대한물리치료학회지 제11권 제3호
The Journal of Korean Society of Physical Therapy
Vol. 11, No. 3 pp 123~131, 1999.

보건소 중심의 물리치료 활성화 모델

대구대학교 재활과학대학 물리치료학과
배 성 수·김 중 선
대구대학교 보건과학부 물치리료학전공
이 한 숙

A Model of Activation in Physical Therapy of Public Health Center

Bae, Sung-Soo, P.T, Ph.D. • Kim, Chung-Sun, P.T., Ph.D.
Department of Physical Therapy, College of Rehabilitation Science, Taegu University
Lee, Han-Suk, P.T., M.S.
Department of Physical Therapy, College of Health Science, Taegu University

<Abstracts>

The purpose of this study deals with the physical therapy and the delivery system of public health center, as a center, in community based rehabilitation and delivery system. We hope that the system of physical therapy of public health center in community based rehabilitation spreads all over the country and contributes to the promotion of national health and social welfare.

There are many public health center in the country because it can serve inhabitants with the medical benefits in the first line. public health center continuously provides poor inhabitants who can't pay medical expenses care of health. It has the public health center branches that take care of inhabitants who live a remote village and hiterland. Additionally, many people want to receive physical therapy. Therefore, the physical therapy of public health center becomes the central point in community based rehabilitation so that we supply the inhabitants with superior rehabilitation service.

We can approach them as a team that be constituted with physical therapist, speech therapist, psychologist, nurse, social work. Also, the role of physical therapist is divided into two parts, which are home visiting part that individually takes care of patients and public health part that takes care of patient, family, home, community. We connect with both self-governing body and the government so that we may receive government subsidies. Also, we must prepare regular school education for community based rehabilitation

Key Words : public health center, community based rehabilitation, home visiting part, public health part

Ⅰ. 서 론

인간생활의 질적 향상과 의료기술의 발달로 노인 인구가 증가하게 되었으며, 이에 따른 만성질환을 가진 인구가 증가하게 되었다. 또한 교통사고 및 산업재해의 증가와 환경오염의 증가로 선천성, 후천성 장애자의 수가 급증하고 있다(이인숙, 1989 : 김동미, 1996 : 권혁철, 1996).

우리나라의 경우, 만성 퇴행성 환자의 증가가 1984년에서 1988년까지 3배이상의 증가를 보였으며, 평균수명도 평균 72.6세로 증가되었다(대한간호협회 보건간호사회, 1990). 또한, 영아사망율이 과거에 비해 현저하게 감소되었으며, 비례사망지수가 증가되는 등 국민건강수준이 크게 향상되었다(한경자 등, 1994). 이와같이, 노인인구증가에 따른 장기환자의 증가와 장애인구의 증가 및 건강에 대한 관심의 증가로 보건의료에 대한 사회적인 요구가 증가하게 되었다. 정부는 보건의료자원의 균형적인 배분과 경제적이고 양질의 보건서비스를 제공하여 의료이용의 적정성을 기하기 위하여 1951년 보건소를 중심으로 하는 국립의료법이 제정되었고, 1956년 법률 제406호 보건소법이 제정되어 실질적인 핵심이 되는 보건소법의 설치와 운영의 법적 근거가 마련되었으며, 1962년 보건소의 업무와 보건인력의 구성이 규정되었다(장정훈 등, 1992). 그 이후, 정부에서는 1995년 보건소를 일차보건의료의 중심기관으로 지역사회의 재활업무를 수행하도록 명시하였고, 1996년에는 보건소에서 지역보건의료계획을 수립할 때 주민을 적극적으로 참여시키고, 지역보건의료와 사회복지사업간의 연계성을 확보하도록 하였다(김찬문, 1997 : 김찬문 등, 1998).

장애인을 위한 재활사업은 크게 시설을 중심으로 한 재활접근법(IBS:Institution Based Rehabilitation)과 지역사회에 기반을 둔 지역사회중심 재활접근법으로(CBR : Community Based Rehabilitation) 크게 나눌 수 있다(김찬문, 1997). 시설 중심재활접근법(IBR)은 기존의 병원시설을 이용한 재활접근법으로 막대한 인력과 재원을 필요로 하며, 지역사회중심재활접근법(CBR)은 장애인과 그들의 가족 및 지역사회의 자원을 활용함으로 경제적으로 장애인들을 사회적인 통합으로 이끌 수 있어 경제적이며, 효율적이다(이인학, 1998 : Krol, 1984 : Miller, 1984 : Sabourin, 1988), 그 주체는 공공기관이나 법인체이며, 지역사회에 기반을 둔 독립된 조직체계를 갖추어 비영리적으로 운영되는 기관이다(박정호 등, 1998).

현재 국내에서 실시되고 있는 사업의 형태는 병원에서 퇴원환자를 중심으로 이루어지는 병원중심과 농어촌, 도시지역사회내 요구에 근거한 공공보건조직 중심의 사업형태로 나눌 수 있으며, 공공 보건조직 중심의 사업은 병원에서 퇴원한 환자나 지역사회에서 장기간 만성질환자를 도와줌으로 대상자들에게 아주 유용한 모델로 알려져 있다(윤순녕 등, 1998).

