

# 가정전문간호 인력과 공급의 적정성

백 희 정<sup>1)</sup>

## 서 론

### 연구의 필요성

우리나라 가정간호사업의 공식적인 시작은 1994년 정부에서 실시한 1차 시범사업으로, 의료수요의 증가에 따른 병상부족 현상의 완화, 의료자원의 효율적 활용, 장기입원환자의 조기퇴원, 국민의료비 절감이 목적이었다. 이어 2차 병원중심 가정간호 시범사업을 마치고 2000년 1월, 의료법을 개정하여 본격적으로 가정간호사업을 시작하였다[1].

그러나 1990년 의료법시행규칙 제54조의 ‘업무분야별 간호사 자격 기준’에 가정간호사가 추가되고, 가정간호과정 수습과목 및 이수시간 등이 포함된 고시를 통해 가정간호분야의 전문간호사 양성을 시작하였으므로[2] 이 때를 가정간호제도의 시발점으로 볼 수 있다.

의료법 개정과 더불어 의료법시행규칙에 가정간호의 범위, 가정간호 인력 및 가정간호 실시 의료기관의 최소 인력에 대한 내용이 신설되고, 가정간호 수가가 고시됨으로써 의료기관 가정간호사업의 법적 근거가 마련되었다[3]. 가정간호 서비스 대상자는 의료기관 환자 중 가정에서 입원대체서비스가 필요하다고 담당의사 또는 한의사가 판단한 자로 하였다. 그리고 가정전문간호사는 대상자의 가정을 방문하여 기본처치, 특수처치, 투약 및 주사, 현장검사, 건강상담, 자가처치법 훈련 등의 다양한 서비스를 제공할 수 있게 되었다. 이에 따라 가정간호제도는 제공기관을 의료기관으로, 서비스 제공자를 가정전문간호사로 한정되었다.

우리나라와 달리 80년대부터 가정간호제도가 정착된 미국에서는 조기퇴원환자뿐 아니라 장기요양 대상자를 사업 대상으로 포괄하여 의료와 사회적 서비스를 포함한 제도로 발전시켰다. 또한 가정간호보다 확장된 개념의 가정건강관리(home health care) 서비스를 제공하였다. 따라서 가정간호를 의료, 간호, 사회적 또는 치료적 처치나 매일의 필수 일상생활에 대한 보조가 필요한 회복기 환자, 장애인, 만성질환자나 말기환자에게 가정에서 서비스를 제공하는 것으로 정의하였다[4]. 제공되는 서비스는 숙련된 의료전문가들에 의한 간호, 물리치료, 작업치료, 언어치료와 비의학적 서비스인 의료사회복지, 매일의 일상생활 보조를 포함한다[5]. 간호 인력은 자격을 갖추어야 하되, 국내와 같이 전문간호사로 제한하지 않아 상대적으로 인력 수급이 원활하다.

의료기관 가정간호사업을 위한 업무분야별 가정간호사는 1990년부터 2004년까지 총 5,358명이 양성되었다. 이후 전문간호사제도의 도입으로 분야별 간호사는 전문간호사로 편입되었다[2]. 2006년부터 총 117명 정원의 가정전문간호 교육과정이 전국 12개 대학원에서 석사과정으로 개설하였으나, 정원 대비 등록률이 과반수에 미치지 못하였다.

가정전문간호사는 2007년부터 2019년까지 13년간 총 416명이 배출되었다. 이는 분야별 간호사를 양성하던 시기에 비해 연간 10%로 축소된 것이다[6]. 2019년 현재 전국의 5개 대학원이 가정전문간호사 교육과정을 개설하여 37명의 지정정원을 확보하였으나, 수료생의 수가 여전히 정원에 미달한다[7].

한편 가정간호사업은 가정전문간호사 2인을 최소 인력으로 하여 그 이상을 확보한 의료기관에서 사업전담 부서를 설치하

### 주요어 : 가정전문간호사, 인력공급

1) 중앙대학교 적십자간호대학, 교수(교신저자 E-mail: hcbaek@cau.ac.kr) (<https://orcid.org/0000-0001-8559-9494>)

투고일: 2020년 8월 3일 수정일: 2020년 8월 10일 게재확정일: 2020년 8월 13일

거나 지정하여 개설할 수 있도록 하고 있다[1]. 2001년 본 사업을 시작하며 전국의 가정간호 인력 수요가 3,363명으로 추정한다[8]. 기 배출된 분야별 가정간호 인력이 예상 수요 대비 두 배 정도인 6천명을 초과하여, 인력 수급이 원활할 것으로 보았다. 그러나 당해 연도 현직 근무 가정전문간호사는 194명으로 기관별로는 평균 2.5명에 불과하여 배출 인력 대비 수요가 매우 저조했다. 이후 가정간호사업의 비활성화로 배출 인력은 충분히 활용되지 못했다.

분야별 가정간호에서 전문간호사로 편입되며 약 20년간 가정간호사업은 여전히 활성화되지 못하고, 기 배출자들은 고령이 되었다. 최근 가정간호사업이 확대되는 추이를 보이나, 가정전문간호사 교육 정원은 오히려 축소되어 연평균 32명의 가정전문간호사가 배출되고 있다. 지역별 교육기관의 불균등한 분포로 가정전문간호사 수요에 대응할 인력 공급이 고르지 못하다[7].

