

발 간 등 록 번 호
G000EF6-2019-151

지역균형 재활의료기관 확충방안 마련 연구

연구책임 : 정형선

연세대학교 의료·복지연구소

(Yonsei Institute of Health and Welfare)

제 출 문

건강보험심사평가원장 귀하

이 보고서를 “지역균형 재활의료기관 확충방안 마련 연구용역” 과제
의 보고서로 제출합니다.

2019. 12.

주관연구기관 : 연세대학교 의료복지연구소

연구책임자 : 정 형 선

연구원 : 김 현 배

유 지 현

연구보조원 : 민 하 주

김 희 년

김 소 연

이 창 건

목 차

제1장 연구의 배경, 목적 및 재활의료의 현황	3
가. 연구의 배경	3
나. 연구의 목적	5
다. 재활의료의 현황	6
(1) 재활 기관	6
(2) 재활 인력	13
(3) 재활 수가	19
(4) 현행 재활의료의 한계	38
제2장 시범사업 평가	45
가. 시범사업 개요	45
나. 시범사업 평가	51
(1) 분석방법	52
(2) 평가지표	54
(3) 분석결과	64
다. 종합	87
제3장 일본의 사례	91
가. 재활서비스의 제공체계	91
(1) 지역연계 크리티컬패스	91
(2) 병상구분과 재활서비스	96
나. 재활서비스에 대한 보상	99
(1) 일본 재활 수가의 역사적 전개	99
(2) 재활서비스 보상의 현황 및 시사점	129
제4장 재활기능 정립방안, 소요병상수 추계 및 확충방안	147
가. 급성기-회복기-유지기 재활기능 정립 및 연계방안	147
(1) 재활서비스의 제공체계: 환자 단계별 재활서비스	147
(2) 수가체계 모형	162
나. 지역별 소요 병상수 추계	186

(1) 추계의 필요성	186
(2) 추계 방법	187
(3) 추계 결과	196
다. 재활의료기관(병상)의 확충	203
(1) 회복기재활병상의 수급 상황	203
(2) 재활의료기관(병상)의 확충	205

〈표 차례〉

〈표 1〉 권역별 재활병원 (6개소)	6
〈표 2〉 보건복지부 인증 전문재활병원 10개소(2018.1.1.~2020.12.31.)	7
〈표 3〉 재활의료기관 지정운영 시범사업 참여기관 (2018.01.01.)	7
〈표 4〉 의료기관 종별 병상 규모별 의료기관 수	8
〈표 5〉 지역사회 중심 재활사업의 내용	9
〈표 6〉 재활사업 수행 보건소 현황	10
〈표 7〉 장애인 지역사회재활시설 운영현황	11
〈표 8〉 장애인 거주시설 및 입소현황	12
〈표 9〉 의사 인력 현황	13
〈표 10〉 전문의 시험 합격률	14
〈표 11〉 의료기관 종별 재활의학과 전문의 현황	15
〈표 12〉 면허등록 의료기사 및 안경사 수	16
〈표 13〉 병원 및 요양병원의 물리치료사 및 작업치료사 인력 현황	16
〈표 14〉 의료기사 국가시험 합격현황	17
〈표 15〉 종별 의료기관의 최소 인력기준	18
〈표 16〉 제1절 기본물리치료료	21
〈표 17〉 제2절 단순재활치료료	22
〈표 18〉 제3절 전문재활치료료	25
〈표 19〉 기타 이학요법료	28
〈표 20〉 시범사업 대상환자	46
〈표 21〉 재활손상 대분류	47
〈표 22〉 시범사업 인력기준(세부)	48
〈표 23〉 시범사업 기준 치료실 필수장비	48
〈표 24〉 환자분류체계 해당질병군	49
〈표 25〉 환자구성비율 적용 기준	49
〈표 26〉 재활병원 지정기관 현황	50
〈표 27〉 청구자료 테이블 추출 기준	52
〈표 28〉 시범사업 평가 환자 구분	53
〈표 29〉 시범사업평가지표	55

〈표 30〉 재택복귀율 분석대상 인원 수	62
〈표 31〉 손상 대분류별 기능평가 항목	63
〈표 32〉 시범사업 인력기준 미충족 기관 수(n=기관 수)	65
〈표 33〉 평균입원일수	66
〈표 34〉 에피소드 기준 환자 구성비율	68
〈표 35〉 입원 환자 수 기준 환자 구성비율	68
〈표 36〉 기관구분별, 기준일자별 재택복귀율	84
〈표 37〉 병상 구분별 기능	96
〈표 38〉 일본의 재활서비스 제공 기관과 적용 보험	98
〈표 39〉 재활에 관한 진료 보수의 추이	99
〈표 40〉 산정일수 상한의 제외 대상	124
〈표 41〉 시설기준의 완화	125
〈표 42〉 가산 신설	127
〈표 43〉 재활종합계획 평가료 신설 등	128
〈표 44〉 회복기재활병동입원료 수가의 추이	131
〈표 45〉 회복기재활을 필요로 하는 상태 및 산정일수 상한	132
〈표 46〉 일본 재활의료 산정점수	138
〈표 47〉 재활치료 시간 단위제 (안)	169
〈표 48〉 회복기 재활의료기관 시범사업 2단계 수가(안)	170
〈표 49〉 현행 재활의료기관 시범사업의 통합계획관리료	171
〈표 50〉 현행 재활의료기관 시범사업의 통합재활기능평가료	171
〈표 51〉 회복기 재활의료기관 시범사업 2단계 통합재활기능평가료 개선(안)	171
〈표 52〉 회복기 재활의료기관 시범사업 2단계 지역사회 연계수가 신설(안)	173
〈표 53〉 일본의 회복기 대상질환군	174
〈표 54〉 현행 재활의료기관 시범사업의 인력기준	178
〈표 55〉 급성기 병원 내 재활의학과 개설 기관 재활전문의 수	179
〈표 56〉 요양병원 내 재활의학과 개설 기관 재활전문의 수	179
〈표 57〉 현행 재활의료기관 시범사업의 시설기준	180
〈표 58〉 현행 재활의료기관 시범사업의 장비기준 및 개선(안)	181
〈표 59〉 KRIC 재활손상 대분류	189

〈표 60〉 (가군) 산출 기준 청구코드	190
〈표 61〉 (나군) 산출 기준 청구코드	190
〈표 62〉 (다군) 산출 기준 청구코드	191
〈표 63〉 지역별 회복기 재활의료 서비스 필요자 수	197
〈표 64〉 지역별 회복기 재활의료 필요 병상 수	202
〈표 65〉 재활의료 관련 한일 비교	204

〈그림 차례〉

〈그림 1〉 우리나라 인구 구조의 변화	3
〈그림 2〉 재활 행위급여 목록	19
〈그림 3〉 시범사업 평가모형	54
〈그림 4〉 재택복귀율 산출 식	60
〈그림 5〉 재택복귀율 산출에 사용된 ‘회복기 재활환자’의 조작적 정의	61
〈그림 6〉 기관별 평균 재활의학과 전문의 수	64
〈그림 7〉 지역별 기관 평균 재활의학과 전문의 수	65
〈그림 8〉 입원시기충족률	70
〈그림 9〉 입원시기·기간충족률	71
〈그림 10〉 환자기능개선-MMSE	72
〈그림 11〉 환자기능개선-MBI	74
〈그림 12〉 환자기능개선-SCIM	76
〈그림 13〉 환자기능개선-MMT	78
〈그림 14〉 환자기능개선-MAS	80
〈그림 15〉 환자기능개선-BBS	82
〈그림 16〉 재택복귀율(28일 기준)	84
〈그림 17〉 지역친화도	85
〈그림 18〉 지역환자구성비	86
〈그림 19〉 지역연계 크리티컬패스의 흐름과 진료보수	93
〈그림 20〉 단골의사·케어매니저에게 패스를 송부하는 경우	94
〈그림 21〉 계획관리병원·회복기 병원이 동일한 경우	94
〈그림 22〉 개호노인보건시설에 입소하는 경우	95
〈그림 23〉 일본 병상구조의 개편 방향	97
〈그림 24〉 재활의료의 흐름 (기능 분화)	98
〈그림 25〉 「고령자 재활 연구회」의 제언	104
〈그림 26〉 회복기재활병동의 병원수와 병상수의 연도별 추이	134
〈그림 27〉 질환별 입원환자 비율의 추이	135
〈그림 28〉 환자 에피소드별 재활서비스	148
〈그림 29〉 회복기 재활의료기관 지역사회 연계활동 흐름도	172

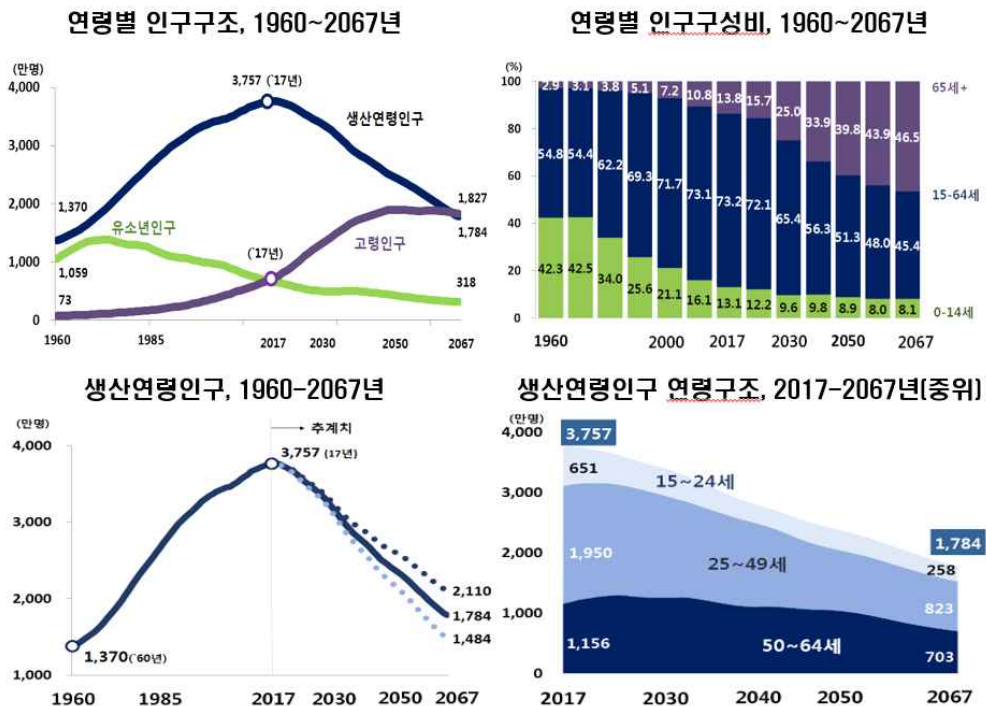
〈그림 30〉 소요 병상 수 추계 방법	187
〈그림 31〉 1단계: 조작적 정의	188
〈그림 32〉 2단계: 청구데이터 분석	191
〈그림 33〉 3단계: 소요 병상수 추정	192
〈그림 34〉 시도별 뇌졸중 및 척수손상 환자수와 지역별 인구수	197
〈그림 35〉 지역별 회복기 재활 필요자 수	198
〈그림 36〉 회복기 재활 대상자 평균 입원일수 산출	199
〈그림 37〉 지역별 병상 수 추계 결과 (좌: 1안, 우: 2안)	202
〈그림 38〉 재활병상 확충을 위한 의료기관의 재편	205
〈그림 39〉 회복기 재활필요 환자수와 고령화 인구비율	211

제1장 연구의 배경 및 재활의료의 현황

제1장 연구의 배경, 목적 및 재할의료의 현황

가. 연구의 배경

- 우리나라는 급속한 인구 고령화에 따라 만성·노인성 질환이 증가하는 추세로 특히, 국내 65세 이상 노인의 다빈도 사망 원인 중 3순위인 뇌혈관 질환은 생존 후에도 독립적인 일상생활이 어려운 장애를 남기는 질환임
 - 2017년 5,136만 명이고, 2028년 5,194만 명을 정점으로 감소를 시작함
 - 총부양비는 2017년 36.7명에서 2067년 120.2명으로 3.3배 증가



<그림 1> 우리나라 인구 구조의 변화

출처: 보건복지부(2019a)

○ 삶의 질(QOL)에 대한 기대는 높아지고 있는 반면, 급속한 인구고령화에 따라 질병패턴은 만성질환 중심으로 급격히 변하고 있으며, 효율 우선의 산업구조로 교통사고 및 산업재해는 늘어나고 있음

- 이러한 환경 변화에 따라 재활의료서비스의 수요가 팽창하고, 건강보험에서 차지하는 재활서비스의 중요성도 부각되고 있으며, 노인장기요양보험의 확대에 따라 재활서비스 재정립의 필요성도 커짐
- 재활치료가 필요하나 제대로 치료를 받지 못하고 이 병원 저 병원을 전전하는 소위 “재활난민” 문제가 사회문제로 부각되고 있음

○ 2017년 말부터는 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행령 및 동법 시행규칙」(2015.12.29.일 제정. 법률 제13661호)이 시행됨

- 정부는 이 법에 따라 장애인 건강검진 사업의 범위, 장애인 건강관리사업의 내용, 이동 및 이용 편의 제공, 장애인건강주치의 대상인 중증장애인의 범위 및 서비스 내용, 장애인건강검진기관 지정기준 및 절차, 의료인 외 장애인건강권 교육 실시 대상, 장애인보건의료센터 지정기준 및 절차 등 법률에서 위임된 사항과 그 시행에 필요한 사항을 정함
- 정부는 「장애인건강권법」을 시행하면서 재활치료가 필요하나 제대로 치료를 받지 못하고 이 병원 저 병원을 전전하는 소위 “재활난민” 문제를 해결하기 위해 재활의료체계 전반에 대해 체계적 정비로하기로 결정하고, 관련하여 2017년 10월부터 재활의료기관 시범사업을 실시함. 「장애인건강권법」을 회복기 재활의료체계의 도입 계기로 활용하게 됨

장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률

제18조(재활의료기관의 지정 등) ① 보건복지부장관은 「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료기관 중에서 보건복지부령으로 정하는 시설·인력·장비 등의 기준을 갖춘 병원을 재활의료기관으로 지정할 수 있다.

