

보 고

일 병원에서 통원병실을 이용한 수술적 치료의 경험

손종민, 하난경
가톨릭대학교 성모자애병원 정형외과

Experience of Surgical Treatment through Ambulatory Care Unit

Jong -Min Sohn, Nan-Kyung Ha
Department of Orthopaedic Surgery, Our Lady of Mercy Hospital,
Catholic University of Korea

Abstract

Background : In order to adapt to changes of the medical environment, interests that is drawn in ambulatory surgery are increased as a method of approaching a patients' satisfaction and cost-effective management. The purpose of this study is to assess the operation which is able to perform through ambulatory care unit, to identify the problem in ambulatory surgery, and to increase the opportunity of ambulatory surgery with safety.

* 교신 저자 : 하난경, 인천광역시 부평구 부평6동 665번지 가톨릭대학교 성모자애병원 정형외과
Tel) 032-510-5512, E-mail) osran@olmh.cuk.ac.kr

Methods : Between May 13th, 1998 and June 30th, 2000, we performed surgical treatments through ambulatory care unit, and evaluate the results of them. The sorts of operation, duration of stay in the hospital, total cost of treatment, satisfaction of patients and safety of anesthesia were assessed.

Results : We performed ambulatory surgery without severe complications and the patients were satisfied with surgical treatment through ambulatory care unit.

In comparison of ambulatory and admission surgery, there was a reduction of cost to 16.7~25.3% in ambulatory surgery. Also, the duration of admission was 2 days shorter than admission surgery.

Conclusions : According to our results, the surgical treatment through ambulatory care unit is safe and useful method that increase the quality of medical service, satisfaction of patients and reduce the cost of treatments.

Key Words : Surgery, Ambulatory, Satisfaction, Patients

I. 서 론

전국민 의료 보험 실시와 국민 소득 수준의 향상은 의료 수요의 증가를 가져 왔으나 현재의 병원 환경으로는 환자의 수요와 의료 서비스에 대한 기대 수준을 충족시키지 못하는 형편이다. 이러한 문제를 해결하고 병원 이용자의 만족도를 향상시키기 위한 노력의 일환으로 오래 전부터 미국을 비롯한 서구에서는 수술 환자를 입원시키지 않고 외래에서 수술과 마취를 시행한 후 당일 귀가시키는 통원 수술 센터가 활성화 되어 운용되고 있어, 미국의 경우 1993년 전체 수술의 약 60%가 통원 수술로 이루어지고 있다고 보고하고 있다(1).

최근 우리 나라에서도 시행되고 있는 통원 수술 개념은 1일간 입원과 동시에 수술을 받고 회복하여 귀가하는 과정을 포함한 것으로, 아직 보편화되어 있지는 않지만 점차 증가 추세에 있고, 높은 의료의 질과 비용 효율적인 측면을 동시에 충족시키며 앞으로 의료 포괄수가제 등의 변화하는 의료 현실에 부응하기 위해서는 보다 활성화되어야 할 부분이다.

본원의 경우 환자 중심 병원이 되기 위한 의료 서비스의 질적 향상, 쾌적한 분위기의 시설과 업무 체제의 변화, 만성적인 입원 대기 해소, 장,단기 입원 환자가 함께 관리되어 발생하는 불합리성을 제거하기 위한 방안의 일환으로 1998년 5월 이후 10개의 병상으로 구성된 별도의 통원 병실을 마련하여 내과적 치료 및 통원 수술에 이용하고 있다. 입원까지의 과정을 최소화하며 당일 수술 받고 퇴원함으로써 재원 일수를 단축하고 환자의 총 진료비를 감소시키며, 환자 관리에 불합리한 과정을 제거하고 중복 업무 및 낭비요소를 감소시키고자 하였다. 그러나 실제로 시행된 이후의 중간 보고에서 운영 대상 적용이나 퇴원 시점에 대한 기준의 모호성, 퇴원 환자에 대한 안정성 점검 미비 등이 지적되면서 이에 대한 정확한 분석과

해결을 위한 노력이 필요하다고 생각되었다.

