

1. Improving the Quality of Long-Term Care: Introduction

서울의대 의료관리학교실
2006-30966 광미영

- 가정간호(nursing home) 및 장기요양 환경(long-term care setting)에 따른 질(Quality) 문제는 지역 및 국가의 정책결정자들에게 주요 관심으로 대두되고 있음.
- 가정간호 관련법 제정을 위하여 IOM(1986) 위원회는 "Improving the Quality of Care in Nursing Homes" 보고서를 발표하였음. 이는 OBRA (Omnibus Budget Reconciliation Act, 1987) 에 포함된 『가정간호 질 개선을 위한 법률안』 제정을 위한 기초 자료로 제공됨.
- HCFA(Health Care Financing Administration) 는 1990년 법률안을 시행하였으며 1995년에 효과적으로 적용함.

1) LONG-TERM CARE NEEDS

- 인구의 고령화로 인해 장기요양 에 대한 수요가 증가하고 있음 .
- 장기요양서비스 수요의 증가는 2011년부터 2030년까지 “baby boom” 세대가 노인계층이 되었을 때 주로 발생함. 65세 이상의 노인 비율은 13%(1996)에서 20%(2030) 로 증가하며, 노인 인구는 33.9million에서 69.4million으로 약 2배 증가함.(Census, 1996) 같은 기간 동안 85세 이상의 노인계층의 경우 2.3 million에서 8.8 million으로 약 3배 증가함. 즉, 85세 이상의 노인집단은 장기요양서비스의 수요와 공급결정에 주요한 영향을 미침.
- Friedland and Summer (1999)는 2030년까지 10.8-14 million의 미국의 노인계층이 장기요양을 필요로 할 것이고, 4.3-5.3million은 가정간호서비스를 필요로 할 것이라고 보고함.
- 장기요양은 나이를 막론하고 적용될 수 있으며, 주로 아동, 청소년기, 장년층이 포함됨. 만성질환, 장애로 인한 활동에 제약을 가진 인구의 58%는 현재 직업을 가진 집단, 32%는 노인층이며 10%는 아동계층임. (Trupin and Rice, 1995)
- 장기요양의 질 향상을 위한 지속적 관심, 비용감소, 접근성향상, 관리의 적절성을 위한 국가차원의 노력이 필요함.

2) THE IOM STUDY

가. Committee Charge

- Robert Wood Johnson 재단은 가정간호서비스의 질 향상에 대한 지속적인 관심을 위해서 IOM 에게 관련 연구를 진행하도록 요구함.
- IOM은 다음과 같은 연구를 진행함.
 - ① 장기요양에 미치는 개개인의 인구학적, 건강 특성 등에 따른 연구
 - ② 보건의료체계상에서 서로 다른 장기요양 환경(setting)의 역할, 장기요양 및 다른 환경에 속한 사람들의 특성 및 추이 관련 연구
 - ③ 장기요양 환경의 질 현황과 과거에 비해 개선된 점과 악화된 점

- ④ OBRA 87의 법률의 효과; 신체적, 화학적 약물 제약, 향상된 치료계획, 충분한 영양공급, 부족한 설비 및 프로그램 등과 관련된 효과
- ⑤ 기존의 질 측정방법의 단점 및 장점, 가정간호(nursing home)과 다른 요양기관(other settings)의 질 차이, 서비스 질을 향상시킬 수 있는 방법에 관련한 연구

나. Study Method

- 위원회는 광범위한 연구문헌을 조사, 경험적인 근거, 방문을 통한 정보수집, 워크샵 등을 통해서 장기요양 서비스의 법률적 요구사항을 검토함. 5가지 주요 연구논문을 결정하여, 몇몇 주요 이슈에 대한 자세한 분석을 시행함.
 - ① "Issues in the Quality of Long-Term Care for Children", by Ruth E.K, Stein, M.D
 - ② "The Characteristics of Long-Term Care Users" by William D. Spector, Ph.D, Jonh A Flesihman, PhD
 - ③ "Quality of Care Problems Persist in Nursing Homes Despite Improvements Since the Nursing Home Reform Act" by Marie F. Jonson, M.D and Andrew M. Kramer, M.D
 - ④ "Work Force Issues and Quality of Long-Term Care" by Penny Hol,lander Feldman, Ph.D
 - ⑤ "Long-Term Care Financing and Quality of Care" by Joshua M, Wiener, Ph,D, and David G. Stevenson

