

일개 지역사회 중심 가정간호사업소의 운영실태 및 운영방안

이 은 희¹ · 박 성 애²

¹ 서울대학교 간호대학 박사과정생, ² 서울대학교 간호대학 교수

A Study on the Operating Status of Community-based Home Health Care Centers

Lee, Eunhee¹ · Park, Sungae²

¹ Doctoral student, Seoul National University

² Professor, Seoul National University

주요어

가정간호, 지역사회 중심
가정간호

Key words

Home Health Care,
Community-Based Home
Health Care

Correspondence

Lee, Eunhee
College of Nursing,
Seoul National University,
28 Yeongeon-Dong, Jongro-Gu,
Seoul 110-744, Korea
Tel: 82-2-740-8453
E-mail: current5@snu.ac.kr

투 고 일: 2011년 2월 28일

수 정 일: 2011년 3월 25일

심사완료일: 2011년 3월 25일

Abstract

Purpose: This study was done to evaluate the operating status of community-based home health center for revitalization of the centers. **Method:** In this study performance data including organization plan and service utilization plan were evaluated according process theory. Target of evaluation was the community-based home health care center. **Results:** The vulnerable part of the organization was the information system and financial resources. The home health center introduced PDA (Personal Digital Assistants) in 2005, however home health care nurses did not make full use of it. This service received full support from Seoul city and local government and there were no other sources of income. The vulnerable part of service utilization was service expansion and standardization due to vulnerability of organizational aspects. **Conclusions:** The home health care center provides high quality services to underprivileged people. In the future, these services should be provided with equity for continuous health care for this population.

서 론

1. 연구의 필요성

가정간호사업의 효과는 다양한 측면에서 나타나고 있다. 가정간호를 제공함에 따라 의료기관 재 방문율 및 사망률이 감소하는 효과를 보이고 있고(Dalal, Zawada, Jolly, Moxham, & Taylor, 2010; Leiby & Shupe, 1992; Melin, Hakanson, & Bygren, 1993), 혈압, 콜레스테롤 수치와 같은 임상지표(Dalal, Zawada, Jolly, Moxham, & Taylor, 2010; Jolly et al., 2009) 및

만족도, 삶의 질 등의 심리사회적 지표 또한 가정간호를 제공함에 따라 유의하게 변화하였다(Arthur, Smith, Kodis, & Mckelvin, 2002; Ciechanowski et al., 2004; Rabin et al., 2000; Smith, Arthur, Mckelvin, & Kodis, 2004). 최근에는 비용 측면에서도 가정간호가 효과가 있음을 보고하는 연구가 있는데, 동일질환에 대해 병원치료와 비교 시 치료비용의 절감의 효과를 나타냈고, 조기퇴원으로 병상가동률이 높아짐에 따라 공급자의 수익측면에서도 효과를 나타냈다(Carlson, Johnson, Franklin, & VanderLaan, 2000; Lloyd, Martin, Rajagopalan, Zieneh, & Hartley, 2010; Marchionni et al., 2003; Park & Ko, 2000).

우리나라 가정간호사업은 조기퇴원 환자를 위한 가정간호사업이 현재 112여 개의 의료기관 중심 가정간호서비스가 운영되고 있고(Korea Academic Society of Home Care Nursing, 2011), 1,2차 의료기관에서 입원을 종료한 환자와 지역사회에 방치되고 있는 만성질환자와 그 가족이 이용할 수 있도록 지역사회 중심 가정간호사업소를 운영하고 있다. 지역사회 중심 가정간호사업소로 운영하고 있는 곳은 K병원 산하 가정간호사업소와 S 병원 내 가정간호사업소, S 대학교 간호대학 내에 설치된 가정간호사업소가 있는데, 병원에 속해 있는 두 기관의 경우 의료기관 중심 가정간호사업소와 지역사회 중심 가정간호사업소를 혼재한 형태이며(Hong, 2007), S 대학교 간호대학 가정간호사업소는 독립형 민간위탁 모델을 가지고 운영하고 있다. 과거에 독립형 민간위탁 모델로 대한간호협회 지부 서울시 간호사회에서 운영한 가정간호사업소와 서울의 Y 대학교에서 운영한 가정간호사업소가 있었으나, 이 두 기관은 제도상, 운영상의 한계로 운영을 중단하여, 현재 독립형 민간위탁 모델로 운영되고 있는 곳은 S 대학교 간호대학 가정간호사업소가 유일하다.

S 대학교 간호대학 내에 설치된 가정간호사업소는 1996년 9월부터 연구과제로 채택되며 서비스 제공을 시작하였고, 2003년 본격적으로 사업소를 개설하여 현재까지 8년간 운영되고 있다. 위 사업소는 가정간호의 적정 질 유지를 위한 표준화 정보체계를 구축하고, 계속 교육프로그램을 개발, 가정간호 수가체계 개발, 가정간호 의료체계 구축을 목표로 하고 있으며, 현재 각급 의료기관, 지역사회, 산업장, 보건소, 대상자 개인 등 다양한 의뢰처로부터 오는 대상자들을 등록을 받아 서비스를 제공하고 있다(Park et al., 2000; Ryu et al., 1999).

의료기관 중심 가정간호사업의 경우 병원에서 퇴원한 환자에 게만 서비스가 제공됨에 따라 가정간호센터가 없는 의료기관에서 퇴원한 환자는 서비스 이용이 제한되었으며, 또한 보건소의 방문간호서비스를 제공받고 있는 대상자 중 중증도가 높은 지역

사회 취약계층의 경우에도 의료기관 중심 가정간호서비스 이용이 제한적이었다. 이러한 대상자들에게 지역사회 중심 가정간호는 매우 유용한 형태로 제시되었는데(Ryu, 2007), 추후 인구의 고령화에 따른 만성질환의 증가로 지속적으로 보건의료서비스의 수요는 증가할 것으로 예상됨에 따라 이러한 서비스 형태는 활성화 될 필요성이 있다.

