

지역사회중심 가정간호 시범사업 성과평가를 위한 기초연구* - 서울시 간호사회 주관 -

유호신¹⁾ · 이소우²⁾ · 문희자³⁾ · 황나미⁴⁾ · 박성애²⁾ · 박정숙⁵⁾
최행지⁶⁾ · 정기순⁷⁾ · 한상애⁷⁾ · 임지영⁸⁾

I. 서 론

1. 연구의 필요성 및 목적

의료자원의 효율적 활용과 이용 편의 그리고 노인보건의료와 만성질환관리 문제의 일부를 해결하기 위한 비용 효과적인 대안으로 선진국에서는 이미 오래 전부터 정부차원에서 가정건강관리(home health care)제도를 활성화시키고 있다. 우리나라는 1990년 의료법 제54조 전문간호분야에 가정간호를 포함시키면서 가정간호 전문교육과정이 시작되었고, 현재 13개 교육기관에서 총 2,500여명의 전문 가정간호사를 배출하였다. 가정간호가 전문간호분야로 법적인 근거를 갖고 전문교육과정이 실시되고, 정부주관의 병원중심 가정간호 시범사업과 서울시 간호사회 주관의 지역사회중심 가정간호 시범사업이 시작된 지 약 7년이 경과된 지난 2000년 1월 12일자 의료법 제30조에 “보건복지부령이 정하는 바에 의하여 가정간호를 실시하는 경우<시행일 2000.7.13>”가 개정되어 과거 10년 동안 가정간호 제도화를 위한 각 분야의 적극적인 노력이 결실을 맺게 되었다. 의료법 개

정에 대한 후속조치로서 의료법에 명시된 가정간호 실시를 위한 보건복지부령에 해당되는 의료법 시행규칙 제22조가 지난 2000년 10월 24일자로 공포되어 명실공히 가정간호 시행을 위한 법적, 제도적 뒷받침이 마련된 것으로 평가할 수 있다. 가정간호에 대한 의료법 시행규칙에는 가정간호의 범위, 가정간호사에 대한 자격, 가정간호이용 대상자, 가정간호서비스 제공 절차 및 처방 유효기간, 가정간호인력, 가정간호기록지 보존기간 및 질관리 방안 등이 포함되어 있다(의료법 2000).

정부는 수요자 중심의 보건의료공급구조와 평생국민건강관리체제를 강화시키겠다는 보건정책(보건복지부, 1998)을 수립하여 지역사회 의료이용 취약인구계층의 관리대책으로 방문간호사업을 강화시키겠다는 정책(보건복지부 1998, 2000a, 2000b)을 속속 발표하면서 방문간호사들이 가정간호 전문교육과정을 이수하도록 장려하고 이에 대한 재정지원도 하고 있다. 그러나 상기 지적한 바와 같이 의료법과 의료법 시행규칙에 의거한 가정간호범위는 의료보험을 소지한 병원중심의 가정간호서비스만을 인정하고 있는 실정이다. 선진국의 경우 가정간호서비스 이용대상자의 대부분이 지역사회 내 노인환

* 본 연구는 1999년도 서울시 간호사회 특별 사업 연구비 지원을 받아 시행되었음

1) 고려대학교 간호대학 교수 2) 서울대학교 간호대학 교수
3) 경희대학교 간호학부 교수 4) 한국보건사회연구원 부연구위원
5) 연세의료원 신촌세브란스병원 수간호사 6) 서울시 의약파 사무관
7) 서울시 간호사회 사무국장 8) 고려대학교 간호대학 시간강사
투고일 2000년 7월 10일 심사일 2000년 7월 31일
심사완료일 2000년 12월 4일

자, 만성질환자, 재활환자, 정신질환자 등 의료취약계층으로 나타난 점과 비교해 볼 때, 의료보호 대상자의 가정간호 지불보상제도가 제외된 것은 의료이용 형평성에 대한 문제제기 뿐 아니라 정부의 각종 취약인구에 대한 보건정책 추진에도 걸림돌이 될 것으로 예상된다(유호신, 2000). 그간 서울시 간호사회에서는 1993년부터 서울시의 재정지원으로 지역사회기관의 입장에서 의료보호환자들과 의료이용 접근도가 낮은 지역 내 환자들을 대상으로 가정간호 시범사업을 운영해 오고 있다. 이러한 시점에서 운영모델과 수가체계, 관리대상자, 서비스 내용 및 표준업무범위, 질 관리 방법 등에 대한 병원중심 가정간호사업과 지역사회중심의 가정간호사업, 그리고 보건소중심의 방문간호사업간에 차이점과 유사점에 대한 합의와 나아가 이 삼자간에 상호 발전적이면서도 보완적인 연계와 협력 체계의 구축이 절실히 요구되고 있다.

따라서 본 연구는 지역사회중심 가정간호 제도화를 궁극적인 목적으로 서울시 간호사회의 가정간호시범사업에 대한 종합적 성과평가를 위한 첫 단계 기초연구로서 지역사회중심 가정간호사업의 특성을 도출하여 지역사회중심 가정간호사업 모델개발의 타당성을 제시하고자 하며 구체적인 목적은 첫째, 가정간호서비스 제공 실태를 파악하고 둘째, 가정간호서비스의 구체적인 내용적 특성을 파악하고자 함이다.

II. 연구 방법

1. 연구설계 및 분석방법

본 연구는 가정간호서비스 제공실태와 이용상병관련 특성 등에 대하여 가정간호 시범사업 기록지 분석을 통해 상호 비교 결과를 제시한 서술적 기초조사 연구이다. 본 연구에 제시된 주요 사업결과는 가정간호관련 전문가로 구성된 연구팀의 전문가 회의(nominal group discussion)를 통해 선정하였다.

2. 연구대상

연구대상은 1993년 3월부터 1999년 12월까지 서울시 가정간호 시범사업소를 이용한 가정간호이용 환자 전수와 1, 2차 병원중심 가정간호 시범사업 이용환자를 대상으로 하였다. 단, 가정간호이용 권유자와 가정간호이용 목적에 대한 분석 결과는 병원중심 가정간호 1차

시범사업 기간 중에 조사된 결과만을 제시하였다.

3. 용어의 정의

- (1) 시 외퇴 환자 : 지역사회에 거주하고 있는 저소득층 환자로써 보건소에서 가정간호에 대한 환자 동의서를 받은 후에 주치의 서명 하에 가정간호센터로 의뢰된 환자로 가정간호 비용은 서울시 지원금에서 지원하며 환자 본인은 무료로 이용한다.
- (2) 일반 환자 : 입원한 병원에 가정간호사업소가 없거나 경제적 형편상 가정간호가 필요하다고 병원에서 인정한 환자로써 퇴원 2-3일 전에 가정간호 시범사업센터로 의뢰되고 비용은 환자 본인이 부담한다.

4. 연구의 제한점

본 연구는 지난 7년 동안 서울시 지역사회 가정간호 시범사업을 이용한 환자들의 기록지 분석을 통한 사업의 양적인 실태만을 제시한 제한점을 가지며, 병원중심 가정간호사업소를 이용한 환자들과의 특성을 비교함에 있어서는 상호 비교 가능한 내용을 중심으로 제시하였기 때문에 기존 자료의 한계점과 내용상의 비교 시 분석 대상 및 연도에 다소간의 차이가 있으므로 그 결과를 해석할 때 유의해야 할 필요가 있다.

