

시설에서 생활하는 장애인의
건강관리 실태 분석

연세대학교 보건대학원
보건정책 및 관리학과
이 계 철

시설에서 생활하는 장애인의
건강관리 실태 분석

지도 손 명 세 교수

이 논문을 보건학석사 학위논문으로 제출함

2002년 6월 일

연세대학교 보건대학원

보건정책 및 관리학과

이 계 철

이계철의 보건학석사 학위논문을 인준함

심사위원_____인

심사위원_____인

심사위원_____인

연세대학교 보건대학원

2002년 6월 일

감사의 글

공직에 발을 들여놓은 후 남달리 항상 긴장과 최선을 다하여 공복으로서의 역할을 다해 왔습니다.

그러나 저는 꿈속에서 또는 영적으로 공무와 공부를 병행하라는 계시를 받아 처해진 여건 속에서 주경야독을 하였습니다.

먼저, 여러모로 미비한 저의 논문을 지적해주신 한국 예방의학계의 거두 손명세, 오희철, 박윤형 교수님께 진심으로 감사를 드립니다.

또한, 제가 논문을 내기까지 보필해주신 김정인, 정혜영, 원선애 조교님께 감사를 드립니다.

제가 꿈을 이루기 위하여 열심히 살아가고 준비하는 과정에서 조언과 건강을 보살펴준 사랑하는 처 구석봉, 곳곳하고 아름답게 자라나는 슬아, 수범에게 고마움을 전합니다.

이 계칠 드림

차 례

국 문 요 약	v
제 1장 서 론	1
제 1절 연구의 배경 및 목적	1
제 2절 연구방법	4
제 2장 문헌고찰	7
제 1절 장애인과 보건의료 재활의 개념	7
제 2절 장애인 복지법상 보건의료관리	15
제 3절 외국의 장애인 생활시설 제도	22
제 3장 연구의 결과	26
제 1절 현재 시설에서 생활하는 장애인의 건강관리 실태	26
1. 장애인생활시설 현황	26
2. 장애인생활시설 건강관리 조직 및 직제	28
3. 현재시설 장애인의 건강관리실태	31
제 2절 생활시설 장애인의 건강진단 결과 분석	36
1. 일개 생활시설 장애인의 건강 진단 결과	36
2. 재가장애인 건강진단 결과	49
3. 생활시설 장애인과 재가장애인의 건강진단결과 비교 및 견해	51

제 3절 장애인 생활시설 보건의료 종사자 건강관리 정책육구 조사	52
1. 조사대상자의 일반적 특성	52
2. 보건의료관리 종사자 인식도	54
3. 생활시설 장애인에 대한 건강관리 인식	56
4. 장애인 생활시설 보건의료 종사자 건강관리 정책 육구	58
제 4절 문제점 및 개선방안	65
제 4장 고 찰	75
제 5장 요약 및 결론	79
참고문헌	82
부 록	84
영문초록	93

표 차례

표1. 등록장애인 현황(2001. 12. 31 현재)	27
표2. 장애인 생활시설 직급 및 직종	30
표3. 장애인생활시설 직종별 건강관리인원 배치기준	30
표4. 생활시설 장애인 일부 질환의 예방접종율	35
표5. 시설장애인의 일반적 특성	38
표6-1. 연령별 건강진단 분석표	41
표6-2. 검진결과 유증상자	42
표6-3. 성별 건강진단 분석표	44
표6-4. 장애등급별 건강진단 분석표	46
표6-5. 학력별 건강진단 분석표	47
표6-6. 입소기간별 건강진단 분석표	49
표7. 재가장애인 건강진단 결과	51
표8. 조사대상자의 일반적 특성	53
표8-1. 장애인 생활시설에서 일하는 것에 대한 만족도	54
표8-2. 급여와 처우개선에 대한 만족도	55
표8-3. 생활시설 장애인 건강 증진의 중요성	56
표8-4. 생활시설 장애인 보건교육 실시	57
표8-5. 간호사의 생활시설 장애인 건강관리 인식도	58
표8-6. 사회재활교사의 시설 장애인에 대한 건강관리 인식도	59
표8-7. 영양사의 시설 장애인에 대한 건강관리 인식도	61
표8-8. 보건의료종사자 시설장애인 건강관리 욕구도	64
표9. 장애인 생활시설 보건의료 인력	67
표10. 보건의료 전문인력 월급여액	67

그림 차례

그림 1. 연구의 흐름도	6
그림 2. 장애인생활시설 조직	29

국 문 요 약

우리나라의 장애인 생활시설은 사회복지법인 또는 천주교 재단 등 종교재단이 1950년대부터 시설을 설립하여 사회에서 소외당한 장애인들을 수용 생활해 왔다. 본격적으로 장애인 생활시설이 제도적이고 정부의 전적인 지원을 받아 운영하게 된 것은 1981년 ‘장애인 복지법’이 제정되면서 부터이다.

그러나 장애인 생활시설장과 국가, 광역, 기초자치단체장이 관심을 갖고 지원한 것은 시설장애인의 의식주 해결이 주였고, 시설건물 장비가 노후함에 따른 시설 기능보강 사업의 소규모 지원이었다. 각종 일일 프로그램은 주로 사회재활 프로그램이고 시설장애인에 대한 보건의료관리는 장애인이라는 이유로, 장애종별에 대한 관리만 하였지 일반보건의료는 소외되어 추진되어 왔다.

따라서 본 연구에서는 그동안 연구가 되지 않고 열외되었던 생활시설 장애인 건강관리상의 문제점을 분석하고 개선안을 제시하고자 아래와 같은 연구를 하였다. 현재 장애인 생활시설의 보건의료관리 실태를 현장을 방문 조사하고, 매년 생활시설에서 실시하고 있는 시설생활자 건강진단 결과를 분석정리하고, 시설장애인과 재가장애인의 건강진단 결과를 비교함은 물론 보건의료 분야에서 종사하는 간호사, 영양사, 사회재활교사를 중심으로 설문조사를 하여 시설 장애인에 대한 양질의 건강관리 욕구를 조사하여 다음과 같이 문제점에 대한 개선 방안을 제시하였다.

첫째, 생활시설 장애인에 세분화 치료를 하여야 한다. 개인별 장애질환에 대하여 최고의 전문의에게 연계체계를 구축, 지속적인 치료 시스템이 이루어져야 한다.

둘째, 보건의료 전문인력 확보이다. 전문인력이 보수가 적고 근무환경이 열악하여 전문인력 확보가 어려운바, 보수를 일반의료기관과 같이 상향조정해 주고 자긍심과 사명감을 갖도록 해야한다.

셋째, 장애인 생활시설의 생활장애인에 대하여 내실 있는 건강관리를 해야한다. 신뢰성과 전문성이 있는 기관에 검진을 의뢰하고 지역전문병원 및 보건소와 유기적인 협조체계를 구축 시설 장애인의 건강증진에 최선을 다해야 한다.

넷째, 재원의 과감한 지원이다.

장애인시설의 장애인 대한 과감한 의료비지원, 전문인력, 시설장비, 환경에 대한 많은 투자가 필요하다.

이러한 재원지원은 시설 장애인의 건강관리에 많은 도움이 될 것이다.

결론적으로 장애인 생활시설장, 국가, 광역, 기초자치단체장, 지역사회주민이 힘을 합쳐 시설 장애인도 비장애인과 마찬가지로 건강관리를 잘해주고 질병예방과 건강증진 정책을 잘 펼칠시, 시설장애인이 건강하게 오래 삶으로서 사회통합은 자연적으로 이루어질 것이다.

제1장 서론

제1절 연구의 배경 및 목적

장애인은 인간의 존엄과 가치를 가지며 행복을 추구할 권리를 가진다. 국가와 사회는 헌법과 국제연합의 장애인 권리선언의 정신에 따라 장애인의 인권을 보호하고 완전한 사회참여와 평등을 이루어 더불어 살아가는 사회를 만들기 위한 여건과 환경을 조성하여야 한다라고 장애인 인권헌장에 되어 있고, 장애인복지법에는 장애인의 인간다운 삶과 권리보장을 위하여 국가와 지방자치단체가 책임을 명백히 하고, 장애발생의 예방과 장애인의 의료, 교육, 직업재활, 생활환경 개선등의 사업을 통하여 장애인 복지증진 및 사회활동 참여증진을 하도록 하고 있다.

또한 우리나라는 경제적 성공을 바탕으로 국제외교무대에서의 위상의 제고와 OECD 가입 등 국제무대에서의 가시적 성공이 장애인 복지정책을 포함한 전반적인 사회개발 정책에 변화를 가져오도록 보이지 않는 압력을 행사하고 있고, 경제적 성공으로 생존의 위협으로부터 벗어나자 사회적 약자에 대한 관용을 보이려고 하는 여유가 생겨나기 시작하였고, 그런 사회적 분위기로 인하여 장애인에 대한 올바른 이해와 판단을 가지게 되고 있다.

사회의 경제수준 향상과 높아진 시민 의식으로 인하여 일반사회로부터 가장 고립되어 살고 있는 장애인에 대한 관심이 높아지고, 장애인을 일반 사회의 중심에 있게 하자는 정상화의 철학이 대중화되어 가고 있다.

그러나 아직도 장애인에 대한 비장애인의 인식개선이 되어있지 않아 장애인시설이 들어오면 땅값이 떨어진다는니, 교육상 위화감을 조성한다는니 하여 주민들은 반대하는 실정에 있고, 장애인부모와 가족들은 정신지체 장애인의 경우 집에서 돌보기가 힘들고 난동을 부리고, 정서가 불안정하여 장애인 생활시설에 위탁하고 있는 실정이다.

장애인 생활시설에는 가족이 없거나 생활이 어려워 입소한 장애인도 있고, 생활이 넉넉하지만 가족들의 편의를 위하여 입소한 장애인도 있다. 이러한 장애인들은 대부분 열악한 시설에서 생활하고 있고 건강관리가 제일 문제가 된다.

따라서 장애인들의 보건의료 문제가 무엇인지를 분석하고 연구할 필요가 있는 것이다.

지금의 시대는 보건의료분야에서는 건강한 사람이나 건강하지 않은 사람이 함께 살아 건강을 유지하도록 하고 있다.

즉, 나환자, 결핵환자, 정신질환자 등이 탈 수용화를 선언하고 건강한 사람과 같이 살아 건강을 증진하도록 여러 가지 정책을 펴는 것이 세계적 추세이다.

이러한 정책의 배경에는 모든 사람이 통합하여 함께 살고, 사랑을 나눔으로서 건강증진이 된다는 것이다. 그러나 장애인 생활시설에는 가족, 친지가 없고 오로지 생활시설, 원장등 30~50명 정도가 근무하여 규범적으로 관리를 하기 때문에, 건강증진이 결핍될 우려가 있다.

또한 시설장애인들한테 보건복지예산이 충분히 지원되지 않고 있고, 건강증진·재활·영양관리 등이 제대로 이루어지고 있지 않다.

전국적으로 장애인 생활시설은 늘고 있고 경기도의 경우 수도권지역으로

장애인이 가장 살기가 좋기 때문에 장애인 생활시설이 증가 추세에 있다.

장애인 생활시설은 장애인이 필요한 기간 생활하면서 재활에 필요한 상담, 치료, 훈련등의 서비스를 받아 사회복지를 준비하거나, 장애로 인하여 장기간 요양하는 시설이다.

그러나 장애인생활시설은 여러 장애인이 모여 공동생활을 하고, 환경이 열악한 상태에서 ‘삶을 영위하므로 보건의료 측면에서 볼 때 상당히 뒤떨어 질 수 있다.

생활시설에서 있는 장애인들도 비장애인들과 마찬가지로 비록 장애질병은 있지만 건강에 대한 많은 혜택을 받아 건강하고 오래 살기를 원할 것이다.

따라서 본 연구자는 장애인 생활시설 입소자들의 건강관리 실태를 분석하고, 보다 나은 보건의료서비스를 제공해 줌으로써 정서적으로 안정된 건강을 유지 증진토록 하고자 한다.

즉, 장애인생활시설 생활자 건강관리 실태를 조사 분석하고 실증적으로 검증하는데 목적을 두었다.

그 내용을 좀 더 구체적으로 설명하면 다음과 같다.

첫째, 현재 장애인 생활시설에서 시행되고 있는 장애인 건강관리에 대하여 일반적인 실태와 매년 실시하고 있는 생활 건강결과를 분석하고 정리하고자 한다.

둘째, 보건의료 분야에 종사하는 간호사, 영양사, 사회재활교사를 중심으로 설문조사를 하여 양질의 장애인 건강관리를 위한 욕구를 조사한다.

셋째, 장애인 생활시설 장애인복지증진을 위하여 장애인생활시설 생활자들의 건강관리상 문제점과 방안을 제시하고자 한다.

제 2절 연구방법

1. 연구설계

본 연구에는 장애인 생활시설의 실제적 건강관리 실태를 분석하기 위하여 전국에서 장애인 생활시설이 제일 많고 장애인이 제일 살기 좋다는 인구 1,000만의 경기도 장애인 생활시설과 생활장애인, 보건의료에 종사하는 보건의료팀을 조사하였다.

2. 연구대상

경기도 장애인 생활시설은 36개 시설에 2,919명이 입소되어 생활하는 바, 90% 이상이 정신지체인 시설로서, 36개 시설에 대한 건강관리 실태를 파악하고, 정신지체시설 1개소를 선정하여 1개 시설에 생활하고 있는 총 장애인 100명을 대상으로 하여 건강진단을 분석하고 1개 시설에 종사하는 간호사, 영양사, 사회재활교사에 대하여 36개 시설 총 100명을 대상으로 건강관리 욕구를 연구대상으로 하였다.

3. 연구도구 및 분석내용

장애인생활시설 장애인의 일반적인 건강관리사항을 조사하고 생활시설에서 입소되어 있는 장애인은 일년에 1번 이상 건강진단을 종합병원이나 건강관리협회 도지부, 의학연구소 등에서 하고 있어 중요한 항목에 대하여 건강진단결과 기록지를 마련하였다.

장애인의 일반적인 사항과 건강진단 사항 중 중요한 항목을 설정, 혈압, 콜레스테롤, 당뇨병, 엑스선검사, 장애원인, 전문의 소견을 중점 분석하였다.

생활시설에 입소되어 있는 장애인은 대부분 지능지수가 70이하인 사람으로 보건의료 문제에 대하여 조사하기에는 어려움이 있으므로 보건 및 재활에 종사하는 간호사, 사회재활교사, 영양사를 대상으로 보건의료 재활 및 영양문제에 대하여 공통 질문을 하고 간호사, 사회재활교사, 영양사를 구분하여 질문을 함은 물론 답을 항목별로 마련하여 우선 순위별로 또는 동의하는지 안하는지를 설문조사하고 이를 분석하여 장애인 생활시설 생활자들의 건강문제 욕구를 조사하여 발전 방안을 제시코자 하였다.

4. 자료분석 방법

수집된 자료는 대상자 Spass/PC통계, 프로그램을 이용하여 처리하였으며, 장애인의 건강진단 항목은 실수와 백분율로 산정하고 간호사, 사회재활교사, 영양사를 대상으로한 설문조사도 문항별로 실수와 백분율로 산출하였다.

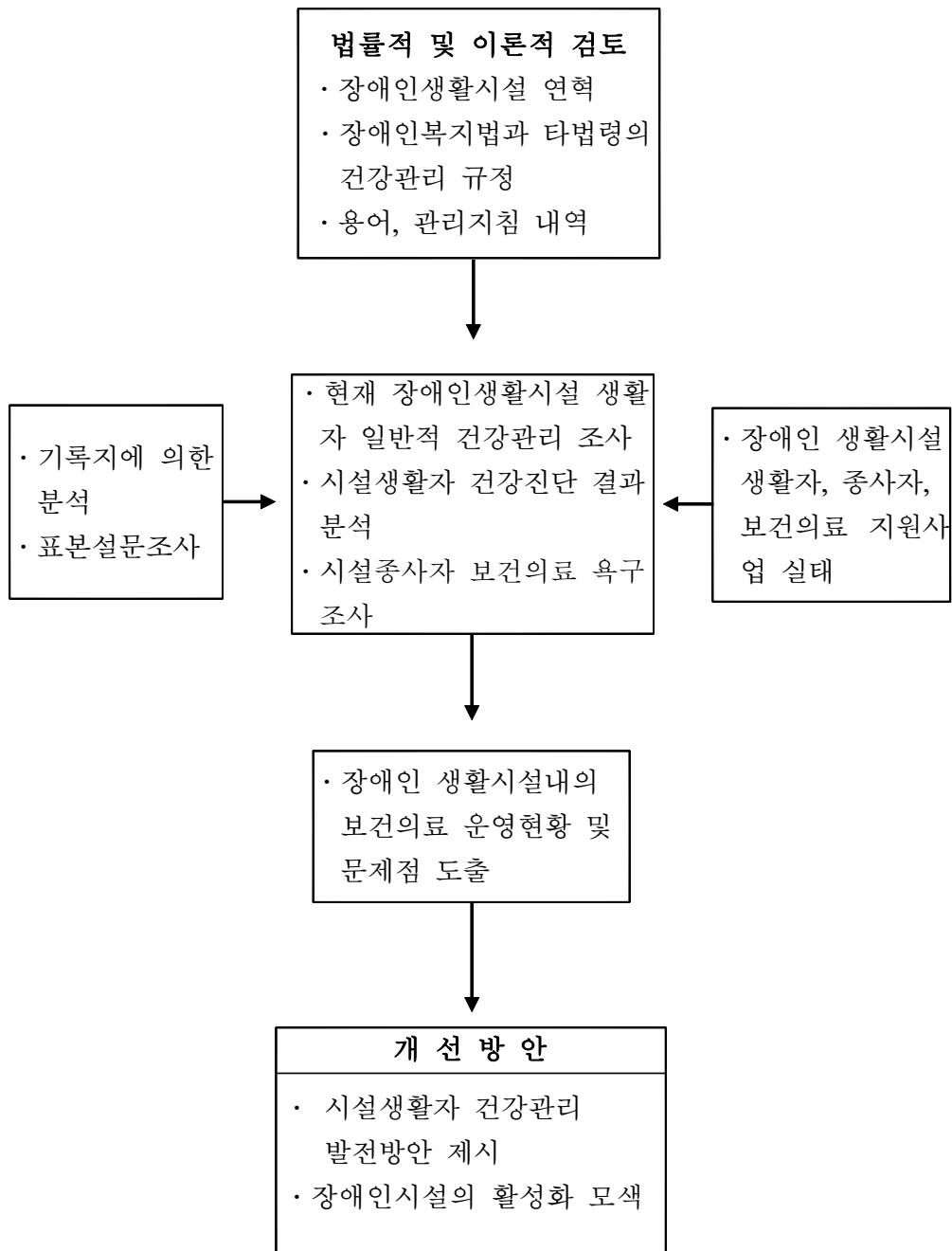


그림 1. 연구의 흐름도

제 2장 문헌고찰

제1절 장애인과 보건의료 재활의 개념

1. 장애인 보건복지의 역사

1) 고대부터 중세 봉건사회의 장애인 보건복지

기원전 5세기경 히포크라테스(Hippocrates) 당대의 기점으로 하여 심신의 질환을 의학적으로 진단, 치료하려는 노력이 이루어졌다. 그리스인들이 의학에 선구자적인 공헌을 했음에도 불구하고, 고대의 도시국가들은 신체기형아들을 절벽에서 던져버리는 것이나 유아상해를 허용했다는 사실을 밝혀둘 필요가 있다. 니케아(Nicaea) 종교회의(AD325)이후 기독교의 발전, 보급과 함께 종교적 자선사업 정신을 배경으로 중세초기의 성직자들은 빈곤자, 병자 및 장애인을 보호하기 위한 시설을 설립하기 시작하였다. 초기의 산발적인 시설 보호는 후에 수도원의 주축이 되어, 봉건체제의 붕괴와 신흥도시의 발달과 함께 장애의 구제보호 사업은 도시를 중심으로 시작하였다. 그러나 당시의 구빈 구제시설들은 대부분 맹인들을 대상으로 한 것이었으며, 맹인들은 그들이 가진 외관적 장애의 특성 때문에 타 장애인 보다 비교적 많은 구빈 보호 혜택을 일찍부터 받았다.