3) BASIC CONCEPTS AND DEFINITIONS

가. Long-Term Care

- 장기요양(long-term care)은 광범위하게 지속적인 기간 동안 만성질환이나 기능적 장애(Functional limitation)를 가진 사람에게 제공되는 건강관리(Health care), 개별요양서비스(Personal care service), 사회적 서비스(Social Service)를 일컫음. 기능적 장애는 ADL(Activities of daily living), IADL(Instrumental activites of daily living)에서 제약을 가진 경우를 일컫는데, ADL은 목욕하기, 옷입기, 식사하기, 이동하기, 화장실이용하기의 자가간호능력을 말함. IADL은 공동체안에서 독립적으로 살아갈 수 있는 능력을 의미하는데, 가벼운 가사일, 돈관리, 시장보기, 전화하기, 약복용, 식사, 쓰기 등 같은 좀 더 복잡한 일들을 의미함.
- 건강관리는 의사, 간호사 등에 의해서 장기요양이 필요한 환자에게 의료, 간호등의 서비스를 제공하는 것임. 개별요양서비스는 만성질환 및 ADL 제약을 가진 모든 사람들에게 도움을 주는것임. 사회적 서비스는 가족, 재정적 문제를 해결 하고, 교육 등의 지역사회의 자원 및 서비스를 제공받는 것임.

나. Consumer-Centered Care

- 환자중심케어(consumer-centered care)는 환자의 필요, 선호도에 부합하는 건강관리를 의미함(Gerteis et al, 1993). 환자중심케어의 요소는 개별적 치료 계획 및 서비스 전달; 환자와 가족의 참여, 환자의 문화, 전통, 경험, 선호도 고려, 질 평가, 환자의 자가간호 능력 지원함.
- Consumer-directed service는 환자중심케어 이상을 의미하는 용어로서, 환자 스스로 희망하는 의료서비스, 방법, 제공받는 의료서비스를 모니터링 하며 평가함(National Institute on

Consumer-Directed Long-Term Services, 1996, p.1). 이 모델은 (1)환자의 선택, 교육, 환자보호자의 관리 및 의료제공자 (2) 지역사회에서 환자의 건강과 삶의 질을 향상시킬 수 있는 필수적이고 맞춤형 개별 지원 (3) 환자의 치료계획 수립, 승인과정 참여하며 의료비 지출 계획 권한 부여 (4) 환자 스스로 질적 케어의 모니터링 를 포함하고 있음 (DeJong et al, 1992)

다. Quality of care

- 삶의 질(Quality of life, QoL)은 광범위하게 건강, 경제, 정치, 문화, 환경, 정신적 특성 등의 개인의 존재성의 모든 측면을 고려한 객관적이고 주관적인 판단에 근거함.
- 건강에 관련된 삶의 질(Health-related quality of life)은 건강상태, 건강 관리등의 전반적인 well-being 측면을 언급함. 건강관리의 질 (Quality of health care) 은 일관된 전문지식을 이용하여 희망하는 건강상태로 향상시키기 위한 의료서비스의 정도(degree)를 의미함.

라. General principle

- 위원회는 장기요양의 질을 향상시키기 위한 9가지의 일반적 원칙을 제정함.
 - (1) 장기요양은 의료제공자 중심 보다는 환자중심으로 제공되어야 함.
 - (2) 환자중심 장기요양의 체계는 다양한 특성, 선호도를 이용하여 제공되고 구조화되어야 함.
 - (3) 돌봄(care)의 질과 사용할 수 있는 타당한 정보는 환자로 하여금 장기요양에 대한 효과적인 의사결정을 위해서 접근이 용이해야 함.
 - (4) 적절한 장기요양 서비스의 접근은 돌봄의 질과 삶의 질 이슈를 제공함.
 - (5) 장기요양의 질 측정은 다양한 차원(dimension)에서 구체화시켜야 함. 장기요양 환자의 사회적, 심리학적, 신체적, 의학적 필요도 등을 고려해야 함.
 - (6) 의료제공자는 질적으로 향상된 장기요양 서비스를 제공해야 할 책임이 있으며 이는 결과적으로 환자의 건강상태에 도움이 되어야 함.
 - (7) 질 높은 장기요양 서비스를 위하여 의료제공자는 신뢰 및 업무능력을 갖추어야 함.
 - (8) 장기요양의 질 향상은 정부의 참여로 인한 효과적인 규제, 재정적 정책이 요구됨
 - (9) 장기요양의 질 향상은 현재 진행적 목표가 되어야 함. 제공하는 의료서비스 관련한 지식 및 well-being에 이바지 할 수 있는 정책이 장기요양의 질을 높이기 위한 근간 되어야 함.

