

한국 물리치료의 현황과 진로

대구대학교 재활과학대학 물리치료학과
배 성 수 · 박 래 준

Present Conditions and Course of Korea Physical Therapy

Bae, Sung-Soo. P.T., Ph.D., Park, Rae-Joon. P.T., Ph.D.

Department of Physical Therapy
College of Rehabilitation Science, Taegu University

〈Abstract〉

The purpose of this study was to determine of the present conditions and course of Korea physical therapy. As reviewing the curriculums for physical therapy education, the system for physical therapist licence issue, and working condition of physical therapist have been suggested a strategy for specialization of physical therapist and course of Korea physical therapy. Based on the research results, the following considerations and guidelines are presented.

1. Need to specialization of curriculum for physical therapy education.
2. For increase quality of treatment, decrease the number of patient per daily treatment by a physical therapist.
3. Specialization of physical therapist role at department of physical therapy, university hospital and general hospital.
4. Establishing physical therapy residency program at university hospital and general hospital.
5. Preparing the law for independent clinic open of physical therapist.

I. 서 론

한국 물리치료의 시작은 1945년 미국인 선교사이며 물리치료사였던 Thelma Maw가 세브란스 병원내 도입하였으며, 1950년 발발한 한국전쟁으로 인해 전상자들을 관리하기 위해 경남 동래 재활원에 수습 기관이 설립되어 단기간이지만 체계적인 교육제도가 마련되었다(이재학 1986, 김철용 1987, 박지환 1993). 1963년 고려 대학교 보건 전문대학의 전신인 수도의과대학 병설 의학 기술초급대학에 물리치료과가 설치되어 학교 교육이 도입

되었으며 현재는 3년제 대학이 22개교, 4년제 대학이 7개교에 물리치료학과가 각각 개설되어 있으며 졸업 정원은 1,640여명에 이르고 있다.

물리치료사 자격증 부여는 1963년 7월 31일 의료보조원법(보건사회부 1963)의 재정 공포로 이루어졌으며 최초 국가고시는 1965년 4월 22일에 시행되었으며, 1998년 3월에는 1,071여명의 물리치료사가 배출되었다. 자격증 부여를 위한 법적 변화는 최초 1963년 의료보조원법에 의해 시작되었으나 10년후인 1973년 10월 17일 보사부령 427조에 의거 의리기사법으로 제정되어 현재에 이르고 있다.

본 논문은 1998학년도 대구대학교 연구비 지원에 의한 논문임.

학교 교육을 위한 교육과정은 최초 2년제일 때 졸업 학점이 93학점(이재학 1986)이었으나, 현재 3년제 대학은 졸업 학점이 120학점 이상, 4년제는 140학점 이상으로 증가하였다. 따라서 교육내용의 다양화는 물론 전공 교과목이 심화되었다.

물리치료사가 활동하는 영역은 병원과 의원에서 전문가로서 활동하고 있으나 근무 조건이 열악하며, 개인의 원이나 재활원에서의 조건과 대우는 천차만별이며 전반적으로 전문가로써 대접을 받지 못하고 있다. 몇몇 대학병원 또는 대단위 종합병원을 제외한 대부분의 병원, 의원에서 하루 환자 치료수는 물리치료사 1명당 30명 이상(김인숙 1990) 치료하는 기관이 70.6%로 보고되고 있다. 병원과 의원에서 치료받는 환자의 수가 물리치료사와 대비하여 많다는 것은 환자들이 양질의 치료를 받을 수 없다는 점과 물리치료사의 고용이 증대되어야 한다는 문제점을 암시하고 있다.

양질의 치료를 받을 권리가 있는 국민의 편에서 생각하면 수련이 잘되고 임상 경험이 많은 물리치료사가 물리치료 서비스를 해 줄 수 있어야 한다. 그러나 현실은 이직율이 높아 임상 경험이 많고 수련이 잘된 물리치료사의 수는 제한되어 있다. 양질의 물리치료서비스를 제공하기 위해서는 학교교육의 강화와 더불어 수련물리치료사 제도를 두어 임상 전문가 배출을 제도화 해야 한다. 예를 들면 의학 공부를 6년 하고난후 인턴과 레지던트 제도를 운영하여 교육을 심화시키는 것과 같은 제도가 필요하다. 학교 교육에서 실습과 임상실습교육의 시간배정을 증가시켜 학제를 5~6년으로 하는 것이 한 방법일 수 있다.

