

가정방문 물리치료 시행을 위한 시스템 개발

마산대학 작업치료과
한 동 욱
성모재활의학과 물리치료실
문 태 호
청십자 병원 물리치료실
이 은 미
김해장외과 의원 물리치료실
전 성 미
영남 의원 물리치료실
정 원 석

Development of the System for Home Visiting Physical Therapy

Han, Dong-Wook, P.T., Ph.D.

Department of Occupational Therapy, Masan College

Moon, Tae-Ho, P.T

Department of Physical Therapy, Sungmo Rehabilitation Clinic

Lee, Eun-mi, P.T

Department of Physical Therapy, Bluecross Hospital

Jeon, Sung-mi, P.T

Department of Physical Therapy, Gimhae Jang Surgery Clinic

Jung, Won-Suck, P.T

Department of Physical Therapy, Youngnam Clinic

<Abstract>

The most of patients and protectors point that the Home Visting Physical Therapy is necessary and compulsive.

A Public Health Center and a Welfare Center have to help a home

visiter for treatment cure to ask for professional medical services in general hospital. On getting a name lists of patients a treatment of doctors, they must remark the conditions of the patients to keep the mutual relation general hospital. A home visiting physical therapists in the welfare center and public health center need to discuss a main doctors in a same center for reevaluation of patients.

The system in a general hospital consists of the medical department and the administration with the doctor of hospital as the central figure. A department of home visiting physical therapy has a physical therapy team closely connected with various medical office in hospital. The system in a public health center is composed of the health executive office, health direction medicine office, and the community health office. Department of home visiting physical therapy belongs to community health office. Home visiting physical therapy in a welfare center belongs to home visiting service office.

The qualifications of a physical therapist is intended for people who have received clinic experience of three years and regular education.

The theory (352 hours) and practice (248 hours) total to 600 hours. They can develop professional skills through these education courses.

The frequency of home visiting is proper third a week after talking with a medical attendant about the state of patient. The care time is proper from 30 to 60 minutes.

I. 서 론

우리나라는 1960년 이후 급속한 경제성장과 함께 산업화와 도시화가 가속화되고 있다. 이러한 경제성장은 사람들의 생활을 윤택하게 하고, 편리하게 하는데 분명히 도움을 주고 있다. 하지만 그 이면을 보면 교통사고 및 산업재해의 증가, 환경오염의 증가로 인한 선천성·후천성 장애자의 수가 급증한 것을 볼 수 있다. 더불어 선진국형 만성 질환인 고혈압, 뇌졸중, 당뇨병 등 성인병 질환의 증가를 초래하게 되었다. 또한 경제성장과 더불어 발달한 의학의 발달은 인간의 평균수명을 연장시켰다는 큰 성과가 있었지만, 이로 인한 노령인구의 증가는 노인성 만성질환의 증가를 가져왔다. 따라서 만성질환자들에 의한 입원수요가 급증하고 있으며, 재활서비스를 필요로 하는 대상자의 수가 증가하고 있다(이충휘 등, 2000).

재활 사업에 대한 접근 방법으로는 시설중심 재활과 지역사회중심 재활이 있는데, 오늘날은 시설중심 재활이 한정된 수용인원과 고가 비용, 장애인의 사회적인 결리를 초래한다는 문제가 있어, 가족이나 지역사회의 인적, 물적 자원을 가동, 활용하는 등 지역사회를 중시하

는 탈 시설주의 방향으로 흐르고 있는 경향이어서 가정에서 치료를 요하는 재가 장애인들의 수요가 점점 증대되고 있다(Krol 1984; Harrow, 1995).

현재 중국, 필리핀, 베트남 등 세계 60개국 이상이 WHO의 권고에 따라 재가 장애인을 위한 지역사회 재활 프로그램을 도입 실시하고 있으며, 미국, 영국, 일본 등 선진국에서는 시설수용을 가급적 탈피하고 지역사회에서 인적, 물질 자원을 최대한 활용하는 재활서비스를 제공하고 있으며 효과를 거두고 있다(Campbell 등, 1989).

지역사회중심 재활이란 입원할 필요가 없거나 부득이 가정에서 치료를 받아야만 하는 만성질환자와 재가 장애인, 노인, 소아, 저소득자 등에게 의사를 중심으로 다양한 전문 치료팀이 방문하여 물리치료, 작업치료, 간호와 가사관리를 위한 보조서비스, 보건교육사업을 하는 것이라 할 수 있으며, 가정방문의료서비스라고도 할 수 있다. 따라서 가정방문의료서비스의 목적은 치료의 연속성을 유지하며, 중환자 시기부터 회복시기까지 연속적인 의료서비스를 효율적으로 제공하여 환자의 요구를 충족시키기 위해 치료 및 관련서비스를 가정으로 전달하려는 제도이다(양영애, 1997).

가정방문 의료사업의 장점으로 첫째는 개인적인 측면으로서 환자가 자신의 거주지에서 건강·생활상의 문제를 해결할 수 있기 때문에 심리적인 안정과 평균 입원 일수를 감소시키는 등의 효과가 있다. 둘째로는 환자에 대한 치료의 연속성을 증대시킬 수 있으면서 입원 횟수와 입원일수를 줄일 수 있기 때문에 병원의 침상가동률을 높일 수 있어 병원 재정에 도움을 줄 수 있는 등의 효과를 기대할 수 있다.

실제로 미국의 밀워키에서 가정방문 의료서비스를 제공한 결과, 의료사업에 소용되는 비용의 절감 효과와 더불어 환자와 보험재정 모두에게 이익을 주었고, 입원 횟수와 입원 일수를 단축시키며 회복을 촉진시키는 효과를 가져왔다는 보고가 있다(양영애, 1997).

이러한 현실과 현대적 의료 요구의 변화에 부응하는 의료서비스의 다양화라는 측면에서 가정간호사 제도와 발맞추어 물리치료 분야에서도 병원중심의 물리치료만 고집할 것이 아니라 입원시켜 집중적인 치료를 제공할 필요가 없거나 입원해 있더라도 물리치료 이외 별다른 치료가 없는 환자를 대상으로 하여 환자가 가족과의 생활 및 기타 필요한 사회, 경제적 활동을 유지하면서도 장기간의 질병관리를 효율적으로 이행할 수 있도록 해주는 가정방문 물리치료 제도를 도입해야 할 필요성이 있다.

가정방문 물리치료제도 도입의 필요성과 관련해 심정길(1994)의 연구에서는 환자의 96%, 양영애(1997)의 연구에서는 환자의 96.7%, 김동미(1996)의 연구에서 환자의 85.3%, 보호자의 90.1%, 한동욱(1999)의 연구에서는 환자의 82.4%, 보호자의 90%가 필요하다고 대답해 대부분의 환자와 보호자가 가정방문 물리치료가 꼭 필요하다는 점을 지적했다.

또한 가정방문 물리치료 제도가 정착될 경우 이용하겠는가에 대한 질문에서 김순화(1996)의 연구를 보면 환자의 65.7%, 심정길(1994)의 연구에서는 환자의 96%가 이용하겠다고 대답했다. 또한 양영애(1997)의 연구에서는 환자의 80.4%, 보호자의 87.7%가 이용하겠다고 응답했고, 한동욱(1999)의 연구에서도 환자의 81.0%, 보호자의 89.0%가 가정방문 물리치료 제도 도입시 이용하겠다고 응답해 이용의사가 높았다.

환자와 보호자 모두 가정방문 물리치료 제도 도입의 필요성과 이용의사가 높음에도 불구하고 가정방문 물리치료 제도도입의 필요성에 대한 연구는 많이 시행되고 있는 반면, 가정방문 물리치료 서비스 제공을 위한 시스템을 개발하려는 연구는 부족한 편이었다. 따라서 본 연구는 우리나라의 현실과 보건의료체계에 알맞은 가정방문 물리치료 제도의 도입 및 정착을 위해 가정 간호와 가정방문 물리치료에 대한 문헌을 토대로 가정방문 물리치료의 운영

시스템을 개발하여 가정방문 물리치료 제도의 정착 및 운영에 필요한 자료를 제공하고자 하였다.

