

재가 중증 장애인의 지속적 재활 관리 실태와 재활 서비스 요구

장숙량, 이선자¹⁾, 김완호²⁾, 이규범²⁾, 김수경²⁾, 임재영³⁾

서울대학교 보건환경연구소, 서울대학교 보건대학원¹⁾, 국립재활병원 재활의학과²⁾, 서울대학교 의과대학 재활의학교실³⁾

The Continuum of Rehabilitation Care and the Rehabilitation Services that are Needed by People with Severe Disabilities

Soong-Nang Jang, Seonja Rhee¹⁾, Wan-Ho Kim²⁾, Kyu-Beom Lee²⁾, Sukyung Kim²⁾, Jae-Young Lim³⁾

Institute of Health and Environment, Seoul National University, Graduate School of Public Health, Seoul National University¹⁾,
Department of Rehabilitation Medicine, National Rehabilitation Hospital²⁾,
Department of Rehabilitation Medicine, College of Medicine, Seoul National University³⁾

Objectives : As the number of people with disabilities is increasing and their needs for care are varied, the continuum and comprehensiveness of their rehabilitative care are getting more important. This study was performed to understand the utilization of rehabilitation services and requirements of care among the people with severe disabilities in Korea.

Methods : We interviewed 578 disabled persons who had severe extremity and cerebral impairment in the urban and rural areas of Korea. The questionnaire included questions on their general characteristics, the type of disability, their physical function (ADL, IADL), their use of rehabilitation services after discharge and their requirements for rehabilitation care.

Results : Only 12.6% of people with disability in the community continuously used the available medical rehabilitation care. The associated factors for utilization of rehabilitation services were pain and admission for

rehabilitative treatment in the acute phase. There was a great need for rehabilitation services in community and this varied according to gender, the socio-economic status, the functional status and the geographic region. The gap between utilization and need for rehabilitation services was largest in the economic support. The gap of primary health care was larger in the rural area than in the urban area.

Conclusions : The needs for rehabilitation service were diverse according to the individual functional status, the regional characteristics and other general characteristics of people with disability. Strategies should be considered to eliminate the barriers to obtain rehabilitation services for the people with disability in the community.

J Prev Med Public Health 2006;39(3):263-269

Key words : Continuum of care, Rehabilitation, People with disability, Health services need

서론

급성기 치료의 발전과 더불어 재활을 필요로 하는 장애인의 수는 지속적으로 증가하고 있다 [1-3]. 이에 비해 재활을 담당할 의료기관의 수는 적으며, 의료기관들은 대부분 경영상의 이유로 입원기관을 단축하기 위해 노력하고 있다 [4]. 그러나 급성기 재활치료가 종결된 장애인들은 퇴원을 지연하거나 퇴원 후 다른 의료기관으로 재입원하여 재활치료를 지속하려는 경향이 높다. 이러한 이유는 퇴원 후 재가에서 이

용할 수 있는 재활서비스 제공 기관이 다양하지 않고 재활 프로그램 역시 장애인의 특성과 기능상태를 반영하지 못하는 경우가 많아 재활 서비스의 수요와 공급 사이에 비효율성이 존재하고 있기 때문이다 [3-6].

재가 장애인은 전체 장애인의 97%를 차지하고 있으나 이들 중 지역사회에서 지속적인 재활치료를 시기적절하게 받는 경우는 매우 적다 [5,7]. 종합병원 외래나 보건소, 몇몇 장애인 복지관에서 재활치료 서비스를 제공하고는 있으나 이 기관들의

지역간 분포에 큰 편차가 있을 뿐만 아니라 재가 장애인의 다양한 욕구를 충족시키지 못하고 있다. 특히 도시 지역과 농촌지역간 재활 치료 접근성이 크게 차이가 나는데, 2000년 현재 서울의 경우 장애인 1만 명당 재활의학과 전문의수가 5.16명인 반면, 중소도시는 서울지역의 70%수준, 농촌지역은 30% 수준인 것으로 나타나, 지속적인 재활서비스 제공을 위해 중소도시와 농촌지역에 재활병원이나 재활요양병원 등 중간단계 재활서비스 제공기관이 필요하다고 주장이 활발해 지고 있다 [8-12].

재가 장애인의 충족되지 않는 재활 요구가 1950년 이후 계속적으로 세계 보건 당

국의 주목을 끌기 시작한 결과, 세계보건 기구에서 재활서비스의 새로운 접근 방법으로 지역사회중심 재활(community-based rehabilitation : CBR)을 개발하였다 [13,14]. 한국에서는 2000년부터 도시, 농촌, 혼합형 지역 몇 곳을 선정하여, 보건소를 중심으로 하여 지역사회중심재활 시범사업을 운영하고 있다 [15-17]. 그러나 아직 우리나라의 CBR은 기존의 재활기관과의 연계 를 통한 체계적인 재활 서비스를 확립하 지 못하고 있어 서비스가 중복되거나 일 부 서비스는 결핍되는 경우도 발생하고 있다 [1,3,10]. 지역사회에서 포괄적인 재 활관리가 가능한 CBR을 개발하고 확산시 키기 위해서는, 재가 장애인의 재활 치료 접근성의 실태와 관련요인을 파악하여야 한다. 또한 재가 장애인의 특성에 따른 재 활 서비스 요구도를 상세히 파악하고 이 를 토대로 서비스 제공 체계를 마련해야 할 것이다.

이 연구는 재가 장애인의 재활치료 이용 현황과 지속적인 재활치료를 영향을 미치 는 요인을 파악하고자 수행되었다. 또한 재가 중증 장애인들이 요구하는 지역사회 재활서비스의 종류와 특성을 파악하고자 하였다.

