

일본 급성기 이후 입원 의료서비스 체계 고찰

The post-acute inpatient care system in Japan



박다혜 주임연구원
건강보험심사평가원 약제정책연구부

- Key Points**
- ☑ 일본은 급성기 이후 특성화된 입원 서비스 제공이 가능하도록 의료기능별로 병동 구분
 - ☑ 각 병동은 기능별 맞춤 서비스 제공에 필요한 인력 및 시설기준 확보 필수
 - ☑ 병동별 실적 기준에 따른 입원료 차등을 통해 환자 환류
- Key Words** 일본 의료보장제도, 급성기 이후 입원 의료서비스, 의료전달체계
Japanese healthcare system, Post-acute inpatient care, Healthcare delivery system

1. 들어가며

우리나라는 급성기 의료기관 장기입원은 억제하면서 일정기간 입원이 추가로 필요한 환자들의 입원을 보장하기 위한 의료기관의 필요성이 대두됨에 따라 2008년 1월 의료와 요양이 혼합된 형태의 7등급 환자분류체계별 요양병원 일당정액제를 시행하게 되었다.

하지만 중증도·자원소모량을 제대로 반영하지 못하는 일당정액체계, 장기입원제어 기전 부족, 적정입원 조정 관련 제도 부재 등의 문제로 인해 의료적 필요도가 요구되는 환자들의 입원을 충분히 보장하기 위한 본래 도입 취지에서 벗어나 경증환자들의 장기체류 시설로 활용되는 부작용이 발생했다. 이를 개선하기 위해 건강보험정책심의위원회에서 수차례 관련 사항들이 논의되어 왔고, 2019년 4월 제1차 국민건강보험종합계획 및 시행계획 내 요양병원 관련 제도 전면 개편내용이 발표되었다. 이에 따라 기존 7단계에서 5단계로의 환자분류군 개편(2019.11.), 입원료 체감제 개선(2020.1.)을 시작으로 의학적 중증도에 적합한 환자분류체계 및 수가수준 개편, 불필요한 입원방지를 위한 본인부담 제도 개선을 단계적으로 추진하게 되었다.

특히 중증도가 상이한 환자들이 요양병원 단일 분류체계 내에 혼재되어 있어 현재까지도 환자 특성에 적합한 입원 서비스 제공이 미흡한 실정이기 때문에, 이 글에서는 우리나라보다 먼저 고령화를 경험하고 관련 제도들을 수립해 온 일본의 급성기 이후 입원 의료서비스 운영현황을 고찰하여 요양병원 역할(표 1)에 적합한 환자분류체계 검토를 위한 시사점을 도출하고자 한다.

(표 1) 의료법상 요양병원 입원 대상

<p>제36조(요양병원의 운영)</p> <p>① 법 제36조제3호에 따른 요양병원의 입원 대상은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자로서 주로 요양이 필요한 자로 한다.</p> <p><u>1. 노인성 질환자, 2. 만성질환자, 3. 외과적 수술 후 또는 상해 후 회복기간에 있는 자</u> (이하 생략)</p>
--

자료: 의료법 시행규칙, 보건복지부령 제712호(2020.2.28.).

2. 일본의 급성기 이후 입원 의료서비스 제공 현황

가. 일본 건강보험 제도 개요

일본은 1961년부터 전국민 건강보험이 적용되었으며 각 보험자별로 보험료를 달리하는 조합방식을 채택하고 있지만 건강보험이 적용되는 의료서비스, 치료재료 및 의약품의 가격은 중앙정부(후생노동성)가 결정한다. 일본의 건강보험제도는 크게 피용자를 대상으로 하는 피용자보험(직장건강보험)과 농민, 자영업자, 연금수령자 등을 대상으로 하는 국민건강보험(지역건강보험), 그리고 이와 별도로 75세 이상의 노인을 대상으로 하는 후기고령자의료 제도로 구분된다. 지불방식은 행위별 수가제와 DRG체계를 혼합하여 DPC/PDPS(Diagnosis Procedure Combination/Per-Diem Payment System, 이하 DPC) 지불제도를 실시하고 있으며 입원기본료, 간단한 검사, 진단, 약, 주사, 처치 등은 포괄료, 수술, 고비용 검사, 재활 등은 행위별로 산정한다.

