

家庭看護事業의 實踐의 方法論에 관한 考察

— 日本의 事例를 中心으로 —

趙 留 香
(木浦專門大學)

목 차

I. 序 論	IV. 家庭看護事業의 實踐의 課題와 對應策
II 家庭看護에 대한 歷史的 考察	V 結 論
III 日本의 家庭看護의 實態와 問題點	

I. 서 론

1. 問題의 提起

간호서비스의 形態는 人口의 고령화, 疾病構造의 變化, 慢性 疾患의 增加, 經濟의 低成長 등의 諸問題를 감안하면서, 과거의 왕진의료, 외래의료 및 입원의료에 대한 반성과 더불어 社會 經濟의 變化에 수반되어 變革이 추진되고 있다.(佐分利輝彦; 1983)

歐美 선진국에서는 간호가 포괄적인 의료활동의 모든 場에서 實踐되고 있으며, 포괄적인 醫療서비스의 한 役割을 담당하고 있다. 포괄적인 醫療서비스는 醫療의 범위가 擴大된 것만을 의미할 뿐만 아니라 一連의 體系를 근거로 하여 要求되는 모든 機能을 포괄적으로 實踐하고, 健康의 各 水準에 있는 사람들에 대해서 책임 을 기하려고 노력하고 있는 것이다. 또한 醫療의 대상으로 하고 있는 人間을 生物學的, 혹은 生理學的으로만 도 우려는 것이 아니라 人間을 社會학적, 심리학적, 행동 과학적인 立場에서도 포괄적으로 파악하여 아픈상태를 人間 全體로 취급하여 좋은 人間관계를 前提로한 醫療의 主體性을 확보하고 있다.

이러한 가운데 看護의 擴大와 더불어 一部 國家에서는 가정간호(home care)가 實施, 推進되고 있으며, 점차 가정간호를 實施하는 병원과 지역사회가 增加되고 있다. 우리나라도 가정간호제도를 實施하고자 하여 政策化段階에 놓여 있다. 따라서 가정간호제도의 필요성과 기대효과가 提示되고 있으며(김모임; 1989), 實施上의 論議가 提起되고 있다.(保健社會部; 1990)

實際, 주민들의 가정간호에 대한 이용희망을 알아 보기 위하여 “몸이 아프거나 불편할 때 연락하면 병원의 간호사가 집을 방문해서 건강관리를 해 드리고 비용을 받는다면 원하시겠습니까?”라는 질문을 住宅老人의 가족과 의료기관에 입원한 老人患者를 對象으로 調査한 결과(조유향, 윤현숙; 1988)에서도 各各 67.0%, 70.2%의 이용희망을 보여, 費用面을 強調하였음에도 불구하고 2/3정도에서 이용희망을 보인 것은 老人에 있어서는 家庭看護가 더욱 필요한 서비스라는 것을 암시하는 한편 家庭看護의 必要性을 示唆하는 것이라 하겠다.

그 동안 우리나라는 보건소에 의해 家庭방문이 提供되고 있었으나, 家族計劃, 母子保健 및 結核管理事業에 局限되어 있다고 해도 過言이 아니다. 그래도 一部 병

원에서는 가정간호사업이 住民들의 건강증진과 만성질환자들의 健康管理을 돕는다는 意味에서 實施하고 있으며(원주기독병원; 1974), 여러기관에서 家庭看護의 필요성의 強調과 함께 접근방안에 관한 研究가 進行되고 있다 하겠다.(이규식, 조유향外; 1989)

家庭看護의 必要性은 地域社會保健事業과 一次保健醫療 및 家庭에서 療養하고 있는 사람에 대한 看護援助의 重要性이 再認識되었다는 점과 간호분야의 자립이라는 관점에서 추진되는 움직임이 일고 있다. 또한 의료기술의 진보, 人口의 高齡化, 醫療保險의 給與水準의 改善에 따르는 醫療費의 증가, 핵가족화의 進行에 의한 社會的 經濟的 문제 및 가정내에서의 수발의 機能低下는 가정간호에 대한 要請과 기대를 增加시키고 있다고 말할 수 있다. 따라서 가정간호는 현실적인 社會的 變化와 더불어 保健醫療의 環境의 變化에 대응해서 요구되는 가정간호로 절대적으로 그 필요성이 강조되고 있는 實情이라 하겠다.

이와 같은 實情에서 本 研究는 우리나라의 家庭看護事業의 展開에 있어서 도움이 되는 資料를 제공한다는 점과 더불어 家庭看護의 實施에 있어서 제기될 수 있는 問題에 대한 代案을 고려해 본다는 점에서 또한 우리나라의 실정에 알맞는 가정간호 서비스가 주어질 수 있도록 하는 데 기여한다는 觀點에서 볼 때 意味하는 바가 크다 하겠다.

2. 研究의 目的 및 方法

本 研究의 目的은 첫째 가정간호의 歷史的 考察을 통하여 가정간호의 意味를 再照明해 보며, 둘째 가정간호가 實施되고 있는 日本 및 美國을 中心으로 한 諸外國의 가정간호의 位置와 方向에 대하여 고찰하여 과제에 대한 해결책을 논하는 데 있다.

本 研究의 資料와 方法은 가정간호에 대한 關係文獻(日本看護協會; 1984)과 實態報告書(日本看護協會; 1981, 1986, etc)를 이용한 문헌조사방법과 더불어 현지방문(field study)조사에 의한 意見聽取를 基盤으로 하였다. 현지방문조사는 日本의 事例에 대한 것으로 1986년 1월에서 12월로 약 1年 사이의 방문기간 中에 실시된 것이다. 調査內容의 集點은 實施되고 있는 家庭看護事業의 基本理念, 現狀과 課題 및 基本構想을 中心으로 하였다.

3. 家庭看護의 用語正義

가정간호는 人類의 歷史와 함께 存在해 왔으며, 社會의 要求에 따라 다양하게 그 개념이 정립되었음을 歷史的 흐름에서 알 수 있다.

