

보건 및 복지영역 서비스 연계에 대한 방문간호사의 인식

정문희·유인영

한양대학교 의과대학 간호학과

〈 목 차 〉

I. 서론	V. 결론 및 제언
II. 연구대상 및 방법	참고문헌
III. 연구결과	Abstract
IV. 고찰	

I. 서론

1. 연구의 배경 및 목적

보건소의 방문간호사업은 정부가 추진하고 있는 기초생활보장 정책에 따라 주민등록이 등재되지 않은 쪽방, 비닐하우스 거주자, 노숙자에게도 확대될 것이므로 그 대상이 더욱 증가한다. 이들은 보건 및 복지요구가 공존하는 의료적 경제적 취약계층이기 때문에 양자간 공적인 연계 없이는 단편적이고 지속성이 없는 서비스에 한정되거나, 한 대상에 중복되는 등 비효율적이기 쉽다(박경숙, 1996; 강혜규, 1998; 김정우 등, 1998; 김경혜, 1999; 이현주 등, 2000; Hokenstad 등, 1979).

정부에서는 지역담당제의 실시를 독려해 지역, 거리, 가구 수를 고려한 인력별 효율추구를

지향하지만, 방문간호 인력이 절대 부족한 여건에서는 형식적 업무를 수수방관하는 데 그칠 우려가 크다. 현재 동사무소는 '동민의 집' 또는 '문화의 집' 등으로 호칭되는 주민자치센터로 그 기능이 전환되고 있고, 사회복지전문요원은 '동' 단위에서 사업대상의 발견과 파악을 담당하고 있어 전문인력 간 협조할 수 있다면 이는 소기의 목적을 달성할 수도 있다.

따라서 본 연구의 목적은 보건 및 복지영역의 서비스연계를 통해서 방문간호사업이 활성화되는데 기여하는 기초 자료를 제공하는데 있다. 구체적인 목표는 다음과 같다.

- 1) 서울시 방문간호사업의 현황을 파악한다.
- 2) 방문간호사의 활동내용별 업무 수행정도를 파악한다.
- 3) 사회복지전문요원과의 서비스 연계정도를 파악한다.

2. 용어의 정의

1) 방문간호사

방문간호사란 법(의료법 시행규칙 제54조)적으로 보건전문간호사로서 간호보건직 공무원으로 임용되어 보건소에 근무하는 보건인력이다. 이 논문에서는 서울시 보건소에 근무하면서 방문간호사업을 담당하고 있는 실무간호사, 서무, 팀장을 의미한다.

2) 사회복지전문요원

사회복지전문요원이란 생활보호대상자, 노인, 장애인 등 저소득 사회취약층에게 복지서비스를 제공하기 위하여 1987년부터 저소득 밀집지역 읍·면·동사무소에 배치한 전문인력이다. 사회복지사 자격증을 소지한 사람들 중에서 시·군·구청장이 임용하는 지방사회복지직 7급, 8급 또는 9급의 사회복지담당 공무원이다. 이 논문에서는 사회복지사 자격증 소지자로 서울시내 동사무소에서 사회복지 업무를 담당하는 공무원을 의미한다.

3) 연계서비스

우리말 사전에 '연계'란 잇달아 맨다거나, 관련하여 관계를 맺는다는 뜻이다. 이 논문에서는 자치구에서 수행하는 보건과 복지 영역 서비스가 유기적인 관계를 가지고 수행될 수 있는 일련의 서비스로 규정한다.

II. 연구대상 및 방법

1. 연구대상

보건복지부 지역보건정책과(2000년 7월) 자료에 등재된 서울시 25개 보건소 방문간호 담당자 총 187명이 대상이다.

2. 조사방법

설문지는 문헌조사와 참여관찰을 통하여 제작하고, 이 분야 3인의 전문가로부터 내용타당도를 검증받아 방문간호사 20명을 대상으로 2000.1.29.-2.10에 사전 조사하여 수정 보완하였다. 본 조사는 2001.2.12 - 3.15 사이에 보완된 설문지에 의하여 실시하였다.

설문지의 문항은 일반적 특성(8문항), 방문간호의 조직특성(3문항), 가정방문 업무현황(9문항), 방문간호서비스 및 연계서비스(39문항)로 구성하였다. 이 중 방문간호 활동내용은 1 - 4점 척도로, 연계서비스는 1 - 5점 척도로 구조화하여 높은 점수일수록 수행정도가 높고, 협조필요와 협조정도가 높은 것으로 이해할 수 있다.

