

독립형 가정간호시범사업소의 가정간호행위분류체계 개발과 수가 연구***

윤순녕* · 박정호* · 김매자* · 홍경자* · 한경자* · 박성애* · 홍진의**

I. 서 론

1. 연구의 필요성

우리 나라에서는 만성퇴행성 질환의 증가, 의료비 절감과 의료기관의 효율적인 이용, 노인 인구의 증가, 환자의 권리와 의식구조의 변화, 사회환경의 변화 등과 같은 요인들에 의하여 가정간호 사업의 필요성이 더욱 더 증가하고 있다.

우리 나라의 가정간호사업은 1990년 1월 9일 의료법 시행규칙 제54조의 업무분야별 간호사에 가정간호 분야의 간호사를 추가하여 개정되면서 합법화되었다. 정부에서 추진 중인 병원중심 가정간호시범사업은 제 1차 시범사업(1994. 9~1996. 6)에 이은 제2차 시범사업(1997. 5~1999. 12)이 현재 36개 병원을 중심으로 진행 중이다. 그 외에 대한간호협회 지부의 가정간호시범사업과 대학연구사업의 지역사회 중심의 가정간호 시범사업이 진행 중에 있다.

2차 병원중심 가정간호시범사업의 결과는 1차 시범사업의 운영결과와 마찬가지로 가정간호 이용환자의 의료비 절감 효과가 있는 것으로 입증되었다. 또한 2차 시범사업의 평가 보고서에서는 정책제언의 하나로 지역사회 중심 가정간호사업의 제도화를 제시한 바 있다(황나미

외, 1999). 이에 가정간호 사업은 향후 더욱 다양한 주체의 사업 실시와 발전이 기대되며, 효율적인 의사소통을 위한 간호행위분류체계의 표준화와 전산체계의 개발, 가정간호 수가의 확립, 간호의 질관리 등이 우선 과제들이다. 이중 사업의 성패를 가름할 중요 사안인 수가체계의 합리적 개발은 무엇보다 중요하다. 이를 위해서는 가정간호 사업소를 직접 운영하면서 운영체계를 세우고 가정간호 간호행위에 대한 분석과 분류체계를 개발하며, 수가체계 확립을 위한 분석이 필요하다. 무엇보다도 우리 나라 보건의료전달체계의 구조상 필요한 독립형 가정간호사업의 현행 가정간호수가의 적절성에 대한 연구는 미흡한 실정이다(윤순녕, 1996).

가정간호 수가방법으로는 행위별 수거나 행위묶음별 수가, 질병별 포괄수가제, 방문당 수가체계, 그리고 방문당 수가와 행위별 수가를 동시고려 방안이나 지도관리비 병행안의 적용이 제안되었다(김한중, 1993; 김화중, 노유자, 서미혜, 변영순, 최경혜, 전경자, 최혜련 및 김신자, 1993; 유호신, 1993; 서울대학교 보건대학원, 1991). 병원중심 가정간호 시범사업의 가정간호수가는 방문당 비용을 중심으로 기본 방문비(1,900원)에 교통비(6000원)와 의료보험수가에 의한 개별 행위료(1999년 3월 현재)를 합한 체계로 이루어져 있다.

위의 연구들과 현행 병원중심 가정간호 수가체계들은

* 서울대학교 간호대학교수

** 서울대학교 간호대학 석사과정

*** 이 연구는 한국과학재단(96-2-16-01-01-3)의 지원을 받아 수행된 연구의 일부분임

방문당 기본방문료를 중심으로 기본방문비를 설정하고 간호행위의 특성과 강도를 반영하기 위해 지도방문료 등의 행위묶음 수가나, 행위별 수가를 병행하는 수가들이다. 그러나 전술된 수가체계들은 모두 병원중심 가정간호사업소의 운영결과를 토대로 자료수집을 하여 독립형 가정간호사업소에 적용하는데 어려움이 있다. 특히 기본방문비를 구성하고 있는 사업소의 관리운영비에 대한 원가산출은 사업소가 병원형인지, 독립형인지에 따라 원가구성요소도 다르며 관리운영비를 수가에 반영하는 방식도 다르다. 즉 병원중심 가정간호시범사업의 수가에서는 관리운영비를 따로 원가산정하지 않고 개별행위료와 병원의 병상회전을 증가에 따른 수입발생에서 일부 보상된다고 가정하였다.

가정간호행위의 분류체계는 Saba의 HHCC(Home Health Care Classification)(Saba, 1992a, 1992b; Saba & Zuckerman, 1992)와 조명숙(1999)의 병원중심 가정간호중재도구가 개발되었다. 가정간호분류(HHCC)는 완성도는 높지만 모든 환자를 위한 간호에는 포괄적이지 못한 점이 지적되고 있다. 또한 조명숙의 병원중심 가정간호중재도구도 1개 병원의 가정간호 사업을 기반으로 개발하였기에 독립형 가정간호사업소에 적용 가능한 간호행위 분류의 개발이 필요하다.

따라서 독립형 가정간호사업소에서 제공하는 가정간호 서비스의 특성을 밝히고, 전산화 과정에서 표준화 기초자료로 적용될 수 있는 가정간호행위의 분류체계 개발과 독립형 가정간호사업소의 운영결과를 토대로 방문당 원가를 산정하는 것이 필요하다.

이에 일개의 독립형 가정간호 시범사업소의 운영결과를 토대로 직접 가정간호행위에 대한 간호행위규명 및 분류체계를 개발하고 직·간접간호행위에 대한 소요시간과 교통시간을 조사하고, 인건비, 관리운영비, 차량운영비등의 원가요소를 산출하여 독립형 가정간호 시범사업에 적용가능한 방문당 수가를 제안하고자 한다.

2. 연구 목적

본 연구의 구체적 목적은 다음과 같다.
 첫째, 가정간호행위를 규명하고 그 분류체계를 개발한다.
 둘째, 인건비, 관리운영비, 교통비의 원가요소를 조사한다.
 셋째, 조사된 원가요소로 방문당 기본방문비와 교통비를 합한 수가를 산정한다.

3. 용어 정의

1) 가정간호

가정간호란 가정간호사가 재가 환자의 건강을 회복하고 재활을 도모함을 목적으로 가정간호기관의 정책과 규정에 정해진 범위 내에서 전체적으로 보건의료 팀에 의해 제공되며 환자와 가족이 스스로 돌봄 능력을 최대화하고 환자의 최적 기능수준을 유지하기 위한 간호활동을 말한다(김화중 및 윤순영, 1997)

2) 가정간호행위

가정간호행위란 가정간호사가 간호대상자에게 건강 및 간호요구를 충족시키기 위하여 행한 직접 또는 간접 간호활동이다(박정호, 황보수자 및 이은순, 1992)

3) 독립형 가정간호사업

독립형 가정간호사업이란 가정간호사업의 정의를 따르되 병원에 부속되어 있지 않고 독립적으로 설치, 운영되는 비영리 기관을 말한다.