최근 가정간호사업(home care service)의 效率성과 必要性이 대두되어 一部에서 추진되고 있는 데, 가정간호제도는 종합병원의 患者集中을 완화하고 경미한 患者, 만성질환자의 조기퇴원을 유도하여 高價의 醫療機關의 病床을 꼭 필요한 患者가 使用할 수 있도록, 그리고 병원의 收支改善 및 국민 개개인이나 정부의 醫療費負擔 節減을 기하고자 정착되어야 한다고 하고 있다.

가정간호(home care)의 意味는 患者의 健康을 維持, 增進, 再活 또는 자립성을 최대화시키며 疾病으로 인한 불구를 최소화시킬 목적으로, 保健醫療가 患者 개인과 家族을 위해 주로 가정에서 제공되는 事業(service)을 뜻한다고 본다. 患者 個人과 그의 家族의 要求에 부합되는 가능한 가정간호는 가정간호요원인 가정간호사, 치료요법사, 사회사업가, 가정봉사자 등으로 構成된 팀(team)에 의해 醫師의 요청과 治療方針下에서 협력적으로 사정, 계획되어 제공한다. 간호사가 가정을 방문하여 가정에서 간호한다는 意味를 내포하는 것으로 가정을 中心으로 하는 것을 指摘할 수 있다.

우리나라는 保健所를 中心으로 하여 가정방문(home visiting)이란 서비스가 보건요원에 의해 提供되고 있는 데, 이것은 보건요원이 담당지역내에서 서어비스대상자(target population), 즉 결핵, 家族計劃, 모자보건 및 환자가 있는 각 家庭을 방문하여 對象者를 指導, 管理하는 것을 意味하는 것으로 가정이 서어비스를 받는 場所라는 점은 같다 하겠다. 그러나 가정간호사업의 實施 主體, 內容과 組織, 概念과 對象 등에서 많은 차이점을 나타내고 있으므로 保健所의 가정방문사업은 가정간호사업과는 다른 意味를 가지고 있음을 알 수 있다.

日本에서는 家庭을 방문하여 서어비스를 提供하는 것으로 방문지도, 방문간호, 계속간호, home care, 재택간호 등의 用語가 使用되고 있다. 즉 방문지도는 노인보건법에 의한 보건사업 중의 하나로 노인인 만성질환자로 생활하고 있는 가운데 요구되는 保健指導를 家庭에서 提供하는 것을 뜻하며, 방문간호는 보건지도를

포함한 包括的인 看護를 提供하는 것을 뜻하고, 계속 간호는 노인보전법에 의한 계속간호기준료에 의해서 提供되는 것으로 병원에서 퇴원한 경우 一定期間 동안 家庭에서 계속해서 看護를 받는 것을 意味한다. 그리고 home care는 간호 뿐만 아니라 각 직종의 가정에서 서비스를 주는 것을 뜻하고, 재택간호는 가정에 있는 사람에게 간호를 제공하는 것을 말한다.

그러나 本 研究의 家庭看護는 日本에서는 방문간호라는 用語아래 實施되는 것으로 다음과 같은 다양한 여러가지 樣相을 지니고 있는 것을 뜻한다 하겠다.

첫째, 병원의 전문직 직원이 팀을 구성하여서 퇴원한 患者의 家庭에서 행하는 조직적인 가정간호(organized home care)를 意味하기도 하며, 병원 등의 의료기관과는 관계가 없는 단체, 즉 地方自治團體(행정기관)가 採用한 방문간호사를 통하여 家庭에서 행하는 健康管理를 意味하기도 한다.

둘째, 병원서버비스의 延長이라는 意味가 內包되는 것으로 병원은 물론 간호협회와 유기적인 관계를 유지하면서 제공될 수 있다는 것이다.

셋째로는 의료의 필요성에서 병원과 연관성을 가지고 계속성 있는 간호라고 생각하는 것이다. 내용적으로는 지도를 포함한 포괄적인 간호를 의미하는 것으로 계속 간호를 의미한다. 그리고 방문간호는 방문간호사의 간호서버비스를 강조하는 것으로, 각 직종에 의한 서버비스가 가정에서 제공되는 방문지도, 또는 home care와는 구별되고 있다.

그러므로 日本의 방문간호는 간호사의 독자적이고 확대된 家庭看護라고 말할 수 있다. 이 때에도 간호사 이외의 보건의료직 종사자들에 의해 팀 접근이 요구되는 것은 사실이다.

결국 우리나라와 美國의 가정간호와 日本의 방문간호는 동일한 의미를 내포하고 있다고 할 수 있다. 따라서 우리나라의 가정간호사업의 實踐的 方法에 도움이 될 것으로 思料되어 日本을 중심으로 하여 美國의 방문간호사업을 考察하고자 한다.

II. 家庭看護에 대한 歷史的 考察

아픈 사람의 看護를 家庭에서 행한 것은 人間生活의 一部로 人類의 出現과 더불어 시작된 것이라고 할 수

있다. 초기 看護歷史에서도 女性들이 奉仕의 目的을 가지고 자기 家庭 이외의 사람을 간호하였던 것은 초기 기독교시대의 여집사들이 방문간호(visiting nursing)를 시작한 때 부터라고 하여, 가정간호는 看護歷史와 함께 시작한 것으로 推測된다(이용복; 1989).

병원이라는 특별한 施設이 등장해서 사람들에게 대한 간호의 접근에 큰 變革이 생겼다 할지라도 병원의 看護가 가정에서의 看護를 基盤으로 해서 成立되었다는 것은 당연한 것이라 하겠다.

