

일개 보건소 방문간호사업의 업무 분석

이홍자* · 김춘미** · 윤순녕***

I. 서 론

1. 연구의 필요성

보건소는 국민의 건강권 보장을 위해 국민에게 평등한 의료가 제공 되도록 하는 책임을 수행하여야 한다(김화중, 1997). 우리나라의 보건소는 보건소법이 제정된 1956년 당시의 초기에 보건사상의 계몽 및 통계, 영양 및 식품위생, 특수지방병 연구, 환경위생, 산업보건, 모자보건 및 가족 계획, 학교 보건, 구강보건, 전염병의 예방 및 진료, 의약에 관한 사항들을 관장하였다. 1991년 3월 보건소법이 개정되면서 질병의 예방 관리와 진료에 관한 사항과 보건교육, 정신보건, 노인보건 및 장애인의 재활에 관한 포괄적인 보건의료사업을 지향하게 되었다. 그 후 1995년 12월에 지역보건법으로 개정되면서 기초자치단체의 지역사회보건의료 수요에 기초한 지역보건 의료계획을 수립, 수행, 평가하는 것을 중점으로 포괄적 보건사업의 추진을 강화해 나가고 있다.

보건소의 사업 중 간호사의 주된 업무는 가족계획, 영유아 보건, 모성보건, 결핵관리, 예방접종 등의 일부 질병예방과 건강증진, 결핵관리에서의 치료 관리에 중점을 두어 왔다 그러나 인구의 노령화, 경제발전과 생활수준의 향상, 생활 양식의 변화로 인하여

노인환자 및 만성질환관리에 대한 주민의 요구가 증가 하고 있다. 따라서 90년대 이후 공공보건기관은 주민 건강관리 실태를 급성전염병관리의 형태에서 만성질환관리 모형으로 전환하였다. 노인환자와 만성퇴행성질환은 단기간의 집중적 진료를 요하지 않으면서 가족의 힘만으로는 관리하기가 어려운 여러문제들을 안고 있다. 보건간호사업은 이러한 여건에 부응하여 보건소 내소자 중심 사업에서 만성질환관리 특성에 적합한 방문간호사업을 강화함과 동시에 만성질환 위험요인관리에 있어 가족단위 건강관리 접근법의 사업을 전개해 가고 있다.

방문간호사업에 있어서 이러한 시도는 1985년 군단위 보건사업이 통합보건사업으로 시작 되어 가족을 주민건강관리의 기본단위로 인식하여 다면적인 주민의 건강관리 요구를 충족시킬 수 있는 보건사업을 제공하였다. 특히 가정이나 사회복지시설 등을 방문하여 행하는 방문간호사업을 실시함에 있어 질적인 의료제공, 전문인력의 적정배치등이 필요하며 이것은 서비스 제공과정에 있어서의 효율적 관리체계, 보건요원의 전문인력 확보가 있어야 한다. 이러한 문제는 90년대의 도시, 군단위 보건소의 방문간호사업의 중요과제이다.

이러한 문제점을 해결하기 위해서는 국민건강을 위한 보건사업기관으로는 기초자치 단체의 유일한 기관

* 경인여자대학 간호과 전임강사

** 여주대학 간호과 전임강사

*** 서울대학교 간호대학 교수

인 보건소에서 지역사회 건강 사정에 기초한 보건 사업을 계획하고 사업의 장단기 목적을 설정하고 계획을 수립하며 이에 대한 사업의 수행과 평가가 이루어져야 한다. 또한 보건소는 민간 의료기관 및 민간단체와의 연계, 사업의 통합과 조정등으로 제한된 자원을 이용함으로써 효율적인 사업을 추진 할 수 있다(김화중과 윤순녕, 1997). 이를 위해서는 보건소 간호실무자의 역할과 기능에 대한 직무교육과 인력개발등을 포함한 방문간호사업방향의 재설정이 이루어져야 할 것이다.

일본의 경우에는 노인인구의 증가, 정신질환과 만성퇴행성질환의 증가에 따라 사회건강보험의 수가지불체계에 방문간호료와 지도료를 신설하여 시행함으로써 방문간호를 필요로하는 사람과 그 가족의 생활을 존중하고 직접적인 간호를 시행함과 동시에 가족도 적절한 보살핌을 할 수 있도록 지원하고 있다. 방문간호사업은 감염병환자, 정신장애, 심신장애, 성인병, 기타질병, 모자보건등 일차예방보다는 이차, 삼차예방을 중점적으로 하고 있다. 1983년에 노인을 대상으로, 1986년에는 정신질환자를 대상으로, 1988년에는 노인과 재택환자를 대상으로, 1992년에는 퇴원후 방문간호, 재택환자 방문진료 정보제공료와 재택요양 지도료를 신설함으로써 방문간호사업을 점차 확대해가고 있다(일본방문간호사업추진, 1993).

우리나라에서는 1991년 3월에 서울시 22개 보건소 중 5개 보건소에 지역보건과를 설치하여 만성질환자 관리의 일환으로 방문간호사업을 시작하였고 기타 보건소들도 포괄적 의료 사업으로 가족보건계를 중심으로 한 방문간호사업을 실시하였다. 방문간호사업은 보건의료체계내에서 보건소 간호사가 가정방문을 통하여 재가환자 및 가족을 대상으로 예방적, 지지적, 치료적 서비스를 제공하는 사업이다. 그러나 서비스를 제공하는 과정에서 지역간 방문간호사업 조직구조의 차이와 전문인력부족등으로 효율적 관리가 이루어지지 않고 있는 실정이다. 그러므로 방문간호사업을 구체적으로 평가하는 것은 앞으로의 보건소 중심 방문간호사업의 효과를 극대화하고 바람직한 방향으로 나아갈 수 있도록 방향을 제시하며 보건소에서 근무하는 지역사회 간호사들의 방문간호업무내용을 기획하는데 큰 도움이 될 것으로 판단된다.

이에 본 연구는 일개 보건소를 선정하여 WHO(1984)에서 제시한 보건의료체계의 구성요소에 따라 보건소의 방문간호사업을 평가하고 문제점을 검토하

며 방문간호사업의 방향을 재설정하여 방문간호사업에 기초자료를 제시하고자 한다.

2. 연구의 목적

보건의료체계 하부구조인 보건의료자원, 자원의 조직적 배치, 보건의료제공, 경제적 지원, 관리의 다섯 가지 구성요소에 따라 일 보건소의 방문간호사업을 파악하여 방문간호사업의 문제점을 도출하고 앞으로의 방향을 재설정하고자 한다. 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 보건의료체계구성요소에 따라 일개 보건소 방문간호사업의 현황을 파악하여 문제점을 도출하고

둘째, 방문간호사업의 방향을 재정위하고자 함이다.

II. 문헌 고찰

1. 방문간호

인구구조와 질병구조의 변화에 따라 보건소에서 전통적으로 행하던 보건사업은 그 수요가 격감하였다. 또한 주민들이 보건소에 기대하는 서비스의 내용도 만성질환의 관리 쪽으로 변화하였다. 이러한 시대적 변화에 발 맞추어 보건소의 사업 우선 순위가 진료, 노인건강 및 만성퇴행성질환관리, 보건교육, 방문간호사업, 전염병 및 질병예방관리 순으로 변하기를 원하고 있다(임종권, 김혜연, 장동현, 김홍식, 1992).

보건복지부는 이러한 현실을 감안하여 기초자치단체에 기초한 지역보건법을 개정하고 보건소가 수행해야할 새로운 업무로 지역보건의 기획 및 평가, 정신보건, 노인보건 및 장애인의 재활, 그리고 보건지소 및 보건진료소의 업무에 대한 지도, 감독을 추가하였다.

보건복지부는 보건사업의 새로운 수행방식으로 통합보건사업 또는 가정방문사업을 실시하도록 시.도에 지시하였으며(보건사회부, 1994) 서울시의 일부 보건소는 통합보건 사업수행을 위해 조직을 개편한 바 있다.

서울시에서는 1991년 보건소에서 실시하던 이동순회진료를 방문보건사업으로 전환하여 실시하고 있으며 사업내용으로는 방문간호, 보건교육, 방문진료, 순회진료 및 애로사항처리등이었다(박기준, 1992). 1995년 이후 서울시에서는 일부 보건소에 지역보건과 지역보건계를 두어 방문간호사업을 실시하고 있다.

연천군에서는 7개 지역 보건진료소의 보건진료원을 방문간호사로 활용하여 고혈압 환자 29명, 당뇨병 환자 18명, 신경계환자 12명, 노인 12명, 영유아 40명을 대상으로 방문간호를 실시하여 평가한 결과 질병지식은 좋아진 반면 건강수행이나 질병증상에는 변화가 없었다. 1992-1993년 도봉구 보건소의 방문간호사업 기초조사에서 보면 편모, 편부, 1인 노인 가족 등 불완전 가족이 51.1%이었으며 이 중 특히 노인가족의 경우 소외감과 건강문제 발생시 돌보는 이가 없으므로 심각한 건강문제를 야기하고 있는 것으로 나타났다(서울특별시 도봉구, 1992-1993).

일본의 경우 보건소의 보건사업은 내소한 대상자를 중심으로는 건강상담(23.7%), 건강진찰(27.2%), 예방접종(4.2%), 건강교육(28.1%), 기능훈련(1.3%), 전화상담(11.2%) 등을 제공하고 있고 방문간호사업은 감염병환자, 정신장애, 심신장애, 성인병, 기타질병, 모자보건을 중점적으로 하고 있다. 보건소의 방문간호지도현황은 방문 간호대상자 총 1138,097명 중 성인병환자 296,071명(26.0%), 정신장애자 232,335명(20.4%), 영유아 162,704명(14.3%), 결핵환자 113,708명(10%), 기타질환 127,828명(11.2%), 임신부 73,319명(6.4%), 심신장애자 58,286명(5.1%), 기타 68,868명(6.1%) 순으로 방문간호를 제공하고 있고 고령자 서비스와 보건교육이 강화되고 있다(일본 보건소운영보고연보, 1996).

