속적이며 통합적인 돌봄에 대한 중요성을 감안해야 한다면 사례관리 기능과 역할은 지속적으로 개발, 강화되어야 할 것이다. 또한 Byun [1]의 방문간호에 대한 포커스 그룹 연구에서 방문간호 대상자의 대부분은 집에서 임종을 원하며, 임종 순간 방문간호사

의 방문 요구와 임종 후 장례절차를 안내하는 등의 간호 수행이 필요하다고 보고하였다. 따라서 임종을 포함한 말기 돌봄에 대한 재가방문간호 서비스 개발과 서비스 제공자의 말기 돌봄을 위한 실무능력의 함양이 요구된다.

치매 진단자의 급격한 증가를 고려하여 치매 대상자의 치매 진행 단계에 따른 개별화된 재가방문간호 콘텐츠의 개발도 요구된다. 방문간호 요구가 점차적으로 복잡, 다양화 되고 있으며, 이러한 대상자의 요구에 대한 적극적으로 대처할 수 있는 재가방문간호 서비스 개발과 이를 뒷받침할 전문적인 실무능력 향상 방안 마련이 필요하다.

결론

급속하게 증가하는 노인인구가 지역사회 내에서 여생을 마감할 때까지 인간으로서의 존엄함과 삶의 질을 유지하기 위해서는 여생의 마감까지 함께하며 찾아가는 건강관리 서비스 체계가 마련되지 않으면 이를 실현하기란 거의 불가능에 가깝다. 여기에 정부가 추진하고 있는 커뮤니티 케어와 노인장기요양 통합재가급여서비스 사업의 성공을 위한 중심에 재가방문간호가 있다. 따라서 재가방문간호의 역할 확대와 활성화는 우리 사회가 풀어야 할 중요한 보건 이슈 중 하나이다.

노인장기요양보험 제도 초기의 재가방문간호 서비스는 처치 중심의 의료기관 가정간호 서비스가 모델이 되었다. 그러나 이후 10년의 세월 동안 방문간호 서비스는 실제 가정에 있는 대상자를 직접 만나면서 대상자의 건강 요구에 따라 교육과 훈련, 상담, 재활, 그리고 사례관리가 중심이 되는 지역사회형 방문간호로 주요 서비스 내용이 진화, 발전해 왔다. 이는 본 연구에서 살펴본 오마하시스템에 따른 일 재가방문간호센터의 방문간호 서비스 분석을 통해 재확인할 수 있었다. 왜냐하면 재가방문간호는 질병관리 혹은 치료 목적의 단기적인 서비스 제공이 아니라 대상자의 삶의 여정을 함께 하면서 삶의 종점에 이르기까지 점차 거동이 불편해지고 혼자 스스로 일상생활을 영위가 제한되고 건강관리가 어려워지는 인간을 향한 토털케어서비스(total care services)이기 때문이다.

따라서 향후 노인장기요양 재가방문간호는 대상자의 임종 시점까지 장기적인 목표를 설정하고, 건강과 일상생활 그리고 존엄한 삶을 위한 인권의 영역까지 모두 아우르는 지역사회 중심 통합사례관리의 중심으로 그 역할이 거듭나야 할 것이다. 이를 위해서는 현재 표준 장기요양 이용계획서의 개선을 통해 실질적으로 대상자가 필요로 하는 종합적인 건강관리서비스를 제공할 수 있도록 교육 및 훈련, 상담 등을 포함하여 방문간호 서비스 제공 범위를 확대한다. 이에 따라 수가의 인정 범위를 확대하여야 하며, 이를 위해 치료 중심의 관점에서 벗어나 예방과 재활, 삶의 질이 유지되는 일상생활의 영위, 노인에게 보장되어야 하

는 사회적 상호작용과 인권의 보호 등 커뮤니티 케어의 정신을 실현할 수 있는 실제적인 제도 개선이 뒷받침되어야 할 것이다. 또한 현재 방문 당 통합수가로 운영되고 있는데, 여기에는 방문간호 행위 수가 외에 재료비와 사업소 운영비가 모두 포괄된 형태로 되어 있어 방문간호센터 경영의 어려움을 더욱 가중시키고 있다. 따라서 향후 의료기관 가정간호와 같이 재료비 수가 분리와 함께 사업소 운영비를 반영한 방문수가 인상이 필요하다. 아울러 본 연구를 통해 확인한 오마하시스템 중재 영역의 다양한 재가방문간호 서비스의 수가화와 일 재가방문간호센터 운영 사례에서 확인한 사례관리, 센터 운영과 같은 행정 서비스의 수가화 등이 향후 노인장기요양 재가방문간호 서비스 확대를 위한 출발점이 되어야 할 것이다.