이러한 지역중심재활에는 몇가지 원칙이 있다(문경태, 1994). 첫째는 지역사회가 그 지역사회내의 장애발생 예방 및 발생된 장애인에 대한 재활, 복지서비스 제공에 일차적인 책임을 진다는 것이며, 둘째는 지역사회내의 인적, 물적 자원을 최대로 동원하여야 한다. 셋째는 지역사회의 경제, 사회발전 수준에 적합하며, 저렴한 비용으로 구할 수 있고 효과도 기할 수 있는 익히기 쉬운 기술을 활용하여야 하며, 넷째는 기존의 1차 보건의료 또는 복지서비스의 전달체계에 통합되어 지역사회중심재활접근(CBR)이 발전되어야 하며, CBR만을 위한 새로운 전달체계의 정립은 바람직하지 않다는 것이다. 다섯째는 지역사회에서 해결하기 어려운 문제는 2차, 3차 기관으로 의뢰할 수 있는 후송의뢰체계가 필요하며, 지역사회내에서 보건, 사회복지, 교육, 직업훈련 및 취업의 서비스가 주어질 수 있도록 관계부서가 협력해야 한다.

이러한 지역사회재활요원으로는 물리치료사, 사회복지사, 심리치료사, 언어치료사, 간호사, 의사 등을 포함시킬 수 있으며, 현재 간호사들을 중심으로 가정간호사업이 활성화 되고 있으며, 또한, 지속적이고 포괄적인 건강관리의 보장이라는 면에서 가장 광범위하게 분포되어 있는 보건소 단위의 물리치료사에 의한 지역사회중심재활의 효과적인 수행에 대한 요구가 점차 증가되고 있다(이한숙 등, 1996 : 김찬문, 1997). 또한, 전 국민에게 균등한 보건의료 서비스를 제공하여 건강수준을 향상시키기 위하여 공공부문 조직 중 가장 일선의 보건소의 기능과 보건소 내 물리치료실의 운영 그리고 물리치료 서비스의 제공 및 물리치료사의 역할이 중대되고 있다(장정훈 등, 1992 : 윤의종과 윤나미, 1996). 그리고, 보건소 내에 근무하고 있는 물리치료사들도 지역주민에게 양질의 서비스를 제공하는 지역중심재활에 있어 주체적인 역할을 하여야 한다는 인식과 더불어 만약, 이러한 기회가 주어진다면, 적극적으로 참여하겠다고 하였다(김찬문과 정재훈, 1998 : 김찬문, 1997).

이에 본 연구자는 지역중심재활 서비스가 무엇인지 알

아보고 앞으로 지역중심재활 서비스에서 주도적인 역할을 해야 할 공공기관인 보건소가 어떻게 할 것인지 방향을 제시하고, 이러한 사업에 대한 모델을 제시하고자 한다.

Ⅱ. 다른 나라의 지역중심재활 사업

1. 미국의 지역중심재활 사업

지역중심재활사업을 가장 잘 활성화시키고 있는 가정간호사업을 토대로 여러나라의 지역중심사업을 살펴보면, 최초로 방문간호사업(visiting nursing servuce)이 대두된 것은 1864년 영국에서부터 였으며, 2차세계대전이 후부터 미국에서 여러 전문직들의 참여와 더불어 팀 접근의 개념으로 바뀌는 가정간호사업으로 전환되었다(김성실, 1998).

우리나라는 미국과 일본의 체제를 가장 많이 채택하고 있다. 먼저, 미국의 경우를 살펴보면, 1880년 Boston Dispensary에서 자선단체의 도움을 얻어 간호사를 채용하여 가난한 가정을 방문한데서부터 기원하였으며, 1909년 Metropolitan life insurance(메트로폴리탄 생명보험회사)에서 간호사를 채용하여 저소득층 보험가입자를 대상으로 질병예방교육을 실시하였는데 이것이 오늘날 방문간호협회(Visiting Nurses Association) 출범의 계기가 되었다(대한간호협회 보건간호사회, 1990).

특히, 1983년에서 1986년 미국병원들에서 가정간호사업이 빠르게 성장하였는데 이것은 연금대상과 의료보험(Medicare)에 의한 가정간호 이용율이 37%를 차지하여 미국정부의 가정간호에 대한 비용지출이 상승추세를 보이고 있는 곳에서 비롯되었다(Dan, 1987). 또한, 1983년에 시작한 460개의 진단에 따라 일정한 비용을 지불하는 D.R.Gs(Diagnotic Related Groups)제도의 도입으로 치료의 질을 저하시키지 않는 한도에서 가정치료를 병원팀에 의해 하도록 하는 제도로 이제도 이후 300여개의 Home Care Agency가 신설되었다고 한다. 이 제도의 잇점은 환자가 안정된 가정에서 편안하게 간호를 받을 수 있고 입원기간의 감소로 효율성이 높다는 것이다. 즉, 입원기간의 감소는 병원비 감소로 연결이 되며, 정부지원의료보호(Medicare) 환자의 경우 1일 병원 치료비가 350$인데 방문치료로 처치할 경우 39$로 30 ~ 90%의 비용절감을 볼 수 있다(대한간호협회 보건간호사, 1990)(표1 참조).

이렇게 미국은 가정간호사업의 방향을 병원비의 절감과 아울러 직원의 수준을 높이고 서비스의 범위를 넓히는 규정에 따르고 있으며(Ruth, 1984), 간호사, 가정건강보조사, 사회복지사, 물리치료사, 언어치료사, 작업치료사들이 환자에게 포괄적인 서비스를 받도록 하고 있다(김성실, 1998).

