

국의 커뮤니티 케어의 방문간호서비스 사례 분석*

한영란** · 양숙자*** · 함옥경**** · 이진아***** · 김서현***** · 하재영*****

I. 서 론

1. 연구의 필요성

우리나라는 노인 인구비율의 급격한 증가로 인해 2024년에는 치매환자 100만, 2026년에는 노인 인구 천만 명이상의 시대가 도래될 것으로 예측하고 있다. 2017년 노인실태조사에 따르면 노인 57.6%가 '거동이 불편해도 살던 곳에서 여생을 마치고 싶다'고 보고하여, 노인들은 아프고 불편해도 평소 살던 집에서 지내기를 원하지만 가족들은 돌봄에 대한 엄청난 부담을 느끼고, 분절적이며 부족한 재가 보건의료 및 사회서비스 등의 이유로 병원·시설에서 지내야 하는 상황이다(Ministry of Health and Welfare [MHW], 2019). 이에, 2018년 11월 보건복지부는 노인 및 장애인 등 "돌봄이 필요한 주민들이 살던 곳(가정이나 그룹홈 등)에서 거주하면서 개개인의 욕구에 맞는 서비스를 누리고 지역 사회와 함께 어울려 살아갈 수 있도록 주거, 보건의료,

요양·돌봄, 독립생활의 지원이 통합적으로 확보되는 지역주도형 사회서비스 정책"인 지역사회통합돌봄 기본계획(안)을 발표하였다(MHW, 2019). 지역사회통합돌봄, 즉 커뮤니티 케어는 1950년대 초반 이미 영국에서 등장한 단어이며, 여러 가지 형태의 장애를 갖고 있는 사람이 시설이 아니라 자신의 가정에서 살아갈 수 있게 하는데 목적을 두고, 다양한 기관(agency)에서 가정에 있는 사람에게 지원이나 서비스를 제공하는 것으로 home and community-based service라고 부르기도 하며(Lee, Sa, Han, & Park, 2019). 따라서 가정을 기반으로 한 재가지원서비스가 강화될 필요가 있다. 우리나라도 지역사회통합돌봄 기본계획 핵심추진과제로 건강과 의료 항목에서 보건소 방문건강관리, 가정간호, 노인만성질환전담 예방 및 관리 그리고 지역연계실 운영을 주요 내용으로 포함시켰으며, 이러한 계획(안)의 효과적인 실행을 위해서는 다양한 보건의료 요구를 충족하는 방문간호서비스의 필요성을 강조하였다(MHW, 2019).

* 본 연구는 보건복지부 지원으로 수행되었음.

** 동국대학교 간호학과 교수(<https://orcid.org/0000-0002-0539-0496>)

*** 이화여자대학교 간호대학 교수(<https://orcid.org/0000-0001-5014-2419>)

**** 인하대학교 간호학과 교수(교신저자 E-mail: okkyung@inha.ac.kr) (<https://orcid.org/0000-0001-9063-4020>)

***** 청주대학교 간호학과 조교수(<https://orcid.org/0000-0002-6581-8853>)

***** 군산간호대학교 간호학과 조교수(<https://orcid.org/0000-0002-5242-0408>)

***** 이화여자대학교 간호대학 연구원(<https://orcid.org/0000-0002-3053-2054>)

• Received: 9 March 2020 • Revised: 21 March 2020 • Accepted: 11 April 2020

• Address reprint requests to: Ham, Ok Kyung

Department of Nursing, Inha University

100 Inha-ro, Michuhol-gu, Incheon (22212)

Tel: 82-32-860-8211, Fax: 82-32-874-5880, E-mail: okkyung@inha.ac.kr

현재 우리나라의 지역사회에서 가정을 방문하여 제공하는 간호서비스로는 보건소 방문건강관리, 의료기관 가정간호, 장기요양 방문간호가 있으며, 이들 서비스의 제공으로 대상자의 건강행위 실천 향상, 만성질환에 대한 자가건강관리능력 향상, 합병증 위험 감소, 의료비 절감 등의 효과가 확인된 바 있다(Lee, Yang, & Woo, 2018). 이에 따라, 커뮤니티 케어의 도입은 방문간호서비스의 중요성에 대한 인식증가와 서비스 요구를 증가시킬 것으로 예상된다. 하지만, 국내 방문형 간호서비스인 보건소 방문건강관리, 의료기관 가정간호, 장기요양 방문간호는 제공 주체, 서비스 제공자 및 내용, 재원 등이 상이하며, 이들 간의 통합적인 연계체제가 미비하고, 제공자 중심에서 중복되거나 유사한 서비스를 각기 제공하고 있으며(Oh et al., 2015), 서비스 제공기관의 지역적 불균형으로 인하여 일부 지역에서는 서비스 요구가 충족되지 못하고 있는 실정이다.

이에 본 연구에서는 지역사회통합돌봄이 시작되는 시점에서 우리나라 방문형 간호서비스의 발전을 위한 시사점을 확인하고 해외 우수사례를 벤치마킹하기 위하여 커뮤니티 케어에서 선진국가로 평가받고 있는 덴마크, 스웨덴, 미국, 일본 4개국의 지역사회기반 방문간호서비스를 비교분석하였다. 덴마크와 스웨덴의 경우 일찍부터 선도적으로 커뮤니티 케어를 진행하고 있으며, 그 사업의 하나로 지역사회중심의 방문간호서비스를 정부주도로 제공하고 있고(Ministry of Health Denmark [MHD], 2017; Lee et al., 2019), 미국은 조기퇴원과 전환기 간호의 제공으로 지역사회중심의 간호서비스 제공이 활발하게 이루어지고 있으며(Stanhope & Lancaster, 2014), 일본은 다양한 형태의 커뮤니티 케어 서비스를 제공하고 있는 국가로(Japanese Visiting Nursing Foundation [JVNF], 2015) 이들 4개국의 서비스 현황분석은 지역사회통합돌봄 사업에서 방문간호서비스 모형의 개발에 도움이 될 것으로 기대된다. 이에, 본 연구에서는 덴마크, 스웨덴, 미국, 일본 4개국의 방문간호서비스 사업 배경, 보건의료제도, 주관조직, 재정, 서비스 내용, 간호사의 역할 등의 현황을 파악하고 비교분석하여 그에 따른 시사점을 제시하고자 한다.

II. 연구 방법

본 연구는 문헌고찰과 현지방문을 통해 결과를 도출한 종설 연구이다. 문헌고찰 기간은 2019년 8월 1일부터 11월 30일까지이며, 문헌고찰 시 검색단어를 해당 국가의 방문간호, 가정간호로 설정하여 DBpia, RISS, KISS, Google scholar 등 국내의 데이터베이스와 우리나라 보건복지부와 국회도서관, 해당국가 보건담당부서 등 정부 기관의 사이트를 검색하여 보고서, 저널, 기관의 게시물 등과 학회발표 자료를 수집하였다. 온라인 자료는 덴마크, 스웨덴, 미국, 일본을 중심으로 검색하였고, 오프라인 자료는 우리나라 보건복지부, 대한간호협회, 방문간호사회에 보관되어 있는 국내의 현황 보고서와 덴마크 방문기관에서 취득한 정부기관의 보고서를 참조하였다. 자료검색은 한국어와 영어로 제한하여 선택하였다.

현지방문은 사전조사를 통하여 간호·요양 통합서비스 제공이 잘 이루어지고 있는 덴마크에 2019년 10월 5박 6일간의 출장을 통하여 연구팀이 덴마크 간호협회, 코펜하겐시 보건소, 콜링 지역 방문간호센터 등을 직접 방문하여 덴마크의 보건의료제도와 방문간호서비스 현황을 파악하고 시사점을 도출하였다. 문헌고찰 시작 시점부터 연구팀이 주기적인 회의를 통하여 수집된 국내외 자료를 검토하여 추가 및 보완이 필요한 부분을 확인하여 지속적인 수정·보완이 이루어졌으며, 최종적으로 종합 및 분석하여 결과를 도출하였다. 자료의 분석들은 Lee (2012)의 분석틀을 참조하여 서비스 주관조직, 재정, 담당인력 자격, 서비스 대상 및 서비스 내용을 포함하였고, 이에 추가로 각 국가의 방문간호 사업 배경과 장기요양을 포함한 보건의료제도에 대하여 고찰하여 각 국가별로 유사점과 차이점을 비교분석하였다.

III. 연구 결과

1. 덴마크와 스웨덴의 커뮤니티 케어 방문간호 서비스 사례

덴마크와 스웨덴의 방문간호서비스 공통점과 차이점을 비교하여 <표 1>에 제시하였다.

