

재가간호서비스 제공자의 업무 수행 현황과 장애요인

오익금¹ · 이현주² · 김유경³ · 성지현¹ · 박영수² · 유재용⁴ · 우수희⁵

¹연세대학교 간호대학 · 김모임간호학연구소, ²연세대학교 대학원 간호학과, ³국군간호사관학교 간호학, ⁴건양대학교 간호대학 · 간호비교효과성연구소, ⁵경인여자대학교 간호학과

Current Status of Home Visit Programs: Activities and Barriers of Home Care Nursing Services

Oh, Eui Geum¹ · Lee, Hyun Joo² · Kim, Yookyung³ · Sung, Ji Hyun¹ · Park, Young-Su² · Yoo, Jae Yong⁴ · Woo, Soohye⁵

¹College of Nursing · Mo-Im Kim Nursing Research Institute, Yonsei University, Seoul

²College of Nursing, Graduate School, Yonsei University, Seoul

³Korea Armed Forces Nursing Academy, Daejeon

⁴The Institute for Comparative Effectiveness Research in Nursing · College of Nursing, Konyang University, Daejeon

⁵Department of Nursing, Kyung-In Women's University, Incheon, Korea

Purpose: The purpose of this study was to examine the current status of home care nursing services provided by community health nurses and to identify barriers to the services. **Methods:** A cross-sectional survey was conducted with three types of community health care nurses. Participants were 257 nurses, 46 of whom were hospital based home care nurses, 176 were community based visiting nurses, and 35 were long term care insurance based visiting nurses. A structured questionnaire on 7 domains of home care nursing services with a 4-point Likert scale was used to measure activities and barriers to care. Data were analyzed using SPSS WIN 21.0 program. **Results:** Hospital based home care nurses showed a high level of service performance activity in the domain of clinical laboratory tests, medications and injections, therapeutic nursing, and education. Community based visiting nurses had a high level of service performance in the reference domain. Long term care insurance based visiting nurses showed a high level of performance in the service domains of fundamental nursing and counseling. **Conclusion:** The results show that although health care service provided by the three types of community health nurse overlapped, the focus of the service is differentiated. Therefore, these results suggest that existing home care services will need to be utilized efficiently in the development of a new nursing care service for patients living in the community after hospital discharge.

Key words: Community health nurses, Home care services, Task performance

서 론

1. 연구의 필요성

의료비용의 효율성을 강조하는 보건의료 환경 변화에 따라 입원

환자의 재원일수 감소와 조기퇴원 환자의 증가가 예측되고 있다. 국내 입원 환자의 평균 재원일수는 2008년 38.5일에서 2013년 14.6일로 매년 꾸준히 감소하고 있으며[1], 2013년 7월 포괄수가제 확대실시에 따라 병상회전을 제고를 위한 국내 상급종합병원들의 지속적인 노력으로 이러한 추세는 더욱 가속화될 것으로 예상된다. 재원기간

주요어: 지역사회 간호사, 재가간호서비스, 업무현황

*본 연구는 보건복지부의 재원으로 한국보건산업진흥원의 보건 의료기술연구개발 사업 지원에 의하여 이루어진 것임(과제고유번호: HI13C0775).

*This research was supported by a grant of the Korea Health Technology R&D Project through the Korea Health Industry Development Institute (KHIDI), funded by the Ministry of Health & Welfare, Republic of Korea (grant number: HI13C0775).

Address reprint requests to : Oh, Eui Geum

College of Nursing · Mo-Im Kim Nursing Research Institute, Yonsei University, 50 Yonsei-ro, Seodaemun-gu, Seoul 03722, Korea

Tel: +82-2-2228-3256 Fax: +82-2-392-5440 E-mail: euigeum@yuhs.ac

Received: April 6, 2015 Revised: April 22, 2015 Accepted: July 6, 2015

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution NoDerivs License. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0>) If the original work is properly cited and retained without any modification or reproduction, it can be used and re-distributed in any format and medium.

의 단축은 복합적 간호문제를 가진 아급성 상태 환자의 조기퇴원을 유도할 수 있고, 퇴원 후 다양한 신체적, 정신적, 사회적 삶의 질을 저하시키는 것으로 보고되었다[2,3]. 아울러 퇴원 후 환자의 상태에 대해 제대로 관리가 이루어지지 않을 경우, 응급실 방문, 계획되지 않은 재입원 등의 불필요한 의료자원 이용이 불가피하게 됨으로써 의료비용의 손실을 야기할 뿐만 아니라, 환자와 보호자에게 경제적 부담으로 작용한다[4-6].

국내에서는 매년 500만명 이상의 환자가 퇴원하고 있으며[1], 대학병원 퇴원 환자를 대상으로 한 연구에서 약 9%의 환자가 질병의 재발 및 상태의 악화 등의 이유로 퇴원 후 28일 이내 재입원하는 것으로 보고되고 있다[7,8]. 이러한 계획되지 않은 재입원으로 환자는 평균 1.7배의 진료비를 더 부담하게 되며[9], 미국의 경우 2003년부터 2004년까지 19.5%의 메디케어(medicare) 환자의 재입원으로 174억 달러의 비용을 지출한 것으로 보고되었다[10].

의료선진화가 비교적 구축된 캐나다, 미국, 호주, 일본 등은 아급성 상태의 퇴원 환자의 지속적이며 효율적인 관리를 위하여 체계적인 간호서비스가 구축되었으며[11-14], 예를 들어, 캐나다의 경우 대상자 중심의 개별화된 통합적 의료서비스 제공을 목적으로 지역보건센터(Community Care Access Center [CCAC])를 운영하고, 사례관리자(case manager)의 역할을 도입하여 지역사회 중심의 재가간호서비스를 효율적으로 제공하고 있다[11]. 또한 호주와 미국의 경우, 전환간호 프로그램(Transition Care Program [TCP]), 전환간호모델(Transition Care Model [TCM]) 등의 각 재가간호서비스를 통해 아급성 퇴원 환자에게 지속적인 간호를 제공하고, 자가 관리 능력을 향상시켜 재입원율을 낮추기 위한 다양한 사례관리 프로그램을 제공하고 있다[12-14]. 이러한 퇴원 환자 서비스 체계는 삶의 질 향상 및 재입원 감소로 인한 의료비용 절감 등에서의 긍정적 성과가 보고되었다[13-16].

현재 국내에서 제공되고 있는 재가간호서비스, 즉 의료기관의 가정간호사업 및 보건소 방문보건사업, 노인장기요양보험 방문간호사업을 활용한 새로운 포괄적 간호서비스 개발이 요구되며, 이를 위한 기초 자료로써 현재 운영 중인 재가간호서비스의 특성 및 업무 파악이 필요하다. 현재 국내 재가간호서비스 중 의료기관 가정간호는 2013년 기준 전국 117개 기관에 소속된 가정간호사업소에서 제공되고 있는 퇴원 후 환자를 위한 치료 중심의 지속적 건강관리 서비스로써 수술 후 조기 퇴원 환자, 만성질환자, 만성폐쇄성호흡기질환자, 뇌혈관 질환자 등을 대상으로 의사의 처방에 근거하여 간호가 제공되고 있으며[17], 보건소 방문건강관리사업은 2007년 전문인력 2,000명을 확보하여 건강문제를 가진 기초생활수급대상 및 차상위 계층 등의 지역사회 취약계층을 대상으로 공공기관인 보건소 내 간호사 등 방문건강관리 전담인력이 가정 방문하여 대상자의 건강문제를 확인하고 건강관리서비스를 제공하며 보건소 내외 자원을 연

계하고 있다[18]. 2008년 7월에 도입된 노인장기요양보험 방문간호사업은 65세 이상 노인 또는 65세 미만의 자로서 치매, 뇌혈관성 질환 등의 노인성 질환을 가진 자를 대상으로 하며 의사소견서를 근거로 하여 장기요양인정 등급 판정을 받은 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 등을 제공한다[19].

