

지체 뇌성마비아동에 대한 물리치료사 역할에 관한 연구

서울병원 물리치료실

성 치 도

On the Study of Physical Therapy for Part of Retarded Cerebral Palsied Child

Sung, Chi Doo

Dept. of Physical Therapy, Seoul Hospital

— ABSTRACT —

To this is the concept and changes of physical treatment that intervenes the understanding and restoring cerebral infantile paralysis in the medical welfare of the social well-being areas :

Cerebral palsy, originated by Littell in 1862 and reported as "The cerebral palsies" by William and Osler, come to have its name and meaning.

The early stage of intervention generally accepted by the circle of physical treatment in the medical profession was introduced by Bax in 1964. In Bax' theory, cerebral palsy is defined as "the stumbling block in the bodily exercises and postures, causing by the intercurrent disease or physical, mental defect."

As we have seen it is desirable that the abovementioned limited steps be removed and allow physical therapists to examine and to treat cerebral palsies. For this, first educational system should make its way to a substantial improvement and congenital abnormal Test should be rapidly expanding to great proportions the whole nation, not part of the low-income group.

Physical therapists, cerebral palsies and their parents must combine to make cerebral palsies' welfare the crowning well being state.

Physical therapists, cerebral palsies and their parents, forming of trinity, should combine to make cerebral palsies' welfare the Super-Welfare State existence.

차 례

서 론
본 론
뇌성마비아동과 물리치료

뇌성마비아동에 대한 물리치료의 문제점 및
개선방안
결 론
참고문헌

서 론

물리치료가 1949년 우리나라에 처음 도입되어 1963년 정규교육이 시작된 이래 32년이란 세월이 지났다. 그 이후 계속적인 뇌성마비에 대한 연구와 계속적인 물리치료사의 진출과 양적 질적으로 많은 향상을 가져오게 되어 이제는 물리치료사라는 용어가 뇌성마비 아동에게도 꼭 필요하다는 인식으로 받아들여지게 되었으며 가까운 곳에서도 물리치료 서비스를 제공받게 되었다. 또한 뇌성마비아가 있을 때 어떤 치료, 교육이건 어릴 때 빨리 시작하는 것이 효과가 높다는 것이 이미 잘 알려진 사실이며 조기발견, 조기치료, 조기교육의 중요성에 대한 인식도 많이 발전되어 왔지만, 그러나 우리의 현실은 뇌성마비아동 누구나가 다 치료를 조기에 받을 수 있는 것은 아니다. 조기에 장애를 발견하여 치료를 받고자 하더라도 치료시설의 절대부족과 정부의 재정적인 지원이 없는 치료기관의 비싼 치료비부담 등으로 실제 필요한 치료와 교육을 받을 수 없는 경우가 조기 치료를 필요로 하는 뇌성마비아동의 90%나 되고 있다. 혹시 기회가 잘 닿아서 대학 병원에 입원한다해도, 전문인력의 부족으로 인한 집중적 조기치료의 혜택을 시설의 미비 등의 문제로 인하여 적절한 서비스를 받지 못하는 경우가 많다.

또한 매5년 간격으로 실시되고 있는 보건사회연구원 장애인 실태조사를 보면 95년 현재 장애인은 지난 80년보다 25.8%, 90년에 비해서는 10.1% 증가 하였으며 인구 1백명당 장애인 출현률은 90년 2.2%에서 지난해 2.35%로 높아졌으며 장애인이 있는 가구는 모두 95만 3천가구로 1백가구당 7.5가구로 조사됐다.

장애인 종류별로는 지체장애인이 전체 58.3%인 61만 4천명으로 가장 많고 다음은 두 가지 이상의 장애를 가진 중복장애 19.5% 청각 10.7% 시각 5.5% 정신지체 3.8% 언어장애 2% 순이며 경제적 측면에서는 전체장애인 60% 가량이 경제적 어려움을 겪고 있다. 이에

따라 지체장애인 중 56%가 필요한 치료혜택을 받지 못하고 있는 실정이다.

특히 장애인이 바라는 가장 큰 욕구는 의료혜택을 요구하고 있다. 이러한 맥락에서 본 연구의 목적은 기관의 물리치료시설 부족, 학재상의 문제로 인한 치료기술의 낙후, 재정적 결핍으로 물리치료사의 저급여, 제도상의 문제로 의료보험의 비현실화 등을 분석하므로 뇌성마비아동 관련 의료복지가 향상될 수 있는 방향 제시와 아울러 뇌성마비아동이 당면한 과제를 조금이나마 해결해 보고자 하며 연구의 목적을 두고 연구하였다.

본 론

뇌성마비아동과 물리치료

뇌성마비는 1862년 Little이 난산에 의해 신경학적 이상을 일으킨 63명의 아동을 보고 하면서 거론되기 시작하였으며 1889년 William 과 Osler가 “The cerebral palsies”라고 보고한 후 뇌성마비라 불리게 되었다.

