

보건소 방문 간호 사업의 질보장을 위한 연구

윤순녕 · 이인숙 · 현혜진* · 유인자 · 김재남 · 배정희**

I. 서 론

공공보건조직인 보건소에서의 방문간호사업은 재가 환자의 빠른 회복과 그 가족의 돌봄능력을 높여주며 필요시 지역사회 자원과 연계함으로써 시민의 건강보호와 재활의욕을 도울 목적으로 시작되었다. 제일 먼저 서울시에서 22개 보건소중 5개 시범보건소를 선정하여 지역보건과를 신설하였고 방문간호사업과 이동진료를 전담토록 하였다(서울특별시 의약과, 1991). 그러나 배치된 간호인력의 수는 보건소의 규모에 따라 약간의 차이가 있다.

보건복지부의 주관 하에 병원에서의 가정간호는 1994년 8월 부터 1995년 12월까지 시범사업을 실시, 평가하고 있는데 비해 보건소에서의 노인 및 만성질환자의 재가관리는 각 보건소 지역보건과 위주로 계획에서 실시, 평가까지의 단계가 이루어지고 있다. 보건소 가정간호사업의 이점은 첫째, 도시 농어촌의 의료취약계층에 대한 전문적 보건의료 서비스 제공으로 2,3차 의료기관과 연계됨으로 의료전달체제에서의 지속성이 유지된다는 점이다. 둘째는, 농어촌 보건소의 하부구조인 보건지소, 보건진료소를 연결할 때 전국 어디서나 재가환자와 가족이 보건의료서비스의 접근과 질병의 급성기에서 만성적인 문제까지, 그리고 예

방서비스를 포함하는 포괄적인 보건의료사업을 보장 받을 수 있다는 점이다(윤순녕, 1993). 서울시 방문간호사업의 경우에는 초기단계에서는 건강기록부를 작성하여 기초자료를 수집한 후 이를 근거로 지역사회 진단을 실시하였다. 다음단계로는 인력, 예산, 자원을 고려하여 대상자와 사업의 우선순위를 정하고 수립된 사업계획에 따라 사업수행이 이루어졌다.

이와 더불어 새로운 사업의 실시에 따른 간호인력의 훈련, 사업의 홍보, 업무지침서, 평가 지침 개발, 연계처리를 위한 행정적 절차 등의 준비가 수반되었다. 그후 점차 방문간호사업이 전국 보건소로 확대되어 실시되고 있으며 최근에는 충남 시, 군 보건소에 가정간호과가 설치되었으며 점차 조직개편에 따라 만성질환자를 전담할 부서가 보건소 내에 설치될 전망이다. 방문간호사업의 기반이 잡혀감에 따라 이제는 보다 질적으로 우수한 수준을 보장할 수 있도록 사업체계를 구축해 가야할 시점에 이르렀다.

본 연구는 이러한 시점에서 1개 보건소 가정방문자료를 통해 그간의 방문간호사업의 질적 수준을 과정, 결과 측면에서 파악하고 앞으로 질적 보장을 위한 보다 평가 가능한 지표와 그 측정방법을 제시코자 한다. 이 연구결과는 방문간호사업의 질적 보장을 위한 참고자료로 기여할 것이다.

* 서울대학교 간호대학

** 도봉구 보건소

II. 문헌고찰

미국에서 가정간호의 질에 대한 관심이 고조되고 있다. 이는 1983년 이후 메디케어에서 공인된 가정간호 수행기관의 수가 6000여개(1991)에 이르며 공인되지 않은 기관의 수까지 합치면 1980년의 2배로 그 수가 급속히 증가하고 있다. 그리고 메디케어에서 지불한 가정간호 비용은 메디케어 총비용의 2.4%(1988)에서 1992년에는 5.5%로 증가되었다. 이러한 상황에서 부상되는 주요한 문제는 지불된 비용과 대비하여 볼때 대상자의 요구는 얼마나 충족되었는가에 대한 평가였다. 사용된 가정간호비용으로는 1970년의 1억 달러에서 1991년에는 5억 7천만 달러로 이는 대상자의 증가와 더불어 제공된 서비스 양의 증가를 의미한다. 가정간호 재정관리기구(Home Care Financing Administration, 1994)는 대상자의 요구 충족을 평가하고자 가정간호사업의 비용편익을 검토하였으며 가정간호서비스 이용결과의 효과를 이용자의 자기관리 책임감과 율통성 그리고 재정적 책임으로 평가하였다(Kane 외 3인, 1994). 무엇보다도 가정간호제공자들은 그 기관의 규모가 크던, 작든 간에 자체적으로 질 보장을 달성하고자 하는 노력을 주도해 왔다.