○ 2017년 10월부터 2018년 12월 31일까지 전국의 15개 의료기관을 대상으로 1차 재활의료기관 시범사업이 수행됨

나. 연구의 목적

- 2019년 하반기 본사업 시행을 앞두고 시범사업 전체 기간(2017.10-2018.12)에 걸친 재활의료기관 지정운영사업의 적정성을 검토, 평가함 (신용일(2018)은 2017년 10월부터 2018년 4월 사이에 수집된 재활환자평가표만을 대상으로 하였으나 본 연구에서는 시범사업 전 기간을 대상으로 하게 됨)
 - 구조(structure), 과정(process), 결과(outcome) 평가지표의 개발 및 이에 따른 시범사업을 분석하여 제도 개선방안을 모색함
- 인구고령화에 따른 단계별(지정주기별) 재활수요를 파악하여 재활의료기관 확충 계획 수립의 근거 마련함
 - 건강보험심사평가원 자료를 활용하여 뇌졸중, 척수손상 등 재활의료기관 시범사업 대상 질환의 발생률을 분석함으로써 전문재활의료서비스 제공에 필요한 지역별 소요병상수를 추계함
 - 기존의 연구결과와 일본의 회복기 병상 운영 경험 등을 참고하여 소요병상수를 추정함

다. 재활의료의 현황¹⁾

(1) 재활 기관

(가) 재활병원

○ 현재 재활병원의 명칭을 사용하고 있는 의료기관은 총 31개소로, 약 5100병상에 불과한 상황임

- 권역별 재활병원

<표 1> 권역별 재활병원 (6개소)

구분	경인	강원	충청	호남	영남	제주
기관 명칭	경인의료재활 센터병원	강원재활병원	대전충청권역 의료재활센터	호남 권역재활병원	영남 권역재활병원	제주 권역재활병원
위치	인천광역시 연수구	강원도 춘천시	대전광역시 충구	광주광역시 북구	경상남도 양산시	제주특별자치 도 서귀포시
연면적	16,644.99㎡	13,421㎡	17,542.06㎡	17,002.57㎡	14,038㎡	19,019㎡
병상수	150병상	165병상	152병상	156병상	150병상	150병상
운영 방법	공동운영	위탁운영	자체운영	위탁운영	자체운영	위탁운영
운영 기관	대한적십자사, 인천광역시	강원대학병원	충남대학병원	조선대학교 병원	양산부산 대학병원	서귀포의료원

출처: 보건복지부(2017b)

1) 재활병원의 위치를 파악하는데 도움이 된다고 판단하여 국민건강보험공단(2018)에서 관련 부분을 인용하여 정리함

- 전문재활병원

<표 2> 보건복지부 인증 전문재활병원 10개소(2018.1.1.~2020.12.31.)

전문 재활병원 (현재)	<국공립>		
	국립재활원	서울 강북구	
	서울재활병원	서울 은평구	
	근로복지공단 대구병원	대구 북구	
	<사립>		
	의료법인춘혜의료재단 명지춘혜병원	서울 영등포구	
	분당리스크재활전문병원	경기 성남시	
	미추홀요양병원	인천 남동구	
	사회복지법인 성화대전요양병원	대전 유성구	신규
	의료법인리노의료재단유성웰니스요양병원	대전 유성구	
	남산병원	대구 중구	
	휴엔유병원	경기 부천시	신규

출처: 보건복지부(2017c)

- 재활의료기관 지정운영 시범사업 참여기관

<표 3> 재활의료기관 지정운영 시범사업 참여기관 (2018.01.01.)

지 역	기 관 명
서울(3)	국립재활원
	의료법인춘혜의료재단 명지춘혜병원
	청담병원
경기(5)	로체스터병원
	린병원
	분당리스크재활전문병원
	브래덤병원
	휴엔유병원
강원도(1)	강원도재활병원
충남(1)	다우리병원
광주전남(1)	호남권역재활병원
대구경북(1)	남산병원
부산경남(2)	의료법인영재의료재단 큰술병원
	파크사이드재활의학병원
제주(1)	제주권역재활병원

출처: 보건복지부(2017d)

전체 의료기관의 현황

- 2018년 기준 의료기관은 총 35,096개로 상급종합병원 42개, 종합병원 311개, 병원 1,465개, 요양병원 1,560개, 의원 31,718개임
- <표 4>에서 보듯이 상급종합병원을 제외하고, 종합병원, 병원, 요양병원은 모두 증가 중임
 - 병원 중에서도 100병상 이상의 병원보다는 30~99병상의 병원이 더 많이 증가하고, 종합병원 중에서도 300병상 이상의 병원보다는 100~299병상의 증가가 큼. 이는 의원급 의료기관이 병원급 의료기관으로 이행하고 100병상 이상 병원이 종합병원으로 이행하고 있을 가능성을 보여줌
 - 요양병원의 경우 30~99병상은 연평균 8.1%씩 감소하고 300병상 이상은 2011년~2016년 연평균 31.5%씩 급격하게 증가하고 있어 대형화 양상을 보임

<표 4> 의료기관 종별 병상 규모별 의료기관 수

종별		2011	2016	2011~2016 연평균 증감율(%)
상급종합병원		44	43	-0.5
종합병원	500~	51	54	1.1
	300~499	64	66	0.6
	100~299	160	178	2.2
병원	100~	658	657	0
	30~99	717	857	3.6
요양병원	300~	31	122	31.5
	100~299	598	1,071	12.4
	30~99	359	235	-8.1
의원	병상 유	6,731	5,791	-3.0
	병상 무	21,106	24,501	3.0
계		30,519	33,575	1.6

출처: 보건복지부(2017a)

(나) 재활사업 수행 보건소

- 우리나라는 보건소에서 지역사회 중심 재활사업을 수행하고 있는바, 이는 의사, 간호사, 사회복지사, 물리치료사 등이 협력하여 원활하고 지속적인 재활 서비스를 제공함으로써 장애인의 사회복귀를 도모하기 위한 것임

<표 5> 지역사회 중심 재활사업의 내용

구분	내용
장애인 건강보건 관리사업	○건강증진 프로그램 - 장애인 건강검진 지원 서비스 - 장애인 건강관리 서비스 - 장애인 건강보건정보 서비스 - 장애인 및 가족 건강교육 ○재활치료 프로그램 - 거동불능 장애인 방문재활 - 이동가능장애인 재활교실 - 장애아동 재활교실
장애인 사회참여사업	- 장애별 자조모임 - 재활스포츠/레크레이션 - 가족지지/동료상담 - 외출/나들이/체험프로그램 - 운전교육 프로그램 - 취미활동 프로그램
장애발생 예방사업	○장애발생예방 교육 - 낙상예방교육, 뇌졸중예방교육, 교통안전교육, 산업안전교육, 허약노인장애예방 ○장애체험 교육 - 시각장애의 봉사체험, 소감문 작성, 지체장애의 휠체어 등 체험
기타사업	- 가옥내 편의시설 지원 서비스: 가옥진단, 안전바, 문턱제거, 경사로 등 편의시설 설치 - 장애인 운전지원서비스 - 보건소 연계사업(지역사회 통합건강증진사업 연계서비스)
지역사회재활협의체 구축, 연계병원 퇴원관리 상담활동	- 권역별 협의체, 지역 협의체, 보건소 내 지역사회 재활협의체 구축 및 활동

자료: 국립재활원 웹사이트(2018)

- 우리나라의 지역사회 중심 재활사업은 1993년 경기 및 서울 지역의 보건소에서 지역사회 중심 재활교육을 하면서 시작됨
- 2013년 지역사회통합건강증진사업으로 보건사업이 통합되기 시작했고, 2017년에는 필수사업으로 지정되면서 2018년 전국에 254개의 재활사업 운영보건소가 있음

<표 6> 재활사업 수행 보건소 현황

연도	개수
2004년	전국 거점보건소 20개소
2005년	전국 거점보건소 25개소
2006년	전국 거점보건소 45개소
2011년	전국 거점보건소 60개소
2013년*	전국 재활사업 운영보건소 86개소
2014년	전국 재활사업 운영보건소 113개소
2015년	전국 재활사업 운영보건소 142개소
2016년	전국 재활사업 운영보건소 170개소
2017년**	전국 재활사업 운영보건소 254개소

*주: 지역사회통합건강증진사업으로 보건사업이 통합됨

**주: 필수사업 지정

자료: 국립재활원 웹사이트(2018)

- 국내 재활사업 운영보건소에서 중점적으로 관리하는 대상자는 재가 장애인 중 건강관리와 재활 등 서비스를 지속적으로 필요로 하거나 2차 장애예방(심질환, 당뇨, 고혈압) 및 안전관리가 필요한 사람임. 고령이나 만성질환으로 재활관리가 필요한 사람도 포함됨. 즉 회복기에서 만성기에 있는 사람을 재활사업 대상으로 규정하고 있음

(다) 장애인 지역사회재활시설

○ 장애인복지관은 지역사회에서 생활하고 있는 장애인을 대상으로 하여 의료 재활, 직업재활, 교육재활, 재가복지서비스 등 종합적인 재활서비스를 제공하는 대표적인 장애인 지역사회 재활시설임

- 장애인복지관의 수는 지속적으로 늘어나고 있으며 2018년 241개소임

<표 7> 장애인 지역사회재활시설 운영현황

(단위: 개소)

구분	계	복지관	의료 재활 시설	주간 보호 시설	단기 보호 시설	공동 생활 가정	체육관	생활 이동 지원 센터	수화 통역 센터
2009	1,563	185	18	395	91	531	27	154	162
2010	1,701	191	18	443	103	589	27	154	176
2011	1,820	199	17	485	119	637	27	156	180
2012	1,106	205	-	526	-	-	28	156	191
2013	1,184	219	18	558	-	-	29	155	199
2014	1,213	223	18	592	-	-	29	156	193
2015	1,248	224	18	625	-	-	30	156	193
2016	1,303	231	20	663	-	-	34	159	194
2017	1,333	237	19	690	-	-	33	157	194
2018	1,373	241	19	724	-	-	33	159	195

자료: 보건복지부(2019b)

- 장애인 거주시설에는 장애유형별 거주시설, 중증장애인 거주시설, 장애영유아 거주시설, 장애인 단기거주시설, 장애인 공동생활가정 등이 포함됨
- 2012년에 장애인 생활시설(553개소), 장애인단기거주시설(128개소), 공동생활가정(667개소)이 통폐합된 장애인 거주시설은 2018년 1,527개로 늘어남

<표 8> 장애인 거주시설 및 입소현황

(단위: 개소, 명)

구분	시설수*	입소자		퇴소자				
		위탁자	무연고자	연고자 인도	취업	전원	사망	기타
2009	397	1,371	464	510	62	440	219	111
2010	452	3,772	988	474	48	394	220	136
2011	490	4,158	2,322	472	34	317	198	161
2012	1,348	6,604	1,423	1,243	77	659	290	457
2013	1,397	5,181	1,125	1,098	67	551	274	373
2014	1,457	5,624	1,736	1,071	95	638	249	305
2015	1,484	2,720	442	1,273	86	779	267	262
2016	1,505	3,790	613	2,009	68	651	274	378
2017	1,527	2,849	559	1,429	42	547	244	293
2018	1,527	3,010	673	1,295	61	647	262	352

주: 1) 2011년 장애인복지법 개정으로 장애인생활시설, 장애인단기거주시설, 장애인공동생활가정이 장애인거주시설로 통폐합되었음.

