

정책연구자료 97-07, 99쪽, 500부

## 病院中心 家庭看護示範事業 評價(Ⅱ)

黃 那 美

韓 國 保 健 社 會 研 究 院

## 머 리 말

1990년대 우리나라 保健醫療體系는 전국민의료보험 실시로 인한 의료수요의 증가와 사회경제적 발전에 따른 국민의 건강욕구 증대 및 다양화, 인구의 高齡化로 인한 만성퇴행성질환의 증가 등으로 새로운 醫療供給體系의 개발이 필요한 시기이었다. 종합병원에는 患者가 集中되고 長期 入院現象까지 가중되어 국민의료비를 절감시키고 醫療資源을 효율적으로 활용하며 환자의 醫療利用 便宜를 제고시킬 수 있는 제도 도입의 필요성이 대두되었다.

이에 政府는 1994년 9월부터 1996년 6월까지 長期 入院患者와 불필요한 입원환자를 대상으로 早期退院을 유도, 家庭에서 서비스를 제공하는 이른바 병원중심 가정간호시범사업을 실시하여 기존 醫療體系內에서 도입 가능성을 검토하였다. 시범사업 결과, 입원병상의 효율적 활용과 의료비 절감 효과 등 가정간호사업을 통하여 이루고자 하는 목적은 달성된 것으로 평가되었다. 그러나 사업 效果評價가 목적인 만큼 家庭看護制度 도입에 필요한 기본적인 法的 要件은 마련되지 못하였다.

정부는 가정간호사업 제도화 방안을 마련하기 위하여 1997년 5월부터 1999년 4월까지 전국 45개 병원급 이상 의료기관을 대상으로 제2차 병원중심 가정간호시범사업을 실시하기에 이르렀다.

본 報告書는 제2차 가정간호시범사업에 대한 中間報告書로서 현재 사업 초기단계에 있는 45개 가정간호시범사업기관의 가정간호사업 구조적인 측면과 운영·관리 현황을 파악하여 문제점을 도출하고 선진국의 가정간호제도와 정책방향을 고찰하여 우리나라 醫療供給市場에서

습目的的으로 기능할 수 있는 家庭看護 制度化를 위한 정책과제와 그 접근방안을 제시하였다.

본 報告書에서 논의된 이슈는 1999년 4월까지 전개될 동 시범사업 활동을 평가, 분석하여 개발되어야 할 정책과제라는 점에서 매우 시의적절하다고 보겠다. 따라서 본 報告書는 가정간호정책을 수립하는데 귀중한 자료로 활용될 것으로 기대하며 政府部處, 看護界, 保健醫療界 關係者에게 一讀을 권하고 싶다.

本 報告書의 初稿를 읽고 유익한 助言을 해준 本院의 金應錫 研究委員, 南貞子 副研究委員께 감사하고 있으며 자료수집과 정리에 도움을 준 文柄尹 主任研究員에게도 감사하고 있다.

끝으로 本 報告書에 수록된 모든 內容은 어디까지나 研究者의 個人意見이며 本院의 공식적인 견해가 아님을 밝혀둔다.

1997年 12月

韓國保健社會研究院

院長 延 河 清

# 目次

要約	9
I. 序論	16
II. 病院中心 家庭看護示範事業 現況	20
1. 家庭看護示範事業 機關 特性	21
2. 家庭看護示範事業 人力	26
3. 家庭看護示範事業 內容	27
4. 家庭看護示範事業 管理·運營	29
5. 家庭看護示範事業 實績	34
III. 家庭看護酬價體系 現況	43
1. 家庭看護酬價體系的 基本틀	43
2. 家庭看護支拂 費用	45
3. 家庭看護酬價 및 支拂報償體系上的 問題點	46
IV. 家庭看護制度의 政策課題과 發展方向	49
1. 家庭看護事業 主體	51
2. 家庭看護事業 對象	55
3. 家庭看護事業 內容	55
4. 家庭看護事業 人力 및 關聯 産業分野	56
5. 家庭看護酬價體系	58
6. 家庭看護費用 支拂問題	61

7. 서비스 質 管理을 위한 患者管理의 標準化 .....	64
8. 患者 管理을 위한 事業 連繫管理體系 構築 .....	65
參考文獻 .....	66
附 錄 .....	69

## 表 目 次

〈表 I - 1〉 第1次 病院中心 家庭看護示範事業 및 示範事業 評價 概要 .....	17
〈表 I - 2〉 第2次 病院中心 家庭看護示範事業 및 推進課題 概要 ..	18
〈表 II - 1〉 家庭看護示範事業 指定 醫療機關 現況 .....	21
〈表 II - 2〉 家庭看護示範事業 機關의 病床利用率 및 病床利用 水準 評價(1996年) .....	24
〈表 II - 3〉 醫療機關種別 家庭看護師 投入現況 .....	27
〈表 II - 4〉 醫療機關種別 家庭看護事業所 所屬組織 .....	30
〈表 II - 5〉 醫療機關種別 「家庭看護事業 運營委員會」 委員長 職位 .....	31
〈表 II - 6〉 醫療機關種別 家庭看護事業 弘報實態 .....	32
〈表 II - 7〉 醫療機關種別 保健所와의 家庭看護事業 連繫實態 .....	33
〈表 II - 8〉 醫療機關種別 家庭看護 登錄患者 現況(1997年 5~9月) ..	35
〈表 II - 9〉 醫療機關種別 家庭看護提供回數(1997年 5~9月) .....	36

〈表 II-10〉	醫療機關種別 家庭看護師 1人 月 家庭看護 提供回數 分布 .....	36
〈表 II-11〉	醫療機關種別 勤務時間外 家庭看護活動 現況 .....	37
〈表 II-12〉	醫療機關種別 登錄患者의 管理對象地域 居住 實態 .....	39
〈表 II-13〉	醫療機關種別 家庭看護患者에 대한 依賴機關 現況 .....	40
〈表 II-14〉	醫療機關種別 家庭看護患者 依賴件數(1997年 5~9月) .....	41
〈表 III- 1〉	家庭看護酬價 構造에서의 考慮要素 및 入院診療時 支拂 項目과의 比較 .....	45
〈表 III- 2〉	家庭看護酬價 內譯別 入院診療費와의 比較 및 支拂方法 .....	46
〈表 IV- 1〉	日本の 老人患者 治療處別 診療費 比較(1個月) .....	62
〈表 IV- 2〉	美國의 治療處別 診療費 比較(1日) .....	62

## 圖目次

[圖 II-1]	病院中心 家庭看護示範事業 對象者 依賴·管理 過程 및 參與機關 現況 .....	42
----------	---	----

## 要約

### 1. 研究背景 및 目的

- 최근 의료수요의 증가와 인구의 高齡化 및 만성퇴행성질환의 증가로 장기간 병상이 점유되어 한정된 醫療資源을 효율적으로 활용하고자 綜合病院의 長期 入院患者와 불필요한 입원환자를 대상으로 조기퇴원을 유도, 가정에서 서비스를 제공하는 병원중심 가정간호사업의 필요성이 대두됨.
- 政府는 1994년 9월부터 1996년 6월까지 4개 3차 진료기관을 대상으로 병원중심 가정간호시범사업을 실시하여 의료비 절감, 病床回轉率 提高 등의 사업효과를 평가한 결과, 가정간호사업을 통하여 이루고자 하는 목적은 달성된 것으로 평가됨.
- 이에 가정간호제도 도입에 필요한 기본적인 法的 要件을 마련하기 위하여 1997년 5월부터 1999년 4월까지 전국 45개 병원급 이상 의료기관을 대상으로 제2차 병원중심 가정간호시범사업을 실시함.
- 본 연구에서는 사업 초기단계에 있는 45개 가정간호시범사업기관의 가정간호사업 구조적 측면과 1997년 5~9월 기간 중의 사업운영·관리 현황을 파악하여 문제점을 도출, 우리나라 醫療供給市場에서 合目的的으로 기능할 수 있는 가정간호 제도화를 위한 政策 課題와 그 接近方案을 제시하고자 함.

## 2. 病院中心 家庭看護示範事業 現況

- 병원중심 가정간호시범사업기관은 45개 기관이 지정되었으나 1997년 9월 말 현재, 40개 의료기관(3차진료기관 18개소, 3차진료기관을 제외한 종합병원 19개소, 병원 3개소)에서 사업이 수행되고 있음.
- 시범사업기관 중 1996년도 病床利用率이 적정 병상이용수준(限界病床利用率)보다 높거나 비슷한 수준이어서 입원환자에게 조기퇴원을 유도하여 가정간호를 권장하는 것이 病床回轉率을 제고시켜 병원경영상 유리한 기관이 총 40개 기관 중 31개 기관(3차진료기관 14개소, 종합병원 15개소, 병원 2개소)으로 나타남.
- 시범사업기관에는 대부분 1~2명의 가정간호사가 투입되었음(1명 투입된 기관 14개소, 2명 투입된 기관 22개소).
- 가정간호환자 서비스 제공을 위한 가정방문용 차량을 보유하고 있는 기관이 40개 기관 중 23개 기관에 불과함.
- 기관당 월평균 등록환자수는 11.3명(3차진료기관 15.4명, 종합병원 9.4명, 병원 2.8명)임.
- 가정간호사 1인당 월평균 가정간호제공횟수(가정방문건수)는 25.1회(3차진료기관 27.1회, 종합병원 31.8회, 병원 16.5회)임.
  - 가정간호사 1인당 월평균 가정간호제공횟수가 60회 이상인 기관이 40개 기관 중 5개 기관에 불과함.
- 전체 40개 시범사업기관에서 제공된 가정간호횟수(11,957회) 중 2.5%(3차진료기관 1.9%, 종합병원 3.3%, 병원 1.6%)는 근무시간 외 환자의 가정을 방문한 것으로 나타나 응급상태의 빈도를 파악할 수 있음.



- 가정간호시범사업에서는 家庭看護師의 生産性을 제고하기 위하여 각 사업기관을 중심으로 통상 편도 교통소요시간이 30分 이내의 지역에 거주하고 있는 환자를 관리하도록 制限함. 관리대상지역은 시범사업기관별로 행정구역으로 명시하여 지정함.
  - 관리대상 이외의 지역에 거주하고 있는 환자를 등록, 관리하였을 경우에는 가정간호 지불보상비용 중 保險給與(‘기본방문료’의 80%, ‘개별행위료’의 80%) 적용을 못하도록 규정함.
  - 전체 40개 시범사업기관의 등록환자 1,985명 중 18.9%가 비관리대상지역의 환자로 나타나 관리대상지역 지정에 대한 검토가 요구됨.
- 40개 시범사업기관에서 保健所와 연계하여 사업을 실시한 기관은 11개 기관으로 이 중 4개기관은 시범사업기관과 保健所가 상호 환자를 의뢰한 것으로 나타났으며 3개 기관은 保健所(1개 기관은 保健診療所)에서만 시범사업기관에 환자를 의뢰해 주었고 4개 기관은 시범사업기관에서 가정간호환자를 관리·종결 후 保健所로 의뢰함.
- 시범사업기관에서 가정간호사업 대상환자나 가정간호 등록환자를 관리·종결 후 추후관리를 위하여 의뢰한 기관을 보면 시범사업 실시 의료기관, 시범사업 미실시 의료기관, 지역사회중심의 가정간호 사업소, 保健所, 그리고 社會福祉機關 등으로 나타남.
  - 依賴事由는 入院患者가 퇴원후 가정간호가 필요하나 환자 거주지역이 관리대상지역이 아니어서 관리대상지역에 속한 다른 시범사업기관에 의뢰한 경우, 가정간호 등록·관리 후 환자거주지역 인접 가정간호 미실시 의료기관으로 의뢰한 경우, 환자에게 추후관리가 필요하나 의료비 지불능력의 부족으로 가정간호 종결 후 保健所 등으로 의뢰한 경우로 나타남.

- 시범사업기관에서 가정간호 과정중에 환자를 의뢰한 경험이 있는 기관수를 보면 시범사업에 참여하고 있는 3차진료기관에 환자를 의뢰한 기관이 11개 기관, 시범사업 실시 종합병원에 7개 기관, 시범사업 실시 병원에 2개 기관이 의뢰하였으며 시범사업 미실시 3차진료기관에 1개 기관, 종합병원 1개 기관, 병원 4개 기관으로 나타남. 그 외 지역사회중심 가정간호사업소 및 사회복지기관 등에 6개 시범사업기관이 환자를 의뢰한 것으로 나타남.
- 시범사업기관에서 의뢰한 환자수는 등록환자 1,985명 중 85명으로 3차진료기관에서 55명, 종합병원에서 30명 의뢰함. 이에 따라 가정간호환자 평균 의뢰비율은 4.3%(3차진료기관 5.0%, 종합병원 3.5%)임.

### 3. 家庭看護酬價體系

- 家庭看護酬價體系는 ‘기본방문료’ 19,000원(20% 환자본인, 80% 보험기관), ‘교통비’ 6,000원(100% 환자본인부담), ‘개별행위료(입원환자와 동일하게 적용: 20% 본인부담, 80% 보험기관)’로 구성되어 있음.
- 현 지불보상되고 있는 家庭看護酬價는 原價報償의 원칙을 적용하고 있는데 방문당 定額制(1회 방문당 19,000원) 형태의 ‘기본방문료’ 酬價는 서비스 量과 質 보장이 어려우며 ‘교통비(6,000원)’ 酬價는 原價에 미치지 못한 것으로 분석됨.
- 保險給與 支拂報償 範圍가 환자 1인당 월 4회의 가정간호횟수로 제한하고 있어 應急狀態, 末期狀態 등 일정기간 중에 집중적인 서비스가 필요한 환자에 대해서는 적절한 관리가 어려운 것으로 파악됨.

#### 4. 家庭看護制度의 政策課題과 發展方向

##### － 家庭看護事業 主體

- 醫療機關 認·許可 問題: 병원중심 가정간호사업기관의 선정기준은 가정간호사업의 우선순위적 成果에 초점을 두어 지역 및 인구 특성(군지역 및 노인층 과밀지역) 등을 고려한 지정기준의 마련이 요구됨.
- 事業 供給組織의 擴大 問題: 가정간호사업은 보건의료전달체계 내에서 연속적인 보건의료사업의 한 시점에서 제공되는 서비스 프로그램인 바, 가정간호사업 공급조직 및 유형은 多元化되어야 할 필요성이 크므로 保健所 등 지역사회 중심의 가정간호사업 조직의 제도화 방안에 대하여 검토할 필요가 있음.

##### － 家庭看護事業 對象

- 현재 의료보험 적용대상자에 한하여 이용가능한 가정간호사업대상을 경제취약 계층인 의료보호 대상자까지 확대하여야 하며 長期間 病床 점유와 의료비 지출이 큰 産災保險 및 自動車保險 患者에 대해서도 사업대상의 확대를 위하여 이들에 대한 필요성 및 수요 파악이 요구됨.

##### － 家庭看護事業 內容

- 시범사업에서 정한 86종의 가정간호서비스에 대한 家庭看護師의 수행능력을 평가하고 가정간호서비스 전달과정 및 그 외 제공된 서비스 내용을 파악하여 사업대상자 선정에 기초가 되고 서비스의 안전성을 확보할 수 있는 가정간호사업 내용 및 범위에 대한 정립이 요구됨.

－ 家庭看護事業 人力 및 關聯 産業分野

- 서비스 提供人力: 가정간호사업내용이 치료, 지원, 예방서비스인 바, 이를 충족시키기 위해서는 가정간호사 역할을 위임하거나 보조할 수 있는 인력과 전문인력의 참여방안을 검토하여 가정간호사업의 기능을 지금보다 훨씬 다양한 관점으로 발전시켜 나가야 할 것임.
- 關聯 産業分野: 향후 가정간호서비스에 대한 需要의 증가를 전망할 때, 關聯 醫療機器 및 水液産業과 개인 일상생활서비스분야의 성장은 필연적인 것이므로 가정간호 關聯産業분야에서 안전성과 편의성을 겸비한 다양한 기기 및 간호중재 방법을 개발할 수 있도록 국가적인 차원에서의 적극적인 지원책이 요구됨.

－ 家庭看護酬價體系

- 家庭看護酬價는 치료(Cure)중심의 지불보상으로 인하여 간호(Care) 서비스가 등한시 될 수 있는 문제점을 내포하고 있으므로 가정간호서비스 제공범위를 토대로 서비스 투입자원을 기초로 한 가정간호행위별 相對價値酬價體系 개발이 바람직함.
- 家庭看護 支拂報償體系는 환자 1인당 월 4회의 가정간호(방문) 횟수로 제한하여 보험급여함에 따라 집중적인 서비스를 필요로 하는 시기, 또는 대상에게 적절한 관리가 어려우므로 필요로 하는 서비스가 적기에 제공될 수 있도록 疾病群, 또는 症狀群別 分類體系를 토대로 한 지불보상방안이 요구됨.

－ 家庭看護費用 支拂 問題

- 事業機關의 管理對象地域으로 제한된 保險給與 問題: 조사결과, 5명의 환자 중 1명이 비관리대상지역 거주환자로 나타나 환자의

비용절감과 의료이용 편의를 도모하기 위한 방향으로의 관리대상지역 지정에 대한 검토가 요구됨.

－ 서비스 質 管理를 위한 患者管理의 標準化

- 醫療技術의 家庭內로의 통합과 家庭看護事業의 安全性을 확보하기 위하여 간호문제를 완화시키거나 제거하기 위해 제공되는 가정간호사의 仲裁活動과 가정간호활동을 통해 얻어지는 결과를 기술하여 가정간호서비스의 표준을 설정하도록 함.

－ 事業連繫를 위한 患者 情報管理

- 가정간호활동 중에는 가정간호 대상자 선정에서부터 건강상태 査定 및 가정간호계획 수립, 서비스 기록 및 유지, 그리고 환자 종결에 이르기까지 환자 관리절차가 지속적이지만 목적이 각기 달라 기록 및 서류작성이 다양하여 보다 효율적인 업무수행이 요구되며 主治醫 및 타 기관과의 연계시 원활한 정보교환이 요구됨에 따라 가정간호서비스의 情報化 方案 마련이 요구됨.

## I. 序論

1990년대 우리나라 保健醫療體系는 전국민의료보험 실시로 인한 의료수요의 증가와 사회경제적 발전에 따른 국민의 건강욕구 증대 및 다양화, 그리고 인구의 고령화로 인한 만성퇴행성질환의 증가 등으로 새로운 醫療供給體系의 개발이 필요한 시기였다. 종합병원에는 患者가 集中되고 長期 入院現象까지 가중되어 국민의료비를 절감시키고 醫療資源을 효율적으로 활용하며 환자의 醫療利用 便宜를 제고시킬 수 있는 제도 도입의 필요성이 대두되었다.

이에 정부는 환자의 家庭에서 질병, 장애, 또는 만성적인 건강문제로 인해 요구되는 의료서비스(Cure and Care) 및 상담·교육 등을 제공하여 환자의 삶의 質을 향상시키는 家庭看護制度 도입을 위한 법적 근거를 마련하였다. 1990년 『醫療法施行規則』을 개정하여 家庭看護師 資格 및 教育에 대하여 규정한 것이다.

先進國에서는 家庭看護制度가 醫療費 上昇과 醫療保險 財政의 압박을 해소하고 환자에게는 의료비 부담을 경감시키는데 기여한다는 점에서 특히 노인건강관리의 중요한 서비스공급체계로 자리잡고 있다 (HCC, 1995).

가정간호사업은 病院(Hospital-based)이나 地域社會에 기반을 두고 (Community-based) 醫療機關, 保健機關, 獨立機關 등 다양한 運營主體에 의해 제공될 수 있다. 정부는 보건의료 관련 전문가들과 수차례 걸쳐 가정간호사업 유형에 대하여 합의점을 모색한 결과, 병원 입원 환자를 대상으로 早期退院을 유도하여 主治醫의 처방에 의해 소속 병원의 가정간호사가 家庭에서 서비스를 제공하는 이른 바, 病院中心의

家庭看護事業을 의료제도권내에 포함시키자는 데 의견이 수렴되었다.

우선적으로 기존 醫療體系內에서의 도입 가능성을 검토하고자 1994년 9월부터 1996년 6월까지 4개 3차진료기관을 대상으로 시범사업(제1차)을 실시하였다.