따라서 현재 유일한 독립형 민간모델인 S 대학교 간호대학 가정간호사업소의 조직구조와 서비스 제공체계의 방향을 재점검하고, 추후 이와 같은 지역사회 중심 가정간호사업의 활성화를 위해 이에 합당한 조직 운영방안을 제안하고자 한다.

2. 연구의 목적

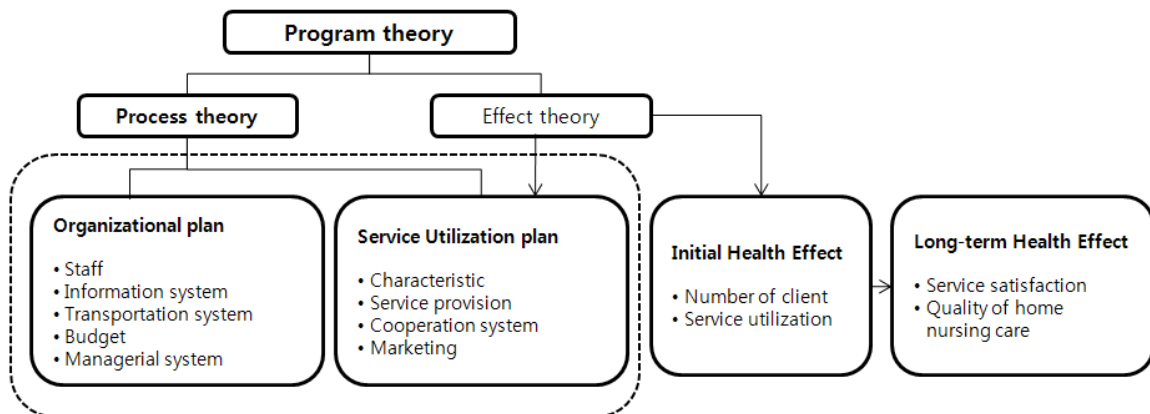
본 연구는 지역사회 중심 가정간호사업의 조직구조와 서비스 제공체계의 방향을 점검하고, 이를 통해 추후 지역사회중심 가정간호사업소의 조직 운영방안을 모색하기 위함이다. 구체적인 연구목적은 다음과 같다.

- 첫째, 지역사회 중심 가정간호사업소의 조직구조를 평가한다.
- 둘째, 지역사회 중심 가정간호사업소의 서비스 제공체계를 평가한다.
- 셋째, 조직의 구조 및 서비스 제공체계 평가결과를 바탕으로 지역사회중심 가정간호사업소의 운영 개선방안을 제안한다.

연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 S대학교 간호대학 가정간호사업소의 실적자료에 근거하여 조직구조와 서비스 제공체계를 평가하는 것이다. 평가에 필요한 자료는 실적통계, 운영보고서, 근무자 면담, 관찰을 통해



(Figure 1) Framework

수집하였다. 연구 분석 관점은 사업운영의 서비스제공의 타당성과 적합성 측면에서 평가하였다. 가정간호사업이 효과를 나타내기 위해서는 구조적인 측면(organizational plan)과 과정적인 측면(service utilization plan)이 타당하고 적합해야 한다는 프로세스 이론(process theory)에 따라 본 연구에서는 가정간호사업소의 구조적인 측면과 과정적인 측면의 타당성과 적합성을 평가하였다(Figure 1).

2. 연구 대상

S 대학교 간호대학 내에 위치한 가정간호사업소를 대상으로 분석을 진행하였다.

3. 분석 방법

평가에 수집된 자료는 평가조직의 구조적인 측면과 과정적인 측면의 특성을 평가하기 위해 EXCEL 프로그램을 이용하여 서술 통계를 적용하여 분석을 시행하였다.

연구 결과

1. 구조평가

1) 인력

S 대학교 간호대학 가정간호사업소에 소속된 사람은 총 7명으로 가정간호사업 소장 1명, 팀장 1명, 가정간호사 5명으로 구성되어 있으며, 가정간호사 5명 중 4명은 실제적으로 가정간호를 제공하는 업무를 담당하고, 나머지 1명은 전반적 행정업무를 담당하며 실무책임자 역할을 수행하였다. 가정간호사 5명의 평균 연령은 53.4세였고, 5명 모두 가정간호 교육을 받고, 자격증을 소지한 상태였다.

대상자를 담당하는 가정간호사는 프리랜서로 활동하고 있었고, 1인이 담당하는 대상자수는 2003년 초기 13명에서 지속적으로 증가하여 2008년 1인당 45명으로 2003년 대비 3.4배 증가하였다. 2009년에는 노인장기요양보험의 도입으로 장기요양보험에 해당하는 대상자가 탈락됨에 따라 대상자가 감소하여 2010년 1인당 담당 대상자는 23명이었다(Table 1).

2) 정보체계

본 가정간호사업소는 대상자 중심의 가정간호를 제공하고, 누적된 대상자 정보를 바탕으로 교육과 연구를 시행하여, 궁극적으로 가정간호를 표준화하고 질적으로 향상시키기 위해 2005년

가정간호업무에 개인휴대단말기(PDA)를 도입하기로 하고 관련 시스템 구축을 위해 연구비로 2억원 받아 시스템을 구축하였다. PDA에는 가정간호대상자의 초기 건강상태를 파악하기 위해 표준화된 대상자 건강사정도구와 환자상태를 기록할 수 있는 프로 그래프가 내장되어 있다. 가정간호사가 대상자를 방문하여 가정간호를 시행하면서 동시에 대상자상태를 기록할 수 있고, 또한 기록한 정보는 PDA와 연결된 컴퓨터 중앙서버에 자동적으로 연결되어 대상자 정보가 체계적으로 취합될 수 있는 장점을 가지고 있다.

