

보건소내 물리치료실 설치 타당성에 관한 조사

국립경찰병원
김 정 숙

원광보건전문대학 물리치료과
장정훈 · 신흥철

Abstract

A study on validity of Physical Therapy Room Establishment in Public Health Center

Kim, Jung-Sook
National Police Hospital

Chang, Chung-Hoon · Shin, Hong-Cheul
Dept. of Physical Therapy, Won Kwang Public Health Junior College

In order to provide the better and more effective Physical Therapy and Rehabilitation service to old people patients, the development of a Health care plan for the elderly is one of the important problem areas even in Korea. Chronic diseases increase in proportion to advancement in age.

The diseases affecting the aged in Public Health Center are now largely of hemiplegia, frozen shoulder, arthritis, neuralgia, degenerative disease. Worthy of special attention for the health of the aged is the hemiplegia, old people diseases at present.

The lack of the capacity on the part of the aged to cope with illnesses imposed critical problem not only on the patient themselves but also on the members of their families as a whole.

As for the aging problems are related with various government ministries, an agency could work out coordination through concernd government ministries.

The basic law for the public aid gives benefits for those people over 65 who are living alone and even in the case that their family has no capability of support.

The ways of relief include facilities to provide caring homes for the helpless people, to provide hope for the poor who have no ability to support themselves and to provide medical care.

ABSTRACT

- I. 서론
 - II. 조사대상 및 방법
 - III. 조사결과
 - IV. 고찰
 - 1. 보건소내 물리치료실 설치의 필요성
 - 2. 노인환자 재활의 전문화 방안
 - 3. 우리나라의 의료보장제도
 - 4. 예방적 측면에서 노인질환의 물리치료
 - V. 결론 및 제언
 - 1. 결론
 - 2. 제언
- 참고문헌
부록

I. 서론

헌법 제36조에는 “모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다”라고 명시되어 있고 제35조 제1항은 모든 국민에 대하여 건강하고 쾌적한 환경에서 생활할 권리를 보장하고 있다. 보건소법 제4조 제8항과 13항에는 질병의 예방과 진료, 국민보건의 향상과 증진에 관한 사항이 명시되어 있다. 이는 건강권을 생존권적 기본권으로 인식할

수 있는 설정법적 기반을 제공하고 있음을 의미한다. 기본권으로서 건강권을 세 가지 측면에서 이해가 가능하다.

첫 번째 건강권인 “건강할 권리”는 사회구조적인 건강상의 위해로부터 균등히 보호받을 권리로 사회적 위해의 균등 배분이란 형평의 충족을 전제로 하고, 두 번째 건강권인 “건강 돌봄을 받을 권리”는 보건의료자원에의 접근에 있어 차별받지 않을 권리로써 보건의료자원의 균등배분이란 요건을 전제로 하고 있다. 세 번째 건강권인 “건강 돌봄 과정에서의 권리”는 의료서비스 수준의 균등 배분, 보건의료자원 향유의 형평, 특히로부터의 형평 등을 내포하는 평등권적 성격을 띤 권리로써 보건 의료서비스의 평준화된 실천적 명제를 요구한다.

고도 산업사회에서 사회보장이 지향하는 목표를 국민 모두가 쾌적한 생활환경 속에서 경제적으로 안정되고 건강하고 문화적인 생활을 영위할 수 있도록 하는 것이다. 1970년의 우리나라 평균 수명은 63.3세, 1980년에는 65.9세, 1990년에는 70.2세로 증가했고, 2000년에는 72.6세 2010년에는 75.0세가 될 것으로 전망된다. 노인인구 구성비율은 1990년에 65세이상 노인이 전 인구의 대한 구성비율이 4.7%(2,026천명) 2005년 7.6%(7,687천명) 2020년에는 11.4%(5,746천명)로 노령화 사회로 진입된 전망이다(표 1).

표 1. 우리나라 노인인구의 연도별 성장추이(1960~2020)

| 연도 | 전국인구 | | 노인인구 | | | | | | | | |
|------|--------|-------------|-----------|---------|---------------|-----------|-------------|---------|-----------|---------|---------|
| | | | 65세 이상 인구 | | | 60세 이상 인구 | | | 55세 이상 인구 | | |
| | 實數 (천) | 연평균 성장률 (%) | 實數 (천) | 연평균 증가율 | 對전국인구 구성비 (%) | 實數 (천) | 연평균 증가율 (%) | 구성비 (%) | 實數 (천) | 연평균 증가율 | 구성비 (%) |
| 1960 | 24,989 | 2.7 | 822 | 2.7 | 3.3 | 1,357 | 1.9 | 5.4 | 1,992 | 2.5 | 8.0 |
| 1966 | 29,160 | 1.9 | 961 | 2.0 | 3.3 | 1,512 | 3.0 | 5.2 | 2,301 | 2.7 | 7.9 |
| 1970 | 31,435 | 2.0 | 1,039 | 3.0 | 3.3 | 1,704 | 2.7 | 5.4 | 2,559 | 2.4 | 8.1 |
| 1975 | 34,679 | 1.5 | 1,207 | 3.7 | 3.5 | 1,945 | 3.1 | 5.6 | 2,884 | 3.3 | 8.3 |
| 1980 | 37,407 | 1.8 | 1,446 | 3.8 | 3.9 | 2,268 | 3.9 | 6.1 | 3,393 | 3.4 | 9.1 |
| 1985 | 40,806 | 1.0 | 1,742 | 3.1 | 4.3 | 2,752 | 2.9 | 6.7 | 4,010 | 3.6 | 9.8 |
| 1990 | 42,793 | 1.0 | 2,026 | 3.4 | 4.7 | 3,182 | 4.0 | 7.4 | 4,783 | 4.0 | 11.2 |
| 1995 | 44,870 | 0.9 | 2,397 | 4.4 | 5.3 | 3,877 | 4.3 | 8.6 | 5,828 | 3.2 | 13.0 |

| | | | | | | | | | | | |
|------|--------|-----|-------|-----|------|-------|-----|------|--------|-----|------|
| 2000 | 46,828 | 0.7 | 2,972 | 4.4 | 6.3 | 4,780 | 3.2 | 10.2 | 6,829 | 2.9 | 14.6 |
| 2005 | 48,407 | 0.4 | 3,687 | 3.0 | 7.6 | 5,591 | 2.8 | 11.5 | 7,892 | 3.2 | 16.3 |
| 2010 | 49,486 | 0.2 | 4,283 | 2.7 | 8.7 | 6,433 | 3.2 | 13.0 | 9,236 | 4.1 | 18.7 |
| 2015 | 50,025 | 0.1 | 4,903 | 3.2 | 9.8 | 7,535 | 4.2 | 15.1 | 11,272 | 3.1 | 22.5 |
| 2020 | 50,193 | | 5,746 | | 11.4 | 9,272 | | 18.5 | 13,141 | | 26.2 |

자료 : 1) 1960~1985년차는 각 연도 센서스 보고서

2) 1990~2020년 차는 신추계인구임(경제기획원 조사통계국, 최근 인구동태현상 및 신인구추계결과, 1988년 11월)

사망률과 출산률의 지속적인 저하와 평균수명의 연장으로 노인인구의 증가율이 가속화하고 있으며, 고령자의 상대적 비율과 함께 절대수에 있어서도 급격한 고령화 현상을 나타낼 것으로 전망된다(조유향, 1988).