본 연구의 목적은 그 동안 소폭의 개장이 있었지만 1963년 제정된 법태두리내에서 제단되어오는 물리치료사 양성의 법적 장치와 제도적 문제점, 교육 과정상 발견되는 문제점, 물리치료사의 임상 활동의 문제점을 개선하고 물리치료사의 전문성 함양 등을 위한 개선점을 제기하려고 한다.

II. 물리치료사 양성과 취업 실태

1963년 수도의과대학 병설 의학기술초급대학에 물리치료과가 개설된 후 물리치료과가 개설된 대학수는 1986년도 이재학의 보고에 의하면 2년제 전문대학이 10개교 4년제 대학이 1개교 졸업정원이 920명이었다. 1998년 현재 2년제 대학이 3년제 대학으로 바뀌어 22개

교와 7개교의 4년제 대학이 설치되어 있으며 졸업 정원은 1,640명이다. 1998년도 국가고시에서 약 1,071여명이 합격하여 면허증을 교부받았다.

권혁철(1996)에 의하면 물리치료사 취업은 종합병원에 1,348명(24%), 병원급에 1,061명(18.6%), 의원 및 기타 재활 기관에 3,327명(58%)으로 회원 전체 9,924명 중 5,736명이 취업하고 있다. 권혁철의 총계를 1990년 김인숙이 보고한 대학병원 25.3%, 병원급 27.9%, 의원 및 재활 기관 46.8%과 비교하면 근무 분포가 병원급은 다소 감소하였고, 의원 및 재활 기관은 크게 늘어났다. 통상적인 관념으로 큰 병원일수록 사회보장제도가 상향된다고 하면, 물리치료사의 근무현황은 1990년도 보다 낙후된 상태로 생각된다.

김인숙(1990)에 의한 임상 경력 분포는 3년 미만 44.2%, 5년 미만 17.4%, 10년 미만 27.4%, 10년 이상이 11%로 보고한 것을 분석하여 근무처와 관련하면 다음과 같이 추정할 수 있다. 10년 미만과 10년 이상의 합은 38.4%로써 모두다 대학병원, 일반 종합병원에 근무하는 것으로 추정되고 나머지 61.6%는 사회보장이 열악한 개인 의원 또는 재활 기관에서 근무하는 것으로 생각된다. 61.6%는 5년 미만과 3년 미만의 임상경력을 갖고 있으며, 가장 이직율이 높은 층으로 생각된다. 이종성(1987)의 연구에서는 면허등록자의 46.9%, 장정훈과 신홍철(1989)의 연구에서는 48.6%만이 물리치료 업무에 종사하고 있다고 보고하였다.

물리치료학과 졸업후 취업 상황은 다른 학과와 비교하여 상대적으로 높은 취업율을 나타내고 있다. 이것은 병원과 의원의 수가 매년 배출되는 물리치료사의 수와 같이 늘어나는 것이 아님을 감안하면 61.6%중에서 취업하는 숫자만큼 직장을 떠남으로 생기는 자리로 추정할 수 있다. 물리치료사의 이직율이 높다는 것은 그것만큼 숙련되지 않은 물리치료사로부터 국민들이 서비스를 받아야 되고, 전문직을 포기하는 개인과 가족이 엄청난 손실을 감당하게 되며 나아가 전국민이 양질의 치료를 받지 못하고 물질적, 정신적 피해를 입게 된다.

김인숙(1990)의 보고에 의하면 물리치료사 1명당 하루 치료 환자수는 30명 미만이 39.5%, 30명 이상이 31.1%로써 물리치료사 1명당 평균 30명 이상 치료하는 것이다. 이것을 기관별로 보면 대학병원 19%, 일반 종합병원 23.2%, 개인의원이 27.9%이다.

물리치료사 1명당 1일 치료 환자 수를 30명으로 가정하고, 근무시간을 8시간(480분)으로 했을 때 환자 1인당

에 배당되는 시간은 16분에 불과하다. 물리치료증 열을 공급하는 온습포의 치료시간을 20~30분이 최적이라고 했을 때 온습포 치료 시간에도 미흡하다. 따라서 이것 이외에 필수적인 치료 처치를 할 수 없으며 치료는 파상적인 것밖에 될 수 없다.