〈表 1-1〉 第1次 病院中心 家庭看護示範事業 및 示範事業 評價 概要

	시범사업	시범사업에 대한 평가
배경	1) 3차진료기관의 의료이용 급증에 대처하기 위한 입원대체 서비스 개발 미흡 2) 장기입원이나 불필요한 입원으로 인한 의료비 상승 3) 만성질환 등 질병양상의 변화에 대처할 수 있는 효율적 보건의료서비스 부재 4) 의료자원의 효율적 활용	→ 3차진료기관 의료이용 급증에 대처하기 위하여 입원대체서비스로 기능할 수 있겠는가? (가정간호서비스의 입원대체 서비스 기능 여부) → 장기 입원환자실태는? → 가정간호사업이 이에 대처한 서비스로 기능하며 의료인 및 환자들이 그렇게 인식하고 있는가?
목적	1) 재원기간의 단축으로 국민의료비의 절감 및 환자진료비 감소 2) 조기퇴원 유도를 통한 재원기간의 단축으로 의료기관의 병상회전을 제고 3) 심리적 안정감과 조속한 회복으로 인한 의료이용편의 제고	→ 의료비가 절감되었는가? 환자본인부담금은 감소되었는가? → 병상회전율이 제고되었는가? → 환자의 의료이용의 편의가 제고되었는가, 가정간호 만족도는?
기간	22개월(1994. 9. 1~1996. 6. 30) <sup>1)</sup>	16개월(1994. 9. 1~1996. 6. 30)
기관	연세대 의과대학 세브란스병원 한림대 의과대학 강동성심병원 연세대 원주의과대학 기독교병원 영남대 의과대학 영남대의료원	좌 동

註: 1) 당초에는 1995년 12월 31일까지였으나 6개월 연장함.

시범사업 평가결과, 의료비 절감과 환자의 의료이용 편의 제고효과 등, 동 제도 도입을 통하여 이루고자 하는 목적은 달성된 것으로 나타났다(황나미, 1996). 그러나 가정간호사업 효과에 대한 평가가 목적인 만큼 사업수행에 필요한 기본적인 法的 要件은 마련되지 못하였다(表 1-1 참조). 현재 가정간호제도의 근거를 이루는 法體系는 「醫療法 施行規則」을 개정하여 마련된 家庭看護師 資格 및 教育에 대한 규정이 있을 뿐, 사업관리 및 운영 등에 대한 法規는 부재한 실정이다.

〈表 1-2〉 第2次 病院中心 家庭看護示範事業 및 推進課題 概要

	제2차 가정간호시범사업	제2차 가정간호시범사업 추진과제
목적	1) 3차진료기관을 포함한 종합 병원, 병원, 郡 의료원 등으로 사업기관 확대실시에 따른 기관간 사업연계관리체계 구축  2) 가정간호사업 효과 <sup>1)</sup> 를 달성할 수 있는 사업 제도화 방안 마련	- 사업목적 달성을 위한 집행수단 개발 • 사업기관 인·허가 및 사업인력 문제 • 사업 안전성 확보방안(서비스 내용 및 제공범위) • 사업 지속성 확보방안(의료기관 및 보건소간 상호 연계관리체계 구축) • 사업재정(가정간호수가 등 지불 보상체계 합리적 책정방안) • 사업관리방안(서비스 질관리, 환자기록 및 유지 등)
기간	24개월(1997. 5. 1~1999. 4. 30)	좌 동
기관	- 제1차 시범사업 4개 기관을 포함한 45개 병원급 이상 의료기관	좌 동

註: 1) 〈表 1-1〉 의 가정간호사업 목적을 일컬음.

이에 따라 전국 45개 병원급 이상 의료기관으로 사업기관을 확대하여 1997년 5월부터 1999년 4월까지 제2차 병원중심 가정간호시범사업을 실시하기에 이르렀다. 따라서 제2차 시범사업은 제1차 시범사업과



는 달리 가정간호사업 효과를 달성하기 위한 제도적 장치를 마련하고자 실시된 것이다(表 I-2 참조).

본 연구에서는 제2차 병원중심 가정간호시범사업의 현황을 파악하여 문제점을 도출하고 先進國의 가정간호정책 방향을 고찰하여 우리나라 醫療供給市場에서 合目的的으로 기능할 수 있는 家庭看護 制度화를 위한 정책과제와 그 접근방안을 제시하고자 한다.

## II . 病院中心 家庭看護示範事業 現況

保健醫療事業에 대한 評價는 일반적으로 사업의 構造-過程-結果의 분석들에 의해 이루어진다(Donabedian, 1980). 제2차 병원중심 가정간호시범사업은 1997년 5월부터 시작되어 현재 사업 초기단계에 있다. 이에 본 연구에서는 가정간호사업의 구조적인 측면에 초점을 두고 이루어졌다.

보건의료사업의 構造的 要素들은 서비스 내용과 質에 직접적, 또는 간접적인 영향을 미친다는 假定아래서 평가하게 되는데 人的, 物的, 財政的 요소와 근무여건이나 환경 등이 포함된다(Donabedian, 1980). 구체적으로 가정간호사업의 構造的 要素에는 가정간호사업에의 투입요소로 가정간호사업기관 자체 특성, 사업인력, 장비 및 기기, 관리체계, 그리고 가정간호 지불보상체계 등이 포함된다(Albredit, 1990:118). 병원중심 가정간호사업의 경우 서비스를 제공하는데 필요한 장비 및 기기 등은 기존 의료기관의 공급구조 및 운영체계내에서 제공되어지므로 가정간호서비스 量과 質 수준에 큰 영향을 미치지 않을 것이다.

이에 본 연구에서는 가정간호사업에 필요한 장비 및 기기를 제외한 사업 구조적인 측면과 1997년 5~9월(5개월)기간 중의 사업 운영현황에 대한 조사표를 개발하여 가정간호시범사업에 참여하고 있는 45개 의료기관을 대상으로 조사하였다. 자료수집 결과, 45개 의료기관 중 5개 기관(전북대병원, 강릉고려병원, 동인병원, 마산성모병원, 포항기독병원)은 사업수행에 필요한 여건미비(가정간호사 미확보, 가정방문용 차량 미확보 등)로 사업을 착수하지 못한 것으로 나타나 40개 기관에서 자료가 수집되었다.

## 1. 家庭看護示範事業 機關 特性

### 가. 家庭看護示範事業 機關 所在地域

가정간호시범사업기관은 일차적으로 전국 병원급 이상 의료기관의 자律的인 決定에 의해 이루어졌으며 이후 政府에서 환자에게는 의료이용의 편의를 도모하고 의료기관의 病床回轉率을 제고시킬 수 있는 요건을 갖춘 기관을 선정하였다. 예컨대, 군지역 거주환자에게도 의료이용의 편의를 도모하고자 비록 病床回轉率을 제고시키기는 어려운 여건에 있다 할지라도 군지역 소재 의료기관일 경우 가정간호시범사업기관으로 지정하였다. 또한 病床利用率이 적정 병상이용률 보다 높아 조기퇴원을 권장하여 가정간호사업을 전개할 경우 病床回轉率이 제고됨에 따라 가정간호사업이 목적하는 바, 의료기관에게 간접적인 수입증대 효과를 가져올 수 있는 기관을 선정하였다.

가정간호시범사업 지정 의료기관(시범사업을 착수하지 못한 5개 기관 제외)을 지역별, 의료기관종별로 보면 <表 II-1>과 같다.

<表 II-1> 家庭看護示範事業 指定 醫療機關 現況

(단위: 개소)

구 분	3차진료기관		종합병원 <sup>1)2)</sup>		병 원 <sup>2)</sup>	
	시범사업 기관수	시범사업 미참여기관수	시범사업 기관수	시범사업 미참여기관수	시범사업 기관수	시범사업 미참여기관수
계	18	23	19	211	3	418
시지역	18	23	18	194	2	343
군지역	-	-	1	17	1	75

註: 1) 3차진료기관을 제외한 종합병원

2) 결핵병원, 나병원, 치과병원, 한방병원 제외

資料: 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 1997.

전국 3차진료기관(41개 기관) 중에서는 18개 기관이 신청하여 모두 선정되었으며 종합병원의 경우는 31개 기관이 신청하여 19개 기관, 병원은 11개 기관이 신청하여 3개 기관이 참여하게 되었다. 시범사업 기관 중 군지역 소재 의료기관은 종합병원 1개 기관(포천의료원)과 병원 1개 기관(서해병원)이다.

#### 나. 設立主體

시범사업기관의 설립주체를 보면 <表 II-2>와 같다. 3차진료기관의 경우 4개 기관을 제외한 14개 기관이 學校法人이며 종합병원은 財團法人(7개 기관), 醫療法人(5개 기관), 學校法人(3개 기관), 그리고 個人, 公社, 特殊法人 등이다. 병원은 2개 醫療法人體와 1개 個人病院이 참여하고 있다.

#### 다. 病床利用率 및 適正 病床利用 實態

시범사업기관의 1996년도 病床利用率과 적정 병상 이용실태를 살펴 보면 <表 II-2>와 같다. 病床利用率의 경우 3차진료기관은 강남성모 병원(95.5%), 종합병원은 포천의료원(96.5%), 병원은 삼천포성심병원(99.0%)이 가장 높은 점유수준을 보이고 있다.

가동병상수는 최저 145병상에서 최고 2,126병상으로 다양하다. 醫療機關의 病床數는 예측할 수 없는 需要의 변동에 대비하기 위한 病床<sup>1)</sup>을 보유한 상태가 가장 효율적인 病床 保有水準이며 동 病床이

1) 일반적으로 추천되고 있는 여유병상은 Poisson 분포에 근거한 다음의 식에 따라 계산된다.

$$\text{Desirable capacity} = \text{average daily census} + 3, \text{ or } 4\sqrt{\text{average daily census}}$$

바람직한 병상 공급량은 수요가 병상 공급용량을 초과할 확률과 감당하여야 할 비용의 수준에 대한 규범적 결정(normative decision)에 따라 변화될 수 있다.

점유되는 시점의 病床利用率을 限界病床利用率이라 일컫는다. 限界病床利用率을 초과한 병상 이용수준을 보이고 있는 병원에서는 입원환자에게 早期退院을 권장하여 새로운 환자를 입원시켜 병상회전을 제고시키는 것이 病院經營의 효율화이며, 이러한 주장은 여러 학자들에게서도 支持되고 있다(Donabedian, 1973:330). 따라서 早期退院이 새로운 환자의 입원과 직결되는 경우에는 理論上 病床利用率이 限界病床利用率을 초과한 경우에 해당된다. 限界病床利用率은 가동병상수에 따라 그 비율이 달라진다. 시범사업기관별 限界病床利用率<sup>2)</sup>을 산출하여 病床利用率(1996)과 비교, 시범사업기관별 병상이용 수준을 분석한 결과는 <表 II-2>와 같다.

병상이용 수준이 限界病床利用率보다 높거나(A>P) 비슷한 수준이어서(A≒P) 입원환자에게 조기퇴원을 유도하여 病床回轉率을 제고시키는 것이 病院經營에 유리한 기관은 총 40개소 중 31개소로 나타났다. 의료기관종별로 보면 3차진료기관이 18개 기관 중 14개 기관, 종합병원은 19개 기관 중 15개 기관, 병원은 3개 기관 중 2개 기관으로 나타났다.

반면 여유병상이 있어 굳이 입원환자에게 조기퇴원을 권장할 필요가 없는 기관은(A<P) 9개 기관이다. 이들 기관의 경우는 여유병상이 이미 존재하고 있어 입원환자를 조기퇴원하여 가정간호사업을 실시할 경우, 조기퇴원 병상에 새로이 환자가 입원하지 않게 되므로 병상회전에 따른 附加利益을 가져다 주기 어려운 경우이다. 예를 들면 서해병원(150병상)의 경우 病床利用率이 60%로 나타나 限界病床利用率(75.4~80.3%)에 미치지 못한 가장 낮은 병상 이용수준을 보이고 있어 병원경영상 早期退院政策은 바람직하지 못하다. 이에 따라 동 병원은 가정간호사업이 입원대체서비스로 기능하기 어려운 여건에 처해 있다고 보겠다.

2) 理論上の 限界點(病床利用率)= $N/(N+3\sqrt{N})$  (N: 병상수)

〈表 II-2〉 家庭看護示範事業 機關의 病床利用率 및 病床利用水準 評價(1996年)

	설립주체	가동 병상수 (병상)	병상 이용률 (%)(A)	한계병상 이용률 <sup>1)</sup> (%)(P)	병상 이용 수준 <sup>2)</sup>	
3차진료기관						
가톨릭대 여의도성모병원	학교법인	741	90.5	87.2~90.0	A>P	
가톨릭대 강남성모병원	학교법인	844	95.5	87.9~90.6		
경북대학교병원	학교법인	765	92.0	87.3~90.2		
계명대동산병원	학교법인	891	92.0	88.4~91.1		
연세대 신촌세브란스병원	학교법인	1,543	96.0	90.8~92.9		
아주대학교병원	학교법인	851	91.3	87.9~90.7		
한림대 강동성심병원	의료법인	771	91.7	87.4~90.3		
동아의료원	학교법인	885	90.0	88.3~91.0		
삼성서울병원	사회복지법인	1,038	90.7	88.9~91.5		
서울중앙병원	재단법인	2,126	92.2	92.0~93.9		
영남대 의료원	학교법인	952	91.0	88.5~91.1	A≒P	
이대목동병원	학교법인	608	88.9	86.0~89.2	A<P	
한림대 한강성심병원	학교법인	602	87.9	86.0~89.1		
한림대 춘천성심병원	학교법인	500	86.2	84.9~88.2		
국립의료원	국립	735	83.6	87.2~90.0		
연세대 원주기독병원	학교법인	946	87.1	88.5~91.1		
충남대학교병원	국립대학	782	87.0	87.9~90.6		
한양대학부속병원	학교법인	1,114	82.8	89.3~91.8		
종합병원						
가톨릭대 성모자애병원	재단법인	483	82.9	84.6~88.0		A<P
산재의료원 중앙병원	재단법인	810	79.8	87.7~90.5		
안동성소병원	재단법인	280	70.1	80.7~84.8		
포항 성모병원	재단법인	448	77.1	84.1~87.6		
가톨릭대 성가병원	학교법인	552	93.8	85.5~88.7		

〈表 II-2〉 계속

		가동 병상수 (병상)	병상 이용률 (%) (A)	한계병상 이용률 <sup>1)</sup> (%) (P)	병상 이용 수준
종합병원					
가톨릭대의정부성모병원	학교법인	449	90.3	84.1~87.6	
경산동산병원	개인	220	96.0	78.8~83.2	
경희분당차병원	의료법인	535	89.7	85.3~88.5	
곽병원					
동마산병원	개인	292	85.5	81.0~85.1	
마산삼성병원	의료법인	588	94.2	85.8~89.0	
산재의료원 창원병원	재단법인	430	88.7	83.8~87.4	A>P
영천성베드로병원	의료법인	250	93.3	79.8~84.1	
안양중앙병원	의료법인	382	93.8	83.0~86.7	
지방공사 포천의료원	공사	150	96.5	75.3~80.3	
한국보훈병원					
가톨릭대 성바오로병원	학교법인	456	84.3	84.2~87.7	
부평안병원	의료법인	250	80.0	79.8~84.1	A≒P
포항선린병원	재단법인	480	87.0	84.6~88.0	
병원					
삼천포성심병원	의료법인	564	99.0	85.6~88.8	A>P
진주한일병원	개인	145	85.0	75.1~80.1	
서해병원	의료법인	150	60.0	75.4~80.3	A<P

註: 1) 병상수/(병상수+3~4√병상수)

2) A>P, A≒P는 조기퇴원이 권장되는 기관임.

라. 包括酬價制 適用 疾患者 管理

40개 시범사업기관 중 3차진료기관인 국립의료원과 종합병원인 성 베드로병원 및 포천의료원, 그리고 서해병원에서는 정상질식분만, 제왕절개, 그리고 충수염수술, 편도선수술, 백내장수술 등에 대하여 현 行爲別 酬價制와는 달리 包括酬價制(DRG) 형태의 지불보상방식을 시범

적으로 적용하고 있다.

美國의 경우, 1980년대 의료비 상승 억제에 일환으로 입원 진료비 지불보상방법을 包括酬價制를 통한 豫測支拂制度(PPS: Prospective Payment System)로 변경하게 됨에 따라 家庭看護事業이 급성장하게 되는 계기를 맞이하게 되었던 바, 包括酬價制 적용대상 질환자의 가정간호 이용에 주목할 필요가 있다. 조사결과, 현재까지는 이들 5개 기관이 포괄수가제 적용 질환자 여부와는 관계없이 가정간호사업을 실시하고 있는 것으로 나타났으나 包括酬價制 지불보상방식이 가정간호사업을 활성화시키는 旗幟制이므로 앞으로 시범사업기간 동안 주의 깊은 관심을 필요로 한다.

## 2. 家庭看護示範事業 人力

家庭看護事業 人力은 환자의 가정을 방문하여 서비스를 제공하는 直接人力과 가정간호서비스 제공이 가능하도록 지원해주는 間接人力로 구성된다.

현재 각 병원이 투입한 직접인력은 가정간호사 또는 家庭看護 教育課程 履修 중에 있는 간호사로 나타났다. 가정간호사는 保健福祉部 告示에 의해 看護師 免許證을 소지한 者로서 1년 과정(600시간)의 家庭看護 教育課程을 이수하여야 한다. 본 시범사업에서는 사업에 참여하는 가정간호인력의 數에 대하여 자술에 맡겼는데 의료기관종별로 가정간호인력현황을 살펴 보면 <表 II-3>과 같다. 시범사업기관의 절반이 넘는 22개 기관이 2명의 가정간호사를 투입하였으며 14개 기관은 가정간호사 1명(이 중 1개 기관은 家庭看護 教育課程 이수 중에 있는 看護師)을 투입한 것으로 나타나 기관당 대부분 1~2명의 인력이 활동하고 있다. 그러나 최고 8명의 가정간호사를 투입한 기관이 1



개소, 4명 1개소, 3명을 투입한 기관이 2개소로 나타났다. 기관당 평균 투입인력은 3차진료기관 2.2명, 종합병원 1.7명, 병원 1.3명으로 3차진료기관의 투입인력이 상대적으로 많다.

간접인력은 가정간호사업소 소장, 환자의뢰 및 처방을 담당하는 醫師, 그리고 전산·보험·수납 등의 행정인력 등이 있다.

〈表 II-3〉 醫療機關種別 家庭看護師 投入現況

(단위: 개소)

구 분	계	3차진료기관	종합병원	병원
1명	14	6	6 <sup>1)</sup>	2
2명	22	8	13 <sup>2)</sup>	1
3명	2	2	-	-
4명	1	1	-	-
8명	1	1	-	-
계	40	18	19	3
평균(명)	1.9	2.2	1.7	1.3

註: 1) 1개 기관은 家庭看護 教育課程 중에 있는 간호사임.

2) 3개 기관은 家庭看護 教育課程 중에 있는 간호사가 각 1명씩 투입되어 있음.

### 3. 家庭看護示範事業 內容

가정간호사에 의한 가정간호서비스는 환자 主治醫의 기본처방 (standing order)<sup>3)</sup>과 가정간호과정 중 환자상태 변화에 따른 수시처방에 의해 제공된다.

제1차 시범사업에서는 동일질환의 환자라 할지라도 각기 상태가 다

3) 가정간호환자 등록 당시 主治醫와 家庭看護師가 상호 협의하여 기본처방 내용을 확립한 후 동 처방 내용에 한해서는 별도의 추가처방 없이도 家庭看護師의 상황판단에 의해 간호행위를 시행할 수 있음.

르기 때문에 家庭看護師는 각 환자마다 기본처방을 받았으며 기본간호, 교육 및 상담, 훈련 등을 제외한 투약 및 주사, 검사 등의 治療的處置에 대해서는 主治醫의 수시처방에 의해 서비스를 제공하고 있는 것으로 나타났다. 이러한 처방에 의해 제공되는 가정간호서비스에 대하여 제1차 시범사업에서는 영역별로 서비스 내용을 규정, 동 범위내에서 서비스가 제공되도록 하였는데 총 86종의 서비스 중 家庭看護師가 한 건도 수행하지 않았던 서비스는 11종<sup>4)</sup>으로 나타났다(황나미, 1996).

제2차 가정간호시범사업에서는 제1차 시범사업과 동일한 가정간호 서비스 내용 및 범위를 정하여(附錄 참조) 앞으로의 시범사업과정 분석을 통하여 가정간호서비스 영역 및 범위를 최종 재정립할 계획이다. 서비스 영역별 주요 내용은 다음과 같다.

#### 가. 基本看護 業務

기본간호업무는 문제확인 및 간호진단, 활력측정 등의 기본적인 간호에 해당되는 환자 사정업무와 체위변경, 등간호, 구강간호, 타진 등이며 主治醫의 처방없이도 가정간호사의 독자적인 판단하에 시행된다.

#### 나. 檢査 關聯業務

가정간호서비스를 제공하는 동안 환자의 상태변화를 파악하는데 필요하다고 판단되는 檢査에 대해서는 家庭에서 검사물을 수집하여 검사가 가능한 내용의 검사에 한하여 主治醫의 처방에 의해 수행할 수 있다.

4) 골반검사(Pelvic exam), 직장검사(Rectal exam), Ice water test, 암환자 화학요법(항암제 투여 및 주사관찰), 자궁뭉사지, 절개 및 배농, 견인부 간호(Traction care), 혈액투석 간호, 복막투석 간호, 흉곽내 배액관 기능유지, 화상환자 및 피부이식 간호 등임.