III. 문헌 고찰

미국의 가정건강관리는 19세기 말경 방문간호사업단(VNA) 주관으로 자선단체 등의 지원을 유도하여 가정에 방치되어 있는 병원 이용이 어려운 병약자들을 치료 관리해 주기 위한 수단으로 시작한 방문간호사업이 그 발단의 기원이다. 이후 1960년대 65세 이상 노인을 위한 메디케이드 지불보상제도를 시행하게 되면서 1970년대 성장기를 거쳐 1980년대에 재도약의 계기를 맞게 되는데 이것이 바로 노인환자들에게 적용한 포괄수가제(DRG) 지불제도의 적용이었다. 1980대 시행된 가정간호관련 보건정책에서는 1984년 정신보건법을 개정하여 정신질환자에 대한 가정간호수가 지불보상과 1987년에는 가정 호스피스에 대한 지불보상 수가제도가 도입되어 가정간호서비스의 전문화와 다양화를 촉진하게 되는 보건의료전달체계의 일환으로서 정착되었다. 1990년대 이후에는 급등하는 의료비를 감당하기 어려운 보험회사들이 관리의료제(managed care)를 활성화시켜 병원의

입원기간을 줄여나가는 병원간 합병(M&A) 정책을 강화시켰고, 그 결과 가정건강관리의 이용이 급증하게 되자 메디케이드를 중심으로 가정간호의 질 관리를 한층 강화시키는 정책을 도입하기에 이른다(HCFA, 1993; Shaughnessy 1998; 유호신, 1999). 미국에서 가정건강관리산업이 오늘날처럼 성장하게 된 이유에 대해 Harris(1997)는 질병양상이 만성퇴행성 질환으로 변함에 따라 노인보건의료관리와 재활 및 정신질환 관리 등 장기 관리에 대한 요구가 급증하게 되었고, 가정에서도 다양한 치료가 가능하도록 가정용 의료기기가 널리 보급되었으며, 메디케이드를 중심으로 의료비 절감을 위한 포괄수가 지불제도(DRG)의 도입과 의료비 상승 억제를 위한 관리의료의 활성화로 병원의 입원기간이 단축되어 가정건강관리 이용이 폭증하고 있음을 지적하였다. 더불어 가정에서 정상적인 생활을 영위하면서 질병관리를 받음으로서 환자의 삶의 질이 향상된다는 개념의 대두 등이 복합적으로 작용된 결과임을 동시에 지적하였다. 이러한 변화는 우리나라에서도 마찬가지로 앞으로 가정간호가 새로운 보건의료전달체계의 일환으로 자리 매김 할 수 있다고 전망된다.

한편 일본의 가정방문간호사업은 1991년 노인보건의료법이 개정되면서 외상노인을 위한 간호(介護) 체제구축의 일환으로 노인방문간호제도가 수립됨에 따라 크게 확대되었다. 이처럼 일본의 경우는 정부차원에서 노인보건의료문제를 해결하는 데 적극적으로 방문간호를 활용하여 병원이나 보건소 혹은 읍, 면 동사무소 등에 소속된 방문간호사팀을 중심으로 관할 지역사회 내 외상노인 환자들에게 가정간호 서비스를 제공하고 있다. 미국과 일본 등의 예에서와 같이 가정간호는 정부의 보건정책 방향과 가장 밀접한 관계 속에서 발전되는 양상을 보이며 이러한 이유로 각 국가의 보건정책에 따라 다양한 형태로 발전되고 있다(이소우, 1999).

우리나라의 가정간호사업은 1970년대 연세대학교 원주기독병원의 지역보건과에서 시범사업으로 시작되었으나 정부 정책으로 연결되지 못하고 그 명맥만을 유지해 오다가 1990년 보건사회부령의 의료법 제54조와 시행규칙 제54조에 전문간호사제도의 일환으로 가정간호 교육제도에 대한 법 제정으로 도약의 계기를 맞게 되었다. 즉, 의료법에 근거하여 2개 간호교육기관에서 1년의 교육과정을 마친 가정간호사를 배출시킴에 따라 정부주관의 병원중심 가정간호 시범사업 발달의 계기를 마련한 것이다(한국보건사회연구원, 1994). 이로서 1994년 9월부터 4개 종합병원을 대상으로 보건복지부주관의 병

원중심 가정간호사업이 시범적으로 도입되었고, 새로운 보건의료시스템 도입을 위한 가정간호수거체계가 개발되어 채택되었으며(한국보건사회연구원, 1994; 유호신, 1994) 2차에 걸친 시범사업 결과(한국보건사회연구원, 1996, 1998, 1999)를 바탕으로 기관중심의 가정간호사업을 위한 의료법(제30조)이 개정되어 전국 확대 실시를 앞두고 있다. 한편 서울시 간호사회에서는 미국의 모델인 방문간호사업단(VNA) 형태와 같은 가정간호사업 모델을 도입하기 위하여 민간단체에서는 유일하게 비영리적인 봉사사업으로 자체 예산과 서울시의 예산지원을 받아 1993년 7월부터 가정간호 시범사업센터를 운영 중에 있고(문희자, 1999) 이후 2000년 3월 현재 광주시, 대구시, 대전시, 춘천시, 강원도, 인천시 간호사회로 확대되어 지역사회 주민을 대상으로 가정간호 시범사업을 펼쳐 오고 있다. 그 동안 서울시 간호사회에서 실시한 가정간호 시범사업센터의 사업성과는 1993년 54명의 환자에게 857회의 가정간호서비스가 제공된 것을 시작으로 1998년도에는 359명의 환자에게 3,435회 가정간호서비스를 제공하였다(서울시 간호사회 사업보고서 1993-1994, 1997, 1998, 1999). 이는 해마다 양적인 측면에서 실적의 증가 이외에도 눈에 보이지 않는 대민 서비스 차원의 질적인 성과가 상당히 큰 것으로 지적되고 있다(임난영 외, 1997; 서울시, 1999). 특히 1995년도부터는 서울시의 지원으로 법정 대상자나 의료보호 대상자 등 보건의료이용의 사각지대에 놓여 있는 의료이용 접근도가 낮은 주민들에게 가정간호서비스를 제공함에 따라 환자들의 삶의 질 향상에 크게 기여하고 있다(문희자, 1999).

그럼에도 불구하고 현재까지 의료보호환자들의 가정간호이용에 대한 지불보상제도화가 안 된 실정이며 가정간호사업의 활성화에 걸림돌이 됨은 물론 가정간호이용 형평성의 문제제기가 우려된다. 2000년 1월 12일자 의료법 제30조에 근거하여 전국 의료기관으로 확대 실시될 예정이나 여전히 의료보호를 소지한 저소득층의 환자의 지불보상은 제외되어 있어 이용이 제한적일 수밖에 없을 것으로 보인다. 향후 보건의료문제의 구조적 변화와 인구의 고령화 추세에 따라 가정간호에 대한 요구도가 급증하게 될 것으로 예측되나 현재까지의 제도적 기반은 미비하다. 지역사회 내에 방치되어 있거나 의료이용 접근도가 낮은 가정간호 대상자들의 이용 접근도를 높이고 보다 양질의 가정간호서비스를 제공하기 위해서는 다양한 형태의 가정간호 사업기관과 가정간호서비스 개발이 요구된다. 다양한 형태의 가정간호 운영형태가

개발되고 이를 위한 제도화가 이루어져야 현재 정부가 계획하고 있는 평생국민건강관리체계와 소비자중심의 보건의료공급구조, 특히 그 중에서도 취약인구계층의 보건의료 이용 접근성을 높일 수 있는 실천적 전략기반을 마련할 수 있을 것으로 기대한다. 특히 정부가 계획하고 있는 노인장기요양보호정책이나 여성보건복지정책 그리고 보건소의 방문간호사업을 성공적으로 수행하기 위해서도 지역사회중심의 가정간호사업운영을 위한 제도화가 요구된다.

업소를 이용한 환자의 특성은 남자가 47.8%, 여자가 52.2%로 여자 환자의 이용이 다소 많았고 이용 환자의 66.4%가 60세 이상의 노인 연령층이었다. 결혼상태는 기혼자가 60.9%이었고 의료보장상태는 의료보호를 소지한 환자의 이용이 22%를 차지하였다. 이 결과를 병원의 가정간호사업소를 이용한 환자들의 특성과 비교할 때 성별을 제외하고는 연령층과 결혼상태에 다소간의 차이를 보였는데, 특히 병원의 가정간호사업소를 이용할 수 없는 의료보호소지 환자의 이용이 22.0%로 나타났다. 이중 시에서 외퇴한 환자가 87.3%인 것으로 분석되었고 또 시 외퇴 환자 중에는 미혼환자의 이용이 13% 수준으로 분석되었다<표 1 참조>.

