

연구보고서 2016-20-021

www.nhimc.or.kr

간호·간병통합서비스 병원 퇴원환자의 추후 간호관리방안 연구

– 간호·간병서비스 병동 퇴원환자 중심으로

■ 부은희 · 오인옥 · 김선애 · 손재이 · 윤미선 · 박현희 · 오의금 · 김경란 · 강민진

NHIS

2016 NHIS Ilsan Hospital
National Health Insurance Service Ilsan Hospital



국민건강보험 일산병원 연구소

연구보고서
2016-20-021

간호·간병통합서비스 병원 퇴원환자의 추후 간호 관리방안 연구

– 간호·간병서비스 병동 퇴원환자 중심으로

부은희 · 오인옥 · 김선애 · 손재이 · 윤미선
박현희 · 오의금 · 김경란 · 강민진



국민건강보험 일산병원 연구소

본 연구보고서에 실린 내용은 국민건강보험 일산병원의 공식적인 견해와 다를 수 있음을 밝혀드립니다.

머리말

국민건강보험 일산병원은 다양한 분야의 정책연구를 통하여 건강보험 제도 발전에 기여하고 있으며, 이를 통해 임상 현장의 각종 불합리한 제도 개선과 의료비 절감 방안을 모색하는 등 보험자 병원으로서의 역할 수행을 하고 있다. 또한 보건복지부 보험정책 시범사업에 적극 참여하여 보완사항 등을 도출하여 제도가 안정적으로 정착할 수 있도록 하고 있다. 2013년 7월부터 시범사업으로 시작한 간호·간병통합서비스사업인 경우도 예외 없이 참여하여 4년째 운영하고 있다. 특수병상을 제외하고 12개 전 병동을 운영하면서 또 다른 고민을 하게 되었다. 최근 우리나라 인구 고령화 및 만성질환자 증가로 가속화되는 보건의료비를 포함한 의료비용 지출이 급증하고 있어 간호·간병통합서비스 제도의 혜택을 보다 많은 국민들이 받도록 하기 위해서는 병원과 지역사회와의 연계 방안을 모색해야 한다는 점이다. 현재 장기요양 수급자의 97%가 치매, 뇌졸중, 관절염 등의 만성질환을 1개 이상 갖고 있고, 85%가 2개 이상의 만성질환을 가지고 있다. 이러한 노인성, 만성퇴행성 환자들이 급성기 병원에서 적절한 치료를 받고, 퇴원을 고려할 때 지지체계의 부족으로 퇴원에 대한 불안, 추후치료를 위한 무리한 통원치료로 불편감 증가, 합병증 발생 및 재 입원률의 증가를 가져올 수 있어 퇴원 후 치료의 연속성을 위한 전문관리 체계가 요구되고 있다. 재 입원률의 증가는 의료의 질적 측면과 의료비 측면에서 사회적으로 부정적인 영향을 미치고 그로인해 전반적인 의료 환경을 측정하는 지표로서 관심의 대상이 되고 있다. 미국의 경우 구체화된 퇴원환자 관리 패키지를 만들어 운영하면서 재원중과 퇴원 후 계획 및 퇴원 후 약사의 전화 방문까지를 포함하는 11개의 내용요소로 이루어진 구체화된 퇴원 관리를 만들어 운영하는 등 적극적인 정책을 펼치고 있다. 간호·간병통합서비스 도입을 선도적으로 시행하고 있는 보험자 병원에서 의료서비스의 질 향상, 의료의 형평성과 이용의 접근성 등 다양한 정책적인 문제 해결 측면에서 퇴원환자의 체계적인 관리프로그램 개발 및 제도화 방안을 제시함으로써 퇴원간호서비스제도발전을 위한 기초자료를 제시하고자 본 연구를 시도하게 되었다.

끝으로 본 보고서의 내용은 저자들의 개인적인 의견이며, 국민건강보험 일산병원 연구소의 공식적인 견해가 아님을 밝혀 둔다.

2016년 12월

국민건강보험공단 일산병원장

강종구

일산병원 연구소 소장

장호별

목 차

요 약	3
제1장 서 론	9
제1절 연구의 배경 및 필요성	11
제2절 연구 목적	13
제3절 연구 내용 및 방법	14
제2장 국·내외 퇴원환자 관리현황	21
제1절 국외의 퇴원환자 관리현황	23
제2절 국내 퇴원환자 관리현황	44
제3장 퇴원환자 서비스요구 관련 요인	53
제1절 퇴원 후 간호요구도 및 간호필요도 탐색	55
제2절 퇴원 후 간호요구도 및 간호필요도 현황	66
제4장 논의 및 결론	89
제1절 급성기 간호간병통합서비스 병동 퇴원 관련 경험	91
제2절 급성기 간호간병통합서비스 병동 퇴원 후 간호요구도 및 간호필요도	93
제3절 퇴원 후 간호서비스 개발 방안	97
참고문헌	107

표목차

〈표 1-1〉 퇴원 후 간호요구도 및 간호필요도 도구 하위영역 별 문항 수	20
〈표 3-1〉 질적면담 대상 퇴원환자 및 보호자 현황	55
〈표 3-2〉 심층면담 의사 및 포커스 그룹 면담 간호사 현황	56
〈표 3-3〉 퇴원환자의 일반적 특성	67
〈표 3-4〉 퇴원 시 진료과	68
〈표 3-5〉 퇴원 진단명	68
〈표 3-6〉 퇴원 후 간호요구도 및 간호필요도 수준	69
〈표 3-7〉 퇴원환자의 일반적 특성에 따른 간호요구도 차이	70
〈표 3-8〉 퇴원환자의 일반적 특성에 따른 간호필요도 차이	72
〈표 3-9〉 퇴원 후 간호요구도 및 간호필요도 간의 상관관계	73
〈표 3-10〉 퇴원 후 간호필요도에 영향을 미치는 퇴원환자의 일반적 특성	74
〈표 3-11〉 퇴원 후 간호서비스 필요 유무 차이	76
〈표 3-12〉 환자 특성별 퇴원 후 간호서비스 필요 여부	78
〈표 3-13〉 간호서비스 필요 여부 및 서비스 필요 여부 예측 요인 (Logistic Regression)	80
〈표 3-14〉 의사결정나무분석을 통한 퇴원 후 간호서비스 필요 예측모형1의 정확도 분석	82
〈표 3-15〉 의사결정나무분석을 통한 퇴원 후 간호서비스 필요 예측모형2의 정확도 분석	82
〈표 3-16〉 퇴원 후 방문서비스 예측 요인 (Logistic Regression)	83
〈표 3-17〉 의사결정나무분석을 통한 퇴원 후 방문간호서비스 제공 예측모형1의 정확도 분석	85
〈표 3-18〉 의사결정나무분석을 통한 퇴원 후 방문간호서비스 제공 예측모형2의 정확도 분석	86
〈표 3-19〉 의사결정나무분석을 통한 퇴원 후 정기적 간호서비스 필요 예측모형의 정확도 분석	87

그림목차

[그림 1-1] 탐색적 혼합연구 과정	14
[그림 2-1] ACC Readmission Risk Prediction Conceptual Model	24
[그림 2-2] Rates of Rehospitalization within 30days after Hospital Discharge Jencks S, Wiilams MV, Coleman EA. et al. N Engl J Med 2009; 360, pp.1418-1428	25
[그림 2-3] 미국 케어모어 모델 개요(이정석, 2015, p.6)	31
[그림 2-4] 미국 가이징거 모델 개요(이정석, 2015, p.10)	32
[그림 2-5] 미국 가이징거 모델의 연속적인 케어 제공 시스템 (이정석, 2015, p.10)	32
[그림 2-6] 미국 첸메드 모델 개요(이정석, 2015, p.12)	33
[그림 2-7] 영국 통합적 서비스제공체계의 환자 중심 인력 연계체계 (이정석, 2015, p.14)	34
[그림 2-8] 싱가포르의 통합관리모델(이정석, 2015, p.15)	35
[그림 2-9] 싱가포르의 보건의료체계 개편 전·후(이정석, 2015, p.14)	36
[그림 3-1] 심층면담 및 포커스 그룹 면담 내용 분석	57
[그림 3-2] 의사결정 나무분석을 통한 퇴원 후 간호서비스 제공 결정요인	81
[그림 3-3] 의사결정 나무분석을 통한 퇴원 후 간호서비스 제공 결정요인	82
[그림 3-4] 의사결정 나무분석을 통한 퇴원 후 방문간호서비스 제공 결정요인	85
[그림 3-5] 의사결정 나무분석을 통한 퇴원 후 방문간호서비스 제공 결정요인	86
[그림 3-6] 의사결정나무분석을 통한 퇴원 후 정기적 간호서비스 제공 결정요인	87

요약

I. 서론

1. 연구의 배경 및 필요성

- 의료기관들의 경영수지 향상을 위한 재원기간 감소노력과 포괄수가제 확대 실시에 따라 조기퇴원 환자들이 점차증가하고 있으며, 간호·간병통합서비스 운영으로 입원 기간 중 보호자들의 돌봄참여가 줄어들면서 퇴원 후 환자의 자가 관리에 대한 우려가 높아지고 있음.
- 재원기간의 단축은 장기입원으로 인한 의료비 지출을 줄일 수 있는 긍정적 측면을 기대할 수 있으나, 퇴원 후 적절한 자가관리의 이행과 지속적 치료연계가 이루어지지 않을 경우 증상의 재발 및 이차질환의 발생으로 인한 재입원으로 이어져 오히려 불필요한 의료비용의 소모를 가져올 수 있음.
- 심사평가원은 2016년부터 ‘고위험 표준화 재입원비’를 의료기관의 적정성평가 지표로 제시하고 퇴원 환자의 재입원에 따른 의료비 상승에 대해 의료기관이 적절한 시스템을 마련할 것을 강조하고 있음.
- 이에 본 연구에서는 현행 퇴원 환자 관리 현황과 문제점을 파악하고 퇴원 후에 지속적인 간호가 요구되는 대상자들의 특성을 파악함으로써 이들에 대한 퇴원 후 맞춤형 간호서비스 모델개발을 위한 기초자료를 마련하고자 시도되었음.

2. 연구 내용 및 방법

- 본 연구는 탐색적 혼합방법연구설계를 이용하였음. 퇴원 후 간호서비스 제공자인 의료진과 수요자인 환자 및 보호자들을 대상으로 한 면담자료를 내용분석하였고, 이를 토대로 양적 측정 도구를 수정보완함. 이를 활용하여 조사자료를 분석하였고, 최종

적으로 양적측정결과와 질적자료를 종합 분석하였음.

- 질적연구단계에서의 면담대상은 의사, 간호사, 환자 및 보호자로 총 29명이었으며, 녹취록을 이용하여 내용분석을 하였음.
- 양적조사연구단계에서는 질적면담자료를 토대로 PADQ-E도구를 수정보완한 설문도구를 이용하여 퇴원 환자 396명에 대한 면대면 설문자료와 582명 퇴원환자에 대해 담당간호사가 응답한 자료를 분석함.

II. 퇴원 후 간호필요도 관련요인

1. 질적면담을 통한 퇴원 후 간호요구 및 간호필요도 탐색

- 질적면담 자료에 대한 내용분석결과 퇴원 후 간호서비스에 대한 서비스 필요성, 서비스 대상, 서비스 내용 및 서비스 장애요인으로 4개 영역에 대한 59개의 목록이 도출되었음.
- 과거에 비해 가족의 돌봄체계가 약화된 상태이므로 정서적 지지체계와 사회적지지 체계 마저도 부족한 고령의 환자와 고령의 가족이 환자를 돌보는 경우 경우에는 퇴원 전 퇴원계획을 세우는 단계에서 퇴원 후 돌봄 체계를 점검하고 중재 방안을 마련할 필요성이 제기되었음.
- 일괄적인 서비스 제공보다는 비용효과적인 측면에서 퇴원 후 관리가 필요한 대상자들을 선별하여 선택적 서비스를 제공할 필요성이 제기되었음.
- 현행 대다수의 병원에서 시행되고 있는 퇴원 후 전화방문서비스는 정서적지지 측면에서 긍정적 효과를 나타내기도 하나 일률적인 전화방문은 비효율적이며, 그 이상의 추가적인 서비스가 필요한 사례에 대한 관리가 되지 못하고 있는 실정이 확인되었음.
- 급성기 병원에서 퇴원하는 환자들을 위한 퇴원 후 서비스의 내용은 기존의 퇴원환자를 위한 서비스인 가정방문간호, 보건소의 방문간호서비스 및 노인장기요양서비스를 연계하는 퇴원 코디네이션을 비롯하여 기존의 서비스에서 구체화되지 못했던 일대일 복약지도와 투약 모니터링, 영양상태지도, 식이지도 및 외래진료, 검사일정관리 등 구체적인 서비스들이 환자의 상태에 따라 제공되어야 할 필요성이 제기되었음.

- 급성기 병원 퇴원 환자를 위한 적극적인 서비스를 제공하지 못하는 장애요인으로 인력적인 측면에서 퇴원환자들을 체계적으로 교육하고 관리할 만한 전문 인력의 부족과 현 의료진의 퇴원 후 관리 중요성에 대한 인식 부족이 지적되었음.
- 의료기관이 적극적으로 퇴원 후 서비스를 제공할 수 있도록 하는 공급유인이 마련 되어 있지 않다는 점과 퇴원 후 서비스 제공을 위한 인적·물적 자원 투입에 대한 수가 보상체계 마련이 시급하다는 의견이 제시됨.

2. 양적 조사연구를 통한 퇴원 후 간호요구도 및 간호필요도 현황

- 퇴원 환자의 퇴원 후 간호요구도가 가장 높은 영역은 ‘의료장비관리’에 대한 부분이었으며, 이는 퇴원 환자에 대해 담당간호사가 인지한 간호필요도와 일치하였음.
- 퇴원 환자의 일반적 특성 중 간호요구도와 간호필요도의 차이를 나타낸 변인은 70세 이상의 고령, 낮은 교육수준, 낮은 경제상태, 퇴원교육에 대한 낮은 이해수준과 15일 이상의 재원기간, 식이관리가 요구되는 경우, 특수약물을 복용하는 경우와 중환자실을 경유하여 입원치료한 경우, 튜브를 유지한 상태에서 퇴원하는 경우와 복합상병지수가 2이상인 경우 등으로 나타났음.
- 이 중 다중회귀분석을 통해 확인한 결과 퇴원 후 간호필요도에 영향을 미치는 퇴원 환자의 특성으로는 70세 이상의 고령, 재원기간 및 수술 후 재원기간, 식이관리가 필요한 경우 및 튜브를 유지한 상태에서 퇴원하는 경우가 포함되었으며 이러한 변인들이 간호필요도를 설명하는 설명력은 25.5%였음..
- 로지스틱회귀분석을 통해 퇴원 후 간호서비스가 제공될 필요가 있는 환자 특성을 파악한 결과 70세 이상의 연령, 간호필요도가 높은 경우, 수술 후 재원기간이 7일 이하인 경우와 식이관리가 필요한 경우, 특수약물을 복용하고 있는 경우, 튜브를 유지한 상태에서 퇴원하는 경우 및 CCI가 0인 경우가 포함됨.
- 의사결정나무분석을 통해 퇴원 후 간호서비스 필요한 대상들을 분류할 수 있는 규칙을 확인한 결과
- 간호서비스 제공유무를 결정하는 모형으로 간호필요도가 0.5이상인 경우와, 간호필요도가 0.5이하인 경우에 특수약물을 복용하는 경우로 나뉘는 규칙이 확인되었으며, 이 모형의 설명력은 79.03%로 높았음.

- 퇴원 후 방문간호 제공유무를 결정하는 모형으로 튜브를 유지하고 퇴원하는 사례에서 70세 이상의 고령이면서 재원일수가 15일 이상에서 퇴원하는 사례와 튜브를 유지하고 퇴원하는 사례에서 70세 이상의 고령이면서 재원일수가 15일 이하이면서 간호필요도가 0.72이상인 경우로 분류되었으며, 이 모형의 설명력은 86.61%로 높았음.
- 퇴원 후 정기적인 퇴원서비스로 연계되어야 할 필요가 있는 대상을 결정하는 모형으로는 간호필요도가 0.4이상인 경우에서 70세 이상인 경우와, 간호필요도가 0.4이하이면서 튜브를 유지하고 퇴원하는 경우 중 재원일이 15일 이상에서 퇴원하는 경우로, 이 모형의 설명력은 81.03%로 높았음.

III. 결론 및 제언

- 입원시점부터 퇴원 후 환자의 자가 관리 능력과 지지체계에 대한 사정을 토대로 입원시부터 퇴원 후 지역사회 서비스 연계까지 고려한 일련의 퇴원간호중재를 구체적으로 마련될 필요가 있음.
- 전문의와 간호사들을 대상으로 한 면담 결과 급성기 병원 퇴원 환자에 대한 체계적 관리를 위해 전문화된 퇴원 코디네이터 필요성이 강조되었으며, 이 역할은 진료과별 전문화된 지식과 경험을 갖춘 간호사가 적합할 것이라는 의견이 지배적임.
- 현행 대다수 병원에서 환자가 퇴원한 병동의 간호사에 의해 이루어지고 있는 ‘전화 방문서비스’의 경우 퇴원환자 전수를 대상으로 하고 있어 불필요한 인력의 소모 또한 크다는 점이 지적되었음. 따라서 ‘퇴원 후 전화서비스’가 필요한 대상자를 선별하고 이들을 대상으로 구체화된 가이드라인에 따른 서비스를 제공하는 것이 필요함.
- 퇴원 후 의료기관에서 상처관리를 비롯한 의료적 처치 위주의 가정간호서비스 이외 복용지도가 필요한 특수약물의 정확한 복용 및 자가관리이행에 대한 모니터링을 포함하는 재가서비스가 필요한 대상을 스크리닝하여 대상자 중심의 서비스를 통합적으로 제공할 수 있도록 하는 시스템이 마련될 필요가 있음.
- 또한, 제공되고 있는 재가서비스의 내용과 그 경과를 진료현장에서 확인할 수 있는 체계가 마련된다면 추후 의료기관의 외래방문 시 독거 환자들이나 의사소통이 명확히 이루어지지 않는 대상자들의 경과 파악에 큰 도움이 될 것으로 판단됨.

- 의료기관들이 퇴원 후 환자관리를 적극적으로 할 수 있도록 하기 위해서는 퇴원 후 서비스의 내용과 서비스 제공인력에 따른 비용 산정을 위한 추가적인 연구를 할 필요가 있으며, 이를 토대로 퇴원 후 환자관리를 위한 서비스수가를 신설함으로써 의료기관들이 이를 적극 활용할 수 있도록 하는 방안이 필요함.
- 본 연구에서 밝혀진 퇴원환자의 퇴원 후 간호필요도 관련요인과 영향요인을 토대로 퇴원환자의 퇴원 후 간호필요도를 객관화하여 파악할 수 있는 선별도구의 개발을 제언함.

제1장

서론

제1절 연구의 배경 및 필요성	11
제2절 연구의 목적	13
제3절 연구 내용 및 방법	14

제1장

서론

제1절 연구의 배경 및 필요성

□ 병상회전을 제고 및 조기퇴원과 관련된 의료환경의 변화

건강보험정책이후 의료비의 적정 수가에 대한 의료계와 정부의 입장 차이가 지속되면서 최근 의료기관들은 입원환자의 재원기간을 줄어나감으로써 경영수지를 향상시키기 위한 노력을 지속해오고 있다. 이와 더불어 2013년 7월부터 확대 실시되고 있는 포괄수가제는 조기퇴원율의 증가를 가속화시킬 것으로 예상된다(보건복지부, 2013). 특히, 진료비 지불제도가 진료행태에 미치는 영향에 관한 허순임의 연구결과 DRG환자가 FFS환자보다 재입원가능성이 8.87(OR 8.87)배가 높다고 나온 결과를 고려한다면 DGR환자의 범위가 점차 증가하고 있는 현 시점에서 퇴원환자의 재입원을 줄이고자 하는 노력은 매우 시급하다고 하겠다.

□ 퇴원 후 불충분한 자가관리 및 치료이행으로 인한 재입원을 상승 및 의료비용의 증가

한편, 재원기간의 단축은 장기입원으로 인한 의료비 지출을 줄일 수 있는 긍정적 측면이 있을 수 있겠으나, 퇴원 후 적절한 자가관리의 이행과 지속적 치료 연계에 대한 추후 관리가 이루어지지 않을 경우 증상의 재발, 이차 질환의 발생 및 재입원 등으로 이어져 더 많은 의료비 지출을 유발하게 될 우려가 있다. 심사평가원은 2016년부터 이러한 의료비용의 증가에 대한 대책으로 '재입원 환자비율'을 의료기관의 질평가 지표로 제시함으로써, 퇴원환자의 재입원에 따른 의료비 상승에 대해 해당 의료기관이 적절한 시스템을 마련하여 관리 할 것을 강조하고 있다.

참고로 2012년 본원의 계획치 않은 재입원 건은 총 2,838건이었으며, 이중 '질병의 악화, 증상의 재발, 합병증, 수술 및 시술의 실패와 치료부족, 약물이상반응'등으로 계획치 않았으나 재입원하게 된 환자는 1,288명으로 전체 퇴원환자의 4.72% 였다. 이점을

감안할 때 퇴원한 환자의 추후관리가 강화될 경우 연간 1000여명 환자의 불필요한 입원을 막고 이에 따른 의료비 지출을 줄일 수 있는 효과를 기대할 수 있다.

□ 입원환자에 대한 가족 간병문화의 변화에 따른 퇴원환자의 치료연속성 저하 우려

퇴원환자가 퇴원 후 자가관리를 충실히 이행하고 지속적 치료를 이어 나가기 위해서 많은 경우 돌봄 가족의 치료과정에 대한 충분한 이해가 필요하며, 따라서 퇴원 전 이들에 대해 집중적인 교육이 제공될 필요가 있겠다. 그러나 핵가족화를 비롯한 사회구조의 변화에 따라 입원 환자를 가족이 간병하게 되는 비율은 갈수록 줄어들고 있는 상황이며 퇴원 후에도 가족이 퇴원한 환자를 직접 돌보게 되는 사례는 점차 감소되고 있다. 이러한 간병문화의 변화는 퇴원 후 환자의 자가관리 이행 및 치료연속성 유지를 도울 수 있는 조력자의 부재 혹은 약화와 관련하여 퇴원 후 환자의 건강회복에 부정적 영향을 미칠 것으로 판단된다.

이러한 사회적 변화를 고려할 때 2014년부터 시작된 간호간병통합서비스가 2016년부터 크게 확대 운영됨에 따라 이를 이용하고자 하는 환자 및 가족이 크게 늘어날 것으로 보여 진다. 따라서 이 시점에서 이러한 간병문화의 변화가 퇴원 후 환자의 자가관리 및 치료이행에 미칠 영향에 대해 주목할 필요가 있겠다.

□ 계획되지 않은 재입원을 줄이기 위한 국외 퇴원간호서비스의 효과

이미 의료 선진국인 미국의 Reengineered discharge(RED), 캐나다의 Community care access center(CACC) 및 호주의 Transition care program(TCP) 등에서 실시되고 있는 퇴원환자를 위한 간호서비스는 다양한 연구를 통해 재입원 감소에 유의한 효과가 있음이 보고되고 있다.

□ 국내 퇴원환자를 위한 퇴원간호서비스 효과검증

지금까지 퇴원환자들을 위한 간호서비스관련 국내 연구들은 신장이식환자, 뇌졸중, 백혈병, 뇌종양을 비롯한 암, 심장질환 등 특정 질환에 따른 퇴원교육 요구도 조사나 특정 질환한 환자들을 대상으로 한 전화상담효과에 대한 연구이었다. 최근 시도된 연구들에서 퇴원환자 대한 간호프로그램 개발에 대한 근거를 마련하고 의료자원의 효율적 이용을 위한 보건의료정책 개발의 필요성이 강조되고 있으나, 종합병원 퇴원환자를 대상으로 퇴원 후 대상자의 간호요구도를 고려한 중재 연구는 미비하다.

이상의 내용을 종합해 볼 때 최근 조기 퇴원의 가속화로 인한 재발위험성이 증가되고 있을 뿐 아니라 간호·간병통합서비스 확대 실시 이후 재원 중 가족 돌봄 부족 및 적극적 치료 참여 저하 경향이 퇴원 이후 계획되지 않은 재입원을 증가시킬 수 있는 하나의 요인이 될 수 있다는 점에 주목할 필요가 있다. 따라서 간호간병통합서비스 퇴원 환자들의 퇴원 후 자가관리 및 치료이행을 도울 수 있는 포괄적이고 체계적인 의료서비스 모형 제시가 필요한 시점이다. 그러나 간호간병통합서비스는 시행된지 얼마 되지 않은 시점으로 이러한 서비스 제도 하에서 서비스 제공자와 서비스 수요자들의 경험에 대한 탐색을 바탕으로 간호서비스 실태 및 요구도 파악을 위한 단계와 간호서비스 모형개발 단계 및 적용효과 검증 단계로 점진적으로 진행되어야 할 것이다.

이와 관련하여 의료선진화가 이루어진 국가들에서는 이미 10여년 전부터 이에 대한 적극적인 대책을 마련하고 다양하고 다각화된 의료전달체계를 구축해오고 있다. 그러나 아직까지 국내에서는 퇴원 후 지속적인 간호가 요구되는 환자들에 대한 체계적인 의료전달체계를 비롯한 간호시스템이 마련되지 못하고 있다. 뿐만 아니라 간호서비스 체계를 마련하기에 앞서 지속적인 간호가 필요한 대상을 파악하고 이를 토대로 대상자의 요구를 고려한 맞춤형 서비스 내용을 구성하기위한 기초단계의 연구가 미흡하다는 것이 지적되고 있다. 따라서 본 연구에서는 퇴원 후 간호필요도가 높은 환자들의 특성을 파악함으로써 퇴원 후 간호서비스 체계를 마련하는데 기초자료를 마련하고 하였으며, 그 결과를 바탕으로 퇴원 후 체계적인 간호서비스 방안을 모색하고자 하였다.

제2절 연구의 목적

이에 본 연구에서는 간호간병통합서비스 병원 퇴원 환자들의 퇴원 후 간호서비스 모델을 개발하기위한 첫 번째 단계로써 퇴원 후 간호서비스의 소비자 및 제공자 측면의 장애요인을 파악하고 조직 및 시스템 차원의 문제점 및 서비스 현황을 파악하고자 한다. 또한, 궁극적으로 퇴원 환자의 건강한 삶의 유지 증진 및 의료비의 효율적 활용에 기여하는 맞춤형 퇴원 후 간호서비스 개발을 위한 기초자료를 수집하고자 한다. 이에 따른 구체적인 세부 목표는 아래와 같다.

세부목표 1. 국내외 퇴원간호서비스 운영현황에 대한 문헌검토를 통해 퇴원 후 간호서비스 운영의 개괄적 현황을 파악한다.

세부목표 2. 입원환자의 퇴원과정에 관한 의료진(의사 및 간호사)의 경험과 퇴원 후

환자 및 보호자의 돌봄경험을 심층면담 및 포커스그룹면담을 활용한 질적연구방법을 통해 파악한다.

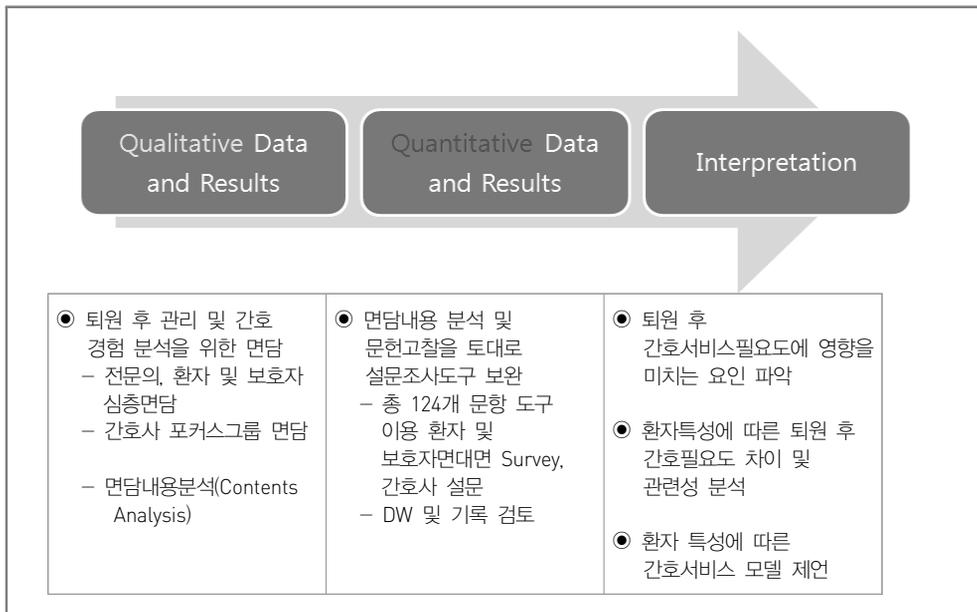
세부목표 3. 퇴원 후 간호요구도 및 간호필요도를 양적조사를 통해 파악한 후 이를 질적연구결과와 비교 분석한다.

세부목표 4. 퇴원후 간호서비스 제공에 대한 정책적 방안을 제안한다

제3절 연구 내용 및 방법

1. 연구 설계

본 연구는 일 종합병원 퇴원 환자의 퇴원 후 간호필요도 및 간호요구도를 파악하기 위하여 Creswell(2005)이 제시한 탐색적 혼합방법 연구설계(explanatory mixed methods design)를 이용하였다. 즉, 서비스 수요자인 환자 및 보호자와 서비스 공급자인 의사 및 간호사를 대상으로 한 심층면담 및 포커스 그룹 면담 등의 질적 자료를 통해 퇴원 후 간호서비스 제공과 관련된 특정 개념이나 잠재적 가설을 설정하고 이를 토대로 양적 측정 도구를 수정보완하여 그 결과를 분석하고 양적 측정결과와 질적 자료를 종합 분석하였다(Creswell 2013).



[그림 1-1] 탐색적 혼합연구 과정

2. 퇴원 후 간호 요구도 파악을 위한 질적연구

현행 퇴원 후 간호서비스 현황을 파악하고 적절한 퇴원 후 간호를 제공하는데 있어서의 장애요인을 파악하기 위하여 퇴원 후 집에서 지낸 경험이 있는 환자와 환자를 돌본 경험이 있는 보호자 및 퇴원과정에 참여한 의사 및 간호사를 대상으로 심층면담 및 포커스 그룹면담을 실시하였다. 환자 및 보호자, 그리고 의사는 심층면담을 실시하였고 간호사는 포커스 그룹 면담을 실시하였다. 자료수집은 국민건강보험 일산병원에서 이루어졌다.

가. 대상자 선정

□ 환자 및 보호자

○ 대상자 포함기준

- 퇴원 경험이 있는 환자(혹은 주보호자) 중
- 연구 참여에 자발적으로 동의한 환자(보호자)

□ 간호사 및 의사

○ 대상자 포함기준

- 국민건강보험 일산병원 환자의 퇴원에 참여한 간호사 및 의사로 5년 이상의 간호 혹은 진료경험이 있는 자
- 연구 참여에 자발적으로 동의한 자

나. 질적 자료수집 방법

자료수집은 국민건강보험 일산병원 생명윤리심의위원회의 승인 후 참여자에게 익명성과 사생활보호, 연구 참여철회가 가능함을 설명한 후 연구 참여에 대한 자발적인 서면 동의를 받은 후 시행되었으며, 자료수집기간은 2016년 3월 31일부터 2016년 5월 9일까지였다.

각 대상별 구체적 자료수집절차는 아래와 같다.

[환자 및 주보호자 대상 심층면담]

퇴원 1주일 이내의 기간 중 훈련된 연구보조원이 환자를 방문하여 연구의 목적과 과정을 설명한 후 동의 절차에 따라 지원자에 한 해 동의를 받았으며, 퇴원 후 첫 외래

방문 시 면담이 이루어질 수 있도록 사전 약속을 받은 후 동의서를 작성하도록 하였다.

