

# 노인장기요양보험 방문간호의 장애요인 및 활성화 방안

## Analysis of Barriers and Activating Factors of Visiting Nursing in Long-term Care Insurance

임지영\*, 김은주\*\*, 최경원\*\*, 이정석\*\*\*\*, 노원정\*\*\*\*\*  
인하대학교 간호학과\*, 상지대학교 간호학과\*\*, 한북대학교 간호학과\*\*\*  
국민건강보험공단 건강보험정책연구원\*\*\*\*, 고려대학교 간호대학\*\*\*\*\*

Ji-Young Lim(lim20712@inha.ac.kr)\*, Eun-Joo Kim(kimeju0409@sj.ac.kr)\*\*  
Kyung-Won Choi(blue1456@hanbuk.ac.kr)\*\*\*, Jung-Suk Lee(fjslee@nhic.or.kr)\*\*\*\*  
Won-Jung Noh(sky1nwj@korea.ac.kr)\*\*\*\*\*

### 요약

노인장기요양보험 방문간호의 이용실태, 기관운영 현황 및 제도적 문제점을 파악하여 이에 근거한 방문간호 활성화 방안을 제시하였다. 방문간호 활성화를 위해 기존의 처치 중심의 방문간호 이외에 대상자의 건강사정, 자가관리 교육, 투약관리 및 예방관리를 위한 기본방문간호를 신설하여 지속적인 관리가 이루어지도록 하며, 표준장기요양이용계획서 상에 방문간호 이용을 필수사항으로 지정하여야 함을 제안한다. 또한 장기요양 대상자의 등급에 따라 일정 비율의 방문간호를 받는 것을 명시하여야 함을 제안한다. 또한, 방문간호 원가를 보전할 수 있는 수가 책정과 방문간호서비스에 대한 대국민 홍보의 필요성, 방문간호 이용 시 적절한 의료서비스와의 연계체계 마련, 그리고 방문간호지시서 없이 기본방문간호를 받을 수 있도록 발급절차를 개선, 간소화하는 것도 필요하다. 그 밖에 현행 방문간호 서비스 내용 중 방문간호사와 방문간호조무사가 할 수 있는 서비스 내용을 의료법에 근거하여 구분함으로써 방문간호서비스에 대한 신뢰도를 높이는 것도 필요하다.

■ 중심어 : | 노인장기요양보험 | 방문간호 | 장애요인 | 활성화 |

### Abstract

The aim of this study is to develop strategies activating long-term care visiting nursing. The research design was a descriptive survey study, and the data were collected from the visiting nursing center managers, customers, and long-term care insurance staffs. The major results were as follows. To activate the long-term care visiting nursing, first, the basic nursing care for ensuring sustainable health management has to be included. Second, the visiting nursing must be designated as mandatory use in standard guideline for using long-term care services. Third, the insurance pricing of visiting nursing must be based on the cost of visiting nursing. And, last, using a visiting nursing must be possible without a doctor's order sheet, when it is required for the assessment of patient's health status.

■ keyword : | Long-term Care Insurance | Visiting Nursing |

\* 이 논문은 국민건강보험, 건강보험정책연구원 연구보고서, “노인장기요양보험 방문간호서비스 활성화 방안(2011)”의 일부를 발췌 요약한 것임. 이 논문은 인하대학교의 지원에 의하여 연구되었음

접수번호 : #120517-001

심사완료일 : 2012년 08월 13일

접수일자 : 2012년 05월 17일

교신저자 : 김은주, e-mail : kimeju0409@sj.ac.kr

## 1. 서론

### 1. 연구의 필요성

2008년 7월 정부는 고령이나 노인성 질병 등으로 일상생활을 혼자 하기 어려운 노인들에게 신체활동과 가사활동지원 등의 서비스를 제공하여 노후생활의 안정과 그 가족의 부담을 덜어주어 국민의 삶의 질을 높여주고자 다섯 번째 사회보험으로서 노인장기요양보험제도를 도입하였다[1]. 노인장기요양보험제도는 노인요양 시설 입소자를 위한 시설서비스와 지역사회 거주 노인을 위한 재가서비스를 모두 포함하지만, 노인장기요양보험법 제3조 장기요양급여제공의 기본원칙에 따르면 노인 등이 가족과 함께 생활하면서 가정에서 장기요양을 받는 재가급여를 우선적으로 제공하도록 강조한다[2].

그럼에도 불구하고 노인장기요양보험제도 도입 4년이 경과한 2011년 12월말 기준 전체 장기요양급여비 중 재가서비스 비중이 49.3%에 불과하고 이 가운데 80.7%를 방문요양서비스가 차지하고 있는 것으로 나타나, 방문요양에 대한 재가서비스 편중 현상이 매우 심각한 수준이며 이를 제외한 재가장기요양기관들이 거의 활성화되지 못한 것으로 파악되었다[3]. 특히 방문간호서비스의 경우 노인장기요양보험 시범사업 당시의 높은 요구도와는 달리 본 사업 실시 이후 2009년을 기점으로 현재까지 지속적으로 감소 추세를 나타내고 있다[4-6]. 이에 따라, 2011년 12월말 기준 실제로 급여청구가 발생하고 있는 전체 재가장기요양기관 가운데 방문간호기관이 차지하는 비율은 3.7% 수준에 그치고 있으며 전체 재가장기요양서비스 이용자의 2.2%만이 방문간호서비스를 받고 있는 것으로 나타나 노인장기요양보험 재가장기요양 시장의 왜곡을 우려하는 목소리가 높다[7][8].

노인장기요양보험의 방문간호란, “장기요양요원인 간호사 등이 의사, 한의사 또는 치과 의사의 지시서(이하 “방문간호지시서”라 한다)에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공하는 장기요양급여”로 정의된다[2]. 노인장기요양보험제도 내에서 방문간호의 역할은 재가

요양과 시설요양의 경계에서 대상자의 유입 여부를 판단, 조정하는 조절자(gate keeper)이기 때문에 중요한 의미를 가진다. 즉, 원칙적으로 재가요양 대상자는 지역사회 또는 가정에서 방문요양, 방문목욕, 주야간보호, 단기보호, 복지용구대여서비스 등을 통해 일차적 관리가 이루어지지만 대상자의 건강수준이 악화되거나, 일상생활수행능력이 저하되는 경우, 그리고 중증질환의 발생이 동반되는 경우에는 방문간호의 제공이 필요하고 사후적으로 방문간호에 의해서도 적절히 관리될 수 있는 요구도를 넘어설 때 시설요양으로의 이관이 이루어지는 것을 바람직한 과정(flow)으로 여기기 때문이다. 시범사업 추진시 부터 방문간호 이용자는 뇌혈관질환, 고혈압 등 중증 만성질환을 동반하고 있었고, 카테터 교환과 욕창간호 등 상급간호술을 요하는 간호요구도를 가지고 있는 것으로 파악되었으며, 본 사업 도입 이후 노인장기요양보험 급여대상인 장기요양 1~3등급 인정자의 질병현황을 분석한 결과에서도 인정자의 98.0%가 적어도 1개 이상의 만성질환을 갖고 있으며, 2개 이상 32.3%, 3개 이상 25.6%이었고, 질병은 주로 뇌졸중, 고혈압, 관절염, 치매 등 지속적으로 의료적 관리가 요구되는 만성질환이었다[9]. 따라서 이와 같은 특성을 가진 장기요양인정자가 가정에서 일상생활 지원과 요양서비스만을 이용하는 경우에는 대상자의 의료적 처치 요구에 적절히 대응할 수 없기 때문에 요양원 입소와 같이 장기요양 시설서비스 영역으로 빠르게 유입되거나 병의원 이용과 같은 추가적인 의료 이용이 발생하게 되는 것이다[10]. 시설입소와 병의원 이용 중 어느 쪽을 택하던 결과적으로는 사회적 비용 부담을 가중시킨다는 점에서 재가 방문간호 활성화의 필요성을 확인하게 된다.

한편 국민건강보험공단은 노인장기요양보험의 방문간호서비스를 활성화시키기 위해 표준장기요양이용계획서를 통한 방문간호서비스 권고율을 높일 수 있도록 시스템을 마련하고[11], 재가장기요양기관 평가 시 방문간호서비스가 필요하다고 인정된 수급자에게 방문간호서비스를 연계 또는 제공하였는가를 평가함으로써 재가서비스 이용자의 간호 욕구에 적절히 대응하도록 하고 있다[12]. 뿐만 아니라, 방문간호 기관이 없는 읍,

면 등 취약지역 수급자에 대한 서비스 제공 시 원거리 교통비를 지원하는 등 방문간호서비스 활성화를 위한 정책들을 확대해 나가고 있다[13]. 그러나 이러한 정책들은 실제적으로 방문간호서비스 현장에 참여하는 이해당사자, 즉 방문간호기관 운영자나 서비스 이용자, 그리고 국민건강보험공단 장기요양운영센터에서 근무하는 장기요양요원의 방문간호에 대한 인식이나 태도를 고려하지 않고 노인장기요양보험제도의 운영자 관점에서 수급자에 대한 이용자원에만 초점을 두고 방문간호서비스 활성화 문제를 해결하려는 접근법이라는 점에서 한계가 있다.

