

지역사회에서의 가정간호 접근성 제고 방안 - '서울시간호사회' 가정간호사업 분석을 토대로 -

황나미¹⁾ · 박성애²⁾ · 김윤옥³⁾ · 문영임⁴⁾ · 박정숙⁵⁾ · 유호신⁶⁾ · 이계숙⁷⁾

I. 서 론

1. 연구의 필요성

최근 우리나라는 인구의 고령화로 인한 만성퇴행성질환의 증가와 지속적인 보건의료서비스 수요의 증가로 장기간 입원하는 환자가 증가되고 있으며 재가환자가 증가됨에 따라 가정에서도 건강관리의 필요성이 증대되고 있다. 이에 정부는 의료자원을 효율적으로 활용하고 의료이용의 편의를 도모하며 국민 의료비를 절감시키기 위해 2001년 1월부터 의료기관 중심의 가정간호사업을 전국적으로 확대, 실시하였다. 그러나 의료기관 중심의 가정간호사업은 일부 퇴원환자와 입원이 필요한 환자에게 고난이도 간호서비스를 제공하는 제한된 공급체계를 가지고 있으며, 가정간호사업을 실시하는 의료기관수가 2003년 4월 현재 93개 기관에 불과하다.

한편, 보건소에서는 1995년에 개정된 '지역보건법'에 근거하여 간호사가 주축이 되어 가정과 사회복지시설 등을 방문하여 포괄적인 보건의료서비스를 제공하는 방문간호사업을 실시하고 있다. 그러나 간호인력 부족과 임상기술 및 기기의 미비 등으로 고난이도 간호기술이 요구되는 환자에게 필요한 서비스를 독자적으로 제공하지

못함에 따라 질적인 서비스를 제공하는 데에는 한계에 부딪히게 되었다. 이러한 실정을 감안하여, 서울특별시에서는 '대한간호협회' 지부 '서울시 간호사회'에 시범사업의 형태로 보건소와 연계한 지역사회 가정간호사업을 위탁, 실시하였다(유호신 등, 2000). 그러나 2001년 의료기관 가정간호사업에 대한 법적 근거가 마련됨에 따라 지역사회 가정간호사업이 제도권 밖의 활동으로 지적되어 '서울시 간호사회'에서는 소속 가정간호사 9명을 일 종합병원 소속으로 이적하여 의료기관의 가정간호사업 조직 내에서 활동하는 방식으로 그 운영체계를 변경하였다. 이러한 체계를 통해 가정에 방치된 저소득층 환자와 지속적인 건강관리를 필요로 하는 병원 퇴원환자에게 가정간호 서비스를 지역사회에서 공급하게 되었다.

2001년 11월부터는 건강보험 환자에게만 적용되던 의료기관 가정간호사업 대상에 의료급여환자를 포함시킴에 따라 최저생계 이하의 극빈층도 가정간호를 이용할 수 있게 되었다. 의료급여환자의 가정간호 수요 증가가 예상됨에 따라 가정간호 공급시설의 확충이 요구되고 있으며, 또 한편으로는 건강보험 적용대상자이지만 본인부담 능력이 없는 차상위계층의 재가환자에 대해서도 가정간호 서비스 공급방안 모색이 요구되고 있다.

이러한 배경에 의해 본 연구는 서울시내 1개 종합병

* 서울특별시 간호사회 가정간호특별위원회 연구논문임

1) 한국보건사회연구원 연구위원 5) 신촌세브란스병원 수간호사
2) 서울대학교 간호대학 교수 6) 고려대학교 간호대학 교수
3) 서울아산병원 가정간호 과장 7) 영동세브란스병원 간호부장
4) 가톨릭대학교 간호대학 교수

원 소속의 '서울시간호사회 가정간호사업팀'에서 수행한 지역사회 가정간호사업 실태를 분석하고, 서울시지역의 재가환자의 가정간호 수요를 파악하여, 재가서비스 접근성을 높일 수 있는 방안을 제시하기 위해 시도되었다.

2. 연구목적

본 연구는 취약계층의 재가환자에 대한 기본 보건의료 안전망으로써 운영될 수 있는 가정간호 공급방안을 제시하는 데 있다. 본 연구의 세부 목적은 다음과 같다.

첫째, 지역사회 가정간호사업 대상자 특성을 의료기관 가정간호 및 보건소 방문간호사업 대상자 특성과 비교, 분석한다.

둘째, 서울시지역 재가환자의 방문간호 공급실태 및 수요를 파악한다.

셋째, 한정된 가정간호 및 방문간호 자원으로 다양한 재가환자의 건강욕구를 충족시킬 수 있는 접근전략을 제시한다.