뇌성마비는 소아마비와는 달리 경제적 사회적 여건이 향상되고 또 산부인과 및 소아과영역 전반에 걸친 발전이 이루어졌음에도 그 발생빈도가 감소되지 않고 있어 그 대책은 사회적 경제적으로 큰 문제의 하나가 되어 왔다. 반면 치료면에 있어서는 최초 Little이 불치의 병으로 질환으로 보고한 이래 근 100년간이 질환의 원인 규명이나 분류 그리고 뇌 손상으로 인한 불구에 대한 요법이 없다가 1940년대에 와서 본 증에 대하여 관심을 가지고 활발하게 연구하게 되었으며 1950년 Bobath는 신경생리학의 이론적 근거를 둔 치료법을 발표한 바 있고 그외 고유 수용성 신경근 촉진법이나 또는 Rood, Temple, Fay 등에 의한 방법들이 물리치료를 통해 행하여져 왔다. 최근에는 조기 진단 및 치료가 큰 실효를 올리고 있으며 특히 1960년 말부터 발달되기 시작한 Vojta법에 의한 조기진단에 의한 조기치료는 뇌성마비

가 고정화되기전에 초기부터 치료를 하여 기존의 치료보다는 훨씬 월등한 치유율을 보이고 있다. 우리나라에서 Vojta치료법을 통해 물리치료를 시행한 시기는 1981년 9월부터이었으며 그 치료효과가 다른 기존의 치료법보다 월등하다는 것을 객관성있게 통계적 분석을 물리치료사에 의하여 발표하기에 이르렀다.

뇌성마비아동에 대한 물리치료사의 역할

현재 한국에서 뇌성마비아동의 재활 치료를 위하여 가장 많이 쓰이는 운동치료 방법은 Bobath의 신경발달치료법과 Vojta의 치료방법이다. Bobath방법은 뇌성마비아동의 비정상적인 반사를 억제시키고 정상적인 정립반응, 평형반응을 증가시킨다는 원리 아래 각 근육의 근력을 강화시키기 보다는 자세나 운동에 있어서 협동운동의 강화 및 정상자세와 근긴장도를 유지시키는 방향으로 시도되었다.

보이타 방법은 한국을 비롯하여 이태리, 노르웨이, 알젠틴, 인도, 일본 등지에 널리 보급되어 있으며 한국의 경우에는 1981년 독일 문화권과 연세 의대의 초청으로 그의 문하생인 슐츠 박사가 내한하여 보이타 진단방법에 대한 특강이 이루어져 그에 대한 관심이 높아지게 되었으며 그 다음해에는 독일 뮌헨 소아 재활원에 근무하는 물리치료사들과 더불어 본격적인 연수교육을 실시하게 되었다. 그 이후로 6차에 걸쳐 국내에서의 A코스와 B코스에 대한

연수교육을 실시하게 되었으며 일부 종합병원의 의사와 치료사는 이 방법을 연수하기 위하여 독일로 유학을 가기로 하였다.

의사로서는 가톨릭의대의 정정식, 박경희, 연세의대의 박창일 교수 등이 진단방법을 독일에서 유학하여 이수하였으며 물리치료사로서는 윤 알마(윤승자), 이 루이요왕(이정순) 수녀, 박상희 선생과 유병규 선생이 유학하여 이수하였고, 현재 독일에 상주하고 있는 손현주 선생이 C코스까지 이수하였으며 보이타 방법에 의한 치료를 현지에서 실시하고 있다.

그 외에도 국내의 여러 의사 및 치료사들이 이에 대한 방법을 이수하여 각 종합병원, 병의원, 재활원등에서 실시하고 있다.

뇌성마비아동 물리치료와 사회복지

그간 장애인 복지 변화과정을 살펴보면 1970년 이전에는 6.25사변 등으로 인한 장애아동들에 대한 수용 구호가 단순 보호 차원에 머물렀으나 1981. 6. 5. 심신장애자 복지법 제정, '86. 10. 31 뇌성마비 전문 물리치료사를 완비한 국립재활원 개원, '88. 8. 1 대통령 직속 장애인 복지 대책위원회 설치, '88. 10. 1. 장애인 등록사업 실시, 제8회 서울장애인 올림픽 대회 개최, '89. 12. 30. 상기 심신 장애자 복지법을 장애인 복지법으로 전면 개정하고, '91. 1. 장애인 고용 촉진 등에 관한 법률 제정, 시행, '93. 1. 특수교육진흥법 개정 등 일련의 조치를 통

재활의학적 사회사업

재활의학적 사회사업	
Rehabilitational Social Work	
주 : 1. 재활의학적 치료목적으로 사회복지사가 직접 실시하는 경우에 한하여 산정한다.	
2. 「가」는 치료기간 중 1회만 산정한다.	
3. 「나」, 「다」는 각각 주 1회 산정하되 치료기간중 2회 이내만 산정한다.	
가. 개인력 조사(individual history taking)	산정액 3,590
나. 사회사업 상담(social work counselling)	산정액 3,590
다. 가정방문(home visiting)	산정액 7,920

(의료보험 요양급여기준 및 진료수가 기준표)