우리나라도 의료비 상승, 병상부족 등으로 가정간호의 필요성을 실감하여 가정간호를 시작하게 되었으며 병원중심의 가정간호는 현재 4 기관에서 시범적으로 실시되고 있다. 병원중심 가정간호의 간호활동영역으로는 사정, 직접간호, 건강상담 및 교육, 가족간호, 시설 및 환경에 관한 사항 그리고 의뢰등이 포함되어 있었다. 서울시 간호사회의 가정간호시범사업(1996)에서는 신경계 및 감각계질환이 54%, 신생물이 19%, 순환기계 질환이 13%의 순이었으며 이용대상자의 평균연령은 64.4세로 60세 이상이 대상자의 2/3를 차지한 것으로 나타났다. 임난영 등(1997)은 가정간호 서비스의 내용으로 상태변화 사정, 평가 및 점검, 활력징후 측정, 피부간호, 주사, 투약, 욕창간호 및 치료, 방광루 간호, 동통이완요법, 교육, 가족간호, 운동요법, 체위변경, 자가소독에 관한 교육 및 관리, 소독물품공급, 감염관리등이 이루어지고 있음을 보고하였다.

보건소 중심의 방문간호사업은 건강문제가 있는 생

활보호대상자 또는 저소득층 지역의 재가 환자를 대상으로하며 의료서비스의 접근성을 높이고 자립능력을 고취시키는데 있다(서울특별시, 1992). 서울시에서는 5개 보건소에 지역보건과를 두어 방문간호 사업을 전담 실시하고 있고 이는 전국 보건소로 확대 시행되고 있다. 방문간호서비스의 내용으로는 식이 및 운동, 위생, 투약에 관한 교육 및 상담(59.5%), 검사 처치(18.5%), 신체사정(4.7%), 의뢰(6.4%) 등이었으며 대상자의 평균연령은 60세 이상이였다(윤순녕과 박성애, 1996). 대상자의 건강 문제로는 순환기계 질환이 많아 고혈압(30.5%), 뇌졸중(14.7%), 관절염(14.1%), 당뇨(11.3%) 등의 순으로 나타났는데 이는 병원중심의 가정간호 대상질환과 차이가 있었다(윤순녕, 1996). 서울시의 방문보건사업 실적을 평가한 결과 방문간호 및 방문진료 총관리건수 393,017건 중 건강관리 218,329건(55.6%), 환자관리 97,097건(24.7%), 순회진료 70,478건(17.9%), 애로사항처리 7,113건(1.8%)의 순으로 이루어졌다(보건사회부, 1998).

현재 보건소 중심의 방문간호사업은 독립적인 과단위인 지역보건과에서 담당하는 보건소와 보건지도과의 하부 단위인 가족계획계에서 담당하는 보건소의 두 유형으로 실시되고 있는데 두 유형별 방문간호사업의 질적 수준과 사업내용별 빈도는 차이가 있어 전담부서가 있는 보건소가 높은 것으로 나타났다(윤순녕과 박성애, 1996). 윤순녕 등(1995)은 보건소 방문간호사업의 질평가에서 간호기록에 체계적인 환자 사정 및 대상자의 상태변화, 제공된 서비스의 내용이 기록되어 있지 않고 사업계획수립, 평가계획, 교육계획, 업무수행의 시간계획수립이 현저히 미흡한 것으로 보고하면서 방문간호사업의 질적관리와 계획수립에 대한 체계적인 교육, 업무의 표준화 및 전산화와 평가기준의 마련이 시급함을 지적하였다(윤순녕등, 1995). 이로써 보건소의 방문간호사업은 독립부서에서 제공하는 것이 효과적이며 조직구조상의 분화 뿐 아니라 직무표준과 계획의 수립, 수행, 평가에 대한 검토가 이루어져야 할 것이다.

2. 연구의 개념들

국가보건의료체계를 설명하고 분석하는 데는 각기 다른 많은 방법이 있다. 이들 방법은 얼마만큼이나 철저한 의도를 지니고 있는가에 따라 구별된다. 보건

의료체계의 구성은 불가피하게 체계의 궁극적 결과 및 가치에 영향을 받는다. 특정 국가의 보건의료체계가 지니고 있는 구조 및 기능적 상호관계들은 대상지역과 대상인구에 투입된 요소들과 그로 인한 결과적 산출기능으로 나타날 수 있다. 투입되는 요소는 보건의료체계의 하부구조를 이룬다. 보건의료체계의 하부구조는 보건의료자원, 자원의 조직적 배치, 보건의료제공, 경제적 지원, 관리의 다섯가지로 구성되며 이들 각 구성요소는 다른 구성요소들과 직·간접적으로 연관을 맺고 있다.

첫째, 보건의료자원은 크게 보건의료인력, 보건의료시설, 보건의료장비 및 물자 그리고 보건의료지식으로 분류할 수 있다. 보건의료인력이란 주민의 필요와 요구에 상당하는 보건의료서비스를 공급하기 위하여 보건의료 분야에 종사하거나 훈련 중인 개개인을 가리킨다. 보건의료인력의 종류는 각 나라마다 다를 수 있다. 보건의료인력은 법으로 그 자격을 엄정하게 규정하고 면허 또는 그 자격 소지자가 아니면 보건의료관계행위를 할 수 없도록 규제 하고 있으므로 보건의료계획내에서 장기적인 목표아래 인력수급이 되어져야 한다. 의료인력 1인당 인구수를 보면 우리나라의 경우 의사 1인당 714명, 간호사 1인당 389명으로 일본(의사 1인당 564명, 간호사 1인당 145명), 미국(의사 1인당 396명, 간호사 1인당 143명)등 선진국 수준에 비해 못 미친다(WHO통계연감, 1994). '96년 우리나라 간호사의 1인당 인구수는 356명으로 간호사의 인력수급이 증가되고는 있으나 선진국 수준에 비하면 부족한 실정이다. 보건소와 보건지소 및 보건진료소에 우수한 보건의료인력을 확보하기 위해 '97년 6월 공중보건의 3,085명, 공중보건장학의 143명, 보건진료원 2,034명을 배치하고 있다.

보건의료시설에는 대표적인 치료시설인 병원뿐만 아니라 넓은 의미에서의 보건과 관련된 상하수도 시설 등 위생시설도 포함된다. 보건의료시설 중에서 일반인이 최초로 접촉하는 곳을 기본보건의료시설이라고 하는데, 이는 나라와 지역에 따라 매우 다양하여 개발도상국에서 도시와 비도시 지역간의 기본보건의료시설은 큰 차이를 보인다. 일반적으로 기본보건의료시설에는 보건소, 진료소, 일차보건의료단위, 조산소, 의원이 있다.

의료장비 및 물자에는 의료기술의 발전과 더불어 고가의 정교한 장비들이 있으나 비싼 비용에 비해 효율성이 낮을 수 있으므로 기술의 적절한 사용이 더

중요시 되어야 한다. 의료장비에는 예방, 진단, 치료, 재활에 사용되는 모든 장비가 포함되어야 하며 의약품 및 백신의 적절한 사용도 포함된다. 80년 12월 농·어촌 보건의료를 위한 특별조치법이 제정되어 보건의료 취약지역에 정부투자의 확대에 의료장비 보강을 계속 해오고 있다.

보건의료 지식은 많은 국가에서 전통의학을 통해 질병의 예방, 진단, 치료, 재활에 관한 상당한 양의 이론과 경험을 축적해 왔다. 그러나 현대과학의 검증을 거친 것은 이들 가운데 극히 일부에 지나지 않는다. 비록 의학 및 관련 보건의료지식의 상당량이 주도면밀한 관찰과 경험의 교류에서 비롯되긴 하지만 지식의 대부분은 신중한 과학적 연구로부터 유도되는 것이다.

둘째, 보건의료체계의 다양한 자원들을 보건의료활동으로 옮겨 그 자원들로 하여금 적절히 기능할 수 있도록 하려면 일정 유형의 사회조직이 필요하다. 보건의료자원들을 효과적인 상호관계에 놓이게 하고, 보건의료전달 메커니즘을 통해 개별 환자나 지역사회 집단들로 하여금 그들 자원과 접촉할 수 있도록 하기 위해서도 자원의 조직적 배치는 필요하다. 우리나라는 의료자원이 도시에 편중되어 있어 지역간 균형을 이루기 위하여 1985년 8월부터 과잉공급되어 있는 지역의 병상 신설을 막고 만성퇴행성질환, 정신질환, 심장질환 등의 환자를 위한 병상증설에 민간 및 공공투자를 유도하였다. 이에 병원이 없는 26개 군지역에 민간병원 유치에 지원하였고 연천군을 비롯한 민간병원 유치가 어려운 17개 군지역은 보건소 시설을 병원화하였다. 의료기관은 공공과 민간 부분 상호간의 보완적 관련성이 부족하여 민간부분이 맡기 어려운 의료취약지역 저소득층 주민과 특수질환의 의료서비스를 해소하기에는 아직 미흡한 실정이다.

