

가정간호 서비스 질 평가기준 설정을 위한 조사연구

김수울¹⁾ · 신혜선²⁾ · 김광숙³⁾

서론

연구의 필요성

가정간호는 건강문제 해결을 위한 의료비 감소 뿐 아니라 국민의 건강요구에 부응하는 양질의 지속적 관리를 제공하기 위한 새로운 제도로 가정전문 간호사가 환자의 가정에서 단독으로 의료서비스를 제공하기 때문에 가정간호 서비스에 대한 질 관리가 중요시 되고 있다. 가정간호서비스 질 관리란 가정간호서비스를 제공받는 기간 내 가정전문간호사와 대상자 간의 상호작용을 포함한 서비스 이용의 모든 과정에서의 총체적 질 관리를 의미하고, 또한 가정간호사업 실시기관 내에서 이루어지는 모든 활동을 포함하며 이러한 활동의 개선을 통해 양질의 의료서비스를 제공하려고 노력한다. 우리나라 가정간호사업 실시기관의 질 관리 활동수준은 매우 미흡한 실정으로, 질 관리의 대부분이 이용자 만족도 조사 수준으로 기관마다 통일된 체계적인 기준과 표준이 부족하거나 마련되지 않은 것으로 나타났으며(Park, 2002), 의료기관 서비스 평가에 가정간호 질 평가는 포함되지 않았을 뿐 아니라 전문직 단체에서도 가정간호서비스의 질을 규제하는 질 관리체계가 없으며 단지 사업관리 및 운영 등에 관해서 2001년 보건복지부가 편찬한 ‘의료기관 가정간호사업 업무편람’ 지침에 의해 시행되고 있는 실정이다. 가정간호사업 실시기관의 자체적인 질 관리 활동수준은 가정간호대상자 만족도 조사를 실시하는 정도로 나타났으며 병원급 및 의원급에서는 질 관리 활동을 전

혀 하지 못하고 있는 것으로 조사되었다(Korea health industry development institute, 2002).

가정간호를 가장 성공적으로 실시하고 있는 미국의 경우 가정간호가 1880년대부터 시작되어 1967년 노령층에 대한 간호 및 치료를 제공하기 위한 Medicare에 의해 확대·발전되었고, 1988년부터 보건의료신입합동위원회(JCAHO)에 의한 가정간호서비스 인증평가가 시작되었다(Marcie, 2002; Sigrid, 2008). 가정간호서비스를 제공하고자 하는 기관은 가정간호 서비스의 질 향상을 위한 질 관리 프로그램을 반드시 운영하여야 하며 가정간호사업의 질 향상을 위해 가정간호 사업 승인 절차 강화와 실시기관의 재 인정 제도 도입을 통하여 양질의 의료서비스 제공을 유도하고 있다(The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations(JCAHO), 2008).

Choi(2006)는 가정간호사업의 질적 수준에 대한 의문을 연구문제로 제기하고 가정간호 사업 실시기관에서는 양질의 간호를 제공하기 위한 전단계로 가정간호내용을 조사하고 분석하여 지속적인 질 관리를 도모할 수 있는 체제 마련이 시급하다고 지적하였다. Korea health industry development institute (2002)의 연구에서도 가정간호서비스의 질적 수준 평가 및 가정간호 질 관리체계 확립 등을 지적하였는데 특히 우리나라도 미국의 가정간호사업 실시기관의 승인절차와 재 인정제도와 같이 3년마다 가정간호사업 실시기관에 대한 평가를 시행하고, 부적합한 기관은 가정간호 프로그램의 취소가 가능하도록 하며, 우수한 기관은 인센티브를 주는 등의 제도적 신임 안 마련의 필요성을 제기하였다.

주요어 : 가정간호, 질

1) 안동과학대학 간호과 전임강사(교신처자 E-mail: teddy627@hanmail.net)

2) 세브란스병원 가정간호사업소 파트과장

3) 연세대학교 간호대학 조교수

투고일: 2010년 6월 25일 수정일: 2010년 8월 2일 게재확정일: 2010년 8월 25일

2008년 7월부터 노인 장기요양보험제도 내에서도 방문간호가 시행되었고, 가정으로 방문하여 의료 서비스를 제공한다는 측면에서 가정간호와 방문간호의 유사성으로 인한 정체성의 혼동이 유발되고 있다. 뿐만 아니라 지역사회의 재가간호는 다양해지고, 이런 가운데 가정간호는 점차 위축되고 있다. 그러므로 무엇보다도 먼저, 양질의 의료서비스 제공으로 가정간호의 경쟁력 및 전문성을 강화해야만 한다. 그러기위해서 가정간호 표준에 근거한 가정간호서비스의 질 관리는 매우 시급하다.

따라서 본 연구는 우리나라 가정간호사업 실시기관에서 제공하고 있는 가정간호서비스의 질적 수준을 평가하여 가정간호서비스의 질 향상을 위한 방안을 모색하는데 필요한 기초 자료를 제공하고자 시도하였다.

연구 목적

본 연구의 목적은 JCAHO(2008), Ministry of Health and Welfare(2001)의 의료기관 가정간호사업 업무편람, Song(1999)과 Kim(2005)이 개발한 가정간호 표준에 근거하여 구조적, 과정적, 결과적 측면에서 가정간호서비스 질적 수준을 평가함으로써 가정간호 업무의 효율성을 높이고 가정간호서비스의 질 향상을 위한 근거자료를 제시하고자 함이며 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 우리나라 가정간호사업 실시기관의 가정간호서비스 질적 수준을 구조, 과정, 결과적 측면에서 조사한다.
- 가정간호서비스의 질 평가 수준별 점수의 분포를 확인한다.

연구 방법

연구 설계

본 연구는 우리나라 가정간호사업 실시기관의 가정간호서비스의 질적 수준 현황을 평가하는 서술적 조사 연구이다.

연구 대상

조사 당시 전국 가정간호사업 실시기관 118개소 중 연구에 대한 협조를 거부한 8개소를 제외하고, 연구자가 전화로 연구의 목적과 평가방법에 대해 설명하고 연구에 참여하기로 동의한 110개소를 대상으로 하였다.

