

원주시 지역사회중심 재활사업 평가

이충휘

연세대학교 보건과학대학 물리치료학과 및 보건과학연구소

이현주

연세대학교 대학원 재활학과

Abstract

Evaluation of a Community-Based Rehabilitation Program in Wonju City

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

This study evaluated the community-based rehabilitation services provided by the Wonju Public Health Center from Jan. 2000 to Dec. 2002. Ninety-four persons with disabilities dwelling in the community participated and the surveys were completed in an interview during home visits. The respondents' demographic, socio-economic, and medical characteristics, rehabilitation service received, willingness to receive home-visit rehabilitation services, and satisfaction with the rehabilitation services were analyzed by frequency and percentage. A Likert scoring system consisting of five agreement-disagreement categories was applied to each item, consisting of Very Satisfied, Satisfied, So-So, Poorly Satisfied, and Very Poorly Satisfied. The major findings were as follows: 1) The rehabilitation services used included medical rehabilitation (26.9%), followed by social assistance (23.5%), diagnosis by a physician at home (17.3%), medical examination (12.3%), housekeeping services (6.2%), and vocational and educational rehabilitation (3.5%). 2) Of the medical services, the respondents desired physical therapy at home and free rental of rehabilitation equipment, such as wheelchairs, canes, walkers, the most, followed by home visit occupational therapy, nursing services, and oriental medicine service in descending order. 3) Some of the respondents expressed so-so satisfaction (50.0%) or dissatisfaction (16.9%) with the rehabilitation services provided by the Wonju Public Health Center. These findings should prove useful when planning or extending community-based rehabilitation programs for the homebound disabled in the community.

Key Words: Community-based rehabilitation; Service needs and satisfaction.

I. 서론

우리나라의 장애인 복지서비스는 주로 시설에 수용시켜서 보호하는 개념으로 알려져 있으나 우리나라 전체 장애 인구의 2.8%만이 수용시설에서 보호받고 있으며, 나머지 97.2%의 장애인이 가정에서 생활하고 있다(보건복지부, 1995). 1976년 세계보건기구(WHO)에서는 재활을 필요로 하는 장애인 인구에 비하여 재활서비스를 받는 장애인은 2~3%에 불과하다는 조사와 함께, 서비스를 받는 재가장애인의 수를 증가시키는 방안으로 지역사회중심 재활사업(community-based rehabilitation: CBR)을 제안하였다.

지역사회중심 재활사업이란, 지역사회의 기존자원을 효과적으로 활용하여 장애인이 완전히 자립하여 지역사회 내에 통합할 수 있도록 지원하는 것이다. 이를 통하여 장애인에게 양질의 삶을 제공하고, 일반인의 장애인에 대한 태도와 행동의 변화를 기대하며, 지역사회를 발전시킬 수 있다. 점차적으로 장애인에 대한 서비스가 지역사회를 중심으로 방향이 전환되는 이유로는 경제성장과 더불어 생활수준의 향상과 의학 발달로 평균수명이 연장되기 때문으로 볼 수 있다. 노인인구의 증가로 고혈압, 뇌졸중, 당뇨병, 관절장애 등의 만성질환의 비중이 커졌으며, 교통사고, 산업재해 등으로 인한 장애가 늘어나고 있다(보건복지부, 1995). 이러한 질환의 특징은 장애의 후유증이 오래 지속되므로, 퇴원 후에도 꾸준한 관리가 필요하여(김진수, 1992; Jetta, 2000; McCarthy, 1976) 가정과 사회에 의료비용 부담을 가중시킨다는 것이다. 한편 급속한 산업화로 점차 핵가족화 되어가고, 노인단독세대가 증가하며, 여성의 사회 참여가 확대되어 가정 내에서의 가족구성원의 시중, 간호 등에 대한 보호기능이 약화되고 있다(손준규, 1996).

한편, 일반 의료기관에서는 병원 재원의 원

활한 순환을 위해 장기 환자를 조기 퇴원시켜 장기요양시설로 전환시키려 하나, 우리나라는 노령자나 장애인을 위한 장기요양시설이 부족하고, 대부분 도시지역에 편중되어 있다. 또 다른 문제로는 요양시설 운영에 있어 장애인 수용비용보다 건물 건축·보수 등의 운영비용, 진료실시, 프로그램 개발, 인력관리 등의 비용부담이 크다는 것이다(최연순 등, 1993). 시설에 수용되어 있는 장애인들은 사회적 적응력이 약화되는 문제를 갖고 있다. 즉, 시설 바깥의 사회에서는 적응하지 못하는 현상으로 나태, 무료선호, 이기심 등과 같은 사회·심리적 질환을 갖게 되어, 사회구성원으로서의 역할을 하기 어렵게 된다(김태곤, 1999). 이러한 문제점들을 개선하기 위해서 시행하고 있는 지역사회중심 재활서비스는 시설 수용시 소요되는 막대한 인력과 재원을 절감시키며, 가정과 지역사회 안에서 정서적으로 안정된 생활을 할 수 있도록 유도한다.

따라서 지역사회중심 재활서비스는 지역사회를 중심으로 장애인 자신과 가족, 주위의 기존 지역사회자원과 인력을 훈련하고 활용하여, 보다 효과적이고 경제적으로 장애인의 재활과 사회적 통합을 이룰 수 있도록 하는데 있다. 가족의 보호기능이 약화되었을 때 방문 재활팀이 의료적인 문제뿐만 아니라, 가족의 기능을 부분적으로 보충하여 장애인에게는 더 많은 재활의 기회를 제공하고, 가족의 심리적, 경제적, 사회적 부담을 줄일 수 있도록 하게 된다(서미혜, 1995; 이준상, 1999; Wendy와 Michelle, 2000).

이 연구의 목적은 강원도 원주시에 거주하면서 원주시 보건소에서 시행하는 3차년도 '지역사회중심 재활서비스'를 받고 있는 재가장애인의 재활서비스 이용실태와 만족도를 조사하고 실제적인 요구도를 분석하여 사업성과에 대한 객관적 평가를 실시함으로써, 문제점을 찾고 수정방안을 제시하여 올바른 사업방향을 제시하는 것이다. 또한, 효율적으로

재가장애인을 위한 지역사회재활 프로그램을 계획하고 지역사회 재활복지정책의 방향을 모색하는 데 있다. 본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 원주시 보건소 지역사회중심 재활사업에 참여한 장애인의 재활서비스 이용실태와 요구도를 조사하고 분석한다.

둘째, 이용실태와 요구도 및 만족도를 토대로 원주시 보건소 지역사회중심 재활사업을 평가한다.

셋째, 재활서비스 프로그램을 시행할 때 생기는 야기되는 문제점을 분석하고 재활서비스 요구도와 관련된 문제점을 검토한다.

II. 연구방법

1. 연구대상

2002년 9월 현재 강원도 원주시에 거주하고 있는 재가장애인 중에서 보건소에서 실시하는 재활서비스를 받고 있는 장애인 명부를 토대로 하여, 등록 및 미등록 재가장애인으로 부터 설문지를 이용한 방문 면접조사를 실시하였다.

설문 조사에 응답한 대상을 지역별로 비교해보면 명륜동이 20명으로 전체 대상의 21.3%로 가장 많았으며, 태장동 21명(22.3%), 학성동 8명(8.5%), 반곡동과 개운동 각 6명(6.4%) 등의 순으로 나타났다. 전체 94명의 응답자 중 1등급 장애인은 32명(34.1%), 2등급 장애인 21명(22.3%), 3등급 장애인 8명(8.5%)였으며, 미등록 장애인도 25명(26.6%)으로 지역사회중심 재활서비스를 받고 있는 것으로 나타났다. 조사대상자들의 연령은 14~88세, 장애기간은 2개월에서부터 66년까지 넓은 범위의 분포를 하였다.

조사기간은 2002년 9월 한 달 동안 이루어졌으며, 본 조사에 앞서 사전조사(pilot study)를 실시하여 설문지를 수정·보완하였다. 조사원간에 면접의 일관성을 유지하기 위하여

면접지침을 마련하여 교육을 실시한 후 조사하였다. 면접대상자 140명 중 총 94명으로부터 설문지를 회수하였다.

2. 자료수집 방법

가. 실행과정

연구의 실행과정은 2단계로 나누어졌다. 첫째 단계에서는 강원도 원주시 보건소의 재활서비스를 제공받고 있는 등록 및 미등록 재가장애인을 찾아내는 것으로, 원주시 보건소의 도움을 받아 장애인의 연락처를 확보하였다. 둘째 단계에서는 연구수행을 위하여 설문조사원들에게 면접요령과 지역사회 현황에 대한 교육을 시킨 후, 가구방문면접조사를 실행하도록 하였다. 설문조사원은 위치가 확인된 이들 재가장애인의 가정을 직접 방문하여 장애인과 그 가족들에게 동의를 구하고, 장애인 본인과 직접 개별면접(face to face interview)을 하였다. 장애인이 설문조사에 응할 수 없는 경우에는 장애인의 상태를 가장 잘 파악할 수 있는 배우자, 자녀, 간병인 등의 보호자가 설문조사에 응하도록 지침을 마련하였다.