셋째, 다양한 보건의료서비스를 제공하는 과정은 국가마다, 혹은 한 국가의 각기 다른 부분에서도 매우 다양할 수 있다. 국가보건의료체계의 맥락에서 보았을 때 보건의료는 그것이 어느 정도까지 복잡하며 주민의 보건의료 요구가 어떤 일련의 절차를 거쳐 제공되느냐에 따라 간주하는 것이 훨씬 관계적이다. 결과적으로 말해 서비스 제공은 1,2,3차 의료로 이루어져 있다. 일차예방은 개인 또는 지역사회의 노력에 의해 질병의 발생을 막고 건강을 증진시키는 것이며, 이차예방은 개인 또는 인구집단의 불건강상태를 조기에 발견하고 즉각적이고 효과적인 대응을 할 수 있게

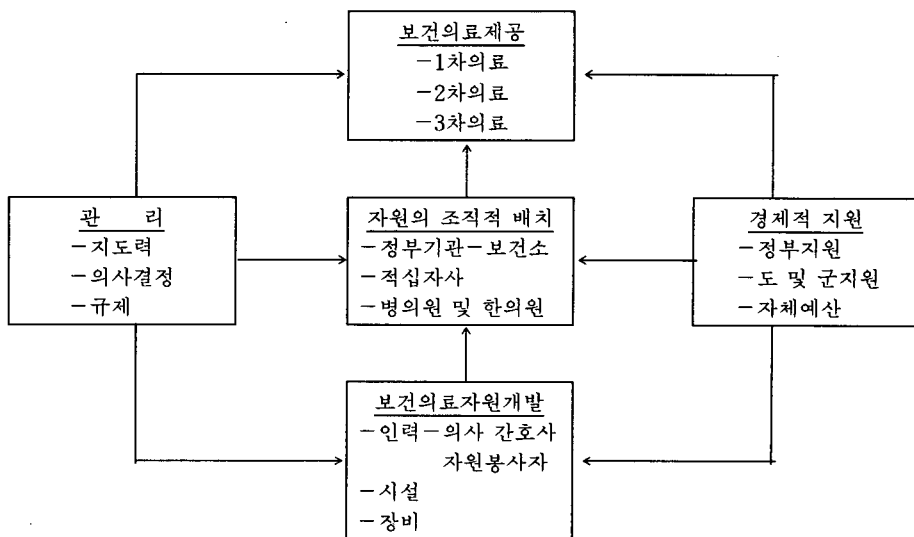
하는 조치를 말한다. 그리고 삼차예방은 기능장애를 줄이고 지속적인 질병의 고통을 완화하며 환자를 적응시키려는 노력을 의미한다. 서울시에서는 도시 저소득층 주민 밀집지역인 봉천동, 구로구, 노원구에 1983년부터 1987년까지 일차예방을 위한 보건의료시범사업을 실시하였고 91년이후 확대실시하여 도시 저소득층 주민의 방문보건사업을 강화하였다. 방문간호사업은 1차예방, 2차예방, 3차예방을 포함하는 포괄적 보건사업을 제공하고 있다.

넷째, 모든 보건의료자원 및 보건의료제공체계는 경제적 지원을 필요로 한다. 의료서비스 재정조달에 관한 재원에는 정부 및 의료보험기구의 공공재원, 기업주, 조직화된 민간기관(자선단체, 임의보험 등), 지방, 지역사회의 기여, 외국의 원조, 개별가계의 의료비 그리고 기타 가능 재원들(복권, 기부금 등)이 있다(WHO, 1992). 우리나라의 경우 국민의료비를 재원면에서 보면 정부, 보험, 민간의 세부분으로 나눌 수 있는데 전국민의료보험의 실시에도 불구하고 개별가계에서 환자가 직접지불하는 비율이 높은 수준으로 개별가계를 포함한 민간 부분의 비중이 65%를 상회하고 있다. 조세를 재원으로하는 정부의 의료비 재원은 의료보호 및 지역의료보험에 대한 국고보조로 30%내외의 비중을 차지하고 있다. 1992년 이래 정부 부분 의료비 비중은 감소하는 추세를 보여 1991년

11.8%에서 1994년에는 9.6%만을 차지하고 있는 것으로 나타나 정부의 공중보건 활동에 투입되는 비용의 비중은 점점 감소하고 있다.

다섯째, 보건의료체계의 관리 과정은 많은 부분이 다른 네가지 요소속에 이미 포함되어 있으며 적절한 기능과 관련하여 그들 과정이 지니고 있는 중요성은 무척 크다고 할 수 있다. 관리의 적용양식은 한 국가의 역사, 정치, 문화, 사회적 가치에 의해 좌우된다. 일반적으로 관리의 세 가지 결정적 측면들은 지도력, 의사결정, 법규이다.

따라서 본 연구는 보건의료체계 하부구조의 다섯가지 구성요소를 기초로 하였다. 공공보건조직인 보건소는 내무부와 보건복지부의 영향하에 있으며 경제적 지원은 국고 지원과 도 및 군의 지방자치 지원, 자체 경비가 중요한 재원이 되며 민간기관의 자원이 포함되었다. 보건의료 자원에서는 전문인력, 민간의 자원 봉사 인력이 포함되며 지역의 시설, 장비 및 물품을 파악하였으며 자원의 조직은 정부기관으로서의 보건소를 중심으로 비정부기관인 적십자사, 기타 지역의 민간 병원들이 포함되었다. 보건의료 제공은 1차예방, 2차예방, 3차예방을 포함하는 포괄적 보건의료가 제공되었다. 이러한 기초자료를 토대로하여 방문간호사업에 대한 다섯가지 구성요소의 관계를 파악하기 위한 본 연구의 개념적 틀은 <그림 1>과 같다.



<그림 1> 연구의 개념적 틀

Ⅲ. 연구 방법

기존 군단위 보건소에서는 사업계획에 따라 방문보건사업을 시행하고 있다. 본 연구는 일개 군 보건소에서 실시하고 있는 방문간호사업을 각종 예산 및 사업보고서, 성과보고서, 업무수행평가기준, 보건요원의 가정 방문기록 등 자료를 중심으로 고찰하여 현재 실시되고 있는 방문간호사업의 현황과 문제점을 파악하였다. 조사기간은 1998년 5월부터 '98년 6월 30일까지 일개 보건소의 1997년도 자료를 사용하였으며 구체적인 자료는 다음과 같다.

- 1) 보건의료자원의 인력, 시설 및 물품: 보건소 방문간호사업지침서 및 서류를 사용하였다.
- 2) 자원의 조직적 배치: 방문간호사업지침서 및 서류, 보고서를 이용하였다.
- 3) 보건의료제공: 1차, 2차, 3차 의료는 간호사의 방문기록지를 사용하였다.
- 4) 경제적 지원: 재원의 출처 및 사용은 예산 및 사업보고서를 사용하였으며 민간자원봉사자 및 마을건강원에 대한 자료는 실무자와의 면담을 통하여 수집하였다. 예산은 총액을 100퍼센트로 하여 비율로 표시하였다.
- 5) 관리: 지도력과 의사결정의 기획, 규정은 가족보건계장 및 방문간호실무자와의 면담과 회의보고서 및 사업보고서를 사용하였고, 평가는 도평가보고서와 보건소 평가보고서, 방문사업에 대한 주민들의 설문조사 결과를 자료로 사용하였다.

Ⅳ. 연구 결과

1. 보건의료자원현황

현재 보건소에서 방문보건 사업을 위해 투입되고 있는 인력으로 전담인력은 총 45명(의사 15명, 간호사 17명, 조무사 11명, 기타 인력 2명)으로 구성되어 있다. 이를 전담인력 1인당 사업대상자수를 계산해보면 609명('97년 총 사업대상자 수 27,448명/전담인

력 45명, <표 9>이다. 이외에 민간인력으로 217명이 있는데 이들은 자원봉사자 142명, 전문대 학생 75명이며 이들이 활동한 봉사는 8,012건이었다. 봉사활동의 내용은 혈압측정 등의 간호학생들에 의한 기본간호서비스, 마을건강원이 제공하는 정신적 서비스, 비정부기관인 적십자사 봉사요원들의 가사서비스, 모범택시 운전자에 의한 환자 이송서비스 등이 있었다.

이미용협회에서 월 1회 계획적인 세발봉사를 제공하고 있으며 이들 봉사자와 월 1회 모임을 갖고 있다. 방문간호를 위한 마을 건강원 28명의 자원봉사자들은 월 1회 모임을 갖고 계획된 봉사를 제공하고 있다. 모범택시운전자들이 제공하는 이송자원봉사를 필요시 받고 있으며 이것은 비체계적이며 적극적으로 활용하지 못하고 있다.

이용할 수 있는 시설로서 노인정, 마을회관, 장애인협회 등이 있으며 현재 보유하고 있는 방문간호 기구 및 물품은 <표 2>와 같다.

<표 2> 보유장비현황

보유장비현황		보유장비현황	
품명	수량(개)	품명	수량(개)
전자혈압계	3	저주파물리치료기	25
일반혈압계	25	안마기	30
빈혈측정기	9	의자변기	2
체중계	2	일반메트	10
신장기	2	다목적검사기구	16
엠브랙 set	20	소변분석기	1
앤도튜브	20	욕창방지용고무링	5
라팅고스코프	10	세발기	3
에워웨이 set	20	볼목욕	1
온점질기	29	적외선치료기	2
휠체어	6	샤워용의자	2
워커	4	방문장비보관앵글	1
에어메트레스	4	관절가도기	25
색신표	25	이경	14
치아모형도	25	원적외선물리치료기	24
염분측정기	25	약포장기	1
자궁모형도	3	얼음주머니	50
태아모형도	3	고무찰흙	30

<표 1> 방문간호사업인력

	전문인력				비전문인력	
	의사	간호사	조무사	기타	간호전문대 학생	자원봉사자
수(명)	15	17	11	2	75	142
계(명)	45				217	

인력의 개발을 위한 보수교육으로 사업담당 공무원 보수교육을 실시하고 있다(표 3). 보건소 자체 보수교육으로 간호사 및 간호조무사를 대상으로 분기별 1회씩 연 총4회 실시하며 내용은 보건소와 보건지소의 공중보건의가 질병위주의 교육을 제공하고 있다. 방문간호자원봉사자를 위한 교육으로 마을건강원 및 자원봉사자 142명을 대상으로 지역별모임을 월1회(지소, 진료소별 주관), 협의회 모임을 2개월에 1회(보건지소 주관) 가져서 필요한 교육을 실시하고 있다.

