

지역사회중심의 독립형 가정간호 시범사업소 운영체계 개발 및 운영결과 분석*

박정호** · 김매자** · 홍경자** · 한경자** · 박성애**
윤순녕** · 이인숙** · 조 현*** · 방경숙****

I. 서 론

1. 연구의 필요성

가정간호는 최근의 보건의료계의 변화 및 인구 사회학적 변화에 부응할 수 있는 보건의료 서비스의 하나로 21세기의 유망산업으로 주목받고 있다. 이제 가정간호 사업 유형의 차별화와 우리나라 실정에 맞는 가정간호 모형의 개발로 국민의 건강관리와 증진에 기여하며 가정간호가 정착할 수 있는 방안을 모색해야 할 시점에 있다. 가정간호사업은 한 국가의 보건의료전달체계의 구성요소로서 급·만성 질환을 앓고 있는 재가환자나 간호요구가 있는 자를 대상으로 건강증진, 건강회복, 재활 또는 임종을 위해 의사의 처방에 의한 치료적 서비스와 전문 간호술 및 교육을 제공하는 간호사업을 말한다(윤순녕, 1998a).

현행 우리나라의 의료전달체계는 국민의 의료이용편의와 의료자원의 효율적 활용을 최우선 목표로 하고 있다(한국보건사회연구원, 1991). 이러한 취지에 비추어 볼 때 가정간호의 활용은 불필요한 입원기간을 최소화함으로써 국민과 국가의 의료비 부담을 줄이며 3차 의료기관 병실가동률 증가 등의 효율적인 의료자원 공급을

가능하게 하고, 또한 필요시 가정에서 적절한 간호를 받게 함으로써 대상자의 만족도를 높여줄 수 있는 방법으로서 보건의료 정책의 목표에 부합되는 접근법이라 할 수 있다.

이러한 가정간호사업의 유형은 설립주체를 기준으로 크게 두 가지 유형인 병원 가정간호사업과 지역사회중심 가정간호사업으로 구분된다. 병원가정간호사업은 1차, 2차, 3차 의료기관에서 운영하는 형태로 우리나라에서는 1993년부터 1999년까지 보건복지부의 1, 2차 시범사업이 실시되었다. 이와 달리 지역사회중심 가정간호사업은 공공기관의 하부조직, 또는 법인체나 독립형으로의 체계를 갖추고 지역사회에 기반을 두어서 비영리적으로 운영되는 가정간호사업을 말한다. 이러한 지역사회 중심의 가정간호사업은 운영 주체에 따라 공공기관인 보건소의 방문간호사업과 비영리법인 가정간호기관에서 실시하는 가정간호사업으로 구분된다. 외국에는 공공기관 이외에도 이미 민간 법인체 등 다양한 형태의 가정간호사업이 활성화되어 있으나, 우리나라의 경우 아직 법인 형태의 가정간호기관이 설립되어 있지 않다. 다만 대한간호협회 서울시간호사회, 서울대학교 간호대학 등에서 연구사업으로서 지역사회 중심의 가정간호 시범사업을 진행한 바 있다(서울특별시간호사회, 1995, 1996; 한경

* 본 연구는 한국과학재단 산학협력연구비 (962-0100-001-2) 지원으로 수행되었음
** 서울대학교 간호대학
*** 인제대학교
**** 아주대학교 간호학부 연구강사
투고일 2000년 5월 30일 심사일 2000년 7월 31일 심사완료일 2000년 12월 4일

자 등, 1995; 윤순녕 등, 1998; 박정호 등, 1998a).

이와 같은 가정간호 사업은 앞으로 더욱 적극적인 사업의 실시와 발전이 기대되고 있으나, 간호의 질 관리, 효율적인 의사소통을 위한 전산체계의 개발, 가정간호 수가의 확립 등이 우선 이루어져야 할 것으로 보인다. 이를 위해서는 가정간호 사업소를 직접 운영하면서 운영체계를 세우고 전산체계 개발을 위한 기초작업을 수행하며, 수가체계 확립을 위한 분석이 이루어져야 할 것으로 보인다.

또한 본 연구에서 계획하였던 가정간호사업 전달체계는 개방구조를 그 특징으로 하고 있어서 대상자의 자유롭고 용이한 접근을 촉진하기 위한 전략을 구축하였다. 이는 입원대체 서비스로 개발된 병원중심 가정간호사업 안으로는 지리적, 경제적 접근이 어렵고, 지속적인 서비스가 필요한 대상자와 예방적·지리적 서비스의 요구를 수용하는데에는 제약이 있어 다양한 운영주체에 의한 사업전개의 필요성이 요구되고 있기 때문이다(황나미, 1996). 이러한 시범사업소의 운영에 따라서 가정간호 사업의 가능성 및 효율성을 분석, 평가하고자 하였으며, 또한 가정간호 수가체계에 대한 합리적인 제안을 통해 우리나라 가정간호 서비스의 정착과 발전에 기여하고자 하였다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 지역사회중심의 독립형 가정간호 서비스 운영체제와 수가체계를 개발하고 가정간호 사업을 시범운영하며 운영결과를 분석하고 평가하기 위한 것이다. 장기적인 목표는 본 시범사업의 결과를 기초로 삼아서, 결과물로 산출된 가정간호 서비스 운영체제에 따라 전국적인 규모의 가정간호 시스템을 구축하고 정책적으로 확대, 발전시켜 나가는 것이다.

II. 문헌 고찰

1. 국내·외 가정간호사업 현황

우리나라에서도 만성퇴행성 환자, 노인 및 정신질환자, 지체부자유자의 증가로 인한 높은 간호요구도와 더불어 핵가족화, 여성 취업 인구의 증가 등 인구사회학적 변화, 그리고 보건의료 환경의 변화에 따라 가정간호에 대한 관심과 요구가 증가되었다.

먼저 가정간호 요구도에 대한 조사 연구를 종합해보면, 가정간호를 가장 많이 원하고, 또한 제공받고 있는

환자들은 뇌혈관계 질환과 암환자인 것으로 나타나고 있다(한경자 등, 1995; 황나미, 1996; 서울시 간호사회, 1999; 윤순녕과 박성애, 1996; 윤순녕 등, 1998; 우선혜와 오현숙, 1994).

또한 가정간호의 효과에 대한 연구는 주로 병원중심 가정간호 사업을 중심으로 이루어졌는데, 가정간호를 통해 환자의 간호요구도를 감소시킬 수 있을 뿐만 아니라 만성질환으로 초래될 수 있는 일상생활능력 감소나 삶의 질 저하를 예방할 수 있으며, 건강상태나 자기간호 능력의 향상, 만족도 등에서 효과가 있음이 보고되었다(홍여신 등, 1990; 이인옥, 1991; 최연순 등, 1992; 김의숙 등, 1993; 박경숙, 1994; 임난영 등, 1997). 또한 병원중심 가정간호 시범사업 결과 병상가동률이나 대상자 만족도, 의료비 절감 등에서 긍정적인 효과가 있다고 보고되어(황나미, 1996, 1999), 가정간호사업은 앞으로 더욱 확대될 전망이다.