그러나 방문간호라는 서버비스의 意味는 1860년대 Florence Nightingale이 병원이 아닌 곳에 있는 患者가 병원에 있는 患者와 같은 간호를 받아야 한다는 要請을 하면서 지역사회간호의 필요성을 強調한 記事에서 엿볼 수 있으며, 실제 1862년 영국의 William Lasbon이 빈민가의 巡廻공연을 행하기 위해 Florence Nightingale에게 相談하고 地域의 가난한 사람들의 간호를 수행할 간호사를 양성하기 위해 리버풀 왕립병원에 看護學校를 設立한 것이 始初가 된다 하겠다.

그 時機 Florence Nightingale은 병원이라는 施設의 청결과 營養의 중요함을 밝히고, 逆으로 청결과 영양이 확보되면 간호는 병원이 아닌 家庭에서도 이루어 질 수 있다는 家庭看護의 중요성을 설명하고, 無知한 주민들을 위한 實踐에 있어서는 看護教育도 중대한 서버비스임을 強調하였던 것이다.

그 후 1887년에는 빅토리아여왕 在位 50周年 紀念基金을 基盤으로 하여 협회가 창설되어 가정간호사의 養成과 활동의 추진모체가 되는 한편 22,000名 以上の 간호사를 교육한 것으로 나타나고 있다.

1948년에 발족된 National Health Service 체제에서는 가정에서 간호를 필요로 하는 사람에게 간호사를 派遣하는 것이 지방자치체의 업무로 정해졌다. 그래서 4,600명의 가정간호사가 활동하게 되었다.

이와 같이 英國에서 시작된 家庭看護가 초기에는 慈善的인 意味가 강한 것으로 서버비스가 필요한 곳으로 가서 提供한 것이지만, 최근에는 서버비스의 필요성에 의해 주어지는 形態로 필요한 서버비스를 원하는 가정에서 法的인 措置下에 받도록 發展한 狀態에 있다 하겠다.

美國의 경우는 1886년 필라델피아에서 가정간호사회가 생기면서 간호활동을 시작한 것이 계기가 되어 制

度화된 것으로 나타나고 있다. 최근에는 財政의 支援과 提供機關의 樣相에 對해 論議되기는 하나, 비영리 단체인 방문간호협회는 물론 공적 보건기관, 행정기관과 민간조직, 병원, Nursing Home 및 기타 개인조직에서 가정간호가 행해지고 있다.

日本에서는 가정간호가 1888年 有志共立東京병원 간호사양성소의 제1회 졸업생이 파출간호사로 종사한 것이 시초가 되어 1891年 최초의 파출간호사의 組織으로써 慈善看護師會가 發足된 것을 볼 수 있다. 日本에서도 그 당시 간호는 환자의 가정에서 제공되었던 것이었다. 1899년에는 東京에만 58個의 간호사회가 있었는데, 會員은 908명 정도였다고 報告되고 있다. (稿本正己外; 1983)

그러나 佐分利輝彦에 의하면, 1924年 濟生會병원의 순회간호반이 반격적으로 실시하게 된 것이 家庭看護의 처음이라고 말하고 있다. 그 후 1925年 聖路加國際병원이 실시하였으며, 1930年 에는 日本赤十字병원이 가정간호에 착수한 것으로 나타나고 있다.

한편 大阪(오오사카)地域에서는 1930年 미국에서 방문간호의 실재를 배우고 돌아 온 간호사가 중심이 되어 公衆衛生訪問協會가 創設되면서 가정간호사업이 활발하게 진행되어 1937年의 事業實績을 보면, 가정방문이 연인원 20,178件으로 이 중에서 환자간호가 9,058件, 건강상담이 9,214件, 보육교실이 11,203件으로 報告되고 있다.

1937년에는 치료서버비스와 예방서버비스를 분리시킨 保健所가 생겼고, 1941년에 保健看護師規則이 施行되면서 地域社會 保健所를 中心으로 한 보건간호사의 가정방문이 행해지게 되었다. 한편으로 병원중심의 입상간호가 발전되는 가운데 그 간 행해져 오던 가정간호는 점차 자취를 감추게 되었다.

이와 같이 일본의 가정간호는 保健事業의인 面과 臨床的인 面에서 각기 별도로 행해지게 되었으나, 주로 자유개업제도와 관련이 깊은 것으로 說明되고 있다. 즉 자유개업제도에 의해서 의사의 직접적 指導下에 행해 온 施設內 看護가 급속하게 發展하여 臨床專門看護로 발전하였으나, 施設外의 看護는 발전되기 어려운 상태로 환자의 생활기반이 있는 가정에 까지 이르는 간호가 아니었으며 의료보험의 問題와 醫療의 責任이라는 點에서 왕진의 形態로만 주어졌던 것이다. 결국 가정간

호활동은 제도적으로 정착되지 못한 채 사라진 것이라고 말할 수 있겠다. 파출간호사회가 직업안정법의 시행대상 이 되지 못한 것 등도 문제로 提起되었다.

그러나 日本도 지역사회를 기반으로 한 가정간호가 社會에 의해서 다시 必要로 되어 추진이 불가결한 課題가 되었다. 따라서 家庭看護에 대한 본격적인 論議와 더불어 병원과 地方行政機關에 의해 實踐이 행해지게 된 것은 1970年代로 비교적 최근의 일이라 하겠다. 1967年 東京의 白十字병원이 방문간호라는 名稱으로 가정간호를 실시하기 시작하면서, 1973年 在宅看護研究會에서, 1974年 北里大學병원에서, 1975年 東京의 杉並區와 神奈川縣의 横浜市 등 行政機關에서 가정간호를 보건사업의 가정방문과는 별도로 제공되기 시작한 것이다. 그리고 노인보건제도의 발족에 따라서 가정간호방문지도사업이 1981년부터 추진되면서 더욱 가정간호사업의 중요성이 강조되었다.

現在에는 英國, 美國 및 日本 이외에도 스웨덴, 덴마크, 캐나다, 오스트레일리아, 네덜란드 등에서도 가정간호가 制度化되어 實施 중에 있다.