3. 자료수집과 분석

현재 25개 보건소의 방문간호사 중 80.7%인 151명의 응답 설문지가 회수되어, SPSS/WIN 7.5의 빈도와 백분율, 평균과 표준편차, 피어슨 상관계수, paired t-test를 사용하여 분석하였고, 이 중 의미있는 것만 제표하여 본문에 제시하였다.

4. 연구의 제한점

서울 이외의 지역으로 확대해석하거나 사회복지요원의 인식과 동일시하는데 제한점이 있다.

서울시 25개구 보건소에서 설문에 응답한 방문간호사는 방문간호팀장 18명(11.9%), 사무 및 행정 담당 20명(13.2%), 방문간호를 담당하는 실무자 113명(74.8%)이었다. 방문간호사의 평균연령은 45세로 김인선(1997)의 연구에서 나타난 35.7세에 전주어 다소 연령층이 높다. 151명 모두 여성이었고, 간호보건의직 공무원으로서 현재 직급은 7급이 71.5%로 8급의 15.9%보다 훨씬 많았다. 보건소 근무경력 평균은 10년으로 긴데 비해 방문간호경력 평균은 3년으로 짧은 것으로 보아 근무부서의 이동이 잦음이 시사된다. 가정

Ⅲ. 연구결과

1. 일반적 특성

방문간호사의 일반적 특성은 <표 1>과 같다.

<표 1> 방문간호사의 일반적 특성

수 = 151

특성	구분	수(%)	비고
직무	총괄지도(팀장)	18(11.9)	
	사무·행정	20(13.2)	
	방문간호실무자	113(74.8)	
연령(세)	30-39	59(40.1)	평균: 45
	40-49	68(45.0)	
	50 이상	24(15.9)	
직급	6급	19(12.6)	
	7급	108(71.5)	
	8급	24(15.9)	
방문간호경력	1년	31(20.5)	평균 : 3년
	2년	31(20.5)	
	3년	37(24.5)	
	4년	20(13.2)	
	5년 이상	32(21.2)	
근무경력	5년 이하	38(25.2)	평균 :10년
	6-10년 이하	40(26.5)	
	11-15년 이하	43(28.5)	
	16년 이상	30(19.9)	
가정간호수습과정	이수함	28(18.5)	
	이수하지 못함	107(70.9)	
	계획 중	16(10.6)	
학력	전문대학 졸업	82(54.3)	
	대학교 졸업	62(41.1)	
	대학원 졸업	7(4.6)	
결혼여부	미혼	13(8.6)	
	유배우	137(90.7)	
	사별	1(0.7)	

전문간호 수습과정은 28명(18.5%)만이 이수하였고, 학력은 전문대졸이 82명(54.3%)으로 가장 많아, 인력의 전문적 재훈련이 필요할 것으로 보인다.

2. 방문간호사업의 현황

1) 조직특성

방문간호사업에 대한 조직 특성은 <표 2>와 같다. 25개 서울시 보건소 중에서 방문간호부서에 사회복지사가 배치되어 있는 곳은 4개구였고, 방문간호 전담부서인 지역보건과를 설치한 곳은 9개 구였다. 보건행정과와 의약과 밑에 각각 1개 구와 2개 구에서 방문간호를 담당하고 있고 보건지도과 아래 13개 보건소가 방문간호

부서를 편제하고 있다. 이처럼 보건소마다 다른 조직형태를 보이는 것은 지역보건법 제 11조와 시행령 9조에 따라 해당 지역의 인구규모, 지역 특성, 보건의료수요 등을 감안하고, 지방자치법 제102조의 규정에 따라 지방자치단체의 조례로 정해지기 때문이다.

방문간호사의 응답자 수는 보건소별로 평균 6 명이였다.

2) 가정방문 업무현황

응답자 중에서 가정방문활동에 직접 참여하고 있는 간호사는 113명이었는데 이들이 수행하고 있는 업무 현황은 <표 3>과 같다.

<표 2> 방문간호사업의 조직 특성

보건소수 = 25

구 분	수	보건소명
사회복지사	배치 됨	4 중구, 관악구, 은평구, 강북구
	배치 없음	21 그 외 21개구
응답한 방문간호사(명)	4	2 성동, 마포
	5	6 종로, 용산, 강북, 은평, 강서, 구로
	6	8 중구, 광진, 도봉, 노원, 금천, 영등포, 동작, 관악
	7	7 서초, 강남, 송파, 동대문, 성북, 서대문, 양천
	8명	2 강동, 중랑
관장부서	보건지도과 가족보건계	10 종로, 동대문, 서대문, 용산, 강남, 양천, 강서, 마포, 서초, 영등포
	방문간호계	2 강동, 송파
	지역보건계	1 중랑
	지역보건과 방문보건계	8 광진, 도봉, 강북, 성동, 관악, 동작, 노원, 중구
	가정간호계	1 구로
	보건행정과 지역보건계	1 금천
	의약과 방문보건계	1 은평
	가족보건계	1 성북

