

# 가정간호제도 도입의 필요성

문 정 순 교수

〈가톨릭대학교 의과대학 간호학과〉

## 1. 개 요

### 1) 가정간호의 정의

포괄적인 보건사업의 구성요소로서 말기 환자를 포함하여 불구와 질병의 영향을 최소로 줄이는 반면 독립수준을 최대한으로 높이거나 건강을 유지, 증진, 회복시킬 목적으로 대상자들이 살고 있는 곳(가정이나 시설)에서 개인이나 가족들에게 건강사업을 제공하는 것이다.

### 2) 가정간호 사업

가정간호 사업은 대상자 뿐 아니라 이들의 요구 또한 복잡하고 다양하여, 간단한 가정일에서부터 고도의 첨단 장비와 치료술을 요구하는 일에 이르기까지 매우 광범위하다. 사업의 범주는 좁은 의미로는 병원 입원치료의 연장으로 가정에서 환자에게 필요한 의료, 간호, 사회사업 서비스를 제공하는 것이고 넓은 의미로는 환자가 가정에서 생활하는데 필요한 일반적인서비스 즉 의, 식, 주와 관련된 서비스까지를 포함한다. Roemer는 사업을 고직적 서비스(말기 암환자 가료, 호스피스 등), 치료적 서비스(수술후 처치, 만성환자 처치, 첨단의료장비를 이용한 서비스 등), 재활적 서비스(물리치료, 작업치료 등), 모자보건 서비스(산전·후 관리, 분만, 미숙아 관리 등)로 구분하였다.

이 글은 1994년 11월 4일 개최된 본협회 제52차 세미나에서 강연한 내용을 요약한 것입니다.

이러한 사업을 성공적으로 이끌기 위해서는 간호사를 주축으로 하여 의사, 물리치료사, 작업치료사, 언어치료사, 의료사회 사업가, 영양사, 약사, 간호조무사 등 여러분야의 보건전문 인력 이외에도 성직자, 가정관리 보조원, 자원봉사자와 가족들의 도움을 필요로 한다.

### 3) 가정간호 사업 제공기관

가정간호사업은 정부에서 제공하는 보건소 중심의 가정간호사업(보건 사업 모형)과 종합 병원 중심의 가정간호사업(질병의 가정 치료 모형)으로 대별할 수 있다.

### 4) 국내의 개황

1970년 전주 예수병원에서 지역사회보건사업의 일환으로 방문 간호사업을 시작하였으며, 원주 기독교병원은 1974년 부터 지역사회 보건 간호과를 설치하여 외래에서 의뢰된 환자와 가족, 입원후 조기퇴원 환자와 가족, 그리고 지역사회에서 직접 의뢰된 환자와 가족을 대상으로 가정간호 사업을 제공해오고 있었으나, 보건의료 정책의 일환이 아닌 사립기관에서 이루어지는 시혜의 차원이었다. 국가의 보건의료 정책의 일환으로 가정간호사업의 제도화 과정을 살펴보면 다음과 같다.

-1990년 1월에 보건 사회부는 의료법 시행규칙 제54조의 업무 분야별 간호사 자격 기준의 제4항에 가정간호사를 신설하였다.(보사부령 840호)

- 1990년 6월 5일에 전문간호사 수련과정 등에 관한 사항 규정을 발표하여 가정간호 인력확보에 대한 기준을 마련 하였다. 이 기준에 준하여 1991년 부터 서울대학교 보건대학원에서 처음으로 가정간호사 교육을 실시하기 시작하였고, 현재 서울대학교 간호대학, 연세대 간호대학, 충남의대 간호학과, 경상대 간호학과, 부산의대 간호학과, 경북의대 간호학과, 전남의대 간호학과, 전북의대 간호학과 등 8개의 가정간호사 수습기관이 개설되어 있고, 약 550명의 가정 간호사가 배출되었다. 매년 350명 정도가 배출될 예정이다.
- 1994년 8월부터 4개 병원(강동 성심병원, 연세대 신촌 세브란스 병원, 연세대 원주기독 병원, 영남대학 병원)에서 가정 간호 시범사업을 실시하고 있다. 1995년 12월까지 실시할 예정이며 금년 말에 중간 평가를 하고, 95년 10월에 최종 평가를 거쳐 95년 10~12월에 확대 방안 및 각종제도를 입안 해 96년 1월부터 확대 실시할 예정이다.