지역사회 중심의 가정간호 사업에 대한 연구를 살펴보면, 한경자 등(1995)은 농·어촌의 보건진료소를 중심으로 한 방문간호사업 조직체계 모형을 개발하였는데, 전반적으로 긍정적인 결과를 얻었다고 보고하였으며, 이인숙(1990)은 보건지소 중심의 가정간호 사업 실행모형을 제시하고 가정간호 업무 평가를 통해 여러가지 문제점을 제시하기도 하였다. 김선숙 등(1998)은 또한 가정간호 서비스 내용에 대한 만족도는 가정간호를 받는 장소에 따라 차이가 있어 가정간호사업센터가 보건소보다 높았다고 보고하였다. 비영리 민간기관 가정간호사업의 운영과 그 효과에 대한 연구(윤순녕 등, 1998)에서는 가정간호 제공 후 환자의 건강상태의 향상, 가족의 부담감 감소가 유의하게 나타났으나 향후의 사업에서 고려해야 할 점으로 교통시간의 단축, 주치의와의 활발한 연계체계 구축, 소득물품의 공급체계 마련과 이에 대한 수가 책정 마련, 그리고 가정간호사 교육과정에서의 운동 및 특수간호술의 강화 등을 제시하였다.

다음 외국의 가정간호 사업 유형을 살펴보면, 일본에서는 노인 방문간호 스테이션, 병원이나 진료소, 노인보건의료 시설, 가정간호 스테이션 등 다양한 기관에서 방문간호사업이 제공되고 있어 매우 접근이 용이하다는 특징을 갖고 있으며, 재원도 많은 부분을 공비에서 부담하고 있다(한경자 등, 1995). 1999년 3월 현재 일본의 방문간호사업소 수는 3,384개소이며 신 Gold Plan에 의한 설치목표는 5,000개소이다. 또한, 2000년 4월부터 개호와 방문간호를 통합추진하는 체계를 도입하여 지역사회 보건·의료·복지 프로그램으로 확대, 강화시켜 나가고 있다.

미국의 경우에는 공공 및 민간기관, 의료기관 등 다양한 공급주체에 의해 서비스가 제공됨에 따라 의료비 상승을 억제하고 국민의 의료비 부담을 경감시키는데 기여한다는 점에서 크게 호응을 얻어 1980년 이래 가정간호사업기관의 수가 3배정도 증가하였고, 가정간호를 이용한 대상자 수도 1993년에는 7%이상으로 증가하였다. 미국의 경우 1회 가정간호 방문료는 포괄수가제이며 방문횟수는 제한이 없고, 의사 처방의 유효기간은 주 정부에 따라 다르나 보통 60일로 하고 있다 (Keating & Kelman, 1988). 현재 미국내 38개 주에서는 가정간호기관 개소 시 주정부의 인가를 받아야 하며, 이는 1년간 유효하고 그후 매년 재검사 후 인가를 유지하게 된다(유순영, 1998b).

2. 가정간호 알고리즘 개발

최근 타 학문분야와 실생활에 있어서 전산체계의 발전은 가히 괄목할만 하다. 간호계에서도 효율적인 자료 구축과 의사소통 증진, 간호의 질적 관리 등 다양한 목적으로 전산체계의 개발이 시도되고 있다. 그중 알고리즘은 전산학에 기초한 것으로, 논리적인 사고과정과 의사결정의 흐름을 도식화 한 것을 말한다(Knuth, 1973). 간호사는 환자의 실제적, 잠재적 건강문제를 진단하고 간호중재를 선택하는데 있어 임상적 판단의 과정을 거치는데, 임상적 판단은 의사결정과정을 통해 간호진단에 기초한 간호중재를 선택하는 것이다(Matteson & Hawkins, 1990).

이러한 의사결정 과정이나 임상적 판단이 문제해결을 위한 간호교육과 실무에 중요하다는 것이 여러 학자들에 의해서 강조되고 있으며(Radwin, 1990; Roberts, While, & Fitzpatrick, 1993), 임상에 적용할 수 있는 의사결정 나무(decision making tree)나 알고리즘(algorithm)도 개발되고 있다(Johnson, Moroney, & Gay, 1997; Christy, McConnochie, Zernik, & Brzoza, 1997).

3. 가정간호 수가체계

가정간호사업 수가체계 방향에 대해 고려할 때는 사업의 목적이나 대상자, 그리고 사업을 안정적으로 운영할 수 있는 원가와 적정 이윤 보장, 서비스의 질적 요소 보장, 그리고 현행 의료보험 체계에의 적용가능성을 생각해야 한다(가정간호사업 조직 및 수가체계에 관한 연

찬회, 1991; 김한중, 1993; 이규식, 1993). 현재까지 주로 논의된 수가체계의 방법중 행위별 수가의 장점은 수혜자 부담원칙에 따른 공평성이며, 공급자 측면에서는 수가를 합리적으로 조절할 수 있다는 것이다. 그러나 서비스 증가에 따른 의료비의 증가가 문제점으로 야기될 수 있고, 진료비 청구와 심사 등의 행정업무가 증가되는 것이 단점이다. 방문당 수가는 의료비 증가가 억제되고 방문당을 기준으로 하여 행정업무가 감소하는 장점이 있으나 서비스량과 수가수준이 불일치하는 불합리성과 원가보상의 부적절성으로 가정간호행위의 질적인 저하가 우려된다(김화중 등, 1993; 성익제, 1993; 김한중, 1993). 이와 같은 단점들을 상호 보완하기 위해 방문당 수가와 행위별 수가의 동시 고려 방안이나 지도관리비 병행안이 제안되고 있다(가정간호사업 조직 및 수가체계에 관한 연찬회, 1991; 김한중, 1993; 김화중 등, 1993; 유호신, 1994). 그밖에 질병명별 포괄수가제도 제안되고 있으나(가정간호사업 조직 및 수가체계에 관한 연찬회, 1991), 동일 상병인 경우 환자의 상태에 따른 처치 등의 비용이 다양한 점을 반영하지 못하는 점이 비판되고 있다(김화중 등, 1992).

Ⅲ. 연구체계 및 방법

본 연구에서는 가정간호 시범사업소 운영체제를 마련하였으며, 가정간호 행위목록과 비교적 가정간호 요구도가 높은 몇 가지 질환에 대하여 가정간호 알고리즘을 개발함으로써 전산체계 개발의 기초자료 및 가정간호의 질적 관리를 꾀하였다. 또한 가정간호 수가체계를 확립해 가는 기초자료를 마련하였으며, 가정간호 시범사업소 운영체제에 따라 시범사업을 운영한 후 운영결과를 분석하였다. 본 연구의 진행단계에 따른 연구체계는 <그림 1>과 같다.

