

인천광역시 일 보건소 대도시 방문보건사업의 평가 연구

김 영 숙* · 김 명 순**

I. 서 론

1. 연구의 필요성

대도시 방문보건사업은 노인 인구 증가와 더불어 만성 퇴행성 질환의 빈도가 높아지고 이에 관한 장기간의 건강관리가 보건사업의 우선순위로 대두되면서 그 필요성이 제기되었으며 최근 정부의 주요 보건의료정책 중 공공보건의료기반 확충 및 기능강화를 위한 실천적 전략방안으로 관심을 모으고 있다(Ryu & Hwang, 2004). 노인인구증가는 2003년 65세 인구가 8.3%에서 2010년에는 10.7%로 예견되고 있고 만성질환을 한 가지 이상 보유하고 있는 노인도 80%에 이르고 있으며 45% 이상은 거동에 장애를 가지고 있는 것으로 보고 되고 있다(Ministry of Health and Welfare, 2002 Korea Institute for Health and Social Affairs, 1998). 또한 노인들의 거주 형태도 독거노인과 노인부부세대만 거주하는 가구가 45.5%에 이르고 있으며(Korea Institute for Health and Social Affairs, 2002) 대부분 소득수준이 낮고 거동장애와 건강문제로 외부와의 접촉이 원활하지 못하여 의료, 건강검진, 가정간호, 물리치료, 작업치료, 언어치료 등의 재활서비스와 가사 관리 및 복지서비스 등이 지역사회외 보건기관에서 통합적으로 제공되어야할 필요성이 대두되고 있다(Kim, 1984). 이러한 서비스 제공은 복합적인 서비스가 중복되거나 누

락되지 않도록 이용자 중심으로 이루어져야 하며 필요한 서비스가 적시에 제공되고 지속성이 유지되어야 한다. 이를 위하여 대상자에 따른 사례관리(case management)의 중요성이 이미 지적되고 실천되고 있다(Kaye, 1992). 사례관리를 하기 위해서는 지역사회의 보건, 의료, 복지 서비스에 관한 가용자원을 상세히 파악하고 서비스 공급자들의 연결망(network)의 구축이 필요하다. 또한 평생을 관리하며 살아가야 하는 관절염, 고혈압, 뇌졸중, 당뇨병과 같은 만성질환을 가진 노인들에게는 스스로 자가관리(self-care) 능력을 가지도록 하는 것이 매우 중요하며 이를 위해서는 재활요법과 간호가 중요하다고 볼 수 있다(Lee, Kim, Yun, 1998; Kim, 2001).

본 연구는 상기의 관점에서 2003년 전국의 14개 대도시 방문보건사업 시범 보건소 중의 1개소로 지정된 인천광역시 소재 G 보건소가 만성질환을 가진 취약계층노인을 대상으로 자가관리 능력제고와 삶의 질 향상에 목표를 두고 사례관리기능을 강화하여 보건, 의료, 복지 서비스를 통합적으로 제공하여 실시하였던 대도시방문보건사업을 평가하고자 시도하였다. 이러한 평가 연구는 사업 종료 후 보건사업의 성과와 근거원인을 확인하여 향후 프로그램의 개선에 도움을 제공할 수 있어 보건사업의 지속을 위한 일련의 주기적이고 필수적인 과정이라고 볼 수 있다(Venly, J. E., Kaluzny, A. D. 1998).

보건사업의 평가 연구는 일반적으로 기초학문과 응용학문 분야를 포함한 광범위 학문 분야에서의 문제제기로

* 가천의대 간호대학원(교신저자 E-mail: sk0009@gachon.ac.kr)

** 가천 길 대학 간호과

부터 출발한다. 즉 평가의 주제는 광범위하며 다양한 관점에서 다루어진다. 기본적인 평가의 원칙으로 제시되는 것은 첫째, 평가의 주요 초점이 의사결정의 개선 안 수립이며 미래 지향적이고 수행 활동에 근거한다. 둘째, 평가는 포괄적이고 역동적이며 정책과 전략의 대안에 대한 관심을 가지며 수행과정에 대한 모니터링과 프로그램의 최종 결과에 대한 총괄평가(summative evaluation)에 관심을 가진다. 셋째, 평가는 명료하게 진술되어진 프로그램의 성취 목적과 함께 목표관리(management of objectives) 원칙에 기반 하여 이루어진다.

보건사업의 평가에 대한 정의(Aday, L. A., Begley, C. E., Lairson, D. R., Slater, C. H. 1998)에서도 평가는 보건사업의 구조적, 과정적인 평가와, 사업의 대상인 개인이나 집단에게 나타난 보건사업의 효과를 체계적으로 파악하고 보건사업에 투입된 자원, 비용, 질, 접근성, 서비스 조직, 예산 및 보건사업의 성과에 관하여 조사 분석함으로써 경험과 지식의 확장을 도모할 수 있는 것으로 언급되고 있다. 그러나 대도시방문보건사업의 평가연구 중에는 대상자에게 제공된 간호중재효과를 분석한 연구(Chin, Lee, Chang, 2004)는 있었으나 보건사업의 제공체계(system)를 대상으로 한 평가 연구는 미흡하다. 따라서 본 연구는 구조(structure), 과정(process), 성과(outcome) 측면에서 방문보건사업을 기술하고 분석해보고자 한다. 즉 방문보건사업 목적과 목표, 조직, 관리체계, 투입한 예산과 인력충원과 개발을

포함한 구조적 평가와 대상자확인, 조직의 관리 조정 통합 등을 포함한 과정적 평가 그리고 성과의 평가는 방문보건사업 목표의 달성정도와 대상주민에게 나타난 효과에 초점을 두고 이루어졌다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 방문보건사업의 목표가 어느 정도 달성되었는지 확인하고 방문보건사업의 강점과 약점이 무엇인지 평가하기 위함이다.