II. 문헌 고찰

의료기관 가정간호사업은 1994년부터 1999년까지 두 차례의 시범사업을 거쳐 2000년 '의료법'을 개정하여 현재 의원급 이상 의료기관에서 실시 중에 있다. 가정간호사업 실시 의료기관수는 2003년 4월 현재 93개 기관이며, 가정간호사는 기관당 평균 2.5명이 활동하고 있다(건강보험심사평가원, 2003). 1997년부터 1999년까지 2년 간 36개 의료기관의 가정간호실적을 보면 기관당 월평균 등록환자 수는 11.5명으로 총 9,733명이 등록하여 총 80,984회의 가정간호서비스를 받았으며 환자 1인당 평균 방문횟수는 7.8회로 나타났다(김혜영, 2000). 가정간호환자의 평균연령은 65.3세이며, 65세 이상의 노인이 61%, 75세 이상 고령자는 28%로 주로 노인환자가 가정간호대상이었다(황나미, 2002). 국민건강·영양조사(1998)에 의하면 65세 이상 노인 중 88%가 고혈압, 당뇨, 뇌혈관질환, 협심증, 심근경색증 등의 만성질환을 보유하고 있으며 35%가 3개 이상의 만성질환을 보유하고 있었다(보건복지부, 1999). 3년 이후인 2001년 조사에서는 1개 이상 만성질환 보유 노인이 87.4%, 3개 이상 보유한 노인이 36%, 그리고 고혈압, 당뇨, 관절염 등의 유병률은 높아진 것으로 조사되었다(보건복지

부, 2002). 이에 따라 400여만 명에 이르는 노인의 건강관리체계 구축을 위한 정책 수립이 요구되고 있으며, 이의 일환으로 지역사회 가정간호 접근성 제고를 위한 전략 개발이 시급히 요구되고 있음을 알 수 있다.

그러나 가정간호사가 제공하는 가정간호서비스는 전체 가정간호 수요의 10% 미만의 충족률에 불과하였다(박정호 등, 2001). 가정간호사는 기본간호와 치료적 처치 및 간호, 상담 등으로 회복 유지 및 치료적 관리를 수행하고 있으며 동시에 대상자 등록 및 건강상태 사정, 간호계획 수립, 건강상태 평가 및 의뢰에 이르기까지 직접서비스 이외 다양한 활동을 전개하고 있다(황나미 등, 1999; 박정호 등, 2001).

보건소 방문간호사업은 가정간호사, 간호사, 간호조무사 등에 의한 1차, 2차 및 3차 예방, 치료 및 상담 서비스로 구성되어 있으나 보건소의 26.4%는 방문진료의사가 없는 실정이었다. 방문진료의사가 있는 경우도 공중보건 의사 또는 일반의사이어서 환자의 다양한 질환과 중증도에 따른 전문적 진단 및 처방 능력이 부족하였다. 이러한 여건으로 인하여 고난이도 간호기술이 필요한 보건소 관리환자는 적절한 서비스 수준이 어려운 것으로 나타났다(박정호 등, 2001).

미국 및 일본 등 선진국에서는 가정간호 접근성 제고를 위해 재가환자의 요구에 따라 의료기관 가정간호사업소-지역사회 가정간호사업소-보건소-지역사회간호센터 등의 기관간에 원활한 연계체계가 구축되어 있다(박정호 등, 2001). 또한 재가환자에 대한 의사 처방은 '처방료' 수가가 별도 책정되어 가정에서도 의사의 처방에 의해 간호서비스를 받을 수 있는 체계가 구비되어 있다(황나미 등, 1999).

따라서 공급이 불충분한 의료기관 가정간호사업에 의존하여 재가환자의 건강을 관리하고 있는 우리나라에서 지역사회 취약계층 환자들의 의료욕구를 해결하기 위해서는 지역사회 가정간호 자원 활용을 통한 방안의 모색이 필요하다.

III. 연구 방법

1. 연구대상

지역사회 가정간호사업 특성을 위한 조사대상은 2001년 3~10월 기간 중 1개 종합병원내 '서울시 가정간호사회'의 가정간호팀에 의뢰된 건강보험환자 전수로, 총

197명이다. 재가환자의 가정간호 또는 방문간호 수요 파악을 위한 조사대상은 서울시내 25개 보건소이다.

2. 연구 방법

연구목적 달성을 위한 연구절차는 첫 번째, 지역사회 가정간호 특성 분석, 두 번째, 서울시 보건소 방문간호사업 공급 파악 및 수요추계, 마지막 단계로 문헌고찰 및 전문가 회의를 통한 가정간호 수요의 불균형 해소를 위한 가정간호서비스 접근전략 도출단계이다.

연구방법은 기존자료 분석과 조사표를 활용한 우편설문조사 실시, 전문가 의견수렴 등이다. 기존자료는 1999년 이후 의료기관 가정간호시범사업 및 2001년 가정간호사업 자료와 2001년 보건소 방문간호사업 자료이다. 우편설문조사는 서울시 25개 보건소를 대상으로 2001년 3월 방문간호사업실태에 대해 조사하였으며, 이 중 12개 보건소에서 자료가 수집되었다. 수집된 자료는 Microsoft excel을 활용하고 SPSS 10.0을 이용하여 서술적 통계분석을 실시하였다. 전문가 의견수렴은 지역사회간호학 교수 2인, 연구자 1인, 서울시 보건소장 1인, 서울시 가정간호사회 사업관계자 2인, 의료기관 가정간호사 1인으로 구성된 위원회에서 2회의 회의와 서울시 방문간호사업 담당자와의 면담을 통해 이루어졌다.

3. 연구도구

지역사회 가정간호환자 특성분석에 활용한 도구는 환자질환, 서비스 내용 및 가정방문횟수 등이 기록된 '가정간호기록지' 및 「건강보험심사평가원」에 보험청구한 '가정간호요양급여 비용명세서'이다.

