

## 농촌 재가 장애인의 가정방문 재활서비스 욕구도 분석

이충휘

연세대학교 보건과학대학 물리치료학과 및 보건과학연구소

이현주

연세대학교 대학원 재활학과

박경희

원주기독병원 재활의학과

안덕현

나사렛대학교 재활공학과

### Abstract

### Needs Analysis for Home Rehabilitation Services by Disabled Person in the Rural Areas

**Yi Chung-hwi, Ph.D., P.T.**

Dept. of Physical Therapy, College of Health Science, Yonsei University  
Institute of Health Science, Yonsei University

**Lee Hyun-ju, M.Sc., P.T.**

Dept. of Rehabilitation Therapy, The Graduate School, Yonsei University

**Park Kyoung-hee, M.Sc., P.T.**

Dept. of Rehabilitation, Wonju College of Medicine, Yonsei University

**Ahn Duck-hyun, Ph.D., P.T., O.T.**

Dept. of Rehabilitation Technology, Korea Nazarene University

The purposes of this research were to investigate home care rehabilitation services in rural areas and to collect basic data about disabled persons necessary when for carrying out rehabilitation services. Respondents were selected from six of a total of eight townships (Myon) and one town (Eup) in the Wonju city area. Wonju is in Kangwon Province (Do). Of a total of 338 names provided by the Myon offices, 298 persons were located and included registered and non-registered persons. Conditions included stroke, spinal cord injury, and cerebral palsy in addition to disabilities classified as first, second or third degree, in the case of registered cases. Respondent demographic characteristics, medical characteristics, rehabilitation service needs, willingness to receive rehabilitation service and individual opinions regarding rehabilitation services were analysed by frequency and percentage. The results were as follows:

---

\*본 연구는 1999년도 보건복지부에서 지원한 건강증진연구사업의 연구결과임.

1) Rehabilitation services received by disabled persons living at home in the rural areas surrounding Wonju city were medical rehabilitation (41.7%), diagnosis (36.5%), rehabilitation assistive devices (7.6%), social assistance (7.1%), rehabilitation counseling (3.0%), vocational rehabilitation (1.8%), educational rehabilitation (1.6%) and housekeeping services (0.5%). The majority of rehabilitation services were medical rehabilitation provided at hospitals and oriental medicine hospitals.

2) Sixty point eight percent of respondents expressed their willingness to receive home care rehabilitation services. Needs expressed were highest for medical rehabilitation (27.0%), followed by social assistance (19.4%), medical examination (12.4%), physician-generated diagnosis in the home setting (11.6%), sociopsychological rehabilitation (9.3%), vocational rehabilitation (7.6%), rehabilitation engineering (6.0%), educational rehabilitation (3.3%), and housekeeping services (3.3%).

3) Rehabilitation service needs were analyzed by severity classification: 65.8% of first degree, 62.7% of second degree and 55.6% of third degree disability classification, and 62.7% of non-registered disabled individuals responded that rehabilitation service was necessary.

4) Rehabilitation service needs were also analyzed by diagnosis: 62.6% of stroke, 85.5% of amputation, 60.0% of spinal cord injury and 52.4% of traumatic brain injury respondents answered positively that they were willing to receive rehabilitation service if it were to be provided. Rehabilitation service utilization data of disabled individuals living at home in rural areas were investigated and their rehabilitation needs analyzed.

This critical information can be used when community-based rehabilitation programs for disabled persons living at home are planned for provision out of a public health center or when community-based rehabilitation welfare policy is formulated.

**Key Words:** Disabled persons; Home rehabilitation services; Needs analysis; Rural areas.

## 1. 서론

우리 나라의 장애인 복지서비스는 주로 시설에 수용시켜서 보호하는 개념으로 알려져 있으며 전체 장애 인구의 2.8% 만이 수용시설에서 보호받고 있을 뿐, 나머지 97.2%의 장애인은 가정에서 생활하고 있다(보건복지부, 1994). 1976년 세계보건기구(WHO)에서는 재활을 필요로 하는 장애인 인구에 비하여 재활서비스를 받는 장애인은 2~3%에 불과하므로, 서비스를 받는 재가장애인의 수를 증가시키기 위한 대안으로 지역사회중심 재활사업(community-based rehabilitation: CBR)

을 제안하였다. 지역사회중심재활사업에서는 지역의 1차 보건의료요원에 대한 지속적인 교육과, 사회의 기존자원을 효과적으로 활용하여 장애인이 완전히 자립하여 지역사회 내에 통합할 수 있도록 지원한다. 이를 통하여 장애인에게 양질의 삶을 제공하고, 일반인의 장애인에 대한 태도와 행동의 변화를 기대하며, 지역사회를 발전시킬 수 있도록 한다는 개념이다. 지역사회중심재활사업의 내용 중에 중증 재가장애인을 대상으로 가정방문 재활서비스를 시행하는 것은, 전문 재활 방문팀이 수시로 이들 가정을 방문하여 각종 치료와 상담, 간호 등을 제공함으로써 치료의

연속성을 부여하여 결과적으로는 재가 중증 장애인의 재활이 지역사회에서 독립적인 주체로서 삶을 영위하도록 돕는 것이다(박옥희, 1998; 보건복지부, 2000; Keith, 1991).

이와 같이 장애인에 대한 서비스가 지역사회를 중심으로 방향이 전환되는 또 다른 이유는 경제성장과 더불어 생활수준의 향상과 의학 발달로 인한 평균수명의 연장을 들 수 있다. 노인인구의 증가로 고혈압, 뇌졸중, 당뇨병, 관절장애 등의 만성질환의 비중이 커졌으며, 교통사고, 산업재해 등으로 인한 장애가 늘어나고 있다(보건복지부, 1994). 이러한 질환의 특징은 장애의 후유증이 오래 지속되므로, 퇴원 후에도 꾸준한 관리가 필요하여(김진수, 1992; Jetta, 2000; McCarthy, 1992), 가정과 사회의 의료비용 부담이 가중된다는 것이다. 또한 급속한 산업화로 점차 핵가족화 되어가고, 노인 단독세대가 증가하며, 여성의 사회 참여가 확대되어 가정 내에서의 가족구성원의 시중, 간호 등에 대한 보호 기능이 약화되고 있다(손준규, 1996). 일반 의료기관에서는 병원 재원의 원활한 순환을 위해 장기환자를 조기퇴원 시켜 장기요양시설로 전환시키려 하나, 우리 나라는 노령자나 장애인을 위한 장기요양시설이 부족하고, 대부분 도시지역에 편중되어 있다. 다른 문제는 요양시설 운영에 있어 장애인 수용비용보다 건물 건축·보수 등의 운영비용, 진료실시, 프로그램 개발, 인력관리 등의 비용부담이 크다는 것이다(최연순 등, 1993). 또한 시설에 있는 장애인들은 사회적 적응력이 약화된다. 즉, 시설 바깥의 사회에서는 적응하지 못하는 현상으로 나타, 무료전화, 이기심 등과 같은 사회·심리적 질환을 갖게 되어, 사회 구성원으로서의 역할을 하기 어렵게 된다(김태곤, 1999).

이러한 시설 수용의 문제점을 해결하기 위하여 재가장애인 복지서비스를 제안할 수 있다. 재가장애인 복지서비스란 노령, 질병, 장

애 등의 이유로 타인의 보호를 필요로 하게 되는 경우 시설에 수용하지 않고 가정에서 생활하면서 지역사회로부터 일상생활을 위한 서비스와 자립할 수 있는 프로그램을 제공받는 것을 말한다(정영일 등, 1998). 재가장애인 복지서비스의 여러 사업 중 가정방문 재활서비스는 가정방문이라는 수단을 이용하여 장기치료를 필요로 하는 환자들에게 예방적·지지적·치료적 서비스를 포함하는 포괄적인 치료를 제공하는 것으로, 궁극적으로 환자와 그 가족이 스스로 가정에서 장기적이며 지속적으로 건강을 관리할 수 있는 능력을 획득하도록 하는데 목적이 있다(강세운, 1991; 양영애, 1997; Jetta, 2000). 실질적인 재가장애인 복지서비스 시행을 위해서는 이러한 의료 재활사업, 교육재활사업, 직업재활사업, 심리 재활사업이 포괄적으로 접근되어야 한다. 재가복지서비스는 시설 수용 시 소요되는 막대한 인력과 재원을 절감시키며, 가정과 지역사회 안에서 정서적으로 안정된 생활을 할 수 있도록 한다. 따라서 지역사회를 중심으로 장애인 자신과 가족, 주위의 기존 지역사회자원과 인력을 훈련하고 활용하여, 보다 효과적이고 경제적으로 장애인의 재활과 사회적 통합을 이룰 수 있다. 가족의 보호기능이 약화되었을 때 방문 재활팀이 가족의 기능을 부분적으로 보충하여, 장애인에게는 더 많은 재활의 기회를 제공하고, 가족의 심리적, 경제적, 사회적 부담을 줄일 수 있도록 한다(서미혜, 1995; 이준상, 1999; Wendy 등, 2000).