4) 가정간호수가

가정간호수가란 가정간호를 제공하는 데 소모되는 직접 경비의 합을 말한다. 본 연구에서의 가정간호수가는 1회 방문당 기본방문비와 방문당 교통비로 구성된다.

4. 연구의 제한점

본 연구의 대상은 서울에 소재한 일개 비영리 독립형 가정간호시범사업소의 운영결과를 표출하였으므로 연구 결과를 일반화하는데 제한점을 갖는다.

II. 문헌 고찰

1. 가정간호행위 및 분류체계

간호행위는 간호중재, 간호활동, 간호처치, 간호적용 등의 다양한 용어로 혼용되어 쓰여지고 있다. 보통 간호행위는 수가산정이나 업무량측정과 같은 실무적인 간호행위의 의미가 강하고 간호중재는 간호과정에 따라 행해지는 일련의 활동을 의미한다. 본 연구에서는 수가를 전제로 한 간호행위를 규명하고자 한다.

최근 간호인력의 투입산정, 간호행위의 표준화, 질적 관리, 예산추정 및 집행, 사업평가를 위해 간호중재나 간호행위의 분류체계를 개발하는 연구와 학술활동이 활발히 진행 중이다. 국제간호협회에서 주관하여 개발한 간호실무 분류체계인 국제간호분류체계(International Classification for Nursing Practice ; ICNP, 1998)와, 미국의 Iowa대학 연구팀이 1987년부터 약 7년간에 걸쳐 개발한 6개의 영역에 25개의 분류체계, 433개의 간호중재로 구성된 간호중재분류(Nursing Intervention Classification ; NIC)(McCloskey & Bluechek, 1995)다. 지역사회에 적용할 수 있도록 개발된 OMAHA System은 4개의 분류에 63개의 대상으로 구성되어 있다(Martin, Saunders & Scheet, 1996). 국내에서는 박정호 등(1992)의 연구에서 일차적으로 16개 영역의 128개 간호행위를 확인하였으며, 이 가운데 14개 간호영역에서 수가산정시 반영될 수 있는 8개의 간호행위를 규명하였고, 상대가치 척도를 이용한 수가체계 개발을 위해 12개의 간호영역에 138개의 간호행위를 규명하였다(박정호, 송미숙, 성영희, 조정숙, 심원희, 1997).

가정간호영역에서는 Georgetown 대학에서 개발된 20개의 요소와 60개의 중재 대분류, 100개의 하부분류, 그리고 640개의 간호중재 목록으로 구성된 HHCC (Home Health Care Classification)(Saba, 1992a, 1992b; Saba & Zuckerman, 1992)가 있다. 국내 연구로는 조명숙(1999)이 15개 영역의 101개 간호중재명으로 구성된 병원중심 가정간호중재도구를 개발하였다.

2. 가정간호 수가체계

가정간호사업 수가체계의 방향을 고려할 때 다음을 고려해야 한다(김한중, 1993; 이규식, 1993; 서울대학교 보건대학교, 1991). 사업의 목적이나 대상자를 고려하고, 사업을 안정적으로 운영할 수 있도록 원가와 적정 이윤 보장, 서비스의 질적 요소 보장, 현행 의료보험 체계에 적용가능성을 고려해야 한다. 그리고 상한가와 하한가의 설정이 필요하며, 환자중증도, 교통시간, 입원 및 외래수가 크기를 감안하여 이뤄져야 하며, 보건소 중심의 가정간호서비스에 대한 수가는 정부예산으로 이뤄져야 한다.

주로 논의된 수가체계의 방법으로는 행위별 수가, 방문당 수가체계, 방문당 수가와 행위별 수가를 동시에 고

려하는 방안이나 지도관리비 병행안 질병별 포괄수가제 적용을 제안된다(김한중, 1993; 김화중 등, 1993; 양명생, 1993; 유호신, 1993, 서울대학교 보건대학교, 1991).

행위별 수가의 장점은 환자가 제공받은 서비스의 종류와 수량에 따라 이에 상응하는 진료비를 부담하는 것이 수혜자 부담원칙에 따라 공평하다고 느끼게 되어 환자의 불만해소에 도움이 되고, 공급자 측면에서 수익을 증대시키기 좋고 서비스내용이 다양할 때 환자에 따라 소요되는 시간, 재료주입자원에 비례해서 수가를 합리적으로 조절할 수 있다는 점이다. 그러나 국민전체, 국가적 차원에서 서비스 증가에 따른 의료비의 증가가 문제점으로 야기될 수 있고, 진료비 청구와 심사 등의 행정업무가 증가하는 단점이 있다.

방문당 수가는 의료비 증가가 억제되고 방문당 기준으로 행정업무가 감소하는 장점이 있으나 서비스량과 수가 수준이 불일치하는 불합리성과 원가보상의 부적절성으로 가정간호행위의 질적인 저하가 우려된다(김한중, 1993; 김화중 등, 1993; 성익제, 1993).

위의 단점을 상호 보완하기 위해 방문당 수가와 행위별 수가를 동시에 고려하는 방안이나 지도관리비 병행안이 있다(김한중, 1993; 김화중 등, 1993; 유호신, 1993; 서울대학교 보건대학원, 1991).

유호신(1993)의 연구는 병원중심 가정간호사업의 모델을 개발하고, 이에 기반한 가정간호 수가체계를 방문당 가정간호 수가를 가정간호료와 교통비 및 개별행위료(의료보험급여에 적용되는 처치나 검사 및 투약 등의 서비스)의 합으로 제안하였다. 현행 병원중심의 가정간호 수가체계는 유호신(1993)의 연구결과와 유사한 1회 방문당 수가를 기준으로 행위별 수가와 교통비를 합한 형태이다. 그러나 이런 방문당 수가와 행위별 수가 병행안의 경우 지도관리의 비용이 무형의 서비스이므로 객관적인 평가와 추후관리가 어려운 문제가 있다(김화중 등, 1993).

김화중 등(1993)의 연구에서는 적정 가정간호 수가체계안으로 현행 의료보험 진료수가 기준상 별도로 인정되는 약제료와 특정재료대는 실구입가로, 차비는 실소요비용으로 산정토록 하여 가정간호 비용은 소요시간 및 소요거리에 차등을 둔 방문 1회당 수가 체계안을 중심으로 하되 소요시간, 난이도, 소요비용이 높고 충분한 시간의 지도관리를 요하는 특정진료행위비용은 지도관리료로서 별도 보상함으로써 방문당 수가체계의 한계를 극복하자는 안을 제안하였다.

