

독일의 가정간호와 통합 방문간호의 연계 모델

박 종 덕¹⁾

서 론

연구의 필요성

국민의 의료비 부담완화와 양질의 의료서비스 제공목적으로 시작된 한국의 가정간호는 1994년 4개 병원에서 시범사업으로 시작되었으며, 2000년 의료법 개정으로 가정전문간호사가 2인 이상 확보된 병원 중심의 가정간호가 제도화되었다. 2007년에는 214개 병원에서 450여 명의 가정전문간호사가 근무하였으며, 2017년에는 2007년 비해 67개소(31%)가 줄어든 147개 병원에서 460여 명의 가정전문간호사가 제공한 가정간호 진료비는 건강 보험 전체 진료비의 0.038%에 그쳤다[1]. 이는 요양병원이 급증하고 병상공급의 과잉으로 가정간호가 활발하게 운영되지 못한 요인 중의 한 면이지만 의료서비스를 받지 못하는 사각지대의 환자들이 가정간호를 이용할 수 없는 제도의 부재라는 현실이라고 할 수 있다. 특히 이들은 6개월 이상 일상생활 활동장애로 장기요양보험 급여의 수급권자로 인정되지 않는 아급성기 및 만성질환 환자들로서 가정에서의 의료서비스 이용을 원하는 대상자이다.

장기요양급여를 가정에서 이용하는 수급자 또한 분절된 제도로 필요한 의료서비스 이용이 원활하지 못하였다. 2016년 시범사업으로 시작된 통합재가급여는 “집 근처에서 방문요양·간호·주야간보호 서비스 한꺼번에 받는 급여” 로써 간호사를 필수인력으로 하고 있으며, 2020년부터 본 사업으로 확대되면 장기요양수급자의 의료서비스 수요에 대응하는 제도적인 장치가 마련된 셈이다[2]. 문제는 퇴원 후의 아급성기 환자와 만성

질환 환자로서 장기요양수급권자가 아닌 노인 등에 대한 대책 마련을 고민하지 않을 수 없다.

독일 가정간호의 대상은 전 국민으로서 장기요양보험 급여의 수급권자가 아닌 장애인과 정신질환을 포함한 모든 환자이다. 독일의 가정간호는 1970년에 지역사회 중심으로 시작되었으며, 1989년 건강 보험법의 개혁으로 급성기 질환 환자에게 국한했던 가정간호를 만성질환 환자에게도 확대하였다[3]. 1995년 장기요양보험 제도도입에도 불구하고 220만 건의 건강보험 가정간호 급여가 제공되었으며, 장기요양보험의 통합재가간호급여(간호, 요양 및 목욕 통합)를 통합적으로 제공하게 되었다[4]. 2019년 현재 건강 보험법의 모든 가정간호사업소는 장기요양보험의 재가 간호센터를 통합 운영하고 있다. 2017년 기준 총 14,050개의 재가 간호센터의 97%인 13,657개소가 가정간호와 통합적으로 운영되고 있으며, 약 3%가 건강 보험법의 가정간호를 제외한 장기요양 보험법의 재가 간호급여를 제공한다[5]. 이러한 통합 가정·재가 간호는 건강·장기요양보험과 기초생활 보장 수급자의 간호·간병을 전액 부담하는 지방정부의 재정안정뿐만 아니라 익숙한 가정과 지역사회에서 건강을 유지하려는 아급성기 및 만성질환 환자의 삶의 질을 보장하는 급여로 발전하였다.

한국의 보건의료 정책 방향 또한 지역사회 기반의 의료서비스 보장으로 의료비 절감과 수급자의 삶의 질을 보장하는 수급자 중심의 서비스 제도 구축을 위해 장기요양의 통합재가급여가 2020년부터 확대 실시된다. 이에 본 연구에서는 분절되거나 중복되는 지역사회 기반의 가정간호, 방문간호 및 보건소 방문간호의 통합적 연계를 위한 연구 및 정책포럼 등 한국의

주요어 : 가정간호, 간호교육과정, 규정

1) 이화여자대학교 간호대학, 초빙교수(E-mail: parkjd@ewha.ac.kr) (<https://orcid.org/0000-0002-9717-5944>)

투고일: 2019년 12월 1일 수정일: 2019년 12월 11일 게재확정일: 2019년 12월 15일

통합 가정·재가급여 모델 개발의 기초자료로 활용될 수 있도록 독일의 통합 가정·재가 간호 모델[1]을 소개하고자 한다.

독일의 통합 가정·재가간호

가정간호의 발전과정

1989년 독일 건강보험개혁법 이전의 가정간호는 급성 질환 환자에게 국한하여 의사가 처방한 간호처치와 기본간호 및 가사지원에 대한 급여를 제공하였다. 휴가철이나 연말연시의 만성질환 환자들의 불필요한 사회적 입원은 건강보험의 재정에 악영향을 끼치는 결과를 나타내어 건강보험법의 개혁으로 가정간호의 대상을 만성질환 환자까지 확대하였다. 너싱홈의 입소 기준도 건강보험이 적용되지 않을 경우 본인 또는 가족이 비용의 전액을 부담하였으며, 기초생활 보장 수급자의 경우 또한 지방정부가 전액 부담하였다. 가정간호가 충분하지 못하거나 불가능한 특수한 상황을 인정하는 경우에 국한하여 너싱홈의 입소대상의 범위를 확대되었다. 가정간호와 너싱홈의 수급 대상자를 확대한 결과, 건강보험과 지방정부의 재정은 위기에 처하게 되어 1995년의 장기요양보험의 도입은 국회의 만장일치로 통과되었으며, 도입 20주년을 기념하는 2015년 4월 1일 독일 정부는 지난 반세기 동안 가장 잘한 정책은 장기요양 보험제도 도입이었다고 회고하였다[6].

1995년 4월, 독일은 장기요양 보험제도의 재가간호를 시작하고 1년 3개월 후 1996년 7월 너싱홈의 시설급여를 도입하였다. 이는 건강 보험법의 개혁(1989년)으로 만성질환 환자에게도 가정간호급여를 확대하는 것으로 기존의 가정간호센터가 이미 장기요양보험 의미의 재가간호 급여를 제공하여 구축된 재가간호 사업소와 간호 인력의 인프라를 기반으로 확대 시행될 수 있었기 때문이다. 따라서 당시의 가정간호사업소는 자연스럽게 장기요양보험의 재가간호 급여(간호, 영양 및 목욕 통합)를 통합적으로 제공하게 되었다. 즉 장기요양 보험제도 도입 초기부터 가정간호와 재가간호 급여는 하나의 간호센터에서 제공되었다. 2019년 현재 97%의 장기요양보험의 재가간호센터가 건강보험의 가정간호를 운영하며, 3%의 재가간호 센터는 건강 보험법의 가정간호를 제외한 장기요양 보험법의 재가간호 급여를 제공하며, 이외에도 대상자가 가정에서 이용할 수 있는 기초생활 수급자를 지원하는 8,067개소(57%)와 기타 재가 지원급여 4,884(35%)등 다양한 재가급여를 복합적으로 제공한다[5]. 즉 수급자는 가정에서 이용할 수 있는 급여를 통합 가정·재가 사업소 한곳에서 모두 받을 수 있으며, 독립된 기관으로 병원에 연계된 곳은 213개소, 복합기관으로써 너싱홈의 부속기관은 808개소, 그리고 노인주택이나 돌봄 주택의 연계 기관은 1,318개소로 치료목적의 간호 처치부터 자립 지향의

간호 지원급여가 최대한 통합적으로 제공되는 경향을 나타내고 있다[5].