2) 2014년 통계부터 장애종류 분류 개편(지체 → 지체 및 뇌병변, 정신지체 → 지적 및 자폐)

자료: 보건복지부(2019b)

(2) 재활 인력

○ 2018년 재활의학과 전문의는 2,025명, 재활 전공의 정원은 102명임

- 전체 전문의는 2018년 83,147명이며(내과 15,527명, 가정의학과 6,441명, 정형외과 6,117명, 외과 6,023명, 산부인과 5,692명의 순)

<표 9> 의사 인력 현황

(단위: 명)

구분	전문의 수	전공의 정원
계	83,147	3,302
내과	15,527	603
신경과	1,814	82
외과	6,023	180
정형외과	6,117	199
신경외과	2,750	89
흉부외과	1,088	48
성형외과	1,922	72
마취통증의학과	4,463	200
산부인과	5,692	143
소아청소년과	5,670	206
안과	3,340	103
이비인후과	3,835	104
피부과	2,157	69
비뇨기과	2,551	77
영상의학과	3,640	138
방사선종양학과	294	23
병리과	835	60
진단검사의학과	841	39
결핵과	60	1
재활의학과	2,025	102
핵의학과	233	20
가정학과	6,441	306
응급의학과	1,633	164
예방의학과	181	20
정신건강의학과	3,506	124
직업환경의학과	509	35

자료: 통계청 웹사이트(2019), 대한병원협회(2019)

○ 2018년 전문의 합격자 3,073명 중 재활의학과 전문의 합격자 수는 119명이었음. 2018년 재활의학과 의 응시자는 124명, 합격자는 119명으로 합격률은 96%이었음

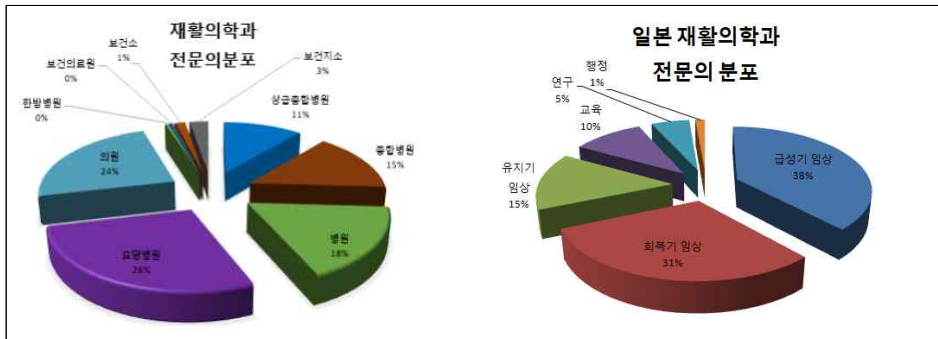
<표 10> 전문의 시험 합격률

(단위: 명)

구분	2016			2017			2018		
	응시	합격	%	응시	합격	%	응시	합격	%
내 과	693	670	96.7	693	670	96.7	589	580	98.5
외 과	145	145	100	145	145	100	134	133	99.3
정형외과	256	245	95.7	256	245	95.7	239	230	96.2
신경외과	108	108	100	108	108	100	91	91	100
흉부외과	19	19	100	19	19	100	29	29	100
성형외과	92	88	95.7	92	88	95.7	86	83	96.5
마취통증의학과	219	211	96.4	219	211	96.4	222	185	83.3
산부인과	100	100	100	100	100	100	131	131	100
소아청소년과	221	221	100	221	221	100	219	219	100
안 과	156	155	99.4	156	155	99.4	115	115	100
이비인후과	127	125	98.4	127	125	98.4	116	114	98.3
피부과	81	81	100	81	81	100	84	83	98.8
비뇨기과	39	39	100	39	39	100	23	23	100
병리과	34	31	91.2	34	31	91.2	30	29	96.7
진단검사의학과	31	30	96.8	31	30	96.8	27	26	96.3
결핵과	0	0	-	-	-	-	-	-	-
재활의학과	127	127	100	127	127	100	124	119	96
예방의학과	15	13	86.7	15	13	86.7	11	11	100
영상의학과	161	155	96.3	161	155	96.3	153	149	97.4
방사선종양학과	11	9	81.8	11	9	81.8	18	18	100
신경과	91	88	96.7	91	88	96.7	95	93	97.9
정신건강의학과	164	148	90.2	164	148	90.2	156	142	91
가정의학과	319	299	93.7	319	299	93.7	314	290	92.4
직업환경의학과	34	34	100	34	34	100	31	31	100
핵의학과	19	19	100	19	19	100	10	10	100
응급의학과	151	148	98.0	151	148	98	141	139	98.6
총계	3,413	3,308	96.5	3,413	3,308	96.5	3,188	3,073	97.5

자료: 보건복지부(2019b)

- 우리나라에서 재활의학과 전문의는 병원과 의원보다 만성기(요양)병원에 더 많이 근무하고 있음
 - 참고로, 일본은 대부분의 재활의학과 의사가 급성기(38%)와 회복기(31%) 진료를 담당



출처: 건강보험심사평가원(2019), 高橋素彦(2010)

- 재활의학과 전문의는 2018년 2,012명에서 2019년 2,122명으로 증가함
 - 연도별로 재활의학과 전문의 28%-29%가 요양병원에서 근무하고 있음

<표 11> 의료기관 종별 재활의학과 전문의 현황

(단위: 명, %)

종별	계	상급종합	종합병원	병원	요양병원	의원	보건 의료원	보건 소	보건 지소	한방 병원
2017	1954 (100)	216 (11.1)	290 (14.8)	345 (17.7)	542 (27.7)	464 (23.7)	8 (0.4)	10 (0.5)	28 (1.4)	51 (2.6)
2018	2012 (100)	211 (10.5)	301 (15)	362 (18)	576 (28.6)	489 (24.3)	12 (0.6)	9 (0.4)	16 (0.8)	36 (1.8)
2019	2122 (100)	228 (10.7)	314 (14.8)	380 (17.9)	606 (28.6)	556 (26.2)	13 (0.6)	6 (0.3)	6 (0.3)	13 (0.6)

주) 건강보험심사평가원 요양기관현황 신고 자료. 해당 연도 6월 말 기준. (2017~2019)

- 2018년 물리치료사는 66,999명, 작업치료사는 16,650명이고, 임상병리사 58,665명, 치과위생사 79,230명, 안경사 43,376명을 포함한 전체 의료기사 및 안경사는 2018년 면허등록자 기준으로 총 369,135명이었음

<표 12> 면허등록 의료기사 및 안경사 수

(단위: 명)

연도	총계	임상 병리사	방사 선사	물리 치료사	작업 치료사	치과 기공사	치과 위생사	의무 기록사	안경사
2005	171,160	36,609	22,237	25,498	1,643	20,202	28,153	10,818	26,000
2010	236,117	43,348	29,885	38,247	5,390	26,872	43,733	15,424	33,218
2017	351,279	56,238	42,736	62,586	14,727	34,199	74,589	23,907	42,297
2018	369,135	58,665	44,654	66,999	16,650	34,953	79,230	24,608	43,376

자료 : 보건복지부(2019b)

- 병원 및 요양병원의 물리치료사, 작업치료사를 비교해 보면, 작업치료사가 요양병원에 상대적으로 더 많이 분포(2019년 58.6%)하는 것으로 나타남
- 건강보험 요양급여비용 수가에서 물리치료사는 통증완화 목적의 단순 물리 치료료를 산정할 수도 있으나, 작업치료사는 전문재활치료료에 한하여 산정 가능한 점이 반영된 것으로 보임

<표 13> 병원 및 요양병원의 물리치료사 및 작업치료사 인력 현황

(단위: 명, %)

구분	물리치료사			작업치료사		
	계	병원	요양병원	계	병원	요양병원
2017	14,063 (100)	7,280 (51.8)	6,783 (48.2)	5,193 (100)	2,110 (40.6)	3,083 (59.4)
2018	15,045 (100)	7,874 (52.3)	7,171 (47.7)	5,452 (100)	2,261 (41.5)	3,191 (58.5)
2019	16,139 (100)	8,495 (52.6)	7,644 (47.4)	6,093 (100)	2,521 (41.4)	3,572 (58.6)

주) 건강보험심사평가원 요양기관현황 신고 자료. 해당 연도 6월말 기준. (2017~2019)

○ 의료기사 국가시험 합격자 현황은 <표 14>과 같은바, 2018년 물리치료사 합격자는 4,469명, 작업치료사 합격자는 1,780명임

<표 14> 의료기사 국가시험 합격현황

(단위: 명)

의료기사		임상 병리사	방사 선사	물리 치료사	작업 치료사	치과 기공사	치과 위생사	의무 기록사
2005	응시자	2,269	2,100	2,818	655	1,630	2,790	1,467
	합격자	1,400	1,536	2,492	503	1,280	2,526	682
2010	응시자	2,372	2,399	3,481	1,199	1,649	3,943	2,037
	합격자	1,203	1,668	3,112	1,008	1,355	3,511	1,036
2018	응시자	2,927	2,548	4,999	2,022	1,208	5,639	2,959
	합격자	1,878	2,031	4,469	1,780	1,009	4,510	921

자료 : 보건복지부(2019b)

<참고> 의료기관의 인력기준과 정원

- 종합병원, 병원, 의원의 경우 의사는 입원환자 20명당 1인, 간호사는 입원환자 2.5명당 1인
- 정신병원의 경우 의사는 입원환자 60명당 1인, 간호사는 입원환자 13명당 1인
- 의원의 경우 입원환자가 없는 경우 간호사를 간호조무사로 대체할 수 있음

<표 15> 종별 의료기관의 최소 인력기준

	종합병원	병원	요양병원	의원	정신병원	정신과의원
의사	20 : 1 (외래환자 3명은 입원환자 1명)		40 : 1 (외래환자 3명은 입원환자 1명)	20 : 1 (외래환자 3명은 입원환자 1명)	60 : 1	
간호사	2.5 : 1 (외래환자 12명은 입원환자 1명)		6:1 (외래환자 12명은 입원환자 1명)	2.5 : 1 (외래환자 12명은 입원환자 1명, 입원환자가 5인 미만인 경우 간호조무사로 대체 가능)	13 : 1 (외래환자 3명, 낮병동 환자 2명은 입원환자 1명)	13 : 1 (입원환자가 5인 미만인 경우 간호조무사 로 대체 가능)
간호조무사			간호사 정원의 3분의 2 범위 내	간호사 정원의 2분의 1		간호사 정원의 2분의 1
약사	병원급 이상부터 1인 이상, 규모에 따라 배치기준이 달라짐					
영양사	1인		1인		1인	
의무기록사	1인					
사회복지사	1인					
(안전관련) 당직근무자			1인			

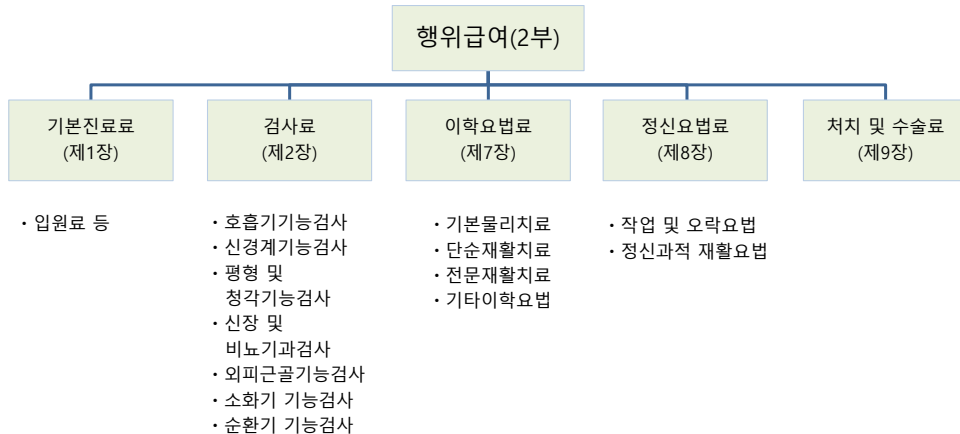
*비율은 입원환자 수 대비 인력 수 임

출처: 국민건강보험공단 · 서울대학교 산학협력단(2018)