IV. 연구 결과

1. 가정간호이용환자의 일반적 특성

지역사회 중심 가정간호로서 서울시 가정간호 시범사

2. 가정간호서비스 제공실태

<표 1> 가정간호 이용환자의 일반적 특성

(단위: %)

특 성	구 분	지역사회중심 가정간호(1993 - 1999)			병원중심 가정간호 (1997.5-1999.4) ¹⁾
		일반 환자	시외퇴 환자	계	
성 별	남자	48.0	47.0	47.8	48.0
	여자	52.0	53.0	52.2	52.0
연 령	19세 미만	0.5	0.5	0.5	2.0
	20-39세	6.1	13.0	7.7	3.0
	40-59세	21.3	38.9	25.4	20.0
	60세 이상	72.1	47.6	66.4	75.0
결혼 상태	기혼	63.8	51.4	60.9	95.0
	미혼	3.6	13.4	5.9	3.0
	기타	32.6	35.2	33.2	2.0
의료보장 상태	의료보험	97.8	12.7	78.0	100.0
	의료보호	21.6	87.3	22.0	0.0
총 계(명)		100.0(1,899)	100.0(576)	100.0(2,475)	100.0(1,078)

1)1, 2차 병원중심 가정간호시범사업 (1997.5 -1999.4)

<표 2> 가정간호 이용환자수, 방문횟수 및 전화상담

년도	전화상담	환자 수(명)			방문 횟수(회)		
		일반 환자	시 외퇴 환자	계	일반 환자	시 외퇴 환자	계
1993	107	54	-	54	857	-	857
1994	211	148	-	148	1,843	-	1,843
1995	442	261	47	308	2,737	960	3,697
1996	474	303	96	399	3,185	2,016	5,201
1997	526	327	105	432	3,392	3,246	6,638
1998	583	395	135	530	3,435	3,386	6,821
1999	671	411	193	604	3,272	3,903	7,175
총 계	3,014	1,899	576	2,475	18,721	13,511	32,232

가정간호서비스 제공실태를 연도별로 총 이용 환자 수와 총 방문횟수 그리고 전화상담 건수로 구분하여 제시하였다. <표 2>에 제시된 바와 같이 연차적으로 지속적인 증가양상을 보여 1999년도의 경우에는 하루 평균 2건 정도의 전화상담을 실시하였고 환자 1인당 방문 횟수는 일반 환자가 9.8회이었는데 반해 의료보호소지 환자가 대부분을 차지한 시 외퇴 환자의 환자 1인당 평균 방문 횟수는 23.5회로 약 2.5배 가량 높았다. 동일한 사업소에서 이처럼 큰 폭으로 가정간호 방문횟수에 차이가 발생한 것에 대한 원인 규명이 종합평가연구에서 밝혀져야 될 부분이다. 즉 이용 환자들의 본인 비용부담의 차이에서 초래된 현상인지 아니면 질환의 특성차이에서 오는 현상인지에 대한 보다 명확한 요인 규명이 이루어져야 한다. 환자 1인당 평균 방문횟수에 대해 연도별 변화 추세를 파악한 결과, 일반 환자의 경우는 해마다 다소 감소하고 있는 현상을 보여 1999년도에는 평균 8회로 낮아졌으나 시 외퇴 환자의 경우는 1997년에 환자 1인당 평균 30회까지의 방문이 증가되다가 다시 평균 약 20회 가량으로 낮아지는 현상을 보여 시에서 외퇴한 의료보호소지 환자들의 경우 장기적 관리가 요구되는 환자임을 시사하였다.

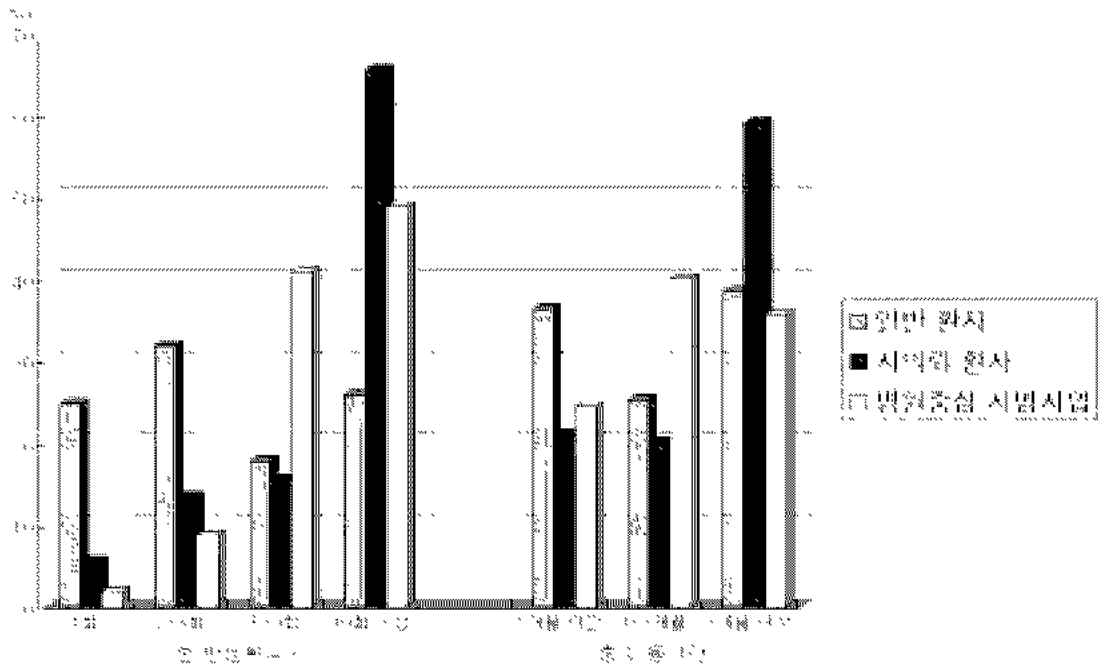
이 결과를 총 방문 횟수와 총 이용 기간으로 재분석한 결과, <그림 1>에 제시된 바와 같이 환자 1인당 총 방문 횟수가 1회 방문으로 끝나는 경우가 전체의 20.2%로 대부분이 일반환자였고, 시 외퇴 환자의 경우에서 10회 이상 방문의 경우가 65.5%로 많았다는 점이 비용부담에 대한 추측을 더욱 뒷받침해 주고 있다.

한편 병원의 가정간호사업소를 이용한 환자의 경우는 5회에서 9회를 방문한 경우가 40.8%, 그리고 10회 이상을 방문한 경우도 48.8%로 대부분이 5회 이상을 방문한 것으로 분석되었다.

가정간호를 이용한 총 기간에 있어서는 전체적으로 3개월 미만이 과반수를 약간 상회하는 수준이었고 3개월 이상 지속적으로 이용한 경우가 43.3%를 차지하였다. 총 이용 기간이 3개월 이상인 경우에 있어서도 시 외퇴 환자의 경우가 58%로 일반 환자의 35.5%보다 높은 분포를 보였다.