재가장애인들에게 의료인과 건강관리요원이 접근하여 이들의 욕구를 파악하고 충족시켜주는 것은 복지국가를 지향하는 국가의 중요한 의무이다. 몇몇 도시지역을 중심으로 재가장애인에 대한 경향조사나 그들의 재활서비스 욕구도에 대한 조사가 이루어지고 있으며, 가정방문간호나 순회재활서비스 같은 의료서비스가 시행되고 있다(김동현, 1999; 김선엽, 1997; 부천시 장애인종합복지관, 1993;

이건우, 1994; 조영주, 1997). 그러나 농촌지역의 경우 뇌졸중, 척수손상, 뇌성마비 등의 중증장애인에 대한 파악이나, 현재 그들이 받고 있는 서비스 종류, 재활서비스 욕구도, 그리고 서비스의 시행을 위하여 지역사회의 특성 등에 관한 연구는 희박하다(김동현, 1999; 박세영, 1996). 새로운 사업의 시행에 앞서 욕구도를 측정하는 것은 자원의 효율적인 배분, 사업의 내용과 과정의 설계, 사업 결과에 대한 평가의 기초로써 매우 중요하다. 농촌지역의 경우 서비스의 대상이 한정되어 있고, 서비스의 내용이 비전문적·제한적이기 때문에, 장애인의 서비스 욕구와 시행 가능한 서비스간에는 많은 차이를 보이고 있다(안성심, 1998; 이진우, 1994). 농촌지역 장애인 상당수는 의료재활서비스의 이용 측면에서 도시지역에 거주하는 장애인보다 소외되어 있고, 재활의 잠재력이 충분히 있으나 의료서비스 접근의 기회가 차단되어 있기 때문에 재활 잠재력이 발휘되지 못하는 경우가 많다(이진우, 1994). 따라서 농촌지역의 가정방문 재활서비스 제도의 도입을 위해 농촌지역 장애인들의 특성과 욕구도를 파악하여, 가정방문 재활서비스를 활성화하는 연구가 필요하다.

이 연구의 목표는 강원도 원주시 농촌지역 중증 재가장애인의 장애 정도와 종류 및 재활서비스 이용실태와 가정방문 재활서비스 욕구도를 파악하여, 보건소를 중심으로 효율적인 재가장애인을 위한 지역사회재활 프로그램의 계획 혹은 지역사회 재활복지정책의 방향을 모색하는 데 있다. 이를 위해 본 연구의 구체적인 연구내용은 다음과 같다.

첫째, 농촌지역 재가장애인의 일반적·사회 의학적 특성과 장애문제를 조사한다.

둘째, 농촌지역 재가장애인의 장애와 연관된 현재의 재활서비스 이용실태와 실질적으로 요구되는 욕구도를 분석한다.

셋째, 농촌지역 재가장애인의 가정방문 재활서비스 프로그램을 계획하기에 앞서 야기되는 문제점을 분석한다.

넷째, 실제 재활서비스 욕구도와 야기되는 문제점의 수정방안을 제시하여 올바른 정책 방향을 제시한다.

## I. 연구방법

### 1. 연구대상 및 연구기간

강원도 원주시의 소재 10개 동, 1개 읍, 8개 면 중 농촌지역 1개 읍(문막읍), 6개 면(호저면, 신림면, 부론면, 흥업면, 귀래면, 판부면)을 확률화 추출법(random sampling)으로 선정하여 이 지역의 장애인 등록명부에 등록된 지체, 뇌병변 1·2·3급의 장애인과 뇌졸중, 척수손상, 뇌성마비 환자 등의 미등록 중증 재가장애인을 대상으로 설문지를 이용한 방문 면접조사를 실시하였다.

설문 조사에 응답한 대상을 지역별로 비교해보면 문막읍이 전체 대상의 109명(36.6%)으로 가장 많았으며, 호저면 51명(17.1%), 신림면 44명(14.8%), 부론면 31명(10.4%), 흥업면 24명(8.0%), 귀래면 23명(7.7%), 판부면 16명(5.4%)의 순으로 나타났다. 전체 298명의 응답자 중 미등록장애인은 91명(30.5%)이었다. 조사대상자들의 연령은 2~93세로 다양한 연령대에 분포하고 있었으며, 장애기간은 7개월에서부터 852개월까지 넓은 범위의 분포를 하였다.

조사기간은 2000년 3월 25일부터 2000년 5월 15일까지 총 2개월 동안 이루어졌으며, 본 조사에 앞서 사전조사(pilot study)를 실시하여 설문지를 수정·보완하였다. 조사원간에 면접의 일관성을 유지하기 위하여 면접지침을 마련하여 4주간 교육을 실시한 후 조사하였다.

총 338명의 면접대상자 중 298명(88.1%)명으로부터 설문지를 회수하였다. 장애인이 설

문조사에 응할 수 없는 경우에는 장애인의 상태를 가장 잘 파악할 수 있는 배우자, 자녀, 간병인 등의 보호자가 설문조사에 응하도록 지침을 마련하였다.

## 2. 자료수집 방법

### 가. 실행과정

첫째, 강원도 원주시에 속한 농촌지역 가운데에서 선정된 1개 읍과 6개 면의 해당 관할 구역 내의 등록된 장애인과 미등록된 장애인을 찾아내었다. 읍·면사무소의 도움을 받아 장애인 등록명부와 통장·이장·반장의 연락처를 확보한 후, 이들과 지역주민의 안내로 지역 내의 지체 1·2·3급 등록장애인과 뇌졸중, 척수손상, 뇌성마비 등으로 진단을 받고 가정에 거주하고 있는 미등록장애인의 소재를 파악하였다. 둘째, 연구수행을 위하여 설문조사원들에게 면접요령과 지역사회 현황에 대한 교육을 시키고 가구 방문면접조사를 실행하였다. 설문조사원이 위치가 확인된 이들 재가장애인의 가정을 직접 방문하여 장애인과 그 가족들에게 동의를 구하고, 장애인 본인과 직접 개별면접(face to face interview)을 하였다. 장애인의 의사소통에 문제가 있는 경우에는 보호자를 통해 설문조사를 하였다.

### 나. 설문지 내용

설문지는 응답자의 일반적 특성(연령, 교육수준), 사회·경제적 특성(직업), 의학적 특성(장애, 장애원인, 장애기간, 보장구 사용여부, 일상생활동작 수행능력), 재가장애인 재활서비스 실태(등록여부, 일상생활보조, 재활서비스 종류, 현재 재활서비스 이용 여부), 재활욕구(경제적·교육적·의료적 지원, 필요한 가정방문 재활서비스의 종류, 방문횟수)의 항목을 조사하였다.

설문내용 중 조사대상 장애인의 일상생활 수행능력정도를 평가하기 위하여 FIM (Functional

Independence Measure)을 사용하였다. FIM은 재활환자의 장애(disability)에 대한 경중도(severity)와 의료적 재활프로그램의 결과를 기록하는 도구로서 적용하기 쉽고, 타당도와 신뢰도가 높다(Julia와 Denis, 1997). FIM은 현재 장애환자의 일상생활능력을 객관적으로 평가하는데 널리 사용되고 있으며 소정의 교육과 평가과정을 이수한 재활의학과 의사, 간호사, 치료사 등에 의해 미국에서 널리 사용되고 있으나 국내에서는 아직 도입 초기 단계로 대부분 국내병원에서는 작업치료사를 중심으로 사용되고 있다. 이 도구는 총체적인 기능평가를 위한 18개의 세부항목으로 구성되어 있는데 신변처리동작(self-care)과 팔약근 조절능력 8개 항목, 움직임 능력(mobility) 5개 항목, 의사소통 및 사회성 인지능력(communication/social cognition) 5개 항목으로 구분하고 있으며, 각 항목은 환자의 기능 정도에 따라서 7단계의 점수를 각각 부여한다.

1점은 독립적인 동작 수행이 25% 이하 가능한 경우(total assist), 2점은 최대의 신체적 도움이 필요한 경우로 25%~50% 정도의 독립적 동작 수행이 가능한 경우(maximal assist), 3점은 중등도의 신체적 도움이 필요한 경우로 50%~75% 정도의 동작 수행이 가능한 경우(moderate assist), 4점은 약간의 신체적 도움이 필요한 경우로 75% 이상의 동작수행이 가능한 경우(minimal assist), 5점은 신체적 도움 없이 보호, 감독 하에 동작수행이 가능한 경우(suspension), 6점은 신체적 도움은 필요 없으나 보조기구를 사용하여 동작수행이 가능한 경우(modified independence), 7점은 완전히 독립적이고 정상적인 수준(complete independence)으로, 총 126점이 가장 높은 점수이고, 18점이 가장 낮은 점수이다(Timothy, 1999).

### 3. 분석방법

자료처리 및 분석을 위한 통계는 가정방문을 통하여 면접 조사된 사례의 각 문항을 계량화 한 SPSS/PC+ (Statistical Package for the Social Sciences/PC+) 통계프로그램을 이용하여 전산처리 하였다. 분석할 때는 응답자의 인구학적 특성, 의학적 특성, 사회경제적 특성, 재활욕구, 가정방문 재활서비스의 이용 의사, 가정방문 재활서비스에 대한 견해 등을 빈도(frequency)와 백분을 그리고 교차분석(cross tabulation analysis) 하였다.