그밖에 질병명별 포괄수가제도도 제안되고 있으나(가정간호사업 조직 및 수가체계에 관한 연찬회, 1991), 동일 상병인 경우 환자의 상태에 따른 처치 등의 비용이 다양한 점을 반영하지 못한다고 비판되고 있다(김화중 외, 1992)

요약하자면 기존의 논의과정은 가정간호 수가체계에 1회 방문당수가체계를 기본으로 하는데 동의하면서 가정간호서비스의 특성 및 난이도와 질적요소를 감안할 수 있는 방안을 제시하고 있다. 현행 수가체계는 기존의 병원중심의 의료보험제도의 틀 안에서 보상 가능하도록 행위별 수가를 포함한 제도이다. 그러나 현행 의료보험제도의 문제점인 적정 간호료가 포함되지 않았다는 점에서 행위 묶음화 방안이나 지도관리비의 신설, 관리비의 원가화가 필요하다.

III. 연구 방법

1. 연구 설계

가정간호행위규명 및 분류체계 개발과 가정간호수가를 산정 하는 것을 목적으로 실시된 서술적 조사연구로 4단계로 진행되었다. 1단계는 가정간호 행위 및 분류체계 개발이며, 2단계는 직간접 간호행위 및 교통소요시간 조사이며, 3단계는 인건비, 관리운영비, 교통비의 원가요소 조사단계이다. 4단계는 조사된 가정간호 간호 소요시간과 원가요소로 방문당 가정간호수가 산정하는 과정으로 진행되었다.

2. 연구 대상

본 연구대상은 1개 간호대학에서 연구사업의 일환으로 운영중인 가정간호시범사업소의 1년간의 운영결과와 등록된 120명 환자의 방문12회까지의 총 810건의 방문 기록지를 분석하였다.

3. 연구 도구

1) 직접가정간호행위 분류조사지

본 연구에 사용된 직접간호행위 분류조사지는 1단계 연구과정에서 규명된 가정간호행위 분류체계의 가정간호 직무영역의 특성을 반영하는 6개의 대분류와 간호요구

영역을 나타내는 10개의 중분류, 그리고 총 163개의 간호행위로 구성되어 기록지 분석에 사용되었다.

2) 간접간호행위 및 소요시간조사지

간접간호행위는 전화상담, 교육, 간호준비, 회의, 기록, 물품관리시간 항목으로 구성되었으며 매일 방문한 환자수와 간접간호행위 소요시간을 조사할 수 있도록 1주일 단위로 연구팀이 개발하였다.

3) 원가요소 조사지

원가요소 조사지는 인건비, 관리운영비, 차량유지비, 기타 조사항목으로 구성되었다. 인건비는 독립형 가정간호 시범사업소에 근무하는 가정간호사들의 경력과 '98 병원노련 자료집을 참조하여 평균경력에 따른 연간 총보수액을 조사하였다. 관리운영비는 관리자 인건비, 고정기기 감가상각비, 사업운영관리비, 건물유지 관리비, 기타 관리비의 항목으로 구성되며 독립형 가정간호 시범사업소의 연간 지출된 관리운영비를 조사하였다. 차량유지비는 차량의 감가상각비, 연간 보험료, 소모품비, 자동차검사비, 연간연료비, 주차 및 세차비의 항목으로 구성되며 연간 차량유지비를 조사하였다. 기타 조사항목으로는 연간 근무일수와 연간 방문횟수를 조사도록 작성하였다.

4. 자료 수집

본 연구의 자료수집기간은 1999년 1월부터 10월까지 시행되었다.

제 1 단계 가정간호 행위규명을 위해 먼저 선행연구를 고찰하고 일개 비영리 가정간호시범사업소의 업무기록지 전수조사(1년간)를 실시하고, 이를 바탕으로 가정간호 행위를 귀납적으로 규명한 후 규명된 초안으로 9인의 간호학 교수, 가정간호사, 박사과정학생으로 구성된 전문가모임을 구성하였다. 구성된 전문가 모임은 가정간호행위의 분류체계의 틀 구성, 적절한 명칭, 가정간호행위명의 상호배타성, 명료성, 분류체계 틀의 수준의 적절성 등을 평가하고자 3차례의 공식논의와 개별 논의들을 거쳐 가정간호행위 분류체계를 확정하였다.

제 2 단계 원가요소의 조사를 위해 비영리 독립형 가정간호시범사업소의 1년간의 운영결과를 중심으로 직접간호시간, 간접간호시간, 교통시간, 관리운영비, 차량유지비를 조사하였다.

제 3 단계는 위에서 조사된 원가요소로 수가를 산정

하였으며, 현행 수가체계를 적용하여 비교 분석하였다.

5. 분석 방법

수집된 자료는 EXCEL 97를 이용하여 서술통계로 분석하였다.

IV. 연구 결과 및 논의

1. 가정간호행위 및 분류체계 개발

첫 단계 : 기초 가정간호행위 및 분류체계 개발

먼저 가정간호사가 행하는 간호행위목록을 만들기 위해 임상에서의 직접간호행위를 모두 수집하여 만든 16개 영역 128개 간호행위(박정호 등, 1992)를 기초로 윤순녕 등(1997)이 행한 가정간호행위를 분석하여 1) 측정 및 검사와 관찰, 2) 호흡간호, 3) 영양섭취와 관련된 간호, 4) 배설과 관련된 간호, 5) 운동 및 자세변경, 6) 개인위생, 7) 안전간호, 8) 투약, 9) 안위간호, 10) 교육 및 상담 11) 의뢰 및 추후관리 등 11개 영역의 간호행위 대분류를 설정하고 110개의 간호행위를 선택하였다.

두 번째 단계 : 업무기록지 조사

위에서 개발된 110개의 가정간호행위 분류체계를 개발을 기초로 1개 비영리 가정간호서비스업소의 1년간의 업무기록지를 분석하면서 각 행위의 종류와 빈도를 분석하였다. 분석대상자는 뇌혈관계 질환이 21명, 암환자 10명, 호흡기 질환 2명, 심맥관계 질환 2명, 산모 2명, 그리고 소화기계, 신장 내분비계의 질환이 각각 1명씩으로 모두 42명이었고 4인의 가정간호사가 이들을 대상으로 총 253회를 방문을 분석하였다. 기록지 분석과정에서 11개 대분류의 영역에 덧붙여 임종 및 영적 간호와 가족 및 환경관리, 그리고 환자간호 관리 및 정보관리 3개 영역이 추가되었다. 간호행위가 행해진 총 횟수는 4,004회 이었고 이중 측정 및 검사와 관찰에 대한 항목이 1,408회로 가장 많았으며, 다음 개인위생 및 피부간호 776회, 운동 및 자세변경 545회, 호흡간호 350회, 배설간호 232회, 교육 및 상담 194회, 영양간호 173회, 안위간호 161회, 투약 104회, 의뢰 및 추후관리 21회, 임종

및 영적간호 19회, 가족 및 환경관리 18회의 순이었다.

