

저 출산 고령 사회에 대비한 재가 간호사업 정책 과제와 대안

유 호 신¹⁾

서 론

우리나라 보건복지정책은 1994년을 기점으로 복지국가의 실현과 선진국형의 보건의료전달체계 확립을 위한 방향으로 전환시켜 가고 있다. 구체적으로 언급하면, 문민정부가 들어선 후 1994년도에 시도한 의료보장개혁을 시작으로 1998년 “21세기 보건의료발전종합계획”과 1999년 복지 기능이 강화된 “새 천년 보건복지 2010” 그리고 현 참여정부의 저 출산 고령 사회 대책과 공공보건의료기반 확충 등 공급자와 시설 중심에서 수요자와 탈 시설화 정책 중심으로 구조적인 변화를 추진하고 있다(Ministry of Health and Welfare, MOHW, 2006). 이러한 정책변화는 전 세계적으로 유례를 찾아보기 어려운 저 출산 현상으로 인한 급속한 고령사회 변화에 적극적으로 대처하기 위하여 효율적이고 합리적인 보건복지자원의 활용과 배분이 중요한 과제로 대두되었기 때문이다.

우리나라 합계출산률(Total Fertility Rate, TFR)은, 1960년대 약 6명 정도의 높은 수준에서 1980년대를 지나 1990년에 이르기까지는 점진적인 하락 양상을 보이다가 2000년부터 1.33 수준까지 급락하였고, 불과 5년 뒤인 2005년에는 1.08수준까지 낮아진 양상을 보고하였다(Korea National Statistical Office, KNSO, 2006). KNSO(2006)의 보고에 의하면, TFR 1.08 수준에 이르게 한 주 요인을 심층 분석한 결과, 기혼자의 TFR은 2005년도에도 1.33정도의 수준으로 유지되고 있었으나, 미혼자의 증가현상이 TFR 수준을 지속적으로 떨어지게 한 주 원인이었음을 지적한 바 있다. 이와 같이 우리나라의 저 출산이 결혼을 안 하거나 못하고 있는 미혼인구층의 증가에서 초

래된 현상이라면, 고령사회문제는 청년취업 등 사회경제적인 근본적인 문제가 해소되기 전에는 쉽게 해결되기 어려울 것으로 예측된다.

KNSO(2006)보고에 의하면, 65세 이상 고령인구는 기대수명 연장과 출산율 감소로 2005년 현재 9.1%에서 2018년 14.3%로 고령사회에 진입하고 2026년 20.8%로 본격적인 초(超)고령사회에 도달할 것으로 전망하고 있다. 80세 이상 인구도 2005년 현재 676천명에서 2050년에는 2005년의 9.1배인 6,130천명에 이를 것으로 전망하고 있다.

고령인구의 급증은 국가적 재앙으로 받아들여야 할 만큼 생산성 저하 문제와 노인의료비로 인한 국민건강보험재정을 악화시키고 있다(MOHW, 2006). 때문에 선진국 수준의 안정적 인 경제구조와 보건의료재정 여력을 충분히 갖추지 못한 실정에서 고령사회를 맞이하게 된 우리나라는 보건의료자원의 효율적인 관리방안을 보다 적극적으로 수립해야 하는 입장이 다. 특히 2000년 이후에는 국민건강보험재정에서 노인의료비가 차지하는 비중이 급격하게 상승되어 노인의료비의 비중이 전체 의료비의 약 1/4 수준을 넘게 되어 국민건강보험재정 적자의 폭을 심화시키고 있다(MOHW, 2006). 2000년 의약분업 시행 이후, 건강보험수가와 건강보험 급여기간 연장, 급여범 위 확대, 노인인구 및 수진율 급증 등으로 국민건강보험 지출이 수입을 상회하게 되어 국민건강보험재정을 효율적으로 관리해야 하는 정책과제가 대두되었다.

이와 동시에 정부는 저 출산 고령 사회의 문제를 해결해야 하는 입장에서 복지욕구의 해법도 함께 해결하고자 일본의 사회보장제도의 일환인 노인장기요양보험제도를 도입하였다

주요어 : 저 출산, 고령사회, 재가 간호, 정책
1) 고려대학교 간호대학(교신저자 E-mail: hosihn@korea.ac.kr)
투고일: 2007년 6월 8일 심사완료일: 2007년 6월 26일

(Long Term Health Care, LTHC, 2007). 뿐만 아니라 노인환자의 장기입원을 제한하는 정책을 도입하기 위하여 노인요양병원과 노인전문요양원 등 중간시설을 확대해 가고 있으며, 공공보건의료기능 강화를 위한 도시 보건지소 설치나 보건소 방문건강관리사업 확대 등 보건복지정책 전반을 강화하여 수요자요구에 대응하기 위한 구조적인 변화를 꾀하고 있다.