## II. 연구 결과

원주시 주변의 농촌지역 1개 읍과 8개 면

표 1. 연령과 교육수준 (단위: 명)

		빈도(%)
연령	0~10	6( 2.0%)
	11~20	10( 3.4%)
	21~30	16( 5.4%)
	31~40	35( 11.7%)
	41~50	46( 15.4%)
	51~60	43( 14.4%)
	61~70	82( 27.5%)
	71~80	48( 16.2%)
	81~90	11( 3.7%)
91~	1( 0.3%)	
교육 수준	무학	93( 31.3%)
	초등학교	88( 29.5%)
	중학교	49( 16.4%)
	고등학교	45( 15.1%)
	전문대 이상	20( 6.7%)
	특수 중·고교	3( 1.0%)
	계	298(100.0%)

중, 소초면과 지정면을 제외한 1개 읍과 6개 면의 중증장애인을 대상으로 설문조사가 실시되었다. 총 338부의 설문지를 배부한 후 298부를 회수하여 응답률은 88.1% 이었다.

### 1. 대상자의 일반적 특성

대상자들의 연령은 최저 2세부터 최고 93세까지이며, 61~70세가 82명(27.5%)으로 가장 많았다. 취약집단이라고 할 수 있는 4세 이하 61세 이상 인구는 각각 5명(1.7%), 142명(47.7%)으로 나타났다. 교육 수준은 국졸 이하의 학력이 181명(60.8%), 전문대졸 이상의 학력은 23명(6.7%)이었다. 조사 대상 중 특수학교에서 교육을 받은 사람은 3명(1.0%)으로 전국 장애인(3.2%)과 비교하여 상대적으로 낮았다. 전체 응답자 중 61세 이상의 노인의 비율이 47.6%이었다(표 1).

전체 응답자의 175명(58.7%)이 무직이었다. 장애인의 직업별 빈도는 농업이 60명(20.1%)으로 가장 높았고 상업 16명(5.4%), 근로자 16명(5.4%), 축산업 1명(5.3%), 공무원 1명(5.3%) 순으로 대부분 단순노동이었다(표 2). 175명의 미취업 장애인의 직업이 없는 이유는 취업하고 싶으나 장애가 심해서 111명(63.4%), 주위 여건부족 22명(12.6%), 취업 의사가 없어서 9명(5.1%) 등이었다.

표 2. 직업 (단위: 명)

직업	빈도(%)
농업	60( 20.2%)
상업	16( 5.4%)
근로자	16( 5.4%)
축산업	1( 0.3%)
공무원	1( 0.3%)
무직	175( 58.7%)
기타	29( 9.7%)
계	298(100.0%)

## 2. 대상자의 의학적 특성

응답자들의 장애를 보면, 뇌졸중이 80명(26.8%)으로 가장 많았으며, 절단환자 37명(12.4%), 척수손상 25명(8.4%), 외상성 뇌손상 21명(7.0%), 뇌성마비 19명(6.4%), 소아마

비 19명(6.4%), 신체 기능장애 14명(4.7%), 신장장애 9명(3.0%), 심장장애 5명(1.7%) 순으로 나타났다. 장애원인은 교통사고 등의 외상이 84명(28.2%)으로 가장 많았고, 뇌졸중 등의 뇌질환 80명(26.8%), 산업재해 24명(8.1%), 선천적 기형 19명(6.4%), 관절염 등 만성 질환 13명(4.4%), 질환으로 인한 척수손상 6명(2.0%), 약물이나 가스중독 2명(0.7%), 원인불명 30명(10.1%), 기타 40명(13.3%)으로 나타났다. 기타의 내용으로는 소아마비 등이 있었다. 장애인의 장애기간은 최소 1개월에서 최대 71년이었다. 5년에서 10년 사이가 60명으로 전체의 20.1%이었으며, 10년 이상 장애를 가진 만성 장애인도 147명(49.4%)으로 나타났다(표 3).

표 3. 장애, 장애원인 및 장애기간 (단위: 명)

		빈도(%)	
장애	뇌졸중	80( 26.8%)	
	절단	37( 12.4%)	
	척수손상	25( 8.4%)	
	외상성 뇌손상	21( 7.0%)	
	뇌성마비	19( 6.4%)	
	소아마비	19( 6.4%)	
	신체기능장애	14( 4.7%)	
	신장장애	9( 3.0%)	
	심장장애	5( 1.7%)	
	기타	69( 23.2%)	
장애원인	교통사고 등 외상성 뇌졸중 등의 뇌질환 뇌질환	84( 28.2%)	
	산업재해	24( 8.1%)	
	선천적 기형	19( 6.4%)	
	관절염 등 만성 질환	13( 4.4%)	
	척수손상(질환)	6( 2.0%)	
	약물, 가스중독	2( 0.7%)	
	원인 불명	30( 10.1%)	
	기타	40( 13.3%)	
	장애기간	1년 미만	17( 5.7%)
		1~2년 미만	23( 7.7%)
2~3년 미만		18( 6.0%)	
3~4년 미만		24( 8.1%)	
4~5년 미만		9( 3.0%)	
5~10년 미만		60( 20.1%)	
10~20년 미만		47( 15.8%)	
20~30년 미만		33( 11.1%)	
30~40년 미만		29( 9.7%)	
40년 이상		38( 12.8%)	
계	298(100.0%)		

전체 장애인 중 보장구를 사용하는 장애인은 141명(47.3%)으로 나타났으며, 가장 많이 사용하는 보장구는 지팡이가 55명(39.0%)으로 가장 많았고, 휠체어 29명(20.6%), 의수·의족 21명(14.8%), 목발 17명(12.1%), 보조기 9명(6.4%), 보청기 2명(1.4%) 순 이었다(표 4).

응답장애인의 자조활동(self care)의 여섯 가지 항목의 수행능력은 먹기(eating)의 경우 18명(6.0%)이 완전 도움, 23명(7.7%)이 중간 정도의 도움을 필요로 하였고, 꾸미기(grooming)는 각각 41명(13.7%), 31명

표 4. 사용중인 보장구 (단위: 명)

보장구 종류	빈도(%)
지팡이	55( 39.0%)
휠체어	29( 20.6%)
의수, 의족	21( 14.8%)
목발	17( 12.1%)
보조기	9( 6.4%)
기타	10( 7.1%)
계	141(100.0%)

(중복응답 허용함)

(10.4%), 목욕하기는 66명(22.1%), 44명(14.7%), 상의 입기는 49명(16.4%), 28명(9.4%), 하의 입기는 49명(16.5%), 30명(10.1%), 화장실 사용하기는 42명(14.1%), 28명(9.4%)의 도움을 각각 필요로 하였다. 그 중 목욕하기에 대한 도움이 36.8%로 가장 높

았다(표 5).

소변보기 조절 능력은 35명(11.8%)이 완전 도움, 14명(4.7%)이 부분적인 도움을 필요로 했으며, 대변보기의 경우 32명(14.2%)이 완전 도움, 17명(5.7%)이 부분적인 도움을 필요로 하였다(표 6).

표 5. 자조활동

(단위: 명)

자조활동	먹기(%)	꾸미기(%)	목욕하기(%)	상의입기(%)	하의입기(%)	화장실사용하기(%)
완전의존	15( 5.0%)	32( 10.8%)	46( 15.4%)	34( 11.4%)	36( 12.1%)	32( 10.7%)
최대보조필요 (25% 이상 수행)	3( 1.0%)	9( 3.0%)	20( 6.7%)	15( 5.0%)	13( 4.4%)	10( 3.4%)
중간보조필요 (50% 이상 수행)	8( 2.7%)	11( 3.7%)	25( 8.4%)	13( 4.4%)	13( 4.4%)	12( 4.0%)
최소보조필요 (75% 이상 수행)	7( 2.3%)	14( 4.7%)	15( 5.0%)	12( 4.0%)	12( 4.0%)	6( 2.0%)
지도감독	8( 2.7%)	6( 2.0%)	4( 1.3%)	3( 1.0%)	5( 1.7%)	10( 3.4%)
부분독립	32( 10.8%)	28( 9.4%)	25( 8.4%)	28( 9.4%)	36( 12.1%)	42( 14.1%)
완전독립	225( 75.5%)	198( 66.4%)	163( 54.7%)	193( 64.8%)	183( 61.3%)	186( 62.4%)
계	298(100.0%)	298(100.0%)	298(100.0%)	298(100.0%)	298(100.0%)	298(100.0%)

표 6. 괄약근 조절하기 (소변보기, 대변보기)

(단위: 명)

괄약근 조절하기	소변보기(%)	대변보기(%)
완전의존	25( 8.4%)	24( 8.1%)
최대보조필요(25% 이상 수행)	10( 3.4%)	8( 2.7%)
중간보조필요(50% 이상 수행)	8( 2.7%)	10( 3.4%)
최소보조필요(75% 이상 수행)	4( 1.3%)	6( 2.0%)
지도감독	2( 0.7%)	1( 0.3%)
부분독립	23( 7.7%)	23( 7.7%)
완전독립	226( 75.8%)	226( 75.8%)
계	298(100.0%)	298(100.0%)



위치이동(transfer) 항목 중 침상, 의자, 의자차(wheel chair)는 39명(13.1%)이 완전도움을 필요로 하며, 31명(10.4%)이 부분적인 도움을 필요로 하였다. 화장실은 각각 41명(13.8%), 29명(9.7%), 욕조와 샤워 시에는 45명(15.1%), 33명(11.0%)이 도움을 필요로 하였다. 이동(locomotion) 항목 중 걷기, 의자차는 46명(15.5%)이 완전도움을 필요로 하였으며, 46명(15.4%)이 부분적인 도움을 필요로 하였다. 계단 오르기는 73명(24.5%)이 완전도움, 46명(15.4%)이 부분적인 도움을 필요로 하였다(표 7).