가정간호의 질적 평가는 구조, 과정, 결과(Donabedian, 1980)측면에서 이루어진다. 구조측면은 인력의 자격, 수준, 감독활동, 기록, 장비, 기구 및 관리 정책 등이 포함된다. 이 측면을 사정할 때의 기본 가정은 인력, 시설, 장비의 일정 표준이 유지되어야 제공되는 서비스가 양질일 수 있다는 점과 인력의 면에서는 대상인구 집단의 크기와 업무 운영 사이에는 일정한 비가 유지될 때 서비스의 질적 유지가 가능하다는 논리이다(SUCHMAN, 1967; JOAN BUDDI, 1987).

과정 측면은 특정한 상황에 대한 간호의 적절성에 대한 것이며 이는 서비스가 적절한 그리고 정확한 방식으로 주어졌는가에 대한 평가이다. 즉 업무과정 중 무엇이 발생 했는가, 그 당시 어떻게 처리하였는가를 관찰이나 기록 검토 방식으로 평가한다. 그러나 과정평가가 업무 중심의 감시인 만큼 판단할 기준이 부족하고 간호 과정에 대한 전문가적 견해에 따라 기준이 다양해 질 수 있기 때문에 합리적 결정이 어렵다는 단점을 지니기도 한다(JOAN, 1987). 그러나 LUCKER(1992)에 의하면 간호 중재의 결과는 환자

와 간호사 간의 관계, 동기부여, 상호간에 미친 영향과 관계가 있는 것이기 때문에 결과를 평가하기 위해서는 반드시 중재의 상호 관계 유형을 파악하는 과정 평가가 이루어져야 한다고 주장한다. BLOCH(1990)도 과정 평가란 '서비스 제공자에 의해 무엇이 주어졌는가'의 판단이며, 결과 평가는 '수혜자 중심의 목적에서 무엇이 성취되었는가'를 확인하는 것이라고 제시하면서, 결과와 결과가 초래된 이유는 반드시 동시에 평가되어야 하기 때문에 과정 요소를 평가해야 한다고 제시하고 있다. 그러므로 과정 평가 내용으로는 계획과 조정, 평가와 연구, 운영상 조정, 대상자에 대한 서비스, 법적 제재, 책임의 수행여부를 다루게 된다(SUCHMAN, 1967). 결과측면은 가정간호에서 설정된 목표와 관련된다. 그 외에도 제공자 측면(enabling criteria)에서 제공자의 예의, 정확성, 신뢰성 및 정직성과 제공자와 대상자 간의 조화 등이 포함된다. 미국 간호연맹의 지역사회보건인가 프로그램(1989)은 가정간호와 지역사회보건기관이 제공한 모든 서비스의 결과에 초점을 두어 소비자 중심의 국가 표준을 개발 유지하는데 우선적 목적을 두었다. 워싱턴의 가정간호협회에서 개발된 결과 척도에서는 일반적으로는 증상으로 인한 고통, 기능상태, 간호제공자 부담, 퇴원시 상태, 처방된 투약, 환자 만족도, 주요 건강문제에 관한 지식과 신체적 지표를 포함하였다. 가정간호 대상자의 성과 변수로 통증관리, 증상완화, 생리학적 건강수준, 일상생활 활동능력, 도구적 일상생활 활동능력, 안녕감, 목표달성, 가정에서의 유지, 진단-치료-관리-안전에 대한 지식, 처방된 치료와 관리수행, 서비스에 대한 만족도, 가족의 긴장을 들었다(Sorgen, 1986). 또 Wilson(1993)은 환자의 기능상태를 측정하는데 초점을 맞추었다. Shaughnessy의 6인(1994)은 결과에 근거한 질적 향상을 측정하는데 시간이 경과되면서 실제 변화된 환자 상태, 기능능력 여부, 신체적 상태, 증상정도, 인지능력, 환자의 내면적 정서상태를 최종결과 측정변수로 하였고 중간결과 측정변수로는 환자나 가족이나 간호제공자에게 내재된 비신체적, 비기능적 관리의 결과나 그들의 행위를 수량화하였다. 즉, 환자의 자가간호지식, 치료의 순응, 간호제공자의 부담과 만족감 등이다. 끝으로 의료 이용결과 측정변수로는 의료서비스 이용을 수량화하여 평가변수에 포함하였다.

Ⅲ. 연구방법

1. 연구 대상

평가 대상은 도봉구 보건소 지역 보건과의 방문 간호 사업이다. 도봉구 보건소는 1991년 서울시가 일차 보건의료 서비스 개선을 위해 업무 조직을 확대 변경 시킨 5개 보건소중 한 곳이다. 이 변화는 주민요구에 합당한 서비스를 제공하기 위해 가정방문을 통해 가족 단위 건강 관리를 한다는데 목적을 두고 있으며, 조직 구조상 총괄적 지역 보건 사업을 하는 1개과를 중시하여 사업 요원 전원을 간호사로 배치했다는 특성을 갖고 있다.