가정간호사업기관의 분포도 지역별, 의료기관 종별로 균형을 이루지 못하고 있다. 사업 초창기인 2001년 기준 79개 의료기관 중 84%는 종합병원이며, 62%는 대도시에 분포하였다[8]. 이후 8년 동안 사업운영 기관의 수는 증가하였으나, 2009년 이후 상급종합병원과 종합병원 대비 의원급 의료기관이 점증하는 양상이며, 지역간 불균형도 여전하다. 의원급 의료기관의 가정간호사업소 개설 증가는 노인요양시설 입소환자가 가정간호 서비스 대상이라는 대법원 판결[9]과 관련이 있다. 2015년부터 가정전문간호 수요가 종합병원에서 의원급으로 전환되고 있다.

노령인구의 증가, 가족구조의 변화, 요양병상의 증가는 돌봄이나 주거의 대안인 사회적 입원을 야기하며, 이로 인한 의료비 부담이 건강보험료의 상승에 기여한다. 급성기 치료 후 가정에서 치료를 받고자 하는 환자, 가정에서 의료와 요양이 필요한 만성질환자, 그리고 말기환자의 의료육구는 가정간호 서비스로 충족 가능하다. 그러나 인력 공급이 원활치 않아 사회적 입원 문제의 해결이 요원하다. 이에 본 연구에서는 우리나라 가정간호 인력양성 제도 및 현황을 파악하고, 적정 인력을 확보하는 방안을 논의하고자 한다.

## 본 론

### 1. 가정간호사제도: 분야별 가정간호사

가정간호제도 도입에 앞서 정부는 법과 규정의 수정을 통해 인력 양성을 계획하였다. 인력 양성을 추진한 목적은 가정간호제도의 도입으로 의료수요의 충족과 의료자원의 효율적 관리를 위함이었다. 이를 위해 1989년 보건사회부 의정국에서는 가정간호제도 도입을 위한 3단계 계획을 수립하였다. 첫 단계는 의료법 시행규칙 제54조에 가정간호사를 포함하는 것으로, 1990

(Table 1) Number of Home Care Nurse by Year (1991-2004)

Year	No	Year	No
1991	37	1998	353
1992	76	1999	297
1993	211	2000	537
1994	279	2001	674
1995	241	2002	596
1996	216	2003~2004	1,498
1997	343	Total	5,358

년 1월부터 보건사회부 장관이 인정하는 기관에서 1년 이상의 수련을 거친 간호사에게 가정간호사 자격증을 부여하는 것이고, 두 번째 단계는 국·공립병원 및 보건소를 통한 시범사업의 실시이며, 세 번째 단계는 시범사업 성과에 따라 단계적으로 병원급 이상 전 의료기관에서 사업을 확대·실시하는 것이었다[10].

이후 정부는 제7차 경제개발 5개년 계획의 보건의료부분 계획에 가정간호사제도를 포함하였다. 제도의 도입은 1989년 전국민 의료보험화에 따른 병원입원 수요의 급증으로 전통적인 병원중심의 의료제공으로는 의료의 효과와 효율에 대한 제고가 어렵기 때문이었다[11]. 의료법시행규칙 업무분야별 간호사 자격기준에 마취간호사, 보건간호사, 정신간호사에 이어 가정간호사를 추가함으로써 가정간호사제도가 합법화되었다. 그리고 1년 과정의 가정간호 교육과정을 통해 가정간호 인력을 양성하게 되었다. 이 때 처음으로 ‘전문간호사’라는 용어가 사용되었으나 의료법에는 ‘분야별 간호사’로 남아 있었다[2].

가정간호분야는 임상경력 최소 1년 이상의 간호사가 지정된 교육기관에서 12개의 이론교과(352시간)와 1개의 실습교과(248시간), 총 600시간의 교육을 이수하여야 자격을 취득할 수 있었다. 1990년 6월 첫 교육과정 개설 이래 2004년까지 전국 13개 간호대학에서 총 5,358명의 가정간호사가 양성되었다(Table 1). 2003년 「전문간호사 과정 등에 관한 고시」(보건복지부 고시 제 69호)가 제정[12]되었으나, 2004년까지 1년 과정으로 운영되었다. 이후 분야별 간호사 제도는 2년의 유예기간을 거쳐 석사수준의 전문간호사제도로 변경되었다.

