

방문보건사업 평가지표 개발

장현숙, 이태범[†], 남소영, 진영란
한국보건산업진흥원 의료산업단 고령보건산업팀

<Abstract>

Development of Performance Indicators in Public Health Center Based Home Healthcare

Hyun-Sook Chang, Tae-Bum Lee[†], So-Young Nam, Young-Ran Chin
Department of medical Industry Korea Health Industry Development Institute

The purpose of this study is to develop performance indicators for quality of public health center based home healthcare through the study the major factors of registered weaken poorly residents in the community based home healthcare.

Various literature review was conducted to study the performance indicators for quality of public health center based home healthcare of advanced countries and Korea.

Mail survey was conducted from national wide PHC(public health centers), sub health centers and primary health care posts. of the surveys mailed, 2,293 centers(67%) were returned within the allotted and we included in the analysis these who completed the questionnaire.

Data was analysed by SPSS for windows 12.0.

The major results of the research were as follows;

Firstly, major factors of registered weaken poorly residents in the community based home healthcare in the multivariate analysis were jurisdictional families per manpower(OR:0.78, 95%CI:0.64-0.94, P=0.011), weaken poorly families per manpower(OR:

* 접수 : 2006년 6월 29일, 심사완료 : 2006년 12월 4일

* 본 연구는 보건복지부에서 주관하는 국민건강증진기금에 의해 수행되었음.

† 교신저자 : 이태범, 한국보건산업진흥원 (02-2294-7458, metode27@khidi.or.kr)

0.42, 95%CI:0.35-0.50, $P<0.001$), business vehicles per manpower(OR:1.13, 95%CI:1.04-1.24, $P=0.007$) type of public health center(OR:4.42, 95%CI:3.32-5.90, $P<0.001$), region of public health center(OR:0.53, 95%CI:0.32-0.89, $P=0.017$).

Secondly, performance indicators for quality of public health center based home healthcare were developed as basic investigation, registration, intervention and discharge level.

Preparing for Activation of public health center based home healthcare in Korea, the result application as follows is possible.

Firstly, we can conclude that the major factors of registered weaken poorly residents in the community based home healthcare are jurisdictional families per manpower, weaken poorly families per manpower, type of public health center, region of public health center, business vehicles per manpower.

Secondly, the new developed performance indicators which are divided into basic investigation, registration, intervention, discharge for public health center based home healthcare could be applied it for improving quality of home healthcare services.

Key Words : Public healthcare center, Home healthcare, Performance indicators, Registered weaken poorly residents

I. 서 론

우리나라의 2005년 합계출산율은 1.08명으로 OECD 회원국 중 최저수준이며, 고령화는 세계에서 가장 빠른 속도로 진행되어 2000년 고령화 사회에서 2018년 고령사회, 2028년 초고령 사회로의 진입이 예상된다. 또한 노인 1명에 대한 생산가능인구의 부양부담은 2005년 8명, 2020년 4.6명, 2050년 1.4명으로 급증할 것으로 예상되어 인구 고령화로 인한 노인에 대한 연금·의료 등 사회적 부양부담 급증과 함께 재가요양서비스의 수요도 증가될 것으로 예상된다. 또한, 만성퇴행성질환(관절질환, 뇌졸중 등) 유병률의 증가와 산업화 급진전과 도시화 추세에 따른 중도장애 발생의 증가로 장애인구의 급속한 증가추세 또한 재가요양서비스의 수요 증가의 원인을 제공하고 있으며, 현재 우리나라의 장애인은 약 150만명으로 추정되며, 이중 지역사회에 거주하고 있는 재가장애인은 약 140만명으로 전체 장애인의 약 97%에 달한다(한국보건사회연구원, 2001).

재가요양서비스는 수혜자가 가정에 머물러 있고 서비스 제공자가 밖으로부터 와서 서비스를 제공하는 것으로서 가정봉사원 파견서비스, 주간보호, 단기보호, 의료기관 가정간호, 방문보건서비스 등으로 분류할 수 있다(한국보건산업진흥원, 2006)

방문보건서비스와 의료기관 가정간호, 노인요양시설 등 대체서비스와의 비용 비교시 방문보건서비스가 가장 적은 비용이 소요되는 것으로 조사되었고(이태화, 2004), 단기보호 및 주간보호사업은 서비스의 내용, 전달체계, 재정 및 전문인력의 영세성으로 서비스 내용의 대부분이 단순보호 수준에 머물러 있어(김한곤, 2003), 방문보건사업이 비교적 효과적인 재가요양 서비스라고 할 수 있다.

또한 2001년도 국민건강·영양조사에 따르면 만성질환 유병자율은 46.2%로 1995년보다 약 16% 증가하였으며, 연간 만성질환 유병자율은 연령과 함께 증가하여 60세 이후에는 연간 유병자율이 전체의 80%를 차지하고 있어, 방문보건사업의 업무 중 하나인 만성질환 관리의 필요성도 증가하고 있다.

그러나 2001년 이후에는 전국 보건소를 대상으로 한 인력확보율, 전담부서 현황 등 기본적인 상황조차 파악한 연구가 이루어진 바 없고, 방문보건사업이 지방 이양된 현 시점에서는 방문보건사업에 대한 주기적 실태파악 및 사업활성화를 위한 평가지표에 대한 연구가 필요한 상황이다.

