

대도시 보건소 동단위 방문간호 대상자의 군분류 및 표준 방문간호서비스 경로 개발을 위한 기초연구

유호신* · 석민현** · 황라일* · 진달래*

I. 서 론

1. 연구의 필요성

현 참여정부의 보건복지정책 방향은 저소득층과 노인 등 취약계층인구의 건강권 보장을 위한 공공보건의료와 복지 기능 확대이다(MOHW, 2004). 취약계층의 건강관리를 담당할 수 있는 보건소 방문보건사업은 1995년 지역보건법 개정 이후 공공보건의료 기능 강화 방침과 맞물려 그 중요성이 강조되고 있다. 이의 일환으로 정부에서는 대도시 지역의 방문보건사업의 활성화 방안을 모색하고자 2003년부터 2년 동안 대도시 방문보건 시범사업을 추진한 바 있다(KHIDI & MOHW, 2003).

대도시 지역 보건소 방문보건사업 활성화에 대한 필요성이 지속적으로 대두된 근본적인 문제는 현재의 공공보건의료 조직과 인력이 갖고 있는 구조적인 취약성에서 찾아 볼 수 있다. 즉, 대도시 지역 보건소의 지리적 접근도는 군지역 보건소에 비해 다소 높은 반면, 군지역 보건소가 가지고 있는 보건진료소나 보건진료소 등과 같은 하부조직과 사업담당 인력이 없으면서 관리해야 할 주민 규모는 급격히 증가되고 있다는 문제점을 가지고 있다(Ryu et al., 2003). 이러한 문제를 해결하고자 보건복지부는 전국 75개 대도시 보건소 중에서 14개 보건소를 선정하여 방문보건 시범사업을 실시하였다(KHIDI & MOHW, 2003). 대도시 방문보건시범사업의 운영 방식

은 각 지역 특성과 보건소 실정에 적합한 방문보건사업 운영 모델을 개발하여 다양하게 운영한 성과를 제시하도록 함이며, 이 사업에 참여한 대도시 지역의 S구 보건소는 동단위 지역담당 방문보건사업을 시범적으로 운영하고 있다.

1개 동지역을 1명의 방문간호사가 전담하는 지역담당 방문보건사업 운영체계는 Ryu 등(2003)이 서울특별시 보건소 방문간호사 전수를 대상으로 조사한 결과 방문간호사의 60%가 지지하는 사업 운영방식이다. 본 사업 유형은 당초 부족한 방문간호인력 인프라 구축을 목적으로 하였으나, 더 근본적인 목적으로는 방문간호사가 일정 기준 행정구역의 지역주민 건강관리를 체계적이고 지속적으로 실시할 수 있음을 제시하기 위한 것이었는데, 2년 간의 사업 결과 공공보건사업에 대한 주민과 보건인력의 인식 변화, 지역주민의 건강수준을 향상이라는 가시적인 성과를 가져왔다(Ryu & Hwang, 2004).

본 사업 모형은 오래 전부터 일정 지역을 단위로 방문간호 사업을 운영 해 온 영국이나 스웨덴 등(Kennedy, 2002, Bertero, 2002)의 지역간호(district nurse)나 미네소타 보건청에서 지난 5년 동안 수레바퀴형 서비스 모델(Intervention Wheel Model)을 적용하여 17종의 보건간호중재 프로그램을 성공적으로 수행한 Keller, Strohschein, Lia-Hoagberg와 Schaffer(2004) 등의 인구단위 보건간호사업(population-based public health intervention)과 내용면에서 매우 유사한 특성을 보이

* 고려대학교 간호대학(교신저자 황라일 E-mail: hwangri@hanmail.net)

** 포천중문의과대학교 간호학부

고 있다.

최근 영국 등에서 운영하고 있는 지역간호사업의 평가에서 지역담당간호사의 대상자 관리에 대한 전문성 확보가 중요한 이슈로 대두되고 있다(McIntosh, Moriarty, Lugton, & Carney, 2000; Goodman, Ross, Mackenzie, & Vernon, 2003). 즉, Goodman 등 (2003)은 지역담당간호사의 가장 중요한 역할은 주민의 건강상태를 사정할 수 있는 능력과 환자간호에 대한 계획 및 관리 그리고 간호서비스 제공 효과를 평가할 수 있는 전문성이라고 하였다. 이러한 전문성은 날로 증가되고 있는 지역주민 보건의료 수요에 대비한 효율적인 관리체계와 간호사업의 질 평가 능력에 매우 중요하며, 병원이나 시설 등 입원관리에서 점차 재가 환자 관리로 전환해야 하는 우리나라의 정책 동향(MOH, 2004)에 비추어볼 때, 향후 지역사회를 기반으로 증가되는 건강문제 해결과 보건의료 수요에 효율적으로 대비하기 위한 방문간호사의 효율적인 주민건강관리 능력은 지역보건사업 발전을 위한 가장 중요한 과제이다.

방문간호인력의 주민건강관리 능력은 방문보건사업 질 관리에 필수적 요소이기 때문에, 향후 우리나라 보건소 방문간호사업도 1개동 지역담당제가 확대 실시될 때를 대비하여 철저한 질 관리 방안이 선행되어야 한다. 이는 향후 확대된 지역간호사업은 물론 공공보건의료사업 발전에도 매우 중요한 과제가 되기 때문이다. 이에 본 연구는 향후 동단위 지역담당 방문간호사업 운영방식이 전국적으로 확대될 것을 기대하면서 일 보건소에서 그간 수행해 온 시범사업 결과를 토대로 대도시 보건소 방문보건 사업부서에서 활용할 수 있는 방문간호대상군별로 표준화된 방문간호서비스(outcome-driven standardized visiting nursing service pathway) 개발을 위한 기초자료를 제공하고자 시도되었다.