Ⅲ. 물리치료사 양성을 위한 교육과정

현행 교육과정 운영은 3년제 대학에서 교양 15~16학점, 전공 104~105학점 합계 120학점 이상을 졸업학점으로 하고 있으며, 4년제 대학에서는 교양 40학점, 전공 100 학점 합계 140학점 이상을 졸업학점으로 하고 있다. 3학년제나 4학년제 공히 전공 학점 점수가 100~105학점으로 이루어진다. 그러나 현재 운용되고 있는 교과과정 중 교양 40학점 중 전공기초과목이 개설됨으로 전공 관련된 이수학점수는 115학점 이상으로 늘어난다. 이와 같이 늘어나는 학점을 전공 전체만 관련하여 이수 순서를 무시하고 기초의학, 전공 기초, 전공, 전공 관련 영역을 구분하여 모델을 제시하면 표1과 같다.

따라서 이상적인 전공 기초는 33학점 전공 60학점 전공 인접 과목 28학점 총계 121학점이 전공과 관련된 학점이며, 졸업 학점은 160학점 이상이 된다. 다양한 전공 기초 과목을 확보하는 것은 전공 교과목을 응용하는데 필수적임으로 더욱더 보장되어도 좋겠다.

Ⅳ. 물리치료사 전문화를 위한 전략

물리치료사 양성을 위한 교육과정 모델에서 제시한바와 같이 전공 기초 과목을 더욱더 확대하고 전공 과목을 심화할 수 있는 배경을 마련한다. 교육과정이 확대 개편되고 심화되면 실제 임상에서 응용할 수 있는 응용력을 향상시키기 위한 제도가 필요하다.

현재 대학병원, 대단위 종합병원에서는 물리치료실 운영을 재활의학과 직속으로 되어 있는데 이것도 하루 빨리 탈피해야 한다. 물리치료실로 올 환자의 대상이 의학 각과에 있으므로 재활 의학과 직할로 있을 때는 다양한 환자를 볼 수 없을 뿐만 아니라 경영 측면에서도 마이너스 요인으로 작용한다. 예컨대 신경외과, 내과, 정형외과, 산부인과, 외과, 이비인후과, 소아과 등과 관련된 환자들이 물리치료실과 직접 연결됨으로 환자의 수는 증가하게 되고 환자 개발과 더불어 물리치료 전문화의 발전과 연결 고리를 찾을 수 있겠다.

표 1. 교육과정 모델

	과 목 명	학점	시간	비고
기 초 의 학	해 부 학	3	3	
	생 리 학	3	3	
	병 리 학	3	3	
	생 화 학	3	3	
	조 직 학	3	3	
전 공 기 초	운 동 학	3	3	
	운 동 발 달	3	3	
	생 역 학	3	3	
	운 동 조 절 론	3	3	
	전 기 생 리	3	3	
소 계		33	33	
전 공	전기 광선치료 I	3	3	
	전기 광선치료 실습 I	1	2	
	전기 광선치료 II	3	3	
	전기 광선치료 실습 II	1	2	
	임상진단	3	3	
	임상진단 실습	1	2	
	운동치료 I	3	3	
	운동치료 실습 I	1	2	
	운동치료 II	3	3	
	운동치료 실습 II	1	2	
	정형 물리치료	3	3	
	정형 물리치료 실습	2	4	
	신경 물리치료	3	3	
	신경 물리치료 실습	2	4	
	운동분석	3	3	
	운동분석 실습	1	2	
	소아 물리치료	3	3	
	소아 물리치료 실습	1	2	
	노인 물리치료	3	3	
	노인 물리치료 실습	1	2	
통증 관리	3	3		
스포츠 물리치료	3	3		
임상 실습	12	12		
소 계		60	84	
전 공 인 접	임 상 의 학 (각과)	10	10	
	동 양 의 학	3	3	
	보 건 법 규	1	1	
	공 중 보 건	2	2	
	작 업 치 료	3	3	
	심 리 치 료	3	3	
	언 어 치 료	3	3	
	직 업 재 활	3	3	
소 계		28	28	
총 계		121	145	

