

노인장기요양보험제도 방문재활서비스 도입에 관한 고찰

김희정*, 이기효**, 이재신***

*가야대학교 작업치료학과

**인제대학교 보건대학원

***건양대학교 작업치료학과

국문초록

본 연구는 노인장기요양보험제도 내에서 방문재활서비스를 효과적으로 도입하기 위한 근거자료를 마련하는데 연구의 목적이 있다. 문헌연구를 통해 한국의 방문보건사업(방문간호, 방문물리치료, 방문작업치료)의 현황 및 문제점을 파악하고, 노인장기요양보험제도의 개념과 내용의 고찰을 통해 방문재활서비스 도입을 탐색하며, 외국의 방문재활서비스의 전반적인 현황과 국내 방문재활서비스 도입의 근거마련을 위한 관련법·제도적인 측면 그리고, 의료전달체계를 고찰하였다. 현재 시행되고 있는 방문보건서비스와 노인장기요양보험제도의 중간평가에서 전문 인력에 의한 방문재활의 필요성이 부각되고 있고, 외국의 경우에는 국가적 차원에서 다양한 방문재활사업이 실시되고 있으나, 우리나라의 경우에는 법적인 근거의 미흡 등의 이유로 재활치료사의 참여가 부족함을 알 수 있었다. 방문재활서비스제도의 효과적인 도입을 위해 노인장기요양보험제도 내에서 법·제도적 근거를 마련하고, 각 재활전문가 단체가 유기적으로 참여하는 팀접근을 통해 다양한 재활프로그램을 개발하고 시범사업을 실시해야 할 것이다. 또한, 방문재활치료에 대한 인식을 확산시키고 방문재활 수요와 관련된 연구와 근거 중심의 치료 효과에 관한 과학적 연구도 진행되어야 할 것으로 생각된다.

주제어 : 노인장기요양보험제도, 방문재활서비스

I. 서 론

우리나라는 지속적인 경제 성장으로 소득 수준이 향상되고 의료 기술이 발전함에 따라 평균 수명이 연장되고, 저출산 사회로의 진입과 여성들의 사회 참여 증가 및 경제 위기로 인해 출산 감소가 가속화되어 노인 인구의 증가율이 높아지고 이에 따른 의료비도 증가하고 있다. 노인의료비 상승에 대한 대안으로 만성질환에 적합한 재가·지역사회서비스가 급성장하여 다양한 요양시설, 재가·지역사

회서비스의 개발되어 장기요양환자의 병원입원이 억제되고 전문요양병상, 단기입소병상, 낮 병원, 재활치료센터, 방문서비스 등 비용이 저렴하면서도 심리적 안정을 주는 방향으로 선회하고 있다(김은영과 전경자, 2003; 최혜숙, 2007).

이 중 방문의료는 만성질환 또는 급성기 질환으로 인해 병원에서 급성치료를 종료한 이후 병세는 안정되었으나 일상생활수행능력에 제한이 발생한 노인에게 재가서비스를 제공하여 신체적 능력 향상 및 회복을 통해 일상생활능

교신저자 : 김희정 (khj2335@kaya.ac.kr)

*이 연구는 박사학위 논문임.

|| 접수일: 2010. 04. 30 || 심사일: 2010. 05. 24

|| 게재승인일: 2010. 08. 14

력을 극대화시키기 위해 필요한 제도이다. 구성은 의사, 간호사, 물리치료사, 작업치료사, 영양사, 사회사업가 등이 전문치료 팀으로 구성된다(심정길, 1994). 외국에서는 재활 팀 접근법을 사용하여 노인, 장애인, 가족 및 사회적으로 긍정적인 제도로 인식되고 있으며, 환자의 질환보다 기능을 중요시하여 장애에 대한 정확한 진단과 기능평가를 수행하고, 신체적, 감정적, 지각·인지적, 환경을 포함한 삶의 전체를 평가하여 포괄적인 치료를 시행한다.

이에 현재 우리나라의 방문재활서비스의 현황과 노인 장기요양보험제도 시행 상 한계점을 통한 도입의 근거 탐색, 외국에서 시행되고 있는 방문재활서비스의 전반적인 현황과 서비스 내용에 관한 고찰, 그리고 관련 법·제도적인 측면에 대해 조사한 후, 방문재활서비스 도입의 근거를 마련하고자 한다.

II. 본 론

1. 한국 방문보건사업의 전반적인 서비스 현황

1) 가정간호·방문간호사제도의 서비스 현황 및 문제점 (1) 가정간호사 제도

지속적인 관리가 필요한 환자에 대한 보건의료서비스 수요의 증대와 이용편의 및 국민의료비를 절감시킬 수 있는 의료기관 중심 방문서비스의 필요성에 따라 1990년 의료법 제54조를 개정하여 가정간호사제도를 도입하고 1992년부터 전문 교육과정을 받은 가정간호사를 배출하기 시작하였으며, 1994년 9월부터 가정간호제도를 시행하고 2001년 2월에는 전국적으로 확대 실시하였다(가정간호사회, 2009).

가정간호사는 재가환자에게 질병 예방, 건강 유지 및 증진, 회복, 후유증 감소를 위한 입원 대체 서비스를 제공하고(이인우, 2002), 비용은 건강보험 재원과 조세(국비, 지방비)로 운영되고 본인부담금은 전체 서비스 비용의 20%를 지불한다.

본 제도는 성공적으로 정착되었지만, 일부 연구에서 재활치료가 필요한 환자에게 지속적인 치료를 충분히 제공하지 못하여 관절구축·인지능력 감소·일상생활활동에 많은 문제가 드러났다(김신자, 1991; 김은주, 1991; 박홍

심, 1990; 이충희, 이현주, 박경희와 안덕현, 2002). 특히, 장기치료를 요하는 경우에는 질병관리와 가족의 간병 능력을 위한 방문재활서비스가 반드시 필요하다(윤순녕 등, 1998). 앞으로 가정간호의 최대 이용군으로 예측된 노인, 뇌졸중환자(전경자와 박정영, 2001) 및 만성 재활환자들은(김신자, 1991; 최선미, 김연희와 조은수, 1991) 관절 운동, 자세 변경, 일상생활훈련 및 특수운동치료 등 전문적인 물리치료와 작업치료를 요구하고 있고(서문자, 1991; 추수경, 1993), 가정간호사가 전문적 지식 없이 단기간의 교육만으로 시행되는 재활치료에 대한 문제점을 지적하였다(심정길, 1994; 이인숙, 1996; 이한숙, 김충식과 박돈목, 1996). 또한, 방문간호사의 94%가 재활치료교육의 필요성과(권혜정, 홍완성, 김명준, 양영애와 황성수, 1999) 전문 치료사에 의한 재활치료를 요구하고 있다(김성실, 1985; 김은주, 1991; 서미혜와 오가실, 1993; 전시자, 1989; 최선미 등, 1991).

박정호와 황나미(2001)는 가정간호 장기발전방안 연구를 통해 미국과 일본처럼 우리도 방문서비스에 물리·작업·언어·사회복지사가 함께 참여하는 모델로 변화해야 한다고 주장한다.

(2) 보건소 방문간호사 서비스

방문보건사업은 1990년부터 일부 보건소에서 실시되어 오다가 1995년 지역보건법 제정으로 법적 근거를 마련하고 1999년에서 이듬해까지 공공근로사업의 일환으로 노인 및 저소득층에게 한시적으로 사업을 운영하였다. 2001년에 방문보건사업 표준 지침의 개발로 전면적인 방문보건사업을 시작한 후 2007년에는 ‘맞춤형 방문건강관리사업’으로 자리매김하게 되어 현재 3500명 이상의 전문 인력이 확보되었다(윤희영, 2009).

