

가정방문 물리치료의 필요성 및 요구하는 서비스의 특성

대전보건대학 물리치료학과
이 인 학
대전보훈병원
권 춘 숙, 한 동 욱
충남대학교병원
김 용 건

Necessity and Features of Service Required for Home Visiting Physical Therapy

Lee, In-Hak, P.T., D.P.H.

Department of Physical Therapy, Taejon Health Sciences College

Kwon, Chun-Suk, P.T., M.P.H., Han, Dong-Uck, P.T., M.P.H.

Taejon Veterans Hospital

Kim, Yong-Gun, P.T., M.P.H.

Chungnam University Hospital

<Abstract>

This study was performed to investigate the degree of demand and general features of services required of home visiting physical therapy for chronic ill patients. The study subjects were ambulatory and admitted patients treated with physical therapy at six general and one oriental hospitals, one welfare center, four health centers located in Taejon from March 2, 1999 to March 16. Authors developed structured questionnaire, and distributed it to each physical therapist of study organizations. Total number of distributed questionnaire was 500, and 405 questionnaire were collected and analysed finally.

1. 82.4% of patients and 90.0% of caregivers are showed that home visiting physical therapy was needed($P<0.05$)
2. The rate of necessity for home visiting physical therapy by kinds of disease was 94.9% in cerebral palsy, 95.0% in upper spinal cord injury, 83.3% in lower spinal cord injury, 84.5% in cerebral vascular accident, 89.6% in traumatic brain injury, 83.5% in other diseases.
3. In the general features of required service for home visiting physical therapy, 33.7% of patients and 34.4% of caregivers want special isolated physical therapy center, 33.1% of patients and 43.3% of caregivers want 3 times per week in frequency, 46.7% of patients and 45.0% of caregivers want 30-60minutes in treatment duration, and 48.0% of patients and 46.7% of caregivers want more intensive care than general hospitals.
4. In the working place of home visiting physical therapy, 36.1% of patients and 36.2% of caregivers wants physical therapist worked in general hospital. Also, 53.3% of patients and 52.2% of caregivers answered no interested in physical therapist's gender. The most preferential age of home visiting physical therapist is thirties in 43.2% of patients and 63.4% in caregivers

I. 서론

오늘날 평균 수명의 연장으로 인한 노인 인구의 증가는 만성 질환자의 증가를 초래했으며, 기계문명의 발달은 산업재해, 교통사고나 약물중독 등과 같은 장애발생 요인들의 증가를 가져와 장애인의 수가 늘어나는 결과를 초래 하였다(권도용, 1995). 우리 나라 장애인의 수는 정확한 추정이 어려우나 현재 전체 인구의 약 2.0-2.5%로 보고되고 있으며, 대체적으로 아시아, 태평양 지역의 장애인 비율은 5% 정도로 WHO에서 추정하고 있고, 세계적으로는 7-10% 정도가 장애인이라고 한다(이상인, 1992). 권순호등(1991)은 장애의 정도를 최소화하고 잔존기능을 증진시키는 일이 헌법 제 34조와 일치하게 인간다운 생활을 하는데 그 기초가 되는 매우 중요한 과제라고 하였다. 특히 장애자 중 중추신경계 환자의 경우는 입원치료를 통해 기능 회복이 상당히 진전되기는 하지만 장기간의 입원치료를 따른 의료비의 부담으로 충분한 물리치료를 받지 못하고 장애가 여전히 남아 있는 상태로(Kottke등, 1990) 퇴원하게 되어 치료가 중단되는 경우가 많다. 이런 경우 저렴한 의료비로 잔존기능을 증진시키기 위한 방법의 하나가 가정방문을 통한 물리치료이다.

또한 매년 노인 인구의 1/3가량이 물리치료를 요하는 질병이 발병하는데, Rubenstein등(1988)은 그 중 1/3-1/2 가량은 위험한 가정환경과 관련이 있었다고 보고하였다. 다시 말해 신체적 장애가 있는 경우와 혼자 생활할 수 있는 능력이 부족한 노인의 경우 가정환경은 발병률과 관련이 있는 것으로 보고되고 있다(Campbell등, 1989, Tideiksaar, 1992; Northridge등, 1995). 이러한 가정환경에 의한 2차적인 문제를 해결할 수 있는 방법의 하나가 가정방문을 통한 물리치료제도를 정착시키는 것이다. 즉 가정방문 물리치료사들에게 위험 인자를 확인하고 위험한 환경을 안전하게 변경시킬 수 있는 능력을 갖추도록 교육을 시키므로 문제를 해결할 수 있을 것이다. 그리고 장기입원에 따른 병상화전율의 저하로 생기는 문제들인 병원의 경영수지 악화, 의료보험의 만성적 재정적자, 환자 가족의 심리적, 경제적 어려움을 해결할 수 있다는 점에서도 가정방문 물리치료가 필요하다고 할 수 있다.

시설중심의 재활 및 물리치료 서비스 제공체제는 환자의 요구를 충족시키는데 기여를 하고 있는 것은 사실이지만(McCarthy, 1992), 위에서 언급한 이점들 때문에 현재 중국, 필리핀, 베트남 등 세계 60개국 이상이 WHO의

권고에 따라 재가 장애인을 위한 지역사회 재활프로그램을 도입 실시하고 있으며, 미국, 영국, 일본 등 선진국에서는 시설수용을 가급적 탈피하고 지역사회에서 인적, 물적 자원을 최대한 활용하는 재활서비스를 제공하고 있으며(Campbell등, 1989) 효과를 거두고 있다.

우리 나라는 가정방문 물리치료에 대한 정보의 부족 및 제도적인 마련의 미비 등으로 인해 후진성을 면치 못하고 있다. 가정간호사들 역시 가정방문 물리치료가 필요하다고 주장함에도 불구하고 극히 일부 보건소 및 장애인 복지관에서 시범사업으로만 행해지고 있는 실정이며, 특히 물리치료에 있어 전문가인 물리치료사들이 배제된 상태에서 비전문가들이 물리치료를 시행하고 있는 실정이다.

가정방문 물리치료에 관한 최근의 연구 등은 가정방문 물리치료의 필요성에 대한 환자 및 물리치료사들의 인식 정도, 가정방문 물리치료의 요구정도 등에 대한 일반적인 내용의 연구들로 환자 및 보호자들이 생각하는 가정방문 물리치료의 수준에 대한 구체적인 연구는 없었다.

본 연구는 환자들의 가정방문 물리치료의 필요성 및 이용여부와의 관련성을 알아보고, 환자 및 보호자가 요구하는 가정방문 물리치료의 적정 요구수준이 무엇인지 알아보고자 한다.