(3) 재활 수가

- 건강보험심사평가원의 “건강보험요양급여비용”은 “제1편 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수”, “제2편 질병군 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수”, “제3편 요양병원 급여 목록 및 상대가치점수” 및 “제4편 호스피스 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수”로 구성됨
- “제1편 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수”는 행위의 급여 및 비급여 목록을 함께 규정하고 있음
 - 제1편은 제1부 “행위 급여 일반원칙”, 제2부 “행위 급여, 상대가치점수 및 산정지침”, 제3부 “행위 비급여 목록”으로 구성됨

(가) 급여 목록 (제2부)



<그림 2> 재활 행위급여 목록

- “제1장 기본진료료 (외래환자진찰료, 입원료)” 항목은 다른 진료과와 공통으로 적용되는 항목인바, 아급성기나 회복기의 재활서비스가 제공되는 입원에 대한 고려가 이루어지고 있지 않음
 - 재활병동이나 재활병상을 위한 별도의 고려가 되어있지 않음
- “제7장 이학요법료”가 주로 재활서비스와 관련되는 수가 항목을 포함하고 있음

1) 이학요법료 (제7장)

- “이학요법료”는 주로 재활의학의 업무 영역에 해당함. “제1절 기본물리치료료”, “제2절 단순재활치료료”, “제3절 전문재활치료료”, “제4절 기타 이학요법료”의 네 가지 범주별로 각각 개별서비스들이 열거되고 점수가 매겨져 있음
- 의사가 직접 실시할 수 있는 항목은 제2절 단순재활치료료의 운동점차단술 및 제3절 전문재활치료료의 근막동통유발점 주사자극치료(1부위) 및 근막동통유발점 주사자극치료(2부위 이상) 도합 3개 항목임
- 대부분은 물리치료사가 실시하는 항목이고 작업치료사 및 사회복지사가 실시하는 항목은 제3절 전문재활치료료에 포함되어 있음
 - 작업치료사 실시 항목은 제3절의 작업치료(단순, 복합 및 특수), 일상생활동작훈련치료, 연하장애재활치료, 연하재활 기능적 전기자극치료의 6개 항목임
 - 사회복지사 실시 항목은 제3절의 재활사회사업(개인력조사, 사회사업상담, 가정방문)의 3개 항목임

□ 기본물리치료료 (제1절)

- “제1절 기본물리치료료”는 8개의 항목에 점수가 부여되고 있는데, 이는 물리치료사의 작업영역에 해당하며, 처방 의사의 전문 과목을 정하지 않고 있음
- 해당 항목의 물리치료를 실시할 수 있는 일정한 면적의 해당 치료실과 실제 사용할 수 있는 장비를 보유하고 있는 요양기관에서 의사의 처방에 따라 상근하는 물리치료사가 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에 산정함
- 표층열치료, 한냉치료, 경피적전기신경자극치료, 간섭파전류치료는 1일 2회 이상 실시한 때도 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회만 산정함

<표 16> 제1절 기본물리치료료

분류번호	코드	분류	점수
사-101	MM010	표층열 치료 Superficial Heat Therapy 주 : 1. 온습포, 적외선치료 등을 포함한다.	9.79
	MM015	2. 같은날 사-102 와 동시에 실시한 경우에는 소정점수의 50%를 산정한다.	
사-101-1		한냉치료 Cold Therapy 주 : 1. 한냉치료와 온열치료를 동시에 실시한 경우에는한 가지만 산정한다. 2. 장비에 불문하고 소정점수를 산정한다.	-
	MM011	가. 콜드팩 Cold Pack	10.16
	MM012	나. 냉동치료 Cryotherapy	14.77
사-102	MM020	심층열 치료[1일당] Deep Heat Therapy 주 : 초음파치료, 극초단파치료, 초단파치료 등을 포함한다.	13.57
사-103	MM030	자외선 치료[1일당] UVRay Irradiation	5.68
사-104	MM070	경피적 전기 신경자극치료 Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation	41.36
	MM080	주 : 간섭파전류치료(Interferential Current Therapy)를 실시한 경우에도 소정점수를 산정한다.	
사-105	MM090	마사지 치료[1일당] Massage Therapy 주 : 근마비로 인한 연부조직위축, 감염 및 외상으로 인한 연부조직유착을 개선하기 위하여 수기로 20분 이상 실시한 경우에 산정한다.	52.73
사-106	MM101	단순운동 치료[1일당] Simple Therapeutic Exercise 주 : 1. 근육기능장애와 관절기능장애에 대해 각종 운동, 자세 교정운동 등을 포함하여 10분 이상 실시한 경우에 산정한다. 2. 제2절에 분류된 운동치료 또는 제3절에 분류된 재활기능치료와 동시에 실시하는 경우에는 주된 항목의 소정점수만 산정한다.	57.03

자료: 건강보험심사평가원(2018)

□ 단순재활치료료 (제2절)

- “제2절 단순재활치료료”는 <표 17>와 같은 18개의 항목에 점수가 부여되고 있는데, 물리치료사의 작업영역에 해당하며, 처방 의사의 전문 과목을 재활 의학과, 정형외과, 신경외과, 신경과, 외과, 흉부외과, 또는 마취통증의학과에 국한하고 있음
- 해당 항목의 물리치료를 실시할 수 있는 일정한 면적의 해당 치료실과 실제 사용할 수 있는 장비를 보유하고 있는 요양기관에서 재활의학과, 정형외과, 신경외과, 신경과, 외과, 흉부외과, 또는 마취통증의학과 전문의가 상근하여야 하며, 해당 전문의 또는 전공의의 처방에 따라 상근하는 물리치료사가 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에 산정함
- 간헐적 견인치료, 전기자극치료는 1일 2회 이상 실시한 때도 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회만 산정함

<표 17> 제2절 단순재활치료료

분류번호	코드	분류	점수
사-110	MM042	파라핀욕[1일당]ParaffinBath 주 : 한센병전문요양기관에서 의사의 처방에 따라 물리치료사가 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에도 산정한다.	29.92
사-111		수치료[1일당] Hydrotherapy	-
	MM041	가. 증기욕치료 Steam Bathing	45.53
	MM043	나. 정규욕조치료 Regular Tub 주: 20분 이상 전신욕을 실시한 경우에 산정함.	79.19
	MM049	다. 대조욕 치료 Contrast Bath	79.30
		라. 회전욕 치료 Whirl Pool Bath	
	MM044	(1) 수, 족, 지 Extremities	72.84
	MM045	(2) 전신 Whole Body	87.17
	MM046	마. 하버드탱크 치료 Hubbard Tank	117.46
사-111-1	MM170	유속치료[1일당] Fluidotherapy	41.73

분류번호	코드	분류	점수
사-112		간헐적견인치료 Intermittent Traction Therapy	-
	MM051	가. 경추견인 Cervical	75.14
	MM052	나. 골반견인 Pelvic	75.08
사-113	MM060	전기자극치료 Electrical Stimulation Therapy 주 : 마비근자극치료 목적으로 실시한 경우 산정한다	63.98
사-115	MM085	재활저출력 레이저치료[1일당] Laser Therapy	64.39
사-116		운동치료[1일당] Therapeutic Exercise 주 : 가, 나 및 제1절에 분류된 단순운동치료, 제3절에 분류된 재활기능치료와 동시에 실시하는 경우에는 주된 항목의 소정점수만 산정한다.	-
	MM102	가. 복합운동치료 Complex 주 : 전산화된 등속성운동기구를 제외한 기계(기구)를 사용한 근력강화운동과 기능훈련 등 30분 이상 실시한 경우에 산정한다.	93.16
	MM103	나. 등속성 운동치료 Isokinetic 주 : 전산화된 평가 및 치료가 가능한 등속성운동기구를 사용하여 근력운동을 30분 이상 실시한 경우에 산정한다.	100.99
사-117	MM161	운동점차단술[근육당] Motor Point Block 주 : 동 시술시 사용된 약제, 신경파괴제 등은 소정점수에 포함되어 있으므로 별도 산정하지 아니한다.	333.75
사-119	MM190	압박치료[1일당] Pneumatic Compression	65.42
사-120	MM200	복합림프물리치료[1일당] Complex Decongestive Physical Therapy 주 : 제1절에 분류된 마사지치료, 단순운동치료 또는 제2절에 분류된 운동치료와 동시에 실시하는 경우에는 주된 항목의 소정점수만 산정한다.	118.63
서-121	MX121	이온삼투요법[1일당] Iontophoresis 주 : 사용한 스테로이드 약제는 “약제 급여 목록 및 급여상한 금액표”에 따라 실사용량으로 산정하며, 사용된 재료대 등은 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.	63.10

자료: 건강보험심사평가원(2018)

□ 전문재활치료료 (제3절)

- “제3절 전문재활치료료”는 <표 18>와 같은 18개의 항목에 점수가 부여되고 있는데, 물리치료사 및 해당분야 전문치료사의 작업영역에 해당하며, 처방 의사의 전문 과목을 재활의학과에 국한하고 있음
- 해당 항목의 물리치료를 실시할 수 있는 일정한 면적의 해당 치료실과 실제 사용할 수 있는 장비를 보유하고 있는 요양기관에서 재활의학과 전문의가 상근하고, 해당 전문의 또는 전공의의 처방에 따라 상근하는 물리치료사(작업치료, 일상생활동작 훈련치료, 재활사회사업, 연하장애재활치료, 연하재활 기능적전기자극치료 제외) 또는 해당분야 전문치료사(작업치료사는 작업치료, 일상생활동작 훈련치료, 연하장애재활치료, 연하재활 기능적전기자극치료를 한하고, 사회복지사는 재활사회사업에 한함)가 실시하고 그 결과를 진료 기록부에 기록한 경우에 산정함
- 중추신경계발달재활치료, 작업치료, 신경인성방광훈련치료, 기능적전기자극치료, 재활기능치료는 1일 2회 이상 실시한 때도 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회만 산정함
- 위의 규정에도 불구하고 단순작업치료와 복합 작업치료는 정형외과 또는 신경외과 전문의가 상근하고, 해당 전문의 또는 전공의의 처방에 따라 작업치료사가 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 때도 산정할 수 있음
- 위의 규정에도 불구하고 근막동통유발점주사 자극치료는 재활의학과 전문의 또는 동통재활분야 교육을 이수한 의사가 직접 실시한 경우에 산정함

<표 18> 제3절 전문재활치료료

분류번호	코드	분류	점수
사-121	풀치료 [1일당] Pool Therapy		-
	MM047	가. 보행풀치료 Walking Pool Therapy 주: 뇌졸중, 두부손상, 신경계의 이상 등으로 대기중에서 체중부하가 불가능한 경우 보행 및 보행에 필요한 하지근력을 강화시킬 목적으로 1인의 물리치료사가 1인의 환자를 1대 1로 중점적으로 30분정도 풀내의 평행봉을 이용한 혼자서 기, 체중이동, 균형잡기 등의 훈련을 하는 경우에 산정한다.	223.44
	MM048	나. 전신풀치료 Whole Body Pool Therapy 주: 근육, 신경계 이상 등으로 대기중에서는 체중부하가 곤란하여 스스로 근력강화 및 유연성 등의 훈련이 불가능한 경우에 풀 내에서 1인의 물리치료사가 1인의 환자를 1대 1로 중점적으로 30분 이상 튜브 등과 같은 기구를 이용하여 사지의 움직임을 이용한 여러가지 동작훈련을 하는 경우에 산정한다.	328.66
사-122	MM105	중추신경계 발달 재활치료Rehabilitative Development Therapy for Disorder of Central Nervous System 주: 중추신경계 장애로 인한 발달지연 및 근육마비와 경직의 치료를 목적으로 보이타 또는 보바스요법 등의 교육과정을 120시간 이상 이수한 재활의학과 전문의나 물리치료사가 1인의 환자를 1대 1로 중점적으로 30분 이상 실시한 경우에 산정한다.	233.65
사-123	작업치료 Occupational Therapy		-
	MM111	가. 단순작업치료 Simple 주: 1인의 작업치료사가 2인 이상의 환자를 상대로동시에 10분 이상의 훈련을 실시하는 경우에 산정한다.	61.19
	MM112	나. 복합작업치료 Complex 주: 1인의 작업치료사가 1인의 환자를 1대 1로 중점적으로 10분 이상~30분 정도 실시한 경우에 산정한다.	103.63
	MM113	다. 특수작업치료 Special 주: 1인의 작업치료사가 1인의 환자를 1대 1로 중점적으로 30분 이상 다양한 치료를 실시한 경우에 산정한다.	150.81
사-124	MM114	일상생활 동작 훈련치료[1일당] Activities of Daily Living Training 주: 1인의 작업치료사가 1인의 환자를 1대 1로 중점적으로 식사, 옷입고 벗기, 배변 및 위생훈련 등 일상생활동작 적응 훈련을 최소 20분 이상 실시한 경우에 산정한다.	141.17