가정간호의 역사적 고찰을 통해 볼 때 시대적 변천에 따라 가정간호에 대한 필요성과 기대효과가 달라졌음을 알 수 있으나, 오늘날 高度의 의료기술이 提供되고 있음에도 불구하고 병원이 아닌 家庭이라는 곳에서 專門的인 看護가 要求되는 것은 保健醫療制度에 있어서 필요성과 중요성이 강조되는 重要한 意味를 부여하고 있는 것이라 하겠다.

III. 日本의 家庭看護의 實態와 問題點

各 國家에서 가정간호가 實施되고 있는 데, 가정간호는 地域社會의 여러가지 체계가 考慮된 상태에서 提供되고 있으나 位置와 方向이 명확하지 않은 狀態에 있다.

家庭看護를 必要로 하는 사람들은 대개 퇴원 후 가정에서 療養을 必要로 하는 사람, 종말기를 家庭에서 보내는 사람과 家庭에서 機能訓練回復(再活)을 받을 必要가 있는 사람 등 여러 水準의 사람들로 구분할 수 있다. 이러한 사람들과 가족을 對象으로 해서 看護 및 指導가 행해지는 것이 가정간호의 목적이 될 수 있겠으나, 家庭看護는 醫療機關內의 看護와는 달리 對象者의

家庭(環境)에 좌우되는 부분이 많아 실시하는 경우 간호를 받는 사람의 條件에 의해서 여러가지 형태가 취해지게 될 것이다.

또한 가정간호는 병원과 의원 등의 醫療機關이 중심이 되어서 제공되는 경우와, 地方自治團體의 行政機關이 提供하는 경우로 大別된다. 의료기관에 의해서 행해지는 가정간호는 계속간호와 組織화된 가정간호라는 觀點에서 행해지는 것이 대부분일 것이다. 日本의 경우는 병원에 따라서 지방자치단체의 委託에 의해서 家庭에 있는 와상노인의 看護를 實施하고 있었다(일본간호협회, 1984).

지방자치단체는 住民의 요청에 따라 가정간호사업을 보건사업의 일환으로 制度化하는 경우가 적지 않다. 특히 日本은 1977年 4月 부터 厚生省이 實施한 老人保健醫療綜合對策事業의 일환으로 在宅老人家庭看護방문 지도를 행하는 지역사회가 增加하였으며, 보건사업에 의한 가정방문도 家庭內 환자에 대한 保健指導라는 觀點에서 중시되고 있었다.

대도시에서는 지방자치단체가 가정간호사업을 행할 경우, 병원의 위탁방식 이외에 상근직원을 둔 직접서 어비스 제공방식 및 잠재간호사위탁방식과 상근직원과 잠재간호사에 의한 혼합방식도 사용되고 있는 실정이었다.

예를 들면 東京의 경우, 23個區 중에서 2個區는 직접서어비스방식이며, 20個區는 혼합방식이고, 1個區만이 의사회의 委託方式에 의해 實施되고 있어 다양한 形態에 의해 家庭看護方式이 遂行되고 있음을 알 수 있다.

본 研究에서는 의료기관이 주체가 된 家庭看護와 지방자치단체의 委託에 의한 것 중에서 保健事業에 속해서

제공되는 가정간호사업으로 나누어 實態와 問題點을 把握, 檢討하고자 한다.

1. 醫療機關에 의한 家庭看護事業

日本은 1985年 現在 병원직원이 勤務時間內에 業務로서 가정간호를 實施하고 있는 병원은 調査結果에서 350個의 병원으로 나타났다. 이것은 일반병원 全體에 대해서는 4.1%에 해당되는 병원이 가정간호사업을 한 것인데, 이 중에서 조사대상병원 321개 병원에 대해 設立主體別로 보면(表 1)과 같다.

가정간호의 實施率이 높은 設立主體는 日本赤十字, 濟生會, 厚生聯合會 등의 公的 병원, 생활협동조합, 사회복지법인, 民法 34조에 준한 公益法人 등 公益性이 높은 法人이며, 自治團體設立病院에서도 實施率이 높은 편이었다.

家庭看護事業을 시작한 시기는 과반수에서 1983年 이후로 나타났는데, 설립주체별로 보면 公的 병원, 地方自治團體, 醫療法人, 個人은 과반수가 1983年 이후이나, 그 이외의 法人은 1981年 前이 약 70%가 되고 있다.

家庭看護를 實施하게 된 理由로는 입원치료를 요할 만큼은 아니지만 퇴원할 수 있는 환자가 늘기 때문이라는 것과, 왕진, 통원환자의 재택요양의 可能性을 높이기 위해서 라는 것이 가장 많았다. 이러한 이유는 病院經營上 病床回轉率을 높이기 위한 代案의 結果라고도 말하고 있다. 1983年 이후에 가정간호를 시작한 병원이 많은 것은 老人保健法 發足の 영향을 받은 것으로 思料되나, 老人保健法에 의한 繼續看護料, 指導料의 점수화나 입원시 의학관리료에 의한 理由로는 나타나지 않고 있다.

表 1. 日本의 設立主體別 家庭看護提供病院의 현황

설립주체	실시병원수(1)	일반병원수(2)	단위: 個別
			(1)/(2)×100(%)
지방자치단체	68	1,006	6.8
公的 병원	54	290	18.6
의료법인, 개인	104	5,883	1.8
생협, 사회복지, 공익법인	77	557	13.8
국가, 학교, 회사, 보험단체	18	712	2.5
계	321	8,448	3.8

資料) 日本看護協會: 病院における訪問看護の 實施續狀況調査, 1986

가정간호의 대상자는 6월 1個月間에 1個 병원당 平均 12.3명이었으며, 가정간호의 件數는 25.8件이었다. 대상자의 年齡은 65歲 이상이 80%로 壓倒的으로 많았는데, 그 중에서도 70歲 이상이 67%로 나타났다. 그러나 가정간호 대상자 중에서 노인이 차지하는 比率는 병원에 따라 많은 차이가 있는 것으로 나타났다.