2) 근대사회의 장애인 보건복지

19세기 초기에 유럽 각지에서는 시설이 개설되었는데 이는 보호적 성격을

뛰고 있었다. 그러나 소수이지만 일부에서는 보호차원을 탈피하여 보다 적극적인 서비스를 제공하였다. 즉 1906년 콘드라 비살스키(Conard Bisakeei)가 메르틸에서 최초로 장애아동 인구조사를 실시하였고, 이를 계기로 하여 세계 최초의 종합 재활센터라고 할 수 있는 오스카 할렌하임(Oscar Helen Heim)을 설립하였다.

그리고 1863년 뉴욕시에 개설된 장애인 전문병원, 1889년에 설립된 장애인을 위한 산업학교 등은 재활의 성격을 강하게 내포하고 있다.

3) 현대사회의 장애인 보건복지

1950년대부터 인권사상에 바탕을 두는 복지형성은 급속하게 추진되었다. 1971년에 국제연합은 「정신지체인의 권리선언」을 결의하고 1975년에는 모든 장애인을 대상으로 하는 「장애인 권리선언」을 결의하여 장애인은 그 장애의 원인, 특질 및 정도에 불문하고 같은 연령의 시민과 동등한 기본적 권리를 가진다는 것을 사회에 선언하였다. 그리고 1981년을 세계 장애인의 해로 정하고 안전참여와 평등을 테마로 세계적으로 운동을 전개하고 있으나, 그것이 장애인의 생활안에 뿌리를 내리기까지는 아직도 많은 과제를 남기고 있다.

4) 우리나라 장애인 보건복지

우리나라의 장애인 보건복지는 1981년 심신장애자복지법의 제정, 공포 이래 지금까지 양적, 질적인 발전을 거듭해 오면서 사회복지복지분야의 중요한 문제로 자리를 잡아가고 있다. 급속한 사회변화에 따라 노년인구의 증가와 핵가족의 증가 그에 따른 생활양식 및 가치관의 변화, 대도시 집중과 급속한

도시화, 급속한 산업의 발달과 생활의식의 변화로 인해 장애인보건복지는 현재 사회에서 더욱 필요로 하는 중요한 정책으로 발전하게 되었다. 심신장애 자복지법은 1989년 12월 30일 장애인복지법으로 전문 개정하여 현재에 이르고 있다.

우리나라의 장애인의 발생요인을 보면 후천성 장애가 적어도 전체의 90% 이상을 차지하는 것으로 나타났다. 보건백서에 의하면 출생전 장애인 수는 5.7%에 지나지 않는다. 특히 전체장애인 가운데 1/2정도를 차지하고 있는 지체장애인의 경우는 96.2%가 출생후, 각종 질병, 산업재해, 교통사고와 안전사고로 인한 것이다.

2. 장애인의 의미

일반적으로 장애인은 신체 또는 정신의 장애로 인해 생활에 불편한 사람으로 이해된다. 구체적으로 의미를 고찰하면 다음과 같다.

장애인이란 해부학적, 신체구조학적, 지능 및 심리적인 이상성이나 상실한 사람을 의미한다. 따라서 장애인이라면 시각장애인, 청각장애인, 지체장애인, 정신지체인, 정서장애인 등으로 기타 외부로 현저하게 나타나는 비정상적인 특성을 가진 자를 말한다 .

지능적인 면에서 어떤 만성질환으로 자기 혼자 일상생활을 해나가는데 필요한 기능을 완전히 발휘하지 못하는 사람을 의미한다. 두 번째 개념에 보면 상당수의 노인이나 장기환자들이 장애인의 범위에 포함된다. 남자나 여자나 직장인이나 가정인이나, 주부나 정해진 기능을 발휘하지 못하는 경우도 이에 해당된다.

행동규범으로 본 것이다. 일종의 장애를 가진 당사자가 자기 자신의 장애에 대해서 어떻게 반응을 보이는가에 초점을 맞춘다. 한 개인이 장애를 체험하는 것은 그의 심리적 상태나 성격구조에 영향을 받기 때문에 상대적인 의미를 가진다. 장애는 반드시 외부적인 것에만 국한되는 것이 아니다. 경우에 따라서는 정상인도 장애인 보다 더 크고 많은 장애를 가질 가능성을 가질 수 있다.

WHO는 기능장애(impairment)는 심리적 신체적으로 또는 해부학적인 구조나, 기능의 일부가 상실된 경우를 말한다. 능력저하란(disability) 기능장애의 결과로 인해 나타나는 능력저하를 말한다. 사회적 불리(handicap)란 기능장애와 능력저하의 결과로 개인에게 나타나는 불리 때문에 그 개인의 특성(연령, 성, 사회적 문화적요인)에 따라서 그의 역할을 수행하는데 제한을 받거나, 지장을 초래하는 경우를 말한다.

이상에서 언급한 바와 같이 기능장애와 능력저하는 개인적, 신체적, 기관 혹은 기능의 문제이므로 그 이상, 치료와 훈련이 중요하여, 이것을 주로 의학적 접근과 교육적 접근으로 해결해 간다.

3. 장애인의 보건의료적 재활

1) 의료재활의 개념

의료적 재활은 종합적인 재활사업의 첫 단계이며 중심적 역할을 담당하는 분야로서 최근 러스크(H.A.Rusk)가 주장하는 제4의 의학으로서 재활의학이 등장하게 되었다.

의학적 재활은 재활사업에서 의료적 측면을 다룬다는 입장에서 부분적이

지만 대부분의 경우 재활의 출발점인 동시에 전체이기도 하다. 2001년 한국 보건연구원에서 실시한 전국 장애인 실태조사에 의하면 장애인의 개인적 욕구는 장애인의 종류에 관계없이 의료의 중요성을 우선적으로 생각하고 있다 (지체장애 61.1%, 정신지체 30.1%, 시각장애 70.5%, 청각장애 62.0%, 언어장애 45.0%, 중복장애 41.4%) 또한, 사회적 욕구도 의료혜택의 우선성을 강조하고 있다. 장애인들도 의료재활만으로 사회복귀 할 수 있는 경우가 많으며 사회적 심리적, 직업적 재활과 합하여 노력함으로써 사회에 복귀할 수 있다. 세계보건기구(WHO)는 의료적 재활의 개념을 질병이나, 사고에 의한 후유증, 만성질환, 노인병 등 치료기간이 장기화되기 쉬운 환자의 잠재능력을 활성화시켜서 자연치료를 적극적으로 촉진시키는 기술이며 내과적, 외과적 치료의 응용과 함께 소위 물리적, 심리적 수난을 보완하고 보충하는 의료적 조치라고 하였다. 이것은 단지 치료를 위한 의학적 간호조치만이 아니고, 물리적치료, 작업치료, 언어치료, 보장구의 처리와 훈련, 의료사회사업가에 의한 원조 등을 포함, 의료의 가능성을 최대로 확대하려는 적극적인 재활원호이다. 예방 재활에서는 장애 집중적인 재활서비스의 필요성을 사전에 예방하는 조치가 취해진다.

예방은 장애를 유발하는 사고나 질환을 피하기 위한 공중보건의료 활동으로서 뿐만 아니라 의학적 장애에 신속히 대처함으로써 장애의 나쁜영향을 피하거나 줄인다는 재활의 목표로서 활용된다.

재활의학은 재활의학전문의를 중심으로 하여 재활간호사, 물리치료사, 작업치료사, 운동, 오락치료사, 청각·언어치료사, 심리상담가, 사회복지사, 보장구 제작기사와 직업재활상담 등 각 분야의 전문성에 대한 상호신뢰를 바탕으로 환자 및 가족과 함께 사회적 복지를 공동으로 추구하는 노력이다.

2) 재활전문가 역할

재활의학전문의

재활의학전문의는 재활과정에서 종합계획의 책임자이며 치료대상인 환자에 대한 법적 책임을 진다. 신체적 장애는 사회, 심리적인 문제를 동시에 수반하므로 의사만으로는 장애인의 여러 문제를 해결하기 힘들다.

따라서 재활의학은 치료의학과는 달리 팀 접근법이라는 독특한 방법으로 환자의 진단 및 치료에 임하고 있다. 재활팀의 성공적인 운영을 위해 재활의학전문의는 회의를 점검하고 필요한 경우 목표를 재결정하여 퇴원시기, 가정치료, 가옥구조변경 및 직장복귀 등 퇴원의 계획을 수립하여 포괄적인 전인치료가 될 수 있도록 한다.

재활간호사

재활간호사는 위생, 영양, 운동, 배설물의 제거, 분위기 전환, 오락, 취업준비 등 재활의 최고 성취에 도움을 줄 수 있는 과정들에 대한 이해와 함께 그것을 활용할 수 있는 전문가가 되어야 한다. 적절한 재활간호를 통하여 욕창의 예방 및 치료를 할 수 있고 대소변 근절, 의수족 정착을 위한 준비, 절단부위를 적절히 관리하는 일, 자세교정 등으로 신체의 기형을 예방할 수 있다. 또한 환자와 그 가족에게 질병과 관련하여 가정치료가 필요한 경우 간호 및 처치법을 알려주며, 가정치료계획의 수립을 도와주고, 이것을 가족이 충분히 습득하여 가정에서 계속할 수 있도록 가르치는 역할을 담당한다.

물리치료사

물리치료는 열·냉, 광선, 물, 자력, 전류와 중력 등 물리적 원리와 운동원

리나 법칙을 이용한 과학적 원리를 인간에게 적용, 치료한다. 따라서 물리치료사는 장애와 질병을 갖고 있는 환자를 평가하고 열·냉, 전기, 물과 운동학적 원리를 이용한 치료를 통하여 환자의 근력을 강화시키고, 지구력과 협동심, 관절가동 범위의 증진과 동통을 감소시키는 업무를 맡고 있다.

물리치료의 종류에는 운동치료법, 호흡기의 물리치료법, 물리치료법, 수치치료법, 일상생활 동작훈련 등이 있다.

작업치료사

작업치료란 정신이나 신체에 질병 또는 장애가 있는 사람에게 여러 가지 활동을 하게 하며 그 활동을 통하여 마음의 건강이나 몸의 기능회복을 목표로 의욕이나 자신을 회복시켜 본인의 능력을 최대한 복원시켜 보다 원만한 사회활동을 영위하도록 원조하는 것이다. 작업치료는 ① 기능적 작업치료 ② ADL훈련 ③ 심리지지적 작업치료 ④ 작업전 평가와 훈련 ⑤ 정신의학적 작업치료로 나눈다

청각·언어치료사

청각·언어치료사는 말더듬, 조음장애, 실어증, 후두절제수술, 음성장애, 언어발달지체, 청각손상, 뇌성마비 등으로 청각·언어문제를 갖는 사람들을 원조하는 전문가이다.

보장구 제작기사

보장구 제작기사는 의사의 처방에 따라 환자의 기능을 최대한 증진시키고 환자를 편하게 해주는 장치를 말한다. 사전환자와 충분히 상의하여 환자의 요구에 맞도록 설계한다.

임상심리사

임상심리사는 신체적 재활이전의 심리적 재활을 통해 환자가 자신의 장애를 잘 수용하여 행복한 삶을 살 수 있도록 원조하는 역할을 한다.

직업상담가

의료재활센터에서의 직업상담가는 의료재활팀과 직업재활전문가를 연결시켜 주는 역할을 한다.

사회복지사

의료재활센터에서의 사회복지사는 의료사업을 전공한 사람이어야 한다.

여기서 casework은 의료와 관련 제반 주변 문제에 초점을 맞추게 된다.

장애자 그 자신과 가족생활에 미치는 영향을 최소화하고 퇴원후 새로운 가족생활에 적응할 수 있도록 원조한다. 사회복지사는 ①상담가의 역할 ②조정자의 역할 ③지역사회 활동가의 역할 ④사회조사자의 역할 ⑤ 사회교육가의 역할을 한다.

영양사

장애종별 및 질병에 맞게 영양공급을 함으로서 정서적으로 안정되게 하고 장애를 저하시키도록 노력하고 기타질병에 대한 면역력을 강화 건강증진을 시킨다.

제 2절 장애인 복지법상 보건의료관리

1. 장애인 복지법상의 장애인 보건의료 규정

법적 관리조항은 다음과 같다.

법 제2조 장애인의 정의는 장애인은 신체적 정신적 장애로 인하여 장기간에 걸쳐 일상생활 또는 사회생활에 상당한 제약을 받는 자를 말한다. 신체적 장애라 함은 주요외부 신체기능의 장애, 내부기관의 장애 등을 말한다. 정신적 장애라 함은 정신지체 또는 정신적 질환으로 발생하는 장애를 말한다고 규정하고 있다.

법 제15조 장애발생예방에는 국가와 지방자치단체는 장애의 발생원인과 그 예방에 관한 조사연구를 촉진하여야 하며 모자보건사업의 강화, 장애의 원인이 되는 질병의 조기발견과 조기치료의 추진을 하여야 한다. 교통사고, 산업재해, 약물중독 및 환경오염 등에 의한 장애발생을 예방하기 위하여 필요한 조치를 한다.

장애인이 생활기능을 습득 또는 회복할 수 있도록 필요한 기능치료, 심리치료 등 재활치료를 제공하도록 되어 있다.

법 제31조 재활상담 및 입소조치는 국가와 지방자치단체는 장애인에 대한 검진 및 재활상담을 실시하고, 필요하다고 인정 할 때에는 국·공립병원, 보건소, 보건지소, 기타 의료기관에 의뢰하여 의료 및 보건지도를 받게 하는 것, 장애인 복지시설에서 주거편의, 상담, 치료, 훈련 등의 필요한 서비스를 받도록 하는 것 등을 조치하도록 하고 있다.

법 제33조 의료비의 지급은 장애인복지 실시기관(국가, 지방자치단체)은

의료비의 부담이 곤란하다고 인정되는 장애인에 대하여 장애정도, 경제적 부담능력 등을 고려하여 장애의 정도에 따라 의료에 소요되는 비용을 지급할 수 있다.

의료비 지급대상 및 기준은 국민기초생활보장법에 의한 수급자인 장애인 국민건강보험법 및 의료급여법에 의하여 제공되는 의료에 소요되는 비용중 당해 장애인 이 부담하여야 할 비용에 한한다로 하고있다.

법 제46조 재활의 연구는 국가와 지방자치단체는 장애인 재활의 종합적이고 체계적인 조사, 연구, 평가를 실시하기 위하여 전문연구기관에 장애예방, 의료, 교육 및 직업재활 등에 관한 연구과제를 선정하여 의뢰할 수 있다.

국가지방자치단체는 연구과제를 수행하는데 소요되는 비용을 예산의 범위 내에서 보조할 수 있도록 하고 있다.

법 제47조 보호조치는 국가와 지방자치단체는 장애인의 연령 및 장애의 종별과 정도를 고려하여 장애인 복지시설에서 적절한 보호, 의료 생활지도와 기능회복 훈련 등의 서비스를 제공함으로써 장애인이 기능회복과 향상을 도모할 수 있도록 필요한 시책을 강구하도록 한다.

법 제48조 장애인 복지시설은 장애인 생활시설의 경우 장애인이 필요한 기간 생활하면서 재활에 필요한 상담, 치료, 훈련 등의 서비스를 받아 사회 복귀를 준비하거나, 장애로 인하여 장기간 요양하는 시설로 규정하고 있다.

법 제49조 의료재활시설의 설치는 의료법 규정에 의하도록 하고 있다.

법 시행규칙 제 32조의 장애인 생활시설은

장애유형별 생활시설

: 장애유형이 같거나, 또는 유사한 장애를 가진 사람들을 입소 또는

통원 하게 하여 그들의 장애유형에 적합한 의료, 교육, 직업, 심리, 사회 등 재활서비스와 주거서비스를 제공하는 시설

중증장애인 요양시설

: 장애의 정도가 심하여 항상 도움이 필요한 사람을 입소하게 하여 상담, 치료 또는 요양서비스를 제공하는 시설

장애영유아 생활시설

: 6세 미만의 장애 영유아를 입소 또는 통원하게 하여 보호함과 동시에 그 재활에 필요한 의료, 교육, 심리, 사회 등 재활서비스를 제공하는 시설을 말한다로 규정하고 있다.

2. 장애인 생활시설 보건의료 관련 타 법령 관리 조항

구강보건법 제1조 제1항 내지 제2항에는 시장, 군수, 구청장은 장애인 복지시설을 이용하거나, 입소하여 생활하는 장애인에 대하여 구강보건사업을 설치하여야 한다. 국가 및 지방자치단체는 국·공립의료기관에 장애인 구강보건진료 시설을 설치할 수 있다라고 되어 있다.

그러나 구강보건사업을 실시하는 곳은 지역 자원봉사, 치과의사가 봉사반을 구성, 치과진료를 해주지만, 정기적인 것이 아니기 때문에 형식에 치우칠 우려가 있고, 국·공립 의료기관에 장애인 구강보건 진료시설을 설치한 곳은 없는 형편이다.

국민건강증진법 시행규칙 제6조 제9호 및 제7조의 규정에는 사회복지사업법에 의한 사회복지시설의 소유자, 점유자 또는 관리자는 당해 시설을 금연구역과 흡연구역으로 지정토록 되어 있고, 시설중 이용자에게 직접 제공되는

시설은 금연구역으로 지정토록 되어 있으나, 지정 구분되어 있는 곳은 없는 편이다.

성폭력범죄의 처벌 및 피해자 보호 등에 관한 법률 제8조 및 제22조의 3 규정에는 신체장애 또는 정신상의 장애로 항거 불능인 상태에 있음을 이용하여 여자를 간음하거나 추행한자는 형법 제297조 및 제298조의 규정에 의거 3년 이상의 징역 또는 1,500만원 이하의 벌금형으로 처벌하고 18세미만의 사람을 보호하거나 교육 또는 치료하는 시설의 책임자 및 관련 종사자는 자기의 보호 또는 감독을 받는 사람이 성폭력 범죄의 피해자인 사실을 안 때에는 즉시 수사기관에 신고토록 되어 있으나 이러한 일은 별로 없고 간혹 일어나는 경우도 있다.

시체해부 및 보존에 관한 법률 제4조 1항 제2호는 사회복지시설 수용자의 시체를 해부하고자 할 때에는 그 유족의 승낙을 받아야 한다고 되어 있으나 그러나 이러한 일은 없는 편이다.

