

# 통합가정방문급여 평가지표 개발

박종덕<sup>1</sup> · 정덕유<sup>2</sup>

국민건강보험공단<sup>1</sup>, 이화여자대학교 건강과학대학 간호과학부<sup>2</sup>

## Development of Evaluation Indicators for Integrated Home Care

Park, Jong Duk<sup>1</sup> · Jung, Dukyoo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>National Health Insurance Service, Seoul

<sup>2</sup>Division of Nursing Science, College of Health Sciences, Ewha Womans University, Seoul, Korea

**Purpose:** The purpose of this study was to develop integrated evaluation indicators of home care services in the hope that the increasing group of long-term home care patients could receive quality care services. **Methods:** The development involves a methodological study on a development phase and a verification phase. The main survey at a verification stage was conducted by the staffs at 146 institutions who agreed to participate on this study. **Results:** The evaluation index for the integrated home visit care consisted of five categories and 57 indicators including Managing Institution (12), Environment and Safety (3), Right and Responsibility (7), Process of Care (31) and Results of Care (4). The criterion-related validity was verified in regard to the participation in the 2010 evaluation of long-term home-care institutions by the National Health Insurance Corporation. **Conclusion:** The evaluation index of the integrated home visiting care developed in this study is considered suitable to utilize as evaluating indicators in managing and evaluating the way of how institutions integrate and provide home visit care services as well as home nursing care services.

**Key Words:** Long-term care, Quality assurance, Healthcare, Home care services, Quality indicators

## 서론

### 1. 연구의 필요성

노인장기요양보험제도가 2008년 7월부터 실시된 후 대상자들의 삶의 질 향상은 물론 사회·경제적인 측면에서 긍정적인 성과를 거둔 것으로 평가되었다. 장기요양급여를 받는 노인이 3.1%에서 5.1%로 증가하였으며, 장기요양인정을 받지 못한 등급 외 판정자 25만명 중 81%인 20만명에 대해서는 지

역사회서비스가 연계되었다. 또한 재가장기요양기관은 2008년 대비 3,762개소에서 5배인 10,730 (19,947)개소로 증가하여 서비스의 접근성은 충분한 것으로 나타났다(Ministry of Health & Welfare, 2011a).

그러나 현시점에서 제도 도입의 성과를 되돌아본다면 일자리 창출에는 크게 기여했으나 서비스는 질적으로 낮게 유지되어서 장기요양대상자의 건강수명 향상과 신체기능개선 등의 질 향상 목적으로 제도를 운영할 필요가 있다(Moon, 2011). 주목할 것은 위에 언급한 문제점 외에 재가장기요양기관의 급

**주요어:** 장기간호, 품질보증, 건강관리, 재가간호, 평가지표

**Corresponding author:** Jung, Dukyoo

Division of Nursing Science, College of Health Sciences, Ewha Womans University, 52 Ewhayeodae-gil, Seodaemun-gu, Seoul 120-750, Korea.  
Tel: +82-2-3277-6693, Fax: +82-2-3277-2875, E-mail: dyjung@ewha.ac.kr

- 이 논문은 제1저자 학위논문의 일부를 발췌한 것임.

- This article is based on a part of the first author's dissertation from Ewha Womans University

**Received: May 12, 2014 / Revised: Oct 3, 2014 / Accepted: Oct 8, 2014**

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.

여전달체계가 방문요양급여로 집중하는 체계로 심화된다는 사실이다. 노인장기요양 보험법에서는 노인 등의 심신이나 건강상태 악화 등의 예방 목적으로 ‘의료급여와 연계한 급여제공’을 원칙으로 규정하고 있으며, 방문간호와 방문요양 또는 방문목욕급여를 복합적으로 이용할 수 있다. 그러나 방문요양은 85.3%, 방문목욕은 25%의 이용률을 나타낸 반면, 방문간호는 2.4%만이 이용한 것으로 나타나 대상자의 의료서비스에 대한 요구도가 고려되지 않고 있음을 보여주었다(Yoon, 2013). 더구나 재가급여 대상자의 98.7%가 만성질환을 앓고 있는 환자들로서 그 중에는 뇌졸중 또는 치매, 뇌졸중과 치매를 동시에 앓고 있는 환자들이 47.5%를 차지하였다(National Health Insurance Service, 2013). 만성질환으로 인한 장기요양대상자의 제한된 일상생활 수행능력을 보조하기 위해서는 만성질환에 대한 의료와 간호 및 사회지원급여가 장기간에 걸쳐 제공되어야 한다(Organization for Economic Cooperation and Development, 2012). 그러나 요양보호사의 질적 수준 향상 목적의 자격시험과 교육기관 지정 제도의 도입에도 불구하고 대상자의 일상생활에 대한 요양보호사의 지원은 가사 보조와 신변보호 수준이다(Ministry of Health & Welfare, 2011a; Yoon, 2013).

현재 장기요양급여의 질은 대상자의 이용지원, 현지조사, 장기요양기관의 평가 등 국민건강보험공단에 의해 다양하게 관리되고 있다. 장기요양기관 평가의 경우, 만성질환 노인 환자에게 제공되는 장기요양급여의 질 향상은 대상자 중심의 의료와 요양의 질 향상 여부에 대한 평가를 통해 가능하다(OECD, 2012). 그러나 2010년부터 실시되고 있는 재가장기요양기관 평가는 간호, 요양 및 목욕급여의 3종을 통합적으로 이용하는 대상자인 경우 대상자의 건강/요양상태는 간호나 요양 또는 목욕 중의 급여 한 종류에 국한하여 평가되고 있다. 간호, 요양 및 목욕의 공통지표에 대한 반복평가의 비효율성은 2012년 재가장기요양기관 평가에서 일 회기의 평가로 개선되었다. 그러나 급여 종별의 평가결과를 도출하기 위하여 공통지표에 대한 일 회기의 평가결과를 급여종별로 반복 입력해야 하는 평가기관의 문제는 아직 미결로 남아 있다. 급여종별로 공개되는 평가결과 또한 익숙한 가정환경에서 간호 및 요양의 통합가정방문급여를 이용하려는 대상자 및 그 가족의 기관 선택에 대한 제한점으로 남았다. 현행 노인장기요양보험 제도 내의 재가급여에서 의료급여가 단절되지 않는 보건의 복지 통합급여체계는 방문간호, 방문요양, 방문목욕의 3종 급여를 하나의 기관에서 제공하는 통합가정방문급여 제공기관을 들 수 있다(National Health Insurance Service, 2013).