## 2. 가정간호 제도 도입의 필요성

### (1) 인구 구조 및 건강문제의 변화

#### 가) 노인 인구의 증가

생활 수준 향상 및 의학의 발달로 평균 수명이 연장됨에 따라 노인 인구가 점차 증가되어 1980년에 3.8%에서 1990년에는 4.7%로 증가 되었으며, 2000년에는 6.2%를 점유할 것으로 추산하고 있다. 또한 노인인구의 대부분이 한가지 이상의 질병을 지니고 있으며 대부분이 장기치료를 요하는 질병들로서 병원에 입원 치료보다는 일상생활 유지를 위한 기능적 요구가 있는 상태이다. 그러므로 이들에 대한 건강관리는 가정이란 생활 환경에서 제공해 주는 것이 적합한 방법일 것이다.

#### 나) 만성 퇴행성 질환의 증가

질병 구조의 변화로 과거에 주종을 이루던 각종 감염성 질환이 후퇴하였고 근래에는 비감염성인 만성 퇴행성 질환, 즉 고혈압이나 뇌혈관

질환 같은 성인병이 날로 증가하고 있으며 또한 암과 같은 난치병이 급격히 증가하였다. 이러한 질병의 원인은 단일 요인이 아닌 복합적인 것이며 생물학적 요인보다 생활 양식이나 환경에서 기인하는 것이므로 병리중심의 치료로서는 해결이 충분치 못하며, 장기간의 진료로 병상회전율의 저하와 과다한 의료비를 소모하여 보험제정을 압박하는 요인이 되고 있다. 따라서 국민의료비 증가 억제 차원에서 좀더 효율적인 제도적 장치를 모색해야만 한다.

#### 다) 정신 질환의 증가

도시화, 산업화에 따른 급격한 생활 환경의 변화로 정신질환자가 증가되면서 사회 문제화가 되고 있으나 치료시설은 부족한 형편이므로 치료기관 밖에서 이들의 건강관리를 해야할 제도가 필요하다.

#### 라) 심신 장애자 증가

선천성 및 산업화에 따른 후천성 장애자의 급증, 즉 교통사고나 산업 재해의 발생이 급격히 증가되고 있는 양상이다. 이들의 경우 단기간의 치료로 해결될 수 있는 경우보다 장기적인 치료관리를 요구하므로 사회 보장 차원에서나 가정에서의 관리방법을 모색해야 한다.

### (2) 사회 환경의 변화

#### 가) 가족제도의 변화

산업화, 도시화에 따라 가치관, 가족구조, 거주형태의 급격한 사회변화로 전통적 대가족 제도가 붕괴되고 핵가족화 경향으로 외부로부터 가족 구성원을 보호하고, 어린이와 노인을 부양하고, 병약자, 장애자를 돌보는 보호기능이 약화되었다.

#### 나) 근로 여성 인구의 증가

여성들의 사회적기능은 확대 및 강화된 반면에 전통적인 가정안에서의 기능은 약화되어 가족내에서의 환자나, 병약한 노부모를 부양 및 보살피기 어려워졌다.

#### 다) 건강에 대한 관심 증가

생활 수준의 향상에 따라 개인, 가족은 물론 지역사회의 건강에 대한 관심이 증가되어 건강

에 대한 요구 또한 증대되었다.

### (3) 보건의료환경의 변화

가) 의료 수요의 급증 - 국민 소득의 증가 및 의료보험의 확대 실시에 따라 의료수요가 급증하여 의료 보험의 재정을 압박하는 요인이 되었으므로 보험 재정의 안정을 위한 방안이 강구되어야 했다.

나) 의료비의 급등 - 의료의 과학화, 의료이용의 증가에 따른 국민 의료비의 급등은 보건의료계가 해결해야할 새로운 과제로 대두되었다.

다) 병원 감염 문제의 대두 - 전반적으로 직접 감염은 감소 추세이나 의료기관 이용인구의 증가에 따른 병원내 감염 문제가 새로운 과제로 대두되었다.