이상 살펴 본 바와 같이, 여러 노인보건의료정책을 펼쳐 나감에 있어 저 출산 고령 사회에 대비한 노인보건의료문제의 해결중의 하나는 선진국에서 이미 경험하듯이 재가 간호사업, 즉 home health care를 들 수 있다. 문제는 우리나라의 재가 간호사업은 미국의 home health care나 일본의 방문간호처럼 동일한 재가 간호서비스로 전개되지 못하고 각기 다른 법적인 근거를 갖으며 의료기관 가정간호, 노인장기요양보험제도 방문간호, 그리고 보건소 방문건강관리 등 세가지 사업유형으로 개발되고 있다는 점이다.

미국이나 일본의 재가 간호는 의료기관, 보건소, 그리고 개인 및 법인단체 등 사업의 운영 주체가 누구냐에 의해 구분되고 있으며(Harris, 2005; Murashima, S., Nagata, S., Magilvy, J. K., Fukui, S., & Kayama, M. 2002), 사업내용은 동일한 간호서비스로 인정되어 동일한 정책 하에서 유사한 수가구조와 운영체계를 갖고 있다. 즉, 가정에 있는 만성질환자 혹은 가정간호서비스가 필요한 대상자의 가정을 방문하여 간호사가 주 서비스 제공인력으로 운영하는 개념의 사업으로서, 미국은 home health care로, 일본은 방문간호(visiting nursing service)라는 용어로 제공되고 있다.

그러나 전술한 바와 같이 우리나라 재가 간호사업은 사업 운영주체 즉, 의료기관이나, 보건기관이나 혹은 비영리 개인 혹은 법인 등에 따라 가정간호와 방문간호 그리고 방문건강관리 등의 사업으로 법적근거를 달리하면서 개발되어 활용되고 있다. 예를 들면, 의료기관 가정간호에 종사할 수 있는 인력과 자격요건 그리고 노인요양보험제도의 방문간호에 종사할 수 있는 인력이나 직종 등 서비스 제공자는 물론 서비스이용에 대한 지불보상재원이나 이용 수가 등이 서로 다르게 개발되고 있다. 이로 인해 앞으로 재가 간호서비스가 전국단위로 가시화되고 활성화 될 때, 이용소비자들의 혼란은 물론 서비스 제공인력 간 갈등의 소지를 우려하지 않을 수 없다.

뿐만 아니라, 최근 정부차원에서 2,000여명의 방문건강관리인력을 투입하여 본격적으로 저소득 취약계층주민의 건강관리를 시작한 보건소 맞춤형 방문건강관리사업이 시행되었다(MOH, & Korea Health Industry Development Institute KHIDI, 2007). 본 사업 기존의 보건소 방문보건사업을 확대 발전시켜 지역사회 재가 만성질환자의 건강문제의 관리는 물론 건강한 지역주민을 대상으로 예방과 건강증진을 위한 사업내용으로 초점을 맞추고 있다.

이러한 배경 하에서 본고에서는 저 출산 고령 사회에 대응할 수 있는 한국의 재가 간호사업(home health care)이 나아가야 할 합리적인 방안을 제시하기 위한 정책 과제를 도출하고 이에 효율적으로 대처할 수 있는 정책 대안을 제시하고자 한다.