그러나 지속적인 방문간호의 감소로 이어지는 통합가정방문급여 제공기관의 감소 또한 대상자의 의료요구도가 적절하게 반영되지 못하고 있음을 나타냈다(National Health Insurance Service, 2013). 이에, 본 연구에서는 방문간호, 방문요양, 방문목욕을 통합한 평가지표를 개발하여 통합가정방문급여 제공기관의 질 관리와 평가가 가능하도록 하며, 통합가정방문급여가 필요한 이용자와 가족의 삶의 질 유지 및 기관 선택에 기여하고자 한다. 아울러 간호와 요양을 통합한 대상자 중심의 재가장기요양급여가 제공될 수 있는 기초를 마련하고자 한다.

## 2. 연구목적

본 연구의 목적은 노인장기요양보험 제도 내에서 급여 제공자가 대상자의 가정을 방문하여 제공하는 방문간호, 방문요양 및 방문목욕 급여의 질을 종합적으로 관리하고 평가할 수 있는 통합가정방문급여 평가지표를 개발하고, 개발된 지표를 적용한 평가를 실시하여 평가지표의 타당도와 신뢰도를 검증하는 것이다. 본 연구의 목적을 달성하기 위한 구체적인 연구목적은 다음과 같다.

- 통합가정방문급여 평가지표를 개발한다.
- 개발된 통합가정방문급여 평가지표의 타당도와 신뢰도를 검증한다.

## 연구 방법

### 1. 연구설계

본 연구는 노인장기요양보험제도의 가정방문급여의 질을 통합적으로 관리하고 향상시킬 수 있는 통합가정방문급여 평가지표를 개발하고, 개발된 평가지표의 타당도와 신뢰도를 검증하는 방법론적 연구이다.

### 2. 연구절차

#### 1) 통합가정방문급여 예비지표 구성

본 통합가정방문급여 평가지표는 Donabedian (1980)의 구조-과정-결과 측면으로 급여의 질을 평가하는 기준을 기본적인 틀로 접근하고 보건복지부의 ‘장기요양기관 평가방법 등에 관한 고시’에 따라 구조차원의 기관운영, 환경 및 안전, 권리 및 책임 영역과 과정차원의 급여제공과정 그리고 결과차원

의 급여제공결과 등 5개 영역의 틀을 유지하였다. 대부분인 5개 영역이 중분류되며 중분류는 소분류로, 소분류는 각 지표로 세분화되며 평가요소는 지표의 주체어로 표현되는 단어로 나타낸다(Ministry of Health & Welfare, 2010). 예비지표는 한국의 2010년 방문간호, 방문요양 및 방문목욕의 공통지표와 급여종별 고유지표를 포함한 총 64개의 지표를 기초로 하여 다음의 4가지 기준으로 유지 또는 삭제되었다. 첫째, 방문간호, 방문요양 및 방문목욕의 공통 평가지표 중 2010년 평가결과, 중 모두 미시행률이 20% 이상인 지표는 평가기준이나 적용시기의 조정(An, Whang, Kyung, & Kim, 2008)을 고려하여 통합가정방문급여의 예비지표로 유지되었다. 둘째, 방문간호, 방문요양 및 방문목욕의 공통 평가지표 중 3종 모두 시행률이 90% 이상의 높은 시행률을 보인 지표는 거의 모든 기관이 충족함으로써 기관별 차이를 나타내지 않는 지표의 삭제를 고려해야 한다(Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V., 2010; Mukamel, Watson, Meng, & Spector, 2003). 그러나 본 연구에서 처음으로 평가받는 기관을 고려하여 법적으로 준수해야 할 지표와 급여제공의 원칙 및 윤리 관련 지표는 유지되었다. 2010년에 실시된 재가기관평가는 평가참여를 신청한 기관에 국한하여 실시되었기 때문이다. 셋째, 3종의 공통지표이지만 급여 종별 부분적으로만 높은 시행률을 나타낸 지표는 개선의 여지가 있으므로 잘하는 것으로 평가 될 때까지 평가할 필요성이 있기 때문에(MDS, 2010) 유지되었다. 넷째, 응답방식 등 대상자의 주관적인 판단으로 평가되는 지표로서 객관적인 평가기준이 제시되지 않은 지표는 삭제되었다.

이상의 기준으로 2010년의 평가지표 중 예비지표를 구성한 후, 2가지 기준을 적용하여 국외·국내 지표를 추가하였다. 첫째, 재가급여의 특성을 나타내며 검토된 일본, 독일, 오스트리아의 재가급여 평가지표 중 국내의 재가장기요양기관 평가지표에 포함되지 않은 지표를 검토한 후, 급여제공 인력의 자격을 고려하여 추가하였다. 둘째, 2011년도 입소시설의 정기평가에 추가된 지표와 매뉴얼 그리고 관련 연구결과를 참조하여 재가급여에 공통으로 적용 가능한 지표를 추가하여 최종 예비지표가 구성되었다. 2010년의 방문간호, 방문요양 그리고 방문목욕의 공통지표와 급여종별 고유지표를 포함한 총 64개의 지표 중 38개의 지표가 유지되었으며 22개의 지표가 추가되어 총 60개의 예비지표로 구성되었다.

