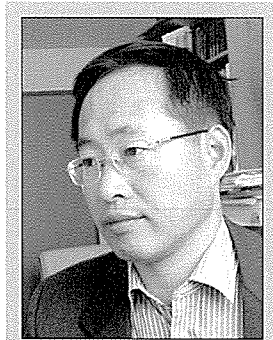


우리나라 가정간호의 바람직한 방향

우리 주위엔 병·의원에 가고 싶어도 가지 못하거나 방치되고 있는 환자들이 많다. 현재의 가정간호제도를 진단하고 선진국과 비교해 봄으로써 바람직한 정책 방향을 제시하고자 한다.

가톨릭 대학교 가정의학교실에 소속되어 있으면서 강남성모병원 가정간호 업무에 참여한 지 1년이 되었다. 그렇지만 가정간호에 관심을 가지기 시작한 것은 사실 이보다 훨씬 전의 일이었다. 1996년 김영삼 정부가 추진하려고 했던 주치의등록제가 시범사업조차 시작하지 못한 채 정부의 추진의지 미흡과 의료계의 반발로 무산되어 버리자, 가정의학과 의사들이 중심이 되어 자발적인 주치의제도 운동을 벌인 적이 있었다. 수차례의 회의를 거듭하면서 서울시에서 활동 중인 가정간호사들과 만나게 되었고 가정간호에 대한 관심이 커지게 되었다. 가정의학은 일차의료 전문분야이며 지역사회에서는 포괄적 1차 보건의료 수행을 기본적 이념으로 채택하고 있다. 따라서 가정의학 전문의(이하, 가정의)로서 지역사회와 가정에 관심을 갖고 참여하는 것은 본래의 기능이자 의무인 것이다. 보건의료를 국가가 국민에게 제공해야 할 기본적 의무로 채택하고



이 재 호 교수

가톨릭대학교 강남성모병원
가정의학과

있는, 1차의료(primary care)의 기반이 강한 대부분의 주요 선진국들에서는 1차 보건의료 팀활동의 일환으로 가정의와 가정간호사가 일상적으로 가정방문을 하고 있는데 우리나라는 그렇지 못한 상황이다. 현재 가정의가 방문 진료에 소극적이거나 무관심한 것은 그 자체로만 나타나는 한가지 현상이 아니라 우리나라 보건 의료체계 문제와 밀접한 관련이 있는 것이다.

우리의 지역사회에는 병·의원에 가고 싶어도 가지 못하거나 의학적 도움이 필요한데도 방치되고 있는 환자들이 적지 않다. 그 이유는 주로 환자가 거동이 불가능하거나 불편한 경우이지만, 핵가족화에 의한 노인부부 및 독거노인의 증가, 경제적 이유 때문에 의료사각 지대에 놓이는 경우 등이 빼놓을 수 없는 이유에 해당된다. 특히 노인인구가 급속도로 늘면서 이러한 현상은 앞으로 점차로 확대될 것으로 우려된다. 이 같은 고령화 사회에서 가정간호의 역할이 점차로 증대될 수밖에 없다. 참여정부

의 대선공약에도 ‘노인질병 관리’를 위해, ‘보건소 및 도시 보건지소에 방문간호센터를 설치하여 모든 재가와상 환자에게 적절한 방문간호 및 방문 진료 서비스 제공’, ‘호스피스센터의 설치 지원 및 가정방문사업과 주간보호 사업을 담당하는 가정간호센터 활성화 지원’, ‘방문보건서비스와 간병서비스, 이동목욕서비스, 사회복지 서비스를 연결하는 종합적인 관리시스템 구축’, ‘치매·뇌졸중 등으로 인한 중증 외상 노인 보건소에서 책임 관리’, ‘노인부양으로 인한 가족과피와 현대판 고려장 일소’ 등을 약속한 바 있다. 그렇지만 참여정부가 보건의료 공약을 좀처럼 이행할 의지를 보이지 않는 가운데¹⁾, 민간차원의 병원중심 가정간호가 지역사회의 그늘진 곳곳에서 나이팅게일의 정신을 확대 구현해 나아갈 것으로 기대한다.

이 글에서는 우리나라 보건의료체계 속에서의 가정간호의 올바른 방향을 1차의료의사(family physician) 입장에서 다루고자 한다.

