

종합병원에서의 가정간호

박 경 숙

(중대 의대 부속병원 간호과장)

목 차

- I. 머리말
- II. 본 론
 - 1. 종합병원에서 가정간호서비스의 필요성
 - 2. 가정간호서비스의 기대효과
 - 3. 가정간호서비스의 대상
 - 4. 가정간호서비스의 내용
 - 5. 수 가
 - 6. 사 례
 - 7. 가정간호의 당면과제 및 해결방안
- III. 맺음말
- 참고문헌

I. 머리말

지금까지 간호는 교육과 간호실무에서 그 시대의 사회적 요청에 부응하여왔다(김수지, 1990). 과학의 발달로 특히 생활수준의 향상과 의료기술의 발전으로 사망율이 감소되고 평균수명이 연장됨에 따라 인구구조가 고령화되고 또한 장기간 치료 및 간호를 요하는 만성퇴행성 질환과 성인병의 급증으로 인한 건강문제의 변화 그리고 이에 따른 과도한 의료비용의 상승, 건강에 대한 국민의 의식구조 변화 및 의료요구의 증대, 병원내 감염문제, 조기 퇴원환자의 추후관리 등 국민의 기본적인 건강권을 보장하는데 어려움이 대두되면서 국민보건 정책 주무부인 보건부는 1990년 1월 9일 의료법 시행규칙 제54호 전문간호사 범주에 가정간호사를 삽입하면서 의료비용 억제와 국민의 적정진료 보장을 위한 정부의 개혁의지를 표명한 바 있다.

따라서 최근 우리나라에서 가정간호서비스(home health care)에 대해서 관심이 높아지고 가정간호서비스의 필요성과 서비스의 개발에 대한 논의가 여러차례 있게 되었다.

가정간호서비스는 질병의 예방, 건강의 유지, 증진 및 회복과 함께 질병의 후유증이나 불구를 최소한으로 줄이기 위하여 개인이나 가족을 대상으로 그들의 친숙한 환경인 가정에서 제공하는 건강사업을 말한다(조원정, 1988. Kuakini at Home, 1991).

현재 우리나라 일부 병원에서 1차 보건의료사업의 기본이념을 중심으로 가정간호서비스가 시행되고 있으나 체계적인 접근이 요구된다. 주제를 중심으로 하여 종합병원에서 가정간호서비스를 개발하는데 있어서 그 필요성과 이미 실시되고 있는 병원의 모형 그리고 향후 검토하여야 할 과제들을 중심으로 검토하고자 한다(조우현, 1990).

II. 본 론

1. 종합병원에서 가정간호서비스의 필요성

가정간호서비스는 다양한 운영주체에 의해서 제공될 수 있다. 미국의 경우 가정간호서비스는 병원, 공공보건기관, 영리기관, 독립적인 비영리기관 등에 의해서 운영되고 있다. 유태우(1990년)에 의하면 Medicare에 승인된 5701개의 Home Health Agencies의 주요지지기반을 보면 Hospital-base 25.9%, Public health agencies 17.4%, Independent non-profit agencies 12.6%로 나타났으며 1985년 California의 Home health care agencies의 1년간

증가보고에 따르면 Hospital base가 49.0%에 달하고 있다(Keating, 1988). 우리나라의 경우 1990년 1월 1개 대학병원에 의사, 일반직원, 간호사, 환자를 대상으로 가정간호서비스를 어디에서 운영했으면 좋겠는가라는 질문에 병원에서 운영하기를 희망하는 응답률이 높게 나타났다(김용순, 1990).

우리나라 국민의 종합병원 선호요구가 크다는 점과 가정간호서비스가 활발하게 진행되고 있는 미국의 현황을 볼때 정부가 추진중인 가정간호사업이 우선은 종합병원내에서 가정간호 전담부서를 설치하여 실시해 봄이 좋은 반응을 얻을 것으로 생각된다.

1) 의료서비스의 관점

우리나라의 경우 전국민 의료보험의 실시와 함께 건강권 및 양질의 의료욕구 증가로 대학병원, 종합병원 선호경향이 있어, 환자의퇴재도가 실시되고 있으나 일차의료기관과 이, 삼차 의료기관의 관계가 기능상 잘 이뤄지지 못한데다가 박(1982)에 의하면 학력이 높을수록, 장기입원일수록, 연령이 높을수록 퇴원후 간호요구가 많은 것으로 나타났음에도 병원에서 퇴원한 환자에 대한 연속적인 진료가 제대로 이뤄지지 못하는 실정이다.

또한 노인인구 증가와(보사부 : 1980년대 3.8%, 1990년대 4.7%, 2000년대 6.2%) 만성질환의 증가에 따라 병원에서의 의료서비스에 대한 수요가 계속 증가하고 있으나 병원은 전문의료 인력과 많은 시설장비를 투입하여 설립된 기관으로서 만성질환을 위한 시설로는 적절한 시설이 아니므로 생명의 위독한 상태를 넘긴 환자들은 일차기관 또는 가정에서 치료를 계속하는 것이 병원 의료서비스의 효과를 극대화시키고 서비스의 질을 향상시킬 수 있을 것으로 생각된다.