국내의 경우 퇴원 환자가 활용 가능한 재가간호서비스가 산발적으로 존재하고 있으며, 재원 및 주체가 상이하고 사업 간 업무내용이 중복되는 이유 등으로 통합적이고 연계성 있는 퇴원 환자 중심의 간호중재서비스 체계가 구축되어 있지 않다. 따라서, 기존 재가간호서비스의 중복은 최소화하고 대상자의 복합적 요구를 충족시킬 수 있는 체계적 연계 방안을 모색하기 위한, 효율적이고 연계적이며 비용효율적인 새로운 간호서비스를 제안할 수 있을 것이다.

이에 본 연구는 국내 재가간호서비스의 업무 수행 현황과 장애요인을 파악함으로써, 추후 비용효율적인 퇴원 환자 관리를 위한 간호서비스 프로그램 개발을 위한 기초자료로 활용하기 위함이다.

2. 연구 목적

본 연구는 퇴원 환자를 위한 간호서비스 모델 개발의 기초자료를 확보하기 위해 의료기관, 보건소, 노인장기요양보험의 각 간호서비스 유형별 재가간호업무 수행 현황과 장애요인을 파악하기 위함으로 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 재가간호서비스 제공자 유형별(의료기관 가정간호사, 보건소 방문간호사, 노인장기요양보험 방문간호사) 간호업무 수행 현황을 파악한다.

둘째, 재가간호서비스 제공자 유형별(의료기관 가정간호사, 보건소 방문간호사, 노인장기요양보험 방문간호사) 업무 수행관련 장애요인을 파악한다.

3. 용어 정의

1) 재가간호서비스

재가간호서비스는 의료기관 중심의 가정간호사업, 보건소 방문건강관리사업, 그리고 노인장기요양보험 방문간호사업에 의해 제공되는 방문간호서비스이다[17-19].

2) 의료기관 가정간호사업

의료기관 가정간호사업은 입원치료 후 가정으로 퇴원한 환자를 대상으로 의사의 처방에 따라 전문적 간호를 제공함으로써 최종적으로 환자와 가족이 효과적인 자가 관리가 가능하도록 하기 위한 간호서비스를 의미한다[17].

3) 보건소 방문건강관리사업

보건소 방문건강관리사업은 취약계층의 건강문제를 포괄적, 적극적으로 파악하여 건강관리서비스를 제공하고 연계하는 보건의료서비스로써, 특히 방문건강관리사업 내 방문간호는 보건소 내 전담인력인 간호사가 대상자의 가정을 방문하여 건강문제를 스크리닝하고 건강관리서비스를 제공하는 간호서비스를 의미한다[18].

4) 노인장기요양보험 방문간호사업

노인장기요양보험 방문간호사업은 장기요양요원인 간호사 등이 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시서에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공하는 간호서비스를 의미한다[19].

연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 재가간호서비스 제공자인 의료기관 가정간호사, 보건소 방문간호사, 노인장기요양보험 방문간호사를 대상으로 그들이 수행하고 있는 재가간호서비스 업무 현황을 확인하고, 각 서비스 전달의 장애요인을 파악하기 위한 횡단적 서술적 조사 연구이다.

2. 연구 대상

본 연구의 대상자는 환자의 가정에 방문하여 간호서비스를 제공하는 의료기관 가정간호사, 보건소 방문간호사, 노인장기요양보험 방문간호사로서, 본 연구의 목적을 이해하고 참여에 동의한 자에게 조사를 실시하였으며 대상자 재가간호에 참여하지 않는 관리직 간호사는 대상에서 제외하였다. 본 연구 대상자 수는 G*Power 3.1 프로그램을 이용하여 Fixed effects ANOVA에 필요한 유의수준 .05, 검정력 .90, 효과크기 .25, 집단 수 3개로 계산한 결과, 207명이 필요하였으며, 전체 145개 기관 대상 설문 중 82개 기관 257부가 회수되어 최종적으로 257명의 대상자가 분석되었다.

1) 의료기관 가정간호사

본 연구의 모집단은 전국의 의료기관 가정간호사이며, 근접 모집단은 전국 44개 상급종합병원 중 가정간호사업소를 운영하고 있는 27개 의료기관 전수와 국민건강보험 병원을 포함한 총 28개 의료기관에 소속된 가정간호사이다. 전체 28개 기관에 총 56부(기관별 각 2부)의 설문지를 발송하였고, 20개 기관에서 설문지가 회수되어 총 46명(응답률 82.1%)의 대상자가 분석되었다.

2) 보건소 방문간호사

본 연구의 모집단은 전국의 보건소 방문간호사이며, 근접 모집단은 전국 자치구 단위의 보건소 254개를 대상으로 계통적 추출법으로 추출된 각 지역 보건소 70개소의 맞춤형 방문보건사업에 참여하는 방문간호사이다. 전체 70개 기관에 총 280부(기관별 각 4부)의 설문지를 발송하였고, 45개 기관에서 설문지가 회수되어 총 176명(응답률 62.8%)의 대상자가 분석되었다.

3) 노인장기요양보험 방문간호사

본 연구의 모집단은 노인장기요양보험 방문간호사이며, 근접 모집단은 국민건강보험공단 내 노인장기요양보험 데이터베이스에 등록된 방문간호 급여제공기관 중 A와 B등급 판정을 받은 47개 기관에 등록된 방문간호사이다. 대상자 방문간호에 직접 참여하지 않는 관리직 간호사와 방문요양만을 제공하는 간호조무사는 설문 대상에서 제외하였다. 전체 47개 기관에 총 66부(일 기관 20부, 46개 기관 각 1부)의 설문지를 발송하였고, 업무 중단 및 설문거부로 5개 기관의 설문지가 반송되었으며 17개 기관에서 설문지가 회수되어 35명(응답률 53%)의 대상자가 분석되었다.

3. 연구 도구

본 연구의 도구는 퇴원 후 환자에게 제공되어야 하는 간호서비스 항목 중심으로 연구팀이 개발하였다. 보건복지부에서 발행한 의료기관 가정간호사업 업무편람[17]과 방문건강관리사업 자료[18]에 제시된 재가간호서비스업무를 고찰하여 재가간호서비스 업무에 관한 7개 영역 총 66개 항목을 도출해 내었고, 해당 내용에 대해 성인간호학 전공교수 2인, 성인간호학 박사 학위 소지자 2인을 대상으로 안면타당도를 검증 받아 최종 확정되었다. 연구 주요 변수별 측정 도구는 다음과 같다.

1) 재가간호서비스 업무 수행 현황

퇴원 환자에게 필요로 되는 재가간호서비스 업무 항목은 7개 영역(기본간호, 임상검사, 투약 및 주사, 치료적 간호, 상담, 교육, 의뢰), 총 66개 항목으로 구성되었다. 이중, 치료적 간호영역은 영양, 배뇨, 배변, 호흡, 상처, 기타의 6개의 세부 영역으로 분류하였으며, 각 영역은 세부업무에 대한 수행 정도로 측정하여 수행율이 25% 미만인 경우 1점, 수행율이 76~100%인 경우 4점으로 측정한다. 본 연구에서 사용된 도구의 신뢰도 Cronbach's alpha값은 의료기관 가정간호사 대상 .88, 보건소 방문간호사 대상 .73, 노인 장기요양보험 방문간호사 대상 .91이었으며, 전체 대상 .91이었다.

