

장기요양보험 등급판정 대상자의 지역별 방문간호 서비스 이용 만족도 및 요구도: 대도시, 중소도시, 농촌 지역을 중심으로

곽 찬 영

한림대학교 간호학부

Regional Comparison of Home Visiting Care Service Satisfaction among Elder Beneficiaries of the Long Term Care Insurance

Kwak, Chanyeong

Division of Nursing, Hallym University, Chuncheon, Korea

Purpose: This study aims at comparing levels of service satisfaction with and needs for visiting nurse(VN) services among their beneficiaries in order to make a plan for extending VN services. **Methods:** The number of the subjects of this study is 270 in total. They were selected in random sampling in which 30 VN service recipients were randomly selected from each of 7 regions based on their grades and region types. **Results:** The highest total score for satisfaction with the VN services was 46.30, which the rural residents gave to their received VN services, then the metropolitan residents gave 44.57, and the small and middle size cities' residents 43.64. On the other hand, the highest total score for needs for VN services was 33.03, which the small and middle size cities' residents gave to their received VN services, then the rural residents gave 31.68, and the metropolitan residents 30.88. **Conclusion:** As the small and middle size cities' residents showed low satisfaction with and high needs for local VN services, policies need to be made to promote service providers' expertise and accessibility.

Key Words: Nursing service, Consumer satisfaction, Health policy, Needs

서 론

1. 연구의 필요성

우리나라의 인구고령화는 세계 어느 나라 보다 빠른 속도로 진행되고 있다. 2060년에는 전체인구 중 65세 이상이 차지하는 비중이 40.1%에 도달할 것으로 추정되고 있으며[1], 이러한 인구 고령화는 의료비 지출의 주요 요인으로 대두되고 있다[2]. 우리나라 건강보험 진료비는 2014년 기준으로 노인인구의 비

중은 11.9%이나 전체 건강보험 급여비의 36.3%인 19조 9,687억 원을 지출한 것으로 나타났다[3]. 65세 이상 인구는 연평균 4.59% 증가한 반면 노인진료비는 연평균 11.85%씩 증가하여 노인진료비가 노인인구보다 2.6배 빨리 증가하고 있다[4]. 이러한 노인인구의 급격한 증가는 만성질환 증가로 인한 의료비 증가와 고령자 부양책임 증가로 국가 재정 압박과 세대 간 갈등이 양산되고 있다[5]. 따라서 공적노인요양보장체제를 확립하여 노인과 부양자의 삶의 질 향상뿐만 아니라[6,7], 노인 진료비 관리를 통한 건강보험 재정안정화 정책으로[5,8] 장기요양

주요어: 방문간호, 만족도, 보건정책, 요구도

Corresponding author: Kwak, Chanyeong

Division of Nursing, Hallym University, 1 Hallymdaehak-gil, Chuncheon 200-702, Korea.

Tel: +82-33-248-2724, Fax: +82-33-248-3734, E-mail: chanyeong@gmail.com

Received: Mar 5, 2016 / Revised: May 3, 2016 / Accepted: May 16, 2016

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

보험제도가 2008년 7월 시행되었다[9].

장기요양보험서비스는 시설급여와 재가급여로 구분되어 제공되며, 재가급여는 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주·야간 보호, 단기보호 등으로 구분된다[9]. 재가급여 중 방문간호 서비스는 노인장기요양보험에서 제공하는 유일한 지역사회 기반의 의료서비스로 의료접근성을 높이는 비용효과적인 수단으로, 노인의료비 절감과 의료사각지대 해소에 중점을 두고 있다[10]. 방문간호 서비스는 장기요양서비스와 의료서비스의 효율적 이용으로 장기요양을 제공하는데 사용되었던 의료자원들을 급성기 진료에 이용하여 효율적인 자원 사용을 도울 수 있을 것으로 기대하였다[8]. 그러나 장기요양보험제도가 도입된 이후 2008년~2014년 간 유형별 장기요양기관수의 추이를 보면 재가 장기요양기관이 9,961개소에서 20,727개로 2.08배 증가하였으나 방문간호 서비스제공기관은 787개소에서 586개소로 감소하였다[11]. 또한 2013년 말 기준으로 장기요양 재가급여 14,864억 원 중 방문간호 급여비는 73억 원으로 0.5%를 차지하였다[9]. 또한 표준장기요양이용계획서에서 방문간호를 이용하도록 권고를 받아도 방문간호를 이용하지 않는 비율은 86.9%로 방문간호 서비스 이용률이 낮음에 따라 장기요양 방문간호 기관이 오히려 축소되거나 제대로 정착하지 못한 것으로 판단된다[12]. 따라서 방문간호 서비스에 대한 수용도를 높이고 제도를 발전시키기 위해서는 방문간호 서비스가 우선 활성화되고 안정화되어야 한다.

제도를 활성화시키고자 한다면 제도가 도입될 당시에 예측하였던 긍정적인 결과에 도달하였는지 파악하는 것이 필요로 된다. 만족도는 제도에 대한 긍정적이거나 유익한 결과를 획득하는 간접지표로 활용할 수 있다[13]. 그러나 장기요양 서비스 만족도 조사 대상자의 대부분은 방문요양 이용자가 90%를 차지하고, 방문간호 이용자는 27명, 1.7%로 방문간호 이용자의 만족도 수준을 파악하기는 어려운 실정이다[14]. 기존 만족도 관련 연구는 주간보호서비스, 시설서비스[15], 방문요양서비스[13]로 방문간호 서비스에 대한 만족도 조사연구는 수행되지 않았다. 또한 방문간호에 관한 선행연구는 장기요양방문간호 이용자의 특성 및 이용실태[12], 서비스 제공 추이[16], 방문간호 서비스 효과[8] 등 국민건강보험공단의 장기요양급여자료 및 노인생활실태조사 자료를 활용한 2차 분석 연구로 대상자 중심의 연구는 부족한 실정이다.