2) 병원관리의 관점

첫째, 병원관리의 효율화 측면에서 살펴보면

최근 만성질환의 증가 뿐만아니라 치료방법의 발달 그리고 전국민 의료보험이 실시된 이후 종합병원 등은 입원수요의 증가에 따라 90

%이상의 병상가동율을 보이고 있으며 보험실시에 따른 본인 부담의 감소로 병원의 평균재원 기간이 매우 길어졌다(연세대의 경우 1980년 11일, 1987년 13일, 1990년 상반기 16일-10년간 45% 이상증가). 재원일수가 길어진 이유는 주로 일부 장기입원환자 때문이며 이로 인해 각 병원의 높은 병상가동율에도 불구하고 병원수의 감소는 물론 필요한 인원이 적시에 이뤄지지 못하는 문제가 있어 효율적인 병원관리의 필요성이 절감되고 있다(조우현, 1991). 더우기 산업화, 도시화됨에 따라서 핵가족화 경향이 심화되고 여성의 사회적기능 확대로 맞벌이부부가 증대되어 가족중 환자가 발생하게 되면 간호할 가족이 없어서 경미한 경우에도 병원에 입원하길 희망하며, 임종환자들을 돌보아줄 사람이 없기 때문에 임종시 입원을 해서 관리받기 원하는 면도 있게 되어 만성입원실 부족현상을 가속화 시키는 경향을 초래하고 있다(김보임, 1990).

가정간호서비스는 퇴원후 적절한 치료를 통하여 장기입원환자를 조기에 퇴원 시키는 것이 가능하게 되며 따라서 병상의 효율적 활용에 도움이 되어 입원치료가 필요한 환자들을 더 많이 수용할 수 있게 되며 나아가 병원수의 증대에 이바지 하게 될것으로 생각된다.

둘째, 병원서비스의 다양화 측면에서 보면 병원경영의 전략중 하나로 새로운 상품개발을 통해서 소비자들의 욕구를 충족시키며 경쟁병원간의 우위를 확보하는 방안이 있다(신영수, 유승훈, 1991).

개발된 신상품인 가정간호서비스는 소비자들의 욕구를 충족시켜 병원의 수익을 높일 수 있으며 병원사업 영역확장으로(Christensen, 1984) 기존의 서비스에만 의존하지 않아도 됨으로 향후 병원경영의 위험을 분산시킬 수 있고 새로운 서비스의 개발에 따라 경쟁 병원들에 비해 병원의 명성을 확고히 하고 경쟁적 우위를 유지할 수 있다는 장점이 있다.

실제로 미국의 경우 1971년에는 가정간호에 대한 관심이 낮아 hospital based home care services가 9%도 안되었으나* 1970년대 후반

* Home care services—past, present & future, Caring, Dec, 1988

이후 종합병원에서 가정간호서비스 프로그램이 급격히 증가되고 있고 미국병원 협회의 조사에 의하면 미국병원의 64%가 가정간호서비스 프로그램을 병원에서 운영할 계획이라고 하며 특히 대규모 병원일수록 계획하고 있는 경우가 많다(조우현, 1990).

오늘날 미국의 건강관리 영역에서 병원을 주축으로한 가정간호사업이 지역사회에 주된 공급자중의 하나가 되었다고 하였다(김용순, 1990). 사실 가정간호서비스는 환자가 조기퇴원을 하게 됨으로 병상회전율을 높여 병원수익의 증대에 기여하게 되며 퇴원환자를 위한 가정간호서비스를 통해 병원과 환자와의 관계유지를 병원의 홍보전략의 하나로 다시 그 병원을 찾게하는 계기가 될 수 있으며, 불가항력적인 병원감염을 예방할 수 있게 된다(김모임, 1990).

3) 간호학 및 의학교육의 관점

간호학 및 의학교육은 병원이 중심치료사업으로 이루어짐에 따라 몇 가지 문제점을 내포하고 있다. 즉 최신의 시설을 이용하여 중환질환을 다루는 방법에 대해서는 잘 교육되고 있으나 혼하면서 가벼운 질환의 관리는 교육받을 기회가 적으며 환자의 질병 과정중 병원에서 치료하는 과정만을 접하게 되어 전체 질병의 과정을 관찰하고 이해하기 어렵다. 또한 환자와 가족들의 질병과 관련된 형태를 정확히 파악하지 못하여 전인적인 간호 및 치료와 관련된 요소들을 교육받지 못하고 있다. 종합병원에서 실시되는 가정간호서비스는 이와같은 현재의 병원중심의 간호학, 의학교육이 내포하고 있는 문제들을 보완하는 방편으로 활용될 수 있으며 따라서 간호학 및 의학을 교육예방 사업측면으로 수준을 향상시키므로써 개인, 가족 및 지역사회가 최적의 건강수준으로 유지 증진하여 인간의 삶의 질을 높일 수 있어 바람직하다.

