

The Actual Conditions of Visiting Rehabilitation in Japan Identified through Japanese Government Reports

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 Act has stipulated visiting rehabilitation since 2000. This study aimed to identify the actual conditions of visiting rehabilitation in Japan through a literature review of reports published by the Japanese government.

Methods: This literature review was conducted on eight articles among various government reports on the topic of the actual conditions of visiting rehabilitation. These reports were published by the Ministry of Health, Labor and Welfare of Japan based on their own investigations or reports from an external agency entrusted with the task, and were issued between 2000 and 2021.

Results: The characteristics of the visiting rehabilitation offices, their number, manpower allocation, the number of users, and their visits to each office were identified. Also, the characteristics of the users, number of users, age and required degree of long-term care, causative disease, and required medical care were identified. To evaluate the actual status of the visiting rehabilitation service, the service use time, frequency, period of use, intervention by doctors and the degree of such intervention, therapist's service content, visitors' address before the use of the service, reason, and timing of the service introduction, evaluation of the service effectiveness, combination of services and transfer destination after termination, and status after service termination were checked.

Conclusion: Based on the Japanese experience where visiting rehabilitation was introduced and applied to long-term care insurance, it would be meaningful to review the factors that required benchmarking among the Japanese service models while designing a similar model in Korea.

Keywords: Community care, Japan, Long-Term Care Insurance Act, Physical therapist, Visiting rehabilitation

서론

현재 우리나라의 법제도하에서 공식적으로 인정되는 방문재활은 보건소의 지역사회중심재활사업의 일환으로 보건소 소속 재활담당인력이 재가장애인에게 제공하는 서비스가 유일한 상황으로,¹ 아쉽게도 방문재활은 방문간호나 방문요양과는 달리 장기요양보험 등을 통해 보편적 사회보장제도로 법제화되지 못하고 있는 실정이다. 방문재활과 관련한 현 정부의 정책방향을 살펴보면, '120대 국정과제' 중 국정과제 47 ('장애인 맞춤형 통합지원을 통한 차별 없는 사회 실현')에 장애인의 건강권 보장 강화를 위한 방편 중 하나로 '방문재활서비스 추진이 제시되어 있어, 그 서비스 대상이 장애인으로 제한적이거나 방문재활이 국정과제에 포함되어 있다.² 이에, 현 시점은 방문재활에 대한 서비스 모형 구축에 대한 전문가들의 활발한 의견 개진이 필요한 시점으로 사료된다.

한국은 2025년에 전체 인구의 20% 이상이 노인인 초고령사회에 진입할 것으로 예측되고 있어,³ 향후 노인의 입원기간 장기화와 그에 따른 의료비 부담 증가 및 삶의 질 저하 등 제반 문제가 더욱 크게 부각될 것으로 예상된다. 정부는 이 같은 문제에 대처하기 위하여 2018년 지역사회 통합돌봄(커뮤니티케어) 정책을 발표하였는데,^{4,5} 이는 "돌봄이 필요한 주민이 자신이 살던 곳에서 개개인의 욕구에 맞는 서비스를 누리고 지역사회와 함께 어울려 살아갈 수 있도록 (중략) 통합적으로 지원"하기 위한 것이다. 또한, 정부는 지역사회 통합돌봄 정책에 걸맞은 차세대 장기요양보험으로 개편하겠다는 계획도 제시하였으나 정부에서 제시한 개편 내용은 주로 방문요양·방문간호·방문목욕·주야간보호 등 기존에 존재하던 장기요양 서비스들을 통합적으로 제공하는 방안이 초점이 맞추어져 있고 방문재활 도입에 대한 계획은 포함되어 있지 않다.⁶

2008년 장기요양보험 제도가 도입되고 약 14년이 지난 현 시점까지

Received Sep 23, 2022 Revised Oct 10, 2022

Accepted Oct 21, 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.

방문재활이 보편적 사회보장제도로써 자리잡지 못한 한국의 현실은 2000년 개호보험(한국의 '장기요양보험') 제도 도입 당시부터 방문재활을 법제화한 일본과는 사뭇 다른 양상이다.⁷ 개호보험법에서는 방문재활을 "거택요보호자(居宅要介護者)에 대해서 그 자의 거택에서 심신과 기능의 유지회복을 도모하고 일상생활의 자립을 돕기 위하여 수행되는 물리치료, 작업치료, 기타 필요한 재활"로 정의하고, 인력 배치 및 시설 기준, 서비스 및 수가 체계 등을 규정하고 있다.⁷ 주목할 점으로 일본 정부는 3년 주기의 개호보수의 개정 시점 전후로 방문재활 실태 파악을 위한 조사연구를 실시하여 그 결과를 정부 보고서로 발행해왔으며, 해당 정부 보고서들을 근거로 차기 개호보수의 개정 방향과 내용을 설정해왔다.⁸⁻¹⁵ 따라서, 개호보수 개정 과정에서 발행된 정부 보고서들은 일본의 방문재활 제도의 실태를 확인할 수 있는 좋은 참고 자료라고 할 수 있다.

이제 한국 정부도 방문재활 추진을 국정과제로 선정한 만큼 한국의 상황에 맞는 방문재활 서비스 모형 개발이 필요하다. 한국의 방문재활 모형을 설계함에 있어 한국보다 근 20년 앞서 초고령사회를 맞이한 일본의 방문재활 선형사례는 좋은 벤치마킹 대상이 될 것이다. 특히, 일본 정부 보고서를 통해 일본 방문재활 실태를 확인하는 것은 단순히 일본의 방문재활 제도를 이해하고 학습하는 것을 넘어서, 방문재활 시행에 따른 파급효과를 간접적으로나마 시뮬레이션하는 효과가 있을 것으로 사료된다. 가령, 실태조사 결과를 통해 방문재활 서비스 제공자 및 서비스 이용자의 특성, 주요 서비스 내용, 서비스 제공 빈도수 및 총 기간, 서비스 제공에 따른 효과성 등을 확인함으로써 일본의 서비스 모형 중 국내에 적용하기 적절한 요소들을 검토할 수 있고, 문제점으로 부각된 부분에 대해서는 사전에 대비할 수 있을 것이다.

이에, 본 연구에서는 2000년 개호보험 시행 이후 일본 정부가 발표한 보고서들을 통해 일본 방문재활의 실재를 살펴보고자 한다. 본 연구가 한국의 정책입안자 및 재활분야 학계·임상전문가들이 방문재활 정책을 설계하는 데 기여할 수 있기를 희망한다.

연구 방법

1. 연구설계

본 연구에서는 일본 정부가 발표한 보고서 문헌고찰을 통해 (1) 방문재활사업소 특성, (2) 방문재활 이용자 특성, (3) 방문재활 서비스 실태를 살펴보고자 한다.