이렇듯 정보체계 구축을 위한 연구를 통해 재정적 지원을 받아 유용한 정보시스템을 개발하였으나, 실제 활용측면에서는 중앙서버운영 및 PDA 프로그램 개발 등에 있어 많은 어려움이 있었다. 또한 가정간호사 평균 연령이 50세로 PDA 사용이 용이하지 않아 이를 적극적으로 하지 못하는 상태였다.

3) 재정운영

가정간호사업소의 기본적인 수입은 가정간호수가로부터 발생하는 것으로 가정간호비용은 크게 기본 방문료와 교통비 그리고 사용하는 처치에 따른 재료비로 구성되며, 서울시에서 50% 지방자치단체에서 50% 지원받고 있었다. 연도별 총 수입을 살펴보면, 2003년 2,728만원이었고, 대상자수 및 방문건수 증가에 따라 수입이 증가하여, 2008년 최대 1억 6,806만원까지 증가하였다. 노인장기요양보험 도입에 따라 대상자 감소로 2010년에는 총 수입이 1억 3,903만원으로 감소하였다(Table 2).

지출은 크게 인건비와 관리운영비로 인건비는 가정간호사가 프리랜서로 활동하므로 담당하는 대상자의 기본 방문료 70%와 교통비를 인건비로 충당하였다. 따라서 담당하는 환자가 많을 경우 개인이 받는 임금이 많아졌다. 기본 방문료의 30%는 운영비로 지출하게 되는데, 운영비로 크게 지출되는 부분은 가정간호 실무를 담당하지 않는 팀장과, 실무책임자의 인건비, 운영에 필요한 물품 구입비 등에 지출되어 매년 수입의 대부분이 인건비와 운영비, 교통비 등으로 지출되었다(Figure 2).

4) 교통

가정간호사업소는 공식적으로 차량을 보유하고 있지는 않고, 각 가정간호사의 교통수단은 스스로 해결하고 있었으며, 대부분 자가용을 이용하거나 방문건수가 많지 않은 경우 대중교통을 이용하였다. 교통비용은 방문간호비용 내의 교통비로 충당하고 있는 상태로 자가 차량 이용 시 여러 대상자를 동시 방문하지 않으면, 책정된 교통비 보다 1회 교통비가 크게 발생하는 상태였다.

〈Table 1〉 Status of HHC staff and characteristic of HHC patients

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Number of nurses and patients	4	4	4	4	4	4	4	4
HHC nurses	50	63	94	116	171	180	99	92
HHC patients	13	16	24	29	43	45	25	23
Patients per nurse		123.1	150.1	120.8	148.3	104.7	55.6	92.9
Increasing rate (%)		1,456	2,404	2,935	3,459	4,800	3,895	3,399
HHC visits	930	1,456	2,404	2,935	3,459	4,800	3,895	3,399
Average visits per patient /month	16	1.9	2.1	2.1	1.7	2.2	3.3	3.1
Social economic characteristic of new patients	44(88.0)	31(70.5)	41(66.1)	49(81.7)	94(90.4)	101(97.1)	25(80.6)	20(71.4)
Basic livelihood security	6(12.0)	13(29.5)	13(21.0)	8(13.3)	8(7.7)	2(1.9)	3(9.7)	1(3.6)
Patients with rare and incurable disease	0(0.0)	0(0.0)	8(12.9)	3(5.0)	2(1.9)	1(1.0)	3(9.7)	7(25.0)
Low-income bracket	50(100.0)	44(100.0)	62(100.0)	60(100.0)	104(100.0)	104(100.0)	31(100.0)	28(100.0)
Total	1(2.0)	1(1.6)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
Level I	17(34.0)	38(60.3)	11(13.1)	6(5.2)	128(79.0)	168(93.3)	87(87.9)	71(77.2)
Level II	32(64.0)	24(38.1)	73(88.9)	110(94.8)	34(21.0)	12(6.7)	12(12.1)	21(22.8)
Level III	50(100.0)	63(100.0)	84(100.0) ²⁾	116(100.0)	162(100.0) ²⁾	180(100.0)	99(100.0)	92(100.0)
Total								

Note : 1) Level I is discharge target, Level II is HHC target, and Level III is admission target.

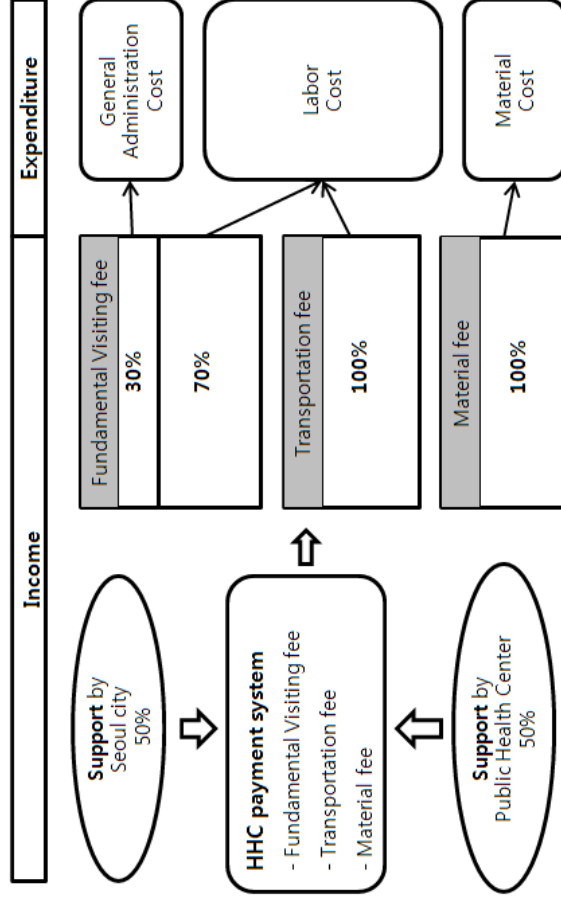
2) In 2005 and 2007, 19 patients' data are missing.