보건소에서 시행되는 방문보건서비스의 구성원은 의사, 물리치료사, 작업치료사, 간호사, 사회복지사, 영양사 등의 전문 인력과 가사 관리, 식사 준비, 집안 청소 등의 서비스를 제공하는 보조 인력으로 구성된다고 하였으나(박정호, 성영희, 송미숙, 조정숙과 심원희, 2000; 장현숙, 진영란, 김정은, 홍은정과 유재성, 2007), 현재 소수의 물리치료사만이 정규직으로 고용되어 있고 대다수의 물리·작업치료사는 계약직에 머물고 있다. 지역사회 보건의료 전달체계가 구축되면 물리·작업·언어·재활간호사 등 다양하고 체계화된 재활전문 인력구조의 재편이 필요하다.

(3) 노인장기요양보험제도에서의 방문간호서비스

방문간호란 노인장기요양보험법 23조(장기요양급여의 종류) 재가급여의 한 가지로 장기요양요원인 간호사 등이 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시서(이하 “방문간호지시서”라 한다)에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등의 장기요양급여를 제공한다. 제32조(재가장기요양기관의 설치) 3항에 의해 의료기관이 아닌 자가 설치 운영하는 재가장기요양기관에서 방문간호를 제공하는 경우 방문간호의 관리책임자로 간호사를 두도록 규정되어 있다.

방문간호 비용은 노인장기요양보험 재원과 조세(국비, 지방비)로 운영되고, 본인부담금은 재가서비스 이용 시 전체 서비스 비용의 15%를 지불하며 수가는 방문 횟수에 따라 산정된다. 방문간호 수가는 수급자의 질병명, 요양등급과 방문지역 등을 불문하고 1회 방문 당 제공시간을 기준으로 산정된다.

2) 방문물리치료 및 방문작업치료 서비스 현황 및 문제점

(1) 방문물리치료

현재 우리나라에는 법적으로 방문재활을 인정하지 않지만 장애인복지관과 보건소를 중심으로 서비스가 시행되고 있고, 의사·간호사·방문간호사·사회사업가·물리치료사·작업치료사 등이 전문 인력으로 참여하고 있다.

방문물리치료란 물리치료 서비스가 필요한 대상자에게 의사의 처방을 기초로 하여 가정에서 물리치료를 제공하는 것이고, 통증치료 및 이동과 보행을 위한 전기치료와 만성 질환자, 뇌졸중 및 척수 손상 등 기능회복을 비롯한 운동 치료가 필요한 환자, 수술 후 조기퇴원 환자 중 전기·운동치료와 일상생활동작 훈련이 필요한 자, 노인 및 지체장애 아동 등에게 제공된다. 방문물리치료가 의료전달체계의 한 영역으로 정착된다면, 합리적인 비용으로 양질의 서비스를 제공할 수 있고, 병원 인력 및 시설의 효율적 활용 및 장기 입원으로 인한 여러 가지 문제점을 예방할 수 있다(심정길, 1994; 양영애와 김운신, 2000).

현재 방문물리치료는 장애인복지관의 순회재활서비스와 보건소의 맞춤형 방문보건사업의 형태로 이루어지고 있다. 장애인 복지관에서는 재가 장애인을 순회 방문하여 물리·작업치료 등의 의료 재활과 교육 및 상담 등 종합적인 재활서비스를 제공한다. 보건소 중심의 지역사회 재활

서비스는 1995년 국립재활원을 중심으로 시작되어 활발한 활동을 벌이고 있으나 여전히 전문재활인력인 물리·작업치료사의 참여는 부족한 실정이다.

황병용(1999)은 지역사회중심 재활에서 물리치료사의 필요성을 강조하고, 뇌졸중환자에게 신경생리학적 접근법에 의한 방문 물리치료를 실시하여 운동기능과 일상생활 동작수행의 향상을 보았다(황병용, 2003). 그러나, 보건소중심 지역사회 재활서비스에서 재활전문요원 양성과 역할에 대한 정책적 배려는 여전히 미흡한 실정이다(김영근, 2007). 지역사회 대상자의 욕구와 방문물리치료의 현황을 조사하여 문제점을 파악하는 등의 정책방안제시를 위한 연구들이 지속적으로 이루어지고 있다(이충희 등, 2002).

(2) 방문작업치료

방문작업치료사는 자조활동 및 일상생활활동의 평가 및 훈련, 상지의 관절가동범위 유지 및 치료, 감각 및 인지 능력손상의 평가와 치료, 상지 의지 및 보조기 사용을 위한 기능훈련, 가옥구조 변경을 포함한 장애요소의 환경적 요인들을 평가하고 교육한다(양영애와 김운신, 2000). 일상생활훈련에는 가정에서의 일상활동평가 및 훈련, 보조장구를 활용한 일상생활훈련, 실내 및 실외에서 안전한 이동 훈련, 지역사회 적응훈련(대중교통 이용하기, 관공서 이용하기, 직업적응하기, 취미활동 등)과 보조공학기기를 활용한 훈련이 있다. 신체기능 유지 및 증진을 위해 가정 내 도구를 활용한 운동법 교육, 관절가동운동 및 낙상방지를 위한 균형운동, 스피린트 제작 및 착용훈련 등을 실시한다. 또한, 가옥구조 개선 활동으로 가정환경 평가, 안전손잡이와 미끄럼 방지용품 설치 등이 있다(김슬기, 정은혜와 라어진, 2009).

만성질환자를 위한 방문서비스는 지역사회 복귀를 용이하게 하여 삶의 질 향상의 계기를 마련해 주고, 이를 위해 일상생활동작, 운동성, 이동성, 사회성, 지각·인지·심리적, 수단적 일상생활활동을 훈련하는 작업치료가 필요하다. 최혜숙(2002, 2004, 2006)의 연구에서 입원 환자의 92.2%가 방문치료를 원하고, 가정 내에서의 독립적 기능에 초점을 둔 방문작업치료는 환자, 보호자, 치료사 모두에게 필요하며 만성질환을 가진 사람들에게 특히 필요성이 높게 나타났다. 환자의 등급이 높거나 직업이 있는 경우, 가정 경제가 보통인 경우에 요구도가 높고, 작업치

료 영역 중 운동성요구도, 이동성, 수단적 ADL, 자조활동, 사회성의 순으로 높게 나타났다. 경증치매환자에 대해 집단 인지재활치료를 실시한 연구에서도 전반적으로 인지기능 및 일상생활수행능력이 향상되었다(정원미 등, 2008).

현재 방문형태로 실시되는 작업치료는 장애인복지관의 순회재활서비스, 일산병원의 공공보건팀 내의 작업치료서비스, 일부 보건소 맞춤형 방문건강관리서비스, C시의 H 민간병원의 방문재활서비스 등이 있다. 그러나, 관련 방문인력조차 작업치료사에 대한 인식정도가 낮은 수준이다(조무신 등, 2006). 현재 작업치료사들은 직·간접적으로 방문작업치료 프로그램에 참여하고 있으므로 이에 대한 제도적 활성화가 필요하다(선우덕과 오영희, 2000). 이를 위해 방문작업치료서비스를 위한 정책 연구(양영애, 오영희와 허진강, 2006)와 앞으로 작업치료사협회에서 접근할 수 있는 대책 방안의 강구(조무신 등, 2006), 노인장기요양보험제도 필요인력 양성현황에 대한 작업치료사의 역할을 부각시키며 개선점을 제시한 연구가(양영애, 2007; 이미자, 2008) 진행되고 있다. 하지만, 방문재활치료를 위한 법? 제도적 근거가 마련되지 않아 방문작업치료의 정착이 어려운 실정이다(김슬기 등, 2009).

