대한물리치료학회지 제 8 권 제 1 호 1996.
The Journal of Korean Society of Physical Therapy
Vol. 8, No. 1, pp. 91~98, 1996.

가정 방문 물리치료

대전 서구보건소 물리치료실
이 한 숙
김해 성모병원 물리치료실
박 돈 목
부산침례병원 물리치료실
김 충 식

Home-Visiting Physical Therapy

Lee, Han-Suk, P. T.
Department of Physical Therapy, Dae Jean Seogu Health center
Park, Don-Mork, P. T.
Department of Physical Therapy, Kim Hae Sung Mo Hospital
Kim, Choung-Sik, P. T.
Department of Physical Therapy, Pusan Baptist Hospital

Abstract

It is urgent to introduce home visiting physical therapy in order to prevent the unnecessary increase of demand and extravagance for the nation-wide execution of medical insurance and for the medical demand and supply of medical delivery system.

We think that it is very important for us, as a physical therapist preparing 21 centry, to clearly undersand the necessity of home visiting physical therapy, which will be needed as the new therapeutic field in the future.

When the terms for a new health and medical system, that is, useful trained-manpower, well-equipped facilities, financial and legal support, well-prepared design for this project, positive cooperation between people involved in this project, and rational development of the project is held and this project is settled by sloving the expected problems, this project will give a contribution to the promotion of national health and social welfare

Keywords : Visiting Physical Therapy, Welfare

1. 서 론

우리나라는 1960년대 이후 급속한 경제성장과 함께 산업화, 도시화가 가속되면서 교통사고 및 산업재해의 증가, 환경오염의 증가로 인해 선천성, 후천성 장애자의 수가 급증하고 있으며, 또한 의학의 발달로 인한 그전에 사망해야 했던 장애아 출현률의 증가와 평균수명의 연장 및 출산률의 감소는 노령화 인구의 증가를 가져오게 되어 만성, 퇴행성, 노인성 질환자의 증가를 가속화 시키고 있다. 그리하여 장애인의 이환률 및, 사망률의 감소와 노령인구의 급격한 증가는 전국민의 장애 유병률을 증가시킬 것으로 예상된다. 또한, 우리나라는 의료보험의 전국민 확대 실시로 의료수요가 급증하는 추세다.

21세기를 준비하는 재활분야에서의 물리치료 영역도 변화되어야 하며, 이에 가정 방문 물리치료는 재활치료 및 회복의 정도, 질병의 휴유증이나, 장애를 최소한으로 줄이며, 병원 입원 기간을 줄이고 상병기간중에도 가족의 한구성원으로서 가족간의 유대를 원활히하며 정신적 안정을 도모하고 이동에 따른 불편을 해소하며, 가능한 범위내에 치료비용을 절감시키기위한 재활치료로서, 의료전달 체계내의 역할이 강조되어야 한다.

선진국에서는 증가하는 의료 수요에 대응하는 효율적인 관리의 일환으로 여러 가지 제도적 기구를 설립 활용하고 있으며, 우리 나라에서도 이미 가정 간호 제도를 1990년에 실시하고 있다. 가정 간호 사업은 의료비 상승과 의료보험의 재정압박을 해소하고 환자의 병원 집중화 현상을 완화, 병상회전률을 높이며 국민들의 의료비 부담을 경감시키는데 기여함으로써 국민들로부터 크게 관심을 얻고 있다.

그러나, 실질적인 재활 분야에서 장애인의 재활문제는 그 필요성과 중요성이 강조되고 검토되어야 하며 복지사회 건설의 과정에서 해결해야 할 중요한 과제이다. 이에 우리 나라는 이같은 상황하에서 가정 방문 물리치료의 필요성을 다음과 같이 3가지 측면에서 찾을 수 있다.

첫째, 가구 구조 및 시대적 변화를 들수 있다. 미국의 경우 1978년에 전 인구의 10%가 65세 이상의 노인이며(Rubin 1978), 우리나라도 평균 수명이 연장됨에 따라 노인인구가 급증하고 있다. 특히 노인 인구의 60%이상이 한가지 이상 질병을 지니고 있어 노인 건강 문제는 심각한 사회문제로 대두되고 있다(강세윤 1989). 또한, 과거 주종을 이루던 각종 감염성 질환이 감소하며 만성 퇴행성 질환 및 성인병이 급증하며 뇌성마비 및 산업 재해 및 교통사고 등이 증가함에 따라 치료해줄 병원의 부족과 장기 치료에 따른 치료비 부담의 문제가 있다.