약사법 제21조 제4항 제4호 및 제5항 제4호, 제12호는 약사가 사회복지 활동을 위하여 조제하는 경우에는 의사 또는 치과의사의 처방전에 의하지 아니하고 조제할 수 있다. 의사 또는 치과의사가 사회복지사업법에 의한 사회복지시설에 입소환자에 대하여 조제하는 경우(사회복지시설에 숙식하지 않는 경우에는 당해 시설을 이용하는 자중에 조제하는 경우) 또는 사회복지 활동을 위하여 조제하는 경우에는 자신이 직접 조제할 수 있다라고 되어 있으나 대부분 의약분업에 의거 의사의 진료처방에 의거 약사의 조제가 이루어지고 있는 것이다.

지역보건법 제9조 제12호 및 제15호는 당해 지방자치단체의 관할 구역안에서 행하여지는 다음 각호의 사항을 관장한다고 하고 있다.

가정이나 사회복지시설을 방문하여 행하는 보건 의료사업, 장애인의 재활 사업, 기타 보건복지령이 정하는 사회복지사업으로 되어 있다.

그러나 사회복지시설을 방문하여 행하는 보건의료사업은 이동진료가 고작 이고 재활사업의 경우 보건소 정신보건사업과 연계하는 사업이 있다 하겠다.

3. 의료재활시설운영

장애인을 위한 의료재활사업을 효율적으로 수행하기 위하여 사회복지법인 부설 의료재활시설(이하 재활병의원이라 한다)의 운영에 필요한 사항을 정하고 재활병의원은 의료재활시설을 운영함에 있어 의료관계법령과 장애인 복지관련 법령이 정하는 바에 따라 장애인 의료재활을 위하여 최선의 서비스를 제공하고 있다.

주요사업으로는 입원 및 통원, 낮병원을 통한 장애인 진료, 장애인의 진단 및 포괄적이고 전문적인 재활치료, 장애인에 대한 의료재활상담, 장애인의 기타질환에 대한 진료 및 치료, 재활보조기구의 제작 및 수리, 장애인 재활에 관한 교육, 장애인 등록진단을 위한 진단을 하도록 되어 있다.

진료대상은 장애인을 우선으로 하되 진료상 여유가 있을 경우에는 지역주민을 대상으로 일반인에 대한 진료를 행할 수 있다.

재활병의원은 다음 각호의 해당하는 자는 무료로 진료하여야 한다라고 하고 있다.

의료급여법 제3조 규정에 의한 수급환자, 시·군·구청장이 특별히 무료진료가 필요하다고 인정하는 자, 재활병의원의 입원 진료기간은 6개월 미만으로 하되 재활병의원장은 치료의 경과상 연장진료가 필요한 경우에는 주치의의 소견서에 따라 진료기간을 연장할 수 있도록 하고 있다.

재활병의원의 유료진료 대상자에 대한 진료비 징수는 국민건강보험법에 의한 의약급여 수가를 기준으로 하며, 국민건강보험법에서 제시된 진료비 청구 절차에 의하여 징수하도록 하고, 의료급여대상 장애인에 대하여는 재가환자에 의료급여 수가를 기준하여 징수하고, 그 징수는 의료급여 진료비 청구 절차에 의하여 징수한다.

다만 미급여 진료비는 환자로부터 징수할 수 있다(시설 입소환자에 대하여는 진료비를 청구할 수 없음).

진료비의 사용은 진료비 수입금은 반드시 수입과 지출예산에 편성하고, 집행하되 재활병의원에서 운영비로만 사용하도록 하고 있다.

4. 장애인 의료비지원

의료급여법에 의한 2종 의료급여 대상자인 장애인에 대하여 1차 진료기관 진료는 본인 부담금 1,000원중 750원 지원하고 2차, 3차 진료기관의 경우 본인부담 진료비 20% 전액(단, 본인 부담금 식대 20%는 지원하지 않음)을 지원하고 있다.

국공립 결핵병원은 의료보호수가 적용 의료보호적용 보장구 구입시 상환액 범위 내에서 본인 부담금 20% 전액을 지원하고 의료기관에서 의료급여증과 함께 장애인 등록증을 제시하도록 하고 있고 장애인 재활보조기구 무료 교부는 국민기초생활보장법상의 수급자로 등록 장애인중 교부품목별 교부대상 장애종류에 해당하는 자에 대하여 정형외과용 구두는 지체, 뇌병변, 신장, 심장장애와, 욕창방지용 매트는 1~2급 지체 뇌병변 장애아에 지원하고 보장구 건강보험(의료급여)급여는 등록장애인 건강보험대상자에 대하여

적용대상 품목의 기준액 범위내에서 구입비용의 80%을 공단에서 부담하고 의료급여 수급권자는 적용대상 품목의 기준액 범위내에서 전부(1급) 또는 80%(2종)을 기금에서 부담하도록 하고 소득세 장애인 의료비 공제는 등록장애인에 대하여 당해 연도 총 급여액의 3/100을 초과하는 재활의료비 전액을 지원토록 하고 있다.

제 3절 외국의 장애인 생활시설 제도

외국의 장애인 생활시설 보호제도를 고찰해 보면 다음과 같다.

1. 미 국

미국의 생활시설 보호제도는 사회적 이슈로서 시설보호의 문제가 부각됨에 따라 정책 결정자들이 수용시설의 대안을 찾는 정책적인 노력을 기울이게 되었다. 미국에서 탈 시설화에 영향을 미친 요인은 첫째 언론과 사회과학 문헌에 의한 시설의 부정적 영향 공개로 인한 여론조성, 둘째 시설보호비용에 대한 부담 증가, 셋째 사회과학, 심리학, 의약분야의 발전, 넷째 시민권운동으로 개인의 정당한 권리와 인도적인 보호 및 치료방법의 강조, 다섯째 클라이언트에 대한 현금급여의 발전 등이다. 이러한 탈 시설화의 장점은 대규모 생활시설에서 제공되는 보호에 비하여 지역사회 보호가 보다 인도적이고 효과적이라는 점에 그 의의가 있으나, 공공시설에서 보호받던 사람들을 강제로 퇴소시켜 무주택자로 만들고 과거보다 향상된 것이 없는 지역사회시설에서 다시 수용하고 있다는 비판을 받기도 하였다. 따라서 탈시설화 과정의 초기에 나타난 개념으로서 중간시설은 탈시설화가 진행되는 과정의 일부로서 등장하게 되었다.

중간시설이란 개념은 미국에서 1950년대 초반에 나타나기 시작한 비교적 오래된 개념으로서 수용시설에서 보호는 필요로 하지 않고, 또한 가정이나 지역사회에서 적응하여 생활하기도 어려운 정서 장애인을 위하여 마련된 일시적인 전환 주거시설을 의미한다. 과거에는 대부분의 중간시설들이 수용시

설에서 퇴소한 사람들에게 서비스를 제공하기 위한 것이었지만, 근년에는 시설수용을 방지하고, 효과적인 치료를 위한 장으로서 보다 다양하게 활용되고 있다.

2. 영 국

영국에서의 생활시설 보호제도는 수용시설에 대한 부정적인 평가로 인하여 급격히 퇴조되었고, 탈 시설화와 지역사회 보호가 증가하게 되었다. 즉 수용시설의 퇴조는 상대적으로 지역사회 보호의 증가와 연관되어 있으며 최근의 대인사회서비스 분야에서 가장 중심적인 흐름의 막을 형성하였다.

이와 같이 대인사회서비스는 노인, 장애인, 아동청소년, 정신 및 학습 장애인과 그 가족에게 제공되었다. 주요서비스로는 주거보호, 주간보호, 재가보호 및 사회사업서비스 등이 있다. 공공부문의 서비스는 지방정부 사회서비스 주에서 제공하고, 민간부문의 서비스는 다양한 비영리 및 영리기관에서 제공한다.

이러한 서비스는 요 보호자들에게 지역사회에서 정상적인 생활을 하도록 돕기 위한 것으로서 지속적으로 증가하고 있는 추세이다.

3. 일 본

일본의 생활시설 보호제도는 종래의 수용시설이 가지고 있던 인권탄압 요소를 배제하기 위하여 새로운 복지이념으로서 개별화된 처우를 원칙으로 한 분리수용이 촉진됨에 따라 종별시설이 증가되었다. 따라서 시설보호제도는 기본적인 입소시설 중심에서 중간시설로, 그리고 통원시설, 이용시설이 증가되었으나 시설의 분류수용은 이용자가 가지고 있는 장애 및 문제별로 분류

된 대상에 적절한 서비스는 제공되지 않았으므로 시설의 폐쇄성 및 격리성을 탈피하고 지역사회에 열린 시설로의 전환을 기하기 위한 시설의 사회화를 추구하기 시작하였다.

시설의 사회화는 시설과 지역사회가 상호교류를 통한 동질화와 시설이 지역사회의 일원으로 용인되고, 시설이 지역사회의 유용한 기관으로서의 역할을 수행하며, 시설이 폐쇄적이고 특정한 사람들만의 사적 상황에서 지역사회의 열린 사회적, 공동적 상황으로의 변화라는 의미를 가지고 있다.

종래 수용시설의 격리, 보호로부터 탈출하여 사회복지를 위한 시설이용자와 가족의 노력, 시설의 사회화가 시설이용자의 치료, 교육, 원조 등을 위하여 필요하다는 것을 실감하는 시설관계자, 사회변동 가운데 생활 불안에 의하여 사회자원으로서의 사회복지시설의 필요성을 실감한 지역주민, 이러한 동향을 감지하고 커뮤니티 지향을 시작한 복지행정이 일본의 시설의 지역사회로의 진출을 가능하게 하였다.

4. 앞으로 우리나라 장애인 생활시설 방향

외국 시설보호 제도의 발달과정과 흐름을 살펴보면 우선, 대규모 시설들이 감소하고 소규모의 시설로 나누어지거나 새로운 형태의 소규모시설들이 설립되는 등 소규모시설을 향한 변화가 두드러지게 나타난다. 서비스 내용에 있어서도 다양한 보호서비스의 분화가 이루어지는 시설의 다기능화로 진행되고 있다. 또한 시설의 운영주체의 다원화로 공공부문 외에 민간의 비영리, 영리기관들이 새로운 형태의 시설운영의 주체로서 등장하고 있다.

재정부문에서도 민간부문의 참여 확대로, 서비스 계약구매 방식으로 공공기관이 민간시설의 운영을 지원하고 있고 이러한 내용이 법률상의 제도에

반영되고 있다. 이와 같이 외국의 시설보호 제도는 복지시설이 개방화되고 지역사회복지를 수행하는 자원으로서 기능을 수행하고 있음을 알 수 있다.

장애인생활시설이란 장애인이 가지고 있는 불리를 시설에서 필요한 기간 생활하면서 재화에 필요한 상담, 치료, 훈련 등의 서비스를 받아 사회복지를 준비하거나 장기간 요양할 수 있도록 운영하는 시설이다.

우리나라의 장애인생활시설 역시 생활장애인이 지역사회와 모든 관계를 유지하면서 일상생활과 사회생활의 능력을 회복, 개발시킴과 동시에 사회생활상의 기본적 욕구를 지역사회에서 충족시킬 수 있는 기회를 제공하는 지역사회보호(communitry care) 중심의 방향으로 전개되어야 할 것이다.

그러나 아직 우리나라 장애인생활시설의 현실은 최소한의 사회적인 안전망이나마 갖추어 나가야 하는 시점으로 보다 다양하면서도 전문화된 보건 의료서비스의 확대 실시가 반드시 선행되어야 할 것이다.

제 3장 연구의 결과

제 1절 현재 시설에서 생활하는 장애인의 건강관리 실태

1. 장애인생활시설 현황

1) 장애인 수

전국 장애인구는 2002년 현재 전체인구의 3.09%에 해당하는 145만명으로 추정하고 있다(보건복지부 2002). 외국의 경우는 미국 15.1%, 독일 8.4%, WHO기준 10%이다. 등록장애인은 2001. 12월 현재 1,207천명이고 (장애인 복지추진현황 및 향후 방향. 보건복지부 2002.4) 장애인구의 약 89.4%가 질병, 신고 등에 의한 후천성 장애이고, 재가 장애인이 96.5%이다. 연령별로 40세 이상이 72.8%로 점차 고령화 추세에 있다.

등록장애인의 경우 중증(1-3급)장애인이 51.7%, 여성장애인이 31.3%로 중증 및 여성장애인이 증가추세에 있고 장애인가구의 월평균 소득은 108만원으로 전체가구 평균소득의 46%수준에 머물고 있다. 장애로 인해 월 16만원이 추가 소요되고 있다.

경기도의 경우 등록장애인은 202,565명으로 서울보다 1681명이 더 많고 지체장애인이 전 등록장애인의 61.3%, 시각장애인이 10%, 청각장애인이 9%, 정신지체 7.6%를 차지하고 있다. 따라서 재가장애인 96.5%라고 할 때 4.5%가 시설에 있는 장애인이라 할 수 있다.

표 1. 등록장애인 현황(2001. 12. 31 현재)

단위: 명(%)

장애종별	전 국 (%)	경 기 (%)	서 울 (%)
지 체	725,914 (60.1)	124,125 (61.3)	116,451 (58.0)
뇌 병 변	71,062 (5.9)	11,888 (5.9)	13,121 (6.5)
시 각	123,072 (10.2)	20,327 (10.0)	21,088 (10.5)
청각·언어	112,309 (9.3)	18,278 (9.0)	18,452 (9.2)
정 신 지 체	99,586 (8.2)	15,473 (7.6)	16,420 (8.2)
발달(자폐)	2,721 (0.2)	582 (0.3)	718 (0.4)
정 신	34,733 (2.9)	5,325 (2.6)	5,653 (2.8)
신 장	30,660 (2.5)	5,406 (2.7)	7,414 (3.7)
심 장	7,732 (0.7)	1,161 (0.7)	1,567 (0.7)
계	1,207,789 (100.0)	202,565 (100.0)	200,884 (100.0)

2) 장애인 생활시설 생활자 수

장애인 생활시설은 전국에 196개소, 생활자 17,174명, 종사자 4,613명이 근무하고 있다. 경기도의 경우 36개 시설로 전국의 18.4%, 생활자 2,919명으로 17%, 종사자 수 1,238명으로 26.8%를 차지하고 있다.

따라서 시설에서 생활하는 장애인들은 수도권지역이므로 경제수준이 높고, 땅이 광활하여 생활시설을 건립하기 좋은 경기도로 모여든다 할수 있다. 장애인생활시설에 종사하는 종사자가 타도에 비해 많은 것은 장애정도가 심한 장애인들이 많고, 장애인들에게 많은 서비스를 제공하고자 종사자 수를 늘리고 있다 할 수 있다. 설립은 사회복지법인을 만들고 개원을 한

것이 대부분으로 50년대 3개소 60년대 3개소, 70년대 5개소, 80년대 8개소, 90년대 11개소, 2000년 이후 6개소이다. 운영권자는 법인이나, 천주교 신부, 목사들이 대부분이다.

대지는 전체 207.049평으로 최고 대지시설은 65.593평이고 최저시설 220평이다. 평균 대지면적은 5.731평이다. 건평의 경우 전체는 39.377평이고 최고 건평은 4,908평이고 최저건평은 183평이다. 평균건물면적은 1.094평이다.

종사자수는 총 1,238명으로 종사자가 제일 많은 곳은 142명이고 제일 적은 곳은 11명으로 평균 1개 시설당 34명이 근무하고 있다.

년간 예산은 총 334억 68백만원으로 예산이 제일 많은 곳은 16억 8천만원이고 예산이 제일 적은 곳은 16백만원이다.

평균 1개 시설에 9억 29백만원의 예산을 편성 집행하고 있다.

국가나 자치단체가 장애인생활시설은 건물이나 장비가 세월이 가면 노후와 현상이 나타나므로 매년 기능보강사업을 국.도.시군비로 지원하고 있다. 2000년 이후 기능보강사업은 44억 36백만원으로 제일 많이 지원되는 곳은 12억 7천 5백만원을 지원하고 있으며 평균 개소당 1억 23백만원의 기능보강사업 예산을 지원하고 있다.

2. 장애인생활시설 건강관리 조직 및 직제

1) 장애인생활시설 건강관리 조직

장애인생활시설에서는 원장 밑에 기획행정실, 재활사업실이 있고 기획행정팀 등 6개팀이 업무를 추진하는 바 보건건강관리는 사회재활팀과 의료재

활팀에서 담당하고 있다. 사회재활팀은 사회심리재활, 교육재활, 직업재활, 영양, 취사, 세탁으로 광의의 건강관리를 하고 있고, 의료재활팀은 진료, 간호, 물리치료, 언어치료, 보행훈련으로 건강관리를 하도록 하고 있다. (장애인 복지사업안내 2001) 본 연구는 이중에서 진료, 간호, 사회심리재활, 영양관리 등을 어떻게 하고 있나를 중점 연구하고자 한다.

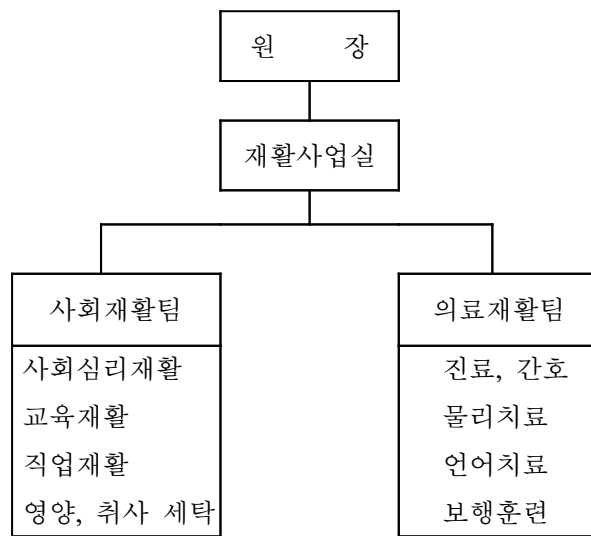


그림 2. 장애인 생활시설 조직

2) 장애인 생활시설 직제 · 직종

보건의료를 관리하는 간호사, 영양사, 사회재활교사, 물리치료사, 언어치료사, 보행훈련사 등은 복지직 8급으로, 취사원, 세탁원은 기능직으로 임명하고 촉탁의사는 중증아동 30명 시설당 1명을 두도록 하고 있다.

표 2. 장애인 생활시설 직급 및 직종

직 위	직 렬					
	행 정 직		복 지 직		관 리 직	
원 장 실 장 팀 장 주 입	직 급 명	직 종 명	직 급 명	직 종 명	직 급 명	직 종 명
원	1급	수석운영장				
장	2급	운영장	원 장			
실	3급	부운영장				
장	4급	선임행정사	사무국장	선임복지사		
팀	5급	행정사		복지사		
장	6급	부행정사		부복지사		
주	7급	주임행정원		주임복지원		주임관리원
입		행정원	후원관리사 봉사관리사	복지원	간호사 영양사 사회재활교사 물리치료사 언어치료사 보행훈련사	관리원
	8급					
	9급	행정원보	사무원	복지원보	생활재활교사	관리원보 시설관리기사
	기					
	능	행정보조원		복지보조원	취사원	관리보조원
	직				세탁원	
	촉			촉탁의	촉탁의사	
	탁					
	직					

표 3. 장애인 생활시설 직종별 건강관리인원 배치기준

직 종	배치 기준
· 사회재활교사	시설당 1명
· 간 호 사	시설당 1명, 중증아동장애인 150명이사 1명추가
· 영 양 사	시설당 1명
· 촉 탁 의 사	중증아동장애인 30인이상 시설당 1명

3. 현재시설 장애인의 건강관리실태

1) 보건의료인력

보건의료인력은 촉탁의사, 간호사, 영양사, 사회재활교사, 물리치료사, 언어치료사, 보행훈련사, 취사원, 세탁원을 두도록 되어있다(보건복지부 장애인 복지사업지침, 2002).