방문보건사업의 질 관리를 위하여 시도는 보건소를, 보건소는 보건지소 및 보건진료소의 방문보건사업을 년 1 회 이상 지도 감독하고, 그 결과를 보고하도록 하고 있으나(보건복지부, 2004), 평가결과가 공표된 바 없어 수행여부가 불투명하고, 방문보건사업의 현황 파악자료도 활용되지 못하고 있는 실정이다. 또한 평가를 용이하게 하기 위해 주로 구조적인 평가와 사업실시 여부로만 과정을 평가하고 있어 시도 및 보건소의 평가를 통한 방문보건사업의 질 향상에는 한계가 있다. 따라서 방문보건사업에 대한 주기적 실태파악을 위한 평가지표가 더욱 필요한 상황이다.

현재 전체 국민의 3.2%, 노인의 10.1%가 국민기초생활수급권자로 빈곤층 비율이 높으며, 최저 생계비의 120%에 못 미치는 차상위 계층은 632만 명으로, 현재 기초생활수급자 135~140만명의 4.5~4.7배에 달하는 것으로 추산하고 있다(한국보건사회연구원, 2001).

또한 건강보험료 체납문제는 심각한 수준으로 지역가입자 830만 가구의 22%에 해당하는 186만 가구가 3개월 이상 보험료를 체납해 보험급여가 중단되어 결국 상당수의 차상위계층은 의료급여에서도 건강보험에서도 배제된 채, 최소한의 건강보장에서 제외된 상태이다(김창엽, 2001). 따라서 취약계층의 지리적, 경제적 접근성문제를 해결하기 위한 방안으로 공공보건의료의 강화가 필요하며, 특히 대상자 방문을 통한 관리사업으로서, 가장 적극적인 공공보건의료사업이라고 할 수 있는 방문보건사업의 활성화가 지역사회 빈곤층에게 절실히 필요

한 상황이다.

또한 방문보건사업의 대상은 관할지역 주민 중 국민기초생활수급가구 및 차상위계층(건강보험료 부과등급 50%이하 또는 실제소득이 현 최저생계비의 120%미만)이면서 거동이 불편하거나 건강문제를 가진 가족 및 가구원을 대상으로(보건복지부, 2006) 하고 있어, 일반주민보다 취약계층 주민을 주요 대상으로 하고 있으므로, 방문보건사업의 주대상인 취약계층의 등록관리에 영향을 주는 요인을 파악하여 방문보건사업 평가지표 개발에 활용할 필요가 있다.

따라서 인구 고령화 및 질병구조의 변화 등으로 보건의료환경이 급변하고 있는 상황 속에 보건소 방문보건사업의 기능·역할 재정립과 사업의 질적 수준 향상을 위한 효율적인 방문보건사업 평가지표 개발을 위하여 본 연구를 시행하였다.

II. 방 법

1. 연구대상

방문보건사업의 평가지표를 개발하기 위해서 가정간호 결과중심 질관리평가도구 OASIS (Outcome and Assessment Information Set), JCAHO(Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations)의 가정간호신임매뉴얼(Comprehensive Accreditation Manual for Home Care)의 표준(standards), 호주 HACC 평가·성과지표 등 선진외국의 가정·방문간호 질 평가도구들을 고찰하고 검토하였고 시도별 관계기관 담당 공무원, 현장 보건소의 소장, 과장 등으로 활동하고 있는 지역보건 관련 전문가, 학계 전문가(간호학, 사회복지학, 예방의학 등) 및 민간전문가(의료기관 가정간호 부서 책임자 등) 38명에게 전자설문을 통해 방문보건사업 평가 지표에 대한 의견조사를 실시하였고, 회신에 응답한 24명의 설문지를 연구대상으로 하였다.

전국 보건소의 방문보건사업 현황 및 방문보건사업 취약계층 등록관리를 파악을 통하여 평가지표를 개발하기 위해 전국의 248개 보건소, 1,273개 보건지소, 1,901개의 보건진료소에 설문지를 배포하여 총 3,422개소에 설문지를 발송하였고, 그 중 설문지가 취합된 곳은 보건소 197개소, 보건지소 829개소, 보건진료소 1,267개소로 총 2,293개소(67%)였다. 그 중 답변이 완료된 2,291개소의 설문지 중에 보건소와 보건지소는 전수를 조사하고 보건진료소는 설문지 완료되었으나, 응답내용이 분석에 부족하거나 부적절한 자료를 제외한 422개소의 자료를 추출하여 총 1,448개소(42.3%)의 설문지를 최종 연구대상으로 확정하였다. 설문 응답자의 평균 연령은 43.5세였고 직급은 주로 방문보건 담당자였으며, 직책은 주로 간호직과 보건직이었다. 자료는 2005년 11월부터 2006년 1월 사이에 수집되었다.

2006년 1월 현재 전국의 보건소는 총 248개소가 있으며, 유형별로는 특별시형 5개소, 광역시형 44개소, 도시형 45개소, 도농통합형 46개소, 농촌형 71개소, 보건의료원형 17개소로 구분되어 있으나 연구의 편의상 보건소의 유형을 대도시형 보건소, 중소도시형보건소, 농촌형 보건소, 보건지소, 보건진료소의 5개 단위로 구분하였다.

2. 연구방법

방문보건사업의 평가지표를 개발하기 위해서 선진외국과 국내의 성과평가 시스템을 검토하였으며, 전문가 의견조사시 현재수준(현재 가능한 방문보건사업 수준)과 활성화 기대수준(방문보건사업 활성화를 위한 기대수준)으로 구분하여, 방문보건사업에 필요한 평가 지표를 조사하여 기초조사, 등록, 중재, 퇴록 등 단계별 평가 지표를 개발하였다.