2. 가정간호서비스의 기대효과

가정간호서비스의 제도화로 얻어지는 기대효과는 첫째, 비용의 절감효과를 기대할 수

있다. 하루 입원비용보다 하루 가정간호비용이 훨씬 적을 것으로 기대되며 실제로 1980년 미국에서 시행된 업무에서 병원입원의 1/4의 비용으로 똑같은 효과를 가지는 결과가 나왔다. 모든 장기질환 환자의 총 치료비를 절감할 수는 없겠지만 조기퇴원 등으로 병원에서 꼭 치료를 받아야 하는 환자를 관리할 수 있고, 가정간호로 더 많은 국민이 관리를 받음으로써 두 종류의 비용을 통합해 보면 환자 단위당 비용이 절감되어 결국 국민 환자개인 재정뿐만아니라 보험재정과 국가사회재정을 보호하는 것이라 생각한다. 또한 개인으로 생각해 볼때에도 입원했을 경우 입원비 외에 가족이 병원 방문으로 사용하는 비용, 형편상 보호자가 와있을 수 없을 경우 간병인을 두게 되거나 이것도 어려우면 직장을 쉬어야 됨으로 오는 경제적 손실등을 생각해 볼때 이 제도는 비용절감에 크게 기여한다는 것이 일반적인 견해이다. 둘째, 서비스질의 향상이다. 병원은 불가피한 경우에 가게되므로 병원의 입원은 환자에게 스트레스가 될것이다. 가정간호는 환자와 가족에게 질환관리 뿐만아니라 합병증 예방, 질환의 재발방지를 가정방문하면서 환자와 가족이 스스로 대처할 수 있는 교육을 하게 되며 환자와 가족이 병원 전문인력에 완전히 의존하고 피동적인 문제들을 독립적이고 능동적인 태도로 대처하게 하는 동기부여와 스스로 질병회복에 부분적 책임을 지고 행하도록 하는 능력을 길러준다. 셋째, 의료인의 전문성을 향상시키는 것이다. 주로 질병치료에만 역점을 두었던 병원이 질병예방 및 건강에 관계된 서비스를 같이 제공하는 역할을 담당하므로써 국민과 보다 가까워질 것이다(김모임, 1990. 신영수, 유승훈, 1991).

이런 모든점을 종합하여 가정간호서비스가 제도화될 경우 정부 및 의료기관, 국민들의 측면에서 각각 얻어질 기대효과를 살펴보면 다음과 같다.**

(1) 정부

- ① 의료보험 확대에 따른 국민의료 요구의

** 가정간호사업 추진 계획(안), 대한간호협회, 1989. 4

증대 및 환자의 병원집중화 현상을 해소함으로써 의료보험제도 정착에 기여할 수 있다.

② 증가추세에 있는 만성질환자 및 각종 성인병환자, 심신장애자, 정신질환자, 노인환자들을 가정에서 효율적으로 관리함으로써 사회문제화를 예방할 수 있다.

③ 산업사회의 후유증으로 인한 정신 신체적 불균형 현상, 직업병, 사고 및 재해로 인한 불구환자등 단기입원 치료로 해결될 수 없는 환자들도 가정간호를 통해 장기적으로 관리해 나갈 수 있다.

④ 만성질환자 및 수술후 조기퇴원환자, 보호자가 없는 환자를 돌볼 가족구성원이 부족한 환자들의 가정에서의 간호요구도를 충족시킬 수 있다(표1 참조).

〈표1〉 가정간호사업 제공시 만족여부

구분	수	백분율
만족	134	90.5
보통	10	6.8
불만족	4	2.7
계	148	100.0

자료 : 전산초등, 원주기독병원 조기퇴원 프로그램에서 제공된 지역사회 간호사업에 대한 평가연구. 1981

⑤ 의료비 양등을 사전에 예방함으로써 의료보험 재정안정을 도모하고 의료수가 통제에 도움을 주며 합리적인 비용으로 국민 모두에게 양질의 보건의료서비스를 제공할 수 있다(표2, 표3 참조).

〈표2〉 병원과 가정간호의 비용 비교

기관/구분	내역	비용
병원	입원비, 식대, 치료비	2-3만원(일)
가정간호	간호 및 처치료	5만원(월)

자료 : 동아일보, 1988. 3. 14

(2) 의료기관

① 입원가료가 불필요한 장기환자의 병원입원을 억제하고 조기퇴원을 유도함으로써 병상회전율을 높이고 병원인력 및 시설의 효율적인 활용을 도모한다.

② 무리한 시설확장 없이 조기퇴원 환자에 대한 추후관리까지 병원이 담당함으로써 병원수입이 증대한다.

③ 의료활동 뿐만아니라 국가보건사업에도 의료기관이 참여하게 되므로써 국민들의 의료기관에 대한 신뢰감을 높일 수 있다.

④ 병상관리의 효율화로 병원의 재무구조를 호전시킨다.

〈표3〉 미국의 병원비용과 가정간호 비용 비교

Diagnosis	Acute care cost per month in hospital	Alternate care cost per month at home	Savings per month
Baby born with breathing and feeding problems	\$ 60,970	\$ 20,209	\$ 40,761
Spinal cord injury with quadraplegia	23,862	13,931	9,931
Neurological disorder with respiratory problems	17,783	196	17,587
Severe cerebral palsy with uncontrolled seizure disorder	8,425	4,869	3,558

자료 : Business Week Magazine 1984. 5. 28

(3) 국민

① 불필요한 병원이용을 최소화 하므로써 의료비 부담을 줄일 수 있다

② 안정된 분위기의 가정에서 간호를 제공받으므로써 환자와 가족에게 심리적 만족감을 주고 빠른 회복을 도모한다.

