

용역보고서 2023-14

발 간 등 록 번 호
11-1543000-004470-01



사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS

농촌 방문진료 모델 발굴 연구

김동진

이나경·윤강재·전진아·박나영



농림축산식품부
Ministry of Agriculture, Food and Rural Affairs



한국보건사회연구원
KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS

■ 연구진

연구책임자	김동진	한국보건의사회연구원	연구위원
공동연구진	이나경	한국보건의사회연구원	전문연구원
	윤강재	한국보건의사회연구원	연구위원
	전진아	한국보건의사회연구원	연구위원
	박나영	한국보건의사회연구원	부연구위원

제출문

농림축산식품부 장관 귀하

본 보고서를 귀부와 용역계약(2022. 9. 13.)한 「농촌 방문진료 모델 발굴 연구」의
보고서로 제출합니다.

2023년 2월
한국보건사회연구원 원장
이 태 수



요 약	1
제1장 서론	13
제1절 연구의 필요성 및 목적	15
제2절 연구 내용 및 방법	19
제2장 이론적 배경	23
제1절 의료취약지	25
제2절 주치의제도	28
제3절 방문진료	29
제4절 소결	35
제3장 농촌 의료서비스 접근성 개선 정책 현황 및 쟁점	39
제1절 일차의료 방문진료 수가 시범사업	41
제2절 노인장기요양 재택의료센터 시범사업	47
제3절 노인장기요양사업	50
제4절 보건소 방문건강관리사업	56
제5절 AI·IoT 기반 어르신 건강관리서비스	61
제6절 공중보건 의사 배치	65
제7절 소결	68
제4장 농촌 방문형 의료서비스 국내외 사례	71
제1절 공중보건 의료기관형	73
제2절 공공+민간 융합형	83

제3절 민간의료기관형	88
제4절 순회진료형	98
제5절 일본 방문진료 사례	100
제6절 소결	112
제5장 농촌 방문진료 서비스 모델 발굴	119
제1절 방문진료 모델 발굴 방향	121
제2절 농촌 방문진료 서비스 모델(안)	126
제3절 소결	141
제6장 결론	145
참고문헌	153

표 목차

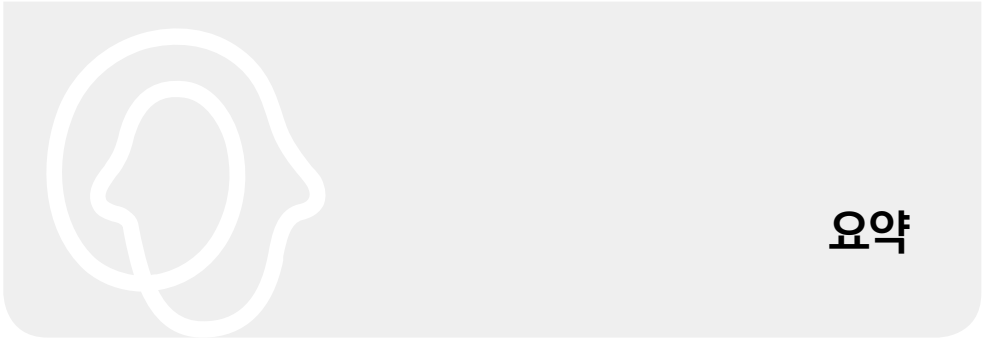
KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



〈표 1-1〉 행정구역별·중요과목별 서비스기준 충족 주민 거주지 비율	16
〈표 1-2〉 행정구역별·중요과목별 의료기관 평균 접근시간	16
〈표 1-3〉 농어업인의 농어촌 생활부분에 대한 중요도 및 만족도	17
〈표 1-4〉 방문형 의료서비스 사례수집을 위한 면담 참여기관	20
〈표 2-1〉 공공보건의료에 관한 법률의 의료취약지 지정·고시	26
〈표 2-2〉 의료취약지 지원사업에서의 의료취약지 정의	27
〈표 2-3〉 가정방문 일차의료의 정의에 따른 기준	30
〈표 2-4〉 「인구감소지역 지원 특별법」 방문진료 관련 내용	31
〈표 3-1〉 일차의료 방문진료 수가 시범사업의 방문진료 수가	43
〈표 3-2〉 농촌·도시 일차의료 방문진료 수가 시범사업 참여 의료기관 현황(2023. 1. 현재)	44
〈표 3-3〉 광역시도별 의료기관 시범사업 참여 현황(농촌, 2023. 1. 현재)	45
〈표 3-4〉 노인장기요양보험법	51
〈표 3-5〉 노인장기요양보험 장기요양등급 판정기준	51
〈표 3-6〉 방문건강관리사업 주요 내용	57
〈표 3-7〉 방문건강관리사업 대상 노인 인구 확대 시 추가 사업 인력 수 추정	60
〈표 3-8〉 건강관리군별 서비스 주기 및 디바이스 제공 개요	63
〈표 3-9〉 공보의 연도별 종별 신규 배치 현황	66
〈표 3-10〉 2019년도 공중보건 의사 등 편입 현황	66
〈표 3-11〉 공중보건 의사 기관종별 배치 현황	67
〈표 4-1〉 충청남도 방문진료 관련 조례	78
〈표 4-2〉 지역별 기본 개최횟수 배분 현황(2022년 실적 기준)	98
〈표 4-3〉 행복버스 사업 추진 현황(의료서비스, 2022년 실적 기준)	99
〈표 4-4〉 일본 재택의료기관의 유형 및 기준	103
〈표 4-5〉 재택의료(방문진료) 유사 사업 비교	116
〈표 5-1〉 장기요양 재택의료센터 시범사업 서비스 내용	125
〈표 5-2〉 부천시 통합방문간호센터 적용 사례	129
〈표 5-3〉 대상자별 단계적 접근	135
〈표 5-4〉 인구감소 지역(행정안전부고시 제2021-66호) 중 농촌지역	136
〈표 5-5〉 대상 지역별 단계적 접근	137
〈표 5-6〉 제공 가능한 서비스에 따른 사업 유형	140

그림 목차

[그림 2-1] 의료취약지 개념 정의	28
[그림 3-1] 방문진료 개념도	42
[그림 3-2] 재택의료센터 시범사업 내용	48
[그림 3-3] 장기요양인정 및 서비스 이용절차	52
[그림 3-4] 노인장기요양보험 관리운영체계	53
[그림 3-5] 장기요양수급자의 만성질환 개수 및 주요 만성질환 현황	54
[그림 3-6] 장기요양수급자의 지난 3개월 동안 의료기관 방문 횟수 및 지난 1개월 동안 처방전에 따른 약 복용 현황	55
[그림 3-7] 장기요양수급자의 지난 3개월 동안 의료기관 방문시 동행인 및 가구형태	55
[그림 3-8] AIoT 기반 어르신 건강관리서비스 참여 주기	62
[그림 3-9] AI·IoT 기반 어르신 건강관리서비스 시범사업 참여 보건소 현황(2021년)	63
[그림 4-1] 일본의 재택의료 연계모형 사례	104
[그림 4-2] 개호보험제도의 방문간호 제공 체계	111
[그림 4-3] 방문진료 유형별 사례: 공급자 특성별	112
[그림 4-4] 방문진료 유형별 사례: 환자 특성별	113
[그림 4-5] 방문진료 유형별 사례: 사업 특성별	114
[그림 5-1] 장기요양제도 내 광범위한 의료사각지대	132
[그림 5-2] 유형별 농촌 방문진료 서비스 모델(안)	142
[그림 5-3] 왕진서비스 기본 모형	143
[그림 5-4] 방문진료 서비스 기본 모형	143
[그림 5-5] 방문간호 서비스 기본 모형	144



요약

1. 연구의 배경 및 목적

- 농촌 소재 의료기관의 경영 여건 악화와 민간에 의존하고 있는 의료서비스 공급 구조로 인해 도농간 의료서비스 제공 인프라 격차는 점차 확대
 - 2021년 기준 농어촌에 분포한 의료기관은 도시의 12.8%, 군지역에서 활동하는 의사와 간호사는 각각 전체의 5.2%, 4.0%에 불과
- 농촌 주민은 의료서비스에 대한 접근성이 낮아 양질의 의료서비스를 받기 위해 다른 지역으로 이동하고 있는 현실
 - 생명과 직결되지만 수익성이 낮은 필수의료 공급 부족으로 거주 지역에 따라 사망률 격차가 발생하고 의료 공공성 저하
- 우리나라 의료정책은 불평등 해소보다는 전체 평균을 향상시키는 방향으로 진행해 왔으며, 의료의 평균 향상을 위한 정책은 의료취약지 해소 등 일부에 국한
 - 농업인은 농작업 관련 질환 등 유병률이 높고, 농촌은 도시에 비해 의료서비스의 접근성이 떨어져 '여성농업인 특수건강검진 시범사업'과 '농업안전보건센터'를 운영하고 있으며, 찾아가는 의료서비스 제공을 위한 '행복버스' 사업을 추진 중이나 의료사각지대를 해소하기에는 여전히 미흡
- 최근 소아청소년과 전문의 부족 사태에 대응해 정부는 중증·응급·소아·분만 등 필수 의료와 관련해 의료기관과 의료진의 보상을 강화하는 '필수 의료 지원 대책'을 발표한 바 있음.
 - 그러나 의료공백에 대한 중앙정부의 긴급대책에도 불구하고 농촌의 의료취약성은 일부 진료과목에 국한된 문제가 아니므로, 농촌 의료환경 개선을 위한 보다 근본적인 해결책이 요구되는 시점임.

- 따라서 농촌 지역의 의료접근성 개선을 위해서는 기존 지역자원을 적극 활용하고, 방문진료 등 새로운 의료서비스를 발굴하는 등 다각적인 정책 대안 모색 필요
- 지역사회에서 건강한 노후와 독립적인 삶을 영위하기 위해 원활한 의료서비스 이용이 중요하며, 특히 거동이 불편하여 의료기관에 직접 방문하지 못하는 환자에 대해서는 의료인이 직접 찾아가는 방문진료 서비스 필요

2. 주요 연구결과

가. 이론적 배경

- 현재 국내 법률상 의료취약지역에 대한 명확한 정의는 부재하며, 각 정책별로 필요에 따라 의료취약지를 지정하여 지원하고 있음.
- 선행연구에서도 연구자마다 의료취약지역에 대한 정의와 의료취약지역 선정 기준에 차이가 있어 공감대가 부족한 실정임.
- 정부는 「공공보건의료에 관한 법률」에 따라 의료공급이 부족한 지역을 2년 주기로 조사하고 있으며, 이때 의료자원의 분포와 지리적 접근성 등을 고려하여 의료취약지역을 지정하고 있음.
 - 「공공보건의료에 관한 법률」 제12조에 따라 보건복지부는 의료서비스의 공급이 현저하게 부족한 지역을 의료취약지로 지정하고 취약지역 주민의 의료서비스 접근성을 개선하고자 하는 ‘의료취약지 지원사업’을 2014년부터 시행 중에 있음.
 - 의료취약지 지원 정책에 대한 효과 분석을 위해 매년 실시하는 ‘의료취약지 모니터링’에서는 의료취약지 지역 개념을 다음과 같이 정의하고 있음: ① 의료 수요에 제한이 있으며, ② 보건의료자원에 대한 접근이 곤란하고, ③ 양질의 의료이용이 충족되지 못하며, ④ 건강수준 및 건강결과가 낮은 지역
 - 그러나 이와 같은 의료취약지 개념은 분만의료, 소아청소년과, 응급의료 등 일부 의료에 한정적으로 적용되어 의료접근성이 낮은 농촌 의료취약지역을 모두 포괄하지 못하는 실정임.

- 농촌 의료접근성 개선을 위해 의료취약지의 정의가 중요한 이유는 중앙 및 지자체에서 실시하는 의료접근성 개선 사업의 근거가 될 수 있기 때문임.
 - 현재와 같이 사업별로 의료취약지를 분절적으로 개념화하는 경우 지역의 의료 취약성 개선을 위한 종합적인 계획 수립과 자원 확보가 어려움.
 - 의료취약성과 의료취약지에 대한 포괄적인 정의를 관련 법에 포함할 경우 지자체에서도 의료접근성 개선을 위한 별도의 조례 제정과 자체 사업 자원 확보가 훨씬 용이해질 것임.
- 의료인 등이 의료기관이 아닌 환자가 원하는 곳으로 방문하여 의료를 행하는 것을 포괄적 의미에서 방문진료라고 볼 수 있음. 현재 우리나라에서는 방문진료에 대한 명확한 정의가 부재함.
 - 법적으로 방문진료에 대한 명확한 정의는 없으나 「국민건강보험법」 제41조의 5(방문요양급여)에서는 “가입자 또는 피부양자가 질병이나 부상으로 거동이 불편한 경우 등 보건복지부령으로 정하는 사유에 해당하는 경우에는 가입자 또는 피부양자를 직접 방문하여 제41조에 따른 요양급여를 실시할 수 있”는 것으로 정하고 있음.
 - 인구소멸에 대응하기 위해 정부는 인구감소 지역에 대한 지원을 목적으로 「인구감소지역 지원 특별법」을 제정(2023. 1. 1. 시행)하였으며, 법 제23조(의료 기반의 확충) 제1항에 따르면, “국가와 지방자치단체는 인구감소지역 주민의 건강 증진과 노인의 만성질환 예방·치료 등을 위하여, 의료기관을 직접 이용하기 어려운 사람 등을 대상으로 거주지를 방문하여 진료 등을 행하는 사업을 수행하고 필요한 행정적·재정적 지원을 할 수 있다”라고 명시하고 있음.
 - 이 법에 따르면 「국가균형발전 특별법」에 따라 지정된 ‘인구감소지역’에서는 지역 주민의 건강권 확보를 위해 방문진료 사업을 실시할 수 있게 됨.
 - 이 외에 현재 시행되고 있는 방문진료 시범사업 지침에 나타난 관련 내용은 다음과 같음.
 - 2019년 12월 시작된 ‘일차의료 방문진료 수가 시범사업’ 지침에는 ‘방문진

4 농촌 방문진료 모델 발굴 연구

료료’를 “방문진료 시범기관에 소속된 방문진료 의사가 의료기관에 내원하여 진료를 받은 적이 있는 거동 불편 환자의 자택(가정)을 방문하여 진료”하는 경우에 산정할 수 있도록 정함.

- 2022년 12월 시작된 ‘장기요양 재택의료센터 시범사업’ 지침의 사업개요에 의하면 재택의료센터에서는 “거동이 불편하여 의료기관에 내원하기 어렵다고 의사가 판단한 장기요양수급자를 대상으로 의사, 간호사, 사회복지사 등이 가정을 방문하여 방문진료·간호 및 지역사회 돌봄 서비스 연계 등 제공”하는 것으로 정함.

나. 농촌 의료서비스 접근성 개선 정책 현황 및 쟁점

- 역사적으로 우리나라는 1996년 주치의 등록제도 도입 실패 이후 재택의료는 간호영역에 한하여 잔여적으로 허용되어 왔으며, 주로 취약계층을 대상으로 소수의 의사들에 의해 봉사활동으로 수행되고 있었음.
- 2018년 7월 보건복지부는 지역사회 통합돌봄 종합계획을 발표하였으며, 노인 환자들이 자신의 주거지에서 필수의료와 복지서비스를 받을 수 있도록 관련 정책들이 마련됨.
- 2018년 12월 개정된 「국민건강보험법」에 의사의 방문진료에 대한 법적 근거와 관련 수가 신설을 위한 제도적 근거가 마련됨.
- 현재 방문진료는 다양한 시범사업 형태로 추진 중에 있음. 대표적으로 ‘장애인 건강주치의 시범사업’(2018년 5월), ‘일차의료 방문진료 수가 시범사업’(2019년 12월), ‘노인장기요양 재택의료센터 시범사업’(2022년 12월) 등이 있음.
- 현재 실시 중인 시범사업들은 의료서비스 인프라가 부족한 농촌 지역에서는 방문진료 서비스를 충분히 제공하는 데 어려움이 있음.
- 특히, 방문진료 서비스 제공기관 분포의 지역적 편차에 따른 문제가 가장 큼. ‘일차의료 방문진료 수가 시범사업’의 경우 아직은 민간의료기관 참여율이 높지 않은 가운데 농촌 지역 개원의원의 80% 이상은 단독개원의 형태로 운영되

기 때문에 방문진료에 참여할 수 있는 여건이 마련되지 않음.

- 이러한 사정은 최근에 시작된 ‘노인장기요양 재택의료센터 시범사업’에서도 비슷하여 시범사업 참여기관 28곳 중 17곳이 서울 경기에 몰려 있으며, 고령자 비율이 높은 농촌 소재 의료기관의 참여율을 높일 필요가 있는 것으로 나타남.

○ 서비스 제공을 위한 의료인력 확보 또한 용이하지 않음. 의료서비스는 훈련된 전문인력에 의해서 제공되기 때문에 다양한 전문인력의 팀 접근이 전제되는 등 사업인력의 확보가 중요하지만, 농촌을 중심으로 의료인력을 확보하기 어려운 지역들이 점차 증가하고 있으며 지자체의 노력만으로는 이러한 문제를 해결하는 데 한계가 있음.

- 재가환자의 의료욕구에 적절히 대응하고 복지 등 지역 내 유관 자원과의 연계를 원활하게 수행하기 위해서는 최소한 의사, 간호사, 사회복지사가 필수적으로 참여하여야 하며, 그 외에도 물리·작업치료사, 약사, 영양사 등의 참여가 고려될 수 있음.

○ ‘장기요양 실태조사(2019)’ 결과를 이용하여 농촌 재가환자의 특성을 살펴보면, 농촌의 재가 장기요양환자 가구는 독거 혹은 노인 부부의 형태가 많아 돌봄의 공백이 발생하고 증상관리나 복약 관리 또한 제대로 이루어지지 않고 있음.

- 평소에도 보호자의 동행 없이 의료기관을 방문하여야 하므로 필요한 만큼의료를 이용하지 못하고 있을 뿐만 아니라 응급상황이 발생했을 경우에도 적시에 대처하기 어려워 주기적인 방문진료의 필요성은 매우 높다고 할 수 있음.

다. 농촌 방문형 의료서비스 국내외 사례

□ 농촌에서 진행되는 방문진료 사례를 공급자 특성별로 나누어 보면, 공공의료기관, 민간의료기관, 공공+민간 융합형으로 나눌 수 있음.

○ 공공의료기관에서 방문진료를 수행하는 지역의 특징은 방문진료를 수행할 수 있는 민간의료기관이 부재하기 때문이었고, 공공+민간 융합형 사례의 경우 실제 방문진료 서비스는 민간에서 제공하지만 사업 기획이나 재원은 주로 공공

에서 담당하는 형태였음. 민간의료기관에서 방문진료를 수행하는 경우는 어려운 여건에서 방문진료 사업에 참여하는 의료인의 의지가 중요한 요인으로 작용하고 있음.

□ 방문진료 서비스를 제공하는 공급자 특성별로 사업 수행의 애로사항을 정리하면 다음과 같음.

○ 공공의료기관형 애로사항

- 농촌의료서비스 제공에서의 공공의 역할: 농촌은 민간의료기관이 부족하기 때문에 공공보건의료기관의 역할에 대한 기대가 크다고 할 수 있으나 실제로는 방문진료 사업의 추진 근거와 돌봄 등 지역사회 연계 자원이 부족하여 원활하게 사업을 추진하는 데 제약이 많음.
- 서비스 제공 인력 부족: 농촌에서는 의사, 간호사, 물리치료사 등 서비스 제공에 필요한 인력을 충분히 확보하기 어려운 경우가 많아 결원 발생 시 지역 내에서 확보가능한 의료인력이 없고 대부분이 타지역에서 유입되어야 하는 실정
- 환자 본인 부담 비용: 공공보건의료기관에서 방문진료를 제공하는 경우 진료비 청구가 어려워 본인부담 없이 진행하는 사례가 있으며, 일부 지역에서는 본인부담금을 청구하기도 하지만 서비스 확대의 장애로 작용할 가능성도 배제할 수 없음.
- 민간의료기관과의 갈등: 공공보건의료기관이 직접 의료서비스를 제공하게 될 경우 지역사회 내에서 민간의료기관과의 갈등 발생 우려가 있음.
- 사업의 지속가능성 확보를 위한 근거 부재: 중앙정부에서 추진하는 '지역사회 통합돌봄' 등의 사업은 시범사업의 성격이고, 지자체에서 독자적으로 추진하는 사업은 근거가 뚜렷하지 않아 사업의 지속가능성 불투명

○ 공공+민간 융합형 애로사항

- 지역 내에서 서비스 제공 기관 확보: 지역 내에서 방문진료 서비스를 담당할 민간의료기관을 발굴하고 의료인의 참여를 유도해 내야 하는 어려움이 있음.

- 민간의료기관과 공공기관의 협업체계 마련: 공공과 민간 융합형 방문진료 체계를 구축하기 위해서는 민간에서 하기 어려운 업무를 공공에서 대신 처리해 주는 등 협업을 통해 사업추진 기반을 효율적으로 마련하기 위해 노력할 필요가 있음.
- 민간의료기관에서 방문진료를 참여하기 어려운 데에는 수가 등과 관련된 경제적 요인도 있으나, 사업 수행에 필요한 전문인력 확보, 지역사회 네트워크 구축, 제반 행정적인 업무 처리 등 방문진료를 위한 기본적인 세팅을 마련하는 것에 대한 어려움도 있기 때문임.
- 담당공무원의 의지와 노력이 크게 작용: 직접 서비스 제공은 민간이 담당하지만, 사업에 참여할 민간의료기관을 발굴하고 환자발굴과 연계 등은 공무원이 담당하므로 담당자의 의지와 노력이 절대적으로 필요

○ 민간의료기관형 애로사항

- 원거리 이동에 대한 부담: 농촌 지역 여건상 의료기관에서 환자가 있는 마을까지의 소요시간이 길어 방문에 한계가 있음.
- 방문진료 경험의 부재: 의료인 입장에서 의료기관 내에서 진료하는 것과는 다른 세팅과 진료방식, 경험을 요구하기 때문에 방문진료는 여러 가지로 난해한 서비스 제공 방식임.
- 농촌에서의 방문진료를 위해서는 기존 의료인력에 대한 재교육이 필요하나 교육 제공 체계 또한 부재한 상태
- 청구 가능한 방문진료 횟수 제한: '일차의료 방문진료 수가 시범사업'의 경우 의사 1인당 한 달에 최대 60회 산정 가능하고, '노인장기요양 재택의료 센터 시범사업'의 경우 의사 1인당 월 최대 100회까지 산정 가능한 것으로 제한되어 있어 재가환자에게 충분한 방문진료를 제공하는 데 장애로 작용할 가능성이 있음.
- 방문진료 환자 입원의료 전달 체계 부재: 방문진료 환자의 관리를 위해 입원치료가 필요한 경우 환자를 의뢰할 수 있는 상급 의료기관이 부재하거나 환자를 거부하는 사례도 발생하여 환자의 건강상태에 따른 연속적인 의료

서비스 제공이 어려움.

- 방문진료 인프라 구축을 위한 초기 지원: 농촌에서 운영되는 일차의료기관 대부분이 단독개원의 형태이고, 간호사와 사회복지사를 확보하는 것도 쉽지 않아 방문진료 인프라를 구축하기 위한 초기 지원이 필요함.

- 일본의 재택의료 대상자는 고령이나 질병 등에 의해 통원이 곤란하게 된 환자로서 의사의 판단에 근거하고 있으며, 이들에 대해 왕진이나 방문진료 서비스가 제공됨.
- 2020년 기준으로 병원의 65.3%, 진료소의 34.3%가 의료보험에서 보장하는 재택의료 서비스를 제공하고 있으며, 방문진료 환자는 2019년 기준 79만여 명으로 2025년에 100만 명에 이를 것으로 예상
- 일본에서 재택医료를 제공하는 의료기관은 재택요양지원진료소, 재택요양지원병원, 기능강화형 재택요양지원진료소 및 병원의 유형으로 분류됨.
 - 이들 의료기관은 효율적인 환자관리를 위해 방문간호스테이션, 거택개호지원사업소(케어매니저), 거점 병원, 약국, 지역포괄지원센터, 재택요양지원진료소 및 병원 등과 연계하고 있음.
- 일본의 재택의료에 따른 수가는 우리나라와는 달리 원거리 가산을 포함한 여러 종류의 가산을 허용하고 있어 민간의료기관에서 재택의료에 보다 적극적으로 참여할 재정적 유인을 마련하고 있음.
 - 가산수가 적용 항목에는 원거리(16km 초과 지역), 진료시간(1시간 초과), 긴급왕진, 공휴일·야간, 임종진료 등이 있음.
- 일본에서는 의대 교육과정 상 내과 전문의가 되기 위해서는 재택의료 실습을 수행해야 함.
 - 이를 위해 소규모로 운영되는 재택 진료소에서도 실습생을 받고 있으며, 재택医료를 전문으로 하기 위해 실습생이 오는 경우도 있음.

라. 농촌 방문형 의료서비스 모델 발굴

□ 현재 농촌의 서비스 공급 여건과 재가환자의 의료요구 등을 고려한 방문진료 모델 발굴 방향은 다음과 같음.

○ 방문진료 대상자의 표적화 및 단계별 확대

- 현재는 방문진료 서비스를 제공할 수 있는 지역사회 보건의료 인프라가 충분히 갖추어지지 않았고 방문진료를 위한 지역사회 서비스 제공체계의 재구조화는 달성하는 것이 불가능하므로, 이행력 제고를 위해 방문진료 서비스 대상을 전략적으로 표적화하여 방문진료의 가능성을 진단하고, 점차적으로 대상을 확대하는 접근이 현실적일 것임.

○ 환자중심적 의료서비스 제공

- 방문진료는 환자중심성(patient-centeredness)이란 개념이 중요하게 포함되어 제공되는 서비스에 환자의 필요와 선호가 반영되어야 함.
- 환자중심성은 서비스 내용뿐만 아니라 서비스 접근성에도 중요한 의미가 되어 농촌 지역 중에서 의료기관 소재지에서 멀리 떨어진 지역에 거주하는 재가환자의 경우도 서비스에서도 배제되지 않도록 함.

○ 지자체 의지와 책임성 담보

- 농촌을 대상으로 방문진료 서비스 제공 모델을 고려할 때 해당 지역에서 보유하고 있는 각종 의료 및 돌봄 자원과 환자특성 등을 고려할 필요가 있으며, 지역 내 의료여건을 개선하기 위한 지자체의 의지와 책임성이 담보될 필요가 있음.

○ 정책의 지속가능성 확보와 공공 참여

- 인구감소와 고령화 등으로 농촌의 의료시장은 점차 축소되어 민간의료기관에만 의존하기는 점점 더 어려운 상황이며, 특히 농촌에서의 방문진료 서비스와 관련해서는 다양한 문제점들이 증첩되어 있음.
- 결과적으로 농촌의 의료취약성 개선과 방문진료 서비스 제공을 위해서는 공공이 개입할 수밖에 없는 상황임.

○ 건강관리와 돌봄연계를 위한 지역사회 자원 연계

- 거동이 불편하여 집안에서만 생활하는 재가환자의 포괄적인 건강관리를 위해서는 비단 보건의료 부문 내에서 뿐만 아니라, 요양 및 돌봄 지원, 주거 및 안전 지원, 일상생활 지원 등까지 포함할 수 있는데, 이를 위해서는 다양한 지역사회 자원과 연계할 필요가 있음.

○ 효과적인 서비스 제공을 위한 팀단위 접근

- 방문진료 서비스는 대상 특성에 따른 개별 욕구에 맞춤형 대응이 가능하도록 다양하게 구성될 필요가 있는데 이와 같은 서비스 제공을 위해서는 의사, 간호사, 사회복지사 등 팀단위 접근이 요구됨.

○ 효과적인 서비스 제공을 위한 내용 구성

- 방문진료 서비스를 통해 효과적으로 재가환자에 대한 서비스를 제공하기 위한 업무 등은 ‘장기요양 재택의료센터 시범사업’ 등의 서비스 내용을 기본으로 하여 적용해도 무방할 것임.

□ 농촌 방문진료 서비스 모델(안)

○ 농촌 방문진료 모델(안) 설정을 위해 서비스 공급자별, 서비스 대상자별, 서비스 유형별로 모델을 설정하였음.

- 또한 지역의 특성에 맞도록 적절한 모델을 계획하고 방문진료 사업의 연락처와 안정적 추진을 위해 자원확보 사정에 따라 단계적 접근을 제안하고 있음.

○ 서비스 공급자별 모델(안)의 경우, 민간의료기관에서는 현재 추진 중인 ‘일차 의료 방문진료 수가 시범사업’이나 ‘노인장기요양 재택의료센터 시범사업’에 참여가능하므로, 이 연구에서는 공공보건의료기관 중심으로 모델(안)을 설정하였음.

○ 서비스 유형별 모델(안)의 경우 지자체의 서비스 공급 여건에 따라 왕진서비스, 방문진료서비스, 방문간호서비스로 구분하여 제안하였음.

- 방문진료 경험이 없는 지역의 경우 서비스 제공 기반이 부족하고 의료 및 돌봄 연계 체계가 미약하여 다학제팀에 의한 포괄적인 건강관리와 부문 간

연계가 어려울 것이므로 재가 환자의 요청에 의한 (긴급)왕진 서비스 모델을 구성할 수 있음.

- 방문진료는 왕진서비스에 비해 계획적이고 주기적인 방문을 통해 의료 및 간호 서비스를 제공할 수 있으며, 특히 주기적 사례회의를 통해 환자의 상태에 따라 의료뿐 아니라 돌봄서비스를 포함한 포괄적 서비스를 제공할 수 있음.
- 지역에 따라 의사인력이 부족하여 방문진료를 수행하기 어려울 경우 방문 간호서비스를 제공할 수 있으며, 환자 상태에 대한 초기 진단 및 의사지시서 작성을 위해 보건지소 공보의가 참여하거나 또는 지역의 민간 의사와 협약을 맺어 사업을 추진하는 방안도 고려해 볼 수 있음.

3. 결론 및 시사점

- 우리나라에서 현재 실시 중인 방문진료 관련 시범사업의 경우 농촌 지역 소재 의료기관의 참여가 극히 낮을 뿐 아니라 대부분 사업 추진기반이 미약해 적극적으로 방문진료를 수행한다고 보기 어려움.
- 농촌 지역 민간 일차의료기관들은 대부분 단독개원의 형태로 운영되는 등 방문진료에 참여할 여건이나 동기가 부족하고, 방문진료 시범사업 참여 기관들도 원거리 환자에 대한 방문은 대체로 꺼리는 상황임.
- 현재 실시되고 있는 방문진료 시범사업은 참여 의료기관의 분포와 대상자 측면에서 농촌 지역의 방문 진료 수요를 제대로 포괄하기 어려움.
 - ‘장기요양 재택의료센터 시범사업’은 지역사회 계속 거주 지원을 목표로 장기요양수급자의 의료적 욕구를 고려한 의료-요양 연계 시범사업 모형으로 2022년 12월 1일부터 실시되고 있으나, 시범사업 참여기관이 전국 28개 의료기관에 불과함.
 - ‘일차의료 방문진료 수가 시범사업’은 2019년 12월부터 시작되었고, 2021년 8월부터는 한의과 참여가 시작되었으나, 사업 참여 의료기관 중 농촌 지역 소재 의료기관은 전국적으로 의과(의원) 29개소, 한의과(한의원) 61개소에 불과함.

- 현재 실시되고 있는 시범사업에서는 원거리 방문에 따른 수가가산이 인정되지 않기 때문에 농촌지역 여건상 의료접근성이 낮은 지역에 거주하는 재가환자들은 방문진료 서비스에서 조차 소외되고 있는 실정임.
- 시군구 보건소에서 실시하고 있는 ‘방문건강관리사업’의 경우 제공하는 서비스 및 콘텐츠는 “건강수준의 향상을 위해 잘못된 건강습관을 바로잡고, 건강증진 및 만성질환 예방에 도움을 주는 건강행태의 개선”으로, 이 연구에서 제안하는 방문진료와는 사업 대상과 제공되는 서비스 측면에서 차이가 있음.
- 농촌 지역 주민에 대한 단절 없는 건강관리 서비스를 제공하기 위해 재가환자에 대한 방문진료가 반드시 필요하지만, 우리나라의 제도적 여건상 투입가능한 자원은 한계가 있으므로 가용자원과 기존 시범사업들과의 차별성 등을 고려하여 단계적인 접근을 시도할 필요가 있음.

키워드 : 농촌, 의료접근성, 방문진료

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제1장

서론

제1절 연구의 필요성 및 목적

제2절 연구 내용 및 방법

제 1 장 서론

제1절 연구의 필요성 및 목적

- 지역별 인구 변화에 따른 군 지역 인구 감소, 농가인구의 지속적 감소와 고령화 등으로 농촌 소재 의료기관의 경영 여건 악화
 - 농가인구 : 1970년 1,442만 명 → 2021년 221.5만 명(84.6% 감소)
 - 농가 고령인구 비율(65세 이상) : 1970년 4.9% → 2021년 46.8%(41.9%p 증가)
- 민간에 의존하고 있는 의료서비스 공급 구조로 인해 도농간 의료서비스 제공 인프라 격차는 점차 확대
 - 2021년 기준 의료기관의 수는 도시의 경우 63,332개소, 농촌의 경우 8,090개소로 농촌에 분포한 의료기관은 도시의 12.8%에 불과¹⁾(보건복지부, 2022)
 - 전국 139개 시군 중 89곳(64%)만 30분 이내 중요과목 진료 가능, 50개 시군(36%)은 중요과목 중 하나 이상 진료 불가(김남훈 외, 2020)
 - 도농간 의료자원의 격차는 의료인력 분포의 측면에서도 뚜렷하게 나타나고 있어 2021년 기준 의사의 절반 이상(53.8%)이 수도권에 분포하고 있고, 군지역에서 활동하는 의사는 전체의 5.2%, 군지역에서 근무하는 간호사는 전체의 4.0%에 불과²⁾³⁾
- 농촌 읍·면·동 행정구역별 서비스 기준⁴⁾을 충족하는 거주지 비율에서 면지역이 동지역보다 상대적으로 중요과목별 진료서비스 기관이 부족하여 도시와 농촌 간 의료격차를 보이고 있음.

1) 의료기관은 병원, 의원 및 조산원 수를 포함. 도시는 시부, 농어촌은 군부를 기준으로 산출된 수치임.

2) 국민건강보험공단. (2021) 「지역별의료이용통계」를 바탕으로 산출함(연도말, 요양기관 소재지 기준).

3) '수도권'은 서울특별시, 인천광역시(옹진군 제외), 경기도(연천군 제외) 포함, '군'은 82개 군 포함.

4) 민간·공공의료기관을 통해 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과 진료과목 진료가 30분~1시간에 가능한지 여부

- 중요과목(내과·외과·소아청소년과·산부인과) 전체 서비스 기준을 충족하는 거주지 비율은 면부 67.2%, 읍부 79.7%, 동부 99.7%로 면부가 가장 낮았음.

〈표 1-1〉 행정구역별·중요과목별 서비스기준 충족 주민 거주지 비율

(단위: %)

구분	중요과목 평균	내과	외과	소아청소년과	산부인과
동부	99.7	99.9	99.8	99.9	99.1
읍부	79.7	89.9	81.5	76.2	71.2
면부	67.2	77.3	71.3	62.5	57.7

자료: 김남훈, 김태완, 나현수. (2020), 2020 농어촌 서비스기준 이행실태 점검·평가. 농림축산식품부, 한국농촌경제연구원.

- 읍·면·동의 의료기관 평균 접근시간을 살펴보면, 면지역은 26.8분으로 읍지역의 18.5분보다 8.3분, 동지역의 5.6분보다 21.2분이 더 소요되어 면지역에서는 의료기관 접근을 위해 동지역과 비교해 4배 이상의 시간이 더 소요됨.

〈표 1-2〉 행정구역별·중요과목별 의료기관 평균 접근시간

(단위: 분)

구분	중요과목 평균	내과	외과	소아청소년과	산부인과
동부	5.6	4.7	6.1	5.3	6.4
읍부	18.5	12.6	17.8	20.2	23.3
면부	26.8	21.9	25.1	28.9	31.1

자료: 김남훈, 김태완, 나현수. (2020), 2020 농어촌 서비스기준 이행실태 점검·평가. 농림축산식품부, 한국농촌경제연구원.

- 농어촌 생활에서 농어업인들은 의료서비스 이용 편의 등 보건의료(82.3점)를 가장 중요하게 생각함에도 보건의료(평균 49.8점)에 대한 만족도는 농어촌 생활부문별 10개 항목들의 종합만족도(53.4점)에 미치지 못함(농촌진흥청 국립농업과학원, 2022).

〈표 1-3〉 농어업인의 농어촌 생활부분에 대한 중요도 및 만족도

(단위: 점)

농촌 생활부 문별	종합	보건 의료	복지 서비스	교육 여건	문화 여가 여건	기초 생활 기반	안전	환경 경관	이웃 과의 관계	경제 활동 여건	정보화 여건
중요도	-	82.3	80.1	67.4	65.9	78.6	80.5	75.5	72.1	77.9	65.8
만족도	53.4	49.8	48.3	44.9	43.0	52.2	64.6	65.9	61.0	48.7	55.7

자료: 농촌진흥청 국립농업과학원. (2022). 2021 농어업인 등에 대한 복지실태 조사보고서: 1년차(18년, 종합조사), 2년차(19년, 부문별 조사/경제활동, 문화·여가 등), 3년차(20년, 부문별 조사/교육, 가족, 지역사회 및 공동체 등), 4년차(21년, 부문별 조사/보건의료, 사회안전망 및 복지서비스 등), 5년차(22년, 부문별 조사/기초생활여건, 환경·경관, 안전 등)

□ 농촌 주민은 의료서비스에 대한 접근성이 낮아 양질의 의료서비스를 받기 위해 다른 지역으로 이동하고 있는 현실

○ 생명과 직결되지만 수익성이 낮은 필수의료 공급 부족으로 거주 지역에 따라 사망률 격차가 발생하고 의료 공공성 저하

- 지역 내 의료이용률(전문진료질병군 입원진료)(2017년): 서울 93% vs 경북 23%
- 치료가능 사망률(10만 명당): 충북 47.0명, 강원도 46.7명, 서울 36.4명
- 뇌혈관질환 사망률(10만 명당): 전남 71.2명, 서울 33.6명
- 도농간 주민 기대수명 격차: 최대 7.4년 / 건강수명 격차: 최대 13.7년

□ 우리나라 의료정책은 불평등 해소보다는 전체 평균을 향상시키는 방향으로 진행해 왔으며, 농촌지역의 의료접근성 제고를 위한 정책은 ‘의료취약지 지원사업’ 등 일부에 국한

○ 농업인은 농작업 관련 질환 등 유병률이 높고, 농촌은 도시에 비해 의료서비스의 접근성이 떨어져 ‘여성농업인 특수건강검진 시범사업’과 ‘농업안전보건센터’를 운영하고 있으며, 찾아가는 의료서비스 제공을 위한 ‘행복버스’ 사업을 추진 중이나 지역별 단발적 지원으로 의료사각지대 해소 미흡

- 유병률(20년): 농어촌 33.6%, 도시 23.1% / 유병일수: 농어촌 11.2일, 도시 9.5일
- 의료기관 이동수단: 자가용(57.8%) > 대중교통(25.9%), 편도 소요시간: 평균 25.8분

- 농촌지역의 사회서비스 개선을 위해 방문진료 등 의료서비스 모델 발굴, 지역공동체 활용 방안 등 다각적인 정책 대안 모색 필요
 - 국정과제에서도 ‘농산촌 지원강화 및 성장환경 조성(농촌 맞춤형 사회안전망 구축)’을 위하여 농촌 특성에 맞는 의료·돌봄·복지 서비스 확충 추진

- 정부는 최근 중증·응급·소아·분만 등 필수 의료와 관련해 의료기관과 의료진의 보상을 강화하는 ‘필수의료 지원대책’을 발표한 바 있음(보건복지부, 2023. 1. 31.).
 - 농촌의 필수의료 현장에서 발생하는 손실을 보상하기 위한 ‘공공정책수가’는 의의가 있으나 부족한 의료접근성을 해결하기 위한 근본적인 대책으로 보기는 어려움.

- 특히, 농촌의 의료취약성은 비단 일부 의료 전문 과목에 국한된 문제가 아니므로, 농촌 의료서비스 접근성 개선을 위한 보다 포괄적인 방안이 모색될 필요가 있음.
 - 지역사회에서 건강한 노후와 독립적인 삶을 영위하기 위해 원활한 의료서비스 이용이 중요하며, 특히 거동이 불편하여 의료기관에 직접 방문하지 못하는 환자에 대해서는 의료인이 직접 찾아가는 방문진료 서비스가 필요함.

제2절 연구 내용 및 방법

- 이 연구는 농촌의 의료접근성을 개선하기 위한 방안으로 방문진료 서비스 제공 모델을 발굴하는 것을 목적으로 하고 있으며, 총 6개의 장으로 구성되어 있음.
- 선행연구에서 방문의료는 수행주체에 따라 방문진료(의사), 방문간호(간호사), 방문재활(물리·작업치료사), 사례관리(사회복지사) 등으로 각각 구분하고 있으며, 서비스의 연속성 여부에 따라 왕진(비계획적인 일회성 방문)과 방문진료(계획적이고 지속적 방문)를 구분하기도 함.
- 이 연구에서는 수행주체에 따라 엄밀하게 구분하여 사용하는 특별한 경우를 제외하고 대체적으로 방문진료나 방문의료를 같은 의미로 사용하고자 하며, “의료인이 환자의 거주지를 방문하여 의료서비스를 제공하는 행위”를 통칭함.
- 1장의 서론에 이어 2장에서는 기존 문헌 검토를 통해 의료취약지, 주치의 제도, 방문진료 등에 대한 개념을 정리하였음.
- 특히, 우리나라에서는 법적으로 방문진료에 대한 명확한 정의가 부재하기 때문에 관련 시범사업 등에 나타난 개념 위주로 살펴보았으며, 방문진료를 수행할 수 있는 법적 근거를 정리하였음.
- 3장에서는 현재 중앙정부, 지자체, 민간기관에서 실시하고 있는 방문형 보건의료 서비스 현황을 파악하고, 각 정책·사업에 대한 주요 쟁점 사항을 분석하였음.
- 이 연구에서 분석대상으로 삼은 정책은 ‘일차의료 방문진료 수가 시범사업’, ‘노인장기요양 재택의료센터 시범사업’, ‘노인장기요양사업’, ‘보건소 방문건강관리사업’ 등임.
 - 아울러 농촌 의료접근성을 보완하거나 영향을 미치는 유관 정책으로서 ‘AI·IoT 기반 어르신 건강관리서비스’와 ‘공중보건의사배치’ 사업도 함께 살펴보았음.