의사소통 능력(communication) 중 이해하기는 22명(7.4%)이 완전 도움을, 35명(11.8%)이 부분적인 도움을 필요로 하며, 표현하기는 각각 29명(9.7%), 39명(13.1%)이 도움을 필요로 하였다. 사회인지능력(social interaction)의 경우, 대인관계는 42명(14.1%)이 완전 도움, 32명(10.8%)이 부분적인 도움을 필요로 하며, 문제해결능력은 각각 46명(15.5%), 31명(10.4%), 기억력의 경우 각각 32명(10.7%),

28명(9.4%)이 도움을 필요로 하였다(표 8).

장애 등급별 응답자의 일상생활동작의 수행 능력은 126점 만점으로 지체 1·2·3급 장애인의 평균 FIM 점수는 각각 79.0±34.8, 106.6±26.1, 117.9±14.6으로, 1급이 가장 일상생활동작능력에 있어 의존적이며, 3급이 비교적 독립적이었다. 미등록장애인의 경우 1급과 2급의 중간인 96.1±34.4점으로 나타났다(표 9).

### 3. 재활서비스 실태

전체 응답자 중 미등록장애인은 91명이며, 등록장애인 207명 중 등록 계기를 응답한 등록장애인은 187명이었다. 대상자들의 장애인 등록 계기는 면사무소나 보건소 또는 병원같이 공공기관에서의 안내 92명(49.2%), 장애인 스스로나 주변 사람들의 권유 78명(41.7%), 그 외의 계기로는 TV나 라디오의 광고 방송을 통하여나 보험회사의 도움 등이었다. 91명의 미등록장애인이 장애인 등록을 하지 않은 이유는 절반 이상인 43명(55.8%)이 등록 방

표 7. 위치이동 (침상/의자/의자차, 화장실, 욕조/샤워)과 이동(걷기/의자차, 계단 오르기) (단위:명)

	위치 이동			이동	
	침상/의자/ 의자차(%)	화장실 (%)	욕조/샤워 (%)	걷기/의자차 (%)	계단 오르기(%)
완전의존	29( 9.7%)	33( 11.1%)	36( 12.1%)	36( 12.1%)	60( 20.1%)
최대보조필요 (25% 이상 수행)	10( 3.4%)	8( 2.7%)	9( 3.0%)	10( 3.4%)	13( 4.4%)
중간보조필요 (50% 이상 수행)	12( 4.0%)	12( 4.0%)	15( 5.0%)	9( 3.0%)	9( 3.0%)
최소보조필요 (75% 이상 수행)	9( 3.0%)	7( 2.3%)	11( 3.7%)	18( 6.0%)	17( 5.7%)
지도감독	10( 3.4%)	10( 3.4%)	7( 2.3%)	19( 6.4%)	20( 6.7%)
부분독립	59( 19.8%)	63( 21.1%)	54( 18.2%)	87( 29.2%)	72( 24.2%)
완전독립	169( 56.7%)	165( 55.4%)	166( 55.7%)	119( 39.9%)	107( 35.9%)
계	298(100.0%)	298(100.0%)	298(100.0%)	298(100.0%)	298(100.0%)

표 8. 의사소통 능력(이해하기, 표현하기)과 사회인지능력(대인관계, 문제해결능력, 기억력) (단위: 명)

의사소통능력	이해하기 (%)	표현하기 (%)	대인관계 (%)	문제해결능력 (%)	기억력 (%)
완전의존	14( 4.7%)	18( 6.0%)	29( 9.7%)	33( 11.1%)	21( 7.0%)
최대보조필요 (25% 이상 수행)	8( 2.7%)	11( 3.7%)	13( 4.4%)	13( 4.4%)	11( 3.7%)
중간보조필요 (50% 이상 수행)	14( 4.7%)	18( 6.0%)	17( 5.7%)	12( 4.0%)	17( 5.7%)
최소보조필요 (75% 이상 수행)	8( 2.7%)	10( 3.4%)	5( 1.7%)	9( 3.0%)	5( 1.7%)
지도감독	13( 4.4%)	11( 3.7%)	10( 3.4%)	10( 3.4%)	6( 2.0%)
부분독립	17( 5.7%)	14( 4.7%)	22( 7.4%)	21( 7.0%)	31( 10.4%)
완전독립	224( 75.1%)	216( 72.5%)	202( 67.7%)	200( 67.1%)	207( 69.5%)
계	298(100.0%)	298(100.0%)	298(100.0%)	298(100.0%)	298(100.0%)

표 9. 등급별 기능(FIM) 수준

	빈도(명)	FIM 점수
미등 록자	91	96.1±34.4
1급	41	79.0±34.8
2급	67	106.6±26.1
3급	99	117.9±14.6
계	298	103.4±30.2

(최대 : 126점, 최소 : 18점)

법을 잘 몰라서였다. 다른 이유로는 장애인 등록 기준에 해당되지 않아서 22명(28.6%), 등록하여도 받을 수 있는 혜택이 미비해서 3명(3.9%), 도움을 원하지 않아서 3명(3.9%)이며, 기타 내용으로는 면사무소 직원이 거부하거나 병원 진단 시 이상이 없어서, 그리고 자신이 장애인이라는 사실을 알리고 싶지 않아서라고 응답하였다(표 10).

장애인 스스로 일상생활을 하는데 도움이 필요하다고 느끼는 경우는 184명(61.8%)이며,

표 10. 장애인 등록 실태와 등록·미등록 (단위: 명)

장애등록	계기/이유	빈도(%)
등록	본인·가족·이웃의 안내	71(23.9%)
	면사무소·보건소 안내	52(17.5%)
	병원 안내	30(10.0%)
	기타	34(11.4%)
	무응답	20( 6.7%)
미등록	장애인 등록 방법을 몰라서	43(14.4%)
	장애인 기준에 해당되지 않아서	22( 7.4%)
	기타	12( 4.0%)
	무응답	14( 4.7%)
계		298(100.0%)

그 중 38명(12.8%)이 도와주는 사람이 없다고 하였다(표 11). 장애인의 일상생활을 보조

하는 사람으로는 배우자가 83명(56.8%)으로 가장 많았고, 부모, 자녀, 간병인, 친척, 형제·자매, 이웃주민 순으로, 대부분 가족들이 장애인의 보조를 맡고 있었다.

표 11. 일상생활 보조 필요 정도 (단위: 명)

일상생활 보조 필요 정도	빈도(%)
도움이 필요하고 도와주는 사람이 있다	146( 49.0%)
도움이 필요하나 도와주는 사람이 없다	38( 12.8%)
도움이 필요 없다	114( 38.2%)
계	298(100.0%)

장애인들이 재활서비스를 받은 주된 장소는 병원이나 의원이었고, 그 외에 한방병원과 의원, 보건지소나 종교·복지 단체 시설을 이용하거나 특수학교 상담기관을 이용하였다. 대부분의 장애인들이 장애 초기에 치료 중심의 의료재활을 받았고, 보건지소나 종교단체·복지단체 시설을 통한 지역사회중심재활을 이용한 장애인은 51명(12.0%)이었다. 그 외에 민간요법이나 무속치료에 의존한 경우는 4명(4.9%)이었다(표 12).

장애인들이 받은 재활서비스 중에서 약물치료, 수술치료, 물리치료, 작업치료, 한방치료 등의 의료재활이 254명(41.7%)이었다. 지능검사, 염색체검사, 뇌파검사, 컴퓨터 촬영, 청력검사, 뇌파검사 등을 포함하는 진단은 223명(36.5%)으로, 장애인 등록을 받기 위해 실시된 진단도 여기에 포함되었다. 재활공학 항목은 보장구 제작, 장착훈련, 수리와 관련된 항목으로 주로 절단환자에게 이용되어 46명(7.6%)이 사용하였다. 일시 수용보호, 의료보장, 생활비보조 등과 관련된 사회보장은 43명(7.1%), 개별상담, 집단상담, 재활정보 문의 등과 관련된 재활상담은 18명(3.0%), 직업훈

표 12. 재활서비스를 받은 장소와 종류 (단위: 명)

재활서비스를 받은 장소	빈도(%)
병원, 의원	260( 61.2%)
한방 병원, 의원	87( 20.5%)
보건지소	40( 9.4%)
민간요법	17( 4.0%)
종교단체 복지단체 시설	11( 2.6%)
무속치료	4( 0.9%)
특수학교	3( 0.7%)
상담기관	1( 0.2%)
기타	2( 0.5%)
계	425(100.0%)

(중복응답 허용함)

련, 취업알선, 보호작업 등을 포함하는 직업재활은 11명(1.8%)이 받은 것으로 나타났다. 특수학교 입학, 조기특수교육, 언어치료, 점자, 청력, 수화 등의 교육재활은 10명(1.6%), 가사서비스는 3명(0.5%)이 받는 것으로 나타났다(표 13).