분류번호	코드	분류	점수
사-125	MM120	신경인성 방광 훈련치료 Neurogenic Bladder Training 주: 척수손상, 뇌졸중, 두부손상, 말초신경손상 등으로 인해 스스로 배뇨를 하지 못하는 신경인성 방광환자에게 배뇨반사를 자극하고 방광내압의 증가, 요도괄약근이완 등의 방법으로 배뇨를 유도하면서 간헐적으로 도뇨를 시행하는 경우에 산정한다. 이 경우 도뇨는 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.	207.61
사-126	MM151	기능적 전기 자극 치료 Functional Electrical Stimulation Therapy 주: 기능적전기자극치료는 환자에게 최소 20분 이상 실시한 경우에 산정한다.	185.88
사-127	MM131	근막 동통 유발점 주사자극치료[1일당] Myofascial Trigger Point Injection Therapy 주: 1. 근막내 동통유발점에 생리식염수나 국소마취제 등을 주사후 스트레치운동을 실시한 경우에 산정함.	75.93
	MM132	2. 동시에 2 이상의 동통유발점 부위에 각각 실시한 경우에는 실시 부위를 불문하고 116.75점을 산정함.	
사-128		재활사회사업 Rehabilitative Social Work 주: 1. 재활의학적 치료목적으로 사회복지사가 직접 실시한 경우에 한하여 산정한다. 2. 가 는 치료기간 중 1회만 산정한다. 3. 나, 다 는 각각 주 1회 산정하되, 치료기간 중 2회 이내만 산정한다.	-
	MM141	가. 개인력조사 Individual History Taking	190.37
	MM142	나. 사회사업상담 Social Work Counselling	118.46
	MM143	다. 가정방문 Home Visiting	396.98
사-129	MM290	호흡재활치료[1일당] Rehabilitative Breathing Therapy 주: 유발성흡기폐활량계 등 기구를 사용한 호흡운동, 체위배액치료 등 호흡재활치료를 30분 이상 실시한 경우에 산정한다.	83.05
사-130		재활기능치료 Rehabilitative Functional Training 주: 제1절에 분류된 단순운동치료, 제2절에 분류된 운동치료와 동시에 실시하는 경우에는 주된 항목의 소정점수만 산정한다.	-
	MM301	가. 매트 및 이동치료 Mattress or Mobilization Training 주: 편마비, 하지마비, 사지마비, 뇌성마비 등의 중추신경계 질환이나 사지절단자 등 이동 동작에 제한이 있는 자에게 매트훈련, 이동훈련, 경사대훈련 및 의자차훈련 등을 30분 이상 실시한 경우에 산정한다.	180.84
	MM302	나. 보행치료 Gait Training 주: 편마비, 하지마비, 사지마비, 뇌성마비 등의 중추신경계 질환이나 사지절단자 등 보행 동작에 제한이 있는 자에게 보행훈련을 30분 이상 실시한 경우에 산정한다.	176.86

분류번호	코드	분류	점수
사-131	MZ008	연하재활 기능적전기자극치료 Functional Electrical Stimulation for Rehabilitative Dysphagia Therapy 주 : 1. 중추신경계질환 등으로 인한 연하장애환자에게 30분 이상 훈련을 실시한 경우에 산정한다. 2. 1일 2회 이상 실시한 경우에도 외래는 1일 1 회, 입원은 1일 2회만 산정한다.	191.27
서-141	MX141	연하장애재활치료 Rehabilitative Dysphagia Therapy 주 : 1. 중추신경계질환, 식도 또는 기관의 질환 등으로 인한 연하장애환자에게 1인의 작업치료사가 1:1로 30분 이상 훈련을 실시한 경우에 산정 한다. 2. 1일 2회 이상 실시한 경우에도 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회만 산정한다.	201.68

자료: 건강보험심사평가원(2018)

□ 기타 이학요법료 (제4절)

- “제4절 기타 이학요법료”는 <표 19>과 같은 29개의 항목에 점수가 부여되고 있으며, 일부 항목에 대해서 처방 전문의에 대한 규정을 두고 있음

<표 19> 기타 이학요법료

분류번호	코드	분류	점수
사-30	MM300	적외선치료[1일당] Infra Red Ray Irradiation	8.26
사-30-1	MM303	상기도증기흡입치료 Humidification of Upper Airway 주 : 1. 급·만성 후두염에 한하여 산정하되, 적외선치료(사-30)와 동일 실시한 경우에는 상기도 증기흡입치료의 소정점수만을 산정한다. 2. 외래는 주 2회, 입원은 1일 1회에 한하여 산정한다. 3. Disposable Nebulizer Kit, Mask 재료대는 별도 산정하지 아니한다.	19.11
사-31	MM310	자외선치료[1일당] Ultraviolet Ray Irradiation	6.44
사-32	MM320	약욕[1일당] Drug Bathing 주 : 각종 약물을 혼합한 약수에 전신욕을 20~30분간 실시한 경우에 산정한다.	108.33
사-33		피부과적 자외선치료[1일당] Dermatological Ultraviolet Ray Therapy 주 : 피부과전문의가상근하는요양기관에서실시한경우에 한하여 산정한다.	-
	MM331	가. 상지(하지의 반)의 대부분의 범위 또는 두부, 경부 및 안면의 대부분의 범위 [9%의 범위]	57.61
	MM332	나. 하지의 1지, 복부 또는 배부에 준하는 범위 [18%의 범위]	63.59
	MM333	다. 양하지 또는 동체(복부 및 배부)에 준하는 범위 [36%의 범위]	69.55
	MM334	라. 전신대부분의 범위 [37%이상의 범위]	77.55

분류번호	코드	분류	점수
사-34		피부광화학요법 [PUVA, Goeckermann, Ingram 등] [1일당] Dermatologic Photochemotherapy 주 : 1. 피부과 전문의가 상근하는 요양기관에서 실시한 경우에 한하여 산정한다. 2. 건선, 유건선, 균상식육종, 편평태선, 장미색비강진 등에 실시한 경우에 산정한다.	-
	MM341	가. 상지(하지의 반)의 대부분의 범위 또는 두부, 경부 및 안면의 대부분의 범위 [9%의 범위]	125.52
	MM342	나. 하지의 1지, 복부 또는 배부에 준하는 범위 [18%의 범위]	145.28
	MM343	다. 양하지 또는 동체(복부및배부)에 준하는 범위 [36%의 범위]	163.46
	MM344	라. 전신대부분의 범위 [37%이상의 범위]	230.27
사-35	MM350	고빌리루빈혈증에 대한 광선요법[1일당] PhototherapyforHyperbilirubinemia 주 : 신생아황달을 치료한 경우에 산정한다.	184.17
사-36	MM360	간헐적호흡치료(양압호흡 또는 음압호흡) [1일당] Intermittent (Positive or Negative) Pressure Breathing Treatment	526.25
사-38	MM380	Air Fluidized Therapy [실리콘 베드] [1일당]	544.08
사-40	MM400	양위양압호흡치료[1일당] BIPAP Treatment	1,311.27
사-41	MM410	수압팽창술 Hydraulic Distention 주 : 1. 투시비용 및 치료과정 중의 스트레치운동비용은 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다. 2. 사용된 국소마취제, 생리식염수를 제외한 스테로이드제, 조영제 등의 약제는 “약제 급여 목록 및 급여 상한금액표”에 따라 실사용량으로 산정한다.	441.70
사-42	MM420	신경인성 장훈련 치료[1일당] 주 : 척수손상, 뇌졸중, 두부손상, 말초신경손상 등으로 인해 스스로 배변을 하지 못하는 신경인성 질환자에게 손가락 자극, 손가락을 이용한 분변제거, 복부마사지 등의 방법으로 배변반사를 자극하고 배변을 유도하는 경우에 산정한다. 이 경우 직장분변제거술 및 직장마사지는 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.	164.96
사-43	MM430	고빈도 흉벽진동요법[1일당] 주 : 호흡재활치료와동시에실시하는경우에는 주된항목의 소정점수만 산정한다.	105.02

분류번호	코드	분류	점수
사-44		만성호흡부전 재활치료[1일당]	-
	MM440	가. 폐질환 운동재활치료 Rehabilitation Exercise for Pulmonary Disease	608.70
	MM441	나. 호흡근부전 재활치료 Pulmonary Rehabilitation for Respiratory Muscle Dysfunction	790.34
사-45		심장재활 Cardiac Rehabilitation	-
	MM451	가. 심장재활교육 Cardiac Rehabilitation Education	268.38
	MM452	나. 심장재활평가 Cardiac Rehabilitation Evaluation	1,029.19
	MM453	다. 심장재활치료 Cardiac Rehabilitation Therapy	470.26
서-31	MX031	항문직장 및 골반근의 생체 되먹이기 치료[1일당] Anorectal and Pelvic Muscle Biofeedback	336.74
서-32	MX032	분사신장치료[1일당] 주 : 치과 의사가 근막내 동통유발점에 기화성 냉각제분사후 스트레치운동을 시술한 경우에 산정하되 사용된 냉각제의 비용은 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.	151.35
서-34	MX034	요실금 전기 자극 치료[1일당] Electrical Stimulation for Urinary Incontinence	103.66
서-35	MX035	체위성 안진 교정치료[기기사용료포함] Canalith Reposition Therapy 주 : 1. 양성발작성체위성현기증환자에게 관석정복술을 15분 이상 직접 실시한 경우에 산정한다. 2. 1일 2회 이상 실시한 경우에도 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회만 산정한다.	346.18
서-36	MX036	악관절 고착 해소술[1일당] 주 : 치과 의사가 측두하악장애환자의 급·만성 과두결림이 있는 경우 하악과두운동을 도수적으로 실시한 경우에 산정한다.	169.24

자료: 건강보험심사평가원(2018)

2) 기타

□ 기능검사료 (제2장 제3절)

○ “제2장 검사료”의 “제3절 기능검사료”는 장기 부위별 기능검사에 따라 분류된 항목별로 점수가 부여되며, 작업치료사의 업무에 해당함

○ 호흡기 기능검사

- 호흡기 기능검사에는 호흡 기능검사, 코통기 기능검사, 철조법, 호기말이산화탄소분압감시, 흡기 0.1초 구강폐쇄압측정, 최대흡기 및 호기구강압측정이 포함됨

· “나-601 체적기록법”에서 기도저항측정검사료는 소정점수에 포함되어 별도 산정하지 않음

· “너-662 흡기 0.1초 구강폐쇄압측정”은 호흡중추의 이상을 진단하기 위해 단독으로 실시한 경우에 한해 산정됨

· “너-663 최대 흡기 및 호기구강압측정”은 신경근육성 호흡질환의 진단을 위하여 최대흡기 및 호기구강압 측정을 각각 3회 이상 실시한 경우에 한해 산정됨

- 호흡 기능검사에는 기본폐기능검사 및 기류용적폐곡선 등이 포함됨

○ 신경계 기능검사

- “나-601 신경학적 검사 (Neurologic Examination)”에는 “F6101 일반검사 (Routine)”, “F6102 뇌사판정을 위한 검사 (for Brain Death)”가 포함됨

· “F6010 일반검사 (Routine)”는 신경계의 질환에만 산정하되 월 1회 이상 실시하더라도 1회만 산정함. 만 1세 미만의 소아에 대하여는 소정점수의 50%를, 만1세 이상 만 6세 미만의 소아에 대해서는 소정점수의 30%를 가산함

- “나-611 근전도검사 (Electromyography)”는 상지, 하지, 체간, 두부에 따라 분류함. 정량적 근전도 검사를 실시한 경우는 소정의 점수를 산정함

