



노인장기요양 방문간호 현황 및 추이

황라일¹ · 박소영²

^{1,2}신한대학교 간호학과, 조교수

Status and Trend of Home Health Nursing for Long-Term Care Insurance Beneficiaries

Hwang, Rah Il¹ · Pak, So Young²

^{1,2}Assistant Professor, College of Nursing, Shinhan University, Dongducheon, Republic of Korea

Purpose: This study aims to provide basic data for the development of measures and promoting home health nursing by examining the current status and trends in home health nursing for long-term care (LTC) insurance beneficiaries. **Methods:** Secondary data, including annual LTC insurance statistics reports for 2010-2017 and LTC manpower data, were used to compute current status and trends in the provision of home health nursing. **Results:** Beneficiaries of home health nursing under LTC insurance, insurance-covered costs for home health nursing, home health nursing provider, and home health nursing providing institution only accounted for 3% of all insurance-covered home care services, and were on a consistent decline since 2010. In particular, vulnerable rural regions with high proportion of individuals had poor infrastructure in terms of home health nursing institutions and manpower, but had a higher home health nursing utilization rate compared to urban regions. **Conclusion:** In addition to measures to support home health nursing service beneficiaries, policy measures are needed to support home health nursing service personnel and institutions. Furthermore, programs to cultivate the expertise of home health nurses and improve quality of home health nursing services should be developed in order to promote home health nursing utilization in vulnerable rural regions.

Key Words: Home health nursing, Long-term care

서론

1. 연구의 필요성

급속한 고령화와 함께 80세 이상 후기고령 인구 비율이 우리나라는 2015년 2.6%에서 2050년 14.0%으로, OECD 국가 평균인 2015년 4.4%에서 2050년 10% 보다 빠르게 증가할 것으로 예측되고 있다[1]. 후기 고령인구의 증가로 인해 만성질환을 가지고 있으면서 일상생활을 혼자 수행하기 어려운 노인장기요양 등급인정자는 전체 노인인구의 12.6%인 59만 명에 이르고 있으며 향후

에도 지속적으로 증가할 것으로 예측되고 있다[2]. 이들 노인장기요양 등급인정자 중 97%는 치매, 뇌졸중 등 1개 이상 복합 만성질환을 가지고 있고 일상생활활동 및 기능장애를 수반하는 특성을 갖고 있어, 의료 요구와 요양 요구가 동시에 필요한 경우가 많다[3].

노인장기요양 등급인정자에 대한 급여제공은 이용자 욕구에 따른 적정 급여 제공과 재가급여 우선 제공을 원칙으로 한다. 재가급여 서비스는 수급자의 개인적 차원으로는 자신들이 살아온 익숙한 환경에서 친숙한 사람들과 계속적으로 관계를 맺으며 노

주요어: 방문간호, 장기요양

* 본 연구는 2018년 대한간호협회에서 연구비 지원을 받아 수행되었음

This Work was supported by the Korea Nurses Association Research Fund, 2018

Corresponding author: Pak, So Young (<https://orcid.org/0000-0003-0907-587X>)

College of Nursing, Shinhan University,

30 Beolmadel-ro 40beon-gil, Dongducheon-si, Gyeonggi-do, Republic of Korea, 11340

Tel: +82-31-870-1710 Fax: +82-31-870-3499 E-mail: psynkp@hanmail.net

Received: 20 September 2019 Revised: 31 October 2019 Accepted: 08 November 2019

년기를 보내고자 하는 욕구를 충족시킬 수 있고 국가적 차원에서 고비용의 시설보호 보다 비용이 절감되는 효과를 가져올 수 있는 서비스 유형이다[4]. 이러한 재가서비스의 강조는 우리나라 뿐 아니라 독일, 일본 등 선진 외국에서도 탈시설화와 지역사회 내 돌봄 제공 패러다임(Aging in Place)이 발달하면서 장기요양에서도 확대되는 추세이다. 그러나 현 노인장기요양 급여 중 시설급여 이용률은 36.4%로 제도 초기인 2008년 42.9%에 비해 감소하였으나, 제도 도입 초기에 비해 3등급 이상 경증 수급자의 유입이 많았다는 점을 고려할 때 시설급여 비율은 여전히 높은 것으로 지적되고 있다[4]. 더구나 노인 및 가족이 재가급여서비스를 선택하고 유지하기 위해서는 주거, 요양, 의료서비스 및 생활 지원의 긴밀한 연계와 제공이 이루어져야 하지만 수급자의 욕구 및 기능상태보다는 보호자의 선호, 급여제공자의 유인 등에 의해 급여 종류와 양이 결정되어 재가서비스가 대체로 가사 지원 위주의 방문요양으로 편중되고 있다[5,6]. 그 결과 수급자의 특성상의 료서비스가 필요하여 노인 개개인의 건강상태와 요구에 따른 개별화된 보건의료서비스 제공 수단인 방문간호가 제공되어야 함에도 불구하고 제대로 요구를 충족시키고 있지 못한 실정이다.