3. 연구의 제한점

본 연구는 일개 대도시방문보건사업 내용을 중심으로 한 것으로 전국적으로 일반화하는 데는 한계가 있다.

II. 연구 방법

1. 연구대상 지역의 특성

인천광역시 G 보건소의 관할 지역은 11개 행정 동으로 이루어졌으며 이중 일부는 도시와 농촌의 복합형태로 구성되었다. 이지역의 인구 34만 명중 장애인을 포함한 65세 이상 노인 인구는 2002년 3월 말 현재 14,492명이다.

<Table 1> Evaluation area, criteria, and sources of data

area	sub-area	criteria/index	sources of data
input	- goal & objective	relevance	planned data
	- manpower development	appropriateness	organization chart
	- support organization	adequacy	document of public health center
	- budget		
process	- screening target population	progress	committee meeting
	- progression of hhc activity	adequacy	records of hhc
	- management	appropriateness	interview of team members
	- coordination		monitoring
output	- integration		
	- registered client	achievement	computer data file
	- receiving hhc client		in public health center
	- receiving physical therapy		
outcome	- using rehabilitation equipment	effectiveness	computer data file
	- joining exercise group for arthritis		in public health center
	- network and service referral	satisfaction	telephone survey
	- improved self-care		
	- client's satisfaction		
	- team member's satisfaction		

hhc* home health care

2. 연구 방법

본 연구는 보건사업의 평가 정의(Aday, et al., 1998)에 제시한 바와 같이 보건사업의 단일 프로그램의 효과를 평가하는 것이 아니라 보건사업의 제공체계(system)를 대상으로 구조, 과정, 성과측면에서 서술적으로 분석을 시도한 평가연구이다.

구체적인 연구 방법은 체계이론에 기초하여 방문보건사업에 투입한 노력과 사업추진과정과 결과(성과)에 대해 적절성과 적합성을 목표판리에 근거하여 분석하였다. 연구과정은 영역별 평가기준을 개발하고, 각 영역별 기준에 따라 계량적, 비계량적 분석을 실시하였고 사업의 성과는 대상자의 관리군 별 향상된 수준의 파악과 대상 주민과 담당인력을 무작위로 선정하여 만족도를 분석하였다.

자료의 수집과 분석은 2003년 10월에서 12월까지 이루어 졌으며 각 영역별 평가기준과 지표 및 자료원은 <Table 1>에서 보는바와 같다.

방문보건사업의 투입요소는 방문보건사업의 목적과 구체적인 목표에 대해 합리성을 기준으로 검토하였고 인력 개발과 지원조직의 개발이 적절하고 적합한지 확인하였으며 과정에서는 사업 수행의 역량을 파악하기 위해 사업대상자의 확인, 사업 추진상태, 사업의 관리, 조정, 통합 능력에 대해 적절성, 적합성, 사업의 진행과정을 기준 지표로 평가하였다.

결과평가는 목표의 달성정도를 기준 지표로 하여 방문보건사업의 산출물에 해당하는 만성질환 등록 관리자 수와 방문간호서비스 수혜자 수, 물리치료사수, 관절염 자조교실 참여자 수, 재활기구 대여자 수, 서비스 네트워크 구축 및 의뢰자 수 등을 계량적으로 분석하였다. 성과평가는 방문보건사업이 대상자에게 미친 효과를 지표로 자가 관리 능력이 향상 된 대상자의 계량적 분석과 방문보건사업에 대한 만족도를 지표로 하여 대상지역주민과 방문보건 팀 요원의 방문보건사업에 대한 만족정도를 구조화된 설문지를 이용하여 평가하였다.

Ⅲ. 연구 결과 및 논의

1. 방문보건사업의 투입요소에 관한 구조적 평가

1) 목적과 목표

G 보건소 대도시 방문보건사업의 목적은 만성질환을

가진 취약계층노인(독거노인, 노인 부부세대 및 장애인)을 대상으로 자가관리 능력 제고와 삶의 질 향상에 두고 사업의 접근 전략은 사례관리를 강화하여 보건, 의료 및 복지서비스를 통합적으로 제공하고자 시도하였다. 이러한 방문보건사업의 목적은 여러 문헌과 연구(Thomas, M. D., 1991; Rice, 1992; Kim, 2001; Park, Yun, Kim, Han, Hong, Park, Whang, Heo, 2002)에서 그 필요성이 강조되고 있는 부분이며 또한 우리나라 대도시 방문보건사업의 정책과도 일치하고 있어 그 목적이 합리적으로 설정되었다고 볼 수 있다. 또한 G구 지역보건의료계획(2002)에 제시된 보건사업의 우선순위와도 부합하고 있어 지역사회요구에도 적합하다고 볼 수 있다. 한편 방문보건 사업 대상으로 자가관리가 곤란하고 재활요법이 필요한 장애인을 포함한 것은 우리사회에 늘어나고 있는 장애자 수를 감안할 때 Ryu(2001)의 연구에서도 지적된 바와 같이 이들은 지역사회의 우선사업 대상이라고 본다.

구체적인 목표 항목인 ①기초조사 실시(6개 동에서 2개월간 5,000명) ② 건강검진(1000명), ③ 만성질환자 등록관리(560명), ④ 방문진료 및 물리치료(320명) ⑤ 재활기구 대여(160건), ⑥ 지역의료기관 및 복지서비스의 연계(320건), ⑦ 관절염 자조관리과정 운영(2회)은 모두 방문보건사업의 목적에 부합되는 세부 목표이었으며 일부항목(① ② ④)을 제외한 항목은 모두 목표를 달성한 것으로 나타나 목표량이 적절하였거나 대상자의 요구에 부응하는 목표가 설정된 것으로 볼 수 있다.

