방문 재활치료에 대한 물리치료사들의 인식

서울대학교 의과대학 재활의학교실¹, 국립재활원², 서울재활병원³

정성진¹ · 한화순² · 임현정² · 홍기요² · 박철우³ · 임채영¹ · 신형익¹

Physical Therapists' Recognition about Home-Based Rehabilitation Therapy Services

Sung Jin Jung, MD¹, Hwa Soon Han², Hyun Jung Lim², Ki Yo Hong², Chul Woo Park, MD³, Chai-Young Lim, MD¹, Hyung Ik Shin, MD¹

¹Department of Rehabilitation Medicine, Seoul National University College of Medicine, Seoul,

²National Rehabilitation Center, Seoul,

³Seoul Rehabilitation Hospital, Seoul, Korea

Background: We were interested in getting feedback from physical therapists practicing in individualized home health programs about the present situation and the problems of home-based rehabilitation therapy services.

Methods: We recruited 110 physical therapists practicing in individualized home-visiting health programs offered at health centers. They each completed a 15-item self-administered questionnaire including personal information, therapy environments, characteristics of patients, treatment outcomes and suggestions.

Results: Of the 110 respondents, 66 (60%) were engaged in home-based rehabilitation therapy services with other duties. Sixty (54.5%) indicated that >25% of patients improved with home-based therapy and 90% of patients were satisfied with the services they received. Eighty-three (75.5%) respondents indicated that the amount of therapy provided was insufficient, 82 (74.5%) thought that there were no measurement tools to use except for the rehabilitation therapy services records and 27 (24.6%) had evaluation meetings with other medical service members for >50% of their patients.

Conclusion: The majority of the physical therapists in our study indicated that the home-based rehabilitation therapy services satisfied the needs of patients and improved their functional abilities. However, amount of therapy, use of measurement tools for outcome evaluations and comprehensive team approach were indicated as insufficient. We conclude that increasing the number of physical therapists and systematizing the home-based rehabilitation therapy services would improve the present situation.

Key Words: Home-based rehabilitation therapy services, Physical therapists, Feedback, Individualized home-visiting health programs

서론

우리나라는 만성 질환 유병률이 증가하고, 평균수명이

지속적으로 연장되어 장애 및 노쇠 노인 인구가 크게 증가하고 있다¹⁾. 이에 따라 상실된 신체기능을 회복하거나 더 이상의 신체 기능 손실을 방지하기 위한 장기적인 유지기 재활치

▶Received: May 18, 2010 ▶Revised: Oct 27, 2010 ▶Accepted: Oct 28, 2010

Address for correspondence: Hyung Ik Shin, MD, PhD

Department of Rehabilitation Medicine, Seoul National University Bundang Hospital, Seoul National University College of Medicine, 300 Gumi-dong, Bundang-gu, Seongnam 463-707, Korea

Tel: +82-31-787-7733, Fax: +82-31-787-4056, E-mail: hyungik1@snu.ac.kr

료가 필요한 환자들이 증가하고 있다²⁾. 유지기 재활치료는 장애 및 노쇠의 악화를 예방하고, 일상생활 능력을 회복시킴으로써 장애 및 노쇠 노인들의 삶의 질을 향상시키고 사회적 부담을 경감시킬 수 있기 때문에 반드시 필요한 서비스이다. 유지기 재활치료는 재활의학과 전문의의 지도하에 가정으로 치료 인력이 방문하는 방문 재활치료의 형태로 이루어지는 것이 시설 수용 시 소요되는 인력 및 재원을 절감시키며, 환자들이 가정과 지역사회 안에서 정서적으로 안정된 생활을 할 수 있도록하여 환자 및 보호자에게 유익하다고 하겠다³⁾.

국내에서 방문 재활치료의 효과에 관하여 조사한 무작위 통제 연구(randomized controlled study)는 아직 없으나, 외국에서 시행된 무작위 통제 연구에서 방문 재활치료가 뇌졸중⁴⁾, 무릎 골관절염⁷⁾, 만성폐쇄성폐질환⁸⁾, 뇌성마비⁹⁾, 척추 골절¹⁰⁾ 환자와 암 생존자¹¹⁾, 노쇠 노인^{12,13)}에서 뚜렷한 효과를 나타내었음이 밝혀졌다.

현재 국내에서 방문 재활치료는 국민건강보험의 급여를 받지 못하고 있으며, 공식적으로 시행되고 있는 것으로는 일부 보건소에서 맞춤형 방문보건사업의 일환으로 수행되는 것이 유일하다.