노인장기요양 방문간호는 건강문제를 가지고 있는 노인에게 제공되는 유일한 의료서비스로서 장기요양요원인 간호사 등이 의사, 한의사 또는 치과의사의 방문간호지시서에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공하는 것을 말한다. 이는 기존 퇴원 환자 대상 가정간호서비스나 저소득 취약 계층 대상 방문보건서비스에 머물러 있던 방문간호 대상자를 장기요양보험 수급자로 확대하여 방문간호사의 활동 대상 및 범위가 넓혀졌는데 제도적 의의가 있다[7]. 또한 노인의 의료적 문제가 커지기 전 예방의 효과를 증으로써 국민의료비 절감에도 도움이 되는 것으로 나타났다[8,9]. 이에 장기요양 도입 10년 이후 제2차 장기요양 기본계획에서도 재가급여서비스 중 방문간호를 활성화하기 위한 정책으로 기본간호영역에서 간호사의 주체적 서비스 제공가능 방안, 전문적인 의료서비스 제공 체계 구축, 방문간호 수가체계 개편 등이 다양하게 제안되어 있다[10]. 그러나 노인장기요양 방문간호는 방문간호지시서 발급의 번거로움, 방문간호서비스 제공 범위의 한계성, 방문간호사와 간호조무사의 역할 미정립, 방문간호기관의 영세성 등과 같은 장애요인으로 인해 서비스 이용이 활성화되고 있지 못한 것으로 나타나고 있다[11,12].

2008년 노인장기요양 도입 이후 지금까지 방문간호 관련 연구는 재가 급여서비스 내에서 방문간호사 역할 및 방문간호서비스 제공 내용[13,14], 방문간호 이용자 특성[7,15], 방문간호 장애요인 분석[11] 및 방문간호가 의료이용에 미치는 효과[8] 등을 규명

하는 연구 등이 이루어졌다. 그 동안 노인장기요양 도입 이후 수급자 및 급여비 증가, 시설 및 인력 등 인프라 확대 및 보장성 확대 등 제도의 안정적 정착에도 불구하고 방문간호서비스가 제대로 활성화되지 못하고 있는데, 그 현황 및 추이 분석을 토대로 구체적으로 방문간호 문제점을 분석한 연구는 미흡한 실정이다.

2. 연구목적

본 연구는 노인장기요양 재가급여 중 방문간호 수급자, 급여비 및 서비스 제공기관과 인력 등의 운영 등에 대한 현황 및 추이 등을 파악하여 이를 토대로 방문간호 해결과제를 제시함으로써 향후 방문간호 활성화 방안을 모색하는 기초자료를 제공하는데 목적이 있다. 구체적인 연구 목표는 다음과 같다.

- 1) 노인장기요양 방문간호 서비스 이용자 및 급여비 현황과 추이를 파악한다.
- 2) 노인장기요양 서비스 제공기관 및 인력 현황과 추이를 파악한다.
- 3) 시군구별 노인장기요양 방문간호 인력 및 서비스 제공 현황을 비교한다.

연구방법

1. 연구방법

본 연구는 노인장기요양 방문간호서비스 현황 및 추이를 파악하기 위해 노인장기요양보험 통계연보 자료와 국민건강보험공단의 장기요양 인력자료 등 이차자료 분석을 통한 서술적 조사 연구이다.

2. 연구대상

본 연구에서는 2010년부터 2017년까지 노인장기요양보험 통계자료와 2019년 1월 건강보험공단의 방문간호인력 급여제공 자료를 이용하였다. 노인장기요양보험 통계자료는 재가급여(방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주야간보호, 단기보호, 기타재가급여)로 분류된 자료를 기초 자료로 활용하였다.

3. 연구 변수

노인장기요양서비스 중 재가급여별 수급자 및 급여비, 제공기관, 제공인력 현황 및 추이를 분석하기 위해 노인장기요양보험 통계자료에서 활용한 변수는 방문요양, 방문간호, 방문목욕, 주간보호, 단기보호, 복지용구, 장기요양인정등급, 재가급여별 급여 이용수급자, 급여비, 제공기관, 급여제공일수로 각 변수에 대한

정의는 다음과 같다[2].

- 1) 방문요양 : 장기요양요원이 수급자의 가정 등을 방문하여 신체활동 및 일상생활 등을 지원하는 급여
- 2) 방문목욕 : 장기요양요원이 목욕설비를 갖춘 장비를 이용하여 수급자의 가정 등을 방문하여 목욕을 제공하는 장기요양급여
- 3) 방문간호 : 장기요양요원인 간호사 등이 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시서에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 및 구강위생 등을 제공하는 장기요양급여
- 4) 주야간보호 : 수급자를 하루 중 일정 시간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
- 5) 단기보호 : 수급자를 일정기간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
- 6) 복지용구 : 심신기능이 저하되어 일상생활을 영위하는 데 지장이 있는 수급자의 일상생활 또는 신체활동 지원에 필요한 용구로서, 보건복지부 장관이 정하여 고시하는 것을 구입하거나 대여하는 장기요양급여
- 7) 장기요양인정등급
 - (1) 1등급 : 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 전적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 95점 이상인 자
 - (2) 2등급 : 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 상당 부분 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 75점 이상 95점 미만인 자
 - (3) 3등급 : 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 60점 이상 75점 미만인 자
 - (4) 4등급 : 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 일정 부분 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 51점 이상 60점 미만인 자
 - (5) 5등급 : 치매(노인장기요양보험법 시행령 제2조의 노인성질병에 한정)환자로서 장기요양인정 점수가 45점 이상 51점 미만인 자
- 8) 급여이용수급자 : 장기요양기관에 지급한 명세서상 서비스를 이용한 수급자수이며, 건강보험대상자, 의료급여, 기초수급자 모두를 포함
- 9) 급여비 : 급여비 총금액으로(공단부담금 + 본인부담금)
- 10) 급여제공기관 : 장기요양기관기호 단위로 지급한 기관수

- 11) 급여제공일수 : 장기요양기관에 지급한 명세서상 서비스 이용 수급자의 서비스 이용일수

4. 자료 분석 방법

노인장기요양보험 통계 자료 중 각 재가급여별 급여이용수급자, 급여비, 제공기관, 급여제공일수로 구분하여 실수와 백분율을 산출하였다. 재가급여 중 방문간호 급여에 대해서는 등급별로 보다 세분화하여 급여자료를 활용하여 분석하였다.