2) 담당 인력의 채용 및 교육

담당 인력의 채용 계획은 한의사 1명을 포함하여 가정전문간호사 3명과 물리치료사 1명으로 되어있었다. 그러나 실제로는 가정 전문간호사 3명과 물리치료사 1명이 채용되어 방문보건 팀은 가족보건 팀장 외에 방문간호 전담 간호사 1명과 기존 방문간호사(일반간호사) 4명을 포함하여 전체 9명으로 구성되었다. 이중 직접 방문간호 업무에 투입된 인력은 관리자 1명을 포함하여 간호사 7명과 물리치료사 1명이었으며 상기 인원으로는 11개 행정 동의 노인인구 14,492명(2002년 3월말 현재)을 담당하기에는 매우 부족하며 1인 1동 담당제는 불가능한 인원이었다. 방문보건사업에 투입된 간호사는 서울특별시 25개 보건소의 경우도(2002년 9월 기준) 평균 7명인 것으로 나타났다(Ryu, Park, Park, Han, Lim, 2003). 담당인력의 개발을 위한 교육과 훈련은 여러 연

구에서 업무성과 및 팀 요원의 직무 만족에 영향이 큰 것으로 지적되고 있다(So & Shin 1998; Lee, Kim, Yun 1998). 특히 2003년 실시 한 대도시 방문보건사업의 경우는 시범사업으로서 G 구 보건사업의 핵심과제인 사례관리기능의 강화와 재할간호 및 자가관리 능력 향상을 위해서도 방문보건요원의 교육과 훈련은 매우 중요하며 팀 요원들이 필요성을 제기하고 있는 부분이다. 그러나 실제 실시한 교육시간과 내용으로는 사회복지와 사례관리에 대한 개념 이해(3회 6시간)와 가정에서의 노인 재할요법(1회 2시간)에 관해 실시되어 양적으로 계획(8회16시간)대비 부족하였다. 그러나 피육자의 교육에 대한 평가에서는 사회복지 및 사례관리 개념정립과 재할교육이 긍정적으로 평가되었다.

3) 방문보건사업의 지원조직

조직이란 사업수행을 위한 사업 활동의 선정과 의사결정과정에 정보와 아이디어의 흐름 및 사업 수행에 영향력을 미치는 통로(channel)이다. 그러므로 조직구성은 보건사업의 진행과정에서 의사결정의 관리능력, 조정력과 통합성으로 평가 분석될 수 있으며 보건사업의 수행과정에서 타 조직과의 연계활동과 협력관계로 나타나게 된다(Venly, & Kaluzny1998). 이러한 관점에서 방문보건사업을 위한 보건소의 조직과 사업팀 구성의 관계를 분석하였다.

G보건소의 직제는 보건소장과 4개의 팀 그리고 15개의 실로 구성되어 있으며 방문보건사업은 별도의 전담조직이 없이 가족보건계에서 담당하였으며 담당인원은 팀장 과 관리 담당간호사 1명, 업무담당간호사 6명, 물리치료사 1명으로 구성되어 방문보건사업 외 예방접종, 모자보건사업, 정신보건사업, 가족계획 및 진료실(분리지역 보건진료실)을 운영하고 있어 과다 업무로 진행이 어려운 형편이었다. 이러한 조직형태는 타 보건소의 경우도 대부분 유사하다(Lee, Kim, Yun, 1998). 또한 방문보건사업을 위한 지원조직(보건소 내부 팀과 외부 인사를 포함한 운영위원회)이 없는 관계로 팀간 협조, 의사소통, 정보의 흐름, 업무의 조정 및 통합이 어려운 형편이었다.

4) 예산

방문보건사업비 총액은 기존사업예산(6천7백,5십5만8천원)과 대도시방문보건사업예산(1억4천만원)을 포함하여 총액은 2억7백5십5만8천원으로 이 중 간호사 임금과 고용보혐료로 1억1백4십9만6천원(50%)이 소요되었으

며 사업운영비는 불과 4천 2백2십 만원(20%)정도로 매우 미흡한 예산 투입이 이루어졌다. 또한 운영비 지급에 있어서도 예산을 동별로 (기존사업지역과 신규사업지역간) 구분하여 집행함으로써 형평성 결여가 나타났으며 대안으로 운영비 지급기준은 담당요원이 맡고 있는 관리대상 군 별 분포비율을 감안하여 지급하는 방안을 모색해 볼 필요가 있다.

2. 방문보건사업의 과정에 대한 평가

1) 방문보건사업 대상자 확인

방문보건사업 대상자 확인은 팀 전원(6명)이 4월30일부터 6월 말일까지 6개 동 대상지역에서 947가구 1,340명의 기초조사와 건강검진을 통해 만성질환자 841명을 확인하였다. 팀 전원이 동시에 투입되어 대상자를 확인하고 관리를 실시한 것은 기초조사 실시와 등록대상 관리를 병행하는 것에 비해 동시에 등록자 관리를 할 수 있다는 장점도 있지만 전체 관리기간이 4개월에 불과하여 사업의 장기효과(long-term effect)를 평가하기에는 단점도 있다.

2) 방문보건사업의 진행과정

방문 보건사업은 2003년 3월에 시작되어 10월 30일까지 계획대로 종료가 이루어졌으나 방문간호 기록과 대상자관리를 위한 DB화 작업은 11월 중순에 시작할 정도로 지연되었다. 사업의 지연은 타 업무 수행으로 인한 부담감으로 기능적 관리능력이 충분히 발휘되지 못한 점 그리고 보건소 내 팀간의 행정지원 및 협조 체계 부족에 기인되었다고 볼 수 있다. 개선방안으로서는 지원조직의 개발과 팀장을 비롯한 전담 간호사와 방문보건팀원들 간에 주기적인 회합을 열어 업무수행에 관한 토의와 정보교환이 충분히 이루어져야 할 것이다.

