

장기재원환자의 특성 및 전원 인식도와 전원 의사와의 관계

- 장기재원환자의 효율적 관리를 위한 전략 제시 -

연세대학교 보건대학원

지역사회간호학과

강 은 숙

장기재원환자의 특성 및 전원 인식도와
전원 의사와의 관계

- 장기재원환자의 효율적 관리를 위한 전략 제시 -

지도 이 태 화 교수

이 논문을 보건학석사 학위논문으로 제출함

2002년 6월 일

연세대학교 보건대학원

지역사회간호학과

강 은 속

강은숙의 보건학석사 학위논문을 인준함

심사위원 _____ 인

심사위원 _____ 인

심사위원 _____ 인

연세대학교 보건대학원

2002년 6월 일

감사의 글

새로운 배움의 경험과 좋은 분들과의 만남을 가질 수 있었기에 지난 대학원 생활은 많은 기쁨의 시간이 되었습니다. 이제 새로운 시작을 위하여 2년 반의 시간을 마무리하고자 합니다.

인생에 있어 행복한 삶이 중요하다 시며 즐거운 마음으로 논문을 쓸 수 있게 조용한 가르침으로 인도해 주신 이태화 교수님께 깊은 감사를 드립니다. 세심하게 여러 가지로 지도 편달해 주신 김인숙 교수님께 감사 드리며, 직장에서 학문의 장에서 언제나 본보기가 되어 주시며 미숙한 논문이 성숙될 수 있도록 이끌어주신 탁관철 교수님께 감사드립니다.

대학원 생활을 경험할 수 있게 이끌어 주셨으며 논문의 마무리가 잘 되도록 애써주신 박현주 선생님께도 감사를 드립니다. 힘들 때 많은 격려와 도움을 주셨던 천자혜 선생님, 최미영 선생님, 어려움을 같이 나누어주시며 힘이 되어 주신 적정진료관리실 선생님들, 이명임 선생님, 조운경 선생님, 많은 자료를 제공해주신 김명훈 팀장님께도 감사드리며 멀리 미국에서 도움을 주신 차재권 선생님께도 감사를 드립니다.

이 논문의 완성을 가장 기뻐해 주실 부모님과 시부모님, 오빠와 언니, 동생, 조카 성구 서연, 시동생, 시누이, 잠꾸러기 아내를 위하여 늦은 시간까지 함께 긴 시간을 지켜봐 준 나의 남편, 어린이집에서 밤중까지 엄마를 기다리느라 애써 준 사랑하는 딸 지희와 이 작은 기쁨을 나누고 싶습니다.

2002년 6월

강 은 숙 올림

차 례

국문요약	iv
I. 서 론	1
1. 연구의 배경	1
2. 연구의 목적	4
3. 용어의 정의	4
II. 이론적 배경	6
1. 장기재원환자와 병원 경영	6
2. 장기재원환자의 특성, 관리 및 전원과 관련된 기존 연구	9
3. 장기재원환자 관리방안	13
1) 협력병원 네트워크	13
2) 의료협력센터	16
III. 연구방법	18
1. 연구의 틀	18
2. 연구대상	19
3. 연구도구	19
4. 자료수집 방법	21
5. 자료분석 방법	21

IV. 연구결과	23
1. 장기재원환자의 특성	23
1) 일반적 특성	23
2) 질병관련 특성	27
3) 입원관련 특성	33
2. 장기재원환자의 전원 인식도 및 전원 의사	36
3. 장기재원환자 특성, 전원 인식도와 전원 의사와의 관련성	41
1) 일반적 특성과 전원 의사와의 관련성	41
2) 질병관련 특성과 전원 의사와의 관련성	44
3) 입원관련 특성과 전원 의사와의 관련성	48
4) 전원 인식도와 전원 의사와의 관련성	51
5) 전원 의사에 대한 다변량 로지스틱 회귀분석	53
V. 고찰	55
VI. 결론	66
참고문헌	70
부록	74
ABSTRACT	85

표 차례

<표 1> 설문지 항목 설명	20
<표 2> 자료 분석방법	22
<표 3> 장기재원 환자의 일반적 특성	25
<표 4> 진료과별 분포	28
<표 5> 장기재원 환자의 질병관련 특성	29
<표 6> 의료 처치 종류별 분포	31
<표 7> 장기재원 환자의 입원관련 특성	35
<표 8> 장기재원 환자의 전원 인식도 및 전원 의사	38
<표 9> 전원 의사가 있는 응답자의 사유 분포	39
<표 10> 전원 의사가 없는 응답자의 사유 분포	40
<표 11> 일반적 특성과 전원 의사와의 관련성 분석	42
<표 12> 질병관련 특성과 전원 의사와의 관련성 분석	45
<표 13> 입원관련 특성과 전원 사유와의 관련성 분석	49
<표 14> 전원 인식도와 전원 의사와의 관련성 분석	52
<표 15> 전원 의사에 대한 다변량 로지스틱 회귀분석	54

그림 차례

<그림 1> 손익분기점하의 재원일수도표	7
<그림 2> 연구의 틀	18

국 문 요 약

우리 나라는 장기요양서비스를 담당할 시설이 미미한 실정이어서 장기 요양이 필요한 환자들도 급성기 진료시설에서 서비스를 제공받고 있는 형편이다. 장기 재원은 국가와 국민의 의료비 증대에 지대한 영향을 주고 병상 회전율을 저하시키며 응급환자의 입원을 어렵게 만들어 병원 경영을 악화시키는 주요 원인의 하나가 되고 있다.

따라서 본 연구에서는 서울시 소재 일 대학부속종합병원의 30일 이상 장기 재원환자의 일반적 특성, 질병관련 특성, 입원관련 특성, 전원 인식도를 조사하였고 이에 따른 전원 의사와의 관련성을 분석함으로써 재원일수 단축을 위한 장기재원환자 효율적 전원 전략을 제시하고자 시도하였다. 연구대상은 일 대학부속종합병원에 입원하고 있는 장기재원환자로서 중환자계와 정신과 환자를 제외한 214명을 대상으로 하였다. 자료수집 기간은 2002년 4월 9일부터 4월 17일 까지 이었고 설문지는 137부가 수거되어 회수율 64%이었다. 수집한 자료는 SAS, SPSS 통계 프로그램으로 분석하였다. 연구결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 장기재원환자의 일반적 특성 중 성별의 경우 남자, 거주지의 경우 서울, 경인 지역을 제외한 기타 지역, 병원까지의 소요 시간의 경우 2시간 이상이 유의하게 전원 의사가 높았다.

둘째, 장기재원환자의 질병관련 특성 중 질병 유형의 경우 근골격계 질환, 수술 유형의 경우 위장관계 수술이 유의하게 전원 의사가 높았다.

셋째, 장기재원환자의 입원관련 특성 중 입원비 부담의 경우 매우 부담,

입원으로 인한 어려움 중 진료비 부담으로 인한 경제적 어려움과 간병인 사용으로 인한 경제적 부담이 있는 경우가 유의하게 전원 의사가 높았다.

넷째, 전원 인식도와 전원 의사와의 관련성 분석에서는 전원에 대해 들어본 경험이 있는 경우, 전원 권유를 받은 경우, 협력병원 정보에 대한 관심이 있는 경우, 선호병원이 있는 경우, 협력병원으로 전원 시 좋은점 중 진료 수준을 신뢰할 수 있다를 선택한 경우가 유의하게 전원 의사가 높은 것으로 나타났다.

다섯째, 전원 의사와 통계학적으로 유의한 관련성이 있었던 변수들과 전원 의사와의 다변량 로지스틱 회귀분석 결과 입원비 부담, 전원에 대해 들어본 경험, 협력병원 정보에 대한 관심이 유의한 변수로 나타났다. 입원비 부담을 느끼는 경우가 그렇지 않은 경우에 비해 전원 의사가 10.7배 높았고, 전원에 대해 들어본 경험이 있는 경우가 그렇지 않은 경우에 비해 전원 의사가 5.0배 높았고, 협력병원 정보에 대한 관심이 있는 경우가 그렇지 않은 경우에 비해 전원 의사가 6.5배 높게 나타났다.

전원 의사가 있는 응답자의 사유로는 물리 치료 중임, 집에서 병원이 멀기 때문임, 통원 치료 불가 함, 주치의 퇴원 권유받음 등이 높은 빈도를 나타내었고 전원 의사 없는 응답자의 사유로는 본 병원 진료수준 신뢰함, 현재 주치의가 본 질병에 권위자임, 급성기 치료가 끝나지 않았음, 타병원 진료수준에 대한 신뢰 없음, 주치의로부터 전원에 대해들은 적 없음, 곧 퇴원 예정임, 전원 가능 병원에 대한 정보 부족함 등이 높은 빈도를 나타내었다.

이상의 결과를 바탕으로 장기재원환자 전원을 위한 전략을 제시하면 다음과 같다. 전원이 필요한 환자에 대한 주치의의 능동적이고 적극적인 설

명과 전원 권유는 환자와의 신뢰감 구축과 이에 따른 전원 의사 결정에 매우 핵심적 역할을 하고 있다는 것을 염두에 두고 전원에 대해서는 가급적 주치의가 정보를 제공하는 것이 바람직하며 그 후속 처리를 담당할 의료협력센터와의 연계체계 구축 및 홍보가 필요하다. 전국에 위치한 병원과의 협력체계 구축으로 지방환자 전원을 위한 협력병원을 확보하고, 전원이 진료비 부담을 줄일 수 있는 대안으로 제시되도록 하며 전원 및 협력병원에 대한 정보 제공이 요구된다. 가정간호사와의 연계체계 구축으로 의료협력센터의 역할을 보완하고 경제적으로 어려운 장기재원환자에게 도움을 주기 위하여 사회사업팀과의 연계 체계 구축도 필요하다. 입원비 부담정도, 전원에 대해 들어본 경험, 협력병원 정보에 대한 관심이 전원 의사와 가장 높은 관련성이 있음을 볼 때 비용과 정보 측면에 우선 순위를 두어 전원 업무를 추진해야할 것이다.

핵심되는 말 : 장기재원환자, 의료협력센터, 전원 인식도, 전원 의사

I. 서 론

1. 연구의 배경

우리나라는 1989년 전국민의료보험제도를 실시 함으로 인해 국민들에 대한 보건의료서비스의 접근성을 높임과 동시에 국민 복지 향상에 많은 기여를 하게되었으나 다른 한편 많은 의료이용자들이 필요 이상으로 의료서비스를 이용하는 현상이 일어나게 되었다(박현주, 1999). 현재 의료전달체계가 구성되어 있으나 병원간 기능 분담이 제대로 이루어지지 않고 있고, 병원간 환자 의뢰의 동기도 부여하고 있지 못하여 결과적으로 효율적인 의료 자원의 활용이 이루어지지 못하고 있는 실정이다.

따라서 환자가 종합병원으로 몰려들게 됨으로써 외래환자의 대기시간이 지연되게 되고 병상 수 부족으로 입원치료가 점점 어려워지고 있다. 아울러서 인구의 노령화로 인한 만성퇴행성 질환의 증가, 산업화 도시화로 인한 각종 사고나 산업재해의 증가 등으로 입원환자의 재원기간이 점차 증대되어 대부분의 종합병원에서는 장기입원환자 문제가 병원경영의 많은 어려움을 초래하고 있다(김춘배, 1989).

우리 나라는 거의 대부분의 보건의료자원이 급성기 진료서비스에 치우쳐 있고 장기요양서비스를 담당할 시설은 미미한 실정이다. 이에 따라 장기 요양이 필요한 환자들도 급성기 진료시설에서 서비스를 제공받고 있는 형편이다. 즉 우리 나라 의료기관들은 급성/만성, 장기/단기 치료기관 등으로 기능 분류가 되어 있지 않아 노인성 또는 만성 질환자, 그리고 급성

전문치료단계가 경과하여 장기요양이 필요한 환자들이 급성단기진료(Acute short-term care)를 위주로 운영되는 종합병원에 장기입원하고 있는 예가 많다(조영희, 1998).

따라서 대학병원을 비롯한 대부분의 3차 의료기관은 입원기간의 장기화로 인하여 입원 진료 수입이 감소하는 반면 인건비나 의료비용이 상승하여 병원 경영 수지의 악화를 호소하고 있다. 장기 입원은 환자 본인은 물론이고 보험자 입장에서는 의료비 지출 부담이 가중됨으로 해서 국가와 국민의 의료비 증대에 지대한 영향을 주게 된다. 병원 입장에서는 병상 회전을 저하로 인해 병원재정 압박 요인이 되고, 입원이 지연됨으로 해서 다른 급성 환자의 신속한 입원을 막는 중요한 원인이 되고 있으므로 장기입원의 특성과 사유를 파악할 필요성이 크게 요구되고 있다(문연순, 1995).

재원일수 단축은 병상회전을 높임으로써 좀더 많은 환자들이 의료서비스를 제공받을 수 있도록 하며 의료수익을 늘리고 경영수지를 개선시킬 뿐만 아니라, 환자 및 그 가족의 입장에서도 의료비 부담을 경감시킬 수 있다(박희옥, 2000).

결과적으로 장기재원 환자의 효율적인 관리를 위한 병원의 경영전략이 절실히 요구되고 있으며 병원 상호간의 협력체계를 통한 환자의뢰는 이러한 장기환자의 관리를 위한 효율적인 관리의 한 방안이 될 수 있다. 병원 간 협력과 제휴는 자발적인 의료전달체계 개선을 통해 비용절감 효과와 의료수요 확보라는 두 가지 측면을 모두 만족할 수 있는 가치 창출 활동이라 볼 수 있으며 현재 1, 2차 진료기관의 개원의 사이에서 이용되고 있는 의료협력센터를 통해 환자의뢰, 전원 및 협력병원 구축이 이루어지고 있다(홍성삼, 2000). 3차 진료기관에서 운영되고 있는 지역사회와의 의료협력

관계는 의료전달체계 확립을 위한 정책에 부응하고 환자의 입장에서는 적정 의료인에 의하여 적절한 서비스를 받게 하고, 의료인의 입장에서는 자기의 역할과 기능을 충분히 발휘할 수 있게 함으로써(유승흠, 1994) 의료서비스의 질의 향상에 기여할 수 있을 것이다. 일부 3차 진료기관에서는 장기재원환자의 효율적 관리를 위하여 1, 2차 진료기관과의 협력 네트워크를 구성하고 장기재원환자의 중증도 및 요구도에 맞는 1, 2차 진료기관으로 장기재원환자를 전원 시키기 위한 프로세스 정립과 경영의 효율성을 높이기 위한 적극적인 마케팅의 일환으로 의료협력센터의 역할을 강화시키고 있다.

입원 중인 장기재원환자를 대상으로 타 병원 또는 요양원 이용 의사를 조사한 연구를 보면 요양병원 이용 의사에 영향을 미치는 요인으로는 자녀와 동거하지 않는 경우, 거주지가 도시인 경우가 요양병원 이용 의사가 높았고 유료요양원 입주 의사에 영향을 미치는 요인으로는 입원병원 쾌적성을 낮게 평가하는 경우, 배우자가 있는 경우, 직업이 없는 경우, 자녀와 동거하지 않는 경우가 입주 의사가 높았으며 요양병원 고려요소로는 비용저렴성, 환경의 쾌적성, 무간병 인력으로 조사되었다(조영희, 1998). 그러나 기존 연구의 목적이 요양병원을 이용하고자 하는 수요를 파악하고자 실시된 것이며 재원 중인 환자를 실제적으로 전원 보내기 위한 목적으로 전원 의사에 관한 조사는 이루어지지 않았기 때문에, 기존 연구 결과를 서울에 위치한 일 대학부속종합병원의 전원 업무에 일반화시키기 어려운 점이 있으며, 연구 대상 병원 실정에 맞는 전원 전략을 제시하기 위해서는 장기재원환자의 특성과 전원에 관련된 인식도 및 전원 의사에 관한 추후 연구가 필요로 되고 있다.

따라서 본 연구는 일 대학부속종합병원에서 의료협력 네트워크를 통해 1, 2차 진료기관으로의 장기재원환자 전원이 효율적으로 이루어질 수 있도록 하기 위한 전략을 제시하고자 장기재원환자의 특성, 전원에 대한 인식도 및 전원의사를 조사하고 서로의 관련성을 분석하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구는 병원 장기재원환자의 특성, 타 병원 또는 요양기관으로의 전원에 대한 인식도 및 전원 의사를 파악하여 장기재원환자 전원 및 관리를 위한 운영전략에 필요한 기초자료를 제공하고자 한다. 이를 위한 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 장기재원 환자의 일반적 특성, 질병관련 특성, 입원관련 특성을 파악한다.

둘째, 장기재원 환자의 전원에 대한 인식도 및 전원 의사를 파악한다.

셋째, 장기재원 환자의 특성, 전원 인식도와 전원 의사와의 관련성을 분석한다.

3. 용어의 정의

1) 전원

본 연구에서의 전원은 급성기 치료가 끝난 경우 3차 의료기관에서 환자의 중증도에 맞는 1차, 2차 의료기관 및 요양기관으로 옮겨 남은 치료를

받거나 요양하는 것을 의미한다.

2) 장기재원환자

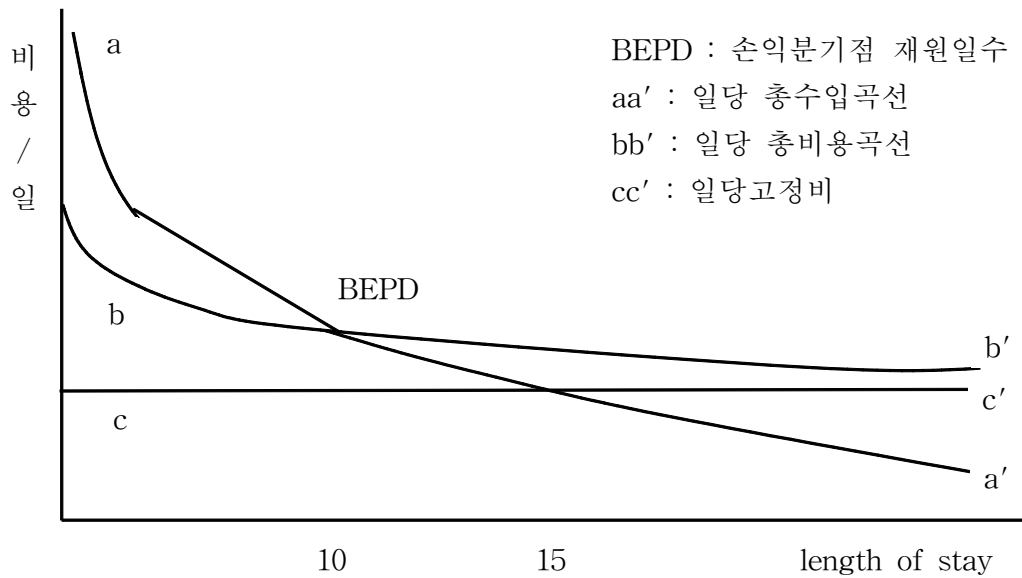
본 연구에서의 장기재원환자는 일 대학부속종합병원의 입원 환자 중 재원일수 30일 이상 환자를 의미한다.

