성인간호학회지 제25권 제4호, 2013년 8월
Korean J Adult Nurs Vol. 25 No. 4, 409-421, August 2013
ISSN 1225-4886
http://dx.doi.org/10.7475/kjan.2013.25.4.409

노인요양시설 입소자들의 의료적 요구에 대한 간호직 종사자들의 관리 경험

박민정[1] · 서은영[2] · 이정면[3]

국립군산대학교 자연과학대학 간호학과[1], 서울대학교 간호대학[2], 국민건강보험공단[3]

Nursing Staffs' Experiences of Managing Medical Needs of the Elderly in Korean Long-term Care Facilities

Park, Min-Jeong[1] · Suh, Eunyoung, E.[2] · Lee, Jung-Myen[3]

[1]Department of Nursing, Kunsan National University, Kunsan
[2]College of Nursing · Research Institute of Nursing Science, Seoul National University, Seoul
[3]National Health Insurance Service, Health Insurance Policy Research Institute, Seoul, Korea

Purpose: This qualitative study was designed to explore and describe the nursing staff reported experiences of managing the medical needs of nursing home residents in South Korea. **Methods:** Using a focus group interview method, qualitative data were collected from March to May 2012. Twenty five registered nurses and nurse aids working in nursing homes were recruited through a convenient sampling method. Participants participated in one of four focus group interviews lasted up to two hours in which their day-to-day experiences of taking care of the medical needs of the elderly residents. All interviews were recorded and transcribed in verbatim, and analyzed according to the qualitative thematic analysis method using MAXQDA software. **Results:** The overriding theme was 'experiencing differences between the requirements of the regulatory system and the actual reality of the work place.' The findings of differences between what were true and what is required was based in four subcategories. The nursing home residents had far more medical needs than what were reported. Another finding was that the family members were seen as non-supportive and negligent towards the residents. **Conclusion:** The findings of the study support the need for changes in the regulatory system. The regulatory limitations of current system with a shortage of resources pushed the participants to experience discrepancies between the required regulation and the reality. Additional research could contribute more exemplars to support changes.

Key Words: Nursing home, Medical needs, Nursing, Experience, Qualitative research

서 론

1. 연구의 필요성

우리나라 65세 이상 노인인구 비율은 2000년에 7.2%에 도달하여 '고령화 사회'에 진입하였고 2018년에는 14.3%로 '고령 사회'에 진입한 후, 2026년에는 20.8%로 '초고령 사회'에 진입할 것으로 전망되고 있다(National Statistical Office, 2012). 선진국들보다 빨리 '고령사회'로 진입한 일본도 소요기간이 24년이 걸린 것에 비해, 우리나라는 불과 18년 만에

주요어: 노인요양시설, 의료적 요구, 간호, 경험, 질적 연구

Corresponding author: Suh, Eunyoung E.
Seoul National University College of Nursing, Daehackro 103, Jonro-gu, Seoul 110-799, Korea.
Tel: +82-2-740-8484, Fax: +82-2-740-8484, E-mail: esuh@snu.ac.kr

- 이 논문은 2012년 국민건강보험공단 정책연구원 연구보고서의 일부를 발췌 수정한 것임.

투고일: 2013년 3월 29일 / 수정일: 2013년 7월 11일 / 게재확정일: 2013년 8월 9일

© 2013 Korean Society of Adult Nursing

'고령화 사회'에 진입한 것으로, 이는 세계적으로 그 유래를 찾아볼 수 없을 정도로 빠른 고령화가 진행되고 있는 것이다. 우리나라의 인구 고령화 추세는 노인부양에 대한 사회적 부담을 증대시키고 노인 문제가 사회적 현안으로 대두되면서 노인들의 사회경제적 안정과 건강을 보장할 수 있는 사회보장 제도의 확충을 필요로 하게 되었다. 이런 맥락에서 노인장기요양보험제도는 그동안 가족에게 맡겨져 왔던 치매, 중풍 등 노인에 대한 장기간에 걸친 간병, 장기요양 문제를 사회연대 원리에 따라 국가와 사회가 분담하려는 취지로 2008년 7월부터 시행되고 있다.

장기요양의 주 대상자인 노인은 생리적으로 노화가 진행되면서 신체기능의 저하와 함께 각종 질병의 발생이 동시 다발적으로 발생하는 경우가 많은데(Park et al., 2010) 기존 연구에서 다양한 특성을 지닌 65세 이상 노인의 86.7%가 한 가지 이상의 만성질환을 가지고 있으며(Park et al., 2009), 64.2%가 두 가지 이상의 만성질환을 가지고 있고, 3개 이상의 질환을 지닌 노인도 전체의 38.9%를 차지하고 있는 것으로 보고되었다(Stuck et al., 1999). 이러한 만성질환은 대부분 뇌혈관성 질환과 근골격계 질환으로, 질환을 가진 노인들은 거동이 불편하고 자기관리가 불가능하여 반드시 누군가의 도움이 필요한 상황에 처해 있다고 할 수 있다(Kim & Sok, 2004). 신체기능 상태 지표에서도 노인의 11.4%와 27.0%가 일상수행능력(ADL: Activity of daily living)과 도구적 일상생활 수행능력(IADL: Instrumental ADL)의 장애를 보였다. 또한 노인의 인지기능도 연령증가에 따라 현저히 저하되는데, 2008년 65세 이상 우리나라 치매 환자 수는 42만 명, 2012년 53만 명으로 추정되어 치매 또한 고령화 사회의 사회적 부담임을 보여준다(Park et al., 2009).

노인장기요양보험은 고령이나 노인성 질환 등의 사유로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인들에게 신체활동이나 가사활동 등의 장기요양 서비스를 제공하여 노후의 건강증진 및 생활안정을 도모하고 그 가족의 부담을 덜어줌으로써 국민의 삶의 질 향상을 추구하는 것을 목적으로 하고 있다(Lee, Park, Han, & Suh, 2012). 노인장기요양서비스는 대상자의 기능 상태와 필요로 하는 장기요양서비스 제공시간을 감안하여 1~3등급과 등급 외로 분류되며, 1~3등급의 장기요양 인정을 받은 자를 대상으로 장기요양서비스의 이용이 가능하다. 노인요양시설 입소자는 치매, 중풍 등의 노화 및 노인성질환으로 인한 신체, 정신 기능의 쇠퇴로 거동이 불편한 자로, 노인요양시설이나 노인요양 공동생활가정에 입소하여 장기요양서비스를 받고 있는 대상자를 의미한다. 입소 시설에서 이들은 주로 신체활동 및 일상 가사지원, 심신기능의 유지 · 향상을 위한 교육 · 훈련 등을 제공받게 된다(Lee et al., 2012).

노인장기요양시설의 입소자들을 대상으로 하여 이들의 유병율을 조사한 연구에서는 모든 입소자들이 적어도 한 가지 이상의 만성질환을 가지고 있으며, 35.1%가 2개 이상, 18.9%가 3개 이상의 만성질환을 가지고 있다고 하였다. 이들이 가진 주요 질환은 뇌졸중, 고혈압, 관절염, 치매 등 지속적으로 의료적 관리가 요구되는 만성질환이었다(Kim, Lee, & Sok, 2009). 특히 요양시설 입소 대상자인 요양 1, 2등급 대상자들은 치매, 뇌졸중 등 노인성 질환자의 비율이 높아 의료 처치나 관리 필요성이 높은 경우가 많다. 또한 급성질환과 만성질환을 동시에 가지고 있는 노인이 많고, 그러한 노인들은 복합적 질환에 따른 기능상태의 저하로 일상생활의 제한과 독립적인 생활의 어려움이 따르게 되어 장기 요양적 요구(long-term care need)와 의료적 요구(medical care need)를 동시에 가지고 있게 되는 경우가 많다(Lee et al., 2012).

우리나라에서의 노인요양시설은 2008년 7월 기준으로 전국에 약 1,244개였으나 2012년도 6월 기준 4,181개소로 지난 4년간 약 3.2배 증가하였다(Lee et al., 2012). 그러나 노인요양시설의 간호사 수는 노인요양시설의 종류에 따라 시설당 0.1~0.6명(Lee et al., 2012)이고, 전체 간호사의 6.5% (Chang, 2006)에 불과한 극히 적은 수가 노인요양시설에 종사하고 있어 중증의 노인 입소자들을 돌보기에는 턱없이 부족한 상황임을 알 수 있다.