2) 장애요인

재가간호서비스 장애요인을 파악하기 위한 설문을 구성하는 기본 간호, 임상검사, 투약 및 주사, 상담, 교육, 의뢰 6개 영역과 치료적 간호영역의 6개 세부 영역을 포함한 총 12개 재가간호업무 영역을 대상으로 재가간호서비스 제공자의 업무수행에 대한 장애요인을 측정하였다. 방문간호의 장애요인을 파악하기 위한 연구[20,21]에서 확인된 내용을 바탕으로 시간부족, 업무범위를 벗어남, 환자의 거부, 기타의 4가지 선택지로 구성하였다. 12개의 재가간호업무영역 중 간호서비스 제공비율이 25% 이하로 낮은 항목에 대하여 시간부족, 업무범위를 벗어남, 환자의 거부 중 그 이유에 해당하는 항목에 표시하고 이들 선택지에 해당하지 않는 경우 기타란에 기입하도록 하였으며, 표시된 항목은 낮은 수행정도를 보이는 업무에 대한 장애요인을 의미한다.

4. 자료 수집 방법

연구 자료 수집에 앞서 본 연구에 대해 Y대학교 간호대학의 연구윤리심의위원회의 승인(IRB No. 2013-0040-2)을 받았다. 본 연구는 2014년 2월 1일부터 3월 15일까지 자료 수집을 하였다. 대상 기관 선정에 위해 인터넷 상의 가정간호사회 홈페이지, 공공보건포털 홈페이지, 노인장기요양보험 홈페이지를 방문하여 기관 명단을 수집하였다. 의료기관 가정간호사업소는 전국 상급종합병원 가정간호사업소 전체 27곳과 국민건강보험 병원 1곳을 포함한 총 28개로 하였으며, 보건소는 전체 254개 보건소 명단을 바탕으로 계통적 추출법을 이용하여 매 세번째에 해당하는 보건소 70개소를 추출하였다. 노인장기요양보험 재가급여 제공기관은 평가 등급 A-E 5등급 중 A와 B등급 판정을 받은 47개 기관 전수를 대상으로 하였다. 의료기관 가정간호사업소와 보건소의 설문 대상자는 각각 기관마다 2명, 4명으로 선정하였으며, 노인장기요양보험 방문간호기관은 전문 인력수에 따른 비례할당으로 대상자수를 선정하였다. 설문지 발송 전 선정된 기관으로부터 연구의 목적 및 참여에 대한 동의를 구한 후 협조 공문과 설문지, 동의서를 동봉하여 우편으로 각 기관에 발송하였다. 설문지 발송 7일 후에는 각 기관에 설문 상기를 위한 유선연락을 취하고 대상자의 문의사항에 응답하였으며, 각 기관에서 작성된 설문지와 동의서는 우편으로 회신하였다.

5. 자료 분석 방법

수집된 자료는 IBM SPSS statistics win (version 21.0) 프로그램을 이용하여 분석하였다.

첫째, 대상자의 일반적 특성, 재가간호 업무 수행 현황, 장애요인은 평균과 표준편차, 빈도와 백분율의 기술 통계를 이용하여 분석하

였다.

둘째, 재가간호서비스 제공자 그룹 간 간호업무 수행 현황의 차이를 비교하기 위해 χ^2 -test와 ANOVA 분석을 실시하였다. χ^2 -test의 경우 셀(cell)의 기대빈도가 5 이하인 경우 Fisher's exact test로 검정하였으며, ANOVA 분석 후 그룹 간 차이가 있는 경우 사후검정으로 Scheffé 분석을 하였다.

연구 결과

1. 재가간호서비스 그룹별 일반적 특성

재가간호서비스 그룹별 일반적 특성은 다음과 같다(Table 1).

1) 의료기관 가정간호사

의료기관 가정간호사는 모두 여성(100%)으로 평균 나이 45.46세, 기혼자 38명(82.6%), 석사학위 이상 26명(56.5%), 전체 간호임상경력력은 평균 19.73년, 가정간호 분야 재직경력 5년 이상인 경력자가 25명(54.3%)이었으며, 가정방문 횟수는 주당 평균 26.01회로 보고되었다. 가정간호사의 업무 만족도는 4점 중 평균 3.20점으로 나타났다.

2) 보건소 방문간호사

보건소 방문간호사 대상자는 여성이 170명(96.6%)으로 평균 나이 43.9세, 기혼자 151명(85.8%), 전문대 졸업 130명(73.9%), 전체 간호임상경력력은 평균 9.23년, 보건소 방문간호 분야 재직경력 5년 미만의 경력자가 90명(51.1%)이었으며, 보건소 방문간호사의 업무 만족도는 4점 중 평균 2.90점으로 나타났다.

3) 노인장기요양보험 방문간호사

노인장기요양보험 방문간호사는 모두 여성(100%)으로 평균 나이 51.49세, 기혼자가 33명(94.3%), 학사학위가 17명(48.6%), 전체 간호임상경력력은 평균 15.32년, 노인장기요양보험 방문간호 분야 재직경력이 5년 이상인 경력자가 18명(51.4%)이었으며, 가정방문 횟수는 주당 평균 7.64회였다. 노인장기요양보험 방문간호사의 업무 만족도는 4점 중 평균 2.80점으로 나타났다.

2. 재가간호서비스 업무 수행 현황

1) 재가간호업무 수행 현황

재가간호서비스 그룹별 간호업무 현황을 파악한 결과, 기본 간호, 임상 검사, 투약 및 주사, 치료적 간호, 상담, 교육, 의뢰의 총 7개

영역의 간호 업무에 대해 모든 영역에서 그룹간 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으며(Table 2), 세부업무 수행에 대한 차이는 다음과 같다.

기본간호 수행은 8개 항목 중 평균 4.1개로써, 의료기관 가정간호사 5.7개, 보건소 방문간호사 3.4개, 노인장기요양보험 방문간호사 5.5개로 세 군간 차이가 있는 것으로 나타났다($F=45.70$, $p<.001$). 구체적으로는 '건강상태 파악 및 관찰'과 '활력증후 측정' 업무는

전체 대상자의 90% 이상이 해당 업무를 수행하면서 그룹별 유의한 차이가 나타나지 않았으나 '섭취량과 배설량 확인', '체위변경', '구강간호', '온·냉 요법', 'Gismo 관리', '눈 간호' 업무는 그룹별 수행 여부에 유의한 차이가 있었다. '섭취량과 배설량 확인', '구강간호', 온·냉 요법', 'Gismo 관리'는 의료기관 가정간호사 그룹이 많이 수행하는 것으로 나타났으며, '체위변경'과 '눈 간호'는 노인장기요양 보험 방문간호사 그룹이 많이 수행하는 것으로 분석되었다.