Conflicts of Interest

The authors declared no conflict of interest.

References

1. Byun J. The lives experience of visiting nurses of home-based long-term care service center. *The Journal of the Korea Contents Association*. 2019;19(11):603-618. <https://doi.org/10.5392/JKCA.2019.19.11.603>
2. Ryu H, Arita K. Policy implications for home-visit Nursing (HVN) of the Korean long term care insurance through the implications of the Japanese HVN. *Journal of Korean Public Health Nursing*. 2015;29(2):403-411. <http://dx.doi.org/10.5932/JKPHN.2015.29.3.403>
3. Lim JY, Kim EJ, Choi KW, Lee JS, Noh WJ. Analysis of barriers and activating factors of visiting nursing in long-term care insurance. *The Journal of the Korea Contents Association*. 2012;12(8):283-299. <https://doi.org/10.5392/JKCA.2012.12.08.283>
4. Kim J, Lim JY. Development and application of cost management program for visiting nursing centers using time-driven activity-based costing. *Journal of Korean Academy Nursing*. 2019;49(5):586-600. <https://doi.org/10.4040/jkan.2019.49.5.586>
5. Long-Term Care Insurance. Long term health insurance introduction [Internet]. Wonju: Long-Term Care Insurance; 2011 [cited 2020 November 11]. Available from: <http://www.longtermcare.or.kr/npbs/>
6. Kwon MY, Lim JY, Lee YW, Kim HS. A study of nurses' perception of the visiting nursing services of long-term care insurance. *Journal of Korean Academy of Public Health Nursing*. 2010;24(1):5-18. <https://doi.org/10.5932/JKPHN.2010.24.1.005>
7. Lim JY, Kim JH, Lim JM, Park YS. Manpower acquisition strategies of long-term care; focused on nurses and nurse aides. 2020;27(1):64-81. <https://doi.org/10.22705/jkashcn.2020.27.1.64>
8. Byeon DH, Hyun HJ. Importance and performances of visiting nurse services provided under the long term care insurance system for the elderly. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*. 2013;24(3):332. <https://doi.org/10.12799/jkachn.2013.24.3.332>
9. Park Y. Operation of visiting nursing center in long-term care, paper presented at: Korean Academy Society Home Care Nursing Conference; 2020, October 29; Seoul.
10. Lee YK. Second long-term health care basic plan report. Korea Institute for Health and Affairs Report. Sejong: Korea Institute for Health and Affairs, 2017 November. Report No. : 2017-27.
11. Kwon MY, Lim JY, Lee YW, Kim HS. A study of nurses' perception of the visiting nursing services of long-term care insurance. *Journal of Korean Academy of Public Health Nursing*. 2010;24(1):5-18. <https://doi.org/10.5932/JKPHN.2010.24.1.005>
12. Lim J, Lee Y, Kang E, Lim J, Kim J, Park Y, et al. Mid-to-long-term measures to secure stable long-term care in response to demographic changes. Korea Institute for Health and Affairs Report. Sejong: Korea Institute for Health and Affairs, 2020 April. Report No. : 2019-24.
13. National Statute Information Center. Announcement on standards for providing long-term care benefits and methods of calculating benefits [Internet]. Sejong: National Statute Information Center; 2020 [cited 2020 November 11]. Available from: <https://www.law.go.kr/admRulSc.do>
14. Kim J, Kim H. Effects of home care services use by older adults on family caregiver distress. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2016;46(6):836-847. <https://doi.org/10.4040/jkan.2016.46.6.836>
15. Kim J, Lee I. The effects of visiting nursing services in long-term care insurance: a difference-in-difference analysis. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*. 2015;26(2):89-99. <https://doi.org/10.12799/jkachn.2015.26.2.89>
16. National Health Insurance Service. 2019 Long term care insurance statistical yearbook. Wonju: National Health Insurance Service; 2019. p. 358-670.
17. Lee JS, Hwang RI, Han EJ. Trends in home-visit nursing care by agencies' characteristics under the national long-term care insurance system. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*. 2014;24(3):33-44. <https://doi.org/10.12799/jkachn.2013.24.3.332>
18. Yoo AJ, Lee JS, Han EJ, Nah YG. Operation and evaluation of the first pilot project for benefits of long-term care insurance integrated assistance report. Wonju: National Health Insurance Service, 2016 November. Report No. : 2016-1-0015.
19. Yoo AJ, Lee JS, Park SY. A study on the experience of long-term care facility operators to participate in the 3rd pilot project of integrated home-service. *Korean Society of Gerontological Social Welfare*. 2020;75(2):283-304. <http://doi.org/10.21194/kjgsw.75.2.202006.283>
20. Monsen K, Melton-Meaux G, Timm J, Westra B, Kerr M,