③ 환자뿐아니라 가족구성원에 대해서도 보건교육 및 건강상담을 제공받을 수 있어 건강문제의 조기발견은 물론 자가간호능력 배양과 가족들의 건강관리 증진을 꾀할 수 있다.

④ 병원감염의 위험을 최대한 방지할 수 있다.

⑤ 추후관리를 위해 통원치료하는 불편을 덜고 이에 따른 교통비등 기타 경비를 절감할 수 있다.

3. 가정간호서비스의 대상

가정간호는 집에서 건강관리 서비스가 요구되는 모든 연령층의 인구를 대상으로 한다.

가정간호의 요구에 따라 대상자를 분류해 보면 대부분 의학적 서비스의 결과가 요구되는 범주와 안녕과 자가간호 보호가 요구되는 범주로 구분(Louden, 1984) 할 수 있으며 최근 급.만성질환의 조기 퇴원추세로 인하여 특

별장치를 사용하는 환자가 증가하고 있어 무호흡 모니터링, 기관지 절개환자 간호술, 신투석, 혈관영양, 정맥주사 요법에서부터 인공호흡의 활용과 조작을 필요로 하는 건강문제를 포괄해야하는 추세이다.

1990년 6월 보건사회부의 「전문간호사 과정 등에 관한 고시」에서 보면 가정간호서비스에서 대상으로 할 건강문제는 조기퇴원 및 특수처치를 요하는 문제, 당뇨병, 고혈압 및 만성질환 척추손상, 교통사고, 재활이 요구되는 문제, 산모 및 영유아, 암환자, 임종환자, 노인환자 그리고 그 가족들이라고 규정하고 있으며 최근 개발되어 가정간호사를 양성하고 있는 기관인 서울대학교 보건대학원의 가정간호사 교육 프로그램 표 4.(1990. 윤순영, 1991)는 가정간호대상으로

- (1) 환자 그룹에 속하는 순환 호흡장애, 영양 배설장애, 기동성장애, 암환자, 정신장애환자와
- (2) 특수 간호술을 요하는 간호문제와
- (3) 건강인 그룹으로 모자보건, 노인관리 그리고 그 가족을 그 대상 영역으로 규정하고 있다.

〈표 4〉 SNU program

(1990)

<ul style="list-style-type: none"> · 기동성 장애환자 간호 신경기능장애 질환 <ul style="list-style-type: none"> ; CVA, 뇌성마비, 뇌종양, 척추손상, parkinson질환, Alzheimer질환, 다발성경화증, 간질근골격계 질환 근 골격계 질환 <ul style="list-style-type: none"> ; 만성골수염, 만성관절염, 인공관절성형술환자, 절단환자, 근위축증환자 관절운동 <ul style="list-style-type: none"> ; 목발운동, 휠체어 운동 · 영양, 배설장애 환자간호 <ul style="list-style-type: none"> 위장염, 당뇨병, 만성신장장애, 신장이식, 간염, 간경변증 · 순환, 호흡장애 환자의 가정간호 <ul style="list-style-type: none"> 순환기 장애 <ul style="list-style-type: none"> ; 심질환, 협심증, 심근경색증, 고혈압, 인공 	<ul style="list-style-type: none"> 심박동기장치, 만성울혈성심부전 호흡기 장애 <ul style="list-style-type: none"> ; 만성폐쇄성 폐질환, 후두절제환자 · 암환자의 가정간호 <ul style="list-style-type: none"> 백혈병, 유방절제환자 · 특수간호술 <ul style="list-style-type: none"> 위판삽입 및 제거환자, 비위관 영양법, 위루공방투환자, 정맥주사환자, 인공항문, 인공방광환자, 복막투석환자, 기관지절개 환부간호, 기관지 삽관, 교환기술, 유방자가검진 절차 · 정신장애환자의 가정간호 <ul style="list-style-type: none"> 정신지체 및 발달장애, 아동학대, 비정상적 모아 관계, 청소년 비행, 청소년 성문제, 약물남용, 자살, 정신분열증, 우울증, 조증, 알코올중독, 불안증, 행동문제를 병행한 경련성질환
--	---

4. 가정간호서비스의 내용

가정간호서비스에서 제공하는 서비스는 그 종류가 매우 다양하며 병원중심의 경우 그 병원의 특성에 따라 강조되는 서비스가 달라질 수 있다. 미국에서 현대적 의미의 가정간호서비스의 선구자라 할 수 있는 뉴욕의 Montefiore병원의 1950년도 가정간호서비스 프로그램의 종류를 보면 의료서비스, 작업치료, 물리치료, 투약, 환자수송 및 가사서비스의 8가지였으며 그외에 임상병리검사와 방사선 촬영을 실시하였다고 한다(DHEW 1955, 조우현, 1990). 그후 서비스의 종류는 점차 확대되어 1986년 ANA에서는 표 5와 같은 가정간호업무 표준을 개발하여 현재까지 그 구조 과정 및 기대되는 효과의 기준을 확대시켜오고 있다.