서울시지역 방문간호사업 실태 파악을 위한 도구는 2000년 '보건복지부'에서 작성한 '보건소 방문간호사업 운영지침'에 근거하여 사업대상자 특성 중심으로 조사표를 개발하였다. 주요 구성항목은 방문간호사업 등록 및 관리대상 수, 대상자 경제적·인구학적 특성, 관리질환 및 서비스 공급실태 등이며 간호학 및 보건학 교수 3인의 자문을 거쳐 확정되었다.

4. 연구의 제한점

본 연구의 제한점은 서울시 25개 보건소 중 12개 보건소 자료를 토대로 가정간호 및 방문간호 수요를 추계

하였기 때문에 이를 일반화시키는 데 한계가 있다. 또한 '서울시간호사회'의 지역사회 가정간호사업, 의료기관 가정간호사업, 보건소 방문간호사업 이용환자의 건강상태에 대한 사정이 이루어지지 못한 상태에서 방문횟수를 상호 비교하여 증증도 및 복합질환 등을 고려하지 못하였으므로 해석에 주의를 요한다.

IV. 연구결과 및 논의

1. 일 병원 소속의 지역사회 가정간호 특성

1) 이용자 진단명

1개 종합병원 소속으로 활동하는 '서울시간호사회' 지역사회 가정간호팀의 관리환자 총 197명 중 뇌혈관질환이 136명으로 전체 69.0%를 차지하였다. 또한 암 16명(8.1%), 당뇨 8명(4.1%), 욕창, 심장질환 및 척수손상이 각 6명(3.0%)으로 이들 6개 질환이 전체 대상자의 90%를 차지하고 있었다(표 1). 박정호 등(2001)의 연구에서, 의료기관 가정간호 이용자 질환은 뇌혈관질환이 32.3%, 암 18.8%, 신경계 손상 8.8%, 당뇨 5.1%, 뇌·척수손상 3.8%이었고, 보건소 방문간호환자의 질환은 고혈압 29.0%, 관절염 16.9%, 당뇨 11.9%이며, '가정간호사회'의 지역사회 가정간호팀의 최다빈도 관리질환인 뇌혈관질환은 불과 9.3% 이었다. 이에 따라 지역사회 가정간호팀의 다빈도 관리질환은 의료기관 가정간호 이용자 질환과 유사하였으며, 다만 뇌혈관질환이 훨씬 많은 70%를 차지하고 있다는 점이 특징적이다.

질환별 환자 1인당 평균가정방문횟수는 척수손상환자가 가장 많아 24.3회이었으며, 신경계 손상 24회, 뇌손상 20회, 욕창 19.7회, 만성신부전 환자 18회 순이었다. 다빈도 질환인 뇌혈관질환은 13.7회, 암 6.4회, 당뇨 6.8회, 욕창 14.3회이었다. 의료기관 가정간호사업에서는 뇌혈관질환의 경우, 14.3회로 방문횟수가 지역사회 가정간호팀과 비슷하였으나, 암과 당뇨는 의료기관 가정간호사업에서는 각 12.1회, 12.6회로 지역사회 가정간호팀의 가정방문횟수가 1/2 수준이었다. 또한 욕창은 19.7회 방문하여 14.3회 방문한 의료기관 가정간호사업에서의 방문횟수보다(황나미, 1999) 약간 더 많았다(표 1).

2) 서비스 제공양상 및 내용

지역사회 가정간호팀에서 제공된 서비스를 살펴보면 뇌혈관질환자(136명)의 경우 총 1,860회의 가정방문이

〈표 1〉 지역사회 가정간호 환자 진단명별 환자수 및 환자 1인당 방문횟수(2001.3~10)

진단명	환자수(명)	총방문횟수(회)	환자1인당 방문횟수(회)
뇌혈관질환	136	1,860	13.7
암	16	103	6.4
당뇨	8	54	6.8
욕창	6	118	19.7
심장질환	6	31	5.2
척수손상	6	146	24.3
뇌손상	4	80	20.0
대퇴두개골골절	4	51	12.8
고관절탈구	1	5	5.0
고혈압	1	1	1.0
사지마비	2	6	3.0
만성신부전	1	18	18.0
신경계손상	1	24	24.0
뇌수막염	1	8	8.0
근위축증	1	3	3.0
기타	3	15	5.0
계	197	2,523	12.8

이루어졌는데 이 중 '흡입배농배액 및 T-tube 교환'이

1,345건으로 가장 많았으며, '방광세척' 1,063건, 'Urine bag' 819건, '유치도뇨관 삽입' 795건, '염증성 처치' 756건, 'F-카테터' 757건, 그리고 'L-tube 삽입 및 교환'이 각 620건, 574건이었다. 이에 따라 환자 1인당 '흡입배농배액 및 T-tube 교환'이 10회로 방문횟수를 고려할 때, 거의 매 방문 때마다 서비스를 제공한 것으로 나타났다. 또한 환자 1인당 '방광세척'이 7.8회, 'Urine bag교환'이 6회로 의료기관 가정간호환자보다 치료적 제공서비스가 다양하고 방문건당 더 많은 서비스가 제공된 것으로 파악되어 지역사회 가정간호환자의 중증도가 보다 심한 것으로 추측되었다.