지역별 유형은 방문간호 서비스 이용 만족도와 요구도에 영향을 미칠 수 있다. 선행연구에 의하면 노인인구 구성비율이 도시보다 농촌 지역이 훨씬 높으나[12,17], 장기요양 서비스 제공기관수는 농촌보다 도시에 집중적으로 분포하고 있다[11].

따라서 군 단위 농촌 지역이 다른 지역에 비해 상대적으로 건강요구가 높은 것으로 나타나 지역에 따라 서비스 요구도에 차이가 있는 것으로 알려져 있다[18]. 이를 기반으로 방문간호 서비스 활성화를 위한 전략 수립을 위해 방문간호 이용자에 대한 다양한 분석들이 시도되어야 한다. 본 연구는 방문간호 서비스 수요자 중심 관점에서 서비스 만족도와 요구도를 파악하여, 방문간호 서비스 활성화와 정착을 위한 정책마련의 기초자료로 제공하고자 한다. 또한 지역 유형별 만족도 및 요구도를 반영하여 지역의 특성과 환경, 자원 분포 등을 고려한 서비스 제공으로 이용자의 만족도를 증가시키며, 방문간호 서비스 질 향상 방안에 대한 방향을 제시할 것이다.

2. 연구목적

본 연구는 장기요양보험제도의 방문간호 활성화 방안 마련을 위한 기초자료를 제공하기 위해 방문간호 서비스 이용자를 대상으로 지역 유형별 서비스 만족도 및 요구도 차이를 비교하고자 한다. 구체적 목적은 다음과 같다.

- 방문간호 서비스 이용 대상자의 지역 유형에 따른 인구사회학적 특성을 파악한다.
- 방문간호 서비스 이용 대상자의 지역 유형에 따른 서비스 내용의 차이를 파악한다.
- 방문간호 서비스 이용 대상자의 지역 유형에 따른 서비스 만족도 및 요구도 차이를 파악한다.

연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 2013년 국민건강보험공단의 방문간호 서비스 대상자의 만족도와 방문간호 서비스 개선을 위해 요구도 조사를 실시한 자료를 활용한 2차 분석 연구이다.

2. 연구대상 및 자료수집

국민건강보험공단의 방문간호 서비스 관련 조사대상은 2013년 3월 방문간호 서비스를 이용한 3,651명 중 개인정보에 대한 결측치가 없는 2,297명을 모집단으로 하였다. 모집단을 난수표로 작성하여, 표본은 등급별로 지역별 유형에 따라 각각 30명씩 단순무작위 추출하여 총 270명을 대상으로 하였다(Table 1). 등급은 장기요양인정조사 결과로 1등급은 심신의 기능장애

로 일상생활에서 전적으로 타인의 도움을 필요로 하는 경우이고, 2등급은 일상생활에서 상당부분 타인의 도움을 필요로 하는 경우이며, 3등급은 일상생활에서 부분적으로 타인의 도움을 필요로 하는 상태를 의미한다[6]. 지역유형은 특별시·광역시에 속한 구 지역의 대상자는 대도시로, 시·도 단위는 중소도시로, 군 지역은 농촌으로 하였다[18]. 설문조사는 2013년 6월 1일부터 7월 30일까지 전문기관의 전화설문조사를 통해 수집된 국민건강보험공단의 자료를 활용하였다. 본 연구자료는 국민건강보험공단 내부 정보제공 규정에 의거하여 개인별 식별이 불가능한 고유번호로 설문조사 결과를 제공받았다.

Table 1. Characteristics of Visiting Nurse Users (N=2,297)

Level	Metropolitan	Providence	Rural	Total
Level I	168	212	39	419
Level II	197	234	50	481
Level III	572	675	150	1,397
Total	937	1,121	239	2,297

3. 연구도구

본 연구에서 활용한 설문지 항목은 대상자의 일반적인 특성인 성, 연령, 질환 및 방문간호이용기간, 이용횟수, 의사진료여부와 대상자와 보호자의 관계, 서비스 제공자 자격 인지에 대한 문항으로 총 8문항을 사용하였다.

1) 방문간호 서비스 내용

방문간호 서비스 내용은 방문간호 서비스 가이드라인[19]을 기반으로 ① 관찰 및 신체기능 측정(혈압 측정, 대상자 경과 평가 등), ② 투약 및 주사(영양제 주사 등), ③ 호흡간호(기관지 절개 간호), ④ 기본 간호(구강 간호, 회음부 간호 등), ⑤ 배설 간호(방광간호, 카테터 관리, 각종 튜브 관리, 관장 등), ⑥ 욕창 간호(피부간호 등), ⑦ 영양 간호(비위관 교환 및 관리 등), ⑧ 건강교육 및 상담, ⑨ 마사지 및 운동(마사지, 운동, 물리치료 등)을 포함하였다.

2) 방문간호 서비스 만족도

방문간호 서비스 만족도 측정도구는 장기요양보험제도의 방문간호 서비스 만족도를 측정한 11문항을 기본으로 하였다[14]. 항목은 5점 척도로 1점은 “전혀 그렇지 않다”, 2점은 “그렇지 않다”, 3점은 “보통이다”, 4점은 “약간 그렇다”, 5점은 “매우 그렇다”로, 총점은 최소 11점에서 최대 55점으로 점수

가 높을수록 만족정도가 높은 것으로 평가하였다. 본 연구에서 도구의 신뢰도 Cronbach's α 는 .90이었다.

3) 방문간호 서비스 개선을 위한 요구도

방문간호 서비스 개선을 위한 요구도 측정도구는 국민건강보험공단[19]에서 제시한 8개 문항을 기반으로 하였다. 항목은 “전혀 그렇지 않다”에서 “매우 그렇다”까지의 5점 척도를 사용하였으며, 총점은 최소 8점에서 최대 40점으로 점수가 높을수록 요구도가 높은 것으로 평가하였다. 본 연구에서 도구의 신뢰도 Cronbach's α 는 .78이었다.

