

The Institutionalization Process of the Visiting Rehabilitation System in Japan and the Challenges Faced in the Process

Minyoung Lee

Department of Healthcare and Public Health Research, National Rehabilitation Research Institute, Seoul, Republic of Korea

Purpose: In Japan, the long-term care insurance and health insurance acts have stipulated the visiting rehabilitation system to provide support at the national level. The prior case of Japan would provide guidelines for seeking a suitable policy direction in South Korea. This study aims to examine the historical transition process of the visiting rehabilitation system in Japan, and the issues that emerged in the process of the institutionalization of this system.

Methods: To examine the historical transition process of the system, the regulations announced by the government and their reports were reviewed. The relevant issues were qualitatively analyzed based on the opinions of scholars, therapists, and interested organizations that were reported in published papers on the topic.

Result: The visiting rehabilitation system has been implemented in the following chronological order: The Health and Medical Service Act for the aged (1982-2006), the Health Insurance Act (1988-), and the Long-term Care Insurance Act (2000-). Currently, visiting rehabilitation is provided through hospitals, clinics, visiting nursing stations, etc. The following issues came to the fore in the process of the institutionalization of the system: (1) the complexity of the system, (2) the necessity of changing perceptions into a life model approach, (3) insufficient service provision by therapists, (4) the lack of human resources and an education system, (5) the lack of awareness of care managers and doctors about visiting rehabilitation, and (6) the necessity of quality enhancement through a team approach.

Conclusion: It is deemed worthwhile to refer to the visiting rehabilitation system in Japan and the issues that emerged in the process of institutionalizing the system while seeking a policy direction for a similar system in South Korea.

Keywords: Community care, Long-term care insurance, Health insurance, Visiting rehabilitation

서론

우리나라는 2017년에 노인인구가 14% 이상인 고령사회에 진입하였고, 2025년에는 노인인구 20% 이상인 초고령사회에 진입할 것으로 전망되고 있어, 향후 질병발생률 증가, 입원기간 장기화, 의료비 부담 증가 및 삶의 질 저하 등 제반 사회문제가 더욱 커질 것으로 예상된다. 영국, 일본 등 우리보다 앞서 고령사회를 경험한 선진국들은 이들 문제에 대처하기 위한 노력의 일환으로 커뮤니티케어를 도입하여 돌봄을 필요로 하는 자가 병원에서의 입원기간을 가능한 줄이고, 대신 자신이 살던 곳에 거주하면서 개인의 욕구에 맞는 서비스를 누리며 지역사회와 어울려 살아갈 수 있도록 지역 내 보건의료복지 서비스를 통합적으로 제공하는 정책을 수립하고 있다.² 보건복지부도 2019년부터 몇 개 지역을 선별하여 '지역사회 통합돌봄(커뮤니티케어) 선도 사업'을 시작하였고, 2026년부터는 보편적 커뮤니티케어 시행을 계획

하고 있다.^{3,4} 그러나 적어도 재활의료서비스에 관한 선도사업이 종료된 현 시점까지도 일부 선도사업 지역을 제외하고는 퇴원 후 지역사회에서 수급 받을 수 있는 서비스가 많지 않은 것이 현실이다.

방문재활은 거동이 불편한 자를 대상으로 가택에서 자립생활을 지원하는 훈련을 수행하는 활동으로 정부 방침인 커뮤니티케어의 취지에 매우 적절하게 부합하는 서비스이고, 그간 다수의 국내 연구에서 방문재활에 대한 환자들의 높은 요구도를 보고한 바 있다.^{5,7} 더욱이 최근에는 코로나 팬데믹의 영향으로 병원으로 직접 방문이 어려워진 환경에서 환자와 장애인에게 1:1 재택서비스의 필요성은 더욱 높아지고 있다. 우리나라에서 방문재활은 지역보건법 제11조 1항에서 규정하는 보건소의 기능 및 업무 중 "가정 및 사회복지시설 등을 방문하여 행하는 보건의료 및 건강관리사업"의 일환으로 1990년대부터 지역사회중심재활사업이 추진됨에 따라 보건소 소속 직원 1-2명에 의해 제한된 수의 지역 거주 장애인을 대상으로 제공되어왔다.⁸

Received Mar 21, 2022 Revised Apr 16, 2022

Accepted Apr 25, 2022

Corresponding author Minyoung Lee

E-mail wharen88@gmail.com

Copyright ©2022 The Korean Society of Physical Therapy

This is an Open Access article distribute under the terms of the Creative Commons Attribution Non-commercial License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

이와 더불어 최근 몇몇 지자체에서 지역사회서비스투자사업의 일환으로 민간에 위탁하여 1년을 기한으로 소득 수준이 일정 수준 이하인 노인 및 장애인 등 지역주민을 대상으로 재택 맞춤형 재활서비스 혹은 운동서비스를 지원하고 있다.⁹ 그 외 국가 및 지자체의 지원 없이 개인이 방문재활운동 사업을 직접 운영하는 사례도 점차 늘어나고 있는 추세이다. 그러나, 지역사회서비스투자사업이나 개인에 의한 방문재활서비스는 지자체 혹은 개인의 상황에 따라 운영되는 일시적인 사업의 형태를 띠고 있어 대상자 선정기준, 활동기간 및 활동내용, 제공기관 자격 및 인력 기준 등에 있어 법적 규제력이 약하여 관리되지 않는 시장을 형성하고 있다는 것이라는 비판의 목소리가 있다.¹⁰ 결과적으로 우리나라에서 방문재활은 지역사회 내에서 안정적인 예산 하에 보편적이고 지속적으로 운영되는 제도로 자리잡지 못하고 있는 실정이다.

이와 같은 국내 상황은 2000년 개호보험(介護保険, 한국 '노인장기요양보험') 시행 당시부터 지정방문재활제도(指定訪問リハビリテーション制度)를 규정하여 방문재활을 국가 보편적인 제도로 인정하고 있는 일본의 상황과 비교된다.¹¹ 일본 정부는 2000년대 이전부터 급성기, 회복기, 유지기 재활이 기능적으로 분화될 필요성이 있음을 강조해왔고, 커뮤니티케어를 도입한 2014년부터는 '병상기능보고' 및 '지역의료구상' 등의 제도를 통해 본격적으로 상급종합병원에 높은 의존도를 보이던 모델에서 회복기 병원 및 유지기 시설, 방문재활 등으로의 이전을 통해 조기 사회복귀를 꾀하는 모델로 지역사회 보건 의료체계를 개편하도록 지자체를 독려했다.¹² 일본 방문재활의 시작은 1982년부터 보건소의 보건사가 주도하는 방문지도사업에 치료사가 동행하던 것에서 유래하였고,¹³ 이후 1988년에 건강보험법에서 방문재활에 대해 최초로 의료보험으로 지급하는 진료보수(診療報酬, 한국의 '건강보험 수가')를 인정하였으며,¹⁴ 2000년에는 개호보험법에서 지정방문재활제도를 법적으로 규정하여 방문재활 개호보수(한국의 '장기요양보험 수가')를 인정하였다.¹⁵ 따라서, 2000년 이후부터 일본의 방문재활제도는 의료보험과 개호보험의 2분화된 구조를 유지하면서 약 20년간 수차례에 걸친 개호보수와 의료보수 개정을 통해 현재의 제도로 정착하였다.