이러한 가정간호사업은 병원, 방문간호협회, 가정간호기관(영리, 비영리), 보건소 또는 개인에 의해 제공되며, 조기퇴원과 포괄수가제의 실시 이후 영리, 비영리 가정간호기관이 급성장하고 있으며, 1회 가정방문료도 포괄수가제이며, 횟수는 제한이 없고, 의사의 처방 유효기간은 보통 60일로 하고 있다(Keating & Kelman, 1988).

2. 일본의 지역중심재활사업

일본의 가정간호사업은 1947년부터 보건소 중심으로 시작되었으며, 1973년부터는 병원중심의 사업으로 확장되었다. 또한, 일본 간호협회가 간호사를 채용하여 협회 보조비와 지방비의 지원으로 노인간호를 실시하며, 단기교육을 이수한 후 시간제로 간호사를 채용하고 있다.

그리고, 가정간호사가 개업을 하여 가정간호 요구가 있는 대상자에게 방문간호를 실시하기도 하며, 사회복지법에 의한 노인간호센타(day care center)에서 무료간호활동과 적십자사등에서의 자원봉사로 가정간호 활동을 전개하고 있다(대한간호협회 보건간호사회, 1990). 또한, 노인인구의 증가와 더불어 정신질환과 만성퇴행성 질환의 증가에 따라 사회 건강 보험의 수가 지불체계에 방문간호료와 지도료를 신설하여 실행하여 방문간호를 필요로 하는 사람과 그 가족의 생활을 존중하고 직접적인 간호를 시행하고 동시에 가족도 적절한 보살핌을 할 수 있도록 지원하고 있다(한경자 등, 1994: 이홍자 등, 1998).

표 1. 동일한 Medicare case 병원진료과 가정진료의 경우 비용 비교

	평균재원기간	일일진료비	총진료비
Medicare case 병원입원 치료의 경우	10.5일	350$	3675$
가정에서 관리받는 경우	21회(평균 방문수)	39$(방문당 비용)	819$

방문간호사업은 1983년 노인을 대상으로 1986년에는 정신질환자를 대상으로 1988년에는 재택환자와 누워있는 노인을 대상으로 1992년에는 퇴원 후 방문 간호, 재택환자, 방문진료, 정보제공료와 재택요양 지도료(30분 이상)을 신설함으로 대상자의 서비스를 점차 확대하고 있다(이홍자 등, 1998). 1992년에는 노인을 위한 보건의료사업법에 간호사가 가정간호 스테이션을 개설할 수 있는 조항을 신설하였고, 가정간호장소를 보건의료제공장소로 규정하였다(한경자 등, 1994). 하지만, 일본의 경우 강제보험에서 지불되는 비용으로 사립병의원의 입원 수용이 많으며, 조직화된 가정보건의료사업은 미흡한 편이다(이인숙, 1989).

3. 영국 및 유럽나라들의 지역사회중심 재활사업

지역사회중심의 가정보건의료사업을 실행하는 가장 대표적인 나라인 영국은 가정간호사업을 일반보건정책 구성에 포함시켜 Home Care와 Home Help에 대한 책임을 중앙정부가 지고 부분적인 지원은 지방정부가 지도록 되어있는(김성실, 1997) 국가보건 사업방식을 채택하고 있으며, 영국외 프랑스, 벨기에 등 유럽통합지역의 대부분이 병원중심이외에 지역사회 공공기관중심의 사업과 민간형태의 사업을 채택하여 원하는 사람은 누구나 가정간호를 받고 의료보험 혜택도 균등한 기회로 주고 있다(박정호 등, 1998).

국가보건서비스 체제하에서의 방문사업은 1852년 가난한 사람에게 책자와 정보를 제공하는 것에서부터 시작하여 1860년 Liverpool에 지역단위 간호서비스를 정착시켜 영유아 사망률을 낮추는데 크게 기여하였으며, 현재에는 퇴원 후 관리, 장기환자 관리 및 가족구성원을 관리하고 있으며, 보건당국이 주체가 되어 6개월에서 2년과정의 훈련이 개발되어있다(이인숙, 1989).

노르웨이의 경우도 국가 건강보험에서 지급되는 보건의료사업의 하나로 보건간호사에 의한 가정 보건의료사업을 운영하고 있다(이인숙, 1989). 스웨덴의 경우에는 가정간호사업은 공공 서비스로 제공되어 중앙정부로부터 재정지원을 받아 무료이지만, 가사관리나 Home Help는 포괄수가로 환자가 지불하며, 아르헨티나는 국가의료보험에 포함시켜 무료로 제공하고 국가공무원이 입원환자의 병원 퇴원 후 연장서비스를 하고 있다(김성실, 1998).

Ⅲ. 우리나라의 지역중심재활사업

우리나라의 지역중심재활사업을 가장 먼저 하였고 활발하게 시행중인 간호계의 사업형태를 살펴보면, 가정간호사업은 1979년대 전주예수병원 지역사회간호과를 중심으로 실시한 사업을 계기로 1974년 연세대학교 원주기독병원 보건간호과의 가정간호사업이 시초였다.

원주기독병원에서는 퇴원환자의 치료 및 간호의 연계성을 유지하였고 환자의 건강관리, 가족 내 건강문제 조기발견 및 건강관리 교육, 지역사회자원 활동으로 건강회복을 도모하는데 주력하였다(대한간호협회 보건간호사회, 1990). 이러한 방법은 시설중심재활사업으로 막대한 인력과 재원을 필요로 하는 것으로 좀 더 효율적으로 기존의 지역사회 인력을 활용하는 지역사회중심재활사업이 대두하게 되었다.