#### 다. 投藥 및 注射行爲

가정간호서비스 기간 동안의 투약행위는 主治醫의 처방에 의하며 투약료와 투약일수는 외래진료 이용으로 간주한다. 주사행위의 경우, 혈관주사 행위는 主治醫의 처방에 의하여 시행할 수 있으나 수액 감시와 속도조절을 철저히 한 후 이에 대한 관리가 가능한 보호자가 있을 경우에만 시행하며 이때 보호자에게 철저한 교육을 실시하여야 한다.

#### 라. 敎育·訓練 및 相談

가정간호사는 환자에게 필요하다고 판단되는 식이요법, 운동요법, 등을 교육, 상담하고 특수처치 기구 및 장비 사용법 등을 훈련시킨다.

#### 마. 治療 및 處置業務

치료 및 처치업무는 진료업무 영역에 속하는 비위관 교환 및 관리, 산소요법, 단순 상처치료, 염증성 처치, 봉합선 제거, 방광 및 요도세척 등 주로 의료보험수가 항목에 포함되는 서비스내용이 주를 이루며 主治醫의 처방에 의하여 시행할 수 있다.

### 4. 家庭看護示範事業 管理·運營

#### 가. 事業組織

새로운 사업을 수행하고자 할 때 가장 우선적으로 고려하여야 할 사항은 事業組織이다. 家庭看護事業은 기존 병원조직과 다른 새로운 患者依賴體系와 서비스 전달방법이 요구되므로 어느 조직내에서 활동

하는 것이 가장 효과적인지에 대하여 熟議하여야 한다. 요컨대, 병원 중심 가정간호사업은 臨床各科 醫師로부터 입원환자를 의뢰받음으로써 업무가 시작되므로 이들 臨床各科로부터의 협조와 원활한 연계관계를 유지할 수 있는 조직내에서 활동하는 것이 사업성과를 제고시킬 수 있을 것이다.

看護部 소속형태와 病院長 직속의 獨立된 형태로 구분하여 실시된 제1차 시범사업에서의 시범사업기관들에 대한 조직의 효과평가 결과에 의하면 가정간호사업 조직의 역할 및 활동의 대표적인 결과지표로 간주되는 ‘가정간호사업소로 환자를 依賴한 醫師의 比率’과 ‘입원환자의 가정간호 인지여부(가정간호 홍보활동에 대한 결과지표로써 활용함)’에 대하여 두 조직간의 차이를 검증한 결과, 가정간호사업소로 환자를 依賴한 醫師의 비율과 短期入院(재원기간 30일 미만) 患者의 家庭看護 認知率에 있어서는 두 조직형태간 통계적으로 유의한 差가 없었으며 다만 長期入院(재원기간 30일 이상) 患者의 家庭看護 認知率에 있어서는 看護部 소속형태가 유의하게 높게 나타난 바 있다(황나미, 1996). 조사결과, 40개 기관 중 35개 기관이 院長(또는 醫務院長) 직속으로 운영되고 있는 것으로 나타났다(表 II-4 참조).

〈表 II-4〉 醫療機關種別 家庭看護事業所 所屬組織

(단위: 개소)

	계	3차진료기관	종합병원	병원
원장직속	35	15	18	2
간호부소속	5	3	1	1
계	40	18	19	3

나. 家庭看護事業 運營 活動

政府는 가정간호시범사업기관의 원활하고 일관된 사업추진 및 관리를 위하여 사업운영 전략, 사업조직 및 기능, 사업관리대상지역, 사업내용, 그리고 의료보험 청구 및 관리 등에 대하여 「家庭看護示範事業 管理運營指針」을 개발하였다(부록 참조). 각 시범사업기관에서는 동 지침에 따라 사업을 실시·운영하고 있는데 동 지침에서는 사업관리 및 운영에 관련된 사항의 審議 및 제반 지원을 위하여 「家庭看護事業 運營委員會」를 구성하도록 하였다. 委員長과 구성인원 및 자격은 시범사업기관에 일임하였는데 委員長은 절반 가량이 病院長이며 그의 진료부원장 및 진료부장 등 醫師인 것으로 나타났다(表 II-5 참조).

시범사업기관의 「家庭看護事業 運營委員會」 활동내용을 보면 가정간호 사업내용 및 사업평가 검토(15개소), 사업 세부방침의 신설이나 변경, 또는 규정 제정(14개소), 사업방향 결정(10개소), 사업 활성화를 위한 홍보(10개소), 診療科別 全擔主治醫 지정, 활동비 설정, 기기지원 및 여비지원 등의 사업지원업무(8개소), 환자 의뢰방법(7개소), 그리고 운영관리상 필요한 조정 및 통제와 사업관련 조사연구 및 자료수집, 정보제공 등으로 나타났다.

〈表 II-5〉 醫療機關種別 「家庭看護事業 運營委員會」 委員長 職位 (단위: 개소)

	계	3차진료기관	종합병원	병원
병원장	19	4	12	3
진료부원장	10	6	4	-
진료부(처)장	5	3	2	-
내과과장	2	2	-	-
의무이사관	1	1	-	-
계	37	16	18	3

註: 무응답 3개 기관 제외

#### 다. 家庭訪問 車輛確保 實態

환자 가정방문을 위한 차량은 기동력을 확보하여 생산성을 제고시킬 수 있다는 측면에서 사업운영상 가장 필요한 자원이다. 환자 가정방문에 필요한 차량확보 실태를 보면 가정간호 전용을 위한 차량을 보유하고 있는 기관이 40개 기관 중 23개 기관이다. 전용차량을 보유하지 못한 17개 기관 중 15개 기관은 가정간호사 개인차량을 활용하고 있으며 1개 기관은 자원봉사자의 차량지원에 의해, 1개 기관은 대중교통에 의존하여 가정방문을 실시하고 있는 것으로 나타났다.

#### 라. 事業弘報

사업 홍보실태를 보면 <表 II-6>과 같다.

<表 II-6> 醫療機關種別 家庭看護事業 弘報實態

(단위: 개소)

	계 <sup>1)</sup> (N=40)	3차진료기관 (N=18)	종합병원 (N=19)	병원 (N=3)
원내				
원내 게시판	38	17	18	3
간호사(직원) 교육	9	5	4	-
팜프렛 배부	19	7	10	2
병실회진	6	2	4	-
진료 각과 의국	9	5	4	-
원내 소식지	13	5	8	-
원외				
케이블 TV 또는 TV	9	7	2	-
의협지 또는 간협지	7	3	4	-
일간지	10	6	3	1
반상회보	5	1	3	1
차량홍보	5	2	3	-
노인정 방문	2	1	-	1

註: 1) 중복응답 기관수임.

시범사업기관내 홍보방법으로는 대부분 원내 게시판 활용과 팜플렛 배포 등이며 醫療人에 대해서는 診療各科 醫局 순회, 병원내 소식지 공고, 간호사 교육 등을 통하여 실시하고 있는 것으로 나타났다. 원외 홍보방법은 지역 일간지와 TV를 활용하고 있는 것으로 나타났다.

마. 保健所와의 家庭看護事業 連繫 實態

만성질환자의 건강관리를 위해서는 장기간의 의료서비스를 피할 수 없다. 따라서 이로 인하여 초래되는 의료비 부담으로 가정간호 비용마저도 지불할 수 없는 경제적 취약대상에 대해서는 지속적인 관리를 위하여 保健所나 社會福祉機關에 의뢰하지 않을 수 없게 된다. 제2차 가정간호시범사업의 주목적이 환자의 편의를 위하여 지속적인 가정간호관리를 도모하고자 전국 의료기관간 연계관리체계를 구축하고자 한바, 관할 保健所와의 연계실태를 파악하면 <表 II-7>과 같다.

시범사업 5개월 동안 保健所와 연계하여 사업을 실시한 기관은 40개 기관 중 11개 기관이다. 이 중 4개 기관은 상호 환자를 의뢰한 것으로 나타났으며 3개 기관은 保健所(1개 기관은 보건진료소)에서 가정간호 대상환자를 의뢰해 주었고 4개 기관은 시범사업기관에서 가정간호환자를 관리·종결 후 保健所로 의뢰한 것으로 나타났다.

<表 II-7> 醫療機關種別 保健所와의 家庭看護事業 連繫實態

(단위: 개소)

환자의뢰관계	계	3차진료기관	종합병원	병원
가정간호시범사업기관←보건소	3	1	2	-
가정간호시범사업기관→보건소	4	3	1	-
가정간호시범사업기관↔보건소	4	1	3	-
보건소와 연계없음	29	13	13	3
계	40	18	19	3

시범사업기관에서 가정간호 이용환자를 의뢰받은 8개 保健所 중 3개 保健所(3차진료기관 2개소 소재 및 종합병원 1개소 소재 보건소)는 가정간호사업을 수행하고 있는 것으로 나타나 사업 연계관리체계를 개발하는데 분석대상지역이라 할 수 있다.

40개 시범사업기관의 관할 보건소 중에서 醫師의 처방에 의해 가정간호서비스를 제공하고 있는 기관은 총 11개소이다.

## 5. 家庭看護示範事業 實績

### 가. 患者 登錄 및 管理

가정간호시범사업기관의 家庭看護 登錄患者 現況을 보면 <表 II-8>과 같다. 1997년 5~9월 기간 중 등록된 가정간호환자는 총 1,985명이다. 3차진료기관(18개소)은 1,093명으로 기관당 평균 61명, 종합병원(19개소)은 856명으로 기관당 평균 45명, 병원(3개소)은 36명으로 기관당 평균 12명을 등록·관리한 것으로 나타났다. 기관별 등록환자수는 2명에서부터 498명에 이르기까지 매우 큰 차이를 보이고 있는데 사업이 당초 계획보다 지연되어 나타난 결과가 그 한 이유가 될 것이다. 이에 따라 기관별 活動 個月數를 감안하여 月平均 登錄患者數를 보면 전체 40개 기관의 기관당 월평균 등록환자수는 11.3명이며 의료기관종별 기관당 月平均 登錄患者數를 보면 3차진료기관 15.4명, 종합병원 9.4명, 병원 2.8명으로 나타나 3차진료기관에서의 가정간호사업이 가장 활발한 것으로 나타났다. 이러한 결과는 3차진료기관의 경우 長期 入院患者의 점유비율이 높다는 점과 무관하지 않을 것으로 추측된다.

5) 공식적으로 시범사업이 1997년 5월 시작되었으나 40개 기관 중 11개 기관(3차진료기관 7개소, 종합병원 3개소, 병원 1개소)은 6월 이후에 시작하였음.



〈表 II-8〉 醫療機關種別 家庭看護 登録患者 現況(1997年 5~9月)  
(단위: 명)

	계 (N=40)	3차진료기관 (N=18)	종합병원 (N=19)	병원 (N=3)
등록환자수	1,985	1,093	856	36
기관당 평균 등록환자수 <sup>1)</sup> (최저~최고)	49.6 (2~498)	60.7 (3~498)	45.1 (2~239)	12.0 (5~19)
기관당 월 <sup>2)</sup> 평균 등록환자수 <sup>3)</sup>	11.3	15.4	9.4	2.8

註: 1) 등록환자수/기관수

2) 기관별 가정간호사업 시작 이후 活動個月數(40개 기관 총 175개월: 3차 진료기관 총 71개월, 종합병원 총 91개월, 병원 총 13개월) 基準

3) 등록환자수/總活動個月數

의료기관종별 가정간호제공횟수(가정방문횟수) 및 家庭看護師 1인 월평균 家庭看護提供回數는 〈表 II-9〉와 같다. 시범사업에서 적용되는 家庭看護酬價는 방문당 定額制 형태의 支拂報償體系로 家庭看護師 1인이 1일 4가구 가정방문(4회 家庭看護提供回數)하는 경우를 기본활동 목표량으로 정하여 가정간호사업의 損益分岐點으로 설정, 책정되었다. 따라서 家庭看護提供回數의 기본목표량은 활동일수에 따라 달라지므로 기관별 사업수행 日數를 토대로 家庭看護師 1인 1일 가정간호제공횟수를 산출하는 것이 目標對 實績 파악에 도움이 된다. 그러나 본 연구에서는 시범사업기관별로 사업수행 日數를 파악하는 데 어려움이 있어 〈表 II-9〉에서는 월평균 家庭看護師 1인 家庭看護提供回數를 제시하였다. 家庭看護師 1인 월평균 家庭看護提供回數는 전체 평균 25.1회이며 3차진료기관 27.1회, 종합병원 31.8회, 병원 16.5회로 파악되어 종합병원 家庭看護師의 월평균 家庭看護 提供回數가 가장 많은 것으로 나타났다.

〈表 II-9〉 醫療機關種別 家庭看護提供回数(1997年 5~9月)

(단위: 회)

	계 (N=40)	3차진료기관 (N=18)	종합병원 (N=19)	병원 (N=3)
가정간호제공횟수	11,957	6,764	4,938	255
가정간호사 1인 월평균가정간호 제공횟수 <sup>1)</sup>	25.1	27.1	31.8	16.5

註: 1) 가정간호제공횟수/가정간호사업 시작이후의 活動個月數

家庭看護師 1인 월평균 가정간호 제공횟수에 따른 시범사업기관의 분포를 보면 〈表 II-10〉과 같다.

〈表 II-10〉 醫療機關種別 家庭看護師 1인 月家庭看護提供回数 分布

(단위: 개소)

구 분	계	3차진료기관	종합병원	병원
2~19회	20	7	11	2
20~39회	10	6	3	1
40~59회	5	4	1	-
60~79회	3	1	2	-
80회 이상	2	-	2	-
계	40	18	19	3

사업 損益分岐點으로 설정한 家庭看護師 1인 月 家庭看護 提供回数 80회(4가구×20일/월)를 달성한 기관은 불과 2개 기관이며 월 60~79회 달성한 기관은 3개 기관으로 나타났다. 한편 가정간호환자 상태가 응급상황으로 인하여 근무시간외(평일 19~09시, 토요일 14시~09시, 공휴일)에 환자의 家庭을 방문하여야 하거나 요청을 받을 경우에는 主治醫에게 환자상태를 보고하고 적절한 처방을 받은 후 가정간호를 제공하도록 되어 있다.

근무시간의 가정간호활동실태를 통하여 환자의 응급실태를 파악해 보면 <表 II-11>과 같다. 전체 40개 기관에서는 그간 제공된 가정간호횟수 중 2.5%가 근무시간외 환자 가정을 방문한 것으로 나타났다. 의료기관종별로 보면 3차진료기관 1.9%, 종합병원 3.3%, 병원 1.6%로 나타나 종합병원의 경우가 근무시간외 가정간호활동 비율이 가장 높은 것으로 나타났다.

<表 II-11> 醫療機關種別 勤務時間外 家庭看護活動 現況

(단위: %)

	계(회)	근무시간 가정방문횟수	근무시간 외 가정방문횟수
계	100.0 (11,957)	97.5	2.5
3차진료기관	100.0 ( 6,764)	98.1	1.9
종합병원	100.0 ( 4,938)	96.7	3.3
병원	100.0 ( 255)	98.4	1.6

근무시간의 가정방문을 실시한 경우에는 醫療保險 診療酬價基準 算定指針을 적용하여 家庭看護酬價 항목의 하나인 「기본방문료(19,000원)」의 50%를 가산하여 지불보상 받도록 규정하고 있다(보건복지부, 1995:60). 그러나 현 家庭看護 支拂報償體系에서는 환자 1인당 월 4회의 가정방문횟수로 제한하여 보험급여하고 있어 예기치 않는 방문이 요구되는 경우, 예를 들어 암환자 통증조절을 위한 처치나 기동성 장애환자의 급성기 욕창관리 등과 같은 경우에는 월 4회의 제한으로 그 이상의 가정방문서비스를 제공할 수 없게 되어 있어 일부 환자관리에 어려움을 주고 있으며 불가피하게 입원을 고려하지 않을 수 없게 됨에 따라 가정간호활동에 제약을 주고 있는 것으로 파악되었다.

#### 나. 管理對象地域의 患者管理

가정간호시범사업에서는 家庭看護師의 生産性を 제고시키기 위하여 환자 가정방문에 소요되는 교통시간을 시범사업기관에서 통상 편도 30分 이내로 제한하였다. 이에 따라 家庭看護酬價 항목의 하나인 「교통비」 酬價 算定시에 1가구당 교통소요시간을 평균 30분을 적용하여 1일 교통소요시간을 총 2시간(1일 4가구 방문 기준)으로 간주하여 교통비 原價를 산출하였으며 시범사업기관에서 통상 편도 30分 이내의 지역에 대해서는 관리대상지역으로 지정하여 시범사업기관별 行政區域으로 명시하였다(부록 참조). 관리대상지역외 지역에 거주하는 환자에 대해서는 가정간호비용지불시 醫療保險 給與(「기본방문료」 19,000원의 80%와 「개별행위료」 酬價의 80%)를 받을 수 없도록 방침을 정하였다. 따라서 시범사업기관에서는 관리대상지역외 지역의 거주환자를 등록, 관리할 수 없으며 환자 거주지역이 다른 가정간호시범사업기관의 관리대상지역일 경우, 해당 시범사업기관에 환자를 의뢰하도록 되어 있다.

〈表 II-12〉에서 家庭看護 登錄患者의 거주지역 분포를 살펴 보면 18.9%가 비관리대상지역 거주환자로 나타났다. 이들은 家庭看護費用 중 보험기관에서 지불하여야 하는 비용을 전액 본인이 부담한 것으로 파악되었는데 전액 본인부담을 해서라도 가정간호를 절실히 필요로 하였기 때문에 이용한 것으로 볼 수 있다. 5명의 등록환자 중 1명이 비관리대상지역 환자라 함은 관리편의상 행정구역으로 제한한 관리대상지역의 지정에 문제가 있는 것으로 볼 수 있다. 한 例로서 25개 區로 구성된 서울특별시의 경우, 12개 시범사업기관이 소재하여 기관당 2~6개 區地域이 관리대상지역으로 지정되어 있으나 ‘금천구’와 ‘중랑구’는 인접지역에 이대목동병원과 한양대부속병원, 가톨릭대 성바로오

병원 등의 시범사업기관이 소재하고 있음에도 불구하고 제외되어 있어 누락된 동 지역 거주환자의 경우에는 보험급여 적용이 안되는 불합리한 사례를 발견할 수 있다.

〈表 II-12〉 醫療機關種別 登錄患者의 管理對象地域 居住 實態  
(단위: %)

구 분	계(명)	관리대상지역 거주자	관리대상지역외 거주자
계	100.0 (1,985)	81.1	18.9
3차진료기관	100.0 (1,093)	81.3	18.7
종합병원	100.0 ( 856)	80.0	20.0
병원	100.0 ( 36)	100.0	-

#### 다. 患者 依賴

5개월간의 가정간호시범사업 과정중에 환자를 의뢰한 경험이 있는 시범사업기관에 대한 의료기관종별 의뢰기관 현황을 보면 〈表 II-13〉과 같다. 依賴가 발생하게 된 배경은 입원환자가 퇴원후 가정간호가 필요하나 환자 거주지역이 관리대상지역이 아니어서 관리대상지역의 다른 시범사업기관에 의뢰한 경우, 가정간호 등록·관리 후 환자거주지역 인접 가정간호 미실시 의료기관으로 의뢰한 경우, 그리고 환자에게 추후관리가 필요하여 가정간호 종결 후 保健所 등, 보건의료 관련 기관으로 의뢰한 경우 등으로 나타났다.

40개 시범사업기관에서 환자를 의뢰한 경험이 있는 기관수를 보면 시범사업을 실시하고 있는 3차진료기관에 환자를 의뢰한 경우가 11개 기관, 종합병원에 7개 기관, 병원에 2개 기관으로 나타났으며 시범사업 미실시 3차진료기관에 환자를 의뢰한 경우가 1개 기관, 종합병원 1개 기관, 병원 4개 기관으로 나타났다. 또한 保健所에 8개 기관, 그 외 지역사회중심 가정간호사업소 및 사회복지기관 등에 6개 시범사업

기관이 환자를 의뢰한 것으로 나타나 연계기관과의 효과적인 患者 情報管理體系 構築方案이 마련되어야 한다고 보겠다.

〈表 II-13〉 醫療機關種別 家庭看護患者에 대한 依賴機關 現況

(단위: 개소)

의뢰기관 시범 사업기관	시범사업 실시기관			시범사업 미실시기관			보건소	기타 <sup>2)</sup>
	3차 진료기관	종합 병원	병원	3차 진료기관	종합 병원	병원		
계	11	7	2	1	1	4	8	6
3차진료기관 <sup>1)</sup>	8	3	2	-	1	2	4	3
종합병원 <sup>1)</sup>	3	4	-	1	-	2	4	3
병원 <sup>1)</sup>	-	-	-	-	-	-	-	-

註: 1) 각 줄에 제시된 기관수에는 동일 기관이 중복 포함됨.

