

우리나라 노인 작업치료의 발전 방향 -보건의료·복지 정책방향과 일본의 작업치료현황을 중심으로-

정원미*, 이향숙**, 백현희***, 장문영****

*동남보건대학 작업치료과

**대전보건대학 작업치료과

***군장대학교 작업치료과

****인제대학교 의생명공학대학 작업치료학과

국문초록

21세기에는 본격적인 노인시대가 열릴 전망으로, 인구학적 변화에 따른 보건복지 국가정책방향에 대한 노인 작업치료의 효율적인 준비가 절대적으로 필요하다. 먼저 고령화 사회로 진입한 일본에서의 작업치료가 국가의 복지서비스방향에 따라서 변화하고 발전해온 것을 참고하기 위하여 우리나라와 일본의 보건의료복지서비스 정책, 작업치료사의 연도별 추이, 취업 현황, 교육 상황을 비교 하여서 노인 작업치료의 발전방향과 준비를 위한 기초 자료를 제시하고자 하였다.

앞으로 우리나라의 노인보건의료정책이 급속한 고령화에 따른 제반문제에 효율적, 합리적으로 대처해 나가길 바라며, 노인작업치료가 이러한 사회적 변화를 주도해 나가기 위한 더 많은 연구가 진행되기를 바란다.

주제어 : 노인 작업 치료, 보건, 의료보건정책, 일본

I. 서론

21세기에는 본격적인 노인시대가 열릴 전망이다. 2002년도 노인인구는 우리나라 전체 인구의 7% 이상을 차지하게 되어 고령화 사회(aging society)에 진입하였으며, 2022년에 이르면 14% 이상이 되어 고령사회(aged society)가 될 전망이다(통계청, 2003; 보건복지부, 2000). 이에 따라 65세 이상 노

령인구가 현재 약 337만 명에서 750만 명으로 두 배 이상 증가할 것으로 예상된다. 이와 같은 노령기의 증가로 기나긴 노령기의 생활비 조달과 의료비와 간병비용에 대한 책임 및 노후 생활에 필요한 각종 서비스를 어떻게 제공할 수 있겠는가의 문제가 노인 자신은 물론 국가사회의 커다란 과제가 되고 있다(고양곤, 2000). 유승흠과 양재모(1994)는 한 나라의 보건에 관한 제도나 정책은 전반적인 정

치, 경제, 사회제도와 서로 관련되어 있다고 하였다. 따라서 21세기는 고령화로 인한 문제를 효율적으로 대처하는 국가만이 발전할 수 있을 것이다.

이와 같은 인구학적 변화에 따라서 국가, 사회적으로 노인에 대한 관심이 증가하고 있으나 아직 서구의 선진국에 비해 노후에 대한 국가적인 노인보건, 복지제도가 미흡한 실정이다. 더하여 국가에서 제시하는 노인인구의 특성을 고려한 보건의료, 복지 서비스의 정책방향에 적절하게 대응하기 위한 작업치료의 준비는 더욱 미흡한 실정이다(Jeong, 2002). 특히 노인을 대상으로 하는 작업치료를 포함한 서비스는 사회전반으로 영향을 미치는 노인인구의 특성으로 인하여 개개인에 대한 치료방법 뿐만 아니라 국가 정책과 밀접하게 관련되므로 국가정책방향에 따른 노인 작업치료의 발전 방향에 대한 준비가 절대적으로 필요하다고 본다. 2001년을 기점으로 노인 인구 7%대의 인구고령화시대에 접어든 우리나라의 보건의료 서비스의 정책방향을 노인제도와 관련하여 알아보고자 하였다. 또한 일본에서의 작업치료가 국가의 복지서비스방향에 따라서 변화하고 발전해온 것을 참고하기 위하여 일본의 상황과 제도, 체계를 살펴보고 노인작업치료는 어떻게 변화하고 대처하여 왔는지 알아보았다. 이에 따라 일본의 작업치료의 현황과 우리나라의 현황을 비교 검토하여서 고령화 사회로의 진입으로 인한 보건의료 복지서비스의 변화에 대응하기 위한 노인작업치료의 효율적인 준비를 위한 기초 자료를 제시하고자 한다.

II. 본 론

1. 보건의료복지서비스 정책

일본의 노인인구가 7%대로 고령화 사회가 시작된 해는 지금으로부터 30년 전으로 1970년대의 일본의 상황은 지금의 우리와 별로 다를 바가 없었

나 1992년 거품경제 붕괴이후 경제개혁의 시책의 중에서 의료복지와 관련하여 진료 보수체계, 약가 기준제도, 의료제공체계 등에 관한 검토를 계속적으로 하고 있다(신한종합연구소, 1998; 川上武, 1990). 노인보건, 의료대책은 1982년 8월 제정된 노인보건법에 의해서 종합적, 체계적으로 정비되고 있으며 1983년 노인보건법의 제정으로 노인복지향상을 종합적으로 추진하게 되었다(남상요, 1996a; 남상요, 1996b; 남상요, 1998; 남상요, 2001; 厚生統計協會, 1999). 현재는 노인의료의 특수성을 감안한 노인의료수가 별도로 분리되었고 포괄수가제가 도입되어 과잉진료의 폐단을 없애고 의료서비스의 질 향상과 운영의 효율화를 꾀하게 되었다. 몇 차례의 법 개정을 거쳐 의료시설을 급성기 병상과 만성기 병상으로 구분하고, 보건·복지를 포함하는 시설의 개편으로 지금까지 따로 움직였던 보건·의료·복지가 2000년 4월부터 시작된 개호보험이라는 체계로 일원화되어서 보다 종합적이고 체계적인 접근을 할 수 있게 되었다(남상요, 2001). 일본의 작업치료를 영향을 미친 보건의료복지 서비스의 방향은 초기에는 성과 중시주의(functional outcome)로 계획되고 발전되어 비용을 부담하는 수요자의 관심이 공급자(행위자)의 행위결과로 나타나는 정책이었다. 이 후 의학모델을 기초로 한 생활기능에 기반을 둔 모델이 개발되어서 국제생활기능분류에 따라 환경인자와 개인인자를 고려하게 되었다. 따라서 보건 서비스, 예방과 건강유지를 위한 정책경비가 증가되었으나, 전문직에서 상호교환적인 의사소통을 할 수 있는 교육 수준을 갖게 되었고 지역간의 경계가 감소되었으며 질이 높은 임상기술을 적용할 수 있게 되었다(日本作業治療士協會, 2003). 의료의 질을 높이기 위한 노력은 1996년 장애자의 정상화(normalization) 7개년 전략, 1988년에 시작된 사회 복지기초구조개혁, 3년제 졸업 후 임상과정이 지나면 석사과정으로 진학 가능한 제도를 채택한 규제완화추진계획(1998~