2. State of Quality of Long-Term Care

1) MEASUREMENT OF QUALITY OF CARE

- 장기요양에서 삶의 질은 '질 평가에 대한 논의와 규제에 의한 구성된 복잡한 개념' (IOM, 1996)
- 질 평가는 세 가지 개념을 이용함.
 - 돌봄(care)의 구조: 교육수준, 전문의교육수준, 요양기관에 관련한 환자의 특성 등
 - 돌봄의 과정: 실제로 환자에게 제공되는 의료서비스
 - 돌봄의 결과: 건강상태, 조건의 변화
- 적정 질 평가를 위한 장기요양의 세 가지 관점
 - 장기요양은 건강과 사회적 프로그램을 모두 고려함
 - 장기요양에서 환자의 잠재적이고 실제적인 역할은 필수적인 요소가 됨
 - 환자의 안전과 기능적 도움을 주기 위한 환경에 기반을 둔 가정간호

2) CURRENT STATE OF QUALITY OF CARE

가. Nursing home

- 관련연구에 필요한 연구자료: 1) 온라인 조사, 연방정부의 OSCAR(Certification Assessment Reporting) 시스템 이용한 종적연구 2) MDS(Minimum Data Set)을 이용한 질 지표
- 일반적인 연구에서는 가정간호로 인하여 질 향상이 가능했으며, 성공적으로 부적절한 신체적, 화학적 제약을 줄일 수 있었음. 그러나 1998년 GAO에 의하면 여전히 통증, 욕창, 영양결핍, 요실금 등의 심각한 질적 결함이 몇몇 가정간호 요양원에 존재하였음.

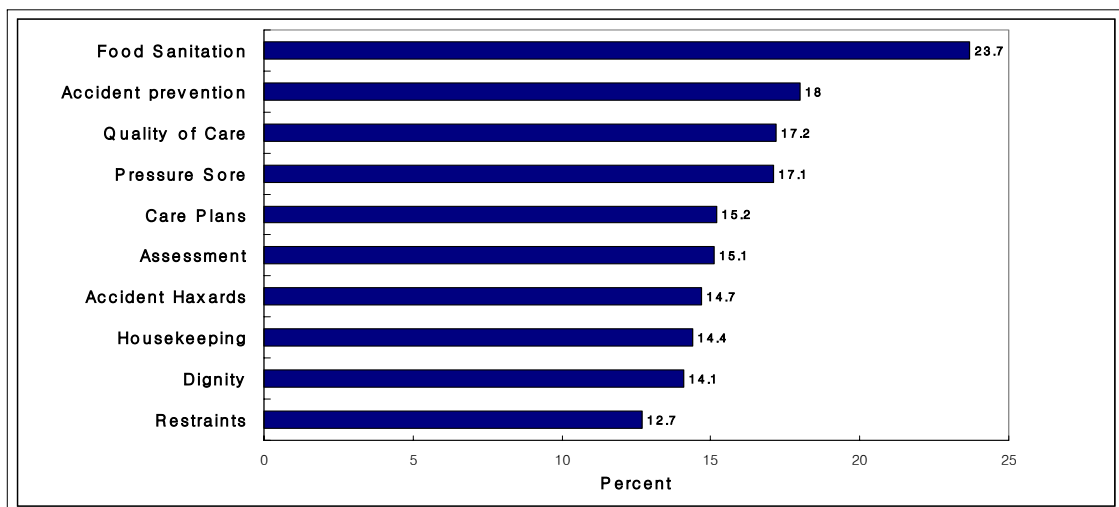


그림 3.1) Top 10 deficiencies of nursing facilities and percent of facilities with the deficiency cited: United States, 1998, Source: Harrington and Carillo, 2000

- ▷ 육체적 및 화학적 약물로 인한 제약 (physical and chemical constraint)
 - OBRA 87의 제정이후로 신체적 제약측면에서 가정간호로 인한 괄목할만한 질 향상을 보여줌. 이러한 신체적 제약(restraint)은 낙상의 증가, 욕창, 우울증 등의 문제로 발생하게 되고, 1980년에는 약 41% 발생했으며, 1990년에는 10개의 도시중 268개의 요양원에서 38% 발생했음.
 - 화학적 제약은 향정신성 (psychotropic) 약물의 과다복용을 의미하며, 87년 이전 OBRA 시행을 기준으로 23%에서 15%로 감소함.