1) 덴마크

(1) 방문간호사업 배경

덴마크는 세금으로 의료재정을 조달하고 광역(region) 및 지방정부(municipality)가 직접 서비스를

제공하는 서비스 직접제공모형 국가이다. 일차의사가 개업하여 병원과 협력하여 급성 및 복합만성질환을 갖는 모든 국민들의 의료이용에 대하여 코디네이터와 자문을 하며, 지방정부와 협력하여 예방서비스를 제공하고 노인이나 일반인이 퇴원하였을 때 재활지원까지 하여 포괄적인 재가중심의 일차의료시스템을 제대로 갖춘 유일한 국가로 평가받고 있다(Lee et al., 2019). 특히 지역사회 자원을 활용하여 의료와 사회서비스를 통합하여 제공하는 지역사회기반 체계를 구축하였다. 즉, 지역사회가 가진 자원(일차 의사, 방문간호사, 영양 보호사, 물리치료사, 가족이나 친지 등)을 동원하여 가정에 머무르고 있는 환자에게 서비스를 제공하는데 있어 퇴원 후 가정으로 돌아온 환자에 대하여 지역사회에서 개업하고 있는 1차 의사가 주치의가 되어 필요한 처방을 발행하면 방문간호사가 의료적인 처치(주사 등)를 제공하며, 방문간호사는 대상자에게 요양서비스가 필요하다고 판단하면 홈헬퍼에게 의뢰하여 요양서비스를 제공받도록 하고 있다(Lee et al., 2019).

(2) 보건의료조직 및 제도

덴마크는 복지국가로서 1984년 지역사회 통합서비스 체계구축을 위해 Skaevinge Project를 시작했으며 이것이 덴마크 장기요양서비스의 토대가 되었고, 1990년대 중반에는 의료와 사회서비스 통합을 위한 사례관리시스템을 도입하였다. 덴마크의 중앙조직인 보건부는 노인을 위한 국가적 보건의료시스템 및 장기요양을 포함한 사회서비스에 대한 전반적인 기틀을 제공하고, 건강관리, 환자 권리, 건강관리 전문가, 병원 및 약국 등에 관한 법률을 통하여 보건 분야의 지역 및 지방자치단체의 임무를 다루고 있다. 지역정부(region)는 행정개편을 통하여 14개에서 5개의 region으로 축소되었으며, 응급치료, 정신과, 일반의(general practitioner, GP) 및 전문가 민간진료(private practice)를 제공하는 의료서비스를 포함한 병원 치료를 담당한다. 지방정부(municipality)는 98개 지자체로 구성된 지방행정기관으로 장기요양 및 사회서비스를 담당하고 있다. 장기요양 및 사회서비스에는 노인돌봄 서비스, 질병예방 및 건강증진, 재활, 방문간호(가정간호), 영양원 등의 서비스가 포함된다(MHD, 2017).

(3) 방문간호서비스 주관조직 및 재정

방문간호서비스 관리주체는 지방정부(municipality)이며, 지방정부 산하에 방문기관/일차진료소(visitation/primary care)를 설치하여 돌봄이 필요한 고령자에게 서비스를 제공하고 있다. 방문간호사(visiting nurse), 가정간호사(home care nurse), 홈헬퍼가 함께 가정을 방문하여 요구사정을 실시하고 이를 토대로 케어플랜을 작성하여 방문간호기관에서 의료와 사회서비스를 통합하여 제공하고 있다. 요구사정은 다차원적으로 개인 생활의 모든 측면이 포함되며 기능적인 능력, 복지, 생활만족도, 가정환경, 의사결정 능력, 의약품 복용 내용, 재활지원, 일반의/전문의 서비스 요구 등이 포함된다(MHD, 2017).

지방정부에서 제공하는 모든 방문간호 서비스는 의사의 처방에 의하여 이루어지며, 무료로 제공된다. 서비스 비용은 세금과 중앙정부 보조금으로 충당하고 있다. 방문간호서비스는 환자의 필요에 따라 24시간 제공된다. 방문간호 이외에 예방적 방문서비스도 제공되고 있는데, 예방적 가정 방문은 65세에서 79세 사이의 취약하고 사회적으로 노출된 노인(사별 등)들은 필요할 때마다, 80세 이상의 모든 노인들에게 매년 예방적 가정 방문을 실시하고 있다. 예방적 방문서비스는 낙상, 사회적 고립, 자살, 교통사고를 줄이고, 신체 기능을 향상시키기 위하여 제공된다(MHD, 2017).

(4) 방문간호서비스 인력 및 내용

덴마크에서 활동하는 간호사 수는 인구 1,000명당 16.3명이다(Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2016). 제공인력에는 전문간호사, 간호사, 간호조무사가 있다. 전문간호사는 학위과정인 아닌 관련 분야의 교육과 훈련을 통하여 자격을 획득하여 전문 간호업무에 종사하고 있으며 완화전문간호, 급성기 전문간호, 상처 전문간호, 정신 전문간호, 당뇨 전문간호, 만성폐쇄성폐질환 전문간호, 실금 전문간호, 장루 전문간호가 있다. 방문간호사 1인당 평균 하루에 3~15가정을 방문하며, 환자별로 방문횟수 제한은 없고 환자 상태에 따라 필요한 만큼 1일 2회 이상 방문간호 제공도 가능하다. 간호조무사는 간호사와 홈헬퍼의 중간역할을 하며, 간호사 위임 하에 합병증이 없는 환자의 인슐린주사, 경구투약 등을 담당한다

(Visiting Nursing Center [VNC] Kolding, 2019).

방문간호의 주요 서비스 내용으로는 투약 및 처치, 경구, 피하/근육주사, 혈관주사, 개방상처 드레싱, 수액제 투여(nutrition), 통증관리, 분비물 관련 통증 관리, 호흡관련 통증 관리, 통증 사정 등이 있다. 덴마크에서는 방문간호 서비스 이외에 간호사가 외래진료소(nurse clinic)를 운영하며 환자 스스로 이동이 가능한 경우 외래에 내원하여 상처간호, 투약, 장루간호, 실금간호 등 필요한 간호처치를 제공받고 있다. 방문간호에는 전환기 간호(transitional care) 서비스도 포함되는데, 병원에서 퇴원하는 환자의 경우 전산시스템(information & communication technology [ICT])을 이용하여 병원이 직접 방문간호 기관에 연락한다. 반대로, 방문간호를 받다가 입원이 필요하다고 판단되면 대부분 GP를 통해 입원하지만 응급시에는 방문간호사가 역시 ICT를 이용하여 직접 병원에 입원을 의뢰하기도 한다(VNC Kolding, 2019). 다학제 간 협력을 위하여 병원, GP, 지방정부, 치료사(물리치료사, 작업치료사, 언어치료사 등), 약국 등의 협력기관과 방문간호 서비스 제공기관의 전자기록을 공유하여 의사소통하고 있으며 타 기관에서 입력한 정보를 통하여 환자상태를 파악하며, 홈헬퍼, 재활서비스 등의 다학제 간 서비스 의뢰 시에도 ICT를 활용하고 있다(VNC Kolding, 2019).

(5) 장기요양 서비스

장기요양서비스는 사회복지통합법(Consolidation Act on Social Services)의 제반 규칙에 의거하여 제공되며, 덴마크의 Long-term care 시설은 전통적인 nursing home, psychiatric nursing home, small apartment, foster home (탁로소) 등이 있다(Olejaz et al., 2012). 1987년 고령자·장애인주택법이 제정되어 요양원의 신축건설을 금지하고 재택서비스 내실화 및 다양한 노인주택 구축을 추진하여 요양원(nursing home) 병상 수는 2001년 27,600개 병상에서 2009년 9,400개 병상으로 급격히 줄었고, 대신에 보호소(sheltered housing) 같은 특별거주시설(specialized nursing home)은 증가하고 있다. 요양원에는 신체적 또는 정신적 기능이 불완전하고 특별하고 광범위한 치료가 필요한 노인들이 입소하고 있으며, 보건의료전문가가 24시간 상주한다. 요양원의 주거시설, 음식 및 개

인 경비에 대해서는 개인이 사비로 지불하는 반면, 간호 및 건강관리 서비스는 무료로 제공된다. 2015년에는 65세 이상 노인의 약 4%가 덴마크의 요양원에서 거주하였는데, 요양원 입소가 필요한 경우 대기 시간은 의뢰시점으로 부터 최대 2개월을 초과하지 않도록 제한하고 있다(MHD, 2017).

2) 스웨덴

(1) 방문간호사업 배경

스웨덴에서는 1982년 Social Service Act, 1983년 Health and Medical Services Act, 1993년 Disability Act 제정을 통하여 노인에게 의료서비스와 사회복지서비스에 대한 접근성을 보장하고 있다(Jo, 2014). 또한, 민간이든 공공 공급자이든 환자로부터 받는 가격이 동일하게 책정됨에 따라 서비스 기관 간에 질 경쟁을 유도하고 있다(Lee et al., 2019). 스웨덴은 전통적으로 의료서비스는 지역정부(county council)에서 담당하고, 사회복지서비스는 지방정부(municipality)에서 담당하는 분업화가 이루어져 왔으며(Im, 2011), 지역정부 뿐만 아니라 지방정부도 징세권이 있어 별도의 재정 확보가 가능하기 때문에 의료와 요양서비스를 따로 제공하여 왔다(Lee et al., 2019). 그러나, 지역정부(county council)와 지방정부(municipality) 간의 책임이나 비용의 전가, 서비스의 분절성, 두 조직 간의 협력의 결여, 특히 재정적 협력의 결여 등 문제가 끊이지 않았고, 의료분야에서 서비스 제공의 분절화(fragmentation)와 의료이용 과다 문제 등이 발생하여 개혁 및 시범사업 과정을 거치며 지역사회가 중심이 되는 의료와 사회복지서비스의 통합체계로 전환을 추구하였다(Choi, Im, Jung, Kim, & Lee, 2012). 이에, 대형병원은 응급의료를 전담하고, 중소병원은 외래와 요양서비스를 전문적으로 제공하게 되었고, 노인들에 대한 서비스는 지역사회로 넘기면서 1차 의료와 예방을 중시하도록 하며, 병원서비스와의 협력과 연계를 강조하였다(Lee et al., 2019).