- 4장에서는 현재 실시되고 있는 방문형 의료서비스 제공 사례와 시사점을 정리하였음.
- 이 연구에서는 방문진료 사업 현황을 개괄적으로 파악하기 위해 사업 담당자 및 현장 전문가가 참석한 세미나를 개최하였으며, 이후 사례별 담당자 인터뷰를 통해 자세한 사업 내용과 애로사항 등을 정리하였음.
- 이 연구에서 수집한 지자체별 방문형 의료서비스 사례는 총 7개 사례이며, 2022년 12월 2일~2023년 1월 16일 기간 동안 대면 또는 온라인 인터뷰를 진행하였음.
 - 사례 조사를 위해 사전에 작성된 반구조화 설문지를 활용하여 지역사회 의료서비스 여건, 방문진료 실시 현황과 문제점, 지역 의료접근성 개선 방안 등에 대해 질문하였음.
 - 인터뷰는 사업별 담당자 1~3인, 농림축산식품부 공무원 1~3인, 연구진 2인이 참여하였음.

〈표 1-4〉 방문형 의료서비스 사례수집을 위한 면담 참여기관

구분	기관	기관성격
A	○○군 보건의료원	공공
B	○○군청	공공
C	○○시 보건소	공공
D	○○시 의료원	공공
E	○○시 의료복지사회적협동조합	사회적기업
F	○○의원	민간
G	○○의원	민간

- 아울러 농협에서 매년 실시하고 있는 ‘농업인 행복버스’ 사업에 대한 현황과 문제점 파악을 위해 지역 담당자를 대상으로 사업 현황과 개선사항 파악을 위해 온라인 설문조사를 실시하였음.
 - 설문조사 대상은 2022년에 ‘농업인 행복버스’를 실시한 경기, 강원, 충북, 충남, 전북, 전남, 경북, 경남, 제주, 중앙의 총 9개 지역 담당자임.
 - 설문지는 행복버스 의료지원사업 참여 의료기관 현황, 의료지원사업 발전 방안 등으로 구성되었음.

- 5장에서는 2~4장의 연구내용을 바탕으로 농촌 방문진료 모델(안)을 발굴하여 제시하였음.
 - 이 연구에서는 농촌 방문진료 모델을 공공보건의료기관형, 민간의료기관형, 공공+민간 융합형의 세 가지 형태로 나누어 제안하였음.
 - 아울러 현재 농협에서 추진하고 있는 순회진료형 서비스 제공 모델에 대한 개선사항을 제안하였음.
- 마지막으로 6장에서는 지금까지의 논의와 분석 결과를 요약하고 시사점을 정리하였음.



제2장

이론적 배경

제1절 의료취약지

제2절 주치의제도

제3절 방문진료

제4절 소결

제 2 장 이론적 배경

제1절 의료취약지

- 현재 국내 법률상 의료취약지역에 대한 명확한 정의가 부재함.
 - 각 정책별로 필요에 따라 의료취약지를 지정하여 지원하고 있음. 예를 들어, 분만취약지 지원, 응급의료취약지 지원, 취약지 건강보험료 경감, 취약지 지역 거점 공공병원 지원, 취약지역의 보건지소 및 진료소 설치, 의료취약지 소득세 감면 등의 정책이 있음.
 - 그러나, 상기 의료취약지 정책들 간의 조화 및 조율이 없어 시너지 효과를 이뤄내지 못하고 있음(이태호 외, 2021).
- 선행연구에서도 연구자마다 의료취약지역에 대한 정의와 의료취약지역 선정기준에 차이가 있어 공감대가 부족한 실정임.
 - 문정주 외(2013)는 의료취약지를 “의료수요에 제한이 있으며 보건의료자원에 대한 접근이 곤란하고 양질의 의료이용이 충족되지 못하며 건강수준 및 건강 결과가 낮은 지역”으로 정의하고 있음.
 - 박기수 외(2010)는 의료취약지역을 “주로 농어촌 등 도시의 주변지역을 의미하며 구체적으로는 희소한 의료자원의 배치로 인해 질병이 발생했을 시 충분히 보호받지 못하고 있는 지역”으로 정의함.
 - 한국건강증진개발원(2016)에서는 “지역보건취약지역 종합점수”라는 개념을 도입하여 의료취약지역을 선정하고 있음.
- 해외 역시 의료취약지역에 대한 명확한 개념 정립이 부재한 상태이며, 주로 ‘Underserved Areas(취약지역)’ 혹은 ‘Rural and Remote Areas(시골 및 벽지)’ 등의 용어로 사용되고 있음.

- 미국의 의료취약지역은 의료인 부족지역(Health Professional Shortage Area)이라 지칭하며, 보건의료정책 지원내용에 따라 지역, 인구, 시설별로 세분화하여 지원함.
- 호주 정부는 취약정도에 따라 차등적 지원정책을 시행하고 있지만, 벽지 및 농촌지역을 포함한 전체 영토를 취약정도로 구분하고 있을 뿐 보건의료자원을 기준으로 한 의료취약지역 구분은 없음.
- 일본에서는 ‘무의촌’을 “인구 50명 이상 거주하는 지역의 중심 반경 4km이내 의료기관이 없고, 교통수단으로 1시간 이상 소요되는 곳”으로 정의하고 있음.
 - 5년마다 무의촌 현황을 조사하여 지역보건의료계획 수립 시 각 도도부현에서 벽지의 건강 및 의료서비스를 지원하기 위한 노력을 실시하고 있음.
- 정부는 「공공보건의료에 관한 법률」에 따라 의료공급이 부족한 지역을 2년 주기로 조사하고 있으며, 이때 의료자원의 분포와 지리적 접근성 등을 고려하여 의료취약지역을 지정하고 있음.
- 「공공보건의료에 관한 법률」 제12조에 따라 보건복지부는 의료서비스의 공급이 현저하게 부족한 지역을 의료취약지로 지정, 고시하고 있음.

〈표 2-1〉 공공보건의료에 관한 법률의 의료취약지 지정·고시

<p>제12조(의료취약지의 지정·고시) ① 보건복지부장관은 주기적으로 국민의 의료 이용 실태 및 의료자원의 분포 등에 관한 다음 각 호의 사항을 평가분석하여야 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 인구 수, 성별·연령별 인구 분포, 소득 등에 따른 지역 내 국민의 의료 이용 실태에 관한 사항 2. 의료인력·의료기관의 수 등 지역 내 의료공급에 관한 사항 3. 지역적 특성 등을 고려한 의료기관 접근성에 관한 사항 4. 그 밖에 의료 이용 실태 및 의료자원 공급에 관한 사항으로서 보건복지부장관이 정하는 사항 <p>② 보건복지부장관은 제1항에 따른 평가분석 결과 의료서비스의 공급이 현저하게 부족한 지역을 의료취약지로 지정·고시할 수 있다.</p> <p>③ 제2항에 따라 의료취약지를 지정할 때에는 부족한 의료서비스의 대상 및 종류에 따라 구분하여 지정할 수 있다.</p> <p>④ 보건복지부장관은 제2항에 따라 지정·고시된 의료취약지(이하 “의료취약지”라 한다)에 대하여 보건의료 공급이 원활하게 이루어질 수 있도록 다음 각 호의 지원을 할 수 있다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 보건의료 인력의 공급에 대한 지원 2. 「의료법」 제3조에 따른 의료기관(이하 “의료기관”이라 한다)의 설립 및 운영을 위한 비용의 보조 등 <p>⑤ 제2항 및 제3항에 따른 의료취약지 지정의 기준, 방법, 절차 및 기간 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.</p>

자료: 공공보건의료에 관한 법률, 법률 제18411호 (2011).

- 또한, 지역 내 거점 의료기관을 지정하여 시설, 장비, 인력을 지원함으로써 취약지역 주민의 의료서비스 접근성을 개선하고자 하는 ‘의료취약지 지원사업’을 2014년부터 시행 중에 있음.
- 현재 시행 중인 의료취약지 지원사업은 분만취약지 지원, 응급의료취약지 지원, 취약지 건강보험료 경감, 취약지 지역거점 공공병원 지원, 취약지역의 보건지소 및 진료소 설치, 의료취약지 소득세 감면 등이 있음.

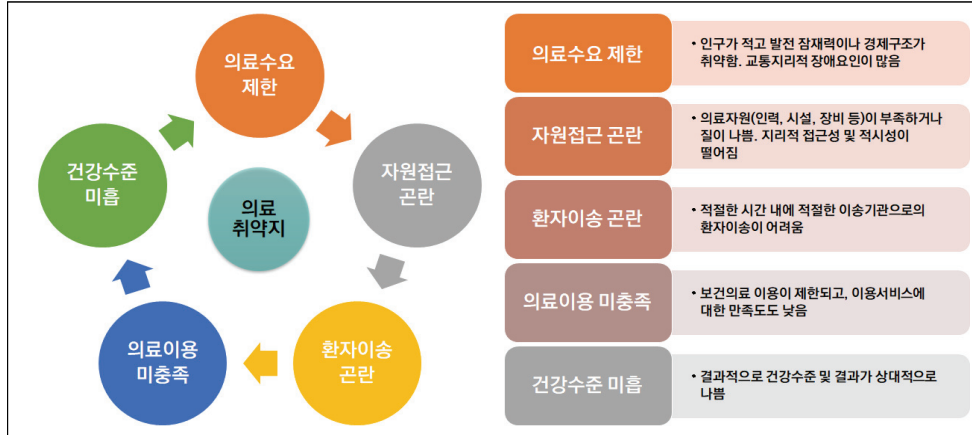
〈표 2-2〉 의료취약지 지원사업에서의 의료취약지 정의

취약지 구분	정의
소아청소년과 의료취약지	병원까지 60분 내 도달하기 어려운 소아청소년 인구대상 비율이 30% 이상이면서, 60분 내 병원급 의료이용비율인 기준시간 내 의료이용률(TRI)이 30% 미만인 시군구
분만 취약지	분만 가능한 의료기관에 60분 내 도달하기 어려운 가임여성 인구비율이 30% 이상인 지역이면서, 60분 내 분만의료 이용률이 30% 미만인 시군구
응급의료분야 의료취약지	지역응급의료센터까지 30분 이내 도달이 불가능하거나, 권역 응급의료센터로 1시간 이내 도달이 불가능한 지역 내 인구비율이 30% 이상인 시군구

자료: 이태호 외. (2021). 2021년 의료취약지 모니터링 연구. 보건복지부·국립중앙의료원.

- 보건복지부와 국립중앙의료원에서 의료취약지 지원정책에 대한 효과 분석을 위해 매년 실시하는 ‘의료취약지 모니터링 연구’에서는 의료취약지 개념을 다음과 같이 정의하고 있음(이태호 외, 2021).
- ① 의료 수요에 제한이 있으며, ② 보건의료자원에 대한 접근이 곤란하고, ③ 양질의 의료이용이 충족되지 못하며, ④ 건강수준 및 건강결과가 낮은 지역
- 그러나 이와 같은 의료취약지 개념은 분만의료, 소아청소년과, 응급의료 등 일부 의료에 한정적으로 적용되어 의료접근성이 낮은 농촌의 의료취약지역을 모두 포괄하지 못하는 실정임.

[그림 2-1] 의료취약지 개념 정의



자료: 이태호 외. (2021). 2021년 의료취약지 모니터링 연구. 보건복지부·국립중앙의료원.

제2절 주치의제도

□ ‘주치의제도’는 지역사회 주민 개인 또는 가족이 일차의료 의사(주치의)와 지속적인 관계를 유지할 수 있도록 보험자 또는 국가가 지원해 주는 제도를 일컫는 용어(김진용, 2022)이나, 우리나라에서는 이에 대한 명확한 개념이나 정의가 합의되어 있지 않음.

○ 주치의제도에서 환자는 주치의의 조언에 따라 합리적인 의료서비스 이용이 가능하고, 주치의는 일차의료 본연의 고유한 역할인 최초 접촉, 포괄성, 조정기능, 지속성을 갖춘 의료서비스를 자신의 등록 환자에게 제공할 수 있음.

○ 농촌지역을 대상으로 한 ‘마을주치의’ 또한 “의료기관이 없거나 접근성이 떨어지는 농촌마을에 전문 의료인이 찾아가 맞춤형 의료서비스를 제공하는 것”(농민신문, 2020. 12. 11.)으로 정의되거나, “농촌마을의 의료접근성 향상 및 주민 건강증진과 관련하여 농촌지역의 의료 기관이 주민들에게 방문 등을 통하여 보건의료서비스를 제공하는 것”(김진용, 2022)으로 정의되기도 함.

- 우리나라에서 주치의제도는 1993년 대한가정의학회가 가족등록수가 항목을 신설할 것을 정책으로 건의하면서 시작되었으나(이만우, 2009), 1996년 ‘가족등록제 시범사업’ 실시가 무산된 이후 일부 의료계의 반대와 사회적 합의 부재로 논의가 발전되지 못하고 있음.
- 그러나 최근 ‘장애인 건강주치의 시범사업’ 등이 시행됨에 따라 ‘주치의제도’에 대한 관심이 높아지고 있음(김진용, 2022).
 - “노인인구와 만성질환자 증가에 따른 의료비의 증가, 취약한 일차의료체계와 이로 인한 의료소비자들의 대형병원 쏠림 현상 등의 해결을 위해 주치의제도 도입이 필요하다”(정명관, 2020. 1. 20.)는 주장과 함께, 주치의제도가 “우리나라의 보건의료체계와 맞지 않으며 제도 도입의 조건도 성숙되지 않았다”는 주장이 함께 공존함.

제3절 방문진료

1. 방문진료 개념

- 방문진료란 의사가 직접 환자가 거주하는 가정에 찾아가서 수행하는 진료활동을 의미하지만, 현재 우리나라에서는 방문진료에 대한 명확한 정의가 부재함.
 - 이에 따라 정책적으로는 중앙정부에서 수행하는 사업별로, 그리고 학문적으로는 연구를 수행하는 학자별로 필요에 따라 정의하고 있음.
- 국외 선행연구에서는 home care, home visit, house call, outdoor practice 등으로 불렸으나, 최근에는 가정기반의료(home-based medicine)라는 용어로 수렴되고 있음(김창오, 2020).
 - 미국의 의료기술 평가기관인 ‘Agency for Healthcare Research and Quality(AHRQ)’는 ‘가정방문 일차의료’에 대한 정의를 제시하였는데, 가정방문 일차의료로 인정되기 위해서는 1) 일차의료 의사의, 2) 직접적인 가정방문

활동이 있어야 하고, 3) 일시적인 방문이 아니며, 4) 다학제적 팀에 의한 포괄적인 건강관리 또는 사회서비스가 제공되어야 함.

〈표 2-3〉 가정방문 일차의료의 정의에 따른 기준

가정방문 일차의료의 정의	인정기준	제외기준
1) 일차의료인력의 방문 (의사, 가정전문간호사, 의사 보조 인력 등)	- 관련 전문 인력(간호사, 물리치료사, 사회복지사, 상담사 등) 추가 방문 가능	- 일차의료의사의 가정방문이 포함되지 않는 서비스 - 의사의 전화상담만 수행 - 간호사(또는 다른 의료인력)의 방문건강관리 활동 등
2) 가정으로 방문 (가정이란, 환자가 거주하는 비시설을 의미)	- 재가환자가 입원(입소)했을 경우의 추적관리를 위한 시설(병원입원, 단기재활시설 등) 방문 가능	- 재가환자가 아닌 시설(요양시설, 요양병원 등) 입소 환자를 대상으로 하는 서비스
3) 연속적 관리 (사망 또는 요양시설 입소 전까지 장기간 방문)	- 해당 없음	- 단기간 방문 - 가정환경평가(1회 방문) - 퇴원 후 관리(skilled nursing care)나 전환기의료(transitional care) 등 단기간(90일 이내) 서비스
4) 포괄적 관리(만성질환 및 장애 등 예방적 관리)	- 추가 서비스(정신건강, 완화의료, 장기요양, 사회서비스 등) 제공 가능	- 단일 질병이나 증후군에 대한 질병관리 또는 위험요인 관리(낙상예방사업, 심장병관리 등)

자료: 김창오 (2020). 거동불편대상자를 위한 방문진료의원 모형: 1년 6개월 간의 운영사례 보고. 한국노년학, 40(6), 일부 수정

□ 법적으로 방문진료에 대한 명확한 정의는 없으나 「국민건강보험법」 제41조5(방문요양급여)에서는 “가입자 또는 피부양자가 질병이나 부상으로 거동이 불편한 경우 등 보건복지부령으로 정하는 사유에 해당하는 경우에는 가입자 또는 피부양자를 직접 방문”하여 요양급여를 실시할 수 있는 것으로 정하고 있음(국민건강보험법, 법률 제19123호, 2023).

○ 이때, 요양급여의 범위는 “1. 진찰·검사, 2. 약제·치료재료의 지급, 3. 처치·수술 및 그 밖의 치료, 4. 예방·재활, 5. 입원, 6. 간호, 7. 이송” 등이 포함됨.

□ 한편, 인구소멸에 대응하기 위해 정부는 인구감소 지역에 대한 지원을 목적으로 「인구감소지역 지원 특별법」을 제정(2023. 1. 1. 시행)하였으며, 내용 중 인구감소지역에 대한 특례조항으로 방문진료와 관련된 내용이 포함되어 있음.

- 법 제23조(의료기반의 확충) 제1항에 따르면, “국가와 지방자치단체는 인구감소지역 주민의 건강 증진과 노인의 만성질환 예방·치료 등을 위하여, 의료기관을 직접 이용하기 어려운 사람 등을 대상으로 거주지를 방문하여 진료 등을 행하는 사업을 수행하고 필요한 행정적·재정적 지원을 할 수 있다”라고 명시하고 있음(인구감소지역 지원 특별법 법률 제18877호, 2023).
- 이 법에 따르면 「국가균형발전 특별법」에 따라 지정된 ‘인구감소지역’에서는 지역 주민의 건강권 확보를 위해 방문진료 사업을 실시할 수 있게 됨.

〈표 2-4〉 「인구감소지역 지원 특별법」 방문진료 관련 내용

<p>제23조(의료기반의 확충) ① 국가와 지방자치단체는 인구감소지역 주민의 건강 증진과 노인의 만성질환 예방·치료 등을 위하여, 의료기관을 직접 이용하기 어려운 사람 등을 대상으로 거주지를 방문하여 진료 등을 행하는 사업을 수행하고 필요한 행정적·재정적 지원을 할 수 있다.</p> <p>② 국가와 지방자치단체는 제1항에 따른 사업을 실시하기 위하여 「의료법」 제3조에 따른 의료기관(이하 “의료기관”이라 한다)과 업무협약을 맺을 수 있다.</p> <p>③ 국가와 지방자치단체는 인구감소지역의 보건의료 여건을 개선하기 위하여 의료기관의 설치와 의료인(「의료법」 제2조에 따른 의료인을 말한다) 확보에 필요한 시책을 수립·시행하고, 지역보건의료기관(「지역보건법」 제2조제1호에 따른 지역보건의료기관을 말한다) 간 협력이 강화될 수 있도록 하여야 한다.</p> <p>④ 국가와 지방자치단체는 응급·심혈관·뇌혈관 등 생명과 직결된 필수요료를 수행할 수 있도록 의료시설, 인력, 의료서비스의 품질 등 국가 또는 지방자치단체가 정하는 기준을 충족하여 필수요료 제공이 가능한 의료기관을 지정하고 의료시설 및 인력 확충과 의료서비스의 품질 향상 등에 드는 비용을 보조하거나 지원할 수 있다.</p> <p>⑤ 시도지사는 「공공보건의료에 관한 법률」에 따른 의료취약지역이면서 인구감소지역에 소재한 의료기관 중에서 의료취약지 거점의료기관을 지정하고 우선 지원할 수 있다.</p>
--

자료: 인구감소지역 지원 특별법, 법률 제18877호 (2023).

- 이 외에 현재 시행되고 있는 방문진료 관련 사업에 나타난 정의는 다음과 같음.
 - 2019년 12월 시작된 ‘일차의료 방문진료 수가 시범사업’ 지침에서는 ‘방문진료료’를 “방문진료 시범기관에 소속된 방문진료 의사가 의료기관에 내원하여 진료를 받은 적이 있는 거동 불편 환자의 자택(가정)을 방문하여 진료”하는 경우에 산정할 수 있도록 정함.
 - 2022년 12월 시작된 ‘장기요양 재택의료센터 시범사업’ 지침의 사업개요에 의하면 재택의료 센터에서는 “거동이 불편하여 의료기관에 내원하기 어렵다고 의사가 판단한 장기요양수급자를 대상으로 의사, 간호사, 사회복지사 등이 가정을 방문하여 방문진료·간호 및 지역사회 돌봄 서비스 연계 등 제공”하는 것으로 정함.

- ‘의료기관 가정간호’는 「의료법」에 근거하여 “의사 또는 한의사 처방에 의해 가정에서 지속적인 치료와 관리가 필요하다고 인정하는 대상자의 가정을 간호사가 방문하여 기본간호, 치료적 간호(인공호흡기 관리, 기관절 개관 교환 등), 투약 및 주사, 교육 및 훈련 등을 제공”하는 서비스로 정의함(양숙자 외, 2021).
- ‘보건소 방문건강관리’는 「지역보건법」에 근거하여 “건강취약계층 건강문제를 파악하여 건강관리서비스를 제공하고 연계하는 보건의료서비스로, 간호사가 제공하는 방문건강관리서비스는 대상자별 주요 건강문제 선정 및 업무 계획, 건강위험요인이 있는 대상 가구 및 집단 발굴 및 등록관리, 건강문제 스크리닝, 건강관리서비스 제공, 보건소 및 지역사회 자원 연계 실시 등”의 서비스로 정의함(양숙자 외, 2021).
- ‘장기요양 방문간호’는 「노인장기요양보험법」에 근거하여 “간호인력(간호사, 간호조무사)이 의사, 한의사 또는 치과의사의 방문간호지시서에 따라 수급자의 가정 등을 직접 방문하여 간호, 진료보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공”하는 서비스로 정의함(양숙자 외, 2021).
- 2021년 9월부터 3단계 시범사업이 시작된 ‘장애인 건강주치의 제도’의 주요 사업 중의 하나로 ‘방문서비스’가 포함되어 있음. ‘장애인 건강주치의 제도’의 방문서비스는 “거동 불편 등 사유로 내원이 어려운 중증 장애인에게 건강 주치의나 간호사가 방문하는 서비스”로 정의하고 있으며, 건강 주치의가 방문하는 “방문진료”, 간호사가 방문하는 “방문간호”로 구분하고 있음.
 - 방문진료: 통원이 어려운 중증 장애인을 대상으로 건강 주치의가 방문하여 포괄평가 및 계획, 교육·상담 및 간단한 검사·처치, 처방 등을 제공
 - 방문간호: 건강 주치의가 수립한 포괄평가 및 관리계획에 따라 간호사가 방문하여 기본간호, 간단처치 등을 제공
 - 방문서비스는 참여 신청이 이루어진 의료기관에서 제공하며, 방문진료 또는 방문간호를 단독으로 제공하거나 방문진료와 방문간호를 동시에 제공
- 일본은 1992년 의료법 개정으로 ‘재택의료’가 입원, 외래에 이어 제3의 의료로 자리매김하였으며, 이후 왕진과 방문진료를 통칭하는 개념으로 사용되고 있음(오

영인 등, 2019; 김창오 외, 2021 재인용).

- 일본에서 ‘왕진’은 통원이 어려운 환자 또는 그 가족 등의 요청을 받아 일회성, 비연속적으로 환자의 자택을 방문하여 진료 및 처치, 처방 등을 실시하는 행위를 말함(김창오 외, 2021, p. 15).
- 이와 달리 ‘방문진료’는 의사가 통원이 어려운 환자의 동의를 얻어 환자의 병력, 질병 및 건강상태, 가족의 간호능력, 경제적 사정 등을 고려하여 일정 기간의 진료계획을 수립하고, 계획적인 의학관리 하에 정기적으로 진료, 처치, 처방, 요양 과정에서의 상담, 지도 등을 실시하는 행위를 뜻함(김창오 외, 2021, p. 15).

2. 방문진료 대상자 수 추정

- 방문진료를 추진하기 위해서는 의료서비스가 필요하지만 거동이 불편하여 필요 의료서비스를 받지 못하고 있는 환자가 어느 정도 되는지에 관한 추계 기초자료가 필요함. 그러나 이와 관련된 공식적인 자료는 생산되지 않고 있으며, 최근에 발표된 관련 연구결과는 다음과 같음.
 - Kim & Jang(2020)의 연구에서는 60세 이상 노인인구 800명을 대상으로 수행한 설문조사에서 ‘건강에 도움이 필요할 때 의사의 방문진료를 원하는’ 응답 비율(39.3%)을 활용하여 방문진료 필요 대상자를 약 300만 명으로 추계하였음(최재우, 김창오, 2022).
 - 이 연구에서는 방문진료를 현재 시점에서 필요한 대상자 수가 아닌, 미래에 도움이 필요한 경우를 가정하고 있다는 한계점을 내포하고 있으며 방문진료 필요 대상자 추산을 노인으로 제한하였음.
 - 강은나 외(2019)는 2019년 장기요양실태조사 결과에서 장기요양급여 수급자를 대상으로 지난 3개월 동안 수급자 대신 가족이 의료기관에 방문한 적이 있는 비율을 30.7%로 발표함. 이 결과를 2020년 12월 말 기준 재가급여 대상자⁵⁾에 적용하면 방문진료 필요 대상자 규모가 약 22.4만 명으로 추산됨.

5) 노인장기요양보험 3~5등급 및 인지지원등급 727,946명

- 다만, 해당 추계는 장기요양 재가급여 대상자만을 근거로 한 추계이므로 전국민에 적용하기는 한계가 있음(최재우, 김창오, 2022).

○ 최재우와 김창오(2022)는 2014~2018년 한국의료패널 자료를 활용하여 19세 이상 성인 중 ‘거동불편 혹은 건강상 이유로 의료기관 방문이 어려움’으로 응답한 사람을 미충족 의료가 발생한 방문진료 필요 환자로 간주하여 추정된 결과 2018년 기준 약 27.8만 명으로 추산되었음.

- 19세 이상 표본 중 거동불편 혹은 건강상 이유로 인한 미충족 의료를 경험한 표본비율은 2014년 0.76%, 2015년 1.00%, 2016년 0.80%, 2017년 0.74%, 2018년 1.10%로 나타났으며, 이를 우리나라 인구수로 추계하며 2014년 약 23만 명, 2015년 약 25만 명, 2016년 약 19만 명, 2017년 약 21만 명, 2018년 약 27.8만 명으로 나타남(최재우, 김창오, 2022).
- 인구사회학적 특성별로는 중장년층(40~64세)에 비해 전기 고령층(65~74세)과 후기 고령층(75세 이상)이 각각 거동불편 혹은 건강상 이유로 미충족 의료를 경험할 오즈비가 각각 2.14배와 4.91배 통계적으로 유의하게 높았음. 기혼인 사람들에 비해 미혼인 사람들이 미충족 의료를 경험할 오즈비가 2.67배 높았고, 소득 수준이 가장 높은 사람들에 비해 가장 낮은 사람들이 미충족 의료를 경험할 확률이 2.51배 높았음(최재우, 김창오, 2022).
- 또한 건강보험 가입자에 비해 의료급여 수급권자가 미충족 의료를 경험할 오즈비가 1.77배 높았고, 장애를 가진 사람들이 장애를 가지고 있지 않은 사람들에 비해 미충족 의료를 경험할 오즈비가 2.78배 높았음. 또한 노인장기요양보험 인정자가 미인정자에 비해 미충족 의료를 경험할 오즈비가 5.28배 높게 나타났음(최재우, 김창오, 2022).
- 특히, 75세 이상 노인은 다양한 신체 및 정신 질환을 복합적으로 갖고 있으며 기능상태가 현저히 저하되는 연령층으로서 방문진료가 우선적으로 필요한 계층이라 볼 수 있음(최재우, 김창오, 2022)..
- 통계청에 따르면 2017년 우리나라 75세 이상 후기 고령층의 노인인구 비중은 5.9%로, 전기 고령층에 비해 아직까지 낮은 편이지만(전기 고령층 노인인구 비중 13.8%), 2040년이 되면 후기 고령층(17.4%)이 전기

고령층(16.5%)을 넘어설 것으로 전망됨. 이는 지금부터 방문진료에 대한 미래수요를 적극적으로 대비해야 함을 보여준다고 할 수 있음(최재우, 김창오, 2022).

제4절 소결

- 현재 국내 법률상 의료취약지역에 대한 명확한 정의는 부재하며, 각 정책별로 필요에 따라 의료취약지를 지정하여 지원하고 있음.
- 선행연구 결과들도 연구자마다 의료취약지역에 대한 정의가 상이하며, 의료취약지역 선정기준 역시 연구마다 차이가 있어 공감대가 부족한 실정임.
- 해외 역시 의료취약지역의 명확한 용어, 정의, 개념 정립이 부재한 상태이며, 미국의 의료취약지역은 ‘의료인 부족지역(Health Professional Shortage Area)’이라 지칭하며, 일본은 후생노동성에서 ‘무의촌’을 정의(인구 50명 이상 거주하는 지역의 중심 반경 4km 이내 의료기관이 없고, 교통수단으로 1시간 이상 소요되는 곳을 말함)하고 5년마다 전국의 무의촌 현황을 조사하고 있음.
- 정부는 「공공보건의료에 관한 법률」 제12조에 따라 보건복지부는 의료서비스의 공급이 현저하게 부족한 지역을 의료취약지로 지정하고 취약지역 주민의 의료서비스 접근성을 개선하고자 하는 ‘의료취약지 지원사업’을 2014년부터 시행 중에 있음.
 - 의료취약지 지원 정책에 대한 효과 분석을 위해 매년 실시하는 ‘의료취약지 모니터링’에서는 의료취약지 지역 개념을 다음과 같이 정의하고 있음: ① 의료 수요에 제한이 있으며, ② 보건의료자원에 대한 접근이 곤란하고, ③ 양질의 의료이용이 충족되지 못하며, ④ 건강수준 및 건강결과가 낮은 지역
- 농촌 의료접근성 개선을 위해 의료취약지의 정의가 중요한 이유는 중앙 및 지자체에서 실시하는 포괄적인 의료접근성 개선 사업의 근거가 될 수 있기 때문임.

- 현재와 같이 사업별로 의료취약지를 분절적으로 개념화하는 경우 지역의 의료 취약성 개선을 위한 포괄적인 계획 수립과 자원 확보가 어려움.
 - 의료취약성과 의료취약지에 대한 포괄적인 정의를 관련 법에 포함할 경우 지자체에서도 의료접근성 개선을 위한 별도의 조례 제정과 자체 사업 자원 확보가 훨씬 용이해질 것임.
- 의료인 등이 의료기관이 아닌 환자가 원하는 곳으로 방문하여 의료를 행하는 것을 포괄적 의미에서 방문진료라고 볼 수 있음. 현재 우리나라에서는 방문진료에 대한 명확한 정의 또한 부재함.
- 법적으로 방문진료에 대한 명확한 정의는 없으나 「국민건강보험법」 제41조의5 (방문요양급여)에서는 “가입자 또는 피부양자가 질병이나 부상으로 거동이 불편한 경우 등 보건복지부령으로 정하는 사유에 해당하는 경우에는 가입자 또는 피부양자를 직접 방문하여 제41조에 따른 요양급여를 실시”할 수 있는 것으로 정하고 있음.
 - 인구소멸에 대응하기 위해 정부는 인구감소 지역에 대한 지원을 목적으로 「인구감소지역 지원 특별법」을 제정(2023. 1. 1. 시행)하였으며, 법 제23조(의료기반의 확충) 제1항에 따르면, “국가와 지방자치단체는 인구감소지역 주민의 건강 증진과 노인의 만성질환 예방·치료 등을 위하여, 의료기관을 직접 이용하기 어려운 사람 등을 대상으로 거주지를 방문하여 진료 등을 행하는 사업을 수행하고 필요한 행정적·재정적 지원을 할 수 있다”라고 명시하고 있음.
 - 이 법에 따르면 「국가균형발전 특별법」에 따라 지정된 ‘인구감소지역’에서는 지역 주민의 건강권 확보를 위해 방문진료 사업을 실시할 수 있게 됨.
- 방문진료를 추진하기 위해서는 우리나라에 거동이 불편 하여 필요한 의료서비스를 받지 못하고 있는 환자가 어느 정도 되는 지에 관한 추계 기초자료가 필요하나 현재 이와 관련된 공식적인 자료는 생산되지 않고 있으며, 최근에 발표된 관련 연구결과는 다음과 같음.

- Kim & Jang(2020)의 연구에서는 60세 이상 노인을 대상으로 수행한 설문조사에서 방문진료 필요 대상자를 약 300만 명으로 추계하였음.
- 2019년 장기요양실태조사(강은나 외, 2019) 결과에서 거동불편 등의 이유로 가족의 대리처방에 의존하는 장기요양수급자 비율을 30.7%로 발표한 바 있으며, 이를 재가급여 대상자에 적용하면 방문진료 필요 대상자 규모가 약 22.4만 명으로 추산됨.
- 최재우와 김창오(2022)는 한국의료패널 자료를 활용하여 19세 이상 성인 중 방문진료 필요 환자를 추정한 결과 2018년 기준 약 27.8만 명으로 추산하였음.



제3장

농촌 의료서비스 접근성 개선 정책 현황 및 쟁점

- 제1절 일차의료 방문진료 수가 시범사업
- 제2절 노인장기요양 재택의료센터 시범사업
- 제3절 노인장기요양사업
- 제4절 보건소 방문건강관리사업
- 제5절 AI·IoT 기반 어르신 건강관리서비스
- 제6절 공중보건 의사 배치
- 제7절 소결

제 3 장

농촌 의료서비스 접근성 개선 정책 현황 및 쟁점

제1절 일차의료 방문진료 수가 시범사업

1. 정책 현황

□ 추진 배경

- 인구고령화와 만성질환 유병률 증가에 따라 지속적이고 장기적인 의료서비스가 필요한 환자가 증가하고 있으나, 재가환자에 대한 적절한 의료 전달체계가 없어 국민의 욕구 대응에 공백이 발생함(보건복지부, 건강보험심사평가원, 2022, p. 1). 이에 따라 국민의 다양한 의료적 욕구에 대응할 수 있는 새로운 서비스 공급체계가 필요함.
- 의료기관 내원 위주의 서비스 제공은 한정된 의료자원을 효율적으로 사용할 수 있으나, 거동 불편 환자 등에 대한 의료접근성 문제가 발생하여 의료접근성 개선이 필요함(보건복지부, 건강보험심사평가원, 2022, p. 1).

□ 법적 근거

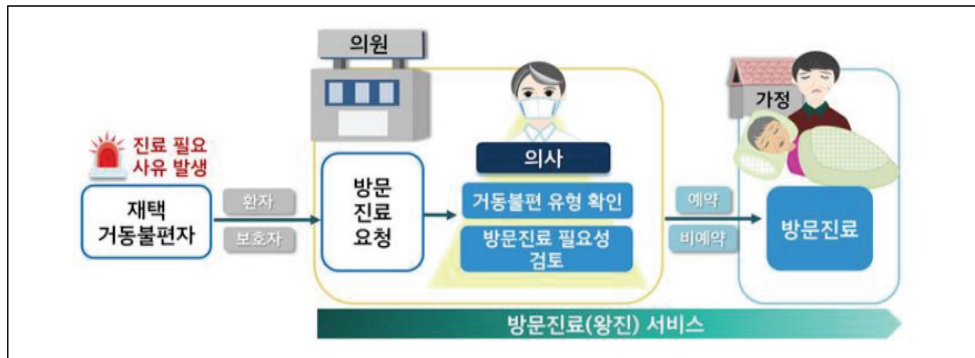
- 「국민건강보험법」 제41조의5(방문요양급여) “가입자 또는 피부양자가 질병이나 부상으로 거동이 불편한 경우 등 보건복지부령으로 정하는 사유에 해당하는 경우에는 가입자 또는 피부양자를 직접 방문하여 제41조에 따른 요양급여를 실시할 수 있다.”
 - 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제8조의3(방문요양급여 실시 사유) “법 41조의5에서 질병이나 부상으로 거동이 불편한 경우 등 보건복지부령으로 정하는 사유에 해당하는 경우란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여 의료기관을 방문하기 어려운 경우를 말한다.”
 - 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」 제16조 제1항에 따른 장애인 건강주치의제도의 대상이 되는 중증장애인

- 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 따른 말기환자
- 가정형 인공호흡기를 사용하는 등 일정 수준 이상의 의료적 요구가 있어 방문요양급여를 제공받을 필요가 있는 18세 미만 환자
- 그 밖에 질병, 부상, 출산 등으로 거동이 불편하여 방문요양급여가 필요하다고 보건복지부 장관이 정하여 고시⁶⁾하는 경우에 해당하는 사람

□ 사업개요

- 거동이 불편하여 의료기관에 내원하기 어렵다고 의사가 판단한 환자를 대상으로 지역 내 의원의 의사가 직접 방문진료 의료서비스를 제공함.

[그림 3-1] 방문진료 개념도



자료: 보건복지부, 건강보험심사평가원. (2022). 일차의료 방문진료 수가 시범사업 지침. p. 3.

□ 방문진료 수가 및 본인부담

- (기본수가) 방문진료료로 의과는 월당 최대 60회, 한의는 주당 최대 15회 산정 가능

6) 이와 관련된 구체적인 내용은 찾을 수 없으나, '일차의료 방문진료 수가 시범사업' 지침에 의하면 시범사업 대상은 "질병·부상 및 출산 등으로 인하여 진료를 받아야 할 필요성이 있으나 보행이 곤란불가능하여 환자보호자의 방문진료 요청이 있는 경우이며, 이러한 대상자 유형으로는 ① 마비(하지·사지마비·편마비 등), ② 수술직후, ③ 말기 질환, ④ 의료기기 등 부착(인공호흡기 등), ⑤ 신경계퇴행성 질환, ⑥ 욕창 및 궤양, ⑦ 정신과적 질환, ⑧ 인지장애 등이 있음. 또한, 진료사고 방지와 환자 안전 등을 위해 의원을 내원하여 1회 이상 진료 받은 경험이 있는 환자 대상을 원칙으로 하되, 초진 환자도 의사가 방문진료가 필요하다고 판단한 경우 가능하며, 거동이 불편하지 않은 환자도 환자나 환자 보호자가 요청하는 경우 방문진료를 실시할 수 있으나 방문진료료 시범 수가 전액을 환자가 부담해야 함.

〈표 3-1〉 일차의료 방문진료 수가 시범사업의 방문진료 수가

구분		수가 ('23 기준)	구분	별도 행위료
의과	방문진료료Ⅰ	126,900	방문진료료에 의료행위, 처치 등이 모두 포함	산정불가
	방문진료료Ⅱ	88,280	방문진료료 외에 추가적인 의료행위 등을 비포함	산정가능
한의	방문진료료	99,020	방문진료 시 발생하는 행위약제 및 치료재료 등 비용 포함	산정불가

자료: 건강보험심사평가원 내부 자료. (2023. 1. 12.)

○ (본인부담) 방문진료를 이용한 건강보험 가입자 또는 피부양자는 해당 요양급여비용(방문진료료)의 100분의 30을 본인이 부담함.

- 그 외 차상위 본인부담경감 대상자 1종은 방문진료료의 5%, 2종은 방문진료료의 10%, 의료급여 수급권자 1종은 방문진료료의 5%, 2종은 10%를 본인이 부담

□ 사업 대상

- (대상 기관) 「의료법」 제3조 제2항 제1호 가목에 따른 의원으로서 방문진료 가능 의사가 1인 이상으로 일차의료 방문진료 수가 시범사업 참여 신청을 통해 참여기관으로 등록 완료된 기관
- (대상자) 질병·부상 및 출산 등으로 인하여 진료를 받아야 할 필요성이 있으나 보행이 곤란불가능하여 환자보호자의 방문진료 요청이 있는 경우(※ 단, 촉탁의 또는 협약의료기관 의사가 진료하는 사회복지시설 및 장기요양기관 입소자 제외)
 - 대상자 유형 예시: ① 마비(하지·사지마비·편마비 등) ② 수술직후 ③ 말기 질환, ④ 의료기기 등 부착(인공호흡기 등), ⑤ 신경계 퇴행성 질환, ⑥ 욕창 및 궤양, ⑦ 정신과적 질환, ⑧ 인지장애 등

□ 방문진료 세부 서비스 내용

- (진찰) 문진, 시진, 청진, 타진, 촉진 등, (처방) 구강섭취약, 연고, 좌약 등에 대한 처방, (질환관리) 만성질환, 단순한 급성·아급성 질환 등에 대한 관리, (검사) 혈압계, 산소포화도 측정기, 이경 등을 활용한 기본검사 등, (의뢰) 필요 시 적절한 전문 의료기관으로의 의뢰, (교육상담) 질병 상태 및 관리계획에 대한 환

자·보호자 교육 실시, **(기타)** 검체 채취, 투약, 주사, 응급처치 등에 대한 교육 등 환자의 필요 따라 다양한 서비스

□ 도·농간 시범사업 참여 현황

- ‘일차의료 방문진료 수가 시범사업’에 등록⁷⁾한 의료기관 중 농촌 소재 의료기관은 총 271개소(의과 79개소, 한의 192개소)로 농촌 소재 일차의료기관의 5%에 해당함.
 - 이 중 실제 사업에 참여⁸⁾한 의료기관은 88개소(의과 29개소, 한의 61개소)로 농촌 소재 의료기관의 1.6%임.
- ‘일차의료 방문진료 수가 시범사업’에 등록된 농촌지역 의원급 의료기관은 경기(19개소), 전북(14개소), 충남(12개소)의 순으로 많았고, 실제 사업에 참여한 의원급 의료기관은 경기(9개소), 충남(5개소), 충북(4개소)의 순이었음.
 - 시범사업에 참여한 한의원급 의료기관은 경기(33개소), 충남(32개소)의 순으로 많았고, 실제 사업에 참여한 의료기관도 경기(12개소), 충남(10개소)에서 많았음.