대상자의 질병은 뇌혈관장애, 심장 및 혈관계의 장애, 당뇨병, 고혈압증, 노인성 치매 등의 순이었으며, 산욕기간의 간호와 신생아관리도 많은 편이었다.

가정간호의 內容은 介護技術의 指導, 食料요법의 指導, 血圧, 尿量, 嘔吐 등의 측정법 지도 및 관찰, 복약지도, 기능훈련회복의 實施 및 指導, 개호용품의 소개와 연구, 의사와의 연락 및 상담, 직접적이고 구체적 간호의 제공, 病狀의 說明과 療養生活指導, 家族間의 諸問題의 상담과 助言, 의료적 처치의 지도, 의료적 처치의 실시, 의사와의 상담방법의 지도, 사회자원의 도입, 가족의 건강관리, 치매에 對應하기 위한 指導 順으로 나타나고 있다. 즉 서어비스대상자의 疾病에 直接 關係되는 서어비스는 實施率이 높은 편이었으나, 家族의 健康管理, 社會資源의 導入 등의 對象者의 疾病의 背後에 있는 문제에 대한 대응에 관해서는 실시율이 낮은 편이었다.

병원에서 제공되고 있는 가정간호의 실시상의 문제는 첫째 병원으로서의 實施體制가 整備되어 있지 않다는

점과, 간호사가 모자라는 바쁜 가운데 실시되고 있는 것으로 오는 문제, 둘째 방문가정의 먼 거리와 交通의 問題, 셋째 患者狀態의 急變에 대한 對應과 醫療行爲에 따른 問題, 넷째 가족과의 관계에서의 어려움, 다섯째 가족개호에 관한 問題, 여섯째 환자와 가족에 관한 정보가 얻기 어려운점, 일곱째 병원내에서 연계가 어려운 점, 여덟째 對象者의 選擇과 看護의 內容과 質, 記錄 등에 관한 問題가 있는 것으로 나타나고 있다.

이러한 問題點의 解決을 위해서인지 家庭看護에 대한 연구는 간호협회는 물론 각 병원과 行政機關에서 계속 추진되고 있다.

2. 地方自治團體에 의한 家庭看護事業

地方自治團體에 의한 家庭看護事業은 地方에서 費用負擔을 하는 경우인데, 地方自治團體가 直接 서어비스를 提供하는 경우와, 병원에 委託하는 경우와 민간조직에 의해 제공되는 경우 등을 들 수 있다. 民間組織은 日本看護協會支部, 社會福祉協議會, 特別養護老人ホーム(home), 民間會社, 資源奉仕者組織 등이다. 이들 민간조직에 의한 가정간호의 사례는 他研究報告書(이규식, 조유향; 1989)에 제시된 바 있으므로 本 研究에서는 地方自治團體가 主體가 되어 家庭看護를 提供하는 在宅老人을 위한 가정간호사업을 검토해 본다.

1) 在宅老人 家庭看護事業

表 2. 臨床老人 家庭看護의 서어비스 內容

구 분	우선순위별 서어비스 內容
醫療行爲에 속하는 서어비스	주사, 청진, 투약, 방광세척, 유치catheter교환, 진단위관삽입, 檢體採取, 혈당측정, 소변검사
주치의로 부터의 提示, 依頼에 의한 서어비스	욕창의 예방과 처치, 혈압측정, 기능회복훈련, 소변검사, catheter교환, 檢體採取, 방광세척, 위관삽입, 청진, 주사, 심전도
주치의가 없는 경우의 서어비스	혈압측정, 욕창처치, 소변검사, 기능회복훈련, 청진, 檢體採取, 혈당측정

資料) 日本看護協會: ねたきり老人訪問看護事業の 實態, 1981

표 3. 가정간호사업의 항목별 지출비율

예산총액	가정간호사래비	看護器材費	旅 費	研究費	事務費
100.0	83.3	6.7	3.5	2.6	3.9

주) 總豫算額은 約4,000萬円이다.

在宅老人에 대한 가정간호서비스는 65세 이상의 臥床老人을 대상으로 하여 家庭看護事業이 實施되기 시작하였다. 1981年 11月 現在 在宅老人의 가정간호사업을 特別事業으로 實施되고 있는 市町村(일본의 행정 지역단위)은 330개 地域으로 전체 지역의 약 1/10에 해당되었다. 이 사업은 1978년에 정해진 老人保健醫療綜合對策開發事業의 일환으로 복지측면에서 사업을 행하고 있었다.

實施方法은 直營方式, 市町村에 보건소가 협력하는 경우, 보건소에 의한 代行과 委託方式 및 혼합방식으로 구분되어 서비스가 提供되고 있는데, 직접서비스 방식을 취하는 지역이 壓倒적으로 많다 하겠다. 委託方式은 사회복지협의회의위탁이 많은데, 약 60%는 가정봉사자파견사업 내지 목욕서비스사업으로 나타났다. 1980年度 1년간 1인당 방문회수는 전지역 평균 7.6회였으며, 地域別로 1회에서 200회에 달하는 폭넓은 差異를 보여주고 있었다.

서비스의 대상자는 가정에 있는 65세 이상의 와상 노인들로, 이들에 대한 具體的인 業務內容은 주치의사의 지시 및 의뢰의 有無에 관계없이 할수 없는 의료행위와 주치의사로 부터의 지시, 의뢰에 의하는 서비스와 주치의사가 없는 경우에서도 제공되는 서비스로 나누어 지는데, 자세한 서비스는(表 2)와 같다. 가장 많이 제공되는 서비스는 주치의로 부터의 지시 및 의뢰에 의한 서비스로 全體의 75%였으며, 다음은 주치의가 없는 경우에 제공될 수 있는 서비스로 나타났다.

