

경제개발협력기구(OECD) 국가별 작업치료관련 제도 분석

정병록*, 김지현**

*상지영서대학교 작업치료과

**극동대학교 작업치료학과

국문초록

목적 : 본 연구는 작업치료와 관련된 국내의 제도와 세계작업치료연맹에 회원으로 가입한 국가들 중에서 경제개발협력기구 회원 국가들의 제도를 비교, 분석 및 제도 개선에 대한 제언을 하기 위하여 실시되었다.

연구방법 : 자료수집은 구조화된 설문지를 사용하여 이메일을 통해 자료를 수집하였고, 경제개발협력기구 34개 국가 중 회신된 15개의 설문응답 가운데 답변내용이 부족한 2개 국가를 제외한 13개 국가의 자료만을 분석하였다.

결과 : 연구 결과 13개 국가 모두에서 정규 학위과정을 통해 작업치료사를 양성하였고, 교육 기간은 평균 4년이였다. 학위는 대부분의 국가가 학사학위였다. 캐나다, 아일랜드와 미국은 석사학위 과정을 운영하고 있었다. 작업치료사 자격 제도는 대부분의 국가들이 국가자격제도를 운영하고 있었고, 보수교육 실시에 대한 항목에서는 5개 국가를 제외한 나머지 국가들이 보수교육을 통한 자격관리를 하고 있었다. 2개 국가를 제외하고 11개 국가가 작업치료사와 관련된 법률이 있는 것으로 응답하였고, 이들 국가 중에서 호주, 체코, 한국과 뉴질랜드만 개별법이 없다고 응답하였다. 작업치료사의 독립적 치료행위 및 단독 개업 가능 여부를 묻는 항목에서는 벨기에, 에스토니아, 한국과 뉴질랜드를 제외한 나머지 국가들에서 독립적 치료행위가 가능하였고, 단독 개업에 관한 항목은 응답하지 않은 프랑스를 제외하고, 한국만이 단독 개업이 불가능 한 것으로 조사되었다.

결론 : 다른 OECD 국가들과 비교했을 때, 작업치료사 직종과 관련하여 한국은 비슷한 수준의 교육 및 자격 관리 제도를 갖고 있는데 반해, 관련 법률 제도는 빈약한 경향을 보였다. 한국의 보건의료 수준이 선진국과 어깨를 나란히 하기 위해서는 작업치료사 직종과 관련된 현재의 제도가 개선될 필요가 있다.

주제어 : 경제개발협력기구, 세계작업치료연맹, 작업치료, 제도적 장치

I. 서 론

국내 작업치료의 최초 도입은 한국전쟁 당시 부상당한 군인들의 치료를 위해 미군부대 안에서 실시한 재활치료를 통해 시작되었다(Willard & Spackman, 1954). 일반 국민들을 대상으로 한 실질적인 작업치료 서비스의 시작은 한국전쟁 직후 미국 및 캐나다 선교사들에 의해 실시되었으며, 이후 1960년대 국립재활원에서 실시한 작업치료

사 양성교육과정을 통해 배출한 작업치료사들에 의해 본격적인 작업치료가 국내에 보급되기 시작되었다(오윤택, 1994). 정규교과과정을 통한 작업치료사 양성은 1979년 연세대학교 보건학과 재활의학기술학전공에서 시작되어 2012년 기준으로 4년제 28개교, 3년제 27개교로 증가하여 현재 매년 1500명 이상의 작업치료사들이 배출되고 있다(대한작업치료사협회, 2010).

현재 국내에서 작업치료사들의 업무 범위는 '의료기사

등에 관한 법률'에 근거하고 있다. 의료기사와 관련된 최초의 국내법은 1963년 법률 제1380호로 공포된 '의료보조원법'이다(법제처, 1963). 작업치료사의 업무 영역에 대한 최초의 법률적 정의는 1964년 5월 제정된 '의료보조원법 시행령'에서 다음과 같이 정의내리고 있다. 작업치료사의 업무 영역은 '장애 있는 신체부분의 근육기능을 원활히 활동하기 위하여 그 장애 있는 신체부분을 습관적으로 계속 사용시켜 지체된 물체를 공작하거나 완성된 작품을 사용할 수 있도록 훈련 치료하는 업무에 종사'하는 것으로 규정하였다(법제처, 1964). 이후 '의료보조원법'이 1973년 2월 16일 법률 제2534호로 제정된 '의료기사법'으로 전면 개정되면서 같은 해 9월 개정된 '의료기사법 시행령'에서는 작업치료사의 업무범위에도 변화가 있었다. 종전에 '장애 있는 신체부분의 근육기능을 원활히 활동하기 위하여'가 '신체부분의 기능장애를 원활하게 회복시키기 위하여'로, '계속 사용시켜'가 '계속 동작시켜'로, '완성된 작품'이 '완성된 기구'로 각각 개정되었다(법제처, 1973a; 1973b).

1973년 개정된 '의료기사법'은 이후 1991년까지 6차에 걸친 개정작업이 이루어졌고, 이 과정에서 1982년에 의무기록사(법제처, 1982), 1987년에 안경사가 '의료기사법'에 추가되었다(법제처, 1987). 의료기사가 아닌 의무기록사와 안경사의 '의료기사법' 포함은 의료기사에 한정되어 규정한 법의 취지에 부적합하여 이를 명확히 규정할 필요성이 제기되었다. 이를 위해 '의료기사법'이 1995년 1월 5일 법률 제4912호 '의료기사 등에 관한 법률'로 개정(법제처, 1995)되어 2011년 11월 22일까지 총 22차에 걸친 개정과정을 거치면서 사용되고 있다(법제처, 2011a). 작업치료사의 업무 영역에 대한 개정은 16년 동안 22차례의 법률개정 과정에서 단 한차례로 1996년 4월 19일 개정된 '의료기사 등에 관한 법률 시행령'에서 '물체를 공작하거나'를 '물체를 만들거나'로 단어의 의미를 변화시킨 것이 유일하다(법제처, 1996).