보험자는 심사 및 지불에 관한 업무를 도도부현 구역을 관할지로 하는 국민건강보험단체 연합회(국보연합회 또는 국보련) 또는 사회보험진료보수지불기금에 위탁하여 관리하고 있다. 진료보수(이하 수가)는 재정부와 후생노동성 장관이 총액 개정률을 정하고 후생노동성 산하 중앙사회보험의료협의회(중의협)에서 개별 의약품 가격과 의료서비스 개정률을 정하여 2년 단위로 개정한다.

한편 건강보험 외에도 의료보장 제도의 일환으로 간호 또는 지원이 필요한 자에게 관련

서비스(거택서비스, 시설서비스, 예방서비스 등)를 제공하는 개호(介護)보험이 존재하는데, 이 글에서는 건강보험이 적용되는 입원 의료서비스 현황을 위주로 고찰하였기 때문에 개호보험 영역은 기술하지 않았음을 미리 밝힌다.

(표 2) 일본 건강보험 제도 개요

구분	내용
보험적용대상	전국민보험
의료보장유형	사회의료보험(SHI) ¹⁾ 방식
보험자	다(多)보험자
지불제도	포괄수가 및 행위별 수가(DPC/PDPS)
심사 및 지불	사회보험진료보수지불기금, 국민건강보험단체연합회
수가조정기전	중앙사회보험의료협회의 의견을 받아 후생노동성 장관이 결정하여 고시, 2년에 한 번씩 개정

주: 1) SHI방식은 의료보장에 대한 국가의 책임을 기본으로 하되, 의료수요자에게 보험료를 부과시킴으로써 1차적으로 국민에게 부담 의무를 전제하는 제도이며 비스마르크 방식이라고도 불림(보건복지부·한국보건사회연구원, 2012).

자료: 한국보건사회연구원. 일본의 사회보장제도. 2018.

나. 일본의 급성기 이후 입원서비스

1) 지역의료구상에 따른 기능별 병상 구분

2014년 6월, 일본은 단카이 세대¹⁾가 모두 후기 고령자가 되는 2025년을 대비하여 의료 수요 및 필요병상을 추계하여 의료공급체계를 정비하는 내용의 '지역의료구상'을 공표하였다. 이들은 병상기능을 ① 고도급성기, ② 급성기, ③ 회복기, ④ 만성기로 구분하여, 병원들로 하여금 도도부현에 기능별 병상현황, 인력, 진료내용 등을 보고하도록 하였다. 시작 당시(2014년) 파악된 병상수는 약 135만 병상 정도였는데 2025년 필요 병상수는 이보다 약 15.6만 병상 정도 적은 119.8만 병상으로 추계됨에 따라 현재의 급성기 및 만성기 병상을 줄이고(중증도 기준을 충족하지 못하는 병상은 지역포괄케어 등으로, 요양병상은 개호의료원²⁾ 등으로 전환 유도), 회복기 등의 아급성기 확충에 주안점을 두는 방향으로 계획하였다. 한편 지역의료구상 병상기능에 따라 구성되는 병동 기준으로 이를 다시 구분하면, 급성기 이후 회복기(회복기재활병동, 지역포괄케어 병동), 만성기(요양병동), 기타(완화케어 병동, 치매병동)의 형태로 제공되는 것을 확인할 수 있다(표 3).

1) 1947~1949년 출생한 베이비붐 세대로서 일본 전체 인구 중 5.4%를 차지

2) 의료기능을 포함한 개호보험 시설계 서비스

(표 3) 의료기능에 따른 병동 구분

구분	급성기	회복기		만성기	기타	
기능	급성기 의료제공	재택복귀를 위한 의료·재활제공		장기요양 필요 환자 입원	완화케어 제공	치매환자 치료 제공
의료법상 병상	일반병상	일반병상		요양병상	일반병상	정신병상
병동 구분	일반병동 (고도급성기/급성기)	회복기 재활병동	지역포괄 케어 병동	요양병동	완화케어 병동	치매치료 병동

자료: 무도마사키, 2018; 후생노동성 홈페이지(20.2.18.접속). 재구성

2) 병동별 운영 현황

가) 회복기재활 병동

회복기재활 병동은 회복기재활³⁾을 전문으로 실시하는 병동으로, 병실 면적은 환자당 6.4㎡ 이상, 인력은 재활의학과 의사 1명 이상, 간호사 13:1~15:1, 전담 물리치료사(Physical Therapist, 이하 PT), 전담작업치료사(Occupational Therapist, 이하 OT)를 필수로 배치해야 하며, 질환별 재활 서비스에 따라 필요시 전담 언어치료사(Speech Therapist, 이하 ST), 사회복지사 등도 요구된다. 1일 2단위(1단위=20분) 이상 재활이 필요한 환자들이 주로 입원하며, 5개 질환군(뇌혈관·운동기⁴⁾·비사용 증후군⁵⁾·심혈관·호흡기) 및 난치병 환자, 장애아(자), 암환자 등 질환군을 중심으로 재활요법을 구분하고 있다.