(2) 보건의료조직 및 제도

스웨덴의 보건의료제도는 세급에 의하여 대부분 무료로 서비스를 제공하는 국민보건서비스형(National Health Service) 제도를 채택하고 있다(Choi et al.,

2012). 국가수준(national level)의 중앙정부 차원에서는 보건사회부에서 전반적인 보건의료 정책 방향 제시, 정책 결정, 법률 제정, 의료계획, 규제, 감독, 모니터링 등을 담당하고, 권역수준(regional level)인 지역정부(county Council)는 보건의료의 재정조달, 의료서비스 공급, 병원 관리 등 주민들의 의료서비스 제공에 책임을 지며, 지방수준(local level)인 지방정부(municipality)에서는 사회서비스 재정조달 및 공급에 책임이 있어 노인을 위한 돌봄서비스, 노인/장애인/정신장애자를 위한 장기요양서비스(long-term care) 등을 담당한다(Lee et al., 2019). 한편, 환자에게 제공되는 의료서비스에 대해서는 의료 남용을 방지하기 위하여 소액의 본인부담제를 실시하고 연간 환자 1인당 본인부담 상한액을 설정하고 있다. 단, 20세 미만 어린이나 청소년은 면제이며, 노인과 장애인에 대해서는 별도의 본인부담제를 실시하고 있다(Lee et al., 2019).

지역사회가 중심이 되는 의료와 사회통합서비스 제공을 위하여 2010년부터 케어플랜을 작성하도록 하고 있는데, 필요도 사정에 따라 케어플랜을 작성하고 서비스 제공 및 수혜자 건강에 대한 책임을 지는 주관 기관을 명시하도록 하여 지역정부와 지방정부 간의 협력 부재로 인하여 발생하는 문제를 보완하도록 하였다(Lee et al., 2019). 2018년부터 의료와 돌봄의 통합서비스 제공을 위한 새로운 입법(Samordnad Individuell Plan [SIP] Legistration)이 시행되어, 케어플랜 작성을 위해 구역간호사(district nurse [DN]), Medically Responsible Nurse (MAS), 홈헬퍼, 지역정부(county council)와 지방정부(municipality) 대표, 환자 가족이나 친척 등이 환자 가정을 방문하여 케어플랜을 작성하고 있다. 이때 구역간호사의 책임 하에 의료에 관한 케어플랜을 작성하고, 간호사인 MAS는 사회서비스 총괄자로서 돌봄에 대한 케어플랜을 작성하는 등 간호사는 케어 코디네이터로서의 중요한 역할을 수행하고 있다(Lee et al., 2019).

(3) 방문간호서비스 주관조직 및 재정

스웨덴에서 의료와 사회서비스의 제공조직의 분화는 이미 1950년대 이루어졌지만, 1992년 아델개혁(Ädel Reform, Care of the Elderly Reform)으로 많은 변화를 가져왔다(Jo, 2014). 노인 돌봄에 있어 중앙정부

가 주관하던 것을 개혁 이후 중앙정부는 법령을 제정하고, 필요한 경우 서비스의 가격을 설정하고, 서비스 제공자를 규정하고, 규제기구로 활동하고 있으며, 세부적인 계획, 재정조달, 자원 배분과 같은 실행에 관련되는 업무는 지역정부(county council)와 함께 지방정부(municipality)에서 책임을 지도록 하였다(Lee et al., 2019). 1992년 개혁 이후 노인 돌봄에 관한 업무의 약 90%를 지방정부(municipality)에서 책임지게 되었다(Lee et al., 2019). 스웨덴은 지역정부와 지방정부 모두 조세징수권이 있으며, 의료서비스 재정 책임은 지역정부(county council)에 있고, 노인이나 장애인들을 위한 사회서비스 재정 조달 및 서비스 제공의 책임은 지방정부(municipality)에 있다. 2017년 기준 경상의료비의 83.7% 공공에서 지출되었고, 16.3%는 민간에서 지출되었다(Ministry of Health and Welfare & Korea Institute for Health and Social Affairs, 2019). 한편, 노인들이 필요로 하는 서비스를 제대로 받을 수 있도록 보장하고, 개인의 재정적 파탄을 방지하기 위하여 중앙정부가 장기요양서비스에 대하여 개인이 지불할 수 있는 월간 최대액을 개인 소득을 기초로 하여 설정하여 개인의 재정을 보호하고 있다(Lee et al., 2019).

(4) 방문간호서비스 인력 및 내용

일차 진료소(primary health care center)에서 구역간호사에 의해 제공되고, 의료서비스는 기본적으로 일차 진료소의 GP 처방에 의해 이루어지며, 구역간호사는 요실금과 당뇨를 포함하여 제한된 범위에서 약물과 물품 처방권을 가진다. 그 외, 구역간호사는 아동 예방 건강관리, 학교 보건교사, 진료소 등의 분야에서 서비스를 제공하고, 방문간호와 함께 건강증진 및 1차 의료와 예방업무도 담당하고 있다(Lee et al., 2019). MAS는 근거법인 The Health Care Act (2017)에 의하여 업무를 실시하는 간호사로, 사회서비스 총괄, 홈헬퍼 지휘 감독, 교육, 훈련 관리 업무를 담당한다. 또한, 특별 주거, 단기 케어, 기능적 지원, 일상생활 지원과 함께 대상자에게 지원되는 서비스의 질을 점검하는 역할과 사례관리자 역할을 수행한다. 스웨덴에서는 전국적으로 표준화된 서비스 품질관리 제도가 아직 충분히 갖추어져 있지 않기 때문에, MAS가 일상적 품질관

리의 역할도 함께 수행하고 있으며(Jo, 2014), 필요시 의사에게 지원을 요청할 책임도 있다. 구역간호사는 석사학위를 소지한 전문간호사이고, MAS는 경력간호사이거나 구역간호사 자격을 가지고 있다. 스웨덴은 주치의 제도가 없고, GP는 일차 진료소에 고용되어 있기에, 의사 선택권은 제한된다.

Ädel 개혁 이후 주사, 간단한 상처 치료나 시술 등의 의료서비스를 지방정부(municipality) 주도하에 가정간호(home nursing care) 기관에서 제공할 수 있게 되었다. 개인이 의료와 사회서비스 지원을 동시에 받을 필요가 있을 때, 건강 및 의료법(Health and Medical Care Act)에 따라 지방정부와 지역정부가 함께 케어플랜을 작성하도록 하고 있다(Lee et al., 2019). 지방정부(municipality)에서는 구역간호사가 고령자의 돌봄에 책임을 지고 있으며, MAS는 지방정부의 Operation of Healthcare 조직의 장으로서 기능을 수행하고 있다. 스웨덴 역시 방문간호사에 의하여 24시간 서비스를 제공하고 있으며, 하루에 7회까지 방문 가능하고, 경우에 따라 7회 이상도 방문이 가능하다(Lee et al., 2019). 만약 가옥의 구조 때문에 가정간호 제공이 어렵다고 판단되면, 이에 대한 대안으로서 최후에 시설입소를 고려한다. 마찬가지로, 스웨덴에서도 예방적 방문건강관리를 실시하고 있는데, 지역별로 차이가 있지만 스톡홀름에서는 75세 이상 노인 대상으로 예방적 방문간호를 실시하고 있다(Lee et al., 2019).

(5) 장기요양 서비스

스웨덴의 장기요양서비스 중 공식적인 돌봄서비스로는 시설입소, 재가보호, 가정간호가 있으며, 그밖에 데이케어, 식사보조, 개인안전 경보(personal safety alarms), 주택개조, 이동서비스 등을 제공하고 있다(Lee et al., 2019). 스웨덴에서 1975년에는 80세 이상 노인들의 30%가 시설에 입소해 있었으나, 점차 지역사회 돌봄이 강조되면서 2007년에는 시설입소가 16%로 감소되었다(Lee et al., 2019). Semi-institutional care는 단기간 시설에 머물면서 돌봄을 제공받는 서비스로, 재활서비스를 제공하는 시설로 퇴원하여 잠시 머무르는 서비스가 있으며, 안심주택(safety residents)은 가정에서의 돌봄이 안전하지 않

고 시설에 입소하기에는 건강한 사람들에게 대안적 주거지로 제공되는데, 24시간 직원이 상주하고 공동으로 사용 가능한 라운지가 있어 함께 식사를 할 수 있다. 그 외에, 장기요양서비스의 일환으로 24시간 전화 핫라인 서비스를 지역정부(county)에서 제공하는데, 간호사가 근무하며 건강과 보건의료에 대한 정보 및 조언, 그 외 기타 필요한 정보를 제공하고 있다(Lee et al., 2019).

