

저소득층 방문간호 관리를 위한 제안

—강북구 방문간호 대상자를 중심으로—

고 미 자 (강북구 보건소)

목 차

I. 서론	IV. 연구결과 및 고찰
II. 저소득층 방문간호사업의 이론적 고찰	V. 결론 및 제언
III. 연구방법	참고문헌
	영문초록

I. 서론

인류 역사를 통하여 빈곤을 해소하고자 하는 노력은 어느 시대, 어느 사회를 막론하고 전개되어 왔으며 빈곤 문제에 대한 인식도 시대에 따라 변해 왔다.

고전적 시장경제체제하에서는 빈곤의 원인과 책임이 모두 빈민 자신에게 있었으며 국가가 이에 개입하는 것은 사생활의 침해였고 시장경제 질서에 대한 일종의 반란으로 간주되었다. 그러나 빈곤 문제는 경제가 성장함에 따라 자연히 조절될 수 있는 것으로 경험속에서 밝혀지게 되었다.

따라서 오늘날에는 언제 어디서나 발생하기 마련인 빈곤에 대한 일차적 책임은 국가가 가져야 한다는 인식이 보편화되기에 이르렀다.

한편 1978년 Almata 선언 이후 WHO에서는 Health For All(만인의 건강)을 목표로 하여 개도국이든 선진국이든 간에 모두 인간의 건강과 안녕상태를 향상할 수 있는 보건사업이, 전 인구를 대상으로 적용해야 된다는 점을 천명하고 있다.

WHO보고서(1990)에 따르면 서태평양 지역인구의 거의 반이 도시 지역에 살고 있기 때문에 인간의 건강과 안녕 상태를 개선할 수 있는 활동은 도시환경과 도시민들에게 관심을 두어야 할 필요가 있다. 1990년 현재 WHO 서태평양 지역의 각국 보고에 근거한 도시인구 비율은 51%이며, 세계 평균 도시인구 비율은 42%이다.

1990년 그 당시 한국의 도시인구 비율은 73%였으나, 1994년 현재 80%를 상회하는 비율에 도달하고 있다고 통계청(1994)은 밝히면서, 가속화 되고 있는 도시인구 성장의 주요원인은 자연증가율보다 농어촌으로부터의 도시 유입과 도시의 행정구역 확대에 기인함이 큼을 시사한다.

따라서 도시 영세민들을 묘사하는 용어로 제4세계(Fourth World)라는 말이 파생될 정도로 도시 영세민에 대한 이슈가 세계적으로 심각해지고 있다.

도시에 유입된 새로운 도시 이주민은 사회적으로 소외되고, 고층 아파트생활과 고속 산업기술과 과밀 교통상태에 노출되어, 더 큰 건강저해와 정신건강문제 및 각종 사고를 당하게 되는 확률이 높다.

이에 따라 증가하는 도시화에 상응하는 예방조치가 취해지지 않는 이상 이들 계층에 대해 인간이 지불해야 할 값은 너무나 큰 것이 될 것이다.

한편 우리나라의 질병과 사망구조가 선진국의 현상과 마찬가지로 변화됨에 따라 정부에서는 '90년대 보건의료의 당면과제 중 만성퇴행성질환의 관리기반을 구축하고 국민의료비 증가를 억제하고자 하는 정책목표를 제시하였다.

그중 대표적인 사업이 가정간호사업이며 이는 의료비 상승과 의료보험의 재정압박을 해소하고 환자의 병원집중화 현상을 완화, 병상회전율을 높이며 고가의 침상을 중환자에게 돌려주고 국민의 의료비 부담을 경감시키는 데 기여한다는 점에서 학계의 주목을 받고 있다.

또한 서울시에서도 1991년에 신설한 보건소내 저소득층의 방문간호를 담당할 전담기구로서 지역보건과는 우리나라 보건의료사업의 발전을 위한 새로운 계기로 보여진다.

이러한 방문간호 사업을 전개하기 위해 지역사회의 건강 요구를 기초로 하여 간호를 제공함에 지역주민의 특성 및 건강상태를 파악하는 일이 우선되어야 하나 서울특별시 방문간호사업지침(1992)이 지정한 바와 같이 이 사업에 대한 평가 및 연구가 희소한 편이어서 공공 부문의 제도화된 보건사업의 일환으로 본 제도에 진입하기가 어렵다.

이와 관련된 연구로 김영자(1992)의 일부도시 저소득 방문간호사업 대상 가족의 주요 건강문제 및 실태에 관한 연구, 배송희(1993)의 서울시 일부 저소득층 주민의 건강상태 평가 및 방문간호 요구에 관한 연구, 이영애(1994) 방문간호사업에 대한 의료보호 대상자들의 평가 등이 있으나 아직도 방문간호사업에 관해 학문적으로나 체계적으로 미흡한 단계에 있다.

따라서 본 연구는 이와 같은 배경에 따라 방문간호사업 시작인 초기부터 현재에 이르는 약 5년에 걸친 건강기록부 자료를 중심으로 평가, 분석함으로써 간호사 1인의 담당지역에 근거한 효율적인 방문간호사업을 위한 기초자료를 제공할 목적에서 시도되었다.

위에 따라, 서울특별시가 방문간호사업을 시작한 초기부터 현재(1990. 9~1995. 9)에 이르기까지 간호사 1인의 담당지역 내에서 수행되고 있는 방문간호 활동을 관리 차원에서 분석하여 효율적인 방문간호사업을 위한 기초자료가 되기를 기대한다.

덧붙여, 정부보건사업의 전문인력인 의료인의 중추는 간호사 이외에 의사의 진료활동도 간과할 수 없으므로 간

호사에 의한 방문간호 빈도와 함께 의사가 동행되는 방문 진료 빈도에 관한 분석이 병행되어야 함이 합리적이라는 취지 하에 다음과 같은 구체적인 목표를 설정하였다.

(1) 간호사와 의사가 수행한 평균 방문빈도를 관리의 양적인 측면에서

- ① 세대주의 인구학적 변수
- ② 관리특성 변수
- ③ 간호진단 변수
- ④ 변수간 상관관계를 파악한다.

(2) 간호사와 의사가 수행한 관리내용의 질적 측면에서 서비스형태 및 내용과 애로사항지원별 평균 방문빈도를

- ① 대상자 요구 및 수요, ② 1994년을 예로 한 분기별 활동

(3) 간호사가 수행하는 총 방문빈도를 예측하는 변수들을 파악한다.

Ⅱ. 저소득층 방문간호사업의 이론적 고찰

1. 저소득층의 개념

1) 저소득의 정의

권순원 등(1993)에 의하면 저소득층은 글자 그대로 저소득층 구조에서 하위를 점하는 계층으로 실용적 또는 이데올로기적 목적에 따라 영세민층, 빈곤층, 또는 빈민층으로 불리기도 하며 그 범위 측정도 다양한 목적과 학문적·행정적 필요성에 의해 상이하게 나타날 수 있다.

저소득층이라 함은 빈곤층의 개념과 동일하게 파악할 수 있는데 빈곤을 말할 때 소득이 가장 대표적인 지표가 되기 때문에 저소득과 빈곤을 동의어로 간주할 수 있다(김영모 등, 1982).

빈곤에 대한 정의를 살펴보면 "적당한 생활수준을 유지하는데 필요한 재화와 용역의 결핍상태" 또는 "건강과 신체적 능력을 유지할만한 수입을 얻지 못하는 사회, 경제적 상태"라고 하였다.

권순원 등(1993)은 절대적 빈곤이란 최저 생활수준의

식품, 주거, 피복 등의 용도에 필요한 자원(소득이나 재산)의 결여, 즉 한 가구의 소득이 최저생활을 하는데 필요한 생계비에 미달한 상태로 정의된다. 절대빈곤의 추계가 실지로 매우 어렵고 상당한 임의성을 내포하고 있기 때문에 상대적인 빈곤 개념이 최초 공적부조 사업의 기준으로 널리 사용되고 있다.

법적·행정적 빈곤층은 저소득층의 생활보호를 위해 사회정책적인 목적으로 규정한 것이다. 법적 규정에 의한 보호대상자 및 보호 종류의 설정은 행정적인 필요에 따라 빈곤계층의 범위를 법으로 규정한다.

우리나라의 경우 생활보호대상자의 선정방법 및 절차는 생활보호법 제21조에 따른다.

2) 빈곤의 영향

이선자 등(1991)이 지적하고 있는 빈곤이 미치는 사회적 영향은 다음과 같다. 고도의 산업사회일수록 결혼적령기의 남자들은 안정된 직업을 원하고, 자녀의 출산과 양육에 대한 자신이 생기며, 연령상으로 법적 혼란이 없는 상황에서 요구충족이 이루어질 때까지 결혼을 회피하는 경향이 다분히 많다. 여성의 측면에서도 유사하며 빈곤 가정의 자녀들은 경제력이 제한되어 있으므로 물욕에 대해 형제간에 보다 심각하고 적극적으로 경쟁하며, 즉흥적인 혼계와 같은 부모의 적절한 역할모델의 결여로 성인사회에서 성공적으로 적응하는데 난점이 많다.

일반인구 집단보다 질병으로 인한 비활동일수가 높고, 심장질환, 안질환, 정신질환 등이 높으며 영아사망율 역시 일반가족보다 높으므로 빈곤은 건강위험을 가중시키는 요인이다.

낮은 교육수준, 사회적 고립, 체념적 생활관 등으로 인해 보건기관의 이용에 관한 동기유발을 감소시킨다.

3) 생활보호 대상자 선정기준

우리나라 생활보호법(1961. 12. 30일 제정, 1982. 12. 31. 법률 제 3623호 전면개정)에는 정책적 차원에서 국가 보호 대상자를 규정하여 이들에게 건강하고 문화적인 최저 생활을 유지할 수 있도록 생활보호법 제3조에 이를 규정하고 있다.