2. 연구 목적

본 연구는 방문간호대상자 군분류 지침(보건복지부, 2003년)에 기초한 동단위 지역담당 방문간호대상 주민 특성에 적합한 군분류 기준을 제시하고, 각 군별 방문간호서비스 내용을 분석하여 서비스 질 관리와 사업평가에 활용할 수 있는 표준화된 방문간호서비스 내용을 개발하기 위한 기초자료 제공에 있으며 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 동단위 지역담당 방문간호대상 군분류 기준을 제시한다.
- 2) 방문간호 대상군별 총 관리기간과 평균방문 횟수를 파악한다.
- 3) 대상군별 방문간호서비스 및 중결사유를 분석한다.
- 4) 방문간호대상군별 표준 방문간호서비스 경로를 개발한다.

3. 용어의 정의

동단위 지역담당 방문간호: 본 사업유형은 Kennedy (2002)의 지역간호(district nursing)나 Keller 등 (2004)의 인구단위 보건간호사업(population-based public health nursing)과 유사한 사업 개념으로서, 대도시 지역의 행정 동단위를 기준으로 1개동 단위에 1명의 방문간호사를 배치하여 관할 지역내 동단위 주민을 대상으로 방문간호사업을 기획하여 사업대상자의 우선순위를 선정한 후 포괄적인 방문간호서비스를 제공하는 지역사회 방문보건사업을 의미한다(Ryu et al., 2002).

표준방문간호서비스 경로: 표준 방문간호서비스 경로는 미국의 방문간호협회(VNA, 2002)에서 개발한 질 관리를 위한 표준화된 방문간호서비스 경로(outcome-driven standardized visiting nursing service pathway)를 근간으로 하여 일지역 동단위 방문간호대상군(1군부터 4군까지)별 평균 방문횟수 및 이에 따른 방문간호서비스 내용을 의미한다.

II. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 동단위 지역담당 방문보건 시범사업에 참여하고 있는 가정전문간호사의 전문가집단토의와 분과토의 그리고 방문간호 기록지 분석을 실시한 시범사업실행 연구(R & D Project)이다.

2. 연구대상 및 자료수집 방법

- 1) 1단계 : 전문가집단토의 및 초점토의

전문가집단토의(nominal group discussion): 동단위 지역담당 방문보건 시범사업에 참여하고 있는 일 보건소 소속 5명의 방문간호사와 방문진료 의사 1인 그리고 본 연구팀으로 구성된 전문가 집단 토의 과정을 통해 지

역주민의 특성에 근거한 방문간호 대상자군을 분류하였다. 방문간호대상군분류는 보건복지부에서 제시한 방문간호 안내지침(2003)을 기초로 동단위 지역특성에 적합하게 세부적 내용을 추가하였다. 4군의 군분류 체계를 구축한 이후에는 방문간호서비스가 종결된 대상자의 방문간호 기록지를 분석하였다. 방문간호서비스 표준업무 개발을 위한 전문가집단 토의에서는 기록지 분석결과를 토대로 각 군별 평균 방문간호횟수에 따른 방문간호서비스 내용을 코드화한 분석결과를 토대로 표준화 작업을 실시하였다. 표준화를 위한 전문가집단 토의는 5명의 방문간호사가 각 군별로 방문횟수에 따른 표준 방문서비스 내용이 합의될 때까지 연구책임자가 진행자(moderator)가 되어 두 달 동안 주 1회씩 총 8회에 걸쳐 실시하였다.

방문간호사 분과토의: 초점그룹에서 합의된 방문간호 대상 군분류 기준(안)에 대한 내용타당도를 검증받기 위하여 2003년 12월 11일과 12일 양일에 걸쳐 시행된 '대도시 방문간호사업 활성화 방안' 세미나에 참석한 방문간호사 50명을 대상으로 7명 내지 8명을 1개 분과로 하여 총 7개 분과를 구성하여 각 분과별로 개발된 군분류 기준(안) 내용을 토대로 실무자 분과토의 과정을 거친 후 종합 발표를 통해 최종 군분류 기준으로 채택하였다.

2) 2단계 : 방문간호기록지 분석

방문간호대상군별 표준화된 방문간호서비스 내용을 개발하기 위하여 방문간호사의 일일 업무 내용과 방문간호 대상군별, 방문 회 수당 간호서비스 내용을 분석하였다. 방문간호사의 일일 총 업무량(workloads) 분석은 방문간호사의 일일 활동내용과 군별 평균 방문횟수 및 총 관리기간을 분석하였다. 방문간호사의 일일 업무기록지 분석은 2003년 4월부터 11월까지의 기록지가 분석되었으며, 대도시 지역의 1개동을 전담하고 있는 방문간호사와 기존 방문간호사의 업무 비교 분석은 기존 방문간호사의 업무 분석을 실시한 Ryu 등(2003)이 조사한 시점과 계절적 여건을 고려하여 동일한 시점에 맞춰 실시하였다.

표준화 된 방문간호서비스 내용은 각 군별로 방문간호서비스가 종결된 대상자의 방문간호기록지 분석을 통해 사정 영역, 처치 및 투약 등 치료적 간호영역, 보건교육 및 상담 등 건강증진 영역 및 기타 영역 등 Ryu 등(2004)이 제시한 5가지 방문간호서비스 대분류 영역으로 구분하였다. 분석에 활용된 대상자는 방문간호대상 중 가장 적은 집중관리군(Level I)이 대략 50명 정도로 포화 된 시점인 2003년 11월까지 각 군별로 50명씩

임의추출하여, 집중 관리군(Level I) 50명, 정기적 관리군(Level II) 50명, 추후 및 감시 관리군(Level III) 50명 및 자가 관리군(Level IV) 49명 등 총 199명의 종결된 방문간호대상자의 방문간호기록지 전수분석을 실시하였다. 분석대상자의 총 방문건수는 1,217회였다.

