

병원중심 가정간호사업의 운영실제

최 국 미*

I. 사업배경

1989년 전국민 의료보험이 실시되면서 종합병원으로의 환자집중화 현상이 가속화 되었으며 의료의 발전과 의료장비 기술 및 개발로 평균 수명이 연장되어 노인인구 증가로 의료수요가 급증하게 되었다. 질병의 양상 또한 만성퇴행성 질환으로 변화되었으며, 고도의 산업화 사회로 가면서 산업재해 증가로 인한 입원이 늘어나면서 입원기간이 길어짐에 따라 병상부족 현상을 초래하게 되었다. 이에 따라서 입원 치료가 필요한 환자들에게 적시에 의료시설 이용을 가능하게 하고 국민 의료비 부담을 감소키며 국민의 다양한 의료서비스 욕구를 충족시키기 위하여 1989년 6월 정부는 가정간호 제도를 도입하기로 확정하였으며 1994년 9월 제1차, 1997년 5월 제2차 가정간호시범사업기관을 선정하여 병원중심 가정간호사업을 실시하게 되었다. 이에 본 병원도 1차, 2차 시범사업기관으로 선정되어 병원중심 가정간호사업에 동참하게 되어 우리나라 가정간호사업의 정착과 재가환자의 만족한 간호서비스 제공에 노력하여 왔다.

그러나 미래지향적 사고와 사업의 효율성으로 볼때 다양한 형태의 가정간호서비스는 가능하다고 보며, 국민 스스로가 필요에 따라 의료서비스 형태를 선택할 수 있도록 되어야 하지만 현재 병원중심가정간호로 가정간호사업의 일부는 정착되었다고 보기에 본 병원 가정간

호사업의 실제 운영 현황을 소개하고자 한다.

II. 시범사업 운영현황

1. 조 직

L. Gulick은 조직을 어떠한 목표 달성을 위해 일을 구분 정리하고 조정 및 명령 계통을 명확히 밝힘으로서 공식적인 권위 구조를 형성 수립하는 것이라 했다. 그러므로 가정간호서비스도 사업의 체계적 관리 및 질적간호의 제공과 간호대상자의 만족도를 위하여 조직화 되어야 하며, 그 사업은 민간조직(개인)이나, 공공조직(보건소, 병원) 또는 지역사회조직(교회, 자선단체) 등 여러 형태의 사업조직으로 운영될 수 있다. 그러나 가정간호사업이 정부의 정책사업으로 시작되는 현 시점에서는 우리나라의 의료관행을 크게 벗어나지 않으면서 종합병원 중심 의료가 보편화되어 있는 국민의 의식을 감안할 때 지속적 의료서비스 제공으로 병원중심 가정간호서비스가 바람직하다고 생각된다. 병원중심 가정간호사업은 입원대체 서비스 기능으로 주치의가 필요로하는 진단에 필요한 각종 검사가 용이하며 약국, 중앙공급실의 이용이 자유로워 진료와 간호가 불필요한 지연없이 적시에 적절하게 병행되어 이루어질 수 있는 장점이 있다. 또한 가정간호사무실 공간 활용과, 회계담당 부서와의

* 한림대학교 강동성심병원 간호부장

업무 협조, 전산을 이용한 전반적인 경영 평가가 가능하며 사업의 실질적 운영 평가가 수월하며 전문직으로서의 가정간호사 교육이 지속적으로 이루어질 수 있는 점 등 현실적으로 많은 장점이 있다. 병원중심 가정간호사업을 운영할 때 실제적으로 병원조직내 가정간호과의 위치가 그 병원 가정간호사업을 운영할 때 실제적으로 병원조직내 가정간호과의 위치가 그 병원 가정간호사업의 활성화에 크게 영향을 미치는 중요 요인으로 작용하므로 본 병원에서도 처음 가정간호시범사업기관으로 선정되었을 때 가정간호과를 효과적으로 운영하기 위하여 많은 연구와 검토를 한 결과 가정간호과를 간호부 산하에 두기로 결정하여 현재 간호부에 소속되어 있다. 결과적으로 불매 적절한 판단이었다고 평가되고 있는 이유는 새로운 인력 구성원에 대한 배타적인 거부감이 간호부 직원들로부터 적게 받을 수 있었으며, 환자를 의뢰하는 임상각과로부터 협조를 얻는데 간호관리자들이 적극 협조하여 비교적 타 병원에 비해 정착이 빨랐으며, 타 부서 직원들로부터 전문간호사로 업무의 독자성을 인정받아 효율적이고 능동적으로 사업을 수행할 수 있었다.