즉 부양의무자가 없거나 부양의무자가 있어도 부양능력이 없는

① 65세 이상의 노약자

② 18세 미만의 아동

③ 임산부

④ 폐질 또는 심신장애로 인하여 근로능력이 없는 자

⑤ 기타 생활이 어려운 자로서 보호기관이 이 법에 의한 보호를 필요로 한다고 인정하는 자를 말한다.

18세 미만의 아동을 보호하는 경우에 그 아동의 양육을 위하여 필요하다고 인정될 때 아동과 함께 그의 어머니를 보호할 수 있다.

보호의 종류는 생활보호법 시행령(1982. 12. 30. 대통령령 제11293호 전면개정 1990. 12. 1 대통령령 제13173호(장애인복지법 시행령)에 의하여 다음과 같이 구분된다.

① 거택보호대상자는(생활보호법 시행령 제6조 제1호) 법 제3조에 해당하는 자들과 50세 이상의 부녀자만으로 구성된 세대에 속하는 자

② 시설보호대상자는 법 제3조 제1호 내지 제4호에 해당하는 자로 주거가 없거나, 있어도 그곳에서는 보호의 목적을 달성할 수 없어 보호시설에 입소하게 하여 보호를 행할 자를 말한다.

③ 자활보호대상자는(생활보호법 시행령 제6조 제3호) 거택 및 시설보호자에 해당하지 아니하는 자로 실직, 기타의 사유 등으로 생활이 어려운 요보호 대상자로서 그 자활조성을 위하여 보호를 행할 자를 말한다.

생활보호대상자의 수는 1981년 3,471,000명(전 인구대비 8.9%)으로 책정 이래 뚜렷한 증감추세를 보이지 않고 있다. 1990년에 3,315,000명(전 인구대비 7.73%), 1993년에 2,121,000명(전 인구대비 4.8%)으로 감소추세를 보이고 있다.

더우기 생활보호자를 선정하는 기준인 소득 및 재산금액은 대도시의 경우 1981년 1인당 소득 3만원, 가구당 재산액 70만원에서 1990년에는 각각 4만 8천원과 340만원으로 인상되는데 그쳐 법적 선정기준인 국민의 평균생활비 증가율(도시경우 1981년 217,000원, 1989년 594,000원으로 2.92배 상승, 물가수준 1.39배)에 뒤떨어지고 있어 법적 생활보호대상자 이외의 저소득층이 두텁게 누적되어 있을 가능성이 높다.

그러나, 미국 일본 등 선진국에 비하면 약1/3 혹은 1/5에 불과한 실정이다. 1995년 생활보호대상자 선정기준은 아래와 같다.

〈표 II-1〉 '95 생활보호대상자 선정기준

구분	소득(인/월)	재산(가구)
생활보호 대상자		
· 거택보호자	19만원 이하	2,500만원 이하
· 자활보호자	20만원 이하	2,500만원 이하

자료:서울특별시, 생활보호대상자관리, 1995.

또한 생활보호대상자 입원비 본인 부담율은 〈표 II-2〉와 같고 생활보호대상자가 의료비를 대불받고자 할 때에는 (본인 부담액 10만원 이상시) 진료기관의 확인을 받아서 대불신청서를 보호기관(관할구청장)에 제출한다.

대불금액 상환으로 대불금액이 10만원 미만은 3회 분할 상환하고 대불금액이 10만원이상 30만원 미만은 8회 분할 상환, 대불금액이 30만원 이상은 12회 분할 상환을 한다.

5) 생활보호대상자 지원내용

1995년 현재 우리나라 생활보호대상자의 수는 1,754,904명으로 전 국민 3.9%('94년:4.3%)이다.

생활보호대상자의 생계보호 지원내용은 1995년을 기준으로 하여 〈표 II-3〉과 같고 거택보호대상자와 시설보호대상자에 한한다.

(1) 주식비 현금지원(14,210원/인, 월)

노쇠, 폐질 등으로 거동이 불편한 거택보호대상자 가구에 대한 주식비는 현물(쌀, 보리쌀)로 지급할 수 있다.

(2) 피복비 지원(49,790원/인, 년)

(3) '95년 생계보호기준

2. 가정간호와 방문간호

1) 역사적 배경

인류의 기록 초기인 기원 전에도 가정에 있는 환자를 방문하여 돌봐 주었던 흔적은 나타나고 있다. 로마시대에는 몹시 가난하거나 병든 불쌍한 사람들을 위하여 특별히 훈련받은 여성이 방문하여 돌보았던 기록이 있으며, 기원 초에는 바울의 서간문 로마서 16:1-2에서 Phoebe라는 방문간호사의 이름을 확인할 수 있다.

그러나 조직적인 방문간호사업의 시작은 1617년 St. Vincent de Paul이 자선부인회를 설립하여 가난하고 병든 사람에게 의료 및 간호서비스를 제공했던 것에서 비롯되나 이 모두 종교를 바탕으로 한 자선사업의 형태이었던 점이 주목된다.

최초의 비종교적인 간호사업은 1859년 영국의 Liverpool City에서 Mr. William Rathbone의 지원을 받아 공중 노무병원을 중심으로 Visiting Nursing Training을 시작한 데서 비롯된다. 1887년 영국은 빅토리아 여왕 즉위 50주년 기념판으로 Queen Victoria Jubilee Institute for Nurses를 세우면서 전국 규모의 방문간호(Visiting Nursing Service)를 확대하였는데 이는 오늘날에도 구역 간호사업의 일환으로 지속되고 있다.

위와는 다른 각도에서 병원 중심의 가정간호사업이 활성화된 것은 1796년 미국 보스톤의 한 진료소에서 가난하고 병든 사람을 병원이 아닌 가정에서 보호받도록 주선한 데서 시작되었다.

그후 1877년 뉴욕시 선교회의 여성지회에서 처음으로 가정에서 간호를 제공할 수 있는 자격간호사를 채용하였으며, 1885년에는 뉴욕주 Buffalo시에 가정간호를 제공

〈표 II-2〉 종별대상 및 의료비 본인 부담율

종 별	대 상	본인 부담율		
		1차(외래)	2차(입원)	
			본인부담	국가부담
1 종	· 생활보호대상자 중 거택보호 대상자 사회복지시설 수용자 · 인간문화재, 월남귀순자, 국가유공자, 이재민, 성병감염자, 의사자 및 의사자 유족	-	-	-
2 종	생활보호대상자 중 자활보호자	1,000원 보건소 제외	20%	80%

자료:서울특별시, 방문간호사업계획, 1995.

〈표 II-3〉 생활보호 대상자의 지원내용

구		분	'94년	'95년	증(△) 감()
거 택 보 호	보 호 대 상		320 천명	307천명	
	지 원 기 준	백미(인/월)	10 kg	10kg	
		장맥(인/월)	2.5kg	2.5kg	
		부식비(인/월)	820원	1,020원	(△) 200원
		연료비(가구/일)	675원	750원	(△) 75원
		피복비(인/년)	-	49,790원	(△) 49,790원
		장의비(구당)	300,000원	300,000원	
보호수준(인/월)		65천원	78천원	(△) 13천원	
시 설 보 호	보 호 대 상		81천명	78천명	
	지 원 기 준	백미(인/월)	456g	456g	
		장맥(인/월)	114g	114g	
		부식비(인/월)	820원	1,020원	(△) 200원
		연료비(인/년)	50원	55원	(△) 5원
		피복비(인/년)	49,790원	49,790원	
		장의비(구당)	300,000원	300,000원	
보호수준(인/월)		65천원	72천원	(△) 7천원	

☆1인당 월보호 수준에는 월평균 의료보호비(12,058원)와 학비지원액(2,921원)을 포함하고, 장제비는 제외하여 산출.

※자료:서울특별시, 생활보호대상자관리, 1995.

할 수 있는 민간 자선기관이 세워지고, 1886년에는 보스톤과 필라델피아 방문간호협회(visiting nursing association)가 자선기관으로서 조직되었다.

초기의 가정간호는 특별한 간호학적 기술이나 지식이 없는 문외한에 의해 운영되었으나 점차 가정간호에 대한 인식이 미국 전역에 확산되어 1898년에 Los-Angeles Country Department에서 간호사로 하여금 병들고 어려운 사람들의 가정을 방문하여 직접 간호를 수행하게 한바 최초로 보건분야의 공식사업으로 채택되었다.

우리나라에서는 1923년부터 외국인 선교사 Rosenberger와 보건간호사 한신팡이 서울기독교 대화여자관에서 모자보건서비스를 중심으로 방문간호를 한데서 비롯되었다. 이때의 주민반응은 상당한 것이어서 결국에는 Baby Clinic을 개척하여 간호사의 방문에서 내소하는 환자 중심의 보건간호사업을 계속할 수 밖에 없었다.

2) 가정간호의 정의

가정간호에 대한 정의는 국내외 여러 학자에 의해 다양하게 정의되고 있다. 즉 가정간호사업의 전달자, 전달방식,

전달되는 정도, 전달 대상자의 특성, 전달비용 등 가정간호사업의 구성요소들에 대한 기준에 따라서 달라 정의되고 있다.

홍여신 등(1990)은 가정간호는 전문간호사가 가정방문이라는 수단을 이용하여 장기간호를 필요로 하는 환자들에게 예방적, 지지적, 치료적 서비스를 포함하는 포괄적인 간호를 제공함을 의미한다고 하였다. 또한 가정간호는 개인 또는 가족에게 건강상의 문제가 발생하였을 때 병원의 의뢰나 개인 또는 가족의 자발적인 요구에 따라 가정간호사가 가정을 방문하여 직접적인 도움을 줌으로써 질병과 장애로부터 회복을 도모하고 개인과 가족의 건강관리 능력을 향상시켜 그들의 건강을 유지 증진하기 위하여 제공되는 간호활동이라고 정의하였다.

미국의 국립 가정간호협회(1986)에서 내린 정의에 의하면 가정간호는 회복기환자, 불능자, 만성질환자들에게 가정 환경 내에서 치료를 제공하고 효율적으로 가능하도록 돕는 서비스이며 단기적, 혹은 장기적으로 가족성원이나 친구에 의해 효과적인 간호가 제공될 수 없는 경우에 적당하다고 할 수 있다.