1. 가정간호사업 운영체제의 확립

국내외의 가정간호 사업소의 형태를 분석하여 현재 우리나라에서 필요로 하는 가정간호사업소의 형태를 논의한 결과, 병원중심의 가정간호사업의 문제점을 보완할 수 있는 형태로 지역사회중심의 비영리 독립형 가정간호사업 형태를 취하기로 합의하였다. 그에 따라 사업소의 특성, 조직, 운영지침 등이 마련되었으며, 시범사업을 실제로 운영하면서 정기적인 실무회의를 거쳐 문제점들을 보완해 나갔다.

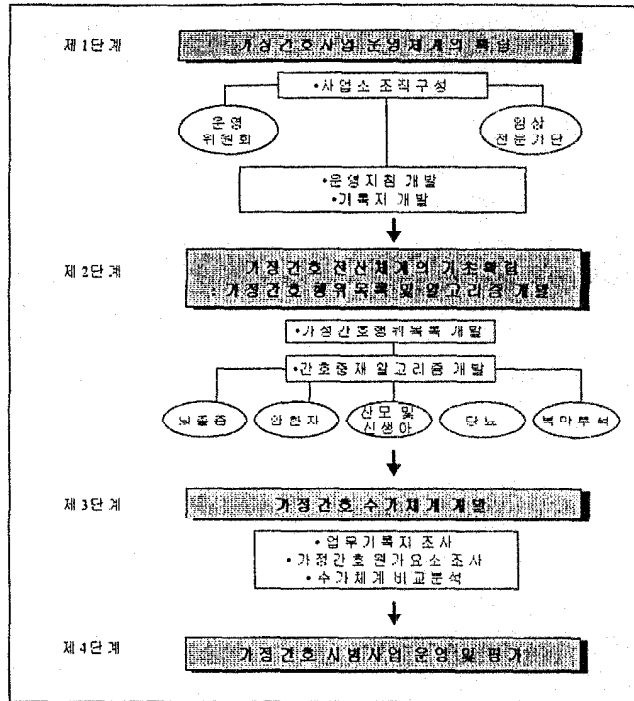


그림 1 가정간호 서비스사업 연구체계

2. 가정간호 행위분류 및 알고리즘 개발

수가체계와 알고리즘의 기초작업으로서 가정간호사가 행하는 간호중재목록을 만들고 가정간호 사정도구를 개발했으며, 다음 가정간호 요구도가 높은 질환들인 뇌졸중, 암환자, 산모 및 신생아, 당뇨, 복마부서 환자에 대한 간호 사정-중재 알고리즘을 개발하였다. 이러한 개발을 위해 수차례에 걸친 연구자 회의가 진행되었으며, 알고리즘을 작성하는 과정에서 임상전문가 8인의 자문을 구하여, 대상자 자료와 간호 행위간의 연관성이 적합하도록 검증받았다.

3. 가정간호 수가체계 개발

가정간호수가체계 개발을 위하여 가정간호 행위규명 단계, 원가요소 조사단계, 수가체계 방법에 따른 비교분석단계로 연구가 진행되었다 (윤순영 등, 1999 참조).

4. 가정간호서비스사업의 운영과 결과 분석

개발된 운영계획안 및 운영지침에 근거하여 1997년

8월부터 1999년 8월까지 약 2년에 걸쳐 가정간호서비스사업이 운영되었다. 운영 후 등록 대상자의 수, 특성, 제공된 중재의 빈도, 서식 및 알고리즘의 타당성과 효율성, 간호수거의 적합성 등이 분석되었으며, 그에 따른 문제점 제기과 제안이 이루어졌다. 운영상의 문제점을 파악하기 위하여 연구원인 서울대학교 간호대학 교수들의 정기적, 비정기적 운영위원회가 실시되었으며, 월 1회 가정간호사들과 교수 대표, 연구보조원들의 실무회의가 정기적으로 이루어졌다. 실무회의에서 제기된 문제들은 다시 운영위원회의 토론을 거쳐 수정, 보완되어 서비스사업의 효율적인 진행이 이루어지도록 하였다. 운영결과 분석은 Excel을 이용하였다.

IV. 연구 결과

1. 가정간호 서비스사업 운영체계 개발

본 연구에서는 가정간호 서비스 제공의 형태로서 지역사회중심의 독립형 가정간호 운영체계를 계획하고 다음의 운영지침을 개발하였다.

- 1) 본 사업소의 특징

대상자의 자유롭고 용이한 접근성을 촉진할 수 있도록 하였고, 평생 개발건강 관리체계 개념을 채택하였으며, 데이터 베이스를 구축하여 의료정보전달체계의 개발에 중점을 두었다.

2) 가정간호 사업소의 조직

서울대학교 교수 7인과 인제대학교 교수 1인으로 구성된 연구진은 책임연구원을 소장으로 하며 중층연구원들을 운영위원으로 하는 운영위원회를 구성하는 한편, 현재 임상에서의 경험과 실상을 효과적으로 사업운영에 반영하기 위하여 서울대학병원의 수간호사 및 주임간호사로 있는 임상간호사 6인을 임상자문위원으로 포함시켜 임상자문가단을 구성하였다.

3) 시범가정간호 사업 흐름도

본 사업소의 환자 의뢰 및 등록 절차는 먼저 각 보건 의료 기관 또는 환자나 그의 보호자로부터 요청을 받게 되면 가정간호 사업소에서 담당 가정간호사를 지정한다. 담당 가정간호사는 처치지시서를 받고 환자의 가정을 방문하여 가정간호 동의서를 받으며 필요한 간호사정을 통해 가정간호 문제를 확인하고 서비스를 제공하게 된다. 환자 상태 변화가 있을 때는 주치의와 협의하여 처치 지시를 재조정하며, 응급상황 발생 시에는 의료기관으로 재의뢰 한다. 환자의 건강문제 해결이나 자가 간호 증진 등으로 가정간호 요구가 해결되면 가정간호 서비스를 종료하고 퇴료시킨다.

4) 가정간호 사업소의 운영지침

본 사업소가 운영을 위하여 대상자, 방문횟수 및 비용, 물품관리, 인력관리 등에 관한 지침을 개발하였다. 내용은 사업 대상자 및 방문 횟수, 방문비용, 물품 및 장비, 기록관리, 인적관리, 질적관리, 의사의 처치 지시에 관한 것을 포함하였다(박정호 등, 1998).

5) 환자 의뢰체계의 구축

환자 의뢰를 효율적으로 하기 위한 방안으로 가정간호 안내서에 본 사업소에서 개발한 서식이 하나인 의사 처치명령서를 같이 첨부하여 필요시 이용할 수 있도록 하였으며, 또한 의사와 협의하여 환자 상태 변화나 의사 처치명령서를 개정하고, 응급시는 전화로 의사처치를 받을 수 있도록 협조를 요청하였다. 보건소에서 환자를 의뢰하는 경우는 진료실 의사로부터 치료지시서를 받는다.