분류번호	코 드	분 류	금액(원)
사 44	MM105	라. 보이타 또는 보바스요법 Vojta or Bobath Therapy 주 : 「가」, 「나」, 「다」 운동요법 외에 중추신경계 장애로 인한 발달지연 및 근육마비와 경직의 치료를 목적으로 보이타 또는 보바스요법 교육과정을 120시간 이상 이수한 재활의학과 전문의나 물리치료사가 1인의 환자를 1대 1로 중점적으로 45분 이상 실시한 경우에 산정한다. 신체장애자 작업요법 (일당) Occupational therapy	7,080
	MM111	가. 간단한 것 simple therapy 주 : 1인의 작업치료사가 2인 이상의 환자를 상대로 동시에 10분 이상의 훈련을 실시하는 경우에 산정한다.	1,120
	MM112	나. 복잡한 것 complex therapy 주 : 1인의 작업치료사가 1인의 환자를 1대 1로 중점적으로 10~45분 정도의 훈련을 실시하는 경우에 산정한다.	2,940
	MM113	다. 특수한 것 special therapy 주 : 1인의 작업치료사가 1인의 환자를 1대 1로 중점적으로 45분 이상 다양한 요법을 실시하는 경우에 산정한다.	6,290
	MM114	라. 일상생활 동작 적응훈련요법 activities of daily living adjustment training Method 주 : 「가」, 「나」, 「다」 작업요법외에 1인의 작업치료사가 1인의 환자를 1대 1로 중점적으로 식사, 옷입고 벗기, 배변 및 위생훈련 등 일상생활 동작 적응훈련을 실시하는 경우에 산정한다.	4,170

(의료보험 요양급여기준 및 진료수가 기준표)

하여 장애인의 능력개발, 소득보장, 환경개선, 장애발생 예방에 대한 종합적이고 체계적인 제도적 기틀을 확립하는 한편, 장애인에 대한 뇌성마비아동 치료에 집중한 의료, 직업, 교육재활의 기초를 마련하였다고 본다.

현재에 이르러 의료복지가 재활의학적 사회사업에 상호적 기여함이 아래표와 같이 보건복지부 고시 제93-12호 개정고시되어 제도적으로 반영 뇌성마비아동에게 사회사업가가 적극적인 참여에 기틀을 마련하였다.

이러한 특수성으로 인하여 물리치료의 중요성은 증대되고 있으며 현재에 이르러 의료보험법 제29조 제3항 및 제31조 제2항의 규정에 의한 요양급여 및 분만급여기준(보건복지부 고시 제93-12호, 1993. 2. 25)을 개정고시 1994년 8월 10일부터 위의 표와 같이 시행하고 있다.

물리치료의 사회적 필요성과 실태

그동안 가려지고 숨겨져 왔던 장애인이 우리나라의 의술의 발달로 인하여 사망률 감소로 증가되고 사회의 공동노력이 요구됨에 따라 이들의 기능을 회복시켜 주어진 소임을 다하게 함으로써 더불어 잘사는 사회를 가꾸는데 물리치료의 중요성이 강조되며 사회적 역할 또는 증대되는 실정이다. 또한 스포츠를 통한 국민 선양을 위하여 엘리트 선수들의 손상방지 및 빠른 치유를 통한 경지력 유지 등에 물리치료는 없어서는 안될 중요한 요소로 작용하고 있는 실정이다.

물리치료사의 양성은 부산 동래국립재활원에서 1957년 10월 민간인에게 정식으로 모집공고를 하여 3개월코스의 강습회를 마친 사람에게 수료증을 부여하였으며 이 수련코스는 수회로 끝을 맺었다.

또한 간호장교를 대상으로 일정기간의 수련을 마친 후 국가에서 시행하는 물리치료사면허 시험에 응시케 하여 군에서 필요한 물리치료사를 양성하였다.

1960. 3. 1.부터 6개월 과정으로 1기부터 34기까지 110명, 1985. 10. 21.부터 1년 과정으로 1995년 현재 43기까지 140명(이 중 97명 퇴역)을 교육 양성하였으며 군에서의 물리치료사 양성은 1995년으로 끝나도록 되어 있다.

그리고 재활의학과가 있는 종합병원에서의 양성은 의료기사 수습기간 지정기준 등에 관한 규정(의료기사법 시행규칙 11조)에 의해 작업치료사, 방사선사, 임상병리사 등과 함께 보건복지부에서 인정하는 종합병원에서 일정기간(전문대 이상의 학력소지자 1년, 고등학교 졸업자에게 3년간) 이론과 임상실습을 이수케 하여 면허시험에 응시할 자격을 부여하였으며 1996년부터 폐지토록 되어 있다.

이러 정규교육은 1963년 고려대학 병설 고려보건전문대학 물리치료과의 개설을 계기로 정규교육과정을 통한 물리치료사의 양성이 이루어지기 시작하였다. 이후 신구전문대학(1974년)을 비롯하여 원광보건전문대학(1976년), 동남보건전문대학(1976년), 대구보건전문대학(1977년) 등 전문대학이 계속 늘어났으며 이들은 모두 2년제 전문대학이었으나 1991년부터 3년제 전문대학으로 학제가 바뀌어 교육하고 있다. 4년제 대학에서 물리치료사를 양성하기 시작한 것은 1979년 연세대학교 원주의과대학 보건학과(현 연세대학교 보건과학대학 재활학과)가 설립되면서부터이며, 대구대 재활과학대학(1987년), 삼육대학 재활치료과(1992년, 야간) 및 용인대학교 물리치료과(1994년, 야간) 등이 설립되어 학생들을 교육 중이다. 현재 물리치료사 교육기관으로는 3년제 전문대의 교육을 받고 있다.