A. 특정 치료 기술별 전문화

신경 발달 치료학회에서 교부하는 인정서를 소지한 물리치료사가 있는 병원에서 보험수가 청구시 고득점을 받고 있어서 대한 물리치료사 협회에서는 특별 기술 즉 PNF, OMPT 등의 전문가로 배출하려는 경향이 있다. 협회에 속한 회원들이 더 좋은 조건에서 근무할 수 있도록 하기 위한 배려로 한다는 것에는 이해가 된다. 그러나 이것은 특정 기술로 치료했을 때 그것이 그 환자에 대한 완벽한 서비스를 제공했다는 보장이 없는 것이며, 또 그렇게 될 수도 없다. 이것은 예를 들어 설명하면 두통환자에게 꼭 아스피린만 먹여라, 골절 환자에게 꼭 석고 고정만 하라는 것과 같은 처방이다.

교육후 이수증을 수여하는 것 자체는 지식과 기술의 심화를 가져온다는 점에서는 다른 의견이 없지만 다음과 같은 모순점이 있다.

1. 일정한 교육기간동안 교육받고 이수증을 받았지만 개개인의 치료 기술 수준은 대단히 큰 차이를 가지고 있어서 교육받은 모든 치료사의 수준을 동일시하기가 어렵다.

2. PNF, Bobath, Vojta, OMPT 등은 국제적으로 인정되는 교육과정이 있음으로 그것으로 기준을 통일해야지 그렇지 않으면 국제적인 인정을 받을 수가 없다.

3. 한 특정한 기술로 한 중후군을 치료할 수 있다는 모순에 빠지게 된다.

4. 의료 보험 지불이 행위별이 아니고 미국처럼 보험수가가 포괄수가체도로 바뀔 때는 특정 기술별 전문화가 곤란해진다.

B. 의학 각과별 전문화

현재 종합병원 또는 대학병원 물리치료실에서 근무하는 치료사들이 임상 각과로 나누어 정형외과, 신경외과, 산부인과, 외과, 내과, 소아과, 이비인후과 등의 전문 영역 물리치료사로 나누어지고 또한 정형외과 전문 물리치료사로서 세분될 때 수부 전문 물리치료사, 건관절 전문 물리치료사, 고관절 대치 전문 물리치료사 등으로 나누어질 수 있을 것이다. 상기와 같이 나누어질 때 기대되는 효과는 다음과 같다.

1. 임상 각과 전문 의사와 대화의 통로가 열리게 된다.
2. 따라서 의사와 함께 양질의 물리치료를 확실히 제공할 수 있다.
3. 빠른 시간 내에 임상 각과의 전문지식을 배우고 활용할 수 있다.

용할 수 있다.

4. 물리치료사 전문화를 위한 인턴제 도입이 쉽게 될 수 있다.

5. 물리치료 임상 기록의 표준화를 기할 수 있다.

6. 전문 물리치료사 양성의 이상적인 형태라고 할 수 있다.

C. 치료 대상별 전문화

물리치료를 받아야 되는 대상에 따라서 소아 물리치료, 노인 물리치료, 신경 물리치료, 정형 물리치료, 임산부 물리치료, 스포츠 물리치료 등으로 전문화를 할 수 있겠다. 그러나 이것은 의학 각과별 전문화와 병행될 때 더 완벽해질 수 있다.

V. 물리치료사를 위한 제도적 개혁

물리치료사를 위한 법적 장치는 1963년도에 제정되어 1994년 12월에 소폭으로 개정되었지만 법이 제정된 후 35년이 지난 지금에 와서도 별로 달라진 것이 없다. 학제가 전문대학 2년제에서 3년제로 바뀌고 4년제 대학이 7개교, 석·박사를 배출하는 대학이 2개교에서 앞으로 더욱더 확대될 전망인데도 현재 물리치료사를 위한 제도적 장치는 유년기의 옷을 35세 장년에 입힌 상황이라고 평가할 수 있다. 교육의 내용도 1960년대와 현재를 비교하면 굉장히 많은 양적, 질적 변화를 가져왔으며 상당히 많은 선진 기술들이 도입되었다. 이와 같은 변화 속에서 의료란 한 집단이 독점하려고 하는 것은 어불성설이다.