미국에서는 가정간호와 관련이 깊은 6개 기관이 모여 다음과 같은 정의를 내린 바 있다. 가정간호는 건강관리 체제의 한 요소로 치료, 지원, 예방적인 측면을 모두 포함하며 그 특성상 의료와 사회적인 면이 조화된 서비스로서 질병이나 교통 또는 만성질환이나 상해로 인한 장기간의 불구제한이 있는 개인이나 가족(연령에 관계없이)이 최적의 건강, 활동 및 독립성을 유지할 수 있도록 가정에서 단독으로 또는 가정과 연합하여 제공하게 된다.

또한 Worhola(1980)는 가정간호란 말기환자를 포함하여 불구와 질병의 영향을 최소화한 줄이는 한편 독립 수준을 최대한 높이거나 건강을 유지·증진·회복시킬 목적으로 대상자들의 주거환경 내에서 개인이나 가족들에게 제공하는 포괄적인 건강사업의 연속선상의 구성요소를 말한다고 하였다.

결국 가정간호란

- ① 인력으로는 가정간호사 혹은 전문간호사를 필요로 하며
- ② 요구로는 회복기 상태 및 만성질환에 대한 의료 및 간호요구가 있으며
- ③ 서비스제공 방법으로는 대상자의 주거환경인 가정에 방문하며
- ④ 서비스내용은 건강의 유지, 증진, 치료 및 회복에 여하는 포괄적 건강사업을 제공하는 간호활동이라고 설명할 수 있다.

3) 가정간호 및 방문간호사업

가정간호란 가정을 보건의료장소로 하여 전문간호서비스를 제공하는 간호사업의 한 분야이다. 가정간호를 필요로 하는 ① 대상자는 만성질환자, 조기퇴원환자, 노인성질환자, 불구아, 정신질환자 등 장기 건강문제를 지닌 사람이며, ② 장소는 병원이 아닌 가정이고, ③ 인력은 전문적인 교육을 받은 가정간호사가 담당하며, ④ 서비스공급수단으로 가정방문을 이용한다.

따라서 이 가정간호 서비스를 소비하는 환자 자신들은 병원을 이용하는 불편감, 시간, 비용 등을 절감하는 장점이 있고, 가족 전체에게 필요한 교육과 가족의 자가건강관리 능력을 개발시켜 주므로 궁극적으로는 대상주민 모두의 건강을 적정수준으로 유지할 수 있으므로 부문별로는 공공부문과 민간부문이 병행할 수 있으면 더욱 더 바람직하다.

이러한 시대적인 배경에 따라 서울시에서는 '93년부터

민간단체인 대한간호협회 서울시지부와 공동노력으로 최초의 사업인 민·관 주도하에 시범사업으로 가정간호사업을 실시하고 있다.

보건소 및 시립병원을 이용하는 만성질환자, 노인환자를 대상으로 재가치료를 유도하여 입원기간의 단축으로 병상회전율을 높이고 의료비절감을 기대하며 효율적인 의료체계에 의한 건강관리를 도모하고자 서울시 25개 보건소와 4개의 시립병원(시립동부병원, 시립서대문병원, 시립아동병원, 시립정신병원)과 시립보라매병원, 지방공사 강남병원, 대한간호협회서울특별시지부와 또한 자원봉사자들을 활용하여 21세기를 대비한 건강관리 체계에 주력하고 있다.

연계기관에서 가정간호대상자를 선정하고 간호협회 서울시지부에서는 확보된 인력을 활용한다. 가정간호사 기본방문료 1회에 20,000원 중 서울시에서 15,000원을 부담하고 간호협회에서 5,000원을 부담한다.

'93~'94년도 가정간호 시범사업보고서(대한간호협회 서울특별시지부, 1995)에 의하면, 가정간호를 받아본 환자나 그 가족이 이 제도에 대한 높은 만족도를 들 수 있으며, 한국보훈병원 용사촌에서는 시범사업이 끝나더라도 가정간호사가 계속 방문하여 줄 수 있는 방안을 제시해 주기를 요청하고, 보건소의 대상이었던 환자가족들도 정부차원에서 보조를 받아 가정간호 혜택을 받을 수 있도록 노력해 보겠다고 하여 이 사업의 긍정적인 면을 보여주고 있다.

전 국민의료보험 실시와 함께 입원 수요의 증가에 따른 종합병원의 병상부족 및 만성질환자의 증가 등으로 의료계가 안고 있는 제반문제를 해결하기 위하여는 재택 간호가 절실히 요구되며, 이러한 때 선진국과 마찬가지로 민·관의 주도하에 가정 간호사업을 효과적으로 추진하여 가정간호사업제도가 뿌리를 내릴 수 있도록 제도적인 장치가 마련되어야 하겠다.

민간부문에서 1970년대 중반부터는 연세대학교 부속 원주기독병원과 전주예수병원에서 조기퇴원에 따른 지역사회 보건사업의 일환으로 가정간호가 실시되어 왔으며, 공공부문에서는 전국 2,038개소의 보건진료소에 배치된 보건진료원들에 의해 가정간호가 실시되고 있다.

원주기독병원의 가정간호사업은 1990년에 들어와 지역사회보건간호효과를 가정간호효과로 개정하여 치료비 등을 차등으로 적용하고 있는데 이에 대한 만족도가 높은 것으로 전산초 등(1981)에 의하면 평가되고 있다.

한편 정부는 1980년대 도시 저소득주민을 위한 1차보건의료사업으로 산업화 및 도시화 과정에서 발생한 대도시 일부지역의 저소득주민 밀집지역에 기본 보건의료를 제공함으로써 국민보건향상을 꾀하고자 도시 1차 보건의료사업을 실시하고 있다. 일반적으로 대도시 저소득주민 밀집지역은 예방보건서비스 이용율의 저조, 이용 가능한 공공부문 보건의료서비스 취약, 기본 생활환경의 열악 등의 문제점이 나타난다.

도시 1차 보건의료사업은 이러한 문제를 주민의 참여 속에서 해결할 수 있도록 함으로써 저소득주민의 기본 보건의료수요를 충족시키고 그들의 일상생활에서 당면하는 개인 및 지역사회의 문제를 해결할 수 있는 능력개발을 도와 줌으로써 사회경제적으로 건전하고 생산적인 삶을 영위케 할 수 있도록 추진되고 있다.

당초 도시 1차 보건의료사업은 한국인구보건연구원이 1983년부터 서울 관악구 봉천동 일부지역을 대상으로 시범사업을 실시하였고, 고려대학교 의과대학에서 1982년부터 독일기술협력공사(GTZ)의 지원을 받아 서울시 구로구 구로6동 지역을 대상으로 도시보건사업을 향상시키기 위한 효과적인 방안 개발을 제시하는데 목적을 두고 시범사업을 실시하였다.

이러한 성과를 토대로 정부에서는 1987년부터 서울시 관악구, 노원구, 구로구 등 3개 지역으로 확대하여 동단위를 중심으로 보건진료센터를 설치하고 실시하였고, 그후 1991년 3월 서울시에서 각구 보건소를 중심으로 지역사회 보건사업인 공공기관 모형으로 방문간호 사업의 시초가 되었다.

방문간호사업은 5개구에서는 지역보건과에서 지역보건과가 신설되지 않은 17개 보건소는 보건지도과에서 관장하여 실시하고 있었으나 1995년 3월 서울특별시 행정기구 개편에 따라 3개구가 분구되면서 지역보건과가 확대됨에 따라 현재 8개 보건소에 지역보건과를 둔 방문간호사업이 실시중에 있다.

이상에서 전술한 바와 같이 가정간호와 방문간호는 전문인력인 간호사에 의해 가정으로 공급되는 간호서비스라는 공통점이 있음에도 불구하고, 서로 상이한 용어를 사용함에는 <표Ⅱ-4>와 같은 특징이 있음을 발견할 수 있다.

3. 서울시 방문간호사업 현황

<표Ⅱ-4> 가정간호와 방문간호의 특징

	가정간호	방문간호
부문별	민간부문	공공부문
의료기관별	종합병원 주도형	보건소 주도형
대상자	조기퇴원환자	저소득계층

1) 개황

국가가 국민의 건강권을 보장하기 위하여 보건소법에 의한 고유기능과 의료보호법에 의한 1차진료 업무를 관장하는 보건의료 전달체계의 한 부분으로써 진료가 필요하다. 사실상 서울특별시가 시행중인 저소득층 주민 진료의 중요성이 인식되기 시작한 것은 1989년 4월부터이다.

지금까지 저소득층주민 이동순회진료가 중단되지 않고 '91년 3월부터 방문간호사업으로 발전, 계속되고 있는 이유 중에는 저소득 주민 대부분 고가 의료비부담과 생활로 집을 비우게 되므로 가정에 있는 환자보호가 어려운 점, 이동진료 후 계속 관리가 안되는 점 등 당시 계획에 의한 진료만으로는 주민의 만족을 충족키 어려웠으므로 계속 관리가 필요하게 되었다.

이 문제의 해결을 위해서 서울시에서는 1990년 9월에 시범보건소를 지정(성동, 중랑, 도봉, 구로, 관악)하고 이동순회진료 강화대책을 수립하게 되었다. 이때에 이동순회진료를 위한 독립기구와 이를 전담할 인력이 거의 없었으며 보건소의 업무중에 편승되어 이루어지고 있었다.

1991년 3월 보건소에 지역보건과가 설치되고부터 본격적인 방문간호사업으로 전환되어 계획, 집행 및 평가에 대한 구체적인 연구가 시작되었고, 특히 저소득층 주민의 건강과 관련된 모든 문제점 해결방안을 위한 노력이 이루어지게 되었다. 그러나 예산 및 인력의 한계(충원, 훈련 및 교육), 정립된 연구결과의 부족, 관리자, 담당자의 인식부족 등 애로점이 사업의 원활한 수행을 저해하고 있어 만족할 만한 효과를 거두지 못하고 있는 실정이다.