따라서, 본 연구의 목적은 통원 병실을 이용한 수술의 과별 이용도와 통원 수술을 시행받은 환자 만족도를 평가하여, 수술을 시행하는 임상과에서 통원 병실을 어떻게 이용될 수 있는지를 파악하고 환자의 입장에서 발생하는 문제점을 반영하여 이를 해결하고자 하며, 실제로 운영함에 있어 통원 수술이 갖는 장점을 극대화하여 이를 효율적이고 안전하게 이용하는 데 도움이 되고자 하는 것이다.

II. 연구 방법

1. 연구 대상 및 기간

1998년 5월 13일부터 2000년 6월까지 통원 병실을 이용하여 수술적 치료를 받은 환자를 대상으로 하였다. 단, 입원하지 않고 부분 마취로 수술을 받은 환자 및 내과에서 내시경을 이용한 종괴의 절제를 시행받은 환자는 제외하였다.

2. 통원 병실을 이용한 수술 절차

외래에서 수술전 마취 및 수술에 필요한 검사를 미리 시행하여 결과를 확인하고, 필요에 따라 마취과를 포함한 타과 진료 의뢰 및 수술전 문제점을 해결한 후 수술과 관계된 내용을 담당 의사로부터 설명을 듣고 입원 날짜를 결정하였다. 수술일이 결정되면 외래 간호사로부터 수술 전 수속 과정과 수술에 관련된 주의 사항을 설명 받고 입원 예약을 한 후, 수술 당일 입원하여 수술을 받고 당일에 퇴원함을 원칙으로 하였다(부록 1: 통원병실 입원 및 퇴원 절차). 입원 과정 및 주의 사항, 수술 당일의 기록 등은 해당 과에 의해 미리 만들어진 별도의 설명서 및 기록지 및 설명서를 이용하였다.

3. 연구 도구

1) 환자 퇴원 기준

생체 징후, 보행 및 각성 상태, 동통 및 오심/구토 여부, 출혈, 입출양 등을 각각 상태에 따라 2, 1, 0점으로 평가하는 PADSS (postanesthetic discharge scoring system)을 이용하여 10점 만점에 9점 이상인 경우를 퇴원 기준으로 하였다.

2) 환자 만족도

본 적정진료 관리팀에서 개발한 20문항으로 구성된 설문지를 이용하였다. 문항 내용은 등록 접수, 통원 병실 시설, 통원 병실 담당 간호사, 담당 의사, 병실 퇴원에 관한 것으로 5점 척도로 퇴원시 환자 또는 보호자가 작성하였다. 매우 만족은 5점, 만족은 4점, 보통은 3점, 불만은 2점, 매우 불만은 1점으로 점수가 높을수록 환자의 만족도가 높은 것을 의미한다.

3) 총진료비

2000년 1월에서 5월까지 시행된 수술중 이비인후과의 편도 및 아데노이드 적출수, 외과의 탈장 수술을 대상으로 평균 의료 비용을 조사하였다. 질환의 중증도에 대한 영향을 배제하기 위하여 연령, 성별, 진단명, 수술명이 유사한 환자를 통원 수술과 입원 수술에서 각 6례씩 선정하여 비교하였다. 의료비에는 환자가 수술을 결정하고 시행하는 수술전 검사비와 입원 기간 동안 청구되는 급여 및 비 급여를 포함한 총 진료비로 측정하였다.

4) 자료 수집 방법

환자의 퇴원 기준은 수술 후 통원 병실로 이실 후 처치가 끝난 상태에서 담당 간호사에 의해 평가하여 기록하였다.

의무기록과 기록을 이용하여 통원 병실 총 내원 환

자수의 변화 및 각 과에 따른 변화, 다빈도 이용 대상 명 등을 분석하였다. 통원 병실을 시작한 1998년 5월부터 12월, 1999년 1월부터 12월, 2000년 1월부터 6월까지의 기간동안의 통원 수술을 분석한 것으로, 2000년 6월 이후 의약 분업으로 인한 파업 기간 동안의 자료는 제외하였다.

