

방문간호의 국내외 현황분석* - 한국, 미국, 일본, 독일의 사례를 중심으로 -

성명숙¹⁾ · 장희정¹⁾ · 김춘길¹⁾ · 강경화²⁾ · 남경아²⁾ · 박종덕³⁾

I. 서 론

1. 연구의 필요성

인구 고령화와 만성질환 유병률 및 합병증 증가로 노인에 대한 장기요양서비스 요구가 증대되고 2008년 7월 노인장기요양 보험제도가 도입됨으로써 방문간호가 시작되었다. 한국 노인의 90% 이상이 한 가지 이상의 질환을 가지고 있어 방문 간호서비스는 대상자의 건강문제 관리, 안위 및 일상생활수행능력 증진 등에 매우 필수적인 사업이다. 방문간호서비스의 주요서비스 대상은 노인으로 방문간호서비스는 가정에서 제공되는 간호서비스중 하나이다. 한국의 가정방문 간호서비스는 노인장기요양법에 의한 방문간호서비스 이외에 2007년 보건소 맞춤형 건강관리사업과 의료기관 가정간호가 운영 중이다. 이들 세 가지 사업은 근거법이나 재원, 주요서비스 대상 및 서비스제공 인력 등에 차이가 있으나 노인이 대상이며 가정에서 제공되는 간호서비스라는 점에서 중복 및 혼란이 있는 상태이다. 노인장기요양보험 방문간호사업의 대상자 선택율을 높이고 사업이 효율적으로 이루어지기 위해서는 다른 사업과 차별화된 서비스를 제공하는 동시에 서비스의 질을 보장할 수 있는 조건을 구성해 나가야 한다. 이러한 측면

의 아이디어 도출은 선진국 사례의 확인을 통해 가능하다. 현재 한국은 노인 장기요양보험 방문간호사업을 시작하고 있는 단계이므로 한국보다 인구 고령화가 먼저 시작된 일본이나 역사적으로 민간과 공공부문에서 다양한 운영주체로 방문간호서비스를 실시하고 있는 미국, 독일 등의 외국을 벤치마킹 할 필요가 있다. 이러한 사례를 통해 국외 방문간호사업과 국내 방문간호사업을 비교분석함으로써 앞으로 방문간호를 활성화하기 위한 방안을 제시하여 대상자에게 방문간호의 질적인 서비스가 이루어질 수 있도록 기초를 마련해야 할 것이다. 그러나 지금까지 방문간호 관련 연구를 살펴보면 방문간호서비스 질 평가도구 개발(Kim et al., 2008), 노인요양보장제도와 간호사 역할-독일간호보험과 일본 개호보험의 사례(The Korean research institute for nursing policy, 2006)등으로 4개국 이상을 비교분석하면서 현재 한국 방문간호의 활성화 방안을 제시한 연구는 거의 없었다. 이에 본 연구는 우리나라에서 2008년 7월부터 시행하고 있는 노인장기요양보험 제도에서의 방문 간호의 발전 및 활성화를 위한 방안제시를 위해 방문간호에 대한 다양한 국가의 역사적 배경 및 현황분석을 하고자 한다.

2. 연구의 목적

* 본 연구는 2008년 대한간호협회 정책연구비 보조로 이루어짐

1) 한림대학교 간호학부 교수(교신저자 장희정 E-mail: hjjang@hallym.ac.kr)

2) 한림대학교 간호학부 부교수, 3) 국민건강보험공단

투고일: 2010년 2월 10일 심사완료일: 2010년 2월 11일 게재확정일: 2010년 8월 3일

본 연구의 목적은 방문간호에 대한 역사적 배경과 현황분석을 위해 문헌고찰을 함으로써 방문간호 활성화에 대한 방안을 마련하는 근거자료를 제시하고자 시도되었다. 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 4개국의 방문간호 국가별 역사적 배경을 확인한다.
- 2) 4개국의 방문간호 운영 실태를 인력, 서비스내용, 대상자 범위, 수가체계별로 비교분석한다.
- 3) 4개국의 방문간호 국내외 현황분석을 통해 방문간호 활성화를 위한 방안을 제시한다.

3. 연구 방법

본 연구는 종설연구로 방문간호의 국내외 현황분석을 하고자 서술적 문헌고찰을 중심으로 이루어졌다. RISS, 국립중앙도서관에서 정확도순, 내림차순으로 주로 2000년 이후 학위논문과 국내외 학술지를 중심으로 문헌검색을 하였다. 검색어 '방문간호(755건중 10건의 학위논문, 188건 중 9건의 국내학술지논문)' '장기요양보험(460건중 4건의 학위논문, 134건 중 12건의 국내학술지논문)'으로 문헌을 검색하였고, 다음으로 'home health care policy(102건 중 4건의 국외학술지)', '독일 일본개호보험'(36건중 3건의 학위논문, 6건의 국내학술지중 1건)의 검색어를 통해 비교분석대상국과 관련된 문헌을 중심으로 대상국의 방문간호 특성을 확인하고 이에 대해 비교분석하였다. 이외에 비교분석에 필요한 통계연보나 관련기관의 자료 및 웹사이트를 참고하였다.

II. 본 론

1. 국가별 방문간호의 역사적 배경

1) 한국

우리나라에서는 유럽, 미국에서 방문간호 사업이 시작된 지 1세기가 지난 뒤에야 방문간호사업의 필요성에 대한 구체적인 논의가 시작되었다. 1974년 원주 기독교병원이 지역사회 보건간호과를 개설하고 전주예수병원과 함께 조기퇴원사업과 지역사회보건사업의 일환으로 방문간호를 수행하기 시작하였다. 공공부문에서는 전국 2,038개소의 보건진료소와 전국의 보건소가 가족

계획 및 전염병 관리사업을 위하여 방문간호를 실시하였으며 정부는 1990년 1월 기존의 보건소에서 제공하던 방문간호사업과는 차별화 된 만성퇴행성 및 조기퇴원환자를 위한 가정간호사제도를 법제화하여 업무분야별 가정간호사 프로그램을 제도화시키고 이들의 자격요건 및 수련계획을 수립, 발표하는 등 본격적인 방문간호 사업을 예고하였다. 그리고 1995년 12월 29일 지역보건법 제9조(보건소의 업무) 제 12조에 "방문간호 사업이란 가정 사회복지 시설 등을 방문하여 행하는 보건의료사업"이라는 정의를 삼입함으로써 방문간호사업의 법적 근거를 마련하였다. 이와같이 국내 가정방문 간호서비스는 병원중심의 가정간호사업과 보건소 중심의 방문간호사업의 두 가지 형태로 제도권 내에서 지속적으로 운영되어 왔다.

2000년 노인장기요양보호정책기획단이 설치되고, 약 7년여 간의 정책화과정을 통해 2008년 7월 '노인장기요양보험제도'가 입법화 되면서 방문간호는 의료기관의 가정간호제도나 지역사회중심의 가정간호사업과는 구분되어 재가 노인환자 대상의 직접적인 간호서비스를 위한 새로운 제도로 이원화되기 시작하였다. 2005년 7월부터 노인수발보험이라는 명칭아래 시범사업이 시작되었으며, 2006년 7월부터 노인수발보험제도 제 2차 시범사업 중 재가수발급여의 하나로 간호수발서비스(현 방문간호서비스)가 시작되었다. 노인장기요양보험법의 제정으로 재가급여의 범주아래 방문간호가 포함되었으며 2008년 7월부터는 본격적으로 민간경영의 형태로 방문간호사업이 운영되기 시작하였다 (Kim et al., 2008). 방문간호서비스는 현재 노인장기요양보험제도를 통해 제공되고 있는 서비스 가운데 건강문제를 가지고 있는 노인에게 가장 핵심적인 사업이라고 할 수 있다.