연구 도구

Donabedian(1988)은 질 측정 요인을 구조, 과정, 결과 및 과

정과 결과 4가지로 나누었으나 보편적인 간호의 질은 구조(structure), 과정(process), 결과(outcome)로 평가한다(Michael et al., 2005). 따라서 본 연구에서는 가정간호서비스 신입평가 기준에서 가정간호서비스 제공과 직접 관련된 환자중심기능과 환자들이 직접 경험하지는 않지만 적절한 가정간호서비스를 제공할 수 있는 조직체의 능력과 직접적인 연관성을 갖는 조직기능을 평가하는 JCAHO(2008)의 지침, 가정간호사업 업무편람, Song(1999)과 Kim(2005)이 개발한 가정간호 표준에 근거하여 간호가 제공되는 상황, 즉 시스템의 운영을 평가하는 시설, 비품, 비용, 업무여건 같은 물질적 자원의 구조에 대한 평가(Donaedian, 1988)와 실제 어떤 간호가 제공되고 제공받는지의 과정에 대한 평가(Donaedian, 1988), 가정전문간호사에 의해 제공된 간호의 결과에 대한 평가는 환자의 건강상태 변화뿐만 아니라 가정간호가 어떻게 전달되는지에 대한 간호 기술적 측면의 질, 간호의 접근성과 이용가능성, 간호의 연속성, 환자 편이성 등을 평가할 수 있어야 하나 결과에 영향을 주는 많은 변수가 있고 간호결과가 장기간에 걸쳐 나타나는 측정상의 어려움이 있어(Kim, 2005), 가정간호서비스 만족도 도구가 있는지에 대해 평가하였다.

가정간호 서비스 질적 수준 평가의 점수 산정은 가정간호사업 실시기관의 서비스 질 관리를 평가하는 것이 목적으로 실제 시행하고 있는 문항에 동의하는 정도를 평가하였다. 따라서 ‘예’, ‘아니오’, 또는 ‘유’, ‘무’의 이분법적 평적 척도를 사용하였으며, 점수 산정은 ‘예’와 ‘유’로 평가한 경우 1점, ‘아니오’와 ‘무’로 평가한 경우는 0점으로 하였다.

가정간호 서비스의 질적 수준 평가 점수의 총점은 111점이나 100점 만점을 총점으로 재산정하였다. 100점 만점으로 계산할 때 기준에 따른 문항수의 차이가 있어 기준별 동일점수가 아닌, 모든 문항에 동일 가중치를 주어 100점(산식: 총점 * 100/111)으로 환산하였다.

자료 수집 및 분석 방법

본 연구의 자료 수집방법은 2008년 5월 20일부터 5월 30일과 2008년 10월 20일부터 10월 30일까지 가정간호사회를 통하여 전국 가정간호사업 실시기관 연락처를 협조 받아 핸드폰이나 사무실로 전화하여 연구자 소개, 연구목적, 설문지 내용과 응답 방법에 대해 설명하고, 연구 참여에 동의한 110개소 가정간호사업소 책임자에게 이메일로 설문지를 보낸 후 자가 평가 하도록 하였다.

설문지를 보낸 110개소 중 미 회수된 6개소를 제외한 104개소에서 104명의 가정전문 간호사의 설문지를 회수하였다. 수집된 자료의 분석은 SAS 9.0 통계 프로그램을 이용하여 전산처리하였으며 기술통계를 이용하여 산출하였다.

연구 결과

가정간호사업 실시기관 일반현황

총 104개소의 대상기관 중 종합전문요양기관 19.2%, 종합병원 56.7%, 병원 13.5%, 의원 1.9%, 공공의료기관 7.7%, 보건소 1.0%로 종합병원이 다수였다. 소재지는 서울17.3%, 광역시 32.7%, 시 42.3%, 군 7.7%순 이었으며, 가정간호 사업부서 소속은 간호부소속 67.3%, 진료부 소속 9.6%, 기타 15.4%, 원장 및 부원장 소속 7.7%로 나타났다<Table 1>.

<Table 1> Characteristics of home health agencies

(N=104)			
Variable	Category	n	%
Business organization	Various specialized medical institutions	20	19.2
	general hospital	59	56.7
	Hospital	14	13.5
	Clinic	2	1.9
	Public medical institutions (Public) Health center	8	7.7
Location	Seoul	18	17.3
	Metropolitan city	34	32.7
	City	44	42.3
	County	8	7.7
Affiliation	Hospital director	8	7.7
	Director of nursing	70	67.3
	Medical director	10	9.6
	Et cetera	16	15.4

가정전문간호사 일반현황

총 104명의 가정전문 간호사 중 40~50세 미만이 52명(50%)으로 가장 많았고, 결혼상태는 기혼 90명(86.5%), 미혼 14명(13.5%), 가정전문 간호사의 학력은 전문대졸 14명(13.5%), 학사 44명(42.3%), 석사 과정 중 31명(29.8%), 석사 10명(9.6%), 박사과정 중 4명(3.8%), 박사 1명(1.0%)으로 나타났다. 가정간호부서 실무 책임자 직위는 수간호사가 25명(24.1%)으로 가장 많았고, 주임간호사 21명(20.1%), 간호과장 9명(8.7%), 간호팀장 17명(16.3%), 기타 9명(8.7%)이었으며 책임자 없이 가정전문 간호사만 있는 곳이 23곳(22.1%)으로 나타났다. 가정전문간호사의 총 임상경력은 평균 16년 8개월로 15년 이상~20년 미만이 41명(39.4%)으로 가장 많았고, 가정간호경력 5년 9개월로 5년 미만이 47명(45.1%), 5년 이상~10년 미만이 42명(40.4%), 10년 이상~15년 미만이 11명(10.6%), 15년 이상이 4명(3.9%) 순으로 나타났다<Table 2>.

<Table 2> Characteristics of home health nurses (N=104)

Variable	Category	n	%
Age	20~30years	1	1.0
	30~40years	40	38.4
	40~50years	52	50.0
	50~60years	11	10.6
Marriage status	Married with spouse	90	86.5
	Unmarried	14	13.5
Education	College	14	13.5
	University	44	42.3
	Master's students	31	29.8
	Master	10	9.6
	Doctoral students	4	3.8
	Doctor	1	1.0
Position	Home health nurses	23	22.1
	Charge nurses	21	20.1
	Head nurses	25	24.1
	Nursing section chief	9	8.7
	Nursing team leader	17	16.3
	Et cetera	9	8.7
	Clinical experience	<10 year	7
10~15 years		28	26.9
15~20 years		41	39.4
20~25 years		19	18.3
≥ 25 years		9	8.7
Work experience currently countersignature	< 5 year	47	45.1
	5~10 years	42	40.4
	10~15 years	11	10.6
	≥ 15 years	4	3.9

가정간호서비스 질적 수준 - 구조적 측면

전국 가정간호사업 실시기관 서비스 질적 수준 현황을 구조적 측면에서 파악하고자 운영위원회, 전담인력배치, 직무지침 및 홍보프로그램, 공간, 장비 및 물품체계, 사업관리체계, 인력관리체계, 의료비용 지불체계, 정보관리 체계, 환자관리 체계, 질 관리 체계, 환자보호자 교육 체계, 의무기록 관리 체계, 감염·안전관리체계 영역의 수행 현황을 조사하였다.

● 가정간호운영위원회

가정간호 운영위원회를 구성하고 있는 기관은 69개소(66.4%)이었으며, 가정간호 운영위원회 회칙규정이 있는 기관은 57개소(54.8%), 연간 2회 이상 개최하는 기관은 34개소(32.7%), 가정간호운영위원회 회의록을 보관하는 기관은 63개소(6%), 가정간호 운영위원회 회의결과를 환자간호업무와 가정간호조직 운영에 활용하는 기관은 56개소(53.8%)로 나타났다.