표 13. 재활서비스를 받는 장소와 종류 (단위: 명)

재활서비스 종류	빈도(%)
의료재활	254( 41.7%)
진단	223( 36.5%)
재활공학	46( 7.6%)
사회보장	43( 7.1%)
재활상담	18( 3.0%)
직업재활	11( 1.8%)
교육재활	10( 1.6%)
가사서비스	3( 0.5%)
기타	1( 0.2%)
계	609(100.0%)

(중복응답 허용함)

#### 4. 재활서비스 욕구도

응답장애인들이 가장 필요로 하는 재활서비스 종류는 의료재활이었다(27.0%), 그 다음은 사회보장(19.4%), 종합진단(12.4%), 의사의 가정방문진단(11.6%), 사회심리재활(9.3%), 직업재활(7.6%), 재활공학(6.0%), 교육재활(3.3%), 가사서비스(3.3%)이었다(표 14).

표 14. 필요한 재활서비스 종류 단위: 명(%)

필요한 재활서비스	빈도
의료재활	198( 27.0%)
사회보장	142( 19.4%)
종합진단	91( 12.4%)
의사의 가정방문 진단	85( 11.6%)
사회심리재활	68( 9.3%)
직업재활	56( 7.6%)
재활공학	44( 6.0%)
교육재활	24( 3.3%)
가사서비스	24( 3.3%)
기타	1( 0.1%)
계	733(100.0%)

재가방문 재활서비스 시행 시 원하는 방문 횟수는 필요할 때마다(33.2%)가 가장 높았으며, 주 2회 이상이 54명(19.7%), 주 1회가 43명(15.7%), 월 2회가 31명(11.3%), 월 1회가 26명(9.5%) 순으로 나타났다(표 15).

표 15. 재가방문 재활서비스가 필요한 경우 원하는 방문 횟수 (단위: 명)

횟수	빈도(%)
주 2회 이상	54( 19.7%)
주 1회	43( 15.7%)
월 2회	31( 11.3%)
월 1회	26( 9.5%)
필요할 때마다	91( 33.2%)
기타	29( 10.6%)
계	274(100.0%)

재가방문 재활서비스 시행시 구체적으로 필요로 하는 서비스 내용은 가사서비스 항목에서는 집수리가 전체 서비스 욕구빈도의 71명(4.5%)으로 높았다. 다음으로는 목욕보조가 3.2%, 집안청소와 세탁이 2.5%, 식사준비 및 취사가 1.5%, 가사서비스는 11.7%이었다. 간병서비스에서 가장 필요로 하는 부분은 병원동행과 차량지원으로 전체 7.2%이었다. 약품구입 4.8%, 신체운동 3.9%, 병간호 수발 2.7%로 전체 간병서비스 욕구도는 18.6%이었다. 정서적 서비스는 7.3%로 낮았다. 결연서비스는 11%로 특히 재정적 지원과 알선 항목에서 10.5%로 높았다. 가정방문 물리치료는 전체의 9.9%이었으며, 의료기관 보건기관과 연계가 7.2%, 가정방문 한방치료가 6.1%, 가정방문 간호가 3.7%, 가정방문 작업치료는 3.1%로, 전체 의료서비스에 대한 욕구도는 40%이었다. 자립지원서비스 항목 중에서는 취업알선 3.7%, 기능훈련 3.0%, 직업보도 2.5%, 탁아부분 0.3%로, 전체적으로 9.5%의 욕구도를 나타냈다. 기타 이·미용서비스 4.8%, 행정업무 대행 서비스 3.6%, 산책 시 동행 서비스 2.7%, 요양소 입소 안내는 0.7%이었다. 장애인들이 우선적으로 받기 원하는 서비스는 물리치료와 재정적 서비스이었다(표 16).

전체 응답자가 다음의 각 문항에 어느 정도의 서비스를 필요로 하는지 알아보았다. 각 항목에서 '매우 그렇다' 5점, '그렇다' 4점, '보통이다' 3점, '그렇지 않다' 2점, '전혀 그렇지 않다' 1점으로 하였고, 직업 관련 항목에서 60세 이상의 노령이나 중증장애, 혹은 이미 직업이 있는 경우는 NA (not applicable)로 0점을 부여하였다.

경제적인 어려움을 묻는 항목에서 56.7%가 어려움이 있다고 하였고, 그중 지속적인 경제적 후원을 원하는 응답자는 52.6%이었다. 60.4%의 응답자가 건강이 좋지 않아서 정기적으로 의료서비스를 받기 원하였고, 55.7%

표 16. 필요한 재활서비스의 구체적 내용 (단위: 명)

서비스 내용		빈도(%)
가사 서비스	집수리	71( 4.5%)
	목욕보조	50( 3.2%)
	집안청소, 세탁	40( 2.5%)
	식사준비 및 취사	23( 1.5%)
간병 서비스	통원 시 동행, 차량지원	114( 7.2%)
	약품구입	76( 4.8%)
	신체운동	61( 3.9%)
	병간호, 수발	42( 2.7%)
정서적 서비스	말벗, 상담	48( 3.0%)
	여가지도, 취미활동	35( 2.2%)
	학업지도	19( 1.2%)
	책 읽어주기	14( 0.9%)
결연 서비스	재정적 지원 · 알선	166( 10.5%)
	의부모, 의형제 결연	8( 0.5%)
의료 서비스	가정방문 물리치료	156( 9.9%)
	의료기관, 보건기관과 연결	113( 7.2%)
	가정방문 한방 치료	96( 6.1%)
	가정방문 간호	59( 3.7%)
	가정방문 작업치료	49( 3.1%)
자립지원 서비스	취업알선	59( 3.7%)
	기능훈련	47( 3.0%)
	직업보도	39( 2.5%)
	탁아	4( 0.3%)
기타 서비스	이·미용 서비스	76( 4.8%)
	행정업무 대행 서비스	57( 3.6%)
	산책 시 동행 서비스	43( 2.7%)
	요양소 입소 안내	11( 0.7%)
계		1576(100.0%)

(중복응답 허용함)

가 물리치료, 작업치료, 간호 등의 의료적 재활서비스를 필요로 하였다. 시간적, 환경적, 경제적 요인 등으로 병원에 갈 여건이 안 되므로 집에서 간단하게 치료를 받길 원하는 응답자는 51.9%이었다. 응답자 가운데 노령이나 중증 장애로 인해 직업을 가질 여건이 안 되는 44.3%를 제외한 나머지 응답자 가운

데 29.6%가 직업을 구하기 원하였으나, 이중 직업훈련을 받기를 원하는 응답자는 22.5%이었다. 계단이나 화장실 등이 불편하여 개조를 원하는 경우는 45.3%이었으며, 교통이 불편하여 통원 시 동행 서비스나, 장애인 이용 특수차량 운행을 원하는 경우는 55.7%이었다. 장애로 발생하는 문제들을 전

표 17. 재활서비스 욕구도

(단위: 명)

문항	매우 그렇다 (%)	그렇다 (%)	보통이 다(%)	그렇지 않다 (%)	전혀 그렇지 않다(%)
경제적인 어려움이 있다.	80(26.8)	89(29.9)	58(19.5)	43(14.3)	28(9.4)
지속적으로 경제적인 후원을 해주는 사람 혹은 단체가 필요하다.	63(21.1)	94(31.5)	48(16.1)	63(21.1)	30(10.1)
병원에 갈 형편이 안 되므로, 집에서라도 간단하게 치료서비스를 받기 원한다.	47(15.7)	108(36.2)	40(13.4)	74(24.8)	30(10.1)
몸 상태가 좋지 않으므로 정기적으로 의료서비스가 필요하다고 생각한다.	51(17.1)	129(43.3)	27(9.1)	59(19.8)	32(10.7)
물리치료, 작업치료, 간호 등의 의료 재활서비스가 필요하다.	64(21.5)	100(33.6)	36(12.1)	69(22.8)	29(9.7)
직업을 구하는데 어려움이 있다.	42(14.2)	46(15.4)	14(4.7)	35(11.7)	29(9.7)
NA 132(44.3%)					
직업훈련을 받고 싶다.	29(9.7)	38(12.8)	44(14.8)	19(6.4)	34(11.4)
NA 134(45.0%)					
우리집에 있는 계단이나 문턱을 내가 활동하기에 편리하도록 개조하고 싶다.	48(16.1)	87(29.2)	45(15.1)	76(25.5)	42(14.1)
대중교통을 혼자서 이용하기가 힘이 들기 때문에 이러한 문제를 해결하기 위하여 특수차량이 운행되거나 공공시설 등에 장애인 편의시설이 설치되기를 바란다.	67(22.5)	99(33.2)	31(10.4)	63(21.1)	38(12.8)
일상생활이나 장애로 인한 제반문제에 대하여 의논할 대상이 필요하다.	36(12.1)	96(32.2)	53(17.8)	86(28.9)	27(9.1)
누군가가 재활정보를 규칙적으로 제공해 주고, 정보를 활용하는 방법을 설명해 주기를 원한다.	46(15.4)	123(41.3)	43(14.4)	61(20.5)	25(8.4)
가정방문 재활서비스가 시행된다면 많은 도움이 될 것이다.	131(44.0)	47(15.8)	51(17.1)	47(15.8)	22(7.4)
앞으로 재가장애인 재활서비스가 실시된다면 서비스를 받기 원한다.	86(28.9)	95(31.9)	46(15.4)	42(14.1)	29(9.7)