## 2) 내용타당도 검증

내용타당도 검증을 위한 전문가는 9명으로 구성되었다

(Lynn, 1986). 노인간호학 전공교수 3인, 가정방문급여 기관을 운영하는 겸임교수 2명, 2010년 재가장기요양기관 평가에서 방문간호, 방문요양, 방문목욕 등 급여종류별 최우수 또는 우수기관으로 평가받은 기관의 관리자인 간호학 석사 또는 박사학위 소지자이었다. 내용타당도 지수는 중간점수가 포함되지 않은 ‘매우 타당하다’, ‘타당하다’, ‘타당하지 않다’와 ‘매우 타당하지 않다’의 4점 척도가 사용되었으며, 각 지표별 내용타당도지수(Content Validity Index)가 .80 이상인 지표가 선정되었다(Lee, Im, & Park, 1998). 또한 대, 중, 소 분류체계에 대한 예비지표의 적절한 배치여부 및 각 예비지표에 대한 의견은 자유롭게 진술하도록 하였다.

본 연구의 내용타당도를 검증한 9인의 전문가 중, 6명은 2010년의 재가장기요양기관 평가지표 개발 분과위원 또는 지표개발 현지조사 대상으로서 2010년 재가장기요양기관 평가지표 개발에 참여하였다. 따라서 약 66%의 기존 평가지표가 포함된 통합가정방문급여 예비지표의 내용타당도 검증은 일차 검증에서 CVI가 .80 이상인 52개의 지표로 선정되었으며, 제안된 전문가의 의견은 사전 조사에서 확인되었다. CVI가 .80 미만으로 삭제된 4개의 지표는 급여제공인력을 위한 ‘간담회’, ‘근골격계 질환 예방’ 교육, 혈전증 예방을 위한 ‘탄력스타킹’ 또는 ‘탄력붕대 적용’이었으며, 본 연구에서 추가된 ‘수분섭취 및 영양상태’의 결과지표는 가장 낮은 내용타당도 지수를 나타냈다. 반면 내용타당도 지수가 .67~.78로 .80 미만이었지만 현장조사의 필요성 및 법적권고/의무 사항으로 유지된 4개의 지표는 1년 이상의 ‘경력직’, ‘표준장기요양이용계획서’, ‘지역사회자원 연계’ 그리고 ‘유치도노관 삽입감소’이었다. 또한 ‘급여제공을 위한 지침 및 매뉴얼’ 지표는 2개의 지표로 분리되어야 한다는 전문가의 의견을 반영한 결과, 내용타당도 검증 결과에 따른 지표는 총 57개였다. 지표의 대·중·소분류 체계에 대한 예비지표는 적절하게 배치된 것으로 나타났으며, 제안된 지표의 언어 및 배열에 대한 의견은 사전 조사에서 지표에 대한 이해성으로 확인하기 위하여 모두 반영되었다.

## 3) 사전 조사

내용타당도 검증으로 선정된 지표와 시범적용의 필요성 등의 전문가 제안에 따라 지표의 실행가능성, 적용성 및 이해성을 조사하며, 지표의 척도기준에 대한 수정·보완 목적으로 사전 조사를 실시하였다. 내용타당도 검증의 결과를 다른 그룹에게 확인하기 위한 사전 조사의 대상은 서울·경기 지역에서 편의 추출된 10개 기관이었으며, 방문간호, 방문요양, 방문목욕의 3종 급여를 통합적으로 제공하고 있는 기관이었다. 기관

은 각 지표(안)의 시행수준을 시행, 일부 또는 미시행의 3점 척도로 응답 한 후, 일부 또는 미시행 지표(안)에 대한 실행가능여부를 확인하였다.

내용타당도 검증 결과의 57개 지표 중 사전 조사 10개 기관 모두가 시행하고 있는 지표는 8개(14%)로 나타났다. 현재 일부 시행 또는 아직 미시행 중인 49개 지표에 대한 기관의 실행가능여부를 예와 아니오로 응답한 결과 100% 실행 가능한 것으로 나타났으며, 일부 또는 미시행 지표에 대한 평가기준의 하향조정은 제안되지 않았다.

각 기관의 여건과 대상자 규모를 고려한 평가지표로서의 적용성에 대해 조사대상 10개 기관 모두는 ‘유치도노관 삽입 감소’지표를 제외한 56개 지표의 적용이 ‘타당하다’고 응답하였다. 내용타당도 검증 결과로 보완된 지표의 내용, 언어 및 문장의 배열에 대한 이해성을 ‘적절하다’와 ‘적절하지 않다’로 응답한 결과, 제안된 지표는 거의 수렴되었으며, 일부 지표는 (제)수정되었다. 기관운영 영역의 ‘급여제공지침 및 매뉴얼’ 지표의 분리에 대해 사전 조사 전 기관이 ‘타당하다’고 응답한 반면, ‘건강검진 및 포상’과 ‘근로계약 및 5대 보험’의 2개 지표의 분리는 문항 수가 많아짐으로써 서류중심의 평가지표에 점수가 편중될 우려가 크다는 다수 의견이 제시되었기 때문에 지표는 유지되었다. 지표에 대한 세부적인 내용이 필요하다는 내용타당도 검증 전문가의 제안은 평가지표에 관한 매뉴얼에서와 같이 지표의 평가기준으로 제시되었다. 제시된 지표(안)의 평가기준은 한국의 평가지표 매뉴얼, 독일 및 오스트리아의 재가급여 평가매뉴얼(Fonds Soziales Wien, 2008; MDS & Gesetzliche Krankenversicherung-Spitzenverband, 2009)을 근거로 하였다.

#### 4) 본 조사

연구대상기관의 관리자는 내용타당도 검증과 사전 조사의 결과를 반영하여 수정·보완된 통합가정방문급여 평가지표를 적용하여 간호 및 요양급여의 질을 자체적으로 평가하였다. 대상기관은 2011년 6월 기준 통합가정방문급여를 제공하는 기관으로 등록 된 전국의 540개 기관 중 연구참여에 동의한 146개 기관이었다. 자료수집은 2011년 9월 4일부터 2012년 7월 31일까지 이루어졌다.