방문보건사업 취약계층 등록관리율을 파악하기 위하여 설문지의 응답내용 중 보건소의 관할취약가구 중 방문보건사업을 통해 등록관리되고 있는 취약가구의 비율을 취약계층 등록관리율로 간주하였다.

방문보건사업 취약계층 등록관리율의 영향요인을 파악하기 위하여 조사내용을 토대로 전산화비율, 전체 업무중 방문보건 업무 비율, 방문보건인력당 관할가구, 방문보건인력당 기초조사가구, 방문보건인력당 취약계층가구, 방문보건인력당 전용차량수, 보건소 유형, 전체예산 중 방문보건 예산 비율, 방문보건인력에 대한 지원금, 보건소 소재지, 방문보건 인력의 고용형태, 가정방문 인력구성, 담당인력 중 간호사의 비율 등 13개의 항목을 대상으로 분석하였다.

방문보건사업 취약계층 등록관리율 영향요인의 분석은 취약계층의 등록관리율을 종속변수로 하고, 관련요인 13개 항목을 독립변수로 하여 logistic regression을 통하여 단변량 분석 및 다변량 분석을 실시하였다. 전산화비율, 전체 업무중 방문보건업무비율, 방문보건인력당 관할가구, 방문보건인력당 기초조사가구, 방문보건인력당 취약계층가구, 방문보건인력당 전용차량수, 전체예산 중 방문보건예산비율, 방문보건인력에 대한 지원금, 담당인력 중 간호사의 비율은 수의 증가에 따른 연관성을 측정하였고, 보건소 유형은 대도시형 보건소, 중소도시형 보건소, 농촌형 보건소, 보건지소 보건진료소의 순서로, 보건소 소재지는 특별시, 광역시, 시·도의 순서로, 방문보건 인력의 고용형태는 정규직과 비정규직 순서로, 가정방문 인력구성은 간호사만 방문, 간호사와 타인력 방문 순서로 연관성을 측정하였다.

3. 자료분석

방문보건사업에 필요한 평가지표를 파악하기 위하여, 전문가 설문응답항목별로 응답률에

따른 합의물을 제시하였고, 그 내용을 토대로 하여 기초조사, 등록, 중재, 퇴록 등 서비스 제공단계 별로 목표를 설정하고 지표를 제시하였다.

방문보건사업 평가지표 개발을 위하여 방문보건사업 취약계층 등록관리율의 영향요인들을 파악하였으며, 이를 위하여 logistic regression을 실시하여 OR(Odds ratio)과 95% 신뢰구간을 구하였다.

혼란변수를 고려하기 위하여 단변량분석에서 사용된 변수들을 다변량분석에서도 모두 고려하였으며, 변수들간의 상호작용과 다중공선성을 고려하기 위하여 변수선택방법은 stepwise 방법을 사용하였다.

수집된 자료는 SPSS for Windows 12.0을 이용하여 분석하였고 유의수준 5%하에서 판단하였다.

III. 결 과

1. 조사대상의 구성

방문보건사업에 필요한 평가지표 파악을 위한 조사대상자는 보건소 근무자가 54.2%로 가장 많았고, 학계(33.3%), 시도공무원(12.5%) 순으로 구성되었다.

방문보건사업 평가지표를 개발하기 위해 파악한 방문보건사업 취약계층 등록관리율 영향요인의 조사대상은 보건기관 1,448개소 중, 대도시형 보건소가 44개소(3.0%), 중소도시형 보건소가 84개소(5.8%), 농촌형 보건소가 68개소(4.7%), 보건지소가 829개소(57.3%), 보건진료소가 422개소(29.1%)로, 보건지소가 다수를 차지하고 있었고, 보건소가 196개소(13.5%)로 가장 적은 수를 차지하고 있었다.

지역별로는 경남지역이 243개소(16.8%)로 다수를 차지하고 있었고, 대구지역이 4개소(0.3%)로 가장 적은 수를 차지하고 있었다.(Table 1)

2. 취약계층 등록관리율 영향요인 단변량 분석

보건소의 방문보건사업 내용 중에서 관할지역내의 전체 취약계층 가구 중에서 보건소의 방문보건사업의 관리대상으로 등록되어 있는 가구의 비율을 방문보건사업의 중요한 실적으로 간주하여, 이에 영향을 미치는 요인들을 취약계층 등록관리율 영향요인으로 간주하였다.