일본의 방문재활은 의료보험과 개호보험에 의해 보험청구가 가능한 제도로 구분된다. 의료보험은 기본적으로 전 국민에게 적용되거나 유사한 서비스가 개호보험에도 존재하는 경우에는 개호보험이 우선적으로 적용되는데, 이는 노인이 병원에서 퇴원한 이후에 지역사회에

서 제공받는 장기요양서비스에 대해서는 개호보험을 우선적으로 적용하겠다는 정부 방침에 따른 것이다. 따라서 65세 이상의 노인 중 개호보험 인정자는 원칙적으로 개호보험을 통해 방문재활을 이용할 수 있다.⁷ 개호보험법에서 방문재활은 지자체가 지정한 방문재활사업소 혹은 방문간호사업소에서 제공하는 것으로 구분된다.¹⁶ 방문재활사업소로 지정 받을 수 있는 시설에는 병원 및 진료소, 개호노인보건의료시설, 개호의료원이 있고, 방문간호사업소로 지정받을 수 있는 시설에는 방문간호스테이션이 있다.¹⁶ 진료소란 의사 또는 치과 의사가, 공중 또는 특정 다수인을 위해 의료업 또는 치과업을 실시하는 장소로, 환자를 입원시키기 위한 시설을 갖지 않을 것 또는 19명 이하의 환자를 입원시키기 위한 시설을 가질 것으로 조건으로 한다. 개호노인보건의료시설은 급성기 혹은 회복기재활병원(한국의 '재활의료기관') 퇴원 후 3-6개월의 단기간 동안 입소하여 재택복귀를 목적으로 의학적 관리하에서의 돌봄 및 기능훈련, 그 외 필요한 의료 및 일상생활상의 돌봄을 받을 수 있는 중간시설이다. 개호의료원은 주로 장기요양이 필요한 자에 대하여 요양상의 관리, 간호, 의학적 관리하에서의 돌봄 및 기능훈련, 기타 필요한 의료 및 일상생활상의 돌봄을 수행하는 시설이다.

본 연구에서는 문헌고찰 대상을 병원 및 진료소, 개호노인보건의료시설, 개호의료원 등의 방문재활사업소에서 개호보험을 통해 제공하는 방문재활의 실태를 파악한 정부 보고서로 제한하고자 한다.

2. 자료수집 및 분석

본 연구의 문헌고찰은 2000년 개호보험 시행 이후 후생노동성에서 개호보험의 실태 파악을 위해 발행한 정부 보고서 중 방문재활사업소를 통한 방문재활의 실태조사를 주제로 한 8편을 대상으로 하였다 (Table 1). 이들 보고서는 후생노동성 내에 설치된 부처 혹은 연구회가 자체적으로 조사하여 발표한 것이거나, 외부 기관에 조사를 위탁하여 보고하도록 한 것으로서 구체적인 자료수집 경로는 다음과 같다: (1) 후생노동성 개호급부비등실태통계,¹³ (2) 후생노동성 '고령자재활 연구회' 발표 보고서,^{8,10} (3) 후생노동성 '개호보수개정 연구위원회' <개호보수개정 효과검증 및 조사연구에 관한 조사> 관련 외부 기관 위탁 보고서,^{9,11,12} (4) 후생노동성 <노인보건건강증진등사업> 관련 외부 기관 위탁 보고서.^{14,15} 상기 정부 보고서들은 후생노동성 홈페이지에서 취득하였고, 저자가 수집하여 번역하는 과정을 거쳤다. 일본 독자적인 제도명은 직역하되 해당 단어가 최초 출현 시 괄호안에 일본명을 기술하고, 동일한 의미를 가진 한글명이 있는 경우 괄호안에 한글명도 함께 기술하였다.

보고서를 통해 파악된 방문재활 실태는 (1) 방문재활사업소 특성, (2) 방문재활 이용자 특성, (3) 방문재활 서비스 실태로 구분하여 분석하였다.

Table 1. The list of Japanese government reports related to the actual condition of visiting rehabilitation

Year of issue	Report title	Ordering organization (Executing organization)*	Investigative method
2004	Report of investigative committee on new approaches to rehabilitation in elderly community	Elderly rehabilitation study group, Elderly Health Bureau, Ministry of Health, Labor and Welfare	· Interviews and comprehensive discussions with experts in health, medical care, long-term care, welfare, physical therapy, occupational therapy, and speech therapy · Investigation period: 2003.7-2004.1 (total 7 times)
2013	Investigative research project on the effect of life stage rehabilitation on home-visit rehabilitation and outpatient rehabilitation service users	Research committee on revision of long-term care fees, Ministry of Health, Labor and Welfare (Mitsubishi UFJ Research & Consulting)	· Evaluation of effectiveness before and after 3 months of visiting rehabilitation to users (n=64) · Investigation period: 2012.7-3
2015	Report of investigative committee on new approaches to rehabilitation in elderly community	Elderly rehabilitation study group, Elderly Health Bureau, Ministry of Health, Labor and Welfare	· Interviews and comprehensive discussions with experts in health, medical care, long-term care, welfare, physical therapy, occupational therapy, and speech therapy
2016	Investigative research project on appropriate implementation of outpatient and home-visit rehabilitation	Research committee on revision of long-term care fees, Ministry of Health, Labor and Welfare (Mitsubishi UFJ Research & Consulting)	· Survey for doctors (n=95) and rehabilitation professionals (n=127) belonging to visiting rehabilitation offices, and users (n=105) · Investigation period: 2016.10.25-11.18
2017	Survey project to grasp the actual situation on rehabilitation contents for moderate to heavy people of outpatient rehabilitation and home-visit rehabilitation	Research committee on revision of long-term care fees, Ministry of Health, Labor and Welfare (Mitsubishi UFJ Research & Consulting)	· Survey for visiting rehabilitation offices (n=878) and the users (n=2,669) · Investigation period: 2016.10.25-11.18
2019	Overview of statistics on long-term care benefit expenses	Office of Social Statistics, Ministry of Health, Labor and Welfare	· Statistical survey for all of the long-term care insurance users · Investigation period: 2018.5-2019.4
2020a	Research project on the way of existence of outpatient rehabilitation and visit rehabilitation, considering the purpose of them	Health promotion business for the elderly, Ministry of Health, Labor and Welfare (Japan Association for Day Care)	· Survey for visiting rehabilitation offices (n=365) and the users (n=522) · Investigation period: 2019.9.1-10.31
2020b	Investigative research project on smooth transition from hospital discharge to day care, home-visit rehabilitation, and medical facilities	Health promotion business for the elderly, Ministry of Health, Labor and Welfare (All Japan Hospital Association)	· Survey for visiting rehabilitation offices (n=574)

*If there is no parenthesis, it means that the report was executed by the Ministry of Health, Labor and Welfare without entrusting it to another agency.

결 과

1. 방문재활사업소의 특성

방문재활사업소 특성으로 (1) 청구사업소 수 및 개설주체, (2) 인력배치, (3) 사업소별 이용자 수 및 방문건수 등을 살펴보았다.