노인의료복지시설의 직원배치 기준(제22조 제1항 관련) (2012.2.5 시행)은 입소자 30인 이상의 노인요양시설에서 간호사는 입소자 25인당 1인을 두도록 되어 있으나 의사 또는 촉탁의사는 필요수로 규정되어 있어 현실적으로는 의사가 상주하지 않고 간호사만 상주하는 노인요양시설이 대부분이다. 이런 경우, 간호사가 독자적으로 판단하고 수행해야 하는 의료적 상황이 매우 빈번하게 발생하고 있다(Lee et al., 2012). 최근 노인요양시설과 관련된 연구가 증가하고 있으나 아직까지 노인요양시설에서의 간호사의 실무 경험과 관련하여 탐구한 논문은 많지 않으며(Chung & Lee, 2009), 더욱이 입소자들의 의료적 요구와 관련된 논문은 찾아보기 어렵다. 노인요양시설 간호사 8명을 대상으로 그들의 노인요양시설 실무경험을 현상학적 방법론으로 연구한 Chung과 Lee (2009)의 연구에서 참여자들은 노인요양시설 입소자에게 의료적 요구가 발생 했을 때 입소자의 건강 상태를 사정하여 병원 이송이나 추후 관리에 대한 의사결정을 내려야 하는 책임이 자신에게 있다는 사실이 압박감으로 느껴진다고 서술하였다. 간호 인력

은 노인요양시설에서 입소자 가장 가까이 있으면서 입소자들의 의료적 요구를 해결해주는 중요한 역할을 담당하고 있으나 현재까지 의료적 요구를 조정하고 해결하는데 있어 간호 실무 표준이나 지침이 존재하지 않아, 간호사나 간호조무사들이 입소자들의 의료적 요구를 관리하는데 있어 어려움을 겪고 있다. 또한 실제적으로 간호사나 간호조무사의 업무도 뚜렷하게 차별화되어 있지 않은 실정이다. 이에 노인요양시설 간호직 종사자들이 말하는 입소자들의 의료적 요구는 어떠하며 어떻게 관리되고 있는 가를 심층적으로 탐구할 필요가 있다고 사료된다.

따라서 본 연구는 노인요양 시설에서 입소자를 돌보는 간호직 종사자들의 경험을 탐구하고 서술하여 현재 장기요양보험제도와 의료보험제도로 나뉘어 적용되고 있는 노인요양시설 입소자들의 건강관리를 현실적인 시각으로 재조명하고, 궁극적으로 노인요양시설의 입소자에게 적절한 간호서비스를 제공하기 위한 기초자료를 제공하고자 한다.

연구방법

1. 연구설계

본 연구는 노인요양시설 간호직 종사자가 말하는 입소자들의 의료적 요구 관리 경험을 포커스 그룹 면담 방법을 통해 자료를 수집하고 질적 주제 분석방법으로 분석한 질적 연구이다.

2. 연구참여자

본 연구의 참여자들은 노인요양시설에 근무하는 간호사 및 간호조무사로 편의표출법에 의해 선정하였다. 참여자 선정은 전국에 분포되어 있는 노인요양시설(노인요양 공동생활가정과 노인요양시설)의 목록을 확보한 후, 연구진 회의를 통해 시설의 크기와 위치가 서로 다른 시설을 선정하고, 전화접촉을 통해 해당 시설에 연구의 취지를 설명하여 참여를 수락한 시설의 간호사 및 간호조무사를 면담 대상자로 선정하였다. 간호사와 간호조무사를 함께 연구참여자로 선정한 이유는 현재 노인요양시설에서 두 직업군 간의 업무가 뚜렷한 구분 없어 간호사나 간호조무사 모두 입소자들을 돌보는 책임을 맡고 있기 때문이다.

시설 규모에 따라 노인요양시설(입소자 10인 이상)과 노인요양 공동생활가정(입소자 10인 미만)으로 구분하여 대상자를 모집하였으며, 지역적 위치에 따라 수도권과 지방으로 구분하였다(Table 1). 노인요양 공동생활가정의 경우 의료적 요구 관리 현황을 살펴보기 위하여 수도권의 간호사와 간호조무사 집단을 각각 별도로 구성하였고 지역적인 특성을 고려하여 수도권과 지방에 서 포커스 그룹을 구성하였다. 참여자도 시설 규모를 고려하여 입소자가 10인 이상 30인 미만인 시설, 30인 이상 100인 미만인 시설, 그리고 100인 이상의 시설에서 고르게 선정하였다. 최종적으로 4개의 포커스 그룹 면담에 총 25명이 참여하였다.

3. 자료수집

본 연구는 서울대학교 간호대학의 연구윤리심의위원회의 승인을 거쳐(승인번호: 2012-34) 2012년 3월부터 5월까지 네 개의 포커스 그룹 면담을 통해 자료수집이 이루어졌다. 포커스그룹 면담은 특정 주제에 대해 의견을 가진 참여자들이 함께 모여 주어진 주제에 대해 의견을 나누고 토의하여 자료를 수집하는 방법을 말한다(Stewart, Shamdasani, & Rook, 2007). 포커스 그룹 면담은 연구자가 사전에 연구 집단별로 약속을 정하여 회의실에서 진행하였으며, 면담은 약 1시간 30분에서 2시간 정도 진행되었다. 포커스 그룹 면담은 연구진의 소개 및 연구의 목적과 내용에 대한 설명으로 시작되었다. 연구진 중 질적 연구의 경험이 있는 연구자가 면접을 주도하였으며 또 다른 연구자가 참여하여 보조적 역할을 담당하였다.

포커스 그룹 면담은 주어진 주제에 대해 모든 참여자가 충

Table 1. The Characteristics of the Focus Groups

Focus group	Types of institution	Location	Participants	Numbers of participants
1	A	Metropolitan area	Registered nurses	5
2	B	Metropolitan area	Registered nurses	7
3	A	Rural area	Registered nurses	6
4	B	Metropolitan area	Nurse aids	7

A=nursing homes with residents more than 10 people; B=nursing homes with residents less than 10 people.

분히 다 의견을 말하고 토의하였다고 동의할 때까지 진행되었다. 자료수집과 분석은 순환적 구조로 이루어졌다. 첫 번째 포커스 그룹의 면담 자료를 분석한 후, 도출된 대략의 범주를 바탕으로 두 번째 그룹의 면담을 진행하였다. 네 번째 연구 집단까지 면담을 진행하였을 때, 더 이상 새로운 이야기가 나오지 않고, 기존에 진행된 면담에서 도출한 개념이나 범주로부터 크게 벗어나지 않는 주제로 이야기가 계속되는 이론적 포화상태(theoretical saturation point)에 이르렀다고 판단하여 포커스 그룹 면담의 진행을 종료하였다. 본 연구에서 사용한 핵심적인 질문은 다음과 같다.

- 귀하가 속한 시설에 있는 입소자들의 의료적 요구가 있습니까? 있다면 어느 정도입니까?
- 귀하가 속한 시설에서 입소자에게 의료적 요구가 발생하면 어떤 과정을 거쳐 어떻게 그 요구를 해결하십니까?
- 입소자들의 의료적 요구가 효과적으로 해결되고 있다고 생각하십니까? 만약 그렇다면 어떤 점에서 효과적이라고 생각하십니까? 아니라고 생각하신다면 왜 효과적이지 못하다고 생각하십니까? 그렇게 생각하시는 이유를 구체적인 상황으로 설명해 주세요.
- 입소자들의 의료적 요구가 보다 더 효율적으로 해결되기 위해서는 무엇이 어떻게 개선되어야 한다고 생각하십니까?

포커스 그룹 면담 내용은 연구참여자들의 동의하에 디지털 녹음기로 녹음하였으며, 연구자가 면담을 진행하며 메모도 함께 기록하였다. 면담 종료 후 녹음한 내용은 필사하여 녹취록 형태로 변환하였다.