2) 미국

미국의 가정간호 사업은 18세기 후반에 자선단체를 중심으로 재가환자를 돌보는 형태로 시작되어 1900년대 초기에 자선단체와 지역사회 보건기관들이 연계되어 지역사회 주민에게 필요한 건강사업을 제공하여 왔다. 1980년 이후에는 의료보호 환자들에게 적용하는 포괄수가제(Diagnosis Related Group: DRG) 지불제도의 확대보급으로 사보험 중심의 가정건강관리사업

(private agency)으로 발전되었다.

주로 저소득층과 노인환자를 대상으로 간호, 물리치료, 언어치료, 작업치료, 영양치료, 영양지도, 가정봉사, 사회사업 등의 서비스를 제공하던 Home Health Agency의 활동에서 시작된 미국의 가정간호사업은 1980년대 병원에서 조기 퇴원시킨 환자의 관리를 위하여 활성화되었다. 현재 가정건강관리의 한 부분으로 시행되고 있는 미국의 가정간호는 지역병원의 가정간호부, 복지부, 지역사회 건강센터, 비영리 민간 지역사회기관, 영리기관, 법인단체, 가정보건 관리국(Home Maker-Home health Agencies), 임종관리센터(Hospice) 등에 의해 운영되고 있으며 메디케어(Medicare)의 의료수혜 범위가 확대되면서 1989년에서 1994년 사이에 가정간호사업기관의 수가 26% 증가했으나, 1996년의 12,200개소를 정점으로 점차 감소하고 있는 추세이다. 현재 미국은 독립형 가정간호사업소(2003년 기준 메디케어 인증 가정간호사업소 수의 74%)를 중심으로 가정간호사업을 활발하게 운영하고 있다(Jang, 2007).

3) 일본

1900년대 전후에 시작된 파출간호를 시작으로 일본의 방문간호 역시 1세기 이상의 오랜 역사를 갖고 발전되어 왔다. 파출간호는 훈련을 받은 간호부가 환자와 계약을 맺어 병원이나 환자의 자택에서 간호를 제공하는 것으로 1884년 유지공립동경병원(현재 동경자혜회의과대학)이 상류계급가정을 대상으로 시작하여, 이후 1891년 鈴木雅가 자선간호부회(이후 동경간호부회)를 창설, 빈곤자에게 무료로 방문 간호를 수행하였다. 1920년대에는 모자중심방문간호활동을 통한 가정 분만에 대한 지원, 1930년에는 공중위생 방문협회의 설립과 결핵·모자·기생충·전염병·정신보건 등을 위한 보건소법에 근거한 가정방문사업을 시작하였다. 1963년 노인복지법의 재정으로 1965년부터 가정봉사원 파견 사업이 시작되었으며, 1970년 고령자인구비율이 7%를 돌파하여 고령화 사회에 진입한 일본은 병원 진료소, 지자체 등에서 계속간호의 일환으로써 간호사를 환자의 가정으로 파견하는 노인환자 방문간호사업을 시작하였다. 그러다가 1983년 노인을 위한 보건과 의료서비스 법이 제정되면서 처음으로 방문간호서비스

에 대해 건강보험에서 방문간호수가를 지불하게 되었다.

후생성이 1988년부터 1990년도에 걸쳐 시범사업으로 실시한 '방문간호 등 채택개호 종합추진사업'(전국 17개소)의 결과를 바탕으로 1991년 10월 개정된 노인보건법에 의해 노인방문간호제도가 새롭게 창설되었다. 노인방문간호제도의 가장 큰 목적은 '재가에서의 의료추진과 케어의 질 향상'을 도모하고 지역 내에서의 보건, 의료뿐만 아니라 복지에 대한 서비스를 통합적으로 제공할 수 있는 개호체제를 확립하기 위함이었다(Jang, 2008). 1991년 노인보건법의 개정안의 핵심은 의료비의 본인부담비를 소비자물가변동률을 적용하여 인상하는 슬라이드 제도 도입과 노인보건시설요양비, 노인병원입원비 등 케어관련 비용의 30%에서 50%를 공비로 부담하는 것 그리고 초기단계의 치매노인도 노인보건시설에 입소할 수 있다는 내용을 담고 있다.

1992년 4월부터 본격적으로 시작된 일본의 방문간호는 '가정 내의 와상상태에 있는 고령자에게, 주치의사의 지시에 따라, 지역에 새로 설치된 노인방문 간호스테이션에 소속된 간호사 등이 가정을 방문하여 개호에 중점을 둔 서비스를 제공하는 기관으로 도도부현 지사로부터 지정을 받으며 노인보건제도의 의료실시주체인 시정촌장이 노인방문간호요양비를 지급하는 제도이다(Jang, 2008). 증가하는 노인 방문간호서비스의 수요증가와 함께 1997년 재가노인 복지를 위한 새 개호보험법을 제정하고 2000년 4월부터 실시함에 따라 방문간호서비스 기관 수의 빠른 증가와 공급의 재조직화로 간호사들에 의한 방문간호기관과 영리 민간 기업의 참여가 시작되었다. 후생성의 '방문간호통계조사'에 의하면, 1999년에는 전국에 3,885개소의 노인방문간호스테이션이 지정되어 있고, 약 12만 명의 고령자가 이용하고 있는 것으로 나타났으며 2007년 10월 1일 방문간호스테이션은 5,407개소이다(Ministry of health, labor and welfare on Japan, 2009; Kim, 2009).

4) 독일

독일은 장기요양보험이 도입되기 전인 1988년, 질병보험법의 개정으로 일상생활수행에 타인의 도움이 필요한 자에게 재가간호(Hauesliche Pflege)를 수행하고 기초생활을 보장하는 사회부조제도(Sozialhilfe)

를 수행하였다. 그러나 이는 심신이 극도로 악화된 수급자에게만 규칙적으로 서비스를 제공하는 단순한 제도였다. 이에 연방정부는 장기요양에 의존할 수밖에 없는 상황은 누구에게나 올 수 있으며, 이는 노인층의 재정 파탄을 유발하고 나아가 가정이 파괴되며 재가요양을 하는 경우 수발하는 가족의 재정적인 부담뿐만 아니라 수발로 인한 이직, 근무시간 단축 등으로 인한 연금 등, 가족 구성원의 미래까지 부정적인 영향을 미칠 것을 우려하여 장기요양보험 도입을 검토하였다. 그리하여 1993년 5월 27일, 5대사회보험(연금보험, 실업보험, 의료보험, 산재보험, 수발보험) 중 5번째 독립된 제도로 장기요양보험인 수발보험이 세계최초로 발효되어(장기요양보험법 1조 1항), 1995년 4월부터 1차적으로 재가간호서비스를 제공하게 되었다. 그리고 1년 3개월 후인 1996년 7월부터 시설서비스를 제공하였다. 2002년에는 수급자의 권리 강화와 장기요양보험의 서비스보장과 서비스의 질 보장을 강화하는 장기요양급여 질 보장법을 공표하였고 2008년 장기요양개혁법을 통해 장기요양기관의 평가 결과를 공개하여 국민으로 하여금 질이 좋은 기관과 그러지 못한 기관을 알 수 있도록 강화하는 등 수급자 중심의 보험제도로 이끌어 재간호서비스의 질을 향상시키기는 데 노력하고 있다(Bundesministerium fuer Gesundheit und soziale Sicherung, 2008-1; Seo, 2009)

2. 국가별 방문간호 운영실태

1) 인력

(1) 한국

노인장기요양보호법 시행령 제11조 장기요양급여 종류별 장기요양요원의 범위에 의하면 방문간호 재가급여 업무를 하는 장기요양요원은 '간호사로서 2년 이상의 간호업무 경력이 있는 자 또는 간호조무사로서 3년 이상의 간호보조업무 경력이 있고 보건복지가족부장관이 정하는 교육을 이수한 자'로 규정되어 있다. 여기서 간호조무사는 보건복지부장관이 지정하는 교육기관(간호대학 또는 간호전문대학)에서 700시간(이론 360시간, 실습 340시간)이상 방문간호교육과정을 이수한 자를 말한다. 교육과목은 이론과목으로 노인장기요양보험제도 총론, 노인복지의 이해, 노화와 만성질

환, 인간관계와 의사소통, 영양과 식이, 의학용어 및 기록, 기본간호, 신체사정, 안전 및 감염관리, 가족간호, 응급처치, 방문간호윤리, 임종간호이며 실습과목은 lab실습, 의료기관 실습, 보건기관실습으로 구성되어 있다. 치위생사의 경우 구강위생서비스가 필요한 경우에만 한정된다.

