

## 일본의 고령화와 고령화에 따른 물리치료에의 영향

- 일본의 이학요법료와 관련의료법에 관한 문헌적 고찰 -

이상윤 · 이현주

아오모리켄리츠 보건대학교 건강과학부 물리치료학과 · 연세대학교 대학원 재활학과<sup>1)</sup>

### An aged society in Japan and its influence on Physical Therapy

— A literal study on the Japanese PT charge and its related law —

Lee, Sang-un, R.P.T. , Lee, Hyun-ju, R.P.T.<sup>1)</sup>

*Dept. of Physical Therapy, Aomori University of Health and Welfare , Dept. of Rehabilitation Therapy, The  
Graduate School, Yonsei University<sup>1)</sup>*

#### - ABSTRACT -

The world has become interested in aging problems. We will have many problems also in the PT field. Japanese aging rate was as high as 16.7 percent in the year of 1999. Its PT has dealt with the aging problem in various ways. This research helps you understand the background and history of Japanese PT from the both clinical and literal sides, which attaches importance to exercise treatment and local rehabilitation, through the PT charge and its related law.

Japan and Korea are the neighbors and history, society and culture of both countries have much in common. Korea will also face the aging society soon. I hope it is a good way for Korea to deal with such problems in the future to know of the Japanese PT and refer to it.

---

**Key Words:** QOL(Quality Of Life), Care insurance, Administrative organ. CBR(Community Based Rehabilitation)

## I. 서론

한국과 일본(이하 한일이라 함)의 물리치료는 교육적·역사적 측면에서 상당히 유사한 점을 지니고 있다. 물리치료의 시발점을 보면, 한국은 1940년대 미국인 물리치료사 Geraldine Lindberg에 의해 군인을 위한 물리치료를 시작으로 1949년 세브란스 병원에서 일반인을 위한 물리치료가 시행되었고, 1950년에는 군부대 내에 9개월간의 수련과정을 통하여 물리치료사가 배출되면서부터이다. 이후 몇몇 종합병원에서 3개월 ~ 2년의 물리치료사 양성과정을 개설하였지만, 정규교육으로는 1963년 우석 대학(현재의 고려보건 대학)에서 2년제 물리치료과를 신설함으로써 시작되었다고 볼 수 있다(이충휘, 1994). 이는 일본의 1963년에 설립된 국립요양소 동경병원부속 재활의학 학원에서 실시된 교육의 시점과 같다(金子誠喜, 1981). 이와 같이 한일 양국의 체계적인 물리치료 교육의 시작은 1960년대 초반이었으며 유럽이나 미국의 교사에 의해 구미의 기술이 국내에 도입되면서부터이다(奈良勳 등, 2000). 한일 양국의 물리치료의 시작과 교육은 역사적으로 시기가 방법 면에서 유사하지만, 현재 진행되고 있는 물리치료 교육을 비롯한 임상 의료가관에서는 한국과 일본이 서로 상이한 방향으로 나아가고 있고 현재의 일본의 물리치료의 특징과 한국과의 상의점을 보면 다음과 같다.

첫째, 한국 다수의 물리치료 임상에서는 기구를 이용한 물리적인 치료와, 이학요법 중 기본 운동치료를 의존하고 있으며 소수의 종합병원에서만만 운동치료를 시행하고 있는데 반해 일본 대부분의 물리치료 임상에서는 운동치료가 중심이 되어 시행되고 있다.(嶋田智明, 杉元雅晴, 1998)

둘째, 한국에서는 물리치료 행위가 병원, 복지관, 일부 시설 등의 의료기관으로 국한되어 있으나, 일본에서는 2000년도 4월 개호보험을 시작으로 병원에서의 물리치료 뿐만 아니라 본격적인 병원 이외의 지역사회 내에서 광범위한 물리치료를 시행하고 있다. 이는 병원에서 퇴원한 가정 내 환자를 직접 방문하여 치료하는 재택 물리치료를 의미한다. 양적으로는 과잉공급 되던 물리치료사가 재택 물리치료를 통하여 충분한 수요를 확보할 수 있었으며, 물리치료사의 역할이 단순한 치료의개념에서 지역방문물리치료(CBR:Community Based Rehabilitation)을 통한 환자의 포괄적인 삶의 질(QOL:Quality Of Life)로 확대되

었다.(石川誠, 1996)(松葉貴司, 伊藤利之, 1996)