<표 3> 방문간호사의 가정방문 업무현황

수 = 113¹

	구 분	수(%)	비 고
담당하는 동	1-3 곳	23(20.4)	평균: 5
	4-6 곳	67(59.3)	최소: 1
	7 곳 이상	23(20.4)	최대: 21
대상 가구 ²	100 가구 이하	5(4.4)	
	101 - 200 가구	7(6.2)	평균: 564
	201 - 300 가구	7(6.2)	최소: 42
	301 - 600 가구	52(46.0)	최대: 1997
	601 - 900 가구	33(29.2)	
	901 가구 이상	9(8.0)	
대상 가구원	300 명 이하	6(5.3)	
	301- 500 명	11(9.7)	평균: 1223
	501 - 1000 명	31(27.5)	최소: 50
	1001 - 1500 명	33(29.2)	최대: 4651
	1501 - 2000 명	21(18.6)	
	2001 명 이상	11(9.7)	
주된 방문 수단	걸어서	8(7.1)	
	버스, 지하철	45(39.8)	
	행정용 또는 방문간호용 차량	57(50.4)	
	본인 자가용	1(0.9)	
교통 소요 시간	1시간미만	39(34.5)	
	1-2시간미만	60(53.1)	
	2시간이상	14(12.5)	
가구당 서비스제공 평균시간	30분미만	20(20.4)	
	30분-1시간	74(65.5)	
	1시간이상	16(14.2)	
기록관리 소요시간	1시간미만	40(35.4)	
	1-2시간미만	62(54.9)	
	2시간이상	11(9.8)	
방문의 주요사유	건강 및 질병문제사정	92(81.4)	
	건강상담 및 투약	12(10.6)	
	문제해결을 위한 전문상담	1(0.9)	
	정기적 방문	7(6.2)	
	대상자의 요청으로	1(0.9)	
가구 당 방문빈도 (단위%)	1년에 1회 정도	25.2	
	6개월에 1회 정도	18.6	
	3개월에 1회 정도	20.2	
	2개월에 1회 정도	18.0	
	1개월에 1회 정도	13.7	
	1주일에 1회 정도	3.1	
	1주일에 1회 이상	1.6	

¹ 방문간호 실무자

² 기초생활보장 수급권자

관장하고 있는 지역은 최소 1개동에서 최대 21개동까지 일정하지 않으며, 평균 5개 동이다. 가정방문의 대상 수는 기초생활보장 수급권자를 중심으로 평균 564가구, 1223명으로 간주되므로 업무량이 상당히 많다.

가정을 방문할 때 이용하는 교통수단은 주로 버스나 지하철 등 대중교통수단이 39.8%였고, 행정용이든 방문간호용이든 또는 본인의 자가용이든 승용차를 이용하는 경우가 전자보다 많아 50.4%를 차지하고 있다. 교통시간은 과반수가 1-2시간이 들며, 행동반경이 1시간이내인 경우는 불과 1/3정도여서 하루 일과 중 이동에 소비하는 시간이 적지 않다.

가정방문 중 전문서비스에 소요되는 시간은 74명(65.5%)이 30분에서 1시간이고, 보건소 귀소 후 기록관리에 사용하는 시간은 62명(54.9%)이 1-2시간이라고 응답하고 있음에 주목해야한다.

또한 전체대상가구의 방문을 100%로 하였을 때, 방문빈도는 1년에 1회정도 방문하는 가구는 전체의 25.2%, 6개월에 1회방문은 18.6%, 3개월에 1회방문이 20.1%, 2개월에 1회 방문은 18.0%, 1개월에 1회방문은 13.7%로 분포하고 있다. 가정방문을 하는 가장 주된 이유는 건강 및 질병 문제상담, 건강상담 및 투약, 정기적 방문, 대상자의 요청 순으로 나타나고 있는 바, 전문서비스의 투입을 강화하고 전문인력의 능력을 추구하기 위해선 교통과 기록관리에 소요되는 시간을 줄이고, 방문빈도를 수요별로 체계화하는 방안이 검토되어야 한다.

3. 방문간호 활동내용별 수행정도

<표 4>에서 보는 바와 같이 보건영역은 대부분 보건소 내에서 독자적으로 수행하고 있었고,

그 수행정도는 4점 중 평균 2.94±.50으로 자주 수행하는 편이다. 자주 수행하는 활동을 순서적으로 열거하면 방문진료, 방문간호, 보건교육, 건강상담, 노인건강진단. 관절염자조관리교육, 한방서비스, 치과서비스, 재활서비스, 희귀·난치성질환관리, 가정도우미서비스, 응급위기 관리, 호스피스간호 순으로 나타난다.