연구 방법

1. 조사 대상자

지역사회중심 장애인 재활사업을 운영 하는 지역 중에서, 도시, 도농복합, 농촌지 역 유형별로 각각 2개 지역을 선정하였다. 설문 대상 지역 선정은 보건복지부 · 국립 재활원에서 실시한 『지역사회중심 재활 세미나』(2003. 3. 13~14)에 참석한 16명의 사업 실무자 중, 설문에 협조 의사를 밝힌 6명의 해당 근무 지역으로 하였다. 설문 조 사 대상 지역은 도시 지역으로 서울시 도 봉구, 광주시 동구가 포함되었으며, 도농 복합 지역으로는 경기도 의왕시, 강원 원 주시가, 농촌 지역으로 경북 청도군과 충 남 담양군이 포함되었다.

선정 지역의 조사 대상 장애인은, 재활담 당 실무자가 관내 중증(장애등록 1~3급) 지체 및 뇌병변 장애인 중에서 20세 이상 성인으로 설문조사가 가능한 자를 중심으

Table 1. Sampling of study subjects (person, %)

Region	Districts	Disablement type	Number of registered disabled *	Severe disabled* (A)	Sample (B)	B/A × 100	
Rural	Chundo-gun	Cerebral	135	47	108	27.4	
		Extremity	992	347			
		Total	1,127	394			
Mixed	Damyang-gun	Cerebral	220	77	97	14.9	
		Extremity	1,647	576			
		Total	1,867	653			
Urban	UiWang-si	Cerebral	162	52	99	15.9	
		Extremity	1,787	572			
		Total	1,949	624			
	Gwangju	Dong-gu	Cerebral	707	226	100	4.3
			Extremity	6,569	2,102		
			Total	7,276	2,328		
Dobong-gu	Dobong-gu	Cerebral	298	101	98	14.1	
		Extremity	1,747	594			
		Total	2,045	695			
Total		Cerebral	648	220	76	4.8	
		Extremity	4,020	1,367			
		Total	4,668	1,587			
Total			18,932	6,282	578	9.2	

* National rehabilitation center, 『2001 Community-based rehabilitation report』, 2001

로 100명씩 편의 추출하도록 하여, 6개 지 역에서 전체 600명의 표본을 선정하였다. 지역유형별로 조사대상 장애인의 비율은 농촌이 19.1%, 도농복합형이 6.8%, 도시가 8.8%였다. 조사가 완료된 대상자 중 선정 기준에 부합한 최종 분석 대상자는 578명 이었다. 표본으로 선정된 장애인은 전체 조사 지역의 2001년 장애인 현황통계 [11] 에서 보고된 중증 지체 및 뇌병변 장애인 수의 약 9.2%에 해당하는 수이다 (Table 1).

2. 조사 방법

2003년 2월 3일부터 3월 5일까지, 조사대 상 6개 지역 보건소의 재활담당 실무자와 보건간호사, 방문보건 요원에 의해 표본 으로 선정된 장애인 가구를 직접 방문 면 접하는 방식으로 설문하였다. 대상자에게 는 조사목적과 내용을 설명하고 연구 참 여에 관한 사전 서면 동의서를 받았다. 설 문 조사요원에게 조사 지침을 교육하고, 지침서를 문서로 제공하였다. 설문지는 기존 문헌 고찰을 기초로 문항을 선택한 후, 2주간의 사전 조사를 거쳐 구조화된 설 문으로 개발하였다.

3. 조사 내용

조사 내용은 사회경제적인 상태를 포함 한 일반적 사항, 장애 상태 및 건강상태와

일상생활 수행능력 정도, 장애 발생 후 재 활치료 이용 경험, 지역사회 재활서비스 이용 현황과 재활서비스 요구도로 구성되 었다. 구체적인 조사 내용은 다음과 같다.

일반적인 사항으로 성, 연령, 가족유형, 의료보장 형태, 월평균 가구 소득, 주관적 경제상태 등을 조사하였다. 장애실태 및 건강상태로는 장애유형, 장애등급, 장애발 생 원인, 장애등록여부, 현재 이환질환 등 이 포함되었다. 일상생활 수행능력은 2001 년 Won 등 [15]이 개발한 한국형 일상생활 수행능력(K-ADL)과 도구적 일상생활 수 행능력(K-IADL)을 측정하였다. 재활치료 경험은 장애발생 초기부터 현재까지 입원 재활치료 이용 여부, 퇴원 후 재활치료 추 후 관리 여부 등으로 평가되었다. 지역사 회 재활 서비스 이용실태로서 지역사회에 서의 재활치료의 지속성 여부와 치료 기관 이 포함되었다. 재활서비스 요구도는 재활 의료, 일차의료를 통한 질환관리, 경제지 원, 장기 요양시설, 간병도움서비스에 대 해 각각 필요 여부를 설문하였으며 필요하 는 정도를 5점 척도로(전혀 필요 없다: 1점, 필 요 없다 : 2점, 보통이다 : 3점, 필요하다 : 4 점, 매우 필요하다 : 5점) 측정하였다.

4. 분석방법

조사 대상 중증 지체 장애인의 성별 연령 별 일반적 특성에 대해 빈도, 백분율을 제

시하였다. 장애인의 거주 지역 특성, 기능 상태, 사회경제적 특성, 이전 재활서비스 이용특성에 따라 지역사회에서 지속적인 재활치료 이용 여부에 차이가 있는지 각 특성별 단변량 로지스틱 회귀분석을 하였으며, 유의한 변수와 일반적 특성을 포함하는 다변량 로지스틱 회귀분석을 통해 adjusted odds ratio를 산출하였다. 지역사회에서 필요한 재활서비스 영역별로 공분산 분석을 통해 각각의 LSMEANS를 구하였다. 공분산분석에 포함된 변수는 성별, 연령, 장애유형, 만성질환 이환특성, 기능상태, 지역특성, 결혼상태, 가구 소득, 교육수준 등이다. 전체 대상자 중 각각의 서비스 영역에 대해 현재 지역사회 내에서 지속적으로 이용하는 비율과 서비스를 필요하다고 응답한 비율의 차이를 구하여 이용요구간의 차이를 살펴보았다. 또한 각각의 차이를 지역별로 따로 산출하였다.