현재 우리나라 가정간호시범사업 기관의 조직으로 3가지 유형을 들 수 있다.

1) 독립된 가정간호 사업조직

독립된 가정간호사업소 운영으로 임상각과와 직접 연계를 갖고 환자치료 및 간호계획을 수립하고 수행한다(예: 연세대학 세브란스병원).

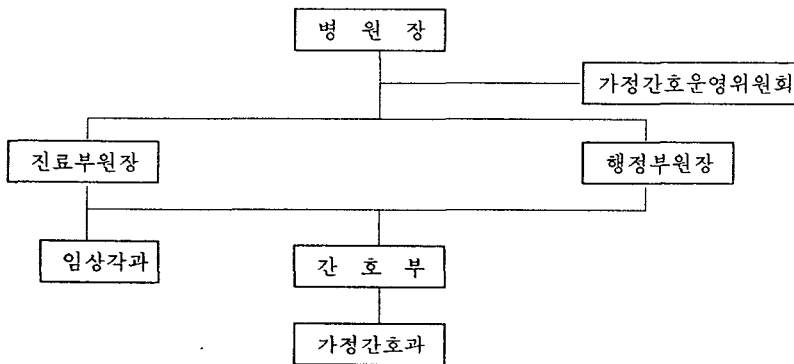
2) 진료부 소속 가정간호사업소

가정의학과에 가정간호사가 소속되어 있어 임상각과로부터 가정의학과로 환자가 의뢰된 후 가정의와 함께 치료계획 및 간호계획 수립 후 간호수행한다(예: 분당차병원).

3) 간호부 소속 가정간호과 운영

간호부장이 가정간호사업에 대한 전반적인 책임을 지며 임상각과 주치의로부터 가정간호사가 직접 환자를 의뢰 받아 주치의와 함께 간호계획을 수립하여 간호를 수행한다(예: 강동성심병원).

〈그림〉 강동성심병원 조직 구조도



2. 운영위원회

어떤 조직에서든 설정된 목표와 목적에 따라 특별한 사업이 성공적으로 이루어지려면 관련된 부서가 서로 의견을 충분히 교환할 수 있고 최선의 선택을 할 수 있도록 의사결정을 도와주는 운영위원회가 구성되어 있어야 한다. 특히 경영자의 경영이념이나 철학이 반영되고 실무적 측면에서 업무 수행에 도움을 받을 수 있고 임상각과로부터 유기적 협조가 가능한 적절한 인물로 운영위원회 위원은 구성되어야 한다. 위원장으로는 어떤 형태

로운 경영에 참여하는 책임있는 의사결정자가 바람직하며 가정간호에 대한 이해와 전문분야 진료의 특성상 가정간호서비스 이용 가능성이 높은 진료과 의사, 행정지원 부서, 의료보험 청구업무 담당부서, 약사, 사회사업가 등 가정간호서비스의 원활한 수행을 위하여 업무에 관련될 수 있는 직원으로 구성되는 것이 바람직하다. 강동성심병원의 경우 가정간호사업운영위원회 구성 인원을 소개하면 다음과 같다.

위원장: 진료부원장

위 원: 행정부원장, 간호부장, 신경과전문의 1명, 내과전문의 1명, 원무과장, 사회사업가 1명

3. 인 력

가정간호사업의 주된 사업 제공자는 가정간호사이며 이 사업을 주관하는 가정간호사가 책임을 갖고 운영해야 한다. 가정간호사업의 성공적 수행을 위하여 무엇보다 중요한 것은 우수한 가정간호사 유치이며, 풍부한 경험과 능력있는 가정간호사를 유치하였다 하더라도 효율적 관리와 자기개발이 지속적으로 이루어질 수 있도록 사기양상을 위한 적극적인 인사관리가 필요하다. 본 병원 가정간호과는 3명(가정간호 수간호사 1명, 가정간호사 1명, 보조원 1명)의 전담직원으로 구성되어 있으며 가정간호과가 간호부에 속해 있으므로 가정간호사업소의 소장 역할은 간호부장이 하고 있다. 그러나 가정간호과 수간호사가 실질적 관리자로서 모든 관리업무를 수행하고 있으며, 가정간호사 1명과 함께 간호서비스 제공을 위하여 가정방문 업무와 주치의와의 치료협의, 환자 및 보호자 상담 및 가정간호과 운영에 필요한 제반 행정 업무 처리를 하고 있다. 보조원은 주로 사무실 근무로 위생용품 및 소독품 공급 업무와 기타 사무실 관리 및 잡무 처리를 수행하고 있다. 그러나 가정간호 대상자 등록이 증가하는 추세이므로 보다 적극적인 사업의 활성화 계획으로 증원의 필요성이 인식되고 있는 실정이다.