장수인구 증가에 따라 노인환자의 비중이 점점 증가하고 있으며 노인환자를 위한 노인병학 및 노년병 등의 정립이 필요한 단계에 와 있다. 노인에 대한 현대적 의미의 복지제도의 필요성이 정부차원에서 처음 인식된 것은 1968년이었던(현외성, 1987).

노년에 대비한 정책적 고려는 1973년에 국민연금법이 제정되어 1988년부터 시행되고 있으며, 1982년에 노인현장과 노인법이 공포되었다. 최근에는 생활수준의 향상과 보건의료의 발달로 연장된 생명에 대해 삶의 질을 추구하게 되어 노인의 건강에도 좋은 영향을 미치게 되었다(한달선, 1985). 그러나 대부분의 노인이 노화에 의한 심신의 기능저하나 질병상태에 있으며 장기만성화 질환으로 의료비 부담이 증가되어 경제사회적 요건

으로 충분한 의료와 보호를 받지 못하고 있다.

본 조사의 목적은 보건소내 물리치료실을 설치할 수 있도록 하는 보건소법 개정의 입법 예고에 따라 물리치료실 설치의 필요성과 타당성을 알아보고 노인의 의료보장정책을 통해 노인복지 대책의 일환으로 보건소, 보건지소 및 요양시설에서 노인 의료서비스를 받을 수 있는 제도를 제시하는데 있다.

II. 조사대상 및 방법

본 조사는 1990년 9월 15일부터 10월 5일까지 전국 각 지역 269개 보건소의 보건소장을 대상으로 설문조사하였으며, 우편으로 회신토록 한 결과 회수율은 61%로 조사대상자 269명 중 164명이 조사에 응하였다. 대부분 성실하게 답해주었기 때문에 164명 모두를 본조사 분석대상에 사용하였다. 본 조사내용은 9개 문항으로 구성하였다(부록 1).

<부 록>

보건소내 물리치료실 설치 여부에 대한 기초 조사서

안녕하십니까?

어려운 여건 하에서도 국민보건향상을 위하여 노고가 크심에 진심으로 감사합니다.

본 조사의 목적은 보건소내의 물리치료실을 설치할 수 있도록 하는 보건소법 개정의 입법 예고에 따라 물리치료실 설치의 필요성과 타당성을 알아보고 보건소장님의 의견을 수렴하여 물리치료사협회의 대책을 수립하는데 참고하기 위한 것입니다.

본 조사의 결과는 조사 목적만을 위해서만 활용될 것이며 평가자료로는 절대 사용하지 않을 것임을 약속합니다.

수고로우시더라도 협조를 요망하며 본 조사서는 1990년 10월 5일까지 도착될 수 있도록 바랍니다.

귀 보건소와 소장님 이하 여러분들의 건승하시기를 기원합니다.

각 문항을 잘 숙지하시고 해당란에 ○ 혹은 기록하여 주시기 바랍니다.

1. 보건소에 물리치료실 설치 필요성에 대하여
() 1. 꼭 설치해야 한다.
() 2. 가능하면 설치하는 편이 좋다.
() 3. 설치할 필요성이 없다.
2. 설치해야할 필요성이 있다면 그 이유는 무엇인가?
() 1. 지역사회에 물리치료를 받을 환자가 많기 때문에
() 2. 보건소의 지역사회 봉사를 확대하기 위하여
() 3. 보건소의 수익을 위하여
3. 귀 보건소의 인력구성은 어떻게 이루어져 있습니까?
()명 1. 의료진(의사, 치과의사, 한의사, 간호사)
()명 2. 약사
()명 3. 의료기사(방사선사, 임상병리사, 치기공사 등)
()명 4. 보건직(위생사, 환경관리사 등)
()명 5. 일반직
()명 6. 임시직
()명 7. 기타
4. 환자들의 연령분포는? (1일을 기준으로)
0~9세()명
10~19세()명
20~29세()명
30~39세()명
40~49세()명
50~59세()명
60~69세()명
70 이상()명
5. 노인 환자들은 주로 어느 질환이 많습니까?
(많은 수에서 적은 수로 번호를 매겨 주십시오)
1. 퇴행성 질환()
2. 관절염 ()
3. 오십견 ()
4. 신경통 ()
5. 뇌졸중 ()
6. 기타 ()
6. 노인 환자들은 어떤 형태의 의료카드를 사용합니까?
(많은 수에서 적은 수로 번호를 배겨 주십시오)
1. 의료보험()
2. 경로의보()
3. 영 세 민()(생활보호)
4. 일 반()
5. 기 타()
7. 유아나 아동환자 중 발달장애(예: 뇌성마비아)로 보건소를 찾는 경우가 있었습니까?
1. 있다()

2. 없다()

8. 만약 발달 장애아가 있었다면 어느 기간에 몇명 정도이었으며 어떤 조치를 취하셨습니다?

(예 : 89년 10월 2명, 전문병원에 의뢰)

9. 만약 귀 보건소에 물리치료실을 설치하게 된다면 설치장소를 마련하기 위하여 건물을 새로 지어야 합니까? (약 10명정도를 기준해서)

() 1. 건물을 새로 지어야 한다.

() 2. 현재의 건물로도 가능하다

() 3. 현재로도 가능하나 시설을 바꾸어야 한다.

III. 조사결과

1. 보건소내 물리치료실 설치 필요성에서 응답자 중 가능하면 설치해야 한다가 98명(60.5%)

5%)으로 가장 높았으며, 설치할 필요가 없다가 49명(30.2%), 꼭 설치해야 한다가 15명(9.3%), 무응답자 2명의 순이었다(표 2, 그림 1).