- “나-612 신경전도 검사 (Nerve Conduction Study)”는 상지(감각신경 및 운동신경), 하지(감각신경 및 운동신경), 척간, 두부에 따라 분류함
- “나-613 기타 신경전도 검사”에는 반복신경자극 검사, 신경 흥분도 검사, 순목반사검사, 구해면체 반사검사, H반사 H-Reflex가 포함됨
- “나-614 뇌파검사(Electroencephalography)”는 각성뇌파검사, 수면뇌파검사, 특수뇌파검사로 분류됨
 - Digital 뇌파분석을 실시한 경우에 소정점수의 50%를 가산함
 - 각성뇌파검사 Waking EEG는 광자극 뇌파, 과호흡 뇌파검사를 포함하며 만 6세 미만의 소아인 경우에 소정점수의 50%를 가산함. 혼수상태, 인공호흡기 사용 중이거나, Vital sign의 지속적인 감시가 필요한 중환자에 이동뇌파검사를 실시한 경우에 소정의 점수를 산정함
 - 수면뇌파검사 Sleep EEG는 각성뇌파검사와 동시에 실시한 경우 소정의 점수를 산정함
- “지속적비디오뇌파검사”는 두개강 내와 두개강 외로 구분되며 64채널 미만, 64채널 이상으로 분류됨
- “뇌유발전위검사”는 체성감각유발전위, 운동유발전위, 시각유발전위, 청각유발전위, 사건유발전위로 분류됨
- “지속적 국소 뇌 혈류량 측정”은 검사시 사용된 Probe는 별도 산정하며, 두개내압측정 ICP Monitoring이 포함됨
- “지능검사”는 지능검사, 그림 지능검사, 사회성숙도검사로 분류됨
- “인성검사”는 미네소타 다면적 인성검사, 간이정신진단검사, 문장완성검사, 로샤검사, 주제통각검사, 그림검사로 분류됨
- “치매척도검사(Dementia Rating Scale)”는 GDS, CDR로 분류됨
- “신경인지기능검사(Neurocognitive Function Test)”는 종합검사와 개별검사로 분류된다
- “수술 중 신경생리 추적감시”는 신경과 또는 재활의학과 전문의가 판독 또

- 는 감시한 경우에 산정하며, 최대 8시간 이내, 1시간당으로만 산정함
- “갑상선, 부갑상선 수술 중 후두신경 감시술”은 사용된 성대부착형 전극을 별도 산정함
- “기능적 대뇌 피질 지도화”는 전기적으로 대뇌피질을 자극하면서 신경심리 검사와 지속적인 뇌파감시를 시행하면서 종합적인 뇌기능지도를 작성한 경우에 산정함
- “치매관련 척도 및 선별검사”는 정형화된 도구를 이용하여 실시한 경우 산정하는데 하세가와 치매검사, 7분 치매선별검사, 치매 일상 생활력 척도, 치매정신증상척도가 포함됨
- “신경학적 척도검사”는 정형화된 도구를 이용한 경우 산정하는데 본태성, 진전환자척도, 틱 장애 척도, 기타 등이 있음
- “F파 신경전도 검사”는 사지 부분에 따라 점수 산정이 됨
- “증상 및 행동평가 척도”는 정형화된 도구를 실시한 경우에 산정함. 척도에 는 불안척도, 우울척도, 정신병증상척도, 기타 등이 있음
- 그밖에 “지각 및 기억력검사”, “벤더도형검사”, “뇌자기파 지도화검사”, “유발 뇌자기파 기능적 지도화검사”, “베일리 영아발달측정”, “중증근무력증 약물검사”, “역동적 가족 그림검사”, “그림 좌절검사”, “신경행동학적 인지기능검사”, “미세전극기록” 등이 포함됨
 - 미세전극기록은 신경자극기설치술의 정확한 시술부위를 확인하기 위해 실시한 경우에 산정함. 이때 사용된 Microelectrode는 별도 산정함

○ 평형 및 청각 기능 검사

- 언어청각검사, 소음 환경 하 어음인지력 검사, 평형기능검사가 포함됨
- “나-633 평형기능검사[전기안진검사(Electronystagmography)]”는 신경과 또는 이비인후과 전문의가 판독 후 판독소견서를 작성한 경우에 한하여 산정 하되, 동일 항목의 검사를 Frenzel 안경 안진검사와 전기안진검사로 동시에

실시한 경우에는 전기안전검사의 점수만 산정함

- “나-634 청력검사[순음청력계기에 의한 검사]”는 표준순음청력검사, 순음소실검사, 역치상 피로검사, 소증폭 인지도검사, 양이교대성 음량평형검사, 이명도 검사, 간별 역치검사 D.L, 요지경 검사중 동시에 3종 이상을 실시하더라도 3종 이내만 산정함
- 청력검사에는 [자기청력계기에 의한 검사]와 [임피단스오디오메트리에 의한 검사]가 있음
- “F6370 유소아 청력검사(Hearing Test for Children)”은 특히 난청이나 저능아의 경우에 실시하며 2명의 검사자가 30~40분 소요되는 검사로 만 8세 미만의 소아에게 실시하는 경우에 산정함
- 이음향방사 검사, 전기와우도 검사, 청성 뇌간반응 역치검사, 청성지속반응 검사, 전정유발근전위검사, 자동평형검사, 와우 전기자극검사, 인공 와우조절검사, 보청기 조절검사가 포함됨

○ 신장 및 비뇨기 검사

- 72시간 배뇨양상기능검사, 요역동학 검사, 방광내압측정, 신우내압측정검사, 신기능검사, 복막평형검사, 복막투석효율검사, 혈로 혈류량 측정술, 요도 내압측정, 요류 측정, 냉수방광검사가 포함됨

○ 외피, 근골기능 검사

- 도수근력검사, 일상생활동작검사, 조직압의 측정, 등속성 운동기능 검사, 경직진자검사가 포함됨
- 일상생활동작검사는 월 1회 이상 실시하더라도 1회만 산정하며, 변형된 바텔지수 등을 이용한 경우에도 소정 점수만 산정됨
- 수지기능검사, 관절가동범위검사는 월 1회 이상 실시하더라도 1회만 산정함

○ 소화기능검사

- 연하장애평가는 검사식이의 재료, 조영제를 별도 산정하고 방사선 투시비용

은 별도 산정하지 않음

- 항문, 직장내압검사, 기본식도내압검사, 보행성 식도 산도검사, 직장수지검사, 대장통과시간측정법, 위전도가 포함됨

○ 순환기 기능검사

- 자율 신경계이상 검사는 기립경사테이블검사(Tilt Table Test), 심호흡시 심박동검사(Heart Rate Response to Deep Breathing)으로 분류됨

□ 정신요법료 (제8장)

- “제8장 정신요법료”의 “NN040 작업 및 오락요법(Occupational or Recreation Therapy)” 및 “NN090 정신의학적 재활요법(Psychiatric Rehabilitation)”은 작업치료사의 업무 영역에 해당하며, 정신건강의학과 전문의가 정신건강의학과 환자에게 행하였을 때 산정됨
- “NN040 작업 및 오락요법(음악, 서화, 조각, 운동, 작업 등)”은 실시 종목수에 관계없이 소정점수를 산정하되, 외래의 경우 주 1회, 입원의 경우 주 5회 이내만 산정하고 각종 소모재료 비용은 이에 포함된 것으로 봄
- “NN090 정신의학적 재활요법”은 2~3개월 이상 장기입원 치료 후 퇴원 전 10회 정도 산정할 수 있는 요법임

(나) 비급여 목록

- 급여 대상은 아니지만, 건강보험 행위는 ‘네거티브 급여 방식’을 원칙으로 하고 있어서, 제3부 ‘행위 비급여 목록’에서 비급여 목록에 비급여 행위로 인정하는 항목임

(4) 현행 재활의료의 한계

○ 사회복지의 중요성에 대한 사회 전반의 인식 부족

- 재활은 전쟁의 부상으로 고생하는 사람들, 산재 결과로 고생하는 사람들을 어떻게 사회로 복귀시킬 것인지, 어떻게 사회의 일원으로 만들 것인가에 매력을 느낀 사람들이 연구하던 데에서 유래한 것으로, 그만큼 재활 분야는 인간주의적 접근(humanistic approach)을 요함
- 급성기 상태가 지나면 장애가 남는 경우가 생기는데, 이들 중도(中途)장애인이 빨리 사회로 복귀할수록 재편입(inclusion)된 정상 활동을 할 확률이 높아짐. 따라서 빨리 복귀시키는 것이 중요하고 어떤 면에서는 이것이 재활 그 자체임. (중도장애인이란 정상적인 삶을 살다가 사고나 질병으로 인해 장애(acquired disability)를 입은 사람을 지칭하여, ‘rehabilitation’은 이들 중도장애인에게 적합한 표현임. 선천적인 장애(congenital disability)가 있어서 처음부터 장애를 지니고 살아온 사람에게 실시하는 재활은 ‘habilitation’이라는 표현이 적합하다는 견해도 있음)
- 재활은 빨리 사회로 복귀시키는 것이 핵심임. 독일인들은 척수손상을 당하고 나서 직업훈련(vocational training)을 통해 40%가 이전의 직장으로 돌아가고, 스위스인들은 70%가 직장에 복귀하는 것으로 알려져 있음. 반면에 우리나라는 중도장애인이 직장으로 돌아가면 잘 받아주지 않는 실정임. 장애를 얻은 사람들이 빠른 시일 내에 복귀하도록 국가 차원에서 지원해 주는 것이 필요함. UN에서는 직장에 복귀하는 것이 인권이라고 생각하기 때문에 이를 지지하고 있음

○ “빨리, 집중적으로” 재활을 시행하고 지역사회에 연결하는 체계의 결여

- 애초에 일당 최소한 3시간 이상 집중적인 치료를 받아야 할 사람만이 재활 병원에 입원이 되어야 하나 현재는 환자가 지속적인 재활치료를 받지 못하고 입·퇴원을 반복함
- 재활기간이 길어지면 장애인 당사자들이 장애에 의존한 삶을 살게 되고 독립적으로 일상생활을 하는 것에서 점점 더 멀어지는데 이는 국가적 손실임. 얼마나 집중적으로 치료를 하고, 어떻게 지역사회(communitiy)와 확실히 연결하는 지가 핵심인데 우리나라는 이 부분이 대단히 취약함
- 환자가 전원을 자주 하는 것은 수가체제로 인한 병원의 수익성 문제가 작용하기 때문임. 미국의 경우에는 병원에서 병원으로의 전원을 아예 차단하고, 치료한 병원에서 단기간에 집중적으로 받도록 하고 있음

○ 재활의 목표설정과 치료계획의 결여

- 재활의 목표를 제대로 설정하고 이 목표를 달성하기 위해 장기적인 안목으로 환자의 치료계획을 설정해야 함. 효과적인 재활치료를 위해서는 환자와 의료진이 함께 목표를 세우고 팀원이 협력하여 환자와 가족을 지지해주어야 함
- 재활의 치료목표를 정하기 위해서는 정확한 진단이 필요함. 환자의 현재의 잠재적인 가능상태를 파악하고 향후의 재활치료 방침을 설계하게 되므로 환자에 대한 충분한 이해와 평가가 필요함
- 많은 경우 목표 설정이 없이 단기간 접촉하고 중단되기 때문에 환자와 의사 사이에 신뢰가 형성이 안 되고 충분한 재활이 이루어지지 못함

○ 종합재활에 의한 팀 어프로치의 부족

- 포괄적인 서비스 제공 접근법으로 환자의 의학적, 신체적인 문제를 치료하는 것에만 그치지 않고 다양한 분야의 전문가들이 함께 팀으로 구성되어 환자가 일상생활에서 기능을 유지하고 합병증을 예방할 수 있도록 서비스

를 제공해야 함

- 이는 다음에 제기하는 건강보험 수가의 문제와 맥을 같이 함

○ (건강보험 수가 구조의 문제 1) 재활보다는 물리치료 중심의 건강보험수가임. 재활서비스가 물리치료 중심으로 이루어져 있고, 사회복귀에 필요한 의미 있는 활동적 치료항목, 언어재활항목 등이 부족한 상태임

- 재활의학 관련 수가를 모두 물리의학(physical medicine)에만 적용시키고 재활 세션에 대한 수가는 불충분함. 물리의학은 재활을 달성하기 위한 도구일 뿐이지 그것이 재활의 중심이 아님을 간과하고 있음

- 재활시 기계를 이용하지 않고 직접(man to man) 재활을 하면 한 치료사가 종일 치료해봐야 열 명 내지 열두 명밖에 치료하지 못하기 때문에 현행 수가체계에서는 병원의 수익성이 떨어짐. 재활에서 열전기치료 등에 치중하는 것은, 물리치료사 한 사람이 여러 명을 상대할 수 있고 이것이 수입에 도움이 되기 때문임