결 과

1. 조사 대상 장애인의 일반적인 사항

조사된 중증 지체 장애인 578명 중 365명, 63.1%가 남성이었으며, 65세 이상 연령이 216명, 37.3%였다. 남자의 경우 20~64세 연령군의 유배우는 59.0%, 65세 이상 연령군에서의 유배우는 88.6%로 나타났다. 여성은 유배우인 경우가 20~64세 64.2%, 65세 이상 노인에서 38.9%였다. 교육수준은 여성 노인층에서 초졸 이하가 83.0%, 중졸 이상은 6.6%였다. 가구 월평균 소득은 대부분이 100만원 이하로 나타났다. 직업유무에 대한 질문에 남자 20~64세의 80.8%, 65세 이상의 88.0%, 여자 20~64세 90.2%, 65세 이상 96.7%가 무직이었다. 장애 원인으로 선천적 장애 원인은 20~64세 연령군에서는 남녀가 각각 10.0%, 16.4%였고 65세 이상 연령군에서는 1.6%, 5.5%였다. 장애 원인이 사고인 경우는 남자 20~65세 연령군 중 43.9%였다. 만성질환 이환 여부에서 고혈압은 남녀 각각 20~64세에서는 27.5%, 38.5%, 65세 이상 연령층에서 64.0%, 69.2%였다.

만성질환 이환 개수 평균은 20~64세 연령에서 남자 1.0개 (SD=1.0), 여자 1.1개 (SD=0.9), 65세 이상에서 남자 1.6개 (SD=1.0), 여자 1.7개 (SD=1.1)였다. 일상생

Table 2. General characteristics of study subjects

	Men (N=365)				Women (N=213)			
	20~64 years		65+ years		20~64 years		65+ years	
	No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)
Total	240	(41.5)	125	(21.6)	122	(21.1)	91	(15.7)
Marital status								
Single	75	(31.4)	0	(0.0)	26	(21.7)	5	(5.6)
Married	141	(59.0)	109	(88.6)	77	(64.2)	35	(38.9)
Widowed	3	(1.3)	12	(9.8)	11	(9.2)	42	(46.7)
Divorced, separated	20	(8.4)	2	(1.6)	6	(5.0)	8	(8.9)
Educational level								
Elementary school	73	(31.3)	70	(56.9)	65	(56.5)	83	(93.3)
Middle school	64	(27.5)	24	(19.5)	23	(20.0)	2	(2.2)
High school	74	(31.8)	17	(13.8)	21	(18.3)	3	(3.4)
College or over	22	(9.4)	12	(9.8)	6	(5.2)	1	(1.1)
Family income per month (Won)								
<1,000thousands	172	(72.9)	97	(79.5)	94	(80.3)	63	(70.0)
1,000-2,000 thousands	53	(22.5)	21	(17.2)	18	(15.4)	17	(18.9)
2,100thousands+	11	(4.7)	4	(3.3)	5	(4.3)	10	(11.1)
Medical insurance								
Health insurance	145	(62.0)	94	(79.0)	77	(64.7)	58	(65.2)
Medical aid I	67	(28.6)	23	(19.3)	32	(26.9)	28	(31.5)
Medical aid II	22	(9.4)	2	(1.7)	10	(8.4)	3	(3.4)
Occupational status								
Unemployed	194	(80.8)	110	(88.0)	110	(90.2)	88	(96.7)
Employed	46	(19.2)	15	(12.0)	12	(9.8)	3	(3.3)
Region								
Urban	117	(48.8)	60	(48.0)	68	(55.7)	42	(46.2)
Rural	123	(51.3)	65	(52.0)	54	(44.3)	49	(53.8)
Disability type								
Cerebral disability	30	(12.5)	32	(25.6)	26	(21.3)	30	(33.0)
Extremities disability	210	(87.5)	93	(74.4)	96	(78.7)	61	(67.0)
Reason of disability								
Not known	8	(3.3)	1	(0.8)	6	(4.9)	2	(2.2)
Congenital	24	(10.0)	2	(1.6)	20	(16.4)	5	(5.5)
Chronic disease	102	(42.7)	98	(78.4)	84	(68.9)	67	(73.6)
Accident	105	(43.9)	24	(19.2)	12	(9.8)	17	(18.7)
Hypertension	66	(27.5)	80	(64.0)	47	(38.5)	63	(69.2)
Diabetes	18	(7.5)	20	(16.0)	19	(15.6)	13	(14.3)
Cardiovascular diseases	12	(5.0)	13	(10.4)	4	(3.3)	18	(19.8)
Stomach ulcer	24	(10.0)	12	(9.6)	6	(4.9)	7	(7.7)
Pain	47	(19.6)	31	(24.8)	23	(18.9)	14	(15.4)
	Mean	(SD)	Mean	(SD)	Mean	(SD)	Mean	(SD)
Number of chronic diseases	1.0	(1.0)	1.6	(1.0)	1.1	(0.9)	1.7	(1.1)
ADL score(range : 7-14)	11.1	(4.5)	12.0	(4.3)	10.7	(4.2)	12.7	(4.5)
IADL score	12.2	(5.7)	4.7	(5.9)	18.7	(7.1)	24.0	(6.6)

활 수행능력 점수는 높을수록 수행능력이 낮은 것으로, 남성과 여성 65세 이상 연령군에서 각각 12.0점, 12.7점이었다. 수단적 일상생활 수행능력은 남자에서 식사준비, 빨래하기 항목이 제외된 총점으로 24점이, 여성은 돈관리 항목을 제외한 27점이 가장 기능제한이 큰 점수이다. 65세 이상 노인인 경우 남녀 각각 14.7, 24.0점이었다.