3. 자료 분석

자료분석은 SPSS-PC(10.0 version)를 이용하여 전산처리 하였으며, 군 별 방문기간, 방문 회 수, 평균 방문 회 수는 빈도와 평균을, 방문간호서비스의 내용, 방문간호서비스 종결사유 및 종결 시 불편정도는 백분율을 이용하였다.

Ⅲ. 연구 결과

1. 방문간호사 특성

본 시범사업에 참여 한 방문간호사의 실무 경험과 사업분야 전문영역에 대한 배경은 다음과 같다. 시범사업에 참여한 방문간호인력 5명은 모두 가정전문간호사로서 임상 경력의 범위는 10년에서 19년이었고, 최종학력은 3명이 4년제 간호대학을 2명이 3년제 간호대학을 졸업하였으며, 그 중 한명은 사회복지학 학사학위를 소지하고 있다. 보건소나 보건사업 참여경력은 학교보건교사 1인이 포함되었으며, 5명 전원이 기혼자였다(Table 1).

<Table 1> General characteristics of home visiting nurses (unit: year)

Visiting Nurse	age	nursing education	nursing experience	home nursing specialist
A	43	4	14	yes
B	43	4	19	yes
C	37	3	10	yes
D	36	4	12	yes and social worker
E	34	3	10	yes

2. 동단위 지역담당 방문간호대상군분류

첫째, 보건복지부의 방문간호사업안내(2003년)에 의한 방문간호대상자 분류군(Level I ~ Level IV) 기준은 자가 관리 수준의 평가 결과와 방문요구도 즉 방문빈

<Table 2> Classification of home visiting recipients by complexity

Classification	criteria of home visiting recipients	average visit per recipient
Level I	① recipients who need home nursing care with basic public assistance(poorest population)	3 visits or more per month
	② recipients who need home nursing care with second level poor population(next level to poorest population)	
	③ recipients who need home nursing care with 1st and 2nd level disability	
	④ recipients who need home nursing care with self-care deficit	
high complexity Level II ↕ low complexity	① recipients who need education and consulting for chronic disease with basic public assistance	2 visits per month
	② recipients who need education and consulting for chronic disease with second level poor population	
	③ recipients who need education and consulting for chronic disease with 3rd -6th grade disability	
	④ recipients who need education and consulting for chronic disease with self-care deficit	
Level III	① recipients who need follow-up checking for chronic illness with basic public assistance	1 visit per month
	② recipients who need follow-up checking for chronic illness with second level poor population.	
	③ recipients who need follow-up checking for chronic illness with 3rd -6th grade disability	
Level IV	① families who can self-care	2 ~ 4 visits per year
	② healthy families with basic public assistance	
	③ healthy persons over 80 years old	
	④ families with under 18 month infant	
	⑤ families who need 1 or 2 visits per 6 months	

Note(Guideline of MOHW) :

Level I : recipients who need the visiting service at least once a week.

Level II : recipients who need the visiting service at least two times a month.

Level III : recipients who need the visiting service at least 2-3 times a year.

Level IV : recipients who need the visiting service at least once a year.

도에 기초하여 각 보건소마다 지역실정에 적합한 군분류를 실시할 수 있도록 하고 있다. 먼저 일개 동을 단위로 한 해당지역 주민의 방문간호 요구도를 사정하기 위해 초점관리대상자를 선정하였다. 다음 단계로는 선정된 초점관리대상자(target population)의 가구 및 경제적 특성, 가구원의 질병 유무, 가구원의 자가 건강관리 능력 유무, 그리고 가정간호서비스 필요 유무 등을 기준으로 분류하였다. 이 기준에 근거한 대상군별 특성은<Table 2>와 같다. 제시된 각 군의 분류 기준 중 하나 이상이 충족되면 그 군으로 분류하였다. 첫 번째 분류 기준은 대상자의 질병 유무로, 질병이 있는 군은 Level I과 Level II로 분류하고 질병이 없는 군은 Level III와 Level IV로 분류하였다. 두 번째 분류 기준은 질병 유무를 기준으로, 질병이 있는 대상자 중에 가정전문간호사에 의한 서비스 필요 대상자와 와상 및 거동이 불편한

대상자는 집중관리군(Level I)으로, 현재 만성질환은 갖고 있지만 교육과 상담 서비스만 요구되는 대상자는 정기적 관리군(Level II)으로 분류하였다. 그리고 현재 질병은 없지만 만성질환의 위험성이 예상되어 집중 교육과 관리가 필요한 경우는 추후 및 감시 관리군(Level III)으로, 스스로 자가 관리가 가능한 대상자는 자가 관리군(Level IV)으로 분류하였다.

3. 방문간호대상군별 표준 방문간호서비스 경로

방문간호대상군별로 표준화된 방문간호서비스 경로개발은 첫째, 방문간호업무 분석, 둘째, 방문간호대상군별로 총 방문간호서비스 관리기간 및 평균 방문횟수 분석 셋째, 방문간호서비스 종결 시의 환자 결과 분석 그리고 마지막으로 방문단계별로 방문간호서비스의 특성 등을

고려하여 개발하였다. 이러한 과정을 통해 방문간호대상군분류(Level I ~ Level IV)별로 각각 방문단계별 표준화 된 방문간호서비스 주 내용을 도출하였다.

