

지역사회 중심 가정간호사업 운영연구* (가정간호사업 운영을 위한 정보전달체계 개발Ⅱ)

박정호** · 김매자** · 홍경자** · 한경자** · 박성애**
윤순녕** · 이인숙** · 조 현*** · 방경숙****

I. 서 론

1. 연구의 필요성

가정간호는 21세기 보건의료 종합계획(안)에서 여러 가지 보건의료계의 변화 및 인구 사회학적 변화에 부응할 수 있는 보건의료 서비스의 하나로 주목받고 있다. 이제 가정간호사업 유형의 차별화와 정착으로 간호의 전문적인 이미지를 확고히 하며 국민들의 삶의 질 향상에 기여하는 것이 우리 간호인들의 과제라 하겠다.

가정간호사업은 크게 병원 중심의 가정간호기관과 지역사회 중심의 가정간호기관으로 이분되는데, 현재 우리나라의 시범사업은 모두 병원 중심의 가정간호사업이다. 지역사회 중심의 가정간호사업은 그 설립주체가 공공기관 또는 법인체이며, 지역사회에 기반을 둔 독립된 조직체계를 갖추어 비영리적으로 운영되는 기관에서 재가환자와 그 가족을 대상으로 하는 간호사업을 말한다. 특히 지역사회 중심의 가정간호사업은 병원 중심의 가정간호사업과는 달리 재가환자의 접근성과 비용문제, 질적 수준의 보장 등이 주요 문제점으로 대두되는데, 이를 해결하기 위해서 관련 연구의 수행 및 정책적 뒷받침이 요구되며, 운영기관의 독립성이 보장되어야 한다(윤순녕, 1998b).

또한 지역사회 중심의 가정간호사업은 운영 주체에

따라 공공기관인 보건소의 방문간호사업과 비영리법인 가정간호기관에서 실시하는 가정간호사업으로 구분되는데, 외국에는 이미 이러한 형태의 가정간호사업이 활성화되어 있으나, 우리나라의 경우 아직 법인 형태의 가정간호기관이 설립되어 있지 않다. 다만 대한간호협회 서울시간호사회, 서울대학교 간호대학 등에서 연구사업으로서 지역사회 중심의 가정간호 시범사업을 진행한 바 있다(서울특별시 간호사회, 1995, 1996; 한경자 외, 1995; 윤순녕 외, 1998).

먼저 우리나라 가정간호사업의 유형별 발전과정을 보면, 1990년 1월 의료법 시행규칙 개정에 따라 가정간호사에 대한 법적 근거가 마련된 이후 1990년 서울대학교 보건대학원에서는 가정간호사 교육과정이 처음 개설되었으며, 현재는 전국적으로 약 15개 대학에서 교육과정을 열고 있어 가정간호사 자격소지 간호사의 수가 1998년 현재 약 2000명에 이르고 있다. 한편, 1993년부터 2년 동안 4개병원에서 가정간호 시범사업을 실시한 결과 병상 가동률이나 대상자 만족도, 의료비 절감 등에서 긍정적인 효과가 있다고 평가되었다(황나미, 1996). 그후 보건복지부는 1997년 5월부터 전국의 45개로 시범병원을 확대하여 향후 2년간의 제2차 가정간호 시범사업을 진행 중이다. 공공보건기관인 보건소에서는 서울시의 경우 지역보건과 또는 가족보건계에서, 그리고 일부 보건소에서는 가정간호계에서 방문간호사업을 실시하고 있

* 본 연구는 한국과학재단 산학협력연구비 (962-0100-001-2) 지원으로 수행되었음

** 서울대학교 간호대학 교수

*** 인제대학교 보건관리학과 교수

**** 서울대학교 간호대학 박사과정생

다. 민간단체로는 1994년 대한간호협회 서울시지부를 시작으로 가정간호 시범사업을 실시하였고, 현재는 서울시의 사업비 지원을 받아 저소득층의 가정간호 대상자에 대한 가정간호 사업을 실시하고 있다. 이외에도 광주, 대구, 강원지부에서 광역자치단체 또는 기초자치단체로부터 사업 위탁을 받아 가정간호를 실시하고 있어 구조적, 과정적 사업의 차이는 있으나 가정간호사업이 확대되고 있다(윤순녕, 1998a).

현재 국가정책으로 실시하고 있는 병원 중심의 가정간호사업은 긍정적으로 평가되고 있으나 다음과 같은 측면에 대한 검토 및 수정이 요구된다. 첫째, 시범사업 병원의 퇴원환자 중심으로 가정간호사업이 진행되고 있어 해당병원에 입원을 하지 않은 만성퇴행성 환자와 노인환자들은 의료보험 급여 대상에서 제외되므로 가정간호 서비스를 원하여도 가정간호를 받을 수 없다. 둘째, 해당병원에서 퇴원 후 가정간호를 받고자 하는 경우에도 해당병원의 관리지역이 제한되어 있어 병원에서 먼 거리에 거주하는 환자에게는 가정간호가 허용되지 않으므로 가정간호를 통한 추후관리가 어렵다는 점이다. 이로 인해 2, 3차 병원과 일차 의료기관간의 연계가 어려운 실정이다. 셋째, 시범사업 대상 병원의 퇴원환자이며 관리 지역내에 거주하는 조건을 충족해야만 의료보험 급여가 가능한 현 제도는 국민들에 대한 의료서비스의 형평성에도 위배되는 것으로서 이에 대한 정책적 대안 마련이 시급한 상황이다.

우리나라와 보건 의료 전달체계가 유사한 미국, 일본 등의 가정간호 사업이나 국가보건 사업방식을 채택한 영국, 프랑스, 벨기에 등의 유럽 통합 지역은 병원 중심의 가정간호사업 이외에도 지역사회 공공기관 중심의 방문간호 사업 및 민간형태의 가정간호사업 등 다양한 유형이 있어서 가정간호를 원하는 사람이면 누구나 가정간호를 받을 수 있으며, 의료보험의 혜택도 균등한 기회로 주어지고 있다. 따라서 우리나라에서도 병원 중심 가정간호사업의 문제점을 보완할 수 있는 새로운 모형의 가정간호사업 전달체계에 대한 모색이 절실히 요구된다.

이에 본 연구는 종합병원이나 지역사회의 공공기관이 주도하는 가정간호사업이 아니라 민간 비영리 기관이 주도하는 지역사회 중심의 가정간호사업 모형을 개발하고 시범 운영함으로써, 그 효율성 및 타당성을 평가하고자 한다. 이 연구결과는 비영리 가정간호 기관의 운영을 위한 기초자료로 활용될 것으로 기대한다.

2. 연구 목적

본 연구의 목적은 첫째, 민간 비영리 유형의 가정간호 사업소의 모형을 개발하는 것이며, 둘째, 가정간호 시범사업 실시 후 가정간호 사업체계에 대한 전반적인 평가와 분석을 하는 것이다.