건강보험과 장기요양보험 급여의 수급자 또한 공동생활 가정에 함께 살면서 필요한 급여를 이용한다. 장기요양보험 급여 중 ‘추가지원급여’는 최소 2명 내지 최대 11명이 공동으로 거주하는 공동생활가정에서 건강 보험 급여의 가정간호 급여를 이용하고 그 중 두 명이 장기요양급여 수급자인 경우, 장기요양 등급과 무관하게 수급자에게 매월 214유로를 지원하는 급여이다. 가정간호 수급자들이 (공동생활) 가정에서 지역의 계약 의사의 처방으로 가정간호급여를 이용하다 장기요양보험의 수급자가 되면 통합 가정·재가 사업소의 간호 인력이 제공하는 현물급여를 이용하거나, 지인 또는 가족 등이 제공하여 그 보상으로 현금이 지급되는 현금급여를 받게 된다. 또한 현금과 현물의 혼합급여를 이용할 수 있으며, 간호사의 교육으로 가족 간병인 등의 신체적·정신적인 부담을 덜어주는 부담감소 급여(법 제45 b조)와 (공동생활) 가정에 가능한 한 오래 머무를 수 있도록 지원하는 급여(법 제45 a조)가 제공된다[6].

한국과 독일의 가정간호 제도 비교

한국과 독일의 가정간호 제도의 같은 점은 국민건강보험공단의 역할이다. 가정간호 급여를 보험 급여로 결정하고 제공한 서비스에 대한 수가를 보상하는 것은 한국의 국민건강보험공단과 독일의 다 보험자인 건강보험사 소관이며, 장기요양보험제도 운영 주체 또한 양국 모두 국민건강보험공단과 건강보험사이다.

한국과 독일의 가정간호 제도의 차이점은 다음과 같다.

첫째, 가정간호를 법률로 규정하는 점에서의 차이는 한국은 2000년의 의료법 제33조와 국민건강보험법 제41조에 규정되어 있으며, 독일은 1988년 건강보험 법 제37조 규정이다.

둘째, 한국의 가정간호가 병원 중심인 반면, 1970년 시작된 독일의 가정간호는 지역사회 중심의 가정간호로서 운영자는 개인사업자나 공공기관 또는 교회소속의 비영리 법인이었으나, 예외적으로 투석환자 같은 경우 병원 중심의 가정간호가 제공되었다[3]. 1988년 건강보험 법의 가정간호는 지역의 계약 의사(주치의)와 가정간호 센터 및 병원 간의 협력으로 제공되며, 계약 의사가 조정자 역할을 한다. 따라서 한국의 가정간호 처방은 병원의 의사가 하지만 독일은 지역의 계약 의사가 처방한다. 계약 의사는 한국의 의원 의사로서 건강보험사와 계약을 체결하고 의원을 운영함으로 ‘계약 의사’라고 하며 법적 용어이다.

셋째, 한국 가정간호 사업소의 운영 주체는 대부분 (대학) 병원이며, 병원의 한 부서로써 가정전문간호사는 병원의 직원이지만 독일은 독립된 기관이다. 병원 부속이나 너싱홈 연계

관의 가정간호 센터 역시 독립된 기관으로 운영된다. 간호사 개인이 사무실과 인력 조건을 갖추어 시군구의 허가신청으로 개설할 수 있다. 개설의 인력 조건은 간호사로서 최소 460시간 이상의 간호 관리 교육을 받은 간호관리자 한 명, 간호관리자 대리 한 명 및 간호사나 간호조무사 중 한 명의 개설 조건을 갖추면 개인, 법인이나 공공기관이 가정간호 센터를 개설 할 수 있다[8].

넷째, 한국의 가정간호는 가정전문간호사가 가정간호급여를 제공한다. 현재 가정전문간호사는 대학원의 석사과정 교육을 이수한 후 시험 합격으로 가정전문간호사 자격을 취득한 간호사이다. 독일의 가정간호사는 가정간호 센터장인 간호관리자와 관리자 대리로 근무하는 경우 간호관리자 교육과정을 마친 후 간호관리자 자격을 갖춘 간호사이며, 일반 간호사는 3년제 간호직업전문학교(한국의 고2~대학 1학년)나 대학 학사과정을 졸업한 간호사 자격증 소지자로서 신규간호사로 취업할 수 있다[8].

2017년 기준 총 390,322명(전일제 266,041명)의 인력이 건강보험의 가정간호와 장기요양보험의 재가간호 대상 830,000명을 간호하였다. 건강보험법의 가정간호와 장기요양보험 법의 재가간호를 통합 제공하는 사업소(이하 ‘통합 가정·재가센터’라 함)의 인력은 전일제 기준으로 총 266,041명이었다. 이 중 간호 인력(간호사와 1년제 간호조무사)은 전체 인력의 약 60%인 169,113명으로 Home care를 제공하는 가장 큰 그룹으로써 간호사는 133,287명(50%)이고 간호조무사는 35,826명(9.8%)이었다. 두 번째로 큰 그룹은 간호 학생을 비롯한 해당 전문영역의 실습생들과 기타교육 졸업자 76,837명(28.9%)으로 이들 또한 간호사의 지도를 받으며, 간호사의 간호계획에 따라 수급자의 일상생활 활동과 및 가사지원을 도왔다[5]. 세 번째 그룹은 교육과정에 일상생활활동 지원에 대한 기본간호 및 가사지원을 배우는 가족간호, 지역간호 및 기타 간호를 배우고 간호사의 간호계획에 따라 수급자를 지원하는 19,524명(7.3%)의 인력이었다. 다음은 가사 관리 교육을 받은 가사운영자로 9,128명(2.3%)이었으며, 물리·작업 및 기타치료사(언어, 미술, 음악 등) 그룹이 2,810명(1.1%), 장애인을 포함하여 전 국민을 대상으로 하는 독일의 건강 및 장기요양 보험법에 의거 특수교육을 비롯하여 장애인교육전공자들이 1,162명(0.4%), 그리고 사회복지사를 담당하는 사회복지사는 941명(0.35%)의 순이었다[5].

다섯째, 가정간호급여의 내용이다. 한국은 의사 처방에 따른 간호 처치 중심이며, 독일 또한 의사 처방에 따른 간호 처치와 일상생활 활동의 지원인 기본간호와 가사 관리 지원이다. 간호 처치가 필요한 경우에 국한하여 기본간호와 가사 관리 지원급여를 제공하지만, 예외적으로 수술 후 등 일시적인 지원목적의 가정간호는 간호 처치 없이도 기본간호와 가사 관리 급여를 의사가 처방하면 제공될 수 있다[9].

여섯째, 독일의 가정간호는 장기요양보험 법의 통합된 재가간호를 통합 운영할 수 있지만 한국은 가정간호에 국한한다. 2017년 기준 총 14,050개소 장기요양 보험법의 재가간호 센터의 97%인 13,657개소가 건강 보험법에 따른 가정간호를 통합 운영하고 있으며, 약 3%만이 장기요양보험의 재가간호를 제공하고 있다. 2015년 총 13,323개 재가간호 센터 중 가정간호를 통합 제공하는 기관 또한 97%(12,915개소)로 이러한 경향은 1995년 4월 장기요양보험 제도 초기부터 계속되었다(Table 1)[10].