### 2. 가정전문간호사제도

분야별 간호사가 전문간호사로 변경되면서 4개의 분야별 간호사(마취, 보건, 정신, 가정)는 모두 전문간호사로 자격이 전환되었다[12]. 그리고 전문간호사(Advanced Practice Nurse)은 대학원 석사과정에서 시작되었다. 2005년에 제1회 가정전문간호사 자격시험이 실시되었고, 전문간호사 교육 유예기간인 다음 해까지 736명이 가정전문간호사 자격을 취득하였다[7]. 따라서

<Table 2> Number of Advanced Home Care Practice Nurse by Year (2005-2019)

Year	No	Cumulative No <sup>†</sup>	Registration No <sup>§</sup>
2005	364	5,722 <sup>†</sup>	
2006	399	6,121 <sup>†</sup>	
2007	11	11	6,115
2008	42	53	6,155
2009	51	104	6,206
2010	55	159	6,258
2011	51	210	6,302
2012	44	254	6,338
2013	32	286	6,358
2014	25	311	6,379
2015	14	325	6,390
2016	22	347	6,408
2017	16	363	6,422
2018	21	384	6,435
2019	32	416	
합계	416	6,537 <sup>†</sup>	

<sup>†</sup>Source=Division of Healthcare Resources Policy. License Information System of Ministry of Health and Welfare. 2019.

<sup>‡</sup>Included number of home health nurse (1990-2004).

<sup>§</sup>Source=Korean Accreditation Board of Nursing Education. Korean Advanced Practice Nurse Annual Report. 2019.

분야별 간호사 교육과정을 통한 자격 취득자를 포함하여 양성된 가정전문간호사는 총 6,121명이다(Table 2).

가정전문간호사 자격 인정 요건은 ①보건복지부장관이 지정하는 전문간호사 교육기관에서 2년 이상의 교육을 수료하여야 하며, ②전문간호사 교육과정을 신청할 수 있는 자는 교육을 받기 전 10년 이내에 실무경력인정기관에서 3년 이상 간호사로서 실무경력이 있어야 한다[12]. 전문간호사는 ①전문간호사 교육과정을 이수하거나 ②보건복지부 장관이 인정하는 외국의 해당 분야 전문간호사 자격이 있는 자가 전문간호사 자격시험에 합격하여야 자격인정을 받을 수 있다[13].

석사과정인 전문간호사 교육과정은 2006년 전국 12개 대학원에서 117명 정원으로 시작하였고, 2009년까지 3개 교육기관에서 추가 개설하여, 총 15개 대학원에서 지정정원 122명으로 운영하였다. 그러나 2010년부터 지원자 부족으로 교육과정이 폐쇄되기 시작하여 2014년까지 6개 과정이 폐쇄되어 지정정원은 40%가 축소된 69명에 불과하였다. 2017년에 1개 과정이 추가 개설되었으나 그 다음 해에 또 다른 1개 기관에서 과정을 폐쇄되었다[7]. 따라서 2019년 현재 총 5개 교육기관에서 37명의 지정정원으로 교육을 운영 중이다(Table 3). 가정전문간호사 교육과정 개설 이래 교육기관은 최대 13개에서 5개로 61% 감소하였고, 지정정원은 약 68% 감소하였다.

가정전문간호사 교육과정의 축소는 의료기관 가정간호사업의

비활성화와 관련이 있다. 정부는 가정간호제도의 급격한 활성화로 인한 보험급여의 과잉팽창을 우려하여 방문횟수 제한, 교통비 전액 본인부담화 등의 조치를 취하였다. 이는 제도의 활성화를 저해하는 요인으로 작용하였다. 병상의 과잉공급, 가정간호수가의 저수가화, 노인장기요양보험의 도입 등 또한 가정간호사업의 비활성화를 초래하였고[14], 이는 가정전문간호사 교육과정의 등록률 감소로 이어졌다.

가정전문간호 교육과정의 등록률은 평균 46.7%로, 13개 전문간호사 전체 교육과정의 등록률인 60.8%에 비해 상당히 낮다. 2007년부터 13년간 석사과정을 통해 배출된 가정전문간호사는 총 416명이며, 해마다 평균 32명(최소 11명~최대 55명)이 배출되어 적정 공급을 보장하지 못하고 있다.

### 3. 가정전문간호 인력 수요와 공급

의료기관 가정간호사업이 본격적으로 실시된 이후, 가정전문간호 인력 현황에 대한 조사와 수요를 추계하는 연구가 몇 차례 시행되었다. 2001년 가정간호 전자청구자료를 이용한 연구[15]에서는 가정간호사가 1일 5회의 가정방문을 한다는 추정하에 인력을 추정하였다. 가정간호사 수요는 총 3,364명으로 추계되었다. 그러나 가정전문간호사 자격 취득자는 3,832명이었고, 종사 인력은 194명으로 자격 취득자의 5.7%에 불과하였다. 즉, 가정전문간호사 인력이 적절히 활용되지 못하였다.

의료이용량을 토대로 가정간호사의 생산성(1일 방문건수)을 최소 2.5건, 최대 4.4건으로 적용하여 가정전문간호사 수요를 추계한 2004년 연구 결과, 2006년 142~251명, 2008년 156~274명, 2010년 169~297명, 2015년 248~436명으로 수요가 점차 증가할 것으로 추계하였다[15]. 건강보험청구자료[16]에 의하면 현업 종사자는 2008년 404명, 2010년 351명, 2015년은 333명으로, 적정 수요가 산출된 것으로 보인다. 그러나 2015년 가정전문간호사의 일일 방문건수가 평균 4.6건으로, 2004년 수요 추계 시 기준이 된 평균 방문건수인 3.5건 보다 증가하였다. 특히 의료기관 종별 일일 방문건수가 상급종합병원과 종합병원은 평균 5.0건이므로, 가정전문간호 인력이 과소 추계되었음을 알 수 있다.