국내 작업치료사들의 업무 범위는 '의료기사 등에 관한 법률 시행령' 제2조(의료기사, 의무기록사 및 안경사의 업무 범위 등)에서 규정한 법률에 기초하고 있다(법제처, 2011b). 이에 따르면 작업치료사는 신체부분의 기능장애 회복을 위해 신체를 동작시키고, 물체를 만들고, 완성된 기구를 사용하는 업무를 실시하게 된다. 이러한 업무 영역은 '의료기사 등에 관한 법률' 제1조의 2(정의)에 따라 의

사의 지도하에 실시해야 한다고 명시되어 있다(법제처, 2013). 이러한 법률적 업무 범위와는 다르게 대한작업치료사협회(2012)가 조사한 내부 자료에 따르면 2012년까지 배출된 작업치료사 7,586명 중 4,076명을 대상으로 실시한 근무영역 조사에는 과반수 이상인 58.1%가 의료기관에 종사하고 있었고, 그 다음으로는 요양병원 15.0%, 복지관 5.7%, 어린이집 및 장애아동 주간보호센터가 5.1% 순으로 나타났다. 이외에도 정부산하기관(장애인고용촉진공단, 국민건강보험공단), 장애인 거주시설, 사설기관, 보건소, 교육청 등에서 근무를 하고 있는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 현재 임상에서 근무하는 작업치료사의 42.9%가 의료기관 이외의 장소에서 치료하고 있다는 것으로 국내 작업치료사의 업무 범위에 대한 제도적 정의가 변화되는 보건의료 복지 분야의 현실을 반영하고 있지 못하다는 것을 보여준다.

이와는 대조적으로 국제적으로는 보건의료 복지 분야의 변화되는 요구에 맞춰 작업치료사의 업무 범위를 규정하기 위한 과정이 지속적으로 진행되고 있다. Herman (1940)의 연구에 의하면 초기 작업치료의 정의는 의학적 모델을 기초로 정신적, 신체적 질병이나 손상에서의 회복을 촉진하기 위한 목적에서 실시하던 활동에 초점을 두고 규정하였다. 이후의 작업치료의 정의는 치료의 대상자를 신체적 또는 정신사회적 기능손상과 환경적 스트레스를 가진 개인으로 확장하였다. 작업치료는 이러한 확장된 대상자들에게 각 개인의 제한된 상황을 제거해주거나, 장애를 예방하거나, 현재의 건강한 상태를 유지 또는 증진시키기 위한 활동을 각 대상자들의 요구에 따라 선택해주는 과정으로 변화되었고, 또한 바뀐 환경에 필요한 새로운 기술을 학습시키고, 그에 따른 작업적 역할을 발전시키는 분야로 확장되었다(West & Wiemer, 1991). 최근의 작업치료에 대한 국제적 정의는 세계작업치료연맹(World Federation of Occupational Therapists; WFOT)에서 규정한 것으로 작업치료는 대상자 중심적인 보건 분야의 전문영역으로 작업을 통하여 건강을 증진시키거나 유지하는데 초점을 두는 영역으로 설명한다. 작업치료에 대한 세부적 정의에서는 작업치료는 개인이 각자의 일상으로 복귀하는데 첫 번째 목표를 두고 각자가 원하거나, 필요로 하거나, 하기를 기대하는 작업에의 참여를 위해 기능적 능력을 증진시키거나 환경적 변화와 작업 변형을 사용하는 보건의료분야의 전문영역으로 규정하고 있다(WFOT, 2012).

이러한 국제적인 작업치료사의 제도 변화에 맞추어 국내에서도 작업치료사의 업무 영역 및 관련 제도 개선의 필요성이 제기되고 있다. 1964년 제정된 ‘의료보조원법 시행령’에 규정된 작업치료사의 업무 영역 및 정의는 48년이 지난 현재까지 용어의 개념 변화에 따른 단어만 수정하였을 뿐, 작업치료 개념과 영역의 개정은 전혀 이루어지지 않았다(법제처, 1964; 2013). 또한 장애에 대한 정의의 변화가 의료적 모델에서 사회적 모델로 변화되고 있는 국제적 흐름에서 의료적 모델에만 한정되어있는 국내의 작업치료사 업무 영역은 작업치료가 가진 본래적 특징을 전혀 반영하고 있지 못하고 있다.

이에 본 연구의 목적은 작업치료와 관련된 국내의 제도와 세계작업치료연맹에 회원으로 가입한 국가들 중에서 경제개발협력기구(Organization for Economic Cooperation and Development; OECD) 회원 국가들의 제도를 비교, 분석 및 제도 개선에 대한 제언을 하는 것이다.

II. 연구 방법

1. 연구 절차

본 연구는 세계작업치료연맹에 회원으로 가입한 73개 국가(2012년 기준)들 중에서 우리나라의 사회, 경제, 복지 분야 등의 주요 정책적 지표들의 비교 대상으로 사용되는 OECD에 가입된 국가들을 대상으로 실시하였다. 각 국가별 작업치료 관련 제도 비교를 위한 설문내용은 연구진의 회의를 거쳐 작업치료사 양성과정, 작업치료 관련 법률의 유무, 작업치료사 자격제도, 보수교육, 작업치료의 독립적 치료행위 여부, 작업치료 업무 영역으로 구성된 설문지를 개발하였다. 설문지는 전체 34개의 OECD 가입국가들 중에서 세계작업치료연맹 회원인 30개 국가를 대상으로 발송하여 이중 회수된 15개의 설문응답 중 답변내용이 부족한 2개 국가를 제외한 13개 국가의 자료만을 분석하였다. 자료 분석 대상인 13개 국가들은 표 1에서 일반적인 특징에 대해 제시하였다.

표 1. WFOT 회원국 중 OECD 주요 가입국가 현황(2012년 현재)

국가	총 인구(명) ¹⁾	1인당 국민소득(\$) ¹⁾	작업치료사(명) ²⁾	인구 만 명당 작업치료사(명) ²⁾
대한민국	약 5,096만	23,749	6,000	1
호주	약 2,201만	66,984	15,000	7
체코	약 1,017만	20,938	836	0.8
아일랜드	약 458만	48,517	1,220	3
포르투갈	약 1,078만	22,699	1,700	2
미국	약 31,384만	48,147	109,083	3
벨기에	약 1,043만	48,110	6,000	6
에스토니아	약 150만	16,636	41	0.3
스웨덴	약 910만	61,098	9,400	10
캐나다	약 3,430만	51,147	13,040	4
프랑스	약 65,630만	44,401	7,000	1
뉴질랜드	약 443만	38,227	2,091	5
영국	약 63,047만	39,604	31,998	5

¹⁾ 2012 세계은행(World Bank) 발표 기준

²⁾ Occupational Therapy Human Resource Project 2012

2. 조사 방법

본 연구의 자료 수집은 각 국가별로 세계작업치료연맹 홈페이지에 등록된 대표자(delegate)에게 설문지를 첨부한 전자우편을 사용하였다. 또한, 추가적인 자료 수집을 위하여 세계작업치료연맹에서 발간하는 ‘Occupational Therapy Human Resource Project 2012’와 ‘Employment Requirements in WFOT Member Countries revised 2007’을 사용하였다(WFOT, 2007; 2012).