2) 지역사회중심 가정간호사업소, 양로원, 사회복지관 등

동 表에서 의료기관종별로 보면 18개 3차진료기관 중 8개 기관은 가정간호시범사업을 실시하고 있는 다른 3차진료기관에, 3개 기관은 시범사업 실시 綜合病院에, 2개 기관은 시범사업 실시 病院에 환자를 의뢰한 것으로 나타났다. 반면 1개 기관은 시범사업 미실시 종합병원에, 2개 기관은 시범사업 미실시 病院에 환자를 의뢰한 것으로 나타났다. 4개 3차진료기관은 保健所에, 3개 3차진료기관은 지역사회중심 가정간호사업소, 사회복지기관 등에 환자를 의뢰한 것으로 나타났다.

19개 綜合病院에서 환자를 의뢰한 기관을 살펴 보면 3개 기관은 가정간호시범사업 실시 3차진료기관에, 4개 기관은 시범사업을 실시하고 있는 다른 綜合病院에 의뢰한 것으로 나타났다. 반면 1개 기관은 시범사업 미실시 3차진료기관에, 2개 기관은 病院에 의뢰한 것으로 나타났다. 그 외 지역사회중심 가정간호사업소나 사회복지기관으로 환자를 의뢰한 경우가 4개 기관으로 나타났다. 病院의 경우에는

시범사업기간 중 환자를 의뢰하지 않은 것으로 나타났다.

한편 시범사업기관에서 의뢰한 환자수를 보면 <表 II-14>와 같다. 3차진료기관에서 55명, 종합병원에서 30명의 환자를 의뢰하여 총 85명의 환자를 의뢰한 것으로 나타났다. 이 중 8개 3차진료기관에서 시범사업을 실시하고 있는 3차진료기관에 38명 의뢰하였으며 3개 종합병원에서 시범사업을 실시하고 있는 종합병원에 14명 의뢰하였다. 또한 4개 3차진료기관에서 保健所에 5명을 의뢰하였고 3개 종합병원에서 保健所에 3명 의뢰하여 총 8명의 환자를 保健所에 의뢰한 것으로 나타났다(表 II-13, 表 II-14 참조).

시범사업기관의 가정간호환자 평균 의뢰비율은 4.3%이며(85명/1,985명) 3차진료기관의 경우는 5.0%(55명/1,093명), 종합병원 3.5%(30명/856명)이다.

<表 II-14> 醫療機關種別 家庭看護患者 依頼件數(1997年 5~9月)  
(단위: 건)

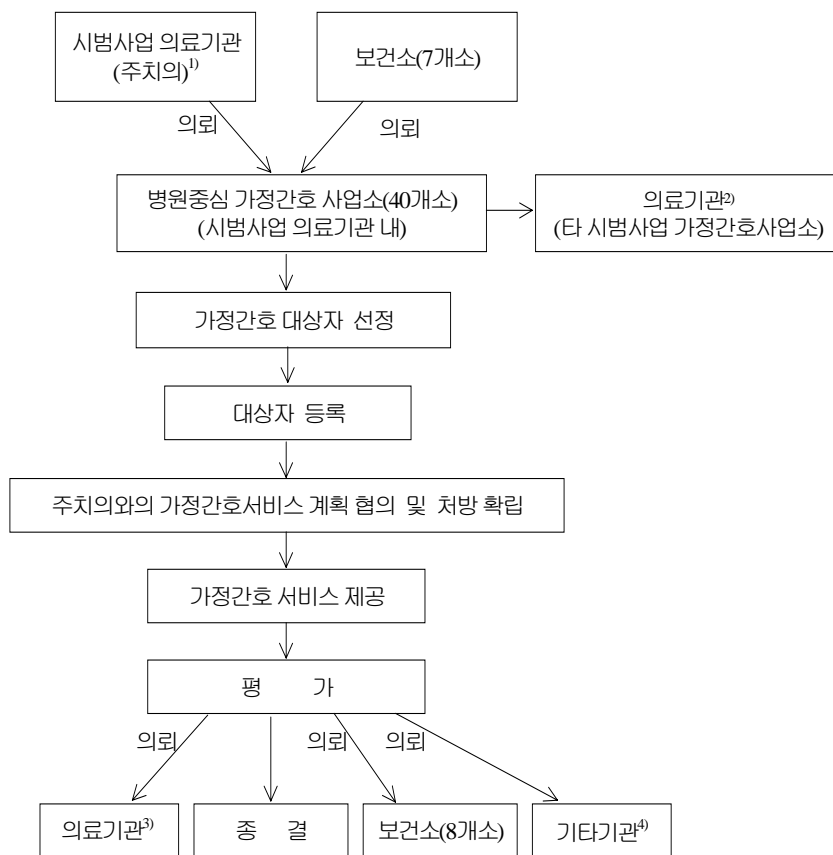
의뢰기관 시범사업기관	계	시범사업 실시기관에 의뢰한 건수			시범사업 미실시 기관에 의뢰한 건수			보건소	기타 <sup>1)</sup>
		3차진료기관	종합병원	병원	3차진료기관	종합병원	병원		
계	85	43	18	1	1	1	5	8	8
3차진료기관	55	38	4	1	-	1	2	4	4
종합병원	30	5	14	-	1	-	3	4	4
병원	-	-	-	-	-	-	-	-	-

註: 1) 지역사회중심 가정간호사업소, 양로원, 사회복지관 등

병원중심 가정간호시범사업 대상이 되어 등록·관리·종결되는 일련의 환자 관리과정과 家庭看護 依頼·管理體系에 따른 사업참여 기관을 요약하여 제시하면 [圖 II-1]과 같다. 40개 시범사업기관의 가정간호활동에 연계되어 있는 기관은 가정간호시범사업 참여 의료기관, 시범사업

미 실시 의료기관, 보건소, 한방 병원, 사회복지기관 등 다양하다.

[圖 II-1] 病院中心 家庭看護示範事業 對象者 依頼·管理 過程 및 參與機關 現況



註: 1) 3차진료기관 18개소, 종합병원 19개소, 병원 3개소  
 2) 가정간호시범사업 실시 기관(3차진료기관 11개소, 종합병원 7개소, 병원 2개소)  
 3) 가정간호시범사업 미 실시 기관(3차진료기관 1개소, 종합병원 1개소, 병원 4개소)  
 4) 지역사회중심 가정간호사업소, 사회복지관, 한방의료기관 등



### Ⅲ. 家庭看護酬價體系 現況

#### 1. 家庭看護酬價體系的 基本틀

입원진료 대체서비스로서 기능하는 가정간호업무 특성을 입원진료 특성과 비교하면 첫째, 처방업무와 비처방업무의 수행, 의뢰 및 연계 역할의 증대(主治醫와 환자 및 보호자, 사업기관과 지역사회 의뢰기관), 전화업무(정규적, 수시상담), 환자 및 가족 환경위생문제를 관리한다는 점과 둘째, 현 醫療保險酬價體系下에서 입원진료에서는 임상 검사료, 진단방사선료 등 이익율이 높은 酬價種目이나 비급여 항목이 있는 반면 가정간호업무에서는 기본간호, 상담 및 교육 등과 같이 결손율이 높은 업무가 상대적으로 많다는 점, 셋째, 가정간호사의 근무시간이 직접 서비스 제공에 소요되는 시간 이외에 교통에 소요되는 시간, 主治醫와 업무협의를 하는 시간 등에 상대적으로 많은 시간이 소요되는 특징을 가지고 있다.

이상과 같은 입원진료와 가정간호업무 특성을 놓고 상호 유사점과 차이점을 비교하면서 도출된 결과에 기초하여 家庭看護酬價 算定時 고려한 주요 요소는 ‘가정간호서비스 난이도’ 및 ‘서비스 소요시간’, ‘가정간호 원가’, ‘교통 소요시간’ 등으로 규명되었다.

家庭看護 支拂報償體系에서는 ‘가정간호서비스 난이도’와 ‘서비스 소요시간’에 대해서는 가정간호서비스 제공수준을 객관적으로 차등화시킬 수 있는 현 醫療保險療養機關에 적용되는 행위별 수가(개별행위료)를 그대로 적용하는 것으로 하였다.

반면 ‘가정간호 원가’와 ‘교통 소요시간’에 대해서는 새로이 家庭看

護酬價를 책정하였다. 기본전제는 첫째, 이윤을 고려하지 않고 原價報償의 원칙을 적용하며 둘째, 수가산정과 지불관리체계가 용이한 방법으로 셋째, 지불비용이 1일 입원진료비용과 외래진료비용 사이가 되도록 설정하여 입원환자로 하여금 가정에서의 서비스로 전환하여 의료비 절감효과를 얻도록 하였다.

가정간호활동에 따른 ‘가정간호 원가’ 요소에는 인건비, 차량유지비, 관리비로 구성될 수 있다. 가정간호사업 운영에 따른 관리비의 원가는 이미 「원가+ $\alpha$ 」로 되어 있다고 인정되는 「개별행위료」에 일부 포함된다는 시각과 기존의 병원운영의 일환으로 전개되는 사업이라는 측면에서 가정간호 원가 산정시 감안하지 않았다. 이에 따라 ‘가정간호 원가’에는 가정간호사 ‘人件費’와 ‘車輛維持費’만을 인정하는 것으로 결정하여 「기본방문료」와 「교통비」라는 추가항목을 신설하였다.

한편 ‘교통 소요시간’은 사업기관에서 통상 편도 30분 이내 지역의 거주환자를 관리하도록 제한함으로써 가정방문에 따른 이동 소요시간의 인건비(1일 2시간:30분 $\times$ 4가구)를 「교통비」 수가에서 보상해 주도록 하였다. 이에 따라 최종적으로 가정간호수가는 「기본방문료」, 「교통비」, 그리고 「개별행위료」 항목으로 구성되었다.

현 가정간호사업이 입원대체서비스의 일환으로 전개되는 사업이라는 점에서 가정간호수가 구조를 입원진료비의 수가구조와 관련시켜 제시하면 <表 III-1>과 같다. 가정간호수가에서의 「기본방문료」는 입원환자의 입원료에 준하며 「교통비」는 병실차액 및 지정진료료 등과 비교될 수 있고 「개별행위료」는 입원시와 동일한 항목이다.

## 2. 家庭看護支拂 費用

제1차 병원중심 가정간호시범사업을 시작하게 되면서 산정된 가정간호비용은 다음과 같다.

〈表 III-1〉 家庭看護酬價 構造에서의 考慮要素 및 入院診療時 支拂項目과의 比較

가정간호수가구조	가정간호업무시 고려요소	입원진료비
- 기본방문료	- 가정간호사 인건비	- 입원료
- 교통비	- 차량유지비, 가정간호사인건비 (교통소요시간)	- 병실차액, 지정진료료 등
- 개별행위료	- 가정간호서비스 난이도 및 서비스 소요시간, 관리비	- 개별행위료

「기본방문료」는 가정간호사의 활동에 따른 인건비 원가로 1일 8시간 근무 중 교통소요시간을 제외한 3/4(6시간)의 인건비가 보상되도록 산출, 책정되었다. 1회 가정방문당 「기본방문료」는 가정간호사 연간 인건비(20,000천원)의 3/4 인건비를 연간 목표로 하는 방문횟수 즉, 가정간호횟수 1,000(4가구 방문/1일×250일)으로 나눈 定額 15,000원(현재 19,000원)이 책정되었다.

「교통비」는 가정방문에 소요되는 차량유지 및 관리비 등의 순수 지출교통비 원가에 가정간호사 가정방문에 소요(2시간)되는 인건비 원가(1일 인건비의 1/4 인건비)를 합한 금액을 산출하여 定額 5,000원(현재 6,000원)이 책정되었다.

현 가정간호사업이 입원대체서비스의 일환으로 전개되는 사업이라는 점에서 가정간호수가 구조를 입원진료비의 수가구조와 관련시켜 환자 본인지불수준을 모색한 결과 〈表 III-2〉와 같다. 1회 방문당 가

정간호비용은 동 표에서 제시된 지불방법에 의해 환자 본인부담금 9,800원(6,000+19,000×20%)과 치료·처치에 따른 個別行爲料 酬價 중 20% 금액이다. 따라서 보험기관에서는 15,200원(19,000×80%)과 개별행위료의 80% 금액을 급여하나 보험급여범위는 환자 1인당 월 4회의 가정방문으로 제한하여 지불보상해 주고 있다.

〈表 III-2〉 家庭看護酬價 內譯別 入院診療費와의 比較 및 支拂方法

가정간호수가(가) <sup>1)</sup>	입원진료비(나) <sup>1)</sup>	가정간호비용 지불방법		지불 비용 비교
		본인	보험기관	
- 기본방문료(19,000원) - 교통비(6,000원)	- 입원료(15,560원: 3차진료기관) - 병실료차액(13,000원: 기준병실료에서 4인용 병실이용시 차액)	100%	-	가<나
- 개별행위료(보험진료수가 기준)	- 좌동	20%	80%	가<나
		20%	80%	가=나

註: 1) 1997년 5월 가정간호시범사업 시작시의 기준

### 3. 家庭看護酬價 및 支拂報償體系上的 問題點

#### 가. 定額制 形態의 「基本訪問料」

현행 家庭看護酬價體系上的 「基本訪問料」는 환자의 의식수준, 감각 및 운동, 일상생활 수행정도에 관계없이 어떤 상태에 있든 1일 4가구 방문할 것을 예상하여 산술평균한 定額制이다. 이러한 산정방식은 가정간호업무에서 중요한 위치를 차지하고 있으나 「개별행위료」에 적용되지 않는 ‘교육 및 상담’, ‘관찰 및 간호’ 등과 같은 행위들이 소홀히 다루어질 수 있는 여지를 주고 있다. 제1차 시범사업 결과, 가정간호 등록환자가 가장 많았던 시범사업기관(영남대의료원)이 산모 및 신생

아 관리·교육에 많은 시간이 소요되는 제왕절개환자가 대부분이라는 점때문에 가정간호사 1인 1일 환자방문건수는 목표방문건수(1일 4가구)를 달성하는데 어려움이 있어 이로 인하여 수입도 타 기관에 비하여 적은 것으로 나타났다(황나미, 1996).

또한 방문당 定額制는 질병의 중증도가 심한 환자가 주 대상일 경우 가정간호사의 가정방문횟수는 감소할 수 밖에 없고 반대로 질병의 중증도가 경한 환자가 많은 경우에는 가정방문횟수가 증가될 수 있는 여지가 있다. 이 때문에 중증의 환자를 기피하거나 서비스가 소홀해질 수 있다. 제1차 시범사업 결과, 수술 후 처치를 위한 회복기 환자(자궁내 근종, 난소종양, 충수염 등)와 장기 만성질환자, 무의식환자(뇌졸중, 욕창 등) 등의 가정간호 제공시간이 각각 23~28분, 50~60분으로 차이를 보이고 있음은 시사하는 바가 크다.

#### 나. 「交通費」原價 算定上

家庭看護酬價 산정에 근거하여 「교통비」에 반영될 인건비 원가를 산출해 보면 가정간호사 1인 1회 방문당 인건비 반영금액이 5,000원으로 산출되어 교통비 수가 5,000원에는 그 외 차량유지비 등의 原價는 반영되지 않은 것으로 나타나 「교통비」 酬價 산정에 문제가 있는 것으로 나타났다.

〈가정간호사 1인 1회 환자방문당 인건비 산출근거〉

$$20,000,000(\text{원})/\text{년} \div 1,000\text{회}(4\text{가구}/1\text{일} \times 250\text{일}) = 20,000(\text{원})$$

$$\text{┌ } 20,000\text{원} \times 3/4 = 15,000\text{원: 기본방문료}$$

$$\text{└ } 20,000\text{원} \times 1/4 = 5,000\text{원: 교통비}$$

#### 다. 「個別行爲料」算定上

현 지불보상체계에서는 가정간호 이용환자에게 주로 제공되고 있는 흡인간호, 방광훈련, 냉·온찜질, 수동식 운동훈련, 체위변경 등의 행위에 대한 酬價가 산정되어 있지 않다. 家庭看護酬價 책정의 기본전제가 原價報償의 原則이므로 현 급여기준에서 인정되지 않고 있는 서비스들에 대해서는 질적 간호서비스 보장을 위하여 적절한 보상이 있어야 할 것이다.

#### 라. 支拂報償 原則

최근 통원수술센터의 개원으로 수술후 早期退院患者의 이용이 증가하고 있다. 이들은 수술 후 첫 1~3일간은 응급을 요하는 상태이기 때문에 경우에 따라서는 1일 2회 방문을 필요로 한다. 또한 末期狀態에 있는 환자간호를 위해서는 1일 2시간 이상의 관리를 필요로 하는 경우가 대부분이다. 그러나 현 지불보상체계에서는 1일 각기 다른 4가구(1가구당 2시간)에 한하여 지불보상되므로 이에 부응한 합리적인 지불보상방안이 되지 못하고 있다.

## IV. 家庭看護制度의 政策課題과 發展方向

첨단 의료기술의 발달과 의료 각 분야의 專門化 및 細分化를 지향하고 있는 오늘날 가정간호사업의 필요성은 역설적으로 증가하고 있다.

국민총생산 중 국민의료비가 차지하는 비율이 세계에서 가장 높은 美國의 경우(1995년 14.2%: 한국개발연구원, 1995), 현재 在家醫療서비스시장 규모가 다른 의료서비스와 비교할 때 상대적으로 큰 폭의 성장세를 보이고 있다. 이는 1983년 社會保險인 메디케어(Medicare)에서 병원의료비 지불보상방법을 포괄수가(Diagnostic Related Groups: DRG) 방식으로 전환하게 됨에 따라 병원에서는 환자의 재원기간을 단축하여 가정에서의 의료서비스 제공이 필요하였기 때문이다(NRI, 1991).

노인인구의 점유비율이 약 14%이며, 노인복지가 잘 정착되어 있는 것으로 평가되고 있는 日本의 경우 역시 다양한 가정간호서비스의 제공으로 노인의료의 큰 부분을 점유하고 있다.

또한 유럽의 다른 나라와 비교할 때 모델이라고 여겨질 만큼 社會福祉政策이 잘 정착된 스웨덴의 경우, 증상이 심한 치매환자의 25%가 가정간호서비스를 통하여 관리받고 있다(The Swedish of Health and Social Affairs, 1993).

한편 우리나라는 현재 정상분만, 제왕절개술, 충수염수술 등 일부 질환을 대상으로 포괄수가(DRG) 방식의 병·의원 의료비 지불보상방안에 대하여 시범사업 중에 있으며 앞으로 다른 질환까지 확대할 계획에 있다. 또한 우리나라 65세 이상 노인인구 비율이 2000년에는 7.1%, 2020년에는 이의 2배에 가까운 13.2%로 추정됨에 따라(통계청, 1996) 급속하게 高齡化 社會로 진전되고 있으며 이와 더불어 치매 등

만성퇴행성질환의 증가가 예상된다. 이러한 우리나라의 상황을 선진국의 경험에 비추어 볼 때, 가정간호사업의 도입 및 활성화는 필수적인 것이라 하겠다.

가정간호사업의 성장에 기여한 주요인에 대하여 『美國病院協會』에서는 인구의 고령화, 기술혁신, 기술발달에 따른 다양한 가정간호서비스 제공, 서비스의 통합 및 조정, 법률적·정치적 활동으로 요약하고 있다.

우리나라 가정간호제도의 근거를 이루는 法體系는 1990년 『醫療法施行規則』을 개정하여 마련된 가정간호사 자격과 그 자격을 얻을 수 있는 가정간호사 교육에 대한 규정이 있을 뿐이며 우리나라는 가정간호제도를 도입하여 시행하고자 하는 단계에 있다. 이러한 시점에서 현재 진행되고 있는 병원중심 가정간호시범사업은 우리나라 의료체계 내에서 습目的적으로 기능할 수 가정간호제도를 기획·구축하는데 중요한 場을 제공해 준다.

이에 따라 가정간호의 특성은 여러 측면에서 설명될 수 있겠으나 기능적 측면에서 그 특성을 파악해 보면 美國의 6개 보건의료기관 및 가정간호 관련단체<sup>6)</sup>에서 정의한 家庭看護는 ‘국민건강관리체계의 한 요소로서 치료적(Therapeutic), 지원적(Supportive), 예방적(Preventive) 측면을 모두 포함하며 그 특성상 의료서비스와 사회적 측면이 조화된 서비스이다. 이는 질병이나 고통, 또는 만성질환 및 상해로 인한 장기간의 불구제한이 있는 개인이나 가족이 최적의 건강, 활동 및 독립성을 유지할 수 있도록 가정에서 또는 가정과 연계된 곳에서 제공하는 서비스’이다(HCC, 1995:1).

6) 『The Assembly of Outpatient & Home Care Institutions』, 『The American Hospital Associations』, 『The National Association of Home Health Agencies』, 『The National Council for Home Maker-Home Health Aides Services』, 『The Council of Home Agency』, 『Community Health Services of the National League for Nursing』.