II. 가정방문 물리치료 서비스

1. 가정방문 물리치료의 개념 및 대상자

가정방문 물리치료란 물리치료서비스가 필요한 환자들 예를 들어 뇌·척수 손상자, 만성 질환자, 기능 장애자들 중에서 집중적 치료를 필요로 하지 않는 환자에게 의사의 처방을 기초로 하여 가정이라는 생활환경 내에서 물리치료서비스를 제공하는 의료서비스라고 할 수 있다. 적용대상자는 담당의사가 퇴원 후 물리치료가 필요하다고 인정하는 환자로 규정할 수 있는데, 이들을 세부적으로 분류하면 첫째 관절염 등 뼈·관절의 만성질환자, 둘째 뇌졸중, 뇌손상, 척수손상 등 물리치료가 필요한 환자, 셋째 요추 및 경추수술 환자, 인공고관절, 전대치술 등 수술 후 조기 퇴원한 환자, 넷째 기동성장애, 치매 등의 문제를 갖고 있는 노인환자, 다섯째 뇌성마비, 운동발달 지체장애 및 장애 아동 등으로 구분 할 수 있다.

2. 조직도

일반적으로 가정방문 물리치료 서비스를 받게 되는 환자는 가장 먼저 종합병원을 찾게 될 것이다. 따라서 종합병원을 중심으로 가정방문 물리치료가 시작된다고 할 수 있다. 먼저 종합병원에서 퇴원할 환자가 가정방문 물리치료 서비스를 원할 경우, 주치의는 환자의 담당 물리치료사와 상의하여 가정방문 물리치료서비스를 제공할 것인지 결정한다. 다음으로 본 병원에서 가정방문 물리치료서비스를 제공할 것인지, 타 기관(보건소, 복지관)으로 의뢰할 것인지를 결정한다. 만약 병원에서 가정방문 물리치료 서비스를 제공하기 어렵다면 환자와 상의하여 환자가 쉽게 접근할 수 있는 타 기관(보건소, 복지관)으로 의뢰한다. 이때 환자는 치료받던 병원의 주치의로부터 소견서를 받아 쉽게 접근할 수 있는 타 기관(보건소, 복지관)을 찾아 간다. 의뢰받은 타 기관에서는 환자가 치료받던 병원의 주치의가 발행한 소견서를 받아 본 기관에 상주하는 의사와 상의하여 가정방문 물리치료 서비스를 실시한다. 상주하는 의사가 없는 경우라면, 협진 의료기관의 의사와 상의하여 물리치료 처방을 받아 실시한다.

가정방문 물리치료사는 처방전에 따라 치료를 실시하며, 전체 치료기간 중에 처방전을 발행한 각 의료기관의 의사 및 협진 의사와 환자의 상태에 대해 상의하여 처방전의 내용을 수정한다.

전체 치료 기간이 종료된 후에 종합병원, 보건소, 복지관내의 가정방문 물리치료사는 대상자를 재평가하여, 각 의료기관의 의사 및 협진의사에게 결과를 보고하며, 결과를 토대로 의사 및 협진의사가 상의하여 치료를 지속할 것인지, 종결할 것인지, 재입원할 것인지를 결정한다(그림 1).

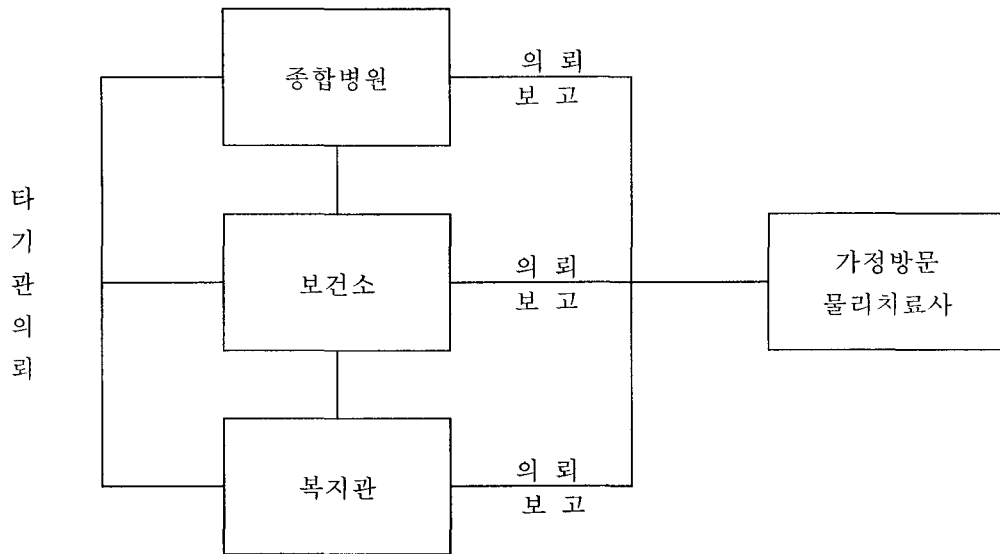


그림 1 가정방문 물리치료 실시를 위한 조직도

1) 종합병원내의 가정방문 물리치료실

종합병원은 병원장을 중심으로 진료부와 행정부가 있고, 진료부에는 진료 각과가 있으며, 보통 일반 물리치료실은 재활의학과에 소속되어 있다. 따라서 가정방문 물리치료실 재활의학과 소속으로 둘 수도 있겠지만, 가정방문 물리치료를 필요로 하는 대상자가 어느 한과에서 발생하는 것이 아니라 모든 진료과에서 발생되기 때문에 임상 각과와 상호 보완적으로 연계하여 대상자 의뢰를 받아 신속하게 처리하고, 행정상의 불편함을 줄이기 위해서 가정방문 물리치료실을 진료부 소속으로 하여 각과에서 환자를 의뢰 받을 수 있도록 한다. 또한 가정방문 물리치료실에 근무하는 물리치료사는 병원내의 치료에는 개입하지 않기 때문에 만약 기존의 물리치료실과 함께 둔다면 가정방문 물리치료사와 병원내 물리치료사 간의 보이지 않는 갈등이 조성될 수 있는 문제점이 있다. 따라서 종합병원에서의 가정방문 물리치료실을 각 진료부와 연계하는 것으로 하여 기존의 물리치료실과 별개로 운영하도록 한다(그림 2).