둘째, 사회 환경의 변화를 들 수 있다. 산업화 도시화에 따라 전통적 대가족 제도가 붕괴되고 여성의 사회 진출이 증가하고 있어 가족 중 환자가 발생했을 때 전통적인 가족 도움에 의존하기 어려운 문제가 대두하게 되었다. 또한 산업화 도시화에 의하여 통원 치료에 따른 이동의 불편이 경제적·시간적인 부담으로 가족간호의 어려운 문제에 직면하게 되었다.

세째, 보건 의료 환경의 변화이다. 전국민 의료보험의 확대 실시로 의료 수요 및 의료비가 급상승하여 의료보험 재정을 악화시키고 있어 삭감에 따른 문제와 의료 수요의 증가로 인하여 병원내 감염 및 관리에 문제가 있다.

위에서 본바와 같이 가정방문 물리치료는 시대적 변화, 사회 환경의 변화, 보건 의료 환경의 변화의 측면에서 그 필요성이 증대되고 있다.

그러나, 가정방문 물리치료를 실시하기까지에는 아직도 해결되어야 할 많은 것들이 산재해 있다.

우리와 비슷한 간호계에서도 이러한 많은 문제들을 해결하기위해 연구가 활발히 이루어지고 있다. 이에 본연구자는 이 연구가 국민건강관리에 커다란 영향을 줄 수 있는 가정방문 물리치료가 전문직의 한영역으로 발전해나가는데 밑거름이 될 것으로 생각된다.

Ⅱ. 가정방문 물리치료사의 역할

가정 방문 물리치료는 팀 접근법이 요구된다. 가정 방문 물리치료 팀의 일원으로는 치료의 계획과 전체적 치료 업무를 지도하는 의사와 환자 가족의 지도 및 간호 서비스를 제공하는 간호사 그리고 환자와 가족의 문제를 지역사회 서비스와

연결시켜 주는 사회사업가와 물리치료사, 작업치료사, 언어치료사, 보조장구사 등의 전문 인력과 함께 간병인과 같은 가정 간호 보조인력등이 필요하다. 또한, 환자의 가족도 중요한 치료자가 되어야 한다. 즉, 환자를 간호하는 책임의 일부를 가족에게 전가하여 치료 순응의 효과를 기대할 수 있다.

가정방문 물리치료사는 가정방문 물리치료에 필요한 전문교육 과정을 이수하고 자격을 갖춘 물리치료사라 할 때 환자의 상태 평가 및 목표를 파악하여 치료를 이행하는 가장 중요한 기능을 갖춘다. 또한, 각 전문 인력들의 업무상 문제점을 찾아 기존의 가능 인력에 부여하는 것이 바람직하다고 본다. 그리고, 환자들이 집에 있게 되므로 기록의 유지가 중요하며 이를 토대로 전문 인력간의 환자에 대한 정보 교환과 평가 치료 계획이 수립되고 조정되어야 할 것이다.

이러한 가정 물리치료사업이 보건의료전달체계의 한 영역으로 정착될 경우 국가, 의료기관 및 국민들은 다음과 같은 기대효과를 거둘 수 있다.

첫째, 국가적 측면으로 볼때 국민의료 요구의 증대 및 환자의 병원 집중화 현상을 해소하고 의료비 앙등을 억제함으로써 의료보험 재정안정을 도모하고 의료수가 통제에 도움을 주며 합리적인 비용으로 국민 모두에게 양질의 보건의료 서비스를 제공할 수 있다.

또한, 증가 추세에 있는 만성질환자 및 각종 성인병환자, 심신장애자, 노인환자, 산업재해를 비롯한 직업병환자들을 가정에서 효율적으로 관리함으로써 사회문제화를 예방할 수 있다.