3) 노인장기요양보험제도 시행현황 및 문제점

2008년 7월부터 시행된 노인장기요양보험제도는 출발 당시의 어려움에도 불구하고 수급자들의 인정 기간 만료로 재인정조사를 한 결과(2009. 4) 24.6%가 등급하향판정을 받아 기능상태의 호전을 보이는 등 성공적인 안착을 보이고 있다. 또한, 시설투자자에 따른 지역 경기 활성화 및 사회서비스분야의 일자리 창출, 여성의 경제활동참여 등 10만 여명의 고용창출효과가 발생하였고, 앞으로 장기요양기관, 요양보호사 등의 일자리가 지속적으로 증가할 것으로 예상된다. 이러한 긍정적 결과의 이면에 발생하는 여러 가지 문제점 중 방문재활서비스 도입을 위한 근거가 될 수 있는 사항을 살펴보면, 장기요양 운영인력부족과 표준이용계획서의 실효성 미흡, 복지용구 급여개선, 노인성질환예방사업의 확대실시 등을 들 수 있다(서정도, 2009).

노인장기요양보험제도의 등급판정을 위해 요양직이 신설되었으나, 전체 요양직 2,036명 중 사회복지사 1,241명, 간호사 777명, 물리치료사 9명, 치과위생사 2명, 기타 2명으로 재활에 관한 전문적 지식을 갖추고 있는 물리?작업치료사의 채용이 매우 미흡하다(윤태형, 2009). 또한,

등급판정위원회에도 일상생활과 재활의 전문가인 물리·작업치료사가 대거 포함되어야 하나 현실적으로는 그러지 못하다. 노인의 특성 상 기능이 급격히 감소할 수 있으므로 적시에 적합한 이용지원서비스를 제공하는 것이 중요하므로 무엇보다도 전문인력을 확보하여 즉각적 서비스를 지원해야 한다(송신섭, 2008; 이준우와 서문진희, 2009). 장기급여대상자도 13등급으로 요양보호 필요인구인 65세 이상의 7.2%(보건복지가족부, 2008)에 불과하다. 이에 대한 개선책으로 정부는 2011년에는 수급대상자를 4등급까지 확대할 예정이므로 전문인력이 더욱 필요한 시점이다.

대상자에게 필요한 재가 급여 종류 및 실행 횟수를 명시하고 급여이용을 의무화해야 가족과 공급자에 의해 서비스가 선택되는 사례도 줄어들 것이다. 이러한 표준장기요양이용계획서의 법적 실효성이 확보되기 위해서는 더욱 전문성이 필요하므로 재활 대상 환자일 경우에는 재활치료가 전문인력으로 선정되어야 할 것이다.

지역사회 보건복지서비스와 연계하여 등급외자 뿐만 아니라 서비스 미이용자, 노인성질환을 가진 자로 확대하여 건강악화를 막아서 차후 건강보험재정의 악화에 도움이 되는 노인성질환 예방사업을 실시하여야 한다. 그러므로, 노인의 낙상 및 요통, 관절염 관리 및 예방을 위한 물리치료 및 작업치료가 반드시 사업영역에 포함되어야 한다. 노인장기요양보험제도는 기존 노인복지 사업과 비교할 때 대상자가 보편화되어 보다 다양하고 질 높은 전문적인 서비스가 요구되고 있다. 이러한 가족의 요구와 환경의 변화에 적극적으로 대처·보완하여야 효율적인 제도로 자리매김할 것이다(이준우와 서문진희, 2009).

2. 외국의 방문재활치료

1) 미국의 방문재활치료

미국의 방문의료서비스는 1970년대에 포괄수가제(DRG)가 도입되면서 재활전문가가 재활을 목표로 다양한 접근법을 시도하고 의사, 물리치료사, 간호사, 작업치료사, 언어치료사, 영양사, 사회사업가, 가사 보조원 등 각종 전문 인력들이 팀으로 참여하고 있다(Levine, 1988). 방문재활치료사는 조합의 자문의사에게 특별한 경우 필요에 따라 자문을 받고 일반적으로 독자적인 판단에 의해 평가, 시작, 진행, 종결 등을 결정하고, 의뢰된 방문치료 일정

에 따라 치료를 시행한 후 기록을 한다. 서비스 대상자의 특성에 따른 환경적인 조정과 독립적 일상생활 유지를 위한 활동을 제공하고 환자와 보호자를 교육한다. 또한, 보호자의 개별적인 요구를 반영하고 자신들만의 중요한 가치와 신념에 맞는 서비스를 개발해야 하며(Gitlin, Corcoran, & Leinmiller-Eckhardt, 1995), 전통적인 기능증진을 위한 의료적 접근보다는 현실적·실제적 요구에 부합하는 전인적인 접근으로 환경과 과제의 수정에 주안점을 둔다(Hasselkus, Dickie, & Gregory, 1997). 미국 노인들이 가장 선호하는 서비스는 방문물리치료와 작업치료, 발치료, 간호, 오락치료, 언어치료 등이다(양영애, 1997).

방문물리치료는 심폐 기능훈련, 기능적인 재활치료 등을 실시하며, 방문작업치료는 건강관리와 정신적 작업치료의 중요성을 강조하며(Jackson, 1992) 환경적인 적응 및 주거환경변화와 함께 환자의 일상생활관리에 역점을 두어 환자 및 보호자들에게 치료와 교육을 수행하며 방문횟수는 치료내용과 환자 상태에 따라 달리 적용한다(이혜영, 최진호와 김진상, 1999).

2) 일본의 방문재활치료

일본은 노인과 재가 장애인에 대해 개호보험 하에서 보건의료사업이 활발하게 시행되고 있으며, 비용은 보험자와 국가, 자치단체가 나누어 부담하고 있다. 급증하는 노인인구에 대한 대책으로 1960년 초 재가복지가 시작되었고 1976년 재가서비스사업 실시요강이 제정되어 서비스가 시행되었다. 1989년 ‘골드플랜’ 발표를 통해 식사·목욕·몸단장·배설 등 일상생활활동 서비스를 제공하는 물리치료사, 작업치료사, 방문간호사, 개호복지사 등의 전문인력을 양성하고, 1994년 개호노인 의료서비스를 확대시킨 ‘신 골드플랜’을 제정하여 간호사, 물리치료사, 작업치료사, 사회사업가 등의 활동이 활발해졌다. 방문치료는 노인방문간호스테이션, 병원이나 진료소, 노인보건시설 등이 운영주체가 되어 생활지도, 일상생활훈련, 물리치료, 작업치료, 가족보호자 교실, 건강교실 등의 프로그램을 제공하고 주간 진료소를 설치하여 규칙적으로 간호사와 물리치료사의 방문치료가 행해지고 있다(김용택, 2001; 남상요, 2001; 양영애와 김윤신, 2000).

1983년에는 노인보건법에 기능훈련이 명시되어 의사, 물리치료사, 작업치료사에 의해 심신유지 회복과 일상생활의 독립성 향상 훈련이 시행되었다. 고령화 사회에 필요

한 재가복지 의료서비스의 추진과 질 향상을 위하여 1992년 4월부터 ‘노인방문간호서비스’를 시작하여 방문개호, 방문목욕개호, 방문간호, 재가요양관리지도, 방문재활 등이 실시되었다.