나. 설문지 내용

설문지는 응답자의 일반적 특성(성, 연령, 결혼 상태, 교육수준), 사회·경제적 특성(직업, 직업욕구, 여가생활), 의학적 특성(장애, 동반장애, 장애기간, 장애원인, 일상생활동작 수행능력), 재가장애인 재활서비스 실태(일상생활보조, 재활서비스 종류, 현재 재활서비스 이용 여부와 만족도), 원주시 지역사회중심 재활서비스 만족도와 요구도(횟수, 시간, 내용 등)의 항목을 조사하였다.

설문내용 중 조사대상 장애인의 일상생활 수행능력정도를 평가하기 위하여 FIM(Functional Independence Measure)을 사용하였다. FIM은 재활 환자의 장애(disability)에 대한 경중도(severity)와 의료적 재활프로

그럼의 결과를 기록하는 도구로써 적용하기 쉽고, 타당도와 신뢰도가 높다(Julia와 Denis, 1997). FIM은 현재 장애 환자의 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 세부 항목으로 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 기능정도에 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 동작 수행이 가능한 경우(minimal assist), 5점은 신체적 도움 없이 보호, 감독 하에 동작수행이 가능한 경우(supervision), 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. 연구내용

이 연구에서는 원주시에서 3차년도로 시행되고 있는 지역사회중심 재활사업에 대해 다각적인 측면에서 접근하여 살펴보고, 현재 시

행되고 있는 지역사회중심 재활사업의 평가와 장애인들이 요구하는 서비스에 대하여 조사하였다. 우선 설문지 작성에 있어서 원주에서 시행하는 재활서비스를 받고 있는 재가장애인에 대한 기존의 요구도 및 만족도 분석내용과 함께 기능적 독립도를 측정하기 위하여 의료적 검사도구인 FIM을 시행하였다. 이것은 장애인들이 요구하는 재활서비스 중 의료서비스가 가장 높았다는 기존의 연구결과를 토대로 설문항목에 추가한 것이다(한지숙, 1998). FIM의 항목으로 장애인의 장애정도를 일상생활동작과 연관하여 평가할 수 있을 뿐만 아니라 재활치료 후 예후를 추정하는 데에도 신뢰도 및 타당도가 매우 높아 사업을 시행할 때에 중점을 두어야 할 다양한 서비스를 파악하는 보조척도가 될 수 있다(Julia와 Denis, 1997). 또한 일반적인 서비스와 함께 더욱 전문적인 의료서비스의 필요성을 부여할 수 있다.

이 연구에서는 첫째, 현재 실시되고 있는 지역사회중심 재활사업을 평가하였다. 재활서비스를 받고 있는 재가장애인의 명부를 보건소로부터 받아 조사하였다. 둘째, 중증장애인의 특성에 따른 구체적인 재활서비스 요구도와 만족도를 조사하였다. 구체적으로 다루게 될 내용은 1) 장애인의 일반적인 사항; 2) 장애에 관한 문항; 3) 일상생활 능력에 관한 문항; 4) 재활서비스에 관한 문항이었다. 셋째, 설문조사과정에서 기존의 재가장애인을 위한 지역사회중심 재활사업의 문제점 제시와 고찰을 통해 가정방문 재활서비스 사업 시행 시에 발생하는 문제점을 최소화하도록 하였다.

4. 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. 응답자의 일반적 특

성, 사회경제적 특성, 의학적 특성, 재활욕구, 가정방문 재활서비스의 이용실태, 가정방문 재활서비스에 대한 견해 등을 빈도와 백분율로 알아보았다.

III. 결과

원주시 보건소에 실시하는 재활서비스를 받고 있는 재가장애인을 대상으로 설문조사가 실시되었다. 설문조사 방법은 우편 또는 방문조사를 하였으며, 총 94명으로부터 응답을 얻었다. 응답을 얻어내지 못한 이유로는 장애인 명부에 이름은 등재되어 있으나 실제로는 사망한 경우, 수용시설에 입소하거나 병원에 입원한 경우, 응답 거부자, 거주지나 연락처 불명확 등 때문이었다.

표 1. 대상자의 일반적 특성 (N=94)

| 일반적 특성 | | 명(%) |
|--------|--------------|----------|
| 성별 | 남 | 49(52.1) |
| | 여 | 45(47.9) |
| 나이 | 0~10 | 0(.0) |
| | 11~20 | 2(2.1) |
| | 21~30 | 8(8.5) |
| | 31~40 | 8(8.5) |
| | 41~50 | 17(18.1) |
| | 51~60 | 11(11.7) |
| | 61~70 | 11(11.7) |
| | 71~80 | 25(26.6) |
| 결혼여부 | 해당 무(18세 이하) | 1(1.1) |
| | 미혼 | 20(21.3) |
| | 기혼 | 47(50.0) |
| | 이혼, 별거, 사별 | 26(27.7) |
| 교육수준 | 무학 | 38(40.4) |
| | 초등학교 | 27(28.7) |
| | 중학교 | 5(5.3) |
| | 고등학교 | 15(16.0) |
| | 전문대 이상 | 6(6.4) |
| | 특수 중·고교 | 3(3.2) |

1. 대상자의 일반적 특성

조사대상자 중 남성은 전체 응답장애인 94명 가운데 49명(52.1%), 여성은 45명(47.9%)으로 성별 간 응답자의 비율이 유사하였다. 대상자들의 연령은 최저 14세부터 최고 88세까지이며, 71~80세가 25명(26.6%)으로 가장 많았고 취약집단이라고 할 수 있는 61세 이상 인구는 48명(51.1%)으로 나타났다. 결혼 상태는 현재 기혼상태인 경우가 전체의 47명(50.0%)으로 높은 분포를 보였다. 상대적으로 이혼·별거·사별인 장애인이 26명(27.7%), 미혼 20명(21.3%)으로 나타났다.

교육 수준은 국졸 이하의 학력이 65명(61.1%), 전문대졸 이상의 학력은 9명(9.6%)이었다. 이는 2000년 원주시 농촌지역의 국졸 이하 학력이 60.8%로 조사된 자료(이충휘 등, 2002)와 비교하였을 때 유사하게 나타났다. 조사 대상 중 특수학교에서 교육을 받은 사람은 3명(3.2%)으로 전국 장애인(3.2%)과 비교하였을 때 유사하였다(표 1).

2. 대상자의 사회경제적 특성

전체 응답자의 86명(91.5%)이 무직이었고, 기타 단순노무직 2명(2.1%), 상업 2명(2.1%), 학생 2명(2.1%), 사무직 1명(1.1%) 등으로 나타났다. 86명의 미취업 장애인의 직업이 없는 이유로서, 취업하고 싶으나 장애가 심해서 64명(74.4%), 나이가 많아서 16명(18.6%), 주위의 여건이 부족해서가 6명(7.0%)이었다(표 2).

평상시 시간을 어떻게 활용하는지에 대한 질문에서 장애인의 73명(77.7%)이 주로 집안에서 지낸다고 답하였다. 그밖에 20명(21.3%)이 운동, 친구와의 만남 등의 외부활동을 하고 있고, 1명(1.1%)만이 종교 활동 등의 사회활동을 하고 있다고 응답하였다(표 3).

과거 1년간 외출한 빈도를 조사한 결과, 응답자의 25명(26.6%)이 매일 외출한다고 응답하였지만, 전혀 외출이 없었다고 응답한 장애인도 24명(25.5%)으로 타인의 도움 없이는

표 2. 직업

(N=94)

| 직업 | 이유 | 명(%) |
|--------------|-------------------------|----------|
| 농업·어업·임업·축산업 | | 0(.0) |
| 사무직 | | 1(1.1) |
| 기능 및 기술직 | | 0(.0) |
| 서비스직 | | 0(.0) |
| 단순노무직(일용직) | | 2(2.1) |
| 상업 | | 2(2.1) |
| 공무원 | | 0(.0) |
| 주부 | | 0(.0) |
| 학생 | | 2(2.1) |
| 기타 | | 1(1.1) |
| 무직 | | 86(91.5) |
| | 장애가 너무 심해서 | 64(74.4) |
| | 장애가 심하지 않지만 주위 여건이 부족해서 | 6(7.0) |
| | 취업하고 싶지 않아서 | 0(.0) |
| | 나이가 많아서 | 16(18.6) |

전혀 외출이 불가능한 중증장애인이었다(표 4). 외출한 장애인의 주된 이유로는 의료혜택을 받기 위해 병원, 복지관, 보건소 등과 같은 시설을 이용하는 경우가 22명(23.4%), 사고·단체활동을 위해서 15명(16%), 가사활동이 10명(10.6%)이었고, 그밖에 통근 및 통학

6명(6.4%), 운동 및 산책 9명(9.6%), 여가활동 2명(2.1%) 등을 위한 것으로 나타났다.

표 3. 평상시 시간 활용

(N=94)

| 평상시 시간 활용 | 명(%) |
|---------------------|----------|
| 집안에서 주로 지낸다 | 73(77.7) |
| 외부활동(운동, 친구와의 만남 등) | 20(21.3) |
| 사회활동(종교 활동 등) | 1(1.1) |

3. 대상자의 의학적 특성

응답자들의 장애유형을 보면, 지체 장애가 78명(83.0%)으로 가장 많았으며, 뇌병변 9명(9.6%), 시각장애 6명(6.4%), 정신장애 1명(1.1%) 순으로 분포되었다(표 5).