II. 이론적 배경

1. 장기재원 환자와 병원 경영

병원의 경영수지는 의료수익과 의료비용에 의해 결정되며 의료비용의 규모가 일정하다면 경영수지는 의료수익의 증대에 의해서 개선될 수 있다. 병원 연구소의 자료에 의하면 의료수익 중 입원환자의 진료수입이 60~70%를 점유한다고 한다(병원연구소, 1991). 입원환자의 진료비는 질병의 특성, 재원기간, 병원의 특성, 환자의 개인적 특성 등 여러 가지 요인에 의해 영향을 받으나 동일 질병의 경우에는 재원기간에 의해 가장 큰 영향을 받으며 재원일 별 진료비는 입원 초기에 많이 발생하고 재원기간이 길어질수록 감소하게 된다(문연순, 1995). 왜냐하면 대부분의 질환에 있어서 입원 초기에는 많은 의료서비스가 집중적으로 제공되나, 어느 정도 치료가 되면 치유가 될 때까지 요양 또는 안정을 목적으로 단순한 입원 가료만을 받게되는 경우가 대부분이기 때문이다. 이는 대부분의 질환이 입원 초기에 집중적인 의료서비스를 필요로 하고 재원기간이 경과하여 증상이 호전됨에 따라 의료서비스에 대한 요구량이 감소하기 때문이다(박희옥, 2000).

그림 1에서 일당 총수입곡선을 보면 재원기간이 경과할수록 진료수입이 점차 감소하는 것을 알 수 있다. 진료수입곡선과 의료비용곡선이 교차하는 점에서 손익분기점이 형성되며 재원기간이 손익분기점보다 짧을 경우에는 이익이 발생하나 재원기간이 손익분기점보다 길어지면 손실이 발생하게 된다(정기선, 1988).



<그림 1> 손익분기점하의 재원일수도표(김기훈, 1986. 재인용)

재원일수를 단축하는 것이 병원경영에 미치는 영향은 병상이용률의 정도에 따라 다르게 나타난다. 병상이용률이 낮은 경우 손익분기점 재원일수를 초과하여도 고정비를 일부 보상받게 되므로 입원환자를 퇴원시키지 않는 것이 유리하다. 그러나 병상이용률이 높아 이론상의 한계점에 도달한 병원의 경우에는 일당진료비가 총 의료비용에 못 미치거나 고정비에도 미달한다면 가능한 한 일당진료비곡선이 일당 총비용곡선을 상회하는 재원일, 즉 손익분기 재원일 까지 재원일수를 단축시킬 필요가 있다(박희옥, 2000).

따라서 입원환자의 진료비 수입을 증대시키기 위해서는 재원기간을 단

축하여 병상회전율을 높이는 방안이 필요하며 장기요양시설의 이용에 대한 권유(김병길, 1988)나 조기퇴원 프로그램을 통한 퇴원환자의 추후관리(전산초외, 1981) 등 퇴원계획의 수립으로 재원기간을 단축, 병상회전율을 증가시켜 병원경영의 효율성을 제고해야 한다.

전국민 의료보험 실시 이후 병원이 경험하고 있는 공통적인 변화는 입원환자의 적체 현상(박병준, 1989)으로 입원을 요하는 환자의 대부분이 대규모 종합병원을 선호함에 따라 대학병원의 병상이용률은 평균적으로 90%를 상회하는 것으로 조사되고 있다(병원연구소, 1991). 이는 대학병원의 향후 의료수익 증대가 크게 제한 받고 있음을 시사하며 대학병원의 병상이용률이 90%를 상회한다는 것은 이미 이용 가능한 모든 병상이 충분히 이용되고 있음을 의미하므로(최정선, 1991) 종합병원 장기환자의 관리는 필수적이라 하겠다.

장기입원환자의 흐름을 원활히 하는 것은 의료서비스 향상과 의료자원의 효과적인 활용이라는 두가지 측면에서 볼 때 매우 중요하다(김춘배, 1989). 재원일수는 병원경영에 많은 영향을 미치며 유사규모의 병원과 비교하여 상대적으로 긴 재원일수를 단축시켰을 경우 한 병상당 하루 단축에 연 150만원의 추가수익이 발생될 수 있다. 또 입원일로 부터 6~7일이 경과하면 진료비는 평균 진료비 이하로 내려가며 20일 이상 장기재원인 경우에는 평균 진료비의 1/2에도 미치지 못하는 것으로 나타나고 있다(이경희외, 1993). 이러한 현상을 볼 때 장기입원환자의 관리에 경영자의 관심과 지원이 절실히 요구되며 무엇보다 중요한 것은 의료전문가들 특히 임상 의사들의 적극적 참여와 주도 없이는 효과적이기 힘들다는 점에서 병원 내에서 의료인들이 자율적, 자발적인 협조가 이루어져야 한다(한국의료관리연구원,

1993).

2. 장기재원환자의 특성, 관리 및 전원과 관련된 기존 연구

장기재원환자의 관리에 관한 연구는 의료보험이 실시되면서 의료 이용의 급격한 증가에 따른 문제점 발생으로 연구의 필요성이 증가되었으며 주로 1980년대부터 재원일수 단축효과 및 단축방안, 재원기간의 적절성 평가, 장기재원환자 특성, 장기재원사유 및 장기재원환자 관리방안, 요양시설 이용 의사에 관한 연구가 진행되었다. 장기재원 환자와 관련된 기존 연구를 살펴보면 다음과 같다.

류황건(1987)은 일 종합병원의 60세 이상 만성병 퇴원환자 176명을 대상으로 장기요양시설 이용 의사에 영향을 미치는 요인을 분석하였는데 환자의 69.9%, 가족의 75.6%가 이용 의사가 있었으며 가족수가 많을수록 이용의사가 유의하게 높았다. 대상자들의 질병 중 뇌혈관계 질환자의 이용의사가 높았고 입원횟수가 많을수록, 입원기간이 짧을수록, 경제적으로는 가구 소득이 높을수록 이용 의사가 유의하게 높았다. 이상과 같이 이용의사에는 가족수와 입원횟수, 가구소득, 교육수준, 외래를 방문하는 정도, 입원기간 등의 요인이 중요하게 영향을 미쳤다.

김춘배(1989)는 질병구성이 유사하고 장기입원환자의 발생이 많은 두 진료과를 선정하여 원활한 병상관리를 위하여 특수 병동제를 채택할 경우 어느 정도 병상회전율을 높일 수 있을 지에 관해 연구하였으며 특수 진료과로의 전과와 동시에 병상수를 2병상씩 변화시킬 때 16병상의 특수병동 운영을 시행할 경우 각각 진료과의 평균 병상회전율은 약 55%, 20% 증가되

었고 입원진료 수익은 약 4억 4천만원이 늘어난 것으로 평가되었다. 따라서 16병상의 특수병동 운영을 병원 전체적으로 입원진료수익의 극대화를 가져올 수 있는 대안으로 제시하고 있다.

문연순(1995)은 종합병원에서 장기입원 환자의 관리실태를 조사하고 장기환자의 특성 및 장기화 요인을 파악하는 연구에서, 질환의 특성으로 치료를 위하여 퇴원이 지연되고 있는 경우는 26.1%에 불과하고 나머지 73.9%는 각종 사유로 퇴원이 지연되고 있음을 보고하였다. 그 사유로는 첫째, 장기입원 환자의 일 평균진료비가 평균진료비의 최소 20%에 달하며 둘째, 장기입원 환자 관리가 체계화되어 있지 않고 이원화되어 있으며 셋째, 장기입원 환자 과별구성이 정형외과, 신경외과 환자가 전체의 84.7%, 복합치료의 사유로 지연되고 있는 경우는 26.1%, 단순한 물리치료만을 위하여 입원되어 있는 환자는 39.1%로 나타났다. 이 외에도 조기퇴원의 일환으로 가정간호 실시가 이루어지고 있지 않고 있는 것과 무의탁 장기환자가 사회복지시설 입소를 기다리며 장기입원 되어 있는 경우도 있었다.

이러한 문제점에 기인하여 장기환자 관리에 관하여 첫째, 적정진료 평가 위원회에서 정기적으로 장기환자 관리가 이루어져야 하며 둘째, 병원에서의 장기환자의 특성을 정기적으로 적정진료 평가위원회에서 분석하여 환자의 특성에 맞는, 즉 물리치료만을 필요로 하는 환자나 뇌 손상 질환의 환자만을 치료할 수 있는 장기환자 특수 병동화 하는 것은 현실적으로 가능한 일이며 셋째, 무의탁 장기입원 환자의 사회복지시설 입소를 용이하게 하기 위한 복지시설의 확대실시 방안은 국가적인 차원에서 국고보조로 확대되어야 하며 넷째, 종합병원에서의 가정간호가 활성화되어야 한다는 점을 제안하였다.

조영희(1998)는 장기입원중인 환자들을 대상으로 요양병원 및 유료요양에 대한 수요를 조사하고 그 수요와 환자의 제 특성과의 연관성을 분석함으로써 요양병원 및 유료요양원의 설립을 위한 기초자료를 산출하였다.

연구 결과로서 비용 저렴성, 쾌적한 환경, 무 간병 인력일 경우 각각 대상자의 81.3%, 84.7%, 56.3%가 요양병원을 이용하겠다고 답변하여 요양병원이 설립될 경우 수요가 충분함을 시사하고 있다. 현재입원병원보다 진료비가 30% 저렴할 경우 83.8%, 거주지로부터의 내원 거리가 1시간 이내일 경우 81.6%, 종합병원이 직영하는 병원일 경우 72.5%가 요양병원을 이용하겠다고 응답하였다. 또한 사회인구학적 특성 중 자녀와 동거하지 않는 군이 요양병원 이용할 의사가 유의하게 높은 것으로 나타났으며, 30일 이상 장기 환자가 겪은 여러 부담 중 진료비 및 간병으로 인한 가족의 어려움을 주로 토로하고 있었다. 유료요양원의 수요와 사회인구학적 및 재원 관련 특성과의 관련성을 분석한 결과에서는 배우자가 있는 군이, 직업이 없는 군이, 병원이 쾌적하지 않다고 느끼는 군이, 자녀와 동거하지 않는 군이 유료요양원에 대한 수요가 많은 것으로 나타났다. 유료요양원 입주의사가 있는 군이 일상생활동작(침상활동, 개인위생, 보행, 식사, 옷입고벗기, 손동작, 휠체어 활동)에 불편함을 더욱 겪는 경향이 보이기는 하지만, 통계적으로 유의한 관련성을 보이지는 않았다. 요양병원의 수요는 현재의 병원 수요의 대체 수요적 성격을 갖기 때문에 현재의 병원서비스와 다른 비교 우위가 있을 때 이용하게 될 것이며 요양병원의 경우 도심에 있을 필요는 없으며 1-2시간 정도 거리의 입지조건으로 오히려 쾌적한 환경의 조성이 더욱 필요할 것으로 보고 있다.

박현주(1999)의 입원 필요성 여부와 재원기간의 적절성 평가연구에서 보

면 부적절한 재원일수의 사유로 외래에서 시행 가능한 검사들을 입원해서 시행한 경우, 의사의 퇴원 지시 후 환자가 퇴원을 거부한 경우, 주말에 입원하여 별 처치 없이 보내다가 월요일에 수술을 시행한 경우, 퇴원이 가능하였으나 특별한 이유 없이 늦어진 경우, 내과로 입원하여 외래에서 가능한 검사를 마친 후 외과로 전과하여 수술을 받은 경우, 입원 후 외출이나 외박을 한 경우로 도출되고 있다. 앞으로 단축 가능한 재원일수들을 추적하여 정확한 이유를 구명하고 해결하기 위하여 의료진들이 팀을 만들어 개선하기 위한 노력이 이루어져야 하며, 우리나라에서 사용할 수 있는 평가 지침을 개발하여 부적절한 입원과 재원의 요인을 구명하고 통제할 수 있는 정책이 마련되어야 함을 제안하고 있다.

박희옥(2000)은 장기입원환자의 재원사유 및 장기입원에 영향을 미치는 요인을 파악하고 장기입원환자의 효율적인 관리를 위한 방안을 모색하기 위하여 장기입원환자를 대상으로 일반적특성, 질병특성, 입원특성과 재원사유를 조사 분석하였다.

장기입원환자의 재원사유로서는 진료요인이 가장 중요한 사유였는데 즉, 충분히 치료되지 않음, 통원치료가 어려움, 물리치료를 받고 있음이었다. 그 외에 재원사유로 가족지지요인, 비용요인이 있었고 재원 사유에 영향을 미치는 요인으로는 과거입원경험, 보험의 종류, 소요시간, 퇴원 후 간병인, 과거입원경험, 입원과, 퇴원 후 남은 치료방법, 동반된 질병의 수, 입원비 부담정도 등이 영향을 미치는 요인으로 분석되었다. 연구 결과에 따라 장기입원환자에 대한 효율적 관리방안으로 첫째, 지역 내 의료기관이나 장기요양기관과 진료협조를 위한 연계를 구축하고 의료서비스망을 구축해야 하며 둘째, 효과적인 조기퇴원계획을 수립하고 장기입원 환자 관리를

위한 의료이용도 관리가 이루어져야 하며 셋째, 병원 내 가정간호를 활성화시키고 가정간호의 조기개입을 시도해야 하며 넷째, 장기입원환자의 특성을 고려하고 입원서비스의 평가를 통해 단순한 의료서비스를 제공받고 있는 환자나 뇌손상 질환으로 인해 입원기간이 길어지고 있는 환자들을 위하여 특수병실을 이용해볼 수 있음에 대하여 제안하고 있다(박희옥, 2000).

이상의 연구결과들과 기존의 연구결과들은 장기재원환자의 관리방안을 제시하고 요양시설 이용 수요를 파악하기 위해 실시된 것이므로 장기재원환자 관리 방안으로 제시되고 있는 장기재원환자 전원에 대한 인식이나 전원 의사와의 관련성을 본 연구는 거의 없는 것으로 보여진다. 따라서 장기재원환자 문제의 해결 대안으로 제시되고 있는 실제적인 전원이 이루어지기 위한 연구가 필요하며 이를 통한 효율적 전원전략의 도출은 의료자원의 효율적 활용과 병원의 병상 회전을 상승을 유도하여 경제성을 확보하는데 크게 기여할 수 있으리라 여겨진다.

3. 장기재원환자 관리 방안

1) 협력병원 네트워크

오늘날의 의료는 의학의 진보와 사회 환경의 변화에 따라 의사 개인만으로 하는 진료에서 조직적으로 하는 진료형태로 바뀌고 있다. 또한 의료의 전문화, 세분화가 진척되고 각 진료기관간에서도 상호 협력하는 체계로 바뀌고 있다. 이러한 상황의 변화를 정확히 파악하고 의료에 있어서의 협력체계를 확립시키는데 노력해야 하는 시기가 되고 있다(노관택, 1997). 따

라서 이러한 프로그램을 발전시키는 데에는 협력모형을 협약서 등으로 공식화하여야 할 필요성이 제기된다(Netting FE, Williams FG, Jones McClintic S, Warrick L, 1990).

미국의 보건의료산업에서는 1970년대 이후 조직간 경쟁의 격화, 보험자와 공급자의 연계강화, 보험자의 영향력 증대에 대응하기 위한 의료서비스 공급자간의 협력 증대가 활발하게 형성되고 있다(김광점, 2000). 미국 병원의 경우 전체병원의 30% 이상이 병원간 협력체계(hospital alliance)에 참여하고 있다.(한동관, 1999).

21세기 병원산업의 과제로 병원간 협력에 대하여 병원산업은 대부분 인명을 다루는 공익 조직으로서 일반기업과 같이 조직간 인수.합병과 같은 적극적인 구조조정이 실시되기는 어려움이 있으나, 병원의 열악한 경영환경을 극복하기 위해 의료전달제도의 일환으로 의료망을 구성하고 특히 요양병원, 호스피스, 가정간호서비스, 통원수술 등과 같이 국민들의 다양한 의료욕구를 충족시키기 위해서는 병원간의 협력을 극대화하는 방안이 모색되어야 한다. 병원간 협력은 불확실성이 증가된 현 진료제도의 변화와 병원산업의 불확실성을 감소시킬 수 있는 매우 유용한 전략적 포지셔닝의 수단일 수 있으며, 이는 자신에게 부족한 핵심 역량을 파트너를 통해 보완하거나 혹은 자신과 파트너의 역량을 결합하여 경쟁우위를 높이하고자 하는 목적으로 활발히 이루어지고 있다(홍성삼, 1999).

의료서비스 역시 인간의 질병을 치료하는 첨단 과학기술 분야로 진료기관간의 협력과 제휴는 유용한 도구로 제공될 수 있으며, 환경의 의존도를 줄일 수 있는 방안이며, 또한 환경변화에 따른 충격을 완화시킬 수 있는 완충 작용을 할 수 있다(Zuckerman, H. and T. D'Aunno, 1990).

90년대 중반부터 종합전문요양기관 중 몇 개 병원이 자발적으로 인근 및 원거리 중소 병원과 협력병원체계를 구축하기 시작하였다. 이러한 체계를 구축하려는 이유는 ①사회적 정당성의 제고, ②의료환경의 장기적인 변화에 대한 대응 즉 향후 환자수가 줄 때를 대비하여 환자 보내줄 병원을 미리 확보해 두는 것, ③DRG제도가 도입되는 것에 대한 대비, 즉 재원일수의 단축을 목표로 하는 것 등으로 요약할 수 있다. 단기적으로는 초전문적 진료가 필요한 환자만을 자신들이 진료하고 그 단계가 종결된 환자는 조기 퇴원시킴으로써 자원의 효율적 활용을 꾀하고, 장기적으로는 환자의 공급을 확보하려는 목적을 지니고 있다(김광점, 2000).

중심병원에 여유병상이 없고, 협력병원을 비롯한 여러 병원에서 환자를 보내올 경우 중심병원은 할당(rationing)을 할 것이다. 이 경우에 협력병원에 대하여 혜택을 제공한다는 점이 중요하다. 이것은 종합전문의료기관으로의 환자집중이 격심한 현재 우리나라의 상황을 고려할 때 협력병원 네트워크에 참여한 병원들에게 인근 병원과의 경쟁에서 우위에 설 수 있는 지위를 부여하는 것이 될 수 있다(김광점, 2000).