2) 대상 및 업무의 범위

대상자는 경제적·지역적·사회적 차등없이 전 주민을 대상으로 하여야 하나 방문간호사업에는 그 대상을 우선 생활보호대상자(거택, 자활)로 한다.

생활보호법(1982. 12. 31 법률 제3623호)에 의한 카드 소지자 전부와 저소득 주민 중 보건소장이 필요하다고 인정하는 자로 규정하고 있다.

그러나 가정으로 방문하여 간호활동을 수행하기까지의 과정에는 위의 대상자를 선별하기 위해서 담당 지역내의 환자 및 지역사회 사정이 필요하고, 그후 간호에 의하여 확인될 수 있는 간호서비스는 대상자의 상태 및 담당자의 활동에 의거 다음과 같이 분류될 수 있다.

- 즉 ① 건강대상자에 의한 건강사정
- ② 통원치료자, 방문치료자, 재가치료자, 재활환자 등이다.
- ③ 거동불능자에 대한 방문진료
- ④ 건강사정 결과에 따른 환자나 가족, 시설 및 노인정, 취로사업장 등에서의 보건교육
- ⑤ 시설수용자, 노인정, 취로사업장, 저소득 밀집지역에 대한 순회진료와
- ⑥ 그밖에 사회복지 및 행정지원 등이다.

Ⅲ. 연구의 방법

〈표 II-5〉 서울시 방문간호 활동

구분	건강사정	가정간호	방문진료	보건교육	순회진료	연 계 처 리	
						복지지원	행정지원
대상	· 건강 대상자	· 통원치료자 · 방문치료자 · 자가치료자 · 퇴원자 및 재활환자 · 순회진료 계속 관리자	· 거동 불능자 · 기타	· 건강사정 · 환자 및 가족 · 시설 및 노인정, 취로 사업장	· 시설 (수용자) · 노인정 · 취로 사업장 · 저소득 밀집지역	· 치료비 · 생활비 · 취업알선 · 취업교육의뢰	· 전문의료 기관의뢰 · 입원비 지원 · 의료보호 카드 책정 · 시설수용 · 환경 및 위생, 소독, 수도, 쓰레기 · 사회복지기금
활동	· 정기 · 수시 · 보건소 · 건강관리 (건강진단)	· 정기 · 수시 · 특별 · 환자 문제점 발견 (보건소 외래 1차병원, 2차병원)	· 이동 진료반 · 2차기관 (입원, 전문치료 해당)	· 처방 · 순응교육 · 재활 · 자가간호 · 환자가족 · 환경, 개인위생 · 건강관리	· 정기 · 수시계획 · 계속 관리자 (방문 간호사 연계)	· 사회사업단체 · 구청보건소 · 복지관 · 재가복지 봉사센터 · 단체 · 독지가모금	· 구청 · 동사무소 · 타기관 · 의료시설 · 수용시설

자료:서울특별시, 1995년도 방문간호사업계획

2. 변수의 선정과 용어의 정의

1) 종속변수

세대별 시민건강기록부에 나타나고 있는 의사와 간호사가 방문한 실제횟수를 세어서 방문빈도로서 규정하고 종속변수로 선정하고 분석에 임하였다.

2) 독립변수

세대별 시민건강기록부에 나타나 있는 변수들을 다음과 같이 취하여 독립변수로서 선정하였다.

(1) 세대주의 성, 세대주의 만연령, 가족수, 가족구조의 4개 변수는 세대주의 인구학적 특성을 파악할 수 있다.

(2) 의료보장의 종류, 등록시기, 관리시기, 거주기간, 주택종류에 관한 5개 변수는 세대별 시민건강기록부에 저소득대상자 선별기능을 보유하고 있으므로, 관리특성 변수로서 규정한다.

(3) 세대주의 거동상태, 특기사항유무, 건강상태, 간호문제의 형태, 가족내 환자 수, 간호 및 진료수요자 수, 간접접종실시 유무에 관한 8개 변수는 간호사의 방문에 의하여 대상 세대주의 가족 건강문제를 사정하고 진단하는 기능이 있어 간호진단 변수로서 규정한다.

① 여기서 특기사항이라 함은 세대주의 가족 내에서 경험한 예측하지 못했던 상황위기의 예로 대수술, 사지절단, 가출, 이혼, 1년내 가족사망 등을 의미한다. 구체적으로 대수술은 유방절제술, 폐절제술 등 신체의 일부를 절제한 경험이 있는 경우이며, 장애란 사지의 절단으로 발생한 장애자를 일컬으며, 문제가족은 1년내의 가족구성원 중 사망하였거나 또는 가족 중 가출환자가 있는 경우에 한한다.

② 한편 간호문제 형태란 이선자 등(1991)에 근거하여 아래와 같은 개념에서 사용한다.

· 미래의 위기상황(Foreseeable crisis or stress points)

개인이나 가족에게 적응을 요하거나 가족자원 활용요구가 예상되는 상황이나 기간에서의 문제, 예) 실직, 사망 청소년기의 문제 등을 뜻한다.

· 건강위협(Health threats)

질병이나 우발사고를 일으키게 되는 상태와 자신의 건

강 잠재력을 인식하지 못하는 것 예) 유전적인 질병의 가족력·당뇨병 등, 전염병사례로 인한 교차감염 위험이 있는 것을 의미한다.

· 건강결핍(Health deficits)

건강유지의 실패 즉 진단을 받았든 못 받았든간에 부주의로 인한 질병상태 혹은 정상적인 발달에 의한 노력에서의 실패 등을 의미한다.

(4) 서비스형태는 직접, 반직접, 간접으로 구분하며, 서비스내용은 제공된 구체적인 서비스종류를 명시하므로 관리활동상 매우 중요하다. 또한 애로사항지원은 복지, 행정, 의뢰, 자원봉사자 또는 독지가 알선 등 행정적 처리 기능을 내포하므로 관리내용 변수로서 규정한다.

① 이론상으로 서비스형태는 다음과 같은 개념에서 분류된다고 이선자 등(1991)이 지적한다.

· 직접간호(Direct client service)

고위험수준(High risk)에 있는 집단·가족·개인에게 직접적이고 즉각적으로 취하게 되는 간호활동으로 신체적 간호와 보건교육 투약이다.

· 반직접간호(Semidirect client service)

지역사회집단을 조직하는 것, 환자 개인의 회복에 따른 재사회화, 환경위생지도, 건강진단 안내 및 결과통보 자원봉사자 활동 등을 포함한다.

· 간접간호(Indirect client service)

지역사회보건간호사 능력 이상의 지식과 수기를 요하는 건강요구는 후송체계를 통하여 연결, 지원하여 준다. 그 이외의 관리, 공적관계의 유지, 정책형성, 보호자 교육 등의 범위이다.

3. 자료처리 및 분석방법

세대별 시민건강기록부의 내용분석은 조사자가 여럿일 경우 조사자 오차가 클 수 있다는 것을 배려하여 방문에 직접 참여한 간호사 1인이 일관성있게 조사하였다. 조사된 자료를 코딩카드에 부호화한 후 SPSS프로그램을 이용하여 다음과 같은 방법으로 분석하였다.

1) 평균방문 빈도의 변수별 차이는 t-test 또는 ANOVA를 이용하였다. 평균 방문빈도와 변수간 관계의 방향과 관계의 정도는 Pearson correlation coefficient를 이용하여 분석하였다.

2) 관리내용인 서비스형태, 서비스내용, 애로사항지원에 따른 평균 방문빈도는 담당 총 세대수에 따른 요구, 실제간호수요가 있는 세대별 평균으로서 분석하였다.

3) 총방문간호빈도를 예측하는 변수는 다단계회귀분석(multiple stepwise-regression)을 이용하였다. 이때 세대주의 성, 가족구조, 관리시기, 주택종류, 특기사항의 5개변수는 dummy화 하여 입력하였으며 다중공선성(multicollinearity)이 높은 거주기간과 등록시기(피어슨 상관계수 0.94), 문제형태와 건강상태(피어슨 상관계수 0.75)의 변수는 양자간 등록시기와 문제형태를 취하여 회귀분석에 임하였다.

IV. 연구결과 및 고찰

방문간호가 시작된 1990. 9. 1부터 1995. 9. 30 현재에 이르기까지 등록된 대상자수는 대체로 상반기에 등록건수가 많으며 하반기에는 적어짐을 보였다. 계절별로는 봄에 등록건수가 많았고 월별로는 2월이 가장 높았다. 생활보호대상자의 책정이 년초인 1월이나, 2월에 결정이 되어 이로 인한 신규자의 등록의 영향이 현저히 컸음을 보여준다.

'91. 12. 등록건수가 171로 월등히 높은 것은 번 2동, 번 3동 영세민 영구임대 아파트의 입주 시작시기로 타구에서, 혹은 관내에서 대단위 이동이 있었기 때문이다.

간호사와 의사가 수행한 방문빈도를 15회를 기준으로 하여 많고 적은 유목으로 구분하고 독립변수 즉 ① 세대주의

<표 IV 1-1> 관리특성변수별 평균 방문빈도

관리특성변수	간 호 사 방 문		의 사 방 문	
	평균(수)	t 또는 F	평균(수)	t 또는 F
등록시기				
'90.9~'91.8	28.83(12)	4.66**	24.00(4)	1.06
'91.9~'92.8	13.21(229)		26.00(7)	
'92.9~'93.8	8.00(22)		- (-)	
'93.9~'94.8	4.87(61)		16.00(1)	
'94.9~'95.9	7.31(90)		10.50(6)	
관리시기				
초년도부터	13.75(212)	2.74**	27.7(10)	2.60**
중간유입	7.84(202)		10.0(8)	
거주기간				
1.5년 이하	6.68(100)	5.52**	12.20(5)	0.76
1.6~3.5년	8.01(109)		20.0(3)	
3.6년 이상	14.37(206)		23.60(10)	
주택종류				
무허가산동네	25.50(18)	6.36**	8.50(2)	0.56
허가·주택	7.30(145)		19.43(7)	
영세민아파트	11.85(252)		22.67(9)	
의료보장				
1봉거택	9.32(69)	1.40	9.00(3)	2.56*
2중자활	10.53(310)		18.42(12)	
기관장인정	16.50(36)		36.44(3)	
	*p<0.05		**p<0.01	

인구학적 배경 변수, ② 관리특정 변수, ③ 간호진단변수와 의 관계에서 차이가 있는지 없는지를 χ^2 -test 또는 Fisher's probably exact method로 검증한 바 의료보장종류 즉 의료보호군과 기관장 인정자군에 따라서만 간호사의 방문이 많고 적은 빈도의 차이를 나타내지 않았을 뿐, 거의 모든 변수에 있어서 간호사방문의 많고 적은 빈도의 차이가 있었다.