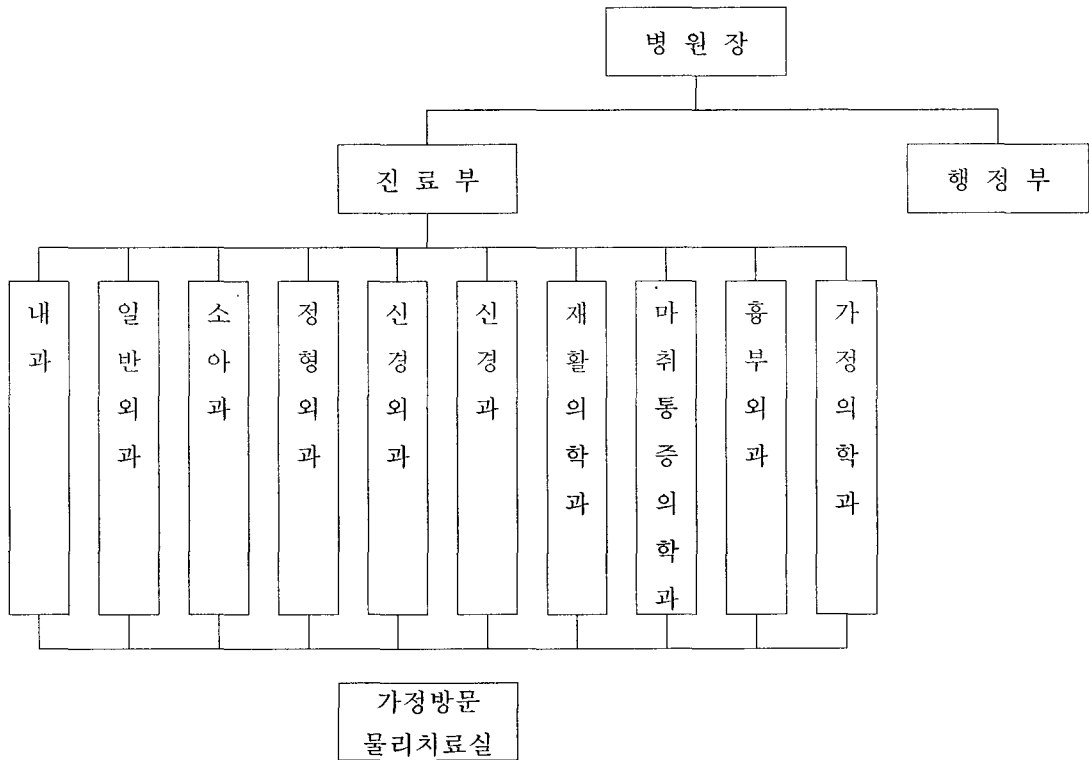


그림 2 종합병원내의 가정방문 물리치료실

2) 보건소 조직도

보건소는 일반적으로 보건소장을 중심으로 보건행정과, 보건지도, 의약과, 지역보건과로 조직되어 운영되고 있다. 그 가운데 현행 지역보건과는 이동진료운영에 관한 업무, 장애인 재활에 관한 업무, 치매노인 관리에 대한 업무를 맡고 있기 때문에, 가정방문 물리치료실을 지역보건과의 소속으로 한다. 보건소에서의 가정방문 물리치료실을 보건소내의 물리치료실과 별개로 운영한다(그림 3).

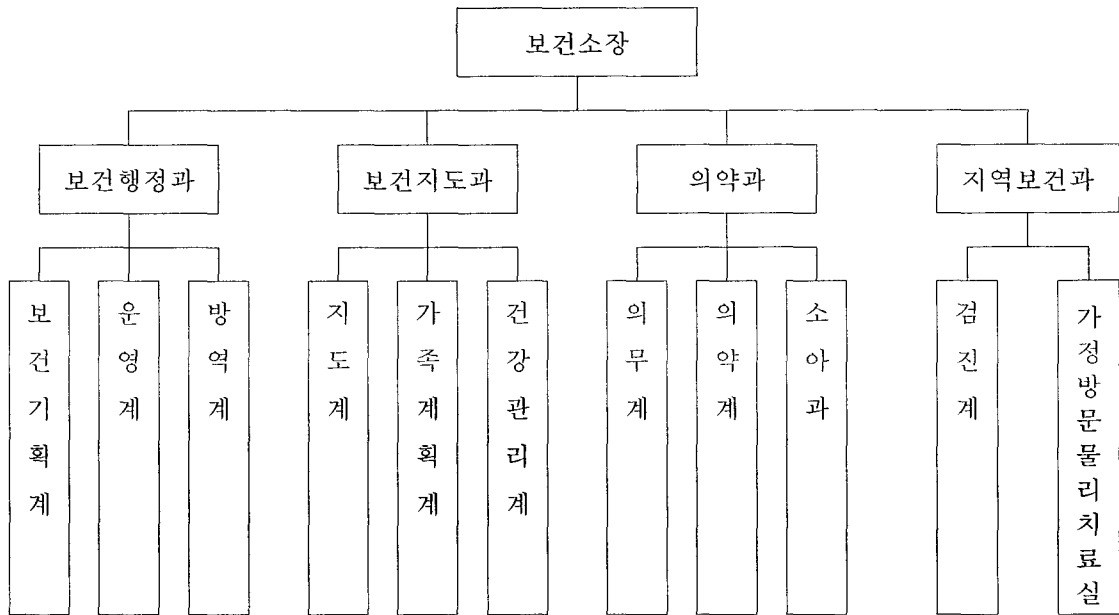


그림 3 보건소내 가정방문 물리치료실

3) 복지관 조직도

복지관을 보면 운영위원회 하에 관장과 인사위원회가 있다. 복지관은 운영위원회와 관장, 인사위원회를 중심으로 총무팀, 기획팀, 상담지도팀, 의료재활팀, 사회재활팀, 재가복지팀, 재가봉사팀, 직업재활팀으로 나뉘어져 운영되고 있다. 만약 복지관에 재가복지팀이 있다면 가정방문 물리치료팀을 재가복지팀에 두어 함께 운영토록 하고, 재가복지팀이 없는 경우는 재가봉사팀에 가정방문 물리치료실을 두는 것이 바람직하다. 재가봉사팀 속에는 가정 간호팀이 소속되어 있어 환자들에 대한 정보 교환과 더불어 팀접근 방법의 치료를 제공하는 등 양질의 의료서비스를 제공하는데 용이하기 때문이다. 반면 재가봉사팀이 존재하지 않는 경우라면 의료재활 치료팀에 가정방문 물리치료실을 두어 복지관내 재활치료팀과 가정방문 물리치료실로 이원화하여 운영하는 것이 바람직할 것이다(그림 4).

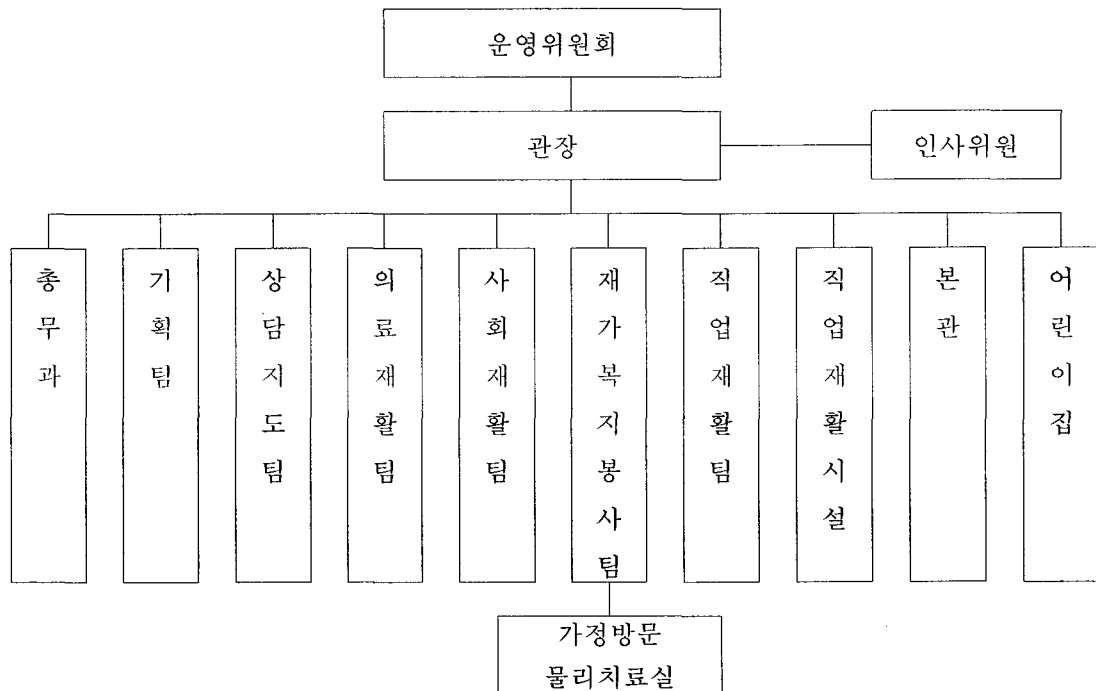


그림 4 복지관내 가정방문 물리치료실

4. 서비스 흐름도

1) 종합병원

일단 병원에서의 치료가 완료되고, 퇴원을 하려고 할 경우 환자와 보호자가 주치의와 상담하여 가정방문 물리치료를 요청한다. 그러면 주치는 병원내 담당 물리치료사와 상의하여 가정방문 물리치료가 필요한지를 결정한다. 상의가 끝난 다음 필요하다는 결론을 얻을 경우, 환자와 보호자가 가정방문 물리치료를 받겠다는 동의서를 작성하고, 주치가 서명을 한다. 그런 다음 환자에 대한 소견서와 함께 동의서를 가정방문 물리치료실에 보내어 가정방문 물리치료를 의뢰한다.