지금까지 노인장기요양보험의 방문간호서비스에 관한 국내 연구는 장기요양 방문간호사의 역할과 업무 규명[14], 직무만족도 평가[15], 원가 분석[16] 등 서비스 제공자 관점에서 방문간호서비스의 내용과 비용을 검토한 연구, 서비스 이용자 관점에서 이용자 특성 및 이용실태를 분석한 연구[17], 제도 운영자 관점에서 방문간호서비스 질 평가도구를 개발한 연구[18] 등이 이루어졌을 뿐으로, 방문간호서비스 현장에 있는 방문간호기관 운영자나 서비스 이용자, 그리고 국민건강보험공단 장기요양운영센터에서 근무하는 장기요양요원 각각의 관점에서 방문간호서비스 활성화의 장애요인은 무엇이며, 또한 활성화 방안은 어떠한 것인지에 대해 면밀히 파악하는 실증적 연구가 필요한 시점이다.

이에 본 연구에서는 노인장기요양보험 방문간호기관 운영자와 서비스 이용자, 그리고 국민건강보험공단 장기요양운영센터에서 이용지원업무를 담당하고 있는 장기요양요원을 대상으로 현행 방문간호서비스에 대한 인식과 태도를 파악하고 상호 비교함으로써 향후 노인장기요양보험 방문간호서비스 활성화를 위한 정책 개발의 근거자료를 제시하고자 하였다.

## 2. 연구 문제

본 연구 문제는 다음과 같다.

- 1) 제도적 측면, 이용자 측면, 공급자 측면에서 방문간호 활성화 장애요인은 어떠한가?
- 2) 제도적 측면, 이용자 측면, 공급자 측면에서 방문간호 활성화 방안은 무엇인가?

- 3) 노인장기요양 방문간호 내 기본방문간호의 필요도를 어떠한가?

## II. 연구방법

### 1. 연구 설계

본 연구는 수급자와 주부양자를 포함한 이용자, 방문간호기관, 국민건강보험공단 장기요양요원을 대상으로 방문간호 활성화 장애요인과 활성화 방안에 대한 인식과 태도 분석한 서술적 조사연구이다.

### 2. 연구 대상 및 표집 방법

본 연구는 2011년 11월 현재 노인장기요양보험의 방문간호서비스를 이용하고 있는 수급자와 주부양자, 기준시점 현재 방문간호서비스를 등록하였거나 제공하고 있는 방문간호기관, 그리고 재가서비스 이용자에 대해 이용지원업무를 담당하고 있는 국민건강보험공단의 장기요양요원을 대상으로 하였다. 방문간호서비스를 이용하고 있는 수급자 또는 주부양자를 이용자로 분류하였고, 방문간호서비스를 등록하였거나 제공하고 있는 방문간호기관의 운영자를 공급자로 분류하였다. 표집 방법은 방문간호기관을 운영하거나 또는 방문간호서비스를 이용하거나 또는 장기요양운영센터에서 관련 업무를 담당하고 있는 자를 유한모집단으로 하여 연구에의 참여에 동의한 자를 임의표출하였다.

### 3. 연구 도구

방문간호 장애요인 및 활성화 방안에 대한 인식과 태도를 파악하기 위하여 재가장기요양 방문간호서비스에 대한 필요성과 인식도 조사[19], 이용자 만족도 조사[20-25], 활성화 방안 연구[7] 등 선행 연구에서 사용된 도구를 본 연구목적에 맞게 수정, 보완하여 1차 설문 문항을 구성하였다.

다음으로 1차 개발된 설문 문항을 바탕으로 방문간호 분야 관련 연구자 및 실무자 토론회를 실시하고, 토론회에서 나온 의견 수렴 결과를 반영하여 최종 설문지를 구성하였다. 설문지는 각각 이용자용, 공급자용 그리고

장기요양요원용의 3가지 유형으로 개발하였다. 주요 내용은 이용자용은 일반적 특성, 방문간호 비용 부담, 이용행태, 인식, 필요도, 만족도, 서비스 접근성, 방문간호 장애요인 및 활성화 방안을 포함하였다. 공급자용은 기관 일반현황, 종사자 현황, 방문간호운영 현황, 동 지역 내 대체서비스 가능 기관 현황, 방문간호 장애요인, 방문간호 활성화 방안을 포함하였다. 마지막으로 장기요양요원용은 일반적 특성과 함께 방문간호 장애요인 및 활성화 방안을 묻는 내용을 포함하였다.

장애요인은 제도적 측면 10문항, 공급자 측면 8문항, 이용자 측면 9문항으로 총 27문항으로 최종 구성되었고, Likert 5점 척도로 측정되었으며 도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha$  .81이었다. 활성화 방안은 제도적 측면 8문항, 공급자 측면 8문항, 이용자 측면 3문항으로 총 19문항으로 최종 구성되었고, 본 연구에서의 도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha$  .95이었다.

#### 4. 자료수집방법

##### 1) 방문간호기관

먼저 2011년 11월 현재 방문간호사회 회원으로 등록된 기관 94개와 방문가정간호기관 29개에 직접 연구팀이 전화방문을 통해 센터장에게 연구의 취지와 목적, 그리고 설문지 내용과 작성 방법, 작성한 설문지의 회신 방법에 대하여 자세히 설명하여 협조를 구하였다. 조사에 동의한 45개 기관에 기관용 설문지를 사례품과 회신용 등기 반송봉투와 함께 우편 발송하였다. 이와 함께 전국 방문간호기관이 회원으로 가입되어 있는 노인장기요양보험(www.longtermcare.or.kr) 인터넷 사이트를 통해 등록된 633개 방문간호기관에도 이메일을 통해 자료 수집에 협조를 요청하고 공급자용 설문지를 전송하였다. 우편발송은 2011년 11월 7일부터 28일까지 이루어졌으며, 12월 10일까지 회신을 요청하였다. 최종적으로 총 40부가 회수되어 분석에 이용하였다.

##### 2) 수급자와 주부양자

방문간호를 이용하고 있는 수급자 또는 주부양자를 대상으로 한 자료 수집은 조사에 동의한 45개 방문간호기관을 통해 이루어졌다. 연구팀은 45개 기관에 근무하

고 있는 방문간호사에게 귀 기관으로부터 서비스를 이용하고 있는 수급자 또는 주부양자 중 설문조사에 동의하는 자를 대상으로 조사를 의뢰하였다. 연구팀은 이용자용 설문지를 사례품과 회신용 등기 반송봉투와 함께 우편 발송하였다. 우편발송은 2011년 11월 7일부터 30일까지 이루어졌으며, 12월 10일까지 회신을 요청하였다. 최종적으로 총 37부가 회수되어 분석에 이용하였다.

##### 3) 장기요양요원

실무자 토론회 과정에서 건강보험공단 장기요양요원의 방문간호에 대한 이해도가 방문간호 활성화에 영향을 미치는 요인으로 나타나 6개 건강보험공단지사의 장기요양센터에 협조를 구하여 장기요양요원에게도 설문지 작성을 의뢰하였다. 연구의 취지와 목적을 설명한 후 동의한 자만을 대상으로 하였으며, 설문지 의뢰는 2011년 11월 3일에 전송하였고, 11월 20일까지 회신을 요청하였다. 최종적으로 총 58부가 회수되어 분석에 이용하였다.

#### 5. 자료분석방법

수집된 자료는 STATA 11.0 통계프로그램을 이용하여 전산통계처리하였으며, 구체적인 분석방법은 다음과 같다.

- 1) 대상의 일반적 특성은 빈도분석을 이용하여 분석하였다.
- 2) 방문간호 장애요인과 활성화 방안, 기본방문간호 필요도는 빈도분석을 이용하여 분석하였다
- 3) 방문간호 이용자, 공급자, 장기요양요원 등 3 집단 간의 방문간호 장애요인과 활성화 방안에 대한 인식 및 태도의 차이검정은 자료를 순위자료로 전환한 후 교차분석과 사후검정으로 Tukey grouping을 이용하여 분석하였다.

### III. 연구결과

#### 1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 일반적 특성은 다음의 [표 1]과 같다. 이용

표 1. 대상자의 일반적 특성

공급자		방문간호 시행기관		방문간호 미시행기관	
		N	%	N	%
전체		29	100.0	11	100.0
서비스 유형	방문간호	7	25.0	0	0.0
	방문간호+방문요양	6	21.4	0	0.0
	방문간호+방문요양+방문목욕	10	35.7	0	0.0
	방문간호+방문요양+방문목욕+기타	5	17.9	0	0.0
	방문간호 미시행	0	0.0	11	100.0
관리책임자 성별	남성	2	6.9	2	18.2
	여성	27	93.1	9	81.8
관리책임자 소지 면허 또는 자격증 (중복 응답)	노인전문간호사	2		1	
	가정전문간호사	10		3	
	간호사	23		8	
	간호조무사	1		0	
	사회복지사	16		5	
	기타	9		4	
기관인력 (전체)	방문간호사	35		8	
	방문간호조무사	6		1	
	치과위생사	0		0	
방문간호 운영기간 (개월)	평균	34.43		-	
장기요양 이용계획에 도움을 줄 전문가	장기요양 등급판정요원	2	7.1	1	10.0
	장기요양 방문간호사	24	85.7	8	80.0
	장기요양 요양보호사	0	0.0	1	10.0
	국민건강보험공단 직원	1	3.6	0	0.0
	행정기관 직원	0	0.0	0	0.0
	기타	1	3.6	0	0.0
이용자		수급자		주부양자	
		N	%	N	%
전체		19	100.0	18	100.0
장기요양등급	1등급	9	50.0	11	61.1
	2등급	1	5.6	3	16.7
	3등급	8	44.4	4	22.2
평균 연령	평균(표준편차)	74.00(7.38)		56.41(14.07)	
등거형태	동거할	16	88.9	15	88.2
	동거안할	2	11.1	1	11.8
방문간호서비스 이용 동기	직장생활 등의 이유로 어르신을 돌봐 줄 사람이 없어서	0	0.0	2	11.1
	주부양자의 나이 등 건강관리나 질환으로 인해	7	36.8	2	11.1
	부양에 따른 가족과의 갈등으로 인해	0	0.0	0	0.0
	전문 간호를 받기 위해	12	63.2	12	66.7
	표준장기이용계획서에 의해	0	0.0	0	0.0
	주변의 지인이나 요양사의 권유로 인해	0	0.0	2	11.1
	기타	0	0.0	0	0.0
	없음	7	38.8		
월 평균 소득	10만원 미만	2	11.1		
	11~50만원	5	27.8		
	51~100만원	3	16.7		
	101~150만원	1	5.6		
	151만원 이상	0	0.0		
등거자와의 관계	배우자	7	43.8	-	
	아들	3	18.8		
	며느리	0	0.0		
	딸	5	31.3		
	사위	0	0.0		
	부모	1	6.3		