3. 가정간호 의뢰기관과 환자거주지

환자 의뢰기관을 분석한 결과, <표 3>에 제시된 바와 같이 주로 병원과 보건소로부터의 의뢰가 대부분을 차지



< 그림 1 > 가정간호 서비스 이용 형태별 환자 유형별 1인당 총 평균 방문 횟수 및 이용 기간

<표 3> 연도별 가정간호 의뢰기관

(단위 : 기관수)

년도	일반 환자			시의뢰 환자		
	보건소	병원	계	보건소	병원	계
1993	6	48	54	0	0	0
1994	0	148	148	0	0	0
1995	0	261	261	40	7	47
1996	0	303	303	92	4	96
1997	0	327	327	101	4	105
1998	7	388	395	119	16	135
1999	5	406	411	170	23	193
총 계	18	1,881	1,899	522	54	576

하였고 일반 환자의 경우는 대부분이 병원으로부터 의뢰된 반면에 시 의뢰 환자는 보건소의 의뢰가 대부분을 차지하였다. <표 3>에서 볼 수 있는 바와 같이 시 의뢰는 1995년부터 시작되었고 해를 거듭할수록 의뢰 환자수가 증가되고 있음을 알 수 있었다. 가정간호 이용환자들의 거주지역 분포를 분석한 결과는 <그림 2>에 제시된 바와 같이 서울시내 25개 구 전 지역에 걸쳐 고르게 이용된 것을 알 수 있었는데 그 중에서도 강서구, 관악구, 노원구 그리고 영등포구 지역주민의 이용이 타 지역에 비해 비교적 많았던 것을 알 수 있었고, 서울 인근지역인 경기지역 거주 환자들의 이용도 10.6%의 이용 분포를 보였다. 다시 일반 환자와 시 의뢰 환자 상태로 구분하여 살펴본 결과, 일반 환자의 경우에는 서울시 전역에 걸쳐 비교적 비슷한 수준의 이용 분포를 보였으나 시

의뢰 환자의 경우는 강서구의 의뢰가 가장 많아 전체 시 의뢰 환자의 15.1%를 차지하였고 그 다음이 노원구(8.7%), 마포구(8.4%), 그리고 영등포구(7.8%)의 순이었고 이에 반해 광진구(1.0%)와 성동구(0.8%) 그리고 종로구(0.7%) 등의 이용은 매우 적었던 것으로 분석되었다.

4. 가정간호 이용권유자 및 이용목적

지난 7년 동안 서울시 시범사업소의 가정간호를 이용한 환자들을 대상으로 가정간호이용 권유자에 대해 확인한 결과, <표 4>에 제시된 바와 같이 62.0%가 간호사였으며 주치의의 경우는 19.2% 수준이었다. 특히 시 의뢰 환자의 경우는 거의 대부분이 간호사(72.7%)와

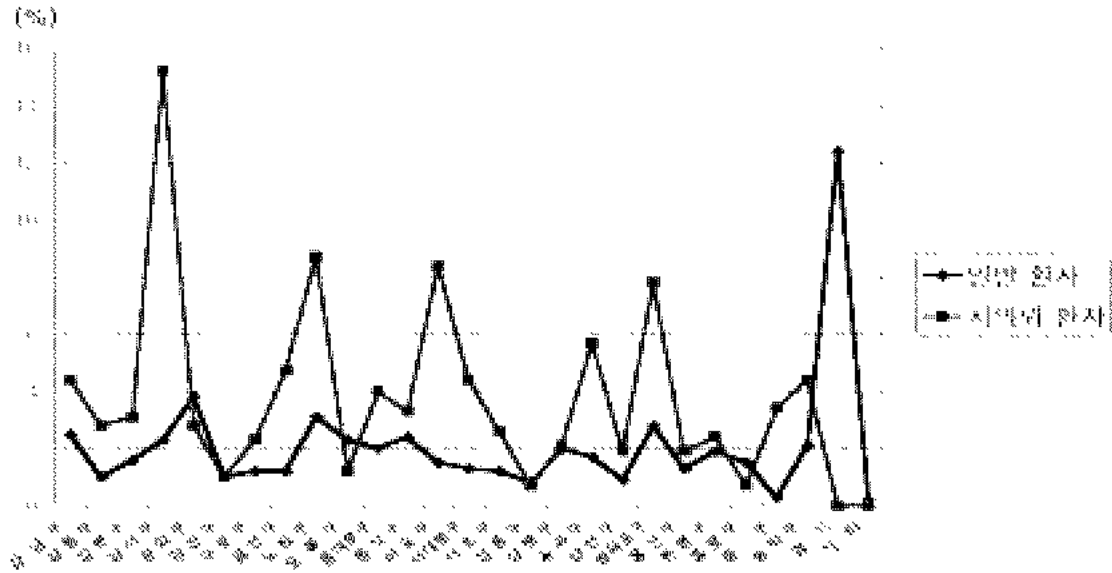


그림 2. 가정간호 이용 환자의 거주지 분포(1993~1999)

<표 4> 가정간호 이용 권유자

(단위 : %)

구 분	지역사회중심 가정간호(1993 - 1999)			병원중심 가정간호 (1994.9-1995.8)
	일반 환자	시 의뢰 환자	계	
주 치 의 간 호 사	18.3	21.9	19.2	46.6
환자 / 보호자	58.7	72.7	62.0	22.4
가정간호를 받은 환자	16.9	1.2	13.2	2.6
기 타	2.9	1.4	2.5	0.0
총 계(명)	3.2	2.8	3.1	28.4 ¹⁾
	100.0(1,899)	100.0(576)	100.0(2,475)	100.0(116)

주: 1) 신문, TV 및 병실 내 안내 벽보, 친지, 동료 등의 권유

의사(21.9%)가 권유한 데 반해 병원 가정간호사업소는 46.6%가 주치의의 권유에 의한 이용이었다. 그리고 기타 신문이나 TV 혹은 병원에 입원 해 있는 동안 병실 내 안내나 벽보 등의 홍보를 통하거나 친지나 같이 입원 했던 환자 등 다양한 경로를 통해 가정간호를 이용하게 된 경우가 28.4% 수준에 이르렀다.

가정간호를 이용하게 된 주 목적에 대해 분석한 결과, 지난 7년 동안 서울시 가정간호사업소를 이용한 환자들의 과반수 이상이 상태유지(53.4%)나 호스피스

(11.6%)등 더 이상의 악화를 방지하기 위한 목적으로 가정간호를 이용한 것이 주를 이루고 있는 반면에 병원의 가정간호사업소를 이용하게 된 환자들의 경우는 입원 대체를 목적으로 조기퇴원 환자를 의뢰 받게 되는 관례로 회복을 목적으로 이용하게 되는 환자들이 과반수 이상(55.9%)을 차지하였고 상태유지가 19.0%로 지역사회 가정간호사업소를 이용한 목적과 병원의 가정간호사업소를 이용한 목적간에 차이가 있었다<표 5 참조>.

<표 5> 가정간호 이용 목적

(단위 : %)

구 분	지역사회중심 가정간호(1995 - 1999)			병원중심 가정간호 (1994.9-1995.8)
	일반 환자	시의뢰 환자	계	
회 복	11.6	18.4	11.6	55.9
개 활	10.9	20.8	11.7	3.6
상태유지	62.8	52.6	53.4	19.0
호스피스/기타	14.7	8.2	11.6	21.9
총 계(명)	100.0(1,899)	100.0(576)	100.0(2,801)	100.0(501)

<표 6> 가정간호 이용환자의 진단명별 분포

(단위: %)

순위	지역사회중심 가정간호(1993 - 1999)			병원중심 가정간호 (1997.5 - 1999.4)		
	일반 환자	시의뢰 환자	계			
1	뇌혈관질환	42.0	뇌혈관질환	22.9	말기암	24.9
2	고혈압	11.3	근골격계	21.2	뇌혈관질환	17.1
3	근골격계	9.5	육창 및 피부	12.7	제왕절개	11.0
4	육창 및 피부질환	9.3	비노생식기	7.6	초기·진행성 암	8.3
5	당뇨 및 내분비	5.6	정신질환	6.4	양성 신생물	7.1
6	비노생식기	5.4	고혈압	5.4	척수 및 구간의 골절	4.7
7	신생물	4.5	신생물	4.0	당뇨병	4.2
8	호흡기질환	3.9	당뇨 및 내분비	3.6	육창	2.3
9	심장질환	1.8	호흡기질환	3.2	마비성 질환	2.1
10	위장관질환	1.1	혈액질환	2.0	호흡기 질환	4.0
11	혈액질환	0.7	위장관질환	1.4	방광염 및 관련장애	1.6
12	정신질환	0.2	심장질환	1.4	간질환 및 간경변	1.6
13	기 타	4.7	기 타	8.2	기 타	11.1
총계(명)	100.0 (4,583)		100.0 (1,232)		100.0 (10,401)	