표 2. 보건소내 물리치료실의 설치 필요성*

| 구분 | 지역 | | | 계(%) |
|--------------|----|----|----|------------|
| | 구 | 시 | 군 | |
| 꼭 설치해야 한다 | 4 | 2 | 9 | 15(9.3) |
| 가능하면 설치해야 한다 | 24 | 14 | 60 | 98(60.5) |
| 설치할 필요성이 없다 | 4 | 18 | 27 | 49(30.2) |
| 계 | 32 | 34 | 96 | 162(100.0) |

*164개소 중 시 1개소, 군 1개소 무응답

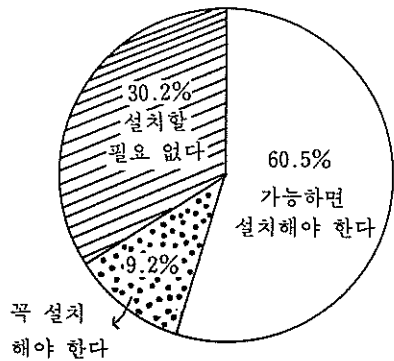


그림 1. 보건소내 물리치료 설치의 필요성

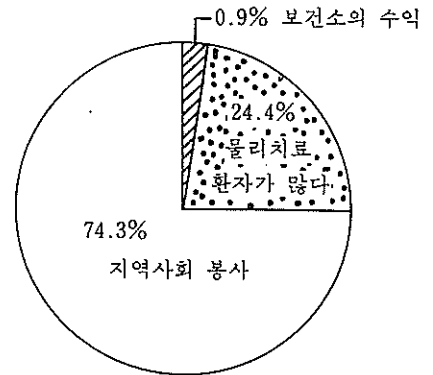


그림 2. 보건소 설치이유

2. 설치해야 할 필요성에 대해서는 보건소의 지역사회 봉사를 확대해야 한다가 84명(74.3%)으로 가장 높았으며, 지역에 물리치료

를 필요로 하는 환자가 많다가 28명(24.8%), 보건소의 수익을 위하여가 1명(0.9%)이었다(표 3, 그림 2).

표 3. 보건소내 물리치료실이 설치되어야 하는 이유

| 구분 | 지역 | | | 계(%) |
|-------------------------|----|----|----|------------|
| | 구 | 시 | 군 | |
| 지역내 물리치료를 필요로 하는 환자가 많다 | 6 | 6 | 16 | 28(24.8) |
| 보건소의 지역사회 봉사 확대해야 한다 | 23 | 7 | 54 | 84(74.3) |
| 보건소의 수익을 위하여 | | | 1 | 1(0.9) |
| 계 | 29 | 13 | 72 | 113(100.0) |

표 4. 보건소의 인력구성(1개소 평균)*

| 직급 | 구분 | | |
|-------------|------|------|------|
| | 구 | 시 | 군 |
| 의료진(간호사 포함) | 18.0 | 11.6 | 12.1 |
| 약사 | 1.9 | 0.4 | 0.3 |
| 의료기사 | 4.8 | 3.2 | 3.1 |
| 보건직 | 9.6 | 9.8 | 8.4 |
| 행정직 | 9.1 | 4.2 | 4.4 |
| 별정·기능직 | 7.4 | 4.4 | 3.5 |
| 임시직 | 1.5 | 2.3 | 2.4 |
| 계 | 52.3 | 35.9 | 34.2 |

*164개소 중 시 4개소, 구 6개소, 군 3개소 중 총 13개소 무응답

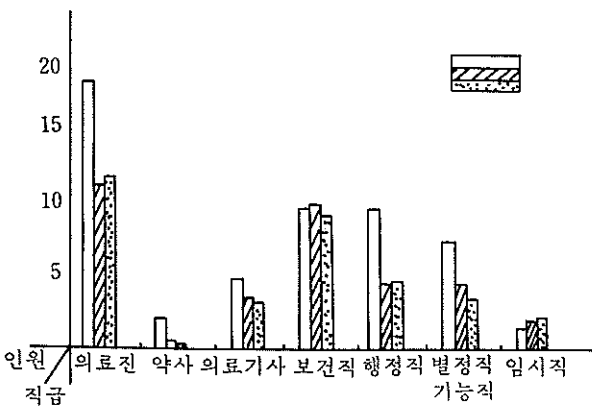


그림 3. 보건소의 의료 인력 현황(1개소 평균)

표 5. 환자 연령분포(1일 평균)*

| 연령 | 구분 | | | 평균(%) |
|-------|------|------|------|-------------|
| | 구 | 시 | 군 | |
| 0~9 | 6.4 | 3.6 | 5.0 | 5.0(10.1) |
| 10~19 | 1.2 | 2.7 | 3.3 | 2.4(5.3) |
| 20~29 | 2.4 | 2.9 | 4.3 | 3.2(7.0) |
| 30~39 | 1.8 | 4.3 | 6.7 | 4.3(9.4) |
| 40~49 | 4.3 | 6.4 | 8.5 | 6.4(14.0) |
| 50~59 | 6.9 | 11.1 | 12.8 | 10.3(22.5) |
| 60~69 | 8.4 | 9.2 | 9.9 | 9.2(20.1) |
| 70이상 | 4.6 | 3.6 | 4.9 | 4.4(9.6) |
| 계 | 36.0 | 43.8 | 55.4 | 45.7(100.0) |

*164개소 중 구 4개소, 시 1개소, 군 4개소 무응답

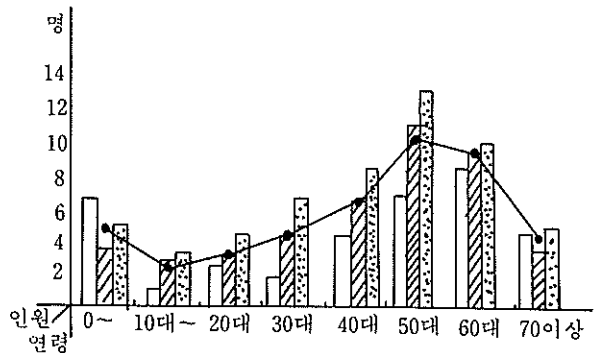


그림 4. 환자연령 분포(1일 평균)

3. 보건소의 인력 구성은 표 4, 그림 3과 같다.
4. 보건소를 찾는 환자들의 연령분포는 50~59세 연령이 22.5%로 가장 많이 이용하며, 다음은 60~69세(20.1%), 0~9세(10.1%),

40~49세(14%), 70세 이상(9.6%)의 순서로 청장년층에 비해 노년과 유, 아동쪽이 많은 비중을 차지하고 있다(표 5, 그림 4).