둘째, 의료기관 측면에서는 입원가료가 불필요한 장기환자의 병원 입원을 억제하고 조기퇴원을 유도함으로써 병상 회전율을 높이고 병원인력 및 시설의 효율적 활용에 기여하며, 무리한 시설 확장없이 환자관리가 용이하므로 병원의 재무구조를 호전시킬 수 있다.(대한 병원협회, 1995)

셋째, 국민의 측면으로 볼때, 불필요한 병원이용을 최소화 함으로써 시간, 의료비, 노력 등을 감소시킬 수 있으며, 대상자들이 친숙한 환경에서 치료가 제공되기 때문에 환자와 가족에게 심리적 만족감을 주며 빠른 회복을 도모한다.

또한, 환자 뿐아니라 가족구성원에 대해서도 대상환자의 교육 및 진전에 따른 상담을 제공받을 수 있고 자가치료능력 배양과 가족들의 환자에 대한 관심도 증진을 꾀할 수 있다.(조원정 1991)

Ⅲ. 가정방문 물리치료의 적용대상

가정방문 물리치료의 적용대상은 다양하고 포괄적이지만 연령과 질병의 양상에 따라 그리고 운영조직마다 특성을 고려하여 선정하여야 한다. 가정간호사업의 대상자를 살펴보면 Peter(1988)는 경증부터 중중범위까지 4범주로 분류한 체계를 개발했고, Daubert(1979)는 재활환자의 잠재능력에 따라 환자를 5범주로 분류하는 서술형태 도구를 작성하였다. 추수경(1991)은 퇴원 대상자, 가정간호사업 대상자, 입원 대상자를 분류하는 세 범주의 서술형 체계인 가정간호사업의 대상자 선정기준을 개발했다. 가정방문 물리치료의 적용대상을 설정하면 다음과 같다. 첫째, 만성질환자가 있는 가정(관절염, 고혈압), 둘째, 재활 환자가 있는 가정(뇌손상, 척수 손상, 뇌성마비) 셋째, 수술후 조기 퇴원 환자가 있는 가정, 넷째, 신생아가 있는 가정, 다섯째, 노인 환자가 있는 가정, 여섯째, 심신장애자가 있는 가정(지체 장애, 정신박약 등), 그외 가족 구성원의 건강 문제로 인해 가족 전체에 갈등을 야기할 수 있는 가정등을 들 수 있다. 또한, 조우현(1990)이 제안한 종합병원에서 가정간호사 사업대상자 선정기준을 토대로 보면, 가정 방문 물리치료사가 제공하는 서비스가 필요한 환자, 담당 의사에 의해 추천된 환자, 서비스를 받을 가정이 있으며 보조적인 시설이 가능한 환자, 환자와 가족이 가정에서 서비스 받기를 원하는 환자, 가족들이 환자를 통원시키며 힘들거나 돌볼 여건이 안된 환자등으로 대상자를 뽑을 수 있다.

가정방문 물리치료의 대상자는 선정기준에 대한 표준은 없지만 위에서 본바와 같이 대상자의 인권과 건강권이 보장될 수 있고 각기관의 특성에 맞춰 선별해야 한다.

Ⅳ. 가정방문 물리치료의 내용 및 형태분류

문헌에 나타난 가정간호사업에서 실제 제공한 내용과 실시할 때 제안한 내용 등을 종합해 보면

다음과 같이 나열할 수 있다. 첫째, 위생, 목욕, 피부간호, 구강위생, 둘째, 인공영양, 복막투석, 식이 및 영양, 위장관 삽입, 셋째, 드레싱, 상처관리, 욕창간호 넷째, 투약, 약물요법, 화학요법, 처방, 정맥내 주사, 근육주사, 정맥천자 다섯째, 정체 배뇨관 삽입, 세척, 도뇨관 삽입, 인공 결장루 간호, 배뇨, 배변관리 여섯째, 운동, 자세변경, 물리치료, 작업치료 일곱째, 산소요법, 흡입요법, 기관누공 형성술 간호, 호흡기 관리, 폐 물리요법 여덟째, 교육, 상담 아홉째, 활력측정, 혈압측정, 관찰 등이다(White와 Brigg, 1980 : Harvey, 1981 : Spiegel, 1987 : Smyth, 1985 : 김진선, 1988, : 조우현, 1990 : 추수경, 1990)

문헌상으로 나타난 가정 방문 간호사들이 물리치료, 폐물리요법이라고 되어 있는 부분을 어떻게 얼마나 정확하게 행할 수 있는가는 의문이다. 특히 중추신경계 손상 환자일때 부적절한 관리로 예상할 수 있는 문제점들이 많이 있다.