해당 병동에 입원할 경우 시설기준 및 산정요건 등에 따라 회복기재활 병동 입원료가 6 단계로 차등되는데 재활병동 내 간단한 행위, 약제, 치료재료 등은 모두 입원료에 포함된다. 또한 질환별 재활요법료도 보상해주고 있으며, 5개질환군 및 그 외로 구분하여 산정되고 있다(표 4). 5개질환군의 경우 질환군별, 시설기준별로 수가가 차등되고 1일 6단위, 별도로 정한 환자⁶⁾에 대해서는 9단위까지 표준산정일수 상한을 두어 급여 가능한 기간을 제한하고 있다(표 5). 그 외 난치병, 장애아(자), 암, 섭식장애 및 시력재활 등에 대한 재활료는(표 6)과 같으며 재택의료 관련 수가, 투석, 치매간호(케어팀⁷⁾에 의한 관리계획), 별도 산정 약

3) 발병 후 1~2개월 이내에 회복을 목표로, 급성기 재활치료 후 질환관리에 유의하면서 능동적이고 다양한 훈련을 중심으로 치료하는 재활(이혜진 등, 재활의료 수가체계 개발 방안. 건강보험심사평가원. 2016. 재인용)

4) 현재 시행중인 재활의료기관 수가 2단계 시범사업(2020.3.)에서 규정하는 대상환자 중 ‘근골격계 질환 및 절단’과 유사

5) 급성질환이나 수술로 인해 기능상태가 현저하게 저하된 경우(재활의료기관 수가 2단계 시범사업 지침. 보건복지부-건강보험심사평가원. 2020. 발제)

6) 회복기 재활 입원료를 산정하는 환자, 뇌혈관 질환 발병 후 60일 이내인자, 회복기재활 병동 입원료 시설기준1을 만족하는 병동에 입원한 환자 중 초기보행 및 ADL 자립훈련을 받는 환자

7) 치매전문 의사, 간호사, 사회복지사, 정신보건사, PT, OT, 약사, 영양사 등

제⁸⁾ 등은 별도산정이 가능하다.

한편 회복기재활 대상이 아닌 환자가 입원할 경우에는 시설 기준에 따라 회복기재활병동 입원료보다 상대적으로 낮은 요양병동 입원료1 의 I(814점, 회복기 재활병동 입원료 1~4시설에 해당) 또는 2의 I(750점, 회복기 재활병동 입원료 5~6 시설에 해당)만 산정해주고 있다.

(표 4) 회복기재활 병동 입원료(1일당)

(단위: 점)

구분	평가주기	입원료1	입원료2	입원료3	입원료4	입원료5	입원료6
의사	매월 실적	전임(專任) ¹⁾ 상근 1명 이상					
간호인력		13대 1 이상 (70% 이상 간호사)	15대 1 이상 (40% 이상 간호사)				
간호조무사		30대 1					
재활전문가		전종(專從) 상근 PT 3명, OT 2명 이상, ST 1명 이상	전종 상근 PT 2명, OT 1명 이상				
사회복지사		전임 상근 1명 이상	-				
영양사		전임 상근 1명 (노력 의무)	-				
재활계획서 영양항목기재		필수	-				
재활제공체제		휴일 포함 연중무휴 재활 제공 체제	※ 휴일 재활제공체제 가산 有				
실적 지수 ²⁾		37 이상	-	30 이상	-	30 이상	-
입원 시 중증환자비율 (ADL 평가 10점 이상)			30% 이상	20% 이상		-	
입원 시 중증환자의 퇴원시 ADL 평가		직전 6개월 실적 평가	30% 이상이 ADL 4점 이상 개선	30% 이상이 ADL 3점 이상 개선		-	
재택복귀율 ³⁾			70% 이상				-
수가 ⁴⁾			2,085	2,025	1,861	1,806	1,702

주: 1) 전임(專任, 해당업무에 50%이상 종사), 전종(專從, 해당업무에 80%이상 종사)

2) 각 환자의 입·퇴원시 FIM(Functional Independence Measure) 총합 / (각 환자의 재원일수/질병별 입원 기본료 산정 상한일수)

