韓 國 保 健 看 護 學 會 誌
J. Korea Community Health Nursing Academic Society
Volume 17. No. 1, 5 - 16, March 2003

중심단어 : 재가 장애인,
재활보건의료전달체계

장애인 건강관리를 위한 지역사회 재활보건의료서비스 전달체계 구축 방안

유 호 신(고려대학교 간호대학 부교수)
이 주 열(남서울대학교 보건행정학과 조교수)

목 차

Ⅰ. 문제제기
Ⅱ. 현황 및 문제점
Ⅲ. 정책과제
참고문헌
영문초록

Ⅰ. 문제 제기

21세기 보건의료환경은 노령화와 장애인 증가문제로 인하여 커다란 사회적 이슈와 중요한 국가적 정책과제를 갖게 한다.

재활은 '장애인으로 하여금 가능한 한 신체적, 정신적, 사회적, 직업적 및 경제적으로 최고도의 유용성을 획득할 수 있도록 회복시켜 주는 것', 혹은 재활이란 '의학적, 사회적, 교육적, 직업적 수단을 동원하고 이를 상호 조정하여 훈련 또는 재훈련을 통하여 장애인의 능력을 가능한 한 최고의 수준에 도달하도록 하는 것, 혹은 재활은 의학적 장애인이 사회적 장애인으로 되는 것을 막는 과정이라고 정의(보건복지부, 국립재활원, 2000)하고 있다. 이러한 정의를 고려할 때, 재활의 궁극적 목적은 장애인의 사회 적응 능력을 최대화시켜 주는 것이라 할 수 있다.

재활의 목적이 의료, 직업, 교육, 사회, 심리 등 모든 측면에서 다 학제간 팀 접근방법을 통해 통합적이고 체계적으로 제공될 때 달성될 수 있다고 본다면, 장애인을 위한 지역사회재활보건(의료)서비스 제공은 포괄적이면서도 장애인의 특성이 고려된 수요자 중심의 체계적이고 조직적인 재활보건의료전달체계 기반 위에서만이 실현 가능하다. 따라서 장애인의 입장에서 본 장애인 특성에 적합하게 보건과 복지를 통합한 종합적이고 지속적인 서비스를 제공할 수 있는 지역사회 재활보건의료서비스 전달체계의 구축이 현재 우리가 당면하고 있는 시급한 정책과제이다.

우리나라 보건의료정책은 현재까지 공급자중심과 치료중심에서 크게 벗어나지 못하고 있기 때문에 수요자중심의 보건의료전달체계를 갖추어 가기 위해서는 전반적인 보건의료체계의 구조적 변화가 요구되고 있는 실정이다. 다행히 이러한 문제를 해결하기 위해 정부는 1998년 말경부터 정부의 보건의료정책 방향(보건복지부, 1998, 1999, 2001, 2002a, 2002b)에 대하여, 공급자중심의 보건의료체계에서 수요자중심의 보건의료체계로 전환하여 보건복지의 선진화를 이루겠다는 정책대안들을 지속적으로 표명하고 있다. 이와 관련하여 보건의료관리부분에 있어서도 공급자중심과 치료중심에서 수요자중심으로 즉, 건강증진, 예방, 치료, 요양 및 재활 등 5개 영역으로 고르게 확대하기 위한 법적, 재정적 제반 여건들을 구축 해 가고 있다(보건복지부, 2001, 2002a).

장애인의 재적응과 건강한 삶을 위한 노력의 일환으로 이미 WHO를 중심으로 20년 전부터 세계 각 국에 지역사회중심재활사업(CBR)을 보급해 오고 있다. UN은 1981년을 『세계장애인의 해』로 정하고 1983년부터 1992년까지를 『세계장애인 10년』으로 선포하는 등 전 세계적으로 장애인에 대한 관심을 증대시키고 있다. 이에 우리나라도 1981년에 심신장애자복지법을 제정하고, 1989년에는 심신장애자복지법을 장애인복지법으로 전면 개정하였으며, 1997년에는 장애인·노인·임산부 등의 편의증진보장에관한법률을 제정하는 등 장애인의 권리보장을 위한 제도적 기틀을 마련하여 장애인에 대한 보건의료, 직업, 교육, 재활의 기초를 마련하고자 하였다(보건복지부, 2002a).

뿐만 아니라 1997년에는 정부 각 부처별로 시행 중이던 장애인복지사업을 총망라하여 종합적으로 『장애인복지발전5개년계획』(1998~2002)을 수립하였고, 1999년에는 「장애인복지법」을 전면 개정하여 2000년 1월부터 장애 인정 범위를 신장·심장, 정신질환(자폐·뇌병변) 등 내부장애로까지 확대하였다. 이어 2000년 1월에는 「장애인고용촉진및직업재활법」 개정과 「편의시설확충국가종합5개년계획(2000~2004)」을 수립·시행하는 등 장애인복지제도를 선진국 수준으로 끌어올려 장애인의 진정한 사회통합을 이루기 위하여 노력하고 있다고 보고한 바 있다(보건복지부, 2001a).

이러한 노력에도 불구하고 장애인의 건강문제와 관련된 보건의료재활 관련 정책과 관리 부분을 살펴보면, 장애인의 대상범위 확대로 인해 그 대상자 수는 대폭 증가된 반면, 장애인을 위한 종합적이고 체계적인 관리체계가 매우 미비한 실정이다. 즉, 장애인의 특성에 적합한 다양한 유형의 재활 보건의료 시설이나 서비스 공급체계에 대한 종합적인 정책과 비전 제시보다는 기존의 의료서비스 공급구조 범위 내에서 단편적인 의료서비스의 수혜 시책만 존재하고 있는 실정이다(한국보건사회연구원, 2001).