지역보건과는 운영상 2계로 나뉘며, 이동 진료반을 운영하고 있다. 구성인력은 과장 1인(간호/보건 5급), 계장 2인(간호 6급), 간호사 8인(간호 7급, 지역 담당자 7인, 이동 진료반 1인), 의사 1인, 운전기사 1인의 총 13인으로 이루어 졌다. 실제 현장 관리 간호사는 7인, 이동 진료반 구성인원은 3인이었다. '91년 당시 도봉구의 인구는 780,472명이었으므로, 간호사 1인당 담당 인구는 10만명 이상이었다. 1991년 5월부터 방문 간호 사업을 시작한 지역보건과는 사업 시작 시점에서 전 인구를 포함하기 어렵다는 점, 도시 지역 특성상 자기 건강 관리가 충분하여 보건소에 대해 서비스 요구가 낮은 군이 상당 수 있으리라는 점, 또한 지역 특성상 전수 조사등의 방법으로 지역사회 진단을 시도하기가 쉽지 않다는 점을 감안하여 생활 보호 대상자 5,350 가구, 19,614명을 사업 대상으로 하였다. 그외에 가정방문시 발견되는 저소득 가구를 일부 포함 시켜, 간호사 1인당 760 가구에서 790 가구 즉 인구 3,000명 정도를 담당하게 되었다.

2. 평가 도구 및 자료 수집 방법

평가는 시민건강기록부와 환자를 대상으로 조사한 만족도 자료를 통해 이루어졌다.

1) 방문간호사업의 과정측면의 질적수준 측정

평가자료는 시민건강기록부로 하였으며 1994년 6월 1일부터 6월 15일까지의 기록을 연구자가 개발한 32개 항목의 3점척도(충분하다-보통이다-불충분하다)로 구성된 도구를 가지고 평가하였다. 이 도구는 간호사정에 관한 5개 항목, 간호계획에 관한 13개 항

목, 간호수행에 관한 12개 항목, 평가에 관한 2개 항목으로 구성되었다. 이 도구는 우리나라 보건소 환경, 조직평가에서 이미 윤(1991)이 사용했던 것으로 신뢰도는 0.85였다.

1993년 1월부터 지속적으로 가정간호를 받아온 72명중 36명을 무작위로 추출하여 동료와 상급자인 2인의 계장이 시민건강기록부에 기록된 내용을 검토한 후 1994년 6월 1일부터 6월 15일까지 평가측정도구에 의해 측정, 기록하였다.

2) 방문간호사업의 결과측면의 질적수준 측정

결과변수로는 간호대상자나 그 가족의 만족도를 측정하였다. 측정도구는 모두 13문항으로 환자가 인간으로서 충분히 수용되어졌는지 여부와 간호 수행, 상담과 교육등에 대한 환자가 느끼는 만족도를 항목별 3점으로 측정하였다.

과정측면의 질적수준측정 대상자 36명을 담당간호사의 상급자인 계장 2인이 직접 가정방문하여 대상자와 면담을 통해 자료를 수집하였다.

3. 분석 방법

수집된 자료의 평균점수와 빈도, 백분율, 표준편차를 구하였다. 이 자료를 가지고 방문간호사와 2명의 계장, 과장이 함께 문제점과 개선안을 토의하여 대안으로 제시하였다.

Ⅳ. 결과 및 고찰

1. 연구대상자의 일반적 특성

대상자 수는 36명으로 특성은 <표 1>과 같다. 성별 분포는 남자와 여자가 비슷하며 평균 연령은 62.9세였다. 거주지는 보건소에서 거리상 가까운 번동 임대아파트 지역이 50%를 차지하였다. 대상자가 갖고 있는 건강 문제는 총 143건으로 대상자 1인당 3.97건이었으며, 대상자가 갖고 있는 가장 큰 문제는 사회경제적 문제, 가족관계, 양육, 사회 부적응 그리고 직업 유지등의 건강외적인 문제였다. 건강상 문제는 심혈관계, 근골격계 질환자가 현저히 많았으며, 그 외에는 비슷한 수준으로 소화기계, 사고 및 중독, 호흡기계, 술과 약물 그리고 정신과적 문제가 주요한 것이었다.

〈표 1〉 조사 대상자 특성 (N=36)

성별 분포(%)	36(100.0)
남 자	15(41.7)
여 자	21(58.3)
평균 연령(세)	62.9
평균 동거자수	2.8
거 주 지(%)	36(100.0)
미아동	5(13.9)
번 동	18(50.0)
수유동	7(19.4)
방학. 창·도봉	6(16.7)
건강 문제(%)	143(100.0)
질환: 심혈관/고혈압	30(21.0)
근골격계	17(11.9)
소화기계	8(5.6)
사고/손상/중독	6(4.1)
호흡기계	5(3.5)
정신/알코올/약물	5(3.5)
기타	26(18.2)
예방/지속관리의 문제	5(3.5)
보건교육상 문제	8(5.6)
사회경제적/간호/가족관계/교육/양육/사회 부적응/직업유지	33(23.1)
환자 관리 내용(%)	36(100.0)
진찰/상담	36(100.0)
검사	35(97.2)
치료/간호	36(100.0)
의뢰	15(41.7)
상담/교육	34(94.4)
등록	1(2.8)
기타	9(25.0)