3) 재택복귀율은 다른 의료기관에 병원을 옮긴 환자 등(개호 노인 보건 시설 포함)은 제외

4) 1점당 10엔

자료: 후생노동성 홈페이지. 2018 진료보수개정의 개요. 2018. 재구성.(20.2.18.접속)

8) ① 인터페론 제제, ② 항바이러스제, ③ 혈우병 치료에 따른 혈액 응고인자 제제 및 혈액 응고 제제, ④ 항암제, ⑤ 마약 성진통제, ⑥ 만성신부전 환자 빈혈 치료제(에리트로포이에틴(Erythropoietin, EPO), ⑦ 다베포에틴(Darbepoetin)

(표 5) 5개질환군별 재활료

구분	뇌혈관질환	운동기	비사용 증후군	심혈관	호흡기
표준산정일수	180일	150일	120일	150일	90일
시설기준 I	245점	185점	180점	205점	175점
	유지기 ^{a)} 147점	유지기 11점	유지기 108점		
시설기준 II	200점	170점	146점	125점	85점
	유지기 120점	유지기 102점	유지기 88점		
시설기준 III	100점	85점	77점	-	-
	유지기 60점	유지기 51점	유지기 46점		

주: 1) 입원 중인 환자 외에, 상기에 관계없이, 필요가 있어 표준적 산정일수를 넘어 재활치료를 실시했을 경우는 월 13단위에 한정해 추가산정 가능

자료: 후생노동성 홈페이지. 진료보수점수표(재활).(20.2.18.접속)

(표 6) 5개 질환군 외 질환별 재활료

수가	산정기준	
난치병환자 재활료 (1일당, 640점)	- 난치병환자에 대해 1일당 1회 6시간 이내 진행하였을 경우 산정 - 같은 날 실시한 다른 재활 및 치료목적으로 제공되는 식사는 해당 수가에 포함 - 여기서 말하는 난치병은 난치병 환자에 대한 의료 등에 관한 법률(2015.1.)에서 정한 난치병에 해당	
장애아(자) 재활료 (1일당, 155~225점)	- 1일 6단위까지 가능하며 운동, 작업, 언어치료 제공을 하고 다른 재활훈련료와 복수 산정은 불가하나 장애의 특성상 복합적인 문제를 감안하여 다른 기관에서 타 재활훈련료 및 암환자 재활비용을 산정하는 것은 가능. - 연령에 따라 6세 미만(225점), 6~18세 미만(195점), 18세 이상(155점)으로 차등	
암환자 재활료 (1일당, 205점)	- 1일 6단위까지 가능하며 암치료 중에 발생하는 통증, 근력 저하 등의 부작용 및 장애 등을 예방하고 개선하기 위한 목적으로 운동, 작업, 언어치료가 이뤄진 경우 산정 - 해당 시설에 암관련 교육 등을 수료한 의사 및 PT, OT, ST가 2명 이상 있어야 하며 재활계획을 구비해야 함	
림프부종환자 재활료 (1일당, 100~200점)	- 중증 림프부종 환자의 경우 치료개시일로부터 2개월 이내 총 11회 한도로 200점을 산정해 주며 그 외에는 6개월에 1회로 100점이 산정 - 운동, 작업, 지압요법 등의 복합치료(림프마사지, 특수비탄력 붕대요법, 림프배출운동, 피부 관리 등) 제공	
기타	수유기능요법료 (1일당 130~185점)	- 섭식장애가 있는 환자에 대해 의사(치과의사)의 지시에 따라 간호사, 치위생사, PT, OT가 훈련지도를 제공 - 치료개시일로부터 3개월 이내, 1회 30분 이상 월4회 한도로 실시할 경우 185점을, 뇌졸중 환자 대상으로 발병 후 14일 이내의 환자에게 15분 이상 30분 미만 실시할 경우 130점을 산정
	시력훈련 재활료 (1일당 135점)	- 시력 교정훈련을 제공할 경우 산정해주며 사시와 약시 훈련을 동시에 시행할 경우에는 주질한 기준으로 한 번만 보상
	집단커뮤니케이션 재활료 (1일당 50점)	- 뇌혈관, 비사용 증후군, 장애아(자)에 한해 집단 언어치료를 실시할 경우 산정되며 1명의 치료사가 다수의 환자를 대상으로 제공 - 해당 집단 언어치료 3단위는 질환별 재활치료료의 1단위로 환산되어 하루 18단위, 일주일에 108단위가 넘지 않도록 함

자료: 후생노동성 홈페이지. 진료보수점수표(의과). 2018; 후생노동성 시설 기준 및 그 신고에 관한 절차의 취급에 대해. 2018. 정리.