이상의 家庭看護에 대한 定義에서는 事業對象(개인 또는 가족), 事業場所(가정, 또는 환자거주지), 事業內容(치료·지원·예방 및 의료·사회적 서비스), 事業問題(급성, 만성, 장애 및 불구) 등에 대하여 언급하고 있지만 事業主體, 事業人力, 財源調達 등의 특성에 대해서는 명시하고 있지 않고 있어 상황과 형편에 따라 다양할 수 있음을 시사한다.

본 章에서는 그동안 수행된 가정간호시범사업과 외국의 경험을 바탕으로 1999년 4월까지 수행될 가정간호시범사업에서 개발하여야 할 제도화 내용과 그 접근방안을 제시하고자 한다.

## 1. 家庭看護事業 主體

### 가. 醫療機關 認·許可 問題

제2차 병원중심 가정간호시범사업기관의 선정은 병원급 이상 의료기관으로서 첫째, 病床利用率이 적정 病床利用率 보다 높은 기관, 둘째, 사업에 대한 계획 및 사업실시에 따른 요건이 갖추어진 기관, 셋째, 군지역 소재 기관 넷째, 설립목적이 公共性인 기관 등을 고려하여 이루어졌다.

일반적으로 병원 관리자는 병원경영상 병상을 채우려 할 것이고 가정간호사업소에서는 환자를 조기퇴원시켜 가정간호 이용환자를 증가시키려 할 것이다. 美國의 경우, 包括酬價制를 통한 豫測支拂制度(PPS: Prospective Payment System)의 도입으로 이러한 문제가 발생되지 않으나 이러한 제도가 도입되지 않은 우리나라의 경우, 여유병상이 있는 병원에서는 굳이 환자의 在院期間을 단축시키지 않고 가정간호의 이용을 권장하여 의료비를 상승시킬 수 있는 여지를 주고 있다. 이러한 점 때문에 병상이용률이 적정 병상이용률 보다 높은 기관을

우선적으로 선정하는 기준으로 삼았다.

또한 넷째 基準 즉, 기관의 公共性을 고려한 이유는 입원대체서비스로서의 가정간호의 기능과 原價報償의 원칙에 입각하여 지불보상되고 있는 현 家庭看護酬價體系하에서는 이윤추구를 목적으로 하는 영리기관이 가정간호사업을 도입하기란 현실적으로 어렵다는 점을 감안하여 이루어진 것이다.

그러나 동 기준들만으로는 가정간호사업을 통하여 이루고자 하는 다른 목적 즉, 환자 의료이용 편의 등을 달성할 수 없게 되는 수도 있어 사업의 활성화에 오히려 저해요인이 될 수 있으므로 앞으로의 시범사업 과정을 면밀히 분석하여 획일적인 지정기준을 통한 가정간호사업기관의 지정보다는 지역특성을 고려하는 등 융통성이 있으되 합리적인 선정기준을 마련하는 방안이 요구된다. 또한 현재 진행 중인 시범사업 현황 파악결과, 가정방문에 필요한 차량의 미확보는 물론 가정간호사를 고용하지 않는 기관까지 발견되고 있어 가정간호사업기관 認可시 가정간호활동에 필요한 시설 및 운영 요건 등에 대해서도 규정할 필요가 있음을 시사한다.

한편 사업기관 認·許可 과정에는 제공되는 서비스의 관리측면도 검토되어야 한다. 즉, 소비자에게 전달되는 서비스가 公的 財政에서 지불보상되는 경우에는 제공되는 서비스의 量과 質에 대하여 최소한의 質的 標準에 준한 심사과정을 거쳐야 한다.

美國 38개 州에서는 가정간호기관 개설시 州政府로부터 認可(Accreditation)를 받아야 메디케어, 메디케이드(Medicare, Medicaid)에서 비용지불을 받을 수 있게 되어 있다. 認可는 1년간 유효함에 따라 매년 재심사후 認可를 받게 되는데 州政府에 따라 차이가 있으나 認可機關을 대상으로 적절한 인력 고용여부와 이들에 대한 업무감독 및 훈련 시행여부 등에 관한 사항을 심사하고 있다. 대부분의 가정간호

기관들은 메디케어, 메디케이드(Medicare, Medicaid)에서 비용지불을 받기 위하여 認可基準을 적극적으로 따르고 있는데 예컨대, 서비스의 지속적인 質 개선을 위한 質 管理(CQI: Continuous Quality Improvement)를 개발하여 자발적으로 수행하고 있다.

우리나라의 경우, 損失은 있으나 收益性이 전혀 없도록 구조화한 家庭看護酬價體系하에서 가정간호사업 개설 및 운영에 따른 또 다른 제도적 장치 즉, 認·許可 制度의 도입은 사업의 활성화를 막는 것과 다를 바 없다. 일차적으로 병원의 자율적인 판단에 의해 가정간호사업의 시행여부가 결정되므로 민간부문이 대부분인 우리나라 병원의 입장에서는 가정간호사업 운영에 따른 財政的, 또는 社會的 側面 등에서 이에 상응한 價値의 보상책 없이는 가정간호사업을 도입, 운영하지 않을 것이다..

制度化의 목적의 하나가 良質의 사업확대에 있음을 주목할 때, 認·許可 制度의 도입은 불가피하며 병원으로 하여금 가정간호사업에 참여하도록 하기 위해서는 현재 시행되고 있는 『醫療機關 서비스 評價制』의 評價項目의 하나로 가정간호사업 운영여부를 포함시켜 병원 경영방침에 중요한 비중을 차지할 수 있도록 하는 방안이 있다. 또한 가정간호사업을 국가적 차원에서 홍보할 때 사업을 실시하는 병원의 이미지는 제고될 수 있으므로 국가에서의 가정간호사업에 대한 홍보는 매우 중요한 의미를 가진다고 보겠다.

#### 나. 事業 供給組織(機關)의 擴大 問題

美國은 1980년 이래 家庭看護事業機關의 數가 3배 정도 증가하면서 가정간호서비스 공급조직 또한 다양해졌다. 즉, 병원을 중심으로 한 병원의 하부조직으로서의 가정간호서비스 공급조직, 전국 조직망을 가진 가정간호서비스 供給企業 形態의 프랜차이즈 가정간호 공급조

직, 일정한 지역을 중심으로 소규모로 조직한 독립 가정간호서비스 공급조직, 그리고 위의 세가지 형태를 조합한 가정간호서비스 공급조직 등이 있다.

현재 우리나라 제도권내에서 시행하고자 하는 가정간호서비스 공급조직은 병원을 중심으로 한 가정간호서비스 공급조직에 국한되어 있어 매우 제한적이다. 가정간호사업은 保健醫療傳達體系내에서 연속적인 보건의료사업의 한 시점에서 제공되는 서비스프로그램인 바, 우리나라 가정간호서비스 공급조직 및 유형은 多元化되어야 할 필요성이 크다. 가정간호사업의 多元化란 保健醫療傳達體系에서 가정간호사업이 이용자의 입장에서 지리적, 경제적 접근성과 형평성 측면에서 소외되는 계층이 없도록 1, 2, 3차 진료기관간, 그리고 민간 병원과 公共保健醫療機關間的 긴밀한 協力關係下에서 제공되어지는 것을 의미한다(윤순녕, 1995).

서울특별시, 대전광역시, 대구광역시 및 춘천시 등 地方自治團體의 財政的 支援에 의해 지역단위의 「看護師會」에서 전개되고 있는 지역사회 중심의 가정간호사업이 이러한 취지에서 전개되고 있으며 조사결과, 병원중심 가정간호시범사업기관에서 환자 종결 후 지역사회 가정간호사업소로 환자를 의뢰하고 있는 것으로 파악된 바 있어(表 II-13참조), 지역사회중심 가정간호사업을 제도권내에 포함시켜야 함은 두말할 나위가 없다고 보겠다.

1996년 조사결과에 의하면 「서울特別市 看護師會」 소속 「家庭看護示範事業센터」에서는 서울특별시 소재 27개 綜合病院과 전체 25개 區 保健所에서 1년간 각 303명, 96명의 환자를 의뢰받아<sup>7)</sup> 관리한 것으로

7) 종합병원의 경우, 경희의료원 43명, 서울중앙병원 28명, 서울대학교병원 21명, 여의도성모병원 21명, 강남성모병원 17명의 환자를 의뢰한 것으로 나타났으며, 그 외 20개 기관에서 1~9명의 환자를 의뢰함. 보건소의 경우, 강서구보건소 14명, 영등포구보건소 13명, 강남구보건소 9명의 순으로 나타남(서울특별시 간호사회, 1996)

나타나(서울시간호사회, 1996) 지역사회를 중심으로 전개되고 있는 가정간호사업에 대해서도 제도화 방안을 검토할 필요가 있다고 보겠다. 환자의 경제적, 지리적 접근 능력에 관계없이 지속적으로 가정간호서비스 공급이 가능하도록 保健所, 또는 사회복지기관 등 다양한 사업주체의 활용 가능성도 고려하여야 한다.

## 2. 家庭看護事業 對象

현재 병원중심 가정간호서비스는 醫療保險 적용대상자만이 이용가능하다. 이러한 제약 조건으로 말미암아 醫療保護 대상자의 경우 퇴원 후 입원기관으로부터 가정간호서비스를 받을 수 없게 되어 있으며 産災患者와 自動車保險患者의 경우도 마찬가지이다. 長期入院으로 인한 병상점유와 의료비 지출이 심한 이들을 대상으로 가정간호사업을 확대할 때, 국민의료비의 절감은 보다 큰 효과를 얻을 수 있을 것으로 기대되므로 제도화 과정 중에 이들을 대상으로 한 가정간호사업의 필요성과 요구도를 파악할 필요성이 제기된다.

## 3. 家庭看護事業 內容

가정간호사업대상 질환자를 선정하는데 기초가 되고 안전한 의료 및 간호서비스를 제공하기 위해서는 家庭看護 서비스 내용 및 범위에 대한 정립이 요구된다. 제1차 시범사업에서 규정한 86종의 가정간호서비스 내용에 대하여 4개 시범사업기관의 「家庭看護事業 運營委員會」에서 評價한 결과에 의하면 86종 서비스 중 家庭看護師가 한 건도 수행하지 않았던 11종의 서비스는 4개 기관 중 1개 기관 이상에서 家庭

看護師가 수행하기에는 부족한 것으로 파악되었다(황나미, 1996). 이러한 이유 때문에 이들 서비스가 요구되는 환자는 가정간호사업소에 의뢰하지 않아 이들 서비스를 제공하지 않았던 것으로 나타났다. 다시 말하면, 醫師는 家庭看護師가 수행가능하다고 판단되는 서비스를 필요로 하는 환자만을 대상으로 가정간호를 이용하도록 권유하여 결과적으로 서비스 내용 및 범위가 醫師에 의해 일차적으로 스크리닝된 것이다. 이러한 과정을 파악해 볼 때, 依賴醫師는 가정간호서비스 내용 및 범위를 직접적으로 결정하는 역할을 하고 있다.

그렇다 하더라도 가정간호서비스 내용 및 범위의 설정은 업무책임을 명확히 하는데 기본이 되고 양질의 가정간호인력을 개발하는데 指針이 되며 가정간호사 역할 정립에 토대가 됨에 따라 구체화할 필요성이 크며 아울러 범 看護 및 保健·醫療界의 합의를 통하여 도출되는 과정이 수반되어야 한다.

#### 4. 家庭看護事業 人力 및 關聯 産業分野

##### 가. 서비스 提供人力

전술한 바와 같이 美國의 6개 보건의료기관 및 가정간호 관련단체에서는 가정간호사업 내용을 治療, 支援, 豫防서비스로서 그 특성상 醫療的, 社會的 서비스라는 점을 강조하고 있다. 비록 동 서비스를 제공하는 인력에 대해서는 명시하고 있지 않으나 현 가정간호사 단독 인력에 의해서는 이들 서비스를 충족시키기 어려우며 또한 효과적으로 전달하기도 어렵다는 사실을 쉽게 알 수 있다.

美國의 경우, 공식적으로 비용이 지불되는 사업인력으로는 간호사(RN, LPN), 가정간호보조자, 물리치료사, 언어치료사, 작업치료사, 호

흡기치료사, 사회사업가 등이다. 특히 물리치료사는 가정간호서비스의 주요 인력으로 부각되어 가정간호사가 환자의 기능정도를 査定하여 재활과정상 물리치료 중재가 필요하다고 판단할 경우 물리치료사를 적극 활용하고 있다(Zakrajsek, 1996:188). 이에 따라 시범사업 기간 중 가정간호 이용환자의 특성을 고려하여 가정간호사 이외의 인력의 참여방안에 대하여 검토할 필요가 있다.

한편 제2차 병원중심 가정간호시범사업에서는 가정간호사를 확보한 기관에 한하여 시범사업기관으로 선정하였는데 일부 간호사가 투입되어 활동하는 기관도 있으므로 가정간호 제도화 과정 중에 간호사에 의한 가정간호활동에 대하여 어떠한 명시가 있어야 할 것이다.

#### 나. 家庭看護 關聯 産業分野

가정간호서비스 제공장소(가정, 또는 환자거주지), 서비스 제공내용(치료, 지원, 예방) 및 서비스 문제(급성, 만성, 장애 및 불구) 등을 고려해 볼 때, 가정간호사업은 직접서비스 제공인력 이외에 타전문영역의 지원, 또는 참여없이 활성화되기 어렵다는 사실을 알 수 있다.

관련분야로는 휠체어, 보행보조기, 침대, 특수소변기 등 家庭에 있는 환자의 관리나 일상생활에 필요한 (의료)기구를 감염으로부터 안전하게 개발하고 취급·관리가 용이하게 제작하는 醫療機器 産業分野를 들 수 있다.

두번째 영역은 家庭에서 혈액과 혈액관련 의료물품, 정맥주사에 사용되는 항생제, 점액의 高營養 食餌 등의 운반과 공급을 담당하는 水液治療産業 生産分野를 들 수 있다. 동 분야가 발전되어야 안전하고 다양한 가정간호서비스를 제공해 줄 수 있다.

세번째 영역은 개인적인 看病이나 私的인 서비스를 제공하는 분야이다. 이들은 가정간호 후 관리나 사후 서비스를 도와주는 보조인력

을 제공하는 분야이다.

향후 가정간호서비스에 대한 需要의 증가를 전망할 때, 관련 醫療機器 및 水液産業과 개인 일상생활서비스의 성장은 필연적이다. 이에 따라 가정간호 관련산업분야에서 안전성과 편의성을 겸비한 다양한 기기 및 간호중재 방법을 개발할 수 있도록 하기 위해서는 국가적인 차원에서 보다 적극적인 지원이 수반되어야 한다.

## 5. 家庭看護酬價體系

전술한 바와 같이 현 家庭看護酬價는 그 지불수준 및 구조상 여러 문제점을 내포하고 있다. 향후 가정간호사업이 우리나라 의료체계내의 한 부문으로서 정착되기 위해서는 기본적으로 가정간호활동에 대한 원가보상이 이루어져야 한다.

家庭看護酬價를 산정하는 방안은 현행과 같은 酬價構造를 유지하면서 보완하는 방법과 투입자원을 기초로 한 상대가치 개발방안(RBRVS: Resource-Based Relative Value Scales)이 제기될 수 있다. 투입자원을 기초로 한 상대가치 개발방안은 현 가정간호수가체계보다 가정간호서비스 질 평가·관리 및 심사기능을 체계적으로 수행할 수 있도록 해 주며 가정간호서비스 내용 및 제공범위를 중심으로 이루어지게 됨에 따라 가정간호서비스의 안전성을 확보해 주는 利點이 있다.

가. 現行의 酬價體系를 維持하는 方案

### 1) 「基本訪問料」 差等化 方案

「기본방문료」는 환자 1인당 평균 가정간호 제공시간에 대한 인건비 원가이다. 이에 따라 질환이나 환자 일상생활활동(ADL) 수준에 따라



「基本訪問料」를 차등화하는 방안이 제기될 수 있다.

가정간호 제공시간은 투입 업무량과 밀접한 관계가 있기 때문에 질환별로 기본방문료를 차등화시킬 경우 업무량에 대한 보상이 어느정도 이루어질 수 있다는 판단이다. 제1차 시범사업결과, 질환별로 평균 서비스 제공시간이 구분되는 것으로 파악되어 예컨대, 30분 이하(자궁내 근종, 잠복고환, 충수염 등 회복기 환자), 30~60분, 60분 이상(육창 등) 질환으로 분류하거나 현행 家庭看護酬價 策定시 기준으로 했던 평균 가정간호 제공시간(1가구 60분)을 이분하여 산정할 수 있다. 이때 환자의 일상생활활동 수준을 추가로 고려하여 보조인력 도움 필요 유무에 따라 수가를 가감할 수 있는 방법이 검토될 수 있다. 이 방안은 가정간호 본래의 취지가 간호처치 뿐 아니라 교육 및 상담의 중요성이 크기 때문에 교육 및 상담이 중요한 질환(당뇨병, 제왕절개환자)의 서비스를 보장하려는 것이므로 질환별, 또는 시간당 차등 기본방문료의 산정은 설득력이 있다.

## 2) 「交通費」 原價報償 方案

제1차 시범사업을 통하여 가정간호활동에 따른 교통소요시간의 실인건비와 차량유지비를 합한 交通費 原價를 산출해 보면 당시 交通費 酬價 책정에 문제가 있는 것으로 드러났다. 交通費에 반영될 실인건비와 차량유지비 지출액을 합한 금액을 시범기간 중 실제 수행한 가정간호(방문)횟수로 나누어 가정간호사 1인 1회 방문당 교통비 지출액을 산출한 결과, 4개 시범사업기관의 交通費 原價는 평균 6,960원(5,400~8,100원)으로 나타나 交通費 酬價가 原價의 70%수준에 머물고 있다(황나미, 1996). 이와 같이 제1차 시범사업 당시 책정된 交通費 酬價가 原價에 미치지 못한 상태에서 그대로 제2차 시범사업에 적용되어 개선되어야 할 필요성을 보여 주고 있다.

#### 나. 投入資源을 基礎로 한 相對價値 開發 方案

현 醫療保險酬價體系는 치료(Cure)중심의 지불보상에 중점을 두고 개발된 것이다. 향후 증대되는 케어(Care)에 대한 서비스를 제공받기 위해서는 새로운 접근방법이 요구된다. 즉, 부가적인 간병서비스로 인한 간접비용의 과다한 지출을 방지하고 양질의 간호서비스를 제공받기 위하여 간호행위에 대한 새로운 분류체계를 설정한 후 각 행위들의 업무량을 합리적으로 반영할 수 있는 行爲別 相對價値를 개발, 이를 酬價化 하는 방안이 그것이다(손명세, 1996).

실제 간호행위는 환자의 활력증상, 의식수준, 영양, 피부, 배뇨 및 배변, 감각 및 운동, 호흡, 이동, 정서상태 및 적응, 보조인력 필요정도 등에 따라 간호업무량은 동일하지 않으며, 가정간호사의 정신적 노력과 육체적 부담 그리고 스트레스 등이 다를 것이다. 따라서 가정간호사의 業務量에 대한 認知機能을 酬價에 반영하기 위해서는 가정간호행위 업무량과 투입자원에 따라 家庭看護行爲別 相對價値(RBRVS)를 도입하는 방안이 필요하다. 이 경우를 적용할 경우 무엇보다도 우선 현재 체계화 되지 못하고 있는 가정간호행위들에 대한 분류를 체계적으로 구축하는 작업이 요구된다. 행위에 대한 분류가 있어야만 가정간호사를 대상으로 측정된 행위별 업무량을 토대로 행위간의 업무량 相對價値를 산출할 수 있기 때문이다.

간호행위에 대한 분류체계는 대체로 다음과 같은 3가지 영역에 초점을 두고 있다. 첫째, 간호사가 관심을 갖는 특정한 상황이나 문제(Nursing problem/diagnosis)의 영역, 둘째, 이러한 문제를 완화시키거나 제거하기 위해 제공하는 간호사의 仲裁活動(Nursing Intervention)에 대한 영역, 셋째, 간호사의 활동을 통해 얻어지는 結果(Outcome)이다. 간호문제 및 간호진단, 간호중재, 결과 등 3개의 대분류 중 간호진단이

나 결과를 가지고 분류하여 家庭看護酬價에 적용하기에는 매우 어려울 것으로 판단된다. 따라서 간호중재항목을 이용하여 분류체계를 구성하는 것이 바람직하다. 이러한 간호행위에 대한 분류작업은 현 86종 이외의 가정간호활동을 파악하여 분석, 개발되어야 할 것이다.