3) 방문보건사업의 관리, 조정, 통합

보건소의 조직 구성은 전문화되고 범주화된 업무를 담당하도록 구성 되어있다. 그러나 방문 보건사업은 포괄적인 서비스 요구에 부합하기 위해 여러 부문 전문가의 협력과 연계활동에 의한 팀 접근이 요구된다. 따라서 원활한 사업 활동을 위해서는 각 팀장은 팀간의 협의체를 조직하여 사업수행과 협력 방안을 논의하고 필요시마다 협력활동이 역동적으로 이루어질 수 있도록 업무의 조정과 통합과정의 역할이 필요하다. 특히 시범사업의 경우

는 기획과정에서부터 수행과정에 이르기까지 보건소의 명료한 사업목표와 수행 방향에 대한 전체 팀의 의견수렴이 집약되어야 할 것이다. 이러한 면에서 볼 때 본 사업과정에서는 각 팀장간의 업무관련 조정과 통합을 위한 협의체가 없었으며 따라서 타 조직원으로부터 협조 및 협력관계를 구하는 것이 매우 어려웠음이 방문보건 팀의 면담을 통해 밝혀졌다. 이러한 점은 So와 Shin(1998)의 방문보건사업의 연구에서도 마찬가지로 지적되었다.

대도시 방문보건사업을 담당하고 있는 팀장과 관리담당 간호사의 경우는 사업추진을 위한 행정적 관리와 함께 현장업무를 수시로 모니터링 하고 감독을 할 수 있는 기능적 관리 능력이 무엇보다도 중요하다. 그러나 사업도중 직원간의 갈등과 담당간호사의 교체 등이 발생된 점은 상기 두 가지 측면이 미흡하지 않았나 생각된다.

방문간호 업무관리측면에서도 일반간호사와 가정전문간호사를 구분하지 않고 대상자 관리군을 담당하도록 한 것은 타당하지 않은 것으로 사료되며 따라서 차기에는 일반간호사는 증상이 경한 정기관리군을 담당하게 하고 가정전문간호사는 집중관리군을 담당하게 함으로써 직무능력에 부합되게 하는 것이 적절하다고 본다.

3. 방문보건사업의 결과(성과) 평가

1) 결과(output) 평가

지역주민의 서비스 이용도는 방문보건사업의 중간산출물(output)로 볼 수 있으므로 방문보건사업 목표에 준거하여 만성질환자 등록 관리자 수, 방문보건서비스 수혜자 수, 관절염 자조교실 이용자 수, 재활기구 대여자 수와 유형별 네트워크 구축과 의뢰건 수를 분석하였다.

(1) 만성질환자 등록 관리자수

대상자 등록 관리는 대상지역 6개 동 지역에서 기초 조사를 실시한 대상자 1,340명 중 일상생활 활동의 제한과 자기관리 능력이 부족한(복지부에서 제시한 5가지 기준에 의한) 841명이 확인되었고 이는 목표 560명 대비 50%를 초과 달성한 숫자이었다. 전체 등록된 대상자는 기존 등록 대상자 422명을 포함하여 1,263명이었으며 확인된 841명은 한사람이 2가지 이상의 질병을 보유

하고 있었으며 질병의 종류로는 관절염389명(47%),고혈압 303명(36%), 뇌졸중139명(17%), 당뇨병123명(15%) 등의 만성질환이 가장 빈도가 높았다. 그 외 질환으로는

암환자 17명(2%), 치매 56명(7%), 기타 질환자 236명(28%) 등이 등록 관리자에 포함되었으며 관리기준에 의해 1군 58명(4.5%), 2군 607명(46.8%), 3군 529명(40.8%),4군 101명(7.9%)으로 분류되었다. 상기 만성질환의 빈도는 Rhy와 Hwang(2004)의 서울시 25개 보건소의 방문보건사업 연구에서 나타난 고혈압(13.7%), 당뇨(13.4%), 뇌졸중(13.4%), 관절염(13.2%) 보다는 빈도수가 높게 나타났고 우선순위도 상이하게 나타났으나, Chin 등(2004)이 전국 14개 대도시 방문보건사업에서의 간호중재효과 평가연구에서는 관절염, 고혈압, 당뇨병 등의 순으로 나타나 본 연구결과와 일치하였다(Table 2)

(2) 방문간호 서비스제공 건 수

방문간호서비스는 기존 방문보건사업 대상자 중 422명과 신규방문보건사업 대상자 중 841명이 대상자였으며, 방문횟수 별로는 집중관리군(I)인 경우 1인당 평균 8.8회, 정기관리군(II)은 1인당 평균 5.8회, 추후관리군(III)은 1인당 평균 3.2회, 자가 관리 군(IV)은 1인당 평균 2.1회 정도 방문간호서비스를 받은 것으로 나타났으며 전체적으로는 사업기간 중 대상자 1인당 평균 4.2회의 방문간호를 받은 것으로 나타났다. 이는 Rhy와 Hwang(2004)이 조사연구 한 2002년도 방문보건사업에서 집중관리 군 2.4회, 정기관리 군 1.4회, 추후관리군 4.1회 보다는 상당히 높게 나타났으나, Chin 등(2004)의 2003년도 대도시방문보건사업 연구에서 대상자 당 평균 8.5회 정도로 나타난 결과에는 못 미치는 수준이었다(Table 3).