통합가정·재가센터를 2017년 기준 운영 주체별로 살펴보면, 65.4%(8,930개소)는 개인이 운영하고, 33.2%(4,540개소)의 사업소는 법인(비영리, 영리 법인 등)이었으며, 1.4%(187개소)가 공공기관이었다. 2015년에는 약 11,000개소 214,000명의 인력이 건강보험의 가정간호와 장기요양보험의 재가간호 대상 472,000명을 간호하였다. 41%의 사업소는 법인(비영리, 영리 법인 등)이었으며, 58%가 개인사업자이고 1%가 공공기관이었다. 2015년에 비해 개인 사업소가 증가했고 법인은 감소했다 [5].

규모별 많은 순서대로 살펴보면, ① 36~50인 규모(2,299개), ② 51~70인 규모(2,211개), ③ 26~35인 규모(1,876개), ④ 71~100인 규모(1,862개), ⑤ 101~150인 규모(1,331개) ⑥ 21~25인 규모(1,006개), ⑦ 10인까지(1,001개) ⑧ 16~20인 규모(904개) ⑨ 11~15인 규모(791개) ⑩ 150인 이상 (769개) 순이었으며, 10인까지의 소규모 재가센터 1,001개소로 7%를 차지했다[5].

간호교육과정의 가정간호

가정간호와 재가간호 수급자는 장기요양수급권자 여부로 구분된다. 즉 6개월 이상 일상생활활동을 스스로 할 수 있는 자

<Table 1> Status of Nursing Home, Home Care and Integrated Home Care Centers

	2003	...	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Nursing home			9,919	10,384	10,706	10,949	11,164	11,241
Home care	10,619		11,529	12,026	12,349	12,745	13,323	14,050
Integrated home care	10,284						12,915	13,657

립 유무에 달려있다. 수급자의 자립지원 목적인 가정·재가간호의 간호 증대는 간호관리자(Pflegemanager, 영문번역: Care manager)가 법적인 책임을 지며, ‘통합가정·재가 센터의 모든 급여는 간호사의 상시적인 책임 하에 제공되어야 한다.

간호사는 수급자의 욕구와 가족 등의 희망 사항을 고려하여 가족과 함께 간호계획을 수립한다. 간호 처치는 간호사가 수행하며, 기본간호인 일상생활지원과 가사지원에 국한하여 1년 교육과정의 간호조무사에게 위임한다. 간호조무사는 간호사의 감독 하에 위임된 행위를 수행하며, 치매 환자의 안전을 위한 지킴이 역할은 교육받은 자원봉사자 또한 간호사의 감독 하에 수행한다[9,12]. 따라서 간호교육 과정은 졸업 후 신규간호사로서 간호과정을 적용하여 간호를 제공하되 법에 따라 효율적이고 경제적이며, 최신 의학과 간호학 수준에서 적절한 가격으로 제공할 수 있는 역량을 갖추도록 구성되어 있다[12].

● 교육과정 구성

독일의 간호교육 과정의 가정간호 필수실습은 400시간이다. 독일의 간호교육은 이론 2,100시간과 실습 2,500시간 총 4,600시간으로 이루어진다[8]. 이론은 5개 영역의 모듈로 이루어지며, 첫 번째 모듈은 급성기와 만성질환 환자의 간호 상황에서 책임지는 계획, 조직, 설계, 수행, 조정 및 평가하는 간호과정과 간호진단의 역량을 갖추도록 1,000시간의 이론이 제공된다. 2학년까지의 필수 실습시간은 2,500시간이며, 이 중 1,720시간의 필수실습이 건강 보험법의 병원(400시간)과 가정간호센터(400시간), 소아병동의 120시간, 장기요양보험법의 너싱홈(400시간) 그리고 통합재가간호센터(400시간) 이루어진다. 3학년의 780시간 중 필수실습 기관에서의 심화 실습은 급성기 병원, 너싱홈, 가정·재가 간호, 소아 간호, 정신과 간호 기관에서 이루어지며, 각 필수기관에서의 심화 실습은 500시간이다[9]. 가정간호 또는 통합재가간호를 심화 실습으로 선택한 학생은 통합가정·재가 센터의 가정간호 또는 통합재가간호 영역에서 500시간의 실습을 하며, 국가고시의 실습시험을 선택한 기관에서 실시하게 된다[12]. 즉 독일의 간호 학생은 졸업한 후 건강보험 제도의 급성기의 병원과 장기요양보험 제도의 너싱홈 그리고 통합가정·재가센터, 원하는 경우 장기요양보험법의 재가간호를 제공하는 재가간호센터에서 근무를 시작할 수 있다.

● 통합 가정·재가간호 센터의 실습

법인 또는 공공기관이 운영 주체인 재가간호의 모든 급여는 간호사가 수행하는 것을 보장해야 한다. 다른 간호 인력은 그의 자격에 맞는 간호 처치로 흡입, 치료적 마사지, 냉찜질, 피부치료 목적의 목욕, 압박 스타킹 압력정도 2등급부터 착용 및 탈의, 압력 봉대의 풀기, 투약 실시(예외 조항: 마약 패치, 필요시(pm)처방 수행, 안약 투여, 한 개 이상의 약을 투약하는

경우)하며, 간호관리자(대리)는 3학년의 간호학생에게 혈당, 혈압측정, 관장, 섭취량/배설량(I/O) 확인, 피하주사 준비, 피하주사 수행을 간호사의 지도를 받은 후 간호사의 감독 하에 수행할 수 있도록 한다[8].

● 가정간호 또는 통합가정·재가센터의 인가 필수조건

가정간호 센터 개설 후 가정간호 급여를 제공하기 위해서는 보험자와 계약을 맺어야 한다. 인력 조건은 간호관리자 한 명, 간호관리자 대리 한 명, 간호사나 간호조무사 중의 전일제 한 명이 있어야 한다(간호사나 간호조무사 두 명의 시간제 가능). 간호인력은 3개월 이상 공식으로 둘 수 없다. 간호관리자와 간호관리자 대리는 최소 460시간의 관리자 역량을 갖춘 교육을 이수한 간호사이어야 한다.

장기요양법이 발효되기 전에 이미 가정간호 센터의 관리자 역할을 하였으며, 건강보험과 장기요양보험사로부터 인정받았으면 이 보험사와 체결한 계약으로 인정한다. 간호관리자 대리는 2명의 간호사에게 분할 할 수 있다. 담당 지역은 센터 주변의 반경 30km이며, 호스피스, 중앙, 상치 전문간호사 등의 특이한 경우 보험자의 승인을 전제로 한다[9].

가정간호지침

가정간호지침은 건강보험법의 가정간호에 대한 처방의 기간과 건강보험사의 승인 그리고 계약 의사와 가정간호를 수행하는 가정간호센터와 병원 간의 협력을 규정한다[9].

● 지침의 기초

의학적 필요성이 있는 경우 계약 의사는 치료목적뿐만 아니라 완화목적인 경우에도 가정간호를 처방한다. 이런 경우 수급자의 자기책임 영역과 질병을 앓고 있는 대상자의 특별한 문제 및 경제적인 대안을 고려해야 한다. 예를 들어 고가의 의약품, 상처 치료나 보조 재료의 처방은 같은 효능을 가지면서도 가정간호에 필요한 조치에 대한 비용보다 낮은 것으로 경제적이어야 한다.