## 6. 家庭看護費用 支拂問題

### 가. 費用節減問題

우리나라는 입원대체서비스로서 가정간호서비스가 제공되고 있으며 지불비용은 입원진료 비용보다 낮게 산정하였기 때문에 가정간호사업이 목적하는 바, 당연히 醫療費用 節減 效果를 얻을 수 있게 되어 있다. 향후 가정간호서비스가 입원대체서비스가 아닌 환자, 장애인 또는 노인의 삶의 질 향상을 위한 건강관리서비스로서 기능할 수 있다는 점에 비추어 볼 때, 가정간호 지불비용수준을 외국의 자료를 활용하여 병원 입원진료 및 療養院(Nursing home) 비용과 비교하여 향후 가정간호 지불비용이 의료비 상승에 미치는 효과를 간접적으로 파악하고자 한다.

우리나라와 유사한 醫療保險型 醫療保障形態의 국가인 日本의 경우, <表 IV-1>에서 제시된 바와 같이 노인의 건강관리(1개월)를 療養院에서 하게 될 경우 병원비용의 약 45%가 절감되었으며 가정간호로 대체하게 되면 약 50%가 절감되는 것으로 조사되었다(前田信雄, 1987).

또한 의료조직의 유형이 우리나라와 유사한 민간주도의 자유기업형 의료서비스제도의 국가인 美國의 경우, <表 IV-2>에서 제시된 바와 같이 療養院에서의 비용은 병원비용의 80%가 절감되며 가정간호로 대체하면 90% 비용절감 효과가 있는 것으로 보고되었다(Kozier, 1987:98).

〈表 IV-1〉 日本의 老人患者 治療處別 診療費 比較(1個月)

	비용(지수)
병 원	40만엔(100)
요 양 원	22만엔( 55)
가정간호	21만엔( 53)

資料: 前田信雄, 『老人의 保健과 醫療』, 日本評論社, 1987.

〈表 IV-2〉 美國의 治療處別 診療費 比較(1日)

	평균비용(지수)
병 원	\$350(100)
요 양 원	\$57( 16)
가정간호	\$39( 11)

資料: B. Kozier & G. Erb, *Fundamental of Nursing: Concepts and Procedure*, Addison-Wesley Publishing Co., 1987, p.98.

그러나 이들 경우는 1개월 또는 1일이라는 동일 기간 동안의 지불 비용에 국한된 비교라는 점에서 한계가 있다. Karpati(1994)는 환자가 家庭에 있게 됨으로써 환자가족이 돌보는 심리적, 육체적 그리고 건강 부담감을 포함한 간접적인 人的 資源의 비용으로 인하여 가정간호에 따른 전체적인 비용에 대한 절감효과에 대해서는 회의적이라 하여 長期的인 가정간호에 대해서는 다른 시각에서 평가되기도 한다. 이에 반박하여 Rice(1996)는 총체적인 돌봄(Holistic care)의 성격으로 볼 때, 필요하지 않는 입원을 했을 때 보다 환자가 家庭에 있게 됨으로써 환자 개인과 가족, 사회에 좀 더 큰 이익을 주고 있다고 결론내렸다.

가정간호 利用의 증가는 費用의 증가를 초래하게 됨에 따라 가정간호로 인한 의료비용 문제는 앞으로도 계속 쟁점사항이 될 것이며 상황과 시각에 따라 각기 다른 입장들이 제기될 것이다. 현 가정간호시

범사업에서는 가정방문당 定額制 형태의 支拂報償方式으로 인하여 가정방문횟수의 증가가 곧 가정간호비용을 증가시킨다는 점에서 의료비 상승을 억제하고자 환자 1인당 월 4회의 서비스로 제한하여 보험급여 하고 있다. 그러나 이러한 일률적이고 단편적인 제한은 가정간호 활성화에 저해요인이 되고 있어 가정간호서비스를 지속적으로 장기간 이용할 경우 적정한 비용으로 제공될 수 있는 支拂報償體系의 개선이 요구되며 합리적인 제도적 장치가 마련된다면 미래 건강관리의 중요한 부분으로 자리잡게 될 것이다. 疾病群別, 症狀群別 分類體系를 마련하여 이를 토대로 한 다양화된 支拂報償方案이 그 한 例가 될 수 있으며 더 나아가서는 현 의료보험 급여기간(1997년 1월 현재 270일)에 가정방문횟수를 1일로 가산하여 연간 급여기간에서 제한을 두도록 하는 방안이 검토될 수 있다.

#### 나. 事業機關의 管理對象地域으로 制限된 保險給與 問題

병원중심 가정간호시범사업은 家庭看護師의 生産性を 고려하여 각 사업기관을 중심으로 통상 편도 교통소요시간이 30分 이내에 거주하고 있는 환자를 관리하도록 制限하였다. 관리대상지역은 편의상 行政區域으로 명시하여 관리대상 이외의 지역에 거주하고 있는 患者를 등록, 관리하였을 경우에는 가정간호비용 지불시 保險給與 혜택을 받지 못하도록 규정하였다. 조사결과, 5명의 등록환자 중 1명이 비관리대상 지역 환자로 나타나 관리대상지역의 지정에 대한 개선의 필요성을 보여주고 있다.

家庭看護事業 管理對象地域을 제한할 경우, 관리대상 외 지역 거주 환자의 入院比率이 높은 병원의 경우에는 가정간호 이용대상이 상당히 제한될 수 있어 家庭看護活動이 위축될 수 있다. 그러나 이러한 이유때문에 관리대상지역을 확대, 또는 폐지하게 될 경우, 원거리 지

역의 가정방문으로 인한 교통시간의 소요로 인력투입에 비하여 生産性이 낮아질 가능성이 높아 환자관리를 소홀히 할 여지가 있다. 그러나 이러한 문제는 家庭看護酬價의 제도적 장치를 통해서도 보완할 수 있으므로 환자의 의료이용 편의를 고려하여 관리대상지역을 의료기관 자율에 맡기는 방안, 또는 가정에서 간호관리를 반드시 필요로 하는 질환(예를 들면 말기 암환자)에 한하여 관리대상지역의 제한을 폐지하는 방안을 검토해 볼 수 있겠다.

## 7. 서비스 質 管理를 위한 患者管理의 標準化

효과적인 가정간호제도를 개발하기 위해서는 우선적으로 가정간호 서비스에 대한 표준을 설정하는 것이 급선무이다(Modly, 1996). 가정간호서비스의 표준설정은 가정간호 등록시 환자의 査定過程을 거쳐 발생된 간호문제를 완화시키거나 제거하기 위해 제공되는 가정간호사의 仲裁活動(Nursing intervention)과 가정간호활동을 통해 얻어지는 결과(Outcome)를 기술하여 설정할 수 있다(Modly, 1996).

1995년 美國은 「保健醫療財政部(HCFA)」에서 메디케어로부터 비용 지불받는 사업에 대한 質的 改善案을 제안하여 가정간호 이용환자의 성과를 측정할 목적으로 OASIS-B(Outcome and Assessment Information Set)를 개발하였다.

醫療技術의 家庭內로의 統合과 家庭看護事業의 安全性을 확보하고 각 醫療狀況에 적절한 공식적인 역할 및 그 범위를 설정하는데 準據로서 활용하기 위하여 가정간호서비스의 표준을 개발하여야 할 것이다.

## 8. 患者 管理를 위한 事業 連繫管理體系 構築

가정간호사업은 환자 건강상태 査定 및 가정간호계획 수립, 서비스 제공 및 평가, 그리고 환자 종결에 이르기까지 지속적이며 다양한 활동으로 전개된다. 그러나 [圖 1]에서 나타난 바와 같이 사업대상자가 관리대상지역의 거주환자가 아닌 경우, 관리 도중 응급상태가 발생된 경우, 그 외 환자 가정환경 및 여건 등으로 인하여 환자 등록시·관리 도중·관리후 관련 保健·醫療·福祉 機關으로 의뢰하게 되는 사례가 빈번히 발생하게 된다.

본 연구결과, 의뢰기관은 주로 綜合病院과 保健所로 파악되어 동 기관들간의 事業 連繫管理體系 構築의 필요성을 시사하고 있는데 가정간호사업 확대에 있어서 핵심적인 과제가 바로 관련조직간의 유기적인 機能 連繫 네트워크의 구축이다. 현 가정간호사업 체계하에서 기관간 원활한 연계가 이루어지기 위해서는 환자의뢰에 따른 家庭看護 支拂報償體系의 정비와 지속적인 환자 관리를 위한 情報管理體系의 구축일 것이다.

환자의뢰에 따른 主治醫의 관련 업무와 환자정보 교환 등에 따른 관련 家庭看護 支拂報償體系의 책정은 기관간 연계를 원활히 해주며 업무에 대한 책임소재를 명확히 해주는 利點이 있다.

또한 가정간호에서의 情報管理는 서비스 質 管理는 물론 가정간호 인력의 생산성 관리, 그리고 사업기관간 원활한 의사소통에 필수적이다. 정보기술을 가정간호에 활용함으로써 중복된 정보수집으로 인한 비효율성을 제거해 주고 시간소요를 줄일 수 있으며(Susan, 1994) 醫師 등 환자정보가 필요한 인력에게 즉시 정보가 제공될 수 있다는 점에서 환자를 위한 서비스가 원활히 조정될 수 있기 때문이다.

## 參 考 文 獻

- 김모임, 「가정간호사업과 방문간호사업」, 『대한간호』 제30권 제2호, 1991, pp.6~21.
- 보건복지부, 『의료보험 요양급여기준 및 진료수가기준』, 1995.
- 윤순녕, 「지역사회 중심 가정간호사업」, 『가정간호사업 간담회 자료』, 1997.
- 의료보험연합회, 『일본사회보험 의과진료보수점수표』, 1994.
- 통계청, 『장래인구추계』, 1996.
- 한국개발연구원, 『의사인력 공급정책의 방향』, 1995.
- 황나미, 『병원중심 가정간호시범사업 평가』, 한국보건사회연구원, 1996.
- 前田信雄, 『老人의 保健과 醫療』, 日本評論社, 1987.
- Albrecht, M. N., “The Albrecht Nursing Model for Home Health Care: Implication for Research, Practice, and Education”, *Public Health Nursing*, Vol.7, No.2, 1990. pp.118~126.
- Donabedian, A., *Aspects of Medical Care Administration*, 1973.
- Karpati, Z., *Az Othoni Apolas mint Az Alapellatas uj Eleme*, 1994.
- Kozier B. & Erb G., *Fundamental of Nursing: Concepts and Procedure*, Addison-Wesley Publishing Co., 1987, p.98.
- Sabatino, F., “Home Care: The Wave of the Future?”, *Trustee*, November, 1991, pp.4~6.



- Ory, M.G. and Dunker, A.P., *In-Home Care for Older People*, 1992.
- The Swedish of Health and Social Affairs, *Housing for the Elderly in Sweden*, No.33. 1993, p.1.
- Home Care Coalition, *The Important Role of Home Care in the Emeerging Health Care Delivery System*, Alexanandria VA, 1995, p.1.
- American Hospital Association, "Growth Trends in Hospital Home Care 1980~1990", *Ambulatory Care Trendlines*, Vol.1, No.3, 1992.
- National Research Inc., *Coming Home: A Nationwide Survey of Consumer Attitudes and Experiences with Home Health Care*, Washihgton, DC, 1991.
- Marrelli, T.M., "Hospital Home Care 1980~1990", *Ambulatory Care Trendlines*, Vol.1, No.3, 1992.
- Zakrajsek, D., "Home Care Nurse and Physical Therapist: Partners in Patients-Focused Rehabililtation", *Interantonal Home Care Nursing Development Policy Conference*, 1996, pp.191~193.

## 附 錄

# 病院中心 家庭看護示範事業 管理運營指針

## 1. 事業目的

- 환자의 연령이나 질환의 특성과는 무관하게 조기퇴원이 가능한 환자를 대상으로 재가치료를 유도함으로써 안정성 있는 의료기관 외적 서비스를 개발한다.
- 의료기관 입원환자의 재원기간을 단축시켜 국민의료비와 환자의 진료비를 감소시킨다.
- 환자의 가정에서 간호서비스를 제공함으로써 환자에게 심리적 안정감과 조속한 회복을 도와 의료서비스에 대한 이용의 만족감과 편의를 제고시킨다.
- 의료자원의 효율적인 활용을 위하여 가정간호 이용환자에 대한 전국 의료기관간 연계관리체계를 수립함으로써 재현성있는 가정간호사업 운영모형을 구축한다.

## 2. 事業 指定病院

- 1차시범사업 평가결과를 토대로 하여 다음의 기준에 의하여 선정함.
  - 첫째, 의료기관 병상이용률이 적정 병상이용률 보다 높은 기관
  - 둘째, 사업에 대한 계획 및 사업실시에 따른 요건이 갖추어진 기관
  - 셋째, 군지역 거주환자의 의료이용 편의를 고려함.
  - 넷째, 의료기관 설립목적(공공성)을 고려함.

### - 지정의료기관

1차 시범사업기관(강동성심병원, 연세대학교 신촌세브란스병원, 연세대학교 원주기독병원, 영남대학교 의료원)을 포함한 총 45개 의료기관

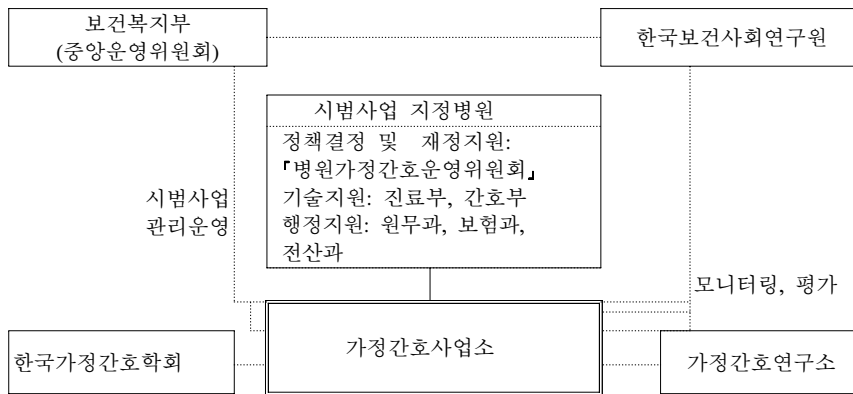
3. 事業期間: 1997년 5월~1999년 4월

4. 事業運營戰略

- 첫째, 동 사업은 「보건복지부」가 주관하며 기술적 지원 및 평가는 「한국보건사회연구원」이 담당한다.
- 둘째, 동 시범사업의 지원과 심의기능을 위하여 중앙단위에서는 「중앙운영위원회」를 조직, 활용하고 각 지정병원 단위에서는 사업의 원활한 운영을 위하여 「병원운영위원회」를 구성한다.
- 셋째, 사업운영은 종합병원 및 병원의 병상회전율을 높이기 위한 목적으로 운영되므로 입원대체효과에 준하는 범위에서 가정간호서비스를 제공함을 원칙으로 한다.
- 넷째, 재가치료 대상환자가 입원의료기관의 비관리대상지역에서 가정간호서비스를 받고자 원할 경우, 입원의료기관에서는 환자 거주지역이 관리대상지역인 가정간호시범 사업 지정병원에 이송·의뢰하여 가정간호서비스를 받을 수 있도록 한다.

5. 事業組織 및 機能

가. 事業組織



나. 組織別 機能

- ▷ 보건복지부: 행정지원, 주요정책 결정 및 제도 입안  
사업계획 및 진행 등 전과정에 대한 사업관리
- ▷ 한국보건사회연구원: 사업 기술적 지원 및 평가
- ▷ 시범사업 지정 병원: 사업실시 및 운영  
사업실시에 따른 인력, 시설 및 각종 행정업무 지원
- ▷ 가정간호연구소, 한국가정간호학회: 가정간호사에 대한 기술적 자문  
표준화된 기록 및 보고서식의 개발  
서비스 질관리를 위한 제반 지원활동
- 병원내 가정간호사업조직은 크게 간호부 소속과 기관장 소속의 조직아래  
둘 수 있는데 각 병원은 가정간호사업을 활성화시킬 수 있는 조직에 둔다.

다. 運營委員會 設置

시범사업의 계획, 실시, 평가 및 결과 활용 전반에 대한 방향설정 및 주요  
안전 심의를 위하여 중앙 및 병원단위에 운영위원회를 설치 운영한다. 연 2  
회 정기적 회의를 보건복지부 주관하에 소집한다.

1) 중앙운영위원회

- 역할: 시범사업관련 주요정책 심의  
주요정책, 사업계획, 사업평가, 제도입안 추진방향
- 구성  
위원장: 의정국장(보건복지부)  
위 원: 보건복지부 의료정책과장  
보건복지부 보험관리과장  
대한의학협회 부회장  
대한병원협회 부회장  
대한간호협회 회장

한국보건사회연구원 사업평가 책임자  
 간호대학 교수 2인  
 서울대학교 보건대학원 교수 1인  
 가정간호사업병원 운영위원회 위원장  
 (3차진료기관, 종합병원, 병원 각 1인)

## 2) 가정간호사업병원 운영위원회

- 역할: 시범사업 실시 및 운영에 관련되는 사항의 심의 및 제반 운영 사항 지원
- 구성: 위원장, 간사 및 위원으로 구성하며 구성인원 및 자격은 병원에 일임한다.

### 라. 事業人力

가정간호사업 실시를 위한 인력구성 및 인력수, 채용방법 등은 병원이 자율적으로 사업계획에 근거하여 결정하며 가정간호사의 자격은 가정간호사 자격증 소지자에 한한다. 따라서 서비스 질 보장을 위하여 법에 명시된 가정간호사 이외 인력의 가정간호 활동에 대한 보험급여 지불은 허용하지 않는다. 또한 임상경력 2년 이상인 자를 원칙으로 하되 병원의 사정에 따라 조정할 수 있다.

## 6. 事業 管理對象地域

관리대상지역은 가정간호사업 지정병원을 중심으로 통상 교통소요시간이 편도 30분 이내의 지역에 거주하는 환자로 한정하는 것을 원칙으로 한다. 관리대상지역은 병원 자체적으로 시·군·구(광역시의 경우)지역을 기본단위로 명시하여 보건복지부에 통보한 후, 최종 보건복지부가 재조정하여 결정한다.

〈附表 1〉 醫療機關別 家庭看護示範事業 管理對象地域

구분 의료기관명	소재지	관리대상지역
<3차진료기관>		
신촌세브란스병원	서울서대문구	서대문구, 마포구, 은평구, 양천구,
강동성심병원	서울강동구	강동구, 송파구, 성동구,
원주기독병원	원주시	원주시 전지역, 원주군
영남대의료원	대구광역시	대구광역시 전역
한림대한강성심병원	서울영등포구	영등포구, 강서구, 양천구, 구로구, 동작구, 관악구
가톨릭성모병원	서울영등포구	영등포구, 마포구, 동작구, 관악구, 양천구
삼성서울병원	서울 강남구	강남구, 서초구, 송파구, 관악구, 동작구, 성남 분당구
서울중앙병원	서울 송파구	강동구, 송파구, 광진구
이대목동병원	서울 양천구	강서구, 양천구
한양대부속병원	서울 성동구	성동구, 광진구, 동대문구
가톨릭강남성모병원	서울 서초구	서초구, 강남구, 관악구, 과천시
국립의료원	서울 중구	중구, 종로구, 성북구, 성동구, 마포구, 서대문구, 동대문구, 용산구
동아의료원	부산 서구	서구, 사하구, 중구, 영도구, 북구 강서구
경북대학교병원	대구 중구	중구, 동구, 북구, 수성구, 달서구
계명대동산병원	대구 중구	중구, 서구, 남구, 달서구, 북구, 달성군, 칠곡군
충남대학교병원	대전 중구	대전광역시
아주대학교병원	경기 수원시	수원시, 용인시, 화성군
한림대춘천성심병원	강원 춘천시	춘천시 춘천군, 홍천군, 화천군
전북대학교병원	전북 전주시 덕진구	전주시, 완주군
가톨릭성마오로병원	서울 동대문구	동대문구, 노원구, 성북구, 광진구, 종로구
한국보훈병원	서울 강동구	강동구, 송파구, 경기 하남시 국가유공자-서울 전역
곽병원	서울 중구	중구, 동구, 수성구, 북구
가톨릭의대 성모자애병원	인천 부평구	부평구, 연수구, 남동구, 계양구
부평안병원	인천 부평구	인천 부평구, 계양구, 서구, 남동구, 부천시 원미구

〈附表 1〉 계속

구분	소재지	관리대상지역
의료기관명		
산재의료원중앙병원	인천 부평구	부평구, 남동구, 소사구, 원미구
경희분당차병원	경기 성남시 분당구	분당시, 성남시
가톨릭대성가 병원	경기 부천시	부천시
중앙병원	경기 안양시	안양시, 의왕시, 군포시, 안산시, 시흥시
지방공사포천의료원	경기 포천군	포천군, 철원군
가톨릭의정부 성모병원	경기 의정부 시	의정부시, 연천군, 포천군, 가평군, 양주군, 남양주군, 철원군, 서울 도봉구, 성북구
강릉고려병원	강원 강릉시 옥천동	강릉시
동인병원	강원 강릉시	강릉시
포항성모병원	경북 포항시	포항시, 경주시, 영덕군
포항기독병원	경북 포항시	포항시, 경주시
포항선린병원	경북 포항시	포항시, 경주시, 영덕군
안동성소병원	경북 안동시	경북 북부지방 전지역 (예천, 봉화, 청송, 영 양, 영주)
경산동산병원	경북 경산시	경산시 경산군, 청도군, 대구시 수성구
영천 성베드로병원	경북 영천시	영천시
산재의료관리원창원 병원	경남 창원시	창원시, 마산시, 진해시, 김해시, 밀양시
마산성모병원	경남 마산시	마산시, 창원시, 진해시
마산삼성병원	경남 마산시	마산시, 창원시
동마산병원	경남 마산시	마산시, 창원시, 진해시, 함안, 의령
삼천포성심병원	경남 사천시	사천시, 고성군 하이면, 하일면, 남해 창선면 서천군 전지역, 부여군 홍산면, 옥산동, 충화 면, 양호면, 임천면, 보령시 주산면, 웅천면, 이산면
서해병원	충남 서천군	
한일병원	경남 진주시	진주시, 진양군

## 《관리대상 지역 운영기준》

- 광역시 이상 소재 병원 관리대상지역: 구단위까지 적용(전지역 관리불인정)
- 그외 지역소재 병원 관리대상지역: 해당병원이 신청한 지역 가급적 적용
- 광역시 이상 소재병원 중 참여기관이 해당지역에 1개소만 있는 경우 관  
리대상지역 예외적용



## 7. 事業內容

### 가. 家庭看護 管理對象疾患

가정간호사업 관리대상자는 입원환자의 입원기간을 단축할 목적으로 입원 대체서비스가 가능한 수술후 조기퇴원환자, 만성질환자, 장기입원환자, 통일 수술환자, 기타 주치의가 의뢰한 환자로 한다.