3) 덴마크와 스웨덴의 유사점과 차이점

북유럽 국가인 덴마크와 스웨덴은 모두 복지국가로 세금을 이용하여 수혜자 중심의 의료와 요양, 방문간호(가정간호)서비스를 통합하여 제공하고 있으며, 대상자 편의를 위하여 24시간 방문간호 서비스를 제공하고 있다. 또한 두 나라 모두 보건의료서비스 제공에 있어 중앙정부, 지역정부(region), 지방정부(municipality)의 역할이 명확하게 구분되며, 장기요양 서비스는 지방정부 중심으로 제공되고 있었다. 동일하게 세금으로 운영되고 있지만 덴마크에서는 모든 보건의료서비스가 무료로 제공되고, 스웨덴의 소액의 본인부담을 받고 있다.

한편, 방문간호는 두 국가 모두 간호사의 포괄사정에 근거하여 케어플랜을 작성하여 제공하는 등, 간호사가 케어 코디네이터 또는 사례관리자 역할을 수행하고 있으며, 필요에 따라 고난이도의 간호서비스 제공을 위하여 전문간호사를 활용하고 있다. 한편 덴마크는 ICT를 적극 활용하여 서비스 제공 기관간 의사소통과 처방 및 의뢰에 활용하고 있었고, 스웨덴은 MAS 간호사 제도를 통하여 사회서비스 총괄, 홈헬퍼 지휘 감독, 교육 및 서비스 질관리에 활용하고 있었다.

2. 미국과 일본의 커뮤니티 케어 방문간호서비스 사례

미국과 일본의 방문간호서비스 공통점과 차이점을 비교하여 <표 2>에 제시하였다.

1) 미국

(1) 방문간호사업 배경

미국에서 방문간호(home health service)는 1965년 메디케어(Medicare) 제도가 도입되었을 때 주요 서비스로 포함되어 초기에는 65세 이상 노인의 간헐적,

단기 방문서비스와 일시적인 입원 서비스만 제공되었다 (Stanhope & Lancaster, 2014). 1980년 이후에는 메디케어 환자들에게 적용하는 포괄수가제(diagnosis related group [DRG]) 지불제도의 확대보급으로 사보험 중심의 가정건강관리사업(private agency)으로 발전하여, 주로 저소득층과 노인환자를 대상으로 간호, 물리치료, 언어치료, 작업치료, 영양치료, 영양지도, 가정봉사, 사회사업 등의 서비스를 제공하던 미국의 가정간호사업은 병원에서 조기 퇴원시킨 환자관리를 위하여 활성화되었다(Sung et al., 2010).

서비스 제공절차는 메디케어 인증된 기관에 대상자가 방문간호에 등록하면 케어플랜을 작성하고 의사의 서명을 받아서 서비스를 제공한다. 메디케어 도입 이후 30년간 메디케어에서 인증된 방문간호 기관은 급속히 증가하였고, 그 결과 병원 입원일수는 감소하였으나, 방문간호 비용을 감소시키기 위하여 1997년에 Balanced Budget Act를 도입하여 서비스 수혜자별 방문횟수를 제한함으로써 방문간호 비용을 감소시키기 위한 제도를 실시하였다(Stanhope & Lancaster, 2014). 현재 미국은 독립형 가정간호사업소를 중심으로 가정간호사업을 활발하게 운영하고 있다(Sung et al., 2010).

(2) 보건의료조직 및 제도

미국은 자유방임형 보건의료체계를 갖는 나라로 국민 대부분은 사보험을 통하여 의료를 이용하고 국가에서는 노인, 장애인, 저소득층 등 일부 계층을 대상으로 메디케어/메디케이드 등 프로그램을 운영하고 있다. 미국은 민간 위주의 의료전달체계를 가지고 있어 의료의 공공성보다는 시장성이 강조되는 국가로 인식되지만 지난 100년 동안 미국에서도 공공의료를 확대하기 위한 노력을 지속적으로 기울여 왔다. 그럼에도 불구하고, 2015년 미국 인구 중 2,800만 명이 건강보험이 없었는데, 이는 선진국 중 유일하게 보편적 의료보장을 실시하지 않고 있기 때문이다. 이에, 2010년 「환자보호 및 건강보험료 적정 부담법(Patient Protection and Affordable Care Act [PPACA])」을 입안하여 무보험자 숫자를 대폭 줄이고자 노력하였는데, 4,900만 명에 육박하던 무보험자의 상당수가 보험 혜택을 받게 되었으나, 아직도 많은 수의 미국인들이 무보험자로 남아 있다(Yeo, Lee, Park, & Lee, 2018). 미국의 의료

보장은 민간보험을 주축으로 이루어져 있으며, 우리나라 유럽과는 달리 전 국민을 대상으로 하는 공적의료 보장제도를 갖추고 있지 않으며, 1935년 사회보장법(Social Security Act)에 의해 의료보장을 제외한 사회연금제도만 도입되었다. 1965년 노인대상의 공적의료 보장제도라는 명목 하에 메디케어 제도가 법제화되어, 65세 이상 노인과 장애인 등 근로 능력이 없는 계층에 한정적으로 적용하였으며, 이때 일정 소득 이하의 빈곤층을 대상으로 하는 메디케이드도 함께 도입되었다(Stanhope & Lancaster, 2014).

(3) 방문간호서비스 주관조직 및 재정

재가서비스는 home health care 서비스를 전담으로 제공하는 가정건강센터(home health agency)에서 제공하며, 연방정부·주정부의 공공 비영리법인, 종교법인, 또는 사기업, 영리법인, 영리병원 형태로 설립 가능하다. 미국의 50개 주(州), 워싱턴 DC, 자치령을 포함한 미국 전역에 약 11,385의 가정건강센터가 운영되고 있다(Lee, 2019). Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)는 정부와 협력하여 메디케어 프로그램의 행정업무를 담당하고 있는 조직으로, 국가 전체의 서비스 제공기관을 대상으로 국가 서비스 제공기관 관리시스템(National Provider System [NPS])을 구축하기 시작하였고, 건강관련 서비스 제공자들에 대한 정보를 수집, 축적, 관리하고 있다(CMS, 2019). 미국의 국민의료비 지출은 2018년 국내총생산(GDP) 대비 약 15%로 OECD 국가 중 1위를 차지하였다. 그 중 메디케어 지출액은 USD 7,310억 달러로 이 중에서 거의 50%는 시설입소 서비스가 아닌 재가돌봄서비스에 지출되고 있으며 의료급여 지출에서 재가돌봄서비스가 차지하는 비중은 지속적으로 증가하고 있다. 메디케어 재정프로그램은 연방정부 재정이 주된 원천이며 여기에 주정부의 재정이 일정 수준 대응되도록 설계되어 있고, 대체로 전체 메디케어 지출의 약 1/4 미만을 주정부가 지출하고 있다(Yeo et al., 2018).

(4) 방문간호서비스 인력 및 내용

홈케어에 참여하는 간호사에게 학사학위는 최소한의 자격으로 사례관리자, 케어 코디네이터, 교육, 옹호, 행정, 감독, 질 향상 활동 등의 역할을 수행한다. 학사학

위 간호사는 generalist로서의 기능을 하며 skilled nursing 제공과 care coordination을 할 수 있고, 석사학위를 가진 간호사는 임상전문가, 전문간호사, 연구자, 행정가, 교육자의 역할 수행하며, 전문간호사(nurse practitioner)는 허약노인과 가정에 있는 환자를 대상으로 일차진료를 제공한다. 미국에서 home health 서비스가 계속 확장되고 있기 때문에 임상전문간호사(specialized nurse clinician) 수요는 계속 증가할 것으로 예측된다(Stanhope & Lancaster, 2014). Home health care 서비스 급여항목으로는 전문간호, 재활치료, 돌봄서비스, 사회복지상담 서비스, 보장구 지원이 있고, 비급여 성격의 이동지원, 24시간 돌봄, 도시락 지원, 가사 지원 등의 서비스가 있다. 그러나, 지역사회 가정건강센터에 따라 제공되는 급여 및 비급여 서비스 항목은 지역마다 다르게 운영된다(Lee, 2019). 미국 home health care의 전문간호 서비스 내용으로는 치료계획의 관리 및 평가, 환자/환자보호자/간병인 교육 및 훈련, 주사제를 포함한 약물 관리, 튜브 교체, 흡인, 카테터 세척 및 교체, 욕창을 포함한 상처 치료, 인공항문관리, 재활간호, 정맥천자 등의 서비스를 제공하며 계약직 의사를 고용하거나 컨설턴트 의사와 계약하여 간호서비스를 제공하고 있다(CMS, 2019). 환자에게 제공되는 서비스 기간은 환자당 60일을 기본으로 하고, 이 기간 안에 방문서비스 제공 및 의료기기 대여가 이루어진다. 다만, 환자의 상황과 의사의 판단에 따라 치료 기간 연장이 가능하고, 전문간호와 돌봄서비스를 동시에 받을 경우 두 서비스 합이 하루 8시간, 주 28시간 이하로 제한되고 있다(Lee, 2019).