전자의무기록을 통해 연구 대상자의 진단명, 재원일 수, 수술명, 투약내역, 입원 중 제공된 처치에 대한 자료를 수집하였다. 약속된 외래 첫 방문 시 약속된 시간을 이용하여 연구자가 45분에서 70분정도 면담을 진행하였다. 심층면담을 위한 주요 질문은 아래와 같다.

환자를 대상으로 한 주요 질문은

- “간호간병통합서비스 병동에서의 입원생활을 마치고 퇴원하는 과정에서의 경험을 설명해 주시기 바랍니다(어려움, 궁금한 점, 걱정되는 점 등)”
- “간호간병통합서비스 병동에서 퇴원 후 집에서 지내는 동안의 경험은 어떠했습니까?”

주보호자를 대상으로 한 주요 질문은

- “간호간병통합서비스 병동에서의 입원생활을 마치고 퇴원하는 과정에서의 경험을 설명해 주시기 바랍니다(어려움, 궁금한 점, 걱정되는 점 등)”
- “간호간병통합서비스 병동에서 퇴원 후 집에서 환자를 돌보는 과정에서의 경험은 어떠했습니까?”

[의사 대상 심층면담과 간호사 대상 포커스그룹면담]

자료수집절차는 아래와 같다.

간호간병통합서비스 입원환자를 대상으로 진료 및 간호를 하고 있는 의사(전문의) 및 간호사를 대상으로 하여 연구의 목적을 설명한 후 참여에 대한 동의서를 받았다. 면담장소는 참여대상자가 편하게 생각하는 장소를 고려하되 포커스그룹면담의 경우는 회의실을 이용하여 외부와 차단된 공간을 이용하였다. 간호사를 대상으로 한 포커스 그룹면담은 총 15명을 3개 그룹으로 나누어 진행하였고 각 그룹 별로 60분에서 90분 정도에 걸쳐 1~2회 정도 진행되었다. 참여자의 동의하에 녹음 및 현장 메모를 하였다.

심층면담 및 포커스그룹 면담을 위한 주요 질문은 아래와 같다.

의사(전문의) 대상 심층면담의 주요 질문은

- “간호간병통합서비스 환자의 퇴원 준비나 퇴원 후 진료경과와 관련한 경험에 대해 말씀해주십시오?”(어려움, 걱정되는 점 등...)
- “간호간병서비스 병동 퇴원환자의 진료 경험은 어떠합니까?”
- “퇴원 후 필요한 의료서비스는 무엇이라고 생각하십니까?”

- “퇴원 후 필요한 의료서비스를 제공하는데 도움이 되거나 혹은 장애가 되는 것은 무엇이라고 생각하십니까?”

간호사를 대상으로 한 포커스 그룹 면담의 주요 질문은 아래와 같다.

- “간호간병서비스 병동 퇴원환자의 간호 경험은 어떠합니까?”,
- “퇴원 후 필요한 간호서비스는 무엇이라고 생각하십니까?”
- “퇴원 후 필요한 간호서비스를 제공하는데 도움이 되거나 혹은 장애가 되는 것은 무엇입니까?”

주 질문을 시작으로 연구 참여자의 경험을 드러낼 수 있도록 추가적인 질문으로 이어졌다. 참여자의 구술에서 새로운 내용이 나오지 않을 때까지 진행하였으며, 면담이 끝날 무렵 보조연구자가 기록한 내용을 요약하여 전달하였다. 이 내용에 대해 연구 참여자로부터 피드백을 받고 면담을 종료하였다.

다. 자료분석방법

면담 자료분석은 잠재적 내용분석방법(Morse & Field, 1995)을 이용하였다. 녹취된 면담자료는 자료의 신뢰성 확립을 위해 연구보조자가 구술에 사용된 언어 그대로 축어를 작성하였다. 자료분석방법으로는 내용분석(content analysis)방법을 사용하였고, 연구자들은 필사내용을 집중해서 반복적으로 읽으며 전체적으로 이해하고, 연구주제와 관련된 의미있는 진술을 추출하여 개념화하고 개념화된 내용을 반복하여 검토한 후 연구팀의 합의하에 공통된 특성을 묶어 범주화를 실시하였다. 주요 개념을 본문에 표시하며 단어를 단위로 읽고 단어들을 코드화하여 코드간 공통점이 있는 경우 하위범주로 묶고 그 의미와 특성의 유사성과 차이점에 따라 범주로 구성하였다. 연구자들이 반복적으로 수집된 자료를 읽으면서 도출된 주제를 합하고 분리하는 과정을 거쳐 범주의 명칭과 추상성의 정도에 대한 논의를 하였다. 연구의 신뢰도와 타당도를 높이기 위해 먼저 참여자들에게 면담요약 내용을 확인 받은 후 연구자들과 함께 토의하고 분석과정을 재확인하는 과정을 통해 자료분석의 중립성을 유지하였다. 분석된 자료 및 전체적인 과정에 대해 질적연구 경험이 있는 교수 1인의 자문 및 검토를 받아 타당도를 확보하였다.

3. 퇴원 후 간호요구도 및 간호필요도에 영향을 미치는 요인 파악을 위한 양적조사연구

질적면담자료 분석을 토대로 기존에 개발된 '퇴원 후 돌봄장애 도구'를 수정보완 한 설문도구를 이용하여 퇴원환자 및 보호자를 대상으로 '퇴원 후 간호요구도'를 조사하였으며, 해당 환자의 퇴원을 담당한 간호사를 대상으로 해당 환자에 대한 '퇴원 후 간호필요도'를 조사하였다.

가. 대상자 선정

□ 환자 및 보호자

○ 대상자 포함기준

- 입원 후 퇴원 경험이 있는 환자(혹은 주보호자)
- 만 19세 이상의 성인
- 의사소통이 가능한 자
- 조사기간 이내에 외래방문이 예정된 환자(보호자)
- 연구 참여에 자발적으로 동의한 환자(보호자)

○ 대상자 제외기준

- 퇴원 후 요양 병원 등 타 기관으로 전원된 환자(혹은 주보호자)
- 면담이 불가능 한 정도의 인지장애 또는 정신질환이 있는 환자(보호자)

□ 간호사

○ 대상자 포함기준

- 설문대상 환자의 퇴원과정에 참여한 간호사

나. 설문 자료수집 방법

자료수집은 해당기관인 국민건강보험 일산병원 임상시험심사위원회의 승인 후 참여자에게 익명성과 사생활보호, 연구 참여철회가 가능함을 설명한 후 연구 참여에 대한 자발적인 서면 동의를 받은 후 시행되었으며, 자료수집기간은 2016년 6월 20일부터 2016년 7월 22일까지였다. 구체적인 자료수집 절차는 다음과 같다.

퇴원 전 훈련된 연구원이 환자 혹은 보호자를 방문하여 연구 목적과 과정을 설명한 후 동의서를 받았으며, 의무기록 확인을 통해 환자의 기본 진료정보 및 입원 중 제공된 처치에 대한 자료를 수집하였다. 퇴원 후 자료수집 기간 중 외래 방문일시에 맞추어 연구보조원이 외래에서 대상자를 만나 설문지를 제공하였다. 설문작성은 환자의 협조여

부에 따라 자가설문과 일대일 설문응답방식을 병행하였다. 설문 작성에 소요된 시간은 15~30분 정도였다.

다. 설문도구

‘퇴원 후 간호요구도’를 파악하기 위한 설문도구는 Holland, Mistiaen, Knlafl과 Bowles(2011)가 퇴원 후 환자 상태 및 미충족된 간호요구도를 파악하기 위하여 개발한 표준화된 도구인 ‘Problem after discharge questionnaire-English version(PADQ-E)’을 토대로 질적 면담결과 분석자료를 반영하여 국내 상황에 맞게 수정보완한 후 이용하였다. PADQ-E는 ‘자기돌봄(5문항)’, ‘가사활동(7문항)’, ‘신체활동(5문항)’, ‘신체적 증상(9문항)’, ‘정서적 증상(6문항)’, ‘치료기구 및 장비사용(1문항)’, ‘치료지시 이행(1문항)’, ‘치료적 정보(13문항)’으로 구성된 총 8개의 하위영역의 총 47문항으로 구성되어 퇴원 후 가정에서 도움이 필요한 정도를 체크하도록 되어 있다. 본 연구에서는 질적면담 분석결과와 10년 이상의 임상경험이 있는 간호사 전문집단의 안면타당도 검증을 거쳐 CVI .80이상의 문항을 선정한 후 15년 이상의 임상경력 수간호사 6명의 안면타당도를 측정하여 최종 문항을 확정하였다. 최종 도구에는 기존 PADQ-E에서 ‘지난 한주 동안 혼자서 필요한 의료장비를 다룰 수 있었습니까?’라는 한 문항으로 구성되어 있던 ‘치료기구나 장비사용’항목에 대해 추가적으로 목발, 보행기, 휠체어사용 및 배액관과 기관절개관 관리, 혈관주입 기구관리, 장루, 요루, 도뇨관 및 비위관과 관련한 도움 필요 및 소대변기사용과 요실금 물품사용에 대한 도움 필요’등 5개 문항을 추가하였다. 또한, ‘치료지시 이행’에 대해서도 기존 PADQ-E에서는 ‘지난 한 주동안 혼자서 치료지시를 다룰 수 있었습니까?’의 한 문항으로 구성되어 있었던 것에 6문항을 추가하여 약물복용 지시, 운동지시, 특별 치료식이에 관한 지시, 혈당검사 및 인슐린 주사와 상처관리에 대한 문항을 추가하였다. 그리고 ‘우울’, ‘슬픔’ 및 ‘불안정’ 등 세분화 되어 있는 정서적 측면을 묻는 문항을 ‘불안’과 ‘외로움’의 정도를 묻는 2문항으로 축소되었다. 최종 설문 문항은 46문항으로 구성되었고, 하위영역은 원도구와 같이 총 8개 영역으로 구성되었다.

퇴원한 환자에 대해 간호사가 인지하는 ‘퇴원 후 간호필요도’는 해당 환자 담당간호사가 본 설문지를 체크하도록 함으로써 환자가 스스로 인지하는 ‘퇴원 후 간호요구도’와 비교분석하였다. 문항에 따라 ‘해당 없음’ 0, ‘예’ 1, ‘아니오’ 2 혹은 ‘혼자가능’ 0, ‘부분적 도움필요’ 1, ‘완전 도움필요’ 2와 ‘전혀 문제 없었음’ 0, ‘조금 힘들었음’ 1, ‘매우 힘들었음’ 2 등으로 조사하였다. 점수 범위는 0~2점으로 점수가 높을수록 퇴원 후 돌봄 요구도가 높은 것을 의미한다. PADQ의 개발당시 내적 신뢰도는 Cronbach’s α =.72였으며, 본 연구에서는 Cronbach’s α .927이었다.

〈표 1-1〉 퇴원 후 간호요구도 및 간호필요도 도구 하위영역 별 문항 수

Problem Area	Subscale	items
Information needs	Information Needs	11
	Personal Care	5
Functional status	Household Activities	2
	Mobility	4
	Using Equipment	6
	Following Instructions	7
	Physical Complaints	9
General health	Physical Complaints	9
Emotional status	Psychological Complaints	2
Total items		46

그 외 환자의 일반적 특성과 진료정보는 전자의무기록 검토를 통해 파악하였다.

라. 자료 분석방법

SPSS WIN 23 version을 이용하여 분석하였다.

대상자의 일반적 특성 및 건강관련특성에 따른 퇴원 후 간호요구도 및 퇴원 후 간호필요도의 차이 분석은 평균 및 표준편차, ANOVA 및 t-test 및 카이검정과 Fisher's Exact Test를 이용하였다.

일반적 특성 및 질환 특성이 간호필요도에 미치는 영향은 다중회귀분석을 이용하였다.

간호필요여부의 결정에 영향을 미치는 대상자의 일반적 특성 및 질환 특성을 파악하기 위해 로지스틱회귀분석 및 의사결정나무 분석기법(decision tree)을 이용하였다.

제2장

국내·외 퇴원 후 간호 현황

.....
제1절 국외의 퇴원환자 관리현황 23

.....
제2절 국내 퇴원환자 관리현황 44

제2장

국내 · 외 퇴원 후 간호 현황

제1절 국외의 퇴원환자 관리 현황

의료 선진국에서 실시되고 있는 퇴원 후 환자 관리는 대부분 노인환자들을 대상으로 한 공적 의료지원체계의 형태를 갖추고 있으며, 이러한 지원들은 크게 자기관리 능력향상을 통해 독립성을 증진시키는 재가서비스 체계로 전환되고 있다. 급성기 퇴원환자들을 대상으로 서비스 체계가 비교적 구체화된 나라는 미국이 대표적이라고 할 수 있으며, 그 외 캐나다, 일본, 호주 등은 노인환자나 저소득층 대상자들을 위한 재가 서비스 형태로 이루어져 있다. 또한, 이러한 서비스들은 간호처치, 개인서비스, 사회서비스이며 자기관리기능 향상 목표에 따라 이 세가지 서비스가 유기적으로 결합하는 맞춤형 구성을 나타낸다. 이는 우리나라에서는 퇴원 한 환자들에게 제공될 수 있는 서비스가 다각적으로 마련되어 있으나, 각 서비스를 제공하는 주체가 달라 이들이 연계적으로 전달되지 못하고 있는 점과 크게 차이가 있다. 특히, 급성기 병원에서 퇴원하는 환자들을 지역사회에 연계할 수 있는 체계는 매우 미흡하다고 하겠다. 최근 지역사회기반의 의료 서비스들을 통합함으로써 '통합재가서비스'로 활성화 시키고자 하는 노력들이 시범사업으로 이루어지고 있으나, 이 역시 급성기 병원에서 퇴원하는 아급성 상태의 환자들을 그 대상으로 포함시켜 연속적인 서비스를 제공받도록 하는 체계에는 미치지 못하고 있다. 이에 국외 선진적인 재가서비스나 퇴원환자 관리 체계를 고찰해봄으로써 한국의 현황과의 비교를 통해 시사점을 도출하고자 한다.

1. 미국

가. 개요

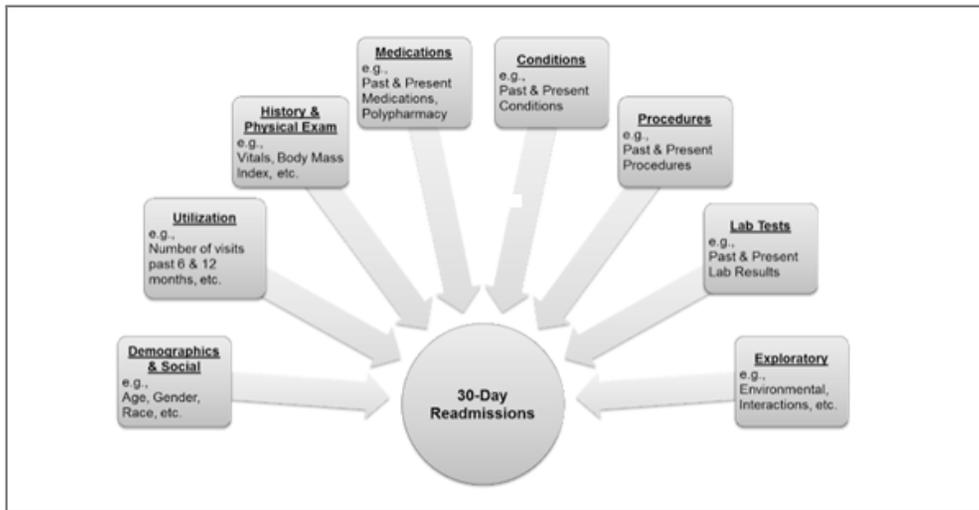
미국 오바마정부는 현 미국의 의료시스템을 고비용 저효율 구조에서 전환 시키고자 하는 의지를 담아 의료비 감축을 위한 보건의료개혁법안(Affordable Care Act, 오바마케어)으로 불림)을 통과시켰다. 이 법안에서 2012년 10월부터 환자들이 퇴원 후 30일 내에

재입원하는 비율이 높은 병원의 경우 경제적인 제재를 가한다는 내용을 담고 있다.

현재 미국의 건강관리 시스템에서 의료서비스의 질의 중요한 척도로 평가받는 것 중 하나는 30일내 재입원율이다. 미국 정부는 재입원율이 높은 병원의 경우, 의료비 환급율(reimbursement)을 낮춰서 지급하는 패널티를 적용하겠다고 발표한바 있다. 또한, 2010년 통과하여 2012년 10월부터 시행되고 있는 이 의료법에 따르면 환급을 제재는 의료기관의 평가에 따라 차별적으로 이루어지는데, 청구한 의료비의 최대 1%에 해당하는 금액을 차감하고 환급한다는 것, 전체적으로 보면 무려 71%에 해당하는 병원이 그 경제적인 제재를 받는 결과이다. 더욱이 2013년에는 이러한 차감이 최대 2%까지 늘어나며, 2014년에는 3%로 올라갈 예정이다.

현재 미국 여론을 통해 볼 때 이러한 정부의료정책의 적용에 대한 비판의 목소리가 있지만 병원들은 보다 적절하고 효율적인 치료를 통해 재입원율을 낮추어야 한다는 것에 대부분 동의를 하고 있으며, 각 병원들이 환자가 집에 돌아가 지켜야할 안전 수칙을 정확히 교육하고 집에서 돌보는 간병인과 보다 자주 소통하는 것이 중요한 방향이라고 강조하고 있다.

이러한 흐름으로 많은 병원에서 환자 의무기록데이터를 분석하여 재입원에 영향을 주는 요인이 무엇인지 찾아내는 작업을 하고 있다.

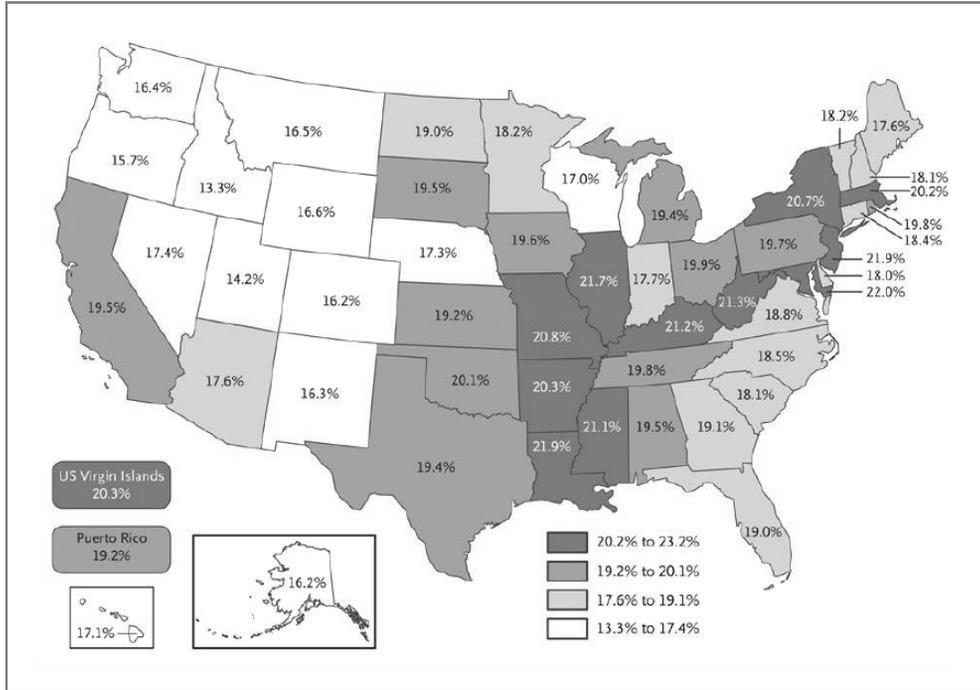


[그림 2-1] ACC Readmission Risk Prediction Conceptual Model

정부의 통계에 따르면 매년 거의 200만에 가까운 환자들이 퇴원 후 한 달 이내에 다시 입원을 하고 그로인해 무려 17조원으로 의료비가 추가 지출되고 있다고 보고, 그 비

율은 퇴원환자의 20%이르는 것으로 파악하고 있다(Jencks, Williams, and Coleman 2009, 1418-1428).

Rates of Rehospitalization within 30days after Hospital Discharge



[그림 2-2] Rates of Rehospitalization within 30days after Hospital Discharge Jencks S, Wiliams MV, Coleman EA, et al. N Engl J Med 2009; 360, pp.1418-1428

미국은 의료비 절감 및 의료 질 향상을 목표로 2010년 보건의료 개혁법안(Affordable Care Act, 오바마케어로 불림)을 마련하고, 이 법에 근거하여 지불제도 및 의료전달체계 개편(Accountable Care Organization, ACO)을 단행하여, 의료의 양(volume)중심에서 가치(value)중심으로 개혁해 나가기 시작하고 있다¹⁾(신영석, 2014, 보건행정학회지, 한국형 통합적 서비스 제공체계 모형 탐색). 이에 미국 보험청(Center for Medicare and Medicaid Services, CMS)에서는 2012년부터 심장병 및 폐렴환자의 재입원을 비율에 따라 입원환자 지불방식을 차등 지급하겠다는 정책을 발표하였고, 2015회계년도부터 만성폐쇄성 폐질환, 인공고관절 및 인공슬관절 수술환자에 대해 2017년도부터는 관상동맥우회술(CABG coronary artefy bypass graft)등의 질환에 대해서 확대 실시할 것으로 발표한 바 있다.

1) 신영석, 2014, 보건행정학회지, 한국형 통합적 서비스 제공체계 모형 탐색

나. 서비스 내용

1) Better Outcome for Older adults through safe transitions (이하, BOOST)

보건의료연구소(Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ), 국립보건원(National Institutes of Health, NIH) 등의 지원으로 2004년부터 구체화된 퇴원환자 관리 패키지를 만들어 운영하면서 재원중과 퇴원 후 계획 및 퇴원 후 약사의 전화방문까지를 포함하는 11개의 내용요소로 이루어진 구체화된 퇴원 관리를 만들어 운영하는 등 적극적인 정책을 펼치고 있다.

하나의 프로젝트인 Better Outcome for Older adults through safe transitions (이하, BOOST)은 미국 전역에 걸쳐 네트워크를 형성하고 퇴원환자관리를 전사적으로 시행하고 있는 프로그램이다. 이는 South Carolina에서 Preventing Avoidable Readmissions Together(PART)라는 이름으로 시작된 것이 시발점이 되었다.

- BOOST의 목표는 아래와 같다.
- 일반 내과 환자의 30일 내 재입원을 감소
- 퇴원 관련 환자 안전 점수 및 H-CAHPS(Hospital Consumer Assessment of Healthcare Provider and Services)의 향상
- 병원, 외래 의사 및 의료제공자 사이의 정보 교환 향상
- 부작용을 완화시킬 수 있는 중재들과 고위험 환자들을 확인
- 퇴원환자 및 가족에 대한 준비향상

이러한 목표들을 달성하기 위한 BOOST프로젝트의 5가지 주요 요소들은 아래와 같다.

- 포괄적인 중재
- 중재 가이드
- 장기적인 기술 지원
- BOOST간의 협응
- BOOST정보센터를 통한 평가

또한 BOOST프로그램 내에서 진행되는 중재들은 입원 시부터 시작되고 입원기간과 퇴원시점에 걸쳐서 지속적으로 제공된다.

BOOST 프로젝트에서 사용하는 다섯 가지 도구들은

- 위험사정도구 : 전환기 노인평가(a Geriatric Evaluation for Transitions[TARGER])

▷ 8가지 사정요소(8P Assessments)

1.	Problem medications—include patients in the intervention who are taking medications known to increase the likelihood of adverse events
2.	Psychological—include patients with diagnosis or symptoms of depression
3.	Principal diagnosis—include patients with any of the following listed as their principal diagnosis as they are at increased risk for adverse events after discharge: cancer, stroke, diabetes, COPD, or heart failure
4.	Polypharmacy—include patients who are taking 5 or more medications
5.	Poor health literacy—include patients who display low levels of health literacy
6.	Patient support—include those with an absence of a formal or informal caregiver
7.	Prior hospitalizations in the last six months—include patients in the intervention if they had unplanned hospitalizations in the six months before the current admission
8.	Palliative care—include patients who qualify for and receive palliative services

▷ 위험요인별 중재 계획

Risk Assessment: 8P Screening Tool (Check all that apply.)	Risk Specific Intervention	Signature of individual responsible for insuring intervention administered
Problem medications (anticoagulants, insulin, aspirin & clopidogrel dual therapy, digoxin, narcotics) □	<input type="checkbox"/> Medication specific education using Teach Back provided to patient and caregiver <input type="checkbox"/> Monitoring plan developed and communicated to patient and aftercare providers, where relevant (e.g. warfarin, digoxin and insulin) <input type="checkbox"/> Specific strategies for managing adverse drug events reviewed with patient/caregiver <input type="checkbox"/> Follow-up phone call at 72 hours to assess adherence and complications	
Psychological (depression screen positive or h/o depression diagnosis) □	<input type="checkbox"/> Assessment of need for psychiatric aftercare if not in place <input type="checkbox"/> Communication with aftercare providers, highlighting this issue if new <input type="checkbox"/> Involvement/awareness of support network insured	
Principal diagnosis (cancer, stroke, DM, COPD, heart failure) □	<input type="checkbox"/> Review of national discharge guidelines, where available <input type="checkbox"/> Disease specific education using Teach Back with patient/caregiver <input type="checkbox"/> Action plan reviewed with patient/caregivers regarding what to do and who to contact in the event of worsening or new symptoms <input type="checkbox"/> Discuss goals of care and chronic illness model discussed with patient/caregiver	
Polypharmacy (≥5more routine meds) □	<input type="checkbox"/> Elimination of unnecessary medications <input type="checkbox"/> Simplification of medication scheduling to improve adherence <input type="checkbox"/> Follow-up phone call at 72 hours to assess adherence and complications	

Risk Assessment: 8P Screening Tool (Check all that apply.)	Risk Specific Intervention	Signature of individual responsible for insuring intervention administered
Poor health literacy (inability to do Teach Back) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Committed caregiver involved in planning/administration of all general and risk specific interventions <input type="checkbox"/> Aftercare plan education using Teach Back provided to patient and caregiver <input type="checkbox"/> Link to community resources for additional patient/caregiver support <input type="checkbox"/> Follow-up phone call at 72 hours to assess adherence and complications	
Patient support (absence of caregiver to assist with discharge and home care) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Follow-up phone call at 72 hours to assess condition, adherence and complications <input type="checkbox"/> Follow-up appointment with aftercare medical provider within 7 days <input type="checkbox"/> Involvement of home care providers of services with clear communications of discharge plan to those providers	
Prior hospitalization (non-elective; in last 6 months) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Review reasons for re-hospitalization in context of prior hospitalization <input type="checkbox"/> Follow-up phone call at 72 hours to assess condition, adherence and complications <input type="checkbox"/> Follow-up appointment with aftercare medical provider within 7 days	
Palliative care (Would you be surprised if this patient died in the next year? Does this patient have an advanced or progressive serious illness?) Yes to either. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Assess need for palliative care services <input type="checkbox"/> Identify goals of care and therapeutic options <input type="checkbox"/> Communicate prognosis with patient/family/caregiver <input type="checkbox"/> Assess and address bothersome symptoms <input type="checkbox"/> Identify services or benefits available to patients based on advanced disease status <input type="checkbox"/> Discuss with patient/family/caregiver role of palliative care services and benefits and services available	

▷ 병원에서 가정으로 가는 모든 환자들을 위한 보편적인 체크리스트

Universal Patient Discharge Checklist				Initials
1. GAP assessment (see below) completed with issues addressed.....	YES	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	_____
2. Medications reconciled with pre-admission list.....	YES	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	_____
3. Medication use/side effects reviewed using Teach Back with patient/caregiver(s)	YES	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	_____
4. Teach Back used to confirm patient/caregiver understanding of disease, prognosis and self-care requirements.....	YES	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	_____
5. Action plan for management of symptoms/side effects/complications requiring medical attention established and shared with patient/caregiver using Teach Back.....	YES	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	_____

Universal Patient Discharge Checklist				Initials
6.	Discharge plan(including educational materials; medication list with reason for use and highlighted new/changed/discontinued drugs; follow-up plans) taught with written copy provided to patient/caregiver at discharge.....	YES	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____ —
7.	Discharge communication provided to principal care provider(s)....	YES	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____ —
8.	Documented receipt of discharge information from principal care provider(s).....	YES	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____ —
9.	Arrangements made for outpatient follow-up with principal care provider(s).....	YES	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____ —
	For increased risk patients, consider.....	Not applicable	<input type="checkbox"/>	_____ —
1.	Interdisciplinary rounds with patient/caregiver prior to discharge to review aftercare plan.....	YES	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____ —
2.	Direct communication with principal care provider before discharge.....	YES	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____ —
3.	Phone contact with patient/caregiver arranged within 72 hours post-discharge to assess condition, discharge plan comprehension and adherence, and to reinforce follow-up.....	YES	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____ —
4.	Follow-up appointment with principal care provider within 7 days of discharge.....	YES	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____ —
5.	Direct contact information for hospital personnel familiar with patient's course provided to patient/caregiver to address questions/concerns if unable to reach principal care provider prior to first follow-up.....	YES	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____ —

▷ 준비상태를 파악하기 위한 일반적 사정

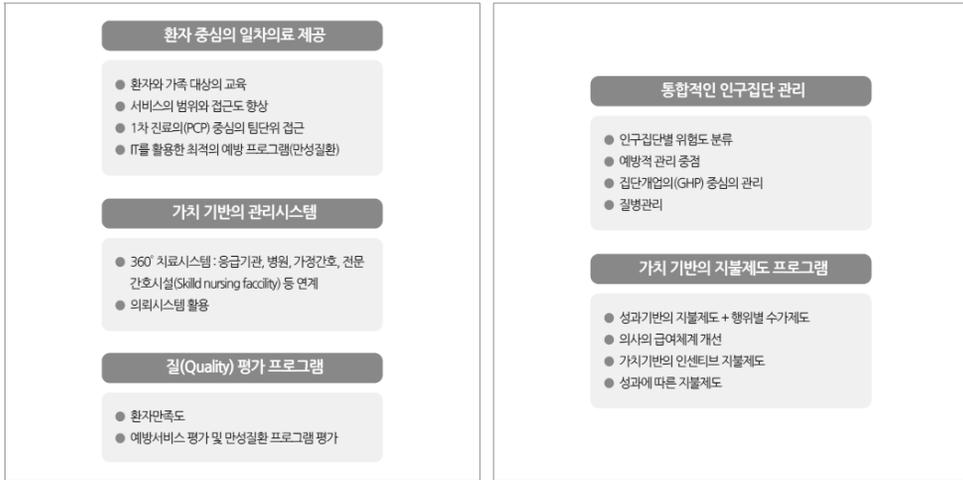
General Assessment of Preparedness (GAP)					
Prior to discharge, evaluate the following areas with the patient/caregiver(s). Communicate concerns identified as appropriate to principal care providers. A=beginning upon Admission; P=Prior to discharge; D=at Discharge					
<u>Logistical Issues</u>					
1.	Functional status assessment completed (P)	YES	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N/A	<input type="checkbox"/>
2.	Access (e.g. keys) to home insured (P)	YES	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N/A	<input type="checkbox"/>
3.	Home prepared for patient's arrival (P) (e.g. medical equipment, safety evaluation, food)	YES	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N/A	<input type="checkbox"/>
4.	Financial resources for care needs assessed (P)	YES	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N/A	<input type="checkbox"/>
5.	Ability to obtain medications confirmed (P)	YES	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N/A	<input type="checkbox"/>
6.	Responsible party for insuring med adherence identified/prepared, if not patient (P)	YES	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N/A	<input type="checkbox"/>
7.	Transportation to initial follow-up arranged (D)	YES	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N/A	<input type="checkbox"/>
8.	Transportation home arranged (D)	YES	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N/A	<input type="checkbox"/>

<u>Psychosocial Issues</u>					
1. Substance abuse/dependence evaluated (A)	YES	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
2. Abuse/neglect presence assessed (A)	YES	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
3. Cognitive status assessed (A)	YES	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
4. Advanced care planning documented (A)	YES	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
5. Support circle for patient identified (P)	YES	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
6. Contact information for home care services obtained and provided to patient (D)	YES	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>

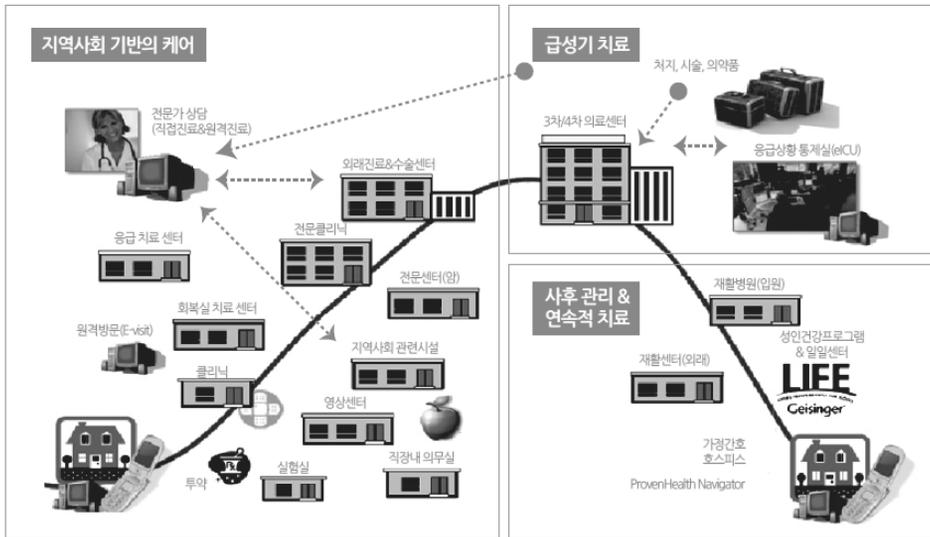
- 특정 위험 중재들(Risk Specific Interventions)
- 성공적인 전환기록을 위한 환자 준비(the Patient Preparation to address Situations (after discharge) Successfully[PASS] transition record)
- 거꾸로 교육하는 과정(the Teach-Back process)
- 서면화된 퇴원 교육 자료들(Written Discharge Instructions)

2) 케어모어(CareMore)

미국의 경우 복합상병질환 환자들을 관리하기 위한 통합적 서비스 제공체계를 갖추기 시작하였는데, 이 역시 오바마 정부의 보건의료개혁법안(Affordable Care Act)에 따른 것이다. 그 중 하나인 케어모어(CareMore)는 LA 및 인근지역의 65세 이상 건강보험(Medicare)가입자에 대한 당뇨, 관상동맥질환, 울혈성 심부전, 만성신부전, 만성폐쇄성 폐질환 환자를 대상으로 사전예측부터 예방 및 질환 관리와 급성기 치료관리까지 전 영역에서 포괄적인 의료 및 비 의료서비스까지도 제공하고 있다. 그 결과 당뇨환자의 당화혈색소 수치를 7.08까지 유지하고 당뇨병성 족부절단율이 전국 평균보다 78%감소, 욕창 및 낙상 입원을 전국 평균보다 80%감소, 건강보험 환자보다 재입원을 27%감소, 평균 재원일수 3일을 유지하는 괄목할 만한 성과를 보고하고 있다.



