

커뮤니티케어·재택의료 추진 전략



이건세 교수
건국대학교 의학전문대학원

Key Point	<ul style="list-style-type: none"> ☑ 의료법에 의한 의료기관 내에서만 실시하는 것은 매우 제한적이며, 환자의 주거지역·요양시설·재가·기타 거주 시설 등으로 확대가 필요 ☑ 급성기에서 회복기·요양병원·요양시설·호스피스에 이르기까지 전체 의료전달체계의 관점에서 보아야 하며, 건강보험·장기요양보험을 같이 고려해야 함 ☑ 법 개정·자원 조달·새로운 급여의 개발·재택의료 공급자와 공급자간의 협력·지자체의 역할 등에 대한 고려 필요
Key Word	재택의료, 의료전달체계, 방문요양급여, 다직종 협력

1. 들어가며

보건복지부는 2018년 11월 20일 ‘모두가 누리는 포용적 복지국가’를 20대 국정전략으로 추진하고 이와 연계한 ‘지역사회 통합 돌봄(커뮤니티케어)’ 추진계획을 발표하였다(보건복지부, 2018). 고령사회에서 ①주거, ②보건의료, ③요양, ④돌봄, ⑤독립생활 지원 등 노인을 위한 복합적 돌봄체계를 구축하기 위한 것이다. 이런 목표를 달성하는데 있어 특히 자립적 생활, 병원이나 시설의 입소 감소를 위한 보건, 간호, 재택 및 복지서비스의 조정에 있어 의사의 역할을 설정하는 것은 매우 중요하다(Pushpangadan M, 1996).

대다수 노인은 자신이 익숙한 주거환경인 집과 지역사회에서 지내면서 ‘Healthy Aging in Place’를 희망하므로 지역사회와 재가 중심의 보건의료서비스 제공을 위한 대책 마련이 필요하다. 이를 위해서는 의료서비스도 가능한 한 재가에서 제공될 수 있어야 한다. 건강한 노인에서부터 복합만성질환 및 허약노인, 응급 및 급성기 환자, 재활 및 기능회복, 장기요양, 호스피스 및 완화의료가 필요한 환자에 이르기까지 노인을 위한 의료의 연속체

(continuum of care)가 필요하다(이윤환, 2015). 의료기관이 어떤 역할을 해야하는지, 특히 재택의료가 무엇이며, 노인돌봄에서 역할을 논의하는 것은 매우 중요할 것이다.

최근 연구에 의하면 서울시 시립병원 퇴원환자의 50% 이상이 노인환자이고, 이들 가운데 상당수는 후기 고령층으로 질병 재발 및 재입원 위험도가 높다. 이들을 대상으로 조사한 결과 평가대상자의 상당수가 홈케어, 대인서비스, 가사지원 등과 같은 지역사회 서비스를 제공받는 것으로도 충분한 일상생활 유지가 가능한 것으로 나타났으나 대상자의 25%에서 병원 또는 타 기관(요양시설, 노숙시설 등)에 거주하고 있어 '사회적 입원'의 가능성이 높은 것으로 보인다(소예경, 2018).

2. 재택의료란?

현재 우리나라에서 '재택의료'란 용어는 아직 생소하며 정의가 명확하지도 않다. 기존에 일반적으로 많이 사용되는 것은 '왕진'이라는 용어이며, 최근 커뮤니티케어와 관련하여 보건복지부는 '방문의료'라는 용어를 사용하고 있다. '방문진료'와 '방문의료'의 개념적 차이를 제시하고 있지는 않지만 '방문진료'가 '의사'의 진료에 국한된 것으로 보자면 '방문의료'는 의사 이외의 다른 의료인력에 의해 제공되는 서비스를 보다 포괄할 수 있는 용어일 것이다.

가. 왕진

'왕진'은 의사가 환자의 가정을 방문하여 진료를 행하는 것으로 볼 수 있다. 현재는 매우 보기 어려운 것이지만 과거 60년대·70년대의 경우 의사의 '왕진'은 의료기관에 올 수 없는 환자를 의사가 방문하여 진료하는 것이 그렇게 생소하지는 않은 것처럼 보인다(조선일보, 2018).

우리나라의 의료법에 의하면 의료기관을 개설하지 아니하고 의료업을 하거나 의료기관 이외의 장소에서 의료업을 할 수 없다. 다만, 의료기관 이외의 곳에서 의료행위를 할 수 있는 경우는 (1) 「응급의료에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 응급환자를 진료하는 경우, (2) '환자나 환자 보호자의 요청에 따라 진료하는 경우' 등의 경우 가능하며 통상 '왕진'을 의미한다(보건복지부, 2017).

나. 방문의료

2018년 보건복지부가 발표한 '지역사회 통합 돌봄(커뮤니티케어)' 추진계획에는 '방문의료'를 확대할 것을 제시하고 있다(보건복지부, 2018). ①거동불편 중증환자, ②중증정신질환자,

③거동불편 장애인, ④요양병원 퇴원 만성질환자, ⑤호스피스 말기환자 등 의사·간호사 등이 거동이 불편한 노인의 집으로 찾아가 진료, 간호, 재활치료 등을 하는 방문의료 제공 할 계획이다. 또한 2019년 4월 발표된 보건복지부의 제1차 국민건강보험종합계획(안)에는 ‘방문의료’에 대한 계획이 일부 제시되었다(표 1).

(표 1) 방문의료 대상자 및 서비스 내용(예시)

환자 유형	주요 대상자	서비스 내용
급성기	• 수술 후 회복기에 있는 골절 환자 등	• 의료인 등 방문, 직접 치료 - 드레싱 등 처치, 재활치료 등
만성중증	• (중증환자) 악성종양, 심장질환 등 • (호흡치료) 인공호흡기 사용, 기도유지 등	• 의료인 등 방문, 직접 치료 - 드레싱 등 처치, 각종 장비 점검 • 사용법 교육, 재활치료, 투약 등
만성관리	• (자가 처치) 복막투석, 자가 도뇨 등 • (정신질환) 폐쇄병동 퇴원 후 일상적응 • (기타 만성노인질환) 요양병원 퇴원 후	• 의료인 등 방문, 주로 교육 - 자가 처치 교육, 일상생활 교육, 일부 투약 등
호스피스 (임종기)	• 사망에 임박하여 적극적 치료보다는 편안한 임종을 원하는 말기환자	• 의료인과 사회복지사 등이 방문하여 상담· 처치 - 통증 조절 등 증상 완화와 심리 안정, 상담서비스 등

자료: 보건복지부. 「지역사회 통합 돌봄 기본계획(안)」. 2018.