노인장기요양보험이 시작되기 이전, 전국 가정간호사업 실태 조사를 통한 가정간호 방문건수 추계 연구[17]에서는 가정전문간호사 한 명이 월 평균 28명의 환자를 담당할 수 있어, 방문횟수를 평균 82회로 추계하였다. 그러므로 가정전문간호사 일일 평균 방문 건수가 약 2.9건으로, 2015년 평균 방문 건수인 5건에 비해 2건 이상 적다. 따라서 가정간호사업이 오히려 위축되었음을 알 수 있다.

가정간호사업이 입원대체서비스로 출발하였으나 병상공급 과잉에 따른 조기퇴원 요구의 저하, 가정간호의 낮은 수가로 인한 병원 경영진의 가정간호사업 기피와 의료진과 이용환자의 가정

〈Table 3〉 Number of Advanced Home Care Practice Nurse according to the Educational Institution by Year (2016-2019)<sup>†</sup>

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Catholic university of Korea, graduate school of CNS	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Konyang university, graduate school	10	10	10	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kyung Hee university, graduate school	10	10	5	5	5	5	5	5	5	-	-	-	-	-	-
Daegu Catholic university, graduate school of public health	10	10	10	5	5	5	5	5	-	-	-	-	-	-	-
Sahmyook university, graduate school of health and welfare	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	-	-	-	-	-
Sungkyunkwan university, graduate school of CNS	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Aju university, graduate school	10	10	10	10	10	10	10	10	10	-	-	-	-	-	-
Yonsei university, graduate school of nursing	10	10	5	5	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ewha womans university, graduate school	10	10	10	10	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Inha university, graduate school	10	10	10	10	10	10	10	10	5	5	-	-	-	-	-
Chonnam national university, graduate school	10	10	10	10	10	10	10	10	-	-	-	-	-	-	-
Hanyang university, graduate school	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	-	-	-
Korea university, graduate school	-	-	5	5	5	5	5	5	-	-	-	-	-	-	-
Daejeon university, graduate school	-	-	10	10	10	10	7	7	7	7	7	7	7	7	7
Woosuk university, graduate school	-	-	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Nomeoul university, graduate school	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	5	5	5
Number of institute	12	12	15	15	14	12	12	12	9	5	5	6	5	5	5
Designated quota	117	117	127	122	112	97	94	94	69	54	42	47	37	37	1,166
Registration	52	64	62	68	52	36	28	21	21	20	19	30	35	36	544
Graduation	-	-	38	53	54	53	40	26	25	19	20	18	20	31	397

CNS=clinical nursing science.

<sup>†</sup>Source=Korean Accreditation Board of Nursing Education. Korean Advanced Practice Nurse Annual Report. 2019.

간호에 대한 인식부족, 서비스 이용 대상을 입원대체자로 제한한 것 등으로 어려움을 겪었다. 그 결과 사업이 위축되며 인력 수요에 영향을 미쳤다.

가정간호 이용은 의료기관 종별로 차이를 보여, 2008년부터 2015년까지는 종합병원에서 방문 건수가 가장 많았고 다음으로 상급종합병원, 병원, 의원 순이었다. 2017년에는 종합병원, 의원, 상급종합병원, 병원의 순으로, 의원이 종합병원 다음으로 많았다[16]. 2014년 장기요양시설 입소자의 가정간호 이용은 전체 가정간호 이용자의 3.4%에 불과하였으나, 2015년에는 11.3%, 2016년 33.6%, 2017년 47.3%, 2018년에 51.5%로 급격히 증가하였다[16]. 가정간호 방문건수의 증가는 요양병원과 의원급 의료기관의 가정간호사업소 개설 증가의 영향이며, 특히 의원급 의료기관의 개설 증가는 노인요양시설의 가정간호 서비스 가능에 대한 대법원 판결[9]의 영향으로 볼 수 있다.

노인요양시설에 거주하고 있는 노인들은 요양뿐 아니라 의료욕구가 높다. 요양기관 입소기간 중 의료기관 입원서비스 이용자가 36.2%로, 미충족 의료욕구가 큼을 알 수 있다[18]. 요양시설에서는 현행법상 의료서비스를 제공할 수 없어 의료적 서비스가 필요한 환자는 병원에 입원할 수밖에 없다. 그러나 의료법 시행규칙에 의하면, 가정전문간호사는 의료기관 외의 장소에서 의사나 한의사가 지속적인 치료와 관리가 필요하다고 판단하는 경우 의사의 지시서에 의해 의료서비스를 제공하도록 하고 있어[19], 가정간호제도는 요양기관 입소자의 미충족 의료욕구를 해소할 수 있는 방안이 될 수 있다.