2000), 지방분권의 추진(1999) 등의 제도적 개발과 변화에 의하여 연구 성과가 나타나기 시작하였다. 현재는 정보통신기술의 사회 전략적 변화로 인하여 의료의 이윤화가 논쟁이 되고 있으며, 지방자치 강화가 두드러지고 있다. 앞으로 더욱 보건의료의 질을 높이기 위하여 TV 채널을 통한 원격교육을 계획 중이다(日本作業治療士協會, 2003). 이러한 일본의 상황은 일본보다도 빠르게 고령화가 진행되어 가리라 예상되는 우리에게 노인의료제도의 정비와 노인의료서비스 제공체계의 수립 그 외에 고령화로 인한 사회제반 문제에 어떻게 대처해 나아가야 하는지에 대해 많은 시사점을 제공해준다.

우리나라의 21세기 선진 사회 구현을 위한 보건 복지 정책방향은 선진 복지사회기반의 조성 및 취약계층의 사회수준 향상과 건강하고 활기찬 노후 생활 보장, 장애인의 생활안정과 사회참여 지원, 건강 의료서비스의 내실화 및 식품 안전관리를 우선으로 하고 있다. 이에 따른 새 정부의 정책 방향은 현재 10% 수준에 불과한 공공의료료 30% 이상으로 확대하여 각종 전염병과 질환을 관리하고 전 국민에게 예방보건서비스를 제공하며, OECD(Organization for Economic Cooperation and Development) 최하 수준의 공공보건의료 시스템 정비 및 기능 확충과 공공보건의료를 강화하기로 하였다(김창엽, 2003). 구체적인 내용은

첫째, 국립의료원을 강화하여 국가중앙병원(=국가중앙보건의료센터)으로 육성한다.

둘째, 지역거점 공공의료기관(=보건의료센터)을 확충한다.

셋째, 도시지역에 지역보건센터를 설치(=주민건강센터 혹은 도시보건지소)한다.

넷째, 요양병원, 재활병원 등을 설립하고 공적 노인요양보장제도의 도입을 추진한다. 이 중 노인작업치료와 밀접한 노인보건복지 정책방향의 주요 시책 현황 및 계획은

첫째, 특례노령연금 및 경로연금 지급, 노인 일

거리 제공을 통한 노후 생활안정 기반 조성과 둘째, 활기찬 노년생활 지원을 위하여 경로효친사상 양양 및 경로우대, 경로당 운영 활성화 및 노인복지회관 지원, 노인 자원봉사활동 지원, 지역사회 시니어클럽 시범사업의 추진하고 있다. 셋째로는 건강한 노후생활 보장을 위하여 시설보호(생활시설 및 입원시설)와 가족의 노인보호 기능 강화와 지역사회에서의 노인보호 지원을 확대하고, 끝으로 공적 노인장기요양보호 대책 마련을 하고 있다.

특히 노인관련 정책은 공적 노인요양보장제도 도입의 당위성을 이야기 하고 있는데 이는 급속한 고령화로 노인요양보호 수요가 급증하지만 핵가족화·소 자녀화, 여성 사회참여 증가로 가정이 노인을 감당하기에는 한계가 있다. 따라서 치매·중풍 등 요양보호대상 노인의 요양비용을 사회화하여 노후의 자립생활을 돕고 가족의 부담을 감소시켜야 할 것이다. 구체적으로 노인인구의 증가로 인하여 요양보호노인은 83만 명(2003)에서 159만 명(2020년)으로 증가하고, 요양보호비용(치매·중증 장애)은 2조 1,607억원(2003)에서 4조1,095억원(2020), 증가할 것이다. 또한 1995년 이후 전체의료비는 매년 20.3% 증가하지만 노인의료비는 매년 27.9% 증가하며, 노인 단독 또는 노인만의 가구는 1995년 36.6%에서 44.9%(2000)로 증가하였다. 그리고 요양보호기간의 장기화(1년 이상 60%)와, 수발의 어려움, 맞벌이 부부 증가 등으로 가정 내에서의 노인 방치·학대문제가 대두될 것으로 본다. 이러한 노인환경은 일본에서도 마찬가지로 고령자에 대한 사회보장이 사회변화를 따라가지 못하고 있지만(開原成允, 1992) 이러한 상황을 해결하기 위하여 체계적인 노인관련시설이 나타나기 시작하였다.