(3) 방문진료와 방문물리치료서비스 제공 건수

방문진료는 진료의사가 채용이 되지 못해 목표(32건)를 이루지 못하였으며 반면 5개 의료기관에서 32회 가정방문 진료서비스를 제공하였다. 방문 물리치료는 기존 대상자(135명)와 신규 대상자(109명) 중 시설 거주

(Table 2) Number of registered chronic disease clients N(%)

category	Management category				Total
	I	II	III	IV	
Registered client	30(2,38%)	485(38.4%)	616(48.8%)	132(10.5%)	1,263(100%)

(Table 3) Number of client received visiting nursing care service

category		No. of house hold (No. of client)	No. of home visiting
group I	over 1 in a week	24 (30)	263
group II	over 1 in a month	392 (485)	2,795
group III	over 1 in 2-3 month	301 (616)	1,955
group IV	over lin a 6 month	134 (132)	272
total		851 (1.263)	5,285

자 58명, 가정 내 거주자 51명 등 총 244명에게 2003년 4월부터 10월까지 6개월 간 429건의 물리치료서비스가 제공되었다. 방문물리치료는 2003년 대도시방문보건사업 시범 보건소 14개중 G 구에서 유일하게 실시한 서비스로 이에 관한 조사연구가 없어 비교는 어렵지만 지역사회 대상자들의 요구가 매우 큰 서비스의 하나로 주민의 호응도가 높았다. 대상자의 질환별 물리치료 횟수는 관절염환자 122건, 척추 질환 환자 160건, 신경계질환 환자 60건, 근 골격계질환 환자 87건으로 나타났으며 활용한 물리치료 기구별 제공 건수는 <Table 4>와 같다.

(4) 관절염 자조관리과정 이용자수

관절염환자의 신체기능향상과 질병의 진행을 지연시키고자 희망자 40명을 대상으로 1기에 20명 정원으로 각 6주간씩 총 12주 2기에 걸쳐 자조관리과정을 운영 한 결과, 6월에 실시된 1기 수료자는 24명, 10월에 시작된 2기 수료자는 14명으로 총 38명이 자조관리과정을 수료하여 소기의 목적을 달성하였다. 향후에는 관절염 관리에 그 효과가 검증된바 있는 수중운동프로그램을 운영해 보는 것도 바람직할 것이다.

(5) 재활기구 대여 건수

대상자의 자가관리 능력을 배양하고 재활의지와 동기

를 조성하고자 휠체어 등의 재활장비를 기증받아 재활기구 나눔센터를 운영하여 필요한 대상자에게 3개월간(1회 연장 가능) 재활기구를 무료 대여 실시하였다. 실적은 13종의 재활장비를 기증 받았고 총 144건을 대여하여 목표(160건)는 이루지 못하였다. 이는 장비의 부족과 홍보부족으로 기인되며 향후 보건소 자체의 장비 확충과 홍보를 통한 장비 기증 건수 증대 및 주민의 이용도도 높여야 할 것이다<Table5>.

(6) 방문보건사업의 네트워크 구축 및 의뢰 건 수

보건의료 부문의 대상자 사례관리는 우리나라의 경우 90년대 이후부터 관심이 대두되었고 최근 의료기관, 보건소, 복지관 등에서 시작하고 있으나 전문적이고 체계화된 모델은 아직 정립되지 못하였다. 미국의 경우는 보건의료비 감소와 삶의 질 향상을 위해 관리의료(managed care)개념이 도입되면서 다양한 방법으로 사례관리 방법이 적용되고 있다. 이중 community based case management는 일차의료와 예방에 초점을 맞추어 보건의료서비스를 필요로 하는 잠재 위험을 가진 지역주민을 대상으로 통합된 서비스를 제공하는 것이다.

G 구 보건소에서도 이러한 취지로 대상 노인들과 가족문제를 포괄적으로 사정하고 case conference를 통해 적절한 중재 방안을 확인하는 절차를 가졌으며 지역사회 서비스기관과 네트워크를 구축하여 서비스 의뢰를 시도

(Table 4) Number and type of physical therapy

type of disease and physical therapy						total
disease	arthritis	vertebral disease	neurologic disease	musculo-skeletal		total
number	122	160	60	87		429
type	Hot pack	Tense	Ultra sound	Exercise	Kinesio taping	total
number	416	425	382	267	286	1776

(Table 5) Number of using rehabilitation equipment

type	wheel chair	bathing chair	walker	quad cane	clutch	hot pack	bed pane	infrared light	humidifier	suction	air matt	total
number	12	8	16	15	12	52	8	12	3	3	3	144

하였다. 그러나 사례관리 실적은 미흡한 수준으로서 준비단계에서도 동 단위별 자원조사를 실시하고 유관기관과 대상자 정보 교류 및 기관간의 협약관계 수립을 통한 네트워크 구축을 시도하였으나 5개 의원 급 기관을 제외하고는 이루지 못한 것으로 나타났다. 서비스 의뢰는 <Table 6>에서 보는 바와 같이 이루어졌다. 의뢰된 서비스는 보건의료관련 총 137건, 시설서비스 7건, 복지서비스 182건으로 총 326건이었으며 이는 당초 목표(160건)에 100%를 초과 달성하였다.

본 사업에서 사례관리를 위한 조직망 구축은 미흡하였지만 5개 의료기관이 보건소와 협약 체결을 하고 의료진이 방문 진료에 참여 할 수 있었던 점은 발전적인 성과로 볼 수 있다. 지역사회 보건사업에서 사례관리를 위한 보건, 의료, 복지 서비스 연계의 장애요인은 여러 연구(Kim, 2000; Yoo, 2003)에서 지역사회의 자원부족과 조직망 부재 및 보건소의 방문간호사와 복지기관의 사회복지사 등 담당인력의 과도한 업무 부담 등으로 보고된 바 있다.