2014년 4개 기관에 불과한 요양병원 가정간호사업소는 2017년에는 17개로 4배 이상 증가하였고, 한방병원도 2016년에 1개, 2017년에는 7개로 증가하였다. 의원급 가정간호사업소는 2014년 9개였으나 2017년에는 52개로 80%이상 증가하였다(Table 4). 또한 의원급 가정간호 인력은 상급종합병원(21.6%)보다 많은 23.8%(111명)이며, 요양병원과 한방병원을 포함하면 전체 가정전문간호사의 35%(163명)이다[20] (Table 5).

높아진 방문간호사의 수요는 방문건수의 증가로 확인된다. 가정전문간호사 한 명당 1일 평균 방문건수는 2017년에 상급중

합병원 5.7건, 병원급 7.7건, 한방병원 7.8건, 의원 6.5건으로, 2014년에 비해 의료기관 종별로 평균 1건~3건 정도 증가하였다[16]. 그러나 인력의 확충 없는 방문 횟수의 과도한 증가는 가정전문간호사의 업무량 과다로 이어져 근무환경의 악화뿐 아니라 제공되는 가정간호 서비스 수준의 적정성에 대한 우려를 낳고 있다.

2017년까지 급증한 가정간호 서비스 제공기관은 2018년부터 감소하고 있으며, 의료기관 종별 분포에 변화를 보이고 있다 (Table 4). 가정전문간호사에 대한 수요는 있으나 공급이 적절하지 못한 상태에서 앞으로 이러한 현상은 지속될 것으로 전망하며, 이는 가정간호사업의 위축으로 이어질 수 있을 것이다.

## 결론

인구의 노령화, 만성퇴행성질환의 증가, 가족구조의 변화, 전 국민 의료보험에 따른 의료수요의 급증 등 다양한 사회적 요구에 따라 가정간호제도가 정착한 지 30년이 지났다. 그동안 가정간호사업의 변모 과정에서 가정간호제도의 발전은 인력의 수요와 공급의 적정성과 맞물려 있음을 알 수 있다. 본 연구에서는 선진국에서 먼저 시작되어 효과가 입증되었고, 현재도 확대와 발전을 거듭하고 있는 가정간호제도가 우리나라에 정착하는 과정에서 인력이 어떻게, 얼마나 양성되었는지 살펴보고, 인력 공급의 적정성을 검토하였다.

가정간호가 분야별 간호사 제도 중 한 분야로 추가됨으로써 가정간호 자격을 취득하기 위해서는 1년 과정의 600시간 교육을 이수해야 했다[2]. 우리나라에 도입된 가정간호제도는 선진국 모형이므로 미국 가정관리협의체(Home Care Coalition)에서 정의한 내용을 도입하였다. 가정간호는 건강관리체계의 한 요소로서 치료, 지원, 예방적 측면을 모두 포함한다. 그 특성상 의료서비스와 사회적인 면이 조화된 서비스로 질병이나 고통, 또는 만성질환이나 상해로 인한 장기간의 불구, 제한이 있는 개인이나 가족이 최적의 건강, 활동 및 독립성을 유지할 수 있도록 가정에서 단독 또는 가정과 연합하여 제공한다[21]. 이에 따라

<Table 4> Number of Hospital-based Home Care Agencies according to Institution Type by Year (2007-2019)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Tertiary hospital	32	31	30	30	29	28	27	27	27	27	26	25
General hospital	82	75	71	67	61	58	59	59	59	61	62	59
Hospital	41	29	25	21	16	17	15	18	15	15	14	14
Long-term care hospital	10	6	8	7	8	4	4	6	6	17	20	22
Oriental medicine hospital	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	7
Clinic	7	9	8	7	10	9	10	10	25	52	47	47
Health & medical center	5	2	2	1	1	1	1	1	-	-	2	2
Total	177	152	144	133	125	117	115	121	133	179	171	171

가정간호 교육과정은 가족간호 전문간호사(family nurse practitioner) 양성에 준하였고, 공공보건기관인 보건소 간호사들이 의무적으로 교육을 받아 자격을 취득하였다. 뿐만 아니라 지역사회에서 독립된 가정간호센터를 개설할 수 있다는 꿈을 안고 중년의 유휴 간호사들이 교육에 참여하였다. 가정간호사제도가 시작된 후 10년간 총 2,590명의 가정간호사가 양성되었다.

그러나 가정간호 시범사업은 병원중심으로 진행되었고, 7년간 2차례에 걸친 시범사업 후 시작된 본 사업도 의료기관 가정간호사업으로 국한되어 지역사회중심의 가정간호사업은 배제되었다. 따라서 본 사업이 시작되기 전까지 양성된 인력이 사업에 참여할 기회는 10%에도 미치지 못하였다.

가정간호사업이 공공보건기관의 방문간호사업과 다른 방향으로 진행되고 사업의 확대가 매우 저조하였음에도 불구하고 분야별 간호사에서 석사수준의 전문간호사 제도로 변화될 때까지 인력양성은 계속되어 2006년까지 6,100여명이 자격을 취득하였지만, 현장에서 근무하는 실무 인력은 400명으로 양성 인력의 6%에 불과하였다. 또한 공공보건 방문간호서비스의 목적은 치료적 서비스가 주목적인 가정간호와 다르므로 양성된 인력을 충분히 활용할 수 없고, 공무원의 특성상 한 곳에서 동일한 업무를 연속적으로 수행할 수 없어 교육 참여가 저조하였다.