뇌성마비 아동에 대한 물리치료의 문제점 및 개선방안

뇌성마비 아동 물리치료의 문제점

현재 물리치료사 교육기관으로는 3년제 전문

대학 14개와 4년제 대학 4개가 있으며, 이들 18개 대학에서 학년당 1240명의 학생이 교육을 받고 있다. 그런데 이들을 가르칠 교수진의 부족, 임상교육을 위한 자체실습시설(병원)의 미비와 이에 따른 교과과정 중 전문치료사로 양성하기 위한 전공시간 및 임상실습시간의 부족이 물리치료사의 질적향상을 저해하는 문제점으로 지적되고 있다. 학생수의 과다로 인한 교수진의 부족과 교육내용의 질적인 저하는 그간 시행된 물리치료사 면제시험의 낮은 합격률로도 알 수 있는데 1985년부터 1993년까지의 평균합격율은 67.2%로 전체 응시자의 2/3정도가 합격하였을 뿐이다.

세계물리치료연맹이 권장하는 전공과목의 최저 이수시간은 3,150시간이며 일본의 경우 2355시간을 이수해야 하는 것으로 되어 있으나 우리나라는 2년제 전문대학시 문교부 규정 교육시간 1600시간으로 반밖에 되지 못하였으며 실제로는 1314시간을 이수하고 있다. 교육과정의 내용을 보면 기초 182시간(13.9%), 임상의학 320시간(24.3%), 물리치료과목 616시간(46.9%), 임상실습 196시간(14.9%) 정도로 세계연맹의 권장인 기초 400시간(12.7%), 임상의학 270시간(8.6%), 물리치료과목 980시간(31.6%), 임상실습 1500시간(47.6%)이나 일본의 각각 315시간(13.4%), 390시간(16.6%), 570시간(24.2%), 1080시간(45.9%)에 비하여 임상실습 시간이 반에도 못미침을 알 수 있다. 1991년도 전문대의 교육시간이 3년으로 되면서 대부분의 학교가 실습기간을 3개월로 편성하고 있으나 실제로는 실습을 시킬 병원의 수가 부족하여 이 기간동안에 전문기술을 습득할 실습이 충분히 이루어지지 못하고 있다.

한편, 보건사회통계연보(보사부 1994년)에 의하면 1993년도에 물리치료사 자격증 소지자는 8244명이었으며, 1994년도 국시 합격자 9111명의 자격증을 가진 물리치료사를 배출한 셈이 된다. 이는 인구 10,000명당 2.2명꼴이 되며, 미국의 1.9명(1975년), 캐나다 1.33명(1976년)보다 훨씬 많으며 일본의 0.73명(1989년)의 무려 3배나 된다. 또한 1994년의 물리치료사의

취업율은 70.1%로 6390명이었는데, 이를 기준으로 한다 하더라도 1.6명이나 되어 일본보다도 상회하고 있다. 한편 의사 대 물리치료사수비를 적용하여 추계한 2010년 소요되는 물리치료사는 7221명이며, 환자수(병·의원환자의 재원일수 등)을 이용하여 추계한 2010년의 소요 물리치료사는 9568명이 될 것이라는 연구보고와 비교할 때 이미 공급과잉 상태를 나타내고 있음을 쉽게 할 수 있다.

위에 설명한 바와 같이 이러한 문제점은 물리치료사의 임금을 저하시키는 또 다른 문제점을 유발하고 있다.

“진료수가 기준에 보이타 또는 보바스요법(Vojta or Bobath therapy)은 가, 나, 다 운동요법외에 중추신경계 장애로 인한 발달지연 및 근육마비와 경직의 치료를 목적으로 보이타 또는 보바스 요법 교육과정을 120시간 이상 이수한 재활의학과 전문의나 물리치료사가 1인의 환자를 1대 1로 중심적으로 45분 이상 실시한 경우에 산정한다.

이와 같은 기준은 물리치료를 요하는 환자는 대부분 장기치료를 요하고 환자가 의사의 한번 진단으로 7일~1달간 치료를 받고 있는 것이 현실 실정이다. 그러나 물리치료실이 설치되어 있는 병의원이 매번 물리치료를 받을 때마다 받지 않은 재진료를 납부하고 있다. 이것은 병의원의 수익만 생각한 왜곡된 의료질서로 물리치료사의 고유영역으로 제한 재활의사전문직의 진찰과에만 관여하여야 한다. 이러한 폐단이 해결된다면 환자는 순수한 물리치료비만을 납부하고 치료를 받음으로서 국민의료비가 절감된다. 이로서 의료보험 재정지출이 감소되어 모든 국민에게 의료비를 절감혜택을 줄 수 있다.