II. 조사대상 및 방법

1. 조사대상 및 기간

대전광역시 소재하는 6개 종합병원, 1개 한방병원, 1개 장애인 복지관, 4개 보건소에서 입원하여 물리치료를 받고 있거나, 퇴원 후 외래로 방문하는 환자를 대상으로 설문조사를 실시하였다. 환자에 대한 설문지는 총 500부를 배부하여 그 중 91.2%인 456부를 회수하였으며, 회수한 설문지 중 대답이 부실해, 본 연구의 목적에 부합되지 않는 설문지를 제외하고 최종적으로 405부를 분석하였다. 조사기간은 1999년 3월 2일부터 3월 16일까지 2주일 동안이었다.

2. 조사방법 및 내용

조사 대상 기관에 근무하는 물리치료사들에게 설문지를 배부한 후에 본 연구의 목적과 설문조사 방법을 설명하고, 물리치료를 받고있는 환자들에게 설문조사를 해 줄 것을 부탁하였다. 설문조사는 환자를 원칙으로 하되

나이가 너무 어리거나 의사를 전달하지 못하는 경우에 한해서 보호자가 환자의 일반적인 특성과 기타 문항에 답하도록 하였다.

설문지의 내용은 본 연구의 목적에 부합되도록 연구자가 고안한, 환자의 일반적인 특성과 관련된 10문항, 현재 물리치료의 필요성 및 치료 여부에 관련된 14문항, 가정방문과 관련된 19문항, 외래환자와 관계된 2문항, 입원환자와 관계된 3문항, 총 48문항으로 구성되어 있다.

3. 분석방법

조사대상자의 자료분석은 SPSS WIN(ver 8.0)을 이용하였고, 독립변수인 환자의 일반적인 특성과 기타 변수에 대

하여 종속변수인 가정방문 물리치료의 요구도 및 이용여부, 가정방문 물리치료의 적정 요구수준, 조기퇴원여부에 대해서 교차분석을 실시하였다. 또한 환자나 보호자가 가정방문 물리치료가 필요하다고 생각하는 이유와 제도 도입을 반대하는 이유에 대해서는 빈도분석을 하였다.

III. 결 과

1. 일반적 특성별 가정방문 물리치료 요구도

가정방문 물리치료의 필요성은 내원 형태별로 입원환자 218명 중 86.7%와 외래환자 187명 중 85.6%가 필요

Table 1. Necessity of home visiting physical therapy by patient's general characteristics (%)

Characteristics	Necessary	Unnecessary	Total	P-value
Patient type				0.741
Admission	189(86.7)	29(13.3)	218(100.0)	
Ambulatory	160(85.6)	27(14.4)	187(100.0)	
Sex				0.840
Male	223(86.4)	35(13.6)	258(100.0)	
Female	126(85.7)	21(14.3)	147(100.0)	
Age				0.040
≤ 9	47(97.9)	1(2.1)	48(100.0)	
10 - 19	34(81.0)	8(19.0)	42(100.0)	
20 - 29	45(86.5)	7(13.5)	52(100.0)	
30 - 39	50(80.6)	12(19.4)	62(100.0)	
40 - 49	67(89.3)	8(10.7)	75(100.0)	
50 - 59	61(79.2)	16(20.8)	77(100.0)	
60 ≤	45(91.8)	4(8.2)	49(100.0)	
Education level				0.405
Illiteracy	63(92.6)	5(7.4)	68(100.0)	
Primary school	75(85.2)	13(14.8)	88(100.0)	
Middle school	47(82.5)	10(17.5)	57(100.0)	
High school	97(83.6)	19(16.4)	116(100.0)	
College & above	67(88.1)	9(11.9)	76(100.0)	
Monthly income(10,000 Won)				0.576
≤ 49	43(82.7)	9(17.3)	52(100.0)	
50 - 99	70(85.4)	12(14.6)	82(100.0)	
100 - 149	113(84.3)	21(15.7)	134(100.0)	
150 - 199	66(91.7)	6(8.3)	72(100.0)	
200 ≤	57(87.7)	8(12.3)	65(100.0)	

Table 1. Continued

Characteristics	HVPT [*] Necessary	Unnecessary	Total	P-value
Method of payment				0.116
Medical insurance	195(89.0)	24(11.0)	219(100.0)	
Medical aid	37(78.7)	10(21.3)	47(100.0)	
Automobile insurance	50(84.7)	9(15.3)	59(100.0)	
IACI ^{**}	47(88.7)	6(11.3)	53(100.0)	
Aid of veterans	20(74.1)	7(25.9)	27(100.0)	
Disease				0.345
CP ¹⁾	37(94.9)	2(5.1)	39(100.0)	
USCI ²⁾	19(95.0)	1(5.0)	20(100.0)	
LSCI ³⁾	25(83.3)	5(16.7)	30(100.0)	
CVA ⁴⁾	93(84.5)	17(15.5)	110(100.0)	
TBI ⁵⁾	43(89.6)	5(10.4)	48(100.0)	
Others	132(83.5)	26(16.5)	158(100.0)	
Respondent				0.028
Patients	169(82.4)	36(17.6)	205(100.0)	
Caregivers	180(90.0)	20(10.0)	200(100.0)	
Total	349(86.2)	56(13.8)	405(100.0)	

* HVPT : Home visiting physical therapy ** IACI : Industrial accident compensation insurance
 1 : Cerebral palsy 2 : Upper spinal cord injury 3 : Lower spinal cord injury
 4 : Cerebral vascular accident 5 : Traumatic brain injury

하다고 대답해 두 군이 비슷하였다.

성별 분포는 남자 258명, 여자 147명이었으며, 남자 중 86.4%와 여자 85.7%가 필요하다고 대답해 두 군간에 차이가 없었다.

연령별로는 9세 이하에서 97.9%, 60세 이상에서 91.8%가 필요하다고 대답해 다른 연령보다 높았다(P<0.05). 학력별로는 무학에서 92.6%로 다른 학력에 비하여 필요성이 높았다.

가족수입별로는 150만원 이상-199만원 이하에서 91.7%, 200만원 이상에서 87.7%로 다른 군에 비하여 필요성이 높았다.

의료비 지불방법으로는 의료 보험 89.0%, 자동차 보험 84.7%, 산업재해 보험 88.7%로 의료 보호 78.7%, 보험대상자 74.1%보다 높았다.

환자의 질환을 보면 뇌성마비 94.9%, 상위척수 손상 95.0%로 하위척수 손상 83.3%, 뇌혈관 질환 84.5%, 외상성 뇌 손상 89.6%, 기타 질환 83.5%보다 더 많은 필요

성을 갖고 있었다.

응답한 사람별로는 환자의 82.4%가 필요하다고 대답했고, 보호자는 90.0%가 필요하다고 대답해 보호자에서 더 높게 나타났다(P<0.05)(Table 1).