대상자 1 인당 상병 3.97건

2. 과정측면의 질적 수준 평가

1991년 방문 간호 사업의 기본 방향은 저 소득 시민의 건강유지/증진, 거동 불편자에 대한 방문 간호 및 진료/입원 조치, 주민 애로 사항의 연계 처리로 주민의 자활 의욕을 고취시키는 것이었다. 이를 위한 사업 내용은 방문 간호와 진료, 순회 진료, 보건 교육, 행정/사회 복지/의료 자원의 연계등이다. 업무 추진을 위해 지역 보건과는 지역별 전담 방문 간호사를 지정 배치하였으며, 재가환자, 거동 불편자에 대한 방문 간호/진료, 수용시설 과 노인정 및 저 소득 집단 지역의 순회 진료, 2차 병원에 입원비를 일부 지원하

는 입원 치료를 시도 하였다. 그외에도 질병 및 합병증 예방을 위한 보건 교육, 유관기관과 연계한 업무 처리, 대상자 등록 및 기록관리등이 추진 방법으로 활용 되었다.

기록 검토를 통한 간호과정 요소의 평가 결과는 〈표 2〉와 같다.

〈표 2〉 간호 과정 평점 (N=36)

구 분	항목수	최소점	최대점	평균점	(2)/(1)
			(1)	(2)	:(%)
간호 사정	5	5.0	15.0	11.5	76.7
간호 계획	13	17.0	39.0	25.7	65.9
간호 수행	12	19.0	36.0	29.1	80.8
수행 평가	2	2.0	6.0	4.4	73.3

간호사들은 각 항목에서 취득할 수 있는 최대점에 대해 66%에서 81%정도 성취한 것으로 평가 된다. 각과정의 세부적 내용을 살펴보면 〈표 3〉과 같다. 업무 수행의 성취 정도는 몇 항목을 제외하고는 70%의 수준에 달하여 간호 과정상 문제가 야기되지 않는 것으로 판단 된다. 그러나 계획시에 평가나 교육에 대한 계획을 고려하거나 평가지표의 개발, 상담과 교육의 세부계획, 치료/간호 절차를 위한 세부 계획 및 목표 수행을 위한 시간 계획을 수립함에 있어 현저히 낮은 수행양상을 보였다.

〈표 3〉 간호 과정 세부 항목별 평점

세부 항목	평점	표준 편차
간호 사정 :		
기왕력 조사	2.13	0.93
대상자의 관심 파악	2.39	0.80
의학적 사정	2.22	0.83
기능수준 평가	2.31	0.79
가정환경/의료보장 상태 파악	2.47	0.70
간호 계획 :		
의사 자문 내용 반영	2.06	0.75
대상자/가족의견 반영	2.28	0.81
*평가 계획 포함 여부	1.64	0.64
*교육 계획 포함 여부	1.94	0.67
치료와 간호 절차계획	2.00	0.72
상담 계획 포함 여부	2.00	0.72
*목표별 시간 계획	1.69	0.71
*목표별 평가위한 지표개발	1.64	0.59
*교육목표별 세부계획	1.92	0.65
*치료/상담절차에대한 세부계획	1.92	0.65
*상담위한 세부계획	1.94	0.63
타 전문인 의뢰	2.33	0.68
기관의뢰	2.36	0.76

간호 수행 :		
절차에 따른 간호술	2.42	0.77
무균술 수행	2.28	0.78
보조 인력 활용 여부	2.25	0.73
가족 참여 유도	2.33	0.76
적절한 중재 수행	2.64	0.54
교육 수행	2.19	0.71
치료에 따른 간호 수행	2.25	0.69
상담 실시	2.28	0.70
간호 일지 기록 철저	2.80	0.40
변화에 따른 중재안 변화	2.80	0.47
예방측면의 보건 교육 수행 / 기록	2.69	0.58
대상자의 반응 기록	2.19	0.78
간호수행 평가 :		
상태 변화에 따른 계획의 적절성	2.58	0.60
* 계획에 대한 의사 지시 기록 실시	1.83	0.77
간호수행의 체계적 기록	2.33	0.72
상태변화에 대한 보고	2.53	0.65

* 취득 평점이 낮은 항목

참고로 동료들이 실제 기록을 검토하면서 발견한 기록상의 문제점을 보면 간호 사정 단계에서 체계적 문진과 신체 사정이 미흡함을 볼 수 있었으며, 간호 계획에서는 우선 순위를 설정하여 계획하지 않았고 방문후 지속 관리를 위한 간호 계획이 없다고 지적하였다.

수행과정 중에도 환자의 상태 변화, 보건교육이나 서비스 내용에 대한 기록 그리고 수행 시간이 기록되지 않음을 보고하고 있었다. 또한 의사 지시의 경우도 서면 기록으로 남아 있는 것이 적었다<표 4>.