(5) 장기요양 서비스

미국의 경우 사회복지서비스에 대한 국가정책의 실행이 유럽의 주요 선진국과 비교하여 상당히 늦은 편으로, 20세기 초반까지도 사회복지서비스에 대한 연방정부의 책임은 거의 전무하다고 할 수 있었다. 미국에서 사회복지서비스 영역에서 공공부문의 직접 재정지원이 큰폭으로 확대되기 시작한 것은 1960년 '빈곤과의 전쟁(War on Poverty)'을 선포한 이후로, 이 시기부터 연방정부의 재정지원이 확대되기 시작했다(Kim, 2011). 미국의 메디케어 home health care는 다수의 환자와 보호자가 병원이나 시설보다 자택을 선호하기에 저렴한 비용

으로 의료기관과 유사한 의료서비스를 제공받아, 단기적으로 질병이나 부상의 치료를 받고 장기적으로 최상의 건강상태를 유지하는데 제도의 목적을 두고 있다. 서비스 대상자는 메디케어 수급자이며 자택에 머무는 시간이 길고 의사의 승인을 받은 후 치료계획에 따라 주기적으로 관리를 받는 자에게 서비스가 제공되고 있다(Lee, 2019). 돌봄서비스에는 화장실 이용, 머리손질, 구강위생, 식사, 보행보조 등 돌봄과 간단한 옷 갈아입기, 전문간호사 없이 수행할 수 있는 간단한 약물 복용 보조, 전문치료사 없이 수행할 수 있는 일상생활 훈련 보조 등이 해당된다. 그 외, 사회복지 상담서비스와 보장구, 치료재료, 의료기기 지원 서비스가 제공된다(CMS, 2019).

2) 일본

(1) 방문간호사업 배경

일본에서는 1900년대 전후에 시작된 파출간호가 방문간호서비스의 기원이라고 할 수 있으며(Jung, 2019), 1920년대 적십자와 St. Luke's 국제 병원을 주체로 재난 피해자를 대상으로 지원하는 의료기관 중심 가정간호서비스를 제공하였다(JVNF, 2015). 1982년에 노인을 위한 보건과 의료서비스법(노인보건법)이 제정되었고(JVNF, 2015), 1991년 10월 개정된 노인보건법에 의해 노인방문간호제도가 새롭게 창설되었다(Jang, 2009). 1992년 4월부터 가정 내의 외상상태에 있는 고령자를 대상으로, 지역의 노인방문간호스테이션에 소속된 간호사가 주치의사의 지시에 따라 가정을 방문하여 서비스를 제공하는 개호 중심의 방문간호서비스가 시작되었고(Jung, 2019), 2000년 개호보험법 제정으로 방문간호스테이션이 명문화되었다(Sung et al., 2010). 2011년 제3차 개호보험법 개정으로 지역포괄케어사업이 추진되어 24시간 대응의 정기 순회 임시대응서비스와 복합형서비스 창설, 개호예방 및 일상생활 지원 종합사업 창설 등 의료·개호 연계를 강화하였다(Kim, 2018).

(2) 보건의료조직 및 제도

일본의 보건의료제도는 사회보험 방식에 의한 재원 조달, 행위별수가제와 보험수가에 대한 정부의 통제, 민간 위주의 의료자원 등 우리나라와 유사한 특징을 지니

고 있다(Kim, 2018). 일본의 후기고령자 의료보험제도는 75세 이상 후기고령자와 특정 장애를 가지고 있는 65세 이상 75세 미만의 전기고령자를 동일한 건강보험제도에 가입시킴으로써 계속해서 증가하고 있는 의료급부의 억제를 보다 효율적으로 수행하기 위해 2008년 4월부터 실시되었다. 후기고령자 의료보험제도는 후기고령자 의료광역연합이라는 단체를 중심으로 운영된다. 이 광역연합은 일본의 행정구역인 47개 시도부현별로 하나씩 설치되어 있으며 여기에는 보다 작은 행정구역인 시·구·읍·면이 가입하고 있다. 시·구·읍·면은 보험료의 징수 및 청구업무, 광역연합은 피보험자의 자격관리 및 보험료 부과 그리고 의료비 급부 등 재정운동을 담당하고 재정에 대한 책임을 진다(Kim, 2018).

(3) 방문간호서비스 주관조직 및 재정

일본의 방문간호는 방문간호스테이션이나 병원, 진료소 등의 의료기관에서 간호사, 보건사 등 간호직이 방문간호서비스를 제공하고 있다(Jung, 2019). 일본의 방문간호서비스는 병원법인(39.3%), 사업법인(26.9%), 사회복지법인(7.4%), 통합 협회/일반 통합재단(5.6%), 의료협회(5.1%) 및 간호협회(2.7%)에서 설립된 기관을 통해 제공되고 있다(Jung, 2019). 지역포괄지원센터와 함께 지역밀착형 서비스가 제공됨에 따라 24시간 대응할 수 있는 기능강화형 방문간호스테이션, 낮 병동을 보유하고 요양간호서비스를 제공하는 간호소규모다 기능형 거택개호 등 다양한 형태의 서비스가 제공되고 있다(Jung, 2019). 방문간호스테이션에는 평균 6명의 직원이 근무하며, 간호사가 근무인력의 80%를 차지하고, 보건사, 준간호사 및 조산사가 근무하며, 물리치료사 또는 작업 치료사가 근무하는 경우도 있다(JVNF, 2015). 방문간호스테이션은 평균적으로 67명의 대상자를 간호하는데 대상자는 5-6회/월의 빈도로 간호서비스를 제공받은 것으로 나타났다(JVNF, 2015). 방문간호스테이션의 책임자는 간호사로, 방문간호스테이션 관리, 대상자 모집, 효율적인 간호 인력 수급과 기타 지역사회 자원 조정 등의 역할을 수행한다(JVNF, 2015).

일본의 방문간호서비스는 의료보험과 개호보험 모두 관련되는 서비스로 의료보험재정, 개호보험재정, 세금, 기부금, 보험료 등으로 운영된다(Jung, 2019). 서비

스 비용은 보험으로 70-90%를 충당하고, 그 외는 본인부담금으로 지불되고 있다(Japanese Ministry of Health, Labour and Welfare [JMHLW], 2011). 75세 이상은 방문간호서비스 비용의 90%, 초등학생, 70-74세는 방문간호서비스 비용의 80%, 중학생부터 69세, 과세소득이 평균소득보다 높은 경우는 방문간호서비스 비용의 70%를 보험에서 지불하고 있다(JMHLW, 2011).

(4) 방문간호서비스 인력 및 내용

일본에서 방문간호서비스는 방문간호스테이션이나 병원, 진료소 등의 의료기관에서 근무하는 간호사, 보건사, 준간호사 등 간호직이 방문하여 제공하는 것이 일반적이다(Sung et al., 2010). 방문간호스테이션에 근무하는 보건사, 조산사, 간호사 등 면허소지자는 면허 취득 후 실무 경험 5년 이상인 자로 3년 이상 재가 돌봄영역의 간호실무 경험이 있는 자 또는 의료처치 및 관리가 필요한 요양대상자의 방문간호를 5회 이상 담당 한 경험이 있는 자로 제한한다. 일본의 방문간호 인정 간호사는 6개월 간의 교육과정을 이수하도록 하고 있으며, 전문가를 초빙하여 지역·재가서비스 관련 강의를 제공하는 한편, 관련 분야 전문간호사의 책임 하에 교육 및 최신 의료기기 등을 활용한 재가 실습지도를 시행하고 있다(Korean Research Institute for Nursing Policy, 2006). 이와 함께, 고도의 전문적 지식 및 기능의 향상을 도모하기 위한 간호사 연수제도도 시행 중이다(Jung, 2019). 방문간호에서 제공되는 주요 서비스로는 요양(신체 청결, 세발, 입욕보조, 식사/배설 보조·지도, 욕창 예방 지도 등), 의사의 지시에 따른 의료처치, 병세의 관찰(혈압, 체온, 맥박 등 확인), 의료기기 관리(인공호흡기 등), 재활훈련, 개호예방, 의사결정 지원 등이 있다. 한편, 일본에서는 초고령사회에 맞는 재택의료추진하기 위해 대상자의 상태에 따라, 간호사가 '특정행위(일정한 진료 보조)'를 실시하도록 하고 있는데, 특정행위는 간호사가 절차서에 따라 수행하는 행위로 이해력, 사고력, 판단력, 그리고 고도의 전문지식 및 기능이 필요한 38개의 행위를 말한다. 여기에는 호흡기 관리(경구용 기관 튜브 또는 경비용 기관 튜브 위치 조정), 인공호흡요법(침습적 양압환기 설정 변경 등), 순환기 관리(일시적 페이스메이커 조작 및 관리

등), 심낭 및 흉강 드레인 관리, 방광루 카테터 교환, 중심 정맥 카테터 관리, 상처 관리(괴사조직 제거 등), 동맥혈액가스 분석(동맥천자), 투석관리 등이 해당된다 (Jung, 2019).