협력병원 네트워크에 참여하는 것은 중소병원에서 사업성과의 개선 및 환자수의 증가와 같은 주된 효과 이외에 부수적인 효과도 있을 것으로 기대된다. 부수적인 효과로 기대되는 사항은, ①새로운 서비스 영역의 개발 또는 서비스 영역의 축소를 통한 Domain변경, ②전문서비스 영역의 확보, 즉 전문병원화, ③새로운 경영기법 도입 등이다(김광점, 2000).

협력병원 네트워크는 전국에 산재되어 있는 종합전문요양기관을 중심으로 구축되고 있다. 구축의 주체에 따라서 구축이 이루어지고 있는 형태는 약간씩 차이가 난다. 인근 또는 원거리의 몇 개 병원과 협력관계를 맺는가

하면, 인근의 여러 병원을 중심으로 협력관계를 맺거나, 인근과 원거리를 포함하여 전국적으로 협력관계를 맺기도 한다(김광점, 2000).

협력병원 선정시 주요 고려요인은 의료기관간 거리와 첨단의료장비 보유여부이며, 협력병원체결시 바라는 협력병원의 중요지원 내용은 진료정보의 회신 및 환자 회송에 관한 사항이며, 협력병원체결시 제공서비스의 요구로는 환자를 위한 일반병실의 확보가 가장 중요한 요구사항이다. 협력병원체결 의향여부에 미치는 설명변수의 영향정도를 분석한 결과 광고효과 기대, 병원경영의 자문과 정보의 이용 및 고가 의료장비의 투자절감 효과에 대한 기대가 통계학적으로 유의한 영향요인으로 나타났다(홍성삼, 1999).

2) 의료협력센터

일부 2, 3차 진료기관에서 설치 운영되고 있는 의료협력센터는 지역병원 및 협력병원 진료의뢰환자의 신속한 진료예약, 진료, 진료결과의 회신, 진료 후 회송(홍성삼, 1999) 및 장기재원환자 전원 등의 기능과 역할을 수행하는 실무 부서로 진료의뢰센터, 진료의뢰/회송센터, 의료협력센터 등으로 명칭을 사용하고 있다.

협력병원 네트워크를 구축하고 있는 중심병원들은 명칭은 약간씩 차이가 있으나 이를 전담하는 부서를 두고 있다. 이 부서에는 간호사가 배치되어 의뢰되어오는 환자를 관리하는 한편, 이들에게 제공된 진료내용 및 의뢰된 환자에 대한 조치결과를 의뢰한 병원과 의사에게 회신하는 일을 담당하고 있다.

또한 이들은 협력병원들을 주기적으로 방문하면서 애로사항을 접수하는 한편, 새로운 의료 및 경영정보를 제공하는 역할을 수행하기도 한다.

협력병원으로 환자를 의뢰한 경우에는 이들이 협력병원에서 느끼는 만족도 및 이들에 대한 협력병원의 관리상태 등을 조사하여 협력병원 측의 개선을 요구하는 역할을 수행한다.

협력병원의 담당자들은 중심병원에 대하여 진료와 경영 측면의 도움이 필요한 경우 이 부서에 요청하게 되며, 이들은 가능한 범위 안에서 협력병원의 요청에 부응하기 위하여 노력하고 있다.

그러나 이러한 부서의 역할이 제대로 수행되기 위해서는 중심병원 내부에서 시스템적으로 협력관계의 지원활동이 이루어져야 하는데, 아직 이러한 단계로까지는 발전하지 못하고 있는 실정이다. 의뢰되어 온 환자에 대한 진료는 기존 예약환자에 추가적으로 이들 환자에게 진료를 제공해야 하는 것이기 때문에 의료진의 협조가 필요하며, 장기재원환자를 중소협력병원으로 이송하는 것은 중심병원의 의료진이 협조하지 않고서는 원천적으로 불가능하다.

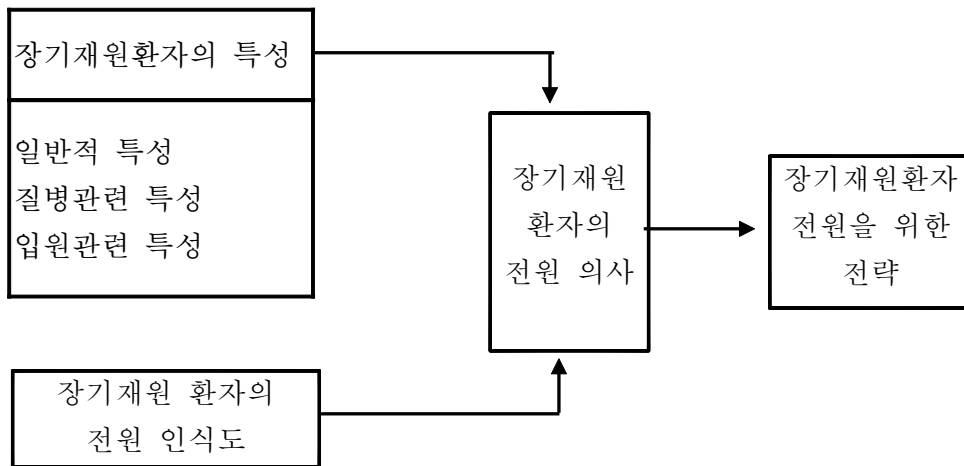
일부 중심병원에서는 이러한 활동을 활발히 수행하고 있으나, 다른 중심병원에서는 병원내부의 협조를 얻지 못하여 협력관계를 의욕적으로 진척시키지 못하고 있는 실정이다(김광점, 2000).

Ⅲ. 연구방법

1. 연구의 틀

본 연구는 장기재원환자의 특성과, 타 병원 또는 요양기관으로의 전원에 대한 인식도 및 전원 의사를 파악하고 관련성을 분석하여 장기재원환자 전원을 위한 전략수립에 필요한 기초자료를 제공하기 위한 연구이다.

이를 도시하면 그림 2와 같다.



<그림 2> 연구의 틀

2. 연구대상

일 대학부속종합병원에 2002년 4월 9일 현재 재원중인 30일 이상 장기 재원 환자 251명 중 중환자실, 신경외과 집중치료실, 신생아 집중치료실, 관상동맥질환 집중치료실, 심혈관계 집중치료실 및 정신과 환자 37명을 제외한 214명 전수를 대상으로 하였다. 정신과 환자는 질병의 특성으로 설문지의 어려움이 있어 연구 대상에서 제외하였고, 나머지 중환자실에서 치료받고 있는 30일 이상 장기재원 환자는 의료진의 의견을 참조하여 중증도가 높아서 3차 진료 기관의 치료를 받아야 하는 환자로 보고 본 연구대상에서 제외하였다.

3. 연구도구

선행연구(문연순, 1995. 조영희, 1998. 박희옥, 2000.)에서 사용한 설문지를 참조하여 장기재원환자와 관련된 특성을 일반적 특성, 질병관련 특성, 입원관련 특성으로 분류하여 각각에 대한 세부 질문을 만들고 전원에 대한 인식도 및 전원 의사에 대한 세부질문으로 설문지를 구성하였다.

일반적 특성은 사회인구학적인 특성으로 12문항으로 구성하였고, 질병관련 특성에는 환자의 질병과 관련되어 제공되고 있는 의학적 치료서비스와 환자 현재 상태 등에 관한 10문항으로 구성하였다. 입원관련 특성과 관련해서는 입원 경험, 입원 치료에 대한 만족도, 입원으로 인한 어려움, 입원 치료비 등의 11문항으로 구성하였다. 전원에 대한 인식도, 전원 의사에

관하여서는 13문항으로 총 46문항으로 설문지를 구성하였다(표 1).

2002년 4월 1일에 30일 이상 장기재원환자 10명에게 Pretest를 실시하여 설문지를 수정 보완하였다.

<표 1> 설문지 항목 설명

구분	질문 수	구체적 질문 항목 내역
1.일반적 특성	12	성별, 연령, 배우자 유무, 직업유무, 자녀 유무, 자녀 동거 유무, 거주지, 거주지에서 병원까지 소요시간, 월 평균 소득, 보험 구분, 본인 부담금, 일차적인 보호자
2.질병관련 특성	10	진료과, 질병 유형, 질병의 수, 합병증 유무, 전과 유무, 수술 유무(수술 유형), 일상생활 수행 능력, 장애 유무, 의료처치, 기능회복 기대 정도,
3.입원관련 특성	11	입원 경로, 입원일수, 병원 내 직계가족 유무, 간병인이 누구인지, 과거 입원 경험, 본인부담 입원비, 입원비 부담 정도, 치료 만족도, 입원으로 인한 어려움, 퇴원권유 유무, 입원병실 유형
4.전원 인식도	10	전원에 대해 들어본 경험, 전원 권유 자, 협력병원에 대해 들어본 경험, 협력병원 정보에 대한 관심, 협력병원 선호도, 전원 시 선호병원, 협력병원 전원시 좋은점, 전원 계획 담당자, 가정간호에 대해 들어 본 경험, 가정 간호를 이용 하고자 하는 의사
5.전원 의사	3	전원 의사, 전원 의사 있는 사유, 전원 의사 없는 사유
합계	46	

4. 자료수집 방법

자료수집은 일 대학부속종합병원 간호부 실무교육실을 경유하여 설문지 배포에 대한 부서장의 승인을 얻은 후 2002년 4월 9일 현재 30일 이상 장기재원환자 중 중환자계와 정신과 환자를 제외한 214명의 환자를 선정하여 해당병동 수간호사에게 설문조사에 대하여 설명하고 연구 조사에 대한 협조를 얻은 후 설문지를 해당 환자에게 배부하였다. 설문지를 배부한 다음날부터 일요일을 제외하고 4월 17일까지 214명에게 배부된 설문지를 수거하였다. 연구자가 설문 대상자를 직접 방문하여 질문 사항에 답변하고 수거하였다. 조사 대상자 214명 중 설문 배포시점부터 수거 기간 동안 퇴원 및 사망, 설문 작성을 거절한 경우 77부를 제외하고 137부의 설문지를 수거하였고 수거율은 64%이었다.

5. 자료분석 방법

최종 수집된 자료는 SAS 및 SPSS통계 프로그램을 이용하여 자료를 분석하였다.

장기재원환자의 일반적 특성, 질병관련 특성, 입원관련 특성, 전원 인식도 및 전원 의사에 대한 자료를 빈도분석 하고 이들 간의 관련성을 보기 위해 카이스퀘어(Chi-Square) 분석과 로지스틱 회귀분석(Logistic Regression)을 실시하였다. 장기재원환자 또는 보호자가 작성한 주관적 응답 내용을 정리하여 다음과 같은 분석방법에 의해 정보를 도출하였다.

<표 2> 자료 분석 방법

분석 항목	분석 방법
장기재원환자의 일반적 특성	빈도 분석
장기재원환자의 질병관련 특성	빈도 분석
장기재원환자의 입원관련 특성	빈도 분석
장기재원환자의 전원 인식도	빈도 분석
장기재원환자의 전원 의사	빈도 분석
장기재원환자의 특성, 전원 인식도와 전원 의사와의 관련성	카이스퀘어 분석 다변량 로지스틱 회귀분석

IV. 연구결과

1. 장기재원 환자의 특성

1) 일반적 특성

장기재원환자 설문조사 응답자 137명중 남자는 83명(60.6%), 여자는 53명(38.7%)이었으며 연령별 분포에서는 40-50대가 51명(37.2%)으로 가장 많았고, 60세 이상이 42명(30.7%), 20세 미만 24명(17.5%), 20-30대가 20명(14.6%) 순 이었다.

배우자가 있는 경우는 83명으로 60.6%이었고 직업을 가진 경우는 31명으로 22.6%에 불과했다. 자녀를 가진 경우는 94명으로 68.6%이었고 자녀와 동거하는 경우는 69명으로 50.4%이었다.

거주지에 따른 분류를 보면 서울특별시와 경인지역 거주자가 105명(76.6%)으로 기타지역 거주자 32명(23.4%)에 비해 많은 것으로 나타났다. 거주지에서 병원까지 소요시간은 1시간 이내가 40명(29.2%)으로 가장 많았고, 30분 이내가 34명(24.8%), 2시간 이내가 34명(24.8%), 2시간 이상이 29명(21.2%)으로 고른 분포를 나타냈다(표 3).

가족의 월 평균 소득의 경우 소득이 없는 경우를 포함한 100만원 미만이 32명(23.4%)으로 가장 많았고 400만원 이상의 소득자도 20명(14.6%)이나 되었다. 보험 구분을 보면 의료보험이 113명(82.5%)으로 대부분의 환자가 의료보험 환자이였으며 본인 부담금 해결은 가족자체 해결이 118명(86.1%)

으로 대부분 가족자체에서 해결하는 것으로 나타났다.

환자의 일차적인 보호자는 배우자가 64명(46.7%)으로 가장 많았으며, 부모 41명(29.9%), 자녀 20명(14.6%)으로 주로 직계 가족인 것으로 나타났다 (표 3).

<표 3> 장기재원 환자의 일반적 특성

N = 137

변수	구분	실수(%)
성별	남자	83(60.6)
	여자	53(38.7)
	무응답	1(0.7)
연령	1-19세	24(17.5)
	20-39세	20(14.6)
	40-59세	51(37.2)
	60세 이상	42(30.7)
배우자	유	83(60.6)
	무	51(37.2)
	무응답	3(2.2)
직업	유	31(22.6)
	무	106(77.4)
자녀	유	94(68.6)
	무	43(31.4)
자녀와 동거	동거함	69(50.4)
	동거 안함	68(49.6)
거주지	서울 & 경인지역	105(76.6)
	기타지역	32(23.4)
거주지에서 병원까지 소요시간	30분 이내	34(24.8)
	1시간 이내	40(29.2)
	2시간 이내	34(24.8)
	2시간 이상	29(21.2)

<표 3> 장기재원 환자의 일반적 특성(계속)

N = 137

변수	구분	실수(%)
월 평균 소득	100만원 미만	32(23.4)
	100만원-200만원 미만	28(20.4)
	200만원-300만원 미만	24(17.5)
	300만원-400만원 미만	17(12.4)
	400만원 이상	20(14.6)
	무응답	16(11.7)
보험 구분	의료보험	113(82.5)
	기타보험	23(16.8)
	무응답	1(0.7)
본인 부담금	가족자체 내 해결	118(86.1)
	가족자체 외 도움(보험 등)	17(12.4)
	무응답	2(1.5)
일차적인 보호자	배우자	64(46.7)
	부모	41(29.9)
	자녀	20(14.6)
	기타	10(7.3)
	무응답	2(1.5)

2) 질병관련 특성

대상자의 질병관련 특성으로는 진료과, 질병 유형, 질병의 수, 합병증 발생, 전과, 수술, 수술 유형, 일상생활 수행능력, 장애 유무, 의료처치, 기능회복 기대정도를 보았다.

먼저 대상자의 진료과별 분포를 보면 재활의학과가 51명(37.2%)으로 가장 많았으며 신경외과 15명(10.9%), 혈액종양내과 11명(8.0%) 등으로 나타났다(표 4). 주 진단명을 중심으로 질병을 분류한 결과 뇌혈관계 질환 38명(27.7%)으로 가장 많은 것으로 나타났으며, 근골격계 질환 33명(24.1%), 암 질환 32명(23.4%), 위장관계 질환 15명(10.9%), 기타질환 14명(10.2%)으로 나타났으며, 질병의 수는 2개 이상의 질병을 가진 경우가 58명(42.3%)이었다. 현재 입원 중에 합병증 발생한 경우가 47명(34.3%)이었고 입원 시 입원 과정에서 다른 과로 전과한 경우는 69명(50.4%)이었다. 수술을 받은 경우는 75명(54.7%)이었고 수술에 따른 분류 상 뇌혈관계 수술이 21명(28%)으로 가장 많았다(표 5).

일상생활 수행 능력은 식사, 옷입기, 화장실 가기, 개인위생, 보행 중 한 가지 이상 전적으로 도움이 필요한 경우가 83명(60.6%)이었고, 1개 이상 부분적으로 도움이 필요한 경우가 40명(29.2%), 도움이 필요 없는 경우가 13명(9.5%)으로 나타났다. 환자가 가지고 있는 장애 중 운동장애가 95명(69.3%)으로 가장 많았으며 현재 받고 있는 의료 처치에 대한 중복 응답 조사 결과 많은 빈도를 차지하는 의료처치는 먹는 약 98명(71.5%), 물리치료 68명(49.6%), 휠체어 이동 64명(46.7%), 상처치료(드레싱) 54명(39.4%) 순으로 나

타났다(표 6). 환자가 받고 있는 의료 처치 개수별 구분을 보면 3-4개의 의료 처치를 받고 있는 환자가 46명(33.6%)으로 가장 높게 나타났고 5-6개의 의료 처치를 받고 있는 환자는 35명(25.5%)이었다. 기능을 어느 정도 회복할 수 있을 지에 대한 기대정도에서 부분적 회복이 가능하다고 답한 경우가 60명(43.8%)으로 가장 많았고, 회복 불가능하다고 답한 경우도 18명(13.1%)이나 되었다(표 5).