1) 청구사업소 수 및 개설주체

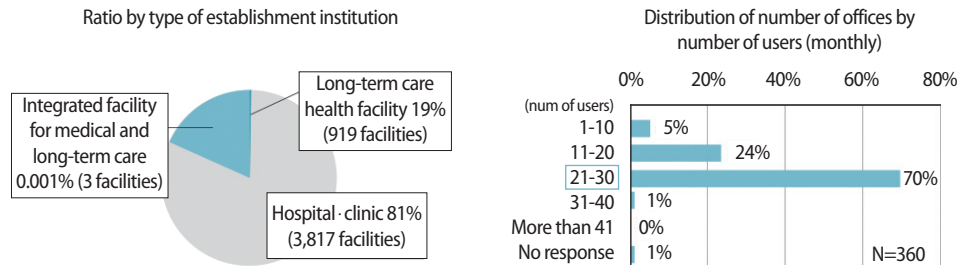
개호보험을 통해 방문재활사업소를 청구할 수 있는 개설주체로는 병원 및 진료소, 개호노인보건시설, 개호의료원이 있다. 이들 기관의 방문재활사업소 청구 건수는 매년 증가하여 2007년(2,612개)에서 2019년(4,614개)까지 170% 이상 증가하였다.¹³ 2017년 보고서에서 방문재활사업소 개설주체로 병원·진료소가 84.6%로 가장 높은 비율을 차지하였고, 개호노인보건시설이 14.8%로 그 뒤를 이었다.¹² 2020년 보고서에서도 병원·진료소가 81%로 여전히 가장 높은 비율을 차지하였고, 개호노인보건시설이 19%로 다소 비율이 증가하였다(Figure 1).¹⁴

2) 인력배치

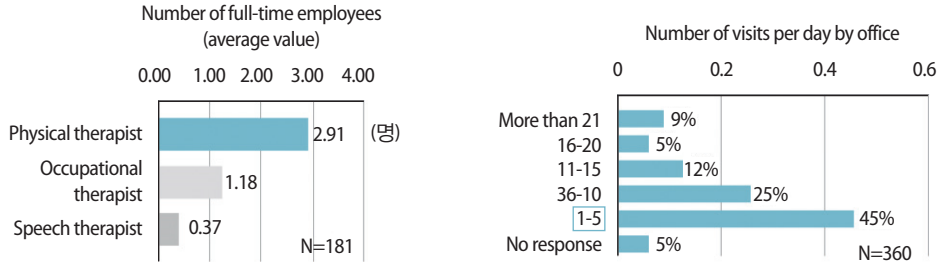
방문재활사업소 개설을 위한 인력기준은 전임 상근 의사 1명 이상과

물리치료사·작업치료사·언어청각사(한국의 '언어치료사') 적당 수(1명 이상 필수)이다.⁷ 2017년 보고서에서 사업소에 배치된 재활전문직은 1개 사업소당 상근환산으로 평균 2.3명이었고, 이 중 물리치료사가 1.6명, 작업치료사가 0.5명, 언어청각사가 0.1명이었다.¹² 상근환산이란 일본에서 상근 및 비상근자의 1개월 총 근무시간을 상근 1명 당 1개월 근무시간으로 나눈 것을 의미한다. 재활전문직을 배치하는 조합은 일정한 패턴을 보였는데, 물리치료사만 배치한 경우가 40.4%, 물리치료사와 작업치료사를 배치한 경우가 25.5%, 물리치료사·작업치료사·언어청각사를 모두 배치한 경우가 14.5%이었다.¹² 2020년 보고서에서 사업소에 배치된 재활전문직은 1개 사업소당 상근환산 평균 4.46명으로 이 중 물리치료사가 2.91명으로 가장 높았고, 작업치료사가 1.18명으로 그 뒤를 이었다(Figure 1).¹⁴ 이를 통해 1개 사업소당 재활전문직 수가 점차 늘어나고 있음을 알 수 있고, 특히 물리치료사가 지속적으로 가장 많은 수를 차지하고 있음을 알 수 있다.

방문재활은 방문재활사업소 소속 의사가 방문재활지시서를 발행한 날로부터 최소한 3개월 이내에 방문재활이 수행된 경우 개호보수가 인정된다. 그러나 사업소에 소속된 의사가 부득이하게 진료가 어려운 경우에는 예외적으로 사업소 소속이 아닌 이용자의 주치의가



(SOURCE) Office of social statistics, ministry of health, labor and welfare. 'Overview of statistics on long-term care benefit expenses' (2019)



(SOURCE) Office of social statistics, ministry of health, labor and welfare. 'Overview of statistics on long-term care benefit expenses' (2019)

Figure 1. The characteristics of visiting rehabilitation office.

최소한 3개월에 한 번 진찰을 수행하고, 그 진찰 결과를 반영한 진찰 정보제공서를 사업소 의사에게 제공하면 사업소 소속 의사가 지시서를 발행함으로써 방문재활이 개시될 수 있다. 2020a년 보고서에 따르면, 이용자의 주치의 등 사업소 이외 기관 소속 의사가 방문재활을 위한 진찰을 수행한 경우는 약 19%로 80% 이상의 경우에는 사업소 소속 의사가 직접 진찰을 수행하고 있음을 알 수 있다.¹⁴

3) 사업소별 이용자 수 및 방문건수

사업소당 이용자 수는 2017년 보고서에서 한 1-10명이라고 답한 사업소가 39.4%로 가장 많았고,¹² 2020a년 보고서에서는 21-30명이라고 답한 사업소가 70%로 가장 많았다(Figure 1).¹⁴ 이를 통해 사업소당 이용자 수가 늘어났음을 알 수 있다. 한편 2020a년 보고서에서 한 사업소당 1일 방문건수는 1-5건이라고 답한 사업소가 45%로 가장 많았다(Figure 1).¹⁴

2. 방문재활 이용자 특성

방문재활 이용자 특성으로 (1) 이용자 수, (2) 연령 및 요개호도, (3) 원인 질환, (4) 의료적 케어 등을 살펴보았다.

1) 이용자 수

장기요양이 필요하다고 인정된 사람을 '요개호인정자'라 하고, 장기요양이 필요한 정도를 '요개호도'라 하는데, 이는 시정촌의 등급판정을 통해 결정된다.⁷ 요개호도는 요지원1, 2와 요개호1-5의 총 7단계로 구분되는데, 요지원 상태가 요개호 상태보다 경중이며, 요지원과 요개

호 상태 중에서는 요지원1과 요개호1이 각각 가장 경중이다.⁷

2004년 보고서에서 개호보험 시행 후 3년간의 서비스 이용 상황을 살펴보면, 요개호인정자 수는 65세 이상 고령자 수 증가를 상회하고 있으며, 연령층별로 살펴보면 요개호인정자의 80%는 75세 이상의 후기고령자였다.⁸ 요개호1 등 증상이 경미한 요개호자 수는 개호보험 시행 초기에 비하여 2배로 증가하여 증가 폭이 현저하였고, 특히 후기고령자에서 요지원 및 요개호1 비율이 높게 나타났는데, 이는 골관절질환, 폐용증후군(비사용증후군) 등의 생활기능이 저하될 가능성이 있는 질환을 가진 노인에게 대해 전기고령자 시기에 예방과 운동기능 훈련 등의 적절한 대처가 이루어지지 못했음을 의미한다고 보고서에서 지적하고 있다.⁸

2019년 정부 통계자료에 의하면 2019년 총 방문재활 수급자 수는 약 11.5만명으로 2007년에 비하여 2.9배 증가하였으며, 이 중 요지원1과 2는 각각 5.4배, 4.9배 등 증가 폭이 현저하게 나타났⁹ 2004년 보고서에서 지적한 바와 같이 사전에 예방 가능한 질환에 대해 여전히 적절한 대처가 이루어지고 있지 못하고 있는 양상을 보인다.