한편, 복지영역은 자원에 관한 정보제공, 재활기구대여, 정서적 서비스를 제외하고는 대부분 다른 기관과 연계하여 수행하고 있는데, 4점 중 평균 2.28±.45으로, 보건영역보다는 낮지만 자주 수행한다고 할 수 있다. 활동이 잦은 순으로 열거하면 정서적 서비스, 자원에 관한 정보제공, 재활기구대여, 가정도우미 또는 자원봉사자 파견, 이동목욕서비스, 사회복지 관련기관 의뢰, 식사 또는 밑반찬 서비스, 가사서비스, 후원금 지급 및 결연, 후원물품 지급, 이·미용 서비스, 취업 및 부업알선 순이었다.

보건과 복지영역 서비스 수행정도의 상관관계는 <표 5>에서 알 수 있는 바와 같이 피어슨 상관관계수가 .56으로 높은 순상관관계가 나타나 보건영역 서비스의 수행정도가 많아질수록 복지영역 서비스에 대한 수행정도 역시 많아짐이 발견되고 있다.

4. 사회복지전문요원과 연계실태

1) 보건 및 복지 영역 서비스연계에 대한 협조필요성과 협조정도

방문간호사가 업무수행 시에 사회복지전문요원과 연계하는 협조정도는 <표 6>과 같이 5점 척도로 평균 3.16으로 나타난 것과 달리, 협조필요성은 5점 척도로 평균 4.49로 나타나 두 변수 간 평균 1.33 차이가 드러났고 이 차이는 통계적으로 뒷

<표 4> 방문간호 활동내용별 수행정도

수 = 151

활동내용	기관 내 수행 수(%)	타 기관 연계 수(%)	수행 안함 수(%)	수행정도 평균±표준편차
방문진료	151(100.0)	-	-	3.54±.65
방문간호	151(100.0)	-	-	3.50±.67
보건교육	143(94.7)	7(4.6)	1(0.7)	3.50±.67
건강상담	145(96.0)	5(3.3)	1(0.7)	3.50±.77
노인건강진단	147(97.4)	4(2.6)	-	3.44±.78
관절염 자조관리교육	141(93.4)	6(4.0)	4(2.6)	3.44±.78
재활서비스	121(80.1)	29(15.2)	1(0.7)	3.21±.76
회귀, 난치성 질환 관리	136(86.5)	18(11.9)	2(1.3)	3.01±.79
한방서비스	141(93.4)	37(24.5)	9(6.0)	2.88±.86
치과서비스	124(82.1)	23(15.2)	4(2.6)	2.88±.85
가정도우미 서비스	48(31.8)	103(68.2)	-	2.81±.99
재가암환자 관리	111(73.5)	38(25.2)	2(1.3)	2.80±.92
기능회복 훈련	100(66.2)	38(25.2)	13(8.6)	2.62±.85
응급위기 관리	96(63.6)	42(27.8)	13(8.6)	2.58±.94
호스피스 간호	81(53.5)	60(39.7)	10(6.6)	2.36±.98
계				2.94±.50
정서적 서비스	95(62.9)	52(34.4)	4(2.6)	2.72±.90
자원에 관한 정보제공	88(55.0)	66(43.7)	2(1.3)	2.68±.83
재활기구대여	107(70.9)	41(27.2)	3(3.0)	2.54±.81
가정봉사원 또는 자원봉사원파견	27(17.9)	119(78.8)	5(3.3)	2.31±.74
이동목욕 서비스	15(9.9)	135(89.4)	1(0.7)	2.30±.64
사회복지관련기관연락	31(20.5)	118(76.2)	2(1.3)	2.27±.57
식사 또는 밑반찬 서비스	11(7.3)	135(89.4)	5(3.3)	2.24±.80
가사 서비스	36(23.8)	113(71.8)	2(1.3)	2.21±.72
후원금 지급 및 결연	33(21.9)	117(77.5)	1(0.7)	2.17±.59
후원물품지급	37(24.5)	111(73.5)	3(2.0)	2.17±.63
이·미용서비스	31(20.5)	115(78.8)	-	2.15±.72
취업 및 부업알선	12(7.9)	114(75.5)	25(16.5)	1.62±.56
계				2.28±.45

<표 5> 보건과 복지영역 서비스 수행정도 간 상관관계

수 = 151

	보건 영역	복지 영역
보건영역	1.00	
복지영역	.56**	1.00

** p<.01

<표 6> 사회복지전문요원과의 협조필요성과 협조정도

수 = 151

	평균±표준편차	t값
협조필요성	4.49±.79	15.06***
협조정도	3.16±.84	

*** p<.001

받침되었다. 가정방문 업무 수행에 있어서 간호사와 사회복지요원간에 협조가 필요하다는 간호사의 인식은 매우 높은 편임에도 불구하고 실제 업무수행에서 간호사가 사회복지요원과 협조하는 정도는 극히 미미함을 의미한다.