설문지 구성은 총 7개의 항목으로 구성하였다. 또한 각

문항별로 추가적으로 구체적인 질문에 대한 응답을 할 수 있는 하위 질문 6개를 포함하였다. 설문지의 세부적인 내용은 표 2에 제시하였다.

3. 분석 방법

조사된 자료는 SPSS 17.0을 사용하여 응답 내용의 작업치료사 양성과정 및 특성, 작업치료사 관련 법률 및 개별법 유무, 작업치료사 자격 제도, 보수교육 실시여부, 작업치료사의 독립적 치료 행위 유무, 작업치료사의 독립적 치료실 개설 여부, 작업치료사 업무 영역에 대한 제도적

표 2. 설문지 구성

설문영역	추가적 설문내용		
작업치료 양성과정	학교 개수	학제	학위명
작업치료사 관련 법률	개별법		
작업치료사 자격 제도	국가자격	민간자격	기타
작업치료사의 보수교육 실시	보수교육 시간		
작업치료사의 독립적 치료 행위			
작업치료사의 치료실 개설			
작업치료사의 업무 영역에 대한 제도적 규정			

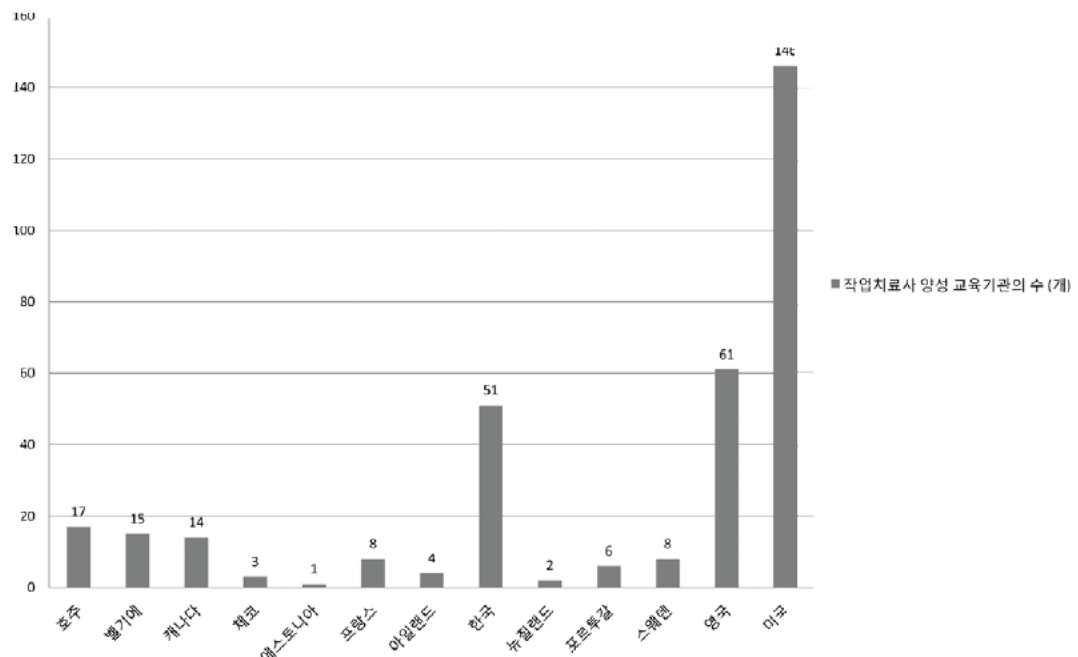


그림 1. 각국의 작업치료사 양성 교육기관 현황

규정 유무에 대한 결과를 기술통계와 빈도분석을 사용하여 분석하였다.

Ⅲ. 연구 결과

1. 작업치료사 양성 과정 및 특성

작업치료사 양성 과정은 13개 모든 OECD 국가에서 정규 학위과정을 운영하고 있었다. 추가적인 질문 항목인 작업치료사를 교육하는 학교의 수는 미국이 146개로 가장 많았고, 그 다음으로는 영국이 61개 기관이었다. 한국의 교육 기관 수는 51개로 본 연구에서 조사한 13개 국가 중에서 3번째로 많은 수치를 차지하였다. 호주, 벨기에, 캐나다가 10개에서 20개의 교육 기관이 있었고, 에스토니아는 1개의 교육기관만을 가지고 있는 것으로 나타났다(그림 1).

작업치료사가 되기 위해 교육을 받는 기간은 대부분의 국가들이 최소 3년 이상, 최대 6년 이하로 일반적으로 4년의 교육기간을 거치는 것으로 나타났다(그림 2).

작업치료 교육 기간을 종료 한 후에 취득하는 학위는 대

부분의 국가가 학사(bachelor)학위를 받는 것으로 나타났다. 캐나다와 미국은 석사(master)학위를 취득하였고, 아일랜드는 학사와 석사 학위를 받는 2개의 과정이 있는 것으로 조사되었다. 프랑스, 스웨덴, 영국은 diploma라는 국내에는 없는 독특한 학위 과정을 가지고 있었고, 에스토니아는 professional higher education이라는 자국만의 학위 과정을 가지고 있는 것으로 조사되었다(표 3).

2. 작업치료사 자격제도

각 국의 작업치료사 자격제도를 묻는 항목에서는 9개 국가가 국가자격제도를 갖추고 있었고, 민간 자격제도를 갖추고 있는 나라는 캐나다 한 곳으로 응답하였다. 그 외에 에스토니아와 아일랜드는 자격제도가 없다고 응답하였고, 프랑스는 행정구역의 단위인 레지옹(regions)별의 diploma 제도를 가지고 있는 것으로 응답하였다(표 4).