1) 방문간호업무 분석

1개 동지역 주민의 건강관리를 전담하는 지역담당 방문간호사의 일일 평균 방문간호업무와 업무내용별 소요시간 구성비를 기존 방문간호사의 자료와 비교 제시하였다. 기존 방문간호업무 중 직접 방문간호서비스에 소요된 비중은 교통소요시간을 포함하여 32.6%(Ryu et al., 2003) 수준에 불과하였으나 1명의 방문간호사가 1개동 지역을 전담한 경우에는 44.7%를 차지하여 업무 중 직접방문서비스의 비중이 1.5배 정도 증가 된 결과를 보였다(Figure 1).

2) 방문간호대상군별 총 관리기간 및 평균 방문횟수

방문간호대상자의 평균 관리 기간은 약 5개월 정도를 상회하는 수준이었고, 관리군 별로 대상 가구 당 평균 방문횟수를 분석한 결과, 집중 관리군(Level I)은 평균 12.2회 정도, 정기 관리군(Level II)은 평균 7.3회, 추후 및 감시 관리군(Level III)은 평균 5.2회, 그리고 자가 관리군(Level IV)은 평균 2.7회 정도를 방문한 후 종결시킨 것으로 분석되었다(Table 3).

방문간호대상군별 제공서비스의 분포는 방문간호기록지를 중심으로 하여 분석하였다. 현행 방문기록지에 제시된 간호활동 중 각종 검사 및 대상자 신체사정은 사정영역으로 약물투여 및 처치는 질병관리 영역으로, 질병 예

방을 위한 활동 및 건강습관을 위한 각종 서비스는 건강교육 및 건강증진으로 그외 의뢰 및 연계 활동으로 분류한 후 분석하였다. 분석 결과 모든 군에서 건강교육과 건강증진을 위한 서비스가 가장 많은 비중을 차지하고 있었으며(54.6% ~ 69.9%) 질병관리 영역의 서비스는 집중관리군(Level I)이 12.9%로 높았고, 자가 관리군(Level IV)이 0.9% 인 것으로 분석되었다(Table 4).

3) 방문간호서비스 종결사유 및 종결 시 불편 정도

방문간호서비스 종결 사유를 분석한 결과, 집중 관리군에서 자가 관리가 가능하여 종결시킨 경우는 전체의 68.6 % 수준이었고 정기 관리군의 경우는 84.0%, 추후 및 감시관리군은 92.2%, 그리고 자가관리군은 98.0% 으로 군분류 단계별로 증가되는 양상을 보여 주었다(Table 5). 한편 방문간호 종결 시 불편 정도를 분석한 결과, 집중 관리군의 경우는 일상생활에 지장이 없는 상태가 31.4% 정도였으며, 정기 관리군이나 추후 및 감시 관리군의 경우는 64%, 86.3%, 그리고 자가관리군은 91.8%였다. 반면 도움이 필요로 되는 경우는 집중

<Table 5> End results for recipients who have finished visiting services (Unit: %)

	self-care (recovered)	death	transfer	total
Level I	68.6	15.7	15.7	100.0
Level II	84.0	4.0	12.0	100.0
Level III	92.2	2.0	5.9	100.0
Level IV	98.0	2.0	-	100.0

<Table 3> Duration of management and average number of visits by visiting nursing service by complexity (2003. 4. ~ 2003. 11.)

complexity	recipients (person)	duration (day)	total visits (number)	average visits (number)
Level I	50	183.0	622	12.2
Level II	50	181.8	356	7.3
Level III	50	143.7	260	5.2
Level IV	49	134.8	132	2.7

<Table 4> Distribution of visiting nursing services by complexity (unit: %)

complexity	visiting nursing services					total (no. of services)
	assessment	disease control		health education and promotion	others (refer & transfer)	
		treatment	drug & exam.			
Level I	27.2	12.9	0.4	54.6	4.9	100.0
Level II	28.9	7.2	0.2	58.4	5.3	100.0
Level III	28.6	7.2	0.1	59.6	4.5	100.0
Level IV	25.7	0.9	0.0	69.9	3.5	100.0

〈Table 6〉 Level of discomfort after ending visiting nursing services

(Unit: %)