이러한 점들은 우리나라에서 아직 의료 사고가 생략화되지 않아 간호사들이 기록의 중요성을 간과하기 때문에 비롯된 기록상 미흡한 점이라고도 볼 수 있다. 그러나 방문 간호 실시가 시간당 보상 받는 서비스가 아니라는 점, 현재 주어지는 서비스가 수혜 차원에서 고위험 취약 계층에 주어진다라는 특성때문에도 서비스의 질적 관리가 이루어 지지 못해 서비스와 기록 모두에서 부족한 양상을 드러낸 문제라고도 볼 수 있다. 재가 만성 질환자의 간호가 보건소 간호사의 역할의 한 분야로 삽입된 이상 이의 질적 관리를 위해 각 간호 과정을 표준에 맞추어 실행 할 수 있도록 하며, 철저한 기록보존이 필요함을 교육을 통해 인식하도록 해야 할 것이다. 2차 자료검토에 의하면 이에 대한 해결방안의 하나로 년 3회 직원 교육 및 토론회를 실시하였고, 주 1회 과장회의 이후 자체 교육

모임을 실시하였다. 재가 만성질환자 관리라는 기존 보건소업무와는 상이한 특성때문에 배치되는 간호사의 자질을 별도로 고려할 필요가 있다. 우선 업무를 이해하고 업무에 대한 의욕과 동기부여된 특성, 그리고 임상 경력 3-5년의 자격을 갖춘 인력으로 배치함이 필요하다. 또한 근무 부서 이동을 가능한 한 배제하여 능력있는 인력의 범위를 넓혀 감도 필요하다.

기록상의 문제는 기록양식의 미비와 전산화되지 못함에도 원인이 있다. 지역보건과의 환자 관리 기록 양식은 '시민 건강 기록부' 인데 환자의 추구관리나 간호 과정을 문제 중심으로 기술하기에는 미흡한 점이 많다. 또한 정보의 관리가 컴퓨터를 통해 체계화되어 있지 못하기 때문에 지역별 관리 대장, 환자 관리 대장, 방문 진료 대장, 시민 건강 관리 기록부, 일일 업무 일지에 중복기록을 해야한다. 그러므로 양식의 보완과 업무 전산화 추진, 보수 교육실시등이 이를 수정해 줄 수 있는 방안이라 볼 수 있다.

<표 4> 동료평가를 통한 간호 기록상의 문제점

간호 과정	문 제 점
간호 사정	-과거 병력, 가족력 기록 없음 -신체 건강 사정 기록 없음, 주관적 사정 결과만 기록 됨
간호 계획	-문제의 열거가 체계적이지 못함(우선 순위 별 제시 안됨) -월별 계획 표의 근거 자료 기록 미흡, 수행 여부, 결과 기록 누락 많음 -간호 위한 지속적이고 구체적인 계획 수립의 기록 없음
간호 수행	-간호 서비스 수행 시간의 기록 없음 -월별 계획대로 대상자 방문한 기록 없음 -환자 상태 변동 기록 및 그에 따른 의사 지시 변동에 대한 기록 없음 -보건 교육, 상담의 내용 기록 없음 -가족의견 반영 기록 없음
간호 평가	-수행 결과에 대한 합리적 평가의 기록 없음

3. 결과측면의 질적수준 평가

대상자의 관리 횟수는 2년간 평균 60.9회였으며, 환자 만족도 평점은 32.97로 100점 총점으로 환산하여 91.6점에 해당하였다. 가장 낮은 평점은 61.1점으로 비교적 점수 범위가 넓게 분포하고 있었다.

환자를 관리한 내용은 진찰, 치료, 간호, 상담, 교육이 주요한 것이었다. 대상자가 건강관리를 받은 횟수는 대상자에게 주어진 교육의 충분성, 치료나 간호 수행절차의 합리성 그리고 상담의 충분성에 대한 평가 항목과는 긍정적인 상관 관계를 보였으나 주민이 평가한 만족도 총점과 간호사의 가정방문 횟수는 관계가 없는 것으로 나타났다($R^2=0.010$). 이점은 조사 대상자 특성이 거동 불편자로서 방치되었던 군이 대부분이었기 때문에 주민의 만족도 점수는 서비스의 양이나 질적 측면에 상관없이 높은 반응을 한 것으로 평가 된다.