전국에 설치되어 있는 병의원 중 물리치료실이 개설되어 있는 병의원은 3,500여곳으로 전체의료기관의 18%에 불과할 뿐만 아니라 대부분의 의료기관이 도시에 설치되어 있는 관계로 농어촌에 살고 있는 뇌성마비 환자가 물리치료를 받으려면 먼거리로 이동, 재활전문

상근병원을 찾아감은 신체적, 경제적, 시간적 손실과 손상이 뒤따르게 된다. 이러한 제한규정을 해소하면 60%를 웃도는 이직자들이 대부분 현업에 복귀할 뿐만 아니라 이직률이 줄어들어 물리치료사의 여유인력이 많아진다. 이들이 농어촌에 상근하게 되면 뇌성마비 물리치료환자는 먼거리의 이동으로 인한 신체적, 경제적 시간적 손실과 손상없이 가까운 거리에서 편안하고 쾌적하게 물리치료를 받을 수 있다.

또한 뇌성마비의 치료방법으로는 Phelps의 방법, Fay의 방법, Peto방법, Bobath의 방법, Rood방법, Kabat와 Knott의 방법, Doman과 Delacato의 방법 및 Vojta 방법 등이 있는데 유독 Vojta와 Bobath방법만 의료보험수가기준에 산정하는 것은 이러한 제한으로 인하여 여러 가지 방법의 치료기술을 연구 뇌성마비 아동에게 치료혜택을 줄 수 없는 실정이며 나아가 이는 치료기술의 낙후하는 문제점을 발생시키고 있다.

현대에 이르러 우리나라는 물론 미국, 일본, 영국, 스웨덴 기타 각국에서 장애인 뇌성마비아에의 관심이 높아지고 있지만 아직까지 차별의식에 대한 문제점을 계속 대두되고 있는 실정이다.

둘째, 예방적 측면에서의 교육기증의 강화 및 수혜대상에 있어서는 표와 같다. 그러나 현재 뇌성마비의 예방적 측면에서의 의학적 예방대책은 일부 저소득층을 대상으로 한다는 것은 문제점을 야기시키고 있다.

선천성 대상 이상 검사 실적 (단위 : 백만원)

구 분	계	'90	'91	'92	'93	'94. 4
검사인원	97명	-	29	20	35	13
검사비	1,920	-	298	320	544	758

(보건사회부백서, 1993)

뇌성마비 진단 및 치료법의 문제점

첫째, 보이타 치료법

아기들의 뇌는 빈 상자와 마찬가지로 아직 아무런 기록이 되어 있지 않은 상태이다. 주위

에 대한 호기심으로 움직이기 시작하면서 정상 운동발달이 되고 이것이 기록, 기억되는 것이다. 예를 들어 우리가 어두운 곳에서 계단이 있는 줄 잘못 알고 발을 디뎠을 때 계단이 없으면 중심을 잃어 쓰러지려고 하는데 이것은 평상시 계단 오를 때의 근육작용이 뇌세포에 기억되어 계단이 하나 더 있다고 생각하는 순간 각 근육이 거기에 맞게 긴장되기 때문이다.

비정상아는 정상발달이 안되므로 정상적인 활동성이 기억될 기회가 없을 뿐 아니라 비정상적인 움직임을 되풀이 함으로써 비정상적인 양상으로만 기억되어 다시 똑같은 경우에 움직이려 해도 비정상적인 운동만 하게 된다. 따라서 치료는 반사운동을 이용하여 정상운동을 되풀이 함으로써 뇌세포에 기억시켜 필요한 경우 다시 꺼내 쓸 수 있게 하고 비정상적인 운동형태가 뇌세포에 고정되는 것을 될 수 있으면 막아 주어야 한다.

말초에서 자극을 주어 이 자극이 중추에 전달되는 것을 되풀이하여 준다. 뇌성마비의 경우에 중추신경계의 어떤 부분이 작용하는지는 확실히 모르나 subcortical area big nuclei에 장애가 있어 cortex(대뇌피질)에서 곧바로 brain stem(뇌간)으로 자극이 도달하여 병적반사가 나타나며 의식적으로 하려고 할수록 병적반사는 더 심하여 진다. 이때 치료는 말초의 고유감각 수용기(proprioceptor)를 자극함으로써 subcortical area, big nuclei에 자극을 되풀이 하여 보내는 것이다.

1960년 Windle의 실험에 의하면 subcortex에 손상을 받은 경우, 몇 달 후에는 cortex까지 위축되었으며 그러나 말초에 자극을 주어 subcortex에 자극이 계속 되돌아 가도록 하면 cortex의 위축도 줄어 들었다.

이상의 보이트씨 치료법에서 치료효과는 인정받고 있으나 그 원리가 뚜렷하지 못하다. 또한 뇌성마비의 치료는 복잡·다양성으로 복합적인 치료를 요하므로 어느 한 치료에 국한되어 의존한다는 것은 치료기술의 한계를 느끼게 한다.