표 6. 노인환자의 내원 순위*

| | 구 | 시 | 군 |
|--------|---|---|---|
| 퇴행성 질환 | 1 | 1 | 1 |
| 신경통 | 2 | 2 | 2 |
| 관절염 | 3 | 3 | 3 |
| 오십견 | 4 | 5 | 4 |
| 뇌졸중 | 5 | 6 | 5 |
| 기 타 | 6 | 4 | 6 |

무응답 : 1개소

표 8. 유아나 아동 중 발달 장애로 내원하는 경우*

| | 구 | 시 | 군 | 계(%) |
|----|----|----|----|------------|
| 있다 | 4 | 9 | 20 | 23(20.6) |
| 없다 | 28 | 24 | 75 | 127(79.4) |
| 계 | 32 | 33 | 95 | 160(100.0) |

*4개소 무응답

5. 노인 환자들의 주 질환의 순위를 알아보는 내용에는

편마비 환자, 오십견, 관절염, 신경통, 퇴행성 질환의 순위로 편마비 질환의 높은 비율을 보이고 있다(표 6).

6. 노인 환자들이 많이 이용하는 의료보험 카드의 형태에서는

일반, 경로의보, 의료보험, 영세민의 순이었다(표 7).

7. 유아나 아동 중 뇌성마비나 운동발달 지체로 내원하는 경우에

없다가 79.4%, 있다가 20.6%로 응답하였다.

이것은 부모들의 보건의식수준 향상으로 뇌성마

표 7. 노인환자의 의료카드(많이 이용하는 순위)

| | 구 | 시 | 군 |
|------|---|---|---|
| 영세민 | 1 | 1 | 1 |
| 의료보험 | 2 | 2 | 2 |
| 경로의보 | 3 | 4 | 3 |
| 일반 | 4 | 3 | 4 |
| 기 타* | 5 | 5 | 5 |

*기타는 불임시술 혜택카드 포함

표 9. 발달장애아의 조치

| | 건수 |
|------------|----|
| 전문병원 의뢰 | 36 |
| 특수 수용시설 의뢰 | 6 |
| 기 타 | 6 |
| 무응답 | 4 |
| 계 | 52 |

비아나 운동발달 지체인 경우 보건(지)소 보다는 일반 전문병원을 먼저 찾는 것으로 사료된다(표 8).

뇌성마비아나 발달지체로 내원한 경우 취하는 조치에서는

전문병원에 의뢰한다가 36건으로 가장 많고 특수 수용시설의뢰, 기타, 무응답순이었다(표 9).

물리치료실 확보에서는

건물의 증축, 개축이 필요하다가 85명(53.4%)이며, 시설 또는 용도 변경후 가능하다가 44명(27.7%)이고, 현재의 시설로 가능하다가 30명(18.9%)으로 응답하였다(표 10, 그림 5).

표 10. 물리치료실의 확보*

| | 구 | 시 | 군 | 계(%) |
|------------------|----|----|----|------------|
| 현재의 시설로 가능 | 3 | 5 | 22 | 30(18.9) |
| 시설 또는 용도 변경 후 가능 | 6 | 11 | 27 | 44(27.7) |
| 건물의 증축 또는 개축 필요 | 22 | 15 | 45 | 85(53.4) |
| 계 | 31 | 31 | 94 | 159(100.0) |

*무응답 5개소

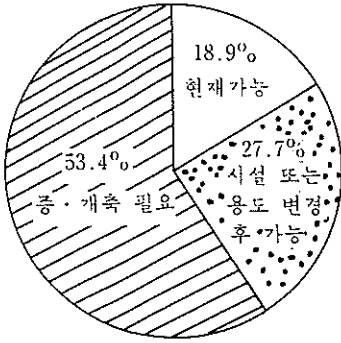


그림 5. 물리치료실 확보

III. 고 찰

과거 40년간 우리나라의 경제는 급속한 발전을 이루었다. 1980년대에는 사회개발의 본격화와 국민의 복지증진계획에 기초를 두었으며, 1988년에 1인당 GNP는 4,040불로 증가하였고, 2000년에는 1인당 GNP가 5,016불로 증가될 전망으로 1900년대의 보건사회제도 중 국민보건에 큰 영향을 미칠 것으로 사료되는 것이 질병의 예방과 치료 중에서도 물리치료의 공급 및 의료비의 비중에 관한 것이다. 특히 정보화 사회, 정신적 육체적 스트레스 인자의 증가, 인구의 노령화 등으로 인한 질병 구조의 변화로 난시청 만성병 환자의 증가, 핵가족화로 인한 장기환자의 간병난 문제 등이 주목되어지고 있다. 이에 따라 생활양식과 보건의료의 이용 및 요구, 질병의 양상과 보건문제의 양상도 변화해 갈 것이다.

노령화로 인한 신체장애와 사회변화에 따른 여러 장애자들에게 적절한 의료시혜를 베풀고, 미래를 예견하고 대처하기 위하여 전국 249개 보건소와 1,315개의 보건지소에 물리치료실을 설치 운영함으로써 보다 효율적인 의료보장이 이루어지리라 고 보며, 전국민 개보험 시대를 맞아 국민의료보험비 및 과다한 의료비 지출을 줄임으로서 국민복지향상에 기여함은 물론 물리치료사 취업난을 타개할 수 있으리라 여겨진다.

이상의 사유를 전제하고 보건소에 물리치료실을 설치 운영함으로써 얻을 수 있는 장점을 살펴보기로 하겠다.

1. 보건소내 물리치료실 설치의 필요성

1) 의료보험의 의료비 지출 절감

그간 민간 의료는 지불능력이 있는 주민 주거지역을 중심으로 급속히 발전하였으나 이에 반하여 공공부분은 구호적 자선적인 서어비스 제공으로 그 명맥을 유지하였다. 이에 따라 지역간, 계층간 의료서어비스 수혜의 격차는 점차 커져왔다.

1989년 이후 전 국민이 의료보험의 시대가 열리면서 모든 수혜자에게 형평과 효율의 관점에서 의료서어비스의 접근성, 계속성, 질, 포괄성, 담당할 수 있는 비용 등이 확보되어야 하나 아직도 해결방안이 모색되지 않은 상태이다. 의료기관 이용양상을 보면 병원, 종합병원의 이용수준은 증가경향을 나타내는 반면 의원급 이용은 상대적으로 그 비중이 감소되었다. 특히 지역 의료보험 실시지역인 농촌지역에서 보건소, 보건지소 이용율이 감소하고 있다. 이러한 환자의 병원 및 고가의료기관 선호성은 적정 의료의 한계를 넘어 의료의 남용과 자원의 낭비를 가져오는 원인이 될 수 있다. 또한 의료보험비는 급격히 증가하였고 의료시설 이용시 자부담률은 저소득층에는 너무 높은 수준이며 의료이용상 큰 장애가 있다.