Table 1. Characteristics of Participants

(N=257)

Characteristics	Categories	Total*	H-HN (n=46)*	C-VN (n=176)*	LC-VN (n=35)*
		n (%) or M±SD	n (%) or M±SD	n (%) or M±SD	n (%) or M±SD
Gender	Female	251 (97.7)	46 (100.0)	170 (96.6)	35 (100.0)
	Male	4 (1.6)	0 (0.0)	4 (2.3)	0 (0.0)
Age (yr)		45.23±8.27	45.46±4.57	43.90±8.77	51.49±6.57
Marital status	Married	222 (86.4)	38 (82.6)	151 (85.8)	33 (94.3)
	Unmarried	30 (11.7)	8 (17.4)	20 (11.4)	2 (5.7)
Education	Junior College	148 (57.6)	4 (8.7)	130 (73.9)	14 (40.0)
	Bachelor's degree	73 (28.4)	16 (34.8)	40 (22.7)	17 (48.6)
	≥ Master's degree	32 (12.5)	26 (56.5)	2 (1.1)	4 (11.4)
Experience in nursing field (yr)	< 15	158 (61.5)	8 (17.4)	134 (76.2)	16 (45.7)
	≥ 15	94 (36.6)	38 (82.6)	37 (21.0)	19 (54.3)
		11.99±7.09	19.73±4.43	9.23±5.87	15.32±6.46
Experience in a specialized field (yr)	< 5	125 (48.6)	21 (45.7)	90 (51.1)	14 (40.0)
	≥ 5	127 (49.4)	25 (54.3)	84 (47.7)	18 (51.4)
Home visit (times/week)		30.55±13.84	26.01±8.28	36.60±9.85	7.64±8.87
Job satisfaction (range: 1~5)	Satisfied	205 (79.8)	45 (97.8)	132 (75.0)	28 (80.0)
	Dissatisfied	40 (15.6)	1 (2.2)	32 (18.2)	7 (20.0)
		2.94±0.57	3.20±0.45	2.90±0.57	2.80±0.63

*Nonresponses were excluded; H-HN=Hospital based home care nurse; C-VN=Community based visiting nurse; LC-VN=Long-term care insurance based visiting nurse.

Table 2. Status of Home Care Nursing Service

(N=257)

Variables	Categories	Total	H-HN ^a (n=46)	C-VN ^b (n=176)	LC-VN ^c (n=35)	χ^2 or F	p
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Fundamental nursing	Assessment & observation	256 (99.6)	46 (100.0)	175 (99.4)	35 (100.0)	1.18	1.000*
	Vital sign check	255 (99.2)	46 (100.0)	174 (98.9)	35 (100.0)	0.56	1.000*
	Intake & output check	126 (49.0)	45 (97.8)	51 (29.0)	30 (85.7)	91.00	<.001
	Position change	134 (52.1)	36 (78.3)	70 (39.8)	28 (80.0)	34.25	<.001
	Oral care	108 (42.0)	28 (60.9)	60 (34.1)	20 (57.1)	14.54	.001
	Hot & cold	67 (26.1)	22 (47.8)	31 (17.6)	14 (40.0)	21.35	<.001
	Gismo care	43 (16.7)	22 (47.8)	7 (4.0)	14 (40.0)	66.08	<.001
	Eye care	64 (24.9)	16 (34.8)	33 (18.8)	15 (42.9)	12.00	.002
	Number of activities (mean)	4.1/8 (51.2)	5.7/8 (70.9)	3.4/8 (42.7)	5.5/8 (68.2)	45.70	<.001 (b<a,c) ^d
Clinical laboratory test	Specimen collection	95 (37.0)	46 (100.0)	36 (20.5)	13 (37.1)	99.03	<.001
	Blood sugar check	246 (95.7)	43 (93.5)	169 (96.0)	34 (97.1)	0.889	.633*
	Percutaneous oxygen saturation monitor	45 (17.5)	40 (87.0)	0 (0.0)	5 (14.3)	191.21	<.001
	Number of activities (mean)	1.5/3 (50.1)	2.8/3 (93.5)	1.2/3 (38.8)	1.5/3 (49.5)	188.08	<.001 (b<c<a) ^d
Medication /Injection	Intravenous injection (fluid)	77 (30.4)	46 (100.0)	3 (1.7)	28 (80.0)	212.63	<.001
	Intravenous injection (TPN)	47 (18.6)	44 (95.7)	0 (0.0)	3 (8.6)	222.22	<.001
	Oral medication care	226 (89.3)	38 (82.6)	158 (89.8)	30 (85.7)	4.04	.122
	Pain control	87 (34.4)	34 (73.9)	38 (21.6)	15 (42.9)	44.49	<.001
	Subcutaneous injection	60 (23.7)	32 (69.6)	12 (6.8)	16 (45.7)	89.45	<.001
	Antibiotics injection	42 (16.6)	31 (67.4)	6 (3.4)	5 (14.3)	107.21	<.001
	Number of activities (mean)	2.1/6 (35.5)	4.9/6 (81.5)	1.3/6 (21.0)	2.8/6 (46.2)	251.59	<.001 (b<c<a) ^d

Table 2. Status of Home Care Nursing Service (Continued)

(N=257)