HHC=Home health care

〈Table 2〉 Income in home health care center (Unit : Won)

Year	Basic visit fee & Transportation fee	Material fee	Total
2003	28,951,556	323,900	29,275,456
2004	36,401,207	11,033,568	47,434,775
2005	60,126,685	17,647,890	77,774,575
2006	73,375,595	22,326,545	95,702,140
2007	86,884,943	25,214,292	112,099,235
2008	139,852,875	28,210,650	168,063,525
2009	108,216,370	29,223,290	137,439,660
2010	115,681,930	23,411,340	139,093,270
Total	649,491,161	157,391,475	806,882,636

Note: Home health care payment system consists of the basic visit fee and fees for transportation and materials.



〈Figure 2〉 Income and expenditure in home health care center

5) 관리자원

가정간호사의 관리는 가정간호사업소의 팀장과 1명의 가정간호사가 담당하고 있는데, 실제적으로 가정간호사가 모두 독립적으로 활동하고 있는 관계로 관리자는 대상자 의뢰 시 가정간호사에게 배치하고, 재정관리 등만 담당하였다. 대부분 가정간호사가 프리랜서로 각자 활동함에 따라 가정간호사간의 의사소통이 원활하지 못했다. 또한 국내 가정간호사업은 대부분 의료기관 중심으로 이루어지고 있으며, 지역사회 중심 가정간호사업소는 전국에 많이 분포되어 있지 않아 정부에서 공식적으로 발간한 업무편람은 없었다.

2. 서비스 제공과정 평가

1) 대상자 특성

가정간호서비스 신규 대상자의 사회경제적 상태를 살펴보면, 대상자는 기초생활보장 대상자와 희귀난치성 질환자, 저소득 틈새계층 등 대부분 사회경제적으로 매우 취약한 계층이었다. 2003년 기초생활보장 대상자는 88.0%, 희귀난치성 질환자는

12.0%를 차지하였는데, 2005년부터는 기초생활보장 대상자뿐 아니라 희귀난치성 질환자와 저소득 틈새계층까지 서비스가 확대 되는 추세를 보였다. 2010년에는 기초생활보장 대상자가 71.4%, 희귀 난치성질환대상자는 3.6%, 저소득 틈새계층이 25.0%를 차지하는 등 서비스가 지속적으로 취약계층에게 확대되었다.

가정간호 대상자의 중증도 분류는 보건복지부에서 발간한 의료기관 가정간호업무편람에 제시된 분류기준을 참고하여 분류하였다. S 대학교 간호대학 가정간호사업소 대상자의 중증도 분포를 살펴보면, 2006년까지 중증도가 매우 높아 입원에 해당하는 Level III가 최대 94.8%까지 차지하였다. 2007년 이후에는 가정간호대상자에 해당하는 Level II의 비율이 높아져 80% 정도를 차지하였고, 반면, 입원대상자에 해당하는 Level III는 20% 정도로 감소하였다.

2) 가정간호 서비스 제공 현황

S 대학교 간호대학 가정간호사업소가 공급하고 있는 서비스 건수를 살펴보면, 2003년 초기에는 연간 방문건수가 총 930건이었으나, 지속적으로 대상자수가 증가하여 2008년 최대 4,805회

〈Table 3〉 Number of referred patients for HHC from PHCs

Rank	PHC	Year								Total	%
		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010		
1	Gangsu-gu	7	10	22	40	46	40	27	25	217	25.1
2	Seodaemun-gu	0	5	11	12	23	18	8	9	86	9.9
3	Seongbuk-gu	5	4	6	16	18	17	6	6	78	9.0
4	Gwanak-gu	5	6	8	6	5	16	10	11	67	7.7
5	Seocho-gu	2	3	5	5	17	9	6	7	54	6.2
6	Gangbuk-gu	4	9	6	3	10	6	3	3	44	5.1
7	Yangchun-gu	7	2	3	2	6	14	5	7	46	5.3
8	Mapo-gu	0	0	1	1	7	14	15	11	49	5.7
9	Yongsan-gu	4	7	8	6	5	4	2	0	36	4.2
10	Guro-gu	1	2	1	6	10	8	3	3	34	3.9
11	Nowon-gu	1	1	2	5	8	8	2	2	29	3.4
12	Dongdaemen-gu	2	3	2	3	2	4	6	4	26	3.0
13	Jongro-gu	0	2	1	2	4	8	2	2	21	2.4
14	Eunpyeong-gu	0	1	2	1	5	6	1	2	18	2.1
15	Gwangjin-gu	1	2	7	5	0	0	0	0	15	1.7
16	Youngdeungpo-gu	5	2	3	0	1	0	0	0	11	1.3
17	Jungrang-gu	0	0	1	2	1	2	1	2	9	1.0
18	Sungdong-gu	0	1	2	1	0	1	1	2	8	0.9
19	Geumcheon-gu	4	0	1	0	0	0	0	0	5	0.6
20	Dobong-gu	0	2	2	0	0	0	0	1	5	0.6
21	Dongjak-gu	0	0	0	0	0	3	1	2	6	0.7
22	Gangnam-gu	0	0	0	0	2	1	0	0	3	0.3
23	Jung-gu	1	0	0	0	1	1	0	0	3	0.3
24	Gangdong-gu	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0.1
25	Songpa-gu	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0.1
Total		50	63	94	116	171	180	99	92	865	100.0

HHC=Home health care, PHC=Public health center

로 증가하였고, 2010년 대상자수 감소에 따라 방문건수가 3,399 회로 감소하였다. 대상자 1인당 한달평균 방문건수는 초기 1.6 회였으나, 지속적으로 증가하여 방문건수가 2009년 최대 월평균 3.3회로 나타났고, 2010년에는 약간 감소하여 3.1회로 나타났다.