<표 4> 진료과별 분포

N = 137

진료과	실수(%)	진료과	실수(%)
재활의학과	51(37.2)	소아심장과	4(2.9)
신경외과	15(10.9)	성형외과	2(1.5)
혈액종양내과	11(8.0)	내분비내과	2(1.5)
소아과	9(6.6)	이식외과	2(1.5)
종양학과	7(5.1)	피부과	2(1.5)
정형외과	6(4.4)	호흡기내과	2(1.5)
소화기내과	6(4.4)	심장내과	2(1.5)
일반외과	5(3.6)	이비인후과	2(1.5)
신경과	4(2.9)	비뇨기과	1(0.7)
감염내과	4(2.9)		

<표 5> 장기재원 환자의 질병관련 특성

N = 137

변수	구분	실수(%)
질병 유형	근골격계 질환	33(24.1)
	뇌혈관계 질환	38(27.7)
	위장관계 질환	15(10.9)
	암 질환	32(23.4)
	기타 질환	14(10.2)
	무응답	5(3.6)
질병의 수	1개	59(43.1)
	2개 이상	58(42.3)
	무응답	20(14.6)
합병증 발생	예	47(34.3)
	아니오	86(62.8)
	무응답	4(2.9)
전과	예	69(50.4)
	아니오	67(48.9)
	무응답	1(0.7)
수술	유	75(54.7)
	무	60(43.8)
	무응답	2(1.5)
수술 유형 (수술 받은 환자 75명 중)	근골격계 수술	13(17.3)
	뇌혈관계 수술	21(28.0)
	위장관계 수술	9(12.0)
	기타수술	18(24.0)
	무응답	14(18.7)

<표 5> 장기재원 환자의 질병관련 특성(계속)

N = 137

변수	구분	실수(%)
일상생활 수행 능력	전적으로 도움 필요	83(60.6)
	부분적으로 도움 필요	40(29.2)
	도움 필요 없음	13(9.5)
	무응답	1(0.7)
시각장애	있음	16(11.7)
	없음	121(88.3)
운동장애	있음	95(69.3)
	없음	42(30.7)
언어장애	있음	36(26.3)
	없음	101(73.7)
청각장애	있음	8(5.8)
	없음	129(94.2)
인지장애	있음	24(17.5)
	없음	113(82.5)
호흡장애	있음	25(18.2)
	없음	112(81.8)
의료 처치	0-2개	27(19.7)
	3-4개	46(33.6)
	5-6개	35(25.5)
	7-8개	20(14.6)
	9-12개	9(6.6)
기능회복 기대 정도	완전 회복	52(38.0)
	부분적 회복	60(43.8)
	회복 불가	18(13.1)
	무응답	7(5.1)

<표 6> 의료 처치 종류별 분포

N = 137

의료처치	구분	실수(%)
정맥, 근육 주사	있음	43(31.4)
	없음	94(68.6)
먹는 약	있음	98(71.5)
	없음	39(28.5)
정맥주사(수액)	있음	52(38.0)
	없음	85(62.0)
상처 치료(드레싱)	있음	54(39.4)
	없음	83(60.6)
물리치료	있음	68(49.6)
	없음	69(50.4)
작업치료	있음	47(34.3)
	없음	90(65.7)
언어치료	있음	18(13.1)
	없음	119(86.9)
방사선 암 치료	있음	12(8.8)
	없음	125(91.2)
항암치료(약물)	있음	25(18.2)
	없음	111(81.0)
혈액투석	있음	9(6.6)
	없음	128(93.4)
복막투석	있음	1(0.7)
	없음	136(99.3)
흡입(suction)	있음	13(9.5)
	없음	124(90.5)

<표 6> 의료 처치 종류별 분포(계속)

N = 137

의료 처치	구분	실수(%)
산소 흡입	있음	16(11.7)
	없음	121(88.3)
유치 도뇨관	있음	27(19.7)
	없음	110(80.3)
흉부 배액관	있음	1(0.7)
	없음	136(99.3)
기관내 삽관	있음	12(8.8)
	없음	125(91.2)
비위관 튜브	있음	8(5.8)
	없음	129(94.2)
인공호흡기	있음	3(2.2)
	없음	134(97.8)
장루관리	있음	4(2.9)
	없음	133(97.1)
요루관리	있음	4(2.9)
	없음	133(97.1)
휠체어 이동	있음	64(46.7)
	없음	73(53.3)
카트이동	있음	19(13.9)
	없음	118(86.1)
위커이동	있음	4(2.9)
	없음	133(97.1)
목발이동	있음	0(0.0)
	없음	137(100.0)
수혈	있음	5(3.6)
	없음	132(96.4)

3) 입원관련 특성

대상자의 입원관련 특성으로는 입원경로, 입원일수, 간병인 사용, 과거 입원 경험, 본인부담 입원비, 입원비 부담, 치료 만족도, 퇴원권유 유무, 입원병실 구분을 보았다.

대상자의 입원 경로는 외래가 70명(51.1%)으로 가장 많았고, 입원일수의 경우 60일 이상이 82명(59.9%)이나 되었다. 간병인 사용 유무에 있어서 간병인을 사용하지 않는 경우가 105명(76.6%)이었고, 과거 입원 경험이 있는 경우는 88명(64.2%)이었다.

본인 부담 입원비 중 1,000만원 이상이 72명(52.6%)에 달했고 입원비가 어느 정도 부담이 되는 지에 대하여 대상자의 90명(65.7%)이 매우 부담이 된다고 응답함으로써 대부분이 입원비에 많은 부담을 느끼는 것으로 나타났다.

치료 만족 정도에 대해서는 만족한다가 57명(41.6%), 그저 그렇다가 62명(45.3%), 불만이다가 17명(12.4%)으로 비교적 만족하는 경우가 많은 것으로 나타났다.

장기입원으로 인한 어려움에 대한 중복 응답 결과 진료비 부담으로 인한 경제적 어려움은 93명(67.9%)이 있다고 하였고, 불편한 생활환경은 75명(54.7%), 간병으로 인한 가족의 어려움은 84명(61.3%)이 있다고 응답하여 진료비 부담으로 인한 경제적 어려움을 가장 많은 환자가 선택하였다. 또한 간병인을 사용하고 있다고 응답한 31명 중 20명(64.5%)이 간병료로 인한 경제적 부담을 느끼는 것으로 나타났다.

현재 입원 중 퇴원 권유를 받았는지에 대하여 받은 경우가 55명(40.1%)

으로 받지 않은 경우보다 적었으며 입원하고 있는 병실의 종류는 5-6인용
이 103명(75.2%)으로 상급병실에 비하여 많았다(표 7).

<표 7> 장기재원 환자의 입원관련 특성

N = 137

변수	구분	실수(%)
입원 경로	응급실	65(47.4)
	외래	70(51.1)
	무응답	2(1.5)
입원일 수	30-59일	55(40.1)
	60일 이상	82(59.9)
간병인 사용	사용함	31(22.6)
	사용안함	105(76.6)
	무응답	1(0.7)
과거 입원 경험	있음	88(64.2)
	없음	49(35.8)
본인 부담 입원비	500만원 미만	21(15.3)
	500만원-1,000만원 미만	42(30.7)
	1,000만원 이상	72(52.6)
	무응답	2(1.5)
입원비 부담	매우 부담	90(65.7)
	약간 부담	32(23.4)
	그저 그렇다	13(9.5)
	무응답	2(1.5)
치료 만족도	만족한다	57(41.6)
	그저 그렇다	62(45.3)
	불만이다	17(12.4)
	무응답	1(0.7)
퇴원 권유 유무	예	55(40.1)
	아니오	81(59.1)
	무응답	1(0.7)
입원병실 구분	1-4인용	34(24.8)
	5-6인용	103(75.2)

2. 장기재원환자의 전원 인식도 및 전원 의사

전원에 대해서 들어본 경험이 있다고 응답한 경우가 전체 응답자 중 47명(34.3%)이었고, 전원에 대해서 들어 본 적이 없다고 응답한 대상자는 전체 대상자 중 89명(65%)이었다.

전원 권유를 받은 적이 있는 경우가 35명(25.5%)이었고 전원 권유를 받은 35명에 대한 전원 권유자는 주치의가 18명(51.4%)으로 가장 많았다. 전원 계획을 세운다면 누가 도와주길 바라는지에 대하여서는 주치의가 65명(73%)이었고 주치의와 병원 내 전원 담당자가 해주었으면 좋겠다 라고 답한 경우는 12명(13%)으로 나타났다.

전원 할 의사가 있는 사람은 43명(31.4%)으로 나타났고 이 중 전원에 대해 들어본 경험이 있는 경우는 22명(51.2%)이었다(표 8, 표 14). 전원 의사가 있는 43명 응답자 중 중복 응답 결과 그 사유로 가장 많이 선택한 항목이 집에서 병원이 멀기 때문임과 물리 치료 중임으로 각각 17명이 선택하였고, 그 다음으로 통원 치료 불가함이 16명, 주치의 퇴원 권유받음이 13명, 집에서 간호에 대한 불안함 및 현재 상태 호전됨을 각각 12명이 선택하였다(표 9). 전원 의사가 없는 92명 응답자 중 중복 응답 결과 본 병원 진료수준을 신뢰함이 52명이 선택하여 그 이유로 가장 많이 선택된 항목이며, 그 다음으로는 현재 주치의가 본 질병에 권위자임이 47명, 급성기 치료가 끝나지 않았음이 44명, 타병원 진료 수준에 대한 신뢰가 없음이 36명, 주치의로부터 전원에 대하여 들은 적 없음이 27명, 곧 퇴원 예정임이 20명으로 전원 의사 없음에 대한 이유로 선택되었다(표 10).

협력병원에 대해 들어본 경험이 있는 경우는 26명(19%)에 불과했고 협

협력병원 정보에 대한 관심이 있는지에 대한 설문에서는 57명(41.6%)이 있다고 답변하였다. 협력병원으로 전원 시 좋은 점이 무엇이라고 생각하는 지에 대한 중복 응답 질문에 대하여 협력병원의 진료수준을 신뢰할 수 있다는 22명(16.1%), 환자 상태 변화 시 본 병원에서 신속한 도움을 받을 수 있을 것이라는 36명(26.3%), 본 병원에서 협력병원에 관한 정보를 제공받을 수 있을 것이라는 21명(15.3%), 좋은 점이 무엇인지 알 수 없다는 17명(12.4%)이 선택하였다. 협력병원 선호도를 보기 위해 실시한 질문에서는 현재 입원 중인 본 병원과 유사한 이름을 가진 병원에 대한 선호도가 다른 협력병원에 비하여 매우 높게 나타났다. 중복 응답 설문결과 선택된 44건 중 본 병원과 병원 명이 비슷한 두 개 병원이 16건으로 44건 중 36.3%를 차지하였다.

만약 전원을 간다면 선호하는 병원이 있는지에 대해 있다고 답변한 경우는 29명(21.2%)에 불과하였다.

가정간호에 대해 들어본 경험은 85명(62.0%)으로 응답자의 절반을 넘었으나 실제로 가정간호를 이용하겠다는 의사를 가진 경우는 23명(16.8%)에 불과했다(표 8).

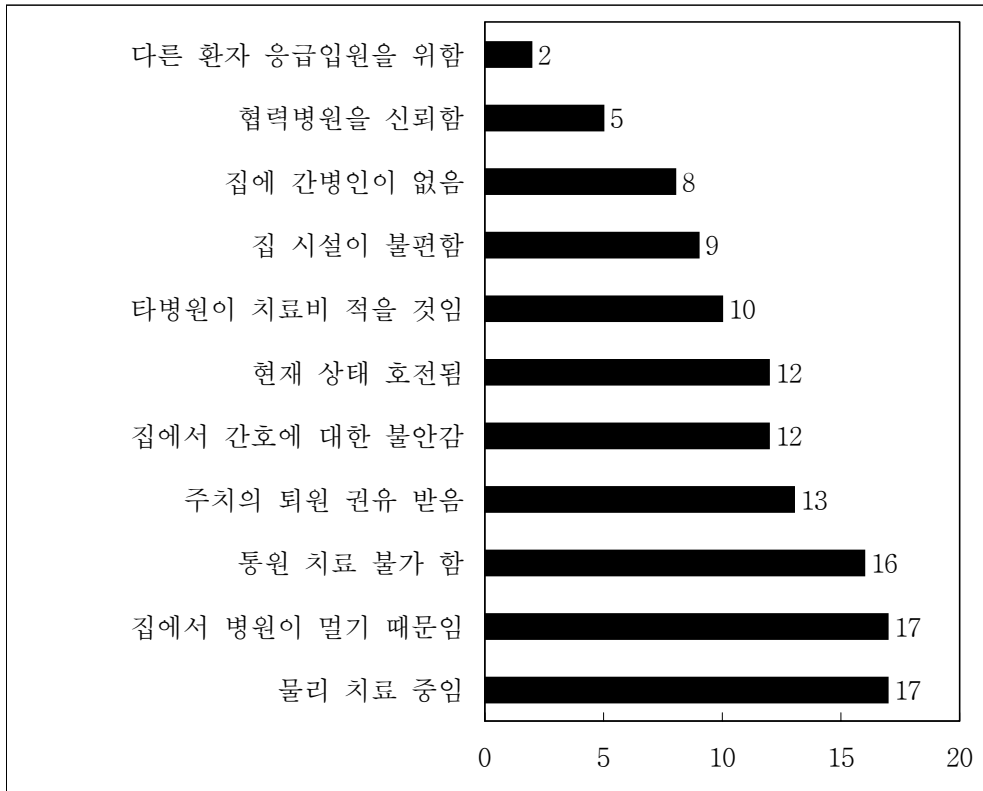
<표 8> 장기재원 환자의 전원 인식도 및 전원 의사

N = 137

변수	구분	실수(%)
전원에 대해 들어본 경험	있음	47(34.3)
	없음	89(65.0)
	무응답	1(0.7)
전원 권유	있음	35(25.5)
	없음	90(65.7)
	무응답	12(8.8)
전원 권유자 (전원 권유받은 응답자 35명 중)	주치의	18(51.4)
	전공의	8(22.9)
	주치의 & 전공의	3(8.6)
	기타	6(17.1)
전원 의사	있음	43(31.4)
	없음	92(67.2)
	무응답	2(1.5)
협력병원에 대해 들어본 경험	있음	26(19.0)
	없음	104(75.9)
	무응답	7(5.1)
협력병원 정보에 대한 관심	있음	57(41.6)
	없음	70(51.1)
	무응답	10(7.3)
전원시 선호병원	있음	29(21.2)
	없음	73(53.3)
	무응답	35(25.5)
가정간호에 대해 들어본 경험	있음	85(62.1)
	없음	31(22.6)
	무응답	21(15.3)
가정간호를 이용 하고자 하는 의사	있음	23(16.8)
	없음	91(66.4)
	무응답	23(16.8)
선호하는 전원 계획자 (응답자 90명 중)	주치의	65(73.0)
	전공의	3(3.0)
	전원 담당자	4(4.0)
	주치의 & 전원 담당자	12(13.0)
	기타	6(7.0)

<표 9> 전원 의사가 있는 응답자의 사유* 분포

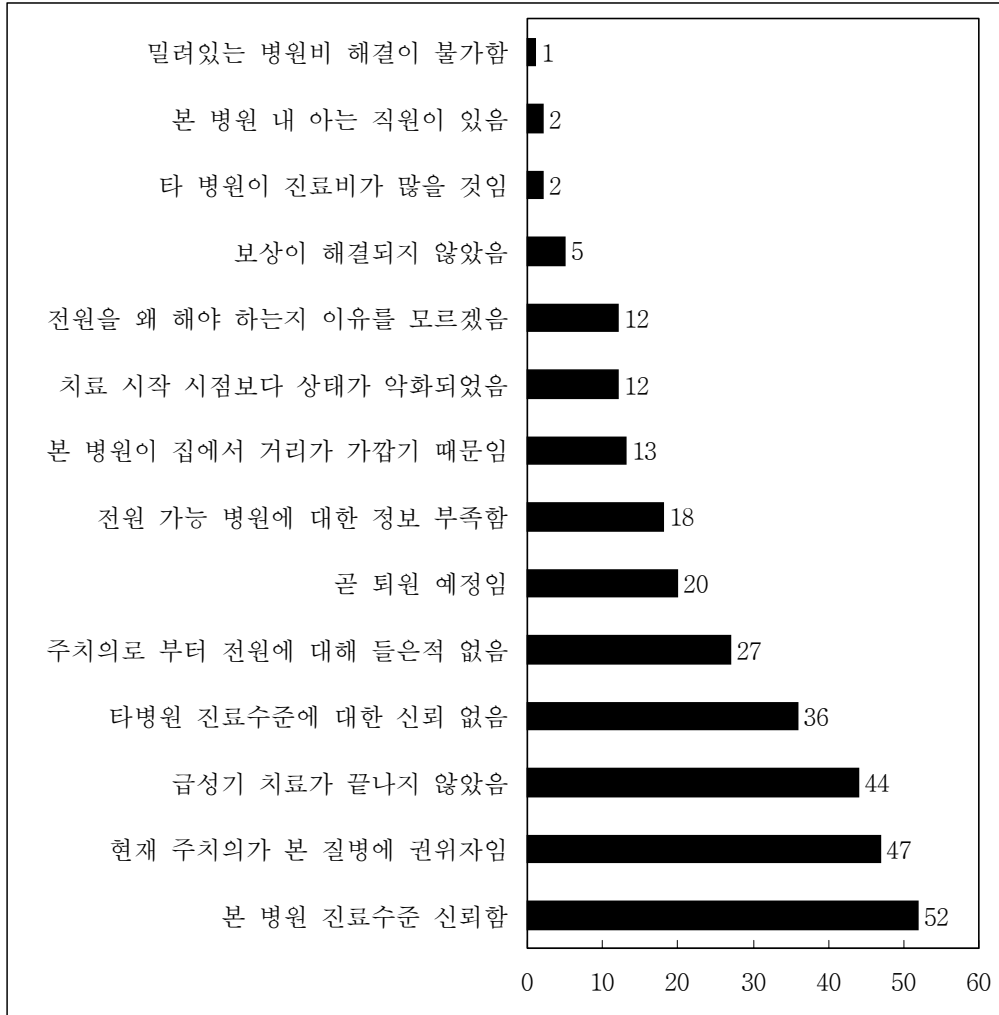
N = 43명



* 중복 응답

<표 10> 전원 의사가 없는 응답자의 사유* 분포

N = 92명



* 중복 응답

3. 장기재원환자 특성, 전원 인식도와 전원 의사와의 관련성

1) 일반적 특성과 전원 의사와의 관련성

장기재원환자의 일반적 특성 중에 전원 의사와 관련이 있는 변수는 성별, 거주지 구분, 병원까지의 소요시간이었다. 성별의 경우 남자환자가 여자 환자에 비해 전원 의사가 높았으며($\chi^2=3.879$, $p=0.049$) 거주지의 경우는 서울특별시와 경인지역을 제외한 지방의 경우 거주지에서 병원까지의 거리가 멀수록 전원을 가고자 하는 의사가 높았다($\chi^2=4.361$, $p=0.037$). 병원까지의 소요시간에 있어서도 마찬가지로 2시간 이상 소요 환자가 2시간 이내 소요 시간 환자 군에 비해서 전원을 가고자 하는 의사가 높게 나타났다($\chi^2=10.157$, $p=0.017$).

연령별 구분, 배우자 유무, 직업 유무, 자녀 유무, 자녀와의 동거 유무, 월 평균 소득, 보험 구분, 본인 부담금 해결과 전원 의사와는 관련성이 없는 것으로 나타났다. 그러나 연령별 전원 의사를 보면 통계학적으로는 의미가 없었으나 40-59세 연령 군에서 다른 연령군 보다 전원 의사가 높은 경향을 보였다. 월 평균 소득의 경우는 월 평균 300만원 이상 고소득 군에서 전원을 가지 않으려는 경향이 있었으나 통계적으로 유의하지는 않았다 (표 11).