[그림 2-4] 미국 가이징거 모델 개요(이정석, 2015, p.10)

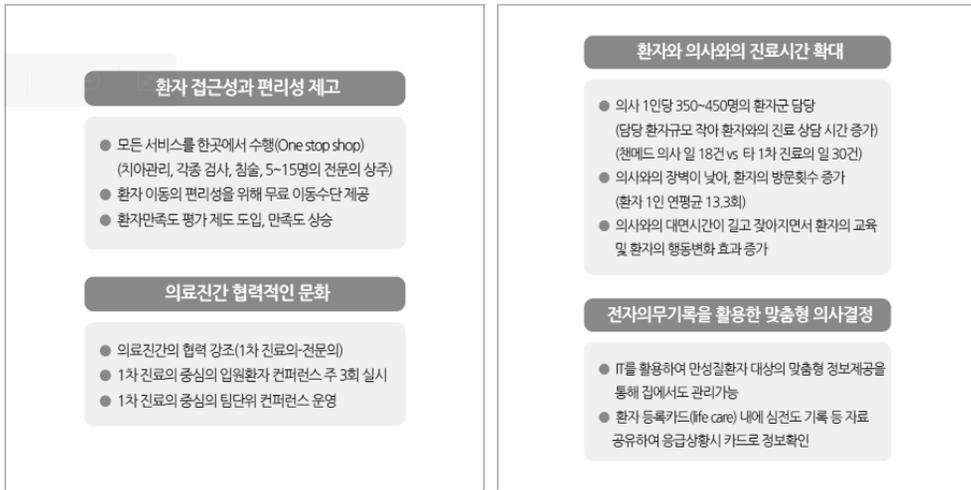


[그림 2-5] 미국 가이징거 모델의 연속적인 케어 제공 시스템(이정석, 2015, p.10)

4) 첸메드(Chedmed)

첸메드는 1990년 의사 첸(Chen)이 설립한 1차 진료의 중심 회사로, 고위험군의 건강관련 리스크 관리를 위하여 통합의료시스템을 제공하는 의료공급자이다. 첸메드의 관리대상 인구는 플로리다 지역 등의 건강보험 가입자로 고위험군인 복합상병질환자이다. 첸메드 모델은 1차 진료의 중심으로 팀제로 운영하며, 환자에게 필요한 모든 서비스

스를 한곳에서(one-stop shop)제공하면서 환자와 의사와의 관계 증진에 중점을 두고 있다. 모든 서비스(치아관리, 검사, 침술, 다양한 전문과목 진료)를 한곳에서 제공하여 환자의 편리성과 접근성을 높인다. 의료인에게는 테블릿 기기 제공을 통해 환자에 대한 빠른 치료의사결정과 성과를 공유하도록 하였다.



[그림 2-6] 미국 첸메드 모델 개요(이정석, 2015, p.12)

2. 영국

가. 개요

영국의 경우는 2012년 국민건강서비스(National Health Service, NHS)개혁법(Health and Social care Act)을 통해 의료전달체계를 간소화하고 예산집행권한을 민간에게 위임하는 등의 보건의료분야개혁을 단행하였다. 이 법에 근거하여 2013년 11월부터 지불제도와 권한(commission)위임 등의 제도적 변화를 시도하는 14개의 시범사업(Pioneer Project)을 시행한 바 있다. 이 시범 사업 중 Tower Hamlets, Greenwich, Torbay and South Devon 3개 지역의 사업의 성공사례가 관심이 되고 있다.

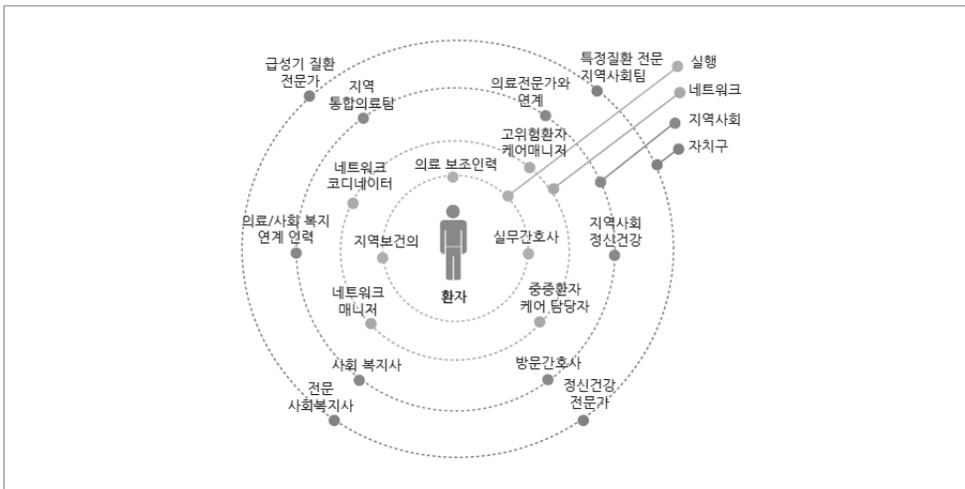
나. 서비스 내용

영국의 프로젝트들은 각각 일반적인 환자, 중증 환자, 정신건강 등 각각의 서비스 내용의 구체적 내용의 차이는 있으나 '의료와 복지의 통합형 서비스'를 제공하고 있다는 공통점이 있다. 즉, 입원치료계획 뿐 아니라, 지역사회서비스 및 재활, 급성기 치료와 1

차 치료의 연속적 연계와 지역사회 연계, 요양간호 및 원격의 등 포괄서비스, 급성기 뇌졸중 치료와 공공보건 생활 서비스 등 의료와 복지가 통합된 형태의 서비스를 제공하고 있는 것이 특징이며 이러한 통합적 서비스는 지역별 인구특성에 따라 차별적으로 운영되고 있다.

다. 운영체계

영국의 통합서비스프로젝트에서 간호사는 care co-ordinator, care navigator, case manager로서 의료와 복지 서비스의 교류, 병원과 지역사회와의 연계 등의 중요한 역할을 담당하고 있다. 영국은 이러한 통합적 서비스 제공체계의 도입을 통해 환자의 접근성을 제고하고 임상효과와 비용절감의 효과를 본 것으로 보고 하였다.



[그림 2-7] 영국 통합적 서비스제공체계의 환자 중심 인력 연계체계(이정석, 2015, p.14)

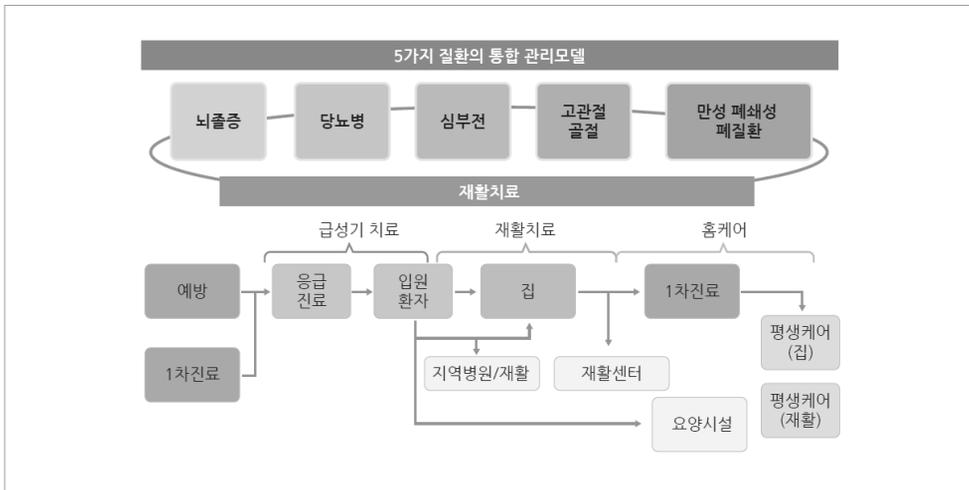
3. 싱가포르

가. 개요

싱가포르는 2008년부터 만성질환 관리전담조직인 통합의료관리기구(Agency for Integrated Care, AIC)를 통하여 의료체계를 지역사회 단위의 의료체계(Regional Health Service, RHS)로 개편하면서 통합적 의료서비스(Integrated care)를 제공하게 되었다. 즉, 기존의 병원 중심의 분절적인 시스템을 지역의료서비스체계인 환자중심의 통합적 의료시스템으로 변경한 것이다.

나. 서비스 내용

서비스의 대상질환은 뇌졸중, 당뇨, 심장질환, 고관절 골절, 만성 폐쇄성 폐질환으로 서비스 영역은 예방과 1차 의료, 급성기 치료(응급 및 입원), 재활 치료(지역사회 병원, 재활센터, 가정), 홈케어로 연속적인 케어를 제공하고 있다.

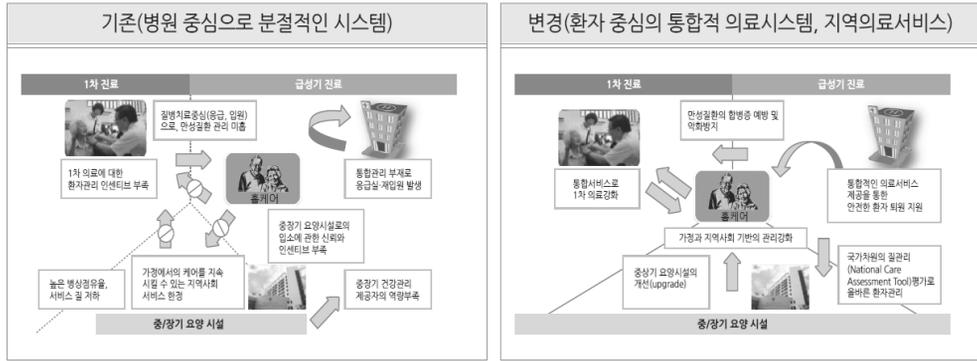


[그림 2-8] 싱가포르의 통합관리모델(이정석, 2015, p.15)

다. 관리운영체제

싱가포르의 통합관리모델은 과도기 케어(Transitional Care), 지역사회 장기요양 서비스 연계(Ageing in Place, AIP), 원격의료(Tele-Health), 건강증진 병원(Health-Promotion Hospitals)으로 이루어져 있다.

과도기 케어는 고령자 과도기 케어모델과 과도기 케어모델로 구분되어 급성기 고령 환자에 대한 케어를 구분하고 있는 것이 특징이다. 원격의료의 경우 급성기 병원과 1차 진료의와의 원격의료를 통해 환자의 집에서 상담이 가능한 선진적인 시스템을 갖추고 있다.



[그림 2-9] 싱가포르의 보건의료체계 개편 전·후(이정석, 2015, p.14)

4. 캐나다

가. 개요

캐나다는 일찍이 1970년 온타리오에서 홈케어 서비스를 공적으로 제공하기 시작하여 현재는 모든 주 및 준주정부에서 보장 정도의 차이는 있지만 홈케어 서비스를 제공하고 있다. 캐나다는 1987년 홈케어 및 지역사회케어에 기여하는 자선단체인 Von Canada가 설립되면서 지역사회내에서의 환자 돌봄이 본격화되었다.

이후 2004년에는 연방정부, 주정부 및 준주정부는 “10-Year Plan to Strengthen Health Care”를 통해 단기 급성기 홈케어, 단기 급성기 지역사회 정신질환 홈케어, 및 말기 케어 등 세 가지 홈케어 서비스를 보장하는데 합의하였다.

이 중 단기 급성기 홈케어는 사례관리(case management), 정맥 주사 약, 간호, 개인적 케어를 2주간 제공하는 서비스로서 급성기 병원 퇴원환자를 위한 추후 서비스를 포함한다고 할 수 있다.

전반적으로 캐나다에서 홈케어에서 다루는 부분은 지속적 케어가 필요한 사람, 임종을 앞둔 사람, 정신질환자, 집에 거주하기 어려워하는 노인, 특별한 요구가 있는 어린이, 만성질환자 등에게 의료서비스에서부터 지역사회 복지서비스까지 포괄적으로 제공하고 있기 때문에 “Home and Community Care”라고 불린다.

제공 주체 차원에서 볼 때 연방정부에서는 일부 대상자(원주민, 재향 군인, 현역 군인, 연방 수감자)에게만 홈케어 서비스를 제공하고, 일반적으로는 주 정부가 직접 홈케어 프로그램을 개발하여 제공하고 있다.

나. 서비스 내용

캐나다의 “Home and Community Care”는 크게 홈케어 서비스와 지역사회 서비스로 나뉜다. 이 중 홈케어는 의료 전문 인력이 제공하는 서비스로, 간호, 물리치료, 작업치료, 언어치료, 호흡치료, 영양관리, 사회복지 서비스와 비전문인력인 지원인력(home support worker)에 의해 제공되는 서비스로 목욕, 옷 입기, 등의 개인서비스, 식사준비, 가사, 가정도움, 심부름, 임시보호, 간병인 지원을 포함한다. 지역사회 서비스는 대부분 자원봉사자에 의해 지역사회에서 제공되는 서비스로 식사준비, 가사, 가정 도움, 심부름, 임시 보호, 간병인 지원, 가정 방문, 낮 프로그램, 낙상 방지, 응급대응 시스템, 이동, 식사 배달, 완화치료, 정신건강 치료, 치매 프로그램, 집 보수를 포함한다.

캐나다의 홈케어 서비스는 대상자 중심의 개별화된 통합적 의료서비스 제공을 목적으로 하고 있으며, 사례관리자(case manager)가 지역사회 중심의 재가간호서비스를 제공하고 있으며, 병원입원 후 또는 질환이나 부상으로 도움이 필요할 때 주정부 차원에서 실시하고 있다. 서비스 종류로는 보건의료전문가의 방문(간호사, 물리치료사, 작업치료사, 사회복지사, 언어병리과 의사, 영양사 등으로부터 도움을 받음), 개인 신변관리 및 보조, 가사서비스, 지역사회지원서비스 등이 있다.

다. 관리운영체계

가장 활발하게 “Home and Community Care”를 운영하고 있는 온타리오주의 관리운영체계를 살펴보면, 온타리오주는 주정부에 ‘Health and Long term care’부처를 따로 두고 보건의료체계의 전반적 방향을 설정하는 데 이 부처에서 지원되는 재원은 다시 14개의 Local Health Integration Networks(이하 LHINS)에 전달된다. 14개 지역에 위치해 있는 LHINS는 주정부에서 배정받은 재원을 해당 지역의 보건의료서비스 제공 기관인 병원, 정신병원, Community Care Access Center(이하 CCACs), 장기요양시설, 지역사회기관에 할당한다. CCACs도 14개 지역에 하나씩 배치되어 있으며, 일차의료기관, 병원, 지역사회, 본인, 가족 또는 이웃의 요청으로 의뢰된 대상자가 주정부 지원을 받을 수 있는지를 결정하고 서비스 종류와 서비스 제공기관을 결정한다.

국내에서는 지역사회 연계나 정부지원을 위해 본인이나 가족이 직접 신청하는 것을 원칙으로 하고 있으나 캐나다의 경우는 일차의료기관, 병원 및 이웃의 요청에 의해서도 주정부의 공공서비스를 연계할 수 있다는 점이 큰 차이라고 할 수 있다.

5. 호주

가. 개요

호주 역시 퇴원하고 집에서 지내는 환자들을 위한 대부분의 서비스들이 노인인구에 대한 대책마련 과정에서 체계화되었다. 2006년 호주 거주 노인인구는 약 270만명으로 전체인구의 13%로, 1996년 12%정도 차지했던 것과 비교하여 노인인구 비율이 증가하는 추세로 2011년에는 그 비율이 더 빠르게 증가하는 추세를 보이고 있어 정부차원에서 이에 대한 보건의료적 대처를 해나가고 있다.

호주는 다양한 프로그램을 통해 노인들에게 돌봄서비스를 제공하고 있는데 정부 예산을 지원받는 서비스(Formal care)가 이루어지고 있다. 정부기금에 의한 돌봄서비스는 가족이나 친지들로부터 실질적인 도움을 받을 수 없거나 가족의 보호를 받지만 충분치 않은 노인들에게 대리인을 제공하거나 또는 비공식적 보호를 보충해주는 등의 서비스를 제공하고 있다.

주요 국가프로그램은 다음과 같다

- 가정 및 지역사회 지원서비스(Home and Community Care Program: HACC)
- 노인 가정방문 지원서비스(Community care package programs: Community Aged Care Package: CACPs)
- 전환돌봄프로그램(Transition Care Program: TCP)
- Government Department of Veterans' Affairs

이 중 입원한 고령환자가 집으로 퇴원하는 경우 '지역사회 복지 서비스'와 '지역사회 지원서비스', '지역사회 노인복지 패키지', '광범위 재가복지패키지'등에 연계할 수 있도록 하는 사회복지사를 통해 연계하는 서비스로 연계간호서비스(Transition Care Program, TCP)가 있다. 이는 아급성 퇴원환자에게 지속적인 간호를 제공하여 자가관리 능력을 향상시키도록 하는 데 목표를 두고 있다.

나. 서비스 내용

가정 및 지역사회 지원서비스(HACC)프로그램은 노약자들과 장애인 그리고 그들의 보호자들에게 공통적이면서 통합된 범위의 기본적 관리와 지원 서비스를 제공하려는 데 목적이 있다(DoHA 2006a 2006). 즉, 집에 있는 사람들을 지원하려는 목적과 재가 간호가 적절한 시기에 승인되도록 노력하고 있다. 이를 통해 지원가능한 지원유형은 가사지원, 일대일 보호, 지역사회 이동, 집안관리 및 간호관련돌봄 등이 있다.

노인 가정방문지원서비스인 CACP는 돌봄서비스를 패키지로 제공하는 서비스 형태

로 일대일 보호, 집안도우미, 사회활동참여지원, 교통지원, 식사준비와 정원손질 등이 있으며, 이러한 서비스 내에는 간호돌봄 프로그램이 포함되어 있지 않은 특징이 있다.

전환돌봄프로그램인 TCP는 단기치료형태로 서비스를 제공하는 것으로써 병원에 있는 노인들에게 지원되며, 아래와 같은 경우에 적용된다.

- 거주형 보호시설에 입소하기보다 가정으로 돌아가려는 수혜자
- 낮은 수준의 돌봄을 요구하는 대상자
- 노인들의 병원 입원기간 감소를 위한 조치가 필요할 때

다. 관리운영체계

공식적 돌봄 서비스를 제공하기 전 서비스 기관은 우선적으로 대상자의 자격여부와 대상자가 원하는 적합한 서비스가 무엇인지를 결정하기 위한 자격심사를 실시한다. 복합적인 요구를 원하는 대상자들에게는 이를 조정하는 지정기관을 안내하여 조정을 통해 개인별 맞춤형 돌봄프로그램을 제공하고 있다.

병원의 노인보호 인터페이스와 공동책임을 가지는 TCP는 호주 연방정부와 주정부간 공동의 예산투자로 운영되며, 2006년 까지 595개의 기관에서 운영중이다. (이연희 2008.)

5. 일본

가. 개요

일본은 2000년도에 개호보험제도를 도입한 이후 지금까지 4차례의 법 개정을 단행하였는데, 1차 개정은 2005년, 2차 개정은 2008년, 3차 개정은 2011년, 그리고 4차 개정은 2014년에 각각 이루어졌다. 1차 개정에서는 제도전반에 대한 개혁내용을 담고 있는데, 제도개혁의 기본방향으로 예방중심형 시스템으로의 전환, 시설서비스급여의 수정, 신규 서비스체계의 확립, 서비스 질의 확보 및 향상, 부담기준 및 제도운영의 개선을 제시하였고, 이에 따라 요지원대상자에 대한 급여내용의 변경, 시설에서의 거주비 및 식비의 비보험급여화, 지역밀착형서비스의 신설 및 지역포괄지원센터의 설치 등이 이루어졌다. 2차 개정에서는 개호서비스사업자의 부정사업 재발을 방지하고 개호사업운영의 적정성을 도모하기 위해 법령준수 등의 업무관리체계를 정비하도록 의무화하고, 사업자의 본부 등에 대한 현장검사권을 신설하며, 부정사업자에 대한 처분 도피를 억제하는 것을 주요 내용으로 하고 있다. 3차 개정에서는 고령자가 살아온 삶의 터전에서 자립된 생활을 보낼 수 있도록 의료, 개호, 예방, 거주, 생활지원서비스 등을 분절적이지 않게 제공할 수 있는 ‘지역포괄케어시스템’의 구축에 중점을 두고 있다. 이에 따라 독거

및 중증의 요보호자를 대상으로 한 24시간 대응형 정기순회/수시대응서비스나 복합형 서비스를 개설하고, 개호인재의 확보 및 서비스 질 향상대책이 추진되고 있다. 4차 개정에서는 지속가능한 사회보장제도의 확립을 도모하기 위한 개혁 추진에 관한 법률에 의거한 조치로 효율적이고 질 높은 의료제공체제를 구축함과 동시에 지역포괄케어시스템의 구축을 통해서 지역에서의 의료 및 개호의 종합적인 확보를 추진하기 위해 의료법, 개호보험법 등 관계법령을 정비하도록 하고 있는데, 그 중점내용은 지역포괄케어시스템의 구축과 비용부담의 공평화로 되어 있다(선우덕, 2011).

나. 서비스 내용

1). 퇴원계획전담부서 (Discharge Planning Departments: DPDs)

많은 나라에서 노인인구의 수가 증가하고 있다. 특히 일본에서는 65세 이상의 노인 수가 매우 빠르게 증가하고 있다. 2000년에는 노인 인구 비율이 17%였고 2020년에는 21%, 2030년에는 30%에 이를 것으로 예상되고 있다. 이와 관련하여 많은 건강관리시스템이 빠르게 생성되고 있다.

그 중의 하나로서 의료기관내에 퇴원계획부서(Disharge Planning Departments : DPDs) 설치이다. 병원의 경영합리화를 위해서는 의료비용의 긴축, 의료인력과 병원시설의 효율적인 활용 등을 통한 적정치료가요구되는 시점이면 환자의 조기퇴원 유도는 재원기간의 장기화를 방지하므로 병원재정상 효율성 측면에서 매우 중요한 요소라고 하겠다. 병원의 경영성과와 이용자의 만족도를 함께 제고 할 수 있는 퇴원계획이 효과적으로 수행되기 위해서는 체계적인 계획의 수립, 진료팀 및 환자·가족의 참여와 협조가 필수적이며, 퇴원계획 전담부서가 필요하겠다. 일본은 2001과 2010년에서 의료기관내에 퇴원전담부서의 분포를 조사한 연구를 보면 70 % 이상 30 % 증가하고 있다(Satoko Nagata, etc, 2012).

2) 의료보험 및 신간호체계 수립

일본은 개호보험을 도입함으로써 의료보험에서 개호를 분리되었으나 실질적으로 의료와 개호의 경계를 명확하게 구분하기는 쉽지 않다.

일본은 인구 고령화가 급속히 진행되는 국가들 중 하나로 의료요양 병상에 입원한 장기요양환자가 급증하여 의료보험 재정에 큰 영향을 미치고 있다. 이에 개호를 필요로 하는 의료요양병상 이용자들을 개호보험으로 전환시키기 위한 방안을 모색되고 있다.

개호요양형 의료시설 이용에 따른 노인의료비 급증으로 인한 재정부담을 완화하기

위하여 2017년까지 축소(폐지)하고, 개호요양형 노인보건시설로 전환하는 정책을 추진하고 있다. 개호요양형의료시설은 요양병상이 있는 병원 또는 진료소에 입원하고 있는 요개호자에게 시설 서비스제공계획에 근거하여 요양상 관리, 간호, 개호, 돌봄 및 기능 훈련, 기타 필요한 의료서비스를 제공하는 시설이다.

이에 일본 정부는 1970년대 부터 급증한 환자 개인고용에 의한 간병인의 활동을 폐지하고 간호서비스의 질을 향상시키고자 1994년 간호료 지불보상체계를 개선하여 일명 '신간호체계'를 수립하였다(일본간호협회, 1997).

3) 방문간호사업소(Visiting Nurses Services Station: VESS)

1992년 노인을 위한 건강의료법이 개정으로 방문간호사업소 제도가 시작되었다. 이 제도를 위한 정책에서 사업소장은 반드시 간호사여야 한다고 규정하고 있다. 방문간호사업소는 간호사에 의해 관리되고 1992년부터 의료보험에 의해 재정지원을 받았고, 지금은 공적장기요양보험에서도 지원을 받고 있다. 방문간호사업소는 2000년 장기요양보험이 시작될 때까지는 그 수가 급속하게 증가하였다. 장기요양보험이 시작된 후에는 서서히 증가하여서 2004년 4월에 5,500개소가 되었다(사찌요 무라시마, 2004).

집에 있는 허약한 노인이 방문간호사업소의 방문을 의사로부터 처방을 받아 요청하면 환자에게 간호 서비스를 제공하고 사업소의 방문간호 서비스가 시작될 수 있다. 환자와 건강보험이 방문간호 서비스에 대한 비용을 지불한다(건강보험에서는 환자가 비용의 20~30%를 지불하고 건강보험에서 70~80%를 부담한다).

가) 가정간호의 내용

가정간호사는 다양한 종류의 서비스를 제공하고, 여러 가지의 간호를 제공한다. 1998년 가장 많이 시행된 간호행위 중 상위 18개는 다음과 같다. 건강사정, 개인위생보조, 대상자와 가족에게 치료에 대한 조언, 가족을 위해 간호를 제공하는 것에 대한 조언, 운동, 삶의 질 사정, 일상생활활동 보조, 투약, 응급처치, 욕창보고, 구강간호 등이다.

간호사는 대상자 또는 가족에게 조언을 하는 활동을 많이 하고 있다. 욕창 간호와 같은 치료적 간호를 수행하는 것 보다 간호사는 일상생활을 보조하는 일에 더 많이 관여하고 있다.

나) 방문간호사업소(Visiting Nurses Services Station : VESS)에 의한 새로운 시도

- 24시간 재택간호

새로운 시도 중 하나는 가정에서 대상자에게 24시간 간호를 제공하는 것이다. 환자들이 집에서 임종하기를 원하지만 인슐린 투약, 흡인간호 등과 같은 전문적인 처치가 필요할 때 하루 24시간, 일주일 내내 간호를 제공해야 할 필요가 생긴다. 그러나 이것을 실현하기 위해서는 방문간호사업소는 더 많은 간호사를 확보해야 한다.

- 그 밖에 진행 중인 프로젝트

현재 방문간호서비스는 간호사가 '집으로' 환자를 방문할 때에만 지불보상을 받는다. 만일 간호사가 집이 아닌 다른 곳, 예를 들어 장애아 학교를 가거나 휴식서비스(respite care)를 위해 노인시설을 가거나 정신질환 환자들을 위한 그룹 홈을 갈 때에는 지불보상을 받지 못한다. 인공호흡기나 기관지 흡인 등과 같은 고도의 간호를 필요로 하는 대상자들이 주간보호서비스를 이용할 수 있도록 하기 위해 집 대신 방문간호사업소에서 서비스를 제공하는 것이다. 치매환자를 위해서는 주간보호서비스를 제공한다. 다른 사업소들은 건강검진, 환자간호, 자녀양육을 위한 조언, 건강 교육 등과 같은 지정사회 주민들의 위한 서비스도 제공한다.

다. 관리운영체계

1) 장기요양 인정대상자의 축소대책

개호보험제도의 운영실적 결과를 보면, 무엇보다도 요개호인정자수의 증가가 심각하다는 것을 알 수 있다. 특히, 그 중에서도 경증에 해당한다고 하는 요지원대상자와 요개호 1등급자의 증가가 상대적으로 높았고, 지역간 격차도 높은 것으로 나타나고 있다. 원칙적으로 요지원대상자는 개호예방급여대상자로 구분하여 시설급여는 제외하고 재가급여만 받도록 하였는데, 그러한 재가급여가 예방의 목적을 지닌 서비스가 아니기 때문에 예방의 효과는 없었고, 보험재정지출을 증가시키는 데에만 기여하였다는 것이다. 그래서 2017년까지 요지원자를 대상으로 한 방문개호 및 주간보호에 대해서는 시정촌(市町村)이 지역실정을 감안하여 서비스를 제공하도록 하게 함으로써 개호보험제도에서 시정촌의 지역지원사업으로 이관시킬 계획으로 있다.