한편 재가급여 서비스를 필요로 하는 인구에 대한 재가급여 현황을 분석하기 위해 시군구별, 자택거주자 1000명당 재가급여 제공기관과 재가급여제공기관에 근무하고 있는 인력 수를 산출하여 비교분석하였다. 추이 분석에는 2010-2017년까지 자료를 활용하였고 현황 분석은 이용가능한 가장 최신 자료인 2017년 자료 또는 2019년 자료를 활용하였다.

연구결과

1. 재가급여 중 방문간호서비스 이용자 및 급여비 추이

재가급여 이용자 중 방문간호 서비스 이용자는 2010년 3.6%에서 2017년 3.0%로 3%수준을 유지하는 것으로 나타났다. 등급별 방문간호 서비스 이용자는 제도 도입 초기 시기인 2010년에는 1등급이 비율이 29.4%였으나 지속적으로 감소하여 2017년에는 13.4%로 나타났다. 시간이 경과함에 따라 1,2등급 비율은 51.9%에서 28.5%로 감소 경향을 보이나 3,4,5 등급의 비율은 48.1%에서 71.5%로 증가 추세이다.

급여비에서도 재가급여 중 방문간호 서비스가 차지하는 비율은 방문요양(71.6%-83.3%), 단기보호(5.4%-19.4%) 등 다른 재가급여비와 비교할 때 가장 낮은 0.4-0.5% 수준으로 나타났다(Table 1).

2. 재가급여 중 방문간호 이용 현황

2017년 기준 재가급여 이용 현황을 분석한 결과, 1회 이상 재가급여 이용자는 방문요양이 317,195명으로 가장 많았으며 그 다음으로 복지용구, 주야간보호, 방문목욕, 방문간호, 단기보호 순으로 나타났다. 방문간호 서비스를 받은 사람은 방문요양 서비스를 받은 사람의 3.6%수준이었다. 1인당 한 달 평균 급여일수는 방문요양(14.89일)이 가장 많았으며 그 다음 주야간보호(12.96일), 단기보호(5.45일), 방문간호(2.34일), 방문목욕(2.01일) 순이었다. 방문간호 서비스를 받은 대상자는 재택거주자 중 2.9%로 방문요양(81.2%)이나 주야간보호(19.0%)에 비해 매우 낮은 수준이었으며 방문간호서비스 이용자 1인당 한 달 평균 2.34회 서비스를 받는 것으로 나타났다(Table 2).

Table 1. Trends in the Numbers of Home Health Nursing Service Beneficiaries and In-home Long-term Care Coverage Costs from 2010 to 2017 (Unit: Person, %, 1,000 won)

Variables	Year								
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
No of in-home LTC beneficiaries (A)	233,725	230,296	225,282	213,181	264,855	295,225	330,669	378,393	
No of home-visit nursing beneficiaries (B)	8,462	7,870	7,866	7,634	7,660	8,613	9,077	11,485	
Grade 1	29.4	26.9	23.2	21.1	17.1	17.4	15.9	13.4	
Grade 2	22.5	23.0	22.5	22.5	18.4	18.1	16.9	15.1	
Grade 3	48.1	50.1	54.3	56.5	47.1	35.5	34.3	34.1	
Grade 4	-	-	-	-	16.5	27.3	30.7	34.4	
Grade 5	-	-	-	-	0.8	1.6	2.1	3.0	
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	
B/A (%)	3.6	3.4	3.5	3.6	2.9	2.9	2.7	3.0	
Total benefits amount of in-home LTC (won)	1,560,592	1,557,291	1,511,730	1,678,801	1,885,609	2,175,153	2,439,518	2,948,558	
home-visit care	82.2	83.3	80.5	78.92	78.3	76.5	73.8	71.6	
Home-visit bathing	5.0	5.2	5.3	5.0	4.3	3.8	3.5	3.4	
Home-visit nursing	0.5	0.4	0.5	0.5	0.5	0.5	0.4	0.5	
Day and night care	5.4	6.2	7.3	8.6	10.4	13.2	16.4	19.4	
Short-term care	2.7	0.5	0.7	1.0	1.0	0.8	0.6	0.5	
Welfare kit	4.6	4.4	5.6	6.0	5.6	5.4	5.2	4.7	
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	

LTC=Long-Term Care

Table 2. Status of Utilization by In-home Long-term Care Service in 2017 (Unit: Person, Day, %)

Variables	No. of beneficiaries	Days of benefits			Total benefits amount (%)	Own home residents (%)
		Total	Annual	Monthly		
Home-visit care	317,195	56,687,474	178.71	14.89	71.6	81.2
Home-visit bathing	68,590	1,653,251	24.10	2.01	3.4	17.6
Home-visit nursing	11,485	322,660	28.09	2.34	0.5	2.9
Day and night care	74,081	11,523,296	155.55	12.96	19.4	19.0
Short-term care	5,421	354,663	65.42	5.45	0.5	1.4
Welfare kit	246,960	-	-	-	4.7	63.2