도시지역 지역사회중심재활사업은 1985년 1월 보건사회부로부터 한국 장애인 재활협회에 사업위임과 예산지원을 받아 실시하였고(이인학, 1998), 농촌지역 지역사회중심재활사업은 1987년 7월 전주예수병원에서 완주군 북부 7개면 1개읍을 대상으로 실시하였다.

1990년 1월 의료법 시행규칙 개정에 따라 가정간호사업의 법적토대가 마련되었으며, 자격기준은 보건복지부장관이 인정하는 기관에서 1년이상 가정간호과정을 이수한 자나 보건복지부장관이 인정하는 외국의 가정간호사 자격을 가진 자로 하였다(김화중, 1996). 그후, 1990년 서울대학교 보건대학원에 가정간호사 교육과정이 처음 개설되었고(박정호 등, 1998), 1991년 3월 서울시 22개 보건소 중 5개 보건소에 지역보건과를 설치하여 만성질환자 관리의 일환으로 방문간호사업을 시작하게 되었고, 타 보건소들은 가족보건계를 중심으로 방문간호사업을 시작하게 되었다(이홍자 등, 1998 : 박정호 등, 1998). 하지만, 지역간 방문간호사업조직 구조의 차이와 전문인력 부족으로 효율적으로 시행되고 있지는 않다.

병원중심의 가정간호시범사업은 1994년 9월 1일부터 95년 12월까지 4개 종합병원에서 시범사업을 한 결과 긍정적인 효과를 얻게되어(김화중, 1996), 1997년 5월부터 전국의 45개 시범병원을 확대하여 향후 2년간 제 2차 가정간호시범사업을 진행중이다. 민간단체로는 1994년 대한 간호협회 서울지부를 시작으로 가정간호시범사업을 실시하였고, 현재는 서울시의 지원을 받아서 시행하고 있으며, 타지역에서는 기초자치단체로부터 사업위탁을 받아 가정간호사업을 실시하고 있다(박정호 등, 1998).

현재 우리나라는 미국과 일본의 영향을 많이 받고 있지만, 영국의 지역중심재활사업처럼 보건 당국이 주체가 되어 원하는 사람에게 균등하게 서비스를 줄 수 있는 체제를 도입하는 것이 바람직 할 것 같다.

Ⅳ. 지역중심재활사업에서 보건소 중심 물리치료의 필요성과 활성화 방안

우리나라 공공기관의 최일선에서 보건의료사업을 담당하고 있는 보건소는 의료비 지불능력이 어려운 의료취약계층에게도 지속적인 보건관리가 이루어 질 수 있다는 점과 보건진료소와 보건지소와의 연계로 벽오지의 환자까지 관리가 용이하며, 2,3차 의료기관 퇴원후에도 의료전달체계의 확립이 이루어질 수 있다는 점에서 가장 효율적인 접근방법이라 볼 수 있을 것 같다(이한숙 등, 1996). 하지만, 지역소재 보건소의 시설이 미비할 뿐 아니라, 보건소 내 물리치료실이 설치되어 있는 곳도 한정되어 있으므로 실질적인 물리치료 서비스가 필요한 노령인구와 장애인 가정에게 제공되지 못하고 있다. 따라서, 지역주민과 가장 가깝게 접하고 있는 공공보건 의료기관인 보건소와 보건지소를 활성화시켜야 하며, 이를 위한 정부나 지방자치 단체의 지속적인 관심과 재정투자나 운영개선책이 필요하다(장정훈 등, 1992). 그리고, 보건소에 지역보건계를 설치하여 시간, 의료비 노력을 경감시킬뿐아니라 가족에 대한 환자간호의 기능을 할 수 있도록 하여 의료소외계층의 의료서비스에 대한 접근도를 높이고 전지역사회의 보건수준을 높일 수 있을 것이다(김성실, 1988; 김화중, 1996). 또한, 지역보건계에서는 물리치료사, 언어치료사, 심리치료사, 사회사업가, 사회사업가, 간호사가 한팀을 이루어 재활서비스를 시행할 수 있어야 할 것이다(Keith, 1991). 또한, 전문가간의 상호적인 교류도 있어야 할 것이다. 즉, 치료사와 간호사 및 의사와 간호사 또는 치료사들간의 정보와 지식의 공유가 있어야 한다(Lopopolo, 1997).

수명이 연장됨에 따라 건강의 정의도 질병에 초점을 맞추기보다 환경과 인간의 상호작용이나 복지차원의 전체적인 것으로 바뀌었으며, 건강관리도 아픔에 대한 것보다 삶과 죽음에 대한 것이 포함되어 건강한 사회를 만드는 건강증진과 질병예방쪽으로 바뀌고 있다(Taylor 등, 1997 : Rimmer, 1999). 이러한 파라다임의 변화로 인해 물리치료사들은 질병이나 장애의 예방차원에서 장애인의 이차적인 합병증 예방이나 건강증진의 통합적인 역할자로서 중요한 위치에 있게 되었다. 따라서, 환자를 돌보는데 있어서 좀 더 고급의 기술이 필요하게 되었으며, 전문가로서의 중요성도 증대되고 있다(Lopopolo, 1999).