세 번째 단계 : 전문가모임을 통한 가정간호행위 분류체계 확정

위에서 개발된 14개의 간호행위분류체계에 따른 간호행위를 기초로 9인의 간호학교수, 간호사로 전문가 모임을 구성하여, 가정간호행위의 분류체계와 간호행위를 확정하기 위해 3차례의 논의를 수행하였다. 논의된 주제는 다음과 같다. 첫 번째, 가정간호행위의 분류체계의 틀을 어떻게 구성할 것인가? 두 번째, 각 분류체계와 행위들의 적절한 명칭이 무엇인가? 세 번째, 각 분류체계와 행위들이 상호 배타적인지, 의미가 명료한지, 분류체계의 틀에 따른 수준은 적절한가?

가정간호행위의 분류체계의 틀은 대분류를 어떻게 구성할 것인가와 간호행위의 구성 틀을 어떻게 형성할 것인가였다. 논의 결과 대분류를 가정간호직무영역의 특성을 반영하는 1)사정, 2)투약, 3)처치, 4)교육 및 상담, 5)심리적 간호, 6)의뢰 및 추후관리영역으로 구성하고 다른 한 축의 분류로써 헨더슨의 요구별 영역을 기초로 0) 공통 1) 영양 및 대사간호 2) 호흡순환간호 3) 배설간호 4) 감각인지간호 5) 기동성장애간호 6) 피부통합성간호 7) 안위 및 안전간호 8) 임종간호 9) 가족간호 영역으로 구성하였다. 간호행위는 142개로 선정되었으며 이중 6개 간호행위에는 좀더 구체적인 27개의 세부간호행위로 나누어 구분해서 구성되도록 했다. 따라서 이후 분석에는 163개의 간호행위가 사용되었다(표 1).

개발된 가정간호행위의 분류와 간호행위의 종류는 표 1과 같다. 조명숙(1999)의 병원중심 가정간호 중재도구는 15개 간호영역에 101개의 간호중재로 되어 있는데 15개 간호영역은 본 연구의 간호직무영역과 요구별 간호영역에 내용적으로 유사하게 나뉘어 분포되었다. 즉 조명숙(1999)의 중재도구는 측정 및 관찰, 검사, 투약간호, 호흡간호, 배설간호, 상처 및 피부간호, 영양간호, 운동 및 활동간호, 안위 및 안전간호, 특수간호, 이행증진간호, 전문가/보조자 서비스 의뢰, 영적간호, 임종간호, 가족 및 환경관리, 기타의 영역으로 구성되어 있다. 이들 영역을 나누는 기준은 간호사의 직무영역과 대상자의 간호요구영역이 혼재되어 구성되어 있으며 중재영역의 명칭이 일관성이 없어 혼란을 준다. 본 연구에서 개발된 가정간호 행위분류체계는 가정간호사가 수행하는 직무영역과 대상자의 간호요구를 분류체계의 두 축으로

선정하고 각 직무영역별로 대상자의 간호요구를 나누어 간호행위를 배치하여 가정간호 분류체계를 비교적 일관성 있게 구성하였다.

본 연구의 간호행위명은 총 163개로 조명숙(1999)의 101개보다 많다. 조명숙(1999)의 병원중심 가정간호 중재도구는 본 독립형 가정간호사업소의 대상자의 질환분포 보다 다양한 질환의 대상자에게 사업을 수행하고 있는 3차 병원의 가정간호사업 운영결과를 토대로 개발하여 본 연구의 분류체계보다 다양한 행위들을 포함하여야 한다. 그러나 본 연구에서 오히려 적은 이유는 우선 본 도구가 중재목록이 아니라 간호사정 행위를 포함한 간호

행위도구라는 점과 둘째, 본 도구가 간호사정뿐 아니라 교육 및 상담영역, 심리적 간호의 영역의 간호행위들이 세분화되어 구성되었기 때문이라고 사료된다.

간호행위명의 구체적인 차이는 조명숙의 101개의 간호중재 중 배양검사, 뇨단백, 황달검사, 산소포화도 등의 검사들과 항암화학요법, 산후체조, 조기이상, 회붕대간호, 억제대 적용, 중심정맥관관리, 자가통증조절기구 사용, 패딩 등은 본 도구에 포함되지 않았다. 이들 간호행위들은 보다 전문적인 기술을 요구하여 지역사회 가정간호사업소에서는 제공하는데 어려움이 있는 가정간호행위였다.

〈표 1〉 가정간호행위의 분류체계

코드	가정간호직무영역	코드	요구별 영역	코드	간호행위	코드	세부간호행위		
A	사정	00	공통	01	일반정보				
				02	건강력				
				03	활력징후				
				04	신체검진				
				05	신체계측				
				06	섭취 및 배설량				
				01	영양 및 대사간호	01	소화장애 증상		
				02	혈당검사				
				02	호흡순환간호	01	호흡양상관찰		
						02	출혈관찰		
				03	배설간호	01	배설및 배액 양상 관찰		
						02	요당 및 요단백 검사		
				04	감각인지간호	01	피부감각 변화사정		
						02	근력 및 마비정도 사정		
						03	대광반사 및 동공크기 관찰		
						04	기억력 사정		
						05	언어기능사정		
						06	의식상태 사정		
						07	정서상태 사정		
				05	기동성장애간호	01	일상활동 수행능력		
				06	피부통합성간호	01	피부상태사정		
						02	욕창사정		
						03	Tube 삽입부위및 기능여부 관찰		
				07	안위 및 안전간호	01	통증사정		
				09	가족간호	01	가족사정		
						02	가정환경사정		
						03	신생아 사정	01	제대관찰
								02	신생아 황달
								03	기타
						04	영유아 발달사정		
						05	모아관계사정		
						06	입부사정		
						07	산모사정	01	산후출혈
						02	오로관찰		
						03	기타		
B	투약	00	공통	01	경구투약				

		02	근육주사			
		03	피하 및 피내주사			
		04	일회정맥주사			
		05	Heparin Lock을 통한 정맥주사			
		06	수액관리			
		07	외용약 도포			
		08	점적투약			
		09	항문투약			
		10	항암제 투여			
		11	투약 교육 및 상담			
	01	영양 및 대사간호	01	완전영양주사(TPN)		
C	치치	01	영양 및 대사간호	01	위장관 및 위루 삽입	
			02	위장관 및 위루 통한 음식주입		
			03	식사보조		
	02	호흡순환간호	01	흉곽물리요법 및 체위배액		
	02	호흡순환간호	02	비구강흡인간호		
	02	호흡순환간호	03	기관내 흡인		
	02	호흡순환간호	04	산소투여관리		
			05	인공호흡기(Respirator)장착환자 관리		
			06	기도관(T-cannula)교환		
			07	심폐소생술		
			08	복막투석술		
	03	배설간호	01	단순도뇨		
			02	유치도뇨 교환		
			03	방광루(cystostomy)교환		
			04	요도및 방광세척(urethral & bladder irrigation)		
			05	요실금간호		
			06	자가배설보조		
			07	관장	01	청정관장(cleansing enema)
					02	윤활관장(glycerin enema)
					03	정체관장(retention enema)
					04	finger enema
					05	기타
	05	기동성장애간호	01	체위 변경 및 신체선열유지		
			02	관절 운동(ROM exercise) 돕기		
			03	일상활동 기능수행 보조		
			04	보조기구를 이용한 활동 돕기		
			05	억제대 적용		
	06	피부통합성간호	01	일반 피부질환 간호		
			02	욕창간호		
			03	부종간호		
			04	발간호		
			05	단순처치		
			06	염증성처치		
			07	봉합사 제거		
			08	황달간호		
			09	눈간호		
			10	구강간호		
			11	회음부 간호		