그동안 국내에서 방문 재활치료에 대한 요구도 및 효과에 대한 연구가 여럿 있었으나, 이들 연구는 환자들이나 방문 재활치료에 참여하지 않았던 의료인들을 대상으로 하였고^{2,3,14)}, 실제 방문 재활치료에 참여했던 치료사들을 대상으로 한 연구는 없었다. 본 연구에서는 맞춤형 방문 보건 사업을 제외하고는 방문 재활치료에 대한 경험이 전무한 국내의 현실에서 보건소에서 시행하고 있는 맞춤형 방문 보건 사업의 방문 재활치료에 참여했던 물리치료사들을 대상으로 방문 재활치료에 대한 인식을 조사함으로써 방문 재활치료의 현황 및 시행상의 문제점을 파악하고자 하였다.

대상 및 방법

1. 대 상

2008년 보건복지가족부에서 발행된 맞춤형 방문보건사업 최종 보고서에 의하면 2008년 방문보건사업에 참여한 물리치료사 인력은 136명인 것으로 보고되어 있다. 이 인력 중 126명이 2009년 4월과 6월로 나누어 국립재활원에서 각각 7일간 시행한 전문 보수교육에 참여하였다. 이들을 대상으로 설문 조사를 시행하였다.

2. 설문지 내용

설문지는 자기 기입 방식이었고 15개의 문항으로 구성되었다. 응답자의 일반적 특성(근무 보건소, 성별, 나이, 치료사 자격증 취득일, 방문 재활치료 업무 종사 기간, 방문 재활치료 전담 유무, 치료 특성(건수, 시간, 내용), 치료 대상자 특성(질환, 일상생활능력 장애 정도, 신체 장애 정도), 치료 결과(치료 대상자의 신체 기능 호전 및 만족도, 치료의 양에 대한 평가), 평가 서식 및 평가 회의 유무, 방문 보건 인력에 대해 조사하였다(부록 1). 특히, 방문 재활치료 결과에 대해서는 물리치료사 개개인이 담당하는 환자들 중에서 몇 퍼센트가 신체 기능의 호전을 보였는가를 설문하여 평가하였는데, International Classification of Functioning, Disability and Health 국제 기능·장애·건강 분류¹⁵⁾에서 제시하는 양적 퍼센트 척도를 사용하여 물리치료사 개개인의 담당 총 환자 수에서 각각 0-4%의 환자에게서 호전을 보였다면 ‘호전이 전혀 없음’, 5-24% 호전을 보였다면 ‘경미한 호전’, 25-49%는 ‘중간 정도의 호전’, 50-95%는 ‘높은 정도의 호전’, 96-100%는 ‘전체적인 호전’으로 설문을 구성하였다. 예를 들어, 설문을 마친 물리치료사가 평소 100명의 환자를 치료하는데 75명 가량에서 호전을 보였다면 75%의 호전을 보인 것이고 이 항목을 선택하면 위에 따라 ‘높은 정도의 호전’ 정도를 반영하게 된다. 마찬가지로 방문 재활치료에서 환자 상태나 치료의 목표 등에 대하여 타 직종과 평가회의를 하였는가도 같은 양적 척도를 사용하였는데, 물리치료사 개개인의 담당 총 환자 중에서 치료 회의를 하는 환자의 비율을 같은 방법으로 각각 0-4%의 환자에서 치료회의를 하였다면 ‘치료 회의를 전혀 하지 않음’, 5-24%에서 치료회의를 하였다면 ‘치료 회의를 낮은 정도로 함’, 25-49%는 ‘치료 회의를 중간 정도로 함’, 50-95%는 ‘치료 회의를 대다수에서 함’, 96-100%는 ‘거의 모든 환자에서 치료회의를 함’으로 구성하였다. 즉, 마찬가지로 물리치료사가 100명의 환자를 보고 있을 때 치료회의를 진행하는 환자가 40명이라고 하면 25-49%에서 치료회의를 하는 것으로 선택하게 되고, 이는 치료 회의를 중간 정도에서 진행함을 반영한다고 하였다.

3. 통계 분석

수집된 자료는 SPSS ver. 12 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA)

통계 프로그램을 사용하여 분석하였다. 일반적 특성 및 설문 응답 내용에 대해서는 빈도 분석 및 기술통계를 이용하여 분석하였고, 근무 보건소 지역과 방문 재활치료 전담 유무 및 방문 보건 담당 물리치료사 수와 치료 특성 및 치료 결과 간의 상관관계는 Independent-Samples t-test와 Pearson's chi-square test를 이용하여 분석하였다. 유의수준은 $p < 0.05$ 로 하였다.