라) 종합 병원의 환자 집중 현상 - 양질의 의료욕구와 대학병원을 포함한 종합병원을 선호하는 국민성향으로 인해 대학 병원으로의 환자 집중 현상이 심해짐에 따라 대학병원의 병상 점유율이 그 한계치를 초과하고 있다. 이러한 현상은 의료자원의 효율적 이용을 저해하는 요소가 되었다.

이상의 여러가지 변화에 따른 문제는 기존의 병원치료 중심의 보건의료 제도로는 과다한 의료자원의 낭비를 초래하면서도 충분한 해결책은 되지 못한다.

## 3. 가정간호제도의 도입으로 기대되는 효과

### (1) 국민(대상자) 측면

조기퇴원이나 특수한 의사의 처방이 요구되지 않고 이상유무의 관찰이나 운동요법, 식이요법, 상처소독 등의 간단한 처치가 필요한 장기환자들이 병원이 아닌 가정에서 간호와 치료를 받을 수 있으므로 심리적 만족감과 정서적인 안정을 유지할 수 있다. 추후 관리로 환자가 통원 치료하는 불편을 덜고 특히 거동이 불편한 노인이나 기능장애자의 경우 병원 방문으로 야기되는 보조인력의 협조, 교통 문제 등의 불편함을 해소할 수 있다. 조기 퇴원으로 인한 병원 입원비, 외래

수진을 위한 교통비, 기타 경비가 절감된다. 입원환자들의 입원대기 시간이 단축되고 필요시 입원치료가 용이하다.

퇴원후 치료나 간호를 전적으로 환자와 가족에게 일임하고 있으나 현실적으로 대부분의 환자들은 전문적인 도움을 필요로 하는 치료나 간호 방법에 대한 충분한 지식이 없는 상태에서 퇴원하는 것으로 알려져 있으며 이들의 요구를 충족시킬 수 있을 뿐 아니라, 가족 전체에 대한 보건교육과 보건 상담을 통한 자신의 건강관리 능력을 갖게 할 수 있어 가정, 지역사회 건강 증진이 가능하다.

### (2) 제공자(병 의원) 측면

종합병원에서 가정간호사업의 개발을 통하여 장기 입원환자를 조기에 퇴원시키므로 병상회전율을 높이고 인력 및 시설의 효율적 활용에 기여할 것이며, 입원 치료가 필요한 환자들을 더 많이 수용할 수 있게 된다. 또한 조기 퇴원이나 장기 질환자 뿐만 아니라 입원치료를 해결이 불가능한 환자들까지 가정에서 계속적으로 양질의 의료를 제공받아 이들이 욕구를 충족시킴으로써 의료기관에 대한 신뢰감을 높인다.

인력 및 시설의 효율적 활용과 시설확장 없이 더 많은 환자 관리가 가능하므로 병원의 수익을 증대에도 기여할 것이다. 또한 입원 치료가 꼭 필요한 환자만 병원을 이용하므로 의료의질 향상과 연구 기능의 강화로 직원 개발이 가능하다. 궁극적으로 병원관리의 주된 요소인 내부관리의 효율화와 외부환경의 변화에 효과적으로 적응하여 연속적인 성장, 발전을 꾀할 수 있을 것이다.

### (3) 국가 측면

노인환자, 만성퇴행성 환자, 정신 질환자, 심신 장애자 등의 불필요한 병원 이용을 최소화하고 조기퇴원을 통한 재원기간의 단축 및 가정에서의 교육, 간호로 병원 방문 수진횟수를 단축하므로써 국가 의료비 절감 및 의료 보험 재정의 안정을 기할 수 있다. 저렴한 의료비는 저소득 주민의 의료접근을 용이하게 해준다. 의료 인력

의 교육면에서는 병원 중심의 교육에서 다룰 수 없는 영역인, 환자와 가족들의 질병에 관련된 가정 상황을 정확히 파악하여 전인적인 치료, 간호와 관련된 요소들을 교육받을 수 있으므로 의학 및 간호교육의 수준을 향상시킬 수 있는 방안이

될 수 있다. 기존 인력의 효율적 활용으로 보건 의료 체계가 강화될 수 있다. 의료자원의 경제적, 합리적 이용으로 국민 총 의료비의 효율적 운영에 도움을 줄 것이다.