4. 자료분석

본 연구는 포커스 그룹 면담을 녹음하여 녹취록으로 작성한 후, 질적 주제 분석법(qualitative thematic analysis)의 단계에 따라 MAXQDA 자료분석 프로그램을 이용하여 분석하였다. 질적 주제분석법은 면담, 관찰, 연구자 메모 등의 자료수집방법을 이용해 서술의 대상이 되고 있는 개념을 찾아내고 개념간의 관계를 파악하여 중심 주제를 도출해 내는 방법으로(Braun & Clarke, 2006; Graneheim & Lundman, 2004), 본 연구에서는 녹취록에서 의미 있는 단어, 문장, 단락을 추출한 후 계속적 비교분석법(constant comparison)에 의해 추상화를 거쳐 중심 주제를 도출해 내었다(Hsieh & Shannon, 2005).

포커스 그룹 면담 후 필사한 녹취록은 MAXQDA 자료분석 프로그램을 이용하여 일차적으로 연구 주제와 관련한 단어, 문장, 단락 등을 분석 단위로 분류하는 개방 코딩(open coding) 과정을 거쳤다. 두 번째 단계에서는 각각의 분석단위를 유사한 개념이나 주제 아래 재분류하였다. 재분류의 축이 되는 원리로는 개념, 맥락, 상황, 결과, 관계, 동시성 등을 고려하였다. 세 번째 단계에서는 2차 단계에서의 분석한 구조들을 지속적으로 분류하고 통합하여 상호 연관성이나 맥락적 과정이 드러나도록 하여 최종 주제가 도출되도록 하였다. 본 연구는 목적적 의도를 가지고 상황을 파악하는 것이 목표인 실용적 질적 연구의 특성이 강하므로, 자료분석 역시 구성주의적 순수 질적 분석법을 따르기 보다는 면담 내용에 충실한 주제 분석법에 따라 분석하였다.

5. 윤리적 고려와 연구의 타당성 확보

본 연구는 연구자가 속한 기관의 생명윤리심의위원회 심의를 거쳤다. 참여자들은 연구참여에 대한 서면동의서에 서명하도록 하였으며 동의서에는 연구목적과 연구진행절차와 내용을 자세히 명시하였고, 참여자들의 서명 후에는 사본 1부를 참여자들에게 주어 보관하도록 하였다. 수집된 음성파일과 현장노트의 기록은 연구목적 외에 어떠한 다른 용도로 사용되지 않음을 알리고 연구종료 후 파기할 것임도 설명하였다. 또한 이후 연구결과물에서 모든 참여자의 성명은 무기명 또는 가명으로 처리하여 사적인 진술내용이나 이름이 알려지지 않을 것이라는 것을 설명하였다.

질적 연구방법론의 엄격한 적용을 위해 Guba와 Lincoln (1989), 그리고 Sandelowski (1986)의 질적 연구 평가 항목에 따라 사실성 여부(truth-value)와 적용가능성, 일관성, 중립성을 확인하는 과정을 거쳤다. 사실성 여부는 포커스 그룹 면담 진행 후 내용을 정리하여 참여자들에게 요약하여 기술한 후 동의를 구하는 과정을 거쳤으며, 적용가능성은 참여자 선정에서 다양성 확인, 연구진의 연구 주제와 관련한 임상 실무 경험, 노인간호학 교수 1인과 노인전문간호사 1인의 내용 확인을 통해 확보하였다. 일관성과 중립성은 연구진의 정기적인 회의와 분석과정의 기록 및 점검(audit-trail), 주제 도출에 있어서의 연구팀원들의 감사 가능성(auditability) 확보 등을 통해 확인하였다. 연구진은 질적 연구방법론을 이용하여 박사학위 논문 외 다수의 논문을 작성한 경험이 있고, 노인요양시설 실무 경험과 건강 보험 정책 연구원 경험이 있어 본 연구 수행에 적합한 준비가 되었다고 사료된다.

연구결과

본 연구에는 총 25명의 간호사 또는 간호조무사가 4개의 포커스 그룹 면담을 통해 연구에 참여하였고, 모두 여성이었으며 나이는 26세부터 64세까지 다양하였다(평균 50.6세). 의료기관에서 일한 경력은 평균 12년 5개월로, 임상 경력이 전혀 없는 경우부터 29년(348개월)까지 있었고, 노인요양시설 근무 경력은 6개월부터 21년까지였다(평균 약 5년 4개월) (Table 2).

연구결과, 노인요양시설에 거주하는 입소자는 실제적·잠재적 의료적 요구를 많이 가지고 있었으며, 현재 시행되고 있는 '협약의료기관 및 촉탁의 제도'만으로는 입소자들이 가지고 있는 의료적 요구를 효율적으로 해결하는데 여러 측면에서 한계가 있는 것으로 나타났다. 따라서 연구참여자들은 노인요양시설에서 입소자들을 돌보고 그들의 의료적 요구를 사정하고 관리함에 있어 '제도와 현실사이의 괴리에서 오는 한계를 경험(Experiencing discrepancies between the regulatory system and the reality)'하고 있는 것이 중심 주제로 도출되었다. 연구참여자들은 현재 노인요양시설에는 간호사나 간호조무사만 상주하고, 의사 인력은 촉탁의 형태로 2주에 1회 기관을 방문하게 되어 있어, 입소자가 아플 때는 협약 의료기관에 입소자를 이송해야 의료서비스를 받을 수 있으며, 노인요양시설에서는 경구 투여 외에는 일체의 의료행위를 허용되지 않는다고 기술하였다. 연구참여자들은 점차 늙어가는 입소자들의 실제적, 잠재적 의료적 요구의 증가와 의료적 처치에 대한 가족들의 방관적 · 비협조적 태도, 그리고 현실과 동떨어진 제도적 제한의 삼중고 속에서 입소자들의 의료적 요구를 현장에서 해결하려고 노력하고 있었다.

연구참여자들은 공통적으로 노인들이 노인요양시설에 입소했다는 것은 건강한 성인과 같이 독립적으로 활동할 수 없는 신체적 · 정신적 건강상태를 가지고 있기 때문이므로, 입소자라는 사실 만으로도 현실적 · 잠재적으로 많은 의료적 요구를 가지고 있고, 매일 조금씩 노화가 진행될수록 그들의 의료적 요구 또한 커져간다고 하였다. 노인요양시설 입소 노인들이 가지고 있는 다양한 신체적, 정신적 요구를 효율적으로 돌보아야 하는 상황에서 장기요양서비스 행위와 의료 서비스 행

Table 2. The Participants' Demographic Characteristics and Clinical Experiences

FG-participants	Location of the institution	Age	Clinical experience (month)	Long-term care experience (month)
1-1	Gyeonggi-do	58	240	120
1-2	Seoul	64	240	192
1-3	Seoul	50	96	78
1-4	Seoul	44	180	60
1-5	Seoul	47	84	60
2-1	Seoul	47	240	64
2-2	Seoul	46	204	48
2-3	Seoul	45	264	22
2-4	Seoul	56	36	138
2-5	Gyeonggi-do	56	108	148
2-6	Gyeonggi-do	47	240	36
2-7	Gyeonggi-do	48	120	42
3-1	Daejeon	48	67	173
3-2	Jeollabuk-do	33	84	48
3-3	Chungcheongnam-do	58	144	43
3-4	Gyeonggi-do	60	348	63
3-5	Gyeongsangnam-do	44	216	36
3-6	Gangwon-do	55	288	58
4-1	Seoul	60	216	49
4-2	Seoul	49	120	17
4-3	Seoul	62	60	6
4-4	Seoul	55	0	18
4-5	Gyeonggi-do	51	18	24
4-6	Gyeonggi-do	55	120	30
4-7	Gyeonggi-do	26	7	17

FG=focus group.

위를 구분하기 어려운 것이 현실이라고 하였다. 그러함에도 불구하고 현재 요양시설에서 의료서비스를 제도적으로 구분하여 의료적 행위를 제한하는 제도는 만성질환이 급속히 악화되거나 응급상황일수록 더 큰 한계를 드러내는 것으로 나타났다. 노인요양시설에 입소한 노인들의 의료적 요구를 해결하는 과정에서 경험하는 '제도와 현실과의 괴리'를 지방 요양시설의 한 간호사는 "(의료처치를) 안 해주면 인간의 도리가 아니요, 해주면 위법인 것"이라고도 기술하였다. 본 연구의 중심 주제는 연구참여자가 속한 노인요양시설의 규모와 위치, 의료인력(간호사 or 간호조무사)에 상관없이 모든 참여자가 공통적으로 경험하고 있는 것으로 나타났다.