##### (1) 본 조사 평가지표 틀의 구성

본 조사의 통합가정방문급여 평가지표는 예비조사 및 사전 조사에서 적용된 대·중·소분류체계의 중분류 및 소분류가 생략되었다. 대분류의 5개 영역, 지표의 주체어로 표현되는 평

가요소 및 평가지표로 구성되었으며, 별도의 매뉴얼 없이 평가에 바로 적용될 수 있도록 평가기준, 척도 및 척도의 기준이 추가되었다. 이는 입소시설 실태조사 및 2011년 재가장기요양기관 평가의 모든 결과에서 중분류 또는 소분류에 의미가 부여되지 않았으며, 독일과 오스트리아의 재가장기요양기관 평가지표 또한 평가영역과 지표의 체계로 구성되었음이 근거가 되었다(FSW, 2008; MDS & GKVS, 2009; National Health Insurance Service, 2011). 본 조사 지표의 척도는 사전 조사 결과의 수정안에 따라 재가장기요양기관의 노력이 반영될 수 있도록 일부시행을 2단계로 세분화한 2010년 재가장기요양기관 평가매뉴얼의 4점 Likert척도로 하였으며 각 지표별 1 (미흡), 2 (보통), 3 (양호), 4 (우수)에 대한 기준이 제시되었다.

##### (2) 윤리적 고려 및 「2010년도 재가장기요양기관 평가」 자료 활용 승인

연구참여자의 인권을 최대한 보장하기 위하여 일 대학교의 기관윤리심사위원회의 승인(IRB 2011-6-2)을 받은 후, 연구참여를 자발적으로 허락한 대상자에게 연구의 목적과 과정을 설명하고 언제든지 연구참여를 철회할 수 있음을 설명하였으며, 연구참여자는 이를 충분히 이해한 후 ‘연구참여 동의서’에 서명한 자로 하였다. 또한 2010년 재가장기요양기관 평가자료 중 방문간호, 방문요양 및 방문목욕의 평가지표와 평가결과를 지표개발과 연구결과의 검증에 활용하도록 국민건강보험공단의 승인을 받았다.

## 연구결과

내용타당도 검증과 사전 조사를 통해 개발된 5개 영역의 57개 통합가정방문급여 평가지표의 시행수준을 파악하고, 평가지표의 타당도와 신뢰도를 검증하기 위해 146개 기관의 관리자가 자체적으로 평가하였다(Table 1).

### 1. 본조사 대상 기관의 특성

본조사 참여기관의 관리자 자격은 간호사가 100명(69.4%), 사회복지사가 24명(16.7%) 그리고 간호사로서 사회복지사 자격소유자가 20명(13.9%)이었다. 관리자의 경력은 최소 1년에서 최고 40년의 다양한 경력을 갖추었으며, 5년 이하의 경력소지자가 45%로 가장 많았다. 현재 관리자 본인이 기관을 직접 운영하거나 소속되어 있는 기관에서의 경력은 1년에



서 최고 12년까지의 경력을 나타냈으며, 응답자 중 3년 경력자가(43%) 가장 많은 것으로 나타나 장기요양보험제도가 도입된 2008년 7월 전·후로 인허가를 받은 재가장기요양기관의 관리자들이 다수인 것으로 나타났다. 기관의 특성으로는 연구참여 전체 146개 기관 중 간호와 요양의 2종 급여를 제공하는 기관은 10개이었으며, 간호, 요양 그리고 목욕의 3종 급여를 제공하는 기관은 132개로 90%를 차지하였다. 2010년 재가장기요양기관 평가에 참여한 통합가정방문급여 기관은 98개 기관(67%)이었으며, 46개 기관(32%)은 참여하지 않았고, 2개 기관은 응답하지 않은 것으로 나타났다. 평가에 참여한 기관 중 방문간호, 방문요양의 2종에 대한 평가를 받은 기관이 36%로 가장 많았으며, 28%의 기관은 방문간호, 방문요양, 방문목욕의 3종에 대한 평가를 받은 것으로 나타났다. 그러나 신청한 급여종류만 평가 받을 수 있는 2010년의 평가방법에 따라 방문간호, 방문요양, 방문목욕의 3종의 급여를 통합적으로 제공하고 있는 기관이었지만 21개 기관은 방문요양 그리고 4개 기관은 방문간호의 한 종류만 평가를 받았다. 방문요양과 방문목욕 2종에 대한

평가를 받은 기관은 11개소로 나타났다. 또한 2010년 재가장기요양기관 평가 중 방문간호와 방문요양의 2종 또는 방문간호, 방문요양 및 방문목욕 3종 급여의 평가에 참여한 기관 중 기관명을 밝히지 않은 6개 기관을 제외한 56개 기관의 평가결과 등급을 살펴보면 방문간호에서 A등급은 14개, B등급은 16개 그리고 C등급은 26개 기관이었으며, 방문요양에서는 A등급의 22개, B등급의 9개 그리고 C등급은 25개 기관이었다.

## 2. 통합가정방문급여 평가지표의 시행 수준

본 조사는 146개 기관의 관리자가 자체평가를 실시하였으며, 자체평가 결과를 통해 각 기관의 통합적인 급여의 수준을 파악하였다. 본 조사 결과, 5개 영역별 평균 점수는 기관운영의 76점, 환경 및 안전의 71.8점, 권리 및 책임의 80.7점, 급여제공과정의 78.2점 그리고 급여제공결과의 72.3점이었다. 지표별 시행수준에서 4점 만점에 3.8점 이상이며 90% 이상의 시행률을 나타낸 지표는 구조차원인 기관운영 영역의 ‘급여제공지침’, ‘자격요건’ 그리고 급여제공과정 영역의 ‘급여내용설명’이었다. 낮은 시행 수준을 2010년의 재가장기요양기관 평가결과와 같이 20% 이상의 미시행률을 기준으로 한 결과, 구조차원인 환경 및 안전 영역의 ‘안전 대책’, 권리 및 책임 영역의 ‘고충처리’이었으며, 급여제공과정 영역의 ‘신체제재 동의서’ 그리고 급여제공결과 영역의 ‘신체상태 청결유지’와 ‘유치

도뇨관 삽입감소’ 지표이었다(Table 1).