가정간호는 수급자 또는 그 가족의 가정에서 제공된다. 또한 수급자가 정기적으로 머무르는 다른 적절한 장소에서도 간호 처치, 일상생활 활동지원의 기본간호가 필요한 경우 가정간호가 제공될 수 있다. 특히 학교, 유치원, 돌봄 형태의 시설이나 직장에서도 처방된 조치를 안정적으로 수행할 수 있으며, 개별 조치를 제공하기 위한 공간의 적절한 조건을 갖추어야 한다(예: 위생조건, 수급자의 사생활 보호, 조명 관련). 장기요양보험법의 대상자가 아닌 수급자는 주간간호나 야간간호 및 단기간호 기관에 머무는 동안 의료·간호 서비스가 필요한 경우 가정간호를 받을 권리가 있다.

만성이나 치유하기 어려운 상처 관리는 수급자의 가정에서 우선 이루어져야 한다. 만성이나 치유하기 어려운 상처 관리는 복잡한 상처 관리 또는 가정환경의 이유로 수급자의 가정에서 할 수 없는 경우 가정 외부의 전문 시설에서 제공될 수 있다. 이것은 처방에 명시되어야 한다.

계약의사가 가정간호 중재로 처방할 수 있는 내용은 기본적으로 지침에 명시된 가정간호 중재 목록에 국한한다. 가정간호 중재 목록에 열거되지 않은 중재는 가정간호 서비스로 처방하지 않아야 하며, 보험사도 가정간호로 승인하지 않음을 기본으로 한다. 그러나 목록에는 없으나 의학적으로 확인되고 가정간호 중재가 의사 치료계획의 일부로써 개별적으로 필요하고 경제적이며 적절한 간호사가 중재한다면, 예외의 경우로 처방되고 보험사가 승인할 수 있다. 의료진단 및 치료는 가정간호로 처방될 수 없으며, 건강보험사로부터 승인되지 않는다.

가정간호급여 수급 자격은 대상자가 필요한 집안일을 스스로 수행할 수 없거나 그 가정에 거주하는 가족 등이 수급자를 돌보고 요구하는 범위까지 제공하지 못 하는 경우에 국한한다. 법률 규정에 따라 간호 처치를 받을 수 있는 시설(예: 병원, 재활 시설, 호스피스, 너싱홈)의 체류 기간 동안 가정간호를 처방 받을 수 없다. 그러한 권리가 있는지 개별적으로 건강보험사에 확인할 수 있으며, 병동과 같은 정신과 치료목적의 가정간호는 처방될 수 없다. 예외적인 경우로써 장애인의 작업장에서 제공되는 간호의 강도나 빈도가 너무 높아 간호사 한 명의 업무로 병원의 입원 치료를 피할 수 있거나 의료로 치료목적이 보장될 수 있을 때 가정간호를 처방할 수 있다. 또한 간호사에 의한 상시적인 간호나 집중간호 등 간호처치에 대한 높은 요구도가 최소한 6개월 이상 필요한 너싱홈의 수급자의 경우(예: 집중도나 빈도에서 낮이나 밤의 예상할 수 없는 시간에 간호 처치가 수행되어야 하는 경우 또는 인공호흡기의 가동과 지속적인 관찰이 주야간 필요한 경우) 건강보험법에 따른 가정간호를 처방 할 수 있다.

● 가정간호의 내용, 목표 및 범위

가정간호의 급여로는 질병 치료와 악화 예방 및 질병의 불편함을 완화하고 간호사, 간호조무사에게 위임할 수 있는 간호 처치와 일상생활의 기본적인 활동에 대한 기본간호, 그리고 자립적인 가사운영의 필수 요건을 유지하기 위해 일반적으로 필요한 가사지원이 포함된다.

가정간호 처방의 목적은 수급자가 자신의 집에 계속해서 머무르거나 병원 입원 후 그들의 집으로 가능한 한 빠른 귀가가 가능하도록 해야 한다(병원입원 지양간호). 또한 계약 의사의 치료가 가능하고 그 결과를 보장하며(보장간호), 중병이나 질병의 급격한 악화, 특히 병원퇴원 후, 외래 수술 후 또는 병원

외래 치료 후에 필요한 간호를(지원간호) 보장하는 것이다.

병원입원 지양간호를 목적으로 제공되는 가정간호는 개별적으로 필요한 경우 간호 처치와 기본간호 및 가사지원을 제공한다. 보장간호로는 간호 처치 및 안전관리와 건강보험사의 법령이 제공하는 경우 필요한 기본간호와 가사지원을 제공하며, 지원간호 목적의 가정간호는 기본간호와 가사지원을 제공한다.

• 병원입원 지양간호 목적의 가정간호에 대한 처방

수급자가 하나의 질환 때문에 처치가 필요하고 이 부분이 의사의 치료계획일 경우에만 병원입원 지양간호로써 처방은 허용되며 다음 조건 중 하나에 해당되는 경우 처방될 수 있다. 병원치료가 필요하나 수급자가 입원동의를 거부한 경우 등 치료를 할 수 없는 경우, 병원입원 치료 중 가정간호사의 중재로 외래환자 치료를 보충할 수 있는 경우, 병원 입원 치료를 단축시키는 경우이다. 병원입원 지양간호의 틀에서 기본간호와 가사지원은 반드시 필요한 간호 처치와 관련하여 처방될 수 있다.

• 보장간호 목적의 가정간호에 대한 처방

보장간호는 의사치료 계획의 일부이며, 수급자가 하나의 질환으로 가정간호의 중재로 가정에서 계약 의사의 관리를 받는 경우에만 처방될 수 있다. 이런 경우 가정간호는 간호 처치로서 처방될 수 있다. 기본간호와 가사지원은 보장 간호의 틀에서 수급자가 가입한 건강보험사의 법령에 따라 기본간호와 가사지원이 보험급여이면 제공된다. 또한 수급자가 장기요양 보험법의 2~5등급의 장기요양 수급자가 아닌 경우 필요한 간호 처치와 관련해서만 처방될 수 있다.

• 지원간호 목적의 가정간호에 대한 처방

지원간호의 가정간호는 의사 치료계획의 일부이며 중병이나 특히 병원퇴원 후, 외래 수술 후 또는 병원 외래 치료 후 질환의 급격한 악화가 있으면 계약의사가 처방할 수 있다. 수급자가 기본간호와 가사지원 영역에서 더 이상 자신을 스스로 돌볼 수 없을 정도로 질환이나 치료 관련 장애가 발생한 경우, 기본간호와 가사지원의 필요성이 일시적인 기간만 발생한 경우이며, 장기요양보험법의 2~5등급 수급자가 아닌 경우 처방될 수 있다. 지원간호 목적의 가정간호는 일상생활활동의 지원인 기본간호와 같이 처방될 수 있고, 기본간호는 간호 처치 없이도 처방될 수 있으며, 간호 처치에 대한 동시 또는 사전 처방도 전제하지 않는다. 건강보험법의 단기간호 기관의 시설급여는 제공될 수 없다.