즉 세대주가 남자인 경우에 여자인 경우보다, 연령상으로는 64세 이하의 중년계층이 65세 이상 노년층보다, 가족수가 2명 이상인 경우가 1명인 경우보다, 가족 구조면에서는 완전가족이 불완전 가족보다 간호사의 방문빈도가 더 많았음이 발견되었다.

이 결과는 세대주가 남자인 경우 사회구조상 부양책임이 여자보다 크며, 연령상 65세 이상인 노인은 노령수당이 지급되고, 자녀가 없으면 생활보호대상자에 해당되므

〈표 IV 1-2(1)〉 간호진단변수별 평균 방문빈도

간호진단변수	간 호 사 방 문		의 사 방 문	
	평균(수)	t 또는 F	평균(수)	t 또는 F
거동상태				
불량, 외상	25.52(53)	3.07*	24.72(11)	1.64
양호	8.69(362)		12.14(7)	
특기사항				
없음	9.35(380)	24.76**	20.20(10)	0.01
대수술	46.25(4)		25.00(2)	
장애	88.25(4)		20.00(2)	
문제가족	15.22(27)		16.25(4)	
건강상태				
불량	27.14(44)	15.20**	25.60(10)	4.62*
보통	10.19(181)		27.33(3)	
양호	7.71(190)		3.80(5)	
문제형태				
건강양호	4.61(28)	13.12**	1.00(2)	2.75
미래위기	6.81(146)		8.00(2)	
건강위협	6.33(108)		-	(-)
건강결핍	20.23(133)		24.21	(14)
환자수				
0명	7.16(121)	3.93**	3.25(4)	3.44*
1명	11.05(213)		22.75(8)	
2명이상	15.93(81)		27.00(6)	
간호수요				
없음	5.45(286)	-8.03**	1.00(2)	-1.81
있음	22.80(129)		22.18(16)	
진료수요				
없음	8.40(402)	-15.75**	14.60(5)	-0.82
있음	85.30(13)		21.84(18)	

*P<0.05

**P<0.01

로 64세 이하인 경우에는 환자이거나, 생활능력이 없는 장애자일 가능성이 있어서 세대주의 인구학적 배경변수가 간호사에 의한 방문빈도의 결정에 관계가 있을 수 있음을 의미한다. 그러나 평균방문빈도 측면에서 보면 세대주의 인구학적 배경 변수별 차이는 통계적으로 수용되지 않았다. 또한 관리특성에 따라서는 등록시기상 '92년 8월 이전인 경우가 그 이후보다, 관리시기가 초년부터 관리하여 온 세대가 중간에 유입된 세대보다, 거주기간이 3.6년 이상인 군이 3.5년 이하인군보다, 주택종류로는 영세민 아파트 거주자가 무허가주택 거주자보다, 간호사 방문빈도가 많아 장기 거주하는 저소득계층에 대한 지속적인 관리 동향을 시사하고 있다.

한편 간호진단 결과에 따라 거동이 불량한 군이 양호한 군보다, 대수술과 같은 특기사항이 있는 군이 없는 군보다, 건강상태가 불량한 군이 양호한 군보다, 문제 형태상으로 건강결핍군이 기타 군보다, 가족내 환자가 있는 집단이 없는 집단보다, 진료 및 간호수요가 있는 집단이 없는 집단보다, 간접접종 미접종군이, 접종실시 군보다 간호사 방문빈도가 많아 간호사가 방문간호서비스에 가족 간호진단을 활용하고 있음을 암시한다.

1. 변수별 평균방문빈도

평균 방문빈도를 관리 특성변수에 따라서 차이가 있는지 알아본 것은 <표 1-1>과 같다.

1) 관리특성 변수별 평균방문빈도

(1) 간호사방문

간호사의 평균방문빈도는 사업의 시작초기인 1990. 9~1991. 8에 28.83으로 가장 높았고 다음 해인 1991. 9~1992. 8에는 13.21로 떨어지다가 3차년도인 1992. 9~1993. 8에는 8.00으로, 4차년도인 1993. 9~1994. 8에는 4.87로 매년 감소되는 경향을 띄었으나, 1994. 9~1995. 9 현재는 7.31로 다소 증가하는 경향을 나타내었다.

관리시기가 초년부터 계속되었으나, 아니면 중간년도부터 유입되었느냐에 따라서 평균 방문빈도는 초년부터인 경우 13.75임에 비해 중간 유입된 경우 7.04로 낮아, 계속 관리되는 대상의 방문빈도가 배 이상 높았다.

거주기간의 장·단에 따라서는 거주기간이 길수록, 평

균방문빈도가 많아짐을 보이고 있다. 즉 간호사방문의 평균빈도는 1.5년 이하 거주자군이 6.68이고 1.6~3.5년 거주자군이 8.01이며, 3.6년 이상 거주자군은 14.37로써 1.5년 이하 거주자군보다 배 이상 높았다.

거주기간의 장단에 따라서는 거주기간이 길수록 평균방문빈도가 많아짐을 보이고 있다.

즉 간호사방문의 평균빈도는 1.5년 이하 거주자군이 6.68이고 1.6~3.5년 거주자군이 8.01이며, 3.6년 이상 거주자군은 14.37로써 1.5년 이하 거주자군보다 배 이상 높았다.

주택종류별로 보면 평균빈도는 허가된 주택소유자의 경우 7.30임에 비해 영세민 아파트 군에서는 11.85, 무허가 산동네군이 가장 높아 25.50으로 주택군에 비해 3배 이상 높았다. 이는 경제환경이 열악한 대상일수록 간호사 방문 빈도가 높았음을 시사한다.

의료보장별로는 1종 거택보호군에서 9.32, 2종 자활보호군에서 10.53, 기관장 인정하는 의료보험군에서 16.50의 평균방문빈도 차이를 나타냈으나 이 차이는 통계적으로 수용되지 않았다.

이상의 결과는 거주기간과 관리시기가 초년도부터 계속된 세대일수록 간호사 방문에 대한 관심을 많이 보이고 있고, 간호사 역시 간호진단이 용이하여 간호 서비스를 계속 할 수 있는 업무관계 조성이 긴밀한 데 기인하는 것으로 생각된다.

한편 경제환경이 열악한 생활보호대상자는 매년 초에 새로 책정되거나, 년 중에 타도시 전출 등으로 변화되어, 중간에 유입되거나, 제외되는 대상들은 지역담당 관리상 관리세대 규모에 제한이 있는 간호사의 입장에서는 방문 빈도가 낮아지는데 기인하는 결과로 해석된다. 이는 한경자(1995)의 연구 결과에서도 뒷받침될 수 있다.

(2) 의사방문

의사의 평균 방문빈도 역시 전반적으로는 간호사의 평균 방문빈도와 유사하였으나 통계적으로 수용된 것은 관리시기와 의료보장에 다른 차이 뿐이었다. 즉 관리시기가 초년도부터인 대상군의 경우 27.7임에 비해 중간유입된 대상군은 10.0으로 크게 낮았고 이 빈도는 전자 및 후자 모두 간호사 방문빈도에 비해 훨씬 높다. 또한 의료보장별로는 1종 거택보호인 경우 9.00으로 간호사의 평균 방문빈도와 거의 같지만, 2종 자활보호의 경우나 기관장이 인정하는 의료보험의 경우에는 36.33으로 차이있게 높음

을 나타내고 있다.

2)간호진단 변수별 평균 방문빈도

(1)간호진단 변수별 평균 방문빈도

〈표1-2(1)〉은 간호진단 변수별로 살펴본 평균 방문빈도이다.

① 간호사방문

거동상태가 불량한 집단의 간호사방문 평균빈도는 25.52로 양호한군의 8.69보다 3배이상 높았다.

특기사항별로 보면 간호사방문 평균빈도는 없는군이 9.35로 가장 낮음에 비해 대수술 경험군이 46.25로 없는군보다 5배이상 높았고 장애군이 대수술경험군보다 거의 배나 높아 8.25를 보였다.

건강상태의 경우 양호한군은 7.71임에비해 보통인군은 10.19로 양호한군보다 배이상 높았고 불량한군은 27.14로 보통인군 보다 배이상 높았다.

문제형태별로 보면 미래위기 및 건강위협외의 평균빈도가 각각 6.81 및 6.33임에 비해 건강결핍은 3배이상 높은 20.23을 나타내고 있다.

환자수는 가족내 환자수가 많아짐에 따라 평균빈도가 현저히 높아짐을 보여주고 있다. 즉 간호사 방문빈도는 환자수가 없는군인 경우 7.16임에 비해 1명인군은 11.05, 2명이상군은 15.93으로서 가족내 환자수가 많을수록 평균 방문빈도가 많아짐을 보이고 있다.

간호 및 진료수요는 없는군보다 있는군의 평균 방문빈도가 높았다.

즉 간호수요가 있는군의 평균빈도는 22.8이었고 진료수요가 없는군에 비해 절대적으로 높음을 나타내었다.

② 의사방문

거동상태에 따라서는 불량하거나 외상일 때 평균 방문빈도가 24.72로 간호사 평균 방문빈도와 비슷하나 양호한 경우는 12.14이다. 이 차이는 통계적으로 수용되지 않았다.