3. 작업치료사 보수교육 제도

각 국의 작업치료사 자격유지를 위한 보수교육 실시를 묻는 항목에서는 8개 국가에서 보수교육을 실시하고 있

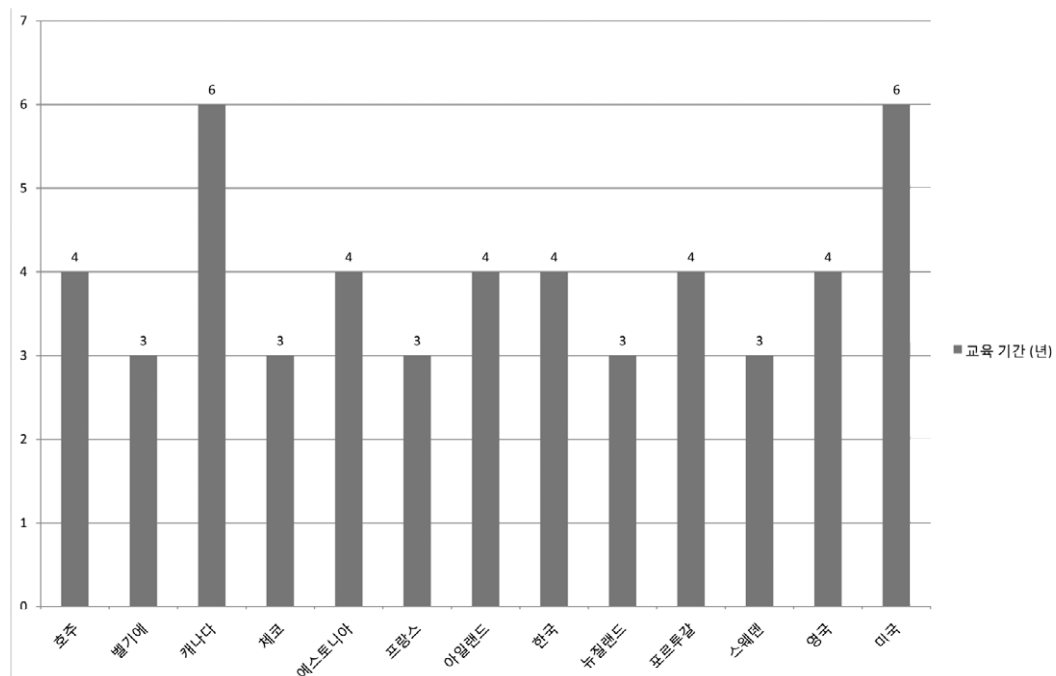


그림 2. 각국의 작업치료 교육기관

표 3. 각국의 학위과정

국가	학사(bachelor)	석사(master)	diploma	professional higher education
호주	○			
벨기에	○			
캐나다		○		
체코	○			
에스토니아				○
프랑스			○	
아일랜드	○	○		
한국	○			
뉴질랜드	○			
포르투갈	○			
스웨덴			○	
영국			○	
미국		○		

표 4. 각국의 작업치료사 자격제도

국가	국가자격	민간자격	diploma of regions	자격제도 없음
호주	○			
벨기에	○			
캐나다		○		
체코	○			
에스토니아				○
프랑스			○	
아일랜드				○
한국	○			
뉴질랜드	○			
포르투갈	○			
스웨덴	○			
영국	○			
미국	○			

는 것으로 보고하였다. 그러나 에스토니아, 프랑스, 아일랜드, 포르투갈과 스웨덴은 보수교육을 실시하지 않는 것으로 응답하여 각 나라별로 차이가 있는 것으로 나타났다(표 5).

보수교육을 실시하는 경우에 연간 보수교육 시간을 묻는 항목에서는 체코, 한국, 뉴질랜드와 미국 4개국만 응답을 하였다. 체코는 연간 30시간의 보수교육을 실시하고 있었고, 한국은 연간 8시간, 뉴질랜드는 보수교육

을 대신하여 각 치료사들에게 포트폴리오 형식의 보고서를 제출하도록 제도를 갖추고 있다고 응답하였다. 미국은 50개주가 동일하게 National Board Certification in Occupational Therapy (NBCOT) 주관 하에 3년간 36

Professional Development Unit (PDU)을 획득하게 하고 있었다(표 5).

표 5. 각국의 작업치료사 보수교육 제도

국가	작업치료사 보수교육 실시여부(○/×)	연간 보수교육 시간(시간)
호주	○	응답 없음
벨기에	○	응답 없음
캐나다	○	응답 없음
체코	○	30
에스토니아	×	응답 없음
프랑스	×	응답 없음
아일랜드	×	없음
한국	○	8
뉴질랜드	○	포트폴리오 형식의 보고서 제출
포르투갈	×	응답 없음
스웨덴	×	응답 없음
영국	○	응답 없음
미국	○	응답 없음

표 6. 각국의 작업치료사 관련 법률

국가	작업치료사 관련 법률 존재 유무(○/×)	작업치료사 개별법 존재 유무(○/×)
호주	○	×
벨기에	○	○
캐나다	○	○
체코	○	×
에스토니아	×	응답 없음
프랑스	○	○
아일랜드	×	응답 없음
한국	○	×
뉴질랜드	○	×
포르투갈	○	응답 없음
스웨덴	○	○
영국	○	○
미국	○	○

4. 작업치료사 관련 법률

작업치료사와 관련된 법률이 있는지를 묻는 항목에서는 2개 국가를 제외한 나머지 11개 국가에서 관련 법률이 있는 것으로 응답하였다. 에스토니아와 아일랜드는 관련 법률이 없는 것으로 응답하였다(표 6).

벨기에, 캐나다, 스웨덴, 프랑스, 영국과 미국에서는 작업치료사와 관련된 개별법이 있는 것으로 응답하였고, 호주, 체코, 한국과 뉴질랜드는 개별법이 없는 것으로 응답하였다. 에스토니아, 아일랜드와 포르투갈은 해당 항목에 응답하지 않았다(표 6).

5. 작업치료사 업무 영역의 제도적 규정

각 국의 작업치료사 업무 영역에 대한 제도적 규정이 있는지를 묻는 항목에서는 에스토니아를 제외한 모든 국가들에서 작업치료사의 업무 영역에 대한 제도적 규정이 있다고 응답하였다(표 7).