셋째, 한국의 물리치료는 교육과 임상이 의료분야를 중심으로 실시되고있고, 제도적·환경적 제한을 받고 있으며, 이는 기본적인 물리치료의 현실에 치중하게 할 수밖에 없는 문제점을 야기 시킨다. 반면, 일본에서는 고령화문제를 포함한 물리치료 분야의 범위가 보다 전문적이고 광범위하게 시행되기 위해서 다른 학문과의 연계적인 연구가 필요하게 되었다. 예로써, 앞에서 언급된 환자의 삶의 질(QOL)을 위한 주택개조와 적용(金澤善智, 李相潤, 2000), 과 같은 건축학을 중심으로한 주택환경이라는 새로운 학문과의 접목을 통해 일상생활을 위한 환경 조성과 설정에 있어서 물리치료사의 지식은 필요 불가결하게 되었다. 이는 보다 적극적이고 광범위한 물리치료에 대한 사회적 요구와 필요성에 의해서이다.(松村秩, 1985)

이상의 내용이 일본의 물리치료를 전문성을 중시한 운동치료를 촉진시킨 이유이지만, 최근에는 그 외에도 일본 물리치료의 의료보수개정(古賀康則, 1990)과 급증하는 고령화의 사회적 변화에 대응하는 개호보험의 실시도 큰 원인이라고 할 수 있다. 특히 일본의 고령화 문제는 일본의 사회구조를 변화시키고, 이러한 영향은 물리치료에 있어서도 커다란 의미를 둔다. 최근의 한국통계청의 자료에 의하면 고령자율은 한국전체인구의 6.8 %라고 발표(한국통계청, 2000)가 있지만, 일본의 고령자율은 1999년 지점에서 일본 전체인구의 16.7% 이다(厚生統計協會, 2000). 즉 현재의 한국은 고령화사회(Aging Society)이고 일본은 고령사회(Aged Society)라고 할수있다.(青井和夫, 1999). 이와 같은 일본의 고령 인구의 증가는 노령자질환이나 만성환자에 의한 의료수요자의 급증을 초래하고 일본물리치료를 더욱 운동치료위주로 가속화 시켰으며, 한국의 가까운 미래이기도 하다. 최근에는 한국의 물리치료가 운동치료를 중요시하는 경향이지만 아직까지는 의료면의 물리적인 치료가 중심이 되고 있다. 그러나 지금까지 한일의 사회적 동향과 흐름을 보면 여러 측면에서 유사한 점을 발견할 수 있으며, 이후 일본의 사회적·의료적 변화가 한국에도 영향을 끼침을 예견할 수 있다.

본 논문은 이러한 한일의 동일한 사회적 흐름의 의미에서 일본 물리치료와 그에 관련된 의료보수개정에 의하여 변화된 물리치료 및 물리치료사 업무와 사회적 환경 등과의 관련성을 파악하여 일본의 물리치료에대한 현실과 시대적 흐름을 읽고 예측하여 한국 물리치료의 발전에 도움

이 되고 방향을 제시하는 데에 도움이 되고자 한다.

## II. 본 론

### 1. 한국과 일본의 물리치료(物理療法)에 관한 정의

일본의 교육기관이나 임상에서는 물리치료보다는 이학요법(理學療法)이라는 표현을 주로 사용한다. 일본의 이학요법이란 전체적인 의미로서는 한국의 물리치료와 의미가 같다. 그러나 물리치료이라는 단독의 의미에서 본다면 일본에서는 물리적인 수단을 이용한 치료의 의미로서만 사용되고 있다는 점이 특징적이다. 즉, 일본에서의 물리치료의 의미는 전기치료나 광선치료 및 수치료 등과 같은 물리적인 수단을 이용한 치료의 의미이며(篠原英記, 2000), 이학요법은 운동요법(運動療法)과 물리요법(物理療法)을 합친 의미로 사용하는 것이 바른 표현이라 할 수 있다. 한편, 한국의 의료 및 교육기관에서 사용하고 있는 물리치료(Physical Therapy)의 의미는 질환이나 장애를 가진 환자에 대해서 운동치료를 포함한 물리적인 수단을 이용하여 치료하는 의료행위의 의미로서 운동치료와 전기치료 그리고 광선치료 및 수치료 등을 포함하였다. 그러나, 2001년도 물리치료 수가 산정현황을 보면 이학요법이라는 명칭을 사용하여 기본 물리치료, 단순재활치료, 전문재활치료, 기타 이학요법을 모두 포함하는 것으로 설명된다(재활의학회, 2001).