특기사항별로는 간호사의 평균 방문빈도와는 달리 없음, 대수술 장애 등의 사항별로 차이가 없이 20.0~25.0 사이에 있었다.

건강상태별로는 불량하거나 보통인 경우에 각각 25.60과 27.33으로 양호한 경우의 3.80에 비해 8~9배이상 더 많이 방문했음을 보여주었고 이 차이는 통계적으로도 수용되었다.

문제형태별로는 건강결핍이 기타의 형태보다 훨씬 평균

방문빈도가 높았지만 이 차이는 통계적으로 의미가 없었다.

환자수별로는 환자가 없을때 평균 방문빈도는 불과 3.25에 지나지 않지만 1명과 2명이상으로 많아지면 각각 22.75 및 27.00으로 나타난 것처럼 의사의 평균방문빈도가 높아질 수 있음을 시사하고 있고 이 차이는 통계적으로 수용되고 있다.

간호 및 진료수요별 평균 방문빈도는 수요가 있는군이 없는군보다 절대적으로 높은 결과를 제시했으나 이 차이는 통계적으로 의미가 없었다.

(2)질병문제별 평균 방문빈도

세대주의 질병문제별로 살펴본 평균 방문빈도는 〈표1-2(2)〉와 같다.

① 간호사방문

건강양호한 세대주의 평균 방문빈도는 7.15이지만 뇌졸중군에서는 39.50으로 월등히 높고 결핵은 19.29이며 당뇨와 고혈압은 양자 비슷하여 각각 15.10과 14.82였으며, 암과 간염군의 경우도 서로 비슷한 11.00과 11.36이었으며 정신질환 관절염 장애의 경우는 10.00에 이른다.

② 의사방문

의사의방문은 건강이 양호한군의 경우 불과 3.25로 간호사의 평균방문빈도 보다 낮지만 고혈압 뇌졸중 관절염 등의 문제에서는 서로 비슷한 바 각각 21.00, 23.67, 22.50, 이었으며 장애는 34.50으로 현저히 높았지만 통계적으로 이 차이는 받아들여지지 않았다.

〈표1-2(2)〉 질병문제별 평균 방문빈도

질병문제	간 호 사 방 문		의 사 방 문	
	평균(수)	F	평균(수)	F
건강양호	7.15(120)	3.83**	3.25(4)	1.31
암	11.00(5)		- (-)	
당뇨	15.10(20)		- (-)	
고혈압	14.82(39)		21.00(2)	
뇌졸중	39.50(16)		23.67(6)	
결핵	19.29(7)		- (-)	
간염, 간질환	11.36(11)		- (-)	
정신질환	10.77(22)		- (-)	
관절염	10.53(38)		22.50(2)	
장애	10.44(48)		34.50(2)	
기타	7.63(89)		23.00(2)	
	* P<0.05		** P<0.01	

(3)간염예방접종여부별 평균 방문빈도

간염예방접종 여부별로 나타나는 평균 방문빈도는 <표 1-2(3)>에서 보는 바와 같다.

① 간호사 방문

간호사의 평균 방문빈도는 접종이 불필요한군의 경우 6.73으로 가장 낮았고 접종을 실시했거나 접종이 불가한 군은 각각 12.21과 13.00이었으며 미접종군과 무료접종 완료군은 각각 26.89및 22.81로서 의미있는 차이를 나타 내었다.

<표 Ⅳ 1-2(3)> 간염예방접종여부별 평균 방문빈도

간염예방 접종여부	간 호 사 방 문		의 사 방 문	
	평균(수)	F	평균(수)	F
접종불필요	6.73(284)	11.98**	5.50(2)	1.26
미접종	26.89(44)		25.60(10)	
무료접종	22.81(31)		3.50(2)	
접종실시	12.21(33)		22.33(3)	
접종불가	13.00(23)		16.00(1)	
	* P<0.05		** P<0.01	

② 의사방문

의사방문은 접종 불필요군과 무료접종군의 평균빈도는 각각 5.50과 3.50으로 극히 낮음에 비해 미접종군과 접종실시 완료군은 각각 25.60과 22.33으로 매우 높았으나 이 차이는 통계적으로 의미있지 못하였다.

3)변수간 상관관계

<표 Ⅳ 1-2(4)> 평균방문빈도와 변수간 상관관계

간호사방문(N=415)						의사방문(N=18)					
간호사 방문빈도	등록 시기	거주 기간	가족 수	연령	의사방문 빈도	간호사 방문빈도	등록 시기	거주 기간	가족 수	연령	의사방문 빈도
간호사 방문빈도	1.00					1.00					
등록시	-0.16**	1.00				-0.47*	1.00				
거주기간	0.15**	-0.94**	1.00			0.639*	-0.96**	1.00			
가족수	0.02	-0.47**	0.41**	0.11		-0.00	-0.20	0.17	1.00		
연령	0.10*	-0.04**	0.00	-0.28**	1.00	0.29	-0.05	-0.05	-0.45*	1.00	
의사방문 빈도	0.64**	-0.07	0.06	-0.03	0.13**	0.31	-0.47*	-0.39	0.00	0.29	1.00
	*P<0.05					**P<0.01					

평균방문빈도와 변수간 상관관계는 <표1-2(4)>에 나타난 바와 같다.

① 간호사방문

간호사방문의 경우 평균 방문빈도는 등록시기와 -0.16, 거주기간과 0.15,연령과 0.10, 방문진료 빈도와 0.64의 상관관계가 있었다. 즉 이는 등록시기가 이를수록 거주기간이 길수록 연령이 낮을수록, 의사의 평균 방문빈도가 많아질수록 간호사의 평균 방문빈도 역시 높아졌음을 의미한다.

② 의사방문

의사의 방문빈도는 등록시기와 피어슨상관계수 -0.47의 역 상관관계만 나타났다. 이는 등록시기가 늦을수록,평균 방문진료 빈도가 많아짐을 의미하며 관계의 정도도 다른 변수에 비해 비교적 높음이 발견된다.

2. 관리내용별 평균 방문빈도

1) 관리내용과 요구 및 수요별 평균 방문빈도

지역담당간호사 1인의 담당지역 415세대에 대한 간호사 평균 방문빈도는 <표2-1>에서 보는바와 같이 10.84였으며 의사 평균방문진료는 총 18세대를 대상으로 76.50이었다. 이는 5년간의 활동이므로 추론하면 1년에 담당세대 당 간호사는 약 2.15회 의사는 약 13.3회를 방문하는 셈이지만 여기 <부록2>에서보는 바와 같이 환자수 건강상태 거동상태 등을 감안하면 실제 진료수요가 10명에 대한 의료인력별 방문빈도가 대단히 집약적인 서비스임을 알 수

있게 한다.

(1)서비스형태

서비스형태별로 볼 때 간호사방문의 경우 직접간호는 요구별로 보면 간접간호와 반직접간호보다 훨씬 높아 각각 3.1, 1.7, 0.1로 나타나지만 수요별로 보면 직접간호는 반직접간호보다 높지만 간접간호보다는 낮아서 각각 4.6, 2.3, 5.8을 나타냈다. 그러나 의사방문의 경우는 직접간호의 형태에서 수요나 요구별로 각각 14.22와 17.06으로 거의 비슷하다. 그러나 반직접과 간접간호는 직접간호보다 크게 낮아서 각각 7.00과 3.40이었다.

(2)서비스내용

서비스내용별로 보면 간호사방문의 경우 투약 및 드레싱이 요구에 따라서는 크게 낮지만 수요에 따라서는 14.3으로 서비스보다 월등히 높았다.

그러나 보건교육 재활 등 기타 서비스의 평균간호빈도는 최저 3.4부터 최고 8.3의 빈도로서 요구와 수요간 차이가 드러나지 않는다.

그러나 의사방문의 경우는 전반적으로 다른 내용에 비해 검사결과에 관한 경우가 극히 낮아 4.71이며 보건교육과 재활이 각각 30.94와 32.93으로 높고 질병관리와 노인간호가 각각 26.66과 21.28로 중간 정도였으며 투약 및 드레싱, 문제상담은 18.63과 13.21로 그 다음 수준으로 나타나 간호사방문 경우와 다른 양상을 나타내고 있으나 이 모두 요구나 수요별 차이는 크지 않았다.

〈표 IV 2-1〉관리내용과 요구별 수요별 평균방문빈도

	간호사방문		의사방문	
	A	B	C	D
서비스형태				
직접	3.1	4.6 (277)	14.22	17.06 (15)
반직접	1.7	2.3 (317)	5.44	7.00 (14)
간접	0.1	5.8 (13)	0.94	3.40 (5)
서비스내용				
투약및드레싱	0.7	14.3 (23)	11.38	18.63 (11)
보건교육	8.2	8.3 (412)	29.22	30.04 (17)
재활	6.9	8.2 (348)	29.27	32.93 (16)
질병관리 식이요법	6.9	7.5 (379)	26.66	26.66 (18)
노인간호	1.6	6.0 (116)	16.55	21.28 (14)
검사결과 및 안내	2.9	4.4 (270)	3.66	4.71 (14)
문제상담	2.5	3.4 (301)	10.27	13.21 (14)
기타	7.7	8.0 (399)	34.38	36.41 (17)
애로사항지원				
복지지원	0.03	1.4 (10)	-	- (-)
행정지원	0.02	2.4 (5)	0.44	4.00 (2)
외래의뢰	0.02	1.1 (10)	-	- (-)
입원의뢰	0.18	18.7 (4)	2.83	17.00 (3)
자원봉사	0.02	3.6 (3)	-	- (-)
독지가	0.56	1.9 (123)	4.33	7.80 (10)
계		10.84(415)		76.50(18)

A와C:담당 415세대당 간호 및 진료요구로 본 평균 방문빈도

B와D:실제 간호 및 진료수요로 본 세대별 평균 방문빈도:() 안은 세대수

(3)애로사항지원

애로사항 지원별로는 간호사방문이나 의사방문 모두 입원의료가 가장 많아 실제수요별로 전자의 경우 18.7, 후자의 경우 17.0로 양 의료인력간 평균 방문 빈도는 비슷하다.