우리나라의 보건의료는 세계에서 유례를 찾기 어려울 정도로 공공의료가 취약하여 의료기관의 대부분이 민간부문에 속해 있다. 이와 같은 상황에서 의료는 치료 중심적이고 대형병원과 3차병원 중심으로 발달하면서 세부전문화가 가속화된다. 지역사회에 바탕을 두고 건강증진, 질병예방, 조기검진 및 지속성과 포괄성을 지닌 건강관리를 업무로 하는 1차 보건의료

**가정간호는
의료비 부담 절감,
병실가동률 증가,
환자의 만족도를
증가시킬
효과적인
방안이다.**

는 상대적으로 매우 취약한 상황이다.

1차의료기반이 강한 나라(캐나다, 영국, 노르웨이, 네덜란드, 호주 등)들은 그렇지 못한 나라(미국, 독일, 벨기에 등)들보다 적은 보건 의료비를 지불하면서도 높은 국민건강수준을 유지하고 있어서, 보건의료체계가 효율성을 보이고 있다.²⁾ 이러한 나라는 1차의료의사³⁾의 일상적인 업무에 가정방문이 포함되어 있다(〈표 1〉 참조).

1차의료 기반이 강한 나라들에서 가정간호는 대부분 지역사회 방문간호의 형태이며, 1차 보건의료의 일환으로 제공되고 있어서, 환자가 의사를 방문하는 횟수를 줄여주며, 아울러 환자를 방문해야 하는 의사의 부담을 덜어주고 있다.⁴⁾ 예를 들면, 영국에서의 가정간호 활동은 1차 보건의료 팀과 함께 이루어진다. 1차 보건의료 팀은 가정의(GP), GP Assistant, 간호사, 1차의료 관리자, 방문간호사, 조산(간호)사, 지역간호사, 사회복지사, 접수 및 행정직원 등으로 구성된다. 등록가입자 중 병원에 입원했다가 지역으로 온 사람들에 대하여 해당 병원에서 관련사항을 통보하여 주면 방문간호사가 서비스를 제공한다. 아기는 탄생부터 5세까지 방문간호를 실시한다. 그러나 가능하면 부모가 직접 일차의료기관을 방문하여 체크하도록 하고 그렇지 않은 경우 방문간호사가 방문하여 건강상태를 점검한다.⁵⁾ 대부분 재원은 세금, 건강보험(사회보험) 등에서 지원하며, 환자는 본인 부담이 없거나 극히 일부만 부담한다. 반면에 공공의료와 1차의료기반이 취약한 미국의 가정간호사업은 자유방임형으로 민간비영리기관운영이 43%, 개인소유기관운영이 37%, 공공기관운영이 20%로서 가정간호기관은 medicare/medicaid의 인가를 받아야 사업을 할 수 있게 규제되고 있다.⁶⁾

〈표 1〉 유럽국가의 가정의 환자접촉 양상

국가	가정방문 시행 가정의 비율(%)	1일 평균 전화상담 건	병원방문 가정의 비율(%)	1일 평균 진료환자 수
덴마크	97	16	7	24
네덜란드	99	12	77	32
영국	96	6	33	34
스웨덴	85	7	9	16
프랑스	98	7	46	16
독일	68	11	19	50

Boerma WGW, Fleming DM, The role of General Practice in Primary Health Care. WHO Regional Office for Europe, 1998



한편 세계에서 가장 빠른 속도의 노령화를 겪고 있는 우리나라에는 만성퇴행성 노인 질환을 앓고 있으나 거동이 불편하여 의료기관을 방문하기 어려운 노인의 수가 많다. 그리고 말기 환자의 절반 이상이 가정에서 임종을 맞이하기를 원한다고 한다.⁷⁾ 과거에는 거동이 어려운 환자들에 대해서 의사가 왕진가방을 들고 가정을 방문하는 모습이 종종 묘사되었지만, 현행 행위별수가제 속에서 그 가치를 인정받기가 어려워 우리나라에서는 의사의 일상적인 업무에 포함되어 있지 않게 되었다. 이러한 가운데 가정과 의료기관을 연결하는 중요한 역할을 맡으며 기능을 하기 시작한 것이 가정간호 분야라고 할 수 있다. 가정간호의 활용은 불필요한 입원기간을 최소화함으로써 국민과 국가의 의료비 부담을 줄이며 3차 의료기관 병실가동을 증가 등의 효율적인 의료자원 공급을 가능하게 하고 또한 필요시 가정에서 적절한 간호를 받게 함으로써 주민의 만족도를 높여줄 수 있는 방법이다.⁸⁾