암환자(16명)에게는 103회의 가정방문이 이루어졌는데 이 중 '염증성 처치'가 37건으로 가장 많았고, 그 다음으로 '방광세척' 35건, 'F-카테터' 34건, '유치도뇨관 삽입' 32건, 'Urine bag'교환이 31건이었다. 암환자 1인당 평균 6.4회 방문하여 '염증성 처치'를 2.3회, '방광세척' 2.2회 제공한 것으로 나타나 의료기관 가정간호 이용 환자보다 더 적은 횟수의 가정방문을 실시하여 더 많은 서비스를 제공한 것으로 나타났다.

〈표 2〉 가정간호 환자 진단명별 서비스별 제공건수(2001.3~10)

제공서비스	뇌혈관환자(N=136)	암환자(N=16)	당뇨환자(N=8)	욕창환자(N=6)
흡입배농배액, T-tube 교환	1,345	19	11	59
방광세척	1,063	35	11	50
Urine Bag	819	31	12	52
유치도뇨관 삽입	795	32	13	31
F-catheter	757	34	13	32
염증성 처치	756	37	21	178
L-tube 삽입	620	0	18	5
L-tube 교환	574	0	13	4
단순상처 처치	316	29	5	6
장루처치	0	13	0	0
회음부간호	37	1	1	9
침상목욕	14	0	0	0
체위변경(맞사지포함)	189	10	5	2
혈당검사	23	3	3	51
산소요법	3	1	0	0
1/2 Glycerin enema	18	3	0	3
Finger enema	8	1	0	4
비강영양	57	1	2	4
피하, 근육, 정맥 side	7	0	0	0
정맥내 일시 주사	2	0	1	0
정맥 점적주사 501-1000cc	44	12	0	0
Feeding Bag	27	0	0	0
Angio Needle	27	9	1	0
Suction Tip	93	1	0	0
방광루카테타 교환	20	1	0	1
간헐적 인공도뇨	8	0	0	0

당뇨환자(8명)에게는 54회의 가정방문이 이루어졌으며, 이 중 '염증성 처치'가 21건으로 가장 많았고, 'L-tube 삽입'이 18건, '유치도뇨관 삽입', 'F-카테터', 'L-tube 교환'이 각 13건이었다. 당뇨환자에게는 다른 질환에 비해 볼 때 제공된 서비스가 적었다.

육창환자(6명)에게는 사지, 둔부, 배부, 두부로 구분하여 서비스가 개별적으로 행위료가 발생하는 '염증성 처치'가 가장 많아 118회 가정방문 중 178건의 서비스를 제공하였다. 이는 매 방문시 한 환자의 신체부위를 1~2군데 '육창 및 염증성 상처 처치'를 수행한 것으로 나타나 동 서비스 제공빈도가 특히 많았다. '흡입배농배액 및 T-tube 교환' 59건, '정맥 점적주사' 52건, '혈당검사' 51건, '방광세척' 50건, 'F-카테터' 32건이었다.

박 등의 연구(2001)에 의하면 보건소 방문간호사업에서는 뇌혈관질환자의 경우 ROM exercise, 체위변경 및 교육상담을, 암환자에게는 투약관리, 체위변경 및 식이요법 등의 서비스를 제공한 것으로 나타나 방문간호사업보다 난이도가 높은 간호기술의 서비스를 제공하고 있었으며, 이상의 서비스는 의료기관 가정간호서비스 수준과 같았다.

2. 지역사회 가정간호 및 방문간호 공급 및 수요 실태

25개 자치구로 구성된 서울시 전체 인구수는 9,853,972명이며 자치구별로 최소 130,370명에서 최대 632,983명으로 평균 394,159명이 거주하고 있다(통계청, 2001). 2001년도 서울시 전체 보건소 방문간호관리대상자 수는 총 95,602명으로 전체인구의 1%를 차지하고 있었으며, 이들을 184명의 방문간호사가 관리하고 있어 1명의 방문간호사가 520명을 담당하고 있었다(보건복지부, 2002).

본 연구의 자료가 수집된 서울시 12개 자치구의 평균

인구수는 총 426,393명으로, 서울시 전체 자치구의 평균 인구수 보다 높게 나타났는데 이는 지역 특성이 반영된 것으로 사료된다. 조사대상 12개 자치구의 의료급여 대상자인 기초생활보장수급권자 수는 자치구 평균 9,080명이며, 건강보험 적용대상자 중 저소득층으로 분류되는 차상위 계층은 자치구 평균 5,377명으로 나타났다. 이들이 주 대상인 보건소 방문간호관리대상자 수는 4,226명으로 전체인구의 1%이었다.

보건소 방문간호사업 대상자는 건강취약계층으로 저소득층 환자 및 그 가족, 65세 이상 노인 및 독거노인, 와상노인 및 거동불편자, 그리고 장애인 등으로 구분되어 진다(보건복지부, 2001). 보건소 방문간호대상자 선정은 대부분 보건소 자체적으로 실시하는 기초조사를 통해 건강기록부를 작성하는 과정에서 발견되어 등록되며, 그 외 병·의원 등에서 방문간호를 의뢰하거나, 시·구청 및 동사무소 등 관공서, 그리고 지역주민이 직접 의뢰하여 등록되고 있었다. 보건소에서는 이들 취약계층을 사업 대상으로 등록하고 이들 중 일부를 가정방문대상자로 관리하고 있는데 그 현황을 살펴보면 <표 3>과 같다. 관내 독거노인은 73.5%를 방문간호사업 대상자로 등록시켰으며 이들 중 실제 가정방문 관리한 대상자는 74.4%로 파악되었다. 와상노인 및 거동불편자의 경우 보건소 관내에 평균 70명이 거주하고 있는데 이 중 69명을 사업대상자로 등록시켜 등록자 중 56.5%인 39명을 가정방문 관리하고 있었다. 또한 65세 이상 노인의 경우 관내 대상자의 56.3%를 등록시켜 이들 중 59.8%만을 가정방문하고 있었다. 이상의 결과에서 등록대상자의 일부를 관리하고 있음에도 불구하고 1명의 방문간호사가 520명을 관리하고 있는 것으로 나타났다.