〈표 3〉 인력개발 교육

연도	계	교육인원(명)		장 소
		보건간호사	보건요원	
'97	15	3	12	종합대 간호대학
	2	2		국립재활원

2. 자원의 조직적 배치 현황

방문간호사업과 관련되는 정부기관은 보건복지부 도청 보건과 지역보건계이며 방문간호사업과 의료보험의 연계로 환자발견시 필요하면 지역의 한의원, 병의원, 산부인과등 1, 2, 3차 병원으로 의뢰하고 있다. 방문간호사업과 생활보호 및 의료보호대상자와의 연계는 생활보호대상자 및 소년소녀가장 발견시 방문간호사업대상자로 등록하여 서비스를 제공하며, 읍, 면, 군 복지계에 의뢰하여 혜택을 받을 수 있도록 하고 있다. 비정부기관/독립 민간부분으로 적십자사의 봉사활동지원을 받고 있고 지역사회와의 연계로 마을건강원의 활용, 종교단체, 지역사채 전문대학의 간호과, 장애인 협회, 병.의원, 모범택시운전사회 등의 지원을 받고 있다. 또 보건소 조직간, 지역사회간의 연계는 〈그림 2〉과 같이 이루어 지고 있다.

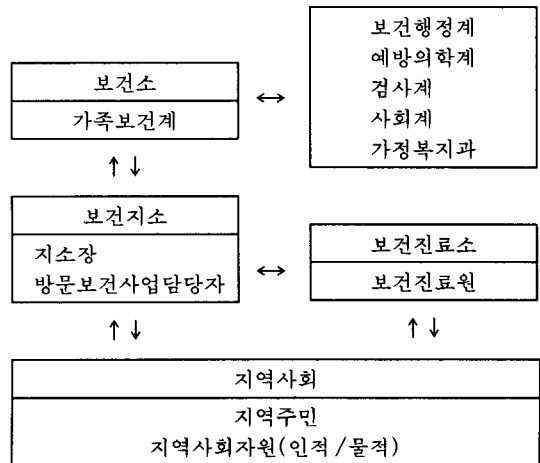
이와 같이 자원배치 현황은 비정부기관과 민간부분의 자원에 대한 파악이 정확하게 되어 있지 않고 봉사기관이 수시로 제공해 주는 인력이나 물자를 방문간호사업에 이용하고 있는 실정이다.

지역사회와의 연계는 되어 있으나 지역사회 기관과의 연계가 일관성을 유지하지 못하며 보건소에서 조정하고 있지는 않다.

3. 보건의료제공현황

방문간호사업은 주로 만성퇴행성질환자, 정신질환

자, 노약자, 거동불능자를 중심으로 가정방문을 통한 간호를 실시하였고 전 주민을 대상으로 보건교육, 상담을 실시하였다. 결핵, 고혈압, 당뇨 및 성인병의 질병관리와 질병으로 초래되는 합병증 발생을 예방하고 특히 중양환자의 통증간호 및 임중간호를 사업내용으로 하고 있어 1,2,3차예방을 모두 포함하는 포괄적 보건의료 사업을 실시하고 있다(표 4).



〈그림 2〉 방문간호사업의 보건소 및 지역기관과의 연계

의료전달체계에 따른 서비스 및 의뢰는 1차 의료로서 경증인 경우 보건기관(보건진료소, 보건지소, 보건소)에서 1차 진료를 실시하며, 대상자가 원하는 경우 다른 1차 기관으로 의뢰를 한다. 2차 의료와의 연계로서 환자상태가 중한 경우 대상자가 원하는 2차 진료기관으로 의뢰하며 현황은 1997년에 2차 의료기관으로 의뢰한 건수가 총 883건으로 내과 303건, 산부인과 138건, 치과 98건, 정형외과 91건, 소아과 59건, 피부과 45건, 안과 39건, 이비인후과 36건, 한방과 35건, 신경외과 32건, 기타 2건이었다. 3차 의료와의 연계로서 성인병 검진을 통해서 자궁암 4기와 같은 중증도의 경우 삼성서울병원과 서울중앙병원에 예약 서비스 및 이송을 하였다(표 5).

그 외 마을건강원, 자원봉사자, 간호대학 학생등 민간인력에 의해 실시되는 서비스가 총 8,012건이다.

민간 서비스의 구체적 내용은 가사 서비스(청소, 세탁, 취사 등) 98건, 간병 서비스(재활운동, 집안소독, 목욕서비스 등) 249건, 정신적 서비스(말벗, 여가지도, 보건교육 및 상담) 2,730건, 환자이송 서비스

〈표 4〉 주요서비스 내용 및 대상

사업구분	대상 및 내용	구분
가정방문·치료/간호	-만성퇴행성질환자/정신질환자/노약자/거동불능자	2차
보건교육/상담	-전 주민 대상	1차
조기발견/치료유도	-오백지, 취약지 등 의료접근성이 낮은 주민들에 대한 건강진 단으로 질병의 조기 발견, 치료유도	1차
모자보건/가족계획	-모성 및 영유아 등록 관리	1차
결핵관리	-환자 복약 상태지도 및 추구관리 대상자 관리	2차
고혈압·당뇨환자 관리	-생활보호대상자/저소득자/40세 이상자	2차
장애인 관리	-전문치료 기관 및 복지시설 소개/장애인 발생예방/부모역 할 및 돕는 방법지도 /휠체어의 11종 장비 대여	3차
성인병관리	-성인병 예방 정기적 보건교육/정기적 건강 상담. 사회복지 위한 재활지도	1,2차
영양지도	-질환별 식이요법 지도/이유식지도/초등학생 비민 관리	1차
노인건강관리	-65세 이상 노인	1,3차
예방접종사업	-영유아 및 미취학 아동, 성인대상	1차
학교보건 및 구강보건	-학생 성교육, 흡입제(본드, 가스), 구강보건 교육 및 체질검사	1차
정신보건 사업	-전 주민대상으로 실태조사 실시	1차
중양환자 간호	-통증 및 임종간호 실시	2,3차

〈표 5〉 타의료기관 의뢰현황

(단위 : 건수)

총 계	내 과	산부인과	치 과	정형외과	소아과	피부과	안 과	이비인후과	한방과	신경외과	기 타
883건	303	138	98	91	59	45	39	36	35	32	2
100%	34.3	15.6	11.2	10.4	6.8	5.25	4.5	4.1	4.0	3.7	0.2

123건, 기본간호 서비스(혈압측정, 뇨검사, 간단한 드레싱 등) 4,802건, 기타(도배, 보일러 수리 등) 10건 이었다(표 6).

4. 경제적 지원 현황

방문간호사업을 위한 재원은 경상예산 61.4% 정부 보조금이 8.1%, 도의 지원금이 10.6%, 군 지원금 2%, 자체예산 3.8%로 구성되어 있다(표 7). 예산은 지원된 예산과 자체예산으로 구성되어 있으

〈표 7〉 방문간호사업 재원조달

지원액	금 액	재원조달기관			
		경상적 예산	정부지원금	도지원금	군지원금
96.2%		61.3%	8.1%	10.6%	16.2%
3.8%	자체예산				
100%	계				

며 재원의 사용은 경상적 경비로 61.2%, 국고보조사 업으로 20.0%, 도비보조사업으로 15.0%, 자체 사업 으로 3.8% 사용되었다(표 8). 정부와 도, 군에서 지

〈표 6〉 민간 자원봉사활동 내용

구분	내용	건수	비율(%)
가사서비스	청소, 세탁, 취사	98	1.2%
간병서비스	재활운동, 집안소독, 목욕서비스	249	3.1%
정신적지지서비스	말벗, 여가지도, 보건교육 및 상담	2,730	34.1%
환자이송서비스	거동불능 및 중환자 이송	123	1.5%
기본간호서비스	혈압측정, 뇨검사, 간단한 드레싱	4,802	59.9%
기 타	도배, 보일러 수리	10	0.2%
계		8,012	100%

〈표 8〉 방문간호사업 예산표

총 예산액	경상적 경비	국고보조사업				도비보조사업		
		계	국	도	군	계	도	군
	61.2%							
100%	자체사업	20.0%	8.1%	3.2%	8.7%	15.0%	7.5%	7.5%
	3.8%							

(*정부보조 : 총예산의 8.1%, 도 지원 : 총예산의 10.7%, 군 지방재원 : 총예산의 16.2%)

원되는 재원은 전체의 34.9%이며 이재원은 모두 국고 또는 도비 보조사업의 비용이다. 경상적 경비의 내역은 방문보건사업의 홍보와 교육(3.5%), 장비유지 및 보강(1.5%), 보건요원 여비(13.5%), 간염·유행성출혈열·일본뇌염·인플루엔자등의 예방접종 백신과 검사지, 알콜, 주사기 등을 위한 의료비(81.6%), 기타 운영비로 구성되어 있다. 국고보조사업으로는 선천성대사이상검사, 청소년 성교육, 마을 건강원보수교육, 임신부 및 영유아건강진단, 영유아 예방접종, 인플루엔자·유행성출혈열·일본뇌염·장티푸스예방접종등 주로 일차예방사업이 포함되어 있으며 도비보조사업에는 저소득층 성인병검진, 산업장 미혼여성 풍진예방접종등 저소득층과 소의층 주민의 2차예방사업이 포함되었다. 자체사업으로 고혈압환자관리를 위한 심전도기 및 냉장고 구입이 포함되었다(표 9).