### 2. 일본 물리치료에 관련된 의료제도

일본의 의료 시스템은 기본적으로 한국의 의료보험제도와 유사하다. 구체적으로 일본의 의료보험제도를 소개하면 1961년의 「국민 전 보험제도(國民皆保險制度)」가 도입되므로써 일본 전 인구의 의료보험 가입이 의무화되었다. 이와 같은 일본의 의료보험 제도는 노동장애와 교통사고, 그리고 자연분만 등의 자유진료를 제외하는 모든 질병과 장애에 의료보험이 적용되게 되었다. 의료보험의 종류는 크게 2 가지로 분류되는데, 「직역보험(職域保險)」과 「지역보험(地域保險)」이다. 전자인 「직역보험」은 직업의 형태에 따른 「직자보험(職者保險)」과 자영업을 하는 사람을 대상으로 하는 「자영업자 보험(自營業者保險)」으로 나뉘고, 후

자인 「지역보험」은 전자의 직역보험에 가입되지 않은 각 지역의 주민이 가입하는 지역 국민건강보험을 말한다(吉尾雅春, 1990). 또한, 한국과 달리 두각되는 제도로서 일본 정부는 장래의 급증하는 고령자 문제로 인한 의료비를 고려하여 2000년 4월부터 만 40세 이상의 국민을 대상으로 「개호보험(介護保險)」이라는 새로운 제도를 실시하고 있다(香取照幸, 1997). 개호보험의 혜택은 근본적으로 65세 이상의 고령자에 한정되며, 희망에 따라 여러 가지 서비스를 받을 수 있는 고령자를 위한 복지 제도이다. 일본 위생성(厚生省)의 자료에 의하면 현재 일본의 65세 이상의 고령자는 전체인구의 16.7%(1999년 10월 시점)에 이르고(厚生統計協會, 2000), 일본국립사회보험 인간문제연구소가 조사한 자료에 의하면 2030년에는 27.97%까지 다다를 것이라고 추측하고 있다.(日本國立社會保險 人間問題研究所, 1997). 이는 생활수준의 향상과 의학 발달로 인해 평균 수명의 연장으로 인한 노인인구의 증가, 청소년층의 감소와 핵가족 경향의 확대로 고립된 노인층의 사회적 문제, 노인에게 다발하는 고혈압, 뇌졸중, 당뇨병, 관절장애 등의 만성질환의 비중과 의료수요가 커졌으며(青井和夫, 1998), 이 밖에 교통사고, 산업재해 등으로 인한 산업화 장애의 증가가 사회의 실질적인 노동인력을 감소시킴으로써 장기적으로 나타나기 때문이다 참고문헌이 필요할 것 같습니다. 이러한 복합적인 이유로 인하여 고령자만의 세대가 급증하고 생활능력이 없는 고령자를 보호하기 위한 대안의 필요에 의한 사회적 요구로써 나타났다. 개호보험에서 받을 수 있는 서비스는 고령자의 일상생활동작(ADL: Activities of Daily Living)과 신체질환 등을 고려하여 요지원(Need Support)의 고령자를 위한 서비스와 요개호(Need Care)의 고령자를 위한 서비스로 분류된다. 요지원 고령자의 분류기준을 보면 상시의 개호를 필요로 하지 않는 상태이다. 요개호 고령자는 다시 5 단계로 분류되는데, 분류기준은 부분적 개호부터 중도 개호의 상태이다. 이와 같이 생활능력이나 질환 등에 의해 각 단계로 분류된 고령자는 분류 레벨에 따라 각 의료기관은 물론 양로원이나 재활시설, 그리고 노인복지시설 등을 저렴한 가격으로 이용할 수 있다(厚生省老人保健福祉局監修, 1998). 다만, 일본 위생성이 정한 특정질환 환자는 40세부터도 개호보험의 대상이 된다. 일본 위생성이 정한 특정질환이란 파킨슨 증후군, 근위축성 측색경화증(ALS: Amyotrophic Lateral Sclerosis), 치매 또는 뇌혈관질환과 같은 질환을 말한다(總

理府, 2000).

3. 일본의 이학요법과 이학요법의 시설 기준법

일본의 재활 의학비는 일본 위생성이 정한 의료시설 기

준법(표 1)에 의해 분류된 의료기관에 따라 다르며 1일 1 회만 산정하고 이학요법은 의사의 감독 하에 실시되는 것 을 의무로 한다(厚生省保險局醫療課,1998). 구체적인 일본 위생성이 정한 의료시설 기준내용과 재활의학료의 내용은 다음과 같다.

표 1. 의료시설기준 (厚生省保險局醫療課,1998)

