

재가노인서비스를 위한 물리치료사와 작업치료사의 역할

제주한라대학 작업치료과

양 영 애

The role of occupational therapist and physical therapist for the rehabilitation - based home care services

Yang,Young Ae, O.T.R. R.P.T.

Dept.of Occupational Therapy, Cheju halla college

- ABSTRACT -

The proportion of the aged people in Korea has increased rapidly by more than 7% in 2000. A survey says that the changing rate from the aging society to the aged is the highest among the OECD countries.

The prevalence rate of the aged population is on the increase. Chronic diseases such as arthritis and strokes limits their body's functions and activities of daily living. It is necessary that functional training, ADL training and continuous treatment be provided by Physical or Occupational Therapists. Discontinuance of treatment can cause the aged people to be in a bed state.

The aged people need a variety of home care services at their convenience. Occupational and Physical therapist should play a major role in providing the rehabilitation-base home care services. Further they are expected to contribute to the extension of health care services such as home care and nursing home programs.

Key words : aged people, aging people, physical therapist, occupation therapist, home care services

I 서 론

평균수명이 연장되어 노인인구가 크게 증가되고 의료의 발전과 경제발전으로 인하여 사망률저하, 출생률 저하로 노인인구 비율이 증가하고 있다. 1980년에는 평균 수명이 65.8세, 2000년도에는 74.9세, 20년 후인 2020년에는 78.1세로 예상되고 있다. 2000년에는 7%를 넘어 고령화사회에 진입하였고, 2001년 현재 65세 이상 노인인구는 약 357만명으로 전체 인구의 7.64%이며, 2019년에는 14.8%에 달하며 고령사회로 진입할 것으로 전망되고 있다. 이런 고령화 속도를 선진국의 경우와 비교하여 보면 고령화 사회에서 고령사회로 진입하는데 걸린 시간이 프랑스 115년, 스웨덴 85년, 미국 71년, 일본 24년이며 우리나라의 경우는 22년으로 가장 빠른 속도로 고령화가 진전되고 있어 이에 따른 국가 경제적 부담이 급속도로 커지고 아울러 노인부양, 보건의료, 복지 등에 수요 또한 급속도로 커지게 되었다. 그런 이유로 많은 사회 문제가 발생하고 있고 이는 국가의 모든 정책들이 준비할 시간과 여유가 없음을 말하고 있다(선우휘, 2001).

본 연구의 목적은 노령인구의 증가와 함께 만성질환노인 또는 급성질환으로 인하여 병원에서 급성치료를 종료한 이후 병세가 안정되었으나, 일상생활수행능력에 제한이 발생한 노인에게 일상생활수행능력을 회복시켜 유지 및 향상시키고, 잔존해 있는 일상생활수행능력의 상실을 억제시키는 것을 목적으로 한 재가의료서비스 확대 속에서 물리치료사와 작업치료사의 역할을 기대한다. 또한 노인 너싱홈을 포함한 재가의료서비스기관에 물리치료사 및 작업치료사들이 확대 참여함으로써 재가서비스기관을 설립 운영할 수 있는 길을 찾고자 하는 것이 연구의 목적이라고 할 수 있다.

II 본 론

1. 개념

1) 질환의 유형별

우리나라의 65세 이상 재가노인 중에서 전체의 약 87%가 한가지 또는 두 가지 이상의 만성질환을 가지고 있는 것으로 조사되고 있다. 유병률이 높은 만성질환으로는 남성의 경우 관절염(26.6%), 고혈압(17.5%), 요통좌골통(15.9%), 소화성궤양(11.7%) 등으로 나타나고 있고 여성의 경우, 관절염(53.3%), 요통좌골통(37.1%), 고혈압(27.0%), 소화성궤양(18.3%), 백내장(13.4%) 등으로 나타나고 있다. 남녀 모두 유사한 경향을 보이고 있는데 여자의 경우 관절염이 전체노인의 절반이 가지고 있는 것으로 나타나고 있으며 고혈압의 경우에는 추후에 뇌혈관 질환으로 진행된다는 점을 감안한다면 두 질환을 합한 유병률이 비교적 높은 수준이라 할 수 있다.