촉탁의사는 생활시설장과 지역 의료기관의 의사가 계약 체결하여 생활장애인의 건강을 관리해 주는 것으로서, 매월 1419천원의 급여를 지급한다. 그러나 촉탁의사가 위촉되어 있지 않은 시설이 많고, 위촉되었다 하더라도 주 1회, 월 1회, 매월 한번씩 일요일에 의사의 형편에 따라 왕진하여 시전 문진하는 정도다. 즉 지침에 있으니까 위촉은 하고 운영은 형식적으로 이루어진다 할 수 있을 것이다.

장애인 생활시설에서 장애인의 건강을 담당하며 중추적 역할을 하는 사람은 간호사이다. 간호사는 매일 시설에 생활하는 거실을 돌며 건강체크를 하고 간호일지를 기록하고 있다. 그러나, 간호사 개인의 역량에 따라 잘 관리하는 간호사도 있고 타성적으로 일하는 간호사도 있다. 그나마 간호사가 적은 봉급으로는 장애인 시설에 취업을 꺼리기 때문에 간호조무사로 대처하는 생활장애인 시설이 많다.

사회재활교사는 최근 들어 대학이 개방되고, 사회복지학과가 많이 생기는 관계로 사회복지사 자격증을 소지한 사회재활교사를 쓰고 있다. 그러나 사회재활교사가 보건의료재활프로그램을 개발하여 건강증진을 시키고 정서적으로 안정을 찾도록 해줘야 되나 그런 프로그램은 많지 않은 편이다.

영양사는 생활시설 장애인의 식단을 짜고 영양 관리하는 사람으로 역할

이 중요하다 할 것이다. 영양사 자격증 배출자가 많아 영양사는 대부분 시설에서 채용하고 있으나 영양사를 채용하고 있지 않는 시설도 있다. 물리치료사는 중증, 정신지체장애인 30인이상 시설당 1명을 채용토록 되어 있으나 대부분의 시설에서 물리치료사가 없다. 물리치료사가 있어도 물리치료장비가 열악하여 양질의 물리치료를 받기에는 어려움이 있다. 보행훈련사는 시각장애인 시설당 1명을 두도록 되어 있으나 시각장애인을 위한 생활시설은 별로 없는 편이다. 취사원은 시설당 1명을 두고 생활장애인 50인이상 1명을 추가토록 되어 있으나 조리사 자격증 소지자는 없고 일반 취사원이 종사하고 있다. 세탁원은 시설당 1명을 두고 생활장애인 200인 이상 시 1명을 추가토록 되어 있으나 생활교사와 시설장애인이 자체 세탁을 하고 있고 가끔 자원봉사자가 도와주는 실정이다.

2) 보건의료, 시설 및 장비 관리

장애인 생활시설의 보건의료시설은 간호실 또는 양호실이 있다. 간호실은 시설 장애인의 건강을 관리함으로서 건강 증진, 질병의 예방, 건강회복을 도모하고, 재활 간호로 시설 장애인들의 개별적인 특성과 심장발달 수준 및 장애정도에 따른 적절한 care를 받음으로서 걱정수준을 향상시키는데 목적이 있으나, 질병관리와 치료적인 방향을 제시할 의사도 없고 치료장비도 없어 긴급환자가 발생시 간호사가 인근 병의원에 후송하여 치료를 받고 오는 실정이다. 약품도 의사의 처방이 즉시 이루어지는 것이 아니기 때문에 간단한 소독약 또는 위생용품이 전부라 하겠다.

물리치료실은 장애인들의 심신장애로 발생된 결손기능을 회복, 보충시켜 주기 위한 활동과 저하된 기능을 향상시켜 신체적, 정신적, 사회적으로 보

다 나은 정상생활을 할 수 있도록 훈련하고 치료하는데 목적이 있으나 물리치료를 장애종별에 맞게 치료할수 있는 장비가 없고 지도할 재활의사도 없는 실정이다.

수치료실은 물의 특성을 이용하여 장애인들의 신체긴장도 조절은 물론 운동성 향상을 목표로 하여 그룹 치료를 통해 사회적 향상에도 중점을 두도록 하고 있으나, 수치료실이 있는 장애인 생활시설은 없는 편이다.

Snnozolen(심리안정실)은 장애인들에게 심리적인 안정은 물론 감각자극을 통해 인지발달에 도움이 되도록 하고 있으나 대부분 장애인 시설이 이런 시설을 갖고 있지 않다.

일부 장애인 생활시설의 경우 치과 진료실이 있으나 인근 치과의사회, 자원봉사의사가 한달에 한번정도 와 진료를 해주는 것으로 크게 실효를 거두지 못하고 있다. 따라서 시설 장애인들은 구강보건이 매우 미흡하다.

3) 생활시설 장애인 건강진단

생활시설 장애인은 1년에 한번꼴로 건강진단 검사를 한다. 항목은 혈압, 뇨단백, 혈청, GOT, GPT, 흉부간접촬영등 평균 39개 항목 검사를 한다. 그러나 검사기관이 신뢰성이 떨어지는 검사기관 등이 있고 유증상자가 나와도 사후관리가 이루어지지 않고 있다. 앞으로 1차 건강진단, 2차 정밀진단을 실시하여 의사의 지도하에 유증상자는 간호사가 전문병의원과 연계체계를 구축하여 관리가 체계적으로 이루어져야 할 것이다.

또한 자치단체에서 시설에 이동 진료를 실시하나, 실적 채우기에 급급하고 효과적인 건강관리는 이루어지지 않고 있다.

4) 일일 건강 점검 및 간호일지 기록

의사 없이 간호사가 장애인들이 생활하는 거실을 순회하며 건강체크를 하고 간호일지를 기록하는 시설도 있고, 아예 하지 않는 시설도 있다. 간호사가 각 거실을 순회하지 않고 생활교사가 질병이 있을 때 신고하면 약처방이 이루어지는 시설도 있다. 연간 약 투약 실태를 보면 변비약, 거신제, 멀미약, 압박붕대, 드레싱치료, 무좀연고, 후시딘연고, 일회용밴드, 물과스, 영양제, 거즈, 소화제, 두통약 등을 일일 8~9명에게 간호실에서 간단한 약품과 위생용품을 지원하고, 경기약, 감기약 등 의사 진단이 필요한 약은 일일 1~2명에게 촉탁의사나 지역보건소 및 지소의사의 처방을 받고 투약하고 있다.

5) 생활시설 장애인 질병 예방관리

생활시설 장애인은 집단생활을 하기 때문에 각종 전염병이나 질병이 감염될 기회가 많다. 따라서 보건의로 종사자는 각개인의 위생상태를 점검하고 보건교육을 철저히 시켜 질병이 감염되지 않도록 하여야 할 것이다.

전염병을 예방하기 위하여 실시하는 예방접종실태를 보면 비장애인에 비해 예방 접종율이 크게 떨어지는 편이다.(36개 생활시설 접종대상자에 대한 실적, 경기도 2002)

일본뇌염의 경우 전 접종대상자의 5.7%, 인프렌자는 47.4%, 간염의 경우 항체가 형성이 안된 접종대상자의 37.5%의 접종실적을 보이고 있다.(접종대상 : 일본뇌염 인프렌자의 경우 3~15세 및 취약수용 생활자, 간염은 항체 미형성자) 이는 시설에서 질병예방이 제대로 이루어지지 않고 있고 지역사회 보건소도 일반 대상자만 예방 접종을 하지, 취약계층인 생활시설에 대해서는 예방 접종을 적극적으로 하고 있지 않다고 할 수 있다.

표 4. 생활시설 장애인 일부 질환의 예방접종율

단위: 명(%)

구 분	접종대상자(A)	접종인원(B)	예방접종율(B/A*100)
일본뇌염	1,264	72	(5.7)
인프렌자	1,264	599	(47.4)
간 염	632	237	(37.5)
계	3,160	908	(28.7)

6) 구강보건관리

생활장애인들에게 구강보건은 무엇보다 중요하다고 할 수 있다. 시설장애인들은 씻거나 칫솔질하기를 싫어하기 때문에 치아우식증이 증가하는 등 구강건강 상태가 악화되어 가고 있다. 시설별로 치과실이 있으나 치과 유니트만 있고 장비등이 별로 없다. 또한 전문적인 치과 의사나 치과위생사도 없다. 구강상태가 안 좋은 정신지체장애인을 데리고 일반치과의원을 들렀을 때 일반적으로 치료를 꺼리는 경향이 있다. 따라서 시설의 정신지체장애인의 경우 특수치과 유니트등 장비가 필요하고, 전문적인 치과 의사가 정기적으로 볼 수 있는 제도적 장치가 필요할 것이다.

7) 위생·청소·소독관리

장애인 생활시설은 집단관리를 하기 때문에 개인위생이 매우 중요할 것이다. 목욕은 주1회 시설내 또는 대중목욕탕을 활용하고 있으며, 침구류는 년 3회, 의류는 주3회 정도 세탁관리를 하고 있다. 그러나 이러한 개인위생은 시설장의 역량에 따라 시설별로 많은 차이가 나타나고 있다. 화장실소

독과 주위의 방역소독은 지역보건소에서 간혹 소독을 실시해주고 있으나 아주 미흡한 편이다.

거주자의 생활공간에서 불유쾌한 냄새가 나는 시설이 있으나 이는 통풍, 채광상태나 청소 및 정리정돈 등의 일상적인 관리에서 노력이 요구된다. 또한 조리장의 경우 배수시설, 채광, 음식물보관상태가 잘되어 집단 급식으로 인한 식중독 등이 발생되지 않아야 되나 어두운 시설, 지하에 있는 시설도 있어 항상 위생관리가 문제시되고 있다.

이렇듯 장애인 생활시설은 현재 먹고 자고 입혀주는 것만 신경을 쓰고 있지 시설장애인의 건강관리는 손을 쓰지 않고 있는 실정이다. 본 연구자는 시설에 생활하는 장애인도 비장애인과 마찬가지로 건강증진을 시켜줬을 시, 건강하게 오래 살 수 있다고 생각한다. 따라서 건강증진을 시켜줄 수 있는 다각적인 연구가 이루어져야 한다.

제 2절 생활시설 장애인의 건강진단 결과 분석

1. 일개 생활시설 장애인의 건강 진단 결과

1) 생활시설 장애인의 일반적 특성

장애인생활시설은 대부분 정신지체인 시설로 대부분 비슷한 특성을 갖고 있기 때문에 일반적 특성은 다음과 같았다(표 6).

A시 H장애인 생활시설을 선정 103명 중 100명이 건강검진 한 결과를 분석한 결과 연령분포는 21~30세가 34명으로 43%를 차지하여 가장 많았고

11~20세 16%, 31~40세 25%의 분포를 보여 대부분의 시설은 40세 이하가 많은 것을 알 수 있다. 이는 시설에 있는 장애인은 나이가 먹으면 퇴소를 하거나 오래 살지 못한다는 것을 추측할 수 있다.

성별은 남자가 83%, 여자가 17%로 남자가 여자보다 약 6배정도 많고, 장애종별은 정신지체1급 68%, 정신지체2급 26%, 정신지체3급 6%로 시설에 입소되어 있는 장애인은 대부분이 장애가 심할수록 입소가 많이 됨을 알 수 있다. 종교는 기독교 18%, 불교6%, 카톨릭2%, 무종교74%로 종교가 없는 사람이 많고 기독교가 전체인원의 18%를 차지한다. 따라서 시설에 있는 장애인은 운영권자인 시설장이 목사, 천주교, 불교재단 등 어떤 종교냐에 따라서 신앙이 달라질 수 있을 것이다.

학력은 무학 46%, 초졸 16%, 중졸 14%, 고졸 20%, 대졸 4%로 무학이 전체인원의 46%를 차지하고 대졸도 4%를 차지함으로써 학력이 높은 장애인은 후천성으로 인한 정신지체인으로 사료된다. 가족수의 경우 가족이 전혀 없는 장애인이 11%, 1~2명이 44%, 3~4명이 40%로, 2~3인 가족이 전체 1/2를 차지하여 비장애인 가족과는 별로 다른점이 없었다.

입소기간은 1~2년이 30%, 3~4년이 34%, 5~6년이 23%, 6~11년이 13%로 나타났다. 따라서 입소기간이 3~4년이 제일 많음을 알 수 있다.

표 5. 시설장애인의 일반적 특성

구 분	빈도(명)	(%)	
연령(세)	11~20	16	(16.0)
	21~30	34	(34.0)
	31~40	25	(25.0)
	41~50	17	(17.0)
	51~60	8	(8.0)
성별	남	83	(83.0)
	여	17	(17.0)
종교	기독교	18	(18.0)
	불 교	6	(6.0)
	카톨릭	2	(2.0)
	무 교	74	(74.0)
교육수준	무 학	46	(46.0)
	초 졸	16	(16.0)
	중 졸	14	(14.0)
	고 졸	20	(20.0)
	대 졸	4	(4.0)
입소기간(년)	1~2	30	(30.0)
	3~4	34	(34.0)
	5~6	23	(23.0)
	6~11	13	(13.0)
가족 수(명)	0	11	(11.0)
	1~2	44	(44.0)
	3~4	40	(40.0)
	5~7	5	(5.0)
계	100	(100.0)	

2) 연령별 건강진단 분석

신장과 체중의 경우 41-50세가 키 165.35cm, 몸무게 66.06kg, 비만도 23.87로 제일 큰 것으로 나타났다. 51-60세의 경우 8명이 생활하는 바, 키와 체중은 41-50세보다 작았다. 시설장애인의 경우 오래 살지 못하고 키와

체중은 나이가 먹을수록 줄어들지 않나 생각된다.

간염바이러스 항원 91명이 음성으로 판정되고, 9명이 양성으로 검진되어 재검을 실시한 바, 21-30대군에서 1명이 B형간염으로 판정 치료를 받고 있다. 간염 바이러스 항체는 음성이 56명, 양성이 44명으로 44%은 간염예방 접종이나 자연면역으로 면역을 획득한 것으로 사료되며, 음성 판정된 56명은 예방접종을 해야 될 것으로 사료된다.

콜레스테롤은 기준치 120~200mld에 있는 장애인이 74명(74%), 기준치 이하이거나 이상인자가 26명(26%)로 재검을 실시한 후, 전문의 진단은 21-30세에서 저지혈증 1명, 41-50세에서 고지혈증 1명, 51-60세에서 고지혈증 2명이 판정되었다. 따라서 나이가 많을수록 콜레스테롤치가 높아짐을 알 수 있다. 당뇨병 검사를 위한 공복시 혈당의 기준치 70~110mld에 있는 장애인이 67명, 기준치이하거나 이상인자는 32명, 일반노검사의 경우 음성이 80명, 양성이 4명이 나와 재검을 실시한 결과, 11-20세에서 당뇨병 1명, 21-30세에서 1명, 31-40세에서 1명, 41-50세에서 1명 등 4명이 당뇨병 환자로 판명되었다.

혈색소의 경우 기준치 12~16gld에 있는 사람이 88명(88%), 기준치 이하인 사람이 12명(12%)으로 11-20세에서 2명, 21-30세에서 5명, 31-40세에서 2명, 41-50세에서 2명, 51-60세에서 1명이 빈혈증세를 보이고 있다.

매독검사는 전 검사자 100명이 음성판정을 받아 정상이다. 흉부촬영의 경우, 31-40세 1명이 재검을 실시한 결과, 전에 결핵을 앓은 흔적이 있음을 발견하였다. 혈액형의 경우 A형은 31명(31%), B형은 19명(19%), AB형은 8명(8%), O형은 41명(41%)로 판정되어 O형이 제일 많고 A형이 그 다음인 것을 알 수 있다.

심전도의 경우 나이가 많은 51-60세에서 허혈성질환 1명, 유증상증세를 보이는 환자 1명이 판정되었다. 장애요인의 경우 선천성장애가 54명(54%)으로 제일 많고, 출생시 원인은 1명, 후천성원인은 27명(27%), 원인불명은 18명(18%)으로 검진되어 선천성이 제일 많음을 알 수 있다.

취장기능장애의 경우 21-30세 1명, 31-40세 1명이 나타났고, 고혈압의 경우 21-30세 1명, 31-40세 4명, 41-50세 1명, 51-60세 3명으로 검진되었다.

전체 유증상자는 100명 중 34명으로 34%를 나타내었다.

표 6-1. 연령별 건강진단 분석표

단위 : 명(%)

구 분	11-20세	21-30세	31-40세	41-50세	51-60세	계
신 장(cm)	150.6±12.76	159.73±9.51	163.12±8.46	165.35±9.37	162.50±6.74	
체 중(kg)	45.06±12.76	52.17±8.82	57.68±7.69	66.06±12.89	58.25±10.02	
BMI	18.16±3.34	20.51±3.47	21.79±3.22	23.87±4.07	21.92±2.27	
HBSAg						
음성	15(16.5)	30(33.0)	22(24.2)	17(18.7)	7(7.6)	91(100.0)
양성	1(11.1)	4(44.4)	3(33.4)	0(0.0)	1(11.1)	9(100.0)
HBSAb						
음성	6(10.7)	16(28.6)	16(28.6)	12(21.4)	6(10.7)	56(100.0)
양성	10(22.7)	18(40.9)	9(20.4)	5(11.4)	2(4.6)	44(100.0)
콜레스테롤						
정상	14(18.9)	25(33.8)	19(25.7)	12(16.2)	4(5.4)	74(100.0)
비정상	2(7.7)	9(34.6)	6(23.1)	5(19.2)	4(15.4)	26(100.0)
공복시혈당						
정상	11(16.4)	21(31.3)	17(25.4)	12(17.9)	6(9.0)	67(100.0)
비정상	5(15.6)	13(40.6)	7(21.9)	5(15.6)	2(6.3)	32(100.0)
미검	0(0.0)	0(0.0)	1(100.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(100.0)
일반뇨검사						
음성	14(17.5)	26(32.5)	21(26.2)	14(17.5)	5(6.3)	80(100.0)
양성	0(0.0)	2(50.0)	1(25.0)	0(0.0)	1(25.0)	4(100.0)
미검	2(12.5)	6(37.5)	3(18.8)	3(18.8)	2(12.4)	16(100.0)
혈색소						
정상	14(15.9)	29(32.9)	23(26.1)	15(17.1)	7(8.0)	88(100.0)
비정상	2(16.7)	5(41.6)	2(16.7)	2(16.7)	1(8.3)	12(100.0)
장애요인						
선천성	11(20.4)	22(40.7)	10(18.5)	7(13.0)	4(7.4)	54(100.0)
출생시원인	0(0.0)	0(0.0)	1(100.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(100.0)
후천성원인	1(3.7)	6(22.2)	10(37.4)	8(29.3)	2(7.4)	27(100.0)
원인불명	4(22.2)	6(33.4)	4(22.2)	2(11.1)	2(11.1)	18(100.0)
계	16(16.0)	34(34.0)	25(25.0)	17(17.0)	8(8.0)	100(100.0)

표 6-2. 검진결과 유증상자

구분	11-20세	21-30세	31-40세	41-50세	51-60세
진단 소견		B형간염(남,8년차)			
		저지혈증(여,4년차)	당뇨병(남,3년차)		고지혈증(남,4년차)
		당뇨병(남,4년차)	빈혈(여,10년차)		고지혈증(남,4년차)
		빈혈(남,1년차)	빈혈(여,2년차)	고지혈증(남,4년차)	빈혈(여,4년차)
	당뇨병(남,3년차)	빈혈(남,2년차)	고혈압(남,1년차)	당뇨병(남,2년차)	허혈성질환
	빈혈(남,2년차)	빈혈(남,5년차)	고혈압(남,4년차)	빈혈(남,2년차)	(남,4년차)
	빈혈(여,3년차)	빈혈(여,3년차)	고혈압(남,9년차)	빈혈(남,3년차)	심전도유증상증세
		빈혈(남,1년차)	고혈압(남,6년차)	고혈압(남,4년차)	(남,4년차)
		취장기능장애 (남,4년차)	취장기능장애 (남,5년차)		고혈압(남,1년차)
		고혈압(남,4년차)			고혈압(남,1년차) 고혈압(여,5년차)
계	3	10	8	5	8

※ 1년차 5명, 2년차 5명, 3년차 5명, 4년차 12명, 5년차이상 7명

3) 성별 건강진단 분석

장애인생활시설에서 생활하는 장애인의 신장은 남자가 평균 163.1cm, 여자가 152.71cm로 장애인의 경우 비장애인보다 신장이 적은 것을 발견할 수 있다. 체중은 남자가 56.18kg, 여자가 50.76kg, BMI의 경우 남자 21.01, 여자 21.75로 나타났다.