● 전담인력배치

가정전문간호사 자격증을 보관하고 있는 기관은 100개소(96.2%)이었으며, 운전면허증 사본을 보관하고 있는 기관은

78개소(75%), 가정간호사업소의 책임자가 간호사인 기관은 94개소(90.4%), 상근직 가정전문간호사가 2명 이상인 기관이 91개소(87.5%), 신분증을 착용하는 기관은 100개소(96.2%), 부서명을 제공하는 기관은 98개소(94.2%), 직원명을 제공하는 기관은 101개소(97.1%)로 나타났다.

● 직무지침 및 홍보프로그램

가정간호사업 실시기관에서는 가정간호서비스에 대한 정보를 효과적으로 의사소통하는 마케팅의 기본적인 활동들이 이루어져야 하는데, 가정간호 직무지침서를 구비하고 있는 기관은 96개소(92.3%)이었으며, 가정간호 홍보프로그램이 있는 기관은 88개소(84.6%), 가정간호 서비스 포스터를 제작하고 부착한 기관은 85개소(81.8%), 가정간호서비스 팸플릿을 제작하고 배포한 기관은 99개소(95.2%), 가정방문용 차량에 병원 로고가 부착된 기관은 97개소(93.3%)로 나타났다.

● 공간

가정간호사업 실시기관에서는 의료기관의 별도 장소를 확보하여 원활한 가정간호 수행을 할 수 있어야 하는데, 가정간호 사무실 안내 표지판이 있는 기관은 91개소(87.5%)이었으며, 편리한 곳에 위치한 기관이 80개소(76.9%), 엘리베이터·경사로·승강기가 사무실 가까이에 있는 기관이 90개소(86.5%), 가정간호 업무를 위한 공간이 있는 기관이 101개소(97.1%), 상담공간이 있는 기관이 86개소(82.7%), 회의교육 공간이 있는 기관이 69개소(66.4%)로 나타났다.

● 장비 및 물품체계

가정간호사업 실시기관에서는 가정간호대상자를 적절하게 간호할 수 있도록 간호에 필요한 의료기기를 갖추고 관리하여야 한다.

체온계, 혈압계, 청진기, 펜 라이트를 보유하고 있는 기관은 104개소(100%)이었으며, 혈당 측정기를 보유한 기관은 102개소(98.1%), 산소 포화도 측정기를 보유한 기관은 49개소(47.1%), 네비게이션을 보유한 기관은 35개소(33.6%), 방문·상담용 핸드폰을 제공하는 기관은 84개소(80.8%), 카메라를 보유한 기관은 67개소(64.4%), 의료약품 전용 냉장고를 보유한 기관은 58개소(55.8%), 검체물과 약품보관 및 이동을 위한 아이스박스를 보유한 기관은 52개소(50%), 가정방문 전용 차량을 보유한 기관은 98개소(94.2%), 교통상해보험에 가입한 기관은 85개소(81.7%), 방문용 차량의 주차 공간이 있는 기관은 83개소(79.8%), 정기적으로 차량 점검을 하고 있는 기관은 93개소(89.4%)로 나타났다.

● 사업 관리체계

가정간호사업 실시기관에서는 가정간호사업 계획을 수립하여야 하는데, 가정간호사업 계획을 연간/월간 수립하는 기관은 88개소(84.6%)로 나타났으며, 사업보고서를 연간/월간 작성하는 기관은 94개소(90.4%), 사업보고를 연간/월간 수행하고 있는 기관은 96개소(92.3%)로 나타났다.

● 인력 관리체계

가정간호사업 실시기관에서는 가정간호서비스의 질 향상을 위해 주기적 교육을 시행하여 전문직인으로서 지속적인 자기개발을 위해 학습할 수 있도록 해야 하는데, 가정간호사업소 자체 인사 규정수립이 되어있는 기관은 66개소(63.5%)이었으며, 신규 가정전문 간호사 오리엔테이션 및 교육 프로그램을 운영하고 있는 기관은 46개소(44.2%), 가정전문 간호사의 계속교육 프로그램 계획이 수립되어있는 기관은 51개소(49%), 보수교육 이수 증을 자체 보관하고 있는 기관은 73개소(70.2%), 해당기관의 간호사 직무교육 이수 증을 보관하는 기관은 62개소(59.6%), 개인별 교육 참가보고서 보관파일이 있는 기관은 60개소(57.7%), 가정전문 간호사 자격 수당이 지급되고 있는 기관은 40개소(38.5%)로 나타났다.

● 의료비용 지불체계

가정간호사업 실시기관은 지불체계를 수립하여 대상자들에게 진료비 내역에 대한 정보를 제공하여야 한다.

의료비 지불체계에 대한 지침이 있는 기관은 74개소(71.2%)이었으며, 의료비 지불체계가 전산으로 구축되어 있는 기관은 89개소(85.6%), 가정간호 전담 원무과 직원이 있는 기관이 78개소(75%), 급여 및 비 급여 항목 분류가 되어 있는 기관이 95개소(92.3%), 가정방문 후 가정간호 비용에 대한 내역을 제시하는 기관이 96개소(92.3%), 환자나 보호자가 가정간호 수납내용에 대해 알고 있는 기관이 91개소(87.5%)로 나타났다.

● 정보 관리체계

가정간호사업 실시기관에서는 가정간호서비스의 효율성을 높이기 위하여 필요한 정보를 적시에 제공하고 자원으로써 정보를 효율적으로 관리해야 한다.

가정간호 환자정보에 대한 전산 관리체계가 구축되어 있는 기관이 90개소(86.5%)이었으며, 가정간호 사업관리 전산체계가 구축되어 있는 기관이 83개소(79.8%), 가정간호기록이 5년간 보관되어있는 기관이 103개소(99%), 가정간호 환자기록 대출에 대한 규정이 있는 기관이 58개소(55.8%)로 나타났다.

● 환자 관리체계

가정간호사업 실시기관에서는 환자가 가정간호를 받는 모든 과정에서 환자권리와 책임을 존중하고 보호하는 체계를 갖추

고 이를 위해 노력하여야 한다.

가정간호 환자권리장전이 있는 기관이 82개소(78.9%)이었으며, 가정전문간호사가 환자권리와 책임에 대해 알고 있는 기관이 88개소(84.6%)로 나타났다.

● 질 관리체계

가정간호사업 실시기관에서는 가정간호 서비스의 질적 개선 활동이 이루어지도록 함으로 의료 서비스의 질 향상을 유도하여야 하는데 가정간호사업 실시기관의 자체 질 평가가 연 1회 이상 실시되고 있는 기관이 41개소(39.4%)이었으며, 월 1회 이상 기록지를 평가하는 기관이 38개소(36.5%), 사업소 자체 사례집담회를 개최하는 기관이 37개소(35.6%)로 나타났다.