II. 문헌 고찰

1. 국내 가정간호사업의 효과

가정간호사업은 한 국가의 보건의료 전달체계의 구성요소로서 급·만성 질환을 앓고 있는 재가환자나 간호요구가 있는 자를 대상으로 건강증진, 건강회복, 재활 또는 임종을 위해 의사의 처방에 의한 치료적 서비스와 전문 간호술 및 교육을 제공하는 간호사업을 말한다(윤순녕, 1998a). 우리나라의 가정간호사업의 유형은 설립주체를 기준으로 크게 두가지 유형인 병원 가정간호사업과 지역사회중심 가정간호사업으로 구분할 수 있다.

병원 가정간호사업은 1차, 2차, 3차 의료기관에서 운영되는 형태로 현재 1997년부터 보건복지부의 2차 시범사업으로서 44개의 병원에서 실시되고 있다. 지역사회중심 가정간호사업은 공공기관의 하부조직, 또는 법인체나 독립형으로의 체계를 갖추고 지역사회에 기반을 두어서 비영리적으로 운영되는 가정간호사업을 말한다. 이 유형은 우리나라의 경우 일선 보건소 조직에서 방문간호사업이 실시되고 있다. 그리고 법인체로는 사단법인 대한간호협회의 4개 지부에서 광역 또는 기초자치단체의 재원이나 이용자 전액부담을 재원으로 하여 시범사업으로 운영되고 있다. 비영리 독립형인 경우는 윤순녕 등(1998)이 연구사업의 일환으로 실시한 것을 들 수 있다.

윤순녕(1998a)은 이러한 가정간호사업을 위해 갖추어야 할 구비조건으로 제공자 측면에서는 가정간호사업의 전문성, 신뢰성, 안정성, 안정성을 들었으며, 또한 이용자의 측면에서는 언제 어디서든 서비스를 받을 수 있는 접근성과 필요한 서비스를 적시에 받을 수 있는 유용성, 그리고 적절한 비용의 보장을 들었다. 더불어, 이 양자간의 입장을 보호하고 옹호, 감독하는 국가수준의 정책수립이 수반되어야 한다고 강조하였다.

이중 병원중심의 가정간호 사업에 대해서는 비교적 활발한 연구가 진행되었는데, 초창기의 연구로 홍여신 등(1990)은 추후관리가 필요한 만성질환 퇴원환자에 대

한 가정간호 시범사업 운영연구에서 가정간호 프로그램을 개발하고 실험군과 대조군의 의료비, 재입원 및 사회 복귀율, 치료지시 이행도, 건강상태 합병증 발현 및 자기간호 지식과 간호수행 능력을 비교 분석한 결과 부분적으로 긍정적인 효과가 있음을 보고하였다. 황나미(1996)는 4개 종합병원에서 실시된 1차 병원 가정간호 시범사업의 결과 병상가동률이나 대상자 만족도, 의료비 절감 등에서 긍정적인 효과가 있다고 보고하였다. 그 외에도 외래 추후 관리자나 다양한 질환의 퇴원환자에 대한 가정간호의 효과가 부분적으로 연구되었으며, 건강상태나 자기간호 능력의 향상, 만족도 등에서 가정간호의 효과가 검증되었다(이인옥, 1991; 최연순 외, 1992, 김의숙 외, 1993; 박경숙, 1994; 임난영 외, 1996).

지역사회 중심의 가정간호 사업에 대한 연구는 상대적으로 그 수가 적다고 볼 수 있는데, 한경자 등(1995)은 지역사회 중심의 가정간호사업의 일환으로 농·어촌의 보건진료소를 중심으로 한 방문간호사업 조직체계 모형을 개발하였다. 이 모형에서는 보건진료소에서 방문간호사업을 받고자 원하는 주민은 개인이나 가족의 요청에 의해서 등록되거나 의료기관의 의사에 의해 등록되도록 하였으며, 등록된 환자는 보건진료원이 가정을 방문하여 방문간호 사업을 수행하였다. 그리고 일정기간이 지나 목적 달성 후에는 퇴록하거나, 입원치료를 요하는 건강문제 발생시에는 의료기관으로, 사회적인 문제일 경우에는 사회복지 기관으로 의뢰하도록 하였다. 이 조직체계는 공공보건 조직이므로 상급기관인 보건소 가족보건계와 보건사업과의 지도, 감독을 받도록 하였다. 연천군 7개 보건진료소에서 이러한 방문간호를 시행하고 중간성과를 측정한 결과, 짧은 방문간호 사업기간으로 인하여 대상자의 건강행위 수행과 질병증상에 대한 구체적인 사업효과를 얻지는 못했으나 전반적으로는 긍정적인 결과를 얻었다고 보고하였다. 이인숙(1990)도 지역사회의 가정간호 요구도 조사를 기초로 보건진료원을 활용한 보건지소 중심의 가정간호 사업 실행모형을 제시하였는데, 가정간호 업무 평가를 통해 여러가지 문제점을 제시하였다. 즉, 방문회수의 조정기준이 명확하지 않은 것, 교통 소요시간이 길기 때문에 먼 거리 환자는 방문이 어려운 것, 가정방문 이행중 사고발생시 보상 책임의 문제, 환자 응급시의 대처방안, 지역에서 간호가 이루어지던 환자가 병원에 입원하는 경우나 퇴원하여 지역사회로 돌아오는 경우 업무 교류의 미비, 그리고 기록체계의 통일과 평가의 표준화 방안이 미비하다는 점 등이 지적되었다.

지역사회 중심의 가정간호가 행해진 것은 서울시 간호사회(1995, 1996)에 의한 시범사업을 들 수 있는데, 이 사업에서는 신경계 및 감각기능 장애가 55.7%로 가장 많은 비율을 차지하였으며 다음으로는 고혈압을 비롯한 순환기계 환자의 순이었다. 간호내용에 있어서는 가족간호와 욕창간호 및 치료, 피부간호, 유치도뇨관 등이 높은 빈도를 차지하였다. 여기서는 지역구별로 20명의 가정간호사가 활동하면서 서울시 전 지역을 담당하였으며, 종합병원 및 병원, 보건소, 시립병원 등에서 주치의나 보건소 1차진료 의사로부터 치료지시서를 받았다.

비영리 민간기관 가정간호사업의 운영과 그 효과에 대한 연구(윤순영 외, 1998)에서는 전체 대상자 32명, 총 224회의 방문을 분석한 결과 간호 대상자는 의식 및 인지 장애자가 50%로 역시 가장 많은 비율을 차지하여 서울시 간호사회(1995, 1996)의 대상자 분포와 유사한 양상을 보여주었다. 수행효과에서는 가정간호 제공 후 환자의 건강상태의 향상, 가족의 부담감 감소가 유의하게 나타났고 통계적으로 유의하지는 않았지만 삶의 질 점수도 증가한 것으로 나타났다. 그러나 향후의 사업에서 고려해야 할 점으로 교통시간의 단축, 주치의와의 활발한 연계체계 구축, 소독물품의 공급체계 마련과 이에 대한 수가 책정 마련, 그리고 가정간호사 교육과정에서의 운동 및 특수간호술의 강화 등이 제시되었다.