나) 지역포괄케어 병동

2014년 도입된 지역포괄케어 병동은 급성기 치료가 경과한 환자 또는 재택 요양을 하고 있는 환자들을 수용하고 환자의 가정복귀 지원 등을 실시함으로써 지역 포괄 케어 시스템을 지원하는 병동으로 정의된다. 의사, 간호사 및 간호직원 13:1 이상, 재활인력 및 재택 복귀지원 담당자 등의 인력 배치가 필수이며, 환자당 6.4㎡ 이상의 병실 면적을 확보해야 한다. 해당 병동은 급성기 이후 환자들 중, 일정기간 재활이 필요하거나 재택 등으로부터 긴급 입원이 필요한 자들이 주 입원 대상이고, 입원기준은 별도로 없지만 중증환자비율을 일정 이상 충족(8~10%) 해야 하기 때문에 일반병동에서 사용되는 중증도, 의료·간호필요도 평가표⁹⁾(표 7)를 통해 이를 조정¹⁰⁾하고 있는 것을 확인할 수 있다.

(표 7) 지역포괄케어 병동 중증환자 평가항목

A항목(모니터링 및 처치 등)	C항목(수술 등의 의료적 상황)
① 상처치료(육창치료 제외) ② 호흡케어(가래흡인만은 제외) ③ 점적정맥주사(3개 이상) ④ 심전도 모니터 관리 ⑤ 주사기 펌프 관리 ⑥ 수혈 및 혈액제제 관리 ⑦ 전문치료 및 처치(항암제, 마약성 진통제, 방사선치료, 면역억제제 등 제외) ⑧ 구급차를 통한 입원	① 개두수술(7일) ② 개흉수술(7일) ③ 개복수술(4일) ④ 뼈수술(5일) ⑤ 흉강경·복강경 수술(3일) ⑥ 전신마취, 척추마취 수술(2일) ⑦ 경피적혈관성형술, 침습소화기 치료 등의 내과적 치료(2일)

주: B항목(환자의 상태)은 인계, 이승(移乘), 구강청결, 식사섭취, 의복의 착탈, 지시사항 이행, 위험행동으로 구성
 자료: 후생노동성 홈페이지. 기본진료료의 시설기준 및 그 신고에 관한 절차의 취급에 대해·별첨6별지7(일반병동의 중증도, 의료·간호 필요도에 관한 평가표), 2018.

입원료는 시설기준에 따라 ‘지역포괄케어 병동 입원료’가 산정되며 간단한 행위, 치료재료, 약제, 재활료(수유기능요법 제외) 등은 여기에 포함된다. 또한 대상환자가 아닌 환자가 입원할 경우 회복기 재활병동과 마찬가지로, 시설 기준에 따라 지역포괄케어 병동 입원료보다 상대적으로 낮은 요양병동 입원료1의 I(814점, 지역포괄케어 병동 입원료 1~2 시설에 해당) 또는 2의 I(750점, 지역포괄케어 병동 입원료 3~4에 해당)만 산정해주고 있다(표 8).

이 외에 재택의료 관련 수가, 치매간호, 수유기능재활, 투석, 수술, 마취 및 별도 산정 약제¹¹⁾ 등도 별도로 보상된다.

9) A항목은 처치, B항목은 환자 상태, C항목은 수술 등으로 구성

10) 일반병동의 중증도, 의료·간호 필요도 해당 환자 8~10% 이상 필수(A항목(처치 등) 또는 C항목(수술 등))

11) 회복기재활, 지역포괄, 호스피스, 치매치료병동의 별도 산정 약제 목록은 동일(회복기재활병동 약제목록 참고)



(표 8) 지역포괄케어 병동 입원료(1일당)

(단위: 점)

구분	입원료1	관리료1 ¹⁾	입원료2	관리료2	입원료3	관리료3	입원료4	관리료4
간호직원	13:1 이상(70% 이상 간호사)							
중증환자비율	일반병동의 중증도, 의료·간호 필요도 I (10% 이상) 혹은 II (8% 이상), A항목(처치 등) 또는 C항목(수술 등)							
재택복귀지원	재택복귀지원담당자 1인 이상							
재활전문	PT, OT, ST 1명 이상							
재택복귀율	70% 이상				-			
병실면적	6.4㎡ 이상				-			
재택 등에서 입원	10% 이상	-	-	-	10% 이상	-	-	-
재택 등에서 긴급환자 수용	3개월 내 3명 이상	-	-	-	3개월 내 3명 이상	-	-	-
재택의료제공	○	○	-	-	○	○	-	-
개호에 대한 지침	○	○	-	-	○	○	-	-
신고단위	병동	병실	병동	병실	병동	병실	병동	병실
수가	2,738	2,724	2,558	2,544	2,238	2,224	2,038	2,024