전체 장애인 94명 중 65명이 구체적인 장

표 4. 과거 1년간 외출정도

(N=94)

| 과거 1년간 외출 정도 | 명(%) |
|--------------|----------|
| 매일 | 25(26.6) |
| 주 2~3회 | 20(21.3) |
| 월 2~3회 | 19(20.2) |
| 1년에 몇 회 | 6(6.4) |
| 전혀 외출이 없었음 | 24(25.5) |

표 5. 장애유형

(N=94)

| 장애유형 | 명(%) |
|-------|----------|
| 지체 | 78(83.0) |
| 시각 | 6(6.4) |
| 청각·언어 | 0(.0) |
| 정신지체 | 0(.0) |
| 뇌병변 | 9(9.6) |
| 발달장애 | 0(.0) |
| 정신장애 | 1(1.1) |
| 신장장애 | 0(.0) |
| 심장장애 | 0(.0) |

애명을 가지고 있었으며, 그 외에 통증이나 구축 등과 같은 동반장애로 인해 재활서비스를 받고 있는 것으로 나타났다. 장애명을 보면, 뇌졸중 18명(19.1%), 척수손상 16명(17.1%), 당뇨병 10명(10.6%), 뇌성마비 8명(8.5%), 소아마비 5명(5.3%), 절단 5명(5.3%),

외상성 뇌손상 3명(3.2%) 등이었으며, 동반장애로 통증 44명(18.3%), 구축 및 기능장애 41명(17.0%), 운동마비 37명(15.4%), 시각장애 27명(11.2%), 기타 심장, 신장, 신체기능 장애 27명(11.2%), 감각마비 21명(8.7%), 언어장애 19명(7.9%), 청각장애 15명(6.1%) 등의 순으로 나타났다(표 6).

표 6. 장애종류 및 동반장애 (N=94)

| 장애종류 및 동반장애 | 빈도(%) |
|--------------------|---|
| 장애종류 | |
| 척수손상 | 사지마비 6(6.5) 하지마비 10(10.6) |
| 뇌졸중 | 편마비 16(17.0) 사지마비 2(2.1) |
| 외상성 뇌손상 | 3(3.2) |
| 뇌성마비 | 8(8.5) |
| 소아마비 | 5(5.3) |
| 절단 | 팔꿈치 이상의 절단 0(.0) 팔꿈치 이하의 절단 2(2.1) 무릎 이상의 절단 1(1.1) 무릎 이하의 절단 2(2.1) |
| 당뇨병 | 10(10.6) |
| 기타 | 29(30.9) |
| 합계 | 94(100.0) |
| 동반장애* | |
| 시각장애 | 27(11.2) |
| 청각장애 | 15(6.1) |
| 언어장애 | 19(7.9) |
| 운동마비 | 37(15.4) |
| 감각마비 | 21(8.7) |
| 육창 | 4(1.7) |
| 구축, 기능장애 | 41(17.0) |
| 통증 | 44(18.3) |
| 치매 | 6(2.5) |
| 기타:심장, 신장, 신체기능 장애 | 27(11.2) |
| 합계 | 241(100.0) |

*중복응답 허용함

장애인의 장애기간은 최소 2개월에서 최대 66년이었다. 10년에서 20년 사이인 경우가 23명으로 전체의 24.5%이었으며, 10년 이상 장애를 가진 만성 장애인도 50명(53.2%)으로 나타났다. 장애원인으로는 교통사고 등의 외상이 24명(25.5%)으로 가장 많았고, 뇌졸중 등의 뇌질환 21명(22.3%), 관절염 등 만성 질환 19명(20.2%), 선천적 기형 10명(10.6%),

표 7. 장애기간과 원인 (N=94)

| 장애기간과 원인 | 명(%) |
|---------------|----------|
| 장애기간 | |
| 1년 미만 | 4(4.3) |
| 1년 이상 2년 미만 | 6(6.4) |
| 2년 이상 3년 미만 | 4(4.3) |
| 3년 이상 4년 미만 | 7(7.4) |
| 4년 이상 5년 미만 | 2(2.1) |
| 5년 이상 10년 미만 | 21(22.3) |
| 10년 이상 20년 미만 | 23(24.5) |
| 20년 이상 30년 미만 | 11(11.7) |
| 30년 이상 40년 미만 | 6(6.4) |
| 40년 이상 | 10(10.6) |
| 장애원인 | |
| 선천적 기형 | 10(10.6) |
| 산업재해 | 3(3.2) |
| 교통사고 등의 외상성 | 24(25.5) |
| 중풍 등의 뇌질환 | 21(22.3) |
| 척수손상(질환) | 6(6.4) |
| 약물, 가스중독 | 0(.0) |
| 관절염 등의 만성질환 | 19(20.2) |
| 원인불명 | 7(7.4) |
| 기타 | 4(4.3) |

표 8. 자조활동

(N=94)

| 자조활동 | 먹기 명(%) | 꾸미기 명(%) | 목욕하기 명(%) | 상의입기 명(%) | 하의입기 명(%) | 화장실 사용하기 명(%) |
|--------|------------|-------------|--------------|--------------|--------------|------------------|
| 완전의존 | 4(4.3) | 13(13.8) | 26(27.7) | 13(13.8) | 15(16.0) | 17(18.1) |
| 최대보조필요 | 0(.0) | 3(3.2) | 7(7.4) | 3(3.2) | 3(3.2) | 1(1.1) |
| 중간보조필요 | 4(4.3) | 5(5.3) | 10(10.6) | 3(3.2) | 4(4.3) | 4(4.3) |
| 최소보조필요 | 3(3.2) | 1(1.1) | 8(8.5) | 1(1.1) | 0(.0) | 2(2.1) |
| 지도감독 | 15(16.0) | 8(8.5) | 4(4.3) | 2(2.1) | 2(2.1) | 6(6.4) |
| 부분독립 | 29(30.9) | 31(33.0) | 22(23.4) | 37(39.4) | 37(39.4) | 43(45.7) |
| 완전독립 | 39(41.5) | 33(35.1) | 17(18.1) | 35(37.2) | 33(35.1) | 21(22.3) |

산업해체 24명(8.1%) 등이 있었다(표 7).

응답 장애인의 자조활동(self care)의 여섯 가지 항목의 수행능력은 먹기의 경우 4명(4.3%)이 완전 도움, 4명(4.3%)이 중간정도의 도움을 필요로 하였고, 꾸미기는 각각 13명(13.8%), 5명(5.3%), 목욕하기는 26명(27.7%), 10명(10.6%), 상의 입기는 13명(13.8%), 3명(3.2%), 하의 입기는 15명(16.0%), 4명(4.3%), 화장실 사용하기는 21명(22.3%), 4명(4.3%)의 도움을 각각 필요로 하였다. 그 중 목욕하기에 대한 도움이 55명(58.5%), 꾸미기에 대한 도움이 30명(31.9%)으로 높게 요구되었고, 상·하의 입기와 화장실 가기에서 독립적인 장애인이 많은 반면 완전의존 환자도 높은 비중을 차지하여 도움을 필요로 하였다(표 8).

표 9. 팔약근 조절하기

(N=94)

| 팔약근 조절하기 | 소변보기 명(%) | 대변보기 명(%) |
|----------|--------------|--------------|
| 완전의존 | 16(17.0) | 16(17.0) |
| 최대보조필요 | 0(.0) | 1(1.1) |
| 중간보조필요 | 0(.0) | 0(.0) |
| 최소보조필요 | 3(3.2) | 2(2.1) |
| 지도감독 | 5(5.3) | 5(5.3) |
| 부분독립 | 21(22.3) | 18(19.1) |
| 완전독립 | 49(52.1) | 52(55.3) |

소변보기 조절 능력은 16명(17.0%)이 완전 도움, 8명(8.5%)이 중간보조 이하의 도움을 필요로 했으며, 대변보기의 경우 각각 16명(17.0%), 7명(7.4%)이 완전도움과 중간보조 이하의 도움을 필요로 하였다(표 9).

위치이동(transfer) 항목 중 침상, 의자, 의자차는 16명(17.0%)이 완전도움을 필요로 하며, 15명(16.0%)이 중간 이하의 도움을 필요로 하였다. 화장실은 각각 16명(17.0%), 14명(14.9%), 욕조와 샤워 시에는 18명(19.1%), 14명(14.8%)이 도움을 필요로 하였다. 이동(locomotion) 항목 중 걷기 및 의자차는 20명(21.3%)이 완전도움을 필요로 하였으며, 21명(22.4%)이 중간 이하의 도움을 필요로 하였다. 계단 오르는 40명(42.6%)이 완전도움, 19명(20.2%)이 중간 이하의 도움을 필요로 하였다(표 10).

의사소통능력(communication) 항목 중 이해하기와 표현하기는 의존도가 낮아 완전독립이 각각 47명(50.0%)과 44명(46.8%)이었으며, 중간 이하의 도움은 각각 22명(23.4%)과 23명(24.5%)이 필요로 하였다. 사회인지능력(social interaction) 항목의 경우, 다른 영역에 비해 도움 의존도가 낮아 대인관계에서는 59명(62.8%)이 도움이 필요 없이 독립적인 생활이 가능하였고, 문제해결능력과 기억력에서도 각각 54명(57.5%)과 67명(71.3%)이 독립적인 생활이 가능하였다(표 11).