본 론

초 고령사회로 진입한 일본은 국가적 차원에서 고령화 사회로 진입한 1960년대부터 준비기를 거쳐 고령사회로 진입한 1980년대에는 정착기와 확대 발전기 등으로 10년을 주기로 장기적이면서도 체계적으로 노인보건의료정책을 추진해 오고 있다. 특히 고령사회를 대비한 중요 정책으로 지적하고 싶은 것은 노인보건법의 제정이다. 1960년대에 제정된 노인복지법만으로는 노인보건의료문제를 효율적으로 해결하기 어렵다고 판단한 일본 정부는 1982년도에 노인보건법을 노인복지법으로부터 단독으로 분리 제정하면서 장·단기적 노인보건의료정책을 수립하여 노인보건의료문제를 종합적이면서도 단계별로 추진 해 오고 있다. Murashima 등(2002)은 일본의 노인보건의료사업 성과로 3년 동안 전국 17개 방문간호시범사업을 거쳐 1991년에 ‘방문간호스테이션’ 제도를 도입한 것을 지적한 바 있다. 일본의 방문간호제도는 2005년 현재 전국 5천3백여 개소 이상의 방문간호스테이션시스템(Visiting Nursing Station System, VNSS)으로 구축되고 활성화되어 현재 재가 노인환자를 관리하는 데 있어 각 지방자치단체를 중심으로 매우 큰 역할을 해내고 있다. 이와 더불어 일본은 2000년부터 본격적인 서비스를 개시한 노인공적요양보장제도(Long-term health care insurance system, LTHCIS)를 통해 초 고령사회의 노인보건의료 문제를 보다 적극적으로 대처하고 있다. Murashima (2006)가 발표한 일본 방문간호사업의 변천과정을 살펴보면, 1945년부터 세이로카 국제병원에서 퇴원한 환자의 추후관리를 위한 방문간호를 시작으로 1970년대 각지에서 자발적으로 방문간호서비스를 확대하기 시작하였다. 이때 각 지방자치단체를 중심으로 자기 관할 지역 내 방문간호가 필요한 대상자들을 대대적으로 발굴하면서 방문간호서비스를 제공하였고 난치병환자의 방문진료를 위한 재택진료와 재택간호를 활발하게 제공하기에 이른다. 이후 1983년 노인보건법의 제정으로 지방자치단체에서는 현 우리나라 보건소 방문건강관리사업과 유사한 방문지도사업을 제도화하고 병원의 방문간호와 자영업에 의한 방문간호서비스도 확대하게 된다. 1992년에는 노인보건법에 의한 방문간호제도를 도입하여 그해 4월에 방문간호스테이션 제도를 창설하면서, 1994년 10월엔 건강보험법으로 방문간호서비스를 확대 보급하게 되었고, 2000년 4월부터는 개호보험법인 노인공적요양보장제도를 시작하면서 기존의 방문간호제도를 그대로 도입하여 서비스를 제공하기에 이른다. 이

렇듯 일본의 방문간호스테이션시스템(Visiting Nursing Station System, VNSS)의 발전 과정은 새로운 노인공적요양보장제도에 의한 개호보험법을 제정하면서 기존의 건강보험재정이나 노인보건법에 의한 방문간호제도를 그대로 받아들여 활용한 점은 우리에게 시사하는 바가 크다. 요약하면, 일본의 방문간호는 노인보건법에 기반한 노인보건의료정책은 보건소 보건지도사업으로 전개해 오다가 건강보험재정으로 사업을 확대한 후 다시 노인공적요양보장제도를 도입하면서 기존의 방문간호사업을 그대로 수용하여 확대하였다. 이로서 일본의 방문간호제도는 운영 주체와 재정원은 다양하지만, 방문간호에서 제공하는 서비스내용이나 방문간호의 개념은 동일한 간호서비스로 인식되어 방문간호서비스 제공자는 물론 이용 소비자의 혼란 없이 확대되고 있다. 특히 최근 주지할 만한 사항은, 지난 6년간의 개호보험제도를 평가한 결과를 토대로 2006년 4월 지역밀착형의 신개호보험법(2006년 4월)을 개정하였다. 개정된 내용의 주요 골자를 살펴보면, 건강한 노인의 사전예방지원을 위한 요지원(要支援)대상자를 확대한 점이다. 즉, 건강한 노인들 대상으로 예방사업을 강화시킴으로써 노인의 삶의 질보장과 막대하게 지출되고 있는 노인의료비를 절감하고자 함이다. 노인공적요양보장제도를 이용할 수 있는 대상자는 기존의 요개호(要介護)대상자 5등급과 요지원대상자를 2등급으로 확대하여 모두 7등급의 대상으로 확대하여, 지역밀착형의 개호 예방 시설서비스와 개호 예방 방문간호 등 예방서비스를 대폭 강화시켰다(厚生労働省, 2006, 12). 신개호보험법에 의한 ‘예방 방문간호서비스’ 확대는 곧 우리나라 보건소 방문건강관리사업과 유사하다.

미국의 경우도 예외는 아니어서 재가 간호는 Home health care로서 서비스내용상 동일한 사업개념으로 간주되고 있다. 그 발전과정을 간략히 소개하면, 미국의 home health care는 1890년대 말경과 1900년대 초부터 가난하고 열악한 환경의 재가 환자들을 관리하기 위한 정부와 자원봉사로서의 종교단체를 중심으로 방문간호서비스를 제공한 것이 그 시조가 된다. 이후 1945년 뉴욕의 몬티피어 종합병원에서 병원에서 퇴원한 환자의 추후관리 차원에서 가정간호서비스를 제공한 것을 시작으로 1960년대 중반 65세 노인인구 구성비가 7% 정도의 수준을 넘기기 시작하면서 정부차원에서 노인보건의료의 문제의 해결방안으로 메디케어 제도를 도입하면서 home health care가 활성화되기 시작하였다. 미국의 Home health care 관련 주요 정책개발 과정을 살펴보면, 노인의료비를 절감하기 위한 메디케어제도에서 실시한 DRG제도의 도입, 1990년대 이후의 의료보험재정의 효율적 관리를 목적으로 한 관리의료(managed care)제도의 채택 등 고비용의 병원입원에서 적정 혹은 저비용의 간호전문요양시설이나 재활시설 혹은 가정간호(home health care) 등 보건의료전달체계의 구조적