(2) 미국

미국의 가정간호 인력은 간호사를 비롯하여, 물리치료사, 직업치료사, 사회복지사 등 여러 분야의 인력으로 구성되며, 공공형과 민간사업소의 인력을 포함한 총 인력은 2002년 기준 675,100명으로 가정간호 보조인력이 전체인력의 약 50%(317,888명)를 차지하고 있다. 2003년 메디케어 인증 에이전시의 상근환산종사인력은 총 25만 명 중 간호 인력이 52.1%, 가정간호보조원이 20.9% 순으로 나타났다.

미국의 방문간호 인력교육 및 서비스 질 관리 체계 운영에 있어서 Visiting Nurse Association(VNA)이 인력교육 및 자격관리를, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JACHO)이 인증 등 서비스의 질 관리를 담당하고 있다.

서비스 제공 인력은 공공형과 병원형의 가정간호서비스 인력을 제외한 가정간호사업소 수는 7,007개소이며 1개 소 당 평균 가정간호분야 인력 수는 96.3명이

Table 1. Manpower Survey of Home Care Nursing among U.S.(a type of occupation) (Unit: person, %)

Category	Frequency(percentile)
RNs	111,324(16.4)
LPNs	48,542(7.2)
Physical therapy staff	13,514(2.0)
Home health aids	317,888(47.1)
Occupational therapists	5,178(0.8)
Social workers	6,471(1.0)
Other	172,183(25.5)
Totals	675,100(100.0)

Data resource.:

1. U.S. Department of Labor, Bureau of Labor Statistics, National Industry-Occupational Employment Matrix, data for 2002. Excludes hospital-based and public agencies. (February 2004)
2. Unpublished data on FTEs in Medicare-certified home health agencies for calendar year (CY) 2003 from the Centers for Medicare & Medicaid Services HCFA Center for Information Systems, Health Standards and Quality Bureau. (February 2004)

다. 미국의 직종별 가정간호 인력 수는 Table 1과 같다.

(3) 일본

방문간호서비스의 구체적인 실시는 방문간호 스테이션에 종사하는 보건간호사, 간호사, 준 간호사, 물리요법사, 사회복지사가 담당한다(건강보험법에 의한 지정을 받은 방문간호 스테이션은 조산사도 포함). 방문간호스테이션의 관리자는 보건간호사나 간호사가 원칙이며, 2005년 10월 현재 방문간호스테이션 인력구성은 간호사가 74.6%, 준 간호사 10.2%로 종사자의 대부분을 차지하고 있다.

일본의 방문간호 인력교육 및 서비스 질은 일본간호협회(Japanese Nurse Association) 산하 방문간호진흥재단(Japan Visiting Nursing Foundation)을 통해 관련연구 및 인력 교육을 통해 관리되고 있다. 일본의 방문간호 인정간호사 교육과정은 6개월 과정으로 구성되어 있으며, 교육내용은 지역·재가서비스의 전문가 강의를 비롯하여 방문간호분야의 전문간호사가 전문 교육지도를 하며 최신 재가 의료기기 등을 활용한 실습지도를 한다. 자격조건은 보건사, 조산사, 간호사 등의 면허소지자, 면허 취득 후 실무 경험 5년 이상인 자로 3년 이상의 재가 케어영역의 간호실무 경험이 있는 자, 의료처치 및 관리가 필요한 요양대상자의 방문간호를 5회 이상 담당한 경험이 있는 자이다(The Korean research institute for nursing policy, 2006).

(4) 독일

독일의 재가간호사업소에서 활동하는 교육받은 전문

요양인은 간호사 또는 아동간호사로서 지난 5년 중 2년간의 경력이 갖춘 자이며 사업소에서 제공되는 모든 서비스에 대한 책임과 질보장 의무를 부담하므로 일반적으로 관리자(케어매니저, Pflagemanager) 교육을 받은 간호사가 수행한다.

여기서 '교육받은 간호사'라 함은 지난 5년 동안 최소한 2년간 실무경력을 갖추고 최소 460시간의 관리자과정을 이수한 자를 말한다. 관리자과정을 이수하지 않은 간호사는 협약체결이후 7년간의 유예기간동안에 이 자격을 갖추어야 한다(법제80조에 의거한 재가요양의 서비스보장과 서비스의 질 보장 및 시설자체에 의한 질관리 및 발전을 위한 원칙과 기준).

재가간호사업에서 간호사, 간호조무사, 요양보호사의 각각의 역할이 다르다. 간호사는 간호과정에 따라 간호이론을 적용시켜 장기요양수급자에게 기본간호와 의사처방에 따른 처치를 수행한다. 즉 대상자 가정에서의 수발상황을 확인하기 위해 간호·장기요양대상자의 가정을 방문하여 케어과정에 따라 대상자와 가족의 요구를 사정한 후 계획을 수립하고 기본간호와 의사의 처방에 따라 간호처치를 수행하는 것이다. 간호조무사는 간호사의 간호계획에 따라 기본간호에 해당하는 신체청결, 식사도움, 배설, 침상정리 그리고 가사지원서비스를 제공하며 요양보호사는 법제43조에 따라 주로 인지능력이 저하된 대상자를 지켜보거나 스스로 할 수 있도록 안내해 주며, 요양보호사 또한 간호사의 감독과 지시 하에 업무를 수행한다. 재가서비스의 종사인력과 주요 인력현황은 다음 Table 2와 같다.

2) 서비스 내용

Table 2. Major Status of Manpower for Home Health Care Service (unit: person)

Category	'03.12.15 (A)	'05.12.15 (B)	A/B %
Total	200,897	214,307	6.7
- Basic nursing and house keeping (Nursing)students, public service worker, social volunteer(1year) etc	135,540	147,973	9.2
Home health aide	17,375	113,156	3.4
(Geriatric)nurse aide	19,420	34,172	1.5
Social educator and social worker	13,864	13,708	5.2
Physical therapist	1,311	6,655	8.3
Nursing manager		4,784	13.9
Nurse(including geriatric, pediatric nurse)	557	1,633	16.9
	100,350	114,218	11.9

Data source: German national statistical office(2005), Long term care statistical report

(1) 한국

방문간호란 장기요양요원인 간호사 등이 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시서(방문간호 지시서)에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공하는 것을 말한다.

방문간호 지시서를 발급한 의사의 자시에 따라 제공하는 서비스와 의사의 지시없이 간호(조무)사 독자적 판단에 의해 제공 가능한 서비스로 구분된다. 의료법 시행규칙 제22조에 따라 기본간호 및 교육, 훈련 및 상담 등을 제외한 일부 검사, 투약, 주사, 기본간호 외의 간호 등을 실시하는 경우에는 의사의 처방(방문간호지시서)에 의하여 실시한다.

방문간호 서비스의 내용은 건강상태, 병상의 확인, 의료 처치, 개호·요양에 대한 상담 등으로 다음 Table 3과 같다.