표 10. 위치이동과 이동

(N=94)

| | 위치이동 | | 이동 | | |
|--------|-------------------|-------------|---------------|----------------|----------------|
| | 침상/의자/의자차 명(%) | 화장실 명(%) | 욕조/샤워 명(%) | 걸기/의자차 명(%) | 계단 오르기 명(%) |
| 완전의존 | 16(17.0) | 16(17.0) | 18(19.1) | 20(21.3) | 40(42.6) |
| 최대보조필요 | 4(4.3) | 4(4.3) | 4(4.3) | 4(4.2) | 2(2.1) |
| 중간보조필요 | 6(6.4) | 4(4.3) | 5(5.3) | 5(5.3) | 6(6.4) |
| 최소보조필요 | 4(4.3) | 5(5.3) | 2(2.1) | 5(5.4) | 3(3.2) |
| 지도감독 | 5(5.3) | 5(5.3) | 7(7.4) | 11(11.7) | 10(10.6) |
| 부분독립 | 37(39.4) | 38(40.4) | 38(40.4) | 32(34.0) | 27(28.7) |
| 완전독립 | 22(23.4) | 22(23.4) | 20(21.3) | 17(18.1) | 6(6.4) |

표 11. 의사소통능력과 사회인지능력

(N=94)

| 의사소통능력 | 이해하기 명(%) | 표현하기 명(%) | 대인관계 명(%) | 문제해결능력 명(%) | 기억력 명(%) |
|--------|--------------|--------------|--------------|----------------|-------------|
| 완전의존 | 0(.0) | 0(.0) | 2(2.1) | 6(6.4) | 2(2.1) |
| 최대보조필요 | 2(2.1) | 5(5.3) | 12(12.8) | 10(10.6) | 6(6.4) |
| 중간보조필요 | 7(7.4) | 8(8.5) | 9(9.6) | 10(10.6) | 9(9.6) |
| 최소보조필요 | 6(6.4) | 6(6.4) | 2(2.1) | 6(6.4) | 3(3.2) |
| 지도감독 | 9(9.6) | 9(9.6) | 10(10.6) | 8(8.5) | 7(7.4) |
| 부분독립 | 23(24.5) | 22(23.4) | 22(23.4) | 17(18.1) | 22(23.4) |
| 완전독립 | 47(50.0) | 44(46.8) | 37(39.4) | 37(39.4) | 45(47.9) |
| 계 | 94(100.0) | 94(100.0) | 94(100.0) | 94(100.0) | 94(100.0) |

FIM은 18개 세부항목으로 구성되어 있고, 개인의 전반적인 기능 정도를 파악하기 위해 전체 합산 점수를 18로 나누었다. 도움이 불필요한 경우는 33명(35.1%), 부분적인 도움이

필요한 경우는 59명(51.0%), 완전의존으로 도움을 필요로 하는 경우는 2명(2.1%)이었다(표 12).

표 12. 개인별 FIM 평균

(N=94)

| 개인별 FIM 평균 | 명(%) |
|------------|----------|
| 완전독립 | 2(2.1) |
| 부분독립 | 31(33.0) |
| 지도감독 | 24(25.5) |
| 최소보조필요 | 16(17.0) |
| 중간보조필요 | 11(11.7) |
| 최대보조필요 | 8(8.5) |
| 완전의존 | 2(2.1) |

장애 등급별 응답자의 일상생활동작의 수행 능력은 126점 만점으로 지체 1·2·3등급 장애인의 평균 FIM 점수는 각각 80.1±26.6, 91.7±26.2, 98.4±21.9로, 1등급이 가장 일상생활동작능력에 있어 의존적이며, 3등급이 비교적 독립적이었다. 미등록 장애인의 경우 103.1로 비교적 높은 점수를 나타내었다(표 13).

4. 원주시 재가장애인 재활서비스 실태

장애인 스스로 일상생활을 하는데 도움이 필요하다고 느끼는 경우는 72명(76.6%)으로

표 13. 장애 등급별 기능(FIM*) 수준
(N=94)

| 장애등급 | 명 | FIM 점수(점) | 평균(점) |
|------|----|-------------------------|-----------|
| 미등록자 | 25 | 103.1±22.3 ^a | |
| 1등급 | 32 | 80.1±26.6 | |
| 2등급 | 21 | 91.7±26.2 | |
| 3등급 | 8 | 98.4±21.9 | 97.0±22.2 |
| 4등급 | 5 | 96.4±26.4 | |
| 5등급 | 1 | 123.0±0 | |
| 6등급 | 2 | 86.5±31.8 | |

*최대: 126점, 최소: 18점

^a평균±표준편차

집안에서 주로 지낸다고 응답했던 장애인 73명(77.7%)이 이와 같은 응답을 했을 것으로 연관되어 진다. 이 중 도움이 필요하고 도움을 받는다고 응답한 장애인은 52명(55.3%)이었다. 도와주는 사람이 있다고 응답한 장애인 52명의 일상생활을 보조하는 사람은 배우자가 22명(42.3%)으로 가장 많았고, 부모의 도움을 받는다고 응답한 장애인도 15명(28.8%)이었다. 도와주는 시간으로는 24시간 내내 도와주는 사람이 있다고 응답한 사람이 16명(30.8%)으로 가장 많았고, 1시간 이상 3시간 미만이 10명(19.2%), 1시간 미만이 13명(25.0%)의 순으로 나타났다(표 14).

장애인들이 받은 재활서비스 중에서 기능검사, 염색체검사, 뇌파검사, 컴퓨터 촬영, 청력검사, 뇌파검사 등을 포함하는 진단은 77명(31.6%)이었고, 비용부담 형태는 의료보험 52명(21.4%), 개인부담 13명(5.3%), 이동무료검진 10명(4.1%)순이었다. 약물치료, 수술치료, 물리치료, 작업치료, 한방치료 등의 의료재활이 74명(30.5%), 사회보장이 56명(23.0%)으로 높은 비중을 차지하였다.

응답 장애인들이 가장 필요로 하는 재활서비스 종류로는 의료재활이 70명(26.9%)으로 가장 많았고, 사회보장 61명(23.5%), 의사의 가정방문진단 45명(17.3%), 건강검진 32명

표 14. 일상생활 보조 필요정도, 보조자, 보조 시간
(N=94)

| 도움 필요 정도 | 명(%) |
|-------------------------|----------|
| 현재 도움이 필요하고 도와주는 사람이 있다 | 52(55.3) |
| 도와주는 사람 | |
| 배우자 | 22(42.3) |
| 부모 | 15(28.8) |
| 형제, 자매 | 0(.0) |
| 친척 | 4(7.7) |
| 며느리 | 0(.0) |
| 이웃주민 | 3(5.9) |
| 각종단체의 자원봉사요원 | 1(1.9) |
| 간병인 | 0(.0) |
| 자녀 | 5(9.6) |
| 방문간호 | 0(.0) |
| 기타 | 2(3.8) |
| 도움 소요시간 | |
| 1시간 미만 | 13(25.0) |
| 1~3시간 | 10(19.2) |
| 4~7시간 | 6(11.5) |
| 8~15시간 | 4(7.7) |
| 16~23시간 | 3(5.8) |
| 24시간 | 16(30.8) |
| 도움이 필요하나 도와주는 사람이 없다 | 20(21.3) |
| 도움이 필요 없다 | 22(23.4) |

(12.3%), 가사서비스 16명(6.2%), 교육 및 직업재활이 각각 9명(3.5%)의 순으로 나타났다(표 15).

현재 재활서비스를 필요로 하나 받지 않았다면 그 이유가 무엇인지에 관한 질문에서, 치료해도 나올 것 같지 않아서가 26명(26.3%), 병원 등 치료기관이 멀어서 20명(20.2%), 돈이 없어서 19명(19.2%), 외출 시 도와줄 사람이 없어서 15명(15.2%), 재활기관에 대한 정보를 몰라서 12명(12.1%) 등의 순이었다(표 16).

표 15. 이용한 재활서비스와 필요한 재활서비스

(N=94)

| 순위 | 이용한 재활서비스 | 빈도(%) | 필요한 재활서비스 | 빈도(%) |
|----|-----------|------------|-------------|------------|
| 1 | 건강검진 | 77(31.6) | 의사의 가정방문 진단 | 45(17.3) |
| 2 | 의료재활 | 74(30.5) | 건강검진 | 32(12.3) |
| 3 | 교육재활 | 5(2.1) | 의료재활 | 70(26.9) |
| 4 | 재활상담 | 3(1.3) | 사회심리재활 | 17(6.5) |
| 5 | 직업재활 | 4(1.6) | 교육재활 | 9(3.5) |
| 6 | 재활공학 | 8(3.3) | 직업재활 | 9(3.5) |
| 7 | 사회보장 | 56(23.0) | 사회보장 | 61(23.5) |
| 8 | 가사서비스 | 13(5.3) | 가사서비스 | 16(6.2) |
| 9 | 기타 | 3(1.3) | 기타 | 1(.3) |
| 합계 | | 243(100.0) | 계 | 260(100.0) |

*중복응답 허용함

표 16. 재활서비스가 필요하나 받지 않는 이유
(N=94)

| 재활서비스를 받지 않는 이유 | 빈도(%) |
|------------------|-----------|
| 돈이 없어서(비용이 비싸서) | 19(19.2) |
| 병원 등 치료기관이 멀어서 | 20(20.2) |
| 남에게 보이고 싶지 않아서 | 4(4.0) |
| 치료해도 나올 것 같지 않아서 | 26(26.3) |
| 재활기관에 대한 정보를 몰라서 | 12(12.1) |
| 외출 시 도와줄 사람이 없어서 | 15(15.2) |
| 기타 | 3(3.0) |
| 계 | 99(100.0) |

*중복응답 허용함

5. 원주시 지역사회중심 재활서비스

지역사회중심 재활서비스를 받게 된 동기가 무엇인지에 관한 답변에서 80명(85.1%)이 면사무소나 보건소의 안내에 의해서라고 답변을 하였다. 본인이나 이웃의 안내 8명(8.5%), 병원 안내 3명(3.2%) 순이었다(표 17). 그러나 인터넷 또는 인쇄된 홍보물을 통해 원주시 재활서비스를 받게 되었다고 응답한 장애인은 한 명도 없었다.