2) 연령 및 요개호도

방문재활 서비스 이용자의 연령대는 2017년 보고서에서 75-84세 미만이 36.8%, 85세 이상이 33.3%이었고,¹² 2020a년 보고서에서 85세 이상이 39.5%, 75-84세 미만이 37.0%으로 점차 고령화되어가는 것을 알 수 있다.¹⁴

2017년 보고서에서 방문재활 수급자를 개호도별로 구분해서 살펴본 결과 요개호2 (23.3%), 요개호1 (17.5%), 요개호3 (15.8%), 요개호4

(15.2%), 요개호5 (13.3%), 요지원2 (10.5%), 요지원1 (4.0%) 순으로 방문 재활을 많이 이용하고 있는 것으로 나타났다.¹² 2020a년 보고서에서는 요개호2 (23.5%), 요개호1 (16.6%), 요개호3 (16.6%), 요개호4 (14.7%), 요개호5 (12.4%), 요지원2 (11.7%), 요지원1 (4.6%) 순으로 비슷한 양상을 보였다.¹⁴ 이를 통해 요개호 1-3의 중등도 요개호도의 노인이 방문 재활을 비교적 많이 이용하고 있음을 알 수 있다.

3) 원인 질환

방문재활이 필요하게 된 원인 질환으로는 2004년 보고서에서 뇌혈관 질환(26.1%), 폐용증후군(17.0%), 골절(12.4%), 치매(11.2%), 관절질환(10.6%) 등 생활기능 저하를 유발하는 질환 및 상태가 많은 비중을 차지하고 있다는 사실을 확인하였다.⁸ 요개호도별로 원인 질환을 구분하여 살펴보면 요지원 및 요개호1 등 경증의 경우에는 폐용증후군, 골절 등 관절 질환이, 요개호2 이상의 중증의 경우에는 뇌혈관질환과 치매 등의 비율이 높았다.⁸

2017년 보고서에서는 뇌졸중(39.1%), 골절(22.6%), 폐용증후군(20.4%) 순이었고,¹² 2020a년 보고서에서는 뇌졸중(31.4%), 골절(26.6%), 폐용증후군(18.4%) 순이었다.¹⁴ 또한, 2020a년 보고서에서 요개호도별로 원인 질환을 구분하여 살펴보면 요지원1-2는 관절증·골다공증, 요개호1-2는 치매, 골절, 요개호3-5는 뇌졸중, 폐용증후군의 비율이 상대적으로 높았다.¹⁴ 이와 같은 결과를 통해, 요지원 및 요개호1 등 경증의 경우와 요개호3 이상의 중증인 경우 간에는 방문재활 원인의 질환이 상이함을 알 수 있고, 이는 이용자의 요개호도에 따라 방문재활의 목적과 훈련내용이 차별화되어야 함을 의미한다.

4) 의료적 케어

방문재활 수급자 중 의료적 케어가 필요한 이용자가 있는 비율은 2017년 보고서에서 경장 영양(41.2%), 상시 빈번한 객담 흡인(26.6%), 욕창 치료(26.3%) 순이었다.¹² 2020a년 보고서에서는 경장 영양(29.4%), 욕창 치료(24.3%), 상시 빈번한 객담 흡인(22.3%) 순으로 나타나¹⁴ 2017년과 비슷한 양상을 보였다. 이 같은 결과는 이용자에게 다발하는 의료적 문제에 대해 치료자가 기본적으로 대처할 수 있어야 함을 시사한다.

3. 방문재활 서비스 이용 실태

방문재활 서비스 이용 실태와 관련하여 (1) 서비스 이용시간, 빈도수, 이용기간, (2) 의사의 개입내용 및 정도, (3) 치료사의 서비스 내용, (4) 서비스 이용 전 소재지, (5) 서비스 도입 이유 및 개시 시점, (6) 서비스 효과성 평가, (7) 병용 서비스 및 종료 후 전환처, (8) 서비스 종료 후 상황 등을 살펴보았다.

1) 서비스 이용시간, 빈도수, 이용기간

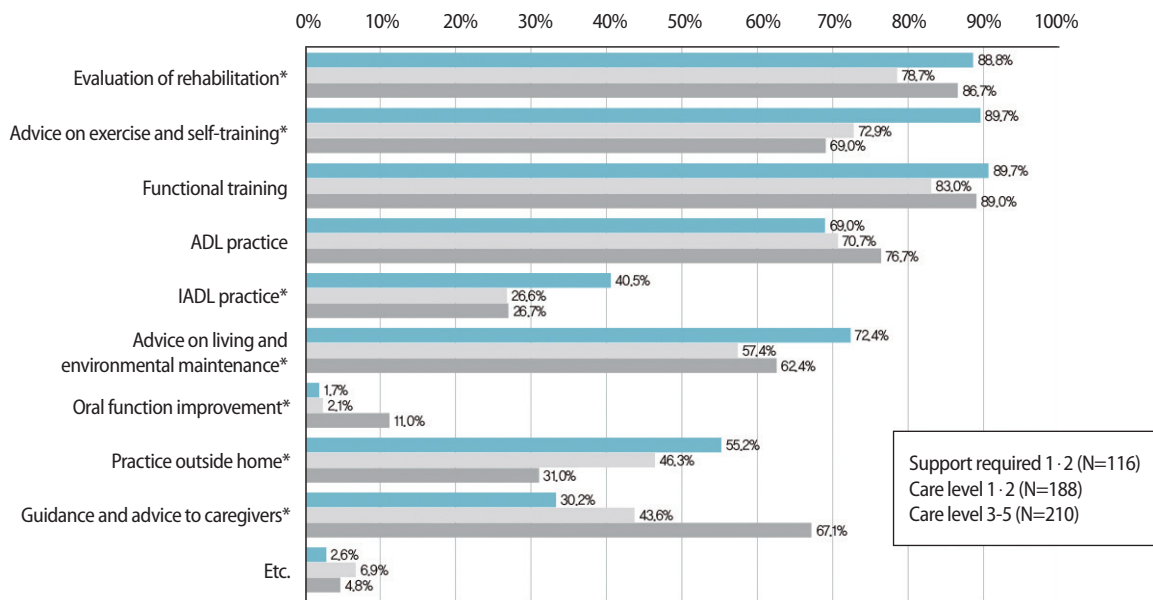
2020a년 보고서에서 1회당 서비스 이용시간은 40분이 약 80%를 차지하였다. 서비스 이용 빈도수는 주 1회가 56.7%로 가장 높았고 주 2회가 39.3%이었다.¹⁴ 월간으로는 단기집중재활실시가의 산정이 없는 경우에는 월 8회 이용한 사람이 31.3%로 가장 많았고, 단기집중재활 실시 가산을 산정한 이용자의 경우에는 월 16회 이용한 사람이 25.6%로 가장 많았으나, 최고 상한 횟수인 월 24회까지 이용한 사람도 10.6%에 달했다.¹⁴ 단기집중재활실시 가산이란 개호보험에서 방문재활 중 특정 요건을 만족하는 경우 부여하는 가산점 제도 중 하나로, 퇴원(퇴소) 혹은 개호보험 인정일로부터 3개월 이내의 기간에 한하여 1주일간 2일 이상, 1일 20분 이상 재활을 실시하는 경우 방문재활 기본 수가에 더해 방문재활 수행일당 200단위의 가산점을 추가로 부여하는 제도이다. 이와 같은 결과를 통해 단기집중재활실시 가산을 산정 받을 수 있는 3개월간은 월 16회까지 방문재활을 이용하고, 그 이후에는 월 8회를 이용하는 사람들이 많은 것을 알 수 있다.