4. 자료분석

수집된 자료는 한글 SPSS/WIN 18.0 프로그램을 이용하여 자료분석을 실시하였으며, 분석방법은 다음과 같다.

- 방문간호 서비스 이용 대상자의 지역 유형에 따른 인구사회학적 특성 및 서비스 내용 차이는 빈도, 백분율, 평균으로 나타내고, 차이는 카이제곱검정(chi-square test)과 분산분석(ANOVA)을 실시하였다.
- 방문간호 서비스 이용 대상자의 지역 유형에 따른 서비스 만족도 및 요구도는 평균과 95%신뢰구간의 하한값, 상한값을 나타내고, 차이는 분산분석(ANOVA)을 실시한 후, 사후 검정은 Scheffé test를 이용하였다.

연구결과

1. 방문간호 서비스 이용자의 지역유형에 따른 일반적 특성 비교

방문간호 서비스 이용자의 지역유형에 따른 일반적 특성 중 성별, 연령, 이용자와 보호자의 관계, 질환, 방문간호 이용기간 및 이용횟수, 1년간 의사진료 여부, 방문간호 서비스 제공자의 자격 인지에 대한 차이는 통계적으로 유의하지 않았다(Table 2).

2. 방문간호 서비스 이용자의 지역유형에 따른 서비스 내용 비교

방문간호 서비스 내용은 Table 3의 9개 항목 중 투약 및 주사 서비스 제공은 농촌 45.6%, 대도시 34.4%, 중소도시 25.6% 순으로 농촌 지역에서 서비스 제공 비율이 통계적으로 유의

Table 2. Characteristics Classified by Types of Service

(N=270)

Characteristics	Categories	Metropolitan (n=90)	Providence (n=90)	Rural (n=90)	Total (n=270)	χ^2 or F (p)
		n (%) or M±SD	n (%) or M±SD	n (%) or M±SD	n (%) or M±SD	
Gender	Male	38 (42.2)	46 (51.1)	38 (42.2)	122 (45.2)	1.91 (.384)
	Female	52 (57.8)	44 (48.9)	52 (57.8)	148 (54.8)	
Age (year)	65~69	18 (20.0)	21 (23.3)	14 (15.6)	53 (19.6)	8.70 (.368)
	70~74	16 (17.8)	17 (18.9)	11 (12.2)	44 (16.3)	
	75~79	23 (25.6)	14 (15.6)	28 (31.1)	65 (24.1)	
	80~84	17 (18.9)	18 (20.0)	15 (16.7)	50 (18.5)	
	≥ 85	16 (17.8)	20 (22.2)	22 (24.4)	58 (21.5)	
		75.37±10.81	75.66±12.72	77.44±9.45	76.13±11.07	0.92 (.401)
Care-giver	Daughter	21 (23.3)	11 (12.2)	7 (7.8)	39 (14.4)	13.93 (.176)
	Son	15 (16.7)	15 (16.7)	18 (20.0)	48 (17.8)	
	Spouse	39 (43.3)	40 (44.4)	32 (35.6)	111 (41.1)	
	Others	11 (12.2)	11 (12.2)	16 (17.8)	38 (14.1)	
Disease	Dementia	33 (36.7)	38 (42.2)	40 (44.4)	111 (41.1)	4.56 (.336)
	Stroke	34 (37.8)	25 (27.8)	33 (36.7)	92 (34.1)	
	Dementia+stroke	23 (25.6)	27 (30.0)	17 (18.9)	67 (24.8)	
Duration of visiting nursing service (year)	< 1	32 (35.6)	37 (41.1)	34 (37.8)	103 (38.1)	12.18 (.432)
	1~ < 2	19 (21.1)	18 (20.0)	14 (15.6)	51 (18.9)	
	≥ 2	39 (43.3)	35 (38.9)	42 (46.7)	116 (43.0)	
Frequency of visiting nursing use (week)		1.71±2.23	2.30±2.51	1.93±2.34	1.98±2.36	0.46 (.635)
Service provider	Nurse	78 (86.7)	80 (88.9)	74 (82.2)	232 (85.9)	3.87 (.423)
	Certified nurse aid	4 (4.4)	3 (3.3)	2 (2.2)	9 (3.3)	
	Unknown	8 (8.9)	7 (7.8)	14 (15.6)	29 (10.7)	
Use of medical services	Yes	69 (76.7)	68 (75.6)	61 (67.8)	198 (73.3)	2.16 (.340)
	No	21 (23.3)	22 (24.4)	29 (32.2)	72 (26.7)	

Table 3. Types of Service

(N=270)

Characteristics	Metropolitan (n=90)	Providence (n=90)	Rural (n=90)	Total (n=270)	χ^2 (p)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Physical assessment & monitoring	80 (88.9)	82 (91.1)	88 (97.8)	250 (92.6)	5.62 (.060)
Medication	31 (34.4)	23 (25.6)	41 (45.6)	95 (35.2)	7.93 (.019)
Respiratory care	18 (20.0)	16 (17.8)	10 (11.1)	44 (16.3)	2.82 (.244)
Skilled nursing	26 (28.9)	14 (15.6)	21 (23.3)	61 (22.6)	4.62 (.099)
Care for elimination	35 (38.9)	29 (32.2)	35 (38.9)	99 (36.7)	1.15 (.563)
Care for pressure ulcer	44 (48.9)	48 (53.3)	33 (36.7)	125 (46.3)	5.39 (.067)
Nutritional care	13 (14.4)	12 (13.3)	11 (12.2)	36 (13.3)	0.19 (.908)
Health education & consulting	59 (65.6)	48 (53.3)	63 (70.0)	170 (63.0)	5.75 (.056)
Massage & exercise	53 (58.9)	57 (63.3)	59 (65.6)	169 (62.6)	0.89 (.642)

하게 높았다($\chi^2=7.93, p=.019$). 이외 관찰 및 신체기능 측정($\chi^2=5.62, p=.060$), 기본간호($\chi^2=4.62, p=.099$), 욕창간호($\chi^2=5.39, p=.067$), 건강교육 및 상담($\chi^2=5.75, p=.056$)은 지역유형에 따른 차이가 있었으나 통계적으로 유의하지 않았다.