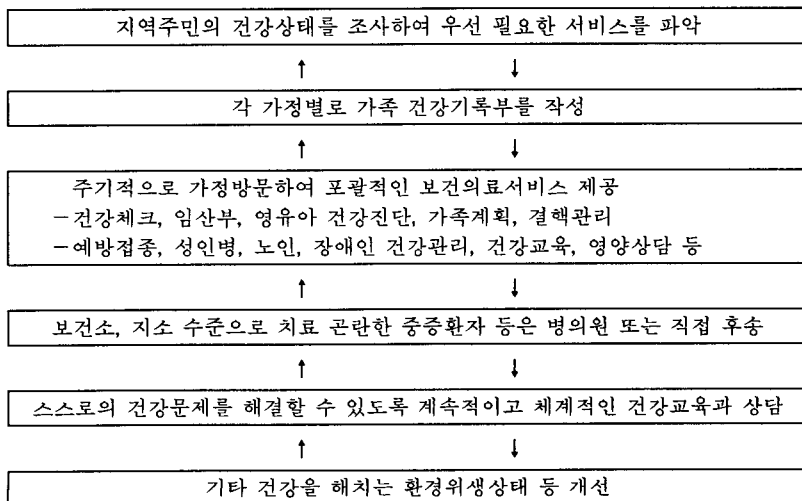
지역사회 민간재원의 지원으로 고혈압 및 거동불편자 의뢰를 위한 한의원 협조, 저소득층성인병 검진2차 정밀검사를 위한 병의원 협조, 고혈압 중증관리사

업 연계를 위한 병의원과 의 교류, 선천성대사이상 검사사업의 협조요청을위해 산부인과 협조가 지역자원으로 제공되고 있다. 순회간담회 및 교류, 출생성비 불균형 해소를 위한 병의원 간담회 및 협조, 방문간호사업 추진을 위한 전문대 간호학과의 지원, 기독교연합회, 천주교연합회 등의 자원봉사 단체에서의 물질적 지원 및 봉사, 모범택시운전사회와의 교류 및 협조, 장애인협회의 지원등이 있었으며 기타 국내 다른 기관의 원조로 적십자사와 모자보건센터의 협조를 받아 봉사자들의 도움을 받고 있다.

5. 관리 현황

방문간호사업은 그림과 같은 절차로 진행되었다(그림 3). 필요한 서비스에 대한 요구조사는 년 1회 설문 조사와 수시면담을 통하여 이루어졌고 그에 따라 가족건강기록부를 작성하고 기록하였다.

주기적 가정방문을 통하여 건강검진, 임신부 및 영



〈그림 3〉 방문간호사업 절차

<표 9> 방문간호 사업예산 및 사업내용

세	세	세	산	출	기	초	예산액				
항	항	목	출	기	초						
목	목		기	초							
경상적 경비 (100%)	일반 운영비 (100%)	일반수용비 (3.5%)	방문보건사업 책자 및 홍보전단			1.5%					
			방문보건사업홍보용 비디오구입			0.5%					
			영양교육용 물품 및 전단지제작			1.5%					
		국내여비 (13.5%)		방문보건요원 월액여비			13.5%				
		장비유지비 (1.5%)		방문보건사업 장비유지비			1.5%				
		의료비 (81.5%)		장티푸스			18.7%				
				B형 간염			20.3%				
				유행성 출혈열			8.2%				
				일본뇌염			14.1%				
				인플루엔자			13.2%				
				혈액형 시약			0.2%				
				면역글로부린			0.2%				
				혈당검사지			0.9%				
				소변검사지			0.3%				
				빈혈검사지			0.3%				
				70% 알콜			0.7%				
				일회용주사기			0.3%				
				절단탈지면			0.7%				
				다목적검사기구시약			3.7%				
국고보조사업 (100%)	일반운영비 (100%)	일반수용비(40.4%)	선천성대사이상검사비		국(40%)	군(60%)	31.0%				
			가족계획시술		국(50%)	군(50%)	9.4%				
			청소년성교육 교관운영비		국(50%)	군(50%)	1 %				
		운영수당 (1.9%)		마을건강원보수교육수당		국(80%)	군(20%)	2 %			
		기타운영비(56.4%)		피임약제기구구입비		국(50%)	군(50%)	0.5%			
				임산부영양아건강진단사업		국(40%)	군(60%)	0.5%			
				무료영양아예방접종		국(51%)	도(23%)	군(26%)	16.7%		
				인플루엔자		국(11%)	도(11%)	군(78%)	5.3%		
				유행성출혈열		국(33%)	도(33%)	군(33%)	3.2%		
				장티푸스		국(33%)	도(33%)	군(33%)	5 %		
				일본뇌염		국(33%)	도(33%)	군(33%)	25 %		
				보상금(1.3%)		보상금		국(64%)	군(36%)	1.2%	
				도시보조사업 (100%)	일반운영비 (100%)	일반수용비(49.1%)	저소득층성인병검진		도(50%)	군(50%)	49.1%
							산업장미혼여성풍진예방접종		도(50%)	군(50%)	0.8%
자산 및 물품(50.1%)						방문보건사업 장비보강		도(50%)	군(50%)	50.1%	
자체사업 (100%)	자산취득비 (100%)	자산 및 물품 (100%)	고혈압환자관리 심전도, 냉장 고 구입			100%					

(* 국고보조사업 : 대상자에게 무료제공, 군보조사업 : 대상자에게 유료제공)

유아 건강진단, 가족계획, 결핵관리, 예방접종, 성인 병관리 및 노인과 장애인 건강관리, 건강교육, 영양상담 등의 포괄적인 보건의료 서비스를 제공하였다. 방문간호로 해결이 어려운 중증환자는 병의원으로 의뢰하거나 직접후송을 실시 하였다. 이러한 방문간호사업은 보건소장, 가족보건계장과 실무자가 서로 협의

하여 시행하고 있다.

방문간호사업의 대상자는 가정, 지역방문을 통한 가정건강기초조사시, 건강검진시, 또는 마을건강원의 정보제공을 통해서 대상자를 발견한 후 방문간호사업 대상자로 등록시켰다. 사업대상자는 1996년도 지역사회회진단 분석결과 '97년 총 방문간호사업대상자 수는

27,448명이었고 총 대상자 중에서 방문간호사업 대상으로 등록된 주민은 2,020명 이었다(표 10).

방문간호사업시 의사결정은 정기적 회의는 없으며 사업결정, 지도감독, 사업평가 등을 위해 수시로 담당자들이 회의를 가지며, 매 분기별로 상부기관에 실적보고시 보건소장에게 보고하기 전 임시회의를 실시하여 그 결과를 보고 하였다.

방문간호사업의 평가는 주기적으로 이루어지고 있으며 평가팀은 도 보건과 평가팀 1개반과 군 보건소 평가팀 1개반이 있다. 도 보건과 평가팀은 년 1회 이상의 평가를 실시하며 군 보건소의 평가팀은 지도점검 1회 이상, 사업추진 평가를 매 분기에 1회 이상 실시하고 있다. 평가시기는 월별, 분기별, 연말에 실시하며 평가방법은 매 분기별로 정기사업실적보고시 추진 실적을 보고할 때 평가를 하며 또한 보건지소, 보건진료소별로 자체평가기준에 준하여 자체평가를 실시하고 있다. 보건소 자체 평가의 내용은 기획부분, 민간인력 활용부분, 등록관리부분, 사업홍보부분, 전문치료기관의뢰부분으로 배점을 주어 총점 100점으로 평가하였다(표 11). 도 평가팀의 평가내용은 계획수립부분, 예산집행, 인력, 특수시책, 반응성, 민주성, 서비스제공, 성과부분으로 구성하여 총755점으로 평가를 하였다(표 12).

주민들의 평가도 실시되고 있는데 주민들의 방문간호사업에 대한 평가는 질문지를 이용하여 방문간호사업 대상자 300명을 임의 추출하여 실시하며 평가하는 내용, 시기 조사자와 결과는 <표 13>과 같다.

지역주민은 50-59세가 22%, 60세 이상이 22%로 전체의 44%가 50세 이상이였다. 보건소에서 하는 일에 대해 응답자의 92%가 안다고 답하였으나 실제로 보건소에서 시행하고 있는 장비대여에 대해서는 64.3%만이 알고 있었다. 응답자의 82%가 방문간호사와 상담을 한 경험이 있으며 이 중 월1회 이상 상

담을 하는 주민이 8%를 차지 하였다. 상담이 건강 생활에 도움이 되었다는 응답자는 92.7%였다. 기타 응답자 총300명 중 62명이 보건소에서 지역주민을 위해서 해 주기를 원하는 업무로는 암검사 (2명), 물리치료실 운영(2명), 무료간염예방접종(8명), 한방진료(1명), 직원친절(1명), 무료건강진단(25명), 리단위 방역소독(3명), 간기능검사(1명), 수질검사(1명), 좋은 혈압약 사용(3명), 지속적 질병관리(1명), 야간진료(1명), 골다공증예방치료(2명), 식생활보건교육(4명), 고혈압관리(1명), 당뇨병관리(2명) 등을 요구하였다(표 14).

V. 논 의

인구의 노령화, 사회경제적 발전과 그에 따른 질병양상의 만성화와 국민의 지식 수준의 향상으로 대상자들은 질병치료 뿐아니라 건강검진과 같은 예방적 차원의 양적 질적으로 높은 수준의 보건의료서비스를 원하고 있다. 방문간호사업은 이러한 주민들의 기대에 부응할 수 있는 통합적 건강관리에 초점을 두고 가족단위의 건강관리로 전환하고 있다. 그러나 현재 수행되고 있는 방문간호사업이 주민의 요구에 합당하며 효과적인지, 운영상의 문제와 문제해결을 위한 노력이 있었는지, 비용 효율적인 면에서 보다 나은 대안은 없었는지에 대한 평가와 그 결과를 반영한 사업계획의 재수립이 되고 있는지 검토할 필요가 있다. 그렇게 하므로써 방문간호사업은 바른 사업지침을 가지고 추진되고 향후의 더 나은 발전을 가져올 수 있을 것이다.