취약계층 등록관리율과 관련된 요인들은 조사된 설문항목 중 전산화비율, 전체 업무중 방문보건 업무 비율, 방문보건 담당인력당 관할가구, 방문보건 담당인력당 기초조사가구, 방문

〈Table 1〉 Composition of surveyed public health centers(PHCs)

(unit : number, %)

Region	PHCs in metropolitan cities	PHCs in middle cities	PHCs in rural area	Sub health centers	Primary health care posts	Total
Seoul	14(1.0)	0	0	0	0	14(1.0)
Busan	15(1.0)	0	1(0.1)	8(0.6)	5(0.3)	29(2.0)
Daegu	4(0.3)	0	0	0	0	4(0.3)
Incheon	1(0.1)	0	0	14(1.0)	1(0.1)	16(1.1)
Gwangju	0	0	0	0	9(0.6)	9(0.6)
Daejeon	5(0.3)	0	0	5(0.3)	8(0.6)	18(1.2)
Ulsan	5(0.3)	0	0	12(0.8)	5(0.3)	22(1.5)
Gyeonggi	0	36(2.5)	5(0.3)	81(5.6)	43(3.0)	165(11.4)
Gangwon	0	7(0.5)	12(0.8)	76(5.2)	73(5.0)	108(7.5)
North Chungcheong	0	4(0.3)	10(0.7)	72(5.0)	16(1.1)	102(7.0)
South Chungcheong	0	9(0.6)	8(0.6)	152(10.5)	43(3.0)	212(14.6)
North Jeolla	0	5(0.3)	3(0.2)	90(6.2)	15(1.0)	113(7.8)
South Jeolla	0	7(0.5)	14(1.0)	152(10.5)	50(3.5)	223(15.4)
North Gyeongsang	0	1(0.1)	4(0.3)	38(2.6)	10(0.7)	53(3.7)
South Gyeongsang	0	13(0.9)	10(0.7)	117(8.1)	103(7.1)	243(16.8)
Jeju	0	2(0.1)	2(0.1)	12(0.8)	41(2.8)	59(4.1)
Total	44(3.0)	84(5.8)	68(4.7)	829(57.3)	422(29.1)	1,448

보건 담당인력당 취약계층가구, 방문보건인력당 전용차량수, 보건소 유형, 전체예산 중 방문보건 예산 비율, 방문보건담당인력에 대한 지원금, 보건소 소재지역, 방문보건 담당인력의 고용형태, 가정방문 인력구성, 방문보건 담당인력 중 간호인력의 비율 등 13개의 항목을 대상으로 분석하였다.

취약계층 등록관리를 영향요인을 logistic regression을 이용하여 단변량 분석으로 분석한 결과는 Table 2에 제시되어 있다.

<Table 2> Univariate analysis of effective factors on registered weaken poorly residents in home health care

	OR	95% CI	P value
Visiting workers	1.74	1.38-2.21	<0.001
Task proportion of home health care	1.12	0.97-1.29	0.114
Jurisdictional families per manpower	0.69	0.62-0.77	<0.001
Basic investigated families per manpower	0.84	0.77-0.92	<0.001
Weaken poorly families per manpower	0.67	0.61-0.74	<0.001
Business vehicles per manpower	1.04	0.98-1.10	0.238
Type of public health center	1.78	1.54-2.04	<0.001
Proportion of home health care budget	1.10	0.91-1.34	0.316
Subsidies	1.05	0.96-1.15	0.281
Region	0.88	0.64-1.23	0.460
Nurse proportion	0.91	0.85-0.98	0.009
Computerization	1.68	1.35-2.07	<0.001
Type of employment	2.16	1.75-2.66	<0.001

분석에 사용된 항목 중 통계적으로 유의성을 나타낸 항목들은 가정방문 인력구성 (P<0.001), 방문보건인력당 관할가구(P<0.001), 방문보건인력당 기초조사가구(P<0.001), 방문 보건인력당 취약계층 가구(P<0.001), 보건소 유형(P<0.001), 방문보건인력 중 간호사의 비율 (P=0.009), 전산화비율(P<0.001), 방문보건 담당인력의 고용형태(P<0.001)등의 8개 요인이 취약계층 등록관리를 영향요인으로 조사되었다.

방문보건사업 취약계층 등록관리를 영향요인 중 가정방문 인력구성은 가정방문시 간호사만의 방문보다 간호사와 타직종의 인력이 동반 방문시, 취약계층 등록관리가 양호한 것으로 나타났으며(OR:1.74), 방문보건인력당 관할가구(OR:0.69), 기초조사가구(OR:0.84), 취약계층 가구(OR:0.67)의 OR은 모두 1 이하로, 방문보건담당인력에 비해 해당지역의 관할가구, 기초조사가구, 취약계층 가구 수가 적을수록 취약계층 등록관리가 양호한 것으로 나타났다.

또한 대도시형 보건소와 중소도시형 보건소보다, 농촌형 보건소, 보건지소, 보건진료소 등의 방문보건사업 취약계층 등록관리가 양호한 것으로 나타났고(OR:1.78), 방문보건담당인력 중 간호사가 차지하는 비율이 낮고(OR:0.91), 전산화 되어 있는 비율이 높을수록(OR:1.68) 취약계층 등록관리가 양호한 것으로 나타났다.

방문보건 담당인력의 고용형태에 따라서는 상용직, 계약직, 일용직 보다 정규직의 비율이 높을수록 방문보건사업 취약계층 등록관리가 양호한 것으로 나타났다(OR:2.16).

3. 취약계층 등록관리율 영향요인 다변량 분석

방문보건사업 취약계층 등록관리율 영향요인을 logistic regression을 이용하여 다변량 분석으로 분석한 결과는 Table 3에 제시되어 있다.

분석에 사용된 항목 중 통계적으로 유의성을 나타낸 항목들은 방문보건인력당 관할가구 ($P<0.011$), 방문보건인력당 취약계층 가구($P<0.001$), 방문보건 인력당 전용차량수($P=0.007$), 보건소 소재지역($P=0.017$), 보건소 유형($P<0.001$)등의 5개 요인이 방문보건사업 취약계층 영향요인으로 나타났다.