2) 의사의 개입 내용 및 정도

후생노동성은 2015년부터 방문재활에 있어서 재활매니지먼트 활동을 강조하기 시작하였다. 즉, 개호보수를 산정함에 있어서 재활실시 계획을 위한 재활컨퍼런스를 개최하고 그 결과에 대해 의사가 이용자 및 가족에게 설명하였는지 여부를 평가하기 시작하였다. 2016년 보고서에서 재활매니지먼트 가산점의 현황을 조사한 결과, 재활실시 계획을 치료사가 이용자에게 설명하는 경우 재활매니지먼트 I 가산(60단위/월)을, 의사가 이용자에게 설명하는 경우 재활매니지먼트 II 가산(150단위/월)을 해당 사업소가 산정 받을 수 있음에도 불구하고 재활매니지먼트 I 가산만 받는 사업소가 65.4% 라고 보고하였다.¹¹

2020a년 보고서에서도 재활매니지먼트 가산점의 현황을 보고하였는데, 보고서 발행 시점에는 재활매니지먼트 가산점이 I-IV로 세분화되어 치료사가 재활실시계획을 이용자에게 설명하는 경우에는 재활매니지먼트 I (230단위/월) 혹은 II (280단위/월) 가산을, 의사가 설명하는 경우에는 재활매니지먼트 III (320단위/월) 혹은 IV (420단위/월) 가산을 산정 받을 수 있음에도 불구하고, 재활매니지먼트 III과 IV를 받는 경우는 각각 23.3%, 8.6%에 그치고 있어 여전히 대부분의 경우 치료사가 재활실시계획을 이용자에게 설명하고 있는 것으로 나타났다.¹⁴ 2020a보고서에서는 이에 덧붙여 사업소에서 재활매니지먼트 III 이상의 가산점 취득이 곤란한 이유도 조사하였는데, '의사의 재활회의에의 참여 곤란'(89.8%)과 '의사가 환자 및 가족에 설명할 수 있는 시간 확보의 어려움'(70.8%)이 높은 비율을 차지하였다.¹⁴ 이를 통해 방문재활실시계획 설명에 있어서 의사의 개입이 현실적으로 쉽지 않음을 알 수 있다.

2020a년 보고서에서 의사가 방문재활을 위한 진료 시 치료사에게



(SOURCE) Japan association for day care, 'Research project on the way of existence of outpatient rehabilitation and visit rehabilitation, considering the purpose of them' (2020)

Figure 2. Services provided by the therapists.

지시하는 내용은 '재활의 목적'(87.9%), '재활 실시상의 유의점'(70.9%), '재활 중지 기준'(46.4%), '운동 부하량'(16.1%) 순으로 나타났다.¹⁴

3) 치료사의 서비스 내용

2016년 보고서에서 치료사의 서비스 내용으로 '기본적 동작의 훈련 및 평가'(16.1%)가 가장 높은 비율을 보였고, '심신기능 향상'(15.7%), '가족 및 돌봄자 지도'(13.3%), '실제 현장에서의 ADL·IADL·사회참여활동의 실천적 훈련 및 평가'(13.1%), '복지용구·주거환경에 관한 지도 및 평가'(12.9%), 'ADL·IADL·사회참가활동을 상정한 응용동작 훈련 및 평가'(12.4%) 등이 뒤를 이었다.¹¹

2020a년도 보고서에서 치료사가 제공하는 서비스로 '재활 평가', '운동 및 자가 트레이닝을 위한 어드바이스', '기능훈련', 'ADL훈련', 'IADL 훈련', '생활·환경정비에 관한 어드바이스', '구강기능향상', '자택 외 훈련', '돌봄자 지도·조언', '기타'의 순서로 10가지 항목이 도출되었다(Figure 2). 이 중 요지원1-2에서는 '운동 및 자가 트레이닝을 위한 어드바이스', 'IADL 훈련', '생활·환경정비에 관한 어드바이스', '자택 외 연습'의 비율이, 요개호3-5에서는 '돌봄자 지도·조언', '구강기능 향상'의 비율이 다른 요개호도보다 유의하게 높았다. 이를 통해 요개도에 따라 치료사가 제공하는 재활서비스의 내용이 상이함을 알 수 있다.¹⁴

4) 서비스 이용 전 소재지

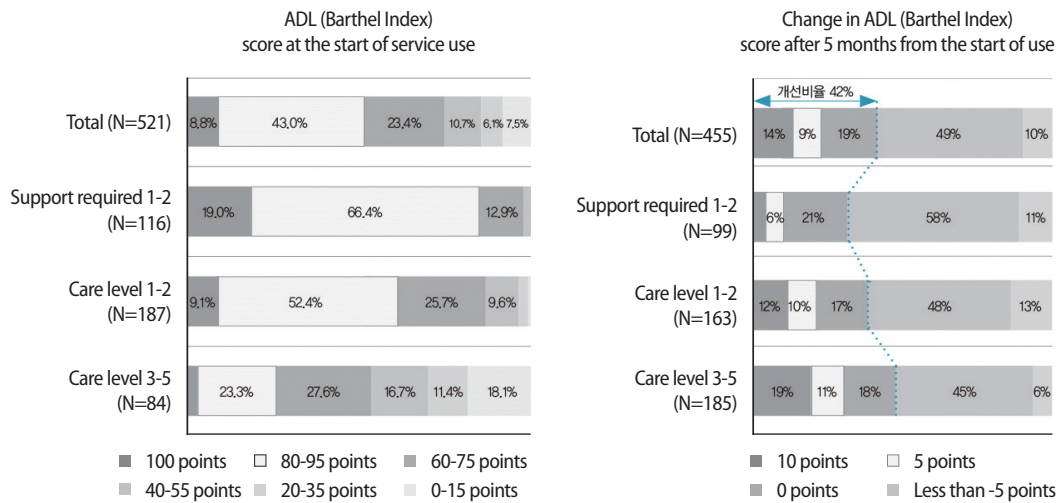
2016년 보고서에서 방문재활을 이용하기 전 이용자의 소재지는 회복기재활병동(39%), 가택(32%), 급성기 일반병동(20%) 순이었다.¹¹ 2020a

년 보고서에서는 가택(45.4%), 회복기재활병동(22.0%), 급성기 일반병동(15.9%) 순이었다. 또한, 개호도가 높아짐에 따라 급성기 일반병동과 회복기재활병동의 비율이 상승했다.¹⁴

5) 서비스 도입 이유 및 개시 시점

2016년 보고서에서 의사가 방문재활이 필요하다고 판단하는 상황으로는 '퇴원 및 퇴소 직후'(26.1%)가 가장 높은 비율을 보였고, '가족을 대상으로 한 돌봄 지도가 필요할 때'(20.6%), '난치병이 있을 때'(13.9%), '가택개조가 필요할 때'(13.3%)가 그 뒤를 따랐다.¹¹ 그러나 실제 의사가 방문재활을 도입한 판단 근거로는 '치료사로부터의 제안'(22.4%)이 가장 높은 비율을 보였고, '개호지원전문직원의 제안'(22.0%), '주치의의 정보제공'(19.5%), '의사의 진찰 결과'(15.2%), '퇴원 및 퇴소 직후'(13.7%), '타직종과의 회의'(6.5%) 등이 그 뒤를 따랐다.¹¹

2020a년 보고서에서 병원 퇴원이나 시설 퇴소 이후 방문재활 이용 개시까지의 기간은 1주일 이내(32.1%), 3일 이내(29.4%) 순으로 비율이 높았다.¹⁴ 2020b년 보고서에서 병원 퇴원 이후 방문재활 이용 개시까지의 소요되는 평균기간은 8.5일(중앙값 5.0일)이었다. 이때, 방문재활 서비스 이용에 대한 퇴원 전 상담 및 연락 시기가 빠를수록 퇴원 이후 서비스 이용 개시 시점까지의 time lag가 짧아지는 경향이 있었고, 상담 및 연락이 퇴원 2일 전 이후가 되면 time lag가 현저히 길어지는 양상을 보였다. 이와 같은 결과는 퇴원 전 방문재활에 대한 상담 및 연락을 가능한 서두르는 것이 방문재활 개시 시점까지의 time lag를 줄이는 방안이 될 수 있음을 시사한다.¹⁵



(SOURCE) Japan association for day care, 'Research project on the way of existence of outpatient rehabilitation and visit rehabilitation, considering the purpose of them' (2020)

Figure 3. Change in activities of daily living.