1987년 의료기관 이용양상을 살펴보면, 병·의원 이용자가 도시 98.9%, 농촌 93%이었으며, 보건소 및 보건지소는 각각 1.1%, 7%에 불과하였다. 특히 물리치료는 대개의 장기간 요양과 치료를 하여야하는 관계로 의료비의 지출이 타 진료에 비하여 지출비율이 높으며 국민소득과 복지향상에 따라 물리치료를 원하는 환자가 증가함에 따라 그 격차는 더 커질 것으로 기존 보건소나 보건지소에 물리치료실을 설치하여 정부가 직접 운영한다면 상대적 의료비 지출이 현저하게 줄어 들 것이다.

2) 저소득층에 대한 의료보호 환자의 의료비 지출절감

우리나라의 사회 및 경제성장에 따라 빈부의 격차를 줄이고 균평된 국민생활의 복지정책으로 저소득층 및 무의탁자들에 대한 의료시혜의 조치로 의료보호 대상자들에 대한 의료비를 국가에서 지불하여 국민건강에 큰 기여를 하고 있다. 의료보호 환자는 복지정책 조정에 따라 더욱 늘어날 전망으로 국가가 일반 병·의원에 지불하는 의료비

표 11. 연령별 생활보호 대상자

단위: 명

| 연령(세) 구 분 | | 계 | 0~5 | 6~18 | 19~20 | 21~29 | 30~39 | 40~49 | 50~59 | 60~64 | 65이상 A |
|-----------|---|-----------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------|
| 거택보호 | 계 | 316,041 | 8,082 | 68,457 | 10,101 | 9,789 | 17,382 | 24,216 | 26,280 | 28,633 | 1233,101 |
| | 남 | 125,905 | 3,888 | 33,171 | 4,790 | 4,581 | 7,582 | 11,490 | 11,458 | 11,296 | 37,649 |
| | 여 | 190,136 | 4,194 | 35,286 | 5,311 | 5,208 | 9,800 | 12,726 | 14,822 | 17,337 | 85,452 |
| 자연보호 | 계 | 1,807,431 | 69,561 | 478,653 | 152,308 | 159,679 | 165,271 | 252,637 | 24,604 | 139,475 | 140,243 |
| | 남 | 870,233 | 34,701 | 239,833 | 75,032 | 80,368 | 77,465 | 118,858 | 119,539 | 64,287 | 60,150 |
| | 여 | 937,198 | 34,860 | 238,820 | 77,276 | 79,311 | 87,806 | 133,779 | 130,065 | 75,188 | 80,093 |

자료: 89년도 생활보호대상자 현황분석·보건사회부사회국

를 국가기관인 보건(지)소에 흡수한다면 상당한 경비를 절감할 수 있을 것이다(표 11).

3) 노인인구 증가에 따른 노인병 및 퇴행성 질환에 대한 물리치료

우리나라의 인구는 그간 가족계획 사업에 힘입어 인구증가율은 감소되었으나 평균수명 증가 등으로 인하여 노령인구가 증가되고 있다. 특히 산업화에 따른 이농인구의 증가로 말미암아 농촌지역의 노령인구가 급속히 증가하고 있는 추세이다. 또한 무의탁 노령인구 중 노인 복지시설에 수용되어 있는 숫자는 1988년 79개소에 6,124명에 불과한 실정이며, 정부의 노인건강 진단자 188,720명 중 136,429(72%)명이 질환을 보유하고 있어 노인 복지에 많은 문제점이 제기되고 있다.

노인들은 노령으로 인한 퇴행성 질환으로 대부분 고생하고 있으며 이의 증상을 호전시키기 위한 치료는 물리치료외에는 특별한 관리가 없는 실정이다. 또한 뇌혈관질환 및 고혈압성 질환에 의한 후유증으로 신체장애가 온 많은 환자들 역시 장기간의 물리치료적 요양을 필요로 하고 있으나 장기적 치료로 인하여 의료비가 가계에 차지하는 비율이 높아 중도에서 포기하는 경우가 많다. 그러나 보건(지)소에 물리치료실을 개설할 경우 저렴한 의료비로 쉽게 물리치료를 받음으로서 의료비를 절감할 수 있으며 특히 농어촌 지역의 많은 인구가 쉽게 수진받을 수 있어 의료비외에도 여러 가지 부대경비가 절감될 수 있다.

4) 신체장애자 의료복지 증진

우리나라의 복지시설 중 신체장애자 복지시설은 1988년도 기준으로 120개소에 11,762명이 수용되어 있어, 신체장애자 재활협회가 추산한 100만명 이상과 비교한다면 너무나 적은 숫자이며 1989년 보사부의 장애자 선센스에 비하여도 매우 낮은 수치이다.

정부는 복지정책의 일환으로 장애자에게 생활보조비와 세제혜택 및 의료비를 무료로 하는 방안을 밝힌 바 있다. 신체장애자의 진료를 국가가 부담하여 일반병의원에 위임하여 진료를 받는 것도 바람직한 일이나 일반 병의원의 바쁜 근무일정에 도리어 무료환자라하여 푸대접을 받는 실정은 공공연한 사실이다. 그러므로 지체부자유로 인한 물리치료가 필요할 때에 보건(지)소를 이용한다면 국가의 의료비 절감은 물론 도농의 모든 장애자들이 부담없이 이용할 수 있을 것이다.

5) 물리치료사의 취업난 타개

1989년 현재 등록된 물리치료사의 수는 5,694명으로 1979년 656명에 비교하여 8.7배가 증가하였다. 이는 물리치료사는 양적으로 급증하였으나 취업률은 1979년 42.1%에서 1989년 46.7%로 많은 면허취득자가 직장을 갖지 못하고 쉬고 있는 실정이다. 특히 1990년도 1월부터 발효된 의료보험의 물리치료행위의 제한조치로 인하여 더욱 이직률이 늘고 있는 실정이다. 따라서 당국에서는 물리치료사의 수급과 지위확보에 관심을 기울여 고급전문

기술인의 사회적 경제적 손실을 막아야 할 것이다. 이대로 방치할 경우 물리치료사의 공급은 과잉상태가 누적되어 많은 혼란을 초래하게 될 우려가 있으므로 보건(지)소에 물리치료실을 개설하여 실직률을 다소나마 줄일 수 있을 것으로 보여진다.