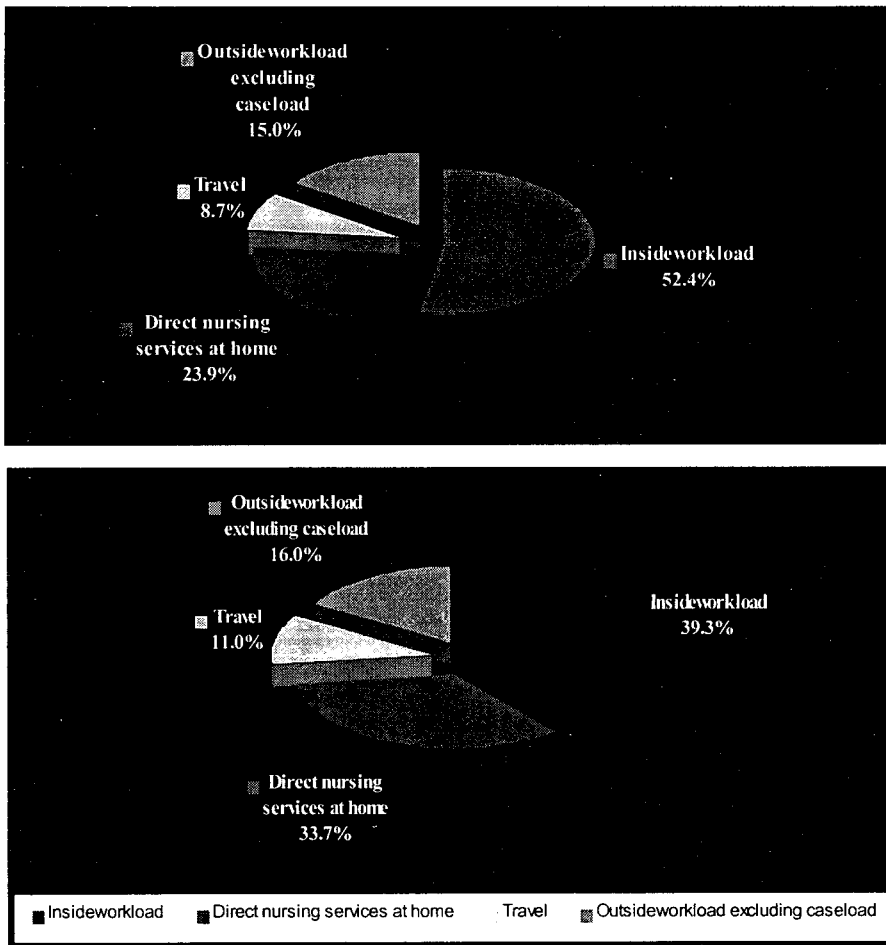
	No discomfort	Regular life capable with limited help	Restrictions but outside travel possible	Restricted outside travel but able to use the restroom	Help necessary
Level I	31.4	9.8	21.6	9.8	27.5
Level II	64.0	10.0	4.0	10.0	12.0
Level III	86.3	5.9	2.0	-	5.9
Level IV	91.8	6.1	-	-	2.0

관리군이 27.5%로 가장 높았고, 자가관리군은 2.0%로 나타났다(Table 6).

4) 방문간호대상 군분류별 표준 방문간호서비스 경로 동단위 지역담당 방문간호대상 군분류 결과에 근거하여 개발된 표준화된 방문간호서비스 경로 개발 결과는

〈Figure 2〉부터 〈Figure 5〉에 제시된 바와 같다.

집중 관리군(Level 1)의 평균 방문 횟수는 평균 12.2회로, 방문단계별로 표준 방문간호서비스 내용은 다음과 같다. 첫 방문에서는 대상자와 가족의 다양한 영역에 대한 사정을 하였고 2회와 3회 방문에서는 방문간호 계획을 수립하였다. 특히 방문간호계획은 방문 일정, 총



〈Figure 1〉 Comparing the distribution of visiting nurse workloads

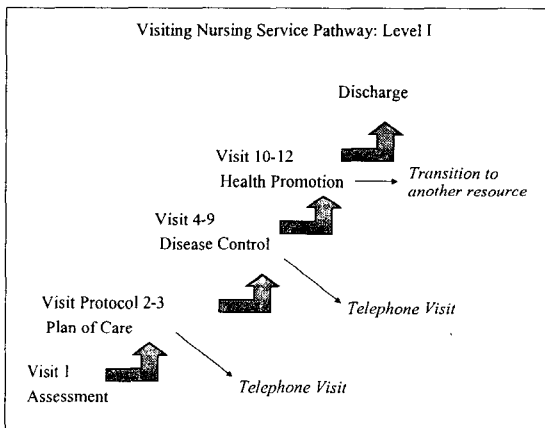
방문 계획과 가정간호서비스 제공에 필요한 검사 혹은 처치 및 투약 계획 등이 포함되었다. 이후 4회 방문에서 9회 방문까지는 계획된 일정에 따른 처치 및 투약서비스 등 질병관리서비스가 집중적으로 제공되었고 10회 방문에서 방문간호 종결 시까지는 주로 건강관리를 위한 보건교육 등 스스로 건강관리를 할 수 있는 상담 및 교육서비스가 집중적으로 제공되었다(Figure 1). 집중관리군의 서비스 내용 분석에서는 사망으로 종결된 대상자는 제외시켰으며, 방문간호기록지에 기록된 전화 상담이나 필요 시 전화를 통한 서비스제공도 분석에 포함시켰다.

정기 관리군(Level II)의 평균 방문 횟수는 7.3회로, 방문단계별 간호서비스 내용은 다음과 같다. 1회 방문에

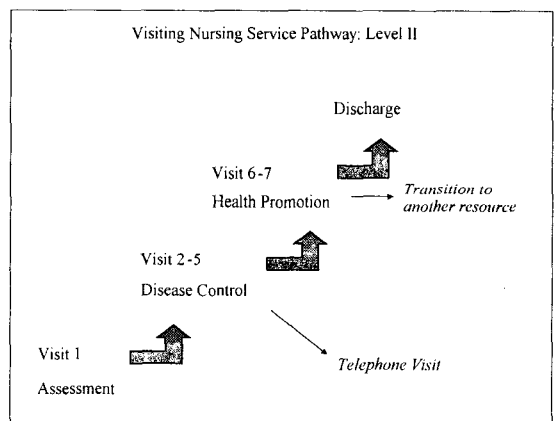
서는 대상자 및 가족에 대한 사정을, 2회부터 5회까지의 방문에서는 질병관리서비스를, 그리고 6회와 7회 방문에서는 주로 보건교육 등 건강증진관련 서비스가 제공되었다(Figure 3).

추후 및 감시 관리군(Level III)은 대상자의 특성상 질병이 없는 가구가 대부분이었지만 잠재적 건강문제가 있는 가구로서 평균 방문 횟수는 5.2회였다. 방문단계별 간호서비스의 내용은 1회 방문에서는 대상자 및 가족에 대한 사정을, 2회와 3회 서비스에서는 질병예방 및 건강증진을 위한 교육과 상담서비스를 주로 제공하였다(Figure 4).