병원 밖 지역사회까지 아우르는 통합적 의료제공체계를 구축하기 위해 입원부터 퇴원 및 재가 복귀까지 연계하는 통합 서비스를 제공하고, 거동불편 환자에 대한 방문의료를 도입한다는 것이다. 방문의료팀(의료인, 약사, 영양사, 물리치료사, 작업치료사 등)이 가정으로 직접 방문하여 환자 상태에 맞춘 방문의료계획을 수립하고, 교육·상담·진료·간호·복약지도·재활·영양관리 등 종합서비스를 제공한다.

다. 건강보험 방문급여와 장기요양보험의 촉탁의

2018년 개정된 건강보험법 개정으로 ‘방문요양급여’가 신설되었다. 제41조의5(방문요양급여)는 ‘가입자 또는 피부양자가 질병이나 부상으로 거동이 불편한 경우 등 보건복지부령으로 정하는 사유에 해당하는 경우에는 가입자 또는 피부양자를 직접 방문하여 제41조에 따른 요양급여를 실시할 수 있다’고 하였다(본조신설: 2018. 12. 11., 시행일: 2019. 6. 12.).

위의 정부 발표에 의하면 보건복지부는 ‘방문의료’, ‘방문진료’, ‘왕진’을 동일한 의미로 사용하고 있다. 그러나, 건강보험의 제41조의 요양급여는 가입자와 피부양자의 질병, 부상, 출산 등에 대하여 실시하는 것으로 ①진찰·검사, ②약제(藥劑)·치료재료의 지급, ③처치·수술 및 그 밖의 치료, ④예방·재활, ⑤입원, ⑥간호, ⑦이송(移送) 등 다양한

형태의 서비스를 제공한다. 건강보험법에 의한 ‘방문요양급여’는 ‘진찰’뿐 아니라 ‘처치’, ‘치료’, ‘간호’ 등 다양한 요양급여가 제공될 가능성을 고려하면 ‘방문급여’의 내용을 보다 구체화 세분화하여 정의하는 것이 필요하다.

보건복지부는 2016년 장기요양보험의 노인요양시설 내 의료서비스를 개선하기 위해 요양시설 촉탁의사 제도를 시행하였다. 2016년 9월 1일부터 시행된 촉탁의 제도의 특징은 요양보험에 포괄적으로 포함되어 요양원 운영자가 촉탁의에게 지급하지 않던 건강서비스 비용을 촉탁의가 직접 청구할 수 있으며, 기존의 의사 또는 한의사에 국한되었던 촉탁의에 치과의사도 촉탁의로 위촉하도록 확대한 것이다. 요양기관은 의료서비스 연계강화를 위한 방안이 되고 있다. 물론 다양한 문제점과 과제도 제시되고 있다. 촉탁의 권한과 역할에 대한 명확한 설정이 미흡하며, 시설 입소자 건강서비스 제공 주체에 대한 명확한 역할 구분, 촉탁의의 법적 책임문제의 명확화와 해결, 지역의사들의 적극적 참여를 유도할 수 있도록 제도 개선 등이 필요하다(성종호, 2017).

노인장기요양보험법 제23조(장기요양급여의 종류) 재가급여로 방문요양, 방문목욕, 방문간호 등이 있다. 여기에서 방문간호는 장기요양요원인 간호사 등이 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시서(이하 ‘방문간호지시서’)에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공하는 장기요양급여로 정의한다.

장기요양보험의 촉탁의와 방문의료, 재택의료의 연계 방안을 고려하는 것도 필요하다. 명확한 정의는 없으나 요양시설을 의사 등이 방문하여 진찰을 할 수 있다. 환자의 가정을 방문하는 전통적인 왕진과는 다른 형태이지만 장기적인 제도화 가능성을 고려해야 한다.

라. 대한의사협회의 입장

최근 대한의사협회(이하 의협)는 커뮤니티케어 및 재택의료에 대하여 정책적 입장을 제시하고 있어 이를 주목할 필요가 있다. 2018년 11월 의협 KMA POLICY 특별위원회는 ‘일차의료기관 활성화 방안 마련을 위한 공청회-방문진료(왕진) 제도 도입시 의료계가 나아가야 할 방향’을 제안하였다(임술, 2018). “고령화와 핵가족화, 1인 가구 증가 등으로 사회적 돌봄이 필요한 국민들이 늘어나고 있다. 이런 측면에서 왕진의 필요성이 있다”는 것을 동의하고 있으며 이번 왕진의 개념 도입으로 일차의료가 완전히 새로운 패러다임으로 갈 것으로 내다보고 있다.

의료계에서는 방문진료 개념을 ‘왕진’과 ‘재택환자 방문진료’로 구분해서 바라볼 필요가 있다고 제시하였다(김기범, 2018). ‘왕진’은 병원에 직접 방문할 수 없는 환자의 요청을 받아 의사가 진료에 응하는 것이다. 일반적으로 환자에게 문제가 발생할 때 비연속적으로 활용되는 수단이다. ‘재택환자 방문진료’는 자택에서 요양 중인 환자나 요양원 등에 있는 환자

에게 동의를 얻어 정기적이고 계획적으로 방문 진료하는 경우를 말한다. ‘재택환자 방문진료’는 정기적, 계획적으로 진료, 치료, 처방 등을 실시하는 것을 말한다. 환자 또는 가족으로부터 상담을 받은 시점에서 병력, 현재의 질병, 건강상태 등에 대한 정보를 수집하고, 치료계획, 가족의 간호 능력 및 경제적 사정 등을 고려해 진료계획, 방문 일정 등을 정한다. 이런 부분은 촉탁의로서 요양원 등의 시설에 방문하는 경우와는 차원이 다르다. 의료계는 재택의료 활성화를 위한 방문진료를 한 의사를 위한 표준화된 진단이나 치료 기준의 필요성, 법적 안전 장치 마련, 방문진료가 필요한 환자군에 대한 기준 마련이 필요하다고 하였으며 또한 일본의 수가와 비교하여 기본 진찰료의 인상을 요구하고 있다.

마. 일본의 재택의료 개념

일본의 경우 재택의료는 1992년 의료법 개정과 지역포괄케어의 영향으로 더욱 확대되고 있다. 물론 이전의 재택의료는 예외적인 형태의 의료에 속해 있었다. 1948년에 제정된 의료법은 의료를 제공하는 장소를 진료소나 병원에만 국한하고 있어 재택 의료는 왕진한 돌발 상황에서의 예외적 의료로 생각하였다. 물론 보험급여는 일부 가능하였다. 쇼와 61년(1986년)부터 재택 자기 주사 관리 지도나 자기 복막 관류 지도 관리가 의료 보험에서 인정되었다. 1988년에는 재택 환자 방문 진료가 재택 환자에게 계획적으로 방문해서 의학을 관리하는 진료 항목으로서 신설됐다. 1990년에 재택 인공호흡 지도 관리, 재택 약성 종양 지도 관리가 의료 보험에서 인정받았다.