의료기관 종별 가정간호사업 개설 양상의 변화가 두드러진 2015년부터 가정전문간호사 공급 부족은 심각한 인력난을 초래하고 있다. 특히 가정전문간호사제도가 실시된 이후, 대학원 교육과정의 폐쇄에 따른 정원의 축소는 현재의 인력난에 지대한 영향을 미치고 있다. 그동안 배출된 가정전문간호사는 전체 전문간호사의 약 50%로 압도적으로 많다. 2005년 이전 양성된 인력을 제외하여도 유예기간 배출된 인력이 763명이므로 노인전

문간호사 다음으로 많다[7]. 이렇듯 배출된 인력의 숫자로 보면 가정전문간호사 공급에는 문제가 없는 것처럼 보인다.

그러나 공급의 적정성을 단순히 배출인력의 수로 판단하는 것은 문제가 있다. 분야별 간호사로 양성된 가정전문간호사는 고령화되었으며, 현직에 있는 가정전문간호사 중에는 70세 이상의 고령자도 있으므로 가용 인력을 파악할 필요가 있다.

2007년 노인장기요양보험법의 제정으로 재가노인의 방문간호사 시작되었으나 간호, 진료보조 등을 제공하는 인력을 간호사 또는 간호조무사로 정하였고[22], 가정간호사업기관도 재가요양 방문간호사업에 참여할 수 있도록 하였다. 그러나 장기요양기관 중 방문간호를 제공하는 기관은 전체 기관 중 3.2%이고, 간호사 비율은 0.5%이며 대상자의 방문간호서비스 이용은 0.2%에 불과하다. 비록 방문간호사업 재가장기요양사업에서 차지하는 비율이 낮으나 방문간호 이용 결과는 연간 총 진료비와 총 입원일이 감소하여 매우 긍정적인 효과가 있다[18]. 따라서 장기요양 대상자가 방문간호서비스 이용을 활성화하는 정책과 함께 질적으로 우수한 인력의 활용이 필요하다. 노인전문간호사와 더불어 장기요양에서 가정방문 서비스를 수행하기에 최적화 되어 있는 가정전문간호 인력을 활용할 수 있는 방안도 강구하여야 할 것이다.

인구의 고령화 등으로 정부는 2019년부터 지역사회 통합 돌봄(커뮤니티 케어)사업을 시작하였다. 이 사업은 영국, 네덜란드, 미국, 일본 등 선진국에서는 이미 활성화되어 있는 사업 모형으로 의료와 사회서비스가 통합적으로 제공되는 서비스이다. 우리나라에서는 사회서비스 정책으로 2022년까지 1단계 사업을 추진 중으로[23], 노인, 장애인을 중심으로 하는 사업이다. 따라서 대상자의 특성상 독립생활 확보를 위해 복지뿐 아니라 보건

〈Table 5〉 Number of Advanced Home Care Practice Nurse according to Institution Type by Year (2003-2019)<sup>†</sup>

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Tertiary hospital	88	90	91	94	133	131	110	178	158	151	149	150	147	147	149	146	142
General hospital	138	164	176	188	221	212	205	207	151	151	150	147	151	156	166	176	175
Hospital	67	106	113	129	122	126	104	96	41	37	32	27	33	33	41	47	44
Long-term care hospital	-	-	28	39	48	39	28	23	10	6	9	10	9	14	30	56	61
Clinic	29	35	35	41	36	34	32	31	26	26	28	24	31	77	111	126	170
Dental hospital	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
Dental clinic	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	2	2	2	2	3	3	3
Oriental medicine hospital	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	17	4	1
Oriental medicine clinic	-	-	-	-	2	2	4	2	4	1	1	-	-	2	4	4	3
Health & medical center	10	10	10	14	19	20	20	20	14	7	7	7	7	7	7	7	7
Public health center	69	74	74	74	85	85	85	87	57	6	0	1	1	1	1	1	1
Public health branch	9	9	9	9	12	12	12	12	11	5	1	-	-	-	-	-	-
Health clinic	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
Total	427	505	552	604	694	677	616	672	490	408	395	384	397	459	545	586	626

<sup>†</sup>Source=Korean Statistical Information Service. Number of Medical Personnel by Provider Type. 2020.

의료서비스가 중심에 놓여야 한다. 특히 대상자의 보건의료 욕구를 파악하고 적절한 서비스를 평가하고 연계할 수 있는 인력뿐 아니라 지역사회에서 의료서비스를 직접 제공할 수 있는 훈련된 인력이 필요하다. 그러므로 지역사회 통합 돌봄 사업에서 가정전문간호사를 관리자, 또한 직접서비스 제공자로 활용하는 것도 가능할 것이다.