우리나라에서는 이와 같은 문제를 중심으로 각계 전문가, 시민단체, 노인 대표 등으로 기획단을 구성하여, 2001년도부터 장기요양보호대상 노인과 수발자의 건강 및 서비스 욕구조사와 우리 실정에 맞는 장애판정기준 및 절차를 개발하였다. 이에 장기요

양서비스가 필요한 노인에게 적절한 서비스가 제공될 수 있는 기본 틀이 마련되었다. 또한 가족의 부양기능 약화와 함께 질환노인 부양비용의 사회적 연대방안의 필요성이 점증하고 있으므로 우리 실정에 적합한 장기요양보호 대책을 연구해 왔다(김정석, 2003; 보건복지부, 2003). 공적노인요양보장 추진계획은 단계별로 2003년 공적 장기요양체계 구축을 위한 노인요양보장 기획단을 구성하고, 2003~2004년까지 대상자 범위·판정기준, 시설·인력 인프라 확충, 급여범위 및 수준, 요양보호 수가개발, 재원조달방식 및 관리운영체계를 개발하였다. 2005~2006년까지는 시범사업 실시 및 평가를 하여서 2007년부터는 단계적으로 공적요양보장 제도를 도입·시행할 계획이며(1단계 : 치매 및 외상노인의 재가보호, 2단계 : 치매 및 외상노인의 시설보호), 2010년부터는 전체 대상노인의 공적요양보장을 실현할 계획이다(공적노인요양보장추진기획단, 2004). 또한 이미 고령사회에 접어든 농어촌 노인을 위한 요양서비스를 확충하기 위하여서는 재가노인을 위한 이동특장차를 보급, 소형전문요양시설의 설치, 방문요양서비스를 확대할 예정이다.

이상과 같은 국가의 복지 서비스 방향은 전반적인 국민 건강 증진, 장애인의 재활뿐만 아니라 고령화 사회로의 진입에 따른 보건복지 서비스 대상 인구의 변화에 중점을 두어서 노인 관련 서비스의 방향을 제시하고 있다. 앞서서 미리 고령화 사회로 진입한 일본의 작업치료가 국가의 복지서비스방향에 따라서 발전하고 변화해 온 것을 볼 때에 우리나라의 보건의료복지서비스의 정책방향을 살펴보는 것은 작업치료의 발전을 위한 방향제시에 좋은 자료가 되리라고 생각된다.

2. 작업치료사의 연도별 추이

인구 10만 명당 작업치료사 수는 덴마크 가 세계최고수준으로 인구 10만 명당 65명에 비하여 일

본은 2003년 7월 기준으로 약 18명이며, 한국은 2003년을 기준으로 1.8명(2003년 작업치료 면허 취득자 831명 기준)이다. 각 지역별로 보면 2003년 7월 현재 47개의 지방자치단체별 회원 수가 가장 많은 곳은 후쿠오카현으로 1,457명인데 이는 보건의료 체계가 가장 잘 되어 있기 때문이라고 한다(日本作業治療士協會, 2003). 이와 같이 국가의 복지정책이 작업치료사의 활동에 많은 영향을 미친다고 생각된다. 작업치료사 수가 가장 작은 현은 99명으로 와카야마 현이다(日本作業治療士協會, 2002). 2003년 12월 말 기준으로 우리나라는 행정구역단위로 6개의 지회로 나누어져 있고 지방자치단체의 정책방향으로 작업치료사 수 비교할 수는 없지만 서울지회가 198명으로 가장 많다. 인구 10만 명당 작업치료사 수는 이시카와 현이 21.5명으로 가장 많고, 가장 적은 곳은 사이타마 현으로 4.6명이다. 우리나라는 지회별로 비교하면 서울지회가 1.9명으로 가장 많고 경상지회 0.5명으로 가장 적다. 이러한 차이는 행정구역별 보건정책상의 차이로 인한 것이라기보다는 우리나라 작업치료사가 근무하는 의료기관의 소재지가 서울에 위치하기 때문인 것으로 사료된다.

연령별 회원 수는 2002년 3월 기준으로 남자는 평균 32.9세이며 여자는 30.0세이고, 성별은 남자가 4,134명으로 27%이고, 여자가 11,059명으로 73%이다(日本作業治療士協會, 2002)

3. 작업치료사의 취업 현황

1) 전국의 작업치료실 개설 현황

우리나라의 전국작업치료실 개설현황은 2003년 자료를 보면 대학병원 46개(21.6%), 종합병원 86개(40.38%), 의원 6개(2.81%)로 의료기관이 62%를 차지하고 복지관이 38개(17.84)(대한작업치료사협회, 2003). 2002년에 비하여 대학병원은 41개(32.5%)에서 46개(21.6%)로 5개 증가하였으나, 중

표 1. 전국작업치료실 개설 의료기관 현황

구분	2002년	2003년
	기관수(비율 %)	기관수(비율 %)
대학병원	41(32.5)	46(21.6)
종합병원	44(34.5)	86(40.4)
의원	5(4.0)	6(2.81)
복지관	23(18.3)	38(17.84)
기타	13(10.3)	37(17.37)
합계	126(100.0)	213(100.0)

자료제공: 대한작업치료사협회, 2003

합병원은 44개(34.5%)에서 86개(40.38%)로 42개 증가하였고, 기타는 13개(10.3%)에서 37개(17.37%)로 증가하였다(대한작업치료사 협회, 2003).

2) 기관별로 근무하는 작업치료사의 수

일본에서의 경우 2002년 3월을 기준으로 볼 때 의료관련시설(61.3%), 노인보건법개호보험법관련시설(10.9%), 지적 장애인 복지법 관련시설(3.8%), 신체 장애인 복지법 관련시설(1.2%), 노인보건법 개호보험법관(1.1%), 아동복지법 관련시설(0.5%), 노인 복지법 관련시설(0.0%), 기타(6.2%), 휴업 중(13.2%), 비유효(1.8%)이다(日本作業治療士協會, 2002).