일개 군 보건소 가족계획실에서 수행한 방문간호사업을 보건의료자원, 자원의 조직적 배치, 보건의료제공, 경제적 지원, 관리 등 다섯가지 측면에서 업무분석을 하였다.

<표 10> 방문간호사업 대상자 현황

거택보호		자활보호		65세이상 독거노인		소년소녀 가장		모자세대		장애인		
가구	가구원	가구	가구원	가구	가구원	가구	가구원	가구	가구원	가구	지체장애 정신장애	
346	768명	158	397명	553	553명	18	35명	45	138명	181	156	37
				사회복지시설 수용자		방문간호사업 등록환자		순회노인 건강관리		고혈압관리 사업		
				3곳	190명	2,020명	15회	500명	혈압자가 측정		신규등록 보건교육	
								500	500	4회		

(* 사업대상지 선정은 '97년도 지역사회진단 조사결과에 의함. 방문보건대상자 총수 : 27,448명)

〈표 11〉 보건소 자체 평가항목 및 배점

세 부 사 업 명	총 점	배 점 내 용
계	100	
자체계획수립		
-계획, 목표의 명확성 및 구체성	25	상 : 25
-계획, 목표의 현지 적합성		중 : 20
-지역현황 분석 및 사전조사 실시여부		하 : 15
자체평가실시	5	년말 자체평가실시 : 5 평가 미실시 : 0
민간인력 활용여부 (마을건강원, 학생자원봉사, 지역사회 인적, 물적자원-교 회, 이장, 부녀회)	10	민간인력 모집 후 활용 : 10 민간인력 모집 후 미활용 : 5 민간인력 미모집 : 0
질환별 등록관리상태	30	질환별신규 등록관리 : 10 -지소, 진료소별 평균이상 : 10 -지소, 진료소별 평균이하 : 6 추구관리현황 : 10 -지소, 진료소별 평균이상 : 10 -지소, 진료소별 평균이하 : 6 대장정리상태 : 10 -상 : 10, 중 : 7, 하 : 4
보건사업자체 홍보방법 및 건수	20	홍보방법 -2종류 이상의 방법으로 홍보 : 10 -한가지 방법으로 홍보 : 7 홍보건수 -50건 이상 홍보 : 10 -30건 이상 홍보 : 7 -10건 이상 홍보 : 4
전문치료기관 의뢰건수	10	10건 이상 의뢰 : 10 7건 이상 의뢰 : 7 5건 이상 의뢰 : 4

〈표 12〉 도 평가항목 및 배점

평가요소	평 가 변 수	평 가 지 표	배 점
계획수립	계획목표의 명확성, 현지적합성 및 구체성	시책을 구성하는 각각의 하위계획에 대한 평가	30
	계획목표와 집행계획의 유기적관계		30
	전년도 추진결과의 분석	전년도 추진결과에 대한 자체평가 실적	40
예 산	예산의 증감	자체 예산의 증감을	15
	사업대상자 1인당 예산액	사업대상자 1인당 예산액	25
인 력	전담인력의 확보	전담인력 1인당 사업대상자	25
	민간인력의 활용	자원봉사자 등 민간인력 활용실적	25
특수시책	특수시책의 발굴과 추진상황	특수시책의 효과성	60
반응성	집행과정상의 문제점 해결과 환류	집행계획 및 집행과정 실적평가	5
민주성	주민참여	주민의견 수렴을 위한 제도적 기능과 의견반영 정도	40
	시책홍보	홍보실적 및 홍보방법	50
서비스		보건의료서비스 제공	45
제공 실적	방문보건사업	전문의료기관과의 연계성	35
		등록자 관리의 적정성	30
		보건교육 및 상담실적	40

〈표 12〉 계속

평가요소	평가변수	평가지표	배점
서비스	전담인력의 전문성 제고	전담인력의 전문성 제고	30
제공 실적	민간과의 교류	민간과의 교류 및 협조	30
성 과	목표달성도	방문의료 서비스실적	40
민주성	주민평가	방문보건사업에 대한 설문 평가	160

〈표 13〉 방문간호사업 평가를 위한 주민대상 설문지의 내용, 조사시기, 조사자

	내 용	비 고
조사시기	1997년 12월26일~'98년 1월 7일	
조사자	방문간호사업 담당자 26명	보건소 3명, 보건지소 10명 보건진료소 13명
설문지 내용	<ul style="list-style-type: none"> - 귀하의 성별 및 연령은? - 보건소에서 건강에 관한 상담, 건강측정을 시행하고 질병으로 불편한 사항을 도와드리고 있음을 알고 계십니까? - 보건소직원이 귀택을 방문하여 상담 또는 질병관리에 관련한 도움을 받으신 적이 있습니까? - 도움을 받으셨다면 도움을 받으신 내용은? - 보건소직원에게 상담 및 도움을 받으신 횟수는? - 보건소직원의 방문, 상담후 얼마나 도움이 되었습니까? - 보건기관에서 주민을 위하여 어떠한 일을 해드렸으면 좋겠 습니까? 	<ul style="list-style-type: none"> - ()세, 성별 - 예, 아니오 - 예, 아니오 - 혈압측정 및 소변검사, 예방접종, 질병관리, 보조장비대여 - 년 ()회 - 많은도움, 약간의도움, 별로 도움 이안됨, 보건지식을 얻음, 전혀도 움이 안됨 - 간단하게 기술

〈표 14〉 설문조사 결과

1. 성별 및 연령

계	남	여	20-29세	30-39세	40-49세	50-59세	60세 이상
300	120	180	23	74	71	66	66
100%	40%	60%	7.6%	24.7%	23.7%	22%	22%

2. 보건소에 대한 인식

계	보건소에서 하는일		보건소에서의 장비대여	
	알고 있다	모른다	알고있다	모른다
300	276	24	193	107
100%	92%	8%	64.3%	35.7%

3. 방문간호사와의 보건상담 경험

계	소계	유				무
		년1회	년2-5회	년6회	월1회이상	
300	246	93	82	47	24	54
100%	82%	31%	27.3%	15.7%	8%	18%

〈표 14〉 계속

4. 방문간호사와의 상담내용

계	혈압측정 및 상담	예방접종	질병관리	기타
300	153	53	66	52
100%	47.2%	16.4%	20.4%	16%

5. 상담이 개인건강유지에 주는 도움정도

계	많은 도움	약간 도움	별로도움 안됨	직접 도움은 되지 않고 보건지식만 얻음	기타
300	155	73	6	9	2
100%	63%	29.7%	2.6%	3.9%	0.8%

보건의료자원개발에 있어서의 문제점을 살펴보면 첫째, 방문간호 대상자의 증가에 따른 인력의 부족을 들 수 있다. 즉, 전담인력 45명 중 직접 가정방문을 통하여 방문간호활동을 하는 인력은 보건소 간호사 2명, 보건진료원 15명 등 총 17명이며 217명의 민간자원봉사인력이 방문간호사업을 도와 주고 있다. 그러나 방문간호사업 총 대상자는 27,448명, 가정방문대상등록자수는 2,020명이고 설문조사 결과에서 보면 60세 이상의 노인 인구가 22%로 평균이상의 높은 구성비를 이루고 있어 방문간호사업의 대상자가 계속 증가할 것으로 예측된다. 현재 전문인력 1인당 대상자수는 607명으로 WHO의 1994년 통계연감에 나타난 일본(간호사 1인당 145명), 미국(간호사 1인당 143명)에 비하여 전문 인력이 턱없이 부족한 실정이다. 윤 등(1996)의 연구에서 예산과 인력확보가 가능한 보건소 유형에서 방문간호사업의 사업성과 측면과 질적 수준이 높은 것으로 나타나 인력의 부족은 방문간호사업의 내용, 빈도, 질에 부정적 영향으로 작용할 것이다.

둘째, 장비 및 물자에서 휠체어, 워커, 의자변기, 세발기등 재활에 사용되는 물품은 부족한 실정이다. 윤 등(1998)의 연구에서 빈도별로 본 가정간호사의 가정방문중 간호활동내용은 활력측정 및 검사간호(294), 특수간호술(195), 운동, 체위 및 안위간호(191), 상처 및 피부간호(103), 배설간호(98), 투약간호(93)의 순으로 나타나 운동, 체위 및 안위간호를 위한 물품이 많이 필요할 것이다. 또 예방을 위한 자료나 교육용 자료로는 치아모형도, 자궁모형도, 태아모형도를 갖추고 있어 만성질환의 예방이나 질환관리를 위한 교육자료, 노인환자를 위한 장비, 고위험집단의 효과적인 교육을 위한 시청각 자료등이 없어 구입

이 필요하다.

셋째, 방문간호사를 위한 전문지식교육이 부족하다. 공중보건의가 질병위주의 교육을 실시하고 있으므로 실제적이거나 직접간호활동 및 문제점 파악을 통한 문제해결의 능력을 키울 수 있는 교육이 없다. 고급수준의 간호행위와 의사소통기술, 사회복지 및 가정간호, 임종간호 등의 전문적인 교육을 전문가를 통해서 실시하여야 한다. 자원봉사자에 대한 체계적인 교육이 없는 것도 질적인 방문간호제공을 저해하는 요인이다. 자원봉사자들에게 필요한 체계적인 교육을 계획하는 것이 필요하다.