만성질환으로 인한 일상생활 지장여부를 보면 남자의 경우 만성중이염(94.6%), 골절후유증(92.5%), 요통좌골통(83.8%), 중풍(81.8%) 등으로 나타났고, 여자의 경우 결핵(100%), 만성신장질환(96.4%), 요통좌골통(89.3%), 골절후유증(87.3), 관절염(86.7%), 중풍(83.6%) 순으로 나타났다. 이와 같이 유병률이 높으면서 일상생활에 지장을 주는 만성질환으로 관절염과 요통좌골통이 나타나고 있고 근골격계통의 질환이 중심을 이루고 있다. 그 다음 질환으로는 고혈압 및 중풍(뇌혈관질환)을 지적할 수 있는데, 고혈압 자체로서는 일상생활에 주는 지장이 높지 않으나 중풍질환은 매우 높게 나타나고 있다는 점을 감안한다면 일상생활 수행능력의 제한을 야기하는 발생원인질환이 관절염 등의 근골격계 질환과 고혈압 및 중풍이 대부분을 차지하고 있음을 알 수 있다. 또한 노인인구의 유병률은 전국민 평균치보다 2배 이상 높은 수준을 보이고 있는데 그 중에서도 주요 성인질환에 대한 유병률은 연령이 높을수록 상승하는 경향이 있다. 1995년 국민건강조사 자료의 결과에

의하면 뇌졸중의 유병률이 연령수준의 증가에 따라 높아지고 있는데, 40대 이후부터 급격하게 높아지고 있으며 특히 70세이상 남자 노인에게는 1,000명당 60명 꼴로 나타나고 있다. 뇌졸중에서는 대체적으로 남자가 높은 반면에 심장병과 골다공증은 여자가 높은 것으로 나타나고 있으며 특히 골다공증의 경우에는 여자에게서 월등히 높게 나타나고 있다.

아울러 노인의 만성질환은 장기적인 치료 및 요양을 필요로 하기 때문에 이로 인하여 노인의료비가 급증하고 일상생활수행능력의 저하 초래하고 있다. 특히 일상생활수행능력의 저하요인이 만성질환, 그 중에서도 뇌졸중 등과 같은 순환기계질환 때문인 것으로 나타나고 있고 그러한 순환기계질환의 치료율이 대상노인의 70% 수준에 머무르고 있는 실정이다. 특히 경증상태의 만성질환 허약 노인이 치료방치로 인하여 외상 노인으로 진행될 우려가 있는 실정이다. 50세 이상의 모든 연령계층에서 외상 발생 원인으로 질병이 전체의 83.6%, 노화가 8%, 사고가 6.6%로 나타나 거의 대부분이 질병 때문에 외상 상태가 된 것으로 나타나고 있다. 발생원인을 질병별로 살펴보면 전체적으로 뇌졸중이 37.9%, 치매가 24%로 전체의 2/3를 차지하고 있으며 이와 같은 경향은 남녀 모두 동일하다.

OECD통계에 의하면 노인계층은 비 노인계층에 비해 1인당 의료비용이 2-5배 증가하고 있으며 75세 이상 후기 노인계층의 1인당 의료비용은 더욱 높아 5-6배 증가하고 있다.

우리나라 조사결과에서는 만성질환을 앓고 있는 노인이 가장 불편해 하고 있는 요소는 소득수준에 비하여 진료비나 약 값 등 너무 들고, 의료기관 방문시의 동행자나 간호수발자가 필요한 항목으로 나타나고 있는데 결국 요양관련서비스체계가 아직까지 적절하게 갖추어져 있지 못하기 때문이라고 판단된다(보건사회연구원, 2000)

2) 일상생활동작의 개념

일반생활수행능력이라 함은 일반적인 일상생활동

작, 또는 도구적 일상생활동작을 할 수 있는 능력을 말한다. 기본적인 일상생활동작이란 일반적인 일상생활동작이란 걷기, 앉기, 화장실 이용하기, 목욕하기, 옷갈아 입기, 식사하기가 포함된다. 도구적 일상생활동작은 일용품 사러가기, 전화걸기, 버스전철타기, 가벼운 집안일하기라고 한다. 이와같이 일상생활동작이 지니고 있는 의미는 중요하다고 할 수 있으며 다시 말하면 일반적인 일상생활동작은 대인적 보호업무, 도구적 일상생활동작은 가사일에 해당된다고 하며 일상생활동작의 의미는 일상생활동작이 불가능하면 생활자제도 가능하지 않고 있다. 따라서 일상생활동작을 평가하여 이에 부합하는 간병수발이나 재활치료서비스가 적절하게 제공하는 것이 필요하다.