본 연구결과의 중심 주제인 '제도와 현실과의 괴리에서 오는 한계 경험'은 입소자 요인(resident-focused factors), 보호자 요인(family-related factors), 제도적 요인(regulatory system-related factors), 그리고 물리적 요인(physical factors)의 네 가지 범주에서 도출되었다(Table 3).

Table 3. Concepts, Sub-categories, and Categories of the Findings

Major theme	Experiencing the discrepancies between the regulatory system and the reality	
Categories	Sub-categories	Concepts
Resident-focused factors	Much more medical needs exist among the elderly than what is written on records	· Almost everyone had one or more diseases when they came in. · Many residents need medical service on a regular basis. · They are getting aged every day.
	Individually diverse and different medical needs	· Everyone has different medical needs. · Under the same diagnosis, the amounts of medical needs are quite different. · Each resident has his/her own ways of managing the chronic disease.
Family-related factors	They want us to take care of the elderly till their death	· The families satisfy with the environment and cost of living here for their elderly. · They do not want to transfer their elderly to hospital or long-term medical facilities.
	They do not want to pay additional cost for treating the medical needs	· The families are usually with minimal socioeconomic resources. · They in many cases refuse to pay the treatment cost of their elderly.
	Families have higher expectation of medical services from us	· The families do not know the difference between our care and the hospital care. · Nurses are in the middle of residents' medical needs and the family's disapproval of getting medical services.
Regulatory system-related factors	The limitation of current rating system	· Annual evaluation is not enough for reflecting the elderly's health status. · No reason to improve the rank; it only reduces the coverage from the health insurance.
	The regulatory limitation of current part-time doctor and affiliated medical institution	· Wasting medical services due to frequent hospital transfers for minor treatment or medication. · Part-time doctors are short in number and motivation to provide quality medical services. · Current regulation is not efficient in an emergency situation.
	No difference in the scope of practice between RNs and NAs	· RNs can catch the changes of the residents' condition; NAs cannot. · No continuing educations are available for us who are working in long-term care facilities.
Physical factors	Manpower and other resources are short	· No transportation is available; the cost is high for 119 ambulance or other rented vehicles. · No substitute workers available.
	Risk of emergency due to the lack of resources	· No substitute worker at work when RN leaves the center for an emergency. · Possible high risk for another emergency.

1. 입소자 요인(resident-focused factors)

연구참여자들이 노인요양시설 입소자들을 간호함에 있어 제도와 현실 사이의 괴리를 경험하는 세부적 요인으로 입소자와 관련된 두 개의 하부 주제가 도출되었다. 입소자들은 시설 입소 당시 이미 연로하고 신체적, 정신적으로 취약한 상태의 노인이므로, 의학적 진단이 주가 되는 등급 평가 서류만으로는 이들의 의료적 요구를 온전히 파악하기 어렵다고 연구참여자들은 말하였다. 또한 현재의 입소자들의 신체적, 정신적 건강 상태는 개개인이 일평생동안 살아온 삶이 투영된 것이므로, 입소자 개개인이 가지고 있는 의료적 요구가 다르고 그동안 관리해온 병력 또한 상이함으로 구강 투약 외의 의료 행위가 금지되어 있는 요양시설에서 이들의 의료적 요구를 해결해 주는 것에 어려움이 있다는 것이다. 아래 하부 주제에 대한 세부적인 기술에서, 그 근거로 인용된 인용문 끝 괄호 안 숫자는 참여자가 속한 포커스 그룹 번호이고, 알파벳은 연구자가 참여자를 구분하기 위해 임의로 명시한 것이다.

1) 서류상 기록 보다 입소자들의 의료적 요구가 높음

연구참여자들은 거의 모든 입소자들이 입소 당시부터 실제로 만성 질환이 있어 관리해온 병력을 가지고 있거나, 잠재적으로 질환을 일으킬 가능성이 높은 상태라는 것에 의견을 같이했다. 다시 말하면, 장기 요양시설이 제공하는 요양서비스에서 의료적 서비스를 완전히 분리하여 관리한다는 것이 입소자들의 특성상 현실적으로 불가능하다는 것이다.

> "저희 시설에 입소하신 분들 중에 치매랑 중풍을 합쳤을 때 65%나 돼요. 신체 상태가 '양호'로 체크되신 분이 두 분밖에 안돼요. 투약은 저희 입소자 150명 중에 96명이 하고 있어요. 그 정도면 모두가 어떤 질환이든 가지고 있다고 볼 수가 있죠."(G1-E)

> "(노인요양시설에서) 의료적 문제는 끊임없이 매일 무조건 있을 거예요. 50병상 이상이면은 한 두건은 꼭 있어요. 요양시설이라고 해서 일상생활만 관리하는 게 아니거든요. 입소자들은 엄연히 만성질환자로 분류되면서, ADL (일상생활)도 안 되고, 인지기능, 정신행동증상, 재활의 요구, 간호요구까지 다 있고, 그야말로 여러 가지 사회생활이 안 되는 이런 대상자를 우리가 50명, 100명, 150명이나 모시고 있는데..."(G3-D)

> "제도적으로 요양원과 요양병원의 차이는 요양병원은 치료적인 목적이고 요양원은 생활 위주의 요양 서비스이거든요. 근데, 현실은 생활위주이기 보다는 치료적인 목적이 상당히 많이 접목 되어 있어요."(G4-A)

2) 입소자마다 의료적 요구가 상이함: 노인성 정신질환에 있어서 질환의 특성을 고려한 별도의 처치 필요

참여자들은 입소자의 신체적, 정신적 건강상태를 최대한 유지하도록 돌보려면 입소자 개개인마다 상이한 의료적 요구를 해결해 주는 세심한 배려가 필요하다고 하였다. 입소자들이 가지고 있는 신체적, 정신적 건강 상태가 많이 상이하여, 같은 만성질환이라 할지라도 질환의 중증도나 질환을 관리하는 방법이 개인마다 다르고, 특히 고혈압, 당뇨와 같은 신체적 만성질환과 치매, 알츠하이머 질환 등의 정신적인 만성질환은 차별화된 요양서비스를 필요로 한다고 하였다. 치매나 정신질환의 경우 일상생활에서의 기능 저하는 타 등급과 동일한 수준을 보일지라도 질환의 특성상 지속적인 관찰을 요하게 되어 질환의 특성을 충분히 고려한 별도의 처치가 필요하다고 하였다.

> "치매어르신은 등급에서 나오는 것과 달리 손이 많이 가요. 대소변을 못 가려 기저귀를 차는 경우도 많아요. 계속적으로 따라다니면서 위험한 일은 안하는지 지켜봐야 돼요. 정신과병원에서 계시다가 오시는 분도 많고요. 정신병원에 계신 어머니가 안쓰러워 모시고 오는 경우도 있고요... 이럴 경우는 손이 많이 갑니다."(G4-C)

> "치매어르신의 경우 일상적인 공동생활이 불가능하기 때문에 현재로서는 갈 곳이 없어요. 지역사회에서도 껴안고 있을 수 없고, 그렇다고 집에 있을 수도 없지요. 가족들이 늘 노인을 잃어버려서 찾으러 다녀야 하니까요. 그리고 정신병원은 비싸죠. 그래서 이런 분들이 요양시설에 와 있어요."(G3-B)

2. 보호자 요인(family-related factors)

중심 주제를 도출한 두 번째 범주로는 입소자의 보호자인 가족과 관련된 요인이다. 현재의 제도에 따르면 노인요양시설에서는 요양 서비스만을 필요로 하는 입소자들만 입소하여 일상생활을 하다가 의료적 요구가 발생할 경우, 2주에 한번 노인요양시설을 방문하는 촉탁의사에게 경구 투약 지시를 받아 투약하거나 보호자가 노인요양시설에 와서 입소자를 모시고 협력의료기관을 방문하여 치료를 받도록 해야 한다. 그 이상의 의료서비스가 필요한 노인의 경우 요양병원이나 타 의료기관에서 의료서비스를 받아야 한다. 그러나 현실적으로는 보호자들이

현 제도에서 규정하고 있는 요양시설과 요양병원의 차이에 대한 이해도가 낮아 요양시설에서 의료서비스를 기대하고 있으며, 요양시설 입소자의 보호자가 담당해야 하는 역할을 수행하지 않으려고 하는 경우가 많이 있다고 참여자들은 말하였다.