현재 원주시에서 시행하는 지역사회중심 재활서비스를 받고 있는 장애인들에게 각각

표 17. 원주시의 지역사회중심 재활서비스를
받게 된 동기
(N=94)

| 동기 | 명(%) |
|--------------------|----------|
| 본인·가족·이웃의 안내 | 8(8.5) |
| 면사무소·보건소 안내 | 80(85.1) |
| 병원 안내 | 3(3.2) |
| 인터넷 또는 인쇄된 홍보물을 통해 | 0(.0) |
| 기타 | 3(3.2) |

어느 서비스를 받고 있는지, 횟수, 그리고 실제 원하는 서비스와 횟수 등의 질문을 하였다(표 18).

재가장애우 방문서비스를 받고 있는 장애인 62명(66.0%)에 대해서 현재 얼마나 자주 서비스를 받고 있는지 질문을 하여, 26명(41.9%)이 의사, 간호사, 물리치료사, 자원봉사자 등에 의해 월 1회 방문 서비스를 받고 있다고 답하였고 실제 원하는 횟수도 22명(35.4%)이 월 1회 서비스 받기를 가장 원하였다. 하지만, 2순위인 14명(22.6%)이 월 2회 서비스 받기를 원한다고 응답한데 반해, 실제로는 2순위인 6명(14.5%)이 6개월에 약 1회 받고 있는 것으로 나타났다. 그 외에 3순위로 13명(21.3%)이 주 1회에 서비스를 받기 원하

표 18. 현재 받고 있는 지역사회중심 재활서비스

(N=94)

| | | 현재 받고 있는 서비스 빈도(%) | 원하는 서비스 빈도(%) |
|-------------------|---------------|-----------------------|------------------|
| 재가장애우 방문서비스 횟수 | 주 2회 이상 | 4(6.5) | 6(9.7) |
| | 주 1회 | 2(3.2) | 13(21.0) |
| | 월 2회 | 5(8.1) | 14(22.6) |
| | 월 1회 | 26(41.9) | 22(35.4) |
| | 6개월에 1회 | 9(14.5) | 2(3.2) |
| | 1년에 1회 | 5(8.1) | 0(.0) |
| | 필요할 때마다 | 2(3.2) | 3(4.9) |
| | 기타 | 9(14.5) | 2(3.2) |
| | 합계 | 62(100.0) | 62(100.0) |
| 서비스 소요시간 | 30분 미만 | 46(74.2) | |
| | 30분 이상 1시간 미만 | 8(12.9) | |
| | 1시간 이상 | 8(12.9) | |
| | 합계 | 62(100.0) | |
| 서비스 내용* | 진단 및 평가 | 5(5.8) | 10(9.8) |
| | 간호 | 38(43.7) | 24(23.5) |
| | 재활운동요법 | 7(8.0) | 21(20.6) |
| | 통증관리 | 1(1.2) | 13(12.7) |
| | 건강관리 상담 | 23(26.4) | 18(17.6) |
| | 일상생활동작훈련 | 2(2.3) | 5(4.9) |
| | 가족교육 | 0(.0) | 2(2.0) |
| | 기타 | 11(12.6) | 9(8.9) |
| 합계 | 87(100.0) | 102(100.0) | |
| 목욕 서비스 횟수 | 주 2회 이상 | 1(2.8) | 1(2.8) |
| | 주 1회 | 1(2.8) | 8(22.2) |
| | 월 2회 | 0(.0) | 16(44.4) |
| | 월 1회 | 30(83.3) | 9(25.0) |
| | 3개월에 1회 | 1(2.8) | 0(.0) |
| | 6개월에 1회 | 2(5.5) | 1(2.8) |
| | 1년에 1회 | 1(2.8) | 0(.0) |
| | 필요할 때마다 | 0(.0) | 1(2.8) |
| | 합계 | 36(100.0) | 36(100.0) |
| 재활기구 대여서비스 횟수 | 주 2회 이상 | 0(.0) | 0(.0) |
| | 주 1회 | 0(.0) | 0(.0) |
| | 월 2회 | 0(.0) | 0(.0) |
| | 월 1회 | 1(4.2) | 4(16.6) |
| | 6개월에 1회 | 0(.0) | 1(4.2) |
| | 1년에 1회 | 1(4.2) | 0(.0) |
| | 필요할 때마다 | 4(16.6) | 19(79.2) |
| | 현재까지 1회 | 18(75.0) | 0(.0) |
| 합계 | 24(100.0) | 24(100.0) | |

*중복응답 허용

였으나, 현재 받고 있는 횡수로서 기타 1회 서비스를 받았다고 9명(14.5%)이 응답하였다. 서비스 1회 제공 시에 소요되는 시간에 관한 질문에서 30분 미만이 46명(74.2%)으로 가장 많았다. 현재 받고 있는 서비스 내용을 보면, 방문 서비스 중 간호서비스가 38명(43.7%)로 가장 많았고 두 번째가 건강관리 상담 23명(26.4%)이었으나, 실제 원하는 서비스로는 간호가 24명(23.5%)으로 가장 높았고 유사한 비율로 재활 운동요법이 21명(20.6%)으로 원함을 알 수 있었다. 받고 있는 서비스 내용과 원하는 서비스 내용을 비교해 볼 때, 1 순위인 간호서비스는 현재 가장 많이 받고 있으면서 원하는 서비스 내용이기도 하지만, 재활 운동요법과 통증관리의 경우 각각 21명(20.6%)과 13명(12.7%)이 원하는 데 비해 실제 7명(8.0%)과 1명(1.2%)만이 서비스를 받고 있어 재활서비스 요구도와 제공정도와 차이가 크게 나타났다.

현재 목욕 서비스를 받고 있는 36명의 장애인에 대해 현재 받고 있는 서비스의 빈도와 원하는 서비스의 빈도에 관한 질문을 하였다. 응답으로는 현재 월 1회 서비스를 받고 있다는 장애인이 30명(83.3%)으로 가장 높았으나, 실제 원하는 횡수로는 월 2회(44.4%)가 가장 높았고 2순위로 9명(25.0%)이 월 1회 원한다고 답변하였다. 또한, 주 1회라고 응답한 응답자도 8명(22.2%)이나 되었다.

재활기구 대여서비스를 받고 있는 24명의 장애인 중에서 현재 받고 있는 서비스의 횡수는 현재까지 1회 서비스 받은 경우가 18명(75.0%)으로 가장 높았고 그 외에 필요할 때마다 4명(16.6%), 월 1회 또는 1년에 1회가 1명(4.2%)이었다. 원하는 서비스 횡수는 서비스의 특성상 필요할 때마다 받고 싶다고 응답한 경우가 19명(79.2%)으로 가장 많았다. 이 밖에 재활기구 대여서비스는 휠체어 10명(32.3%), 전기하트팩 7명(22.6%), 네발 지팡이 4명(12.9%) 순이었고, 그밖에 대여하기를 원

하는 재활기구로는 에어방석 2명(28.5%), 휠체어 1명(14.3%), 보행차 1명(14.3%), 폴리 1명(14.3%)으로 나타났다.

재가방문 재활서비스 시행 시 구체적으로 필요로 하는 서비스 내용으로는 가사서비스 항목 중 목욕서비스의 경우 27명(28.7%)으로 가장 많이 받았으며, 요구도에서도 목욕보조 및 집수리가 35명(37.2%)과 29명(30.9%)으로 높았다.

간병서비스에서 약품구입서비스를 받은 장애인은 가장 많은 10명(10.6%)이었지만, 실제 동원 시 동행 또는 교통편지원서비스를 34명(36.2%)으로 가장 원하며, 2순위로 약품구입서비스를 25명(26.6%)이 원하는 것으로 나타났다.

정서적서비스와 결연서비스에서는 제공받은 응답자가 없었으나, 이 중에 재정적 지원이나 알선을 53명(56.4%)이 1순위로 원하였고, 말벗 또는 상담 15명(16.0%), 의부모·의형제 결연 14명(14.9%)이 각각 2순위와 3순위로 원하였다.

의료서비스에서 가정방문 간호서비스와 재활기구 무료대여 서비스를 받은 장애인이 37명(39.4%)과 20명(21.3%)으로 가장 많이 받았지만, 실제 원하는 서비스에서는 물리치료 49명(52.1%), 재활기구 무료대여서비스 49명(52.1%)으로 1순위로 원하였으며, 기타 작업치료 31명(33.0%), 간호서비스 31명(33.0%), 그리고 한방치료 31명(31.9%)의 순이었다.

자립지원서비스에서는 제공받은 서비스가 없었지만, 취업알선과 직업 기능훈련항목에서 12명(12.8%)과 10명(10.6%)이 원하였다.