2. 일본, 미국의 가정간호사업 유형

가정간호 사업이 이미 정착화 되었으며, 우리나라와 보건의료 전달체계가 유사한 일본과 미국의 가정간호사업 유형중 일본에서는 노인 방문간호 스테이션, 병원이나 진료소, 노인보건시설 등 다양한 기관에서 방문간호사업이 제공되고 있어 매우 접근이 용이하다는 특징을 갖고 있으며, 재원도 많은 부분을 공비에서 부담하고 있다. 방문간호 종사자를 살펴보면, 사업제공자는 보건부, 조산사, 간호부(우리나라의 간호사), 이학요법사, 작업요법사, 준간호부 등이며 방문간호 스테이션의 경우 보건부 또는 간호부가 관리자가 된다(윤순영, 1998a).

미국의 경우에는 가정간호사업이 병원, 방문간호협회, 가정간호기관(영리, 비영리), 보건소 또는 개인에 의해 제공되며, 조기퇴원과 포괄수가제의 실시 이후 영리, 비영리 가정간호기관이 급성장하고 있다. 1회 가정간호 방문료는 포괄수가제이며 방문횟수는 제한이 없고, 의사 처방의 유효기간은 주정부에 따라 다르나 보통 60일로 하고 있다(Keating & Kelman, 1988).

현재 미국내 38개 주에서는 가정간호기관 개소 시 주 정부의 인가를 받아야 하며, 이는 1년간 유효하고 그후 매년 재검사 후 인가를 유지하게 된다.

Ⅲ. 연구 방법

1. 연구수행과정

1) 가정간호사업 운영체계의 확립

(1) 본 사업소의 특징

- ① 본 사업소의 가정간호사업 전달체계는 개방구조를 그 특징으로 한다. 즉, 종합병원이나 병·의원 뿐 아니라 보건소나 산업장, 또는 환자나 보호자 등 다양한 경로를 통해서 대상자의 자유롭고 용이한 접근을 촉진한다.
- ② 본 사업소는 한 번 등록된 환자를 평생관리하며, 다양한 관련분야의 조정을 담당하는 개별 건강관리 체계(case management system)를 추구한다.
- ③ 본 사업소에서는 환자사정 및 중재, 그리고 환자관리와 관련된 데이터 베이스를 구축하여 의료정보 전달체계의 개발에 중점을 둔다.

(2) 가정간호 사업소의 조직

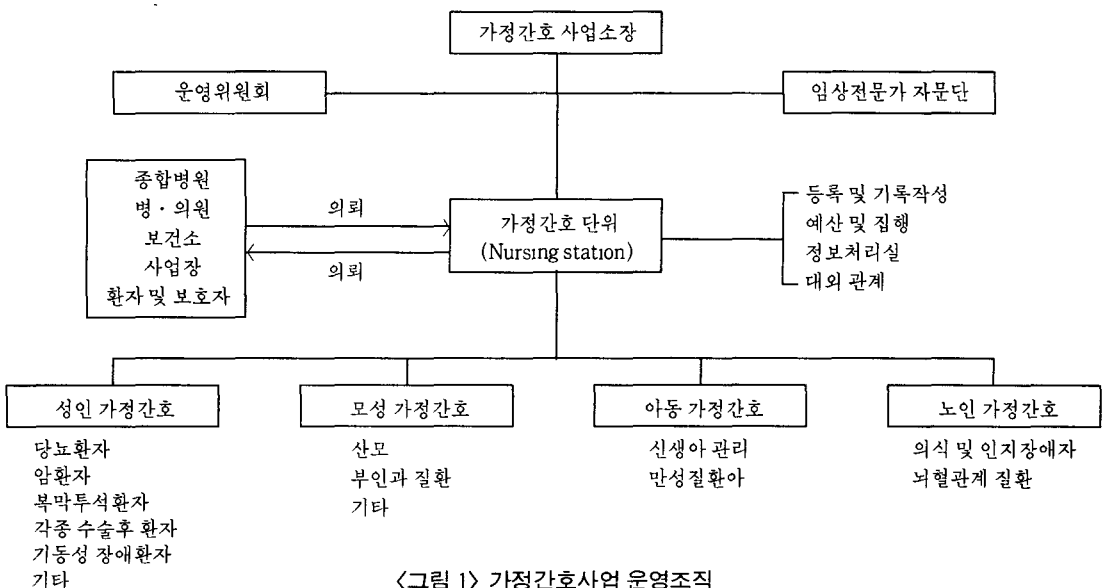
① 전문가단의 구성

서울대학교 교수 7인과 인제대학교 교수 1인으로 구성된 연구진은 책임연구원을 소장으로 하며 공동연구원

들을 운영위원으로 하는 가정간호 시범사업소 조직을 구성하는 한편, 현재 임상에서의 경험과 실상을 효과적으로 사업운영에 반영하기 위하여 서울대학병원의 수간호사 및 주임간호사로 있는 임상간호사 6인을 임상전문위원으로 포함시켜 전문가단을 구성하였다. 소장과 운영위원은 수차례의 연구모임을 통해 사업의 전반적인 운영체계를 도출해 내고 가정간호 사업에 필요한 기록지의 개발에 참여하며, 주기적인 모임을 통해 사업운을 지도, 감독하였다. 그리고 1차 연구 보고에서와 같이 특히 질환별 환자 사정과 그에 따른 중재를 안내하는 알고리즘 개발(박정호 등, 1997)에는 임상전문위원들이 참여하였다. 또한, 가정간호단위(Nursing station)에는 환자등록 및 기록작성, 대외관계, 총무, 정보처리를 할 수 있는 인력을 두었으며, 가정간호 서비스를 직접 제공하는 가정간호사 5인이 참여하였다.

② 조직의 구성

서울대학교 간호대학 가정간호 사업소에는 소장, 운영위원회, 임상전문가 자문단이 있으며, 또한 가정간호 단위에서는 환자등록 및 기록작성, 대외관계, 총무, 정보처리를 할 수 있는 인력을 두고, 가정간호 서비스를 직접 제공하는 가정간호사를 둔다. 가정간호는 대상자의 특성에 따라 성인, 모성, 아동, 노인가정간호 관리실로 운영된다. 가정간호 대상자는 종합병원, 병 의원, 보건소, 또는 환자나 보호자 등 다양한 경로를 통해 의뢰 받는다(그림 1).



〈그림 1〉 가정간호사업 운영조직

(3) 사업홍보와 시장확보를 위한 전략

사업의 홍보를 위해 “가정간호 안내”라는 간단한 리플렛을 제작하여 서울시내의 종합병원과 병원, 보건소에 배포하고, 서울대학병원에는 외래와 각 병동에 비치하였다. 서울대학병원의 경우는 유경력 가정간호사가 1주 1회의 주기적인 병동순회를 통해 안내서를 재공급하는 한편, 가정간호의 요구가 있는 대상자를 입원기간동안 수간호사로부터 의뢰받아 환자 및 보호자를 직접 만나 안내와 면담을 실시하였다. 또한 인터넷에 홈페이지를 개설하여 가정간호와 본 사업소에 대한 소개를 함으로써 건강관련 전문인 뿐 아니라 모든 관심있는 사람에게 정보가 개방될 수 있도록 하였다. 그리고, 서울시내 보건소 지역보건 담당자, 서울대학병원 관계자들과 1998년 1월, 10월에 2차례의 연찬회를 실시하여 홍보와 함께, 환자의뢰시의 문제점과 개선방안을 모색하였다

(4) 환자 의뢰체계의 구축

환자 의뢰를 효율적으로 하기 위한 방안으로 가정간호 안내서에 본 사업소에서 개발한 서식의 하나인 의사 처치명령서를 같이 첨부하여 필요시 이용할 수 있도록 하였으며, 서울대학병원장에 환자의뢰를 요청하는 공문을 발송하였다. 또한 가정간호 환자의 반 수 이상을 차지하는 신경과 환자들의 의뢰체계 구축을 위해 신경과 의국의 교수와 간담회를 가졌다. 본 사업소에 의뢰된 환자의 추후관리 상태에 대해 의뢰했던 주치의와 정보교환을 하고 환자의 외래방문시 외래 진료를 담당하는 의사가 환자의 가정간호 현황과 그에 따른 조건을 효과적으로 할 수 있는 의사소통 체계를 마련하기 위해 환자 상태 기록지를 개발하였다. 또한 의사와 협의하여 환자 상태 변화나 의사처치 명령서를 개정하고, 응급시는 전화로 의사처치를 받을 수 있도록 협조를 요청하였다.