4. 운영지침

1) 사업내용

(1) 가정간호 관리대상자

가정간호사업 관리대상자는 입원환자의 입원기간을 단축할 목적으로 입원대체 서비스가 가능한 수술 후 조기퇴원환자, 만성질환자, 장기입원환자, 통원수술환자, 기타 주치의가 의뢰한 환자로 한하였다.

(2) 관리대상지역

지정병원을 중심으로 통상 교통소요시간이 편도 30분 이내의 지역에 거주하는 환자로 한정하는 것을 원칙으로 하였으며 관리대상지역은 강동구, 송파구, 성동구, 광진구, 하남시이다. 그러나 관할지역이 아니더라도 본 병원 입원치료 후 퇴원하여 부득이한 사정으로 환자가 원하는 경우 가정간호 서비스를 제공한 경우도 간혹 있었다.

(3) 가정간호 업무내용

① 기본간호

기본간호업무는 문제확인 및 간호진단, 활력측정 등의 기본적인 간호에 해당되는 환자 사정업무와 체위변

경, 등간호, 구강간호, 타진 등이며 주치의의 처방없이도 가정간호사의 독자적인 판단하에 시행한다.

② 검사행위 업무내용

가정간호서비스를 제공하는 동안 환자의 상태변화를 파악하는데 필요하다고 판단되는 검사에 대해서는 가정에서 검사물을 수집하여 검사가 가능한 내용의 검사로서 주치의의 처방에 의하여 수행할 수 있다.

③ 투약 및 주사행위 업무내용

-투약행위 : 가정간호서비스를 받고 있는 기간 동안에 투여하게 되는 투약행위는 주치의의 처방에 의한다.

-주사행위 : 혈관주사 행위는 주치의의 처방에 의하여 시행할 수 있으나 수행감시와 속도조절을 철저히 한 후 이에 대한 관리가 가능한 보호자가 있을 경우에만 시행하며 이때 보호자에게 철저한 교육을 실시하여야 한다.

④ 교육, 훈련 및 상담

환자가 가정에 머무는 동안 가정간호사는 필요하다고 판단되는 식이요법, 운동요법, 특수치치, 기구 및 장비 사용법 등을 교육한다.

⑤ 치료적 간호 업무내용

치료적 간호업무는 진료업무 영역에 속하는 비위관 교환 및 관리, 산소요법, 단순 상처치료, 염증성 처치, 봉합선 제거, 방광 및 요로세척 등 주로 의료보험수가 항목에 적용되는 간호서비스 내용이 주를 이루며 주치의의 처방에 의하여 시행할 수 있다.

(4) 등록기준

가정간호사업 대상자 등록기준은 다음의 절차를 거쳐 이루어진다.

첫째, 가정간호서비스 대상자의 기준은 본 병원에 입원한 환자로서 주치의나 병동 담당간호사가 판단하여 가정간호서비스 제공시 조기 퇴원이 가능한 환자로 한다.

둘째, 일단 환자를 의뢰받게 되면 가정간호 책임자가 환자관찰을 통한 간호진단을 실시하여 가정간호대상자로 적합하다고 판정하였을 때 가정간호사업대상자로 등록한다.

(5) 가정간호 종결기준

다음과 같은 상황에서는 가정간호 제공을 끝낼 수 있다.

- ① 계약서에 작성된 목표에 도달되었을 때.
- ② 환자가 가정에서 서비스를 받을 여건이 아닐 때.
- ③ 환자가 현재의 기관으로부터 간호받기를 원하지 않을 때.