이용자의 주관적 건강상태	매우 나쁘다	8	42.1	-
	나쁘다	6	31.6	
	보통이다	4	21.1	
	좋다	1	5.3	
	매우 좋다	0	0.0	
동거 기간 (개월)	평균	-	85.23	
주부양자의 주관적 건강상태 (5점 만점)	평균(표준편차)	-	2.23(1.15)	
요양보호사 자격 여부	취득하고 가정에서 어르신 돌봄	-	7	38.9
	취득하였으나 어르신 돌보고 있지 않음	-	1	5.6
	미취득	-	10	55.6
이용자와의 관계	배우자	-	8	44.4
	아들	-	4	22.2
	며느리	-	1	5.6
	딸	-	4	22.2
	사위	-	0	0.0
	부모	-	1	5.6
가족의 월 평균 소득	없음	-	5	27.8
	100만원 미만	-	4	22.2
	101~200만원	-	4	22.2
	201~300만원	-	4	22.2
300만원 이상	-	1	5.6	
주 부양자로서의 돌봄 기간 (개월)	평균(표준편차)	-	14.38(15.63)	
하루 중 돌봄에 소비하는 시간 (시간)	평균(표준편차)	-	11.66(7.12)	
<b>장기요양요원</b>		<b>N</b>	<b>%</b>	
전체		58	100.0	
관리책임자 학력	고졸 이하	1	1.7	
	대졸	50	86.2	
	석사 졸업	7	12.0	
	박사 이상	0	0.0	
방문간호서비스 제공 인지 여부	모름	1	1.7	
	알고 있음	57	98.2	
장기요양 이용계획에 도움을 줄 전문가	장기요양요원	45	78.9	
	장기요양 방문간호사	10	17.5	
	장기요양 요양보호사	1	1.7	
	기타	1	1.7	

자 중 수급자는 응답자 19명 중 50%가 장기요양등급 1등급이고, 평균 연령 74세였다. 주부양자와 동거하는 경우가 88.9%를 차지하였고, 배우자와 함께 사는 경우가 43.8%로 가장 많았다. 딸과 함께 사는 경우도 31.3%였다. 월 평균 소득은 없는 경우가 38.8%로 가장 많았고, 11만원 ~ 50만원 이하가 27.8%로 나타나 경제적 수준이 낮은 것을 알 수 있었다. 수급자 스스로가 지각하는 건강수준은 나쁘다와 매우 나쁘다가 73.7%를 차지했고, 매우 좋다 라고 지각하는 경우는 없는 것을 나타냈다. 수급자가 방문간호서비스를 이용하는 사유는 전문간호를 받기 위해라는 의견이 63.2%로 나타났고, 그 다음의 의견은 주부양자의 나이 등 건강관리나 질환으로 인해가 36.8%로 나타났다.

이용자 중 주부양자 응답자 18명 중 수급자의 장기요

양등급은 1등급이 61.1%로 가장 많았고, 3등급이 22.2%로 나타났다. 주부양자의 88.2%가 수급자와 동거하는 것으로 나타났고, 평균 동거 기간은 85.23개월로 약 7년 1개월 정도였다. 주부양자가 요양보호사 자격을 취득한 경우는 44.5%였고, 요양보호사 자격을 취득하고 어르신을 돌보는 경우도 38.9%로 나타났다. 주부양자의 건강상태는 5점 척도에서 평균 2.23점으로 중하수준으로 나타났다. 수급자와의 관계는 배우자가 44.4%로 가장 많았고, 아들과 딸이 각각 22.2%로 나타났다. 27.8%의 응답자가 가족의 월 평균 소득이 없다고 응답하였고, 300만원 이상인 경우는 5.6%로 나타났다. 하루 평균 수급자를 돌보는 시간은 11.66시간으로 분석되었다. 주부양자가 방문간호서비스를 이용하는 사유는 전문간호를 받기 위해라는 응답이 66.7%로 가장 높

표 2. 방문간호 활성화를 가로막는 제도적 요인

장애요인	이용자	공급자	장기요양요원	$\chi^2$
	평균(표준편차)	평균(표준편차)	평균(표준편차)	
방문간호지시서에 명시된 방문간호서비스의 내용이 제한적이다.	4.03(0.84) (A)	4.03(1.00) (A)	3.15(0.85) (B)	29.0056**
방문간호지시서의 발급절차가 복잡하고 까다롭다.	3.68(0.91) (B)	4.30(1.00) (A)	3.07(0.83) (C)	37.0998**
방문간호지시서 발급시 발급해주는 의사와 실제 진료를 보는 의사가 다른 경우가 많고 이로 인해 지시서 발급이 원활하지 못하다.	3.38(1.11) (A)	3.68(1.38) (A)	3.49(0.77) (A)	3.4036
방문간호지시서 발급시 비용이 발생하여 방문간호서비스 이용을 꺼리게 한다.	2.65(0.95) (B)	3.50(1.13) (A)	2.86(0.92) (B)	13.4100**
이용자의 입장에서 방문간호서비스 범위와 방문요양의 범위를 구분하여 이를 요청하기가 현실적으로 매우 어렵다.	2.94(1.09) (B)	3.95(1.15) (A)	3.23(0.98) (B)	19.0512**
이용자의 입장에서 방문간호서비스와 의료서비스를 구분하여 이를 요청하기가 현실적으로 매우 어렵다.	3.44(0.91) (A)	3.80(1.18) (A)	3.48(0.90) (A)	4.4781
방문간호서비스를 제공함에 있어 전문간호사와 방문간호사간의 역할 정립이 되어 있지 않다.	3.03(1.01) (B)	3.78(1.27) (A)	3.57(0.93) (A)	11.0547**
방문간호서비스를 제공함에 있어 방문간호사와 방문간호조무사간의 역할 정립이 되어 있지 않다.	3.14(0.99) (C)	4.13(1.18) (A)	3.69(0.86) (B)	20.4455**
표준장기이용계획서 상의 방문간호 이용이 권장사항으로 강제성이 없다.	3.61(0.84) (B)	4.63(0.74) (A)	3.86(0.88) (B)	36.1086**
전체 요양 인정시간 중 방문간호의 비율이 명시되어있지 않아 이용자가 원하지 않을 경우 방문간호를 제공할 수가 없다.	3.94(0.83) (B)	4.60(0.78) (A)	2.95(1.12) (C)	54.5135**
전체	3.36(0.56) (B)	4.04(0.67) (A)	3.33(0.46) (B)	27.6076**

- (A), (B), (C) 는 Tukey grouping 에 의해 집단 간 유의한 차이가 있는 것을 의미한다.

\* p<.05 , \*\* p<.01

게 나타났고, 직장생활 등의 이유로 어르신을 돌봐 줄 사람이 없어서, 주부양자의 나이 등 건강관리나 질환으로 인해, 주변의 지인이나 요양사의 권유에 의해가 각각 11.1%로 조사되었다.

공급자 중 방문간호를 시행하는 기관의 일반적 특성은 다음과 같다. 전체 29개 기관 중 방문간호만 시행하는 기관은 7개소로 24.1%이고, 가장 많은 비용을 차지하는 서비스 유형은 방문간호와 방문요양, 방문목욕을 함께 제공하는 것으로 10개소로 36.7%를 차지한다. 관리책임자는 여성이 93.1%로 대부분을 차지하고 관리책임자의 소지 자격증(또는 면허증)은 간호사, 사회복지사, 가정전문간호사 순이었다. 기관의 평균 방문간호 제공 기간은 34.43개월로 약 2년 10개월 정도이며, 근무하고 있는 방문간호사는 총 35명으로 1기관 당 1.4명 수준이었고, 방문간호조무사는 총 6명으로 1기관 당 0.2명 수준이었다. 치과위생사는 한 명도 없었다. 방문간호를 제공하는 기관의 기관장이 생각하는 수급자의 장기이용계획에 도움을 줄 수 있는 전문가는 장기요양 방문간

호사가 가장 적합하다는 의견이 85.7%로 높게 나타났다.

공급자 중 설문에 참여한 방문간호를 등록하였으나 현재 시행하지는 않고 있는 기관은 전체 11개소로 이중 81.8%가 여성이 관리책임자이었다. 관리책임자의 소지 자격증(면허증)은 간호사, 사회복지사, 가정전문간호사 순이었고, 설문에 응한 방문간호기관에 근무하고 있는 방문간호사는 총 8명으로 1기관 당 1.3명 수준이었고, 방문간호조무사는 총 1명으로 1기관 당 0.09명 수준이었다. 역시 치과위생사는 0명으로 파악되었다. 방문간호 미시행 기관의 기관장이 생각하는 수급자의 장기이용계획에 도움을 줄 수 있는 전문가는 장기요양 방문간호사가 가장 적합하다는 의견이 80.0%로 높았다.