3. 방문간호 서비스 이용자의 지역유형에 따른 서비스 만족도 비교

방문간호 서비스 이용자의 지역유형에 따른 서비스 만족도

차이는 Table 4와 같다. 총점은 농촌 46.30점, 대도시 44.67점, 중소도시 43.64점으로 지역유형에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었다($F=4.05, p=.018$). 11개 항목 중 5개 항목인 ‘방문간호센터로부터 내가 받게 될 서비스에 대해 충분한 설명을 들었다’($F=4.35, p=.014$), ‘방문간호제공자는 내가 아픈 것을 민감하게 알아낸다’($F=5.79, p=.003$), ‘방문간호제공자는 나의 변화된 건강상태에 맞게 필요한 서비스를 제공 한다’($F=3.89, p=.022$), ‘현재 서비스 제공기관을 앞으로도 계속 이용하고 싶다’($F=8.23, p<.001$), ‘이용하고 있는 서비스에 대하여 전반적으로 만족 한다’($F=5.30, p=.006$)는 지역유형에 따라 차이가 있었으며, 농촌 지역이 대도시와 중소도시 보다 모두 높은 만족도를 나타내었다. 11개 항목 중 만족도 평균점수가 가장 높은 항목은 평균 4.38점으로 ‘현재 서비스 제공기관을 앞으로도 계속 이용하고 싶다’이었으며, 가장 낮은 항목은 3.37점으로 ‘방문간호 서비스를 이용하고 난후 건강상태가 호전되었다’로 나타났다.

4. 방문간호 서비스 이용자의 방문간호 서비스 개선을 위한 요구도 비교

방문간호 서비스 이용자의 방문간호 서비스 개선을 위한 요구도 차이는 Table 5와 같다. 총점은 중소도시 33.03점, 농촌 31.68점, 대도시 30.88점으로 중소도시의 요구도가 통계적으로 유의하게 높게 나타났다($F=5.05, p=.007$). 서비스 개선을 위한 요구도 8개 문항 중 ‘불만 사항이나 요구 사항을 자유로이 이야기할 수 있어야 한다’($F=4.56, p=.011$), ‘현재 이용하고 있는 서비스의 횟수를 늘려야 한다’($F=4.26, p=.015$), ‘방문간호 서비스 재료 제공이 확대 되어야 한다’($F=3.450, p=.032$), ‘방문간호 지시서 발급 절차가 개선되어야 한다’($F=4.10, p=.018$) 4개 문항은 지역유형에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

서비스 개선을 위한 요구도가 가장 높은 항목은 평균 4.47점으로 ‘방문간호 서비스 제공자의 지식수준은 전문적이어야 한다’가 농촌 4.50점, 대도시 4.46점, 중소도시 4.47점이었다. 요구도가 가장 낮은 항목은 평균 3.49점으로 ‘방문간호 지시서 발급 절차가 개선되어야 한다’와 ‘현재 이용하고 있는 서비스의 횟수를 늘려야 한다’ 3.55점이었다.

논 의

본 연구의 목적은 지역유형에 따른 장기요양보험 등급판정 대상자의 방문간호 서비스 이용 만족도 및 서비스 개선을 위한

요구도를 파악하기 위함이다. 본 연구에서 재가급여 중 방문간호 서비스 이용자를 대상으로 선정한 것은 재가급여 중 유일한 의료서비스로 노인의료비 절감이라는 장기요양보험제도 도입의 목적을 달성하기 위한 서비스임에도 불구하고[10], 방문간호 서비스 제공기관의 감소와 제공인력이 감소됨에 따라, 방문간호 활성화 방안 마련을 위해 방문간호 서비스 이용자를 대상으로 만족도와 방문간호 서비스 개선을 위한 요구도를 파악하였다.

방문간호 서비스 이용자의 지역유형별 성별은 여성이 대도시 57.8%, 중소도시 48.9%, 농촌 57.8%로 2008년 장기요양보험도입시 방문간호 서비스를 한번이라도 이용한 적이 있는 대상을 분석한 결과 여성이 62.8%를 차지한 기존 연구결과보다 여성의 비율이 낮게 나타났다[12]. 연령의 경우 75세 이상 비율이 농촌 72.2%, 대도시 62.2%, 중소도시 57.8%순이었으며, 2008년 제도 도입시 방문간호 서비스를 이용한 75세 이상 비율 57.1%[12]보다 제도 시행 6년이 지남에 따라 75세 이상 비율이 높게 나타난 것으로 사료된다. 수발자로서 이용자와 보호자의 관계는 배우자가 중소도시 44.4%, 대도시 43.3%, 농촌 35.6%로, 일부 지역의 재가급여이용자의 수발자 조사결과 배우자가 46.8% 보다는 낮은 수준이었다[20].

방문간호이용기간은 1년 이상 이용이 대도시 64.4%, 중소도시 58.9%, 농촌 62.2%로 기존 연구결과와 동일하게 방문간호 서비스를 이용한 경우 지속적으로 이용하는 경향을 나타내었다[10]. 방문간호이용횟수는 대도시 주 1.71회, 중소도시 주 2.30회, 농촌 1.93회로 기존 연구결과 월간 방문간호이용횟수를 분석한 결과 4회 이상이 50% 이상으로 평균 주1회 이상 이용하고 있다는 결과[12]와 일치하였다. 1년간 의사진료여부 조사결과 없는 경우는 대도시 23.3%, 중소도시 24.4%, 농촌 32.2%로 나타났다. 이는 기존 연구에서 재가급여이용 의료급여수급권자를 대상으로 조사한 결과 20.3%가 의사진료를 받은 적이 없다는 결과와 비슷한 경향을 나타내었다[21]. 방문간호 서비스의 경우 노인장기요양보험법 제23조에 따라 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시서에 따라 방문간호 서비스가 제공된다. 따라서 대상자가 직접 방문하거나 의사가 가정을 방문하여 지시서를 발급하여야 하나 거동이 불편한 대상자의 경우 직접 의사진료를 받지 못하는 경우가 발생하고 있다. 재가급여이용자 중 지난 1년간 의사진료를 받은 적이 없는 경우 처방받은 약을 가족이 가져온 경우가 88.4%, 요양보호사가 가져온 경우 13.7%로 나타났다[21].