## 3. 통합가정방문급여 평가지표 타당도 검증

본 연구의 통합가정방문급여 평가지표에 대한 준거타당도는 2010년에 실시된 재가장기요양기관 평가 중 방문요양과 방문간호의 평가결과를 준거로 하여 검증되었다. 2010년의 재가장기요양기관 평가는 방문간호, 방문요양 및 방문목욕 전체기관을 모집단으로 하여 기관의 자율적인 신청에 따라 신청한 급여종류에 국한하여 실시되었다. 본 조사 또한 방문간호를 포함한 통합가정방문급여 기관 전수를 대상으로 하여 연구참여에 동의한 기관에서 실시되었다. 이에 첫 번째 준거타당도는 2010년의 재가장기요양기관 평가 참여여부를 준거로 하여 참여기관과 미참여 기관간의 영역별 평균점수를 독립변수들이 정규분포를 따르지 않았기 때문에 Kruskal-Wallis test로 분석한 결과, 2010년 재가장기요양기관 평가에 참여한 군의 평균점수는 미 참여군보다 5개 영역에서 모두 유의하게 높았다(Table 2).

두 번째 준거타당도로서 2010년 재가장기요양기관 평가결과와 본 연구결과의 등급을 비교하였다. 이는 본 연구에 적용된 통합가정방문급여 평가지표의 57개 중, 본 연구에서 새롭게 개발된 지표는 19개(33%)를 차지하며 기존의 지표와 동일하지 않기 때문에 2010년에 급여종류별로 실시된 평가결과와 일대일의 비교는 제한적이지만 공개된 평가결과의 등급을 준거로 하여 본 연구결과와의 등급변화를 검증하였다. 정규분포를 가정하지 않는 Wilcoxon signed-rank test로 변화유무를 검증한 결과, 방문간호 평가결과에 따른 등급변화( $Z=-.441, p=.659$ )와 방문요양 평가결과의 등급변화( $Z=-1.169, p=.242$ )는 통계적으로 유의한 변화가 없었다(Table 3).

## 논 의

본 연구에서 추가된 방문간호 평가지표의 적용결과, 평가지표의 신뢰도 및 타당도 검증에 대하여 논의하고자 한다. 추가된 방문간호 평가지표는 본 연구대상기관이 통합가정방문급여 기관이었기 때문에 이미 시행하고 있는 것으로 나타났다. 타당도 검증에서 2010년 재가장기요양기관 평가에 참여한 기관이 평가에 대해 미참여기관 보다 적극적으로 준비되어 있음을 나타냈다. 또한 2010년의 평가결과에서 방문간호 및 방문요양의 우수한 기관은 본 연구에서도 우수한 기관으로, 비우수기관은 비우수기관임을 나타냈다.

**Table 1.** Evaluation Indicators for Integrated Home Care

Nr.	Indicator	M±SD	% <sup>†</sup>
<b>Category I: Managing institution</b>			
1	The institution prepares and equips guidelines to service offer.	3.87±0.49	91.8
2	The institution prepares and equips a manual of service criteria.	3.64±0.69	74.5
3	Employees of the institution have certificates needed for job performance.	3.90±0.53	97.3
4	There is more proportion of service-providing employees who have worked one year or more in relevant institutions.	3.65±0.86	75.9
5	The institution conducts a medical check-up for employees every year and runs reward or welfare system.	2.83±1.19	46.6
6	The institution signs labor contracts with its employees and pay wages to them accordingly and gets them insured for five major insurances.	3.86±0.46	89.0
7	The institution conducts training for new comers in the institution according to staff training program.	3.14±1.21	65.1
8	According to its annual training program, the institution conducts supplementary training needed for service offer, among service-providing staff.	3.12±1.25	65.8
9	The institution gets prior consent for collection and use of personal information, and protects personal information.	3.24±1.17	69.1
10	The institution establishes and carries out a quality improvement plan according to the result of self-appraisal.	2.73±1.28	43.8
11	The institution conducts satisfaction survey among subjects (protected persons) at least once a year and reflects its results.	2.96±1.34	61.0
12	The institution identifies job satisfaction level of service-providing staff as well as the problems.	3.10±1.26	65.1
<b>Category II: Environment &amp; safety</b>			
13	The institution is equipped with facilities and furnishings needed for bathing and nursing.	3.51±0.91	74.5
14	The institution provides service in a hygienic way.	2.78±1.08	38.6
15	The institution safely deals with an emergency and the circumstance in which subjects are not able to open the door (entrance or room).	2.35±1.14	26.2
<b>Category III: Right &amp; responsibility</b>			
16	Super indent of the institution (administrator) periodically visits subjects for consultation in connection with their conditions and service content.	2.93±1.12	45.2
17	The institution is insured for business liability insurance and professional liability insurance.	3.36±1.23	73.3
18	The institution prepares lists of current work state of service-providing staff.	3.59±1.04	86.9
19	The institution provides subjects/family with the duplicate of service offer contract and a bill of costs for LTC service.	3.73±0.78	89.0
20	The institution receives subjects' sharing as stipulated in the contract.	3.38±1.22	79.5
21	The institution posts the current state of workforce and facilities at homepage of the public corporation and modifies immediately if any change occurs.	3.45±1.10	79.5
22	The institution has a flak-catcher, who records details from receipt of grievances to their settlement.	2.34±1.50	44.5

<sup>†</sup> Performs rate.