〈표 3-2〉 농촌·도시 일차의료 방문진료 수가 시범사업 참여 의료기관 현황(2023. 1. 현재)

(단위: 개소, %)

	의원급 의료기관(전체)		시범사업(농촌)		시범사업(도시)	
	농어촌	도시	등록기관	참여기관	등록기관	참여기관
계	5,450(100.0)	44,064(100.0)	271(5.0)	88(1.6)	1,508(3.4)	463(1.1)
의과 (의원)	3,626(100.0)	31,308(100.0)	79(2.2)	29(0.8)	436(1.4)	141(0.5)
한의 (한의원)	1,824(100.0)	12,756(100.0)	192(10.5)	61(3.3)	1,072(8.4)	332(2.6)

주: 1) 농촌지역은 읍면지역에 소재한 의료기관
 2) 등록기관은 시범사업 기관으로 선정되어 폐업 또는 철회 하지 않은 기관(2022. 11. 기준)
 3) 참여기관은 시범사업을 실시하고 청구한 기관으로 폐업 또는 철회기관 포함(2019. 12.~2022. 10.)
 자료: 건강보험심사평가원 내부 자료. (2023. 1. 12.)

7) 등록기관은 시범사업 기관으로 선정되어 폐업 또는 철회 하지 않은 기관(2022. 11. 기준)
 8) 참여기관은 시범사업을 실시하고 청구한 기관으로 폐업 또는 철회기관 포함(2019. 12.~2022. 10.)

〈표 3-3〉 광역시도별 의료기관 시범사업 참여 현황(농촌, 2023. 1. 현재)

	계		의과		한의	
	의원	한의원	등록기관	참여기관	등록기관	참여기관
합계	3,626	1,824	79	29	192	61
부산	92	37	1	1	3	1
대구	126	60	1	0	6	1
인천	24	17	0	0	1	1
울산	80	45	1	1	2	0
세종	52	24	1	1	3	3
경기	784	368	19	9	33	12
강원	166	112	5	2	10	3
충북	253	127	9	4	14	2
충남	416	214	12	5	32	10
전북	207	119	14	3	12	2
전남	486	191	8	0	23	6
경북	417	228	6	2	23	9
경남	446	230	2	1	22	6
제주	77	52	0	0	8	5

주: 1) 농촌지역은 읍면지역에 소재한 의료기관. 서울, 대전, 광주는 읍면소재 일차의료기관 없음.

2) 등록기관은 시범사업 기관으로 선정되어 폐업 또는 철회 하지 않은 기관(2022. 11. 기준)

3) 참여기관은 시범사업을 실시하고 청구한 기관으로 폐업 또는 철회기관 포함(2019. 12.~2022. 10.)

자료: 건강보험심사평가원 내부 자료. (2023. 1. 12.)

2. 쟁점 사항

□ 민간의료기관 참여율 제고 필요

○ 정부는 2019년 12월 27일부터 ‘일차의료 방문진료 수가 시범사업’을 진행하고 있음.

- 방문진료(의과, 한의) 참여환자 수는 2021년 5,361명에서 2022년 12월 기준 11,125명으로 증가함.
- 시범사업 등록기관은 1,779개소(의과 515개소, 한의 1,264개소)이나 실제 수가 청구기관은 563개소(의과 170개소, 한의 393개소)로 31.6% 차지함.
- 특히, 농촌 소재 의료기관 중 시범사업에 실제 참여한 곳은 88개소(의과 29개소, 한의과 61개소)임.

□ 부담스러운 환자 본인부담금과 제한된 서비스

○ 일차의료 방문진료 수가 시범사업에 참여한 환자는 진료비의 30%를 본인이 부담하며, 대상자가 아니면 진료비 전액을 환자가 부담해야 하는데 방문진료를 필요로 하는

환자 대다수가 고령층, 장애인임을 감안하면 본인부담 비용이 부담스러울 수 있음.

- 시범사업의 경우 본인일부부담금 산정특례제도⁹⁾에 의한 중증질환자, 희귀질환자 등에 대한 본인부담 제외대상도 시범사업에는 적용되지 않음.
- 또한, 거동이 불편한 노인이나 장애인이 가정간호지시서를 받기 위해 방문진료를 요청하는 경우도 적지 않으나 이 경우에도 상대적으로 높은 수가가 부담이 될 수 있음.
- 반면, 일본은 75세 이상 후기고령자는 본인부담금 10%만 부담하고 있음.

○ 상대적으로 높은 본인부담비용에도 받을 수 있는 의료서비스는 진단과 처방, 단순 질환 관리, 기본검사와 교육 등으로 제한적임.

□ 도농간 방문진료 여건 격차

- 도시와는 달리 농촌 개원의원의 80% 이상은 단독개원의 형태로 운영되고, 간호인력은 90% 이상이 간호조무사로 구성되어 방문진료에 참여할 수 있는 여건이 마련되지 않음.
- 또한 농촌은 의료기관에서 재가환자를 방문하는 데까지의 이동시간이 상대적으로 길기 때문에 외래와 방문진료를 병행할 경우 의료기관을 정상적으로 운영하기 어려움.
- 따라서 도시와는 다른 농촌의 열악한 의료환경을 감안하여 농촌 방문진료 모델을 다양화하거나 수가 측면에서 원거리 환자를 방문해야 할 경우 이동시간에 따른 가산을 고려해 볼 필요가 있음.

□ 의료-간호-돌봄의 협업 체계 구축 필요

- 전술한 바와 같이 농촌은 의사 1인의 단독개원이 많아 의사가 매번 방문진료를 수행할 수 없기 때문에 간호 영역 및 돌봄 영역과의 협업을 고려해 볼 수 있음.
 - 의사의 방문진료 외에 재가환자를 방문하는 여러 영역(간호, 돌봄 등) 간에 노인환자의 상태에 대한 정보를 공유함으로써 환자의 건강에 영향을 주는

9) 국민건강보험법 제44조, 동법 시행령 제19조 제1항 및 별표2에 의한 본인일부부담금 산정특례제도

영양, 주거 상태 등에 대해서도 파악 가능함.

- 농촌 방문진료 의사는 파악된 정보를 바탕으로 1~3개월 사이 적정 주기로 환자를 방문하고, 그 사이 사이의 일상적인 방문은 보건소, 보건지소 및 보건진료소 간호인력 등이 대신 환자상태를 확인하여 의사에게 보고하는 체계도 고려해 볼 수 있음.

제2절 노인장기요양 재택의료센터 시범사업

1. 정책 현황

- 보건의료서비스 영역에서 분절된 노인의료서비스는 돌봄서비스의 부족과 결합하여 허약하거나 거동이 불편한 노인이 요양병원이나 요양시설에 장기 입소하게 될 수밖에 없는 구조를 만들고 있으며, 이러한 현실에서 허약노인의 삶의 질을 기대하기 어려움.
- 지역사회에서 이용 가능한 노인돌봄서비스는 종류가 제한적이고 불충분하며, 제도의 분절로 서비스 사각지대가 존재하고 공급자의 서비스 제공이 경직되어 돌봄 부담이 가족에게 전가됨.
- 2018년 11월 지역사회 통합돌봄 기본계획 발표 이후, 2019년 6월부터 선도사업을 추진(16개 시군구)해 왔음.
- 선도사업 중 보건의료 특화사업은 2021년에는 3개 지자체에서 3개의 특화프로그램을 시행하였고, 2022년에는 6개 지자체에서 9개 프로그램을 시행하여 방문진료 서비스 공급이 확대되었음(보건복지부 복지정책과, 2022. 8. 18.).
- 2022년 12월부터는 장기요양수급자의 ‘지역사회 계속 거주 지원(aging in place)’을 위해 요양서비스에 방문진료를 연계 제공하는 ‘장기요양 재택의료센터 시범사업’을 실시함.
- 거동이 불편하여 의료기관에 내원하기 어렵다고 의사가 판단한 장기요양수급

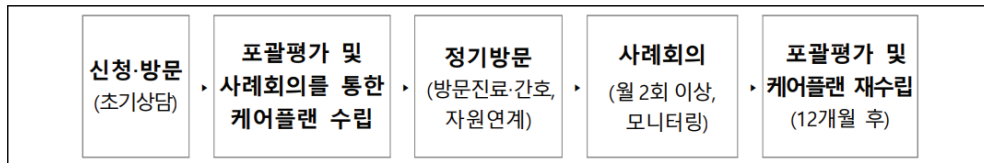
자를 대상으로 의사, 간호사, 사회복지사 등이 정기적으로 가정을 방문하여 방문진료·간호 및 지역사회 돌봄서비스 연계 등 제공

- 사업 대상자는 장기요양 1~4등급(1~2등급 우선)으로 거동이 불편하여 방문진료가 필요한 사람으로 의사가 판단한 경우임.

○ 의사, 간호사, 사회복지사 등 영역별로 환자에 대한 포괄평가를 실시하고 케어플랜을 수립한 후, 플랜에 따라 방문진료, 방문간호, 지역 사회 자원 연계 등 통합사례관리 제공

- 환자에 대한 포괄평가는 의사, 간호사, 사회복지사 등 팀 단위 방문을 원칙으로 하며, 의사는 월 1회 이상 방문진료를 제공하고 간호사는 월 2회 이상 방문간호를 제공함.
- 의사는 진료 및 처방, 질환관리, 검사, 교육상담 등 환자의 필요에 따른 서비스 제공, 간호사는 의사의 지시에 따른 간호처치, 영양 및 생활 습관 관리 상담 등 제공, 사회복지사는 주기적 상담을 통한 요양·돌봄 수요 발굴 및 서비스 연계 등을 담당

[그림 3-2] 재택의료센터 시범사업 내용



자료: 보건복지부, 국민건강보험공단. (2022). 장기요양 재택의료센터 시범사업 지침.

□ 급여비용 산정

- 방문진료료는 의사 1인당 월 최대 100회까지 산정 가능하고 그 외의 사항은 ‘일차의료 방문진료 수가 시범사업’ 산정기준을 따름.
- 재택의료기본료는 대상자의 건강상태 및 사회·환경 등을 포괄적으로 평가하고 케어플랜을 수립한 후 재택의료팀이 아래와 같이 사례관리를 제공한 경우 수급자당 월 1회 산정하되, 의사와 간호사가 함께 방문한 경우 의사와 간호사가 각각 방문한 것으로 함.

- 지속관리료는 6개월 이상 연속하여 사례관리를 제공한 경우 6개월 단위로 수급자당 1회 산정
- 추가간호료는 재택의료팀의 간호사가 기본방문 횟수인 월 2회를 초과하여 방문간호를 제공한 경우에 산정하되 월 3회를 초과할 수 없음.
 - 최소방문시간은 1회당 30분 이상(이동시간 등 제외)으로 하며, 추가간호료는 「노인장기요양보험법」 제23조 제1항에 따른 방문간호에 준하여 간호를 제공한 경우에만 산정함.

2. 쟁점 사항

□ 재택의료센터의 지역별 편차

- 재택의료 시범사업 참여기관으로 지정된 28개 의료기관 중 19개 의료기관이 서울, 인천, 경기 등 수도권에 집중되어 있으므로 고령자 비율이 높은 농촌 소재 의료기관의 참여율을 높일 필요가 있음.

□ 서비스 제공을 위한 의료인력 확보

- 의료서비스는 훈련된 전문인력에 의해서 제공되며, 노동집약적이고 다양한 전문인력의 팀 접근이 전제되는 등 사업인력의 확보와 사업인력이 근무할 수 있는 인프라가 구축되어 있어야 함.
 - 노인의 복합적 욕구를 해소하기 위해서는 다학제 간 팀 접근이 필수적이며, 다학제적 접근은 단순한 협진·의뢰 또는 기관 간 연계를 통한 접근 방식이 아닌 다학제팀을 구성하여 접근하는 방식을 지향해야 함.
 - 재가환자의 의료욕구에 적절히 대응하고 복지 등 지역내 유관 자원과의 연계를 원활하게 수행하기 위해서는 최소한 의사, 간호사, 사회복지사가 필수적으로 참여하여야 하며, 그 외에도 물리·작업치료사, 약사, 영양사 등의 참여가 고려될 수 있음.
- 이에 따라 의료인력과 돌봄인력 등 서비스 제공을 위한 필수 인력이 충분히 확보될 필요가 있으나 농촌을 중심으로 의료인력 조차 확보하기 어려운 지역들

이 점차 증가하고 있으며, 지자체의 노력만으로는 이러한 문제를 해결하는 데 한계가 있음.

□ 노인환자 정보 공유 및 활용

- 노인이 필요로 하는 의료와 돌봄 영역의 서비스를 연계하고 통합하는 것을 가능하게 하는 것 중의 하나는 환자에 대한 정보 공유임.
 - 환자 동의하에 건강·요양보험 자격과 진료기록 등 필요한 건강정보를 의료나 돌봄 영역에서 연계함으로써 환자 중심의 치료 계획을 수립함은 물론, 중복 검사·치료·투약을 방지할 수 있음.
- 지자체, 보건소, 국민건강보험공단 등 공공영역의 서비스 제공 주체 간 원활한 환자 정보 공유가 필요함.

제3절 노인장기요양사업

1. 정책 현황

- 「노인장기요양보험법」에서는 “고령이나 노인성 질병 등의 사유로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인등에게 제공하는 신체활동 또는 가사활동 지원 등의 장기요양급여에 관한 사항을 규정하여 노후의 건강증진 및 생활안정을 도모하고 그 가족의 부담을 덜어줌으로써 국민의 삶의 질을 향상하도록” 정하고 있음.
- 특히 법 제3조에서 “노인이 가족과 함께 생활하면서 가정에서 장기요양을 받는 재가급여를 우선적으로 제공하여야”하며, 법 제4조에서 국가와 지방자치단체는 장기요양사업이 원활히 수행될 수 있도록 지원하고 지역의 특성에 맞는 장기요양사업을 개발·보급할 수 있음.

〈표 3-4〉 노인장기요양보험법

<p>제3조(장기요양급여 제공의 기본원칙) ① 장기요양급여는 노인들이 자신의 의사와 능력에 따라 최대한 자립적으로 일상생활을 수행할 수 있도록 제공하여야 한다.</p> <p>② 장기요양급여는 노인들의 심신상태·생활환경과 노인등 및 그 가족의 욕구·선택을 종합적으로 고려하여 필요한 범위 안에서 이를 적절하게 제공하여야 한다.</p> <p>③ 장기요양급여는 노인들이 가족과 함께 생활하면서 가정에서 장기요양을 받는 재가급여를 우선적으로 제공하여야 한다.</p> <p>④ 장기요양급여는 노인들의 심신상태나 건강 등이 악화되지 아니하도록 의료서비스와 연계하여 이를 제공하여야 한다.</p>
<p>제4조(국가 및 지방자치단체의 책무 등) ① 국가 및 지방자치단체는 노인이 일상생활을 혼자서 수행할 수 있는 온전한 심신상태를 유지하는데 필요한 사업(이하 “노인성질환예방사업”이라 한다)을 실시하여야 한다.</p> <p>② 국가는 노인성질환예방사업을 수행하는 지방자치단체 또는 「국민건강보험법」에 따른 국민건강보험공단(이하 “공단”이라 한다)에 대하여 이에 소요되는 비용을 지원할 수 있다.</p> <p>③ 국가 및 지방자치단체는 노인인구 및 지역특성 등을 고려하여 장기요양급여가 원활하게 제공될 수 있도록 적절한 수의 장기요양기관을 확충하고 장기요양기관의 설립을 지원하여야 한다.</p> <p>④ 국가 및 지방자치단체는 장기요양급여가 원활히 제공될 수 있도록 공단에 필요한 행정적 또는 재정적 지원을 할 수 있다.</p> <p>⑤ 국가 및 지방자치단체는 장기요양요원의 처우를 개선하고 복지를 증진하며 지위를 향상시키기 위하여 적극적으로 노력하여야 한다.</p> <p>⑥ 국가 및 지방자치단체는 지역의 특성에 맞는 장기요양사업의 표준을 개발·보급할 수 있다.</p>

자료: 노인장기요양보험법, 법률 제18610호 (2021).

□ 노인장기요양보험의 급여 대상은 65세 이상 노인 또는 치매, 중풍, 파킨슨병 등 노인성 질병을 앓고 있는 65세 미만인 자 중 6개월 이상의 기간 동안 일상생활을 수행하기 어려워 장기요양서비스가 필요하다고 인정되는 자로 1~5등급의 장기요양등급에 따라 서비스가 제공되고 있음.

○ 특히, 장기요양 방문간호는 「노인장기요양보험법」에 근거하여 간호인력(간호사, 간호조무사)이 의사, 한의사 또는 치과의사의 방문간호지시서에 따라 수급자의 가정 등을 직접 방문하여 간호, 진료보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공하는 서비스로 정의됨(양숙자 외, 2021 재인용).

〈표 3-5〉 노인장기요양보험 장기요양등급 판정기준

등급구분	판정기준
장기요양 1등급	일상생활에서 전적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정점수가 95점 이상인 자
장기요양 2등급	일상생활에서 상당 부분 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정점수가 75점 이상 95점 미만인 자
장기요양 3등급	일상생활에서 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정점수가 60점 이상 75점 미만인 자

등급구분	판정기준
장기요양 4등급	일상생활에서 일정부분 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정점수가 51점 이상 60점 미만인 자
장기요양 5등급	치매환자로서 장기요양인정점수가 45점 이상 51점 미만인 자

자료: 보건복지부 홈페이지. (2022). 요양보험제도. https://www.mohw.go.kr/react/policy/index.jsp?PAR_MENU_ID=06&MENU_ID=06390301&PAGE=1&topTitle=에서 2022. 12. 1. 인출.

- 장기요양인정 및 서비스 이용절차는 ① (공단 각지사별 장기요양센터) 신청 → ② (공단직원) 방문조사 → ③ (등급판정위원회) 장기요양 인정 및 등급판정 → ④ (장기요양센터) 장기요양인정서 및 표준장기요양이용계획서 통보 → ⑤ (장기요양기관) 서비스 이용의 순서에 따라 이루어짐.

[그림 3-3] 장기요양인정 및 서비스 이용절차

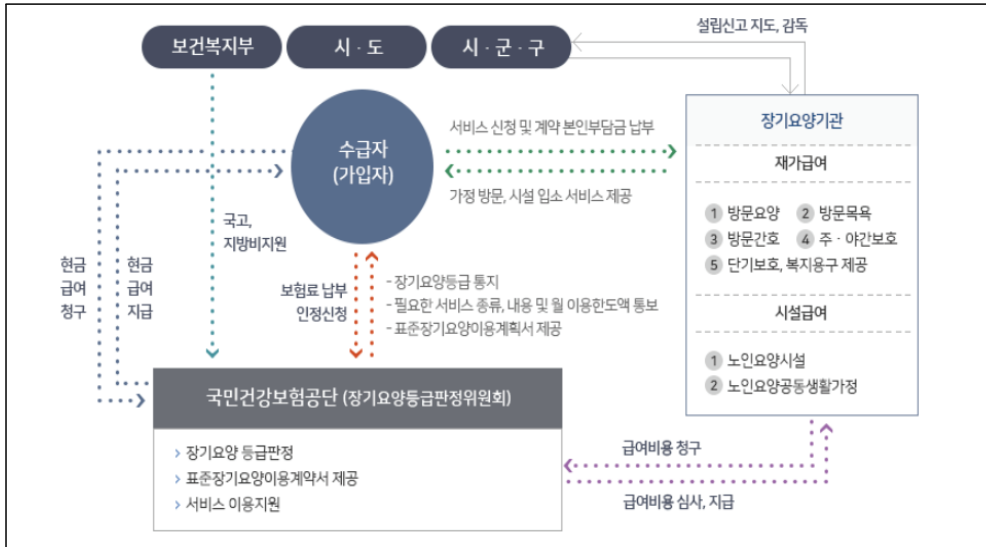


자료: 보건복지부 홈페이지. (2022). 요양보험제도. https://www.mohw.go.kr/react/policy/index.jsp?PAR_MENU_ID=06&MENU_ID=06390301&PAGE=1&topTitle=에서 2022. 12. 1. 인출

- 노인장기요양보험에서 제공하는 급여는 시설급여, 재가급여, 특별현금급여가 있으며, 각각에 대한 구체적 급여 내용은 다음과 같음(보건복지부 홈페이지, 2022).
 - 시설급여: 요양시설에 장기간 입소하여 신체활동 지원 등 제공
 - 재가급여: 가정을 방문하여 신체활동 및 가사활동 등 지원, 목욕, 간호 등 제공, 주간보호센터 이용, 복지용구 구입 또는 대여
 - 특별현금급여: 장기요양 인프라가 부족한 가정, 천재지변, 신체·정신 또는 성격 등 그 밖의 사유로 장기요양기관이 제공하는 장기요양급여를 이용하기 어렵다고 인정하는 경우 가족요양비 지급
- 노인장기요양보험 수급자의 입장에서 장기요양등급을 부여받게 되면 장기요양기관으로부터 가정방문을 통한 재가서비스나 시설에 입소하여 서비스를 제공받을 수 있음.

- 이 경우 시설급여 비용의 20%(식재료비 등은 본인부담), 재가급여 비용의 15%는 본인이 부담하여야 하고 기초생활수급권자는 무료임.

[그림 3-4] 노인장기요양보험 관리운영체계



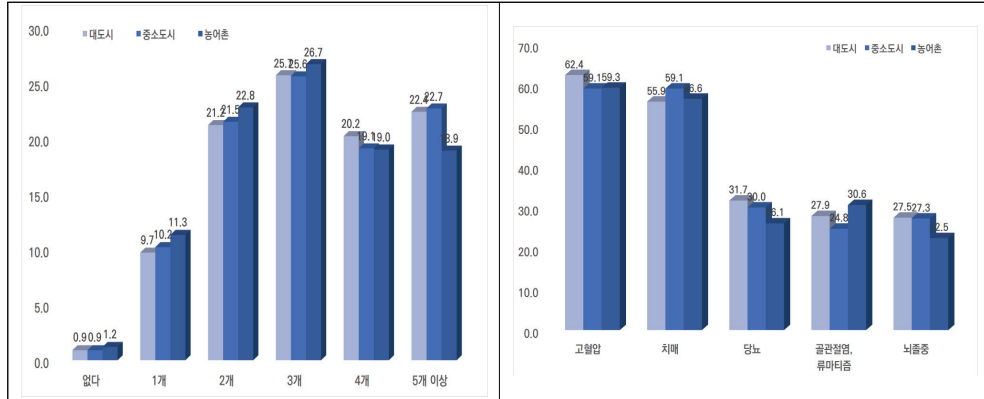
자료: 보건복지부 홈페이지. (2022). 요양보험제도. https://www.mohw.go.kr/react/policy/index.jsp?PAR_MENU_ID=06&MENU_ID=06390301&PAGE=1&topTitle=에서 2022. 12. 1. 인출

2. 쟁점 사항: 농촌거주 장기요양환자의 특성

- 이 연구에서는 ‘장기요양 실태조사’(2019년)의 분석 결과 일부를 제시하여 농촌에 거주하는 장기요양환자의 실태와 특성을 파악해보고자 함.
- 장기요양환자 건강수준 도농간 비교
 - 농촌 장기요양환자의 만성질환 개수는 대도시, 중소도시에 비해 대체로 3개 이하인 비율이 높았고, 농촌지역 수급자의 만성질환은 대도시나 중소도시에 비해 골관절염이나 류머티즘의 비율이 높았음.

[그림 3-5] 장기요양수급자의 만성질환 개수 및 주요 만성질환 현황

(단위: %)



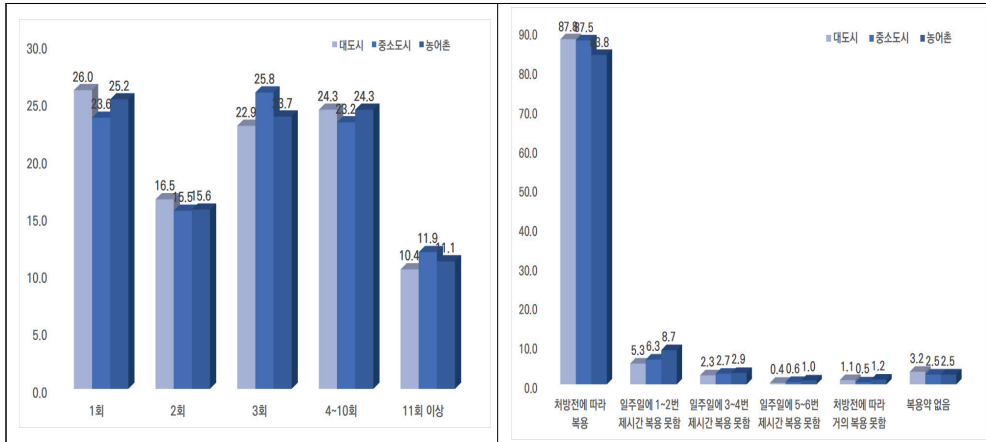
주: 1) 본인응답과 대리응답을 포함한 5,606명의 자료를 분석
 2) 만성질환은 의사에게 진단을 받고 3개월 이상 앓고 있는 질환을 의미함

□ 장기요양환자 의료기관 방문

- 장기요양환자의 지난 3개월 동안 의료기관 방문 횟수는 지역별 차이가 크지 않았으나, 재가급여 이용자 중 처방전에 따라 제시 시간에 약을 복용하는 비율은 농촌에서 가장 낮은 것으로 나타났음.
- 장기요양환자의 의료기관 방문 시 동행인을 조사한 결과 농어촌에서는 동행자가 없이 혼자 방문하는 경우가 많았고, 특히 가족이 아닌 장기요양기관 직원이 동행하는 비율이 도시지역에 비해 월등히 높았음.
 - 이는 농촌의 장기요양환자 가구의 형태가 단독가구 또는 부부가구인 형태가 많기 때문인 것으로 유추할 수 있음.

[그림 3-6] 장기요양수급자의 지난 3개월 동안 의료기관 방문 횟수 및 지난 1개월 동안 처방전에 따른 약 복용 현황

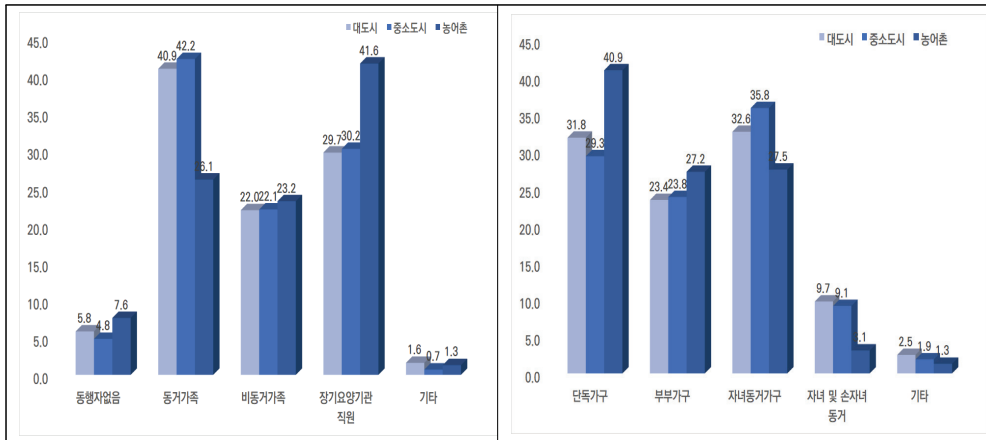
(단위: %)



주: 1) 방문 횟수는 전체 조사대상자 중 의료기관을 방문한 적이 있는 수급자 3,833명의 자료를 분석
 2) 재가급여 이용자 중 장기요양요원의 대리응답을 제외한 본인응답 또는 가족의 대리응답 2,866명(전체 수급자의 51.1%, 재가급여 이용자의 93.8%)의 자료를 분석

[그림 3-7] 장기요양수급자의 지난 3개월 동안 의료기관 방문시 동행인 및 가구형태

(단위: %)



주: 1) 의료기관 방문시 동행인은 지난 3개월 동안 의료기관을 이용한 적이 있는 수급자 4,039명 중 수급자가 직접 의료기관에 방문한 적이 있는 3,833명의 자료를 분석
 2) 가구형태는 본인응답 또는 대리응답을 포함한 재가급여 이용자 3,055명(전체 수급자의 54.5%)의 자료를 분석

□ 시사점

- 농촌의 재가 장기요양환자 가구는 독거 혹은 노인부부 가족의 형태가 많아 의료이용 필요시에도 보호자의 동행 없이 의료기관을 방문하여야 하므로 필요한 만큼 의료를 이용하지 못하고 있을 것으로 파악됨.
- 재가 장기요양환자의 증상관리를 위해서는 의료기관 방문과 복약지도가 철저히 이루어질 필요가 있기 때문에 의료인의 재가 방문을 통한 의료서비스 제공 필요성이 높음.

제4절 보건소 방문건강관리사업

1. 정책 현황

- 방문건강관리사업은 지역보건법 제11조10)를 근거로 보건소에 내소하여 건강관리서비스를 받기 어려운 지역주민을 대상으로 직접 가정 등을 방문하여 제공하는 건강관리서비스임(보건복지부, 한국건강증진개발원. 2021. p. 2).
- 특히, 방문건강관리사업은 지역주민의 자가 건강관리 능력향상, 허약예방 등을 위해 간호사 등 전문 인력이 건강 취약 가정을 방문하여 질병의 예방, 처치, 교육, 상담 등의 서비스를 제공함.
- 보건소 방문건강관리는 의사, 한의사, 물리·작업치료사, 운동관련 전문인력, 치과위생사, 영양사, 사회복지사 등으로 구성된 전문 인력으로 운영되고 있으나 전체 보건소 방문건강관리 인력 중 간호사가 가장 많고 핵심적인 역할을 수행하고 있음(양숙자 외, 2021 재인용).
 - 간호사가 제공하는 방문건강관리서비스는 대상자별 주요 건강문제 선정 및 업무 계획, 건강위험요인이 있는 대상 가구 및 집단 발굴 및 등록관리, 건강

10) 지역보건법 제11조(보건소의 기능 및 업무)

① 보건소는 해당 지방자치단체의 관할 구역에서 다음 각 호의 기능 및 업무를 수행한다.
5. 지역주민의 건강증진 및 질병예방·관리를 위한 다음 각 목의 지역보건의료서비스의 제공
사. 가정 및 사회복지시설 등을 방문하여 행하는 보건의로 및 건강관리사업

문제 스크리닝, 건강관리서비스 제공, 보건소 및 지역사회 자원 연계 등임.

- 방문건강관리사업의 내용은 지역사회 주민의 건강수준 향상을 위해 잘못된 건강 습관을 바로잡고, 건강증진 및 만성질환 예방에 도움을 주는 건강행태의 개선(보 건복지부, 한국건강증진개발원, 2021. p. 2)에 초점이 맞추어져 있음.

〈표 3-6〉 방문건강관리사업 주요 내용

항목	주요 서비스 내용
기본 건강관리	<ul style="list-style-type: none"> · 건강검진 대상자 확인 및 검진 안내 · 환절기 행사 대비 건강관리 · 여름철 폭염·호우 대비 건강관리 · 겨울철 한파 대비 건강관리 · 지진 등 재난 대비 건강관리 등
건강관리 모니터링	<ul style="list-style-type: none"> · 건강위험요인 및 건강문제 스크리닝 · 보호자(가족, 동거인 등) 상담 등
건강행태 개선	<ul style="list-style-type: none"> · 건강위험요인 및 건강문제 스크리닝 · 일반검진 및 생애전환기검진 결과 확인 및 직접방문 상담 · 생활습관 상담, 건강생활 실천을 위한 동기부여 및 교육 · 대상자 가족에 대한 건강교육 및 정서적 지지 등
만성질환 관리 및 합병증 예방	<ul style="list-style-type: none"> · 건강위험요인 및 건강문제 스크리닝 · 일반건강검진 및 생애전환기 건강진단 경로가 확인 및 직접방문 상담 실시 · 만성질환자의 생활습관 상담, 건강생활 실천 동기부여 및 합병증 예방교육 · 복용 약물에 대한 점검 및 상담 · 암으로 인한 증상 및 통증 조절을 위한 정보 제공 · 대상자 가족에 대한 건강교육 및 정서적 지지 등
임산부·신생아 및 영유아 건강관리	<ul style="list-style-type: none"> · 고위험 임부 및 정상 임부의 건강문제 스크리닝 · 산육기 평가에 따른 산후 건강관리 및 모유수유 정보제공 및 상담 · 신생아, 영유아 발달단계에 따른 건강문제 스크리닝 및 예방접종 관리 · 부모, 자녀 간 상호작용 강화를 위한 정보제공 및 상담 · 대상자 가족에 대한 건강교육 및 정서적 지지 등
노인 허약 예방관리	<ul style="list-style-type: none"> · 장기요양등급 외 판정자에 대한 허약노인 판정평가 실시 · 신체활동, 영양, 구강관리, 요실금, 우울 예방, 인지 강화, 낙상 예방을 위한 허약노인 중재 프로그램 제공 · 저작, 연하, 발음, 타액 분비 등의 구강기능 향상을 위한 입체조 실시 · 치매 관련 건강관리 · 취미, 종교 활동 등 사회적 참여 지지 및 독려 · 가정 내외의 안전환경 조성을 위한 교육 · 대상자 가족에 대한 건강교육 및 정서적 지지 등
다문화가족 및 북한이탈주민 건강관리	<ul style="list-style-type: none"> · 생활습관 상담, 건강생활 실천을 위한 동기부여 및 교육 · 다문화가족 지지체계 확인 및 가족 내 의사소통 장애요인 파악 · 다문화가족의 문제해결능력 강화를 위한 중재와 상담 · 북한이탈주민 중 결핵, B형간염 등 간염성 질환 및 정신건강문제를 가진 건강 위험군 발굴 및 등록 · 북한이탈주민정착지원사무소(하나원)에 방문하여 건강상담 및 교육 · 대상자 가족에 대한 건강교육 및 정서적 지지 등

항목	주요 서비스 내용
장애인 재활관리	<ul style="list-style-type: none"> · 기능 증진을 위한 일상생활 수행능력(ADL), 관절 구축 예방신체활동 교육 · 기본 건강관리: 위생, 영양, 피부관리(욕창관리, 체위변경), 구강위생관리 등 · 연하장애, 호흡장애 관리, 배변·배뇨관리 교육 및 훈련, 저작 능력 향상을 위한 신체 활동 교육 · 장애심화 위험요인을 가진 만성질환자를 위한 자가건강관리 교육 · 2차 장애예방을 위한 낙상 및 안전관리 교육 · 대상자 가족에 대한 건강교육 및 정서적 지지 등
보건소 내외 자원 연계	<ul style="list-style-type: none"> · 보건소 내 : 지역사회 통합건강증진사업 등 · 보건소 외 : 의료급여 사례관리사업, 노인장기요양보험, 보건의료전문기관, 무료 수술 및 의료비 지원 등 · 복지서비스 : 통합사례관리사업(희망복지지원단 등) 의뢰 및 연계 등

자료: 안수란 외. (2021), 미래 사회서비스 일자리 발굴 연구. 한국보건사회연구원, pp. 241-242 재인용.

□ 방문건강관리사업의 대상은 건강관리서비스 이용 및 접근이 어려워면서, 건강관리가 필요한 지역사회 주민임(보건복지부, 한국건강증진개발원, 2021, p. 9).

○ 방문건강관리가 필요한 대상은 ① 흡연, 잦은 음주, 불규칙적인 식생활, 신체 활동 부족 등 건강행태개선이 필요한 사람, ② 고혈압, 당뇨, 비만 등 만성질환 위험군 또는 질환군, ③ 노인 중 허약(노쇠) 예방 및 관리가 필요한 사람임.

○ 사업의 우선순위 고려 대상은 ① (연령 기준) 만 65세 이상 노인, ② (경제적 기준) 기초생활보장수급자, 차상위 계층 등, ③ (사회적 특성) 독거노인, 다문화 가족, 한부모 가족, 조손가족, 북한이탈주민 등, ④ (건강 특성) 관리되지 않는 만성질환자 및 만성질환 위험군, 장애인, 재가암환자 등임.

- 다만, 이미 질병 및 기능상태가 악화된 노인 장기요양등급 판정 등급자(1~5 등급)는 사업대상자에서 제외함(단, 인지지원 등급자는 포함)¹¹⁾.

□ 빈곤, 질병, 장애, 고령 등 다양한 위험요인에 의한 건강형평성 문제, 만성질환 위주의 질병구조 변화에 따라 방문건강관리사업의 수요는 계속 증가하고 있음.

○ 특히, 사전예방적 건강관리 필요성 증대, 인구노령화와 평균수명 연장에 따라 노인 인구의 생활기능 향상과 삶의 질 유지를 위한 전문 인력의 사례관리 중요성이 점차 부각되고 있음.

11) 지역사회 통합돌봄선도사업 지역에 한해 이용일시를 달리하는 경우 노인장기요양등급자에 대해 서비스 제공이 가능함.

2. 쟁점 사항

- 방문건강관리사업은 현재 공공에서 제공하는 방문형 건강관리서비스 중 가장 수요가 높은 서비스 중의 하나이며, 노인 인구수 증가에 따라 향후에도 지속적으로 강화해야 할 공공서비스임.
 - 그러나 보건의료서비스의 특성상 방문건강관리사업도 노동집약적 특성을 가지고 있으므로 서비스의 수준은 사업인력의 양과 질에 따라 결정됨(배현지, 김진현, 2015, p. 24).
 - 따라서 방문건강관리사업의 질을 담보하는 동시에 신규 수요에 적절히 대응하기 위해서는 방문건강관리사업 인력 수를 확충할 필요가 있음.

- 방문건강관리사업을 현재와 같이 저소득층 위주의 고혈압, 당뇨관리 중심으로 추진하는 것도 중요하지만, 초고령화 사회를 대비한 사업의 효과성과 효율성을 제고하기 위해서는 보다 전문적인 사업 영역과 전문성을 갖춘 사업인력의 역할을 선택하고 이에 집중할 필요가 있음.
 - 제5차 국민건강증진종합계획(health plan, 2021~2030)에서는 노인건강관리를 위해 “보건소 어르신 방문건강관리서비스를 만성질환 관리 위주에서 벗어나 허약·노쇠 등 보편적 건강관리서비스 체계로 개편”할 것을 포함하고 있음.
 - 치매지원, 구강건강, 영양지원 및 신체활동, 건강정보이해력, 우울 및 자살 예방, 심뇌혈관질환 예방 등과 연계한 노인건강사업을 추진하는 한편, 보건소 어르신 방문건강관리사업을 만성질환 관리 위주에서 벗어나 허약·노쇠 등 보편적 건강관리서비스 체계로 개편이 필요함.

- 허약 노인 등 중심으로 집중관리 대상자를 전환, 확대하고 서비스 내용이나 질적 수준 또한 전문 간호(high skilled service)서비스 수준까지 제고할 필요가 있음.
 - 현재 방문건강관리 사업 인력 1인당 담당 가구 수가 300~400가구 정도이나 실질적인 가정방문을 통한 관리는 일부분일 것이며, 40% 정도는 전화를 통한 상담이나 온라인 모니터링 정도일 것임.

- 노인에 대한 방문건강관리서비스 강화를 위해서는 집중관리나 정기관리가 필요한 노인을 대상으로는 정기적인 가정방문 중심으로 방문건강관리사업의 내용이 전환되어야 하고, 그 외 스스로 건강을 관리할 수 있는 자기역량 강화군을 대상으로는 현재 시범사업 형태로 진행 중인 ‘AI·IoT 기반 어르신 건강관리사업’을 활용할 필요가 있음.

□ 지방자치단체 합동평가지표의 방문건강관리지표에 의하면 중앙정부와 지자체는 “2022년까지 노인 4명 중 1명에게 방문건강관리 제공 노력추진 예정”임(보건복지부, 한국건강증진개발원, 2020, p. 37).

○ 선행연구에 의하면(안수란 외, 2021), 65세 이상 노인의 25%를 대상으로 방문건강관리사업을 확대한다고 가정할 경우 현재 사업대상으로 포함된 약 12%의 노인인구 외에 13%의 추가 수요에 대한 방문건강관리사업 수행을 위해 추가로 필요한 사업 인력은 2022년 4,636명, 2023년 4,903명, 2024년 5,184명, 2026년 5,846명, 2027년 6,114명으로 계산됨.

〈표 3-7〉 방문건강관리사업 대상 노인 인구 확대 시 추가 사업 인력 수 추정

(단위: 명)

	2022	2023	2024	2025	2026	2027
전체	4,636	4,903	5,184	5,505	5,846	6,114
서울	853	897	941	990	1,040	1,077
부산	361	378	396	416	436	451
대구	223	234	246	261	276	288
인천	230	248	266	287	310	328
광주	114	121	128	136	144	150
대전	118	125	132	141	150	157
울산	83	89	96	103	111	118
세종	20	22	24	26	29	31
경기	1,008	1,083	1,163	1,253	1,348	1,427
강원	170	180	190	201	213	222
충북	156	165	175	185	198	208
충남	214	225	237	251	266	279
전북	198	206	214	225	236	244
전남	215	222	231	241	252	260
경북	303	316	331	348	366	381
경남	314	332	351	372	397	416
제주	58	61	65	69	74	78

주: 1) 사업 대상 노인 인구는 65세 이상 노인 인구의 13%로 가정하였을 경우임(장기요양보험 인정자 제외).
 2) 방문건강관리사업 인력 1인당 연간 230일 근무, 1일 4가구 방문, 사업대상가구 당 연간 4회 방문을 기준으로 함.
 자료: 2022년 노인인구는 통계청 장래인구 추계 자료를 사용함; 안수란 외. (2021). 미래 사회서비스 일자리 발굴 연구. 한국보건사회연구원. p. 259.