시설구분	내 용	인 원 기 준	시 설 기 준	
			물리치료실	작업치료실
종합재활시설 (이학요법 I)	전임의 상근 의사가 2명 이상이고 전속 물리치료사 5명 이상과 전속 작업치료사가 3명 이상 근무하여야 한다.	300 평방메터 이상	치료테이블, 평행봉,경사침대, 고정식 누 목, 자세훈련거울, 각도계, 매트, 아령과 선반대, 보행 보조기, 휠체어, 와류욕, 파 라핀욕, 온습포, 적외선, 복합기능자극기, 고주파기 등	100 평방메터 이상 목공기구, 작업대, 치료용 게임기, 수 공예기구,일상생활 동작 훈련용 기구 등이 설치
이학요법 II	전임의 상근의사가 1 명 이상이고 전속 물리 치료사가 1명 이상 근무하여야 한다.	물리치료실의 크기는 100 평방메타 이상이어야 한다.	물리치료실에는 치료테이블, 평행봉, 경사침대, 고정식 누목, 자세훈련거울, 각도계, 매트, 아령과 선반대, 보행 보조기와 선 반대, 휠체어, 와류욕, 파라핀욕, 온습포, 적외선, 복합기능자극 기, 고주파기 등이 설치 되어야 한다.	
이학요법 III	의사 또는 물리치료사 가 주 2일 이상 근무하 는 경우에 한한다	물리치료실의 크기는 45 평방메타 이상이어야 한다.	물리치료실에는 자세훈련거울, 각도계, 매트, 보행 보조기, 휠체 어 등이 설치되어야 한다.	

일본의 이학요법에 관계되는 재활 의학료는 크게 3가지 구분에 의해 구성된다. 이는 정형외과적치료(표 2)와 이

학요법(표 3) 그리고 노인 이학요법(표 4)이다(厚生省 保險局醫療課,1998).

표 2. 일본의 정형외과적치료 (厚生省保險局醫療課,1998)

구 분	점 수	비 고
J116 관절천자(편측)	80점	D405 관절천자와 G010 관절강 내 주사를 동시에 실시한 경우 는 주된 것만 산정한다.
J117 직달견인(Indirect)	50점 (1일1국소)	신생아 또는 요지에 대하여 실시한 경우는 100/100 또는 50/100 을 가산한다.
J118 개달견인(Direct)	42점 (1일당)	개달 견인에는 요추 밴드를 이용한 단속견인, 사면 견인법 등을 포함하며 변형의 교정을 목적으로 맞사지를 실시한 후에 판자 등 을 사용한 경우에 산정한다.
J119 소염 진통 처치	35점 (1일당)	맞사지, 온습포, 적외선 치료, 초음파 치료, 초단파 등의 물리적 인 치료

표 3. 일본의 이학요법료 (厚生省保険局醫療課, 1998)

	점 수 (6개월 이내)	점 수 (6개월 초과)	비 고
이학요법 I	복잡한이학요법 660점	복잡한이학요법 570점	위생대사가 정한 종합적 재활시설기준 I에 적합하고 각 지방도지사에게 신고된 의료기관에 한정한다.
	간단한이학요법 185점	간단한이학요법 170점	
이학요법 II	복잡한이학요법 530점	복잡한이학요법 480점	위생대사가 정한 재활시설기준 II에 적합하고 각 지방도지사에게 신고된 의료기관에 한정한다. · 위생대사가 정한 재활시설기준 II에 적합하고 각 지방도지사에게 신고된 의료기관에서 물리치료사의 감시 하에서 운동요법과 기능훈련 기사강습회를 수강한 맞사지사나 지압사 등에 의해 실시된 경우는 이학요법 III에 의해 산정한다.
	간단한이학요법 170점	간단한이학요법 155점	
이학요법 III	복잡한이학요법 240점	관계 없음	위생대사가 정한 재활 시설기준 III에 적합하고 각 지방도지사에게 신고된 의료기관에 한정한다.
	간단한이학요법 75점	관계없음	
이학요법 IV	복잡한이학요법 115점	관계없음	상기의 의료기관 이외의 경우에 한한다. 이학요법 IV의 복잡한 이학요법은 기계, 기구를 사용한 훈련이고 물리치료사와 환자가 1대 1로 실시한 경우이다.
	간단한이학요법 65점	관계없음	
조기의학 요법 I	710점	관계없음	위생대사가 정한 시설기준 I에 적합하고 각 지방도지사에게 신고된 의료기관에 한정하며 20분 이상 실시한다. · 급성 발증한 뇌혈관질환 등으로 입원한 환자. · 30일 이내에 한하여 산정 한다. · 1일의 취급환자는 물리치료사 1인에 한하여 25명이 한도이며 1대 1로 실시한다 .
	590점	관계없음	위생대사가 정한 시설기준 II에 적합하고 각 지방도지사에게 신고된 의료기관에 한정하며 20분 이상 실시한다. · 급성 발증한 뇌혈관질환 등으로 입원한 환자. · 30일 이내에 한하여 산정 한다. · 1일의 취급환자는 물리치료사 1인에 한하여 25명이 한도이며 1대 1로 실시한다.