이렇듯, 한국과 일본의 방문재활은 1980-90년에 보건소의 보건사업의 일환으로 시작했다는 점에서 그 출발점이 유사하였으나, 이후 30-40년간의 방문재활 제도화 여정에는 큰 차이가 있다. 일본의 경우 치료사에 의한 방문재활을 의료보험 및 개호보험 상의 공식적인 제도로 인정하고 현재까지 지속적으로 발전시키고 있는 것에 반하여, 한국의 경우 여전히 방문재활을 법률상으로 규정하고 있는 것은 보건소의 보건사업뿐이고, 그 이외에는 지자체 및 개인 차원에서 수행하는 활동으로 범국민적인 보편화된 시스템을 갖추지 못하였다. 우리나라의 가파른 고령화 상승곡선과 그에 따른 정부의 커뮤니티케

어 정책 기조로 미루어 볼 때 방문재활은 근시일 안에 제도화 방안이 마련될 필요가 있는 더 이상 미룰 수 없는 국가적 과제로 사료된다. 향후 우리나라 방문재활의 제도화 정책을 마련하는 데 있어서 우리보다 앞서 방문재활을 제도화한 일본의 선형적 사례는 시사하는 바가 클 것으로 사료된다. 이에, 본 연구에서는 일본 내에서 발행된 문헌들을 고찰함으로써 일본 방문재활제도의 역사적 변천과정과 현행 방문재활제도를 확인하고, 방문재활의 제도화 과정에서 도출된 각종 이슈들을 확인하고자 한다. 본 연구가 재활전문직들 및 정책입안자들이 방문재활제도에 필요한 요소들을 확인하고, 제도 수행에 따르는 위험 요인을 미리 예측함으로써 효과적인 방문재활 정책을 제안하고 입안하는데 도움이 될 수 있기를 기대한다.

연구 방법

1. 연구설계

본 연구에서는 (1) 일본 방문재활제도의 역사적 변천과정과, (2) 현행 방문재활제도를 문헌고찰을 통해 살펴보고, (3) 방문재활제도 관련 이슈들을 문헌자료를 이용한 질적 연구방법을 통해 분석하였다. 일본의 방문재활은 크게 의료보험과 개호보험에 의해 보험청구가 가능한 제도로 구분되어 발전해왔다. 이에 일본 방문재활제도의 역사적 변천과정과 현행 방문재활제도를 확인하기 위해서 진료보수 개정 시기(2년 주기) 및 개호보험 개호보수 개정시기(3년 주기)에 후생노동성이 발표한 방문재활제도 관련 정부보고서 및 법규정 등을 문헌고찰하였다. 방문재활제도 수행과정에서 학계 및 임상현장에서 문제점 및 과제 등 많은 이슈가 대두되었으며, 이들 이슈에 대해 후생노동성의 진료보수 및 개호보수 심의기구인 중앙사회보험의료협의회(이하 '중의회')와 사회보장심의회(이하 '사보심')에서 논의를 거쳐 반영하는 과정을 통해 지속적인 법개정이 이루어졌다. 이에, 방문재활제도 관련 이슈를 다룬 일본 국내 발표 논문 등 문헌자료와 중의회 및 사보심 회의에 제출된 이해관계 단체들의 의견서 내용을 질적 분석하였다.

2. 자료수집 및 분석

방문재활제도 개정 관련 정부보고서는 후생노동성 홈페이지에 게시된 진료보수 및 개호보수 개정시기별 중의회 및 사보심 회의자료에서 획득하였다. 방문재활제도 관련 이슈 분석대상 자료는 중의회 및 사보심 회의에 제출된 총 3건의 이해관계 단체들의 의견서들과 일본 자료 제공 Web DB인 CiNii와 J-Stage에서 "방문재활(訪問リハビリテーション)" 또는 "재택재활(在宅リハビリテーション)"을 키워드로 검색한 총 493건의 논문 및 세미나, 포럼 발표자료 중 저자가 전문 내용을 확인하여 방문재활제도의 문제점 및 과제를 내용으로 하는 9건의 자료로 한정하였다. 자료수집 기간은 방문재활제도가 개호보험법에 규

정되어 시행되기 시작한 2000년 4월 이후부터 현재까지로 하였다. 저자는 Web DB로부터 선정된 자료들의 전문을 다운받아 1차적으로 각 자료에서 문제점 및 과제로 지적인 내용을 검토, 분석한 후, 2차적으로 자료들 간에 공통적으로 도출된 주제들을 중심으로 범주화하는 과정을 거쳐 결과를 귀납적으로 재구성하였다. 상기 일본어 자료들은 저자가 수집하여 번역하는 과정을 거쳤다. 일본 독자적인 제도명은 직역하되 해당 단어가 최초 출현 시 괄호 안에 일본명을 기술하고, 동일한 의미를 가진 한글명이 있는 경우 괄호 안에 한글명도 함께 기술하였다.

결 과

1. 방문재활제도의 역사적 변천과정 분석

방문재활제도가 신설된 순서에 따라 노인보건법 및 건강보험법, 개호보험법 순으로 변천과정을 기술하였다.

1) 노인보건법 및 건강보험법상의 방문재활제도의 변천¹³⁻¹⁶

일본에서 방문재활의 역사는 1982년부터 시행된 노인보건사업에서 시작되었다. 이는 노인보건법상에서 규정하는 공공 보건사업으로 시정촌 단위로 보건소의 보건사가 주도하는 방문지도사업에 물리치료사와 작업치료가 동행하여 재활을 수행하는 활동이었다. 병원에서의 방문재활이 시작된 것은 1988년 건강보험법에 '와상노인방문재활지도관리료(寝たきり老人訪問リハビリテーション指導管理料)'가 진료수가로 신설된 때이다. 이후 1992년 진료보수 개정에서 '재택방문재활지도관리료(在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料)'가 추가로 신설되어 노인 이외 연령층도 방문재활을 받을 수 있게 되었다. 병원 이외의 시설에서의 방문재활이 시작된 것은 1992년 노인보건법 개정으로 노인방문간호제도가 창설되어 간호사 및 보건사가 개업권을 가지는 방문간호스테이션(訪問看護ステーション)이 개설됨에 따라 방문간호스테이션 소속 간호사, 물리치료사, 작업치료가 방문간호서비스의 일환으로 노인의 가택을 방문하여 재활서비스를 제공하면서부터이다. 1994년에는 건강보험법 개정으로 방문간호스테이션에서의 방문간호가 노인 이외 난치병 아동 및 장애인 등의 요양자에게 확대 적용되었다.