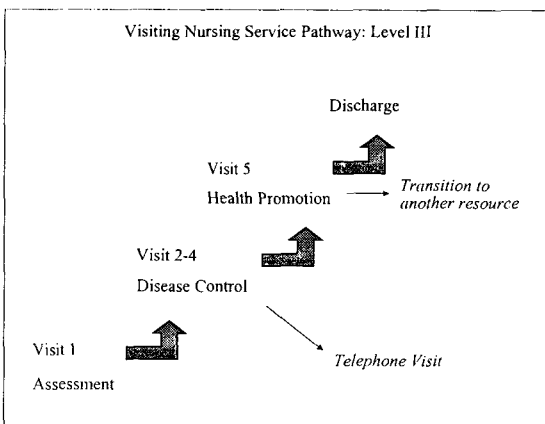
마지막으로 자가 관리군(Level IV)은 평균 방문 회수가 2.7회였으며, 첫 방문에서는 대상자 및 가족에 대한



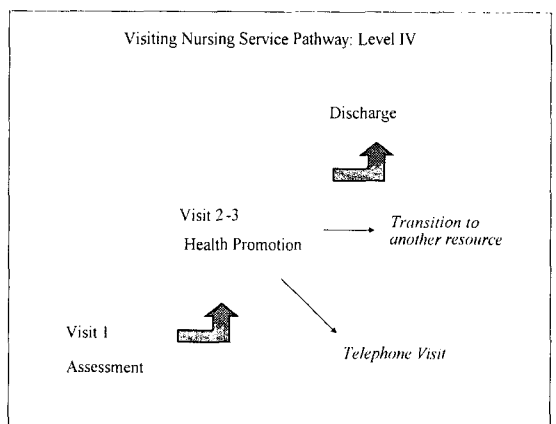
〈Figure 2〉 Step by step process to standardized visiting nursing service on Level I



〈Figure 3〉 Step by step process to standardized visiting nursing service on Level II



〈Figure 4〉 Step by step process to standardized visiting nursing service on Level III



〈Figure 5〉 Step by step process to standardized visiting nursing service on Level IV

사정을, 2회에서 3회 까지의 방문에서는 건강증진을 위한 상담 및 보건교육 서비스를 제공한 후에 종결시킨 것으로 분석되었다(Figure 5).

IV. 논 의

보건복지부는 방문보건관리대상자를 집중관리군(Level I), 정기적 관리군(Level II), 추후 및 감시 관리군(Level III), 그리고 자가 관리군(Level IV)으로 구분하였다(MOHW, 2004). 이 분류군은 전국 단위의 공공근로 방문간호사업 수행 자료에 기초한 것으로, 방문간호사의 방문빈도에 따라 대상자를 4개 군으로 분류하도록 하였다. 방문빈도는 방문간호대상자의 난이도를 기준으로 한 방문간호서비스의 복잡성(complexity) 기준으로 하되 그 판단의 기준은 대상자의 자가 간호(self-care) 능력에 두었다(Kim et al., 2001). 2001년 이후 보건복지부는 이 분류군을 각 보건소 방문보건사업 부서에서 활용할 것을 제안하였으나, 자가 간호와 방문빈도를 기준으로한 군 분류는 실무에서 활용하는 데 다소 어려움이 있는 것으로 확인되었다(Ryu et al., 2002). Ryu 등(2002)이 보고한 방문간호사의 군분류 활용 실태 평가 결과, 불과 25%의 방문간호사만이 이를 활용하고 있었으며, 방문간호사의 관리 능력이나 관리대상자 특성에 따라 군분류 적용을 달리 실시하고 있음이 지적되었다. 예를 들면, 가정간호가 필요하여 집중 관리군(Level I)으로 분류되어야 하는 대상자의 경우 서비스제공 주체인 방문간호사가 가정간호서비스를 제공할 수 없다고 판단되면 그 대상자를 자가 관리군(Level IV)로 분류하여 외부기관으로 의뢰하고 더 이상의 방문을 실시하지 않는 경우가 있다는 점이다. 이 경우 방문간호사는 대상자의 건강관리를 위해 가정간호사업으로 의뢰 등의 조치를 취하였으나, 군분류 결과에 따른 방문간호대상자의 특성을 파악하는 데는 혼란이 따를 수밖에 없다(Ryu et al., 2002). 이러한 문제점의 해결을 위하여 보건복지부는 실제 보건소 현장에서 각 지역실정과 방문간호사 특성에 따른 군분류를 실시하고 방문간호대상자를 관리할 것을 권장하고 있다(Kim et al., 2001).

이러한 관점에서 본 연구는 대도시 지역 동단위 지역 담당사업에 적합하면서 가정전문간호사가 투입된 방문간호사업에서 활용할 수 있는 관리대상 군분류 체계를 구축하여 각 군별 표준 방문업무를 개발하고자 시도한 점에서 매우 의의가 있다고 판단된다. 본 연구에서 제시