- ④ 통상적으로 병원입원으로 가정간호가 필요하지 않은 상태가 되었을 때.
- ⑤ 가정간호에 대한 급여 청구가 불가능 할 때.

5. 수 가

1) 수가 : 1회 기본방문료 190,000원+교통비 6,000원 + α (처치료, 재료비)
 · 기본방문비와 처치료는 20% 본인부담, 교통비는 전액부담
 · 가정간호환자의 외래진료시에도 20% 본인부담

2) 수납방법
 진료비 100,000원 퇴원시 선수납 후 매월말 정산함을 원칙으로 하였다.

6. 물품관리

가정간호 제공을 위하여 적절한 물품의 공급과 관리는 가정간호사의 중요한 업무 중 하나이며 효율적 가정간호와 운영에 관한 업무로 예산관리, 물품 및 약품의 공급과 재고관리, 치료와 간호행위에 따른 수가관리 또한 중요한 업무이다. 본 병원에서 시행중인 가정간호와 관련된 물품관리 업무를 소개하면 다음과 같다.

1) 예산관리

본 병원은 철저한 예산관리제도를 도입하여 실시 중이므로 어떠한 경우도 예산책정이 안된 지출은 불가능하여 신년도 수입, 지출 예산을 11월말까지 사업계획과 함께 제출하여 승인받아야 한다. 모든 지출은 근거자료를 제시하여야 하며 연말 사업실적과 함께 운영결과를 제출한다.

2) 소독약품

가정간호과에서 사용하는 소독제 약품은 중앙공급실과 약국에 월 1회 전산으로 청구하여 공급 받아 사용하고 있으며 필요시 약품이나 소독제품은 추가 신청이 가능하다.

3) 의료소모품

일반적 공통사용 의료소모품은 전산 입력하여 중앙공급실과 관리과에 청구하여 사용한다. 단 재료대 산정이

가능한 의료소모품은 처방전에 의한 일일 단위로 공급받으며, 월 단위 정기 물품청구로 소모량과 재고량을 고려하여 일반 소모품은 공급 받는다.

4) 의료비품

환자간호에 필요한 기구들은 SET화 하여 비치하여 사용하고 중앙공급실에서 소독 교환하여 사용하며 그밖의 특수한 기구는 중앙공급실에서 별도 관리, 의뢰하여 사용한다. 가정간호과에 비치되어 있는 기구로는
 · Foley set, Dressing set, · Forcep jar,
 · Long Forcep · Hemostate
 · Scissor · Curette
 · Metzemabaum scissor · Irrigation set,
 · Kelly · Glucometer기
 · Can · 혈압기, 청진기
 · Suction기 등이 있다.

5) 사무용품

- 4단 File Box · 캐비넷
- 가정방문가방 4개 · 휴대폰 2개
- 책상 · 전화기
- 상담용 탁자, 의자 · 환자 현황판
- 컴퓨터, 프린터기

6) 업무용 차량

- Pride(오토메틱) 2대-1인 1대

Ⅲ. 사업 실적

가정간호가 입원대체 서비스와 국민의료비 절감, 병상회전을 제고 및 의료이용 편의제공 등 많은 분야에서 원래의 목적에 부응하는 결과를 얻을 수 있었다고 본다.

본 병원이 1994년 9월 가정간호시범사업기관으로 지정된 이후 가정간호시범사업을 운영 평가한 결과 환자 만족도 측면에서 80% 이상의 높은 만족도를 나타냈으며 수치로 표현될 수 없는 병원홍보에도 많은 영향을 미쳤으리라 본다. 시범사업을 종합적으로 2년간 실시한 결과를 항목별로 제시하면 다음과 같다.

1. 년도별 현황

년간 총 방문횟수로 보았을 때 95년도 보다 96년도에 약 14.9%의 증가를 보였다. 또한 보건복지부에서 숫자

<표 1>

실 적	년도별	
	95년 1월~12월	96년 1월~12월
총 방문횟수	1,217회	1,398회
평균 월 방문횟수	102회	117회
간호사1인당 월 방문횟수	51회	59회
간호사1인당 1일 평균 방문횟수	2.5회	3회
총 등록환자수	66명	96명
가정간호종결결과	사 망 47명	사 망 34명
	재입원 9명	재입원 10명
	회 복 13명	회 복 18명

산정 기준으로 삼았던 가정간호사 1인당 1일 4회 방문은 무리였으며 실제로 가정간호사 1인당 방문횟수로는 약 3회 정도가 적절한 업무 부담으로 나타났다(표 1).