● 환자 보호자 교육체계

가정간호사업 실시기관에서는 환자 및 가족에게 필요한 지식과 기술에 대해 교육을 실시하여야 하는데 환자와 간호제공자 교육에 필요한 교육 자료가 있는 기관이 77개소(74%)이었으며, 간호제공자가 스스로 자가 간호 능력을 갖도록 가정전문간호사가 시범교육하고 환자 보호자 교육내용을 평가하는 기관이 44개소(42.3%)로 나타났다.

● 의무기록 관리체계

가정간호사업 실시기관에서는 가정간호 서비스 질 관리에 필수적인 기록이 가정전문간호사의 업무 지침이 될 뿐만 아니라 계획의 수립, 업무수행, 업무평가의 근거가 되므로 가정간호 대상자의 정보에 대하여 정확하고 올바르게 기록하고 관리하여야 하며, 질을 정확하게 측정하기 위해선 정확하고 완벽하고 합법적이며 접근할 수 있는 의무기록이 있어야 한다. 가정간호기록지침이 있는 기관이 94개소(90.4%)이었으며, 환자명, 진단명, 환자상태, 요구되는 가정간호내용, 날짜, 의사서명이 명시되어 있는 가정간호의뢰서가 있는 기관이 97개소(93.3%), 환자의 주소, 연락처, 약도, 작성날짜, 가정간호 서비스비용정보에 대해 설명한 후 환자 또는 보호자의 서명이 있는 가정간호동의서가 있는 기관이 102개소(98.1%), 대상자 선정기준에 맞게 가정간호대상자를 선정하여 기록 되어 있는 기관이 86개소(82.7%), 환자의 건강상태에 대한 사정 및 면담, 중요사항에 대한 가정간호정보조사지가 있는 기관이 97개소(93.3%), 가정간호의뢰서에 근거한 가정간호 서비스 내용에 대한 계획이 수립되어 있는 가정간호계획지가 있는 기관이 68개소(65.4%), 간호중재와 간호결과에 대해 기록되어 있는 가정간호 경과기록지(진행기록지)가 있는 기관이 101개소(97.1%), 가정간호사업 대상자 보고 체계가 구축되어 가정간호 경과 요약지가 사용되는 기관이 77개소(74%), 종결 요약지에 등록일과 종결일 및 총 방문횟수기록, 등록 시 환자상태, 가

정간호내용, 환자상태 경과 및 종결사유, 종결 후 의뢰내용, 간호사서명이 있는 기관이 97개소(93.3%), 의사 및 한의사 처방이 90일마다 갱신되어 있는 기관이 79개소(76%)로 나타났다.

● 감염·안전 관리체계

가정간호사업 실시기관은 면역력이 저하된 환자를 감염(가족과 의료진)으로부터 보호하고, 환자로부터 의료인(가정전문간호사)과 가족을 보호하기 위한 감염·안전관리 지원체계를 갖추어야 하는데, 감염관리지침서가 있는 기관이 79개소(76%)이었으며, 가정전문간호사의 예방접종이 이루어지고 있는 기관이 85개소(81.7%), 최근 1년 동안 대상자의 가정에서 감염 발생이 없었던 기관이 91개소(87.5%), 소독물품 유효기간을 준수하는 기관이 104개소(100%), 소독 및 멸균을 유지하여 보관하는 기관이 102개소(98.1%), 검체 물 관리지침서가 있는 기관이 70개소(67.3%), 검체 물 이동시 사용할 수 있는 아이스박스가 있는 기관이 52개소(50%), 멸균물품과 사용한 물품을 분리하여 보관, 이동하는 기관이 98개소(94.2%), 방문가방을 주1회 점검하는 기관이 91개소(87.5%), 가정간호 차량 내 물품을 년2회 점검하는 기관이 103개소(99%), 안전관리지침서가 있는 기관이 72개소(69.2%)로 나타났다.

가정간호서비스 질적 수준 - 과정적 측면

가정간호사업 실시기관의 과정적 측면의 서비스 질적 수준 현황은 간호과정에 따른 가정간호서비스 제공을 중심으로 조사하였다.

가정간호사업 실시기관은 환자들의 요구 및 서비스 제공목표에 적합한 개별적이며 계획된 그리고 적합한 서비스가 제공되어야 하는데, 초기 사정을 기록하는 기관이 89개소(85.6%)이었으며, 간호진단별 사정내용을 기록하는 기관이 74개소(71.2%), 방문 시 환자 사정내용을 기록하는 기관이 99개소(95.2%), 간호진단을 수립하고 기록하는 기관이 59개소(56.7%), 간호목표를 수립 하고 기록하는 기관이 53개소(51%), 간호계획을 수립하고 기록하는 기관이 63개소(60.6%), 환자 사정 변화 시 변화된 간호계획을 수정하여 기록하는 기관이 64개소(61.5%), 치료서비스 수행 시 주치의 서명이 있는 기관이 68개소(65.4%), 간호진행기록지에 간호수행내용을 기록하는 기관이 102개소(98.1%), 환자의 상태 변화 시 상태에 대해 설명하고 주치의에게 보고한 내용을 기록하는 기관이 96개소(92.3%), 간호평가 후 다음 방문계획에 대해 설명하고 기록하는 기관이 73개소(70.2%), 수행될 가정간호 내용 및 절차와 목적에 대해 설명하는 기관이 94개소(90.4%), 예측되는 증상과 합병증에 대해 설명하는 기관이 94개소(90.4%), 간호계획에 반영하고 평가내용을 기록하는 기관이 69개소(66.4%),

제공된 간호에 대한 환자의 반응과 결과를 평가하여 기록하는 기관이 98개소(94.2%), 환자상태 변화 시 주치의 처방에 따라 수립된 간호계획을 확인하여 기재하는 기관이 78개소(75%)로 나타났다.

가정간호서비스 질적 수준 - 결과적 측면

가정간호사업 실시기관의 결과적 측면 서비스의 질적 수준 현황은 만족도조사, 응급상황처리체계, 불만 및 고충처리체계에 대한 수행여부를 확인하였다.

● **만족도 조사**

가정간호사업 실시기관에서 제공하는 가정간호 서비스에 대한 환자 만족도 조사를 정기적으로 실시하고, 조사결과를 질 개선활동에 적극적으로 반영하여야 한다.

만족도 조사 도구가 있는 기관이 58개소(55.8%)이었으며, 연간 1회 이상 만족도를 실시하는 기관이 47개소(45.2%), 사례집담회를 개최하는 기관이 49개소(47.1%)로 나타났다.

● **응급상황 처리체계**

가정간호사업 실시기관에서는 가정간호 대상자에게 응급상황이 발생할 경우 우선순위에 맞게 응급처치를 하면서 해결할 수 있는 관리체계가 있어야 한다.