6. 작업치료사의 독립적 치료행위 및 치료실 개설

각 국의 작업치료사가 의사의 처방이나 지도 없이 독립적으로 치료행위를 하는 지를 묻는 항목에서는 13개 국가 중에서 9개의 국가가 작업치료사의 독립적 치료 행위가 가능한 것으로 응답하였다. 벨기에, 에스토니아, 한국은 작업치료사의 독립적 치료행위가 불가능한 것으로 응답하였고, 포르투갈은 질문항목에 응답하지 않았다(표 7).

작업치료사가 단독으로 개업을 할 수 있는지를 묻는 항목에서는 11개 국가가 단독 개업이 가능한 것으로 응답하였고, 프랑스는 해당항목에 응답하지 않아서 해당 국가의 제도를 알 수는 없었다. 한국은 작업치료사만의 단독 개업은 불가능하다고 응답하였다(표 7).

IV. 고 찰

본 연구는 한국을 포함한 세계작업치료연맹 회원으로 가입한 OECD 13개 국가들의 작업치료사와 관련된 제도들을 비교 분석하여, 변화되는 사회적 흐름에 맞게 국내의

표 7. 작업치료사의 독립적 치료행위 및 치료실 개설

국가	독립적 치료행위 여부(○/×)	단독 개업 가능 여부(○/×)	작업치료사 업무영역의 제도적 규정 여부(○/×)
호주	○	○	○
벨기에	×	○	○
캐나다	○	○	○
체코	○	○	○
에스토니아	×	○	×
프랑스	○	응답 없음	○
아일랜드	○	○	○
한국	×	×	○
뉴질랜드	○	○	○
포르투갈	×	○	○
스웨덴	○	○	○
영국	○	○	○
미국	○	○	○

작업치료사 관련 제도를 개정하기 위한 정책 제안의 기초 자료를 제공하고자 하였다.

1. 작업치료 교육

본 연구결과 작업치료사 양성 교육기관의 수를 보면 미국이 가장 높은 146개를 보이고 그 다음이 영국과 한국으로 각각 61개와 51개의 수치를 보이고 있다. 본 연구의 대상인 13개 국가를 제외한 세계작업치료연맹 회원이며 OECD 가입국들을 살펴보면 일본이 200개로 가장 많은 교육기관을 가지고 있었고, 그 다음으로는 독일이 184개의 교육기관이 있는 것으로 나타났다(WFOT, 2012). 한국 작업치료 교육기관은 51개로 그 양적 수는 결코 적은 수가 아니다. 하지만, 교육기관의 질적 측면을 고려하면 상반된 결과를 얻게 된다.

세계작업치료연맹에서는 작업치료 교육기관이 갖추어야 할 최소의 기준을 제시하고, 이를 충족한 각 국가들의 교육기관들을 인증하는 제도가 있다. 대다수 국가들의 교육기관들이 이러한 기준을 충족하고자 노력하고 있고, 국내에서도 이미 6개의 교육기관이 세계작업치료연맹 인증 프로그램을 통과하였다(대한작업치료사협회, 2012). 2012년에 세계작업치료연맹에서 발표한 자료에 의하면 미국과 영국은 교육기관 모두가 인증을 받은 것으로 보고되었다. 또한 일본은 200개 교육기관 중에서 143개인 71%가 인증을 받았고, 독일은 184개 기관 중에서 129개인 70%가 인증을 받았다. 그러나 한국은 전체 51개의 교육기관 중에서 인증을 받은 기관이 6개로 11%에 그치고 있다(WFOT, 2012). 이는 한국의 작업치료 교육기관의 질적인 수준이 많이 부족함을 시사한다. 무조건적인 교육기관의 양적 팽대보다는 교육기관 설립에 있어서의 표준화된 제도적 기준 제시를 통하여 이를 충족하는 교육기관의 수를 증가하여 교육의 질적인 측면이 보장된 교육기관의 설립이 필요할 것이다.

작업치료사가 되기 위해 교육받는 기간으로는 캐나다와 미국을 제외한 대부분의 국가들이 4년과 3년의 교육기간을 가지고 있는 것으로 나타났다. 이는 물리치료사가 되기 위한 교육기간을 조사한 자료에서도 유사하게 나타난다. 2006년 기준으로 조사한 자료에 의하면, 전체 84개의 국가들 중에서 응답을 하지 않은 22개 국가를 제외한 62개 국가를 기준으로 3년에서 4년의 교육기간을 실

시하는 국가가 49개인 79%로 보고되었다(대한물리치료사협회, 2007). 이러한 교육기간은 학위과정과도 서로 연관되어 대부분의 국가들이 학사학위를 받는 것으로 나타났다.

2. 작업치료사의 자격 취득 및 유지

각 국의 작업치료사 자격제도는 대부분의 국가들이 국가자격제도를 가지고 있는 것으로 응답하였다. 아일랜드와 에스토니아는 자격제도가 없다고 응답을 하였지만, 아일랜드는 국가자격제도에 준하는 다른 제도적 장치를 통하여 관리하는 것으로 응답을 하였다. 캐나다는 민간자격제도가 있는 것으로 응답하였지만, 추가적인 설명을 통하여 하나의 국가자격제도와 10개의 주 자격제도가 함께 사용되고 있었다. 프랑스는 캐나다와 유사한 형태였지만, 국가자격제도로 운영되는 것은 없었고, 행정구역 단위인 레지옹(regions)별로의 자격제도를 운영하고 있다고 응답하였다.

작업치료사 보수교육 제도에 대한 응답은 각 국가별로 상이한 모습을 보이고 있었다. 한국을 포함한 8개 국가에서 보수교육 제도를 시행하고 있었지만, 연간 보수교육 시간을 묻는 항목에서는 단 2개 국가만이 응답하여 낮은 응답률을 보였다. 보수교육 시간은 체코가 30시간, 한국이 8시간을 이수해야 하는 것으로 서로 상이한 교육 시간을 운영하고 있었다. 뉴질랜드는 별도의 시간을 규정하지 않고 치료사가 포트폴리오 형식의 보고서를 제출하는 것으로 보수교육을 대체하고 있었다. 국내의 보수교육 관련 규정은 2011년 11월 22일 개정된 ‘의료기사 등에 관한 법률’ 제11조(실태 등의 신고)에서 작업치료사를 포함한 의료기사 등은 보수교육을 받지 않은 경우에 면허 신고를 반려할 수 있도록 개정하여 보수교육에 대한 의무사항을 강화하고 있다(법제처, 2011a).