예를 들면 뇌성마비 또는 뇌혈관 손상일때 관절가동범위 운동으로 인해 환자의 경련이 점점 더 심해진다면 치료하지 않은 것보다 못하다.

가정방문 물리치료시에 포함되어야 하는 것은 첫째, 진단과 사정, 둘째, 직접적인 물리치료, 셋째, 치료상담 및 교육, 넷째, 가족상담 및 교육, 다섯째, 시설 및 환경, 여섯째, 의뢰등이다. 각 항목에 따른 역할과 구체적인 치료는 표 1과 같으며 구체적인 치료에서는 치료사의 사정에 의해 변경할 수 있다.

또한, 가정방문 물리치료사업을 주관하는 조직에 따라 종합병원, 보건소, 의료보험조합, 지역사회조직, 및 비영리단체에서 비영리적으로 이루어져야한다. 이러한 주관하는 조직에 따른 가정방문 물리치료사업형태를 살펴보면 아래와 같다.

1. 종합병원 중심의 가정방문 물리치료사업

종합병원 중심의 가정방문 물리치료사업은 병원에 입원한 환자 중 의사가 의뢰한 환자, 또는 그 가족을 대상으로 가정방문 물리치료사가 직접 가정을 방문하여 제공하는 치료적, 예방적, 지지적인 면에 중점을 둔 고도의 의료기술과 인간적인 치료가 조화를 이루어 제공되는 병원과 가정간의 중간단계 치료를 의미한다. 이러한 종합병원 중심의 가정방문 물리치료사업은 장기입원현상을 완화시키고, 병상회전율을 증진시키고, 병원입원이 필요한 국민요구를 충족시키며, 국민들의 의료의 부담을 경감시키고, 저렴한 양질의 간호를 제공하고자 하는 것이다. 여기에서 필요되는 것은 운영방침을 결정하여야 하고 타부서와의 연계체제, 재정에 관한 사항, 가정방문비용 청구서의 청구방법 및 수가에 관한 사항이 요구된다.(조원정, 1993)

2. 공공기관인 보건소나 복지관을 통한 가정방문 물리치료

우리나라의 공공기관인 복지관이나 보건소는 시, 군, 구, 읍, 면단위의 지소등 매우 광범위하다. 만성 퇴행성 질환의 급격한 증가와 노인인구의 증가에 따라 의료비 절감과 지속적이고 포괄적인 건강관리의 보장이라는 면에서 이러한 공공보건기관을 통한 물리치료는 포괄적인 보건의료사업의 강화의점에서 중요성과 필요성이 증대되고 있다.

현재 우리나라에서는 보건소단위의 가정간호사업이 활성화되어 있다. 보건소단위의 가정간호사업을 예로 들어보면 보건간호사가 그 전담 지역의 모자보건, 노인보건, 지역사회개발, 특수사업등 질병예방과 건강증진사업에 주력하고 정기적인 환자간호는 가정간호사에게 의뢰한다. 경우에 따라서는 보건간호사도 가정간호사업을 제공할 수 있으나 가정간호사가 제공할 때와 마찬가지로 의사의 지시와 서명이 필수적이며 비용은 의료보험이나 의료보호 또는 보험자에게 청구하여 보건소의 세입으로 처리한다.(윤순녕, 1993) 이러한 공공기관을 통한 물리치료시 이점은 의료비 지불능력이 어려운 의료취약계층에게 효과적이고 지속적인 보건관리가 이루어질수 있다는 점과 보건진료소와 보건지소와의 연계로 벽오지라도 환자의 관리가 용이하며 2, 3차 의료기관 퇴원후에도 의료전달체계의 확립이 이루어질 수 있으며 기존의 보건자원을 최대로 확보할수 있다는 것이다.