2) 개호보험법 상의 방문재활제도 변천^{11,16,17}

2000년에는 개호보험법이 시행되어 65세 이상의 노인 및 특정질환을 가진 40세 이상의 성인 중 돌봄이 필요하다고 인정받은 자, 즉 요보호자(要介護者, 한국의 '장기요양등급자')에 대하여 개호보수 예산에 기반한 각종 돌봄 서비스가 개시되기 시작하였다. 지정방문재활제도 및 지정방문간호제도(指定訪問看護制度)도 개호보험법상에

규정되어 지정된 방문재활진료소 및 방문간호스테이션에서 방문재활서비스를 제공할 수 있게 되었다. 2006년에는 노인보건법의 보건사업 폐지로 기존에 시정촌 단위로 존재하던 보건소가 폐지됨에 따라 보건소에서 공공 보건사업의 일환으로 노인에게 제공하던 방문재활서비스는 사라지고, 해당 기능이 개호보험의 방문재활제도로 이관되었다. 동일한 해에 개호보험법 개정에서 지정개호예방방문재활제도(指定介護予防訪問リハビリテーション制度)가 추가로 신설되어 요보호자 이외에 요지원자(要支援者)에게도 방문재활서비스가 제공되게 되었다. 지정방문재활제도와 지정방문간호제도는 2000년에 개호보험법이 시행된 이래 3년 주기의 개정 시기마다 각종 가산점 제도 신설 및 개편을 거듭하며 현재의 제도에 이르고 있다. 주요 개편사항으로 2015년부터 지정방문재활제도 수행에 있어 재활매니지먼트 활동을 강조하면서 재활실시계획을 위한 재활회의 개최와 그 결과에 대한 의사의 이용자 및 가족에의 설명여부 등을 평가하기 시작하였다. 또한, ICF 관점을 도입하여 심신기능 편중의 접근에서 활동 및 참가에 중점을 둔 접근으로 개편되었다. 2018년에는 재활의 질 향상을 위하여 재활회의 실시 후 방문재활계획서 내용을 VISIT (monitoring & eValuation for rehabilitation Services for long-Term care) 시스템을 통해 제출하도록 하여 정부의 재활총괄 DB에 데이터 수집을 개시하였다. 2021년에는 VISIT 시스템을 개호보험 관련 각종 데이터를 총괄적으로 관리하는 Long-term care Information system For Evidence (LIFE) 시스템으로 개편하였다.

2. 현행 방문재활제도 분석^{11,16,17}

방문재활은 의료보험과 개호보험에 의한 보험청구가 가능하고, 개호보험법이 다른 법에 우선함에 따라 의료보험과 개호보험으로 청구할 수 있는 서비스가 중복되는 경우에는 개호보험을 통해 방문재활을 제공받는다. 이 같이 개호보험이 법체계 상 우선하고, 방문재활 서비스를 필요로 하는 사람 중 다수는 고령자이므로 개호보험법 상의 방문재활을 주류로 간주할 수 있다.

개호보험 하에서 방문재활은 크게 지정방문재활제도와 지정방문간호제도에 의한 것으로 구분된다. 지정방문재활제도는 병원 및 진료소(診療所, 한국의 '의원'과 유사), 개호노인보건시설(介護老人保健施設), 개호의료원(介護医療院)이 일정한 기준 하에 국가로부터 방문재활사업소로 지정 받아 방문재활을 수행하는 것이고, 지정방문간호제도는 간호사 및 보건사를 필수 인력으로 하는 법인이 국가로부터 방문간호사업소, 즉 방문간호스테이션으로 지정 받아 방문간호를 수행하는 것인데, 간호업무 중 하나로 재활서비스가 존재한다. 의료보험 하에서 방문재활 급여 제공이 가능한 기관으로는 병원 및 진료소, 방문간호스테이션이 있다. 따라서 방문재활을 실시하는 병원, 진료소, 방문간호스테이션의 경우 이용자가 개호보험 대상인지

여부에 따라 개호보험 또는 의료보험 청구대상으로 구분하여 각 제도의 절차에 따라 방문재활 급여를 제공한다. 이와 같은 일본의 법체계에 따라 다음에서는 가장 최근 법개정에 근거하여 개호보험 및 의료보험에 의한 방문재활제도로 구분하여 살펴보고자 한다.

1) 개호보험에 의한 방문재활제도^{11,16,17}

개호보험에 의한 방문재활에는 방문재활사업소에 의한 방문재활과 방문간호스테이션에 의한 방문재활이 있다. Table 1에서는 두 가지 유형의 사업소에 따른 방문재활을 비교하였다.

(1) 방문재활사업소를 통한 방문재활^{11,16,17}

개호보험법상 방문재활의 정의는 “거택요보호자 및 거택요지원자에 대해서 그 자의 거택에서 심신과 기능의 유지회복을 위하여 일상생활의 자립을 돕기 위하여 수행되는 물리치료, 작업치료 등 필요한 재활”이다.¹¹ 거택요보호 및 거택요지원 인정자는 “65세 이상 노인 또는 40세 이상이면서 후생노동성에 정하는 특정 질병인 자 등으로 거택 개호 혹은 거택지원이 필요하다고 인정된 자”이다.¹¹ 또한 고시에서 방문재활을 부연 설명한 바에 따르면 “통원이 곤란한 자에 대해서 지정 방문재활사업소의 물리치료사, 작업치료사 또는 언어치료사가 계획적으로 의학관리를 수행하는 의사의 지시에 근거하여 방문재활을 수행”하는 것이다.¹¹

방문재활사업소 개설은 지정방문재활에 필요한 시설 및 비품 등을 구비하고 있는 병원, 진료소, 개호노인보건시설, 개호의료원 등의

사가 상근하는 시설에서 가능하고, 인력 기준은 상임 의사 1명 이상과 물리치료사·작업치료사·언어치료사 적당수이다.^{11,17} 방문재활은 케어매니저가 방문재활이 필요하다고 판단하여 의사에 의뢰하거나, 의사가 직접 방문재활수행을 지시함으로써 개시된다.^{11,17} 구체적으로는 방문재활사업소의 의사(이하 ‘지시의’)가 3개월에 한 번 진찰을 수행하고 그 결과에 기반하여 방문재활지시서(이하 ‘지시서’)를 발행함으로써 방문재활이 개시된다. 지시의 외에 이용자가 정기적으로 진료를 의뢰하는 주치의가 별도로 존재하는 경우에는 주치의가 3개월에 한 번 진찰을 수행하고, 그 결과를 반영한 진찰정보제공서를 지시 의에게 제공하면 지시의가 지시서를 발행함으로써 방문재활이 개시된다.

방문재활의 내용으로는 전신상태의 파악(체열, 혈압측정 등), 생활상황의 파악, 개호방법 등의 가족지도, 복약지도, 배변·배뇨상황의 파악, 복지용구의 선택과 주택환경의 정비, 자가연습지도, 외출연습 등이 있다.¹¹ 개호보수 수가로는 요보호 인정자에 대해 산정하는 ‘방문재활비’와 요지원 인정자에 대해 산정하는 ‘개호예방방문재활비’가 존재하고, 이들 수가는 재활서비스 20분을 1단위로, 최대 주 6단위까지 산정 가능하다.¹¹ 1회 방문재활 소요시간은 일반적으로 40-60분간 정도이다. 가산 제도로는 ① 재활매니지먼트 가산(リハビリテーションマネジメント加算), ② 단기집중재활실시가산(短期集中リハビリテーション実施加算), ③ 서비스제공체제가산(サービス提供体制強化加算), ④ 중산간지역등에서서비스제공가산(中山間地域等における小規模事業所加算), ⑤ 이동지원가산(移動支援加算), ⑥ 사업소평가가

Table 1. Comparison of visiting rehabilitation by visiting rehabilitation office and visiting nursing office under long-term care insurance of Japan