2. 가정간호 행위목록 및 알고리즘의 개발

1) 가정간호 행위분류 및 행위목록 개발

간호행위란 간호사가 간호대상자에게 건강 및 간호요구를 충족시키기 위하여 행한 직접 또는 간접 간호활동이라고 정의할 수 있다(박정호 등, 1997). 먼저 가정간호사가 행하는 간호행위목록을 만들기 위해 임상에서의 식별간호행위들 모두 수합하여 만든 16개 영역 128개 간호행위(박정호 등, 1988)를 기초로 윤순영 등(1997)이 행한 가정간호행위를 분석하여 11개 영역의 간호행위 대분류를 설정하고 110개의 간호행위를 선택하였다.

위에서 개발된 110개의 가정간호행위 분류체계 개발을 기초로 1개 비영리 가정간호시범사업소의 42명에 대한 총 253회의 방문 기록을 분석하고 논의를 거쳐 대분류는 가정간호직무영역의 특성을 반영하는 1)사정, 2)투약, 3)처치, 4)교육 및 상담, 5)심리적 간호, 6)의뢰 및 추후관리영역으로 구성하고, 다른 한축의 분류로써 핸더슨의 요구별 영역을 기초로 1)영양 및 대사간호 2)호흡순환간호 3)배설간호 4)감각인지간호 5)기동성 장애간호 6)피부통합성간호 7)안위 및 안전간호 8)임종간호 9)가족간호 영역으로 구성하였다. 간호행위는 142개로 선정되었으며 이중 6개 간호행위에는 좀더 구체적인 27개의 세부간호행위로 나누어 구분해서 구성되도록 했다. 따라서 모두 163개의 간호행위로 분류되었다.

2) 질환별 알고리즘의 개발

알고리즘은 논리적인 사고과정과 의사결정의 흐름을 도식화 한 것을 말하는데(Knuth, 1973), 알고리즘에는 상태의 판단이나 의사결정을 해야하는 의사결정 까리가 있으며, 판단에 따라 해당되면 yes, 해당되지 않으면 no의 선을 따라가거나 여러 가지의 선택 사항이 제시된 경우는 해당되는 선을 따라 순서적으로 논리적 사고를 진행하게 된다. 본 연구에서는 1차년도에는 뇌졸중환자에 대한 알고리즘을 개발하였으며(박정호 등, 1997), 2차년도에는 암환자(박정호 등 a, 1998) 및 산욕기 산모와 신생아(방경숙, 1997), 복막투석 환자, 당뇨환자를 대상으로 알고리즘 작업을 확대하였다.

3. 가정간호 수가체계

본 연구에서는 지역사회 중심의 비영리 독립형 가정간호 시범사업소의 운영결과를 토대로 직간접 가정간호행위에 대한 중재분류 및 간호행위를 규명하고 본 사업

소에서 가정간호를 받은 대상자 중 120명의 방문 12회 기록지를 분석하여 이에 대한 간호시간과 교통시간을 조사하고, 인건비, 관리운영비, 차량운영비 등의 원가요소를 산출하여 합리적인 수가체계를 제안하였다.

모든 질환의 환자를 대상으로 보았을 때, 평균 간호 시간은 54.06분이었으며, 간호행위수는 산모(19.50개)가 가장 많았고, 심맥관계 질환(15.17개), 뇌혈관계 질환(14.14개) 순으로 간호시간과 간호행위수 사이에는 관련성이 없었다. 방문횟수당 간호시간과 간호행위수를 보면 첫 번째 방문일 경우가 58.87분에 간호행위수가 23.00개로 가장 많은 시간과 행위수를 나타냈으며 2회나 3회 이후에서는 간호시간과 간호행위수가 비슷하게 나타났다. 또한 1회 방문당 평균 간접간호시간은 28.5분으로 조사되었으며, 관리운영비의 1년간 총합은 27,615,884원이었다. 방문당 교통시간은 90.2분으로 나타났으며, 방문당 교통비는 9,092원으로 산정되었다. 가정간호사의 인건비(분)는 연간 총보수액을 연평균 근무시간으로 나눈 금액으로 하였는데, 분(分)당 가정간호사 인건비는 197.49원이었다. 적정 방문횟수를 4.5회로 적용하여 연간 근무일 230일로 곱하면, 간호사 1인의 연 평균 방문횟수는 1,035회였다.

1회 방문당 수가는 30,632원으로 기본방문료 21,540원과 교통비 9,098원의 합한 금액이었다. 이는 현행가정간호수가체계에서의 기본방문비가 19,000원에서 21,540원으로 교통비가 6,000원에서 9,098원으로 상향되어야 함을 의미한다. 현행수가체계는 기본 방문비에 개별행위료를 추가하는 방식으로 간호강도를 반영하고자 했으나 현행의료보험수가에서 지불가능한 가정간호의 개별 행위료가 제한되며, 간호행위별로 수가를 산정하는데 비효율적이다. 따라서 앞으로는 환자의 증증도에 따른 간호업무량이 차이가 있는지, 차이가 있다면 어떠한 수가체계를 이용하여야 이런 간호강도를 반영하면서도 행정적으로 효율적일 수 있는지에 대한 연구가 필요하다고 본다(윤순영 등, 1999).

4. 가정간호 시범사업 운영결과 분석

1) 가정간호 대상자의 등록 현황

본 연구에서는 1997년 8월부터 1999년 8월까지 5인의 가정간호사가 서울시 전지역과 서울 근접지역의 가정간호 대상자에게 가정간호 사업을 제공하였다. 1999년 8월까지 등록된 환자의 수는 모두 185명이며, 이 중 118명이 가정간호를 종결하였다. 이들 대상자 185명에

대한 총 방문횟수는 1,529건으로 한 환자당 평균 방문 횟수는 약 14회였다.

2) 가정간호 대상자의 특성

(1) 인구사회학적 특성

본 가정간호사업소에 등록된 환자 185명중 남자는 95명(51.4%), 여자는 90명(48.6%)로 남녀가 비슷한 비율이었으며, 연령별 분포는 60대 이상이 전체의 68.1%로 노인 환자가 대부분을 차지하였다. 경제상태는 상, 중, 하의 3단계 구분에서, 다수인 70.3%의 환자가 중정도에 속한다고 응답하였다. 종교는 기독교, 불교, 천주교 등 다양하였으며, 종교가 없는 경우도 다수 있었다(표 1).