방문재활은 케어매니저를 통해 다른 서비스 사업소와 연계하여 시행되고 퇴원 또는 초기 안정 후 일정 기간의 단기집중적인 재활서비스를 제공한다. 일본은 특히 방문치료를 지역재활정책으로 추진하면서 의사의 처방 없이도 기능훈련과 간단한 치료가 가능하도록 하였다(윤태형, 2009). 가정을 방문한 물리치료사나 작업치료사 등이 방문재활(심신의 기능회복훈련)을 실시하고, 대상자 주택 개조를 위한 평가 및 실행을 계획한다. 최근에는 골절 또는 뇌출혈 예방프로그램과 재활 중심의 서비스, 치매프로그램 등이 중점적으로 시행되고 있다(최혜숙, 2007). 특히, 재가방문서비스가 확대되어 2000년과 2004년 사이 시설서비스는 48%, 재가서비스는 150%로 증가하였다. 재가서비스는 재활환자가 현재의 상태를 유지하는 시기에 가장 적절한 서비스이고(남상요, 2005), 신체 기능의 유지 및 개선, 정신적 부담 경감, 타인과의 교류 증대 등 효과가 높은 것으로 나타났다(양영애, 1997).

3) 호주, 영국 및 유럽 국가의 방문재활치료

호주의 노인 케어는 주정부와 지방정부의 헬스 영역 계획과 설계를 구축하는 The Aged Care Act 1997에 의해 제공된다. 이 법은 보건과 지역사회서비스와 관련된 영역에서 효율적으로 케어플랜과 서비스 전달체계를 통합한다. 대상자에 대한 평가는 노인병 전문의사, 간호사, 사회사업가, 물리치료사, 작업치료사 등으로 구성된 노인케어 사정팀(ACTA)이 수급자격을 결정한다. 2001년 호주의 인구와 주거 센서스에 의하면 공식 노인케어 대상자는 약 52,000명이고, 주로 가정에서 가사 원조, 정서지원, 케어서비스가 제공된다(유재남, 2009).

영국은 국가보건서비스 체제하에서 만성이나 노인환자 등에게 다양한 팀 접근의 재가치료가 제공되고 있다. 노인들에게 가정건강보호와 가정봉사서비스프로그램 등이 시행된다. 노인장기요양서비스는 1990년 제정된 지역사회보호법(Community Care Act)에 따라 장기요양보호책임이 지방정부로 이전되었다. 법규에 따른 케어매니저에 의해 창조적, 개별적으로 서비스대상자에게 케어패키지와 욕구에 의한 서비스 구매가 이루어진다. 케어매니저는 모

두 사회사업가 자격증을 소지하고 있으며 전문인력은 보건인력과 지역사회 정신간호사, 사회사업가, 물리치료사, 작업치료사 등이다(우주희, 2006; 유재남, 2009; 최성재, 1988). 영국의 수발보호법에서는 수발대상자의 재가보호를 우선적으로 명시하고 있고(제3조), 수발급여는 예방에 중점을 두면서 요수발 상태에 이르면 재활에 중점을 두게 된다. 그리하여, 노인보건시설의 데이케어 실시, 뇌졸중과 치매성 노인을 위한 방문간호와 방문 물리치료 및 작업치료를 확대 실시하고 있다(윤태형, 2009).

폴란드에서는 의사, 물리치료사, 사회복지사로 구성된 지역사회재활프로그램을 1993년부터 1997년까지 만성 뇌졸중환자에게 실시한 결과 긍정적 효과를 얻어 이를 기반으로 현재 방문치료 시스템이 정착되어 운영되고 있다(Bialkowska & Januszko, 1999). 독일은 '장기요양보장의 구조적인 지속적 발전을 위한 법'을 통해 재가급여제공을 기본 원칙으로 정하고, 요양영역에서 예방과 재활을 강조하고 있다(유근춘, 2008).

3. 방문재활서비스제도 도입을 위한 관련 법제도 검토(법제처 참조)

1) 작업치료 및 물리치료와 관련된 법·제도 고찰

(1) 노인복지법에서의 방문재활 관련 내용 고찰

보건복지가족부에서 시행하는 노인을 위한 지역보건복지서비스 중 재활치료와 관련된 서비스로는 보건소의 방문보건사업과 지역사회 의료기관과의 연계 의료서비스, 노인장기요양보험제도이다. 박종연, 권진희, 이정석, 서남규와 강창구(2009)가 실시한 국민인식도 조사에서 노인 장기요양보험 대상자들이 가장 원하는 서비스는 재활서비스(58.0%), 식사서비스(15.5%)로 나타났다. 그러나, 본 제도에서는 예산 등의 이유로 방문재활치료가 시행되지 못하고 있다. 재활서비스는 경험과 전문성이 요구되며 환자뿐만 아니라 가족의 교육 및 환경의 개조와 정비도 포함되므로 전문가의 참여가 필요하다. 요양보호사의 자체 판단으로 시행되는 기초재활서비스제공은 의료 사고로 이어질 확률이 크다. 또한, 정부는 2011년부터 4등급의 수급자까지 서비스 확대를 계획하고 있어 방문재활의 필요성은 더욱 증대되고 있다(이준우와 서문진희, 2009). 이를 통해 노인의 신체적·인지적·사회적 능력 향상을 도모하여 만성질환으로 인한 일상생활의 의존도를 경감시키고,

2차적으로 나타나는 합병증과 낙상을 예방하게 되어 가정적·사회적 비용을 더욱 절감할 수 있을 것이다(양영애 등, 2006).

재활전문가가 방문조사원, 등급판정위원회, 방문재활 등 직접적인 서비스를 제공함으로써 제도의 안정된 정착에 기여하고, 전문성이 높아져 현재 발생하는 등급판정의 오류 및 잘못된 복지용구 지급 등의 사례를 크게 줄일 수 있다. 복지용구 지급에 대한 예산 배정도 중요하지만, 올바른 정보 제공 및 적절한 복지용구 지급은 대상자의 일상생활능력도 향상시키고 비용절감에도 일조하리라 생각된다.

노인요양시설을 무료·실비·유료 시설과 노인전문요양시설·유료노인전문요양시설로 각각 구분하던 것을 현재 노인요양시설로 통합·개편하고, 노인요양공동생활가정을 새로 신설하였다. 신설된 노인요양공동생활가정의 직원 배치기준은 시설장 1인, 간호(조무)사 1인 또는 물리(작업)치료사 1인, 입소자 3인당 요양보호사 1인으로 정하였고, 노인요양시설의 시설기준 및 직원배치 기준도 전문요양시설 수준으로 상향조정되었다.

시행규칙에 의한 노인의료복지시설의 시설기준 및 직원배치기준에 의하면, 입소자 10명 이상의 노인요양시설에는 기능회복 또는 기능감퇴를 방지하기 위한 훈련 등에 지장이 없는 면적과 필요한 시설 및 장비를 갖춘 물리(작업)치료실을 설치하여야 한다.

입소자 30명 이상의 노인요양시설에서는 물리(작업)치료사 1명을 두고 100명 초과 시마다 1명을 추가하도록 하고, 입소자 10명 이상 30명 미만의 노인요양시설에는 필요수의 물리(작업)치료사를 두어야 하며, 노인요양공동생활가정에서는 간호(조무)사, 물리치료사, 작업치료사 중에서 1명만 있으면 된다.