우리나라의 현황은 2002년까지 면허를 취득한 총 596명 중 2003년 9월 대한작업치료사협회에 등록된 회원을 중심으로 분석하였을 때 2003년 우리나라에서 활동 중인 작업치료사는 미취업자 201명(미등록 회원, 해외취업은 미취업자로 분류)을 제외한 395명으로 전체의 66.11%이다. 기관별 근무지는 대부분 작업치료실이 개설되어 있는 의료관련 기관이나 복지관 등에 근무하고 있으며 이 중 의료 기관이 293명으로 가장 많은 비중(49.16%)을 차지하고 있으며, 복지관이 51명으로 8.56%, 기타가 53명으로 8.89%, 미등록 회원, 해외취업을 포함한 국

내 미취업 회원도 201명(33.89%)이었다. 참고로 해외취업은 22명이다(대한작업치료협회, 2003).

3) 의료기관별로 근무하는 작업치료사의 수

일본의 경우 2002년 3월을 기준으로 의료관련시설에 근무하는 61.3%의 근무 분포는 일반병원(종합병원 포함)에 63.7%, 정신병원 27.2%, 진료소 4.3%, 특정기능병원 3.4%, 기타1.4%로 근무하였다(日本作業治療士協會, 2002)

우리나라의 경우 2003년 9월을 기준으로 2002년까지 면허 취득자 중 활동 중인 395명 중 의료관련 기관에 근무하는 49.16%(293명)의 근무 분포는 대학병원이 32.8%, 종합병원이 59.7%, 정신병·의원이 4.8%, 의원이 2.7%로 나타났다(대한작업치료협회, 2003).

일본에서는 고령화 사회에 대한 정책인 1993년 개호보험실시에 따라서 노인관련 시설에서 근무하고 있는데 분포는 다음과 같다. 개호보험지정분류별 회원 수는 2002년 3월을 기준으로 지정개호노인보건시설(31%), 지정개호요양형 의료시설(23%), 지정통소(20%), 지정재택개호지원(11%), 지정방문(8%), 지정개호노인복지시설(6%), 지정방문개호(5%), 지정단기입소요양개호(2%), 지정통소개호

표 2. 한국과 일본의 작업치료 교육시설의 추위

년도	한국	일본(日本作業治療士協會, 2003)
1963년		3년제 각종학교
1979년	4년제 대학(최초: 연세대학교)	3년제 단기대학
1992년		4년제 대학(최초: 히로시마대학교)
1993년	대학원교육(최초: 연세대학교 대학원)	
1996년		대학원교육(최초: 히로시마대학교 대학원)
1999년	3년제 대학	교육과정 대 강화 시간제=>단위
2003년	교육인증제 도입위한 조사(교육인증위원회 발족)	

(1%), 지정특정시설입소생활개호(1%), 지정단기입소생활개호(0%)이다(日本作業治療士協會, 2002). 이 회원 수는 전체 취업자 중에서 노인보전법개호보험법관련시설(10.9%)에 근무하는 회원수에 대한 비율로써 아직 우리나라에는 없는 체계이지만 앞으로는 작업치료사의 중요한 활동영역이 될 것으로 사료된다.

4. 작업치료사 교육 상황

작업치료사 교육은 전문인으로서 자신의 역할과 기능을 인식할 수 있도록 하고, 작업치료 전문 분야의 이론적 기반과 이론의 실제 적용을 위한 임상 교육을 통해 통합적으로 이루어지는 것이다. 작업치료는 모든 연령의 수행에 문제를 가진 사람들에게 의미 있는 치료적 활동을 통해서 최대한 독립적으로 일상생활을 수행하고 능동적으로 사회생활에 참여함으로써 행복한 삶을 영위할 수 있도록 치료, 교육하는 보건의료의 한 전문 분야이다(대한작업치료사협회, 2004). 따라서 작업치료 교육은 국가적, 세계적 차원에서 사람들의 건강을 위한 중요한 역할을 담당할 수 있도록 체계적이고, 전문화되어야 한다. 세계작업치료사연맹(World Federation of Occupational Therapists, WFOT)은 자체적으로

작업치료 교육 프로그램과 학교에 대한 평가 기준을 제시하고 평가하는 인증제를 도입하고 있는데, 일본은 89개의 프로그램과 학교에 대한 인증을 받았으나(WFOT, 1993; WFOT, 2002), 우리나라는 1개의 대학교에서만 인증을 받은 상태이다.

1) 학교 시설의 추위

우리나라와 일본의 작업치료 학교 교육 시설의 발전 상황들을 살펴보면 일본은 1963년 에 3년제 각종학교에서 작업치료를 교육했으나, 대학의 정규과정에서 교육이 실시된 시기는 1979년부터 3년제 단기대학을 중심으로 시작되었다(표 2). 우리나라는 1979년에 연세대학교에서 작업치료 정규교육이 처음 시작되었으며, 그 이전에는 8개의 수습기관에서 수습과정을 통해 작업치료교육이 실시되었다. 일본에서 4년제 대학의 작업치료 교육은 1992년 히로시마 대학교에서 처음으로 실시되었으며, 1996년 대학원교육과정이 히로시마대학교의 대학원에 개설되었다. 우리나라의 대학원 과정은 연세대학교에서 1993년 석사과정이 처음으로 개설되었고, 1997년 박사과정의 교육이 시작되었다. 1999년 일본에서는 교육과정이 대강화되는 시기였다면, 2003년 우리나라에서는 교육인증제 도입을 위한 준비위원회가 구성되어 현재 활동하고 있다.