〈표 1〉 대상자의 일반적 특성

변 수	구 분	실수(%)
성 별	남	95(51.4%)
	녀	90(48.6%)
연 령	20세 이하	6(3.2%)
	20-29세	2(1.1%)
	30-39세	9(4.9%)
	40-49세	13(7.0%)
	50-59세	29(15.7%)
	60-69세	49(26.5%)
	70-79세	55(29.7%)
80세 이상	22(11.9%)	
경제상태	상	14(7.6%)
	중	130(70.3%)
	하	28(15.1%)
	무응답	13(7%)
종 교	무	49(26.5%)
	기독교	50(27.0%)
	불교	32(17.3%)
	천주교	26(14.1%)
	기타	1(0.5%)
	무응답	27(14.6%)
총 계		185(100%)

(2) 대상자의 질환 특성

본 가정간호사업소에 등록되어 간호를 받았거나 현재 받고 있는 대상자를 질환별로 분류해 보면 185명중 51.45%인 95명이 뇌혈관계 질환으로 1순위를 차지하였다. 다음이 암환자로 43명(23.2%)이었으며 이어 근골격계질환, 만성 신부전증을 비롯한 비노기계질환, 심맥관계 질환 등의 순이었다(표 2).

〈표 2〉 대상자의 질환별 분류

질환 분류	실수(%)
뇌혈관계 질환	95(51.4%)
암환자	43(23.2%)
근골격계 질환	13(7.0%)
비뇨기계 질환	12(6.5%)
심맥관계 질환	6(3.2%)
소화기계	5(2.8%)
호흡기계 질환	4(2.2%)
내분비계 질환	3(1.6%)
산모	3(1.6%)
부인과 질환	1(0.5%)
총 계	185(100%)

(3) 가정간호 대상자의 종결

전체 대상자 185명중 가정간호를 종결한 환자는 모두 118명이었으며, 종결 사유를 보면 이들 중 44.9%인 53명이 사망하였다. 대상자의 종결 사유는 〈표 3〉과 같다.

(4) 대상자의 가족간호 및 지지도

대상자의 가족중 환자의 간호를 담당하는 주요 간호제공자는 환자의 부인이나 남편 등 배우자인 경우가 43.8%로 가장 많았으며, 다음이 며느리, 딸, 아들 등의 자녀였다(표 4). 가족 지지도는 대부분인 91.3%의 대상자가 좋거나 보통이라고 답해 가족으로부터 적절한 지

지를 받고 있는 것으로 나타났다(표 5).

3) 가정간호 대상자에 대한 간호행위 빈도

본 연구에서 개발한 가정간호행위목록에 따라 가정간호 대상자에 대한 간호행위를 분석한 결과는 다음과 같다. 간호행위빈도 분석에 사용된 자료는 120명의 환자에 대한 총 810회의 방문에 대한 것으로 이중 뇌혈관 질환 환자 462건, 암환자 81건, 비뇨기계 환자 87건, 심맥관계 환자 6건, 근골격계 환자 79건, 산모 4건, 호흡기계 환자 44건, 내분비계 환자 25건, 소화기계 환자 22건이 포함되었다. 가정간호적무영역에 따른 빈도를 보면, A.사정 3,577회, B.투약 364회, C.처치 3,994회, D.교육 및 상담 2,214회, E.심리적 간호 278회, F.의뢰 및 추후관리 85회로 가정간호를 통해 사정과 처치, 그리고 교육 및 상담이 주로 이루어지는 것으로 나타났다으며 투약이나 의뢰 및 추후관리에 대한 중재가 상대적으로 낮았다.

요구별 영역에 따른 빈도를 보면, 모든 기관에 공통적인 부분의 간호행위는 1,954회, 영양 및 대사간호 964회, 호흡·순환간호 1,604회, 배설간호 1,003회, 감각인지 간호 730회, 기동성 장애 간호 1,594회, 피부통합성간호 2,087회, 안위 및 안전간호 355회, 임종간호 16회, 가족간호 205회로 각 기관별로는 피부통합성 장애에 대한 간호가 가장 빈도가 높았으며, 다음 호흡·순환간호, 기동성 장애 간호, 배설간호의 순이었다(표 6).

〈표 3〉 대상자의 종결사유

항목	종결 사유									
	사망	의퇴문제해결	입원	타기관의뢰	보호자 거부	처치 불가	환자 거부	기타	합계	
건수	53	22	23	9	4	1	2	4	118	
%	44.9	18.6	19.5	7.6	3.4	0.8	1.7	3.4	100	

〈표 4〉 가정에서의 주요 간호제공자

항목	주요 간병인									
	부인	며느리	자녀 (딸, 아들)	남편	간병인	어머니	기타	기록 누락	합계	
건수	67	19	35	14	15	13	17	5	185	
%	36.2	10.3	18.9	7.6	8.1	7.0	9.2	2.7	100	

〈표 5〉 대상자의 가족 지지도

항목	가족 지지					기록 누락	합계
	지지	좋음	보통	나쁨			
건수		109	60	6	10	185	
%		58.9	32.4	3.2	5.4	100	

〈표 6〉 영역별 가정간호행위 빈도

	A. 사정	B. 투약	C. 처치	D. 교육 및 상담	E. 심리적 간호	F. 의뢰 및 추후관리	계
공통	1,265	319		7	278	85	1,954
영양 및 대사간호	186	45	282	451			964
호흡·순환간호	201		985	418			1,604
배설간호	197		557	249			1,003
감각 및 인지간호	725			5			730
기동성장애간호	92		1,024	478			1,594
피부통합간호	727		997	363			2,087
안위 및 안전간호	71		144	140			355
임종간호			4	12			16
가족간호	113		1	91			205
합계	3,577	364	3,994	2,214	278	85	10,512

세부 항목별 빈도를 보면, 가정간호행위는 총 163개로 분류되었는데, 이들중 빈도가 가장 높았던 것은 활력 징후 사정으로 797회였으며, 관절운동능력 583회, 관절운동교육 402회, 체위변경 및 신체선열의 유지 392회, 기도관 교환 397회, 튜브 삽입 부위 및 기능여부 관찰 388회, 기관내 흡인 334회, 피부의 단순처치 296회, 위장관 및 위루 삽입 259회, 정서적지지 257회, 요도 및 방광세척 256회, 위장관 및 위루 관리 교육 248회, 기도관 관리 교육 215회 등으로 무의식 환자나 신체 마비 환자 및 그 보호자에게 적용되는 간호처치와 교육이 다수를 차지하는 것으로 나타났다.