방문간호 서비스 이용자의 지역유형별 방문간호 서비스 내 용을 분석한 결과 대도시, 중소도시, 농촌 모두 관찰 및 신체기

Table 4. Service Satisfaction

(N=270)

Variables	Categories	M±SD	F	p	Post hoc
Explanation about receiving services	Metropolitan ^a	4.26±0.61	4.35	.014	a, c > b
	Providence ^b	4.01±0.88			
	Rural ^c	4.34±0.84			
	Subtotal	4.20±0.79			
Trust on service provider	Metropolitan ^a	4.32±0.61	0.82	.441	
	Providence ^b	4.24±0.72			
	Rural ^c	4.38±0.76			
	Subtotal	4.31±0.70			
Professional knowledge about client's disease	Metropolitan ^a	4.20±0.67	1.74	.177	
	Providence ^b	4.10±0.82			
	Rural ^c	4.31±0.77			
	Subtotal	4.20±0.76			
Level of professional skills	Metropolitan ^a	4.26±0.59	2.55	.080	a, c > b
	Providence ^b	4.08±0.88			
	Rural ^c	4.33±0.83			
	Subtotal	4.22±0.78			
Physical assessment skill	Metropolitan ^a	3.77±0.87	5.79	.003	c > a, b
	Providence ^b	3.79±0.87			
	Rural ^c	4.17±0.91			
	Subtotal	3.91±0.90			
Appropriateness of provided service	Metropolitan ^a	4.12±0.73	3.89	.022	c > b
	Providence ^b	3.99±0.80			
	Rural ^c	4.31±0.80			
	Subtotal	4.14±0.79			
Management of urgent medical condition	Metropolitan ^a	3.80±0.82	2.72	.068	c > a
	Providence ^b	3.92±0.81			
	Rural ^c	4.10±0.96			
	Subtotal	3.94±0.87			
Frequency of service	Metropolitan ^a	3.88±0.87	0.02	.982	
	Providence ^b	3.88±0.85			
	Rural ^c	3.86±1.01			
	Subtotal	3.87±0.91			
Desire to service use continuously	Metropolitan ^a	4.36±0.57	8.23	<.001	c > a, b
	Providence ^b	4.21±0.71			
	Rural ^c	4.58±0.54			
	Subtotal	4.38±0.63			
Overall satisfaction	Metropolitan ^a	4.28±0.60	5.30	.006	c > b
	Providence ^b	4.12±0.73			
	Rural ^c	4.46±0.72			
	Subtotal	4.29±0.70			
Improvement of health condition after the use of service	Metropolitan ^a	3.34±1.14	0.60	.549	
	Providence ^b	3.30±1.01			
	Rural ^c	3.47±1.01			
	Subtotal	3.37±1.05			
Total	Metropolitan ^a	44.57±5.20	4.05	.018	c > b
	Providence ^b	43.64±7.03			
	Rural ^c	46.30±6.65			
	Subtotal	44.84±6.41			

Table 5. Types of Needs for Visiting Nurse Service

(N=270)

Variables	Categories	M±SD	F	p	Post hoc
Ability of request for service needed freely	Metropolitan ^a	3.98±0.97	4.56	.011	b > a, c
	Providence ^b	4.36±0.66			
	Rural ^c	4.03±1.04			
	Subtotal	4.12±0.92			
Service to be provided based on client's request	Metropolitan ^a	4.18±0.87	0.87	.422	
	Providence ^b	4.27±0.76			
	Rural ^c	4.10±0.91			
	Subtotal	4.18±0.85			
Increased frequency of service	Metropolitan ^a	3.31±1.14	4.26	.015	b > a, c
	Providence ^b	3.78±1.03			
	Rural ^c	3.56±1.05			
	Subtotal	3.55±1.09			
Service provider's knowledge level	Metropolitan ^a	4.46±0.52	0.14	.871	
	Providence ^b	4.47±0.60			
	Rural ^c	4.50±0.64			
	Subtotal	4.47±0.59			
Expanded service fields	Metropolitan ^a	3.93±0.92	1.91	.150	
	Providence ^b	4.20±0.85			
	Rural ^c	4.08±0.97			
	Subtotal	4.07±0.92			
Information about visiting nursing	Metropolitan ^a	3.86±0.91	3.50	.032	b > a
	Providence ^b	4.18±0.79			
	Rural ^c	4.10±0.86			
	Subtotal	4.04±0.86			
Improvement of the administrative procedure	Metropolitan ^a	3.31±0.94	4.10	.018	b > a, c
	Providence ^b	3.73±1.04			
	Rural ^c	3.43±1.07			
	Subtotal	3.49±1.03			
Supervision of service providers	Metropolitan ^a	3.87±0.84	1.14	.320	
	Providence ^b	4.06±0.87			
	Rural ^c	3.89±1.03			
	Subtotal	3.94±0.92			
Total	Metropolitan ^a	30.88±4.18	5.05	.007	b > a, c
	Providence ^b	33.03±4.80			
	Rural ^c	31.68±4.70			
	Subtotal	31.87±4.64			

능 측정, 건강교육 및 상담, 마사지 및 운동을 제공받은 비율이 높게 나타났다. 이는 이용자의 대다수가 고령이고 심리적으로 위축되어 자존감이 저하된 대상자들에게 건강문제를 돕기 위해 신체적 간호뿐 아니라 건강교육과 상담을 통해 정서적인 지지가 되는 간호가 제공되고 있음을 보여주는 긍정적인 결과라고 할 수 있다[22]. 또한 노인들 중 절반 이상이 통증에 시달리고 있어, 방문간호사들이 가장 많이 적용한 통증 중재로 운동요법 교육 83.3%, 파스 등 첩포제 부착 81.3%, 운동요법 실시 72.2%, 투약요법이 56.0%를 실시하고 있었다[22]. 본 연구결과 서