1992년의 제2차 의료법 개정으로 재택의료의 법적 근거를 갖게 됐다. 1992년 제2차 개정으로 첫 조의 두 2항에 “의료는, 국민 스스로의 건강 유지를 위한 노력을 기초로, 병원, 진료소, 개호 노인 보건시설(의료제공시설), 의료를 받는 사람의 주택 등에서 효율적으로 제공되어야 한다”로 규정되었기 때문에 의료를 받는 사람의 주택 등도 의료를 실시하는 장소로서 법적으로 인정받고 있다. 그래서 재택의료의 정의로 ‘의료를 받는 자의 거택 등에서 제공되는 의료’라고 정의할 수 있다. 외래나 통원 의료, 입원 의료에 이어 ‘제3의 의료’라고 부르는 경우도 있다(田城孝雄, 2019). ‘재택’에는, 자택 외에도 개호보험 시설(특별 양호 노인 홈, 개호 노인 보건시설)이나 고평자용 주택·시설(양호 양로원, 경비 양로원, 그룹 홈, 서비스 첨부된 고평자주택)을 포함하고 있다.

재택 환자 방문 진찰료는 통원이 곤란한 재택 환자에 대해서, 환자의 동의를 얻고, 계획적인 의학 관리 아래에 정기적으로 방문해 진료를 실시했을 경우에 산정할 수 있다. ①통원이 어려운 환자 ②환자의 동의, ③계획적인 의학 관리, ④정기적 방문, ⑤의료의 5가지 조건을 충족시키는 것이 재택의료의 조건이다.

바. 쟁점

재택의료의 개념정의가 필요하다. 왕진·방문진료의 대상이 되는 사람, 기관(가정, 요양 시설, 기타 주거 시설 등)에 대한 근거를 명확히 해야 한다. 의료법에 의한 의료기관 내에서만 실시하는 것은 매우 제한적이다. 환자의 주거지역, 요양시설, 재가, 기타 거주시설 등으로 확대가 되어야 한다. 건강보험 및 노인장기요양보험에 따른 급여기준, 급여제공 장소 및 범위의 변화도 고려해야 할 것이다.

재택의료의 주요 대상을 정하는 것이 필요하다. 응급환자에 국한하거나 환자의 요청이라는 것보다는 의료적 기준이 명확해야 한다. 응급 환자의 경우 진료를 거부하지 못하지만, 보편적 재택의료의 형태로 접근하기는 쉽지 않다. 환자 진료의 난이도가 높을 가능성이 있다. 다양한 검사, 처치, 응급처치 등을 현재의 단계에서 재택의료의 형태로 진행하기는 장애요인이 너무 많기 때문이다. 공급자의 역량과 부담도 고려해야 한다. 응급질환이 아닌 만성질환자의 방문진료도 어려운 현실에서 응급환자의 경우 실행 가능성은 매우 낮다. 환자의 요청에 의한 방문진료의 경우에도 환자의 상태를 어느 정도 알고 있어야 한다. 병의원을 방문하기 어려운 이유는 다양할 것이다. 의료적 측면에서 타당한 기준을 정해야 할 것이다. 단순히 환자나 가족의 편의에 따라 방문진료를 요구하는 경우 환자 및 가족의 경제적 부담을 높여야 할 것이다.

정기적인 방문이 필요하고 환자의 상태에 대한 의료적 사전 정보를 갖고 있어야 할 것이다. 병원에서 퇴원한 환자로 환자의 진료 정보나 방문진료 의뢰에 대한 의료진 간의 소통이 있거나 자신이 지속적으로 진료를 하고 있는 환자, 또는 특정 질병이나 처치가 필요한 환자로서 어느 정도 표준적인 진료가 가능한 환자를 지속적으로 관리 모니터링하는 것을 우선 재택의료의 대상으로 고려할 수 있다.

재택의료는 우선 급성기 병원, 회복기 재활병원, 요양병원의 퇴원 환자 등을 대상으로 한다. 자신이 진료하던 환자로서 환자의 재택에서 직접적인 진료, 처치, 상담 등이 필요한 대상, 이들 가운데 의료뿐 아니 생활지원 등 다양한 서비스가 필요한 환자를 대상으로 실시한다. 만성질환 가운데 당뇨 환자의 경우 환자의 가족에서 혈당 관리, 식사 및 생활습관에 대한 교육, 영양상담, 합병증 예방 및 관리 등이 중요할 것이다. 지속적 간호와 처치가 필요한 환자로서 방광카테터, 정맥주사, 재택산소요법, 상처 소독 등이 필요한 대상자를 선정하여 시행하는 것도 가능할 것이다. 일본의 경우 이런 처치를 재택진료소가 80% 이상 담당하고 있다(株式会社日本能率協會総合研究所, 2018).

3. 재택의료 추진 체계

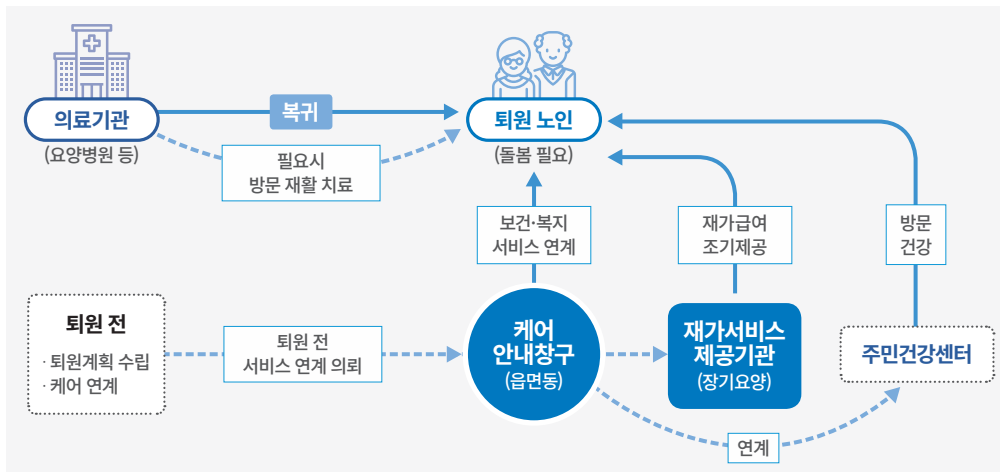
가. 보건복지부 커뮤니티케어 모형

노인중심 지역돌봄체계의 주요 내용은 급성기 이후 가정, 재택으로 연결되는 흐름을 제시하고 있다.