장기요양요원의 86.2%가 대졸인 것으로 나타났고, 석사 졸업자는 12.0%로 나타났다. 98.2%가 방문간호 서비스에 대해 인지하고 있었고, 인지하지 못하고 있다는 응답자도 1.7% 있었다. 장기요양운영센터 직원이 생각하는 수급자의 장기이용계획에 도움을 줄 수 있는 전문가는 장기요양센터 직원이 가장 적합하다는 의견이

표 3. 방문간호 활성화 장애요인에 관한 이용자 견해

장애요인	이용자	장기요양요원	$\chi^2$
	평균(표준편차)	평균(표준편차)	
실질적인 방문간호서비스 시간이 원하는 만큼 충분하지 않다.	3.43(0.95)	2.73(0.87)	11.1176**
방문간호를 사용하면 방문요양이 줄기 때문에 방문간호 대신 가정간호를 이용하는 것이 낫다.	2.86(1.16)	3.54(0.77)	9.1752**
방문간호와 연계된 의료서비스가 없어 불안하다.	3.49(0.96)	3.43(0.75)	0.0151
방문요양사가 방문간호를 권유하지 않을 경우 필요성을 느끼지 못한다.	2.46(1.22)	3.14(0.90)	7.8819**
방문간호지시서 발급절차가 복잡하여 번거롭게 느껴진다.	3.95(1.17)	3.47(0.75)	9.9084**
방문간호지시서를 발급받는 의사가 실제 주치의가 아니다.	3.27(1.17)	3.66(0.58)	1.7340
실제 응급상황 발생 시 방문간호기관에 연계된 병원에서 적절한 응급의료서비스를 받기 어렵다.	3.44(0.91)	3.71(0.85)	2.4621
간호조무사도 방문간호를 제공하도록 되어 있어 서비스에 대한 신뢰도가 낮다.	3.46(0.91)	3.64(0.91)	0.8733
방문간호의 필요성에 대해 충분한 설명이나 교육을 받은 적이 없다.	3.00(1.08)	3.27(0.83)	2.9101
전체	3.26(0.56)	3.40(0.44)	2.2112

\* p<.05, \*\* p<.01

78.9%로 높았고, 장기요양 방문간호사가 적합하다는 의견은 17.5%로 조사되었다.

## 2. 방문간호 활성화 장애요인에 대한 인식 및 태도 비교

방문간호 활성화를 가로막는 제도적 요인을 분석한 결과는 [표 2]와 같다. 전체적으로 공급자 집단이 이용자나 장기요양요원 집단에 비해 제도적 측면의 방문간호 활성화 장애요인에 대한 인지도가 높은 것으로 파악되었고, 이러한 차이는 통계적으로 유의한 것으로 나타났다( $\chi^2=27.6076, p<.0001$ ). 총 10개의 문항 중 2개 문항을 제외한 나머지 8개 문항에서는 집단 간에 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 파악되었으며, 개별 분석 결과는 다음과 같다. 첫 번째로 ‘방문간호지시서에 명시된 방문간호서비스의 내용이 제한적이다’에서는 이용자와 공급자 집단에 비해 장기요양요원의 경우 상대적으로 인지도가 낮아 차이를 보였다( $\chi^2=29.0056, p<.0001$ ). ‘방문간호지시서의 발급절차가 복잡하고 까다롭다’에서는 공급자의 인지도가 가장 높은 반면 상대적으로 이용자 집단과 장기요양요원의 경우는 낮은 인지도를 보여 세 집단 간에 차이가 있는 것으로 파악되었다( $\chi^2=37.0998, p<.0001$ ). ‘방문간호지시서 발급 시 비용이 발생하여 방문간호서비스 이용을 꺼리게 한다’에서는 이용자와 장기요양요원의 인지도가 상대적으로 낮아 공급자 집단과 차이를 보였다( $\chi^2=13.4100, p=.0012$ ). ‘이용자의 입장에서 방문간호서비스 범위를

방문요양의 범위를 구분하여 이를 요청하기가 현실적으로 매우 어렵다’에서는 이용자와 장기요양요원의 인지도가 공급자 집단에 비해 상대적으로 낮아 통계적으로 유의한 차이를 보였다( $\chi^2=19.0512, p<.0001$ ). ‘방문간호서비스를 제공함에 있어서 전문간호사와 방문간호사 간의 역할 정립이 되어 있지 않다’에서는 공급자와 장기요양요원의 인지도가 상대적으로 높아 이용자 집단과는 차이를 보였다( $\chi^2=11.0547, p=.0040$ ). ‘방문간호서비스를 제공함에 있어서 방문간호사와 방문간호조무사 간의 역할 정립이 되어 있지 않다’에서는 공급자의 인지도가 가장 높은 반면 상대적으로 이용자 집단과 장기요양요원의 경우는 낮은 인지도를 보여 세 집단 간에 차이가 있는 것으로 파악되었다 ( $\chi^2=20.4455, p<.0001$ ). ‘표준장기이용계획서 상의 방문 간호 이용이 권장사항으로 강제성이 없다’에서는 공급자 집단의 인지도가 상대적으로 높아 이용자 집단, 장기요양요원과는 차이를 보였다( $\chi^2=36.1086, p<.0001$ ). ‘전체 요양 인정시간 중 방문간호의 비율이 명시되어있지 않아 이용자가 원하지 않을 경우 방문간호를 제공할 수가 없다’에서는 공급자의 인지도가 가장 높은 반면, 상대적으로 이용자 집단과 장기요양요원의 경우는 낮은 인지도를 보여 세 집단간에 차이가 있는 것으로 파악되었다( $\chi^2=54.5135, p<.0001$ ).

이용자 측면에서 방문간호 활성화 장애요인을 분석한 결과는 [표 3]와 같다. 이용자 측면에서의 방문간호 활성화 장애요인에 대한 전체적인 인지도는 이용자 집

표 4. 방문간호 활성화 장애요인에 관한 공급자 견해

장애요인	이용자	장기요양요원	$\chi^2$
	평균(표준편차)	평균(표준편차)	
방문간호서비스를 제공하기 위해 별도의 시설 기준을 충족하여야 하는 것이 부담스럽다.	3.40(1.32)	2.86(0.88)	4.7845*
방문간호서비스를 제공하기 위해 방문간호사 등 추가인력을 채용해야 하는 것이 부담스럽다.	3.70(1.32)	3.17(0.87)	6.7588**
방문간호서비스의 수가가 낮아 현재의 수가로는 방문간호를 제공할수록 손해가 나기 때문에 운영이 꺼려진다.	4.53(0.64)	3.05(0.90)	48.382**
방문간호서비스는 방문요양만큼 이용자에게 홍보가 되지 않아 인식이 낮다.	4.60(0.63)	3.58(0.81)	38.218**
방문간호서비스는 보건소 방문보건사업서비스와 내용이 중복되어 대상자 확보가 어렵다.	3.65(1.23)	3.10(0.90)	4.8112*
방문간호서비스는 의료기관 가정간호서비스와 내용이 중복되어 대상자 확보가 어렵다.	3.95(1.08)	3.50(0.84)	6.8357**
방문간호서비스를 같은 지역 내 타 병, 의원에서도 제공할 수 있어 대상자 확보가 어렵다.	3.63(1.10)	3.31(0.90)	2.6529
방문간호서비스를 같은 지역 내 타 시설요양기관에서도 제공할 수 있어 대상자 확보가 어렵다.	3.45(1.13)	3.12(0.86)	2.3894
전체	3.86(0.58)	3.21(0.54)	20.514**

\* p&lt;.05, \*\* p&lt;.01

단이 평균 3.26점, 장기요양요원이 평균 3.40점으로 차이가 나타났으나 통계적으로 유의하지는 않았다( $\chi^2=2.2112$ ,  $p=.1370$ ). 총 9개의 문항 중 5개 문항을 제외한 나머지 4개 문항에서는 집단 간에 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 파악되었으며, 개별 분석 결과는 다음과 같다. ‘실질적인 방문간호서비스 시간이 원하는 만큼 충분하지 않다’에서는 이용자 집단이 평균 3.43점, 공단 장기요양센터 직원이 평균 2.73점으로 유의한 차이를 보였다( $\chi^2=11.1176$ ,  $p=.0009$ ). ‘방문간호를 사용하면 방문요양이 줄기 때문에 방문간호 대신 가정간호를 이용하는 것이 낫다’에서는 장기요양요원에 비해 이용자 집단의 인지도가 상대적으로 낮아 유의한 차이를 보였다( $\chi^2=9.1752$ ,  $p=.0025$ ). ‘방문요양사가 방문간호를 권유하지 않을 경우 필요성을 느끼지 못한다’에서는 장기요양요원에 비해 이용자 집단의 인지도가 상대적으로 낮아 차이를 보였다( $\chi^2=7.8819$ ,  $p=.0050$ ). ‘방문간호지시서 발급절차가 복잡하여 번거롭게 느껴진다’에서는 이용자 집단에 비해 공단 장기요양센터 직원의 인지도가 상대적으로 낮아 차이를 보였다( $\chi^2=9.9084$ ,  $p=.0016$ ).