따라서 본 고에서는 장애인의 건강관리와 관련된 전반적인 건강수준과 관리실태를 파악하고 이를 기초로 문제점을 도출하여 향후 장애인중심의 지역사회 재활보건의료 정책대안 마련에 필요한 기초자료를 제시하고자 하였다.

Ⅱ. 현황 및 문제점

1. 장애인 현황 및 건강 수준

1) 장애인 현황

정부는 등록하지 않은 장애인 수, 경제적 여건, 건강상태, 복지 욕구 등을 세부적으로 파악하기 위하여 1985년부터 5년 주기로 전국 장애인 실태조사를 실시하고 있다. 〈표 1〉은 조사연도별 장애인 수와 장애 출현율을 종합 정리한 것이다. 가장 최근에 발표 된 2000년도 우리나라 장애인 수는 전체인구의 3.09%인 1,449천명으로 추정하였다(보건복지부, 한국보건사회연구원,

〈표 1〉 연도별 추정 장애인 수 (단위: 천명, %)

년도	계	장애종별				출현율
		지체	시각	청각·언어	정신지체등	
1985	915	533	59	244	79	2.27
1990	956	458	186	241	71	2.23
1995	1,053	704	75	193	81	2.37
20001)	1,449	557	163	122	607	3.09

자료원: 2001년도 보건복지백서 (보건복지부, 2002)
주: 1) 뇌병변장애, 발달장애(자폐), 정신장애, 신장장애, 심장장애 등이 추가됨

〈표 2〉 2000년도 전국 장애인 추정 수 (단위: 천명, %)

구 분	1995년			2000년		
	계	재가장애인	시설장애인	계	재가장애인	시설장애인
장애인 수	1,053.5	1,028.8	24.6	1,449.5	1,398.2	51.3
구성비	100.0	97.7	2.3	100.0	96.5	3.5
출현율	2.37		-	3.09		-

자료원: 2001년도 보건복지백서 (보건복지부, 2002)

2001). 전국 추정 장애인에 대하여 최근 10년 간의 재가 장애인과 시설장애인 실태는 〈표 2〉에 제시 된 바와 같이 대부분이 가정에 있는 장애인이고 시설을 이용하고 있는 장애인은 3.5 %에 불과한 실정임을 알 수 있었다.

문제는 조사결과 파악 된 장애인의 수와 현재 정부에 등록되어 관리되고 있는 장애인의 수에 차이를 보이고 있는 데, 〈표 3〉에 제시 된 바와 같이 2000년 말 현재 등록장애인은 958,196명으로서 2000년 추정 장애인 1,449,496명의 66.1% 수준에 불과한 것을 알 수 있었다. 따라서 장애인 정책을 수립하기 위한 장애인의 정확한 현황파악을 위하여는 향후 장애범주확대, 홍보 강화, 장애인에 대한 편견 제거 등을 통하여 장애인 등록률을 높여야 하는 과제를 안고 있음을 지적하고 있다(한국보건사회연구원, 2001).

2000년도 전국장애인 실태조사 (보건복지부, 한국보건사회연구원, 2001) 보고 결과를 중심으로 좀 더 구체적으로 살펴보면, 장애 출현율은 40대 후반부터

〈표 3〉 연도별 등록장애인 수 (단위 : 명)

연 도	시·군·구에 등록한 장애인 수					보훈대상 장애인
	계	지 체	시 각	청각·언어	정신지체등	
1990	200,372	125,267	14,698	28,721	31,686	48,075
1995	324,860	220,723	21,488	36,655	45,994	53,463
1999	597,513	502,647	46,957	67,890	80,019	55,938
2000	958,196	606,422	90,997	87,387	173,390	66,155

자료원: 2001년도 보건복지백서(보건복지부, 2002)

〈표 4〉 1995년과 2000년 활동제약자 실태조사에 의한 추정 장애인 수 비교

구분	1995년 실태조사	2000년 실태조사	비 고
계	1,053,468명	1,449,496명	• 출현율 2.35%('95) → 3.09%('00)
지체장애		605,127명	• 왜소증 추가
뇌병변장애	704,087명	223,246명	• 척추후만증, 척추측만증 추가 • 노인인구 증가로 뇌병변장애를 별도 분리 • 현행 뇌병변장애 6급의 기준: 보행시 파행
시각장애	74,825명	181,881명	• 한쪽 눈이 실명된 경우 다른 눈의 시력과 상관없이 장애에 포함 • 실명의 기준을 0.01에서 0.02로 조정
청각장애	155,631명	148,707명	• 판정기준 동일 • 다른 장애(뇌병변장애, 언어장애)와 중복되어 나타날 경우가 많으며, 이 경우 다른 장애가 주된 장애가 될 가능성이 높음('95 청각장애가 '00 뇌병변장애로).
언어장애	37,416명	26,871명	• 판정기준 동일 • 다른 장애(뇌병변장애, 정신지체, 청각장애)와 중복되어 나타날 경우가 많으며, 이 경우 다른 장애가 주된 장애가 될 가능성이 높음('95 언어장애가 '00 뇌병변장애로).
정신지체	81,509명	108,678명	• 판정기준 동일('00. 9: 등록: 84,425명)
발달장애	-	13,481명	• 학계에서 추정하는 출현률: 인구 10000명당 2~3명(9,500~14,200명)
정신장애	-	71,797명	• 1998년 현재 약5만명으로 추정(서동우 1999)
신장장애	-	25,284명	• 혈액투석 15,000명, 복막투석 5,000명, 신장이식 6,000명 (년 1,000명)으로 추정(국립재활원)
심장장애	-	44,424명	• 1995년 실태조사(내부자료) 결과 심장질환(심근경색증, 심장판막증, 심부전증)을 가진 환자는 약 10만 8천명으로 추정 • 심장질환자중 중증만 장애로 인정