2. 노인환자 재활의 전문화 방안

1) 노인보건의료

노인이 오랜 질병상태에 있는 경우 가치관, 가족구조, 사회환경의 변화로 주택보호의 범위에서는 가정요양유지가 점차 어려워지고 있다. 우리나라에는 현재 노인환자만을 위한 시설은 전무한 상태이므로 간구되어야 할 대책으로는 가정 물리치료 및 재활 서비스의 자원을 개발하는 것이 필요하다. 도시화 및 주거환경이나, 여건의 변화 등으로 가정에서 장애인 환자 보호, 지원할 수 없는 경우에 시설의 역할은 중요하다. 이에 알맞는 시설로는 관리(care)와 재활서비스를 제공하는 노인보건의료시설이 노인의 증상이 욕구에 대처하는 노인에게 적합한 시설체계로서 가장 이상적인

방법이라 생각되나 현재 이러한 기능을 대처할 수 있는 형태로는 보건소나 보건지소가 가장 최적이라 할 수 있겠다(그림 6).

장애인 노인 보건시설에서의 역할은 노인질환의 치료 및 노인의 일상 생활능력을 가능한 회복하고 자립할 수 있도록 기능 훈련 및 재활서비스를 제공한다. 가정과 시설사이에 있는 중간 시설인 장애인 노인 보건시설의 설치의 우리나라에서도 지역 보건소 및 보건지소를 활성화하여 그 기능을 증대함으로써 가능한 제도이다. 노인은 노화에 수반한 심신 기능의 저하와 만성 퇴행성 질환의 예방을 위한 대책에서 치료, 기능회복 훈련 등의 일관된 장애인 노인 보건의료의 종합적 대책을 마련해야 한다.

2) 가정 물리치료사 및 방문 물리치료사

가정이나 방문 물리치료사는 임상환자나 이에 준하는 주택관리(care)를 원칙으로 하고 가정에서 요양하기를 원하는 장애인들에게 병원에서의 물리치료와는 다른 접근방식이 이루어져야 하며 가정의 이점을 최대한으로 활용하여 가정요양을 원조한다. 장애노인은 일상생활 동작 및 주변처리능

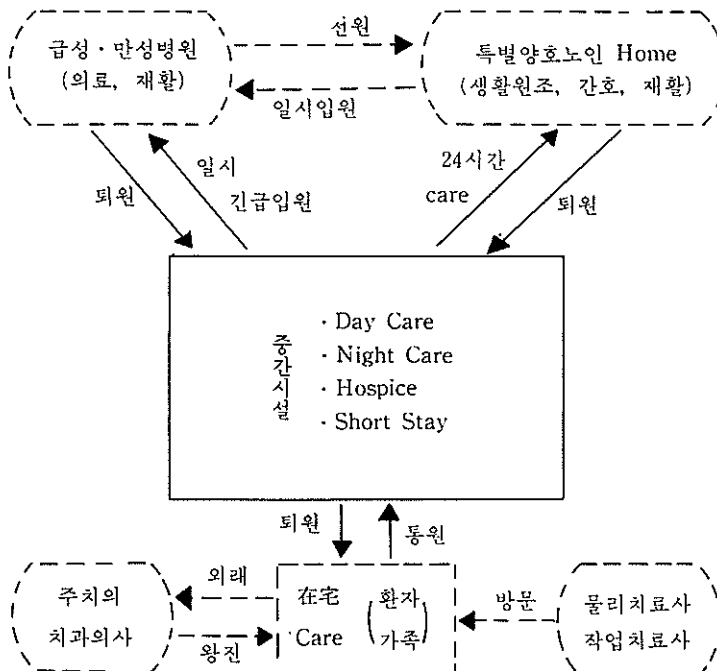


그림 6. 중간시설의 위치

표 12. 방문 물리치료사의 원조내용

| | |
|-------------------|----------------------|
| I. 요양생활상의 지도 | 14. 합병증 예방지도 |
| 1. 신체청결 | 15. 의사의 연결 |
| 2. 식사 | II. 간호자 원조 |
| 3. 수면, 휴식 | 1. 간호에 관계하는 지도상담, 조언 |
| 4. 체위의 변환, 이동의 개조 | 2. 간호자의 건강관리 |
| 5. 배설 방법 | 3. 긴급시 대처 방법 |
| 6. 적구, 적의 | 4. 기타 |
| 7. 환경 정비 | III. 일상생활 동작 훈련 |
| 8. 욕창의 예방과 치료 | 1. 식사 동작 |
| 9. 고통 완화 | 2. 의복의 착탈 |
| 10. 복약 방법 | 3. 배설 동작 |
| 11. 사고방지 | 4. 입욕 동작 |
| 12. 심리면의 지원 | IV. 기타 |
| 13. 병상 관찰 | 1. 기능회복 훈련 |

력에 제한이 있을뿐만 아니라 구축, 변형, 욕창 등의 심신에 많은 문제가 있으며 가족 구성원의 부적절한 관리로 장애노인의 신체상태를 악화시킬 수가 있다. 따라서 장애노인의 신체상태의 개선 및 기능회복을 도모하고 가정 요양을 유지시키기 위한 가정 및 방문 물리치료사를 통해 지도 및 훈련할 필요가 생긴다(표 12).

3) 보건소 및 보건소내 물리치료실 설치

장애노인이나 노인성 만성질환에 대한 물리치료 및 재활서비스 전문화 방안은 기존의 보건소나 보건지소를 1차 중간시설로 만들어 물리치료실을 개설하고 물리치료사를 배치하여 경제적이고 효율적인 노인관리가 되도록 한다.

4) 노인성 만성질환에 대한 재활 방안

노년기에 문제가 되는 질병이나 질환의 대부분은 이미 그 발생이전에 진행된 성인병 내지 만성병이다(田中多間, 1981).

현재의 노인은 대부분 만성 퇴행성 질환에 이환되고 있다. 이와 같은 현실이 가족의 경제적 부담을 가중시키고 국민의료비 부담을 증가시키는 결과가 된다. 65세 이상 노인의 유병율은 높아지고 질환도 장기, 만성이며 후기 노인일수록 그 비율도 상승한다(송기준, 1984).

노인건강이나 만성질환에 대응하는 기본적 방향으로

(1) 보건의료, 물리치료, 작업치료 및 재활서비스 등의 종합적인 노인 보건의료대책을 수립하는 것이 바람직하다.

(2) 노인성 질환대책은 노인의 생활과 연관된 지역을 단위로 하는 보건소나 보건지소, 양노원 등에 물리치료 및 재활서비스를 할 수 있는 물리치료사가 배치되어야 한다.

(3) 노인성 및 성인병 질환은 장기 만성화의 경향이 있기 때문에 의료대책과 노인 복지대책의 유기적 연대가 필요하다.

(4) 의료자원의 효율적, 합리적 배분과 이용을 위한 시책을 마련해야 한다.