표 4. 일본의 노인 이학요법료 (厚生省保險局醫療課, 1998)

	점 수 (6개월 이내)	점 수 (6개월 초과)	비 고
노인이학 요법 I	복잡한이학요법 710점	복잡한이학요법 600점	위생대사가 정한 시설기준 I에 적합하고 각 지방도지사에게 신고된 의료기관에 한정한다. · 퇴원 후 2개월에 한하여 복잡한 이학요법은 50점을 가산하고 간단한 이학요법은 30점을 가산한다.
	간단한이학요법 200점	간단한이학요법 175점	
노인이학 요법 II	복잡한이학요법 580점	복잡한이학요법 510점	위생대사가 정한 시설기준 II에 적합하고 각 지방도지사에게 신고된 의료기관에 한정한다. · 퇴원 후 2개월에 한하여 복잡한 이학요법은 50점을 가산하고 간단한 이학요법은 30점을 가산한다.
	간단한이학요법 185점	간단한이학요법 160점	
노인이학 요법 III	복잡한이학요법 260점	관계없음	위생대사가 정한 시설기준 III에 적합하고 각 지방도지사에게 신고된 의료기관에 한정한다.
	간단한이학요법 100점	관계없음	
노인이학 요법 IV	복잡한이학요법 115점	관계없음	상기의 의료기관 이외의 경우에 한한다.
	간단한이학요법 65점	관계없음	
노인조기 의학요법 I	760점	관계없음	위생대사가 정한 시설기준 I에 적합하고 각 지방도지사에게 신고된 의료기관에 입원한 환자에 한정한다. · 급성 발증한 뇌혈관질환 등으로 입원한 환자에 한정한다. · 30일 이내에 한하여 산정한다 (발병 일로부터 7일 이내는 1일당 200점을 가산한다.)
노인조기 의학요법 II	640점	관계없음	위생대사가 정한 시설기준 II에 적합하고 각 지방도지사에게 신고된 의료기관에 입원한 환자에 한정한다 · 급성 발증한 뇌혈관질환 등으로 입원한 환자에 한정한다. · 30일 이내에 한하여 산정 한다 (발병 일로부터 7일 이내는 1일당 200점을 가산한다)

그리고 일본의 의료기관에서 실시되는 정형외과적처치 이외의 이학요법은 크게 복잡한 이학요법과 간단한 이학요법으로 구분된다. (大村潤四郎, 1980; 首藤茂香, 1980) 복잡한 이학요법의 정의를 역사적으로 보면 「1974년 2월의 의

료보수개정에 따라 치료항목이 많은 이학요법」으로서의 의미였다. 하지만 「1981년 6월의 의료보수개정에 의해 1일 15명에 한하여 물리치료사와 환자가 1대 1로 중점적인 개별치료를 필요로 하다고 인정된 환자에 실시하는 경우」로 해석되어 왔다. 또한 「1985년 3월의 의료보수개정에서는 40분 이상의 이학요법을 실시한 경우만 산정 할 수 있다」고 규정되어 사용되고 있다(古賀康則, 1990). 현재의 복잡한 이학요법의 기준은 상기의 기준규정을 포함하여 1일 12명을 한도로 1인의 물리치료사가 환자 1인에 대하여 1대 1로 40분 이상의 이학요법을 실시한 경우로 규정되었다. 간단한 이학요법은 상기의 복잡한 이학요법의 역사적 흐름과 같으며 「이학요법사가 환자 1인에 대하여 15분 이상의 이학요법을 실시한 경우이고 1일 36명을 한도」로 한다(古賀康則, 1990; 厚生省保險局醫療課, 1998). 그러나 이와 같은 규정은 의학적 근거보다는 행정적인 의미가 농후하며 복잡한 이학요법과 간단한 이학요법의 관계에 대한 연구결과가 없고 간단히 복잡한 이학요법과 간단한 이학요법의 기준이나 정의화는 실질적으로 어렵다고 하였다(古賀康則, 1990). 일본의 이학요법은 전자에서도 논한 것처럼 운동치료가 중심이 되며 전기치료나 광선치료 등과 같은 물리적인 치료만을 실시한 경우는 의료비로서의 청구금액은 상당히 낮아 복잡한 운동치료와 전기치료를 동시에 시행하였을 경우 복잡한 운동치료 수가만이 청구가 가능하다. 이와 같이 물리적인 수단만을 이용한 치료는 이학요법료 외의 정형외과적치료로 산정한다.(厚生省保險局醫療課, 1998). 이러한 수가의 산정은 장기적으로 물리적인 기구를 사용하여 치료하는 물리치료 행위를 벗어나 좀 더 적극적인 운동요법을 포함하는 이학요법을 시행하도록 유도함과 동시에 물리적인 치료를 근본적으로 저하시킨 커다란 원인이 되었다. 또한 이학요법을 시행하는 데 있어 입원 후 6개월 이내와 이후에 적용하였을 때 점수의 차이를 두어 조기의 물리치료를 통하여 효과적인 치료를 하도록 하였으며, 6개월 이내에 퇴원을 하였을 경우 2개월에 한하여 가산점을 준다. (厚生省保險局醫療課, 1998).