방문보건사업 취약계층 등록관리율 영향요인 중 방문보건인력당 관할가구가 적을수록 취약계층 등록관리율이 양호한 것으로 나타났고(OR:0.78), 또한 방문보건인력당 취약계층 가구가 적을수록 취약계층 등록관리율이 더욱 양호한 것으로 나타났다.(OR:0.42)

방문보건사업차량의 경우에는 방문보건인력당 방문보건사업을 위한 전용차량의 수가 많을수록 방문보건사업 취약계층 등록관리율이 양호한 것으로 나타났다.(OR:1.13)

또한 대도시형 보건소와 중소도시형 보건소보다, 농촌형 보건소, 보건지소, 보건진료소 등의 취약계층 등록관리율이 양호한 것으로 나타났고(OR:4.42), 보건소 소재지역으로 구분하였을 경우에는 특별시, 광역시 지역보다 시,도 지역의 방문보건사업 취약계층 등록관리율이 양호한 것으로 나타났다(OR:0.53).

<Table 3> Multivariate analysis of effective factors on weaken poorly residents in health care

	OR	95% CI	P value
Visiting workers	1.36	0.99-1.86	0.055
Jurisdictional families per manpower	0.78	0.64-0.94	0.011
Weaken poorly families per manpower	0.42	0.35-0.50	<0.001
Business vehicles per manpower	1.13	1.04-1.24	0.007
Type of public health center	4.42	3.32-5.90	<0.001
Subsidies	1.11	0.99-1.26	0.080
Region	0.53	0.32-0.89	0.017
Type of employment	1.35	1.00-1.82	0.050
Nurse proportion	1.08	0.99-1.18	0.095

4. 방문보건사업에 필요한 평가 지표

방문보건사업에 필요한 평가 지표를 조사하기 위하여 시도별 관계기관 담당 공무원, 현장 보건소의 소장, 과장 등으로 활동하고 있는 지역보건 관련 전문가, 학계 전문가(간호학, 사회복지학, 예방의학 등) 및 민간전문가(의료기관 가정간호 부서 책임자 등) 38명에게 전자설문을 통해 방문보건사업 평가 지표에 대한 의견조사를 실시하였다.

현재수준에서 필요한 방문보건사업 평가 지표는 연간 방문건수가 77.1%로 가장 많았으며, 투약일수(62.9%), 등록건수(62.1%) 순서로 조사되었다.

활성화 기대수준에서 필요한 방문보건사업 평가 지표는 투약일수(66.4%), 등록건수(62.9%), 방문건수(61.7%) 순서로 조사되었고, 이 외에도 직무만족도, 전문인력 확보 등도 필요할 것으로 조사되었다.(Table 4)

<Table 4> The necessary monitoring indicators for home health care

(unit : %)

Indicators	Present level		Activation level	
	Agreement (%)	CV	Agreement (%)	CV
Visiting per year	77.1	0.76	61.7	0.76
Days of taking medicine within the prescribed days	62.9	0.20	66.4	0.30
Registrated residents	62.1	0.30	62.9	0.37
Appropriate management	48.6	0.50	48.6	0.98
Complication Incidence	52.1	0.50	50.4	0.37
Customer satisfaction	48.6	0.30	50.4	0.83
Job satisfaction of healthcare workforce	55.7	0.20	52.1	0.44
Professional workforce	58.6	0.37	52.1	0.44
Healthcare equipment	48.6	0.20	48.6	0.30
Budget	48.6	0.20	48.6	0.30
Resource network	48.6	0.20	46.8	0.20
Volunteer	48.6	0.20	46.8	0.20
Basic investigation	48.6	0.50	48.6	0.30
Education and consulting	48.6	0.20	46.8	0.20

5. 방문보건사업의 평가 지표

국제표준화기구(International organization for standardization)는 만성질환관리 사업의 평가지표로서 건강상태, 보건의 비의료 결정요인, 보건제도 이행 사회 및 보건조직의 특성 등 4가지로 분류하고 있고(장영식 등, 2002), 미국은 보건사업 평가지표로서 건강에 대한 인식, 보건자원 및 이용과 비용, 사망, 영양과 예방 등의 4가지로 분류하고 있다(US Federal Statistical System, 2000). 미국의 가정간호 질관리 평가지표로 OASIS(Outcome and Assessment Information Set)가 있는데, OASIS 항목들은 가정간호 환자들을 체계적으로 평가하도록 설계되었으며, 환자가 처음 가정간호를 시작했을 때와 퇴록할 당시 사이에 거동(ambulation) 능력이 향상되었는지의 여부를 측정하고 있다(Center for Health Service and Policy Research, 2000).

영국에서는 보건사업 관심영역으로 국민건강상태, 식생활, 사회적 건강 위해요인, 예방, 보건서비스, 사회서비스, 보건 자원의 8가지로 분류하고 있고(UK, Government Statistival Service, 2000), 일본의 보건사업 평가지표는 건강상태, 질병·사망 및 장애, 보건의료인력, 보건의료비, 보건의료시설, 노인보건의 6개 관심영역으로 구성되어 있다(日本經濟企劃廳, 2000) 호주의 HACC(Home and Community Care) 평가지표는 서비스의 적절성, 서비스의 질, 관리의 효과, 특수 요구집단에 의한 서비스 이용, 요구가 많은 사람들에게 제공된 서비스, 서비스 범위와 수준의 6가지 영역으로 구성되어 있다(Australia's Health, 2002).