2. 가정방문 물리치료가 필요한 이유

가정방문 물리치료제도 도입이 필요하다고 답한 349명을 대상으로 가정방문 물리치료가 필요한 이유를 복수응답으로 조사한 결과, 물리치료실까지 힘들게 가거나 기다리지 않아도 된다가 57.6%로 가장 높았고, 물리치료사가 환자에 대해 보다 집중적으로 성실하게 치료할 수 있다가 52.4%, 누군가의 도움이 없이 물리치료를 받을 수 있으므로 다른 가족들이 환자에게만 매이지 않아도 된다가 45.6%, 물리치료실을 다닐 때 왕복교통비와 진료비 등을 생각하면 더 저렴하다가 19.8%, 집안 구조에 적합한 일상생활동작의 기능 향상에 도움이 된다가

Table 2. Necessary reason of home visiting physical therapy

Necessary reason	Number (N=349)	%
1. Emotional support	19	5.4
2. Need not to go & to wait for physical therapy	201	57.6
3. Need not to depend on his family or others	159	45.6
4. The price is not to be compared to hospital	69	19.8
5. Physical therapist can give concentrative treatment to patients	183	52.4
6. Physical therapist can improve patient's ADL level for adapt to patient's living condition	49	14.0
7. Others	2	0.6

※ Multiple answers

14.0%, 말벗으로 심리적인 위료가 5.4%, 기타가 0.6% 순으로 나타났다(Table 2).

3. 가정방문 물리치료가 불필요한 이유

가정방문 물리치료가 불필요하다고 대답한 56명을 대상으로, 가정방문 물리치료가 불필요한 이유는 무엇인가 라고 질문한 결과, 의료기관에 비해 시설 및 장비가 부족할 것이다가 44.6%로 가장 높았고, 물리치료비용이 의료보험으로 된다고 해도 의료기관보다 비쌀 것이다가 21.4%, 물리치료사가 직접 방문하므로 환자의 자발적 노력이 떨어질 것이다가 14.3%, 우리나라 관습상 가정방문이 불편하다가 14.3%, 기타가 5.4% 순으로 나타나, 응답자는 장비의 부족과 물리치료 비용이 높을 것을 우려하고 있는 것으로 나타났다(Table 3).

4. 가정방문 물리치료 이용의사

가정방문 물리치료 제도가 정착이 된다면 이용하겠다는 가라는 질문에 환자의 81.0%, 보호자의 89.0%가 이용하겠다고 대답해 보호자의 이용의사가 높았다(P<0.05).

반면 만약 가정방문 물리치료가 현재 병원을 이용하는 비용 보다 비싼 경우에 이용하겠다는 가라는 질문에서 환자의 30.2%, 보호자의 31.5%만이 이용하겠다고 대답해 두 군 모두 이용의사가 낮았다(Table 4).

5. 가정방문 물리치료의 요구내용

가정방문 물리치료의 운영기관을 보면 환자의 경우 가정방문 전문 물리치료센터 설립이 33.7%, 병원 내에 전담 부서 신설이 27.2%, 보건소 중심이 21.3% 순이었고, 보호자의 경우는 가정방문 전문 물리치료센터 설립이 34.4%, 복지관 중심이 29.4%, 병원 내에 전담 부서 신설이 22.9% 순으로 차이가 있었다(P<0.05).

방문횟수는 환자의 경우 3회가 33.1%, 2회가 29.6%, 매일이 10.7%로 나타났고, 보호자의 경우 3회가 43.3%, 2회가 20.1%, 매일이 12.8%로 비슷하였다.

치료시간은 환자의 경우 30분-60분 미만이 46.7%, 60분-120분 미만이 36.1% 순이었고, 보호자는 30분-60분 미만이 45.0%, 60분-120분 미만이 30.6%로 나타났다.

Table 3. Unnecessary reason of home visiting physical therapy

Unnecessary reason	Number	%
1. Inhibit patient's active participation	8	14.3
2. Because of old Korean custom, therapist have difficulty in visiting house	8	14.3
3. The price of home visiting physical therapy is higher than hospital	12	21.4
4. The equipments is insufficient to be compared to hospital	25	44.6
5. Others	3	5.4
Total	56	100.0

Table 4. Distribution of willingness of usage of home visiting physical therapy (%)

Respondent Necessity	Patients	Caregivers	Total	P-value
Willingness to use				0.024
Use	166(81.0)	178(89.0)	344(84.9)	
Not use	39(19.0)	22(11.0)	61(15.1)	
If cost is high				0.784
Use	62(30.2)	63(31.5)	125(30.9)	
Not use	143(69.8)	137(68.5)	280(69.1)	
Total	205(100.0) (50.6)	200(100.0) (49.4)	405(100.0) (100.0)	

Table 5. Demand of home visiting physical therapy between patients & caregivers (%)^a PT : Physical therapy

Respondent Demand	Patients	Caregivers	Total	P-value
Type of organization				0.032
In welfare center	29(17.2)	53(29.4)	82(23.5)	
In health center	36(21.3)	24(13.3)	60(17.2)	
Isolated PT ^a center	57(33.7)	62(34.4)	119(34.1)	
In hospital	46(27.2)	41(22.9)	87(24.9)	
Others	1(0.6)		1(0.3)	
Frequency of visit (times/week)				0.220
1 times	19(11.2)	15(8.3)	34(9.7)	
2 times	50(29.6)	36(20.1)	86(24.6)	
3 times	56(33.1)	78(43.3)	134(38.4)	
4 times	12(7.1)	15(8.3)	27(7.8)	
5 times	14(8.3)	13(7.2)	27(7.8)	
6 times	18(10.7)	23(12.8)	41(11.7)	
Duration of treatment (minute)				0.380
≤ 29	17(10.1)	26(14.4)	43(12.3)	
30 - 59	79(46.7)	81(45.0)	160(45.9)	
60 - 119	61(36.1)	55(30.6)	116(33.2)	
120 ≤	12(7.1)	18(10.0)	30(8.6)	
Providing service level				0.132
Equal with hospital	44(26.0)	34(18.9)	78(22.3)	
Higher than hospital	81(48.0)	84(46.7)	165(47.3)	
Only education	44(26.0)	62(34.4)	106(30.4)	
Total	169(100.0) (48.4)	180(100.0) (51.6)	349(100.0) (100.0)	

^a PT : Physical therapy

가정방문 물리치료의 정도는 환자의 경우 의료기관 보다 더 집중적인 수준이 48.0%, 보호자는 46.7%이었고, 다음으로 환자를 평가하고 치료하는 방법을 교육하는 수준이 환자의 경우 26.0%, 보호자의 경우 34.4%이었으며, 마지막으로 의료기관과 동일한 수준이 환자의 경우 26.0%, 보호자의 경우 18.9%로 비슷하였다(Table 5).