No=number

3. 재가급여 중 방문간호기관 및 방문간호 인력의 현황 및 추이

재가급여 제공기관 수를 살펴보면 2017년 기준 방문요양, 방문목욕, 주야간보호, 방문간호, 단기보호 순이며, 방문요양기관과 방문목욕기관이 전체 재가급여기관의 80.0%수준으로 나타났다. 특히 주야간보호시설은 지속적으로 증가하여 2010년 6.4%에서 2017년 10.5%까지 증가한 반면 방문간호기관은 2010년 3.7%에서 지속적으로 감소하여 2017년에는 2.5%로 나타났다(Table 3). 시군구별로 보면 방문요양기관은 250개 모든 시군구에 설치되어 있는 것으로 확인되었으나 방문간호기관은 250개 시군구 중 40-64개(16.0-25.6%) 지역에서, 단기보호시설은 139-156개(55.6-62.4%) 지역에서 개설되지 않은 것으로 확인되었다(Table 3).

재가서비스 제공인력 추이를 살펴보면 재택거주자 1,000명당 재가급여기관의 사회복지사는 2012년 15.64명에서 지속적으로 증가하여 2017년 33.75명으로 2.2배 증가하였으나 요양보호사는 2012년 880.14명에서 지속적으로 감소하여 2017년 727.27명이었다. 의사는 2011년부터 일정수준(0.32-0.38%)을 유지하고 있는 반면 간호사와 물리치료사는 지속적으로 감소되고 있다. 특히 간호사의 경우 제도 초기 이후부터 지속적으로 감소해 2017년 3.51명으로 사회복지사의 1/10 수준으로 나타났다. 간호조무사는 2012년 7.06명에서 2017년 7.99명으로 증가하여 간호사 인력의 2배 이상을 차지하고 있었다(Table 4).

Table 3. Trend in Service Implementation by In-home Long-term Care Providing Institution from 2010 to 2017 (Unit: Each, %)

Division		Year							
		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Home-visit care	Total	9,164	8,709	8,500	8,620	9,073	10,077	11,072	11,662
	(%)	(45.9)	(44.7)	(44.2)	(43.7)	(43.7)	(44.0)	(44.1)	(43.9)
Non-established region		0	0	0	0	0	0	0	0
Home-visit bathing	Total	7,294	7,162	7,028	7,146	7,479	8,253	8,957	9,357
	(%)	(36.6)	(36.7)	(36.5)	(36.2)	(36.1)	(36.0)	(35.7)	(35.2)
Non-established region		0	2	1	2	2	1	1	1
Home-visit nursing	Total	739	692	626	597	586	574	598	650
	(%)	(3.7)	(3.6)	(3.3)	(3.0)	(2.8)	(2.5)	(2.4)	(2.5)
Non-established region		40	45	57	59	62	63	64	61
Day and night care	Total	1,273	1,321	1,331	1,427	1,688	2,018	2,410	2,795
	(%)	(6.4)	(6.8)	(6.9)	(7.2)	(8.1)	(8.8)	(9.6)	(10.5)
Non-established region		14	10	11	10	6	4	3	3
Short-term care	Total	199	234	257	368	322	299	267	218
	(%)	(1.0)	(1.2)	(1.3)	(1.9)	(1.6)	(1.3)	(1.1)	(0.8)
Non-established region		153	154	144	140	139	137	152	156
Total		18,669	18,118	17,742	18,158	19,148	21,221	23,304	24,682
		(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)

Table 4. Change of the Number of Care Workers in In-home Long-term Care per 1000 Own Home Residents from 2010 to 2017 (Unit: Person, per 1000)

Variables		Year							
		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Own home residents		185,864	213,859	219,089	242,667	273,767	304,865	340,842	390,701
Social welfare worker (per 1000)		4,520	4,483	3,427	3,828	6,623	8,440	9,747	13,188
		(24.32)	(20.96)	(15.64)	(15.77)	(24.19)	(27.68)	(28.60)	(33.75)
Doctor (including part-time)		104	69	71	83	94	103	129	134
		(0.56)	(0.32)	(0.32)	(0.34)	(0.34)	(0.34)	(0.38)	(0.34)
Nurse		1,738	1,478	1,310	1,262	1,213	1,218	1,249	1,371
		(9.35)	(6.91)	(5.98)	(5.20)	(4.43)	(4.00)	(3.66)	(3.51)
Nurse's aid		1,472	1,620	1,546	1,838	2,073	2,476	2,730	3,120
		(7.92)	(7.58)	(7.06)	(7.57)	(7.57)	(8.12)	(8.01)	(7.99)
Physical therapist		210	213	219	213	225	246	243	266
		(1.13)	(1.00)	(1.00)	(0.88)	(0.82)	(0.81)	(0.71)	(0.68)
Care helper		420,099	432,327	192,830	206,971	216,358	241,323	259,595	284,144
		(2260.25)	(2021.55)	(880.14)	(852.90)	(790.30)	(791.57)	(761.63)	(727.27)