인 전환을 적극적으로 시도하게 된다. 통계적 수치상으로만 보아도 의료기관 가정간호사업소(home health agency)는 메디케어 인증기관만 하더라도, 1967년도에 133개소에서 시작하여 1996년에는 2,698개소로 정점을 이루다가 2000년도에 2,151개소로 정착하게 된다. 이런 양상은 비록 사업소의 수적인 면에 있어서는 줄어드는 양상을 보여주고 있으나 실제적으로는 1994년 이후 일 사업소당 규모면에서 대형화 추세와 엄격한 질 관리 정책을 도입하고 있다. 예를 들면 일개 의료기관소속의 home health agency는 평균 500여명 이상의 가정간호와 사회복지사, 언어치료사, 물리치료사, 질 관리 전문가 등 여러 전문 인력을 갖추고 운영하는 등 재가환자를 관리하는 간호사업은 급격하게 확대되고 있다(Harris, 2005). 호스피스스의 경우도 예외는 아니어서 메디케어 인증된 호스피스사업소만 해도 호스피스법이 통과된 직후인 1987년도에 256개소에 불과하던 것이 2000년도에는 1,200여개 소 이상으로 수적인 면이나 일개 사업소당 운영 규모 면에서도 점차 확대되고 있는 현상을 보고하고 있다(Harris, 2005). 요약하면, 미국의 home health care도 예외는 아니어서 일본의 방문간호와 같이 의료기관이나, 방문간호협회나 혹은 정부주관의 보건기관이나 등의 운영주체만 다를 뿐 재가 환자에게 제공하는 서비스 내용 자체는 동일한 사업개념으로 인식되어 서비스 이용자나 제공자간에 혼란의 소지가 없다. 뿐만 아니라 home health care 정책도 의료기관, 혹은 보건기관 혹은 지역사회 등 운영주체는 다양하지만 모두 일관성 있는 내용을 적용하고 있다.

이에 반해 우리나라의 재가 간호(home health care)는, 전술한 바와 같이 노인장기요양보험법(2007년 4월 27일)이 제정되면서 이미 1994년부터 의료법에 의해 국민건강보험재정으로 활용되고 있는 의료기관 가정간호제도가 존재하고 있었음에도 불구하고 방문간호제도를 새롭게 탄생시켰다. 즉, 일본의 공적노인요양보장제도를 벤치마킹한 노인장기요양보장제도는 일본에서 활용하고 있는 방문간호를 그대로 도입하면서 방문간호를 가정간호와 별개의 사업내용으로 간주하여 개발시킨 것이다. 부연하면, 노인장기요양보장제도의 도입을 준비하기 위한 방문간호는 이미 개발된 가정간호와 별개의 재가 간호서비스로 인식되어 2005년 제1차 시범사업을 시작으로 2007년 현재 전국 13개 지역에서 제3차 시범사업이 진행 중이며 방문간호시설의 개설 요건이나 시설장 그리고 참여 인력 구성원과 서비스 이용 수가 등에 대한 법적 근거를 기존의 가정간호제도와 달리 개발하고 있다는 점이다(MOHW, 2007). 그 결과, 우리나라 재가 간호사업은 일본의 방문간호나 미국의 home health care와는 달리 가정간호제도와 방문간호제도로 이원화되어 별개의 제도가 병존하게 되었다(LTHC, MOHW, 2007). 뿐만 아니라 보건소의 방문건강관리사업도 또 다른 제도 하에서 개발이 진행되고 있다(MOHW, 2007). 결과

적으로 가정간호는 가정전문간호사가, 방문간호는 방문간호사가 그리고 방문건강관리에서는 보건간호사 혹은 방문간호사 등으로 간호서비스 제공 인력을 다원화시킨 결과가 초래되었다.