주: 1) 관리료는 병원이나 병동 전체가 지역포괄케어를 실시할 경우 산정되는 입원료와 달리, 시설 기준 등을 충족한 병실에 대해 산정되는 수가

자료: 후생노동성 홈페이지, 2018 진료보수개정의 개요, 2018.재구성.(20.2.18.접속)

다) 요양병동

의료법 제7조 제2항 제4호에 규정하는 요양병상¹²⁾에 따른 병동으로 장기간에 걸친 요양이 필요한 환자들이 입원하는 병동이다. 요양병동의 인력 기준은 의사 48:1, 간호사 20:1 이상, 간호조무사 20:1 이상으로 타 병동들에 비해 다소 낮은 수준이며 환자당 6.4㎡ 이상 병실 면적이 요구된다. 환자분류체계의 경우, 우리나라 요양병원과 유사하게 환자의 질환명, 처치, 상태 등의 항목별로 제공되는 자원 소비량을 바탕으로 분류하고 있다(의료구분). 여기에 최근 3일간 환자의 일상수행능력 수준(ADL)을 평가하여 점수에 따라 구분하여 수가를 산정해주고 있으며 이 때 의료구분은 1에서 3으로 갈수록 의료필요도가, ADL은 개호필요도가 높은 것으로 해석한다.

한편 요양병동 수가는 산정요건에 따라 요양병동 입원료1, 2로 구분되는데, 앞서 언급한 의료구분 및 ADL의 9단계 조합으로 세분류된다(표 9). 이때 각 입원료 산정기준의 인력 기준은 일원화하되, 중증환자비율 기준이 높은 입원료1의 수가를 더 높게 설정하여 차등하고 있다. 해당 입원료에는 간단한 검사, 투약, 주사, 병리진단, 영상진단, 화상진단 및 처치

12) 정신병상, 감염병상, 결핵병상을 제외한 병원 또는 진료소 병상 중 주로 장기간 요양을 필요로 하는 환자를 입원시키기 위한 병상

비용이 포함¹³⁾되며, 욕창관리, 영양지도, 혈액투석 및 복막투석, 치매 간호, 중증 아동입원, 별도 산정 약제¹⁴⁾ 등은 별도로 산정가능하다.

(표 9) 요양병동 입원료(1일당)

(단위: 점)

입원료 1				입원료 2			
구분	의료구분 1	의료구분 2	의료구분 3	구분	의료구분 1	의료구분 2	의료구분 3
ADL 3	967	1,412	1,810	ADL 3	902	1,347	1,745
ADL 2	919	1,384	1,755	ADL 2	854	1,320	1,691
ADL 1	814	1,230	1,468	ADL 1	750	1,165	1,403

<p>[입원료1 산정요건]</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 간호사 20:1 이상 ② 간호조무사 20:1 이상 ③ 환자비율(의료구분2·3) 80% 이상 	<p>[입원료2 산정요건]</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 간호사 20:1 이상 ② 간호조무사 20:1 이상 ③ 환자비율(의료구분2·3) 50% 이상
---	---

자료: 후생노동성. 진료보수점수표(의과). 2018; 후생노동성 시설 기준 및 그 신고에 관한 절차의 취급에 대해. 2018. 정리.

라) 완화케어 병동

완화케어¹⁵⁾ 병동은 주로 고통의 완화를 필요로 하는 환자를 입원시키고, 완화케어를 제공하며 외래 및 가정에 대한 원활한 이행을 지원하는 병동이다. 해당 병동에는 완화케어 관련 교육을 이수한 완화케어 전문 의사 1명 이상, 간호사의 경우 급성기와 동일한 7:1 이상을 만족해야 하며 환자당 병실 면적 역시 8㎡ 이상으로 타 병동에 비해 높은 기준이 요구된다. 대상 환자는 악성 종양 또는 후천성 면역 결핍 증후군 환자이며 해당 병동에 완화케어 병동 대상환자가 아닌 환자가 입원할 경우에는 완화케어 병동 입원료 1(30일 이내 기준)의 약 1/9 수준인 일반병동 입원료의 특별입원기본료(584점)만 산정된다.