결 과

총 115장의 설문지를 수거하였고 현재 방문 재활치료에 참여하고 있지 않다고 답한 5명의 치료사의 설문지를 제외하고, 110장(95.7%)의 설문지에 대해 결과 분석을 시행하였다.

1. 일반적 특성

대상자 110명 중 남자는 10명(9.1%), 여자는 98명(89.1%)이었다(무응답 2명). 연령은 31.9 ± 7.99 세로, 20대가 51명(46.4%)으로 가장 많았다.

근무 보건소의 지역별 분포는 특별시와 광역시를 포함하는 대도시가 24명(21.8%), 그 외 기타 지역이 80명(72.7%)이었다(무응답 6명). 치료사 자격증 취득 연한은 9.0 ± 7.83 년이었고, 방문 재활치료에 종사한 기간은 17.2 ± 9.55 개월이었다.

2. 방문 재활치료 전담 및 방문 보건 인력

대상자 중 44명(40.0%)은 방문 재활치료만을 전담하고 다른 치료 업무는 하지 않는다고 하였으며, 66명(60.0%)은 방문 재활치료만을 전담하지 않고 보건소 내 재활치료업무, 간호사 업무 등을 병행하고 있었다. 방문 재활치료만을 전담하는 경우는 대도시 근무자(66.7%)에서 기타 지역 근무자(31.3%)에 비해 많았다($p = 0.007$).

방문 보건 인력을 구성하는 보건소당 물리치료사 인원은 1.3 ± 0.48 명으로 1명인 경우가 77곳(70.0%)으로 가장 많았고, 2명인 경우가 32곳(29.1%), 3명인 경우가 1곳(0.9%)이었다. 보건소당 물리치료사 인원은 근무 보건소 지역과 무관하였다($p = 0.072$).

간호사 인원은 9.2 ± 3.37 명이었고 평균 의사 인원은 0.8 ± 1.14 명이었다. 기타 인력으로 사회복지사, 영양사, 운동처

방사, 치위생사, 한의사, 작업치료사가 포함되었다.

3. 방문 재활치료 특성

일일 방문 재활치료 건수는 치료가 적은 날은 3.3 ± 1.30 건 이었고 치료가 많은 날은 6.6 ± 2.50 건이었다. 일일 방문 재활 치료 건수는 근무 보건소 지역과 무관하였다($p = 0.481$).

일회 방문 시 치료 시간은 30분 이상 45분 미만이 47명(42.7%)으로 가장 많았고, 45분 이상 1시간 미만 37명(33.6%), 15분 이상 30분 미만 21명(19.1%), 1시간 이상 4명(3.6%)이었다(무응답 1명). 치료 시간이 30분 이상 1시간 미만인 경우가 전체의 75% 정도였다. 일회 방문 시 치료 시간은 근무 보건소 지역과 무관하였다($p = 0.574$).

방문 재활치료 시 실제 수행하는 치료 내용 중 가장 많이 하는 항목으로 근력 강화 운동과 관절 운동을 답한 응답자가 38명(34.5%)으로 가장 많았고 기립 및 보행 훈련 8명(7.3%), 일상생활 동작 훈련과 재활 교육 각각 6명(5.5%), 침상 기동성 훈련 3명(2.7%)이었다(기타 10명, 무응답 1명).

4. 방문 재활치료 대상자 특성

치료 대상자들의 특성은 가장 흔한 경우로 '65세 이상 노쇠와 질병으로 인하여 실내에서 보행은 가능 하나 실외 보행이 어려운 노인'을 답한 응답자가 38명(34.5%)으로 가장 많았고, '65세 이상 중풍 노인' 35명(31.8%), '실내외 보행이 모두 가능하나 전반적인 신체 기능 저하로 운동 요법이 필요한 사람' 20명(18.2%), '65세 미만의 중풍, 치매, 파킨슨 질환자'와 '65세 미만의 중풍, 치매, 파킨슨 질환자 등을 제외한 장애인'이 각각 5명(4.5%)이었다(기타 7명).

치료 대상자들의 일상생활능력 장애 정도는 가장 흔한 경우로 '절반 이상의 일상생활 동작에서 도움이 필요한 상태'를 답한 응답자가 29명(26.4%)으로 가장 많았으며 '절반 미만의 일상생활 동작에서 도움이 필요한 상태' 28명(25.5%), '일상생활 동작은 가능하나 도구적 일상생활 동작에서는 도움이 필요한 상태'와 '집 안밖에서 생활하는 데에는 지장은 없으나, 전신이 위약하여 운동요법이 필요한 상태' 각각 24명(21.8%), '모든 일상생활 동작이 불가능한 와병 상태' 4명(3.6%)이었다(무응답 1명).