가정방문 물리치료실에서는 의뢰를 받으면 소견서와 동의서를 확인한 다음, 환자가 퇴원하기 전에 병실을 방문하여 가정물리치료 대상자 선정기준에 맞는지 확인하고, 동의서에 가정방문 물리치료사가 서명을 함으로서 가정방문 물리치료 대상자로 등록한다.

대상자 선정기준에 맞추어 1차 방문 날짜와 시간을 결정한다. 물론 병원내 가정방문 물리치료실에서 직접 담당할 대상자 선정기준에 맞지 않을 경우에는 주치의와 상의해 타기관(보건소, 복지관)에 의뢰함으로 이용이 용이한 의료기관에서 가정방문 물리치료를 받을 수 있도록 한다.

일단 병원에서 가정방문 물리치료를 실시하기로 결정하였다면, 담당 가정방문 물리치료사가 1차 방문을 하여 환자의 주거상태 및 일상생활동작에 필요한 여러 가지 문제점 등을 일정한 양식의 평가지로 기록한다. 가정방문 물리치료사는 기록지를 가지고 주치의와 상의하여 가정방문 물리치료 계획을 수립하고, 주치는 환자에 적합한 처방전을 작성한다.

처방전은 현재 실행중인 가정간호 기간(90일)과 동일하게 적용하며, 90일간 가정방문 물리치료사가 가정방문 물리치료서비스를 제공하면서 치료일지를 기록한다. 90일 간의 치료가 끝난 다음 환자는 다시 주치의에게 진료를 받아야 한다.

가정방문 물리치료사의 평가 결과와 주치의의 진료 결과를 토대로 다시 90일간 치료를 실시할 것인지, 재입원할 것인지, 가정방문 물리치료를 종결할 것인지 결정한다.

가정방문 물리치료를 종결할 것인지는 종결기준을 근거로 주치의와 가정방문 물리치료사가 상의하여 결정하며, 가정방문 물리치료 종결을 결정한 경우에는, 적어도 3일 전에 환자와 가족에게 알려야 한다. 가정방문 물리치료를 종결할 때는 종결 요약지에 필요한 사항을 기록하고, 환자와 보호자에게 필요한 종결교육을 실시한다.

가정방문 물리치료의 종결기준은 몇 가지가 있으며, 종결기준에 부합할 경우에 종결을 결정한다. 먼저 가정방문 물리치료를 통해 대상자의 상태가 호전된 경우로 더 이상 치료가 필요하지 않은 경우에 종결을 결정한다. 또는 외래로 통원치료가 가능하거나 재입원을 해야 하는 경우에도 종결을 결정한다. 반면 인근 복지관이나 보건소로 의뢰를 해야 하는 경우, 환자가 더 이상의 가정방문 물리치료를 원하지 않을 때에도 가정방문 물리치료를 종결한다. 가정방문 물리치료사는 환자가 종결하면 가정방문 물리치료 요약지를 작성한다(그림 5).

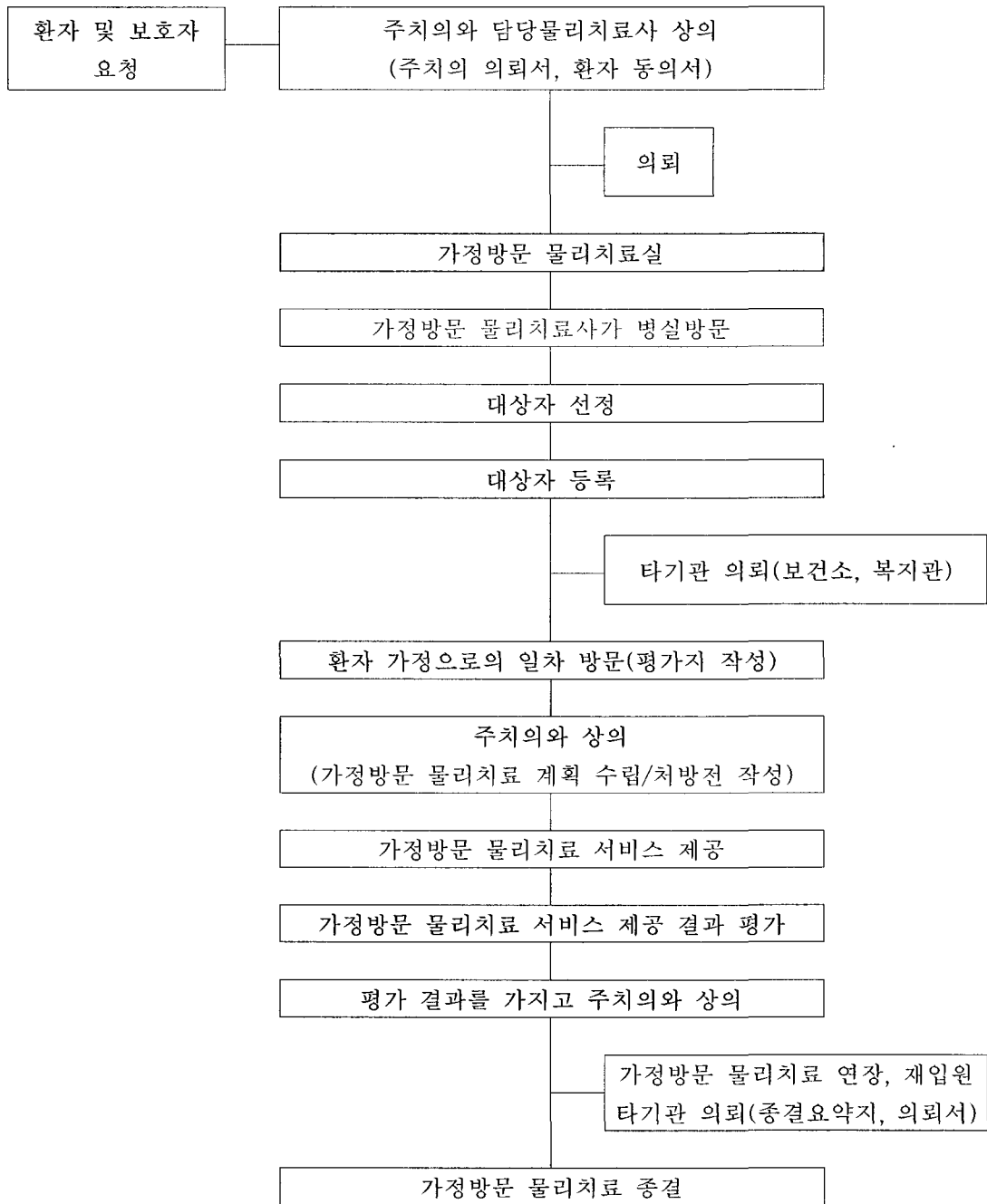


그림 5 종합병원의 가정방문 물리치료 서비스 흐름도

2) 보건소내의 가정방문 물리치료 서비스 흐름도

종합병원 또는 복지관으로부터 의뢰 받은 환자를 가정방문 물리치료 대상자로 등록한 다음, 보건소내의 가정방문 물리치료사가 일차방문 시기를 결정한다.

가정방문 물리치료사는 가정방문 물리치료 대상자를 확인한 다음, 퇴원 전에 주치의가 기록한 소견서를 참조하여 가정방문 물리치료 평가지를 이용해 평가한다. 이어서 평가한 내용

을 가지고 보건소에 상주하는 의사와 상의하여 가정방문 물리치료 계획을 수립한다. 반면 보건소에 상주하는 의사와 상의가 어려운 경우라면 퇴원 전에 다니던 병원의 주치의나 보건소의 협진의를 대상자의 환경과 평가 결과에 대해 충분히 토의하여 가정방문 물리치료 계획을 수립하고 치료 내용을 결정한다. 상의가 끝난 다음 보건소의 상주의, 협진의, 이전의 주치의가 처방전에 가정방문 물리치료의 내용을 기록한다. 가정방문 물리치료사는 처방전을 근거로 하여 가정방문 물리치료를 실시하며, 시행도중에 필요하다고 판단되면 환자를 보건소의 상주의, 협진의, 이전 병원의 주치의에게 진료를 받도록 조치한다. 의사는 진료 후에 필요하다면 가정방문 물리치료에 도움이 될 수 있는 소견서를 재 작성하여 가정방문 물리치료사가 볼 수 있도록 한다. 가정방문 물리치료사는 소견서를 근거로 의사와 상의하여 가정방문 물리치료 계획을 검토하고, 재수립한다.