가정간호사업의 유형은 설립주체를 기준으로 크게 두 가지 유형인 병원 가정간호사업과 지역사회 중심 가정간호사업으로 구분된다. 병원 가정간호사업은 1차, 2차, 3차 의료기관에서 운영하는 형태로 우리나라에서는 1993년부터 1999년까지 보건복지부의 1, 2차 시범사업이 실시되었다. 이와 달리 지역사회중심 가정간호사업은 공공기관의 하부조직, 또는 법인체나 독립형의 체계를 갖추고 지역사회에 기반을 두고 비영리적으로 운영되는 가정간호사업을 말한다.

현재 병원중심 가정간호사업은 의료보험의 적용을 받기 때문에 환자가족의 부담이 덜되고 있는 상황이나 지역사회 가정간호사업은 의료보험 적용을 받을 수 없어서 방문횟수가 많아

지는 경우 가족의 부담이 커져서 이용에 저해요인이 되고 있다. 또한 건강보험환자의 4.72%, 의료급여환자의 1.56%만이 가정간호수혜를 받고 있으며, 특히 의료급여환자의 경우 수가차별과 가정간호 급여항목 제한 등으로 인해 가정간호 접근성을 떨어뜨리고 있는 등의 문제가 지적되고 있다.⁹⁾ 이러한 문제는 정책적으로 해결되어야만 할 과제로 지적된다.


가정방문을 담당하는 의료진은 누구나 느끼는 일이겠지만 거동이 불편한 노인에게 의학적인 도움보다 더 절실한 것이 있다면 가족의 사랑일 것이다. 가족의 사랑을 받지 못하는 노인 부부나 독거노인의 경우에는 가정의 또는 가정간호사뿐만 아니라, 사회복지사, 물리치료사, 자원봉사 도우미 등이 팀을 이루어 가족의 사랑처럼 다가가야 할 것이다. 그러나 우리나라의 경우 이러한 1차 보건의료 팀활동이 지극히 제한적이다. 관료적 기전에 의해서 이루어지는 보건소의 방문 진료/간호 활동은 그 역할이 매우 미미하다. 다행스러운 점은 병원중심의 가정간호 활동이 활성화되면서 이러한 지역사회의 요구를 점차로 충족시켜 나가고 있다는 점이다.

현재 진행되는 가정간호 사업을 더욱 활성화시키기 위해서는 실시의료기관을 확대하고 가정간호사 인력을 확충하는 한편, 지역사회 내에 가정간호센터를 도입·운영하는 것이 필요하다. 또한 지역사회 방문간호와 병원중심 가정간호를 연계 운영하는 것이 바람직하며, 지역사회 1차 보건의료가 균형 있게 발달하도록 해야 한다. 따라서 참여정부의 대선공약에 포함된 '인구 5만당 도시 보건지소를 설립하여 거동불편 노인, 정신-신체장애인, 임산부, 영유아 등에 대한 포괄적이며 지속적인 보건의료

현재,
지역사회
가정간호 사업은
의료보험 적용을
받지 못하며,
의료급여환자의
경우 수가차별과
가정간호 급여항목
제한 등으로 인해
가정간호
접근성이
떨어진다는
문제가
지적되고 있다.


▶ 30에서 계속

화로 인한 가족 내 간호 제공자의 부재, 의료요구의 상승 및 장기입원에 따른 의료비용의 증가와 병상 부족의 문제가 대두되고 있다. 또한 본 연구결과 대부분의 응답자가 가정간호사업의 제도화가 필요하다고 지적하였다. 따라서 본당 가정간호 서비스는 매우 필요하며, 각 본당과 지역을 대상으로 올바른 홍보를 통해 본당 중심의 가정간호 서비스를 확대해야 한다. 이를 위해 현재 몇 본당에 불과한 가정간호사업을 각 지방 가톨릭계 병원과 연계하여 농어촌, 산간지역의 본당을 포함한 지방 본당을 중심으로 전국적으로 확대해 나가야 한다.