일반적인 일상생활동작 또는 도구적 일상생활동작의 의미는 영국에서는 노인의 의존성을 측정하는 척도로 사용하고 있고 장기요양보호서비스가 필요한 장애인선정기준이 된다. 즉 OECD국가에서는 일반적인 일상생활동작과 도구적인 일상생활동작의 수행능력을 기준으로 장애인을 구분하며 1가지 일상생활동작에 제한 중증장애인노인이며, 일반적인 일상생활동작은 혼자 스스로 할 수 있지만 도구적인 일상생활동작에 제한이 있는 노인을 경증장애노인이라고 한다.

도구적인 일상생활동작에만 장애가 있는 경우를 경증장애, 1개의 일상생활동작이라도 장애가 있는 경우를 중증장애, 6개의 일상생활동작의 장애정도를 최중증장애로 구분한다. 도구적인 일상생활동작에만 문제가 있는 노인은 집밖의 생활능력에 제한을 받고 있지만 집안생활은 자립적으로 할 수 있는 노인을 말하는데 이로 인하여 건강상의 위험에 빠질 우려가 있기 때문에 OECD에서는 허약한 노인으로 구분한다.

일상생활수행능력을 평가하는 지표는 1960년대 후반 이후부터 1970년대에 걸쳐서 집중적으로 다양한 형태의 척도가 개발되었고 이후에는 이들 지표의 일부분을 수정하고 있는 실정이다. 선진국에서 자주 이용되고 있는 기능평가지표로 Bathel Index, Kat's

Index, PULSE, Kenny의 신변처리평가지표, FIM의 평가도구등이 있다. 이기간(1953년 - 1983년)동안에 개발된 척도 정리, 가장 많이 이용되고 있는 항목으로 신변처리와 이동이 중요하다.

한국보건사회연구원의 노인생활실태조사(1998년) 자료에 의하면, 일상생활동작 6개 모두 장애(완전와 상노인)가 있는 노인비중은 전체노인의 5.3(17만 8천명)인 것으로 나타났는데, 이는 최중증 장애노인비중을 의미한다. 한가지 항목의 제한을 가지고 있다고 할 때 가장 높은 비중을 차지하고 있는 것이 걷기 항목(43.2%)인 것으로 나타났고, 그 다음으로 앉기(36.3%), 목욕하기(18.9%), 화장실 이용하기(1.8%), 식사하기(0.6%)순으로 나타났다.

우리나라의 조사결과와 외국의 연구결과 일상생활 훈련 항목 중에서 제한을 받게 되는 항목의 순서는

① 걷기, 목욕하기, 이동하기(앉기 포함), ② 옷갈아 입기 및 화장실 이용하기 ③ 식사하기의 3가지 분류 순으로 나타나고 있음을 알 수 있었고 이를 감안하여 건강증진서비스를 제공할 필요가 있다.

일상생활수행능력에 제한있는 노인에게는 사회복지관과 같은 복지시설에 대한 욕구보다는 보건(지)소 및 노인전문병원과 같은 보건의료기관에 대한 이용욕구가 더 큰 것으로 나타났는데 그만큼 제한노인의 건강상태가 열악하고 이로 인한 일상생활의 수행이 어려워진 것으로 판단된다(변재관, 2000).

2. 일상생활수행 제한노인을 위한 보건 복지서비스의 현황과 문제점

일반 및 재활전문 병의원 및 보건소의 보건의료기관과 복지관을 중심으로 한 재가 노인복지시설을 살펴보면, 재활전문기관으로 국립재활원, 재활전문기관으로 전국에 산재해 있는 재활병원 및 재활의원과 일반 종합병원내 재활의학과가 있고, 그 이외에 장애인 복지시설내 물리치료실이 운영되고 있다.

종합병원내 재활의학과에서는 뇌졸중 환자 중심으로 재활치료 실시하고 있으며 종합병원내 재활의학과

과는 300이상 종합병원(131개)중에서 74개소가 개설되어 있다(1998년). 또한 뇌졸중환자에 대해서는 최근 종합사회복지관이나 노인종합복지관 또는 지역사회내 보건소에서도 주로 생활보호대상의 영세민을 대상으로 실시되고 있는 실정이다.