在宅老人에 대한 가정간호사업의 費用은 방문을 위한 교통비, 訪問指導機械 및 용구비, 소모품의 비용 등이 포함되는 데, 總支出面에서 보면 가정간호사의 人件費와 養成訓練을 위한 費用이 많은 部分을 차지하는 것으로 나타나고 있다. 橫浜市の 1981年度 가정간호사업의 예산을 항목별로 본 것이(표 3)이다. 이 중에서 常勤職員의 인건비가 포함되어 있지 않다(稿本正己; 1983). 가정간호 1件當 비용은 1979年 비상근직원의 경우 간호사당 4,000~5,000円 정도이나 地域의 同一職種間의 給與水準과 人力의 需給관계에 따라서 다소 차이가 있는 것으로 나타나고 있다.

와상노인을 위한 가정간호사업을 推進해 가는 데 생기는 問題 및 改善되어야 할 점은 自由記載에 의한 調

査結果에 의하면(日本看護協會; 1981), 첫째 가정간호요원의 確保와 處遇의 改善, 둘째 家庭看護要員의 研修, 相談, 指導體制의 必要性, 셋째 전문기술요원(물리치료사, 작업치료사)의 확보와 職種間 및 관계기관의 연계, 넷째 행정상의 복잡성과 보조금 등의 사업의 內實이 問題, 다섯째 對象者의 把握, 對象者의 條件, 訪問開始의 시기, 방문의 頻度, 機動力의 問題, 여섯째 在宅療養者를 위한 社會資源의 充實, 일곱째 家族의 無關心, 방문거부 등의 문제, 여덟째 가정간호의 위치와 役割의 정립문제 등이 提起되었다.

問題의 解決로는 老人保健制度의 檢討를 包含해서 國家는 對民서비스의 여유가 없는 지방자치단체의 부담을 고려하여야 한다는 意見이 우선되고 있다. 그리고 各 行政單位別로 對處方案을 講究해야 한다는 것이다.

日本の 家庭看護事業은 고령화 社會에 대한 對應의 하나로 家庭에 있는 老人療養者의 간호가 초점이었으나, 점차 家庭介護能力支援의 필요성과 在宅看護의 효율화, 통합화, 계속성에 의해 가정간호의 필요성이 강조되었다 하겠다. 따라서 국가와 의료보험에서 가정간호에 따른 지도료가 지불되기에 이르렀고 제도적 뒷받침이 요구되기에 이르렀다. 그럼에도 불구하고 가정간호의 대상, 제도, 비용부담, 서비스의 內容 등이 問題가 되고 있다.

美國의 경우는 병원을 중심으로 한 가정간호사업으로 400개가 넘는 가정간호기관이 설립되었으며, 1967年 Medicare가 실시되어 看護費用은 주로 Medicare 기금 및 medicaid 기금, 그리고 保險料 등으로 支拂되고 있다. 이로 인해 가정간호제공에 대한 責任과 質的 保障이 強化되고 있다.

이와 같이 가정간호가 다양하며, 實驗段階에 있거나 선구적 단계에 있음을 알 수 있다. 그러나 實際에 있어서 가정간호를 필요로 하는 사람과 필요로 되는 사람들이 늘어나는 現時點에서 조속한 시일내 가정간호의 位置와 향후 方向이 樹立되어야 할 것이며, 충실을 기하는 가운데 實施되도록 強化되어야 할 것이다.

IV. 家庭看護事業의 實踐의 課題와 對應策

가정간호는 간단히 家庭療養者에 대한 간호라는 서

서비스의 提供으로 생각된다 하더라도 全體 보건의료 제도내에서 가정간호의 役割과 機能이라는 觀點에서 보건의료제도 全體에 미치는 影響을 考慮하여야 할 것이다. 따라서 가정간호의 位置를 명확히 하기 위해서는 看護分野에서의 考察만이 아니라 각종 서어비스의 제공측면에서도 考察되어야 하는 것이 불가피하다. 실제, 가정간호사업을 실시할 경우, 서어비스 內容의 檢討, 費用負擔의 問題, 담당할 醫療人力 및 主體機關의 問題가 山積해 있다. 本 研究에서는 이러한 問題에 대하여 이미 경험한 國家의 實態를 통하여 考察해 보고, 이에 대한 對應을 講究해 보고자 한 것이다.

1. 서어비스의 內容

가정간호의 서어비스 內容은 어떠한 事例를 對象으로 하는가에 따라서 달라질 것이며, 다른 서어비스와의 關聯과 他機關과의 연계에 의해서도 달라질 것이다. 또한 방문빈도와 방문시간 등도 事例에 따라 달라질 수 있으며, 환자가족의 움직임과 가족관계의 調整도 필요하게 될 것이다.

실제 日本의 調査結果에서는, 환자의 관찰(활동증강 및 혈압), 배설, 식사개조, 청결, 재활적 간호, 체위 교환, 욕창예방간호, 용구의 소독 등의 看護管理와, 방광세척, 욕창치치, 창상치치, 위관교환, 방광catheter 교환, 도뇨, 수분보급을 위한 점적, 기도흡인, 산소흡입, 검사물채취(혈액, 소변, 객담) 등의 處置의 管理가 행해지고 있는 것으로 나타났다(遠藤直子; 1081). 이와 같은 서어비스는 필요할 것으로 사료되어, 우리나라도 이러한 서어비스 內容이 檢討되어야 할 것이며, 이러한 서어비스가 이루어질 수 있는 제도적 뒷받침이 마련되어야 할 것이다.

또한 가정간호는 療養生活의 安寧과 身體, 精神狀態의 改善 또는 안락한 죽음을 위한 目的으로 老人 및 家族에 대해서 看護技術의 指導, 看護서어비스의 提供, 필요한 看護用具의 提供 및 소개, 家族의 心理的 支援, 家族關係의 調整, 수발자의 건강관리, 社會資源의 活用, 醫師와의 連結 등이 提供되어야 할 것이다(조유향; 1989).