3) 연계시스템

현재 가정간호는 보건소를 통해 의뢰를 받고, 서비스 제공 중 상태가 악화되었을 경우 의료기관으로 연계하며, 상태가 호전되어 의료기관에서 퇴원하였을 경우 다시 가정간호서비스를 받도록 연계하고 있다. 가정간호사업소 개설이후 의뢰한 보건소 분포를 살펴보면, 다음과 같다. 서울시 강서구가 총 8년간 217명을 의뢰하여, 전체 25.1%를 차지하였고, 이어 서대문구, 성북구, 관악구 등이 각각 86명(9.9%), 78명(9.0%), 67명(7.7%) 순으로 나타났으며, 송파구와 강동구는 8년간 의뢰자가 1명씩으로 의뢰 비율이 가장 낮았다(Table 3).

4) 마케팅

가정간호사업소의 경우 보건소에서 의뢰를 받은 대상자 위주로 운영되어 서비스 마케팅은 이루어지지 않고 있었다. 현재 법적으로 지역사회중심 가정간호사업이 개별적 등록으로 서비스를 제공할 수 없고, 또한 이 서비스가 건강보험이 아닌 100% 지원 서비스로 시행되고 있음에 따라 일반 대상자가 아닌 지역사회 취약계층에게 무료로 제공되고 있어 마케팅은 현실적으로 불가능하였다.

논 의

본 연구는 우리나라 지역사회 중심 가정간호사업소를 활성화하기 위한 방안을 모색하기 위한 연구로 국내 유일한 S 대학교 간호대학 가정간호사업소의 구조적 문제와 서비스 제공체계를 평가한 연구이다.

1. 구조측면의 평가

가정간호사업소의 구조적인 측면을 분석한 결과, 인력의 경우 가정간호사 5명과 관리자 2명으로 구성되어 있었고, 가정간호사 5인의 평균 연령은 53.4세로 매우 고 연령층이었다. 이 결과는 다른 Ryu 등(2005)의 연구결과인 평균연령 39.1세에 비하여 매우 높았는데, 이는 S 대학교 간호대학 가정간호사업소에 소속된 간호사들이 대부분 임상에서 퇴직 후 거주하고 있던 간호사를 고용함에 따라 평균연령이 높았다.

S 대학교 간호대학 가정간호사업소 대상자 중심의 가정간호를

제공하고, 누적된 대상자 정보를 바탕으로 교육과 연구를 시행하여, 궁극적으로 가정간호를 표준화하고 질적으로 향상시키기 위해 PDA를 구축하고, 이용하는 시도를 하였다. 하지만, 초기 시스템에 기술적인 결함이 발견되었고, 또한 가정간호사의 평균 연령이 높아 접근성이 떨어져서 활용이 충분히 이루어지지 못했다. 따라서 PDA를 이용하여 달성하고자 하였던 교육 및 연구, 간호의 표준화 등이 이루어지지 못하였고, 대상자 정보는 여전히 수기로 기록하고 있었다. PDA와 같은 새로운 정보기기가 도입될 때에는 초기 정보시스템 도입에 따른 간호사들의 노력이 요구되지만, 점차 시스템이 구축화 된 이후에는 간호대상자들의 관심도가 증가하고, 대상자에게 많은 혜택 또한 제공할 수 있으므로(Son et al., 2007), 본 사업소도 추후 시스템을 더 보완하고, 가정간호사들에게 PDA 사용을 적극 권장할 필요가 있을 것이다.

가정간호사업의 재정현황은 서울시에서 50%, 지방자치단체에서 50% 지원받아 이루어지고 있었으며, 그밖에 다른 수입원은 없었다. 사업소 조직자체가 비영리 기관으로 수익을 창출하지는 목적을 가진 조직은 아니지만, 조직운영에 필요한 자금조차 확보되지 않아 인력관리, 물품관리 측면에서 어려움이 있었다. 가정간호사의 급여는 담당하는 대상자의 방문비용으로 충당하고 있었는데, 담당 대상자가 감소할 경우 월급여가 일정수준 이상 확보되지 못하는 상태였다. 의료기관 중심 가정간호사업의 경우 일정한 급여를 받는 경우가 80.7%를 차지하고, 추가 근무수당 등의 체계가 구축되어 있는 반면(Ryu et al., 2005), 지역사회 중심 가정간호의 경우 조직규모 및 수입규모가 작아 안정된 급여체계를 갖기 어려웠다. 안정된 급여체계를 갖지 못하는 것은 인력관리 측면에서 많은 한계점으로 작용하고 있었다.