노인여가복지시설의 시설 기준을 살펴보면, 노인복지관에는 기능회복 또는 기능 감퇴를 방지하기 위한 훈련 등에 지장이 없는 면적과 필요한 시설을 갖춘 물리치료실을 설치하도록 되어 있다. 재가노인 복지시설에는 작업 및 일상생활동작 훈련실을 두어 기능회복 및 감퇴를 예방하기 위한 훈련 등에 지장이 없는 면적과 필요한 설비 및 장비를 갖추게 하고 있다

현재 우리나라에서는 지역협의회 위원을 활용한 시범사업이 실시되고 있으며 재가 급여의 종류에 방문재활을 추가하기 위한 하위 법령 및 관련고시 제정을 검토하고 있다.

(2) 지역보건법에서의 방문재활 관련 내용 고찰

보건소의 여러 가지 업무 중 장애인의 재활사업, 노인보건·정신보건, 만성퇴행성질환 등의 질병관리영역은 방문재활과 관련이 있다. 또한, 지역보건법 시행규칙에서는 보건소에서의 전문인력 등의 최소배치기준을 물리치료사는 보건의료원의 경우에 2명, 보건소에는 1명을 배치하도록 규정되어 있다. 또 다른 전문재활영역인 작업치료도 지역재활서비스 팀 구성에는 포함되어 있으나 맞춤형 방문건강관리사업에서는 활동이 미흡한 실정이다. 현재 보건소의 방문인력은 의사와 간호사, 물리치료사 및 작업치료사로 명시되어 있지만 물리치료사의 일부는 정규직으로 참여하고 있지만 그 수가 절대적으로 부족하고, 대다수의 물리·작업치료사는 계약직의 형태로 참여하고 있다(윤태형, 2009). 지속적인 공공보건의료의 기능강화와 맞춤형 방문건강관리사업이 더욱 활성화된다면, 물리·작업치료사의 인원을 더욱 증강시켜야 할 것이다.

국립재활원의 지역사회재활프로그램에는 연하장애 관리와 관절 운동 및 일상생활훈련을 위한 재가방문서비스가 포함되어 있는데, 국민건강보험공단 요양급여 기준에 의하면 연하장애 관리와 일상생활훈련은 작업치료사의 영역이고 관절운동은 물리치료사의 영역으로 규정되어 있다. 또한, 물리치료와 작업치료학과의 전공과목에도 관절운동과 일상생활활동 및 연하장애 재활이 명시되어 있어 양 재활전문영역이 방문서비스에 포함된다는 사실을 국가가 인정하고 있음을 알 수 있다. 대상자의 재활욕구를 충족시키기 위해서는 재활전문가가 반드시 필요하며, 향후 지역사회 보건의료 전달체계가 구축되면 물리·작업·언어·재활간호사 등 다양한 재활전문 인력구조의 재편과 체계화된 수급관리대책 및 역할 설정이 필요하다.

(3) 장애인복지법에서의 방문재활 관련 내용 고찰

장애인 복지시설은 장애인 생활시설, 장애인 지역사회재활시설, 장애인 직업재활시설, 유료복지시설, 그 외 시설로 나눌 수 있다.

장애인 생활시설(시설거주자가 30명 이상인 경우에만 해당한다) 및 장애인 유료복지시설에서 재활과 관련된 시설 기준을 살펴보면, 지체장애인·뇌병변장애인을 위한 시설 및 지적장애인 및 자폐성장애인을 위한 시설, 장애영유아생활시설에 따라 시행하려는 재활사업별로 물리치료실, 작업치료실, 언어치료실, 직업훈련실 및 보장구 제작

실 등 필요한 설비와 치료 및 훈련에 필요한 기계류·기구류를 갖추어야 한다.

시설의 관리 및 운영요원 배치기준을 살펴보면, 지체장애인·뇌병변장애인 생활시설과 지적장애인 및 자폐성장애인생활시설에는 물리치료사는 1명 이상(30명 초과 시 1명 추가), 작업치료사도 1명(겸직요원 있을 경우 제외)으로 규정되어 있다. 지체장애인·뇌병변장애인을 위한 시설에서는 의료재활과 심리·사회적 재활, 직업재활, 교육재활사업을 실시한다. 의료재활영역에서는 재활치료, 정형외과치료·물리치료·작업치료·언어치료 등을 실시하도록 법에 제정되어 있다. 중증장애인 요양시설과 장애영유아 생활시설의 사업내용은 보호조치, 의료재활, 생활지도 등이 있다. 의료재활영역에서는 잔여기능 퇴화방지와 기능향상을 위해 재활의학치료, 소아과치료, 물리치료, 언어치료, 작업치료 등을 실시하도록 규정되어 있고, 생활지도 훈련영역은 작업치료에서 실시하는 일상생활동작훈련, 감각훈련 등이 명시되어 있다. 그러나, 장애인 관련 시설의 인력배치 기준에도 불구하고 노인의료복지시설 471개소 중 물리치료사는 358명이 배치되어 있고, 장애인 생활시설 315개 중 물리치료사는 196명, 작업치료사는 15명이 근무하고 있다(윤태형, 2009). 지체장애인시설, 지적장애인시설, 중증장애인시설, 장애영유아 시설의 인력도 법적 기준에 미달되어 있다.

(4) 정신보건법에서의 방문재활 관련 내용 고찰

정신보건법에서는 정신질환자의 치료·재활에 대한 의무가 국가에 있다고 규정하고 있다(정신보건법 4조). 정신의료기관의 시설기준 등에 의하면, 정신질환자 지역사회재활시설과 직업재활시설은 직업재활훈련실(이용자 1명당 3.3제곱미터 이상)을 갖추어야 하고, 여기에 생활훈련 또는 작업훈련에 필요한 도구·장비 및 안전장치를 설치하고 환자 50인 이상 입원시설에는 작업치료사 1명을 두도록 규정되어 있다(정신보건법 12조).

정신보건법시행령 제2조 제1항에서 규정하는 업무 및 한계를 보면, 정신질환자의 사회복귀 촉진을 위한 일상생활동작 훈련 및 작업 및 오락치료, 정신질환자의 사회 적응 및 직업재활을 위하여 보건복지가족부장관이 정한 활동 등의 업무는 어느 다른 보건의료 전문분야보다도 작업치료사의 업무에 포함된다. 작업치료 교과과정에서도 정신과 작업치료의 교육과 전문 훈련과정을 통한 실습이 시행

되고 있다.

사회복지시설의 유형에는 정신질환자 생활시설, 정신질환자 지역사회 재활시설, 정신질환자 직업재활시설, 중독자 재활시설, 정신질환자 생산물 판매시설, 정신질환자 종합재활시설 등이 있는데 작업치료사는 전문요원에 해당되어 사회복지시설에 배치하도록 규정되어 있으나, 필수요원이 아니므로 현실적으로는 채용이 미흡한 실정이다.

정신과 입원환자에 대한 작업요법 또한 법 46조의 2에 규정되어 있다. 입원환자의 치료 또는 사회복지에 도움이 된다고 판단되는 경우에 전문 요원에 의해 직업재활훈련실 등 작업에 필요한 시설을 갖춘 안전한 환경에서 활동이 이루어지고 진료기록부 또는 작업치료 일지에 작업내용을 기록해야 한다.