물리치료사도 가정간호사와 더불어 보건소단위의 가정방문 물리치료로 국민보건의 기여의 역할이 증대되고 있다. 이러한 역할 증대와 더불어 전문인력의 부족과 환자의 요구로 현재 가정봉사원을 동원하여 재가장애인 재활서비스사업을 향상

표 1. 가정방문 물리치료의 영역분류 및 내용

물리치료활동영역	세부항목	구체적인 물리치료
사정	상태측정 및 관찰 평가	상태변화 사정, 평가 및 점검, 문제확인과 진단
직접적인 물리치료	기본적인 처치	기형예방과 일상생활동작 및 신변처리 능력향상.
	치료적 물리치료	전기, 광선, 수치료(hot pack, TENS, EST등 기구사용) 운동치료(NDT, PNF, OMPT, CTM등의 기법을 사용)
	지지 및 보조	정서적 지지, 치료행위 보조, 입원 또는 외래방문 수속, 감독, 의뢰결과 전달.
치료상담 및 교육	상담	상태상담,
	교육	질병증상, 상태, 기구 및 장비. 위험요인, 경고 증상 교육,
	시범교육 및 훈련	보호자가 치료할 교육내용 및 가정치료 프로그램교육, 자조활동, 체위변경, 간단한 작업치료 및 언어치료, 보조장구 사용법
가족 상담 및 교육	가족 관계 역할조정 지지	장애에 관한 이해증진, 효율적인 환자지원대책 마련 가족구성원들간의 협조유도
시설 및 환경	가정관리 기구 및 시설관리	의·식생활 조력, 생활공간의 재배치 환자관련기구의 관리, 시설조정 (환자가 이동하거나 사용하기 편리하도록 조정)
의뢰	직접의뢰	주치의 의뢰, 병원의뢰, 관련기관 의뢰

※ CTM = Connective Tissue Massage

시키고 있는 곳이 많아지고 있다.

이러한 가정봉사원 파견사업은 시, 군이 주체가 되어 신체적 정신적 장애가 있는 저소득층 노인을 대상으로 가정봉사원을 파견하여 그들의 일상생활을 도와주고 있다. 이들은 각기관의 진단과 평가에 따라 장, 단기 전문서비스와 병행하거나 장애인의 욕구 중심의 가정봉사원이 결연되어 활동하고 있다.(이창휘, 1992)

3. 비영리 민간단체로서 가정방문 물리치료

앞으로 생겨날 복지 시설로 유료양로원이나 노인 보호시설이 재도화될 경우에 이들 기관과 가정방문 물리치료사협회와 계약형태로의 사업제공이 증가 될 것으로 생각된다. 이 단체의 설립에 가장 선행되어야 할 것은 가정방문 물리치료사뿐 아니라 가정방문 물리치료사수가 재도화되어야 한다는 점이다. 미국의 가정방문 간호사의 경우를 예를 든다면, 정규간호사 당 20-30명의 환자를 간호하고 하루 6명정도를 방문하는데 비해 일용직 간호사는 환자 방문당 월급을 받으므로 하루 10명까지 방문한다.(윤순녕, 1993) 가정방문 물리치료사들이 하루동안 관리하게 될 환자수는 환자의 상태에 따라 다르겠지만 약 6-8명까지 방문할 수 있을 것으로 생각된다.

이러한 형태의 가정방문 물리치료기관이 우리나라 보건의료체계내에서도 꼭 필요하다고 생각되며 뜻이 맞는 물리치료사들로 이루어진 이러한 비영리 민간단체로 물리치료가 절실한 환자의 요구를 충족할 수 있으리라 본다.

V. 결론 및 제언

1. 결 론

21세기를 준비하는 물리치료사로서 미래의 치료분야로서 필요한 가정방문 물리치료의 필요성과 그것이 어떠한 것인지를 정확히 이해하여야 할 것이라 여겨진다. 또한, 다양한 측면의 다각적인 준비를 통해 새로운 보건의료 제도가 정착되기 위한 조건 즉, 유용한 훈련된 인력, 물리적인 시설 및 기구, 재정, 법적인 뒷받침, 이 사업을 위한 이론과 대상자의 적극적인 협력, 합리적인 사업의 전개가 이루어질 때 예측되는 문제해결과 함께 이 사업이 정착된다면, 국민보건 증진과 사회복지에 기여할 것으로 생각된다.