간염 바이러스 항원의 경우 양성 9명중 남자가 7명(77.8%), 여자가 2명(22.2%)의 분포를 나타내고, 간염바이러스 항체 양성의 경우, 남자가 39명으로 88.6%, 여자가 5명으로 11.4%를 차지하고 있어, 항체 형성율이 남자보다 여자가 떨어지는 편이다.

일반 뇨검사의 경우 양성반응을 나타낸 4명이 여성으로 나타나고 있다.

혈색소의 경우 남자는 기준치이하 7명(58.3%), 여자는 5명(41.7%)으로 남자가 빈혈이 더 있음을 보여준다. 흉부촬영시 경우 남자 1명이 재검을 받았으며, 혈액형의 경우 남자, 여자 공히 O형이 많고 A형이 그 다음으로 많다 하겠다.

심전도의 경우 허혈성 질환과 유증상증세를 보이는 남자환자가 각 1명씩 2명이고 여자는 없다.

장애요인은 선천성장애요인은 남자 44명(81.5%), 여자 10명(18.5%)으로 제일 높고 그 다음이 후천성요인으로 남자가 21명(77.8%), 여성이 6명(22.2%)의 분포를 보이고 있다. 유증상자는 남자가 27명(79.4%), 여자가 7명(20.6%)를 나타내고 있다.

표 6-3. 성별 건강진단 분석표

단위 : 명(%)

구 분	남	여	계
신 장(cm)	163.10± 9.35	152.71±8.73	
체 중(kg)	56.18± 12.29	50.76±8.53	
BMI	21.01± 3.88	21.75±3.27	
HBSAg -음성	76(83.5)	15(16.5)	91(100.0)
양성	7(77.8)	2(22.2)	9(100.0)
HBSAb -음성	44(78.6)	12(21.4)	56(100.0)
양성	39(88.6)	5(11.4)	44(100.0)
일반뇨검사			
음성	69(86.3)	11(13.7)	80(100.0)
양성	0(0.0)	4(100.0)	4(100.0)
미검	14(87.5)	2(12.5)	16(100.0)
혈 색 소			
-정상	76(86.3)	12(13.7)	88(100.0)
비정상	7(58.3)	5(41.7)	12(100.0)
흉부촬영			
- 정상	82(82.8)	17(17.2)	99(100.0)
비정상	1(100.0)	0(0.0)	1(100.0)
심전도 -			
정상	81(82.7)	17(17.3)	98(100.0)
허혈성질환	1(100.0)	0(0.0)	1(100.0)
SYNDROME	1(100.0)	0(0.0)	1(100.0)
장애요인			
선천성	44(81.5)	10(18.5)	54(100.0)
출생시원인	1(100.0)	0(0.0)	1(100.0)
후천성원인	21(77.8)	6(22.2)	27(100.0)
원인불명	17(94.4)	1(5.6)	18(100.0)
계	83(83.0)	17(17.0)	100(100.0)

4) 장애등급별 건강진단 분석

콜레스테롤의 경우 기준치 이하나 이상인 정신지체인 1급은 16명(61.5%)으로 2급, 3급보다 높고, 공복시 혈당도 기준치이상이 22명(68.8%), 일반노검사도 양성이 2명(50.0%)으로 높은 편이다. 따라서 장애정도가 높을수록 질병이 많은 것으로 판단된다.

혈색소는 정신지체1급이 기준이하가 9명(75.0%), 흉부촬영결과 재검사 1명도 정신지체인 1급으로 질병이 타등급에 비해 질병이 높음을 보여주고 있다.

혈액형의 경우 정신지체 1급은 O형이 제일 많고 그 다음으로 A형이다.

심전도의 경우 정신지체2급, 3급은 정상을 나타내고 있으나 허혈성질환 1명, 유증상질환 1명이 정신지체1급이다.

장애요인은 정신지체1급인 경우 선천성이 32명, 후천성원인 22명, 원인불명 14명으로 나타났다.

표 6-4. 장애등급별 건강진단 분석표

단위: 명(%)

구 분	정신지체1급	2급	3급	계
콜레스테롤 - 정상	52(70.3)	17(23.0)	5(6.7)	74(100.0)
비정상	16(61.5)	9(34.6)	1(3.9)	26(100.0)
공복시혈당 - 정상	46(68.7)	16(23.9)	5(7.4)	67(100.0)
비정상	22(68.8)	9(28.1)	1(3.1)	32(100.0)
미 검	0(0.0)	1(100.0)	0(0.0)	1(100.0)
일반노검사 - 음성	54(67.5)	21(26.3)	5(6.2)	80(100.0)
양성	2(50.0)	1(25.0)	1(25.0)	4(100.0)
미 검	12(75.0)	4(25.0)	0(0.0)	16(100.0)
혈색소 - 정상	59(67.1)	23(26.1)	6(6.8)	88(100.0)
비정상	9(75.0)	3(25.0)	0(0.0)	12(100.0)
흉부촬영 - 정상	67(67.7)	26(26.3)	6(6.0)	99(100.0)
비정상	1(100.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(100.0)
심전도 - 정상	66(67.4)	26(26.5)	6(6.1)	98(100.0)
허혈성질환	1(100.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(100.0)
SYNDROME	1(100.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(100.0)
장애요인 - 선천성	32(59.3)	18(33.3)	4(7.4)	54(100.0)
출생시원인	0(0.0)	1(100.0)	0(0.0)	1(100.0)
후천성원인	22(81.5)	4(14.8)	1(3.7)	27(100.0)
원인불명	14(77.8)	3(16.7)	1(5.5)	18(100.0)
계	68(68.0)	26(26.0)	6(6.0)	100(100.0)

5) 학력별 건강진단 분석

간염바이러스 항체의 경우, 무학이 음성 전체의 28명으로 50%, 양성도 18명으로 40.9%를 차지하였다.

콜레스테롤 수치도 기준치 이하나 이상이 있는 26명중 무학이 13명, 50%, 즉 절반을 차지하였다. 공복시혈당, 일반노검사도 무학장애인이 비정상인 많았다.

혈색소의 경우 빈혈이 있는 12명 중 4명(33.3%)이 무학장애인이었다.

심전도에서도 허혈성질환과 증상이 있는 유증상장애인이 무학장애인이었

다. 장애요인의 경우 선천선장애인 27명(50%)이 무학이었고 원인불명도 10명(55.6%)이었다.

따라서 무학 장애인이 타학력 장애인에 비해 검진결과 건강이 안 좋은 것으로 나타났고 장애의 원인을 모르는 경우가 많았다.

표 6-5. 학력별 건강진단 분석표

단위: 명(%)

구 분	무 학	초 졸	중 졸	고 졸	대 졸	계
HBSAg - 음성	43(47.3)	15(16.5)	11(12.1)	18(19.8)	4(4.3)	91(100.0)
양성	3(33.4)	1(11.1)	3(33.3)	2(22.2)	0(0.0)	9(100.0)
HBSAb - 음성	28(50.0)	7(12.5)	10(17.9)	10(17.9)	1(1.7)	56(100.0)
양성	18(40.9)	9(20.5)	4(9.1)	10(22.7)	3(6.8)	44(100.0)
콜레스테롤 - 정상	33(44.6)	12(16.2)	9(12.2)	17(23.0)	3(4.0)	74(100.0)
비정상	13(50.0)	4(15.4)	5(19.2)	3(11.5)	1(3.9)	26(100.0)
공복시혈당 - 정상	30(44.8)	12(17.9)	9(13.4)	15(22.4)	1(1.5)	67(100.0)
비정상	15(46.9)	4(12.5)	5(15.6)	5(15.6)	3(9.4)	32(100.0)
미 검	1(100.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(100.0)
일반뇨검사 - 음성	41(51.2)	10(12.5)	12(15.0)	16(20.0)	1(1.3)	80(100.0)
양성	1(25.0)	2(50.0)	0	1(25.0)	0	4(100.0)
미검	4(25.0)	4(25.0)	2(12.4)	3(18.8)	3(18.8)	16(100.0)
혈색소 - 정상	42(47.7)	14(15.9)	11(12.5)	19(21.6)	2(2.3)	88(100.0)
비정상	4(33.3)	2(16.7)	3(25.0)	1(8.3)	2(16.7)	12(100.0)
심전도 - 정상	44(44.9)	16(16.3)	14(14.3)	20(20.4)	4(4.1)	98(100.0)
허혈성질환	1(100.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(100.0)
	1(100.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(100.0)
SYNDROME						
장애요인 - 선천성	27(50.0)	10(18.5)	6(11.1)	11(20.4)	0(0.0)	54(100.0)
출생시 원인	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(100.0)	0(0.0)	1(100.0)
후천성 원인	9(33.3)	2(7.4)	8(29.6)	5(18.5)	3(11.2)	27(100.0)
원인불명	10(55.6)	4(22.2)	0(0.0)	3(16.7)	1(5.5)	18(100.0)
계	46(46.0)	16(16.0)	14(14.0)	20(20.0)	4(4.0)	100(100.0)

6) 입소기간별 건강진단 분석

신장, 체중, BMI의 경우 장애인 생활시설에 오래 입소되어 있는 장애인이 키159.64cm, 체중 52.17kg, BMI 20.37로 제일 작았다.

콜레스테롤의 경우 비정상이 26명중 4년이상이 11명으로 42.3%를 차지하였고,공복시혈당과 일반노검사도 4년이상이 비정상으로 7명(21.9%), 양성3명(75%)을 차지하였다.

혈색소의 경우 비정상 12명중 3명이 (25%), 4년이상 입소되어 있는 장애인이었으며, 유증상자의 경우 4년이상이 19명, 2년~4년이 10명, 0~2년이 5명으로 판명되어 입소기간이 많을수록 건강 상태가 안 좋아지는 것으로 보인다.

간염바이러스 항원 양성이 4년이상이 경우 55.6% 항체양성이 43.2%로 나타났다.

표6-6. 입소기간별 건강진단 분석표

단위: 명(%)

구 분	0-2년	2년-4년	4년이상	계
신 장(cm)	162.26±9.27	162.32±11.23	159.04±9.41	
체 중(Kg)	55.53±8.83	58.29±15.07	52.17±10.07	
B M I	21.19±3.62	21.89±4.47	20.37±3.08	
HBSAg - 음성	27(29.7)	33(36.3)	31(34.0)	91(100.0)
양성	3(33.3)	1(11.1)	5(55.6)	9(100.0)
HBSAb - 음성	15(26.8)	24(42.9)	17(30.3)	56(100.0)
양성	15(34.1)	10(22.7)	19(43.2)	44(100.0)
공복시혈당 - 정상	17(25.4)	22(32.8)	28(41.8)	67(100.0)
비정상	13(40.6)	12(37.5)	7(21.9)	32(100.0)
미검	0(0.0)	0(0.0)	1(100.0)	1(100.0)
일반노검사 - 음성	20(25.0)	31(38.8)	29(36.2)	80(100.0)
양성	1(25.0)	0(0.0)	3(75.0)	4(100.0)
미검	9(56.2)	3(18.8)	4(25.0)	16(100.0)
계	30(30.0)	34(34.0)	36(36.0)	100(100.0)

2. 재가장애인 건강진단 결과

장애인 건강검진은 생활시설 장애인의 경우 건강검진을 실시하고 있으나, 재가장애인의 경우 건강검진은 실시 않고 있다.

강원도는 특수시책으로 장애인중 의료보호 1종, 2종 재가장애인에 대하여 건강검진을 실시하고, 확대할 계획으로 있는 바, 2001년도 재가장애인 연 15,218명을 대상으로 건강 검진을 실시한 결과 1,805명이 유증상자로 나타나 11.8% 질병율을 보였다.

의료보장별로 보면 의료보호 1종보다 의료보호 2종에서 더 높은 질환율을 보였으며, 질환별로 보면 근골격계통 질환이 가장 많으며, 고지혈증, 당뇨,

신장질환, 빈혈, 고혈압, 심장, 간질환이 높은 것으로 나타났다.

성별로는 남자가 65.7%, 여자가 34.3%로 남자가 질환보유율이 높았고 남자장애인의 경우 관절질환, 간질환, 고지혈증, 당뇨 등이 높게 나타나고 여자장애인의 경우도 관절질환이 가장 많고 신장질환, 고지혈증, 빈혈 등이 많은 것으로 나타났다.

연령별로는 50세에서 64세까지의 장애인이 다른 연령층에 비해 질환을 앓고 있는 장애인이 많았으며, 근골격계 관절질환의 경우 40세부터 64세까지의 노·장년층에서 주로 많으며, 기타 간질환은 간기능 검사 수치가 높거나 초음파 이상이 있는 경우로 40~49세에 높게 나타났다.

간염의 경우는 20~39세 연령층에서 38.3%로 나타나 간염예방에 대한 교육이 요구되는 것으로 나타났다.

표 7. 재가장애인 건강진단 결과

단위: 명

구 분	고혈압	당뇨	근골 격계	빈혈	고지 혈증	간질환	심장	신장	기타	계
의료보호 1종 10,653명	96	136	261	107	143	35	43	135	292	1,248
의료보호 2종 4,565명	36	56	131	42	66	12	22	56	136	557
계 15,218명	132	192	392	149	209	47	65	191	428	1,805

자료 : 강원도 건강관리협회, 2001

3. 생활시설 장애인과 재가장애인의 건강진단결과 비교 및 견해

생활장애인의 건강검진결과 A시, H장애인시설의 경우 생활자 100명중 당뇨병 4명, 고혈압 9명, 빈혈 12명, B형 간염 1명, 저지혈증 및 고지혈증 4명, 웨장기능 장애 2명, 허혈성 질환 1명, 심전도유증상증세 1명등 34명(34%)이 유증상자로 나타났다.

재가장애인의 경우 지역장애인복지관에서 재가장애인중 희망하는 장애인 15,218명을 검진한 결과 11.8% 1,805명이 유증상자로 나타났다(강원도 건강관리협회, 2001). 따라서 시설이 열악하고 집단생활하는 장애인들이 비장애인과 같이 사는 장애인보다 질병이 많은 것으로 나타나 생활시설장애인의 보다 나은 건강관리가 특별히 요구되고, 학계·의료계·행정기관의 연구가 필요하다 하겠다.

제 3절 장애인 생활시설 보건의료 종사자 건강관리 정책육구 조사

1. 조사대상자의 일반적 특성

종사자는 직종으로는 간호사 34명(34%), 사회재활교사 34명(34%), 영양사 31명(32%)등 총 100명이었다. 이 중 성별은 남성이 12명(12%), 여성이 88명(88%)으로 여성이 4배 이상으로, 장애인 생활시설은 사랑과 봉사정신이 요구되는 만큼 여성이 많은 것으로 생각된다. 연령은 31~40세 41명(41%), 20~30세 37명(37%), 41~50세 19명(19%), 50세 이상은 3명(3%)이었다. 따라서 20세부터 40세까지가 전체의 78%를 차지하고 교육수준은 고졸 14명(14%), 전문대졸 39명(39%), 대졸 41명(41%), 대학원이상 6명(6%)으로 전문대와 대졸이 많았다. 월 수준은 100만원 이상 150만원 이하가 71명(71%)으로 제일 많고 그 다음이 50만원이상 100만원 이하가 25명(25%)이었다. 월 소득으로 볼 때 타 직종과 비교해서 소득이 매우 열악함을 알 수 있다. 거주지역은 경기도지역 70명(70%)으로 제일 많았고 다음이 서울이고 생활시설에서 거주하는 자도 16명이나 되었다. 이는 시설이 지방에 있는 경우 서울 거주자가 출퇴근하는 것으로 보여진다. 근무년수는 1년 미만이 31명(31%)이고 1년 이상 3년 미만이 38명(38%), 3년이상 5년 미만이 25명(25%), 5년이상인 6명(6%)이었다. 1년 미만 근무자가 많은 것은 근무여건이 열악하여 이직율이 많은 것으로 보여진다.

일일 근무시간은 8~10시간이 49명(49%), 8시간이 37명(37%), 10~14시간이 13명(13%), 24시간 2교대 근무자가 1명으로 평균 8~10시간 일하는 것으로 나타났다.

표 8. 조사대상자의 일반적 특성

단위 : 명(%)

특 성	구 분	빈 도	(%)
종사직종	간호사	34	34.0
	사회재활교사	34	34.0
	영양사	32	32.0
성 별	남	12	12.0
	여	88	88.0
연 령(세)	20-30	37	37.0
	30-40	41	41.0
	41-50	19	19.0
	50이상	3	3.0
교육수준	고졸	14	14.0
	전문대졸	39	39.0
	대졸	41	41.0
	대학원이상	6	6.0
월소득 수준(만원)	50-100	25	25.0
	100-150	71	71.0
	150-200	4	4.0
거주지역	경기도	70	70.0
	서울	14	14.0
	생활시설 내	16	16.0
근무년수	1년 미만	31	31.0
	1년이상 3년미만	38	38.0
	3년이상 5년미만	25	25.0
	5년이상	6	6.0
일일 근무 시간	8시간	37	37.0
	8-10시간	49	49.0
	10-14시간	13	13.0
	2교대 근무	1	1.0
계		100	100.0

2. 보건의료관리 종사자 인식도

1) 장애인 생활시설에서 일하는 것에 대한 긍지와 만족도

간호사 34명중 전원이, 사회재활교사 34명중 1명을 제외한 33명이, 영양사 32명중 전원이 그렇다라고 답하였다. 전체 총 100명중 사회재활교사 1명을 제외한 99명이 긍지를 갖고 있다고 답한 것이다.

따라서 장애인 생활시설에서 근무하는 전문직 종사자는 긍지와 자부심을 갖고 종사하는 것으로 생각된다.

표 8-1. 장애인 생활시설에서 일하는 것에 대한 만족도

			단위: 명(%)
구 분	인 식	빈 도	(%)
간호사	그렇다	99	(99.0)
사회재활교사 영양사	그렇지 않다	1	(1.0)
계		100	(100.0)

2) 급여와 처우개선에 대한 만족도

급여는 월 100만원에서 150만원 이하의 급여를 받고 있는 의료직 종사자로 급여에 대하여 만족치 않은 사람이 67명으로 전체의 67%를 차지하고 있다.