3. 우리나라의 의료보장제도

현행 의료보험제도는 1979년부터 정부가 법적 영세민을 대상으로 시행하고 있는 공적부조 형태의 의료보장제도이다. 의료보호 산업은 저소득국민에게 국가에서 진료비의 일부나 전부를 부담해주는 제도로 생활보호 대상자, 사회복지시설수용자, 원호대상자, 인간문화재, 이재민과 치료비를 일시에 부담할 수 없는 저소득층을 대상으로 하고 있다. 의료보호의 내역은 황색카드인 일종은 거택 및 시설보호자를 대상으로 하며 외래 및 입원이 전액무료이다. 녹색카드인 2종은 법적영세민, 중영세민으로 외래전액무료, 입원은 50% 본인이 부

표 13. 의료보험과 의료보호비교

| 구 분 | 의 료 보 험 | 의 료 보 호 |
|----------------|---|--|
| 1. 대상인원('89) | 38,134천명(전 인구의 90%) | 4,246천명(전 인구의 10%) |
| 2. 대상자 | 국내에 거주하는 국민 중 의료보호대상자 제외 | ○1종: 생활보호대상자 중 거택보호대상자, 사회복지시설수용자, 인간문화재, 월남귀순자, 국가유공자, 이재민 및 성병감염자 ○2종: 생활보호대상자 중 자활보호대상자 ○의료부조: 자활보호대상자와 유사한 자 |
| 3. 급여조건 | | |
| 가. 외래 | ○정액제 -의원: 초진 2,000원(1만원 초과시 30%) -병원: 진찰료-진료비의 40% -종합병원: 진찰료-진료비의 55% (군거지역의 경우 병원·종합병원의 부담액은 별도 결정) | ○1종: 전액무료 ○2종: 전액무료 ○의료부조: 본인부담(2/3) 기금부담(1/3) |
| 나. 입원 | 총 진료비의 20% | ○1종: 전액무료 ○2종: 일부 본인부담 -대도시: 40% -기타 지역: 20% ○의료부조: 일부 본인부담 -대도시: 50% -기타 지역: 40% |
| 4. 요양취급기관('88) | 21,000여개 | 9,584개 |
| 5. 진료수가('89) | | |
| 가. 외래 | 100% | 의료보험수가의 90% |
| 나. 입원 | 100% | 의료보험수가의 94% |

출처: 보건사회부, 1989. 보건사회

담하며 용자가 가능하다(표 13).

의료보호 대상자인 법인 수용시설로는 양노시설, 노인요양시설, 유료양노시설, 실비양노시설 등이 있는데 1987년 기준으로 76개 시설에 5,648명이 수용되어 있는 것으로 되어있다. 시설수용 능력에 따라 수용되어 있기 때문에 수용이 필요한 노인이 제한되어 실질적 보상을 받지 못하는 것으로 추정된다. 의료에는 최소한도 최고한도가 있을 수 없다. 의료는 모든 질병을 치료하며 건강을 회복하는데 필요한 충분한 것이 되어야 하며 그 이

하도 그 이상도 될 필요가 없다. 이것을 최적 치료라 한다(연하청, 1988).

보건의료의 재정정책에서 의료비가 증가하는 요인은

- 1) 의료비를 포함하는 경제변동
- 2) 의료기술의 진보와 신약개발 등의 의료내용의 고도화
- 3) 인구증가와 고령화
- 4) 의료의 수급을 매개로 하는 제도의 변화로 요약된다(이순, 1989)

이에 따라 보건의료의 재정정책 수단으로는

- 1) 보건의료가격의 억제(보건의료의 효율추진)
- 2) 의료이용의 억제(의료의 효율적 이용추진)
- 3) 제도의 대상범위의 축소와 재정의 개선방안
- 4) 비용부담 방식을 줄일 수 있으며 비용절감을 위한 대체방안으로 재가 환자의 가정 및 방문 물리치료의 제도가 제안될 수 있겠다.

4. 예방적 측면에서 노인질환의 물리치료

노인문제가 제기되는 주된 원인은 빈곤에서 시

작되며 빈곤한 노인은 산업화 가정속에서 상대적으로 증가한다. 1970년대 이후 사회구조가 산업화함에 따라 노인빈곤은 장기화, 만성화, 대량화, 집단화하는 경향을 보이고 있다. 구조가 산업화되면 될수록 고령이라는 조건은 빈곤과 밀접한 관련이 있음을 알 수 있다. 보건사회부가 빈곤의 원인을 분석한 자료에 의하면 노령체질장애, 학력, 경력, 기술부족, 재활의욕부족으로 나타나고 있다(표 14). 빈곤한 노인들을 위한 시설현황은 전체 보호시설 수 620개소 중 노인시설은 82개소로 13.2%에 해당된다(표 15).

표 14. 노인빈곤의 원인

| 구 분 | |
|--------------|--|
| 사회적 요인 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 취업기회의 불균등 2. 교육기회의 제한 3. 빈곤의 세습화 4. 사회보장제도의 미성숙 |
| 가족 또는 개인적 요인 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 가족해체로 인한 부양기능의 약화 2. 노령과 질병 3. 산업화사회에의 부적응 4. 의타심과 무절제, 욕망수준 |

표 15. 시설보호현황

| 구 분 | 아 동 시 설 | | | | 결 핵 | 모 자 보 호 | 노 인 시 설 | 장 애 자 | 신 질 환 | 부 량 아 | 부 녀 직 직 보 도 | 소 계 | 부 량 인 | 합 계 |
|---------|---------|-------|--------|------|-----|---------|---------|--------|--------|-------|-------------|--------|-------|--------|
| | 소계 | 영아 | 육아 | 직업보도 | | | | | | | | | | |
| 시설수(개) | 267 | 40 | 217 | 10 | 2 | 36 | 82 | 101 | 73 | 11 | 21 | 593 | 27 | 620 |
| 수용자수(명) | 22,681 | 2,616 | 19,242 | 823 | 111 | 3,045 | 5,870 | 11,151 | 16,789 | 2,377 | 994 | 63,018 | 9,281 | 72,299 |

노인병은 생리적 노화과정과 함께 만성적으로 발생하는 특징이 있으며 비전형적 발현증상, 만성 질환, 정신질환의 합병, 약물치료의 문제점, 병력, 정보전달장애요소 등에 의해서 일반환자와 차이가 있다. 따라서 노인환자는 질병이나 질환뿐만 아니라 가정, 사회의학적 측면의 종합적인 관찰과 치료로 생활의 질을 향상시켜주는 방향으로 지침을 세워나가야 한다. 노인환자의 특성은 표 16에

제시된 바와 같이 노인환자취급에서 고려해야할 것은 완치보다는 어떻게 관리해 주느냐에 초점을 두어야 한다. 의료란 질병을 예방하고 치료하며 건강증진과 수명을 연장시키며 개인이나 사회를 심신양면에서 더욱 건전하게 하는 것이며 의료전담면에서 볼 때 양질의 의료를 누구든지 수요에 따라 적시에 받도록 하는 것이다(장정훈, 신흥철, 1989).