### 나. 登錄基準

가정간호사업 대상자 등록기준은 다음의 절차를 거쳐 이루어진다. 첫째, 가정간호사업 대상자의 등록기준은 소속된 병원에 입원한 환자로서 주치의 나 병동의 수간호사가 판단하여 의뢰한 가정간호서비스 제공을 통하여 조기 퇴원이 가능한 환자가 된다. 둘째, 일단 환자를 의뢰받게 되면 가정간호 책임자가 환자사정을 실시하여 가정간호사업대상자로 적합하다고 판정하였을 때 가정간호사업대상자로 등록한다.

### 다. 家庭看護 業務內容

〈附表 2〉 家庭看護서비스 內容

영역 및 서비스 내용	영역 및 서비스 내용
환자사정 상태측정 및 관찰사정 문제확인과 진단 혈압, TPR 측정	치료적 간호 비위관 교환 및 관리 산소요법(산소흡입) 상처치료(단순 Dressing) 염증성처치(흡입배농 및 배액처치)
기본간호 구강간호 Hot(or Ice bag) Change-Position Bandaging R.O.M. Exercise Perinatal Care	봉합선 제거(Stitch out) 자궁맛사지 방광세척/요도세척 도뇨관삽입/단순도뇨 (Nelaton Catheterization) Foley Catheterization 위관영양(Levin tube feeding)

## 〈附表 2〉 계속

영역 및 서비스 내용	영역 및 서비스 내용
Back Care	/Levin tube insert
Cold Steam Inhalation	(Postal drainage)
I & O check	비구강내 흡인/구강내 흡인(Suction)
Percussion(타진)	기관지 절개 간호
Stump care	(Tube 교환, Clean up)
Elastic stoking apply	장루간호/ 인공결장루 간호
검사	피부간호/피부맞사지
검사물 수집 - 혈액(Blood)	욕창간호(Bed sore care)
- 소변(Urine)	절개 및 배농(I & D)(2.5Cm 미만)
- 대변(Stool)	배액관 간호(Drainage Care)
- 가래(Sputum)	견인부 간호(Traction Care)
- Wound culture	쇄골하 정맥관 간호(Subclavian cannulation)
Skin test	Peaking 제거
Pelvic exam.	Breast care/Breast binding
Rectal exam.	보조기구 사용간호
Ice water test	Digital Stimulate
Oxymetry(산소포화도검사)	기관누공형성술 간호
노당검사	배뇨배변훈련
반정량 혈당검사	Enema - Glycerin Enema
투약 및 주사	- S-S enema
근육주사	- High Retention enema
혈관주사	- Gas enema
피하주사	신생아 관리 및 처치(모두 포함)
암환자 화학요법	- 제대간호
(항암제 투여 및 주사관찰)	- 신생아 영양
내복약	- 태아심음측정
안약점적	- Diaper Change
수액감시 및 관찰(속도조절)	- 신생아 목욕
피부연고도포, 외용약	혈액투석 간호
항암제 ① I. M	복막투석 간호
② I. V	산소탱크사용시 간호
	흉곽내 배액관 기능유지
	Cast 환자 간호

〈附表 2〉 계속

영역 및 서비스 내용	영역 및 서비스 내용
교육	홍부운동 간호
식이요법	간생검 콩팥생검전후 간호
활동요법	화상환자 및 피부이식 간호
약물요법	Alcohol massage
증상상태/위험요인	
특수처치 기구 및 장비 사용방법	상담
부작용 예방법	환자상태상담(직접 및 전화상담)
노당검사법	재입원 상담
반정량 혈당검사법	의뢰
운동법	검사물 의뢰
단순처치법	주치의 의뢰
염증성처치법	물리치료과 의뢰
비강영양법	언어치료과 의뢰
관장법	작업치료과 의뢰
회음부간호법	특수검사 및 임상병리과 의뢰
배설훈련교육	병의원 및 기타 관련기관 의뢰
훈련	
Breathing exercise	
R. O. M exercise	
Bowel & Bladder training	
Change position	
물리치료, 언어치료	
작업치료, 보조기구사용	

註: 이상의 내용은 국내외 가정간호지침 및 1차 시범사업 연구결과를 근거하였으며 실제 가정간호서비스 내용은 2차 시범사업을 통하여 재정립될 것임.

## 라. 家庭訪問 節次 및 留意事項

### 1) 家庭訪問을 위한 準備段階

#### ① 방문목적을 결정한다

처음 방문시의 목적은 서면으로 의사로부터 의뢰된 내용에 의하나 가정간호사의 전문지식으로 결정될 수 있다.

#### ② 수행되어질 간호중재를 결정한다

최초 방문시에는 다음 방문시에 제공되어야 하는 구체적인 간호중재를 결정하고 동시에 환자와 가족과의 관계를 평가하고 개발하는데 초점을 둔다. 따라서 그 다음의 방문시에 구체적인 기술적 지원, 평가 혹은 교육이 방문의 주활동이 될 것이다.

#### ③ 간호중재의 우선순위를 결정한다.

간호대상자가 많은 복합적인 문제를 가지고 있을 수 있으므로 방문목적이 여러가지가 동시에 생길 수 있다. 따라서 최초 방문이든 추후관리(Follow-up)이든 가정간호사는 대상자의 간호문제에 따라 우선순위를 설정하여 즉시 무엇을 할 것이며 어떤 것이 필요한가를 결정하지 않으면 안된다.

#### ④ 환자와 가족에 대한 사전지식을 갖춘다.

대상자의 과거력을 확인하고 이미 처방받은 간호를 확인하고 기록지가 있으면 검토한다. 가정간호를 효과적으로 수행하기 위하여 의뢰된 기관으로부터 정보를 수집하고 팀과 협조, 조정하면서 정보를 전해주되 절대로 편견이나 부정적인 선입관은 갖지 않는다.

#### ⑤ 환자와 가족에게 전화를 건다.

환자와 가족을 정신적으로 준비시키기 위하여, 그리고 가족이 집에 있는가를 확인하기 위하여 사전에 전화를 하고 약속한다. 도착 즉시 가정간호를 제공해 줄 수 있도록 만반의 준비를 확인한 뒤 출발하도록 하며 쓸데없이 시간낭비를 하지 않도록 철저히 관리한다.

\* 방문전 주의(Previsit Precaution)

가정간호서비스를 제공하는 기관은 가정방문시 가정간호사의 안정성을 우선적으로 책임질 정책을 갖고 있어야 한다. 그 지역에서 활동한 연수와 상관 없이 신변의 안전을 위하여 다음과 같은 수칙이 지켜져야 한다.

- 사무실을 떠나기 전에 행선지를 알려 놓는다. 집 위치를 모르면 가족과 먼저 통화해서 집 위치를 알아 놓고 지도를 사용한다.
- 운전할 경우 차를 미리 점검하고 안전장치를 확인하고, 교통수단을 이용하면 노선을 확인한다. 걸어서 가게 되는 경우 안전한 길을 이용하고 모르는 사람이 동행을 제의할 경우 받아들이지 않는다.
- 차에다 열쇠를 놓고 잠그기 쉬우므로 여분의 열쇠를 방문가방에 보관한다.
- 많은 돈을 지참하지 말고 응급시 차비와 전화요금 정도만 휴대한다.
- 가정방문할 집이 위험하지 않은 곳에 있다면 가능한 집 가까이에 차를 세우거나 공용주차장에 세운다.
- 걸어서 갈 때는 구석진 곳에 모여 있는 사람들을 피하고 도보를 이용한다.
- 옷은 유니폼을 입거나 아니면 정장을 하고, 기관과 이름이 새겨진 명찰을 단다. 신발은 활동하기에 편리한 것으로 신는다.
- 소속기관의 방침에 따라서 두명이 함께 방문할 수도 있다.
- 표시가 없는 문은 절대로 열지 말고, 문을 두드려서 응답이 없으면 집안으로 들어가지 않으며 빈집에도 들어가지 않는다.
- 집안에 들어가기가 위험한 것 같으면 들어가지 말고 되돌아와서 사업 책임자에게 그 이유를 보고한다.

\* 환자간호에 필요한 정보나 관련된 서적을 읽는다.

환자상태에 관련된 각종 지식으로써 투약시 정량, 부작용, 처치기술 등에 대하여 충분한 지식을 갖추며, 교육용 자료를 지참하도록 검토하고 준비한다.

\* 각종 소모품을 검토한다.

가정방문시 필요한 물품들을 빠짐없이 준비한다.

## 2) 가정방문 가방의 준비

미리 가정방문하고자 하는 집에 어떤 간호가 제공되고, 이에 필요한 기구가 무엇인지 파악하여야 한다. 가정간호사는 매일 가정방문 가방에 다음과 같은 일반적인 기구와 소모품들을 준비하여야 한다.

\* 손소독용 기구: 종이수건, 비누, 비누곽

\* 기구: 체온계, 청진기, 상처의 크기별로 사용할 수 있는 거즈, 혈압계, 소변측정 기구

\* 1회용 소모품: 플라스틱체온계 카바, 플라스틱 앞치마, 소독된 혹은 소독되지 않은 장갑, 알콜솜, 반창고, 압설자, 가위, 연고, 윤활유, 주사기/바늘, 정맥천자통

\* 종이소모품: 안내지도, 환자기록부, 치료비/청구서, 환자에게 필요되는 정보를 알려주는 자료 등

## 3) 家庭訪問活動의 段階

### ① 기본적인 유의사항

- 가정간호사는 대상자의 집에서는 손님이며, 병원에서 근무했던 경험과는 활동장소와 대상자의 기대가 다르다는 것을 인식하여야만 한다.
- 대상자의 가정과 가정간호사 자신의 가정환경과는 다를 수 있으므로 효과적인 간호를 제공하기 위하여 이점을 인식하고 받아들여야 한다.
- 대상자 가정의 방을 더럽게 하거나 오물을 떨어뜨리지 않도록 주위하고 싱크대를 사용할 때는 사전에 사용해도 좋은지 양해를 구하고, 약 복용을 잘하고 있는지 확인하기 위하여 방에 들어가 확인해도 좋은지 양해를 구한다.
- 대상자와 가정간호사 사이에서 교환되는 기본 정보는 기관에서 만들어진

양식에 의하여 기록하고 특히 의뢰시 제공된 정보에 대하여 확인할 필요가 있으므로 가정간호사는 이에 대하여 설명하고 소속기관의 방침을 대상자 및 가족에게 설명한다.

② 방문시 주의사항

가정방문의 안전을 기하기 위하여 다음의 일반적인 수칙을 지킨다.

- 집안에 누군가 몹시 술에 취해 있거나, 어떤 공포 및 위험이 생기면 환자에게 꼭 필요한 간호만 제공하고 빨리 나온다.
- 대상자 및 가족이 이상하거나 무리한 요구가 있을 때는 그 집에서 나온다.
- 만약에 애완동물이라도 물 기미가 나타나면 다른 방으로 보내도록 부탁한다. 가정간호를 제공하기 위하여 다른 직원도 방문할 수 있으므로 사전에 인식시키고 알게 하기 위하여 그 집에는 동물이 있다는 표시를 기록부에 해 놓는다. 그런 환자가 항상 애완동물과 생활을 하고 있다는 것을 이해하고 존중하는 것도 매우 중요하다.
- 응급상황에 대비하여 그집의 모든 출구를 알아둔다.
- 일반적으로 환자 혹은 가족이 권한 음식은 먹지 않는 것이 좋으며 근무시간이기 때문에 먹고 마시지 못한다는 것을 설명한다. 또한 식사는 지참했다고 환자가 식사거절에 대하여 모욕감을 갖지 않도록 정중하게 설명해 준다.

③ 환자사정(Assessment)

- 면담(Interviewing)

질문은 신중하게 관련되는 것만 하고, 마음을 연 상태에서 하며, 대화를 할 때에는 주의깊게 들어준다. 환자와 가족이 대부분 이야기를 하게 하며, 가정간호사는 면담이 진행되는 동안에 노트를 하거나 양식에 기록한다. 필요하다면 정확성을 기하기 위하여 대상자 혹은 가족과 작성된 양식을 교환해서 확인하도록 한다.

－ 관찰(Observing)

가족관계, 가정분위기, 가정간호사 방문에 대한 대상자 가족의 반응이 객관적으로 기술되어야만 하므로 잘 관찰한다.

－ 사정도구 이용(Using Assessment Tool)

사정에 필요한 도구로 청진기와 체온기와 같은 도구를 사용하는 것은 매우 중요하고 더 많은 기구들을 이용할 수도 있다. 그러나 가정방문과 관련된 사정은 가정간호사의 모든 감각을 사용하는 것이 매우 중요하며, 냄새맡고, 만져보고, 듣고, 보는 것 등이 무엇보다도 중요한 사정도구이다.

#### 4) 看護計劃

대상자와 가족의 요구에 대한 충분한 자료가 수집된 후 간호계획은 환자, 가족, 의사와 다른 인력, 즉 영양사, 사회사업가, 물리치료사 등과 함께 개발되어져야 한다. 이때 간호목표설정(Goal setting)과 계약사항은 매우 중요하다.

－ 目標設定

가정방문 동안에 수집된 환자, 가족의 정보, 환경의 평가, 의뢰된 환자 상태에 대한 정보와 가정간호사의 상황에 대한 지식을 기초로 해서 단기 및 장기 목표가 설정될 수 있다. 목표설정을 위하여 다음의 원칙이 사용되어진다.

- 목표설정은 항상 실제적이고 측정가능하여 목표달성이 확인될 수 있어야 하고, 환자를 위하여 성취가능한 것이어야 한다. 목표에 도달되기 위하여 환자와 가족과 마음을 터놓고 협의하여야 하며, 환자와 가족이 성취하려는 욕구를 중요시하며, 계획에 반영되어야 한다.
- 목표는 결과지향적이어야 한다.
- 목표는 우선순위에 따라 나열되어야 하며, 건강요구나 상황에 따라서 재조정되어야 한다.



－ 방문횟수의 결정

방문횟수는 의사의 처방과 가정간호사의 판단에 기초하지만 의사나 가정간호사가 느끼는 요구보다 환자의 요구가 더 크다면 조정하는 노력도 필요하다.

□ 첫 방문후 다음날 방문하여야 할 경우

- ① 가정간호사가 간호계획을 위하여 판단이 필요하므로 보다 구체적이고 정확한 정보가 필요한 환자
- ② 즉각적인 건강교육이 필요한 환자: 건강교육을 여러 측면에서 제공하여야 할 경우
- ③ 환자상태가 매우 불안정하여 변화를 즉시 확인하여야 할 환자
- ④ 복합적인 중증환자로서 전문적인 지식과 기술이 계속 제공되어야 되는 환자
- ⑤ 수술 후 조기퇴원 환자로서 지속적인 관찰이 요구되는 환자
- ⑥ 의사 처방에 의하여 구체적인 추후관리가 필요한 환자
- ⑦ 가족이 환자의 간호에 적응하고 참여시키기 위한 교육을 해야 되는 경우
- ⑧ 처치기법을 가르쳐야 할 경우: 인슐린주사법, 옷을 바꾸어 입는 법, 체온 측정 등 기초적인 간호방법의 지도

□ 2~3일 후에 방문하여야 할 경우

- ① 단기간에 추후관리가 필요한 상태를 감독하여야 할 환자
- ② 교육계획에 의한 시행과 감독이 필요한 환자
- ③ 투약, 처치 및 치료, 식이에 대한 치료계획의 효과를 평가하여야 할 환자

□ 주 단위로 방문하여야 할 경우

- ① 최소한의 감독, 관찰이 필요한 환자
- ② 구체적인 치료를 수행할 필요가 있을 때

- ③ 서비스제공이 종료될 시점에서 전체적인 교육계획을 평가하기 위하여
- ④ 가족의 환자간호 적응능력을 평가할 필요가 있을 때

□ 월 단위 혹은 그 이상의 기간을 두고 방문하여야 할 경우

- ① 최적의 건강상태에 있는 환자
- ② 월단위로 치료 혹은 감독, 관찰을 위한 처방이 있는 환자
- ③ 건강교육에 대한 실천수준을 평가하여야 할 환자
- ④ 간호서비스 수가지급지침에 따라서 방문되어야 할 환자

#### - 방문의 종결

처음 방문이 끝날 때는 앞으로 무엇이 어떻게 진행될 것인지, 가정간호와 의료기관, 환자와 가족사이에서 관계를 어떻게 수립할 것인가가 매우 중요하므로 다음의 사항을 지킨다.

- ① 방문시에 있었던 주요 활동내용들을 다시 한번 검토한다.
- ② 검토할 때에는 환자의 긍정적인 행위와 가족의 장점에 보다 더 초점을 맞춘다.
- ③ 교육계획과 치료계획을 반복해서 검토한다.
- ④ 환자가 방문한 가정간호사의 이름을 정확히 알고 가정간호사의 근무처, 전화번호 등 연락처를 알게 하고 확인한다.
- ⑤ 다음 방문날짜와 시간 등을 정하고 알려준다.
- ⑥ 가정간호사업 목적과 서비스제공 가능기간 및 보험급여 가능기간에 대해 자세히 설명하고 지속적인 추서관리가 요구되는 환자는 외래나 타 의료기관 등에 의뢰한다.

- 방문의 평가: 매 가정방문 후에 자신이 수행한 업무에 대하여 다음과 같이 스스로 질문하고 검토한다.

- ① 환자 및 가족은 방문목적과 간호목표에 동의하고 있는가?
- ② 나의 치료계획에 대하여 가족이 이해하고 있는가?
- ③ 오늘의 방문결과로 환자/가족의 이해가 높아졌는가?

- ④ 이번 방문활동이 가정간호기록부에 간결하고 명백하게 작성되고 있는가?
- ⑤ 내가 맡은 환자의 건강회복을 돕기 위하여 다른 가정건강팀의 인력을 추가할 필요가 있는가?
- ⑥ 나는 나의 평가결과에 어떤 차이가 생겼을 때 의사에게 보고할 필요가 있는가?
- ⑦ 가정간호 서비스제공 범위가 지났는데도 계속 환자를 방문하고 있는 것이 아닌가?
- ⑧ 나의 간호계획이 계속성을 유지하고 있으며 환자를 위한 추후 장기 계획이 작성되고 있는가?

라) 家庭看護 終結基準

- ① 계약서에 작성된 목표에 도달되었을 때
  - ② 환자가 가정에서 서비스를 받을 여건이 아닐 때
  - ③ 환자가 현재의 기관으로부터 간호받기를 원하지 않을 때
  - ④ 통상적으로 병원입원시 퇴원상태가 되었을 때
  - ⑤ 가정간호에 대한 수가청구가 불가능 할 때
  - ⑥ 환자가 사망했을 때
  - ⑦ 환자가 필요로 하는 간호를 제공해 주지 못할 때
  - ⑧ 가정환경이 안전하지 못하고 환자의 요구를 충족시킬 수 없을 때
  - ⑨ 환자 스스로 외래진료를 받으러 다닐 수 있을 때
- \* 비록 위의 사항이 가정간호서비스의 중단사유가 되더라도 환자자신이 계속해서 간호를 받기를 원하고 개인이 수가를 전액 지불하면서 요청하면 병원과 협의하여 지속적인 서비스 유무를 결정할 수 있다.
- \* 환자가 관할지역에서 전출되었을 때에는 환자 거주지역 인접의 가정간호 시범병원, 또는 거주지역 보건소와 연계하여 서비스를 지속적으로 받을 수 있도록 조치한다.