간호사의 경우 34명중 15명이, 사회재활교사 35명중 27명이, 영양사 32명중 25명이 만족하지 않는다고 조사되었다. 간호사가 급여에 대한 만족도가 사회재활교사나 영양사에 비해 높은 것은 간호조무사를 채용하고 있기 때

문에 보수가 낮아도 만족한다고 답한 것으로 생각된다.

여하튼 긍지를 갖고 근무를 하기 위해서는 보수를 의료기관이나 공공기관의 직종과 같은 수준으로 현실화 시켜줘야 할 것이다.

표 8-2. 급여와 처우개선에 대한 만족도

단위: 명(%)

구 분	인 식	빈 도	(%)
간호사	그렇지 않다	15	(44.1)
	그렇다	19	(55.9)
사회재활교사	그렇지 않다	27	(79.0)
	그렇다	7	(21.0)
영양사	그렇지 않다	25	(78.1)
	그렇다	7	(21.9)
계	그렇지 않다	67	(67.0)
	그렇다	33	(33.0)

3) 생활시설 장애인 건강관리 중요성

장애인 생활시설에서 입소되어 생활하는 장애인은 장애로 입소되었기 때문에 장애가 급선무지, 다른 질병이나 건강증진에는 관심이 없을 가능성이 높다.

본 연구자는 만성적 성격을 띄고 있는 정신지체장애인의 경우 건강관리와 건강증진을 시켜줬을 때 비장애인과 마찬가지로 건강하게 오래 살 수 있다고 생각한다. 따라서 장애인 생활시설의 장애인에 대한 건강관리의 중요성을 조사한 결과 간호사, 사회재활교사, 영양사 등 총98명이 건강관리가 중요하다고 응답하였고 간호사, 영양사 각 1명이 중요치 않다고 답하였다. 이는 장애치료가 중요하지 건강증진은 중요치 않다고 생각한 것이다.

그러나 앞으로 장애인 건강증진 방안이 전문적으로 연구되고, 실행되어야 한다.

표 8-3. 생활시설 장애인 건강 증진의 중요성

단위: 명(%)			
구 분	인 식	빈 도	(%)
사회재활교사, 영양사	그렇다	98	(98.0)
간호사, 영양사	그렇지 않다	2	(2.0)
계		100	(100.0)

3. 생활시설 장애인에 대한 건강관리 인식

1) 시설입소자 보건교육 실시사항

장애인 생활시설 생활장애인에 대하여 보건교육이 중요함에도 간호사 17명, 사회재활교사 19명, 영양사 23명 등 59명(59%)이 보건교육을 실시하지 않는 것으로 조사되었다.

이는 보건관리가 형식적으로 이루어지지 않나 생각된다. 보건교육을 실시하는 보건의료 종사자는 년 평균 4회 정도 실시하지만, 실시하지 않는 종사자가 많은 것을 볼 때 중앙이나 광역자치단체에서 보건교육지침을 내려보내 보건교육을 활성화시킬 필요가 있다.

표8-4. 생활시설 장애인 보건교육 실시

단위: 명(%)

구 분	간호사	사회재활교사	영양사	계
실시하고 있지 않다	17(50.0)	19(56.0)	23(72.0)	59(59.0)
실시하고 있다	17(50.0)	15(44.0)	9(28.0)	41(41.0)
계				100(100.0)

2) 간호직 종사자의 시설 장애인에 대한 건강관리

장애인생활시설 생활자의 연간 건강검진 횟수는 년 1회가 22명(45%)으로 제일 많았고, 년 2회 이상이(29%), 월 1회 이상이 2명(6%)이었다.

따라서 대부분 시설의 경우 1년에 1번 이상은 시설생활자들에 대해서 건강검진을 실시하고 있는 것으로 판단된다. 정기검진 외에 일일진단 및 간호일지기록에는 의사없이 간호사가 입소실을 순회하고 간호일지를 기록하는 것으로 생각된다. 일일진단과 간호일지 기록은 매일 실시하고 있다고 응답한 간호사가 32명(94%), 필요에 따라 실시하고 있다가 2명(6%)이었다. 앞으로 의사와 간호사가 거실을 순회하며 진료를 하는 것이 필요하고 건강진단을 신뢰성 있는 기관에 의뢰하고 유증상자는 특별관리하는 대책이 필요하다 하겠다.

시설생활자들이 주로 많이 치료하는 질병은 감기 74%, 외상 7%, 기타 위장병, 구강염 등이 2%이었다.

촉탁의사 또는 여타 의사가 위촉되어 있느냐는 질문에는 있다가 27명(79%), 없다가 7명(21%)이었다. 촉탁의사가 형식적으로 위촉되어 있고, 촉탁의사가 위촉이 안된 시설도 21%나 된다.

긴급환자 및 응급환자 발생시 연계체계는 병원급 의료기관이 18개소(52%), 의원급 의료기관이 9개소(27%), 보건소 1개소(3%), 기타 1(3%)개소로 연계체계를 구비하고 있으나 연계가 안된 곳도 5개소(15%)나 되었다. 이는 긴급환자나 응급환자 발생시 연계체계를 구축 환자를 관리하는 것이 아니라, 임기응변식으로 관리하는 것으로 생각된다.

따라서 앞으로 공중보건역사가 배치하고, 전문병원급의료기관과 연계하여 환자에 대한 대책을 강구하는 방법을 연구하여야 할 것이다.

표 8-5. 간호사의 생활시설 장애인 건강관리 인식도

단위: 명(%)

구 분	실 태	빈 도	(%)
건강검진횟수	월 1회이상	2	(6.0)
	년 1회	22	(65.0)
	년 2회이상	10	(29.0)
일일진단 및 간호일지기록	매일 실시하고 있다	32	(94.0)
	필요에 따라 실시하고 있다	2	(6.0)
주로 치료하는 질병	감기	25	(74.0)
	외상	7	(20.0)
	위장병	1	(3.0)
	구강병	1	(3.0)
촉탁의사 위촉	있다	27	(79.0)
	없다	7	(21.0)
응급환자 발생시 연계체계	병원급 의료기관	18	(52.0)
	의원급 의료기관	9	(27.0)
	연계 안됨	5	(15.0)
	보건소	1	(3.0)
	기타	1	(3.0)
계		34	(100.0)

3) 사회재활교사의 시설장애인에 대한 건강관리

시설에서 실시하는 재활프로그램이 입소자들에게 도움을 주는지 여부에 대하여 긍정적으로 생각을 하고 있었으며, 의료재활서비스 우선 순위에 있어서는 재정지원, 전문가 충원, 복지정책제도나 지역사회 네트워크 구축을 들었다. 보건의료 부문의 재활프로그램 우선 순위로서는 사회적응훈련, 미술 음악요법, 체육요법, 원예요법을 들어 사회적응훈련이 중요함을 강조하였다.

따라서 직업을 갖게 하는 것보다 건강증진을 위한 프로그램 개발이 필요할 것이다.

표 8-6. 사회재활교사의 시설 장애인에 대한 건강관리 인식도

단위: 명(%)

구 분	우 선 순 위	빈 도	(%)
재활서비스	재정지원	18	(53.0)
	전문가 충원	9	(27.0)
	복지정책 제도화	6	(18.0)
	지역사회 네트워크 구축	1	(2.0)
보건의료부문의 재활프로그램	사회적응훈련	16	(47.0)
	미술음악요법	10	(29.0)
	체육 요법	6	(18.0)
	원예 요법	2	(6.0)
계		34	(100.0)

4) 영양사의 시설장애에 대한 건강관리

생활장애인이 기호에 맞는 음식선택은 그렇지 않은 것으로 조사되었다.

음식을 선택할 수 있을 시 개인기호에 맞는 음식을 선택할 수 있는 장점이 있는 반면 편견된 음식을 제공할 수 있는 단점이 있을 수 있다.

국가와 지방자치 단체 예산으로 충분한 영양상태로 식사 제공을 하는지 여부에 대하여는 만족치 못하다 50%이었다. 따라서 전반적인 영양관리 사항을 파악 대안을 강구하여야 될 것이다.

시설 생활자의 질병 상태 및 개인 특성에 따른 영양식 제공은, 그렇지 않다고 답변한 사람이 46.9%이었다.

따라서 건강증진을 위해서는 질병에 따라 면역력 향상을 위한 식단 제공도 필요할 것이다.

표 8-7. 영양사의 시설 장애인에 대한 건강관리 인식도

단위: 명(%)

구 분	인식도	빈 도	(%)
기호에 맞는 음식 선택	그렇지 않다	20	(62.5)
	그렇다	12	(37.5)
정부예산의 충분한 식사 제공	부족하다	16	(50.0)
	만족한다	16	(50.0)
질병상태에 따른 영양식 제공	그렇다	17	(53.1)
	그렇지 않다	15	(46.9)
계		32	(100.0)

4. 장애인 생활시설 보건의료 종사자 건강관리 정책 욕구

1) 장애인 재활법인 건립 필요성

경기도의 경우 면적이 광활하여 한수이북, 한수이남, 동부지역, 서부지역 권역으로 서로 이동을 하려면 많은 시간이 소요될 뿐 아니라, 장애인 재활병원이 한 곳도 없는 것이 현실이다.

장애인 재활병원 건립이 필요한지를 물은 결과 총 100명 중 97명이 필요하다고 하였고, 2명이 아직 필요치 않다고 하였다. 따라서 장애인 재활병원은 장기 계획을 만들어 북부, 동부, 서부, 남부권에 점차적으로 건립이 필요하다 하겠다.

2) 시설전문직 종사자 사기 진작

시설에 종사하는 간호사, 사회복지교사, 영양사의 경우 사기진작책으로

급여를 현실화시켜줘야 한다가 1순위, 해외연수, 타·시도 시설방문견학을 시켜줘야 한다가 2순위, 각종 세미나 워크샐을 열어 업무연찬을 해줘야 한다가 3순위로 뽑았다.

따라서 국가가 시설에 근무하는 모든 종사자에 대하여 복지차원에서 급여를 현실화 시켜줌으로서 장애인 생활시설에 종사하는 것을 자랑스럽고 자긍심을 갖도록 해줘야 한다.

또한 해외연수를 시켜 견문을 넓혀주고 여태껏 장애인시설 종사자의 세미나 워크샐은 없었으므로 관, 학, 기업, 시설종사자들이 함께하는 업무연찬을 시켜 줌으로서, 보건의료 업무를 발전시킬 수 있도록 해줘야 한다.

3) 국가, 지방자치단체 진료비 보조, 감면시 보건의료문제해결 정조

국가나 지방자치단체가 지원하는 진료비 보조가 도움이 되는지를 조사한 결과 도움이 된다가 91% 도움이 되지 않는다가 9%이었다. 따라서 실질적인 도움이 되는 편으로 국가, 광역시도, 시, 군이 지원하여 장애인들이 소외되지 않도록 하여야 한다.

4) 시설장애인들이 보건의료서비스를 가장 받고 싶은 것

시설장애인들이 보건의료서비스를 가장 받고 싶은 것을 조사한 결과 장애 질환에 대한 치료 및 수술이 51%, 물리치료 14%, 언어치료 11%, 작업치료 10%, 놀이, 미술, 음악치료 9% 영양관계 5%로 조사되었다. 따라서 정책순위를 정하여 보건의료서비스를 가장 받고 싶은 것을 먼저 해결하여야 한다.

5) 장애인생활시설 보건의료문제를 시급히 해결하여야 할 문제

보건의료문제 중 시급히 해결하여야 할 문제를 조사한 결과 촉탁의사가 아닌 의사가 상주근무 35%, 필요한 의료장비 및 약품확보 31%, 보건소 및 병의원과 협약체결진료 16%, 충분한 의료인확보 13%를 들었다.

따라서 촉탁의사가 아닌 공중보건 의사 배치하는 방법을 연구하고 의무실만 있지 장비 및 약품이 열악한 바, 이를 보강하여 현실화시켜주고, 관내 보건소, 병의원과 협약 지역사회차원에서 건강문제를 해결하도록 하여야 한다.

6) 시설장애인 건강문제를 향상시키기 위한 자원조달방법

장애인시설의 입소 장애인문제는 국가가 해결하여야 문제를 사회복지법인에서 해결하는 것이기 때문에 재원을 국가가 전적으로 지원하여야 하는 것으로 조사되었다. 따라서 시설에 입소된 장애인 건강문제는 국가, 도, 시, 군이 과감히 지원하고, 후원자에 의한 후원금도 모집하여 비장애인과 똑같이 양질의 건강관리를 해줘야 할 것이다.

표 8-8. 보건의료종사자 시설장애인 건강관리 욕구도

단위: 명(%)

구 분	인식 및 우선순위	빈 도	(%)
재활병원 건립 필요성	필요하다	97	(97.0)
	아직 필요치 않다	3	(3.0)
시설종사자 사기 진작 대책	급여를 현실화 시켜줘야 한다	74	(74.0)
	해외연수, 타·시도 시설방문 견학	12	(12.0)
	각종 세미나, 워크샵을 열어 업무 연찬	9	(9.0)
	TV 신문 방송 등 언론홍보 자궁심 고취	5	(5.0)
정부진료비 보조 감면이	도움이 된다	91	(91.0)
보건의료 문제 해결정도	도움이 되지 않는다	9	(9.0)
시설장애인들이 보건의료 서비스 중 가장 받고 싶은 것	장애질환에 대한 치료 및 수술	51	(51.0)
	물리치료	14	(14.0)
	언어치료	11	(11.0)
	작업치료	10	(10.0)
	놀이, 미술, 음악치료	9	(9.0)
장애인시설 보건의료 문제 중 시급히 해결하여야 할 문제	영양관리	5	(5.0)
	축탁의사 아닌 의사 상주근무	35	(35.0)
	필요의료장비 및약품확보	31	(31.0)
	보건소 및 병원과 협약체결 진료	16	(16.0)
	충분한 의료인 확보	13	(13.0)
시설장애인 건강증진을 위한 재원 조달 방법	기 타	5	(5.0)
	국가가 전적으로 지원	49	(49.0)
	국가, 도, 시, 군이 부담비율로 지원	38	(38.0)
	국가, 도, 시, 군이 일정비율로 지원 및 후원금 모금	13	(13.0)
계		100	(100.0)

제 4절 문제점 및 개선방안

1. 생활시설 장애인 세분화 관리 치료를 앓고 있다.

생활시설의 장애인은 장애종별, 연령별, 정도 등을 고려하여 장애인 생활 시설에서 적절한 보호, 의료, 생활지도와 기능훈련 등의 서비스를 제공토록 하고 있다. (장애인 복지법 제 47조)

그러나 대부분의 장애인 생활시설의 경우 세부적인 장애종별로 구분하여 생활하는데는 어려움이 있다. 생활시설 장애인들은 다양한 합병증이나 선천성 기형 및 간질, 다운증후군, 뇌성마비 등 보건의료상의 문제들을 갖고 있으나, 이들을 적절히 분류하여 개개인별 특성에 맞는 관리를 하지 못하고 있다. 따라서 시설 장애인 신상기록부 및 건강기록부를 개인별로 잘 관리하고 현재의 신체적 보건의료상의 문제점과 장기적인 치료관리 계획이 수립되도록 하여야 할 것이다. 또한 개인별 장애질환에 대하여 최고의 전문의에게 연계 체계를 구축 지속적인 치료 시스템이 이루어져야 한다.

또한 문제점으로는 수용된 장애인들은 다양한 기능의 장애 정도와 지능상의 차이들을 지니고 있어 개개인별로 관리 및 간병의 정도가 다르며 훈련교육 내용도 달라야 하나 분류하여 관리하고 있지 않다.

이에 대한 대안으로는 중증장애인, 장애종별에 맞는 치료 및 관리를 할 수 있도록 경기남부와 북부지역에 병원시스템을 갖춘 특수시설을 한곳씩 건립 운영할 필요가 있다.

2. 보건의료 전문인력 미확보

낮은 임금과 인센티브 제도의 결여로 인하여 보건의료 전문인력들의 관심과 참여가 부족하고 다수의 간호간병 인력이 필요하나 부족한 상태에 있다.

장애인 생활시설에는 의사가 없이 촉탁으로 계약을 하여 장애인을 관리하지만 촉탁의사를 위촉한 시설은 전체시설의 61%에 불과하다.

간호사의 경우 63%는 간호사 면허증 소지자를 쓰고 있고, 27%는 간호조무사를 쓰고 있다. 물리치료사는 17%, 언어치료사는 25%, 영양사는 81%의 면허증 소지자를 쓰고 있다. 사회재활교사는 어느 시설에나 다 있는 편이다. 이와 같이 대체인력을 쓰거나 법적 정원을 채우지 않는 이유는 인건비가 과다하게 들거나, 간호사등 의료 면허증 소지자가 적은 임금으로는 근무를 꺼리기 때문이다. 의사의 경우 촉탁의를 쓰기 때문에 적은 임금으로도 계약이 가능하지만, 간호사, 영양사, 물리치료사의 경우 일반의료기관 급여의 35%, 공무원 급여의 70%로 임금수준이 낮고 사회에서 장애인 생활시설에 종사한다는 이미지가 자긍심을 갖기에는 부족하기 때문에 법적 정원을 채우지 못하는 것이다.

따라서 촉탁의사는 형식적으로 위촉되어 주에 1회정도 오기 때문에 책임성이 없고, 양질의 의료서비스 제공에는 어려움이 있다 할 것이다. 대안으로는 장애인 생활시설을 3~4개씩 묶어 공중보건일반 의사와 치과의사를 배치 의료지도를 해주는 방안이 바람직할 것으로 생각된다. 간호사, 물리치료사, 언어치료사, 영양사등은 일반의료기관 수준으로 장애인 생활시설 직원 봉급표(보건복지부 지침 2002)를 국가재원으로 상향 조정해줘야 한다. 단 한 전문인력의 역량과 노력에 따라서 차등적인 인센티브가 도입되도록 하는 방안, 부족한 인력은 지역내의 의사회나 간호사회 지원을 받는 방안도 강구해야 할 것이다.

표 9. 장애인 생활시설 보건의료 인력

단위: 명(%)

구 분	법적정원	현재인원	부족인원
의사(축탁)	36	22(61.0)	14
간호사	36	23(63.0)	13
물리치료사	36	6(17.0)	30
사회재활교사	36	36(100.0)	0
언어치료사	5	1(25.0)	4
영양사	36	29(81.0)	7
계	185	117(63.0)	68

표 10. 보건의료 전문인력 월급여액

단위: 천원

구 분	장애인생활시설	일반의료기관	공무원
의사(축탁)	1419	8,000	4,500
간호사	743	2,100	1,064
영양사	743	2,100	1,064
물리치료사	743	2,100	1,064

3. 생활시설의 형식적인 건강관리

장애인 생활시설의 건강관리는 대부분이 간호사가 일일 거실을 돌며 장애인을 관찰하고 일지를 기록한다. 아픈 장애인이 오면 간단한 것은 처치하고, 간호사가 감당하지 못할 경우 가까운 병의원에 장애인을 데리고가 의료보호로 치료를 하고 중증 환자일 경우 입원치료를 시키고 의료보호가 되지 않는 진료비는 생활시설에 의료비 예산으로 지급하는 등 형식에 치우치고 있다. 또한 생활시설내 거주자는 년 1회 건강진단을 간호사 주관하에

실시한다.

그러나 유증상자에 대하여 정밀검사는 물론 치료 등이 사후관리가 이루어져야 하는데 이루어지지 않고 있다.