표 2. 지역보건계에서 근무하는 물리치료사의 사업형태

물리치료사 사업의 형태	보건 물리치료사	방문 물리치료사
사업의 종류	보건 물리치료사업	방문 물리치료사업
대 상	개인, 가족, 지역사회	개 인
대상의 성격	인구집단	의뢰된 환자
사업 내용	예방(포괄적) 물리치료 건강증진 운동프로그램 지도 건강한 생활 양식(태도) 지도 영양, 레크레이션 지도	평 가 물리치료
장 소	가정,보건기관,지역사회	가 정
대상자의 접근법	건강강좌, 가정방문 재소자,이동시설	가정방문
물리치료의 단계	초 급	초급, 중급, 고급

* 김모임(1991), 가정간호사업과 방문간호사업. 대한간호 제 30권 2호 참조
Rimmer(1999), Heaith promotion for people with disabilities:The emerging paradigm shift from disability prevention of secondary conditions, Phys Ther, 79 권 참조.

Rimmer(1999)는 새로운 밀레니엄 시대에서는 지역중심의 건강증진 모델이 활성화 될것이라고 하였으며, 여기에서 물리치료사들은 건강관리센타에서 건강관리 지도자를 지도하고 이들과 연계를 맺음으로 환자의 건강증진 프로그램에 직접적 또는 간접적으로 관여하여야 한다고 하고 있다. 또한, 헬스크럽에 다니는 건강한 사람들에게도 물리치료사가 건강증진 프로그램을 제공할 뿐아니라 운동, 영양 및 건강한 생활 행동양상에 대한 지도도 필요하다고 하였다.

따라서, 본 연구자는 보건소내에 지역중심재활사업을 전담할 수 있는 지역보건계를 설치하고 여기에 근무하는 물리치료사를 보건물리치료사와 방문물리치료사로 나누어야 한다고 사료된다. 보건물리치료사는 사업대상을 개인, 가족, 지역사회전체이며, 여러연구자들이 21세기의 물리치료사의 역할 이동을 주장하였듯이 이들 물리치료사들은 장애를 가진 사람 및 가족의 건강증진 및 이차적인 합병증 예방과 건강한 이들을 대상으로 한 건강증진 프로그램 및 홍보활동을 담당해야 할 것이다.

방문물리치료사는 개인에게만 국한시켜 하는 사업으로 퇴원후 환자 및 생활보호대상자로서 전문적인 치료가 요구되는 장애인을 대상으로 전문적이고 세부적인 물리치료를 시행하여야 할 것이다(표 2 참조). 그러므로, 지역중심재활사업에 투입되는 물리치료사들도 건강에 대한 전반적인 지식을 얻을 수 있는 초급단계에서 중급, 고급단계로 나누어 교육을 이수하여야 할것이며, 방문물리치료사는 보건물리치료사보다 좀 더 전문적인 교육이수자로 하여야 할 것이다.

또한, 현재에는 어떠한 법적근거도 없으나 활발히 움직이고 있는 간호협회와 연계하여 보건소 내 지역보건계 설치와 보건물리치료사와 방문물리치료사의 역할을 분담하여 국민건강관리를 한다면, 훨씬 체계적이며, 또한, 더 많은 환자를 수용할 수 있는 방편이 될 것이다.

V. CBR에서 보건소 중심 물리치료 대상자 및 운영체제

현재 보건소 업무의 형태는 김찬문과 정재훈(1998)에 의하면 통증위주의 통증환자가 53.1%로 가장 높았으며, 김찬문 등(1998)의 연구에서도 44%로 통증환자가 대체적으로 높은 비율을 차지에게만 시행되고 있는 실정이다. 하지만, 앞으로하고 있다. 또한, 주로 보건소에 내소할 수 있는 대상자들 지역중심재활의 주체가 되어야 하는 보건소에서 물리치료 적용대상은 좀 더 광범위하고 질병의 양상에 따라 적절히 선정하여야 한다.

이한숙 등(1996)에 의한 물리치료의 적용대상을 살펴보면, 첫째, 만성질환자가 있는 가정(관절염, 고혈압), 둘째, 재활 환자가 있는 가정(뇌손상, 척수손상, 뇌성마비), 셋째, 수술 후 조기퇴원 환자가 있는 가정, 넷째, 신생아가 있는 가정, 다섯째, 노인환자가 있는 가정, 여섯째, 심신장애자가 있는 가정(지체장애, 정신박약), 그외 가족구성원의 건강문제로 인해 가족전체에 갈등을 야기할 수 있는 가정을 들 수 있다.

또한, 한경자 등(1994)에 의한 교육적 간호요구가 있는 성인 및 아동과 가족의 지지 및 지원이 부족하거나 스스로 건강관리 행위를 수행하지 못하는 성인 및 아동을 포함시킬 수 있을 것이다. 이러한 물리치료대상자를 크게 성인물리치료, 노인물리치료, 소아물리치료, 모자물리치료의 4가지 유형으로 나누어서 지역보건계에 각각의 관리실을 두어 운영하고 각 대상자는 여러경로를 통해 의뢰받거나 홍보를 하여 내소하도록 유도하는 것이 바람직할 듯하다. 각관리실에 따른 관리대상자는 표3과 같다.