5. 가정간호 이용환자의 상병 특성

지난 7년 동안 서울시 가정간호사업소를 이용한 환자들의 질병 특성을 병원중심 가정간호이용과 비교하면서 구체적으로 살펴보기 위하여 진단명별로 이용 분포를 분석한 결과<표 6 참조>, 서울시 가정간호사업소를 이용한 일반 환자나 시 외곽 환자 모두 뇌혈관질환환자(42.0%, 22.9%)의 이용이 가장 많았다. 그 다음으로 일반 환자의 경우 고혈압(11.3%), 근골격계질환(9.5%), 욕창 및 피부질환(9.3%) 순이었고, 시 외곽 환자의 경우는 근골격계질환(21.2%), 욕창 및 피부질환(12.7%) 등의 순이었다.

반면에 병원의 가정간호사업소를 이용한 환자들의 경우는 팔기 암환자(24.9%)가 가장 많았고 뇌혈관질환(17.1%), 제왕절개(11.0%), 초기·진행성 암(8.3%) 등의 이용 분포를 보여 서울시주관 시범사업소를 이용한 이용환자들의 질병특성과 병원의 가정간호사업소를 이용한 환자들의 질병특성에 차이를 보였다.

6. 가정간호서비스 내용

제공된 가정간호서비스 내용을 크게 기본간호, 검사, 투약 및 주사, 교육 및 상담, 치료적 간호, 훈련 및 기타로 구분하여 분석한 결과<표 7 참조>, 기본간호 내용

<표 7> 가정간호 서비스 내용

(단위: %)

구 분	지역사회중심 가정간호(1993 - 1999)			병원중심 가정간호 (1997.5-1999.4)	
	일반 환자	시의외 환자	계		
기 본 간 호	구강간호	2.1	1.4	1.7	1.2
	온·냉찜질	0.4	0.3	0.3	0.9
	체위변경	4.6	4.7	4.6	9.1
	봉대(법)	0.0	0.0	0.0	0.1
	회음부간호	2.8	2.2	2.5	1.3
	등간호	2.6	2.7	2.6	1.4
	섭취량/배설량 측정	0.6	0.7	0.6	6.0
	기타	5.7	6.6	6.1	7.5
	소계	18.8	18.6	18.7	27.5
검 사	검사물 수집	0.2	0.0	0.1	1.1
	피내검사	0.0	0.0	0.0	0.0
	혈당검사	1.1	0.7	0.9	0.3
	기타	0.0	0.0	0.0	0.5
	소계	1.3	0.7	1.0	1.9
투 약 및 주 사	근육 주사	0.1	0.1	0.1	0.3
	혈관 주사	0.3	0.2	0.2	2.5
	피하 주사	0.1	0.4	0.2	0.1
	수액감시	0.3	0.3	0.3	2.3
	항암제(근육)	0.0	0.1	0.0	0.1
	항암제(정맥)	0.0	0.0	0.0	0.1
소계	0.8	1.1	1.0	5.4	
교 육	식이요법	3.9	4.1	4.0	7.7
	활동요법	0.0	0.0	0.0	5.4
	약물요법	6.3	7.2	6.7	6.7
	위험요인 및 증상	3.9	2.8	3.3	7.6
	특수처치 기구 사용법	6.9	4.9	5.9	0.8
	부작용 예방법	1.0	0.9	0.9	1.1
	노당검사법	0.0	0.0	0.0	0.2
	반경량 혈당검사법	1.1	0.7	0.9	0.5
	운동법	3.8	4.1	3.9	1.2
	단순처치법	1.0	2.6	1.8	0.9
	염증성처치법	2.9	3.3	3.1	0.3
	비강영양법	1.4	1.2	1.3	0.7
	관장법	0.7	0.9	0.8	0.5
배설훈련교육	0.7	0.6	0.6	0.6	
회음부간호법	1.9	1.6	1.7	1.2	
소계	32.5	34.9	34.9	35.4	

<표 7> 가정간호 서비스 내용(계속)

(단위: %)

구 분	지역사회중심 가정간호(1993 - 1999)			병원중심 가정간호 (1997.5-1999.4)	
	일반 환자	시의뢰 환자	계		
비위관 교환 및 관리	3.2	1.8	3.2	0.5	
산소요법	0.2	0.1	0.2	0.5	
상처관리	1.1	1.0	1.1	5.0	
염증상처(흡입배농 및 배액처치)	1.1	0.5	1.1	0.3	
통합선 제거	0.0	0.0	0.0	5.3	
방광세척/요도세척	2.7	2.0	2.7	0.9	
도뇨관 삽입/단순도뇨	2.0	1.6	2.0	0.8	
간헐적 인공도뇨	0.0	0.0	0.0	0.1	
위관영양	0.7	0.3	0.7	0.8	
채위배액	0.1	0.2	0.1	0.2	
비강구내 흡인/구강내 흡인	0.8	0.5	0.8	0.7	
기관지절개간호	2.4	2.3	2.4	0.6	
치 료 적	장루간호/인공결장루	0.0	0.1	0.0	0.2
방광루술	0.5	1.0	0.5	0.1	
피부간호/마사지	3.1	3.6	3.1	1.2	
육창간호	2.2	3.0	2.2	1.2	
간 호	절개 및 배농	1.0	1.3	1.0	0.0
배액관간호	0.1	0.2	0.1	0.1	
쇄골하정맥간호	0.0	0.0	0.0	0.1	
거즈 제거	0.0	0.0	0.0	0.1	
유방간호/유방지지	0.0	0.0	0.0	0.8	
보조기구 사용	1.3	2.2	1.3	0.1	
기관누공형성술 간호	0.0	0.0	0.0	0.0	
배뇨배변훈련	0.6	1.8	0.6	0.3	
글리세린관장	0.2	0.2	0.2	0.3	
보유관장	0.0	0.0	0.0	0.1	
신생아관리	0.0	0.0	0.0	3.9	
복막투석환자 간호	0.4	0.0	0.2	0.0	
산소탱크사용시 간호	0.2	0.1	0.1	0.2	
흉곽내 배액관 간호	0.1	0.1	0.1	0.0	
흉부운동	0.5	0.4	0.4	0.4	
알코올마사지	0.0	0.0	0.0	0.3	
소계	245	243	244	25.1	
훈 련	호흡운동	1.0	0.5	0.5	0.8
경상범위운동(ROM)법	4.3	3.9	2.7	1.4	
배변배뇨훈련	0.8	1.8	1.3	0.2	
체위변경	4.7	4.8	4.7	1.9	
물리치료	1.7	2.2	1.9	0.4	
동통이완요법	0.2	0.6	0.4	0.0	
직업치료/보조기구	1.4	1.6	1.5	0.0	
소계	14.1	14.8	14.5	4.7	
기 타	소독물품 공급	2.9	2.9	2.9	0.0
소독법 교육	2.7	2.7	2.7	0.0	
소계	5.6	5.6	5.6	0.0	
총 계(건수)	100.0(329,813)	100.0(189,811)	100.0(519,624)	100.0(4,422)	

<표 8> 가정간호 등록시 환자의 건강문제 수준

(단위 : %)

구 분	지역사회중심 가정간호(1993 - 1999)			병원중심 가정간호
	일반 환자	시외회 환자	계	(1997.5-1999.4)
Classification I	5.5	8.9	6.3	2.7
Classification II	59.0	59.5	59.2	74.3
Classification III	35.5	31.6	34.6	23.0
총 계(명)	100.0(1,899)	100.0(576)	100.0(2,475)	100.0(968)