이에 대한 대안으로는 생활시설과 가까운 지역에 위치한 병원을 연계 협력기관으로 지정하고 이 병원을 통하여 전문적인 치료가 이루어지도록 하여야 한다. 또한 지역보건소가 장애인 생활시설의 건강관리 및 증진 사항을 보건소 역할로 넣어 업무를 수행하여 각종 검사사항, 예방접종, 구강보건사업, 방역소독 등이 우선적으로 이루어지도록 하여야 한다.

건강검진기관도 신뢰성과 전문성이 있는 기관을 선정 검진을 받도록 하여야 하고 시설내 물리치료기, 치과장비 등 각종 의료장비가 사장되고 있는바 활성화를 시키고, 약물에 대한 개인별 기록이 미비하거나 확인할 수 없는 시설이 10.5% 차지하는 것으로 나타났는데 약품관리가 중요한 만큼 관리를 철저히 함은 물론 장애인도 비장애인과 마찬가지로 건강증진에도 힘을 기울여 장애인도 오래 살 수 있도록 하여야 한다.

4. 지원재원의 부족

장애인 생활시설의 운영은 거의 정부 및 광역, 기초자치단체 재정지원으로 이루어지고 있다. 국가와 자치단체의 지원이 시설장애인 관리정도와 무관하게 단지 인원수에 맞추어 동일액이 지원되므로 장애인 생활시설 입장에서는 신체장애가 좋지 않은 장애인들을 방치하거나 별도의 치료관리 노력을 하지 않게 된다.

따라서 장애인 진료비는 의료보호로 하되 입원 수술로 의료보호가 되지

않거나 과중한 진료비가 나왔을 경우 별도의 진료비를 국가 또는 자치단체가 지원해주는 방안을 강구해야 한다.

현재는 생활시설의 일반예산으로 지출하기 때문에 시설장이 양질의 입원진료를 하지 않을 우려가 있다.

또는 장애종별에 따라 중증장애인 손이 많이 가는 중증 영유아, 아동 장애인시설의 경우 별도의 의료비 지원이 필요하다 하겠다.

또한 건강증진 프로그램을 개발하고 이에 따른 국가 또는 자치단체의 과감한 지원이 필요하다.

5. 질병이나 특이 체질 등 신체 특성에 따른 영양 관리 미흡

장애인 생활시설의 영양사는 균형 잡힌 식사 계획과 그에 따른 적절한 조리법을 사용하여 만족스러운 식사를 제공하고, 피급식자에게 다양한 식단의 기회를 접하게 함으로 기호도를 충족하고, 편식을 교정하며 개개인의 상태와 질환에 맞는 식사조절로 건강한 생활을 영위하도록 하여야 한다. 일반적 영양관리는 영양계획, 영양권장량의 산출, 식단의 작성, 식품의 구매와 검수, 식품의 보관 및 사용, 조리 및 급식, 조리사 위생교육, 급식 평가 및 연구 등을 하여야 한다.(Y군 C시설 자체 지침, 2002)

그러나 질병이나 특이 체질 등 개인별 신체특성에 따른 개별적 영양관리는 4개시설중, 1개시설은 개별 특성에 맞게 식사 제공을 하지 않는 것으로 밝혀졌다. (사회복지시설 평가, 보건복지부 2001) 또한 12.1%의 시설이 거주자의 음식에 대한 기호 또는 식습관 조사를 실시하지 않은 것으로 나타났다.

따라서 영양사에 대한 교육을 철저히 시켜 질병예방과 치료, 정서적 안정에 심혈을 기울여야 한다.

급식수준도 1인당 1일 단가가 3,500원 미만인 시설인 40.3% 3,500~4,000원 시설이 31.5%, 4,500원 시설 12.1%을 나타내고 있다. 따라서 급식 수준을 높여 양질의 식사를 제공 영양관리를 하여 건강을 증진시켜야 한다.

6. 미비한 보건 위생 관리

아직까지 장애인 생활시설은 일반 가정과는 상당히 다른 형태를 보이고 있다. 장애인 복지 이념에 비추어 본다면 계속적으로 일반 가정과 유사한 환경을 갖추도록 지원되어야 할 것이다.

생활시설의 의복구입에 사용되는 비용은 연간 1인당 1만원 미만인 시설이 65.3%, 1인당 3만원이상인 시설은 23.4%로 나타났다.

상당수의 시설에서는 후원물품으로 의복이 기증되는 사례들이 많기 때문에 의복비의 비용이 적으나 후원물품들은 생활자들이 원하지 않은 의복을 받아서 입게 될 가능성이 높다는 문제를 안고 있다(사회복지시설평가, 보건복지부 2001).

또한 개인 침구와 베개를 사용 관리하는 시설이 66.1%, 아직도 일부 생활자 및 중증장애인의 경우 개인별 침구를 사용하지 않은 시설이 33.9%에 이르는 것으로 나타났고, 시설의 9.7%는 거주자 생활공간에서 불유쾌한 냄새가 나며 통풍, 채광, 청소, 정리, 정돈이 잘되지 않는 것으로 나타났다. 따라서 생활시설 장애인도 비장애인과 마찬가지로 의복을 자유롭게 사회적응을 해가며 사서 입을수 있도록 하고 생활교사의 지도로 개인별로 침구

와 베게를 사용토록 해야 한다.

불유쾌한 냄새가 나는 시설에 대해서는 원인을 찾고 시설을 개선하여야 한다.

침구류, 의류 세탁관리를 원내 세탁실에서 의류는 주1회, 침구류는 년3회, 세탁하는 것으로 나타났고, 시설생활과 목욕은 자체 또는 대중 목욕탕에서 주1회 하는 것으로 나타났다.

방역소독은 보건소의 협조를 얻어 소독하는 것으로 나타났으나 대체로 미흡한 것으로 나타났다(생활시설 자체조사, 2002).

따라서 생활교사 세탁원이 협조 더러운 것은 즉시 세탁하고 목욕은 자주 시키고, 방역소독은 자체소독, 보건소 소독, 방역업체 위탁소독을 실시하여 시설 장애인들이 열악한 환경으로부터 질병이 감염되는 것을 예방하여야 한다.

또한 직원들의 보건 위생 개념과 지식이 부족하다. 이에 대한 대책으로 보건위생에 관련된 몇가지 지표를 만들어서 정기적으로 자치단체에 보고토록 하고, 시설별 비교 평가를 정기적으로 하여서 시설장들이 이에 대한 관심을 갖도록 유도하여야 한다.

7. 보건학적 재활관리 프로그램 부족

시설생활 장애인들에 대한 긍정적인 측면에서 각종 프로그램 및 교육과 의료적 서비스등을 종합적으로 제공하여 사회생활과 밀접한 현장체험 학습을 통해 실생활에 필요한 기능적 생활 중심 교육을 강화하고 보건학적으로 건강을 증진시켜야 한다.

그러나 사회통합과 전원을 위한 프로그램이 없는 시설과 프로그램이 있어도 실적이 없는 시설이 34.6%로 나타났고 전원을 위한 프로그램을 5개 이상 실시하는 시설은 9.6%에 불과했다.

또한 보건학적 재활프로그램은 거주자 개인의 현증상과 치료에 대한 의학적 진단, 거주자를 위한 정형외과적 치료, 물리치료, 작업치료, 언어치료, 음악치료, 놀이치료, 사회적진단 및 지능검사, 운동능력검사, 일상생활 동작훈련, 재활훈련등의 능력을 파악하고 실시해야 하나 그렇지 않은 시설이 41%로 나타났다. 따라서 잘하는 시설에서 벤치마킹을 해서라도 보건학적 재활프로그램을 개발하고 실시하며 시설 생활자들에게 건강증진을 시켜야 한다.

잘하는 장애인 생활시설은 장애인 산책, 체육활동, 원예요법, 동물농장운영, 레크레이션 및 공작 활동 프로그램을 개발 실시하고 있으며 소풍, 문화예술체험하기, 눈썰매장 이용하기, 영화관 이용하기, 군부대 생활체험하기, 지역사회시설물 이용하기, 가정학습을 위한 외출·외박 등이 있다. 이런 좋은 프로그램을 실시하여 시설장애인들이 건강하게 할려면 사회재활교사의 타성적 오랜 근무로 인한 업무의 루틴화에서 벗어나 창의적이고 도전적으로 사명감과 긍지를 갖고 실천하여야 한다.

8. 성관리에 대한 적정 지침이 없다.

정신지체인은 발달, 적응행동과 대처능력의 다양한 수준을 가진 성적인 인간으로 생각된다. 장애인과 성의 문제는 많은 관심에도 불구하고 대부분 개인적 문제로 치부되거나 사회적으로 용납이 되지 않기 때문에 문제의 심

각성에 비해 논의 되지 못했다. 그 중에서도 정신지체인들의 성의 문제는 스스로의 자구책이 없기 때문에 다른 장애인보다도 더 많은 문제를 야기한다. 정신 지체인들도 비장애인들처럼 성에대한 표현을 하고 성취할 수 있는 권리를 갖고 있다. 조금만 도와주면 그들도 성에대한 바른 이해를 가질수 있고 다른 차원에서 삶의 기쁨을 누릴 수 있다.

그러나 장애인 생활시설에 성관리에 대한 걱정 지침이 없어 시설장마다 다르게 관리하고 있다. 장애인 생활시설에서 이성끼리 좋아하면 통제를 할 것이 아니라 자연스럽게 지도하고 시설에서 성적 결혼을 위한 부대기숙사 건설, 임신 또는 불임을 어떻게 할 것인가? 등을 전문가들로 구성 연구하여 지침을 지역 생활 시설로 내보내야 할 것이다.

9. 장애발생 예방 및 지역사회 재활사업이 미비하다.

장애인 생활시설에 생활장애인을 감소시키려면 장애 및 발생을 예방하여야 한다. 국가는 선천성 장애의 발생 예방을 위해 1997년부터 모든 신생아에게 국고 부담으로 무료 선천성대사이상 검사를 무료로 실시하는바, 미비한 사항을 보완하고 내실화 시켜야 한다. 또한 장애의 90%이상이 질병 사고등 후천성 원인으로 발생하는 것을 감안하여 후천성 장애발생을 위해 만성 퇴행성질환 뇌졸중에 의한 예방을 강화해야 한다. 최근에는 교통사고로 인한 장애발생이 많은바 교통사고등 안전사고 예방 캠페인을 해야 한다. 성인병과 노인성 질환의 관리를 철저히 기하는 한편 산업재해율을 0.61% 이하로 낮추어야 한다. 또한 장애로 인하여 생활시설에 입소하면 재활프로그램을 열심히 추진 장애인을 가정에 전원시키도록 노력하고 가정에 있는

장애인은 가정방문 등 재활의료팀을 지역 보건소와 협조 구성하여 수시로 장애인 가정을 방문하여 물리치료, 작업치료, 상담 및 재활간호등을 실시하고 농촌의 일차 보건 의료요원에게 지속적인 교육을 통하여 재활의 원리 및 기법을 전달하는등 지역사회 중심 재활사업을 벌려야 한다.

현재 지역사회 재활 사업이 미비한바 CBR사업(Community Based Rehabilitation)을 벌려 장애인 본인과 그 가족 및 지역사회 전체를 자원으로 하여 재활사업을 하여야 한다.

제 4장 고 찰

본 논문은 계속 증가 추세에 있는 장애인 생활시설에 대하여 시설장애인들의 건강관리 실태를 분석하여 시설장애인들이 비장애인과 마찬가지로 건강하고 오래 살 수 있는 방안을 제시하고자 하였다.

1950년대부터 설립된 장애인 생활시설은 당시에는 입히고, 먹고, 자는데만 신경을 쓰다가 1981년 6.5 장애인 복지법이 제정(법령 제3452호)되면서 복지와 관련된 생활장애인을 위한 프로그램을 운영하기 시작하였다.

또한 동법에 보건복지부장관은 5년마다 장애인 실태 및 욕구조사를 하도록 되어 있어 복지 만족도를 조사하고 있고, 1995년부터 시작된 지방자치로 인하여 지방자치 단체장들은 주민들의 정치적 지지를 계속적으로 유지하고 결집시키기 위해서 상징적인 조치로 장애인에 대한 복지정책을 발표하고 부각시키고 있다.

그러나 생활시설의 장애인의 경우 국가와 광역, 기초 자치단체가 시설운영비를 지원하여 복지에만 치중하였지 제일 중요한 보건 의료부문을 투자를 하지 않았다. 즉, 보건의료적 측면에서 장애인들의 의료 욕구는 비교적 높게 나타나고 있다.

장애인들이 현행 가장 받고 싶은 보건 복지 서비스는 수술이나 치료에 대한 욕구가 가장 높고, 치료상담, 취업알선, 특수교육등 (경기도 장애인 실태 및 욕구조사, 2000)이나 시설의 보건의료 부분의 관리에 대한 세부적이 법시행규칙이나 지침이 없는 것이다. 따라서 본 논문에서는 장애인 생활시설을 직접 방문 현재의 보건의료 관리 실태를 파악하였다.

보건의료조직은 의사, 간호사, 영양사, 사회복지교사, 물리치료사, 언어치료사, 보행훈련사등이 있으나, 두어야 된다는 강제조항이 없어 면허증 소지자 임용률이 떨어지고 의료 인력의 경우 일반 행정원과 같은 8급으로 임명되어 사명감과 긍지가 없었다.

임금도 일반의료기관의 30%수준이어서 사기가 진작되지 않고 있고, 보건 의료시설 장비도 전문 인력과 지원 재정이 부족하여 사장되거나 정상적으로 운영되지 않았다.

질병예방을 위한 시설 생활자의 예방접종의 경우 비장애인에 비해 크게 떨어지는 편으로 지역 보건소가 취약계층을 예방 접종하도록 제도적 장치가 마련되어야 할 것이다.

건강진단의 경우 여지껏 분석 연구한 것은 없고 장애인 시설을 평가시 거주자의 건강진단은 연1회 정기적으로 실시하는지와 흉부 엑스레이, 혈액 검사, 소변검사, 초음파 촬영, 복부 엑스레이, 치아검사, 안과질환검사를 하는 곳은 A점, 초음파 촬영 복부엑스레이 안과질환 검사를 안하는 곳 B점, 초음파 촬영, 복부엑스레이, 안과질환검사, 치아검사를 안하는 곳은 C점, 건강진단을 개별적으로 필요시하거나 부정기적으로 실시하는곳은 D점으로 평가하는 정도다(보건복지부, 2001).

따라서 본 논문은 표본이 될만한 일개 시설을 지정하고 생활 장애인에 대하여 건강진단 결과를 연령별, 입소기간별, 장애종별로 분석하고 질병 유증자를 파악하여 전문치료기관과 연계 관리하는 방안을 강구토록 하였다.

공무원의 경우 2년마다 건강검사를 하는바 전체 418명중 질병이 있다고 응답한 사람이 27.5%였다(김소연, 2001). 시설 장애인의 경우 34%가 유증자로 나타났는바, 보건의료팀이 온 정성을 다하여 사후 관리가 잘 되도록

하여 건강 증진을 시켜야 할 것이다.

정신지체인의 경우 지능지수가 1급은 30이하인 사람, 2급은 49이하인 사람, 3급은 70이하인 사람으로 지능지수가 낮기 때문에 보건의료욕구조사를 하기가 어렵다.

따라서 정신지체인등 장애인을 현장에서 관리하는 간호사, 영양사, 사회재활교사를 대상으로 건강관리 인식, 욕구, 정책방향을 조사한 결과 급여만족도에서 67%가 불만족한다고 하였고 시설생활자에 대한 보건교육을 59% 실시하지 않는다고 답하였다.

건강관리 정책욕구에 대하여는 장애인 재활병원 건립의 필요성과 시설전문직 종사자 사기진작을 요망하였고 시설장애인들이 가장 받고 싶은 보건의료서비스는 장애 질환치료 및 수술이 51%, 물리치료 14%, 언어치료 11%, 작업치료 10%, 미술·음악치료 9%, 영양관계 5%로 나타났다. 따라서 정책 우선 순위를 정하여 서비스를 가장 받고 싶은 것을 먼저 해결해야 한다.

보건 의료 문제 중 시급히 해결해야할 문제는 촉탁의사가 아닌 의사가 상주근무 35%, 필요한 의료장비 및 약품확보 31%, 보건소 및 병·의원과의 협약체결 진료 16%, 충분한 의료인 확보 13%를 들었다.

따라서 공중보건의사를 권역 시설별로 묶어 근무토록 하는 방안을 연구하고 장비 및 약품을 현실화 시켜주는 물론 보건소, 병·의원과의 협약 지역사회 차원에서 건강증진문제를 해결하도록 하여야 한다.

경기도 장애인실태 및 욕구조사(노춘희, 2000)에서는 일반적인 문제점으로 행정 조직의 대응력미약, 예산의 부족을 들고 생활시설에서는 전문가의 부족, 정실인사, 법인운영의 투명성 부족, 유희공간 증가 등을 들며 전문적

운영방법이 도입되어야 한다고 하였고 종사자의 처우개선이 이루어지고 인력의 추가배치, 인센티브제공이 필요하며 특히 정신지체 생활시설에 지원이 요망되어야 한다고 하여 본 연구논문과 유사한 점을 발견할 수 있었다.

시설지체장애인의 그룹홈에 대한 욕구조사(배순원, 1998)에서도 시설에서 가장 받고 싶은 서비스를 진료, 치료, 물리치료, 작업치료 등 보건의료서비스가 62%로 가장 많았고 그룹홈에 대한 필한 필요도를 44%가 필요하다고 답하였다.

따라서 생활시설 장애인에 대하여 보건의료서비스를 최대한 강화하고 재활이 가능케하여 전원을 하고 싶은 장애인은 그룹홈 형태나 재가로 전원시켜야 할 것이다.

제 5장 요약 및 결론

우리나라의 장애인구는 145만명(전체인구의 3.09%) 등록장애인은 2001년 12월 현재 1,207천명이다. 등록장애인중에서 17,174명이 전국 196개소 장애인 생활시설에서 생활하고 있다.

우리나라의 장애인 생활시설은 소외계층인 장애인 복지차원에서 운영되던, 시설장의 직업차원에서 운영되던 간에 계속 증가 추세에 있다.

이러한 장애인 생활시설은 주로 사회로부터 소외당한 울데 갈데 없는 장애인들을 수용생활하게 함으로서, 우선 장애인들의 의식주의 해결과 시설 운영 및 직원인건비 쪽으로 재원이 지원되고 있다. 최근에 와서 시설장애인들에게 재활프로그램을 개발 업무를 추진하면서 재가나 그룹홈으로 전원하고자 하고 있으나 전원율이 극히 적고 오히려 시설이 늘어나고 있는 것이다.

그러나 이러한 장애인 생활시설은 시설장애인들이 지극히 받고 싶어하는 보건의료 재활서비스는 형식에 그쳐 추진되어 왔던 것이다.

그 원인은 전문인력의 부족, 재정지원 미흡, 시설장비 열악, 종사자의 타성에 젖은 업무의 추진화등을 들 수 있다.

이러한 장애인 생활시설의 문제점을 해결하고 발전을 하려면 다음과 같은 사항을 개선하여야 한다.

첫째, 생활시설 장애인들은 다양한 합병증이나 선천성기형 및 간질, 다운증후군, 뇌성마비 등 보건의료상의 문제점들을 갖고 있으나 이들을 적절히 분류하여 개개인별 특성에 맞는 관리를 하지 못하고 있는바 신상기록부 및

건강기록부를 개인별로 잘 관리하고 현재의 신체적 보건의료상의 문제점과 장기적인 치료계획이 수립 되도록하고 개인별 장애질환에 대하여 최고의 전문의에게 연계체계를 구축 지속적인 치료시스템이 이루어져야 한다.