2. 재가 장애인의 재활치료 이용 실태

조사 대상 중증 장애인 중에서 67.2%은 현재 어떠한 재활치료도 받고 있지 않다고 응답하였다. 의사와 한의사, 민간요법과 기타(사회복지관에서의 물리치료 등) 모든 치료 형태를 포함하여 재활치료를 받고 있다는 장애인은 33.8%였다. 전체 대

상자의 12.6%는 담당의사가 있어 주기적으로 관리를 받는다고 하였다. 통증 발생 등 필요가 있을 때만 의사를 찾아가는 경우가 10.1%, 한의사에게 침, 부항, 뜸 등의 치료를 받는 경우가 5.7%, 카이로프랙틱 등 민간요법이나 대체의학을 찾아가는 경우가 3.0%였다.

장애인의 재활치료 이용은 지역 특성에 따라 다른 차이를 보였다. 현재 재활치료를 받고 있지 않은 경우는 농촌이 70.7%로, 도시 63.7%에 비해 많았다. 담당 의사에게 주기적으로 재활치료를 받은 경우는 도시와 농촌이 비슷한 비율을 보였다. 필요가 있을 때 의사를 찾아가는 경우는 도시가 11.6%, 농촌은 8.6%였다. 장애인의 거주지역에 따른 재활치료 이용 양상의

Table 3. Rehabilitation care utilization by region*

Region	Urban		Rural		Total	
	No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)
No use	188	(63.7)	205	(70.7)	393	(67.2)
Regular visit medical doctor	34	(12.0)	37	(13.2)	71	(12.6)
Sometimes visit medical doctor	33	(11.6)	24	(8.6)	57	(10.1)
Sometimes visit oriental medicine	18	(6.3)	14	(5.0)	32	(5.7)
Sometimes use alternative medicine	12	(4.2)	5	(1.8)	17	(3.0)
Others	6	(2.1)	2	(0.7)	8	(1.4)
Total	291	(100.0)	287	(100.0)	578	(100.0)

* p=0.020 by chi-square test of rehabilitation care utilization corresponding to region

Table 4. Associated factors of continuum of rehabilitation care in community among the people with severe disabilities(N=578)

	Use/ Not use(N)	Univariate		Multivariate	
		OR*	95% CI*	aOR†	95% CI†
Age					
20-64 years	98/264	1.0		1.0	
65+ years	62/154	0.7	(0.7, 1.6)	0.9	(0.6, 1.5)
Sex					
Men	100/265	1.0		1.0	
Women	60/153	0.8	(0.7, 1.5)	0.8	(0.5, 1.2)
Medical Insurance type					
Insurance	111/263	1.0		1.0	
Aid I	31/119	0.6	(0.4, 1.0)	1.0	(0.6, 1.9)
Aid II	12/ 25	1.1	(0.6, 2.3)	2.2	(0.9, 5.3)
Disease					
Hypertension (vs non)	89/167	1.9	(1.3, 2.7)	1.4	(0.9, 2.3)
Diabetes (vs non)	20/ 50	1.2	(0.6, 1.8)	0.9	(0.5, 1.7)
Pain (vs non)	20/ 27	1.4	(0.9, 2.1)	1.8	(1.1, 3.0)
Rehab. Treatment in admission	38/ 77				
Have	146/292	1.0		1.0	
Have not	14/124	0.2	(0.1, 0.4)	0.3	(0.2, 0.6)
ADL deficit					
None	97/252	1.0		1.0	
1-2	32/ 76	1.1	(0.7, 1.7)	0.9	(0.5, 1.6)
3-4	10/ 35	0.7	(0.4, 1.6)	0.5	(0.2, 1.3)
5+	21/ 55	0.9	(0.6, 1.7)	0.7	(0.4, 1.5)
Region					
Urban	85/202	1.0		1.0	
Rural	75/216	0.8	(0.6, 1.2)	0.8	(0.5, 1.3)
Marital status					
Married and living together	140/332	1.0		1.0	
Widowed, divorced, Separated	20/ 86	0.6	(0.3, 0.9)	0.5	(0.3, 1.1)
Educational level					
Less than high school	109/295	1.0		1.0	
High school or over	48/108	1.2	(0.8, 1.8)	1.3	(0.8, 2.2)
Disability type					
Extremity disability	118/342	1.0		1.0	
Cerebral disability	42/ 76	1.6	(1.0, 2.4)	1.2	(0.7, 2.0)
Occupational status					
Unemployed	146/356	1.0		1.0	
Employed	14/ 62	0.6	(0.3, 1.0)	0.5	(0.3, 1.1)
Family income					
<1,000 thousands	114/312	1.0		1.0	
1,000-2,000 thousands	32/ 77	1.1	(0.7, 1.8)	0.8	(0.5, 1.4)
2,100 thousands+	10/ 20	1.4	(0.6, 3.0)	0.9	(0.4, 2.3)

*OR : Odds Ratio
†aOR : adjusted Odds Ratio
*CI : Confidence Interval

차이는 통계적으로 유의하게 나타났다 (p=0.012)(Table 3).