치료 대상자들의 신체장애 정도는 가장 흔한 경우로 '실외

보행 가능하나 계단이나 언덕길에서는 보조가 필요한 상태'를 답한 응답자가 36명(32.7%)으로 가장 많았고, '실내 보행 가능하나 외출은 휠체어 등이 필요한 상태' 35명(31.8%), '돌아누울 수는 있는 상태이나 기립이 불가능한 상태' 19명(17.3%), '기립은 가능하나 보행은 불가능한 상태' 10명(9.1%), '활동에 지장이 없는 상태' 4명(3.6%), '침상에서 누워만 있는 상태' 3명(2.7%)이었다(기타 2명, 무응답 1명).

5. 방문 재활치료 결과

방문 재활치료 결과 대상자들의 신체 기능 호전 정도에 대한 치료사들의 평가는 '96-100%에서 호전되었음' 3명(2.7%), '50-95%에서 호전되었음' 25명(22.7%), '25-49%에서 호전되었음' 32명(29.1%), '5-24%에서 호전되었음' 34명(30.9%), '0-4%에서 호전되었음'과 '잘 모르겠음' 각각 7명(6.4%)이었다(무응답 2명). 호전 정도는 근무 보건소 지역과 무관하였다($p=0.769$).

치료 대상자들의 만족도는 '매우 만족' 27명(24.5%), '만족' 72명(65.5%)로 전체의 90%에서 만족하였으며, 나머지 11명(10.0%)은 '보통'으로 평가하여 불만족한 경우는 없었

Table 1. Results of home-based rehabilitation therapy

	No. of cases (%)
Improvement of disability	
96-100% of patients	3 (2.7)
50-95% of patients	25 (22.7)
25-49% of patients	32 (29.1)
5-24% of patients	34 (30.2)
0-4% of patients	7 (6.4)
Not sure	7 (6.4)
Patient satisfaction	
Very satisfied	27 (24.5)
Satisfied	72 (65.5)
Indifferent	11 (10.0)
Dissatisfied	0 (0.0)
Very dissatisfied	0 (0.0)
Amount of therapy	
More than sufficient	3 (2.7)
Sufficient	11 (10.0)
Indifferent	13 (11.8)
Insufficient	63 (57.3)
Less than insufficient	20 (18.2)

다. 만족도는 근무 보건소 지역과 무관하였다($p=0.437$).

방문 재활치료 양의 충분성은 '매우 부족' 20명(18.2%), '부족' 63명(57.3%)로 전체의 75.5%에서 부족하다고 하였으며, 충분하다고 생각한 경우는 '매우 충분' 3명(2.7%), '충분' 11명(10.0%)로 12.7%였다. 충분성은 근무 보건소 지역과 무관하였다($p=0.179$). 치료의 양이 불충분하다고 대답한 83명을 대상으로 충분한 재활치료가 되지 않는 가장 중요한 이유에 대해 조사한 결과 '재활 대상자가 너무 많아서 시간이 부족함'이 59명(71.1%)으로 가장 많았고, '방문 재활 치료 이외의 업무가 많아서' 16명(19.3%), '지침서 부족' 2명(2.4 %)이었다(기타 6명) (Table 1).

6. 평가 서식, 평가 회의

맞춤형 방문보건사업에서 사용하는 재활서비스 기록지 이외에 사용하는 평가 서식이나 평가 도구는 28명(25.5%)에서 있었으며, 구체적인 예로 관절 가동 범위 검사(range of motion test), 근력 평가(manual muscle test), 버그 균형척도 검사(Berg balance scale), 수정 바텔지수(modified Barthel index)가 있었다. 대도시 근무자(45.8%)에서 기타 지역 근무자(21.3%)에 비해 평가 서식이나 평가 도구를 사용하는 경우가 많았다($p=0.017$).

다른 직종과의 평가 회의는 '96-100% 환자에서 함' 13명(11.8%), '50-95% 환자에서 함' 14명(12.7%), '25-49% 환자에서 함' 18명(16.4%), '5-24% 환자에서 함' 21명(19.1%), '0-4% 환자에서 함' 24명(21.9%), '잘 모르겠음' 15명(13.6%)이었다(무응답 5명). 평가 회의 유무는 근무 보건소 지역

Table 2. Use of measurement tools and presence of evaluation meetings

	No. of cases (%)
Use of measurement tools	
Yes	31 (28.2)
No	79 (71.8)
Presence of evaluation meetings	
96-100% of patients	13 (11.8)
50-95% of patients	14 (12.7)
25-49% of patients	18 (16.4)
5-24% of patients	21 (19.1)
0-4% of patients	24 (21.9)
Not sure	15 (13.6)

과 무관하였다($p=0.075$) (Table 2).