총진료비는 각 과에서 주로 하고 있는 수술을 대상으로 통원 병실 및 입원 병실을 이용한 경우를 비교하였다.

환자 만족도에 대한 설문지는 퇴원 전 입원 환자 중 의사 소통이 가능한 환자 및 보호자를 대상으로 편의추출 방법으로 추출하여 작성되었으며, 통원 병실을 시작한 초기인 1998년 6월23일부터 1998년 8월 21일까지와 그 이후인 2000년 1월 1일부터 2월 29일까지 두 기간에 작성된 것을 자료로 하였다.

III. 결 과

1. 총 내원 환자 수 변화

시행 초기인 1998년에 외과적 수술을 위해 내원한 1일 평균 내원 환자수가 2.88명인데 반해 1999년에는 3.89명으로 35% 증가, 2000년에는 5.82명으로 1998년에 비해 102% 증가를 보였다(표 1).

2. 과에 따른 내원환자수 변화

과별 이용양상은 이비인후과, 외과, 정형외과, 안과 순으로 나타났으며, 주로 이비인후과와 외과의 간단한 수술의 통원 병실 이용 빈도가 높았다. 시간이 경과하면서 산부인과, 비뇨기과, 치과의 이용률이 증가하였는데, 초기의 낮은 이용도는 통원 수술에 대한 인식과 경험 부족이 일부 영향을 미쳤을 것으로 사료된다.

표 1. 총 통원 수술을 받은 환자 수의 변화

	1998년 5-12월	1999년	2000년 1-6월
내원 환자수(명)	463	1062	710
월 평균 가동일(일)	20.1	22.8	20.3
1일 평균 내원 환자수(명)	2.88	3.89	5.82

표 2. 과에 따른 통원 수술을 받은 환자 수의 변화

	1998년 5-12월	1999년	2000년 1-6월
이비인후과	183(39.5%)	440(41.4%)	287(40.4%)
외과	186(40.1%)	375(35.3%)	271(38.2%)
정형외과	46 (9.9%)	100 (9.4%)	49 (6.9%)
안과	33 (7.1%)	79 (7.4%)	47 (6.6%)
비뇨기과	4 (0.9%)	34 (3.2%)	38 (5.4%)
산부인과		25 (2.4%)	11 (1.5%)
신경외과	3 (0.6%)	7 (0.7%)	2 (0.3%)
성형외과	11 (2.4%)	2 (0.2%)	2 (0.3%)
치과			3 (0.4%)
총계	463	1062	710

3. 다빈도 이용 대상명

입원 환자 수술은 V관 삽입(이비인후과), 서혜부 탈장(외과), 편도와 아데노이드 절제술, 설소대 절개술(이비인후과), 관절경 수술(정형외과) 등의 순서였다. 이 수술들은 이전에 3일 이내 입원으로 수술하던 경우로, 앞으로 임상 각과에서 간단한 수술에 보다 적극적인 이용을 한다면 그 종류는 더 증가할 것으로 보인다.

통원 수술시 같은 질환에 대한 일반 입원 수술 환자의 입원기간에 비해 평균 재원일이 약 2일 감소한 것으로 나타났다.

4. 환자 만족도(표 4)

만족도 조사에 대한 전반적인 평가 결과는 등록 수속에 걸린 시간에 대한 만족도 및 전반적인 등록 절차에 대한 만족도에 대한 평가 결과가 다소 저하되게 나타났다. 또한 계속적으로 환자와 직접적으로 대할 수 있는 간호사에 대한 만족도가 전반적으로 높게 나타나는 것에 비교하여 의사 진료에 대한 만족도가 낮게 평가 된 것은 수술 전후의 의사들의 불편감에 대한 청취나 설명이 상대적으로 적다는 것을 보여준다. 통원 병실에 입원해서 보낸 시간에 대해서는 83.5%가 적당하다고 답하여 단기간 입원을 요하던 일부 수술