장애인 지역사회재활시설의 차원에서 보면 2000년 2월 현재 장애인 복지관이 76개소가 있으며 장애인 복지법에 의하면 장애인 생활시설에는 의료재활의 일환으로 물리치료, 작업치료를 비롯한 재활치료실을 두도록 하고 있는데 전국에 장애인 생활시설이 총 192개소(1998년 기준)가 있다. 순회재활센터는 장애인 종합복지관에 설치되어 있는 경우가 대부분으로 21개소가 있다(장경희, 2000).

1) 급성병원(요양병동)

요양시설, 재가, 지역사회서비스 등 병원입원대체 서비스가 부족한 현실을 감안하여 장기요양서비스를 필요로 하는 노인환자를 대상을 하며 대상자 중 일부는 집중적이고 의학적인 감시가 필요로 한다. 기존의 과잉 공급된 병원 병상의 일부를 요양병상으로 전환하는 것이 장기 요양병상을 신축하는 것보다 효율적이라고 한다.

요양병원은 의사, 한의사가 그 의료를 행하는 곳으로서 요양환자 30인 이상을 수용할 수 있는 시설을 갖춘 의료기관이다(의료법 제 32조). 1999년 말 현재 전국에 8개가 운영되고 있는데 요양병원의 평균 병상수는 83병상 수준이다.

2) 요양시설

육체적, 정신적, 또는 기능적 장애로 인해 집에 혼자 머물 수 없는 사람들이 입소하여 의사의 지시에 신체수발로부터 집중적인 전문간호에 이르는 특정단계의 간호서비스를 제공받는 시설이다. 이에는 일반적인 요양시설과 치매, 중풍 노인을 위한 전문요양시설이 설치되어 있는데 1999년 말 현재 모두 106개소이다.

주거복지시설은 양로주거시설을 본인비용 부담의 정도에 따라 무료양로시설, 실비양로시설, 유료양로

시설등이 있으며 양로주거시설이 총 116개소(무료 92개, 실비 4개, 유료 20개)가 있으며 수용 가능한 노인 총 8579명이 수용되어 있다(1999년 말).

3) 단기보호서비스

재가에서 보호받는 거동불편 노인에 대하여 가족 보호제공자의 편의를 위하여 2주일 이내 (총 90일 이내)말아 보호하면서 일상생활서비스 및 물리치료 등을 제공하기 위한 재가보호지원시설이며 21개소가 설치되어 있다(1999년말).

이용한 경험이 있는 제한노인이 조사당시에는 없었던 것으로 나타났는데, 향후 이용 희망률을 보면 제한 노인의 14.0%가 이용욕구를 지니고 있는 것으로 나타났다.

4) 주간보호시설서비스

주간보호(day care)시설은 재가에서 보호받는 거동불편 노인에 대하여 맞벌이 가정 혹은 가족보호제공자의 편의를 위하여 낮 동안 보호하는 시설로서 재가보호지원시설이다.

주간보호시설에서 제공하는 서비스의 내용에는 안전과 휴양의 장을 제공, 지도, 간호, 개조등의 케어서비스 장애에 수반하는 사회적 고립과 활동수준의 저하를 완화하기 위한 집단 활동프로그램, 각종 생활상 문제에 관한 상담서비스, 비교적 경증인 질병 혹은 장애를 위하여 의료, 재활서비스 등이 있다. 2002 현재 주간보호시설 전국102개소가 설치되어 있고 그중 서울은 35개로 일반주간보호시설 23개, 치매주간보호시설 12개이다. 국고지원은 시설운영에 대한 평가결과를 반영하여 우수시설은 연간 5,250만원(서울은 대략8,00만원), 보통시설은 연간 5,050만원, 미흡시설은 4,850만원을 각각 지원한다. 구체적인 지원내역은 사회복지사1인, 물리치료사 또는 간호조무사 등 1인, 생활보조원 또는 및 취사부 1인, 운전기사의 인건비와 종사자의 사회보험료 그리고 관리운영비로 지원한다. 법인이 아니고 개인이 운영시 국고지원은 없으나 이용료를 소비자에게 받을 수 있으며 신고제 형식으로 운영되고 있다. 주요서비스 내용을 살펴보

면 간호서비스, 기능회복서비스(운동치료, 물리치료, 작업치료), 심리사회 증진 서비스, 자원봉사자 활용 사업, 송영서비스, 급식서비스, 이용노인 및 보호자 상담사업, 기타, 특별서비스라고 되어 있다. 이용 경험이 있는 제한노인이 조사당시에는 없었던 것으로 나타났는데 향후 이용 희망률을 보면 제한노인의 18.1%가 이용욕구를 지니고 있는 것으로 나타났다(조대룡, 2002).