완화케어 병동에 입원할 경우 시설기준 및 입원일수(30일 이하, 31~60일, 61일 이상)에 따라 완화케어병동입원료가 차등되며, 특히 시설기준에서 평균 대기기간(14일 미만) 및 재택복귀율(15% 이상) 실적 중 하나라도 만족하면 더 높은 수가로 보상해주고 있다(표 10). 이 때 신체적·정신적 고통 경감이 필요한 대상 환자에게 제공되는 완화케어 서비스 내 간단한 행위, 약제, 치료재료 등은 해당 입원료에 포함되고 재택의료 관련 수가, (완화목적인) 방사선 치료, 별도 산정 약제 등은 별도산정 된다.

13) 단순 X선 촬영 및 진단, 상처치료, 객담흡인, 산소요법, 산소치료, 피부 연고치료, 방광세척, 유치카테터, 도뇨, 질세척, 소염진통제 등의 조치 등

14) 항암제, 마약성 진통제, 만성신부전 환자 빈혈 치료제(에리트로포이에틴(Erythropoietin, EPO), 다베포에틴(Darbepoetin))

15) 일본에서는 완화케어(緩和ケア)라는 용어로 사용되고 있어 이 글에서는 완화케어로 서술

(표 10) 완화케어 병동 입원료(1일당)

(단위: 점)

구분		입원료 1	입원료 2
의사		완화케어 관련 교육을 이수한 상근 의사 1명 이상	
간호사		7:1 이상	
병실면적		8㎡ 이상	
평균대기시간 및 재택복귀율		평균재원일수 30일 미만, 평균대기일수 14일 미만 또는 재택복귀율 15% 이상	-
수가	30일 이내	5,207	4,970
	31일~60일	4,654	4,501
	61일 이상	3,450	3,398

자료: 후생노동성. 진료보수점수표(입원료). 2019.; 후생노동성 시설 기준 및 그 신고에 관한 절차의 취급에 대해. 2018.정리.

마) 치매치료 병동

정신 증상 및 행동이상 이 특히 현저한 급성기 중증 치매 환자를 입원시키는 치매치료 병동은 정신과 의사 1명 이상, 간호인력은 요양병동과 유사한 수준의 20:1~30:1, 간호조무사 25:1 이상이 요구되며 치매환자 재활에 필요한 OT, 정신보건복지사(psychiatric social worker, 이하 PSW) 등의 인력도 필수로 규정하고 있다. 입원 대상환자는 중증치매환자로 집이나 다른 시설에서의 치료가 현저히 곤란하고 집중치료가 필요한 자이며, 해당 병동에서 입원서비스를 제공할 경우 치매치료 병동 입원료가 산정된다. 치매치료 병동 입원료는 입원기간 및 시설기준에 따라 차등되는데 간단한 행위, 치료재료, 약제는 여기에 포함된다(표 11). 또한, 입원일로부터 1년, 주3회 한도로 중증치매환자에 대해 치매 행동심리증상 개선 및 인지기능, 사회생활 기능 회복을 위한 운동, 작업, 언어요법 등의 치매 전문 재활을 실시할 경우 치매환자 재활료도 산정된다(1일당 240점). 이때 해당 시설에 치매 관련 교육 등을 수료한 의사 및 PT, OT, ST가 1명 이상 있어야 하며 이 외에 정신과 전문요법, 치매환자 재활, 투석, 별도 산정 약제 등도 별도 산정이 가능하다.

(표 11) 치매치료 병동 입원료(1일당)

(단위: 점)

구분	입원료 1		입원료 2	
재원	건강보험			
개요	정신과 의료를 단기간에 집중적으로 제공하는 병동			
입원대상	급성기 치매 환자로 단기간 치료가 필요한 자			
간호사	20:1 이상		30:1 이상	
간호조무사	25:1 이상		25:1 이상	
야간간호	간호사 또는 간호조무사 2인 이상 중 간호사 1인 이상		간호사 1명 이상	
OT	1명 이상			
PSW 등	1명 이상		-	
수가	30일 미만	1,809	30일 미만	1,316
	31 ~ 60일	1,501	31 ~ 60일	1,111
	61일 이상	1,203	61일 이상	987

자료: 후생노동성 홈페이지, 중앙사회보험의료협의회 총회 제357회, 2017.7.26.; 후생노동성, 진료보수점수표(입원료), 2018.; 후생노동성, 시설 기준 및 그 신고에 관한 절차의 취급에 대해, 정리, 2018.