급성기 치료 이후 지역사회로 복귀하는 연결경로를 설정하기 위해 병원에 ‘지역연계실’(사회복지팀, 사회복지사·의사·간호사 등)을 설치하여 퇴원 전 종합적인 환자평가-퇴원 계획을 수립할 계획이다. 물론 건강보험 수가 보상 체계와 운영·관리체계를 마련할 계획이다. 요양병원의 기능별 분화를 유도하고 의학적 입원 필요성에 따라 환자분류군을 개편하여, 의학적 입원 필요성이 반영되도록 하며, 불필요한 장기 입원 방지를 위하여 입원료 체감제 강화 및 본인부담률을 개선해야 할 것이다. 회복기 노인환자를 대상으로 집중재활을 지원하여 장애 최소화 및 조기 일상 복귀를 촉진하고 집으로 복귀한 이후에는 방문 재활치료를 계속 지원할 예정이다.

노인 등 만성질환 관리에 있어서 동네의원 의사가 노인 등 만성질환자를 지속적으로 관리하고, 지역사회 기반 케어서비스를 연계하여 지원할 예정이다. 다음 중요한 것은 의사·간호사 등이 노인 등의 집으로 찾아가는 방문의료를 본격화하는 것이다.

장기요양시설 내에 ‘전문요양실’을 설치·운영하여 퇴원 노인 등(장기요양 등급자)에게 간호 및 재가복귀서비스를 제공할 예정이다. 시설 중심의 급여에서 재가중심의 급여를 개발하여 통합재가급여 도입 및 신규서비스 개발 등을 통하여 충분한 재가서비스를 제공하고 추진할 수 있게 할 계획이다.



[그림1] 퇴원환자 재가서비스 연계체계도

자료: 보건복지부, 「지역사회 통합 돌봄 기본계획(안)」

위 [그림 1] 모형에는 재택의료를 대상자에게 어떻게 연계, 발굴하여 서비스를 제공할 것인가에 대한 구체적인 기전은 명확하지 않으며 향후 보완될 부분이 있다.

1) 대상자 선정 기준

우선 재택의료 대상이다. 대상자를 어떤 기준으로 선정할 것인지 검토되어야 한다. 노인, 장애인, 아동, 취약계층·급만성기 질병(뇌졸중, 천식, 치매, 수술 후, 처치 등)·재활, 간호, 영양, 모니터링 등 대상집단 및 대상질환(행위)을 정의해야 한다. 자택, 요양병원, 요양시설, 재가돌봄센터 등 어느 곳의 대상자를 대상으로 할 것인지 고려해야 한다. 발표된 커뮤니티케어는 노인을 일차적인 사업 대상으로 한다. 건강한 노인보다는 치매, 만성질환 노인 등을 대상으로 지역사회에서 지속적·포괄적인 건강관리·의료서비스 제공이 필요한 건강 취약노인을 대상으로 한다. 특히, 독거노인 및 치매환자 등에게 건강관리를 지원 및 연계하고 치매안심센터의 기능을 확대하여 지역 내 고위험 대상자를 관리할 예정이다. 그러나 커뮤니티케어가 취약계층 중심의 기존 사업과 동일한 사업을 추진할 위험성도 적지 않으며, 보편적인 노인을 대상으로 해야 한다.

2) 서비스에 대한 정의 설정

대상자에 따라 필요한 서비스를 정해야 한다. 보건의료, 돌봄, 주거, 일상생활, 주거, 식생활, 의료 등 다양한 서비스를 누가 어떻게 어떤 우선순위로, 어떤 재원으로, 보험의 경우 급여기준은 어떻게 정할 것인지 다양한 검토가 필요하다. 이 가운데 보건의료에서 제공 가능한 재택의료 서비스가 정의되어야 할 것이며, 다음으로 누가 이런 보건의료 돌봄 서비스를 제공할 수 있을 것인지 검토되어야 한다.