응급 상황 시 관리지침이 있는 기관이 56개소(53.8%)이었으며, 응급상황을 기록하는 기관이 83개소(79.8%), 응급 상황 시 환자 나 보호자가 가정전문 간호사의 연락처와 가까운 응급실을 알고 있도록 안내하는 기관이 102개소(98.1%), 응급상황이 발생한 경우 전화상담한 내용이 상담일지에 기록되어 있는 기관이 41개소(39.4%)로 나타났다.

● **불만 및 고충 처리체계**

가정간호사업 실시기관에서는 환자 및 환자 가족의 불만 및 고충사항을 처리할 수 있는 체계를 갖추고 적절히 운영하여야 한다. 불만 및 고충처리 체계 지침이 있는 기관이 45개소(43.3%)이었으며 불만 및 고충처리 체계에 대해 가정전문 간호사가 숙지하고 있는 기관이 61개소(58.7%), 불만 및 고충처리 보고체계가 있는 기관이 56개소(53.8%), 불만 및 고충처리 부서가 있는 기관이 71개소(68.3%), 불만 및 고충처리 개선활동을 실시하는 기관이 64개소(61.5%)로 나타났다.

가정간호 서비스 질적 수준 평가 점수 분포

우리나라 가정간호사업 실시기관에서의 가정간호 서비스의 질적 수준을 평가한 결과 100점 만점에 평균 74.7점이었으며

가장 높은 기관은 97.3점, 가장 낮은 기관의 점수는 42.3점이었다. 질적 수준의 평가 점수보다 높은 기관은 57곳(54.8%)으로 나타났다.

가정간호 서비스 질적 수준을 영역별로 결과를 살펴보면, 구조 영역은 평균 77.6(74.6%), 과정 영역은 평균 38.7(37.2%), 결과 영역은 평균 60.4(58.1%)로 구조 영역 중 ‘전담인력 배치’가 94.6(90.9%)로 가장 높게 나타났으며, ‘질 관리체계’가 38.7(37.2%)로 가장 낮게 나타나 실제로 질 관리와 개선이 적극적으로 필요한 것으로 나타났다<Table 3>.

<Table 3> Home health care service quality score

		(N=104)	
Variable	Category	Mean(%)	
Structure	Governing committee	55.8(53.7)	
	Exclusive responsibility manpower arrangement	94.6(90.9)	
	Duty guide and public information program	93.0(89.4)	
	Space	86.2(82.9)	
	Equipment and commodity system	75.8(72.9)	
	Project management system	92.7(89.1)	
	Manpower Management system	56.9(54.7)	
	Medical expense payment system	87.2(83.8)	
	Information management system	83.5(80.3)	
	Patient management system	85.0(81.8)	
Process	Qualitative management system	38.7(37.2)	
	Patient protector educational system	60.5(58.2)	
	Obligatory record management system	89.8(86.4)	
	Infection & Management system	86.1(82.8)	
	Subtotal	77.6(74.6)	
	Home health care services	38.7(37.2)	
	Subtotal	38.7(37.2)	
	Outcome	Satisfaction survey	51.3(49.4)
		Emergency situation control system	70.5(67.8)
		Dissatisfaction and difficulties control system	59.4(57.1)
Subtotal	60.4(58.1)		
Total		58.9(58.1)	

논 의

본 연구는 가정간호서비스 질적 수준 평가를 위해 구조, 과정, 결과 영역을 모두 포함하고, 특히 가정간호사업의 관리체계 확립을 위한 구조적 영역에 중점을 두어 조사하였다는 데 그 의의가 있다. 각 영역별 조사결과를 중심으로 논의하고자 하며 과정적 측면에 해당하는 가정간호서비스에 관한 내용은 구조적 측면 중 의무기록관리 체계 수립 현황과 밀접한 관련을 가지므로 함께 논의하였다.

가정간호사업 실시기관의 가정간호 사업부서 소속은 Korea health industry development institute(2002)에서 간호부가 67.3%로 나타난 결과와 비슷한 67.9%로 나타났다.

가정간호사업의 자문과 운영 및 관리전반에 관한 사항을

십의하고 지원하는 가정간호운영위원회가 구성된 병원은 Korea health industry development institute(2002)의 연구에서는 83.0%, Park 등(2001)의 연구에서는 76%, Park(2001)의 연구에서는 83%로 대부분의 의료기관 중심 가정간호사업소가 운영위원회를 설치하여 운영하고 있었다. 본 연구에서는 104개소 중 69개소(66.4%)로 나타나 이는 보건복지부 운영지침으로 법적 효력이 없어 강제성이 없으므로 가정간호 사업 초기 보다 가정간호 운영위원회의 질 관리활동이 소홀해졌음을 알 수 있다.

가정간호 전담인력 배치 현황은 상근직 가정전문간호사가 2명 이상인 곳이 91개소(87.5%)로 나타났으며 기관 당 가정전문간호사의 평균 근무 인력은 2.6명으로 Korea health industry development institute(2002)의 연구에서 평균 3명과 같은 수치로 8년이 지난 상황에서도 규모면에서 변화가 없었다. 또한 의료법 제 30조 및 동법 시행규칙 제 22조에 의거하여 가정전문간호사를 2인 이상 확보한 의료기관에서 실시해야 하는데 1명이 근무하고 있는 곳이 14개소(13.5%)로 나타나 양질의 간호를 제공하는데 문제가 될 수 있다. 한국간호사의 윤리강령 중 간호사의 복장은 단정하고 전문 직업인으로서의 긍지를 높여야 하며, 활동적이고 안정감을 주어야 환자에게 좋은 영향을 줄 수 있고 신뢰감을 줄 수 있어야 한다고 명시되어 있다. 특히, 가정전문간호사는 원내가 아닌 원외의 환자 집으로 가는 특성이 있으므로 일반 간호사 유니폼 보다는 좀 더 전문 간호사의 이미지를 부각시킬 수 있으며 또한 소속 병원 및 부서의 상징을 나타낼 수 있는 단정한 유니폼에 신분증을 착용하는 것이 바람직하다고 사료된다.

공간 확보 현황을 살펴보면 가정간호사업 실시 기관에서는 의료기관의 별도 장소를 확보하여 원활한 가정간호 수행을 할 수 있어야 하는데 Park(2001)의 연구에서 대부분 의료기관에서 장소나 물품 확보가 미비하다고 하였고, Korea health industry development institute(2002)의 연구에서 독립공간을 확보하고 있는 기관이 78.4%로 나타났다. 본 연구에서는 가정간호 업무를 위한 공간이 있는 기관이 97.1%로 나타났으나 독립공간을 확보하고 있는 기관은 79.8%(83개소)로 21개소(20.2%)는 타 부서와 함께 사용하거나 같은 공간에서 별도 공간을 확보해서 사용하는 수준으로 2002년 연구와 같다. 공간이 있는 기관은 82.7%, 회의·교육 공간이 있는 기관은 66.4%로 2001년, 2002년에 비해 독립 공간 확보뿐만 아니라 실제 업무를 위한 공간을 제외한 상담이나 회의·교육에 필요한 공간을 확보한 기관은 높지 않은 것으로 나타났다.