제5절 AI·IoT 기반 어르신 건강관리서비스

1. 정책 현황

- 공중보건 위기 상황과 함께 전통적인 대면방식으로 추진되어 왔던 방문형 노인건강관리사업의 한계가 드러나면서 지역사회 노인건강관리 사업 패러다임 변화의 필요성이 증가하고 있음.
- 코로나19에 취약한 노인의 감염위험 감소와 향후 신종 감염병 발생에 대비하여 지속가능한 노인건강관리체계 구축의 필요성이 시급한 과제로 부각되었음.
- 이 같은 필요성에 따라 보건복지부는 2020년 11월부터 ‘AI·IoT 기반 어르신 건강관리서비스 시범사업’을 시행하고 있음.
- ‘AI·IoT 기반 어르신 건강관리서비스 시범사업’은 언택트 사회에 적합한 사업 제공 방식으로 공중보건 위기 상황에서도 중단 없이 서비스를 제공할 수 있다는 측면에서 사업 추진의 필요성이 부각됨.
- ‘AI·IoT 기반 어르신 건강관리서비스 시범사업’은 정보격차로 소외될 수 있는 지역사회 내 노인을 대상으로 보건소 전문가가 온라인으로 서비스 이용자의 생활습관을 파악해 맞춤형 건강 상담을 제공하는 서비스로, ICT 기술을 활용한 플랫폼에 기반을 두고 있음.
- 특히, ‘AI·IoT 기반 어르신 건강관리서비스 시범사업’은 그동안 추진되어 온 보건소 방문건강관리사업 운영의 노하우와 AI·IoT 기술을 활용하여 건강증진 서비스의 접근성이 떨어지는 노인을 위한 지속가능한 건강관리서비스 모형을 개발하고 적용하는 것이 목적임.
- ‘AI·IoT 기반 어르신 건강관리서비스 시범사업’은 허약·만성질환 관리 및 건강관리 행태개선이 필요한 65세 이상 노인을 대상으로 하되, 독거노인, 기존 방문건강관리사업 대상자 중 집중·정기 관리군, 혈압·혈당·BMI 등 건강위험요인 1개 이상인 노인, 식생활·신체활동·투약관리 등 건강행태 개선이 필요한

노인을 대상으로 우선적으로 서비스를 제공함(보건복지부, 한국건강증진개발원, 한국사회보장정보원, 2021, p. 9).

[그림 3-8] AI·IoT 기반 어르신 건강관리서비스 참여 주기



자료: 보건복지부, 한국건강증진개발원, 한국사회보장정보원, (2021), 2021년도 AI·IoT 기반 어르신 건강관리 시범 사업 안내. p. 9.

□ 대상자는 6개월의 기간 동안 서비스에 참여하게 되는데, 서비스 시작 및 종료시점에서 각각 2주간은 사전·사후 건강스크리닝을 실시하게 되고, 약 5개월 동안 비대면 건강관리서비스와 미션을 실천한 후 사후(중간)평가를 실시하여 효과를 측정함(그림 3-8).

○ 대상자는 서비스 시작 전에 건강상태, 허약정도를 스크리닝하고 군분류(건강군, 전허약군, 허약군)에 따라 비대면 건강상담과 건강정보를 받으며, 주로 모바일 앱과 활동량계, 혈압계, 혈당계, 체중계, AI생활스피커 등의 다양한 디지털 기기를 활용하여 간호사, 영양사, 운동전문가, 물리치료사로 구성된 전담팀에 의해 전문적으로 건강관리서비스를 받게 됨(표 3-8).

○ 또한 대상자의 군분류, 건강행태에 따라 미션을 선정하고 계획하게 되는데, 미션의 종류는 제때 약 먹기, 매일 걷기, 매일 외출하기, 매일 혈압측정하기, 규칙적으로 혈당 측정하기, 매일 세끼 챙겨먹기, 매일 물 충분히 마시기로 총 7개로 구성됨.

□ AI·IoT 기반 어르신 건강관리서비스는 2022년 6월 현재 전국 53개 보건소에서 총 32,450명의 지역사회 노인을 대상으로 진행되고 있음.

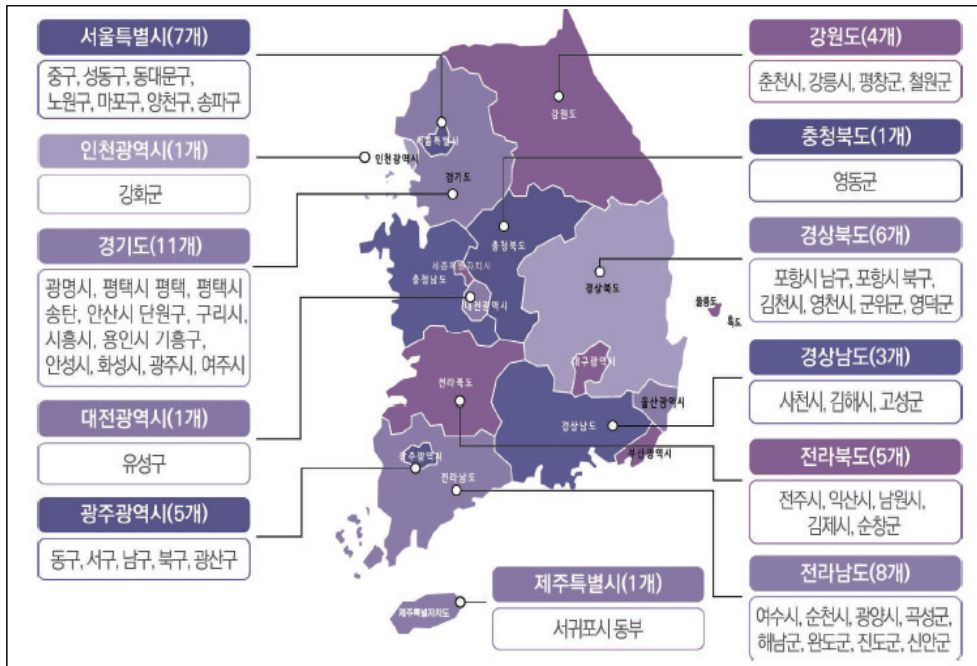
○ 지역사회 유형은 도시형, 중소도시형, 농어촌형으로 구분하였으며, 대도시형 13개, 중소도시형 27개, 농어촌형 13개에서 참여함. 참여대상자는 여성이 57.6%로 남성 41.4%보다 많고, 연령대에서는 70세~74세가 31.9%로 가장 많았음.

〈표 3-8〉 건강관리군별 서비스 주기 및 디바이스 제공 개요

서비스구분	건강군	전허약군	허약군
미션	격월 1종 (5개월 간 2종 이상)	월별 1종 (5개월 간 3종 이상)	월별 1종 (5개월 간 3종 이상)
비대면 건강컨설팅	월1회	월1회	월2회
건강실천 교육자료 제공	-	2회	2회
모니터링 및 지지 메시지	주1회	주1회	주1회
디바이스 제공	총5종: 블루투스 체중계, 손목 활동량계, 혈압계, 혈당계, AI 생활스피커 - 고혈압 및 당뇨가 있거나 정기적 측정이 필요한 경우 등은 블루투스 혈압계 및 혈당계 배부 권장 - AI 생활스피커: 독거노인 또는 사회적 허약으로 판정된 경우선 배부		

자료: 보건복지부, 한국건강증진개발원, 한국사회보장정보원, (2021), 2021년도 AI·IoT 기반 어르신 건강관리 시범 사업 안내. p. 10.

[그림 3-9] AI·IoT 기반 어르신 건강관리서비스 시범사업 참여 보건소 현황(2021년)



자료: 보건복지부, 한국건강증진개발원, 한국사회보장정보원, (2021), 2021년도 AI·IoT 기반 어르신 건강관리 시범 사업 안내. p. 60.

2. 쟁점 사항

- 도시와는 다른 농촌의 정책환경에 따라 'AI·IoT 기반 어르신 건강관리서비스 시범사업'은 다음과 같은 사항에 대한 고려가 필요함.
- 서비스 이용 대상자 측면에서 모바일 기기나 건강관리 디바이스를 사용하기 어려운 노인들의 경우 서비스 접근이 제한됨.
 - 비대면 건강관리사업이 확대될 경우 모바일 기기 사용에 익숙하지 않은 노인들이 건강관리서비스를 이용하는 데 대한 불평등 문제가 발생할 수 있음.
- 비대면 건강관리사업이 보다 성장하고 성숙되기 위해서는 스마트 기술을 활용한 성공사례와 근거 축적이 필요함.
 - 농촌 노인들의 기능 상태나 만성질환 상태에 적용할 수 있는 다양한 기술이 개발되고, 농촌 환경에 보다 적합한 프로그램이 개발되어야 할 필요가 있음. 특히, 사업의 확산 측면에서 농촌지역의 인구구성 및 보건학적 특성에 따라 적절한 사업 성공사례가 축적, 공유될 필요가 있음.
- 비대면 건강관리사업이 성공하기 위해서는 핵심은 관련 정보를 분석하고 적절한 정보와 상담을 제공하는 전문인력의 확보가 필수적임. 즉, 비대면 사업의 성공을 위해서는 여전히 전문인력 확보가 중요함.
 - 비대면 건강관리사업은 스마트기기를 활용하여 장소에 상관없이 건강정보가 수집되고, 관리자는 전송된 정보를 실시간으로 모니터링하고, 그에 따른 1:1 상담을 실시할 때 가장 효과적임.
 - 그렇기 때문에 상담에 필요한 전문 인력(의사, 간호사, 영양사, 신체활동 전문가)이 충분히 확보되지 않을 경우 사업의 효과성이 떨어지므로 사업 활성화를 위해서는 상담 전문인력 확보가 중요하다고 할 수 있음.
- 원격 건강관리의 국가별 효과성 비교를 실시한 OECD 보고서에 따르면(OECD, 2020), 원격 건강관리사업은 때에 따라서 전통적인 대면 방식의 건강관리사업

이상의 효과를 보여주기도 하지만 사업이 실시되는 지역의 맥락이나 사업 환경에 따라 결과가 일관되지 않는 것으로 나타남.

- 특히, 만성질환에 대한 원격모니터링, 만성질환자에 대한 상담과 교육, 정신질환자에 대한 인지행동요법 등에서는 원격 건강관리사업이 효과적인 것으로 나타났다으나, 정보통신기술(ICT)을 기반으로 한 사업이기 때문에 건강관리사업과 관련된 정보격차(digital divide), 소득격차, 지역격차가 발생할 가능성이 높다는 것을 경고하고 있음.
- 이는 결국 비대면 건강관리사업에 대한 니드가 높은 인구집단과 사업 접근성이 높은 인구집단 간에 미스매치가 발생할 수 있음을 의미함.

제6절 공중보건 의사 배치

1. 공중보건 의사 배치 현황

- ‘공중보건 의사 제도’는 농어촌 등 보건의료 취약지역의 주민 등에게 보건의료를 제공하기 위해 1978년 12월 「국민보건의료를 위한 특별조치법」의 제정으로 시행되었고, 이후 1980년 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」이 제정되면서 1981년부터 본격적으로 공중보건 의사를 배치하기 시작하였음.
- ‘공중보건 의사’는 「병역법」에 따라 공중보건 의사로 편입된 의사, 치과의사, 한의사로 보건복지부장관의 공중보건업무 종사 명령을 받은 경우 임기제 공무원으로 채용된 것으로 간주되며, 3년간 의무복무기간을 마칠 경우 사회복무요원으로 복무한 것으로 봄.
- 의대생 정원 인력 확대 및 한의과 공중보건 의사 배치로 2002년 이후 신규 공중보건 의사는 1,600명 이상 배치되었으나 치·의학 전문대학원 도입(2005년)으로 2009년부터 매년 감소 추세

〈표 3-9〉 공보의 연도별 종별 신규 배치 현황

(단위: 명)

연도	합계	의사			치과의사	한의사
		소계	일반의	전문·의인턴		
2001	1,340	957	149	808	345	38
2002	1,688	1,090	269	821	324	274
2003	1,663	944	208	736	332	387
2004	1,848	1,159	399	760	386	303
2005	1,712	1,008	324	684	411	293
2006	1,513	965	305	660	296	252
2007	1,613	1,003	367	636	292	318
2008	1,962	1,278	598	680	340	344
2009	1,740	1,137	456	681	222	381
2010	1,500	966	308	658	204	330
2011	1,318	809	286	523	189	320
2012	1,241	761	349	412	177	303
2013	1,336	851	248	603	122	363
2014	1,242	785	280	505	116	341
2015	1,071	622	257	365	124	325
2016	1,193	694	285	409	155	344
2017	1,366	815	476	338	169	383
2018	1,006	512	385	127	156	338
2019	1,208	664	276	388	188	356
2020	1,310	742	501	242	201	366

주: 각 연도말 기준

자료: 보건복지부. (2021). 2020 보건복지백서.

- 공중보건 의사 편입현황을 보면 치과의사나 한의사에 비해 일반의의 수요는 높으나 충족률이 매우 낮게 나타남.

〈표 3-10〉 2019년도 공중보건 의사 등 편입 현황

(단위: 명, %)

구분	공중보건 의사				병역판정 검사전담의	공중방역 수의사	공익 법무관
	계	의사	치과의사	한의사			
필요	1,489	917	193	379	55	150	130
편입	1,211	666	189	356	55	150	61
충족률(%)	81.3	72.6	97.9	93.9	100	100	46.9

자료: 병무행정통계정보. (2019. 7. 26.)

- 공중보건 의사가 전반적으로 감소추세에 있는 가운데에서도 보건소나 보건지소에 배치되는 공보의 숫자는 유지되고 있으나 이 또한 최근에는 감소추세에 있음.

〈표 3-11〉 공중보건의사 기관종별 배치 현황

(연도 말 기준, 단위: 명)

구분	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
총계	3,876	3,793	3,626	3,488	3,612	3,537	3,540	3,499
보건(지)소	3,215 (82.9%)	3,159 (83.3%)	3,048 (84.1%)	3,002 (86.1%)	3,128 (86.6%)	3,099 (87.6%)	3,090 (87.3%)	3,036 (86.8%)
국공립병원	273	270	262	227	230	200	202	200
병원선/이동진료반	29	26	29	28	28	28	28	28
국가보건기관	95	87	63	59	53	42	41	45
교정시설 등	69	65	57	52	50	55	73	93
보건단체/복지시설	31	20	13	5	5	5	5	4
응급의료지정병원 등	164	166	138	115	118	108	101	93

자료: 보건복지부. (2021). 2020 보건복지백서.

2. 쟁점 사항

- 2021년 12월 기준 사병들의 의무복무기간이 18개월(육군과 해병 18개월, 해군 20개월, 공군 21개월)로 단축되면서 공중보건의사(3년 복무)에 지원하지 않고 현역을 선택하는 의대생 증가
 - 현행 「병역법」 ‘제18조(현역의 복무)’ 제2항에는 육군 2년, 해군 2년 2개월(해병 2년), 공군 2년 3개월로 규정되어 있으나, ‘제19조(현역 복무기간의 조정)’ “국방부 장관은 ‘정원 조정의 경우 또는 병 지원을 저하로 복무기간의 조정이 필요한 경우에는 6개월 이내에서 단축”할 수 있는 규정 적용
- 현재 농촌에서 의료취약 지역의 접근성을 높이기 위해 지자체에서 공중보건의 등을 활용해 의료서비스 제공(예, 충남도 우리 마을 주치의제도 등)하고 있으나 하지만 공중보건의만으로 해당 사업을 추진하는 데 한계가 있고, 최근에는 코로나 대응으로 인해 보건소 업무가 과중돼 지속가능성 담보 불투명

제7절 소결

- 1996년 사회적 합의 부재로 ‘주치의 등록제도’ 도입이 무산된 이후 재택의료는 간호영역에 한하여 잔여적으로 허용되어 왔으며, 주로 취약계층을 대상으로 소수의 의사들에 의해 봉사활동으로 수행되고 있었음.
- 2018년 7월 보건복지부가 발표한 ‘지역사회 통합돌봄’ 계획의 일환으로 노인 환자들이 자신의 주거지에서 필수의료와 복지서비스를 받을 수 있도록 관련 정책들이 마련됨(김창오 외, 2021).
- 2018년 12월 「국민건강보험법」 개정을 통해 방문진료에 대한 법적 근거와 관련 수가 신설을 위한 제도적 근거가 마련됨.
- 현재 방문진료는 ‘장애인 건강주치의 시범사업’(2018년 5월), ‘일차의료 방문진료 수가 시범사업’(2019년 12월), ‘노인장기요양 재택의료센터 시범사업’(2022년 12월) 등 다양한 시범사업 형태로 추진 중에 있음.
- 그러나 의료자원이 부족한 농촌지역의 맥락을 고려하여 농촌지역에서도 사업이 원활하게 추진될 수 있도록 고려될 필요가 있음.
 - 특히, 방문진료 서비스 제공기관 분포의 지역적 편차에 따른 문제가 가장 큼. ‘일차의료 방문진료 수가 시범사업’의 경우 민간의료기관 등록률에 비해 참여율이 높지 않은 가운데 농촌지역 개원의원의 80% 이상은 단독개원의 형태로 운영되기 때문에 방문진료에 참여할 수 있는 여건이 마련되지 않음.
 - 이러한 사정은 최근에 시작된 ‘노인장기요양 재택의료센터 시범사업’에서도 비슷하여 시범사업 참여기관 28곳 중 17곳이 서울 경기에 몰려 있으며, 고령자 비율이 높은 농촌 소재 의료기관의 참여율을 높일 필요가 있는 것으로 나타남.
 - 다음으로 서비스 제공을 위한 의료인력 확보가 용이하지 않음. 의료서비스는 훈련된 전문인력에 의해서 제공되기 때문에 다양한 전문인력의 팀 접근이 전제되는 등 사업인력의 확보가 중요하지만, 농촌을 중심으로 의료인력을 확보하기 어려운 지역들이 점차 증가하고 있으며 지자체의 노력만으로는 이러한 문제를 해결하는 데 한계가 있음.

- 재가환자의 의료욕구에 적절히 대응하고 복지 등 지역 내 유관 자원과의 연계를 원활하게 수행하기 위해서는 최소한 의사, 간호사, 사회복지사가 필수적으로 참여하여야 하며, 그 외에도 물리·작업치료사, 약사, 영양사 등의 참여가 고려될 수 있음.

○ 농촌 재가환자의 특성 측면에서도 농촌의 재가 장기요양환자 가구는 독거 혹은 노인 부부의 형태가 많아 돌봄의 공백이 발생하고 증상관리나 복약 관리 또한 제대로 이루어지지 않고 있음.

- 평소에도 보호자의 동행 없이 의료기관을 방문하여야 하므로 필요한 만큼 의료를 이용하지 못하고 있을 뿐만 아니라 응급상황이 발생했을 경우에도 적시에 대처하기 어려워 주기적인 방문진료의 필요성은 매우 높다고 할 수 있음.



제4장

농촌 방문형 의료서비스 국내외 사례

- 제1절 공공보건의료기관형
- 제2절 공공+민간 융합형
- 제3절 민간의료기관형
- 제4절 순회진료형
- 제5절 일본 방문진료 사례
- 제6절 소결

제4장 농촌 방문형 의료서비스 국내외 사례

제1절 공공보건의료기관형

1. ○○의료원 방문진료 사업

- 지역 내 종합병원은 ○○의료원이 유일하며, 지역 내 병·의원급 의료기관이 20~30개소 정도 운영되고 있으나 점차 감소하고 있음.

인구는 한 6만 8천 명 정도 되고요. 그리고 저희가 150병상 규모의 종합병원이 있고요. 옆에 ○○병원이라고 해서 한 100병상 정도의 민간병원이 있습니다. 그리고 숫자는 정확하지 않는데 한 20~30곳에 개업 선생님들이 계시고요. 인구 고령화가 지금 24% 정도 되고 있고 그런데 지속적으로 인구는 줄어들고 있는 상태인데 개업하신 선생님들이 폐업하셔도 거기서 그 자리를 이어서 (새로운) 선생님들이 들어오시지 않는 구조. 그리고 내년 1월에도 내과 의원이 한 곳이 폐업하게 되는데 그것을 인수할 사람이 지금까지 없는 걸로.... (중략) ○○시에서의 의료서비스는 좀 한정되어 있는 그런 느낌이고요. 바깥으로 유출되는 환자, 다른 데로 가시는 분들이 한 50% 정도 되는 걸로 알고 있습니다.

- 참여자 D

- ○○의료원이 소재하고 있는 지자체에서는 중앙정부에서 추진하는 방문진료 관련 시범사업에 참여하는 민간의료기관이 부재하여, 자체 예산 중심으로 방문진료 사업을 추진 중

- 자체 기준으로 정한 방문 당 수가는 일차의료기관 시범사업 방문진료료II 수준인 10만 원이며, 이 중 7만 원은 ○○의료원 의료사회사업 예산으로 지원되고, 3만 원은 환자 본인부담이나 취약계층의 경우 무료로 제공됨.

(본인부담을) 저희가 3만 원으로 했던 건 뭐냐면 일차의료 방문진료 수가 시범사업과 관련되어 있어서 본인부담금 3만 원으로 했거든요.

- 참여자 D

- 진찰 및 상담, 검사, 투약처방 등 일반적으로 방문진료 시 제공하는 서비스를 포함하고 있으며, 추가로 ○○의료원에서는 X-ray 촬영까지 가능

- ○○의료원의 경우 방문진료 의뢰 환자 대부분이 치매 환자로서 치매약 처방을 위한 주기적인 치매 검사 및 환자의 만성질환 상태를 확인함.
- 또한 방문진료 시 환자의 복약 관리 및 교육을 중요하게 생각하고 있으며, 환자 보호자를 대상으로 임종기 준비, 대리처방을 위한 혈압·혈당 체크 교육을 중점적으로 함.
- 연간 30명 정도에 방문진료를 제공하고 있는데, 방문진료 환자들이 많지 않은 이유는 본인부담금의 장벽, 홍보 부족, 행정복지센터와의 연계 협업 부족 등으로 자체 파악하고 있음.
- 특히, 환자 발굴을 위해서는 재가서비스 제공기관과의 긴밀한 연계가 필요하다고 생각하지만, 현재는 복지 등 타 분야와 긴밀히 연계되지 못한 실정임.

2. ○○군 찾아가는 보건의료원

- 지역 내 의료여건이 열악하고, ‘일차의료 방문진료 수가 시범사업’ 등에 참여할 만한 기관 자체가 없어서 보건의료원에서 방문진료를 실시하고 있음.
- ○○군은 인구 3만으로 지자체 내에 요양병원 1개소 포함 10여 개 의료기관이 운영되고 있으며, 대부분은 의사 1인의 단독개원 형태임.

○○군내에 의료기관 같은 경우에는 총 12개의 기관이 있거든요. 저희 의료원을 빼고. 두 군데는 요양병원인 거고. 10개의 의료기관이 있는데 다 1인 의원 체계로 돌아가고 있는 상황이거든요. 그래서 우선은 저희가 그런 거를 협조를 구하기가... 그쪽도 여건이 사실 안 되다 보니까 협조를 해주시기도 좀 어려운 상황이었고

- 참여자 A

- 장기요양사업 지침에 따르면 재가 장기요양환자의 경우 방문간호 서비스 이용이 가능하나 ○○군에는 방문간호센터 등이 부재하여 방문간호 서비스를 이용할 수 없고, 가사 지원 등 다른 재가서비스 이용을 위해 의료서비스를 포기하는 사례도 많음.

(장기요양)등급을 받으신 분들도 여기 지역에서는, 그러니까 도시 같은 경우에는 의사가 왕진은 못 와도 필요한 경우에 가정간호나 그런 방문간호 서비스를 받으시거든요. 근데 여기는 기관 자체가 없어요. 그러니까 받고 싶어도 받을 수 없는 상황이고, 그리고 제가 알기로는 장기요양등급을 받아서 요양보호사가 집에 오시거든요. 근데 만약에 내가 방문간호가 너무 필요해서 방문 간호사를 (우리 지자체가 아니더라도) 인접한 시군에서 불렀어요. 그럼 이 시간이 깎인대요. 그러니까 어르신들이 내가 지금 먹고사는 거와 지금 아픈 걸 해결하는 거 둘 중 하나를 선택해야 하는 거예요. 그러면 나는 아픈 건 그냥 좀 참고, 먹고사는 걸 해결 할래 하면 정말 의료적으로 필요한 부분들을 포기하시게 되는 거죠. 그러니까 결국 장기요양등급에 진입을 했어도 의료서비스를 못 받으시는 분들이 굉장히 많아요. 저희가 나가서도 요양등급이 있어도 보면 막 욕창 있고 난리났어요. 근데 어르신들이 이걸 대수롭지 않게 생각하시는 분들이 많다 보니까.

- 참여자 A

□ 방문진료는 주 2~3회 정도 이루어지며 하루에 3~4명의 환자를 방문하고 있음.

- 방문 환자는 주로 거동불편 환자이고 영양상태가 좋지 않거나 기력이 없는 환자들이 많아 수액주사 서비스를 포함한 의료서비스를 제공하므로 방문 당 진료시간이 비교적 오래 걸리고 상대적으로 이동시간도 많이 소요됨.

우선은 저희가 스케줄을 짜긴 해요. 도시랑 다르게 도시는 밀집해서 살잖아요. 아파트에 가면 어르신들이 거기에 막 여러 세대가 다 있는데 저희는 사실 이동 거리가 굉장히 길거든요. 그러다 보니까 사실 효율을 따져서 저희가 읍면마다 스케줄이 정해져 있고요. 읍면 스케줄에 따라서 대상자를 읍면 창구에서 발굴을 해서 저희한테 전달을 해 주는 형식이고, 만약에 저희가 판단했을 때 처음 진입하는 사람 아니고 꾸준히 관리하거나 아니면 갑작스럽게 저희의 손길이 좀 필요하다면 그때는 저희가 일정을 바꾸거나 아니면 특별히 그쪽에 일정을 조절하는 거 없이 저희가 따로 더 시간을 내서 나가죠.

- 참여자 A

보통 짧은 거리는 한 15분이면 가고요. 길게는 40분도 걸려요. 여기서 출발해서 첫 집까지 가는 시간이 (승용차로) 40분이 걸리는 데도 있어요. 평균적으로는 한 25분에서 30분 정도는 걸린다고 보시면 돼요. 편도로.

- 참여자 A

상담이 길어질 수도 있고, 어르신들하고 얘기를 좀 많이 나눠야 되거나 예기치 못하게 저희가 처음 사정했던 거와 다른 상태가 발견되는 경우들이 있거든요. 그래서 길게는 수액까지 준다고 하면 1시간 반까지도 걸려봤고요. 짧게는 한 30분. 그 정도 걸리죠.

- 참여자 A

□ 읍면동 간호사가 방문진료가 필요한 환자를 발굴하거나 보건지소 및 진료소를 통해 방문의뢰가 들어오고 있음.

(신규환자는) 우선은 읍면동에서 발굴해서 연락을 주시고요. 창구는 사실 그쪽에서 오기도 하고 어르신들이 직접 전화를 하시기도 하고 그런 여러 경로를 통해서 들어오긴 해요. 그러면 저희가 보통 신규 대상자 같은 경우에는 보호자한테 한 번 더 전화를 드리긴 하거든요. 보호자분들이 아무래도 어르신 상태를 더 잘 알고 계신 경우가 많아서 보호자하고 좀 얘기를 해보고 (방문을 하게 됩니다).

- 참여자 A

□ 재가환자들은 대체로 거동이 불편하여 의료기관에 방문하지 못하고 가족 등에 의한 대리처방으로 약을 복용하시는 경우도 많아, 질환 관리와 함께 복용 관리 또한 중요한 서비스 중의 하나임.

○ 이전에는 간단한 욕창 간호 정도 필요한 환자들도 요양병원이나 요양원에 입원해 있는 사례가 많았으나 최근 퇴원환자가 늘어나면서 방문진료 대상자의 퇴 건수가 늘어나는 추세임.

저희는 거의 대부분 거동을 못하시는 분들 위주로 다니고는 있는데. 정말 아예 그냥 침대에 누워 계신 외상 환자들이 사실 가장 1순위이긴 하죠. 그 환자들이나 휠체어를 타시긴 하는데 그분들이 택시 타고 버스 타는 것 움직이시니까. 보호자가 없으면 또 못 타잖아요. 그런 환자들 위주로 많이 (방문을) 돌아가고 있고. 그 외에도 보호자가 없어서 그런 간단한 상황만 해결하면 되는데 그게 안 되는 분들. 보호자가 사실 잘 챙겨주시지 못해서. 그러니까 읍면 공무원들이 발견하는 경우가 있거든요. 상처가 깊어가고 있다든가 이런 사람들은 좀 체크를 해줘야 되는 것들이 있어서. 왜냐하면 모시고 나오는 걸 거부하시는 분들도 있고.

- 참여자 A

보통 저희가 관리하고 있는 대상자 같은 경우에는 정말 감기나 아주 자잘한 것들은 여기 일반 민간 의원에 가시고. 좀 큰 병 있잖아요. 예전에 쓰러졌다든지. 단순 혈압약도 사실 대학병원에서 받으시는 분들이 있긴 있어요. 근데 그런 약 같은 경우에는 보통 어르신들이 병원에 못 가세요. 거기까지 못 가시고 자녀들이 거의 한 4~5년을 대리 처방을 해서 받아오시는 형태가 많거든요. 물론 자녀분들이 모시고 가기도 사실 쉽지가 않고. 약을 우편으로 붙여주시는 자녀분들도 있고 이렇다 보니까 어르신들이 인지가 떨어지면서 약을 잘못 드시고 계시는 경우도 있고. 그러니까 아침약, 점심약, 저녁약이 있는데 약이 너무 많으니까 나는 아침하고 저녁만 먹을 거야. 자체적으로 판단을 하셔서 약을 줄이시거나 하는데 문제는 의사한테 진료를 안 받기 때문에 이 사람이 상태가 이렇게 먹음으로써 어떻게 되는지를 알 수가 없는 상황이 벌어지는 거죠.

- 참여자 A

□ 보건의료원 내 공중보건과의 업무 대행 의사의 도움으로 방문진료를 운영 중이며, 방문팀은 전담의(내과 전문의), 간호사, 물리치료사로 구성됨.

- 특히, 보건의료원의 경우 업무 대행 의사들과 공중보건의 전문과목이 다양하여 환자의 상태에 따른 의뢰가 쉽게 이루어지는 것이 장점이라고 할 수 있음.

사실 여기의 장점이 의료원이다 보니까 공중보건의 선생님들 굉장히 다양한 전문의들이 있거든요. 그래서 좀 협조를 구해서 욕창이라든지 상처가 너무 심하거나 하면 해당 전문의 선생님을 모시고 나가기도 해요.

- 참여자 A

- 2022년까지는 ‘지역사회 통합돌봄’ 사업의 일환으로 추진되었으나 선도사업이 종료되는 2023년부터는 지자체 재원으로 방문진료 사업을 추진 예정임.
- 공공기관이기 때문에 민간의료원이 참여하는 일차의료 방문진료 수가를 청구할 수가 없고, 청구가 불가하므로 대상자에게 본인부담금을 책정할 수 없음.

통합돌봄이 시작한 지는 좀 됐는데 2019년도부터 시작을 했거든요. 근데 이 특화 프로그램을 해서 방문진료 형식은 2021년도에 시작을 했습니다. (중략) 이게 올해까지가 통합돌봄 선도사업 기간이거든요. 그래서 올해까지는 국도비 보조로 저희가 시범사업의 하나로 할 수 있었는데 이 사업 자체가 올해 끝나요.

- 참여자 A

- 공공보건의료기관에서 직접 서비스를 제공하고 있기 때문에 민간의료기관과의 경쟁으로 비춰지는 데 대한 부담이 있음.
- 중앙정부의 선도사업 기간에는 사업의 근거를 확보할 수 있었으나 선도사업 종료 이후에는 사업의 근거 확보가 어려움.

국정과제로 (방문진료가) 올라와 있긴 한데 (구체적인 사업으로) 내려온 게 없으니까요. 그나마 재택의료센터 시범사업 공모인 건데 장기요양 등급자만이 대상자이기 때문에. 장기요양 등급이 생각보다 없는 분들이 있거든요. 갑작스럽게 막 안 좋아져서 지금 당장 막 이려고 있는 상황에서 등급 받는다고 환자를 끌고 다닐 수는 없으니까. 그런 케이스들도 있고 이러다 보니까 장기요양 등급자만을 대상으로 우리가 하는 거는 좀 안 맞는 것 같고.

- 참여자 A

3. ○○시 우리 마을 주치의

□ 도농복합에 가까운 지역 특성상 인구가 많은 동지역에 의료기관이 밀집되어 있으며, 관할지역 내 전체 495개 마을 중 의료기관이 없는 면에 소재한 227개 (45.9%) 마을은 상대적으로 의료가 취약한 편임.

같은 면이어도 의료기관이 있는 면이 있고 의료기관이 없는 면이 있거든요. 그래서 의료기관이 없는 면으로 지금 위주로 해서 보고 있고. (의료기관까지의 이동시간이) 면에 따라 조금 다르긴 한데 최대 가장 먼 곳은 (승용차로) 한 30분~40분. 대중교통으로 하면 1시간은 걸리는.
- 참여자 C

□ ‘일차의료 방문진료 수가 시범사업’에 참여하는 민간의료기관은 없으며, 충남에서 실시하는 ‘우리 마을 주치의’ 사업과 자체 프로그램을 실시하고 있음.

○ 관내 의료취약 마을 14개, 자체 선정 마을 2개로 총 16개 마을을 선정하여 월 3회 이상을 목표로 방문하여 혈압, 혈당, 콜레스테롤 측정 등을 하고 있음.

우리 마을 주치의는 충청남도에서 2011년도에 도지사님의 공약으로 진행했는데 그래서 ○○시는 2012년에 44개소 대상으로 시작했고 현재 2022년 기준으로는 16개소 마을 대상으로 운영을 하고 있고요. 저희가 14개의 보건지소가 있는데 각 보건지소에 담당 마을을 다 하나씩 선정하고 본부에서도 3개의 마을을 선정하고.
- 참여자 C

○ 충청남도에서는 방문진료와 관련된 조례를 제정하여 지역 내에서 방문진료를 수행하는 근거로 활용하고 있으며, ○○시 또한 충남의 조례를 근거로 방문진료 사업을 수행하고 있음.

〈표 4-1〉 충청남도 방문진료 관련 조례

<p>충청남도 건강증진 및 만성질환 예방관리 조례</p> <p>제3조(책무) 충청남도지사(이하 “도지사” 라 한다)는 충청남도민의 건강증진 및 만성질환 예방관리를 위하여 다음 각 호의 사업을 수행하여야 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 만성질환 사전예방을 위한 금연, 절주, 운동, 영양, 비만, 아토피·천식 예방, 구강관리 등 건강증진사업 2. 만성질환 조기발견을 위한 건강검진사업 3. 의료서비스 취약지역 주민을 위한 방문 진료, 교육, 상담 등 보건의료 서비스 지원 <p>제7조(사업추진) 도지사는 만성질환의 사전예방과 조기발견 등을 위하여 다음 각 호의 사업을 추진하여야 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 만성질환 사전예방을 위한 금연, 절주, 운동, 영양, 비만, 아토피·천식 예방, 구강관리 등 건강증진사업 2. 만성질환 조기 발견을 위한 건강검진사업 3. 의료서비스 취약지역 주민을 위한 방문 진료, 교육, 상담 등 보건의료 서비스 지원
--

자료: 충청남도 건강증진 및 만성질환 예방관리 조례, 충청남도조례 제4080호 (2015).

- ‘우리 마을 주치의’는 보건지소의 공보의와 간호사가 마을회관, 경로당 등을 방문하여 건강 측정 및 한방 진료와 영양·운동 등 보건교육을 진행하고 있음.
- 건강 측정뿐만 아니라 노인 우울, 치매 문제 등에 대응하고자 보건소에서 치매 안심센터나 정신건강 쪽으로도 연계하고 있으며, 외부 강사 초청 웃음치료, 건강체조 등 일상생활에서 참여가능한 프로그램도 운영하고 있으며, 웰다잉에 대한 교육도 진행함.
- ‘우리 마을 주치의’는 주로 마을회관이나 경로당을 방문하는 형식으로 이루어지기 때문에 거동이 불편한 재가환자에 대한 서비스 제공은 어려움.
- 보건소나 보건지소 의사인력이 부족해서 방문형 서비스를 양적·질적으로 충분히 제공하기 어려움.

(경로당 등에서 제공하는 서비스는) 자기 스스로 건강관리 할 수 있으신 분들은 되게 좋아하시는데 진짜 재가의 와상 노인들은 정말로 매일 드레싱 해드려야 되고 피부 욕창관리 해드려야 되고 하는 거는 못하거든요. (중략) 그러니까 현재 스스로 건강관리 하시고 읍에 있는 병원 나오시고 하신 분들은 그나마 괜찮아요. 집에만 계신 분들이 정말 사각지대여서 그분들이.

- 참여자 C

4. 공공보건의료기관형 애로사항

- 민간의료기관이 부족한 상황에서 공공의 역할에 대한 고민
- 농촌은 민간의료기관이 부족하기 때문에 상대적으로 공공보건의료기관의 역할에 대한 기대가 크다고 할 수 있으나 실제로는 방문진료 사업의 추진 근거와 돌봄 등 지역사회 연계 자원이 부족하여 원활하게 사업을 추진하는 데 제약이 많음.

공공의료기관이 여러 지역에서 다양한 활동들을 지금까지 해왔지만, 특히 농촌 지역에 있는 공공의료기관은 방문의료를 해야 한다고, 공공의료기관의 새로운 역할이라고 저는 주장합니다. 그러니까 농촌 지역에 있는 공공의료기관은 특히나 병상을 가지고 있는 공공의료기관, 농촌에 있는 기관은 방문의료를 해야 한다고 생각합니다.

- 참여자 D

□ 서비스 제공 인력 부족

- 농촌에서는 의사, 간호사, 물리치료사 등 서비스 제공에 필요한 인력을 충분히 확보하기 어려운 경우가 많음.
 - 결원 발생 시 지역 내에서 확보 가능한 의료인력이 없고 대부분이 타지역에서 유입되어야 하는 실정임.

무기계약직이시고 저희가 지금 방문진료를 하고 있는 전담 간호사랑 물리치료사는 사실 계약직이예요. 기한이 정해져 있는 계약직이다 보니까 지금 물리치료사는 계약이 종료돼서 나갔어요. 지금 공석이거든요.

- 참여자 A

저희 팀이 원래 6명이 한 팀인데 의사, 한의사, 간호사, 영양사, 운동처방사, 치위생사인데 의사는 뽑으려니까 안 뽑혀요. 한의사는 저희가 뽑기 힘들어서 공보의를 활용하는데 (양방)의사는 안 뽑힙니다.

- 참여자 C

□ 환자 본인 부담 비용

- 공공보건의료기관에서 방문진료를 제공하는 경우 건강보험 등에 대한 청구가 어렵기 때문에 본인부담 없이 진행하는 사례가 있고, 일부 지역에서는 본인부담을 받기도 하지만 진료비 부담이 방문진료 확대의 장애로 작용할 가능성도 배제할 수 없는 것으로 나타남.

저희가 어르신들 대상으로 만족도 조사를 한 부분인데... (중략) 돈을 내라고 하면 나는 못 하겠다 그런 게 굉장히 많았거든요. 특히 (본인부담이) 1만 원 이상이면 (방문진료를) 안 하시겠다라고 한 경우도 있었고... (중략) 어르신들한테 본인부담금을 책정하는 게 사실 쉽지 않을 거라고 저희도 생각하고 있고. 그거를 책정한다고 해서 저희한테 재정적으로 확 좋아지고 이런 것도 없고. 그러다 보니까 저희 입장도 마찬가지로 통합돌봄 지휘하고 있는 부서에서도 마찬가지로. 이게 본인부담금 책정으로는 못 갈 것 같다고 얘기는 하고 있어요. 제도적으로 그 부분은 개선을 당연히 해야 하는 거겠지만 불가능할 거라고 생각하고 있습니다.

- 참여자 A

□ 민간의료기관과의 갈등

- 공공보건의료기관이 직접 의료서비스를 제공하게 될 경우 지역사회 내에서 민간의료기관과의 갈등 발생 우려가 있음.

- 민간의료기관이 방문진료 서비스를 제공하지는 않더라도 공공보건의료기관이 지역 내에서 잠재적인 경쟁관계로 인식되는 것은 부담으로 작용됨.

농촌 지역에서 (방문진료) 서비스를 하려면 (민간의료기관이 부족하기 때문에) 당연히 공공기관이 해야 되는 게 맞긴 맞아요. 근데 이게 잘못하면 민간이 어려워지는 상황이 되잖아요. 시장경쟁이기 때문에... 원래 ○○군에 민간 안과의원 하나 있었대요. 근데 민간 안과가 있었는데 공중보건 안과가 배치가 되면서 어르신들이 이쪽(보건의료원)으로 오면 거의 본인부담금이 없는 상태니까 이쪽으로 거의 대부분 오셨겠조. 그러니까 이 민간 안과가 폐업을 한 거예요...(중략) 근데 사실 노인분들 안과가 굉장히 필요하거든요. 그래서 엄청나게 많은 민원들이 발생하기도 했고. 저희가 생각해도 이건 아닌 것 같고. 그래서 결국에는 많은 재정 부담을 소요해서 안과 전문의를 채용을 했어요. 그러니까 이게 안과의 예처럼 저희가 만약에 방문진료를 당연히 저희가 공공기관으로서 주민들의 복지를 위해서 이렇게 한다고 하면 잘못하면 여기에 있는 민간 의원의 상황의 어려워지게 되면 결국에는 저희 보건의료원 하나밖에 안 남는 거예요. 그럼 당연히 저희는 기관은 커졌지만 부담은 훨씬 클 거고. 무한정 여기에 모든 전문의들을 두고 종합병원급처럼 운영할 수도 없잖아요.