방문간호 서비스는 간호계획 수립, 간호서비스 제공, 기록 및 보고, 상담, 사고·응급상황 대처, 서비스 종결의 절차로 이루어진다. 우선 장기요양요원은 대상자와 가족의 요구에 대한 사전분석 및 과거력(방문간호 정보조사지 등 참고)을 통해 간호계획을 수립한다. 이때 의뢰된 경우 의뢰기관으로부터의 정보 등 필요한 자료를 수집 후 환자·가족·의사와 협의하여 간호계획을 수립한다. 방문 전 환자와 가족에게 출발을 알리고, 도착 즉시 방문간호를 제공할 수 있도록 준비사항

을 확인한 뒤 출발하도록 한다. 방문간호와 관련된 모든 행위는 사전에 설명하여 대상자의 동의하에 실시하며, 감염 및 안전관리 사항 등을 준수한다. 방문간호 실시 후 방문간호경과기록지에 육하원칙에 따라 정확하게 기록하고, 특이사항 발생 등 필요한 경우 담당 의사에게 보고(의사와의 보고 체계 구축)하도록 한다. 간호사는 방문간호 이후에도 대상자의 상태파악을 위해 수시로 환자 및 가족들에게 전화 상담을 실시하며, 상담내용은 방문간호경과기록지에 기록한다. 방문간호 종결 시 종료 1주일 전 담당의사·환자·가족과 협의하고, 환자 및 가족 등 추후관리가 필요한 자에게 자가간호 방법을 교육·훈련한다. 방문간호 종결 시에는 방문간호종결요약지에 그동안 시행된 간호내용·종료이유·환자상태 및 추후 필요사항 등을 구체적으로 작성하여 기록·보관하며 다른 방문간호 시범시설 또는 관련 의료기관에서 환자의 간호(진료)의 연속을 위하여 필요하다고 요청 시 제출하도록 한다(Jang, 2007).

(2) 미국

미국의 보건의료재정청(HCFA: Health Care Financing Administration)에서 인정한 통상적인 메디케어(Medicare) 지불승인 항목에서 가정간호 서비스 대분류항목은 다음과 같이 구분된다(U.S. Department of Health and Human Services, 2007). 전문간

Table 3. The Contents of Korean Home Health Care Service

Category	Major task	Note
Basic nursing	Nursing assessment and diagnosis, hot & cool therapy, changing position, back massage, oral care, hygiene etc	By nurse
Nursing	NG tube changing, simple catheterization and foley catheterization inserting and exchanging, tracheal tube care, O2 therapy, bed sore care, simple wound care, inflammatory skin care, stitch out, bladder irrigation.	By doctor's order
Laboratory task	<ul style="list-style-type: none"> Simple lab test at home: using glucose test, blood glucose test, oxymetry. Sampling and delivering: delivering sample to hospital after sampling from home health clients 	By doctor's order
Medication managing	<ul style="list-style-type: none"> Medication and education about medication Injection: injection administration by doctor's order, administrating intravenous therapy, and surveillance of IV therapy 	By doctor's order
Education training	Education on nutritional therapy, exercise therapy, using manual of remedial apparatus	By nurse
Counselling	Coping method according changed client status, process and progress of illness, family problem including caregiver burn out, environment management etc	By nurse
Referring	The case that clients need continued health care after ending of home health care service.	By nurse

Data source: <http://www.longtermcare.or.kr>

호, 물리치료, 언어치료, 작업치료, 사회복지서비스, 생활보조서비스 및 기타서비스로 분류된다. 구체적으로 그 내용을 살펴보면, 다음과 같다. 전문간호는 반드시 간호사에 의하여 수행되어야 하며 환자나 다른 사람에게 의하여 시행될 경우에는 진료비 승인을 받을 수 없으며, 승인된 서비스 내용으로는 환자관찰 및 사정, 도뇨관 삽입, 외상 드레싱, 욕창간호, 정맥천자, 백내장 수술 후 간호, 비타민 B12 투여, 회복간호, 정맥주입주사, 경관영양, 기관지 절개술 간호, 흡인치료, 종합영양주입치료, 당뇨교육, 관장, 환자간호 계획평가 및 관리, 의사의 표준지시에 의한 환자교육 등이 있다. 물리치료는 물리치료사에 의하여 수행되어야 하며 만약 간호사에 의해 제공된 경우에는 물리치료서비스가 아니라 전문 간호의 회복간호로 인정받아야 한다. 승인 서비스 내용에는 환자관련 상태평가, 치료적 운동, 걸음 걸이훈련, 이송훈련, 초음파, 환자치료계획평가, 장착구 착용 훈련 등이 있다. 언어치료는 언어치료사가 환자상태를 평가하거나, 구음장애훈련, 연하곤란치료, 언어장애치료, 의사소통훈련, 기타 연하곤란과 관련한 서비스를 제공한다. 작업치료는 작업치료사가 환자평가, 일상 활동훈련, 지각운동훈련, 근육 재훈련, 신경발달훈련, 기구적응훈련 등의 서비스를 제공한다. 사회복지서비스는 의료사회복지사가 환자의 사회적 요소 사정, 장기계획과 의사결정을 위한 면담, 지역사회 자원 활용 계획 등의 서비스를 제공한다. 생활보조 서비스는 간호사가 결정한 환자의 개별 서비스를 생활보조원이 제공하는 서비스이며, 간호사의 감독 하에 이루어져야 하나 필요시에는 물리치료사, 언어치료사, 작업치료사에 의하여 감독이 이루어질 수 있다. 승인된 생활보조 서비스 내용에는 샤워 또는 통목욕 보조, 부분적 침상목욕, 개인위생 간호, 운동보조, 식사준비, 식료품 쇼핑, 케어와 직접 관련이 있는 가사, 환자의 안위와 직결된 청소 등이다. 기타 서비스는 수술 후 드레싱, 부목, 캐스트, 골절 등에 사용되는 기타 용구, 의치 등의 장착용구, 사지, 등, 목 등의 브레이스, 의족, 의안, 구급차 서비스, 간염 B 예방접종이다.

(3) 일본

일본의 방문간호형태는 방문간호스테이션이나 병원, 진료소 등의 의료기관에서 간호사, 보건사 등 간호직이

방문하는 것이 일반적이며, 운영주체는 보건소 방문간호 등 공적제도 외 환자의 전액본인부담에 의한 환자의 희망에 대하여 대응하는 방문간호를 제공하는 민간조직, 기업도 있다. 방문간호 내용은 주치의의 지시에 따라 아래와 같은 내용의 서비스를 제공한다 (Japanese nurses association, 2002).

방문 간호스테이션 서비스 내용은 다음과 같다. 요양을 위한 생활보조로 신체의 청결, 세탁, 입욕보조, 식사 등 배설 등의 개호. 지도가 있고, 의사의 지시에 의한 의료 처치로 담당의사의 지시에 근거한 의료처치이다. 질병 상태의 관찰로 질병이나 장애의 상태, 혈압·체온·맥박 등의 체크와 터미널 케어로 말기 암 상태나 임종 시 가정에서 지낼 수 있도록 적절한 도움을 제공한다. 의료기기 관리로 가정용 산소, 인공호흡기 등의 관리, 미끄럼 예방·처치로 미끄럼 방지 지도, 미끄럼 예방 및 치료가 있으며 가정 복귀요법으로 구축여방이나 기능회부, 연하기능 훈련을 시킨다. 인지증 케어로 사고방지 등 인지증 개호·공부 등의 상담이 속하며, 가족의 개호지원·상담으로 개호방법의 지도 외에 여러 가지 상담 대응하며 개호예방으로 저영양이나 운동기능저하의 방지를 위한 상담을 한다.

(4) 독일

독일의 장기요양서비스 제공기관은 시설서비스와 재가서비스기관으로 분류한다. 시설서비스기관은 입소시설이며, 재가서비스기관은 법적용어로 '통원요양시설'이라고 하며 재가간호사업소이다. 재가간호사업소는 우리나라의 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 복지용구를 통합적으로 제공하는 단일 재가서비스 제공기관이다.