표 16. 고령환자의 특징

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Multi-organ(다장기) 질환을 갖고 있다. 여러 가지 약의 복합작용→약제 상호작용에 주의가 필요 2. 질병 발현상태의 차이가 있다. 3. 정신, 신경증상이 초기증상인 경우가 많다. 4. 검사성적(정상범위치) 판독에 주의가 필요 5. 수분, 전해질 대사 장애발생이 많다. 6. 약제에 대한 반응이 성인과 다르다. 7. 예후-사회 환경요소가 많이 관여한다. 8. Care(not cure)가 중요부분이 된다. |
|--|

질병예방을 단계적으로 구분하면 1차적 예방, 2차적 예방, 3차적 예방으로 구분하며 1차적 예방은 질병이 발생하기 전 사전예방과 조기발견이며, 2차적 예방은 병이 발생한 후 적절한 치료로 재감염이나 악화로 인한 합병증의 예방을 의미하고, 3차 예방이란 적극적 치료를 하였어도 질병의 만성 퇴행성인 경우나 장애를 당한 경우 계속적인 물리치료 및 재활과정을 통해 사회복귀를 할 수 있도록 하는 노력이다. 노인질환은 질병 역학적으로 만성경과의 퇴행성 질환이 대부분이며 다 장기질환을 갖고 있다. 또한 노인질환은 근치되는 치유(cure)가 아니고 관리(care)의 한계로 인식하여야 한다.

고령화 사회를 대비하여 노인환자에 대한 적절한 의료서비스를 제공해 주기 위해 각 지역 보건소 및 보건지소에 물리치료실을 설치하여 물리치료사를 배치하는 것이 가장 바람직한 현상이라고 할 수 있겠다.

IV. 결론 및 제언

1. 결론

- 1) 보건소내 물리치료실 설치 필요성에서 설치하는 것이 좋다는 의견이 69.8%로 물리치료실 설치의 필요성이 인식되고 있다.
- 2) 보건소내 물리치료실의 설치 필요성에 대한 이유에서는 지역사회봉사를 위해 보건소의 역할과 기능을 확대해야 한다는 의견이 지배적이므로 시급히 보건소내에 물리치료실을 설치하여 물리치료가 지역사회봉사와 보건의에 일익을 담당할 수 있도록

여건을 마련해 주어야 한다.

3) 보건소의 인력 구성에 있어서는 보건소를 찾는 노인인구 중 물리치료를 요하는 대상이 대부분으로 노인환자를 위해 좀더 적절하고 효과적인 양질의 치료를 위해 물리치료사가 보건소의 하나의 구성원이 되는 것은 필연적이다.

4) 보건소를 찾는 환자들의 연령분포를 살펴보면 물리치료를 요하는 노년층과 유아, 아동이 큰 비중을 차지하고 있다.

5) 보건소를 찾는 노인환자들의 질환은 편마비, 오십견, 관절염, 신경통, 퇴행성질환의 순으로 대부분이 물리치료를 원하거나 필요로하는 대상자들이다.

6) 보건소내 물리치료실 설치는 정부에서 물리치료에 대한 인식을 새롭게하면 쉽게 해결될 수 있는 것으로 본다.

2. 제언

장애아동이나 노인환자에게 물리치료 및 재활서비스를 제공해 주기 위해 다음과 같이 제언하고자 한다.

- 1) 의료보험의 의료비 지출을 절감하는 방안으로 보건(지)소에 물리치료실이 설치, 운영되어야 한다.
- 2) 저소득층에 대한 의료보호 환자의 의료비 지출절감을 위해 보건(지)소에 물리치료실이 설치, 운영되어야 한다.
- 3) 노인인구 증가에 따른 노인병 및 퇴행성질환에 양질의 치료를 제공해 주기위해 보건(지)소내에 물리치료실이 설치, 운영되어야 한다.

- 4) 신체장애자의 의료복지증진 차원에서 보건(지)소에 물리치료실이 설치, 운영되어야 한다.
- 5) 물리치료사의 취업난 타개대책으로 보건(지)소에 물리치료실이 설치, 운영되어야 한다.
- 6) 노인보건시설을 만들어 노인환자를 보호지원해 주어야 한다.
- 7) 장애아동이나 노인을 위해 가정 물리치료사나 방문 물리치료사의 제도를 법제화 해야한다.
- 8) 정부는 노인건강이나 만성질환에 대응하는 노인 보건의료 대책을 수립하고 의료자원의 효율적이고 합리적인 배분과 이용을 위한 시책을 마련해야 한다.

참고문헌

1. 박재간 : 우리나라 노년문제의 특성과 전망, 국회보 264 : 170~179, 1988.
2. 송기준의 : 노인보건의 기본화 전개, 의학서원, 1984.
3. 양춘 : 우리나라 노인문제, 아시아 문제 연구 14(3) : 1~48, 1982.
4. 연하청의 : 사회보장제도의 정책 과제와 발전방향, 한국개발연구소, 1988.
5. 이순 : 선진제국에 있어서 보건의료의 재정정책, 의료보험, (통권98) 의료보험연합회, 1989.
6. 이치경 : 정부의 노인복지대책, 지방행정 36(406) : 31~35, 1987.
7. 조유향 : 노인에 대한 보건의학의 개발을 위한 조사 연구, 한림대학사회의학연구소, 1988.
8. 장정훈, 신흥철 : 물리치료사의 인력수급전망, 대한물리치료사협회지 10(2), 1989.
9. 한달신 : 의료보험과 의료수급, 사회보장 연구, 한국사회보장학회, 1985.
10. 현외성 : 한일노인 복지법의 형성과정에 관한 비교연구, 한국노인학 7 : 5~22, 1987.
11. 경제기획원 : 제5차 경제사회발전5개년 계획수정작업지침, 1983.
12. 경제기획원 : 제6차 계획부문 계획위원회 보고, 1984.
13. 경제기획원 : '89상반기 경제운용방향, 1984.
14. 보건사회부 : 보건사회백서, 1984~1987.
15. 보건사회부 : 보건사회통계연보, 제33~34호, 1987~1988.
16. 보건사회부 : 의료기사법, 1973~1988.
17. 보건신문사 : 보건연감, 1988.
18. 서울보건연구회 : 보건백서(하), 1981.
19. 한국연구보건연구원 : 의료자원과 관리체계에 관한 워크숍, 1987.
20. 田中多問 : 老人醫療福祉論, 誠信書房, 1981.