**Table 1.** Evaluation Indicators for Integrated Home Care (Continued)

Nr.	Indicator	M±SD	% <sup>†</sup>
<b>Category IV : Process of care</b>			
23	Employees conduct assessment of subject's desires prior to beginning of service.	3.51±1.04	78.6
24	The institution reflects standard long-term care utilization plan at the time of signing service contracts.	3.29±1.16	71.9
25	Employees provide service by explaining service content to subjects at the same time.	3.86±0.58	95.1
26	Employees provide service to maintain and enhance physical function of subjects.	3.72±0.73	84.9
27	Employees make service offer records immediately after service has been done.	3.59±0.86	73.3
28	Employees regularly assess the effects of provided services.	2.90±1.23	45.2
29	Employees guide family members of subjects so that they can take care of subjects safely.	3.12±1.17	61.8
30	Employees observe subjects' conditions before and after bathing.	3.36±1.43	68.1
31	Employees check individual ability and problems in regard to fluid intake.	3.02±1.31	61.0
32	Employees check individual ability and problems in regard to caloric intake.	3.64±0.69	74.5
33	Employees check individual ability and problems in regard to incontinence/ constipation.	3.25±1.24	70.5
34	Employees periodically assess risk factors of bedsores.	2.96±1.21	54.8
35	Employees work so that they can ascertain dehydration prevention service.	2.84±1.37	54.8
36	Employees work so that they can ascertain caloric intake assistance service.	3.18±1.25	67.1
37	Employees work so that they can ascertain defecation assistance service.	3.12±1.28	64.8
38	Employees help subjects change their posture or move so that their skin may not be peeled (to prevent bedsores)	3.23±1.20	67.1
39	Employees explain risk of dehydration to subjects (family) and provide data to them.	3.14±1.19	62.3
40	Employees explain risk of malnutrition to subjects (family) and provide data to them.	2.84±1.37	55.5
41	Employees explain risk of bedsores to subjects (family) and provide data to them.	3.35±1.08	70.3
42	Employees explain fall prevention to subjects (family) and provide data to them.	3.35±1.07	70.5
43	Employees explain to families, prevention of elder abuse and agencies to report for protection of the old, and provide data to them.	3.28±1.14	68.5
44	Employees explain to families, dementia prevention and methods responding with subjects with dementia, and provide data to them.	3.19±1.18	65.1
45	Employees offer service in consideration of individual special circumstances of subjects with dementia.	3.32±0.95	65.8
46	When employees impose restrictions to protect subjects, they record the causes and explain those to guardians to get consent.	2.60±1.40	43.6
47	Employees perform and record nursing treatment according to visiting nursing directions.	3.86±0.57	94.7
48	Bedsores nursing treatment of employees complies with latest level of nursing.	3.65±0.91	87.1
49	Employees, fully aware of information related with administration of subjects, manage administration.	3.35±1.04	65.9
50	Employees take necessary steps according to the measuring results of blood pressure, blood sugar.	3.80±0.64	89.5
51	For subjects essentially requiring oxygen therapy, employees take right measures to prevent contamination of Tunica mucosa oris, parotid and pneumonia.	2.90±1.34	59.0
52	Employees communicate with doctors as for the results of nursing treatment and subjects' conditions.	2.99±1.41	61.9
53	Employees check subjects' conditions using appropriate tools.	3.51±0.93	75.9
<b>Category V : Results of care</b>			
54	By linking with social resources of the local community, the institution has offered necessary service to subjects or families.	3.42±0.85	62.2
55	Employees, reflecting individual desires, have maintained clean physical conditions of subjects.	2.72±1.35	49.3
56	The ratio of subjects suffering bedsores has dropped.	3.24±1.41	73.4
57	The ratio of subjects inserted with indwelling catheter has dropped.	2.57±1.60	57.7

<sup>†</sup> Performs rate.

**Table 2.** Difference of Mean between Categories according to the Participation 2010

(N=144)

Evaluation's categories	Participants (n=98)	Not Participants (n=46)	$\chi^2$	<i>p</i>
	M $\pm$ SD <sup>†</sup>	M $\pm$ SD <sup>†</sup>		
Managing institution	85.32 $\pm$ 4.74	45.20 $\pm$ 6.30	29.08	< .001
Environment & safety	79.35 $\pm$ 2.31	57.90 $\pm$ 1.79	8.46	.004
Right & responsibility	77.97 $\pm$ 3.73	60.85 $\pm$ 3.83	5.33	.021
Process of care	80.10 $\pm$ 16.13	56.30 $\pm$ 23.28	10.20	.001
Results of care	78.60 $\pm$ 3.32	59.51 $\pm$ 3.53	6.70	.010

<sup>†</sup> Kruskal-wallis test.**Table 3.** Grade Changes between the Evaluations Results 2010 and the Results of the Study

(N=56)

Evaluation's categories	Result 2010	Study	<i>Z</i>	<i>p</i>
	M $\pm$ SD	M $\pm$ SD		
Home-visit nursing	1.79 $\pm$ 0.83	1.84 $\pm$ 0.87	-0.441	.659
Home-visit care <sup>†</sup>	1.95 $\pm$ 0.92	1.82 $\pm$ 0.88	-1.169	.242

Note. 3=A Class, 2=B Class, 1=C Class.

<sup>†</sup> Support for activity of daily life.

## 1. 추가된 방문간호 지표에 대한 논의

본 연구에서 추가된 간호지표들은 급여제공결과 영역의 ‘유치도노관 삽입감소’와 급여제공과정 영역의 ‘치매대상자의 개별적인 상황 고려’를 비롯하여 ‘투약관리’, ‘혈압·혈당측정’, ‘의사와 의사소통’ 및 ‘산소요법 시 감염예방’ 등이다. 이 지표들중 일부는 노인장기요양보험법 시행규칙에 간호급여 내용(Ministry of Health & Welfare, 2011c)으로 명시되어 있으나 평가지표로 적용되지 않았던 것들로, 국외의 가정방문 급여 평가지표로 적용되고 있는 행위들이었다. ‘치매대상자의 개별상황 고려’여부에 대한 결과는 3.32 $\pm$ 0.95점으로서 65.8%의 시행률을 나타냈다. 독일의 경우, 치매대상자의 62%는 개인의 생애사에 나타난 특수상황을 고려하여 급여를 제공 받은 것으로 확인되었다(Brueggemann et al., 2012). 두 개의 평가결과는 유사한 수준이나 독일의 평가결과는 생애사에 근거한 특수상황의 고려여부를 평가한 반면, 본 지표는 욕구평가에서 파악된 개별적인 상황의 반영여부에 중점을 둔 차이가 있었다. 따라서 추후 연구에서 본 연구 지표의 충족률이 높을 경우 치매대상자의 생애사에 근거한 급여의 제공여부를 고려해 볼 수 있겠다. ‘투약관리’ 수행여부에 대한 평가 결과는 4점 만점에 3.35 $\pm$ 1.04점으로 65.9%의 시행률을 나타냈다. 대부분의 기관이 투약관리를 하고 있으나 충족하지 못한 경우는 기록부제로 나타났다. 독일의 경우, 의사의 처방대로 투약이