주·야간보호, 단기보호를 제공하는 기관의 시설·인력 기준을 살펴보면, 모든 시설에 기능 회복 또는 감퇴를 방지하기 위한 훈련 등에 지장이 없는 면적과 필요한 설비 및 장비를 갖추어야 하고, 자유롭게 이용할 수 있는 적당한 문화설비와 오락기구를 구비한 작업 및 일상생활훈련실을 갖추어야 한다. 수급자 10명 이상의 경우, 간호(조무)사와 물리(작업)치료사 중 1명 이상의 인원을 두어야 하며, 주·야간보호 및 단기보호에 근무하는 사회복지사, 간호(조무)사와 물리(작업)치료사, 요양보호사 1급은 다른 업무와 겸직할 수 없다고 명시되어 있다.

(5) 의료법에서의 방문재활서비스 제도 도입 방안 고찰
의료법에서는 간호사에 대하여 면허 이외에 분야별 자격을 인정하여 1990년 보건사회부 고시 제 90-44호에 의해 전문간호사 과정의 고시가 발표되었다. 이를 통해 가정간호사분야도 법적인 근거를 갖게 되었다(이혜영과 박래준, 1999). 의료인은 의료기관을 개설하지 않고는 의료업을 행할 수 없지만 가정간호에 대해서는 예외로 인정하고 있다. 가정간호 시행 시에는 의사 및 한의사의 처방이 있어야 하며 처방유효기간은 90일까지이다. 가정간호의 업무를 살펴보면 구강간호, 온열, 냉열요법, 체위교환, 관절운동, 회음부간호, 마사지 등 기본 간호와 검사행위, 투약 및 주사행위, 교육 및 훈련 상담, 치료적 행위가 있다.

가정간호 대상자 중 많은 부분을 차지하는 뇌혈관 질환자나 재활치료 대상자는 오히려 전문적인 재활치료가 더욱 요구된다는 많은 선행 연구가 보고되었다(김성실, 1985; 서미혜와 오가실, 1993; 김정길, 1994; 이인숙,

1996; 이한숙 등, 1996; 전시자, 1989; 추수경, 1993). 가정간호의 업무 중 온열 및 냉열 요법, 관절 운동, 근육 마사지, 훈련 상담, 재활치료적 행위는 방문물리치료사가 더 적합하고, 구강 간호 중 연하장애, 체위교환, 관절운동, 훈련 상담, 재활치료적 행위는 방문작업치료사가 더 적합하리라 사료된다.

III. 결 론

1. 문헌 고찰에 대한 제도 도입 근거

노인장기요양보험제도 내 방문재활서비스 도입을 위해 전반적인 방문보건사업의 서비스 현황을 살펴보고, 현재 시행되는 노인장기요양보험제도의 성과와 문제점을 조사하여 방문재활서비스의 객관적 근거를 마련하였다. 또한, 외국의 방문재활 사례를 고찰하고, 관련 법·제도를 검토하여 도입을 위한 구체적인 근거를 제시하고자 하였다.

가정간호사제도에서 시행되는 재활치료에 대한 문제점의 해결 방안으로 팀 접근법과(양영애, 1997; 이혜영 등, 1999) 전문치료사에 의한 재활치료가 필요하다(김성실, 1985; 서미혜와 오가실, 1993). 만성질환관리는 간호사의 역할만으로는 부족하며 신체 기능과 일상생활회복을 위해 물리치료와 작업치료가 꼭 필요하다(이충휘, 원종혁과 옥준영, 2000).

현재 일본의 개호보험 모델에서 경증대상자를 위한 건강증진 프로그램을 실시하여 건강악화를 방지하고 재정 부담을 경감시키고자 예방중심 시스템으로의 전환이 이루어지고 있다(남상요, 2005). 후발주자인 우리는 예방을 접목한 방문재활프로그램을 미리 계획하여 시행하는 것이 훨씬 효율적일 것이다. 영국도 수발대상자의 재가보호를 우선적으로 명시하여(제3조) 수발급여 시에는 예방에 중점을 두고 요수발상태에 이르면 재활에 중점을 둔다. 우리나라는 수발에만 초점을 둔 상태이지만, 제도가 정착됨에 따라 예방과 재활에 관심이 쏠릴 것이다. 이는 의료비 절감이라는 목표를 달성하기 위한 중요한 방안과 재활전문인력의 배치 근거가 될 것이다.

법·제도적 측면에서도 도입 가능성을 살펴보았다. 노인장기요양보험법 제 23조 제 1항 제 1호 재가 급여에 방문재활추가 신설이 필요하며, 이를 위해 의료기사 등에 관

한 법률 제 1조에 따라 의사의 지도하에 방문재활이 가능한 부분에 대해 방문간호, 가정간호와 유사한 제도 신설이 필요하다. 현재 장기간 입·퇴원 반복 및 방치되는 만성 질환자의 경우 재가나 지역사회에서 지속적인 치료가 가능하려면 방문재활도 방문간호와 비슷한 일수의 처방기간이 정해져야 한다. 2009년 재활의학 전문의는 1,100명이고 노인장기요양대상자는 약 25만 명임을 볼 때 대상자들이 방문재활서비스를 제공받을 수 있도록 신경과, 가정의학과, 정신과 등 처방전 교부의 확대방안이 필요하다.

또한, 시행규칙 제 19조 기타 재가급여 제공기준 중 복지용구 지급서비스에 재활치료사의 참여가 가능할 것이다. 일본의 개호보험에서 살펴보면 재활치료사들이 케어매니저로 활동하며 복지용구 지급 시에 전문적 지식을 활용하여 지나친 복지용구 지급을 제한하고 있다. 더 나아가 주택 개조영역이 노인장기요양보험제도에 도입된다면, 재활치료사의 비중이 더 커져야 하는 것은 자명한 일이다.

지역보건법에서 규정된 보건소의 업무인 장애인 재활과 만성퇴행성 질환자 관리를 위해 최소인력 배치기준을 명확히 수행하고, 지역주민의 욕구를 파악하여 재활치료를 적절한 수준으로 보장하여야 한다.

장애인복지법과 정신보건법에 정의된 장애예방 및 조기치료에 대한 국가와 지방자치단체의 의무를 수행하기 위해 시행규칙에 명시된 시설 및 인력배치기준의 시행상황을 명확히 파악하여 장애인 수용에 예산을 소모하지 말고, 재활의 목표인 지역사회 참여를 통한 삶의 질 향상으로 장애인복지사업이 나아가야 할 것이다.

구체적인 방문제도도입을 위해서는 전달체계수립, 수가책정 및 서비스 내용과 지침 제정, 방문재활치료사 교육 프로그램 개발, 방문재활시범사업의 조속한 실시 등 운영상의 준비가 필요하다(이혜영과 박래준, 1999). 또한, 민간의료시장이 주를 이루는 현재의 의료시장에서 방문재활사업이 자리매김을 할 수 있도록 법적으로 뒷받침된 이론적·실제적 근거가 필요하다. 그리고, 현재의 보건의료체계와의 연계성과 신설된 방문재활의 질적 수준을 유지하기 위한 각종 표준 설정, 업무감시체계 등도 마련되어야 한다.

재활치료사(물리·작업치료사)를 양성하는 학교나 협회에서도 노인장기요양보험제도에 방문재활 신설만을 주장할 것이 아니라, 학교의 필수전공과목으로 지역사회 재

활치료를 선정해야 하며, 협회에서 단계적 전문가 과정을 신설하여 구체적 방안을 마련하여야 한다. 일본의 경우도 1982년부터 학교의 전공과목에 재가치료활동에 대한 과목을 추가하여 영역을 확대하였다(이혜영, 박래준, 김진상과 최진호, 2000).