2) 소생활시설(특별양호노인홈)의 입소기준 강화대책

일본의 입소생활시설에는 특별 양호노인홈이 있는데, 요개호등급으로 인정받으면 등급과 관계없이 시설에 입소할 수 있었지만, 2015년 4월부터는 원칙적으로 요개호3 이상 중도의 요개호 상태에 있는 자에게만 제한하고 있다. 그 이유는 시설입소를 희망하고 있지만, 시설설치의 부족 등으로 재택생활을 할 수밖에 없는 중증의 요개호자가 많

이 있기 때문에 일본정부는 설명하고 있다. 일본은 특별양호 노인홈(30인 이상의 규모로 정의)의 설치·운영주체로 주로 사회복지법인에게만 허용하고 있는데다가 시설서비스비용이 재가서비스비용에 비해 상당히 높아서 재정지출증가의 요인으로 보고 있기 때문에 전국적으로 시설이 부족하고, 이로 인한 입소대기자수가 50만 명에 이르는 것으로 보고되고 있다(사찌요 무라시마 & 강창희, 2004). 이러한 문제를 해결하고자 일본정부에서는 입소자격의 우선순위를 둘 수밖에 없었다. 다만, 요개호 3 이하인 자일지라도 시설에 입소할 수 있는 특례기준이 있는데, 이는 ①치매로 일상생활에 지장을 줄 수 있는 증상이 자주 보이는 경우, ②지적장애나, 정신장애 등으로 일상생활에 지장을 줄 수 있는 증상이 자주 보이는 경우, ③심각한 학대가 의심되어 심신의 안전 및 안심의 확보가 곤란한 상태에 있는 경우, ④독거 등, 가족의 지원을 기대할 수 없고 지역에서의 개호서비스 공급이 불충분한 경우이다.

3) 서비스비용의 본인부담금 인상대책

일본은 2000년에 제도를 도입한 이후 지금까지 개호서비스비용에 대한 이용자 본인 부담금으로 총비용의 10%를 유지해 왔지만, 2016년도 8월부터는 소득수준을 감안하여 차등화시키는 것으로 전환하였다. 원래 개호서비스가 필요하지만 시설에 입소하지 않고 재가에서 서비스를 받으면 저소득자이더라도 식비나 광열비, 집세 등을 부담하여야 하기 때문에 시설과 재가에서의 공평한 부담을 이르게 하는 것이 제도개선의 목적이다.

일본의 개호보험제도는 기존의 노인복지제도와 노인보건제도를 수정해서 창설된 제도이다. 특히, 노인보건제도에서 제공되던 방문간호, 재활, 영양 병상 등 의료서비스를 개호보험제도로 이관함으로써 현행과 같은 상당한 부분의 의료서비스가 개호보험제도에 포함되게 되었다. 기존의 개호요양병상은 노인보건시설이나 특별양호 노인홈으로 전환하도록 유도하고 있으며, 한쪽에서는 중증의 요개호자라도 재택에서도 서비스를 받으면서 생활할 수 있도록 지원하는 24시간 수시대응형방문서비스를 개설, 제공하는 등 많은 노력을 기울이고 있는 실정이다.

이상에서 살펴볼 때 국외의 재가 서비스 대상은 허약한 노인 뿐 아니라 퇴원 후 신체기능 회복이 필요한 성인환자와 장애가 있는 성인에게까지 점차 확대되어가고 있는 추세라고 볼 수 있다. 이에 따라 보건의료체계에서 재가서비스의 담당범위는 예방, 급성기, 아급성기, 재활 및 완화의료까지 넓어지고 있다.

제2절 국내 퇴원환자 관리 현황

1. 노인장기 요양제도

가. 개요

우리나라는 노인인구의 급속한 증가하고가족구성체계가 대가족에서 핵가족으로 변화하면서 노인에 대한 부양 및 장기간에 걸친 간병과 장기요양 등이 사회문제로 대두되었다(유승홍 2009.). 이러한 문제들을 사회연대 원리에 따라 국가와 사회가 분담하고자 2008년부터 노인장기 요양보험제도를 도입하였다.

노인장기 요양보험제도의 목적은 고령이나 노인성 질병 등의 사유로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인 등에게 제공하는 신체 활동 또는 가사활동 지원 등의 장기요양급여를 제공하여 노후의 건강증진 및 생활안정을 도모하고 그 가족의 부담을 덜어줌으로써 국민의 삶의 질을 향상시키기 위함을 목적으로 시행하는 사회보험제도이다(노인장기요양보험법 제1조).

노인장기 요양보험제도가 기존 건강보험제도 및 노인복지서비스 체계와의 차이점을 살펴보면 국민건강보험은 질환의 진단, 입원 및 외래 치료, 재활 등을 목적으로 주로 병·의원 및 약국에서 제공하는 서비스를 급여 대상으로 하는 반면, 노인장기 요양보험은 고령이나 노인성질병 등으로 인하여 혼자서 힘으로 일상생활을 영위하기 어려운 대상자에게 요양시설이나 재가기관을 통해 신체활동 또는 가사지원 등의 서비스를 제공하는 제도이다. 또한 기존 노인복지법 상의 노인요양은 주로 국민기초생활수급자 등 특정 저소득층을 대상으로 국가나 지방자치단체가 공적부조방식으로 제공하는 서비스 위주로 운영되어 왔으나, 노인장기요양보험상 서비스는 소득에 관계없이 심신기능 상태를 고려한 요양필요도에 따라 장기요양인정을 받은 자에게 서비스가 제공되는 보다 보편적인 체계로 운영되고 있다(노인장기 요양보험법, 2008).

나. 서비스 내용

장기요양급여는 노인장기 요양보험법 제15조 제2항에 따라 6개월 이상 동안 혼자서 일상생활을 수행하기 어렵다고 인정되는 자에게 신체활동, 가사활동의 지원 또는 간병 등의 서비스나 이에 갈음하여 지급하는 현금 등을 말한다. 장기요양 급여종류는 재가급여, 시설급여, 특별 현금급여로 구분된다. 재가급여의 종류에는 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주야간보호, 단기보호, 기타재가급여(복지용구)가 있다. 시설급여란, 장기요양기관이 운영하는 [노인복지법] 제34조에 따른 노인의료복지시설 등에 장기간 입소하여

신체활동 지원 및 심신기능의 유지, 향상을 위한 교육, 훈련 등을 제공하는 장기요양 급여를 말한다. 장기요양 인정 노인의료복지시설은 노인요양시설과 노인요양공동생활 가정이 해당된다(노인장기 요양보험법, 2014).

특별 현금급여는 가족요양비를 말하며 수급자가 가족 등으로부터 방문요양에 상당한 장기요양급여를 받을 때 현금으로 비용을 지급하는 급여로서, 장기요양등급에 관계 없이 월 150,000원을 지급한다. 도서·벽지 등 장기요양기관이 현저히 부족한 지역에서 보건복지부 장관이 정하여 고시하는 지역에 거주하는 자, 또는 천재지변이나 그 밖의 이와 유사한 사유로 인하여 장기요양기관이 제공하는 장기요양급여를 이용하기가 어렵다고 보건복지부 장관이 인정하는 자, 그리고 신체·정신 또는 성격 등 대통령령으로 정하는 사유로 인하여 가족 등으로부터 장기요양을 받아야 하는 자가 가족요양비를 받을 수 있다. 그 외 특례요양비와 요양병원간병비가 노인장기 요양보험법에 명시되어 있으나 현재 시행되고 있지는 않다(노인장기 요양보험통계연보, 2013).

노인장기 요양보험의 대상자는 적용 대상, 장기요양인정 신청대상, 급여 대상자로 구분된다. 적용 대상은 전 국민으로서 국민건강보험 가입자와 동일하고 장기요양보험료를 추가적으로 부담하도록 하고 있고, 장기요양인정 신청자는 노인장기 요양보험 적용 대상자 중 65세 이상 노인 또는 노인성 질병을 가진 65세 미만인 자를 말한다. 장기요양급여 이용 가능자는 장기요양인정 신청인 중 6개월 이상 혼자서는 일상생활이 어려운 자로서 장기요양등급 판정위원회에서 장기요양인정을 받은 자이다. 이 제도의 시행초기에는 수급대상자가 노인인구의 3% 수준인 16만 명에 불과할 것이라는 우려를 불식시키고, 현재 요양기관을 통해 장기요양 급여를 제공받는 누적요양 인정자는 393,927명으로 노인인구의 6.2%가 요양급여를 제공받고 있어 제도 초기에 비해 약 2배 정도 증가하였다(노인장기요양보험 통계연보, 2014).

다. 관리운영체계

우리나라의 노인장기 요양보험제도의 주요 특징은 건강보험제도와는 별개의 제도로 도입·운영되고 있고, 제도운영의 효율성을 도모하기 위하여 보험자 및 관리운영기관을 국민건강보험공단으로 일원화하고 있다. 또한 국고지원이 가미된 사회보험방식을 채택하고 있고 수급자대상에는 65세 미만의 장애인이 제외되어 노인을 중심으로 운영되고 있다.

노인장기요양보험 운영에 소요되는 재원은 가입자가 납부하는 장기요양보험료 및 국가 지방자치단체 부담금, 장기요양급여 이용자가 부담하는 본인일부부담금으로 조달된다.

장기요양보험료는 건강보험료액에 장기요양보험료율(2015년 기준: 6.55%)을 곱하여 산정한다. 국고지원금은 국가가 매년 예산의 범위 안에서 당해 연도 장기요양보험료 예상 수입액의 100분의 20에 상당하는 금액을 공단에 지원하고, 또한 국가와 지방자치단체는 의료급여 수급권자에 대한 장기요양급여비용, 의사소견서 발급비용, 방문간호지시서 발급비용 중 공단이 부담해야 할 비용 및 관리운영비의 전액을 부담한다. 본인일부 부담금은 재가급여의 경우 당해 장기요양급여비용의 100분의 15를 부담하고, 시설급여의 경우 당해 장기요양급여비용의 100분의 20을 부담한다. 단, 의료급여 수급자는 본인 일부부담금 전액을 면제 받는다.

장기요양서비스 제공현황을 살펴보면, 노인장기 요양급여는 시설과 재가급여로 구분되는데, 시설급여는 노인요양시설과 노인요양공동생활가정에서, 재가급여는 재가장기요양기관에서 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주야간보호, 단기간호를 제공하며 복지용구사업소에서 기타재가급여로 복지용구급여를 제공하고 있다. 요양기관의 공급은 노인 장기요양보험제도가 시행하기 시작한 2008년 말에는 총 11,164개소로 노인인구대비 약 3.3%를 보호할 수 있는 수준으로 시작하였고, 2014년 6월 말 기준으로 장기요양기관의 수는 16,046개소이며 재가 장기요양기관이 11,280개소, 시설 장기요양기관이 4,766개소이다(노인장기요양보험 통계연보, 2014).

노인장기 요양서비스에 관한 선행연구들을 살펴보면, 장기요양 시설보호 이용에 영향을 미치는 노인의 특성은 연령, 성별, 결혼상태, 소득수준, 동거가족 등으로 연령이 많을수록, 남성보다 여성이, 소득수준이 낮을수록 요양서비스 이용률이 높게 나타났다.

또한 동거가족원이 있는 노인보다 독거노인이, 노인의 배우자와 자녀가 수발을 드는 경우보다 그렇지 않은 경우가 이용률이 높은 것으로 나타났으며, 특히 노인과 수발자와의 관계는 서비스 이용에 유의미한 관계가 있었는데, 수발자가 배우자 또는 자녀일 경우 서비스 제공자 또는 기타일 경우에 비해 서비스를 이용하는 비율이 낮은 것으로 나타났다.

노인의 성별이 시설보호 서비스 이용에 미치는 영향은 여성노인이 남성노인에 비해 시설보호를 이용할 가능성이 더 많은 것으로 나타났다. 노인의 결혼 상태는 배우자가 있는 경우 시설보호 이용이 감소하는 연구결과를 나타냈다. 남성은 유배우일 확률이 여성노인에 비해 높기 때문에 배우자와 거주하며 재가서비스를 이용할 확률이 높으나, 여성노인의 경우 무배우 상태일 확률이 높아 재가보호보다는 시설보호 이용할 확률이 높다(한국보건사회연구보고서, 2005). 이러한 결과는 장기요양 거주행태의 결정에 있어 배우자의 유무가 중요한 변수임을 알 수 있다.

또한 교육수준별로는 재가노인의 교육수준이 시설 노인보다 더 높은 것으로 나타났고,

소득수준별로는, 국민기초생활보호대상자는 재가보호보다는 시설보호를 더 많이 이용하고, 저소득층과 일반노인의 경우에는 재가보호를 더 많이 이용하는 것으로 나타났다.

2. 가정방문간호

가. 개요

가정간호제도는 1989년 전국민 의료보험의 실시로 인한 의료수요의 증대와 의료기술의 발달, 노인인구의 증가로 의료수요와 의료비상승을 초래하였고, 각종 산업재해 및 만성퇴행성 질환의 증가로 장기간 병상이 점유되어 의료자원이 한정된 우리나라에서는 모든 국민에게 적정 의료를 제공할 수 있는 법적, 제도적 장치의 필요성이 대두되어 이에 대한 해결책으로 병상회전율을 높이고 의료비 절감과 공평가 양질의 의료 제공을 목적으로 가정간호서비스 제도가 도입되었다.

가정간호서비스의 목표는 환자와 가정간호서비스를 통해 치료 및 간호의 연속성 유지, 환자 및 그 가족의 편의 및 만족도를 제고하여 질병으로 인한 부담 경감, 환자 및 그 가족에 대한 상담과 교육·훈련을 통하여 건강관리능력을 향상시키고, 환자의 건강회복을 저해하는 요인의 발견 및 중재로 효과적인 건강관리를 도모하며, 인적·물적 보건 의료자원의 효율적인 활용으로 의료기관의 생산성 제고, 환자의 의료비 부담의 경감 및 국민의료비를 절감하는 것이다.

의료기관 가정간호사업 대상자는 조기퇴원한 환자와 재입원이 요구되는 외래 및 응급실 환자 중 다음에 해당되는 자로서 진료담당 의사 또는 한의사가 가정에서 계속적인 치료와 관리가 필요하다고 인정한 경우이다. 즉, 수술 후 조기퇴원환자, 만성질환자(고혈압·당뇨·암 등), 만성폐쇄성 호흡기 질환자, 산모 및 신생아, 뇌혈관질환자, 기타 진료담당 의사 및 한의사가 필요하다고 인정한 환자가 해당된다.

가정간호서비스 수가는 1994년 월 4회 방문으로 보험급여를 제한했으나 2001년 월 8회 방문으로 보험급여 횟수를 증가시켰다. 2003년 의료급여환자의 가정간호 적용, 2007년 보험급여 방문횟수가 월 8회에서 연간 96회로 통합 적용, 2009년 가정간호 기본방문료 상대가치 점수 43.25% 인상되었다(가정간호 역사와 전망, 2014)

나. 서비스 내용

가정간호서비스는 ‘기본간호’ 및 ‘교육·훈련 및 상담’등을 제외한 ‘검사’ ‘투약 및 주사’, ‘치료 및 처치’ 행위는 의사 및 한의사의 진단 및 처방에 의하도록 하였다.

가정간호 서비스내용은 단순드레싱, 염증성 처치, 요도 및 방광세척, 유치카테터 설

치, 흡입배농 및 배액처치, 비위관삽관술 등 76종의 다양한 서비스가 제공된다. (추가)

가정간호이용자는 남성에 비해 여성이용자가 1.5~1.7배 많은 것으로 나타났다. 연령은 4세 미만 소아부터 80세 이상 노인에 이르기 까지 전 연령대에 분포하였으며, 65세 이상 노인이용자가 82.3%를 차지하였다. 가정간호이용자의 상병은 2011년 건강보험 및 의료급여청구자료에서 다빈도 상병 30위 내에 있는 암상병자가 30.9%, 만성질환자가 28.4%, 수술 후 퇴원환자가 8.5%, 희귀난치질환자가 전체 급여청구환자 11,934명중 3.1%(364명)를 차지하였다.(건강보험심사평가원 건강보험급여 및 의료급여 가정간호 청구자료, 2010).

다. 운영체계 및 현황

2000년 2차 병원 중심 가정간호 시범사업 기관은 36개에 불과했으나 2001년 1월 제도화된 이후 가정간호사업소는 2001년 12월말 기준으로 79개소였으며, 2005년 2월말 기준 130개소, 2007년에는 연간 214개소로 최대로 증가하였다. 그러나 2008년 노인장기요양보험제도 도입과 요양병원 증가에 따른 영향으로 2008년 이후 가정간호사업소가 지속적으로 감소하기 시작하여 2012년 120여개로 감소하였고, 가정간호사 수도 6,500명이 배출되었으나 실제 업무를 하고 있는 간호사는 500여명에 불과하다. 즉 퇴원 시 요양병원으로 가는 경우가 많아지고 기존에 가정간호를 이용하던 만성질환자들이 집에 거주하지 않고 요양시설로 입소하면서 결과적으로 가정간호대상자가 감소하였다.

조기퇴원환자의 연계가 활성화되기 위해서는 미국에서처럼 포괄수가제 등에 의해 조기퇴원 시 의료공급자의 이익이 발생하고 입원서비스가 아주 비싸서 소비자의 조기퇴원 요구가 일치할 때 가능하다. 우리나라는 대부분 민간 주도의 의료공급인 점에서 시장 공급 원리가 작용하고 있고 저수가의 행위별 수가체계인 점에서 결국 병상가동률이 조기퇴원환자의 가정간호 연계에 크게 영향을 줄 수 있다.

병상가동률이 높은 의료기관은 병원 경영의 효율성을 더욱 높이기 위한 방법 중의 하나가 재원일 단축이며, 재원일 단축을 위한 환자의 조기퇴원은 특히 수술환자의 가정간호연계가 효과적이다. 가정간호사업초기부터 가정간호 환자의 질환군은 산모·신생아를 제외하고 뇌혈관질환, 암, 당뇨, 고혈압 등 만성질환자로 대부분 구성되어 있었고 이런 환자군은 거동이 불편하고 집중적인 간호가 필요한 대상자였다.

의료기관간 전원은 관리책임을 줄이기 위한 손쉬운 방법으로써 선택하기도 한다. 의료기관간 전원형태의 퇴원유형은 만성질환자의 경우 종합전문요양기관에서 종합병원 또는 병원으로 전원되고, 다시 병원에서 요양시설로 연계되어 결국 입원 후 환자가 집

으로 퇴원하기까지는 여러 기관을 경유한 후 집으로 왔을 때 가정간호가 연계되기도 한다.

집으로의 퇴원 대신에 의료기관 간 전원의 활성화는 일개 의료기관에서의 입원일수는 연장시켜 의료비를 증가시킬 수 있고 집으로의 퇴원지연은 병원내 감염의 기회를 높이는 것과 더불어 전반적인 환자의 삶의 질을 저하시킬 수 있다.

조기퇴원환자의 가정간호 연계는 재원일수 감소에 따른 국민의료비 절감과 환자의 삶의 질 향상에 기여할 수 있음에도 불구하고 입원병상의 과잉공급과 의료수가의 저수가체계, 가정간호수가의 보험제한과 상대적으로 중증질환에 대한 보장성 강화 등 여러 요인에 의해 집의로의 퇴원보다는 의료기관의 장기입원과 빈번한 재입원 등을 용이하게 함으로써 가정간호가 활성화하는데 장애가 되고 있으며, 반대로 조기 퇴원에 대한 가정간호 연계가 활성화 되지 못함으로써 의료기관 간 전원 형태의 퇴원을 강화시키고 있다

조기퇴원환자 및 만성중증질환자의 가정간호연계는 환자의 가정과 의료기관 그리고 요양시설에 이르기까지 징검다리 역할을 수행함으로써 의료기관과 시설중심으로 서비스를 재가로 전환시키는 역할을 일정부분 수행하면서 의료비 절감과 환자의 삶의 질 향상에 이바지 할 수 있는 필요성이 증가하고 있다. 이는 노인·만성질환자 증가와 더불어 의료비 상승의 문제, 치료의 연속성 유지 및 효율적인 만성 질환의 관리의 필요성이 더욱 대두되고 있기 때문이다. 또한 국민소득의 증가에 따라 의료서비스에 대한 요구수준이 상향되고 있으며, 개인의 선호도에 따라 다양한 형태의 서비스 중에서 선택될 수 있는 권리가 보장되어야 한다(송종례 2009, 55-65).

3. 보건소 방문간호

가. 보건소 방문간호 개요

우리나라는 급격히 증가하는 노인의 입원의료비 절감과 의료접근성이 떨어지는 저소득층 노인 등에게 적절한 시기에 의료서비스를 제공하기 위하여 1995년부터 보건소 방문 보건사업이 시작되었고, 2000년 부터 의료기관의 가정간호사 제도를 시행하고 있다. 2008년 7월부터는 노인장기요양보험법에 의한 방문간호가 새로이 추가되어 의료기관의 가정간호서비스, 보건소의 맞춤형 방문건강관리사업과 함께 제공되고 있다.

보건소 방문간호는 연속적인 보건의료전달체계의 한 부분으로써 국민 누구나 포괄적인 보건의료의 형평성과 동등한 접근도를 유지하여 질적인 삶을 유지하며 궁극적으로 복지사회를 실현하고자 실시하는 하나의 보건의료제도 이다(서울시 방문간호사업

지침, 1996). 즉, 보건소 방문간호는 지역사회 주민의 건강을 유지 또는 증진시키려는 노력과 함께 방문간호 대상자를 발굴하고 관리하는 등의 총체적인 보건서비스를 제공하는 것이라고 할 수 있을 것이다.

보건소 방문간호는 의료의 접근성 제고와 지속적이고 포괄적인 건강관리의 보장이 라는 측면과 국가적으로 최소한의 비용으로 노인 및 저소득층에 대한 의료혜택 불균형의 시정, 의료자원 배분의 효율성을 높인다는 측면에서 그 중요성이 강조되고 있다.

나. 서비스 내용

보건소 방문간호는 우리나라 보건의료전달체계의 첫 관문으로써 주민과 방문간호사의 직접적인 첫 대면의 장이 되어 대상자의 문제를 사정하여 건강문제 해결을 위한 적절한 정보를 제공하고, 상담 및 교육활동을 통해 대상자의 보건의료 접근성과 자가간호 능력을 높이고 환자뿐만 아니라 그 가족을 단위로 하는 포괄적인 간호를 제공하며(김성실 2001.), 사회 소외계층 가족을 중점 대상으로 건강관리 능력을 향상시키는데 필요한 서비스를 제공하고 주민의 보건의료 욕구 파악을 기반으로 질병의 조기 발견과 조기 치료가 가능한 대상자를 발견하고 관리하며, 병원 등에서 의뢰받은 가정간호 환자를 관리하여 보건과 복지 서비스를 연계한 통합 서비스를 제공함을 목적으로 한다(고일선, 방문간호 운영지침설명 1999).

보건소 방문간호는 해당지역의 전 지역 주민 전체를 대상으로 포괄적인 사업을 제공하는 것이 궁극적 목표이므로 원칙적으로 해당 지역의 모든 지역 주민이 대상이 되나 실질적으로는 저소득층에 대한 보건복지 서비스를 주로 제공하게 됨을 감안할 때, 저소득층 가정 또는 고위험 가족에 우선순위를 두고 지속적인 관리를 받을 수 있게 하고 있으며 방문간호 요구도에 따라 대상가구를 구분하여 관리함을 원칙으로 하고 있다 (보건복지부, 보건진료소 일차보건사업안내, 2002). 실제 선정된 대상자를 중심으로 보면 방문간호 요구도가 높다고 판단되는 인구에 우선순위를 두어 저소득층, 독거노인, 장애인 및 거동이 불편한 자, 외상노인, 노인부부, 소년 소녀 가장 등 신체적, 사회적, 심리적으로 취약한 계층, 그리고 만성퇴행성 질환자(뇌, 심혈관 질환, 당뇨, 고혈압, 암, 간 질환, 정신질환, 결핵, 요통, 퇴행성관절염 환자, 욕창환자), 체계적이고 조직적으로 관리하지 않으면 회복이 불가능하거나 생명이 위험한 심각한 질병이 있는 의료 이용 접근도가 낮은 지역주민, 건강문제를 가진 지역주민, 기타 기관이나 의뢰인이 의뢰한 환자나 지역주민, 병원 등에서 의뢰된 가정간호 환자가 그 대상으로 선정되고 있다(보건복지부, 방문간호사업 운영지침, 2001).

다. 관리운영체계

보건소 방문간호사업은 공공 보건 인력(보건소, 보건지소, 보건진료소)이 가정과 사회복지 시설 등을 방문하여 대상자 발견 및 등록, 질병 관리 및 간호, 질병 예방 및 건강증진 활동 등의 포괄적인 건강관리 서비스를 제공하는 사업으로 입원 대체서비스와 함께 입원 보완 서비스의 역할을 수행하게 되며, 지역주민의 건강관리와 건강증진 그리고 사전예방에 초점을 맞춘 지역밀착형 지역사회 공공보건사업으로 특성화, 차별화 전략을 추구하고 있으며, 특히 지역담당제를 통해 전국에 인프라를 구축하고 다학제간 팀워크를 활용하여 활성화 기반을 마련해가고 있다. 보건소 방문간호 대상자 선정기준 현황은 방문건강관리사업 등록 및 관리에 동의한 자로 방문간호사가 방문기초조사표와 건강 상담으로 대상자의 건강위험요인 및 건강문제를 파악하여 집중관리군, 정기관리군, 자기 역량지원으로 군 분류하여 군별로 방문 횟수는(1~8회/4개월) 상이하게 관리하며, 방문간호서비스 내용은 일반검진 및 생애전환기검진 결과에 따른 건강행태개선, 혈압 및 혈당 측정, 고혈압, 당뇨, 고지혈증, 관절염 등의 만성질환관리 및 합병증 예방, 생애주기별 건강문제 관리, 보건교육 및 건강상담, 투약환자에 대한 규칙적인 약물복용지도, 폭염, 한파 등 건강관리수칙 교육 및 해당 대상자에게 서비스물품 제공 등이다. 서비스 제공의 주체는 공공 보건인력인 방문간호사이며 제공서비스에 대한 지불 보상은 국가 차원의 예산 배정이 이루어져 재원이 조달되고 있다(박정호 et al. 2003, 855-866). 그러나 지방자치단체의 역량에 따라 보건소 맞춤형 방문건강관리사업 수행의 수준에 차이가 커서, 정부에서 각 지자체의 역량 및 사업수행 수준에 따라 예산, 인력, 교육·훈련 등을 제공할 필요가 있으며, 지역특성에 맞는 맞춤형 방문건강관리사업 운영모형 개발 및 정착이 필요하다.

제3장

퇴원 후 간호필요도 관련 요인

제1절 퇴원 후 간호요구도 및 간호필요도 탐색	55
제2절 퇴원 후 간호요구도 및 간호필요도 현황	66

제3장

퇴원 후 간호필요도 관련 요인

제1절 퇴원 후 간호요구도 및 간호필요도 탐색

급성기 병원 퇴원 후 재가 상태에서 환자의 자가관리 경험 및 보호자의 돌봄경험을 확인하고 퇴원 후 간호요구를 파악하기 위해 서비스 수요자인 퇴원 후 외래 환자 및 보호자를 대상으로 간호요구도를 파악하였으며, 이들의 간호필요도를 파악하기 위해 서비스 제공자인 의사를 대상으로 심층면담을 그리고 간호사들을 대상으로 포커스 그룹 면담을 실시하였다.

서비스 수요자를 대상으로 한 면담은 환자 6명 및 보호자 3명으로 총 9명을 대상으로 실시하였다. 주요 질문내용은 퇴원 후 환자나 보호자가 가정에서 경험한 어려움이나 염려되었던 점은 무엇이었는지, 어려움을 어떻게 해결하였는지와 퇴원 후 어떤 서비스가 도움이 될 것으로 생각되는지 등이었다. 인터뷰에 참여한 대상자 현황은 아래와 같다.

〈표 3-1〉 질적면담 대상 퇴원환자 및 보호자 현황

연번	성별	관계	진단명	주요치료
1	남	환자 본인	폐암	항암치료
2	남	환자 본인	폐암	항암치료
3	남	환자 본인	퇴행성관절염	인공관절수술
4	여	보호자(남편)	만성장염	보존치료
5	남	환자 본인	만성신장질환	투석
6	남	환자본인	뇌종양	신경외과
7	여	보호자(며느리)	척장암	통증관리
8	남	환자 본인	폐암	폐절제술
9	남	보호자(남편)	만성장염	보존치료

서비스 제공자인 의사 및 간호사들을 대상으로 한 면담을 통해 환자를 퇴원시키는 과정과 퇴원 후 전화로 환자의 상태를 확인하고 간단한 교육을 제공한 경험을 바탕으로

로 한 퇴원 후 간호필요도를 파악하고자 하였다. 심층면담 대상 의사는 내과전문의 2명, 외과 전문의 1명 및 정형외과 전문의 1명 및 신경과 전문의 1명으로 총 5명이었고, 포커스 그룹 면담대상 간호사는 입원병동 간호사 10명 및 외래 간호사 5명으로 총 15명으로 세 그룹으로 나누어 총 5회에 걸쳐 그룹 면담을 실시하였다. 주요 질문내용은 퇴원 환자 중 퇴원 후 자가관리가 우려되었던 환자들에 대한 경험, 퇴원 후 자가관리나 돌봄의 문제가 발생되어 질환이 악화된 사례에 대한 경험과 이러한 문제들을 해결하기 위해 어떤 시스템이 마련되는 것이 필요하다고 생각하는지, 체계적인 퇴원환자 관리를 위해 필요한 것은 무엇인지, 이러한 서비스체계를 마련하는데 장애요인은 무엇인지 등에 관한 것이었다.

〈표 3-2〉 심층면담 의사 및 포커스 그룹 면담 간호사 현황

연번	성 별	직 종	경력
1	여	신경과 전문의	13년 1개월
2	남	소화기내과 전문의	11년 3개월
3	남	신경외과 전문의	19년
4	남	정형외과 전문의	25년
5	여	신장내과 전문의	14년 2개월
6	여	병동간호사	15년 8개월
7	여	병동간호사	8년 11개월
8	여	병동간호사	20년
9	여	병동간호사	19년 8개월
10	여	병동간호사	10년 5개월
11	여	병동간호사	16년
12	여	병동간호사	6년 8개월
13	여	병동간호사	13년 9개월
14	여	병동간호사	11년 2개월
15	여	병동간호사	22년 3개월
16	여	외래간호사	13년 8개월
17	여	외래간호사	8년 11개월
18	여	외래간호사	14년 8개월
19	여	가정방문간호사	19년
20	여	가정방문간호사	21년2개월

심층면담 및 포커스 그룹 면담내용을 토대로 내용분석을 실시한 결과 퇴원 후 자가 관리 및 돌봄경험과 의료인의 퇴원 환자관리 경험과 관련하여 4개 영역(domains)의 59개 목록(categories)이 도출되었다. 주요 내용은 그림 11과 같다.

서비스 필요성	서비스 대상	서비스 내용	서비스장애요인
<ul style="list-style-type: none"> • 불충분한 영양관리 보완 • 가족지지체계 보완 • 간병인 대체 필요 • 거동제한 환자 치료연속성 유지 • 기존서비스의 한계 보완 • 가족돌봄체계 약화 • 사회적 지지체계 부족 • 노령 돌봄자 증가 • 처치요구 증가 • 복약지도 요구 증가 • 정서적 지지 • 예기치 못한 문제에 대한 대처 • 영양관리지도 • 불필요한 병원방문 및 입원제한 • 불충분한 퇴원안내 보완 • 불충분한 퇴원 준비 보완 • 제한된 기관연계 보완 • 합병증 관리 필요 	<ul style="list-style-type: none"> • 인술린 주사 요하는 환자 • 복합 당뇨병복용 • 당뇨 말초순환장애 환자 • 특수관리약물복용환자 • 만성질환(복막투석 등) • 상처소독필요 • 쇠약환자 • 시력장애환자 • 수술시술직후 환자 • 식이관리 필요환자 • 신부전 환자 • 암환자 • 지지체계 미흡 환자 • 인지장애 환자 • 거동 장애환자 • 조기 퇴원환자 • 주상주보호자부재 • 자기관리에 대한 두려움이 큰환자및보호자 • 노부부 동거 환자 • 중환자실 경유 입원 치료 	<ul style="list-style-type: none"> • 감염관리 • 일대일 교육 • 낙상예방 • 영양상태지도 • 퇴원 코디네이션 • 각종 처치 • 인술린 등 주사 관리 • 운동 및 생활관리 • 이동보조 • 식이관리 • 영양관리 • 외래진료 및 검사일정 관리 • 지역사회 자원 연계 • 채혈 및 검체 채취 • 특수약물 교육 및 모니터링 	<ul style="list-style-type: none"> • 경험있는 간호사 부족 • 국가예산 부족 • 기존 의료서비스 한계 • 다학제적 연계 부족 • 대상자 중심 서비스 부재 • 비용에 대한 부담감 • 수가관련 정책 필요 • 원거리 대상자에 대한 대책 필요 • 퇴원 후 의료서비스 가치 평가절하 • 지역서비스연계 한계 • 진료과의 가정간호에 대한 관심부족 • 환자보호자의 선택고려 • 가정간호역할 제한

[그림 3-1] 심층면담 및 포커스 그룹 면담 내용 분석

첫째, 급성기 병원 퇴원 환자들에 대한 퇴원 후 추후 서비스의 필요성이 제기 되었다. 우선, 과거에 비해 가족의 돌봄체계가 약화된 상태로 정서적 지지체계와 사회적 지지체계마저도 부족한 고령의 환자들은 퇴원 후 관리를 위한 충분한 안내를 받지 못하고 대책도 마련하지 못한 채 퇴원하고 있다고 느끼고 있었다.