가정간호를 제공할 때 이용하는 교통수단은 사업소에서 차량을 보유하고 있지 않고, 각자 자가 차량을 이용하여 서비스를 제공하고 있었다. 가정간호서비스의 교통비는 현재 6,870원 책정되어 있는데, 자가 차량을 이용하는 경우 1일 방문횟수가 적을 때에는 방문 당 교통비가 책정된 금액보다 크게 발생하였다. 그리고 추가 발생하는 금액에 대한 처리방법이 없어 교통비 추가 발생시 가정간호사 개인이 부담해야 했다. 많은 연구에서 현재 책정된 교통비가 원가에 미치지 못한다는 결과를 제시하고 있는데(Hwang, 1996; Hong & Yoon, 2000), 교통비 원가를 분석한 Baek, Song과 Kim(2003)의 연구에 따르면, 1회 방문의 교통비 원가는 12,069원으로 현재 책정된 수가가 원가에 매우 미치지 못함을 알 수 있었다. 지역사회 중심 가정간호사업의 경우 대부분 규모가 작고, 다양한 수입원이 없으므로 서비스에 대한 수가가 적절하게 책정되어 있지 않은 경우 사업 자체를 유지하기 매우 어려운 실정이었다.

가정간호사업소의 관리자원의 경우 프리랜서로 근무함에 따라 가정간호시간 제공하는 서비스의 표준화나 업무 표준화가 용이하게 이루어지지 않았다. 우리나라는 의료기관 중심으로 가정간호서비스를 제공함에 따라 보건복지부에서 의료기관 가정간호사업 업무편람(Ministry of Health and Welfare, 2010)을 발간하여 의료기관 간에, 그리고 서비스 제공하는 간호사 간에 업무를 표준화 시키도록 유도하고 있다. 하지만, 지역사회 중심 가정간호사업의 경우에는 대상자 의뢰경로나 대상자 기본특성 등이 의료기관 가정간호사업과는 차이가 있음에 따라 보건복지부에서 발간한 업무편람을 그대로 적용하는 것은 한계가 있으므로 이 업무편람을 수정하여 적용할 필요가 있을 것으로 생각된다. 또한 가정간호사 개인이 독립적으로 활동하고 이를 중앙에서 관리해주는 시스템이 부족하므로 추후 PDA를 적극 활용하여 이러한 점을 보완해야 할 것으로 평가된다.

2. 서비스 제공과정의 평가

본 연구의 서비스 제공과정을 평가해보면, 먼저 S 대학교 간호대학 가정간호사업소는 초기 사업소 개설 목적에 부합하게 사회경제학적으로 취약한 지역사회 주민에게 서비스를 제공하고 있었다. 본 연구결과 2009년 가정간호대상자 중 기초수급대상자는 80.6%였고, 희귀난치성 질환 및 저소득 틈새계층은 19.4%를 차지하였다. 기초수급대상자가 92%를 차지하였던 Cho 등(2004)의 연구결과에 비교해보면, 기초수급대상자 뿐 아니라, 의료적, 사회경제적으로 더 취약계층인 희귀난치성 질환 및 저소득 틈새계층까지 서비스가 보다 확대되어 제공되고 있음을 알 수 있었다. 대상자의 질병의 중증의 경우 사업초기 입원대상자에 해당하는 Level III가 최대 94.8%까지 차지하는 등 높은 간호수준을 요하는 대상자가 많았으나, 점차 대상자 건강수준이 호전되어 2009년의 경우 가정간호대상자에 해당하는 Level II가 87.9%로 중증도 분포가 변화하였다. 이는 새롭게 등록되는 대상자의 중증도가 낮음이 중증도 분포 변화의 원인이기도 하나, 본 사업소의 전체 대상자의 40% 이상이 과거부터 지속적으로 서비스를 받아오던 대상자이므로 이들의 건강수준이 향상됨으로 인한 것도 변화의 큰 원인이 되었다고 평가된다.

S 대학교 간호대학 가정간호사업소의 서비스 공급건수는 2009년 1인당 월평균 방문건수가 3.3회로 이는 Ryu(2006)의 연구결과 2.92에 비해 높았는데, 대부분 본 사업소의 가정간호대상자 중 많은 비율이 외상기간이 길어짐에 따라 욕창 등의 피부질환이 발생하여(Park, 2010), 주기적인 간호를 위해 방문하는 사례가 많아 방문건수가 높게 나타난 것으로 평가된다.

S 대학교 가정간호사업소는 지역사회에 거주하는 취약계층에

게 높은 수준의 간호 서비스를 제공하기 위해 보건소에서 해당 대상자를 의뢰받아 서비스를 제공하고 있다. 현재 우리나라는 지역사회 주민의 건강관리를 위해 보건소 기반의 방문간호와 가정간호를 제공하고 있다(Ryu, 2007). 보건소의 방문간호의 경우 저소득층을 대상으로 제공되며, 많은 환자를 수용할 수 있는 점에서 포괄성은 있으나, 양질의 가정간호를 제공하는데 있어서는 한계가 있고(Park, 2007), 방문간호의 취지가 지역사회에 거주하는 저소득층 계층의 포괄적인 건강관리이므로 고도의 간호기술을 요하는 환자에게 방문간호를 집중적으로 제공할 경우 이로 인해 다수의 지역사회 주민은 방문간호를 받지 못하게 된다. 따라서 보건소의 방문간호에 해당하는 대상자와 좀 더 고도의 간호기술이 필요한 환자를 구분하여 각각에 적절한 형태로 서비스를 제공하는 것이 자원의 활용도 측면에서 효과적인 방법일 것이다.

마지막으로 가정간호사업소의 경우 100% 지원서비스이므로 지원 예산 범위를 초과하여 대상자를 유치할 수 없고, 더불어 취약계층이 아닌 대상자가 본 서비스를 이용하고자 할 때에는 제도적으로 이에 대한 접근이 어려워 서비스 확대가 불가능하였다.