3. 나가며

일본은 급성기 이후 특성화된 입원 서비스 제공이 가능하도록 의료기능별로 회복기(회복기 재활병동, 지역포괄케어 병동), 만성기(요양병동), 기타(완화케어 병동, 치매치료병동) 등으로 구분하고 있었다. 회복기의 경우 일정기간 재활이 필요하거나 단기 입원이 필요한 환자, 만성기는 장기간 요양이 필요한 환자, 기타 특정 질환(암, 에이즈, 치매) 환자들에 따라 서비스를 제공하고 있는 것을 확인할 수 있었다. 이 때 각 병동은 기능별 맞춤 서비스 제공에 필요한 인력기준을 만족해야 하는데, 병동내 주요 환자들의 특성에 따라 급성기와 동일한 수준의 7:1(완화케어 병동)부터 상대적으로 간호필요도가 낮은 20:1(요양병동, 치매치료 병동)까지 요구되는 인력수준에 차이가 있었고, 필요에 따라 전문의 및 기타 전문인력(물리치료사, 작업치료사, 사회복지사, 영양사, 정신보건복지사 등) 배치를 추가로 규정하고 있었다.

한편 의료기능별로 병동을 구분하여 운영하고 있음에도 불구하고 입소조건 등을 강력하게 규제하지 않는 지역포괄케어나 요양병동 등에서는 일정부분 대상환자들이 혼재될 수밖에 없는 상황이기 때문에 일본 역시 급성기 이후 의로서비스 제공기관들의 역할정립이 쉽지 않다는 것을 추측할 수 있다. 하지만 병동별로 요구되는 인력 및 시설기준 등에 따라 특화된 서비스(전문재활, 정신과 전문치료, 완화·호스피스 등)를 제공함으로써 환자들이 각자 필요에 부합하는 곳으로 이동할 수 있는 체계가 구축되어 있었고, 실적(질병군 구성비율 등) 기준을

강화하여 해당 병동에 적합한 환자군을 일정 비율 충족하지 못하면 입원료가 큰 폭으로 감소되도록 설정하여 공급자들의 행태유도에 따른 환자환류도 실시하고 있었다.

우리나라의 경우 최근 재활의료기관¹⁶⁾ 지정 본사업이 실시(20.3.)됨에 따라 재활 전문 의료기관이 운영되고 있지만, 기관수가 26개소로 매우 제한적이며, 현재까지도 요양병원이 급성기 이후 거의 모든 서비스를 담당하고 있다고 봐도 무방하다. 물론 일본 역시 병동 기능별로 실제적인 역할정립은 어려운 실정이나, 인력 및 시설기준, 병동별 중증환자 비율 요건 등을 구체적으로 설정하여 구분을 하고 있다는 점에서 차이가 있었다.

이에 우리나라 요양병원에서도 요양병원 기능에 적합한 환자들을 적절히 구분하여 수용할 수 있도록 의료필요도(중증도별, 질병군별)에 따라 환자분류체계를 구성하고 분류군별 서비스 제공에 대한 인력기준 및 보상체계 구축이 필요하다는 시사점을 도출할 수 있었으며 향후 환자분류체계 개편 방향에 이를 고려한 개선방안이 마련될 수 있길 기대한다. ✕

16) 의료법 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료기관 중 가목 ‘병원’에 해당하는 의료기관 중 재활의료기관 지정기준을 충족한 ‘재활의료기관’(재활의료기관 지정·운영 등에 관한 고시, 보건복지부 고시 제2019-187호(2019.8.30.))

참고문헌

무토마사키, 커뮤니티 케어: 일본의 의료와 개호. 계축문화사, 2018.
보건복지부, 한국보건사회연구원, 2011 발전경험모듈화 사업: 전국민 건강보험제도 운영과 시사점, 2012.
보건복지부, 건강보험심사평가원, 재활의료기관 수가 2단계 시범사업 지침, 2020.
의료법 시행규칙, 보건복지부령 제712호(2020.2.28.)
이혜진, 김명화, 이성우, 신한나, 재활의료 수가체계 개발 방안. 건강보험심사평가원, 2016.
재활의료기관 지정·운영 등에 관한 고시, 보건복지부 고시 제2019-187호(2019.8.30.)
한국보건사회연구원, 일본의 사회보장제도, 2018.
후생노동성(Ministry of Health Labour and Welfare), <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000106602.html>. (검색일자:2020.2.18.)