	Visiting rehabilitation service by visiting rehabilitation office	Visiting rehabilitation service by visiting nursing office
Main purpose of the service	<ul style="list-style-type: none"> • Early and short-term intensive rehabilitation after discharge, and prevention of nursing care, and encouragement of activities and participation 	<ul style="list-style-type: none"> • Continuous management of patients with severe and incurable diseases
Organizer of the office	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital, clinic, healthcare facilities for the elderly, and medical care facilities, which are equipped with facilities and supplies necessary for visiting rehabilitation 	<ul style="list-style-type: none"> • A corporation which is equipped with facilities and supplies necessary for visiting nursing
Manpower	<ul style="list-style-type: none"> • 1 or more doctors, • Appropriate number of physical therapists, occupational therapists, and speech therapist 	<ul style="list-style-type: none"> • Manager (nurse or public health nurse) • 2.5 or more full-time equivalent health nurses, nurses, or nursing associates • Appropriate number of physical therapists, occupational therapists, and speech therapist
Visiting rehabilitation instructor	<ul style="list-style-type: none"> • Doctor in visiting rehabilitation office 	<ul style="list-style-type: none"> • Family doctor outside the office
Instruction period	<ul style="list-style-type: none"> • 1-3 months 	<ul style="list-style-type: none"> • 1-6 months
Service fees for visiting rehabilitation	<ul style="list-style-type: none"> • For person requiring long-term care: 292 units/time/20 minutes • For requiring support: 292 units /time/20minutes 	<ul style="list-style-type: none"> • For person requiring long-term care: 297units/time/20 minutes • For person requiring support: 287 units/ time /20 minutes
Main additional points in service fees	<ul style="list-style-type: none"> • For conducting rehabilitation management • For conducting short-term intensive rehabilitation • For strengthening service provision system • For providing service in the hilly and mountainous area • For providing transition support (social participation support) • For conducting office evaluation 	<ul style="list-style-type: none"> • For initializing visiting rehabilitation • For conducting joint guidance of visiting nursing at discharge • For visiting several experts together *Besides, there are various other additional points for visiting nursing

산(事業所評價加算) 등이 있다(Table 2).^{11,17}

방문재활사업소를 청구하는 사업소 수는 2001년 1,981개에서 2019년에는 4,614개로 18년간 약 2.3배로 증가하였고, 방문재활서비스 수급자 수는 2001년 17.8천명에서 2019년에 115.7천명으로 약 6.5배로 증가하였다.¹⁸

(2) 방문간호스테이션을 통한 방문재활^{11,16,17}

개호보험법상 방문간호의 정의는 “질병 또는 부상에 의해서 거택에서 계속해서 요양을 받아야 하는 상태에 있는 자에게 거택에서 간호사 등에 의한 요양 및 필요한 진료보조를 수행”하는 것이다.¹¹ 방문간호는 병원, 진료소, 또는 방문간호스테이션에서 가능하나, 병원 및 진료소를 통한 방문간호에는 치료사들에 의한 방문재활이 포함되지 않으므로 치료사들은 방문간호스테이션의 방문간호를 통해서만 방문재활 서비스를 제공할 수 있다.¹¹

방문간호스테이션 개설은 지정방문간호에 필요한 시설 및 비품 등을 구비하고 있는 법인에서 가능하고, 인력기준은 관리자로서 상근 보건사 또는 간호사 1명, 보건사, 간호사 또는 유간호사 상근 환산 2.5명 이상, 물리치료사·작업치료사·언어치료사 적당수이다.^{11,17} 방문간호는 케어매니저가 방문간호가 필요하다고 판단하여 의사에 의뢰하거나, 의사가 직접 방문간호 수행을 지시함으로써 개시된다. 방문간호스테이션의 경우에는 법인 내에 의사가 없으므로 외부 주치의가 6개월에 한 번 수행하는 진찰결과를 기반으로 방문간호지시서를 받

행함으로써 방문간호가 개시된다.^{11,17}

방문간호스테이션을 통해 제공되는 방문재활은 제도적으로 간호업무의 보조 역할로써 치료사의 동반없이 간호사가 단독으로 재활 서비스를 제공할 수 있다. 개호보수 중 ‘방문간호비’ 수가로 산정되고, 간호서비스 20분을 1단위로 하며, 최대 주 6단위(120분)까지 산정 가능하다.^{11,17} 주요 가산 제도로는 ① 퇴원시공동지도가산(退院時共同指導加算), ② 초기가산(初期加算) 등이 있다(Table 2).^{11,17}

방문간호스테이션을 통한 월별 방문재활 수가 산정 횟수는 2012년에 952.4천 건으로 같은 해 방문재활사업소를 통한 방문재활 수가 산정 횟수인 744.3천 건을 처음으로 넘었고 그 이후로는 계속해서 방문간호스테이션에 의한 방문재활 수가 산정 횟수가 더 많은 추세이다.¹⁸

2) 의료보험에 의한 방문재활제도¹⁴⁻¹⁶

의료보험에 의한 방문재활에는 병원 및 진료소를 통한 방문재활과 방문간호스테이션에 의한 방문재활이 있다.

(1) 병원 및 진료소를 통한 방문재활¹⁴⁻¹⁶

건강보험법 상의 병원 및 진료소를 통한 방문재활의 대상자는 개호보험 대상 외의 자, 즉 0-40세 미만, 40-65세 미만으로 특정 질병 이외의 자로 통원이 곤란하여 진료를 매월 1회 받고 있는 자이다. 진료보수 중 ‘재택환자방문재활지도관리료’ 수가로 산정되고, 개호보험과 동일하게 재활서비스 20분을 1단위로 하며, 최대 주 6단위까지 산정

Table 2. Detailed explanation about the additional points related to visiting rehabilitation

	Title of additional point (Additional points)	Detailed explanation
For visiting rehabilitation service by visiting rehabilitation office	Additional points for conducting rehabilitation management (180-483 units/month)	• Added when a rehabilitation meeting is held, and a rehabilitation plan is drawn up, and the therapists or doctor explains it. More added when the rehabilitation plan is submitted in long-term care database through LIFE system once every 3 months
	Additional points for conducting short-term intensive rehabilitation (200 units/day)	• Added when rehabilitation is performed for at least 2 days a week and 20 minutes or more a day within 3 months from the date of discharge
	Additional points for strengthening service provision system (6 units/time)	• Added when there is therapist who has served at the office for 7 years or more among the therapists who are affiliated with the office and provide visiting rehabilitation
	Additional points for providing service in the hilly and mountainous area (+5%-15%)	• Added when an office located in the hilly and mountainous area designated by the government provides visiting rehabilitation.
	Additional points for providing transition support* (17 units/day)	• Added when users who have finished receiving the visiting rehabilitation service have satisfied the conditions for social participation
	Additional points for conducting office evaluation† (120 units/month)	• Added when the number of actual users is 10 or more during the evaluation period
Visiting rehabilitation Service by visiting nursing office	For initializing visiting rehabilitation (300 units/month)	• Added when a new visiting nursing plan is prepared and visiting nursing is provided to users who have not provided visiting nursing care for 2 months (including new users)
	For providing joint instruction at discharge (600 units/time)	• Added when nurses in the visiting nursing office provide instruction on medical treatment at home in collaboration with the family doctor of hospitals or clinic and other employees
	For visiting several experts together (201-254 units/time)	• Added when several people such as nurses and therapists visit together

LIFE: Long-term care Information system For Evidence.

*Added only for person requiring long-term care, †Added only for person requiring support.