표 3. 다빈도 수술명

	1998년 5-12월	1999년	2000년 1-6월
V-튜브 삽입	27(5.9%)	122(11.9%)	61 (4.4%)
서혜부 탈장	57(12.3%)	91 (8.6%)	51 (7.2%)
기능성내시경적 부비동수술	62(13.4%)	89 (8.4%)	54 (7.6%)
편도와 아데노이드 절제술		54 (5.1%)	33 (4.6%)
설소대 절개술	12 (2.6%)	56 (5.3%)	34 (4.8%)
관절경 수술	23 (5.0%)	57 (5.4%)	32 (4.5%)
백내장	22 (4.8%)	34 (3.2%)	26 (3.7%)
유방 종괴 절제 및 생검	34 (7.3%)	56 (5.3%)	61 (8.6%)
현미경하 후두 미세수술	6 (1.3%)	14 (1.3%)	12 (1.7%)
편도 절제술		23 (2.2%)	12 (1.7%)
기타	220(47.5%)	466(43.8%)	334(47.0%)

표4. 환자 만족도에 대한 설문

항 목	점 수
등록 접수에 관한 사항	
등록 수속에 소요된 시간에 대한 만족도	3.86
접수 담당 직원의 친절도	4.08
담당 직원의 수납 절차에 대한 친절도	4.21
전반적인 등록 절차에 대한 친절도	3.97
통원 병실 시설에 관한 사항	
병실 공간에 대한 만족도	4.1
병실 시설에 대한 만족도	4.09
병실 청결에 대한 만족도	4.47
병실 내 환경(전등, 온도 유지)에 대한 만족도	4.25
병실은 조용한가	4.13
통원 병실 간호사에 관한 사항	
친절하고 성의 있는 간호	4.76
간호 행위에 대한 설명	4.67
개인적인 생활 존중	4.56
전반적인 간호 업무에 대한 만족도	4.61
담당 의사에 관한 사항	
친절하고 성의 있는 진료	4.27
불편감 호소에 따른 대화 시간 할애	4.13
상태나 수술에 대한 설명	4.20
전반적인 의사 업무에 대한 만족도	4.00
퇴원에 관한 사항	
퇴원 수 투약 및 외래 방문에 대한 설명	4.33
전반적인 퇴원 절차에 대한 만족도	4.08
통원 병실에서 보낸 시간	
적당하다	83.5%
너무 길다	16.0%
너무 짧다	0.5%

에 대해서 통원 병실을 이용한 수술을 하는 것에 별 다른 문제 없이 환자가 충분히 마취에서 회복되어 나갈 수 있음을 시사한다.

5. 총진료비

1인 평균 총진료비에서 일반 입원인 경우 지출한 진료비를 100으로 할 때 비지정 환자의 경우 74.7로 25.3% 감소, 지정 환자의 경우 83.3으로 16.7%의 환자 비용 부담의 감소를 보였다.

IV. 고 찰

통원 수술에 대해서는 1909년 스코틀랜드 의사 Jams Nicoll이 10여년간 8,988명의 환자를 대상으로 통원 수술을 하였다는 기록(2)이 시초로 알려져 있다. 1960년대 이후 영국을 비롯한 유럽 및 미국 등으로 확산되기 시작하여, 통원 치료가 보편화된 미국에서는 1980년 시행된 수술의 16%가 통원 수술로 시행되었고, 1993년에는 전 수술의 58.3%를 차지하였으며, 2000년 이후에는 정규 수술의 70% 이상에 될 것으로 기대하고 있다(1).

우리 나라의 경우 1997년까지 통원 수술실 이용률은 약 3~11%로 아직 제한적으로 이용되고 있는 실정이다(3). 그러나 인구의 증가로 인한 외래 수요의 증가, 의료 보험의 확대 실시, 핵가족화의 가속화 등 사회적 여건의 변화에 따라 효율적인 의료 기관의 이용과 의료비 감소를 위한 체계를 위한 노력의 일환으로 통원 수술을 받는 환자의 수는 증가 일로에 있다.