12개 자치구 보건소 평균 방문간호사업 등록환자 수와 관리환자 수를 질환별로 살펴보면 <표 4>와 같다. 전체 방문간호사업 등록환자 중 고혈압 환자가 1,693명

<표 3> 서울시 보건소당 방문간호사업 평균 관리대상자수 및 등록·관리율(2001) (단위 : 명, %)

	관내 대상자수 (T)	방문간호사업 등록수 (R)	가정방문관리 대상수 (C)	등록율 (R/T×100)	관리율 (C/R×100)
<경제수준>					
의료급여	9,080	5,814	4,176	64.0	71.8
저소득층	5,377	1,712	50	31.8	2.9
<노인, 신체건강 특성>					
독거노인	775	570	424	73.5	74.4
65세 이상 노인	2,231	1,257	752	56.3	59.8
와상노인·거동불편자	70	69	39	98.6	56.5
장애인	3,216	283	283	8.8	100.0

(24.2%)으로 가장 많았으며, 그 다음이 정신질환 1,387명(19.8%), 관절염(13.6%), 당뇨(12.4%) 순이었다. 방문간호사업 등록대상자를 모두 관리한 질환자는 결핵환자이었으며 그 다음으로 높은 관리율을 보인 질환자는 당뇨(83.8%), 관절염(81.1%), 고혈압(79.3%), 뇌졸중(78.9%) 순이었다. 전체 방문간호사업 등록대상자 중 실제 한 번이라도 가정방문을 받았던 환자(가정방문관리대상자)는 70.3%이었으며, 이 관리율을 서울시 전체 방문간호관리대상자 95,602명에 적용하면 등록대상자는 총 135,991명으로 가정방문관리를 받지 못한 환자 수는 40,390명으로 추정된다. 따라서 서울시지역에 4만명 이상의 환자가 가정에서 가정간호 또는 방문간호 서비스를 필요로 하고 있으나 서비스 접근이 이루어지지 못한 것으로 나타났다. 관리를 받고 있는 환자의 경우에도 방문간호사가 1일 4명의 환자가정을 방문한다고 할 경우, 평균 3개월에 한 번 이들을 관리할 수 있게 되어 현실적으로 방문간호 수요를 충족시키고 있지 못하고 있는 상황에 있음을 알 수 있다.

〈표 4〉 서울시 보건소 방문간호사업 주요질환별 등록자수 및 가정방문관리환자수(2001)
(단위: 명, %)

주진단명	방문간호사업 등록환자수 (R)	가정방문 관리환자수 (C)	관리율 (C/R×100)
암	297	229	77.1
당뇨병	870	729	83.8
고혈압	1,693	1,342	79.3
결핵	158	158	100.0
관절염	946	767	81.1
정신질환	1,387	970	70.0
치매	751	167	22.2
뇌졸중	484	382	78.9
심장질환	83	51	61.4
척수손상	19	8	42.1
뇌손상	14	4	28.6
신경계손상	26	2	7.7
신장손상	35	0	0
위장질환	82	42	51.2
기타	144	63	43.8
계 ¹⁾	6,989	4,914	70.3

주: 1) 사업등록 및 관리대상 전수로 저소득층이 아닌 대상자(688명) 포함

3. 재가환자 가정간호 및 방문간호 공급기반 구축

1) 지역사회 가정간호사업 성격 규명

본 연구결과, 1개 종합병원 소속의 '서울시 간호사회' 가정간호팀에서는 2001년 3월부터 8개월 동안 고난이도의 간호기술이 요구되는 환자에게 서비스를 제공하여, 불충분한 가정간호 공급체계를 확대시키는 데 기여한 것으로 파악되었다. 또한 그 이전에는 제한된 간호기술로 인하여 질적 서비스 제공이 어려운 보건소 방문간호사업 대상자를 관리하여, 지역사회에서 소외된 환자와 그 가족의 '삶의 질' 향상에 기여한 것으로 평가되었다(서울시 간호사회, 2000). 이에 따라 제도권내에서 이들 취약계층에 대해 일련의 사회적 보호가 가능하도록 하기 위해서는 지역사회 가정간호사업기관을 활용한 가정간호 접근성 제고 방안이 요구된다.