가능하나, 퇴원일로부터 3개월 이내에는 주 12단위까지 산정 가능하다. 보건의료기관의 진료결과에 기반하여 급성악화 등에 따라 일시적으로 빈번한 지도관리가 필요하다고 판단한 경우에는 6개월 중 1회에 한해 14일간 1일 4단위(80시간)까지 산정 가능하다. 진료보수 규정에 의하면 '재택환자방문재활지도관리료'로 산정되는 방문재활은 환자의 운동기능 및 일상생활동작능력의 유지 및 향상을 목적으로 하는 "체위변환, 기좌훈련 및 이상훈련, 기립훈련, 식사훈련, 배설훈련, 생활적응훈련, 기본적인 대인관계훈련, 언어기능 또는 청각기능 등에 관한 지도"를 서비스 내용으로 한다.

(2) 방문간호스테이션을 통한 방문재활¹⁴⁻¹⁶

건강보험법 상 방문간호스테이션을 통한 방문재활은 제도적으로 간호업무의 보조 역할을 수행하는 위치이고, 개호보험 대상 외의 자, 병환이 급작스럽게 악화된 자, 기타 후생노동성에서 정한 질환자에게 인정된다. 이들 대상자는 의료 의존도가 높은 환자들로 비교적 장기적으로 서비스를 제공해야 하는 경우가 많아 치료사와 방문간호사 및 의사와의 연계가 중요하다. 주 3일을 한도로 하나 후생노동성이 정한 질환자 등의 경우 주 4회 이상 방문간호가 가능한 경우가 있다. 서비스 이용시간은 1회 30분에서 1시간 30분이 표준으로 되어 있다.

3. 방문재활 관련 이슈 분석

방문재활제도 시행 초반에는 '제도의 복잡함', '생활모델로의 인식전환의 필요성', '치료사에 의한 서비스 제공 미흡' 등의 이슈가 주요하게 제기되었다. 중반부터는 '인재 부족 및 교육제도 마련의 필요성'에 대한 의견이 본격적으로 제기되기 시작하였다. 한편, '케어매니저와 의사의 방문재활에 대한 인식 부족'과 '팀 어프로치를 통한 품질개선의 필요성'은 제도 시행 초반부터 현재까지 지속적인 과제로 대두되고 있다.

1) 제도의 복잡함

방문재활은 병원 및 진료소 등 방문재활사업소 소속 치료사가 방문재활서비스를 제공하는 형태와, 방문간호스테이션 소속 간호사 및 치료사가 방문간호의 일환으로 재활서비스를 제공하는 형태로 구분되는데, 이와 같이 2분화된 법체계는 서비스 이용자와 제공자, 그리고 이들을 연결시키는 케어매니저 모두에게 복잡하다고 인식되고 있었다.^{19,20} 특히, 케어매니저는 개호서비스들 중 방문재활이 유독 복잡하여 가장 접근이 어려운 서비스라고 인식하고 있었다.^{19,20} 일본재활병원 및 시설협회는 사보심에 제출한 의견서에서 방문재활서비스를 제공하는 구조를 통일시켜 알기 쉽게 할 필요가 있다는 의견을 제시하였다.²¹ 재활전문직단체협의회는 사보심에 제출한 의견서에서 방문재활사업소를 통해 방문재활서비스를 개시하는 경우 사업소의 의사(지시)가 직접 진찰 후 지시서를 발행하는 경우와 외부 주치의의

통해 진찰정보를 제공받아 사업소의 의사가 지시서를 발행하는 경우로 구분되는데, 후자의 경우에는 이용자가 주치의와 사업소 의사에게 이중으로 진료를 받아야 하는 상황이 되어 금전적·시간적 부담이 되어 결과적으로 이용자들이 방문재활서비스를 선택하는데 저해 요인으로 작용한다고 지적하였다.²²

2) 생활모델로의 인식전환의 필요성

다수의 논문에서 방문재활을 수행하는 데 있어 치료사는 기존에 병원에서 치료하던 습관대로 "치료모델" 접근에서 벗어나지 못하고 이용자를 치료의 대상으로만 보는 경향이 있는 점을 문제점으로 지적하였다.^{19,23} 즉, 유지기에 방문재활을 수행함에 있어서는 기능장애를 어떻게 관리하고 치료할지에 연연하기보다는 가족을 포함한 대상자를 "생활자"로 간주하고 이들의 심리 및 환경 요인이 얽혀서 발생하는 생활장애를 관리하는 "생활모델" 접근이 필요하다는 것이다.^{19,23} 저자들은 방문재활서비스가 가족의 돌봄 부담을 경감시키면서 이용자가 보다 활동성 높은 생활습관을 가지도록 독려하고, 인간적인 삶의 질을 향상시키는 것을 목표로 삼아야 한다고 제안하였다.^{19,23} 한편, 방문치료사들은 재활서비스를 받은 대상자들 스스로도 본인이 생활자라기 보다는 환자라는 수동적인 인식을 가지고 있는 경우가 많다고 하였다.^{24,25} 한 치료사는 인터뷰에서 "이용자가 방문재활을 자립의 수단으로 받아들이지 못하고, 단지 상지기능 회복훈련이나 보행훈련을 하기를 희망하는 등 자립생활이나 사회참여를 위해서 무엇이 필요한지 등의 생각이 결여되어 있다"라고 하였다.²⁵ 개호보험법의 방문재활제도는 재활목표를 수립함에 있어서는 반드시 이용자와 가족의 양해가 필요한 것으로 규정하고 있어, 이용자와 가족이 방문재활의 본연의 목적에 대해서 충분히 납득하지 못하는 경우 어떻게 대응해야 할지가 향후 문제점으로 지적되고 있었다.²⁵

3) 치료사에 의한 서비스 제공 미흡

치료사가 직접 재활서비스를 제공하는 비율이 낮은 것이 문제점으로 지적되었다.^{19,20,23,26} 개호보험법 시행 직전인 1999년 발표한 정부보고서에 따르면 방문간호스테이션의 업무 비율에서 재활서비스는 5위를 차지하고, 전체 이용자의 59%에게 제공되고 있어 방문간호에 있어서 재활서비스가 일상적인 업무로 자리 잡아가고 있음을 알 수 있다.^{19,20,23} 그러나, 이 중 치료사가 재활서비스를 제공한 경우는 7.4%에 그치고 있어 실제로 재활서비스를 제공하는 것은 대부분은 간호직인 것으로 나타났다.^{19,20,23} 동일한 보고서에서 방문간호스테이션의 상근자 상황을 보면 간호직 27명에 대하여 치료사는 1명뿐이고, 연간 방문횟수를 살펴보면 간호직 25회에 대하여 치료사는 1회의 비율에 그치고 있다.^{19,20,23} 이러한 결과에 대한 제도적 원인으로 방문간호스테이션의 인력기준에서 보건사 및 간호직 등은 상근 환산 2.5명 이상이 필수인 것