보건소에서 환자를 의뢰하는 경우는 진료실 의사로부터 치료지시서를 받게 되며, 서울대학병원 이외의 병원에서 의뢰를 받는 경우 담당 가정간호사가 퇴원전 환자 및 의사를 면담하면서 치료지시서를 받거나 팩스를 통해 사업소에서 처치명령서를 받아 담당간호사에게 전달하고 있다.

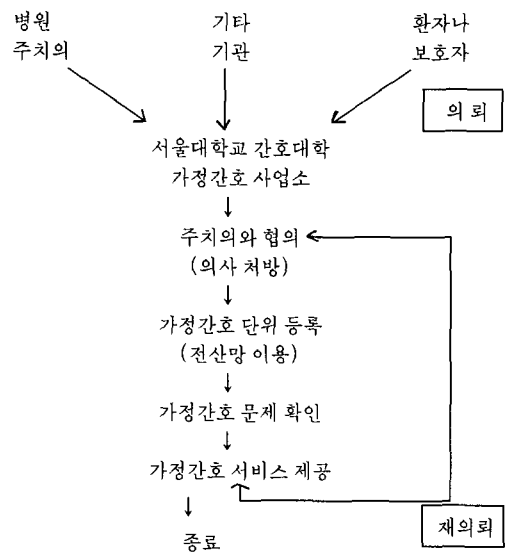
(5) 각종 서식지의 개발 및 질환별 알고리즘의 개발

본 연구에서는 가정간호 기록에 필요한 서식지 개발을 위해 문헌고찰과 함께 기존의 임상 기록지와 가정간호를 시행하고 있는 병원의 기록지들을 검토하고 수정, 보완하여 각종 서식지를 개발하였으며, 특히, 환자의 건강상태를 사정하고 그에 따른 적절한 중재를 확인할 수 있도록 하는 질환별 알고리즘을 개발하였다. 알고리즘

을 개발한 질환은 비교적 의뢰 빈도가 높은 뇌졸중 환자(박정호 등, 1997), 항암요법을 받는 환자, 복막투석 환자, 당뇨 환자, 그리고 산모 및 신생아(방경숙, 1997)의 간호에 대한 것이었다.

(6) 가정간호 사업 흐름도

본 사업소의 환자 의뢰 및 등록 절차는 다음과 같다. 첫째, 각 보건의료 기관 또는 환자나 그의 보호자로부터 전화 또는 팩스로 가정간호 요청을 받게 된다. 가정간호 사업소의 상주 연구원이 정해진 기록지에 정보를 기재 후 지리적 여건을 고려하거나 또는 특수 질병관리를 요하는 경우 이를 담당할 수 있는 가정간호사를 지정한다. 담당 가정간호사는 보건의료 기관의 환자 주치의로부터 처치지시서를 직접 받거나 환자나 보호자가 처치지시서를 받아들 수도 있으며, 팩스를 통해 담당 기관에서 직접 본 사업소로 보내올 수도 있다. 둘째, 처치지시서를 받고 본 사업소의 환자로 등록되면 담당 가정간호사가 환자의 가정을 방문하여 가정간호 동의서를 받고 필요한 간호사정을 통해 가정간호 문제를 확인하고 서비스를 제공하게 된다. 방문 횟수는 의사의 지시와 환자 상태, 여건 등을 고려하여 결정한다. 환자 상태 변화가 있을 때는 주치의와 협의하여 처치 지시를 재조정하며, 응급상황 발생 시에는 의료기관으로 재의뢰 한다. 환자의 건강문제 해결이나 자가간호 증진 등으로 가정간호 요구가 해결되면 가정간호 서비스를 종료하고 퇴록시킨다. 그럼으로 도식화 하면 다음과 같다 (그림 2).



<그림 2> 가정간호 등록과 퇴록 흐름도

2) 가정간호 사업소의 운영지침 개발

(1) 기본 운영 방침의 결정

- ① 사업소의 기본 운영방침은 운영위원회에서 최종 결정되며, 조직, 사업지역 등 세부 운영방침의 신설이나 변경도 운영위원회의 회의를 거쳐 결정한다.
- ② 가정간호 서비스에 관련된 사항, 운영관리에 관한 세부 실행사항은 가정간호 단위 실무자 및 가정간호사의 협의를 통해 결정한다.

(2) 사업대상

① 사업대상자

서울시 전역 및 기타 수도권 지역(사업소로부터 왕복 3시간 이내)에 거주하는 환자로서, 가정간호 의뢰기준에 맞으며 가정간호 등록을 동의한 환자로 한다. 주요 대상자는 다음과 같다.

- 의식 및 인지 장애자
- 당뇨환자
- 복막투석환자
- 항암요법을 받는 환자
- 산모 및 신생아
- 만성질환자
- 각종 수술 후 조기 퇴원 환자
- 기능성 장애 환자
- 기타 담당의사가 필요하다고 의뢰하는 환자

② 환자 방문 횟수

담당의의 지시에 근거하여 가정간호사의 간호계획과 환자나 가족의 요청에 의해 방문횟수는 조절이 가능하다.

③ 방문비용

가정간호 비용은 가정방문 1회당 방문료 19,000원과 교통비 6,000원이며, 간호물품 사용료는 별도로 청구한다. 이 중 12회 방문까지는 1회당 10,000원을 본 시범 사업소의 연구비에서 지원하며, 나머지 15,000원과 물품료는 환자가 부담한다. 12회 이상의 방문이 필요한 경우는 환자가 모든 비용을 지불한다. 오후 8시 이후의 야간과 공휴일에는 방문하지 않는 것을 원칙으로 하나, 환자의 요청과 상태에 부득이한 경우 방문할 수 있으며 이때는 방문료의 50%를 할증료로 환자가 지불하여야 한다.

가정간호 비용은 환자가 직접 사업소의 은행 온라인 계좌를 통해 입금하는 것을 원칙으로하며, 환자의 경우에 따라, 방문한 가정간호사가 직접 수납하여 입금할 수 있다. 이 때, 반드시 환자에게 영수증을 발급하며, 사업소에도 영수증 사본을 보관한다.

(3) 환자의 권리와 의무

가정간호 시범사업소에 등록된 모든 환자는 다음과

같은 권리와 의무를 갖는다.