2) 성과(outcome) 평가

방문보건사업의 성과는 방문보건사업을 통해서 실제 지역주민에게 나타난 효과로 자가관리능력의 향상 정도를 측정하였고 대상자와 방문보건 팀 요원이 방문보건사업에 느끼는 만족도를 측정하여 평가하였다

(1) 방문보건사업의 효과

방문보건사업의 효과 측정은 2003년 4월말 이전 등록 관리된 422명과 2003년 신규 등록된 대상자 841명의 질병관리에 대한 자가관리 능력의 정도가(2003년 6월말부터 10월 말 기간) 향상된 대상자의 수를 파악하여 분석하였다. <Table 7>에 나타난 바와 같이 사업 시행 전 집중관리군(I)에 속한 30명이 사업 종료 후 정기관리군(II)으로 27명, 추후관리군(III)으로 3명이 이동되었으며 사업 전 정기관리군(II)에 속했던 485명중 120명이 추후관리군(III)으로, 41명이 자가 관리군(IV)으로 향상 이동되었으며 8명은 상태가 오히려 악화되어 집중관리군(I)으로 이동되었다. 사업 전 추후관리군(III)에 속한 대상자 616명에서는 30명이 자가 관리 군(IV)으로 향상되었으며 38명은 정기관리군(II)으로 저하되었고 4명은 집중관리군(I)으로 상태가 악화되었다. 자가 관리

<Table 6> Number of case referral by type

Type	service referral	Number	
health care service	hospital outpatient service	75	
	hospital admission service	19	
	laboratory exam and treatment in health care center	15	
	home care service of hospital	5	
	hospice	2	
	home visiting treatment	10	
	free dental service	11	
item total		137	
facility use	day care center	2	
	nursing home	5	
item total		7	
welfare service	counselling with social worker	12	
	job intervention	2	
	home	economical support	2
		counselling and funeral support for needy elderly	14
		119 emergency bell	10
	elderly	home helper	21
		meal, hair cut, bath	57
		funeral service facility	2
	handicapped person	handicapped person service	4
		lending medical, equipment	54
	others	support medical fee for really seen and non treatable disease	1
		disinfection	3
	item total		182
total		326	

군(IV)에서는 7명이 정기관리군(II)으로, 13명은 추후관리군(III)으로 저하되었다. 따라서 방문보건사업으로 관리군이 상향된 대상자 수는 221명(17.5%)이었으며 오히려 상태가 저하된 대상자는 14명(1.1%)으로 나타났다. 전체 대상자 중 자가관리가 가능하게 된 수는 71명(5.62%)으로 전체 대상자 수에 비해 적은 수이나 대상자들이 65세 이상 노인과 장애인들로서 상태 변화가 4개월간에 크게 변화를 기대하기는 어렵다는 점을 감안한다면 의의가 있다고 생각된다. 그리고 전출이나 사망으로 퇴락한 대상자는 전체 74명으로 나타났다.

(2) 대상주민의 만족도

대상자들의 방문보건서비스에 대한 만족도는 문제해결의 신속성, 간호기술의 능숙성과 예의 친절 등의 문항을 3점 척도로 측정된 결과 전반적인 만족도는 비교적 높게(평균 2.97±0.17) 나타났으며, 특히 친절하고 예의바른 태도(평균 2.96±0.19)와 궁금한 사항에 대한 충분한 설

명(평균 2.88±0.38)을 잘해준 것에 대해 비교적 만족도가 높게 나타났다(Table 8).

(3) 방문보건담당 팀의 만족도

방문보건 담당 팀(9명)의 업무 만족도는 의사결정, 대인관계, 가용시간, 자원활용 측면으로 나누어 3점 척도로 조사한 결과 담당하고 있는 방문보건 업무활동이 중요하다고 인식하고 있었으며(2.89±0.33), 서비스 제공으로 대상자들의 삶의 만족도가 향상되었다고 인식함으로써(2.89±0.33) 자신들의 업무활동에 대한 만족도는 높은 것으로 나타났다. 그러나 업무 수행 중 이동이나, 기록과 보고서 작성에 소비하는 시간에 대한 점(1.11±0.33)과 직접간호시간에 대해서는 만족도가 낮게 나타났다(2.11±1.05). 직접간호시간 부족은 So와 Shin(1998), Ryu와 Hwang(2004)의 연구에서도 지적된 점으로 대부분의 보건소 요원들이 업무 과다로 인해 당면하고 있는 문제점으로 보인다. 그 외 낮은 만족도를

<Table 7> Change of management status of client (2003, 10, 31)

category	Beginning Point of the HHC		End point of the HHC				
			I	II	III	IV	discharge
registered client	I	30		27	3		
	II	485	8	272	120	41	44
	III	616	4	38	525	30	19
	IV	132		7	13	101	11
	total	1263	12	344	661	172	74

<Table 8> Degree of satisfaction of home health care (n=104)

characteristics		N(%)	M(SD)
general satisfaction	dissatisfied	3(2.9)	2.97(0.17)
	moderate	21(20.2)	
	quite satisfied	80(76.9)	
fastness of * problem solving	dissatisfied	8(14.5)	2.56(0.74)
	moderate	8(14.5)	
	quite satisfied	39(71.0)	
competence skill and enough nursing care	dissatisfied	4(3.8)	2.62(0.56)
	moderate	32(30.8)	
	quite satisfied	68(65.4)	
explanation for question*	dissatisfied	2(2.1)	2.88(0.38)
	moderate	7(7.4)	
	quite satisfied	100(96.2)	
kindness and polite manner	dissatisfied	0(0.0)	2.96(0.19)
	moderate	4(3.8)	
	quite satisfied	100(96.2)	
giving any help for asking *	dissatisfied	63(63.7)	1.69(0.93)
	moderate	4(4.0)	
	quite satisfied	32(32.3)	

* : missing 제외

보인 항목은 방문보건활동에 필요한 물품은 부족하지 않으나, 기타 문제해결에 필요한 가용자원의 부족으로 방문활동의 효과를 기하기가 어렵다는 점(1.11±0.33)이었다. 업무수행에 필요한 의사결정이나, 방문보건사업팀원들끼리 서로 돕는 분위기 형성에 대해서는 보통 정도(2.00± 0.71)의 만족도를 나타냈으며, 팀원간의 충분한 토의 기회에 대해서도 만족도가 낮게 나타났다(1.89± 0.78)<Table 9>.