\* 가정방문을 끝내면서 다음의 절차가 이행되어야 한다.

- ㉠ 가능한 한 계획된 서비스 종료기간 1주전(혹은 1-2일 전)에 환자/가족과 함께 끝나는 데 대하여 토의한다.
- ㉡ 주치의에게 가정간호 종료에 대한 토의를 한다.
- ㉢ 종료에 대한 사항은 전화로 알려서는 안되며, 직접 방문해서 환자상태를 정확하게 파악한 후 끝낸다.
- ㉣ 가정간호 서비스 종료 후 지속적인 추서관리가 요구되는 환자에게는 향후의 환자 스스로의 치료, 관리방법에 대하여 자세히 교육한다.
- ㉤ 가정간호기록부에는 그동안 시행된 각종 간호에 대한 자세한 기록과 일시 등이 기록되어야 한다.
- ㉥ 종료이유, 환자상태, 앞으로의 간호계획 등을 기록한다.

## 8. 家庭看護師－患者－主治醫와의 關係

환자를 의뢰받아 가정간호사업 대상자로 등록받은 후 방문종결에 이르기까지 환자, 주치의, 가정간호사는 상호 긴밀한 협조체제를 이루어야 사업실시가 가능하다. 따라서 삼자간에 협력체제는 무엇보다도 중요하며 가정간호사가 주체가 되어 주기적 혹은 간헐적으로 상담체계를 확립한다.

## 9. 醫師處方 및 治療計劃

가정간호사업 대상환자 등록시(환자는 병원 퇴원시) 주치의의 기본처방과 가정간호사의 방문기간 동안 환자상태의 변화에 따른 의사의 처방이 요구된다. 비록 가정간호를 위한 최초 처방은 의사로부터 작성되지만, 대부분의 간호받을 대상자의 가정에 대한 자료들을 기초로 한 간호의 평가에 기초하여 보다 완전한 처방을 얻기 위하여 의사에게 다시 의뢰한다. 특히 의사와 서면으로 혹은 구두로 의사소통을 할 때, 환자의 상태를 체계적으로 보고하여야 한다. 따라서 의사의 치료계획과 내용은 병원마다 달라질 수 있으나 다음의 사항은 필히 포함되어야 한다.

- ① 환자의 가족에 대한 정보 확인
- ② 발병일자가 기록된 일차적 및 이차적인 진단
- ③ 기능적 제한하에 가정내의 상태확인
- ④ 현재의 식이와 투약처방
- ⑤ 재활능력과 목표
- ⑥ 환자의 가정건강욕구에 도달하기 위한 구체적인 처방

## 10. 治療計劃의 變化

- ① 환자상태의 변화가 치료계획의 변화를 요할 때
- ② 환자가 입원을 하게 될 때, 또는 병원에서 새로운 가정간호서비스를 받아야 할 때
- ③ 환자를 돌보아 주어야 하는 가족구성원, 간호제공자의 교체, 그리고 제 공기관의 변동이 생겼을 때

## 11. 應急狀況

- ① 응급상황이 발생한 경우, 응급처치의 우선순위에 맞게 응급처치를 제공한다.
- ② 주치의에게 환자상태를 보고하고 적절한 처방을 받는다.
- ③ 생명이 위태로운 경우에는 심폐소생술을 적용하고 가장 가까운 응급실로 환자를 옮기도록 연락을 취한다.
- ④ 만일 가정간호사가 처치할 수 없거나 의사에게 보고될 수 없는 문제가 발생된 경우에는 가장 가까운 응급실로 환자를 옮긴다.
- ⑤ 가정간호사업소에 등록된 모든 환자나 가족에게 의사를 부르는 법과 응급처치법에 관해 교육을 한다.
- ⑥ 대상자 사망의 경우 주치의에게 보고하고 가정간호사업을 종결한다. 필요한 경우 가족의 사후처리를 돕는다.
- ⑦ 응급상황 발생으로 인한 근무시간외 방문을 요청할 경우 상황판단을

하여 반드시 필요한 경우에만 방문을 실시하되 응급시의 가정간호수가  
에 대한 설명과 동의 후 방문을 실시한다.

## 12. 電話相談 및 管理

가정간호사는 가끔 전화를 통하여 치료를 시행하게 된다. 환자, 가족, 의사  
혹은 다른 기관과 상담한 내용은 기록부에 정확하게 문서화되어야만 한다.  
또한 전화상담내용도 정확히 기록하여야만 한다.

- ① 전화한 날짜 및 시간, 대화한 사람의 이름
- ② 전화한 이유와 누가 누구를 상담했는지 기록
- ③ 전화한 사람에게 상담한 내용들
- ④ 전화로 상담한 사람으로부터 받은 내용들과 의사결정된 내용을 기초로  
예견되는 결과의 요약부분

## 13. 感染·安全管理

환자, 가족, 가정간호사는 가정환경내에서 병원균 및 위험요인에 우발적으  
로 노출되지 않도록 예방하고 보호되어야 한다.

### 가. 患者와 家族을 위한 感染 및 安全管理

- 1) 가정간호사는 감염이나 사고 가능성이 있는 위험요인을 파악하여 간호계  
획에 포함하여야 한다.
- 2) 가정간호사는 환자접촉 전후의 손씻기, 모든 처치 전후의 손씻기, 분비물  
이나 배출물 또는 오염구역의 접촉 후에 손씻기를 수행하도록 한다.
- 3) 가정간호사의 방문가방은 매일 알콜소독수를 이용하여 깨끗이 닦도록 한다.
- 4) 환자에게 사용한 모든 소독물품은 반드시 소독기에 소독한 후 다른환자에  
게 사용한다.
- 5) 가정간호사는 청결 및 소독에 관한 다음사항을 환자와 가족에게 교육한다.

- 6) 가정간호사는 환자와 가족에게 감염 및 위험요인 관리와 관련된 환경유지 원칙을 교육한다.
  - ① 환자의 생활환경 청결유지
  - ② 적절한 쓰레기 처리
  - ③ 약과 공급품의 적절한 보관

나. 家庭看護師를 위한 安全管理

- 1) 무균법의 기본 원칙을 지키고 손씻기를 자주 해야 한다.
- 2) 손씻기 위한 물비누류와 종이타올을 방문가방에 가지고 다니며 물을 사용할 수 없을 때는 물수건을 가지고 다닌다.
- 3) 가정간호사가 상처를 입은 경우, 환자와 직접 접촉을 할 때는 소독장갑을 끼거나 소독 붕대로 개방상처를 덮어야 한다.
- 4) 보호할 수 없는 개방상처를 가졌거나 면역억제제를 복용하는 가정간호사는, 상처가 감염되었거나 분비물이 나오는 환자를 방문하지 않도록 한다.
- 5) 전염성이 강한 질병의 환자 심폐소생술을 수행할 때에는 이중 마스크를 쓴다.
- 6) 후천성 면역결핍증 환자나 HIV양성인 환자의 심폐소생술을 수행할 때에는 직접 구강 대 구강호흡법을 하지 않고 흡입관을 이용한다.
- 7) 가정간호사는 감당하기 어려운 위험을 초래할 수 있다고 판단되는 가정은 방문을 거부할 수 있다.

다. 汚染된 쓰레기 처리

- 1) 사용한 주사기와 주사침은 빈 깡통을 이용하여 그 통에만 버리도록 하고 꼭 뚜껑을 닫아두도록 한다. 한 통이 차면 통째로 태워 버린다.
- 2) 환자의 suction fluids, secretions, excretions 등은 변기에 버린다.

#### 14. 事故 및 事件 報告 및 記錄

가정간호 시행도중 합병증이나 사고가 생겨 추가로 가정간호가 필요하거나 기대치 않았던 결과가 발생했을 경우에는 주치의와 사업소 소장에게 가능한 즉시 보고하고 사건 및 사고기록지에 적어도 48시간 이내에 기록한다.

- ① 상해가 발생한 경우: 예를 들어 골절, 화상, 기구사용시 발생한 열상
- ② 치료가 지연되거나 추가되었을 경우: 예를 들어 정맥주입액이 새어 피사가 생긴 경우
- ③ 예기치 못한 나쁜 결과가 발생한 경우: 심장마비가 온 경우
- ④ 건강에 해를 초래하게 된 경우: 예를 들어 환자에게 투약교육을 잘못된 경우
- ⑤ 의사가 처방한 대로 간호를 실시하지 못하는 경우
- ⑥ 가정간호 업무와 관련하여 발생하는 모든 사고에 대하여는 병원의 직원과 동등하게 병원의 보호를 받는다.

#### 15. 物品 調達 및 普及體系

##### ① 醫藥品

각 소속병원으로부터 필요로 되는 의약품을 공급받는다.

##### ② 의료기구

각 소속병원의 사업계획에 따라 가정간호사업대상 질환관리에 필요하다고 판단되는 의료기구를 소속병원으로부터 공급받으며 환자가 개인적으로 구입하기를 원할 경우에는 관련 정보를 제공한다.

#### 16. 移送 및 依賴

- 가정간호사와 주치의의 판단하에 서비스가 종결된 이후에도 지속적인 의료관리가 요구되는 환자에 대해서는 소속병원의 외래진료로 의뢰하거나



환자의 희망에 따라 환자 인근의 병의원 혹은 보건기관으로 신속하게 의뢰한다.

－ 가정간호시범사업 지정병원간의 이송

중복진료를 경감하고 신속한 가정간호 서비스 제공을 위하여 거주지를 이전하거나 다른 진료권에 거주하는 가족의 간호를 받기 위하여 부득이 가정간호 지정의료기관을 변경하고자 하는 경우에는 가정간호서비스를 개시한 의료기관의 담당의사의 진료소견 및 가정간호 서비스내용이 기재된 진료의뢰서를 가정간호서비스를 받고자 하는 의료기관에 제출한다.

17. 家庭看護 支拂補償體系

- 가정간호수가는 가정간호 기본방문료와 행위별 진료수가와 교통비를 산정한다.

가정간호 기본방문료 이외의 진료료에 대하여는 진료행위별로 합산한 금액에 가정간호지정 요양기관 중별에 따른 가산율의 금액을 가산한다.

$\text{가정간호 지불보상} = \text{가정간호 기본방문료} + \text{행위별 진료수가} + \text{교통비}$
---

가. 家庭看護 基本訪問料

《산정지침》

- ① 기본방문료는 가정간호사가 진료담당 의사의 지시에 따라 환자의 자택을 방문하여 가정간호대상 환자에게 가정간호를 행하는 경우에 산정한다
- ② 기본방문료는 환자의 특성, 진료내용, 소요시간 등에 불문하고 어느 환자에게나 동일하게 적용한다
- ③ 기본방문료는 1일당 수가이므로 같은날 2회이상 방문할지라도 1회만 산정한다

- ④ 응급상황으로 인하여 평일 19시(토요일 14시)~09시, 또는 공휴일에 가정 방문을 실시한 경우에는 기본방문료의 50%를 가산한다.

【가정간호 기본방문료】

분 류	수 가
가정간호 기본방문료(1일당)	19,000원

나. 檢査料

《산정지침》

- ① “진료수가표”의 제2장 검사료 산정지침 및 각 분류항목의 소정금액에 의하여 산정한다
- ② 요양기관의 진료담당 의사의 지시에 의거 가정방문시 채취한 검사물에 대한 검사시 산정한다
- ③ 검체채취, 검체운반 등에 따른 비용은 별도 산정하지 아니한다
- ④ 다음에 열거한 검사는 진료담당의사의 지시에 의거하여 가정간호사가 가정간호방문시 직접 시행할 수 있다.
  - \* 노일반검사(나-1~나-3), 반정량혈당검사(나-252×50%), 경피적 혈액산소분압(나-298)

다. 投藥 및 處方調劑料

《산정지침》

- ① “진료수가표” 제4장 투약 및 처방·조제료 산정지침 및 각 분류항목의 소정금액에 의하여 산정한다
- ② 요양기관 진료담당 의사의 지시에 의거 가정간호대상 환자에게 투약한 경우에 산정한다
- ③ 약가는 “약가표”에 의하여 산정한다

라. 注射料

《산정지침》

- ① “진료수가표” 제5장 주사료 산정지침 및 각 분류항목의 소정금액에 의하여 산정한다
- ② 주사약제료는 “약가표”에 의하여 산정한다
- ③ 요양기관 진료담당의사의 지시에 의거 가정간호사가 가정방문시 시행한 경우에 산정한다

마. 處置料 등

《산정지침》

- ① “진료수가표” 제9장제1절 처치 및 수술료 산정지침 및 각 분류항목의 소정금액에 의하여 산정한다
- ② 요양기관의 진료담당의사의 지시에 의거 가정간호사가 가정방문시 시행한 경우에 산정한다.
- ③ 평일 19시~09시 또는 공휴일에 응급진료가 불가피하여 처치를 행한 경우에는 소정금액의 50%를 가산한다. 이 경우 해당처치를 실시한 착수 시각을 기준으로하여 산정한다
- ④ 제1절에 기재되지 아니한 처치로서 간단한 처치의 비용은 기본방문료에 포함되므로 산정할 수 없다

바. 交通費

《산정지침》

- ① 교통비는 가정간호사가 진료담당의사의 지시에 따라 환자의 자택을 방문하는 경우에 산정한다
- ② 교통비는 소요시간, 방문지역 등을 불문하고 1회 방문당 소정금액을 산정한다.

분 류	수 가
교통비 (1회 방문당)	6,000원

## 18. 事業팀의 義務 및 權利

### 가. 家庭看護師의 義務 및 權利

모든 가정간호사는 소속 병원과 가정간호사업소의 규칙을 준수할 의무가 있다.

- ① 가정간호사업소를 관리하고 서비스를 제공하는 데 있어서 직업적 전문직 윤리관을 가져야 한다.
- ② 모든 가정간호서비스는 서비스 제공절차를 기준으로 정확하게 수행하여야 한다.
- ③ 활동기록은 정직하고 정확하게 기록하여야 한다.
- ④ 근무시간을 정확히 지킨다.
- ⑤ 공적인 물품을 사적으로 사용하지 않는다
- ⑥ 가정간호사업과 관련되어 발생하는 모든 기부금이나 물품은 소속기관에 귀속시킨다.
- ⑦ 가정간호사업과 관련되어 발생하는 불의의 사고나 업무상 필요로 되는 법적 조치 등 모든 권리나 보호에 대하여 소속 병원내 타 직원과 동등한 권한을 갖는다.

### 나. 家庭看護事業所 責任者

- ① 가정간호사업소를 대표하고 가정간호사업과 관련된 모든 업무를 총괄하고 가정간호사를 지도·감독한다.
- ② 가정간호사업과 관련된 정책의 개발, 수행, 평가, 문제해결 등의 업무를 관리하기 위하여 정기적으로 병원 운영위원회에 부서를 대표하여 참여한다.
- ③ 가정간호사업에 대한 계획, 조직, 관리 및 프로그램 운영에 대한 조정을 한다.
- ④ 가정간호사들의 업무분장과 환자배정, 방문계획들을 조정 관리한다.
- ⑤ 가정간호사업과 관련된 각종 서식 및 보고 업무의 관장과 책임을 진다.

- ⑥ 가정간호사업운영을 위한 각종 물품 및 소모품을 관장하고 지원받는다
- ⑦ 가정간호사업부서의 예산 편성을 주관한다.
- ⑧ 병원내 모든 직원들과 효과적으로 상담하고 업무상 원활한 지원을 받을 수 있도록 인간관계를 유지한다.
- ⑨ 가정간호사업부서 직원들의 재교육 등 질관리에 대한 책임을 진다.
- ⑩ 사업부서 직원들을 독려하고, 기타 가정간호사업부서에서 발생하는 업무에 대하여 총괄 관리, 책임을 진다.

다. 家庭看護師

- ① 주치의나 병동의 간호사들로 부터 환자를 의뢰받게 되면 가정간호 대상자로 적합한지에 대한 환자사정업무를 담당한다.
- ② 의사의 치료계획과 간호사정을 통한 가정간호의 계획, 수행, 기록 및 보고, 평가에 대한 업무수행과 업무개발의 책임을 진다.
- ③ 환자와 그 가족에게 가정간호에 대하여 교육하고 가정에서의 간호방법, 필요한 기술 및 이행을 위한 교육을 한다.
- ④ 1일 평균 4가구를 방문하도록 한다.
- ⑤ 가정방문사업과 관련된 기록지를 정확하게 기록하고 보고양식을 성실하게 수행한다.
- ⑥ 환자의 상태변화에 대하여 능동적 대처를 할 수 있는 능력을 갖추도록 노력하며 의사 및 타 전문직, 행정직원들과 정보교환을 한다.
- ⑦ 환자의 가정을 방문하여서는 전문직으로서의 품위를 유지하고 간호윤리 강령을 지킨다.
- ⑧ 가정간호의 질관리, 간호기술과 임상적 능력을 유지하기 위한 자기개발을 한다.
- ⑨ 기타 가정간호사업과 관련한 전화상담 등 관련업무를 수행한다.

#### 라. 主治醫

- ① 가정간호사업소에 환자를 의뢰한 주치의는 가정간호사와 긴밀한 협조체제를 유지하면서 가정간호사를 통한 환자관리에 책임을 진다.
- ② 가정간호사의 환자관리를 위한 기술지도를 담당한다.
- ③ 가정간호사를 통한 환자상태에 적극 대처한다.

### 19. 事業運營管理

#### 가. 物品 및 裝備

- ① 가정간호사는 가정방문에 필요한 장비와 물품을 공급받는다.
- ② 가정간호사는 가정방문시 지정된 방문가방에 필요한 물품을 모두 담는다.
- ③ 환자에게 사용된 모든 물품은 사용전후에 기록지에 기록한다.
- ④ 필요한 물품목록 List는 병원측과 협의하여 작성 관리한다.

#### 나. 文書記錄 및 管理基準

- ① 환자의 임상기록지는 일정서식의 기준에 따라 기록하며 가정간호에 관계되는 법적 근거가 되는 문서로서 보관한다.
- ② 병원의 서식과 동일한 종류의 서식은 기존의 보관기준과 문서정리 및 기록방법과 동일하게 적용한다.
- ③ 모든 문서의 기록 및 보관은 최종적으로 가정간호책임자가 책임을 진다.
- ④ 문서의 안전과 비밀유지를 보완하기 위하여 가정간호사업소의 모든 문서는 가정간호사 또는 주치의, 평가연구를 위한 연구업무에 의해서만 열람이 가능하다.
- ⑤ 환자기록부는 질환별, 지역별, 성 및 연령별순으로 정리 보관한다.
- ⑥ 문서종류는 다음과 같다.

시범사업용 새로운 양식	각 병원의 기존양식 활용
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 주치의 의뢰서</li> <li>- 주치의 동의서</li> <li>- 환자동의서</li> <li>- 의료기구대장</li> <li>- 일일활동 보고서</li> <li>- 가정간호 지출내역서</li> <li>- 가정간호 수익내역서</li> <li>- 평가를 위한 보고양식</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 의약품 사용기록지</li> <li>- 검사기록지</li> <li>- 물품청구서</li> <li>- 물품 및 장비 목록</li> <li>- Inventory Form</li> <li>- 물품 및 소모품 사용기록지</li> <li>- 진료비청구명세서</li> <li>- 가정간호수가고지서</li> </ul>

7) 示範事業 評價를 위한 報告書式 記錄方法

보고의 목적은 일정한 기간에 제공한 사업의 양과 종류를 말하며 사업진반에 걸친 평가와 사업의 확대여부를 결정하는 실증자료가 된다. 또한 환자의 질환관리 상태 및 효과를 연구하는 자료가 되며 사업정책의 기초가 된다. 따라서 보고서의 작성은 기록서식에서와 같이 정확성이 요구된다.

보고내용 및 서식은 <별첨 2>와 같으며 분기별로 작성하여 『한국보건사회연구원』에 익월 15일 이전에 보고한다.

- ① 가정간호 등록·종결환자 및 관리환자 현황
- ② 가정간호 등록환자의 관리대상지역 거주여부
- ③ 가정방문회수

20. 人力管理: 가정간호사업소의 인력관리는 각 소속병원의 방침에 따른다.

21. 豫算 執行 및 管理

사업예산의 집행 및 관리는 각 소속병원이 자율적으로 실시한다. 즉 병원별로 자체적으로 사업비를 편성 및 집행하며 관리하고 가정간호서비스 실시에 따르는 수입은 각 병원회계 절차에 따라 처리한다.

22. 醫療保險請求 및 管理

『보건사회부』 보험관리과 기준을 적용한다.