3. 지속적 재활치료 이용에 영향을 미치는 요인

재활 치료 이용 여부에 영향을 미치는 장

애인의 특성을 파악하기 위해 현재 재활 치료 이용군은 민간요법/대체의학/기타를 제외하고 1가지 이상 재활치료 서비스를 받고 있는 경우를 포함하며, 그 외의 경우를 비 이용군으로 분류하였다. 단변량 로지스틱 회귀분석 결과에서 유의한 차이를

보인 것은 의료보장형태, 장애유형, 결혼 상태, 고혈압, 통증, 입원재활치료 경험 유무 등이었다. 단변량에서 유의한 차이를 보인 변수와 한계적 차이를 보인 기능상태, 일반적 특성으로 성별, 연령, 지역을 포함하는 다변량 로지스틱 회귀 분석결과는 Table 4와 같다. 지속적인 재활 치료 이용 여부에 영향을 주는 관련요인은 통증여부와 입원 재활치료 경험 유무였다. 통증이 있는 경우가 없는 경우보다 지속적인 재활 치료 이용을 하는 것으로 나타났으며 (aOR=1.8, 95% CI=1.1~1.3) 급성기 입원 재활치료 서비스 이용 경험이 있는 경우에 비해 없는 경우 지속적 재활치료를 이용하지 않는 것으로 나타났다 (aOR=0.3, 95%CI=0.2~0.6). 재활치료 이용 여부에 대해 성별, 연령, 교육수준, 결혼상태, 거주 지역, 일상생활수행능력 결핍 정도, ADL 및 IADL 결손정도 등은 영향을 미치지 않았다 (Table 4).

4. 재활 서비스 요구도

재활의료 서비스, 일반 건강관리에 해당하는 일차의료, 장기요양 시설, 간병인 서비스, 경제적 지원 각각의 재활서비스 항목에 대한 요구도 점수에 대한 공분산 분석 결과는 Table 5와 같다. 재활의료 서비스는 여성 장애인이 남성에 비해 요구도가 높았으며, 교육수준이 초졸 이하로 낮거나 대졸이상으로 높은 경우 요구가 낮고 중졸 및 고졸의 경우 높게 나타났다. 기능상태에 따른 차이를 보여 기능상태가 낮아질수록 재활의료 요구도가 높아졌다. 일차의료 서비스는 도시 지역 장애인이 농촌거주 장애인 보다 높게 나타났고, 사별, 이혼 등으로 배우자가 없는 경우가 유의하게 높게 나타났다. 또한 가구 소득이 낮을수록, 만성질환 이환 개수가 많을수록 일차의료에 대한 요구가 유의하게 증가하였다. 장기요양시설은 여성의 요구가 더 높았고, 기능상태가 낮을수록 요구도가 유의하게 증가하였다. 간병인 서비스는 여성, 배우자가 있는 경우, 소득수준이 낮은 경우, 기능상태가 낮을수록 요구가 높게 나타났다. 경제적 지원은 가구 소득 수준이 낮을수록 요구가 유의하게 높았고

다른 서비스와 다르게 장애 유형별 차이가 있어 뇌병변 장애인의 경우 경제적 지원을 더 요구하는 것으로 나타났다.

5. 재활서비스에 대한 요구와 이용간의 차이

조사 대상 장애인 전체 중 지역사회에서 재활 서비스 이용자 비율을 서비스 각각에 대해 살펴본 결과, 일반 건강관리가 56.2%로 가장 높은 이용률을 보였다. 재활의료 13.8%, 그 외의 다른 재활서비스, 즉 경제적 지원, 장기요양 시설, 간병도우미 등은 1% 미만의 이용률을 보였다.

각 재활서비스에 대해 전체 장애인 중 '필요하다'고 응답한 장애인의 비율을 파악한 결과, 이용률과는 큰 차이를 보였다. 전체 대상자의 77.5%가 일반건강관리를 요구하고 있었고, 또한 74.7%가 경제적 지원을 요구하고 있었다. 재활의료는 68.1%가 요구하였다.

이용자 비율과 요구자 비율간의 차이를 통해 충족되지 않은 요구를 산출하였다. 가장 큰 차이를 보인 서비스는 경제적 지원이었다. 재활의료의 이용과 요구간의 격차는 54.3%, 간병도우미는 48.4%, 장기요양시설은 21.1%, 일차의료 21.3%의 차이를 보였다.

이러한 차이는 지역에 따라 다소 다른 양상을 보였는데, 가장 큰 차이는 일차의료에 대한 차이로, 농촌지역에서는 36.0%, 도시지역은 5.5%였다. 도시에서는 재활의료에 대한 차이가 63.6%, 농촌은 49.3%를 나타내었다 (Table 6).

고찰

중증 장애인 중 지역사회에서 정기적으로 재활의료 서비스를 받는 경우는 12.6%로 나타났다. 간헐적, 단편적인 병원 방문이나 한방, 대체 의료를 이용하는 경우가 20.2%, 그 외 67.2%의 중증 장애인은 어떠한 서비스도 접하지 않는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 지역사회에서 지속적인 재활서비스 전달이 이루어지지 못하고 있다는 사실을 말해 준다. 장애 등급이 1급~3급에 해당하는 중증 장애인들은 재활치료가 지속적으로 필요한 장애인이다.