그 동안 포괄적인 보건의료서비스를 제공하는 보건소 방문간호사업 특성과 환자의 비용 지불능력 및 책정된 보험수가에 따라 선택적인 대상과 치료적 처치중심의 서비스를 제공할 수밖에 없는 의료기관 가정간호사업 특성을 감안할 때, 고난이도 간호기술이 필요한 저소득층의 재가환자의 건강문제에 대처하기 위해서는 가정간호 공급 패러다임의 변화가 불가피하다. 현재 대부분의 의료기관이 가정간호사업을 실시하고 있지 않는 점에 비추어 볼 때, 가정간호 수요에 부응하기 위해서는 새로운 가정간호사업 유형의 활용이 불가피하다. 이의 대안으로, 본 연구 결과를 토대로 할 때, '서울시 간호사회'와 같은 비영리단체의 지역사회 가정간호 공급유형이 공공성 및 전문성의 구비와 운영규모의 유연성으로 인하여 사업의 효과와 효율을 높일 수 있을 것으로 판단된다. 또한 보건소 방문간호환자에게 전문적인 간호서비스를 가정으로까지 연장하는데 중간 매체역할을 담당하게 될 것으로 전망된다. 이미 복지국가에 진입한 선진국에서는 국민의 건강관리 욕구가 증대되면서 국가가 이들의 다양하고 복합적인 보건의료 및 복지 문제를 충족시키기에는 상당한 비용부담을 초래하게 됨에 따라 공공부문과 민간부문 또는 비영리기구(NGO)와의 새로운 관계설정(partnership)을 통한 효과와 효율 제고에 중점을 두고 있다(Butcher, 1995).

이에 따라 불충분한 가정간호에 대한 접근성을 제고시키기 위해서는 새로운 공급조직인 '지역사회 가정간호사업소(가칭)'가 제도권으로 흡수되어 의료기관 가정간호사업조직, 보건소 방문간호사업조직과 네트워크를 구축, 의료기관-지역사회-가정으로 이어지는 지속적인 서비스 공급체계를 확립하여야 할 것이다. 2019년 고령사회로 진입하는 우리나라는 저소득층은 물론 만성질환자 및 노

인, 장애인 등의 건강취약계층을 모두 포괄할 수 있는 장기요양서비스를 확충하여야 하므로 의료기관과 보건소를 연계할 수 있는 서비스의 확충이야말로 비용 효과적이며 더 나아가 이들과 이들 가족의 삶의 질을 향상시켜 사회 전체 생산성 제고에 기여할 것이다.

2) 가정간호 및 방문간호 사업기관과의 네트워크 방안

서울시를 포함한 대도시 지역은 일선 보건소 하부조직이 없어 불충분한 가정간호 및 방문간호서비스 공급기반이 취약하다. 따라서 가정간호사업 조직 및 유형은 다양화될 필요성이 있는데, 이러한 문제를 해결하기 위해 이미 서울시 지방자치단체에서는 1993년부터 보건소와 연계한 지역사회 가정간호 활동이 수행되어 성과를 거둔 것으로 평가되고 있다(유호신, 2000). 장기간 고난이도 간호서비스가 요구되나 가정간호 비용부담 능력이 없는 재가환자의 경우에는 의료기관은 물론 보건소에서 관리하기 어려운 여건인 바, 지역사회 가정간호사업소에 의뢰하여 의료기관 또는 보건소와 연계(link)하는 서비스 공급형태는 지속적이고 질적인 서비스 제공측면에서 반드시 구축되어야 한다. 이 때, 보건소에서는 포괄적인 서비스를 필요로 하는 거동불편자 및 노인 등을 대상으로 건강사정 및 조기발견, 예방 및 상담 등을 중심으로 한 서비스를 제공하고, 장기간 의료가 요구되는 저소득층환자에 대해서는 '지역사회 가정간호사업소'에 의뢰하여 보건소의 부족한 간호기술을 보완하는 방안이 바람직하다(표 5).

V. 결론 및 제언

본 연구는 한정된 가정간호 및 방문간호 자원으로 재가환자의 의료수요를 충족시킬 수 있는 가정간호서비스 공급방안을 제시하고자 1개 종합병원의 팀 소속인 '서울

시 간호사회'의 지역사회 가정간호사업 특성을 파악하고 보건소 방문간호 수급현황을 파악하였다. 지역사회 가정간호사업 특성 파악을 위한 연구대상은 2001년 3~10월 기간 중 1개 종합병원에서 퇴원하여 '서울시 가정간호사회'의 가정간호팀에 의뢰되어 가정간호를 받았던 건강보험환자 총 197명이었다. 지역사회 방문간호 공급 및 수요 파악은 2001년 3월 '보건소 방문간호사업실태조사'를 통하여 수집된 서울시내 12개 자치구 보건소의 자료를 근거로 분석 및 추계하였다.

연구결과는 다음과 같다.

1. '서울시 간호사회'의 가정간호 다빈도 질환은 의료기관 가정간호사업 환자질환과 유사하였으나 특히 뇌혈관질환, 암, 당뇨 등 3대 질환이 사업대상의 대부분(80%)이라는 점이 특징적이다. 반면 보건소 방문간호환자의 질환과는 상이하였다. 질환별 환자 1인당 평균 가정방문횟수는 척수손상환자가 가장 많아 24.3회이었으며, 신경계 손상 24회, 뇌손상 20회, 육창 19.7회, 만성신부전 환자 18회 순이었다. 다빈도 질환인 뇌혈관질환은 13.7회, 암 6.4회, 당뇨 6.8회, 육창 14.3회이었다.
2. 2001년도 서울시 전체 보건소 방문간호관리대상자 수는 총 95,602명으로 전체인구의 1%를 차지하고 있었으며, 이들을 184명의 방문간호사가 관리하고 있어 1명의 방문간호사가 520명을 담당하고 있었다.
3. 보건소 평균 방문간호사업 등록환자수는 6,989명으로 고혈압 환자가 1,693명(24.2%)으로 가장 많았으며, 그 다음이 정신질환 1,387명(19.8%), 관절염(13.6%), 당뇨(12.4%) 순이었다. 방문간호사업 등록대상자 중 100% 관리한 질환자는 결핵환자였으며 그 다음으로 높은 관리율을 보인 질환자는 당뇨(83.8%), 관절염(81.1%), 고혈압(79.3%), 뇌졸중(78.9%) 순이었다.