일본에서는 전환기 간호를 위하여 병원 간호사가 지역포괄지원센터에 전화로 연락하는 수준에서 전환기 간호가 제공되며, 일부 지역에서는 의료·간호를 제공하는 기관들이 정기적으로 정보를 공유하며 연계 및 의뢰서

비스를 제공하는 경우도 있다(Lee et al., 2019). 지역포괄지원센터는 시정촌이나 시정촌에서 위탁을 받은 법인에서 운영하는 기관으로, 대상자가 30분 내 접근할 수 있는 거리에 보건사, 사회복지사, 주임, 간호지원 전문원 등을 1명씩 배치하여 서비스를 제공하고 있으며, 지역 내 의사, 케어매니저, 간호사, 재활치료사, 치과의사, 치위생사, 약사, 영양사 등 다양한 전문가와 협업을 통하여 의료와 사회서비스를 통합적으로 제공하고 있다

Table 1. Comparison of Community Care Home Visiting Nursing Care Services in Denmark and Sweden

Categories	Denmark	Sweden
Applicable act	<ul style="list-style-type: none"> Long-term care services: Social Service Act(2005) Consolidation Act on Social Services(2013) 	<ul style="list-style-type: none"> Social Service Act(1982) Health and Medical Services Act(1983) Disability Act(1993)
Operating body	Visitation primary care under the municipality	Although the municipality collaborates with the County Council, 90% of elderly care is responsible for the municipality
Finance	<ul style="list-style-type: none"> Tax collection by local governments + repayment of subsidies(block grant) by the central government 	<ul style="list-style-type: none"> Local government taxes, central government taxes, grants, etc.
Service provider	<ul style="list-style-type: none"> Specialist nurse, nurse, nurse assistants Working at visitation/primary care center 	<ul style="list-style-type: none"> District Nurse(working at the Primary Health Care Center) MAS(Medically responsible nurse) (The head of the Operation of Health Care Department in the municipality)
Roles and tasks	<ul style="list-style-type: none"> Case management Patient assessment and a care plan transitional care Service(direct nursing care) provider 	<ul style="list-style-type: none"> Case management Comprehensive assessment and care plan Service(direct nursing care) provider
Services contents	<ul style="list-style-type: none"> Service contents on visits - Injection and other nursing practices Preventive home visits (PVHs) : Annual visits to socially vulnerable senior citizens aged 65 to 79 and those aged 80 or older 	<ul style="list-style-type: none"> - Regular visit service provided under the supervision of a doctor * Prescribe drugs/supplies in a limited range (urinary incontinence, diabetes) - Care for certain health problems(diabetes, urinary incontinence, heart failure, asthma, infection) - Palliative care Preventive home visits (PVHs)
Service linkage system	Integrated operation of health care and social services under the municipality	The county and municipality set up a care plan together to connect and integrate medical and social services
Nurse personnel (qualifications, education, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> Nurse, specialist nurse, nurse aide (e.g., In Kolding: 20 nurses, 5 specialist nurses, 10 nurse aide) A variety of specialist nurses - Palliation, Acute-special efforts - Wound, Psychiatry, Diabetes - Chronic obstructive pulmonary disease - Continence, Stoma 	<ul style="list-style-type: none"> District nurse - Specialist nurse - A master's degree holder with 75 credits MAS - Registered nurse(requires some experience) or district nurse

(Im, 2018).

(5) 장기요양 서비스

일본은 지난 2000년도에 장기요양보험제도(개호보험)를 도입하여 시행하고 있으며, 그동안 2005년도에 1차적으로 전반적인 제도개혁, 2012년도에 2차적으로

부분적인 제도개선을 실시하였다. 일본 장기요양보험제도의 가입대상자는 40세 이상의 건강보험가입자로, 이 중에서 65세 이상 고령자는 제 1호 피보험자, 40~64세 이하의 제2호 피보험자로 구분하고 있는데, 재원확보를 위해서 제2호 피보험자의 연령 기준을 현행 40세에서 하향 조정하는 방안이 거론되고 있다. 그동안 제

Table 2. Comparison of Community Care Home Visiting Nursing Care Services in the United States and Japan

Categories	United States	Japan
Healthcare system	laissez-faire	social insurance
Applicable act	<ul style="list-style-type: none"> • Social Security Act(1965) • Balanced Budget Act(1997) 	<ul style="list-style-type: none"> • Long-Term Care Insurance Act(2006) • Social Security Reform Program Act(2013) • Comprehensive Securement of Medical and Long-term Care Promotion Act(2014)
Operating body	<ul style="list-style-type: none"> • Public non-profit corporations • Religious corporations/private enterprise • For-profit corporation and for-profit hospital (possible) 	<ul style="list-style-type: none"> • Municipality, medical institutions, home-based long-term care support hospitals, visiting nursing stations (corporations level)
Finance	<ul style="list-style-type: none"> • Medicare, Medicaid, taxes (federal governments, the central government), subsidies, private insurance, self-payment, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tax : 65 years or older • Long-term care insurance - 40-64 years old • Medical insurance, self-payment etc.
Service provider	<ul style="list-style-type: none"> • Nurse, Nurse practitioner, clinical nurse specialist 	<ul style="list-style-type: none"> • Public health practitioner, midwife, nurse • Associate nurse (with 2-year degree) • Nursing manager
Roles and tasks	<ul style="list-style-type: none"> • Case management or care coordinator • Direct nursing care • Management and evaluation of care plan • Transitional care 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprehensive assessment and make a care plan • Service (direct nursing care) provider
Services contents	<ul style="list-style-type: none"> - Education/training: patient, and caregiver - Medication management: IV, IM, subcutaneous, PO - Tube management: nasogastric, enterostomy, change and suction - Catheter change: urethral - Wound care: burn, pressure ulcers - colostomy care 	<ul style="list-style-type: none"> - Medical treatment - ADL, hygiene, meals, preventing ulcers - Physical assessment: vital sign, etc. - Medical equipment management: home oxygen therapy, mobile ventilator, etc. - Hospice care, Rehabilitation - Consultation, Disease prevention
Service linkage system	<ul style="list-style-type: none"> • Service link depends on the case manager's ability. • Most visiting nursing institutions provide all nursing, social, living support services, and hire part-time or consultant doctors 	<ul style="list-style-type: none"> • Support for the connection of multiple jobs (doctors, pharmacists, physical therapists, social workers, etc.) with the focus of the regional comprehensive support centers
Nurse personnel (qualifications, education, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • (Bachelor's degree) minimum qualification • (Master's degree) clinical nurse specialist(CNS), nurse practitioner, researcher, educator, and administrator 	<ul style="list-style-type: none"> • Public health practitioner: additional 1-year training course at the training institution • Nurses with professional education: palliative care for cancer patients, pressure ulcer care, colostomy care, artificial bladder care, etc.

도도입 이후 재정지출의 증가에 대처하기 위해 5년간의 실적을 토대로 2006년도부터 급여의 효율성 제고 등을 중심으로 1차 제도개혁을 시행하고, 2012년도부터 상대적으로 1인당 급여지출액이 적은 재가서비스 체계의 강화 등을 중심으로 한 2차 제도개혁을 단행하였다(Sunwoo, 2013).

일본의 장기요양시설 급여에는 우리나라의 노인요양 시설에 해당하는 개호노인복지시설(특별양호 노인홈) 이외에 개호노인 보건시설과 개호요양형 의료시설(우리나라의 요양병원 해당)도 포함되어 있는데, 개호요양형 의료시설은 지속적으로 개호노인 복지시설이나, 개호노인 보건시설, 또는 건강보험 적용의 요양형 의료시설로 전환을 유도하고 있다. 이는 개호요양형 의료시설에 의료적 치료가 그다지 필요하지 않은 사회적 입원자가 대부분을 차지하고 있다는 분석에 따라 취해진 조치로 2012년 폐지할 예정이었으나 연기되었다(Sunwoo, 2013).

3) 미국과 일본의 유사점과 차이점

미국은 자유방임형 보건의료제도를 채택하고 일본은 사회보험을 운영하고 있는 나라이지만 두 국가 모두 민간 중심의 보건의료서비스가 발달한 나라들로 서비스 제공에 있어 분절화(fragmentation) 경향이 있다. 또한, 두 국가 모두 재가서비스 제공기관 유형이 다양하여 병원법인, 영리법인, 종교법인, 협회 등 다양한 기관에서 서비스를 제공하고 있기에 지역별로 서비스 내용에 차이가 있다. 미국에서는 전문간호사가 일차진료를 포함한 다양한 전문간호 서비스를 제공하고 있으며, 가정간호사업소에서 계약직 의사를 고용하거나 컨설턴트 의사와 계약 하에 간호서비스를 제공하고 있다. 일본은 전문간호사 제도가 활성화 되어 있지는 않으나 재택의료 추진에 있어 간호사가 인공호흡요법, 중심 정맥 카테터 관리, 동맥혈액가스 분석 등 38개의 '특정행위(일정한 진료 보조)'를 실시할 수 있도록 제도화 하였다. 또한, 일본에서는 대상자가 30분 이내 접근할 수 있는 거리에 지역포괄센터를 설치하여 전환간호 서비스를 포함한 다양한 의료와 사회서비스를 통합적으로 제공하고 있다.