1) 가족들은 요양시설이 임종서비스까지 맡아 주기를 원할 정도로 무관심함

연구참여자들은 입소자들의 보호자(대부분이 입소자의 가족이고, 특히 입소자의 자녀일 경우가 많음)들이 입소자에 대해 무정한 태도를 보이는 것에 많이 놀랐다고 말하였다. 보편적으로 생각되어지는 자녀의 도리나 부모에 대한 부양책임을 기꺼이 감당하기 보다는 입소자의 부양책임을 노인요양시설에 전가하는 듯한 태도를 자주 접하게 된다고 하였다. 또한 요양시설의 기능에 임종 서비스까지 포함되어 있다고 여기는 보호자들도 많다고 하였다. 한 참여자는 "보호자(자녀) 찾지 말고, 돈 들이지 말고, 가실 때까지 잘 모시는 것"이 보호자가 노인요양시설에 원하는 것이라고 말하여 연구참여자들이 현장에서 느끼는 이상과 현실의 괴리를 잘 반영해 주었다.

> "병원으로 가야할 환자가 너무 많이 요양시설로 와요. 상태가 나빠져도 속된 말로 내칠 수가 없어요. 가족들이 요양병원으로 모시고 가라고 해도 안가세요. 보호자들이 (병원으로 옮기는 것에) 동의를 안 하죠. 안 모시고 가죠. 여기서 그냥 임종까지 계시기를 가족들도 바라죠. 여기서 임종까지 갑니다."(G1-C)
>
> "병원에 가서 진료를 받아야 하는 경우에는 가족의 의견을 반드시 수렴해야 하는데 가족들은 병원으로 이송을 거부하고 여기서 우리가 알아서 해달라고 해요. 보호자 보고 오라 가라, 약 타 와라, 아프시다 와서 들여다봐라 하는 것을 모두 다 귀찮아하는 것이 요즘 현실이에요."(G4-F)

2) 추가적인 의료비용 발생을 원하지 않음

입소자들의 건강 상태가 나빠져서 만성 질환을 관리해야 하는 의료적 요구가 생길 경우 노인요양시설에서 불가피하게 비급여로 처치를 해야 하는 상황이 자주 발생한다고 참여자들은 말하였다. 유치 도뇨관(foley catheter)이나 기관 내 삽관(tracheostomy tube), 비위관(L-tube) 등을 가지고 있는 입소자들은 지속적으로 간호사에 의한 의료적 처치가 불가피 하며, 이 때 발생하는 여러 가지 소모품들은 제도적으로 모두 비급여로 보호자가 직접 구매해야 하는데, 이런 경우, 많은 가족들이 추가적인 비용 발생을 꺼려하여 요양서비스를 제공하는 입장에서는 어려움을 겪는다고 호소하였다.

> "입소자의 상태가 심각한 경우도 계속 있습니다. 흡인 요구, 산소요구, 기관절개관 간호, 경관영양, 유치도뇨관 관리, 욕창, 암성 통증, 당뇨관 관리, 복막투석이 등이 있는 대상자들이 요양원에 옵니다. 50병상 이상이면 누구나 올 수 있어요. 그러면 예를 들어서, 산소요구가 있는 COPD(만성폐쇄성 폐질환) 환자의 경우에는 산소를 저농도로 계속 줘야 되는데 이거 비용을 받을 수가 없게 되어 있습니다. 또 욕창 상처도 가지고 옵니다. 그러면 재료비도 못 받아요. 그래도 우리는 상처 소독 다 해야 하고 체위변경도 해주죠. 그럴 때 드레싱 용품이 이게 비싼 수입품이에요. 이걸 보호자에게 사오라고 하면 다 안 좋아해요. 보호자들은 어디 가서 사는 지도 몰라요. 그렇게 해서 욕창을 낫게 해도 가족들이 고마워 안 해요. 왜냐면 그 사람들은 재료비가 추가적으로 들었기 때문이죠."(G4-G)
>
> "연세가 100세 가까이 되신 입소자였는데 보호자가 '(입소자가) 돌아가시면 연락하세요, 장례식장 어디로 보내세요.' 라고까지 말해놓은 케이스였어요. 입소자는 숨을 못 쉬어서 컥컥거리시는데, 보호자들에게는 연락이 안 되고, 그냥 둘 수는 없었어요. 사람인 이상 그냥 둘 수는 없었어요. 그래서 입원시켰는데, 보호자분들에게 입원했다고 말하면 그때부터 문제가 생기는 거예요. 당신 맘대로 입원을 시켰냐. 빨리 돌아가시게 퇴원시키라는 거예요. 보호자가 고래고래 병원에서 소리를 질러서 호흡 조금 좋아지시고 다시 시설로 모시고 왔어요. 그런 보호자들을 겪을 때 마다 힘든 점이 많아요."(G1-E)

3) 요양병원과 요양시설에 대한 이해가 부족하여 병원 수준의 의료적 서비스를 원함

연구참여자들은 제도적으로는 건강상태가 나빠져서 의료적 처치가 요구되는 상황에서는 요양병원으로 이송하도록 되어있으나 현실에서 그러한 제도가 실현되는 데에는 한계가 있는 것으로 나타났다. 무엇보다 입소자의 가족들이 요양병원과 요양시설에 대한 이해가 부족하여 요양시설에서 의료적 처치를 해 줄 것을 기대하며, 참여자들은 그런 보호자와 아픈 입소자 사이에서 조정자의 역할을 담당하고 있었다.

> "보호자들이 그 요양원과 요양병원의 차이를 아직 잘 모릅니다... 가족들이 요양병원과 같이 치료를 하길 원하

세요. 바쁜데 왜 자꾸 전화 하냐, 알아서 해주면 좋겠다, 감기 걸리면 약 주면 되지 않느냐, 지금 요양병원 가서 나아질 것도 아니고, 요양병원 간다고 해서 펄쩍펄쩍 뛰어 다니실 것도 아니고 안한다고 금방 돌아가실 것도 아니니까 그냥 거기서 해주는 대로 해 주세요!라고 해요."(G2-B)

"저는 요양시설과 요양병원의 제도적 차이는 확연하지만 입소자의 차이는 확연하지 않다고 생각합니다. 제도상으로는 요양시설에서는 일상생활 관리와 영양 등의 수발위주의 서비스를 제공하도록 되어 있는데 가족들의 요구는 그렇지 않고 대상자의 상태도 그렇지 않아요. 오히려 요양병원보다 요양원에 와상이 더 와계시는 경우도 있어요. 보호자들은 요양시설과 요양병원의 차이를 모르고 우리한테 와서 요양병원과 같은 치료를 요구합니다. 시설에도 간호사가 있는데 왜 주사를 못 놓느냐고 알아서 치료해달라고 요구해요."(G3-F)

3. 제도적 요인(regulatory system-related factor)

세 번째 범주는 현재 시행되고 있는 노인요양시설의 등급평가제도와 협약의료기관 및 촉탁의 제도의 한계에 관한 것이다. 참여자들은 1년에 한번 이루어지는 등급 평가는 한계가 있고, 협약의료기관과의 연계성이나 촉탁 의사를 통한 의료서비스 제공도 원활하게 이루어지지 않는 경우가 많다고 하였다.

1) 입소자의 상태가 등급평가에 즉각적으로 반영되기 어려움

연구참여자들은 일 년에 1회 이루어지는 등급 평가로는 노화가 진행되어 점차로 의료적 요구가 높아지는 입소자들의 상태를 반영하기 어렵다고 하였다. 한 예로, 1등급보다 경한 상태인 3등급으로 평가된 입소자가 점점 상태가 나빠져 1등급의 요양서비스를 받았음에도 불구하고, 서류상의 등급은 3등급으로 남아있어 시설이 제공한 서비스만큼 보험 급여를 돌려받지 못하는 경우도 있다고 하였다. 등급변경신청 절차가 있기는 하지만 그 또한 시일이 많이 소요되어 현실적이지 않다는 것이다. 또한 건강상태가 호전되어 등급이 조정되면 보험료 지원이 삭감되는 지금의 제도는 노인요양시설에서 입소자들의 건강 증진과 재활에 대한 의욕을 저하시키는 결과를 초래한다고 하였다.