에 반하여 치료사는 “실정에 따라 적정 수” 라고만 규정하고 있어 보건사 또는 간호직의 대리료 방문하는 위치에 그치고 있다는 사실을 들 수 있다.²⁶ 또다른 원인으로 실제 방문재활 업무에 종사하는 치료사 비율이 현저히 낮아 충분한 치료사 인력공급이 되고 있지 않은 점도 문제점으로 지적되었다.²⁶ 정부에서 2004년에 재활전문직 등의 기관별 소속 비율에 관해 보고한 바에 따르면, 물리치료사의 경우 병원 및 진료소 소속이 76%, 나머지는 개호노인보건의료, 특별요양원, 아동복지, 행정, 교육 등의 시설 소속이고, 방문간호스테이션 소속은 1%에 그쳤다. 작업치료사의 경우 병원 및 진료소 소속이 58%이고, 나머지는 개호노인보건의료 및 특별요양원 등 시설 소속이고, 방문간호스테이션은 1%에 그쳤다.²⁶ 보다 근본적으로 치료사에게 개업권을 허가하여 방문간호스테이션과 유사한 체제로 “방문재활스테이션(가칭)”을 운영할 수 있도록 법개정이 필요하다는 의견도 있었다.²⁶

4) 인재 부족 및 교육제도 마련의 필요성

제도가 창설되고 5년 이상 지난 시점부터 학계 및 임상현장에서 방문재활 인재의 양적 부족 및 질적 미흡 문제가 본격적으로 제시되기 시작하였다.²⁵⁻²⁸ 구체적으로는 생활모델형으로 가치관이 전환되어 이용자를 총괄적으로 평가할 수 있는 인재가 부족하다고 인식하고 있었다.²⁵⁻²⁸ 2003년 고령자재활연구회에서 논의된 바를 인용하자면 물리치료사의 76%가 의료기관에서 근무하고, 방문간호스테이션에서 활동하는 경우는 겨우 1%인 상태로 인재의 양적 부족도 문제이지만, 방문재활을 수행하는 치료사의 눈이 지역사회로 방향을 향하고 있지 않은 점도 문제라고 지적하면서, 향후 방문재활을 수행할 인력 확보를 위한 노력뿐 아니라 방문재활의 질적 향상을 위한 교육제도 마련도 필요하다고 하였다.²⁶ 한편, 물리치료사의 방문재활스테이션 개업권 허가를 주장하는 학자들은 개업 허가를 위해서는 방문재활 업무에 관여하는 물리치료사의 질적 향상이 필요하다고 언급하였다.²⁷ 이들은 일본 정부가 퇴원까지의 기간을 점차 단축시키는 정책을 펼치고 있어 유지기에 급성기 직후의 환자가 유입됨에 따라 높은 훈련 효과를 낼 수 있는 다양하고 풍부한 의료적 지식과 경험을 갖춘 물리치료사를 양성할 필요가 있다고 하였다.²⁷ 또한 물리치료사가 단독으로 방문재활스테이션을 통해 방문재활을 수행하게 되는 경우 간호사가 수행하는 것과 같은 상태관찰, 소위 physical assessment 지식을 갖추는 것은 예상치 못한 사태가 발생하였을 때 유효할 것이라고 하였다.²⁷

5) 케어매니저와 의사의 방문재활에 대한 인식 부족

현행 개호보험법 상에서 개호서비스를 수급하기 위해서는 케어매니저에 의한 케어플랜 수립이 필요하고, 케어플랜 수립 시 방문재활을 포함시키기 위해서는 케어매니저가 의사에게 방문재활서비스를 의뢰하거나, 의사가 직접 지시서를 발급하도록 되어 있다. 즉, 케어매니

저와 의사를 통해야만 방문재활서비스를 개시할 수 있는 것이다. 학계 및 임상가들도 방문재활 개시에 있어 케어매니저와 의사의 역할을 매우 중요하게 인식하고 있었다.^{24-26,28} 그러나, 현실은 이들의 방문재활에 대한 이해도나 필요성에 대한 인식이 높지 못한 경우가 많아 문제점으로 지적되고 있다.^{24-26,28} 한 저자는 케어매니저가 개호나 통소개호 등 복지계 서비스에 대해서는 잘 이해하고 있는데 반해, 의료계계서비스인 재택재활에 대해서는 충분히 이해하고 있지 못하는 등 재활영역에 정통한 재택지원자가 없는 것이 문제라고 하였고, 이와 같은 이유로 재활 관련 기관 이외에서 케어플랜 수립 시 방문재활을 포함시키는 경우가 많지 않은 것이 현실이라고 하였다.²⁴ 또다른 저자는 방문재활을 개시하기 위해서는 사업소 의사의 직접적인 지시 혹은 주치의의 진찰정보제공서에 의한 사업소 의사의 지시가 불가결한데 이들 의사들의 재활에의 관심이 충분하지 않아 재활이 필요한지에 대한 판단과 일상생활활동의 자립과 삶의 질 향상에 관심이 미흡한 경우가 많다고 하였다.²⁸

6) 팀 어프로치를 통한 품질개선의 필요성

효과적이고 질 높은 방문재활 서비스를 위해서는 직종간 연계 및 팀 어프로치가 필요하고, 서비스 표준화와 정보교환 시스템 구축이 필요하다라는 의견이 제기되었다.²⁹ 한 저자는 방문재활 수행에 있어 물리치료사·작업치료사·언어치료사 간에 연계가 잘 이루어지지 않는 것이 현실이고, 그 때문에 효과적인 재활을 제공하고 있지 못하다고 지적하였다. 따라서, 케어매니저를 중심으로 팀 어프로치가 필요하고 정기적인 컨퍼런스를 통해 정보를 공유하는 것이 중요한 과제라고 하였다. 또한, 방문재활은 혼자서 수행하는 것이다 보니 재활방법에 대한 표준화가 되어 있지 않아 어떤 종류의 재활이 어떤 방식으로 수행되어야 하는지에 대한 정보교환이 어려운 환경으로 이를 위해 정보교환 시스템 구축이 중요한 과제이라고 하였다. 한편, 일본재활학회에서 2017년에 사보심에 제출한 의견서에서 질 담보에 대한 대책 중 하나로 재활매니저먼트 활동에 충실을 기할 필요성이 있음을 언급하였다. 특히, 재활회의 결과를 의사가 이용자에게 직접 설명하는 경우는 14.1%에 그치고 있는 실정이나, 의사의 지시가 있는 경우는 그렇지 않은 경우에 비하여 이용자의 ADL에 유의한 개선이 보인다는 연구결과를 제시하면서 재활회의에 의사가 개입하는 경우 재활매니저먼트 가산점을 더욱 상향 조정할 것을 제안하였다.³⁰

고 찰

본 연구에서는 우리보다 앞서 고령사회를 경험한 일본의 방문재활제도의 역사적 변천과정과 현행 방문재활제도를 고찰하고, 제도화 과정에서 도출된 각종 이슈들을 확인함으로써 우리나라에서 방문재

할 관련 법제도 설계 시 참고가 되고자 하였다. 일본의 초기 방문재활의 제공 주체는 노인보건사업을 수행하던 보건소, 즉 공공기관이었으나, 이후 건강보험법 및 개호보험법에 방문재활 수가가 신설됨에 따라 병원 및 보건소, 방문간호스테이션 등 민간으로 서비스 제공 주체가 변경되었다. 그 결과 방문재활의 양적 성장을 이루었으나 질적 개선이 국가적 과제로 남게 되었고, 건강보험법 및 개호보험법의 가산 및 감산제도를 통해 질 담보를 위해 노력하였다. 2000년 개호보험법 시행으로 건강보험법 및 개호보험법의 2분화된 구조로 방문재활이 수행되기 시작한 이래 현재까지 약 20여년간 다양한 문제점과 과제들이 대두되어 우리에게 정책적 시사점을 주고 있다.