공급자 측면에서 방문간호 활성화 장애요인을 분석한 결과는 [표 4]과 같다. 공급자 측면에서의 방문간호 활성화 장애요인에 대한 전체적인 인지도는 공급자 집단이 평균 3.86점, 장기요양요원이 평균 3.21점으로 유

의한 차이를 보였다( $\chi^2=20.514$ ,  $p<.0001$ ). 총 8개의 문항 중 2개 문항을 제외한 나머지 6개 문항에서는 집단 간에 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 파악되었으며, 개별 분석 결과는 다음과 같다. ‘방문간호서비스를 제공하기 위해 별도의 시설 기준을 충족하여야 하는 것이 부담스럽다’에서는 공급자 집단에 비해 장기요양요원의 인지도가 상대적으로 낮아 유의한 차이를 보였다( $\chi^2=4.7845$ ,  $p=.0287$ ). ‘방문간호서비스를 제공하기 위해 방문간호사 등 추가인력을 채용해야 하는 것이 부담스럽다’에서는 공급자 집단에 비해 장기요양요원의 인지도가 상대적으로 낮아 유의한 차이를 보였다( $\chi^2=6.7588$ ,  $p=.0093$ ). ‘방문간호서비스의 수가가 낮아 현재의 수가로는 방문간호를 제공할수록 손해가 나기 때문에 운영이 꺼려진다’에서는 공급자 집단이 평균 4.53점, 장기요양요원이 평균 3.05점으로 유의한 차이를 보였다( $\chi^2=48.382$ ,  $p<.0001$ ). ‘방문간호서비스는 방문요양만큼 이용자에게 홍보가 되지 않아 인식이 낮다’에서는 공급자 집단이 평균 4.60점, 장기요양요원이 평균 3.58점으로 유의한 차이를 보였다( $\chi^2=38.218$ ,  $p<.0001$ ). ‘방문간호서비스는 보건소 방문보건사업서비스와 내용이 중복되어 대상자 확보가 어렵다’에서는 공급자 집단에 비해 장기요양요원의 인지도가 상대적으로 낮아 유의한 차이를 보였다( $\chi^2=4.8112$ ,  $p=.0283$ ). ‘방문간호서비스는

표 5. 방문간호 활성화를 위한 제도적 방안

활성화 방안	이용자	공급자	장기요양요원	X <sup>2</sup>
	평균(표준편차)	평균(표준편차)	평균(표준편차)	
표준장기요양이용계획서 상에 명시된 방문간호서비스 내용을 제공하지 않은 기관에 대하여 기관 평가시 감점을 적용하여야 한다.	3.64(0.93) (A)	3.78(1.27) (A)	2.61(0.91) (B)	29.697**
장애인 활동지원서비스의 방문간호지시서의 유효기간이 1년 인 같이 현재 6개월인 방문간호지시서의 유효기간도 1년으로 조정하여 방문간호지시서 발급의 효용성을 확대하여야 한다.	4.38(0.68) (B)	4.65(0.80) (A)	3.31(0.81) (C)	65.809**
의사가 방문간호사가 현장에서 모바일을 이용하여 전송한 영상에 근거로 방문간호지시서를 발급할 수 있도록 발급절차를 편리성을 확대하여야 한다.	4.30(0.66) (B)	4.65(0.66) (A)	3.17(0.89) (C)	63.824**
장기요양 대상자는 등급에 따라 일정 비율의 방문간호를 받도록 이를 명시하여야 한다.	4.24(0.68) (A)	4.69(0.73) (B)	2.41(0.98) (C)	83.463**
기존의 처치 중심의 방문간호 이외에 대상자의 건강사정, 자가 관리 교육, 투약관리 및 질병 예방관리를 위한 기본방문간호 항목을 신설하여 대상자의 지속적 건강관리가 이루어지도록 하여야 한다.	4.43(0.50) (B)	4.88(0.33) (A)	3.20(0.96) (C)	81.423**
표준장기이용계획서 상의 방문간호 이용을 필수사항으로 지정하여야 한다.	4.00(0.91) (B)	4.70(0.65) (A)	2.36(1.09) (C)	77.098**
최초 장기요양이용계획 수립 및 상담자 역할을 방문간호사가 수행하도록 역할을 부여하여야 한다.	4.00(0.82) (B)	4.65(0.58) (A)	2.32(0.97) (C)	84.530**
현행 방문간호서비스 내용 중 간호사가 수행할 수 있는 서비스와 방문간호조무사가 수행할 수 있는 서비스 내용을 의료법에 근거하여 구분함으로써 방문간호서비스에 대한 신뢰도를 높여야 한다.	4.36(0.96) (A)	4.60(0.81) (A)	3.49(0.95) (B)	39.330**
전체	4.17(0.53) (B)	4.57(0.45) (A)	2.86(0.60) (C)	94.796**

- (A), (B), (C) 는 Tukey grouping 에 의해 집단 간 유의한 차이가 있는 것을 의미한다.  
\*\* p<0.01

의료기관 가정간호서비스와 내용이 중복되어 대상자 확보가 어렵다'에서는 공급자 집단에 비해 장기요양요원의 인지도가 상대적으로 낮아 유의한 차이를 보였다( $\chi^2=6.8357, p=.0089$ ).

### 3. 방문간호 활성화 방안에 대한 인식 및 태도 비교

제도적 측면에서 방문간호 활성화 방안을 분석한 결과는 [표 5]와 같다. 전체적으로 공급자 집단이 이용자나 장기요양요원 집단에 비해 제도적 측면의 방문간호 활성화 방안에 대한 인지도가 높은 것으로 파악되었고, 이러한 차이는 통계적으로 유의한 것으로 나타났다( $\chi^2=94.796, p<.0001$ ). 총 8개의 문항 중 6개의 문항은 세 집단 간에 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 파악되었으며, 2개의 문항은 이용자와 공급자 집단이 장기요양요원의 의견과 유의한 차이가 있는 것으로 파악되었다. 개별 분석 결과는 다음과 같다. '표준장기요양이용계획서 상에 명시된 방문간호서비스 내용을 제공하지 않은 기관에 대하여 기관 평가시 감점을 적용하여야

한다'에서는 이용자와 공급자 집단에 비해 장기요양요원의 경우 상대적으로 인지도가 낮아 차이를 보였다( $\chi^2=29.697, p<.0001$ ). '장애인 활동지원서비스의 방문간호지시서의 유효기간이 1년인 같이 현재 6개월인 방문간호지시서의 유효기간도 1년으로 조정하여 방문간호지시서 발급의 효용성을 확대하여야 한다'에서는 공급자의 인지도가 가장 높은 반면 상대적으로 이용자 집단과 장기요양요원의 경우는 낮은 인지도를 보여 세 집단에 차이가 있는 것으로 파악되었다( $\chi^2=65.809, p<.0001$ ). '의사가 방문간호사가 현장에서 모바일을 이용하여 전송한 영상에 근거로 방문간호지시서를 발급할 수 있도록 발급절차를 편리성을 확대하여야 한다'에서는 공급자의 인지도가 가장 높은 반면 상대적으로 이용자 집단과 장기요양요원의 경우는 낮은 인지도를 보여 세 집단에 차이가 있는 것으로 나타났다( $\chi^2=63.824, p<.0001$ ). '장기요양 대상자는 등급에 따라 일정 비율의 방문간호를 받도록 이를 명시하여야 한다'에서는 이용자의 인지도가 가장 높은 반면 상대적으로 공급자 집단과 장기

표 6. 방문간호 활성화를 위한 이용자 견해

활성화 방안	이용자	장기요양요원	$\chi^2$
	평균(표준편차)	평균(표준편차)	
방문간호지시서 없이도 기본방문간호를 받을 수 있도록 방문간호지시서 발급 절차가 간소화되어야 한다.	4.25(0.73)	2.97(1.16)	26.9681**
방문간호 이용시에도 필요시 적절한 의료적 처치를 받을 수 있도록 적절한 의료서비스와 연계체계가 마련되어야 한다.	4.43(0.50)	3.81(0.80)	16.4819**
방문간호 인력의 전문화를 통해 질 높은 간호를 받을 수 있어야 한다.	4.32(0.75)	3.86(0.78)	11.1846**
전체	4.34(0.51)	3.55(0.75)	28.7877**

\*\* p&lt;.01

요양요원의 경우는 낮은 인지도를 보여 세 집단에 차이가 있는 것으로 파악되었다( $\chi^2=83.463$ ,  $p<.0001$ ). '기존의 처치 중심의 방문간호 이외에 대상자의 건강사정, 자가관리 교육, 투약관리 및 질병 예방 관리를 위한 기본방문간호 항목을 신설하여 대상자의 지속적 건강관리가 이루어지도록 하여야 한다'에서는 공급자의 인지도가 상대적으로 높아 이용자 집단과 장기요양요원과 는 차이를 보였다( $\chi^2=81.423$ ,  $p<.0001$ ). '표준장기이용 계획서 상의 방문간호 이용을 필수사항으로 지정하여야 한다'에서는 공급자의 인지도가 가장 높은 반면 상대적으로 이용자 집단과 장기요양요원의 경우는 낮은 인지도를 보여 세 집단에 차이가 있는 것으로 파악되었다( $\chi^2=77.098$ ,  $p<.0001$ ). '최초 장기요양이용계획 수립 및 상담자 역할을 방문간호사가 수행하도록 역할을 부여하여야 한다'에서는 공급자 집단의 인지도가 상대적으로 높아 이용자 집단과 장기요양요원의 세 집단 간에 차이가 있는 것으로 파악되었다( $\chi^2=84.530$ ,  $p<.0001$ ). '현행 방문간호서비스 내용 중 간호사가 수행할 수 있는 서비스와 방문간호조무사가 수행할 수 있는 서비스 내용을 의료법에 근거하여 구분함으로써 방문간호서비스에 대한 신뢰도를 높여야 한다'에서는 공급자 집단의 인지도가 상대적으로 높아 이용자 집단과 장기요양요원간의 차이가 있는 것으로 파악되었다( $\chi^2=39.330$ ,  $p<.0001$ ).