2) 사회복지전문요원과 의뢰한 서비스와 의뢰 받은 서비스

방문간호사가 동사무소 사회복지전문요원에게 의뢰하는 서비스와 의뢰 받은 서비스는 <표 7> 및 <표 8>과 같다.

<표 7> 사회복지전문요원에게 의뢰한 서비스 수 = 151

방문간호사 -> 사회복지전문요원	수(%)
의료보호 대상자 책정 및 조정 의뢰	60(39.7)
경제적 지원 요청시(후원금, 후원물품의뢰)	60(39.7)
생활보호대상자 책정 및 조정 의뢰	54(35.8)
대상자의 생활실태조사 의뢰시	48(31.8)
가정도우미 의뢰	45(29.8)
생활보호대상자 명단 의뢰	38(25.2)
양로원, 노인보건 시설입소 신청	29(19.2)
장애 등록자 명단 의뢰	25(16.6)
장애 등급 책정 및 조정의뢰	24(15.9)
차량지원	10(6.6)
정보교환(복지기관 안내 등)	8(5.3)
지역주민의 도움이 필요할 때	6(4.0)
도시락 및 반찬의뢰	6(4.0)
대상자 자녀들의 급식, 유치원문제	4(4.6)
무응답	25(16.6)

주: 중복응답

<표 8> 사회복지전문요원로부터 의뢰받은 서비스

사회복지전문요원-> 방문간호사	수(%)
방문간호	61(40.4)
건강상담	21(13.9)
진료기관 연계 의뢰	16(10.6)
건강진단	11(7.3)
고혈압, 당뇨, 관절염 등에 대한 관리	8(5.3)
순회진료	4(2.6)
예방접종	3(2.0)
보건교육	2(1.3)
무응답	25(16.6)
계	151(100.0)

방문간호사가 사회복지전문요원에게 의뢰한 서비스는 중복응답으로 의료보호 대상자 책정 및 조정 의뢰, 경제적 지원요청(후원금, 후원물품 의뢰), 생활보호대상자 책정 및 조정 의뢰, 대상자의 생활실태조사 의뢰, 가정도우미 의뢰 등의 순이었다.

한편, 방문간호사가 사회복지전문요원으로부터 의뢰 받는 서비스는 가정방문간호, 건강상담, 진료기관 의뢰, 건강진단, 고혈압, 당뇨, 관절염 등에 대한 관리, 순회진료, 예방접종, 기타 대상자 파악을 위한 문의 순이었다.

3) 보건 및 복지 영역 연계서비스 체계

바람직한 보건 및 복지 영역 연계서비스 체계에 대한 의견을 물은 바 가장 많은 형태는 <표

9>와 같이 보건소, 동사무소, 복지관 간의 연계 체계 확립이 55명(36.4%), 동사무소 내 간호사 배치 또는 파견근무가 31명(20.5%)이었고, 보건소 방문보건 담당부서에 사회복지사 배치, 복지관 내 간호사 배치, 보건소 내에서 독립된 행정 체계로 복지업무를 별도로 수행, 보건소 내 보건복지사무소 설치, 별도의 공간에 사회복지 업무를 전담하는 사회복지사무소 설치 순으로 나타나고 있다.

시 총 522개 동(행정자치부, 2000)에 187명의 방문간호사를 배치한 것은 산술적으로 추계해 볼 때 한 사람이 평균 4.2개동 평균 82,985명을 가정방문 하는 것을 의미한다. 여기서 방문간호사 한사람이 2,490가구, 5,857명을 관리하고 있다(서울시 의약과, 2000)고 보면 한 사람의 업무량은 1개 동에서 19,872명의 인구를 관할하며 592가구, 1,394명을 관리하고 있는 것으로 추산된다. 즉, 등록된 관리가구 및 가구원수의 1/6정도만을

<표 9> 보건 및 복지 영역 연계서비스 체계

수 = 151

보건 및 복지 영역 연계서비스 체계	수(%)
보건소, 동사무소, 복지관간의 연계체계 확립	55(36.4)
동사무소 내 간호사 배치 또는 파견근무	31(20.5)
보건소 방문보건 담당 부서에 사회복지사 배치	23(15.2)
복지관내 간호사 배치	19(12.6)
보건소 내에서 독립행정체계로 복지업무를 별도로 수행	12(7.9)
보건소 내 보건복지사무소 설치	8(5.3)
별도의 공간에 사회복지 업무를 전담하는 사회복지사무소 설치	3(2.0)
계	151(100.0)