- 참여자 A

□ 사업의 지속가능성 확보를 위한 근거 마련

- 중앙정부에서 추진하는 방문진료 형태의 사업은 대부분 시범사업의 성격이고, 지자체에서 독자적으로 추진하는 사업은 근거가 뚜렷하지 않아 방문진료 사업의 지속가능성 불투명

- 사업의 근거 부재는 의사, 간호사, 사회복지사, 물리치료사 등 관련 인력 채용이나 예산확보 및 사업 확대의 장애로 작용

저희가 어려운 걸 아니까 (중앙정부에서) 인건비를 내려주신 적이 있거든요. 의사 채용을 해라. 그런데 그 의사 채용을 2년 하고 끝낼 거면. 그때 인건비를 2년도 아니었어요. 2년도 아니고 한 1년, 1년 조금 안 되게 내려주셨는데 돈을 떠나서 이 1년의 기한을 둔 사업을 위해서 어떤 의사가 올 것인가. 그것도 있고. 이 의사가 계속 가면 모르겠으나 이 의사가 있다가 없어져 그러면 이게 과연 이 사업을 지속할 수 있는 에너지가 없는데 우리가 이 돈을 받아서 의사를 채용하는 게 맞나 해서 결국 채용을 안 했어요. 채용을 안 하고 그 돈으로 차라리 우리 다른 서비스, 우리가 쪽 해 줄 수 있는 서비스에 투자를 하자...(중략) 그래서 저희가 내년에도 사실 자체 준비로 할 때 이게 의사를 뽑을 것인가 아니면 여기에 있는 공보의 선생님이나 업무 대행 의사를 통해서 할 것인가 이런 얘기도 했을 때 우리가 봉직의를 뽑는 건 너무 지속 가능성이 없다.

- 참여자 A

이게 이 특화 프로그램으로 해서 방문진료를 하는 모든 지자체가 다 이 고민을 하긴 해요. 이게 재정 지원이 올해가 끝나는데 그럼 이 사업을 어떻게 할 것인가, 이거를 그럼 우리 돈으로라도 끌고 갈 거냐 아니면 그냥 여기서 끝내 버릴 거냐. 모든 사람이 이 사업에 대한 필요성은 인정하거든요. 인정을 하니까 가지고는 가고 싶은데.

- 참여자 A

의료취약지라는 정의가 명확하지 않다 보니까 저희는 사실 의료취약지라는 그런 타이틀로 이 사업을 좀 진행을 사실은 자체로라도 어떻게든 근거를 찾으려고 많이 뛰어다녔는데. 없어요.
- 참여자 A

□ 노인건강관리의 효율성 제고를 위한 다부문 연계

- 노인건강관리를 위해서는 건강뿐만 아니라 복지부문과의 협업 특히, 장기요양이나 돌봄과의 연계가 중요함.
- 따라서 지역 내에서 노인건강관리가 효과적으로 이루어지기 위해서는 사업 전달 체계 내에서 환자를 중심으로 보건·복지 연계를 재정비할 필요가 있으나 공공보건의료기관에서 부문 간 연계를 주도하기는 어려움.

그리고 그 의료서비스만 생각해서는 안 된다고 저는 봅니다. 그러니까 보건·의료·복지 통합 이런 것들이 다 요즘 많이 나오니까. 말씀은 편하게 그냥 의료서비스만 하셨겠지만 돌봄까지 다 포함되어 있고...
- 참여자 D

□ 재가환자 의료정보에 대한 접근성 부재

- 농촌의 경우 보호자가 없거나 노인 부부만 거주하는 경우가 많아 환자로부터 직접 의료나 질병정보를 얻기 힘든 경우가 많아 진료나 투약에 어려움이 큼.

어르신들 의료정보를 얻기가 너무 어려워요. 어르신도 그렇고 보호자들도 명확하게 모르시는 경우가 있어요. 의사들이 알아듣기 쉽게 얘기를 하니까. 병명을 직접적으로 얘기한다기보다는 '심장이 안 좋아요. 폐가 안 좋아요. 피가 잘 안 돌아서 그래요.' 이렇게 설명하시니까 저희가 정확하게 어르신이 도대체 무슨 병인지 모르는 경우가 많아요. 그러니까 약도 어떤 약은 굉장히 많은 질병에 쓰이기 때문에 약으로 판단할 수 없는 케이스도 있거든요. 그러다 보니까 민간의원이라 공공이라 의료적인 정보를 좀 교환할 수 있었으면 좋겠다는 생각을 좀 많이 하긴 했는데 이게 일반 개인 정보도 아니고 굉장히 민감한 정보이기 때문에 사실 쉽지 않을 거라고 생각은 하거든요.
- 참여자 A

환자가 얘기를 못 하시니까요. 어르신들이. 전혀 정말 하나도 모르시는 어르신들이 많아요. 저희가 굉장히 간단한 약을 쓰더라도 이게 정상인한테는 크게 영향이 없는데 만약에 신장 쪽이 조금이라도 안 좋은 분한테 들어가면 안 되는데 얘기를 안 하시니까 모르죠 저희는. 그러면 저희는 이 약을 써도 되나 말아야 하나 한참 고민하다가 못 쓰는 경우가 많죠. 안전하게 가야 하니까. 그러니까 의료정보가 제한됨으로써 오는 업무상 어려움이 좀 많아요.
- 참여자 A

제2절 공공+민간 융합형

1. ○○군 돌봄스테이션·재택의료¹²⁾

- 최근 지역 개발이 이루어져 인구가 많이 유입됨에 따라 민간의료기관이 많이 늘었으나 그럼에도 일부 지역은 여전히 의료접근성이 낮음.

○○군은 7개 읍면으로 구성이 돼 있는데 (중략) 지금 의료기관이 없는 지역이 3개 읍면이 있어요. 1차 의료기관이 없고 전적으로 보건지소에 의존하고 약국도 없는 곳이죠. 그분들이 약을 타려면 이쪽 가까운 읍소재지로 나오셔야 되거나.

- 참여자 B

저는 이런 농촌 지역에 오래된 보건소 간호사였는데 제가 느끼는 건 도시보다는 농촌이 더 (방문진료) 필요하다고 생각을 해요. 왜냐하면 농촌 같은 경우는 이동에 대한 제한적인 게 너무 많아요. 근데 거기다 (농촌 노인의 나쁜) 건강 상태까지 플러스가 돼 버리니 미중족 의료가 사실은 널려 있거든요. 그런데 도시는 더 좋은 게 뭐냐면 도시는 수익이 돼요. 농촌은 수익이 안 돼요. (중략)

저희는 그나마 나은 편이죠. 왜냐하면 저희는 30분 이내에 다 끊을 수 있는. 편도 30분. 충북권 내에서도 이동 거리 1시간 정도 가셔서 진료 한 명, 두 명 보고 오면 한나절 가는 거예요. 그런 형태가 많아서 (민간의료기관 입장에서는) 수익 모델이 안 돼요. 그러다 보니까 농촌에서는 더 추진하기 어려운 형태입니다.

- 참여자 B

- ‘지역사회 통합돌봄’ 선도사업의 일환으로 보건과 돌봄의 연계를 통해 불필요한 장기 입원이나 사회적 입원을 지양하기 위해 재가의료서비스 제공 사업을 추진함.
- 사업을 추진할 공공에서는 방문진료 서비스 제공 기능이 미약하고, 민간에서는 방문진료 사업 추진 동기가 부족했기 때문에 공공에서 민간을 설득하여 공공과 민간의 협업 형태로 방문진료 사업에 참여함.

저희가 지금 좀 특별하긴 해요. 맨땅에 아무것도 없이 균청하고 의원하고 둘이 합해서 만든 데예요. 이런 데는 없는 것 같아요.

- 참여자 B

12) 여기서 ○○군의 ‘재택의료센터’ 사업은 2022년 말 현재 ‘지역사회통합돌봄 선도사업’의 일환으로 실시된 내용을 정리한 내용이며, 2022년 12월부터 시작된 ‘노인장기요양 재택의료센터 시범사업’과 구분할 필요가 있음.

- 급성기 치료가 끝난 퇴원환자 관리를 위해 지역의 종합병원과 연계하여 재가에서 퇴원환자 관리를 위한 ‘돌봄스테이션’ 사업을 기획함.
- 급성기 치료가 끝난 퇴원환자에 대한 전환기 의료서비스를 제공하는 곳이 부재하기 때문에 의료서비스의 단절과 공백이 발생하므로 재가 퇴원환자 관리를 통해 장기요양으로의 진입을 최대한 지연시키는 역할을 기대하고 있음.
- 사업의 기획이나 재원 마련은 공공에서 담당하고 재가환자에 대한 의료서비스 제공은 민간병원에 위탁하여 추진하고 있음.
 - 돌봄스테이션 간호서비스를 통해 퇴원 이후 3개월간 증상을 관리하고(월 1회 방문, 주1~2회 전화상담), 상태가 호전되면 재택의료센터로 의뢰, 재택의료센터는 정기적으로 방문하여 환자의 건강상태 관리
- 퇴원환자 연계 프로그램으로 시작하였으며, 작년에 거점병원을 중심으로 297명에게 서비스 제공, 10개의 협약병원이 있음.
 - 퇴원환자 재가관리를 통해 노노가정, 독거가정, 장애인 및 정신질환자 등 기존 의료서비스의 사각지대를 해소

돌봄스테이션 같은 경우는 ‘보건소 방문간호나 방문보건 사업이 있지 않나?’ 라고 얘기하시는 분이 많을 거예요. 맞습니다. 보건소에 방문건강 관리 사업이 있고요. 그 사업은 주로 예방을 목적으로 해요. 교육과 예방이기 때문에 내 발로 걸어 다닐 수 있는 사람들인 거예요. 거동이 불편하거나 누군가의 도움이 없이는 의료에 접근할 수 없는 사람들이 아니에요. 저희 돌봄스테이션은 환자의 개념이 더 커요. 그래서 (대상) 환자들이 거동이 불편해야 돼요. 통합돌봄에 들어오시는 분은 거동이 불편하다고 보는 거고 일시적으로 불편하거나 장기적으로 불편할 때 다 포함됩니다. 특히 일시적인 불편이 급성기 퇴원 환자가 많은 군이에요. 통합돌봄 지역 내에서도, 일시적인 회복 기간 동안에 거동이 불편하신 분들한테 간호사가 가요. 가서 일단은 어떤 상황들이 지금 퇴원하시고 나서 어떻게 지내고 있는지, 약은 어떻게 드시고 있는지. (중략) 그런 것들을 지도하고 회복기를 단축하려고 환자군을 대상(으로 서비스를 계획)했다는 게 조금 다른 특징이라고 생각하시면 돼요.

- 참여자 B

급성기 환자는 3개월간 관리가 기본적인 건데요. 3개월의 직접 방문은 무조건 월 1회. 그다음에 전화 방문은 주 1회. 거의 일주일에 한 번이나 두 번 정도 전화드리는 것 같아요. 모니터링 하려고. 종결은 사회복지 공무원과 간호직 공무원이 동시에 3개월쯤 됐을 때 가요. 그래서 다시 재사정해서 더 연장할 것이냐 말 것이냐를 결정해요.

- 참여자 B

- 재가환자의 미충족 의료욕구를 충족시키고자 지역에서 오랫동안 서비스를 제공해 온 민간의원을 섭외하여 ‘재택의료센터’로 지정하고 방문진료를 제공
- 읍면동 창구에서 재택의료 대상자 발굴 및 의뢰가 이루어지고 그 외에 재가요양기관과 요양시설, 급성기 병원 등에서도 환자를 의뢰하고 있음.
 - 재택의료센터에서는 연계의뢰서 정보를 바탕으로 사전에 환자 정보를 확인하고, 의사·간호사·사회복지사로 이루어진 방문팀에서 환자의 욕구사정 및 케어 회의를 진행함.
 - 대상자별로 방문진료 월 1회, 방문간호 월 2회가 기본적으로 이루어짐.

주로 재택의료센터에 의뢰 들어오는 건 저희(지역)는 가정 전문 간호 기관이 없기 때문에 욕창 관리라든지 튜브 관리라든지 이렇게 심화된 서비스가 필요한 사람들이 먼저 들어와요. 그리고 식사를 못하고 탈수가 돼 있거나 (환자가) 기운이 없어서 영양제를 맞히고 싶어서 (보호자로부터) 연락이 와요. 그럼 선생님이 몇 번 가시고 이 환자 이렇게 관리하겠다 하는 포괄평가 계획을 작성해요. (방문간호스테이션과 다르게) 재택의료는 건강관리에 방점이 있어요.

- 참여자 B

전체 통합을 관리하는 거는 간호스테이션이에요. (중략) 기본적으로 세팅이 그렇게 돼 있어요. 퇴원 (환자를 대상으로 하는) 간호(돌봄스테이션)는 회복기 동안에 (퇴원) 환자들을 (집중)관리하다가 (환자가 회복되어) 정기적인 관리만 필요하다고 판단되면 재택의료센터로 연계해요.

- 참여자 B

- 재택의료센터를 통한 방문진료의 경우 경제적 이유로 인한 미충족 의료 발생하지 않도록 ○○군에서 환자 본인부담금 25%를 지원하고 있음.
- 2022년에는 본인부담 30% 중 5%만 환자가 부담하고 있으며, 2023년에는 환자 본인부담 비율을 10%까지 인상할 예정임.
 - 이는 최소한의 비용을 환자가 부담하도록 하여 자가 건강관리에 대한 책임성을 강조하기 위한 목적이며, 기초생활수급자 및 차상위계층은 계속 무료로 진료받을 수 있음.

(방문진료 수가가) 지금 만약에 12만 4천 원에 30%면 (본인부담금은) 거의 3만 5천 원, 6천 원 정도 되는데 당장 당신에게 매달 이렇게 내세요 그러면 심리적인 장벽이 굉장히 커요. 그런데 저희 올해는 5%만 먼저 부과했잖아요. 내년엔 10%로 올릴 거거든요. 올해는 한 6천 원 정도 되고요. 내년엔 1만 2천 원 정도 되는 거죠. 그러면 (환자는) 경험한 게 있잖아요. 이미 내가 서비스를 받아본 경험이 있잖아요. 이게 그 정도 된다는 걸 아시는 거예요. 머리로 생각하는 거와 내가 직접 경험한 거는 되게 다르거든요. 그래서 좀 약간 좀 연착시키려고 이렇게 천천히 가는 거로 생각하시면 되세요.

- 참여자 B

2. 공공+민간 융합형 애로사항

□ 지역 내에서 서비스 제공 기관 확보

○ 지역 내에서 방문진료 서비스를 담당할 민간의료기관을 발굴하는 것이 관건

- 농촌의 일차 의료기관은 단독개원이 많아 방문서비스를 제공하기 어려운 여건이며, 민간의료기관의 입장에서 사업 참여 유인이 크지 않고 의료기관 내에서의 의료 환경과 가정 내에서의 의료 환경은 달라 진료 부담 또한 적지 않음.
- 그럼에도 불구하고 재가환자의 건강보호를 위해 방문진료 참여 의지를 가진 의료인을 발굴해 내야 하는 어려움이 있음.

제가 보기에는 농촌의 의료 욕구를 충족을 시키기 위해서 노력하신다면 그중에도 좀 뜻이 있는 분 의사 선생님들이 있거든요. 그런 분들을 찾아내는 게... 근데 그러려면 그분들한테 베네핏을 좀 주셔야 해요. 베네핏은 아주 기본(적인). 저희는 (사업 참여 의료기관에) 기본료도 주고 운영비도 주고 본인부담금을 낮춰주고.... (그런데) 저희 군처럼 지원하는 데 없어요.

- 참여자 B

□ 민간의료기관과 공공기관의 협업체계 마련

○ 공공과 민간 융합형 방문진료 체계를 구축하기 위해서는 민간에서 처리하기 어려운 업무를 공공에서 대신 처리해 주는 등 협업을 통해 사업추진 기반을 효율적으로 마련하기 위해 노력할 필요가 있음.

- 민간의료기관은 전문인력 확보, 지역사회 네트워크 구축, 제반 행정 업무 처리 등 방문진료를 위한 기본적인 세팅을 마련하는 것에 대한 업무 부담도 있음.

- 민간의료기관에서 사업참여를 위해 신규 인력을 채용할 경우 지자체 재원 등을 활용해서 인건비와 운영비를 지원하는 것도 고려해 볼 필요가 있음.

(민간의료기관에서 방문서비스를 담당할) 전담 직원을 뽑게 하는 거는 원래 재택의료의 기본적인 세팅인데 농촌이다 보니까 전담 직원을 뽑기 어렵잖아요. 간호사를 특히 뽑기 어려워해요. 사회 복지사는 좀 덜한데. 근데 그거를 메꿔줬죠. 중간에서 간호사도 제가 뽑는 데 도와드리고 원장님 좀 덜 힘들게. 수가 청구도 머리 안 아프게 하고 행정적인 처리도 다 편안하게 할 수 있게 제가 그쪽을 지원해서 (민간의료기관) 그분들이 돌아갈 수 있게 해줬죠. 그래서 그게 관의 역할이에요. (민간의료기관에만 맡겨 놓으면) 안 하죠. 근데 관은 그거 잘하잖아요. 그러니까 사실은 관이 그런 거를 채워줘야지만 민간의원과 같이 협업할 수 있는. 돌봄스테이션도 마찬가지였어요. 처음에 세팅할 때 아무도 못 했기 때문에 제가 다 일일이 관여해서 지침 만들고 어떻게 플랫폼 짜고 이런 것들 다 관여했어요. 근데 그게 관인 것 같아요. 그게 관의 역할. 드러나진 않죠.

- 참여자 B

□ 사업 추진을 위한 담당 공무원의 의지와 노력이 크게 작용

- 직접적인 서비스 제공은 민간이 담당하지만 사업에 참여할 민간의료기관을 발굴하고 복지 등 타 부문과의 연계 등 사업 추진에 필요한 제반 업무는 공무원이 담당하는 형태이므로 사업이 성공적으로 유지되기 위해서는 담당 공무원의 의지와 노력이 필요함.
- 재가환자의 건강관리를 위해서는 의료서비스뿐만 아니라 타 부문의 참여, 특히 복지부문과의 연계와 협력이 중요하므로 보건·복지 연계 체계 등 사업 기반이 부족한 지역은 사업추진이 어려울 수 있음.

일단 잡상인 마냥 어떡하지 고민을 맨날 며칠 하다가 안 되겠다. 그거 할 수 있는 병원 딱 한 군데거든요 ○○군에서는. 거기밖에 없어요. 일단 갔죠. 제일 먼저 제가 간호사니까 간호과 선배부터 찾아서, 선배님이 간호부장님이었던 거예요. 안 통하더라고요. 그래서 그다음에 원무부장님을 찾아가서 원무부장에 얘기했더니 원무부장님도 '이런 걸 어떻게 사람도 없고, 시스템도 없고, 장소도 없고.' 그래서 그냥 원장님 진료방에서 앞에서 기다렸어요. 너무 창피했어요. 근데 하여튼 그렇게 해서 어렵게 탄생했어요. 제가 느꼈던 거는 의료인들하고 대화할 때는 확실하게 내가 너한테 무엇을 줄거고 당신은 나한테 무엇을 주라는 게 명확하게 떨어지면 어느 정도 의사소통은 되더라고요. 그래서 원장님하고 그렇게 대화를 했고 '당신네 병원에서는 이걸 하면 이런 이득이 있고, 나는 당신네 병원에서 이걸 받아서 이렇게 할 거고.'라는 걸 좀 의사소통을 되게 해가지고 공감을 얻어내고 시작을 했던 거고요. 재택의료센터도 비슷한 형태 그것도 약간 공무원 아닌 영업사원처럼 모든 의료기관에 다 공문을 부려서 일일이 전화를 해서 내가 이런 취지로 이런 걸 하려고 하는데 할 생각이 있냐 없냐를 물어보고 그나마 조금 긍정적인 시너지가 나오면 가서 설명하고 해서 하나 받은 거죠. 그렇게 했어요.

- 참여자 B

제3절 민간의료기관형

1. ○○의원 방문의료클리닉

□ ○○의원은 외래진료를 수행하지 않는 대신 재가환자를 대상으로 방문진료와 방문 간호 서비스만을 제공하는 의료기관으로서 우리나라에서는 매우 특수한 사례임.

○ 우리나라의 의료제도와 정책은 기본적으로 의료기관 내에서의 외래나 입원 중심으로 설계되어 있고, 대부분의 의료기관 또한 이러한 방식으로 운영되는 구조이므로 방문진료를 전문적으로 수행하는 과정에서 여러 측면에서 어려움에 직면하는 경험을 함.

일반적인 세팅은 아니라고 스스로 생각하고 있어서 (중략) 어떻게 말씀드려야 할지 모르겠는데. 일단은 저는 수가보다 어쨌든 새로운 분야이고 새로운 영역인데 누가 이걸 할 것인가 주체 형성이 중요하다고 생각해요.
- 참여자 F

□ 장기요양제도가 도입되면서 재가의 환자들이 방문요양 서비스를 이용하고 있는데, 대부분 의학적인 문제에 대해서는 적절한 관리가 이루어지지 않고 있기 때문에 불필요한 사회적 입원을 예방하고 적절한 건강관리를 위해서는 방문진료 필요성이 적지 않음.

○ 때문에 인구 고령화와 노인의 지역사회 계속 거주(aging in place) 추세에 따라 방문진료에 대한 수요는 계속 증가할 것으로 예상됨.

장기요양을 진입하기 위하여서는 의사소견서를 발급하는데 의사소견서가 1년에 50만 건이 발급 되거든요. 농촌이든 도시든 간에. 그러니 건강보험에서 장기요양으로 진입하는 과정에서 장기요양 인정 조사를 받는 과정에서 의료적인 필요를 같이 체크를 해서 3등급 나왔다 그러면 방문요양이든 시설이 급여가 될 테고... (중략) 그러면은 재택의료에 대한 수요가 발생할 것이고 그 부분은 도시든 농촌이든 다 있을 것이고. 1년에 50만 명이 진입하고 그 사람들이 거의 대부분은 농촌이든 서울이든 의료서비스가 필요하다고 봤을 때 수요는 명확히 있다는 거죠.
- 참여자 F

□ ○○의원에서 현재 담당하는 재가환자들은 중증장애인, 허약 또는 칩거노인, 입중환자 등이 주요 대상자이며, 대상자의 30%는 중증장애인, 30%는 거동불편노인(장기요양보험), 그 밖에 지시서나 의사소견서 요청 환자 30% 정도임.

- ○○의원이 소재한 서울 ○○구는 영구임대아파트 단지가 있는 저소득층 밀집 지역으로 노인과 장애인이 다수 거주하고 있으며 방문진료에 대한 수요가 많고, 특히 장기요양급여에서 제공하는 방문간호를 받기 위해 방문간호지시서에 대한 수요가 많으나 방문간호지시서를 받기 위해 환자들이 병원으로 이동하는 것은 매우 힘든 상황임.
- 현재 의사 3명, 가정간호사 2명, 행정·간호조무사 1명으로 운영하고 있으며, 개인 가정 방문 건수는 월 200~300건으로 의사 한 명당 100건 정도 담당하고 있음.
 - 환자가 더 늘어나면 의사를 추가 채용해야 하는데, 방문진료에 대한 경험이 있거나 의지가 있는 의료인이 많지 않아서 수요를 효과적으로 통제해야 하는 어려움이 있음.

2. ○○시 의료사회복지협동조합 방문진료 사업

- ○○의료복지사회적협동조합은 지역 내 조합원 등의 질병예방과 건강관리를 위해 의료서비스를 제공하고 있으며, 필요한 경우 방문진료나 방문간호 서비스를 제공해 왔음.

의료사회복지협이라고 하는 기관 자체는 전국에 한 40군데 정도가 있고요. 저희는 의료와 복지가 합쳐져 있는 사회적인, 이익이 아니라 사회적 가치를 중시하는 그런 조직원들이 뜻을 모아서 하고 있는 단체이고. (중략) 그래서 의료의 사각지대라든가 의료서비스를 못 받고 계시는 분들에 조금 더 끈끈하게 접근하기 위해서 의지 있는 의료진들과 조합원들이 만들었기 때문에 처음 발생 자체가 방문진료와 (방문)간호가 (함께) 시작을 해서. (중략) 저희 의료사회복지협 같은 경우에는 약간 본격적으로 그렇게 진행하고 있고.

- 참여자 E

- ○○의료사회복지협에서 하고 있는 사업 중 농촌건강지원 사업은 8년 차로, 농촌 및 시내 경계지역의 사회취약계층, 거동 불편자, 건강보험 사각지대에 있는 사람을 대상으로 방문 진료 서비스 등을 제공함.
- 농촌 지역에서 재가환자들이 이용할 수 있는 제도가 있긴 하지만 제도 간 분절로 중복되거나 사각지대가 많이 발생하고 있음.
 - 보건진료소에서 할 수 있는 의료행위는 제한적이고 보건지소에서 근무하는

공중보건은 방문진료에 참여할 여건이 마련되지 않아 보건지소나 보건진료소에서도 환자를 의뢰하고 있는 상황임.

건강보험 환자인 경우에는 공적 지원을 할 수 있는 게 전혀 없어요. 그러니까 공공기관에서 (우리에게) 의뢰를... 오히려 저희가 가진 자원들이 많거든요. (환자가) 일단은 발굴이 됐다는 건 아무래도 건강보험 환자분이더라도 의료적인 것도 그렇고 경제적인 것도 그렇고 되게 취약하신 경우들이 많거든요. 그래서 만약에 시청 복지정책과에서 의뢰를 주셨다, 근데 이분이 공적 자원이 건강보험 환자분이라서 안 된다 그러면 저희가 어떻게 사례를 관리하냐면 행정복지센터로 저희가 전화를 드려요. 그래서 이분이 수급자로 전환이 될 방법이 있는지. 그러니까 저희는 수급자라든가 그런 경제적인 부분을 저희 민간이 할 수는 없거든요. 그렇기 때문에 공적인 부분에서 이분이 약간의 변경이 될 수 있는 여지가 있는지를 확인해달라 그렇게 하고. 수급자로 전환되기는 사실 굉장히 어렵거든요. 그래서 바우처 사업이라든가 행정복지센터에서 저희가 의뢰를 드리면 한 번 정도는 더 찾아뵙거든요. 그러면 (공공기관에서도) 관심을 좀 가져주세요. 그래서 거기에서도 할 수 있는 사업들을 조금 연계하려고 하시고요.

- 참여자 E

- 현재 제도권에서 시행되는 시범사업의 경우 2023년부터 의사 외 동반인력(간호사, 물리치료사, 작업치료사)에 대한 수가가 가산되고 있으나 교통비는 별도 산정되지 않음.
- 의료접근성 취약지에 소재한 의료기관의 경우 수가 가산이 인정되지만, 의료기관으로부터 원거리에 거주하는 환자에 대한 방문진료 시 발생하는 시간과 노력에 대한 보상은 충분하지 않을 수 있음.

조금 안타까웠던 사례가 있었는데 이분이 저희 기관에서 출발하면 1시간 정도 걸리니까 왕복 2시간 걸리는. 폴리(도뇨관)를 갖고 계시는 환자분이셨는데 방문간호센터에서도 거기가 너무 머니까 결국에 못 가서서 최종적으로 저희한테 전화를 주셨어요. 근데 사실 저희도 일회성으로 가게 되면 한 번 정도 다녀오시는 건 저희가 2시간이 되든 3시간이 되든 요청하실 때 다녀올 수가 있거든요. 근데 이분 같은 경우에는 2주에 한 번씩 루틴으로 그렇게 가야 되는 케이스였어요. 그런데 저희도 인력이 한계가 있고 집중해야 되는 케이스들이 있잖아요. 그러니까 생각을 해야 되는 거예요. 일회성으로 갔다 오는 거면 갈 수 있는데... 고민을 했을 때 결국에는 가지 못하는 경우. 그러니까 저희가 가지 못하게 되면 그분은 결국에 입소할 수밖에 없는 거를 알고 있음에도 불구하고...

만약에 2시간에 대한 비용의 측정이 있고 그리고 이동거리에 대한 수가 같은 게 좀 측정이 됐으면 저희가 1년이든 2년이든 갈 수 있는 케이스가 됐을 텐데. 3시간이 걸리든 2시간이 걸리든 한 번 갔다 올 때마다 (수가가) 동일해요. 그렇게 되다 보면 시내권이나 가까운 곳에도 요청하시는 분들이 굉장히 많은데 돈을 떠나서 이분들한테 세 번을 갈 수 있는데 과연 그 멀리 계시는 분한테 한 번 가는 게 지역사회에 계시는 대상자분들한테 맞는 것이냐, 그리고 수익적인 부분에서도 맞는 것이냐 이런 고민들을 저희도 자체적으로 할 수밖에 없으니까...이런 안타까움이 좀 있었습니다.

- 참여자 E

3. ○○의원 방문진료 사업

- ○○의원은 2019년 사회사업팀을 신설하여 재택진료 관련 정부의 시범사업에 참여하고 있으며, 현재는 지난 2022년 12월부터 시작된 ‘장기요양 재택의료센터 시범사업’ 기관으로 선정이 되어 사업을 진행하고 있음.

2015년에 ○○의원이 개원을 했고요. 그리고 2019년에 사회사업팀이 신설이 되면서 이런 방문형 재택 진료 사업이 시작이 되었고요. 현재는 지난해 12월에 장기요양 재택의료센터로 선정이 돼서 사업을 진행하고 있습니다.

- 참여자 G

- ○○시는 지역 내 의료 인프라가 굉장히 열악한데 의료기관 대부분이 인구가 많은 동지역에 거의 몰려 있어 면지역 주민의 의료접근성이 떨어지는 상황임.

저희 지역 특성은 지금 서울시랑 안양시 합친 면적 정도의 그 정도의 거리인데 저희도 사실 끝에서 끝까지 가면 저희는 워낙 멀어서 1시간에서 1시간 반은 움직여야 끝에서 끝까지 갈 수 있는 상황이고요. 인구는 약 50만 정도. 그래서 읍 단위에 지금 10만 명, 면 단위에 5만 명, 동단위에 35만 명 정도 이렇게 있습니다. 의료기관이 굉장히 좀 열악해요. 의료 인프라가 굉장히 열악하고, 의료 인프라가 한쪽에 거의 몰려 있는 형태라고 보시면 되시고요.

- 참여자 G

- 재택의료를 전담하는 전담의사 1명과 외래와 재택의료를 병행하는 의사 2명 등 총 3명이 재가 방문진료를 하고 있고, 방문간호사와 가정전문간호사, 사회복지사 등이 협업하고 있음.

- 지역 내 방문진료에 대한 수요가 적지 않고 기관 운영 측면에서 규모의 경제 효과를 얻기 위해 방문진료 전담 의료진과 사업규모를 확대할 계획이 있음.

주로 재택 베이스로 근무를 하고 있고 전담 근무를 하는 직원들이 있고요, ○○○ 원장님하고 또 ○○○ 원장님은 파트 타임으로 세션을 나눠서 주중에 나가시는 형태로 운영하고 있습니다. 저희는 그래서 의사와 사회복지사 그다음에 방문간호사, 사무원. 여기에 가정 간호사로 있는 형태로 저희가 다학제 기반으로 역할들을 하고 있습니다. 사회사업팀은 현재 하고 있는 사업이 장애인 건강주치의 사업, 일차의료 방문진료 사업, 장기요양 재택의료센터, 그리고 지역특화 사업에도... (중략) 그다음에 재가 의료지원 사업도 저희가 장기 입원한 환자를 퇴원하고 가면 가구 내에서 관리할 수 있도록 하는 것. ○○ 마음 동행 협력 사업이라고 해서 정신건강복지센터와 함께 동행을 해서 거기 정신과 전문의 선생님이 센터장님이시거든요. 그래서 그 센터장님하고 월에 2회 정도, 1년에 10명 정도를 정해놓고 정기적으로 저희가 관리하고 하는 서비스들을 하고 있습니다.

- 참여자 G

저희는 일단 올해 상반기 안에 (방문사업) 한 유닛을 더 늘릴 예정입니다. 저희가 한 유닛이라고 하는 거는 의사 1명, 간호사 3명, 사회복지사 1명 이게 저희는 딱 한 유닛이에요. 근데 이게 잘 이해 못하시는 분들은 의사 1명, 간호사 1명, 사회복지사 1명이면 되지 않을까 이렇게 생각하는 데 이렇게 하면 뭐가 안 되냐면 의사랑 간호사랑 같이 나가서 보고 그리고 그 환자에 대해서 백업을 그다음 날 간호사가 가거나 아니면 보름 단위로 움직이게 돼요. 그러면 간호사 혼자 백업으로 갈 때 이 의사 선생님 또 나가려면 다른 간호사가 또 필요한 거거든요. 그런데 이거를 그렇게 안 되면 이게 원활히 사실 진료가 안 되기 때문에 저희 지금 모델에서는 의사 1명, 간호사 3명, 사회복지사 1명이 저희 표준 유닛이에요. 이게 또 한 번에 뽑는 건 아니고요. 의사가 1명 생기면 거기에 어느 정도 환자가 채워지면 간호사 1명, 2명, 3명 이렇게 늘리고. 그다음에 그 행정이 필요할 때 사회복지사가 한 명이 또 생기고 이런 형태이기 때문에. 그래서 지금은 저희 사회복지사가 2명, 간호사가 6명, 의사가 2명. 이런 형태로 지금 하고 있습니다.

- 참여자 G

□ 지역 내 방문진료 수요와 관련하여서는 고령화 등에 따라 돌봄이 필요한 인구 증가에 따라 방문진료 수요 또한 점차 증가할 것이라고 예측하고 있음.

○ 장애인 건강주치의 사업을 예로 들면, 지역 내 중증 장애인은 6천여 명에 달하는 데 반해 현재 주치의 서비스를 제공 받는 장애인은 2백여 명에 불과함에도 여전히 방문진료 서비스를 제공하려는 민간의료기관이 많지 않은 실정임.

수요는 충분하다는 거죠. 저희는 ○○시, ○○시 조금 이 정도 커버하고 있고 ○○ 지역에서 장애인 주치의를 200명 좀 넘게 하고 있는데 중증 장애인이 6천 명인데 200명 해봐야 30분의 1 정도 밖에 안 돼요. 우리 같은 병원이 한 30개 이상이 생겨야 되는데 ○○시에 저희 같은 병원이 생긴다? 또 생긴다? 또 생기는 게 5년 안에 불가능한. 결국은 우리가 더 크게 하는 수밖에 없다는 판단을 내렸고요.

- 참여자 G

다른 의료기관에서 싫어하지 않느냐 이런 거 있는데. 그런 거 생각 안 해요. 왜냐면 자기네 병원에 오는 환자가 우리 병원으로 온 게 아니거든요. 왜냐하면 어쨌든 병원에 못 가시는 분들을 우리가 그냥 찾은 거기 때문에 자기네 병원 환자를 뺏어 가는 게 아니고 어차피 병원 못 오는 환자를 우리가 데려가는 거잖아요.

- 참여자 G

□ 방문진료를 원하는 환자의 증상과 욕구도 다양함.

○ 기본적으로 거동이 불편하기 때문에 의료기관을 스스로 방문하지 못하고 방문진료를 이용하고 있지만, 환자 개개인의 질환이나 건강상태는 매우 다양함.

○ 그런데 이와 같은 재가환자를 발굴하는 데는 민간의료기관의 노력만으로는 부족하고, 유관 기관의 협력과 네트워크가 필요함.

방문진료 환자는 상당히 다양하고요. 거동을 못하는 게 일단 기본이기는 하지만 여러 가지 이유로 병원에 오기가 힘든 사람들은 존재하고요. 사는 곳이나 사는 형태가 사실 워낙 다양해서 일반적으로 얘기할 수는 없습니다. (중략) 와상 환자부터 시작해서 이 환자가 어떻게 집에 있지 하는 환자부터. 그러니까 인공호흡기 꽂고 집에 있는 사람들도 있고요. 목관, 콧줄 다 꽂고도 집에서 보는 사람들이 생각보다 많아요. 저 아파트 가면 저희 환자 10명. 아파트 동마다 하나씩 다 있고. 이런 식으로. 예전에 저 환자들이 저희는 모르고 살았던 건데 저희가 방문진료 다니다 보니까 아파트마다 다 있어요. 그런 환자들이. 누워 있는 환자들이. 단지 다 숨어 있어서 모르고 있었던 거고. 저는 더 많을 거라고 생각해요. 사실 엄청 많을 거고. (많은 환자들을) 가족들이 다 돌보며 살았던 거고. 농촌 얘기가 나왔으니까 그렇지만 저희도 가다 보면 농촌의 절반 이상은 다 공장 부지로 팔렸고 정말 쓰러져 가는 집 몇 개만 살아남았는데 거기에 노인이 한 명씩 살고 있어요. 저 집에 사람이 사나 싶은 데에 한 명씩 살아요. 근데 이 사람들은 어떻게 살고 있지 잘 모르겠어요. 저번에는 한 집 찾는데 못 찾아가고 이 집부터 이렇게 다 들여다봤는데 다 노인들이 한 명씩 살고 있어요. 그런데 불도 안 켜고 깜깜한데 노인들 혼자 살고 있는 집이 그렇게 있어요. 이게 여기는 차라리 다 옮겨드렸으면 좋겠다 싶을 정도로 그런 열악한 환경이 많고.

- 참여자 G

환자 발굴을 의원에게 그냥 맡기는 형태가 과연 이게 재택의료를 활성화할 수 있는 것인가에 대한 고민이 좀 있습니다. 왜냐하면 어떤 의원들은 또 잘하는 의원들도 있겠지만 사실 그 부분이 부담돼서 아예 시작도 못하시는 분들이 굉장히 많으시거든요. 그리고 민관 협력을 위한 네트워크를 강화. 이 사업이 결국은 이게 그냥 개인이 내가 병원 하는데 내가 나가서 사람들을 찾아서 이런 일을 하겠다고 하는 게 되기가 굉장히 힘들잖아요. 그러다 보니까 민관이 협력을 하고 네트워크를 해서 그 안에서 뭔가 이런 시스템을 제도를 좀 만들어 내야 되는데 그런 것들이 없고...

- 참여자 G

□ 도농복합 지역임에도 농촌보다는 도심지역에 환자의 접근성이 더 좋을 수밖에 없고, 농촌으로 갈수록 방문진료 서비스 접근성 또한 떨어질 수밖에 없음.

○ 농촌의 경우 방문간호 기관이 없는 지자체가 많아 재가환자의 건강관리에 장애로 작용할 가능성이 있음.

근데 문제는 아까 얘기했듯이 활성화되면 활성화될수록 도심 지역이 훨씬 더 저희한테 유리해요. 훨씬 더 유리하고 조금만 움직여도 되고. 그렇기 때문에 훨씬 더 많은 환자를 볼 수도 있고. 이런 것들이 좀 디테일하게 만들어지지 않으면 조금 이상하게 갈 수도 있어요. (재택의료를) 하는 의료기관을 어떻게든 늘리는 게 지금 최우선이라고 생각합니다. 어떤 방식으로든 재택의료에 관심을 갖고 좀 시작하는 의료기관이 많게 만드는 게 일단 1차고요. 일단 재택의료 자체가 안 되는 지역이 더 많아요. 몇몇 의료기관에서만 지금 하고 있는 거지 이게 보편적인 서비스가 아니다 보니까.

- 참여자 G

의료기관이 기본적으로 농촌에서 먼 단위는 아예 들어갈 수도 없고. 읍 단위 정도 돼야지 인력이나 여러 가지 부분들이 맞춰지는 상황에서 (지역 내 방문진료를 하려면) 다 이동이잖아요. 거리 부분들이 상당하고. 그리고 읍이나 이런 부분만 해도 의료 인프라가 있기 때문에. 그러면 (의료 접근성에 떨어지는 지역들은) 자주 가야 되는데 자주 가는 거는 건수에서 또 걸려요. 거리도 있는 데다가 건수까지 걸려가지고. 그러다 보니까 알게 모르게 약간 방치되는 부분들이...

- 참여자 G

4. 민간의료기관형 애로사항

□ 원거리 이동에 대한 부담

- 농촌지역 여건상 의료기관에서 환자가 있는 마을까지의 소요 시간이 길어 방문에 한계가 있으며, 원거리 가산도 수가에 적용되지 않아 의료접근성이 낮은 지역에 거주하는 재가환자들은 방문진료 서비스에서 조차 소외되고 있음.
- 인터뷰 사례에서도 편도 1시간 이상의 원거리 환자에 대한 주기적 방문진료는 어려운 것으로 응답하고 있으며, 지역 내 공공보건의료기관과 연계한 사업 추진에 대한 필요성을 제시하고 있음.

공급자 요인만 생각해도 더 말이 안 되는 것 같거든요. 시골에 안 가는데 방문진료까지 하라고 그러면 더 안 가는데. 병원 진료를 하는데 농촌에 가라고 그러면 더 안 갈 것이고. 그거를 어쨌든 시장이 없는 곳으로 가라는 거잖아요. 그리고서는 이 사람들의 먹고사는 메커니즘은 시장 방식으로 주어졌으니 말이 안 되는 거잖아요.

- 참여자 F

□ 방문진료 경험의 부재

- 의료인 입장에서 의료기관 내에서 진료하는 것과는 다른 세팅과 진료방식, 경험을 요구하기 때문에 방문진료는 여러 가지로 난해한 서비스 제공 방식임.
- 농촌에서의 방문진료를 위해서는 기존 의료인력에 대한 재교육이 필요하나 교육 제공체계 또한 부재한 상태로 방문진료 기관들 간의 네트워크와 교육체계를 공식화하여 관련 교육 및 정보제공체계를 구축하는 것 또한 필요함.

사실 의지의 문제인 것 같아요. 생각하는. 그리고 경험의 차이인 것 같고. 저도 처음에 여기 지역 사회에 나왔을 때 수액을 집에서 놓는다고? 이게 어떻게 가능하지? 되게 위험할 수 있는데라고 생각을 했는데 막상 그런 경험들이나 노하우가 생기면 이 환자는 집에서 맞을 수 있겠다 라는 자체적인 판단들이 있고 그 판단이 안서면 같이 의논할 수 있는 원장님들이 계세요. 근데 아무래도 그런 경험들이 없으신 분들이 현장을 가게 되면 주사를 여기서 놓고 나서 분명히 문제가 발생되고 이러면 대처할 수 있는 방법들이 없기 때문에 주저주저할 수밖에 없으신 것 같아요. (중략) 현장에 나가시는 분들은 거의 드물어요. 그러니까 가서 뭘 해야 될지도 모르고 어떻게 해야 될지도 모르기 때문에... (중략) 이것을 하고자 하는 분들한테 교육을 해야 하고 그런 시스템이 조금 있어야 하지 않을까라고 생각이 듭니다.

- 참여자 E

어떻게 보면 방문진료를 해서 라포를 형성하고 사례 관리를 한다는 게 결국에는 마을 주치의처럼 한 의료진이 환자를 보는. 사실 말씀하신 것처럼 마을 주치의 제도가 제도화되고 정착하기 위해서는 시간적인 여유가 필요하고 환자와 의료진 간의 라포가 형성이 돼야 주치의 제도가 많이 정착화 될 것 같아요.