자료원: 보건복지부, 한국보건사회연구원 (2001), 2000년도 장애인실태조사 결과 요약, 재인용

주 1. 주된 장애유형을 기준으로 함
2 기존 장애유형(지체, 시각, 청각, 언어, 정신지체): 1,071,264명
3. 신규 장애유형(발달, 정신, 신장, 심장): 154,986명
4. 신규 분리확대 장애유형(뇌병변장애): 223,246명

〈표 5〉 장애유형별 출현율 (단위: 천명, %)

구 분	지체장애	뇌병변장애	시각장애	청각장애	언어장애	정신지체	발달장애	정신장애	신장장애	심장장애
장애인 수	636	244	222	197	208	143	22	79	27	59
출현율	1.35	0.52	0.47	0.42	0.44	0.31	0.05	0.17	0.06	0.13

자료원: 보건복지부, 한국보건사회연구원 (2001), 2000년도 장애인실태조사 결과 요약, 재인용

〈표 6〉 주요국의 장애 출현율 (단위: %)

구 분	한국 (1995)	한국 (2000)	일본 (1995)	독일 (1991)	미국 (1995)	호주 (1993)
출현율	2.35	3.09	4.8	8.4	20.6	18.0

자료원: 한국장애인복지체육회, 『장애범주확대방안 및 장애분류·등급판정기준에 관한 연구』, 1999. 재인용

급격한 출현율 증가추세를 보이고 있는 데, 특히 65세에서 69세의 노인층에서는 12.8%, 그리고 70세 이상 노인인구에서는 16.8%의 높은 출현율을 보고하여, 장애출현율은 연령과의 상관관계가 매우 높음을 지적하였다. 장애유형별 출현율은 지체장애 1.35%, 뇌병변장애 0.52%, 시각장애 0.47%의 순이었고, 2000년에 신규로 추가된 발달장애인(자폐증)은 0.05%(인구 만 명당 5명), 정신장애 0.17%(인구 만 명당 17명), 신장장애 0.06%(인구 만 명당 6명), 그리고 심장장애 0.13%(인구 만 명당 13명) 로 보고하여 〈표 5〉 참조), 장애유형별 출현율 차이를 엿볼 수 있었다.

2개 이상의 장애를 가진 중복 장애유형을 건수(Spell)로 환산하여 보고 한 장애유형별 출현율은, 인구 100명 중 지체 장애가 1.35명으로 가장 높았다. 특히 뇌병변장애인의 특성을 살펴보면, 남자 3.86%, 여자 2.34%로 성별간에 차이가 있었고, 연령별로도 차이를 보여 10세 미만 아동은 0.60%, 40대는 3.39%, 60대는 8.46%, 80대 이상은 15.50%이었다. 전체 장애인 중 60세 이상 장애인의 비율은 39.6%이었고, 40세 이상 장애인의 비율은 72.8%로서 전체 장애인의 약 3/4이 40대 이상임을 엿볼 수 있었다. 지역별 장애 출현율 차이에 있어서는, 읍·면 부 즉, 농촌지역의 장애 출현율이 5.0% 수준으로서 서울 2.47%, 광역시 2.44%, 중소도시 2.56%등 시 지역에 비해 약 2배정도 높은 수준이었고 가구원 중 장애인이 있는 가구는 1,304.7천 가구로 추정되어 전체 14,683.5천 가구의 8.9% 수준으로 보고하였다.

주요국의 장애 출현율을 살펴보면 (〈표 6〉 참조) 일본의 경우, 장애 출현율은 4.8%로, 추정 장애인 수는 총 576만 명이었다. 이중 신체장애자 약 318만 명(1996년), 정신박약자 약 41만 명(1995년), 정신장애자(1996년)는 약 217만 명이며, 시설입소자는 전체의 약 9.2% 수준이라고 보고하였다(일본후생성, 1999)

미국을 비롯한 서구 선진국들의 경우는 아시아국가에 비해 장애의 범위를 매우 넓게 규정하고 있는 것이 특징인 데, 장애인의 범주를 가장 넓게 규정하고 있는 미국의 경우, 사회보장법(the social security act), 재활법(the rehabilitation act), 미국장애인법(the American with disability act) 등과 같은 몇 개의 법률을 통해 장애의 범주를 정의하고 있다. 미국의 장애인구를 파악한 국민건강조사(National Health Interview Survey)결과 보고에 의하면, 1992년도 미국 장애인 수는 미국 인구의 19.4%인 4,890만 명이며, 이 중 49.3%가 중증이라고 보고하였다. 1995년도 국민건강조사(National Health Interview Survey, NCHS, 1996)부터는 일반인에서 장애인에 초점을 둔 전 국민 면접조사로 전환시킬 정도로 장애인에 대한 관심을 증대시키고 있다. 참고로 미국의 경우 장애(disabled)의 정의를 면접조사대상자 본인이 장애인이라고 느끼면 장애인의 범주에 넣었던 결과로 인하여 장애 출현율이 20.6%라는 매우 높은 결과를 초래하게 되는 것으로 보아(〈표 6〉 참조) 장애인의 범주 규정에 따라 장애 출현율은 현저한 차이를 보이게 되고 정부의 관심도도 그만큼 달라질 수 밖에 없다는 점을 시사하고 있다.