5) 노인 너싱홈

현재 가정에서 또는 소규모단위로 치매성노인, 신체적으로 허약한 노인들을 입소하여 보호하는 그룹 너싱홈이 많이 생겨나고 있는 상황이다. 이는 노인 시설의 부족과 현 노인시설의 경비가 많이 요구되는 점에 따라, 돈이 많지 않는 중산층 및 서민의 노인을 대상으로 하고 있다. 소규모, 적당한 가격, 아늑한 분위기는 이용하는 노인들에게 편안함과 함께 대규모 시설이 아닌 개인집 같은 시설 운영이 노인들의 자녀에게도 신뢰를 주고 있다. 1997년 간호사가 자신의 집 2층에서 소수의 치매노인 보호하는 너싱홈시설로 시작된 서울의 은성원이 그 시발점이라고 할 수 있다. 지금은 전국적으로 그 수가 증가하고 있으며 와상 및 장애노인들을 돌보고 있다. 경기도 광주에 위치한 그린빌 너싱홈의 시설 및 구비요건, 인력구조 등을 살펴보면 다음과 같다(노인건강관리의 실제와 전망, 2002).

□너싱홈(그린빌)

(1) 시설 및 구비요건

① 병상의 규모

일반적으로 너싱홈의 병상규모는 소규모인데 5개의 입원실로서 2인실, 3인실, 4인실, 6인실로 되어 있고 총 20병상이다.

② 입지선정

자연과 주변환경이 정서적으로 안정을 기할 수 있는 쾌적하고 아늑한 곳 교통 특히 대중교통이 원활한 지역으로 방문객의 방문이 용이하고 종사자들의 출퇴근이 편리한곳 병원, 보건소 등의 료기관과의 연계가 편리한곳 그린빌은 경기도

광주에 위치하며 강남·강동에서 30분, 성남·분당에서 20분이 소요되는 교통편리한 곳으로 자연환경이 빼어난 쾌적하고 아늑한 곳이다.

③ 건물의 형태

3층 양옥으로 1,2층은 환자를 위한 공간이며, 3층은 사무실, 지하층은 창고로 사용되고 있다. 1층과 2층은 Lift를 설치하여 불편없이 오르내릴 수 있도록 하였다.

④ 신청 및 허가절차

시설설치예정자는 설치허가 신청서에 다음의 서류를 첨부하여 시설의 소재지를 관할하는 시청, 군청, 구청의 사회복지과에 제출하여야 한다(설치자의 이력서, 주민등록등본, 사업계획서, 시설의 위치도, 평면도, 설비구조내역서, 종사자 확보 계획서, 직원의 이력서 및 건강진단서 첨부, 재정계획서, 입소보증금, 월이용료에 관한 관계서류, 진료협약제휴서, 의료기관연계, 입소계약서) 서류검토 후 1주일내 관할 복지과에서 시설점검 후 시정사항이 있으며 통보한다. 보완절차를 거쳐 허가를 받게 된다. 단 시설 설치예정자가 건물주가 아닌 경우(임대인 경우) 입소자를 보호하기 위하여 건물주가 시설의 대표로 등록이 되며 설치예정자는 시설장이 된다.

⑤ 시설의 주체

유료노인요양시설의 설치주체는 노인복지사업의 취지를 이해하는 자로서 동 사업을 안정적으로 운영할 수 있는 자(개인, 기업, 사회복지법인, 비영리법인)여야 한다.

설치자의 계약불이행이나 시설의 도산 등의 경우 입소노인에게 지급해야 하는 보증금 반환채무이행을 보장하기 위하여 인·허가보증보험에 가입하여야 한다.

⑥ 시설의 규모 및 구조설비

보건복지부의 「노인복지사업지침」에 의하면 시설의 구조 및 설비는 일조, 채광, 환기 등 보건위생과 재해방지 등을 충분히 참작하여야 하며 휠체어 이동 가능한 공간이 확보되어야 하고, 문

턱제거, 손잡이시설부착, 바닥미끄럼방지 등 편리한 구조를 갖추어야 한다. 유료시설은 다음과 같은 설비를 갖추어야 한다.