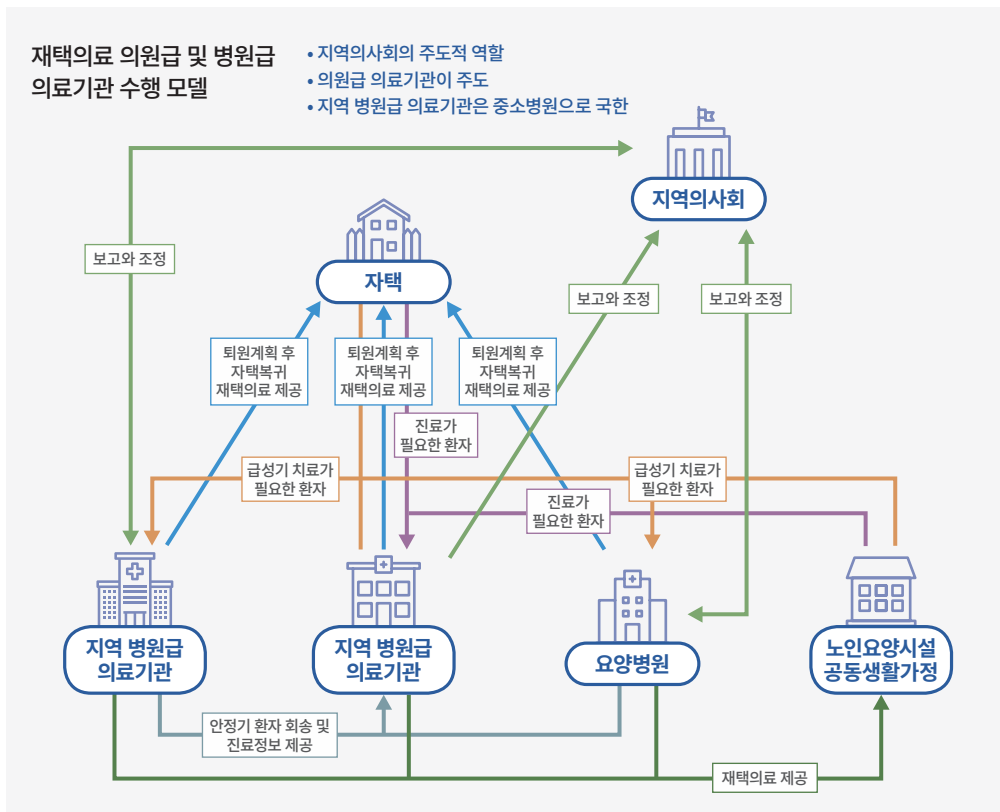
3) 공급자 기준

재택의료의 공급자에 대한 검토가 필요하다. 모든 의료기관이 재택의료의 제공자가 될 수 있을 것인가? 어떤 자격과 기준을 갖추고 있어야 할 것인가? 상급종합병원도 재택진료를 하게할 것인가? 지역의 중소병원도 방문 및 재택의료를 하게할 것인가? 의원은 진료과의 구별없이 모두 가능할 것인가? 개업의사는 모두 가능한 것인가? 또한 의사 이외에 새로운 공급자가 필요한 것인지, 어떤 조건으로 이런 공급자를 허용할 것인지, 간호사, 치료사, 약사, 치과의사 등은 어떻게 할 것인지를 모형에 구체적으로 담아야 한다. 뒤에서 구체적으로 제시하겠지만 일본의 경우 쉽지 않은 조건을 갖추어야 한다. 예를 들어 재택의료지원 진료소(의원)는 인력 확보 조건 이외에도 24시간 연락을 받는 체제를 확보, 24시간 왕진 가능, 24시간 방문 간호 가능 등 조건을 충족해야 한다. 또한 재택 요양 지원 병원은 진료소

(의원)가 없는 지역에서 허용하며 200병상 미만 또는 4km이내에 진료소가 없는 병원으로 한정하고 있다(厚生労働省保険局医療課, 2014).

나. 의협 제안 모형

의협은 지역의사회 중심의 ‘재택 의료 의원급 및 병원급 의료기관 수행 모델’을 제시했다. 의료기관은 환자에게 퇴원계획 후 재택복귀, 재택의료를 제공하고 지역의사회와 의료기관은 서로 정보를 보고하고 조정하며 공유하는게 기본 모델이다(그림 2). 의협은 “지역의사회가 주도적 역할을 하고 의원급 의료기관을 중심으로 하되 병원급은 중소병원으로 제한해야 한다”고 밝혔다. 현재 우리나라는 방문진료, 왕진, 재택의료의 개념 자체가 혼재하고 있는 상황에서 일본에서 정의하는 방문진료와 왕진, 수가산정 방법을 차용할 필요가 있다고 제안하고 있다(메디칼타임즈, 2019).



[그림 2] 재택의료 의원급 및 병원급 의료기관 수행 모델

자료: 박양명. “커뮤니티케어 의료계 역할 찾기 지역사회 주도 필수”. 메디칼타임즈. 2019.04.19.

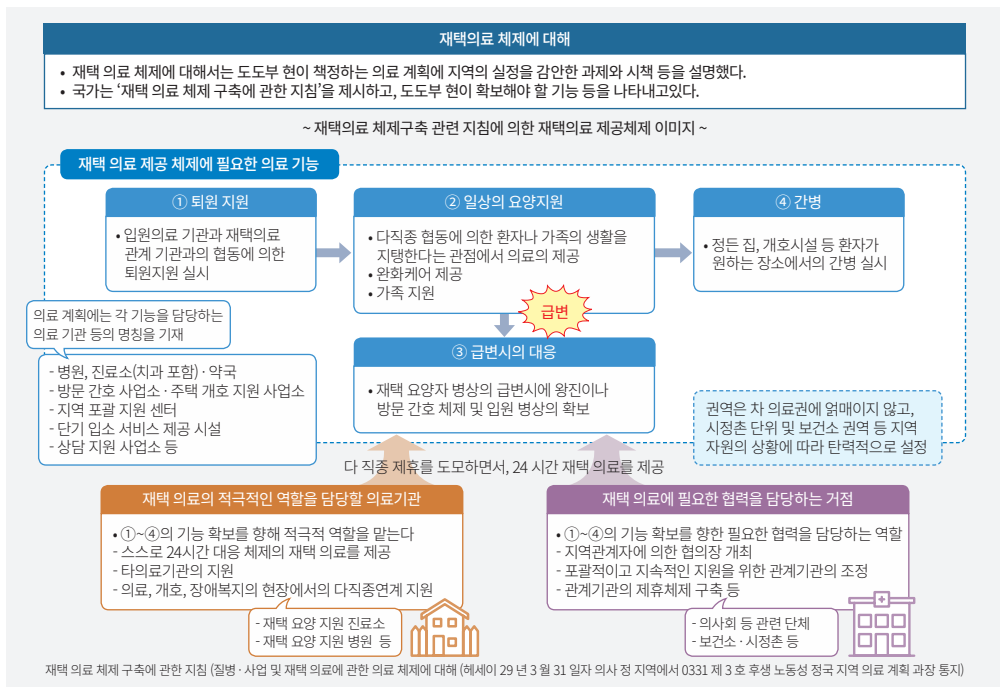
다. 일본의 지역포괄케어와 재택의료

일본에서 지역포괄 케어시스템의 선구가 된 것은 1970년대에 시작된 히로시마현 공립 미쓰기 종합병원을 거점으로 한 오노미치시 미쓰기초의 ‘지역포괄 케어’이다(표 2)(그림 3). 이후 의료와 복지의 다원적 서비스 제공 체제 속에서 보편화시켜 전국적인 정책으로 실현해 나가는데는 2000년이 지나서이다. 2000년에 개호보험 제도가 시작한지 얼마 되지 않아 후생노동성 보건국이 조직한 고령자 개호연구회가 발표한 ‘2015년 고령자 개호’에서 재차 지역포괄케어 구축의 필요성이 제언되었다(무토 마사키, 2017).

(표 2) 일본의 재택의료 제공체제

체제	① 퇴원 지원	② 일상의 요양 지원	③ 급변시 대응	④ 재택에서의 간병
목적	병원의 의료 기관과 재택 의료 관련 기관의 원활한 제휴에 의해, 빈틈없는 계속적인 의료 체제를 확보하는 것	환자의 질환, 중증도에 따른 의료(완화 케어 포함)가 다직종 협동에 의해 가능한 한 환자가 익숙해진 지역에서 계속적, 포괄적으로 제공될 것	재택 요양자의 병상 급변시에 대응할 수 있도록, 재택 의료를 담당하는 병원·진료소, 방문 간호 스테이션 및 입원 기능을 가지는 병원·진료소와의 원활한 제휴에 의해 진료 체제를 확보하는 것	정든 자택이나 간병시설 등 환자가 원하는 장소에서 간호를 실시할 수 있는 체제를 확보함

자료: 第4回 全国在宅医療会議 ワーキンググループ. 2017.



[그림 3] 일본의 재택의료 체제

자료: 第4回 全国在宅医療会議 ワーキング그룹. 2017.