관리되고 있는지를 평가한 결과, 78%가 처방과 일치된 투약관리가 수행되고 있는 것으로 나타났다. 한국 재가급여 대상자의 99.7%가 만성질환을 앓고 있는 노인들임을 감안 한다면, 간호사에 의한 지속적인 투약관리가 필요하다(Brueggemann et al., 2012; Lee et al., 2011). 이러한 측면에서 본다면, ‘투약관리’ 지표가 본 연구에서 처음으로 반영된 것은 의미가 큰 것으로 볼 수 있다. ‘혈압·혈당측정’의 결과는 4점 만점에 3.8 $\pm$ 0.64점, 89.5%의 높은 시행률을 나타냈다. 이는 본 연구대상의 통합가정방문급여 기관에서는 방문요양만을 이용하는 대상자에게도 혈압·혈당이 간호사에 의해 관리되고 있는 것으로 볼 수 있다. 실제로 혼자 방밖으로 나오지 못하는 노인이 장기요양을 신청하는 경우, 노인에게 혈압이 높을 때 방문간호급여를 권고하는 것으로 나타났다. 그러나 혈압·혈당관리의 필요성 때문에 방문간호급여를 이용하는 경우는 없었으며, 장기요양 인정조사에서 간호처치 영역의 욕창, 암성통증간호, 도뇨관리, 투석간호, 산소요법, 장루간호, 당뇨발 간호가 있는 경우에만 방문간호를 이용하는 것으로 나타났다(Kwon, Han, & Lee, 2009). ‘의사와 의사소통’(2.99 $\pm$ 1.41, 시행률 61.9%) 수행여부에 대한 평가결과는 평가대상의 87%에게서 의사와 의사소통을 한 독일의 평가결과보다는 낮은 것으로 나타났다. 이외에도 ‘산소요법 시 감염예방’이 해당되었던 기관에 적용한 평가결과는 4점 만점에 2.90 $\pm$ 1.34점, 59%의 시행률을 나타냈다. 이 지표의 경우, 시행률의 높고 낮음을 떠나 본 연구에서



산소요법이 필요한 환자를 방문간호에서 관리하고 있다는 점을 나타내는 데에 큰 의미가 있으며, 독일의 경우 또한 가정방문급여를 이용하는 전체 대상자 중 0.7%가 산소요법을 받는 대상자인 것으로 나타났다(Brueggemann et al., 2012). 이상과 같은 간호행위에 대한 지표를 본 연구에서 처음으로 적용한 결과 2.9~3.8점의 시행수준을 나타냈다. 이는 본 연구대상기관이 통합가정방문급여 기관이었기 때문에 ‘투약관리’, ‘혈압·혈당측정’ 그리고 이러한 관리 결과에 따른 ‘의사와 의사소통’을 통해 대상자를 위한 전문적인 의료급여의 관리가 가능했던 것으로 사료된다.

## 2. 평가지표 검증에 대한 논의

통합가정방문급여 평가지표의 신뢰도 검증에서 Cronbach's  $\alpha$  계수는 .94로 신뢰도가 높은 평가지표임이 입증되었으나, 5개 영역 중 환경 및 안전과 급여제공결과 영역은 .49~.53의 낮은 신뢰도를 나타냈는데, 이는 3~4개로 구성된 평가지표 수가 너무 적기 때문에 낮은 신뢰도에 영향을 준 것으로 보인다(Shelley, 1984). 또한 본 연구에서 처음 적용되어 해당 사항이 없거나 낮은 시행수준을 나타내 낮은 신뢰도에 함께 영향을 미쳤을 것으로 사료된다. 따라서 ‘안전대책’, ‘유치도뇨관 삽입감소’, ‘고충처리’ 등의 낮은 시행수준을 나타낸 지표에 대한 규정 또는 매뉴얼을 마련하고 교육을 시행한 후, 본 통합가정방문급여 평가지표를 적용한 반복평가를 통해 신뢰도를 확인 할 필요가 있다.

타당도 검증은 2010년 재가장기요양기관 평가 참여여부와 참여한 기관의 등급 변화에 대한 2개의 준거로 분석되었다. 2010년 재가장기요양기관 평가에 참여한 기관의 평균점수가 5개의 모든 영역에서 미참여군보다 높은 것으로 나타났다. 간호지표의 12개 중 8개(66%)의 지표가 추가된 급여제공과정 영역에서도 참여군이 미참여군 보다 높은 평균점수를 나타낸 것은 ‘혈압·혈당측정’, ‘투약관리’, ‘의사와 의사소통’ 등 현장의 필요성에 의해 수가보전과 관계없이 방문간호의 급여를 제공하고 있음이 확인되었다(Im, Kim, Choi, Park, & Noh, 2011). 따라서 본 통합가정방문급여 평가지표를 적용하여 평가에 대해 적극적이며 준비된 군과 준비되어 있지 않은 군을 가릴 수 있는 준거타당도가 입증되었다. 두 번째 준거타당도로서 방문간호와 방문요양의 평가를 받은 56개 기관의 2010년 평가결과 등급과 본 연구결과간의 등급변화가 없는 것으로 나타난 결과는 2010년의 평가결과에서 방문간호 및 방문요양의 우수한 기관은 본 연구에서도 우수한 기관으로, 비우수기

관은 비우수기관임을 나타냈다. 이는 방문간호급여가 방문간호지시서에 따른 간호처치에 국한되지 않고 혈압·혈당측정을 비롯한 대상자의 상태관찰, 교육, 상담에 대한 간호사의 기본 업무들이 추가된 점을 고려 해 볼 수 있다(Ministry of Health & Welfare, 2011b). 결론적으로 통합가정방문급여 평가지표를 적용한 통합적인 평가로서 방문간호와 방문요양(방문목욕 포함)급여의 질적 수준을 나타 낼 수 있음이 입증되었다.