우리나라의 경우 종합병원에서 제공될 가정간호서비스가 조우현(1990)에 의하면 그 범위가 앞서 실시되고 있는 미국들의 서비스와 유사할 것으로 생각되며 가정간호서비스를 처음 시작하는 입장에서는 서비스의 폭을 넓게 정하는 것보다는 의료서비스, 간호서비스, 사회사업서비스, 물리치료, 투약등으로 제한하여 가정간호서비스를 개발하면서 그 종류를 넓혀가는 것이 바람직하다고 말한바 있으며, 1989년에는 대한간호협회에서 표 6과 같은 가정간

〈표 5〉 ANA의 가정간호서비스

(1986)

• Dental care	• Recreational services
• Nursing	• Social work
• Prescription drugs	• Laboratory
• Respiratory therapy	• Speech pathology
• Ophthalmologic services	• Housekeeping, heavy cleaning
• Nutrition and diet therapy	• Personal contact
• Physician services	• X-ray
• Information and referral	• Transportation & escort services
• Occupational therapy	• Physical therapy
• Education or vocational training	• Home delivered meals

*** 가정간호사업 시범병원 지정에 대한 협조 요청(31050. 731-6286), 서울특별시 1991. 8

〈표 6〉 대한간호협회의 가정간호서비스(안)

(1989)

• 의사처방에 따른 처치와 투약	• 신생아 관리 • 임종환자관리
• 상처소독 및 치료	• 기초환자 간호시범 및 교육
• 재활간호 및 운동요법	• 건강문제 상담 및 정보제공
• 활력증상 측정	• 가족건강관리 및 보건교육
• 인공영양, 방광세척, 인공항문관 및 catheter 교환	• 정신건강관리
• 만성질환 관리	• 모자보건과 가족계획
• 식이요법	• 기타 필요한 간호제공
• 산전, 산후관리	

호서비스(안)을 제시한 내용을 보면 다음과 같다.

5. 수 가

미국에서 가정간호서비스에 있어서 재원조달은 Medicare(65세 이상 노인에게 적용되는 의료보험) 68.9%, Medicaid(의료보호)17.5%, Voluntary insurance 11.4%, 기타 2.2%(유타우, 1991)로서 이와같이 미국에서 가정간호서비스가 medicare, medicaid의 급여에 포함된 이후 급격히 발전한 것을 고려하면 우리나라에서도 가정간호서비스의 정착화 및 발전을 위해서는 의료보험에서 가정간호서비스를 급여의 종류에 포함시켜 그 비용을 부담하는 것이 적합하다고 생각한다(Abraham monk & Carole Cox, 1990). 이미 제도실시에 앞서 가정간호서비스 의료보험적용시 고려될 문제점들이 검토 연구중으로 알고 있으나 제도 시행시 가정간호서비스가 이루어졌을때 실제로 현행 의료보험수가 기준액표에 준한 수가 적용문제, 요양기관 종별가산을 적용, 본인부담비용(비율) 적용 및 교통비 문제등을 고려해볼때 가정간호서비스 내용에 따른 간호료의 별도 책정과 방문당 수가를 원칙으로 하되 처치에 따르는 약제비 및 물품비 등이 별도로 책정이 요구된다.*** 김진선(1989)에 의하면 가정간호서비스 이용의사가 있는 101명을 대상

으로 조사한 결과 94명이 가정간호서비스에 대해 비용지불의사가 있는 것으로 나타났으며 비용지불 형태는 일정액의 방문비에 처치비와 물품비가 추가 되는 방식을 선호하는 것으로 나타났다.

가정간호서비스가 활발하게 전개되고 있는 미국에서 Medicare services는 1회 방문당 비용이 지불되고 Private duty services(=Voluntary insurance)는 시간당 비용이 지불되는데* ** 가정간호사의 1회 방문시 방문료는 101달러이며 이 비용은 병원 1일 입원료의 500-1200달러와 비교했을때 상당히 저렴하며 이 비용도 특별한 약물이나 기구 사용시를 제외하고는 환자가 방문진료비를 직접 지불하는 경우는 거의 없고 Medicare인 경우는 의료보험에서, Medicaid에 적용되는 환자는 정부와 주에서 50%씩 지불하고 있다(한철우, 김호식 1989. Kuakini at home, 1991).

6. 사례

앞으로 종합병원을 중심으로한 가정간호서비스 모델을 체계화 시키기 위해서 이미 실시되고 있는 Hawaii의 한 기관인 Kuakini 병원의 가정간호서비스와 우리나라에서 1974년부터 가정간호를 실시해온 원주기독병원 가정간호를 살펴보고자 한다(표 7참조).

7. 가정간호의 당면과제 및 해결방안

현재까지의 의료제도 특성은 질병중심의 체계 특히, 급성질환중심이며, 건강관리 제도가 관료화, 계급화, 제도화된 조직구조에서 소비자가 참여하기 보다는 제공자가 통제하는 체제였다. 그러므로 정책을 결정하거나 서비스를 요구한다든지 하는것이 조직과 계급의 위치가 정해져 있는 우리나라의 현실에서 대부분 직위에 따라서 달라지는 여러현상을 가지고 있었다(김보임, 1990).