일본의 재택의료에 대한 진료보수에서 재택 환자 진료 및 지도료는 왕진, 방문 진료, 방문 간호 등 의료 종사자가 방문하여 실시하는 의료를 평가하는 것으로 정의하고 있다. 일본의 경우 재택의료를 위한 본격적인 보험수가 개발은 2025년을 향한 의료제공체제 개혁과 재택의료 충실강화의 일환으로 2010년 진료보수개정으로 신설되면서 시작되었다(무토 마사키, 이건설 역, 2017).

기능강화형 재택요양 지원진료소·병원이란 2010년 진료보수개정으로 다음 요건을 만족시키는 진료소·병원으로서 신설되었다. ①재택의료를 담당하는 상근의사 3명 이상, ②과거 1년간 응급왕진의 실적 5건 이상, ③연간 재택 임종 실적이 2건 동시에 이 요건을 단독으로도 만족시키는 단독강화형과 단독으로는 만족시키지 못하지만 복수의 의료기관이 연계해 만족시킬 수 있었을 경우 인정하는 연계강화형 두 유형을 마련했다.

2014년 개정에서는 이 강화형 재택진료소, 재택병원의 실적요건은 인상되었다. 구체적으로는 상근의사 3명 이상의 인원요건은 바뀌지 않았지만 연간 응급 왕진 실적에서는 5건이 10건으로, 연간 재택 임종간호 실적이 2건에서 4건으로 난이도를 높였다.

2016년의 일본의 재택의료 제공하는 의원(진료소)의 기준은 아래(표 3)과 같다(厚生労働省保険局医療課, 2016).

(표 3) 재택요양 지원 진료소의 시설 기준 개요

	기능 강화형 재택요양지원진료소(의원)		재택요양 지원진료소(의원)
	단독형	연계형	
모든 재택요양지원 진료소(의원)가 만족해야 하는 기준	① 24시간 연락을 받는 체제 확보 ② 24시간 왕진 체제 ③ 24시간 방문간호 체제	④ 긴급 시 입원 체제 ⑤ 연계 의료기관 등에 대한 정보 제공 ⑥ 연 1회, 간호 수 등을 보고하고 있음	
기능 강화형 재택요양지원 진료소(의원)가 만족해야 하는 기준	⑦ 재택의료를 담당하는 상근 의사가 3명 이상	⑦ 재택의료를 담당하는 상근 의사가 연계 내에서 3명 이상	
	⑧ 과거 1년간의 긴급왕진 실적이 10건 이상	⑧ 과거 1년간의 긴급왕진 실적이 연계 내에서 10건 이상, 각 의료기관에서 4건 이상	
	⑨ 과거 1년간의 간호 실적 또는 초중증아/준초중증아의 의학관리 실적 중 어느 하나가 4건 이상	⑨ 과거 1년간의 간호 실적이 연계 내에서 4건 이상, 각 의료기관에서 간호 실적 또는 초중증아/준초중증아의 의학관리 실적 중 어느 하나가 2건 이상	
재택환자가 95% 이상*인 재택요양지원 진료소(의원)가 만족해야 하는 기준	⑩ 5곳/년 이상인 의료기관으로부터의 신규환자 소개 실적 ⑪ 간호 실적이 20건/년 이상 또는 초중증아/준초중증아 환자가 10명/년 이상 ⑫ (시설종관의 건수)/(재종관·시설종관의 건수) ≤ 0.7 ⑬ (요(要)개호 3 이상인 환자 + 중증환자)/(재종관 시설종관의 건수) ≥ 0.5		

* 재택환자가 95% 이상이라 함은 1개월에 초진, 재진, 왕진 또는 방문진료를 실시한 환자 중 왕진 또는 방문진료를 실시한 환자의 비율이 95% 이상
자료: 일본 2016년 진료보수 개정.

재택의료기관도 실시하였다. 재택 의료를 담당하는 상근 의사는 3명 이상 확보되지 않았지만 충분한 긴급 왕진 및 간병 실적을 가진 기관에 신설하였다. 과거 1년간의 긴급 왕진 실적이 10건 이상, 관찰 실적이 4건 이상인 것에 대하여 응급, 야간, 심야 왕진 재택의료실적 가산 75점, 터미널케어 재택의료실적 가산 750점 등을 실시하였다.

재택의료를 함에 있어 응급시의 후방병상의 확보가 중요하다. 이를 위해 재택요양 후방지원 병원을 신설해서 평가를 하게 되었다. 구체적으로는 재택환자 긴급입원 진료가산(입원 첫날) 2500점을 연계형 재택진료소, 재택병원, 재택요양 후방지원 병원이 받을 수 있게 했다. 재택요양 후방지원 병원의 요건은 이하와 같다. ①200병상 이상의 병원일 것, ②입원 희망환자에 대해서 응급 시에 언제든지 대응해 필요하다면 입원을 받아들일 것, ③입원희망 환자에 대해서 재택의료를 제공하고 있는 의료기관과 연계해 3개월에 1회 이상 진료정보의 교환을 할 것이다.

또한 재택의료에 빠질 수 없는 방문간호 스테이션의 평가도 이루어졌다. 기능강화형 방문간호 스테이션의 평가로서 기능강화형 방문간호관리요양비1의 1만 2400점과 기능강화형 방문간호관리요양비2의 9400점이 신설되었다. 기능강화형 방문간호관리요양비1의 산정요건은 ①상근 간호직원 7명 이상, ②24시간 대응체제가산, ③방문간호 터미널 요양비 또는 터미널케어 가산의 산정수가 연 합계 20회 이상 등이다.

최근에는 재택의료를 전문적으로 수행하는 의료기관의 개설까지 확대되고 있다. 외래 응수체제를 가지고 있을 것이 원칙임을 명확히 하고, 아래의 요건 등을 만족하는 경우에는 재택의료를 전문적으로 실시하는 진료소의 개설을 인정한다. 주요 개설요건은 ①외래진료가 필요한 환자가 방문한 경우에 대응할 수 있도록 진료지역 내에 2곳 이상의 협력의료기관을 확보하고 있을 것(지역의사회로부터 협력의 동의를 얻은 경우는 제외), ②재택의료 도입 관련 상담에 수시로 응하고, 환자·가족 등의 상담에 응할 설비·인원 등이 정비되어 있을 것, ③왕진 및 방문진료를 요청 받은 경우, 의학적으로 정당한 이유 등이 없이 거절하지 않을 것, ④긴급 시를 포함해 수시로 연락에 응할 체제가 정비되어 있을 것이다. 물론 평가기준도 까다로우며 대표적인 예로 재택환자가 점하는 비율이 95% 이상, 5곳·년 이상인 의료기관으로부터의 신규환자 소개 실적 등이 있다.