## 결론 및 제언

본 연구는 통합가정방문급여 제공기관의 질 관리 및 향상 목적의 평가지표를 개발하였다. 아울러 간호와 요양을 통합한 대상자 중심의 재가장기요양급여가 제공될 수 있는 기초를 마련하고자 하였다. 본 연구결과, 통합가정방문급여 평가지표를 적용한 평가결과로서 기관별 통합급여의 수준뿐만 아니라 현 평가체계에 따른 간호와 요양급여의 질 수준에 대한 파악이 가능하였다. 또한 내용타당도와 준거타당도가 검증되었으므로 방문간호를 포함한 가정방문급여를 통합적으로 제공하고 있는 기관들의 급여를 통합적으로 관리하고 평가 할 수 있는 지표로 활용될 수 있을 것으로 기대한다.

따라서 본 연구결과를 토대로 제언을 하면, 대상자 중심 서비스의 질 향상을 위해 본 연구의 통합가정방문급여 평가지표를 통합가정방문급여 기관의 자체 평가도구로 활용하고 평가하며, 평가지표의 타당도와 신뢰도를 검증하는 등 반복적인 연구가 필요하다. 또한 방문요양만을 제공하는 기관은 필요시 방문간호 또는 병·의원을 연계하여 의료서비스를 보장해야 할 의무가 있으므로 독일의 재가장기요양기관 평가처럼 방문요양만을 제공하는 기관에 통합가정방문급여 평가지표를 적용한 연구가 필요하다. 통합가정방문급여의 질적 향상을 위해서는 독일이나 오스트리아처럼 건강상태의 악화예방을 위한 전문가표준을 제시한 후, 전문가표준에 부합한 수행여부를 평가할 필요가 있다.

## REFERENCES

- An, H. S., Whang, I. S., Kyung, M. H., & Kim, H. J. (2008). *Development of evaluation indicators and weighting for the quality evaluation of long-term care benefits for the elderly*. Seoul: Korea University.
- Brueggemann, J., Becher, U., Coners, E., Fischer, W., Gerber, H., Kimmel, A., et al. (2012). 3. Bericht des mds nach 114a abs. 6 sgb XI. qualitaet in der ambulanten und stationaeren pfe-

- ge. Koeln: Asmuth druck & Crossmedia Gmbh & Co. KG.
- Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment in exploration in quality assessment and monitoring*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Fonds Soziales Wien. (2008). *Qualitaets-handbuch ambulant*. Wien: Author.
- Im, J. Y., Kim, E. J., Choi, K. W., Park, J. D., & Noh, W. J. (2011). *Home nursing services activation plan for long-term care insurance for the elderly*. Seoul: National Health Insurance Service.
- Kwon, J. H., Han, E. J., & Lee, J. S. (2009). *Improvement of long-term care benefits management with focus on standard benefit model development*. Report No.:2009-33. Seoul: National Health Insurance Service.
- Lee, E. O., Im, N. Y., & Park, H. A. (1998). *Research and statistical analysis of nursing and medical care*. Seoul: Soomoonsa.
- Lee, T. W., Ko, Y. K., Kim, B. N., Kim, H. C., Lee, I. S., Jung, S. H., et al. (2011). *Development of clinical performance and clinical indicators of long-term care insurance in South-Korea*. Seoul: Korea Institute of Public Finance.
- Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35(6), 382-385.
- MDS & Gesetzliche Krankenversicherung-Spitzenverband. (2009). *Grundlagen der mdkqualitaetspruefungen in der ambulanten pflege*. Koeln: Asmuth druck & Crossmedia Gmbh & Co. KG.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (2011). *Evaluation der transparenzvereinbarungen, abschlussbericht-quantitative und qualitative auswertung der transparenzergebnisse der medizinischen dienste für die stationäre und ambulante pflege*. Essen: Author.
- Ministry of Health & Welfare. (2010). *Law for the evaluation for the long-term care institution*. Report No.:2010-39. Seoul: Author.
- Ministry of Health & Welfare. (2011a). *The way to achieve a sustainability of long-term care system: 3rd anniversary ceremony and international symposium of long-term care insurance for the elderly*. Seoul: Author.
- Ministry of Health & Welfare. (2011b). *Long-term care benefit notification*. Report No.:2011-72. Seoul: Author.
- Ministry of Health & Welfare. (2011c). *Law for long-term care insurance for the elderly, enforcement decree of the long-term care insurance for the elderly, enforcement rules of the elderly long-term care insurance for the elderly*. Seoul: Author.
- Moon, C. J. (2011). Current guideline and orientation of long-term care insurance for senior citizens in South Korea. *3rd anniversary ceremony & international symposium of long-term care insurance for the elderly*. Seoul: National Health Insurance Service.
- Mukamel, B., Watson, N. M., Meng, H., & Spector, W. D. (2003). Development of a risk-adjusted urinary incontinence outcome measure of quality for nursing homes. *Medical Care*, 41(4), 467-478.
- National Health Insurance Service. (2011). *Evaluation of long-term home-care institutions 2010*. Seoul: Author.
- National Health Insurance Service. (2013). *Long-term care insurance key statistics*. National Health Insurance Service statistics. Seoul: Author.
- Organization for Economic Cooperation and Development. (2012). *OECD reviews of health care quality: Korea-raising standards*. OECD publishing.  
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264173446-en>
- Shelley, S. I. (1984). *Research methods in nursing and health*. Boston, Little: Brown.
- Yoon, J. L. (2013). *Improvement direction for long-term care system for the elderly-perspective of health care*. 2013 Inaugural meeting and commemoration seminar of the Institute of Korean Long-term care: The Korean academy of long-term care. 72-93. Seoul: National Health Insurance Service.