비스 중 운동요법 적용이 62.6% 제공되고 있었다. 방문간호 서비스 내용 중 영양간호, 호흡간호 제공은 낮게 나타났다. 영양간호의 경우 튜브를 통해 영양을 제공하고, 튜브관리가 필요로 되며, 호흡간호도 관을 통해 호흡을 유지할 수 있도록 돕는다. 이처럼 튜브와 관의 관리는 반드시 전문적인 간호사에 의해서 제공되는 의료서비스로 튜브 관리를 받아야 하는 대상자의 경우 건강 체크를 받는 대상자보다 방문간호 서비스의 중요성이 높게 나타난다[22]. 그러나 방문간호 인력과 자력에 대한 질 관리의 문제가 대두됨에 따라[22], 적절한 처치가 제공되지 않음

으로 의료기관을 통해 해결함에 따라 방문간호가 필요로 되는 재가서비스 이용자 중 13.1%만 이용하였다[12].

방문간호 서비스 이용자의 지역유형별 만족도 조사결과 농촌의 만족도 점수가 통계적으로 유의하게 높게 나타났으나, 대도시와 중소도시의 만족도 점수는 기존 장기요양서비스 만족도 점수보다 낮게 나타났다[23]. 국민건강보험공단[14]에서 재가서비스 별로 만족도를 조사한 결과 방문요양서비스는 평균 4.40점으로 보호자의 94.0%가 만족하는 것으로 응답하였다. 방문목욕은 평균 4.03점으로 보호자의 87.8%가 만족하였으며, 방문간호 서비스는 평균 4.00점으로 보호자의 79.0%가 만족하였다. 주야간보호는 평균 4.20점으로 보호자의 92.9%가 만족하였다. 2009년 방문간호 서비스 만족도 4.00점[15]에서 2013년 4.10점으로 0.10점 상승되었다. 그러나 재가서비스 중 방문간호 서비스 만족도가 가장 낮음에 따라[14], 만족도 향상을 위한 방안 마련이 요구된다. 항목별 만족도 점수의 경우 만족도 점수가 가장 높은 항목은 ‘현재 서비스 제공기관을 앞으로도 계속 이용하고 싶다’이었으며, 다음 순위로는 ‘이용하고 있는 서비스에 대하여 전반적으로 만족한다’로 나타났다. 서비스 만족도와 서비스 재이용의사 간의 강한 상관관계를 나타내어[13], 한번 이용한 후 지속적으로 이용하는 비율이 80%[10]로 방문간호 서비스의 권고를 받은 대상자의 경우 서비스를 이용할 수 있는 적절한 방문간호 서비스 제공 체계가 필요로 된다. ‘방문간호센터로부터 내가 받게 될 서비스에 대해 충분한 설명을 들었다’의 만족도는 중소도시에 비해 대도시와 농촌이 높게 나타났다. 본 연구결과 4.20점으로 이는 2009년 국민건강보험공단[14]에서 조사한 결과 3.90점 보다 높게 나타났다. ‘방문간호제공자의 서비스는 전문적이다’의 만족도는 평균 4.22점으로 이는 2009년 방문간호 서비스의 간호제공자 전문성에 대한 점수 4.10점[14] 보다 평균 0.12점 향상되었다. ‘방문간호제공자는 나의 변화된 건강상태에 맞게 필요한 서비스를 제공 한다’의 만족도는 평균 4.14점, ‘방문간호제공자는 내가 아픈 것을 민감하게 알아 낸다’의 만족도는 평균 3.91점으로 지역별 차이는 통계적으로 유의하였다. 이는 방문요양 이용자를 대상으로 ‘요양보호사가 내가 아픈 것을 민감하게 알아 낸다’의 만족도 4.60점보다 낮은 수준이다[21]. 방문요양서비스의 경우 주 5회 이상 이용자가 83.3%이나[12], 방문간호 서비스는 평균 주 1.98회 이용으로 이용횟수가 적고, 서비스 제공시간의 경우 방문요양서비스는 1일 4시간 정도 제공하고 있으나, 방문간호는 30분에서 60분정도 서비스를 제공함에 따라 대상자의 상태를 민감하게 알아내는 수준이 낮게 나타난 것으로 사료된다. 만족도 항목 중 ‘방문간호 서비스를 이용하고

난 후 건강상태가 호전되었다’의 만족도는 평균 3.37점으로 지역별 차이는 통계적으로 유의하지 않았으나, 11개 항목 중 가장 낮은 점수이다. 방문간호 서비스 효과 평가를 위해 방문간호 서비스 이용자를 대상으로 ADL, IADL을 비교한 결과 2008년에 비해 2011년에 기능이 낮아지는 것으로 나타났다[10]. 이는 다른 재가서비스를 이용하는 대상자에 비해 방문간호 서비스를 이용하는 경우 ADL, IADL의 악화정도가 적게 나타나나[10], 노인의 건강상태가 시간이 지남에 따라 자연스럽게 감소되기 때문에, 재가서비스 이용 후에도 노인의 건강상태가 감소하는 것으로 보인다[10]. 따라서 ‘건강상태가 호전되었다’의 점수가 가장 낮게 나타날 수 있다.