장년기에 걸맞은 제도적 장치의 제고는 필연적이며, 선진 외국의 예를 보더라도 우리와 같은 학력 수준인 독일을 비롯한 유럽 제국에서는 앞선 제도를 가지고 있다.

물리치료사를 위한 제도적 개혁을 달성하기 위해 가능한 법적 장치는 첫째, 의료기사법 제1조에 명시된 의사, 치과의사의 지도로된 부분에서 지도를 삭제하거나 의뢰로 개정하고 시행령과 시행규칙을 제정하는 방법, 둘째, 의료기사법 제2조 의료기사의 종별에서 물리치료사가 빠져나와 독립된 개별법을 가지고 그에 따른 독립된 업무를 행할 수 있게 하는 방안, 셋째, 의료법을 개정하는 방법은 의료법 제 2조 1항 의료인에 물리치료사를 삽입하고 2조 2항에 물리치료사의 역할을 규명하고, 제3조 2항의 의료 기관의 종별에 물리치료원을 삽입하고 제 8항을 제정 삽입하여 물리치료원의 정의와 역할을 규명하여 의료법 제 1장 총칙을 개정한다. 제 2장 의료인, 제 3장 의

료 기관, 제 4장 의료 광고, 제 5장 감독, 제 6장 보칙, 제 7장 벌칙 부분에서 물리치료를 위해 필요한 부분을 삽입 또는 개정한다. 넷째, 물리치료를 위한 물리치료사법(송주영 등 1996)을 제정한다.

VI. 결론 및 제언

물리치료사 양성을 위한 학교 교육은 처음 양성 기관이 2년제 대학에서 3년제로 격상되었고, 현재는 7개교의 4년제 대학과 2개의 대학에서 석사, 박사학위를 배출하게 되었다. 학제가 연장됨에 따라서 교육 과정의 내용도 심화되었으며 질적으로 양적으로 증가하였다.

학제와 교육과정의 연장되고 심화되었지만 물리치료사가 근무하는 조건과 여건, 전문성을 연마해야 하는 임상, 그리고 제도적인 장치는 시작할 때나 지금이나 별 변화가 없다. 따라서 물리치료사는 조기에 자신의 전문성과 경험을 버리고 전직하게 되고 따라서 치료받아야 하는 환자는 양질의 치료를 받지 못하는 악순환이 되풀이되며 또한 국민은 언제나 완전히 성숙된 치료사로부터 치료를 받을 수 없게 된다. 본 연구 내용을 바탕으로 물리치료사의 양성과 질적 향상에 도움을 주고자 다음과 같이 제언한다.

1. 교육 과정 내용중 전공기초를 충분히 하고 전공과목을 더욱더 심화시켜야 된다.
2. 물리치료사의 1일 환자치료수를 감소시키고 치료의 질을 높인다.

3. 대학병원, 종합병원에서 근무하는 물리치료사는 임상 각과와 같이 나누어 자신의 전문 영역을 확보한다.

4. 대학병원, 종합병원은 물리치료사 수련제도를 확립한다.

5. 물리치료사가 독립 개업할 수 있는 제도적, 법적 장치를 마련한다.

참 고 문 헌

1. 권혁철 : 우리나라 의료 재할 전문인력 수요·공급 및 추계에 관한 연구, 박사 학위 논문, 인제 대학교 대학원, 1996
2. 김인숙 : 물리치료 의무 기록 실태에 대한 조사연구, 물리치료사 협회지, Vol.11, No.1, 1990
3. 김철용 : 물리치료의 발전 과제와 전망, 대한물리치료사 학회지, Vol.4, No.2, 1997
4. 박지환 : 한국 물리치료의 역사, 대한물리치료사 학회지, Vol.14, No.3, 1993
5. 보건사회부 : 법률 제 1308호, 의료보조원법 시행규칙, 1963
6. 송주영, 김형남, 조귀순 : 물리치료사 자립 개원, 대한물리치료 학회지, Vol.8, No.1, 1996
7. 이재학 : 물리치료과 교육과정 개선에 관한 연구, 대한물리치료사 협회지, Vol.7, No.1, 1986
8. 이종성 : 사회 발전 수준에 따른 보건·의료인력 개발 연구, 원광 대학교 대학원, 1987
9. 장정훈, 신희철 : 물리치료사 인력 수급 전망, 대한물리치료사 협회지, Vol.10, No.2, 1989