표 1. 유료노인요양시설의 설비 및 설비기준

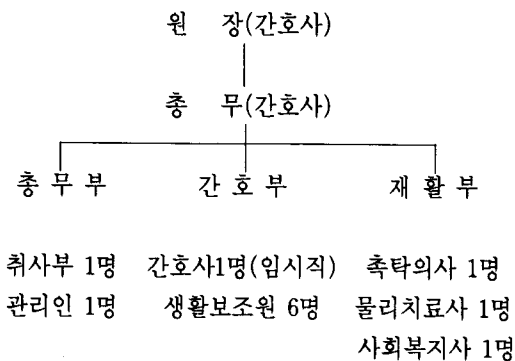
설비	설비기준
1. 거실	1. 거실 : 남, 여로 구분
2. 사무실 및 숙직실	① 적당한 난방, 통풍장치
3. 식당 및 조리실	② 채광, 조명설비
4. 세면장 및 목욕실	2. 화장실 15인까지, 대변기 1개 이상
5. 세탁장 및 건조장	
6. 휴게실	3. 의무실 : 진료실에 필요한 상용약품, 위생재료 또는 의료기구 구비
7. 화장실	
8. 의무실	4. 야간 상용등 설치
9. 창고	5. 경사로 및 승강기 설치
10. 급수 및 배수시설	6. 물리치료실
11. 간호사실	
12. 생활보조원실	
13. 물리치료실	
14. 면회실 및 상담실	
15. 취사실	
16. 관내 방송시설	
17. 소화시설	

자료: 양광희(2001).노인건강관리의 이론과 실제

⑦ 인력배치

인력배치(시설장, 총무, 촉탁의사, 간호사, 물리치료사, 생활지도원(사회복지사), 생활보조원(입소자 5인당 1인이상), 주방담당(입소자 50인 이하인 경우 영양사 필요없음), 관리인(청소 및 관리 담당)

표 2. Nursing home green hill의 조직도



자료: 양광희(2001). 노인건강관리의 이론과 실제

(2) 시설의 서비스내용

- ① 진료서비스
- ② 간호서비스
- ③ 일상활동지원서비스
- ④ 물리치료 및 작업치료
- ⑤ 실습

6)보건소 물리치료실 및 작업치료실

보건소에 물리치료실이 운영되어 있고 전기치료, 온열치료, 광선치료 및 운동치료로 구성되어 있는데 이중에서 전기치료와 온열치료가 주로 제공하고 있다. 2000년 보건의사회연구소 조사에서 전기치료서비스를 제공하는 보건소는 조사된 보건의소의 42.2%(복지관은 60.5%) 온열치료서비스는 조사된 보건의소의 40.2%(복지관은 76.3%)가 실시하고 있다고 한다. 물리치료기기와 함께 전문적인 물리치료사를 모두 활용하는 보건소가 전체의 77.1%(복지관은 27.7%)로 가장 높게 나타났고, 주로 전문적인 물리치료사 없이 간호사의 도움으로 물리치료 기기를 활용하는 보건소는 15.7%(복지관 69.2%)로 조사되었다. 아울러 현재 작업치료를 실시하는 보건소는 조사된 보건의소에서는 없는 것으로 나타났다.

이는 팀 접근 방식의 재가보건서비스가 아닌 부분적 의료서비스가 공급되었다는 것을 말한다. 1990년

대에 들어와서 병원중심의 가정간호, 보건소의 방문 보건사업, 사회복지분야의 재가복지서비스등이 각각 전문분야별로 서로 다른 정책적 배경하에 개발되기 시작하였기 때문에 우선 전체적으로 재가노인들의 요구를 충족시킬 수 있는 양적 수준에 미치지 못할 뿐 아니라 서비스 제공기간 간에 연계를 통한 효율성 확보방안도 미흡한 단계에 있다고 할 수 있다(보건사회연구원, 2000).

3. 치료사의 역할

허약 노인의 경우에는 일반적으로 일상생활수행능력에 제한이 있는 노인에 해당하기 때문에 스스로 일상생활을 수행할 수 있도록 지원해 주기 위해서는 무엇보다도 잔존된 신체의 기능을 최대한 회복시키는 것이 중요하다. 급성기적 치료 이후 일상적이고 장기적인 영양서비스를 필요로 하는 노인계층 중에서 재활 및 기능회복에 기반을 둔 서비스에 중점을 두는 것을 원칙으로 한다. 장기적인 재활 및 기능회복서비스를 내포하는 전문적인 재가보호서비스를 기반으로 하는 것으로 한다. 이와 같은 장기적인 재가보호서비스를 제공함으로써 일상생활동작을 회복시키는데 초점을 둔다. OECD 국가들 기본방침에는 장기요양보호가 필요한 노인에 대하여 노인이 있는 곳에서 보호한다를 원칙으로 하고 있다.