방문간호 활성화를 위한 요구도 조사 결과 중소도시의 요구도가 농촌, 대도시보다 통계적으로 유의하게 높게 나타났다. 8개 항목별 요구도 조사 결과 ‘불만 사항이나 요구 사항을 자유로이 이야기 할 수 있어야 한다’의 경우 중소도시 4.36점, 농촌 4.03, 대도시 3.98점으로 통계적으로 유의한 차이가 있었다. ‘현재 이용하고 있는 서비스의 횟수를 늘려야 한다’의 요구도는 평균 3.55점이었으며, 중소도시는 3.78점으로 농촌 3.56점, 대도시 3.31점보다 통계적으로 유의하게 높게 나타났다. 이는 방문간호 서비스 횟수를 늘릴 경우 자신에게 할당된 월급여한도액 내에서 방문간호 급여비만큼 방문요양 이용량을 줄여야 하기 때문에 요구도가 낮았다[16]. ‘방문간호 서비스 재료 제공이 확대되어야 한다’의 요구도는 평균 4.07점이었으며, 중소도시 4.20점으로 농촌 4.08점, 대도시 3.93점보다 통계적으로 유의하게 높았다. 이는 방문간호수가로 간호시 필요한 실소요비용과 고가 재료비 및 인건비를 충당할 수 없는 상황으로[16], 비급여로 본인부담을 부과할 수 없으나, 실제적으로 대상자가 부담하고 있는 실정이다[21]. 따라서 방문간호 서비스 수가체계 개선을 통해 대상자의 본인부담을 감소시키고, 방문간호 서비스 기관을 유지할 수 있는 적정 수가 산정이 필요로 된다. ‘방문간호 지시서 발급 절차가 개선되어야 한다’의 요구도는 평균 3.49점이었으며, 중소도시는 3.73점으로 농촌 3.43점, 대도시 3.31점보다 통계적으로 유의하게 높았다. 이는 방문간호의 경우 ‘방문간호지시서’를 반드시 의사로부터 처방되어야 하기 때문에 실질적으로 방문간호를 이용하는데 방문요양보다 더 높은 장벽을 갖고 있다[12]. 따라서 방문간호를 이용하는데 필요한 절차를 간소화하여 접근성을 향상시키는 것이 필요로 된다.

방문간호 서비스 활성화 방안 마련을 위해 방문간호 서비스 이용자를 대상으로 만족도 및 요구도를 파악한 결과 만족도는 농촌이 대도시와 중소도시보다 높게 나타난 반면, 요구도는 중소도시가 농촌과 대도시보다 높게 나타났다. 이는 설립 소재지

별 방문간호기관이 농촌 지역은 2009년 105개소에서 2011년 65개소, 대도시는 228개소에서 214개소, 중소도시는 232개소에서 197개로 감소하였다[11]. 대도시와 중소도시보다 농촌 지역의 감소율이 높았으나, 이는 방문간호 서비스 제공기관 간의 경쟁을 통해 경쟁력이 높은 기관만이 남게 되어 서비스를 제공함에 따라[16] 농촌 지역의 만족도가 높게 나타날 수 있다. 또한 중소도시와 대도시에 비해 상대적으로 서비스 제공기관 수가 적어, 접근의 어려움이 존재함으로[11], 원거리 교통비를 추가로 지원함으로 방문간호 서비스 기관이 없는 취약 지역의 서비스를 확대해 나가는 정책을 추진하였다[16]. 이외 공공의료기관 및 보건소를 통해 방문간호 서비스 제공기관으로 양질의 서비스를 제공할 수 있는 기반이 마련되었다[21]. 반면 만족도가 대도시와 농촌보다 낮은 중소도시의 이용자는 대도시와 농촌 이용자보다 높은 요구도를 나타내었다. 중소도시 지역에는 의료서비스 및 방문간호 서비스를 대체할 만한 시설 및 서비스가 부족한 실정이다[18]. 따라서 노인의 욕구가 다양하지만 제한된 서비스기관 및 인력으로 대상자의 서비스에 대한 욕구를 해결하지 못하고 있는 것으로 나타났다[18]. 방문간호 서비스 활성화를 위한 요구도로 서비스 제공자의 전문성이 가장 높게 나타났다. 이는 2013년 말 기준으로 장기요양서비스 인력이 전체적으로 증가하는 추세이나 간호사는 2009년 3,096명에서 2013년 2,627명으로 감소한 반면, 간호조무사는 3,873명에서 6,560명으로 증가하였다. 또한 방문간호 서비스 제공인력의 경우 간호조무사의 비율이 16%를 차지하고 있다[16]. 간호사를 간호조무사로 대체함으로써 간호처치 요구도가 높은 업무를 수행하는데 따른 한계가 있으므로 향후 양질의 방문간호 서비스 제공을 위해서는 방문간호 인력의 전문화가 필요로 된다[16]. 또한 간호처치 영역별 업무를 세분화하여 방문간호 인력의 자력 수준에 따라 역할을 구분하고 명시화하여야 한다.

결론 및 제언

본 연구는 국민건강보험공단의 자료를 활용한 2차 분석연구로 방문간호 서비스 이용자 전체를 모집단으로 등급과 지역을 고려한 단순무작위 추출 표집으로 대표성을 확보하였다. 그러나 장기요양서비스 이용자의 건강상태를 등급으로만 분류한 표본으로 장기요양인정조사표의 10개의 간호처치 요구유무에 따른 서비스 내용을 고려하지 못한 한계점을 가지고 있다. 본 연구를 종합하여 보면, 방문간호 서비스 이용자의 지역별 서비스 내용 중 투약 및 주사 서비스는 농촌 지역에서 대도시, 중소도시보다 높게 제공받고 있었다. 장기요양서비스 이용자

의 지역유형별 만족도 총점은 농촌이 중소도시보다 통계적으로 유의하게 높게 나타났다. 반면 만족도가 낮은 중소도시 이용자는 대도시와 농촌보다 요구도 총점이 통계적으로 유의하게 높게 나타났다. 결과적으로 방문간호 서비스 이용 만족도와 요구도가 지역유형에 따라 달라지는 것을 확인하였으며, 따라서 지역별 대상자 특성, 지역특성 및 서비스 제공기관의 분포에 맞게 방문간호 서비스 내용을 차별화해야 할 필요가 있음을 알 수 있었다. 중소도시 지역의 방문간호 서비스 이용 만족도가 낮고 요구도가 높음에 따라 중소도시에 대한 제공자의 전문성 및 제공기관의 접근성을 높이는 정책이 필요로 된다. 본 연구결과는 추후 장기요양방문간호 서비스 제공시 지역유형에 따른 서비스 내용 및 운영체계 구축에 기초자료로 활용될 수 있을 것으로 사료된다. 또한 장기요양보험제도의 궁극적 목적 달성을 위해 방문간호 서비스 제공을 활성화하기 위한 구체적 정책마련이 요구된다.