IV. 논 의

가정간호 사업은 최근 간호계 뿐 아니라 국가 보건의료 사업에서도 관심과 주목을 받고 있는 간호서비스이다. 이러한 시점에서 가정간호가 확대, 발전되고 우리나라의 현실에 맞도록 정착화 될 수 있도록 하기 위해서는 보다 다양한 형태의 가정간호사업에 대한 연구와 시도가 시행되어야 할 것이다. 본 연구에서는 지역사회 중심의 독립형 가정간호 사업을 위한 운영체계를 마련하고 시범 운영함으로써 새로운 유형의 가정간호 사업을 위한 기초를 마련하며, 전산체계 개발의 기초작업으로서 질환별 알고리즘을 개발하고 또한 가정간호 수가체계를 제안하는 포괄적인 운영연구를 시행하였다. 병원중심의 가정간호 사업이 시범 운영되어온 우리나라에서는 아직 지역사회 중심의 가정간호 사업이 일반화 되어있지 않아 그에 대한 연구나 운영모형에 대한 연구도 미흡하다. 윤순녕 등(1998)의 연구에서는 가정간호사업의 수행과정이 본 사업의 흐름과 유사하나 본 사업에서는 병원이나 보건소

뿐 아니라 산업장, 환자 개인이나 보호자로부터도 의뢰가 가능하도록 한 점에서 보다 포괄적인 대상자를 수용하도록 한 것이 그 특징이라 할 수 있다.

먼저 가정간호 사업 운영 결과 분석에서 가정간호 대상자의 특성을 살펴보면, 본 연구의 경우 60세 이상의 노인이 70%이상의 다수를 차지하고 있어 역시 노인인구에서 만성질환 및 가정간호의 요구가 높다는 다른 연구들의 결과를 재확인 시켜주고 있다(Soldo, 1985; Berk & Bernstein, 1985; Ory & Duncker, 1992; 윤순녕 등, 1998). 대상자의 질환을 살펴보면, 다른 다수의 연구들(윤순녕 등, 1998; 서울시 간호사회, 1995, 1998)에서와 마찬가지로 뇌혈관계 질환의 환자가 수위를 차지하였는데, 뇌혈관계 질환은 우리나라 사망원인의 1순위를 차지하며, 해마다 그 환자 수가 늘고 있을 뿐 아니라 재발율도 높아 가정간호를 통한 적절한 관리가 반드시 필요한 질환으로 생각된다. 다음이 암환자로 전체 대상자의 23.2%를 차지했는데, 이는 대부분의 환자들이 종합병원에서 의뢰되었으며, 이들 종합병원 환자의 많은 수가 암환자라는 사실과 무관하지 않은 것으로 보인다.

가정간호 대상자에게 행해진 간호행위 빈도를 살펴보면, 대분류에서는 처치, 사정, 그리고 교육 및 상담의 순으로 많이 행해졌으며, 신체기관별 중재 빈도는 피부통합성 간호, 호흡·순환 간호, 기동성 장애 간호의 순이었다. 서미혜와 허혜경(1998)의 연구에서도 간호진단에 따른 간호중재에서는 피부손상, 감염위험성, 영양부족, 변비, 운동장애 등에 관한 간호중재의 빈도가 높은 것으로 나타났는데, 이는 신체마비를 가진 환자가 많은 비율을 차지하기 때문인 것으로 보인다.

그리고 본 사업소의 대상자중 50%이상의 환자가 사

망으로 인해 가정간호를 종결하게 되었는데, 이는 본 사업소의 대상자들이 고령인 경우가 많았고 병원에서 퇴원 당시 생존 가능성이 별로 없는 환자도 상당수 포함되었기 때문에 사료된다. 서미혜와 허혜경(1998)의 연구에서도 가정간호 대상자의 가정간호 종결 이유로 사망이 약 50%를 차지했다고 하여 본 연구와 비슷한 비율을 보여주었다. 또한, 아직까지는 대상자들이 가정간호의 목적을 질병으로부터의 회복이나 질병예방, 건강증진의 목적보다는 비위관, 유치노도관, 호흡기계관 등 장착된 기구의 관리나 음식섭취가 어려운 말기환자의 수액관리 등에 많은 비중을 두기 때문으로 보인다. 가족 지지도는 대부분이 좋거나 보통이라고 답해 가족으로부터 적절한 지지를 받고 있는 것으로 나타났으나, 대부분의 대상자가 장기적인 질환임을 감안할 때, 계속적인 가족지지가 이루어질 수 있도록 가족에 대한 지지와 교육이 필요하리라 생각된다.

또한, 질환별 가정간호 증재 알고리즘의 개발은 본 연구의 큰 성과로서 앞으로 전산체계의 개발에 기초가 됨으로써 의사소통의 효율성 증진, 그리고 가정간호의 질적 관리에 기여할 수 있을 것으로 자부한다. 앞으로 더 다양한 질환에 대한 알고리즘의 개발과 더불어 기존의 알고리즘도 더 많은 사례에 적용해 가면서 더욱 정련화 시켜나가야 할 것으로 보인다.

한편, 가정간호 수가체계의 분석에 따라 현행 병원중심의 가정간호수가(1999년 기준)는 기본방문비내에 관리운영비가 첨가되어 산정되어야 하며, 방문당 교통비도 인상되어야 함을 제시하였다. 질환과 방문횟수와의 관계에서 알 수 있듯이 질환에 따른 가정간호시간은 큰 차이를 보이지 않고 있으며 방문횟수는 1회방문에서만 간호시간이 길었고 간호행위도 많았다. 따라서 1회방문에는 가중치를 두는 것을 제안한다.

마지막으로 본 시범사업의 운영을 통해 밝혀진 가정간호사업 운영상의 문제점과 대안은 다음과 같다. 첫째, 우리나라는 주치의 제도가 없어 환자의 응급상황시의 대처가 어렵다는 점이다. 가정간호사의 경험이 부족한 경우 가정간호사의 판단을 신뢰하기 어려운 점과 책임 소재의 문제가 있으므로, 대안으로 지역의 개업이나 보건소의 보건과의 연계가 필요할 것으로 보인다. 둘째, 교통시간이 과다하게 소요되는 경우가 많았는데, 이 문제는 더 많은 가정간호사를 갖추고 지역을 보다 세분화 한다면 해결될 수 있을 것이다. 셋째, 가정간호사의 전문간호에 대한 준비가 부족하다는 것인데, 가정간호사들의 보수교육 프로그램을 체계적으로 마련하고 임상이나 가

정간호 현장에서의 실습도 병행해야 할 것으로 사료된다. 넷째, 뇌혈관계 질환 등의 장기적인 건강문제를 가진 환자가 많아 1인당 방문회수가 길어지는 경우가 많았는데, 가정간호 종결을 위한 기준이나 방문회수의 조정기준을 명확히 하기 어려웠다. 다섯째, 인공호흡기과 같은 특수 기체가 필요한 환자의 경우 기계 관리의 어려움이 있는데 앞으로 가정간호사업소에서는 의료기계 공급회사와도 연계하여 효율적인 관리와 공급이 이루어지도록 할 필요가 있다.