4. 시군구별 재가급여기관, 방문간호 인력 및 서비스 제공 현황

시군구별로 방문간호기관 및 간호인력 현황을 분석한 결과, 방문간호기관 수와 재가급여기관(방문간호, 단기보호시설, 주야간 시설에 한함) 수 모두 구 지역(375개소, 1,890개소)에 가장 많고 그 다음 시 지역(210개소, 1,275개소), 군 지역(65개소, 500개소) 순으로 나타났다. 재가기관 당 간호사는 시 지역 0.32명, 군 지역 0.26명, 구 지역 0.47명으로 군 지역이 가장 적은 것으로 나타난 반면 간호조무사는 시 지역 0.82명, 군 지역 0.83명, 구 지역 0.91명으로 시와 군 지역의 격차가 거의 없는 것으로 나타났다. 방문간호기관의 경우 간호사(간호조무사)는 시 지역 1.47명(0.54명), 군

1.31명(0.51명), 구 1.38명(0.50명)으로 시 지역이 가장 높고, 군 지역이 가장 낮은 것으로 나타났다.

방문간호 이용 현황에 대한 분석에서는 방문간호 수급자 1,000명 당 방문간호사수가 시 지역 80.36명, 군 지역 68.33명, 구 지역 80.99명으로 군 지역이 가장 낮게 나타났다. 반면 방문간호기관 당 이용자수는 시 지역 18.31명, 군 지역 19.14명, 구 지역 17.06명으로 군 지역이 가장 높았으며 방문간호 이용자 1인당 월별 이용 일수도 군 지역(2.46일)에서 구 지역(2.35일)과 시 지역(2.28일) 보다 많게 나타났다.

Table 5. Status of In-home Long-term Care Providing Institution, Nursing Manpower, Home-visit Nursing Beneficiaries, Days of Benefit by City, County, District in 2017 (Unit: Each, Person, Day)

Variables		City	County	District
No of City, County, District		67	82	101
In-home LTC providing institution (n)	No of in-home LTC (A-1) [†]	1,275	500	1,890
	No of home-visit nursing (A-2)	210	65	375
Nursing manpower (n)	No of nurse at in-home LTC [†] (B-1)	413	130	879
	No of Nurse's aid at in-home LTC [†] (B-2)	1,046	416	1,720
	No of home-visiting Nurse (NA) [‡] (B-3)	309 (114)	85 (33)	518 (186)
	B-1/A-1	0.32	0.26	0.47
	B-2/A-1	0.82	0.83	0.91
	B-3/A-2 (NA) [‡]	1.47 (0.54)	1.31 (0.51)	1.38 (0.50)
Home-visit nursing (n)	Total beneficiaries [§]	3,845	1,244	6,396
	Number of nurses per 1000 beneficiaries	80.36	68.33	80.99
	Number of beneficiaries per agency	18.31	19.14	17.06
	Total days of benefits	105,271	36,675	180,714
	Annual days of benefits per person	27.38	29.48	28.25
	Monthly days of benefits per person	2.28	2.46	2.35
Based on 1000 LTC beneficiaries (n)	No of home-visit nursing agency	1.12	0.66	1.28
	No of nurse at in-home LTC	2.20	1.31	3.01
	No of home-visiting nurse	1.65	0.86	1.77

NA=Nurse's Aid; LTC= Long-Term Care

[†] Limited to facilities of home-visit nursing, short-term care, day and night

[‡] The number of home-visiting nurses (NA) is based on the payroll data in January 2019 (internal data of the National Health Insurance Service)

[§] Payment standard (including payment made to the deceased), Based on national ID addresses as of end of 2017

장기요양급여 수급자 1,000명 당 방문간호기관은 군 지역(0.66개소)이 구 지역(1.28개소)과 시 지역(1.12개소) 보다 낮은 것으로 나타났다. 재가기관(방문간호기관) 간호사 수는 구 지역 3.01명(1.77명), 시 지역 2.20명(1.65명), 군 지역 1.31명(0.86명)으로 군 지역의 경우 간호사수가 구 지역의 1/2 이하로 나타났다(Table 5).

논 의

노인장기요양제도 도입 이후 지속적으로 수급자가 가능한 익숙한 환경에서 오래 머물 수 있도록 재가서비스를 강화하는 방향으로 보장성을 확대하고 있으나, 노인의 건강상태와 요구에 따른 개별화된 보건의료서비스 제공 수단인 방문간호는 제대로 정착되지 못하고 있는 실정이다. 이에 본 연구는 노인장기요양 통계과 국민건강보험공단의 장기요양 인력 이차자료 분석을 통해 방문간호의 현황 및 추이를 파악함으로써 향후 방문간호 활성화를 위한 기초자료를 제공하고자 시도하였다.