2) 장애인 건강수준

장애인의 건강수준(health status)을 파악하기 위

〈표 7〉 장애인의 건강상태 인지정도

건강상태	장 애	사고(손상)	고 령	전 체
매우 건강하지 못한 편이다	22.0	26.6	19.7	2.4
건강하지 못한 편이다	32.9	35.5	46.8	14.4
보통인 편이다	24.0	15.4	13.0	31.1
건강한 편이다	21.1	18.5	20.5	46.8
매우 건강한 편이다	-	4.0	-	5.3

자료원:1) 서울특별시, 한국보건사회연구원, 서울시민의 건강수준 및 의료이용 실태, 2002

〈표 8〉 재가 장애인의 일상생활 도움 필요 정도 (단위: %, 명)

도움 정도	지체 장애	뇌병 변장애	시각 장애	청각 장애	언어 장애	정신 지체	발달 (자폐)	정신 장애	신장 장애	심장 장애	전 체
I	54.6	13.7	57.6	65.0	56.3	29.7	7.7	24.5	54.8	41.3	46.1
II	16.9	11.7	10.9	15.9	14.7	16.4	10.1	13.2	12.2	19.1	14.9
III	18.0	22.8	16.2	13.3	17.7	21.9	15.7	22.9	19.9	22.6	18.6
IV	6.2	19.3	10.4	4.4	10.4	15.6	29.4	24.5	8.4	8.1	10.3
V	4.3	32.6	4.9	1.3	0.8	16.5	37.0	14.8	4.8	8.9	10.1
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(1,799)	(622)	(512)	(453)	(86)	(278)	(30)	(155)	(67)	(122)	(4,124)
전국추정수	597,851	220,965	180,401	146,432	26,633	93,529	13,274	49,598	25,149	43,874	1,397,706

자료원: 2000년도 장애인실태조사 (보건복지부, 한국보건사회연구원, 2001)
주: I. 혼자서 스스로 할 수 있다. II. 대부분 혼자서 할 수 있다. III. 일부 도움이 필요하다
IV. 대부분 도움이 필요하다. V. 거의 남의 도움에 의존하고 있다

하여, 최근에 실시된 전국 장애인 실태조사(보건복지부, 한국보건사회연구원, 2001) 보고서와 서울시민의 건강수준 및 의료이용실태(서울시, 한국보건사회연구원, 2002) 보고서를 중심으로 주요 결과를 살펴보면 다음과 같았다. 장애의 원인은 거의 대부분인 질병 및 사고 등 후천적 원인이 가장 많았고(89.4%), 선천적 원인이 4.4%, 원인 미상이 3.9%, 그리고 출산 시 원인이 2.3%로 보고되어 장애 예방의 중요성을 시사하였다(보건복지부, 한국보건사회연구원, 2001). 건강수준을 나타내는 지표로서 활용되고 있는 건강수준에 대한 인지 정도를 보고한 자료에 의하면(〈표 7〉 참조), 일반인에 비해서는 현저하게 건강수준이 좋지 못하다고 인지하고 있었고 노인에 비해서도 건강 인지도가 매우 취약함을 알 수 있었다.

구체적으로 장애인들의 건강수준을 파악할 수 있는 일상생활수행정도(ADL)를 조사한 연구 보고에 의하면(〈표 8〉 참조), 장애인의 46.1%가 '거의 모든 일을 혼자서 할 수 있다'였고 14.9%가 '대부분 도움 없이 할 수 있다'로 전체의 61% 정도의 장애인들이 일상생활수행능력(ADL)을 갖고 있었으나, 39%의 장애인들은 조금이라도 도움이 필요한 것으로 보고되었다. 특히, 지체장애나 시각장애, 청각장애, 언어장애 및 신장장애의 경우 남의 도움 없이 혼자 생활하는 것이 가능하다고 응답한 비율이 높은 반면 뇌병변장애나 발달장애(자폐) 등의 장애는 다른 사람의 도움을 상당히 필요로 하는 것으로 보고되어 장애유형별로 장애인의 일상생활수행능력 정도에 큰 차이가 있었다.

재가장애인의 외출 능력에 있어서도, 전체장애인의 76.8%가 혼자 외출이 가능하지만 장애유형별로 매우 큰 차이를 보인 바, 발달지체(자폐)와 (66.4%)와 뇌병변장애 (54.4%)의 경우는 외출 시 도움이 필요한 경우가 많은 것으로 보고되어 장애유형별로 큰 차이가 있음이 보고되었다.

2. 장애인 건강관리 현황 및 문제점

1) 장애인 건강관리 현황

장애인의 건강관리현황은 2000년 전국 장애인 실태조사 보고(보건복지부, 한국보건사회연구원, 2001)에 기초하였다. 우선 장애인들의 보험가입 여부는 〈표 9〉에 제시 된 바와 같이 공무원 및 교원 및 지역의료보험 가입자는 85.9%이고 의료급여 1, 2 종에 해당되

〈표 9〉 장애인의 의료보험 가입 여부

의료보험	가 입 율 (가구)
지역의료보험	50.3 % (656,583)
공무원,교원, 직장의료보험	35.6 % (459,020)
의료급여 1종 (거택)	8.0 % (103,910)
의료급여 2종 (자활)	5.7 % (74,541)
기타 (미가입 포함)	0.8 % (10,427)
계	100.0 % (1,304,710)

자료원: 2000년도 장애인실태조사
(보건복지부, 한국보건사회연구원, 2001)

〈표 10〉 장애인 가구의 '그럭저럭' 살아가는 데 필요한 생활비

필요한 생활비	평 균 (만원)
총 생활비	116.5 (100.0)
주부식비	30.6 (26.3)
의료비	13.1 (11.2)
주거비	16.7 (14.3)
교통비	13.6 (11.7)
기 타	42.5 (36.5)