표 3. 한국과 일본의 학교 시설별 정원

(단위: 명)

시설	한국	일본
4년제 대학	240	680
3년제 대학	800	185
국공립전문학교	-	220
사립전문학교	-	3,975

일본과 우리나라 모두 작업치료사 교육이 비슷한 시기에 시작되었음에도 불구하고, 2003년을 기준으로 교육시설을 비교하면 한국은 26개교인데 반해, 일본은 142개교(야간과정까지 포함하면 158개 프로그램)로 큰 차이를 보인다. 학교별 정원수를 살펴보면, 우리나라는 2003년 3월 총 정원 1,040명 중 4년제 대학 240명(23%), 3년제 대학 800명(77%)이었고, 일본은 2003년 3월 당시 총 정원 5060명 중 4년제 대학 680명(17%), 3년제 단기대학 185명(5%), 국공립전문학교 220명(5%), 사립전문학교 3,975명(73%)이었다(표 3).

2) 작업치료사 배출시설 수의 추이

우리나라는 1969년 첫 작업치료사를 배출한 이래 8개의 수습기관에서 작업치료사가 배출되어 왔

으며, 1983년부터는 연세대학교를 포함한 9개 기관에서 작업치료사가 배출되었다. 1998년 수습제도가 폐지됨으로써, 1998년부터 2000년까지는 연세대학교 한 기관에서만 작업치료사가 배출되었다. 2001년에는 연세대학교와 광양대학 두 기관, 2002년에는 연세대학교, 광양대학, 동남보건대학, 경북대학 4기관, 2003년에는 6기관, 2004년에는 11개 기관에서 작업치료사가 배출되었으며, 2005년에는 22개교, 2006년에는 26개교에서 작업치료사가 배출될 예정이다.

우리나라의 작업치료사 배출시설의 수는 수습제도의 폐지로 축소되었다가, 작업치료 교육기관의 갑작스런 증가로 상승의 폭이 커진데 비해, 일본은 1985년 28개, 1990년 33개, 1995년 58개, 2000년 107개, 2001년 122개, 2002년 136, 2003년 142개로

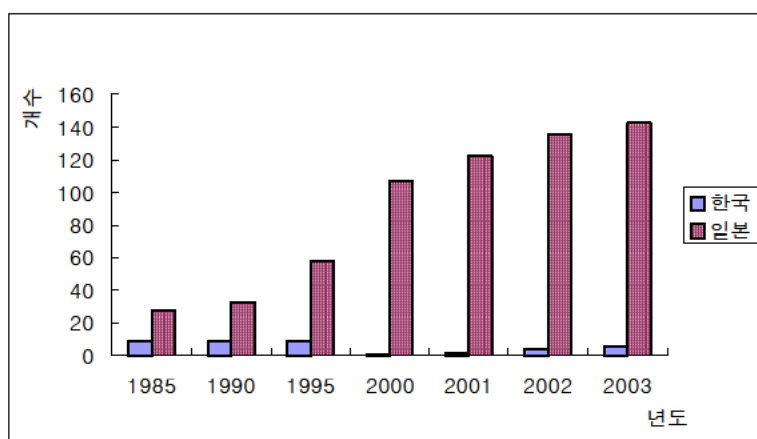


그림 1. 한국과 일본의 작업치료사 양성 교육 및 시설 수의 추이

표 4. 일본의 작업치료사 및 물리치료사 수요공급계획의 추이

계획 년도	작업치료사 수요 계획	물리치료사 수요 계획
1976년	1985년까지 4,000명	6,000명
1983년	1995년까지 7,100명	2,000명
1988년	1995년까지 7,500명	13,400명
1990년	2000년까지 15,800명	
2000년	2010년까지 50,000명	

꾸준히 작업치료 배출시설의 수가 증가되고 있다(그림 1). 일본의 작업치료 배출시설의 증가는 일본 정부의 보건 서비스·예방·건강유지를 위한 정책경비의 증가 및 작업치료사의 수요공급계획의 추이에 맞춰 꾸준히 증가하고 있는데, 일본은 골드 플랜에 따라 2010년까지 50,000명의 작업치료사를 배출할 계획을 가지고 있다(日本作業治療士協會, 2003)(표 4).

3) 작업치료 교육기관

우리나라는 현재 작업치료사 교육기관은 4년제 7개교, 3년제 19개교가 있다(그림 2). 일본은 2003년 3월 당시 4년제 대학 21개, 3년제 단기대학 8개, 국공립전문대학교 11개, 사립전문대학교 96개이다.

일본은 2년 후 매년 5,000명의 작업치료사를 배출할 예정이며, 우리나라는 2년 후인 2006년부터는 전체 학교 정원수인 1,040명가량의 작업치료사가 배출될 예정이다.

우리나라 신입생의 현황은 2004년 5월 3일부터 5월 6일까지 전국 작업치료 학과의 교수 또는 조교와 전화 인터뷰를 통해 실제 인원 및 신입생의 상황을 파악하였다(그림 3). 검정고시 출신과 대학 중퇴자, 재수생, 삼수생, 군제대 등은 모두 고졸자에 포함을 시켰으며, 대졸자에는 전문대학교와 4년제 대학 졸업자를 포함시켰다. 2004년 현재 우리나라의 작업치료학과 전체 신입생 정원 1,040명 중 실제 입학 인원은 정원의 모집을 포함하여 1,053명으로 101.3%의 신입생 확보율을 보였다. 이중 고등