통원 수술의 장점은 환자 측면에서 환자의 일과 개인적인 생활을 보다 잘 보장 받을 수 있으며, 특히 소아에 있어 입원으로 인하여 부모와 격리되는 심리적인 문제를 감소 시킬 수 있다는 것이다(4). 또한 입원 기간이 단축되어 병원에서의 교차 감염과 이로 인한 합병증을 줄일 수 있고 수술 날짜의 보다 유동적인

선택이 가능하며, 같은 종류의 질병을 대상으로 시행한 수술의 비용을 비교할 때 통원 수술이 입원 수술에 비해 의료비를 25~75%까지 절약할 수 있어 경제적이라고 보고하였다(5).

의료 경영의 측면에서는 병실 회전율을 증가시키고 간호 인력의 업무 할당량과 내용을 변화시킬 수 있고, 의료 체계의 측면에서는 같은 수술을 보다 적은 비용으로 시행할 수 있어 국가적인 차원으로 환산하면 많은 비용절감효과를 기대할 수 있으므로, Ford(6)는 통원 수술은 의료의 질을 유지하면서 의료비의 감소를 도모할 수 있는 좋은 방법이라고 제안하였다. 주어진 시간 안에 보다 많은 환자를 수술할 수 있으므로 전체 의료비가 증가하는 현상이 나타날 수도 있지만, 궁극적으로는 각 개인에 대한 의료 비용을 줄일 수 있으며 이는 단기간의 입원으로 인하여 검사실 검사와 약물 투여가 적기 때문이라고 보고하였다(7).

이러한 장점에 기초하여 통원 수술을 시행하는데 있어 기대할 수 있는 효과는 다음과 같다.

환자의 입장에서

- 1) 단기 입원을 하지 않은 상태에서 필요한 검사나 수술, 경과 관찰, 치료 등을 시행하고 입원 진료비 부담률에 의해 진료비를 부담하므로 경제적으로 유리하다.
- 2) 입원 기간이 단축되어 경제적, 심리적 부담감이 저하된다.
- 3) 집중 관리를 필요로 하는 기간에 의료인의 적절한 서비스를 제공 받아 만족도가 증가된다.

병원의 입장에서

- 1) 부족한 입원 시설의 대체 효과로 병원 이용도를 높일 수 있다.
- 2) 환자의 질환별 진료 지표를 낮추어 보건 복지부 자율 시정 통보 사항의 개선에 효과적이다.
- 3) 선진형 진료 시스템의 도입으로 진료 형태를 실용성 위주로 전환 시킬 수 있는 계기가 된다.

4) 전체 내원일 수 감소로 병상 회전율을 높인다.

Kitz 등(8)은 수술 전 검사, 수술 시간 및 회복실 거주 시간의 관점에서 비교한 논문에서 통원 수술은 입원 수술에 비하여 수술전 검사에서 25% 정도 비용이 절감되었고, 수술 시간도 20~45분 정도, 회복실 거주 시간도 25~52분 단축되었음을 보여주고 있다.

실제적으로 입원 기간이 일반 입원시 재원 기간에 비해 2일이 감소되었고, 입원 기간이 감소함에 따라 수술 날짜 결정에서도 생활과 직장에 크게 영향을 주지 않아 유동성을 가질 수 있게 되었다. 수술 전 검사에 있어서도 이전에 각 해당 검사 부서를 찾아 이동하면서 시행하던 검사를 건강관리실을 이용하여 한 곳에서 모두 받을 수 있도록 단일화하여 좋은 반응을 얻었다. 또한 입원 수술시에는 내과적인 문제로 수술이 지연되는 경우 재원 기간의 연장을 가져왔으나, 통원 수술의 경우 외래에서 미리 필요한 과에서 검사 및 치료를 받음으로써 재원 기간과 치료 비용의 감소를 보였다.

2차례의 환자 만족도 조사에서 절차 과정에 대한 환자의 만족도는 증가 하였으나, 적용 범위 확대에 따라 수술건수가 증가하면서 시설 및 간호에 대한 불만이 증가하는 것을 볼 수 있었는데 이는 적절한 운영 병상 및 관리 인원의 확보가 가능하면 환자 만족도는 보다 증가하리라고 사료된다.