의료진 역시 퇴원과정의 진행이 신속하게 진행되는 경우가 빈번하여 퇴원 후 관리에 대한 충분한 교육이나 안내를 제공하지 못하고 있는 현실에 대해 안타까워하고 재입원이나 합병증 발생에 대한 우려를 하고 있었다. 특히, 수술 및 시술에 따른 처치가 늘어나 퇴

원후의 관리가 복잡해지는 상황에서 노인환자를 노인이 돌보는 상황에 놓인 경우가 많아 이들이 복잡한 치료과정에 대해 정확히 이해하고 퇴원 후 자가관리를 이행하는 것은 더욱 힘들어지고 있다. 또, 노인환자 들은 복합질환을 갖고 있어 특수약물을 복합적으로 복용하고 있는 경우가 대다수로 이에 대한 퇴원 후 관리와 모니터링을 통해 부적절한 약물복용으로 인한 합병증 발생이나 재입원을 예방할 필요성이 제기 되었다.

고혈압과 당뇨병 약물을 복용하고 있는 70대 A씨는 무릎인공관절 수술 후 퇴원하여 여러 개의 약을 복용하는 것과 관련하여 어려움을 경험하고 있었다.

“그런데 병원에서 설명을 들긴 했는데, 이것이 어떻게 복용하는 것인지 헷갈려가지고 다시 약국에다가 전화를 해서, 그걸 조언을 받아가지고 정리를 해놓고... 식후 먹는 것, 식전 먹는 것, 하루에 몇 번 먹는 것이 자꾸 더블이 돼가지고 헷갈리더라고요.”

“내가 나이가 들어서 기억력이 감퇴됐나, 이런 것이 하나 있고, 그 다음에는 여기서 퇴원할 욕심으로만 급하게 갔는데, 간호사가 설명할 때는 예 예 하고 갔는데, 그 말이 기억이 안나는 거라, 그 말이... 뭔가 설명들은 건 기억이 나는데....”

“퇴원해서 3~4일 후에 누가 한 번 와서 상처를 좀 봐주면 좋겠어.. 답답하고 불안하고(환자, 심층면담)”

투석을 하고 있는 50대 A씨의 경우 식이 및 영양관리가 적절히 이루어지지 못해 전해질 불균형으로 인한 반복입원이 되고 있는 상황이었다.

“와이프가 출퇴근을 하기 때문에 밥먹는 것. 저 입장에서는 밥 먹는거가 문젠데, 요새 뭐 생활 어려운 사람들은.. 동사무소에 신청을 하면 지원해준다고 그러더라고요. 그렇게 해서 집에 생활 같은거, 밥 챙기는 거 이런거는 해준다고 하는데, 저 같은 경우는 그런대상은 아직 안되고 제가 직접 와이프가 해 놓고 가면 그걸 대충 꺼내 먹는 수준인데.... (환자, 심층면담)”

체장암인 80대 시어머니를 간병하고 있는 50대 며느리 C씨는 갑작스럽게 악화되는 환자의 상태에 대해 어떻게 대처하는 것이 적절한 지에 대해 상의할 만한 소통채널로 퇴원한 병동의 간호사들이 도움이 되고 있으며, 퇴원 후 전화를 걸어주는 현행 서비스에 대해 큰 만족감을 표현하였다.

“어머니 몸 상태.. 식욕이 갑자기 떨어지신다든가, 변을... 더 양이 많아진다든가 변 색깔이 어 썩빛이 돈다든가 이럴 땐 걱정이 많이 되죠, 상태변화가 있을 때, 많이 붓는 다든가, 그런 환자의 몸 상태가 달라졌을 때 걱정이 되고.. 누구한테 물어봐야 하는 데

답답해요. 지금은 병동에 연락을 하면 잘 알려주시고 전화도 걸어 주시더라고요. (환자의 며느리, 심층면담)”

“당일날 퇴원 결정을 한다거나 그런 경우도 있거든요. 당일 날 할머니 할아버지들 시키려면 보이지도 않고 설명을 해봤자 듣지도 않고, 보호자 오라 그래라 보호자 와서 하면 보호자가 들을 뿐이지 같이 살진 않아요. 아침에 이거 어떻게 하실 거예요, 그러면 보호자는 데리고 가야 하니까, “제가 뭐 잘 설명해서 할게요. 그런 경우도 있기는 한데, 보내면서도 진짜 찝찝한 거죠. 가서 못 맞고 그냥 올 것 같은데... 그리고 약을 두 가지 줘야 되는 경우 이거는 꼭 아침에만, 이거는 꼭 식전에만 설명을 해줘도 돌아서면 다시 어 이거 뭐라고? 이렇게... 다시 한번 해보세요 이러면 못 알아듣는 거죠. 저번에는 한번 그래도 꽤 젊은 분이었는데, 정말 못 알아듣는 것 같아서 너무 걱정이 돼서 전공의보고 와가지고 설명하라고 해가지고, 선생님이 가서 직접 한번 다시 확인해봐라, 제대로 들은 거 맞겠냐, 퇴원시켜도 되겠냐 그런 경우도 있었었거든요”(간호사 포커스면담 논의내용)

“저희 병동은 독거노인 어르신들이 좀 많기 때문이에요, 그 후에 추후관리가... 보호자가 아무도 없기 때문에 저희가 퇴원 후 삼일 안에 퇴원전화방문을 하는데, 삼일 안에 우선적으로 잘 계시든 못 계시든 (전화방문)완료해버리면 그분은 (연락이)끝나는 거예요. 저희가 추후 잘 계시는지 시간 내서 전화를 안 하기 때문이에요. (간호사 포커스면담 논의내용)”

“뻘히 집에 가도 관리가 안 될 거라는 게 예측이 되는데 그렇다고 제가 어떻게 해줄 순 없으니까 어쨌든 그렇게 하셔야 한다고 얘기는 하지만, 집에 가면 분명히 그렇게 안 하실 거란 말이죠. 그러면 분명히 상처가 의사가 원하는 대로 안 될 텐데... (간호사 포커스면담 논의내용)”

“진짜 욕창 운드나, 아니면 폴리를 갖고 있고, 뭐 여러 가지 문제가 있어서 퇴원할 때 제대로 가면 안 되는 상황인데 그 관리에 대해서 어떻게 할 건지에 대해서 전혀 계획 없이 지금의 주요 입원한 그 것만 해결 됐으면 그 나머지 부수적인 건 절대 생각 안 하고.. 애써 병원에 입원해서 치료를 해봤자, 퇴원해서 관리가 안 되면... 다시 또 들어 오시고... (간호사 포커스면담 논의내용)”

환자가 직접 방문하지 못하는 경우 현행 보호자의 설명에 의존하여 진료를 할 수 밖에 없는 상황이 발생되는데 퇴원 후 방문간호를 통해 환자의 상태를 직접확인 할 수 있다면 보다 정확한 진료를 할 수 있다는 의견이 제시되었다.

“왜냐하면 독거노인이거나 고령이신 분들은 대부분 돈이 없어서요. 오실 때 못 오시는 경우... 보호자만 대신 와서 말만 하고 그냥 의사 보고 가는 경우가 되게 많아요. 그러면 의사는 퇴원해서 환자 상태를 봐야 되는데, 보호자들이 말만 하고 가니까 정말 그 상태가 제대로 전달이 안 되는 경우가 많아요(간호사 포커스면담 논의내용)”

“거동 못 하시는데 퇴원하고 나서 환자는 못 움직이니까 보호자만 약 타러 오시는 경우들 있으니까 사실 환자를 못 봐요. 그냥 보호자 얘기하는 거만 듣기 때문에... 그냥 듣는 걸로 환자상태가 이렇 거라고 판단을 하는 거라서... 이게 아예 만성인 경우도 있고... 근데 이제 퇴원이란 연결을 한다 그러면 퇴원 하고 몇 달이라도 환자상태를 그렇게 파악하면 좋을 것 같아요(의사심층면담내용)”

“대리인이 오면 저희는 약을 안 주거든요. 근데 정말 약을 드셔야 되는 케이스가 있잖아요. 그런 경우는 저희도 가슴이 아프지만 못 주는 경우 많아요. 그래서 그런 거를 보면 이제 연계가 안 되니까 환자는 그 당시에 빨리 약 먹고 좋아질 건데, 이게 놓쳐버리면 또다시 입원하는 케이스가 돼버리고... 이런 식으로 되버리거든요(간호사 포커스면담 논의내용)”

“그런 생각도 했어요. 환자 계속 누워있고 한번 움직이는 것도 힘든데 외래진료 보려고 그 환자를 모시고 오기 위해서 앰블런스를 불러서 피검사 엑스레이를 찍어야 외래 진료를 볼 수 있으니까요. 보호자 한숨 쉬어요. (간호사 포커스면담 논의내용)”

둘째, 일괄적인 서비스 제공보다는 비용효과적인 측면에서 퇴원 후 관리가 필요한 대상자들을 선별하여 선택적 서비스를 제공할 필요성이 제기되었다.

“취약계층, 경제적이든 사회적이든 교육적이든, 그런 (경제사회적)취약계층에 대해서는 팔립의 횡수를 조금 인터벌을 두고 정기적으로 만들어두는 그런 프로그램이 있으면 좋지 않을까 하는 생각이 드는데... 굳이 경제적으로 어렵지 않더라도 말귀가 잘 안 통하는 어르신들이 많잖아요(이해력이 떨어지는). 뭐 교육수준을 떠나서 워낙 연세가 드셔서 이제 말귀도 좀 어눌해지시고 손도 좀 어눌해지시고 이런 취약계층들한테는, 고연령이라든지 이런 분들한테는, 퇴원방문이라든지 이런 좋은 프로그램이 한 번에 끝나는 게 아니라 정기적으로 전화방문이 되는 거죠. (간호사 포커스면담 논의내용)”

“만약에 하면 저는 제 환자 있으면 적극 의뢰를 할 만한 좋은 환자가 있어요. 요새 환자들이 잘 집에 안 가려고 그래요. 그럼 그냥 보내지 말고, 우리가 집에 가시면 우리가 모니터링을 해드린다. 연락도 드리고 궁금한 게 있으면 상의를 하시고, 불안해하지

마시라고 그렇게 할 수가 있죠. 주로 암환자들... 그런 사람들을 연계해주고... 급성기로 좋아진 사람은 사실은 가면 대개는 문제가 없고..(의사심층면담)”

“다른 건 필요 없고, 배변 서비스만 해준다든지... 그렇게 선택 서비스를 받을 수 있는 그런 제도 같은 게 있으면 좋지 않을까... 비용 면에서도 쓸데없는 비용 저희가 지출하지 않아도 되고, 그분들도 하루 종일 하는데 있어서, 와도 별로 하는 일이 없을 것 같아요, 저도 옆에 있어봤습니다만(환자의 며느리, 심층면담)”

가족지나 사회적 지지체계가 미흡하거나 거동장애나 인지저하가 있는 대상, 수술 및 시술 직후환자와 중환자실을 경유하여 치료를 받았던 환자, 암환자, 특수약물 복용 환자나 복막투석과 같은 만성질환 환자 및 조기퇴원환자들이 대상으로 제기 되었으며 당뇨환자들에 대한 추후 관리가 강조되었다.

“할머니가 집에 가서 인슐린 주사를 놔줘야 되는 상황인데 당장 내일 퇴원래요. 오후 돼서 알았으니까 부랴부랴 인슐린펜 처방 받고 준비 뭐 하시라 얘기하고 다음날 한 번 정도 설명을 거둬서 다 보여주고 한 번 해보시라해서 보내지만, 다음 날 아침이 됐을 때 이 할머니는 맨붕이 오는 거죠. 아침부터 전화가 와. ‘나 지금 인슐린 놓으려고 했는데 바늘을 어디다가 꽂으라고 했는지 진짜 못 찾겠다’ 펜이니까 뚜껑을 열라고 하는데 뚜껑 어떻게 여는지도 모르겠다고 하시는 거예요. 이걸 집까지 쫓아갈 수도 없고... (간호사 포커스면담 논의내용)”

“노인분들(끼리만)이 사시는 경우예요, 약이 보통 한 두 가지가 아니잖아요. 가지고 온 약도 이미 너무 많아요. 또, 처방해 준 약도 되게 많아요. 약을 설명을 하면서도 이분이 과연 정말 이해를 하고 갔을까? 두 분 밖에 안 계신다고 하는데 보호자들은 (약을) 잘 챙겨 드신대요. 그런데 이분이 왔을 때 약을 먹긴 먹었지만 엉뚱한 약을 먹고 오는 경우가 너무 많거든요. 그런 환자분한테 또 약을 이만큼 챙겨가지고 보내는데, 과연 저게 정확한 투약이 될까..... 그런데 그분이 재입원하시잖아요. 와서 먹던 약이라고 들고 와요. 오면 어떤 약이 너무 많이 남아요. 어떤 약은 진짜 생각보다 너무 적게 남아있고. 이렇게 약을 들쭉날쭉하게 잘 안 드셨구나... (간호사 포커스면담 논의내용)”

“네프로는 전해질장애 많잖아요, 그걸 제때 드시거나 안 드시면 금방금방 수치가 올라가거나 하고 그러시는데, 눈도 잘 안 보이는데다가 약은 많고 이러니까... 아침에만 먹어야하는 이걸 안 먹고, 점심에 먹고..(간호사 포커스면담 논의내용)”

“사회경제적으로 다들 일 나가고 집에 엄마 혼자 계시고, 같이 살더라도 다 따로따로 살기도 하지만 같이 모시고 살아도 자제분들 낮에 없으시니까 투석도 그렇고요. 먹는 것도 그렇고, 할머니가 끼니도 못 챙겨 먹거나 끼니도 못 챙겨 드시는데 약을 챙겨 드실 수가 없잖아요. (간호사 포커스면담 논의내용)”

“몇 가지 계속 쪽 관리해야 되는 병 중에 이노제를 먹고 있다든가, 튜브 같은 거 갖고 있는 환자라든가... 영양상태, 영양결핍환자, 말뉴트리션 환자라든가 그런 금방이라도 나빠질 수 있고 조절이 필요한, 질환 위주로 사실은 관리가 가야될 것 같고.. 모든 환자는 다 보호자가 없다고 생각해야 되지 않을까요, 요즘 같은 때? 요새 하루 종일 붙어 있는 보호자가..(의사심층면담내용)”

셋째, 퇴원 후 환자들을 관리하기 위한 다양한 서비스 내용이 제기 되었다. 현행 대다수의 병원에서 시행되고 있는 퇴원 후 전화방문서비스는 정서적지지 측면에서 긍정적 효과를 나타내기도 하나 일률적인 전화방문은 비효율적이며, 그 이상의 추가적인 서비스가 필요한 사례에 대한 관리가 되지 못하고 있는 실정이 확인되었다.

“전화방문이 원체 삼일 이내가 안돼요. 외래까지 다시 다 팔립 끝난 직후에 전화를 하니깐. 효율성에 있어서 떨어져요. 형식적으로 하는 경우가 많고..(간호사 포커스면담 논의내용)”

“젊은 사람들은 일단 전화를 안 받고요. 그리고 전화하면 귀찮아해요. 알아서 할 건데 왜 전화했냐. 좀 의미가 없다고 느껴지는 경우가 많고, 할아버지 연세 되시는 분들은 전화해주면 일단 고마워하는데, 의사소통이 잘 안 되기 때문에 너무 길어지고 소리를 많이 크게 내야 되는... (간호사 포커스면담 논의내용)”

“퇴원전화방문 아까도 삼일 이내 완료하면 끝나는데, 추후에 재팔립해야 할 때가 있을 것 같긴 하거든요. 그런 분들은 따로 표시를 하지 않기 때문에... 정말 잘 계시는지 이런걸 확인 해야 되는데... (전화방문 건수가) 많아지니까 형식적으로, 빨리빨리 해야 되니까. (간호사 포커스면담 논의내용)”

“전화해가지고 실제 저 사람이 문제가 생긴 걸 아는 경우가 있어요. 그래서 환자 내원하게 해가지고 다시 재입원해가지고 처치가 들어가는 경우도 더러 있어서..(간호사 포커스면담 논의내용)”

아울러 급성기 병원에서 퇴원하는 환자들을 위한 퇴원 후 서비스의 내용은 기존의

퇴원환자를 위한 서비스인 가정방문간호, 보건소의 방문간호서비스 및 노인장기요양서비스를 연계하는 퇴원 코디네이션을 비롯하여 기존의 서비스에서 구체화되지 못했던 일대일 복약지도와 투약 모니터링, 영양상태지도, 식이지도 및 외래진료 및 검사일정관리 등 구체적인 서비스들이 환자의 상태에 따라 제공되어야 할 필요성이 제기 되었다.

“그냥 환자분이, 약이 부족해서 봤더니 두 번 먹었어요, 하고 오셨거든요. 간호사가 전화했는데, 어떻게 물어보는지는 잘 모르겠는데, 잘 드시고 계시죠? 그러면, 네. 이러면 사실 끝인데... 어떻게 확인하는지 까진... 약을, 세 번 먹는 약이 있고... 이렇게 확인하시는지는 제가 잘 모르겠는데, 그분은 본인이 약이 부족해서 봤더니 내가 두 번 먹었더라...(의사 심층면담내용)”

“만성적인데 와파린 드시는데, 한분이 있어요. 와파린 드시는데 못 오세요. 그분은 항상 가정간호사 험진 내서, 가정간호사가 가서 피검사 하고 오시거든요. 근데 사실은 그런 분들 말고도 당이라든지 혈압 이런 거 다 포함해서 가서 정기적으로, 일주일에 몇 번 이런 거 아니어도, 한 달에 한번이라든지 꾸준히 병원에 못 오시는 분들 가서 하면 저는 되게 좋을 것 같은데..(의사 심층면담내용)”

“가정간호사가 조금 더 많이 지원돼서, .. 사실은 제한돼 있는 것 같아요. 수적으로 너무 없고, 할 시간이... 아무나 다 의뢰한다고 다 가정간호를 받을 수 있는 게 아니고, 지역에 대한 제한도 있고, 어느 선까지가 돼야만 가정간호사가 갈 수 있고 뭐 이런 기준이나 제한선이 높다는 생각이 들기도 하고요(간호사FGI면담내용)”

“그렇게 투약을 할 수 있게 좀 한 번 씩 가서 점검해주고, 이런 가정 간호.. 그런 것도 있으면 좋을 것 같아요(간호사 포커스면담 면담내용)”

넷째, 급성기 병원 퇴원 환자를 위한 적극적인 서비스를 제공하지 못하는 다양한 장애요인과 이를 해결하기 위한 대책에 관한 의견이 제시되었다.

우선, 인력적인 측면에서 퇴원환자들을 체계적으로 교육하고 관리할 만한 전문 인력의 부족과 현 의료진의 퇴원 후 관리 중요성에 대한 인식 부족이 지적되었다.

“과연 신규간호사가 이 사람이 퇴원한다니까 이러이러한 거 집에 가서 어떻게 할 거고, ... 파악해서 담당의사에게 메시지라도 전달할 수 있고, 이런 거를 솔직히 어려워서. 퇴원계획을 세우는 것에 대해 의사들의 인식부족도 있고, 병동에 근무하고 있는 신규간

호사들의 역량도 좀 안되고... 경력간호사가 챙기는 거에도 한계가 있는 거잖아요(간호사 포커스면담 면담내용)

“퇴원 당일 날 협진이나, 그런 걸 별 생각조차 못했던 것 같더라고요. 좀 더 일찍 퇴원계획 잡았을 때, 협진 내 바라, 어디 해 바라 알아보게끔 좀 푸시를 했다거나, 충고를 좀 했었다더라면 하는 생각을 그날 당일에 했었거든요(간호사 포커스면담 면담내용)”

“체계적으로 교육을 시킬 수 있는 사람, 우리가 트레이닝이 된 사람이 필요하고, 그게 물론 직접 만나는 분들 일 수도 있고 또, 엔피, 피에이 분들일 수도 있고 가정간호사선생님도 있고 여러 분들을 통해 할 수도 있겠죠. 그런 분들, 어쨌거나 그런 추가 인력에 대한 적절한 보상이 잘 돼야지만... 모든 게 퀄리티가 높을수록 그만큼 거기에 들어가는 비용은 증가할 수밖에 없잖아요.(의사심층면담내용)”

“그 사람을 계속 봐왔던 분이 하는 게 제일 좋을 것 같기는 해요. 아이디얼하죠. 그런 차원에서 보면 저는 담당 주치의라든가 또는 그 환자를, 지금 같은 경우, 또 어떻게 보면 주치의 개념의 주치간호사들도 다 있는 분들이시니까, 그런 분들이 그런 내용들을 조금 더 추가적으로 하면 제일 좋지 않나 하는 게 저기 되는데, 그게 현실적으로 쉽진 않을 것 같아요.(의사심층면담내용)”

“전공의가 하면 좋겠으나 전공의는 저두 달에 한 번씩 바뀌기 때문에 뭔가 시스템이 딱 확립하기는 어렵고... 사람이 바뀌니까... 그래서 저는 간호사 선생님이 해줬으면 좋겠어요. 왜냐하면 퇴원할 때 하시는 게 있잖아요.(의사심층면담내용)”

아울러 의료기관이 적극적으로 퇴원 후 서비스를 제공할 수 있도록 하는 공급유인이 마련되어 있지 않다는 점이다. 즉, 서비스 제공으로 긍정적 효과가 기대된다 하더라도 서비스체제 마련을 위한 인적·물적 자원 투입에 대한 보상이 마련되지 않는다면 지속적으로 유지하는 것은 어려울 수 밖에 없다는 측면에서 무기력가를 경험하고 있었다.

또한, 의료제공자들은 제공되는 퇴원 후 서비스의 가치에 대한 의료 수요자들의 인식이 미흡할 수 있기 때문에 추가적인 비용 부담에 대한 저항이 있을 수 있다는 점을 우려하였다. 따라서 서비스를 수거화 할 경우 기존의 의료제공과 마찬가지로 의사의 처방에 의한 일방적인 서비스 전달이 아닌 서비스수요자의 선택에 의한 제공을 할 필요

가 있음을 제안하였다.

“지금 저희생각으로는 그 교육 받는 거도 환자들이 싫어하는데 이거 가정 방문이라고 해서 와서 교육을 시켜 주는 서비스, 과연 이용할 수 있을까... 사실 이 환자 팔립로스되거나 관리 잘 못해서 하는 것보다 좋은데 병원에서 해주는 비급여교육도 거부감을, 열 명 중 다섯 여섯 명은 다 거부감 가지고 있거든요, 그 비급여 교육에 대해서(간호사FGI면담내용)”

“인턴들이 맨날 하는 소독을 돈을 내고 집에 와서 해준다고 하는데, 그 집에 오는 시간도 전화해서 계속 조율을 해야 되고 그것도 귀찮은데, 아침마다 보니까 별로 해주는 것도 없던데...(간호사 포커스면담 답내용)”

“그것도 보호자나 환자의 선호도도 있을 거고, 원하지 않는 사람도 있을 거고. 비용이 어느 정도 발생하는 거니까... 그것도 하게 되면 동의를 받아야죠. 가서 할 수 있어. 그렇게 얘기하고 가시거든요(의사심층면담내용)”

퇴원 후 서비스를 제공하는데 있어서 또 다른 장애요인은 지역사회서비스를 연계하는 시스템이 체계화되어있지 않고 분절되어 있다는 점이다.

“보건소에서 해주는 가정방문은 그야말로 경제적인 취약계층만 가거든요. 집에 계시는 분들 중에 일종인 분들, 그리고 욕창이 있는 분들은 자기네가 메모를 해서 가는데, 그거는 그분들이랑 지역사회가 연계가 되어 있는 거지 우리 퇴원환자들이 연계가 되어 있는 건 아니니까(간호사 포커스면담 면담내용)”

“저희도 그런 걸 자세히 모르니까... 또, 어디서 젊은 보호자들이 듣고 오면, 저희한테도 물어보면 저희는 그런 거 잘 모르겠다, 이제 뭐 구청이나 이런데 물어보고 그러서라 하는데, 그런 걸 어떤 상황에서, 이런 분들은 해당이 될 만하다 이렇게 제안해줄 수 있으면 그런 건 도움이 될 것 같아요(간호사 F포커스면담 면담내용)”

제2절 퇴원 후 간호요구도 및 간호필요도 현황

설문 조사연구방법을 통해 '퇴원 후 간호요구도' 및 '퇴원 후 간호필요도'를 파악하였다. 설문도구는 질적 면담결과를 토대로 PADQ-E를 수정보완 한 도구를 이용하였으며, 동일문항에 대해 퇴원 후 외래 방문 시 환자 혹은 보호자가 응답한 내용(퇴원 후 간호요구도)과 퇴원 당시 담당간호사가 응답한 내용(퇴원 후 간호필요도)을 비교 분석하였다.

1. 퇴원 환자의 일반적 특성

조사대상인 퇴원 환자의 일반적 특성은 표4와 같다. 대상자의 성별 구성은 남성 273명(46.9%), 여성 309명(53.1%)이었으며, 교육수준은 대학졸업 이상이 30.6%로 가장 많은 비중을 차지하였다. 또한, 경제상태는 보통인 경우가 60.4로 가장 많았으며, 동거가족이 있는 경우가 91.1%로 월등히 많았다. 퇴원 시 간호사의 퇴원교육을 환자가 충분히 이해하기 어려울 것으로 예측되는 사례는 3.4%정도였으며, 재원일은 7일 이내인 경우가 58.9%로 절반 이상을 차지하였으며, 퇴원 시 수술 후 재원일은 8일이상인 경우가 84.2%로 7일 이내인 경우보다 많았다. 퇴원환자의 나이는 40세에서 70세 이하인 경우가 49.1%로 가장 많았다. 퇴원 시 식이관리가 필요한 경우는 39.2%, 특수약물을 복용하고 있는 경우는 15.8%였고, 문제약물을 복용하는 경우는 31.6%였다. Charlson복합상병지수(CCI)²⁾가 '2'이상인 경우는 19.9%였으며, '0'인 경우가 62.7%로 가장 많았다. 퇴원 시 진단명을 기준으로 '신생물'진단이 포함된 경우는 92명으로 15.8%였다. 또한, 재원 중 중환자실을 경유하여 치료한 이력이 있는 환자는 48명으로 8.2%를 차지하였고 퇴원 시 튜브 등의 삽관상태에서 퇴원하는 경우는 8.1%를 차지하였다.

2) Charlson의 동반질병지수는 원래 입원환자의 의무기록을 토대로 하여 1년 후의 사망위험수준을 예측하기 위해 개발된 것으로 질병의 1년 후 사망에 대한 상대위험도를 근거로 일정 가중치를 부여하도록 되어 있다. ICD-10전환 알고리즘이 다른 것에 비해 결과에 대한 예측력이 높다는 결과에 근거하여 장승기등(2008)의 연구에서 사용한 KCD 5(ICD-10) 질병코드와 가중치를 참고하여 본 연구에서도 이와같은 방법으로 Charlson의 동반질병지수를 산출하였다

〈표 3-3〉 퇴원환자의 일반적 특성

(N=582)

구분	빈도	%	
성별	남성	273	46.9
	여성	309	53.1
교육수준	초졸이하	88	22.2
	중학교졸업	64	16.2
	고등학교졸업	119	30.1
	대학졸업 이상	121	30.6
경제상태	좋음	72	18.2
	보통	239	60.4
	나쁨	83	21.0
동거가족 유무	동거가족 있음	530	91.1
	동거가족 없음	52	8.9
퇴원교육이해수준	이해됨	562	96.6
	이해하기 어려움	20	3.4
HOD	≤ 7일	343	58.9
	8일 ≤ ≤14일	140	24.1
	15일 ≤	99	17.0
POD	해당없음	478	82.1
	≤7일	65	11.2
	8일 ≤	39	6.7
나이	<40세	68	11.7
	40세 ≤ ≤70세	286	49.1
	70세 <	228	39.2
식이관리 필요	아니오	353	60.7
	예	228	39.2
특수약물 복용	아니오	485	83.3
	예	92	15.8
문제약물 복용	아니오	398	68.4
	예	184	31.6
CCI	CCI 0	365	62.7
	CCI 1	101	17.4
	CCI 2 ≤	116	19.9
신생물 주진단	아니오	490	84.2
	예	92	15.8
중환자실 경유	아니오	534	91.8
	예	48	8.2
튜브 유지퇴원	아니오	364	91.9
	예	32	8.1

* 특수약물 : 질적면담결과에서 퇴원 교육시 주의를 요하는 약물로 인슐린, 와파린, 천식약물, 골다공증 약물을 포함

† 문제약물 : 미국에서 시행하고 있는BOOST프로젝트에서 퇴원 시 주의를 요하는 약물인 항응고제, 인슐린, 아스피린과 클로피도그렐 복합치료, 디곡신, 진정제

‡ CCI : Charlson Comorbidity Index

퇴원 시 진료과는 소화기 내과 15.1%, 외과 14.6%로 가장 많았고, 정형외과 11.2%, 신장내과 8.8% 순이었다<표 3-4>.

<표 3-4> 퇴원 시 진료과

진료과	빈도	퍼센트
가정의학과	10	1.7
감염내과	17	2.9
구강악안면외과	6	1.0
내분비내과	8	1.4
류마티스내과	5	0.9
비뇨기과	31	5.3
산부인과	45	7.7
성형외과	1	0.2
소화기내과	88	15.1
신경과	11	1.9
신경외과	19	3.3
신장내과	51	8.8
순환기내과	26	4.5
안과	4	0.7
외과	85	14.6
응급의학과	1	0.2
이비인후과	16	2.7
정형외과	65	11.2
혈액종양내과	44	7.6
호흡기내과	39	6.7
흉부외과	9	1.5
전체	582	100.0

퇴원 시 진단 역시 소화기계통의 질환이 18.6%로 가장 많았고 신생물 15.8%, 비뇨생식계통 질환 12.5% 순이었다.

<표 3-5> 퇴원 진단명

진단명	빈도	퍼센트
특정 감염성 및 기생충성 질환	26	4.5
신생물	92	15.8
내분비, 영양 및 대사질환	28	4.8
신경계통의 질환	4	0.7
눈 및 눈 부속기의 질환	9	1.5
순환계통의 질환	47	8.1
호흡계통의 질환	40	6.9

진단명	빈도	퍼센트
소화계통의 질환	108	18.6
피부 및 피하조직의 질환	4	0.7
근골격계통 및 결합 조직의 질환	52	8.9
비노생식계통의 질환	73	12.5
임신, 출산 및 산후기	1	0.2
선천기형 변형 및 염색체 이상	2	0.3
달리 분류되지 않은 증상 징후와 임상 및 검사의 이상 소견	22	3.8
손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타 결과	38	6.5
건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인	35	6.0
기타	1	0.2
전 체	582	100.0

2. 퇴원 후 간호요구도 및 간호필요도 수준

퇴원 후 환자 혹은 보호자가 응답한 간호요구도의 전체 문항 평균은 0.32 ± 0.32 이었고, 8개 하위 영역 중 '의료장비 관리'에 대한 간호요구도가 문항평균 0.69 ± 0.81 로 가장 높은 수준의 요구도를 보였고, '자가관리'에 대한 요구도는 0.21 ± 0.41 로 가장 낮은 수준의 간호요구도를 나타내었다. 한편 퇴원 시 간호사가 응답한 퇴원 후 간호필요도의 전체 문항 평균은 0.28 ± 0.38 이었고, 8개 하위 영역 중 '의료장비 관리'에 대한 간호필요도가 0.81 ± 0.76 으로 역시 가장 높은 수준의 필요도를 보여, 대상자의 간호요구도와 같은 경향성을 나타내었고, '지식'에 대한 간호필요도는 가장 낮은 수준으로 0.22 ± 0.28 을 타내었다.