기타 서비스로는 이·미용서비스, 장애인·가족기기 프로그램, 지역사회기관과 재가 장애인과의 연계서비스를 각각 15명(16.0%), 9명(9.6%), 9명(9.6%)이 받았으며, 이 중 이·미용서비스에 대한 요구도 40명(42.6%), 지역사회기관과 재가장애인과 연계서비스에 대한 요구도 39명(41.5%)으로 높았다.

표 19. 필요한 재활서비스의 구체적 내용

(N=94)

| 재활서비스 내용 | | 제공 받음 | 매우 필요함 | 필요함 | 보통 | 필요치 않음 |
|-----------------|-------------------|----------|-----------|----------|--------|-----------|
| 가사 서비스 | 집안청소, 세탁 | 6(6.4) | 14(14.9) | 16(17.0) | 1(1.1) | 63(67.0) |
| | 식사준비 및 취사 | 3(3.2) | 13(13.8) | 15(16.0) | 4(4.3) | 62(66.0) |
| | 장애인 및 거동 불편자 목욕보조 | 27(28.7) | 35(37.2) | 7(7.4) | 2(2.1) | 50(53.2) |
| | 집수리 | 1(1.1) | 29(30.9) | 8(8.5) | 4(4.3) | 53(56.4) |
| 간병 서비스 | 병간호 수발 | 1(1.1) | 14(14.9) | 9(9.6) | 3(3.2) | 68(72.3) |
| | 통원시 동행 또는 교통편 지원 | 5(5.3) | 34(36.2) | 10(10.6) | 2(2.1) | 48(51.1) |
| | 약품구입 | 10(10.6) | 25(26.6) | 17(18.1) | 3(3.2) | 49(52.1) |
| | 신체운동 | 1(1.1) | 21(22.3) | 12(12.8) | 3(3.2) | 58(61.7) |
| 정서적 서비스 | 말벗, 상담(기도해주기) | 0(.0) | 15(16.0) | 16(17.0) | 3(3.2) | 60(63.8) |
| | 학업지도 | 0(.0) | 10(10.6) | 3(3.2) | 2(2.1) | 79(84.0) |
| | 책 읽어주기 | 0(.0) | 3(3.2) | 1(1.1) | 5(5.3) | 85(90.4) |
| | 여가지도 및 취미활동 | 0(.0) | 5(5.3) | 6(6.4) | 3(3.2) | 80(85.1) |
| 결연 서비스 | 재정적 지원, 알선 | 0(.0) | 53(56.4) | 15(16.0) | 4(4.3) | 22(23.4) |
| | 의부모, 의형제 결연 | 0(.0) | 14(14.9) | 3(3.2) | 4(4.3) | 73(77.7) |
| 의료 서비스 | 의료기관, 보건기관과 연계 | 7(7.4) | 42(44.7) | 11(11.7) | 7(7.4) | 34(36.2) |
| | 가정방문 물리치료 | 8(8.5) | 49(52.1) | 18(19.1) | 4(4.3) | 23(24.5) |
| | 가정방문 작업치료 | 0(.0) | 31(33.0) | 13(13.8) | 4(4.3) | 46(48.9) |
| | 가정방문 한방(침) 치료 | 0(.0) | 31(31.9) | 12(12.8) | 4(4.3) | 48(51.1) |
| | 가정방문간호 | 37(39.4) | 31(33.0) | 18(19.1) | 3(3.2) | 42(44.7) |
| | 재활기구 무료 대여 | 20(21.3) | 49(52.1) | 12(12.8) | 4(4.3) | 29(30.9) |
| | 의료 및 복지 정보제공 및 연계 | 1(1.1) | 26(27.7) | 9(9.6) | 1(1.1) | 58(61.7) |
| | 장애예방 프로그램 | 0(.0) | 11(11.7) | 8(8.5) | 4(4.3) | 71(75.5) |
| 자립 지원 서비스 | 직업보도 | 0(.0) | 8(8.5) | 3(3.2) | 3(3.2) | 80(85.1) |
| | 탁아 | 0(.0) | 2(2.1) | 1(1.1) | 1(1.1) | 90(95.7) |
| | 직업 기능훈련 | 0(.0) | 10(10.6) | 2(2.1) | 1(1.1) | 81(86.2) |
| | 취업알선 | 0(.0) | 12(12.8) | 1(1.1) | 2(2.1) | 79(84.0) |
| 기타 서비스 | 산책시 (나들이) 동행서비스 | 0(.0) | 22(23.4) | 8(8.5) | 4(4.3) | 60(63.8) |
| | 요양소 입소 또는 주간보호 안내 | 0(.0) | 14(14.9) | 5(5.3) | 5(5.3) | 70(74.5) |
| | 이·미용서비스 | 15(16.0) | 40(42.6) | 12(12.8) | 1(1.1) | 41(43.6) |
| | 장애인·가족지지 프로그램 | 9(9.6) | 16(17.0) | 5(5.3) | 2(2.1) | 71(75.5) |
| | 지역사회기관과 연계 | 9(9.6) | 39(41.5) | 14(14.9) | 3(3.2) | 38(40.4) |
| | 행정업무 대행서비스 | 0(.0) | 11(11.7) | 12(12.8) | 2(2.1) | 69(73.4) |
| | 가옥 내 편의시설 지원 | 8(8.5) | 34(36.2) | 15(16.0) | 3(3.2) | 42(44.7) |

*중복응답 허용함

전반적으로, 목욕보조나 간호, 이·미용서비스는 제공받으면서 높은 서비스 요구도를 보였다. 하지만, 의료서비스 영역에서 가정방문 물리치료, 작업치료, 한방치료에서는 높은 요구도에도 불구하고 실제 서비스를 받지 못하고 있었다(표 19).

현재 원주시 보건소에서 시행 중인 재활서비스 중 응답자가 받고 있는 서비스의 만족도를 알아보았다(표 20). 재활의료서비스에서 대체적으로 만족한다고 응답하였으나, 가정방문 재활치료에서는 10명(40.0%)이 보통이라고 하였으며, 4명(16.0%)은 만족하지 않음이라고 답하여 만족도가 다소 낮은 경향이 있었다. 이런 현상은 재활기구 대여와 보건소 내 재활치료 영역에서도 유사한 경향이 나타났다.

장애인·가족지지 프로그램에는 장애인 모

임과 장애인 가족모임으로 나뉘는데, 보통 이상의 만족도를 나타내었다.

장애인 지역참여 프로그램은 목욕 및 이·미용서비스에서 대체로 만족 이상이라고 응답하였지만, 만족하지 않다고 답한 장애인도 8명(22.2%)으로 높게 나타났다.

지역사회기관연계 서비스에서 행정기관과의 연계 영역에서 다소 만족하지 않는다는 응답이 있었으나, 사회복지관이나 연세대학교와의 연계를 통한 서비스에는 높은 만족도를 보였다.

재활서비스가 장애인의 전반적인 삶의 질 향상 부분에 만족할만한 영향을 미쳤는지에 관한 질문에서 59명(62.7%)이 만족하다고 응답하였고, 15명(16.0%)은 그렇지 않다고 대답하였다(표 20).

표 20. 재활서비스 만족도

(N=94)

| 재활서비스 내용 | | 매우 만족함 | 만족함 | 보통 | 만족하지 않음 | 명(%) |
|---------------|------------------------------|-------------------|----------|----------|----------|-----------|
| 재활의료 서비스 | 건강검진 | 3(16.7) | 9(50.0) | 3(16.7) | 3(16.6) | 18(100.0) |
| | 척수장애 방광검사 | 0(.0) | 3(100.0) | 0(.0) | 0(.0) | 3(100.0) |
| | 가정방문 재활치료 | 3(12.0) | 8(32.0) | 10(40.0) | 4(16.0) | 25(100.0) |
| | 중증장애 장애인 진료 및 평가(보건소 내 재활치료) | 3(18.8) | 6(37.5) | 2(12.5) | 5(31.2) | 16(100.0) |
| | 재활기구 대여 | 7(25.9) | 12(44.4) | 1(3.8) | 7(25.9) | 27(100.0) |
| | 고혈압 및 당뇨 교실 | 0(.0) | 0(.0) | 0(.0) | 1(100.0) | 1(100.0) |
| | 자원 봉사자 연계(후송, 민원대행·말벗) | 3(50.0) | 0(.0) | 2(33.3) | 1(16.7) | 6(100.0) |
| | 관절염 수중운동 | 0(.0) | 0(.0) | 0(.0) | 0(.0) | 0(100.0) |
| | 가옥 내 편의시설 지원 | 3(42.9) | 4(57.1) | 0(.0) | 0(.0) | 7(100.0) |
| | 장애인·가족지지 프로그램 | 척수장애 및 뇌졸중 장애인 모임 | 2(33.3) | 2(33.3) | 1(16.7) | 1(16.7) |
| 장애인 가족모임 | | 1(100.0) | 0(.0) | 0(.0) | 0(.0) | 1(100.0) |
| 장애인 지역참여 프로그램 | 장애인 목욕·이·미용·욕창 치료 등 | 13(36.1) | 10(27.8) | 5(13.9) | 8(22.2) | 36(100.0) |
| | 장애인 나들이 | 2(66.7) | 0(.0) | 1(33.3) | 0(.0) | 3(100.0) |

표 20. 재활서비스 만족도(계속)