일정 기간 동안 가정방문 물리치료를 실시한 다음, 가정방문 물리치료사가 평가를 하고, 그 결과를 가지고 보건소의 상주의, 협진의 이전 병원의 주치의와 상의하여 다시 일정 기간 치료를 실시할 것인지, 재입원할 것인지 타기관에 의뢰할 것인지, 종결할 것인지를 결정한다.

대상자에 대한 가정방문 물리치료 종결을 결정한 경우에는, 적어도 3일 전에 환자와 가족에게 알려야하며, 가정방문 물리치료를 종결할 때는 종결 요약지에 필요한 사항을 기록하고, 환자와 보호자에게 필요한 종결교육을 실시한다(그림 6).

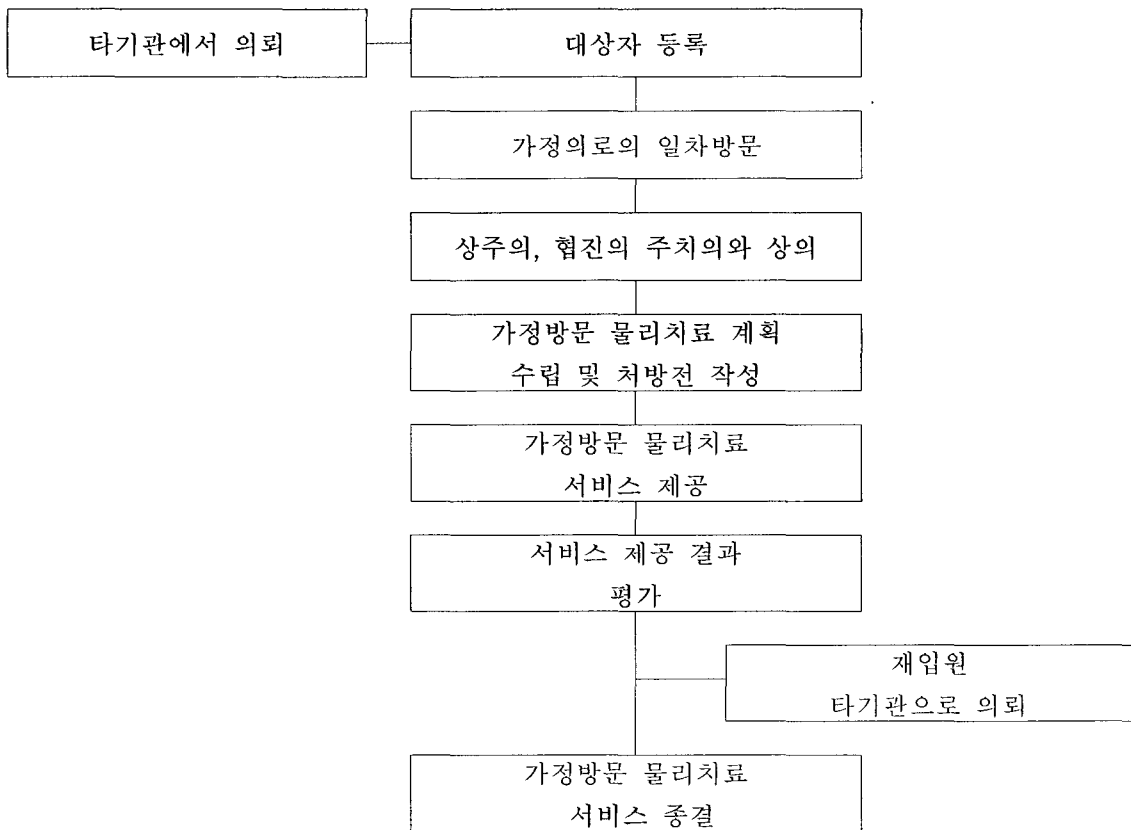


그림 6 보건소내의 가정방문 물리치료 서비스 흐름도

3) 복지관내의 가정방문 물리치료 서비스 흐름도

종합병원 또는 보건소로부터 의뢰 받은 환자를 가정방문 물리치료 대상자로 등록한 다음, 복지관내의 가정방문 물리치료사가 일차방문 시기를 결정한다.

가정방문 물리치료사는 가정방문 물리치료 대상자를 확인한 다음, 퇴원 전에 주치의가 기록한 소견서를 참조하여 가정방문 물리치료 평가지를 이용해 평가한다. 이어서 평가한 내용을 가지고 복지관에 상주하는 의사와 상의하여 가정방문 물리치료 계획을 수립한다. 반면 복지관에 상주하는 의사와 상의가 어려운 경우라면 퇴원 전에 다니던 병원의 주치의나 복지관의 협진 의사와 대상자의 환경과 평가 결과에 대해 충분히 토의하여 가정방문 물리치료 계획을 수립하고 치료 내용을 결정한다. 상의가 끝난 다음 복지관의 상주의, 협진의, 이전의 주치의가 처방전에 가정방문 물리치료의 내용을 기록한다. 가정방문 물리치료사는 처방전을 근거로 하여 가정방문 물리치료를 실시하며, 시행도중에 필요하다고 판단되면 환자를 복지관의 상주의, 협진의, 이전 병원의 주치의에게 진료를 받도록 조치한다. 의사는 진료 후에 필요하다면 가정방문 물리치료에 도움이 될 수 있는 소견서를 재 작성하여 가정방문 물리치료사가 볼 수 있도록 한다. 가정방문 물리치료사는 소견서를 근거로 의사와 상의하여 가정방문 물리치료 계획을 검토하고, 재수립한다.

일정 기간 동안 가정방문 물리치료를 실시한 다음, 가정방문 물리치료사가 평가를 하고, 그 결과를 가지고 복지관의 상주의, 협진의 이전 병원의 주치의와 상의하여 다시 일정 기간 치료를 실시할 것인지, 재입원할 것인지 타기관에 의뢰를 할 것인지, 종결할 것인지를 결정한다.

대상자에 대한 가정방문 물리치료 종결을 결정한 경우에는, 적어도 3일 전에 환자와 가족에게 알려야하며, 가정방문 물리치료를 종결할 때는 종결 요약지에 필요한 사항을 기록하고, 환자와 보호자에게 필요한 종결교육을 실시한다(그림 7).