### Ⅲ. 고찰

1. 일본의 고령화가 물리치료사에 미친 영향  
한국통계연감(1998)에 의하면 한국의 65세 이상의 고령

자는 전체 인구의 6.8% 이었으며, 2010년에는 9.9%, 2030년에는 19.3%에 이를 것으로 예상하고 있다. 또한 65세 이상의 고령자가 있는 세대 중 노인 부부만이 거주하는 세대는 전체의 21.6%, 독신 노인만이 사는 세대는 20.1%에 이르는 것으로 나타났다(한국통계청, 2001).

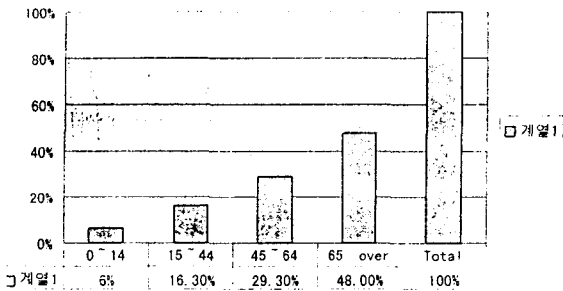
일본의 경우 65세 이상의 고령자는 1999년 지점에서 16.7%라고 상기에서도 논하였다(厚生統計協會, 2000). 이와 같은 일본의 고령화는 일본전체의 세대별 주택사항을 크게 변화시켰다. 2000년 일본 통계청의 주택에 관한 자료에 의하면 1999년 지점에서 65세 이상의 고령자가 있는 세대는 일본 전체 세대의 33.1%이고, 65세 이상의 고령자가 있는 부부만의 세대수는 전자의 33.1% 중 27.7%라고 발표하였다(厚生統計協會, 2000). 이와 같은 일본의 사회적 현상은 물리치료 교육을 비롯하여 재가방문을 본격화 시켰으며, 이는 주택개조와 적용, 주택환경이라는 새로운 학문을 추가 시켰다(金澤善, 李相濂, 2000). 이러한 새로운 학문의 추가와 도전은 현재의 일본 물리치료사의 커다란 인적 부족을 초래하였다. 일본정부는 장래의 급증하는 고령자 문제와 물리치료사 부족을 예상하여 최근 물리치료사 양성소를 급증시키고 있다. 현재의 물리치료사 양성소는 일본 전국에 4년제 44교와 3년제 63교가 있다(日本理學療法士協會, 2000).

#### 2. 일본 물리치료의 현실과 대처방안

일본 물리치료사협회가 1982년에 실시한 조사에 의하면 1주간 실시된 이학요법중에 물리적인 치료를 실시한 경우는 전체의 15.2%에 불과하였다고 보고하였다(日本理學療法士協會, 1985). 일본의 이학요법에 관계되는 의료기관에서는 운동치료를 중심으로 한 이학요법료에 의해 산정되고 있으며 한국의 물리치료 의료기관에 비해 운동치료 행위의 비율이 압도적으로 높다. 이와 같은 일본의 사회적 요인은 의료기관 뿐만 아니고 일본 물리치료사를 양성하는 교육기관에도 커다란 영향을 끼치고 있다. 결국 일본 전체의 이학요법은 운동치료의 흐름이 되었다고 하여도 과언이 아니다. 이는 상기의 표 2와 같이 일본의 정형외과적처치의 산정 등이 일본의 물리적인 치료에 많은 제한을 초래하여 일본의 이학요법을 운동요법 중심으로 전환시켰기 때문이라고 할 수 있다(厚生省保險局醫療課, 1998; 大村潤四郎, 1980). 일본의 의료보험제도는 일본국민의 건강은 물론, 일본의 의료기관을 유지하는 중요한 자원이라고 할

수 있다.(高橋透,1980;三島博信,1980) 하지만, 현재 일본 내에는 65세 이상의 고령자수가 일본 전체인구의 16.7%를 차지하는 사회적 문제 등에 의한 의료비의 증가로 현재의 의료보험료만으로는 국민의 건강과 의료기관을 유지하기에 어려운 실정에 접어들고 있다(厚生省大臣官房統計情報部,2001;厚生省,1999). 일본의 위생성이 1998년에 조사한「연령별 일반진료 의료비」(표 5)에 의하면 일본 전체 의료비의 6.4%를 14세 미만, 15세 이상 44세 미만이 16.3%, 45세 이상 64세 미만이 29.3%를 소비하고 있었다. 그리고 65세 이상의 고령자에게 사용된 의료비는 일본 전체 의료비의 48.0%로 절반에 가까운 의료비를 차지하고 상기에서 논한 의료보험제도의 심각성을 재인식 시킨 자료이기도 하다.(厚生省大臣官房統計情報部, 2001).