(N=94)

| 재활서비스 내용 | 매우 만족함 | 만족함 | 보통 | 만족하지 않음 | 명(%) |
|--------------------------------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| 의료기관과 연계 (장애평가, 욕창, 진료) | 3(60.0) | 0(.0) | 1(20.0) | 1(20.0) | 5(100.0) |
| 지역사회 기관과의뢰 (복지, 생계보장 의뢰) | 0(.0) | 2(50.0) | 1(25.0) | 1(25.0) | 4(100.0) |
| 사회복지관과연계 (복지서비스, 봉사자 연계) | 2(28.6) | 3(42.9) | 2(28.5) | 0(.0) | 7(100.0) |
| 연세대학교와 연계 (가정방문 재활치료) | 4(40.0) | 4(40.0) | 2(20.0) | 0(.0) | 10(100.0) |
| 삶의 질 향상 | 16(17.0) | 43(45.7) | 20(21.3) | 15(16.0) | 94(100.0) |

*중복응답 허용함

IV. 고찰

1. 사회경제적 특성

전체 응답자의 86명(91.5%)이 무직이었는데, 이는 원주시 농촌지역 장애인의 직업별 빈도가 무직 58.7%, 농업 20.1% 이었던 것과 비교할 때(이충휘, 2000) 도시지역의 장애인들이 농촌지역의 장애인보다 사회생활을 하지 못하고 경제적 소득을 기대할 수 없음을 알 수 있었다. 평상시 장애인의 73명(77.7%)이 주로 집안에서 지낸다고 답하여 주 생활공간이 집안이므로 방문재활서비스를 절실히 필요로 한다는 것을 알 수 있다.

과거 1년간 외출한 빈도를 조사한 결과, 응답자의 25명(26.6%)이 매일 외출한다고 응답하였지만, 전혀 외출이 없었다고 응답한 장애인도 24명(25.5%)으로 타인의 도움 없이는 전혀 외출이 불가능한 중증장애인에 대한 가정방문 의료서비스 대책이 필요함을 알 수 있었다. 또한, 주된 외출 이유로 의료혜택을 받기 위해 병원, 복지관, 보건소 등과 같은 시설을 이용하는 경우가 전체의 23.4%로 가장 높아 통원치료 시 외부의 도움을 필요로 하였다.

경제적인 부분에 있어서, 본인 스스로 가계를 담당하는 경우는 4명(4.3%)에 지나지 않았으며, 외부의 도움을 기대한다고 응답한 장애인이 49명(52.1%)으로 높게 나타났다. 본인이 아닌 외부의 도움을 기대한다는 응답이 많았던 것은 장애인 대부분이 직장을 가지지 않았기 때문(91.5%)이라고 여겨진다.

2. 의학적 특성

전체 94명의 응답자 중 1등급 장애인은 32명(34.1%), 2등급 장애인 21명(22.3%), 3등급 장애인 8명(8.5%)이었으며, 미등록 장애인도 25명(26.6%)으로 지역사회중심 재활서비스를 받고 있는 것으로 나타났다. 1·2·3등급 장애인뿐만 아니라 미등록 장애인을 서비스 대상으로 포함시키려면 객관적인 선정기준이 필요하다 현재는 재활사업 대상자를 “등록된 장애인 중 재활서비스가 필요한자 또는 등록 장애인은 아니지만 뇌졸중, 각종 사고 및 관절질환, 욕창 등으로 인해 일상생활에 타인의 도움이 필요하고 재활서비스가 필요한 자’라고 정의하여 모호한 부분이 있다. 일상생활능력과 필요한 도움의 양에 따라 재활사업 대상자를 선정하고, 서비스의 종류와 강도 및 횟

수를 결정하여 줄 객관적인 도구가 필요하다.

또한 재활서비스를 시행하는데 있어, 서비스의 진전정도를 객관적으로 평가하기 위해 서비스의 취지에 맞는 평가도구가 필요한데, FIM을 사용하면 이러한 객관적인 평가가 가능하다. 본 연구에서는 FIM을 사용하여 독립적인 기능이 어느 정도 가능한지, 또는 사람이나 기구의 보조가 어느 정도 필요한가를 평가하였다. 연구 결과 전체 응답자 94명 중 도움이 불필요한 경우는 33명(35.1%), 부분적인 도움이 필요한 경우는 59명(51.0%), 완전의존으로 도움을 필요로 하는 경우는 2명(2.1%)이었다(표 32). 개인별 평균 FIM 점수를 볼 때, 중간보조 이상의 도움을 필요로 하는 22.3%의 장애인에게는 봉사자를 활용한 재가복지서비스를 절실히 필요로 할 것이다. 또한, 최소한의 도움(50% 이하의 도움)을 필요로 하지만 지도가 필요한 71.0%의 장애인에 대해서는 가정방문 재활훈련서비스 중 물리치료와 작업치료의 팀 접근을 통해 일상생활 동작훈련과 운동치료 교육을 하고, 점차적으로 도움의 양을 최소화해서 자립할 수 있도록 하여야 할 것이다.

응답 장애인이 가장 많이 사용하는 보장구는 휠체어가 32명(41.6%), 지팡이 22명(28.6%) 순으로 가장 많았고, 목발 8명(10.4%), 보조기와 보청기가 3명(3.9%)이었다. 다음과 같은 사항은 재활기구 대여 서비스를 위한 기구구입 시 우선 순위를 두도록 고려해야 할 사항이라고 여겨진다. 또한, 보장구가 필요하지만 사용하지 않은 이유가 보장구를 사용할 능력이 없거나 도와줄 사람이 없어서, 또는 보장구를 사용할 가옥환경이 되지 않아서라고 응답하여 보장구를 사용하는데 있어 제반 환경의 중요함을 나타내었다. 이는 가옥 내 편의시설을 지원하거나 주택구조 변경 시에 휠체어를 사용하는 장애인을 위해 문턱을 없애 주거나 휠체어 사용자를 위해 경사로(ramp)를 설치해주는 등의 세심

한 주의와 준비가 요구될 것이며, 이러한 것은 의료진의 지도에 따라 이루어져야 한다.

응답 장애인의 자조활동의 여섯 가지 항목의 수행능력 중 목욕하기에 대한 도움이 58.5%, 꾸미기에 대한 도움이 13.8%로 특징적으로 높게 요구되었는데 이는, 재활서비스 중 목욕 및 이미용 서비스가 장애인에게 절실히 필요하다는 것을 알 수 있었다. 또한, 상·하의 입기와 화장실 가에서 독립적인 장애인이 많은 반면 완전의존 환자도 각각 13.8%, 16.0%, 18.1%로 높은 비중을 차지하여 도움을 필요로 하였다.

장애인 스스로 일상생활을 하는데 도움이 필요하다고 느끼는 경우는 72명(76.6%)으로 집안에서 주로 지낸다고 응답했던 장애인 73명이 이와 같은 응답을 했을 것으로 여겨진다. 이 중 도움이 필요하고 도움을 받는다고 응답한 장애인은 52명(55.3%)으로 가장 많았고, 보조하는 사람으로는 배우자 42.3%, 부모 28.8% 순이었다. 장애인에 대한 보호체계는 가족 구성원에게 부담을 주며, 장애인 부양으로 인해 사회진출이 저하된다. 다음의 결과는 배우자의 보조가 많았으며, 배우자는 간병과 가정경제담당이라는 두 가지 부담을 안게 된다. 또한 24시간을 내내 곁에서 도움을 주어야 한다는 경우도 16명(30.8%)으로 가장 높아 중증 재가장애인에 대한 차별적 복지서비스의 필요성을 보여준다.

3. 재활서비스 만족도

지역사회중심 재활서비스를 받게 된 동기가 무엇인지에 관한 답변에서 80명(85.1%)가 면사무소나 보건소의 안내에 의해서라고 답변을 하였으며, 이 밖에 본인이나 이웃의 안내 8명(8.5%), 병원 안내 3명(3.2%) 순이었다. 그러나 인터넷 또는 인쇄된 홍보물을 통해 원주시 재활서비스를 받게 되었다고 응답한 장애인은 한 명도 없었다. 보건소나 면사무소와 같은 공공기관을 통한 재활서비스의

소개는 긍정적인 면을 보이고 있으나, 인터넷 등의 홍보를 하고 있음에도 불구하고 이로 인한 전달이 제대로 되고 있지 않는 것으로 보아 적극적이고 체계적인 홍보가 필요함을 시사하고 있다.

재가장애우 방문서비스를 받고 있는 장애인 62명에 대해서 현재 얼마나 자주 서비스를 받고 있는지 질문을 하여, 26명(41.9%)이 월 1회 의사, 간호사, 물리치료사, 자원봉사자 등에 의해 방문서비스를 받고 있다고 답하였고 실제 원하는 횟수도 22명(35.4%)으로 가장 높았다. 하지만, 6개월에 1회(14.5%) 또는 기타의 단 1회 서비스(14.5%)를 받았다고 응답한 장애인도 2순위와 3순위를 차지하였다. 반면, 원하는 서비스 빈도에서도 주 2회와 주 1회도 각각 14명(22.6%)과 13명(21.3%)으로 높은 비율을 차지하여 환자의 장애정도와 필요에 따라 방문횟수를 조정하는 것이 좋을 것이다.