자료원: 2000년도 장애인실태조사
(보건복지부, 한국보건사회연구원, 2001)

는 경우가 전체의 13.7%이었고, 장애인가구의 의료비 지불 비중은(〈표 10〉 참조) 전체 생활비의 약 11.2%를 차지한 것으로 보고하였다. 장애인의 건강관리 현황에 대하여 좀 더 구체적으로 살펴보면, 장애인으로 진단 받은 직후에도 치료를 받지 않았던 15.2%의 장애인(전국 추정 수는 179,631명)을 대상으로 그 이유를 파악한 연구보고에 의하면, 경제적으로 곤란해서가 30%, 근처에 치료기관이 없어서가 4.5%이었고, 약 53%에 해당되는 과반수 이상의 장애인들이 그대로 두어도 될 것 같아서(28.7%)나 치료해도 나을 것 같지 않아서(6.7%), 장애에 대한 무관심과 무지 등(17.5%)의 이유로 치료를 받지 않았다. 한편, 치료를 받았다는 장애인이 느끼는 치료의 충분도를 조사한 결과에서도 충분하다(52.8%)와 충분하지 못하다(46.8%)가 비슷한 수준이었다. 그리고 현재 치료받고 있다는 장애인은 전체의 약 40% 수준이었고 나머지 60%의 장애인의 경우는 현재 치료를 받지 않고 있는 것으로 보고하였으나, 이 결과 역시 장애 유형별로 차이가 컸다.

현재 치료받고 있는 장애인 치료 처는(〈표 11〉 참조), 재활 병·의원(1.9%)이나 보건소(4.3%) 혹은 장애인복지관(0.9%)이나 특수학교 등 기타 장애관련 재활기관은 2.1%의 이용 비율을 보인 반면에, 종합병원과 병·의원 및 한방 병·의원이 전체의 78.4%로 보고하였다. 한편, 현재 치료를 받지 않고 있는 장애인 중에는 경제적으로 어려워서가 17.1%인 데 반해 미치료관리 장애인중의 72.4%가 치료해도 효과가 없어서(45.2%)와 효과가 없을 것 같아서(27.2%), 혹은 치료시기를 놓쳐서(5%)였다고 보고하였다.

우리나라의 경우, 장애인을 위한 재활의료기관은 병·의원의 재활의학과, 국립재활원 및 재활 병·의원, 장애인복지관의 의료재활서비스, 그리고 최근에 이르러

〈표 11〉 현재 치료받고 있는 재가 장애인의 치료 처 (단위: %, 명)

치료처	지체 장애	뇌병 변장애	시각 장애	청각 장애	언어 장애	정신 지체	발달 (자폐)	정신 장애	신장 장애	심장 장애	전 체
종합병원	35.4	46.3	53.0	39.6	56.5	37.6	10.1	42.5	68.0	83.8	45.1
병·의원	32.3	16.6	34.7	47.6	-	15.8	-	51.2	30.3	11.1	27.1
재활병의원	2.8	2.0	-	-	-	0.9	6.7	0.7	1.7	1.2	1.9
한방병의원	5.2	15.1	2.2	-	13.8	-	-	-	-	2.3	6.2
보건소	5.3	7.6	0.5	1.4	8.3	0.8	-	1.3	-	1.1	4.3
장애인복지관	0.2	0.7	-	1.2	-	12.1	-	-	-	-	0.9
재활관련기 관[1]	0.2	0.8	-	2.2	-	26.7	33.6	-	-	-	2.1
기 타[2]	4.8	4.5	2.7	1.4	13.2	2.2	49.6	1.6	-	-	4.1
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(661)	(391)	(124)	(48)	(17)	(70)	(15)	(108)	(67)	(116)	(1,617)
전국 추정수	215,184	136,999	41,634	16,935	27,307	27,307	6,808	36,375	25,150	41,658	553,121

자료원: 2000년도 장애인실태조사 (보건복지부, 한국보건사회연구원, 2001)
주: 1) 재활관련기관은 특수학교 및 기타 장애인 재활관련 기관임.
2) 기타에는 한약방, 교회 및 종교단체, 무속 등이 포함 됨.

일부 보건소를 중심으로 실시되고 있는 지역사회중심 재활보건사업을 위한 방문간호서비스 등이 있다. 이는 한국보건사회연구원(1994) 보고에서도 지적한 바와 같이 장애인을 위한 재활보건의료기관의 부족 현상은 종합병원의 재활의학과와 작업치료실, 언어치료실의 설치율이 매우 낮고 국자지원을 받는 재활 병·의원은 대부분이 수용시설의 부설형태로 운영되고 있는 데서 비롯된다고 지적하였다. 장애인복지관의 경우 관할구역이 전체 시도로 지나치게 광범위하여 일부지역의 장애인에게만 의료재활서비스를 제공하고 있는 실정이고 재활 병·의원의 전문의료인력이 부족한 실정임을 시사하였다.

종합정리하면, 장애인의 범주와 대상이 확대된 바 있고 앞으로도 지속적으로 확대된다면 장애 출현율이 급격하게 증가될 것이고, 장애의 정도가 중증화 및 특성화될 것이 예측된다. 뿐만 아니라 장애인 스스로의 권리의식과 복지 욕구에 대한 목소리가 높아질 것으로 전망 될 뿐만 아니라 다양한 연령계층, 장애종류, 인구노령화, 가족기능의 변화, 소득수준의 향상 등 복지여건의 변화로 인해 새로운 복지 수요와 욕구 또한 다양화 될 것이기 때문에 이에 대한 종합적인 대비책 마련이 요구된다.