〈표 3-6〉 퇴원 후 간호요구도 및 간호필요도 수준

항목 구분	간호요구도(환자/보호자응답)			간호필요도(간호사응답)		
	N	평균	표준편차	N	평균	표준편차
전체	396	0.32	0.32	582	0.28	0.38
지식	395	0.41	0.45	582	0.22	0.28
개인관리	396	0.19	0.41	580	0.24	0.46
가사	396	0.34	0.55	580	0.33	0.57
활동	396	0.21	0.44	580	0.26	0.52
의료장비	87	0.69	0.81	183	0.81	0.76
치료지시	366	0.27	0.51	572	0.29	0.49
신체문제	396	0.38	0.31	395	0.38	0.31
정서문제	396	0.25	0.43	175	0.48	0.60

3. 퇴원환자의 일반적 특성에 따른 퇴원 후 간호요구도 차이

환자의 일반적 특성에 따른 퇴원 후 간호요구도를 t-Test와 ANOVA로 분석한 결과 나이에 따른 분석에서는 70세 이상인 경우가 평균 0.47 ± 0.39 로 가장 높은 수준의 간호요구도를 나타내었으며, 교육수준은 초졸 이하인 경우 0.54 ± 0.40 , 경제상태가 '나쁨' 정도에서 0.48 ± 0.40 로 가장 높은 간호요구도를 나타내었다. 또한, 퇴원 시 퇴원교육에 대한 이해수준이 낮은 집단에서 0.51 ± 0.33 로 가장 높은 수준의 간호요구도를 나타내었고, 재원기간이 15일 이상인 경우에서 0.48 ± 0.40 , 식이관리가 필요한 경우에서 0.38 ± 0.37 , 특수약물을 복용하는 경우에서 0.44 ± 0.37 , 문제약물을 복용하는 경우에서 0.42 ± 0.37 와 중환자실을 경유하여 치료한 사례군에서 0.48 ± 0.41 로 퇴원 후 간호요구도가 높은 수준으로 나타났으며, 복합중복질환지수가 2이상인 경우에서 0.41 ± 0.40 으로 높은 수준의 간호요구도를 나타내었다. 퇴원 시 주 진단에 신생물이 포함된 사례에서는 평균 0.39 ± 0.37 로 그 이외의 진단 환자보다 더 높은 수준의 간호요구도를 보였다.

〈표 3-7〉 퇴원환자의 일반적 특성에 따른 간호요구도 차이

(N=396)

항목 구분		빈도(%)	평균	표준편차	p
성별	남성	183 (46.2)	0.30	0.31	.28
	여성	213 (53.8)	0.34	0.33	
나이	<40세	50 (12.6)	0.17	0.20	<.0001
	40세 ≤ 70세	201 (50.8)	0.25	0.25	
	70세 <	145 (36.6)	0.47	0.39	
거주지	고양시	226 (57.1)	0.31	0.31	.96
	파주시	74 (18.7)	0.33	0.36	
	김포시	21 (5.3)	0.32	0.28	
	서울	43 (10.9)	0.36	0.35	
	기타	30 (7.6)	0.31	0.33	
교육수준	초졸이하	88 (22.2)	0.54	0.40	<.0001
	중학교졸업	64 (16.2)	0.34	0.28	
	고등학교졸업	119 (30.1)	0.25	0.30	
	대학졸업 이상	121 (30.6)	0.22	0.22	
동거가족 유무	동거가족 있음	344 (86.9)	0.32	0.33	.66
	동거가족 없음	52 (13.1)	0.34	0.31	
경제상태	좋음	72 (18.2)	0.25	0.29	<.001
	보통	239 (60.4)	0.29	0.28	
	나쁨	83 (21.0)	0.48	0.40	

항목 구분		빈도(%)	평균	표준편차	p
퇴원교육이해수준	매우잘됨	205 (51.8)	0.23	0.28	<.001
	잘됨	150 (37.9)	0.39	0.34	
	잘 안됨	40 (10.1)	0.51	0.33	
HOD	≤ 7일	253 (63.9)	0.25	0.24	<.001
	8일≤ ≤14일	92 (23.2)	0.44	0.42	
	15일≤	51 (12.9)	0.48	0.39	
POD	≤7일	71 (17.9)	0.24	0.22	.27
	8일≤	22 (5.6)	0.30	0.21	
식이관리 필요	아니오	239 (60.4)	0.28	0.28	<.001
	예	156 (39.4)	0.38	0.37	
특수약물 복용	아니오	333 (84.1)	0.30	0.31	<.001
	예	60 (15.2)	0.44	0.37	
문제약물 복용	아니오	278 (70.2)	0.28	0.30	<.001
	예	118 (29.8)	0.42	0.37	
중환자실 경우	아니오	364 (91.9)	0.31	0.31	.01
	예	32 (8.1)	0.48	0.41	
튜브 유지퇴원	아니오	367 (92.7)	0.31	0.31	<.001
	예	28 (7.1)	0.50	0.41	
CCI	CCI 0	253 (63.9)	0.29	0.29	.01
	CCI 1	64 (16.2)	0.34	0.34	
	CCI 2 ≤	79 (19.9)	0.41	0.40	
신생물 주진단	아니오	324 (81.8)	0.31	0.31	.04
	예	72 (18.2)	0.39	0.37	

4. 퇴원환자의 일반적 특성에 따른 퇴원 후 간호필요도 차이

퇴원 시 환자를 담당한 간호사들을 대상으로 퇴원 대상인 환자들의 퇴원 후 간호필요도를 평가하게 한 결과를 토대로 환자의 일반적 특성에 따른 간호필요도를 분석한 결과는 표 9와 같다. 그 결과 환자의 나이가 70세 이상인 경우가 0.45 ± 0.46 으로 가장 높은 간호필요도를 나타내었고, 퇴원 시 퇴원교육에 대한 이해수준이 낮다고 판단된 경우에서 0.52 ± 0.33 으로 퇴원교육에 대한 이해수준이 높다고 판단된 경우보다 더 높은 수준의 간호필요도를 나타내었다. 또한, 재원기간이 15일 이상인 경우 0.43 ± 0.47 , 식이관리가 필요한 경우 0.38 ± 0.45 , 특수약물을 복용하는 경우가 0.47 ± 0.46 , 문제약물을 복용하는 경우가 0.38 ± 0.42 , 중환자실을 경우해서 치료받은 경우가 0.43 ± 0.44 , 튜브를 유지하고 퇴원하는 경우가 0.60 ± 0.50 으로 높은 수준의 간호필요도를 나타내었다. 또한 복합중복질환지수가 2이상인 사례에서 0.42 ± 0.46 으로 높은 수준의 간호필요도를 나타

냈고, 퇴원시 진단에 신생물이 포함된 사례에서 0.31 ± 0.36 으로 그 외의 사례보다 더 높은 수준의 퇴원 후 간호필요도를 보였다.

〈표 3-8〉 퇴원환자의 일반적 특성에 따른 간호필요도 차이

(N=582)

항목 구분		퇴원 후 간호필요도			p
		빈도	평균	표준편차	
성별	남성	273	0.29	0.39	.585
	여성	309	0.27	0.37	
나이	<40세	68	0.11	0.16	<.0001
	40세 ≤ <70세	286	0.19	0.28	
	70세 <	228	0.45	0.46	
동거가족 유무	있음	530	0.29	0.38	.369
	없음	52	0.24	0.32	
퇴원교육이해수준	높음	562	0.27	0.38	.005
	낮음	20	0.52	0.33	
HOD	≤ 7일	343	0.19	0.28	<.0001
	8일 ≤ <14일	140	0.40	0.44	
	15일 ≤	99	0.43	0.47	
POD	≤ 7일	92	0.19	0.27	.222
	8일 ≤	49	0.25	0.25	
식이관리 필요	아니오	353	0.22	0.31	<.0001
	예	228	0.38	0.45	
특수약물 복용	아니오	485	0.25	0.35	<.0001
	예	92	0.47	0.46	
문제약물 복용	아니오	398	0.24	0.34	<.0001
	예	184	0.38	0.42	
중환자실 경유	아니오	534	0.27	0.37	.030
	예	48	0.43	0.44	
튜브 유지퇴원	아니오	531	0.25	0.35	<.0001
	예	50	0.60	0.50	
CCI	CCI 0	365	0.22	0.32	<.0001
	CCI 1	101	0.35	0.42	
	CCI 2 ≤	116	0.42	0.46	
신생물 주진단	아니오	490	0.28	0.38	.413
	예	92	0.31	0.36	

5. 퇴원 후 간호요구도 및 간호필요도 상관관계

퇴원 후 일주일 이상이 경과 한 후 환자가 응답한 '퇴원 후 간호요구도'와 퇴원 시점에서 환자의 상태를 고려하여 담당간호사가 '퇴원 후 간호필요도'를 평가한 두 결과에 대해 상관관계를 분석하였다<표 3-9>. 그 결과 간호필요도와 간호요구도는 전체 평균과 8개 하위 영역에서 대부분 유의한 상관관계를 나타내었다.

<표 3-9> 퇴원 후 간호요구도 및 간호필요도 간의 상관관계

		환자요구도								
		총평균	지식	개인관리	가사	활동	의료장비	치료지시	신체문제	정서문제
총평균	상관계수	.629**	.177**	.621**	.571**	.640**	.707**	.585**	.307**	.153**
	유의확률	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.002
	N	396	395	396	396	396	87	366	396	396
지식	상관계수	.208**	.098	.125*	.134**	.118*	.352**	.194**	.090	.057
	유의확률	.000	.052	.013	.007	.018	.001	.000	.073	.262
	N	396	395	396	396	396	87	366	396	396
개인관리	상관계수	.542**	.054	.665**	.567**	.622**	.532**	.520**	.281**	.092
	유의확률	.000	.281	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.068
	N	396	395	396	396	396	87	366	396	396
가사	상관계수	.531**	.072	.605**	.562**	.612**	.521**	.519**	.264**	.090
	유의확률	.000	.156	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.074
	N	396	395	396	396	396	87	366	396	396
활동	상관계수	.549**	.115*	.616**	.563**	.635**	.480**	.518**	.269**	.062
	유의확률	.000	.022	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.217
	N	396	395	396	396	396	87	366	396	396
의료장비	상관계수	.400**	.079	.390**	.344**	.438**	.468**	.388**	.210*	.193*
	유의확률	.000	.419	.000	.000	.000	.000	.000	.030	.046
	N	107	107	107	107	107	52	101	107	107
치료지시	상관계수	.627**	.221**	.618**	.536**	.622**	.694**	.567**	.319**	.139**
	유의확률	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.006
	N	390	389	390	390	390	86	360	390	390
신체문제	상관계수	.608**	.256**	.425**	.442**	.419**	.401**	.336**	1.000**	.465**
	유의확률	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	0.000	.000
	N	395	394	395	395	395	87	365	395	395
정서문제	상관계수	.473**	.059	.497**	.503**	.480**	.447*	.454**	.288**	.258**
	유의확률	.000	.518	.000	.000	.000	.012	.000	.001	.004
	N	124	124	124	124	124	31	112	124	124

6. 퇴원환자의 일반적 특성 중 퇴원 후 간호필요도에 영향을 미치는 요인

다중회귀분석을 통해 퇴원환자의 일반적 특성 중 간호필요도에 영향을 미치는 요인을 파악한 결과는 표 11과 같다. 그 결과 환자의 나이가 40세 미만인 경우($\beta = -0.21, p < .001$), 40이상 70이하인 경우($\beta = -0.19, p < .001$), 재원일이 7일 이하인 경우($\beta = -0.19, p < .001$), 수술을 하지 않은 경우($\beta = 0.16, p = .004$)와 수술 후 재원일이 7일 이내에서 퇴원하는 경우($\beta = 0.18, p = .008$)가 퇴원 후 간호필요도에 영향을 미치는 요인으로 확인되었다. 즉, 나이가 70세 이상인 경우보다 간호필요도가 낮은 수준을 나타내는 것으로 분석되었고, 수술을 하지 않는 경우와 수술 후 재원일이 7일 이내에서 퇴원하는 경우 수술 후 재원일이 8일 이후 퇴원하는 사례에 비해 통계적으로 더 높은 수준의 간호필요도를 나타내는 것으로 분석되었다.

또한, 식이관리가 불필요한 경우가 필요한 경우에 비해 더 낮은 간호필요도를 나타내었고($\beta = -0.07, p = .034$), 튜브를 유지한 후 퇴원하지 않는 경우가 더 낮은 간호필요도를 나타내었다($\beta = -0.18, p = .001$). 이러한 요인들이 간호필요도를 설명하는 설명력은 25.5%였다.

〈표 3-10〉 퇴원 후 간호필요도에 영향을 미치는 퇴원환자의 일반적 특성

	항목 구분	β	<i>p</i> -value
성별	남성	0.00	.959
	여성	ref	.
나이	<40세	-0.21	<.0001
	40세 ≤ <70세	-0.19	<.0001
	70세<	ref	.
동거가족 유무	있음	0.10	.055
	없음	ref	.
퇴원교육이해	예	-0.15	.056
	아니오	ref	.
HOD	≤ 7일	-0.19	<.0001
	8일 ≤ <14일	-0.03	.454
	15일 ≤	ref	.
POD	해당없음	0.16	.004
	≤7일	0.18	.008
	8일 ≤	ref	.
식이관리 필요	불필요	-0.07	.034
	필요	ref	.

	항목 구분	β	p -value
특수약물 복용	아니오	-0.07	.091
	예	ref	.
문제약물 복용	아니오	-0.04	.203
	예	ref	.
중환자실 경유	아니오	-0.01	.862
	예	ref	.
튜브유지상태 퇴원	아니오	-0.18	.001
	예	ref	.
CCI	CCI 0	-0.07	.073
	CCI 1	-0.03	.473
	CCI 2 ≤	ref	.
신생물 주진단	아니오	0.01	.870
	예	ref	.
AIC		-680,6351	
R2		0,2552	
Adjusted R2		0,2325	

7. 퇴원환자 특성에 따른 퇴원 후 간호 필요유무 및 서비스 유형

가. 환자 특성에 따른 퇴원 후 간호 필요 유무 차이

퇴원 후 간호서비스 필요 유무에 대한 응답여부에 대해 환자 특성별로 카이검정과 Fisher's Exact test를 통해 분석하였다. 그 결과 71세 이상에서 간호서비스를 필요로 하는 사례가 높은 비율로 나타났고($p=.047$), 재원기간이 7일 이하인 경우가 상대적으로 간호서비스를 필요로 하는 사례가 낮은 비율로 나타났다($p=.009$). 또한, 식이관리가 필요하거나($p=.016$), 특수약물을 복용하는 사례에서($p=.001$) 그렇지 않은 사례에 비해 간호서비스를 필요로 하는 비율이 상대적으로 더 많았다. 또한 튜브를 유지하고 퇴원하는 사례에서는 92%가 퇴원 후 간호서비스를 필요로 하는 경우로 응답하여 튜브 없이 퇴원하는 사례에 비하여 통계적으로 높은 비율을 나타내었다($p=.017$).

〈표 3-11〉 퇴원 후 간호서비스 필요 유무 차이

		퇴원 후 간호서비스 필요 유무				p-value
		무		유		
		n	%	n	%	
전체		124		458		
성별	남성	57	21	216	79	0.813
	여성	67	22	242	78	
나이	<40세	20	31	48	71	0.047
	40세 ≤ <70세	66	23	220	77	
	70세 <	38	17	190	83	
동거가족 유무	있음	115	22	415	78	0.461
	없음	9	18	43	83	
퇴원교육이해	예	121	22	441	78	0.483
	아니오	3	15	17	85	
HOD	≤ 7일	88	26	255	74	0.009
	8일 ≤ <14일	22	16	118	84	
	15일 ≤	14	14	85	86	
POD	≤7일	26	30	66	72	0.620
	8일 ≤	8	16	41	84	
식이관리 필요	아니오	87	25	266	75	0.016
	예	37	17	191	84	
특수약물 복용	아니오	115	24	370	76	0.001
	예	8	9	84	91	
문제약물 복용	아니오	91	23	307	77	0.177
	예	33	19	151	82	
중환자실 경유	아니오	115	22	419	78	0.854
	예	9	19	39	81	
튜브 유지퇴원	아니오	119	22	412	78	0.017
	예	4	8	46	92	
CCI	CCI 0	81	22	284	78	0.054
	CCI 1	27	28	74	73	
	CCI 2 ≤	16	14	100	86	
신생물 주진단	아니오	107	23	383	78	0.470
	예	17	18	75	82	

나. 퇴원 후 간호서비스 유형 차이

퇴원 후 간호서비스를 ‘방문간호’와 ‘2회 이상의 정기적 간호서비스’ 및 ‘지역사회기 관연계’로 구분하여 환자의 특성에 따른 서비스 필요성에 대한 응답 빈도 차이를 카이 검정과 Fisher’s Exact test를 통해 분석하였다. 그 결과 70세 이상에서 방문서비스와 2

회 이상의 정기적 간호서비스를 요구하는 사례가 통계적으로 더 높은 비율을 차지하는 것으로 나타났다($p < .001$). 또한, 퇴원교육에 대한 이해수준이 낮은 것으로 판단되는 사례에서 정기적 간호서비스와($p = .019$), 기관연계 필요 비율이 높은 것으로 나타났다($p = .016$). 한편 식이관리가 필요한 사례에서 통계적으로 높은 비율의 방문서비스 필요를 나타내었고($p < .001$), 특수약물을 복용하는 사례에서도 특수약물을 복용하지 않는 사례보다 통계적으로 높은 비율의 방문서비스 필요 빈도를 나타내었고($p = .001$), 기관연계를 필요로 하는 사례도 더 높은 것으로 나타났다($p = .012$). 또한, 튜브를 유지하고 퇴원하는 경우 도 높은 비율의 방문서비스 필요 빈도와($p < .001$), 정기적 서비스 필요 빈도($p = .002$)를 나타내었으며, 복합중복질환지수가 '2'이상인 사례에서 방문서비스에 대한 필요 빈도가 더 높은 비율로 나타났다($p < .001$).

〈표 3-12〉 환자 특성별 퇴원 후 간호서비스 필요 여부

		방문여부				2회 이상의 정기적 간호서비스				기관연계			
		전체	해당 없음	해당함	p	전체	해당 없음	해당함	p	전체	해당 없음	해당함	p
			빈도(%)	빈도(%)			빈도(%)	빈도(%)			빈도(%)	빈도(%)	
전체		448	429(96)	19(4)		448	423(94)	25(6)		458	446(97)	12(3)	
성별	남성	210	203(97)	7(3)	0.370	210	199(95)	11(5)	0.767	216	209(97)	7(3)	0.432
	여성	238	226(95)	12(5)		238	224(94)	14(6)		242	237(98)	5(2)	
나이	<40세	48	48(100)	0(0)	<.0001	48	48(100)	0(0)	<.0001	48	48(100)	0(0)	0.155
	40세 ≤ 70세	217	215(99)	2(1)		217	213(98)	4(2)		220	216(98)	4(2)	
	70세 <	183	166(91)	17(9)		183	162(89)	21(11)		190	182(96)	8(4)	
동거가족 유무	있음	407	390(96)	17(4)	0.832	407	386(95)	21(5)	0.222	415	405(98)	10(2)	0.381
	없음	41	39(95)	2(5)		41	37(90)	4(10)		43	41(95)	2(5)	
퇴원교육이해	예	432	415(96)	17(4)	0.095	432	410(95)	22(5)	0.019	441	431(98)	10(2)	0.016
	아니오	16	14(88)	2(13)		16	13(81)	3(19)		17	15(88)	2(12)	
HOD	≤ 7일	250	245(98)	5(2)	0.010	250	240(96)	10(4)	0.255	255	250(98)	5(2)	0.140
	8일 ≤ 14일	114	108(95)	6(5)		114	105(92)	9(8)		118	112(95)	6(5)	
	15일 ≤	84	76(90)	8(10)		84	78(93)	6(7)		85	84(99)	1(1)	
POD	≤ 7일	66	65(98)	1(2)	0.557	66	65(98)	1(2)	1.000	66	66(100)	0(0)	0.389
	8일 ≤	41	39(95)	2(5)		41	41(100)	0(0)		41	40(98)	1(2)	
식이관리 필요	아니오	261	258(99)	3(1)	<.0001	261	250(96)	11(4)	0.133	266	260(98)	6(2)	0.559
	예	186	170(91)	16(9)		186	172(92)	14(8)		191	185(97)	6(3)	
특수약물 복용	아니오	365	356(98)	9(2)	0.001	365	348(95)	17(5)	0.056	370	364(98)	6(2)	0.012
	예	79	70(89)	9(11)		79	71(90)	8(10)		84	78(93)	6(7)	
문제약물 복용	아니오	303	294(97)	9(3)	0.077	303	290(96)	13(4)	0.086	307	301(98)	6(2)	0.203
	예	145	135(93)	10(7)		145	133(92)	12(8)		151	145(96)	6(4)	
중환자실 경유	아니오	410	393(96)	17(4)	0.607	410	388(95)	22(5)	0.460	419	408(97)	11(3)	0.728
	예	38	36(95)	2(5)		38	35(92)	3(8)		39	38(97)	1(3)	
튜브 유지퇴원	아니오	404	394(98)	10(2)	<.0001	404	386(96)	18(4)	0.002	412	402(98)	10(2)	0.439
	예	44	35(80)	9(20)		44	37(84)	7(16)		46	44(96)	2(4)	
CCI	CCI 0	279	274(98)	5(2)	<.0001	279	268(96)	11(4)	0.152	284	277(98)	7(2)	0.538
	CCI 1	73	70(96)	3(4)		73	67(92)	6(8)		74	73(99)	1(1)	
	CCI 2 ≤	96	85(89)	11(11)		96	88(92)	8(8)		100	96(96)	4(4)	
신생물주진단	아니오	375	359(96)	16(4)	0.951	375	355(95)	20(5)	0.580	383	374(98)	9(2)	0.425
	예	73	70(96)	3(4)		73	68(93)	5(7)		75	72(96)	3(4)	

8. 퇴원 후 간호서비스 필요 여부 예측요인

환자특성 중 퇴원 후 간호서비스필요 여부에 대한 예측요인을 확인하기 위해 로지스틱 회귀분석을 시행하였다(표 14). 그 결과 퇴원 후 간호서비스 필요 여부에 영향을 미치는 요인은 환자의 연령 70세 초과, 수술 후 재원일 7일 이내 퇴원환자, 식이관리가 필요한 경우, 특수약물을 복용하는 경우, 튜브를 유지하고 퇴원하는 경우와 복합중복질환 지수가 '2'이상인 경우로 나타났다. 구체적으로 살펴보면, 환자의 연령이 70세를 초과할 경우 40세 미만과 비교할 때 간호서비스 필요 가능성은 2.08배로 나타났다($p=.014$). 또한, 퇴원환자에 대한 담당간호사의 퇴원간호필요도 수준이 0.5를 초과할 경우 0.5이하일 경우와 비교할 때 퇴원 후 간호서비스 필요가능성은 2.75배 이상일 것으로 나타났다($p=.003$). 한편 수술 후 재원일이 7일 이내에서 퇴원하는 사례들의 경우는 수술 후 8일 이상 재원 후 퇴원하는 사례와 비교할 때 퇴원 후 간호서비스가 필요할 가능성은 통계적으로 0.42배로 낮게 나타났다($p=.042$). 식이관리필요 여부에 따른 분석결과에서는 식이관리가 필요하지 않은 경우가 식이관리가 필요한 경우보다 0.59배 낮은 퇴원 후 서비스 필요도를 보였고($p=.0164$), 특수약물을 복용하지 않는 사례의 경우는 특수약물을 복용하는 경우보다 퇴원 후 간호서비스 필요가능성은 0.74배에 불과한 것으로 나타났다($p=.002$). 또한 튜브를 유지하지 않고 퇴원하는 사례에서는 튜브를 유지한 채 퇴원하는 사례보다 퇴원 후 간호서비스 필요가능성은 0.3배로 낮은 것으로 나타났으며($p=.024$) 복합중복질환지수 '1'인 경우 '0'인 사례와 비교할 때 간호서비스 필요가능성은 0.78배로 낮게 나타났으며($p=.047$), '2이상'인 경우는 오히려 1.78배 높게 나타났다($p=.019$).

한편, 퇴원 시 마다 담당간호사가 '간호필요도'설문을 시행하는 것은 현실적으로 어려움이 있기 때문에 퇴원 후 간호서비스 필요 여부에 영향을 미치는 요인을 예측하는데 있어서 퇴원 후 간호서비스 필요 예측가능요인에서 '간호필요도'를 제외하고 분석해보았다. 그 결과 퇴원 후 간호서비스 필요를 예측하는 요인은 특수약물복용과 복합중복질환지수로 나타났다. 즉, 특수약물을 복용하지 않는 경우는 복용하는 사례보다 퇴원 후 간호서비스가 필요할 가능성이 0.39배로 더 낮은 것으로 나타났고($p=.020$), 복합중복질환지수가 '1'인 경우 '0'인 사례보다 퇴원 후 간호서비스 필요 가능성이 0.50배로 낮을 것으로 나타났다($p=0.011$).

〈표 3-13〉 간호서비스 필요 여부 및 서비스 필요 여부 예측 요인 (Logistic Regression)

항목 구분	Uni-variable Logistic Regression				간호필요도 점수 제외된 경우				
	Odds Ratio	95% WCL*		p-value	Odds Ratio	95% WCL*		p-value	
성별	남성	1.05	0.71	1.56	0.813	0.96	0.63	1.45	0.835
	여성	1.00				1.00			
환자 연령	<40세	1.00				1.00			
	40세 ≤ 70세	1.39	0.77	2.51	0.857	1.31	0.70	2.45	0.979
	70세 <	2.08	1.11	3.90	0.014	1.69	0.84	3.37	0.132
간호필요도	0.5초과	2.75	1.40	5.41	0.003	-	-	-	
	0.5이하	1.00				-	-	-	
동거가족 유무	있음	0.76	0.36	1.60	0.462	0.77	0.35	1.69	0.511
	없음	1.00				1.00			
퇴원교육 이해 여부	예	0.64	0.19	2.23	0.488	0.81	0.22	2.96	0.747
	아니오	1.00				1.00			
HOD	≤ 7일	1.00				1.00			
	8일 ≤ ≤ 14일	1.85	1.11	3.10	0.380	1.36	0.77	2.39	0.638
	15일 ≤	2.10	1.13	3.88	0.173	1.40	0.67	2.92	0.603
POD	해당없음	0.64	0.28	1.47	0.956	0.69	0.27	1.79	0.821
	≤ 7일	0.42	0.17	1.06	0.042	0.55	0.19	1.61	0.253
	8일 ≤	1.00				1.00			
식이관리 필요	아니오	0.59	0.39	0.91	0.016	0.65	0.40	1.05	0.080
	예	1.00				1.00			
특수약물 복용	아니오	0.31	0.14	0.65	0.002	0.39	0.18	0.86	0.020
	예	1.00				1.00			
문제약물 복용	아니오	0.74	0.47	1.15	0.178	1.00	0.61	1.65	0.998
	예	1.00				1.00			
중환자실경유	아니오	0.84	0.40	1.79	0.652	1.10	0.48	2.56	0.819
	예	1.00				1.00			
튜브 유지 퇴원	아니오	0.30	0.11	0.85	0.024	0.52	0.18	1.56	0.243
	예	1.00				1.00			
CCI	CCI 0	1.00				1.00			
	CCI 1	0.78	0.47	1.30	0.047	0.50	0.28	0.91	0.011
	CCI 2 ≤	1.78	1.00	3.19	0.019	1.13	0.57	2.23	0.157
신생물 주진단	아니오	0.81	0.46	1.43	0.471	0.92	0.51	1.68	0.786
	예	1.00							

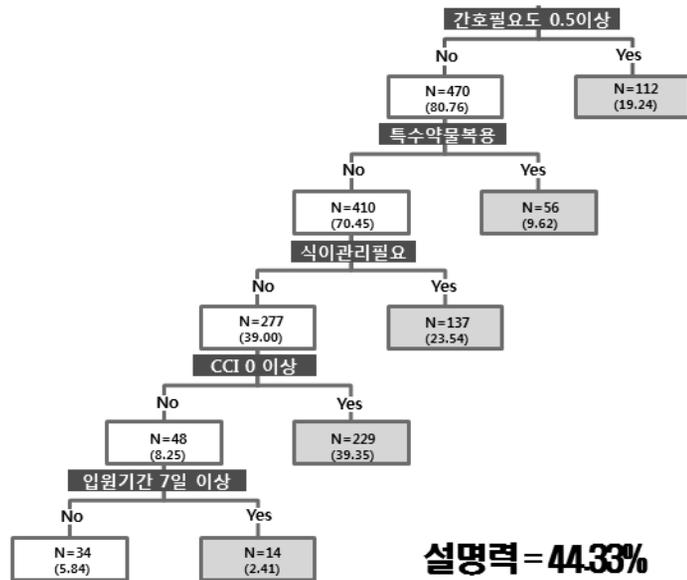
* WCL Wald Confidence Limits

본 연구에서는 퇴원 후 간호서비스 필요여부 예측요인을 파악하기 위한 또 다른 분석방법으로 의사결정 나무분석방법을 이용하여 대상의 특성에 따른 퇴원 후 간호서비스 제공 대상의 분류를 시도하였다(그림 3-2). 그 결과 퇴원 후 간호서비스 제공의 결정요인 모형은 크게 두 개로 나타났다.

모형 1에서 간호서비스 필요유무와 관련된 규칙은 총 다섯 가지인 것으로 나타났다. 첫째, 간호필요도가 0.50이상인 경우, 둘째, 간호필요도가 0.5이하이면서 특수약물을 사용하는 경우, 셋째, 간호필요도가 0.5이하이면서 특수약물을 사용하지 않는 경우에서 식이관리가 필요한 경우, 넷째, 간호필요도가 0.5이하이면서 특수약물을 사용하지 않는 경우에서 식이관리가 필요하지 않으면서 복합중복질환지수가 '0'인 경우, 다섯째, 간호필요도가 0.5이하이면서 특수약물을 사용하지 않는 경우에서 신체적 간호요구도가 1.5 이상이면서 복합중복질환지수가 '0'이 아닌 경우에서 입원기간이 7일 이상인 경우이다. 이 모형의 총 설명력은 44.33%로 나타났다.

모형 2에서는 간호서비스 필요와 관련된 규칙이 두 가지 경우로 나타났다. 첫째, 간호필요도가 0.5이상인 경우와 둘째, 간호필요도가 0.5이하이면서 특수약물을 사용하는 경우이다. 이 모형의 총 설명력은 79.04%로 모형1보다 간단한 모형구조이면서 설명력은 더 높았다.

〈모형1〉



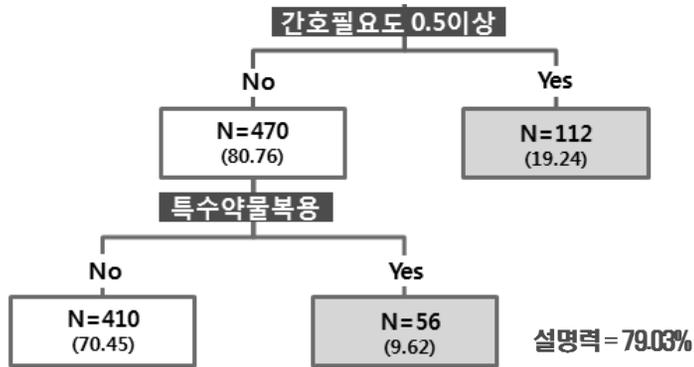
[그림 3-2] 의사결정 나무분석을 통한 퇴원 후 간호서비스 제공 결정요인

의사결정나무분석을 이용한 퇴원 후 간호 서비스 필요 예측모형 1의 정확도를 확인한 결과는 <표 3-14>와 같다.