6. 가정방문 비용수준 및 지불방법

가정방문 물리치료의 적당한 지불방법은 환자의 경우 의료보험을 원칙으로 하되 일부는 정부나 지방자치단체에서 보조가 39.6%로 가장 높았고, 전액 의료보험 및 의료보호가 38.5% 순으로 나타났고, 보호자의 경우 의료

Table 6. Method of payment & service fee level of home visiting physical therapy between patients & caregivers (%)

Variable	Patients	Caregivers	Total	P-value
Method of payment				0.423
Full insurance ¹⁾	65(38.5)	63(35.0)	128(36.7)	
With government ²⁾	67(39.6)	69(38.3)	136(39.0)	
With private ³⁾	34(20.1)	47(26.1)	81(23.2)	
Full private ⁴⁾	3(1.8)	(0.6)	4(1.1)	
Nonbenefits				0.778
Direct charge ⁵⁾	43(25.4)	41(22.8)	84(24.1)	
+ Traffic fee	44(26.0)	50(27.8)	94(26.9)	
+ Visiting fee	28(16.6)	36(20.0)	64(18.3)	
+ Traffic + visiting	54(32.0)	53(29.4)	107(30.7)	
Traffic fee(Won)				0.405
≤ 1,900	64(37.9)	59(32.8)	123(35.2)	
2,000 - 2,900	45(26.6)	63(35.0)	108(31.0)	
3,000 - 3,900	22(13.0)	19(10.7)	41(11.7)	
4,000 - 4,900	24(14.2)	24(13.3)	48(13.8)	
5,000 - 9,900	9(5.3)	13(7.2)	22(6.3)	
10,000 ≤	5(3.0)		7(2.0)	
Visiting fee(Won)				0.010
≤ 1,900	25(14.8)	14(7.8)	39(11.2)	
2,000 - 2,900	26(15.4)	23(12.8)	49(14.0)	
3,000 - 3,900	22(13.0)	23(12.8)	45(12.9)	
4,000 - 4,900	57(33.7)	52(28.9)	109(31.2)	
5,000 - 9,900	23(13.6)	53(29.4)	76(21.8)	
10,000 ≤	16(9.5)	15(8.3)	31(8.9)	
Total	169(100.0)	180(100.0)	349(100.0)	
	(48.4)	(51.6)	(100.0)	

1) Full coverage by insurance

2) Insurance with government assist

3) Insurance with private charge

4) Full private charge

5 : Insurance direct charge

보험을 원칙으로 하되 일부는 정부나 지방자치단체에서 보조가 38.3%, 전액 의료보험 및 의료보호가 35.0% 순으로 비슷하였다.

비급여 부분으로 적당한 수준을 묻는 질문에 환자의 경우 물리치료의 본인 부담금+왕복교통비+가정방문료가 32.0%로 가장 높았고, 물리치료의 본인 부담금+왕복교통비가 26.0% 순이었고, 보호자의 경우도 물리치료의 본인 부담금+왕복교통비+가정방문료가 29.4%로 가장 높았고, 물리치료의 본인 부담금+왕복교통비가 27.8% 순이었다.

왕복교통비는 환자의 경우 2,000원 미만이 37.9%, 2,000원-3,000원 미만이 26.6%로 가장 많았고, 보호자의 경우 2,000원-3,000원 미만이 35.0%, 2,000원 미만이 32.8%로 나타나 두 군간에 약간의 차이는 있었지만 통계적으로 유의한 차이는 없었다.

가정방문료를 볼 때 환자의 경우 4,000원-5,000원 미만이 33.7%로 가장 높았고, 보호자는 5,000원-10,000원 미만이 29.4%로 가장 높게 나타나 통계적으로 유의한 차이가 있었다(P<0.05)(Table 6).

7. 선호하는 물리치료사

가정방문 물리치료사의 자격에 대한 질문에서 원하는

가정방문 물리치료사들의 근무지로는 종합병원이 환자는 36.1%, 보호자는 36.2%로 가장 높았고, 다음으로 특수시설에 근무하는 물리치료사를 원한다고 환자는 23.7%, 보호자는 33.3%가 대답해 차이를 보여 보호자들이 특수시설에 대한 선호도가 높았다(P<0.05).

원하는 성별을 보면 환자는 판계없다가 53.3%, 여자가 25.4%, 남자가 21.3% 순으로 나타났고, 보호자는 판계없다가 52.2%, 남자가 32.2%, 여자가 15.6% 순으로 차이가 있었다(P<0.05).

원하는 연령을 보면 환자는 30대가 43.2%, 판계없다가 23.7%, 40대가 19.5%, 20대가 13.6% 순이고, 보호자는 30대가 63.4%로 월등히 높게 나타났고, 판계없다가 19.4%, 40대가 11.1%, 20대가 6.1% 순으로 나타났다(P<0.01)(Table 7).

8. 가정방문 물리치료가 제공될 경우의 조기 퇴원의사

의사가 조기퇴원을 지시할 경우 어떻게 하겠는가라는 질문에 환자의 경우 74.5%가 퇴원하지 않겠다고 대답했지만, 가정방문 물리치료를 제공할 경우 퇴원 의사가 없다고 대답한 사람 가운데 퇴원하겠다고 대답한 사람이 45.6%로 나타나, 가정방문 물리치료의 제공은 조기퇴원

Table 7. Preferential features of home visiting physical therapy

(%)

Variable	Patients	Caregivers	Total	P-value
Organization				0.050
In hospital	61(36.1)	65(36.2)	126(36.1)	
In oriental hospital	17(10.1)	15(8.3)	32(9.2)	
In welfare center	40(23.7)	60(33.3)	100(28.7)	
In health center	19(11.2)	7(3.9)	26(7.4)	
Unconcern	32(18.9)	33(18.3)	65(18.6)	
Sex				0.018
Male	36(21.3)	58(32.2)	94(26.9)	
Female	43(25.4)	28(15.6)	71(20.4)	
Unconcern	90(53.3)	94(52.2)	184(52.7)	
Age				0.001
20 - 29	23(13.6)	11(6.1)	34(9.7)	
30 - 39	73(43.2)	114(63.4)	187(53.6)	
40 - 49	33(19.5)	20(11.1)	53(15.2)	
Unconcern	40(23.7)	35(19.4)	75(21.5)	
Total	169(100.0)	180(100.0)	349(100.0)	
	(48.4)	(51.6)	(100.0)	

Table 8-1. Patient's willingness for discharge, if doctor order to discharge under establishment of HVPT* system (%)

HVPT* offer	D/C** order		Total	P-value
	Yes	No		
Yes	23(85.2)	36(45.6)	59(55.7)	0.000
No	4(14.8)	43(54.4)	47(44.3)	
Total	27(100.0) (25.5)	79(100.0) (74.5)	106(100.0) (100.0)	

* HVPT : Home visiting physical therapy ** D/C : Discharge

Table 8-2. Caregiver's willingness for discharge, if doctor order to discharge under establishment of HVPT* system (%)

HVPT* offer	D/C** order		Total	P-value
	Yes	NO		
Yes	36(97.3)	55(73.3)	91(81.2)	0.000
No	1(2.7)	20(26.7)	21(18.8)	
Total	37(100.0) (33.0)	75(100.0) (67.0)	112(100.0) (100.0)	

* HVPT : Home visiting physical therapy ** D/C : Discharge

과 관련이 있었다($P < 0.001$)(Table 8-1).