		12	침상목록			
		13	통목욕			
		14	세발			
		15	손발톱 깎기			
07	안위 및 안전간호	01	온냉찜질			
		02	맛사지			
		03	좌욕			
		04	통증조절			
		05	휴식돕기			
		06	수면간호			
		07	체온조절간호			
08	임종간호	01	사후처치			
09	가족간호	01	유방맛사지			
D 교육 및 상담	00	공통	01	질병과정 교육		
	01	영양 및 대사간호	01	일반영양상담		
			02	위장관 및 위루관리교육		
			03	치료식이 교육 및 상담		
			04	고혈당, 저혈당 증상관리교육		
			05	수분섭취량 조절		
			06	자가혈당 측정법 교육		
			07	자가인슐린 투여법 교육		
	02	호흡순환간호	01	자가 복막 투석술 시행 교육		
			02	출혈예방교육		
			03	심호흡법 교육		
			04	가습기 사용 격려 및 교육		
			05	인공호흡기(Respirator)장착환자 관리		
			06	비구강 및 기도관 흡인법 교육		
			07	기도관(T-cannular)관리 교육		
	03	배설간호	01	변비 예방교육		
			02	장루(colostomy)관리 교육		
			03	유치도뇨 관리간호		
			04	방광루(cystostomy)관리 간호		
			05	방광훈련		
	04	감각인지간호	01	의사소통장애 환자 및 가족 교육및 상담		
	05	기동성장애간호	01	운동 요법		
			02	관절 운동(ROM exercise) 교육		
			03	보조기구를 이용한 활동 교육		
			04	일상활동 기능수행 교육		
	06	피부통합성간호	01	배액관 관리 교육		
			02	욕창예방 및 관리교육		
			03	개인위생관리 교육		
	07	안위 및 안전간호	01	안전교육	01	낙상예방
			02	감염관리	01	감염징후 관찰 및 교육
					02	격리시 간호
					03	의료용품소독법 교육
					04	손씻기
					05	무균법 교육
					06	기타
	08	임종간호	01	종교적 지지		
			02	임종환자 가족 지지		
			03	장례절차 교육		

09 가족간호		01 가족지지		
		02 가정환경관리		
		03 신생아 돌보기 교육		
		04 모유 및 인공수유 방법교육		
		05 모아 상호작용 교육		
		06 유방관리법 교육		
E 심리적간호	00 공통	01 자아개념 향상 간호		
		02 역할 관계 향상 간호		
		03 스트레스 대처 향상간호		
		04 가치 신념 향상간호		
		05 성-생식 기능 간호		
		06 기분장애 간호		
		07 정서적 지지		
F 의뢰 및 추후관리	00 공통	01 전화상담		
		02 전문가 의뢰	01 의사	
			02 물리치료사	
			03 영양사	
			04 사회사업가	
			05 기타	
		03 임상병리과 의뢰	01 채혈	
			02 채뇨	
			03 객담채취	
			04 배액물 채취	
			05 기타	
		04 보조자 의뢰		
		05 물품공급기관 정보제공		
		06 지역사회 자원에 대한 정보제공		

2. 가정간호 소요시간 및 원가요소 조사

1) 직접 가정간호시간

직접 가정간호시간을 조사하기 위해 1997년 8월에서 1999년 8월 중 본 사업소에서 가정간호를 받은 대상자 중 120명의 방문 12회 기록지를 분석하였다. 분석대상자의 질환명의 신체기관별 분류에 따른 환자수와 평균 방문횟수를 살펴보면 다음과 같다.

뇌혈관계 질환자가 462(57명)건으로 방문건수가 현저히 많았으며, 비뇨기계 질환자가 87건(13명), 암환자가 81건(20명), 근골격계 질환자가 79건(11명), 호흡기계 질환자가 44건(6명), 내분비계 질환자가 25건(3

명), 소화기계 질환자가 22건(2명), 심맥관계 질환자가 6건(5명), 산모가 4건(3명)으로 총 방문횟수는 810건이었다. 평균방문횟수는 소화기계 11.0회, 내분비계, 8.3회, 뇌혈관계 질환자 8.1회, 근골격계 질환자 7.2회, 비뇨기계 6.7회순이었다(표 2)

소화기계 질환이나 내분비질환, 산모, 호흡기계는 조사대상 환자수가 3~6명으로 수가 적어 방문환자수가 10명 이상인 뇌혈관계, 암환자, 비뇨기계, 근골격계 관련질환들만 평균 방문횟수와 간호시간, 간호행위수를 비교하였다. 평균 방문횟수는 만성기능장애가 있어 특수한 간호술이 요구되는 뇌혈관계와 근골격계, 비뇨기계 등의 6~8회였으며 반면, 항암환자의 경우 검사물체취를 위해

<표 2> 질환명의 신체기관별 분류에 따른 환자수와 방문횟수

	뇌혈관계	암환자	비뇨기계	심맥관계	근골격계	산모	호흡기계	내분비계	소화기계	총계
총 방문횟수	462	81	87	6	79	4	44	25	22	810
환자수	57	20	13	5	11	3	6	3	2	120
평균방문횟수	8.1	4.0	6.7	1.2	7.2	1.3	7.3	8.3	11.0	6.8
간호시간	55.06	63.27	51.90	50	49.81	65	35	60.60	52.73	43790
간호행위수	14.14	11.30	10.51	15.17	13.62	19.50	11.16	8.68	10.00	10534

〈표 3〉 방문횟수에 따른 간호시간과 간호행위 수

항목	방문횟수												전체합	전체 평균
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
간호시간	58.87	54.28	52.58	53.27	53.96	53.17	53.33	52.79	52.39	54.56	52.16	51.83	43,790	54.06
간호행위수	23.00	11.31	11.22	11.27	11.33	11.12	11.35	10.92	11.39	11.33	11.16	11.88	10,534	13.01

방문하거나 임종을 앞둔 말기암환자에게 정맥주사를 투약하기 위해 방문한 암환자인 경우 4회로 적었다. 방문당 간호시간은 암환자가 63.27로 가장 많았으며 뇌혈관계 질환이나 비노기계 근골격계 질환인 경우 50~55분 사이였다. 이는 초기방문일수록 간호시간이 길기 때문에 상대적으로 암환자의 방문당 방문시간이 10여분 길게 나타난 것으로 사료된다.