<표 11> 일반적 특성과 전원 의사와의 관련성 분석

단위 : 실수(%)

변수	구분	전원 의사		계	x ² 값 (P-value)
		유	무		
성별	남자	32(74.4)	50(54.9)	82(61.2)	3.879 (0.049)*
	여자	11(25.6)	41(45.1)	52(38.8)	
	계	43(100.0)	91(100.0)	134(100.0)	
연령	1-19세	6(14.0)	18(19.6)	24(17.8)	2.974 (0.396)
	20-39세	5(11.6)	15(16.3)	20(14.8)	
	40-59세	20(46.5)	29(31.5)	49(36.3)	
	60세 이상	12(27.9)	30(32.6)	42(31.1)	
	계	43(100.0)	92(100.0)	135(100.0)	
배우자	유	30(69.8)	52(57.8)	82(61.7)	1.298 (0.254)
	무	13(30.2)	38(42.2)	51(38.3)	
	계	43(100.0)	90(100.0)	133(100.0)	
직업	유	11(25.6)	20(21.7)	31(23.0)	0.076 (0.783)
	무	32(74.4)	72(78.3)	104(77.0)	
	계	43(100.0)	92(100.0)	135(100.0)	
자녀	유	31(72.1)	61(66.3)	92(68.1)	0.225 (0.635)
	무	12(27.9)	31(33.7)	43(31.9)	
	계	43(100.0)	92(100.0)	135(100.0)	
자녀와 동거	동거함	22(51.2)	46(50.0)	68(50.4)	0.000 (1.000)
	동거안함	21(48.8)	46(50.0)	67(49.6)	
	계	43(100.0)	92(100.0)	135(100.0)	

* p < 0.05

<표 11> 일반적 특성과 전원 의사와의 관련성 분석(계속)

단위 : 실수(%)

변수	구분	전원 의사		계	x ² 값 (P-value)
		유	무		
거주지 구분	서울 & 경인	28(65.1)	75(81.5)	103(76.3)	4.361 (0.037)*
	기타 지역	15(34.9)	17(18.5)	32(23.7)	
	계	43(100.0)	92(100.0)	135(100.0)	
거주지에서 병원까지 소요시간	30분 이내	8(18.6)	26(28.3)	34(25.2)	10.157 (0.017)*
	1시간 이내	7(16.3)	31(33.7)	38(28.1)	
	2시간 이내	13(30.2)	21(22.8)	34(25.2)	
	2시간 이상	15(34.9)	14(15.2)	29(21.5)	
	계	43(100.0)	92(100.0)	135(100.0)	
월 평균 소득 (단위 : 만원)	100미만	9(24.3)	22(26.8)	31(26.1)	4.921 (0.296)
	100-200미만	13(35.1)	15(18.3)	28(23.5)	
	200-300미만	7(18.9)	16(19.5)	23(19.3)	
	300-400미만	3(8.1)	14(17.1)	17(14.3)	
	400이상	5(13.5)	15(18.3)	20(16.8)	
	계	37(100.0)	82(100.0)	119(100.0)	
보험 구분	의료보험	36(83.7)	75(82.4)	111(82.8)	0.000 (1.000)
	기타보험	7(16.3)	16(17.6)	23(17.2)	
	계	43(100.0)	91(100.0)	134(100.0)	
본인 부담금	가족자체 해결	37(88.1)	80(87.9)	117(88.0)	0.000 (1.000)
	가족자체 외 도움	5(11.9)	11(12.1)	16(12.0)	
	계	42(100.0)	91(100.0)	133(100.0)	

* p < 0.05

2) 질병관련 특성과 전원 의사와의 관련성

장기재원환자의 질병관련 특성과 전원 의사와의 관련성에서는 질병유형 및 수술유형을 제외하고는 다른 변수들은 전원 의사와 유의한 관련성이 없는 것으로 나타났다(표 12).

장기재원 환자의 질병이 다양하여 분석을 위하여 질병의 특성에 따라 근골격계 질환, 뇌혈관계 질환, 위장관계 질환, 암 질환, 기타질환으로 분류하여 분석하였으며 분석한 결과 특히 근골격계 질환 환자들에 있어서 전원 의사가 가장 높았으며 그 다음으로는 위장관계 질환을 가진 환자들이 전원 의사가 있는 것으로 나타났다($\chi^2=15.114$, $p=0.004$). 반면 암 질환을 가진 경우는 다른 질환에 비해 전원 의사가 적은 것을 볼 수 있다.

수술 유형에 따라 근골격계 수술, 뇌혈관계 수술, 위장관계 수술, 기타 수술로 분류하여 분석한 결과 역시 전원의사와 유의한 관련성을 보였으며 ($\chi^2=10.135$, $p=0.017$) 특히 위장관계 수술의 경우가 전원에 대한 의사가 높은 것으로 나타났다. 그러나 환자가 현재 받고 있는 의료 처치 개수에 따른 전원 의사와의 관련성은 유의하지 않은 것으로 나타났다.

<표 12> 질병관련 특성과 전원 의사와의 관련성 분석

단위 : 실수(%)

변수	구분	전원 의사		계	x ² 값 (P-value)
		유	무		
질병 유형	근골격계 질환	18(41.9)	15(17.0)	33(25.2)	15.114 (0.004)*
	뇌혈관계 질환	10(23.3)	28(31.8)	38(29.0)	
	위장관계 질환	7(16.3)	8(9.1)	15(11.5)	
	암 질환	4(9.3)	28(10.2)	32(9.9)	
	기타 질환	4(9.3)	9(31.8)	13(24.4)	
	계	43(100.0)	88(100.0)	131(100.0)	
질병의 수	1개	17(48.6)	42(51.9)	59(50.9)	0.015
	2개 이상	18(51.4)	39(48.1)	57(49.1)	(0.903)
	계	35(100.0)	81(100.0)	116(100.0)	
합병증 발생	예	14(32.6)	32(36.4)	46(35.1)	0.055
	아니오	29(67.4)	56(63.6)	85(64.9)	(0.815)
	계	43(100.0)	88(100.0)	131(100.0)	
전과	예	25(58.1)	43(47.3)	68(50.7)	0.983
	아니오	18(41.9)	48(52.7)	66(49.3)	(0.321)
	계	43(100.0)	91(100.0)	134(100.0)	
수술	예	26(60.5)	48(53.3)	74(55.6)	0.345
	아니오	17(39.5)	42(46.7)	59(44.4)	(0.557)
	계	43(100.0)	90(100.0)	133(100.0)	
수술 유형	근골격계 수술	4(20.0)	9(22.5)	13(21.7)	10.135 (0.017)*
	뇌혈관계 수술	6(30.0)	15(37.5)	21(35.0)	
	위장관계 수술	7(35.0)	2(5.0)	9(15.0)	
	기타수술	3(15.0)	14(35.0)	7(28.3)	
	계	20(100.0)	40(100.0)	60(100.0)	

* p < 0.05

<표 12> 질병관련 특성과 전원 의사와의 관련성 분석(계속)

단위 : 실수(%)

변수	구분	전원 의사		계	x ² 값 (P-value)
		유	무		
일상생활 수행 능력	전적 도움	28(65.1)	54(59.3)	82(61.2)	0.675 (0.714)
	부분적 도움	12(27.9)	27(29.7)	39(29.1)	
	도움 필요	3(7.0)	10(11.0)	13(9.7)	
	없음				
	계	43(100.0)	91(100.0)	134(100.0)	
시각장애	있음	7(16.3)	8(8.7)	15(11.1)	1.025 (0.311)
	없음	36(83.7)	84(91.3)	120(88.9)	
	계	43(100.0)	92(100.0)	135(100.0)	
운동장애	있음	30(69.8)	64(69.6)	94(69.6)	0.000 (1.000)
	없음	13(30.2)	28(30.4)	41(30.4)	
	계	43(100.0)	92(100.0)	135(100.0)	
언어장애	있음	15(34.9)	20(21.7)	35(25.9)	1.996 (0.158)
	없음	28(65.1)	72(78.3)	100(74.1)	
	계	43(100.0)	92(100.0)	135(100.0)	
청각장애	있음	4(9.3)	3(3.3)	7(5.2)	1.120 (0.290)
	없음	39(90.7)	89(96.7)	128(94.8)	
	계	43(100.0)	92(100.0)	135(100.0)	
인지장애	있음	8(18.6)	15(16.3)	23(17.0)	0.007 (0.932)
	없음	35(81.4)	77(83.7)	112(83.0)	
	계	43(100.0)	92(100.0)	135(100.0)	

* p < 0.05

<표 12> 질병관련 특성과 전원 의사와의 관련성 분석(계속)

단위 : 실수(%)

변수	구분	전원 의사		계	x ² 값 (P-value)
		유	무		
호흡장애	있음	9(20.9)	15(16.3)	24(17.8)	0.171 (0.679)
	없음	34(79.1)	77(83.7)	111(82.2)	
	계	43(100.0)	92(100.0)	135(100.0)	
의료 처치	0-2개	9(20.9)	18(19.6)	27(20.0)	1.289 (0.863)
	3-4개	13(30.2)	32(34.8)	45(33.3)	
	5-6개	13(30.2)	21(22.8)	34(25.2)	
	7-8개	5(11.6)	15(16.3)	20(14.8)	
	9-12개	3(7.0)	6(6.5)	9(6.7)	
	계	43(100.0)	92(100.0)	135(100.0)	
기능 회복 기대 정도	완전 회복	18(42.9)	33(37.9)	51(39.5)	0.358 (0.836)
	부분적 회복	18(42.9)	42(48.3)	60(46.5)	
	회복 불가	6(14.3)	12(13.8)	18(14.0)	
	계	42(100.0)	87(100.0)	129(100.0)	

* p < 0.05

3) 입원관련 특성과 전원 의사와의 관련성

입원관련 특성에 있어서는 입원비 부담정도, 입원으로 인한 어려움 중 진료비 부담으로 인한 경제적 어려움, 간병인 사용으로 인한 경제적 어려움이 유의한 변수로 나타났다(표 13).

입원비에 대한 부담을 많이 느낄수록 입원비 부담을 느끼지 않는 환자에 비해 전원 가고자 하는 의사가 높은 것으로 나타났다($\chi^2=9.018$, $p=0.011$). 입원으로 인한 어려움 중 가장 많은 빈도를 나타내고 있는 진료비 부담으로 인한 경제적 어려움의 경우 어려움을 느끼는 환자가 전원 가고자 하는 의사가 높았으며($\chi^2=4.724$, $p=0.030$) 입원으로 인한 어려움 중 간병인 사용으로 인한 경제적 부담이 있는 환자의 경우도 간병인 사용으로 인한 경제적 어려움을 느끼지 않는 환자에 비해 전원 가고자 하는 의사가 높았다($\chi^2=4.399$, $p=0.036$).

통계적으로 유의하지는 않지만 퇴원 권유를 받은 환자는 퇴원 권유를 받지 않은 환자에 비해 전원 가고자 하는 경향이 있는 것으로 보여지며, 과거 입원 경험이 없는 환자는 입원 경험이 있는 환자에 비해 전원 의사가 있는 것으로 보여진다. 치료 만족도의 경우도 통계적 유의성은 없었으나 치료 만족도가 낮아질수록 전원 가고자 하는 경향이 있었다.

입원비 부담 정도에 따른 전원 의사와의 관련성 분석 결과는 유의한 차이가 있었으나, 본인 부담 입원비의 많고 적음에 따라 전원 의사와 관계가 없는 것으로 나타난 것은 본인 부담 입원비의 부담 정도는 환자의 경제적 수준에 따라 개개인이 각기 다르게 느끼기 때문인 것으로 여겨진다.

<표 13> 입원관련 특성과 전원 의사와의 관련성 분석

단위 : 실수(%)

변수	구분	전원 의사		계	x ² 값 (P-value)
		유	무		
입원 경로	응급실	20(47.6)	44(48.4)	64(48.1)	0.000 (1.000)
	외래	22(52.4)	47(51.6)	69(51.9)	
	계	42(100.0)	91(100.0)	133(100.0)	
입원일 수	30-59일	17(39.5)	37(40.2)	54(40.0)	1.826 (0.401)
	60일 이상	20(60.5)	34(59.8)	54(60.0)	
	계	43(100.0)	92(100.0)	135(100.0)	
간병인 사용	사용안함	33(78.6)	70(76.1)	103(76.9)	0.009 (0.924)
	사용함	9(21.4)	22(23.9)	31(23.1)	
	계	42(100.0)	92(100.0)	134(100.0)	
과거 입원 경험	있음	23(53.5)	63(68.5)	86(63.7)	2.236 (0.135)
	없음	20(46.5)	29(31.5)	49(36.3)	
	계	43(100.0)	92(100.0)	135(100.0)	
본인 부담 입원비 (단위 : 만원)	500 미만	8(19.0)	13(14.1)	21(15.7)	0.855 (0.652)
	500-1,000 미만	14(33.3)	28(30.4)	42(31.3)	
	1,000 이상	20(47.6)	51(55.4)	71(53.0)	
계	42(100.0)	92(100.0)	134(100.0)		
입원비 부담	매우 부담	36(83.7)	53(58.2)	89(66.4)	9.018 (0.011)*
	약간 부담	6(14.0)	26(28.6)	32(23.9)	
	그저 그렇다	1(2.3)	12(13.2)	13(9.7)	
	계	43(100.0)	91(100.0)	134(100.0)	

* p < 0.05

<표 13> 입원관련 특성과 전원 의사와의 관련성 분석(계속)

단위 : 실수(%)

변수	구분	전원 의사		계	x ² 값 (P-value)	
		유	무			
치료 만족도	만족한다	14(32.6)	42(45.7)	56(41.5)	2.269 (0.322)	
	그저 그렇다	22(51.2)	40(43.5)	62(45.9)		
	불만이다	7(16.3)	10(10.9)	17(12.6)		
	계	43(100.0)	92(100.0)	135(100.0)		
입원 으로 인한 어려움	진료비 부담 으로 인한 경제적 어려움	있음	35(81.4)	56(60.9)	91(67.4)	4.724 (0.030)*
		없음	8(18.6)	36(39.1)	44(32.6)	
		계	43(100.0)	92(100.0)	135(100.0)	
	불편한 생활 환경	있음	21(48.8)	53(57.6)	74(54.8)	0.591 (0.442)
		없음	22(51.2)	39(42.4)	61(45.2)	
		계	43(100.0)	92(100.0)	135(100.0)	
	간병으로 인한 가족의 어려움	있음	29(67.4)	54(58.7)	83(61.5)	0.613 (0.434)
		없음	14(32.6)	38(41.3)	52(38.5)	
		계	43(100.0)	92(100.0)	135(100.0)	
	사회생활의 제약	있음	15(34.9)	30(32.6)	45(33.3)	0.004 (0.948)
		없음	28(65.1)	62(67.4)	90(66.7)	
		계	43(100.0)	92(100.0)	135(100.0)	
간병인 사용 으로 인한 경제적 부담	있음	10(23.3)	9(9.8)	19(14.1)	4.399 (0.036)*	
	없음	33(76.7)	83(90.2)	116(85.9)		
	계	43(100.0)	92(100.0)	135(100.0)		
퇴원 권유 유무	예	21(48.8)	33(36.3)	54(40.3)	1.432 (0.231)	
	아니오	22(51.2)	58(63.7)	80(59.7)		
	계	43(100.0)	91(100.0)	134(100.0)		
입원 병실 구분	1-4인용	8(18.6)	25(27.2)	33(24.4)	0.747 (0.387)	
	5-6인용	35(81.4)	67(72.8)	102(75.6)		
	계	43(100.0)	92(100.0)	135(100.0)		

* p < 0.05

4) 전원 인식도와 전원 의사와의 관련성

장기재원환자의 전원 인식도와 전원 의사와의 관련성 분석에서는 전원에 대해 들어본 경험, 전원 권유 유무, 협력병원 정보에 대한 관심, 선호병원 유무, 전원 할 협력병원의 진료 수준 신뢰 유무가 유의한 변수로 나타났다(표 14).

전원에 대해서 들어본 경험과 전원 의사와의 관계에서는 전원에 대해서 들어본 경험이 있는 환자가 전원에 대해 들어본 적이 없는 환자에 비해 전원 의사가 높았고($x^2=6.898$, $p=0.009$), 전원 권유를 받은 환자는 받지 않은 환자에 비해 전원 의사가 높은 것으로 나타났다($x^2=9.395$, $p=0.002$).

협력병원 정보에 대한 관심에 따른 분석결과 협력병원 정보에 대한 관심이 있는 환자가 없는 환자에 비해 전원 의사가 높은 것으로 나타났으며($x^2=10.944$, $p=0.001$) 선호하는 다른 병원이 있는 환자의 경우도 없는 환자에 비해 전원 의사가 높은 것으로 나타났다($x^2=12.969$, $p=0.000$). 협력병원으로 전원시에 좋은 점이 무엇인지에 관한 중복 응답 중 진료수준을 신뢰할 수 있다는 선택한 환자의 경우 선택하지 않은 환자에 비해 전원 의사가 높은 것으로 나타났다($x^2=3.988$, $p=0.046$).

<표 14> 전원 인식도와 전원 의사와의 관련성 분석

단위 : 실수(%)

변수	구분	전원 의사		계	x ² 값 (P-value)
		유	무		
전원에 대해 들어본 경험	있음	22(51.2)	24(26.4)	46(34.3)	6.898 (0.009)*
	없음	21(48.8)	67(73.6)	88(65.7)	
	계	43(100.0)	91(100.0)	134(100.0)	
전원 권유	있음	19(46.3)	15(18.3)	34(27.6)	9.395 (0.002)*
	없음	22(53.7)	67(81.7)	89(72.4)	
	계	41(100.0)	82(100.0)	123(100.0)	
전원 권유자 (전원 권유 받은 응답자 35명 중)	주치의	9(47.4)	8(53.3)	17(50.0)	0.427 (0.935)
	전공의	5(26.3)	3(20.0)	8(23.5)	
	기타	3(15.8)	3(20.0)	6(17.6)	
	주치의 & 전공의	2(10.5)	1(6.7)	3(8.8)	
	간호사	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	
	계	19(100.0)	15(100.0)	34(100.0)	
협력병원에 대 해 들어본 경험	있음	10(26.3)	15(16.7)	25(19.5)	1.028 (0.311)
	없음	28(73.7)	75(83.3)	103(80.5)	
	계	38(100.0)	90(100.0)	128(100.0)	
협력병원 정보에 대한 관심	예	27(67.5)	29(34.1)	56(44.8)	10.944 (0.001)*
	아니오	13(32.5)	56(65.9)	69(55.2)	
	계	40(100.0)	85(100.0)	125(100.0)	
선호병원 (타 병원)	있음	18(52.9)	11(16.4)	29(28.7)	12.969 (0.000)*
	없음	16(47.1)	56(83.6)	72(71.3)	
	계	34(100.0)	67(100.0)	101(100.0)	

* p < 0.05

5) 전원 의사에 대한 다변량 로지스틱 회귀분석

장기재원환자의 전원 의사와 유의한 관련성이 있는 변수는 일반적 특성의 경우 성별, 거주지, 거주지에서 병원까지 소요시간이었고 질병관련 특성의 경우 질병 유형과 수술 유형이었다. 입원관련 특성으로는 입원비 부담과 입원으로 인한 어려움 중 진료비로 인한 경제적 어려움 및 간병인 사용으로 인한 경제적 부담이었고 전원 인식도의 경우는 전원에 대해 들어본 경험, 전원 권유, 협력병원 정보에 대한 관심, 선호병원, 협력병원 전원 시 좋은점 중 진료 수준을 신뢰할 수 있다가 유의한 관련변수 이었다. 이상의 유의한 관련변수 중 다중 공선성의 영향 및 무응답치로 인한 분석 가능한 결과치의 감소 문제를 배제하기 위하여 본 연구에 중요성이 높은 주요 변수 거주지, 질병 유형, 입원비 부담, 전원에 대해 들어본 경험, 전원 권유 유무, 협력병원 정보에 대한 관심만을 선정하여 전원 의사와 다변량 로지스틱 회귀분석을 실시하였다.