- 참여자 E

재택의료센터 이런 거를 좀 해보고 세팅을 갖춘 사람은 이런 상황에서 어떻게 할까를 고민하겠지만 기본적으로 외래 진료를 하다가 점심시간에 한 건, 퇴근할 때 한 건 가는 정도 수준인데 가보니까 할머니가 누워 있으면서 전혀 해결이 안 되면은 가족한테 '119 부르세요' 이런 정도 얘기하고 자기는 더 안 보겠죠. 그리고 나중에 내가 갔더니 이런 환자도 있더라 하는 이런 정도지 그 거를 본인이 그거를 끌고 가야 된다고 생각하는 일반적인 의사는 없다고 해도 과언이 아닐 거예요. 그리고 그렇게 한가하지도 않고...(중략)... 그러니까 저는 방문 진료를 전담하는 인력을 갖춰서 사업 구조를 갖춰야 이게 일정 부분 사회적으로 요구하는 재택의료 서비스 질이 나온다고 생각을 하는 거예요. 그래서 그 기준을 나름대로 맞추고 있는 데가 재택의료센터 시범사업에 이번 에 지정된 기관들이고. 그런 기관들은 조금 더 밀어주는 거는 저는 좋다고 생각해요.

- 참여자 F

□ 청구 가능한 방문진료 횟수 제한

- '일차의료 방문진료 수가 시범사업'의 경우 의사 1인당 한 달에 최대 60회 산정 가능하고, '노인장기요양 재택의료센터 시범사업'의 경우 의사 1인당 월 최대 100회까지 산정 가능한 것으로 제한함.

- 재가환자의 상태가 매우 심해 간호처치가 집중적으로 필요한 경우에도 방문간호를 월 5회로 제한하고 있음.

- 농촌의 경우 재가환자들에 대해 서비스를 제공하는 기간이 부족하기 때문에 방문건수를 제한하는 경우 재가환자의 건강관리에 장애로 작용할 가능성도 있음.

예를 들어서 욕창이 있는데 욕창을 주 2, 3회 이상 해줘야 되는데 현재 상태에서는 주 1회가 끝이예요. (건수) 제한 때문에. 그렇게 되면 그게 관리가 안 되는 부분들은 여기 있으면 다른 방법을 찾을 수가 있는데 거기에서는 보호자가 그걸 해야 되는데 보호자가 그게 안 되면 최소한 드레싱 할 때만이라도 들어가서 우리가 해 주고 붙이고 그것만 관리하라고 해야 하는데 지금은 보호자가 해야하는 형태이기 때문에 주 1회가 되면. 상처는 계속 나빠지거든요. 그런 부분들이.
- 참여자 G

□ 환자 본인부담금에 대한 부담

- 현재 진행 중인 시범사업에 따르면 건강보험 가입자 또는 피부양자의 경우 방문진료료의 30%를 본인이 부담하도록 규정되어 있어 외래방문과 비교해 진료비 부담이 큰 실정임.
 - 농업인의 경우 본인소유의 농지로 인해 수급자에서 탈락했으나 실제로는 경제적으로 어려운 환자들이 많아 본인부담금이 방문진료 서비스를 이용하는 데 장애로 작용할 가능성이 높음.
 - 국민건강보험공단에서는 「국민건강보험법」 제44조(비용의 본인부담)에 따라 실시되는 ‘본인부담액상한제’ 등 환자의 경제적인 부담경감을 위한 제도를 실시하고 있으나 이는 사후적인 조치에 해당함.

일차의료 방문진료 수가 시범사업에 환자의 본인부담금이 올해 더 올라가서 이게 한 4만 원이 좀 넘거든요. 근데 비용 내시기 편하신 분들이야 좋겠지만 대부분 저희가 이런 도농복합에서 만나고 정말 의료서비스를 받기 어려우신 분들 지역에 가보면 4만 원은 너무 아까운 분들인 거예요. 그분들 입장에서는. 그런 거고. 거기다가 수급자 같은 경우에도 본인부담금이 한 1만 원 정도 되세요. 근데 돈을 한 번도 안 내고 병원을 다녀보셨던 분들한테 돈을 달라고 얘기하는 게 조금 어려운 부분들이 있고요.
- 참여자 G

□ 시설환자에 대한 방문진료 필요성

- 현재 진행중인 시범사업의 경우 「사회복지사업법」 기준에 따른 사회복지시설 및 「노인장기요양보험법」에 따른 장기요양기관 입소자는 방문진료 대상에서 제외됨.
 - 이는 관련 시설의 경우 축탁의 또는 협약의료기관 의사가 지정되어 건강관리를 담당하기 때문인데, 실제로는 이들 기관에 입소한 환자의 건강관리가 제대로 이루어지지 않는 경우가 많아 방문진료가 필요한 경우도 있음.

방문진료에 대한 영역을 사실은 재택으로 가서 집에서만 진료하는 형태로 이렇게 지금은 묶여져 있는데 이것들이 조금 시설이나 어떤 영역들을 봐서 조금 누락돼 있는 곳들, 손에 미치지 않은 곳들이 있다면. 그리고 등록이 안 돼 있는 장애인 시설이라든지 이런 데들도 있어요. 근데 이런 데들을 집으로 봐야 되냐 시설로 봐야 되냐 이런 고민들도 있습니다.

- 참여자 G

□ 방문진료 환자 입원의료 전달 체계 부재

- 방문진료 환자의 관리를 위해 입원치료가 필요한 경우 환자를 의뢰할 수 있는 상급 의료기관이 부재하거나 환자를 거부하는 사례도 발생하여 환자의 건강상태에 따른 연속적인 의료서비스 제공 어려움.

재택의료센터 하면서 우리가 그래도 아직 좀 아쉬운 게 있다 그러면 입원 문제예요. 우리가 환자들을 보면 환자들이 좋아지거나 건강해지는 경우들도 있지만 사실은 잘 유지하다가 나빠지는 경우도 있잖아요. 그래서 그럴 경우에 그다음 의료서비스를 연결할 수 있는 시스템이 구축되어 있어야 되는데 아직 없어요. 저희도 우리가 워낙 환자 수가 많으니까 다양한 경험들을 하고 있어서 그런 거긴 하지만. 입원시켜야 되는데 그냥 그때 돼서 보호자한테 ‘입원은 보호자분이 알아봐서 다른 병원 가세요.’ 이렇게 말하는 게 너무 웃기잖아요. 여태까지는 몇 년 동안 우리가 주치의라고 해서 막 왔는데. 이런 부분에 대한 고민들도 좀 있습니다.

- 참여자 G

□ 방문진료 인프라 구축을 위한 초기 지원

- 농촌에서 운영되는 일차의료기관 대부분이 단독개원의 형태이고, 간호사와 사회복지사를 확보하는 것도 쉽지 않아 사업 참여 초기에 방문진료 인프라 구축 지원제도가 있다면 민간의료기관이 사업 참여를 고려하는 데 긍정적으로 작용할 것임.

센터 자립을 위한 초기 운영비 지원인데. 이게 지역에서 의원들이 처음에 시작할 때 어느 날 갑자기 환자가 100명이 딱 생겨서 갑자기 나가는 게 아니잖아요. 0부터 시작하는 거거든요. 0부터 1명, 2명, 3명 이렇게 생기는 거데. 이 자립할 때까지는 그럼 어떻게 (정책지원을 해 줄 것이냐).

- 참여자 G

제4절 순회진료형

1. 행복버스 사업

- 의료·복지서비스 접근성이 떨어지는 농촌지역에 찾아가는 의료, 장수사진, 검안·돋보기 등 원스톱서비스를 지원하여 고령농업인의 건강증진과 복지향상 구현을 위해 농협에서 시작함.
- 의료서비스 낙후 지역에 거주하는 60세 이상 농업인 및 농촌지역의 소외 계층 대상
- 양·한방의료, 장수사진, 검안·돋보기 등 지원
 - (의료지원) 대학병원 등 의료기관을 통한 질환 검진·물리치료 등 제공
 - (장수사진) 사진작가 등 전문 촬영단체를 통한 장수사진 촬영 및 액자 제공
 - (검안·돋보기) 안경사 등 전문 검안단체를 통한 시력검사 및 돋보기 제공
- 코로나19 이후 사업 추진이 어려웠으며 2022년의 경우 9개 광역도 지역을 대상으로 총 152회 사업이 실시됨(농림축산식품부, 2023).
- 지역별로는 전남 26회, 충남 24회로 다른 지역에 비해 많이 실시되었고, 충북과 제주는 각각 10회로 가장 적게 실시되었음.
- 행복버스 사업 중 의료서비스는 총 80회 실시되었고, 예산은 353,495천 원이 소요되었음(농림축산식품부, 2023).
- 2022년 기준 양방진료는 22회 실시되어 참여인원은 3,144명(회당 평균 143명 참여)이었고, 한방진료는 58회 실시되어 참여 인원은 10,367명(회당 평균 179명 참여)이었음.

〈표 4-2〉 지역별 기본 개최횟수 배분 현황(2022년 실적 기준)

(단위: 회)

계	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
152	17	16	10	24	13	26	17	19	10

자료: 농림축산식품부. (2023). 2022년 농업인행복버스 운영실적 내부 자료.

〈표 4-3〉 행복버스 사업 추진 현황(의료서비스, 2022년 실적 기준)

(단위: 회, 명, 천원)

구 분	운영횟수 (a)	참여 인원		사업비	
		1회 (b=c/a)	전체 (c)	1인 (d)	전체 (e=c*d)
계	80	169	13,511	-	353,495
양방진료	22	143	3,144	30	94,320
한방진료	58	179	10,367	25	259,175

자료: 농림축산식품부. (2023). 2022년 농업인행복버스 운영실적 내부 자료.

2. 순회진료형 애로사항

- 2022년도 행복버스 실시지역인 9개 지역(경기, 강원, 충북, 충남, 전북, 전남, 경북, 경남, 제주) 담당자 대상 설문조사 결과
 - ‘농업인 행복버스’ 방문횟수에 대한 조사결과 “충분한 편”이라고 응답한 지역은 4곳, “부족한 편”이라고 응답한 지역은 5곳으로 부족하다고 응답한 지역이 많았음.
 - 향후 추가되어야 할 희망진료 과목은 치과(5개 지역), 한방과(4개 지역), 정신건강의학과(3개 지역) 등이 높았음.
 - ‘농업인 행복버스’의 개선사항으로는 “참여 의료기관 확대”, “사업 예산 증액”, “참여 의료기관에 대한 보상 확대”, “마을별 행복버스 방문 횟수 확대” 등이 다수로 서비스 공급자 확보가 필요한 것으로 나타났음.
 - 행복버스 참여 의료기관의 경우 6개 지역에서 참여 의료기관이 “매우 부족”하거나 “부족한 편”이라고 응답
 - 참여 의료기관 섭외도 대부분 “사적인 접촉”, “지인 소개”의 경로를 통해 협약을 맺고 있으며, 사업 대상 지역에서 특정 의료기관을 지정하여 요청하는 경우도 많아 섭외에 어려움을 겪고 있었음.
 - 또한 지역 의료기관 섭외 시 애로사항으로는 “사업 참여 의료기관 부족”, “의료기관에 대한 보상 부족”, “농업인 행복버스 사업에 대한 인식 부족”, “의료기관 일정 조율 어려움” 등으로 나타남.

- 지역 내 병원급 민간의료기관 부족으로 사업 참여 기관 발굴이 용이하지 않으며, 특히 최근 코로나19로 인해 사업 참여 의료기관 확보가 더 어려워짐.
- 현재 행복버스 참여 의료기관에 대한 보상은 환자 1인당 한의과는 2.5만원, 의과는 3만 원 수준임.

- 순회형 진료 서비스의 경우 주기적인 방문이 가능하도록 사업 시행 간격을 조정할 필요가 있으며, 참여 대상자를 확대하기 위한 노력도 필요함.
- 현재 행복버스 사업은 신청자격에 제한이 있어 동일한 지역에 대해 연속적인 사업 추진이 어렵지만 사업 확대를 통해 방문주기를 조정할 필요가 있음.
- 마을회관 등을 활용한 이동 진료 서비스 형태로는 제공 가능한 서비스가 제한적일 수밖에 없고 거동 불편환자는 참여 또한 불가능하므로, 서비스 공급 여건에 따라 사업 형태의 다양화를 고려해 볼 필요가 있음.

제5절 일본 방문진료 사례

- 일본은 우리나라보다 먼저 초고령사회를 경험하고 있으며, 고령화에 따른 사회 변화에 대응하고자 지역포괄 케어시스템을 도입하여, 의료·돌봄 등 복합적 욕구를 지닌 노인이 지역사회에서 필요한 서비스를 받을 수 있도록 지원하고 있음(임정미, 2018, p. 68).
- 이는 우리나라에서 추진하고 있는 지역사회 통합돌봄(커뮤니티케어) 사업과 유사한 형태로 우리나라에서는 지역 의료-돌봄 연계체계 구축을 목표로 하는 보건의료 특화프로그램의 일환으로 재택의료센터 시범사업 등 방문진료 서비스 확대를 추진하고 있음(보건복지부 복지정책과, 2022. 8. 18.).
- 이에 재택의료 도입의 선행국인 일본의 사례를 살펴보고 방문진료사업 초기단계인 우리나라에 주는 시사점을 얻고자 함.

1. 일본의 재택의료¹³⁾

가. 개요

- 일본의 재택의료는 통원이 어려운 환자가 대상이며, 왕진과 방문진료로 구분됨.
- 재택의료 대상자는 “고령이나 질병 등에 의해, 통원이 곤란하게 된 환자”이며, 병원 방문이 어려운 경우는 ‘의사의 판단’에 근거함(김창오 외, 2021, p. 69).
 - 기본적으로 거동 불편자가 아니면 방문진료를 건강보험으로 인정하지 않지만, 간병인 부재나 아이 돌봄 등 사회적 이유로 통원이 어려운 경우에는 예외적으로 인정함(김창오 외, 2021, p. 69).
 - 또한 재택의료 대상자 제한에 대한 중요 기준 중 하나는 의료기관과 환자 자택 간 거리이며, 원칙적으로 16km를 초과하는 방문진료는 수가를 인정하지 않음¹⁴⁾.
 - 환자 요청으로 16km 초과 지역을 방문하는 경우 비용은 전액환자본인부담이며, 후생노동성 장관이 승인한 지역은 시간 및 거리에 따라 가산함¹⁵⁾.
- 왕진은 환자의 긴급한 요청이 있을 때 의사가 환자의 자택을 방문하여 의료서비스를 제공하는 행위
- 방문진료는 의사가 통원이 어려운 환자의 건강상태, 보호자의 간호능력 등을 고려해 일정 기간에 대한 진료계획을 수립하고 정기적으로 의료서비스와 요양상의 상담·지도 등을 제공하는 행위
- 의사가 직접 실시하는 왕진이나 방문진료 외에도 재택의료의 범주에는 의사의 지시에 따라 실시하는 방문간호, 방문약제관리, 방문재활, 방문영양식사지도와 그 외 방문치과위생지도 등이 포함됨(김창오 외, 2021, p. 69).

13) ‘오영인, 임지연, 강태경. (2019). 일본의 재택의료 현황과 시사점. 대한의사협회 의료정책연구소’를 바탕으로 작성하였으며, 이외 인용 문헌은 내주에 별도 표기함.

14) 효율적인 의료 제공의 관점, 긴급시 대응, 다른 시설과 연계 등에 의한 적절한 의료 제공 등의 관점에서 원칙적으로는 16km 이내의 방문진료만 허용됨.

15) 16km 이내에 의료기관이 없거나(도서, 벽지 등) 있더라도 방문진료나 왕진을 실시하지 않는 경우, 특수한 질병이라서 16km 이내에서는 진찰할 의사가 없는 경우, 적설 등으로 도로 사정이 좋지 않고 왕진에 장시간이 소요되는 경우 등은 예외적 상황으로 인정됨.

- 후생노동성 의료시설조사 결과 2020년 기준 병원 65.3%, 진료소 34.3%가 의료보험에서 보장하는 재택의료 서비스를 제공함(고정민, 2022. 6. 29.).
 - 재택의료 실시 진료소는 2만여 곳, 방문간호스테이션은 1만 2,000여 곳
 - 방문진료 환자는 2019년 기준 79만여 명이며, 2025년에 100만 명에 이를 것으로 예상
- 그러나 전체적인 재택진료 현황을 살펴보면, 실제로 365일 24시간 운영하는 재택의료 기관은 극소수임(고정민, 2022. 6. 29.).
 - 일본이사회가 실시한 진료소 재택의료기능조사(診療所の在宅医療機能調査)에 따르면,¹⁶⁾ 재택 의료를 ‘외래 연장’으로 실시하고 있는 곳이 87.4%, ‘재택 중심(외래 있음)’으로 실시하는 곳이 7.7%, ‘재택 전문(외래 없음)’이 0.5%였음(日本医師会総合政策研究機構, 2017, p. 10).
 - 진료소 1곳당 평균 재택의료 환자 수는 32.4명이었는데,¹⁷⁾ 재택의료 환자 수가 5명 이하인 시설이 전체의 32%로 가장 많았음. 다음으로 10~19명이 16.4%, 50~99명이 11.2% 등의 순이었고, 환자 100명 이상을 담당하는 곳은 6.8%로 나타났음(日本医師会総合政策研究機構, 2017, p. 41).

나. 재택의료 전문의료기관

- 일본의 재택의료 전문의료기관 유형은 재택요양지원진료소, 재택요양지원병원, 기능강화형 재택요양지원진료소 및 병원으로 분류됨.
- 재택요양지원진료소 및 재택요양지원병원 의사가 진료한 경우 야간·심야·휴일 왕진, 재택의학종합관리, 재택임종, 긴급입원진료 등에서 일반진료소 의사 진료 시보다 수가를 가산해줌.
- 또한 일정요건을 충족하여 기능강화형 재택요양지원진료소 및 병원으로 승인 받을 수 있으며, 기능강화형 진료소 및 병원은 단독형과 연계형이 있음.

16) 전국 재택요양지원진료소 및 재택 시 의학종합관리로 신고를 하고 있는 진료소 1,527개 응답 결과
 17) 환자 현황은 진료소 1,259개 응답 결과

- 단독형은 의료기관이 단독으로 방문진료 및 왕진에 대응
- 연계형은 여러 개의 진료소 또는 200명상 미만의 병원과 연계하여 의료기관 간 제휴를 통해 의료서비스를 제공하는 체계

〈표 4-4〉 일본 재택의료기관의 유형 및 기준

재택요양지원진료소	재택요양지원병원	기능강화형 재택요양지원진료소 및 병원
<ul style="list-style-type: none"> - 진료소 - 24시간 연락 체제 확보 - 긴급 입원 병상 확보(병상 없는 경우 연계 병원 확보) 	<ul style="list-style-type: none"> - 허가 병상 수 200명상 미만의 병원 또는 병원 중심 반경 4km 이내에 진료소 및 병원 없는 경우 - 24시간 연락 체제 확보 - 긴급 입원 병상 확보 - 왕진담당의사와 당직의사는 다른 의사여야 함. 	<ul style="list-style-type: none"> - 재택요양지원진료소 및 재택요양지정병원의 기존 기준 충족 - 재택 담당 상근의사 3명 이상 배치(연계형은 의료기관 간 연계 가능) - 1년간 긴급왕진실적 10건 이상 - 1년간 입중케어 4건 이상, 중증장애아동 의료실적 4건 이상

자료: 김창오 외. (2021). 지역사회 거주지원을 위한 의료-요양 서비스 연계강화 방안- 재택의료 활성화 방안 중심, p. 70.

□ 재택의료의 연계¹⁸⁾

- 일본에서 재택医료를 실시하는 진료소가 재택의료 수행을 위해 연계하는 기관으로는 방문간호스테이션, 거택개호지원사업소(케어매니저), 거점 병원, 약국, 지역포괄지원센터, 재택요양지원진료소 및 병원 등이 있음.
- 일본의 대표적인 재택의료 연계모형은 [그림 4-1]과 같이 수직연계 모형과 수평연계 모형으로 분류할 수 있음.
 - 수직연계로는 병원과 진료소(재택의) 연계 등이 있음. 여러 개의 병원과 재택의 한 명이 1:1로 연계하거나, 여러 개의 병원과 여러 명의 재택의가 n:n으로 연계하는 것이 대표적임, 이외에 ICT를 활용해서 여러 개의 병원과 여러 명의 재택의가 공동 연계하는 방식도 있음.
 - n:n 연계 사례로, 일본 시즈오카현 시즈오카시에서는 환자 한 명에게 2명의 주치의를 배정하고 있으며, 여러 개 병원의 의사와 진료소 의사가 진료

18) 김창오 외. (2021). 지역사회 거주지원을 위한 의료-요양 서비스 연계강화 방안- 재택의료 활성화 방안 중심, pp. 78-79를 바탕으로 작성함.

정보를 공유하고 환자를 돌보는 연계 시스템을 도입하고 있음(株式会社日本能率協會総合研究所, 2018, p. 200).

- ICT를 활용한 n:n으로 연계 사례로는 후쿠이현 사카이시 사례가 있음. 재택환자 정보 공유 시스템인 ‘카나믹 네트워크(カナミックネットワーク)’를 통해 병원 의사, 주치의, 방문간호·개호 담당자, 치과 의사 등 관계 업무 수행자, 환자 가족 등과 정보 공유가 가능함. 또한 재택환자가 긴급 입원이나 검사 등 진찰이 필요할 때 병원과 진료소 간 진료 정보를 공유하고 연계할 수 있는 카드인 ‘안심연계카드(安心連携カード)’가 있음(株式会社日本能率協會総合研究所, 2018, p. 168).
- 또한 병원과 재택의간 직접적인 연계가 아니라, 민간 병원 및 코디네이터 의사, 지역의사회, 방문간호스테이션, 행정조직 등이 중개자 역할을 수행하는 방식(n:n)이나, 거점 병원 내에 재택의료개호연계지원센터 등 행정창구를 설치하는 방식(1:n)도 있음.
- 수평연계는 재택의 간 상호협력 모형(주치의-부주치의제, 당변의제 등)이나 그룹진료 모형(재지진-전문의가 재택의 지원, 재택의-병원의 상호협력 등)이 있음.
- 이 외에도 여러 지자체에서 ICT를 활용하여 진료소, 병원, 약국, 간호계사업소 등을 네트워크로 연계하는 다직종 연계 모형을 도입하고 있음.

[그림 4-1] 일본의 재택의료 연계모형 사례



주: 재지진(在支診): 재택요양지원진료소
 자료: 김창오 외. (2021). 지역사회 거주지원을 위한 의료-요양 서비스 연계강화 방안 - 재택의료 활성화 방안 중심, p. 79.

다. 재택의료 서비스 및 지불보상체계¹⁹⁾

□ 재택의료 방문진료 인력 및 횟수

- 방문진료 의료진은 의사 단독 방문 형태이며, 이외에 방문약사나 방문간호사가 단독으로 방문하기도 함.
 - 보통 안부 확인 등 정기적 진료를 위한 방문진료를 제공하며, 의사 1회 방문 진료시간은 15분 정도임.
- 일반적으로 방문진료 횟수는 1~2주에 1회이며, 한도는 주 3회임. 예외적 상황에서는 1개월에 14일까지 방문 가능

□ 재택의료 서비스

- 재택의료의 목적은 '환자의 상태를 안정'시키는 것으로, 통원이 어려운 환자가 거주하는 장소에 의료인이 방문하여 환자 및 가족의 의향을 반영하여 포괄적, 전인적 의료서비스를 제공함. 재택의료 서비스 내용에는 퇴원 지원, 일상 요양 지원, 급변 시 대응, 간병 등이 있음.

□ 재택의료 비용

- 방문진료료 및 의학종합관리료 등은 기본적으로 포괄수과제 방식이고 의료 처치나 검사 등 진료항목별 수가는 행위별 수가로 청구하므로 행위별수가제를 혼합한 형태로 볼 수 있음. 이외에 다양한 가산수가 적용됨.
 - 예를 들어, 가산수가 적용 항목에는 16km 초과 지역²⁰⁾, 진료시간 1시간 초과, 긴급왕진, 공휴일·야간, 임종진료 등이 있음. 또한 재택요양지원진료소와 같은 재택의료 전문의료기관은 추가 가산을 적용받는 등 의료기관 유형(기능강화형, 재택요양지원진료소 및 병원, 일반 진료소 및 병원) 및 병상 유무에 따라서도 수가에 차등이 있음.

19) 김창오 외. (2021).지역사회 거주지원을 위한 의료-요양 서비스 연계강화 방안 - 재택의료 활성화 방안 중심, pp. 70-71을 바탕으로 작성함.

20) 예외적으로 후생노동대신이 승인한 지역

- 교통비는 자가용 실비기준으로 환자본인부담이며, 후생노동성 장관이 승인한 의료기관이 없는 섬 지역 및 방문 거리가 편도 16km를 넘는 지역은 가산
 - 또한 재택의료 수가를 환자의 거주지에 따라 차등을 두어, 아파트와 같은 동일 건물 내에서 여러 명의 환자를 방문진료하거나, 시설 입소자를 방문진료하는 경우 수가가 더 낮음.
 - 24시간 대응체계를 갖춘 경우 가산 적용이 가능하며, 각종 지도관리료, 검사, 주사, 투약, 처치료, 정보제공서 및 지침 관련 비용, 임종관리 비용 등은 별도 청구가 가능함.
- 방문진료나 건강보험에 의한 왕진, 방문간호 등과는 구분된 개호보험의 적용을 받는 ‘거택요양관리지도’ 급여도 있음. 개호보험 수급자로서 통원이 어려운 환자를 대상으로 의사, 약사, 영양사 등이 가정을 방문해 요양상 지도 및 건강관리 상담을 수행하며, 각 전문직별 월 방문 횟수 제한이 있음. 의사, 치과의사, 약제사, 관리영양사 등 직종별로, 그리고 단일 건물 내 거주자 수별로 수가가 다르며, 진찰, 검사, 투약 등 의료비는 별도 부과함.
- 개호보험의 거택요양관리지도 제공 과정에서 방문진료 및 왕진을 병행할 수 있고 수가를 함께 산정할 수 있음.
 - 병원, 진료소, 약국이 거택요양관리지도 사업을 수행할 수 있음.

2. 일본의 재택의료 사례

가. 쓰루카메진료소(つるかめ診療所) (방문진료 전문진료소)²¹⁾

- 쓰루카메진료소는 일본 도치기현 시모쓰케시에 있는 의원급 의료기관으로, 방문진료 전문진료소임.
- (인력) 의사 2인(진료소장, 부소장(주 3일 오전 근무))이 근무하며, 365일 24시간 운영 체제임.

21) 고정민. (2022. 7. 4.). [창간특집] 고독한 일본 방문진료 현장 벽 넘어설 힘은? 청년의사를 바탕으로 작성

- 한 달 평균 환자 80명을 방문하며, 외래 진료는 하지 않음.
 - 하루에 5~6곳 방문, 환자 1명당 진료 시간은 20~25분 정도
 - 환자별로 월 1회 정도 방문하며, 특별한 관리가 필요할 때만 월 2회 방문
- 의사 2인이 방문진료가 불가한 경우, 같은 재택의료 그룹 진료소에 부탁함.
 - 보통 가까운 진료소 2~3개가 연합해서 그룹 진료소를 형성하며, 그에 대한 가산 수기도 있음.

○ (수가) 정부에서 책정한 재택의료 수가가 높아서 경영상 어려움은 크게 없음.

- 방문진료 1회당 기본 8,880엔(8만 5,248원), 왕진 7,200엔(6만 9,120원)
+ 행위별 진료 수가
 - 일반적으로 진찰료가 초진 2,880엔(2만 7,648원), 재진 730엔(7,008원)이지만, 방문진료는 재진이어도 8,880엔임. 다만, 아파트처럼 한 개 건물에서 여러 명의 환자 방문이 가능한 경우 두 번째 환자부터는 수가가 감액됨.
- 심야나 응급진료시 가산수가 1,300엔(1만 2,480원)
- 수가가 높아서 방문진료 전문진료소를 하고 싶어도 '365일 24시간' 체제 조건을 충족하지 못해서 방문진료 전문진료소를 하지 못하는 경우가 많음.

○ (타 기관과 연계) 소규모 진료소에서 365일 24시간 체제로 방문진료를 운영하기 때문에 같은 그룹 진료소뿐만 아니라 방문간호스테이션과 같은 개호시설과 연계 등 지역 내 재택의료 기관들과 연계가 중요함.

- 기관 간 협력으로 24시간 체제를 구축하면 가산 수가가 있으며, 통원치료와 방문진료 연계를 위해 담당의사들이 협진하는 경우에도 추가로 외래재택공동지도료를 줌.
 - 대도시의 대규모 진료소에서는 방문진료 의사 10~20명을 고용해 환자 600~800명을 담당하는 재택의료 전문팀을 운영하기도 함.

○ (실습생 교육) 의대 교육과정상 내과 전문의가 되기 위해서는 재택의료 실습을 수행해야 함. 소규모 진료소에서도 실습생을 받고 있으며, 재택医료를 전문으로 하기 위해 실습을 하는 경우도 있음.

- (문제점) 협력 기관 간 의사소통 문제나 진료소 간 양극화 문제, 재택의료에 대한 편견 등이 있음.
- 재택의료 기관별로 체계가 달라서 협력 기관 간 협업이 잘되지 않는 경우도 있기 때문에 협력 기관 간 의사소통 강화가 필요함.
- 지역사회 소규모 진료소와 기업화된 대규모 진료소 간 양극화도 발생함.
- 방문진료 전문 진료소들은 주변 진료소 및 병원, 개호시설 등과 협업하며 만성 질환 환자부터 중증환자, 완화의료까지 담당하고 있지만 중증환자 진료에는 역부족이라는 인식 등 여전히 재택의료에 대한 부정적 인식과 편견이 있음.

나. 재택형 의료병상 이신칸 모델²²⁾

- 재택의료와 입원의료의 장점을 합친 새로운 의료 및 요양 모델
- 일본 정부는 의료보험 지출을 억제하기 위한 정책의 일환으로 병상 수 축소와 재원일수 단축을 추진하고 있음. 이에 급성기 치료 이후 의료의존도는 여전히 높지만 병원이나 요양시설에는 갈 수 없는 환자들에 대한 문제가 발생함.
- 이신칸 모델은 이러한 문제에 착안해 재택 기능을 갖춘 요양시설과 지역 내 의료기관을 연계하는 형태로 구축됨. 즉, 재택형 의료병상 이신칸은 의료의존도가 높은 만성기, 종말기 환자에게 간호 및 요양서비스를 제공하고, 진료 기능은 지역사회 재택의료기관에 위탁함.
 - 일본 전국에 53개의 이신칸 지점이 있으며, 이신칸 내에 상주 의사는 없고 환자 진료는 모두 방문진료 의사가 담당함.
- 이신칸 입주자의 80%는 이신칸과 연계·협력하는 병원의 퇴원 환자임.
 - 병원 담당 의사와 이신칸 담당 간호사가 퇴원 및 입주 계획을 협의함.
 - 환자가 이신칸에 입주하기 전 환자의 주치의나 방문진료 의사가 이신칸 입

22) 고정민. (2022. 6. 30.). [창간특집] 연매출 1000억? 동네의원도 반기는 재택의료 프랜차이즈. 청년의사; 고정민. (2022. 7. 1.). [창간특집] 노벨상 항암물질 발견자가 재택의료 뛰어든 이유. 청년의사; 시바하라 케이이치. (2021). 초고령사회 일본, 재택医료를 실험하다. (장학, 옮김). 서울: 청년의사.를 바탕으로 작성하였으며, 이외 인용 문헌은 내주에 별도 표기함.

주 후에도 동일하게 이신칸을 방문함.

- 입주 공간을 임대하는 개념으로 입주비(임대료, 식비, 관리비)는 지역에 따라 상이함. 의료, 간호, 개호 비용은 개호보험과 의료보험의 적용을 받기 때문에 본인 부담금 10~30% 수준임.
 - 한국에서 이신칸과 유사한 형태로 유료 노인복지주택이 있지만 장기요양보험 적용이 되지 않으며, 한국은 재택의료를 위탁할 의료기관도 부족함.

□ 이신칸에는 병원과 비슷한 수준의 간호 인력이 배치되어 의료의존도가 높은 환자 수용 가능

- 요양원 등 의사가 없는 시설은 많이 있지만, 이신칸의 차이점은 병원과 거의 같은 수준의 간호사가 배치되고, 보다 높은 수준의 전문적인 케어가 제공된다 는 점임. 기관절개 환자나 혈관에 라인이 들어가 있는 환자 등 의료의존도가 높은 환자 케어가 가능함(김은영, 2021. 3. 29.).
 - 이신칸이 있는 지역 내 유휴 간호사들을 활용하여 재택형 의료병상에서 일 할 수 있도록 지역과 연계하는 점도 특징임.

다. 방문간호스테이션

□ 일본의 방문간호서비스²³⁾

- 방문간호서비스는 대상자의 상태에 따라 의료보험 또는 개호보험이 적용되며, 의료보험재정과 개호보험 재정 외에도 세금, 기부금 등의 재정으로 운영됨. 일반적으로 방문간호스테이션, 병원, 진료소 등 의료기관의 간호직이 방문간호 서비스를 제공함.
 - (서비스 형태) 기능강화형 방문간호스테이션(24시간 대응 가능), 요양개호 서비스(낮 병동 보유), 거택개호 등
 - (서비스 내용) 요양 서비스(입욕보조, 식사·배설 보조·지도, 욕창 예방 지도

23) 한영란 외 (2020). 국외 커뮤니티 케어의 방문간호서비스 사례 분석, p. 13을 바탕으로 작성함.

등), 의사의 지시에 따른 의료적 처치, 의료기기 관리, 재활훈련 등

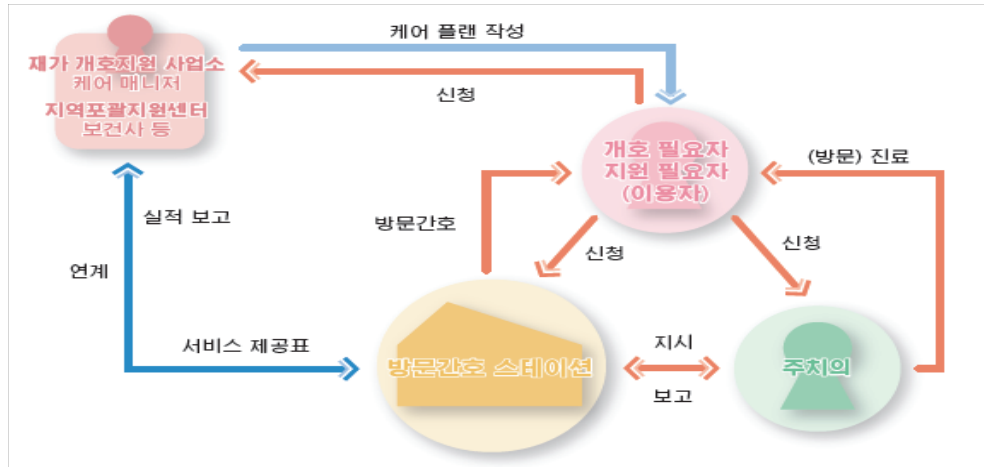
- 또한 간호사는 38개의 특정행위(일정한 진료보조)를 할 수 있음(호흡기 관리, 인공호흡요법, 순환기 관리, 심낭 및 흉강 드레인 관리, 방광루 카테터 교환, 중심 정맥 카테터 관리, 상처관리, 투석관리 등).
- (서비스 비용) 방문간호서비스 비용은 보험에서 70~90% 지급하고, 나머지는 본인부담임.
- (본인부담금) 75세 이상 10%, 초등학생 및 70~74세 20%, 중학생~69세 및 과세소득이 평균이상인 사람은 30%를 부담

□ 방문간호스테이션²⁴⁾

- 일본 전국에 12,000개소 이상의 방문간호스테이션이 있으며, 1개소당 상근직은 평균 7명이고 이 중 간호직원이 5명 정도임.
 - 한 달 동안 방문간호 종사자 1명당 70~80회의 방문간호를 실시함.
- (지정 및 운영 기준) 방문간호스테이션은 개호보험법에 따라 재가서비스 사업자 지정받아야 하며, 개호보험의 지정사업자는 의료보험의 지정 방문간호사업자로 간주됨.
 - 관리자: 방문간호사업을 운영관리 할 수 있는 상근 보건사 또는 간호사
 - 인력: 상근 간호직원(보건사, 조산사(의료보험만), 간호사, 준간호사)을 2.5명 이상 배치해야 하며, 물리치료사, 작업치료사, 언어청각사는 적당 수를 배치할 수 있음. 이외 사무직원도 고용함.
- (제공 체계) 방문간호 필요자가 방문간호 스테이션이나 주치의에게 이용신청을 하고, 주치의가 '지시서'를 교부하면, 간호사가 간호계획을 바탕으로 방문간호를 제공함. 또한 주치의에게 정기적인 보고를 실시함.

24) 일본방문간호재단. (2021). 일본의 방문간호제도. 공익재단법인 일본방문간호재단.을 바탕으로 작성함.

[그림 4-2] 개호보험제도의 방문간호 제공 체계



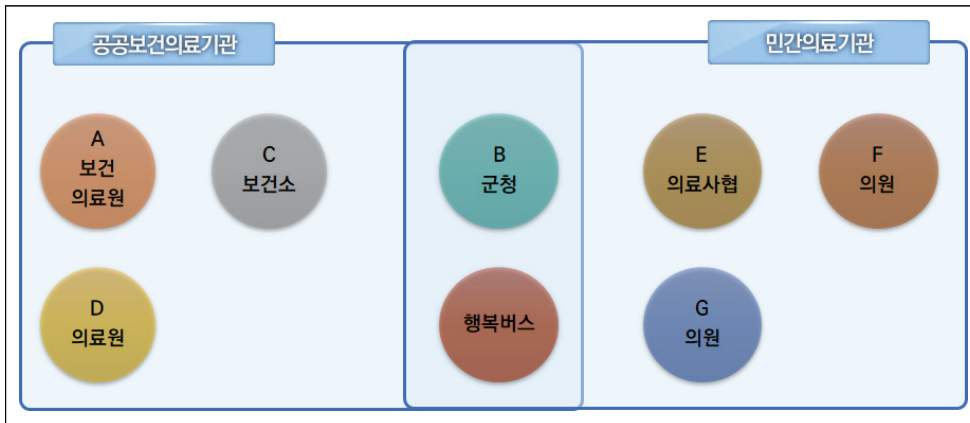
자료: 일본방문간호재단. (2021). 일본의 방문간호제도, p. 5.

- (서비스 내용) 환자 상태 평가 및 간호계획 작성 후, 방문간호를 실시함.
 - 병세 관찰, 영양지도, 재활치료, 가족의 개호지도·지원, 일상생활 수발(예: 청결유지), 복약 관리, 치매 및 정신질환 지원, 배설 지원, 욕창 예방 등
- 일본방문간호재단에서는 일본 방문간호서비스의 향후 과제로 아래 세 가지를 제시함.
 - 방문간호 인력확보 및 질적 향상: 적극적 인력확보 대책, 근무환경 및 처우 개선, 홍보활동 강화 등
 - ICT 활용을 통한 업무 효율화: 화상통화, 온라인 케어 회의 개최 등 비대면 소통 강화
 - 방문간호 서비스의 질적 향상: 현행 평가 제도(자기평가, 이용자 평가, 제삼자평가, 성과 평가) 개선 등을 통한 서비스 질 향상 도모

제6절 소결

- 농촌지역에서의 방문진료 사례를 공급자 특성별로 나누어 보면, 공공의료기관형, 민간의료기관형, 공공+민간 융합형으로 나눌 수 있음.
- 공공보건의료기관형 사례는 A보건의료원, C보건소, D의료원, 민간의료기관형 사례는 E의료사협, F의원, G의원, 그리고 공공+민간 융합형 사례는 B군청과 행복버스 사례가 있음.
- 공공의료기관형 사례는 방문진료를 수행할 수 있는 민간의료기관의 부재라는 공통점이 있고, 공공+민간 융합형 사례의 경우 사업 기획이나 재원은 주로 공공에서 담당하는 형태였음. 민간의료기관형은 사업에 참여하는 의료인의 의지가 중요한 요인으로 작용하고 있음.

[그림 4-3] 방문진료 유형별 사례: 공급자 특성별



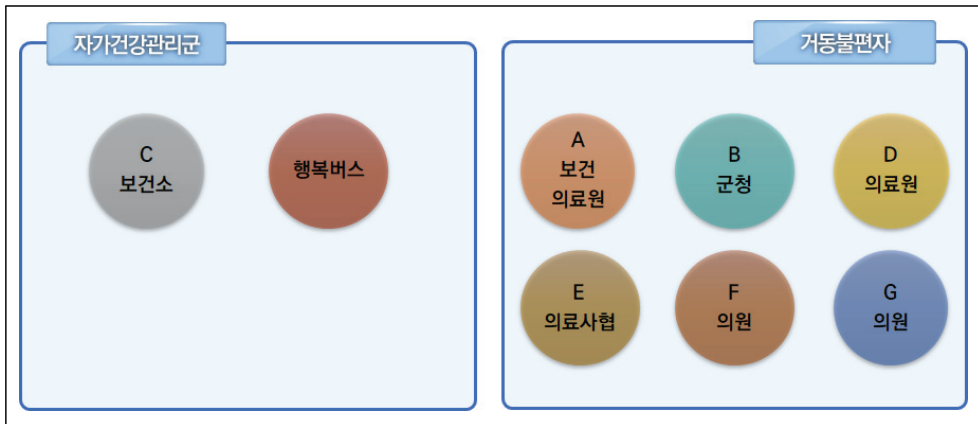
- 방문진료 대상 환자특성은 사업의 목적이나 해당 지역의 보건의료서비스 제공 여건과 밀접하게 연계되어 있음.
- C보건소, 행복버스 등은 마을회관이나 경로당 등의 공공장소에서 다수의 주민을 대상으로 서비스를 제공하는 형태이므로 주로 거동하는데 문제가 없고 스스로의 건강관리가 가능한 사람들을 대상으로 서비스를 제공하며, 제공되는 서비

스도 대부분 건강검진이나 간단한 진찰, 상담 정도의 서비스가 제공되고 있음.