보호자의 경우는 67.0%가 퇴원하지 않겠다고 대답했고, 그 중 73.3%가 가정방문 물리치료가 제공된다면 퇴원할 의사가 있다고 대답해 가정방문 물리치료가 제공된다면 보호자 역시 조기 퇴원의사가 높음을 나타냈다($P < 0.001$)(Table 8-2).

IV. 고 찰

세계보건기구(WHO)는 전 인구의 10%를 장애인으로 추정하고 있으며(WHO, 1980), 우리나라의 경우 1995년 한국보건사회연구원에서 조사한 장애인 실태조사 결과에 의하면, 1990년에 비해서 10% 증가했으며, 전체 인구의 2.4%인 105만 3천명이었다(한국보건사회연구원, 1995). 장애와 관련하여 가장 필요로 하는 서비스는 치료 및 수술이 21.6%, 물리치료 18.7%, 취업 5.7%, 보장구 교부 5.5%로 의료재활 서비스에 대한 필요성이 높았으며, 서비스 수혜 경험에 대해서는 현재 서비스를 받고 있는 장애인은 5.7%에 불과하며 대부분의 장애인은 서비스를 받지 못하고 있는 실정이다(한국보건사회연구원, 1991).

재활 사업에 대한 접근 방법으로 수용보호가 있지만

한정된 수용인원과 고가 비용 때문에, 장애인의 사회적 격리를 초래한다는 문제가 있어, 가족이나 지역사회 인적, 물적 자원을 가동, 활용하는 등 지역사회를 중시하는 탈 시설 주의 방향으로 흐르고 있는 경향이어서 가정에서 치료를 요하는 재가 장애인들의 수요가 점점 증대되고 있다(Harrow 등, 1995).

김은주(1991)와 최선미등(1991)은 가정간호 대상자에게는 특히 뇌졸중 환자들이 많이 있는데, 이들이 일차적인 치료만 받고 지속적인 재활치료는 받지 못하여 마비, 관절구축, 인지능력 감소, 일상동작의 독립적 수행능력 부족 등의 많은 문제가 있다고 하였다. 김성실(1985)의 가정간호요구도 분석에서도 이들은 서비스 중 직접적인 상처치료가 요구되는 대상에게는 직접간호를 제공하고 그 외에 대부분의 만성 및 재활환자에게는 관절운동, 물리치료, 작업치료 등이 제공되어야 한다고 주장하였다. 서울시 간호협회(1990)는 의사, 간호사, 환자, 보호자에게 설문조사결과 모두가 물리치료가 포함되어야 한다고 했다.

심정길(1994)은 가정방문 물리치료제도를 뇌졸중, 뇌손상, 척추손상, 기동성장애 등에서 퇴원 후 계속적인 치료가 가능하다는 점에서 필요하며, 이들 중 46.4%가 비공식적으로 가정방문 물리치료를 제공받았음을 밝히고 있다. 이런 여러 가지 이유로 환자와 보호자들은 이전의

의료정책과는 달리 변화를 요구하고 있으며, 양영애(1997)는 그 변화의 요구가 가정방문 물리치료제도라고 하였다.

가정방문 물리치료제도 도입의 필요성에 대한 질문에서 심정길(1994)의 연구에서는 환자의 96.0%가 필요하다고 했고, 양영애(1997)의 연구에서는 96.7%, 김동미(1996)의 연구에서 환자의 85.3%, 보호자의 90.1%가 필요하다고 대답했다. 본 연구에서도 환자의 82.4%, 보호자의 90.0%가 필요하다고 대답해, 대부분의 환자와 보호자가 가정방문 물리치료가 꼭 필요하다는 점을 지적하고 있다.

또한 양영애(1997)는 뇌성마비, 뇌손상, 뇌졸중 등 장기 병명환자에게서 다른 질병보다 필요성을 더 느끼고 있다고 했고, 김동미(1996)는 역시 뇌성마비, 뇌졸중, 뇌손상 등의 신경외과적 중증 질환일수록 필요성의 비율이 높았다고 보고하고 있다. 본 연구에서도 상위척수손상의 95.0%, 뇌성마비의 94.9%, 외상성 뇌손상의 89.6%가 기타 질환의 83.5%에 비해 더 필요하다고 대답했다.

가정방문 물리치료가 필요한 이유는 심정길(1994)의 연구에서 보면, 퇴원 후 계속적인 치료가 가능하다가 가장 높았고, 통원치료를 병원 왕래의 불편과 치료 대기 시간 및 접수, 수납의 번거로움을 피할 수 있다가 다음이었고, 가정이라는 정서적으로 안정된 분위기에서 치료를 받을 수 있다 순으로 나타났다. 양영애(1997)는 병원왕래의 불편함 제거, 퇴원 후 지속적 치료가 가능하기 때문이라고 했다. 김동미(1996)는 병원까지 힘들게 가거나 기다리지 않아도 된다가 전체 응답자 중 35.8%로 가장 높았고, 누군가의 도움이 없어도 물리치료를 받을 수 있으므로, 다른 가족들이 환자에게만 매이지 않아도 된다가 34.9%로 나타났다. 본 연구에서는 복수응답으로 조사한 결과, 물리치료실까지 힘들게 가거나 기다리지 않아도 된다가 57.6%로 가장 높았고, 물리치료가 환자에 대해 보다 집중적으로 성실하게 치료할 수 있다가 52.4%, 누군가의 도움이 없이 물리치료를 받을 수 있으므로, 다른 가족들이 환자에게만 매이지 않아도 된다가 45.6% 순으로 나타났다.

가정방문 물리치료가 불필요한 이유에 대해서 김동미(1996)의 연구에서는 병원에 비해 시설 및 장비가 부족할 것이다가 63.0%로 가장 높게 나타났고, 다음으로 물리치료 비용이 병원 보다 비쌀 것이다가 15.0% 순으로 나타났다. 본 연구에서는 의료기관에 비해 시설 및 장비가 부족할 것이다가 44.6%로 가장 높게 나타났고, 다음으로 물리치료비용이 의료보험으로 된다해도 의료기관보다

비쌀 것이다가 21.4%로 나타나 김동미(1996)의 연구와 비슷하였다.