둘째, 보바스 치료법

뇌성마비 아동을 위한 보이트 치료의 적용은 어떠한 모방이나 경이적인 특수치료가 아니라, 우리가 가지고 있고 알 수 있는 지극히 원칙적 원리와 과학적 방법을 총동원해서 환자의 기능을 개선해 줌으로 조그마한 유익을 더해 나아가는 것이다.

즉, 어느 독특한 독선적 방법이 강요되는 것이 아니라 조그마한 개선이 생겨지는 것과 그것이 쌓여짐 그리고 그 이유와 함께 더 나아가는 것에 대한 끊임없이 연구가 필요하다. 위와 같이 보바스 치료는 독선적인 치료기술이라는 개념에서 벗어나 복합적인 teamwork에 의존해야 한다는 문제점을 안고 있다.

뇌성마비 아동 물리치료의 개선방안

이에 대한 개선방안은 약 400만 정도의 많은 장애인들에게 특히 뇌성마비아동에게 가장 필요한 것은 그들의 기능을 향상시켜 사회생활에 적용하게 해주는 물리치료인데도 불구하고 그들이 이용할 수 있는 병의원이 많지 않은 것이 현실이다. 이것은 고임금의 의사들을 두어야 하는 병의원의 실정이 현행의료보험제도 하의 물리치료 의료보험수가로는 수지가 맞지 않아 회피하고 있기 때문이다. 결론적으로 물리치료사들은 자립개설이 되면 소자본의 시설비용으로 소규모의 물리치료실을 곳곳에 개설할 수 있어 교통상의 불편을 해소하고 고액의 치료비도 청구하지 않음으로 뇌성마비아동 복지향상에 기여할 수 있다. 즉, 미국, 캐나다 등 미주대륙과 영국, 프랑스, 독일, 북유럽 등 유럽국가들은 물론 모두 자립개설을 인정하고 있고 홍콩, 대만 등 아시아권도 물리치료사 자립개설이 인정되고 있다. 세계화를 부르짖는 우리나라 자립개설을 규제하는 것은 위와같은 많은 문제점을 야기시키므로 근본적 문제점 해결을 위해 물리치료의 자립개설은 하루빨리 이루어져야 할 것이다. 또한 뇌성마비 인구는 증가일로에 있으므로 시급한 국가 정책이 요구된다. 부모나 치료사는 특성에 맞는 치료도 중요

하지만 교육에도 주력해 주어야 할 것이다. 무엇보다도 뇌성마비의 복지는 지속적인 노력과 관심이 필요되며 치료사, 정부, 부모, 사회사업가 등의 team work이 필요하다.

결 론

현행 우리나라 지체뇌성마비 아동의 기능개발을 위한 물리치료 및 사회복지서비스분야에 국한하여 개략적으로 평가하여 본 결과 다음과 같다.

첫째, 의료보험 진료수가 기준을 분석해 본 결과 현재 180일로 제한되어 있는 의료보험급여 기간을 단계적으로 연장하고 전문의가 상근하여야 인정한다는 제한을 해서 물리치료사의 고유영역으로 개선하여 수가를 인상하고 급여항목을 더욱 세분화함으로써 보다 적절한 치료와 급여가 이루어지도록 하여야 할 것이다.

둘째, 예방적 가치에서의 교육기능의 강화와 조기발견을 위해 무료 선천성 대사이상검사의 실시를 현재 일부 저소득층을 대상으로 실시하고 있는 선천대사이상 검사 대상을 점차적으로 확대하여 전체 신생아를 대상으로 실시하여야 한다는 결론을 얻었다.

셋째, 국가발전 수준에 부응하는 뇌성마비아동 복지시설을 많이 건강하고 문화적인 의료혜택을 보장하여야 하며 장애인에 대한 차별의식이 개선되어야 한다. 우리나라의 경제규모는 이제 선진국 수준에 접근하고 있음에도 장애인 의료복지 사회복지서비스는 아직도 질적, 양적인 면에서 미흡한 수준을 면하지 못하고 있다. 따라서 국가발전 수준에 상응하는 정도의 복지정책을 실시하여 뇌성마비아동에게 최소한의 건강하고 문화적인 생활을 보장해 주어야 한다.

네째, 물리치료사가 치료기술의 낙후로 그 전문성을 살리지 못하고 취약한 실정이다. 일선 물리치료사가 시, 군, 구 및 읍, 면 동 등 일선에서 일반적인 환자와 함께 혼합되어 수행됨에 따라 물리치료사 인적자원을 투입하면서

도 전문성의 결여, 종합적인 복지서비스 제공 체계의 결여 등으로 급여자(client)들에게 미치는 물리치료의 효과는 크게 피부에 와 닿지 않는 실정이다.

즉, 뇌성마비아동의 의료적 치료에는 약물치료 등의 화학적 치료방법, 외과적 수술치료, 정신심리적 치료 및 물리치료 등의 물리의학적 치료로 크게 나눌 수 있다. 뇌성마비아동의 치료를 위하여는 이런 다양한 치료방법 중 어느 것이 뇌성마비아동 치료에 가장 적합한 것인가를 선택하게 되는데 대개 하나 이상의 치료방법을 병행한 통합된 치료가 이루어지고 있다. 이상의 각 치료는 모두 유리한 점과 불리한 점이 있으므로 각 치료의 특성을 잘 알고 이를 통합하여 치료하는 것이 중요하다. 이를 위하여는 의학적인 진단방법과 치료방법을 잘 알고 시술할 능력이 있을 뿐만 아니라 사회복지분야에서의 지식 및 치료시 발생 가능한 다양한 부작용에 대하여 신속하고 적절하게 대처할 수 있는 능력이 있는 사람이 필요하다.