- Raman N, et al. An empiric analysis of Omaha system targets. *Applied Clinical Informatics*. 2011;2(3):317-330. <http://doi.org/10.4338/ACI-2010-12-RA-0076>
21. Park SA, Lim JY. Performance and requirements of visiting nursing care in long-term care insurance using the OMAHA system. *Korean Academic Society of Home Health Care Nursing*. 2017;24(2):181-188. <https://doi.org/10.22705/JKASHCN.2017.24.2.181>
 22. Kreitzer MJ, Monsen KA, Nandram S, De Blok J. *Buurtzorg Nederland: a global model of social innovation, change, and whole-systems healing*. *Global Advances in Health and Medicine*. 2015;4(1):40-44. <https://doi: 10.7453/gahmj.2014.030>
 23. Lee MK. Job identification of home visiting nurses based on long-term care insurance for the elderly program [dissertation]. Seoul: Hanyang University; 2010. 93 p.
 24. Hwang RI, Pak SY. Status and trend of home health nursing for long-term care insurance beneficiaries. *Journal of East-West Nursing Research*. 2019;25(2):157-165. <https://doi.org/10.14370/jewnr.2019.25.2.157>

Expansion Strategy of Home Visit Nursing Services of Long-Term Care Insurance*

Lim, Ji Young¹⁾ · Kim, Juhang²⁾

1) Professor, Department of Nursing, Inha University

2) Assistant Professor, Department of Nursing, Far East University

Purpose: This study aimed to investigate possible ways to expand the services of home-visit nursing through a review of the progress, achievements, and obstacles of home-visit nursing; a pilot project of an integrated home-service; the application of the Omaha System; as well as a case analysis of providing home-visit nursing services. **Method:** An integrated review was conducted using various source materials, including laws, previous studies, and a case analysis. **Results:** In case analysis of providing visiting nursing service, rehabilitation nursing, end-of-life nursing, and dementia care showed high nursing needs. It was necessary that the various home visit nursing services in the intervention area of the Omaha System, administrative services, case management, and center operation activities were all included in the payment systems of long-term care insurance. **Conclusion:** In the future, home visit nursing services of long-term care insurance should be reborn in the form of a center for integrated case management in the community, which would set long-term goals until the time of a client's death and encompass the realm of human rights for health, quality of daily life, and a dignity of life.

Keywords: Home care services; Insurance; Long-term care; Nursing services

* This research was supported by Mid-career Researcher Program of Basic Research through the National Research Foundation of Korea (NRF) funded by the Ministry of Science, and ICT (No. NRF-2020RIA2C1003670).

• Address reprint requests to : Kim, Juhang

Department of Nursing, Far East University

76-32 Daehak-gil, Gamgok-myeon, Eumseong-gun, Chungbuk, Republic of Korea

Tel: 82-43-880-3240 Fax: 82-43-879-3730 E-mail: newegg79@gmail.com