평균 간호시간은 54.06분이었으며, 평균 간호시간은 산모(65.00분), 암환자(63.27분), 내분비계(60.60분), 뇌혈관계(55.06분)등의 순이었다. 간호행위수는 산모(19.50개)가 가장 많았고, 심맥관계 질환(15.17개), 뇌혈관계 질환(14.14개), 근골격계 질환(13.62개), 암환자(11.30개)등의 순으로 간호시간과 간호행위수와의 관계가 일관성이 없음을 알 수 있다. 이는 간호행위마다 걸리는 시간의 차이가 커서 간호행위수에 따라 간호시간이 변화하지 않는다는 것을 의미한다.

방문횟수 당 간호시간과 간호 행위수를 보면 첫 번째 방문일 경우가 58.87분에 간호행위수가 23.00개로 가장 많은 시간과 행위수를 나타냈다. 2회나 3회 이후에서는 다소 간호시간과 간호행위수가 비슷하게 나타났다(표 3). 황나미 등(1999)도 1회 방문시에는 기본방문료의 10~20%의 가산적용을 제안하고 있어 지불체계의 개선이 요구된다. 또한 황나미 등(1999)의 보고서에 의하면 제2차 병원중심가정간호시범사업소의 운영결과 과반수 이상의 질환이 월 5회 이상 방문한 것으로 나타났다. 그러나 본 사업소의 경우는 1달에 1~2회만 방문하고 있다. 이는 독립형의 경우 현재 의료보험을 적용 받지 않아 환자의 부담이 커 방문횟수가 적고 그에 따라 1회 방문당 간호시간의 편차가 적게 나타나고 있는 것이라 사

료된다.

결론적으로 질환명의 신체기판별 분류에 따라 방문시 소요되는 간호시간과 간호행위에는 큰 차이를 보이지 않고, 오히려 방문횟수에 따른 차이가 분명한 것으로 나타나 이에 대한 보상이 가정간호수가에 적절하게 반영되어야 하겠다.

수행된 간호행위를 영역별로 살펴보면 다음과 같다. 총 수행된 간호행위 수는 10,512회이었으며 가정간호직 무영역별 간호행위는 처치(41.46%), 사정(34.02%), 교육 및 상담(21.07%), 심리적간호(2.65%), 의뢰 및 추후관리(0.80%) 순으로 차지했다. 이는 가정간호가 처치뿐만 아니라 사정과 교육 및 상담의 역할이 크을 알 수 있다(표 4).

〈표 4〉 가정간호직무영역별 간호행위 수

항목	방문횟수					전체합
	사정	처치	교육 및 상담	심리적 간호	의뢰 및 추후관리	
간호행위수	3,577	4,358	2,214	278	85	10,512
백분율(%)	34.02	41.46	21.07	2.65	0.80	100.00

2) 간접 가정간호시간

간접 가정간호시간은 가정간호사 3인이 3~4주간의 조사기간동안 개발된 조사지로 전화상담, 교육, 간호준비, 기록, 회의, 물품관리 영역으로 1회 방문당 평균 간접간호시간은 28.5분으로 조사되었다(표 5).

3) 관리운영비

(1) 관리자 인건비

5인의 가정간호사가 근무하는 가정간호사업소를 관리

〈표 5〉 간접가정간호 행위의 종류 및 시간

항목	1일 평균 방문횟수	전화상담	교육	간호준비	기록	회의	물품관리시간	간접간호총시간	방문당 간접간호시간
간호사									
1	1.9	0	0	0	0	180	400	580	15.7
2	1.6	23	10	47	0	180	65	325	18.1
3	1.1	44	0	140	305	180	145	814	74.0
합계	4.6	67	10	187	305	540	610	2,094	142.7
평균	1.5								28.5

하는 관리자를 1인으로 하며 인건비는 아래 원가산정 기준 중 가정간호사의 연평균 임금의 산출 근거와 동일하게 하여 21,803,412원으로 하였다.

(2) 고정기기 감가상각비

고정기기는 가정간호를 수행하기 위한 기본적인 사무용품과 의료기기로 물품들로 고정기기의 내용년수를 5년으로 하면 연간 1,194,000원으로 계산하였다.

(3) 사업운영관리비

1년간 본 가정간호사업소의 관리운영비 내역은 교육비, 연구비, 회의비, 소모품비, 수수료, 홍보비, 통신비이며 총 금액은 2,325,140원이었다.

(4) 건물유지 관리비

건물유지 관리비는 전기료, 수도료, 냉난방비는 조사 대상 사업소의 회계단위를 분석하기가 불가능해서 김화중 등(1993년)이 분석한 건물유지 관리비에 준해서 계산하였다(9.6평). 또한 본 연구의 대상 가정간호사업소가 대학의 연구사업으로 진행되고 있어 건물 감가상각비, 세탁비, 청소비 등은 대학의 건물유지 관리에 포함되므로 본 연구에서는 제외하였다. 연간 전기료는 404,268원이며 냉·난방비는 325,901원 이었다.

(5) 기타 관리비는 위산정한 관리운영비의 6%(예산법 시행령 계약 사무규칙참조)인 363,976원으로 계산하였다.

따라서 위의 관리운영비의 1년 간 총합은 27,615,884원이었다.

4) 교통시간 및 차량유지비

교통시간은 간접간호와 같은 방법으로 간호사 3인이 3~4주간의 조사기간동안 교통시간을 조사하였다. 방문당 교통시간은 90.2분으로 나타났다. 방문당 교통시간 인건비를 계산하면 14,477.1로 큰 비중을 차지한다. 이는 연구사업 성격으로 서울과 경기지역 왕복 3시간이내 거리의 환자를 대상으로 적은 수의 간호사들이 가정간호를 제공하여 크게 나타났다. 거리를 제한하지 않으면 환자의 부담이 커지며 따라서 가정간호수요도 적어지게 된다. 따라서 가정간호 사업이 정상화되는 상황을 가정하고 교통시간을 계산하도록 현재 병원중심 가정간호 사업

소의 정부가 정한 교통시간을 1일 8시간 근무 중 4/1 즉 2시간을 교통시간으로 정하고 산정하였다. 2시간을 하루평균 방문횟수 4.5회로 나누면 방문에 소요되는 교통시간은 26.67분이며 여기에 분당 가정간호사 인건비를 곱하면 교통시간에 소요되는 가정간호사 인건비 5,267원이 산정되었다(표 6).

<표 6> 교통수단종류 및 교통시간

	조사 기간	방문일 (근무)	방문 횟수	1일 평균 방문횟수	총 교통 시간(분)	방문당 교통시간 (분)	
간	1	28	19	37	1.9	3190	86.2
호	2	21	11	18	1.6	1860	103.3
사	3	28	10	11	1.1	890	80.9
합계	77	40	66	4.6	5940	270.4	
평균	25.7	13.3	22	1.5	1980	90.2	

차량유지비는 현대자동차 아토스를 기준으로 차량구입비, 연간 연료비와 보험료 및 주차비를 산정하여 연간 방문횟수를 1051.1회로 나누어 1회 방문당 차량유지비는 3,475.75원이었다.