에 해당되는 서비스 제공이 18.7% 검사 1.0%, 투약 및 주사 1.0%, 교육 및 상담 34.9%, 치료적 간호 24.4%, 호흡 및 운동 등의 훈련 14.5%, 그 외에 기타로 분류되는 서비스 5.6%로 밝혀졌다. 서울시 가정간호 시범사업소에서 제공된 가정간호서비스 내용과 병원중심의 가정간호 시범사업소에서 제공된 가정간호서비스 내용간에 특징적인 차이가 있는지를 비교 분석한 결과, 두 그룹간에 약간의 차이가 있음을 알 수 있었다. 즉 지역사회중심 가정간호서비스 내용은 호흡이나 운동 등의 훈련서비스(14.5%)로 병원중심의 가정간호서비스 내용보다 많았던 반면에 기본간호(18.7%), 검사(1.0%), 투약 및 주사(1.0%) 서비스 내용은 적었다. 그리고 교육과 치료적 간호서비스 내용은 지역사회중심의 가정간호사업소나 병원중심의 가정간호사업소간에 차이를 보이지 않았다.

제공된 서비스내용을 구체적으로 살펴보면, 약물요법(6.7%), 기타 기본간호서비스(6.1%), 특수처치 및 기구사용법(5.9%), 체위변경(4.6%)과 체위변경에 대한 훈련(4.7%) 등의 가정간호서비스가 많이 제공된 것으로 분석되었다. 이 결과는 일반 환자와 시 외회 환자간에 유사한 양상을 보였다. 반면에 병원중심의 가정간호사업소에서 제공된 서비스내용으로는 체위변경(9.1%), 기타 기본간호서비스(7.5%), 섭취물과 배설물 측정(6.0%), 식이요법 교육(7.7%), 위험요인 및 증상에 관한 교육(7.6%), 약물에 관한 교육(6.7%), 활동에 관한 교육(5.4%), 봉합선 제거(5.3%), 단순 상처치료(5.0%), 그리고 신생아 관리(3.9%) 등의 서비스 제공

순으로 지역사회중심의 가정간호 서비스 내용과 다수간에 차이가 있음을 알 수 있었다.

7. 가정간호등록 시 환자의 건강문제 수준과 종결상태

가정간호사들이 가정간호사업소로 의뢰될 당시의 환자 건강문제 수준을 김의숙(1994)의 가정간호 대상자 선정을 위한 선정기준 분류(classification I, II, III)에 근거하여 지난 7년 동안 가정간호를 이용한 환자의 등록 시 건강문제 수준을 평가한 결과, <표 8>에 제시된 바와 같이 서울시 가정간호사업소를 이용한 환자의 경우, 가정간호 관리대상자로 분류될 수 있는 문제 수준인 classification II에 속한 환자들은 59.2%이었고 classification III에 해당되는 팔기 호스피스 대상 환자나 치유가 불가능하여 병원에서 퇴원한 중증의 문제 수준에 속하는 건강문제를 갖고 등록된 환자들도 34.6%를 차지하였다. 반면에 병원의 가정간호사업소를 이용한 환자들의 경우에는 74.3% 정도가 가정간호대상자로 적합한 classification II 수준에 속하는 것으로 평가되었고 23.0% 정도가 팔기 증세 등 중증도의 문제인 classification III 수준에 속한 것으로 분석되었다.

가정간호서비스 종결 시 환자 상태를 평가한 결과는 <표 9>에 제시된 바와 같이 가정간호사업소에 등록할 당시의 상태보다 회복이나 유지된 상태로 종결된 환자 분포가 지난 7년 동안 전체의 29.4%이었고 사망으로 종결된 경우가 약 절반 정도(48.9%)로 나타났다. 병원의 가정간호사업소를 이용한 경우에도 사망으로 종결된

<표 9> 가정간호 종결시 환자의 상태

(단위 : %)

구 분	지역사회중심 가정간호(1993 - 1999)			병원중심 가정간호
	일반 환자	시외회 환자	계	(1997.5-1999.4)
회복/유지	28.4	33.1	29.4	17.5
사 망	50.7	41.0	48.9	59.0
재입원	9.1	16.4	0.9	17.3
기 타	11.7	9.4	11.3	6.2
총 계(명)	100.0(1,349)	100.0(317)	100.0(1,666)	100.0(969)

경우가 59.0%를 차지 한 것으로 분석되어 가정간호사들의 역할이 가정 전문간호사로서의 역할 이외에도 호스피스 전문간호사로서의 역할과 기능도 동시에 수행하고 있음을 알 수 있었다.

8. 가정간호서비스 제공 소요시간

가정간호서비스 제공과 왕복 교통에 따른 소요시간을 측정 한 결과, 가정간호서비스에 투입된 시간은 약 평균 1시간 가량이 소요되었고, 왕복 교통시간은 약 1시간 10분 정도가 소요된 것으로 밝혀졌다. 이 결과는 가정간호서비스를 제공하는 데 소요되는 총 시간이 일 가정당 평균 2시간 15분 정도가 소요되었다는 해석으로서 가정간호사가 1일 세 가정 이상을 방문하는 것의 어려움을 추측할 수 있다. 생산성의 문제로 고려되어야 하는 이러한 결과는 서울시 전역을 한 사업소에서 담당함으로써 발생하는 당연한 결과라고 판단된다. 따라서 향후 지역사회중심의 가정간호사업 활성화를 위한 제도화 방안을 마련할 때 가정간호서비스 생산성과 관련된 문제를 중요한 과제로 고려하여 효율적인 모델이 제시되어야 한다<표 10 참조>.

9. 수입 및 지출 현황

서울시 간호사회에서 1993년부터 지역사회중심 가정간호사업소의 개발과 정착을 목적으로 사업을 시작한 이래 현재까지 7여 년 간의 사업 운영에 대한 현황을 파악한 결과는 다음과 같았다. 우선 <표 11>에 제시된 바와 같이 수입내역을 연도별로 파악한 결과, 서울시의 지원금이 시작 된 1995년부터 사업운영 규모가 커졌음을 알 수 있었다. 1999년의 경우 총 155,165,500원의 수입 내역에는 서울시의 지원금 43.3%와 이용환자들의 직접 부담금 52.7%가 대부분을 차지하고 있어 일반 환자의 경우는 환자들이 직접 부담하는 비용으로 충당했고 서울시 외환자의 경우는 서울시에서 지원하는 지원금으로 충당하고 있는 수입구조를 보이고 있었다. 한편, 지출내역에 대한 분석결과<표 12 참조>, 0.7%의 운영비와 1.0%의 연구비에 지출된 부분을 제외하고는 거의 대부분이 환자방문을 위한 가정간호 직접 경비에 모두 소요된 것을 알 수 있었다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 서울시 간호사회에서 주관한 가정간호 시범사업을 분석하여 지역사회중심의 가정간호 제도화 추진의 타당성을 제시하기 위한 기초 연구이다. 분석자료는 1993년 3월부터 1999년 12월까지 서울시 가정간호 시범사업소를 이용한 가정간호 이용자 전수와 1,

<표 10> 가정간호서비스 제공 소요시간 (단위: 분)

년도	서비스 제공시간			왕복교통 소요시간		
	일반 환자	시의회 환자	평균	일반 환자	시의회 환자	평균
1995	62.0	58.8	60.4	91.0	83.3	87.2
1996	65.4	54.0	59.7	85.3	72.5	78.9
1997	68.0	52.0	59.7	87.5	67.8	78.9
1998	57.1	51.9	54.5	71.9	65.8	68.9
1999	54.7	57.6	56.2	68.1	75.7	71.9
총 계	61.4	54.9	58.1	80.8	73.0	77.2

<표 11> 연도별 가정간호 시범사업 운영을 위한 수입 내역별 분포 (단위: %)