본 연구에서는 지역사회 중심의 독립형 가정간호사업소라는 새로운 유형의 가정간호 사업모형을 제시하고 직접적인 가정간호 사업 운영에 따라 그 가능성을 타진하였다는데 큰 의의가 있다고 본다. 앞으로 위에 언급한 문제들을 해결해 나가기 위해서는 본 연구 결과물들을 기초로 하여 정보전산체계를 구축함으로써 건강관련 전문가들간의 효율적인 의사소통과 간호의 질적관리, 대상자의 접근성 등이 더욱 증진되도록 할 필요가 있으며, 본 연구는 그러한 전산체계를 통한 가정간호 관리의 접근 가능성을 시사하는 것이라 할 수 있다. 또한 본 연구는 노인인구 및 만성퇴행성 질환의 증가에 따른 다원화된 국민의 요구에 부응할 수 있도록 경제적, 지리적 제한이 없이 접근성이 높고 다양화된 가정간호 공급 체계를 개발함으로써 국민 건강관리 향상에 기여할 것으로 기대한다.

V. 결론 및 제언

서울대학교 간호대학 가정간호 시범사업소에서는 1996년 9월부터 1999년 8월까지 3년에 걸쳐 한국과학재단의 후원 하에 가정간호 운영을 위한 연구 및 시범사업을 시행하였다. 효율적인 사업소 운영을 위하여 운영지침을 마련하였으며, 물품의 중앙공급 체계, 비용의 중앙 관리, 사업을 위한 홍보 및 의뢰체계 구축을 진행하였다.

본 사업에서는 현재 정부에서 시범사업을 실시하고 있는 병원중심의 가정간호사업의 제한점을 극복하고, 대상자들에게 보다 접근성이 높고 효율적이며 안전하고 안정적인 가정간호를 제공하기 위해 지역사회 중심의 비영리 독립형 가정간호의 형태를 채택하였으며, 가정간호에 필요한 각종 기록지 서식을 개발하고 주요질환별로 사정-증재 알고리즘을 개발하였다.

1997년 8월부터 시작된 가정간호 사업은 1999년 8월까지 총 185명의 환자가 등록하였으며, 대상자 중에

는 뇌혈관계 질환을 가진 환자와 암환자의 빈도가 가장 높았다. 가정간호 증체에 대한 분석을 통해 가정간호직 무영역을 A.사정, B.투약, C.처치, D.교육 및 상담, E. 심리적 간호, F.의뢰 및 추후관리의 6개 영역으로 나누고, 각 영역마다 모든 요구별 영역에 따른 10가지 승문류로 나누며 각 항목에 해당하는 163개의 간호행위목록이 개발되었다. 가정간호 대상자에게 행해진 간호행위 빈도를 살펴보면, 대분류에서는 처치, 사정, 그리고 교육 및 상담의 순으로 많이 행해졌으며, 신체기관별 증대 빈도는 피부통합성 간호, 호흡·순환 간호, 기동성 장애 간호의 순이었다.

한편 본 사업의 수가분석에 따라, 현행 병원중심의 가정간호수가(1999년 기준)는 기본방문비내에 관리운영비가 첨가되어 산정되어야 하며, 30,638원으로 인상되어야 할을 제시하였다. 또한 정확에 따른 가정간호시간은 큰 차이를 보이지 않았고 1회방문에서만 간호시간이 길었으며 간호행위도 많으므로 첫번째 방문에는 가치를 두는 것을 제안하였다.

다음, 가정간호 운영상의 문제점으로는 응급상황시의 대처가 어렵고 의사와의 연계가 어려운 점, 교통시간의 과다 소비, 전문간호에 대한 가정간호사의 준비 부족, 가정간호 종결을 위한 기준이나 방문횟수 조정의 어려움, 가정간호시 필요한 의료기재 공급체계와의 연계성 미비 등이 지적되었으며, 이에 대한 해결 방안이 제시되었다. 본 연구는 노인인구 및 만성퇴행성 질환의 증가에 따른 나원화된 국민의 요구에 부응할 수 있도록 경제적, 지리적 제한이 없이 접근성이 높고 다양화된 가정간호 공급 체계를 개발함으로써 국민 건강관리 향상에 기여할 것으로 기대한다. 또한 본 연구에서는 새로운 유형의 가정간호 사업모형을 제시하고 그 가능성을 타진하였으며 가정간호 전산체계 개발을 위한 기초단계를 마련하였는데 큰 의의가 있다고 본다.

참 고 문 헌

가정간호사업 조직 및 수가체계에 관한 연찬회 (1991). 서울대학교 보건대학원.
 김선숙, 소희영, 이태용 (1998). 일개 시지역의 가정간호 수혜자들의 만족도 조사. 가정간호학회지, 5, 73-83.
 김의숙, 조원정, 김조자, 서미혜, 전세일 (1993). 일 종합병원 내 가정간호사업 프로그램 개발을 위한 운용연구. 간호학탐구, 2(1), 115-150.

김한중 (1993). 가정간호수가제도의 이론적 접근. 간호학 탐구, 2(1), 57-67.
 김희중, 노유자, 서미혜, 변영순, 최경례, 전경자, 최혜련 및 김신자 (1993). 우리나라 가정간호수가체계 개발 연구. 가정간호학회지, 1, 5-51.
 박정호 (1988). 한국형 진단명 기준환자군 분류를 이용한 입원 환자의 간호원가 산정에 관한 연구. 이화여자대학교 대학원 박사학위 논문.
 박정호, 김매자, 홍경자, 한경자, 박성애, 윤순녕, 이인숙, 조현, 방경숙 (1997). 가정간호사업 운영을 위한 정보전달체계 개발 I. 가정간호학회지, 4, 5-22.
 박정호, 김매자, 홍경자, 한경자, 박성애, 윤순녕, 이인숙, 조현, 방경숙 (1998a). 지역사회중심 가정간호사업 운영연구-가정간호사업 운영을 위한 정보전달체계 개발 II-. 가정간호학회지, 5, 20-31.
 박정호, 김매자, 홍경자, 한경자, 박성애, 윤순녕, 이인숙, 조현, 신계영, 방경숙 (1998b). 향암화학요법을 받는 암환자의 가정간호중재 알고리즘 개발. 가정간호학회지, 5, 32-46.
 박정호, 송미숙 (1990). 종합병원에 입원한 환자의 간호원가 산정에 관한 연구. 간호학회지, 20(1), 16-37.
 박정호, 확보수자, 이은숙 (1992). 간호수가 산정을 위한 간호행위의 규명 연구. 간호학회지, 22(2), 185-206.
 서미혜, 허혜경 (1998). 가정간호에서 사용된 간호진단과 간호중재분류. 가정간호학회지, 5, 47-60.
 서울대학교 지역의료체계 시범사업단 (1994). 농촌지역 방문보건사업 체계개발.
 성익제 (1993). 원가개념에 의한 가정간호 수가 산정모델. 간호학 탐구, 2(1), 68-78.
 양명생 (1993). 가정간호제도와 의료보험수가 적용방법. 간호학탐구, 2(1), 87-89.
 우선례, 오현숙 (1994). 만성질환자의 사가간호수행과 가정간호 요구에 관한 연구. 대한간호, 33(1), 80-92.
 유광수 (1995). 일본의 재가노인에 대한 복지시책과 가정간호. 가정간호학회지, 2, 77-88.
 유효신 (1994). 병원중심 가정간호 사업모델과 수가체계 개발 연구. 박사학위 논문, 연세대학교.
 윤순녕 (1998a). 21세기 여성 발언대: 지역사회 의료와 가정간호. 서울특별시 간호사회 주최 자료집, 3-25.