- ① 환자는 자의에 의하여 언제든지 원하지 않을 경우 가정간호 서비스를 중절시킬 수 있다.
- ② 환자는 가정간호계획과 수행에 참여할 권리를 갖는다.
- ③ 환자는 치료나 간호계획에 대해 거부할 권리를 갖는다.
- ④ 환자와 가족에게 관련된 모든 비밀을 보장받을 권리를 갖는다.
- ⑤ 환자는 제공된 가정간호 내용에 대해 알 권리를 갖는다.
- ⑥ 환자는 제공된 가정간호에 대한 소정의 가정간호 비용을 지불할 의무를 갖는다.
- ⑦ 환자와 보호자는 가정간호사의 지시사항을 준수하고 협조할 의무를 갖는다.

(4) 물품 및 장비

- ① 가정방문에 필요한 장비와 물품은 사업소에서 중앙 관리한다.
- ② 혈압계, 청진기, 혈당 측정기 등의 장비는 사업소에서 가정간호사에게 대여하며, 사업의 종결시 사업소에 반납한다.
- ③ 환자간호에 사용되는 모든 물품은 사용 후 기록지에 기록하고, 사용물품 비용청구서에 환자의 서명을 받아 1부는 사업소에서, 1부는 환자가 보관한다.
- ④ 물품은 필요량을 추정하여 사업소에서 일괄 신청하며, 가정간호사는 한달에 한 번 필요물품을 청구하여 공급받는다. 필요시 추가로 물품을 청구할 수 있다.
- ⑤ 물품료는 관리비, 감가상각비를 고려하여 공급받는 가격에 20%를 추가하여 책정한다.
- ⑥ 거즈나 코튼 볼 등 압력소독기(Autoclave)로 소독이 가능한 물품은 한 달에 2회씩 사업소에서 소독하여 공급한다.

(5) 기록관리

가정간호 사업소의 환자 임상기록은 일정 서식에 따라 기록하여 가정간호에 관계되는 법적 근거가 되는 문서로서 보관한다. 가정간호 전산체계가 완료되면, 가정간호사는 환자에 대한 기록을 단말기를 이용하여 환자 가정에서 사업소 중앙시스템으로 직접 보고되게 한다.

서식 종류는 다음과 같다.

- ① 환자 등록지
- ② 의사의 처치지시서
- ③ 환자 동의서
- ④ 일반 건강사정(알고리즘)
- ⑤ 질환별 건강사정(알고리즘)
- ⑥ 환자 상태 기록지
- ⑦ 투약 기록지

⑧ 가정간호 추후관리 요약지

⑨ 가정간호 종결 요약지

⑩ 가정간호 물품사용 내역 및 영수증

⑪ 가정간호 비용 청구서

사업소에서는 가정간호사의 모든 방문환자 기록을 한 달에 한번씩 정기적으로 점검한다.

(6) 인력관리

① 가정간호사의 자격

본 사업소의 가정간호사는 간호사 면허 취득 후 의료법 시행규칙에 의한 1년간의 가정간호사 교육 프로그램을 마친 후, 본 사업소의 목적과 특징을 이해한 우수한 전문 간호사로 한다.

② 가정간호사의 직무

- 사업소에서 시행하는 orientation 및 보수교육에 참석한다.
- 성인, 모성, 아동, 노인 환자에 대한 가정간호 서비스를 제공한다.
- 병원 및 보건소와 지역주민 대상의 홍보활동을 전개한다.
- 전산체계를 통하여 대상자의 등록, 대상자의 건강사정, 가정간호 서비스의 내용 및 결과에 대해 사업소의 간호단위에 보고한다.
- 정기적인 conference 및 회의에 참석한다.

③ 사업소 간호단위의 역할

- 가정간호사별로 등록된 환자를 배정한다.
- 협조병원, 보건소 등을 선정하고 협조체계를 구축한다.
- 병원 및 보건소와 지역주민 대상의 홍보활동을 전개한다.
- 가정간호사에 의해 보고된 내용에 대한 데이터베이스를 구축하며, 다양한 의료자원과의 통신 망을 통한 의사소통 시스템을 마련한다.
- 서비스의 질 향상을 위한 질 보장(Quality Assurance)을 마련하고 시행한다.

(7) 질적관리

- ① 가정간호사는 기준에 맞는 서비스를 제공할 책임이 있으며 모든 기록은 질 보장 평가에 사용된다.
- ② Q/A 사정도구를 통한 질적 관리를 시행한다.
- ③ 간호단위에서는 정기적인 기록지 점검을 실시한다.
- ④ 가정간호사는 한달에 한번씩 정기적인 사례발표를 실시한다.
- ⑤ 가정간호사는 필요에 따라 보수교육을 받는다.

(8) 의사 처치지시

- ① 가정간호 등록을 위해서는 반드시 의사의 처치지시서를 필요로 한다.
- ② 응급시에는 전화나 구두처방으로 서비스를 시행할 수 있으며, 이때 24시간 이내에 서면 처치지시서를 받아야 한다.

IV. 연구 결과

1. 가정간호 대상자의 등록 현황

본 연구에서는 1997년 8월부터 5인의 가정간호사가 서울시 전지역과 서울 근접지역의 가정간호 대상자에게 가정간호 사업을 제공하고 있다. 1998년 11월 현재까지 등록된 환자의 수는 모두 108명이며, 이 중 63명이 가정간호를 종결하여 1998년 11월 현재 남아있는 가정간호 대상자는 45명이다. 이들 대상자 108명에 대한 총 방문횟수는 1,529건으로 한 환자당 평균 방문횟수는 약 14회에 이른다(표 1 참조).

2. 가정간호 대상자의 특성

1) 인구사회학적 특성

본 가정간호사업소에 등록된 환자 108명중 남자는 58명(53.8%), 여자는 50명(46.2%)으로 남자 환자가 더 많았으며, 연령별 분포는 60대 이상이 전체의 72.2%로

<표 1> 월별 등록 환자 수 및 방문 횟수

항목	'97.					'98.											누계
	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
월별신환	23	7	8	5	12	5	9	9	6	3	5	5	3	1	4	3	108
총 등록 환자수(누계)	23	30	38	43	55	60	69	78	84	87	92	97	100	101	105	108	108
월별종결	1	1	3	4	8	10	7	4	7	5	3	5	1	2	0	2	63
월말등록환자수	24	27	32	32	36	32	33	37	37	37	39	39	41	40	44	45	
월별총방문횟수	59	81	96	96	111	108	97	105	99	113	104	104	90	88	95	83	1,529

노인 환자가 대부분을 차지하였다. 경제상태는 상, 중, 하의 3단계 구분에서, 다수인 70.4%의 환자가 중정도에 속한다고 응답하였다. 종교는 기독교, 불교, 천주교 등 다양하였으며, 종교가 없는 경우도 다수 있었다(표 2). 지역별 분포를 보면 서울시 전역에 걸쳐 거주하고 있으며, 서울에 인접한 경기도 지역의 환자도 일부 있었다(표 3).