문가와 상담하기를 바라는 장애인은 전체 응답자 중 44.3%이었으며, 56.7%의 응답자가 규칙적으로 재활정보를 요구하였다. 가정방문 재활서비스가 시행된다면 도움이 될 것이라

고 생각하는 장애인은 60.1%이었으며, 60.8%의 장애인이 가정방문 재활서비스가 시행된다면 서비스를 받겠다고 응답하였다(표 17). 앞으로 가정방문 재활서비스가 시행될 경

우 서비스 이용 여부에 대해 각 등급별로 비교 시, 1급의 경우 65.8%, 2급은 62.7%, 3급은 55.6%가 긍정적인 응답을 하였으며, 미등록장애인의 경우는 62.7%가 이용하겠다고 응답하였다. 장애등급이 높을수록 가정방문 재활서비스 욕구도가 높았다.

FIM으로 평가한 기능수준별 재활서비스 욕구도는 총 점수 126점을 18 항목으로 나누어 각 개인의 기능수준으로 반영하였다. 앞으로 가정방문 재활서비스 시행시 서비스를 이용하겠다는 라는 질문에 완전의존 장애인의 64.9%, 최대보조가 필요한(25%이하의 독립적인 활동 가능) 장애인의 78.5%, 중간정도 보조가 필요한(50% 이하의 독립적 활동이 가능) 장애인의 76.4%, 최소보조가 필요한

(75% 이하의 독립적 활동이 가능) 장애인의 63.6%, 지도감독이 필요한 장애인의 60.0%, 부분독립이 가능한 장애인의 60.1%, 완전독립 장애인의 52.3%가 서비스를 받겠다고 응답하였다. 기능적으로 의존도가 높을수록 가정방문 재활서비스를 받기를 원하였으나, 완전의존 장애인의 경우, 64.9%로 중간정도 보조가 필요한 장애인보다 서비스 욕구도가 낮았다.

장애인의 질환별 재활서비스 욕구도 비교 시, 뇌졸중 환자 50명(62.6%), 절단 환자 25명(85.5%), 척추손상 환자 15명(60.0%), 외상성 뇌손상 장애인 11명(52.4%)이 긍정적인 응답을 하였다(표 18).

표 18. 장애 등급별 · FIM 점수별 · 질환별 재활서비스 이용 욕구도 (단위: 명)

	매우 필요하다 (%)	필요하다 (%)	보통이다 (%)	필요 없다 (%)	전혀 필요 없다(%)	계(%)
장애 등급별						
미등록	31(34.1)	26(28.6)	14(15.4)	10(11.0)	10(11.0)	91(100.0)
1급	14(34.1)	13(31.7)	5(12.2)	5(12.2)	4(9.8)	41(100.0)
2급	22(32.8)	20(29.9)	8(11.9)	11(16.4)	6(9.0)	67(100.0)
3급	19(19.2)	36(36.4)	19(19.2)	16(16.2)	9(9.1)	99(100.0)
기능수준(FIM 점수별)						
완전의존	5(29.5)	6(35.4)	1(5.9)	3(17.7)	2(11.8)	17(100.0)
최대보조필요	6(42.8)	5(35.7)	0(00.0)	3(21.4)	0(00.0)	14(100.0)
중간보조필요	9(52.9)	4(23.5)	1(-5.9)	2(11.8)	1(05.9)	17(100.0)
최소보조필요	9(40.9)	5(22.7)	5(22.7)	1(04.5)	2(09.1)	22(100.0)
지도감독	12(40.0)	6(20.0)	3(10.0)	5(16.7)	4(13.3)	30(100.0)
부분독립	37(27.8)	43(32.3)	23(17.3)	17(12.8)	13(9.8)	133(100.0)
완전독립	8(12.3)	26(40.0)	13(20.0)	11(16.9)	7(10.8)	65(100.0)
진단명(질환별)						
뇌졸중 환자	27(33.8)	23(28.8)	12(15.0)	14(17.5)	4( 5.0)	80(100.0)
절단 환자	9(42.3)	16(43.2)	7(18.9)	2( 5.4)	3( 8.1)	37(100.0)
척추손상 환자	7(28.0)	8(32.0)	1( 4.0)	5(20.0)	4(16.0)	25(100.0)
외상성 뇌손상 환자	6(28.6)	5(23.8)	3(14.3)	6(28.6)	1( 4.8)	21(100.0)
계	86(28.9)	95(31.9)	46(15.4)	42(14.1)	29(9.7)	298(100.0)

연구결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 대상자들의 연령은 최저 2세부터 최고 93세까지이며, 생산연령인 15세 이상 59세 이하의 장애인은 전체의 47.7%이었다. 국졸 이하의 학력이 높았으며, 특수학교 교육을 받은 인구는 전국 장애인과 비교해보면 상대적으로 낮았다.

둘째, 응답자의 직업은 농업이 20.2%로 가장 높았고 상업, 근로자, 축산업, 공무원 순으로, 대부분 단순노동이었다. 이들의 미 취업 이유로는, 취업하고 싶으나 장애가 심하다거나 주위 여건부족 등으로 취업하지 못하였다.

셋째, 응답자들의 장애 유형은 뇌졸중이 가장 많으며, 통증, 관절구축, 절단, 척추손상, 외상성 뇌손상, 뇌성마비, 소아마비, 신체 기능장애, 신장장애, 욕창, 치매, 심장장애 순이었다. 이러한 장애로 인해 114명 가량이 동반장애가 있었으며, 동반장애 유형은 운동마비, 감각마비, 언어장애, 시각장애, 청각장애 순으로 나타났다.

넷째, 장애기간은 최소 1개월에서 최대 71년까지로, 5년에서 10년 사이가 전체의 20.1%로 가장 많이 분포하였으며, 10년 이상 장애를 가진 만성 장애인도 49.4%이었다.

다섯째, 장애의 원인으로서는 외상(교통사고, 산업재해 등)으로 인한 경우가 가장 많고, 뇌 질환(뇌졸중 등), 선천적 기형, 만성 질환(관절염 등), 약물이나 가스중독, 원인불명 순이었다. 기타의 내용으로는 소아마비가 등이 있었다.

여섯째, 보장구를 사용하는 장애인은 전체의 38.9% 가량이고, 주로 사용하는 보장구는 지팡이가 가장 많았고 그 다음으로 휠체어, 의수·의족, 목발, 보조기, 보청기 순이었다. 보장구가 필요하나 사용하지 않는 경우는 182명 중 98명(53.8%)이었다.

일곱째, 응답자의 기능정도를 평가하기 위해 FIM을 사용하였다. 도움이 불필요한 경우가 198명(66.4%)이며, 부분적인 도움이 필요

한 경우는 69명(23.2%), 완전의존이 필요한 경우는 31명(10.4%)이었다. 장애 등급과 응답자의 일상생활활동의 수행 능력을 비교한 경우, 126점이 만점에 지체 1급·2급·3급 장애인의 평균 점수는 각각 79.0±34.8, 106.6±26.1, 117.9±14.6로, 1급 장애인이 가장 일상생활활동 능력에 있어 의존적이었으며, 3급 장애인이 비교적 독립적이었다. 미등록장애인의 경우 1급과 2급의 중간인 96.1±34.4 정도의 능력을 보였다.

여덟째, 등록장애인 207명의 장애인 등록 계기는 면사무소나 보건소 내지는 병원같이 공공기관에서의 안내가 거의 절반을 차지했으며, 장애인 스스로 혹은 주변 사람들의 권유, TV나 라디오의 광고 방송을 통하거나 보험회사의 도움 등이었다.

아홉째, 91명의 미등록장애인이 장애인 등록을 하지 않은 이유는 절반 이상이 등록 방법을 몰라서, 다른 이유로는 장애인 등록 기준에 해당될 것 같지 않아서, 등록하여도 받을 수 있는 혜택이 미비해서 등이었다.

열째, 장애인 스스로 일상생활을 하는데 도움이 필요하다고 느끼는 경우는 61.8%이며, 그중 12.8%는 도와주는 사람이 없다고 하였다. 장애인의 일상생활을 보조하는 사람은 배우자가 가장 많았고, 부모, 자녀, 간병인, 친척, 형제·자매, 이웃주민 순이었다.