보수교육 제도는 보건의료 전문가가 단순히 자격을 유지하기 위한 방편에서 나아가 관련분야의 최신지식 습득을 통해 전문성을 유지하고, 근거에 기반을 둔 중재 서비스를 제공함으로써 국민 건강증진에 기여하는 데에 궁극적인 목적이 있다. 이에 따라 보수교육제도의 진정한 기능과 의의를 파악하기 위해서는 보수교육 내용이 실제 임상에 적용되는 정도와 체계에 대한 조사가 이루어질 필요가 있다. 그러나 본 연구에서는 보수교육의 실시 여부와 그

정도에 대해서만 조사하였기 때문에 각 나라별로의 상이한 보수교육 체계를 파악할 뿐 국내의 보수교육 체계와 비교하여 그 의미를 파악하기에는 부족함이 있었다. 향후 보수교육제도의 유효성과 효율성을 조사하는 추가적인 연구를 통해 각 나라들의 보수교육제도의 실질적인 기능을 파악할 필요가 있다.

3. 작업치료 법률 제도

작업치료와 관련된 법률이 있는지를 묻는 항목에서는 대부분의 국가들이 관련 법률이 있다고 응답하였다. 작업치료사와 관련된 법률이 있는 국가들 중에서 호주, 체코, 한국과 뉴질랜드만이 작업치료와 관련된 개별법이 없는 것으로 나타났다. 이것은 물리치료분야의 국제적인 현황과 유사한 결과이다. 세계물리치료연맹 가입한 84개국 중에서 해당 항목에 응답하지 않은 16개국을 제외한 60개 국가에서 물리치료사의 개별법이 제정되어 있는 것으로 조사되었다. 개별법 제정이 되어 있지 않은 8개 국가는 한국을 포함한 터키, 인도, 이란 등의 국가들이었다(박재용, 2009). 본 연구에서 작업치료 개별법이 없다고 보고한 국가 중 호주는 14개의 보건 분야의 전문가들을 포괄적으로 규정하는 법률인 'The Health Practitioner Regulation National Law Act'에 작업치료사와 관련된 법적 규정을 하고 있어서 한국과 유사한 상황이다. 그렇지만, 호주는 국가에서 호주 작업치료사 협회에 작업치료사와 관련된 업무 영역 및 각 영역별 지침 등을 위임하여 규정하도록 함으로써 개별법의 형식을 취하고 있었다(Commonwealth Department of Health and Aged Care, 2000).

작업치료사 업무 영역과 관련된 법적 규정은 에스토니아를 제외한 모든 12개 국가들이 규정이 있는 것으로 응답하였다. 이와 관련하여 에스토니아는 세계작업치료연맹에 2006년 가입한 국가로 작업치료 정규교육과정이 생긴 지 11년이 되었고, 작업치료사의 수도 60명 정도밖에 되지 않는 초창기여서 현재 제도 정립을 위한 노력 중이라고 본 설문에 추가적인 응답을 하였다.

각 국가별로 의사의 처방 없이도 작업치료사가 독립적으로 치료할 수 있는 국가는 전체 13개 국가 중에서 9개 국가들이 있었다. 본 연구에서 '독립적 치료 행위'란 의사의 처방이나 관리 감독 없이 행해지는 치료를 의미한다.

벨기에, 에스토니아와 포르투갈은 작업치료사만의 독립적 치료 행위는 제도적으로 불가능한 것으로 나타났지만, 작업치료사가 단독으로 치료실을 개설하는 것은 가능한 것으로 응답하였다. 이는 작업치료실을 개설하였더라도, 그 치료행위가 법적으로 인정되기 위해서는 의사의 의뢰나 처방이 있어야 함을 의미한다. 작업치료사의 독립적 치료행위와 치료실 개설이 모두 불가능한 국가는 13개 국가 중에서 한국이 유일하였다. 2006년 세계물리치료연맹의 조사에 의하면 총 84개 국가 중에서 의사처방 없이 물리치료사의 직접치료가 가능한지를 묻는 항목에서 응답을 하지 않은 19개 국가를 제외한 65개 국가에서 31개 국가가 제한적 허용을 포함하여 가능한 것으로 응답하였고, 34개 국가가 불가능 한 것으로 응답하였다(대한물리치료사협회, 2007).

이러한 의료기사의 독립적 치료행위 제한은 국민의 건강권 보장을 하기 위한 제도적 장치로 해석할 수 있을 것이다. 약사의 의약품 조제 남용과 오용을 막기 위해 의사의 정확한 진단과 처방이 필요한 것처럼, 치료의 오·남용을 막기 위해 의사의 관리감독이 필요할 수 있다(박재용, 2009). 그러나 작업치료 중재는 개인의 작업 활동을 중심으로 신체기능을 포함한 개인적 요인과 다양한 환경적 요인을 개인의 주어진 배경(context) 안에서 최적화시킴으로써 작업에의 참여를 향상시키는 것이 중재의 핵심 내용이고, 이를 통해 개인의 삶과 사회에의 참여를 지지하는 것이 궁극적 목표이다(AOTA, 2008; Law, Baum, & Dunn, 2005). 이에 따라 작업치료사는 신체에의 직접적인 치료행위 뿐만 아니라 다양한 전략과 방법을 통해 대상자의 작업 수행을 향상시킨다. 단지 의사의 진단과 처방에 의한 치료만으로 그 허가범위를 제한하는 것은 오히려 작업치료 중재서비스가 제 역할을 다하는 것을 방해하는 것이고, 이는 또한 국민의 건강권 보장에 오히려 위해가 될 가능성도 있다. 다수의 선진 국가들이 작업치료의 독립적 치료행위나 치료실 개설을 허가하고 있는 점을 감안할 때, 우리나라도 작업치료의 업무영역에 대한 적절한 이해와 함께 독립적인 작업치료 중재서비스의 제한적 및 조건적 허용에 대한 검토가 이루어질 필요가 있다.