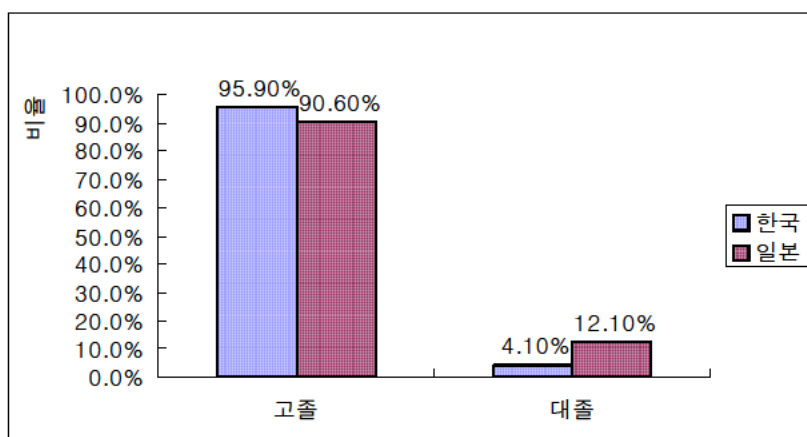


그림 2. 한국과 일본의 작업치료학과 신입생 현황 비교

학교 졸업자는 95.9%, 대학졸업자가 4.1%이었다. 이는 일본의 2003년 3월 자료인 고등학교 졸업생 90.6%, 대학졸업자 12.1%와 비교할 때 고등학교 졸업생의 비율이 우리나라가 보다 높은 결과를 보여준다. 사회 경험 유무에 대한 것도 조사하였는데 취업을 한 경험이 있는 사람을 사회경험자로 조사하였다. 사회경험은 대체로 의료계통의 종사(주로 간호조무사)가 많은 수를 차지하고 있었으나 개인 신상에 대한 정보 유출에 대한 문제로 정확한 자료를 구하지는 못하였다. 우리나라의 작업치료학과 전체 신입생의 11.3%, 일본은 13.8%가 사회경험이 있는 것으로 조사되었다.

이상에서 한국과 일본의 작업치료사 교육의 변화 및 현황들을 살펴보았다. 일본 작업치료의 발전은 작업치료협회의 치료사 교육 및 임상 상황에 대한 세부적인 근거자료를 잘 수집하고 있다는 점, 범국가적인 계획에 작업치료협회가 함께 참여하여 장기적인 작업치료사 인력수급 계획 등을 결정하였다는 점 등이 중요한 요인이 되었다고 생각한다. 우리나라도 작업치료의 발전을 위해서는 작업치료 교육의 질적인 향상과 국가적인 차원의 장기 계획들이 필요하다. 이를 위해 작업치료 교육인증위원

회의 활동을 통해 우리나라 작업치료(학)과가 보다 체계적이고 질적인 작업치료 공교육을 실시하고, 협회 차원의 정책들이 보건복지부의 정책들 속에서 제 위상을 찾을 수 있도록 하는 노력이 필요하다고 본다.

4) 국가시험 합격률의 추이

일본의 경우 1966년부터 1975년까지 5년간 임상경력자에게 국가시험의 자격이 주어졌을 때는 50% 이하이다가 1978년 이후 학교 졸업자만이 시험에 응시할 때부터는 90% 이상이다(日本作業治療士協會, 2002). 우리나라의 경우 물리치료사가 작업치료수습기관을 통하여 수습을 경우에도 국가시험의 자격이 주어진 경우에는 1986년(합격률: 66.6%)을 제외하고는 90% 이상이다가 1998년 이후 학교 졸업자만이 시험에 응시할 수 있을 때부터는 84%이다(한국보건의료인 국가시험원, 2004). 정식 교육기관을 졸업한 경우에만 작업치료사 면허시험자격이 주어졌을 때 오히려 합격률이 떨어진 것(2001년 : 74%, 2002년: 66%)은 제도적인 면에서 작업치료 교육기관에 대한 설치 기준이나 규정이 없어서 무분별한 교육기관의 난립으로 인하여 작업치료서비

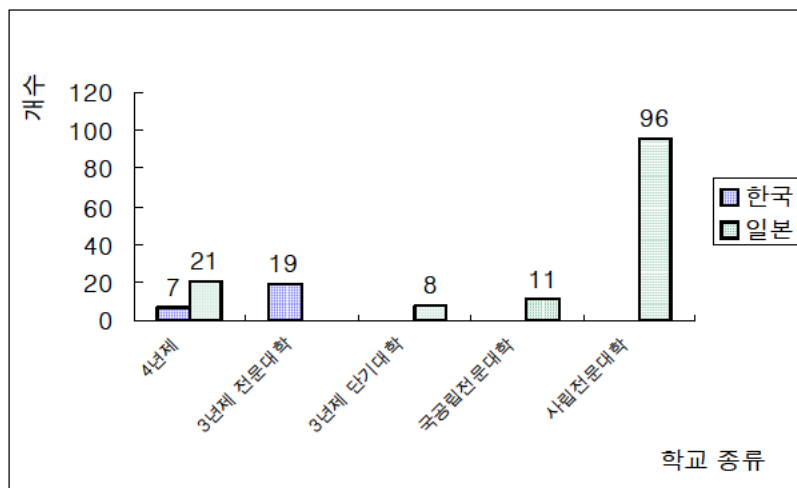


그림 3. 한국과 일본의 작업치료 교육기관 비교

스의 질적 저하는 물론 체계화된 교육과정의 부재와 전문교수의 부족으로 교육의 부실화로 인한 문제라고 사료된다. 또한 작업치료사는 교과과정 중 임상실습이 중요한 비중을 차지하는데 현실적으로 학생 수에 비해 충분한 임상실습을 지도할 능력을 가진 실습기관과 지도요원이 부족한 실정으로 실습교육으로 인한 문제점으로도 미루어 짐작 된다