2. 제 언

모두들 미래에는 더나은 것들이 있을 것이라고 한다. 그렇다면, 물리치료계에서는 어떤 것들을 미래를 위해 준비해야 할 것인가? 법치국가답게 법적인 근거없이는 우리는 어떠한 권리와 의무도 수행할 수가 없다. 그러므로 의료기사법의 전반적인 수정이 필요하지만 특히 21세기를 준비하는 과정에서 방문 물리치료사의 합법화가 시급하다.

현행 의료법은 6.25전쟁중이던 1951년 9월 부산 임시국회에서 제정된 '국민의료법'을 바탕으로 변천되어왔으나 아직까지도 의사중심으로 규정되어 있어 개선의 여지가 많다. 이같은 문제해결을 위해서는 국가 보건의료체계에 관한 기본법 외에 보건의료영역별 단독법의 제정이 이루어지는 것이 바람직하지만 현실 여건이 성숙돼 있지 않은 만큼 현행 의료법령체제내에서 현실에 맞게 수정해 나가는 방안을 강구해나가야 한다. 우리와 비슷한 간호계를 먼저 살펴보면, 의료법 제56조의 분야별 간호사(1982년 11월 28일 법3984호로 개정)에 보건사회부장관은 간호사에 대하여 간호사의 면허 이외에 분야별 자격을 인정하도록 하였으며 마침내 가정간호분야의 간호사제도가 합법화(1990. 1. 9, 보건사회부령 제840조)되었다. 또한, 1990년 6월 5일 보건사회부 고시 제90-44호 호 전문간호사 과정에 관한 고시가 발표되었고, 업부분야별 간호사의 자격인정 신청시 제출서류중 건강진단서 및 신원증명서를 삭제하도록 하였다.(시행규칙 제55조-1993) 이렇듯, 간호계에서도 가정간호사의 합법화를 위해 오랫동안 준비하였고 지금도 개정안을 계속 연구하고 있다.

물리치료계의 가정방문 물리치료사의 법적인 토대는 없지만 현재 지방자치단체를 중심으로 복지관과 보건소단위에서 시범사업으로 실시하고 있는 실정이다. 단지, 법적인 근거를 무리하여 찾아내 본다면, 요양급여기준 3-8항에 "만성질환의 진료는 수술을 요하거나 그 증상이 특히 위중하여 진료상 입원을 요하는 경우를 제외하고는 재가 또는 통원진료를 하도록 하고 이에 필요한 적절한 지도를 하여야 한다"는 진료기준을 들 수 있다. 이러한 근거는 만성병 진료시 불필요한 입원기간을 단축하고 필요하다면 재가진료를 통한 의사의 요청에 따른 방문 물리치료를 실시할수 있다는 뜻도 된다.

그 외 가정방문 물리치료를 위한 준비로서 첫째, 운영상의 준비를 들수 있다. 즉, 가정방문 물리치료의 수가의 책정이 되어야 하며, 퇴원환자와 일반환자의 가정치료 요구를 사정할 수 있는 도구의 개발 및 관련 의료팀 구성이 필요하고, 가정방문을 통해 제공될 서비스의 내용과 지침을 제정하고, 가정방문 물리치료사의 교육을 위한 교육프로그램 개발이 되어야 한다. 그리고, 대상자들이 적극 참여할 수 있도록 정부의 대국민, 대의료기관 계몽 및 홍보활동과 지역 사회내 장애인 수용기관과의 연계체제를 확립하고, 가정방문 물리치료사업의 시범운영을 통한 효과 검정 연구 등이 필요하다. 특히, 가정방문 물리치료사업의 시범운영은 향후 우리나라에서 가정 물리치료사업이 정착하는데 초석이 되므로 매우 뜻 있다고 생각된다.