4. 한국 작업치료 제도 개선의 필요성

한국의 작업치료는 1950년대 한국전쟁 이후 상이군인

들의 재활치료를 목적으로 처음 시행(오윤택, 1994)된 이래, 현재까지 8천명이 넘는 작업치료가사 배출되고 50개가 넘는 교육기관이 설립(대한작업치료협회, 2012)되는 등 짧은 역사 동안 급속한 성장을 하였다. 그러나 이러한 양적 성장과 발전과는 다르게 국내 작업치료의 법률적 제도는 작업치료의 첫 도입 시기에 머물러 있다고 해도 과언이 아니다. 작업치료의 업무를 규정하고 있는 제도적 정의는 1964년 ‘의료보조원법 시행령’이 제정된 이후 48년이 지나는 동안 실질적 개정이 전혀 이루어지지 않았다. 박재용(2009)은 현재 작업치료의 업무 범위가 규정되어 있는 ‘의료기사 등에 관한 법률’은 하나의 법률에서 의료기사가 아닌 다른 직종들까지 포함하는 포괄적 해석을 담고 있어서, 오늘날의 세분화되고 전문화되고 있는 의료분야의 현실을 제대로 반영하지 못한다고 했다. 특히 작업치료가의 업무 영역에 대한 내용을 살펴보면, 신체부분의 기능장애 회복을 위해 신체를 동작시키고, 물체를 만들고, 완성된 기구를 사용하는 업무로 여전히 신체기능 회복에만 초점이 맞춰져 있는 것을 알 수 있다. 이는 작업치료의 역할이 한국의 작업치료가 시작된 한국 전쟁 이후의 시기에 고착되어 있는 것이며, 현대의 작업치료가에게 요구되는 역할을 제대로 규명하지 못하고 있는 실정이다.

국내의 작업치료가사 제도는 국가면허를 취득하는 전문 영역이지만, 작업치료의 본래적 특징을 반영하고 있지 못하는 제도와 규정으로 인해 국민들에게 최선의 작업치료 서비스를 제공하지 못하고 있다. 이는 국민의 건강을 보호하고 나아가, 보다 높은 수준의 의료서비스를 제공받아야 하는 국민의 기본권 보장에 위배되는 것이다. 현대 사회는 신체 건강의 확보에서 더 나아가 삶의 질을 추구한다. 이에 따라 의료서비스도 신체 손상의 진단과 치료를 중시하는 의료적 모델에서 신체 손상을 극복하고 일상과 삶의 주기적 관점에서의 기능적 참여가 이루어지도록 지원하는 사회적 모델로 전환되고 있다. 시대와 문화적 변화를 수용한 최선의 작업치료 서비스를 제공하기 위해서는 의료적 모델에만 국한되어 규정되어 있는 현행 작업치료가사 관련 제도가 의료적 모델과 사회적 모델을 포괄적으로 수용하는 형태로 개편될 필요가 있다. 이미 국제적인 작업치료의 이론적 흐름은 이러한 의료적 모델과 사회적 모델을 흡수하여 하나의 치료적 모델로써 제공되고 있다. 이는 세계보건기구의 국제기능장애건강분류(International Classification of Functioning, Disability and Health; ICF)

와 작업치료실행체계(Occupational Therapy Practice Framework; OTPF)에서 설명하는 핵심 개념들의 유사함을 비교해보면 잘 드러난다(Christiansen, Baum, & Bass-Haugen, 2005). ICF에서는 한 사람의 건강을 구성하는 요소는 신체기능과 신체구조의 손상(impairment) 정도, 활동(activity), 그리고 참여(participation)인데, 이에 영향을 주는 것이 각 개인의 개인적 요인과 환경적 요인이라고 설명하고 있다(WHO, 2001). 이러한 설명은 작업치료의 궁극적 목표 및 내용과도 일치한다. 작업치료는 개인의 작업 활동을 중심으로 신체기능을 포함한 개인적 요인과 다양한 환경적 요인을 각 개인의 주어진 배경(context) 안에서 최적화를 시킴으로써 작업에의 참여를 향상시키고, 이를 통해 개인의 삶과 사회에의 참여를 지지하는 것(AOTA, 2008; Law, Baum, & Dunn, 2005)이라는 내용과 의미의 일치를 보인다. 따라서 기능과 건강에 대한 국제적 인식의 변화와 이와 관련된 건강분야 종사자들의 전문적 역할에 대한 국제적 기대를 이해한다면 우리나라 작업치료 및 작업치료가사에 대한 제도의 정비는 시급한 상태이다. 또한, 작업치료 본래의 성질을 잘 반영하는 제도는 작업치료의 전문성과 정당성을 규명하여 법적 논쟁을 피하는 것을 도와줄 뿐만 아니라, 나아가 한국이 국제적 요구와 기준에 부합되는 의료선진국이 되기 위해 꼭 필요한 일이라 할 수 있겠다.

본 연구의 자료수집 과정에서 많은 국가들이 설문조사에 응답하지 않아 더 많은 수의 OECD 국가들의 자료를 수집하지 못한 제한점이 있었다. 응답하지 않은 대부분의 국가들은 세계작업치료연맹에서 실시하는 ‘Human Resources Project’를 참조하라는 제언을 하였다. 그러나 해당 자료들은 본 연구에서 얻고자 하는 자료를 모두 포함하고 있지 않았고, 한국과 같이 작업치료가사 발전하려는 시기의 국가들에서 정부에 정책 제안을 하기 위한 기초자료로 사용하기에는 부족하였다. 추후의 연구에서는 세계작업치료연맹 사무국에 공식적인 질의를 통하여 각 국가별 제도적 특징에 대한 자료를 수집할 것을 제언하며, 이러한 자료는 국내의 작업치료의 제도 개선을 하는 훌륭한 정책 자료로 활용될 것이다.

본 연구는 한국을 포함하여 세계작업치료연맹에 가입한 OECD 회원국 13개 나라의 작업치료사와 관련된 제도를 비교, 분석하여 국내의 작업치료사 관련 제도 개선을 위한 기초자료로 활용하고자 실시되었다. 연구 결과 13개 국가 모두에서 정규 학위과정을 통해 작업치료사를 양성하였고, 작업치료사가 되기 위한 교육 기간은 평균 4년이 가장 많은 수를 차지하였다. 작업치료사 자격제도는 대부분의 국가들이 국가자격제도를 운영하고 있었고, 보수교육 실시에 대한 항목에서는 5개 국가를 제외한 나머지 국가들이 보수교육을 통한 자격관리를 하고 있었다. 2개 국가를 제외한 11개 국가가 작업치료사와 관련된 법률이 있는 것으로 응답하였고, 작업치료사만의 개별법이 없고 동시에 작업치료사의 독립적 치료행위가 법적으로 허가되지 않는 국가는 한국과 뉴질랜드였고, 작업치료사의 단독 작업이 불가능한 나라는 한국이 유일하였다.