가정간호와 방문간호가 동일한 개념의 재가 간호서비스라고 주장할 수 있는 근거는 Jang(2007)와 Ryu(2006)의 연구 보고에서도 찾아 볼 수 있다. 즉, 전국 의료기관 가정간호이용 환자의 특성과 방문간호 시범사업이용 환자 특성 그리고 보건소 방문보건사업 이용자 특성 등을 보고한 결과들이 이를 증명해 주고 있다. 다만 현 수준에서 보건소 방문건강관리와 의료기관 가정간호는 사업내용과 대상자 그리고 사업 특성 간에 다소 차이점은 있으나 의료기관 가정간호와 노인요양보장제도의 방문간호는 미국형 home health care와 일본형의 방문간호스테이션과 동일한 사업유형이다. 구체적으로 언급하면, 모두 가정 내 거주하는 만성질환자들을 대상으로 간호서비스를 제공하는 사업 내용면에서는 동일하며 다만, 운영주체가 공공기관이나 민간기관이나 혹은 의료기관을 기반으로 하는가 혹은 독립 시설을 운영하느냐 등의 운영방법이 다양할 뿐, 이용 소비자 입장에서는 동일한 재가 간호서비스로 인식되고 있다. 이러한 논지를 뒷받침해 줄 수 있는 근거자료는 우리나라 전국 노인의 유병양상과 노인병원에 입원한 환자들의 질환 특성과 전국 가정간호이용 환자 특성과 가정간호이용 상병 특성을 보면 그 해답은 분명하다. 즉, Ryu(2006)의 2005년 후반기 6개월 동안 전국 의료기관 가정간호를 이용한 환자의 다빈도 이용 상병 특성의 보고에 의하면, 뇌경색증(I63)환자가 전체 이용환자 중 가장 많았고 그 다음은 본태성(원발성)고혈압(I10), 뇌혈관질환의 후유증(I69) 인슐린-비의존성 당뇨병(E11), 달리 분류되지 않은 방광의 신경근육 기능장애(N31) 뇌내출혈(I61), 욕창성 궤양(L89), 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌중풍(I64), 거미막 및 출혈(I60), 악성신생물(C16) 등의 순으로 상위 10순위까지의 다빈도 이용 상병이 전체 가정간호이용 전체 상병의 46.2%로 보고되고 있다. 이러한 결과는 전국 노인환자의 유병양상과 노인병원 입원환자의 상병양상에서 크게 벗어나 있지 않는다는 점이다(MOHW & KIHASA, 2005; MOHW & KHIDI, 2005).

현재까지는 의료기관 가정간호이용 환자는 국민건강보험제도권 하에서만 이용 가능하지만, 향후 노인장기요양보장제도가 본격화 될 경우 일본의 경우와 같이 의료기관 가정간호의 이용은 국민건강보험은 물론 노인장기요양보험 재정으로도 동시에 이용할 수 있는 선택권이 보장되어야 하며, 그 선택권은 소비자의 몫이어야 한다. Ryu(2006)가 지적한 바와 같이, 재가 간호서비스 이용대상자의 대부분이 노인성 질환의 유병양상 특성에 비추어 볼 때 가정간호든 방문간호든 소비자가 선택적으로 원하는 서비스를 이용하도록 하여 저 출산 고령 사회에 대비한 노인보건의료문제의 해법을 보다 효율적으로 펼

쳐나갈 수 있도록 해야 한다. 이와 같이 노인성질환의 특성에 비추어 미국과 일본의 경우처럼 재가 간호사업간 통합과 연계방안은 매우 신중하고 장기적인 안목으로 준비해야 한다. 다시 강조하면, 재가 간호사업의 중요한 정책 과제는 재가 노인환자들 즉 재가 간호서비스 이용 소비자들의 혼란이 초래되지 않도록 가정간호와 방문간호 그리고 방문건강관리 등 유사한 사업내용의 재가 간호사업간 연계와 분리가 효율적으로 구축되어야 하며 그 기준점은 반드시 소비자의 입장에서 결정되어야 한다는 점이다. 특히, 2006년 4월에 개정된 신개호보험제도에서 요지원(1,2등급)대상자 관리를 위한 ‘예방 방문간호서비스’를 제공하게 한 내용을 고려해 볼 때(厚生労働省, 2006. 12), 보건소 방문건강관리사업도 동일한 맥락의 재가간호서비스 유형으로 간주될 수 있음을 시사한다.

요약하면, 동일한 재가 간호서비스인 가정간호와 방문간호 그리고 방문건강관리가 서로 상이한 사업처럼 각기 다른 법적 기반으로 각기 다르게 개발되고 있는 근본적인 원인을 요약하면 다음과 같다.