<표 5> 가정·방문간호사업 기관간 네트워크 하에서의 지역사회 가정간호사업 특성

구 분	지역사회 가정간호	의료기관 가정간호	보건소 방문간호
개설조건	· 지방자치단체로부터 허가되어 가정간호 권한이 위임된 기관	· 전 의료기관	· 보건소
법적 근거	현재 없음 (지역보건법 개정 필요)	· 의료법	· 지역보건법
사업조직	· 비영리 법인체	· 의료기관 소속	· 보건소 부설형태
사업인력	· 가정간호사	· 가정간호사	· 간호사 또는 보건인력
사업대상	· 개인부담 지불능력이 없으며 장기간 고난이도 간호기술 필요 환자	· 개인부담 지불능력이 있는 고난이도 간호기술 필요 환자	· 가정방문이 효과적인 거동불편자 등의 건강사정, 상담 및 지도 필요환자
사업재원	· 건강보험, 지방비 재원 조달	· 건강보험, 본인 부담	· 조세

4. 방문간호사업 등록대상자 중 가정방문관리대상자 비율은 70.3%이었으며, 이 관리율을 서울시 전체 방문간호관리대상자 95,602명에 적용하면 가정방문관리를 받지 못한 환자 수는 40,390명으로 추정되었다. 이에 따라 서울시지역에 4만 명 이상의 환자가 가정에서 가정간호 또는 방문간호서비스를 필요로 하고 있으나 관리받고 있지 못한 것으로 추측되었다. 관리를 받고 있는 환자의 경우에도 방문간호사가 1일 4명의 환자가정을 방문한다고 할 경우, 평균 3개월에 한 번 이들을 관리할 수 있게 되어 현실적으로 가정간호 수요를 충족시키고 있지 못하고 있었다.
5. 본 조사에서 파악되었듯이 보건소 방문간호사업에서는 관리대상자 비율이 70%에 불과하고 전문간호기술을 요하는 환자관리 역량이 부족하였다. 가정간호사업 실시 의료기관은 89개소로 지리적 접근성이 어려워 저소득층의 관리에 한계가 있으므로 가정간호수요를 충족시킬 수 있는 자원이 요구되었다. 이에 따라, 지역사회 가정간호자원을 활용한 네트워크는 재가환자의 지리적, 경제적 접근성 제고를 위해 필요한 것으로 파악되었다. 즉, 비영리단체에 의해 운영되는 '지역사회 가정간호사업소(가칭)'를 개설, 운영하여 고난이도 간호기술 제공과 불충분한 의료기관 가정간호서비스 공급이 요구되었다. 또한 의료기관-지역사회-가정으로 이어지는 지속적인 서비스 제공을 위해서는 '지역사회 가정간호사업소'에게 의뢰하여 연계(link)하는 네트워크 구축이 요구되었다.

이에 따라 가정간호서비스의 접근성을 제고시키기 위해서는 공급주체간 연계로 인해 발생하는 제도적 기전 마련이 요구되므로 다음과 같이 제언을 하고자 한다.

1) '지역사회 가정간호사업기관' 개설을 위한 법적 근거 마련

지역사회 가정간호사업소 개설 및 운영에 관한 법규 마련은 의료법에 국한되어 제정된 '의료법'에 근거하는 것보다는 '지역보건법' 제24조 2항(지방자치단체장은 보건소 업무의 일부를 보건의료관련 기관 및 단체에게 권한을 위임할 수 있다)에 근거하여 지역보건사업 활동의 일환으로 공공 보건의료기관 위탁형태의 지역사회 가정간호사업이 이루어지도록 관련 제도적 장치를 마련한다.

2) 환자 의뢰과정에서 발생하는 의사의 '처방료' 보형

수가 책정

현 제도권에서는 의사처방이 필요한 재가환자의 경우, 공식적인 지불보상 기전이 마련되어 있지 못함에 따라 처방의사와 서비스 제공 가정간호사와의 책임소재가 모호하고 적정수준의 서비스 제공이 어려운 실정이다. 또한 환자에 대한 서비스와 건강상태 등의 정보가 상호 공유되지 못하여 기관간의 연계가 원활하게 이루어질 수 없다. 이를 극복하기 위해서는 '가정간호 처방료' 수가를 신설하여 의사처방에 따른 공식적인 지불보상 기전 마련이 요구된다.

3) 저소득·취약계층의 재가환자 관리를 위한 공격적 재원 마련

지불능력이 없는 차상위 계층의 재가환자가 적시에 건강을 관리하지 못해 발생하는 미래의 더 큰 치료비용 부담을 사전 절감하고, 이들과 이들 가족의 생산성을 제고시킨다는 차원에서 이들에게 제공되는 지역사회 가정간호서비스 발생비용에 대해 공격적으로 지원될 수 있는 재정적 지원방안 마련이 요구된다.