III. 결 론

고령화와 더불어 인구구조가 변화하여서 생산성이 저하되고 경제성장이 둔화됨에 따라서 사회정책으로 이어진다. 또한 간병으로 인한 정신적, 경제적, 육체적 부담이 커짐으로 사회적으로 가정파탄과 부양의 문제가 나타나고 의료적으로는 노인성 질환과 치매, 외상, 욕창환자가 증가함에 따라서 의료비의 증가로 인한 재정문제가 나타나며 전문시설과 인력의 부족, 제도의 미비로 인하여 전반적으로 삶의 질이 떨어지게 될 것이다. 따라서 사회자원을 재배치하고 제도의 정비와 관련 사업을 정비하여서 지원체계를 갖추고 개인의 한계와 국가의 책임에 대한 사회적 윤리가 변화하여야 할 것이다. 또한 전문시설과 인력을 양성하여 수요와 공급의 균형을 맞추어서 건강한 노인이 사회에 참여할 수 있는 기회가 확대되어야 할 것이다. 이러한 문제에 대하여 일본작업치료사 협회는 질이 높은 임상기술 즉 현실적으로 적용할 수 있는 작업치료의 기능을 위해서 2003년도부터 실시하고 있는 생애교육 제도의 구조가 확대되어야 한다고 하였다(日本作業治療士協會, 2003). 고령화 사회에서의 국가발전과 삶의 질 향상을 위하여 작업치료사의 역할이 확대되어야 할 것이므로 보건의료 복지 서비스의 정책방향과 노인관련 제도와 더불어서 작업치료사의 연도별 추이, 취업현황, 교육현황에 대한 자료를 비교하였다. 앞으로 효율적으로 노인작업치료가 발전하기 위해서는 몇 가지 문제가 우선적으로 해결되

어야 할 것이다.

우리나라 작업치료가 안고 있는 문제점을 크게 3가지로 요약하였다.

첫째는 무분별한 작업치료(학)과 신설로 인한 교육기관의 시설, 인력, 행정지원 등 부실화로 교육의 질 저하에 따른 문제가 있다. 둘째로 작업치료사 인력의 과잉공급으로 인적자원의 조절 실패로 인한 작업치료사의 취업대란에 따른 문제가 있다. 셋째는 교육의 부실화, 취업난으로 작업치료 서비스의 질적 저하에 따른 작업치료사의 사회적인 지위 및 처우의 하강 문제를 지적할 수 있다. 이상의 문제점에 대한 개선안은 첫째, 작업치료(학)과 입학정원을 동결시켜야 하며 보건인력의 수요와 공급의 균형을 잘 유지시켜야 할 책무를 행정부에 자료제시와 연구보고를 통하여 계속적으로 알려야 할 것이다. 둘째, 취업분야를 확대하여 취업대란 막아야 할 것이다. 본문에서 제시한 바와 같이 작업치료사가 근무하고 있는 기관은 대부분 의료기관이나 복지관 및 재활기관에 치중되고 있는 형편이다. 작업치료사가 스스로 일자리 창출과 확대를 위해 노력하고 있으나 법적 제도적인 제한점으로 어려움을 겪고 있다. 따라서 의료보험수가문제, 작업치료 진료과 폐지 및 확장, 노인시설 등에서의 작업치료사배치에 대하여 정부의 적극적인 노력을 요구하여야 할 것이다. 구체적으로 작업치료 의료보험 수가의 현실화 및 다양화를 통해 국민건강 향상에 적극 참여할 수 있는 기회를 제공해 주어야 할 것이며 노인복지시설, 장애인 복지시설, 공무원 별정6급 상당의 작업치료사 임용 자격기준, 치료교육요원의 배치 기준 등에 작업치료사가 배치기준에 삽입되어야 할 것이다. 특히 폭발적으로 증가하는 노인인구에게 작업치료가 꼭 필요한 포괄적인 서비스를 제공해야 함에도 불구하고 법적 제도적 제한으로 국민으로서 누려야 할 권리를 제한하는 것임을 알려야 할 것이다.

이상의 보건의료 복지정책에 따른 노인작업치료

의 발전방향 대책을 외적인 준비라고 한다면 내적으로 작업치료 교육기관을 통한 준비도 절대적이라고 생각한다. 작업치료교육의 관점에서 신체적, 정신적, 사회적으로 장애를 가진 사람들을 치료하고 개인의 역할을 다할 수 있도록 보살피는 작업치료사 고유의 업무는 단지 이론적 지식만을 가지고 되는 일이 아니다. 지속적이고 실질적인 대상자를 치료해봄으로써 몸으로 익히는 과정이 필수적이다. 현재 2003년 기준으로 임상에서 활동하는 작업치료사가 395명에 불과하고 개설기관은 213개소인데 비해 학교 입학정원은 935명이므로 실질적으로 임상에서 실습교육을 담당할 치료사와 학생의 비율이 1:3수준인 실정이다. 이러한 상황은 지역사회를 중심으로 하는 노인 작업치료가 일반화되면 학교 교육에서의 이론만으로는 습득할 수 없는 노인과 지역사회의 특성으로 인하여 더욱 임상실습에 대한 필요성과 문제점이 확대될 것으로 사료된다. 이러한 문제점에 대한 대응으로 일본에서의 작업치료사 교육과정은 연도별로 임상실습시간과 교과과정을 변화 시켜왔다. 교과과정은 1966년도에는 기초과목을 중심으로 전문 과목이 작업치료와 임상실습뿐이었으나 1999년에는 기초분야에서는 과학적사고의 기반과 인간과 생활을 교육하였다. 또한 전문기초분야에서는 인체의 구조와 기능 및 심신의 발달, 질병과 장애의 발생 및 회복과정의 촉진, 보건의료복지와 이념을 교육하고 있으며 전문분야에서는 기초 작업치료학을 비롯하여 지역 작업치료학, 임상실습을 교육하고 있다(日本作業治療士協會, 2003). 이상에서와 같이 일본에서 노인작업치료는 국가보건의료복지 정책에 따른 대응뿐만 아니라 작업치료교육기관을 통한 교육의 변화도 함께 있어왔다. 우리나라 노인 작업치료의 발전방향은 먼저 실시되어 장단점이 드러난 제도를 점검하여 우리의 실정에 맞는 최선의 방향으로 적용되어야 할 것이다. 또한 교육기관을 통하여 근본적으로 전문화된 노인작업치료의 대응이 반드시 함께 실현

되어야 할 것이다.