우리나라의 국민건강증진 종합계획에 제시된 보건사업 지표는 각 보건사업 영역별 측정지표의 분자와 분모를 정확히 제시하고 있으며, 특히 혼란변수(Confounding value)인 '성별, 연령별' 분석을 제시하고 있으나(보건복지부, 2005), 지역사회에서 요구되는 보건사업 평가지표는 관심영역이 '사망, 질병, 장애'에 국한되지 않고 '건강상태, 행태, 보건의료자원, 보건의료 이용, 보건의료비용 및 재정'까지를 포함할 필요가 있다(한양대학교, 2003).

또한 기존의 평가지표는 방문보건 서비스 제공자에 치중되어 평가되는 경향이 있으며, 평가지표의 모호한 측면이 있어 향후 방문보건사업의 활성화를 위하여 방문보건 서비스 제공자 뿐 아니라 대상자를 고려한 평가 지표가 필요하므로, 기존의 지표들과 국내의 전문가 의견과 방문보건사업 취약계층 등록관리를 영향요인을 고려하여 방문보건사업의 평가 지표를 다음의 (figure 1)에 제시하였다.

IV. 고 찰

2005년 현재 65세 이상 노인인구는 전체 인구의 9.1%를 차지하고 있으며, 평균 수명의 연

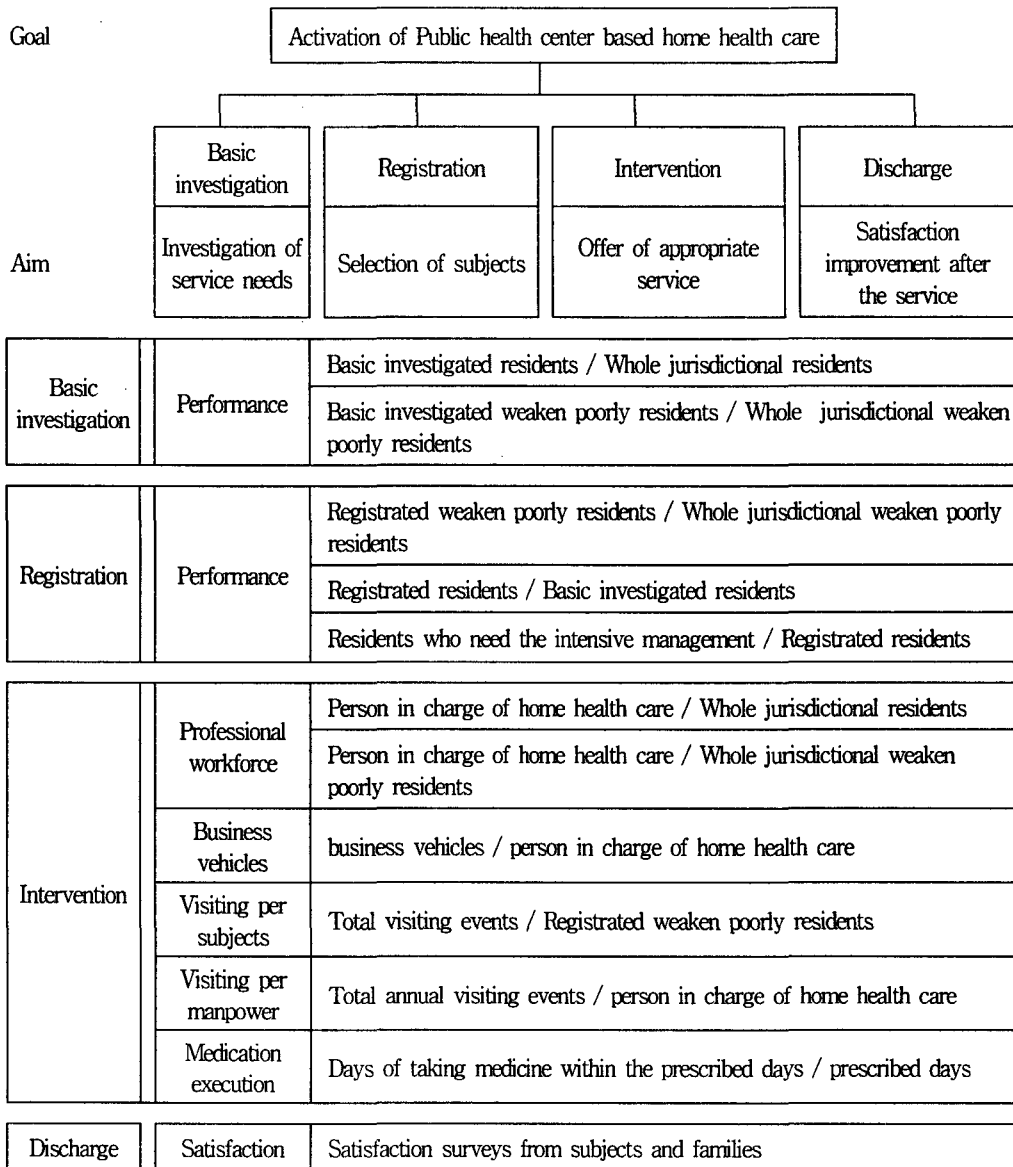


Figure 1. The monitoring indicators for home health care

장 및 출산율 감소로 2018년 14.3%로 고령사회에 진입하고, 2028년에는 20.8%로 본격적인 초(超)고령사회에 도달할 것을 전망된다(통계청, 2005). 이러한 고령사회에서 중요한 역할을 수행할 수 있는 사업중의 하나가 방문보건사업이나, 현행 방문보건사업 운영지침의 의하면 사업 목적은 보건기관 인력이 가정 또는 시설을 방문하여 건강문제를 가진 가족 및 가구원을 발견하고, 요구를 평가하여 적합한 서비스를 직접 제공하거나 의뢰 연계함으로써 주민의

의료이용 편의제공, 건강유지증진을 도모하여 가족의 자가 관리 능력 및 삶의 질 향상으로 하고 있으나(보건복지부, 2004), 현행 보건소의 인적자원 및 예산지원 부족에 따른 역량 약화로 현행 목적 달성에는 한계가 있는 상황이다.