지역사회중심재활의 궁극적 목표인 장애인의 독립적 일상생활활동과 지역사회의 참여 증대는 대상자의 참여를 통한 사회통합을 이루고자하는 작업치료의 목표와 동일하므로 지역사회재활의 하나인 방문재활에 전문가로 참여하는 것은 당연한 일이지만(김영근, 2007), 전문 인력들에게조차 방문재활 전문가에 대한 인식은 그리 높지 못하다. 더구나, 방문재활서비스에 대한 물리·작업치료계의 연구도 아직 시작단계이다. 정부 시책과 방향을 같이하는 과학적인 연구와 더불어 현재 진행되고 있는 방문재활사업에 물리치료사 및 작업치료사 협회가 함께 공조하여 적극 참여해야 할 것이다. 또한, 현재 진행 중인 국민건강보험공단의 지역협의회활동에 협회 차원에서 적극적으로 가담하여 수급대상자들이 스스로 필요성을 요구할 수 있는 환경을 만들고, 당국에도 적극적으로 필요성을 주장해야 한다.

2. 방문재활서비스 제도 도입을 위한 정책방향 제시

첫째, 재활서비스욕구가 지역사회중심으로 나타나는 현 시점에서 다양한 환자들의 재활욕구를 수용하기 위한 방문재활서비스제도 도입에 대한 연구가 진행되어야 한다. 각 재활전문가 단체와의 협력을 통해 다양한 재활프로그램을 개발하고 진행 중인 여러 지역보건서비스 시범사업에 참여해야 한다. 또한, 다양한 통로를 통해 법·제도적으로 안정적인 자리매김을 할 수 있는 방법을 모색해야 한다.

둘째, 방문보건사업에서 주를 이루는 방문간호사와의 업무 및 역할에 관한 기준을 확립하여 향후 발생할 갈등의 소지를 막아야 한다. 현재, 방문재활치료에 관한 인식도는 매우 낮은 수준이다. 이에 대한 관련 인력과 부처에 홍보가 우선적으로 이루어져야 하며, 제도 내에서 공급자 및 수요자 측면에서 수요 파악을 이루어 정책의 근거를 제시할 수 있어야 한다.

셋째, 방문재활서비스 모델 및 수가체계 개발에 관한 연구와 방문재활전문가 양성에 관한 연구도 진행되어야 할 것이다. 앞으로 질환의 상태 및 다양한 개인적·환경적 요

인을 고려한 체계적인 방문재활프로그램이 개발과 비용-편익에 대한 연구도 지속되어야 한다.

마지막으로, 방문재활치료의 효과에 대한 불신을 불식시키기 위한 과학적 근거중심의 중재 연구를 진행하여 노인장기요양보험제도에서 방문재활서비스가 성공적으로 자리매김할 수 있는 기반을 마련해야 한다.

참 고 문 헌

- 가정간호사회. 가정간호사업. 2009년 9월 2일 출력.
<http://www.hcna.or.kr>
- 권혜정, 홍완성, 김명준, 양영애, 황성수. (1999). 가정 물리치료제도에 대한 인식 및 필요에 대한 조사연구-가정간호수습생을 대상으로. 대한물리치료학회지, 6(3), 125-143.
- 김성실. (1985). 가정간호요구 및 수행실태에 관한 조사 연구-강원도 일부 지역을 중심으로. 박사학위논문, 연세대학교, 서울.
- 김슬기, 정은혜, 라어진. (2009). 노인장기요양보험제도에서 작업치료 역할에 대한 연구. 강원: 대한작업치료사협회.
- 김신자. (1991). 원주기독병원 가정간호사업의 역사적 고찰. 석사학위논문, 서울대학교, 서울.
- 김영근. (2007). 보건소 지역사회중심 재활사업에서 작업치료 필요성 탐색 -대구시 CBR 시범지역을 중심으로-. 대한작업치료학회지, 15(3), 13-24.
- 김용택. (2001). 일본의 노인보건복지법과 관련시책. 노인복지연구, 4(14), 123-140.
- 김은영, 전경자. (2003). 노인장기요양서비스 유형별 비용 분석. 한국노년사회학회지, 23(2), 37-49.
- 김은주. (1991). 퇴원한 뇌혈관질환자의 후유증과 가정간호 필요성 및 간호수행. 석사학위논문, 경북대학교, 대구.
- 남상요. (2001). 일본의 의료제도와 병원 경영-일본의 의료개혁과 병원 구조조정. 서울: 수문사.
- 남상요. (2005). 가정방문 작업 및 물리치료 활성화를 위한 세미나. 강원: 대한작업치료사협회.
- 박정호, 성영희, 송미숙, 조정숙, 심원희. (2000). 한국표준 간호행위 분류. 한국간호과학회, 30(6), 1411-1426.
- 박정호, 황나미. (2001). 가정방문간호사업의 확대 및 정착을 위한 장기발전방안. 서울: 한국보건사회연구원.
- 박종연, 권진희, 이정석, 서남규, 강창구. (2009). 노인장기요양보험제도의 국민인식도 조사. 서울: 국민건강보험공단.
- 박홍심. (1990). 보건의료기관 이용노인을 대상으로 한 가정간호 요구조사. 석사학위논문, 서울대학교, 서울. 국가법령정보센터. 노인복지법. 2009년 9월 20일 출력.
<http://www.law.go.kr/main.html>
- 국가법령정보센터. 지역보건법. 2009년 9월 20일 출력.
<http://www.law.go.kr/main.html>
- 국가법령정보센터. 장애인복지법. 2009년 9월 20일 출력.
<http://www.law.go.kr/main.html>
- 국가법령정보센터. 정신보건법. 2009년 9월 20일 출력.
<http://www.law.go.kr/main.html>
- 국가법령정보센터. 의료법. 2009년 9월 20일 출력.
<http://www.law.go.kr/main.html>
- 보건복지가족부. (2008). 노인장기요양보험 제도 시행 현황. 서울: 보건복지가족부.
- 서문자. (1991). 근골격계 중심의 기동성 장애인을 위한 가정간호. 대한간호학회지, 30(3), 18-25.
- 서미혜, 오가실. (1993). 만성질환자 가족의 부담감에 관한 연구. 대한간호학회지, 23(3), 467-486.
- 서정도. (2009). 노인장기요양보험제도의 성과와 작업치료사의 역할 세미나. 강원: 대한작업치료사협회.
- 선우덕, 오영희. (2000). 노인일상생활수행능력향상을 위한 보건복지서비스 연계 모형 개발연구. 서울: 한국보건사회연구원.
- 송신섭. (2008). 한국노인장기요양보험의 발전방안에 관한 연구. 극동사회복지저널, 4(1), 85-104.
- 심정길. (1994). 가정방문 물리치료의 도입에 관한 연구. 석사학위논문, 한양대학교, 서울.
- 양영애. (1997). 가정방문 물리치료에 관한 실증적 연구. 석사학위논문, 한양대학교, 서울.
- 양영애, 김윤신. (2000). 가정방문 물리치료 제도의 필요성에 관한 연구. 한양대학교 환경 및 산업의학연구소, 9(1), 19-28.
- 양영애, 오영희, 허진강. (2006). 노인 건강 증진을 위한 가정방문 재활(작업)치료 제도에 관한 연구. 노인복지연구, 31(1), 207-225.