즉 시설장애인에 대하여 세분화 관리 치료를 하여야 한다.

둘째, 보건의료전문인력은 낮은 임금과 인센티브제도의 결여로 인하여 보건의료 전문인력들의 관심과 참여가 부족하고 다수의 간호간병인력이 필요하나 부족한 상태에 있다. 따라서 의사는 장애인 생활시설 3~4개를 묶어 공중일반의사 및 치과의사를 배치 의료지도를 해주는 방안을 연구하고, 간호사 물리치료사 영양사 등은 일반의료기관수준으로 장애인 생활시설 봉급표를 국가 재원으로 상향 조정해줌은 물론 전문인력의 역량과 노력에 따라서 차등적인 인센티브가 도입되도록 하여야 한다.

셋째, 장애인 생활시설 건강 관리는 대부분이 간호사가 일일 거실을 돌며 장애인을 관찰하면서 일지를 기록하고 있다. 또한 일년에 한번 건강진단을 하나, 결과에 대한 사후관리를 하지 않는 등 건강관리가 형식에 그치고 있다.

따라서 협력병원을 지정하여 전문적인 치료가 이루어지도록 하고 지역보건소와 협조 각종검사, 예방접종, 구강보건사업, 방역소독을 펼쳐 시설장애인이 건강증진이 되도록 함은 물론 검진기관도 신뢰성과 전문성이 있는 기관을 선정 검진을 받도록 하여야 한다. 검진결과 유증상자는 전문병원과 연계 치료가 됨으로서 사후관리가 되어야 한다.

넷째, 장애인생활시설의 운영은 거의 정부, 광역, 기초자치단체의 재정지원으로 이루어지고, 국가와 자치단체의 지원이 시설 장애인 관리정도와 무관하게 단지 인원 수에 맞추어 동일액이 지원됨으로 장애인 생활시설 입장

에서는 신체가 좋지 않는 장애인들을 방치하거나 별도의 치료관리 노력을 하지 않을 수 있다. 따라서 장애인의 과중한 진료비가 나왔을 때는 국가나 지방자치단체가 전액 지원해주고, 치료종별을 분석, 시설별로 차등 의료비를 지원해준은 물론 의료시설, 장비, 인력에 대하여 정부나 자치단체가 과감한 투자를 하여 장애인이 정서적으로 안정을 찾을 수 있고 건강이 증진될 수 있도록 하여야 한다.

참 고 문 헌

- 강상권. 한중합검진센터이용자의 만족도와 서비스요구분석, 연세대보건대학원, 1994
- 경기도 건강증진플랜. 서울대학교의과대학의료관리학교실, 1997
- 경기도 보건의료기초 수요조사. 경기도 지역사회연구소, 경기도, 1998
- 고양시지역보건계획 (1999-2002). 고양시보건소, 1998
- 국민건강보험공단. 건강진단결과분석, 진성기획, 2000
- 김소연. 공무원 정기건강진단만족도에 관한 연구, 경기대학교행정대학원 석사학위논문, 2001
- 김순식. 종합검진의 필요성, 성인병과 건강, 1991
- 노춘희. 경기도 장애인실태 및 욕구조사, 경기개발연구원, 2000
- 박윤형. 지역보건법 제정자료, 보건복지부, 1995
- 박일환, 허봉열. 건강진단에 대한 피검진자의 인식도조사, 가정의, 1992
- 배순원. 시설지체장애인의 그룹홈에 대한 욕구조사와 프로그램에 관한 연구, 경기대행정대학원 석사학위논문, 1998
- 보건복지백서. 보건복지부, 2002
- 손명세. 보건의료조직행동론, 연세대보건대학원, 2000
- 예민해 외. 질병예방과 건강증진, 계축문화사, 2000
- 윤방부 외. 건강진단에 대한 환자의 요구, 가정의, 1991
- 이광자. 정신건강간호학, 신광출판사, 1983
- 이순영, 한근식, 기명국 외. 지역사회 주요만성질환의 유병추정, 예방의학회지, 1999

장애인 복지법령집 . 보건복지부, 2002

장애인 복지시설 평가. 보건복지부, 2002

장원기, 김진순, 박영택 외. 지역단위 공공보건의료기관기능개편방안, 한국
보건사회연구원, 1998

정신지체생활시설의 운영방법. 한국장애인복지시설협회, 2000

황교선. 민선기초자치단체장의 바람직한 리더쉽 행태에 관한 연구, 국민대
학교 정치대학원 석사학위논문, 1999

부 록

건강진단결과 기록지

<일반사항>

1. 번호 :	2. 성명 :	3. 연령 :	4. 성별 :
3. 장애종별 등급 :		4. 종교 :	5. 학력 :
6. 가족 : 명 (부, 모, 자매)			
5. 입소기간 : 년 월 특기사항 :			

<건강진단사항>

6. 신장 :	cm,	체중 :	kg,	비만도	%
7. 혈압 :	mmHg				
8. 간염포리자 :	HBsAg (B형간염 바이러스 환원) HBsAD (간염바이러스 항체)				
9. 콜레스테롤 (120~200 m/d) :					
10. 당뇨병 - 공복시 혈당 (70~110 m/d) - 일반료검사 (0~50 m/d)					
11. 혈색소 (12~16 g/d) :					
12. 매독검사 :					
13. 흉부촬영 :					
14. 혈액형 :	형	시력 :	청력 :		
15. 심 전 도 :					
16. 장애원인 :	선천성원인(유전성), 출생시원인(조산, 난산, 외상) 후천성원인(병질환, 사고), 원인불명 ※ ○로 표시				
17. 전문의 소견 :					

장애인 생활시설 전문직종사자 설문지

<설문협조에 대한 안내말씀>

안녕하십니까? 장애인도 비장애인과 마찬가지로 똑같은 인간으로서 존엄성과 권리를 갖고 살아가야 합니다. 우리나라 장애인 복지정책중 복지에 대한 정책과 실천은 많으나, 보건의료 분야에 대한 정책은 미약한 실정입니다.

특히 장애인 생활시설은 늘어가는 추세이고 여기에 입소된 장애인들이 건강하게 오래 살기를 원하나 국가정책이나 학계연구는 없는 것이 현실입니다.

따라서 장애인생활시설 입소자들의 건강관리 실태를 조사하여 효율적으로 관리 방안을 제시함으로써 국가정책 자료나 학계연구 자료에 활용하고자, 설문조사를 하게 되었습니다. 본 조사자료는 연구자료 이외에는 사용치 않을 것을 약속드리니, 바쁘시더라도 질문에 응답해 주시면 감사하겠습니다.

2002년 4월

연세대학교 보건대학원
보건정책 및 관리학 전공
연구자 이 계 철

<일반사항>

다음은 일반사항에 대한 질문입니다. 해당되는 란에 ○표를 하여 주십시오

1. 종사하는 직종

- ① 간호사 () ② 물리치료사 () ③ 언어치료사 ()
④ 사회재활교사 () ⑤ 양양사 () ⑥ 기타 ()

2. 성 별

- ① 남 성 () ② 여 성 ()

3. 연 령

- ① 20세 미만 () ② 20세 이상~30세 미만 ()
③ 30세 이상~40세 미만 () ④ 40세 이상~50세 미만 ()
⑤ 50세이상 ()

4. 교육 수준

- ① 중졸이하 () ② 고졸 () ③ 전문대졸 ()
④ 대졸 () ⑤ 대학원졸 이상 ()

5. 월소득 수준

- ① 50만원미만 () ② 50만원이상~100만원미만 ()
③ 100만원 이상~150만원미만 () ④ 150만원이상~200만원미만 ()
⑤ 200만원이상 ()

6. 거주 지역

- ① 경기도지역 () ② 서울지역 ()
③ 생활시설내 () ④ 기타 ()

7. 근무 년수

- ① 1년 미만 () ② 1년이상~3년미만 ()
③ 3년 이상~5년 미만 () ④ 5년 이상~10년 미만 ()
⑤ 10년 이상 ()

8. 일일 근무시간

- ① 8시간미만 () ② 8~10시간미만 ()
③ 10~14시간미만 () ④ 24시간 근무후~2교대 교대근무 ()

답하는 방법 : ○표가 필요한 것은 ○표로 표기
우선순위가 필요한 것은 1, 2, 3으로 표기
기타는 내용을 명기하여 주십시오

<공동사항>

1. 귀하는 장애인 생활시설에서 일하는 것에 대한 긍지와 만족을 느끼십니까?

(한가지만 ○표로 표기)

- ① 전혀 그렇지 않다 () ② 그렇지 않다 () ③ 그렇다 ()
④ 대체로 그렇다 () ⑤ 매우 그렇다 ()

2. 귀하는 급여와 처우개선에 대하여 만족하고 계십니까?

(한가지만 ○표로 표기)

- ① 전혀 그렇지 않다 () ② 그렇지 않다 () ③ 그렇다 ()
④ 대체로 그렇다 () ⑤ 매우 그렇다 ()

3. 귀하가 근무하는 장애인시설의 장애인이 일반 비장애인과 마찬가지로 똑같이 건강하고 오래 사는 것이 중요하다는 견해에 대하여 어떻게 생각하십니까? (한가지만 ○표로 표기)

- ① 전혀 그렇지 않다 () ② 그렇지 않다 () ③ 그렇다 ()
 ④ 대체로 그렇다 () ⑤ 모르겠다 ()

4. 귀하는 경기도의 경우 광활한 면적에 인구가 수도권에 집중되어 있는 바 북부권, 동부권, 서부권, 남부권역별로 장애인 재활병원의 건립이 필요하다고 생각하십니까? (한가지만 ○표로 표기)

- ① 필요하다 () ② 아직 필요하지 않다 ()
 ③ 건립한다 해도 이용율이 떨어지므로 건립하지 않는 것이 좋다. ()
 ④ 기타 (내용 :)

5. 귀하께서는 시설에서 종사하는 선생들의 사기진작을 위해서 무엇을 우선해줘야 된다고 생각하십니까? (우선 순위 1, 2, 3만 표기하십시오)

- ① 급여를 현실화 시켜줘야 한다. ()
 ② 각종 세미나 워크샵을 열어 업무 연찬을 해줘야 한다. ()
 ③ 해외 연수, 타 시도 시설을 방문 견학하여 비교할 수 있도록 해줘야 된다. ()
 ④ 시설에서 근무하는 사항을 TV, 신문, 방송 등 언론에 홍보하여 자긍심을 갖도록 해줘야 한다. ()
 ⑤ 기타 (내용 :)

6. 귀하는 생활시설장애인 등을 상대로 보건교육을 실시하고 있습니까? (○표로 표기)

- ① 실시하고 있지 않다 () ② 실시하고 있다 (년 회)
 (실시한다면 내용 :)

7. 국가나 지방자치단체가 진료비 보조, 감면 등으로 귀 시설에 지원 되는 것이 의료문제 해결에 어느 정도 도움이 된다고 생각하십니까? (○표로 표기)

- ① 매우 도움이 된다. () ② 전혀 도움이 되지 않는다. ()
 ③ 도움이 되는 편이다. () ④ 거의 도움이 되지 않는다. ()

8. 귀하가 근무하는 시설에서 장애인들이 보건의료 서비스 중 가장 받고 싶은 것이 무엇이라고 생각하십니까? (우선 순위 1, 2, 3만 기재)

- ① 장애질환에 대한 치료 및 수술 () ② 물리치료 ()
 ③ 언어치료 () 작업치료 () ⑤ 놀이, 미술, 음악치료 ()
 ⑥ 보건교육 () ⑦ 영양관계 () ⑧ 기타 (내용 :)

9. 종사하는 귀 시설에서 보건의료 문제 중 시급히 해결되어야 할 문제는 무엇이라고 생각하십니까? (우선 순위 1, 2, 3만 기재)

- ① 생활시설내 촉탁의사가 아닌 의사(공중보건 의사) 상주근무 ()
 ② 필요한 의료장비 및 약품 확보 ()
 ③ 관내 보건소 및 병의원과 협약체결 진료 ()
 ④ 충분한 의료인(의사, 간호사) 확보 ()
 ⑤ 기타 (내용 :)

10. 생활시설 입소자들의 건강관리 문제를 향상시키려면 충분한 재원이 있어야 되는데 재원 조달을 어떻게 하는 것이 좋다고 생각하십니까? (우선 순위 1, 2, 3만 기재)

- ① 국가가 해결해야 할 문제이기 때문에 정부가 전적으로 지원한다. ()
 ② 국가, 도, 시군이 부담비율을 정하여 지원한다. ()
 ③ 국가, 도, 시군이 일정비율에 의거 지원하고 후원자 등이 후원금을 모집하여 재원을 충당한다. ()
 ④ 기타 (내용 :)

(간호사) * 간호사 종사자만 답하십시오.

11. 귀 시설에서는 시설생활자들에게 건강검진을 년 몇 회 정도 실시하고 있습니까? (O표로 표기)

- ① 월 1회이상 () ② 년 6회이상 () ③ 년 1회 ()
④ 년 2회이상 () ⑤ 기타 (내용 :)

12. 귀 시설에서는 정기검진 외에 일일 진단과 간호일지를 매일 기록하고 있습니까? (O표로 표기)

- ① 실시하고 있지 않다. () ② 매일 실시하고 있다. ()
③ 필요에 따라 실시하고 있다. () ④ 기타 (내용 :)

13. 장애인시설 입소자들의 주로 많이 진료하는 질병은 무엇입니까?
(우선 순위 1, 2, 3만 기재)

- ① 감기 () ② 외상 () ③ 위장병 ()
④ 구강염 () ⑤ 기타 (내용 :)

14. 귀 시설에서는 촉탁의사 또는 여타 의사가 있습니까? (O표로 표기)

- ① 있다 () ② 없다 () ③ 기타 (내용 :)
없다면 이유 ()

15. 귀 시설은 긴급환자나 야간 응급환자 발생시 지역사회 의료기관과 연계가 되어 있습니까? 연계가 되어 있다면 연계가 있는 곳은 어디입니까? (O표로 표기)

- ① 보건소 () ② 병원급 의료기관 () ③ 의원급 의료기관 ()
④ 재활전문병원 () ⑤ 연계 되어있지 않음 ()
⑥ 기타 (내용 :)

(사회재활교사) * 사회재활교사만 기재 하십시오.

16. 귀 시설에서 실시하고 있는 재활프로그램이 입소 장애인들에게

도움이 된다고 생각하십니까? (O표로 표기)

- ① 전혀 그렇지 않다 () ② 그렇지 않다 () ③ 그렇다 ()
④ 대체로 그렇다 () ⑤ 매우 그렇다 () ⑥ 기타 (내용 :)

17. 귀 시설에서 입소 장애인들이 재활서비스가 제대로 제공되기 위해서는 다음사항 중 어떤 부분이 시급하다고 생각하십니까?

(우선 순위 1, 2, 3만 기재)

- ① 재정지원 () ② 전문가 충원 ()
③ 복지정책의 제도화 () ④ 지역사회와의 네트워크 구축 ()
⑤ 기타 (내용 :)

18. 보건의료 부분의 재활프로그램은 어떤 것이 있습니까?

(우선 순위 1, 2, 3만 기재)

- ① 미술음악요법 () ② 원예요법 () ③ 체육지도 ()
④ 사회적 적응훈련 () ⑤ 기타 (내용 :)

(영양사) * 영양사만 기재 하십시오.

19. 귀 시설에서는 입소장애인이 기호에 맞는 음식을 직접 선택할 수 있습니까? (O표로 표기)

- ① 매우 그렇다 () ② 그저 그렇다 () ③ 그렇다 ()
④ 그렇지 않다 () ⑤ 전혀 그렇지 않다 ()
⑥ 기타 (내용 :)

20. 귀 시설에서는 국가나 지방자치단체에서 지원되는 예산으로 시설 입소자에게 충분한 영양상태를 고려한 식사를 제공한다고 생각하십니까? (O표로 표기)

- ① 매우 만족한다 () ② 만족한다 ()
- ③ 부족하다 () ④ 매우 부족하다 ()

21. 귀 시설에서는 시설입소자의 질병상태나 개인특성에 따른 영양식이 제공되고 있다고 생각하십니까? (O표로 표기)

- ① 매우 그렇다 () ② 그저 그렇다 () ③ 그렇다 ()
- ④ 가끔 그렇지 않다 () ⑤ 전혀 그렇지 않다 ()

ABSTRACT

Analysis on the health care state of the disabled who are staying at the living facility

Kye-Cheol Lee

Graduate School of

Health Science and Management

Yonsei University

(Directed by professor Myong-Sei Sohn, MD, PhD.)

The living facilities for the disabled in our country began to be established by the social welfare foundation or the religious foundation like the Catholic foundation and etc. in 1950s. Since then, the disabled have gotten the accommodation and the living places through these facilities. The living facility for the disabled was, however, substantially neither run in systemic way nor entirely supported by the government until 1981 when the 'Welfare Law for the Disabled' was enacted.

The head of living facility for the disabled, the central government and the local governor have been focusing mainly in solving the matter of food,

clothing and housing of the disabled in the facilities and in supporting in small scale like supporting the business of renovating the facilities that have been worn out. The various kinds of daily programs taken in these facilities are mainly the programs for the social rehabilitation. The health and medical care for the disabled of the living facilities has been carried out per type of disability neglecting the general health and medical care with the reason that this care is taken for the disabled.

In this study, therefore, I have taken the following researches to analyze the problems on the health care of the disabled of the living facilities which have been neglected to research for the time being and to present the way to solve these problems. I have analyzed the real state of the health and medical care taken in the current living facilities for the disabled by visiting the real spots; I have analyzed and arranged the result of the health diagnosis on the disabled of the living facilities that is annually carried out in the living facilities; I have not only compared the result of the health diagnosis on the disabled of the living facilities and the result of the health diagnosis on the disabled who stay at home but also carried out the question-survey to the nurses, nutritionists and social rehabilitating technicians who work in the health and medical care field to survey the desire of the both parties for the health and medical care. I have presented the following ways to solve the problems based on these analysis, arrangement and comparison.

Firstly, we should provide the treatment that is subdivided for the disabled of the living facilities. We should establish the contact-system with the high level medical specialists on the disease of each disabled person so that the constant treating system can be established.

Secondly, we should acquire the health and medical care specialists. Now, it is difficult to acquire the specialists since the payment on the specialist is small and the working condition is poor. Therefore, we should raise the payment on the specialists up to the payment level of the general medical center and make them have the pride and the sense of mission.

Third, we should provide the substantial health care to the disabled who are staying at the living facilities. We should request the organizations which are reliable and specialized in the health and medical care for the disabled to take the diagnosis and should take our best effort to establish the organic cooperation system with the local special hospitals and health centers to improve the health of the disabled.

Fourth, we should take the daring fund-support and investment.

We should provide the disabled of the living facilities with more medical expenses and we need more investment on the specialists, facilities and environment.

This fund-support will be much helpful to the health care of the disabled who are staying at the living facilities.

In conclusion, if the head of the living facility for the disabled, the central government, the local governor and the local people cooperate together to provide the health care to the disabled of the living facilities as much as they do for the non-disabled running well the policy of disease prevention and of health improvement, the disabled of the living facilities can live long in health and then the social integration can be naturally achieved.