Table 5. Needs of rehabilitation services by subject's characteristics*

	Medical rehabilitation	Primary health care	Long term care facility	Care giver support	Economic support
	Mean ± SE	Mean ± SE	Mean ± SE	Mean ± SE	Mean ± SE
Region	(p=0.078)	(p=0.021)	(p=0.112)	(p=0.556)	(p=0.022)
Urban	4.35 ± 0.17	3.78 ± 0.14	2.36 ± 0.19	3.44 ± 0.20	3.63 ± 0.17
Rural	4.15 ± 0.17	3.56 ± 0.15	2.55 ± 0.19	3.51 ± 0.20	3.39 ± 0.17
Sex	(p=0.043)	(p=0.083)	(p=0.042)	(p=0.000)	(p=0.661)
Men	4.13 ± 0.16	3.58 ± 0.14	2.33 ± 0.19	3.33 ± 0.19	3.54 ± 0.16
Women	4.38 ± 0.18	3.75 ± 0.15	2.58 ± 0.20	3.73 ± 0.21	3.49 ± 0.17
Marital status	(p=0.948)	(p=0.000)	(p=0.895)	(p=0.045)	(p=0.980)
Widowed, divorced, separated	4.26 ± 0.15	3.90 ± 0.13	2.47 ± 0.17	3.29 ± 0.18	3.51 ± 0.15
Married, living together	4.25 ± 0.20	3.42 ± 0.17	2.44 ± 0.23	3.66 ± 0.21	3.51 ± 0.19
Age	(p=0.754)	(p=0.148)	(p=0.295)	(p=0.097)	(p=0.404)
20-64	4.28 ± 0.17	3.59 ± 0.14	2.53 ± 0.19	3.35 ± 0.19	3.56 ± 0.16
65+	4.23 ± 0.18	3.74 ± 0.15	2.38 ± 0.20	3.73 ± 0.21	3.46 ± 0.17
Education level	(p=0.043)	(p=0.973)	(p=0.516)	(p=0.555)	(p=0.528)
Elementary school	4.10 ± 0.17	3.64 ± 0.15	2.51 ± 0.19	3.45 ± 0.20	3.53 ± 0.17
Middle school	4.46 ± 0.20	3.70 ± 0.17	2.62 ± 0.22	3.41 ± 0.23	3.44 ± 0.20
High school	4.40 ± 0.18	3.68 ± 0.15	2.45 ± 0.21	3.66 ± 0.22	3.66 ± 0.18
College or over	4.06 ± 0.23	3.64 ± 0.20	2.25 ± 0.27	3.38 ± 0.28	3.43 ± 0.23
Family Income per month	(p=0.965)	(p=0.013)	(p=0.421)	(p=0.020)	(p<0.001)
<1,000 thousands	4.29 ± 0.11	4.02 ± 0.10	2.57 ± 0.13	3.95 ± 0.13	4.34 ± 0.11
1,000-2,000 thousands	4.29 ± 0.13	3.97 ± 0.11	2.39 ± 0.15	3.67 ± 0.16	3.68 ± 0.13
2,100 thousands +	4.18 ± 0.41	2.99 ± 0.34	2.41 ± 0.46	2.81 ± 0.48	2.52 ± 0.41
Disability type	(p=0.721)	(p=0.362)	(p=0.297)	(p=0.543)	(p=0.007)
Cerebral disability	4.23 ± 0.17	3.71 ± 0.14	2.53 ± 0.19	3.53 ± 0.19	3.70 ± 0.17
Extremity disability	4.28 ± 0.18	3.61 ± 0.15	2.38 ± 0.21	3.43 ± 0.21	3.32 ± 0.18
ADL deficit	(p=0.012)	(p=0.165)	(p<0.001)	(p<0.001)	(p=0.378)
0	3.96 ± 0.16	3.80 ± 0.13	1.93 ± 0.18	2.71 ± 0.19	3.38 ± 0.16
1-2	4.29 ± 0.18	3.56 ± 0.15	2.22 ± 0.21	3.44 ± 0.21	3.58 ± 0.18
3-4	4.47 ± 0.24	3.67 ± 0.21	2.50 ± 0.28	3.72 ± 0.29	3.64 ± 0.25
5+	4.29 ± 0.21	3.61 ± 0.18	3.17 ± 0.23	4.03 ± 0.24	3.45 ± 0.21
Number of chronic disease	(p=0.218)	(p=0.001)	(p=0.879)	(p=0.310)	(p=0.082)
0	4.05 ± 0.19	3.11 ± 0.16	2.40 ± 0.22	3.33 ± 0.22	3.39 ± 0.19
1	4.37 ± 0.18	3.64 ± 0.15	2.41 ± 0.20	3.50 ± 0.20	3.59 ± 0.17
2	4.28 ± 0.19	3.79 ± 0.16	2.51 ± 0.21	3.35 ± 0.22	3.35 ± 0.19
3+	4.30 ± 0.21	4.09 ± 0.18	2.50 ± 0.23	3.71 ± 0.24	3.71 ± 0.20

* p value denotes for ANCOVA included all variables

Table 6. Utilization, need and unmet need of rehabilitation services(%)

	Utilization* %	Need† %	Unmet need‡
	(A)	(B)	(B-A)
Total			
Primary health care	56.2	77.5	21.3
Medical rehabilitation	13.8	68.1	54.3
Economic support	0.8	74.7	73.9
Long term care hospital	0.0	21.1	21.1
Care giver service	0.0	48.4	48.4
Urban			
Primary health care	63.6	69.1	5.5
Medical rehabilitation	12.4	76.0	63.6
Economic support	0.9	66.3	65.4
Long term care hospital	0.0	19.9	19.9
Care giver service	0.0	45.0	45.0
Rural			
Primary health care	50.1	86.1	36.0
Medical rehabilitation	15.3	64.6	49.3
Economic support	0.7	83.3	82.6
Long term care hospital	0.0	22.3	22.3
Care giver service	0.0	51.9	51.9

* Utilization rate=(No. of utilization person/total study subjects) × 100

† Need rate=(No. of persons who answered 'need'/total study subjects) × 100

‡ Unmet need=Need rate - Utilization rate

그러나 신체 장애 정도가 심할수록 이동에 어려움이 있고, 일반적인 교통수단 이용에도 많은 제한을 가지고 있기 때문에, 의료기관으로의 접근이 어려운 것이 사실

이다 [3]. 통계적으로 유의한 수준은 아니지만 기능상태가 저하될수록 지속적 재활 치료 이용이 점차 낮아지는 것은 이를 뒷받침해 준다. 전국적으로 재활 치료를 시

행할 수 있는 기관이 많지 않은 현실은 필요한 재활치료 이용을 더 어렵게 하고 있다 [16-19].