현재 받고 있는 서비스 내용을 보면, 방문서비스 중 간호서비스가 38명(43.7%)으로 가장 많았고, 두 번째가 건강관리 상담(26.4%)이었으나, 실제 원하는 서비스로는 간호가 24명(23.5%)으로 가장 높았지만 유사한 비율로 재활 운동요법이 21명(20.6%)으로 원하였다. 받고 있는 서비스 내용과 원하는 서비스 내용을 비교해 볼 때, 1순위인 간호서비스는 현재 가장 많이 받고 있으면서 원하는 서비스 내용이기도 하지만, 재활운동요법과 통증관리의 경우 각각 20.6%와 12.7%가 원하는 데 비해 실제 8.0%와 1.2%만이 서비스를 받고 있어 요구도와의 격차가 크게 나타났다. 현재 원주시 보건소에서 재활운동요법과 통증관리를 위해 재가방문서비스를 시행하고 있는 물리치료사는 일용직 1명 뿐으로, 보건소 물리치료실 내의 직무와 재가방문서비스 직무를 동시에 병행해야 하는 문제를 갖게 되어 현재 시행되고 있는 가정방문 사업의 문제점 중의 하나인 전문적인 재활서비스의 제공이

어렵다. 이는 시급히 개선되어야 할 부분이며 장애인의 치료의 향상을 위하여 적정수의 방문 재활팀을 통한 질적인 치료가 이루어져야 한다. 따라서 환자의 요구도에 따른 질적인 서비스를 시행하기 위해서는 서비스에 따른 보건소 내 자원을 차별적으로 비중을 두어 시행해야 할 것이다.

현재 목욕서비스를 받고 있는 36명의 장애인에 대해 현재 받고 있는 서비스의 빈도와 원하는 서비스의 빈도에 관한 질문을 하였다. 응답으로는 현재 월 1회 서비스를 받고 있다는 장애인이 30명(83.3%)으로 가장 높았으나, 실제 원하는 횟수로는 월 2회(44.4%)가 가장 높았고 2순위로 9명(25.0%)이 월 1회 원한다고 답변하였다. 또한, 주 1회라고 응답한 응답자도 8명(22.2%)이나 되었다. 목욕서비스는 실제 FIM 점수를 통해서도 가장 요구되는 서비스 항목이었지만, 실제 장애인들이 원하는 서비스이기도 하였다. 하지만, 실시되고 있는 목욕서비스는 이러한 요구도에 크게 못 미치고 있는데, 이는 자원봉사조직의 비활성화 또는 인원의 미확충 때문이라고 볼 수 있다. 원주시의 자원봉사 단체는 많으나 실제 자원봉사자는 50여명으로 구성되어 있다. 따라서, 자원봉사단체의 인원을 확충 보장하고, 이들을 활성화시킬 수 있는 방안이 필요하다. 특히 민간인 봉사자들의 가사지원 및 청소대행 등의 도움들은 장애인들에게 절실하게 요구되는 부분이므로, 인터넷 등을 통하여 원주시 지역사회중심 재활서비스의 필요성과 사업을 홍보하여 이들 봉사자들이 정기적으로 꾸준한 봉사가 가능하도록 하여야 한다. 또는 장애인들의 욕구가 가장 큰 서비스부터 단계적·집중적으로 시행하는 것이 적합할 것이다. 장소에 있어서도 현재 시행하고 있는 이동차량에 의한 목욕서비스는 봉사자들 뿐만 아니라 장애인들에게 번거로움과 불편함을 주고 있다. 또한 한 달에 1회 목욕탕을 대여하여 실시하는 서비스로는 장애인들이 원하

는 일주일에 1회 또는 이주일에 1회의 목욕 횟수에 크게 못 미친다. 현재 원주시에서 2003년 완공을 목표로 하고 있는 원주시 장애인 복지관 설립 시에 수치료실 뿐만 아니라, 목욕탕을 설치하여 재가장애인을 위해 접근이 용이한 환경 속에서 정기적으로 목욕서비스를 시행하도록 하면 좋을 것이다.

현재 원주시 보건소에서 시행 중인 재활서비스 중 응답자가 받고 있는 서비스의 만족도에서 재활의료서비스에서 대체적으로 만족한다고 응답하였으나, 가정방문 재활치료에서는 많은 응답자가 보통(40.0%)이라고 하였으며, 16.0%는 만족하지 않음이라고 답하여 만족도가 다소 낮은 경향이 있었다. 이런 현상은 재활기구 대여와 보건소 내 재활치료 영역에서도 유사한 경향이 나타나 앞서 언급한 재활치료의 질적 향상을 위하여 일선의 직원을 보강해야 할 필요성을 말해준다.

장애인 지역참여 프로그램은 목욕 및 이·미용서비스에서 대체로 만족이상이라고 응답하였지만, 만족하지 않다고 답한 장애인도 22.2%로 높게 나타났다. 이는 목욕 및 이·미용서비스를 원하지만, 요구도보다 낮은 서비스 제공 횟수로 인한 것으로 보인다. 지역사회기관외의 서비스에서 행정기관과의 연계 영역에서 다소 만족하지 않는다는 응답이 있었으나, 사회복지관이나 연세대학교와의 연계를 통한 서비스에는 비교적 높은 만족도를 보였다.

그러나 의료서비스는 전문 인력이 아닌 자원봉사자나 학생들과 같은 대체 인력에 의해 치료가 이루어지면 그만큼 장애인들은 낮은 수준의 의료 재활서비스를 받게 되는 것이다. 따라서, 이에만 의존하지 말고 지역사회의 전문자원을 적극 활용하는 것이 필요하다. 예로써, 재활서비스를 위한 의료직원 보강과 함께 원주시 내 물리치료사 모임을 활용하여 자원봉사로 활동할 수 있도록 추진하는 것도 하나의 방안이 될 수 있을 것이다. 이 밖에 가

족과 장애인이 연계할 수 있는 모임과 장애인과의 자조모임 활성을 유도하는 것도 중요하다.

재활사업을 시행하는데 있어 장애인은 양질의 서비스를 요구하지만, 보건소의 한정된 인적자원으로 인해 그러한 서비스를 제공하기가 어렵다. 따라서 많은 서비스를 시행하기 보다는 장애인의 요구도가 가장 높았던 의료서비스 즉, 보건소에서 차별적으로 시행할 수 있는 가정방문 간호와 물리치료를 집중적으로 시행하고, 가사서비스와 같이 자원봉사자를 활용할 수 있는 기타서비스는 자원봉사단체가 주체가 되고, 보건소는 자원봉사조직과 재가장애인을 연계시켜주는 역할을 하는 것이 더 적절할 것이라고 여겨진다.

마지막으로, 재활서비스가 장애인의 전반적인 삶의 질 향상 부분에 만족할만한 영향을 미쳤는지에 관한 질문에서 62.7%가 만족하다고 응답하였고, 16.0%는 그렇지 않다고 대답하였다.

V. 결론

원주시 보건소에서 실시하는 지역사회중심 재활사업은 기존의 한정된 소수의 인적자원만을 활용하였음에도 불구하고 전반적으로 만족할만한 성과를 거두었다. 앞으로 원주시 보건소에서는 자원봉사 조직의 활성화와 인력의 보충, 방문재활서비스의 선택적 집중화를 위해 꾸준히 노력하여 지역사회중심 재활사업을 통해 재가장애인의 삶을 향상시켜야 할 것이다.

인용문헌

- 국립재활원. 재활서비스 체계확립을 위한 방안 모색. 보건복지부 국립재활원. 2001.
김진수. 뇌졸중의 진단과 치료. 대한의학협회지. 1992;35(3):390-398.

- 김태곤. 재가장애인 의료재활서비스 활성화 방안에 관한 연구. 동아대학교 정책과학대학원, 1999.
- 보건복지부. 보건사회백서. 1998.
- 보건복지부. 장애인복지사업지침서. 1995.
- 보건복지부. 장애인복지법령집. 2000.
- 보건복지부. 지역사회중심재활사업의 이해와 사업계획수립을 위한 월샷. 2000.
- 서미혜, 이혜원, 전춘영. 가정간호 시범사업 간호진단 및 간호중재 분석 연구. 대한간호. 1995.
- 손준규. 재가장애인 복지정책에 관한 연구. 동국대 행정대학원, 복지행정과 석사논문, 1996.
- 원주시 보건소 자료. 2001.
- 이규식, 박남수, 김주경 등. 제천시 지역사회중심 재활사업. 제천시 보건소. 2001.
- 이준상. 재가지체장애인의 사례관리 실천모형. 대구대학교 대학원, 2000.
- 이충휘. 농촌 재가장애인의 가정방문 재활서비스 욕구도 분석. 보건복지부. 2000.
- 진기남, 조영희, 조관수 등. 원주시 장애인 요구도 조사. 원주시 보건소. 2000.
- 최연순, 김대현, 서미혜 등. 퇴원환자의 가정간호 욕구와 가정간호 사업의 효과분석. 대한간호. 1993;31(4).
- 한지숙. 농촌지역에서의 읍·면간 의료이용 결정요인 분석. 연세대학교 대학원, 1998.
- Jetta LF. Home Care for the Client Who Has Had a CVA. Delmar, 2000.
- Julia VD, Denis B. Assessment in Occupational Therapy and Physical Therapy. W.B. Saunders Co., 1997.
- McCarthy E. Comprehensive home care for earlier hospital discharge. Nursing Outlook. 1976;24(10):625-630.
- Timothy LK. Geriatric Rehabilitation Manual. 1999:432.
- Wendy KA, Michelle EM. Home Rehabilitation. Mosby, 2000.