고 찰

본 연구는 현재 방문 재활치료 업무에 종사하고 있는 110명의 물리치료사를 대상으로 설문 조사를 시행하여 방문 재활치료의 현황 및 시행상의 문제점에 대해 알아본 연구로 실제 방문 재활치료 업무에 종사했던 인력을 대상으로 시행한 최초의 연구라는 의의가 있다.

방문 재활치료와 보건소 내의 다른 업무를 병행하고 있는 물리치료사는 60.0%로 방문 재활치료만을 전담하고 있는 물리치료사보다 많았으며, 이는 보건소당 평균 물리치료사 인원이 1.3명인 현실에서 보건소 업무 확대에 의해 보건소 내 물리치료실 업무 등을 맡게 되기 때문으로 여겨진다. 지역보건법 시행규칙의 '전문인력 등의 면허 또는 자격의 종별에 따른 최소 배치기준'에 따르면 물리치료사는 보건소에는 1명을 배치하도록 규정하고 있어, 본 연구에서 조사한 보건소당 물리치료사 인원은 최소배치기준을 충족시키고 있으나, 2006년 한국보건산업진흥원에서 조사한 방문 보건 인력 종별 추가인력 수 추계에서는 물리치료사 인력이 추가적으로 582명 필요하다고 하여 방문 재활치료의 양적, 질적 향상을 위해서는 더 많은 물리치료사가 보건소에 고용되어야 함을 알 수 있었다.

물리치료사 1인당 1일 방문 재활치료 건수는 평균 3.3-6.6건으로 환자 1인당 치료시간은 30분 이상 1시간 미만인 경우가 전체의 76.3%였다. 물리치료사 1인당 1일 평균 3-5명을 환자 1인당 1시간 정도 치료하는 미국의 경우²⁾와 비교하여 볼 때 물리치료사 1인당 치료 건수는 많고 환자 1인당 치료시간은 짧았다.

방문 재활치료 시 실제 수행하는 치료 내용 중 가장 주된 치료는 근력 강화 운동과 관절 운동이었으며, 기립 및 보행 훈련, 일상생활 동작 훈련을 주된 치료로 하는 경우는 적었다. 이는 방문 재활치료가 환자의 집이라는 협소한 장소에서 수행되고 재활치료실에서 사용되는 기구들을 이용할 수 없기 때문으로 생각된다. 또한 재활 교육이 주된 치료가 되는 경우도 적었는데, 이는 방문 재활치료에 사용될 수 있는 표준화된 교육자료가 아직 없기 때문으로 여겨진다.

치료 대상자들의 일상생활능력 장애 정도 중 가장 흔한

경우로 '모든 일상생활 동작이 불가능한 와병 상태'를 답한 응답자가 3.6%, 신체장애 정도 중 가장 흔한 경우로 '침상에서 누워만 있는 상태'를 답한 응답자가 2.7%에 그쳐 방문 재활치료가 재활 가능성이 떨어지는 중증 장애를 가진 환자보다는 재활치료로 기능 회복 가능성이 많은 경증이나 중간 정도의 장애를 가진 환자에게 적용됨을 알 수 있었다.

방문 재활치료 결과 치료 대상자들의 신체 기능 호전 정도에 대한 치료사들의 평가를 살펴 보면 54.5%의 치료사들이 치료 대상자의 25% 이상에서 방문 재활치료로 인한 신체 기능의 호전이 있다고 하였다. 하지만 방문 재활치료를 위한 평가 서식이나 평가 도구를 사용하는 치료사는 전체의 25.5%에 그쳐 주관적으로는 치료 대상자의 호전이 있는 것으로 판단되나, 치료 효과에 대한 객관적 지표는 없는 상황인 것으로 나타났다. 방문 재활치료 효과 판단을 위한 표준화된 평가 서식 및 도구를 개발하는 것이 필요할 것으로 생각된다. 효과적인 평가 서식 및 도구의 개발을 위해서는 재활의학과 전문의가 주축이 되어 개발이 이루어져야겠다.