〈표 5〉 환자 관리 및 주민 만족도 (N=36)

평균 관리 횟수(회)	60.9
환자 만족도 평점	32.97(91.6%)*
범위	22.00-36.00(61.1%-100.0%)*

(*) * 취득 점수/총점

V. 결론 및 제언

보건소는 급성 전염성 질환의 관리, 모자보건과 가족계획, 결핵관리등의 사업을 전개하면서 인구 조절의 측면에서나 급성 전염성 질환으로 인한 사망, 상병의 비중을 낮추는데 크게 기여하였다. 이는 보건요원(보건간호사, 간호조무사)의 가정 방문활동에 따른 결실이라 평가되고 있다. 그러나 현재는 인구의 노령화, 사회 경제적 발전과 그에따른 질병 양상의 만성화 그리고 의료제도의 변화등으로 대상자들은 보건 의료 서비스의 높은 양적 질적 요구를 표출시키고 있다. 이는 우리나라 국민의 치료위주의 건강관리 행태가 전국민의료 보험이라는 재원조달 기전이 확보됨에 따라 강화되어 나타난 현상이라 볼 수 있다. 그러나 만성 질환은 질병의 역학적 특성상 위험 요인 관리를 통한 예방, 조기발견, 지속 치료, 재활등 일련의 과정 속에서 추후 관리되어야 한다. 공공의료 기관과 민간의료 기관의 역할을 단순히 이분화할 수는 없으나 기관의 목적과 인력, 시설자원, 기관의 분포, 실태와 운영 통제 방식을 고려해 볼 때 만성 질환은 공공 기관이 관리하는 것이 유리한 여러가지 강점을 지니고 있다. 그러므로 2,000년대를 바라보며 보건소 역할을 만성 질환 관리와 복지 서비스 제공으로 방향을 전환함은 바람직하고, 이미 여러 실험 논문들에서 이

를 지지해 오고 있다. 특히 노인 인구의 증가는 그들의 요구가 집중적인 치료를 요구하기 보다는 가정에서 가족원들이 수발하기 어려운 여러 문제를 해결할 수 있도록 지지해 주기를 원한다는 점에서 가정 방문 간호 서비스의 요구는 증가할 것이다.

보건기관은 '90년대에 진입하며 업무 접근 방식을 바꾸려는 의지를 갖고 기존의 사업 목표량 중심의 내소자 관리를 주민의 통합적 건강관리에 초점을 두는 가족단위의 건강관리로 전환하고 있다. 이 접근법이 실천 가능하도록 조직 과 제도를 일부 수정한 시범보건소에 지역보건과를 설치하였으며, 제한된 범위이지만 업무 내용의 설정과 이의 운영을 위한 계획 부터 평가의 단계에 이르기까지 모든 업무를 자율 운영에 맡기고 있다. 그러므로 현재 수행되고 있는 실험적인 상황은 앞으로 보건소 간호사업의 방향을 설정하는데 중요한 영향을 미칠 것이다.

보건소 사업은 전개된지 40년이되어 가면서도 종합적인 평가를 하지 않았다. 이제까지의 사업 평가는 모두 중앙 정부에서 제시한 추정된 목표량을 얼마나 달성하였는가의 수준에 그치며, 그것이 주민의 요구에 합당한 것인지, 효과는 어떠한지, 운영상의 문제는 무엇이며 합리적 해결 방안을 모색했는지 비용 효율적인 측면에서 보다 나은 대안은 없는지에 대한 평가와 그 결과를 반영한 사업 계획을 수행한 경험이 없다. 이에대한 문제점의 제시에따라 1994년 부터 국립보건원 훈련부를 중심으로 보건 사업 평가 지표 검토 작업을 하고 있는 중이다. 이런 시점에서 새로이 전개되는 방문간호사업은 바른 진행틀 가운데 사업이 추진되어야 하며, 향후 발전 방안 마련을 위해서도 주기적으로 평가되고 그 결과를 반영함이 요구되고 있다.

본 보고서에서는 지난 2년간 도봉구 보건소 지역보건과가 수행한 방문간호사업을 과정, 결과의 측면에서 평가해 보고 앞으로의 전개 방안을 마련하고자 시도하였다.

연구의 결과를 요약하면 아래와 같다.

- 1) 방문간호사들의 간호과정 수행의 성취정도는 70%수준이며, 사업계획의 수립은 현저히 미흡한 성취수준을 보였다. 특히 평가 계획이나 교육 계획 그리고 업무수행의 시간계획 수립이 낮은 평점을 나타내었다.
- 2) 간호기록 검토에 의하면 체계적인 환자 사정이 이루어지지 못했으며, 대상자의 상태 변화, 제공

- 된 서비스 내용이 기록되어 있지 않았다.
- 3) 환자가 평가한 서비스 만족도는 높았으나 이는 가정방문 횟수와는 관련성이 없는 것으로 나타났다. 이에 비해 기록검토와 비교해 볼때 가정방문 횟수는 기록상에 나타난 교육의 충분성, 치료나 간호수행 절차의 합리성, 상담의 충분성 항목과는 양적 상관성을 보였다.
- 4) 공공보건의사업 내에서 점차 비중이 커질 방문을 통한 만성질환자 관리를 위해 간호과정에 대한 질적 관리와 체계적인 교육이 필요하다. 특히

밝혀진 문제를 중심으로 사업운영을 위한 계획 수립에 대한 교육이 요구되며, 면밀한 기록의 필요성과 방법에 대한 교육도 요구된다. 또한 중복 기록을 피하기 위해 표준화된 기록양식의 개발과 업무 전산화로 시급히 이루어져야 할 과제 중 하나이다.