• 가정간호 처방

가정간호 처방의 전제조건은 계약의사가 환자의 상태와 가

정간호의 필요성을 직접 확인했거나 치료하는 동안 위 두 가지 모두를 알고 있어야 한다. 병원 의사는 병원의 퇴원 관리 범위에서 가정간호를 처방할 수 있다. 의사의 처방은 법적 양식인 가정간호 처방전에, 특히 가정간호 처방과 관련된 의학적인 근거로서의 진단명, 제공해야 할 서비스, 서비스 시작일, 빈도 및 기간을 작성해야 한다.

만약, 수급자의 가정에 거주하는 사람이 필요한 조치를 수행할 수 있고 이것이 계약의사에게 알려진 경우 처방은 생략된다. 수급자의 가정에 거주하는 사람이 가정간호의 부분을 수행할 수 있으면 해당 조치의 처방은 생략된다. 수급자의 가정에 거주하는 사람이 필요한 조치를 수행할 수 없다고 계약 의사가 판단하면 이를 처방에 명시하며, 계약의사가 명확하게 판단할 수 없는 경우에도 명확하게 판단할 수 없음을 처방에 명시해야 한다.

가정간호의 모든 중재는 의사의 처방을 전제로 하며, 가정간호와 관련된 중재를 수행하는 사람은 먼저 의사의 처방과 처방에 대한 승인으로 구속된다. 처방의 변경 및 추가에는 스태프와 날짜가 있는 의사의 서명이 필요하며, 소급 규정은 기본적으로 허용되지 않고 예외 경우에 한하여 특별히 근거를 제시해야 한다. 가정간호의 개별적인 조치가 전체 또는 부분적으로 더 필요하지 않은 경우 계약 의사는 이를 즉시 건강보험사에 알린다.

병원 의사가 퇴원 후 가정간호의 중재가 필요한 것으로 간주할 경우 이를 계약 의사에게 통지하고 계약 의사는 이를 처방에 고려해야 한다. 기본간호 및 가사지원 외에 간호 처치가 필요하고 다른 요건들이 충족되면 보장간호와 지원간호 목적의 가정간호는 병행하여 처방될 수 있다.

• 정신·가정간호의 특수기능

정신·가정간호의 추가목표는 수급자의 안정화에 기여하여 가능한 범위에서 일상생활을 자립으로 수행하고 조정하며 중재된 치료를 받는 것으로 사회적 환경을 고려해야 한다. 처방의 전제조건은 수급자가 간호과정에 언급된 활동(능력 장애)의 장애에 긍정적인 영향을 줄 수 있는 충분한 능력이 있어야 하며, 추구하는 치료 목표는 수급자에 의해 구현될 가능성이 예상될 수 있어야 한다. 법적 양식을 이용한 첫 번째 처방 시 처방하는 의사가 평가할 수 있는 경우 정신·가정간호는 14일 이상 처방될 수 있으며, 처방된 중재의 성공을 확인해야 한다. 처방조건이 처방 시점의 처방 의사가 평가할 수 없는 경우 최초 처방은 최대 14일 동안만 가능하다. 14일 이후에도 평가가 불가능한 경우 후속 처방이 추가로 14일 동안 발행될 수 있다. 그러나 이 기간 안에 수급자가 간호를 수용하고 관계 구축이 달성될 수 없는 것이 분명하다면, 후속 처방은 불가능하다.

정신·가정간호의 맥락에서 개별적으로 필요하고 희망하는

경우 수급자와 관련된 보호자는 참여시키며, 질병에 대한 응대를 교육해야 한다. 아울러 환경을 고려해야 하며, 사회적 통합을 보장하기 위해 지역의 정신과 네트워크 또는 기타 연계치료 구축에 주의를 기울여야 한다.

정신·가정간호에 대해 처방권이 주어진 의사는 신경과 전문의, 정신의학 및 심리 치료 전문의 그리고 아동 및 청소년 정신과 및 심리 치료 전문의(18세에서 21세까지의 전환 기간에 치료적으로 정당한 경우)이다. 지침에 명시된 추가 교육명칭은 2015년 10월 23일 버전으로 독일 의사협회의 2003 평생교육 규정을 기반으로 하며, 의사는 구법에 따라 해당 명칭을 제공하는 의사도 포함한다.

정신 가정간호의 처방은 정신과 외래 진료소에서 수행할 수 있다. 다만 처방하는 의사가 진단을 미리 확인해야 하며, 처방의 가정간호 기간은 6주를 초과하지 않아야 한다.

• 가정간호 처방 기간

계약의사는 처방된 중재의 성공을 확인해야 하며, 이를 보장하기 위해 특히 첫 번째 처방 기간은 최대 14일을 초과해서는 안 된다. 초기 처방 기간이 불충분하다는 것을 수급자의 상태로 명백한 경우, 후속 처방의 필요성이 정당한 경우, 후속 처방도 더 긴 기간 동안 발행될 수 있다. 후속 처방은 처방된 기간이 끝나기 전, 3일 안에(공휴일이 아닌 경우 월요일부터 금요일까지) 발급되어야 한다.

수급자의 병원입원 지양간호 및 지원간호에 대한 권리는 최대 4주까지이며, 예외적으로 정당한 경우 병원입원 지양 및 지원간호는 이 기간보다 더 오래 처방될 수 있다. 이때는 병원의 입원 치료를 막기 위해 가정에서의 병원입원 지양간호가 더 오래 필요하다거나 지원간호를 받음으로써 가정에서 머무르는 것이 가능하며 장기요양 보험법의 의미에서 2등급부터 5등급까지의 장기요양 대상자가 되지 않는다는 건강보험의료단의 확인이 필요하다. 일반적으로 가정간호 완화서비스의 경우 건강 보험법 의미인 정당한 예외사례로써 인정되는 경우가 많다.

● 가정간호 급여의 승인 절차

수급자가 제출한 계약 의사 처방전에 따라 신청한 서비스는 건강보험사의 승인이 필요하다.

- 계약 의사는 수급자에게 가정간호를 처방한다.
- 수급자는 가입한 건강보험사에 계약 의사의 가정간호 처방전을 제출한다.
- 건강보험사는 승인절차의 틀에서 처방된 가정간호 중재 조치에 대한 심사를 건강보험의료단(한국의 심사평가원)에게 의뢰한다.
- 건강보험의료단은 심사결과를 해당 건강보험사에 알린다.

• 건강보험사는 수급자에게 신청한 결과를 통보한다.

계약 의사의 처방내용이 완전히 승인되지 않았거나 승인되지 않은 경우, 건강보험사는 계약 의사에게 그 이유를 알려야 한다. 가정간호에 대한 처방의 승인 조건은 수급자 또는 그의 가정에 거주하는 사람이 수행할 수 없는 경우에만 국한하며, 보장 간호 틀 내에서 기본간호와 가사지원은 건강보험사의 법령이 제공하는 경우에만 가능하다. 그러나 수급자가 장기요양보험의 급여를 받는 경우, 건강보험사는 기본간호와 가사지원은 보장 간호로써 비용을 부담해서는 안 된다.

합의된 보상에 따라 발급된 처방전을 늦어도 3일째까지(공휴일이 아닌 경우, 월요일부터 금요일까지) 건강보험사에 제출하면, 건강보험사는 계약 의사가 처방하고 간호센터에서 제공하는 서비스 비용을 승인 허가가 결정되기까지 대신 지불한다.