대부분의 장애인들은 치료와 재활기간이 길고, 가시적인 효과가 즉시 나타나지 않아 재활 치료의 필요성에 대해 의문을 가지는 경향이 있는데 [1,3,10], 통증과 같은 증상이 있는 경우에만 재활치료 이용을 하고 있는 것으로 나타난 것은 기존 연구 결과를 확인하는 결과이다. 급성기 입원 치료시에 재활치료를 경험한 장애인들은 재가에서 지속적인 재활 서비스를 이용하고 있는 것으로 나타나 재활 치료의 빠른 개입은 재가에서의 재활치료 접근성과 지속성 향상에도 영향을 주었음을 알 수 있다. 바람직한 재활 치료 접근을 위해서는 질병이나 외상의 발생 초기부터 의료재활 전문가의 개입이 필요하다 [3].

재가 장애인의 특성에 따라 요구하는 재활 서비스 영역과 그 정도에 차이가 났는데, 일차의료와 경제적 지원에 대한 요구는 농촌 지역 장애인들이 특히 높게 나타났다. 도시와 농촌 지역 거주자간의 의료 이용에 대한 차이는 이미 여러 연구에서 밝혀진 바 있는데 [16-19, 22-25], 농촌지역은 의료 이용의 방해 요인이 도시에 비해 높은 것을 주요 이유로 설명하고 있다. 지리적으로 낮은 접근성뿐만 아니라 농촌 거주자가 더 고령이거나 빈곤할 가능성이 있으며 건강상태가 더 나쁠 가능성이 있기 때문이라는 것이다 [16,18, 25-27]. 이 연구에서 연령, 가구 소득수준과 만성질환 이환개수 및 기능상태를 보정한 상태에서도 일차의료에의 요구가 농촌에서 더 높은 것은 개인 수준의 특성에 기인하기보다 지역적 특성 즉, 농촌의 의료 자원 부족 등이 원인일 것으로 생각된다.

재활서비스 요구는 성별 차이가 있었는데, 여성 장애인들은 재활의료와 장기요양 시설, 간병인 서비스에 대한 요구가 남성 장애인에 비해 높은 것으로 나타났다. 여성 장애인은 배우자가 없는 경우가 많고, 배우자가 있어도 간병을 제공할 가족 자원이 적기 때문에 [3] 시설 입소나 간병인을 더 요구하는 것으로 해석된다.

일차의료 서비스는 소득수준이 낮을수

록, 만성질환 이환개수가 많을수록 요구도가 높은 것으로 나타났다. WHO의 연구 [28]에서 일차 의료서비스로 장애인 재활 욕구의 70%를 해결할 수 있다고 보고한 바 있다. 재활 관련 전문 지식의 많은 부분이 지역사회에 일반화된 건강관리 기술로 전수되어 제공하는 것이 바람직하다는 견해이다 [28-32]. 효율적이고 효과적인 재활 의료 서비스 제공과 장애인의 사회경제적 지위에 따른 의료 접근의 차이를 줄이기 위해서 일차의료서비스가 더 활성화 되어야 될 것이다. 그리고 기초적인 재활치료가 일차의료 내에 통합 제공됨으로서 지속적 재활서비스가 가능할 것이다.

현재 우리나라의 재활서비스는 양적으로 적을 뿐만 아니라 장애인의 기능상태에 따른 서비스 다양화에 대한 고려가 거의 없다 [1]. 많은 연구자들은 장애인에 대한 지속적인 재활치료는 단편적인 서비스의 집합체 이상의 개념이기 때문에, 모든 치료 서비스가 통합되어 적절한 서비스를 쉽게 접근하고 찾도록 하는 관리 조정 단계를 필수적으로 갖추어야 한다고 말하고 있다 [20-24]. 이 연구 결과에 의하면, 대부분의 재활서비스 이용자들은 기능상태를 고려하는 치료의 필요성과 적절성에 대한 조정 과정을 거치지 않은 채 치료의 중단이 이루어지고 있다는 것 [3,10]을 확인할 수 있었다. 전반적으로 서비스 요구에 비해 이용률은 미흡하며, 요구와 이용 사이의 채워지지 않는 차이가 크게 나타났다. 또한 일차의료의 이용-요구간의 차이는 지역에 따라 편차가 크고, 지역의 특성에 따라 장애인들의 서비스 요구 우선순위가 다르다는 것을 알 수 있었다. 이 연구의 제한점으로는, 연구 대상 표본에 있어서 지역 특성에 따라 6개 지역을 선정, 관내 재가 중증 장애인을 편의 추출하여 재가 중증 장애인의 대표성에 한계가 있을 수 있다. 그러나 지역 내 산재되어 있는 중증 장애인의 소재 파악이 가능한 보건소 기관을 활용하여 조사 대상자 수를 확보할 수 있었다.

요약 및 결론

재가 중증 장애인 578명을 대상으로 재활 이용실태와 서비스 요구도를 조사한 결과, 지역사회에서 지속적인 재활치료를 받고 있는 장애인은 12.6%로 낮은 수준이었다. 지속적 재활관리 여부에는 급성기부터의 재활 서비스 개입이 주요한 관련 요인이었다. 재활서비스요구는 장애인의 성별, 소득수준별, 거주지역별, 기능상태별로 다르게 나타났다. 이에 비해 현재 이용하는 서비스는 일부 서비스에 편중되고, 요구와의 차이가 존재하였다. 결론적으로, 장애인의 다양한 서비스 요구에 대해 채워지지 않은 부분을 해결할 수 있는 보다 포괄적인 재활 서비스가 지역사회에서 양적, 질적으로 활성화되어야 할 것이다. 장애인의 기능수준과 거주 지역 등의 특성에 따라 서비스 접근이 개별화, 다양화되어야 할 것이며 동시에 지속적인 재활 서비스 제공 체계를 마련해야 할 것이다.