가정방문 물리치료 제도가 정착될 경우 이용 의사에 대해서는 양영애(1997)의 연구를 보면 환자의 80.4%, 보호자의 87.9%가 이용하겠다고 응답했으며, 김동미(1996)의 연구에서도 환자의 83.8%가 이용하겠다고 대답했다. 본 연구에서는 환자의 81.0%, 보호자의 89.0%가 이용의사가 있는 것으로 대답해 두 연구와 비슷하였다.

본 연구에서 응답자들이 원하는 가정방문 물리치료의 주체기관은 가정방문 전문물리치료센터 설립 후 담당이 34.1%, 병원에 전담 부서 신설이 24.9%, 복지관 중심이 23.5%로 나타나 전문센터 설립을 원하는 것으로 나타났고, 심정길(1994)의 연구에서는 환자의 43.2%가 종합병원에 전담부서 신설을, 41.6%가 보건소를 원하고 있었다. 양영애(1997)의 연구에서는 환자의 경우 환자가 치료받고 있는 의료기관이 41.3%로 가장 높았고, 보건소가 21.7% 순이었으며, 보호자의 경우 장애자 치료기관이 31.1%로 가장 높았고, 환자가 치료받고 있는 의료기관이 28.9%로 나타났다. 하지만 가정방문 물리치료가 효과적이기 위해서는 모든 의료기관과 복지관이 서로 전담 부서를 두고 밀접히 연계해야 한다고 생각한다.

미국의 경우 가정방문 물리치료의 운영실태는 다양한 운영주체에 의해 제공되고 있으며, home care, home health care system, patient care manager라고 통칭되고 있다(심정길, 1994). 구체적으로 살펴보면 보건소, 병원부설 home health service center, 병원 등이 공동출자형식으로 운영하는 조합 및 전문 agency가 있다. 그 중에서도 수적으로 가장 많은 것이 전문의료서비스를 제공하는 agency와 조합이다. 이러한 agency나 home health center의 운영을 위해서는 별도의 면허를 받아야 하며 병원조직의 일부로 병원 내 설치되어 있더라도 면허를 받아 독립채산제로 운영되고 있다(심정길, 1994).

일본(伊藤日出男)의 경우도 병원에서만 물리치료를 하는 것이 아니라 재가환자를 중심으로 지역에 기초한 보건소, 신체장애자복지센터, 데이케어, 데이홈 센터에서 물리치료서비스를 제공한다.

가정방문물리치료의 정도는 김동미(1996)의 연구에서 보면 물리치료사들은 환자의 현 상태 평가와 환자 및 보호자에 대한 가정치료방법 교육율 63.1%로 가장 높게 대답했으며, 병원보다 약간 더 집중적인 치료가 35.9%로 다음이라고 대답한 반면, 본 연구에서는 환자들의 경우 의료기관 보다 더 집중적인 수준이 48.0%, 보호자는 46.7%로 가

장 높았으며, 다음으로 환자를 평가하고 치료하는 방법을 교육하는 수준이 환자의 경우 26.0%, 보호자의 경우 34.4%로 나타나, 물리치료사들과 환자 및 보호자들이 요구하는 가정방문 물리치료의 수준은 차이가 있었다.

본 연구에서 환자들이 원하는 방문횟수는 주 3회가 38.4%로 가장 많았고 주 2회가 두 번째였으며, 매일 방문도 11.7%로 나타났지만, 양영애(1997)의 연구에서는 환자의 상태에 따라 치료사와 상의가 환자의 경우 51.1%, 보호자의 경우 55.6%로 가장 높았으며, 주 2회가 19.6%, 격일이 17.8%로 나타났고, 심정길(1994)의 연구에서는 격일 방문이 32.8%, 의사, 물리치료사 및 환자와 상의하여 결정한다가 23.2%로 나타났다. 물론 가정방문 물리치료의 방문횟수를 결정할 때 물리치료사와 환자가 상의해 정하는 것이 가장 효율적일 것이다.

미국의 경우 방문횟수를 결정할 때 치료내용과 환자상태의 중증도에 따라 매일방문, 격일 방문, 주 2회 방문 등으로 달리 적용하고, 환자 당 평균 치료기간을 8주 정도로 하여 이 기간이 경과되면 환자에 대해 재평가를 실시하여 치료프로그램의 내용을 바꾸어 적용하거나 치료의 계속여부를 결정한다(심정길, 1994).

미국의 경우 환자 1인당 치료시간은 60분 정도이며, 물리치료사 1인당 1일 평균 3명-5명 정도를 치료한다(심정길, 1994). 심정길(1994)의 연구에서도 환자의 72.3%가 60분을 원하는 것으로 나타났으며, 본 연구에서도 환자들이 원하는 방문치료시간은 30분-60분이 전체의 45.8%로 가장 높게 나타나 비슷하였다.

가정방문 물리치료비용의 기준으로 미국은 물리치료의 1회 가정방문치료비를 평균 40달러 - 60달러로 결정하고, 특정치료기구를 사용하거나 고난도의 치료를 행하는 경우 100달러까지 적용된다. 하지만 환자가 입원 시에는 1일 병원 입원료로 500달러-1,200달러 정도 소요되므로 상대적으로 저렴한 가격으로 필요한 치료를 받고 있다. 치료비의 지불은 환자가 가입하고 있는 보험회사의 적용약관에 따라 보험회사와 본인부담의 적용비율이 다르나 직접 지불하는 경우는 거의 없고 대부분 보험회사에서 지불하며 의료보호 환자는 국가에서 지불한다(심정길, 1994).

일본의 경우도 1996년에 사회보험인 의료보험만으로 이 같은 환자, 보호자들의 욕구를 충족시킬 수 없으므로 후생성에선 복지보험을 신설하게 되었다. 이 보험에는 물리치료사의 방문치료가 보험수가로 인정되어 의사의 처방이 없이도 기능훈련과 간단한 물리치료를 받을 수 있게 되어 있다(伊藤日出男).

심정길(1994)의 연구에서 의료보험이 적용되기를 바란다가 61.6%로 나타났고, 양영애(1997)의 연구에서는 의료보험의 적용이 필요하다가 환자의 경우는 75.0%, 보호자는 83.5%로 나타났다. 본 연구에서는 의료 보험을 원칙으로 하되 일부는 정부보조가 39.0%로 가장 많았고, 전액의료 보험 및 의료보호가 36.7%이었으며, 의료보험을 원칙으로 하되 일부는 본인 부담이 23.2% 순으로 나타나 가정방문 물리치료제도 도입시 물리치료료는 의료보험의 적용이 필요하리라 본다.