"기관절개나 튜브는 매일 드레싱 해줘야 되고 깨끗하게 기술적 관리해야 함에도 불구하고... 비용 청구가 등급별로만 나와 있다는 건 모순이에요. 시설 3등급인 한 입소자가 중요한 의료적 요구가 생겨서 막 케어를 했어요. 그런데도 나빠졌어요, 돌아가시는 않았지만. 계속 1등급 이상의 케어를 요구한다고요. 그런데 등급은 3등급으로 남아있고 1년 후에나 갱신이 됩니다... 우리 간호사들이 다 말을 안 해서 그렇지, 하는 거니까 그냥 하는 거예요. 1년 동안 요양시설 3등급이신 어르신이 1등급 이상의 서비스를 받는 거죠."(G2-C)

"등급판정의 유효기간이 되기 전까지 입소자의 상태가 악화되어서 집중간호와 케어가 필요해도 계속 등급변경이 어려운 것이 현실입니다. 등급변경신청을 하면 되지만 등급변경까지는 몇 개월의 시간이 소요되어 그 만큼 요양시설 입장에서는 손해를 보게 됩니다."(G4-B)

2) 의료처치 제한과 협약의료기관 및 촉탁의 제도의 한계

참여자들은 간호사에게 구강투여 외에는 일체의 의료 처치를 허용하고 있지 않는 현재의 제도는 만성질환자에게 빈발하는 간단한 처치나 투약을 위해 입소자를 반복적으로 의료시설로 이송해야 하므로 불필요한 의료서비스 자원을 낭비하는 결과를 초래한다고 하였다. 또한 촉탁의는 가정의학과, 내과, 재활의학과, 신경과, 정신과 또는 한방신경정신과 등 노인성 질환과 관련된 과목으로 선정하도록 하고 있으나 요양시설의 여건상 여러 진료과의 의사를 촉탁의로 활용할 수 없어 다양한 입소자들의 의료적 요구를 관리하기에는 한계가 있다고 하였다. 현 제도 하에서는 촉탁의가 2주에 한번 방문하여 입소자들의 의료적 요구에 대한 경구 처방이 가능하게 되어있으나 실제적으로 2주에 한번 왕진을 나올 수 있는 촉탁의를 위촉하기가 쉽지 않다는 것이다.

또한 촉탁 의사들이 왕진을 오더라도 입소자들이 가진 질환이 대부분 만성적이므로 단시일에 입소자들의 질병력을 파악하는 것이 쉽지 않은 경우가 흔하며, 2주에 한번 방문하는 것으로는 입소자들의 잠재적 질병 위험이나 건강 상태의 변화를 알아차리기 어렵다고 하였다. 그리고 협약 의료기관을 지정하여도, 입소자가 만성질환을 가지고 과거에 지속적으로 관리를 받던 의료기관이 있는 경우, 입소자나 가족들은 협력 의료기관 보다 과거 이용했던 의료기관을 더 선호하는 상황이 자주 발생하며, 입소자에게 응급한 질환이 생겼을 때는 현재의 제도가 무용지물이라고 하였다.

"유치 도뇨관(foley catheter)이나 경관영양튜브(L-tube)는 억제대를 하지 않으면 하루에 10번도 빼는 사람이 있어요. 탈수가 돼서 링거주사 한 번 맞으면 되는 경우

도 많은데 굳이 119를 불러서 가야 하면 굉장히 힘들어져요. 보호자도 따라와야 하고, 환자상태에 따라 두 세 명이 같이 움직여야 하기도 합니다. 건강보험료도 사용해야 되고, 시설입장에서는 간호사가 환자후송에 매달려야 하니 다른 환자를 볼 수가 없다는 어려움도 있습니다."(G1-A)

"가급적 정신과, 한방신경과, 신경과를 촉탁의로 쓰도록 권장하고 있어요... 치매와 뇌졸중에 초점을 두어 촉탁의가 오시지만 전반적으로 내분비 질환이 굉장히 많이 있어요. 정형외과적인 문제도 종종 발생하고 있고요. 정신과의사의 경우 감기처방을 내리는 것도 꺼려해요. 자신의 전공분야가 아니기 때문이죠. 촉탁의 진료시간은 정해져 있기 때문에 그 시간 내에 진료를 맞추다보면 깊이 있는 진료가 어려워요. 촉탁의가 오더라도 질병에 관한 문제가 없거나 환자의 컨디션이 좋을 때 오면 무의미합니다. 또 환자들도 각자의 주치의가 있기 때문에 처방을 내려도 보호자나 환자의 신뢰를 받기 어려워요."(G2-D)

"입소자가 폐렴 비슷한 증상이 있는 경우였는데, 가족들에게 전화해도 병원으로 모시고 가지 않으려고 해요. 촉탁의는 2주일에 한 번 온단 말이에요. 아무리 급해도 (촉탁의가) 전화해서 오는 게 아니에요. 정해진 날에 오기 때문에 급할 땐 무용지물이에요."(G4-A)

3) 간호사와 간호조무사의 역할이 구분되지 않고 계속교육이 부족함

현재 요양시설에서는 간호사와 간호조무사의 역할 및 업무의 차이가 반영되지 못하고, 간호조무사가 간호사의 역할을 대신하는 경우가 많아 이로 인해 서비스 질은 낮아질 가능성이 있다고 참여자들은 말하였다. 간호조무사가 간호사를 대체할 수 있도록 관련 법령의 간호인력 배치기준이 완화되어 있어 노인요양시설 운영자들은 간호사 채용에 따른 비용 발생을 줄이고자 간호조무사를 채용하는 경우도 많다고 하였다. 또한 노인요양시설에서 입소자들의 의료적 요구를 관리하고 있는 간호사나 간호조무사들은 노인성 질환의 특성에 대해 인식하고 지속적인 교육을 통해 지식을 쌓아가길 원하고 있지만 현재 체계적인 구체적인 교육환경은 부족한 실정이라고 참여자들은 말하였다.

"혈압이 떨어졌다고 한다고 하면 이분이 혈압이 왜 떨어졌지? 혈압이 떨어지는데 간호사들은 나타난 증상에 대한 원인을 찾으려고 하잖아요. 그런데 간호조무사 선생님들은 그냥 오늘 하루, 기록만 하면 되지 하고 기록만 하고 끝나요. 라운딩을 하다 혈압이 떨어지면 6시 안에 의사가 있을 때 콜을 해야 하는데, 밤에 콜을 하다 보니 응급한 상황이 생기기도 합니다. 간호조무사들은 이런 걸 캐치를 못하지만 인건비가 많이 들어서 간호사를 채용하는 것을 꺼려해요."(G3-A)

"저희 간호조무사들은 원래 간호사의 일을 보조하는 사람들인데 요양원에 오는 순간부터 간호조무사는 간호인력의 전부에요. 병원에서 하지 않았던 일도 간호조무사가 해야 합니다. 하지만 이런 것에 대한 훈련이나 교육이 없어요."(G4-C)

"요양원에 근무하는 간호조무사에 대한 교육이 있다면 제 돈을 내고라도 교육에 참여할 것 같습니다... 요양원의 간호사나 간호조무사들을 위해 분기별로는 아니더라도, 1년에 2번 정도, 최대한 어르신들과 관련된 의료적인 교육이 필요하다는 생각을 많이 했어요"(G4-E)

4. 물리적 요인(physical factor)

마지막으로 연구참여자들이 현장에서 제도와 현실사이의 괴리를 경험하는 데에는 물리적인 자원의 부족에서 오는 요인이 작용하는 것으로 나타났다. 현실적으로는 의료적 요구가 높은 입소자들에게 요양서비스를 제공하면서 의료적 요구가 실제적으로 발생했을 때는 보호자들의 도움도 받을 수 없는 경우가 많아 시설이 자체적으로 의료기관에 입소자들을 모시고 가서 진료를 받게 하거나 간호사나 간호조무사가 대신 약을 타려고 의료기관에 가는 것으로 나타났다. 이러한 경우 역시, 의료보험 급여 청구 한계가 50%여서 의료기관에서 입소자를 동반하지 않은 대리 진료 역시 꺼려한다고 하였다. 입소자들의 의료기관 방문이 예측 가능한 상황은 필요한 인력이나 이동수단을 미리 마련하여 의료적 요구를 해결하지만 응급한 상황이 발생하였을 경우에는 일정한 지침과 물리적 자원이 부족한 상태에서 상황을 해결해야 하므로 추가적인 문제 발생의 위험이 상당히 높은 것으로 나타났다.