장비 및 물품확보는 가정간호 서비스 질적 향상을 위한 물품확보로 신환 인 경우 주소지만으로 환자 집을 찾기 위해 길에서 소비하는 간접 간호시간을 줄이기 위한 네비게이션, 욕창환자 사정을 위한 카메라, 산소포화도 등에 대해 조사하

였다. 실제 네비게이션을 보유하고 있는 기관은 33.6%로 낮게 나타났으며, 병원 환경에서처럼 환자의 즉각적인 상태를 알 수 없으므로 휴대용 산소포화도 측정기가 필요하나 실제 47.1%로 낮게 나타났다. 산소포화도 측정기인 경우 고가의 장비로 소규모 의료기관에서 보유하기는 힘드나 네비게이션 같은 물품은 기본적으로 확보하는 것이 좀 더 효율적인 가정간호서비스를 제공할 수 있을 것으로 사료된다.

인력관리체계 현황에서 신규 가정전문간호사 오리엔테이션 및 교육 프로그램 운영에 있어 44.2%로 낮게 나타났는데, Kim(2005)의 연구에서도 신규직원 오리엔테이션 및 교육을 제대로 받지 못한 상황에서 가정간호서비스를 제공하게 되므로 가정간호 질 관리에 있어 심각한 문제점이 있음을 언급했고, 실제 신입직원 오리엔테이션 및 교육 시행율이 57.5%로 나타나 본 연구결과와 비교해 볼 때 차이가 없었음을 알 수 있었다. 이는 질 관리체계가 아직까지 수립되지 않았음을 시사하는 것으로 가정전문간호사는 가정을 방문하여 독자적으로 간호서비스를 제공해야 하는 업무특성 때문에 경험이 부족한 신규 가정전문간호사들은 적절한 가정간호서비스를 제공하는데 있어서 의사결정의 어려움을 느낀다. 실제 Kim, You, Kim과 Park(2004)의 연구에서도 가정간호 임상경력이 적을수록 직접 간호업무 스트레스는 높게 나타났다. 따라서 가정간호의 질 향상을 위해서 신규 가정전문간호사 오리엔테이션 및 교육 프로그램을 개발하여 시행하는 것이 절실히 필요함을 알 수 있다.

인력관리체계 수립 현황 중 다른 연구에서 볼 수 없었던 가정전문간호사 자격 수당지급 문항이 있다. 수당은 보수이론에서 찾아볼 수 있는데, 보수는 일반적으로 조직 구성원이 조직의 목적 달성에 공헌한 대가로 얻게 되는 제반 소득으로 정신적 및 육체적 노력에 대한 보상이다(Joo, 2001). 그러므로 전문 간호사의 자격인정은 수당으로 표현될 수 있다. 정부에서도 공무원의 사기진작을 위해 공무원의 보수수준을 중견기업 수준으로 향상시킨다는 정책목표를 수립하고 연도별로 보수인상에 반영하는 것(Joo, 2001)과 상통하게 Kim 등(2004)의 가정전문간호사의 업무 스트레스와 직무만족도 연구에서 월 평균 급여가 적을수록 직무만족도가 낮았다. 이는 Chung(2003)의 병원중심 가정전문간호사의 역할인식, 역할갈등 및 직무만족 연구에서도 근무여건, 보수, 승진 등과 관련하여 사기의 결정요인에 중요한 역할을 하는 직무 만족도가 낮다는 결과와 관련성이 있다. 실제 가정간호 실시기관에서 가정전문간호사 자격 수당을 지급하고 있는 기관은 40개소(38.5%)로 낮게 나타났다. 이는 Korea health industry development institute(2002)의 연구에서 수당을 지급하는 기관이 21개소(39.6%)로 나타난 것과 비슷한 결과로 가정전문간호사의 인식 부족에 기인한다고 사료되며 전문간호사에 대한 법적인 역할

규정이나 정책이 뒷받침되고 합당한 대우를 보장받아야 할 것으로 사료된다.

의료비용 지불 체계 수립현황을 살펴보면 의료비 지불 체계 지침이 있는 기관은 71.2%, 가정간호 전담 원무담당자가 있는 기관은 75%로 낮게 나타났으며, Korea health industry development institute(2002)의 연구에서 가정간호 본인부담금 지불 경로로 가정전문간호사가 방문 시 직접 수령하고 미수금 관리를 하고 있는 경우가 75.9%인 것과 비슷한 결과이다. 이는 가정전문간호사의 업무 부담요인으로 작용한다는 연구결과에 따라 개발된 문항으로 실제 연구자의 경우에도 초기 가정간호 방문 시 본인부담금을 직접 수령했던 경험을 비추어 볼 때 직무만족도가 저하되었음을 알 수 있다. 특히 다른 임상 영역보다 환자와 가족이 가정전문간호사를 깊이 신뢰하고 있는 관계구도 상 지불과 관련하여 본인부담금을 직접 수령하는 과정에서 관계형성 및 신뢰에 원치 않는 영향요인이 발생될 수 있으므로 지불관련 업무는 원무과의 고유 업무인 만큼 가정간호 전담 원무담당자를 반드시 두고 지불 체계에 대한 지침을 마련하여 각각의 고유 업무에 충실할 때 가정전문간호사로서의 전문성이 확보되고 가정간호서비스의 질 향상을 유도할 수 있을 것으로 사료된다.

정보관리 체계 현황을 보면 환자정보에 대한 전산관리체계가 구축되지 않은 기관이 14개소(13.5%), 가정간호 사업관리 전산체계가 구축되어 있지 않은 기관이 21개소(20.2%)로 전산관리체계가 구축되지 않은 상황에서 가정전문간호사들은 직접 간호 제공 시간이 감소되므로 양질의 질적 간호를 제공하는 데에 영향을 미칠 것으로 판단된다. 실제 Korea health industry development institute(2002)의 연구에서 종합전문요양기관의 경우 전수가 환자정보를 주기적으로 분석하고 통계자료를 작성하는 것으로 나타났으나 분석자료 관련 보고서 발간은 36.8%수준으로 미흡하게 나타났다. 이는 가정전문간호사들이 가정 방문 후 간호통계나 보고서 작성 등 많은 시간을 기록에 사용하고 있어 불충분한 시간으로 인한 결과로 사료된다. Park, Park, Yoon과 Kang(2004)은 환자에 대한 정보를 가정간호센터의 관리자나 담당의사와 공유하며 가정간호의 질적 관리와 업무 효율성을 가져올 수 있는 지원시스템 개발의 필요성을 주장하였다. Andreoli와 Musser(1985)의 연구에서 전산정보시스템을 통해 간호사들은 평균 60%까지 기록시간을 단축할 수 있었다고 보고하였다. 따라서 전산관리체계 구축은 가정간호서비스 질 향상을 위해 필수적이라 할 수 있겠다.