2) 장애인 건강관리체계의 문제점

첫째, 종합적이고 체계적인 재활보건의료 정책의 부재

장애인을 위한 보건의료재활과 관련된 정부의 정책을 살펴보면, 장애인의 여건과 특성이 고려된 총괄적이고 체계적인 정책이라기보다는 단편적이고 의료이용의 수혜 적 성격이 주를 이루고 있다. 현재 보건복지부의 장애인을 위한 복지시책(2002b) 중에 보건의료와 관련된 내용을 살펴보면 ① 장애인을 위한 의료비 지원, ② 장애인 등록 진단비 지원, ③ 장애인 재활보조기구 무료교부, ④ 재활 병·의원 운영 ⑤ 장애인 재가복지 봉사센터 운영, ⑥ 장애인 의료비 공제 일곱째, 장애인 보장구 등의 부가 가치세 영세율 적용 등이 있다. 따라서 노인보건정책과 같이 노인보건의료관리 대책을 위한 정부의 큰 틀과 같은 내용은 재활보건정책에서 찾아 볼 수 없었고 단지 방문간호사업 등 공공보건기관을 통해 노인보건의료문제를 다루면서 일부 재활환자 관리대책이 포함되는 수준에 불과한 실정이었다.

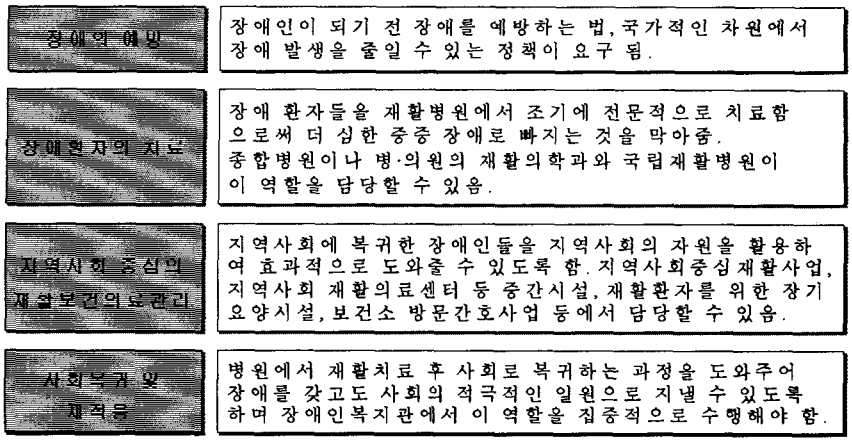
둘째, 장애인특성을 고려한 수요자(장애인)중심의 다양한 재활보건의료 시설 및 전달체계 부재

장애인의 건강관리를 위한 재활센터의 절대공급량 부족뿐 아니라 장애인 특성과 지역여건을 고려한 다양한 형태의 재활시설에 대한 공급구조상에 문제가 있다. 예를 들면, 노인환자관리를 위한 공급유형에는 노인전문병원, 유료노인전문요양시설, 노인전문요양시설, 유료노인요양시설, 실비노인요양시설, 노인요양시설, 주간보호시설, 단기보호시설, 가정간호와 방문간호 등 다양화하여 노인환자 요구와 특성에 적합한 의료서비스 공급구조를 개발하고 확대할 계획을 갖고 있지만, 재활환자 관리를 위한 시설은 현재 장애인복지법시행규칙 별표3의 규정에 의한 11종의 지역재활시설 중에서 ① 장애인복지관, ② 장애인의료재활시설, ③ 장애인주간보호시설, ④ 장애인단기보호시설 등을 들 수 있다. 앞서 지적한 바와 같이 재활의료를 중점적으로 다룰 수 있는 시설의 절대 공급량 부족도 심각한 문제이지만 다양한 운영형태의 시설과 사업 개발이 미비한 것도 장애인들이 의료재활이나 건강관리를 하는 데 매우 큰 어려움을 겪을 수밖에 없는 실정이다. 특히 전체 장애인의 3.5% 만이 2000년 현재 시설을 이용하고 있는 실정이고 나머지 96.5%에 해당되는 대부분의 장애인들이 재가 장애인임을 감안할 때 이들을 체계적으로 관리할 수 있는 가정간호나 방문보건사업 등이 보다 적극적인 개입될 필요가 있다는 점을 시사하고 있다.

뿐만 아니라 지역사회 내 관련시설과 서비스간에 연계성 부족으로 시설 밀집지역은 유사 서비스가 중복 제공되는 반면, 장애인시설 미설치 지역이나 보건소등 보건의료기관과의 연계가 안 이루어지고 있는 지역은 서비스 이용기회가 차단되는 등 자원 활용의 비효율성 문제도 적지 않음을 지적(정진모, 2002) 하였다.

셋째, 공급자 중심의 정형화된 사업 수행 및 프로그램의 다양성 결여

지역적 특성, 장애인의 복지욕구 등을 반영하여 사업을수행하기보다 설립이 오래된 시설의 예를 따라 운영함으로써 각 시설별 특성화와 차별화가 미약한 실정으로 의료재활시설이나 장애인체육관의 경우 장애인보



〈그림 2〉 수요자중심재활보건의료전달체계

다 일반인을 위주로 사업을 수행하는 사례가 발생하여 시설 본래의 목적 달성에 미흡함을 지적(전봉윤과 정진모, 1995) 하였듯이 공급자 중심의 사업 수행과 이용 양상의 문제를 지적할 수 있다. 뿐만 아니라, 재활환자를 관리할 수 있는 시설과 서비스는 병·의원에 의존하고 있어서 재활 간호, 상담, 재 적응 등 장애인의 재활을 위한 다양한 대체시설과 가정방문 등 재가 재활관리프로그램이 활성화되지 못하고 있는 실정으로서, 이러한 근본적인 원인은 장애인을 위한 보건의료정책은 정부의 우선 정책으로 부각되지 못하고 있는 데 기인된 것으로 사료된다.