다른 OECD 국가들과의 전반적인 비교에서 한국은, 비슷한 수준의 교육 및 자격 관리 제도를 갖고 있는데 반해, 관련 법률 제도는 빈약한 경향을 보였다. 특히 작업치료의 업무를 규정하고 있는 법률적 정의는 1964년 첫 제정 이후 지난 48년 동안 실질적 개정이 전혀 이루어지지 않았다. 현 규정은 작업치료사의 역할에 대한 이해가 한국의 작업치료의 도입 시기에 고착되어 있어 구시대적이고, 현대사회의 작업치료사에게 요구되는 역할에 대한 반영이 부족하다. 건강에 대한 국제적 인식의 변화와 이와 관련된 건강분야 종사자들의 전문적 역할에 대한 국제적 기대를 이해한다면 우리나라 작업치료 및 작업치료사에 대한 제도의 정비는 시급하다. 작업치료 본래의 성질과 현실을 잘 반영하는 제도의 정립은 작업치료의 전문성과 정당성을 규명하고, 작업치료사들이 국민의 건강과 삶의 질의 증진을 위해 제 역할을 다하는 것을 촉진할 수 있을 것이다. 나아가 한국이 국제적 요구와 기준에 부합되는 보건의료선진국의 반열에 오를 수 있도록 조속한 시일 내에 국내의 작업치료 제도적 장치들이 적절하게 개선되어야 할 것을 제언한다.

- 대한물리치료사협회. (2007). 세계물리치료연맹가입국가 업무형태 비교. <http://www.kpta.co.kr>
- 대한작업치료사협회. (2010). 작업치료학교안내. <http://www.kpta.co.kr>
- 대한작업치료사협회. (2012). 작업치료사협회 현황 자료. <http://www.kpta.co.kr>
- 박재용. (2009, 가을). 의료기사 등에 관한 법률의 문제점과 개정방향, 서울. 한국.
- 법제처. (1963). 의료보조원법. <http://www.law.go.kr>
- 법제처. (1964). 의료보조원법 시행령. <http://www.law.go.kr>
- 법제처. (1973a). 의료기사법. <http://www.law.go.kr>
- 법제처. (1973b). 의료기사법 시행령. <http://www.law.go.kr>
- 법제처. (1982). 의료기사법. <http://www.law.go.kr>
- 법제처. (1987). 의료기사법. <http://www.law.go.kr>
- 법제처. (1995). 의료기사 등에 관한 법률. <http://www.law.go.kr>
- 법제처. (1996). 의료기사 등에 관한 법률 시행령. <http://www.law.go.kr>
- 법제처. (2011a). 의료기사 등에 관한 법률. <http://www.law.go.kr>
- 법제처. (2011b). 의료기사 등에 관한 법률 시행령. <http://www.law.go.kr>
- 법제처. (2013). 의료기사 등에 관한 법률. <http://www.law.go.kr>
- 오운택. (1994). 한국 작업치료의 역사. 대한작업치료학회지, 2(1), 63-71.
- American Occupational Therapy Association. (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 62, 625-683. doi:10.5014/ajot.62.6.625
- Christiansen, C. H., Baum, C. M., & Bass-Haugen, J. (2005). *Occupational therapy: Performance, participation, and well-being* (3rd ed.). Thorafare, NJ: SLACK.
- Commonwealth Department of Health and Aged Care.

- (2000). *The Australian health care system*. Retrieved from <http://www.health.gov.au>
- Herman, G. (1940). The future of occupational therapy. *Occupational Therapy and Rehabilitation*, 19(2), 129–132.
- Law, M., Baum, C., & Dunn, W. (2005). *Measuring occupational performance: Supporting best practice in occupational therapy* (2nd ed.). Thorafare, NJ: SLACK.
- West, W. L., & Wiemer, R. B. (1991). Should the representative assembly have voted as it did, when it did, on occupational therapists' use of physical agent modalities? *American Journal of Occupational Therapy*, 45, 323–327. doi: 10.5014/ajot.45.12.1143
- Willard, H. S., & Spackman, C. S. (1954). *Principles of occupational therapy* (2nd ed.). Philadelphia, PA: JB Lippincott.
- World Federation of Occupational Therapists. (2007). *Employment requirements in WFOT member countries revised 2007*. Retrieved from <http://www.wfot.org>
- World Federation of Occupational Therapists. (2012). *Occupational therapy human resource project 2012*. Retrieved from <http://www.wfot.org>
- World Health Organization. (2001). *International classification of functioning, disability and health*. Retrieved from <http://www.who.org>

Abstract

Comparative Study on Systems of Occupational Therapy in Both OECD and WFOT Member Countries

Jeong, Byoung-Lock^{*}, Ph.D., O.T., Kim, Ji-Hyen^{**}, Msc., O.T.R.

^{*}Dept. of Occupational Therapy, Sangji-Youngseo College

^{**}Dept. of Occupational Therapy, Far East University

Objective : This study was conducted to investigate the status of an OT system in countries registered in both OECD and WFOT, and to compare the selected OECD countries with Korea.

Methods : Relevant data from a survey designed specifically for this study, and the published data from WFOT, were analyzed for 13 countries from several perspectives.

Results : All of the 13 countries have educational systems and the average period of education for proper qualification is 4 years. Most of the countries are utilizing a national license system. Eleven of the countries have laws and acts related to OT, and four countries including Korea do not have separate legislation for only the OT profession. Except for Estonia, all countries define the scope of practice within official regulations. Korea is the only country in which occupational therapists are not authorized to practice independently without a physician's referral or to open a private clinic.

Conclusion : In comparison with other OECD members with an OT profession, Korea shows a tendency of having a comparable qualification system, but is deficient in terms of its legislative system. The current legislative system in Korea is outdated and lacking in a reflection of reality. Considering the world's advanced concept of health, it is strongly recommended that the current legislative system for the OT profession in Korea be improved.

Key words : Legislative system, Occupational therapy, OECD, WFOT