표 5. 일본의 의료비(1998년)



이와 같이 급증하는 고령자 의료비는 노인 질환의 장기화와 만성화가 그 원인이며 일본정부는 이에 대처하기 위한 방법으로 1982년 8월 노인보건법에 기준하여 노인 이학요법료를 실시하고 있다(古賀康則, 1990;厚生省老人保健福祉局監修,1998). 노인 질환의 초기증상은 조기의 운동치료와 일상생활동작 등을 실시함에 의해 자택에서 일상적인 생활을 가능하게 할 수 있으나 장기적인 치료가 필요하며, 방치하면 할수록 급격히 악화되어 만성화와 치명적인 합병증을 초래하기 때문에 이와 같은 고령자를 위한 사회적 제도의 변화는 급증하는 고령화와 이에 따른 만성 질환에 대한 적극적인 정책이라고 볼 수 있다. 이러한 정책은 이학요법의 활성화와 이학요법사의 활동범위의 확장을 구축하도록 하였다. 따라서, 이학요법사 즉, 물리치료사는 의료기관 중심의 이학요법에서 탈피하여 장애자와 고령자를 위한 일상생활동작과 자택에서 재활치료를 받을 수 있는 QOL 중심으로(上田敏, 1992) 전환시켰다. 장애의

일본 사회는 현재보다도 더욱 심각한 고령사회를 맞게 되며 재택에서의 이학요법의 중요성은 한층 더 높아질 것이다. 그리고 2000년 4월부터 실시된 개호보험의 영향이 어느 정도의 성과를 가져올지는 미지수이지만 이의 실시는 지금까지의 일본 이학요법사의 역할과 의료기관 중심으로 실시되었던 이학요법의 의식을 사회 전체에 확대시키게 되었으며, 그 중 재택 이학요법을 유도 확장시키는 중요한 계기가 되었다.

3. 일본의 물리치료가 초래하는 한국물리치료에의 영향

현재 일본은 사회적인 요구에 대한 적극적인 정책의 일환으로 이학요법료와 관련의료료를 세분화하고 있다. 노인 이학요법과 조기의학요법 숫자의 책정, 의료보수 개정, 조기퇴원 유도를 위한 점수제, 운동요법 중심의 이학요법, 그리고 개호보험을 통한 노인 재택방문치료의 추진 등이 그것이다. 이는 고령화를 맞이하는 사회적 변화가 그 원인이라고 할 수 있다.(細川徹, 1994)

현재 한국도 급증하는 고령화 사회를 맞이하여 일본의 이와 같은 추세와 제도에 주목할 필요가 있다. 한국 물리치료는 의료기관을 중심으로 행하여지고 있다. 그러나, 급증하는 물리치료사의 공급, 고령화와 질병의 만성화, 산업화에 따른 장애인 증가 등에 의한 사회적·경제적 변화에 적극 대처하기에는 한국의 현 의료보험제도에 많은 문제점이 있다. 따라서 한국물리치료사의 의식변화와 물리치료의 다양화 그리고 이를 적극적으로 반영하는 의료제도가 절실히 요구된다. 또한 이러한 시대적 흐름을 이해하고 준비하는 자세가 필요하다.

일본 물리치료에 QOL이 반영된 것은 세계적인 물리치료의 흐름이기도 하고(上田敏, 2000). 최근에는 수단적 일상생활동작(IADL: Instrumental ADL)과 생활관련동작(APDL: Activities Parallel to Daily Living)에 관한 학문이 일본 물리치료사의 주목을 받고 있다.(正門由久,2001). 한국 물리치료의 변화는 한국 물리치료사의 의식변화를 초래하며 사회적 지위향상에 커다란 영향을 미칠 것으로 기대된다.

## IV. 결 론

한국에서 물리치료사의 역할은 국소적인 의료적인 측면에만 머물고 있으며, 그 활동범위가 의료관련기관으로만



국한되어 있다. 이러한 의식경향은 한국 물리치료 발전의 장애요인의 하나이며, 물리치료사의 활동영역에 제한을 초래한다. 한국은 현재 65세 이상의 고령자가 6.8 %로(한국 통계연감, 1998), 이에 대해 물리치료적 입장에서 전문적인 연구와 적극적인 치료행위를 보이지 않고 있지만 고령자 인구 급증을 경계하는 시기가 도래할 것이며, 사회는 물리치료사에게 좀 더 다양한 치료와 처치를 요구할 것이고 이로써 물리치료의 역할은 더욱 중요시될 것이다(金澤善智, 2000). 이에 일본의 선진적인 물리치료와 의료제도를 이해하여 미리 준비한다면 한국의 물리치료와 물리치료사의 활동영역을 넓히고 대처하는 데 도움이 된다고 여겨진다.