가정간호의 內容에 있어서 美國의 경우는 直接서어비스와 間接서어비스(direct and indirect service)로 나누어 提供되고 있는 데, 직접서어비스는 간호제공자와

환자가 직접접촉을 통해 치료적인 처치와 간호, 사정, 교육, 상담, 계획적 간호를 말하며, 간접서어비스는 앞의 서어비스가 시설을 통해 제공되는 것을 말한다. (Babara Kozieri; 1987) 최근에는 치료적인 처치로서 수혈까지 가정에서 이루어지고 있는 실정이다. (Marek. k.; 1987.5)

또한 서어비스의 수준에 따라 집중적 서어비스(intensive service), 일반적 서어비스 혹은 재활서어비스(intermediate or rehabilitative service) 및 基本的 최소서어비스의 구분은 患者의 健康狀態의 事情에 따라 淸 유 의하게 이용될 수 있어 바람직한 것으로 思料된다.

2. 費用負擔

費用負擔은 財源의 문제와 關連되는 것으로 중요한 課題이다. 의료기관을 퇴원한 患者의 가정간호는 醫療保險 中에서 가정간호를 위한 費用으로 추가, 制度化 되는 것이 바람직하겠다. 환자의 소득에 의해서 一部 本人負擔을 賦課하는 것도 있을 수 있다. 이와 같은 경우에는 단순한 家庭看護만이 아니라 醫師와 기타 醫療關係者의 팀에 의한 高度의 조직화된 患者의 가정간호가 포함된 각종의 形에 의한 서어비스가 고려되면서 標準化가 필요로 될 것이다. 地方自治團體가 되는 경우는 公的 費用에서 提供되는 것도 可能하리라고 본다.

3. 擔當人力

한편 全國적으로 가정간호사업을 制度化하기 위해서는 人力問題를 해결하지 않으면 안될 것이다. 의료기관에서 가정간호를 提供할 경우는 간호사의 增員이 불가피할 것이며, 潛在看護師을 活用한다면 地域別 잠재간호사의 과약과 組織化가 필요할 것이다. 그러나 潛在看護師의 活用品도 都市地域에 국한되는 것으로 農村地域에는 실제적인 면에서 어려움이 있을 것이다. 지방자치단체가 主體가 되어서 公的 費用負擔을 하는 경우는 保健活動의 일환으로 보건간호사가 중심이 되어서 행해질 수 있겠으나, 이 때에도 보건간호사의 대폭적인 증원이 필요하다. 단 현재의 보건간호사를 活用한다 할지라도 臨床看護技術의 再教育訓練에 關心을 기울일 필요가 있다.

의료기관이 中心이 된다면 診療評價 및 가정간호체계 등의 充實, 강화가 요청된다 하겠다. 어떤 方式을 採

用하든지 간에 가정간호에 대한 간호사의集團의熱意를高揚하여 주장하는 것이 중요하다. 또한, 가정간호는 일반적인 병원내 간호서비스와는 다른 점이 적지 않으므로 가정간호를 실천하는 간호사에 대한研修프로그램 등도 충분히 검토될 필요가 있으며 국가나 地方自治團體 이외에도 醫師團體, 병원단체 및 看護團體의 활동과 협력이 필요하다.

나아가서 가정간호와 組織化된 가정간호를 適正하게 추진하기 위해서는 정보의 일원화가 불가결하다. 즉 가정에 있는 환자와 그 가족에 관한 정보, 福祉機關과 保健機關이 派遣하는 가정봉사자, 보건간호사 등에 관한 정보, 또한 醫療을 담당하는 병원, 의원의 의사, 간호사 등에 관한 정보의 樹立, 評價, 提供을 위한 制度를 合理的으로 構築할 필요가 있다.

4. 機關間的 연계성

이상과 같은 問題를 단기간에 解決한다는 것은 容易하지 않다. 가정간호의 동향을 충분히 파악하고 세밀한 검토를 계속하는 것이 問題解決의 지름길일 것이다. 앞으로 가정간호를 發展시켜 나가기 위해서도 가정간호가 保健醫療制度 및 社會福祉制度와의 관련성내에서 가정간호의 位置와 方向을 軸立하게 하는 것이 必要하다.

또한, 가정간호의 量的인 面도 狀況에 따라 달라질 수 있으므로 가족을 통한 간호를 前提로 할 것인가, 아니면 家族 대신에 모든 看護를 代行할 것인가를 생각하여야 한다. 이것은 가정간호의 빈도와는 관련이 있는 것이지만, 주부의 負擔을 前提로 하여 가정간호의 施策이 擴大되는 경우에는 부인의 權利問題와도 關聯이 되어 社會의 반발이 생길 가능성도 없지 않기 때문이다. 이러한 問題는 國民의 關心을 파악하면서 社會全體의 問題로써 추진해 나가야 할 것이다.

그리고 가정간호가 擴大되어 많은 患者가 家庭에서 回復되는 것은 물론, 반건강인 및 장애자가 지역사회에서 생활할 수 있도록 하기 위해서는 단기간 입소시설(short stay center), 탁로소, 낮병원(day care hospital)과 순회서비스제도, 급식, 목욕, 가정봉사자 등이 동시에 計劃되고 強化되어 家庭看護事業과 밀접한 關係를 기하도록 하여야 한다(조유향; 1989).

또한 地域社會에서 가정간호를 추진할 때에는 機關

間的 調整도 중요하겠으나, 무엇보다 가정간호와 병, 의원의 간호사 및 조산사가 어떠한 役割分擔을 해 나갈 것인가 하는 合意가 事前에 이루어질 필요가 있다는 基本的인 問題가 있는 것도 注意하여야 할 것이다.