Ⅲ. 정책 과제

이상과 같이, 장애인의 현황을 파악하고 이들의 건강수준과 건강관리 현황을 토대로 파악 문제점에 기초하여 장애인의 건강관리를 위한 지역사회 재활보건의료서비스 전달체계를 구축에 필요한 기본적인 정책 대안은 다음과 같다.

첫째, 장애인을 위한 종합 재활보건의료정책 수립

재활환자의 건강관리를 위한 보건의료재정을 조달하기 위하여 의료보험법을 국민건강보험법으로 개정함과 동시에, 보건의료공급구조를 치료중심에서 건강증진, 예방, 치료, 요양 및 재활 중심영역으로 확대하여 수요자 특성에 적합한 다양한 형태의 공급구조를 확충하고자 하는 정책방향과 비견을 제시한 바 있다.

장애인의 보건의료문제는 단순히 "장애에 대한 치료"로 대처할 수 없는 보다 복합적인 성격을 지니고 있어 기능의 회복보다는 장기간에 걸쳐 증상의 완화에 치중하게 되며 보다 중요한 것은 급성질환에 대한 치료위주의 현행 의료체계는 치료보다는 간호와 재활의 관점에서 대처해야 하는 과제를 갖고 있다. 따라서 단편적인 장애인을 위한 수혜차원의 단편적인 시책에서 탈피하여 일반인을 대상으로 한 장애의 예방에서부터 장애출현 직후의 치료와 급성기를 지난 이후 장애 유지 및 기능 향상기, 회복기, 그리고 사회 재 적응기 등 장애 단계와 장애인 특성에 적합한 공급체계를 구축할 수 있는 종합적이고 체계적인 국가적 차원에서 장애인을 위한 종합 재활보건의료정책이 시급히 마련되어야 한다.

둘째, 지역사회중심의 재활보건의료전달체계 구축

장애 예방, 장애환자 치료, 장애인 재활 관리, 그리고 사회복귀를 위한 보건의료재활 등으로 이어지는 장

애 전 영역을 고려 한 종합적이고 전문적인 재활 보건의료전달체계의 구축이 필요하다. 특히 지역사회중심의

장애인 보건의료전달체계를 체계적으로 정착시키기 위해서는 단순히 치료나 복지 차원에서만 접근하여서는 곤란하고 장애의 유형과 특성이 고려 된 지역사회중심의 재활보건의료전달체계 내에서 종합적이고 체계적인 접근방안 모색이 구체화되어야 한다. 특히 보건소단위의 지역사회 재활보건의료사업의 활성화가 필요하며, 이를 위해 재활영역의 보건의료팀으로서 재활 전문 보건간호사가 co-worker로서의 역할을 할 수 있는 기반조성이 매우 필요하다. 따라서 각 단계별 수요자 특성에 적합한 재활보건의료전달체계는 〈그림1〉에 제시된 바와 같이 장애의 예방, 장애환자의 치료, 지역사회중심의 재활보건의료관리, 그리고 사회복귀 및 재적응 등의 단계가 어느 한 단계도 단절됨이 없이 상호 유기적이고 보완적으로 연계되어 종합적이고 체계적으로 구축되어야 한다.

셋째, 재활관련 전문인력 개발 및 양성

재활보건의료인력 문제에 있어서도 장애인중심의 지역사회보건의료전달체계가 구축되면 재활 전문 간호사(rehabilitation nurse specialist)와 재활 전문 의사, 물리치료사, 작업요법사, 언어치료사, 그리고 사회복지사 및 자원봉사자 등 공급 구조의 재편성과 체계화된 인력 수급과 관리 대책이 필요하다. 특히 지역사회 재가 재활환자관리를 위한 보건소 방문간호사업이 활성화된다면 재활 전문 보건간호사의 공급이 우선적으로 필요하다. 따라서 장기적으로 보건의료재활전달체계의 구축과 함께 재활전문인력에 대한 총체적으로 검토가 동시에 이루어져 각 전문인력간 업무의 효율적인 조정과 통합 등이 이루어져야 하며, 이 때 비용 문제와 보건의료서비스의 질적 문제 및 효율성의 과제가 면밀하게 검토되어야 한다.

넷째, 장애인을 위한 보건과 복지 서비스의 효율적인 연계와 분리

재활환자를 위한 보건의료와 사회복지 서비스 연계의 필요성은 아무리 강조해도 지나침이 없다. 장애인 문제는 거의 대부분이 빈곤, 질병, 역할상실, 소외 등으로 이어져 장애 문제는 매우 복합적이고 장기적인 관리가 요구되는 특성을 갖기 때문에 보건과 복지 서비스의 상호연계로 통합서비스가 어느 부분보다도 필요하기 때문이다. 문제는 장애인을 위한 보건의료와 사회복지 서비스의 연계는 대상자인 장애인에 초점을 맞춘 효과적인 보호연속상의 개념에 의한 효율적인 서비스 전달체계와 분류가 이루어져야 한다는 점이다. 효율적인 서비스 전달체계 수립을 위한 전략적 요소는 서비스 제공자와 수혜자를 상호 연계 해 주는 데 적합하다고 판단되는 곳이 지역사회를 중심으로 한 보건소와 복지관이라고 볼 때, 향후 두 기관의 역할과 기능에 대한 명확한 연계와 분리 문제가 더욱 중요해 질 전망이다.