- 재활서비스에 대한 대가가 입원료에서 보전이 되지 않기 때문에 수가가 인정되는 진통소염 위주의 대증요법적 물리치료 항목에 치중하게 되나, 사실 이러한 항목들의 임상적 효과는 지극히 불투명한 상태임. 그러다 보니 재활서비스의 대부분이 재활을 통한 사회복귀라는 본연의 목적과는 무관한 쪽에 집중되고 있음

○ (건강보험 수가 구조의 문제 2) 입원기본료 등에 재활서비스를 위한 별도의 고려가 전혀 이루어져 있지 않음. 영상검사나 수술처치 등 수입을 보전받을 수 있는 수단이 상대적으로 적은 재활 분야에 대해서는 의료기관의 경영 차원에서 비중을 두기 힘들게 되어있는 상황임

- 장기입원 삭감제도는 재활치료를 위한 입원 수요를 반영하지 못하고 있음. 재활치료가 필요한 회복기 환자를 위한 입원 기간을 질환별로 정교하게 구성하여 재활서비스가 충분히 제공할 수 있도록 해야 함

○ 비급여이지만 필요도가 높은 재활서비스의 존재

- 재활치료 요구 1순위가 “언어 및 인지기능 향상”으로 나타났으나 우리나라는 이 재활서비스가 비급여로 운영되고 있음. 많은 선진국에서는 언어치료 외에도 연하재활, 인지치료가 이미 급여 대상임
- 재활진료과목은 건강보험수가에서 비급여서비스로 되어있는 항목이 상대적으로 적지만, 이용자 대부분이 만성질환자이므로 의료비 부담이 큼
- 비급여로 되어있지만, 환자의 요구도와 이용 빈도수가 높은 재활서비스는 건강보험재정을 확보하거나, 환자 본인부담금이 감소할 수 있도록 단계별로 계획을 마련하는 것이 필요함

○ 재활서비스 제공을 위한 시설의 부족

- 효과적으로 재활서비스가 제공되기 위해서는 재활전문병원/병동/병상과 장애인복지관이 충분히 있어야 함. 재활전문병원과 같이 병원 전체가 재활에 특화되지 않더라도 집중적인 재활치료를 할 수 있는 병동 내지 병상이 확보되어야 함. 재활집중치료실이나 회복기재활병동 등이 이에 해당 됨
- 장애인복지관은 과거에 비하면 급격하게 늘어나 200여 개(2016년 기준 사회복지관 231개)로 되었지만, 아직도 부족한 상태임. 서울은 하나의 구에 30만 명에서 40만 명 정도의 인구가 거주하고 있는데, 복지관은 한 개나 두 개 정도 설치되어 있음. 또한 현재의 200여 개의 장애인복지관시설 중 재활의학전문의가 상근하는 시설은 10여 개에 불과함. 결과적으로 장애인이 의사를 만나기 위해서 6개월에서 1년 이상 대기하는 경우도 있게 됨. 이러한 경우 의료지원을 할 수 있도록 공공의료 차원에서 지원이 필요함

○ 재활서비스 제공을 위한 인력의 부족

- 재활서비스 제공을 위해서는 적정 재활 전문 인력의 참여가 필수적임. 재활 인력의 부족은 환자의 존엄성을 유지하기 힘든 상황을 만들며 급성기 단계에서의 인력 부족은 환자에게서 비사용증후군 내지 부동증후군이 발생하는 결과를 초래함. 비사용증후군이 지속되면 결국 와상생활로 이어지게 되어 재택복귀를 어렵게 하고 병원입원의 장기화를 초래하게 됨

- 현재 우리나라의 심장·호흡관련 장애인 수에 비해 재활의학 전문의 수가 부족함. 이 전문의들마저도 수도권에 집중되어 있어 많은 장애인이 질적인 재활을 받지 못하고 있음. 심장·호흡 재활치료는 호흡기계 질환자들의 재입원을·사망을 감소와 사회 복귀에 큰 도움이 됨에도, 이를 위해서는 별도의 공간과 인력과 장비가 필요하므로 병원에서도 이를 위한 투자를 하고 있지 못함

○ 입원 시스템의 혼선

- 우리나라는 장기입원환자를 관리할 목적으로 장기 입원시 비용을 삭감하므로 환자는 갈 곳을 못 정한 상태에서 퇴원을 해야 하는 상황임. 예를 들어 뇌졸중 환자는 발병 후 약 1개월에서 3개월, 척수손상환자는 1개월에서 6개월 입원하게 되나, 종합병원 이상은 급성기 병상의 회전을 높이기 위해서 퇴원을 장려하고 있음
- 재활서비스를 중심으로 한 회복기 내지 아급성기 입원이 필요한 환자는 집중적인 재활치료를 받을 수 있도록 입원료 구조를 재편할 필요가 있음

제2장 시범사업 평가

제2장 시범사업 평가

가. 시범사업 개요

□ 사업 기간

○ 2017년 10월 1일 ~ 2018년 12월 31일

- 2017년 9월 29일 공고(보건복지부 공고 제2017-588호), 재활의료기관 지정 7개 기관, 조건부 지정 12개 기관

○ 2018년 1월 1일 ~ 2018년 12월 31일

- 2017년 12월 19일 확정공고(보건복지부 공고 제2017-743호), 재활의료기관 15개 기관(기존 7개 포함)

□ 추진 근거

- 장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 18조(재활의료기관의 지정 등) ① “보건복지부장관은 「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료기관 중에서 보건복지부령으로 정하는 시설·인력·장비 등의 기준을 갖춘 병원을 재활의료기관으로 지정할 수 있다.”
- 보건의료기본법 제44조(보건의료 시범사업) ① “국가와 지방자치단체는 새로운 보건의료제도를 시행하기 위하여 필요하면 시범사업을 실시할 수 있다.”

□ 사업 목적

○ 시범사업의 목적

- 기능회복 시기에 집중재활을 통해 장애를 최소화하여 조기에 일상생활로 복귀시키는 회복기 재활치료 인프라로서의 재활의료기관 지정·운영
- 재활의료기관 지정·운영 모델에 대한 적정성 및 효과성을 검토하며, 중증도를 반영한 재활환자 분류체계 개발 확대 및 비급여를 포함한 질병군별 자원소모 현황 등 향후 수가개발 등에 필요한 기초자료를 수집함

□ 시범사업 대상

○ 대상기관

- 「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료기관 중 ‘가’목 ‘병원’으로서 회복기 재활치료를 주로 하는 의료기관

○ 대상환자

- 건강보험가입자(피부양자 포함) 및 의료급여 수급권자로서 대상 질환(KRIC, Korean Rehabilitation Impairment Category, 재활손상 대분류) 및 입원기준을 충족한 환자

<표 20> 시범사업 대상환자

대상환자군		대상질환	입원기준	
			입원시기	입원 적용기간
중추 신경계	가	(뇌손상) 뇌졸중, 외상성 및 비외상성 뇌손상 (척수손상) 외상성 및 비외상성 척수손상	발병/수술 후 90일 이내	180일
근골격계	나	고관절, 골반, 대퇴의 골절 및 치환술	발병/수술 후 30일 이내	30일
	다	하지부위 절단	발병/수술 후 60일 이내	60일

<표 21> 재활손상 대분류

구분	재활손상대분류		정의
뇌손상	01	뇌졸중	뇌혈관의 출혈 및 허혈로 인한 뇌손상
	02	외상성 뇌손상	외상으로 인한 뇌손상
	03	비외상성 뇌손상	신생물, 뇌염, 염증, 무산소증, 대사성 독성 등에 의한 뇌손상
척수손상	05	외상성 척추손상	외상으로 인한 척수손상
	06	비외상성 척추손상	신생물, 척수염, 염증, 척수병증, 이분척추 등에 의한 척수손상
뇌·척수 중복손상	07	뇌·척수 중복손상	외상으로 인하여 뇌와 척수에 다발성 손상이 있는 경우
근골격계	12	골반·대퇴골절	외상으로 인한 고관절, 골반, 대퇴 골절 또는 골절에 따른 수술(치환술)을 받은 경우
	13	하지 관절치환	관절염 등으로 치환술을 받은 경우 이전 관절치환의 합병증 등으로 재치환술을 받은 경우
	15	주요 다발성 골절	외상으로 인한 다발성 골절
절단	14	하지절단	질환 또는 외상으로 인한 하지부위 절단의 경우

□ 시범사업 지정기준

○ 필수진료과목

- 재활의학과

○ 인력기준

- 상근하는 재활의학과 전문의 3명 이상 (단, 서울·인천·경기도 이외 지역의 경우 2명 이상)

<표 22> 시범사업 인력기준(세부)

인력	기준
재활의학과 전문의	1인당 연평균 1일 환자 수 40명 이하
간호사	1인당 연평균 1일 입원환자 수 6명 이하
물리치료사	1인당 연평균 1일 환자 수 9명 이하
작업치료사	1인당 연평균 1일 환자 수 12명 이하
사회복지사	1명 이상

○ 시설기준

- 필수시설: 운동치료실, 물리치료실, 작업치료실, 일상생활동작훈련실
- 시설 면적: 운동치료실은 병상 당 3.3m² 이상, 작업치료실은 병상 당 1.16m² 이상

○ 장비기준: 각 치료실에 필수장비를 갖추어야 함

<표 23> 시범사업 기준 치료실 필수장비

구 분	필수장비
운동 치료실	치료용 볼, 치료용 매트, 치료용 계단, 평행봉, 경사대, 기립훈련기, 보행기, 상지에르고미터, 하지에르고미터, 보바스테이블, 트레드밀, 기능적 전기자극치료기, 등속성운동기기, 압박치료기 (총 14종)
물리 치료실	온습포, 적외선치료기, 초음파치료기, 파라핀욕, 냉치료기, 경추견인기, 골반견인기, 간섭파치료기, 전기자극치료기(EST), 경파적신경자극치료기(TENS) (총 10종)
작업 치료실	손가락운동판, 식사연습도구, 기타 일상생활동작(세면, 착탈의 등) 기구, Hand dynamometer, Pinch gauge, Exercise skate, Pegboard, Jebsen 손기능평가도구, Two point discriminator, 편측시각무시평가도구, 연하재활기능적전기자극치료기, 인지재활치료기 (총 12종)

○ 진료량 기준

- 한국형 입원환자분류체계(KRDG) 중 질병군(ADRG기준 25개군)에 해당하는 입원환자 연인원수 상위 30분위(13,670명) 이상

<표 24> 환자분류체계 해당질병군

구분	KDRG V4.0 (*Korean Diagnosis Related Group)
질병군	B601 사지마비, B602 하반신 마비, B603 기타 척수질환 및 손상, B610 편마비, B620 뇌성마비, B621 파킨슨병, B642 비정형 파킨슨, B643 이차 파킨슨증, B644 알츠하이머병, B645 기타 인지 장애, B651 떨림증, B652 근긴장이상증, B653 근간대성경련, B654 실조증, B655 기타 유전성 운동장애, B656 기타 신경계 운동장애, B657 기타 퇴행성 운동장애, B681 뇌내출혈(ICH), B682 지주막하출혈(SAH), B683 정맥혈전증에 의한 비출혈성 뇌졸중, B684 허혈 뇌졸중 및 기타 비출혈성 뇌졸중, B750 신경질환 후유증, B811 수두증, I730 근골격계 장애의 추후관리, I760 기타 근골격계 질환 (ADRG 기준 총 25개군)

○ 환자구성비율

- 전체 연 입원환자 중 건강보험요양급여비용 제7장 제2절 사116 및 제3절 ‘전문재활치료’를 받는 환자로 발병(또는 수술) 후 재활의료기관에 입원시점까지의 기간이 <표 25>와 같은 환자의 구성 비율

<표 25> 환자구성비율 적용 기준

환자군	내 용	발병/수술 후 기준
뇌손상, 척추손상	뇌졸중, 외상성 및 비외상성 뇌손상·척추손상	90일 이내
근골격계	대퇴골, 골반의 골절 및 치환술, 다발성 골절	30일 이내
절단	하지 절단	60일 이내

□ 재활병원 지정기관 현황

<표 26> 재활병원 지정기관 현황

구분	2017년 9월 시범사업기관지정	2017년 12월 시범사업기관지정	전문재활병원	시·도
A	O	O		강원
B	O	O	O	경기
C	O	O		
D		O	O	
E		O		
F	O	O		광주
G		O	O	대구
H			O	
I			O	대전
J			O	
K	O	O		부산
L		O		
M	O	O	O	서울
N		O	O	
O		O		
P			O	
Q		O		인천
R			O	
S	O	O		제주
T		O		충남