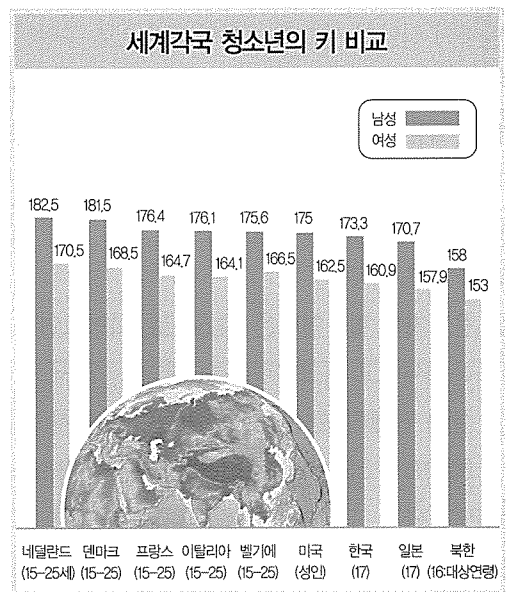
- ② 본당 가정간호에 대한 정서적 만족도가 신앙적 태도 변화에 영향을 미치는 것으로 나타난 연구결과에서 알 수 있듯이 본당 가정간호사업은 수혜자에게 경제적, 물리적, 정서적, 신앙적 그리고 의료 혜택을 제공하며 간접적으로는 가톨릭교회의 선교활동으로서의 가능성을 제시하였다. 따라서 본당 선교의 자원으로서 많은 가능성을 내포하고 있는 사회복지활동과 연계하여 신앙적인 동기유발의 계기로 활용할 수 있을 것이다. 향후, 이에 대한 심층적인 분석을 위해서는
- 본 연구가 가톨릭 신자를 중심으로 한 가정간호사업을 연구한 것이므로 후속 연구에서는 가톨릭 신자와 비신자의 가정간호의 만족도를 비교하는 객관적인 연구가 필요하다.
 - 본 연구는 가정간호 수혜자의 만족도를 중심으로 측정하였으므로 이후에는 보다 다양한 접근 방법이 필요하다.
 - 다양한 측면에서의 시범운영을 통하여 효과적인 가정간호사업의 모형을 연구개발하여야 할 것이다. 

본당
가정간호사업은
수혜자에게
경제적,
물리적,
정서적,
신앙적
그리고 의료 혜택을
제공하며
간접적으로는
가톨릭교회의
선교활동으로서의
가능성을
제시하였다.

▶ 33p에서 이어짐

서비스를 제공하겠다.’는 항목과, ‘도시 보건지소에 방문간호센터를 설치하여 모든 재가와 상환자에게 적절한 방문 간호 및 진료 서비스를 제공하고, 간병, 이동목욕, 사회복지 서비스 등을 연결하는 종합적인 관리시스템을 구축하겠다.’는 항목 등을 주시하면서 그 실행을 촉구할 필요가 있다. 

- 1) 대한가정의학회 성명서 <기획예산처는 건강증진기금 예산심의를 다시 하라>(2004.8.11)
- 2) Starfield B, Is US Health Really the Best in the World? JAMA, Vol. 284 No. 4, July 26, 2000, 483-5.
- 3) 캐나다와 미국 등에서의 가정의학 전문의(family medicine specialist) 또는 가정의(family physician)라는 명칭은 유럽에서의 일반의 (general practitioner)와 같은 의미로 사용되며, 모두 일차의료사를 일컫는 용어이다. 이들은 모두 세계가정의학회(WONCA)에 소속되어 일차의료에 관한 연구, 진료, 교육 활동을 하고 있다(WONCA 홈페이지 <http://www.globalfamilydoctor.com>).
- 4) Modin S, Furhoff AK. Care by general practitioners and district nurses or patients receiving home nursing: a study from suburban Stockholm, Scand J Prim Health Care 2002;20:208-212.
- 5) 박정배, 영국 보건의료기관 연수보고서, 보건복지부 2002.
- 6) 황나미 외 6인, 병원중심 가정간호사업 모형개발 및 제도화 방안. 한국보건사회연구원 1999.
- 7) Hinton J. Which patients with terminal cancer are admitted from home care? Palliat Med 1994; 8: 197-210.
- 8) 박정호 외 8인, 지역사회중심의 독립형 가정간호 시범사업소 운영체계 개발 및 운영결과 분석, 대한간호학회지 2000;30(6):1455-66.
- 9) 조성영, 지역사회 가정간호와 보건소의 연계방안 모델 구성, 2003



• 출처 : 인제의대 상계백병원 성장클리닉 박미정 교수 연구자료