본 연구에서 2008년 7월 도입 이후 장기요양보험 수급자는 2010년 34만9천명에서 2017년 57만 9천명으로 1.7배 증가하였고

그 중 재가급여 수급자는 2017년 37만 8천명으로 약 65.3%를 차지하고 있다[2]. 재가수급자 중 방문간호 수급자의 경우는 2008년 8천명에서 2017년 1만 1천명으로 1.4배 증가했으나 재가급여에서 차지하는 비중은 3.6%에서 2017년 3.0%수준으로 감소 추세를 보이는 것으로 나타났다. 이는 방문간호 장애요인으로 이용자 입장에서 방문간호서비스를 이용하기 위한 방문간호지시서 발급절차상의 번거로움, 공급자 입장에서는 의료적 처치가 요구되지만 수급자의 판단 하에 자발적 이용 결정이 문제라는 선행 연구와 유사한 맥락으로 볼 수 있다[11]. 또 다른 측면에서 보면 장기요양 인정을 위한 방문조사 시 보건과 복지 영역의 요구를 객관적으로 판단하기 위해서 간호사와 사회복지사 인력 등 2인 1조 방문 방식을 정하고 있으나, 실제 2인이 등급 판정을 실시한 경우가 16.6%에 불과하며 더구나 사회복지사 개입이 큰 것에서 기인한다고 볼 수 있다[16,17]. 즉, 간호사가 장기요양 등급판정에 참여하여 의료적 요구를 전문적으로 판단한 후 방문간호 이용계획을 수립하는데 개입하지 못함으로써 방문간호 제공 자체가 이루어지지 못할 수 있음을 의미한다. 따라서 향후 장기요양 등급판정에 간호사의 참여율을 높여 등급 판정 시 의료적 요구를 충

분히 반영한 서비스 이용 안내와 모니터링을 통한 개별적 사례 관리가 수행되기를 제언한다.

본 연구에서 등급별 방문간호 서비스 이용자는 1,2등급 비율은 감소 경향을 보이거나 3,4,5 등급의 비율은 증가 추세로 나타났다. 이는 일본 개호보험의 경우 경증인 1,2등급 비율이 증가하고 있으나, 방문간호 이용률이 지속적으로 증가 추이를 보이는 가운데 최고 중증인 5등급에서도 방문간호 이용률이 69.3%에 이르는 것과는 차이를 보이는 결과이다[18]. 향후 방문간호를 필요로 하는 1,2등급 수급자가 재가에서 서비스를 제공받을 수 있도록 다양한 지원방안의 모색과 함께 고난도 간호처치를 위한 간호인력의 전문성 함양이 요구된다. 한편 최근 장기요양 보장성 확대로 3등급 이상의 치매 수급자가 증가하고 있어 이들에게 집중적 치매관리가 필요함에도 불구하고 실질적으로 방문간호에서 치매 수급자의 재가급여 제공기관별, 수급자 특성별로 어떠한 간호서비스를 제공되고 있는지에 대한 자료는 분석되지 못하고 있는 한계가 있다. 따라서 향후 3등급 이상 치매 수급자 대상 방문간호서비스 제공 내용에 대한 분석을 토대로 재가 특성을 반영한 인지개선 프로그램의 개발과 함께 장기요양 재가 종사 간호사의 치매 관리 역량 강화를 위한 전문교육 프로그램을 표준화하여 이를 의무적으로 이수할 수 있도록 지정할 것을 제언한다.

방문간호 수급자가 규모가 적은 만큼 재가급여 중 방문요양(71.2-83.3%)이 차지하는 비율에 비해 방문간호 급여비는 0.4-0.5%에 불과한 것으로 나타나고 있다. 이는 방문간호는 재가급여 월 한도액에 맞추어 수급자가 자율적으로 선택할 수 있어, 2019년 60분 기준 방문간호 수가 53,170원 보다 낮은 방문요양 21,690원 중심으로 수급자가 재가급여를 이용하고 있다는 것을 지지하는 결과이다[6]. 이렇듯 방문간호 이용 관련 본인부담을 낮출 수 있는 방안의 마련과 함께 현 시간제로 책정된 방문간호 수가가 수급자의 건강수준, 질병명, 등급과 방문지역 등을 제대로 반영하지 못하고 있다는 문제점을 고려하여 향후 노인장기요양 방문간호 수가체계의 합리적 개선 방안 모색도 필요할 것이라 판단된다.

재가기관 중에서 방문요양과 방문목욕 기관이 전체의 80% 이상을 차지하는 가운데 주야간시설의 증가세(2.20배)가 두드러지고 있는 반면 방문간호기관은 오히려 감소한 것으로 나타났다. 방문간호기관은 재가급여 유형별 경영 손익분석 결과에서 수입 중 공단부담금 비율이 가장 높았고, 비용 중 인건비가 차지하는 비율은 방문요양에 이어 두 번째로 높게 나타났으며 손익에 있어서 단기보호와 더불어 손실을 보인 것으로 확인되었다[21]. 특히 소규모 영세기관은 대규모 기관에 비해 투입되는 규모가 작아 평균 투입 비용이 높기 때문에 경영수지 측면에서도 운영을

지속하기 힘들다는 문제점을 도출하였다. 일본의 경우는 소규모 중심의 재가 방문간호기관을 탈피한 규모를 갖춘 비영리법인 형태의 방문간호기관이 증가하고 있다[18]. 따라서 향후 영세 규모의 방문간호기관은 단독 서비스를 제공하기 보다는 방문요양, 방문목욕, 주야간보호시설 등과 통합적으로 운영할 필요가 있다고 본다[22]. 급속한 노령화로 노인의료비가 폭발적으로 증가함에 따라 다양한 정책 대안이 모색되고 있는 가운데, 표준장기이용계획 재작성, 방문간호 의무화 및 월정액제 수가 체계 구축 등을 포함한 통합재가 시범사업을 2016년부터 수행하여 수급자 및 가족의 높은 만족도를 도출한 바 있다[23]. 통합 재가서비스는 대상자의 욕구 및 상태에 따라 적절한 서비스를 제공함으로써 시설 입소를 예방하는데 효과가 있다고 밝혀져 있으므로 통합재가사업 내 방문간호 및 간호사 역할에 대한 보다 구체적 실천방안 모색이 필요할 것이다[24].