이용자 측면에서 방문간호 활성화 방안을 분석한 결과는 [표 6]과 같다. 이용자 측면에서의 방문간호 활성화 방안에 대한 전체적인 인지도는 이용자 집단이 평균 4.34점, 장기요양요원이 평균 3.55점으로 통계적으로 유의한 차이를 보였다( $\chi^2=28.7877$ ,  $p<.0001$ ).

총 3개의 문항 모두 이용자 집단과 장기요양요원의 인식이 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 파악되었으며, 개별 분석 결과는 다음과 같다. '방문간호지시서 없이도 기본방문간호를 받을 수 있도록 방문간호지시서 발급 절차가 간소화되어야 한다'에서는 이용자 집단이 평균 4.25점, 장기요양요원이 평균 2.97점으로 유의한 차이를 보였다 ( $\chi^2=26.9681$ ,  $p<.0001$ ). '방문간호 이용시에도 필요시 적절한 의료적 처치를 받을 수 있도록 적절한 의료서비스와 연계체계가 마련되어야 한다'에서는 장기요양요원에 비해 이용자 집단의 인지도가 상대적으로 높아 차이를 보였다( $\chi^2=16.4819$ ,  $p<.0001$ ). '방문간호 인력의 전문화를 통해 질 높은 간호를 받을 수 있어야 한다'에서는 이용자 집단의 인지도가 공급자 장기요양요원에 비해 상대적으로 높아 차이를 보였다 ( $\chi^2=11.1846$ ,  $p=.0008$ ).

공급자 측면에서 방문간호 활성화 방안을 분석한 결과는 [표 7]과 같다. 공급자 측면에서의 방문간호 활성화 방안에 대한 전체적인 인지도는 공급자 집단이 평균 4.35점, 장기요양요원이 평균 3.33점으로 유의한 차이를 보였다( $\chi^2=46.6559$ ,  $p<.0001$ ). 총 8개의 문항 모두 공급자 집단과 장기요양요원 간에 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 파악되었으며, 이 중 3개 문항은 평균 1점 이상의 차이를 보였다. 개별 분석결과를 살펴보면 '방문간호의 수요를 고려한 지역중심통합 방문간호 기관을 지정하여 방문간호의 효과적 전달체계를 구축하여야 한다'에서는 공급자 집단에 비해 장기요양요원의 인지도가 상대적으로 낮아 유의한 차이를 보였다( $\chi^2=31.0801$ ,  $p<.0001$ ). '방문간호사로 하여금 타 장기요양 인력에 대한 감독, 훈련의 권한을 부여하여 방문요양에

표 7. 방문간호 활성화를 위한 공급자 견해

활성화 방안	공급자	장기요양요원	$\chi^2$
	평균(표준편차)	평균(표준편차)	
방문간호의 수요를 고려한 지역중심 통합 방문간호 기관을 지정하여 방문간호의 효과적 전달체계를 구축하여야 한다.	4.45(0.85)	3.47(0.77)	31.0801**
방문간호사로 하여금 타 장기요양 인력에 대한 관리, 감독, 훈련의 권한을 부여하여 방문요양에서 방문간호로의 이행을 조절, 관리하도록 하여야 한다.	4.28(1.04)	2.95(0.93)	31.8742**
방문간호서비스의 원가를 보전할 수 있는 수가 책정이 필요하다.	4.75(0.49)	3.24(0.84)	60.0367**
방문간호서비스에 대한 대국민 홍보 (공익 광고 등)가 필요하다.	4.65(0.58)	3.32(0.92)	48.7933**
방문간호서비스와 보건소 방문보건사업의 내용이 중복되지 않도록 지침을 정비하여야 한다.	4.20(0.85)	3.53(0.92)	12.4772**
방문간호서비스와 의료기관 가정간호서비스의 내용이 중복되지 않도록 지침을 정비하여야 한다.	4.21(0.89)	3.49(0.90)	14.5615**
장기요양 대상자의 방문간호서비스를 같은 지역 내 타 병, 의원에서도 중복 제공되지 않도록 지침을 정비하여야 한다.	4.16(0.95)	3.36(0.89)	17.1431**
장기요양 대상자의 방문간호서비스를 같은 지역 내 타 시설요양기관에서도 중복 제공되지 않도록 지침을 정비하여야 한다.	4.13(0.99)	3.25(0.90)	19.0410**
전체	4.35(0.53)	3.33(0.65)	46.6559**

\*\* p<.01

서 방문간호로의 이행을 조절, 관리하도록 하여야 한다'에서는 공급자 집단이 평균 4.28점, 장기요양요원이 평균 2.95점으로 유의한 차이를 보였다( $\chi^2=31.8742$ ,  $p<.0001$ ). '방문간호서비스의 원가를 보전할 수 있는 수가 책정이 필요하다'에서는 공급자 집단이 평균 4.75점, 장기요양요원이 평균 3.24점으로 유의한 차이를 보였다( $\chi^2=60.0367$ ,  $p<.0001$ ). '방문간호서비스에 대한 대국민 홍보(공익 광고 등)가 필요하다'에서는 공급자 집단이 평균 4.65점, 장기요양요원이 평균 3.32점으로 유의한 차이를 보였다( $\chi^2=48.7933$ ,  $p<.0001$ ). '방문간호서비스와 보건소 방문보건사업의 내용이 중복되지 않도록 지침을 정비하여야 한다'에서는 공급자 집단에 비해 장기요양요원의 인지도가 상대적으로 낮아 유의한 차이를 보였다( $\chi^2=12.4772$ ,  $p=.0004$ ). '방문간호서비스와 의료기관 가정간호서비스의 내용이 중복되지 않도록 지침을 정비하여야 한다'에서는 공급자 집단의 인지도가 장기요양요원의 인지도보다 상대적으로 높아 유의한 차이를 보였다( $\chi^2=14.5615$ ,  $p=.0001$ ). '장기요양 대상자의 방문간호서비스를 같은 지역 내 타 병, 의원에서도 중복 제공되지 않도록 지침을 정비하여야 한다'에서는 공급자 집단의 인지도가 장기요양요원의 인지도보다 상대적으로 높아 유의한 차이를 보였다( $\chi^2=17.1431$ ,  $p<.0001$ ).

'장기요양 대상자의 방문간호서비스를 같은 지역 내 타 시설요양기관에서도 중복 제공되지 않도록 지침을 정비하여야 한다'에서는 공급자 집단에 비해 장기요양요원의 인지도가 상대적으로 낮아 유의한 차이를 보였다( $\chi^2=19.0410$ ,  $p<.0001$ ).

#### 4. 기본 방문간호 필요도에 대한 인식과 태도 비교

방문간호 활성화를 위하여 현재 장기요양방문간호 표준장기요양이용계획서와 장기요양 범위 내에 필수 기본 방문간호의 구성 비율 또는 필수 이용 횟수를 어느 범위에서 정하는 것이 타당하다고 생각하는 지에 대한 의견을 조사한 결과는 [표 8]과 같다. 먼저 등급별 필수 방문간호 구성 비율에 대하여는 이용자와 공급자 모두 각각 56.76%와 38.46%로 '1등급 30%, 2등급 20%, 3등급 10%'의 구성 비율이 적절하다는 응답이 가장 높았다. 반면에 장기요양요원의 경우에는 '1등급 20%, 2등급 10%, 3등급 10%'가 등급별 방문간호의 필수 구성 비율로 적절하다는 응답이 34.55%로 기타를 제외한 문항 중 가장 높은 응답을 보여 차이를 보였다. 상대적으로 이용자와 공급자 집단은 높은 필수 방문간호 구성 비율에 동의한 반면 장기요양요원의 경우는 상대적으로 낮은 필수 방문간호 구성 비율에 동의한 응답이 높

표 8. 기본방문간호 비율 및 횟수에 대한 의견 비교

특성	구분	이용자	공급자	장기요양요원	X <sup>2</sup>
		N(%)	N(%)	N(%)	
구성비율	1등급 30%, 2등급 20%, 3등급 10%	21(56.76)	15(38.46)	5(9.09)	30.4184**
	1등급 25%, 2등급 15%, 3등급 10%	6(16.22)	5(12.82)	7(12.73)	
	1등급 25%, 2등급 10%, 3등급 10%	0(0.00)	3(7.69)	3(5.45)	
	1등급 20%, 2등급 10%, 3등급 10%	5(13.51)	6(15.38)	19(34.55)	
	기타	5(13.51)	10(25.64)	21(38.18)	
횟수	1등급 월 6회, 2등급 월 4회, 3등급 월 2회	9(24.32)	16(41.03)	3(5.45)	37.9056**
	1등급 월 5회, 2등급 월 3회, 3등급 월 2회	8(21.62)	4(10.26)	0(0.00)	
	1등급 월 4회, 2등급 월 3회, 3등급 월 2회	7(18.92)	6(15.38)	8(14.55)	
	1등급 월 4회, 2등급 월 2회, 3등급 월 2회	7(18.92)	7(17.95)	23(41.82)	
	기타	6(16.22)	6(15.38)	21(38.18)	

\*\* p<.01

아 세 집단의 응답 간에는 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 분석되었다( $\chi^2=30.4184, p=.0002$ ).