- ▷ 욕창 (Pressure sores)
 - 세 개의 VA 가정간호 관련부서의 연구에 의하면, 발생율이 2-16% 이며, 이는 적정 간호에 의해 해결될 수 있다고 발표함.(Rudman et al, 1993)

- ▷ 영양결핍 및 탈수 (Malnutrition and dehydration)
 - 매우 심각하지만 거의 보고되지 않음. 이는 요양원의 환자 사망률에 주요 결정인자로 연구됨(Balum et al 1995)
 - 1999년 Kayser-Jones 의 연구에 따르면, 2개의 가정간호 요양원의 40명의 환자 중 39명이 탈수를 유발할 수 있는 부적절한 섭식 문제가 있었음.

- ▷ 요실금관리 (Continence care)
 - 요양원에서 흔한 증상이며 예방을 위한 도움이 필요함, 1991-1998 에 약 3% 정도로 거의 감소하지 않았음. 1998년 요양원 환자의 41%정도가 발생함
 - Urinary catheter를 이용한 방지가 가능하나 감염의 위험성이 있음. Hawes 연구에 의하면, OBRA 87 시행이후 9.8%에서 7%로 urinary catheter 이용이 감소함. 통계학적으로 유의한 평균값임.

- ▷ 통증관리 (Pain management)
 - 대다수의 통증은 적절한 약물사용을 이용해서 개선될 수 있음에도 불구하고 진단 및 치료되지 않는 통증은 의료환경에서의 문제임.(AHCP, 1994; IOM, 1997)
 - Oregon 가정간호 요양원의 연구는 부적절한 통증관리의 발생률이 39%이며 암환자임에도 불구하고 통증관리를 받지 못하는 환자가 25%를 차지한다고 보고함.
 - 호스피스등의 완화의료와 같은 가정간호에서도 효과적인 통증관리 기술이 우선시 되어야 함.

- ▷ 입원 (Hospitalization)
 - 원내감염, 욕창, 기능장애, 의원성 (iatrogenic)의 문제등은 재원일수 증가의 원인이 됨. (Johnson and Kramer, 1998)

- OBRA 87 시행이후, 250개의 가정간호 요양원에서 1990년에서 1993년까지 재원일수가 감소됨.

▷ 삶의 질 (Quality of Life)

- 삶의질을 개념화하고 측정하는데 어려움이 있음. 어떤 연구는 삶의질은 신체적건강, 인지적상태, 기능상태, 심리적, 사회적, 정신적, 경제적 요인을 모두 포함한다고 정의하고 있으며, 반면에 사회심리학적 현상은 건강상태와 별개의 문제로 정의한 경우도 있음. (Birren et al, 1991, Frytak, 2000)
- REAL(Real Experiences and Assessment of Life)는 California의 Vital Research 기관에서 개발된 측정도구이며 질문형태는 yes/no 로 이루어졌고, 도움, 의료제공자와 의 의사소통, 자율성 및 의사결정, 안전성 등 6가지 분류항목로 이루어짐.
- 노인성치매(dementia) 진단을 받은 환자의 삶의질을 측정하는 도구가 개발됨. (Rabin, 1999) 이는 환자보호자의 설문을 통해 조사되며 사회적 상호작용, 자각능력, 기분, 활동성 및 주위환경에 반응정도 의 5가지 분류항목으로 이루어짐.

나. Community-Based Residential Care: 지역사회 기반 요양

▷ 재가요양서비스 (Board and care home)

- 많은 노인층과 장애를 지닌 사람들을 위한 장기요양 서비스 중 하나임. 재가요양서비스는 2-10 병상수를 지닌 작은 규모임.
- 99%의 면허가 있는 재가요양서비스와 76%의 무면허 재가요양서비스는 약제창고와 의사등의 관리자를 제공함. 환자의 71%는 약물을 이용한 도움을 받으며, 41%환자는 향정신성 약물을 투여 받음. 그러나 21%의 재가요양서비스만이 면허를 가진 간호사를 고용함. 약물을 투여하는 직원의 28%는 무면허의 간호사이며 의료지식이 부족한 것으로 조사됨.
- Hawes 의 연구에 따르면, 환자안전, 삶의 질 향상을 위해서는 규제가 필요하며 매우 긍정적인 효과를 지니고 있음. 이는 낮은 향정신성약물, 금기약물의 사용과 관련됨.