자원의 배치는 비정부기관과 민간부분의 자원에 대한 파악이 정확하게 되어 있지 않고 봉사기관이 수시로 제공해주는 인력이나 물자를 계획된 체계 없이 이용하고 있다. 이것은 정부기관인 보건소가 비정부기관이나 지역사회의 민간기관과 연계는 되어 있으나 효과적으로 관리를 못하고 있으며 중앙에서 조정이 되고 있지 않기 때문이다. 비정부 기관과 민간부분의 자원에 대한 정확한 정보를 파악하지 못하고 일회적 또는 수동적으로 자원봉사자들의 도움을 받고 있다. 자원봉사단체와의 정기적인 회의나 방문간호사업에 미친 영향 등에 대한 평가가 제대로 이루어지고 있지 않다

제공되고 있는 보건의료서비스를 보면 1,2,3차 예방의료를 포함하는 방문간호사업이 이루어지고 있다. 일차보건의료 9가지 내용과 중증장애를 포함한 포괄적 내용이며 대상자 구분을 세분화하여 보건의료를 제공하고 있다. 일차예방인 보건교육이 식이영양교육, 장애인예방교육, 성인병예방교육, 성교육, 구강보건교육등 모든 분야에 걸쳐 실시 되고 있으나 지역대상의 환경위생에 대한 주민 교육이 없다. 보건의료서

비스는 지역사회 민간병원 및 전통의료와 연계를 갖고 의뢰하고 있으나 중증장애인, 만성질환자, 독거노인의 지역사회지지체계가 부족하다.

재정조달은 정부지원(8.1%), 도 지원(10.7%), 군 지원(16.1%), 자체자원(3.8%)으로 구성되어 있어 외부지원금이 전체 예산의 36%를 차지하고 있다. 예산은 국내여비(13.5%), 의료비(81.6%), 일반수용비(3.5%), 장비유지비(1.5%)로 사용되고 있으나 국가의료비에서 의약 및 의료용품이 21.8% 보건의료서비스에 대한 지출이 63.1%임(한국보건의료 관리연구원, 1994) 감안할 때 의료비가 차지하는 비율이 상대적으로 높다.

관리 현황은 가정과 지역 방문을 통한 조사로 건강상태와 방문대상자를 선정하고 선정된 대상자 27,448명중 현 등록환자는 2,020명으로 7.4%에 해당하는 수의 주민만이 방문간호의 관리를 받고 있다. 또한 방문간호사업의 의사결정은 보건소장, 가족보건계장, 실무자의 협의를 거쳐서 이루어지고 있고 정기적인 회의를 거치지 않아 담당자들이 수시로 사안에 따라 방문간호사업을 시행하는 것은 체제적 수행이 되기 어렵다. 결과에 대한 평가도 자체평가, 도평가반의 평가, 주민들에 대한 설문조사를 통하여 실시하고 있으나 그 평가항목과 배점이 달라 보건소자체 평가와 도의 평가를 비교하기가 어렵다. 또한 주민의 평가 결과는 방문간호사업의 계획에 다시 반영되어 실제 지역주민이 요구하는 방문간호 사업이 이루어질 수 있도록 제도적 장치가 필요하다.

이에 따라 방문간호사업의 방향을 재설정해야 할 필요가 있다. 먼저 인력에 있어서 방문을 실제로 실시하는 간호인력의 충원이 필요하다. 실제 방문간호를 실시하는 의료인력 대 방문간호사업 등록 환자비는 1 대 609명으로 효과적 방문간호사업이 실시되기 어렵다. 따라서 방문간호사의 수를 늘리고 효과적인 방문간호사업을 제공하기 위하여 전문의료인력을 확보한다. 지역주민 중 방문간호 대상자의 구성은 65세 이상 독거 노인(1053명, 52%), 고혈압관리대상자(500명, 24.8%), 지체장애(156명, 7.7%), 모자보건대상(138명, 6.8%), 정신장애(37명, 1.8%)이다. 이 중 특히 정신장애자는 전문 의료인력이 관리를 하여야 하므로 전문인력 확보가 되어야 한다. 장기적으로는 정신간호 전문간호사를 확보하도록 하되 단기적으로 지역의 대학교수와 연계하여 현재 인력을 교육시켜 정신장애대상자 관리를 한다. 민간의 자원봉사인력을

체계화 한다. 지속적인 지원이 가능한 자원봉사 인력을 체계화하고 봉사업무를 계속적이고 효과적으로 할 수 있도록 분담하여 간호인력과 연계한다. 간호사와 자원봉사자가 팀을 이루어서 통일된 명령 및 협조 체계로 방문사업을 제공하도록 한다. 장비 및 물자는 월체어, 워커, 의자변기, 세발기 등 장애자나 노인환자, 만성질환자가 사용하는 장비는 충분한 수를 보유하여 가정에서 자원봉사자들이 이용할 수 있도록 하고 대상자들이 장기 대여하여 가정에서도 사용가능하도록 한다. 보건교육용 기자재의 증가와 개선이 필요하다. 현 구비장비 중 교육용 장비는 치아모형도, 자궁모형도, 태아모형도인데 방문보건의 대상자인 만성질환과 노인환자, 장애인, 고위험인구 집단(청소년 성교육, 흡입제, 초등학생 비만등)들의 효과적인 교육을 위한 시각자료 구비가 되어야 한다. 보건의료 지식은 인력개발을 위한 교육시 교육내용의 확대 및 전환이 필요하다. 중증보건의가 질병위주의 교육을 실시하고 있으므로 실제적이거나 직접활동 및 문제점 파악을 통한 문제해결의 교육이 필요하다. 직접간호행위와 의사소통 기술, 사회복지 및 가정간호 등의 전문적인 교육을 전문가를 통해서 실시하여야 한다. 자원봉사자 교육을 실시하고 자원봉사자들에게 체계적인 교육을 계획한다. 지역의 요구를 기초로하여 필요한 교육을 체계적으로 실시하여 자원봉사자들의 봉사활동을 표준화시킨다.

둘째, 자원의 조직적 배치에 있어서 민간부분 및 지역사회와의 연계를 담당하도록 창구를 일원화 시켜야 할 것이다. 그렇게 하므로써 자원봉사로 인한 물자 및 인력의 지원상황을 정확히 파악하여 적절하게 배치하고 효과적으로 이용할 수 있다. 성인병 발견에 대한 대안이 마련되어야 한다. 건강검진을 통하여 성인병을 조기에 발견할 수 있는 인력확보가 어려우면 민간 병의원과 연계하여 민간병원에서 발견한 만성 성인병 환자를 보건소로 의뢰하여 방문간호사업을 지속적으로 받을 수 있도록 하는 민간의료기관과의 연계를 위한 제도적 장치가 필요하다. 뇌졸중, 거동불능자에 대한 재활간호를 실시하고 장비대여를 통하여 가정에서 자가 재활이 가능하도록 하여야 한다. 재활을 위한 장비구매를 늘려 많은 수의 사람이 혜택을 받을 수 있도록 한다.

셋째, 지역사회 의료제공은 지역사회의 지지체계조직망을 구축하여 효과적으로 활용하도록 한다. 조직적이고 체계적인 자조단체를 구성하도록 유도한다.

건강과 관련된 환경과 생활양식 개선을 위한 환경위생분야에 관한 보건교육을 실시한다. 또한 설문조사의 결과 무료건강검진의 요구가 높으므로 건강요구에 맞는 적절한 정기 건강검진 프로그램을 개발함으로써 일차예방을 중점으로하는 방문간호 사업이 실시될 수 있다.

넷째, 재정지원은 군, 도, 정부의 순으로 지원을 받고 있으므로 지방자치의 확대와 함께 군자체에서 재정 조달 비율을 높인다. 지역사회의 지원인 민간재원에 대한 자원액수 및 인력자원에 대한 정확한 정보나 통계를 낸다. 현재는 민간자원의 지원내용에 대한 정보만을 대략적으로 알고 있으므로 민간자원의 정확한 통계와 지원의 지속여부등 재정적 지원의 크기를 예측하여 예산 할당시 고려하므로써 중복을 피하고 효율적 예산할당이 되도록 한다. 예산을 사업비로 할당하는데 있어서는 정부보조와 도의 지원은 국가전체사업과 관련한 사업예산으로 한정 한다. 의료비의 비율이 타 비용에 비해 월등히 높으므로 의료비의 비용중 국고보조로 충당이 되는 내용은 국고보조로 한다. 장비유지비가 1.5%를 차지하고 있고 장비 구입비는 책정이 되어 있지 않는데 사회의 변화와 의료대상의 변화를 감안할 때 그에 따른 장비의 신규 구입 및 노후 장비 교체비가 예산에서 할당되어야 할 것이다. 신규 구매 장비요구가 없어 예산이 삭감된데 비해 방문 대상자는 늘었다. 예산의 삭감은 많은 요인을 고려하여 신중히 해야 할 것이다. 예산은 사업내용과 일치시켜 세우는 것이 바람직하다. 사업내용에는 예방접종, 성인병관리, 노인건강관리, 학교보건, 구강보건 등의 내용으로 구분되어 있으나 예산에는 영양교육용 물품 및 전단의 항목을 제외하고는 모두 의료비항목이므로 사업내용별로 구분하여 예산을 할당하여 사업내용에 따른 명확한 예산집행이 되도록 해야 할 것이다. 예산은 의료비와 일반 경비가 대부분을 차지하고 있는데 서비스개발 및 질적 향상을 위한 예산과 인력개발 및 훈련예산의 할당이 필요하다.

다섯째, 방문사업 대상자를 적극적으로 등록시킬 수 있는 방안을 마련하여야 한다. 민간 자원봉사자나 민간건강요원을 이용하여 방문사업이 필요한 환자가 등록할 수 있는 연결시스템을 마련한다. 또한 사업에 대한 의사결정이나 중간자체평가를 위한 정기위원회가 있어야 할 것이다. 위원회는 정기적으로 회의를 갖고 방문사업의 진행을 확인하는 업무를 하여야 한다. 평가에 있어서도 도평가에서 주민의 반응 반영등

민주성에 점수를 많이 둔 반면 자체 평가에서는 환자 등록 관리에 점수를 많이 두고 있다. 자체평가와 도 평가로 사업에 대한 평가가 이루어지고 있는데 두 평가 기관의 평가 항목이 틀리므로 일치시켜야 할 것이다. 주민대상 평가는 많은 주민이 평가에 참석하여 실제적인 반응이 이루어질 수 있어야 한다. 따라서 평가를 실시하는 기간이 많은 주민이 참여할 수 있는 시기와 시간이어야 할 것이다.