1) 이동 수단, 동승 인력의 부족과 입소자 건강 상태의 한계

네 개의 포커스 그룹 면담 전반에 걸쳐 참여자들은 점점 더 신체적으로 노쇠해 가는 입소자들의 의료적 요구를 해결하기 위해 앰뷸런스를 부르고 인력을 배치하기 위해 자원과 인력이 모두 부족하다고 하였다.

"우리 센터에서는 진료대행을 최대한 활용 하고 있지

만 인력이 너무 적어 실제상 문제가 많습니다... 응급진료는 직원이 따라 가지만 그 외의 경우는 간호사가 가기도 해요. 많은 입소자가 휠체어를 타기 때문에 일반 스타렉스로는 갈 수 없는 경우가 많아서 스타렉스를 개조해서 만든 장애인 차량을 이용합니다. 센터에서 차를 구매할까도 생각하고 있지만 예산 상황에 따라서 달라질지도 몰라서... 환자 이동이 가장 큰 문제에요."(G1-C)

"약 타러 가거나 그러면 요양원에 계신 어르신을 한 번 이송하기가 많이 번거로워요. 지금 그 승용차로는 이송이 안 됩니다. 그러다보니까 플러스 알파 비용이 들고 가서 처치하는 것도 비용이 발생하죠."(G2-B)

"어르신들의 치아의 문제가 많은데 치과가 건물 2~3층에 있는 경우가 많아요. 한번은 직원이 엘리베이터 없는 건물 2층 치과에 어르신을 업고 올라가다가 넘어져서 둘 다 많이 다친 경우도 있었어요."(G2-G)

2) 응급 상황 발생 시 추가적인 문제 발생의 위험이 높음

참여자들은 예측 불가하게 발생하는 입소자들의 의료적 요구에 대해서는 최선을 다해 해결방법을 찾아서 상황에 따라 해결하고 있다고 말하였다. 그러나 인력과 다른 물리적 자원이 부족한 상태에서 응급한 의료상황이 발생하였을 때, 추가적인 문제가 생겨날 수 있는 위험도 매우 높은 것으로 나타났다.

"실제로 저희 센터에도 5명이나 기관지 절개관을 가지고 계시고 투석하시는 분도 있어요... 그런 사람이 늘어나다 보면 내가 병원에서 근무를 하는 것인지 요양센터 환경에서 근무하는 것인지에 대한 혼란스러울 정도입니다... 나이트 때 간호사 혼자서 270명을 감당해야 해요... (중략)... 4번의 라운딩 동안 소소히 잘 봐드리기는 어렵고, 특히나 한번은 새벽 시간에 주무시는 동안에 호흡이 거의 멈추는 상황이 생겨서 병원에 갔으나 임종을 맞은 분이 있었어요. 그 분 때문에 제가 의료처치를 위해 따라가서 여기 센터가 요양보호사만 남게 되는 무방비 상태가 된 거죠. 다행히 다른 응급이 안 터지고, 팀장급들이 대신 병원에 가서 손을 바꿔줬기에 마무리가 됐지만 만약 거기서 다른 응급상황이 생겼다면 다른 입소자들이 많은 손해를 보게 되는 거죠."(G1-A)

논 의

노인요양시설에서 구강 투약 외의 의료적 처치가 제한되어 있는 현 제도 하에서 입소자들의 의료적 요구를 해결해나가야 하는 간호사와 간호조무사들의 경험을 서술한 본 연구는, 현장에서 경험하는 제도와 현실의 괴리를 간호직 종사자들의 관점에서 서술하였다는 점에서 기존 연구와 차별성을 가진다. 기존의 연구들이 정책적, 관리자적 입장에서 노인요양시설의 요양서비스의 질과 양을 정량화하였다면(Choi, Lee, & Lee, 2010; Park, Cho, Lee, & Seo, 2010), 본 연구의 결과는 요양시설 입소자를 다양한 의료적, 장기 요양적 요구를 함께 지닌 총체적 인간으로 보고 개개인에게 필요한 공공 의료 서비스의 본질적 제공을 위해 현 제도가 수정·보완되어야 할 방향을 제시한 일례라고 하겠다. 질적 연구방법론을 이용하여 입소자 가장 가까운 곳에 있는 간호직 종사자들의 서술을 주제 분석하여 입소자들의 노인요양시설에서의 의료적 요구를 서술하였다는 점에서 본 연구의 간호학적 의의가 있다고 볼 수 있다.

본 연구의 중심 주제인 '제도와 현실과의 괴리에서 오는 한계 경험'은 노화가 진행되어 점차적으로 노쇠해 가는 입소자들을 돌보는 현실적 어려움을 반영한 것으로, 최근 해외 연구에서도 노인요양시설에서 빈발하는 의료적 요구와 그 해결전략에 대한 연구가 이루지는 것과 맥락을 같이한다(Becker, Boaz, DeMuth, & Andel, 2012; Robison, Shugrue, Porter, Fortinsky, & Curry, 2012). Becker 등(2012)은 노인요양시설에서 예기치 않은 정신과적 문제가 자주 발생하는 것을 최대한 줄이기 위해 관련 요인을 연구하고, 필요한 교육과 의사소통, 그리고 연구를 제안하였다. 또한 노인요양시설에서 충족되지 않은 요구(unmet-needs)를 복합 연구방법론(mixed method)으로 조사한 Robison 등(2012)의 연구에서는 응급한 의료적 요구, 정신과적 건강 문제, 보호자들의 스트레스, 인력 부족, 이송 수단 부족 등이 해결해야 하는 과제라고 서술하여 본 연구의 결과를 지지하였다.

첫 번째 하부 범주로 도출된 입소자 요인은 입소자들이 기록에 나타난 것 보다 훨씬 더 많은 의료적 요구를 가지고 있고 또 입소자 개개인이 가진 의료적 요구가 상이하여 총체적, 전인적 장기요양 서비스 제공에 어려움이 있음을 나타내고 있다. 이는 입소자들이 쇠약해 가는 노인인 점을 감안하지 않고 서류상으로 표기할 수 있는 진단명으로만 입소자들을 등급화한 정책적 한계를 드러내고 있다. Chung과 Lee (2009)의 연구에서도 입소자들을 '거동이 불편하고,' '힘이 하나도 없이 누워계시는 분들,' '요구도도 병원보다 훨씬 많은 분들'로 기술되어 있어, 본 연구의 결과를 지지한다고 할 수 있다. 양적 연구로는 전국 양로원과 요양원을 전수 조사한 Seung, Shin, Lee와 Kwon (2005)의 연구에서 입소자의 13%가 위관영양

을 받고 있으며, 46%가 수액요법을 받고 있는 것으로 조사되었다. 또한 일개 노인요양시설에서 254명의 입소자들을 전수조사한 Park 등(2010)의 연구에서는 입소자들이 평균 여섯 가지의 약물을 복용하고 있고 1/3의 입소자가 정신과 약물을 복용하고 있어 입소자들이 가진 의료적 요구가 높으며 점점 쇠약해 간다는 본 연구의 결과를 지지하였다.

가족(보호자)과 관련된 두 번째 범주에서는 가족들이 노인요양시설에 대한 이해가 부족하여 요양시설에 지나치게 많은 의료적 처치를 요구하지만, 보호자 자신들은 도리어 물리적, 재정적으로 입소자의 보호자 역할을 감당하기 꺼려하는 태도 때문에 현 제도에 따라 장기요양서비스를 제공하기 어려운 현실을 반영하고 있다. 이는 미국 내 노인요양시설에서 한국 보호자들이 지나치게 많은 의료적 처치를 기대하는 Kim과 Shin (2005)의 연구결과와 유사하며, 입소자를 시설에 두고 연락을 차차 줄여가는 가족들에 대해 서술한 Chung과 Lee (2009)의 결과와도 유사하다. 그러나 Kim과 Shin (2005)의 가족과 관련된 요인에 대한 서술은 입소자의 관점에서 자식에 대한 서운함의 표현에 더 초점을 맞추어 서술되어 본 연구결과와는 상이한 점도 발견할 수 있었다. 가족들로부터 노인부양 부담을 덜어주어 가족 간의 존중과 배려를 더 강화하려던 노인요양보험의 초기 취지와는 달리, 자식의 부모 공양의 의무를 공공의료에 맡기고 무관심해도 되는 가족을 양산하는 현실 또한 현제도의 모순이라고 생각된다.