4) 지역사회 가정간호 수가 개발

장기간 또는 잦은 횟수의 가정방문이 요구되는 재가환자에게 가정간호서비스 접근성을 제고시키기 위해서는 이들의 경제적 부담을 완화할 수 있는 지역사회 가정간호수가 체계 개발에 대한 연구가 필요하다.

참 고 문 헌

건강보험심사평가원, 내부자료, 2003

김혜영 (2000). 가정간호사업 평가. 2000년 연세대 간호대학 가정간호연구소 추계학술대회보고서. 1-16.

박정호, 황나미, 윤순녕, 김매자, 한경자, 홍경자, 박성애, 박민수, 박영택, 장인순, 허정순 (2001). 가정·방문간호사업의 확대 및 정착을 위한 장기 발전 방안. 서울대학교 간호대학·한국보건사회연구원·보건복지부.

보건복지부 (1999). 98 국민건강·영양조사.

보건복지부 (2000). 2001 방문간호사업 운영지침.

보건복지부 (2002). 보건소 방문보건사업 내부자료.

보건복지부 (2002). 2001 국민건강·영양조사

서울특별시간호사회 (2000). 2000년도 가정간호시험사업보고서.

유호신, 문희자, 이소우, 황나미, 박성애, 박정숙, 최행지, 임지영 (2000). 지역사회중심 가정간호시범사업 성과평가를 위한 기초연구, 대한간호학회지.

임난영, 김금순, 김영임, 김귀분, 김시현, 박호란 (1997). 서울시 간호사회 가정간호시범사업 서비스 내용 및 만족도 분석. 대한간호, 36(1), 59-74.

조원정, 김용순, 김주희, 김진순, 연기순, 이광욱, 한경자 (1991). 가정간호 수요 측정과 모형설정을 위한 연구. 대한간호, 30(2), 54-75.

통계청 (2000). 2000년 인구주택총조사.

황나미, 조재국, 장인순, 김의숙, 김조자, 양봉민, 윤순녕 (1999). 병원중심 가정간호사업 모형개발 및 제도화 방안. 보건복지부·한국보건사회연구원.

Butcher, T. (1995). Delivering Welfare: the governance of the social services in the 1990s. Buckingham, Open univ. Press.

Issue brief (1999). Access to Home Health Services under Medicare's Interim Payment System, No.744, Washington, DC.

Meriln, D. (1975). Home Care Project for Indigent Allows Dignified Care. Cuts. Hospital, No. 49.

Mezzanotte, E. J. (1987). A Checklist for Better Discharge Planning. Nursing, Oct., 55.

Pickrens, M. E. and Tayback, M. (1957). A Job Satisfaction Study. Nursing Outlook, 5(3), 157-159.

- Abstract -

Key concept : Hospital based home nursing care, Home-visiting nursing, Community based home nursing care

A Study for the Enhancement of Accessibility to Community Home Nursing Care Services
- The Home Nursing Care Program of Seoul Nurse Association -

*Hwang, Na-Mi¹⁾ · Park, Sung-Ae²⁾
Kim, Yun-Ok³⁾ · Moon, Young-Im⁴⁾
Park, Jeong-Sook⁵⁾ · Ryu, Ho-Sihn⁶⁾
Rhee, Kae-Sook⁷⁾*

Recently, there has been an increasing need for long-term care and comprehensive health care services in community settings. The Ministry of Health and Welfare introduced the Hospital-Based Home Nursing Care Program in 2000. Before this initiative, there was a Home Nursing Demonstration Center, affiliated with the Seoul Nurse Association, had offered home nursing services with the financial support from the local government. since 1993, the Center's nursing staff has been engaged in a general hospital in an effort to provide home nursing care services within Korea's health care system.

The purpose of this study was to analyze and identify characteristics of community-based home nursing care supplied by a community-based home nursing team engaged in a general hospital. Also, visit nursing care services

1) Korea Institute for Health and Social Affairs
2) Seoul National University College of Nursing
3) Asan Medical center
4) College of Nursing The Catholic University
5) Yonsei University Medical center
6) Korea University College of Nursing
7) Yonsei University College of Medicine YonDong Severanse Hospital

provided by public health centers were evaluated in terms of accessibility and supply versus demand, to enhance the accessibility of low-income patients living in Seoul to home nursing care services.

Data were collected from home nursing insurance reimbursement claims submitted by the community-based home nursing care team from March 1 to October 30 in 2001 and a questionnaire survey on home-visit nursing services of 25 public health centers in Seoul. The subjects consisted of 197 patients and 12 public health centers.

The result were as follows. First, medical institution's community-based home nursing care program was better in technical quality than health-center-based home-visit nursing care. In addition, the pattern of the subject patients was similar to that of hospital-based

home nursing care program. Second, there was a high demand for community-based home nursing care while only a small number of home-visiting nurses served at public health centers in Seoul. As a result, many patients could not receive adequate care.

Finally, we suggest that community-based home nursing care program should be introduced in the national health system to meet the at-home care needs of severely ill low-income patients. Furthermore, to better utilize home nursing and visit-nursing care resources and offer continued care for patients in community settings, an efficient referral network should be built among related institutions. This would require improvement of reimbursement system and amendment of the law related to health insurance system and community-based home nursing care services.