둘째, 구조적 측면상의 준비사항을 살펴볼때, 사회적인 책임을 어느만큼 수행할 수 있는가의 문제이다. 이는 가정방문 물리치료 대상자의 범위

와 내용에 따라 결정될 것이며 이에 따라 가정방문 물리치료사의 자격, 자질 개발과 의사의 지원 및 다른 보건 인력과의 협력관계, 수요자인 환자나 가족의 이용 등의 투입요소에 영향을 끼치게 될 것이다. 또한, 가정방문 물리치료 대상자와 물리치료의 내용에 대해 현재의 의료비 지불체계하에서 수가책정과 비용지불 또는 재원의 출처를 어떻게 할 것인가 하는 문제와 환자나 가족이 이 사업으로의 접근 및 이용방법 즉 현재 우리나라 보건의료 전달체계와의 연계성 또는 접근성의 문제가 있을 수 있다. 그리고, 이 제도의 합법화는 재가 환자의 치료영역을 부분적 또는 독립적으로 가정방문 물리치료사가 수행하게 됨으로써 반세기 동안 시장경제 원리하에 놓여있던 의료시장에서 가정방문 물리치료사를 새로운 경쟁자로 인식할 경우 일부 의료인의 저항을 받게 되므로 협력관계에 어려움이 생기는 문제이다.

그리고, 과정적인 측면에서 이 사업의 내용을 어떠한 이론적인 틀을 기초로 할 것인가의 문제로써, 이는 물리치료의 지속성, 포괄성, 합법성 및 정체성에 영향을 미치게 될 것이다. 성과측면에서 무엇을 가정방문 물리치료사업의 결과로 측정(outcome criteria) 할 것인가의 문제가 있을 수 있는데 이는 이 사업의 신뢰도와 타당도(validity)를 평가하는 핵심적인 영향요소이기 때문이다. 또한, 성과기준과 관련하여 가정방문 물리치료 사업의 표준화, 기록 및 정보체계, 심사(audit), 방법등 질적 보장의 문제가 있을 수 있다. 제한된 자원에서의 효율성 제고측면에서 이 사업에 대한 비용-효과측면의 체계적인 연구가 필요하다는 점이다.

이러한 다각적인 준비를 통해 국민 보건향상에 중요한 가정방문 물리치료를 실시하기 위해서는 우리는 앞으로 어떠한 방향으로 나아가야 할 것인가?

먼저, 가정방문 물리치료사의 자격 기준 및 물리치료 사업의 범위를 규정 할 필요가 있으며 사업의 내용을 구체화 할 수 있는 작업이 진행되어야 할 것이다. 이러한 과정에서 가정 물리치료 교육이나 관련 법규가 제정되어야 할 것이다.

또한, 대상자의 특성에 따른 사업내용을 세분화하여 물리치료의 효과를 측정하기 위한 성과기준을 측정하기 위한 도구개발이 필요하며, 연구 방법에서도 실무의 적용 가능성을 높일 수 있도록 대상자에 대한 물리치료의 내용과 방문 빈도가 구체적으로 제시되어야 할 것이다. 또한 이론 개발을 위해 가정방문 물리치료에 대한 연구 방법을 체계화, 다양화해 나가야 할 것이며, 비용-효과 측면에서의 연구가 우선적으로 되어야 할 것이다. 이는 가정방문 물리치료의 수가 산출에 유용한 기초 자료가 됨으로써 현 의료체제하에서의 지불방식과 재원 출처를 확보해 나가는데 기여할 것이다.

정책결정 수준의 실무에서는 이 새로운 보건사업이 정착할 수 있도록 하기 위하여 시설 및 예산 지원과 보건의료 전달체계와의 연계성과 가정 물리치료 수가 책정등을 위해 다른 중앙부서와의 협력관계 유지가 이루어져야 할 것이다. 또한, 실무를 발전시키기 위한 연구비 등의 지원이 따라야할 것이다. 형평과 능률에 입각하여 국민 누구나 이 사업에 접근, 이용할 수 있는 제도 즉, 종합병원 중심, 보건소 중심, 지역사회에 위치한 개인중심 가정방문 물리치료 사업등 다양한 형태의 써비스가 개발되도록 장기적인 계획을 구상해야 할 것이다. 또한, 대한 물리치료 협회를 중심으로 의사협회, 병원협회, 간호협회, 언어 치료사단체등과도 협력해 나가야할 것이며 대국민 홍보를 위해 효과적으로 대중전달체제를 이용하는 전략을 강구함으로써 수요자들의 이용과 접근을 도모해야할 것이다.