재가간호사업소는 교육받은 전문요양인의 지속적인 책임 하에 요양이 필요한 사람을 그의 주거에서 요양하고, 가사를 관리해주는 독자적 경영시설이라고 장기요양보험법 제71조에 정의되어 있다(Bundesministerium fuer Gesundheit und soziale Sicherung, 2008-2).

장기요양보험법 제80조에 의거한 재가요양의 서비스보장과 서비스의 질 보장 및 시설자체에 의한 질관리 및 발전을 위한 원칙과 기준(2003년 12월 16일)은 교육받은 간호사(간호 관리자)의 행위를 다음과 같이 규정하고 있다.

교육받은 간호사의 상시적인 책임아래의 간호라 함

은 간호사가 다음의 행위를 책임진다. 간호과정에 따른 전문적인 계획, 간호기록의 전문적인 사용 및 관리, 개인적인 욕구중심의 간호 인력의 근무계획서 수립, 재가 간호사업소 내부에서의 업무회의를 위한 전문적인 책임자, 재가간호에서 간호사의 역할은 가정방문 및 보고, 가족 수발자 교육 그리고 간호사 개인으로서 재가 서비스제공이다(German national statistical office, 2005). 장기요양보험 서비스의 종류에는 재가간호사업소의 서비스(현물급여), 이웃간호제공에 대한 현금급여, 재가 간호사업소의 서비스와 가족에 의한 서비스의 혼합급여, 단기보호, 주간/야간보호, 가족수발자의 휴가, 병가를 대체해주는 대체서비스, 가족수발자를 위한 교육, 수급자의 자립을 도모키위한 간호보호조재료 및 기구 그리고 시설에 입주하여 받는 시설서비스이다(The Korean research institute for nursing policy, 2006).

3) 대상자 범위

(1) 한국

노인장기요양 보험법 제1장 제2조에 의하면 장기요양급여 대상자는 65세 이상의 노인 또는 65세 미만의 자로서 치매·뇌혈관성질환 등 대통령령으로 정하는 노인성 질병을 가진 자로 정의되어 있고 이들이 방문간호서비스 수혜자가 된다. 방문간호 대상자는 요양인정(장기요양등급1~3, Table 4 참조)을 받은 대상자 전체를 원칙으로 의사의 판단에 의한다. 의사가 방문간호 대신 가정간호가 필요하다고 판단하는 경우 환자의 동의를 거쳐 가정간호를 실시하도록 하고, 이 경우 비용은 건강보험으로 청구하게 된다. 이때 의사는 가정간호 비용 및 서비스 이용 상 제한 등 반드시 사전설명을 해야 한다. 제 2차 방문간호 시범사업이 시작된 2006년 7월 총 방문건수 43건, 총 대상자수 20명(8개 기

관 참여)에서 2007년 2월 총 방문건수 1,124건, 총 대상자수 307명으로 현재까지 꾸준히 증가하고 있다.

장기요양인정 신청자에 대해 국민건강보험공단 1차로 방문조사를 하여 심신상태 등을 조사하고 난 뒤, 시군구 단위 장기요양 등급판정위원회에서 등급판정을 받는다. 그리고 국민건강보험공단에서 장기요양인정서와 표준장기요양 이용계획서 통지를 발급 받은 뒤 재가요양시설의 장기요양급여 이용계약과 급여의 수급이 가능해 진다.

(2) 미국

미국 의료지출패널(MEPS·Medical Expenditure Panel Survey)의 조사결과에서 미국 인구중 760만 명이 2003년에 공식적인 가정간호 서비스를 받은 것으로 나타났으며 1년간 38.3억 달러의 의료비를 지출하였다(National association for Home care & Hospice, 2004). 국립보건통계센터에서 시행한 연 2회의 조사에서 환자진단서 자료 분석 결과 22%가 순환기관의 질병에 관련되었고 울혈성 심장마비까지 포함한 심장질환이 있는 사람들이 집단의 절반 정도를 차지하였으며 당뇨, 고혈압이 다수를 차지하였다(Park et al., 2002).

(3) 일본

방문간호를 이용할 수 있는 사람은 개호보험 방문간호 이용자, 노인 방문간호 이용자, 이외의 경우 등 세 가지로 구분할 수 있다. 단, 주치의의 진단에 의하여 방문간호가 필요하다고 인정받은 사람에 한정한다.

방문간호에 필요한 비용은 원칙적으로 개호보험으로부터 지급된다. 따라서 개호보험의 피보험자이며, 요게호자, 요지원자라고 인정을 받은 사람은 방문간호를 이용할 수 있다. 요게호자 여부는 본인이 신청한 후에 지

Table 4. Criteria of Home Care Grading Test and Client Status

	Class 1	Class 2	Class 3
Class definition	Very severe (helping entirely) More than 95 score	Severe (helping significantly) 75 score~95 score	Moderate (helping partially) 55 score ~less than 75 score
Client status	All day bed ridden or no communication and no ADL* having severe dementia	According to help of others, being available to move, if having wheelchair	Eventhough going out alone, being available to move at home.

* ADL 12~36 (0~100 score dued to a conversion table of ADL)

Data source: <http://www.longtermcare.or.kr>

방문간호가 인정환자로 계속해서 상시 간호를 필요로 하는 상태의 사람을 말하며, 그 필요정도에 따라 5단계로 구분된다. 요지원자란 일상생활을 영위하는 데 있어서 지장이 있는 자를 말한다. 40세 이상 65미만의 피보험자에 대해서는 요개호 원인이 초로기 치매 등 15가지의 특정질병의 경우로 한정한다. 또한, 40세미만의 사람은 개호보험 피보험자로 될 수 없으므로, 개호보험으로는 방문간호를 받을 수 없다.

방문간호에 필요한 비용은 노인보건에서 지급한다. 즉, 병이나 상처 때문에 가정에서 요양을 받을 상태인 노인의료수급 대상자이며 개호보험 지급 대상의 방문간호를 받는 자는 제외된다.

이외에 질병이나 부상에 의하여 집에서 계속해서 요양을 받을 상태인 사람으로 방문간호에 필요한 비용은 의료보험에서 지급 주로 40세 미만의 난치병환자, 중증 장애인, 말기암 환자, 정신장애자이고 재택요양생활을 계속하기 위하여 간호사 등이 행하는 간호가 필요한 사람을 대상으로 한다. 단 일시적으로 병원에 다니기 어려워진 환자는 제외한다.

개호보험에 적용되는 수가산정의 대상자는 가정에서 요양하고 있는 장기요양 인정자(요개호1~5)이며 의료보험의 방문간호와 개호보험의 방문간호의 제공·이용에 관한 구분은 요개호자에 대한 방문간호나 요지원자에 대한 방문간호(개호예방방문간호)는 개호보험이 적용된다. 이외 의료보험이 적용되는 경우는 첫째, 요개호 인정을 받지 않은 경우의 방문간호, 둘째, 비 해당자에 대한 방문간호, 셋째, 개호보험의 피보험자 외(39세 이하)에 대한 방문간호, 넷째, 후생노동대신이 정한 질병에 해당하는 경우의 방문간호, 다섯째, 급성증시에 의사의 지시를 바탕으로 이루어지는 방문간호(특별 지시서를 받은 경우) 이다(Ministry of health,

labor and welfare on Japan. 2002).

(4) 독일

질병보험법과 동일하게 적용되는 장기요양보험의 대상자는 전 국민(질병보험가입자)으로 피보험자의 가족으로서 질병보험에 들어 있거나 저소득층(매월 소득이 315유로 미만의 경우), 후보험(국민연금)·실업보험 수급권자가 포함된다. 기초생활수급자도 지자체의 재정 부담으로 장기요양보험제도 내에 포함된다(Kim, 2009).