- 5) 방문간호사업 전반에 대한 평가지표는 <표 6>과 같다. 이를 담당 간호사의 모임을 통해 보건의 특성에 맞도록 평가기준에 가중배점을 주어 주기적인 평가를 함이 바람직하겠다.

<표 6> 방문 간호 사업 평가 지표

평가 항목	평가지표	평가기준
사업전반	사업구조	업무량에 준하여 적절한 인력수를 확보하고 있는가,
	인적 자원의 확보	자질은 적합한가 기능인력으로 자원봉사자를 교육을 통해 확보하고 활용하였는가
	예산 확보	사업비 확보는 충분한가
	비품확보/활용도	가정방문용 기구/필요물품의 확보
	자원활용의 적절성	지역사회자원과의 연계/의뢰 활성화
	사업과정	
	사업선정방법의 합리성	지역진단 자료에 의해 전 주민을 사업 요구별로 파악하고 있는가
	사업 목적 제시된 계획서	목적(표)이 제시된 사업 계획서를 작성하였는가
	대상자 포함 범위	주민 요구, 사업수행 인력의 업무량 감안한 지역주민 포함범위의 타당성
	기록양식의 적합성	간호과정의 기록양식 보유/정확한 기록
방문간호	과내 의사소통/교육	정기모임 유무/자체교육 여부
	과내 민주적 의사반영	정기회의여부/사안에 따른 회의개최
	외부관련기관협조	협조/의뢰의 제도적 장치가 있는가
	주민참여 기전 여부	사업계획단계부터 주민참여위한 제도적 기전
	사업 평가	평가계획유무/과정-결과평가실시/주기적평가유무/평가시기 적절성 결과의 반영 여부
	보수/직무교육	정기 교육모임 유무
	사업결과	장, 단기 목표 성취율 주민 만족도/참여율
	사업 과정	방문주기의 적절성, 지속관리방식
	사업결과	단기목표성취율(자기간호 능력향상, 고위험군 확진율, 환자관리율, 건강검진참여율/이상자 발견율/상담율/추구관리율, 이동진료건수/치료요구제가, 환자 진료연계율)주민 만족도
	보건교육	사업과정
사업결과		목표 성취율, 주민참여율/만족도

참 고 문 헌

- 국립보건원(1994). 보건소 기능강화 및 가정 간호 사업 모형 개발에 관한 연구.
- 국립 보건원 훈련부(1994). 지역단위 보건사업 평가 지표 개발을 위한 워크샵 자료집.
- 김용익(1994). 보건소 체계의 발전방향, 한국 보건 행정학회 연제집.
- 배상수(1993). 보건소망을 통한 만성 퇴행성 질환 관리 사업의 추진 방향. 한국 보건 행정학회지.
- 서울특별시 방문간호사업(1992). 방문간호사업.
- 서울특별시 의약과(1991). 방문간호사업지침.
- 윤순녕(1993). 지역사회중심의 가정간호사업. 대한간호, 32(4).
- 윤순녕(1991). 우리나라 보건소의 환경, 조직구조와 조직유효성과의 관계. 서울대학교 대학원 박사학위 논문.
- 이인숙(1992). 보건소 중심 가정간호사업 실시후 보건 간호사의 역할, 보건간호사회 간호직 계장 교육 자료집.
- 이인숙(1992). 공공보건기관에서의 만성질환 관리를 위한 가정방문 사업 고찰. 대한 보건 협회지, 18(1).
- 한림대학 사회의학 연구소(1990). 보건기관의 성인병 관리 사업.
- 한림대 사회의학 연구소(1990). 90년대 공공 보건의료의 발전 방향.
- Amhc(1991). Accreditation manual for home care.
- Beverly, C. F.(1987). Quality assurance in community health nursing, outcome measure in home care. National League for Nursing.
- Donabedian, A.(1980). Explorations in quality assessment and monitoring. volume 1: The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, MI. Health Administration Press.
- Elizabeth(1988). Community as client. Lippincott.
- Joan Buddi(1987). Quality assurance in home care agency, outcome measure in home care. National League for Nursing.
- Linda Ewles(1992). Promoting Health. Oxford.
- Kane, R. A., Kane, R. L., Illston, L. H., & Eustis, N. N.(1994). Perspectives on home health quality. Health Care Financing Review, 16(1).
- Karen Lucker(1992). Health visiting. Oxford.
- Martin, K. S. & Scheet, N. J.(1992). The OMAHA system. philadelphia : W. B. Saunders.
- Shaughnessy, P. W., Crisler, K. S., Schlenker, R. E., Arnold, A. G., Kramer, A. M., Powell, M. C., & Hittle, D. F.(1994). Measuring and assuring the quality of home health care. Health Care Financing Review, 16(1).
- Sorgen, L. M.(1986). The development of a home care quality assurance program in Alberta. Home Health Care Quarterly, 7(2).
- WHO(1981). Health program evaluation.
- Wilson, A.(1988). Measureable patient outcome : Putting theory into practice. Home Health Care Nurse, 6(6).