치료 대상자들의 만족도는 90%에서 만족한다고 하였고, 불만족한 경우는 없어 방문 재활치료가 치료 대상자들의 필요를 충족시키는 것을 알 수 있었다. 그러나 방문 재활치료 양은 75.5%에서 부족하다고 하여 양의 측면에서는 치료 대상자들의 필요를 충족시키지 못하는 것으로 보인다. 치료의 양이 불충분한 이유로 응답자의 90.4%가 재활 대상자가 많거나 다른 업무가 많아 시간이 부족하다는 점을 지적하여 방문 재활치료 전담 물리치료사 인력의 확충이 충분한 방문 재활치료가 이루어지는데 필요함을 알 수 있었다.

다른 직종과의 평가 회의는 50% 이상의 대상자에서 하는 경우가 24.6%에 그쳐 방문 재활치료 시행 시 포괄적 팀 접근은 잘 이루어지지 않는 것으로 보인다. 방문 재활치료의 질적 향상을 위해서는 재활의학과 전문의가 주된 역할을 하는 포괄적 팀 접근의 확대가 필요할 것으로 생각된다.

본 연구는 몇 가지 제한점을 가지고 있다. 첫째, 치료 대상자의 호전 정도 등의 문항에서는 응답자의 주관적인 판단이 작용할 수 있다는 점이다. 이를 위해 치료 대상자의 호전 정도를 측정할 수 있는 객관적인 평가 도구를 이용한 추가 연구가 필요하겠다. 둘째, 치료를 시행하는 물리치료사들을 대상으로만 설문 조사를 시행하여 실제로 방문 재활치료를 받는 환자들의 인식이나 욕구를 알 수 없다는 점이다. 이를

위해 실제로 방문 재활치료를 받는 환자들을 대상으로 하는 추가적인 연구가 필요하겠다. 셋째, 방문 재활치료 프로그램이 보건소마다 달라 환자들의 기능 호전이 방문 재활치료에 의한 것인지 자연적으로 일어난 것인지 정확히 검증하기 어렵다는 점이다. 이를 위해 통일된 방문 재활치료 프로그램의 개발과 이 프로그램을 적용한 환자들을 대상으로 한 추가적인 연구가 필요하겠다.

요 약

연구배경: 보건소에서 시행하고 있는 맞춤형 방문 보건 사업의 방문 재활치료에 참여했던 물리치료사들을 대상으로 방문 재활치료에 대한 인식을 조사함으로써 방문 재활치료의 현황 및 시행상의 문제점을 파악하고자 하였다.

방법: 보건소에서 시행하고 있는 맞춤형 방문 보건 사업에 참여하였던 물리치료사 110명을 대상으로 설문조사를 시행하였다. 설문지는 자기 기입 방식이었고, 15개의 문항으로 구성되었다. 응답자의 일반적 특성, 방문 재활치료 전담 유무, 치료 특성, 치료 대상자 특성, 치료 결과, 평가 서식 및 평가 회의 유무, 방문 보건 인력에 대해 조사하였다.

결과: 응답자의 60%가 방문 재활치료 외에 다른 업무를 병행하고 있었다. 54.5%의 치료사가 치료 대상자의 25% 이상에서 방문 재활치료로 인한 신체 기능의 호전이 있다고 하였다. 응답자의 90%에서 치료 대상자들이 방문 재활치료에 만족한다고 하였으며, 75.5%에서 방문 재활치료 양이 부족하다고 하였다. 28.2%의 치료사만 재활서비스 기록지 이외에 사용하는 평가 서식이나 평가 도구는 있다고 하였으며, 다른 직종과의 평가 회의는 50% 이상의 대상자에서 하는 경우가 24.6%에 그쳤다.

결론: 방문 재활치료에 참여했던 물리치료사들은 방문 재활치료가 치료 대상자의 필요를 만족시키고, 대상자의 기능 호전을 가져오지만, 치료의 양이 불충분하다고 인식하고 있었다. 재활치료 효과 판정을 위한 평가 도구 사용 및 포괄적 팀 접근은 부족한 것으로 나타났다. 방문 재활치료의 양적, 질적 향상을 위해서는 물리치료사 인력의 확충, 표준적인 평가 도구의 개발 및 포괄적 팀 접근의 확대가 필요할 것으로 생각한다.