IV. 논 의

본 연구에서는 해외 선진국의 장기요양제도와 방문간호 서비스 현황파악을 통해 시사점을 확인하기 위해 덴마크, 스웨덴, 미국, 일본의 관련 제도와 서비스 운영 현황 및 주관조직을 비교분석 하였다. 분석 결과 이들 국가에서는 수혜자 중심의 의료/요양 통합서비스와 방문간호서비스를 제공하고 있는데, 의료와 사회서비스를 통합적으로 제공하기 위해 대상자의 가정을 간호사와 홈헬퍼가 함께 방문하여 포괄적 사정을 실시하여 케어 플랜을 작성하고, 각각의 역할을 분담하여 서비스를 제공하고 간호사가 이에 대한 모니터링을 실시하거나, 사회서비스가 요구되는 경우 서비스 통합창구에 연계하는 등 필요한 의료와 사회서비스를 통합적으로 제공하고 있었다(MHD, 2017; Lee et al., 2019). 한편, 간호사는 사례관리자 또는 케어코디네이터 역할을 수행하여 대상자의 요구를 충족시키고 불필요한 의료서비스 이용 감소에도 기여하고 있다(Jo, 2014; Stanhope & Lancaster, 2014; MHD, 2017). 또한, 덴마크, 스웨덴, 미국, 일본에서는 대상자 중심의 서비스 제공을 위하여 24시간 방문간호 서비스를 제공하는 등의 노력으로 언제든지 어디에서든지 필요한 서비스를 이용할 수 있도록 24시간 hot line 또는 서비스 제공 체계를 구축하여 운영하고 있었다(MHD, 2017; Kim, 2018; CMS, 2019; Lee et al., 2019). 앞으로 우리나라에서도 지역사회통합돌봄 사업을 실시함에 있어 간호사의 사례관리와 케어 코디네이터 역할을 강화하여 대상자에게 의료, 요양 및 복지가 통합된 서비스를 제공하는 한편(Han, 2019), 대상자의 중심의 서비스 제공을 위하여 24시간 서비스 제공체계를 구축할 필요가 있을 것이다.

분석에 포함된 4개국 모두 전문간호사를 활용하고 있었는데(일본의 경우 전문간호에 해당하는 특정행위 실시), 전문간호사가 고난이도의 간호서비스를 제공하여 서비스 질과 전문성을 확보하여, 환자 만족도를 향상시키며, 건강결과 향상에도 기여하고 있다. 뿐만 아니라 제공자의 전문성과 서비스의 난이도에 따라 구분된 간호인력의 역할 및 업무는 인력의 효율적 활용 측면에서 매우 의의가 있다고 할 수 있다. 현재 우리나라의 장기요양 방문간호에서는 서비스 난이도와 상관없이 간호사와 간호조무사가 동일한 간호서비스를 제공하고 있는

실정으로, 간호 제공자의 전문성과 서비스의 난이도에 따라 역할과 업무를 구분하여 간호인력을 효율적으로 활용하기 위한 조속한 시정조치가 요구된다. 그 외, 덴마크와 스웨덴에서는 예방적 방문 서비스를 실시하여 고위험군을 발굴하여 지역사회 자원과 연계함으로써 지역사회에 거주하고 있는 취약한 노인의 건강악화 및 사고를 예방하고 지역사회에서 건강한 노년의 삶을 유지하는데 기여하고 있다(MHD, 2017; Lee et al., 2019). 이는 우리나라의 보건소 방문건강관리사업의 역할과 유사한 서비스로, 우리나라에서도 덴마크나 스웨덴과 같이 예방적 방문대상자 선정기준을 명확히 제시하여 서비스 제공에 있어 혼선을 줄이고 대상자 누락 및 중복 방지를 위한 노력이 요구된다.

덴마크와 미국에서는 지역사회 중심의 방문간호서비스 활성화를 위하여 노인요양시설 건립을 제한하고 시설입소를 제한하거나(덴마크) 재가방문 선택 시 인센티브를 제공하고 있으며(미국), 재가에서 24시간 보조서비스를 제공하여 노인의 self-care와 자립, 자기결정권을 유지하며 재가에서 삶이 지속되도록 노력하고 있다(Kim, 2011; MHD, 2017). 한편, 덴마크와 스웨덴에서는 정부 주도하에 지역별 수요에 맞추어 방문간호센터를 설치하여 운영함으로써 지역별 격차를 예방하고 서비스 접근성을 보장하는 한편, ICT를 활용하여 의료기관-방문간호기관-정부 관련부처 간 원활한 의사소통과 서비스 연계에 적절히 활용하고 있었다(Lee et al., 2019; VNC Kolding, 2019).

우리나라에서도 시설입소를 지양하고 커뮤니티 케어 활성화를 위하여 방문간호와 가정간호를 포함한 지역사회 중심의 간호서비스가 더욱 활성화 되어야 할 것이다. 하지만, 서비스 제공기관의 절대부족 및 지역간 불균형 문제가 심각하므로 이를 보완하기 위한 공공기관의 역할 확대 또는 민간기관 서비스 활성화를 위한 지원 등이 요구된다(Yang et al., 2019). 또한, 지역사회의 다양한 서비스 제공기관간 의사소통에 활용할 수 있는 정보시스템 구축이 이루어지면 효율적인 서비스 제공 및 관리, 평가에 활용할 수 있으며, ICT를 활용한 제공기관 간 협력 및 연계 활성화로 서비스 분절화를 예방하고 서비스 제공에 있어 지속성과 포괄성을 유지할 수 있을 것이다.

또한, 스웨덴과 미국에서는 대상자 편의를 위하여 제

한된 범위의 약물, 물품 등은 방문간호사가 처방 가능하며, 각 국가별로 ICT를 이용하여 GP로부터 처방을 받거나(덴마크), 동일기관 소속 의사로부터 처방받거나(스웨덴), 방문간호기관에 계약직 의사를 고용하기도 하는 등(미국), 의사와의 연계 및 협조 체계가 제도적으로 구축되어 있어 대상자에게 요구되는 간호서비스를 의사의 처방 하에 대상자의 가정에서 원활하게 제공하고 있다(CMS, 2019; Lee et al., 2019; VNC Kolding 2019). 우리나라의 장기요양 방문간호에서는 의사로부터 방문간호지시서를 발급받아 서비스를 제공하도록 하고 있으나, 방문간호지시서 발급절차가 까다로우며 환자의 상태를 잘 알고 있는 의사와 연계하여 방문간호지시서를 발급하기 어려운 실정으로 이는 방문간호 서비스 제공의 장애가 되고 있다. 이에, 방문간호기관과 지역내 의사와의 긴밀한 협력 및 연계체계 구축을 위한 정책적 대안이 필요하다.

해외 선진국의 방문간호와 장기요양 서비스 고찰 및 분석을 통하여 향후 우리나라의 지역사회통합돌봄 사업에 있어 현재의 문제점을 보완하고 효율적인 서비스 제공 시스템 및 인프라를 구축하여 지역간 격차없이 방문간호, 요양 및 사회서비스를 통합적으로 제공하는데 기여할 수 있을 것이다.

V. 결론 및 제언

고령화와 만성질환의 증가로 돌봄과 보건의료 서비스 요구가 증가하고 있는데, 사회적 입원 등 불필요한 입원의 증가는 삶의 질 저하와 의료비 상승을 초래하기에, 정부에서는 지역사회에서 필요한 주거, 보건의료, 요양·돌봄, 독립생활 지원 등의 서비스를 통합적으로 제공받으며 살 수 있도록 지역사회통합돌봄을 주요 정책과제로 제안하였다. 이에, 본 연구에서는 국외 주요국(덴마크, 스웨덴, 일본, 미국)의 지역사회 기반 방문간호서비스의 현황과 관련 정책 및 서비스 제공현황 등을 파악하여, 이를 기반으로 지역사회기반 통합 간호서비스 제공을 위한 시사점을 제시하고자 하였다.

국외 문헌고찰과 현지방문을 통하여 외국의 방문간호서비스를 분석한 결과 스웨덴과 덴마크 등 사회보장 국가에서는 정부주도 하에 지역별 수요에 맞춰서 방문간호센터를 운영하고 있으며, 일본의 경우 사회보험과

개호보험에 의하여 전국에서 방문간호센터가 운영되고 있으나, 미국은 민간주도형으로 방문간호서비스가 발전하여 지역별 불균형과 서비스 질에 있어 지역 간 편차가 발생한다. 해외 사례의 공통적인 특징은 방문간호사가 대상자를 포괄적으로 사정한 후에 이를 기반으로 케어플랜을 작성하여 간호서비스를 제공하고 있으며, 24시간 방문간호서비스를 제공하고, 덴마크, 스웨덴에서는 예방적 방문으로 대상자에게 필요한 간호 및 사회서비스에 연계하고 있다. 전 국민 건강보험과 자유방임형 특성을 가진 우리나라에서 방문간호 서비스를 제공함에 있어 수혜자 중심의 질적이고 효율적인 자원 활용을 위해 방문간호서비스들 간의 중복 및 연계를 조정·조율하고 미충족 방문간호서비스 요구를 충족시키기 위해 공공기관의 역할을 강화할 필요가 있다고 사료된다.