6) 서비스 효과성 평가

보고서들은 이용자 및 돌봄자를 대상으로 다양한 방법의 효과성 평가를 수행한 결과를 보고하였다.

2013년 보고서에서 노인(평균연령 77.0세)을 대상으로 3개월간 방문재활 서비스를 제공한 후 효과성 평가를 위해 일상생활 동작검사(Functional Independent Measure, FIM), 활력지수(Vitality Index, VI), 간이정신상태검사(Mini-Mental State Examination, MMSE), 생활공간 평가(Life Space Assessment, LSA), 돌봄자 부담지수(Burden Index of Caregiver, BIC-11)를 측정한 결과 FIM, VI에서 유의한 개선을 보였다고 보고하였다.⁹ 또한 본 연구의 연구진이 생활기(유지기) 재활 효과성을 평가하기 위해 자체적으로 개발한 '사는 모습 평가척도(暮らしぶり評価尺度)'의 객관적 및 주관적 측정결과 모두에서 유의한 개선을 보였다고 보고하였다.⁹

2016년 보고서에서 이용자를 대상으로 설문을 수행한 결과 방문재활에 의해 '가족들의 돌봄 부담이 경감되었다고 생각하는 경우'(58.3%)와 '매우 경감되었다고 생각하는 경우'(27.2%)는 '경감되지 않았다고 생각하는 경우'(14.6%) 보다 높은 비율을 나타냈다. 동일한 보고서에서 방문재활에 의해 '환자가 자신의 주변정리를 하는 것이 개선되었다고 생각하는 경우'(52.4%)와 '매우 개선되었다고 생각하는 경우'(29.5%)는 그렇지 않은 경우보다 높은 비율을 나타냈다. 또한, 방문재활에 의해 '외출빈도가 증가'(46.2%)와 '매우 증가'(18.3%)한 경우는 그렇지 않은 경우 높은 비율을 나타냈다.¹¹

2020년 보고서에서 방문재활 개시 전후 이용자의 일상생활기능을 바델지수(Barthel Index, BI)로 측정된 결과를 살펴보면, 약 40%의 이용자는 이용 개시로부터 6개월 후에 6개월 전보다 BI수치에 개선

을 보였다고 보고하였다(Figure 3).¹⁴ 특이사항으로 요지원1-2의 약 20%에서, 그리고 전체 요개호도의 약 8.8%는 방문재활 수행 전에 BI 100점을 나타내고 있어 운동기능상으로는 큰 문제가 없는 상태인 경우에도 방문재활 서비스를 이용했다는 것을 알 수 있다.

7) 병용 서비스 및 종료 후 전환처

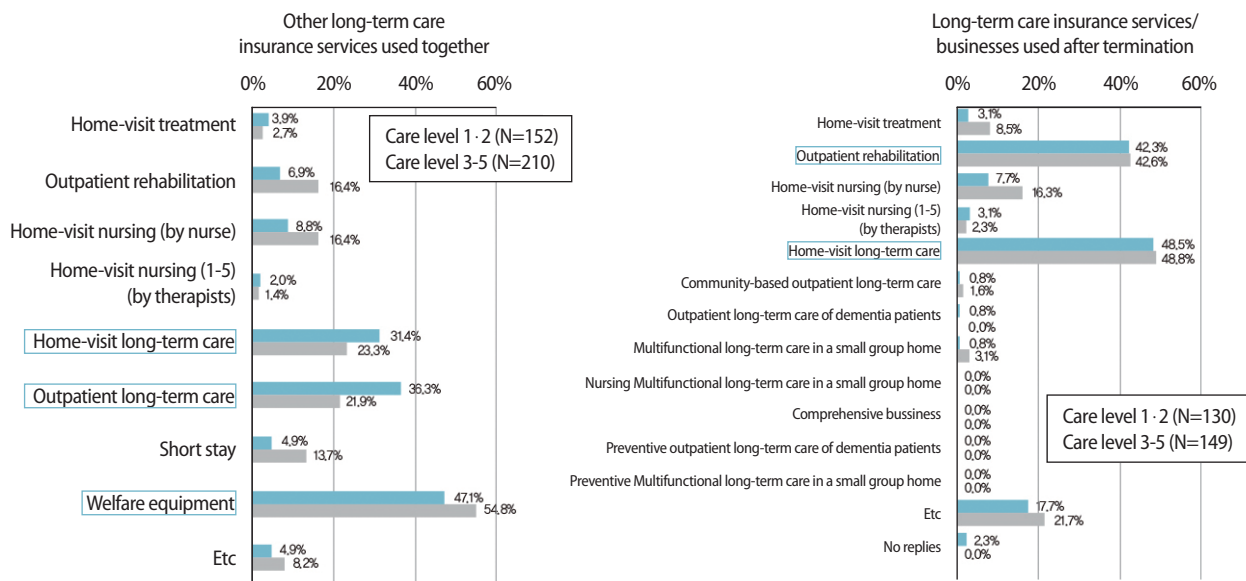
방문재활과 함께 이용하는 서비스 관련해서 2016년 보고서에서 복지용구대여(33%), 통소개호(16%), 방문개호(15%), 통소재활(12%), 방문간호(11%) 순으로 높은 비율을 보였다.¹¹ 2017년 보고서에서 통소개호(32.8%), 방문간호(31.6%), 통소재활(15.3%) 순으로 높은 비율을 보였다. 2020년 보고서에서는 복지용구(약 50%), 통소개호(약 20-30%), 방문개호(약 20-30%) 순이었다.¹⁴

방문재활 서비스 종료 후 전환처와 관련해서 2017년 보고서는 통소개호(22.2%), 의료기관에의 입원 및 외래재활(20.8%), 사망(15%), 통소재활(13.2%) 순으로 전환 비율이 높았다.¹² 2020년 보고서에서는 통소개호(48%), 통소재활(약 42%) 순으로 전환 비율이 높았다(Figure 4).¹⁴

8) 서비스 종료 후 상황

2016년 보고서에서 의사가 방문재활 종료를 판단한 근거는 '치료사로 부터의 제안'(33.5%)이 가장 높은 비율을 보였고, '이용자의 입원·사망'(18.6%), '의사의 진찰 결과'(14.9%), '개호지원전문직원의 제안'(12.0%), '주치의의 정보제공'(12.0%), '다직종과의 회의'(7.9%) 등이 그 뒤를 따랐다.¹¹

2017년 보고서에서 서비스 이용기간은 평균 758.2일이었고, 180일



(SOURCE) Japan association for day care, 'Research project on the way of existence of outpatient rehabilitation and visit rehabilitation, considering the purpose of them' (2020)

Figure 4. Combined services and transfer destination after termination.