● 계약 의사, 병원 및 간호 센터 간의 협력

가정간호를 통한 서비스 제공을 보장하기 위해 계약 의사는 간호센터 및 수급자의 건강보험자와 긴밀하게 협력해야 하며, 협력의 조정은 수급자를 치료하는 계약 의사에게 있다. 간호센터는 가정에서의 간호 상황 변화, 특히 환자의 상태 관찰에 관련하거나 의사의 요청이 있는 경우 또는 간호기록의 특정 내용을 전달하고자 할 때에도 계약 의사에게 보고하며, 의사는 보고내용의 결과에 따라 필요한 중재 조치를 결정한다. 계약 의사는 간호센터에 간호와 관련된 새로운 검사결과를 제공하며, 가정을 방문할 때 간호기록을 봐야 하고 자신의 결정에 대해 검토한 후 필요한 경우 반드시 서면으로 처방해야 한다.

수급자가 병원에서 퇴원한 직후 또는 정신과 입원 치료에 상응한 치료가 바로 필요한 경우 병원의 의사는 퇴원 관리 차원에서 가정간호의 계약 의사처럼 지침에 따라 퇴원 후 평일 기준 최대 7일 동안(공휴일 및 주말 제외) 가정간호를 처방할 수 있다. 병원의 의사는 퇴원 관리 표준과 관련하여 퇴원 후 수급자를 치료할 계약 의사에게 적절한 방법으로 조기에 수행된 치료를 제공하여 공백 없는 연계치료의 목적이 가능하도록 해야 한다. 이는 급성기 병원의 의사뿐만 아니라 재활 의료시설의 의사에게도 적용된다.

결 론

독일의 가정간호는 장기요양보험 제도 도입부터 가정간호와 재가간호를 통합적으로 운영하면서 장기요양수급자뿐만 아니라 가정에서 기본간호와 가사지원이 포함된 간호 처치가 필요한 아급성기와 만성질환의 어린아이부터 노인까지, 장애인과 정신질환을 포함한 환자에게 통합서비스를 제공하고 있다. 또한 한국의 보건소 방문간호처럼 기초생활보장법에 근거한 수급자의 재가 서비스와 의원진료 동행 등 외출 관련 재가 지원

서비스를 제공함으로써 가정에서 지원이 필요한 모든 이가 한 곳에서 개별적으로 필요한 맞춤형 서비스를 이용할 수 있다.

반면 한국의 아급성기와 만성질환 환자로서 장기요양 수급자가 아니거나 독거노인 또는 저 소득자들은 경제적인 이유로 의료서비스의 사각지대에 처하게 된다. 이들에게 독일처럼 가정간호로 의료서비스를 보장하려면 가정간호는 병원 중심에서 지역사회 중심이 되어야 한다. 장기요양 보험법의 방문간호처럼 가정전문간호사는 가정간호사업소를 개설하고 협력 의사의 처방에 따라 수행하며, 치료 효과를 관찰하여 의사에게 피드백을 줄 수 있는 제도적인 장치가 마련되어야 한다. 간호 처치를 반드시 간호사가 수행하도록 법에 규정되어야 한다.

독일의 가정간호는 의사의 처방 없이 한 발자국도 움직일 수 없는 제도이지만, 의사 처방을 수행하고 그 효과의 관찰에 대한 간호사의 피드백 없이 의사 또한 효과적인 치료를 진행하기 어렵다. 특히 가정간호는 장기요양보험과 달리 기본간호와 가사지원도 의사의 처방을 전제로 하며, 병원과 의원 의사 그리고 가정간호사업소 간의 긴밀한 협력으로만 가능하다.

간호 처치를 반드시 간호사가 수행하도록 법에 규정되어야 하는 또 하나의 이유는 병원의 간호간병통합서비스의 질이 퇴원 후에도 유지되려면, 가정에서의 간호 간병 인력 또한 병원의 인력체계와 동일할 때 병원과 가정간호 간의 상호호환성 있는 연계가 가능하다. 병원에서 가정간호로 연계하거나 가정간호에서 병원으로 연계될 경우 간호사 간의 연계기록은 환자에게 필요한 서비스가 단절되거나 지연되지 않고 바로 제공될 수 있다.

독일의 통합재가·재가간호를 제공하는 인력은 2017년 12월 기준, 총 14,050개 통합재가사업소의 390,322명(전일제 266,041명)이었으며, 830,000명의 수급자에게 필요한 통합재가·재가급여를 제공하였다. 인력의 구성은 가장 큰 그룹으로써 간호 인력으로(간호사 50%, 간호조무사 9.8%)이며, 두 번째로 큰 그룹은 간호 학생을 비롯한 해당 전문영역의 실습생들과 기타교육 졸업자 약 29%, 가족·마을·기타 간병 7.3%, 가정 관리(가정과) 2.3%, 물리, 작업 및 기타치료사(언어, 미술, 음악 등) 그룹의 1.1%, 장애인(특수) 교육자 0.4%, 사회복지사 0.35% 순이었다.

독일 사례로 볼 때, 가정간호와 지역사회 재가간호의 통합적 연계는 통합재가급여를 전제로 가능하다. 지출 효율화와 함께 장기요양서비스 질을 개선하기 위한 제도개선의 하나로써 2016년 시범사업으로 시작된 통합재가급여는 수급자가 살던 곳에서 존엄하고 건강한 노후를 보낼 수 있도록 2020년부터 확대 시행될 예정이다. 수급자의 상태, 욕구 변화에 따른 개별적인 급여가 가능하도록 통합재가에는 간호사가 필수인력이며, 간호사·사회복지사·요양보호사가 팀을 이루어 사례관리를 하도록 추진될 계획이다. 장기요양서비스 질을 개선하기 위해 요양보호사의 3교대 2.5대 1의 인력배치기준도 재검토하고 있다[2].

따라서 지출 효율화뿐만 아니라 수급자의 안전보장과 존엄한 노후를 위해서는 간호사의 배치기준도 검토할 필요가 있다.

독일의 통합가정·재가급여는 간호관리자의 법적 책임 하에 담당 간호사의 간호계획에 따라 간호처치를 수행하는 제도이다. 기본간호와 가사 관리를 수행하는 모든 보조 인력은 수급자의 서비스제공에 필요한 지식, 예를 들어 신체 청결을 위한 거동 시의 움직임, 식사할 때의 일어나 앉기, 손과 팔의 움직임, 욕창 예방의 체위변경 등 일상생활 활동의 모든 지원행위에 대한 보다 높은 수준의 전문적인 기술을 간호 현장에서 간호사에게 배운다. 환자의 자립 유지나 촉진 목적의 일상생활 활동의 지원인 기본간호는 환자의 신체 및 정신상태의 평가를 기본으로 제공되기 때문에 간호사의 교육과 지도 없이 습득하기 어렵다. 특히 가정간호대상자의 상태 악화로 장기요양수급자가 되는 것을 예방하며, 장기요양수급자의 너싱홈 전원을 예방하기 위해 욕창, 구축, 낙상 등 대학병원부터 재활병원, 너싱홈, 가정간호 및 재가간호에 이르기까지 일률적으로 적용되는 전문가 표준 실행은 간호사의 의무이다[14].

인력과 관련하여 가정전문간호사는 독일의 간호관리자와 같이 제공하는 모든 간호에 대한 책임지는 관리자이어야 한다. 간호사 자격증을 소지한 간호사와 기본간호를 수행하는 간호조무사로 구성하는 모델이 병원과 같은 수준의 간호·간병의 질이 유지될 수 있으며, 계약 의사와 병원 간의 협력이 가능하다. 한국의 요양보호사와 같이 2개월의 교육을 받은 독일의 돌봄 인력은 기존 자원봉사자들의 정신을 인정하여 2개월의 무상 교육으로 수급자의 안전을 지키는 역할과 말벗, 책이나 신문읽기, 외출동행 등의 업무를 간호사의 간호계획에 따라 수행하도록 한 제도임을 기억해야 할 것이다.