이는 가정간호 수가 재조정시 고려되어야 할 사항이며 가정간호 교통비 산정에 절대적으로 유효한 자료일 것이다.

2. 평균방문수가 내역

가정간호 방문수가 내역을 살펴볼 때(표 2) 기본방문비와 교통비를 포함하여 1인당 방문수가로 95년도에 평균 43,350원, 96년도 46,898원으로 평가되었으며(약 8%증가) 이는 입원환자 1일당 진료비(95년 176,699원, 96년 183,000원)와 비교해 볼 때 대략 1/4 수준에 머물러 입원대체서비스로의 기능은 충분히 충족시킬 수 있었다(표 2).

또한 가정간호 수가를 보았을 때 총 수입이 7,000만원을 넘지 못하는 실정으로 이는 전문인력의 생산성으로 따져보았을 때 문제점으로 대두되었다(표 3).

참고로 질환별 대상자를 임의로 선정하여 방문수가를 비교해본 결과 C.V.A 환자 행위별 수가 조금 높게 나타났다(표 4).

<표 2>

내 역	년도별	
	95년도	96년도
기본방문비	18,000	18,000
교 통 비	5,500	5,500
투약및 주사료	11,297	13,628
검 사 료	1,048	1,171
처 처 료	3,716	4,886
의료재료비	6,827	3,713
계 (1회당 평균 방문수가)	43,350(원)	46,898(원)

<표 3> 총 진료비 내역

구 분	년도별	
	95년 (1월~12월)	96년 (1월~12월)
기본방문비	19,234,760	25,039,000
교 통 비	6,075,000	7,646,500
투약및 주사료	13,749,432	19,051,401
검 사 료	1,276,022	1,637,614
처 처 료	4,523,053	6,830,374
기타 (의료재료비)	8,308,732	5,358,569
총 금 액	53,166,999	65,563,458

<표 4>

(1995.1.1~1996.12.31)

항 목	질환별		
	C.V.A	Ca	DM
기본방문비	18,000	18,000	18,000
교 통 비	5,500	5,500	5,500
투약및 주사료	14,713	9,542	15,835
검 사 료	1,003	0	1,882
처 처 료	8,250	4,043	4,661
의료재료비	5,716	19,600	3,190
1회당 평균방문수가	53,182	53,085	49,068

3. 진료과별 · 질환별 대상자분포 현황

가정간호과로 의뢰된 환자의 분포도를 살펴보면 약 13개 임상과에서 의뢰하는 경향을 보이고 있었으며 그 중 의뢰환자 약 37%가 내과에서 의뢰됨을 볼 수 있었다(표 5). 질환별 대상자 분포를 보았을 때 C.V.A 환자가 전체 환자의 33%를 차지하였다(표 6).

<표 5> 진료과별 분포도

(1995.1.1~1996.12.31)

과 별	구 분	
	대상자수(명)	비율(%)
MED	60	37.0
NS	26	16.0
NU	25	15.4
GS	16	9.9
URO	17	10.5
OS	9	5.6
FM	3	1.9
PS	1	0.6
OBGY	1	0.6
NP	1	0.6
CS	1	0.6
RM	1	0.6
PED	1	0.6
TOTAL	162명	100.0

<표 6> 질환별 분포도 (1995.1.1~1996.12.31)

질환별	구 분	대상자수(명)	백분율(%)
C.V.A		53	32.7%
Ca		50	30.9%
DM		17	10.5%
B.P.H		9	5.5%
기 타		33	20.4%
계		162	100.0%

4. 거주지별 · 연령별 대상자 분포

본 병원 가정간호서비스 대상 구역으로 지정된 지역 즉, 강동구, 송파구, 성동구 환자를 대상으로 볼 때 강동구 거주 환자가 56%를 차지하였으며(표 7) 간호대상자의 연령은 60세 이상이 전체 환자의 80.3%를 차지하여 가정간호사들의 노인간호에 대한 관심과 전문적 지식의 필요함을 볼 수 있었다(표 8).