간호사방문을 통한 행정지원과 자원봉사자 지원은 각각 2.4와 3.6이었고 외래의뢰 및 독지가 알선은 각각 1.1과 1.9회로 나타났다. 반면에 의사방문을 통한 복지지원 외래의뢰 자원봉사자 지원은 없었으며 행정지원 입원의뢰 독지가지원에 대한 요구와 수요간 평균 방문빈도의 차이는 매우 컸다.

2)1994년도 분기별 관리내용과 평균방문빈도

지금까지의 평균방문빈도는 사업의 초년도부터 현재의 이르기까지 5년간에 걸친 활동이기 때문에 1994년도 1년간의 활동을 통하여 분기별 관리내용에 관한 차이를 알아보고자 한 것이<표2-2>이다.

간호사의 평균방문빈도는 각 분기에 따라서 대상자의 요구 및 수요별로 다소 차이가 있지만 대체로 고른편으로 볼 수 있다. 수요별로 본 1/4분기 간호사의 평균간호빈도는 1.91로 4/4분기 평균방문빈도와 비슷하며 2/4분기와 3/4분기 보다는 다소 낮았다. 따라서 간호사의 평균방문빈도는 2/4분기와 3/4분기보다는 다소 낮았다. 따라서 간호사의 평균방문빈도는 2/4분기에 가장 활발한 편이었고 수요별로 2.52회 이었던 바 간호사방문은 대상자가 많아 업무규모가 큼에도 불구하고 간호가 필요한 대상자에게 평균 월 1회 정도의 방문서비스를 제공하고 있음을 알 수 있다.

의사의 평균방문빈도는 간호사의 평균 방문빈도와는 달리 1/4분기에 가장 높아 요구별로 5.50이었고 2/4분기 이후에는 크게 떨어져 3.50~3.66회 정도로 유지되고 있다.

서비스형태별로 보면 직접서비스가 4/4분기만 제외하면 매 분기별로 반직접과 간접보다 높은 편이나 만일 직접 반직접 간접의 형태구분을 직접과 간접(반직접+간접)으로 양분한다면 간접서비스 활동이 직접서비스 활동보다 훨씬 높

<표 IV 2-2> 1994년도 분기별 관리내용과 평균방문빈도

1994년도 분기별 활동	1/4 분기		2/4 분기		3/4 분기		4/4 분기	
	A	B	A	B	A	B	A	B
서비스형태								
직접	0.57	2.04(116)	0.95	2.58(154)	0.73	2.36(119)	0.46	1.95(100)
반직접	0.16	1.68 (41)	0.53	1.91(115)	0.17	1.62 (45)	0.06	1.45 (20)
간접	0.09	1.34 (29)	0.19	1.32 (62)	0.13	1.37 (40)	0.34	4.30 (33)
서비스내용								
투약및드레싱	0.09	5.57 (7)	0.08	4.37 (8)	0.06	3.57 (7)	0.06	4.83 (6)
보건교육	0.53	1.84(129)	0.90	2.39(156)	0.57	1.95(122)	0.41	1.57(110)
재활	0.05	1.90(110)	0.84	2.39(147)	0.55	1.92(119)	0.39	1.63 (99)
질병관리· 식이요법	0.45	1.75(108)	0.76	2.21(144)	0.51	1.93(110)	0.39	1.68 (97)
노인간호	0.15	1.82 (35)	0.20	2.33 (36)	0.15	2.50 (26)	0.17	2.02 (35)
문제상담	0.20	1.04 (62)	0.26	1.29 (85)	0.06	1.17 (23)	0.04	1.18 (16)
기타	0.09	1.11 (34)	0.58	2.32(105)	0.25	2.0 (42)	0.03	1.14 (14)
의료인력'								
간호사방문	0.56	1.91(123)	0.96	2.52(158)	0.60	2.03(123)	0.49	1.85(110)
의사방문	0.07	5.50 (6)	0.05	3.5 (6)	0.06	3.57 (7)	0.05	3.66 (6)

A:담당 415세대당 간호요구로 본 평균 방문빈도

B: 실제 간호수요로 본 세대별 평균 방문빈도 : () 안은세대수

음을 알 수 있고 4/4분기에는 더욱 현저해져 직접과 간접의 대비가 요구별로 볼 때 1.95:5.75로서 서비스형태상 간접활동이 년 사업의 종료단계에서 활발해짐을 나타내고 있다.

서비스내용으로 투약 및 드레싱은 요구별로 1/4분기가 5.57로 가장 높아 3/4분기의 3.57보다 훨씬 높다. 재활간호는 2/4분기에 활발하다. 노인간호는 요구별로 3/4분기에 2.50으로 1/4분기의 1.82에 비해 높다.

3. 총 방문간호빈도의 예측 변수

다단계회귀분석에 의하여 간호사가 수행하는 총 방문빈도를 예측하는 변수는 <표3>에서 보는바와 같다.

영향력이 가장 큰 변수는 의사의 방문빈도로서 이 변수 하나만으로도 18%의 설명력이 있었다.

여기에 진료수요, 거동상태, 연령, 특기사항의 4개 변수가 추가되면 간호사의 총간호빈도를 37.6%로 설명할 수 있다.

V. 결론 및 제언

가속되고 있는 도시화로 인하여 도시저소득계층에 대한 건강문제에 사회적 관심이 집중되면서 시작된 우리나라 공공기관 방문간호사업은 평가자료가 드물어 사업을 효율적으로 추진하기가 아쉬운 점이 있다. 이에따라 사업의 시작년도부터 현재에 이르는 5년간의 세대별 시민건강기록부에 기록된 내용을 중심으로 의료인력별 방문빈도를 관리측면에서

양적, 질적으로 평가함으로써 이 분야 공공보건사업의 발전을 위한 기초자료를 제공할 목적에서 본 연구를 시도하였다.

자료가 된 시민건강기록부는 거주지가 서울특별시 강북구이며 사업은 보건소 지역보건과에서 주도하며 간호사의 직무규모가 1인의 담당지역으로 한정되며 대상이 생활보호법에 근거한 저소득주민과 기관장(보건소장)이 인정하는 자료 규정한 바, 세대주를 중심으로한 자료의 전수는 415부였다.

분석은 SPSS를 이용한 바 다음과 같은 의미있는 결과들을 얻을 수 있었다.

1. 의료인력별로 살펴본 평균 방문빈도는 관리특성 변수에 따라서 차이가 있었다.

즉 간호사의 평균 방문빈도는 등록시기가 이룰수록 관리시기가 초년도 부터인 경우 거주기간이 길수록 주택종류가 무허가 산동네인 경우가 등록시기가 늦고 관리시기가 중간에 유입되고 거주기간이 짧으며 주택종류가 영세민 아파트인 경우보다 더 많았다. 의사의 평균 방문빈도는 관리시기가 초년도부터이며 의료보장별로는 보건소장이 인정하는 의료보험인 경우에 관리시기가 중간에 유입되고, 의료보장이 1종~2종 의료보호인 경우보다 더 많았다.

이 결과의 의미는 장기간거주 극빈계층에 대한 직무관계의 저속이 방문간호서비스 이용자인 세대주와 제공자인 간호사간에 잘되고 있음을 뜻하나 한편으로는 관리상 중간유입에 따른 대상자 변동이 간호사의 지역담당규모에 영향을 미쳐 평균 방문빈도의 양적인 감소를 촉발할 가능성이 내재함을 시사한다

<표 Ⅳ3> 다단계 회귀분석에 의한 총방문간호 빈도의 예측변수

변수	R ²	R ² change	B	beta
의사의 방문빈도	0.18	0.18	0.19	0.34**
간호수요	0.27	0.08	5.28	0.19**
진료수요	0.31	0.04	9.88	0.18**
거동상태	0.34	0.02	-9.20	-0.15**
연령	0.36	0.02	-0.19	0.14**
특기사항(유)	0.37	0.01	9.56	0.12**
(상수)			196.01	
	R ² =0.376	adjusted R ² =0.367		
	*P<0.05			**P<0.01

2. 간호사가 진단한 거동상태가 불량하고 특기사항이 심각하거나 만성적이며 건강상태가 불량하고 문제형태가 건강결핍이며, 환자가 많을수록 간호 및 진료수요가 있는 경우에 양호한 거동과 건강상태이며 특기사항이 없고 문제형태가 건강결핍보다 덜 심각하며 환자가 적을수록 간호 및 진료수요가 없는 경우보다 간호사의 평균 방문빈도가 더 많아졌다.

의사의 평균 방문빈도는 간호사가 진단한 건강상태가 불량하고 환자가 많을수록 양호한 건강과 환자가 적은 경우보다 더 많아져 간호사의 평균 방문빈도와 유사하였다.

1) 질병문제별로 본 간호사 평균 방문빈도는 뇌졸중에서만 39.50으로 매우 높고 기타질환에 따라서는 7.63부터 11.36의 범위에 있었다. 그러나 의사 평균방문 빈도는 간호사 평균 방문빈도보다 배 정도 높지만 고혈압, 뇌졸중, 관절염, 장애에 한정되었다.

2) 간호사 평균 방문빈도는 간염예방접종이 불필요한군이 6.73으로 적고 미접종군에서는 26.89로 크게 높았다.

이상의 결과는 지역담당간호사 1인의 업무규모가 매우 큼에도 불구하고 간호사는 비교적 정확한 간호진단에 의해 수요가 높은 계층을 우선으로 방문간호서비스를 제공함으로써 진료서비스 횟수와 비슷하였다.

3. 5년간 간호사가 수행한 평균 방문빈도는 10.84였으며 의사가 수행한 평균방문빈도는 76.50이었다.

이는 간호사 직부규모로 보면 년 평균 2회이상 세대별 방문을 수행한 셈이 된다.

이를 관리내용과 수요별로 보면 간호사의 평균 방문빈도는 직접간호 보다는 간접간호가 더 많이 수행되나 의사의 평균방문빈도는 직접간호가 간접간호보다 훨씬 많아 대조적이다.