○ A보건의료원, B군청, D의료원, E의료사협, F의원, G의원 등은 노쇠, 질환, 장애 등의 이유로 주로 거동이 불편한 재가 환자를 방문하여 진찰, 처치, 간호 등의 서비스를 제공하고 있음.

- 이들 의료기관은 ‘지역사회통합돌봄 선도사업’이나 ‘노인장기요양 재택의료센터 시범사업’ 등에 참여하고 있음.

[그림 4-4] 방문진료 유형별 사례: 환자 특성별



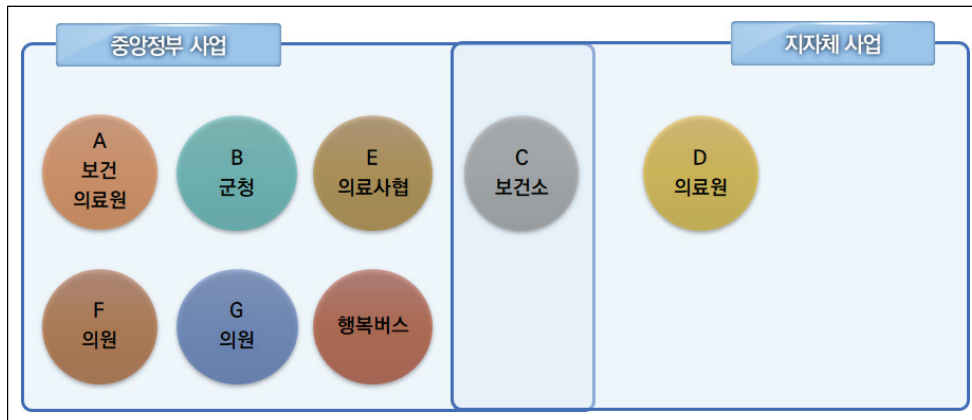
□ 방문진료 대상 환자의 특성에 따라 제공되는 서비스 특성 또한 서로 상이함.

○ 의료기관을 방문할 수 있고 스스로 건강관리가 가능한 노인 등을 대상으로는 주로 검진, 상담, 교육중심으로 이루어지고, 거동이 불편하여 의료기관 방문이 어려운 환자에 대해서는 환자의 질환과 증상관리를 위한 진료와 치료서비스가 제공됨.

- 환자들에게 제공되는 서비스 특성에 따라 확보해야 하는 서비스 인력 구성과 서비스 제공에 소요되는 자원의 규모가 결정됨.

- 지역별로 실시되고 있는 방문진료 사업 성격별 구분도 가능함.
 - 사례조사 대상 기관 중 대부분의 공공 및 민간의료기관에서 실시되고 있는 사업들은 정부의 ‘일차의료 방문진료 수가 시범사업’이나 ‘장기요양 재택의료센터 시범사업’에 참여하여 방문진료가 이루어지고 있었으며, C보건소와 D의료원에서는 광역 및 기초지자체 사업으로 방문진료가 실시되고 있었음.
 - C보건소에서는 참여하는 중앙정부 사업은 행정안전부에서 실시하는 ‘지역균형 뉴딜사업’으로 지역주민에 대해 ‘스마트 건강관리’ 사업을 실시하고 있었음.
 - 중앙정부의 시범사업으로 방문진료가 이루어지는 경우 건강보험이나 장기요양보험의 수가를 통해 의료기관 등에 대한 보상이 이루어지고 있음²⁵⁾. 이 경우 환자는 본인부담비를 지불해야 하는데 지역에 따라 본인부담비용 일부를 지자체에서 지원하는 경우가 있었음.
 - 광역 혹은 기초지자체 사업으로 방문진료가 이루어지는 경우는 지자체 재원을 투입하여 사업이 추진되고 있었음.

[그림 4-5] 방문진료 유형별 사례: 사업 특성별



25) 다만, 행복버스의 경우 총사업비의 70%를 국고 지원받고 나머지 30%는 농협중앙회 자부담으로 추진됨.

- 일본의 재택의료 대상자는 고령이나 질병 등에 의해, 통원이 곤란하게 된 환자로서 의사의 판단에 근거하고 있으며, 이들에 대해 왕진이나 방문진료 서비스가 제공됨.
 - 왕진은 환자의 긴급한 요청이 있을 때 의사가 환자의 자택을 방문하여 의료서비스를 제공하는 행위인 반면, 방문진료는 의사가 통원이 어려운 환자의 건강 상태, 보호자의 간호능력 등을 고려해 일정 기간에 대한 진료계획을 수립하고 정기적으로 의료서비스와 영양상의 상담·지도 등을 제공하는 행위를 말함.
 - 의사가 직접 실시하는 왕진이나 방문진료 외에도 의사의 지시에 따라 실시하는 방문간호, 방문약제관리, 방문재활, 방문영양식사지도, 방문치과위생지도 등이 재택의료의 범주에 포함됨.
 - 2020년 기준으로 병원의 65.3%, 진료소의 34.3%가 의료보험에서 보장하는 재택의료 서비스를 제공하고 있으며, 방문진료 환자는 2019년 기준 79만여 명으로 2025년에 100만 명에 이를 것으로 예상

- 일본에서 재택医료를 제공하는 의료기관은 재택요양지원진료소, 재택요양지원병원, 기능강화형 재택요양지원진료소 및 병원의 유형으로 분류됨.
 - 이들 의료기관은 효율적인 환자관리를 위해 방문간호스테이션, 거택개호지원 사업소(케어매니저), 거점 병원, 약국, 지역포괄지원센터, 재택요양지원진료소 및 병원 등과 연계하고 있음.

- 일본의 재택의료에 따른 수가는 우리나라와는 달리 원거리 가산을 포함한 여러 종류의 가산을 허용하고 있어 민간의료기관에서 재택의료에 보다 적극적으로 참여할 재정적 유인을 마련하고 있음.
 - 가산수가 적용 항목에는 원거리(16km 초과 지역), 진료시간(1시간 초과), 긴급왕진, 공휴일·야간, 임종진료 등이 있음.
 - 또한 교통비는 자가용 실비기준으로 환자본인부담이며, 후생노동성 장관이 승인한 의료기관이 없는 섬 지역 및 방문 거리가 편도 16km를 넘는 지역은 가산을 허용하고 있음.

- 일본은 365일, 24시간 운영되는 ‘방문진료 전문진료소’가 있어 재가환자의 경우에도 필요시 즉각적인 의료이용이 가능함.
 - ‘방문진료 전문진료소’의 경우 정부에서 책정한 재택의료 수가가 높으며, 다만 아파트나 시설처럼 한 개 건물에서 여러 명의 환자 방문이 가능한 경우 두 번째 환자부터는 수가가 감액됨.
 - 이들 기관은 단독으로 운영되기도 하지만, 기관 간 협력으로 24시간 체제를 구축하면 가산 수가가 있으며 통원치료와 방문진료 연계를 위해 담당의사들이 협진하는 경우에도 추가로 수가가 적용됨.
 - 75세 이상 노인 환자에 대해서는 본인부담금이 경감되어 경제적 부담을 덜어 주고 있음.
- 일본에서는 의대 교육과정 상 내과 전문의가 되기 위해서는 재택의료 실습을 수행해야 함.
 - 이를 위해 소규모로 운영되는 재택 진료소에서도 실습생을 받고 있으며, 재택 의료를 전문으로 하기 위해 실습생이 오는 경우도 있음.
- 일본 재택의료와 우리나라의 방문진료 시범사업 사업 내용을 개요(정의), 대상환자, 서비스 내용 및 수가 측면에서 비교하면 <표 4-5>와 같음.

<표 4-5> 재택의료(방문진료) 유사 사업 비교

구분	재택의료(일본)	일차의료 방문진료 수가 시범사업(한국)	장기요양 재택의료센터 시범사업(한국)
개요 (정의)	- (방문진료) 의사가 통원이 어려운 환자의 건강상태, 보호자의 간호능력 등을 고려해 일정 기간에 대한 진료계획을 수립하고 정기적으로 의료서비스와 영양상의 상담·지도 등을 제공 - (왕진) 환자의 긴급한 요청이 있을 때 의사가 환자 자택을 방문하여 의료서비스 제공	- 거동이 불편하여 의료기관에 내원하기 어렵다고 의사가 판단한 환자를 대상으로 지역 내 일차의료기관 의사가 직접 방문진료 의료서비스를 제공	- 거동이 불편하여 의료기관에 내원하기 어렵다고 의사가 판단한 장기요양수급자를 대상으로 의사, 간호사, 사회복지사 등이 가정을 방문하여 방문진료·간호 및 지역사회 돌봄 서비스 연계 등 제공 (케어플랜에 따라 정기적 방문)

구분	재택의료(일본)	일차의료 방문진료 수가 시범사업(한국)	장기요양 재택의료센터 시범사업(한국)
대상 환자	- 고령이나 질병 등에 의해 통원이 곤란하게 된 환자로 병원 방문이 어려운 경우는 의사의 판단에 근거	- 질병·부상 및 출산 등으로 인하여 진료를 받아야 할 필요성이 있으나 보행이 곤란·불가능하여 환자·보호자의 방문진료 요청이 있는 경우	- 장기요양 1~4등급으로 거동이 불편하여 재택의료가 필요한 사람으로 의사가 판단한 경우
서비스 내용	- 방문진료 및 왕진 - 방문간호 - 방문약제관리 - 방문재활 - 방문영양식사지도 등	- 방문진료(진찰, 처방, 질환관리, 검사, 의뢰, 교육상담 등)	- 수급자 가정을 팀단위(의사, 간호사, 사회복지사)로 방문하여 포괄평가 및 케어플랜 수립 - 정기적 방문(방문진료 및 간호), 지역사회 자원연계 등
급여 기준 및 수가 산정	- 방문진료료 8,880엔(8만 5,248원) + 행위별 진료 수가 - 의학종합관리료 (월당): 의료기관 종류에 따라 다름 - 가산 수가 : 거리, 지역, 공휴일·야간, 임종진료 등에 대해 수가 가산 - 재택의료 전문의료기관 추가 가산 - 외래재택공동지도료 (기관 연계 인센티브) - 교통비 는 실비로 환자부담 - 환자당 방문진료 횟수 한도는 주3회, 예외적 상황에서는 1개월에 14일까지 방문 가능 - (환자 부담) 10~30%이며, 75세 이상은 10%	- 방문진료료I : 124,280원 - 방문진료료II : 86,460원 + 행위·약재 및 치료재료 등은 별도 산정 가능 - 의사 1인당 월 최대 60회 산정 가능 - (환자 부담) 건강보험 가입자 및 피부양자는 30%, 차상위 본인부담경감대상자 및 의료급여자는 10% 또는 5% 부담	- 방문진료료 및 환자 본인부담 기준은 일차의료 방문진료 수가 시범사업 산정 기준과 동일 - 의사 1인당 월 최대 100회까지 산정 가능 (의원기준) - 재택의료기본료 (월1회): 140,000원 - 지속관리료 (6개월 단위): 60,000원 - 추가간호료 (월 3회 한정): 47,450원
기타	- 방문진료 및 왕진을 제공할 수 있는 거리 제한(16km)이 있음		



제5장

농촌 방문진료 서비스 모델 발굴

- 제1절 방문진료 모델 발굴 방향
- 제2절 농촌 방문진료 서비스 모델(안)
- 제3절 소결

제 5 장 농촌 방문진료 서비스 모델 발굴

제1절 방문진료 모델 발굴 방향

□ 방문진료 대상자의 표적화 및 단계별 확대

- 농촌 방문진료는 거동이 불편하여 의료기관에 직접 방문하기 어려운 환자가 거주하는 장소에 의료인이 방문하여 환자 및 가족의 의향을 반영하여 포괄적, 전인적 의료서비스를 제공하는 것이 목적임.
 - 방문진료 대상자는 비단 노인뿐만 아니라 장애인, 만성질환자 등 전문적인 건강관리가 필요한 모든 사람으로 확대되어 지역사회 전체가 건강권을 보장받는 것이 중요함.
- 그러나 현재 방문진료 서비스를 제공할 수 있는 지역사회 보건의로 인프라가 충분히 갖추어지지 않았고 단시간에 방문진료를 위한 지역사회 서비스 제공체계를 재구조화하기는 불가능하므로, 이행력 제고를 위해 방문진료 서비스 대상을 전략적으로 표적화하여 방문진료의 가능성을 진단하고, 점차적으로 대상을 확대하는 접근이 현실적일 것임.
- 따라서 지역사회 방문진료 서비스 제공 여건, 지역사회 주민의 인구사회학적 특성과 건강상태, 방문진료 욕구 수준 등의 요인을 다차원적으로 고려하여 우선 개입이 필요한 대상을 선정하여 자원을 투입할 필요가 있음.
 - 우리나라는 법적으로 의료기관에 방문하지 않으면 의료서비스를 받기 어려워 일상생활 수행의 제한이 있거나 거동이 불편한 경우 의료욕구를 제대로 충족하지 못하는 경우가 빈번히 발생함.
 - 이러한 이유로 ‘일차의료 방문진료 수가 시범사업’, ‘노인장기요양 재택의료센터 시범사업’ 등이 시작되었지만 농촌의 경우 서비스 접근성에 제한되어 있음. 또한 노인장기요양보험에서 재가노인방문간호서비스를 제공하고 있고, 보건소

방문건강관리사업 또한 시행 중이나 이 또한 서비스 공급기관 분포의 지역적 편차나 제도적 한계로 농촌지역의 재가환자들은 필요한 서비스를 충분히 이용하기 어려움.

- 이러한 상황을 반영하듯 2019년 장기요양 실태조사 결과에서 장기요양수급자 중 거동불편 등으로 직접의료기관에 방문하지 못하고 사실상 가족에 의한 대리처방에 의존하는 재가환자가 31.9%나 되는 것으로 조사되어 재가 거동불편 노인환자에 대한 적절한 보건의료서비스 제공 체계가 시급히 요구되고 있음.

○ 이에 따라 농촌 방문진료 서비스는 노쇠나 질환 등의 이유로 거동이 불편하여 필요한 때에 의료기관을 방문하기 어려운 재가환자의 시급한 의료욕구를 해소하는 것에서부터 시작할 필요가 있음.

□ 환자중심적 의료서비스 제공

○ 방문진료는 환자중심성(patient-centeredness)이란 개념이 중요하게 포함되어 제공되는 서비스에 환자의 필요와 선호가 반영되어야 함.

- 환자중심성²⁶⁾이란 용어는 의사 또는 보건의료시스템이 질병에 초점을 두는 것이 아니라 환자와 그 가족에게 초점을 두고, 분절된 보건의료체계 내에서 환자의 질병 경험을 더 잘 이해하고 이들의 필요를 서비스의 중심에 두는 것을 의미함(김창오 외, 2021).

○ 환자중심성은 서비스 내용뿐만 아니라 서비스 접근성에도 중요한 의미가 되어 농촌지역 중에서 의료기관 소재지에서 멀리 떨어진 지역에 거주하는 재가환자의 경우도 서비스에서도 배제되지 않도록 함.

- ‘일차의료 방문진료 수가 시범사업’ 등에 참여하고 있는 민간의료기관의 사

26) 선행연구에 나타난 환자중심성의 주요 요소들은 다음과 같음(New England Journal of Medicine, 2017): 1) 보건의료체계의 사명, 비전, 가치, 리더십과 질 평가는 환자중심적 목표에 따라야 한다. 2) 돌봄은 환자가 필요로 하는 시간(right time)과 장소(right place)에 제공되어야 한다. 3) 신체적 편안함뿐만 아니라 정신적 삶의 질에 기여해야 한다. 4) 환자와 가족들의 선호, 가치, 문화적 전통과 사회경제적 상황은 존중되어야 한다. 5) 환자와 가족들은 돌봄 팀의 일부로서 의사결정에 대한 주요 역할이 부여되어야 한다. 6) 돌봄세팅에 가족들이 참여하는 것은 격려되어야 한다. 7) 모든 정보는 적시에 제공되어야 하며 이를 통해 사전동의가 이루어져야 한다

례를 보면 의료기관에서 환자의 거주지까지 이동거리가 차량으로 30~60분이 초과하는 경우 일회성이 아닌 주기적 방문은 어려운 것으로 나타남.

- 이 연구의 일부 사례에서도 환자가 있는 마을까지 방문하는 데 많은 시간이 소요되는 경우 주기적인 방문이 어려움을 언급하고 있으며, 그 결과 의료접근성이 낮은 지역에 거주하는 재가환자들은 방문진료 서비스에서 조차 소외되고 있을 것으로 추측할 수 있음.
- 공공기관에서 방문진료 서비스를 제공할 경우 원거리에 거주하는 재가환자에 대해서도 서비스를 제공할 수 있는 장점이 있음.

□ 지자체 의지와 책임성 담보

- 농촌을 대상으로 방문진료 서비스 제공 모델을 고려할 때 해당 지역에서 보유하고 있는 각종 자원과 환자특성 등을 고려할 필요가 있으며, 지역 내 의료여건을 개선하기 위한 지자체의 의지와 책임성이 담보될 필요가 있음.
 - 지리적 특성(예, 도서·산간지역), 인구사회학적 특성(예, 노인인구비율, 소득수준), 지역 인프라(예, 의료기관 분포), 지역 재정 여건(예, 재정자립도) 등에 따라 지역별로 다양한 특성을 갖고 있기 때문에 지역의 특성에 맞는 서비스 공급 모델을 설정할 필요가 있음.
- 따라서 방문진료 서비스 제공을 위한 서비스 설계단계에서는 지역의 자원을 확보하고 서비스 여건을 분석하여 그에 따른 서비스 모델을 설정하는 데 지자체가 적극 참여해야 함.
 - 지역 내에서 서비스 제공을 위해 민간의 참여를 독려하고, 만약 민간자원이 부족할 경우 공공의 참여를 적극적으로 고려할 필요가 있음.
 - 또한 각종 자원의 부문 간 연계를 통해 효율적으로 서비스가 제공될 수 있도록 지자체 책임 하에 구체적인 계획을 수립할 필요가 있음.

□ 정책의 지속가능성 확보와 공공 참여

- 인구감소와 고령화 등으로 농촌의 의료시장은 점차 축소되어 민간의료기관에만 의존하기는 점점 더 어려운 상황이며, 특히 농촌에서의 방문진료 서비스와

관련해서는 다양한 문제점들이 중첩되어 있음.

- 농촌 방문진료 서비스를 위해서는 우리나라의 의료서비스 제공 환경에서 방문진료가 활발히 이루어지지 못하는 법적, 구조적 한계를 극복해야 해야 하는 측면, 그리고 일반적으로 의사들이 선호하지 않는 시장인 농촌지역이라는 두 가지 측면에서 풀어나가야 할 어려움이 적지 않음.

○ 결과적으로 농촌에서의 취약한 의료서비스 공급 여건을 고려하면 방문진료 서비스 제공을 위해서는 공공이 개입할 수밖에 없는 상황으로 공공보건의료기관이 주도하거나 공공+민간의 협업 모델을 고려할 필요가 있음.

□ 건강관리와 돌봄연계를 위한 지역사회 자원 연계

○ 거동이 불편하여 집안에서만 생활하는 재가환자의 포괄적인 건강관리를 위해서는 비단 보건의료 부문 내에서 뿐만 아니라, 영양 및 돌봄 지원, 주거 및 안전 지원, 일상생활 지원 등까지 포함할 수 있는데, 이를 위해서는 다양한 지역사회 자원과 연계할 필요가 있음.

- 또한 재가환자뿐 아니라 그 가족에게도 돌봄 부담을 경감시켜줄 수 있도록 필요한 교육과 지원서비스를 제공할 필요가 있음.

○ 이를 위해 국민건강보험공단지사, 재가요양기관(방문간호기관 포함), 종합사회복지관, 장애인단체, 장애인자립생활지원센터, 종합병원, 약국, 동주민센터, 보건소, 노인요양시설(공동생활가정), 민간의료기관 등 지역사회 유관기관들과 협업체계를 유지할 필요가 있음.

- 특히, 방문진료를 수행하고 있는 타기관의 서비스 신청 경로 사례를 보면 재가환자거나 가족이 직접 방문진료를 의뢰하는 경우보다는 복지관, 재가요양센터, 행정복지센터, 공공-민간의료기관으로부터 의뢰받는 경우가 훨씬 많아 방문진료가 필요한 재가환자 발굴 차원에서 유관기관과의 협력은 매우 중요함.

□ 효과적인 서비스 제공을 위한 팀단위 접근

○ 방문진료 서비스는 대상 특성에 따른 개별 욕구에 맞춤형 대응이 가능하도록 다양하게 구성될 필요가 있는데 이와 같은 서비스 제공을 위해서는 의사, 간호사, 사회복지사 등 팀단위 접근이 요구됨.

- 의사와 간호사는 재가환자에 대한 방문진료와 방문간호 등을 제공하고, 사회복지사는 재가환자를 위해 필요한 보건-복지연계와 지역사회 유관기관과의 연계 협력 업무를 담당함.

○ 만약 지역사회 내에서 보다 다양한 전문인력의 확보가 가능하다면, 해당 진료 과목별 의사, 약사, 작업·물리치료사, 영양사의 직·간접적 참여를 통해 재가환자에 대한 보다 전문적인 건강관리가 용이해질 것임.

□ 효과적인 서비스 제공을 위한 내용 구성

○ 방문진료 서비스를 통해 효과적으로 재가환자에 대한 서비스를 제공하기 위한 업무 등은 ‘장기요양 재택의료센터 시범사업’ 등의 서비스 내용을 기본으로 하여 적용해도 무방할 것임.

〈표 5-1〉 장기요양 재택의료센터 시범사업 서비스 내용

수급자 가정을 팀 단위로 방문하여 포괄평가를 각 영역별로 실시하고 케어플랜 수립, 방문진료 및 간호, 지역 사회 자원 연계 등 통합사례관리제공 - 포괄평가는 의사, 간호사, 사회복지사 등팀 단위 방문 원칙 - 의사는 월 1회 이상 방문진료, 간호사는 월 2회 이상 방문간호 제공 - 사회복지사는 주기적 상담을 통한 요양돌봄 수요 발굴 및 서비스 연계
--

자료: 보건복지부, 국민건강보험공단. (2022). 장기요양 재택의료센터 시범사업 지침. p. 3.

제2절 농촌 방문진료 서비스 모델(안)

1. 서비스 공급자 특성을 고려한 모델 설정

- 농촌지역을 대상으로 보편적인 방문진료를 제공하는 데 있어 기존에 실시되고 있는 방문진료 관련 시범사업들과의 차별성과 농촌의 취약한 의료서비스 공급체계를 감안하여 공공보건의료기관에서의 서비스 제공을 고려해 볼 수 있음.
- 인구감소와 인구고령화 등으로 농촌지역의 의료시장은 취약하고, 민간의료기관은 주로 도시지역 중심으로 분포하고 있으며, 농촌 지역 내에서도 상대적으로 인구가 많이 분포하고 있는 읍지역 중심으로 민간의료기관이 분포하고 있어 의료서비스 제공 여건의 편차가 크다고 할 수 있음.
- 또한, 농촌 소재 일차의료기관의 경우 도시와는 달리 단독개원 형태로 운영되는 경우가 많고 간호인력도 부족한 한편, 방문진료를 위해 상대적으로 이동하는 데 소요되는 시간과 비용은 크다고 할 수 있음.
- 방문진료와 관련된 농촌의 열악한 서비스 제공 여건에서도 일부 보건의료원과 지방의료원 등 방문진료 서비스를 제공하는 사례를 확인할 수 있었으며, 이러한 모델은 공공형 방문진료 서비스 모델로 발전될 가능성과 잠재력이 있는 것으로 판단하였음.
- 방문진료와 관련된 지역주민들의 수요도 적지 않아 해당 지역에서는 방문진료 서비스가 지속될 것으로 보이므로 관련 사업에 대한 근거 확보와 예산 지원을 통해 지역 재가환자들의 의료욕구를 지속적으로 충족시켜줄 필요가 있음.

가. 보건의료원 및 지방의료원

- 보건의료원은 입원병상 설치 등 일반 보건소에 비해 의료기능을 강화한 형태로서 지역주민에 대한 의료서비스 제공을 담당하고 있음.
- 보건의료원은 전국 16개 지역에 설치되어 있음.

- 경기 1개소(연천군), 강원 2개소(평창군, 화천군), 충남 2개소(청양군, 태안군), 전북 5개소(무주군, 순창군, 임실군, 장수군, 진안군), 전남 3개소(곡성군, 구례군, 완도군), 경북 2개소(울릉군, 청송군), 경남 1개소(산청군)
 - 이상의 해당 지역은 대부분 인구가 적고 고령인구 비율이 높아 지역주민에 대한 의료지원 필요성이 높고, 상대적으로 민간의료기관은 부족하여 공공의 역할 강화가 필요함.
- 전국의 지방의료원은 지역 주민에 대한 건강권을 보장하기 위해 전국에 35개소 설치되어 있음(조승연, 2022)
- 특히, 「공공보건의료에 관한 법률」에 나타난 공공보건의료사업의 정의에 따라 지방의료원에서는 “보건의료 공급이 원활하지 못한 지역 및 분야에 대한 의료공급에 관한 사업”과 “보건의료 보장이 취약한 계층에 대한 의료공급에 관한 사업” 등을 실시할 필요가 있으므로 의료접근성이 취약한 농촌지역의 재가환자를 대상으로 방문진료 사업을 실시할 수 있음.
- 보건소에 비해 의료기능이 강화된 보건의료원과 지역의 책임의료기관으로서 역할을 수행할 필요가 있는 지방의료원은 기관이 보유한 의료인력을 활용한 전문적인 의료서비스 제공이 가능함.
- 보건의료원이나 지방의료원 의료인력 중심으로 재가환자에 대한 방문진료를 실시하며, 방문 진료 이후에는 보건지소나 보건진료소, 또는 지역의 장기요양이나 사회복지기관과 연계하여 환자의 상태를 추적 관찰할 수 있음.
 - 지방의료원의 경우 기존에도 의료취약계층에 대한 무한 돌봄사업이나 가정간호사업을 실시한 사례도 있으므로, 이러한 사업과도 연계가 가능함.

나. 보건소

- 보건소는 기초지자체 단위로 설치되어 있고, 면단위로는 보건지소가 설치되어 있어 해당 관할지역에 대해서는 ‘마을 주치의’ 역할을 수행할 수 있는 기초 인프라는 마련되어 있음.
- 농어촌지역의 노인인구 비율이 높고 방문간호 요구도가 높은 대상자의 특성과 상대적으로 부족한 의료서비스 제공 인프라 등을 고려하였을 때, 보건소에서 방문진료 서비스를 제공할 필요가 있음(양숙자, 2021 재인용).
 - 특히, 지역 내에서 상대적으로 의료접근성이 낮은 마을의 재가환자를 대상으로 보건지소 공보의와 간호사가 방문진료를 실시할 필요가 있음.
- 이 경우 보건지소로 직접 찾아오는 환자들에 대한 진료와 방문진료를 병행해야 하는 부담이 적지 않을 것이므로 방문형 서비스를 제공하는 지역의 장기요양기관, 정신건강복지센터, 치매안심센터, 행정복지센터 등과 연계하여 효율적으로 환자를 관리하는 방안을 모색할 필요도 있음.
- 보건소는 보건의료원이나 지방의료원에 비해 의사인력이 부족하여 상대적으로 방문진료를 수행하기 어려울 수 있으므로, 보건소·보건지소·보건진료소 간호인력을 재조직화하거나 추가 간호인력을 고용하여 재가 환자에 대해 간호서비스를 제공할 수 있음.
- 농촌의 경우 의료기관 가정간호나 장기요양 방문간호의 제공기관 또한 부족한 경우가 많으므로 공공기관에서 재가간호서비스를 제공할 필요성 또한 높음.
 - 보건소 방문간호사에 의해 제공되는 방문건강관리의 경우 단순 건강체크와 건강교육에 가깝다면 재가환자를 대상으로 제공될 필요가 있는 간호서비스는 영양, 배뇨, 배변, 호흡, 상처의 치료적 간호업무와 복약, 식이, 운동 등 건강행태변화를 위한 교육과 상담 간호업무를 모두 포함할 필요가 있음.
 - 여기에서 치료적 간호업무로는 욕창드레싱, 유치도뇨관 교환 등의 빈도가 높고 관절가동범위(Range of Motion) 운동, 상처관리 등도 포함될 수 있음.

- 보건소에서 방문간호사업을 강화할 경우 재가환자에 대한 전문적인 간호업무를 수행하기 위해 가정전문간호사 등 인력을 추가로 채용하여 방문간호에 전담하도록 할 필요가 있음.
- 재가환자에 대한 간호서비스 제공을 위해서는 초기 진단 및 의사지시서 작성을 위해 의사의 참여 또한 필요한데, 이 경우 보건지소의 공보의가 참여하거나 또는 지역의 민간의사와 협약을 맺어 사업을 추진하는 방안도 있음.
 - 최초 환자 발견 시 간호사의 초기방문과 사례회의를 통해 대상자 여부를 결정하고 대상자가 결정되면 의사와 간호사의 방문을 통해 초기 진료와 방문지시서 작성 이후 주기적인 방문간호를 제공하게 됨.
- ‘지역사회 통합돌봄 선도사업’의 일환으로 부천시에서 수행한 ‘통합간호센터’ 사업이 이와 같은 방식으로 수행되었으며 관련 내용은 <표 5-2>와 같음.

<표 5-2> 부천시 통합방문간호센터 적용 사례

<p>사례. 부천시 통합방문간호센터</p> <p>부천시 통합방문간호센터 조직 및 인력 구성: 의사 1인, 간호 2팀(2인 1조)으로 구성</p> <ul style="list-style-type: none"> - 업무 역할: 의사(1인)는 방문진료 및 의사지시서 작성, 방문간호사(2인)는 기초검사 측정, 초기사정조사, 가정전문간호사(2인)는 통합방문간호 건강사정, 치료적 처치 수행, care plan 수립 및 연계 업무는 간호팀이 함께 상의하고 정보를 공유하며 수행함 <p>서비스 내용</p> <ul style="list-style-type: none"> - 주요 대상자: 등급외자, 장기요양등급자 등 방문간호사 필요한 통합돌봄 대상자 - 주요 서비스: 통합적 건강사정과 치료요구에 따른 care plan 수립, 사례회의를 통해 방문간호, 방문의료의 코디네이션 및 직접서비스 제공, 돌봄요구에 따른 지역사회 자원 연계, 비위관 교환 및 관리, 기관 절개 피부간호, 비구강 내 흡인/기도흡입, 도뇨관 교환 및 관리, 방광 및 요도 세척, 욕창간호 및 치료, 단순 상처 치료 <p>운영방식</p> <ul style="list-style-type: none"> - 대상자 모집 후 간호 1, 2팀이 각각 초기방문을 수행하여 초기사정을 통해 대상자 선정여부를 파악하고 care plan 초안을 수립함. - 초기 사정 내용을 바탕으로 사례회의를 통해 대상자 선정 여부 결정, 치료에 필요한 정보와 의견을 나눈 이후 방문의사 동행방문을 통해 방문간호지시서를 작성하고, 최종적인 care plan을 수립하여 각각의 간호팀을 통해 지속적인 방문간호사 이루어짐. - 매주 사례회의 통해 대상자의 치료 경과를 공유, 종결·자가관리·기관연계 등 관리전환 여부를 결정, 지속적인 대상자 순환이 이루어지고 있음.
--

자료: 장숙량. (2022). 방문건강관리사업 고도화 방안: “통합방문건강관리센터”.

다. 공공과 민간 융합형

- 지역 내에서 방문진료 서비스를 제공할 수 있는 민간 자원이 있을 경우 사업에 참여할 민간의료기관을 발굴하거나 지역의 의료복지사회적협동조합과 연계하여 공공과 민간의 협업을 통해 방문진료를 제공할 수 있음.
- 공공보건의료기관에서 직접 서비스를 제공하지 않는 대신 공공-민간의 협업모델을 기획하고 공공의 역할(사업 기반 마련 및 보상)과 민간의 역할(서비스 제공)을 나누어 사업을 모색함.
- 공공과 민간의 협업을 통해 지역 내 재가환자에 대한 방문진료 서비스를 제공하는 것은 공공과 민간의 역할 분담을 통해 지역 내 공공보건의료 자원의 취약성 보완하는 것이 핵심임.

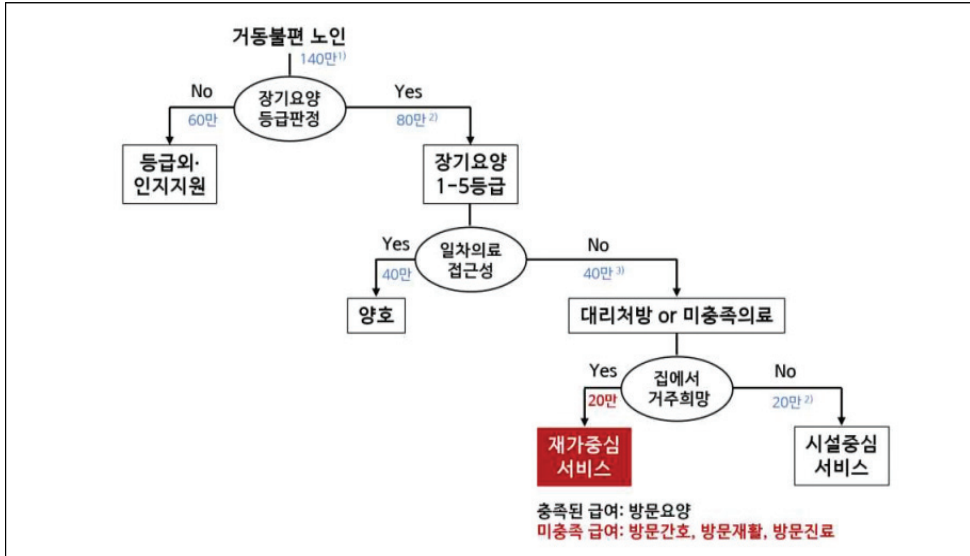
- 자발적으로 방문진료에 참여하려는 민간기관이 없는 경우 민간의료기관의 관심을 유도하고 사업 추진에 필요한 각종 자원을 확보하거나 사업 초기 인건비나 사업비를 지원하는 등 민간이 참여할 수 있는 기전을 마련하는 것은 공공의 역할이 될 수 있음.
- 공공은 사업 참여가 가능한 민간의료기관을 발굴, 사업을 기획하고 필요한 전문인력 채용을 지원하며 관련 행정적 절차를 담당하는 등 민간의료기관에서 진행하기 어려운 부분을 담당
- 아울러 재가환자의 건강관리와 돌봄을 위해 지역 내 각종 복지자원과의 연계 또한 공공 부문에서 추진하는 것이 효율적임.

2. 서비스 대상자 특성을 고려한 모델 설정

가. 재가환자 대상 서비스 모델

- 현재 농촌 지역에는 의료접근성이 낮기 때문에 거동불편환자들이 필요한 의료서비스를 제때에 받지 못하고 재가에 방치되어 있을 것임.
- 이 연구의 방문진료 사례에서 언급된 재가환자들만 해도 급성기 치료 종료 후 퇴원하였으나 여전히 증상관리가 필요한 퇴원 후 관리 필요환자, 인공호흡기 등 각종 의료기기를 부착하고 있는 재가환자, 복합만성질환을 갖고 있으면서 거동이 불편하여 의료기관 방문이 어려운 환자, 거동은 가능하지만 인지장애가 있어 의료기관을 방문할 수 없는 환자, 주기적인 욕창관리가 필요한 외상환자 등 매우 다양한 형태의 환자들이 재가에 방치되어 있는 경우가 많음.
- 현재 재가 거동불편 환자를 대상으로 방문진료 시범사업 등이 실시되고 있으나 이들 시범사업에서도 모든 재가환자를 포괄하기는 어려우며, 특히 의료접근성이 낮은 농촌지역의 경우에는 방문진료 접근성 또한 도시에 비해 현저히 떨어짐.
- 장기요양 재가급여 대상자 중에서 아플 때 병·의원에 가지 못하거나 사실상 대리처방에 의존하고 있는 대상자는 최소 20만 명으로 추산되는 등 방문진료 서비스가 제공되지 않을 경우 최소한의 건강관리를 받기 위한 필수의료 서비스에 사실상 접근할 수 없는 것으로 나타나고 있음(전영호 외, 2021).

[그림 5-1] 장기요양제도 내 광범위한 의료사각지대



주: 1) Kim CO & Jang SN. (2018). Home-based primary care for homebound older adults: Literature review. *Ann Geriatr Med Res*, 22(2), 62-72.
 2) 국민건강보험. (2020). 2019 노인장기요양보험 통계연보.
 3) 강은나·이윤경·임정미·주보혜·배혜원. (2019). 2019년도 장기요양 실태조사. 보건복지부-한국보건사회연구원
 자료: 전용호, 장숙랑, 남일성, 김창오, 현다운, 임승자, 이연호. (2021). 지역사회통합돌봄 제도화를 위한 기존 제도 재구조화 방안 연구. 인천대학교 산학협력단, 보건복지부.

- ‘일차의료 방문진료 시범사업’이나 2022년 12월부터 시작된 ‘장기요양 재택 의료센터 시범사업’에 참여하고 있는 의료기관 중 농촌 소재 의료기관은 극히 일부이며, 장기요양에서 제공하는 방문간호 서비스의 경우에도 농촌 지역은 수요에 비해 공급이 부족한 상황임.
- 특히, 농촌의 장기요양환자 특성에서도 나타났듯이 농촌 거주 노인들은 홀로 지내거나 노인부부만 거주하는 경우가 많은데, 농촌의 취약한 의료접근성을 감안하면 건강관리를 위해 의료기관을 제때에 방문하는 것은 어려울 수 있음.
- 이처럼 농촌에 거주하고 있는 재가환자의 경우 여전히 대부분의 방문형 의료서비스의 사각지대로 남아 있으며, 따라서 농촌 지역의 거동불편 환자를 대상으로 방문진료 서비스 확대가 시급함.

나. 자기건강관리군 대상 서비스 모델

- 만성질환자라 하더라도 의료기관을 방문하는 데 어려움이 없고, 스스로 건강관리가 가능한 지역 주민 대상으로는 정기적인 검진과 보건교육을 강화하여 장기요양환자로의 진입을 최대한 지연시킬 필요가 있음.
 - 충남의 ‘우리 마을 주치의’ 사업 사례는 별도로 마련한 조례를 근거로 지역의 자체 재원으로 의료접근성이 낮은 마을을 대상으로 보건지소의 공보의와 간호사가 순회하여 의료서비스를 제공하고 있음.
 - 농식품부와 농협에서 추진하는 행복버스의 경우 지역여건에 따라 수요는 많으나 의료기관의 참여 부족으로 사업을 확대하기 어려운 실정이므로 사업 참여 의료기관의 확보가 사업 확대의 관건이라 할 수 있음.
- 농촌 주민들의 건강관리를 위해 행복버스 의료지원 사업을 검진과 교육 중심으로 개편하여 확대하기 위해서는 사업에 참여하는 의료기관수를 확충하는 것이 가장 중요할 것으로 생각되며, 중앙정부에서도 이에 대한 관심을 가질 필요가 있음.
 - 현재는 농협중앙회나 지역본부의 담당자가 사업에 참여할 의료기관을 자체적으로 섭외하여 사업을 운영하고 있는데, 공공기관 중심으로 사업 참여 의료기관 명단을 모집하고 지역에서 관리하는 방식으로 변경할 필요가 있음.
 - 중앙정부 차원에서 의료기관 대상으로 행복버스 사업에 대한 홍보를 실시하여 사업 인지도를 제고하고 의료기관의 참여를 유도하거나 중앙정부에서 직접 의료기관과 협약을 맺고 협약 의료기관 리스트를 지역에 제공하는 방안도 고려해 볼 수 있음.
 - 의료지원 사업의 질 관리를 위해 의료기관 섭외 시 활용할 수 있는 의료기관 적절성 판단 지표나 가이드라인을 제작하여 업무에 활용할 필요가 있음.
 - 사업의 지속가능성 확보를 위해 의료기관이 꾸준히 사업에 참여할 수 있도록 금전적, 비금전적 보상 기전을 마련하여 의료기관의 사업 참여 유인을 강화할 필요가 있음.
 - 금전적 보상의 경우 현재 1인당 2.5~3만 원 수준인 수가를 현실화하여 확

대하고, 비금전적으로는 포상 등을 통해 의료기관의 사회공헌을 공식적으로 인정해 주는 기전을 마련하는 것도 고려해 볼 수 있음.

3. 단계별 접근

- 농촌지역 주민에 대한 단절없는 건강관리 서비스 제공 위해 재가환자에 대한 방문진료가 반드시 필요하지만, 우리나라의 제도적 여건 상 투입가능한 자원은 한계가 있으므로 가용자원과 기존 시범사업들과의 차별성 등을 고려하여 단계적인 접근을 시도할 필요가 있음.
- 이 연구에서는 농촌지역 방문진료 사업이 성공적으로 정착하고 점차적으로 확대될 수 있도록 방문진료 대상자, 방문진료 사업 대상 지역, 방문 서비스 측면에서 단계적 확대방안을 제시함.

가. 방문진료 대상자

- 방문진료가 가장 시급한 사업대상자는 의료적 관점에서 침거상태에 있는 복합만성질환자라고 할 수 있음.
- 특히, 농촌 재가환자는 의료와 돌봄의 욕구가 높을 것이나 보건복지 자원이 부족하여 서비스 접근성이 낮고, 특히 노인부부 또는 독거노인 형태로 거주하는 경우가 많아 주기적인 의료기관 방문이 어려운 경우가 많을 것임.
- 국외 선행연구와 국내 연구를 통해 제시되고 있는 방문진료의 주요 사업대상자는 다음과 같음(김창오 외, 2021).
 - A군: 노쇠나 질병 등의 이유로 거동이 불편하여 병의원 이용을 원활하게 하지 못하거나 사실상 대리처방에 의존하고 있는 자
 - B군: 병원(또는 요양시설) 장기입소자로 퇴원 후 가정에서 일상생활 유지를 원하는 자
 - C군: 의학적으로 임종이 임박한 것으로 판정된 자 중 가정 내 임종을 희망하는 자

- 대상자 중 A군보다 B군과 C군이 난이도가 높은 정책대상자라고 할 수 있으며, 대상자 특성은 사업목표 및 투입 가능한 자원과 연동되어 있기 때문에 단계적으로 접근할 필요가 있음(김창오, 2021).
- 이 연구에서는 농촌지역 방문진료를 위해 우선 A군을 대상으로 시작하여 B군에 대한 서비스 제공까지 확대하는 것을 목표로 할 필요가 있음.