년도	총 방문 횟 수	서울시 지원금	협 회 지원금	환자 부담	기타	계(원)
1993	857	0.0	80.9	3.1	16.0	100.0 (24,950,500)
1994	1,843	0.0	31.7	60.1	8.2	100.0 (61,319,460)
1995	3,697	16.1	21.1	62.8	0.0	100.0 (89,365,720)
1996	5,201	29.9	11.0	59.1	0.0	100.0 (134,827,930)
1997	6,638	39.8	4.3	55.9	0.0	100.0 (151,793,410)
1998	6,821	41.9	2.6	53.1	2.4	100.0 (160,213,020)
1999	7,175	43.3	3.5	52.7	0.5	100.0 (155,165,500)
총 계	32,232	32.1	11.5	54.6	1.8	100.0 (777,635,540)

〈표 12〉 연도별 가정간호 시범사업 운영을 위한 지출 내역별 분포

(단위: %)

연도	총 방문 횟수	방문	물품 구입	운영	인건비	세미나	연구	인쇄	관리	홍보	사업	위원회	교육	계(원)
1993	857	449	7.8	3.0	29.3	0.0	0.0	0.0	7.0	3.4	3.2	1.4	0.0	100.0(30,392,220)
1994	1,843	66.7	3.1	1.4	16.3	0.0	1.3	0.7	6.1	4.0	0.0	0.3	0.0	100.0(69,858,970)
1995	3,697	76.1	2.2	0.9	13.3	0.0	0.0	0.7	5.0	1.4	0.3	0.1	0.0	100.0(95,878,970)
1996	5,201	81.6	1.3	0.6	10.2	0.0	1.4	0.5	3.6	0.8	0.0	0.0	0.0	100.0(146,989,600)
1997	6,638	82.7	1.3	0.5	9.2	0.6	0.0	0.5	3.0	0.6	1.5	0.1	0.0	100.0(175,541,310)
1998	6,821	82.0	1.3	0.4	9.3	0.7	1.1	0.5	2.5	0.5	1.4	0.3	0.0	100.0(186,219,540)
1999	7,175	80.0	1.7	0.4	9.4	0.5	2.1	0.9	2.5	0.5	0.0	0.2	0.8	100.0(184,397,790)
총계	32,232	78.7	1.8	0.7	11.1	0.4	1.0	0.6	3.5	1.1	0.7	0.2	0.2	100.0(889,278,080)

2차 병원중심 가정간호시범사업 이용환자 자료 중 일부를 비교 고찰한 것이다. 분석의 기본틀은 사업관련 전문위원들의 전문가회의를 통해 다음과 같이 크게 두 영역으로 구분하여 주요 사업결과를 선정하였다. 첫째, 가정간호서비스 제공 전반에 관한 사항으로는 이용 환자의 일반적 특성, 의뢰기관, 환자 수, 방문 횟수, 이용환자의 거주지 분포, 가정간호 이용권유자 및 이용 목적을 제시하였고 둘째, 가정간호서비스 제공 내용에 관한 사항으로는 가정간호 이용환자의 질병 특성과 가정간호서비스 내용, 가정간호 등록시의 환자 상태와 서비스 종결 결과, 소요 시간 및 비용 등을 제시하였으며 주요 연구 결과를 요약하면 다음과 같았다. 가정간호서비스 제공전반에 관한 사항으로; 첫째, 가정간호 주 이용대상자는 60세 이상 노인연령층(66.4%), 기혼자(60.9%), 및 의료보호를 소지한 환자(22%)였다. 둘째, 가정간호서비스 제공 실태를 파악한 결과, 지역사회중심 가정간호 이용환자 1인당 평균 방문 횟수는 일반 환자가 9.8회였고 시 외곽 환자의 경우는 평균 23.5회로 약 2.5배 가량 높았다. 환자 1인당 총 방문 횟수가 1회 방문으로 끝나는 경우는 전체의 20.2%로 대부분이 일반 환자였고, 시 외곽 환자의 경우에서 10회 이상 방문이 65.5%로 많았다. 이에 반해 병원중심 가정간호사업소는 5회에서 9회 방문이 40.8%, 그리고 10회 이상 방문이 48.8%이었다. 가정간호를 이용한 총 기간에 있어서는 전체적으로 3개월 미만인 과반수를 약간 상회하는 수준이고 3개월 이상 지속적으로 이용한 경우가 43.3%를 차지한 것으로 분석되었다. 셋째, 가정간호 의뢰기관은 주로 병원과 보건소의 의뢰가 대부분을 차지하였고 일반 환자의 경우는 대부분이 병원으로부터 의뢰된 반면에 시 외곽 환자는 보건소의 의뢰가 대부분을 차지하였다. 의뢰된 환자들의 거주지역은 일반 환자의 경우는 서울시내 25개 구 전 지역에 걸쳐 고르게 이용한 반면 시 외곽 환자의 경우는 강서구(15.1%), 노원구(8.7%), 마포구

(8.4%), 영등포구(7.8%) 순으로 이용하였다. 넷째, 가정간호 이용권유자는 62.0%가 간호사였으며 의사인 경우는 19.2%이었다. 특히 시 외곽 환자의 경우는 거의 대부분이 간호사(72.7%)와 의사(21.9%)가 권유한 데 반해 병원 가정간호사업소는 46.6%가 주치의의 권유에 의해 이용한 것으로 나타났다. 가정간호 이용목적은 과반수 이상이 상태유지(53.4%)나 호스피스(11.6%)등 이었다.

가정간호서비스 내용에 관한 사항으로는 첫째, 가정간호 이용환자의 질병특성은 일반 환자의 경우 뇌혈관질환(42.0%), 고혈압(11.3%), 근골격계질환(9.5%), 육창 및 피부질환(9.3%) 순이었고, 시 외곽 환자는 뇌혈관질환(22.9%), 근골격계질환(21.2%), 육창 및 피부질환(12.7%) 등의 순으로 병원중심의 가정간호사업소를 이용한 환자들의 질병 양상과 차이를 보였다. 둘째, 가장 빈번히 제공된 가정간호서비스 내용은 약물요법(6.7%), 기타 기본간호서비스(6.1%), 특수처치 및 기구사용법(5.9%), 체위변경(4.6%)과 체위변경에 대한 훈련(4.7%) 등이며 일반 환자와 시 외곽 환자간에는 유사한 양상을 보였다. 셋째, 가정간호 이용환자의 등록시 환자상태를 평가한 결과 classification II에 속한 환자들이 59.2%이었고 classification III에 해당되는 건강문제를 갖고 등록된 환자들도 34.6%를 차지하였다. 가정간호서비스 종결결과는 회복된 상태나 유지 상태가 전체의 29.4%이었고 사망으로 종결된 경우도 48.9%이었다. 넷째, 가정간호서비스 제공에 소요된 시간은 서비스 제공에 평균 58.1분, 왕복교통 소요시간에 평균 77.2분 등 방문 1가구 당 약 2시간 15분 가량 소요된 것으로 밝혀졌다.