III 결론 및 정책과제

1. 정책과제

첫째, 단기적으로 기존 장기요양보호서비스와 관련한 시설의 기능을 전환시키면서 아울러 신축·증축·개축을 통하여 현재 절대적으로 부족한 생활시설을 적정수준으로 확충시키도록 한다. 이는 기본적으로 시설에 입소하여 보호하여야 할 중증장애노인에 비하여 시설자체가 부족하기 때문에 확대시켜야 하는데 기존 요양보호서비스의 기능이 취약하지만

실제적으로 노인이 상당히 거주하고 있는 양로시설을 점차적으로 요양시설로 기능을 전환하여 시간과 비용을 절약할 수 있다. 또한 단계적으로 요양시설의 기능을 현재와 같이 일반요양시설과 전문요양시설로 양분화하여 장애정도에 따라 적절한 서비스를 집중적으로 받을 수 있도록 하고 무료 및 실비시설을 통합하여 소득수준에 상응하는 비용에 상응하는 비용을 지불할 수 있는 체제로 구축하여야 한다.

현재 노인의료복지시설의 기준에 따르면, 시설규모와 관계없이 일률적으로 규정되어 있어 민간사업자에 의한 시설 확대에 장애노인으로 나타나고 실정이다. 따라서 시설장의 자격기준을 현행 사회복지사 2급, 의사로 한정되어 있는 것을 간호사 및 물리치료사, 작업치료사 등의 재활치료전문자격증을 소지한 준의료 인력까지 확대하는 방안을 마련하여야 한다.

또한 노인의료복지시설의 경우에는 중·대규모의 시설이 대부분이어서 치매질환과 같은 소규모시설에서의 운영효율 및 생활의 질적 수준을 제고시킬 수 있는 여지가 부족한 실정이다. 따라서 소규모 시설장의 자격기준을 완화하여 확대시킬 수 있는 근거기준을 마련하여야 한다.

둘째, 장기적으로 재가·지역사회보호체제를 중심으로 하고 시설보호는 재가 지역사회보호를 보완하는 체제로 방향을 설정하도록 한다. 이는 시설보호가 필요한 장애노인을 제외하고는 지역사회에 살면서 재가에서 각종 보호서비스를 제공받게 함으로써 시설이동에 따른 부작용을 줄이면서 비용도 절감할 수 있고 보호를 받아야 하는 노인 자신의 삶의 질도 높일 수 있기 때문이다. 궁극적으로 이러한 효과는 주간보호 및 단기보호서비스체제가 제대로 구축이 될 때 극대화될 수 있다. 지역사회중심의 재가보호서비스가 중추적이어야 하나, 적절한 시설 보호서비스 공급체계도 아울러 유지할 수 있도록 하는 정책을 수립하여야 한다. 재가노인복지시설을 점진적으로 확충되고 있다 그 동안 저소득층을 중심으로 한 노인복지시스템을 더 확대하고 아울러 중산층을 대상으로 유료화 시설도 점진적인 확대방안을 가지고

있다.

셋째, 노인환자들에게 필요한 일상생활동작의 회복 및 향상을 위하여 노인재활서비스에 대한 급여를 확대시키고 장기요양보호대상노인의 일상생활동작을 회복, 유지 및 증진시키기 위해서는 보다 전문적인 재활치료인력이 필요한데 이를 위해서는 작업치료사를 양성하여 일반적인 일상생활동작 및 수단적인 일상생활동작훈련을 전담할 방안을 검토 할 필요가 있다. 장기요양보호와 관련한 요양시설 및 재가보호시설에 작업치료사들이 적극적으로 배치할 수 있는 방안을 모색하도록 한다.

넷째, 노인에게 빈발하는 질환을 관리한다. 특히 재활치료서비스의 제공이 필요하며 그 이유로 노인에게 가장 흔한 신체 기능 상실의 원인은 뇌졸중과 골절이고 급성질환이나 사고 또는 만성질환으로 인해 상실된 신체기능을 회복하거나 더 이상의 신체기능 손실을 방지하기 위한 재활서비스가 단기병원, 재활병원이나 병동, 전문요양시설, 외래 재활시설, 포괄적인 가정방문서비스 등을 통해 제공되어야 한다.