등급별 필수 기본방문간호 횟수에 대하여는 이용자와 공급자 모두 각각 24.32%와 41.03%로 '1등급 월 6회, 2등급 월 4회, 3등급 월 2회'의 구성이 적정하다는 응답이 가장 높았다. 반면에 장기요양요원의 경우에는 '1등급 월 4회, 2등급 월 2회, 3등급 월 2회'가 등급별 필수 기본방문간호 횟수로 적정하다는 응답이 41.82%로 가장 높은 응답을 보여 차이를 보였다. 상대적으로 이용자와 공급자 집단은 높은 필수 기본방문간호 횟수에 동의한 반면 장기요양요원의 경우는 상대적으로 낮은 필수 기본방문간호 횟수에 동의한 응답이 높아 세 집단의 응답 간에는 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 분석되었다( $\chi^2=37.9056, p<.0001$ ).

#### IV. 논의

2008년 노인장기요양보험 도입과 함께 출발한 장기요양보험 방문간호는 4년이 경과한 현재 그 역할을 충분히 하지 못하고 있다. 노인장기요양보험 수급자의 특성을 고려할 때, 방문간호의 활성화의 문제를 파악하고 대책마련은 시급한 현안이 되고 있다. 이에 본 연구에서는 노인장기요양보험의 이용자, 방문간호기관 그리고 국민건강보험공단의 장기요양요원을 대상으로 방문

간호 활성화의 장애요인과 방안을 조사하였다. 본 연구 결과에 따른 논의는 다음과 같다.

노인장기요양보험 방문간호 활성화의 장애요인에 대한 제도적 측면에서 인식을 확인한 결과, 이용자, 공급자 그리고 장기요양요원 간의 차이가 큰 것으로 파악되었다. 특히 공급자 즉 방문간호기관 운영자의 방문간호 활성화의 장애요인에 대한 점수가 높게 나타나 방문간호기관 운영의 어려움을 알 수 있었다. 공급자의 경우 제도적 측면에서 표준장기이용계획서에 방문간호 이용이 권장사항으로만 명시되어 있는 것이 가장 큰 제한점이라고 인식하였다. 이는 현재 장기요양에서 재가 방문간호의 시작이 의사의 방문간호지시서의 발급으로부터 인정되도록 되어 있어 방문간호기관이 독립적으로 기본간호, 교육 및 훈련, 상담, 의뢰와 같은 간호서비스를 제공할 수 없는 구조적 모순점 때문이다.

방문간호의 직접간호서비스의 영역에는 기본간호, 특수간호, 검사업무, 투약관리지도, 교육훈련, 상담, 의뢰의 내용으로 구성되어 있는데 이 중에서 기본간호, 교육훈련, 상담, 의뢰의 영역은 간호사의 독자적 판단에 의해 할 수 있는 것으로 되어 있다[14]. 이러한 방문간호의 역할에도 불구하고 방문간호의 이용률은 다른 재가 장기요양 서비스에 비해 현저히 낮은 실정이다[6]. 이는 본 연구 결과에서도 나타난 바와 같이 현행 노인장기요양보험에서는 이용자 스스로 자발적 판단 하에 필요한 요양서비스를 계획하고 구매하도록 되어 있어

의학적, 치료적 전문 지식을 요하는 방문간호에 대한 합리적 이용과 선택이 이루어지지 못하고 있기 때문이다.

이용자 측면에서의 방문간호 활성화의 장애요인을 분석한 결과, 이용자는 방문간호지시서 발급절차가 복잡하여 번거롭다는 항목을 가장 큰 장애요인으로 인식하고 있었다. 장기요양요원의 관점에서 실제 응급상황 발생 시 방문간호기관에 연계된 병원에서 적절한 응급의료서비스를 받기 어렵다는 점과 함께 방문간호지시서를 발급받는 의사가 실제 주치의가 아니라는 점 등과 같이 방문간호지시서 활용과 관련된 요인을 가장 큰 장애요인으로 지적하였다.

실제로 장기요양서비스 이용자의 요구도를 측정할 선형 연구결과에서는 간호처치에 대한 요구가 높을수록 시설보호서비스 보다는 재가서비스를 이용할 확률이 높은 것으로 나타났다[26]. 전문적인 처치를 필요로 하는 요구가 증가하면 할수록 재가간호서비스에 대한 필요도도 증가하기 때문이다. 그러나 여전히 이용자에게는 방문간호지시서 발급과정을 모르거나 알고 있어도 너무 까다롭기 때문에 이용을 포기하는 것으로 나타나 방문간호지시서 발급과 관련된 제도의 불합리성이 방문간호활성화의 가장 큰 장애요인이 되고 있음을 알 수 있었다.

공급자 측면에서 방문간호 활성화의 장애요인은 공급자와 장기요양요원 모두 방문간호서비스에 대한 홍보 부족과 이에 따른 인식 저조를 가장 문제점으로 인식하고 있는 것으로 파악되었다. 장기요양보험이 2008년 7월 시작된 지 4년이 되어가는 데도 체 재가 요양서비스 이용자 중 2.1%만이 방문간호서비스를 받고 있는 것으로 나타나 방문간호에 대한 인식도는 여전히 기대수준보다 낮은 것으로 판단된다[5]. 장기요양보험을 이용하고 있는 수급자 중 상당수가 치매, 중풍, 치매와 중풍의 질환을 가지고 있는 것으로 파악되었는데 이러한 대상자의 경우 요양의 요구 이외에도 의료적 질환관리에 대한 요구도 상당할 것으로 예측되는데도 불구하고 여전히 홍보와 인식부족으로 이용도가 저조하다는 것은 방문간호 활성화의 큰 장애요인으로 작용하고 있는 것이다[27]. 방문간호기관은 물론 국민건강보험공단 및

정부차원의 대대적인 대국민 홍보 전략이 절실한 이유이다.

방문간호서비스의 수가가 낮은 점도 장애요인으로 나타났는데, 현재의 수가는 거리에 따른 교통비의 차등만을 인정하고, 재료비를 포함한 모든 원가 요소에 대한 보상은 서비스 제공 소요시간에 따른 정액 방문수가로 일괄 지급하도록 되어 있어 수가체계의 현실화가 절실하다는 것이다. 실제로 이러한 부적절한 방문간호수가로 인해 간호의 질의 하락은 물론 방문간호기관의 존폐 뿐 아니라 노인장기요양보험의 재가방문간호체계의 기반마저 위협받고 있다[27]. 앞서 응급상황 발생 시 방문간호기관에 연계된 병원에서 적절한 응급의료서비스를 받기 어렵다는 점을 장애요인으로 지적한 점에 근거하여 향후 방문간호의 기능 개편을 통해 적정 수준의 의료서비스를 제공하여야 할 필요성이 있으며 이를 위해서는 먼저 시작하여 정착한 제도인 가정간호제도의 수가체계를 적극적으로 고려하고 아울러 방문간호와 가정간호간의 통합모형도 개발할 필요가 있음을 제안한다.

방문간호 활성화를 위한 방안을 조사한 결과, 제도적 측면에서 대상자의 지속적인 건강관리와 평가가 이루어질 수 있도록 기존의 처치 중심의 방문간호 외에 대상자의 건강사정, 자가관리 교육, 투약관리 및 질병 예방관리를 위한 기본방문간호 항목을 신설하여야 한다는 의견이 수렴되었다. 이러한 부분은 이용자 뿐 아니라 공급자의 관점에서도 중요하게 여기는 활성화 방안인 것으로 파악되었다. 노인장기요양보험의 지속적인 대상자의 증가와 재정의 한계를 고려할 때, 시설입소로 갈 수 있는 대상자의 유입을 사전적으로 예방하고, 만성질환자의 합병증 발병을 예방하는 것이 방문간호의 중요한 존립 목적이기 때문이다. 또한 방문물리치료[28]나 한방간호 등 방문간호 프로그램의 다학제간 접근도 도움이 될 것으로 고려된다.

이외에 방문간호사와 방문간호조무사의 역할을 명확히 구분하는 업무규정을 마련하는 것이 시급한 것으로 파악되었다. 방문간호에서 의료서비스를 받기를 희망하는 이용자의 요구에 합리적으로 대응하기 위해서는 공급자가 이를 수행할 수 있는 적격한 자격요건을 갖추

는 것이 선행되어야 한다. 현재 방문간호에서는 총 700시간의 별도교육을 받은 간호조무사에게도 방문간호를 수행할 수 있도록 제도적으로 이를 허용하고 있다[2]. 이는 노인장기요양보험제도 도입 초기에 단기간 동안 전국적인 장기요양 인프라를 구축해야하는 과제를 풀기 위해 부족한 간호인력의 공백을 메꾸고자 하는 교육 정책중의 하나였다. 당시 이러한 내용이 통과될 수 있었던 것은 노인장기요양보험에서 제공하는 서비스를 의료서비스가 아닌 복지서비스라는 주장이 받아들여졌기 때문이다. 그러나 제도 시행 4년이 지난 지금 방문간호 이용자가 원하는 것은 안전하고 전문적인 의료서비스와 응급상황 시 신속히 대처할 수 있는 의료 인프라와의 상시적 연계체계임이 본 연구를 통해 확인되었다. 의료법에 따르면 의료적 처치, 간호, 요양 등의 의료서비스는 의료법에 규정한 의료만이 할 수 있는 것으로 명시하고 있다. 장기적 관점에서 방문간호의 활성화를 위해서는 자격을 갖춘 전문 의료인에 의한 의료서비스와 일상생활수행에 필요한 보호와, 관찰과 같은 복지서비스가 통합적으로 제공될 수 있도록 양자의 서비스 요구에 부합할 수 있는 의료인이 전문가적 사회적 책임하에 방문간호를 제공하도록 장기요양 방문간호 활성화를 위한 제도 개선이 이루어져야 하겠다.