즉 종합적인 program없이 치료사 단독으로 행하는 것은 불가능한 일이라는 결론을 얻었다. 실례로 간단한 물리치료의 적용에 있어서도 여러 가지 뇌성마비 증상과 발생원인, 뇌성마비아동에 대한 부모의 갈등여부, 뇌성마비아동 가족의 경제상태, 사회적 편견과 차별의식 등 이와같은 복합적 치료가 필요하다.

이상에서 언급한 바와 같이 뇌성마비아동을 진찰하고 치료하는 행위, 즉 의료행위는 물리치료사의 고유 업무에 속함을 강조한다. 그러므로 고도의 전문교육을 받은 물리치료사가 이러한 업무 모두를 수행하는 것이 바람직하나 고도의 전문교육을 받은 물리치료사 수는 한정될 수 밖에 없어서 뇌성마비아동 모두가 치료혜택을 받을 기회가 많지 않다.

현재로서는 이들 물리치료사들의 교육제도를 논하기 앞서서 뇌성마비 아동의 욕구(need)를 정확히 이해할 능력을 갖출 수 있도록 이들의 교육과정에 뇌성마비아동에게 전체적인 복지를 위해 사회복지과목을 넣어 물리치료사의 질을

항상시키고 치료능력도 매우 중요하지만 뇌성마비아동의 교육, 육구, 직업 등에도 도움을 줄 수 있도록 하여야 할 것이다. 그러므로 뇌성마비의 치료가 다양한 치료 방법들과 사회복지 어느 한 부분의 제한된 지식과 경험을 갖고 있는 물리치료사에 의해 독단적으로 행해져서는 안되며 이로 인한 부작용과 합병증의 발생으로 국민의료에 심대한 지장이 우려된다. 사회복지 공부를 통한 조정능력이 있는 물리치료사가 배출될 수 있도록 하는 뇌성마비 전인 교육과정은 대단히 중요하다.

뇌성마비의 진단과 치료는 수십년에 걸친 경험과 이론적 추구하고 탐색의 결과가 우리에게 전해진 것이 보바스와 보이타치료이다. 치료원리는 쉽없이 노력과 수고로 이루어진 결정체이다. 따라서 이것을 이해하기란 쉬운 일이 아니다. 그 원리가 어떻게 어떤 배경으로 어떤 학문적인 근거로 이루어졌나를 이해하려고 했다.

치료사, 뇌성마비아, 부모의 삼박자를 동시에 입체적으로 적용될 때 환자로부터 최대의 반응을 이끌어 내게 된다. 이것은 부단한 노력으로 습득되어 자연스럽게 환자에게 적용될 수 있어야 한다.

지금도 대학병원을 중심으로 한 많은 물리치료사들이 뇌성마비의 치료 적용과 발전을 위해 미국, 독일, 일본 등에서 연구를 거듭하고 있다. 새로운 지식을 습득하기란 쉬운일이 아니지만 이것을 소홀히 하는 것은 더 더구나 아니다. 뇌성마비 환자뿐만 아니라 중추신경계 손상 환자들의 숫자가 늘어가는 지금 보이타, 보바스 치료기술 습득은 필수적이라 생각된다.

우리 한국 물리치료는 지금 험난한 산맥을 넘고 있다. 지난 30여년 동안 많은 도전과 변화가 있어왔지만 앞으로의 미래에는 무한한 도전과 발전이 보장되어 있다고 본다. 보다 과학적인 지식과 새로운 치료방법의 개발로 다른 의료진의 존경을 받아야 하고 세계적인 물리치료의 기술로 한국에서 세계의 뇌성마비아동을 주도해야 할 당연한 업무와 책임도 또한 지고 있다.