시사점은 일본은 한국과 많은 점을 공유하고 있다는 것이다. 최근 많은 커뮤니티케어 관련 전문가들이 일본을 방문하고 있으며, 한국과 일본의 차이와 특성을 고려해야 한다. 일본의 재택의료에 대한 특징은 전체 의료체계의 변화 속에서 지역포괄케어, 재택의료를 활성화하는 점을 유의 깊게 봐야한다. 지역별 병상수급 조절, DPC¹⁾ 제도의 시행, 재원기간의 단축 등 의료 전달체계의 흐름 속에서 재택의료의 중요성이 강조되고 있다. 급성기 의료

1) DPC(Diagnosis Procedure Combination)란 일본의 진단군분류포괄평가로 의료비 정액지불을 의미한다.

보험과 노인을 대상으로 하는 개호보험과의 연계도 고려해야 한다. 일본 재택의료는 다양한 형태로 제공되고 있으며 단계적이다. 보험수가의 대한 신설, 수가 조정, 급여 기준 개선을 지속적으로 추진하고 있는 점을 유의해야 한다. 재택의료 제공 기관의 경우에도 기능강화형, 연계형에서 시작하여 가산수가, 재택전문기관으로 확대해 나가고 있다. 이는 단기간에 이루어지지 않으며, 재택医료를 제공하는 기관에 대한 기준은 우리의 현실을 고려하여 단기적, 장기적 과제를 제안해야 한다.

4. 나가며

가. 재택의료와 관련된 기타 쟁점

1) 재택의료 활성화 기전

재택의료의 활성화 기전이다. 입원이 너무 쉽다. 아무런 제약이 없으며, 병원, 시설 중심의 공급체계에서 가정, 지역 중심의 재택의료는 공급자와 환자, 소비자에게 경제적 유인 동기가 없으며 매력도 별로 없다. 병원, 시설의 공급자들은 환자 유치에 경쟁이 치열하며, 환자를 지역에 보낼 이유가 없다. 지역별 병원, 시설의 적정 규모 설정, 과잉공급된 병원과 시설에 대한 통제 기전, 부적절 입원을 방지할 재정 기전, 수가 등이 있어야 한다. 현재의 상황에서는 병원, 시설이 비용 효과적일 수 있으며, 숙박, 식사, 목욕, 냉난방의 기본 생활을 위한 것과 의료, 건강을 제공한다. 가정과 지역에서도 이런 것을 제공할 수 있어야 한다.

2) 가족의 실제적인 부담과 지역사회의 수용도

가족의 실제적인 부담과 지역사회의 수용도이다. 가족이 모든 부담을 해소할 수 없으며, 가족과 지역사회에서 서로 부담을 해야한다. 물론 이런 부담을 사회, 국가가 같이 나누어야 하며, 도덕적 위해를 방지하기 위한 장치도 필요하다.

3) 재원에 대한 검토

국비, 지방비로 할 것인지, 보험재정으로 할 것인지 정해야 한다. 노인돌봄의 경우 급성기 건강보험과 노인장기요양보험의 두 가지 보험에 모두 관계되어 있으며, 두 개의 보험급여 원리가 너무 극단적이다. 하나는 매우 자유롭고, 관대하며 다른 하나는 급여에 대한 심사를 받아야하며, 엄격하다. 이 두 가지의 다른 성격을 어떻게 조정, 연계할 것인가에 대한 논의가 필요하다.

4) 지역의 규모에 대한 논의

커뮤니티케어의 지리적 범위, 인구 규모를 어떻게 할 것인가이다. 이것은 소비자의 선택과 제약에 대한 논의로 매우 민감할 수 있다. 의료전달체계와 같이 진료권을 설정할 것인가? 대상자 및 서비스 공급자의 자유로운 이동과 공급자의 진입을 허용할 것인가? 지역적 구분이 없다면 지나친 경쟁과 지역기반을 조성하지 못할 가능성이 있다.

5) 다직종 협동

커뮤니티케어를 위해서는 급성기 단계에서부터 가정, 지역사회에 이르기까지 연결된 케어의 제공이 중요하다. 집이나 지역사회에서 의료뿐 아니라 간호, 간병, 생활지원 등 의료·보건·복지·주거 환경에 대한 복합적인 지원 체제를 확보하는 것이 중요하다. 사회복지사, 간호사, 물리치료사, 작업치료사, 간병사 등 다양한 인력이 병원, 시설, 가정, 지역사회에서 같이 협력하여 각자 맡은 직무를 수행해야 한다. 이것 역시 복잡한 이해관계를 조정해야 하는 문제가 있다.

6) ICT 및 의료정보

ICT 및 의료정보 등에 대한 것이다. 지역돌봄은 다양한 조직, 인력이 관련한다. 상호 이해 촉진을 위한 대처가 필요하다(栃木県, 2017). IT시스템은 정보공유 방법 중 하나이며, 또한 업무의 효율화를 가능하게 하므로 그 유용성에 대하여 더 말할 나위가 없다. 그러나 IT 시스템에도 문제점이 있다. 의료, 간호, 영양, 복지, 생활지원에도 각각 중요하고 필요한 정보는 조금씩 차이가 있다. 이러한 정보를 모두 포함시키면 정보량은 방대해져, 등록에 큰 인력이 필요하므로, 유익성, 효율성이 떨어지는 시스템이 된다. 최소한의 정보로 효율적이고 효과적이 시스템이 구축될 수 있도록 검토가 필요하다(高橋明, 2018).

7) 지역 거버넌스, 보건의료의 지방자치에 관한 논의

커뮤니티케어에 지역이 보이지 않는다는 비판이 있다. 기획, 보험제도 등 모든 것이 중앙정부 중심, 중앙의 보험조직 중심, 수도권 중심이다. 지역돌봄에서 지역단위 역할은 필수적이다. 지역의료, 복지 계획 수립, 지역단위 공급자의 연계(보건, 복지, 의료), 모니터링 및 평가 등 지역은 커뮤니티 인프라 구축에서 매우 중요한 역할을 해야한다. 일본의 의료법 43조 4항에서 도도부현은 지역 실정에 맞추어, 의료 제공 체제 확보를 위한 계획(이하 의료 계획)을 정해야 한다. 우리나라의 경우 지역보건법에 따른 의료계획은 실행력이 거의 없다. 지역 연계를 위한 재정 기전과 권한이 없는 상황에서 지역돌봄 체계 구성은 매우 제한적이다.