한 군분류 기준과 방문단계에 따른 표준화 된 방문간호서비스 경로(pathway)는 방문횟수를 최소화시키면서도 질 관리를 목적으로 삼은 미국의 방문간호협회(VNA, 2000)에서 개발 활용하고 있는 표준화 된 방문간호서비스 경로(outcome-driven standardized visiting nursing service pathway) 개념에 기초하고 있다. 방문간호사의 업무 내용과 범위를 명료화시키기 위해서는 방문간호사의 포괄적 업무 분석을(practice-based)을 토대로 사업의 모델이 개발되어야 하며, 간호사는 개인과 가족뿐만 아니라 지역사회의 걱정가능수준 향상에 영향을 미칠 수 있는 체계(system)를 간호사업 단위로 하여 다양한 간호중재를 수행해야 한다고 설명하고 있다(Minnesota Department of Health, Public Health Nursing Section, 2000). 이 모델은 보건간호사를 위한 직무 지침, 업무의 평가 및 기록의 기본 틀로써 이용되고 있으며, 또한 지역사회 간호사의 효과적 서비스 제공에 필요한 지식, 기술 개발의 교육 프로그램 및 새로운 간호서비스 개발의 기초자료로 활용되고 있다(Keller, Strohschein, Lia-Hoagberg, & Schaffer, 2004; Keller, Strohschein, Schaffer, & Lia-Hoagberg, 2004). 또한 로스엔젤레스 보건간호중재모델(Los Angeles County Public Health Nursing Intervention Model)은 보건간호사의 업무 및 역할을 간호과정에 통합시킨 것으로 보건간호사에게 표준화된 업무 틀을 제공하고 있으며, 이를 기반으로 '지역사회 간호 실무 메뉴얼'을 개발하여 지역사회 간호 업무를 모니터링, 질 관리, 효과 측정을 위한 유용한 도구로 활용하고 있다(Sakamoto, & Avila, 2004; Smith, & Bazini-Barakat, 2003).

향후 우리나라도 지역사회 건강관리요구 확대에 대비한 방문간호사업의 효율적인 관리체계와 질 관리를 위한 모니터링 시스템이 구축되어야 한다. 동단위 지역담당제 방문보건사업에서 도출된 표준화 된 방문간호 주 서비스 내용에 따른 단계별 경로 분석 결과는 향후 그 역할과 기능이 확대될 것으로 예측되는 방문보건사업의 효율적이고 질적인 사업관리에 필수적인 가이드로 활용될 수 있을 것으로 기대된다.

본 연구 결과는 향후 지역사회중심의 가정간호사업이나 가정전문간호사를 배치하여 일정 지역을 전담하도록 하는 보건소 방문보건 사업부서에서 매우 효과적으로 활용될 것으로 기대한다. 특히, 가정간호서비스 제공이 가능한 가정전문간호사를 방문간호인력을 활용하는 보건소

의 방문간호사업에 더 높은 활용도가 예상된다. 또한, 치료적 간호서비스를 제공하기 어려운 방문간호사의 경우는 집중적인 치료관리가 필요한 가정간호대상자를 제1군(집중 관리군)으로 분류한 뒤 가정간호사업으로 대상자를 의뢰하고, 방문간호 계획에 따라 대상자의 건강관리 현황을 가정전문간호사와 협조하여 관리할 수 있을 것으로 본다.

본 연구가 갖는 제약점은 연구결과에서 제시하고 있는 표준화된 방문간호서비스 경로가 일 보건소의 경험을 토대로 하였기 때문에 제한적일 수 있다는 점이다. 그러나 본 연구결과는 실제 보건소에서 2년 동안 시범사업으로 운영하면서 방문간호전문가와 가정전문간호사들로 구성된 방문간호 실무자와의 지속적인 토의과정을 거쳐 합의안을 도출하였으며, 동단위 지역담당 방문간호사업에 적용 가능한 방문간호서비스 표준 업무를 제시했다는 점에서 매우 중요한 의의를 갖는다고 본다.

V. 결론 및 제언

방문보건사업은 지난 2년 동안 대도시 보건소를 중심으로 시범사업을 수행해 왔음에도 불구하고 아직 구체적인 방향이나 사업 내용이 모호한 실정이며, 현재 정부차원에서 준비하고 있는 노인관련 정책의 시행 방향에 따라 보건소 방문보건사업 내용이 달라 질 것으로 예측된다. 이에 본 연구는 과도기적 특성을 갖고 있는 보건소 방문보건사업이 향후 1개동지역을 일 방문간호사가 전담하는 동단위 지역담당 사업유형으로 확대 발전될 것을 기대하면서 동 사업유형에서 활용 가능한 방문간호대상군분류와 이에 기초한 방문간호 표준서비스 경로를 개발하였다. 방문간호 표준서비스 경로는 지난 2년 동안 S구 보건소에서 실시한 방문보건 시범사업 실행 연구로서 전문가 초점그룹 토의, 분과토의, 방문간호 기록지 분석 등을 통하여 방문간호업무 분석, 방문간호대상군별 총 방문간호서비스 관리기간 및 평균 방문횟수 분석, 방문간호서비스 종결 시의 환자 결과 분석 그리고 마지막으로 방문단계별로 방문간호서비스의 특성 등을 고려하여 다음과 같이 개발되었다.

우선 방문간호대상군분류 기준은 첫째, 초점관리대상자의 가구 및 경제적 특성, 가구원의 질병 유무, 가구원의 자가 건강관리 능력 유무, 그리고 가정간호서비스 필요 유무 등을 기준으로 선정하였다. 선정된 군분류를 기준으로 첫째, 집중 관리군(Level I)은 평균 12.2회