치료비용으로는 심정길(1994)과 양영애(1997)의 연구에서는 한달을 기준으로 일정액이 좋다고 했으며, 김동미(1996)의 연구에서는 물리치료의 본인 부담금+왕복교통비+서비스 난이도에 따른 특별행위료가 84.8%로 높게 나타나, 본 연구에서 보여준 1회 방문시 물리치료의 본인 부담금+왕복교통비+방문료가 30.7%인 것과 비교해 차이가 있었다. 다음으로 본인부담금+왕복교통비가 26.9%, 본인부담금만이 24.1% 순이었다. 해당비용으로 왕복교통비는 2,000원 미만이 35.2%, 2,000원-3,000원 미만이 31.0% 순으로 나타났고, 가정방문료는 4,000원-5,000원 미만이 31.2%로 가장 높게 나타났으며, 5,000원-10,000원 미만이 21.8% 순으로 나타났다. 이를 종합적으로 계산해보면 1회 가정방문 치료비는 평균 6,000원-13,000원 미만에 물리치료의 본인 부담금 보통 2,000원-3,000원 미만을 더한 가격을 원하는 것으로 나타났다. 여기서 의료보험이 적용된다면 가정간호진료비 산정기준인 진료비의 20%를 적용하여 평균 1,200원-2,600원 미만에 본인 부담금 2,000원-3,000원 미만을 더한 가격인 3,200원-5,600원 미만의 저렴한 비용으로 가정에서 물리치료를 받을 수 있기를 기대하는 것으로 나타났다.

본 연구에서 응답자들이 선호하는 물리치료사의 특징을 보면, 먼저 원하는 근무지로 종합병원이 36.1%로 가장 많았으며, 다음으로 특수시설이 28.7%로 나타나, 환자와 보호자 모두 비슷한 환자를 많이 치료해 볼 수 있는 종합병원과 특수시설에 근무하는 물리치료사를 더 신뢰하고 있음을 나타냈다. 또한 성별에 관계없이 30대의 연령층을 원하는 것으로 나타났는데, 그 이유로는 기동성 장애 환자들에게 운동치료를 시행하는 것이 힘든 일이기 때문에 경험도 있으면서, 젊은 연령을 원하기 때문으로 생각한다.

가정방문 물리치료가 필요함을 역설하면서 양영애(1997)는 현행의료제도에서 발생하는 문제점 즉 만성질환자의 장기간 입원으로 인해 입원치료가 필요한 환자들이

장기간 대기상태에 있게 되고, 그로 인해 병상회전이 저조하여 병원과 의료공단은 경영난의 압박을 받게 되며, 핵가족화와 여성의 사회진출 등 변화된 사회구조 속에서 장기간 치료를 요하는 환자들이 가족의 간호를 받지 못할 뿐만 아니라, 가족구성원 전체가 경제적, 심리적 어려움을 겪게 됨을 지적하였다. 이 같은 문제의 해결방법으로 조기퇴원을 권장하는데, 조기퇴원이 활성화되기 위해서는 퇴원 후에도 지속적인 관리를 받을 수 있도록 하는 추후 관리제도 확립(김유철, 1993)이 시급히 요구되며, 때문에 가정방문 물리치료제도 도입을 제안하고 있다.

이와 관련하여 김순화(1996)는 물리치료를 받는 환자와 보호자들의 상당수는 안정기에 들어서 물리치료만 받으므로 병실료 등이 아깝고, 오랜 병원생활로 인한 지루함이 있어 조기에 퇴원하여 외래치료를 원하는 것으로 보고하고 있다. 하지만 퇴원 후 교통문제, 이동문제, 보호자 사정 등으로 할 수 없이 입원을 하고 있다고 하였으며, 조사대상자 대부분이 가정방문 물리치료제도 도입이 필요하다고 했음을 보고하였다.

심정길(1994)은 전체 응답자의 52.8%가 조기퇴원을 원하고 있으며, 조기퇴원을 원하는 이유에 대한 복수응답의 결과 응답자의 60.3%가 입원해 있어도 물리치료의 별다른 치료가 없어서라고 대답했고, 응답자의 56.0%는 장기입원 또는 반복입원으로 다른 가족구성원이 걱정되어서라고 대답하였음을 보고하고 있다.

본 연구에서도 환자들에게 조기퇴원을 지시할 경우 퇴원의사가 없다는 70.6%이었지만, 가정방문 물리치료를 제공할 경우 퇴원여부에 대한 질문에서 환자는 퇴원의사가 없었던 79명 중 퇴원의사가 있다고 대답한 사람이 45.6%였고, 보호자는 75명 중 73.3%가 퇴원의사가 있는 것으로 나타났다.

지금까지 살펴본 내용을 요약하면 다음과 같다. 가정방문 물리치료의 담당기관으로는 각 지역의 복지관과 보건소 및 병원이며, 그에 더해 가정방문만을 전담하는 물리치료센터 설립이 필요하리라 보며, 이들 기관들이 서로 연계한다면 꼭 필요한 환자들에게 양질의 물리치료를 제공할 수 있을 것이라고 생각한다. 방문횟수와 치료의 정도는 환자의 질환 및 환자의 상태에 따라 환자와 물리치료사가 상의하여 결정하는 것이 가장 바람직하며, 의료비는 의료보험에서 담당했으면 좋겠지만 현실적으로 어렵다면, 가정방문 물리치료 제도를 인정해주고 물리치료사와 환자가 상의하여 적절한 합의점을 찾아 환자본인이 비용을 지불하도록 해주는 것이 바람직하리라 생각한다.

다. 반면 의료보호 환자의 경우는 정부에서 보조를 해 주는 것으로 해야 할 것이다. 물리치료사의 자격으로는 가정방문에 필요한 지식과 기술을 이수한 사람으로 기동성 장애를 가진 환자를 치료할 수 있도록 비슷한 환자가 있는 의료기관에서 일정기간의 수습기간이 필요하리라 생각된다. 이와 같이 가정방문 물리치료가 행해진다면 재가장애인이란 하더라도 양질의 의료서비스를 받을 수 있으며, 인간다운 삶을 누리는데 도움이 되리라 본다.

끝으로 본 연구는 환자를 대상으로 가정방문 물리치료의 도입 필요성 및 관련 실태를 분석함으로써 가정방문 물리치료 도입 검토를 위한 기초자료를 제공하는데 의의가 있지만, 연구 결과의 해석에는 연구대상자가 대전지역에 한정되어 있으므로, 분석된 결과를 과도하게 일반화시켜 적용하기는 어렵다. 또한 국내의 선행 논문과 연구의 틀 및 조사 도구가 일치하지 않으므로 타 논문과 충분히 비교 분석하여 일반화하기에 어려운 점이 있다. 또한 외국 논문에선 이미 더 구체적인 연구에 치중하기 때문에 가정방문 물리치료의 효용에 대한 지식은 얻을 수 있지만, 본 연구자의 연구와 비교분석하기엔 어려움이 있기 때문에 단순히 현실적인 필요성에 맞추어 설문 내용의 해석에만 치중할 가능성을 배제할 수 없다.