그러므로 우리나라와 같이 가정간호서비스를 새로이 시작하려는 경우에는 극복하여야 할 과제가 많이 있다. 즉 기존의 보건의료체계에서 새로운 종류의 서비스상품을 개발하는 것이기 때문이다. 그러면 보다 구체적으로 가

정간호서비스의 시행과 관련된 과제들을 살펴보면

(1) 가정간호서비스에 대한 요구도 파악

새로운 제도의 도입에 있어 그 요구도의 측정은 매우 중요하며 그 수요의 양에 따라 서비스에 투입될 자원의 배분이 가능해지며 또한 서비스의 내용과 과정을 설계하고 사업결과에 대한 평가의 기초가 되기 때문이다.

송(1989)의 「가정간호요구에 관한 조사연구」에서 간호사 방문치료에 대한 수용은 72.3%나 희망하는 것으로 나타났다. 그러나 가정간호서비스인 새로운 상품의 개발에 대한 교육과 홍보가 환자나 가족들에게 적극적으로 실시되어야 한다고 생각된다.

(2) 전문요원 양성

가정간호교육은 거시적으로는 물론 간호사가 가정간호사 혹은 가정간호 전문직업인으로서 자질을 갖추어야 하고 바람직한 가정간호의 가치를 지니는 행동, 관념등을 익혀가는 3차 건강관리 전문 가정간호사 양성과정이라 볼 수 있으며 미시적으로는 그에 필요한 교육내용, 방법, 특히 교수학습방법 및 지도를 의미하는 것이라고 생각할 수 있다. 그러므로 가정간호사 양성을 위한 가정간호 교육과정은 특히 의료전달체계와 관련하는 간호교육 전체 체계의 하나의 하위체계로서 고려되어야 하겠다. 따라서 우리나라의 실정에 맞는 가정간호사제도를 확립하기 위하여서는 전문인력으로서 가정간호사의 양성이 필요하며 이미 90년 6월 수련기관으로 서울보건대학원이 지정되어 40명이 훈련을 받았다.

(3) 적절한 서비스 모형개발 및 시범사업 실시

가정간호서비스를 종합병원에서 실시하기 위해서는 현재 우리나라 일부 병원의 사업과 외국의 경우를 참조하여 우리나라 실정에 맞는 구체적인 서비스 모형을 개발하여야 하며 이러한 모형을 개발할 때는 각 분야의 전문인력이 모두 참여하여 병원관리자들과 함께 충분한 협의를 해야한다. 또한 이렇게 개발된 서비스 모형을 몇개의 병원에서 시범적으로 운영한 후 그 성과를 분석하고 또한 재계획하여 수정보완 하면서 점차 확대하는 사업으로

〈표 7〉 원주기독교병원과 Kuakini 병원의 가정간호 비교

	원주 기독교 병원	Kuakini 병 원
목 표	<ol style="list-style-type: none"> 1. 조기퇴원 환자에 대한 추후관리 제공 2. 병원의래를 찾는 경비절감 3. 통원치료에 따르는 교통문제 해결 4. 보건교육실시 및 환자와 가족의 자기 건강 관리 능력 개발 5. 병원침상의 효율적 활용을 통한 병원 경영에 기여 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 전문적인 가정간호를 위한 병원의사 가족과 지역사회 기관의 요구에 대응 2. 가정까지 의료(병원)사업확장 3. 간호계획에 환자와 가족을 포함시키며 지역건강과 사회사업 기관에 적절한 소개를 하는 것을 포함 4. 계속적으로 관찰, 사정, 평가하여 환자간호의 질을 상승시키는 것
운영 체계	<p># 병원내에 지역사회 보건간호과를 설치 하고 직접 병원장의 행정지시를 받으며 운영됨</p>	<p># 병원내에 community services part에 home care center 를 설치하고 부원장의 행정지시를 받으며 운영됨</p>
대 상 자	<p>* 병원을 중심으로 사방 2km 이내이며 방문 시간이 1시간이내 소요되는 지역의 거주자로서</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 조기퇴원과 함께 지역사회 보건간호과에 등록된 환자 및 가족 2. 지역사회에서 직접 의뢰된 환자와 가족 3. 지역사회 보건간호과가 가정방문을 통해 발굴된 환자와 가족을 대상으로 함. <p># 1974-1988년 가정방문 간호대상자 2260 가구 약 9000명이며 1987년 한해 동안의 가정방문 횟수는 3456회임</p>	<p>*Oahu 주에 거주자</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 의사의 지시가 있고 의학적 지시 및 처방제공이 가능한 환자 2. 집에 있는 환자(Medicare, Medicaid and HMSA 대상자) 3. 환자가 필요로 할때 caregiver조달이 용이하고 4. 간호, 물리치료, 언어요법과 같은 숙련된 서비스를 필요로 하는 환자 <p># 1달에 평균 2000명 정도 home care 제공하고 있음 (HMSA =Hawaii 직장의료보험)</p>
서 비 스 내 용	<ol style="list-style-type: none"> 1. 대상자 및 가족구성원의 건강요구도 파악 (위생, 사고예방, 식습관, 재활, 입퇴원관리) 2. 신체적 간호제공 3. 환자와 가족에게 환자 간호법 교육 4. 상처치료, 주사 및 투약관리 5. 질병으로 인한 환경과 사회에 적응하도록 도움 6. 지역사회내 의료기관이나 사회사업기관에 환자의뢰 7. 신생아관리, 당뇨병관리, 인공항문관리 등에 필요한 건강교육제공 	<ul style="list-style-type: none"> • Kuakini - At - Home Professional Nursing Care Mental Health Nursing Care Physical Therapy Home Health Aid/Personal Care Occupational Therapy Nutritional Counseling Speech/Language Therapy Medical Supplies Medical Social Services Geriatric fellow • Kuakini Infusion Service Pharmaceuticals Supplies and Equipment Home delivery Professional Nursing Management
수 (재원조달) 가	<p># 초기에는 무료로 제공되었으나 3-4년전 부터 지불능력이 전액없는 환자를 제외하고 는 소정의 간호료를 받음. 간호료는 의료보 험환자의 경우 의료보험수가와 비슷하고 일 반환자의 일반수가 보다 약간 싸며 분만후 추후관리와 영유아 관리에 관한 간호료는 방문횟수나 거리에 관계없이 5,000원임.</p>	<p># 시간당 21.35달러 이며 on call시 3달러 추가됨. Medicare에서는 RN 1회 방문시 101달러 지불해줌. (union contract로 각 병원의 home care방문 수가가 비슷하다. 예 - St. Francis home care \$ 20.30/hr, Queen's hosp. home care \$ 20.80/hr)</p>