첫째, 우리나라는 현재까지 노인보건법이나 정부 부처내 정책주무부서가 부재한 점을 들 수 있다

현 보건복지부내 업무 조직도를 살펴보면, 노인관련 주무부처는 여러 개 팀(노인정책팀, 노인지원팀, 노인요양제도팀, 노인요양운영팀, 노후생활팀, 고령친화산업팀)이 존재하지만 정작 노인보건의료 문제를 집중적으로 다룰 수 있는 노인보건과가 존재하지 않는다. 현 우리나라의 노인보건정책은 노인복지법의 근거 하에서 부분적으로 노인보건문제가 다루어지거나 저 출산 고령 사회 대책위원회를 중심으로 노인장기요양보험제도가 준비되고 있고, 다른 한편으로는 공공보건의료 담당부처를 중심으로 노인보건의료를 공공보건기관 중심으로 산발적으로 다루다 보니 지역사회 실무 현장에서는 노인보건의료문제에 종합적으로 대처할 수 있는 효율적인 관리전략 마련이 용이하지 못한 실정이다. 이러한 양상은 노인보건의료정책 자체가 노인보건법에 기반을 둔 장·단기적 정책 비전이 없는 실정과 무관치 않으며, 이로 인해 재가 간호 정책 역시 사업비전과 장기적 목표수립에 어려움이 초래될 수밖에 없다.

둘째, 일본의 노인공적요양제도(개호보험제도)를 벤치메이킹한 관련 정책전문가들이 일본의 제도를 도입하면서 방문간호를 가정간호와 별개의 서비스로 인식한 점을 들 수 있다.

의료기관 가정간호사업은 의료법 제30조와 시행규칙 제22조를 근거로 국민건강보험제도권 내에서 시작된 지 7여년 이상이 경과된 시점에서 새롭게 노인장기요양보험제도를 준비하기 위해 방문간호라는 용어로 인해 마치 우리나라에는 방문간호제도가 없었던 것으로 인식하여 기존의 가정간호제도를 활용하기 보다는 방문간호제도를 개발하기 위하여 시범사업을 수행했다는 점이다.

셋째, 이는 의료기관 가정간호사업을 주관하는 부서와 노인장기요양보험제도 사업 주관 부서 간 유사업무 정책의 사전 통합 조정이 부족한 정책구조상의 문제를 지적할 수 있다.

정부 부처 내 담당업무 부처가 의료기관 가정간호는 보건 의료정책본부 소속인 의료정책팀소관업무, 노인장기요양보험제도의 방문간호는 저출산 고령 사회 정책본부 소속인 노인요양제도팀의 소관업무 등으로 담당부처가 구분되어 각기 정책개발을 실시한 결과로 지적할 수 있다. 이에 더하여 재가 간호사업의 하나로 간주될 수 있는 보건소 방문건강관리사업은 지역보건법에 근거하여 의료정책팀과 같은 소속인 보건의료정책본부내의 공공의료팀의 관할 업무로 분장되어 있음에도 불구하고 일본과 같이 동일한 방문간호 줄기를 놓고 여러 차원의 다양한 운영주체가 활용하고 참여할 수 있는 재가 간호사업에 대한 종합적인 정책마련이 미흡한 실정이다.

마지막으로 지적할 수 있는 것은, 이러한 결과가 초래되기 전에 보다 적극적으로 대처할 수 있는 재가 간호 정책개발을 위한 대안연구의 생산이 미흡한 실정이다.

맺 음 말

매우 빠른 속도로 고령사회를 향해 가고 있는 우리나라는 미국이나 일본에 비해 재가 간호사업의 역할과 비중이 더 커질 수밖에 없다. 현재까지 의료기관 가정간호는 국민건강보험제도권 하에서만 이용이 가능했다. 하지만 노인장기요양보험제도가 가시화될 경우 일본의 경우와 같이 하나의 재가 간호사업으로 간주되어 가정간호와 방문간호가 상호 호환성 있는 제도로 연계와 의뢰 체계가 구축되어야 한다. 이미 미국과 일본이 앞서 보여 준 경험을 통해 우리나라 저출산 고령 사회에 대비한 노인보건의료문제의 해법으로 효율적인 재가 간호사업을 활용할 수 있어야 한다. 이러한 관점에서 지금까지 도출된 과제를 중심으로 정책 대안들을 제시하면 다음과 같다.

첫째, 국가적 차원에서 재가 간호에 대한 종합 비전과 장·단기적 정책 목표가 수립되어야 한다.

저출산 고령 사회에 대비한 노인보건의료문제 해결방안의 일환으로서 재가 간호정책의 종합적이고 체계적인 정책기반과 제도 개발이 국가적 차원의 노인보건정책과 맞물려 합리적이고 효율적으로 준비되어야 한다.