분석결과 통계적으로 유의한 관련성을 나타낸 변수는 입원비 부담, 전원에 대하여 들어본 경험, 협력병원 정보에 대한 관심이었다.

진료비 부담의 경우 진료비 부담을 느끼는 경우가 그렇지 않은 환자에 비해 전원 의사가 10.71배 높은 것으로 나타났으며 전원에 대해 들어본 경험이 있는 경우는 그렇지 않은 환자에 비해 전원 의사가 4.95배 높은 것으로 나타났다. 또한 협력병원 정보에 대한 관심이 있는 경우는 그렇지 않은 환자에 비해 전원 의사가 6.48배 높았다.

통계적으로 유의하지는 않았지만 거주지가 지방인 경우가 서울 및 경인 지역에 비해 전원 의사가 2.96배 높았고 뇌혈관 질환에 비해 위장관계 질

환의 경우 1.51배, 근골격계 질환의 경우 2.08배 전원 의사가 높고 전원에 대한 권유를 받은 환자의 경우는 그렇지 않은 환자에 비해 전원 의사가 1.82배 높게 나타났다.

<표 15> 전원 의사에 대한 다변량 로지스틱 회귀분석

변수	Parameter estimate	Standard error	Pr> chi-square	OR	95% C.I.
거주지					
서울, 경인	-	-	-	1.000	-
기타 지역	1.0842	0.6177	0.0792	2.957	(0.881, 9.922)
질병 유형					
뇌혈관 질환	-	-	-	1.000	-
기타 질환	-0.2408	0.7811	0.7579	0.786	(0.170, 3.633)
암 질환	-0.0353	0.9015	0.9687	0.965	(0.165, 5.649)
위장관 질환	0.4125	0.8954	0.6450	1.511	(0.261, 8.735)
근골격계 질환	0.7323	0.6770	0.2794	2.080	(0.552, 7.840)
입원비 부담					
그저 그렇다	-	-	-	1.000	-
부담이 된다	2.3716	0.7444	0.0014	10.714	(2.491, 46.089)
전원에 대해 들어본 경험					
없음	-	-	-	1.000	-
있음	1.5992	0.7166	0.0256	4.949	(1.215, 20.159)
전원 권유					
없음	-	-	-	1.000	-
있음	0.5983	0.7051	0.3962	1.819	(0.457, 7.245)
협력병원 정보에 대한 관심					
없음	-	-	-	1.000	-
있음	1.8681	0.5512	0.0007	6.476	(2.199, 19.074)

V. 고 찰

본 연구는 장기재원환자의 특성, 전원 인식도와 전원 의사와의 관련성 분석을 통하여 전원 전략 수립에 필요한 기초 자료를 얻고자 실시한 설문 결과를 분석한 연구이다.

첫째 장기재원환자의 일반적 특성과 전원 의사와의 관련성을 살펴보면 문연순(1995)의 연구에서 남자가 67%로 여자 환자에 비해 높게 나타난 것처럼 남자환자가 60.6%로 여자 환자에 비해 많았다. 성별에 따라 전원의사가 유의하게 차이가 있었는데 통계청 자료에 의하면 2000년 기준 경제활동참가율이 남성이 74.0%, 여성이 48.3%인 것으로 보아 가족의 주된 소득원인 남성이 경제활동을 하지 못하는 데서 기인하는 진료비 부담을 여성보다 많이 느끼기 때문인 것으로 보여진다. 7년간 뇌 손상 환자를 추적 연구한 Kreutzer(2001)의 결과에 의하면 매년 뇌 손상 급성치료비가 지속적으로 상승함으로 인하여 재원일수는 매년 평균 2.25일씩 감소하여 1990년 29일에서 1996년에는 16일로 감소하였으며 뇌 손상 환자의 재활 치료비도 매년 상승함으로써 재원일수는 매년 평균 3.65일씩 감소된 것을 볼 수 있다. 의료비용이 재원일수에 영향을 미치는 변수임을 볼 수 있으며 의료비용의 감소를 위하여 1차 진료를 담당하는 의료기관으로 환자를 이동시키는 것을 하나의 방법으로 제시(Grazyna, 2001) 하고 있듯이 3차 진료기관의 과중한 의료비로 인해 경제적 어려움을 느끼는 환자의 전원은 의료비 감소를 위하여 도움이 될 수 있을 것이다.

본 연구 연령층을 보면 20세에서 59세 사이의 환자가 51.8%로 생산 연

령층의 환자가 많은 것을 볼 수 있고 60세 이상 장기환자가 30.7%로 나타났다. 캐나다 건강정보 학회(CIHI) 자료에 의하면 1997-1998년 65세 이상 환자가 전체 재원 환자의 34.7%를 차지하였고 평균 재원 일수는 10.5일 이었다. 반면 20세에서 64세 성인의 경우 평균 재원일수 5.4일이었으며 어린이와 10대는 평균재원일수가 4일로 1998년 평균재원일수는 7일에 불과하였다(Shelley, 2000). 통계청 자료에 의하면 우리나라 2000년 평균입원일수는 14일로 캐나다의 2배에 이르고 있고, 입원 일로부터 6~7일이 경과하면 진료비가 평균 진료비 이하로 내려가는 것을 볼 때 평균 재원일수 단축은 병원 경영의 효율성을 높이기 위한 필수적 과제임을 볼 수 있다.

본 연구에서 대상자가 직업이 있는 경우는 전체 대상자의 22.6%에 불과하였으며 가족의 월 평균 소득을 볼 때 100만원 미만이 23.4%로 박희옥(2000)이 조사한 53.3%에 비해서는 저소득 환자가 적은 것으로 나타났다. 300만원 이상 소득 가족의 경우도 본 연구에서 27.0%이었으나 박희옥(2000)의 조사에서는 7.4%에 불과했다. 박희옥(2000)의 연구대상 병원이 주로 400-500병상의 2차 병원임을 감안할 때 3차 진료기관의 장기재원 환자의 경우 중소병원의 장기환자에 비해 소득 수준이 높을 것으로 추측 가능하나 일반화시키기는 어려움이 있다.

일차적인 보호자로 배우자가 46.7%로 조사되었는데 이는 가족 중 배우자가 가장 유력하고 영향력이 있는 가족구성원임을 보여주며 박희옥(2000)의 연구에서 일차적인 보호자로 배우자가 56.3%로 조사된 것과 같은 결과를 보여주고 있다. 자녀가 있는 경우가 68.6%이며 자녀와 동거하는 경우가 50.4%로 자녀와 동거율이 50%를 상회하고 있으나 일차적인 보호자로 자녀는 14.6%에 불과한 것으로 보아 의사결정에 있어서 배우자가 중요한 영향

력을 가지고 있음을 볼 수 있다. 이는 자녀가 부양 제공자의 역할을 하는 것이 어렵게 되면서 배우자가 주된 부양 제공자의 역할을 하게 되었으며 아무리 노령이라도 배우자가 있는 경우 아들, 며느리보다 배우자가 만성질환자의 부양을 담당하는 경우의 증가 추세로 보여진다(한경혜, 1998). 조영희(1998)에 의하면 자녀와 동거하지 않는 군에서 유료 요양원 입주 의사가 유의하게 큰 것으로 나타나고 있는데 본 조사에서 자녀 동거 유무와 전원 의사와 관련성이 없는 것으로 나타난 것은 맞벌이 부부의 증가로 가족이 더 이상 간병 인력으로 활용될 수 있는 환경이 아님을 시사해 볼 수 있다.

거주지 구분을 보면 서울특별시, 경기도, 인천광역시의 경우가 79.6%로 대부분의 환자가 이 지역에 집중되어 있음을 볼 수 있고 나머지 지방 환자는 23.4%이었다. 이는 거주지에서 병원까지의 소요 시간에서 2시간 이내가 78.8%이며 2시간 이상이 21.2%인 결과와 일치한다. 거주지에서 병원까지의 거리와 내원 소요 시간이 전원 의사와 크게 관련이 있음을 볼 수 있다. 거주지는 병원과의 거리 등으로 인하여 재원기간에 영향을 미치는데(Berki 등, 1984) 병원과 멀리 떨어져 있는 경우에는 간접비용이 많이 들기 때문에 일찍 퇴원하려고 하는 경향(박희옥, 2000. 재인용)이 있다고 한다. 따라서 거주 지역이 먼 곳의 환자에게 간접비용이 적게드는 병원으로의 전원 유도는 매우 효과적인 전원 전략이 될 수 있다. 요양원이 거주지로부터의 거리가 1시간 이내일 경우에 이용하겠다고 답한 경우가 81.6%임 (조영희, 1998)을 볼 때 장기재원 환자의 거주지로 서울과 경기 지역이 76.6%를 차지하는 것을 감안하여 인근 지역의 의료기관과의 협력 강화의 정당성을 부여할 수 있다.

둘째 장기재원환자의 질병관련 특성을 보면 진료과별로 전원 의사에 차

이가 있을 것이라 기대하였으나 관련성이 없는 것으로 나타나, 질병 유형별로 다시 분류하여 전원 의사와의 관련성을 분석하였다. 그 결과 근골격계 질환을 가진 환자가 전원 의사가 가장 높은 것으로 나타났다. 질병 유형 중 근골격계 질환자 33명 중 전원 권유를 받은 환자가 46.9%로 뇌혈관계 질환자 35명 중 전원 권유 받은 환자 34.3%, 위장관 질환자 13명 중 전원 권유를 받은 환자 7.7%, 암 질환자 30명 중 전원 권유를 받은 환자 8.8%인 것에 비하여 전원 권유를 가장 많이 받은 것으로 나타났다($\chi^2=13.794$, $p=0.008$). 위장관계 질환의 경우 전원 권유는 적게 받았으나 위장관계 질환자 14명 중 퇴원 권유를 받은 환자가 42.9%로 암 질환이나 뇌혈관 질환의 경우보다 높게 나타났고, 근골격계 질환자 33명 중 퇴원 권유를 받은 환자가 48.5%로 근골격계 질환자는 퇴원 권유 역시 가장 많이 받은 것으로 나타났다. 이상의 자료에서 보면 근골격계 질환의 경우 3차 진료 기관에서의 급성기 치료가 끝났음에도 불구하고 불필요하게 3차 진료 기관에 입원하고 있는 경우가 많은 것으로 보여지며 전원 의사가 높은 이유도 전원 권유 및 퇴원 권유를 많이 받은 영향이 있을 것으로 보여진다. 의사의 퇴원 권유나 전원 권유를 받은 환자와 주치의를 대상으로 재원 사유 조사 분석을 실시한다면 의료 이용의 부적절성의 이유를 파악할 수 있을 것이며 전원을 위한 유용한 자료로 활용 될 수 있을 것이다.

질병 유형별 분포를 보면 문연순(1995)의 연구에서 질병 구성 분포가 골절이 41.3%로 가장 높고 뇌질환이 그 다음 순위를 차지하고 있는 것과 유사한 질병 분포를 나타내고 있다. 홍준현(1994)의 연구에서는 장기재원환자가 재활의학과, 혈액종양내과, 신경외과, 정형외과에 집중되어 있는 것으로 나타났으며 본 연구에서는 재활의학과, 신경외과, 혈액종양내과, 소아과, 중

양학과, 정형외과, 소화기내과 순으로 많은 빈도를 차지하고 있는 것을 볼 수 있다. 본 연구대상병원의 협력병원 및 기관 중 병원의 성격을 가진 22개 협력병원 중 신경외과가 개설되어 있는 병원은 9개 병원, 재활의학과가 개설되어 있는 병원은 2개 병원에 불과하였다. 전국에 개설되어 있는 병원급 이상의 진료과 개설 현황을 보면 신경외과가 개설되어 있는 병원은 458개 병원, 재활의학과 196개 병원, 내과 721개 병원, 정형외과 615개 병원, 일반외과 599개 병원이 개설되어 있음을 볼 수 있다(대한병원협회, 2002). 일 대학부속종합병원의 장기재원환자 중 신경외과, 재활의학과가 다빈도를 차지하는 것을 고려할 때 두 진료과가 특화되어 있는 병원과의 협력체계 필요성이 대두된다. 따라서 질병 유형에 따른 전원 가능한 병원에 대한 자료 구축이 요구되며 질병 유형에 따라 특화 되어 있는 병원과의 협력체계 구축이 필요로 된다.

조영희(1998)의 연구에서 일상생활 동작 정도와 유료 요양원 입주 의사와 유의한 관련성이 없는 것으로 나타났는데 본 연구에서도 일상생활 수행 능력과 전원 의사 사이에 유의한 관련성은 없었다. 그러나 일상생활 수행 능력에 불편함을 겪을수록 전원 의사가 높은 경향을 보이고 있는데 일상생활 수행 능력이 좋을수록 기능회복 기대 정도가 높은 것($\chi^2=16.053$, $p=0.003$)을 보면 일상생활 수행 능력이 좋을수록 치료에 대한 기대가 높아 3차 진료기관의 진료를 계속 받고자 하는 경향이 있는 것으로 보여진다. 환자가 가지고 있는 장애 종류나 의료 처치 종류에 따라 전원 의사에 영향이 있을 것으로 예상하였으나 유의한 관련성은 없었다.

셋째 장기재원환자의 입원관련 특성에서는 진료비 부담 정도에 따라 전원 의사와 유의한 관련성이 있었으며 입원비 부담을 느끼는 정도가 클수록

전원 의사가 높음을 볼 수 있다. 또한 입원으로 인한 어려움 중 진료비 부담으로 인한 경제적 어려움을 느끼는 환자와 간병인 사용으로 인한 경제적 부담을 느끼는 환자가 전원 의사가 높았던 것과 같은 결과를 보여주고 있다. 퇴원하여 통원 치료를 하는 경우가 간병 인력 및 소요 비용이 더 많이 들 경우 환자는 퇴원하려 하지 않을 것이므로 공동 간병제를 사용하여 간병료를 줄일 수 있거나 병실료가 저렴하고 선택진료비가 부과되지 않으며 식사비가 저렴한 2차 의료기관이나 요양 기관으로의 전원에 대한 적극적 권유가 필요로 된다. 이를 위하여 3차 진료 기관과 2차 진료 기관의 진료비 발생의 차액에 대한 조사 연구가 필요로 된다.

넷째 장기재원환자의 전원 인식도와 전원 의사의 관련성을 보면 연구 대상자 중 전원에 대해 들어 본 경험이 있는 환자가 34.7%이었으나 협력 병원에 대해 들어본 경험이 있는 환자는 19%에 불과하여 협력병원에 대한 홍보가 충분하지 않음을 볼 수 있었다. 특히 협력병원 정보에 대한 관심이 있는 환자의 경우에 전원 의사가 높은 것을 고려해볼 때 장기재원환자 및 보호자를 위한 정보 제공 목적의 교육을 제공한다면 전원 유도에 큰 도움이 될 것으로 여겨진다.

박희옥(2000)의 연구에서는 가정간호에 대해 인지하고 있는 경우가 52.6%이었으며 이용 의사 또한 42.1%로 높게 나타났는데 본 조사에서는 가정 간호에 대하여 들어본 경험이 있는 환자는 62%로 높았으나 가정간호를 이용하고자 하는 의사는 16.8%로 상대적으로 매우 낮게 나타났다. 이는 가정간호제도에 대한 홍보 활동 등으로 환자들의 인지도는 지속적으로 높아지고 있으나, 본 연구의 조사대상 환자들의 경우 급성기 치료가 끝나지 않았다고 생각하는 환자의 빈도가 높은 것으로 보아 본인의 질병이 중증도

가 비교적 높다고 생각하여 가정간호사가 질병 치료에 도움을 줄 수 있으리라는 기대를 가지지 못하는 것으로 보여진다. 그러나 정확한 사유 규명을 위해서는 동 문제에 대한 보다 세밀한 조사가 요구되며 본 병원의 경우에는 거리가 먼 곳에 거주하는 환자는 가정간호를 이용할 수 없고 지방의 경우는 아예 가정간호사 제도가 없는 병원이 많아서 환자들이 가정간호를 이용하는데 제한점이 되고 있다. 이런 제한점을 극복할 수 있는 제도적 장치가 필요하며 가정간호 이용이 불가능한 환자를 위해서 1차 진료를 담당하는 병원으로의 전원이 대안이 될 수 있다. 입원 기간이 장기화될 가능성이 있거나 문제를 내포하고 있는 환자를 조기 발견하여 퇴원계획을 미리 세우기 위한 과정이 원활히 이루어지기 위해서는 Case manager의 활동이 필요하며 가정간호사와 의료협력센터와의 연계 체계가 이루어져야 한다.

연구 결과 전원 권유와 전원 의사 사이에 유의한 관련성이 있음을 확인하였기 때문에 이를 바탕으로 전원 권유를 받은 환자를 전원 대상자로 관리하기 위하여 일 대학부속종합병원 내 병동처방전달시스템 상에 협진 사유를 전원 의뢰로 하여 의료협력센터로 협진의뢰를 할 수 있는 프로그램 추가 작업이 필요하다. 전원을 위한 협진의뢰 환자에 대한 실제 전원이 이루어진 경우를 조사하여 의료협력센터와의 전원의뢰 연계체계 개설 효과에 대한 추후 평가 또한 이루어져야 한다.