- Abstract -

Key words : Visiting Nurses Service,
Quality Assurance

A study for quality assurance of visiting nurses service of a public health center

Yun, Soon Nyoung · Lee, In Sook
Hyun, Hye Jin* · You, In Ja · Kim, Jai Nam
Bae, Jung Hee**

The purpose of the study is to evaluate the visiting nurses service of a public health center. Data were collected from the 36 clients who received services from a public health center. In terms of the process evaluation, the tool is

* College of Nursing, Seoul National University

** Do Bone-ku Public Health Center.

composed 4 parts, 27 items such as assessment planning, implementation, and evaluation. It was measured through the health records by 2 peer review. In terms of the outcome evaluation, the level of client satisfaction was measured by self report or interview by 2 supervisor. The result were as follows :

1. 30% of 36 health records showed nursing process was not and out of them, nursing care plan including specific activities were rarely established or unclear.
2. The lack of systematic data collection showed and nursing diagnosis was not addressed in health records review.
3. Client satisfaction score was 32, 97, out of maximum score 36.
4. The lack of sufficient objective data, care plan, record of client's health status change, and evaluation was founded therefore quality assurance for visiting nurses service and in-service education are required and the development of standardized record system need.

<부록> 방문 간호수행 평가 도구

담당지역 및 간호사 성명 : 평가자 성명 : 평가일시 : 이전평가일시 :

간호사정	요구되는 간호활동	충분	불충분	개선할점	재계획수립
<u>간호사정</u>					
1. 과거력조사					
1) 문진을 통한 기왕력조사가 이루어 졌는가?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2) 대상자의 주관심사에 대한 파악과 평가가 이루어졌는가?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. 신체적 사정					
1) 의학적사정		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2) 기능수준		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3) 가정환경 및 의료보장 상태		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>간호계획</u>					
1. 의사의 자문이 간호계획수립에 반영되었는가?					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. 대상자와 가족의 의견이 간호계획, 수립에 반영되었는가?					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. 계획에 다음내용이 포함되어 있는가?					
1) 지속적인 평가를 위한 구체적인 지표		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2) 교육		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3) 치료/절차		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4) 상담		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. 계획에 다음과 같은 목표가 포함되어 있는가?					
1) 목표를 달성하기에 현실적인 시간 계획이 제시되어 있는가?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. 목표별 세부계획이 세워져 있는가?					
1) 지속적인 평가를 위한 구체적인 지표		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2) 교육		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3) 치료/절차		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4) 상담		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. 기타 필요한 타전문가에 대한 의뢰를 포함하고 있는가?					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. 기타 필요한 타 지역사회기관에 대한 의뢰를 포함하고 있는가?					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>간호수행</u>					
1. 처치 및 기술					
1) 간호술의 절차를 따랐는가?					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2) 무균술을 지켰는가?					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3) 보조인력을 활용했는가?					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4) 대상자 및 가족의 참여를 유도 및 감독했는가?					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. 대상자 및 가족의 건강상태 변화의 파악과 적절한 중재가 수행 되었는가?					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. 계획된 간호내용에 따라 간호를 수행하였는가?					
1) 교육		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2) 치료/절차		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3) 상담		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. 간호일지를 통해 환자의 변화를 알 수 있는가?					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. 변화에 따른 적절한 중재가 이루어졌는가?					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. 보건교육 및 예방적 간호중재					
1) 모든 교육내용에 대한 기록이 있는가?					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2) 제공된 교육에 대한 대상자의 반응이 기록되어 있는가?					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>수행한 간호에 대한 평가</u>					
1. 다음에 기초한 간호계획의 적절성					
1) 대상자의 건강상태의 변화					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. 간호계획의 변화에 따른 필요한 의사지시의 서면화					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>기 록</u>					
1. 기본적 자료가 체계적으로 기록되어 있는가?					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>대상자 관리</u>					
1. 대상자에 유의한 상태변화시 상급자에게 보고했는가?					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<부록> 간호에 대한 환자만족 측정 도구

성별 : 남 · 여	년령 :	세	방문회수 :	회	
내		용	불만족	만족	매우만족

나를 담당하는 간호사는

1. 내가 무엇을 느끼는지 이해하고 있다.
2. 내가 분명히 이해할 수 있는 용어를 사용한다.
3. 친절하다.
4. 나의 사생활에 대한 비밀을 지켜준다.
5. 치료, 절차, 투약에 관한 설명을 해준다.
6. 나 혼자서 할 수 있도록 가르쳐준다.
7. 순서적으로 간호를 해준다.
8. 내가 필요할때 언제든지 간호사를 만날 수 있다.
9. 나의 상태를 항상 파악한다.
10. 내 문제가 해결 될때까지 지속적으로 돌봐 준다.
11. 방문일정을 알려주며 약속된 날자에 방문해준다.
12. 편안함을 느끼게 해 준다.
13. 내게 일어난 일에 대해 준비시켜 준다.