IV. 고 찰

국민건강증진법, 지역보건법 등이 제정되면서 더욱 활성화되고 있는 공공부분의 방문간호사업은 이미 고령사회에 진입하고 있는 지역이 상당수 있는 우리 사회의 인구 구조적 측면에서 볼 때 기초생활보장 수급권자 등 경제적 의료적 취약계층을 대상으로 한다는 점에서 무엇보다 중요한 사업이다.

지자체 실시이후 서울시 25개 보건소 중 9개 보건소에서 방문간호를 전담하는 조직을 두고 있지만, 인력부족을 해결하지 못하고 있다. 서울

관리하므로 미처 관리하지 못하는 대상이 많음이 드러난다.

그러나 위 추산치는 실제 가정방문 업무량인 1인당 평균 5개동, 564가구, 1,223명을 담당하고 있는 본 조사 결과에 견주어, 동 단위 수준의 가구와 가구원 정도를 관리하고 있음을 알 수 있다. 담당하는 가구의 실제 방문비율은 전체가구의 방문을 100%로 하였을 때 1년에 1회 정도 방문하는 가구는 전체의 25.2%였고, 6개월에 1회 방문은 18.6%, 3개월에 1회 방문이 20.1%, 2개월에 1회 방문은 18.0%, 1개월에 1회방문은 13.7%였다. 이 결과는 서울시 방문간호운영지침(2001)에 의하여 집중관리군, 정기적 관리군, 감시/추

후관리군 등으로 분류하여 효율을 도모한 형편이기는 하나, 전체대상자의 13.7%에 불과하고, '기술' 투입에 비해 '대상' 파악에 소요되는 시간이 절대적으로 많아 소모적이라는 점에서 재고가 필요하다.

한편, 서비스 수행정도 측면에서 보면 보건영역은 평균 $2.94 \pm .50$ 로 대부분 보건소 내에서 독자적으로 자주 수행하는 편이지만, 복지영역은 평균 $2.28 \pm .45$ 로 대부분 다른 기관에 연계하여 보건영역에 못지않은 빈도로 수행하고 있다. 복지영역 중에서도 정서적 서비스, 자원에 관한 정보제공, 재활기구대여의 과반수 이상을 보건소 내에서 독자적으로 수행하는 것을 제외하면 그 외의 서비스는 70% 이상이 다른 기관에 연계하여 수행하고 있음을 보여주었다. 더욱이 제공하는 보건영역과 복지 영역 서비스 간에 피어슨 상관관계수 .56의 높은 순상관 관계가 나타난 것은 보건영역이 많이 제공될수록 복지영역 제공도 증가함을 말해주므로 보건과 복지 영역 서비스 연계가 필수 사항임을 반영한다고 하겠다. Hokenstad 등(1979)은 이미 오래전에 이와 같은 서비스연계가 이루어지지 않을 때는 부적절하고, 접근불가능하고, 불충분하게 이용하고, 파편화되고, 불연속적인 서비스가 이루어진다고 지적한 바 있다.

물론 서비스의 질적인 측면에서 주종을 이루는 것은 직접서비스이지만, 이에 못지않게 간접서비스도 중요한 활동 사항임을 암시한다. 고미자(1996)는 애로사항연계처리와 관련된 간접서비스가 오히려 직접서비스 활동보다 더 높다고 보고한 바도 있고, 공식적으로 서울시 보건소 방문간호사업의 연계처리(서울시청 의약과, 2000) 건수는 현재 1998년도에 비해 2배정도 증가한 가운데, 복지지원이 44.6%였음을 보고하고 있기

도 하다.

방문간호사들도 사회복지전문요원과 협조가 필요하다는 점에 대해서는 절대적으로 인정하고 있지만 사실 어느 정도 협조하고 있는가에 관해서는 본 조사의 협조필요성과 협조정도 간에 평균 1.33의 유의한 차이가 인정되는 만큼 괴리가 있다. 사회복지전문요원들도 박경숙(1996)의 지적처럼 생활보호대상자가 지닌 상당부분의 문제는 보건소와 연계로 해결된다고 한 만큼, 전문직종간 동병상련의 문제를 가지고 있으나 막상 실천하기에 난제로 등장하는 것은 양 서비스 간 연결고리를 만들어주는 정책적인 지원이 부재하는데 있음을 시사한다.