표 3. 물리치료 대상자의 4가지 유형

담당실	관리 대상자
성인 물리치료실	병원퇴원후 지속적인 관리가 필요한 기동성 장애환자, 통증환자, 고혈압환자, 신경계환자, 호흡기계환자, 정신질환자, 욕창환자, 정형외과적인 환자
노인 물리치료실	뇌혈관계 질환, 신경계환자, 호흡기계환자, 병원퇴원 후 지속적인 관리가 필요한 환자
소아 물리치료실	뇌성마비, 정서장애, 정신지체
모자 물리치료실	산전 및 산후의 정상적인 산모 및 특정 질환을 가지고 있는 산모, 초기에 물리치료적인 중재가 필요한 모든 신생아

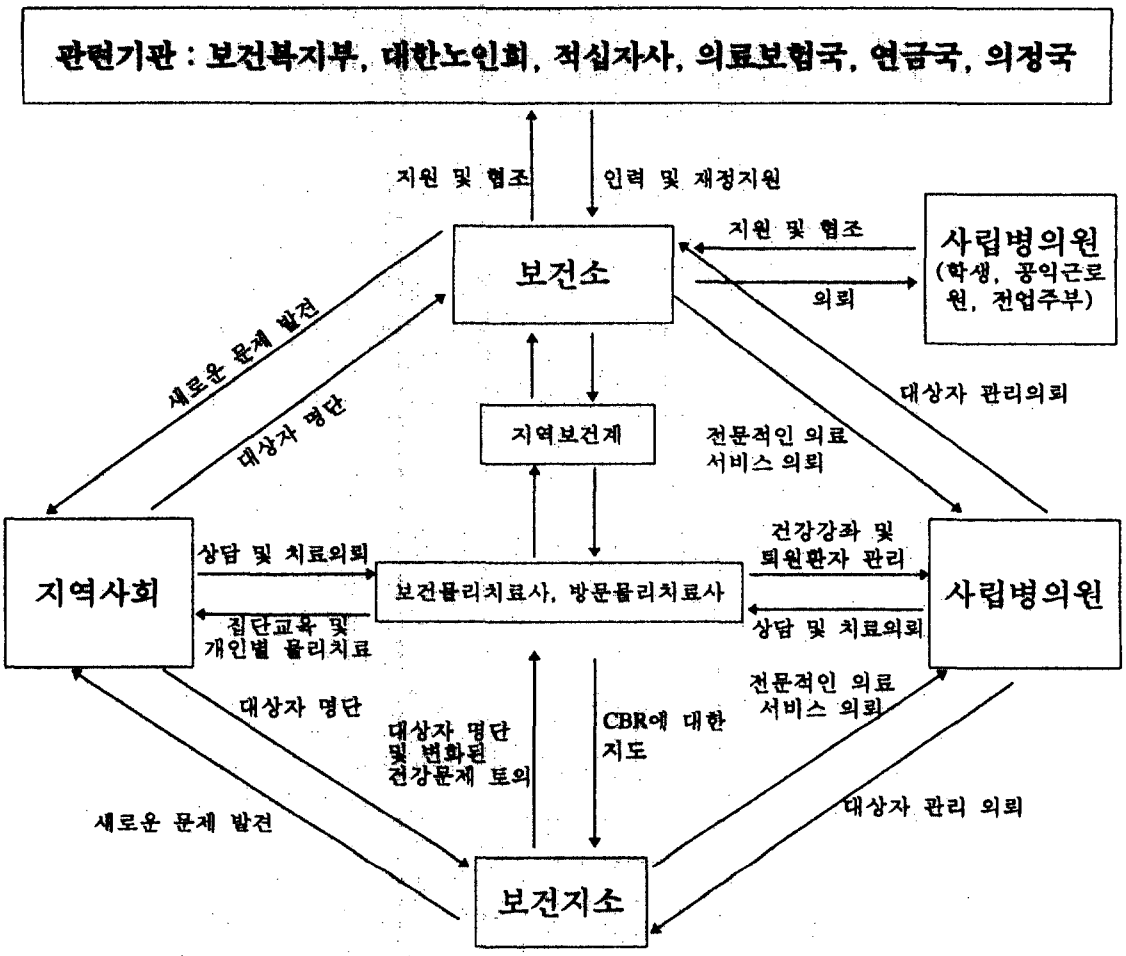

그림 1. 보건소 중심 물리치료의 운영체제 모델

또한, 보건소 중심의 물리치료의 운영체제는 그림 1과 같이 만성병환자 관리나 장애가 재활관리에 필요한 기본적인 문제가 유발될 때 자문을 받을 수 있는 인접병원과 의뢰체계를 사전에 보건소별로 구축하여야 할 것이다. 그리고, 보건복지부(가정복지국:종합대책 운영검토, 사회국:생활보호자 관리, 복지시설, 허가관리), 대한 노인회(보건물리치료교육, 경로당 운영), 적십자사(가정봉사원 제도), 의료보험국(의료보험, 의료보호), 연금국 및 의정국과 같은 관계기관과의 적절한 상호작용을 통하여 보건소내 지역보건계에서의 필요한 인력 및 재정적인 지원과 또한 관련기관에 대한 보건소에서의 지원방법을 모색하여 조화시켜 나가야 할 것이다(그림 1. 참조).

또한, 보건지소에서도 상주 할 수 있는 방문물리치료사를 두어 최일선에서 전문적인 치료서비스를 제공할 수 있어야 할 것이다.

VI. 지역중심재활에서 보건소 물리치료사의 인력수급 방안

현재 보건소에서 시행하는 방문간호사업은 담당간호사와 학생을 통한 자원봉사 및 공공근로요원을 선별하여 지역주민에게 더 많은 서비스를 시행하고 있다. 따라서, 물리치료계에서도 재정상 수요에 비하여 인력을 충원하지 못하는 현실을 감안하여 모자라는 물리치료사의 인력수급에 대한 몇가지 방안을 제시하면 다음과 같다.