본 연구 분석 결과 재가 방문간호 종사 인력 중 간호조무사 인력은 증가하는 반면 간호사 인력은 감소하고 있는 것으로 나타났다. 현행 방문간호 제공인력은 간호사로서 2년 이상의 간호업무 경력이 있는 자 또는 간호조무사로서 3년 이상의 간호보조 업무 경력이 있고 방문간호 간호조무사 교육과정(700시간)을 이수한 자이며, 간호사와 간호조무사 구분 없이 방문간호 서비스를 제공하고 있다[22]. 우리나라와는 달리 독일이나 일본에서는 간호조무사의 경우 간호사의 관리·감독 하에 일반간호 및 가사지원 업무만 수행하며 간호사와 간호조무사 업무는 엄격하게 구분되어 있다. 영국의 경우에도 지역사회에 특화된 방문간호 인력은 임상 간호 인력 보다 오히려 높은 수준의 교육을 요구하고 있다[22,24,25]. 따라서 방문간호 인력 중 간호사 업무에 대한 명확한 구분과 함께 다양한 근무유형 형태 활용 등을 통해 역량 있는 간호사의 확대 배치 방안이 모색되어야 할 것으로 판단된다. 또 다른 한편 앞서 분석된 결과처럼 주야간센터가 지속적으로 빠르게 증가하고 있는데 이러한 경증 치매 대상 주야간센터에서는 다양한 신체적, 정신적, 인지적 재활 프로그램을 집단적으로 제공하여 사회성을 함양하는 동시에 개인별 맞춤형 프로그램을 제공하고 있다. 또한 가족에게 휴식을 제공하여 부양 부담을 완화할 수 있다는 장점이 있어 선진 외국에서도 주야간서비스에 대한 중요성이 강조되고 있다[26]. 따라서 조속한 시일 내에 주야간센터 중심의 통합재가사업과 확대와 함께 주야간센터 내 간호사 역할에 대한 규명도 필요할 것이라 판단된다.

마지막으로 시군구별로 간호사 인력은 농어촌 의료취약 지역인 군 단위 지역에 가장 적었으나 방문간호기관 당 이용자수와 1인당 월별 이용일수는 군에서 가장 높게 나타난 것으로 확인되었다. 이는 방문간호 이용자 중 다른 재가급여 이용없이 방문간

호만을 이용하는 대상자는 고연령층, 농어촌 거주자인 경우가 많았다는 선행연구와 유사한 결과이다⁷⁾. 그러나 본 연구에서 수급자 거주지별로 질병 및 외상상태, 등급, 가족동거 등이 방문간호 이용 횟수에 어떠한 영향을 미치는지를 구체적으로 분석하지 못했다는 한계점이 있으므로, 수급자 거주지별 방문간호 제공 현황 특성에 대한 분석을 토대로 방문간호 제공방안을 모색할 필요가 있음을 제안한다. 일본의 경우 농어촌 취약지역 소규모 방문간호기관에는 10%가산 지급을 비롯하여 영양관리, 운동기능개선 특별관리 등 서비스 제공 내용에 따라 다양한 가산을 부여하고 있는 점을 고려할 때 농어촌 군 단위 지역 방문간호기관 설립을 지원할 수 있는 다양한 정책적 지원이 필요할 것이다^[26,27]. 향후 농촌 지역의 후기 고령인구 및 독거노인 증가에 따라 수급자의 의료적 요구는 증가할 수 있고, 군 지역의 경우 의료기관 분포가 적어 방문간호의 필요성은 더욱 높다고 볼 수 있으므로, 일본의 수시방문, 수시상담 또는 24시간 대응체계 등과 같은 방문간호 활성화 지원 방안 마련이 절실할 것으로 판단된다.

결론

본 연구에서 장기요양 방문간호 수급자, 급여비 및 제공인력과 기관의 규모는 재가급여 중 매우 미미한 수준이며, 지속적으로 감소 추세를 확인하였다. 특히 노인인구 비율이 높은 농어촌 취약 지역의 경우 도시 지역 보다 방문간호기관 및 인력 등 인프라는 열악하지만 방문간호 수급자 각각의 이용률은 높은 것으로 나타났다. 이에 향후 방문간호 의무 제공 및 수가 체계 정비 등 이용자 지원방안 마련과 함께 방문간호 인력, 기관을 지원할 수 있는 정책방안이 필요할 것이라 판단된다. 특히 장기요양 수급자 증가에 따른 농어촌 취약 지역 방문간호 활성화를 위한 지원방안과 치매관리 등 방문간호사의 전문성 함양 및 서비스 질 관리를 위한 프로그램 개발이 모색되어야 할 것으로 판단된다.