현 제도의 한계와 관련된 세 번째 범주에서는 노인요양시설 간호사나 간호조무사를 위한 계속 교육이 부족하여 이에 대한 요구가 높음이 Chung과 Lee (2009)의 연구결과에서도 유사하게 나타났다. 그러나 그 외에 매일 간호 인력이 입소자들을 돌보면서 겪어야 하는 '촉탁의 제도와 협약의료기관 제도의 한계'는 유사하거나 상이한 연구결과를 문헌에서 찾기 어려워, 본 연구의 기존 연구와의 차별성을 반영한다고 볼 수 있다. 건강보험제도가 이미 시행되고 있는 상황에서 추가로 노인장기요양보험제도를 개발하여 시행한 정책적 입장에서는 현재의 제도가 최선일 수 있겠으나, 두 가지의 상호 배타적이지 않은 보험제도 하에서 수혜자들은 현실적으로 많은 혼란을 겪고 있음이 연구결과 나타났다. 또한 보험제도가 필요 이상으로 소비될 가능성이 많으며, 간호직 종사자들도 두 보험 제도를 완전하게 분리, 적용하는 것에 어려움을 느끼고 있음이 본 연구를 통해 나타났다. 마지막으로 물리적 자원의 한계에 대한 범주는 장기 노인요양시설이 가지는 물리적, 재정적, 인력적 자원의 한계에 대한 것으로, 이러한 한계를 주지하고 가능하면 불필요한 병원 이송을 줄이고자 한 Tena-Nelson 등(2012)의 연구와 그러한 자원의 한계를 충족되지 않은 요구(unmet-needs)로 서술한 Robison 등(2012)의 연구가 본 연구결과를 지지하였다. 향후 연구에서는 본 연구에서의 나타난 현실적 어려움을 바탕으로 하여, 보다 나은 정책적 대안 마련을 위한 전략 개발 연구가 이루어지기를 기대한다.

결 론

본 연구에서는 노인요양시설에 근무하는 간호사와 간호조무사 25명을 네 개의 포커스 그룹으로 나누어 심층 면담하여 노인요양시설 입소자의 의료적 요구를 간호인들이 어떻게 해결하고 있는가를 탐구하여 서술하였다. 중심 주제는 참여자들이 '제도와 현실사이의 괴리에서 오는 한계를 경험'하는 것으로 나타났고, 이 괴리는 서류상으로 보여 지는 것보다 입소자들의 의료적 요구가 훨씬 더 많은 것에 비해, 가족들은 비협조적이며, 제도적, 구조적 한계 또한 심하여 입소자들의 의료적 요구가 효과적으로 해결되지 못하고 있는 것으로 나타났다. 지금의 제도 하에서는 노인요양시설에는 간호사나 간호조무사가 상주하고, 의사 인력은 촉탁의 형태로 2주에 한번 기관을 방문하거나 협약 기관에 입소자를 이송해야 의료서비스를 받을 수 있어 매일매일 조금씩 쇠약해지며 의료적 요구가 높아지는 입소자들의 특성을 고려하였을 때 현재의 제도가 효율적이지만은 않다는 것을 참여자들의 서술을 통해 알 수 있었다. 또한 현재의 제도로는 입소자 개개인의 특성을 고려한 전인적 요양서비스를 제공함에 있어 의료적 부분을 완전히 차별하여 관리해야 하는데, 이러한 구분은 시설 입소 노인들을 총체적으로 전인적인 인격체로 보지 않는 정책 위주의 접근법이라 생각된다.

연구참여자들은 노인요양시설에서 입소자들이 가진 의료적 요구를 좀 더 효율적으로 해결하기 위해서는 입소자들의 의료적 요구를 잘 읽어내고 적절한 처치를 할 수 있는 의료 인력이 좀 더 입소자들 가까이에 배치되어야 한다고 하였다. 어떤 자격을 가진 어떤 직종의 인력인가에 초점을 두기보다는 입소자의 건강 상태 사정과 건강상태 변화를 알아차릴 수 있는 판단력과 응급 처치를 제공하는데 숙련된 경험이 있는 인력이어야 하며, 무엇보다 입소자를 하나의 인간으로 만나고 인간관계를 맺음에 익숙한 간호 인력이어야 한다고 하였다.

남은 일생을 노인요양시설에서 보내야 하는 입소자들이 자신의 가족들에게 조차 가능하면 비용을 적게 소모하면서 조용히 인생을 마감하기를 바라는 대우를 받는 현실에서 공공 의료서비스의 본질과 형태가 개선되어야 함을 연구자들은 알 수

있었다. 공공 요양서비스의 제도적, 실무적 개선을 통해 입소자들이 보다 나은 전인적 요양서비스를 받을 수 있게 되기를 기대한다.

REFERENCES

Becker, M. A., Boaz, T. L., DeMuth, A., & Andel, R. (2012). Predictors of emergency commitment for nursing home residents: The role of resident and facility characteristics. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 27*, 1028-1035.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*, 77-101.

Chang, S. H. (2006). *Comparison study on the work stress and the coping method of social workers at the senior care facilities and hospice nurses.* Unpublished master's thesis, Keimyung University, Daegu.

Choi, I. D., Lee, S. L., & Lee, J. M. (2010). Projection of long-term care insurance: Beneficiary and, personnel and facility. *Korean Social Security Studies, 26*, 375-399.

Chung, S. E., & Lee, S. H. (2009). Nurses' experience of practice in nursing homes. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration, 15*, 116-127.

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trust worthiness. *Nursing Education Today, 24*, 105-112.

Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation.* Newbury Park, CA: SAGE Publications.

Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research, 15*, 1277-1288.

Kim, K. B., Lee, H. K. & Sok, S. R. (2009). Activities of daily living and nursing needs of the elderly in nursing home. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing, 20*, 1-11.

Kim, K. B., & Shin, D. S. (2005). The experiences among Korean American nursing home staffs. *Journal of Korean Gerontological Nursing, 7*(1), 47-53.

Kim, K. B., & Sok, S. H. (2004). Theory and Practice of Gerontological Nursing. Seoul: Hyunmoonsa.

Lee, J. M., Park, M. J., Han, E. J., & Suh, E. E. (2012). *A study on management of medical needs of the elderly in Korean long-term care facilities.* Seoul: National Health Insurance Service.

National Statistical Office. (2012). *Statistics of aged.* Seoul: National Statistical Office Press.

Park, J. Y., Lee, Y. W., Kwon, J. H., Lee, E. M., Lee, H. Y., Kim, Y. H., et al. (2010). *A study on the development of an integrated care model of long-term care service and medical care service.* Seoul: National Health Insurance Service.

Park, M. H., Ha, J. C., Sin, I. H., Kim, H. K., Lee, S. Y., Cho, J. H. et al. (2009). *A study on the status of living conditions and welfare needs of Korean older persons.* Ministry of Health and Welfare, Industry-University Cooperation Foundation Keimyung University, Daegu.

Park, Y. O., Cho, E., Lee, N. J., & Seo, Y. S. (2010). Factors influencing health service utilization of older adults in nursing homes. *Journal of Korean Gerontological Nursing, 12*(1), 10-20.

Robison, J. Shugrue, N., Porter, M., Fortinsky, R. H., & Curry, L. A. (2012). Transition from home care to nursing home: Unmet needs in a home-and community-based program for older adults. *Journal of Aging & Social Policy, 24*, 251-270.

Sandelowski, M. (1986). The problem of rigor in qualitative research. *Advances in Nursing Science, 8*, 27-37.

Seung, K. W., Shin, I. H., Lee, K. H., & Kwon, K. H. (2005). Content analysis of the nurses working in the free elderly home and nursing home. *Journal of Korean Gerontological Nursing, 7*(1), 7-19.

Stewart, D. W., Shamdasani, P. N., & Rook, D. W. (2007). *Focus group: Theory and practice.* Thousand Oaks: Sage publications.

Stuck, A. E., Walther, J. M., Nikolaus, T., Bula, C. J., Hohmann, C., Beck, J. C., et al. (1999). Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: A systemic literature review. *Social Science and Medicine, 48*, 445-469.

Tena-Nelson, R., Santos, K., Weingast, E., Amrhein, S., Ouslander, J., Boockvar, K., et al. (2012). Reducing potentially preventable hospital transfers: Results from a thirty nursing home collaborative. *Journal of the American Medical Directors Association, 13*, 651-656.