일본의 사회적 현상으로부터 영향을 받은 의료보험제도는 기존의 제도 자체가 위기에 직면하고 있으며 더욱 현실적이고 사회적 요구에 부응하는 제도를 필요로 한다.(高橋透, 1980) 이는 한국의 장래에 있어서도 관련성이 깊으며 한국의 물리 치료사에게도 커다란 영향을 끼치는 중요한 부분이다. 최근 한국의 물리치료는 운동치료와 고령자의 재활의학에 커다란 관심을 보이고 있지만 아직 구체적인 대안을 마련하지 못하고 있다. 또한 보다 중요한 것은 한국 행정부의 협조와 사회적 변화를 반영한 적극적인 정책이라고 할 수 있으며, 한국 물리치료와 물리치료사의 사회적 지위와 운동치료의 수준을 향상시키기 위해서는 물리치료사 자신이 중심이 되어 끝없는 탐구와 연구, 그리고 물리치료에 관한 사회적 인식과 정책적 방향에 대한 충분한 파악과 이해가 무엇보다도 중요한 필수조건이라고 필자는 생각한다.

### 참 고 문 헌

青井和夫, 長壽社會を生きる, 有斐閣, 1999, 19-33.  
 이충휘. The history of South Korean Physical Therapy and Its Trend. 한국전문물리치료학회지, 1994(9):2-7.  
 上田敏. ADLとQOL, 醫學書院, 理學療法ジャーナル 26(11), 1992:736-741.  
 大村潤四郎, 리ハビリテーション診療報酬改正経過とその背景, 醫學書院, 理學療法 作業療法, 14(2), 1980, 81-85.  
 香取照幸. 介護保険と高齢者医療, 日本醫師會, 日本醫師會雜誌臨時増刊, 1997:118(9):38-43.

金澤善智, 李相潤: 障害者の在宅環境から見た福祉機器, 한국전문물리치료학회지, 2000; 65-71  
 金子誠喜. 現行理學療法士養成カリキュラムの評価と展望, 醫學書院, 理 作 療法, 1981:15(4):413.  
 厚生省, 平成11年度醫療費ハンドブック, 株式會社法研, 1999, 14-44.  
 厚生省大臣官房統計情報部. 平成10年國民醫療費の概要(年齢階級別一般診療醫療費), 2001.  
 厚生省保險局醫療課, 醫療點數表の解釋, 社會保險研究所, 1998:498-595, 1100-1113, 1252-1257  
 厚生省老人保健福祉局監修, 四訂 老人醫療事務ハンドブック, 中央法規出版, 1998, 3-16.  
 厚生統計協會. 人口動向, 廣濟堂, 國民衛生の動向2000年 47(9), 2000, 43-70.  
 高橋投. 診療報酬のしくみと機能, 醫學書院, 理學療法 作業療法, 14(2), 1980, 87-90.  
 正門由久: ADL, IADLの評價, リハビリテーションにおける評價, (編)米本恭三, 石神重信, 石田輝, 岩谷力, 西村尚志, 宮野佐年, 醫齒藥出版株式會社, 2001; 17-29.  
 篠原英記. 物理療法の臨床への應用と今後の展開, 三輪書店, 物理療法, 2000:2-3.  
 嶋田智明, 杉元雅晴: 我が國における物理療法の變遷, 醫學書院, 理學療法ジャーナル32(12), 1998, 901-910  
 總理府. ここが知りたい介護保険, 山六工藝印刷社, 2000:2-12.  
 首藤茂香. 診療報酬, 醫學書院, 理學療法 作業療法 理, 1980:14(2):99-101.  
 奈良勳, 藤村昌彦: 理學療法體系案, 醫學書院, 理學療法ジャーナル, 2000:34(1):11.  
 日本國立社會保健・人間問題研究所. 日本の將來推計人口, 1997.  
 日本理學療法士協會, 學校一覽, <http://www.soc.nacsis.ac.jp/jpta/GAKKOU.htm>, 2001.  
 한국통계연감. 통계청, 1998.  
 한국통계연감. 통계청, 2001.  
 古賀康則. 現行の診療報酬の問題點, 醫學書院, 理學療法ジャーナル, 1990:24(9):588-594.  
 細川徹. ADL 尺度の再検討 (IADLとの統合), Jpn J Rehabil Med 34(5), 1994, 326-333.  
 松葉貴司, 伊藤利之: 専門スタッフのチームアプローチを

基礎として,醫學書院, 理學療法ジャーナル  
30(7),1996,471-477

松村秩, 職域擴大への展望, 醫學書院, 理學療法 作業療法,19(3),1985,145-147.

三島博信, 理學療法 作業療法で問題となった事例, 醫學書院, 理學療法 作業療法,14(2),1980,91-96.

吉尾雅春, 醫療保險制度の概説, 醫學書院, 理學療法ジャーナル, 1990:24(9):581-582.