〈표 5-3〉 대상자별 단계적 접근

구분	목표	대상자 확대
1단계	- 재가환자에 대한 의료서비스 접근성 강화	- A군: 노쇠나 질병 등의 이유로 거동이 불편하여 병원원 이용을 원활하게 하지 못하거나 사실상 대리처방에 의존하고 있는 자 - B군: 병원(또는 요양시설) 장기입소자로 퇴원 후 가정에서 일상생활 유지를 원하는 자
2단계	- 재가환자 임종 지원	- C군: 의학적으로 임종이 임박한 것으로 판정된 자 중 가정 내 임종을 희망하는 자

자료: 김창오 외. (2021). 지역사회 거주 지원을 위한 의료-요양서비스 연계강화 방안. 보건복지부, 성공회대학교. 일부

- 아울러 방문진료 사업에서 중점을 두고 있는 재가 거동불편환자 외에 일반 농촌 주민의 의료접근성 제고 차원에서 현재 실시 중인 ‘농업인 행복버스 의료지원’ 사업을 점차 확대할 것을 제안함.
- 농림축산식품부와 농협에서 농촌지역 주민의 예방적 건강관리와 만성질환 관리를 위해 실시 중인 ‘농업인 행복버스’의 지역별 방문 횟수를 단계적으로 확대하여 주기적 방문이 가능하도록 사업을 개편할 것을 제안함.

나. 방문진료 사업 대상 지역

- 현재 의료접근성이 취약한 농촌지역 방문진료 사업의 근거가 될 수 있는 법이 부재한 상태이므로, 「인구감소지역 지원 특별법」에 따라 법적으로 방문진료 사업의 근거가 마련된 지역을 대상으로 방문진료 사업을 실시할 수 있음.
- 2023년 1월 1일 부터 시행된 「인구감소지역 지원 특별법」 제23조 제1항에 “국가와 지방자치단체는 인구감소지역²⁷⁾ 주민의 건강 증진과 노인의 만성질환 예방·치료 등을 위하여, 의료기관을 직접 이용하기 어려운 사람 등을 대상으로

거주지를 방문하여 진료 등을 행하는 사업을 수행하고 필요한 행정적·재정적 지원을 할 수 있다”라고 명시하고 있음.

- 「국가균형발전 특별법」과 ‘인구감소지역 지정 고시’ 등에 따라 2021년 10월 19일 기준 전국 89개 지역이 인구감소지역으로 지정되어 있으며, 이 중 광역시의 구(區)지역²⁸⁾을 제외하고 광역시의 군(郡)지역과 광역도의 시(市)·군(郡)지역을 농촌으로 간주하면 총 84개 인구감소지역이 농촌에 해당됨.

〈표 5-4〉 인구감소 지역(행정안전부고시 제2021-66호) 중 농촌지역

구분	인구감소지역 중 농촌지역(84개)
인천(2)	강화군, 옹진군
경기(2)	가평군, 연천군
강원(12)	고성군, 삼척시, 양구군, 양양군, 영월군, 정선군, 철원군, 태백시, 평창군, 홍천군, 화천군, 횡성군
충북(6)	괴산군, 단양군, 보은군, 영동군, 옥천군, 제천시
충남(9)	공주시, 금산군, 논산시, 보령시, 부여군, 서천군, 예산군, 청양군, 태안군
전북(10)	고창군, 김제시, 남원시, 무주군, 부안군, 순창군, 임실군, 장수군, 정읍시, 진안군
전남(16)	강진군, 고흥군, 곡성군, 구례군, 담양군, 보성군, 신안군, 영광군, 영암군, 완도군, 장성군, 장흥군, 진도군, 함평군, 해남군, 화순군
경북(16)	고령군, 군위군, 문경시, 봉화군, 상주시, 성주군, 안동시, 영덕군, 영양군, 영주시, 영천시, 울릉군, 울진군, 의성군, 청도군, 청송군
경남(11)	거창군, 고성군, 남해군, 밀양시, 산청군, 의령군, 창녕군, 하동군, 함안군, 함양군, 합천군

자료: 인구감소지역 지정 고시, 행정안전부고시 제2021-66호 (2021).

□ 이들 인구감소지역은 대부분 인구감소와 고령화 등으로 지역의 민간의료시장이 취약하고 주민들의 의료접근성이 낮을 것이므로 재가노인 환자에 대해 찾아가는 의료서비스의 필요성이 상대적으로 높다고 볼 수 있음.

- 이후 다음 단계로 그 외 지역을 대상으로 방문진료 사업 대상 지역을 점차 확대하고 최종적으로 전국 농촌지역에 걸쳐 방문진료 사업 실시를 목표로 설정함.

27) 「국가균형발전 특별법」 시행령 제2조의 3(인구감소지역의 지정 등)에 따르면 인구감소지역은 “광역시, 특별자치시 및 시군구 중에서 65세 이상 고령인구, 14세 이하 유소년인구 또는 생산가능인구의 수, 인구감소율, 출생률, 인구감소의 지속성, 인구의 이동 추이 및 재정여건 등을 고려하여 국가균형발전위원회의 심의를 거쳐 행정안전부장관이 지정·고시하는 지역”임. 또한 ‘인구감소지역 지정 고시’의 부칙에 따르면 인구감소지역은 고시일로부터 5년마다 국가균형발전위원회의 심의를 거쳐 행정안전부 장관이 지정·고시하게 됨.
 28) 부산 동구서구영도구, 대구 남구서구의 5개 지자체

- 한편, 「지역보건법」 제3조(국가와 지방자치단체의 책무)3항에 따르면 “국가 및 지방자치단체는 지역주민의 건강 상태에 격차가 발생하지 아니하도록 필요한 방안을 마련하여야 한다”고 규정하고 있음.
- 또한, 「지역보건법」에 근거하여 시군구별로 설치된 보건소는 “여성·노인·장애인 등 보건의료 취약계층의 건강유지·증진”을 위해 보건의료서비스를 제공할 수 있음(지역보건법 제11조).

〈표 5-5〉 대상 지역별 단계적 접근

구분	목표	대상지역 확대
1단계	- 인구감소지역 재가환자의 건강관리	- 인구감소지역으로 선정된 전국 84개 농촌 지자체
2단계	- 전국 모든 농촌지역 재가환자의 건강관리	- 인구감소지역 포함 전국 농촌 지자체

다. 방문 서비스

- 미국 AHRQ에 제안하고 있는 방문진료 서비스의 요건은 다음과 같음.
 - 방문진료는 기본적으로 1) 일차의료 의사가 참여하고, 2) 환자의 자택으로 방문해야 하며, 3) 일시적인 방문은 아니며, 4) 다학제 팀과 함께 포괄적인 건강관리 또는 사회서비스가 제공되어야 함(김창오 외, 2021).
- 일본의 경우 재택의료를 왕진과 방문진료로 구분하고 두 가지 형태의 서비스를 모두 제공하고 있음.
 - 왕진은 환자의 긴급한 요청이 있을 때 의사가 환자의 자택을 방문하여 의료서비스를 제공하는 행위
 - 방문진료는 의사가 통원이 어려운 환자의 건강상태, 보호자의 간호능력 등을 고려해 일정 기간에 대한 진료계획을 수립하고 정기적으로 의료서비스와 요양상의 상담·지도 등을 제공하는 행위를 말함.

- 이상의 내용을 종합했을 때 방문진료는 환자에 대한 초기사정과 등록관리를 기본으로 시작하여 재가환자의 기능평가와 케어플랜을 수립하여 다학제 팀을 통한 포괄적이고 지속적인 건강관리가 전제되어야 함.
- 그러나 방문진료 초기단계로 관련 사업 기반이 부족한 농촌지역 현실을 감안하여 방문진료 서비스 유형을 왕진서비스형, 방문진료형, 방문간호형 등으로 모델(안)을 제시하고, 지역 특성에 따라 서비스 유형을 선택할 수 있도록 유도할 필요가 있음.
- 기존 시범사업 등에 참여하여 방문진료 경험이 있는 (보건)의료기관의 경우 재가환자에 대한 주기적이고 포괄적인 방문진료 서비스를 제공함.
 - 방문진료는 왕진서비스에 비해 계획적이고 주기적이며 다학제팀을 활용한 포괄적인 서비스를 의미하며, 나아가 재가환자의 건강관리를 위해서는 의료뿐 아니라 돌봄서비스까지의 연계를 지향함.
 - 재가환자 기능평가와 케어플랜 수립: 의료적 문제뿐 아니라 사회경제적, 정신적, 환경적, 기능적 측면에서 포괄적인 평가가 이루어지는 것이 바람직하지만 투입 가능한 자원 부족 등의 이유로 여의치 않을 경우 의료적 문제에 집중하고 이를 해결하기 위한 케어플랜을 수립함(김창오 외, 2021).
 - 다학제 팀 사례회의: 다학제 팀 사례회의는 다수의 문헌들로부터 성공적인 방문의료사업 운영을 위해 반드시 갖추어야 할 구성요소로 제안되고 있음(김창오 외, 2021).
 - 주기적 방문진료: 케어플랜에 따른 주기적 가정방문을 통해 재가 거동불편환자에 대한 건강 및 증상을 관리함. 방문횟수는 환자의 상태 서비스 인력 확보 수준에 따라 결정되며 환자의 상태가 호전되었을 경우 전문 인력의 전화상담 등으로 대체 가능함(김창오 외, 2021).
 - 가족상담 및 돌봄제공자 교육: 가정방문을 실시하는 인력은 가족 또는 돌봄제공자와 긴밀한 신뢰관계를 형성하여 실질적인 파트너십을 형성해야 함(김창오 외, 2021). 충분한 상담과 교육을 통해 공동의 치료계획을 수립해야 하고 가족 또는 돌봄제공자의 판단을 존중해야 함.

- 지역사회 자원연계(기관간 사례회의): 다양한 지역사회 자원을 연계하여 환자에게 지지적인 치료적 환경을 만들어주어야 함. 공공보건의료기관 방문진료팀(의사, 간호사, 사회복지사, 물리·작업치료사 등) 외 재가요양 기관, 정신보건센터, 치매안심센터, 복지관, 행정복지센터, 민간의료기관 등이 포함됨.

○ 방문진료 경험이 없이 처음 사업에 참여하는 (보건)의료기관의 경우 서비스 제공 기반이 부족하여 재가환자들에 대한 주기적인 방문진료와 다학제팀에 의한 포괄적인 건강관리와 의료-복지 연계가 어려울 것이므로 지역 재가환자의 요청에 의한 (긴급)왕진 서비스의 형태로 사업에 참여할 수 있음.

- 이 때 왕진 서비스는 재가환자의 긴급한 요청이 있을 때 재가환자를 방문하여 의료서비스를 제공하는 행위이며, 재가환자의 증상관리를 위해 제공해야 할 필수 서비스임.

○ 보건소는 보건의료원이나 지방의료원에 비해 의사인력이 부족하여 상대적으로 방문진료를 수행하기 어려울 수 있으므로, 재가 환자를 대상으로 간호 중심 서비스를 제공할 수 있음.

- 농촌의 경우 의료기관 가정간호나 장기요양 방문간호의 제공기관 또한 부족한 경우가 많으므로 공공기관에서 재가간호서비스를 제공할 필요성 또한 높음.
- 보건소 등에서 이와 같은 형태로 사업을 구성할 경우 재가환자에 대한 전문적인 간호업무를 수행하기 위해 가정전문간호사 등 인력을 추가로 채용하여 방문간호에 전담하도록 할 필요가 있음.
- 이 경우 간호서비스 제공을 위한 초기 진단 및 의사지시서 작성을 위해 의사의 참여가 필요한데, 보건지소의 공보의 또는 지역의 민간 의사와 협약을 맺어 사업을 추진하는 방안도 고려해 볼 수 있음.

〈표 5-6〉 제공 가능한 서비스에 따른 사업 유형

유형	목표	대상 서비스 확대
왕진서비스형	- 재가환자의 긴급한 의료요구 해소	- 재가환자에 대한 (긴급) 왕진 서비스
방문진료형	- 재가환자 대한 단절없는 건강관리	- 재가환자에 대한 주기적, 포괄적 방문진료 서비스
방문간호형		- 치료적 간호, 교육 및 상담 등을 통한 재가 환자 증상 관리

□ 한편, 최근 보건복지부는 코로나19 유행으로 인한 한시적 비대면 진료의 성과를 바탕으로 의료법 개정을 통한 비대면 진료의 제도화를 추진 중에 있으므로(보건복지부, 2023. 3. 13.), 제도화 이후 농촌의 의료접근성 개선을 위해 비대면 진료를 활용할 수 있음.

○ 고혈압, 당뇨병 환자 중 비대면 진료 허용 이전(2019년)과 허용 이후(2020년) 처방지속성 변화를 분석한 결과, 비대면진료를 이용한 만성질환자의 처방지속성, 즉 치료과정에서 약물을 꾸준히 복용하는 정도가 증가한 것으로 나타났음(보건복지부, 2023. 3. 13.).

○ 다만, 비대면 진료의 경우 대상자의 특성이나 질환 특성, 질병 중증도 등에 따라 이용률이나 효과성에 차이가 있을 것이므로 농촌에서 비대면 진료를 도입할 경우에는 이와 같은 비대면 서비스 제공 조건들에 대한 고려가 필요함.

- 2020년 2월 24일부터 2023년 1월 31일까지 건강보험에 청구된 비대면진료 실시 현황을 분석한 결과, 고령층, 만성·경증 환자 중심으로 높은 이용률을 보인 것으로 나타남(보건복지부, 2023. 3. 13.).

제3절 소결

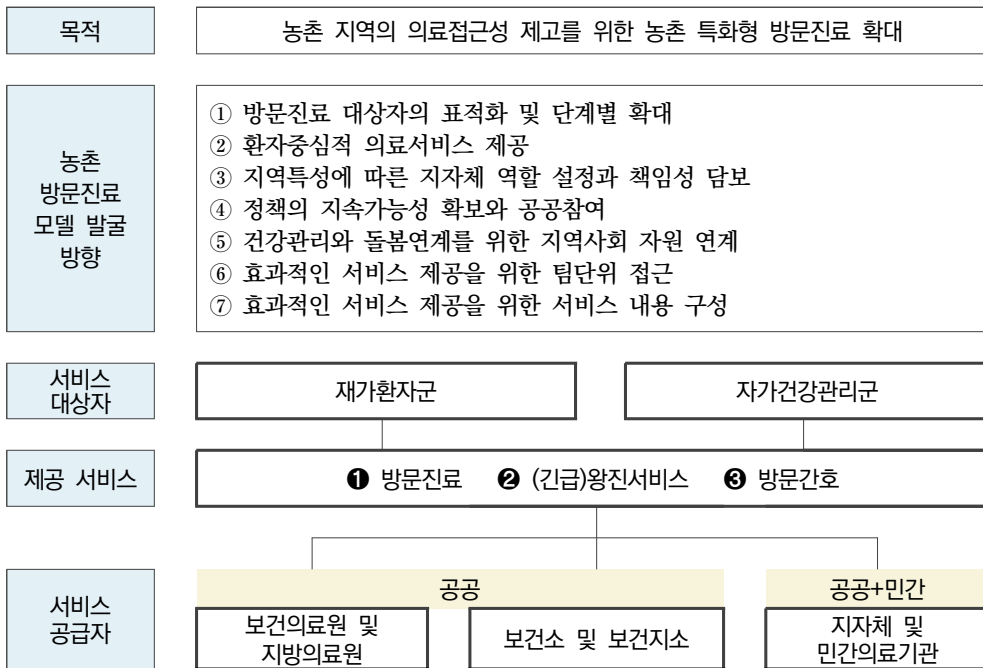
- 농촌 방문진료 모델 발굴 방향은 다음과 같음.
 - 방문진료 대상자의 표적화 및 단계별 확대
 - 고령, 질환 등으로 거동이 불편한 재가 환자 등에서 시작하여 확대
 - 환자 중심적 의료서비스 제공
 - 서비스의 중심을 의료제공자나 질환에 초점을 두는 것이 아닌 환자와 가족에게 초점을 두고, 의료취약지에 거주하는 환자도 배제되지 않도록 서비스 접근성 제고를 위해 노력
 - 지자체 의지와 책임성 담보
 - 해당지자체의 의료서비스 제공 여건과 각종 돌봄자원 여부 등의 특성을 고려하여 서비스 제공 계획 수립
 - 정책의 지속가능성 확보와 공공참여
 - 농촌지역의 지속가능한 의료서비스 제공을 위해 공공보건의료기관 적극적으로 사업에 참여하거나 공공+민간 협업 모델 고려
 - 건강관리와 돌봄연계를 위한 지역사회 자원 연계
 - 환자의 건강상태와 삶의 질 개선을 위해 보건의료 뿐아니라 영양 및 돌봄, 주거, 일상생활 지원 등 다양한 지역자원과 연계
 - 효과적인 서비스 제공을 위한 팀 단위 접근
 - 환자의 욕구에 따른 맞춤형 지원이 가능하도록 의사, 간호사, 사회복지사 등 팀 단위 접근 필요
 - 효과적인 서비스 제공을 위한 서비스 내용 구성
 - 효과적으로 재가 환자를 관리하기 위한 서비스 내용은 기존 시범사업 등의 내용을 기본으로 적용해도 무방함.

□ 농촌 방문진료 서비스 모델(안)

○ 농촌 방문진료 모델(안) 설정을 위해 서비스 공급자별, 서비스 대상자별, 서비스 유형별로 모델을 설정하였음.

- 또한 지역의 특성에 맞도록 적절한 모델을 계획하고 방문진료 사업의 정착률과 안정적 추진을 위해 자원 확보 사정에 따라 단계적 접근을 제안하고 있음.

[그림 5-2] 유형별 농촌 방문진료 서비스 모델(안)



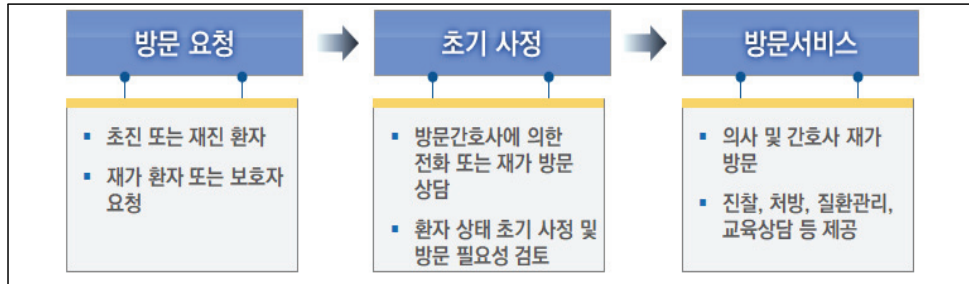
○ 서비스 공급자별 모델(안)의 경우, 민간의료기관에서는 현재 추진 중인 ‘일차의료 방문진료 수가 시범사업’이나 ‘노인장기요양 재택의료센터 시범사업’에 참여 가능하므로, 이 연구에서는 공공보건의료기관 중심으로 모델(안)을 설정하였음.

○ 서비스 유형별 모델(안)의 경우 지자체의 서비스 공급 여건에 따라 왕진서비스, 방문진료서비스, 방문간호서비스로 구분, 제안하였음.

- 방문진료 경험이 없는 지역의 경우 서비스 제공 기반이 부족하고 의료 및 돌봄 연계 체계가 미약하여 다학제팀에 의한 포괄적인 건강관리와 부문 간

연계가 어려울 것이므로 재가 환자의 요청에 의한 (긴급)왕진서비스 모델을 구성할 수 있음.

[그림 5-3] 왕진서비스 기본 모형



- 방문진료는 왕진서비스에 비해 계획적이고 주기적인 방문을 통해 의료 및 간호 서비스를 제공할 수 있으며, 특히 주기적 사례회의를 통해 환자의 상태에 따라 의료뿐 아니라 돌봄서비스를 포함한 포괄적 서비스를 제공할 수 있음.

[그림 5-4] 방문진료 서비스 기본 모형



- 지역에 따라 의사인력이 부족하여 방문진료를 수행하기 어려울 경우 방문 간호서비스를 제공할 수 있으며, 환자 상태에 대한 초기 진단 및 의사지시서 작성을 위해 보건지소 공보의가 참여하거나 또는 지역의 민간의사와 협약을 맺어 사업을 추진하는 방안도 고려해 볼 수 있음.

[그림 5-5] 방문간호 서비스 기본 모형



사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS

제6장

결론

제 6 장 결론

- 방문진료는 재가환자에 대한 의료접근성을 높일 뿐만 아니라 의료서비스의 포괄성, 연속성 및 충분성을 강화할 수 있는 중요한 실천 방법으로 재가환자에 대해 책임 있는 진료와 처방을 제공함으로써 불필요한 사회적 입원을 예방할 수 있음(김창오 외, 2021).
- 방문진료는 거동이 불편한 노인을 위한 의료접근성 향상과 노인의료비 절감을 위해 최근 미국과 일본 등에서도 일차의료의 대안 중 하나로 검토되고 있음(김창오 외, 2021 재인용).

- 인구 고령화와 지역사회 계속 거주(aging in place)하기를 원하는 욕구가 증가함에 따라 우리나라에서 방문진료에 대한 수요는 점차 증가하고 있는 현실임.
- 선행연구(Kim & Jang, 2020; 강은나 외, 2019; 최재우, 김창오, 2022)에 따르면 우리나라에서 거동이 불편하여 의료기관에 제때 방문하지 못하여 의사의 방문을 원하는 재가환자들을 20여만 명에서 약 300만 명까지 추산하고 있음.
- 이러한 현실에 대응하여 정부는 ‘장애인 건강주치의 시범사업’(2018년 5월), ‘일차의료 방문진료 수가 시범사업’(2019년 12월), ‘노인장기요양 재택의료센터 시범사업’(2022년 12월) 등 시범사업 형태로 방문진료를 추진 중에 있음.

- 그러나, 현재 실시되고 있는 방문진료 시범사업의 경우 참여 의료기관의 분포와 대상자 측면에서 농촌지역의 방문 진료 수요를 제대로 포괄하기 어려울 것으로 보임.
- ‘장기요양 재택의료센터 시범사업’은 지역사회 계속 거주 지원을 목표로 장기요양수급자의 의료적 욕구를 고려한 의료-요양 연계 시범사업 모형으로 2022년 12월 1일부터 전국 28개 의료기관에서 실시되고 있음.
 - 이 중 의료기관 소재지 중심으로 광역시와 광역도의 구(區)지역²⁹⁾을 제외하

29) 서울 7개(강북, 마포, 은평, 중랑, 관악, 노원, 종로), 인천 1개(부평), 광주 1개(서구), 대전 1개(대덕구),

고 광역시의 군(郡)지역과 광역도의 시(市)·군(郡)지역을 농촌으로 간주하면 총 16개 지역³⁰⁾이 농촌을 포괄하고 있음.

- 특히, 경기도를 제외하면 광역도별로 1개 의료기관만 지정되어 있으며 경북은 시범사업 참여기관이 없음.

○ ‘일차의료 방문진료 수가 시범사업’은 거동이 불편하여 의료기관에 내원하기 어렵다고 의사나 한의사가 판단한 환자를 대상으로 지역 내 의원 또는 한의원의 의사나 한의사가 직접 방문하여 의료서비스를 제공하는 것으로 의과 대상 시범사업은 2019년 12월부터 시작되었으며, 한의 대상 시범사업은 2021년 8월부터 시작되었음.

- 사업 참여 의료기관 중 농촌지역³¹⁾ 소재 의료기관은 전국적으로 의과(의원) 29개소, 한의과(한의원) 61개소에 불과함(건강보험심사평가원, 2023)
- 참여 의료기관을 지역별로 구분해 보면 의과의 경우 강원 3개, 경남 1개에 불과하며 제주의 경우 참여 의료기관이 없음. 한의과의 경우 의과보다 참여 의료기관이 많으나 강원 7개, 전북 10개, 경북 15개 등임.

○ 이처럼 현재 실시되고 있는 방문진료 시범사업들은 서비스 제공과 관련된 각종 자원이 부족한 농촌지역의 맥락을 고려하였을 때 방문진료 수요에 대응할 만큼 충분히 서비스를 제공하기에는 부족한 것으로 보임.

- 특히, 현재 실시되고 있는 시범사업에서는 원거리 방문에 따른 수가가산이 인정되지 않기 때문에 농촌지역 여건상 의료접근성이 낮은 지역에 거주하는 재가환자들은 방문진료 서비스에서 조차 소외되고 있는 실정임.

□ 「지역보건법」에 따라 시군구 단위로 설치된 보건소의 경우 ‘방문건강관리사업’을 실시하고 있으나 주로 간호사에 의한 “비의료적” 건강관리서비스가 제공되고 있음(보건복지부, 한국건강증진개발원, 2022).

경기 2개(성남시 수정구, 고양시 일산구)의 총 12개 지자체
 30) 경기 9개(안성, 파주, 안산, 시흥, 남양주, 부천, 고양, 수원, 파주), 강원 1개(원주), 충북 1개(진천), 충남 1개(당진), 전북 1개(전주), 전남 1개(순천), 경남 1개(거제), 제주 1개(서귀포)의 총 16개 지역
 31) 농촌지역은 「농업·농촌 및 식품산업 기본법」 제3조(정의)에 의거, 읍면의 지역으로 정의(건강보험심사평가원, 2023)

- 방문건강관리사업의 지침에 따르면, 방문건강관리사업은 “보건소에 내소하여 건강관리서비스를 받기 어려운 지역주민을 대상으로 직접 가정 등을 방문하여 제공하는 건강관리서비스로써, 지역주민의 자가건강관리 능력향상 및 허약예방 등을 통한 건강수준 향상을 목적”으로 하고 있음.
 - 방문건강관리사업에서 제공하는 서비스 및 콘텐츠는 “건강수준의 향상을 위해 잘못된 건강습관을 바로잡고, 건강증진 및 만성질환 예방에 도움을 주는 건강행태의 개선”임.
 - 따라서 보건소 방문건강관리사업과 이 연구에서 제안하는 방문진료와는 사업 대상과 제공되는 서비스 측면에서 차이가 있음.
- 일본의 재택의료 대상자는 고령이나 질병 등에 의해, 통원이 곤란하게 된 환자로서 의사의 판단에 근거하고 있으며, 이들에 대해 왕진이나 방문진료 서비스가 제공됨.
- 2020년 기준으로 병원의 65.3%, 진료소의 34.3%가 의료보험에서 보장하는 재택의료 서비스를 제공하고 있음.
 - 일본의 재택의료에 따른 수가는 우리나라와는 달리 원거리 가산을 포함한 여러 종류의 가산을 허용하고 있어 민간의료기관에서 재택의료에 보다 적극적으로 참여할 재정적 유인을 마련하고 있음.
 - 가산수가 적용 항목에는 원거리(16km 초과 지역), 진료시간(1시간 초과), 긴급왕진, 공휴일·야간, 임종 진료 등이 있음.
 - 일본은 365일, 24시간 운영되는 ‘방문진료 전문진료소’가 있어 재가환자의 경우에도 필요시 즉각적인 의료이용이 가능함.
 - ‘방문진료 전문진료소’는 단독으로 운영되기도 하지만, 기관 간 협력으로 24시간 체제를 구축하고, 여러 개의 진료소 또는 200병상 미만의 병원과 연계하여 의료기관 간 제휴를 통해 서비스를 제공하고 있어 재가환자에 대한 단절 없는 서비스 제공을 위한 체계를 마련하고 있음.
 - 방문진료 횟수는 일반적으로 1~2주에 1회이나 예외적 상황에서는 1개월에 14일까지 방문이 가능하도록 하여 환자의 상황에 따라 적절한 대응이 가능

하도록 제도가 마련되어 있음.

○ 또한 상대적으로 우리나라에 비해 재택의료 수가가 높으나 75세 이상 노인 환자에 대해서는 본인부담금의 10%만 부담하도록 경감해주고 있음.

- 일본에서 재택의료를 이용하는 환자 중 90% 이상이 75세 이상 후기 고령노인임을 감안하면(고정민, 2022. 6. 29.), 재택의료 이용자 대부분에 대해 환자가 직접 내는 비용에 대한 부담을 낮춰주고 있는 것으로 보임.

□ 우리나라에서 현재 실시 중인 방문진료 관련 시범사업의 경우 농촌 지역 소재 의료기관의 참여가 극히 낮을 뿐 아니라 대부분 사업 추진기반이 미약해 적극적으로 방문진료를 수행한다고 보기 어려움.

○ 농촌 지역 민간 일차의료기관들은 대부분 단독개원의 형태로 운영되는 등 방문진료에 참여할 여건이나 동기가 부족하고, 방문진료 시범사업 참여 기관들도 원거리 환자에 대한 방문은 대체로 꺼리는 상황임.

□ 현재 시점에서 방문진료는 의료접근성이 취약한 농촌 주민, 그 중에서도 특히 거동이 불편하여 의료필요에도 불구하고 의료기관 방문이 어려운 재가환자에 대한 건강관리와 삶의 질 제고에 목적을 두고, 포괄적이고 연속적인 의료서비스 제공을 목표로 삼을 필요가 있음.

○ 현재 진행되고 있는 '노인장기요양 재택의료센터 시범사업'의 경우 노인장기요양 1~4등급자에 대해서만 서비스를 제공하고 있어 재가 노인 전체를 포괄하지 못하는 한계가 있고, '일차의료 방문진료 수가 시범사업'의 경우 원칙적으로 모든 거동 불편 환자를 대상으로 서비스가 제공되고 있으나, 농촌 지역 소재 의료기관 참여는 극히 낮은 수준임.

□ 농촌 지역 주민에 대한 단절 없는 건강관리 서비스 제공을 위해 재가환자에 대한 방문진료가 반드시 필요하지만, 우리나라의 제도적 여건상 투입가능한 자원은 한계가 있으므로 가용자원과 기존 시범사업들과의 차별성 등을 고려하여 단계적인 접근을 시도할 필요가 있음.

- 농촌 지역 방문진료 사업이 성공적으로 정착하고 점차적으로 확대될 수 있도록 방문진료 대상자, 방문진료 사업 대상 지역, 방문 서비스 측면에서 단계적으로 접근할 필요가 있음.
- 농촌 지역의 부족한 의료자원을 보완하고 농촌 지역 주민의 건강을 관리하기 위해서는 의료지원과 복지지원이 모두 필요한 재가 노인의 특성을 반영하여 의료기관 단독으로 방문진료 사업을 실시하기 보다는 지역의 복지자원과 연계하여 재가 환자의 발굴과 건강관리를 위한 협조체계를 구축할 필요가 있음.
- 특히 사업 초기 방문진료 인프라가 충분하지 않은 상황에서 환자와 가족들이 방문진료를 받기 위해 필요한 정보를 구체적으로 얻기 힘든 경우가 많으므로 재가요양기관이나 읍면동 사회복지사 등과의 연계나 협조체계를 구축하는 것이 효과적임.
 - 즉, 유관 기관에서는 재가 노인 중 미충족 의료 필요가 있는 환자를 발굴하고, 방문진료 의료기관에서 필요한 의료서비스 제공 후에는 다시 유관 기관과의 협력을 통해 평상시 환자의 상태와 증상에 대한 정보를 공유하는 것이 효율적으로 사업을 추진하는 기반이 될 수 있음.



<국내문헌>

- 강은나, 이윤경, 임정미, 주보혜, 배혜원. (2019). 2019년도 장기요양실태조사. 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 강혜규, 김세진, 어유경, 이한나, 전진아, 김동진, ... 허현숙. (2021). 증장기 지역사회 통합돌봄 추진 전략 수립 지원 연구. 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 고정민. (2022. 6. 29.). [창간특집] 2025년이 두려운 일본, 재택의료에서 길을 찾다. 청년의사. <http://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=2024486>에서 인출.
- 고정민. (2022. 6. 30.). [창간특집] 연매출 1000억? 동네의원도 반기는 재택의료 프랜차이즈. 청년의사. <http://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=2024563>에서 인출.
- 고정민. (2022. 7. 1.). [창간특집] 노벨상 항암물질 발견자가 재택의료 뛰어든 이유. 청년의사. <http://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=2024606>에서 인출.
- 고정민. (2022. 7. 4.). [창간특집] 고독한 일본 방문진료 현장 벽 넘어설 힘은? 청년의사. <http://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=2024673>에서 인출.
- 국민건강보험공단. (2021). 「지역별의료이용통계」 시군구(서울, 인천, 경기, 강원)별 의료인력 현황. https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=350&tblId=TX_35003_A020&conn_path=I3에서 인출.
- 국민건강보험공단. (2021). 「지역별의료이용통계」 시군구(광주, 전북, 전남, 제주)별 의료인력 현황. https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=350&tblId=TX_35003_A078&conn_path=I3에서 인출.
- 국민건강보험공단. (2021). 「지역별의료이용통계」 시군구(부산, 대구, 울산, 경북, 경남)별 의료인력 현황. https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=350&tblId=TX_35003_A107&conn_path=I3에서 인출.
- 국민건강보험공단. (2021). 「지역별의료이용통계」 시군구(대전, 세종, 충북, 충남)별 의료인력 현황. https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=350&tblId=TX_35003_A049&conn_path=I3에서 인출.
- 김남훈, 김태완, 나현수. (2020). 2020 농어촌 서비스기준 이행실태 점검·평가. 농림축산식품부, 한국농촌경제연구원.
- 김은영. (2021. 3. 29.). 일본의 임상외과가 쏘아 올린 '재택형 의료병상' 의료난민 구할까? 청년의사. h

- <http://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=2009076>에서 인출.
- 김진용. (2022). 농촌마을 주치의제 사례와 시사점. NH농협조사연구, 2022 여름 통권 제8호, 101-132.
- 김창오, 장숙량, 서동민, 이해진, 홍종원, 이태훈, 이자경, 최은희. (2021). 지역사회 거주지원을 위한 의료-요양 서비스 연계강화 방안 - 재택의료 활성화 방안 중심. 보건복지부·성공회대학교 산학협력단.
- 김창오. (2020). 거동불편대상자를 위한 방문진료의원 모형: 1년 6개월 간의 운영사례 보고. 한국노년학, 40(6), 1403-1428.
- 농림축산식품부. (2023). 2022년 농업인행복버스 운영실적 내부 자료.
- 농민신문. (2020. 12. 11.). 농촌지역 마을주치의제도 적극 도입해야.
<https://www.nongmin.com/article/20201210330369>에서 인출.
- 농촌진흥청 국립농업과학원. (2022). 2021 농어업인 등에 대한 복지실태 조사보고서.
- 농협중앙회. (2022). 2022년 농업인행복버스 운영사업 변경계획서.
- 정명관. (2020. 1. 20.). 노인 의료비 증가하고 상급병원 쏠림 현상 심화, 주치의 제도 도입 필요. 메디게이트뉴스. <https://m.medigatenews.com/news/1951797788>에서 인출.
- 문정주, 이태호, 광미영, 나백주, 성상모. (2013). 지역별 의료실태 분석을 통한 의료취약지 도출 방안 연구. 국립중앙의료원.
- 박기수, 나백주, 임정수. (2010). 의료취약지 선정기준에 관한 연구. 보건복지부.
- 보건복지부. (2021). 2020 보건복지백서.
- 보건복지부. (2022). 2022 보건복지통계연보.
- 보건복지부 복지정책과. (2022. 8. 18.). 지역사회 통합돌봄 선도사업 지역 보건의료 특화프로그램 확대 시행. http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=372616에서 인출.
- 보건복지부. (2023. 1. 31.). 필수의료지원대책-중증응급, 분만, 소아진료 중심으로-.
- 보건복지부. (2023. 2. 8.). 28개 의료기관 장기요양 재택의료센터 본격 출발.
https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=374901에서 인출.
- 보건복지부. (2023. 3. 13.). 비대면진료 3년, 1,379만 명의 건강을 보호했습니다. 의원급 의료기관 86.1% 재진 81.5% 실시. <https://www.korea.kr/news/pressReleaseView.do?newsId=156556897>에서 인출.
- 보건복지부, 국민건강보험공단. (2022). 장기요양 재택의료센터 시범사업 지침.
- 보건복지부, 한국건강증진개발원. (2022). 2022년 지역사회 통합건강증진사업 안내-방문건강관리.

- 보건복지부, 한국건강증진개발원, 한국사회보장정보원, (2021), 2021년도 AI·IoT 기반 어르신 건강관리 시범사업 안내.
- 보건복지부 홈페이지. (2022). 요양보험제도.
https://www.mohw.go.kr/react/policy/index.jsp?PAR_MENU_ID=06&MENU_ID=06390301&PAGE=1&topTitle=에서 2022. 12. 1. 인출.
- 안수란, 김동진, 김은정, 어유경, 오옥찬, 이상정, ... 이주민. (2021). 미래 사회서비스 일자리 발굴 연구. 한국보건사회연구원.
- 양숙자, 한영란, 함옥경, 이진아, 김서현, 하재영. (2021). 농어촌 지역의 대상자 중심 통합방문형 간호서비스 모형 개발. 한국보건간호학회지, 35(1), 5-18.
- 오영인, 임지연, 강태경. (2019). 일본의 재택의료 현황과 시사점. 대한의사협회 의료정책연구소.
- 이만우. (2009). 고령사회 대비 주치의제도 도입 검토. 국회입법조사처 현안보고서, (61), 1-51.
- 이태호, 신한수, 임지완, 정승환. (2021). 2021년 의료취약지 모니터링 연구. 보건복지부·국립중앙의료원.
- 임정미. (2018). 일본의 지역포괄케어시스템: 지역포괄지원센터를 중심으로. 국제사회보장리뷰, (5), 67-77.
- 장숙량. (2022). 방문건강관리사업 고도화 방안: “통합방문건강관리센터”.
- 조승연. (2022). 지방의료원의 역량 강화 방안. 보건복지포럼, 통권 제311호, 23-35.
- 최재우, 김창오. (2022). 거동불편 사유로 인한 미충족 의료의 규모와 관련 요인 탐색 연구: 방문의료 대상자 추계를 위한 근거. 보건행정학회지, 32(1), 53-62.
- 한국건강증진개발원. (2016). 시도별 지역보건 취약지역 보고서.
- 한영란, 양숙자, 함옥경, 이진아, 김서현, 하재영. (2020). 국외 커뮤니티 케어의 방문간호서비스 사례 분석. 한국보건간호학회지, 34(1), 5-21.
- <국외문헌>
- 시바하라 케이이치. (2021). 초고령사회 일본, 재택의료를 실험하다. (장학, 옮김). 서울: 청년의사. (원본 출판 2018년)
- Kim CO, Jang S. (2020). Who Are the People Willing to Pay for Physician Home Visits? J Korean Med Sci 35(20), e158(<https://doi.org/10.3346/jkms.2020.35.e158>)
- New England Journal of Medicine. (2017). What Is Patient-Centered Care? <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.17.0559>에서 2023. 2. 1. 인출.
- 일본방문간호재단. (2021). 일본의 방문간호제도. 공익재단법인 일본방문간호재단.
- 日本医師会総合政策研究機構. (2017). 第2回 診療所の在宅医療機能調査.

<https://www.jmari.med.or.jp/result/working/post-614/>에서 2023. 2. 1. 인출.
株式会社日本能率協会総合研究所. (2018). 在宅医療連携モデル構築のための実態調査 報告書.
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000341065.pdf>에서 2023. 2. 1.
인출.

〈법령〉

공공보건의료에 관한 법률, 법률 제18411호 (2011). <https://www.law.go.kr/법령/공공보건의료에관한법률에서> 2023. 2. 1. 인출.

국민건강보험법, 법률 제19123호 (2023). <https://www.law.go.kr/법령/국민건강보험법에서> 2023. 2. 1. 인출.

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 보건복지부령 제914호 (2022).

<https://www.law.go.kr/LSW/lsInfoP.do?lsiSeq=245035#0000>에서 2023. 2. 1. 인출.

노인장기요양보험법, 법률 제18610호 (2021).

<https://www.law.go.kr/법령/노인장기요양보험법에서> 2023. 2. 1. 인출.

병역법, 법률 제19081호 (2022).

<https://www.law.go.kr/%EB%B2%95%EB%A0%B9/%EB%B3%91%EC%97%AD%EB%B2%95>에서 2023. 2. 1. 인출.

지역보건법, 법률 제18418호 (2021). <https://www.law.go.kr/법령/지역보건법에서> 2023. 2. 1. 인출.

인구감소지역 지원 특별법, 법률 제18877호 (2023).

law.go.kr/LSW/lsInfoP.do?lsiSeq=242885&viewCls=lsRvsDocInfoR#에서 2023. 2. 1. 인출.

인구감소지역 지정 고시, 행정안전부고시 제2021-66호 (2021).

<https://www.law.go.kr/admRulInfoP.do?admRulSeq=2100000208610>에서 2023. 2. 1. 인출.

충청남도 건강증진 및 만성질환 예방관리 조례, 충청남도조례 제4080호 (2015).

[https://www.law.go.kr/%EC%9E%90%EC%B9%98%EB%B2%95%EA%B7%9C/%EC%B6%A9%EC%B2%AD%EB%82%A8%EB%8F%84%EA%B1%B4%EA%B0%95%EC%A6%9D%EC%A7%84%EB%B0%8F%EB%A7%8C%EC%84%B1%EC%A7%88%ED%99%98%EC%98%88%EB%B0%A9%EA%B4%80%EB%A6%AC%EC%A1%B0%EB%A1%80/\(4080,20151230\)](https://www.law.go.kr/%EC%9E%90%EC%B9%98%EB%B2%95%EA%B7%9C/%EC%B6%A9%EC%B2%AD%EB%82%A8%EB%8F%84%EA%B1%B4%EA%B0%95%EC%A6%9D%EC%A7%84%EB%B0%8F%EB%A7%8C%EC%84%B1%EC%A7%88%ED%99%98%EC%98%88%EB%B0%A9%EA%B4%80%EB%A6%AC%EC%A1%B0%EB%A1%80/(4080,20151230))에서 2023. 2. 1. 인출.