또한 방문보건, 가족계획, 모자보건에 대한 공공부문의 주도적, 현실적 서비스 제공이 어렵다면 최소한 취약계층에 대한 책임은 정부와 공공부문이 지는 것이 타당하며, 중앙정부 차원에서는 재정부담과 서비스 제공 이외에도 사업의 기획, 조정, 평가 기능을 담당해야 할 것이다.

방문보건사업의 목표 달성을 위해서는 여러 가지 측면에서 노력을 병행해야 하지만, 그 중에서도 방문보건사업의 주요대상인 취약계층의 등록관리율에 영향을 미치는 요인을 고려한 방문보건사업 평가지표를 통하여 방문보건사업의 질 관리를 위해 노력할 필요가 있다.

이를 위해서는 중앙정부 및 지방자치단체 차원의 방문보건사업 실적 및 성과 평가와 함께 보건소 유형별 평가지표를 개발하여 전산 프로그램과 연계하여 유용한 통계 DB를 구축하는 것이 효율적일 수 있다.

기존의 방문보건사업 운영지침에 제시된 평가지표는 방문보건 서비스 제공자에 치중 되어 평가되는 경향이 있으며, 평가지표의 모호한 측면이 있고, 「투입-과정-산출」 개념 기준의 평가지표 구성은 시설, 인력, 서식과 관련된 실적 및 결과에 치중될 수 있으므로 각 보건소 별 방문보건사업 종료 후 자체적으로 사업평가를 수행하기 위한 사업평가방법과 기준을 제시해야 하며, 이를 통해 각 기관 공공보건사업의 자체평가능력을 향상시키고 도출된 문제점을 스스로 해결할 수 있는 능력을 향상시키도록 해야 한다.

평가 기준은 사업목표 대비 사업실적에 대한 평가가 필요하며 향후 방문보건사업의 활성화를 위하여 제공자 측면의 평가 뿐 아니라 대상자 중심의 평가 체계가 필요하다. 즉 방문보건사업 대상자의 서비스 이용 적합성 평가, 방문보건사업 대상자의 서비스 요구와 우선순위 평가, 방문보건사업 대상자를 다른 서비스로 의뢰할 지, 서비스를 어떻게 조정하는 것이 적합한지 평가, 방문보건사업 대상자의 서비스 제공을 평가 및 환류 평가, 방문보건사업 대상자 기초조사 수행 및 등록사항, 서비스 받은 결과 실제 투약일수, 질적 관리율, 합병증율, 만족도 등의 변화가 중요하다.

우선 방문보건사업의 적정인력 확충을 위해서는 지방자치단체의 예산 확보와 함께 건강증진기금사업의 일환으로 방문보건사업 지원을 확대할 필요가 있다. 대도시 보건소 중심 방문보건사업의 경우 실질 예산지원으로 인력확보 후 방문보건사업 활성화 발판을 마련한 사례를 모델로 할 수 있으며, 인프라가 취약한 중소도시 방문보건사업 활성화를 위한 실질지원 시범사업과 단계적 확대 적용을 고려할 필요가 있다.

이러한 방문보건사업 취약계층 등록관리 강화를 통한 평가지표의 개발을 통하여 방문보건

사업의 질을 향상할 수 있으며, 방문보건사업의 활성화를 통한 경제적인 효과도 기대할 수 있다.

현재 증가하는 노인의료비를 감소시키기 위해서는 지역사회에서 관리가 가능한 대상자를 방문보건사업을 통하여 관리함으로써, 병원의 조기입원이나 불필요한 시설보호대상자 수를 최소화하여 의료비 지출을 감소시킬 필요가 있다.

연구에 의하면 6개월 간 방문보건서비스를 제공한 결과, 방문보건대상자의 응급실 방문율(환자당 2.47회에서 1.57회로, $t=3.52$, $p=.002$), 급성병원 입원건수(환자당 1.62 회에서 1.05 회로, $t=3.23$, $p=.004$), 평균 재원기간(환자당 33.67일에서 18.43 일로, $t=2.32$, $p=.031$)이 감소하였다(Hui et al, 2003). 또한 중증도가 비슷한 대상자의 요양원 관리비용과 방문보건서비스 관리비용 중 방문보건서비스 비용이 더 낮았다(Shireman et al, 2003). 또 다른 연구결과를 보면 방문보건 서비스를 제공한 결과, 응급실 방문하지 않고 가정에 머무르는 시간이 길어지고, 급성 병원 입원 수가 감소하였다(Sachiyo, et al, 2002).