방문을 실시한 것으로 분석되었고, 방문단계별로 대상자와 가족의 건강문제 사정, 방문간호계획 수립, 처치 및 투약서비스 등 질병관리서비스, 그리고 마지막으로 자가 건강관리 능력을 증진시킬 수 있는 상담 및 교육서비스가 제공되었다. 정기 관리군(Level II)은 평균 7.3회의 방문으로 대상자 사정, 질병관리서비스, 보건교육 등 건강증진서비스가 제공되었다. 추후 및 감시 관리군(Level III)은 평균 5.2회 방문으로 대상자 사정, 질병예방 및 관리를 위한 보건교육 등 건강증진서비스가 제공되었고, 마지막으로 자가 관리군(Level IV)은 평균 2.7회로, 대상자 사정, 자가간호 능력 점검과 건강증진 관련 보건교육 서비스가 제공되어 향후 방문간호대상군별 표준화된 방문간호경로 개발의 토대를 구축하게 되었다. 이상 연구결과에 기초한 제언은 첫째, 본 연구에서 개발된 방문간호대상군분류 기준 내용은 가정전문간호사 자격을 갖춘 방문간호사가 동단위 방문간호사업을 실시할 경우에 사용할 것을 제언한다. 둘째, 본 연구에서 개발한 표준 방문간호서비스 경로 개발은 향후 방문간호서비스 질관리와 사업성 평가에 활용할 수 있는 기초자료로서 향후 반복 연구와 검증연구를 통해 전국에서 활용 가능한 표준화된 방문간호서비스 경로(outcome driven standardized visit nursing services pathway)로 발전시킬 것을 제언한다.

References

- Bertero, C. (2002). District nurses' perceptions of palliative care in the home. *Am J Hosp Palliat Care*, 19(6), 387-91.
- Goodman, C., Ross, F., Mackenzie, A., Vernon, S. (2003). A portrait of district nursing: its contribution to primary health care. *J Interprof Care*, 17(1), 97-108.
- Keller, L. O., Strohschein, S., Lia-Hoagberg, B., & Schaffer, M. A. (2004). Population-based public health interventions: practice-based and evidence-supported. Part I. *Public Health Nurs*, 21(5), 453-68.
- Keller, L. O., Strohschein, S., Schaffer, M. A., & Lia-Hoagberg, B. (2004). Population-based public health interventions: innovations in practice, teaching, and management. Part

II. *Public Health Nurs*, 21(5), 469-87.

Kennedy, C. (2002). The decision making process in a district nursing assessment. *Br J Community Nurs*, 7(10), 505-13.

Kim, E. S., Ko, I. S., Ryu, H. S., Kim, I. S., Kim, J. E., Chai, Y. M., June, K. H., Lee, J. I., & Kim, D. W. (2001). *Development of DB system and service standards for community based home care in health center*: Unpublished manuscript, The Yonsei University of Korea, Seoul.

Korea Health Industry Development Institute & Ministry of Health and Welfare. (2003). *2003-2004 Research and Development Project for Visiting Health Program in Urban Health Center* (Proceeding).

McIntosh J., Moriarty, D., Lugton, J., & Carney, O. (2000). Evolutionary change in the use of skills within the district nursing team: a study in two Health Board areas in Scotland. *J Adv Nurs*, 32(4), 783-90.

Ministry of Health and Welfare. (2004). *2003 Annu Rep for Health and Welfare*.

Minnesota Department of Health, Public Health Nursing Section. (2000). *Public Health Nursing Practice for the 21st Century*: *retrived* <http://www.health.state.mn.us/divs/chs/phn>

Ryu, H. S., Lee, S. J., Park, E. S., Park, Y. J., Choi, H. J., Hwang, R. I., Im, J. Y., An, H. Y. (2002). *Developing of visiting nursing service model on the management system for diabled & bed-ridden patients in the community*. Ministry of Health and Welfare.

Ryu, H. S., Lee, S. J., Park, E. S., Park, Y. J., Choi, H. J., Hwang, R. I., Lim, J. Y., & An, H. Y. (2003). *Developing of visiting nursing service model on the management system for disabled and bed-ridden patients in the community*. Unpublished manuscript, The Korea University of Korea, Seoul.

Ryu, H. S., & Hwang, R. (2004). A study on

the status and issues of visiting nursing program at public health centers in urban area. *The J of Korean Community Nurs*, 15(1), 67-75.

Sakamoto, S. D., Avila, M. (2004). The public health nursing practice manual: a tool for public health nurses. *Public Health Nurs*, 21(2), 179-82.

Smith, K, Bazini-Barakat, N. (2003). A public health nursing practice model: melding public health principles with the nursing process. *Public Health Nurs*, 20(1), 42-8.

- Abstract -

A Preliminary Study on the Classification of Visiting Nursing Service Recipients and the Development of Standardized Visiting Nursing Service Pathways Based on Public Health Center

Ryu, Hosihn* · Suk, Minhyun**
Hwang, Rahill* · Chin, Dal-lae*

Purpose: The purpose of this research is to develop and classify district visiting nursing standards and to standardize visiting nursing service pathways. **Method:** This research was conducted as a focus group study and analyzed visiting nursing records. We surveyed 201 recipients at urban health centers, who were selected through convenient sampling, from April 2003 to November 2003. **Result:** First, visiting nursing service recipients were classified into four groups according to household and financial characteristics, existence of disease, ability of self-care, and existence of home care service needs. Standardized pathways of the selected

* College of Nursing, Korea University

** College of Medicine, Pochon CHA University

items were assessment, nursing care plan, disease management and promotion of self-care ability for Level I (mean=12.2 visits). For Level II (7.3 visits) were offered assessment, disease management, health education, and health promotion services. For Level III (5.2 visits) were offered assessment, disease management, health education and health promotion services, and for Level IV (2.7 visits) were offered thorough assessment, education for self-care and health promotion. **Conclusion:** The visiting

nursing service pathways identified in this research need to be developed further as basic materials applicable to quality assurance and agency evaluation. For this, we suggest repeated research and test to apply the derived standardized visiting nursing services pathways in visiting nursing programs.

Key words : Visiting nursing service, District, Classification, Visiting service pathway