첫째, 학교와 학생들을 통한 임상실습이나 사회봉사를 유도한다. 현재 물리치료과가 개설되어 있는 학교는 전국적으로 4년제 대학 9개교, 3년제 대학 22개교 정원 1890명으로 적지 않은 수에 해당된다(권혁철, 1999).

따라서, 학교와 그 지역에 소속된 보건소와 연계하여 임상실습의 과정에 지역중심재활사업의 중추적인 보건소를 포함시킨다면, 학생들에게는 배움의 기회를 늘려주고 보건소에서는 모자라는 인력을 충원할 수 있을 것이다. 또한, 요즈음은 사회봉사시간을 졸업학과목으로 개설한 학교들이 많다. 이러한 점을 감안하여 사회봉사를 원하는 학생들에게는 봉사의 기쁨을 누릴 수 있는 기회를 제공하는 방법도 좋을 듯 하다.

둘째, 전업주부 및 미취업자를 통한 참여를 들 수 있다. 현재 물리치료사중 현업에 종사하고 있는 자는 58.3% ~ 67%이고 약 33.3% ~ 42%는 주부나 다른 분야로 전업한 사람으로 국가적 사회적으로 큰 손실이 아닐 수 없다(김찬문, 1997). 따라서, 종일제가 아닌 시간제 또는 요일제로 고용을 한다면, 우수한 여성 전문인력을 이용할 수 있는 계기가 될 수 있을 것이다. 또한, 간호계에서는 이러한 전업주부 간호사들을 활용하기 위하여 공공근로요원을 선정할 때 간호사 자격증을 가진자를 선별하여 방문간호사업에 투입하고 있다.

따라서, 좀 더 효율적이고 전문적인 방문간호사업을 확대시킬 수 있었으며, 지역주민에게는 양질의 서비스를 시행할 수 있어 많은 호응을 얻고 있는 중이다. 따라서, 우리도 물리치료사 자격증을 가진자 중 공공근로요원을 뽑아 보건 물리치료사업이나 방문물리치료사업에 활용한다면 시간과 예산의 적절한 사용으로 많은 이득을 얻을 것이다.

셋째는 공중물리치료사(公衆 物理治料士)제도를 확립하는 것이다. 공중물리치료사 제도란 물리치료학과를 졸업하고 면허를 취득한 자 중 일정한 기간동안 군 복무대신 공중 물리치료사의 지위로 보건소에서 근무하도록 하는 제도이다(권혁철, 1999). 현재, 물리치료과를 졸업하고 군복무 생활을 하고 있는 치료사들이 전문영역에서 자신의 기량을 발휘하지 못하는 것은 국가적으로 크나큰 손실이 아닐 수 없다. 공중보건의처럼 공중물리치료사 제도를 도입하게 된다면, 개인적으로 전문적인 지식을 펼칠 수 있는 기회와 임상경험을 쌓을 수 있는 시간이 주어지므로 군제대 후 더 향상된 기량으로 환자를 치료할 수 있을 것이며, 국가적으로 보았을 때 전문인력확충과 재정적인 부담을 경감시키면서 지역주민의 요구를 충족시킬 수 있다는 면에서 효과적인 제도라고 할 수 있을 것이다.

Ⅶ. 결 론

의학의 발달과 경제성장의 영향으로 노인인구와 장애인구가 증가함에도 불구하고 적절한 관리시스템이 부족한 편이다. 세계보건기구(WHO)에서는 지역사회 장애인들의 재활욕구를 1차 보건의료(primary health care) 수준인 지역중심 재활사업을 통해 해결이 가능하다고 하였다.

이러한 지역사회 주민들을 위한 지역사회 중심 재활사업은 최일선의 보건의료기관인 보건소가 주축이 되어야 한다고 본다. 또한, 물리치료에 대한 지역주민들의 요구도 상승하고 있는 현시점에서 보건소내의 물리치료 서비스를 주민들에게 제공할 수 있도록 지역보건계를 보건소내에 설치하여 물리치료를 제공할 수 있도록 관리를 하여야 할 것이다. 이렇게 보건소가 중심이 되어 지역주민에게 물리치료서비스를 제공하는 것은 국가가 주체가 되므로 재정적인 면에서 안정적이며, 소외된 지역의 주민에까지 그 효력을 발휘할 수 있으므로 가장 효과적인 운영방법이라고 여겨진다.

따라서, 보건소가 중심이 되어 지역사회중심재활사업을 전개하여 나갈 때 지역주민에 대한 적절한 홍보와 주민들의 적극적인 참여 그리고 이 사업이 빨리 정착되기 위한 법적인 뒷받침과 더불어 국가에서 재정적인 지원을 적절히 해준다면 국민보건증진과 사회복지에 크게 기여할 것이다.

또한, 학교에서는 지역사회 중심재활사업을 이끌어 나갈 인재를 양성하는 준비를 하여야 할 것이다. 앞에서 제시하였듯이 보건물리치료사는 지역전체를 대상으로 전반적인 건강문제와 물리치료에 대한 것을 제공할 수 있을 정도의 교육을 방문물리치료사는 대상자의 질병에 따른 전문적인 치료와 건강문제를 상담할 수 있는 교육을 받아야 할 것이다. 따라서, 초급, 중급, 고급으로 나누어서 대학원 과정에서 보건행정과 더불어 전반적인 환자관리에서 개별관리까지의 과정을 개설해야 할 것으로 보인다.