2) 대상자의 질환 특성

본 가정간호사업소에 등록되어 간호를 받았거나 현재 받고있는 대상자를 질환별로 분류해 보면 108명중 56.5%인 61명이 뇌혈관계 질환으로 1순위를 차지하였다. 다음이 암환자로 14명(14%), 만성 신부전증을 비롯한 비뇨기계질환, 심맥관계 질환, 근골격계질환, 산모, 호흡기계질환, 내분기계 질환, 소화기계 질환, 그리고 부인과 질환의 순이었다(표 4).

3) 가정간호 대상자의 종결

전체 대상자 108명중 가정간호를 종결한 환자는 모두

<표 2> 대상자의 일반적 특성

변 수	구 분	실수(%)
성 별	남	58(53.8%)
	녀	50(46.2%)
연 령	20-29세	2(1.9%)
	30-39세	9(8.3%)
	40-49세	7(6.5%)
	50-59세	12(11.1%)
	60-69세	28(25.9%)
	70-79세	34(31.5%)
	80세 이상	16(14.8%)
경제상태	상	11(10.2%)
	중	76(70.4%)
	하	16(14.8%)
	무응답	5(4.6%)
종 교	무	27(25.0%)
	기독교	33(30.5%)
	불교	18(16.7%)
	천주교	19(17.6%)
	기타	1(0.9%)
	무응답	10(9.3%)
총 계		108(100%)

<표 3> 대상자의 지역별 분포

방문지역 항목	강남구	강동구	강북구	강서구	관악구	광진구	금천구	노원구	도봉구	동대문구	동작구	서대문구	서초구	성동구	합계
실수	2	2	2	2	6	2	1	5	5	5	4	3	4	3	
방문지역 항목	성북구	영등포구	용산구	양천구	은평구	종로구	중구	중랑구	성남시	고양시	광명시	부천시	안양시	기타	108
실수	27	4	6	3	5	8	1	6	3	9	1	2	2	3	

<표 4> 대상자의 질환별 분류

질환 분류	실수(%)
뇌혈관계 질환	61(56.5)
암환자	14(13.0)
비뇨기계 질환	11(10.2)
심맥관계 질환	6(5.6)
근골격계 질환	6(5.6)
산모	3(2.8)
호흡기계 질환	3(2.8)
내분비계 질환	2(1.9)
소화기계 질환	1(0.9)
부인과 질환	1(0.9)
총 계	108(100)

63명이었으며, 종결 사유를 보면 이들 중 약 반수인 33명이 사망하였다. 대상자의 종결 사유는 <표 5>와 같다.

4) 대상자의 가족간호 및 지지도

대상자의 가족중 환자의 간호를 담당하는 주요 간호제공자는 환자의 부인이나 남편 등 배우자인 경우가 47.2%로 가장 많았으며, 다음이 며느리, 딸, 아들 등의 자녀였다(표 6). 가족 지지도는 대부분이 좋거나 보통이라고 답해 가족으로부터 적절한 지지를 받고 있는 것으로 나타났다(표 7).

〈표 5〉 대상자의 종결사유

항목	종결사유	사망	의뢰문제 해결	입원	타기관 의뢰	보호자 거부	처치불가	환자거부	합계
실수(%)		33(52.4)	14(22.2)	11(17.5)	3(4.8)	1(1.6)	1(1.6)	1(1.6)	37(100)

〈표 6〉 가정에서의 주요 간호제공자

항목	주요 간병인	부인	딸·아들	며느리	남편	간병인	어머니	기타	무응답	합계
실수(%)		40(37.0)	18(16.7)	13(2.0)	11(10.2)	7(6.5)	6(5.6)	50(4.6)	8(7.4)	108(100)

〈표 7〉 대상자의 가족 지지도

항목	가족지지	좋음	보통	나쁨	무응답	합계
실수(%)		61(56.5)	40(37.0)	6(5.6)	1(0.9)	108(100)

V. 논 의

지역사회 중심의 가정간호 사업은 아직 우리나라에서 일반화 되어있지 않아 그에 대한 연구나 운영모형에 대한 소개를 찾아보기 힘들다. 윤순영 등(1998)의 연구에서는 가정간호사업의 조직이 연구중심으로서 담당교수와 의 협의과정을 활성화하고 있으며, 본 사업에서와 같은 운영위원회나 자문위원단, 가정간호 단위는 언급되어 있지 않았다. 가정간호사업의 수행과정은 본 사업의 사업흐름도와 유사하나 본 사업에서는 병원이나 보건소 뿐 아니라 산업장, 환자 개인이나 보호자로부터도 의뢰가 가능하도록 한 점에서 보다 포괄적인 대상자를 수용하도록 되어 있다고 할 수 있겠다.

가정간호 대상자의 특성을 살펴보면, 본 연구의 경우 60세 이상의 노인이 70%이상의 다수를 차지하고 있어 역시 노인인구에서 만성질환 및 가정간호의 요구가 높다는 다른 연구들의 결과를 재확인시켜 주고 있다(Soldo, 1985; Berk & Bernstein, 1985; Ory & Duncker, 1992; 윤순영 외, 1998). 대상자의 질환을 살펴보면, 지역사회 중심의 가정간호라 할 수 있는 한경자 등(1995)의 연구에서는 고혈압, 당뇨, 신경계 환자의 순이었으며, 이인숙(1990)의 연구에서는 근골격계 질환, 소화기계 장애, 심혈관계 장애의 순으로 본 연구와는 다소 차이가 있으나, 서울시 간호사회(1995, 1996)에 의한 사업에서는 신경계 및 감각기능 장애가 55.7%로 가장 많은 비율을 차지하였으며, 다음으로 고혈압을 비롯한 순환기계 환자의 순이었고. 윤순영 등(1998)의 연구에서도 전체 대상

자 중 의식 및 인지 장애자가 50%로 역시 가장 많은 비율을 차지한 것으로 나타나 본 연구에서 뇌혈관계 질환의 환자가 56.5%에 이르는 것과 유사한 결과를 보여주고 있다. 뇌혈관계 질환은 우리나라 사망원인의 1순위를 차지하며, 해마다 그 환자 수가 늘고 있을 뿐 아니라 재발율도 높아 가정간호를 통한 적절한 관리가 반드시 필요한 질환으로 생각된다. 다음이 암환자로 전체 대상자의 14%를 차지했는데, 이는 대부분의 환자들이 종합병원에서 의뢰되었으며, 이들 종합병원 환자의 많은 수가 암환자라는 사실과 무관하지 않은 것으로 보인다.

또한, 본 연구에서는 대상자 중 산모가 3명 뿐이었으나 앞으로 제왕절개 수술이 포괄수가제로 지정되어 조기 퇴원하는 경우가 많아지면, 이들 대상자의 요구도는 훨씬 증가할 것으로 보인다. 그러므로 앞으로는 산모와 신생아 간호를 위한 패키지 프로그램 등을 개발하여 가정간호도 행위별이 아닌 포괄수가로 개발될 수도 있을 것이다.