장기요양급여의 수급권자는 장기요양에 의존할 수밖에 없는 상태의 모든 대상자로 육체적·정신적·심리적 질병이나 혹은 장애로 말미암아 일상생활과 가사생활에 적어도 6개월 이상 지속적으로 타인의 도움이 필요하다고 인정되는 모든 연령의 사람이다(독일장기요양보험법 제14조). 실제 수급권자의 22.5%가 65세 미만이며, 77.5%가 65세 이상의 노인층으로 2008년 3월 말 기준 수급자는 총 210만 명으로 2005년 보다 1.0%증가하였다. 이 중 재가서비스 수급자는 약 140만 명, 입소시설에서의 서비스는 약 70만 명으로 2005년에 비해 입소시설 수급자가 9.1% 증가하였다(German national statistical office, 2007)(Table 5).

4) 수가체계

(1) 한국

가. 방문간호 기본수가

방문간호 서비스는 서비스 대상자의 장기요양등급, 질병명 등에 관계없이 1회 방문 당 제공시간을 기준으로 산정하며 30분미만의 간호제공은 28,700원, 30분 이상 60분미만은 36,650원, 그리고 60분 이상의 간호제공은 44,600원의 수가가 적용된다. 서비스제공시

Table 5. The Present Status of Home Health Care Clients and Nursing Care Center (unit : number, person)

Category	'03.12.15 (A)	'05.12.15 (B)	A/B %
Long term care client	2,076,935	2,128,550	2.5
Long term home health care client	1,436,646	1,451,968	1.1
-in case of family caring	986,520	980,425	-0.6
-in case of home health care service center	450,126	471,543	4.8
Home health care service center total	10,619	10,977	3.4

Data source: German national statistical office(2008)

간은 간호사가 서비스 대상자의 가정에 도착했을 때부터 필요한 서비스를 제공하기 위한 준비, 서비스의 제공 및 마무리에 소요된 총 시간을 말하며 처치에 필요한 유치 도뇨관, 기관내삽입관, 거즈 등의 재료비는 방문간호수가에 포함되어 있으므로 별도로 산정하지 않는다.

나. 방문간호 수가산정 기준

방문간호 횟수는 주3회 이내에서 인정되며(예외; 응급상황 등에는 주3회를 초과하여 인정) '재료비, 간호(조무)사가 가정에서 직접 시행하는 검사료 그리고 교통비는 이미 수가에 포함되어 있다. 평일 오후 6시 이후에 제공되는 서비스에 대해 수가의 20%가 추가 가산되며, 심야(22시~익일 06시) 서비스나 공휴일에 제공되는 서비스에 대해서도 소정수가의 30%를 가산하여 산정한다. 수급자의 상태변화 등으로 인해 당초의 방문간호지시서와 다른 서비스가 필요한 경우 지시서 발급의사와 상의한 뒤 지시에 따라 간호를 시행하며, 반드시 그 내용을 장기요양급여제공기록지에 기재해야

한다.

다. 방문간호 지시서 수가

방문간호지시서 비용은 1회 발급을 기준으로 산정하며, 진찰료와 가정방문에 따른 교통비 등이 포함되어 있으므로 별도 비용을 산정하지 아니한다(Table 6). 방문간호지시서 유효기간은 발급일로부터 180일까지로 한다. 다만, 수급자의 상태변화 등으로 재발급이 부득이한 경우에는 예외로 한다. 방문간호지시서는 「노인장기요양 보험법 시행규칙」 별지 제29호 서식 및 제30호 서식을 이용하여 발급하여야 하며, 수급자의 전반적인 건강상태, 진단명, 간호서비스 내용, 방문횟수 등이 반드시 포함되어야 한다. 방문간호지시서 비용은 의사가 수급자를 직접 진찰한 경우에만 산정할 수 있으며, 진찰행위 없이 지시내용을 수정·변경 한 경우 등에는 산정할 수 없다.

(2) 미국

가정간호서비스는 1997년 355만 명에게 2억 5775

Table 6. Cost of Home Health Care Direction

Classification	Cost per visiting
(1) Medical institution	
a. Client visits at medical institution	15,000 won
b. Doctor visits at home	48,300 won
(2) Community institution(communitary health care center etc)	
a. Client visits at community health care center	4,000 won
b. Doctor visits at home	9,000 won

Data source: Notification of home and facility charging cost(Art 39, long-term care law, The ministry of health and welfare notification no. 2008-523 (2009. 1.1). by The ministry of health and welfare, national health insurance corporation(2009)

Table 7. Home Nursing Care Cost of American Medicare, Cases of Visiting and Number of Client

	Expenditure (unit: million dollar)	Visits (unit: thousand)	Clients (unit: thousand)	Per person	
				Expenditure (unit: dollar)	Cases of visiting
1994	12,676	208,759	3,197	3,977	66
1995	15,421	249,584	3,475	4,438	72
1996	16,789	264,553	3,598	4,666	74
1997	16,723	257,751	3,554	4,705	73
1998	10,446	154,992	3,062	3,412	51
1999	7,908	112,748	2,735	2,892	41
2000	7,352	90,730	2,497	2,945	36
2001	8,637	73,698	2,439	3,541	30
2002	9,635	78,055	2,724	3,538	29

Data source: NAHCH. Basic Statistics about Home Care 2004, www.nahc.org/04HC_Stats.pdf
Centers for medicare & medicaid services. HCIS home health data, 1994-1998 (Dec 2000). HCIS home health data, 1999 & 2000 (Sep.2001). HCIS home health data, 2001(Dec 2002)

만 건 방문, 167억 지출을 정점으로 가정 간호 선불상환제(The Medicare home health prospective payment system: HHPPS)가 실시된 이후 대상자 및 방문건수, 예산지출 모두에서 감소세를 보였다. 2002년 방문간호는 대상자 일인당 연 평균 29회 방문하고, 3,538달러를 방문간호 비용으로 지불하였다. 다음 Table 7은 1994년부터 2002년까지의 미국 메디케어 행위 당 수가와 가정간호비용, 방문건수, 대상자 수를 보여주고 있다.

가정간호 비용 지출체계는 1997년 균형예산법안(Balanced Budget Act of 1997) 제정에 의해 행위별 수가제에서 가지불체계(IPS: Interim Payment System)로 적용되었으나, 가정간호서비스 이용의 증가로 인한 의료비 문제해결을 위하여 2000년 10월 가정간호 선불상환제(HHPPS)를 도입하였다. 선불상환제는 환자특성에 기초한 환자구성모델을 적용하여 방문회수에 상관없이 60일 에피소드 기간에 대한 표준비용 지불 방법으로 60일 에피소드 동안 방문하는 방문으로 회수가 4회 이하인 경우에는 LUPA(Low-Utilization Price Adjustment) 지불보상 단위를 적용하였다.

(3) 일본

가. 방문간호 기본수가

제도초기 방문간호서비스에 대한 수가는 서비스 제

공시간을 기준으로 3개 등급의 수가가 산정되었다. 서비스 제공시간은 30분 간격으로 30분 미만, 30분 이상 1시간 미만 그리고 1시간 이상 1시간30분 미만이었으나 현재는 「20분미만」 「30분미만」 「30분 이상 1시간미만」 「1시간이상 1시간30분미만」의 4단계로 설정된 소정단위수를 산정한다(Table 8).