나. 접근 방안

1) 새로운 패러다임으로의 접근

새로운 패러다임으로 재택의료에 접근해야 한다. 관련되는 법 개정, 재원 조달 및 재정 배분, 새로운 급여의 개발, 재택의료 공급자, 공급자간의 협력, 지자체의 역할 등을 고려하면 기존의 틀과 제도적 범위 내에서는 한계에 쉽게 봉착할 것이다. 기존의 틀에서 퇴원상당 수가, 환자의뢰수가, 방문진료 수가 개발과 같이 단편적 수가 개발로는 제한적이다.

2) 전체 의료전달체계의 관점에서 논의

재택의료만을 봐서는 안된다. 급성기에서 회복기, 요양병원, 요양시설, 호스피스에 이르기까지 전체 의료전달체계의 관점에서 보아야 하며, 일차의료 강화의 관점이 매우 중요하다. 또한, 건강보험, 장기요양보험을 같이 고려해야 한다. 장기요양보험 촉탁의, 방문지시서, 재가서비스 등 실행 기전을 만들어야 한다. 현재 제도에서 풀어갈 수 있는 실마리는 적지 않으며, 보건, 복지와의 연계가 필요하나 변수가 너무 많아질까 염려가 된다.

3) 노인의 독립적 생활을 강화하기 위한 지원

노인의 독립적 생활을 강화하기 위한 지원의 관점이 중요하며, 다소 이념적, 철학적 원칙도 필요하다. 모든 것을 보험급여로 해결할 수는 없으며, 생활지원의 경우 개인의 책임성, 가족의 책임, 사회의 책임성을 구분하기 쉽지 않다. 보장성 강화와 개인의 책임성이 균형을 갖추어야 한다. 일본의 70년대 노인의료비 무료화 정책의 문제점을 경험하였다. 일본은 1969년에 아키타현(秋田県)과 도쿄도(東京都)가 노인의료비의 무료화를 시작한 것을 계기로 각지의 지방공공단체가 이러한 움직임에 편승하여 1972년에는 두 곳의 현(県)을 제외한 전국에서 노인의료비가 무료화하는 상황이 되었다. 이후 노인의료비는 현저하게 증대하여, 각 의료보험의 재정을 압박하게 되었다(김용택, 2005). 일본의 전문가와 고위관료들은 이 제도의 실패를 한국이 반복하지 않기를 권고하였다.

4) 부문간 협력과 이해 당사자의 참여

부문간 협력과 이해 당사자의 참여를 어떻게 할 것인지 고려해야 한다. 정부 주도의 부분적 대안 제시로는 한계가 있다. 이미 다양한 이해관계자의 정책적, 정치적 행보가 활발하며, 이들을 배제할 수 없다. 의협, 간호사회 등 다양한 단체들을 고려하면 이해 갈등의 가능성이 높다. 예측 가능한 리스크를 어떻게 해결하고 상호 협력적 이해관계의 틀을 짤 것인가를 고민해야 한다.

이 글을 통해 재택의료와 커뮤니티케어에 대한 다양한 의견과 근본적인 논의를 하는데 도움이 되기를 바란다. X

참고문헌

- 김용택. 일본의 장수사회 케어시스템과 관련시책. 서울: 도서출판 보고서. 2005.
- 김기범. “커뮤니티케어에 방문진료 포함, 의료계가 미리 고민해봐야 할 것들”. MEDIGATENEWS. 2018.11.22.
- 김명환. “왕진, 한때 진료 건수의 30% 차지... 한밤 요청도 거부하면 '惡德 의사'로 처벌”. 조선일보. 2018.08.15.
- 무토 마사키 저, 이근세, 김수진, 박진상 역. 일본의 의료보험 개호보험 개혁, 2025년을 향한 카운트다운. 서울: 계축문화사. 2017.
- 보건복지부 관계부처 합동. 1단계: 노인 커뮤니티케어 중심 「지역사회 통합 돌봄 기본계획(안)». 2018. 11. 20.
- 보건복지부. 2017 의료기관 개설 및 의료법인 설립 운영 편람. 2017.
- 보건복지부. “「국민건강보험법」, 「노인장기요양보험법」, 「사회복지사업법」, 「공중위생관리법」 등 복지부 소관 43개 법안, 2018년 11월 23일 국회 본회의 통과”. 보건복지부 보도자료. 2018.11.23.
- 박양명. “커뮤니티케어 의료계 역할 찾기 ”지역의사회 주도 필수””. 메디칼타임즈. 2019.04.19.
- 성중호. 촉탁의 제도 개편과 평가. 계간 의료정책포럼. 2017; 15(2).
- 소예경, 방효중, 박은영, 김윤수, 김홍수. 퇴원 후 환자요구도 평가 및 지역연계체계 개발 연구. 서울특별시 공공보건의료재단. 2018.
- 이윤환. 초고령사회와 보건의료대응. 보건복지포럼. 2015. 7.
- 임슬. “왕진 도입시 고려해야 할 8가지...수가는 얼마여야 하고 법적 책임 피할 수 있나”. MEDIGATENEWS. 2018.11.1.
- Pushpangadan M, Burns E. Caring for older people: Community services: health. BMJ. 1996;313:805808.
- 高橋明. 地域連携ITシステムと地域包括ケア. 札医通信. No.606号. 2018.2.20.
- 第4 回全国在宅医療会議 ワーキンググループ. 在宅医療の体制構築について. 2017(平成29年)10月20日. 在宅医療の体制構築に係る指針(疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について(平成29年3月31日付け医政地発0331第3号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知).
- 厚生労働省保険局医療課. 平成26年度診療報酬改定の概要【在宅医療】. 平成26年度診療報酬改定. 厚生労働省保険局医療課 2014(平成26年)3月20日在宅医療推進会議資料.
- 田城孝雄. Geriatric Medicine 高齢者の在宅医療 -実践ガイド-. 在宅医療ネットワーク | 国在宅療支援診療協会. [cited 2019 May 21]. Available from: <http://www.zaitakuiryo.or.jp/zaitaku/files/kaisetsu/006.html>.
- 株式会社日本能率協会総合研究所. 在宅医療連携モデル構築のための実態調査 報告書. 2018(平成30年) 3月. 厚生労働省 医政局 委託事業. [cited 2019 May 21]. Available from: http://news.chosun.com/site/data/html_dir/2018/08/14/2018081403652.html.
- 栃木県 在宅医療推進協議会. 栃木県における在宅医療の現状と課題. 平成29年 3月. 토치기현 재택 의료 추진 협의회 토치기현에서의 재택 의료의 현황과 과제 2009년 3월. [cited 2019 May 21]. Available from: <http://www.pref.tochigi.lg.jp/e02/documents/documents/ref2h29june.pdf>.
- 厚生労働省保険局医療課. 平成28年度診療報酬改定の概要. 2016年3月4日版. [cited 2019 May 21]. Available from: <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000115977.pdf>.