둘째, 가정간호와 방문간호 사업간 상호 이용이 가능한 통합형 재가 간호제도가 구축되어야 한다.

이를 위하여 정부 내 재가 간호사업 관련 담당 부처 간 업무의 협조와 조정 등의 사전 조율이 선행되어야 한다. 현재와 같이 가정간호와 방문보건 그리고 방문간호라는 제도가 각기 다른 법적 근거와 각기 다른 정책대안을 갖고 개발될 수밖에 없다면 효율적인 연계적 요소와 분리적 요소에 대한 타당

성 검토와 대안책이 마련되어야 한다.

셋째, 이를 위하여 우선적으로 가정간호와 방문간호로 이원화되어 있는 용어상의 통합 조정이 필요하다.

재가 간호사업에 대한 통일된 용어를 간호 전문가와 실무자들부터 적극적으로 사용함으로써 현재 다른 재가 간호사업으로 간주되고 있는 가정간호와 방문간호를 동일한 사업 개념으로 인식시키고 발전시켜야 한다. 이를 위한 가장 현실적인 대안으로는 가정간호와 방문간호를 모두 통합할 수 있는 [가정·방문간호] 혹은 [가정방문간호] 등의 적합한 용어로 사용할 것을 제안한다. 용어부터 통일시켜 일관성 있는 재가 간호정책을 적용하게 함으로써 재가 간호서비스 제공자는 물론 이용소비자들의 혼란과 갈등의 소지를 최소화시켜야 한다.

넷째, 가정간호와 방문간호 수가 수준과 수가체계를 일원화시켜 재가 간호서비스 간 상호 의뢰와 연계를 해야 한다.

현재 국민건강보험에서 적용하고 있는 가정간호수가는 현재의 수가수준보다 상향 조정되어야 한다고 지적(Lee, S., 2003; Whang et al., 2005; Ryu, Jung, & Lim, 2006)하고 있다. 따라서 가장 현실적인 대안은 현 가정간호수가의 기본방문료(22,300원)와 교통비(6,300원)를 합한 비용 수준을 현재 정부에서 책정한 31,000원정도의 방문간호수가 수준으로 상향 조정한다. 나아가 국민건강보험에서 적용하고 있는 개별행위료는 방문간호에서도 적용할 수 있도록 수가체계도 일원화시켜 적정수준의 방문간호수가 수준도 유지되어야 한다. 예를 들면, 방문간호시설에서 현 가정간호의 개별행위료에 해당되는 high tech. 서비스를 제공해야 하는 대상자는 의료기관 가정간호로 의뢰하거나 방문간호시설에서 자체적으로 가정전문간호사가 있는 경우 행위별수가 청구가 가능한 방안도 고려해 볼 수 있겠다. 이렇게 될 때, 노인장기요양보험제도 하에서도 질 관리를 담보할 수 있는 가정전문간호사를 활용할 수 있게 될 것으로 기대한다.

다섯째, 만약 제언한 용어상의 통일이나 수가수준 그리고 수가체계의 일원화가 어렵다면, 차선책으로 재가 간호서비스 이용대상자의 특성을 구분하여 재가 간호대상자 수준에 따른 서비스이용 체계를 구축하는 방안도 고려해 볼 만하다.

구체적으로 언급하면, 현재 일본의 신개호보험법에서 분류한 요지원(1등급, 2등급)대상자에 해당되는 건강노인들을 위한 예방사업은 보건소 방문건강관리서비스를 통한 예방방문간호 서비스를, 요개호대상자에 해당되는 재가노인환자들은 중등도에 따라 가정전문간호사 수준에서 제공되어야 하는 서비스와 방문간호사에 의해 제공 가능한 서비스를 구분하여 관리하는 방안이다. 이렇게 되면 가정간호와 방문간호에 적합한 대상자 특성에 따른 수가수준은 차등 책정할 수 있다.

마지막으로 재가 간호서비스의 질 보장을 위한 전문인력의 자격구분과 참여 인력 간 역할 구분, 그리고 표준화된 서비스

개발은 물론 서비스 질 평가가 다산되어야 한다. 의료기관 가정 간호와 노인장기요양보장제도의 방문간호에서 제공 가능한 인력이 현재와 같이 가정전문간호사와 방문간호사로 이원화 된다면 방문간호서비스의 질을 보장할 수 있는 최소한의 장치, 즉, 방문간호시설의 책임자에 대한 자격 요건 등 재가 간호사업간 이용 수준을 결정할 수 있는 표준화된 사정도구의 활용과 더불어 질 관리 방안이 마련되어야 한다.