## V. 결론

우리나라 노인장기요양보험은 실시 초기부터 탈 시설화와 재가 중심의 제도 구축을 천명하였다. 그러나 2010년에 시행된 실태조사에 따르면 재가장기요양 서비스 중 방문목욕과 방문요양이 거의 대부분을 차지하고 있고 이를 제외한 나머지 서비스는 거의 활성화되지 못한 것으로 나타났다. 특히 방문간호서비스는 재가장기요양 서비스 이용자의 2.2%만이 이용하고 있었다. 이러한 왜곡된 서비스 이용행태의 원인을 파악하고 방문간호의 활성화를 위한 방안을 모색하기 위해 본 연구에서는 이용자, 공급자와 국민건강보험공단 장기요양요원의 관점에서 살펴보았다.

방문간호 활성화를 위한 장애요인을 바라보는 견해는 각

그룹간에 차이가 있었다. 이러한 차이는 심각성에 따른 차이는 물론, 장애요인으로 보는 항목에서도 차이가 있었다. 방문간호 이용자의 경우는 방문간호지시서에 간호서비스 내용의 제한과 발급절차의 복잡성을 문제로 삼았으며 공급자의 경우는 표준장기이용계획서에서 방문간호의 선택에 강제성이 없는 것이 원인이라고 보았다. 장기요양요원은 표준장기이용계획서 상 방문간호 선택이 강제성이 없는 것과 방문간호사와 간호조무사의 역할정립을 문제로 보았다. 각 주체들이 장애로 인식한 요인들을 개선하여야 방문간호의 활성화를 기대할 수 있을 것이다.

방문간호 활성화를 위한 방안으로 이용자가 선택한 항목들은 기본방문간호 항목을 신설하여 지속적인 건강관리가 될 수 있으면 좋겠다고 하였으며 방문간호지시서의 유효기간이 1년으로 조정되어야 한다고 하였다. 이에 비해 방문간호기관은 기본 방문간호 항목 신설과 표준장기이용계획서상의 방문간호 이용을 필수사항으로 지정하여야 한다고 하였으며 장기요양요원은 방문간호사와 방문간호조무사의 서비스 내용을 의료법으로 제시하는 것이 필요하다고 제안하였다.

마지막으로 원하는 방문간호의 구성 비율과 횟수를 확인한 결과, 이용자와 공급자 모두 1등급이 30%, 2등급이 20%, 3등급이 10%의 구성비율이 적정하다고 응답한 경우가 가장 많았으며 1등급은 월 6회, 2등급은 월 4회, 3등급은 월 2회로 방문해야 한다는 응답이 가장 많았다.

방문간호의 활성화를 위해서는 지속적인 평가연구들이 진행되어야 할 것이다. 이용자의 만족도 조사 뿐만 아니라 경제성 평가를 통한 방문간호의 효율성이 분석이 필요하다. 아울러 본 연구의 결과에서 제안한 바에 근거하여 제도적 관점, 이용자 관점, 그리고 공급자 관점에서의 체계적이고, 계획적이며 통합적인 장기요양 방문간호 개선 방안을 개발할 것을 제안한다.

## 참고 문헌

- [1] <http://www.longtermcare.or.kr>

- [2] <http://www.law.go.kr>
- [3] 국민건강보험, 2011년 12월 장기요양보험통계연보, 2012.
- [4] 국민건강보험공단, 2008년 장기요양보험 통계연보, 2009.
- [5] 국민건강보험공단, 2009년 장기요양보험 통계연보, 2010.
- [6] 국민건강보험공단, 2010년 장기요양보험 통계연보, 2011.
- [7] 박종연, 최인덕, 권진희, 강임옥, 이은미, 장기요양급여 이용행태 분석을 통한 재가서비스 활성화 방안”, 국민건강보험공단, 2009.
- [8] 진영란, 이효영, 김옥, 성혜영, 소은선, 장기요양급여 제공기준 개발 및 활용방안, 국민건강보험공단, 한국보건산업진흥원, 2011.
- [9] 권진희, 이정석, 한은정, 박종연, 노인의 기능저하 예방을 위한 정책 개발에 관한 연구, 국민건강보험공단, 2008.
- [10] 서영준, 권용진, 김찬우, 석재은, 오은환, 이태화, 임정기, 지속가능한 노인장기요양보험 발전 방안 - 제도개선 과제를 중심으로, 국민건강보험공단, 2011.
- [11] 권진희, 한은정, 이정석, 장기요양서비스 표준급여모형 재설계, 국민건강보험공단, 2011.
- [12] 국민건강보험공단, 2010년도 재가장기요양기관 평가, 2011.
- [13] <http://www.mw.go.kr>
- [14] 김명희, “노인장기요양보험제도에 의한 방문간호사의 역할·업무분석”, 한국보건간호학회지, 제23권, 제2호, pp.232-250, 2009.
- [15] 박찬선, “노인장기요양보험제도 하에서 방문간호사의 방문간호서비스”, 간호과학, 제21권, 제1호, pp.64-72, 2009.
- [16] 김은경, 김윤미, 김명애, “노인장기요양 방문간호서비스의 소요시간별 방문당 원가 분석”, 대한간호학회지, 제40권, 제3호, pp.349-358, 2010.
- [17] 이정석, 한은정, 강임옥, “장기요양방문간호 이용자의 특성 및 이용실태”, 지역사회간호학회지, 제22권, 제1호, pp.33-44, 2011.
- [18] 김조자, 김용순, 강혜영, 박정혜, 성명숙, 우영자 등, “방문간호서비스 질 평가도구 개발”, 한국노년학, 제28권, 제2호, pp.377-394, 2008.
- [19] 정경화, 노인장기요양기관 종사자들의 방문간호서비스 지식 및 필요성 인식, 전남대학교 석사학위논문, 2010.
- [20] 권진희, 박종덕, 김신, 이정석, 강임옥, “노인장기요양서비스 질 평가체계 구축방안”, 국민건강보험공단, 2007.
- [21] 권진희, 이정석, 강임옥, 한은정, 박종연, 노인장기요양서비스 이용행태 만족도 조사, 국민건강보험공단, 2008.
- [22] 권진희, 강임옥, 한은정, 2009년 노인장기요양서비스 만족도 조사, 국민건강보험공단, 2009.
- [23] 엄기탁, 노인장기요양보험 방문요양서비스 이용자 만족도에 관한 연구, 상지대학교 석사학위논문, 2011.
- [24] 이선화, 노인장기요양서비스 이용 실태 및 만족도 조사, 중부대학교 석사학위논문, 2009.
- [25] 장미희, 장기요양급여 수급자와 주수발자의 서비스 유형별 만족도 분석, 한국방송통신대학교 석사학위논문, 2009.
- [26] 이윤경, “노인장기요양서비스 이용결정요인분석 -다층모형을 통한 개인과 지역요인분석”, 대한보건학회연구, 제29권, 제1호, pp.213-235, 2009.
- [27] 임지영, 김은주, 최경원, 박종덕, 노원정, 노인장기요양보험 방문간호서비스 활성화 방안, 국민건강보험공단, 건강보험정책연구원, 2011.
- [28] 이광재, 노정석, “노인장기요양보험제도에서의 방문물리치료 도입에 대한 노인요양시설 물리치료사의 인식조사연구”, 한국콘텐츠학회논문지, 제11권, 제11호, pp.231-240, 2011.

저 자 소 개

임 지 영(Ji-Young Lim)

정회원



- 2002년 2월 : 고려대학교 간호학과(간호학박사)
- 2007년 8월 : 고려대학교 경영대학원(경영학석사)
- 2003년 9월 ~ 현재 : 인하대학교 간호학과 교수

<관심분야> : 간호서비스경제성평가, 간호원가분석  
간호조직관리

노 원 정(Won-Jung Noh)

정회원



- 2010년 2월 : 고려대학교 간호대학(간호학 석사)
- 2011년 3월 ~ 현재 : 고려대학교 간호대학 간호학 박사과정

<관심분야> : 간호관리학, 간호서비스 경제성평가, 간호원가분석

김 은 주(Eun-Joo Kim)

정회원



- 2001년 2월 : 고려대학교 간호대학(간호학박사)
- 1998년 3월 ~ 2011년 2월 : 경인여자대학 간호학과 교수
- 2011년 3월 ~ 현재 : 상지대학교 간호학과 교수

<관심분야> : 아동간호, 간호교육

최 경 원(Kyung-Won Choi)

정회원



- 2003년 2월 : 경희대학교 간호과학대학(간호학 박사)
- 2006년 3월 ~ 2011년 2월 : 경인여자대학 간호과 초빙교수
- 2011년 3월 ~ 현재 : 한북대학교 간호학과 교수

<관심분야> : 성인간호학, 노인간호학, 아동간호학

이 정 석(Jung-Suk Lee)

정회원



- 2006년 8월 : 고려대학교 간호대학(간호학 박사)
- 2006년 12월 ~ 현재 : 국민건강보험공단 건강보험정책연구원 부연구위원

<관심분야> : 장기요양 수가개발 및 질관리, 보건정책