본 연구에서 제시한 보건소의 방문보건사업 평가지표는 선진외국과 한국의 보건지표들을 이용하여 개발하였으나, 개발된 지표들의 실용성을 확인하기 위해서는 향후 실제 방문보건사업의 성과평가지 사용하며, 문제점과 수정방안을 모색할 필요가 있다.

또한 보건소 방문보건사업 취약계층 등록관리율 영향요인의 분석을 통하여 방문보건사업의 기능역할 재정립과 경쟁력 강화를 도모할 수 있는 사업성과 평가지표를 개발하였으며, 이를 통하여 향후 방문보건사업 활성화 지원정책 개발에 기여할 수 있을 것으로 전망되며, 현재 미흡한 재가요양서비스 확충과 방문보건사업의 활성화는 물론, 공공 방문간호사업소 개설 기반 구축에도 기여할 수 있을 것으로 기대된다.

V. 요약 및 결론

정부는 현행 미충족 요양서비스를 급여서비스로 전환하여 중증노인부터 단계적으로 확대 적용할 예정이며, 재가요양서비스 충족을 위하여 방문간호사업소를 확충할 계획이다.

이에 고령사회의 보건소의 공공보건서비스 핵심사업으로 부각될 의료취약계층 대상 방문보건사업과 함께 시너지효과를 낼 수 있는 지역사회 공공 방문간호사업소 개설 추진을 위한 기초 자료 제공을 목적으로 방문보건사업 취약계층 등록관리율 영향요인을 파악하여 방문보건사업 평가지표를 개발하기 위하여 본 연구를 수행하였다.

방문보건사업 취약계층 등록관리율 영향요인 다변량 분석에서는 방문보건인력당 관할가구($P<0.011$), 방문보건인력당 취약계층 가구($P<0.001$), 방문보건 인력당 전용차량수($P=0.007$), 보건소 소재지역($P=0.017$), 보건소 유형($P<0.001$)이 방문보건사업 취약계층 등록관리율과 관

련이 있는 요인으로 나타났다.

그리고 기존의 방문보건사업 평가지표는 방문보건 서비스 제공자에 치중되어 평가되는 경향이 있으며, 평가지표의 모호한 측면이 있어 향후 방문보건사업의 활성화를 위하여 방문보건 서비스 제공자 뿐 아니라 대상자를 고려한 평가 지표가 필요하므로, 본 연구에서서는 기초조사, 등록, 중재, 퇴록 등 방문보건 서비스 단계별로 방문보건사업의 지속적인 질향상을 추구할 수 있도록 방문보건사업 평가지표를 제시하였다.

참 고 문 헌

- 가정간호사회. 내부자료. 2004.
- 공적노인요양추진기획단. 노인요양보장체계 시안공청회. 2004.
- 김한곤. 재가치매노인 복지서비스 실태 및 수요전망. 한국가정관리학회지 ; 21(3) : 39-46.
- 김창엽. 차상위계층 건강보장의 문제점과 대책.
- 보건복지부. 방문보건사업 운영지침. 2004.
- 보건복지부. 노인수발보험제도 도입 대국민 여론조사 결과. 보도자료. 2005.12.27.
- 보건복지부. 노인요양보장제도 추진방안 당정협의자료, 2005.
- 보건복지부. 노인요양제도 제1차 시범사업 운영실태 점검 결과보고. 2005.
- 보건복지부. 국민건강증진종합계획. 2005.
- 유승흡외. 인구구조의 변화에 따른 의료비 추계. 1992.
- 이태화. 도시 저소득층 만성질환노인을 위한 보건소 방문간호서비스의 경제성 분석. 대한간호학회지;34(1):191-201.
- 장현숙 남소영, 이태범, 진영란, 최보아. 방문보건사업의 모니터링 및 활성화 방안 개발. 한국보건산업진흥원. 2006.
- 장현숙 등. 전문가호사 종별 수요추계 및 관리체계 개발. 한국보건산업진흥원. 2004.
- 장현숙, 진영란. 2003~2004년 대도시 방문보건사업 종합평가. 한국보건산업진흥원. 2005.
- 장현숙, 진영란. 2003년도 대도시방문보건사업 평가 및 운영 체계 개발. 한국보건산업진흥원. 2004.
- 중앙일보. 7월11일자. 한국보건사회연구원 자료 재인용.
- 통계청. 장래인구추계. 2001.
- 한국보건사회연구원. 장기요양보호대상노인의 수발실태 및 복지욕구 조사. 2001.
- 한국보건사회연구원. 2000년도 장애인 실태조사 결과보고. 2001.
- 한양대학교. 지역사회 보건통계 생산의 효율화 방안. 2003.

Australian Institute of Health and Welfare, Australia's Health 2002.

Center for Health Services and Policy Research, Denver, CO. 2000.

Hui, E., Kwok, T., Woo, J. (2003). Enhanced home care - A new model for home-based geriatric care. *Journal of the American Geriatrics society* 51 supp 4. 224-225.

Sachiyo, M., Satoko, N., Joan, K., Sakiko F., Mami, K. (2002). Home care nursing in Japan: a challenge for providing good care at home. *Public health nursing* 19 (2), 94-103.

Shireman, T., I. Rigler, S. K., Braman, K. S., Day, R. M. (2003). *Journal of the American Geriatrics society* 51 supp 4. 33.

UK, Government Statistcal Service, Social Trends 20, London, 2000.

US Federal Statistical System, 'Social Indicator III' Washington D.C. 2000.

日本經濟企劃廳. 新國民生活指標. 2000.