3. 지역사회 중심 가정간호사업 운영개선 방안

우리나라 의료기관 중심 가정간호의 수요 충족도는 6.5%, 방문건강관리의 수요 충족도는 15.7%로(Ministry of Health and Welfare, 2001) 여전히 우리나라는 지역사회 주민의 건강관리 서비스를 충분히 제공하고 있지 못하고 있다. 또한 앞으로 고령화에 따른 만성질환 증가로 지속적인 가정간호 수요는 증가할 것으로 예상됨에 따라 의료기관 중심 가정간호, 방문건강관리 이외에 지역사회 주민의 수요를 충족할 수 있는 적절한 시스템이 필요할 것으로 판단된다. 현재 의료기관의 경우 100여개가 넘는 가정간호사업소를 운영하고 있고, 전국의 보건소 또한 대부분 방문건강관리사업을 시행하고 있으므로 기존에 큰 축을 이루는 위 두 가지 서비스 형태는 더 이상의 확대는 불가능하므로 지역사회 중심 가정간호사업소와 같은 새로운 서비스 형태를 확대 시행하여 지역사회 주민의 건강형평성을 높일 필요가 있을 것이다.

이러한 목적에 따라 지역사회 중심 가정간호사업소를 활성화하기 위해 먼저 지역사회 중심 가정간호사업소의 체계적인 관리 시스템을 구축이 필요하다. 현재 대부분의 의료기관 중심 가정간호사업소와 보건소 방문건강관리 사업의 경우 기관이 중앙에서 인력을 고용하고, 고용한 인력을 관리하지만, 본 사업소의 경우 가정간호사가 모두 프리랜서로 활동함에 따라 중앙관리가 잘 이루어지지 않았다. 이러한 문제점은 서비스 제공의 표준화에

있어 장애의 원인이 되므로 중앙에서 프리랜스로 활동하는 인력을 관리할 수 있도록 PDA 시스템을 현재 보다 적극 활용해야 할 것이며, 또한 필요한 경우 프리랜스 운영방법이 아닌 중앙고용방법으로 인력 구조를 변경하는 것도 효과적인 방법이 될 것이다.

현재 본 사업소는 보건소에서 의뢰되는 주민을 대상으로만 서비스를 제공하고 있는데, 추후 서비스 확대를 위해서는 새로운 시장 개척이 필요하다. 2008년 노인장기요양보험제도 시행에 따라 위 제도에 해당하는 대상자는 S대학교 간호대학에서 재가노인요양센터를 신설하여 서비스를 제공하고 있다. 요양보험 등급을 받은 대상자의 경우 동일기관 내에 위치한 센터에서 서비스에 제공하고 있으며, 서비스 확대를 위해 적극적 홍보를 시행하고 있다. 또한 2011년 10월부터 장애인 활동지원제도가 도입되는데, 이 제도에서 방문간호서비스가 포함되어 있으므로 추후 서비스 확대를 위해 장애인 활동제도를 적극 활용할 필요가 있을 것이다.

현재 지역사회에 거주하는 주민들의 건강관리를 위해 가장 효율적인 형태인 지역사회 중심 가정간호사업소를 전국으로 확대하여 적절하게 서비스 공급이 이루어질 수 있도록 해야 할 것이며, 더불어 가정간호사업소 또한 의료기관 가정간호사업과 보건소 방문간호의 사각지대에 놓인 지역사회 주민의 건강관리를 위해 효율적인 조직체계와 서비스 제공체계를 갖도록 많은 부분에서 보완하여야 할 것이다.

결론 및 제언

본 연구는 지역사회 중심 가정간호사업의 활성화를 위해 국내 유일한 독립형 민간위탁 모델인 S 대학교 간호대학 가정간호사업소의 운영체계를 평가하였다. 본 연구결과 가정간호사업소의 조직측면에서 취약한 부분은 정보시스템과 재정운영 부분이었다. 각자 독립적으로 활동하는 구조에서 구성원들의 가정간호 내용을 중앙 관리할 수 있는 정보시스템을 개발하였으나, 이를 적극 활용하지 못함에 따라 PDA 도입 목적을 전혀 달성하지 못하고 있어 추후 서비스 표준화, 효율적인 인력관리 등을 위해서 이를 적극적으로 이용할 수 있는 방안 모색이 필요할 것으로 생각된다. 또한 재정운영 부분에서는 조직자체가 비영리 기관으로 수익을 창출하지는 목적을 가진 조직은 아니지만, 조직운영에 필요한 자금조차 확보되지 않아 인력관리, 물품관리 측면에서 어려움이 있었다.

서비스제공체계 측면에서 가장 취약한 부분은 서비스 확대가 부족하다는 점과 서비스 표준화가 부족하다는 점이었다. 이는 재정지원이 부족하고, 정보시스템이 취약하다는 조직운영측면의

문제점으로 인해 발생하는 문제점으로 평가된다. 서비스의 재정 운영 구조가 100% 국가지원서비스이므로 예산규모 이상의 대상자를 유지할 수 없다는 점과 법적으로 지역사회 가정간호가 허용되지 않기 때문에 홍보를 통한 일반대상자 유치는 불가능한 것이 서비스 확대에 걸림돌이었다. 직원간 서비스 표준화가 이루어지지 않은 이유는 가정간호사 개인이 독립적으로 활동하고 있는 상태에서 중앙에서 관리해주는 시스템이 부족하기 때문으로 평가되는데, 추후 PDA의 적극 활용으로 이를 보완되어야 할 것으로 평가된다.

S 대학교 간호대학 가정간호사업소는 초기 사업소 개설 취지에 맞게 사회경제학적으로 취약한 지역사회 주민에게 높은 수준의 서비스를 제공하고 있으며, 형평성 측면에서 위 서비스가 지속되어야 할 필요성이 있다. 가정간호사업소는 추후 체계적인 관리 시스템을 개발하고, 가정간호 서비스가 필요한 대상자를 지속적으로 모색하는 등 좀 더 효과적이고 효율적인 운영을 통해 서비스를 지속적으로 활성화할 수 있도록 해야 할 것이다.