REFERENCES

1. Statistics Korea. 2014 elderly statistics [Internet]. Seoul: Statistics Korea. 2014 [cited 2016 January 22]. Available from: <http://kostat.go.kr/wnsearch/search/jsp>
2. You X, Kobayashi Y. Determinants of out-of-pocket health expenditure in China: Analysis using china health and nutrition survey data. *Applied Health Economics & Health Policy*. 2011; 9(1):39-49. <http://dx.doi.org/10.2165/11530730-000000000-00000>
3. National Health Insurance Service. National health insurance statistical yearbook 2014. 1st ed. Seoul: National Health Insurance Service; 2015. 793 p.
4. Lee SH, Lee DH, Jo JH. Older long-term expenditure projections medical expenses research. Research Report. Seoul: National Health Insurance Service; 2015 December. Report No.: 2015-1-0004.
5. Jung WS, Yim ES. The effect on health care utilization of the non-use of beneficiaries of long-term care insurance service -around of geriatric hospital's medical cost-. *Journal of the Korea Academia-Industrial Cooperation Society*. 2015;16(11): 7463-7473. <http://dx.doi.org/10.5762/KAIS.2015.16.11.7463>
6. Kim HS, Park JY, Kwon IS, Cho YC. Quality of life and its association with physical and mental function in the elderly people affiliated with long-term care insurance services. *Journal of the Korea Academia-Industrial Cooperation Society*. 2010;11(10): 3808-3819.
7. Shin MW, Kwon IS, Cho YC. Factors related to quality of life in the rural elderly people affiliated with long-term care insurance services. *Journal of the Korea Academia-Industrial Co-*

- peration Society. 2011;12(2):795-804.
8. Jung WS. Effect of long-term care utilization on health care utilization of the medicaid elderly. *Journal of the Korea Academia-Industrial Cooperation Society*. 2014;15(11):6746-6755. <http://dx.doi.org/10.5762/KAIS.2014.15.11.6746>
9. National Health Insurance Service. Long-term care insurance statistical yearbook 2014. 1st ed. Seoul: National Health Insurance Service; 2015. 685 p.
10. Kim JE, Lee IS. The effects of visiting nursing services in long-term care insurance: A difference-in-difference analysis. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*. 2015; 26(2):89-99. <http://dx.doi.org/10.12799/jkachn.2015.26.2.89>
11. Sun WD. Installation analysis and policy implications of the elderly long-term care facilities [Internet]. Sejong: Korea Institute for Health and Social Affairs. 2015 [cited 2016 January 22]. Available from: <http://www.kihasa.re.kr/web/publication/periodical/issue/list.do>
12. Lee JS, Han EJ, Kang IO. The characteristics and service utilization of home nursing care beneficiaries under the Korean long term care insurance. *Journal of Korean Academy Community Health Nursing*. 2011;22(1):33-44.
13. Kwon JH, Han EJ, Kang IO. A analysis of relationships among quality, satisfaction and purchase intention perceived by home help service users. *Journal of the Korean Gerontological Society*. 2010;30(2):355-368.
14. Kwon JH, Han EJ, Kang IO. Elderly long-term care services satisfaction survey. Research Report. Seoul: National Health Insurance Service; 2009 December. Report No.: 2009-35.
15. Lim DY, Park MH. Family member's caregiving stress and satisfaction of care for patients with dementia in long term care facilities and day care centers. *Journal of Korean Academy Adult Nursing*. 2010;22(4):384-394.
16. Lee JS, Hwang RI, Han EJ. Trends in home-visit nursing care by agencies; Characteristics under the national long term care insurance system. *Journal of Korean Academy Community Health Nursing*. 2012;23(4):415-426.
17. Shin ES, Cho YC. Cognitive function and its related factors among the elderly people affiliated with long term care insurance services in rural areas. *Journal of the Korea Academia-Industrial Cooperation Society*. 2011;12(10):493-4501. <http://dx.doi.org/10.5762/KAIS.2011.12.11.4493>
18. Cho JH, Kim SO, Song MK, Yim ES. A study on the effectiveness of case management in elderly medicaid beneficiaries by geographic location. *Journal of Korean Public Health Nursing*. 2012;26(2):289-302. <http://dx.doi.org/10.5932/JKPHN.2012.26.2.289>
19. Seo DM, Kim O, Kim JH, Mun SH, Lee WJ, Ko Y. Study material for long-term care benefit provided detailed standards development. Research Report. Seoul: Ministry of Health and Welfare; 2013 December. Report No.: 11-1352000-001106-01.
20. Yoon SH, Lee KS, Cho YC. Physical function and related factors in the elderly people admitted long term home care insurance. *Journal of the Korea Academia-Industrial Cooperation Society*. 2013;14(5):2238-2348. <http://dx.doi.org/10.5762/KAIS.2013.14.5.2338>
21. Kwak CY. The characteristics and service utilization of long term care under national basic livelihood security system. Research Report. Seoul: Ministry of Health and Welfare; 2012 November. Report No.: 11-1352000-000826-01.
22. Byeon DH, Hyun HJ. Importance and performance of visiting nurse services provided under the long term care insurance system for the elderly. *Journal of Korean Academy Community Health Nursing*. 2013;24(3):332-345. <http://dx.doi.org/10.12799/jkachn.2013.24.3.332>
23. Kim CW. Performance analysis of long-term care insurance operations. 1st ed. Seoul: Ministry of Health and Welfare; 2012. 86 p.