ORCID

Hwang, Rah Il <https://orcid.org/0000-0002-0485-173X>

Pak, So Young <https://orcid.org/0000-0003-0907-587X>

REFERENCES

1. Park SN. Activity limitation and health life of elderly person. *KOSTAT Statistics Plus*. 2018;3:28-49.
2. National Health Insurance Service. Long term care insurance statistical yearbook 2017. Health Statistics Report. Wonju: National Health Insurance Service. 2018. Report No:11-B550928-000047-10.
3. Lee JM, Park MJ, Han EJ, Seo EY. Medical needs management plan for elderly residents. Health Policy Report. Wonju: National Health Insurance Service. 2018. Report No: 2012-19.
4. Lee YK. Current status of and barriers to home and community care in the long-term care system. *Health & Social Welfare Forum*. 2017; 259:77-89.
5. Suk JE, Park SS, Kwon HJ, Choi SH. Long-term care home service reform plan. Health Policy Report. Osong: Ministry of Health & Welfare, Korean Society of Senior Welfare; 2016. Report No: 11-1352000-001 830-01.
6. Jin YR, Lee HY, Kim W, Sung HY, So ES. Long-term care benefit development standard development and utilization plan. General Report. Osong: Korea Health Industry Development Institute. 2011. Report No: 2011-71.
7. Lee JS, Han EJ, Kang IO. The characteristics and service utilization of home nursing care beneficiaries under the Korean long term care insurance. *Journal of Korean Academy Community Health Nursing*. 2011;22(1):33-44.
8. Lee SJ, Kwok, CY. Effects of visiting nursing services in long-term care insurance on utilization of health care. *Korean Academy Community Health Nursing*. 2016;27(3):272-83. <http://dx.doi.org/10.12799/jkachn.2016.27.3.272>
9. Hastings SN, Heflin MT. A systematic review of interventions to improve outcomes for elders discharged from the emergency department. *Academic Emergency Medicine*. 2005;12(10):978-86. doi:10.1197/j.aem.2005.05.032
10. Lee YK, Jung HS, Suk JE, Seo DM, Song HJ, Lee JS, et al. Second long-term care basic plan establishment study. Health Policy Report. Osong: Ministry of Health & Welfare, Korean Society of Senior Welfare. 2017. Report No: 11-1352000-002205-01
11. Lim JY, Kim EJ, Choi KW, Lee JS, Noh WJ. Analysis of barriers and activating factors of visiting nursing in long-term care insurance. *The Journal of the Korea Contents Association*. 2012;12(8):283-99. <http://dx.doi.org/10.5392/JKCA.2012.12.08.283>
12. Sung MS, Jang HJ, Kim CG, Kang KH, Nam KA, Park JD. Comparative study of home nursing care services under the long-term care insurance system in four nations. *Journal of Korean Academy of Public Health Nursing*. 2010;24(2):211-25.
13. Kim MH. Roles of visiting nurses defined based on long-term care insurance regulation for the elderly. *Journal of Korean Academy of Public Health Nursing*. 2009;23(2):232-50.
14. Lee MK. Job identification of home visiting nurses based on long-term care insurance for the elderly program [dissertation]. Seoul: Hanyang University; 2010. pp.1-81.
15. Yoo SH. Determinants of long-term care home-visit nursing service utilization [master's thesis]. Gwangju: Junnam University; 2015. pp.1-31.
16. Choi HJ. Rational role-sharing of health and welfare in long-term care for the elderly-harmonization of sharing and linkage [Internet]. Seoul: People's Solidarity for Participatory Democracy; 2011 [cited 2019 May 16]. Available from: <https://www.peoplepower21.org/Welfare/857901>
17. Lee ID. Long-term care applicant level 1 decision... Seoul Seocho 12.5% VS Jeonbuk Gochang 1.3%. *Gangwon Disabled Welfare Newspaper*. 2017 November 05; Sect. 01.

18. 社保審一介護給付費分科会. 訪問看護 [Internet]. Tokyo; 厚生労働省: 2017[cited 2019 May 25]. Available from: https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000170290.pdf
19. Kim EK, Kim YM, Kim MA. Estimation of nursing costs based on nurse's visit time for long-term care services. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2010;40(3):349-58.
20. Lee JS, Hwang RI, Han EJ. Trends in home-visit nursing care by agencies' characteristics under the national long-term care insurance system. *Journal of Korean Academy Community Health Nursing*. 2012; 23(4):415-26.
21. Lee HY, Park SY, Monn YP, Jung J, Kim GB. 2017 Long-term care institution panel management survey. *Health Policy Report*. Wonju: National Health Insurance Service. 2018. Report No. 2018-1-0011.
22. Ryu, HS, Arita, K. Policy implications for home-visit nursing (HVN) of the Korean long term care insurance through the implications of the Japanese HVN. *Journal of Korean Public Health Nursing*. 2015; 29(3):403-11. <http://dx.doi.org/10.5932/JKPHN.2015.29.3.403>
23. Yoo AJ. Current issues and tasks of integrated home care service reimbursement pilot project in long-term care insurance. Public hearing for integrated home care service; 2019 February 28; Seoul. Public hearing for integrated home care service at center: 2019. pp.1-34.
24. Jung HS, Park JD, Kim SH, Choi EH, Park HY, Kim AR. Activation of integrated home service in response to the aging age. *Health Policy Report*. Wonju: National Health Insurance Service. 2014. Report No. 2014-06.
25. Yoon JY. Super aging society and community care: Roles and tasks of nursing practice. *Korean Long-term Care Association*; 2018 November 2; Seoul. *Korean Long-term Care Association Autumn Conference 2018*. pp.8-12.
26. Seo DM, Kim W, Moon SH, Go Y. Study on improvement of day and night protection benefit system. Cheonan city. *Baekseok University & Ministry of Health and Welfare*. 2016.
27. Fukui, S, Yamamoto, MN, Fujita, J. Five types of home-visit nursing agencies in Japan based on characteristics of service delivery: Cluster analysis of three nationwide surveys. *BMC Health Service Research*. 2014;14(1):644. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-014-0644-8>