<표 3-14> 의사결정나무분석을 통한 퇴원 후 간호서비스 필요 예측모형1의 정확도 분석

Observation		Expect			Prediction rate
		No	Yes	Total	
퇴원 후 간호제공	No	18	106	124	44.33%
	Yes	16	442	458	
Total		34	548	582	

<모형2>



[그림 3-3] 의사결정 나무분석을 통한 퇴원 후 간호서비스 제공 결정요인

의사결정나무분석을 이용한 퇴원 후 간호 서비스 필요 예측모형 2의 정확도를 확인한 결과는 <표 3-15>과 같다.

<표 3-15> 의사결정나무분석을 통한 퇴원 후 간호서비스 필요 예측모형2의 정확도 분석

Observation		Expect			Prediction rate
		No	Yes	Total	
퇴원 후 간호제공	No	78	46	124	79.04%
	Yes	199	259	458	
Total		277	305	582	

9. 퇴원 후 방문간호서비스 필요 여부 예측요인

퇴원 후 방문간호서비스의 필요여부를 예측하는 요인을 확인하기 위해 로지스틱회귀분석을 시행한 결과 퇴원 후 방문간호서비스 필요 여부에 영향을 미치는 요인은 간호필요도, 수술 후 재원기간으로 나타났다<표 3-16>. 구체적으로 살펴보면, 간호필요도가 0.5 미만인 경우 간호필요도가 0.5이상인 경우보다 방문간호가 필요할 가능성이 1.26배 높은 것으로 나타났다($p < .001$). 또한, 수술 후 재원기간이 7일 이하에서 퇴원하는 환자들의 경우 8일 이상에서 퇴원하는 경우보다 퇴원 후 방문간호필요 가능성이 1.51배 높을 수 있는 것으로 나타났다($p = .030$).

<표 3-16> 퇴원 후 방문서비스 예측 요인 (Logistic Regression)

Multiple Logistic Regression					
항목 구분		Odds Ratio	95% Wald Confidence Limits		p-value
성별	남성	0.51	0.22	1.18	0.001
	여성	1.00			
환자 연령	<40세	1.00			
	40세 ≤ 70세	0.62	0.11	3.54	0.909
	70세 <	1.17	0.20	6.73	0.712
간호필요도	0.5 <	1.26	0.48	3.33	<.0001
	≤ 0.5	1.00			
동거가족 유무	예	1.22	0.30	4.97	0.115
	아니오	1.00			
퇴원교육 이해	예	0.52	0.08	3.20	0.644
	아니오	1.00			
HOD	≤ 7일	1.00			
	8일 ≤ ≤ 14일	1.06	0.38	2.99	0.777
	15일 ≤	3.24	1.00	10.50	0.477
POD	해당없음	1.30	0.33	5.09	0.258
	≤ 7일	1.51	0.23	9.88	0.030
	8일 ≤	1.00			
식이관리필요	아니오	0.53	0.20	1.40	0.319
	예	1.00			
특수약물 복용	아니오	1.15	0.40	3.29	0.485
	예	1.00			
문제약물 복용	아니오	1.02	0.42	2.49	0.199
	예	1.00			

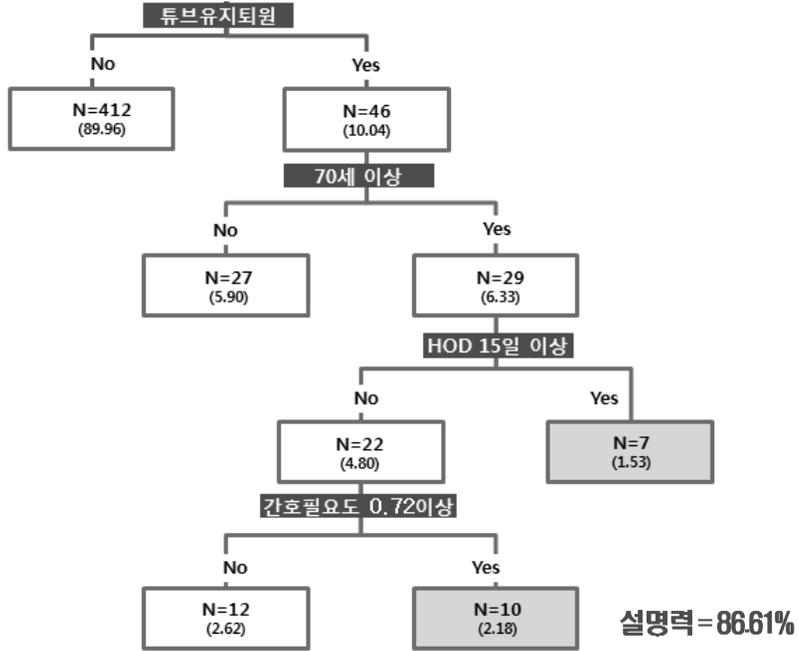
Multiple Logistic Regression					
항목 구분		Odds Ratio	95% Wald Confidence Limits		p-value
중환자실 경유	아니오	1.71	0.44	6.58	0.794
	예	1.00			
튜브유지퇴원	아니오	0.33	0.11	1.03	0.972
	예	1.00			
CCI	CCI 0	1.00			
	CCI 1	1.24	0.38	4.04	0.436
	CCI 2 ≤	1.82	0.60	5.54	0.057
신생물 주진단	아니오	1.21	0.42	3.52	0.881
	예	1.00			

퇴원 후 방문간호서비스 필요여부 예측요인을 파악하기 위한 또 다른 분석방법으로 의사결정 나무분석방법을 이용하여 대상의 특성에 따른 퇴원 후 간호서비스 제공 대상의 분류를 시도하였다(그림 3-4). 그 결과 퇴원 후 간호서비스 제공의 결정요인 모형은 크게 두 개로 나타났다.

모형 1에서 간호서비스 필요유무와 관련된 규칙은 총 두 가지인 것으로 나타났다. 첫째, 튜브를 유지한 후 퇴원하는 경우에서 70세 이상인 경우이면서 입원기간이 15일 이상인 경우와, 둘째, 튜브를 유지한 후 퇴원하는 경우에서 70세 이상인 경우이면서 입원기간이 15일 이하이면서 간호필요도가 0.72 이상인 경우이다. 이 모형의 총 설명력은 86.60%로 나타났다.

모형 2에서도 간호서비스 필요와 관련된 규칙이 두 가지 경우로 나타났다. 첫째, 튜브를 유지한 채 퇴원하는 경우에서 70세 이상이면서 입원기간이 15일 이상인 경우와, 둘째, 튜브를 유지한 채 퇴원하는 경우에서 70세 이상이면서 입원기간이 15일 이하이면서 CCI '3'이상인 경우이다. 이 모형의 설명력은 79.24%로 나타났다.

[모형 1]



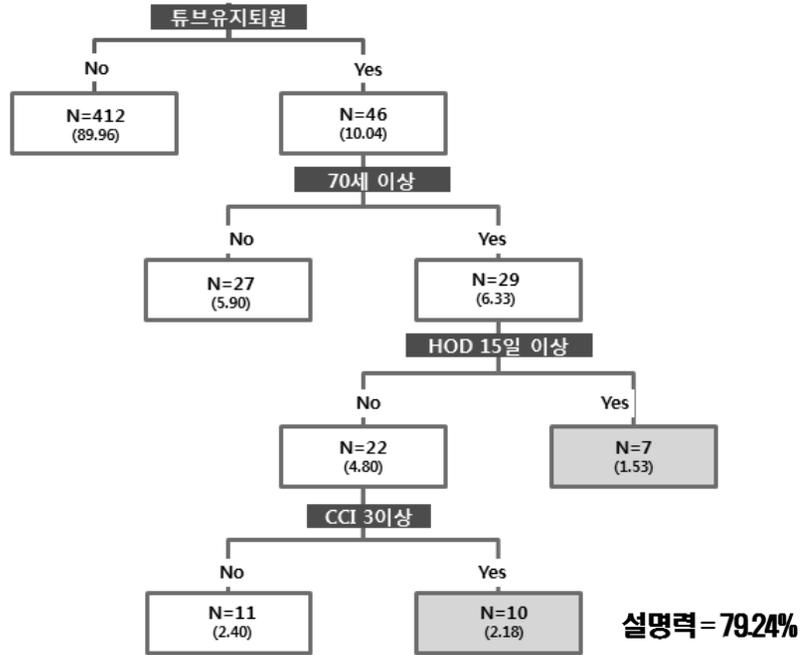
[그림 3-4] 의사결정 나무분석을 통한 퇴원 후 방문간호서비스 제공 결정요인

의사결정나무분석을 이용한 퇴원 후 방문간호서비스 필요 예측모형의 정확도를 확인한 결과는 <표 3-17>과 같다.

<표 3-17> 의사결정나무분석을 통한 퇴원 후 방문간호서비스 제공 예측모형1의 정확도 분석

Observation		Expect		Total	Prediction rate
		No	Yes		
방문간호필요	No	375	54	429	86.60%
	Yes	6	13	19	
Total		381	67	448	

[모형 2]



[그림 3-5] 의사결정 나무분석을 통한 퇴원 후 방문간호서비스 제공 결정요인

의사결정나무분석을 이용한 퇴원 후 방문간호서비스 필요 예측모형2의 정확도를 확인한 결과는 <표 3-18>과 같다.

<표 3-18> 의사결정나무분석을 통한 퇴원 후 방문간호서비스 제공 예측모형2의 정확도 분석

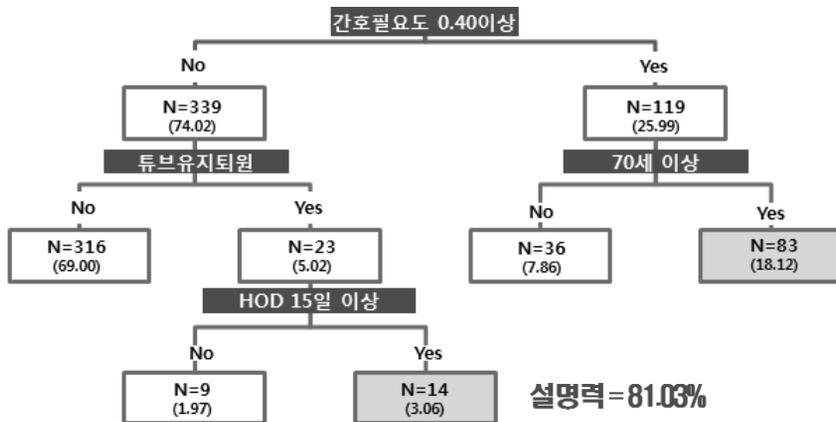
Observation		Expect			Prediction rate
		No	Yes	Total	
방문간호필요	No	342	87	429	79.24%
	Yes	6	13	19	
Total		348	100	448	

10. 퇴원 후 정기적 간호서비스 제공여부 결정요인

급성기 병원 퇴원 환자들 중 퇴원전환나 방문서비스를 일회성이 아닌 정기적으로 방문해야 할 필요성이 있는 대상자를 파악하기 위해 의사결정나무분석을 이용하여 결정요인을 확인하였다. 그 결과 퇴원 후 정기적 간호서비스 제공 유무와 관련된 규칙은 총

두 가지로 나타났다. 첫째, 간호필요도 0.408이상에서 70세 이상인 경우와 둘째, 간호 필요도 0.408 이하인 경우에서 튜브를 유지한 후 퇴원 경우와 이중 입원기간이 15일 이상인 경우이다. 이 모형의 설명력은 81.03%였다.

[모형 3]



[그림 3-6] 의사결정나무분석을 통한 퇴원 후 정기적 간호서비스 제공 결정요인

의사결정나무분석을 이용한 퇴원 후 정기적 간호 서비스 필요 예측모형의 정확도를 확인한 결과는 <표 3-19>과 같다.

<표 3-19> 의사결정나무분석을 통한 퇴원 후 정기적 간호서비스 필요 예측모형의 정확도 분석

Observation		Expect			Prediction rate
		No	Yes	Total	
방문간호필요	No	348	75	423	81.03%
	Yes	10	15	25	
Total		358	90	448	

제4장

논의 및 결론

제1절 급성기 간호간병통합서비스 병동 퇴원 관련 경험	91
제2절 급성기 간호간병통합서비스 병동 퇴원 후 간호요구도 및 간호필요도	93
제3절 퇴원 후 간호서비스 개발 방안	97

제4장

논의 및 결론

급성기 병원 퇴원 환자는 증가하는 추세인 반면 의료계의 경영효율화 제고에 따라 평균 재원일은 감소하고 있다. 따라서 퇴원 환자들의 퇴원 후 간호요구도는 점차 증가할 것으로 예상된다. 한편, 인구의 노령화와 핵가족화 및 산업화로 인해 독거노인과 독거가구가 늘어나면서 임상 현장의 의료진들은 퇴원하는 환자들 중 상당수 환자들에 대해서 퇴원 후 불충분한 자가관리로 인한 질환의 악화를 우려하고 있는 실정이다. 더욱이 돌봄에 대한 가족 구성원의 부담을 줄여주기 위한 간호간병통합서비스가 전격화됨에 따라 재원 기간 중 가족들이 환자의 치료과정 참여가 감소하고 있다는 점은 이러한 우려를 증폭시키는 요인이라고 할 수 있다. 따라서 현 시점에서 퇴원 환자에 대한 체계적인 추후 관리가 적극적으로 요구되고 있는 상황이다.

이에 본 연구에서는 탐색적 혼합연구방법을 이용하여 퇴원 후 간호필요도가 높은 대상자들의 특성과 퇴원 후 필요한 서비스의 내용을 파악하고자 하였으며, 그 결과를 바탕으로 퇴원 후 체계적인 간호서비스 방안을 모색하고자 하였다.

제1절 급성기 간호간병통합서비스 병동 퇴원 관련 경험

본 연구에서는 급성기 간호간병통합서비스 병동에서 퇴원한 환자들의 퇴원 후 경험과 환자의 퇴원과정에 참여하고 있는 의사 및 간호사들의 경험에 대한 심층면담을 토대로 내용분석을 시도한 결과 퇴원 후 간호서비스의 필요성과 서비스의 대상, 서비스의 내용 및 서비스 장애요인에 대한 다양한 측면의 내용들이 도출되었다.

우선, 과거에 비해 가족의 돌봄체계가 약화된 상태로 정서적 지지체계와 사회적 지지체계마저도 부족한 고령의 환자들은 퇴원 후 관리를 위한 충분한 안내를 받지 못하고 대책도 마련하지 못한 채 퇴원하고 있다고 느끼고 있었다. 이는 대학병원과 종합병원에 입원한 노인 환자 중 퇴원예정인 노인 290명을 대상으로 설문조사를 실시했던 신은영과 이선자(2002)의 연구에서 1년 이내 재입원의 경험이 있는 환자가 71.4%를

차지하였고 퇴원시 전체의 87.9%가 독립적으로 일상생활수행을 하기 어려운 상태로 퇴원 후에도 지속적인 계속관리가 필요하다고 보고되었던 결과를 경험적 진술로 드러내고 있다고 볼 수 있겠다.

또한, 의료진 역시 퇴원과정이 다급하게 진행되는 경우가 빈번하여 퇴원 후 관리에 대한 충분한 교육이나 안내를 제공하지 못하고 있는 현실에 대해 안타까워하고 재입원이나 합병증 발생에 대한 우려를 하고 있었다. 퇴원 계획과정은 환자의 입원시점부터 시작되어 재원기간동안 정기적으로 점검될 필요가 있으며, 퇴원 후 지속적인 치료로 이어질 수 있도록 돕는 과정으로 많은 병원에서 퇴원 예고제를 권장하면서 의료진이 퇴원을 환자에게 가급적 사전에 알리고 준비시킬 것을 적극 지원하고 있다. 그러나 실제 현장에서는 다급하게 퇴원결정이 되는 경우가 83.4%에 달한다고 보고되고 있으며, 종합병원 간호사들 역시 퇴원교육의 중요성에 대한 인식이 가장 낮은 것으로 보고되고 있어, 환자 뿐 아니라 의료진 역시 충분한 퇴원 준비 기간을 갖지 못하고 있고 이에 대한 중요성을 인식하지 못하고 있다는 지적이 지속되고 있다. 이는 퇴원 간호서비스 체계를 마련하는 데 있어 의료진의 퇴원 계획의 중요성에 대한 인식의 고취가 선행되어야 함을 시사 하는 것이라고 볼 수 있다.

아울러 질적면담결과 일괄적인 서비스 제공보다는 비용효과적인 측면에서 퇴원 후 관리가 필요한 대상자들을 선별하여 선택적 서비스를 제공할 필요성이 제기되었다. 퇴원 후 관리가 필요한 대상으로는 가족지지가 사회적 지지체계가 미흡하거나 거동장애나 인지저하가 있는 대상, 수술 및 시술 직후환자와 중환자실을 경유하여 치료를 받았던 환자, 암환자, 특수약물 복용환자나 복막투석과 같은 만성질환 환자 및 조기퇴원환자들이 그 대상으로 제기 되었으며, 당뇨환자들에 대한 추후 관리가 강조되었다. 이는 선진국에서 이미 실시하고 있는 퇴원환자 관리대상과 유사한 내용으로 특히 미국 BOOST프로젝트에서 퇴원 후 적극적인 관리가 필요할 수 있는 위험한 환자를 스크리닝하는 단계에 포함된 대상과 매우 유사하다(Jencks, Williams, and Coleman 2009, 1418-1428). 즉, 이 도구에서도 6개월 내 입원력이 있었던 환자, 암이나 기타 질환으로 완화케어를 받는 환자, 문해력이 떨어지는 환자, 암환자, 당뇨환자, 항혈전제와 인슐린 등을 포함한 문제약물을 복용하는 환자 등을 포함하고 있어 본 연구에서의 면담분석결과를 실증적으로 뒷받침하고 있다.

셋째, 퇴원 후 환자들을 관리하기 위한 다양한 서비스 내용이 제기 되었다. 현행 퇴원한 환자에게 일괄적으로 시행하고 있는 퇴원 후 전화방문서비스는 정서적지지 측면에서 긍정적 효과를 나타내기도 하나 내용적 측면에서 입원 생활에 대한 만족도조사

수준으로, 퇴원 한 환자들에게 필요한 의료적 차원에서 상담이나 추후관리 측면에서는 미비하다는 점이 지적되었다. 따라서 모든 퇴원환자들을 대상으로 한 일률적인 전화방문은 비효율적이며, 필요한 대상자에게 적합한 서비스를 체계적으로 할 필요성이 제기되었다고 하겠다. 많은 선행연구에서 암환자를 비롯한 다양한 질환군에서 퇴원 한 환자들을 대상으로 한 전화상담을 통해 환자의 증상관리를 돕고 기능회복 증진에 도움을 주었음을 보고하고 있으나(박영숙 et al. 2008, 294-304; 박인숙 et al. 2012, 317-328; 이현정, and 박현애 2011, 336-348; 이현정 2012, 95-103; 최진영 et al. 2014, 191-201), 퇴원환자를 대상으로 하여 제공되고 있는 전화방문서비스는 이러한 전문적이고 체계적인 상담에는 미치지 못하고 있는 실정이다. 따라서 입원 생활 중 불만족 요인 해결을 위한 전화방문 수준이 아닌 질환별 근거기반 전화상담가이드라인 토대로 전문적 전화상담을 활성화함으로써 퇴원 후 환자들의 회복을 증진시키기 위한 전략이 필요하다.

또한, 가정방문간호 대상자들의 경우 튜브 관리나 상처관리가 필요한 대상 중 일부만 제한적으로 연계되고 있는 상황이며, 보건소의 방문간호서비스나 장기요양서비스 등 지역기관 연계가 필요한 대상으로 인식되더라도 실질적인 연계 노력은 미흡한 것으로 보고되었다. 이는 장미영과 이가연(2009)이 병원중심 가정간호 환자의 주 간호자가 인식한 재가복지서비스 요구를 조사한 연구에서 지적한 바와 같이 현행 가정간호서비스가 급성기 의료기관에서 퇴원하는 환자 및 보호자들의 재가서비스에 대한 요구를 충족 시키기에는 부족한 실정이라는 점을 실증적으로 나타내고 있다고 볼 수 있다.

제2절 급성기 간호간병통합서비스 병동 퇴원 후 간호요구도 및 간호필요도

‘의료장비관리’에 대한 높은 수준의 간호요구도 및 간호필요도

퇴원 환자들을 대상으로 퇴원 후 간호요구도를 조사한 결과 가장 높은 간호요구도를 나타낸 영역은 ‘의료장비관리’로 의료장비관리에 대한 간호요구와 관련한 대상은 전체 응답환자 중 20~30% 정도 해당되었는데, 이들의 의료장비에 대한 간호요구도는 높은 수준을 나타내었다. 간호사가 퇴원환자에 대해 필요한 간호영역으로 가장 높게 파악하고 있는 영역 또한 ‘의료장비관리’로 환자가 인식한 간호요구도와 일치하고 있다. 즉, 퇴원환자 중 의료장비에 대한 관리가 필요한 대상자들을 위한 체계적인 교육이 수요자

및 공급자 측면에서 모두 중요하게 인식되고 있는 것으로 나타났다. 이 결과 해석에 있어서 의료장비에 대한 간호요구도가 높게 나타났다는 측면보다는 기관삽관장치나 튜브 및 케모포트 등 의료장치를 보유하고 퇴원하는 환자들의 경우 이러한 장치나 관련 장비를 다루는 것과 관련하여 상당한 어려움을 경험하고 있다는 점에 주목할 필요가 있겠다. 또한 간호필요도에 영향을 미치는 요인 분석에도 ‘튜브를 유지한 상태의 퇴원’이 주요 요인으로 포함된 점도 이러한 결과 해석을 뒷받침하고 있다($\beta=-0.18, p=.001$). 또한, 퇴원 후 미충족 간호요구도를 조사한 선행연구에서 미충족 간호요구도가 높았던 영역은 만성호흡기 질환, 장루보유 대장암 및 뇌졸중 등 각 질환군별로 상이한 순서로 나타났다라는 점을 고려할 때, 추후 연구에서는 질환군 별로 충분한 대상자를 확보하여 질환별 퇴원 후 간호필요도의 차이를 파악해 볼 필요가 있겠다.

2. 간호사의 퇴원 환자에 대한 ‘간호필요도’ 예측 정확성

환자의 일반적 특성에 따라 환자가 인식하는 퇴원 후 간호요구도와 간호사가 인식하는 퇴원 후 간호필요도를 비교 분석한 결과 70세 이상의 고령자, 퇴원 교육에 대한 이해수준이 낮은 환자, 재원일이 7일 이상인 경우와 식이관리가 필요한 경우, 특수약물을 복용하는 경우와 중환자실을 경유하여 치료한 환자, 튜브를 유지한 상태에서 퇴원하는 환자, 복합상병지수 ‘1’이상인 환자가 퇴원 후 간호필요도 및 간호요구도 모두 상대적으로 높은 수준으로 통계적으로 유의성을 나타내었다. 이와 같이 환자들이 인식하는 퇴원 후 간호요구도와 담당간호사가 인식하는 퇴원 환자에 대한 간호필요도의 차이를 나타내는 요인이 일치하는 경향은 퇴원환자에 대해 담당간호사가 예측하는 퇴원 후 간호필요도가 환자의 간호요구도를 어느 정도 반영하고 있다고 볼 수 있을 것이다. 또한 퇴원 후 간호요구도와 간호필요도 간의 상관관계를 분석하였을 때 총 평균과 8개 하위영역의 대부분에서 유의한 상관성을 나타내고 있는 것 또한 이를 뒷받침하는 자료라고 할 수 있을 것이다. 따라서 추후 퇴원 후 간호서비스를 제공하여야 할 대상자를 선별하는 근거로서 간호사들의 퇴원환자에 대한 간호필요도를 활용할 수 있을 것이다.

3. 퇴원 후 간호필요도에 영향을 미치는 요인과 간호필요 여부 결정요인

카이검정 및 Fisher’s exact test, 다중회귀 분석과 로지스틱 분석을 통해 퇴원 후 간호필요도에 영향을 미치는 요인과 퇴원 후 간호필요 여부를 결정하는 요인을 파악한 결과 공통적인 요인은 ‘70세 이상 고령’, ‘식이관리가 필요한 경우’와 ‘튜브를 삽관한 상

태에서 퇴원하는 경우'로 나타났다. 모든 분석방법에서 공통적이진 않으나 그 외 추가적으로 나타난 관련요인으로는 수술 후 7일 이하에서 퇴원하는 경우와, 특수약물을 사용하는 경우, 복합상병지수(CCI) '2'이상인 경우와 간호필요도가 0.5이상인 경우가 포함되었다.

고령화와 생활습관에 다른 질병패턴의 변화(만성복합질환과 장기요양증가 등)는 의료비 증가의 주요원인임이 밝혀지고 있으나, 국가별로 총 의료비의 상당부분을 차지하는 특정 환자 질환군은 다소 차이가 있을 수 있으나, 전반적으로 복합 만성질환자의 의료비가 높은 수준을 차지하고 있다고 보고되고 있다. 미국의 경우 이들의 의료비는 전체의 75%를 차지하는 것으로 밝혀진 바 있으며, 4개 이상의 복합만성질환자의 의료비는 아일랜드의 경우는 만성질환이 없는 환자의 5배이며 미국의 경우는 10배 수준으로 보고된 바 있다. (김지은, 황준원, and 박재산 2015, 1-24) 또한, 전 세계적으로 복합만성질환(Multimorbidity, 2개 이상의 만성질환을 동시에 가지는 경우) 인구가 증가하는 추세인 점을 고려할 때 복합상병지수를 고려한 퇴원환자의 집중관리가 의료비 절감을 위해 필요한 시점이라고 하겠다(World Health Organization 2015).

설문조사결과에 대한 통계 결과에서 추출된 퇴원 후 간호필요도 영향요인과 간호필요 여부 결정요인들은 간호사들과의 포커스 그룹면담과 의사들을 대상으로 진행한 심층면담에서도 퇴원 후 지속적인 간호가 필요한 대상에 대한 내용으로 나타나 결과의 일관성을 보였다. 즉, 의료진은 노인환자의 경우 복합질환을 갖고 있는 경우가 많을 뿐 아니라 이해력이 떨어지는 경우가 많고 이로 인한 부적절한 약물이행과 부작용으로 재입원을 하게 되는 경향이 있다고 보고하였으며, 당뇨 및 신장질환이 있는 환자들의 재입원 사례 중 상당수가 식이관리의 실패로 인한 전해질 불균형이었던 경우로 이들에 대한 집중적인 관리가 필요함을 피력하였다. 또한, 간호사들의 포커스 그룹 면담에서 언급된 내용에 따르면 튜브 등의 삽관을 유지한 상태에서 퇴원하는 사례에 있어서 이들의 튜브관리를 가정간호사가 방문하여 적절히 관리하게 되는 사례도 있지만, 정확한 방법을 숙지하지 못한 상태이거나 소독의 개념이 미흡한 상태에서 소독 솜을 재사용함으로써 삽관부위를 오염시키는 사례가 있었음을 보고하고 있어 퇴원 시 튜브 삽관 유무가 퇴원 후 간호필요 여부를 결정하는 하나의 중요한 요인이라는 통계적 분석 결과는 이러한 질적면담 분석결과를 뒷받침하는 자료라고 하겠다.

퇴원 후 간호가 필요한 대상의 특성간의 상관관계나 패턴 등을 발견하기 위해 데이터마이닝 기법 중 의사결정나무분석법을 활용하였다. 이를 통해 퇴원 후 간호가 필요한

대상의 특성을 파악할 수 있는 나무구조모형(tree-structured model)을 개발하여 대상자 특성과 요구도를 반영한 간호서비스 방안에 활용하고자 하였다. 의사결정나무분석 결과 2개의 모형에서 7개의 규칙이 설명되었는데, 이 중 설명력이 높은 모형에서 나타난 규칙은 간호필요도가 0.5이상인 환자군과 간호필요도가 0.5이하인 군에서 특수약물을 복용하는 군에서 퇴원 후 간호서비스가 필요한 것으로 나타나, 인슐린, 와파린, 천식약 및 골다공증 약물 등 특수약물을 복용하는 환자들에 대한 집중적인 퇴원 서비스가 효율적일 수 있는 것으로 나타났다. 이와 관련하여 Pal 등(2013)이 대학병원의 내외과 병동 퇴원환자들의 약물리스트를 점검하는 도구를 이용하여 미국의 퇴원환자 관리 프로젝트인 BOOST에서 퇴원 시 주의를 요하는 약물인 항응고제, 인슐린, 아스리핀과 클로피도그렐 복합치료제, 디곡신 진정제 등의 문제약물들에 대해 재검토하고 조정하는 중재들을 함으로써 퇴원 후 30일 내 재입원을 절반가량으로 줄일 수 있었다(OR 0.572)는 연구 결과 역시 본 연구 결과를 뒷받침하고 있다. (Pal, Babbott, and Wilkinson 2013, 380-388)

4. 퇴원 후 간호서비스 유형 결정 요인

퇴원 후 간호서비스 유형을 ‘가정방문여부’와 ‘2회 이상의 정기적 간호방문’ 및 ‘지역사회 기관연계 서비스’로 구분하여 이러한 서비스 유형 필요성을 결정하는 환자관련 요인을 카이검정 및 Fisher’s exact test, 로지스틱회귀분석 및 의사결정나무분석 등 다양한 방법을 이용하여 분석하였다.

그 결과 가정방문을 필요로 하는 대상을 결정하는 환자 요인은 70세 이상의 고령, 재원일 2주 이후 퇴원하는 경우 및 튜브를 유지한 상태에서 퇴원하는 경우로 나타났다. 또한 모든 분석방법에서 공통적으로 포함된 요인은 아니나 CCI ‘2’ 이상인 경우와 식이관리가 필요한 경우, 특수약물을 복용하는 경우 및 수술 후 7일 이내에 퇴원하는 경우 등이 가정방문이 필요한 요인으로 나타났다. 또, 의사결정나무분석을 통해 퇴원 후 방문서비스가 필요한 대상의 특성으로 2가지 규칙성을 나타내는 군이 분류되었다. 즉, 튜브를 유지한 상태에서 퇴원하는 환자로 70세 이상이면서 입원기간이 15일 이상인 환자군과 튜브를 유지한 상태에서 퇴원하는 환자로 70세 이상이면서 입원기간이 15일 이하이나 간호필요도가 높은 환자 군으로 이들 모형에 대한 설명력은 86.6%로 높았다. 또 다른 모형에서 튜브를 유지한 상태에서 퇴원하는 환자로 70세 이상이면서 입원기간이 15일 이하이나 복합중복질환지수 ‘3’이상인 군 역시 퇴원 후 방문간호가 필요한 대상군으로 포함되었다(설명력 79.24%). 이러한 요인들은 앞서 퇴원 후 간호필요대상자 군의

특성에 포함되는 요인이기도 하나 특별히 이러한 요인들이 모두 해당되는 대상자에 대해서는 가정방문이 필요할 수 있음을 시사한다고 할 수 있겠다.

일회성 서비스가 아닌 지속적인 정기적 전화방문이나 가정방문이 필요하다고 판단되는 환자들의 특성을 파악하기 위한 분석으로 카이검정 및 Fisher's exact test와 의사결정나무분석을 한 결과 고려할 요인으로 70세 이상 고령자, 튜브를 유지한 상태로 퇴원하는 경우가 공통적으로 포함되었으며, 두 가지 분석에서 공통적인 요인은 아니나 입원기간이 15일 이상인 경우도 하나의 요인으로 나타났다. 특히, 의사결정나무분석방법을 통한 분석에서 튜브를 유지한 상태에서 퇴원하는 환자 중 입원기간이 15일 이상인 환자들의 경우 정기적 방문이 필요한 군으로 분류되었으며 이에 대한 설명력은 81.03%로 높게 나타났다. 따라서 특별히 이러한 요인이 모두 포함된 사례에 대해서는 일회성이 아닌 지속적이고 정기적인 퇴원 후 관리 계획을 고려할 필요가 있겠다.