입원 환자 실 인원수를 평균 가동 병상으로 나눈 병상 회전율은 일반 병실 입원의 경우에는 1.98회인데 비해 통원 병실의 경우 5.62회로 크게 증가하였다.

의료비는 질병의 특성, 재원 기간, 병원의 특성, 환자의 개인적 특성 등 여러 가지 요인에 의하여 영향을 받으나 특히 재원기간에 의한 영향을 받는다. 재원 기간은 환자의 건강 상태, 특성, 접근도, 병원의 특성, 진료 형태, 서비스 정도 등에 영향을 받으며 진료비는 재원 일수에 따라 다른 양상을 나타낸다(9).

본원에서 총진료비는 21%의 감소를 보였는데, 이는 재원 기간동안의 식대, 지정진료비 등을 포함한 입

원료와 항생제, 진통제를 포함한 투약 및 처방료 등에서 주로 차이가 나타났다. 이는 재원 기간이 늘어남에 따라 진료비가 상승하며, 질환의 중증도와는 관련 없이 입원 수술에서 보다 많은 투약이 행해지고 있음을 알 수 있다.

환자는 퇴원 전에 회복되어야 하며 퇴원 후 합병증이 발생할 수 있으므로 통원 수술의 적용에는 한계가 있다. 퇴원 후 합병증을 예방하기 위해서는 명확한 퇴원 기준이 필요하지만 아직 그 기준에 대해서는 논란의 여지를 가지고 있다. 현재 PADSS나 Aldrete의 퇴원 기준, MPADSS(modified postanesthetic discharge scoring system) 등이 주로 사용되고 있으나 일반적으로 20% 정도 빨리 퇴원한다는 보고도 있다(10). Aldrete(11) 퇴원 기준은 의식 상태, 호흡, 순환, 피부색, 사지운동 등을 평가하고, PADSS는 생체 징후, 보행 및 각성 상태, 동통 및 오심/구토 여부, 출혈, 입출양 등을 점수를 매겨 9점 이상인 환자를 기준으로 하여 퇴원 여부를 결정한다. 본원에서는 PADSS에 준하여 평가하여 이 기준에 미치지 못하는 경우 퇴원을 지연시켜 회복 여부를 관찰하거나 필요에 따라 입원으로 전환하여 치료하게 하였다.

대부분의 통원 수술 센터에서 경험하는 퇴원 후 합병증으로 출혈, 감염을 보이고 30% 이상의 경우에서 지속적 오심과 구토, 통증 등을 호소한다고 보고하였다. 오심과 구토의 빈도는 마취약제나 수기에도 영향을 받지만 수술 수기에 의하여 영향을 더 받으며 특히 수술 부위와 더욱 관계가 깊으며 수술 시간이 길수록 그 빈도가 높다고 한다(12).

전신 마취제의 선택에 있어서 약제의 제한은 없으나 Green 등은 propofol을 사용하는 경우 수술 후 오심의 발생 빈도를 줄일 수 있고 마취에서의 회복이 빨라 통원 수술 환자에 있어 isoflurane에 비해 좋은 결과를 얻었다고 보고하였다(13). 하지만 propofol을 사용한 마취시에 경련이나 발작 증세를 보일 수 있어 노령이나 간질 질환을 가진 환자 등에서는 사용하기

힘든 문제가 있다고 지적하는 보고(14)도 있다. 본원에서는 초기에는 주로 젊은 연령층의 단시간의 수술을 요하는 경우에 propofol을 이용한 마취를 시행하였는데 모든 예에서 특별한 부작용을 보이지 않아 이후 특별한 금기가 없는 한 연령 제한 없이 이용하였다. propofol은 기존의 약제에 비해 효과적이고 안전성 있는 마취제로 여겨지지만 마취 시에 마취 농도 유지를 위해 마취과의 도움이 필요할 것으로 사료된다.