V. 結 論

간호사는 專門職에 從事하는 사람으로 理想을 가지고 환자와의 인격적인 신뢰관계를 가지며 지식과 技術의 향상에 이바지하며, 직업윤리를 高揚하여 醫療의 責任을 적극적으로 遂行하여야 한다. 간호업무를 단순히 의무로써 받아들이지 말고, 환자의 全生活에 걸친 責任을 가지고 이에 필요한 指導와 調整을 행하여야 할 것이다.

간호는 병원의 機能에서 獨立되어야 하며, 지역의료의 중요한 機能으로써 지위를 확립하면서 診療와 福祉서비스의 좋은 반력자로서의 機能을 높이지 않으면 안 된다.

看護는 患者만이 아닌 지역사회의 건강인의 健康維持 및 增進을 위해서도 業務를 擴大해 나가야 할 것이며, 병원에서 퇴원한 회복환자의 추후관리도 業務의 일익으로 담당해야 할 것이다. 이러한 觀點에서 가정간호의 필요성이 강조되며, 時代的 變遷에 따라 더욱더 요청된다 하겠다.

따라서 가정간호가 빠른 기간내 體系적으로 實施될 수 있도록 體系化되어야 하겠으며 그에 따라 가정간호 사업의 구축을 위한 檢討가 繼續적으로 이루어져야 할 것이다.

본 研究는 이러한 觀點에서 가정간호의 歷史的 考察을 통하여 가정간호를 再吟味해 보며, 가정간호가 實施되고 있는 日本을 中心으로 하여 가정간호의 실태와 問題점을 파악하여 우리나라에서의 실천에 있어서 課題解決에 도움이 되는 資料가 되고자 試圖되었다.

이미 가정간호사업을 전국적인 수준에서 實施하고 있는 일본의 실태를 파악해 본 結課, 가정간호사업은 事業의 實施主體, 서비스의 內容, 費用負擔, 擔當人力, 타기관간의 연계성 등 많은 實踐의 課題를 안고 있었다. 그러므로 우리나라도 이러한 課題에 대한 對應策이 마련되어야 할 것이다. 따라서 地域社會의 條件에 부합되게 講究되도록 하기 위해서는 事前에 간호 요구 및 비용부담의 여건 등에 관한 실태조사연구가

병행되어야 할 것이며, 담당인력의 양성훈련 및 지역 사회내의 他機關間的 협력체계가 강구되도록 하여야 할 것이다.

參 考 文 獻

- Marek-k., Mcvan-B.: Home Ttansfusion Therapy: A New Dimension in Home Care, QRB 13(1): 17-20, 1987. 5
- Barbara Kozier, Glenora ErB: Fundamentals of Nursing -Concppts and Procedure-, Addison-Wesly, 3rd edition 1987
- 佐分利輝彦: 訪問看護に関する考察, 病院管理研究所紀要, 第12卷: 1-8, 病院管理研究所, 1983
- 日本看護協會: 高齢化社會と訪問看護, 訪問看護: 211-222, 1984
- 日本看護協會: ねたきり老人訪問看護事業の實態, 1981年 11月
- 日本看護協會: 昭和60年 病院における訪問看護の實施狀況調査, 日本看護協會, 1983
- 橋本正己, 多田羅浩三編: 老人の家庭看護訪問指導事業, 日本公衆衛生協會, 1983
- 横浜市衛生局: 横浜市の訪問看護と保健婦活動 -訪問指導事業10年-, 1986. 3
- 神奈川県衛生部: 在宅療養者訪問看護system研究委員會報告書, 1985. 3
- 遠藤直子: 特輯, 擴大する看護を探る: 病院40(5), 醫學書院, 1981
- 김모임: 가정간호제도 그 필요성과 기대효과, 간협신보, 제618호, 1989. 12. 28
- 保健社會部: 가정간호제도에 관한 워크%자료, 1990. 8
- 이규식, 趙留香外: 老人醫療費 節減方案에 관한 研究報告書, 保健醫療政策研究所, 1989. 10
- 이영복: 간호사, 수문사, 1989
- 趙留香: 노인보건, 현문사, 1989
- 趙留香, 윤현숙: 老人에 대한 保健醫療의 開發을 위한 調査研究, 한림대학 사회의학연구소, 1988

〈Abstract〉

A Study on Practical Approaches of Home Care Services

— Based on Home Care Services in Japan —

Cho, Yoo Hyang

(Mog - po Junior College)

The subject of this study is to review the practical approaches of Home Care Services. Included is a brief overview of its nature, providers of Home Care Services, recent history of Home Care Services, and the impact of the national movement toward cost containment in health care.

The data used in this study are obtained from the Elderly Program of the Medical Services and other data on the Home Care Services in Japan.

With the growing elderly population in Japan, it is to be expected that the medical care expenditure for this sector will continue to increase. With the aim of keeping expenditure for medical care within reasonable bounds, it is essential that this increasing expenditure on the elderly be used effectively. With the Health and Medical Services Law for the Aged was enforced, therefore, remuneration for medical treatment of the elderly and what is known as the staff placement standard at hospital for the elderly were rationalized. In addition to rationalization from the point of view of medical care supply, it is necessary to guarantee the appropriate treatment within the community and at home for those elderly who are bedridden but not in need of hospital care. For this it is required that Home Care Services, such as health services like visiting guidance by public health nurse in hospital of Health Center. So that the elderly can feel secure in receiving treatment within the community and at home, allowances for guidance on leaving hospital and for intermittent nursing and guidance thereafter are to be newly introduced.

Home care Services in one aspect of comprehensive health care, it is comprised of health services provided to individuals and families in their homes. Its purposes include promoting, maintaining and restoring health, specifically maximizing independent functioning and minimizing the disabling effects of illness, including terminal illness. Services appropriate to the needs of clients and their families are planned, coordinated, and delivered by providers organized for the delivery of home health care through the use of contractual arrangement, employed staff, or a combination of the two.