끝으로 고령화 사회로의 진입으로 인한 노인작업치료의 효율적인 준비를 위한 기초 자료를 제시하고자 하였으나, 자료나 문헌 등의 제한으로 인하여 전반적인 작업치료의 문제점과 방향 제시로 끝맺음을 한 아쉬움이 있다. 하지만 대상인구에 민감한 작업치료사의 역할을 고려해 볼 때, 고령화 사회에서의 작업치료사의 역할이 전반적인 작업치료사의 나아갈 방향과 다르지 않으리라고 생각한다. 앞으로 우리나라의 노인보건의료정책이 급속한 고령화에 따른 제반문제에 효율적, 합리적으로 대처해 나가길 바라며 이에 따라 노인작업치료가 이러한 사회적 변화를 주도해 나가기 위한 더 많은 연구가 진행되기를 바란다.

참 고 문 헌

- 고양곤. (2000). *노인과 사회생활의 현황과 문제점*. 서울: 한국노인문제 연구소.
- 공적노인요양보장추진기획단. (2004). *공적노인요양 보장체계 최종보고*. 서울: 보건복지부.
- 김정석. (2003). *우리나라의 노인보건복지 정책추진 방향*. 서울: 보건복지부.
- 김창엽. (2003). *공공 보건의료정책의 과제와 발전 방향*. 서울: 보건복지부.
- 남상요. (1996a). 일본의 노인의료제도와 병원경영 (II) - 의료제도 발전과 의료시설의 형태. *대한병원협회지*, 25(9).
- 남상요. (1996b). 일본의 노인의료제도와 병원경영 (IV) - 일본의 노인보건, 의료제도. *대한병원협회지*, 25(11).
- 남상요. (1998). 일본의 의료제도와 병원경영(XII) - 일본에서의 의료의 질 평가. *대한병원협회지*, 27(1, 2).
- 남상요. (2001). *일본의 의료제도와 병원경영*. 서울:

- 수문사.
- 대한작업치료사협회. (2003). *회원현황*. 강원도: 대한작업치료사협회.
- 대한작업치료사협회. (2003). *취업현황*. 강원도: 대한작업치료사협회.
- 대한작업치료사협회. (2004). *회원현황*. 강원도: 대한작업치료사협회.
- 보건복지부. (2000). *보건복지백서*. 서울: 보건복지부.
- 보건복지부. (2003). *노인보건복지정책추진체계*. 서울: 보건복지부.
- 신한종합연구소. (1998). *일본보고서*. 서울: 들녘.
- 유승흠, 양재모. (1994). *의료총론*. 서울: 수문사.
- 통계청. (2003). *장래연구추계*. 서울: 통계청.
- 한국보건의료인국가시험원. (2004). *작업치료사 합격률*. 서울: 한국보건의료인국가시험원.
- 開原成允. (1992). *日本 老人醫療, 老人保健健康増進等事業 研究報告書*. 東京: 東京大學校醫學部.
- 日本作業治療士協會. (2002). *作業療法白書 就業狀況*. 東京: 日本作業治療士協會.
- 日本作業治療士協會. (2002). *作業療法白書 會員統計*. 東京: 日本作業治療士協會.
- 日本作業治療士協會. (2003). *作業療法白書 年差統計*. 東京: 日本作業治療士協會.
- 川上武. (1990). *現代日本醫療史*. 經草書房.
- 厚生統計協會. (1999). *1999年國民衛生 動向*. 東京: 財團法人厚生統計協會.
- Jeong Won Mee. (2002). 老人醫療制度, 老人作業治療 構築. *日本作業治療士協會誌* 21(103).
- World Federation of Occupational Therapist (WFOT). (1993). *Minimum Standards for the Education of Occupational therapist..* WFOT
- World Federation of Occupational Therapist (WFOT). (2002). *Revised Minimum Standards for the Education of Occupational therapist.* WFOT.

Abstract

The Literature Review for Future Direction of Geriatric Occupational Therapy in Korea

-Focused on health, medical and welfare policy direction,
and the Japanese occupational therapy-

Jeong Won-Mee*, Ph.D, O.T.,
Lee Hyang-Sook**, M.P.H., O.T.,
Paek, Hyun-Hee***, M.P.H., O.T.,
Chang Moon-Young****, M.S., O.T.,

*Dept. of Occupational Therapy, Dongnam Health College

**Dept. of Occupational Therapy, Daejeon Health Sciences College

***Dept. of Occupational Therapy, Kunjang College

****Dept. of Occupational Therapy, College of Biomedical Science and Engineering,
Inje University

Since service containing occupational therapy for the elderly is closely related not only to individual therapy but also to national policies due to the growing population of the old, we need to set the productive direction for geriatric occupational therapy in accordance with national policies. We intended to provide basic data for efficient preparation for geriatric occupational therapy by comparing the Japanese situation to Korea's. We used the Japanese cases to study health, medical and welfare service policies, institution for the old, annual state of occupational therapists, employment and training for therapist in order to refer to the fact that Japanese occupational therapy has been changed and developed in accordance with the national welfare service direction. The direction of geriatric occupational therapy should be set along not only with preparation for and response to the national health, medical and welfare policies but also with fundamental actions through changed training in occupational therapy institutes. We hope that Korea's geriatric health and medical policies will rationally and efficiently cope with various problems caused by the growing population of the old, and further, geriatric occupational therapy will lead the social changes.

Key Words : Geriatric occupational therapy, Health, Japanese, Medial and welfare policies.