따라서 방문당 교통비는 방문당 교통시간에 소요되는 인건비(5,267원)에 방문당 차량유지비(3,825원)를 합하여 9,092원으로 산정되었다.

5) 기타 원가 산정기준

(1) 가정간호사 인건비(분)

가정간호사의 인건비(분)는 연간 총보수액을 연평균 근무시간으로 나눈 금액으로 하였다.

연간 총보수액은 2개 가정간호 시범 사업소의 가정간호사의 평균 경력기간을 산출하여 같은 경력의 병원노년 가입병원(임금자료수집의 용이성)의 연간 총보수액을 산정하였다. 5인의 가정간호사들의 평균 경력기간은 약 11년이며 4년제 간호학과를 졸업한 것으로 기준으로 gkduT다. 또한 병원의 임금수준은 1998년 2월말 현재 기준 38개 병원의 임금통계에 근거하여 21,803,412원으로 한다.

연평균 근무시간은 1999년 기준으로 공휴일 17일, 공휴일과 겹치지 않는 토요일과 일요일을 계산하여 토요일 44일은 반근무일로 계산하여 22일, 일요일은 48일, 생휴와 월차, 연차 각각 12일씩, 휴가 6일로 계산하여 총 129일이며, 약 6일은 기타 경조사나 병가 등을 제

외하면 연간 근무일은 230일로 산정할 수 있다.

따라서 가정간호사의 시간당 인건비는 연간 총보수액을 연평균 근무시간으로 나눈 금액으로 분(分)당 가정간호사 인건비는 197.49원이었다.

(2) 1일 방문횟수

적정 방문횟수를 4.5회로 적용하여 연간 근무일 230일로 곱하면 나온다. 간호사 1인의 연 평균 방문횟수는 1,035회이었다.

3. 방문당 수가

현행 수가체계는 방문당 기본료와 교통비, 의료보험에서 지불되는 개별행위당 처치료를 추가하도록 되어 있다. 그러나 개별행위료는 본 연구에서 산정하지 않았으므로 방문당 기본료와 교통비에만 적용하였다. 아래 상자의 계산방법에 의하면 1회 방문당 수가는 30,632원으로 기본방문료 21,540원과 교통비 9,098원의 합한 금액이었다.

이는 현행가정간호수가체계에서의 기본방문비가 19,000원에서 21,540원으로 교통비가 6,000원에서 9,098원

$\begin{aligned} \text{방문당 수가} &= \text{기본방문료}(21,540\text{원})^{11} \\ &+ \text{교통비}(9,092)^{3)} \\ &= 30,632\text{원} \end{aligned}$
$\begin{aligned} 1) \text{ 기본방문료} &= \text{방문당 가정간호사 인건비}(16,305\text{원})^{2)} \\ &+ \text{방문당 관리운영비}(5,255\text{원}) \\ &= 21,540\text{원} \end{aligned}$
$\begin{aligned} 2) \text{ 방문당 가정간호사 인건비} &= [\text{평균 직접가정간호시간} \\ &(54.06\text{분}) + \text{평균 간접가정간호시간}(28.5\text{분})] \\ &\times \text{분당 가정간호사 인건비}(197.49\text{원}) \\ &= 16,305\text{원} \end{aligned}$
$\begin{aligned} 3) \text{ 방문당 교통비} &= \text{교통비중 인건비}(5,273\text{원})^{4)} \\ &+ \text{방문당 차량유지비}(3,825\text{원})^{5)} \\ &= 9,098\text{원} \end{aligned}$
$\begin{aligned} 4) \text{ 방문당 교통비 중 인건비} &= \text{방문당 평균 교통시간}(26.7\text{분}) \\ &\times \text{가정간호사 인건비(분당)}(197.49\text{원}) \\ &= 5,273\text{원} \end{aligned}$
$\begin{aligned} 5) \text{ 방문당 차량유지비} &= \text{연간 차량유지비}(4,011,714\text{원}) \\ &/ \text{년간방문횟수}(1,048.8\text{회}) \\ &= 3,825\text{원} \end{aligned}$

으로 상향되어야 함을 알 수 있다. 그러나 현행가정간호수가는 기본방문비에 개별행위료를 추가해서 받기 때문에 인건비가 이중으로 산정되고 있다. 따라서 개별행위료에서 산정되는 평균 인건비만큼은 기본방문비에서 제외해야 하며, 방문당 관리운영비가 기본방문비에 포함되어야 한다.

그러나 방문당 기본방문비만으로는 환자의 중증도에 따른 간호강도를 반영할 수 없는 한계를 가진다. 현행수가체계는 기본 방문비에 개별행위료를 추가하는 방식으로 간호강도를 반영하고자 했으나 현행의료보험수구에서 지불가능한 가정간호의 개별 행위료가 제한되며, 간호행위별로 수가를 산정하는데 비효율적이다. 따라서 앞으로는 환자의 중증도에 따른 간호업무량이 차이가 있는지, 차이가 있다면 어떠한 수가체계를 이용하여야 이런 간호강도를 반영하면서도 행정적으로 효율적일 수 있는지에 대한 연구 필요하다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 가정간호행위규명 및 분류체계를 개발하고 가정간호소요시간과 가정간호수가의 원가요소를 조사하고 이를 방문당 수가에 적용하여 분석하고자 수행되었다. 자료수집기간은 1999년 1월부터 10월이었다. 연구대상은 일개 간호대학에서 연구사업의 일환으로 운영중인 가정간호시험사업소의 1년간의 운영결과와 등록된 120명 환자의 방문 12회까지의 총 810건의 방문기록지를 분석하였다. 연구방법은 첫 번째 단계로 가정간호행위의 분류체계와 행위종류를 개발하기 위해 문헌고찰과 기록지 분석, 전문가모임을 구성하여 개발하였다. 두 번째 단계로 직·간접 간호행위 시간과 재료비, 교통비, 기타 원가 산정 기준을 기록지 분석과 3인의 가정간호사의 자가보고방법을 통해 조사되었다. 세 번째 단계로 수집된 원가요소들로 방문당 수가를 산정하였다. 수집된 자료는 EXCEL을 이용하여 빈도, 평균, 횟수, 표준편차 등의 서술통계로 분석하였다. 연구결과는 다음과 같다.

1. 개발된 가정간호 행위종류 및 분류체계는 142개의 간호행위와 이중 6개 간호행위 내에 27개의 세부간호행위로 구성되어 총 163개의 간호행위로 구성되었으며, 가정간호직무영역의 특성을 반영하는, 사정, 처치, 교육 및 상담, 심리적 간호, 의뢰 및 추후관리

로 나뉘어 지며 간호요구 영역은 공통, 영양 및 대사, 호흡순환간호, 배설간호, 감각인지간호, 기동성 장애간호, 피부통합성 간호, 안위 및 안전간호, 임종간호, 가족간호로 영역으로 나뉘어지는 중분류로 구성되었다.