▷ 보조거주시설 (Assisted living facilities)

- 생활을 하는데 보조해줄 수 있는 서비스는 거주보조시설의 중요한 부분으로 자리잡고 있음. 환자가 결정하고, 자율성, 품위를 지킬 수 있는 훌륭한 질의 개인맞춤 서비스를 제공함.
- Hawe의 10 병상 이상의 보조시설과 노인층을 조사한 연구에 따르면, 65%의 시설이 질낮은 서비스를 제공(no full-time nurse on staff)하고 5%는 최소한의 서비스만을 제공함. 보조거주시설은 중증의 인식장애환자는 입원시키지 않음.

- ▷ 성인재가요양시설 (Adult foster care home)
 - 3-6명정도의 환자정도가 입원할 수 있고 저소득층, 정신적 문제가 있는 환자를 입원시키는 거주시설의 유형임. 1989년까지는 Medicaid 보장보다는 개별적으로 지불함.
 - 삶의 질 측면에서 집과 같은 환경을 제공하는 이점이 있으나 매우 작은 규모의 시설에 따른 단점이 있음.

- ▷ 발달장애환자를 위한 거주시설 (Residential care for people with developmental disabilities)
 - OBRA 87은 가정간호(nursing home) 시설에 있는 전문적 간호가 필요 없는 발달장애를 지닌 환자를 보호할 수 있는 대체시설로 이동을 권고함. 5만명의 발달장애 환자 중 25%가 가정간호시설에서 다른 시설로 이동함.
 - 미국의 많은 주에서 Medicaid home and community-based service (HCBS)에서 발달장애 환자에게 표준적 서비스를 제공함.

다. Home health care: 재가 의료서비스

- 재가의료서비스(Home health care) 의 질평가를 위한 자료는 가정간호(Nursing Home)서비스 보다는 방대하거나 체계적이지 못함. 대부분은 HCFA의 National Home Health Agency Prospective Payment Demonstration에서 제공하며 주로 OASIS(Outcomes Assessment and Information Set) 이용한 연구임.
- GAO의 연구는 많은 수의 재가의료서비스는 질이 낮으며, 특히 보건의료서비스 경험이 없는 행정가, 자격이 안되는 환자에게 서비스를 제공하며 허위 증명서를 제출하는 문제가 있음

- ▷ 서비스 적절성(Appropriateness of services)
 - 병원에서 급성기후 진료소(Post-acute setting)로 이동하는 뇌졸중, 만성폐색성폐질환, 울혈성심부전, 대퇴부골절 등 5가지 진단명을 가진 2100명의 Medicare 환자의 의료비와 건강결과에 관한 연구에 따르면 재가의료서비스를 제공받은 환자가 그렇지 않은 환자보다 더 나은 의학적 결과를 보임. (Kane and Finch et al, 1994)

- ▷ 간호과정 적절성 평가(Findings on process of care)
 - HCFA과의 계약에 근거하여 Abt 위원회는 Medicare 기반 재가의료시설의 서비스과정의 적절성에 대한 대대적인 경험적 평가를 시행함. 10가지의 의료서비스 질을 평가하기 위한 기준을 도입 --> 치료계획, 문서적절성, 모든 급성관련 문제의 대처능력, 처방관련, 욕창관리, ADL상태악화관련, 퇴원계획의 타당성 평가

3) CONCLUSION

- OBRA 87 시행이후 가정간호서비스는 신체적 제약, 적절한 향정신성 약물 및 적절한 urinary catheter 의 사용등과 같은 질적 향상을 가져왔으나, 여전히 욕창, 요실금관리와 같은 질적 문제가 요양시설에 존재하고 있음.
- 표준측정도구의 부족, 다양한 장기요양 환경의 의료의 질을 체계적으로 평가하기 위한 근거자료의 부족, 불충분한 직원교육 및 수준에 관련된 문제 등이 남아있음.

가정간호 제도

I. 법적근거

의료법 제30조에 의거하여 의료인은 의료기관을 개설하지 아니하고는 의료업을 행할 수 없도록 규정하고 있으나, 가정전문간호사에 의한 가정간호의 경우에는 예외로 인정하고 있다.

II. 가정간호의 범위(의료법 시행규칙 제22조)와 운영

1) 가정간호의 범위

의료기관이 실시하는 가정간호의 범위는 간호, 검체의 채취(보건복지부장관이 정하는 현장검사를 포함한다) 및 운반, 투약, 주사, 응급처치등의 교육 및 훈련, 상담, 건강관리에 관한 다른 보건 의료기관 등에서의 의뢰이다.