박희옥(2000)의 연구에서 가장 심각한 재원 사유는 충분히 치료되지 않았다, 통원치료를 받고 있음, 물리 치료를 받고 있음이었다. 전원 의사가 있는 환자의 전원 사유로 가장 높은 빈도를 나타낸 항목이 물리 치료 중임, 집에서 병원이 멀기 때문임, 통원 치료 불가능임을 볼 때 전원이 심각한 재원 사유를 해결할 수 있는 효율적인 수단이 됨을 볼 수 있다. 또한

집에서 병원이 멀기 때문이 전원 사유로 높은 빈도를 나타내고 있는 것은 거주지에서 병원까지의 거리가 멀수록 전원 가고자 하는 의사가 유의하게 높게 나타난 것과 일치하는 결과이다. 주치의 퇴원 권유 유무와 전원 의사와는 유의한 관련성은 없었으나 환자가 전원 하고자 하는 사유로 주치의 퇴원 권유가 비교적 높은 빈도를 나타내고 있음을 볼 때 의료진의 적극적인 퇴원 권유가 환자의 전원에 영향을 미칠 수 있을 것으로 보여진다. 집에서 간호에 대한 불안감의 경우는 가정간호사와의 연계를 통해 극복할 수 있을 것으로 기대된다. 타 병원이 치료비 적을 것임도 비교적 빈도가 높은 전원 사유이었음을 볼 때 진료비 부담을 많이 느끼는 환자가 전원 의사가 유의하게 높았던 결과와 일치한다.

충분히 치료되지 않았음은 심각한 재원 사유가 되고 있는데(박희옥, 2000) 전원 의사가 없는 사유 중 급성기 치료가 끝나지 않았음이 높은 빈도를 나타내고 있는 것과 일치하는 응답 결과임을 볼 수 있다. 그러나 본 조사가 환자를 대상으로 한 것이며 급성기 치료가 끝나지 않았음을 사유로 선택한 환자 44명 중 34.1%가 퇴원 권유를 받은 환자임을 볼 때 급성기 치료가 끝났는지에 대한 환자의 판단에 객관성이 결여된 것으로 볼 수 있을 것이다. 급성기 치료가 끝나지 않았음이 실제적인 재원 사유인지에 관해서는 추후 의료진을 대상으로 한 조사가 더 요구된다. 전원 의사가 없는 응답자의 사유를 보면 본 병원 진료수준 신뢰함과 현재 주치의가 본 질병의 권위자임을 응답자 92명 중 반 수 이상이 선택하여 가장 빈도가 높은 사유이었다. 진료수준과 의료진에 대한 신뢰감이 환자 치료에 있어서 얼마나 중요한 가를 나타내는 수치로 볼 수 있겠다. 주치의로부터 전원에 대해서는 적 없다 또한 심각한 사유로 나타났으며 전원 계획자 선호도 조사에

서 주치의가 70% 이상을 차지함을 고려하여 볼 때 전원 권유자는 주치의가 되는 것이 타당할 것으로 여겨지며 장기재원환자 전원 과정에서 주치의의 영향력이 그 무엇보다 큼을 볼 수 있다. 또한 타병원 진료수준에 대한 신뢰 없음도 전원 의사가 없는 심각한 사유로 나타났으며 협력병원으로 전원 시 좋은점이 무엇인가에 대한 항목 중 진료수준을 신뢰할 수 있다가 전원 의사와 유의한 관련성이 있었음을 볼 때 진료기관에 대한 환자들의 신뢰감 확보가 중요한 과제를 시사한다. 이는 협력병원에 대한 질 평가의 필요성을 나타내 주는 결과이기도 하며 협력병원 협약체결 대상 선정의 기준 마련에 시사하는 바가 크다하겠다. 또한 전원의사 없는 사유로 곧 퇴원 예정임도 비교적 많았는데 이러한 환자를 대상으로 불필요한 재원기간이 어느 정도인지 조사할 필요성이 있겠다. 전원 가능 병원에 대한 정보 부족, 전원을 왜해야 하는지 이유를 모르겠음 또한 전원 의사가 없는 빈도 높은 사유임을 볼 수 있는데 이는 장기재원환자들이 정보에 대한 욕구가 있음을 볼 수 있고 정보 제공으로 전원을 받아들일 수 있게 동기 부여가 가능할 것으로 여겨진다. 본 병원이 집에서 가깝기 때문이 사유인 환자의 경우는 본 병원 인근 협력병원에 대한 정보를 제공해 주는 것이 중요한 전략이 될 수 있을 것이다.

다섯째 전원 의사와 관련이 있었던 변수 중 특히 중요하다고 생각되는 6가지의 변수를 선택하여 전원 의사와의 다변량 로지스틱 회귀분석결과 입원비 부담, 전원에 대해 들어본 경험, 협력병원 정보에 대한 관심이 유의한 관련성이 있는 것으로 나타났음을 볼 때 장기 재원환자 전원 업무시 비용 측면과 정보 측면에 중점을 두어 전원 전략을 세워야함을 볼 수 있다.

이상의 결과를 토대로 하여 효율적인 장기재원환자 전략을 제시하고자

한다. 첫째 전원이 필요한 환자에 대한 주치의의 능동적이고 적극적인 설명과 전원 권유는 환자와의 신뢰감 구축과 이에 따른 전원 의사 결정에 매우 핵심적 역할을 하고 있다는 것을 염두에 두고 전원에 대해서는 가급적 주치의가 정보를 제공하는 것이 바람직하며 그 후속 처리를 담당할 의료협력센터와의 연계체계 구축이 필요하다. 그러므로 주치의의 전원 권유가 선행되어야하고 이를 파악하기 위하여 본 연구결과를 바탕으로 제안되어 있는 병동처방전달시스템을 이용한 협진의뢰 절차를 통해 의료협력센터로 전원 의뢰가 주치이나 전공의로부터 효과적으로 이루어지도록 충분한 홍보가 필요하다. 둘째 일 대학부속종합병원에서 거리가 가까운 협력병원과의 유대관계 유지, 강화 및 거리가 먼 곳의 대체 협력병원의 확보를 위한 협력병원 협약 체결의 정당성 부여 및 조속한 전국적 협력 네트워크 구성이 이루어져야 한다. 네트워크 구축의 전략으로는 질병별로 특화 되어 있는 병원에 대한 정보구축이 필요하고 협력병원의 질 평가를 통한 신뢰성 확보를 위하여 협력병원의 방문이 필요하다. 셋째 1, 2차 진료기관과 3차 진료 기관과의 진료비 차액에 대한 정보 구축을 통하여 장기재원환자에게 전원이 경제적 부담을 줄일 수 있다는 것에 대한 근거 있는 설명이 될 수 있도록 추가 연구 및 자료 구축이 필요하다. 넷째 전원 및 협력병원에 대한 정보를 장기재원환자를 대상으로 제공할 수 있는 교육 시간을 기획하여 실행하고 조기 퇴원 계획을 위하여 입원시 안내문 등에 정보를 첨부하는 방안에 관해 관련 부서와의 협의가 이루어져야한다. 다섯째 가정간호사와의 연계를 통해 서로의 역할을 보완할 수 있는 협력체계가 구축되도록 협조해야하며 여섯째 경제적으로 어려운 장기재원환자에게 도움을 주기 위한 사회사업팀과의 협력도 필요하다. 마지막으로 업무 추진의 우선 순위를 비용과

정보 측면에 두어야 함을 제안한다.

협력병원 간의 협력체계 구축 과정에서 많은 비용이 소요되고 단기적으로는 특별한 효과를 기대하기 어려우나 효율적 병원 경영이 절실히 요구되는 의료환경에서는 장기적인 안목에서 병원간 협력을 바라보아야 하며 병원간 협력을 통한 환자 의뢰, 전원이 서로의 역량을 강화시킬 수 있는 방향으로 이루어지도록 의료진의 의식 변화가 필요로 된다.

VI. 결론

일 대학부속종합병원의 장기재원환자의 특성, 전원에 대한 인식도를 조사하여 전원 의사와의 관련성을 분석함으로써 얻어진 결과를 바탕으로 장기재원 환자의 전원을 위한 전략을 제시하고자 30일 이상 장기재원 환자를 대상으로 설문조사를 실시하였다. 연구결과는 다음과 같다.

첫째, 장기재원환자의 일반적 특성과 전원 의사와의 관련성 분석 결과 성별($\chi^2=3.879$, $p=0.049$)의 경우 남자, 거주지($\chi^2=4.361$, $p=0.037$)의 경우 서울, 경인 지역을 제외한 기타 지역, 거주지에서 병원까지의 소요 시간($\chi^2=10.157$, $p=0.017$)의 경우 2시간 이상이 유의하게 전원 의사가 높게 나타났다.

둘째, 장기재원환자의 질병관련 특성과 전원 의사와의 관련성 분석 결과 질병 유형($\chi^2=15.114$, $p=0.004$)의 경우 특히 근골격계 질환, 수술 유형($\chi^2=10.135$, $p=0.017$)의 경우 특히 위장관계 수술이 유의하게 전원 의사가 높게 나타났다.

셋째, 장기재원환자의 입원관련 특성과 전원 의사와의 관련성 분석결과 입원비 부담($\chi^2=9.018$, $p=0.011$)의 경우 매우 부담, 입원으로 인한 어려움 중 진료비 부담으로 인한 경제적 어려움($\chi^2=4.724$, $p=0.030$)과 간병인 사용으로 인한 경제적 부담($\chi^2=4.399$, $p=0.036$)이 있는 경우가 유의하게 전원 의사가 높게 나타났다.

넷째, 장기재원 환자의 전원 인식도와 전원 의사와의 관련성 분석에서

는 전원에 대해 들어본 경험이 있는 경우($x^2=6.898$, $p=0.009$), 전원 권유를 받은 경우($x^2=9.395$, $p=0.002$), 협력병원 정보에 대한 관심이 있는 경우($x^2=10.944$, $p=0.001$), 선호병원이 있는 경우($x^2=12.969$, $p=0.000$), 협력병원으로 전원 시 좋은점 중 진료 수준을 신뢰할 수 있다($x^2=3.988$, $p=0.046$)를 선택한 경우가 유의하게 전원 의사가 높은 것으로 나타났다.

다섯째, 전원 의사와 통계학적으로 유의한 관련성이 있었던 변수들과 전원 의사와 다변량 로지스틱 회귀분석을 실시한 결과 입원비 부담, 전원에 대해 들어본 경험, 협력병원 정보에 대한 관심이 유의한 변수로 나타났다. 입원비 부담을 느끼는 경우가 그렇지 않은 경우에 비해 전원 의사가 10.7배 높았고, 전원에 대해 들어본 경험이 있는 경우가 그렇지 않은 경우에 비해 전원 의사가 5.0배 높았고, 협력병원 정보에 대한 관심이 있는 경우가 그렇지 않은 경우에 비해 전원 의사가 6.5배 높게 나타났다.

전원 의사가 있는 응답자에 대한 전원 사유 분포를 보면 물리 치료 중이 가장 높은 빈도를 차지하였고 그 밖에 집에서 병원이 멀기 때문임, 통원 치료 불가 함, 주치의 퇴원 권유 받음, 집에서 간호에 대한 불안감, 현재 상태 호전됨, 타 병원이 치료비 적을 것임 등이었다. 전원 의사 없는 응답자의 사유 분포를 보면 본 병원 진료수준 신뢰함이 가장 높은 빈도를 나타내고 있으며 그 밖에 현재 주치의가 본 질병에 권위자임, 급성기 치료가 끝나지 않았음, 타병원 진료수준에 대한 신뢰 없음, 주치의로부터 전원에 대해 들은적 없음, 곧 퇴원 예정임, 전원 가능 병원에 대한 정보 부족함 등이었다. 전원 계획자 선호도에서는 주치의가 응답 결과의 70% 이상을 차지하였다.

이상의 결과에서 유의한 관련성이 있었던 변수를 고려하여 장기재원환자 전원 관리 전략을 제시하면 다음과 같다.

첫째 전원이 필요한 환자에 대한 주치의의 능동적이고 적극적인 설명과 전원 권유가 선행되어야하고 그 후속 처리를 담당할 의료협력센터와의 연계체계 구축 및 홍보가 선행되어야 한다. 둘째 전국 병원과의 협력 체계 구축을 통하여 지방 환자의 전원을 위한 협력병원을 확보하는 것이며 셋째 전원이 장기재원 환자의 진료비 부담을 줄일 수 있는 대안임을 근거 있게 설명하기 위한 자료 구축이다. 넷째 전원 및 협력병원에 대한 정보를 장기재원환자를 대상으로 제공할 수 있는 교육 시간을 기획하여 실행하고 다섯째 가정간호사와의 연계 체계 구축으로 의료협력센터와 서로의 역할을 보완할 수 있도록 하는 것이며 여섯째 장기재원환자의 경우 진료비 부담이 큰 문제가 됨을 볼 때 경제적으로 사회의 도움이 필요한 환자에게 도움을 주기 위하여 사회사업팀과의 연계 체계 구축이다.

입원비 부담정도, 전원에 대해 들어본 경험, 협력병원 정보에 대한 관심이 전원 의사와 가장 높은 관련성이 있음을 볼 때 무엇보다도 비용과 정보 측면에 우선 순위를 두어서 전원 업무를 추진해야 할 것으로 보여진다. 의료진의 의식 변화를 통한 전원 의뢰 체계의 활성화가 이루어지기 위해서는 장기적인 안목에서 병원 간 협력체계의 필요성 이해가 이루어져야 한다.

본 연구의 제한점으로는 첫째 장기재원환자의 특성을 환자 측면에서만 조사하였기 때문에 기관 행정가, 의료진의 특성 및 인식도가 반영되지 못하였고 연구 대상자가 일 대학부속종합병원, 한 시점에 국한되어 있어서 병원별, 기간별 장기환자 특성을 모두 반영하지 못하였음을 제한점으로 볼 수 있다.

따라서 기관 행정가, 의료진의 특성 및 인식도가 반영된 후속연구, 병원
별 그리고 기간별 장기재원환자 특성이 반영된 연구, 전원 대상자 선정 기
준에 대한 의료진과의 후속 연구를 제안한다. 또한 협력병원과의 협조로
병원비 차액에 대한 조사 분석도 장기재원 환자의 진료비 부담 감소를 위
하여 이루어져야 함을 제언한다.

참고문헌

- 김광점. 조직간 협력의 영향요인과 성과-협력병원 네트워크에 참여한 중심 병원을 중심으로-. 고려대학교 대학원 박사학위논문, 2001.
- 김기훈. 재원일수 단축에 따른 효과 분석. 서울대학교 보건대학원 석사학위 논문, 1986.
- 김병길. 효율적인 병상운영. 대한병원협회지, 1988.
- 김영환. 한 종합병원 입원환자의 재원기간에 관련되는 요인분석. 연세대학교 보건대학원, 석사학위논문, 1982.
- 김은정의. SPSS 통계분석 10. 21세기사, 2001.
- 김춘배. 한 종합병원의 장기입원환자 흐름의 효율적 관리에 관한 연구 -장기입원환자 병상 운용 개선방안을 중심으로-. 연세대학교 대학원 석사학위논문, 1989.
- 대한병원협회. 전국병원명부. 2002.
- 류황건. 한 지역사회병원 퇴원환자의 장기요양시설 이용의사에 영향을 주는 요인. 연세대학교 보건대학원 석사학위논문, 1987.
- 문연순. 종합병원 장기입원환자 실태 및 관리개선에 관한 연구-성남시 3개 종합병원을 중심으로-. 한양대학교 행정대학원 석사학위논문, 1995.
- 박군제. 내과외래환자의 의료기관 선택요인에 관한 연구-경기도 성남시를 중심으로-. 연세대학교 보건대학원 석사학위논문, 1994.
- 박범준. 재원일수 단축방안에 관한 연구. 한양대학교 행정대학원 석사학위 논문, 1989.

- 박우성외. 지역사회 일개 3차의료기관과 지역 1, 2차의료기관 간의
진료의뢰체계 현황 및 만족도에 관한 연구. 대한병원협회지 2000;
11,12월호 통권 268호.
- 박현주. 입원 필요성 여부와 재원 기간의 적절성 평가. 연세대학교 보건
대학원 석사학위논문, 1999.
- 박희욱. 종합병원 장기 입원 환자의 재원 사유 분석 및 효율적인 관리방안
에 관한 연구. 연세대학교 보건대학원 석사학위논문, 2000.
- 병원연구소. HMIS회원 병원자료. 12. 1991.
- 서혜선 외. SPSS를 활용한 회귀분석. 고려정보산업, 2001.
- 연세대학교 보건대학원. SAS를 이용한 의학통계 자료분석, 2000.
- 오태형. 병원이미지 평가에 관한 연구. 연세대학교 보건대학원 석사학위
논문, 1991.
- 오두환. 의료전달체계 실시가 의원의 이용도 및 만족도에 미치는 영향분석.
연세대학교 보건대학원 석사학위논문, 1990.
- 이경자, 이태화 외. 노인의 질병예방 및 건강증진행위 실천을 위한 예측
모형 구축. 연세대학교 보건복지부 제출 최종 보고서, 2001.
- 이경희 외. 재원일수 단축방안과 효과. 동아대학교병원 3, 1993.
- 이영미. 진료의뢰센터 이용자의 병원서비스 만족도에 관한 연구. 인하
대학교 교육대학원 석사학위논문, 2000.
- 유승흠, 양재모. 의료총론. 수문사, 1994, pp413-416.
- 전산초, 김모임, 서미혜. 연세대학교 원주 기독교병원 조기퇴원 프로그램에서
제공된 지역사회 간호사업에 관한 평가연구. 연세대학교 간호학
연구소, 1981.

- 정기선. 현대병원재무관리. 서울출판사, 1988.
- 정상혁. 의료진달체계 정책효과 분석. 연세대학교 대학원 박사학위논문, 1995.
- 차상우외. 의뢰환자 진료회송서의 관리와 평가. QA 학술대회; 순천향대학교 소화기병센터, 2000.
- 조영희. 장기입원환자의 요양병원 및 유료요양원 수요 -일개 대학병원 환자를 대상으로-. 인제대학교 보건대학원 석사학위논문, 1998.
- 최정선. 재원일수 단축에 따른 병원수입 증대 및 환자 진료비 경감효과 분석. 경희대학교 행정대학원 석사학위 논문, 1991.
- 통계청. 평균입원일수. 건강보험심사평가원 자료, 2000.
- 통계청. 경제활동상태 및 참가율. 통계청 자료, 2000.
- 한경혜. 만성질환노인 부양체계로서의 가족의 역할 : 21세기 변화전망 및 지원책모색. 서울대학교 아동가족학과, 1998; 18(1): 46-58.
- 한국의료관리연구원. 의료의 질 향상사업 활성화를 위한 워크숍. 1993.
- 한동관. 21세기 병원산업의 과제와 대응전략. 병원행정종합학술대회 연제집, 1999, pp7-21.
- 홍성삼. 개원의의 진료의뢰센터 이용에 관한 인식 조사 연구. 한양대학교 행정대학원 석사학위논문, 2000.
- Berki BE, Asharaft ML, Newbrander WC. Length of stay variation within ICDA-8 diagnosis-related groups. Medical Care 1984; 22(2): 126-142.
- Davidson SM, Marion Mc, Janelle H. The physician manager alliance. San Francisco: Jossey-Bass Inc., 1996.