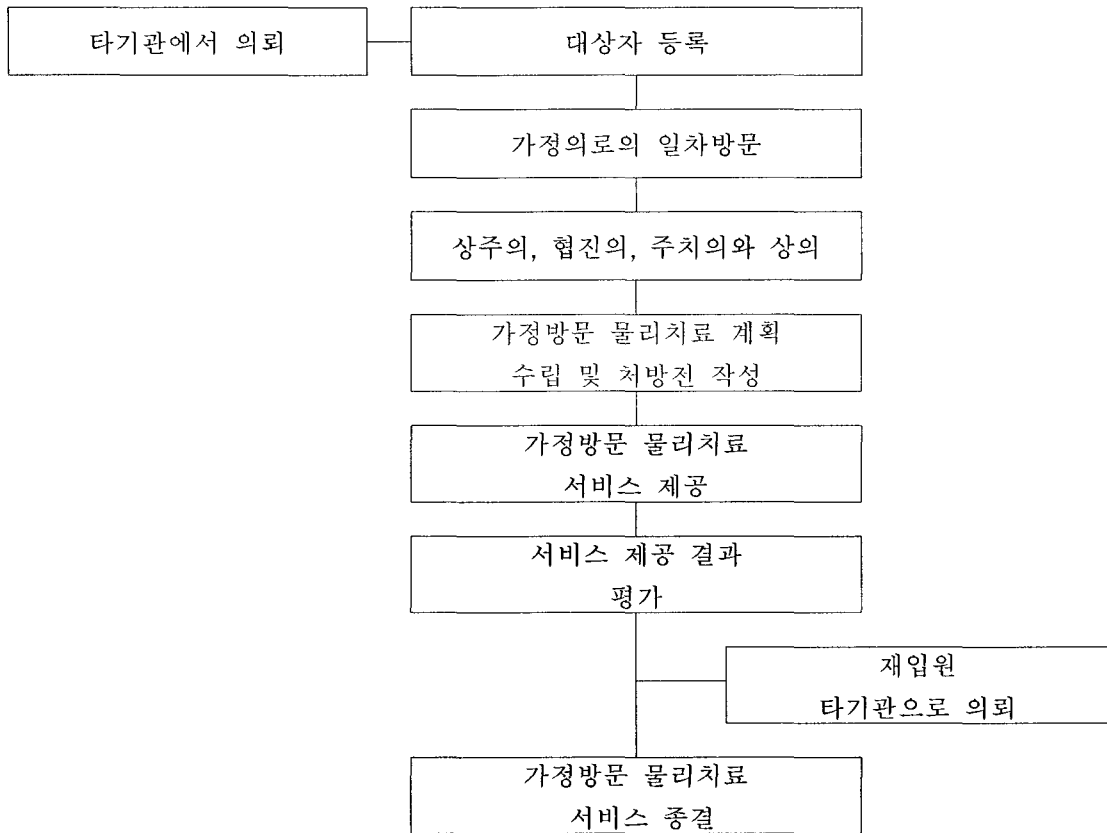


그림 7 복지관내의 가정방문 물리치료 서비스 흐름도

5. 대상자 선정기준 및 종결기준

가정방문 물리치료 대상자 선정기준은 다음과 같다. 첫째 지정병원 입원환자, 입원경력이 있는 환자, 주치의가 의뢰한 환자(의뢰서 작성)로서 행정상으로 지정된 구역이나, 일정 거리에 거주하는 자(예: 병원에서 반경 2km 또는 승용차로 30분 이내의 거리에 거주하는 환자로 한다), 두 번째 가정에서 간병할 보호자가 있는 자, 셋째 의료보험 또는 의료보호 대상자가 아닌 경우 가정방문 물리치료 치료비 부담이 가능한 자, 넷째 가정방문 물리치료를 받아야 하는 지정된 병명을 가진 환자로서 선정기준에 적합한 자, 다섯째 가정방문 물리치료 실시가 가능한 여건을 갖춘 가정환경이 있는 자로서 환자 및 가족이 동의서를 작성한자이다.

대상자 종결기준은 다음과 같다. 첫째 계획한 가정방문 물리치료 목표에 도달한 경우, 둘째 환자상태의 변화로 가정방문물리치료가 적합하지 않은 경우, 셋째 가정에서 환자를 돌볼 사람이 없는 경우, 넷째 환자나 가족이 가정방문 물리치료 서비스를 거부할 경우, 다섯째 환자의 거주지가 가정방문 물리치료를 받을 수 있는 대상지역기준에서 너무 멀리 벗어날 경우, 여섯째 청구된 비용에 대한 지정된 지불기일을 초과한 경우이다. 기준에 일 항이라도 적용되는 환자는 종결할 수 있다.

6. 가정방문 물리치료사의 자격기준

가정방문 물리치료사 자격과 관련된 심정길(1994)의 연구를 보면 임상경력과 관련하여 5년 이상의 임상경험이 있는 자를 가장 많이 원했으며, 양영애(1997)의 연구에서는 3년 임상과 일정교육을 받은 자를 가장 선호하였다. 한동욱과 김용건(2001)은 물리치료사들을 대상으로 가정방문 물리치료사의 자격조건을 알아보았는데, 면허증 소지자로서 일정 교육을 이수한 자라는 응답이 가장 많아 환자와 보호자는 임상경력을 중요하게 생각하는 반면 물리치료사는 임상경력보다는 일정교육이 필요하다는 인식을 갖고 있었다. 반면 임상경력이 필요하다면 몇 년이 좋은지에 대한 질문에서는 3년 이상의 임상 경력이 필요하다는 응답이 많아 최소한 3년 이상의 경력이 필요하다는 생각을 하고 있었다.

사실 가정방문 물리치료 대상자는 재활을 필요로 하는 환자가 대부분이므로 많은 경험과 전문적인 지식이 필요하다. 또한 가정이라는 특수 환경에서 환자가 생활하는데 필요한 신체기능을 회복시키거나 적응시키기 위해서는 병원과 다른 가정이라는 환경적인 요인 또한 무시할 수 없다. 따라서 임상경험과 전문 교육을 이수한자로 자격을 제한하는 것이 바람직하다고 생각한다. 결국 선행 논문에서 조사된 바와 같이 임상경험 3년 이상된 물리치료사가 가정방문 물리치료에 필요한 교육(표 1)을 보건복지부 장관이 인정하는 기관에서 이수한 자로 한다.

7. 가정방문 물리치료를 위한 교육과정

이충휘(2000)에 따르면 가정방문 물리치료에서 환자들이 원하는 재활서비스 내용으로는 운동치료, 통증치료, 일상생활동작 지도, 간병교육, 심리상담, 기타가 있었다. 또한 환자가 제일 불편을 느끼는 활동은 걸기이고, 그 다음이 앉았다 일어서기, 세수, 용변 등의 순으로 이러한 활동들을 원활하게 할 수 있기를 원하였다. 양영애(1997)에 따르면 편마비 환자의 경우는 특수운동치료, 일상생활동작지도, 통증치료, 호흡치료, 전기치료 등의 순으로 원하였고, 척수마비 환자의 경우는 특수운동치료, 일상생활동작지도, 통증치료, 상담과지도, 전기치료 등의 순으로 가정방문 물리치료를 원했다. 반면 이한숙 등(1996)은 가정방문 물리치료 대상자를 크게 성인물리치료, 노인물리치료, 소아물리치료, 모자(산전, 산후)물리치료의 4가지 유형으로 나누는 것이 바람직하다고 하였다.

일본은 1986년 공중위생학, 물리치료개론, 검사, 측정, 일상생활동작 등을 가정방문 물리치료사 양성을 위해 교육했으며, 1987년에 재개정되어 재활의학, 지역 재활, 지역보건학, 보건소 견학실습, 지역복지학, 복지시설 견학실습, 일상생활동작과 생활환경, 재활관련 기기, 물리치료 개론, 지역 노인물리치료를 교육하였다(심정길, 1994).

이충휘(2000), 양영애(1997), 이한숙 등(1996)과 일본의 경우를 토대로 이론교육(352시간)과 실습교육(248시간)을 <표 1>과 같이 작성하였다.

치료를 위한 기본 단계가 측정 및 평가이기 때문에 이 과목에 대한 교육이 필요하고, 가정방문 물리치료 대상자의 특성을 고려한 물리치료가 필요하기 때문에 물리치료를 세분하였으며, 가정이라는 특수한 환경과 필요시에는 개선이 필요하기 때문에 생활환경학이라는 과목이 필요하리라고 생각한다. 또한 가정이라는 환경에서 깨끗한 위생은 환자 치료에 도움이 되기 때문에 지역보건학에 대한 교육이 필요하며, 환자들이 받을 수 있는 혜택에 대한 이해를 돕기 위해 지역복지학이 필요하고, 물리치료를 위해서 필요하다고 생각하는 의료제도에 대한 이해를 돕기 위해 의료제도 과목을 교육하는 것이 바람직할 것으로 생각한다. 더해서 실제 환자를 치료할 수 있는 기술을 몸에 익히기 위해서는 많은 시간의 실습이 필요하기 때

문에 이론 352시간에 실습 248시간을 합계하여 총 600시간의 교육이 필요하며, 이 과목에 대한 충분한 이해와 숙지를 위해 1년이라는 수습기간이 필요하다.