이상 급증하는 고령인구에 대비하여 체계적으로 재가 노인환자를 관리하기 위한 장기적 비전과 종합적인 재가 간호정책을 수립하고, 가정간호, 방문간호 그리고 방문건강관리를 통합 조정할 수 있는 재가 간호사업으로 발전시켜나가야 한다.

References

- Harris, M. D. (2005). *Handbook of Home Health Care Administration* 3rd Ed. An Aspen Publication.
- Health Insurance Review Agency (2005). <http://www.hira.or.kr>
- Jang, H. S. (2007). A strategy planning for role established by type of home care, A symposium on the role establishment of home nursing service for high aged society, Korea Health Industry Development Institute.
- Korea National Statistical Office (2006). <http://www.index.go.kr/gams/default.jsp>
- Lee, S. J. (2003). *Cost analysis of home health care with activity-based costing(ABC)*. Published doctoral dissertation, Yonsei University of Korea, Seoul.
- Ministry of Health and Welfare (2006). *2005 Annu Rep for Health and Welfare*.
- Ministry of Health and Welfare (2007). <http://www.longtermcare.or.kr>
- Ministry of Health and Welfare, Korea Institute Health And Social Affairs (2005). A nationwide survey research on the elderly lives in Korea.
- Ministry of Health and Welfare, Korea Health Industry Development Institute (2005). A nationwide survey research on the status of the elderly inpatients.
- Ministry of Health and Welfare, Korea Health Industry Development Institute (2007). *The guide of Home health care in public health center*.
- Ministry of Labour and Health (2006.12). <http://www.h3dion.ne.jp/~kakita/index.htm>
- Murashima, S., Nagata, S., Magilvy, J. K., Fukui, S., & Kayama, M. (2002). Home care nursing in Japan: A challenge for providing good care at home. *Pub Health Nurs, 19*(2), 94-103.
- Murashima, S. (2006). The role of nursing in an Aging Society with Low Birth Rate in Japan, The 32nd Conference of Nursing Research Society Program, Japan.
- Ryu, H. S. (2005). Policy Alternatives on Developing A Home Health Care System for Long-term Health Care Insurance System in Korea. *J Korea Community Health Nurs Acad Soc, 19*(1), 152-164.
- Ryu, H. S. (2006). Current Status of Costs and Utilizations of Hospital Based Home Health Nursing Care in Korea. *J Korean Acad Nurs, 36*(7), 1193-1203.
- Ryu, H. S., An, J. Y., & Koabyashi, M. (2005). Home health nursing care agenda based on health policy in Korea. *Nurs and Health Sci, 7*(2), 93-99.
- Ryu, H. S., Jung, K. S., & Lim, J. Y. (2006). Test on the Cost and Development on the Payment System of Home Health Care Nursing. *J Korean Acad Nurs, 36*(3), 503-513.
- Ryu, H. S., Kim, K. O., Hirano, W., & Kusama, T. (2006). Policy alternatives on developing a home health care system for long-term health care insurance system in Korea. *Japanese J Nurs Health Sci, 6*(2), 45-54.
- Hwang, N. M., Park, S. A., Kim, Y. O., Moon, Y. I., Park, J. S., Ryu, H. S., & Rhee, K. S. (2003). The Home Nursing Care Program of Seoul Nurse Association. *J Korea Acad Soc Home Care Nurs, 10*(1), 152-164.

Agenda and Alternatives for Home Health Care Policy in Low Fertility and High Aged Society of Korea

Ryu, Ho Sih¹⁾

1) College of Nursing, Korea University

The purpose of this study was to describe the policy agenda and alternatives for the home health care system in Korea. The home health care system development was not fully integrated while the medical laws were established in 2000, community health law in 1995, and elderly long-term health insurance law in 2007. Because of the increasing population of people over the age of 65 and dramatically decreasing fertility rate, the burden of various health-care expenses has become a great obstacle for the Korean government. Under these circumstances, the home

health care system has taken on an important role under the mandate of the national health care system. The type of home health care system in Korean shows a greater contrast from those utilized in other more industrialized countries, such as, U.S. or Japan. In conclusion, the strategy in overcoming the obstacles to enhance home health care system under the national health system would be developing it as a comprehensive and exchangeable consumer-focused organization.

Key words: Fertility, Aged, Home health care, Policy

• Address reprint requests to : *Ryu, Ho Sihm*

College of Nursing, Korea University

126-1, 5-Ka, Anam-dong, Sungbuk-ku, Seoul 136-705, Korea

Tel: 82-2-3290-4917 Fax: 82-2-927-4676 E-mail: hosihn@korea.ac.kr