통원 수술이 안전하게 보다 보편적으로 시행되기 위해서는 환자의 선택 및 수술 종류의 선택도 중요하다. 일반적으로 미국 마취과학회 분류법 1, 2군의 건강한 사람을 대상으로 하여 왔으나 최근에는 3군이라도 질병이 안정되어 있으며 사전에 타과 및 마취과의 진료 의뢰와 전처치를 통해 수술을 적응하는 경우가 늘어나고 있다. 수술 종류도 환자에게 생리적 변화를 적게 초래하는 수술로 출혈의 위험이 적고 수술 후 경구 진통제 복용으로 통증 치료가 가능한 수술이어야 한다(15). 본원에서 수술 종류를 결정하는 기준으로는 이전에 임상 각과에서 3일 이내의 입원 치료를 하던 환자를 대상으로 하여 수술 시간이 비교적 짧고 출혈, 통증 등의 합병증이 적은 수술을 기준으로 하였으며, 퇴원 후 가정에서 충분히 간호 받을 수 있는 환경에 있는지를 확인하여 환자와 보호자를 함께 교육하였다. 그러나 퇴원 후 발생하는 합병증이나 퇴원 후 집안에서의 처치 및 간호 정도를 파악할 수 없어 이에 대한 조사가 필요할 것으로 사료된다.

환자 교육은 통원 수술의 결과에 중요한 요소로, 통원 수술에서는 환자에게 수술전 및 후의 처치에 대한 사전 교육 및 주의사항을 제공하여야 한다. 수술전 교육 프로그램 내용에는 절차상의 요소 뿐만 아니라 수술에 대한 공포나 불안함과 같은 심리적인 면도 고려하여야 한다. 또한 수술 전 교육은 보다 요약적이고 구체적이어야 하고 입원 전과 퇴원 후의 주의사항을 충분히 설명하고 응급 상황에서의 행동 지침을 알고 있도록 교육되어야 한다. 의료측면에서의 발전은 빠

른 반면 환자의 심리적 요인에 대한 고려나 환자에 따른 적절한 정보의 제공 등의 서비스 측면에서는 부족한 점이 많이 지적되고 있다.

V. 결론 및 제언

통원 수술은 여러 가지 장점이 있음에도 불구하고 우리 나라에서는 아직 활발하게 이용하지 못하고 있는데 이는 병원 행정부에서 통원 수술의 필요성을 잘 인식하지 못하는 행정적, 경제적 이유와 수술을 담당하는 외과계의 무관심, 인력 부족, 환자 및 보호자의 불안 심리 등이 작용하고 있기 때문이다.

통원 수술을 시행하기 위해서는 각 병원이 가지고 있는 의료 환경과 요구 정도를 파악하고 이에 맞는 기준을 마련하는 것이 우선 되어야 한다. 통원 수술 적응 기준을 마련한 후 이에 따른 적정 운영 병상의 규모 및 필요 인력을 산출하고 이를 효율적으로 시행할 수 있는 체계를 작성하여 그 과정에 따른 문제 제반을 검토하고 평가, 개선하는 과정이 정기적으로 이루어져야 할 것으로 보인다. 임상 각과의 유기적인 협조가 필요하고 1일을 기준으로 하므로 입원 시간에 제한이 있으며, 앞으로 적용 기준을 확대할 경우 작은 범위에서 발견하지 못한 문제점들이 발생할 수도 있어 이에 대한 지속적인 평가도 필요하다. 또한 본 연구에 있어서도 아직 각 임상과에 따라 일일 병실을 이용하는 기준이나 기록 방법의 차이가 있어 정확한 분석이 되지 않았다는 문제점을 안고 있어 이에 대한 보다 정확한 측정 기준이나 통일성을 가진 분석이 뒤따라야 한다고 사료된다.