최초 일본의 방문재활제도는 1982년 보건소에서 노인보건사업의 일환으로 수행된 방문지도사업에서 비롯되었는데,^{13,16} 이는 보건소라는 공공기관이 방문재활서비스를 지역주민에서 직접 제공하였다는 점에서, 1990년대부터 보건소의 지역사회중심재활사업의 일환으로 방문재활을 제공하기 시작한 우리나라의 유래와 유사하다.⁸ 이후 일본은 건강보험법 및 개호보험법에서 방문재활제도 및 그 수가를 규정함에 따라 병원 및 진료소, 방문간호스테이션에서도 방문재활을 제공하기 시작하였고, 2006년 의료제도개혁법에서 노인보건법에 따른 보건소의 보건사업을 폐지함에 따라 방문재활서비스의 제공 주체는 공공에서 민간으로 완전히 이관되고, 지자체는 관리감독의 주체로 역할이 변경되었다.²⁶ 그에 비하여 우리나라의 법제도 하에서 공식적으로 인정하는 방문재활서비스의 제공 주체는 현재까지도 여전히 보건소, 즉 공공이다. 이와 같이 일본과 한국의 차이점은 행보의 결과 일본에서는 민간에게 이관된 방문재활서비스가 양적 성장을 이루었으나 질적 담보가 국가적 과제로 남은 것에 비해, 우리나라에서는 방문재활서비스가 보건소에 소속된 소수 인력에 의존하여 제공되고 있어 서비스 양 자체가 미흡하여 접근성이 낮은 서비스가 되었다.

일본은 건강보험법과 개호보험법의 주기적인 개정을 통해 방문재활서비스의 양적 성장과 질적 개선을 위하여 노력해왔다. 그 과정에서 방문재활 수가가도 점차 높아져서 합리적인 예산 편성을 통해 방문재활사업소 및 방문간호스테이션 수도 지속적으로 증가하였고, 각종 가산 및 감산제도가 신설되었다. 우리나라는 방문재활에 대한 이용자 측의 높은 수요와 제공자 측인 치료사들의 방문재활에 대한 높은 필요성 인식이 지속적으로 보고되어 왔음에도 불구하고 아직 방문재활 자체를 법에서 명확하게 규정하고 있지 않고, 지역보건법 제11조(보건소의 기능 및 업무) 제1항 제5호의 “가정 및 사회복지시설 등을 방문하여 행하는 보건의로 및 건강관리사업” 규정에 근거하여 보건소에서 지역중심재활사업의 일환으로 방문재활서비스를 제공하고 있다.²⁶ 한편 최근에는 지자체에서 지역사회서비스투자사업의 일환으로 제공하는 재택 성인 및 장애인 위한 맞춤형 재활서비스 혹은 운동서비스 등이 조금씩 늘어나고 있다. 지역사회서비스투자사업은 지

자체가 지역 여건에 맞는 서비스를 기획, 개발하고 선정된 대상자에게 바우처를 지원하는 사업으로 서비스 제공은 민간에 위탁하고, 서비스 제공 대상은 일정 소득 수준 이하인 지역주민으로 제한한다.⁹ 그러나, 지역사회서비스투자사업은 서비스 제공대상의 선정이나 서비스 제공기관의 등록 및 인력의 자격기준 등 서비스 질 담보를 위한 원칙이나 기준이 없어 사업관리에 한계를 나타내고 있다는 비판이 있고,¹⁰ 지역 여건에 따른 사업인 만큼 지역 간 편차도 심하다. 최근 더욱 우려되는 상황은 정부 혹은 지자체가 아닌 개인이 방문재활운동을 제공하는 경우가 늘고 있어 관리되지 않는 시장을 형성하고 있다는 것이다. 한국의 방문재활과 관련한 이 같은 상황들은 방문재활 법제도 및 합리적인 수가 마련이 시급함을 역설하고 있다.

일본의 방문재활제도에서 주목할 만한 점은 병원 및 진료소뿐 아니라 간호사 및 보건사가 사업소를 개설할 권한이 있는 방문간호스테이션에서도 방문재활을 제공하고 있다는 것이다.^{11,14} 방문간호스테이션 내에는 의사가 존재하지 않고, 시설 외부에 존재하는 이용자의 주치의가 방문간호지시서를 발행하면 이를 통하여 방문간호스테이션에서 방문재활을 제공하는 시스템이다. 본 제도는 이용자 입장에서 접근성이 좋은 방문간호스테이션에서의 방문재활 수급을 선호하게 되는 결과를 낳았고, 이는 2012년부터 방문간호스테이션을 통한 방문재활 수가 산정 횟수가 병원 및 진료소 등 방문재활사업소를 통한 수가 산정 횟수를 앞질렀다는 정부의 보고서에서도 입증된다.¹⁸ 이 같은 일본의 방문간호스테이션을 통한 방문재활제도는 방문재활이 병의원을 통해서만 제공되어야 한다는 통념을 깨고 오히려 이용자 측의 서비스 이용에 대한 접근성을 높인 사례로 향후 한국에서 정책 설계 시 참고가 될 수 있을 것으로 사료된다.

방문재활 제도화 과정에서 대두된 이슈들 중 치료사들이 방문재활 서비스의 질 향상 차원에서 특히 주목해야 할 과제로 ‘생활모델로의 인식전환의 필요성’과 ‘인재 부족 및 교육제도 마련의 필요성’, ‘팀 어프로치를 통한 방문재활 품질개선의 필요성’ 등이 있다. 선행연구에서도 보고하였듯이 치료사는 병원에서 업무를 시작하는 경우가 많아 “치료모델” 접근에 익숙하여 유지기에 필요한 “생활모델” 관점이 결여되기 쉽다. 생활모델이란 이용자를 환자가 아닌 생활자로 인식하고, 이용자 및 가족의 신체기능뿐 아니라 심리 및 환경적 장애요인을 포괄적으로 파악하여 해소함으로써 자립적인 생활과 삶의 질 향상을 지원하는 모델이다.^{19,23} 생활모델 관점이 결여된 치료사들은 방문재활의 본연의 취지를 이해하지 못하고 유지기에 적합한 서비스를 제공하지 못할 수 있으며, 결과적으로 스스로 치료사로서의 존재감을 인식하지 못하여 방문재활에 흥미를 잃을 수 있다. 따라서, 몇몇 학자들은 생활모델 접근에 기반한 방문재활에 방향을 맞춘 교육이 대학 졸업 전후에 이루어져야 한다고 하였고, 이와 같은 문제의식 속에 일본방문재활협회는 2013년부터 ‘인정방문치료사제도’를 개시하

여 운영하고 있다.³⁰ 또한, 생활모델 접근을 위해서 다학제적 접근이 필수적이다. 한 연구자는 물리·작업·언어치료사 간의 협업 및 서비스 표준화가 필요하다고 하였으며,²⁹ 일본재활협회는 재활회의 등 재활 매니지먼트 활동에 의사의 적극적인 참여가 이용자의 ADL 개선 등 질 개선으로 이어진다는 연구결과를 근거로 의사의 참여를 독려하기 위해 가산점을 상향조정해야 한다는 의견을 제시하였다.³⁰ 일본에서 대두된 이와 같은 이슈들을 고려하여 우리나라에서 대학 졸업 전 후 학습과정에서 치료사로서의 전문적 지식뿐 아니라 생활모델 접근 및 타 분야에 대한 기초지식과 다학제적 소통방법 등을 교육하여 방문재활 전문 인재를 육성할 필요가 있을 것으로 사료된다.