이상 이용자가 67.4%에 달했다.¹² 2020년 보고서에서 방문재활 개시 6개월 후의 상황을 살펴보면, 서비스 이용을 종료한 이용자는 약 20-30%이었고, 종료 예정이 없는 이용자는 40-60%이었다.¹⁴ 방문재활을 종료한 자의 서비스 이용 기간은 '1년 이내에 서비스를 종료한 자가 70.3%로 가장 많았다. 이를 통해 2017년에 비해 2019년에 서비스 이용 기간이 대체적으로 짧아졌음을 알 수 있다.

고찰

본 연구에서는 2000년 개호보험 시행 이후 일본 정부가 발표한 보고서를 문헌고찰함으로써 방문재활사업소 특성, 방문재활 이용자 특성, 방문재활 서비스 실태를 살펴보았다. 일본은 개호보험 시행 이후 방문재활 제공 주체를 공공에서 민간으로 전환함으로써 방문재활사업소의 양적인 팽창을 이루었고, 이에 방문재활을 수행하는 재활전문직도 점차 증가하고 있음을 확인하였다. 고령화에 따라 방문재활 이용자가 증가하는 추세이고, 특히 생활기능이 저하된 경증 이용자의 현저한 증가로 예방차원의 방문재활 활동이 눈에 띄게 증가하였음을 확인하였다. 방문재활 서비스 도입 및 종료, 서비스 계획수립, 중재 및 평가 등에서 치료사의 역할이 크다는 것을 확인하였다.

사업소 특성을 살펴보면, 개호보험을 통해 방문재활사업소의 개설주체가 될 수 있는 기관에는 병원, 진료소, 개호노인보건시설, 개호의료원이 있어, 보건소를 통해서만 방문재활을 제공하는 한국의 상황과 대조적이다. 일본에서 방문재활은 1980년대에 보건소에서 노인보건의업의 일환으로 제공하기 시작한 것이 효시이나, 2000년에 개

호보험 시행부터는 방문재활 서비스 제공 주체가 공공기관에서 민간기관(e.g., 병원, 진료소, 개호노인보건시설, 개호의료원)으로 전환되면서 방문재활사업소의 양적 성장을 이루어, 2019년 기준으로 4,614개에 달하고 있다. 한국의 경우 1990년대부터 지역사회중심재활사업(Community-Based Rehabilitation, CBR)의 일환으로 보건소에서 지역 거주 장애인을 대상으로 제공하고 있고, 오늘날에는 지역사회중심재활사업이 지역 내 장애인을 대상으로 한 재활 및 건강관리의 중심축으로 발전해오기는 하였으나, 제한된 수의 보건소 수와 소속 직원을 통해 서비스를 제공하다 보니 수요에 비하여 공급이 매우 부족한 상황이다.

방문재활사업소 소속 재활전문직 상황을 살펴보면, 1개 사업소당 평균 4.46명으로 점차 늘어나고 있는 추세이다. 이는 개호보험법에서 방문재활사업소 재활전문직 배치기준을 '물리치료사, 작업치료사 또는 언어청각사 적정 수'라고 규정함에 따라 필요에 따라 제한 없이 늘릴 수 있도록 허용하고 있기 때문이다.⁷ 한국의 2022년 CBR사업을 통한 방문재활의 인력기준은 재활사업담당공무원 1명과 재활전담인력 1명이고, 그중에서도 재활전담인력의 경우 비정규직이다.¹⁷ 그 외 필요인력은 연계인력으로 활용하라는 방침으로 결국 방문재활을 주 업무로 하는 정규직으로 활동하고 있는 인력은 재활사업담당공무원 1명인 상황이다. 이 같은 방문재활 제공주체의 양적 부족은 공공기관만을 방문재활 서비스의 제공 주체로 제한하고 있는 제도적 한계 때문인 것으로 사료된다.

이용자 특성에 관한 실태조사 결과, 요개호인정자 자체가 고령화 속도보다 빠르게 증가하는 추세이고, 특히 요지원 등급의 증가가 는

에 띈다. 이러한 현상은 방문재활 이용자에서도 마찬가지로 나타나, 방문재활 이용자 수 중 요지원1, 2는 2007년에 비해 2019년에 각각 5.4배, 4.9배 증가하였다.⁸ 일본정부는 2006년부터 노인들이 요개호 상태가 되는 것을 사전에 예방하기 위하여 요지원 등급을 신설하고 개호 예방급부를 제공하고 있으며, 그 중에는 개호예방방문재활도 포함되어 있다.¹⁸ 이는, 국가에서 허약 노인을 대상으로 조기에 재활 및 돌봄에 개입함으로써 돌봄이 필요한 정도가 심해져서 사회적 비용이 증가하는 것을 사전에 예방하겠다는 취지이다. 한국의 장기요양보험제도에서는 요지원에 해당되는 등급이 부재한 상태이다.¹⁹ 한국의 급속한 고령화 속도를 감안하면 고령화로 인한 허약노인도 급격히 증가할 것이고, 허약노인의 건강상태를 방치하면 장기요양수급자로 유입될 가능성이 클 것이 예상되는 바이다. 이에, 장기요양수급자 후보군을 선정하고 예방차원의 건강관리 방안을 조속히 마련할 필요가 있다.

방문재활 원인 질환이 요개호도별로 원인 질환이 상이하다는 점이 주목할 필요가 있다. 즉, 요지원 등급은 주로 폐용증후군, 관절증, 골다공증 등 생활기능 저하로 인한 질환으로 방문재활 서비스를 받게 된 경우가 많고, 요개호 등급은 뇌혈관질환, 치매 등 중증 질환으로 서비스를 받게 된 경우가 많았다. 이에, 방문재활 치료사는 다양한 질환에 대해서 대처 가능해야 하고, 중증환자가 아닌 경우에는 ADL, IADL 개선, 운동 및 자가 트레이닝 교육, 환경 개조, 사회참여 독려 등 유지기(생활기)에 필요한 중재를 적용할 수 있는 역량을 갖추어야 한다. 동일한 선상에서 개호보험 도입 초기에 일본 학계 및 임상 현장에서는 병원중심형이 아닌 생활모델형 방문재활 인재 양성을 위한 교육제도의 필요성을 제기하였다.^{20, 23} 즉, 생활모델형 관점에서 이용자를 총괄적으로 평가할 수 있는 인재가 부족하고, 치료사의 중재 관점이 지역사회에 맞추어져 있지 않다는 것이다. 이에 방문재활의 질적 향상을 위한 교육제도 마련이 필요하다고 강조하였고, 이와 같은 문제제기가 반영되어 현재 일본방문재활협회에서는 방문재활 전문가 양성을 위한 교육제도와 자격증 제도가 마련되었다. 한국의 경우, 몇 년 전부터 물리치료 교과과정에 지역사회 물리치료 과목이 개설되기 시작하였으나 국가고시에서 차지하는 비율은 미미한 상황이고, 보수교육에서도 지역사회 재활 및 방문재활에 대한 내용은 많이 다루어지고 있지 않아 방문재활 전문인력 양성체계 마련을 위한 노력이 필요하다.