서비스내용은 인력별로 차이가 두드러지지 않았던 것은 수요별로 본 투약 및 드레싱으로 각각 14.3과 18.6이었다.

애로사항지원은 의사 및 간호사 공히 수요별로 불배 일원 의뢰가 높아 각각 18.7과 17.00을 나타내었다.

4. 1994년을 예로한 분기별 활동은 간호사의 평균 방문빈도로 볼 때 2/4분기 3/4분기 1/4분기 4/4분기의 순으로 높음을 나타냈으나 대체로 분기별 차이없이 고른 편이었다. 의사의 평균 방문빈도는 1/4분기가 다른 분기에 비해 현저히 높았다.

서비스형태로는 분기별로 모두 고른편이나 직접간호는 4/4분기에 다소 저조하고 간접간호는 4/4분기에 월등히 증가하였다.

서비스내용은 투약 및 드레싱이 1/4분기에 5.57로 가장 높다가 분기별로 점차 낮아져 3/4분기에 3.57을 나타내다가 4/4분기에 4.83으로 다시 상승했다. 나머지 서비스들은 대체로 2/4분기에 다른 분기에 비하여 높은 편이었다.

5. 간호사가 수행하는 총 방문빈도는 의사의 방문빈도 간호수요, 진료수요, 거동상태 연령 특기사항의 6개 변수가 총 37.6%를 설명할 수 있었고 영향력의 크기는 열거된 변수의 순서와 같았다. 즉 간호사가 수행하는 총 방문빈도는 의사의 방문빈도가 많고, 간호 및 진료수요가 크고, 거동상태가 불량하고 대상자의 연령이 많을수록, 특기사항의 세대주일수록 더 많아짐을 뜻한다.

참 고 문 헌

고성희, "도시 영세지역의 1차의료서비스에 관한 고찰" 한국인구보건연구원, 5(2):114-119 1985

이선자 정문희 이명숙, 지역사회보건간호학, 서울:신광출판사, 58-239 1990

윤정옥, 최근일본의 사회복지동향, 서울:홍익제, 1991.

한경자의 4인 공공보건조직에서의 방문간호사업 모형개발 간호학회지, 25(3):472-481, 1995

한국개발연구원, 저소득층의 생활안정과 자립대책, 1993.

한국보건사회연구원, 저소득층의 사회복지 수요분석, 서울:대명문화사, 1991

홍여신 이은옥 이소우의 6인 추후관리가 필요한 만성질환자 퇴원환자 가정간호 시범사업 운영연구 간호학회지, 20(2), 1990

김성실, "가정간호요구 및 수행실태에 관한 조사연구" 박사학위논문, 연세대학교 대학원, 1995

김신자, "원주기동병원 가정간호사업의 역사적 고찰" 석사학위논문 서울대학교 보건대학원, 1991

김양어, "가정방문간호의 현황과 활용방안에 관한 연구" 석사학위논문, 중앙대학교 사회개발대학원, 1988

김영기, "영세민 복지시책의 개선방안에 관한 연구" 석사

학위논문, 한양대학교 행정대학원, 1989

김영자, "일부도시 저소득 방문간호사업 대상가족의 주요 건강문제 및 실태에 관한연구" 석사학위논문 연세대학교 보건대학원, 1992

김주영, "가정간호사 제도에 대한 이해 및 태도조사 연구" 석사학위논문 경희대학교 행정대학원, 1991

김효명, "도시 영세민 대책에 관한 연구" 석사학위논문, 연세대학교 행정대학원, 1988

문정순, "간호사의 가정간호를 위한 교육요구 분석" 석사학위논문, 서울대학교 대학원, 1991

배송희, "서울시 일무저소득층 주민의 건강상태 평가 및 방문간호 요구에 관한 연구" 석사학위논문, 경희대학교 행정대학원, 1993

송근희, "가정간호와 요구에 관한 조사연구" 석사학위논문, 중앙대학교 대학원, 1989

안극수, "도시영세민실태와 그 대책에 관한 연구" 석사학위논문 동국대학교 행정대학원, 1985

오규택, "우리나라 생활보호정책의 발전방향에 관한 연구" 석사학위논문 연세대학교 행정대학원, 1992

우선혜, "의료보호대상자의 가정간호 요구 및 이용의사에 관한 연구" 석사학위논문, 이화여자대학교 교육대학원, 1989

이영애, "방문간호사업에 대한 의료보호대상자들의 평가" 석사학위논문 경희대학교 행정대학원, 1994

이인숙, "지역사회가정간호의 실행모형 개발에 관한 연구" 박사학위논문, 서울대학교 대학원, 1989

이호순, "도시영세민실태와 보호대책에 관한 연구" 석사학위논문, 전주대학교 지역사회대학원, 1990

인준식, "도시영세민 실태와 그 대책에 관한 연구" 석사학위논문, 한양대학교 행정대학원, 1983

전미순, "도시일부 저소득층 지역의 가정간호요구 및 수용정도에 관한 연구" 석사학위논문 중앙대학교 대학원, 1992

한용희, "고혈압환자의 질병관리를 위한 가정간호 연구에 관한 연구" 석사학위논문, 중앙대학교 대학원, 1990

Warhola, C., Planning for Home Health Services: A Resource Handbook, Washington D.C., Public Health and Hand Services, Washington, D.C., p.52, 1980

Weissert, W.G., et al "Cost effectiveness of home maker service for the chronicall ill" Inquiry, 17, 1980

Rogatz, Zimmer "Home Health Care: Some & Economic Consideration" Home Health Care Nurse, Vol.3, No.4, 1985

Lee, K.S., Healthy Urban Environment Report of Meeting of WHO Representatives, Manila Philippines, WPR/WR/64/4, pp. 1-5. 10 april 1991

= Abstract =

A Proposal on a Management Model Applicable to Visiting Nursing Program for a Low-income Group

Mee-Ja Ko (Ganbak Health Center)

Because of accelerated urbanization public body visiting nursing project that started according as matter of health on urban class in the lower brackets of income was concentrated on Social interests has a unsatisfied points to propel project efficiently from the lack of rating materials.

Therefore centering around written contents in documentary literature of citizen health by household in five years from starting year of project to now, visiting frequency by medical manpower was evaluated quantitatively and qualitatively in aspect of management hereupon, for the sake of giving a basic materials for public health project of this field.

This research presents documentary literature of citizen health which become materials is that as one person's charged region of nurse in duty scale, district is Kang-Buck Gu, the object is resident in the lower brackets of income grounded livelihood protection law and who is admitted by by the head of organ(chief of health care), and the number of material centering around the head of a household is 415 copy.

The result of research is summarized, as follow.

1. Average visiting frequency examined by medical manpower show difference according to valuables of supervision characteristics namely average visiting. Frequency of nurse has long term residence in case registration season is early and supervision season is the first year and is high incase a kind of house is unlicdnse mountain town.

Average visiting frequency with doctor is high incase supervision season is the first year and the medical insurance system is admitted by chief of health care.

That shows that a man of discomfort behavior left alone are yet many in local society.

The meaning of this result shows that the continuity of official relation about class in the lowest brackets of income of long term residence goes well between househole who is a user of visiting nursing service of the object according to midway income under management influences a given duty of nurse's and so causes quantitative decrease.

2. In case behavior and condition of health that nurse diagnoses are bad, as the type matter is a lack of health and the number of patient is large, the average visiting frequency of nurse is high.

because average visiting frequency with doctor is high as the condition of health is bad and the number of patient is large. That is similar with that of nurse.

① Average visiting frequency of nurse's seen by matter of disease is very high only in apoplexy by 39.50 and is confined within limits from 7.63 to 11.36 in other disease.

But average visiting frequency with doctor is double as many as that of nurse but defined in apoplexy hypertension and articulate.

② Average visiting frequency of nurse by existence in inoculation of hepatitis is low by 6.73 in unidentified group and very high by 26.89 in group of non-inoculation and the case of the antigenic positive man of B type hepatitis or epileptic who can't be inoculated shows 13.00 and that even family nursing service is needed to them.

That result shows that though one person nurse of local charge has a large scale of duty, as visiting nursing service is given a class who has a large demand preferentially by respectively accurate nursing diagnosis, the number of diagnosis service is similar with it.

3. During five years, average visiting frequency of nurse is 10.84 and average visiting frequency with doctor is 76.50 seeing from the official scale of nurse, visiting by household is performed two more per year to the average.

Seeing this by type of service, average visiting frequency of nurse is higher in indirectly nursing than in directly nursing and that suggests that at the time of visiting household nurse performs education of protection lively save patient but at the time of contrastedly visiting with doctor, directly nursing is more contents of service show no difference by man power and medication dressing by demand is 14.3 and 18.6 the aid of hardship term of doctor and nurse is high by 18.7 and 17.00 in the request of hospitalization when seeing by demands.

4. Action by turns exemplified 1994 is well in sequence of 2/4 turn. 3/4 turn. 1/4 turn. 4/4 turn. When seen by average visiting frequency of nurse but gradually is even. Without difference by turns, average visiting frequency of doctor is much higher in 1/4 turn than other turns. Type of service by turns is all even but directly nursing is inactive in 4/4 and indirectly nursing. Very increases in 4/4 and so. Nurse's quantity of duty is plentiful that shows that by evaluation of last turn and plan of project, Contents of service follows that medication and dressing is the highest by 5.57 in 1/4turn, goes down gradually by turn, becomes 3.57 in 3/4 turn, and increases again by 4.83 in 4/4 turn. the rest service is higher in 2/4 turn than other turns.

5. Total visiting frequency of nurse is explained to total 37.5% by six valuables of visiting frequency of doctor, nursing demand, demand of diagnosis, condition of behavior, year. Special terms and magnitude of influential power is the same as sequence of enumerated valuables. Namely, the higher the visiting frequency of doctor, the bigger nursing and demand of diagnosis is, the worse the condition of behavior is, the older the object is and the more the household of special terms is, the high total visiting frequency of nurse is.