2. 방문당 평균 직접 가정간호시간은 54.06분이었으며, 질환별 평균 간호시간은 산모(65.00분), 암환자(63.27분), 내분비계(60.60분), 뇌혈관계(55.06분) 등의 순이었다. 간호행위의 수는 산모(19.50개)가 가장 많았고, 심맥관계 질환(15.17개), 뇌혈관계 질환(14.14개), 근골격계 질환(13.62개), 암환자(11.30개) 등의 순이었다.
3. 간접 간호행위 항목은 전화상담, 교육, 간호준비, 기록, 회의, 물품관리시간, 의뢰였으며 방문당 평균 간접 간호시간은 28.53분이었다.
4. 연간 관리운영비는 관리자 인건비, 고정기기 감가 상각비, 사업운영관리비, 건물유지 관리비, 기타 관리비의 총합으로 연간 27,615,884원으로 산정되었다.
5. 방문당 교통소요비는 인건비 5,267원에 방문당 차량유지비가 3,825원/분의 합으로 총 9,092원으로 산정되었다.
6. 방문당 수가는 30,632원으로 기본방문료 21,540원과 교통비 9,092원의 합으로 산정되었다.

이상의 결과를 토대로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

1. 현행 수가체계에서는 관리비를 전혀 산정하지 않았다. 그러나 본 연구에서 방문당 관리비는 5,255원으로 산정되었으며 이는 병원중심 가정간호사업소에도 반영되어야 한다. 또한 기본방문료는 19,000원에서 21,540원으로 6,000원에서 9,092원으로 상향되어야 한다.
2. 1회 방문 시 간호시간이 평균적으로 약 10%정도 많이 소요됨으로 1회 방문에는 10%내외의 가중치를 두는 것을 제안한다.
3. 본 연구에서 개발된 가정간호행위 분류체계를 보다 다양한 질환과 사업소에 적용하는 연구가 필요하다.

참 고 문 헌

김조자, 조원정 및 최혜선 (1993). 일종합병원에서의 가정간호 수가체계 방안을 위한 일 연구. 대한간호,

32(1), 61-75.

김조자, 최애규, 김기란 및 송희영 (1999). 간호진단과 중재분류에 관한 조사연구-가정간호 대상자를 중심으로-. 대한간호학회지, 29(1), 3-8.

김한중 (1993). 가정간호수가제도의 이론적 접근. 간호학 탐구, 2(1), 57~67.

김화중, 노유자, 서미혜, 변영순, 최경혜, 전경자, 최혜련 및 김신자 (1993). 우리나라 가정간호 수가체계 개발 연구. 한국가정간호학회지, 창간호, 5~51.

김화중 및 윤순녕 (1997). 가정간호 : 지역사회간호학 (제6판). 수문사.

박정호, 송미숙, 성영희, 조정숙 및 심원희 (1997). 상대가치(Resource-Based Relative Value)를 이용한 간호행위별 간호원가 산정. 1997년도 대한간호협회 용역연구 보고서.

박정호, 황보수자 및 이은숙 (1992). 간호수가 산정을 위한 간호행위의 규명 연구. 간호학회지, 22(2), 185-206.

서울대학교 보건대학원 (1991). 가정간호사업 조직 및 수가체계에 관한 연찬회 자료집.

성익제 (1993). 원가개념에 의한 가정간호 수가 산정모델. 간호학 탐구, 2(1), 68-78.

양명생 (1993). 가정간호제도와 의료보험수가 적용방법. 간호학탐구, 2(1), 87-89.

유호신 (1994). 병원중심 가정간호 사업모델과 수가체계 개발 연구. 연세대학교 박사학위 논문.

윤순녕 (1996). 지역사회 중심의 가정간호사업. 가정간호정책과 사업개발 : 연계재. 간호대학 창립 90주년 기념학술대회자료집, 80-90.

조명숙 (1999). 병원중심 가정간호중재도구 개발. 서울대학교 석사학위논문

조소영 및 박정호 (1992). 적정간호수가 산정모형을 위한 연구. 간호학회지, 23(1), 68-89.

황나미 (1996). 병원중심 가정간호 시범사업 평가. 한국보건사회연구원.

황나미, 조재국, 장인순, 김의숙, 김조자, 양봉민, 윤순녕 (1999). 병원중심 가정간호사업 모형 개발 및 제도화 방안. 한국보건사회연구원.

International Council of Nurses (1998). International Classification for Nursing Practice : A Unifying Framework. The Alpha Version.

Martin, K. S., Saunders, W. B., & Scheet, N. T. (1996). The OMAHA system. Holistic Nurs Pract, 11(1), 75-83.

McCloskey, J. C., & Bluechek, G. M. (1995). IOWA INTERVENTION PROJECT : Nursing Interventions Classification(2nd Ed.), St. Louis : Mosby.

Saba, V. K. (1992a). The classification of home health care nursing : Diagnoses and Interventions. CARING, 10(3),50-57.

Saba, V. K. (1992b). Health care classification. CARING, 10(5),58-60.

Saba, V. K., & Zuckerman A. E. (1992). A new Home Health Classification Method. CARING, 11(10), 27-34.

- Abstract -

Key concept : Home nursing care,
Home nursing action classification,
Home nursing care cost

Development of home nursing care classification and home nursing care costs of the free-standing home nursing care agency

Yun, Soon Nyoun^{} · Park, Jung Ho^{*} · Kim, Mae Ja^{*}
Hong, Kyung Ja^{*} · Han, Kyung Ja^{*} · Park, Sung Ae^{*}
Hong, Jin Eu^{**}*

The purpose of this study was to develop of home nursing care classification and home health care costs of the free-standing home nursing care agency. This study was done through 3 steps The First stage, home nursing care classification was identified and classified

by literature, review-committee and expert meeting. The second stage, cost elements for home nursing care visit were identified and accounted. That were divided into direct nursing care cost, indirect nursing care cost, management cost and transportation cost. Third stage, total cost of per visit was produced.

Data were collected from 810 visits of 120 patients received home care and from January, 1999 to November, 1999, and analysed with EXCEL program.

The obtained results are as follows :

1. Home nursing care classification was consisted of 6 high level classification domain and 10 low level classification domain and 163 home nursing care behavior.
2. The cost of home nursing care per visit was 30,638 won which were direct and indirect nursing care cost(16,305won), management cost(5,255won) and transportation cost (9,098won).

In conclusion. Home nursing behavior care classification developed in this study would be used as home health care standard. And the home nursing care costs can be used as a fundamental data for the further development of home health care costs in Korea.

^{*} R.N. PhD. Seoul National University

^{**} Student of Master program, College of Nursing, Seoul National University