서비스 제공 실태를 살펴보면, 방문재활 서비스 내용 중 중재 이외에 서비스 도입 및 종료, 서비스 계획수립 및 설명 등에서도 치료사의 역할이 크다는 것을 확인할 수 있다. 가령, 일본정부가 2015년부터 강조하고 있는 재활매니지먼트 활동은 재활컨퍼런스 개최를 통해 방문재활을 위한 재활실시계획을 수립하고, 그 결과에 대해 의사 또는 치료사가 이용자 및 가족에게 설명하는 것인데, 의사가 설명하는 경우는 50%에 미치지 못하여 치료사가 설명하는 경우가 대부분인 것으로

나타났다.¹⁴ 또한 사업소 의사가 이용자에게 방문재활서비스를 도입하거나 종료하기로 판단하는 근거로써 '치료사로부터의 제안'이 가장 높은 비율을 차지하고 있는 것으로 나타났다.¹⁴ 따라서, 국내에서도 치료사들이 방문재활을 수행하는 데 있어서 중재 및 훈련에만 관심을 가질 것이 아니라, 서비스 계획수립 및 평가, 서비스 개시 및 종료 기준 등의 활동에도 관심을 가지고 전문적인 지식과 기술을 갖추어야 할 것이다. 더 나아가 치료사가 수행하는 방문재활 모형 설계 시 이와 같은 활동들이 포괄적으로 고려될 필요가 있을 것으로 사료된다.

방문재활 효과성 평가에 있어서는 생활모델형 관점에서 단순히 기능적 측면뿐 아니라 정신적측면, 인지적측면, 환경적측면 등이 포괄적으로 평가될 필요가 있다. 또한, 치료사의 평가에만 의존하게 될 경우 사업의 성공률을 높이기 위해 사전보다 사후를 높게 측정하는 등의 부작용이 발생할 수 있으므로 이용자 및 돌봄자 참여적 관점에서 개선 정도와 만족도를 평가할 필요가 있다. 유지기(생활기)에 맞는 적절한 평가방법들을 도입함으로써 근거에 기반하여 방문재활의 효과를 입증하고 개선해 나가는 선순환 구조를 갖출 필요가 있을 것이다.

본 연구에서는 한국보다 앞서 개호보험에 방문재활 제도를 도입하고 적용한 일본 사례를 통해 간접적으로나마 방문재활 시행에 따른 결과를 확인할 수 있었다. 이를 통해 한국의 방문재활 모형을 설계함에 있어 일본의 서비스 모형 중 벤치마킹이 필요한 요소들을 검토할 수 있었다는 데 본 연구의 의미가 있을 것으로 사료된다.

REFERENCES

1. Ministry of Health and Welfare. The Local Health Law. Sejong: National Law Information Center; 2021 [cited 2022 Mar 30]. Available from: <https://www.law.go.kr/LSW/lsInfoP.do?efYd=20220818&lsiSeq=234685#0000>.
2. Ministry of Health and Welfare. 120 National Tasks. Sejong: Office for Government Policy Coordination; 2022 [cited 2022 Aug 31]. Available from: <https://www.opm.go.kr/opm/info/government02.do>.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. Ministry of Health and Welfare. Community Integrity Care (community

- care). Seoul: policy wiki; 2021 [cited 2022 Mar 30]. Available from: <https://www.korea.kr/special/policyCurationView.do?newsId=148866645>.
7. 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=409AC000000123>.
 8. Elderly rehabilitation study group, Elderly Health Bureau, Ministry of Health, Labor and Welfare. Report of a new rehabilitation study group for the elderly in the community. Tokyo: Ministry of Health, Labor and Welfare; 2004 [cited 2022 Mar 30]. Available from: <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000081906.html>.
 9. Mitsubishi UFJ Research & Consulting. Investigative research project on the effect of life stage rehabilitation on home-visit rehabilitation and outpatient rehabilitation service users. Tokyo: Research committee on revision of long-term care fees, Ministry of Health, Labor and Welfare; 2013 [cited 2022 Mar 30]. Available from: https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-hosho_126698.html.
 10. Elderly rehabilitation study group, Elderly Health Bureau, Ministry of Health, Labor and Welfare. Report of a new rehabilitation study group for the elderly in the community. Tokyo: Ministry of Health, Labor and Welfare; 2015 [cited 2022 Mar 30]. Available from: <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000081906.html>.
 11. Mitsubishi UFJ Research & Consulting. Investigative research project on appropriate implementation of outpatient and home-visit rehabilitation. Tokyo: Research committee on revision of long-term care fees, Ministry of Health, Labor and Welfare; 2016 [cited 2022 Mar 30]. Available from: https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-hosho_126698.html.
 12. Mitsubishi UFJ Research & Consulting. Survey project to grasp the actual situation on rehabilitation contents for moderate to heavy people of outpatient rehabilitation and home-visit rehabilitation. Tokyo: Research committee on revision of long-term care fees, Ministry of Health, Labor and Welfare; 2017 [cited 2022 Mar 30]. Available from: https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-hosho_126698.html.
 13. Ministry of Health, Labor and Welfare. Overview of statistics on long-term care benefit expenses, etc. [Internet]. Tokyo: Office of Social Statistics, Ministry of Health, Labor and Welfare; 2019 [cited 2022 Feb 28]. Available from: <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/45-1.html>.
 14. Japan Association for Day Care. Research project on the way of existence of outpatient rehabilitation and visit rehabilitation, considering the purpose of them. Tokyo: Health promotion business for the elderly, Ministry of Health, Labor and Welfare; 2020 [cited 2022 Mar 30]. Available from: <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000083671.html>.
 15. All Japan Hospital Association. Investigative research project on smooth transition from hospital discharge to day care, home-visit rehabilitation, and medical facilities. Tokyo: Health promotion business for the elderly, Ministry of Health, Labor and Welfare; 2020 [cited 2022 Mar 30]. Available from: <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000083671.html>.
 16. Lee M. The Institutionalization Process of the Visiting Rehabilitation System in Japan and the Challenges Faced in the Process. *J Kor Phys Ther.* 2022;34(2):80-9.
 17. 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#.
 18. Long-Term Care Benefit Subcommittee of Social Security Council. Home-visit rehabilitation. Tokyo: Ministry of Health, Labor and Welfare; 2020 [cited 2022 Mar 30]. Available from: https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_13021.html.
 19. Ministry of Health and Welfare. The Long-Term Care Act of South Korea. Sejong: National Law Information Center; 2021 [cited 2022 Mar 30]. Available from: <https://www.law.go.kr/LSW/lsInfoP.do?efYd=20220128&lsiSeq=234301#0000>.
 20. Wada K. Current situations and future agenda of the home rehabilitation in the long-term care insurance. *Sociologica.* 2013;37(1):99-108.
 21. 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.
 22. Omori Y, Saito T. Efficient business management in community rehabilitation and community physiotherapy: rehabilitation from a home-visit nursing station as an example. *The Journal of Japanese Physical Therapy Association.* 2011;38(1):45-50.
 23. Ito T. Specialty and possibilities of physical therapy in visiting activities - looking 10 years later. *The Journal of Japanese Physical Therapy Association.* 2015;42(4):327-31.