나. 방문간호 가산수가

① 단시간방문

「20분미만」 수가의 경우, 주간에는 산정할 수 없는 수가로 수가개정에서 새롭게 설정된 것이다. 이미 간호서비스 제공계획상 하루에 「30분미만」의 방문간호가 수립되어 있는 것을 전제로 야간서비스(야간·심야·이른 아침)에 한하여 산정할 수 있다. 일본의 방문간호서비스는 24시간 연락체계를 지향하는 제도로 급한 상황에 실제로 간호사가 방문한 경우 소요시간에 소정의 단위 수를 산정하게 된다. 추가로 투석, 산소호흡 등 특별관리가 필요한 대상자는 2회째 이후의 방문에 대하여 야간근무시간(이른 아침, 야간, 심야)의 가산을 할 수 있다. 야간근무의 방문간호 수가는 순회체 크형의 단시간의 수가로서 「소요시간 20분미만」을 산정한다.

② 지역별 수가 차등

지역별 차등수가는 동일한 서비스를 동일한 절차와 효율성으로 제공한다 할지라도 지역 간의 인건비 등을 고려하여 차등수가를 적용하는 것이다. 장기요양수

Table 8. The Medical Insurance Fee of Japanese Home Nursing Care

	Less than 20min	Less than 30min	30min~less than 1hr	More than 1hr
Home health nursing care center	285 Unit	425 Unit	830 Unit	1,198 Unit
Hospital and health care center	230 Unit	343 Unit	550 Unit	845 Unit

Data source: 1. Japanes nurses association (2002). The standards of home health care services. 1998 first revision, 2001 second revision.

2. Jang Byeong Won (2008). Policy of longterm care for the aged on Japan: in depth analysis of longterm care.

Table 9. Cost Gradation according Location

Category of location	Special district	Special A region	A region	B region	the rest
Difference	4.80%	4.00%	2.40%	1.20%	0.00%
Unit cost	10.48 yen	10.40 yen	10.24 yen	10.12 yen	10.00 yen

Data source: 1. Japanes nurses association (2002). The standards of home health care services. 1998 first revision, 2001 second revision.

2. Jang Byeong Won (2008). Policy of longterm care for the aged on Japan: in depth analysis of longterm care.

가는 의료보험의 진료수가와는 달리 장기요양급여 제공 사업자의 소재지별로 1단위당가에 격차가 설정되어 있다. 각 수가 차등은 Table 9와 같다.

③ 서비스제공인력에 따른 차등수가

간호서비스 제공인력에 따라 차등을 둔 수가제도로서 간호사, 준 간호사 또는 이학·작업요법사에 따라 비용이 달라진다. 방문간호사업소의 이학요법사(PT)·작업요법사(OT)·언어청각사(ST)가 방문한 경우에는 서비스제공시간에 따라서 「30분미만」 또는 「30분 이상 1시간미만」의 소정단위수를 산정한다. 준 간호사에 의한 방문간호는 간호사수가의 90%를 적용한다. 서비스시간에 따른 소정 단위 수에 90/100을 곱한 단위수를 산정하고 야간(이른 아침·야간·심야)에 서비스를 제공한 경우는 각각의 가산 후의 단위 수에 90/100을 곱한다. 임종을 앞 둔 수급자의 간호 등을 위한 방문간호일 경우 특유의 가산이 적용되며 요건을 충족하는 경우에는 가정이 아닌 장소, 즉 이송된 의료기관에서 24시간 이내에 수급자가 사망한 경우의 간호 서비스에 대해서도 사망 월에 「1,200 단위」를 산정할 수 있다(임종케어를 한 날이 월의 말일로 사망이 다음 달인 경우에는 방문을 한 날에 산정). 특별지역의 경우, 즉 방문간호를 제공하는 기관 또는 사업소의 소재지가 '이도' 등의 후생노동대신이 정한 지역에 있는 경우, 방문간호수가의 단위 수에 「15/100」을 곱한 단위수를 가산하여 산정한다. 15/100을 곱하는 기준이 되는 「방문 간호비」란 야간근무시간(18:00 - 8:00, 야간·심야·이른 아침)에 서비스를 제공한 시간의 수가에 가산을 한 후의 단위수를 말한다. 긴급 시 제공되는 방문간호 가산, 특별관리 가산, 임종케어의 가산은 포함되지 않으며 또한 특별지역 가산은 지급한 도액의 관리 대상이 되지 않는다.

(4) 독일

장기요양보험 도입에 따라 노인을 가정에서 간호할 경우 기본간호수행에 대한 급여는 장기요양 보험 금고에서, 의사 처방에 의한 간호수행은 질병보험 금고에서 지급한다. 다만, 의사 처방에 의해 간호를 수행했다 할 지라도 노인의 자립을 도모키 위한 보조기구 및 재료는 장기요양보험 금고에서 부담한다.

재가서비스의 수가는 연방차원에서 개발된 재가서비

스의 서비스 패키지 체계의 기반위에 정기적으로 조정된다. 서비스 패키지는 서비스제공에 필요한 평균소모량을 점수 값으로 표시되며 수가조정외 범주에서(장기요양보험법 제89조) 타결된 점수 값을 가진 스코어의 곱셈을 통해(Cent-총액으로) 이루어진다.

수가는 각 주(州)마다 다르다. 각 주(州)는 주(州) 특유의 여건에 알맞게 수가체계를 정하고 지속적으로 발전시킬 의무가 있는데, 그 결과 바이에른 주는 복지사업영역의 중재재판소의 판결을 근거로 하여 서비스 패키지 체계로부터 서비스 단위별로 전향하였다. 헤센 주에는 현재 다양한 수가모델들이 존재하는데 패키지 체계, 서비스 행위별 그리고 시간에 따라 지급되는 모델이 있으며 수급자들이 선택할 수 있다.

몇몇 주(州)에서는 서비스내용상의 변경 외에도 수가의 수준 역시 뚜렷한 차이점을 보이는데, 이것은 부분적으로 서비스 패키지의 다양한 구성에 기인한다. 포괄적인 보호서비스를 필요로 하는 치매수급자 그룹의 요양과 가사 관리 영역의 서비스 또한 시간단위에 따른 수가를 적용한다. 수가협정의 유효기간은 보통 오랜 기간이고 매년 해야 한다는 규정은 없다(The Korean research institute for nursing policy, 2006).

Ⅲ. 논 의

4개국의 방문간호 운영 실태를 인력, 서비스내용, 대상자 범위, 수가체계별로 비교분석 한 결과 다음과 같은 활성화를 위한 방안을 고려할 수 있다.

첫째, 방문간호 인력과 자격에 대한 질 관리가 이루어져야 할 것이다.

우리나라의 현행 제도상에는 간호사와 간호조무사의 업무 또는 행위의 범위를 구분하고 있지 않다. 그러나 앞서 살펴본 바에 따르면 미국의 가정간호서비스 제공자는 RN, LPN 등의 면허간호사이며, 일본과 독일의 방문 간호 사업에 있어서도 간호사가 방문간호 인력으로 활동하고 있다. 특히, 독일의 경우는 간호사와 간호조무사의 역할과 업무한계를 명확하게 구분하여 간호조무사는 간호사의 지시와 감독을 받도록 되어 있다. 또한, 미국, 일본, 독일의 경우 방문간호인력에 대한 엄격한 교육 및 자격관리 제도를 통해 질 관리를 하고 있는데, 우리나라는 아직 이에 대한 질 관리가 미비하

다. 방문간호 인력이 수행하고 있는 업무 및 행위의 내용을 두고 판단하건데 간호사와 간호조무사의 교육적 배경과 역량을 고려하여 간호사와 간호조무사의 역할과 업무수행 범위를 구분할 필요가 있으며 인력별로 엄격한 교육 및 자격관리 제도를 통한 질 관리가 필요하다고 판단된다.

둘째, 서비스내용측면에서 분석한 결과, 현행 우리나라 노인장기요양법의 재가급여에서 방문간호와 방문요양에 대한 각각의 사용 한도액이 설정되어 있지 않아 등급별 지급액 내에서 노인이나 가족이 임의 선택하여 서비스를 받고 있는 실정이다. 따라서 방문간호가 반드시 필요한 수급자의 경우에도 방문요양서비스를 선택하는 경우가 대부분임을 알 수 있다. 이에 등급별 지급액 내에서 방문간호와 방문요양서비스 이용비율의 규정 마련이 시급함을 알 수 있다.