발전 시켜야 되는데 현재 정부에서는 가정간호제도 도입을 위해 92년까지 시범사업을 실시한 후 93년부터는 전국병원급 이상 의료기관에서 확대 실시 예정으로 91년 하반기부터 각 시 단위로 1-2개 시범 병원을 지정하여 운영할 계획이다.

(4) 가정간호서비스의 재정적 조달문제

다른 의료서비스와 마찬가지로 가정간호에도 재원의 필요성이 요구된다. 공급자 입장에서는 프로그램 운영에 필요한 비용이 요구되며 환자들은 이를 부담하여야 한다. 지금까지 우리나라 병원에서 시행된 일부 가정간호서비스 프로그램과 초창기 미국에서 시행된 가정간호서비스에서는 시혜(charity) 성격으로 프로그램이 운영되었다. 그러나 이러한 제도에서는 병원에서 활용할 수 있는 재원의 한계로 운영이 제한적이며 체계화된 서비스로 정착하기 어려운 문제점을 안고 있다. 실제로 원주기독교병원에서 시행하고 있는 가정간호사업도 재정적인 어려움을 제일 큰 당면과제로 제시하고 있다. 따라서 합리적이고 안정적인 재원 조달 방향의 모색이 가정간호서비스 프로그램의 정착에 필수적인 요소로 가정간호서비스 제도가 정착하기 위해서는 의료보험에서 가정간호서비스를 급여의 종류에 포함시켜 그 비용을 부담하는 것이 가장 적합한 방안이라 생각한다. 이러한 필요성으로 대한간호협회와 정부에서는 가정간호서비스가 의료보험급여에 포함되기 위해서 구체적인 지원체계 등을 연구하고 있다. 또한 가정간호를 필요로 하는 환자의 질환이나 상태 또는 연령에 따라 간호의 종류와 양이 달라지므로 간호대상자를 분류하여 그에 따른 방문수가의 차등적용을 연구해 볼 필요가 있겠다(최규옥, 1991).

(5) 법적, 제도적 장치의 수립

의료법에 의하면 환자의 진료는 의사의 책임하에 이루어지며 특수한 경우(보건진료원, 조산사) 제한된 서비스의 위임이 가능하도록 되어 있다. 가정간호서비스는 간호사가 환자를 방문하여 집에서 수행되므로 병원과 같이 직접적인 의사의 책임하에서 서비스가 행해지

기 어렵다. 따라서 가정간호 의뢰기준과 가정간호 활동내용에 대한 구체적인 명시가 필요하며 의사 입장에서는 구체적이고 정확한 의뢰기준설정, 간호사에게는 어떤 종류의 가정간호활동을 제공할 수 있으며 이중 어떤 내용들이 의사의 Standing order가 필요한지가 제시되어 법적, 제도적 장치의 개발이 요구되며 이런 제도는 우선 보건진료원이나 조산사의 경우를 토대로 하여 검토될 수 있다고 생각한다(조원정, 1990).

III. 맺음말

지금까지 종합병원에서 가정간호의 필요성 및 운영전략에 대해 살펴보았다. 사업을 시작하기 전 기관에서는 가정간호사업의 목적 설정과 사업기준설정, 재정적 뒷받침 확보와 더불어 조직구성원의 직무기술서, 필요한 서식 등을 마련해야 한다. 또한 사업의 성패는 의뢰인의 적극적인 호응, 사업제공자의 능력과 열의, 조직의 재정적, 제도적 지원에 달려 있다고 본다. 이에 추가하여 사업대상거리, 교통편, 사회지지, 이용가능성 여부도 변수로 작용한다.