그러나 이러한 문제들을 충분히 고려하여 시행할 경우 특별한 합병증 없이 안전하게 통원 수술을 시행할 수 있을 것이며, 의약 분업, 포괄수가제도 도입 등의 의료 정책 변화와 비용 효율성을 고려할 때 국민의 의료 비용 절감과 의료의 질 향상을 도모하는

방법으로, 환자의 요구를 만족시키고 병원 병실의 원활한 운용을 위해서는 활성화되어야 할 것으로 사료된다.

참고문헌

1. Brockway PM. The ambulatory surgical nurse : Evolution, competency, and vision. *Nursing Clinics of North America* 1997; 32(2): 387-394
2. Nicoll JHC. The surgery of infancy. *Br Med J* 1909; 2: 753-4
3. 승익상. 우리나라 대학병원의 외래 마취현황. *대한마취과학회지* 1997; 33: 1192-1197
4. Longnecker DE, Murphy FL. Introduction to anesthesia. 9th ed. Philadelphia: WB Saunders Co, 1997: 377-385
5. Wetchler BV. Anesthesia for ambulatory surgery. Philadelphia; JB Lippincott, 1991: 1-76
6. Ford JR. Out patient surgery : Present status and future projections. *South Med J* 1978; 7: 1311-1315
7. Whitwarm JG. Day case anesthesia and sedation. 1st ed. Oxford, Blackwell scientific Publication, 1994: 3-17
8. Kits DS, Ladden C, Lecky JH. Hospital resources used for inpatient and ambulatory surgery. *Anesthesiology* 1998; 69 (3): 383-386
9. 유승흡, 안재모. *의료총론*. 서울; 수문사, 1994
10. Chung F, Chan VW, Ong D. A post-anesthetic discharge scoring system for home readiness after ambulatory surgery. *J Clin Anesth* 1995; 7(6): 500-6
11. Aldrele JA, Kroulik D. A postanesthetic recovery score. *Anesth Analg* 1970; 49: 924-933
12. Palazzo MGA, Sturinin L. Anesthesia and emesis: etiology. *Can Anesth Soc J* 1984; 21: 178-187
13. Green G, Jonsson L. Nausea: the most important factor determining length of stay after ambulatory anesthesia. A comparative study of isoflurane and /or propofol techniques. *Acta Anesth Scan* 1993; 37: 742-746
14. Mackelae JP, Iivanaian M, Pieninkeeroinen IP, Waltimo O, Lahdensuu M. Seizure associate with propofol anesthesia. *Epilepsia* 1993; 34: 832-835
15. 조현성, 이수련, 서재완, 김유홍, 김갑수, 신백효. 통원수술센터의 운영현황. *대한마취과학회지* 1997; 32: 289-296

부록 1. 병원 병실 입원 및 퇴원 절차

환자	담당의사	외래간호사	입퇴원 수속	의무기록실
<ol style="list-style-type: none"> 1. 입원환병실 입원에 동의 2. 입원 날짜 및 주의사항 설명받음 3. 입원 의뢰서 받음 4. 입원 예약방법 설명받음 5. 입원 의뢰서를 갖고 입퇴원수속에 가서 예약함 6. 입원 전날 집으로 전화 오는 것과 예치금 준비에 대해 설명받음 7. 짐으로감 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 입원환병실로의 입원결정 (수술전 검사 및 수술신청서 완결) 외과계 2. 입원 날짜 및 주의사항 설명함 3. 입원 의뢰서 작성함 "1일입원" 4. 1일입원병실 기록지에 의사 처방법 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 입원예약방법 설명함 2. 1일입원 병실기록지를 1일입원 병실로 올림 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1일입원병실 예약받음 2. 입원전날 전화하는 것과 예치금 준비에 대해 설명함 	
<p>입원 1일전</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 입원수속으로부터 전화받음 			<ol style="list-style-type: none"> 1. 환자집으로 전화 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 예약환자 차트불출
<p>입원당일</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 입퇴원 수속에 가서 예치금을 냄 2. 입원 card를 받은후 1일입원 병실로 입원함. 		<ol style="list-style-type: none"> 1. 예치금 받은 후 확인 'sign' 하여 입원 card 를 환자에게 줌. 		

(전화:)
8:00AM-9:30PM