셋째, 대상자의 요구에 따른 일원화된 대상자 관리체계가 필요하다. 보건소에서 제공하는 방문건강관리사업과 노인장기요양보험제도의 방문간호사업 대상자가 중복되는 경우가 있으므로 중복대상자의 경우 장기요양보험 대상자로 이관하여 일원화된 관리를 통해 효율성을 높여야 할 것이다.

넷째, 방문간호서비스의 수가체계와 수가 산정 시 다양한 요소를 반영해야 할 것이다. 우리나라 방문간호의 수가는 방문당수가제로 운영되고 있으며 소요시간을 기준(30분미만, 30분 이상~60분미만, 60분 이상)으로 수가가 책정되어 있을 뿐 방문간호 인력에 따른 차등수가를 적용하지 않는다. 그러나 일본의 방문간호의 수가체계의 경우 우리나라의 경우와 기본 틀은 유사하나 시간대별 특별지역, 긴급한 경우, 특별관리가 필요한 경우, 터미널(임종)케어 등에 대해 가산수가를 적용하고 있으며, 서비스제공인력에 따른 차등수가(준 간호사는 간호사시간대별 90%)를 적용하고 있다는 점에서 경우가 있다. 가산제와 차등수가를 포함하고 있는 일본의 수가체계는 방문 당 소요시간만을 고려하여 책정되는 간대별 문제를 보완하여 현실화하기 위함으로 본다. 방문간호 소요시간의 경우 1등급은 방문간호시간이 많이 소요될 것이므로 등급별 방문간호 서비스 업무의 상대가치를 구분하여 단순히 소요된 시간서 경우가 있 책정이 아닌 방문간호업무 또는 서비스 대상자의 등급에 따른 상대가치를 수가체계에 반영해야 할

것이다.

IV. 결론 및 제언

인구의 고령화로 요양보호가 필요한 노인이 급증하지만, 핵가족화, 여성의 사회참여가 증가됨에 따라 노인요양을 개별 가정의 몫으로만 생각할 수 없는 실정이다. 고령화 사회가 되어가면서 2008년 7월1일부터 노인 장기요양보험법에 의해 노인인구에 대한 의료 접근성을 높이기 위해 방문간호를 실시하도록 하였다. 좋은 제도가 마련되면 서비스의 질을 평가하게 하게 된다. 재가노인대상자에게 질적인 방문간호서비스를 제공할 수 있는 시스템을 선진국 사례를 통해 구축함으로써 노인 장기요양보험제도에 의하여 시행된 방문간호가 정착되고 발전될 수 있을 것이다. 이를 위해 이미 고령사회에 진입하거나 노인을 위한 제도를 마련하여 실시하고 있는 선진국의 방문간호 현황을 비교분석함으로써 지속적인 질적인 방문간호서비스를 제공할 수 있을 것이다.

따라서 본 연구는 방문간호에 대한 한국을 비롯한 4개국의 역사적 배경과 현황분석을 통해 방문간호 활성화에 대한 방안을 마련하는 근거자료를 제시하고자 시도되었다. 현황분석으로는 4개국의 방문간호 운영 실태를 인력, 서비스내용, 대상자 범위, 수가체계별로 비교분석하였으며 이를 통한 방문간호 활성화 방안을 제시 하였다. 방문간호 인력과 자격에 대한 질 관리가 이루어져야 하며 방문간호를 위한 등급별 지급액을 마련하되 방문간호와 방문요양서비스의 이용비율의 규정을 마련하여 이를 실천하도록 한다. 또한 대상자의 요구에 따른 일원화된 대상자 관리체계가 시급하며 방문간호서비스의 수가체계 재확립과 수가 산정 시 다양한 요소를 반영해야 할 것이다.

본 연구를 통해 실무, 정책, 연구 측면에서 다음과 같이 제언한다. 연구측면에서 방문간호 표준 활동, 업무, 평가 기준이 개발되어야 하므로 이에 대한 체계적인 연구가 필요하다. 실무적인 측면에서 이러한 체계적인 연구를 통해 방문간호의 표준화가 이루어져야 할 것이다. 또한 노인 장기요양 보험제도의 활성화 및 이에 대한 실천적 방향이나 정책반영에 기여하기 위해서는 노인 장기 요양보험제도의 이용실태 및 만족도에

대한 전수조사가 필요하다.

References

- German national statistical office. (2005). *Long term care statistical report: 2003*
- German national statistical office. (2007). *Long term care statistical report: 2005*
- Japanese nurses association. (2002). The standards of home health care services. 1998 first revision, 2001 second revision. Tokyo
- Jang, B. W. (2008). *Policy of longterm care for the aged on Japan: In depth analysis of longterm care*. Paju: Yangseowon.
- Jang, H. S. (2007). *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.
- Kim, C. J., Kim, Y. S., Kang, H. Y., Park, J. H., Sung, M. S., Woo, Y. J., Oh, H. S., Yoon, Y. O., Cho, H. S., & Ju, Y. H. (2008). Development of home care quality indicators(HCQIs) at demonstration project of elderly care insurance program in Korea. *Journal of the Korean Geriatrics Society*, 28(2), 377-394.
- Kim, C. H. (2009). *A comparative study of long-term car insurance system for the elderly in German, Japan and Korea*. Unpublished master's thesis. Dankook University, Seoul.
- Ministry of health, labor and welfare on Japan (2009). *An outlook of survey among home health care service centers*. Tokyo
- Ministry of health, labor and welfare on Japan (2002). Long term care in Japan. from web site: <http://www.mhlw.go.jp/english/topics/elderly/care/index.html>
- National association for Home care & Hospice (2004). Basic statistics about home care. from web site: www.nahc.org/04HC_Stats.pdf
- Park, J. H., Yun, S. Y., Kim, M. J., Han, K. J., Hong, K. J., Park, S. A., Whang, N. M., & Heo, J. S. (2002). Discussion on expansion and establishment of home nursing care. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 32(66), 855-866.
- Seo, M. E. (2009). *A comparative analysis study on the long-term care insurance of major countries-focused on Germany, Japan and Korea*. Unpublished master's thesis. University of Seoul, Seoul.
- The Korean research institute for nursing policy (2006). *Long-term care insurance system and role of nurses. Report of policy research*. Seoul.
- The ministry of health and welfare, national health insurance corporation (2009). *Notification of longterm care wages: civil service consultation casebook related screening and claim*. Seoul.
- U.S. Department of Health and Human Services (2007). *Medicare & Home Health Care. Centers for Medicare & Medicaid Services*.

Comparative Study of Home Nursing Care Services under the Long-term Care Insurance System in Four Nations

Sung, Myung-Sook · Jang, Hee Jung · Kim, Chun-Gill(Professor, Division of Nursing, Hallym University)

Kang, Kyeong-Hwa · Nam, Kyung-A(Associate Professor, Division of Nursing, Hallym University)

Park, Jong Duk(National Health Insurance Corporation)

Purpose: This comparative study analyzed information systems including manpower, contents of service, clients, and costs among four nations. **Methods:** A literature review of relevant publications from Korea, United States, Japan, and Germany supported the use of several plans to activate home nursing care services under the long-term care insurance system in Korea. **Results:** Korean home nursing care services require quality improvements. The results indicated that a rule is necessary that rations simple visiting service and home nursing care services under the long-term care insurance system, that an integrated management system for elderly care is required, and that the revised delivery of services needs to establish and reflect on various factors to estimate the value in a home visiting nursing care cost system. **Conclusion:** The data should be valuable in establishment of home nursing care services under the long-term insurance system in Korea.

Key words : Home Care Services, Korea, America, Japan, Germany