본 연구는 한국과 유사한 보건의료시스템을 가진 일본의 방문재활제도 변천과정과 현 제도를 분석함으로써 우리와 다른 정책적 행보가 나온 결과물을 확인하고 국내 방문재활 제도의 정책적 보완점을 재검토할 수 있는 계기를 마련하고자 하였다. 또한, 일본 현지에서 발표된 문헌들에 근거하여 일본 학자 및 임상가, 이해관계 단체 등이 제기한 이슈들을 분석함으로써 연구결과에 현장감과 신뢰성을 높일 수 있었다.

ORCID

Minyoung Lee <https://orcid.org/0000-0003-4500-4518>

REFERENCES

1. Statistics Korea. 2021 senior citizen statistics [Internet]. South Korea: 2021 Sep 29 [cited 2022 Feb 28]. Available from: https://www.kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/1/index.board?bmode=read&aSeq=403253.
2. Kim SY. Conceptualizing and strategies for Korean community care by comparison with overseas cases. Seoul, The Seoul Institute, 2018:1-170.
3. Ministry of Health and Welfare. "Providing social services centered on home and local communities" Full-scale promotion of community care [Internet]. South Korea: 2018 Mar 13 [cited 2022 Feb 28]. Available from: https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=344177.
4. Ministry of Health and Welfare. 「Community integrated care」, the first step in 8 local governments [Internet]. South Korea: 2019 Apr 4 [cited 2022 Feb 28]. Available from: http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=3&CONT_SEQ=348925&SEARCHKEY=TITLE&SEARCHVALUE=%ED%86%B5%ED%95%A9%EB%8F%8C%EB%B4%84.
5. Yi CH, Weon JH, Ok JY. House visits by physical therapist and patient needs. *Phys Ther Kor*. 2000;7(1):64-78.
6. Kwon HJ, Kim YK, Moon TS et al. Research to the recognition and the need of development for proper insurance costs for home physical therapy, visiting physical therapy and school of physical therapy. *KPTS*. 2013;20(1):27-35.
7. Jung DI, Kim CK, Ko DS. The survey of awareness and necessity on introduce home physical therapy in the long-term care insurance. *Jour of KoCon a*. 2014;14(6):298-306.
8. National Rehabilitation Center. Guideline for the community-based integrated health promotion program [Internet]. Japan: 2021 Mar 4 [cited 2022 Feb 28]. Available from: http://www.nrc.go.kr/chmcpd/board/boardView.do?no=17825&fno=59&menu_cd=04_02&board_id=NRC_NOTICE_BOARD&bn=newsView&search_item=1&search_content=&pageIndex=1#.
9. Ministry of Health and Welfare. Social services suitable for local characteristics are expanded [Internet]. South Korea: 2022 Feb 15 [cited 2022 Feb 28]. Available from: https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=370209&SEARCHKEY=DEPT_NM&SEARCHVALUE=%EC%82%AC%ED%9A%8C%EC%84%9C%EB%B9%84%EC%8A%A4%EC%82%AC%EC%97%85%EA%B3%BC.
10. Park S. Achievement and challenges of the community social service investment project. *Health and Welfare Policy Forum*. 2016;237(1):45-60.
11. Ministry of Health, Labor and Welfare. The long-term care act [Internet]. Japan: 2021 Apr 1 [cited 2022 Feb 28]. Available from: <https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=409AC0000000123>.
12. Ministry of Health, Labor and Welfare. The act of totally reservation of medical care and nursing care [Internet]. Japan: 2021 Apr 1 [cited 2022 Feb 28]. Available from: https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=401AC0000000064_20220201_503AC0000000049.
13. Ministry of Health, Labor and Welfare. The health and medical service act for the aged [Internet]. Japan: 2021 Apr 1 [cited 2022 Feb 28]. Available from: <http://roppou.aichi-u.ac.jp/joubun/s57-80.htm>.
14. Ministry of Health, Labor and Welfare. The health insurance act [Internet]. Japan: 2021 Apr 1 [cited 2022 Feb 28]. Available from: <https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=211AC0000000070>.
15. Ministry of Health, Labor and Welfare. Overview of the revision of medical fees [Internet]. Japan: 2020 Mar 5 [cited 2021 Dec 28]. Available from: www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000106602.html.
16. Japan association of home visit rehabilitation. Practice text for visiting rehabilitation. Tokyo, Seikaisha, 2016:6-42.
17. Ministry of Health, Labor and Welfare. Proceedings and materials of long-term care benefit subcommittee of social security council 2001-2022 [Internet]. Japan: 2022 Feb 18 [cited 2022 Feb 27]. Available from: https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-hosho_126698.html.
18. Ministry of Health, Labor and Welfare. Statistics on long-term care benefit expenses, etc. [Internet]. Japan: 2021 May 1 [cited 2022 Feb 28]. Available from: <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/45-1.html>.
19. Ito T. The role of a physiotherapist in home-visit medical care. *J Jpn Phys Ther Assoc*. 2001;28(8):399-402.
20. Ishikawa M. Cooperation between home rehabilitation, nursing and long-term care. *The Japan Geriatric Society*. 2001;38(1):153-5.
21. Japan Association of Rehabilitation Hospital and Institution. Outline of requests regarding the 2009 revision of long-term care insurance [Internet]. Japan: 2009 Sep 18 [cited 2022 Feb 28]. Available from: <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/09/s0918-12.html>.
22. Rehabilitation-related Organization Council, Japanese Physical Therapy Association. Proposals for improving the quality of rehabilitation services [Internet]. Japan: 2009 Sep 18 [cited 2022 Feb 28]. Available from:

- <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000057552.html>.
23. Ito T. Roles of physical therapists in the home-based rehabilitation. *Rigakuryoho Kagaku*. 2002;17(4):215-20.
 24. Yamanaga H. The reality of visiting rehabilitation. *Jpn J Rehabil Med*. 2001;38(1):732-4.
 25. Wada K. Current situations and future agenda of the home rehabilitation in the long-term care insurance. *Sociologica*. 2013;37(1):99-108.
 26. Yoshihara K. Spread of “home-visit rehabilitation”: role and problem of “long-term care insurance system” strengthening. *The Study of Social Relations*. 2008;13(2):91-119.
 27. Omori Y, Saito T. Efficient business management in community rehabilitation and community physiotherapy: rehabilitation from a home-visit nursing station as an example. *J Jpn Phys Ther Assoc*. 2011;38(1):45-50.
 28. Ito T. Specialty and possibilities of physical therapy in visiting activities-looking 10 years later. *J Jpn Phys Ther Assoc*. 2015;42(4):327-31.
 29. Manabe K, Enoki H, Tanaka H et al. Current trends and issues of the home-based rehabilitation that reha-therapist recognized: from a study of recognition in Adachi award. *Bulletin of Teikyo University of Science and Technology*. 2015;11(1):33-9.
 30. The Japanese Association of Rehabilitation Medicine, Japan Association of Rehabilitation Hospital and Institution, Japanese Association of Homevisit Rehabilitation, Japan Association of Day Care. Functions required for home-visit rehabilitation [Internet]. Japan: 2017 Sep 6 [cited 2022 Feb 28]. Available from: <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000176647.html>.