참고문헌

1. Kim YH, Lee KB, Kim SK, Lim HJ, Kim SO, Jang SN, Gho YM. Development of Medical Rehabilitation Support System for Service Continuum of Disability in Community. Ministry of Health and Welfare Report. ;2003. p. 30-67 (Korean)
2. 김용익. 장애우 의료입문. 장애우 권익문제 연구소; 1999, (11-14쪽)
3. Jang SN. A development of comprehensive care model for people with disability. [dissertation] Korea: Seoul National Univ.; 2004 (Korean)
4. Kim YT. Status and Alternatives of Community-dwelling Disabled. WHO Cooperative Seminar; 2002. p.25
5. Kim GY, Lee YS, Park KS, Son JH, Gam S, Chun BR, Park JY, Ye MH. Structural relationships among health concern, health practice and health status of the disabled. *Korean J Prev Med* 1993; 26(4): 11-17 (Korean)
6. Park NR, Yang SJ. A Study on the Development of Community based Rehabilitation Nursing Model for the Disabled Clients at Home. The Report of National Institute of Health; 1995. p. 294-308 (Korean)
7. 변용찬, 김성희, 이선우, 임유경. 2000년도 장애인 실태조사. 한국보건사회연구원; 2001, (76-83쪽)
8. Seo DO. Medical Rehabilitation in Hospital.

- WHO Cooperative Seminar. 2002. p. 40-41
9. 신영전, 유원섭, 임민경, 김완호, 임재영. 재가 장애인의 기능 및 삶의 질 평가 척도 개발(국립재활원 용역보고서). 한양대학교 지역사회보건연구소; 2001. (부록 9쪽)
 10. Rhee SJ, Jang SN, Kwon YS, Kim MJ, Lee HY. The Evaluation of Community based Rehabilitation in Hwasung City. Kyunggi Do Report; 2003. p. 23-30 (Korean)
 11. 임재영. 지역사회중심 재활사업 거점지역 현황 및 사업 추진방향. 지역사회중심 재활 보고서. 보건복지부 국립재활원; 2001. (41-45쪽)
 12. Kassah AK. Community-based rehabilitation and stigma management by physically disabled people in Ghana. *Disabil Rehabil* 1998; 20(2): 66-73
 13. Mitchell RA, Zhou D, Lu Y, Watts G. Community-based rehabilitation: does it change community attitudes towards people with disability? *Disabil Rehabil* 1993; 15(4): 179-183
 14. Mitchell R. The research base of community-based rehabilitation. *Disabil Rehabil* 1999; 21(10-11): 459-468
 15. Won C.W. Korea activities of daily living scales and Korea instrumental activities of daily living scale. *Korean J Geriatr Soc* 2002; 6: 1-11 (Korean)
 16. 보건복지부 국립재활원. 지역사회중심 재활교육 고급과정 교재; 2001, (48쪽)
 17. 보건복지부 국립재활원. 지역사회중심 재활의 이해와 보건소 업무 지침; 2000, (10-35쪽)
 18. Helander E. Provision of rehabilitation of the disabled on the community level. *Proc R Soc Lond B Biol Sci* 1980; 9(1174): 139-40
 19. Sheila Harms & Olive Kobusingye. Factors that influence the use of rehabilitation services in an urban Ugandan hospital. *Int J Rehabil Res* 2003; 126(1): 73-77
 20. Evans PJ, Zinkin P, Harpham T, Chaudury G. Evaluation of medical rehabilitation in community based rehabilitation. *Soc Sci Med* 2001; 53(3): 333-348
 21. Keith RA. The comprehensive treatment team in rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil* 1999; 72: 269-274
 22. Hartley S. Commentary on 'community based service delivery in rehabilitation: The promise and the paradox' by Kendall, Buys and Lamer. *Disabil Rehabil* 2001; 23(1): 26-29
 23. Nevlud GN. The team approach: current trends and issues in rehabilitation. *Texas J Audiol Speech Pathol* 1990; 16: 21-23
 24. Spencer WA. Changes in methods and relationships within rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil* 1969; 50: 566-580
 25. Aitken C, Walker J. Care of disabled people in the community. *Int Disabil Stud* 1987; 9(2): 60-61
 26. Rao PH, Venkatesan S, Vepuri VG. Community-based rehabilitation services for people with disabilities: an experimental study. *Int J Rehabil Res* 1993; 16(3): 245-250
 27. DeLisa JA, Gans BM. Rehabilitation Medicine: Principles and Practices. 3rd Edition. Lippincott-Raven Publishers. Philadelphia. 1998. p. 33-198
 28. WHO. Disability Prevention and Rehabilitation in Primary Health Care-A Guide for District Health and Rehabilitation Managers. 1995. p. 25-43
 29. John C. King, T. Russell Nelson, Mary L. Heye, Thomas C. Turturro, Mary Nelle D. Prescriptions, Referrals, Order Writing and the Rehabilitation Team Function. Rehabilitation Medicine: Principles and Practices. 3rd Edition. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers. 1998. p. 269-280
 30. Haas J. Ethical considerations of goal setting for patient care in rehabilitation medicine. *Am J Phys Med Rehabil* 1993; 72: 228-232
 31. Finnstam J, Grimby G, Nelson G, Rashid S. Evaluation of community-based rehabilitation in Punjab, Pakistan: I: Use of the WHO manual, 'Training disabled people in the community'. *Int Disabil Stud* 1988; 10(2): 54-58
 32. Kendall E, Buys N, Lamer J. Community-based service delivery in rehabilitation: the promise and the paradox. *Disabil Rehabil* 2000; 22(10): 435-445