- 양영애. (2007). 노인장기요양보험제도 시행을 위한 작업 치료사의 요구. *고령자치매작업치료학회지*, 1(2), 1-25.
- 우주희. (2006). 영국 재가노인보호서비스 공급확대를 위한 민간영리부문의 참여와 한국에의 시사점. *노인복지연구*, 32, 223-245.
- 유근춘. (2008). 독일장기요양보험의 재정문제와 그 대책이 우리나라에 주는 시사점, 노인장기요양보험 경제성 및 재정 문제. 서울: 보건복지가족부.
- 유재남. (2009). 영국·독일·호주의 노인장기 요양보호에서 케어매니지먼트 체계 비교 분석. *노인복지연구*, 43, 381-406.
- 윤순영, 김매자, 서문자, 한경자, 박성애, 박영숙. (1998). 지역사회 가정간호사업 운영 효과에 관한 연구. *서울대학교 간호학 논문집*, 12(1), 97-117.
- 윤태형. (2009). 노인장기요양보험내에서 방문물리치료 도입을 위한 연구. 박사학위논문, 서울대학교, 서울.
- 이미자. (2008). 우리나라 요양보호사 인력양성 현황 및 문제점. *고령자·치매작업치료학회지*, 2(1), 69-74.
- 이인숙. (1996). 가정간호 사업효과와 평가 연구. *서울대학교 간호학논문집*, 10(2), 149-167.
- 이인우. (2002). 뇌졸중 환자의 가정 간호 시와 입원간호 시의 가족부담감 비교연구. 석사학위논문, 대전대학교, 대전.
- 이준우, 서문진희. (2009). 노인장기요양보험 재가 서비스의 문제점과 개선방안. *한국노년학*, 29(1), 149-175.
- 이충희, 원종혁, 옥준영. (2000). 가정방문 물리치료서비스의 이용의사에 관한 연구. *한국전문물리치료학회지*, 7(1), 64-78.
- 이충희, 이현주, 박경희, 안덕현. (2002). 농촌 재가 장애인의 가정방문 재활서비스 욕구도 분석. *한국전문물리치료학회지*, 9(2), 61-82.
- 이한숙, 김충식, 박돈목. (1996). 가정방문 물리치료. *대한물리치료학회지*, 8(1), 91-98.
- 이혜영, 최진호, 김진상. (1999). 가정방문을 위한 물리치료사와 가정간호사의 팀웍에 관한 연구. *대한물리치료학회지*, 12(1), 79-86.
- 이혜영, 박래준. (1999). 재가장애인 방문치료에 대한 연구고찰. *대한물리치료학회지*, 11(1), 179-185.
- 이혜영, 박래준, 김진상, 최진호. (2000). 일본의 가정방문 사업에 관한 연구. *대한물리치료학회지*, 12(1), 113-118.
- 장현숙, 진영란, 김정은, 홍은정, 유재성. (2007). 보건소 방문사업과 의료기관가정간호, 노인장기요양보험 방문간호 간 기능역할 설정. 서울: 한국보건산업진흥원.
- 전경자, 박정영. (2001). 뇌졸중환자 가정간호 및 방문간호서비스의 비용효과 비교. *지역사회간호학회지*, 12(1), 22-31.
- 전시자. (1989). 노인의 가정간호. *대한간호학회지*, 28(3), 11-14.
- 정원미, 이동영, 유승호, 황운정, 김슬기, 추일한. (2008). 지역사회 경증치매환자에 서의 집단인지재활 치료효과-작업치료 치료과정모델을 중심으로. *대한작업치료학회지*, 16(4), 1-17.
- 조무신, 김영희, 양영애, 오혜원, 홍재란, 노종수. (2006). 작업치료사의 보건소 취업 활성화를 위한 기초 조사 연구. *대한작업치료학회지*, 14(1), 1-11.
- 추수경. (1993). 가정간호사업대상자의 선정기준개발과 서비스 내용에 관한 연구. *간호학탐구*, 2(1), 181-201.
- 최성재. (1988). 노인복지정책개발을 위한 연구. 서울: 한국노년학회.
- 최선미, 김연희, 조은수. (1991). 농촌지역 재가 뇌졸중 환자의 재활실태와 욕구에 관한 조사. *대한재활의학회지*, 15(2), 67-73.
- 최혜숙. (2002). 지역사회 중심 재활프로그램이 뇌졸중 노인 환자의 인지기능, 일상생활동작 수행도 및 작업수행도 만족도에 미치는 영향. *동남보건대학논문집*, 20(2), 185-193.
- 최혜숙. (2004). 퇴원한 뇌졸중 환자와 외래환자의 가정작업치료 요구도 비교. *동남보건대학논문집*, 22(2), 171-181.
- 최혜숙. (2006). 뇌졸중 환자의 가정작업치료 요구도. *대한작업치료학회지*, 14(2), 81-94.
- 최혜숙. (2007). 가정작업치료 비용-편익 분석. 박사학위논문, 포천중문외과대학교, 경기.
- 황병용. (1999). 지역사회중심재활사업을 위한 기초조사. *대한물리치료학회지*, 11(2), 75-80.

- 황병용, 이은주, 한상덕. (2003). 가정방문물리치료가 뇌졸중환자의 운동기능과 일상생활동작 수행에 미치는 영향. *대한물리치료학회지*, 15(4), 1013-1022.
- Bialkowska, J., & Januszko, L. (1999). Community-based rehabilitation of patients with nervous system damage. *Neurologia i Neurochirurgia Polska*, 33(6), 1311-1316.
- Gitlin, L. N., Corcoran, M., & Leinmiller-Eckhardt, S. (1995). Understanding the family perspective: An ethnographic framework for providing occupational therapy in the home. *American Journal of Occupational Therapy*, 49(8), 802-809.
- Hasselkus, B. R., Dickie, V. A., & Gregory, C. (1997). Geriatric occupational therapy: The uncertain ideology of long-term care. *American Journal of Occupational Therapy*, 51(2), 132-139.
- Jackson, B. N. (1992). Home-based occupational therapy: Then and now. *American Journal of Occupational Therapy*, 46(1), 84-85.
- Levine, R. E. (1988). Community home health care. In H. L. Hopkin, & H. D. Smith (Eds.), *Willard & Spackman's Occupational therapy* (7th ed., pp. 756-761). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.

Abstract

Introduction of Home Rehabilitation Services in Long term Care Insurance System for the Elderly

Kim Hee-Jung^{*}, Ph.D., O.T., Lee Key-Hyo^{**}, Ph.D., Lee Jae-Shin^{***}, Ph.D., O.T.

^{*}Dept. of Occupational Therapy, Kaya University

^{**}Graduate School of Public Health, Inje University

^{***}Dept. of Occupational Therapy, Konyang University

This study aims to investigate the basis for an effective introduction of basic information on Home Rehabilitation Services (HRS) in the Long-term Care Insurance System. It attempts to ascertain the situations and problems of a Home Health Project in Korea through references, and to research an introduction of HRS through a review of the Long-term Care Insurance System for the Elderly. It also reviews the general issue of HRS in other countries and the associated-laws for a proper introduction of such services.

As a result of a literature review, it was found that the necessity of HRS by experts is magnified in home health care services and the Long-term Care Insurance System at an interim evaluation. Various HRSs have been carried out under government-led programs in most major countries, whereas there has been a lack of participation of rehabilitation therapists in Korea due to the absence of a proper legal ground. This study implies that both patients suffering from chronic illness and elderly people need an HRS and have a strong intention to use such services. To provide various HRSs to meet patient needs, it is necessary to enact laws and systemic grounds for the introduction of an HRS in the Long-term Care Insurance System. To do this, we must develop various programs and pilot projects with health professionals involved in Community Health Services. Also, various studies are expected to investigate the demand for an HRS, and to spread public opinion regarding its introduction in Korea.

Key words : Home rehabilitation services, Long-term care insurance system for the elderly