REFERENCES

- Arthur, H. M., Smith, K. M., Kodis, J., & Mckelvin, R. (2002). A controlled trial of hospital versus home-based exercise in cardiac patients. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 34(10), 1544-1550.
- Baek, H. C., Song, C. R., & Kim, H. Y. (2003). An analysis of home health care travel cost. *Journal of the Korean Academy Society of Home Care Nursing*, 10(1), 52-57.
- Carlson, J. J., Johnson, J. A., Franklin, B. A., & VanderLaan, R. L. (2000). Program participation, exercise adherence, cardiovascular outcomes, and program cost of traditional versus modified cardiac rehabilitation. *The American Journal of Cardiology*, 86(1), 17-23.
- Cho, W. J., Kim, C. J., Lee, W. H., Kang, K. S., Oh, E. G., & Park, H. O. (2004). Development and evaluation of community-based home care nursing service program. *Journal of Korean Academy Community Health Nursing*, 15(2), 209-217.
- Ciechanowski, R., Wagner, E., Schmalings, K., Schwartz, S., Williams, B., Diehr, P., Kulzer, J., Gray, S., Collier, C., & LoGerfo, J. (2004). Community-integrated home-based depression treatment in older adults: A randomized controlled trial. *Journal of American Medical Association*, 291(13), 1569-1577.
- Dalal, H. M., Zawada, A., Jolly, K., Moxham, T., & Taylor, R. S. (2010). Home based versus centre based cardiac rehabilitation: Cochrane systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 340, b5631.
- Hong, M. S. (2007). Research of texts to examine the means of vitalizing locality-centered home nursing program. Unpublished master's thesis, Kyunghee University, Seoul.

- Hong, J. U., & Yoon, S. N. (2000). Estimation of home care nursing cost to the patient with cerebrovascular disease based on a bundle of home care nursing service. *Journal of the Korean Academy Society of Home Care Nursing*, 7(1), 26-38.
- Hwang, N. M. (1996). *Evaluation of hospital-based home nursing care project I*. Korea Institute for Health and Social Affair. Seoul.
- Jolly, K., Lip, G. Y., Taylor, R. S., Raftery, J., Mant, J., Lane, D., Greenfield, S., & Stevens, A. (2009). The Birmingham rehabilitation uptake maximization study (BRUM): A randomized controlled trial comparing home-based with centre-based cardiac rehabilitation. *Heart*, 95, 36-42.
- Korea Academic Society of Home Care Nursing (2011). Retrieved February 2011 from <http://society.kisti.re.kr/~khcnc/>
- Lloyd, J. M., Martin, R., Rajagopolam, S., Zienh, N., & Hartley, R. (2010). An innovative and cost-effective way of managing ankle fractures prior to surgery-home therapy. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 92(7), 615-618.
- Marchionni, N., Fattiroli, F., Fumagalli, S., Oldridge, N., Del Lungo, F., Morosi, L., Burgisser, C., & Masotti, G. (2003). Improved exercise tolerance and quality of life with cardiac rehabilitation of older patients after myocardial infarction: results of a randomized, controlled trial. *Circulation*, 107(17), 2201-2206.
- Ministry of Health and Welfare (2010). *Long-term development plan for expansion and settlement of home health care program*. Ministry of Health and Welfare.
- Ministry of Health and Welfare (2010). *Services manual of hospital-based home nursing care*. Ministry of Health and Welfare.
- Park, H. S. (2007). *Means of vitalizing visitation nursing programs of public health centers connected with local society home nursing*. Unpublished master's thesis. Kyunghee University, Seoul.
- Park, J. H., Kim, M. J., Hong, K. J., Han, K. J., Park, S. A., Yun, S. N., Lee, I. S., Cho, H., & Bang, K. S. (2000). Development and analysis of community based independent home care nursing service. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 30(6), 1455-1466.
- Park, J. Y., & Ko, S. K. (2000). Cost-benefit analysis of the community-based home health care program. *Korean Health Economic review*, 6(2), 203-245.
- Park, S. A. (2010). *Report of home health care in Seoul national university home health care center during 2003-2009*. Seoul National University Home Health Care Center.
- Rabins, P. V., Black, B. S., Roca, R., German, P., McGuire, M., Robbins, B., Rye R., & Brant, L. (2000). Effectiveness of a nurse-based outreach program for identifying and treating psychiatric illness in the elderly. *Journal of American Medical Association*, 283(21), 2802-2809.
- Ryu, H. S. (2006). Current status of costs and utilizations of hospital based home health nursing care in Korea. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 36(7), 1193-1203.
- Ryu, H. S. (2007). Home health care on Korea-Home health care nursing, visiting health care nursing, visiting health care-. *Journal of the Korean Academy Society of Home Care Nursing*, 14(2), 98-105.
- Ryu, H. S., Jo, H. S., Kim, Y. O., Yoon, Y. M., Song, J. R., Lim, J. Y., Khim, S. Y., & Kim, I. A. (2005). Working conditions in home health care nursing: A survey of home care nurses in hospitals in Korea. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 35(7), 1229-1237.
- Ryu, H. S., Lee, S. W., Moon, H. J., Hwang, 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. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 30(6), 1488-1502.
- Smith, K. M., Arthur, H. M., Mckelvin, R., & Kodis, J. (2004). Differences in sustainability of exercise and health-related quality of life outcomes following home or hospital-based cardiac rehabilitation. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 11(4), 313-319.
- Son, S. Y., Hwang, W. S., Yee, Y. H., Kim, C. S., Lim, C. S., & Park, G. H. (2007). A study on a PDA-based ubiquitous healthcare system for the management of chronic diseases. *Journal of the Korean Academy Society of Home Care Nursing*, 14(1), 18-22.