방문간호사가 사회복지전문요원에게 의뢰한 서비스는 중복응답으로 의료보호 대상자 책정 및 조정 의뢰, 경제적 지원 요청(후원금, 후원물품 의뢰), 생활보호대상자 책정 및 조정 의뢰, 대상자의 생활실태조사 의뢰, 가정도우미 의뢰 등의 순이었다. 방문간호사가 의뢰 받는 서비스는 방문간호, 건강상담, 진료기관연계의뢰, 건강진단, 고혈압, 당뇨, 관절염 등에 대한 관리, 순회진료, 예방접종, 기타 대상자 파악을 위한 문의 순이었다.

원칙적으로 지역주민 전체가 대상인 방문간호도 실제적으로는 사회복지의 대상과 동일한 경제적 취약계층이다. 사회복지전문요원은 동사무소에서 이들을 중심으로 생활실태 조사를 하여 '보호의 책정'이나 '조정'과 같은 서비스를 제공하며, 방문간호사는 동사무소나 구청으로부터 이들의 명단을 통보 받아 가정방문을 실시하고, 다시 선별한 대상자를 등록하여 관리하고 있기 때문에 가정방문에 의해 대상을 발견하고 조사하는 일은 양 직종별로 두 기관에서 각각 실시되므로 중복되는 것이 현실이다.

연계서비스를 지원하는 방법은 대상자를 조사하여 발견하는 것에서부터 시작하는 것이 타당하다. 동사무소는 김경혜(1999)도 피력한 바와 같이 보건소보다 지리적으로 주민과 근접해 있고 인지도도 높아 방문간호사를 주민 가까이 동사무소에 배치시키는 방안이 있다. 또는 사회복지전문요원과 협조하는 연계체계를 구축하여 방문간호 대상자를 선별하여 관리하는 방안이 있다. 이 모두 대상의 발견초기에 서비스의 요구도에 따라 복지영역은 사회복지전문요원에게 의뢰할 수 있어, 방문간호사는 간호업무에 충실을 기하고 대상자는 보건과 복지영역 서비스를 함께 받을 수 있다.

마침 보건복지부에서는 보건 및 복지 통합서비스 전달체계의 한 방안으로 보건소 내에 1995. 7. - 1999. 12.에 보건복지사무소를 시범운영했는데, 이현송과 강혜규(1997)는 큰 성과를 거두지 못했다고 평가하였고, 이성기 등(1997)은 그 원인으로 주민의 근접성이 낮은 점을 들고 있다. 이 사업을 교훈으로 삼는다면 보건 및 복지영역 서비스의 연계는 낮은 수준, 즉 일선업무를 통한 충분한 교류에서부터 출발하고, 업무 및 조직은 분리하여 직종 간 전문성은 존중하되, 대상자에 대한 서비스는 유기적으로 이루어질 수 있어야 한다. Gostick 등(1997)은 일선을 고려한 다양한 협력만이 지역사회보건사업을 성공으로 이끈다고 하였듯이 이들 직종의 업무수행 선에서 연계서비스가 원활해야 한다. 그러기 위해서는 Moor(1990)의 언급처럼 수평적인 서비스 조정이어야 한다. 예로 사례관리를 들 수 있다.

그러므로 저소득층 밀집지역 및 개동을 중심으로 주민자치센터 내에 가칭 ‘방문간호센터’를 두고 ‘사례관리’와 같은 형태로 운영하여 사회복지전문요원과 연계서비스를 추진해야 한다.

VI. 결론 및 제언

본 연구의 목적은 보건 및 복지 영역 서비스 연계에 관한 방문간호사의 인식을 파악하여 시대가 필요로 하는 방문간호사업을 위한 기초자료를 제공하는데 있다.

25개 서울시 보건소의 방문간호사를 대상으로 하여 2001.2.12 - 3.15 사이에 조사하여 수집한 151부 설문지를 SPSS/WIN 7.5으로 분석한 결과는 다음과 같다.

1. 현황

방문간호사의 업무량은 평균 5개동, 564가구, 1223명으로 많았다. 가정으로 이동하거나 기록에 소요되는 시간이 하루업무시간의 1/4에 해당된다. 반면에 가정방문 시 서비스제공 시간은 대체로 30 - 60분이었다. 방문빈도는 서울시 방문간호운영지침(2001)에 따르면 있었으나, ‘기술’ 투입에 비해 ‘대상’ 파악에 소요되는 시간이 많아 소모적인 점은 여전하였다.