결론적으로 지역사회중심의 재활보건의료전달체계의 구축은 정부의 종합적인 재활보건의료정책이라는 큰 비젼을 토대로 마련되어야 하며 각 재활서비스 영역별 수요자 특성에 적합한 시설과 인력이 뒷받침되어야 가능하다고 사료된다. 이와 같은 관점에서 우리나라 장애인을 위한 보건복지정책은 이제 초기단계라 해도 과언이 아니다. 장애인을 위한 종합적 보건의료복지 정책의 밑그림을 초기 단계부터 어떻게 준비하고 실천 해 가고 있느냐가 그 나라의 보건·복지 수준을 가늠 해 주는 지표가 될 수 있다. 따라서 단편적인 수혜차원의 보건의료복지 정책을 과감히 탈피하고 이제는 진정한 의미에서 재활환자의 입장 즉, 장애인의 시각에서 바라본 수요자 중심의 종합 재활보건의료정책과 그에 따른 전달체계의 구축이 필요하다. 특히 장애인을 위한 지역사회중심의 재활보건의료사업(CBR)은 학문적 통합은 물론 질병 단계적 통합과 관리 등 종합적이고 효율적으로 서비스가 제공될 때 효과를 가져 올 수 있는 특성을 갖고 있다. 이러한 특성을 갖는 재활보건의료서비스 제공에 있어 여러 다 학제 간 서비스의 co-worker 혹은 case manager로서의 전문적이고 핵심적인 역할과 기능을 수행해야 하는 전문직이 바로 재활 전문간호사(rehabilitation nurse specialist)라고 판단된다. 따라서 앞서 시행하고 있는 나라들에서 볼 수 있듯이 재활 전문간호사가 그 역할과 기능을 수행할 수 있는 여건과 환경이 조성되었을 때, 비로소 우리나라의 보건복지수준은 진정한 의미에서 선진국 수준에 들어섰다고 평가할 수 있을 것이다.

참 고 문 헌

보건복지부, 한국보건사회연구원(1995). 1995년도 장

애인 실태조사.
보건복지부(1998). 21세기 보건의료발전을 위한 종합계획(안).
보건복지부(1999). 새천년보건복지비젼.
보건복지부, 국립재활원(2000). 2000년도 보건복지부 지역사회중심재활거점보건소지원사업, 지역사회중심재활사업의 이해와 사업계획수립을 위한 웍샵자료.
보건복지부, 장애인복지심의관실(2000). 장애인지역사회재활시설 활성화 방안.
보건복지부(2001). 2000년 장애인보건복지백서
보건복지부, 한국보건사회연구원(2001). 2000년도 장애인 실태조사.
보건복지부(2002a). 2001년 보건복지백서.
보건복지부(2002b). 장애인복지시책, 보건복지부 홈페이지.
서울특별시(2002). 2002년 서울시보건사업평가세미나
서울특별시, 한국보건사회연구원(2002). 서울시민의 건강수준 및 의료이용 실태.
유호신(2001). 지역사회지체장애인을 위한 방문간호사업 효과 평가, 대한간호학회지, 31(6), 1098 - 1108.
일본후생성(1999). 후생백서.
전봉윤·정진모(1995). 장애인 이용시설의 현황과 과제, 아·태 장애인 10년 연구논문집, 재활연구소.
정진모(2002). 장애인복지관의 현황·과제와 발전방향
한국보건사회연구원(1994). 장애인복지의 현황과 정책과제.
한국보건사회연구원(2001). 지역별 장애인복지사업 평가.
한국장애인복지체육회(1999). 장애범주확대방안 및 장애분류·등급판정기준에 관한 연구.

ABSTRACT

A Policy Alternatives on Developing Health Care Delivery System for Disable Person in the Community

Ryu, Hosihn(Associate Professor, College of Nursing, Korea University)
Lee, Juyul(Assistant Professor, Department of Health Administration, Namseoul University)

This policy alternatives for establishment of rehabilitation health care delivery system for the disabled in the community were developed based on the data of current health status and situations of health care management for disabled persons in Korea. This research was conducted with secondary data analysis for identifying health status and current situations of managing health of disabled persons, and discussed current issues for establishing rehabilitation health care delivery systems in the community.

Observing the health status and current situations of managing health of disabled persons, scope and target population of disabled person extended, so prevalence rates increased, and the severity of disability intensified and specified. The summary of issues of health management for disabled persons included: 1) absence of comprehensive and systematic policy in rehabilitation health care systems. 2) absence of consumer based rehabilitation health care facilities and delivery systems that are considered as the characteristics of disabled persons 3) fixed form of projects based on the provider and lack of variety in the programs.

Hereafter, to overcome these problems, policy alternatives should 1) establish a comprehensive rehabilitation health care policy for disabled persons, 2) establish comprehensive and specific community based rehabilitation health care delivery systems that can promote preventing disability, providing medical care for disabled persons, establishing rehabilitation management for disabled persons and health care when returning to society, 3) provide training and secure manpower for rehabilitation, but the training case managers who will take the roles as an expert rehabilitation nurse mediators for multidisciplinary team work are needed immediately, and 4) include efficient connection and provision of independent services for welfare rehabilitation service and health care.

Conclusively, a community based rehabilitation health care delivery system should be l comprehensive policy vision of the government on rehabilitation health care delivery sy rehabilitation service has to be constructed systematically under suitable facilities con consumer characteristics and rehabilitation health care policy. By doing this, consi comprehensive community rehabilitation health care delivery system could be constructed disabled person.

Key words : Disabled, Rehabilitation, Health care delivery system