질 관리체계 현황을 살펴보면 Korea health industry development institute(2002)의 연구에서 가정간호사업 자체 질 관리 활동의 지원체계 및 프로그램 개발은 초보적이며 미흡한 수준으로 나타났고, 질 관리 활동을 하고 있다고 응답한 기관에서도 프로그램의 개선결과를 지속적으로 모니터링하고 있지 않아 원

칙적으로 질 관리 활동을 수행하고 있다고 볼 수 없다고 하였다. 본 연구에서도 연 1회 이상 질 평가를 실시하는 기관은 41개소(39.4%)로 나타났고, 월 1회 이상 기록지를 평가하는 기관 역시 38개소(36.5%)로 낮게 나타났으며 사례집담회를 개최하는 기관은 37개소(37.2%)로 나타나 가정간호 서비스 질적 수준 평가 현황 중 가장 낮은 점수를 보여 본 연구의 필요성인 가정간호 질 관리가 절실히 필요함을 확인할 수 있었다. JCAHO(2008)는 가정간호서비스의 질 향상을 위해 질 관리프로그램이 반드시 포함되어야 하며 정기적 사업실적 보고 및 실사 등을 통하여 양질의 가정간호서비스 제공을 유도하고 있다. 따라서 가정간호서비스의 질 관리를 위한 평가 틀을 구축할 필요가 있으며 모든 보건의료서비스에 대한 질 평가의 목적이 서비스 질 향상에 있다고 볼 때 가정간호서비스 질 평가 역시 가정간호서비스의 질 개선으로 이어지게 되므로 우리 스스로가 앞장서서 가정간호서비스 평가에 대한 준비를 해야 하는 당위성이 여기에 있다.

가정간호서비스의 질을 높이기 위해서는 사업기관의 구조적 평가와 서비스 자체에 대한 과정적 평가, 결과에 대한 평가와 함께 정부지원정책이 개발되어야 할 것이다.

환자 보호자 교육 체계현황을 살펴보면 간호절차에 대한 시범교육 및 평가를 하고 있는 기관은 44개소(42.3%)로 낮게 나타났는데 이는 교육은 모두 하고 있으나 교육 후 평가에 대해 시행하지 않고 있어 낮은 점수가 나온 것으로 사료된다. Ryu 등(2000)의 연구에서 제공된 가정간호 서비스 내용 중 교육 및 상담이 34.9%를 나타내어 치료적 간호 24.4%보다 더 높은 비율을 나타내었고 Kim, So와 Lee(1998)의 연구에서는 교육 및 상담이 95.1%로 가장 많이 받은 서비스로 나타났다. 실제 가정간호 현장에서 많은 부분을 차지하고 있는 대상자 교육은 수가체계가 수립 되어 있지 않은 반면, 2003년부터 당뇨, 고혈압, 암 환자들을 대상으로 환자교육을 시행할 경우는 비급여로 간호수가를 청구할 수 있다. 따라서 가정전문간호사들이 교육하고 있는 환자 보호자 교육 또한 수가 체계가 확립되어야 할 것이다.

의무기록관리 체계 수립 현황을 살펴보면 가정간호에 있어 기록은 서비스 질 관리에 필수적이며, 가정간호 인력의 생산성 관리, 의사와 타 전문인과의 의사소통, 통계자료의 원천, 가정간호수가 청구의 원천, 가정간호서비스의 질 향상, 연구자료 및 간호행위에 대한 법적증거자료가 될 수 있으므로 매우 중요하다고 할 수 있다. 특히 현재 의무기록의 전산화(EMR)에 대한 의료계의 관심이 날로 증가하면서 시행되고 있는 기관도 계속 증가하고 있는 추세이다. 간호기록의 전산화의 단점으로 간호진단 내용이 제한적이어서 모든 환자에게 적용하지 못한다고 하였는데(Chi, Choi, Park & Jung, 1999), 이는 본 연구의 가정간호서비스 현황 중 간호진단을 수립하

고 기록하는 기관이 59개소(56.7%)로 나타난 것과 일치한다. 가정간호서비스 현황 에서도 간호목표를 수립 하고 기록하는 기관이 53개소(51%), 간호계획을 수립하고 기록하는 기관이 63개소(60.6%), 환자 사정 변화 시 변화된 간호계획을 수정하여 기록하는 기관이 64개소(61.5%), 간호계획에 반영하고 평가내용을 기록하는 기관이 69개소(66.4%)로 기록에 관한 현황이 낮게 나타났다. 이는 의무기록의 전산화(EMR)로 기록지가 통합되거나 간소화 되고, 원의 업무 특성 상 수행한 처치와 간호를 간단하게 메모한 후 가정방문을 모두 마치고 원내에 돌아와서 기록해야 하므로 기억력의 한계로 현장감이 결여되고 내용이 누락되거나 미흡해지는 경향이 있다. 따라서 가정간호서비스에 관한 표준화된 기록지 및 시스템이 개발되고 현장에서 실시간 기록이 수행될 수 있도록 모바일 지원이 필요할 것으로 사료된다.

만족도 조사 현황을 살펴보면 만족도 조사는 Ministry of Health and Welfare(2001)의 의료기관 가정간호사업 업무편람에 사업의 질 관리를 위해 연간 1회 이상 실시하도록 되어 있는데 본 연구에서 만족도 조사도구가 있는 기관이 58개소(55.8%)이었으며, 연간 1회 이상 만족도를 실시하는 기관이 47개소(45.2%), 조사결과에 대한 개선활동을 하고 있는 기관이 49개소(47.1%)로 낮게 나타났다. Korea health industry development institute(2002)의 ‘가정간호 대상자 만족도 조사’를 연 1회 이상 조사하고 있는 기관이 종합전문요양기관인 경우 65%, 종합병원인 경우 44.4%, 병원급 및 의원급에서는 전혀 못하고 있는 것으로 조사된 결과와 유사하며 앞으로 표준화된 만족도 조사 도구 개발을 통해 가정간호사업을 평가하고 질 관리를 주기적으로 시행, 유지 되도록 해야 할 것이다.

가정간호서비스에 대한 질적 관리는 가정전문간호사의 자율적인 판단과 수행능력, 전문성이 더욱 강조되는 가정간호서비스의 한 부분으로 국내 가정간호 상황에 맞을 뿐만 아니라 구조, 과정, 결과 세 요소의 상호 인과관계가 있어야 한다(Donabedian, 1986)는 Donabedian(1988)의 개념틀에 근거하여 구조, 과정, 결과적 영역의 가정간호서비스 질 평가 도구 개발이 절실히 필요하다.