그리고 본 사업소의 대상자중 50%이상의 환자가 사망으로 인해 가정간호를 종결하게 되었는데, 이는 본 사업소의 대상자들이 고령인 경우가 많았고 병원에서 퇴원 당시 생존 가능성이 별로 없는 환자도 상당수 포함되었기 때문으로 사료된다. 또한, 아직까지는 대상자들이 가정간호의 목적을 질병으로부터의 회복이나 질병예방, 건강증진의 목적보다는 비위관, 유치도뇨관, 호흡기계관 등 장착된 기구의 관리나 음식섭취가 어려운 말기 환자의 수액관리 등에 많은 비중을 두기 때문으로 보인다. 또한 많은 환자가 사망으로 종결되는 만큼 말기환자

에 대한 호스피스 간호의 필요성이 큰 것으로 사료된다. 앞으로 가정간호사 교육과정이나 계속교육 과정에 이 부분의 교육을 강화하고 호스피스 간호를 위한 준비가 갖추어져야 하겠다.

가족 지지도는 대부분이 좋거나 보통이라고 답해 가족으로부터 적절한 지지를 받고 있는 것으로 나타났으나, 대부분의 대상자가 장기적인 질환임을 감안할 때, 지속적인 가족지지가 이루어질 수 있도록 가족에 대한 지지와 교육이 필요하리라 생각된다.

본 시범사업의 운영을 통해 밝혀진 가정간호사업 운영상의 문제점과 대안은 다음과 같이 정리할 수 있다.

첫째, 환자의 응급상황시의 대처가 어렵다. 우리나라는 주치의 제도가 없고, 임원 당시의 주치의는 한 병동에 계속 머물러 있지도 않으며 모든 환자를 기억하지도 못하므로, 환자 상태의 변화가 있거나 응급상황이 발생했을 때 의사의 새로운 처치명령을 받기가 어려웠다. 이러한 경우 가정간호사의 판단에 따라 위험요인이 있을 경우 응급실로 보내도록 하였는데, 가정간호사의 경험이 부족한 경우 판단을 신뢰하기 어려우며, 불필요한 병원방문이 될 수도 있다. 이에 대한 대안으로 지역의 기업이나 보건소의 보건과의 연계하여, 의사에게 적절한 처방료를 인정한다면 의뢰체계가 보다 원활해질 수 있을 것이며 아울러 가정간호사의 권익도 보호될 수 있을 것이다.

둘째, 본 시범사업소에서는 5인의 가정간호사만 활동하므로 서울시 전지역을 방문하려면 교통시간이 과다하게 소요되는 경우가 많았다. 이 문제는 더 많은 가정간호사를 갖추고 지역을 보다 세분화 한다면 해결될 수 있을 것이다.

셋째, 가정간호사의 전문간호에 대한 준비가 부족하다. 가정간호사로서의 요구조건이 임상경력과 1년의 가정간호사 교육과정을 거치기는 하지만 임상에서 접해보지 못한 특수 집단(예: 미숙아)이나 특별한 기술을 요하는 간호(예: 장루간호, 복막투석 관리 등)를 필요로 할 때 이를 적절히 제공할 수 있는 준비가 부족하였다. 이에 대한 해결책으로는 가정간호사들의 교육요구를 조사하여 보수교육 프로그램을 체계적으로 마련하고 임상이나 가정간호 현장에서의 실습도 병행해야 할 것으로 사료된다.

네째, 뇌혈관계 질환 등의 장기적인 건강문제를 가진 환자가 많아 1인당 방문회수가 길어지는 경우가 많았는데, 가정간호 종결을 위한 기준이나 방문회수의 조정기준을 명확히 하기 어려웠다. 이는 이후에 의료보험 적용

기준 설정을 위해 고려되어야 할 부분으로 보인다.

다섯째, 가정방문료와 물품료에 대한 명세서를 환자에게 주고 온라인을 통해 사업소로 직접 입금하도록 하였는데, 기간내에 입금이 되지 않는 경우도 많이 있어 관리에 어려움이 있었다. 이에 대한 해결방안으로 처음 가정간호 등록시 일정금액을 선납하고 가정간호를 실시하며 종료시 남은 금액을 환불해 주는 방법을 고려해 볼 수 있겠다.

여섯째, 인공호흡기와 같은 특수 기계가 필요한 환자의 경우 기계를 공급하는 회사에서 일단 기계만 납품한 후 소독을 요하는 부품에 대한 관리를 해주지 않아 환자들이 어려움을 호소하였다. 앞으로 가정간호 사업소에서는 의료기계 공급회사와도 연계하여 효율적인 관리와 공급이 이루어지도록 할 필요가 있다.

위와 같이 시범사업 운영상의 문제점으로는 응급상황시의 대처가 어렵고 의사와의 연계가 어려운 점, 교통시간의 과다 소비, 전문간호에 대한 가정간호사의 준비 부족, 가정간호 종결을 위한 기준이나 방문 횟수의 조정이 어려움, 방문료 관리상의 어려움, 가정간호시 필요한 의료기계 공급체계와의 연계성 미비 등이 지적되었는데, 윤순녕 등(1998)의 연구에서도 교통시간, 주치의와의 연계, 물품공급 및 소독관리, 가정간호사의 교육은 공통적으로 지적된 부분이어서, 위에 언급한 대안을 중심으로 타개책이 마련되어야만 할 것으로 보인다.

특히, 퇴원하고 지역으로 돌아간 환자에 대해 지역 보건소와 병원간의 의사소통 체계가 없어 환자 파악에 어려움이 있으므로 가정간호사가 의사소통을 위한 중간 조정자의 역할을 담당할 수 있었으면 하는 바이다.

또한, 앞으로 시범사업이 완료되는 시기에는 가정간호의 효과를 측정할 수 있는 변수로 가정간호의 만족도, 대상자의 건강상태 증진, 교통시간 및 가정간호 제공 시간의 적절성, 가정간호 비용에 대한 분석 등이 함께 이루어져야 할 것이며, 개발된 기록지의 적절성 평가와 함께, 위의 결과변수들을 측정할 수 있는 표준화된 평가도구들도 마련되어야 하겠다.

VI. 결론 및 제언

서울대학교 간호대학 가정간호 시범사업소에서는 1996년 9월부터 한국과학재단의 후원하에 가정간호 운영을 위한 연구 및 시범사업을 해오고 있다. 효율적인 가정간호 사업을 위하여 간호대학 교수진으로 운영위원회를 구성하고 그 외에 임상전문가로 이루어진 임상전

문 자문단을 두었으며, 가정간호 단위에서는 사업의 실제적인 업무를 총괄하도록 하고, 재택 가정간호사 5인을 두어 가정간호 업무를 담당하도록 하였다. 또한, 효율적인 운영을 위하여 운영지침을 마련하였으며, 물품의 중앙공급체계, 비용의 중앙관리, 사업을 위한 홍보 및 의뢰체계 구축을 진행하고 있다. 1997년 8월부터 시작한 가정간호 사업은 1998년 11월 현재 총 108명이 등록되어 환자를 관리하고 있으며, 대상자 중에는 뇌혈관계 질환을 가진 환자와 암환자의 빈도가 가장 높았다.