이 경우 검체의 채취 및 운반, 투약, 주사 또는 치료적 의료행위인 간호를 하는 경우에는 의사 또는 한의사의 진단과 처방이 있어야 하고, 이 경우 의사 및 한의사의 처방의 유효기간은 처방일로부터 90일 까지로 한다.

2) 정원과 기록보존

가정간호를 실시하는 의료기관의 장은 가정전문간호사를 2인 이상 두어야 하고, 가정간호에 관한 기록은 5년간 보존하여야 한다.

III. 가정전문간호사

1) 가정간호사의 역할

간호사 면허증을 소유하고, 정부가 인정하는 교육기관에서 1년의 교육을 추가로 받은 가정전문간호사는 건강상의 문제가 발생하였을 때 병원의 의뢰나 개인과 가족의 요구에 따라 가정을 직접방문하여 적극적인 간호를 하게 된다. 질병과 장애로 부터 빠른 회복을 도모하고 거동이 불편한 환자들이 직접 병원을 찾는 번거로움을 덜어주는 이 제도는 환자의 건강관리능력을 향상시키는 것을 목적으로 한다.

2) 가정간호사의 임무

기본간호

구강간호, 온열, 냉열요법, 체위교환, 관절운동, 회음부간호, 맛사지 등

검사행위

혈액, 소변, 가래등 간단한 가검물 채취 및 검사의뢰, 산소포화도 검사, 뇨당 검사, 반정량 혈당검사

투약 및 주사행위

투약관리, 근육주사, 혈관주사, 수액감시 및 관찰

교육, 훈련, 상담

- 식이요법, 활동요법, 약물요법, 증상요법, 위험요인, 반정량혈당검사법, 관절운동법, 단순처리법, 비강영양법, 회음부간호법, 유방간호, 자기건강진단 측정요법 등에 관한 교육

- 환자상태상담, 재입원상담, 응급시 처치상담, 훈련, 의뢰, 전화상담 등

□ 치료적 행위

위관영양, 상처 치료, 봉합사 제거, 방광세척, 구강내 흡입, 기관지 절개 간호, 방광루술 간호, 피부간호, 욕창간호, 쇄골하 정맥관 간호, 유방관리, 배뇨배변훈련, 관장, 인슐린 요법, 흉부운동, 산소탱크사용시 간호, 산소호흡기(ventilator)사용간호

IV. 가정간호 대상자

- 이동성 장애대상자 : 신경기능장애, 근골격계 장애환자
- 영양배설장애대상자 : 소화기계 장애, 당뇨병, 만성신장장애, 신장이식, 간염, 간변환환자
- 순환, 호흡장애대상자 : 심장질환, 호흡기장애
- 특수 간호술을 요하는 대상자 : 위관 삽입 및 제거, 비위관 영양공급, 기관지 절개, 구관교환, 기관내 흡입, 봉합사 제거, 방광 세척, 관장, 욕창 치료, 검사, 투약 및 주사 등
- 암간호 대상자
- 재활을 요하는 대상자

V. 가정간호 의료보험 요양급여 대상자

요양기관에서 입원 진료후 조기 퇴원한 환자와 과거 입원경력이 있고, 재입원이 요구되는 외래 및 응급실 환자중 다음에 해당하는 자로서 진료 담당 의사가 판단하여 가정간호가 필요하다고 인정되는 경우에 한함

1. 수술후 조기 퇴원환자
2. 만성질환자(고혈압, 당뇨, 암 등)
3. 만성 폐쇄성 호흡기 질환자
4. 산모 및 신생아
5. 뇌혈관질환자
6. 기타 진료담당의사가 필요하다고 인정한 환자

VI. 가정간호의 장점

1. 대상자 입장에서의 장점

병원에 가지 않고 익숙한 환경인 자신의 집에서 치료를 받으므로 시간, 의료비용 및 노력이 절감된다. 전문가에게 충분한 설명과 교육을 받을 뿐 아니라 가족들도 교육을 받을 수 있어, 가족이 환자 치료에 직접 참여하는 협력체계와 함께 자가간호능력을 높일 수 있어 환자 및 가족의 만족도가 매우 높다.

2. 병원입장에서의 장점

불필요한 장기 입원이 줄어 병상 회전율이 높아지므로 입원 대기율을 줄일 수 있다. 적합한 대체인력, 즉 가정간호의 활동으로 좀 더 집중 치료 또는 간호가 필요한 환자에게 더 많은 시간을 할애할 수 있고, 효율적인 진료를 할 수 있어 환자의 가정환경에 맞는 관리가 지속적으로 가능하다.

<http://www.hospitallaw.or.kr>