다섯째, 재가노인의 경우, 주간보호서비스가 이루어지지 않는 시간에 노인의 가정에 직접적으로 방문하여 재활치료 및 ADL 재활훈련을 실시할 수 있도록 하는 방문 재활치료사업정책을 수립할 필요가 있다. 이때 적정의 물리치료사와 작업치료사가 확보되어야 하기 때문에 장기적인 관점에서 정책을 마련하여야 한다.

여섯째, 지역의료체계가 제대로 활성화되기 위해서는 충분한 전문인력을 확보하고 단계별 환자의 이송 및 퇴원과정에서 연계가 원활하게 이루어져야 한다. 또한 전문인력이라고 하면 재활의, 물리치료사, 작업치료사, 간호사등이 포함되고 특히 재활중심치료에서 가장 중요한 인력은 물리치료사와 작업치료사라고 할 수 있으며, 이 확보가 불충분하면 중간시설로서의 기능이 상실되어 장기요양 시설화 될 가능성이 있다

2. 결론

즉 물리치료사와 작업치료사는 재활중심치료에서 가장 중요한 인력으로서 환자의 기능훈련과 일상생활 동작훈련을 포함하여 전반적인 재가서비스확대에 그 중요성이 증대되고 역할이 넓게 포함하게 될 것이다. 방문서비스도 가정간호사만 가능한 현 제도를 보완한 작업치료사와 물리치료사가 포함된 포괄적 팀 접근형식으로 이루어지기 위해서는 법적인 제한을 위한 협회와 학교의 협조가 필요로 한다.

이와 함께 주간보호소시설 및 재가서비스의 문제점으로 지적되고 있는 것은 물리치료 및 작업치료 전문가에 의해 행하여지고 있지 않고 사회복지사 또는 간호조무사, 간호사등에 의해 시행되고 있다. 이런 문제의 발단은 재가서비스의 인력중 물리치료사(혹은 간호조무사) 1인 이라고 명시된 현행법의 잘못을 지적한다. 즉 제도를 보완하여 물리치료사 혹은 간호조무사에서 간호조무사 항목을 삭제하고 물리치료사 1인이라고 확실히 명시하여야 하고 작업치료사도 보완하여 재가서비스에서 기능훈련과 일상생활 동작훈련이 시행될 수 있어야 한다. 아울러 물리치료사 및 작업치료사들의 적극적인 사회참여와 의지와 가장 중요하다. 일례로 산후조리원, 보육업무, 너싱홈, 재가 서비스 다양한 접근을 시도하고 있는 간호사들의 경우같이 치료사들도 노인들을 치료하는 것 외에 기관 운영과 설립등에 관심을 갖는 등 역할 확대를 증진하여야 한다고 생각된다.

참 고 문 헌

- 김효진. 공릉치매노인단기보호센터. 서울시재가노인복지협회, 2002.
- 강종필. 서울시 노인복지정책과 발전방향. 서울시 재가노인복지협회, 2002.
- 강옥모. 21세기 한국의 노인복지정책 방안. 경상대학교 노인건강연구소, 2000.
- 강옥모. 21세기 노인간호 및 복지의 방안. 경상대

- 학교 노인건강연구소, 2000.
- 권순원. 국민의료비추계와 의료비 안정화대책. 한국개발연구원, 1998.
- 명제, 홍상진. 국민의료비의 동향과 구조: 1985-1991. 한국의료관리연구원, 1994.
- 보건사회연구원. 노인장기요양보호정책안. 보건복지부, 2000.
- 변재관. 노인장기요양보험의 종합대책 설립방안 연구. 한국보건사회연구원, 2000.
- 선우취. 노인일상생활수행능력 향상을 위한 보건복지서비스 연계모형 개발연구. 한국보건사회연구원, 2000
- 서울시. 노인 장기요양보호 욕구실태조사 및 정책방안. 한국보건사회연구원, 2001
- 양광희 외. 노인건강관리의 실제와 전망. 수문사, 2001.
- 정경희. OECD국가별 노인성질병치료의 비교방법 및 정책개발에 관한 연구. 한국보건사회연구원, 2000.
- 조대룡. 고령화 사회의 보건복지정책의 비전과 방향. 서울시재가노인복지협회, 2002.
- 정경희 외. 1998년도 전국노인생활실태 및 복지욕구조사. 한국보건사회연구원, 1998.
- 최은희. 박애주간보호시설 운영사례. 서울시재가노인복지협회, 2002.