IV. 결론 및 제언

본 연구는 2003년도 3월부터 10월 말까지 실시한 인천광역시 1개 대도시 방문보건사업에 대한 평가 연구로 방문보건사업에 투입된 노력, 과정 성과를 기준 지표에 의해 분석한 서술적 평가연구이며 결과는 다음과 같다.

1. 방문보건사업의 투입요소

투입요소 중 만성질환을 가진 취약계층 노인과 장애인을 대상으로 보건, 의료 및 복지서비스를 통합적으로 제공하여 자기관리 기능과 삶의 질 제고를 하고자했던 연구대상 보건소 방문보건사업의 목적과 세부 목표는 그 필요성이 이미 문헌에서 지적되었고 우리나라 대도시 방문보건사업의 정책 과 해당 보건소 지역보건의료계획(2002)에 제시된 보건사업 우선순위와도 부합함으로써 합리적이며 적절하고 적합한 목적과 목표가 설정된 것으로 볼 수 있었다. 사업 수행을 위한 담당인력의 확보와 인력개발 목표는 진료의사 확보계획을 제외하고 가정전문간호사 3명과 물리치료사 1인이 계획대로 채용되었다. 팀 요원의 자질개발을 위해 실시한 교육은 양적으로 계획된 시간을 충족시키지 못하였으나 교육의 내용은 긍정적으로 평가되었다. 방문보건사업 예산은 인건비가 50%

<Table 9> Satisfaction of home health care team

item	class	N(%)	M(SD)
Do you think that present ongoing home health care activity is important?	yes	8(88.9)	2.89(0.33)
	moderate	1(11.1)	
	not at all	0(0.0)	
Is it appropriate number to visit home daily?	yes	5(55.6)	2.22(0.97)
	moderate	1(11.1)	
	not at all	3(33.3)	
Is there enough time to give direct nursing care at home?	yes	5(55.6)	2.11(1.05)
	moderate	4(44.4)	
	not at all	0(0.0)	
Is there appropriate time to spend recording nursing note?	yes	1(11.1)	1.33(0.71)
	moderate	1(11.1)	
	not at all	7(77.8)	
Is there enough resources available to solve problem?	yes	0(0.0)	1.11(0.33)
	moderate	1(11.1)	
	not at all	8(88.9)	
Is there enough equipment to use home health care?	yes	6(66.7)	2.56(0.73)
	moderate	2(22.2)	
	not at all	1(11.1)	
Do you make decision by your self during home health care activity ?	yes	3(33.3)	1.89(0.93)
	moderate	2(22.2)	
	nor at all	4(44.4)	
Is there enough time to discuss about home health care?	yes	2(22.2)	1.89(0.78)
	moderate	4(44.4)	
	not at all	3(33.3)	
Is there any helping atmosphere between team members?	yes	2(22.2)	2.00(0.71)
	moderate	5(55.6)	
	not at all	2(22.2)	
Do you think that quality of client's life is enhanced?	yes	8(88.9)	2.89(0.33)
	moderate	1(11.1)	
	not at all	0(0.0)	

나 소요되었으며 실제 운영비는 예산의 20% 정도로 미흡하게 운영되었고 운영비 지급이 지역 동 별로 형평성이 결여된 점이 나타났다. 방문보건사업을 위한 지원조직의 개발은 전담조직과 지원조직이 없었고 가족보건계에서 기존보건사업(모자보건사업)에 추가 업무로 관리되었다.

2. 방문보건사업의 과정

방문보건사업의 대상자 확인은 2003년 4월30일부터 6월 30일 까지 6개동 지역에서 이루어졌으며 당초계획 5,000명보다 적은 947가구 1,340명(26.8 %)으로 목표는 달성하지 못하였다. 방문보건사업의 진행정도는 전반적으로 계획보다 지연되었으며 특히 방문간호기록과 대상자관리를 위한 서식작업과 DB화 작업이 매우 지연되었다. 방문보건사업의 과정에서 관리, 조정, 통합기능은 방문보건사업을 위한 지원조직의 부재와 과다 업무 및 관리 능력 부족으로 적절하고 적합하게 이루어지지 못하였다

3. 방문보건사업의 결과

만성질환자의 등록 관리자 수는 목표560명보다 2 배 이상 많은 (기존 대상자 포함)1,263명을 등록관리 하였다. 등록관리자의 방문간호서비스 횟수는 집중관리군(I) 8.8회, 정기관리군(II) 5.8회, 추후관리군(III)이 3.2회, 자가관리군(IV)이 2.1회로 나타났다. 방문물리치료는 244명(76.2%)에게 5가지 물리치료 기기를 활용하여 1,776회의 물리치료를 제공하였으나 대상자 목표 320명은 달성하지 못하였다. 관절염 자조교실 이용자 수는 계획보다 2명이 부족한 38명이 2기에 걸쳐 자조교실과정을 수료하였고 재활기구 대여자수는 13종의 재활 장비를 활용하여 144(87.5%)건 대여를 실시하여 목표량(160건 대여) 에는 미달하였다. 서비스 네트워크 구축은 5개 의료기관과의 정식 협약관계를 수립하였고 서비스의뢰는 목표(160건)보다 2배 초과한 326건을 달성하였다. 대상자의 자기관리 기능 향상 변화는 1군에서 30명, 2군에서 161명, 3군에서 30명이 상태가 향상되었으며 자가관리가 가능해진 대상자는 71명으로 5.6%에 이르렀다. 방문보건사업에 의한 대상주민의 삶의 질 향상에 대해 소수 인원이 응답하였으나 만족도는 2.89±0.33으로 높게 나타났으며 예의바르고 친절한 태도(2.96±0.19),궁금한

사항에 대한 충분한 설명(2.88±0.38)에 대해 만족도가 높게 나타났다. 방문 보건 팀 요원은 방문보건 업무활동의 중요성은 인식(2.89±0.33)하고 있었으나 방문보건활동을 위한 물품(1.11±0.33), 간호제공 시간부족(1.33±0.71) 등에 대해 만족도가 낮게 나타났다.