본 사업에서는 현재 정부에서 시범사업을 실시하고 있는 병원중심의 가정간호사업의 제한점을 극복하고, 대상자들에게 보다 접근성이 높고 효율적이며 안전하고 안정적인 가정간호를 제공하기 위해 지역사회 중심의 비영리 독립형 가정간호의 형태를 채택하여 병·의원 뿐 아니라 지역의 보건소나 산업장, 그리고 환자나 보호자도 필요시 직접 가정간호를 의뢰할 수 있도록 하였다. 한편, 가정간호의 질 관리를 위한 방법으로 주요질환별로 환자의 상태를 사정하고 그에 따른 중재를 할 수 있도록 하는 사정-중재 알고리즘과 가정간호에 필요한 각종 기록지 서식을 개발하였으며, 이중 일부는 전산화 작업을 진행하였다. 또한, 가정간호사의 요구에 따른 계속 교육 프로그램을 마련하여 실시하고 있으며, 운영위원 및 실무자간의 주기적인 모임을 통해 가정간호의 문제점을 발견하고 보완해 나가고 있다.

가정간호 운영상의 문제점으로는 응급상황시의 대처가 어렵고 의사와의 연계가 어려운 점, 교통시간의 과다 소비, 전문간호에 대한 가정간호사의 준비 부족, 가정간호 종결을 위한 기준이나 방문횟수의 조정이 어려움, 방문료 관리상의 어려움, 가정간호시 필요한 의료기재 공급체계와의 연계성 미비 등이 지적되었으며, 이에 대한 해결 방안이 제시되어 앞으로 이러한 문제점을 해결하고 우리나라의 실정에 맞으면서도 보다 효율적으로 운영할 수 있는 지역사회 중심의 가정간호 운영방안이 모색될 것이다.

참 고 문 헌

- 김의숙, 조원정, 김조자, 서미혜, 전세일 (1993). 일 종합병원 내 가정간호사업 프로그램 개발을 위한 운영연구. 간호학탐구, 2(1), 115-150.
- 박경숙 (1994). 조기퇴원 수술환자의 병원중심 가정간호 효과 및 비용분석에 관한 연구. 한양대학교 행정대학원 석사학위논문.
- 서울대학교 지역의료체계 시범사업단 (1994). 농촌지역 방문보건사업체계 개발.
- 서울특별시 간호사회 (1995). '93-'95년도 가정간호 시범사업 보고서.
- 서울특별시 간호사회 (1996). 1996년도 가정간호 시범사업 보고서.
- 윤순녕 (1998a). 21세기 여성 발언대 : 지역사회 의료와 가정간호. 서울특별시 간호사회 주최 자료집, 3-25.
- 윤순녕 (1998b). 가정간호사업의 현황과 발전방향 - 일본, 미국의 제도와 비교하여 -. 홍여신(엮음). 간호 전문직의 과제와 실천방향, 현문사.
- 윤순녕, 김매자, 서문자, 한경자, 박성애, 박영숙, 하양숙, 김금순, 송미순, 이애주, 박연환 (1998). 지역사회 가정간호사업 운영 효과에 관한 연구. 서울대 간호학논문집, 12(1), 97-117.
- 이인숙 (1990). 지역사회 가정간호의 실행모형 개발을 위한 연구. 서울대학교 보건대학원 박사학위논문.
- 이인옥 (1991). 가정간호 서비스의 효과에 관한 연구 - 정신과 퇴원환자를 중심으로 -. 한양대학교 대학원 석사학위논문.
- 임난영, 김성윤, 이은옥, 이인숙 (1996). 병원중심 가정간호 사업의 평가연구 - 외래 관절염 환자를 대상으로 -. 류마티스건강학회지, 3(1), 4-21.
- 최연순, 김대현, 서미혜, 김조자, 강규숙 (1992). 퇴원환자의 가정간호요구와 가정간호사업의 효과 분석 - 일 종합병원을 중심으로 -. 대한간호, 31(4), 77-97.
- 한경자, 박성애, 하양숙, 윤순녕, 송미순 (1995). 공공보건 조직에서의 방문간호사업 모형개발 : 보건진료소 방문간호사업. 대한간호학회지, 25(3), 472-484.
- 홍여신, 이은옥, 이소우, 김매자, 홍경자, 서문자, 이영자, 박정호, 송미순 (1990). 추후관리가 필요한 만성질환 퇴원환자 가정간호 시범사업 운영 연구. 간호학회지, 20(2), 227-248.
- 황나미 (1996). 병원중심 가정간호 시범평가, 서울: 한국보건사회연구원.
- Barkauskas, V. H. (1983). Effectiveness of public health nurse home visit to primiparous mothers and their infants. American Journal of Public Health, 73(5), 573-580.
- Berk, M. L., & Bernstein, A. (1985). Use of home health services : Some findings from the

National Medical Care Expenditure Survey. Home Health Care Services Quarterly, 6(1), 13-23.

Day, S. R. (1984). Measuring utilization and impact of home care services : A systems model approach for cost-effectiveness. Home Health Care Services Quarterly, 5(2), 5-24.

Keating, S. B., & Kelman, G. B. (1988). Home health care nursing-Concepts and Practice. J. B. Lippincott Co.

Ory, M. G., & Duncker, A. P. (1992). In-Home Care for Older People-Health and Supportive Services. Sage Publications.

Soldo, B. J. (1985). In-home services for the dependent elderly. Research on aging, 7, 281-304.

- Abstract -

Key concept : Home care, Operations study

An Operations Study on the Home Care Nursing Delivery System *

*Park, Jung Ho** · Kim, Mae Ja***

*Hong, Kyung Ja** · Han, Kyung Ja***

*Park, Sung Ae** · Yun, Soon Nyoung***

*Lee, In Sook** · Cho, Hyun****

*Bang, Kyung Sook*****

The purpose of this study was to develop the framework of community-based home care nursing delivery system, and to examine the validity of it. For these, home care nursing study team of College of Nursing, Seoul National University has studied home care nursing system since September, 1996, and has operated home care center since August, 1997. This study has been supported by the Korean

Science Foundation. We organized Committee of rules, and Clinical specialist consultant group for more efficient running of the home care center. In nursing station, research assistant controlled general work, and 5 home care nurses were hired for home visiting. We developed the Standards for operations, that included criteria for clients, central supply system of nursing materials, central management of nursing care cost, advertisement, patient referral system, and so forth. In our center, 108 patients enrolled, and neurologic disorders including cerebrovascular accident, and cancer were the most prevailing diseases.

We tried to overcome the limitations of hospital-based home care, and to provide more accessible, efficient, safe, and stable home care nursing. Therefore, we were referred clients from patients and families, public health care center, industries, as well as from hospitals. Meanwhile, we developed home care recording system and assessment-intervention algorithm for various diseases for quality control and standardization. Also, we did continuing education, and tried to detect problems and to find solutions by regular meeting between the committee of rules and home care nurses.

As the results of this study, several limitations of operation were found. First, it was difficult to manage and communicate with the doctor in the emergency situation, Second, we spent too much time for transportation, because only five nurses covered all areas of Seoul and nearby cities. Third, preparation for special care of home care nurses were lacked. Forth, criteria for termination of care and frequency of home visit were ambiguous. Fifth, some difficulties were found in retrospective payment system. And finally, interconnection with home care machinery company were needed. Strategies for solving these problems were suggested.

* This work was supported by a grant No. KOSEF 962-0100-001-2 from Korea Science and Engineering Foundation.

** Professor, Seoul National University.

*** Professor, Inje University.

**** Doctoral Student, Seoul National University.