Variables	Categories		Total	H-HN ^a (n=46)	C-VN ^b (n=176)	LC-VN ^c (n=35)	χ^2 or F	p
			n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Therapeutic nursing	Nutrition	Nasogastric tube exchange & care	78 (36.8)	46 (100.0)	3 (1.7)	29 (82.9)	195.23	<.001
		Levin tube feeding	53 (25.0)	32 (69.6)	5 (2.8)	16 (45.7)	94.55	<.001
	Voiding	Urinary catheter exchange & care	83 (39.0)	46 (100.0)	6 (3.4)	31 (88.6)	184.82	<.001
		Urinary catheter insertion	71 (33.3)	45 (97.8)	5 (2.8)	21 (60.0)	154.45	<.001
		Bladder irrigation	63 (29.6)	42 (91.3)	1 (0.6)	20 (57.1)	154.69	<.001
		Cystostomy care	54 (25.4)	37 (80.4)	2 (1.1)	15 (42.9)	122.23	<.001
	Defecation	Enema	69 (32.7)	43 (93.5)	4 (2.3)	22 (62.9)	156.49	<.001
		Ostomy care	73 (34.6)	39 (84.8)	16 (9.1)	18 (51.4)	92.21	<.001
	Respiration	Tracheostomy care	68 (33.7)	46 (100.0)	1 (0.6)	21 (60.0)	174.05	<.001
		Suction (nasal/oral/tracheal)	65 (32.2)	44 (95.7)	2 (1.1)	19 (54.3)	156.23	<.001
		Oxygen inhalation	48 (23.8)	30 (65.2)	8 (4.5)	10 (28.6)	67.51	<.001
		Ventilator care	31 (15.4)	23 (50.0)	2 (1.1)	6 (17.1)	61.61	<.001
	Wound	Simple dressing	153 (66.8)	46 (100.0)	74 (42.0)	33 (94.3)	56.64	<.001
		Bedsore care	114 (49.8)	46 (100.0)	37 (21.0)	31 (88.6)	106.81	<.001
		Stitch out	60 (26.2)	44 (95.7)	3 (1.7)	13 (37.1)	162.38	<.001
		Inflammation treatment	75 (32.8)	43 (93.5)	11 (6.3)	21 (60.0)	133.55	<.001
	Others	Therapeutic catheter care	56 (24.7)	46 (100.0)	0 (0.0)	10 (28.6)	189.50	<.001
		Intravenous central line care	56 (24.7)	45 (97.8)	1 (0.6)	10 (28.6)	178.89	<.001
		Range of motion exercise	147 (64.8)	18 (39.1)	99 (56.3)	30 (85.7)	23.42	<.001
		Number of activities (mean)		6.7/19 (35.3)	16.5/19 (87.1)	1.7/19 (8.7)	12.5/19 (66.0)	806.36
Counseling	Counseling about follow-up		233 (91.4)	46 (100.0)	154 (87.5)	33 (94.3)	7.21	.024*
	Telephone counseling about patient condition		231 (90.6)	45 (97.8)	154 (87.5)	32 (91.4)	3.77	.151*
	Counseling about care giver & family problem		131 (51.4)	34 (73.9)	73 (41.5)	24 (68.6)	19.68	<.001
	Counseling about spiritual nursing care		114 (44.7)	26 (56.5)	63 (35.8)	25 (71.4)	17.79	<.001
	Counseling about economic support		160 (62.7)	23 (50.0)	114 (64.8)	23 (65.7)	3.90	.142
	Counseling about social activity maintain & return		81 (31.8)	11 (23.9)	60 (34.1)	10 (28.6)	2.07	.356
	Number of activities (mean)		3.7/6 (62.1)	4.0/6 (67.0)	3.6/6 (59.2)	4.2/6 (70.0)	3.84	.023 (b<c) [†]
Education	Wound dressing		144 (56.7)	46 (100.0)	68 (38.6)	30 (85.7)	68.45	<.001
	Blood sugar check		224 (88.2)	45 (97.8)	149 (84.7)	30 (85.7)	5.01	.082
	Levin tube feeding		87 (34.3)	44 (95.7)	17 (9.7)	26 (74.3)	147.75	<.001
	Medication		225 (88.6)	44 (95.7)	148 (84.1)	33 (94.3)	4.97	.083
	Ostomy & cystostomy care		85 (33.5)	43 (93.5)	28 (15.9)	14 (40.0)	98.28	<.001
	Subcutaneous injection		102 (40.2)	43 (93.5)	43 (24.4)	16 (45.7)	71.73	<.001
	Oral & perineal care		85 (33.5)	43 (93.5)	17 (9.7)	25 (71.4)	140.48	<.001
	Position change		168 (66.1)	43 (93.5)	94 (53.4)	31 (88.6)	33.98	<.001
	Personal hygiene		184 (72.4)	42 (91.3)	115 (65.3)	27 (77.1)	11.67	.003
	Hyper · hypoglycemia emergency care		200 (78.7)	42 (91.3)	128 (72.7)	30 (85.7)	7.69	.021
	Enema		77 (30.3)	41 (89.1)	15 (8.5)	21 (60.0)	128.29	<.001
	Nelaton catheterization		68 (26.8)	40 (87.0)	9 (5.1)	19 (54.3)	139.56	<.001
	Bladder training		93 (36.6)	37 (80.4)	41 (23.3)	15 (42.9)	51.08	<.001
	Diet therapy		230 (90.6)	37 (80.4)	161 (91.5)	32 (91.4)	6.08	.042*
	Defecation training		87 (34.3)	36 (78.3)	34 (19.3)	17 (48.6)	59.12	<.001
	Equipments & instruments for operation		57 (22.4)	36 (78.3)	9 (5.1)	12 (34.3)	114.71	<.001
	Exercise therapy		224 (88.2)	31 (67.4)	162 (92.0)	31 (88.6)	24.05	<.001
		Number of activities (mean)		9.2/17 (54.2)	15.1/17 (88.6)	7.2/17 (42.1)	11.7/17 (68.7)	119.63
Referral	Refer to other home care nurse		147 (59.5)	33 (71.7)	94 (53.4)	20 (57.1)	5.65	.059
	Refer to hospice		97 (39.3)	20 (43.5)	65 (36.9)	12 (34.3)	0.90	.638
	Refer to community health center		154 (62.3)	12 (26.1)	127 (72.2)	15 (42.9)	38.13	<.001
	Refer to community welfare center		140 (56.7)	12 (26.1)	113 (64.2)	15 (42.9)	23.83	<.001
	Refer to mobile bath center		117 (47.4)	10 (21.7)	92 (52.3)	15 (42.9)	13.87	.001
	Refer to day care center		75 (30.4)	4 (8.7)	61 (34.7)	10 (28.6)	11.87	<.001
	Refer to community mental health center		140 (56.7)	2 (4.3)	127 (72.2)	11 (31.4)	78.53	<.001
	Number of activities (mean)		3.5/7 (50.3)	2.1/7 (30.2)	4.0/7 (57.1)	3.0/7 (42.4)	17.04	<.001 (a,c<b) [†]
Degree of performance (M±SD, Range : 1~4)		2.70±0.79	3.61±0.43	0.20±0.41	3.40±0.67	187.99	<.001 (b<a,c) [†]	

*Fisher's exact test; [†]Scheffé test; H-HN=Hospital based home care nurse; C-VN=Community based visiting nurse; LC-VN=Long-term care insurance based visiting nurse; TPN=Total parenteral nutrition.

임상검사 수행은 3개 항목 중 평균 1.5개로써, 의료기관 가정간호사 2.8개, 보건소 방문간호사 1.2개, 노인장기요양보험 방문간호사 1.5개로 세 군간 차이가 있는 것으로 나타났다($F=188.08, p<.001$). 구체적으로는 ‘혈당검사’는 전체 대상자의 90% 이상이 해당 업무를 수행하면서 그룹별 유의한 차이가 나지 않았으나, ‘검사물 수집’ 및 ‘경피적 산소분압 측정’ 업무는 의료기관 가정간호사가 가장 많이 수행하며 그룹별 수행여부에 유의한 차이가 있는 것으로 분석되었다.

투약 및 주사 수행은 6개 항목 중 평균 2.1개로써, 의료기관 가정간호사 4.9개, 보건소 방문간호사 1.3개, 노인장기요양보험 방문간호사 2.8개로 세 군 간 차이가 있는 것으로 나타났다($F=251.59, p<.001$). ‘내복약 투약 관리’는 전체 대상자의 89.3%가 수행하면서 그룹별 유의한 차이가 나지 않았으나, 그 외 업무는 그룹별 수행여부에 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. ‘일반수액 주입’, ‘Total Parenteral Nutrition (TPN) 주입’, ‘통증조절’, ‘피하주사’, ‘항생제 투약’ 업무 모두 의료기관 가정간호사 그룹이 가장 많이 수행하며 그룹별 수행여부에 유의한 차이가 있는 것으로 분석되었다.

치료적 간호 수행은 19개 항목 중 평균 6.7개로써, 의료기관 가정간호사 16.5개, 보건소 방문간호사 1.7개, 노인장기요양보험 방문간호사 12.5개로 세 군 간 차이가 있는 것으로 나타났다($F=806.36, p<.001$). ‘Range Of Motion (ROM) 운동’ 업무는 노인장기요양보험 방문간호사 그룹이 85.7%로 가장 많이 수행하는 것으로 나타났으나 그 외 영양, 배뇨, 배변, 호흡, 상처의 치료적 간호업무는 의료기관 가정간호사 그룹이 가장 많이 수행하는 것으로 나타났으며, 치료적 간호영역 세부업무 전체에서 그룹별 업무 수행에 유의한 차이가 있었다.