- Grazyna A, Ingvar K. Lack of integration, and seasonal variations in demand explained performance problems and waiting times for patients at emergency departments: a 3 years evaluation of the shift of responsibility between primary and secondary care by closure of two acute hospitals. *Health Policy* 2001; 55: 187-207.
- Kreutzer JS, etc8. Charges and lengths of stay for acute and inpatient rehabilitation treatment of traumatic brain injury 1990-1996. *Brain Injury* 2001 Sep; 15(9): 763-74.
- Melzer SM, Poole SR. Computerized pediatric telephone triage and advice programs at childrens hospitals : operating and financial characteristics. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 1999 Aug; 153(8): 858-863.
- Netting FE, Williams FG, Jones McClintic S, Warrick L. Policies to enhance coordination in hospital-based case management programs. *Health Soc Work* 1990; 15(1): 15-21.
- Shelley M. Lengthy hospital stays a thing of the past. *Canadian Medical Association; Association medicale canadienne* 2000 August; 163(4): 436.
- Zuckerman, H. and T. D'Aunno. "Hospital Alliances : Cooperative Strategy in a Competitive Environment" *Health Care Management Review* 1990; 15(2): 21-30.

부록

설문지

안녕하십니까?

저는 연세대학교 보건대학원에서 지역사회간호학을 전공하는 학생입니다.

본 설문은 30일 이상 입원환자와 관련된 특성을 조사 분석하여 병원 전원 업무에 반영하기 위한 기초 자료를 제공하는데 그 목적이 있습니다.

본 질문의 대답은 옳고 그른 것이 없으므로, 평소에 느끼시는 대로만 응답해 주시면 됩니다.

귀하께서 답변하신 자료는 무기명으로 처리되며, 비밀이 보장되므로 솔직한 답변을 부탁드립니다.

설문에 응해 주심에 진심으로 감사드리며, 귀하의 빠른 쾌유를 기원 드립니다.

2002년 4월

연세대학교 보건대학원 강은숙 드림

I.환자의 일반적인 특성

- 1.귀하(환자)의 성별은? ① _____남 ② _____여
- 2.귀하(환자)의 연령은? _____세(_____년생)
- 3.귀하(환자)의 배우자 유무는? ① _____유 ② _____무
- 4.귀하(환자)의 현재 직업 유무는? ① _____유 ② _____무
- 5.귀하(환자)의 자녀수는? ① _____명(____남____녀) ② _____없음
- 6.자녀와의 동거 여부는?
① _____자녀와 동거함 ② _____자녀와 동거하지 않음
- 7.귀하(환자)의 거주지역은? _____(예:서울시 서대문구)
- 8.귀하(환자)의 집에서 본 병원까지 소요되는 시간은?
① _____30분 이내 ② _____1시간 이내 ③ _____2시간 이내 ④기타_____시간
- 9.귀하(환자)의 가족 전체의 월 평균 소득은?
① _____100만원 미만 ② _____100만원 - 200만원 미만
③ _____200만원 - 300만원 미만 ④ _____300만원 - 400만원 미만
⑤ _____400만원 이상
- 10.귀하(환자)의 현재 질병 치료 동안 도움을 받는 보험의 종류는?
① _____의료보험 ② _____산재보험 ③ _____의료보호 ④ _____자동차보험
⑤ _____일반 ⑥기타_____
- 11.귀하(환자)의 입원비 중 본인 부담금 해결은?
① _____본인이 해결 ② _____가족이 해결 ③ _____보험에서 해결
④기타 _____

12. 현재 귀하(환자)의 일차적인 보호자는?

- ① _____ 부모 ② _____ 형제자매 ③ _____ 자녀 ④ _____ 배우자
⑤ _____ 친척 ⑥ 기타 _____

II. 환자의 질병관련 특성

1. 환자의 진료과는 무엇입니까? _____ 과

2. 환자의 질병은 무엇입니까? _____

3. 환자가 갖고 있는 질병의 수는 몇 개입니까? _____ 개

4. 환자는 이번 치료 중에 합병증이 발생하였습니까?

- ① _____ 예 ② _____ 아니오

5. 환자는 이번 입원치료 중에 다른 진료과에서 현재 진료과로 과가 변경이 되었습니까?

- ① _____ 예(과거 _____ 과) ② _____ 아니오

6. 환자는 이번 입원치료 중에 수술을 받았습니까?

- ① _____ 예(수술명: _____) ② _____ 아니오

7. 환자는 일상 생활에서 남의 도움이 얼마나 필요합니까?

항목	전적으로 도움필요	부분적으로 도움 필요	도움 필요 없음
1(a). 식사			
2(b). 옷입기			
3(c). 화장실 가기			
4(d). 개인위생			
5(e). 보행			

8환자는 현재 장애를 갖고 있습니까?

(해당 항목 모두 V표하여 주십시오.)

- ①a__시각장애 ②b__운동장애 ③c__언어장애 ④d__청각장애
 ⑤e__인지장애 ⑥f__호흡장애 ⑦g기타_____

9.환자가 현재 받고 있는 의료 처치는 무엇입니까?

(해당되는 모든 항목에 V표하여 주십시오.)

번호	의료 처치	해당 항목	번호	의료 처치	해당 항목
1(a)	혈관, 근육 투여 주사약		13(m)	산소(O ₂) 흡입	
2(b)	입으로 먹는 약		14(n)	소변 줄(Foley Cath.)	
3(c)	정맥주사(링겔)		15(o)	흉부배액관(Chest Tube)	
4(d)	상처치료 (드레싱)		16(p)	기관내삽관(Tracheostomy)	
5(e)	물리치료		17(q)	비위관 튜브(Levin Tube)	
6(f)	작업치료		18(r)	인공호흡기(Ventilator)	
7(g)	언어치료		19(s)	장루관리	
8(h)	방사선 암 치료		20(t)	요루관리	
9(i)	항암치료(약물)		21(u)	휠체어(Wheel Chair) 이동	
10(j)	혈액투석		22(v)	카트(Cart) 이동	
11(k)	복막투석		23(w)	위커(Walker) 이동	
12(l)	흡입(Suction)		24(x)	목발(Crutches) 이동	

기타_____

10.귀하(환자)는 앞으로 의학적인 처치에 의해 기능이 회복될 수 있다고 생각하십니까?

- ① ___ 완전히 회복할 수 있다고 생각한다.
- ② ___ 부분적으로 회복할 수 있다고 생각한다.
- ③ ___ 회복하기 어렵다고 생각한다.

III. 환자의 입원관련 특성

1. 귀하(환자)는 어떤 경로를 통해서 입원하셨습니까?

- ① _____ 응급실 ② _____ 외래

2. 귀하(환자)는 현재 입원일수가 몇 일 입니까? ___개월 ___일

3. 귀하(환자)의 직계 가족이 병원 내에 있습니까?

- ① _____ 있다 ② _____ 없다

4. 귀하(환자)의 간병은 누가 하고 있습니까?

- ① ___ 부모 ② ___ 배우자 ③ ___ 형제자매 ④ ___ 친척
- ⑤ ___ 자녀 ⑥ ___ 간병인 ⑦ ___ 없음 ⑧ 기타 _____

5. 귀하(환자)는 과거에 입원을 하신 적이 있으십니까?

- ① ___ 입원한 적 있음(본 병원 _____ 번, 다른 병원 _____ 번)
- ② ___ 입원한 적 없음

6. 귀하(환자)의 이번 입원으로 발생한 본인 부담금은 대략 어느 정도 입니까?

- ① ___ 500만원 미만 ② ___ 500만원 - 1,000만원 미만
- ③ ___ 1,000만원 이상

7. 귀하(환자)는 입원비가 어느 정도 부담이 되십니까?

- ① ___ 매우 부담이 된다
- ② ___ 약간 부담이 된다
- ③ ___ 그저 그렇다
- ④ ___ 전혀 부담이 되지 않는다

8. 귀하(환자)는 입원 치료에 대해 만족하십니까?

- ① ___ 만족한다 ② ___ 그저 그렇다 ③ ___ 불만이다

9. 장기간의 병원 입원으로 인한 어려움은 무엇입니까?

(해당되는 항목에 모두 V표하여 주십시오.)

- ①a ___ 진료비 부담으로 인한 경제적 어려움
- ②b ___ 불편한 생활환경
- ③c ___ 간병으로 인한 가족의 어려움
- ④d ___ 사회 생활의 제약
- ⑤e ___ 간병인 사용으로 인한 경제적 부담
- ⑥f 기타 _____

10. 귀하(환자)는 담당의사로부터 퇴원 권유를 받으신 적이 있으십니까?

- ① ___ 예 ② ___ 아니오

11. 귀하(환자)는 현재 몇 인용 병실에 입원하고 계십니까?

- ① ___ 1인용 ② ___ 2인용 ③ ___ 3인용 ④ ___ 4인용
- ⑤ ___ 5-6인용

IV.전원 인식도 및 전원의사

다음 내용을 읽고 응답해 주시기 바랍니다.

전원은 급성기 치료가 끝난 경우 본 병원(3차 의료기관)에서 환자의 상태에 맞는 중소병원(1차, 2차 의료기관) 및 요양기관으로 옮겨서 남은 치료를 받는 것을 의미합니다.

1.귀하(환자)는 전원에 대하여 들어보신 적이 있으십니까?

① _____에 ② _____아니오

2.전원에 대하여 권유받은 적이 있다면 누구에게서 권유 받으셨습니까?

① _____주치의 ② _____전공의 ③ _____간호사

④ _____기타 ⑤ _____권유받은 적이 없다.

3.귀하(환자)는 타 병원 또는 요양기관으로 전원 하실 생각이 있으십니까?

① _____에 (4번 질문으로 가십시오.)

② _____아니오 (5번 질문으로 가십시오.)

4.전원 하실 의향이 있다면 그 이유는 무엇입니까?

(해당되는 항목에 모두 V표하여 주신 후 6번 질문으로 가십시오.)

①a _____주치의로부터 퇴원 권유를 받았기 때문

②b _____타 병원 또는 요양기관의 치료비가 현재보다 적을 것이다

③c _____퇴원 후 집에서 돌보아 줄 사람이 없음

- ④d _____ 집의 시설이 불편함
 - ⑤e _____ 집에서 간호나 상태에 대한 불안
 - ⑥f _____ 통원 치료가 어려움
 - ⑦g _____ 물리 치료를 받고 있음
 - ⑧h _____ 현재 입원 병원이 집에서 너무 멀기 때문
 - ⑨i _____ 응급환자가 입원할 수 있도록 하기 위하여
 - ⑩j _____ 현재 상태가 많이 좋아졌으므로
 - ⑪k _____ 본 병원과 협력병원(기관)으로 간다면 믿을 수 있기 때문에
 - ⑫l 기타 _____
-

5. 전원 하실 의향이 없다면 그 이유는 무엇입니까?

(해당되는 항목에 모두 V표하여 주십시오.)

- ①a _____ 아직 급성기 치료가 끝나지 않았음
- ②b _____ 타 병원 또는 요양기관의 치료비가 현재보다 많을 것이다
- ③c _____ 타 병원 또는 요양기관의 진료수준에 대한 신뢰가 없다
- ④d _____ 본 병원을 신뢰할 수 있으므로
- ⑤e _____ 주치의사가 본 질병에 권위자이기 때문에
- ⑥f _____ 전원 가능한 타 병원 또는 요양기관에 대한 정보가 없으므로
- ⑦g _____ 밀려있는 병원비의 해결이 어렵다
- ⑧h _____ 본 병원이 집에서 거리가 가깝다
- ⑨i _____ 전원을 왜 해야하는지 이유를 모르겠다

- ⑩j_____ 아직 보상이 해결되지 않았음
- ⑪k_____ 주치의로부터 전원에 대하여 들어본 적이 없다
- ⑫l_____ 곧 퇴원 예정이다
- ⑬m_____ 의료사고 상태 또는 법정소송 중이다.
- ⑭n_____ 본 병원 내에 아는 직원이 있다.
- ⑮o_____ 치료시작 시점보다 상태가 악화되었다.
- ⑯p기타_____

6. 귀하(환자)는 본 병원과 협력병원(기관) 협약을 체결한 병원 및 기관에 대해서 들어보신 적이 있으십니까?

- ① _____예 ② _____아니오

7. 귀하(환자)는 본 병원의 협력병원(기관)에 대한 정보를 제공받기를 원하십니까?

- ① _____예 ② _____아니오

8. 다음은 본 병원과 협력병원(기관) 협약 체결식을 거쳐 **협력병원 (기관)**이 된 병원입니다. **만약** 전원을 가시게 된다면 가고 싶은 병원(기관)에 모두 V표하여 주십시오.

(만약 가고싶은 곳이 없다면 그 이유는 무엇입니까?)

일련 번호	병원명	선택 항목	일련 번호	병원명	선택 항목
1(a)	강서필병원		14(n)	홍익병원	
2(b)	제일성심병원		15(o)	서부병원	
3(c)	신촌연세병원		16(p)	인정병원	
4(d)	제일성모병원		17(q)	청구성심병원	
5(e)	한마음병원		18(r)	세란병원	
6(f)	동서한방병원		19(s)	유니실버(주)	
7(g)	동신병원		20(t)	능곡병원	
8(h)	서울대성병원		21(u)	명지병원	
9(i)	서서울병원		22(v)	십자병원	
10(j)	실버케어스		23(w)	일산복음병원	
11(k)	서안복음병원		24(x)	금촌의료원	
12(l)	세정병원		25(y)	인천은혜병원	
13(m)	제성병원		26(z)	전주예수병원	

이유 : _____

9. 만약 전원을 가지게 된다면 상기 협력병원(기관) 외에 가고 싶은
병원명(기관) 및 그 병원으로 가고 싶은 이유를 적어주십시오.

① 병원(기관)명 : _____

② 이유 : _____

③ _____ 가고 싶은 병원 없음

10. 만약 본 병원과 협력병원 관계에 있는 병원으로 전원을 가신
다면 좋은점이 무엇이라고 생각하십니까?

(해당 항목에 모두 V표하여 주십시오.)

①a_____본 병원과 협력병원이므로 진료 수준을 믿을 수 있다.

②b_____환자 상태에 변화가 생겼을 때 본 병원에서 도움을 신속하게 줄 것이다.

③c_____본 병원에서 전원 가고자 하는 협력병원에 대한 설명과 정보를 충분히 제공해 줄 것이다.

④d_____좋은 점이 무엇인지 알 수 없다.

⑤e기타 _____

11. **만약** 타 병원 또는 요양기관으로의 전원을 위하여 계획을 세운다면 다음 중 어느 누가 도와주길 희망하십니까?

①_____주치의 ②_____전공의 ③_____간호사

④_____본병원 내 전원 담당자 ⑤기타_____

12. 귀하(환자)는 가정간호에 대하여 들어보신 적이 있으십니까?

①_____예 ②_____아니오

13. 귀하(환자)는 입원 치료 대신 가정간호를 이용할 의사가 있으십니까?

①_____예 ②_____아니오

- 끝 -

ABSTRACT

Relationship between characteristics of lengthy hospital stay patients, knowledge of transfer needs and their willingness to transfer

- Strategies for the effective transfer of lengthy hospital stay patients -

Eun Sook Kang

Graduate School of

Health Science and Management

Yonsei University

(Directed by Professor Taewha Lee, Ph.D., R.N.)

It is very common in Korea to take care of non-acute patients in an acute setting, due to the lack of long-term facilities.

Long term hospitalization increase medical expenses and decreases the bed utilization, which can affect the urgent and emergent admissions, and eventually jeopardize the hospital financially.

In this study, strategies for effective transfers to the lower levels of care, and to decrease the length of stay were presented by surveying

and analyzing the patient's knowledge of the transfer needs, and the willingness to transfer those whose hospital length of stay was more than 30days.

Excluding those that were in the Intensive Care Unit and psychiatric ward, 214 in-patients were used as participants. They were surveyed from April 9, 2002 to April 17, 2002. One hundred and thirty seven out of 214 were responded which made the response rate 64%. Data were analyzed by SAS and SPSS.

Results were as follows:

First, with regard to the general features of lengthy hospital stay patients, respondents who are male, resides in such local areas that exclude Seoul, Incheon, and Kyungi Province, or spend more than 2 hours going to hospital, are more prone to decide to be transferred.

Second, regarding the disease-related features of lengthy hospital stay patients, patients who suffer from the disease associated with musculo-skeletal system reveal higher degree of accepting their transfer in case of the type of disease while, in case of the type of operation, patients supposed to have an operation for the gastro-intestinal system shows higher degree of transfer.

Third, in relation to the hospitalization-related features of lengthy hospital stay patients, respondents who feel a significant amount of financial burden in medical expenses and personally hiring a nurse, have more willingness to transfer.

Fourth, with regard to the cognitive aspects of lengthy hospital stay patients, respondents who have once heard about the transfer system,

were encouraged to transfer to other hospital by his doctor or somebody else, sought information on the receiving hospital, or had his own preferred hospital, are more favorable to the transfer.

Finally, multi-variable Logistic Regression Analysis showed a significance effect in medical expenses, knowledge of referral system and the information of the receiving hospital.

The financial burden in medical expenses made the patient 10.7 times more willing to be transferred, knowledge of the referral system made them 5 times more willing to be transferred, and the information of receiving hospital makes 6.5 times more willing to be transferred.

Reasons for willing to be transferred to a lower level of care were the phase of physical therapy, the distance from home, the attending physician's advice and being unable to be treated as an out patient.

Reasons for refusing to be transferred were the following. The attending physician's competency, not being ready to be discharged, not trusting the receiving hospital's competency due to the lack of information, or never hearing about the referring system by the attending physician.

Based on this, strategies for the effective transfer to the lower levels of care were suggested.

It is desirable for the attending physician to be actively involved by making an effort to explain the transfer need, and referring to the Healthcare Coordinating Center, which can help the patient make the right decision.

Nationwide networking for the referral system is the another key

factor that may need to be suggested as an alternative to decrease the medical expenses.

Collaborating with the Home Health Agency for the early discharge planning and the Social Service Department for financial aid are also needed.

It is recommended that the hospital should expedite the transfer process by prioritizing the cost and the information as medical expenses, knowledge of referring system and the information of the receiving hospital, are the most important factors to the willingness to transfer to a lower level of care.

Key Words : lengthy hospital stay patients,
Healthcare Coordinating Center,
knowledge of referring system, willingness to transfer