이상의 연구결과를 기초로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

1. 방문보건사업을 위한 전담조직이 필요하다.
2. 방문보건 팀원의 업무 담당에 필요한 충분한 관리능력과 교육 및 훈련과정이 필요하다.
3. 지역사회 대상자들의 요구가 높은 보건, 의료, 복지 서비스가 통합적으로 제공될 수 있도록 사례관리 기능이 강화되어야 한다.

References

- Aday, L. A. ,Begley, C. E. , Lairson, D. R. Slater, C. H. (1998). *Evaluating the health care system*. Health Administration Press Chicago, illinois.
- Chin, Y. R., Lee, I. S., Chang, H. S. (2004). Analysis of the Effects and Nursing Intervention of Home Health Care in Public Health Centers. *The Journal of Korean Community Nursing*, 15(3), 353-364.
- Kaye, L. W. (1992). *Home Health Care*. SAGE publications.
- Kim, Y. S. (1984). *A Study of Noninstitutional Long-term Care for the Elderly : Factors Affecting Access to Services*. Thesis of MPH, Graduate School of Public Health, University of Pittsburgh.
- Kim, B. S. (2000). *A Study on Activation Plan of Home Visiting Nursing Service*. Donguk University, Cheonan.
- Kim, S. S. (2001). Development of community health nursing service model- based on the visiting nurses project in Seoul, Kyounggi, and Kangwon Area *The Journal of Korean Community Nursing*, 12(2), 361-374.
- Korea Institute for Health and Social Affairs

- (1998). *Research on People Health and Nutrition State*, Seoul.
- Korea Institute for Health and Social Affairs (2002). *Research on People Health and Nutrition State*, Seoul.
- Lee, H. J., Kim, C. M., Yun, S. N. (1998). A Study of reorientation of home care services at community, *The Journal of Korean Community Nursing*, 9(1), 163-180.
- Ministry of Health and Welfare (2002). *Yearbook of health and welfare statistics*.
- McClymont, M. Thomas, S., Denham, M. J. (1991). *Health visiting and elderly people*, Churchill Livingstone.
- Rice, R. (1992). *Home health nursing practice: Concepts & Application*, Mosby year book, Inc..
- Park, S. A., Pa기, J H, Yun, S. N., Lee, I. S. (2001). An evaluative study of community based health promotion project, *The Journal of Korean Community Nursing*, 12(2), 532-546.
- Park, J. H, Yun, S. Y, Kim, M.J, Han, K. J, Hong, K. J., Park, S. A, Whang, N. M., Hoe, J. S. (2002). Discussion on expansion and establishment of home nursing care, *Journal of Korean Academy of Nursing*, 32(6), 855-865.
- Regional Health Care center Planning (2003-2006) in *Geyoung Gu, Incheon metropolitan City(2003-2006)*.
- Ryu, H. S. (2001). The effects on home visiting nursing service for community based disabled persons, *Journal of Korean Academy of Nursing*, 31(6), 1098-1108.
- Ryu, H. S, Park, E. S., Park, .Y. J., Han, K. S., Lim, J. Y. (2003). A workload analysis of a visiting nursing service based on a health center in Seoul, *Journal of Korean Academy of Nursing*, 33(7), 1018-1207.
- Ryu, H. S., Hwang, R. H. (2004). A study on the status and policy issues of visiting nursing programs at public health centers in urban Areas, *The Journal of Korean Community Nursing*, 15(1), 67-75.
- SO, A. Y. Shin, E. Y. (1998). A study on the job satisfaction of visiting nurses of public health centers in Korea, *The Journal of Korean Community Nursing*, 9(2), 262-279.
- Veney, E., Kaluzny, A. D., *Evaluation & decision making for health services*. 3rd Edition, Health Administration Press.
- Yoo, I. Y. (2003). A study on link of health and welfare service and barriers' factors of visiting nurses and social welfare workers, *Journal of Korean Academy of Nursing* 33(1), 113-121.

- Abstract -

Evaluation Study of Home Health Care Program Operated in G Public Health Center

Kim, Young Sook* · Kim Myung Soon**

Purpose: The purpose of this study was to evaluate the achievements of the project, and also to find out its strengths and weaknesses.

Method: This evaluative study employed system theory and analytic techniques by using criteria which were relevance, appropriateness, adequacy, progress, effectiveness and satisfaction for input, process, output, and outcome of program. Study subjects were participants in the home health care program implemented in G public health center in Incheon metropolitan city in 2003.

Results: Input factors including recruitment personnel, and support organization development were not adequately met for the program. However, the goal and objectives of the project

* Gachon Medical School, Graduate School of Nursing

** Department of Nursing, Gachon Gil College

were really appropriate for the community needs as well as government's policy. For the Process evaluation, home health care record form and computer data base had not progressed as scheduled, but overall program activities were finished on time. However, cooperation between organizations in the health center during service activity were not supportive. Managerial ability of program charged personnel about coordination and integration of team members was not affirmative. Output and outcome evaluation showed that people improved self care ability were 221 (17.5%), and 71 (5.62%) of subjects

were moved into category of possible self-care. Client's satisfaction for this project showed a high degree. **Conclusions:** Based on the above results support organization and staff personnel for this program should be developed. Also, a community network of resources should be established and case management services should be focused continuously in community based home health care.

Key words : Public health center, Home healthcare