표 1. 교육 과목

구분	교과목	시간
이론	측정 및 평가	32
	일상생활동작 지도	32
	신경계 물리치료(성인, 노인, 소아)	32
	호흡기계 물리치료	32
	순환기계 물리치료	32
	비뇨기계 물리치료	32
	근골격계 물리치료	32
	통증 치료	32
	응급 처치	16
	심리 상담	16
	지역 복지	16
	지역 보건	16
	생활 환경	16
	의료 제도	16
		352
실습		248
합 계		600

8. 가정방문 물리치료 수가

가정방문 물리치료비의 산정기준과 관련된 김동미(1996)의 연구를 보면 환자의 경우, 물리치료의 본인 부담금과 왕복 교통비, 서비스 난이도에 따른 특별 행위료를 가정방문 물리치료비로 산정하는 것이 좋다고 하였고, 한동욱(1999)의 연구를 보면 환자들이 원하는 가정방문 물리치료비는 1회 방문시 물리치료비의 본인 부담금과 교통비, 기본 방문료를 더한 가격이었다. 가정방문 물리치료를 제공하는 물리치료사들을 대상으로 한 한동욱과 김용건(2001)의 연구를 보면 물리치료사들은 1회 방문시 물리치료비의 본인 부담금과 교통비, 기본 방문료를 더한 가격이 바람직하다고 하였다. 따라서 가정방문 물리치료 수가의 산정기준은 가정간호 수가에 준하는 1회 방문시 물리치료비의 본인 부담금과 교통비, 기본 방문료를 더한 가격으로 한다.

1회 방문시 물리치료비의 본인 부담금은 병원에 입원하여 치료할 때 지불하는 금액과 동일하게 적용한다. 교통비는 한동욱(1999)의 연구를 보면 환자는 2,000원을 원하였고, 한동욱

과 김용건(2001)의 연구를 보면 물리치료사는 5,000원을 원하였지만 실제 실행하고 있는 가정간호 수가에서는 교통비가 6,000원으로 산정되어 있기 때문에(충남대학교병원보, 2001), 가정방문 물리치료 수가에서도 교통비를 가정간호 수가와 동일한 6,000원으로 책정한다.

기본방문료는 한동욱(1999)의 연구에서 환자는 4,000원에서 5,000원을 선호한 반면, 한동욱과 김용건(2001)의 연구에서 물리치료사들은 5,000에서 10,000원을 원하고 있었다. 현재 가정간호의 기본 방문료는 19,000원이며 이중 환자가 부담하는 금액은 이의 20%이므로 실제 부담금은 3,800원이다(충남대학교병원보, 2001). 따라서 가정방문 물리치료의 기본 방문료도 19,000원으로 하고 이를 보험에 적용한다. 이렇게 하면 환자가 원하는 수준인 4,000-5,000원과 비슷하므로 환자도 부담이 없으며, 물리치료사가 원하는 금액에도 적당하다고 생각한다.

기본 방문료는 환자의 특성, 진료내용, 소요시간 등에 불문하고 어느 환자에게나 동일하게 적용하며 1일당 수가이므로 같은 날 2회 이상 방문할지라도 1회만 산정한다. 평일 09시 - 18시(토요일 13시)까지 근무시간이며, 이 시간 이외의 시간 또는 관공서의 공휴일에 관한 규정에 의한 공휴일에 가정방문을 실시한 때에는 기본 방문료 소정점수의 50%를 가산한다. 이렇게 계산된 기본 방문료의 80%는 보험지급하고 20%는 환자가 지급한다. 단 임의로 가정방문 물리치료사가 시간을 조절할 수 없으며, 환자의 사정으로 부득이한 경우에만 할 수 있으며 사유서를 제출해야 한다. 교통비는 전액 환자가 부담하고 물리치료 행위별수가(전기치료, 근골격계 물리치료, 신경계 물리치료 등)는 입원 시와 동일하게 적용한다. 입원진료비와 가정간호수가의 지불방법을 비교하여 <표 2>에 나타내었다.

표 1. 입원진료비와 가정방문 물리치료 수가의 지불방법

수가구성	입원진료비			가정방문 물리치료 수가		
		건강보험	본인부담		건강보험	본인부담
기본진료비	입원료	80%	20%	기본방문료	80%	20%
개별행위료	개별행위료 지정진료료	80%	20%	개별행위료	80%	20%
일반수가	병실차액 식대, 기타		100%	교통비		100%

9. 방문횟수 및 치료시간

주당 희망 방문 횟수와 관련된 연구에서 양영애(1997)는 물리치료사와 상의하여가 가장 바람직하다고 알려주며, 환자를 대상으로 한 심정길(1994)의 연구와 김순화(1996)의 연구, 한동욱(1999)의 연구에서 모두 주 3회가 가장 많았다. 또한 물리치료사를 대상으로 한 한동욱과 김용건(2001)의 연구에서도 주 3회가 가장 많았다. 따라서 가정방문 물리치료 횟수는 환자의 상태에 따라 물리치료사와 의사가 상의하는 것을 원칙으로 하고, 많아도 주 3회를 넘지 않는 것으로 한다.

1회 방문시 희망치료 시간은 환자를 대상으로 한 심정길(1994), 이충휘 등(2000), 한동욱(1999)의 연구에서 모두 30-60분이 가장 높았으며, 물리치료사를 대상으로 한 한동욱과 김용건(2001)의 연구에서도 30분-60분이 가장 높았다. 이는 환자나 물리치료사 모두 적절한

치료를 위해서는 기본적으로 필요한 시간이 30분-60분이라고 생각하기 때문이다. 따라서 가정방문 물리치료 시간은 30-60분으로 한다. 물론 환자에 상태에 따라 시간은 조절이 가능하다.

10. 가정방문 물리치료를 시행함으로써 가져오는 기대효과

가정방문 물리치료를 도입함으로써 병원 내 병상회전율이 상승하여 병원의 경영난 해소에 도움이 될 것이라고 생각하며, 물리치료 때문에 불필요하게 입원하여 지급되는 건강보험료를 줄일 수 있기 때문에 건강보험 공단의 경영에도 도움이 될 것으로 기대한다. 또한 환자의 경우도 불필요한 입원으로 지출해야하는 비용에 대한 경제적 부담을 가정방문 물리치료를 도입함으로써 경감시킬 수 있다.

환자는 병원에 입원해 치료를 받는 동안 가족에 대한 그리움, 새로운 환경과 새로운 사람들에 대한 불안감으로 인해 심리적인 어려움을 겪을 수 있는데, 가정이라는 환경에서 치료를 받게 되면 심리적인 안정감을 얻을 수 있다. 또한 병원에서 치료가 완료된다 하더라도 실제 생활터전에 접하게 되면 새로운 환경에 적응하지 못하고 활동을 하지 않아 새로운 문제가 발생하는데, 조기에 퇴원하면 가정이라는 환경에서 치료를 받기 때문에 생활에 더 쉽게 적응할 수 있어 치료가 종료된 후에도 일상생활에 어려움을 겪지 않을 수 있다는 장점이 있다.

환자 보호자의 경우도 병원에서 간병을 하게 되면 계속 곁에서 보호를 해야 하기 때문에 개인적인 생활이 어렵지만 가정에서 환자가 치료를 받으면 가족 성원들과 교대로 환자를 보살피기 용이하기 때문에 심리적인 안정감과 생활에 활력을 유지하는데 도움이 될 것으로 기대한다.

현재 우리나라도 물리치료사의 수요증가로 인한 물리치료사 실업률이 증가하고 있는데, 전업주부 및 미취업자를 위한 취업의 문을 열어준다면 물리치료사들의 실업률을 경감시키는 데도 도움이 될 것으로 기대한다.

Ⅲ. 결 론

의학은 크게 예방의학, 치료의학, 재활의학으로 나누고 있다. 의학의 발달이 있기 전에는 예방의학에 많이 의존했지만, 의학이 발달함에 따라 예방의학 보다는 치료의학의 비중이 매우 컸었다. 하지만 오늘날은 치료의학의 결과로 생긴 만성 장애인들의 재활을 도와주는 재활의학의 중요성이 증대되고 있다. 재활 사업은 다시 시설중심의 재활 사업과 지역중심의 재활 사업으로 나누는데, 이전에 재활 사업 분야에서도 시설중심의 재활 사업의 비중이 상당히 높았다. 하지만 시간이 지날수록 시설을 이용해야할 장애인의 수가 증가하면서 한정된 수용인원과 고가 비용, 장애인을 사회에서 격리시킨다는 문제점을 해결하기가 더욱 어려워져 왔다. 따라서 오늘날은 가족이나 지역사회 인적, 물적 자원을 가동, 활용하는 지역사회를 중시하는 탈 시설주의 방향으로 흐르고 있는 경향으로서 가정에서의 치료가 중요시되고 있다.