Conflicts of Interest

The author declared no conflict of interest.

References

1. Lee IS, Song YE, Yoon YM, Choi SG. Policy forum for integrated community rehabilitation [Internet]. Seoul: Korean Academic Society of Home Health Care Nursing; 2017 [cited 2019 December 07]. Available from: <http://www.kahhn.or.kr/sub/subMain.jsp?menuseq=3040>
2. Ministry of Health and Welfare. Fourth long-term care commission 2019 [Internet]. Seoul: Ministry of Health and Welfare; 2019 [cited 2019 November. 30]. Available from: http://www.mohw.go.kr/react/jb/sjb0703vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0425&CONT_SEQ=351414
3. Wikipedia Die freie Enzyklopaedie. 2019 Sozialstation. [Internet]. Wikipedia; 2019 [cited 2019 December 15]. Available from: <https://de.wikipedia.org/wiki/Sozialstation>
4. Rki und Destatis. Gesundheitsberichterstattung des bundes. [Internet]. Zweigstelle Bonn: Statistisches Bundesamt; 1998 [cited 2019 December 11]. Available from: http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=1181
5. Statistisches Bundesamt. Pflege im rahmen der pflegeversicherung deutschlandergebnisse [Internet]. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt; 2017 [cited 2019 Januar 06]. Available from: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publicationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnis-se-5224001179004.pdf?__blob=publicationFile
6. Hoffer, Heike; Schöolkopf, Martin. 20 Jahre gesetzliche pflegeversicherung: mythen und fakten. Duncker & Humblot. 2014;83(4):21-41. <http://dx.doi.org/10.3790/vjh.83.4.21>
7. Verlag CH, Becko HG, editors. Sozialgesetzbuch: SGB. 45 Auflage. München: Beck-Texte im dtv; 2016.
8. GKV-Spitzenverband. Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege vom 10.12.2013 i. d. F. vom 30.08.2019 [Internet]. Bonn: GKV-Spitzenverband; 2019 [cited 2019 December 22]. Available from: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/haeusliche_krankenpflege/20190920_HKP-Rahmenempfehlung_132aAbs1.pdf
9. Gemeinsamer Bundesausschusses. Richtlinie des gemeinsamen bundesausschusses ueber die verordnung von haeuslicher krankenpflege (Haeusliche Krankenpflege Richtlinie) [Internet]. Berlin: Gemeinsamer Bundesausschusses; 2019 [cited 2019 December 06]. Available from: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1980/HKP-RL_2019-08-15_iK-2019-12-06.pdf
10. Statistisches Bundesamt. Pflege pflegeheime und ambulante pflegedienste [Internet]. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt; 2017 [cited 2019 December 17]. Available from: [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegeeinrichtungen-deutschland.html?vview=main\[Print\]](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegeeinrichtungen-deutschland.html?view=main[Print])
11. Land Brandenburg. Gesetz über den beruf der gesundheits und krankenpflegehelferin und des gesundheits und krankenpflegehelfers im land brandenburg (Brandenburgisches Krankenpflegehilfegesetz BbgKPHG). [Internet]. Koeln: Bundesanzeiger Verlag; 2018 [cited 2019 August 30]. Available from: https://bravors.brandenburg.de/gesetze/bbgkphg_2016/list
12. Bundesanzeiger Verlag. Gesetz zur reform der pflegeberufe (Pflegerberufereformgesetz PflBRefG) [Internet]. Koeln: Bundesanzeiger Verlag; 2018 [cited 2019 September 03]. Available from: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl117s2581.pdf#bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl117s2581.pdf%27%5D1567589636401
13. Bundesanzeiger Verlag. 2018 Ausbildungs und pruefungsverordnung fuer die pflegeberufe (Pflegerberufe Ausbildungs und pruefungsverordnung PflAPrV). [Internet]. Koeln: Bundesanzeiger Verlag; 2018 [cited 2019 December 03]. Available from: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl118s1572.pdf#__bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl118s1572.pdf%27%5D1567589636401

5B%40attr_id%3D%27bgb118s1572.pdf%27%5D__1567589
076793

14. Deutsches Netzwerk fuer Qualitaetsentwicklung in der Pflege (DNQP). 2019 Expertenstandard entlassungmanagement in der Pflege, 2. Aktualisierung, Osnabrueck; 2019.

German Integrated Model for Home Care and Visiting Nursing

Jong-Duk Park¹⁾

1) Invited Professor, College of Nursing, Ewha Womans University

The aim of this review is to present a German system of an outpatient care center under the German Health Insurance Act and home care (integration of medical care, basic care, bathing) under the Long-Term Care Insurance Act. This idea of a German integrated home care system should contribute to the development of a Korean home care model. Prior the introduction of long-term care insurance (1995), and with the of the health insurance law (1989), German outpatient care centers already provided medical and basic care services for patients with acute and chronic symptoms. Since 1995, patients with acute symptoms and rehabilitation periods under the Health Insurance Act have been eligible for home care. The Long-Term Care Insurance Act is intended for all citizens who are unable to carry out their daily activities for more than six months. In 2017, 13,657 (97%) of 14,050 outpatient care centers provided home care services after long-term care and health insurance. In other words, patients in Germany can use home care in both the acute and chronic phase at the same home care center, or ‘integrated home-care center’.

Key words : Home health nursing, Nursing education, Government regulation

• Address reprint requests to : Park, Jong-Duk

*College of Nursing, Ewha Womans University
52, Ewhayeodae-gil, Seodaemun-gu, Seoul, 03760 Republic of Korea
Tel: 82-2-3277-2896 E-mail: parkjd@ewha.ac.kr*

<부록 1>

독일 가정간호 급여 목록

1. 기본 간호와 가사지원 급여

간호적인 예방, 체위 및 거동 지원은 개별적인 간호 상황의 정도에 따라 제공해야하는 빈도가 처방 된 급여의 빈도와 다르더라도 급여의 효과에 필요한 정도로 처방된 간호급여의 일부이다. 일반적인 환자 관찰은 가정간호의 모든 개별 조치의 일부이므로 별도로 처방을 필요로 하지 않는다.

급여 명	급여 설명 / → 조치 기간 및 빈도
1. 가정에서의 기본간호관련 교육	- 행위를 수행할 능력이 없고 학습 잠재력이 있는 가정의 환자, 가족이나 다른 사람에게 상담 및 통제(예: 체위와 신체청결 같은 일상 활동) → 5회까지 처방
2. 배설	배설과 및 제거 시 도움: 소변, 대변, 땀, 가래, 위 내용물도 포함
3. 영양섭취	- 영양섭취 및 수분 공급 - (경우에 따라)비위관 영양섭취 시 도움 - 간호적인 예방(구축, 변비, 폐렴, 이하선염, 구강 칸디다증, 혈전증, 각막치유, 간찰진) - 피부의 상처가 아직 발생하지 않은 경우 욕창예방, 체위변경 - 거동 개선 목적의 도움
4. 신체 청결	- 샤워, 목욕, 씻기(눈/귀/코), 입, 치아, 입술 및 피부관리, 면도, 모발 및 손톱관리 - 안구 보조물 - 예방으로서 구강간호 - 착의 또는 탈의
5. 가사 지원	- 구입(약품포함), 침구류 교환, 시장보기, 난방, 설거지, 쓰레기 처리, 식사 준비(또는 식이), 세탁 관리, 집안청소(유지 관리 - 기본 청소).