본 연구를 통해 실무, 정책, 연구 측면에서 다음과 같이 제언한다.

실무 측면에서는 커뮤니티 케어에서 방문형 간호서비스를 수혜자 중심으로 통합적이고 지속적으로 제공하기 위해서는 단기적으로 방문간호제공자의 전문성과 서비스의 난이도에 따라 구분된 역할과 업무를 수행하여 인력이 효율적으로 활용될 수 있도록 조정이 필요하고, 방문간호사의 사례관리와 케어 코디네이터의 역할이 더욱 강화되어 대상자에게 의료, 영양 및 복지가 통합된 서비스가 제공되도록 할 필요가 있다.

정책 측면에서는 대상자에게 응급상황에 대한 대비 등 연속적인 서비스 제공을 위한 24시간 방문 서비스 체계를 구축하는 한편, 장기적으로는 방문간호/가정간호 서비스의 부족 및 지역적인 불균형 문제로 미충족된 요구를 해결하기 위한 다양한 대안이 마련되어야 한다. 또한, 질적인 방문간호 서비스 제공을 위해 의사처방 및 방문간호지시서 등이 대상자의 요구에 맞추어 원활하게 이루어져야 하므로 의사와 긴밀한 연계가 이루어질 수 있는 정책적 대안이 마련되어야 한다.

간호연구 측면에서는 국내 지역사회에서 제공되는 다양한 방문형 간호서비스(가정간호, 방문간호, 방문건강관리)의 대상자 특성 및 서비스 제공현황을 분석하여 이들 서비스 간 중복 및 누락을 방지하고 효과적으로 연계하기 위한 추가적인 연구가 필요하다.

References

- Centers for Medicare and Medicaid Services [CMS]. (2019, November). *Medicare Program - General Information*. Retrieved October 15, 2019, from <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/MedicareGenInfo/index>
- Choi, Y. H., Im, J. Y., Jung, K. H., Kim, Y. H., & Lee, J. H. (2012). *Social security in major countries: Sweden*. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs.
- Han, Y. R. (2019). Community care and nurse care coordinator. *Journal of Korean Academy of Public Health Nursing*, 33(3), 311-325. <http://dx.doi.org/10.5932/JKPHN.2019.33.3.311>
- Im, J. M. (2018, Summer). The current state of community care in Japan: With special reference to community care centers. *International Social Security Review*, 5, 67-77.
- Im, M. H. (2011). Trends of the Swedish health care reforms and policy implications. *Korean Social Security Studies*, 27(4), 273-294.
- Jang, B. W. (2009). *Long-term care policy in Japan*. Seoul: Yangseowon.
- Japan Visiting Nursing Foundation [JVNF]. (2015, July). *Visiting nursing system in Japan* Retrieved December 2, 2019, from <https://www.jvnf.or.jp/hmon/english/vnj2015.pdf>.
- Japanese Ministry of Health, Labour and Welfare [JMHLW]. (2011). *Overview of medical service regime*. Retrieved December 2, 2019, from https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuhoken/iryuhoken01/dl/01_eng.pdf.
- Jo, N. K. (2014). The past and present of the

- Swedish elderly home help service. *Journal of the Korean Association for Social Service*, 5(1), 81-124.
- Jung, H. S. (2019). *A study on the role of nurse in community care through the case of Japan*. Wonju: Yonsei University Industry-Academic Cooperation Foundation.
- Kim, E. J. (2011). The characteristics of service providers in the US social service area: Focusing on home health and nursing home. *Journal of Social Sciences*, 30(1), 67-88.
- Kim, M. J. (2018, Spring). A pay-rate increase in the Japan's adult social care sector in 2018. *International Social Security Review*, 4, 133-142.
- Korean Research Institute for Nursing Policy. (2006). *Long-term care insurance system and role of nurses*. Seoul: Author.
- Lee, G., Yang, S. J., & Woo, E. (2018). Past, present, and future of home visiting healthcare services based on public health centers in Korea. *Journal of Korean Academy of Public Health Nursing*, 32(1), 5-18.
<http://doi.org/10.5932/JKPHN.2018.32.1.5>
- Lee K. S., Sa, G. J., Han, M. K., & Park, Y. M. (2019). *Community care Theory and policy*. Seoul: Korea Institute for Health & Welfare Policy.
- Lee, S. H. (2012). A study of home health care services linkages in Korea based on Delphi technique. Unpublished master's thesis, Inha University, Incheon.
- Lee, Y.S. (2019). Trends of visiting medical care services in the US and Singapore. *Policy Trend*, 13 (3), 83-97.
- Ministry of Health and Welfare (MHW). (2019, January). *Community care leading project*. Retrieved December 22, 2019, from http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=347345&SEARCHKEY=TITLE&SEARCHVALUE=%EC%BB%A4%EB%AE%A4%EB%8B%88%ED%8B%B0%EC%BC%80%EC%96%B4
- Ministry of Health and Welfare & Korea Institute for Health and Social Affairs. (2019, November). *OECD health statistics 2019*. Retrieved January 3, 2020, from http://www.mohw.go.kr/react/gm/sgm0601vw.jsp?PAR_MENU_ID=13&MENU_ID=1304020201&page=3&CONT_SEQ=327555
- Ministry of Health Denmark [MHD]. (2017, November). *Healthcare in Denmark: An overview*. Retrieved September 25, 2019, from https://www.sum.dk/English/~/_/media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2016/Healthcare-in-dk-16-dec/Healthcare-english-V16-dec.ashx
- Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD]. (2016). *Health workforce policies in OECD countries: Right jobs, right skills, right places*. Paris: OECD publishing.
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en>
- Oh, E. G., Lee, H. J., Kim, Y. K., Sung, J. H., Park, Y. S., Yoo, J. Y., & Woo, S. H. (2015). Current status of home visit programs: Activities and barriers of home care nursing services. *The Journal of Korean Academy of Nursing*, 45(5), 742-751.
<http://dx.doi.org/10.4040/jkan.2015.45.5.742>
- Olejaz, M., Nielsen, A.J., Rudkjøbin, A., Birk, H. O., Krasnik, A., & Hernández-Quevedo, C. (2012). Denmark: Health system review. *Health Care System in Transition*, 14(2), 1-192.
- Stanhope, M., & Lancaster. J. (2014). *Public health nursing: Population-centered health*

- care in the community*. MO: Elsevier.
- Sung, M. S., Jang, H. J., Kim, C. G., Kang, K. H., Nam, K. A., & Park, J. D. (2010). Comparative study of home nursing care services under the long-term care insurance system in four nations. *Journal of Korean Academy of Public Health Nursing*, 24(2), 211-225.
- Sunwoo, D. (2013). Trends and implications of Japanese long-term care Insurance finance. *Health Welfare Issue & Focus*, 213, 1-8.
- Visiting Nursing Center [VNC] Kolding. (2019). *Visitation, Kolding Kommune*. Retrieved October 22, 2019, from <https://pensionist.dk/fritvalgsguiden/laes-mere?bid=315>
- Yang, S. J., Han, Y. R., Ham, O. K., Lee, G., Kin S. H., & Ha, J. Y. (2019). Development of community-based multidisciplinary model for nursing, health care, and long-term care services: Focused on visiting nursing services. Sejong: Ministry of Health and Welfare.
- Yeo, Y. H., Lee, G. H., Park, J. W., & Lee, S. J. (2018). A study on the policy history and publicity of health and medical reform in the United States. *Korean Public Management Review* 32(2), 211-236. <http://dx.doi.org/10.24210/kapm.2018.32.2.009>

Community Care and Visiting Nursing Services in Denmark, Sweden, the United States, and Japan*

Han, Young Ran (Professor, Department of Nursing, Dongguk University)

Yang, Sook Ja (Professor, College of Nursing, Ewha Womans University)

Ham, Ok Kyung (Professor, Department of Nursing, Inha University)

Lee, Guna (Assistant Professor, Department of Nursing, Cheongju University)

Kim, Seo Hyeon (Assistant Professor, College of Nursing, Kunsan University)

Ha Jae Young (Research Assistant, College of Nursing, Ewha Womans University)

Purpose: This study compared visiting nursing services of Denmark, Sweden, Japan, and the United States to provide baseline data for the development of models for community care nursing services in South Korea. **Methods:** A review of the literature was performed that include journal articles, government reports, institutional reports, and national/international statistics. Site visits were performed to explore the visiting nursing services of Denmark. **Results:** Government centered visiting nursing services were provided in Denmark and Sweden mostly by public organizations, while private services prevailed in the United States and Japan. Nursing services included case management or care coordination services, while nurse practitioners or nurse specialists provided visiting nursing services in all of the four countries and the services were provided 24 hour a day. **Conclusions:** Based on the review of visiting nursing services in foreign countries, the development of models is needed to provide integrated visiting nursing services in Korea that encompass home care nursing, visiting nursing, and visiting health care services.

Key words : Home health nursing, Denmark, Sweden, United States, Japan

* This study was supported by the Korea Ministry of Health and Welfare.