참 고 문 헌

1. 강기철 : 장애가정 생활실태 및 배우자 의식조사, 사단법인 장애가정 한국지체 장애인협회 부설 복지개발연구원, 1993.
2. 강상욱 : 심신장애자의 복지정책에 관한 연구, 서울대학교 석사학위논문, 1986.
3. 강세윤 : 장애예방 및 치료, 사단법인 한국장애자 재활협회, 서울 유연상사, 1986.
4. 김규수 : 의료시설 사업론, 서울 영운출판사, 1991.
5. 김용천의 4인 : 물리치료 연구의 동향과 미래연구, 대한물리치료사 학회지 제1권, 제2호, 1994.
6. 김중대 : 장애자복지론, 홍익출판사, 1989.
7. 대한장애자복지후원회 : 선진복지정책, 한국교육문화원, 1987.
8. 문인수·양옥경 : 심신장애가 사회사업, 서울 일신사, 1993.
9. 박경희·안용팔 : 뇌성마비에 대한 Vojta씨 조기진단 및 치료법, 대한재활의학 학회지, 제7권, 제1호, 1983.
10. 박경희·안용팔 : 시립아동병원 물리치료대상 뇌성마비의 임상적 고찰, 대한재활의학 학회지, 제4권, 제2호, 1980.
11. 박용태 : 사회복지시설의 프로그램개발 제7차 경제발전 5개년 계획과 전문사회복지사의 도전, 한국사회복지협의회, 1992.
12. 박창권 : 장애자 재활을 위한 복지대책과 장애자의식에 관한 연구, 장로회 신학대학 석산논문, 1984.
13. 박태영 : 사회복지시설과 지역사회, 서울, 백산출판사, 1995.
14. 서영혜·김연진 : 아동복지, 동문사, 서울, 1994.
15. 서정희 : 독일중심의 국제비교를 통한 우리나라 장애인 고용정책의 방향, 대구대학교 사회개발대학원 석사논문, 1991. 개선방향.
16. 신정순 : 장애복지의 현황과 미래, 서울 상지문화사, 1990.

17. 신흥철·송인영 : 뇌성마비아의 운동기능향상에 관한 연구, 사단법인 대한물리치료사학회지, 제13권, 제2호, 1992.
18. 안경희 : 미국 재활의학의 최근동향, 재활의학학회지, 제5권 제1호, 1981.
19. 안요한 : 심신장애자 재활을 위한 복지대책에 관한 연구, 중앙대학 사회개발대학원 석사학위논문, 1983.
20. 안용팔·강세윤·박경희 : 뇌성마비 물리치료에 있어 Voita방법의 효과, 대한재활의학학회지, 제8권, 제1호, 1984.
21. 양금순 : 장애아동의 진단과 교육, 서울 상지문화사, 1990.
22. 양금순 : 출생에서 5세까지(아동행동 관찰표), 서울 상지문화사, 1990.
23. 오정희 : 작업치료, 재활의학학회지, 제6권, 제1호, 1982.
24. 오정희 : 재활의학상편, 고려대학교 의과대학 재활의학교실, 1994.
25. 오정희 : 재활의학하편, 고려대학교 의과대학 재활의학교실, 1994.
26. 의료보험 법령집 : 대한병원협회, 1995. 10.
27. 오카모도 : 「고령장애자 위한 사회복지 서비스 “돌봄시스템” 도입 바람직」, 의계신문, 제713호, 1995. 10. 12. 5면.
28. 이 국 : 태아기형 초음파 선별검사, 대한주산의학회지, 제6권 제1호, 1995.
29. 이규호 : 연출성 뇌성마비 환자에 대한 「선택적 척추후세근 절제술」 대학의학협회지, 제38권, 제4호.
30. 이영애·이강목 : 뇌성마비 393명에 대한 유형별 및 기능별 조사, 대한재활의학 학회지, 제7권, 제2호, 1983.
31. 이재학 : 고유수용성 신경근 촉진법, 서울고문사, 1989.
32. 이재학 : 물리치료 교육과정에 관한 연구, 대한물리치료사 협회지, 제7권, 제1호, 1986.
33. 이재학 외 2인 : 보조기 및 위수족, 서울고문사, 1989.
34. 장인협 : 21세기를 대비한 사회복지정책 과제와 발전방향, 사회복지정책심의위원회, 97-107, 1994.
35. 전용호 : 장애인 복지론, 서울 학문사, 1994.
36. 정순민 : 장애인의 재활복지, 서울, 중앙경제사, 1989.
37. 정진우 외 4인 : 뇌성마비를 위한 보이타의 진단과 치료, 도서출판 대학서림, 1994.
38. 황신상 : 도설 민족주의 재활요법, 서울, 요하출판사, 1995.
39. 홍승홍 : 재활공학, 대한의사협회지, 제38권, 제9호.
40. 「59회 의사국시 조속실시를」, 보건신문, 제2943호, 1995. 2. 3.
41. 「보건사회부 통계연보」, 1993.
42. 「Bobath Approach의 개요」, 한국 N. D. T 연구회, 1994.
43. 「보건사회부, 제7차 경제발전 5개년 계획 보건의료사회보장계획」, 1992.
44. 「'94 의료보헌 진료수가 기준액표」, 보건복지부편, 서울 아람인쇄, 1994.
45. 「2천년대 보건지도과의 육성방안」, 의학신문, 제2514호, 1995.10.9.
46. 「'94 한국사회지표」, 조선일보, 제22946호.
47. Howard A : Rusk, Rehabilitation Medicine, 4th ed.(Saint Louis : C. V. Mosby Co., 1994)
48. Karel Bobath A : Neurophysiological Basis for the Treatment of Cerebral Palsy(Oxford : Blackwell Scientific Publications Ltd. 1990.
49. Kottke FJ. Lehmann JF : Krasen's Hadbood of Rehabilitation. 4th ed. WB Saunders. 1990.
50. Nelsom RM. Carrier DP : Clinical Electrotherapy, Appleton & Lange. 1987.
51. Scully RM. Barnes MR : Physical Therapy, JB Lippincott Co.