2. 서비스 수행정도

방문간호사의 서비스 수행정도는 4점 척도로 보건영역이 평균 2.94, 복지영역이 평균 2.28로 자주 수행하는 편이다. 양자 간 피어슨 상관계수 .56의 높은 순상관 관계가 나타나, 보건영역을 많이 제공할수록 복지영역 서비스 역시 많이 제공되고 있어, 보건 및 복지 영역 서비스 연계가 필수 사항임을 반영한다.

3. 사회복지전문요원과의 협조

사회복지전문요원과의 협조필요성(평균 4.49)과 협조정도(평균 3.16)는 5점 척도로 평균 1.33 유의한 차이가 있었다. 인식과 실천 간 이처럼 큰 차이가 나는 것은 양 서비스 간 연결고리를 만들어주는 정책적인 지원이 없는데 있다.

그러므로 저소득층 밀집지역을 중심으로 동사무소 내 가칭 '방문간호센터'를 설치하여 사회복지전문요원과 유기적인 연계서비스가 되도록 정책적으로 지원해야 한다.

참고문헌

강혜규. 시범보건복지사무소와 공공복지전달체계의 개편- 한국사회복지의 현황과 쟁점. 인간과 복지, 1998.

고미자. 저소득층 방문간호 관리를 위한 제안-강북구 방문간호대상자를 중심으로-. 한국보건간호학회지 1996; 10(1), 118-138.

김경혜. 서울시 지역복지 전달체계 개선방안. 서울시정개발연구원, 1999.

김인선. 서울시 보건소 방문간호사업의 실태에 관한 조사연구. 연세대학교 보건대학원, 1997.

김정우, 이주열, 엄명용. 보건복지서비스 전달체계의 효율적 운영방안에 관한 연구 I: 모델개발을 위한 사례관리 적용. 한국사회복지학; 1998, 35, 245-260

박경숙. 도시 저소득층을 위한 사회복지서비스와 보건의료서비스간, 사회복지서비스내 서비스 연계실태. 성곡논총; 1996 ,27(3): 31-32.

이성기, 김성희, 안혜규. 보건복지사무소 시범사업 2차년도 실태조사. 한국보건사회연구원, 1997.

이현송, 강혜규. 시범보건복지사무소의 운영평가 및 개선방안. 한국보건사회연구원, 1997.

이현주, 강혜규, 이윤경, 지역단위 사회복지 관련서비스 연계체계 모형개발. 한국보건사회연구원, 2000.

Moore ST. A social work practice model of case management: the Case Management Grid. Social Work, 1990; 35: 444-448.

Gostick C, Bleddyn C, Robyn L and Charlotte S. From vision to reality. 1997, PSSRU. ARENA.

Hokenstadt MC, Ritvo RA and Rosenberg M. International perspectives on linking health and social services. International Social Work, 1979;22(4):13-21.

<ABSTRACT>

A Study on Visiting Nurses' Perception of the Service Referral between Health and Welfare

Moon-Hee Jung · In-Young Yoo

Department of Nursing, College of Medicine, Hanyang University

This study was carried out to grasp visiting nurses' perception of the service referral between health and welfare with a view to providing the basic data for the visiting nursing activities.

A questionnaire survey was conducted on public health nurses in 25 health centers in Seoul from Feb. 12, 2001 to Mar. 15, 2001. A total of 151 questionnaires were collected and they were analysed by use of SPSS/WIN 7.5. The results of the survey are as follows.

1. In general, visiting nurses were burdened with heavy workloads. On average, a visiting nurse covered 5 'dong's(the smallest administrative unit), 564 households, and 1223 persons. They spent almost a quarter of their working hours moving from home to home and recording the charts after home visiting. They took 30-60 minutes to provide their services when visiting homes. As for the frequency of home visiting, they were following the instructions recommended by the government. However, their services were still wasteful, not skill-oriented, in that they spent more time assessing 'subjects' rather than providing their 'services' for them.

2. As for the degree of service performance, visiting nurses scored average 2.94 and 2.28 on the four-point scale in the area of health and welfare respectively. The Pearson coefficient between the two variables was high(.56). According as the health services increased, the welfare services increased as well, which showed that the service referral between the two areas should be essential.

3. 'The necessity of cooperation with social welfare staff' scored average 4.49, and 'the degree of cooperation with social welfare staff' scored average 3.16 on the five-point scale; There was a statistically significant difference (average 1.33) between the two variables. Such a big difference between perception and practice results from the lack of political support that connects the two service areas comprehensively.

Therefore it is recommendable to establish a so-called 'Visiting Nursing Center' in the 'dong' office in order to provide integrated services of health and welfare at once in cooperation with social welfare staff. That's the way to meet the public needs directly and it's more efficient as well in terms of cost-saving.

Key words : public health nurse, visiting nursing activities, service referral between health and welfare