그리고 이 조직들에 대한 표준설정과 감독체계, 의뢰체계, 업무감사의 체계를 확립하여 가정방문 물리치료 사업의 질적 보장을 강화해 나가야 할 것이다. 일선 물리치료사들은 이 사업의 개념과 목적을 정확히 이해하여 협력해 나가야할 것이다. 마지막으로, 가정방문 물리치료 사업은 지속적, 포괄적 보건의료 써비스로 환자의 독립심과 그 가족의 기능을 최대화 시키고저 하는 사업으로써 보건의료 전달체계라는 연속성상의 한 부분으로 정의되어야 할 것이다.

이러한 개념을 가지고 물리치료사의 자질과 기술개발을 위한 노력이 요구되며 연구자, 교육자와의 긴밀한 협력관계를 유지해 나가야 할 것이다.

참 고 문 헌

1. 김모임 : 가정간호사업과 방문간호사업, 대한간호 제30권 제2호 통권 160호 pp.7-12
2. 김지영 : 재가 장애인 복지대책, 보사부, pp. 35-38.
3. 김진선 : 암환자의 퇴원시 가정간호사업이용의사와 요인조사연구. 연세대학교 대학원 보건학과 석사학위논문.
4. 김종왕 : 보건의료법령집, 장왕출판사, 1987.
5. 김화중 : 가정간호사업제도, 대한간호 제30권 제2호 통권 160호 pp.13-21.
6. 김화중 : 한국에서의 가정간호사업 개념, 대한간호 제32권 제4호 통권 172호 pp.16-20
7. 김효식 : 의료법령 중 간호관련 조항의 변화추이와 개정방안, 대한간호 제32권 제2호 통권 17호 pp.9-19.
8. 도시지역 CBR 모델 사업의 성공점과 제한점 : 한국 장애자 재활협회, pp.47-65.
9. 병원의 전략수립에 관한 연구 : 대한 병원협회, 1995, pp.146-150.
10. 보사부 : 의료법, 1990
11. 보건사회부 : '90년대 보건의료 정책방향과 가정간호사업-가정간호사제도 워샵 기조연설, 1990
12. 윤순녕 : 가정간호사업을 위한 간호계의 준비, 대한간호 제30권 제1호 통권 159호 pp.11-17
13. 윤순녕 : 지역사회 중심의 가정간호사업, 대한간호 제32권 제4호 통권 172호 pp.28-32
14. 의정국 : 가정간호제도의 도입추진계획, 1989
15. 이준상 : 간호사가 알아두어야 할 보건의료법규. 대한간호 제32권 제2호 통권 170호 pp. 6-8
16. 이창희 : 가정봉사의 이론과 실제, 홍익제, 1992.
17. 조원정 : 가정간호사업의 필요성, 대한간호 제30권 제1호 통권 159호 pp.6-10
18. 조원정 : 종합병원중심의 가정간호사업, 대한간호 제32권 제4호 통권 172호 pp.21-27
19. 조우현 : 종합병원에서의 가정간호 운영전략, 연세대학교 간호대학, 보건대학원 공동세미나, 1990.
20. 진주시보건소연구단 : 거동불편 노약자 관리의 문제점 및 개선방안, 1996, 5.
21. 추수경 : 일 병원 가정간호사업 내용분석에 관한 연구, 중앙의학 55(12), pp.799-813
22. 추수경 : 가정간호사사업 대상자의 선정기술 개발과 써비스 내용에 관한 연구, 연세대 대학원 간호학과, 1991, 6.
23. Harvey., L. : Your patient's discharge plan, Nursing July, 1981. pp. 48-51
24. Smyth, L. : Physiotherapy at home-does it help?, physiotherapy, 71(9), september, 1985, pp.405-407.
25. Tokoff-Rubin : M. D, Coordinated Home Care 1978, 6.
26. White, H. A., and Briggs, A. M. : Home Care of persons with respiratory problems : Optimization of Breathing and life potential Breathing and Breathlessness, 1980, pp. 69-77