결론 및 제언

본 연구는 가정간호서비스의 질 관리를 위해 가정간호서비스 질적 수준 현황을 평가하고자 시도되었으며 전국 가정간호사업 실시기관 104개소를 대상으로 우리나라 가정간호서비스의 질적 수준 현황을 평가하였다. 조사기간은 2008년 5월 20일부터 5월 30일까지와 10월 20일부터 10월 30일까지였고, 전국 가정간호 실시기관 104개소를 대상으로 우리나라 가정간호사업 실시기관의 질적 수준 현황을 조사하였다. 평가한

결과 100점 만점에 가장 높은 점수는 97.3점, 가장 낮은 점수는 42.3점이었으며, 평균 74.7점으로 나타났다.

본 연구 결과를 기초로 가정간호서비스 질 평가 기준이 설정되고 체계적인 가정간호 서비스 질 관리체계가 구축된다면 이를 통한 지속적인 관리로 가정간호서비스의 질 향상이 초래될 수 있을 것으로 사료된다.

본 연구결과를 토대로 구조, 과정, 결과적 영역의 가정간호서비스 질 평가 도구를 개발하고, 개발된 가정간호서비스 질 평가 도구를 적용한 후속 연구를 진행하고, 가정간호서비스 질 평가 도구를 근거로 업무지침, 안전관리 지침, 응급 관리 지침, 감염관리 지침 등 실무지침 개발 및 가정간호서비스 질 평가 도구를 위한 전산 프로그램 개발을 제언한다.

References

- Andreoli, K., & Musser, L. A. (1985). Computers in nursing care: The state of the art. *Nurs Outlook*, 33(1), 16-21.
- Chung, M. Y. (2003). *A study of role awareness, role conflict and job satisfaction for hospital-based home care nurses*. Unpublished master's thesis, The Catholic University of Korea, Seoul.
- Choi, J. Y. (2006). *(A) study on care contents, ending status and satisfaction of home health care nursing in a general hospital*. Unpublished master's thesis, Yonsei University, Seoul.
- Chi, S. A., Choi, K. S., Park, K. S., & Jung, Y. K. (1999). A basic study on improvement and computerization of nursing record. *J Korean Acad Nurs*, 29(1), 21-33.
- Donabedian, A. (1986). Criteria norms and standards of quality: *Am J public Health*, 71(4), 405-412.
- Donabedian, A. (1988). *Quality assessment and assurance: Unit of purpose*. *Diversity of Means. Inquiry, Spring*(1), 25, 173-192.
- Joo, C. A. (2001). A study on the teachers' pay system in Korea. *J Korean Econ Finance Educ*, 10(2), 189-220.
- Joint Commission (2008). *Comprehensive Accreditation Manual for Home care*.
- Korea health industry development institute (2002). *The development of tools and evaluation system for quality improvement of hospital based home health care*. Korea health industry development institute, Seoul.
- Kim, K. A. (2005). *Development of an evaluation tool for the quality of nursing care in elderly facility*. Unpublished doctoral dissertation, Chung-Ang University, Seoul.
- Kim, S. S., So, H. Y., & Lee, T. Y. (1998). A survey on clients' home care satisfaction in Taejon City in Korea. *J Korean Acad Soc Home Care Nurs*, 5, 73-83.
- Kim, H. Y. (2005). *Development of home care standards*. Unpublished doctoral dissertation, Ewha womans University, Seoul.
- Kim, H. S., You, S. Y., Kim, M. J., & Park, C. S. (2004).

- Direct care stress and job satisfaction in home care nurses. *Korean J Women Health Nurs*, 10(3), 261-265.
- Ministry of Health and Welfare. (2001). *Home health care services manual*. Ministry of Health and Welfare, Seoul.
- Marcie L. B. (2002). Credentialing for home health care leadership in the 21st century. *Home Health Care Manag Pract*, 15(1), 27-32.
- Michael, P. H., Walter, P. W., Sudeep, S. G., Geoffrey, M. A., & Paula, A. R. (2005). Nursing home profit status and quality of care: Is there any evidence of an association?. *Med Care Res Rev*, 62(2), 139-166.
- Park, H. T. (2002). *The development of client outcome evaluation instruments in home care*. Unpublished doctoral dissertation, Seoul University, Seoul.
- Park, H. M. (2001). *A Study on of nursing services in hospital based home care department: Focusing on hospitals registered after the first and second demonstration projects finished*. Unpublished master's thesis, Yonsei University, Seoul.
- Park, J. H., Hwang, N. M., Yun, S. N., Kim, M. J., Han, K. J., Hong, K. J., Park, S. A., Park, M. S., Jang, I. S., & Heo, J. S. (2001). *Policy directions for establishment and expansion of home nursing care in Korea*. Unpublished manuscript, Seoul National University, Seoul.
- Park, J. H., Park, S. A., Yoon, S. N., & Kang, S. R. (2004). Developing a home care nursing information system by utilizing wire-wireless network and mobile computing system. *J Korean Acad Nurs*, 34(2), 290-296.
- Ryu, H. S., Lee, S. W., Moon, H. J., Whang, N. M., Park, S. A., Park, J. S., Choi, H. J., Jung, K. S., Han, S. A., & Lim, J. Y. (2000). A preliminary study for evaluating on demonstration project of community-based home health care nursing services by the seoul nurses association. *J Korean Acad Nurs*, 30(6), 1488-1502.
- Song, J. R. (1999). *Nursing home standards development in Korea*. Unpublished master's thesis, Yonsei University, Seoul.
- Sigrid, F. R. (2008). The black sheep of clinical ethics: Home health ethics services. *Home Health Care Manag Pract*, 20(4), 303-311.

Survey of Home Healthcare Nursing Services to Establish Quality Assessment Standards

Kim, Su Ol¹⁾ · Shin, Hye Sun²⁾ · Kim, Gwang Suk³⁾

1) Full-time Lecturer, Department of Nursing, Andong Science College

2) Home Healthcare Center, Severance Hospital

3) Assistant Professor, College of Nursing, Yonsei University

Purpose: The study aimed to provide basic data to improve the quality of home healthcare nursing services by evaluating quality of care in representative nationwide sites. **Method:** The current quality of home care service in 104 nationwide sites was evaluated in terms of structures, processes, and outcomes based on published standards of the Joint Commission on Accreditation of healthcare Organizations. **Results:** The mean score for three dimensions of quality of home care service was as follows in descending order: structures (77.6), outcomes (60.4), and processes (38.7). Additionally, by specific item compared level of quality of home care service in each site, the highest score was 97.3 and the lowest score was 42.3 out of 100, with a mean score of 74.7. **Conclusions:** These findings provide a base for establishing the quality management system and to develop a tool for evaluating the quality of home healthcare nursing. The result should be continuous management and improvement of home healthcare nursing quality.

Key words : Home care service, Quality indicators

• Address reprint requests to : Kim, Su Ol

Department of Nursing, Andong Science College

496 Gyo-ri, Seohu-myeon, Andong 760-709, Korea

Tel: 82-54-851-3541 Fax: 82-54-852-9907 E-mail: teddy627@hanmail.net