이상과 같이 지역사회중심 가정간호 시범사업소를 이용한 환자들의 특성은 병원중심의 가정간호 시범사업소를 이용한 환자들의 특성과 다소 차이가 있었고 이러한 결과는 지역사회중심의 가정간호사업 모델을 구축하는

데 중요한 기초자료로 활용될 수 있을 것으로 기대한다. 특히 일반 환자나 병원중심의 가정간호사업소 보다 보건소에서 의뢰된 시외환자의 방문 횟수와 치료기간이 길었던 점 그리고 간호사들의 이용권유가 많았고 상태유지나 호스피스를 목적으로 한 이용과 뇌혈관질환이나 고혈압, 근골격계 및 육창 환자들이 많았던 점 등이 장기적 관리가 요구되는 재가환자들을 관리하기 위한 지역사회중심의 가정간호사업 제도화의 필요성을 보여주었다. 이상의 결과를 토대로 지역사회중심 가정간호제도화 추진을 위해 다음과 같은 제언을 하고자 한다. 첫째, 본 연구결과를 기초로 지난 7년 동안 서울시간호사회 지역사회중심 가정간호시범사업 체계적인 평가 틀에 근거한 성과평가연구를 실시하여 지역사회중심 다양한 가정간호사업 모델과 수가체계 등 구체적인 정책 대안(alternatives)이 제시되어야 한다. 둘째, 본 연구결과에서 제시된 지역사회중심의 가정간호 이용대상자의 특성에 근거하여 전국 규모의 지역사회중심 가정간호서비스 요구도(need assessment)에 따른 추정 수요를 파악하여 이에 근거한 가정간호인력의 수요 공급 추계와 가정간호인력에 대한 준비가 요구된다. 셋째, 지역사회중심의 가정간호서비스를 이용하는 대상자의 특성을 고려하여 병원중심의 가정간호사업과 보건소의 방문간호사업과 효율적인 연계방안 등에 대한 구체적이고 효율적인 정책 대안들을 제시하여 국가보건정책과 종합적으로 맞물린 접근 전략을 추진해야 한다.

참 고 문 헌

김모임 (1998). 가정간호연구의 전망. 간호학탐구, 2(1), 14-25.

문화자 (1999). 서울시 간호사회 가정간호사업 현황 및 발전방향. 서울시 간호사회 가정간호사업의 조직과 전망, p3-30.

박정숙 (1996). 병원중심가정간호사업. 연세대학교 간호대학 창립90주년기념 학술대회 보고서, 74-79.

보건복지부 (1994). 병원중심 가정간호 시범사업운영 지침.

보건복지부 (1998). 21세기 보건의료 발전을 위한 종합계획(안).

보건복지부 (2000a). 노인보건복지 장기발전을 위한 계획.

보건복지부 (2000b). 보건복지 여성 정책 중장기 계획.

세브란스병원 가정간호시범사업소 (1997). 제1차 병원

중심가정간호 시범사업보고서 (1994. 9-1996. 8)

서울시 간호사회 (1993-1995, 1996, 1997, 1998, 1999). 가정간호사업보고서.

서울시 간호사회 (1993-1994, 1997, 1998, 1999). 가정간호 사례보고서.

유호신 (1994). 병원중심가정간호사업모델과 수가체계 개발연구. 연세대학교 대학원 박사학위논문.

유호신 (1999). 미국 가정간호사업의 현황. 서울시 간호사회 가정간호사업의 조직과 전망, p111-128.

유호신 (2000). 가정간호사업을 위한 의료법 제정의 의미와 과제. 가정간호학회지, 7권 11호.

의료법 (2000). 보건의료관계법규. 현문사

이소우 (1999). 일본 가정간호사업의 현황. 서울시 간호사회 가정간호사업의 조직과 전망, p73-110.

임난영 외 5인 (1997). 서울시 간호사회 가정간호시범사업 서비스 내용 및 만족도 분석. 대한간호, 36(1).

조우현 (1990). 종합병원에서의 가정간호운영전략. 연세대학교 간호학연구소 학술세미나 보고서, p9-24.

유호신 (1994). 종합병원의 가정간호시범사업 개발 및 기초조사 연구. 한국보건사회연구원.

황나미 (1996). 병원중심 가정간호시범사업 평가. 한국보건사회연구원.

황나미 외 6명 (1999). 병원 중심 가정간호사업 모형 개발 및 제도화방안. 한국보건사회연구원.

Fitzpatrick, J.J. (1996). 미국에서의 가정간호사업 정책. 연세대학교 간호대학 창립90주년기념 합동 학술대회보고서, p1-17.

Health Care Financing Review (1996). Statistical Supplement, 64-67.

Harris M.D. (1997). Handbook of Home Health Care Administration 2nd Ed. An Aspen Publication.

Health Care Financing Administration (1993). Medicare and Medicaid programs: Recognition of the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization standards for home care organization. Federal Register.

Kellogg, R. (1983). Home health nursing-it isn't just 8:00-4:00 any more. In Current Issue in Nursing, p271-279.

Rovinski, C.A., and Zastocki, D.K. (1989). Home Care. Phil.:Saunders Co.

Shaughnessy, P. (1998). Outcome based quality

improvement, Washington D.C.: National Association for Home Care.

Wiles, E. (1984). Home health care nursing. In Community Health Nursing, St.Louis Co. p780-804.

- Abstract -

A Preliminary Study for Evaluating on Demonstration Project of Community-based Home Health Care Nursing Services by the Seoul Nurses Association*

*Ryu, Ho Sihm¹⁾ · Lee, So Woo²⁾
Moon, Hee Ja³⁾ · Whang, Na Mee⁴⁾
Park, Sung Ae⁵⁾ · Park, Jung Sook⁶⁾ ·
Choi, Hang Jel⁶⁾ · Jung, Kee Soon⁷⁾
Han, Sang Ae⁷⁾ · Lim, Ji Young¹⁾*

This study, based on current home nursing services, aims at promoting measures for establishing a community-based home nursing system derived from the pilot home nursing demonstration project conducted by the Seoul Nurses Association. The study was based on an analysis of home nursing records from march 1993 to December 1999. The following is a summary analysis, based on individual characteristics of the patients, the organization, which recommended the service for their patients and personnel services.

1. The service has been used by many elderly people 60years of age or older(66.4%). and married people(60.9%). The average number of visits by service personnel for patients of city government was 23.5. This is 2.5 times as many visits by general patients. General

patients(20.2%) had only one visit from service personnel, while 65.5% of patients of city government had 10 or more visits. Particularly, for government recommended patients, 72.7% of the patients were recommended by nurses, while only 21.9% where referred to the services by doctors. The main focus of a home nursing service was to maintain present health status (53.4%), and hospice(11.6%). Also to increase hospital-based home nursing services focused on recovery(55.9%) and maintain present health conditions (19.0%).

2. For general patients, 42.0% of patients were suffering from problems related to CVA, 11.3% from high blood pressure, and for patients referred from city, 21.2% from skeletal muscular disease. Results of home nursing services 29.4% of patients were able to recover or maintain their health status, but 48.9% of the patients died. Another main point of community-based home nursing services is medication(6.7%), other basic nursing services(6.1%), special treatment, instructions on how to use medical devices(5.9%), change of physical posture(4.6%), and training on changing physical positions(4.7%).

As mentioned above there were some differences between the characteristics of patients who used the pilot home nursing service conducted by the Seoul Nurses Association and those hospital-based service users. The results are believed to be useful to support a community-based home nursing service model. Particularly, patients under medical supervision and patients recommended

* This study was supported by The Seoul Nurse Association

1) College of Nursing, Korea University

3) College of Nursing, Kyunghee University

5) Yonsei Medical Center

7) The Seoul Nurse Association

2) College of Nursing, Seoul National University

4) Korea Institute for Health and Social Affairs

6) Department of Medical and Pharmaceutical, .

Seoul Metro City.

by government-run health clinics show a higher frequency and longer use of home nursing services compared to general patients or hospital-based home nursing service users. According to the study, nurses accounted for a large number of recommendations for home nursing services. Many patients with CVA, high blood pressure, skeletal muscular disease and bedsores used community-based home nursing services, while others used the service for minor treatments or maintaining their current health status.

Based on the study, the researchers make several suggestions to establish a community-based home nursing service system. First, different ways of setting up a community-based

home nursing system have to be mapped out based on the evaluation of the pilot home nursing service conducted by the Seoul Nurses Association. Secondly, a new, community-based, home health care nursing service model, and reimbursement payment system have to be developed. This is based on the outcome of the analysis, and implemented policy. Accordingly, efforts are needed to develop a community-based home nursing system with an intermediary role to promote the visiting nursing services of government-run health centers.

Key words : Community-based home health care nursing