VI. 결 론

이상으로 일개 군 보건소의 방문간호사업을 보건소의 예산, 방문간호사업 지침서, 보고서, 방문간호기록지, 도 평가지, 보건소 평가지 및 주민설문 결과지를 토대로 분석한 결과 방문간호 전담인력은 총 45명이며 이 중 보건소간호사 2명, 보건진료원 17명이 실제 방문간호를 담당하는 것으로 나타났다. 이미용협회, 모범택시운전자협회 등의 민간자원봉사자와 적십자사의 자원봉사가 보건의료자원으로 활용되었다. 만성 퇴행성질환, 노약자, 거동불능자 대상의 3차 의료예방 및 질병예방을 위한 보건교육제공 등의 1차 의료예방의 보건의료제공이 되고 있었다. 방문간호사업의 예산은 국고 지원, 도지원, 군지원과 자체예산으로 구성되었으며 국고지원은 전체예산의 8.1%를 차지하였다. 방문간호사업의 평가는 도평가, 보건소자체평가, 주민의 평가로 이루어졌다.

이로써 저소득층 지역주민의 건강회복과 건강증진, 삶의 의욕을 고취시키고 중증 장기 환자에 대한 지속적 관리를 위한 방문간호사업의 체계적 사업 추진이 절실히 요망됨을 알 수 있다. 방문간호사업을 추진함에 있어서 방문시간을 대상자와 만날 수 있고 간호제공이 가능한 시간으로 조정하는데 어려움이 있으며 가정방문, 지역사회진단, 건강기초조사, 건강측정 및 검사 등을 실시하는데 있어서 젊은 층의 지역주민은 출타인 경우가 많아 새벽이나 저녁시간에 방문해야 하는 등 실제 시행에 있어서도 여러 가지 어려움이 있다. 또한 각종 성인병을 발견함에 있어서 군단위의 경우 검진기관이 취약하여 타지역 종합병원을 이용해야 하는 불편함이 있어 경제적 부담이 크므로 성인병 조기 발견이 어려운 실정이다. 거동불편자 관리에서의 장비의 부족과 뇌졸중, 사고 등으로 인한 거동불편자 관리에 있어서 거동불편해소와 재활간호에 필요한 의료서비스를 효율적으로 제공해야 하나, 재활강

비 등이 고가여서 구입하지 못하며 따라서 환자가 필요로 하는 장비를 적시에 제공하지 못하고 있다.

만성퇴행성 질환자 관리는 경제적 시간적 부담으로 병원치료를 중단하는 만성퇴행성 질환자들에 대한 계속적인 간호제공이 보건소 단위에서 필요하다. 방문간호를 통하여 실제적인 간호를 제공하고 지역위생과 보건 실태를 파악하여 개선하므로써 방문간호에 대한 신뢰도를 높일 수 있을 것이다. 현재 시행되고 있는 방문간호사업이 효율적인 방향으로 진행되기 위해서는 보건의료체계내에서 자원, 보건의료의 조직, 관리, 평가와 재계획이 있어야 한다. 앞에서 제시하고 있는 것처럼 주민들의 방문간호에 대한 수요와 요구는 무한정하나 자원은 한정되어 있으므로 자원의 조달이 어디서 되든지 합리적이고 가능한 많은 주민의 건강을 위한 방향으로 예산이 계획되고 사업내용이 결정되어야 한다. 보건의료자원은 활용할 수 있고 필요한 의료인력을 적절한 교육과 계속교육, 훈련을 통하여 지역주민들의 요구에 맞는 질적인 간호를 제공하여야 할 것이다. 이렇게 하므로써 방문간호사업의 활성화를 기대할 수 있고 의료지식이 부족한 저소득층은 질병을 조기발견, 치료, 예방하므로써 건강증진을 가져올 수 있다.

참 고 문 헌

- 김용순, 임영신, 전춘영, 이정자, 박지원 (1990). 가정간호사업에 대한의사, 간호제공자, 진료관련부서 직원 및 환자의 인식 비교. 대한간호, 29(2), 48-63.
- 김조자, 유지수, 박지원 (1989). 방문간호를 통한 암환자의 위기 중재 효과에 관한 연구. 간호학회지, 19(1), 63-80.
- 김진순 (1994). 보건소의 기능 및 조직의 재편성 방안. 한국농촌학회지, 19(12), 159-173.
- 대한보건간호사회 (1990). 보건소 중심 간호사업의 활성화 방안. 보수교육교재.
- 박기준 (1992). 정부의 보건소 중심 가정간호사업 방향. 통합보건 사업과 가정간호 사업의 통합활성화 방안. 보건간호사회.
- 박오장 (1990). 가정방문을 통한 개별교육이 당뇨병환자 역할 행위 이행에 미치는 영향과 교육효과 지속에 관한 연구. 간호학회지, 20(2), 174-183.
- 보건사회부 (1994). 지방화 시대를 맞이하여 통합보건 사업교육 및 연찬회.
- 보건사회부 (1998). 서울시 건강생활실천협의회 회의 자료.
- 서미혜, 이혜원, 전춘영 (1995). 가정간호시범사업 간호진단 및 간호중재 분석연구. 대한간호, 34(5), 52-65.
- 서울특별시 도봉구 (1992-1993). 방문간호사업을 위한 기초조사와 사업계획.
- 서울특별시 방문간호사업 (1992). 전국가족보건사업 평가대회 수범사례발표.
- 서울특별시 간호사회 (1996). 가정간호 시범사업 보고서.
- 양명생 (1993). 일본의 방문간호사업추진. -어제, 오늘 그리고 내일-. 한국가정간호학회.
- 윤순녕 (1993). 지역사회중심의 가정간호사업. 대한간호, 32(4), 28-32.
- 윤순녕, 박성애 (1996). 보건소 보건조직에 따른 방문간호사업의 성과 비교. 지역사회간호학회지, 7(1), 5-17.
- 윤순녕, 이인숙, 한혜진, 유인자, 김재남, 배정희 (1995). 보건소 방문간호사업의 질보장. 지역사회간호학회지, 6(2), 275-285.
- 의료정책토론회보고서 (1990). 보건기관의 성인병 관리 사업. 한림대학교 사회의학연구소.
- 의료정책토론회보고서 (1995). 우리나라 농촌 공공보건의료의 개혁방안. 한림대학교 사회의학연구소.
- 이성은 (1997). 지역사회중심 가정간호사업. 춘천시 가정간호사업활성화를 위한 세미나. 강원도 간호사회.
- 이인숙(1989). 지역사회 가정간호의 실행모형 개발을 위한 연구. 서울대학교 보건대학원. 보건학박사 학위 논문.
- 이인숙, 박정분, 배상수 (1992). 공공보건기관에서의 만성질환관리를 위한 가정방문사업고찰. 대한보건협회지, 18(1), 3-23.
- 일본 보건소운영보고연보 (1996).
- 임단영 (1997). 서울시 간호사회 가정간호 시범사업 서비스 내용 및 만족도 분석. 대한간호, 36(1), 59-76.
- 한경자, 박성애, 하양숙, 윤순녕, 송미순 (1994). 일개 군 지역의 가정간호 요구 조사. 간호학회지, 24(3), 484-497.

한국보건의료관리연구원 (1994). 국민의료비의 지출 동향.

Barkauskas, V. H. (1983). Effectiveness of public health nurse home visit to primarous mothers and their infants. American Journal of public health, 73(5), 573-580.

Rice, R. (1996). Home health nursing practice : Concepts and application (2nd ed.,). St. Louis, Mosby.

Saba, V. K. (1992). The classification of home health care nursing diagnosis and interventions. Caring Magazine, March, 50-57.

- Abstract -

Key concept : Community, Home care service, Re-orientation

A Study for Reorientation of Home Care Service at Community

Lee, Hong Ja* · Kim, Chun Mi**

Yun, Soon Nyong***

The purpose of this study is to evaluate the community based home care service, and make reorientation for better service. The data was collected from the public health center, which was operated for one year, 1997.

This case is evaluated and reoriented according to five elements of public health care system ; system of resources for public health, organization and administration, health care delivery system of financing, management.

In resources for public health, available health personnels are 15 physicians, 17 nurses, 11 nurse aides and 2 other persons. One professional health

personnel take care of 609 clients. The equipments used for elderly and the disabled are 6 wheelchairs, 4 walkers, 1 hairwashers and 30 viberations.

But these equipments are not enough to deal all clients.

In organization and administration, planning and setting goals for community home care are made by the director, supervisor of family department and public health nurse. So there is no regular commitee for home care services in this community.

The form of delivery of health care is focused on preventive health care. The important works of public health nurse are health education, preventive care for hypertension, D.M. and vaccination of communicable desease.

In finaning system, funds come from central government(8.3%), local government(16.7%) and health center itself(3.8%). The services consist of health education, vaccination, clinical test and equipment. There are several local volunteers, which are local hospitals, a college, a christian association, a catholic association, a drivers association and a disabled association. The volunteer groups give physical and mental support to the clients.

In management, this health center has three evaluation methods. One is done by local government, one is done by health center itself, and the other is done by clients with questionair. But the evaluation tools are deferent between agency.

Home care services must be planned and evaluated. This public health center has to have more personnel, equipments, education for professional knowledge and meetings with community volunteer agencies.

* Department of nursing, Kyungin Women's College

** Department of nursing, Yeojoo College

*** College of Nursing, Seoul National University