<표 7> (1995.1.1~1996.12.31)

지역별	구 분	대상자수(명)	백분율(%)
강동구		90	56.0
송파구		29	18.0
성동구		9	5.0
기 타		34	21.0
계		162	100.0

<표 8> (1995.1.1~1996.12.31)

연령별	구 분	대상자수(명)	백분율(%)
40세 미만		7	4.3
40세 - 49세		4	2.4
50세 - 59세		21	13.0
60세 - 69세		43	27.0
70세 - 79세		56	35.0
80세 - 89세		23	14.2
90세 이상		8	4.1
합 계		162	100.0

IV. 맺 음 말

1차 가정간호시범사업을 실시하면서 2년간의 실적을 종합 평가해 볼 때 보건복지부에서 가정간호사업의 목적으로 제시된, 즉 입원대체서비스로 국민의료비 절감, 병상회전을 증가, 국민의료이용 편의 제공 등은 긍정적인 평가로 충분히 입증되었다고 본다.

또한 3차 진료기관으로서 대지역 주민에 대한 다양한 의로서비스 제공이나 병원 홍보 측면에서 만족한 결과로 평가할 수 있었다. 그러나 현 수가 체계에서는 가정간호사 1인이 연간 수입이 4,000만원을 넘지 못하여 실질적으로 병원 경영에 크게 도움은 주지 못한 실정이다. 그러나 21세기를 바라보는 현 시점에서 국민의 삶의 질에 더욱 관심을 갖어야 할 때이며 인간이 하느님의 피조물로서 인간의 존엄을 지키며 생을 마감할 수 있도록 돕는 호스피스간호와 연계하여 가정간호는 더욱 중요한 전문간호 분야로서 필요하다고 보며, 의료소비자 측면에서도 다양한 의로서비스 요구는 당연한 권리이기도 하다. 또한 가정간호사업이 간호사의 전문영역으로서 경제활동의 근간이 될 수 있도록 체계적 관리가 필요하다고 보며 앞으로 우리가 풀어나가야 할 과제로

첫째, 우수한 가정간호사를 어떤 방법으로 어떻게 확보할 것이며 체계적 관리와 전문교육은 어떻게 할 것인가.

둘째, 수가의 현실화로 전문간호 서비스에 대한 적절한 보상을 받을 수 있도록 가정간호수가의 적정선 제시가 필요하며,

셋째, 가정간호사들의 직업과 관련된 법적보호와 안전은 어떻게 보장할 것인지.

넷째, 대국민 홍보를 어떤 방법으로 접근하는 것이 바람직하며 효과적인가.

다섯째, 간호대상자에 대한 간호정보를 어떻게 서로가 공유하며 가정간호사업공간에 연계하여 활용할 것인가.

여섯째, 경제적, 사회적으로 소외된 소외계층에 대한 가정간호서비스 제공과 아울러 지역사회 방문간호와의 연계 등 많은 난제를 안고 있다.

그러나 2차 시범사업이 끝나면 전국적으로 가정간호사업은 확대 실시되는 것이 바람직하며 이 제도가 국민의 다양한 의로서비스에 대한 욕구에 좀더 가까이 다가가는 의료정책이 될 것이다.

참 고 문 헌

김용순외 6인(1996). 가정간호지침서. 현문사.
가정간호연구소 학술대회(1995). 가정간호연구와 사업. 연세대 간호대학가정간호 연구소.
김화중(1996). 우리나라 가정간호사업에 대한 간호계의 준비. 가정간호사회 전국대회. 대한간호협회 가정간호사회.
서문자, 김매자 외 5인(1995). 가정간호. 서울대학교출판부.
연세대학교 간호대학 창립 90주년 기념 합동학술 세미나(1996). 가정간호 정책과 사업개발. 연세대학교 간호대학 가정간호연구소.

유호신(1994). 병원중심 가정간호 사업모델과 수가 체계 개발연구. 연세대학교 대학원.
한국보건사회 연구원(1997). 가정간호시범 사업관리 운영지침. 보건복지부 한국보건사회연구원.
황나미(1996). 병원중심 가정간호 시범사업평가. 한국보건사회 개발원.
Carolyn J, Humphrey paula, Milone-nuzz(1996). Home Care Nursing. Appleton & Lange.
Ida Audrowich, Lisa. Burkhart, Kathy M. Gettrust (1996). Community and Home Health Nursing. Delmar Publishers.