상담 수행은 6개 항목 중 평균 3.7개로써, 의료기관 가정간호사 4개, 보건소 방문간호사 3.6개, 노인장기요양보험 방문간호사는 4.2개로 보건소와 노인장기요양보험 방문간호사 두 그룹간 차이가 있는 것으로 나타났다($F=3.84, p=.023$). 구체적으로 ‘환자상태 전화상담’, ‘경제적 지지’, ‘사회활동 유지 및 복귀’ 업무 수행은 그룹별 유의한 차이가 나타나지 않았으나, ‘추후 관리 상담’, ‘주 수발자 및 가족문제상담’, ‘영적간호’ 업무는 그룹별 수행여부에 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. ‘추후 관리 상담’과 ‘주 수발자 및 가족문제상담’은 의료기관 가정간호사가 가장 많이 수행하며, ‘영적간호’는 노인장기요양보험 방문간호사가 가장 많이 수행하는 것으로 나타났다.

교육 수행은 17개 항목 중 평균 9.2개로써, 의료기관 가정간호사 15.1개, 보건소 방문간호사 7.2개, 노인장기요양보험 방문간호사 11.7개로 세 군간 차이가 있는 것으로 나타났다($F=119.63, p<.001$). 구체적으로는 ‘혈당검사’, ‘투약’과 관련된 교육 업무는 전체 대상자의 80% 이상이 해당 업무를 수행하면서 그룹별 유의한

차이가 나타나지 않았으나 이를 제외한 15개 세부업무는 그룹별 수행여부에 유의한 차이가 있었다. 의료기관 가정간호사는 ‘식이요법’과 ‘운동요법’을 제외한 교육 업무에 대한 참여 비율이 다른 그룹에 비해 가장 높았으며, ‘식이요법’과 ‘운동요법’에 대한 교육 업무는 보건소 방문간호사가 가장 많이 수행하는 것으로 나타났다.

의뢰 수행은 7개 항목 중 평균 3.5개로써, 의료기관 가정간호사 2.1개, 보건소 방문간호사 4개, 노인장기요양보험 방문간호사 3개로 보건소 방문간호사 그룹이 다른 두 그룹과 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다($F=17.04, p<.001$). 구체적으로 ‘가정간호 의뢰’와 ‘호스피스 의뢰’ 업무는 전체 대상자의 각 59.5%, 39.3%가 업무를 수행하면서 그룹별 유의한 차이가 나타나지 않았으나 ‘보건소 의뢰’, ‘사회복지관 의뢰’, ‘이동목욕센터 의뢰’, ‘주간보호시설 의뢰’, ‘정신보건센터 의뢰’ 업무는 보건소 방문간호사 그룹이 가장 많이 수행하는 것으로 분석되었으며 그룹별 수행여부에 유의한 차이가 있었다.

2) 재가간호업무 수행 정도와 장애요인

재가간호업무 수행 정도가 1점 이하인 항목을 바탕으로 장애요인을 파악한 결과는 다음과 같다. 의료기관 가정간호사의 재가간호업무 수행 정도는 4점 중 평균 3.61 ± 0.43 점으로 전반적으로 높았으나, 의뢰 영역의 수행이 다른 영역에 비해 상대적으로 낮게 나타났으며($n=8, 17.4\%$), 이는 ‘의뢰 대상자가 적음’, ‘관련 정보취약 및 관련조건이 번거로움’ 등의 기타이유($n=4, 8.7\%$)와 ‘업무범위 아님’($n=3, 6.5\%$), ‘시간부족’(2.2%) 순의 이유로 보고되었다.

보건소 방문간호사의 재가간호업무 수행 정도는 평균 2.20 ± 0.41 점이었으며, 대상자의 50% 이상에서 치료적 간호영역 중 영양($n=132, 75.0\%$), 배뇨($n=129, 73.3\%$), 배변($n=127, 72.2\%$), 호흡($n=121, 68.8\%$), 상처($n=89, 50.6\%$)업무의 수행이 상대적으로 낮게 나타났고, 그 장애요인으로 ‘업무범위가 아님’($n=101, 57.4\%$)의 의견을 제시한 대상자가 가장 많았다.

노인장기요양보험 방문간호사의 재가간호업무 수행 정도는 평균 3.40 ± 0.67 점이었고, 의뢰($n=9, 25.7\%$), 치료적 간호의 배변($n=8, 22.9\%$)영역의 수행 정도가 다른 영역에 비해 상대적으로 낮게 나타났다. 의뢰 영역 업무 수행 정도가 낮은 이유 중 ‘필요성 없음’의 기타 의견($n=5, 14.3\%$)과 ‘환자의 거부’($n=2, 5.7\%$)에 대한 의견이 있었으며 치료적 간호영역의 배변 업무에 대한 수행 정도가 낮은 이유에 대해 ‘해당 업무가 주어지는 경우가 적음’을 포함한 기타 6명(17.1%)의 의견이 가장 많았다.

논 의

본 연구는 퇴원 환자 중심의 간호서비스 모델 개발을 위해 의료기

관 가정간호사, 보건소 방문간호사, 노인장기요양보험 방문간호사를 대상으로 재가간호서비스 업무 수행 현황과 장애요인을 파악하였다. 그 결과, 기본간호, 임상검사, 투약 및 주사, 치료적 간호, 교육 등과 같은 전문성이 높은 기술이 요구되는 간호 영역은 의료기관 중심의 가정간호사군이 많이 수행하는 것으로 나타났고, 의뢰 영역의 업무는 보건소 방문간호사군, 기본간호와 상담 영역의 업무는 노인 장기요양보험 방문간호사군이 많이 수행하는 것을 알 수 있었다. 또한 의료기관 가정간호사는 의뢰 영역의 수행이 상대적으로 적었고, 보건소 방문간호사는 치료적 간호영역의 수행이, 그리고 노인장기요양보험 방문간호사는 의뢰영역과 치료적 간호영역 중 배변 영역의 수행정도가 상대적으로 낮게 나타났다. 이러한 주요 연구 결과를 바탕으로 본 논의에서는 퇴원 환자를 위한 간호서비스 구성전략을 논의하고자 한다.

우선, 본 연구 결과에서 의료기관 가정간호사의 업무 영역 중 임상검사, 투약 및 주사, 치료적 간호의 업무 영역의 수행이 높은 것으로 나타났다. 의료기관 가정간호는 병원에서의 급성기 치료 후 편안한 가정에서 가정전문간호사에 의해 치료 중심의 고난이도 전문간호를 제공하는 입원대체서비스 목적으로 도입되었으며, 치료의 지속성 유지 및 병원의 병상 회전을 제고의 비용효과적인 서비스로써 이용되고 있다. 그러나 의료기관 가정간호의 경우 급여비용의 20%에 대한 본인 부담 비용을 지불해야 하며, 연 96회로 가정간호 서비스 횟수가 제한되어 이를 초과하여 가정간호를 받을 경우 기본 방문료를 포함한 비용 전부를 환자 본인이 지불해야 한다. 이러한 경제적 부담으로 인해 가정에서 지속적 서비스를 제공받기에 어려움이 있으며, 지역사회 보건의료기관과의 연계의 어려움으로 가정간호 종결시점 이후 발생할 수 있는 간호문제에 대한 대응이 부족하다는 문제점도 지적되고 있다[20]. 이는 본 연구 결과에서 의료기관 가정간호사의 경우 관련 정보취약 및 관련조건의 번거로움으로 인해 타 기관으로의 의뢰업무를 원활히 수행하지 못한다고 제시된 것과 일치하였다. 반면, 본 연구 결과, 보건소 방문간호사군은 '보건소 의뢰', '사회복지관 의뢰', '이동목욕센터 의뢰', '주간보호시설 의뢰', '정신보건센터 의뢰'의 의뢰영역 업무 수행이 다른 군에 비해 많이 수행하는 것으로 나타났다. 보건소 방문간호는 지역사회 거주 저소득층과 취약계층 대상자의 삶의 질을 향상시키고 심리사회적 고통을 경감시키는 긍정적 역할을 하고 있다[22]. 그러나 대상자가 있는 가정이나 기관에 방문하여 서비스를 제공한다는 이외에 서비스 대상 및 내용 등에 대한 법적 근거가 산발적이며 단편적으로 제시되어 있어 일관적이고 지속적 서비스 제공에 대한 제한점이 있으며[23], 본 연구 결과, 보건소 방문간호사의 치료적 간호에 대한 업무 수행 정도가 상대적으로 낮은 것으로 분석되어, 대상자에게 필요한 경우 치료적 간호를 주로 제공하는 의료기관 가정간호 등의 다른 기관과의 의