우리나라에서도 1994년 9월부터 1996년 12월까지 가정간호사 시범사업을 시작으로 1997년

5월부터 2000년 12월까지 시·도지사를 통해 신청한 전국 37개 병원급 이상 의료기관에서 2차로 실시하게 되었다. 실시결과 의료비 절감효과와 병상회전을 및 편의 제고 효과가 높았으며, 국민의 의료수요 충족과 이용환자의 만족도가 높아 가정간호사업을 제도화하여 현재 시행중이다. 가정간호사들의 업무를 보면 재활환자 관리와 재활간호 실습으로 구분하는데, 재활간호 실습에는 관절가동범위 측정, 근력평가, 체위변경, 환자이동, 목발사용설명, 배변, 배뇨 훈련, 석고부목 간호로 되어 있다(김조자, 1996) 그러나 1년 과정의 가정간호교육은 실제로 실무현장에서 필요로 하는 이론을 가지고 직접 해보는 전문교육과는 거리가 멀다. 가정간호에 관한 기초적 지식으로 어려움을 극복하며 틀을 이루어 가는 상황이지만, 재활을 위한 전문교육 부족과 재활요법과 같은 간호 한계를 느끼고 있다(오종예, 1996). 가정간호사들도 환자의 재활을 위한 물리치료 분야에 대해서는 전문가인 물리치료사들의 협조가 필요하다고 생각하고 있다(김순화, 1996).

따라서 가정간호제도의 도입으로 얻은 많은 이익과 재활에 전문적인 인력이 필요함을 고려한다면 시범적으로라도 의료기관에 수용되어 재활 치료를 받지 않아도 되는 만성 장애인들을 대상으로 가정방문 물리치료를 실시해보는 것이 바람직하다. 시범 사업의 근거를 토대로 향후 가정방문 물리치료제도를 도입해야하며, 가정방문 물리치료 제도의 도입을 위해서 필요한 시스템을 개발하는 것은 매우 중요한 일이다. 따라서 본 연구에서 제시한 가정방문 물리치료 시스템을 성공적인 가정방문 물리치료 제도가 정착되는데 기초 자료로 사용되기를 원한다.

참고 문헌

- 김동미 : 가정방문 물리치료의 도입 필요성. 대한물리치료학회지, 3(2), p163-175, 1996
- 김순화. : 가정재활 치료제도에 대한 인식 및 태도. 연세대학교 대학원. 1996
- 김조자 : 한국의 가정간호 교육. 가정간호 정책과 사업개발. 합동학술대회, 137-140, 1996
- 심정길. 가정방문 물리치료제도에 도입에 관한 연구. 한양대학교 행정대학원. 1994
- 양영애. 가정방문 물리치료에 관한 실증적 연구. 한양대학교 행정대학원. 1997
- 오종예 : 가정방문 실무발전을 위한 교육방향, 합동학술대회, 167-168, 1996
- 이한숙, 박돈목, 김충식 : 가정방문 물리치료. 대한물리치료학회지8(1) : 91-96, 1996
- 이충희, 원종혁, 옥준영 : 가정방문 물리치료 서비스의 이용의사에 관한 연구. 한국전문물리치료학회지, 제7권, 2000
- 충남대학교병원보 : 병원이용 길잡이. 27. 2, 2001
- 한동욱. 가정방문 물리치료의 요구도와 적정 요구내용. 충남대학교 보건대학원, 석사학위논문, 1999
- 한동욱, 김용건 : 가정방문 물리치료의 필요성 및 적절한 서비스의 특성-물리치료사를 대상으로-. 대한물리치료학회지 8(1), 61-72, 2001
- 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.
- Harrow BS, Tennstedt SI, Mckinlay JB : How costly is it to care for disabled elders in a community setting?, Gerontologist, 35: 803-813, 1995.
- Krol J : Principles of the community based rehabilitation implementation. Proceedings of the 15th World Congress of Rehabilitation International, Lisbon, 1984

가정방문물리치료정보조사지 1

등록번호 : 성 별 : 환자성명 : 주민등록 :	주소 _____ 전화 _____						
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">병동</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">호</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">침상</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">년</td> <td style="text-align: center;">월</td> <td style="text-align: center;">일</td> </tr> </table>	병동	호	침상	년	월	일	
병동	호	침상					
년	월	일					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">가정방문물리치료등록번호</td> <td style="width: 33%;">작성일</td> <td style="width: 33%;">작성자</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">진 단 명</td> <td></td> <td style="text-align: center;">주치의</td> </tr> </table>	가정방문물리치료등록번호	작성일	작성자	진 단 명		주치의	
가정방문물리치료등록번호	작성일	작성자					
진 단 명		주치의					
일반정보 학력 : _____ 직업 : _____ 종교 : _____ 경제상태 : _____ 결혼상태 : _____ 의료보장형태 <input type="checkbox"/> 의료보험 <input type="checkbox"/> 의료보호 <input type="checkbox"/> 일반 주요 물리치료 제공자 : 주거형태 <input type="checkbox"/> 아파트 <input type="checkbox"/> 연립 <input type="checkbox"/> 단독주택 <input type="checkbox"/> 기타 위생상태 <input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 불량 () 안전상태 <input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 불량 ()	가계도						
의뢰사 상태 : 방문일 의식수준 상지근력/근긴장도 하지근력/근긴장도 일상생활기능							
현병력(발병 시기, 기간, 정도, 입원 전 치료과정, 입원 후 치료과정 등)							
과거력(과거 질병력, 입원경험, 수술경험, 알레르기 등)							
평가	필요한 가정방문 물리치료서비스						
사정							

등록번호 성 별 환자성명 주민등록		가정방문 물리치료 계획지				
번호	개시일	물리치료진단	물리치료목표	물리치료 중재	종료일	서명

등록번호 성 별 환자성명 주민등록	가정방문 물리치료 종결 요약지
병동 호 침상 년 월 일	
진단명 _____ 주치의 _____ 등록일 _____ 종결일 _____ 총방문횟수 _____ 종결사유 <input type="checkbox"/> 상태호전 : <input type="checkbox"/> 외래의뢰 <input type="checkbox"/> 종결 <input type="checkbox"/> 재입원 : <input type="checkbox"/> 예정입원 <input type="checkbox"/> 상태악화입원 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/> 타기관 의뢰 : <input type="checkbox"/> 보건기관 <input type="checkbox"/> 병원 <input type="checkbox"/> 복지관 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/> 사망 <input type="checkbox"/> 가정방문물리치료 거부 <input type="checkbox"/> 기타 _____	
등록시 환자상태(중점 문제 중심으로 진술)	
가정방문물리치료 내용 및 현재 환자상태	

이름:	HOME VISITING PHYSICAL THERAPY ORDER	
성별/나이 :		
DIAGNOSIS :		
	MODALITY	COMMENT
	HOT PACK	
	LASER	
	MC	
	INFRARED	
	U/S	
	TENS	
	FES	
	THERAPY APPROACH	
	Traditional Ex.and functional training	
	Bobath Approach	
	Vojta Approach	
	Brunstorm Approach	
	EXERCISE FOR CONTROL &COORDINATION	
	Head control, Rolling	
	Prone-on-elbows, Prone-on-hands Pos	
	Hookling, Bridging	
	Sitting Balance, setting UP	
	On-all-fours Pos. Creeping, Crawling	
	Kneehing, Half-kneeling	
	Transfer Training	
	Standing Balance	
	Walker Gait	
	Cane Gait	
	Crutch Gait	
	Self Gait	
	Stair up & down	
	Frenkel's Exercises	
	EXERCISE FOR ROM	
	Gentle & Passive ROM exercise	
	Active Assistive	
	Stretching	
	joint Mobilization Technique	
	STREGTHENING EXERCISE	
	Active Resistive	
	SPECIAL EXERCISE	
	Flexion Ex	
	Extension EX	
	Cardiac Rehabilitation	
	Pulmonary Rehabilitation	
	Back School EX	