REFERENCES

1. Park WB, Lim JY. The association of balance confidence with physical performance and strength in community-dwelling elderly persons. *J Korean Geriatr Soc* 2009; 13:222-30.
2. Youn TY. A study of the inclusion of home-based physical therapy services in the long term care insurance [dissertation]. Seoul: Hanyang University; 2002.
3. Yi CH, Lee HJ, Park KH, Ahn DH. Needs analysis for home rehabilitation services by disabled person in the rural areas. *J Korean Acad Univ Trained Phys Ther* 2002; 9:61-81.
4. Duncan P, Richards L, Wallace D, Stoker-Yates J, Pohl P, Luchies C, et al. A randomized, controlled pilot study of a home-based exercise program for individuals with mild and moderate stroke. *Stroke* 1998;29:2055-60.
5. Anderson C, Mhurchu CN, Rubenach S, Clark M, Spencer C, Winsor A. Home or hospital for stroke rehabilitation? Results of a randomized controlled trial : II: cost minimization analysis at 6 months. *Stroke* 2000;31:1032-7.
6. Thorsén AM, Holmqvist LW, de Pedro-Cuesta J, von Koch L. A randomized controlled trial of early supported discharge and continued rehabilitation at home after stroke: five-year follow-up of patient outcome. *Stroke* 2005;36: 297-303.
7. Deyle GD, Allison SC, Matekel RL, Ryder MG, Stang JM, Gohdes DD, et al. Physical therapy treatment effectiveness for osteoarthritis of the knee: a randomized comparison of supervised clinical exercise and manual therapy procedures versus a home exercise program. *Phys Ther* 2005;85:1301-17.
8. O'Shea SD, Taylor NF, Paratz JD. A predominantly home-based progressive resistance exercise program increases knee extensor strength in the short-term in people with chronic obstructive pulmonary disease: a randomised controlled trial. *Aust J Physiother* 2007;53:229-37.
9. Taylor NF, Dodd KJ, Mcburney H, Graham HK. Factors influencing adherence to a home-based strength-training programme for young people with cerebral palsy. *Physiotherapy* 2004;90:57-63.
10. Papaioannou A, Adachi JD, Winegard K, Ferko N, Parkinson W, Cook RJ, et al. Efficacy of home-based exercise for improving quality of life among elderly women with symptomatic osteoporosis-related vertebral fractures. *Osteoporos Int* 2003;14:677-82.

11. Courneya KS, Friedenreich CM, Sela RA, Quinney HA, Rhodes RE, Handman M. The group psychotherapy and home-based physical exercise (group-hope) trial in cancer survivors: physical fitness and quality of life outcomes. *Psychooncology* 2003;12:357-74.
12. Robertson MC, Devlin N, Gardner MM, Campbell AJ. Effectiveness and economic evaluation of a nurse delivered home exercise programme to prevent falls. 1: randomised controlled trial. *BMJ* 2001;322:697-701.
13. Rosie J, Taylor D. Sit-to-stand as home exercise for mobility-limited adults over 80 years of age: GrandStand System may keep you standing? *Age Ageing* 2007;36:555-62.
14. Lim HJ, Moon YI, Lee MS. Effects of home-based daily exercise therapy on joint mobility, daily activity, pain, and depression in patients with ankylosing spondylitis. *Rheumatol Int* 2005;25:225-9.
15. World Health Organization. ICF introduction. International classification of functioning, disability and health (ICF). Geneva: World Health Organization; 2001.

부록 1. 방문 재활치료에 관한 설문

1. 방문 재활치료를 담당하고 계십니까?

- 1) 방문 재활치료만을 전담하고, 그 이외의 치료 업무는 하지 않음
- 2) 방문 재활치료를 전혀 하지 않고 있으며, 보건소 내의 다른 업무를 하고 있음
- 3) 방문 재활치료와 보건소 내의 다른 업무를 병행함 (방문 재활치료 업무 비율 약 %)

2. 1일 방문 재활치료 건수는 어느 정도입니까?

치료가 적은 날 () 건 치료가 많은 날 () 건

3. 1회 방문 시 치료 시간은 평균 어느 정도입니까?

- 1) 15분 미만 2) 15분 이상 30분 미만 3) 30분 이상 45분 미만
- 4) 45분 이상 1시간 미만 5) 1시간 이상

4. 방문 재활치료시 실제 수행하는 치료 내용은 어떤 것입니까?

- 가장 많이 하는 항목 () 두 번째로 많이 하는 항목 ()
- 1) 기립 및 보행훈련 2) 침상기동성 훈련(Bed mobility) 3) 관절운동
 - 4) 근력강화운동 5) 일상생활동작훈련
 - 6) 재활교육 7) 기타훈련(내용:)

5. 방문 재활치료 대상자 분들은 1달에 평균적으로 몇 번 방문 재활치료를 받습니까?