뢰 및 연계 체계에 대한 강화가 필요할 것으로 생각된다. 노인장기요양보험의 주요 대상자는 치매 및 뇌졸중 등의 만성질환을 가진 일상생활 수행의 어려움이 있는 노인으로, 본 연구 결과, 노인장기요양보험 방문간호사는 '체위 변경', '눈 간호'와 같은 기본간호 업무와 '영적 간호' 및 '경제적 지원에 관한 상담' 업무를 주로 수행하는 것으로 나타났다. 노인은 만성질환과 기능장애를 수반하는 특성을 가지고 있기 때문에 의료와 요양서비스가 동시에 요구되며, 본 연구에서 노인 장기요양보험 방문간호사의 경우 기본간호와 상담 업무 이외에 임상검사, 투약 및 주사, 치료적 간호의 업무를 의료기관 가정간호사 다음으로 많이 수행하는 것으로 나타나 일부 의료 서비스에 대한 요구를 충족시킬 수 있을 것으로 생각된다.

본 연구 결과로 비추어 볼 때 국내 재가간호서비스는 업무내용의 중복과 낮은 연계 업무 수행으로 인해 기존 서비스의 활용과 연속적 서비스 제공에 있어 어려움이 있는 것으로 사료된다. 국외에서는 퇴원 후 가정으로 복귀하는 대상자를 효율적으로 관리하기 위해서 다양한 간호서비스 프로그램이 운영되고 있으며, 이는 국내 서비스가 가지고 있는 장점을 유지하며 단점을 해결하기 위한 방안 모색에 도움이 될 수 있다. 캐나다에서는 주정부 산하에 지역사회보건센터(CCAC)를 두고 간호사인 사례관리자(case manager)를 통해 재가환자들에게 가정간호서비스와 지역사회지원서비스, 장기요양기관서비스를 분배하여 사례관리를 제공하고 있으며[11], 미국에서는 퇴원 계획(discharge planning), 사례관리프로그램(case management) 등을 통해 전문간호사 또는 일정 경력 이상의 간호사가 코디네이터로서 환자의 입원 시부터 퇴원 후까지 개인의 간호 요구도에 맞추어 연속적인 간호를 제공함으로써 환자들의 삶의 질을 향상시키고 불필요한 재입원을 감소시키는 효과를 나타내고 있다[13,14]. 또한 호주에서는 급성 의료기관에서 입원치료를 받고 퇴원하는 65세 이상 노인환자를 대상으로 가정에서 지속적인 간호를 제공받을 수 있도록 하기 위해 연방정부와 주정부 또는 지방정부 산하에 대상자의 상태를 사정하는 팀(Aged Care Assessment Teams [ACATs])을 두어 퇴원 전 환자의 상태 및 간호요구도를 파악하고, 그 결과를 바탕으로 퇴원 후 제공될 간호서비스 내용을 결정하여 대상자를 각 지역의 서비스 제공자에게 연계하는 프로그램을 운영하고 있다[12]. 이와 같은 간호서비스 프로그램은 다양한 연구를 통해 계획되지 않은 재입원, 응급실 방문 등과 같은 불필요한 의료자원의 이용 감소, 의료비용의 절감, 환자들의 삶의 질 향상, 환자 만족도 증가 등에 긍정적인 효과가 있음이 보고되었다[14,15,24,25].

퇴원 환자를 위한 대상자 중심의 케어 연속성을 유지하기 위해서 간호서비스 프로그램 개발에 있어서 국외 사례를 반영한 서비스 흐름의 체계적 구성이 필요하다. 입원 시부터 대상자의 건강 상태와 간호 요구를 사정하여 퇴원 후 시기에 따라 환자에게 제공할 중재내

용과 연계 서비스를 선정해야 한다. 선행 연구에서 환자의 간호요구를 바탕으로 퇴원 후 환자에게 제공할 간호서비스를 계획하여 중재를 제공하였을 때 불필요한 의료이용과 의료비용이 감소하고, 환자의 삶의 질과 만족도가 높아지는 것으로 나타났다[14,26]. 또한 퇴원 환자의 대부분은 추후 관리에 대한 정보요구가 높고, 퇴원 직후 가정에서 통증, 피로 등의 신체적 불편감을 주로 경험하며 집안일과 기동성 등에 어려움을 느끼는 것으로 나타났으며[2], 이에, 입원 환자를 대상으로 포괄적 사정을 통해 환자의 일반적 정보를 포함, 전반적 건강상태를 파악하여 퇴원 시 가장 적합한 재가간호서비스를 연계하는 것이 필요하다. 본 연구를 통해 파악된 각 재가간호서비스 유형별 업무 현황 및 장애요인이 이에 대한 중요한 근거로 활용될 수 있을 것이다. 또한 기존 간호서비스의 활용과 원활한 연계를 위해 이를 전담하는 인력개발과 훈련이 필요할 것으로 생각된다.

본 연구는 조기퇴원 환자가 증가하는 현실에서 기존 세 가지 재가간호서비스의 효율적 연계를 제고하기 위한 간호서비스 프로그램 개발의 기초자료로써 의의가 크다. 그러나 본 연구는 우편을 통한 자가 보고식 설문지를 이용하여 자료 수집을 하였으므로 현 의료체계의 맥락적 상황을 고려하는 데에 제한적이었다. 또한 전체 설문지 응답률이 65.9%로 약간 저조한 편으로, 각 기관에 설문지 발송 전 동의를 구했지만 설문 응답은 각 대상자 개인의 자율적 참여에 이루어지므로 업무로 인한 시간적 제한 등이 그 원인일 것으로 예상된다. 이에, 응답된 설문 자료만 분석되었으므로 낮은 설문 응답률로 인해 분석된 결과의 확대해석에 주의가 요구된다.

결론

본 연구는 현재 국내에서 제공되고 있는 재가간호서비스, 즉 의료기관의 가정간호사업 및 보건소 방문보건사업, 노인장기요양보험 방문간호사업의 가정간호사 및 방문간호사를 대상으로 이들의 업무 수행 현황 및 장애요인을 파악하고자 하였다. 이는 각 주체에 의해 운영되고 있는 재가간호서비스 업무내용을 파악함으로써, 지속적으로 증가하고 있는 조기퇴원 환자에게 연속적 간호를 제공하기 위한 신 간호서비스프로그램 개발의 기초자료로 활용하기 위함이다.