정부는 보건의료인력 수요의 적정화를 위해 보건의료인력의 수요·공급을 주기적으로 추계하고 자격취득자 데이터베이스 구축을 추진하는 등에 대한 제1차 보건의료인력개발 기본계획을 2006년에 수립하였다[24]. 그러나 그간 전문간호사 인력수급의 적정화 등에 대한 심도 깊은 논의는 이루어지지 않았다. 2019년에는 「보건의료인력지원법」을 제정[25]하고 보건의료인력 실태조사를 하였으나[26], 전문간호사 영역에서는 인력 파악에 그쳤으며, 현업 종사자가 아닌 자격증 소지자에 대한 통계를 산출하였다. 그러므로 전문간호사 활용 실태 파악과 가용 인력 파악을 위한 자료로 사용하기에는 어려움이 있다.

가정간호사업의 활성화 방안에 대한 논의는 가정간호사업에 시작하면서부터 지금까지 계속되어 왔다. 그러나 가정전문간호 자격 취득자의 수적 크기는 공급 과잉으로 비춰졌고, 인력의 적정성에 대한 논의는 활성화 방안을 논의하는 중심에서 늘 배제되어 왔다. 최근 가정간호사업의 확대에 따른 인력 수요의 증대는 공급 부족을 초래하고 있으며, 이는 가정전문간호 교육과정 지정정원의 지속적 감소와 교육기관의 지역 불균형과 결부되어 있다.

수요와 공급의 불균형은 가정간호사업의 축소를 우려할 정도로 문제가 심각하다. 이를 해결하기 위해서는 가정전문간호 교육과정의 지정 정원 확대가 필요하다. 또한 현재 개설된 가정전문간호 교육기관은 서울소재 2개, 충남소재 2개, 전북소재 1개에 불과하고, 강원, 충북, 경상남북도 소재지에는 과정이 개설된 교육기관이 없다. 그러므로 교육에 대한 접근도가 낮아 인력 확충이 어렵기도 하다. 교육기관의 지역 불균형을 해소할 수 있는 방안이 논의가 시급하며, 이는 공급 부족 문제를 해결하는데 도움이 될 것이다.

공급의 적정성을 기하기 위한 방법 중 적정 인력을 단기간에 공급할 수 있는 방안으로, 유사 교육과정을 통해 배출된 타 분야 전문간호사의 활용을 고려해 볼 수 있을 것이다. 13개 전문간호사 분야간 통합의 필요성에 대한 논의는 전문간호사 제도의 활용, 전담간호사(Physician Assistant)의 출현과 함께 몇 년간 논의되어 왔다. 최근 병원간호사회에서는 전문간호사 분야 체계화에 대한 연구를 통해 전문간호사 분야 통합의 필요성을 제기하고 통합 방안을 구체적으로 제안하였다[27]. 통합 방안으로 유사 교육과정 분야의 전문간호사 통합을 제안하였으며, 가정전문간호와 노인전문간호가 통합될 수 있음을 제시하였다. 전문간호사 분야별 통합은 의료법을 개정해야 하는 문제가 있

다. 그러므로 가정전문간호사 수요와 공급의 적정성을 확보할 수 있도록 정부의 해당부서와 가정간호사회, 가정간호학회뿐 아니라 전문간호사회, 간호교육평가원이 공동의 노력을 기해야 할 것이다.

## Conflict of Interest

The author declared no conflict of interest.

## References

1. Ministry of Health and Welfare. Manual of hospital-based home health nursing. Seoul: Ministry of Health and Welfare, 2010 May.
2. Home Health Nursing History Compilation Committee. 20-year history and perspectives on home health care. Seoul: HN Science, 2014.
3. Press Release. To visit the home and provide nursing services. Seoul: Ministry of Health and Welfare, 2001 February 1.
4. National Association for Home Care and Hospice. Definition of home care [Internet]. Washington DC: National Association for Home Care and Hospice; 2016. [cited 2016 May 1]. Available from: <http://www.nahc.org>
5. Alliance for Home Health Quality and Innovation. What is home health care [Internet]. Washington DC: Alliance for Home Health Quality and Innovation; 2020 [cited 2020 June 5]. Available from: <https://www.ahhqi.org>
6. Korean Homehealthcare Nurses Association. The Association [Internet]. Seoul: Korean Homehealthcare Nurses Association; 2020 [cited 2020 July 7]. Available from: [http://www.hcna.or.kr/sub2/2\\_8.php](http://www.hcna.or.kr/sub2/2_8.php)
7. Korean Accreditation Board of Nursing Education. 2019 Korean advanced practice nurse annual report. Seoul: Korean Accreditation Board of Nursing Education, 2020 January.
8. Kim ES, Ko IS, Cho WJ, Jang HS, Rhyu SJ, Kim HY, et al. A study on the impact assessment of hospital-based home health care and the planning of community-based home health care. Seoul: Yonsei University College of Nursing, 2002 March.
9. Shin SY. Nursing home residents are eligible for home care nursing service [Internet]. Law Times; 2014 [cited 2020 July 27]. Available from <https://www.lawtimes.co.kr/Legal-News/Legal-News-View?serial=86010>
10. Kim MI. Home health care and visiting nursing. The Korean Nurse. 1991;3(2):6-12.
11. Kim MI. Perspectives for home health care nursing research. Korean Journal of Nursing Query. 1998;2(1):14-25.
12. Korea Ministry of Government Legislation. Public notice on advanced practice nurse educational course [Internet]. Sejong: Ministry of Government Legislation; 2017 [cited 2020 August 1]. Available from: <http://www.law.go.kr>