앞으로 가정방문 물리치료가 정착하기 위해 더 많은 연구가 필요할 것이며, 그 가운데는 국내의 사정에 맞는 제도적 마련을 더 구체적으로 연구하는 것이 포함되어야 할 것이고, 적정한 의료비 산정도 가정방문 물리치료가 정착하는데 중요한 연구과제이며, 향후 복지정책과의 연관성도 연구되어야 할 것으로 생각된다.

V. 결 론

가정방문 물리치료의 필요성과 요구하는 서비스의 특성을 알아보기 위한 설문지를 대전지역의 6개 종합병원과 1개 한방병원, 1개 장애인 복지관, 4개 보건소에서 입원 또는 외래로 물리치료를 받는 환자를 대상으로 500부를 배부하여, 그 중 연구의 목적에 부합되지 않는 설문지를 제외한 총 405부를 분석한 결과는 다음과 같았다.

1. 본 연구에서 환자 205(50.6%)명 중 82.4%가, 보호자는 200(49.4%)명 중 90.0% 가정방문 물리치료가 필요하다고 대답해 보호자가 더 원하는 것으로 나타났다($P < 0.05$). 또한 환자 81.0%, 보호자 89.0%가 가정방문 물리치료 제도가 도입된다면 이용하겠다고 대답해 이용

의사도 보호자가 높았다($P<0.05$).

2. 환자의 질환을 보면 뇌성마비의 94.9%, 상위척수 손상의 95.0%, 하위척수 손상의 83.3%, 뇌혈관 질환의 84.5%, 외상성 뇌손상의 89.6%, 기타 질환의 83.5%가 필요하다고 대답했다.

3. 가정방문 물리치료의 요구내용을 보면 환자의 33.7%, 보호자의 34.4%가 가정방문 전문물리치료센터 설립을 원하였고, 방문횟수는 환자 33.1%, 보호자의 43.3%가 주 3회를 원했으며, 치료시간은 환자 46.7%, 보호자의 45.0%가 30분-60분 미만을 원했으며, 적정 수준은 환자의 48.0%, 보호자의 46.7%가 의료기관 보다 더 집중적인 수준을 원했다.

4. 가정방문 비용수준 및 지불방법을 보면 환자 39.6%, 보호자의 38.3%가 의료보험을 원칙으로 하되 일부는 정부나 지방자치단체에서 담당해주길 원했으며, 의료보험이 적용되지 않는 부분은 환자의 32.0%, 보호자의 29.4%가 물리치료의 본인 부담금+왕복 교통비+가정방문료의 수준을 원했다. 왕복교통비로는 환자의 37.9%가 2,000원 미만을 원했고, 보호자의 35.0%가 2,000원-3,000원 미만을 원했다. 가정방문료로는 환자의 33.7%가 4,000원-5,000원 미만을 원했고, 보호자의 29.4%가 5,000-

10,000원 미만을 원하는 것으로 나타났다($P<0.05$).

5. 가정방문 물리치료사의 근무지로는 환자의 36.1%, 보호자의 36.2%가 종합병원에 근무하는 것을 원했다. 또한 성별에 대한 질문에는 환자의 53.3%, 보호자 52.2%가 관계없다고 대답했고, 연령은 환자의 43.2%, 보호자의 63.4%가 30대를 원하는 것으로 나타났다.

6. 입원환자에게 조기퇴원을 지시했을 경우 퇴원하지 않겠다고 대답한 환자 79명 중 45.6%, 보호자 75명 중 73.3%가 가정방문 물리치료가 제공된다면 퇴원하겠다고 대답해($P<0.01$), 가정방문 물리 치료 제도가 도입이 된다면 병상회전을 및 의료비 절감 효과에 큰 도움이 될 것으로 생각한다.

<참 고 문 헌>

권도용 : 장애인 실태, 장애인 재활복지. 홍익제, 서울, 1995.
권순호, 이방훈, 이강목 : 장애 환자의 기능 평가 10ADLs를 이용하여. 대한재활학회지, 15(2) : 48-55, 1991
김동미 : 가정방문 물리치료의 도입 필요성. 인제대학교 보건대학원, 1996

김범수 : 재가복지론. 홍익제, 1993.
김성실 : 가정간호 요구 및 수행실태에 관한 조사연구. 연세대학교 대학원, 1985
김순화 : 가정재활 치료제도에 대한 인식 및 태도. 연세대학교 보건대학원, 1996
김은주 : 퇴원한 뇌혈관질환자의 후유증과 가정간호 필요성 및 간호수행. 경북대학교 보건대학원, 1991
김유철 : 퇴원후 가정재활교육 실천에 영향을 주는 요인. 대한재활학회지, p17, 1993
대한간호협회 출판 : 가정간호사업에 관한 인식, 태도 및 요구도 조사연구. p34-35, 1990
심정길 : 가정방문 무리치료제도의 도입에 관한 연구. 한양대학교 석사학위 논문, p24-25, 1994
양영애 : 가정방문 물리치료제도에 관한 실증적 연구. 한양대학교 행정대학원, p1223, 1997
이상인 : 장애인 복지정책에 관한 연구. 고려대학교 정책과학대학원 석사학위 논문, 1992
최선미, 김연희, 조은수 : 농촌지역 재가 뇌졸중 환자의 재활실태와 욕구에 관한 조사. 대한재활의 학회지, 15(2) : 67-73, 1991
한국보건사회연구원 : 1990 장애인 실태조사 보고서. p 199-200, 1991
한국보건사회연구원 : 장애인 실태조사. p34-35, 1995
Campbell A, Borrie MJ, Spears GF : Risk factors for falls in a community-based prospective study of people 70 years and older. J Gerontol, 44 : 112-117, 1989
Kottke F, et al. : Krusen's handbook of physical medicine and rehabilitation. WB Saunders Co., Philadelphia, p656-678, 1990
Harrow BS, Tennstedt SI, McKinlay JB : How costly is it to care for disabled elders in a community setting? Gerontologist. 35 : 803-813, 1995
McCarthy E : Comprehensive home care for earlier hospital discharge. Nurs Outlook, 1992
Northridge ME, Nevitt Mc, Kelsey JL, et al : Home hazards and falls in the elderly : the role of health and functional status. Am J Public Health, 85 : 509-514, 1995
Rubenstein Ls, et al : Falls and instability in the elderly. J Am Geriatr Soc, 36 : 266-278, 1988
Tideiksaar R : Falls among the elderly ; a community prevention program. Am J Public Health, 82 : 892-893, 1992
WHO : International classification of impairment, disability and handicaps-Am anual of classification relating to the connection of disease. Geneva. 1980
伊藤日出男 : 香川幸次郎 共著 地域理学療法. 東京 義塾薬出版株式会社