제3절 퇴원 후 간호서비스 개발 방안

지금까지의 고찰에서는 퇴원 후 서비스가 필요한 대상 환자의 특성들을 파악하고 이러한 특성들에 따른 대상자들의 퇴원 후 서비스 요구가 무엇인지를 확인하고자 하였다. 본 장에서는 서비스 공급자의 관점에서 퇴원 후 간호서비스를 제공하기 위해 전제되어야 할 제도적 방안 마련과 이러한 서비스들을 효율적으로 전달하기 위해서 필요한 내용들에 대해 논의하고자 한다.

1. 체계적인 퇴원 환자 관리 시스템 구축

다수의 선행연구에서 퇴원 후 환자에 대한 체계적인 서비스를 통해 환자의 불필요한 의료이용을 줄이고 회복을 증진시킴으로써 환자를 비롯한 가족의 삶의 질을 향상시키고 과 돌봄 부담을 감소시킬 뿐 아니라 불필요한 의료자원의 낭비를 막음으로써 재원의 손실을 막을 수 있다는 점이 강조되어 왔다(Thompson, Roebuck, and Stewart 2005, 377-384; Tsuchihashi-Makaya et al. 2013, 926-933; 박영숙 et al. 2008, 294-304; 오의금 et al. 2014, 273-273; Jencks, Williams, and Coleman 2009, 1418-1428; 김지은, 황준원, and 박재산 2015, 1-24; 이현정, and 박현애 2011, 336-348; 오의금 et al. 2016a, 194-204; Berenson, Paulus, and Kalman 2012, 1364-1366; Dhalla et al. 2014, 1305-1312; 홍준현 1996, 56-71; 황정해, and 이선자 2002, 201-212). 그러나 이러한 중요성에 대한 강조에도 불구하고 퇴원 환자에 대한 구

체적인 관리체계는 마련되지 못한 것이 현실이다. 퇴원 후 환자에 대한 서비스 제공을 위해서는 우선적으로 퇴원 전 체계적인 퇴원 준비가 선행되어야 할 것이다. 퇴원계획은 퇴원 당일 환자에게 필요한 교육을 제공하는 것 뿐 아니라 환자가 입원한 시점부터 시작 되어 입원 중 퇴원 이후 환자가 치료이행을 할 수 있는 지에 대해 정기적으로 평가하는 것을 포함한다. 퇴원 후 30일 내 재입원을 감소시키기 위한 중재연구 43편에 대한 체계적 고찰 연구에서 퇴원 환자에 대한 체계적 관리는 퇴원 전(Predischarge intervention), 재원 중(Intervention Bridging the transition) 그리고 퇴원 후(Postdischarge intervention)로 나눌 수 있는 12개의 중재로 분류하고 재입원을 예방하기 위한 퇴원 후 관리가 입원 시점부터 체계적으로 이루어져야 함을 강조한 바 있다(Hansen et al. 2011, 520-528).

그러나 국내 의료전달체계는 여전히 급성기 질환 치료 중심의 의료전달체계라고 할 수 있으며 급성기와 장기요양으로 양분된 우리나라의 의료기관의 진료형태로는 만성질환 시대를 맞아 필수적으로 요구되는 급성기 치료 이후의 회복기와 아급성기 상황에 적절하게 대응하는데 한계가 있다(강희정, and 이상영 2014). 또한, 이러한 틈새를 메우기 위해 급속도로 늘어나고 있는 요양병원은 이러한 역할을 충분히 해 내기에는 질적 수준의 보장이 이루어지지 않고 있을 뿐 아니라, 거동 제한이 일부 활동에 국한되는 노인 환자나 독거 환자나, 인지기능 약화로 최소한의 약물 복용지도가 필요한 환자 등 어느 정도의 의료서비스와 개인서비스가 제공된다면 굳이 요양병원으로 가지 않아도 되는 사례들은 여전히 서비스의 사각지대에 놓여 있으며 이러한 최소한의 지지기반이 부재한 상태에서 불필요한 재입원이 발생하는 사례가 적지 않다(이병구 et al. 2002, 329-337). 또한, 국내 의료기관에서의 퇴원 환자에 대한 관리체계는 암환자들의 퇴원 후 가정간호요구를 조사하는 단계이며(권인수, and 은영 1998, 602-615; 박영숙 et al. 2008, 294-304; 이선자, 장숙량, and 신은영 2001, 376-386; 권인수, and 은영 1999, 743-754; 김효진, and 김동희 2011, 287-295; 최경숙, 박경숙, and 류은정 1999, 215-224; 주애라, 염순교, and 박경숙 2009, 392-401; 이은옥, 이선자, and 박성애 1981, 33-54), 퇴원 후 전화상담가이드라인 개발된 바 있으나 일부 질환에 국한된 실정이다.(박영숙 et al. 2008, 294-304; 이현정 2012, 95-103)

따라서, 입원 시점부터 퇴원 후 환자의 자가관리 능력과 지지체계에 대한 사정을 토대로 하여 퇴원 후 서비스 연계까지 고려한 연속적인 관리체계가 구체적으로 마련될 필요가 있다. 이를 위해 단기적으로는 퇴원 후 간호서비스의 대상과 대상에 맞는 서비스 내용의 구체적 내용이 마련될 필요가 있다. 즉, 전문가들의 의견을 토대로 전화상담 시 체크되어야 할 부분과 필요한 교육내용 등이 진료특성이나 환자 특성에 맞게 구성되어야 할 것이다. 또한, 이러한 서비스를 제공하기 위한 인적 물적자원의 구축이 필요

하며, 특히, 보건소 및 노인장기요양센터와의 연계를 위해서는 급성기병원과 지역사회 자원과의 네트워크 강화를 위한 방안이 중장기적으로 구체화되어야 할 필요가 있겠다.

2. 전문화된 퇴원 코디네이터 필요성

본 연구의 전문의 및 간호사들을 대상으로 한 면담 결과 급성기 병원 퇴원 환자에 대한 체계적 관리를 위해 전문화된 퇴원 코디네이터의 필요성이 강조되었다. 또한, 이 역할은 진료과별 전문화된 지식과 경험을 갖춘 간호사가 적합할 것이라는 의견이 지배적이었다. 영국의 경우 입원치료계획과 지역사회서비스 및 재활, 급성기 치료와 1차 의료의 연속적 연계를 하는 ‘의료와 복지의 통합형 서비스 프로젝트’에서 간호사가 care coordinator, care navigator 및 case manager로서 의료와 복지 서비스의 교류와 병원과 지역사회와의 연계 등의 역할을 하고 있다. 그 외 많은 국외 선행연구에서 언급된 바와 같이 이미 많은 의료선진국에서는 2000년 이전부터 전문간호사를 비롯한 간호사들은 퇴원 후 뿐만 아니라 입원 중에도 환자에 대한 전반적인 퇴원계획을 세우는 것에서부터 퇴원 후 전화와 방문으로 이어지는 서비스를 제공하고 있다(Coleman et al. 2006, 1822-1828; Jaarsma et al. 1999, 673-682; Naylor et al. 1994, 999-1006; Parry et al. 2009, 84-99; Coleman et al. 2004, 1817-1825; Brown, and Caplan 1997, 5-11). Coleman과 그의 동료들은 이들의 역할을 “transition coach”라고 설명하면서 퇴원 이후 환자들의 자가관리행위를 향상시키는 중요한 역할이라고 주장한 바 있다. (Coleman et al. 2004, 1817-1825)

퇴원 이후의 환자 관리는 지역사회 의사, 사회복지사, 보건소를 비롯한 지역사회 기관을 비롯한 다양한 기관과 다학제간의 협력체계가 필요하나 이상 현재 임상 현장가들의 요구와 선행연구자들의 주장을 기반으로 볼 때 퇴원 전 후 이들을 통합하고 연계하기 위한 관리주체로서 전문간호사를 활용하는 방안을 고려할 필요가 있겠다.

3. 의료기관의 퇴원환자 관리 활성화를 위한 적정 수가마련

최근 의료기관들이 경영수지를 향상시키기 위한 방안 중 하나로 재원기간을 줄여나가고자 하는 노력이 지속되고 있고 상급종합병원 환자 점유율이 2001년 9.9%에서 2012년 17.7%로 증가하고 있는 상황에서 아급성 상태에서 퇴원하게 되는 환자들은 지속적으로 증가하게 될 수 밖에 없다(강희정, and 이상영 2014.). 그러나 의료기관들이 퇴원환자들을 관리하는 체계는 추후 외래 방문 독려, 가정방문간호 연계 및 요양기관 정보제공 정도로 이루어지고 있으며, 이러한 중재 역시 의료기관의 경영수지 향상 측면에서 최소

한으로 강조되고 있는 수준이다. 따라서 향 후 퇴원 환자의 불필요한 재입원을 예방하기 위한 방안을 강화하기 위해서는 의료기관들의 관심과 노력이 필요한 상황이다.

보다 일찍 퇴원 환자 관리를 위한 정책을 마련하고 이를 활성화하기 위한 노력을 기울인 대부분의 나라들에서 의료기관들이 퇴원환자들에 대한 체계적 관리를 강화하도록 하기 위해 마련한 유인 정책과 방안은 다양하다.

우선 미국의 경우는 메디케어나 메디케이드 대상 환자들을 케어하는 의료기관들을 대상으로는 부정적 강화책으로 '30일내 재입원율'등의 일정 지표에 대해 일정 수준 이상인 의료기관에 대해 의료비 환급율을 낮춰서 지급하는 패널티를 적용하고 있다. 한편 지원책으로는 2004년부터 구체화된 퇴원 환자 관리 패키지를 만들어 운영하고 이를 미국 대다수 지역을 연결하는 네트워크를 마련하여 퇴원환자관리를 전사적으로 시행하도록 지원하고 있다. 또한, 케어모어, 첼메드 및 가이징거와 같은 민간보험자들을 이용하여 관할 지역 의료비 감소율에 따른 수익을 이들이 일부 환수할 수 있도록 함으로써 민간 보험자들이 퇴원환자들을 체계적으로 관리하는데 적극 나서도록 하고 있다.

한편, 우리나라는 민간보험보다 전 국민의료보험체계를 유지하고 있는 상황으로 퇴원 후 환자관리 서비스만을 민감보험에 의지하는 공급체계를 마련한다는 것은 현실적으로 어렵다. 따라서 건강보험체계 내에서 이러한 서비스가 제공되도록 구체화할 필요가 있다. 그러나 국내 의료기관들이 우리나라의 의료수가가 OECD와 비교할 때 최소 절반 이하의 수준임을 들어 운영의 어려움을 호소하고 있는 상황(이해종 2012, 93-100)에서 별도의 수가 산정 없이는 이에 대한 별도의 체계를 구축하고 실행하도록 독려하는 것은 현실적으로 불가하다. 따라서 의료기관들이 퇴원 후 환자관리를 적극적으로 할 수 있도록 하기 위해서는 퇴원 후 환자관리를 위한 서비스수가를 신설함으로써 의료기관들이 이를 적극 활용할 수 있도록 하는 방안이 필요하며, 이를 위해 퇴원 후 서비스의 내용과 서비스 제공인력에 따른 비용 산정을 위한 추가적인 연구를 할 필요가 있겠다.

4. 통합적인 퇴원 후 간호서비스 전달체계 마련

국내 의료시스템은 병원 중심, 질환중심으로 지속적이고 통합적인 관리가 요구되는 환자에게 분절된 의료서비스를 제공하게 되는 구조로 환자 중심과 예방 중심의 통합적인 의료서비스 제공과는 거리가 있다. 이에 최근 국내에서도 의료계와 학계를 중심으로 분절된 의료전달체계 등을 해소하기 위한 방안의 하나로 통합적 서비스 제공체계에 대한 논의가 이루어지고 있다(오익금 et al. 2014, 273-273; 오익금 et al. 2016a, 194-204; 오익금 et al. 2014, 247-247;

Korea Healthcare Congress 012,2013.)

퇴원 환자관리의 관점에서 이러한 문제는 일관되게 나타나고 있다. 즉, 국내에서 제공되고 있는 재가간호서비스는 의료기관의 가정간호사업 및 보건소 방문보건사업, 노인장기요양보험 방문간호사업이 있다. 이러한 서비스 중 노인장기요양보험 방문간호서비스의 경우는 수요자인 환자 혹은 보호자의 신청을 통하여 개시되고 방문보건서비스는 취약계층을 대상으로 하는 경우가 대부분으로 급성기 병원에서 퇴원하는 환자들의 경우 이러한 서비스에 대한 필요도를 파악하여 연계하는 체계가 구축되어 있지 않다.

또한, 의료기관에서 퇴원환자를 대상으로 의료기관 밖에서 제공하는 유일한 의료서비스인 가정간호는 2000년 의료법 개정으로 제도화되어 활성화단계에 있다고는 하나, 주로 조기퇴원환자 또는 만성중증질환자를 대상으로 의료기관 퇴원 시 주치의의 지시를 받아 의료기관의 가정전문간호사가 입원대체 서비스를 제공하고 있다. 그러나 급성기 의료기관의 경우 입원시점에서의 의학적 문제에 초점을 두고 있어 당면한 의학적 문제가 해결된 이후 재가 상태에서의 환자 돌봄에 대한 구체적인 계획에 대한 관심은 떨어지는 것이 사실이다. 이러한 이유로 본 연구의 질적 면담결과에서도 드러난 바와 같이 가정간호가 필요한 대상자들의 상당수가 누락되고 있는 것이 현실이며, 이러한 서비스는 주로 임상검사, 투약 및 검사, 치료적 간호 등에 치중되어 있는 제한점이 있다. 또한 가정간호이외의 다른 개인서비스가 필요한 대상자들을 다른 서비스로 연계하기 위한 체계가 부족하다. 이와 관련하여 국내 퇴원 환자가 활용 가능한 재가간호서비스는 자원 및 주체가 상이하고 사업간 업무내용이 중복되는 이유 등으로 통합적이고 연계성 있는 퇴원환자 중심의 간호중재서비스 체계가 구축되어 있지 않다는 점이 지속적으로 지적되고 있다(오의금 et al. 2014, 273-273; 오의금 et al. 2016a, 194-204; 오의금 et al. 2014, 247-247; 신영석, and 윤정호 2014, 304-311). 이러한 연구에서는 국내 재가간호서비스의 업무내용의 중복과 낮은 연계 업무수행으로 기존 서비스의 활용과 연속적 서비스 제공에 있어 어려움이 있다는 점을 강조하고 있으며, 퇴원 환자를 위한 대상자 중심의 케어 연속성을 유지하기 위해서 서비스 흐름의 체계적 구성이 필요함을 제안하고 있다(오의금 et al. 2016a, 194-204).

이상의 결과를 종합해 볼 때 기존의 재가서비스는 서비스 제공자 간의 네트워크가 이루어지지 않는 분절적 체계로 되어 있어 활용성이나 유용성이 낮았음이 지적된 바(정현진 et al. 2014), 급성기 병원 퇴원환자를 체계적으로 관리하기 위해서는 입원시점부터 환자의 상태와 퇴원 후 환경을 고려하여 퇴원 이후 환자에게 필요한 서비스를 계획하는 것이 우선적으로 필요하다. 즉, 입원 중 환자의 경과를 고려하여 이러한 계획들을 수정 보완하고 퇴원 이후 환자에게 필요한 서비스를 제공하고 퇴원 이후 적정시점에서 현재 마련되어 있는 지역사회 재가간호서비스가 연계될 수 있도록 지원하는 일련의 시스템이 필요하다. 이를 위해서는 앞서 강조한 퇴원코디네이터의 역할 확립이 매우 중요한 단초

가 될 수 있을 것이다. 즉 이들을 통해서 퇴원 후 재가서비스가 필요한 대상자들을 스크리닝하고 이 중 의료기관에서 제공하는 가정간호서비스 이외 재가 서비스가 필요한 대상과 이러한 서비스가 필요한 적정 시점을 모니터링 하여 대상자 중심의 서비스를 통합적으로 제공할 수 있도록 하는 시스템이 마련될 필요가 있다.

또한, 기존에 마련된 재가서비스 이외에도 현행 대다수 병원에서 환자가 퇴원한 병동의 간호사에 의해 이루어지고 있는 '전화방문서비스' 또한 정서적지지 차원에서 큰 도움이 되고 있을 뿐 아니라 치료이행을 모니터 할 수 있는 기능이 있음이 확인 되었다. 다만, 현재 전담자가 없는 상태에서 근무일정에 맞춰 산발적으로 시행되고 있고 대상자의 요구도에 맞춰진 서비스라기보다는 일괄적으로 시행되고 있는 만큼 불필요한 인력의 소모 또한 크다는 점이 지적되었다. 따라서 '퇴원 후 전화서비스'가 필요한 대상자를 선별하고 이들을 대상으로 구체화된 가이드라인에 따른 서비스를 제공한다면 기존의 재가서비스에 더하여 상담서비스로서의 효율성이 클 것으로 판단된다.

5. 재가 서비스와 급성기 병원간 연계체계 마련

본 연구에서 의료진을 대상으로 한 면담분석 결과 현행 국내에서 제공되고 있는 재가서비스를 받는 내용과 그 경과를 진료현장에서 확인할 수 있는 체계가 마련될 필요가 있음이 지적되었다. 특히 보건소방문간호 서비스에서 제공된 내용과 환자의 경과에 대한 기록을 추후 외래 방문 시 확인 할 수 있다면 독거 환자들이나 의사소통이 명확히 이루어지지 않는 대상자들의 경과 파악에 큰 도움이 될 것으로 판단된다. 따라서 제공된 재가 서비스 내용과 경과에 대해 통합적으로 기록하고 확인할 수 있는 시스템의 개발이 필요할 것으로 사료된다.

6. 퇴원간호서비스 도구개발

본 연구에서 밝혀진 퇴원환자의 퇴원 후 간호필요도 관련요인과 영향요인을 토대로 퇴원환자의 퇴원 후 간호필요도를 객관화하여 파악할 수 있는 선별도구의 개발을 제안한다. 이 도구를 통해 보다 효율적으로 퇴원 후 간호대상자를 스크리닝 할 수 있을 것이며, 추후 퇴원 간호서비스 수가개발 시 대상환자의 필요도 수준에 따른 개별적 수가 체계를 만드는데 활용할 수 있을 것이다.

본 연구 결과 조기 퇴원의 가속화와 노인환자의 증가 및 가족의 돌봄형태 변화를 고

려할 때 급성기 병원 퇴원환자들을 위해서 퇴원 후 간호서비스가 강화되고 체계화된 시스템이 마련되어야 할 필요성이 제기되었다.

이를 위해서 우선 서비스 필요 대상자를 스크리닝 하고 대상자의 요구에 맞는 서비스 수준을 결정하는 것이 효율적일 수 있음을 확인하였으며, 퇴원 후 전화상담이나 방문간호가 필요한 대상 선정 시 고려해야 할 대상자의 특성 변수는 70세 이상의 고령, 식이관리가 필요 유무, 튜브 등의 삽관상태에서 퇴원하는 지의 유무, 특수약물 복용여부, 복합상병지수 1이상인 경우와 재원일이 7~15일 이상인 경우 등으로 파악되었다.

또한, 퇴원 후 서비스를 체계적으로 계획하고 전달하는 과정에 적극적으로 개입하는 역할을 하는 전문화된 인력의 퇴원 코디네이터를 배치하는 것이 시급함을 확인하였다.

참고문헌



참고문헌

1. 강희정, &이상영. (2014). 보건의료정책의 현황과 과제.
2. 권인수, &은영. (1998). 간호사가 지각한 암환자의 퇴원후 가정간호요구. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 28(3), 602-615.
3. 권인수, &은영. (1999). 암환자의 퇴원 후 가정간호 요구. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 29(4), 743-754.
4. 김성실. (2001). 지역사회 간호 서비스 전달 체계 모형 개발 가정방문서비스를 중심으로 -. *Community Nursing*, 12(2).
5. 김지은, 황준원, &박재산. (2015). 의료비 절감을 위한 국내외 통합적 서비스제공체계 (Integrated health care)에 대한 국가간 비교분석. *보건산업브리프*, 186, 1-24.
6. 김효진, &김동희. (2011). 갑상선암 수술환자의 퇴원교육 요구 -환자 Vs. 간호사-. *한국간호교육학회지*, 17(2), 287-295.
7. 박영숙, 한경자, 하양숙, 송미순, 김성재, 정재원, et al. (2008). 퇴원 후 전화상담중재가 부인암환자의 지각된 건강상태, 심리적 안녕과 간호만족도에 미치는 효과. *한국간호교육학회지*, 14(2), 294-304.
8. 박인숙, 김은미, 오필주, 김수진, 김혜진, 김보경, et al. (2012). 항암화학요법 후 퇴원한 암 환자의 증상관리를 위한 전화상담 가이드라인 개발. *임상간호연구*, 18(2), 317-328.
9. 박정호, 윤순영, 김매자, 한경자, 홍경자, 박성애, et al. (2003). 가정·방문간호사업의 확대 및 정착을 위한 시론 (時論). *대한간호학회지*, 32(6), 855-866.
10. 박차상, 김옥희, 엄기옥, 이경남, 정상양, &배창진. (2005). 한국노인복지론. 서울: 학지사
11. 선우 덕, 강은아, 이윤경, 김지미, 최인덕, 양찬미. (2015). 노인돌봄(케어)서비스의 제공주체간 역할정립과 연계체계 구축. 2015-21-07.
12. 송종례. (2009). 가정간호: 위기와 전망. *Perspectives in Nursing Science*, 6(1), 55-65.
13. 신영석, &윤장호. (2014). 한국형 통합의료체계 모형 탐색. *보건행정학회지*, 24(4), 304-311.
14. 오의금, 성지현, 박영수, 이현주, &김유경. (2016a). 퇴원환자의 신체적 기능상태 및 미충족 간호요구도: 만성호흡기질환, 장루보유 대장암, 뇌졸중 환자를 중심으로. *임상간호연구*, 22(2), 194-204.
15. 오의금, 성지현, 박영수, 이현주, 김유경, 유재용, et al. (2014). 퇴원 환자의 건강상태, 가정간호요구 및 자기돌봄요구. 2014년 성인간호학회 춘계학술대회., 247-247.
16. 오의금, 이현주, 김유경, 성지현, 박영수, 유재용, et al. (2014). 퇴원환자를 위한 간호중재 프로그램의 내용과 효과. 2014년 성인간호학회 춘계학술대회., 273-273.
17. 유승흠. (2009). 박은철 (편). 의료보장론.
18. 유은경, &서문자. (2000). 종합병원 간호사가 인식하는 환자교육 중요도와 수행도의 관계연구. *한국간호교육학회지*, 6(2), 287-302.

19. 유호신. (2004). 장기요양제도와 가정간호· 방문간호. *한국보건간호학회 2004 년도 제1 회 지역사회간호, 보건간호, 가정간호, 연합학술대회.*, 103-146.
20. 유호신, 김은영, & 박재순. (2007). 한국의 가정건강관리 연구에 관한 고찰 -의료기관 및 지역사회 가정간호와 보건소 방문보건을 중심으로 -. *가정간호학회지 (한국가정간호학회)*, 14(2), 65-75.
21. 이병구, 증가, 환자의, 삶의질, & 욕망. (2002). 복약지도의 필요성과 현황. *JKHSP*, 19(4), 329-337.
22. 이선자. (2000). 노인입원환자의 퇴원 시 간호요구 측정 및 재가 장기 요양관리를 위한 프로그램 개발 연구. *연구보고서*, 2000(56), 0-1.
23. 이선자, 장숙량, & 신은영. (2001). 노인 입원환자의 퇴원계획 프로그램 개발을 위한 퇴원 서비스 요구도 조사. *한국보건간호학회지*, 15(2), 376-386.
24. 이연희. (2008). 호주의 노인보호서비스. Bid= 20,.
25. 이윤경. (2009). 노인장기요양서비스 이용형태 결정요인 연구. *한국노년학*, 29, 917-933.
26. 이은옥, 이선자, & 박성애. (1981). 퇴원시 환자의 간호요구도 조사. *간호학회지 (한국간호과학회)*, 11(2), 33-54.
27. 이해중. (2012). [주제발표] OECD 국가의 주요 의료수가 비교연구. *의료정책포럼*, 10(4), 93-100.
28. 이현정. (2012). 눈질환자의 퇴원 후 증상관리를 위한 전화상담 전산 Triage 시스템 개발. *동서간호학연구지 = Journal of East-West Nursing Research (경희대학교 동서간호학 연구소)*, 18(2), 95-103.
29. 이현정, & 박현애. (2011). 눈질환자의 퇴원 후 증상관리를 위한 전화상담 알고리즘 개발. *간호행정학회지*, 17(3), 336-348.
30. 장미영, & 이가연. (2009). 의료기관 가정간호 환자의 주 간호자가 인식한 재가복지서비스 요구 및 영향요인. *지역사회간호학회지*, 20(4), 443-452.
31. 정현진, 박종덕, 김승희, 최은희, 박해용, & 김아름. (2014). 고령화 시대에 대응한 통합 재가서비스 활성화 방안. 1-0006.
32. 주애라, 염순교, & 박경숙. (2009). 대장암 수술 환자의 퇴원 시 간호요구도 조사. *기본간호학회지 = Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing (대한기본간호학회)*, 16(4), 392-401.
33. 진영란. (2006). 도시 취약계층 노인의 장기요양서비스 제공모형 개발.
34. 진영란, 이인숙, & 장현숙. (2004). 보건소 방문보건사업 효과와 간호중재 분석. *지역사회간호학회지*, 15(3), 353-364.
35. 최경숙, 박경숙, & 류은정. (1999). 퇴원전 후 암환자와 가족원이 지각하는 간호요구 비교. *재활간호학회지 (한국재활간호학회)*, 2(2), 215-224.
36. 최병호, 신호성, 허순임, 선우덕, 변용찬, 김상철, et al. (2007). 노인장기요양보험제도 시범사업 평가연구 (2 차)-수가, 표준시설모형, 표준수발서비스, 질 관리 부문.
37. 최진영, 김숙경, 안지연, & 김구슬. (2014). 대장암 수술 후 퇴원한 환자의 증상관리를 위한 전화상담 가이드라인 개발 및 평가. *Asian Oncology Nursing (대한종양간호학회)*,

- 14(3), 191-201.
38. 허순임. (2008). 건강보험 지불제도와 의료공급자의 진료행태-의료공급자의 유인수요와의 연관성 파악.
 39. 허순임, &황도경. (2014). 건강보험 지불제도와 의료공급자의 진료행태: 의료공급자의 유인수요와의 연관성 파악. *한국보건사회연구원*, 1-228.
 40. 홍준현. (1996). 재입원 환자의 특성연구. *한국의료QA학회지 (한국의료질향상학회)*, 2(2), 56-71.
 41. 황정해, &이선자. (2002). 계획되지 않은 재입원에 대한 위험요인분석. *한국보건간호학회지*, 16(1), 201-212.
 42. Berenson, R. A., Paulus, R. A., &Kalman, N. S. (2012). Medicare's readmissions-reduction program--a positive alternative. *The New England Journal of Medicine*, 366(15), 1364-1366.
 43. Brown, A., &Caplan, G. (1997). A post-acute respiratory outreach service. *The Australian Journal of Advanced Nursing : A Quarterly Publication of the Royal Australian Nursing Federation*, 14(4), 5-11.
 44. Coleman, E. A., Parry, C., Chalmers, S., &Min, S. J. (2006). The care transitions intervention: Results of a randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*, 166(17), 1822-1828.
 45. Coleman, E. A., Smith, J. D., Frank, J. C., Min, S. J., Parry, C., &Kramer, A. M. (2004). Preparing patients and caregivers to participate in care delivered across settings: The care transitions intervention. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(11), 1817-1825.
 46. Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* Sage.
 47. Dhalla, I. A., O'Brien, T., Morra, D., Thorpe, K. E., Wong, B. M., Mehta, R., et al. (2014). Effect of a postdischarge virtual ward on readmission or death for high-risk patients: A randomized clinical trial. *Jama*, 312(13), 1305-1312.
 48. DoHA 2006a. (2006). *Home and community care program minimum data set, 2004-05 annual bulletin, canberra:DoHA*, 2016, from http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nst/Content/hacc-pub_mds_sb.htm .
 49. Hansen, L. O., Young, R. S., Hinami, K., Leung, A., &Williams, M. V. (2011). Interventions to reduce 30-day rehospitalization: A systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(8), 520-528.
 50. Holland, D. E., Mistiaen, P., &Bowles, K. H. (2011). Problems and unmet needs of patients discharged "home to self-care". *Professional Case Management*, 16(5), 240-50; quiz 251-2.
 51. Jaarsma, T., Halfens, R., Huijer Abu-Saad, H., Dracup, K., Gorgels, T., van Ree, J., et al. (1999). Effects of education and support on self-care and resource uti-

- lization in patients with heart failure. *European Heart Journal*, 20(9), 673-682.
52. Jack, B. W., Chetty, V. K., Anthony, D., Greenwald, J. L., Sanchez, G. M., Johnson, A. E., et al. (2009). A reengineered hospital discharge program to decrease RehospitalizationA randomized trial. *Annals of Internal Medicine*, 150(3), 178-187.
 53. Jencks, S. F., Williams, M. V., & Coleman, E. A. (2009). Rehospitalizations among patients in the medicare fee-for-service program. *N Engl J Med*, 360(14), 1418-1428.
 54. Korea Healthcare Congress. (012,2013). 2014 보건행정학회 추계학술대회.
 55. Naylor, M., Brooten, D., Jones, R., Lavizzo-Mourey, R., Mezey, M., & Pauly, M. (1994). Comprehensive discharge planning for the hospitalized elderly. A randomized clinical trial. *Annals of Internal Medicine*, 120(12), 999-1006.
 56. Pal, A., Babbott, S., & Wilkinson, S. T. (2013). Can the targeted use of a discharge pharmacist significantly decrease 30-day readmissions? *Hospital Pharmacy*, 48(5), 380-388.
 57. Parry, C., Min, S. J., Chugh, A., Chalmers, S., & Coleman, E. A. (2009). Further application of the care transitions intervention: Results of a randomized controlled trial conducted in a fee-for-service setting. *Home Health Care Services Quarterly*, 28(2-3), 84-99.
 58. Thompson, D. R., Roebuck, A., & Stewart, S. (2005). Effects of a nurse-led, clinic and home-based intervention on recurrent hospital use in chronic heart failure. *European Journal of Heart Failure*, 7(3), 377-384.
 59. Tsuchihashi-Makaya, M., Matsuo, H., Kakinoki, S., Takechi, S., Kinugawa, S., Tsutsui, H., et al. (2013). Home-based disease management program to improve psychological status in patients with heart failure in japan. *Circulation Journal : Official Journal of the Japanese Circulation Society*, 77(4), 926-933.
 60. World Health Organization. (2015). WHO global strategy on people-centered and integrated health services, interim report.

연구보고서 2016-20-021

간호·간병통합서비스 병원 퇴원환자의 추후 간호 관리방안 연구

발행일 2016년 12월 30일

발행인 강종구

편집인 장호열

발행처 국민건강보험공단 일산병원 연구소

주소 경기도 고양시 일산동구 일산로 100

전화 031) 900-6982 ~ 6987

팩스 031) 900-6999

인쇄처 지성프린팅 (02-2278-2493)

〈비매품〉



국민건강보험 일산병원 연구소



(우)10444 경기도 고양시 일산동구 일산로 100 (백석1동 1232번지)
대표전화 031-900-0114 / 팩스 031-900-6999
www.nhimc.or.kr

2016 NHIS Ilsan Hospital Institute of Health Insurance & Clinical Research

N a t i o n a l H e a l t h I n s u r a n c e S e r v i c e I l s a n H o s p i t a l