- 윤순녕 (1998b). 가정간호사업의 현황과 발전방향 -일본, 미국의 제도와 비교하여-. 홍여신(위음), 간호 전문직의 과제와 실천방향, 헌문사.
- 윤순녕, 김매자, 서문자, 한경자, 박성애, 박영숙, 하양숙, 김금순, 송미순, 이에주, 빅연환 (1998). 지역 사회 가정간호사업 운영 효과에 관한 연구. 서울대 간호학논문집, 12(1), 97-117.
- 윤순녕, 박성애 (1996). 보건소 조직구조에 따른 방문 간호사업의 성과 비교. 지역사회간호학회지, 7(1), 5-17.
- 윤순녕, 박정호, 김매자, 홍경자, 한경자, 박성애, 홍진의 (1999). 독립형 가정간호시범사업소의 가정간호 행위 분류체계 개발과 추가연구. 가정간호학회지, 6, 19-32.
- 이인숙 (1990). 지역사회 가정간호의 실행모형 개발을 위한 연구. 서울대학교 보건대학원 박사학위 논문.
- 이인옥 (1991). 가정간호 서비스의 효과에 관한 연구 - 정신과 퇴원환자를 중심으로- 한양대학교 대학원 석사학위 논문.
- 임난영, 김금순, 김영임, 김귀분, 김시현, 박호란 (1997). 서울시 간호사회 가정간호시범사업 서비스 내용 및 만족도 분석. 대한간호, 36(1), 59-76.
- 최연순, 김대현, 서미혜, 김조자, 강규숙 (1992). 퇴원 환자의 가정간호요구와 가정간호사업의 효과 분석 - 일 종합병원을 중심으로-. 대한간호, 31(4), 77-97.
- 한경자, 박성애, 하양숙, 윤순녕, 송미순 (1995). 공공 보건조직에서의 방문간호사업 모형개발 : 보건진료소 방문간호사업. 대한간호학회지, 25(3), 472-484.
- 한국보건사회연구원 (1991). 의료전달체계 운영성과의 분석.
- 홍여신, 이은옥, 이소우, 김매자, 홍경자, 서문자, 이영자, 박정호, 송미순 (1990). 추후관리가 필요한 만성질환 퇴원환자 가정간호 시범사업 운영 연구. 간호학회지, 20(2), 227-248.
- 황나미 (1996). 병원중심 가정간호 시범사업 평가. 한국보건사회연구소, 63-66.
- 황나미 (1999). 병원중심 가정간호사업 제도화 방안. 병원중심 가정간호제도화 및 질관리 방안 정책토론회 자료집, 한국보건사회연구원, 7-22.
- Berk, M.L. & Bernstein, A. (1985). Use of home health services: Some findings from the National Medical Care Expenditure Survey. Home Health Care Services Quarterly, 6(1), 13-23.
- Christy, C., McConnochie, K.M., Zerik, N., & Brzoza, S. (1997). Impact of and algorithm-guided nurse intervention on the use of immunization opportunities. Arch Pediatr Adolesc Med., 151, 384-391.
- Johnson, M.H., Moroney, C.E., & Gay, C.F. (1997). Relieving nausea and vomiting in patients with cancer : A treatment algorithm. Oncology Nursing Forum, 24(1), 51-57.
- Keating, S.B. & Kelman, G.B. (1988). Home health care nursing-Concepts and Practice. J.B. Lippincott Co.
- Kunth, D.E. (1973). Fundamental algorithms (2nd ed.). Addison-Wesley Publishing Co.
- Matteson, P., & Hawkins, J.W. (1990). Concept analysis of decision making. Nursing Forum, 25(2), 4-10.
- Ory, M.G. & Duncker, A.P. (1992). In-Home Care for Older People-Health and Supportive Services. Sage Publications.
- Radwin, L.E. (1990). Research on diagnostic reasoning in Nursing. Nursing Diagnosis, 1, 70-77.
- Roberts, J.D., While, A.E., & Fitzpatrick, J.M. (1993). Problem solving in nursing practice: Application, process, skill acquisition and measurement. Journal of Advanced Nursing, 18, 886-891.
- Soldo, B.J. (1985). In-home services for the dependent elderly. Research on aging, 7, 281-304.

- Abstract -

Development and Analysis of Community Based Independent Home Care Nursing Service*

*Park, Jung Ho** · Kim, Mae Ja**
Hong, Kyung Ja** · Han, Kyung Ja**
Park, Sung Ae** · Yun, Soon Nyoung**
Lee, In Sook** · Cho, Hyun***
Bang, Kyung Sook*****

The purpose of this study was to develop the framework of community-based home care nursing delivery system, and to demonstrate and evaluate the efficiency of it. The study was carried out over a period of 3 years from September 1996 to August 1999.

The researchers developed Standards for operations, this was all aimed toward a home care recording system, and an assessment intervention algorithm for various diseases quality control and standardization. In the center, 185 patients enrolled, and of the enrollments cerebrovascular disorder and cancer were the most prevalence diseases. Also, a home care nursing activity classification was developed in six domains. Those domains were assessment, medication, treatment, education and consultation, emotional care, and referral or follow-up care. Ten sub-domains were divided according to the systematic needs. Among these nursing activities, treatment, assessment, and education and consultation were frequently performed. In sub-domain

classification, skin integrity, respiration, circulation, and immobility related care were provided most frequently. The cost of home care nursing per visit was also suggested. The cost include direct and indirect nursing care, management, and transportation cost.

Also, the researchers tried to overcome the limitations of hospital-based home care to provide more accessible, efficient, safe, and stable home care nursing. Therefore, clients were referred from other patients, families, public health care centers, industries, and even hospitals.

As a result of this study, several limitations of operation were found. First, it was difficult to manage and communicate with doctor in the emergency situations. Second, there was too much time spent for transportation. This was because they are only five nurses, who cover all of the areas of Seoul and nearby cities. Third, preparation for special care of home care nurses was lacking. Fourth, criteria for the termination of care and the frequency of home visits were ambiguous. Finally, interconnection with home care machinery company was so yely needed. New paragraphs' strategies for solving these problems were suggested. This study will be the basis of community-based home care nursing, and the computerized information delivery system for home care nursing in Korea.

Key words : Home care nursing, Algorithm,
Nursing payment system

* This study was supported by a grant No. KOSEF
962-0100-001-2 from Korean Science and Engineering
Foundation.

** Professor, College of Nursing, Seoul National University

*** Professor, Inje University

**** Research instructor, Ajou University