열 한 번째, 손상 후 그 질환과 관련하여 재활서비스를 받아본 경험이 있는 응답자는 94.0%이며, 이들이 재활서비스를 받은 장소는 주로 병원이나, 의원이고, 그 외에 한방병원과 의원, 보건지소나 종교·복지 단체 시설을 이용하거나 특수학교, 상담기관 등에서 의료재활(약물치료, 수술치료, 물리치료, 작업치료, 한방치료), 진단(지능검사, 염색체검사, 뇌파검사, 컴퓨터 촬영, 청력검사, 뇌파검사)을 주로 받았고, 재활공학, 사회보장, 재활상담, 직업재활, 교육재활 등을 받은 장애인은 소수였다.



열 두 번째, 응답장애인들이 가장 필요로 하는 재활서비스의 종류는 의료재활이 가장 높았다. 특히 약물치료, 물리치료, 한방치료에 대한 욕구가 높았으며, 의료재활 외에 사회보장, 종합진단, 의사의 가정방문진단, 사회심리재활, 직업재활, 재활공학, 교육재활, 가사서비스 순으로 나타났다. 가정방문 재활서비스가 제공되는 경우 필요한 방문횟수를 물어본 질문에서 필요할 때마다, 주 2회 이상이 가장 높았다.

열 세 번째, 시행되길 바라는 구체적인 서비스 내용은 병원 동행과 차량지원(7.2%), 재정적 지원과 알선(10.5%), 가정방문 물리치료(9.9%), 의료기관 보건기관과 연계(7.2%), 가정방문 한방치료(6.1%)가 많았다.

열 네 번째, 등급별 가정방문 재활서비스 욕구도는 1급, 2급, 미등록, 3급 장애인 순이었다.

열 다섯 번째, 주요 질환별로 재활서비스 욕구도를 보면 뇌졸중 환자는 62.6%, 절단 환자는 85.5%, 척추손상환자는 60.0%, 외상성 뇌손상으로 인한 장애인 중 52.4%가 재활서비스를 받겠다고 하였다.

열 여섯 번째, 기능 수준에 따른 비교를 보면 완전의존인 장애인의 64.9%, 최대한 보조가 필요한 장애인의 78.5%, 중간정도의 보조가 필요한 장애인의 76.4%, 최소한의 보조가 필요한 장애인의 63.6%, 지도감독이 필요한 장애인의 60.0%, 부분독립 가능 환자의 60.1%, 완전 독립 장애인의 52.3%가 서비스를 받겠다고 응답하였다.

#### IV. 고찰

##### 1. 연구자료에 대한 고찰

가. 원주시 내의 장애인 종합 복지관, 보건소 및 장애인 시설현황  
원주시 내에는 명륜 종합사회복지관, 원주

종합사회복지관, 원주 카톨릭 사회복지관이 있어 가정복지, 지역복지, 재가복지, 지역사회복지, 장애인복지, 결연 및 후원사업 등 폭넓게 사업을 실시하고 있다. 또한 원주시에 1개 보건소, 그리고 문막, 흥업, 소초, 호저, 지정, 부론, 귀래, 신태면에 각각 1개의 보건지소가 설치·운영되고 있다. 지역사회중심재활사업이 2000년 올해 시험적으로 시행되기 시작하였으나, 구체적인 장애인 파악이나 욕구도 조사조차 이루어지고 있지 않다. 따라서 원주시 재가장애인으로 등록된 5,078명에 대한 적절한 서비스가 이루어질 수 없는 상황이다.

##### 나. 장애인등급 확대의 필요

일본의 경우 1967년에 심장 및 호흡기기능장애를, 1972년에 신장기능장애, 1984년에 방광 및 직장기능장애, 1986년에 소장기능장애를 내부장애라고 하여 다른 신체상 장애를 가진 자와 동일하게 취급하고 있고, 미국의 경우 외형적 장애뿐만 아니라 신경정신계, 심장계, 생식계, 악성종양 등으로 인한 장애도 장애범주에 포함시켜, 실제 생활의 어려움이 있는 장애인에 대한 이해와 관심이 높은 편이다. 그러나 우리 나라의 경우 2000년 심장, 신장, 뇌병변 장애인을 장애범주에 포함하였으나, 여전히 법적 장애인에 속하지 못한 호흡장애와 같은 만성장애인도 일상생활의 기능 및 능력장애로 인한 사회적 불리(handicap)를 겪고 있다. 따라서 장애인복지정책의 기본이념에 따라 이들에게도 장기적인 재활서비스가 필요하므로 장애범주를 확대하여야 한다.

##### 2. 연구방법에 대한 고찰

가. 대상자 선정에 문제점  
이상의 연구결과는 우선 대상자 선정에 있어서, 원주지역의 6개 면 1개 읍 농촌지역에

거주하는 대상자들은 시에 속해 있는 농촌지역으로 우리 나라 전체 농촌지역의 재가장애인에 대한 결과로 해석하기에는 제한점이 있다. 도시나 어촌 혹은 탄광 지역과는 달리 농촌이라는 지역적인 특성이 고려되어야 할 것이다. 또한 등록장애인 중에서는 장애등급 3급 이내의 장애인만을 대상으로 설문조사를 하였으나, 우리나라의 장애등급 판정의 문제나 등록장애인 차후 관리 소홀 등을 이유로, 혹은 조사기간 중에 병원에 입원 중이거나, 지역주민이 모르는 장애인인 경우, 중증장애인이나 설문대상에서 제외된 장애인이 있을 수 있다.

#### 나. FIM

이 연구에서는 대상자의 일상생활수행능력을 파악하기 위해 FIM이라는 평가도구를 사용하였다. 외국에서는 그 타당도와 신뢰도가 충분히 인정되었으나, 아직 우리 나라에서 적합하게 사용 가능한지에 대한 연구는 충분하지 않다. 비록 기존 여러 연구에서 사용된 다른 평가도구보다 일상생활동작을 폭넓게 수용하고, 점수도 1점에서 7점까지 세분화되어 있으며, 여러 대학병원의 재활의학과 작업치료실에서 사용되고 있으나, 외국의 생활방식이나 주택구조가 우리 나라와는 차이가 있어 그대로 사용하기에는 어려움이 있었다.

#### 다. 지역 장애인의 재활서비스에 대한 사전 지식의 부족

조사 지역의 장애인과 그들 가족은 재활서비스에 대한 사전 정보가 미흡하여, 자신에게 어떤 서비스가 필요한지 알지 못하는 경우가 많았다. 국가의 일원으로서의 기본적인 권리 획득을 위한 적극성도 부족하며, 본인을 위해서 타인이 찾아와서 재활서비스를 제공한다는 것에 대한 미안한 감정 등으로 재활서비스가 필요한 경우에도 본인의 욕구와는 다른 응답을 하는 경우도 있었다. 본인도 재활서

스를 필요로 하나 더 필요로 하는 사람을 위해서 양보하겠다는 이타적인 생각을 가지고 있는 장애인도 많았다. 이러한 경우 장애인의 재활서비스 욕구와 전문가가 판단한 전문적인 요구(professional need) 간에 차이가 나타날 수 있다.

이미 몇몇 지역에서 방문 간호서비스 혹은 순회재활서비스 등이 시행되고 있으나, 포괄적인 가정방문 재활서비스에 대한 개념이 일반화되어 있지 않은 상태에서 이에 대한 제반 설문조사를 실시하였으므로 연구결과의 해석에 신중을 기하여야 한다.

#### 라. 공급자 측면에서의 연구 필요

재활서비스의 욕구도를 파악하는데 있어서 장애인 중심의 사용자 측면에서만 조사되었고, 의사, 간호사, 물리치료사, 작업치료사, 사회 상담사, 가사 봉사원 등의 재가서비스를 시행 할 공급자 측면에서의 욕구도에 대한 연구가 부족하였다. 농촌지역의 경우 인구노령화와 인력부족 문제를 동시에 안고 있으므로, 방문 재활팀을 구성하는 공급자 측면에서도 충분한 수요조사와 시범사업을 통한 성과 분석이 있어야 할 것이다. 시범사업을 통한 프로그램분석으로 문제점과 보완대책을 파악한 이후에 점진적으로 농촌지역 재가장애인의 재활서비스가 확대되어야 할 것이다.

### 3. 연구결과에 대한 고찰

#### 가. 고령

재활을 위한 치료 및 사회적응훈련은 장애의 조기 발견 치료가 중요시되는 아동을 중심으로 이루어진다. 도시장애인의 연령층은 다양한데 비해, 조사지역 농촌 장애인들은 노년층이 약 1/2을 차지하였다(표 5). 이 지역의 장애인들은 교육재활이나 직업재활 분야와 같은 사회참여의 의욕이 대체로 낮은 편이었으며, 필요성을 느끼지 못하고 있었다.

이 분야의 재활을 필요로 하는 젊은 장애인이 있어도 지역 내 관련 재활기관이 부족하여 도시까지 이동하여 치료나 교육을 받아야 하며, 이에 따른 경제적, 시간적 손실이 커서 욕구실현에 걸림돌이 되고 있다.

따라서, 농촌지역의 재가장애인 재활서비스를 시행할 때에는 우선 노령 인구에 적합한 식사준비, 목욕, 세탁 등의 가사원조가 필요하다. 또한 뇌졸중, 통증, 관절염 등의 만성 질환 장애자를 위한 장기적인 진단과 운동치료, 통증치료, 일상생활동작 등의 훈련과, 가족 교육 등의 의료재활서비스 등을 중심으로 한 재활프로그램을 개발하고 적용하여야 할 것이다.