13. Korea Ministry of Government Legislation. Medical service act article 78 (nurse practitioner). [Internet]. Sejong: Korea Ministry of Government Legislation; 2020 [cited 2020 August 1]. Available from: <http://www.law.go.kr>
14. Song CR. Home care services: crisis and perspectives. *Perspectives in Nursing Science*. 2009;6(1):55-65.
15. Jang HS, Yoo SJ, Hwang JI, Jin YR. Demand and supply planning for the advanced practice nurses. Seoul: Korea Health Industry Development Institute; 2004 April.
16. Ko JY, Yoon JY. Analysis of hospital-based home care service utilization using national health insurance claim data from 2008 to 2017. *Journal of Korean Academic Society of Home Care Nursing*. 2019;26(1):36-50. <https://doi.org/10.22705/jkashcn.2019.26.1.36>
17. Jang HS, Jin YR, Kim JE, Hong EJ, Yoo JS. The role and function of home healthcare based on the public health centers, hospitals and long-term care insurance. Seoul: Korea Health Industry Development Institute, Ministry of Health and Welfare; 2007 May.
18. Cho KH, Kang HR, Jung HJ, Park IT, Chon HN, Kwon JE. A study on the establishment of the patient-oriented medical-care service system. Wonju: National Health Insurance Service Health Research Policy Institute; 2019 December.
19. Korea Ministry of Government Legislation. Enforcement rule of the medical service act [Internet]. Sejong: Korea Ministry of Government Legislation; 2020 [cited 2020 August 1]. Available from: <http://www.law.go.kr>
20. Korea Statistical Information Service. Number of medical personnel by provider type [Internet]. Dajeon: Korea Statistical Information Service; 2020 [cited 2020 August 1]. Available from <http://kosis.kr>
21. Home Care Coalition. Definition of home care. 1998;5:20-31. Cited by Park JH, Yun SY, Lin MJ, Park SA, Whang NM, Heo JS. Discussion on expansion and establishment of home nursing care. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2002;32(6):855-866. <http://dx.doi.org/10.4040/jkan.2002.32.6.855>
22. Korea Ministry of Government Legislation. Long-term care act article 23 [Internet]. Sejong: Korea Ministry of Government Legislation; 2019 [cited 2020 August 1]. Available from: <http://www.law.go.kr>
23. Ministry of Culture, Sports and Tourism. Policy wiki: community care [Internet]. Sejong: Ministry of Culture, Sports and Tourism; 2018 [cited 2020 Jun 30]. <http://www.korea.kr/special/policyCurationView.do?newsId=148866645>
24. Oh YH. Prospect for the supply and demand of health and medical personnel and policy tasks. *Journal of the Korean Hospital Association*. 2006;35(4):18-30.
25. Korea Ministry of Government Legislation. Health and medical personnel support act article 23 [Internet]. Sejong: Korea Ministry of Government Legislation; 2019 [cited 2020 August 1]. Available from: <http://www.law.go.kr>
26. Shin YS, Yoon KJ, Kim SE, Lee NK, Lim JW, Lee JH, et al. Health and medical personnel. Sejong: Ministry of Health and Welfare, Korean Institute for Health and Social Welfare; 2018 December.
27. Kim NY, Kim JH, Kim HY, Lim CS, Chon MK, Choi SJ. A study on the systematization of the advanced practice nurse. In: Editors. 2019 Annual report. Seoul: Hospital Nurses Association; 2019. p. 203-242.



# Home Health Nurses and the Adequacy of their Supplies

Baek, Hee Chong<sup>1)</sup>

1) Professor, Red Cross College of Nursing, Chung-Ang University, Seoul, Korea

**Purpose:** This study aimed to identify the training system and current status of home health nurses and to examine ways to retain sufficient number of advanced practice nurses (APNs) in the home health nursing field. **Methods:** This study analyzed the adequacy of the supply of home health nurse by reviewing the existing research literature and statistical data. **Results:** Discussions on how to revitalize the home care business have been ongoing since the beginning of 2001. However, despite home health nurses being oversupplied, discussions on the adequacy of supply have always been excluded from the focus of revitalization. The recent expansion of the home care business has resulted in a shortage of workforce, which can be linked not only to the continuous reduction of the designated quota of programs but also to the regional imbalance of educational institutions. The serious imbalance between supply and demand has caused fears that the home care business would drastically reduce. **Conclusion:** It is necessary to not only increase designated quotas for APNs programs but also integrate those programs of the similar curricula, thus lowering supply shortages in home health nurses.

**Keywords:** Health workforce; Home health nurse

• Address reprint requests to : Baek, Hee Chong

Red Cross College of Nursing, Chung-Ang University  
(06974) 84 Heuksuk-ro, Dongjak-gu, Seoul, Republic of Korea  
Tel: 82-2-820-5976, Fax: 82-2-824-7961, E-mail: hcbaek@cau.ac.kr