CBR 수행에서 물리치료사의 정규직화를 84.4%로 가장 시급한 문제로 제시하고 있다. 현재 보건소 물리치료사가 일용직으로 되어 있는 경우가 많다. 따라서, 협회와 학교 및 행정기관과의 연계를 통하여 정규직화를 시급히

서들러야 할것이며, 정규직이 된 후의 진급을 할 수 있는 체계를 만들어 지역보건계장으로서 CBR을 주체적으로 이끌어 나갈 수 있는 여건을 만들어야 할 것으로 여겨진다.

<참 고 문 헌>

김모임 : 가정간호사업과 방문간호사업, 대한간호학회지 30(2) : 163~180, 1991.

김동미 : 가정방문 물리치료의 도입 필요성, 대한 물리치료사 학회지 3(2) : 163~175, 1996.

김성실 : 한국가정간호사업의 유형별 비교분석, 지역사회간호학회지 9(1) : 181~199, 1998.

김화중 : 우리나라 가정간호사업의 활성화 방안, 대한 간호 협회 대전광역시 간호사회, 1996.

김찬문 : 지역사회중심재활에서 물리치료사의 참여, 대한 물리치료사 학회지 4(2) : 101~106, 1997.

김찬문, 정재훈 : 경기도 보건소 물리치료사들의 지역사회중심재활에 대한 인식 10(1) : 7 5~80, 1998.

김찬문, 홍완성, 배성인 : 서울시 보건소 물리치료사들의 지역사회중심재활에 대한 인식 : 1~8, 1998.

권혁철 : 재활행정학, 신성실문화사, 73~76, 1999.

대한간호협회 보건간호사회 : 보건소 중심 가정간호 사업의 활성화 방안, 보수교육 교재, 1990

문경태 : 서태평양 지역의 지역사회중심재활 활동에 대한 개관, 지역사회중심재활방안을 위한 워크샵, 1991.

박정호, 김매자, 홍경자 등 : 지역사회중심가정간호사업 운영연구, 한국 가정간호 학회지 5 : 20~31, 1998.

이인숙 : 지역사회가정간호의 실행 모형 개발을 위한 연구 : 노인 간호요구에 대한 보건 진료원 활동 적정성을 중심으로, 서울대학교 보건대학원 박사 학위 논문, 1989.

이인학, 문성기, 김미란 : 일부도시 재가 지체장애인의 치료실태, 대한 물리치료사 학회지 4(2) : 61~72, 1997.

이인학 : 장애인의 치료만족도에 따른 지역사회중심재활에 관한 연구, 경산대학교 보건대학원 박사 학위 논문, 1998.

이한숙, 박돈목, 김충식 : 가정방문 물리치료, 대한 물리치료 학회지 8(1) : 91~98, 1996.

이홍자, 김춘미, 윤순녕 : 일개 보건소 방문간소사업의 업무 분석, 지역사회 간호 학회지 9(1), 163~180, 1998.

윤순녕, 김매자, 서문자 등 : 지역사회 가정간호사업 운영 효과에 대한 연구, 간호학 논문집 12(1), 97~117, 1998.

윤희종, 윤나미 : 보건소의 물리치료서비스 접근성에 관한 연구, 대한 물리치료사 학회지, 3(4), 405~415, 1996.

장은주 : 전국 보건소 물리치료실 운영 실태와 활성화 방안, 대한 물리치료사 학회지, 3(2), 187~202, 1996.

장정훈, 신홍철, 이소준 등 : 보건소내 물리치료실 운영의 체계화 방안, 대한 물리치료사 학회지 13(1), 59~78, 1992.

한경자, 박성애, 하양숙 등 : 일개군 지역의 가정간호 요구조사, 대한 간호 학회지, 24(3), 484~498, 1994.

Dan Lerman : Home care: positioning the hospital for the future, American Hospital Association, 1987.

Keith R.A: The comprehensive treatment team in rehabilitation, Arch Phys Med Rehabil 72, 269~274, 1991.

Krol J : Principle of the community based rehabilitation implementation, Proceeding of the 15th world congress of rehabilitation internationl, Lisbon, 1984.

Keating, SB, Kelman, G.B. : Home Health Care nursing-concepts and practice. J.B. Lippincott CO, 1988.

Lopopolo RB : TheEffect of Hospital Restructuring on the Role of Physical Therapists in Acute Care. Phys Ther, 77: 918~936. 1997.

Lopopolo RB : Hospital Restructuring and the chaning nature of the physical therapist's role. Phys Ther, 79: 171~285, 1997.

Miller J : "Community based disability prevention, dectation and rehabilitation-Does it work?", Proceeding of the 15th World congress of rehabilitation international, Lisbon, 1984.

Ruth NK : Funding Home Care in a client of cost containment, Public Health Nursing, Vol. 1, 1984.

Rimmer JH : Health Promotion for people with disabilitied : The emerging parasigm shift from disability preventio to prevention of secondary conditions, 79: 495~502, 1999.

Sabourin R : "Improving the quality of life within the community", 16th world congress of rehabilitation international, Lisbon, 1984.

Taylor JS, McGlynn-Vittori M, Ellerton C : A Conceptual Role-Shift Model : Shapping and Defining Future Physical Therapy in Hospital Setting. Physiotherapy Canada, : 171~177, 1997.