#### 나. 낮은 교육수준

도시지역 장애인의 교육수준은 고등학교 졸업 이상이 45.5%로 가장 높았으나(이충휘 등, 2000), 농촌지역 장애인의 인구학적 장애 특성 조사결과 무학이 31.2%로 가장 많았다(표 7). 이는 안동 거주 노인의 교육수준이 무학이 49%인 것과 유사하다(김선엽, 1997). 이 지역의 장애인의 절반 가량이 60세 이상의 노인이므로(표 5), 정상적인 시설 하에 교육을 받기 힘들었던 시대적 상황을 고려해보면 당연한 결과임을 알 수 있다. 낮은 학력으로 인해 재활서비스에 대한 홍보를 접하여도 자신에게 필요한 적절한 서비스를 알지 못하여, 법에 의해 보장된 기본적인 권리도 행사할 수 없다. 따라서 이러한 농촌지역 장애인에 대한 정책 반영 시 이들에게 좀 더 간단하고 손쉽게 접근할 수 있는 가정방문 재활서비스를 적용하는 것이 적절하다.

#### 다. 지역사회 인적·물적 자원 부족

정부의 산업화·도시화 정책의 결과, 농촌은 상대적 빈곤감이 심화되어가고 있다. 농촌의 젊은 인구가 도시로 이동하여 농촌지역 전체 인구 가운데 생산연령인구는 절반 이하

였다(표 5). 그에 비해 응답 장애인들의 일상 생활에 필요한 먹기, 화장실 사용하기 등과 같은 기본적인 활동을 위해 도움을 필요로 하는 경우는 61.8%로 나타났다(표 34). 따라서 가정 안에서 장애인의 보호기능을 해결하기 어렵다. 또한 이러한 인력부족은 가정 내에서뿐만 아니라 농촌지역사회의 전반에 걸쳐 나타나 지속적인 가정서비스가 제 역할을 못하게 된다.

농촌지역의 자원부족 문제는 인적자원부족에서 그치지 않는다. 노후대책에 대한 질문에서 계획이 없다고 응답한 장애인은 45.6%이며, 저축, 보험, 연금 등으로 준비를 하고 있다는 15.4%이었다(표 14). 많은 농촌거주 장애인들은 경제적 영세성 때문에 의료비가 부담이 되어 필요한 의료서비스를 받지 못하고 있으며, 보장구를 구입하거나 가옥구조를 변경 등에 필요한 재원을 확보하기 어려웠다.

#### 라. 행정 기관의 지역 장애인에 대한 정보 부족

우리 나라의 경우 장애범주를 지체, 청각, 시각, 언어, 정신지체장애로 규정되었으나, 2000년 이후 뇌병변 장애, 정신장애, 발달장애, 신장 및 심장 장애까지 확대하였다. 그러나 미등록 장애인들을 찾기 위하여 지역주민 혹은 관계 공무원들을 대상으로 탐문한 결과 장애인 등록 범주나 등록절차, 갱신절차 그리고 장애인 등록으로 받게 되는 혜택에 대하여 알지 못하는 경우가 많았다.

또한 정부 차원에서는 장애인을 위한 재활 복지정책을 계획하지만, 실질적인 행정기관인 지방부처의 복지담당 공무원은 인력감원 정책으로 인해 잡다한 행정처리와 과도한 업무를 도맡아 수행하고 있었다. 그로 인해 이들이 읍·면의 소외된 곳의 장애인을 발견하고 그들에게 도움이 되는 정보를 제공하기에는 어려움이 많다. 이러한 현실에서 이장의 역할이 중요시되어지나, 행정업무 단계의 간소화

조치로 새로 전입하는 장애인의 경우 통·반장애에 신고하는 과정은 생략되고 면사무소에만 신고하여 지역주민들이 전입 장애인들에 대해 파악이 어려운 실정이다. 게다가 이장, 통·반장들은 기타 업무가 많고 장애인정책이나 재활정책에 대한 정보가 부족하여, 실질적으로 지역사회 장애인에게 적극적인 정보를 제공하기가 어렵다.

이미 등록된 장애인에 대한 정보의 질(quality)에도 여러 가지 문제가 발견되었다. 등재된 장애인의 사망 이후에도 장애인 등록대장에 그 이름이 그대로 등재된 경우도 있고 장애인의 소재지나 연락처가 틀리거나 없는 경우도 빈번하였다. 그리고 장애인 상태의 호전 또는 악화 시에도 초기에 판정 받은 장애 등급이 그대로 유지되어 있거나 뇌병변 장애인이 절단인 지체 장애인 등급으로 기재된 예도 있었다. 또한 장애인이 받을 수 있는 혜택이 있어도, 어떠한 혜택이 있는지, 어떻게 이용하는지에 대한 정보가 없어서 혜택을 받지 못하고 있는 장애인도 많았다. 이는 우선 처음 지적한 바와 같이 복지담당 공무원의 수가 절대 부족하고, 행정업무가 과다하므로 충분하고 장기적인 장애인에 대한 서비스를 제공하기 힘들기 때문으로 볼 수 있다.

도시장애인은 재가방문간호나 순회재활서비스, 혹은 장애인 종합복지관 등을 통해, 재활정보에 대한 접근이 비교적 용이하지만, 농촌거주 장애인들은 복지서비스의 전달체계의 미비와 장애인들의 낮은 교육수준과 노령으로 인해 재활정보 및 장애인복지에 관한 제도 및 혜택 등 재활정보를 잘 모르고 있었다. 그리고 재활정보를 알고 있더라도 등록을 대행해 줄 자원봉사 인력을 구하기 어려워 등록을 못한 경우도 있었다.

지역사회의 장애인에 대한 기본적인 파악 조차 되기 힘든 상황에서 효과적인 장애인 복지정책을 시행하기란 사실상 불가능하며, 지역사회 정책입안 담당자들은 해당 지역의

이장, 통장, 반장, 그리고 보건소와 함께 체계적인 장애인 실태조사부터 시작해야 할 것이다. 또한 이러한 조사와 더불어 이들과 일반 공무원의 장애정책에 대한 정보를 제공하는 교육도 이루어져야 할 것이다.

## 인용문헌

- 강세운, 지역사회중심 재활사업 적용에 있어서의 의료재활, 지역사회중심 재활 방안 개발을 위한 workshop, 1991.
- 김동현, 장애인 의료재활서비스의 만족도에 대한 연구, 단국대학교 행정대학원, 1999.
- 김진수, 뇌졸중의 진단과 치료, 대한의학협회지, 1992;35(3):390-398.
- 김태곤, 재가장애인 의료재활서비스 활성화 방안에 관한 연구, 동아대학교 정책과학대학원, 1999.
- 박세영, 재가장애인 순회재활서비스의 지속성과 정확성의 제고방안, 1996.
- 박옥희, 장애인복지의 이론과 실제, 학문사, 1998:156-158.
- 보건복지부, 장애인복지사업지침서, 1994.
- 보건복지부, 장애인복지법령집, 2000.
- 부천시장애인종합복지관, 부천시 장애인 실태조사 분석결과 보고, 1993.
- 서미혜, 이혜원, 전춘영, 가정간호 시범사업 간호진단 및 간호중재 분석 연구, 대한간호, 1995.
- 손준규, 재가장애인 복지정책에 관한 연구, 동국대 행정대학원, 1996.
- 안성심, 영농장애인 재가복지사업 확대방안, 광주대학교 경상대학원, 1998.
- 양영애, 가정방문 물리치료에 관한 실증적 연구, 한양대학교 행정대학원, 1997.
- 이건우, 농어촌 장애인복지의 문제점과 재활 대책에 관한 연구, 중앙대학교 사회개발대학원, 1994.
- 이준상, 재가지체장애인의 사례관리 실천모형, 대구대학교 대학원, 2000.

- 정영일, 김광기, 이창은, 자치시대의 보건의료 서비스 체계의 개선방안, 인제대학교 보건과학 연구소, 제4집, 1998.
- 조영주, 지역사회중심 재가복지서비스를 받고 있는 재가장애인의 욕구분석, 경성대학교 정책정보대학원, 1997.
- 최연순, 김대현, 서미혜 외 2명, 퇴원환자의 가정간호 욕구와 가정간호 사업의 효과 분석, 대한간호 제31권 제4호, 1993.
- Jetta LF, Home Care for the Client Who Has Had a CVA, Delmar, 2000.
- Jetta LF, Home Care for the Client Needing Rehabilitation, Delmar Publishers, 1999.
- Julia VD, Denis B, Assessment in Occupational Therapy and Physical Therapy, W.B. Saunders Co., 1997.
- Keith RA, The comprehensive treatment team rehabilitation, Arch Phys Med Rehabil, 1991; 72(4):269-274.
- McCarthy E, Comprehensive home care for earlier hospital discharge, Nurs Outlook, 1976; 24(10):625-630.
- Timothy LK, Geriatric Rehabilitation Manual, 1999:432.
- Wendy KA, Michelle EM, Home Rehabilitation, Mosby, 2000.