2. 간호처치

간호적인 예방, 체위 및 거동 지원은 개별적인 간호 상황의 정도에 따라 제공해야하는 빈도가 처방 된 급여의 빈도와 다르더라도 급여의 효과에 필요한 정도로 처방된 간호급여의 일부이다. 일반적인 환자 관찰은 가정간호의 모든 개별 서비스의 일부이므로 별도로 처방을 필요로 하지 않는다.

급여 명	급여 설명 / → 조치 기간 및 빈도
6. 흡인	- 기도 흡인 - 기관지 세척
7. 간호처치 교육	- 행위를 수행할 능력이 없고 학습 잠재력이 있는 가정의 환자, 가족이나 다른 간병인에게 상담 및 감독(예: 혈당 조절) → 10회까지 교육, 처방 가능
8. 인공 호흡기	- 작동 및 모니터링
9. 방광 세척	→ 3일까지
10. 혈압 측정	- 초기 및 신규 치료 → 7일까지, 24시간 혈압 측정은 가정간호급여가 아님
11. 혈당 측정	- 당뇨병의 초기 및 신규 치료 시(인슐린 또는 약 필수) - 소위 강화된 인슐린 치료가 계속되는 경우 - 후속처방 시 HbA 1c 수치 고려 혈당 → 4주까지 일당 3회까지

급여 명	급여 설명 / → 조치 기간 및 빈도
12. 욕창치료 시 체위 변경	- 욕창 1단계부터 : 욕창부위의 완전한 압력해소에 개별적으로 결정된 시간 간격으로 체위 변경 → 욕창 1단계 : 첫 처방과 후속 처방은 각각 최대 7일 → 욕창 2단계부터 : 첫 처방과 후속 처방은 각각 최대 4주
13. 배액관리	- 배액위치, 분비물 흐름 및 양 확인, 배출물통 교환 → 1-2회/일
14. 고압관장/관장	→ 고압관장, 관장, 일회용관장 : 주당 최대 2번까지 → 디지털 직장비우기 : 일회성 급여
15. 섭취량/배설량 수분	→ 1회/일, 3일까지
16. 정맥수액	- 약품의 규정에 따라 엄격한 기간과 용량
16a. 피하수액	- 수액종류, 용량 및 기간 처방, 의사의 처방에 따른 주사 수행 - 투여 속도 및 투여 총량 감독 - 주사 실시, 교환 및 제거 시, 부종 형성 또는 주사부위가 붓거나 발적 징후 여부를 주사 부위를 점검 → 7일까지
17. 흡입	- 처방된 흡입 보조제(보조제 목록에 따라)를 통해 에어로졸 또는 호흡기를 통해 분말로 흡입되는 의사가 처방한 약물의 사용 → 약품의 규정에 따라 엄격한 시간과 양
18. 정맥/근육 주사	→ 약품의 규정에 따라 엄격한 복용 기간과 양
19. 주사 준비	- 약 구분이 어렵거나 정확한 용량을 준비하기 어려울 정도로 시력장애가 있는 환자가 스스로 주사 수행하는 경우
20. 점적 주입	- 의사가 처방한 액체 약물을 신체의 장기(개구부 등)에 방울방울 투여
21. 냉찜질	- 급성 외상 후 상태, 급성 염증성 관절 질환, 수술 후 상태 → 1-3일
22. 치골상부 카테터	→ 새로 삽입 후 최대 14일 동안
23. 유치도뇨관	→ 3-4 주마다 유치도뇨관 교환
24. 특별한 환자 관찰	- 생명의 위협으로 즉각적인 간호/의료서비스가 매일 필요하며, 중재하는 의료 및 간호 조치에 대한 지속적인 관찰 및 중재 - 맥박, 혈압, 온도, 피부, 점막과 같은 활력 징후 기록과 이 기간 동안 발생한 모든 간호 중재를 포함 → 병원 치료 필요 여부에 대한 설명 → 처방 건당 1회
24a. 완화 치료 환자 또는 완화 환자의 증상 조절	- 처방 의사와 면밀한 상담을 통해 완화 치료 환자의 증상 관리 - 특히 고통스러운 통증, 오심, 구토, 폐나 심장 증상, 변비 - 궤양성 상처의 상처관리 및 치료 - 위기 중재(예: 발작, 출혈, 급성 불안 증상 관리 외에, 의료서비스 상황에 따라 필요한 모든 간호처치 포함) → 최초 및 후속 처방 : 최대 4주, 이후 처방: 수요에 따르며, 원래의 예상수명 기간을 넘어서도 가능
25. 위관관리	- 삽입 및 교환
26. 투약 (주사, 수액투여, 점적주입, 흡입 제외)	- 약품의 규정에 따라 엄격한 복용 기간과 양, 후속 처방 : 의사의 근거제시 의무, 이후의 후속 처방은 현지 계약 의사의 검사 결과 제시 필요
27. 경피 내시경하 위루술(PEG)관리	- 3. 영양관리 참조
27a. 정신과 가정 간호	- 간호 수용 개발(관계 형성) - 위기 상황 대응 조치의 수행 - 질병에 대한 본인 책임의 대응이나 질병으로 인한 활동 장애(능력 장애)를 대처할 수 있는 기술과 역량 개발을 위한 훈련

급여 명	급여 설명 / → 조치 기간 및 빈도
	- 서비스에 참여하는 기관의 다른 사람과 연락할 수 있도록 지원 → 4개월 이상의 처방 기간이 필요한 경우 (연장), 계약 의사는 치료 계획에 정신가정간호가 얼마나 활동 장애에 긍정적인 영향을 미치게 되어 수급자가 안정되며 정신가정간호로써 달성할 수 있는 목표를 달성할 수 있는지 명시, 의사는 주당 최대 14가지를 처방
28. 장루 관리	- 피부 병변에 급성 염증성 변화가 있는 상처의 소독, 관리 및 의사가 처방한 약, 드레싱 교환 및 인공 뇨관, 장루 간호
29. 기관절개관 교환 및 관리	- 기관절개관 교환(제거, 세척) 및 관리, 필요 시 새로운 기관절개관 삽입 및 고정, 제거된 기관절개관 세척
30. 중심정맥 카테터 관리	- 카테터 삽입부위의 드레싱 원칙: 투명한 재료 사용, 천공 부위 드레싱 교환, 천공 부위 평가(Port-a-cath 포함) → 1 - 2회/주, 투명재료 사용 드레싱 교환
31. 급성 상처 관리	→ 최초 및 후속 처방은 각각 최대 4주
31a. 만성적인 상처 및 치유하기 어려운 상처관리	→ 최초 및 후속 처방은 각각 최대 4주
31b. 압박 스타킹	- 의사가 처방한 압박 스타킹의 착의 또는 탈의, 스타킹 압력의 정도에 따라 I부터 IV등급까지 → 1회/일 매일
31c. 관절 지지 기능 및 안정 목적의 붕대 부착 및 제거	→ 2주까지 1회/일(예: 염좌, 좌상, 삼출물)