정부에서는 이미 전문분야별 간호사에 가정간호사 제도를 도입하기에 이르렀고 의료사업을 제공하는 각계에서 이에 대한 관심이 고조되고 있는 상황이다. 이에 가정간호사업의 정의, 각 나라에서 가정간호사업이 생기지 않으면 안되었던 당위성과 역사적인 가정간호사업이 정착화되기 위해서는 무엇보다도 사업을 제공하는 자의 입장에서도 중요하지만 가정간호를 제공받는 자의 입장에서 그 전개방향을 모색하는 것 또한 매우 중요한 일이라 할 수 있겠다. 앞으로는 가정간호사 의뢰기준과 그에 따른 가정간호 활동내용을 중심으로 연구를 하여 의사의 입장에서는 구체적이고 정확한 의뢰기준을 확립하여 어떤 환자를 가정간호사업에 의뢰할지 또한 간호사의 입장에서는 어떤 종류의 가정간호활동을 제공할 수 있으며 이중 어떤 내용들이 의사의 Standing order가 필요한가를 제시할 수 있기를 기대한다.

가정간호서비스 제도는 정부, 환자, 의료기관 입장에서 볼 때 기대되는 효과가 매우 크

며, 특히 의료기관의 경우 조기퇴원으로 발생되는 비용효과가 큰것임을 알 수 있으며 제도 시행을 앞두고 비용부담(재원조달) 방법 및 수가 책정 등 의료보험에서 가정간호서비스를 급여의 종류에 포함시켜 수가체계가 정립될 수 있도록 이에 대한 많은 연구가 뒤따라야 하겠으며 국가정책에 반영될 수 있도록 정부에서는 지속적인 노력을 하여야 한다고 생각한다. Christensen(1984)등이 말하였듯이 가정간호사업은 병원의 사업영역을 확장할 수 있게 해주고, 병원의 자원을 최대한 활용하고, 기술면에서 획기적인 진전을 가져올 것을 기대하며 이 가정간호서비스로 인해 의료서비스의 극대화로 국민들의 건강요구도를 충족시키는데 지대한 효과가 있을 것으로 사료된다.

참 고 문 헌

1. 가정간호 보수교육 교재, 대한간호협회, 1991
2. 가정간호사업추진계획(안), 대한간호협회, 1989. 4
3. 김모임, 가정간호사의 역할과 전망, 이화여자대학교 간호학 연구소, 1990. 6., p 7-16
4. 김용순, 종합병원에서의 가정간호사업 모델, 학술세미나 보고서, 연세대학교 간호학 연구소, 1990. 11, p 77-90
5. 김진선, 퇴원환자의 가정간호사업 이용의사에 영향을 미치는 요인조사 연구(미단행), 가정간호 사업추진계획(안), 대한간호협회, 1989. 4
6. 김화중, 종합병원에서의 가정간호 운영전략, 간호학분과 학술세미나, 경희의료원, 1991. 9
7. 박정희, 일반적 제특성에 따른 환자의 퇴원요구와 간호수행, 중앙의학, 43 ; 1, 1982., p 47-55
8. 송근희, 가정간호요구에 관한 조사연구, 석사학위 논문, 중앙대학교 대학원, 1989. 6
9. 신여수, 유승흠, 병원경영난 타개방안, 전국병원장 경영세미나, 대한병원협회, 1991. 5, p 35-60
10. 유태우, 외국 가정의료제도의 한국에의 응용, 가정간호사제도 워킹그룹, 서울아카데미 하우스, 1990. 8
11. 유태우, 가정의료 - 그 원리 및 세계적 현황, 1991.
12. 윤순영, 가정간호사업을 위한 간호계의 준비, 대한간호. 제30권 제 1 호. 1991. 1. 2, p 11-17
13. 조우현, 종합병원에서의 가정간호 운영전략, 학술세미나 보고서, 연세대학교 간호학 연구소, 1990. 11, p 11-23
14. 조원정, 가정간호사업의 필요성, 대한간호 제 30권 1호, 1991. 1. 2, p 6-10
15. 조원정, 종합토의, 종합병원에서의 가정간호운영전략, 학술세미나, 연세대학교 간호학 연구소, 1990. 11, p 95-97
16. 최규옥, 가정간호를 위한 수가개발, 생활간호, 1991. 7, p 156-157
17. 한철우, 김효식, 미국의 가정간호제도를 살펴보고, 대한간호 제28권 제 4 호, 1989. 9. 10, p 33-36
18. Abraham Monk & Carole Cox, An international perspective on home care, Caring, Jan, 1990.
19. Christensen B, Mistarz JE, Riffer J, Rapid growth pattern tracked, Hospitals, 1984, p 33-70
20. Florine DuFresne, Home care : An Adventure in Love
21. Home care services-Past, present & future, Caring, Dec. 1988, p 4-7
22. Kathleen Heery, The Challenges of '90s, Caring, Vol 10, No. 5, May, 1991
23. Keating SB, Kelman GB, Home Health Care Nsg, Lippincott Co, Philadelphia, 1988, p 39-44
24. Kuakini-at-home, Caring for Patient at Home, 소개장
25. Loudon T, Opportunities on the rise in home health care, Caring, July. 1984, p 12-14
26. Val J, Halamandaris, Caring Thoughts, Caring, Dec. 1988, p 32