구분	월평균	대상가구수
맞춤형 집중관리군	()회	()가구
맞춤형 정기관리군	()회	()가구

6. 방문 재활치료 대상자들은 주로 어떤 분들이십니까? 가장 흔한 경우와 그 다음으로 흔한 경우를 답해주십시오.

- 가장 흔한 경우 () 그 다음으로 흔한 경우 ()
- 1) 65세 이상 중풍 2) 65세 이상 치매
 - 3) 65세 이상 노쇠와 질병으로 인한 와병 노인(보행 불가능)
 - 4) 65세 이상 노쇠와 질병으로 인하여 실내에서 보행은 가능하나 실외 보행이 어려운 노인
 - 5) 65세 미만의 중풍, 치매, 파킨슨 질환자
 - 6) 65세 미만의 중풍, 치매, 파킨슨 질환자 등을 제외한 장애인
 - 7) 실내외 보행이 모두 가능하나 전반적인 신체 기능 저하로 운동 요법이 필요한 사람
 - 8) 기타 ()

7. 방문 재활치료 대상자 분들의 일상생활능력의 장애 정도는 어느 정도입니까?

- 가장 흔한 경우 () 그 다음으로 흔한 경우 ()
- 1) 식사하기, 옷 입기, 세면하기 등 모든 일상생활동작이 불가능한 와병 상태

- 2) 절반 이상의 일상생활동작에서 도움이 필요한 상태
 - 3) 절반 미만의 일상생활동작에서 도움이 필요한 상태
 - 4) 일상생활동작은 가능하나 시장보기, 대중교통 이용하기 등과 같은 도구적 일상생활동작에서는 도움이 필요한 상태
 - 5) 집안과 집밖에서 생활하는 데에는 특별한 지장은 없으나, 전신이 위약하여 운동 요법이 필요한 상태
 - 6) 기타 (주요 재활치료 내용:)
8. 방문 재활치료 대상자 분들의 신체장애 정도는 어떠했습니까?
가장 흔한 경우 () 그 다음으로 흔한 경우 ()
- 1) 침상에서 누워만 있는 상태. 스스로 돌아눕지 못하고 앉을 수 없는 상태
 - 2) 돌아누울 수는 있는 상태이나 기립이 불가능함
 - 3) 기립은 가능하여 약 2초 이상 서 있을 수 있으나 보행은 불가능함
 - 4) 실내 보행은 가능하나 외출은 휠체어 등을 사용하여야 함
 - 5) 실외 보행도 가능하나 계단이나 언덕길에서는 보조가 필요한 상태임
 - 6) 보행을 포함한 활동에 지장이 없는 상태
 - 7) 기타 ()
9. 방문 재활치료 결과 대상자 분들의 몇 %에서 신체 기능이 재활치료로 호전되었다고 생각하십니까?
- 1) 96-100%에서 호전되었음.
 - 2) 50-95%에서 호전되었음
 - 3) 25-49%에서 호전되었음
 - 4) 5-24%에서 호전되었음
 - 5) 0-4%에서 호전되었음
 - 6) 잘 모르겠음
- * 문항 설명: 거의 대부분의 대상자에서 신체기능이 호전되었다고 생각하시면 1)번으로, 거의 대부분에서 호전되지 않았다고 생각하시면 5)번으로 표시합니다. 호전되는 경우와 그렇지 않은 경우가 섞여 있다고 생각하시면 그 비율을 생각하시어 2), 3), 4)번 중에서 골라서 표시합니다.
10. 방문 재활치료 시 치료 대상자 분들의 만족도는 전반적으로 어떠하였다고 생각하십니까?
- 1) 매우 만족
 - 2) 만족
 - 3) 보통
 - 4) 불만족
 - 5) 매우 불만족
11. 현재 대상자들에게 방문 재활치료가 충분히 제공된다고 생각하십니까?
- 1) 매우 그렇다
 - 2) 그렇다
 - 3) 보통
 - 4) 부족하다
 - 5) 매우 부족하다
- 11-1. 11의 질문에 4)와 5)로 답하신 분들만 기입해 주십시오. 충분한 재활치료가 되지 않는 가장 중요한 이유는 무엇입니까?
가장 중요한 경우 () 그 다음으로 중요한 경우 ()
- 1) 재활 대상자가 너무 많아서 시간이 부족함
 - 2) 방문 재활치료 이외의 업무가 많아서
 - 3) 담당자가 재활치료에 대한 기술과 지식이 부족해서
 - 4) 방문 재활치료에 대한 뚜렷한 지침서가 부족해서
 - 5) 의료사고에 대한 두려움
 - 6) 기타 ()

- [illegible]