본 연구 결과, 의료기관의 가정간호사군은 임상검사, 투약 및 주사, 치료적 간호, 교육영역의 간호를 주로 수행하며, 보건소 방문간호사군은 의뢰영역의 간호를 주로 수행하였다. 또한, 노인장기요양보험 방문간호사는 기본간호와 상담영역의 간호를 주로 수행하는 것으로 나타났다. 이러한 결과를 바탕으로, 신 간호서비스프로그램 개발 시 기존 재가간호서비스의 효율적 활용을 위한 사례관리자(case manager)와 같은 인력개발과 훈련이 요구되며, 이를 통해 각 서비스 제공자의 중복 및 차별적인 업무를 고려하여 대상자에게 의료자원의

효율적 이용과 분배가 이루어질 수 있도록 할 수 있을 것이다.

REFERENCES

1. Korea Institute for Health and Social Affairs. 2013 patient survey [Internet]. Seoul: Ministry of Health & Welfare, Korea Institute for Health and Social Affairs; 2013 [cited 2014 April 22]. Available from: <http://stat.mw.go.kr/front/statData/publicationView.jsp?bbsSeq=11&nttSeq=21200&menuId=45>.
2. Holland DE, Mistiaen P, Bowles KH. Problems and unmet needs of patients discharged "home to self-care". *Professional Case Management*. 2011;16(5):240-250. <http://dx.doi.org/10.1097/NCM.0b013e31822361d8>
3. Holland DE, Knafl GJ, Bowles KH. Targeting hospitalised patients for early discharge planning intervention. *Journal of Clinical Nursing*. 2013;22(19-20):2696-2703. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04221.x>
4. Moon OR, Kang SH, Lee EP, Jwa YK, Lee HS. An analysis on the characteristics of high cost patients in the regional medical insurance program. *Korean Journal of Health Policy & Administration*. 1983;3(1):53-83.
5. Kim KA, Shine EK, Baek SJ, Choi YS, Jung KT. A study on catastrophic user-paid expenditure attributes for patient in national health insurance. *The Korean Journal of Health Economics and Policy*. 2011;17(3):75-99.
6. Askren-Gonzalez A, Frater J. Case management programs for hospital readmission prevention. *Professional Case Management*. 2012;17(5):219-226. <http://dx.doi.org/10.1097/NCM.0b013e318257347d>
7. Lee E, Yu SH, Lee HJ, Kim S. Factors associated with unplanned hospital readmission. *Korean Journal of Hospital Management*. 2010;15(4):125-142.
8. Lee JH, Kim YM, Kang SH. A study patient management for both planned and unplanned readmission in a medium-size hospital. *Health Service Management Review*. 2008;2(1):11-17.
9. Oh HJ, Yu SH. A case-control study of unexpected readmission in a university hospital. *Korean Journal of Preventive Medicine*. 1999;32(3):289-296.
10. Kassin MT, Owen RM, Perez SD, Leeds I, Cox JC, Schnier K, et al. Risk factors for 30-day hospital readmission among general surgery patients. *Journal of the American College of Surgeons*. 2012;215(3):322-330. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2012.05.024>
11. Toronto Central Community Care Access Centre. 50 Years of caring for Toronto [Internet]. Toronto, CA: Author; 2014 [cited 2014 September 22]. Available from: <http://healthcareathome.ca/torontocentral/en/performance/Documents/TOCCAC-AnnualReport-FullProof-12-HighRes.pdf#sthash.0gUhWxEh.dpuf>.
12. Australian Government, Department of Health and Ageing. Transition care program 2011 [Internet]. Canberra, AU: Commonwealth

- of Australia Year; 2011 [cited 2014 August 7]. Available from: <https://bendigohealth.mhr.com.au/Upload%5CPDs%5C51495-TransCareProgGuidelines2011.pdf>.
13. Balaban RB, Weissman JS, Samuel PA, Woolhandler S. Redefining and redesigning hospital discharge to enhance patient care: A randomized controlled study. *Journal of General Internal Medicine*. 2008;23(8):1228-1233.
<http://dx.doi.org/10.1007/s11606-008-0618-9>
 14. Jack BW, Chetty VK, Anthony D, Greenwald JL, Sanchez GM, Johnson AE, et al. A reengineered hospital discharge program to decrease rehospitalization: A randomized trial. *Annals of Internal Medicine*. 2009;150(3):178-187.
 15. Tsuchihashi-Makaya M, Matsuo H, Kakinoki S, Takechi S, Kinugawa S, Tsutsui H. Home-based disease management program to improve psychological status in patients with heart failure in Japan. *Circulation Journal*. 2013;77(4):926-933.
 16. Shin HS, Oh JJ. Case management for medical aid beneficiaries in Korea: Findings from case-control study. *Asian Nursing Research*. 2014;8(4):274-281. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anr.2014.10.001>
 17. Ministry of Health & Welfare. Hospital based home care nursing program guidelines Seoul: Author; 2010 [cited 2014 December 10]. Available from: http://www.mw.go.kr/front_new/al/sal0101vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=040101&CONT_SEQ=237214&page=1.
 18. Ministry of Health & Welfare, Korea Health Promotion Foundation. 2013 Integrated community health promotion program [Internet]. Seoul: Author; 2013 [cited 2013 December 10]. Available from: http://www.mw.go.kr/front_new/jb/sjb0601vw.jsp?PAR_MENU_ID=03&MENU_ID=03160501&CONT_SEQ=286506&page=1.
 19. Ministry of Health & Welfare. Main contents of the act of long-term care insurance for the elderly [Internet]. Seoul: Author; 2013 [cited 2013 August 6]. Available from: http://www.mw.go.kr/front_new/jb/sjb0403vw.jsp.
 20. Lee SH, Lim JY. Strategies of home health care services linkages in Korea based on Delphi technique. *The Journal of the Korea Contents Association*. 2012;12(12):282-290.
 21. Lim JY, Kim EJ, Choi KW, Lee JS, Noh WJ. Analysis of barriers and activating factors of visiting nursing in long-term care insurance. *The Journal of the Korea Contents Association*. 2012;12(8):283-299. <http://dx.doi.org/10.5392/JKCA.2012.12.08.283>
 22. Chin YR, Lee IS, Chang HS. Analysis of the effects and nursing intervention of home health care in public health centers. *Journal of Korean Community Nursing*. 2004;15(3):353-364.
 23. Korea Health Industry Development Institute, Korean Health Promotion Foundation. The role and function of home healthcare based on the public health centers, hospitals and long-term care insurance [Internet]. Seoul: Ministry of Health & Welfare; 2007 [cited 2014 July 14]. Available from: <http://www.khidi.or.kr/fileDownload?titleId=118694&fileId=1>.
 24. Boter H. Multicenter randomized controlled trial of an outreach nursing support program for recently discharged stroke patients. *Stroke*. 2004;35(12):2867-2872. <http://dx.doi.org/10.1161/01.STR.0000147717.57531.e5>
 25. Harrison JD, Young JM, Solomon MJ, Butow PN, Secomb R, Masya L. Randomized pilot evaluation of the supportive care intervention "CONNECT" for people following surgery for colorectal cancer. *Diseases of the Colon and Rectum*. 2011;54(5):622-631. <http://dx.doi.org/10.1007/DCR.0b013e31820bc152>
 26. Lindpaintner LS, Gasser JT, Schramm MS, Cina-Tschumi B, Mller B, Beer JH. Discharge intervention pilot improves satisfaction for patients and professionals. *European Journal of Internal Medicine*. 2013;24(8):756-762. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejim.2013.08.703>