※ 17개 시·도 중 경남, 경북, 세종, 울산, 전남, 전북, 충북에는 재활의료기관 시범사업기관 및 전문재활병원이 없음

나. 시범사업 평가

- 본사업 시행을 앞두고 시범사업 전체 기간에 대한 재활의료기관 지정운영 모형의 적정성을 검토, 평가함
- 재활의료기관 지정운영 시범사업의 목표로 제시된 ‘장애 최소화’와 ‘조기 사회복귀’ 등을 평가
 - (장애 최소화) 재활치료의 특성상, 적절한 시기에 적절한 치료가 이루어질 수록 예후가 좋음
 - (조기 사회복귀) 사회복귀를 위해서 회복기 환자가 지역사회에서 치료를 받을 수 있도록 하는 연계가 필수적임

(1) 분석방법

○ 건강보험심사평가원에서 받은 청구자료를 분석

- 청구자료의 추출조건은 <표 27>와 같음

<표 27> 청구자료 테이블 추출 기준

분석 테이블	요양기관	명세서	수진자거주지
보험 구분	의료급여, 건강보험	의료급여, 건강보험	의료급여, 건강보험
요양기관 종별	병원, 요양병원	병원, 요양병원	상급종합병원, 종합병원, 병원, 요양병원
명세서 구분	지급된 청구 건	지급된 청구 건	지급된 청구 건
기관 구분	재활전문의 근무 요양기관	재활전문의 근무 요양기관	재활전문의 근무 요양기관
요양개시일자	2016. 7. ~ 2019. 3.	2016. 7. ~ 2019. 3.	2017. 1. ~ 2018. 12.
심사결정일자	2016. 7. ~ 2019. 6.	2016. 7. ~ 2019. 6.	2017. 1. ~ 2019. 3.
청구코드	-	전문재활치료료 및 사-116(단순재활치료료; 운동치료)	전문재활치료료
입·퇴원 구분	-	-	입원

* 전문재활치료료: 의료급여비용 제7장 제3절에 해당하는 청구코드가 기재된 건

○ 요양기관 테이블, 명세서 테이블, 수진자 거주지 테이블, 재활환자 평가표 테이블을 토대로 지표 값을 산출함

- 재활환자 평가표는 시범사업기관에서만 제출하는 자료로, 시범사업 기간 동안 수집되었음. 본 평가에서는 환자기능개선, 입원시기충족률, 입원기간충족률 산출에 활용함

○ 동일 입원사례 설정 기준

- 동일한 환자가 동일한 의료기관에서 요양종료일 이후 1일 이내로 요양개시일자가 기록된 경우 하나의 입원 에피소드로 정의함
- 별도 기재 시 해당 요양종료일 이후 해당 일자 기준에 따라 요양개시일자가 기록된 동일한 환자, 동일한 기관의 명세건이 있는 경우 하나의 입원 에

피소드로 정의함

○ 기관 구분

- 시범사업기관: 2017년 12월 공고 기준 회복기 재활시범사업기관으로 확정 지정된 기관(총 15개)
- 전문병원: 제3기 전문병원 중 재활의학과 전문 재활병원(총 10개)
- 일반병원: 재활의학과 전문의가 근무 중인 기관(총 675개)

○ 환자 구분

<표 28> 시범사업 평가 환자 구분

구분	재활손상 대분류	입원시기기준	입원인정기간 기준
S005	해당	충족	충족
S006		충족	미충족
미기재		미충족	-

- 미기재: 재활손상 대분류에 해당하며 입원시기기준을 충족하지 않는 경우
- S006: 재활손상 대분류에 해당하며 입원시기기준을 충족하고 입원인정기간 기준을 초과한 경우
- S005: 재활손상 대분류에 해당하며 입원시기기준을 충족하고 입원인정기간 기준을 충족한 경우

(2) 평가지표

○ 도나베디언 의료의 질 평가 모형에 따라 평가지표를 구분함 (<그림 3> 및 <표 29>)

- 구조: 의료서비스가 전달되는 환경 전반에 대한 평가
- 과정: 의료서비스 제공의 과정 전반에 대한 평가
- 결과: 의료서비스 제공의 결과에 대한 평가



<그림 3> 시험사업 평가모형

<표 29> 시범사업평가지표

구분	평가 틀	지표명	산출방법	분석단위
구조	인력	의사 수(기관별)	$\Sigma(\text{재활의학과 전문의 재직일수}) / (365)$	기관
		의사 수(지역별)		기관
	시설 및 장비	시범사업 인력기준 충족여부	시범사업 인력기준 충족여부	기관
		시범사업 장비기준 충족여부	시범사업 장비기준 충족여부	기관
과정	환자관리	평균입원일수	$\Sigma(\text{전체 입원일수}) / \Sigma(\text{입원인원수})$	명세서
		환자구성비율(인원별)	환자 주상병 기준 기관 내 구성 비율	인원
		환자구성비율(에피소드별)		입원에피소드
	급성기 연계	입원시기충족률	$\Sigma(S005 \text{ 환자 수} + S006 \text{ 환자 수}) / \Sigma(\text{대상 질환군 입원 환자 수})$	인원
		입원시기·기간충족률	$\Sigma(S005 \text{ 환자 수}) / \Sigma(\text{대상 질환군 입원 환자 수})$	인원
	임상적 효과	환자가능개선	$\Sigma(\text{에피소드 최초점수-에피소드 최종 점수}) / \Sigma(\text{에피소드 건})$	입원에피소드
결과	유지기 연계	재택복귀율	(퇴원 후 요양청구가 28일 이내에 없는 환자 수) / (퇴원환자 - 상급의료전원환자 - 입원기간 중 사망한 환자)	인원
		지역친화도(RI)	(동 지역소재 의료기관을 이용한 지역환자의 입원일수) / (해당지역 거주 대상 질환군 환자의 총 입원일수)	명세서
		지역환자구성비(CI)	(동 지역소재 의료기관을 이용한 지역환자의 입원일수) / (해당지역 의료기관 내 대상 질환군 환자의 총 입원일수)	명세서

※ 에피소드: 건강보험심사평가원의 분석 데이터인 청구자료를 연속적으로 묶는 것으로 동일인이 동일기관에서 이용한 연속된 입원서비스를 한테 묶는 것을 뜻함. 본 연구에서는 특별히 기재하지 않는 한 건강보험심사평가원 에피소드 구축 기준인 1일을 기준으로 에피소드를 구성함.

(가) 구조 지표

□ 인력

○ 의사 수

- (자료) 건강보험심사평가원에서 제공한 기관 평균 재활의학과 전문의 수 데이터를 활용함
- (산출기준) 2018년 1월 1일 ~ 2018년 12월 31일 사이의 기관 평균 재활의학과 전문의 수

○ 시범사업 인력기준 충족여부

- (자료) 건강보험심사평가원에서 제공한 자료로, 재활의학과 전문의가 근무하는 기관을 대상으로 함
- (산출기준) 2018년 1월 1일 ~ 2018년 12월 31일 사이에 시범사업 지정기준 중 환자 수 대비 의사, 간호사, 물리치료사, 작업치료사의 인력기준을 충족하는지 여부

□ 시설 및 장비

○ 시설 및 장비기준 충족여부

- (자료) 건강보험심사평가원에서 제공한 자료로, 재활의료기관 공고일 기준 (2017년 8월 25일) 시범사업기관의 시설 및 장비
- (산출기준) 시범사업 지정기준 중 시설기준 및 장비기준을 충족하는지 여부

(나) 과정 지표

□ 환자 관리

○ 평균입원일수

- (자료) 명세서 자료와 요양기관 자료를 활용함 (<표 27>)
- (산출기준) 2017년 10월부터 2018년 12월까지의 전체 입원일수의 합을 입원 환자수로 나누어 산출함. 기관별, 질환구분별로 전체 입원일수, 입원환자수, 평균입원일수를 구함
- KRIC 상병 구분을 위해 환자의 주상병만을 사용하였으며, 뇌손상 질환군(KRIC 01, 02, 03)이면서 동시에 척수손상 질환군(KRIC 05, 06)으로 분류되는 경우 뇌·척수 중복손상(KRIC 07)으로 구분함

○ 환자구성비율

- (자료) 명세서 자료와 요양기관 자료를 활용함
- (산출기준) 2017년 10월부터 2018년 12월까지의 기관별 질환구분별 환자 수와 에피소드 수를 구하여 각각이 기관 내에서 차지하는 비율로 표현
- 에피소드별 구성비율에서 입원 에피소드는 원칙적으로 1일 기준으로 구축하며, 입력된 재원일수의 합이 0일인 경우는 삭제함

□ 급성기 연계

○ 입원시기 충족률

- (자료) 명세서 자료와 시범사업 대상 기간 동안 시범사업 기관에서 제출한 재활환자 평가표 자료 및 수진자 거주지 자료를 활용함
- (산출기준) 2017년 10월부터 2018년 12월까지 재활의료기관 시범사업 기관에 입원한 환자 중 시범사업 입원시기 기준을 충족한 환자(S005 및 S006)의 비율을 지역별로 산출함

○ 입원시기·기간 충족률

- (자료) 명세서 자료와 시범사업 대상 기간 동안 시범사업 기관에서 제출한 재활환자 평가표 자료 및 수진자 거주지 자료를 활용함
- (산출기준) 2017년 10월부터 2018년 12월까지 재활의료기관 시범사업 기관에 입원한 환자 중 시범사업 입원시기 기준과 입원기간 기준을 충족한 환자(S005)의 비율을 지역별로 산출함

(다) 결과 지표

□ 임상적 효과

○ 환자기능개선

- (자료) 명세서와 재활환자평가표의 데이터를 함께 활용함
- (산출기준) 2017년 10월부터 2018년 12월까지 재활의료기관 시범사업기관에 입원한 환자 중 환자구분별 입원 에피소드의 최초점수와 최종점수의 차이를 산출함
 - 각 질환군별 재활환자 평가지표는 63p에 기재된 <표 31>와 같음
 - 환자기능개선 지표는 동일인이 동일기관에서 진행한 연속적인 치료에 대한 정보를 확인하는 데에 의의가 있는데, 재활 입원환자는 일시적으로 외박·퇴원하는 경우가 비교적 빈번함. 따라서, 일시적으로 외박·퇴원했다라도 연속적인 치료에 해당하는지를 확인하기 위해 입원 에피소드를 구축한바, 명세서상 동일인, 동일 기관에서의 이전 요양종료일자과 다음 요양개시일자 간의 사이에 대한 기준일을 1일 이내인 경우, 7일 이내인 경우, 14일 이내인 경우의 세 가지로 산출했는데 7일과 14일 기준의 기능개선점수 간에는 큰 차이가 없어 여기서는 14일 기준만을 제시함
 - 14일 이내에 재활환자평가표 기능평가 재작성이 불가함에 따라 입원 에피소드별로 입원일수의 합이 14일 미만인 경우는 삭제함
 - 구축된 에피소드 내에서 S005의 기재 없이 S006만 기재되어 있는 경우는 분석에 사용하지 않음. 입원적용기간 중 기관을 옮기거나, 에피소드 구축 기준일자를 넘은 기간동안 외박한 경우가 이에 해당됨
 - 질병 대분류별로 입력되어야 하는 지표임에도 불구하고 누락되어 있거나 입력된 지표별로 이상값을 가진 사람(예, MAS 값이 4보다 작은 경우)은 분석 대상에서 제외함
- (한계점) 환자의 기능평가를 기재하는 재활환자 평가표는 시범사업 기간의 입원 및 퇴원 시 그리고 매월 입력하나, 기능평가는 ‘직전의 기능평가를 활

용'하는 것이 가능함. 또한 상태의 악화로 상급의료기관에 전원한 후에 재입원한 환자의 경우 기능이 악화될 수 있음. 따라서 추후의 지표 개발 시 이러한 점을 고려해야 함

- 뇌·척수 중박손상 질환군의 경우 전체 사례가 7명으로 아주 적어, 결과의 해석에 주의가 필요함

□ 유지기 연계

○ 재택복귀율

- (지표의 의미) 회복기 재활치료는 적절한 시기에 효과적인 치료를 통해 신체적 기능을 호전시켜 사회로 복귀시키기 위한 의료서비스인바, '재택복귀율'은 이러한 서비스를 받은 대상자 중 지역사회로 복귀한 사람의 비율을 확인하기 위한 지표임. 이런 점에서 재택복귀율은 회복기 재활치료의 목적과 밀접한 관련이 있음

재택복귀율 =

(퇴원 이후 입원요양 청구(낮병동 제외)가 28일 이내에 없는 환자수)/
(퇴원환자수 - 상급의료기관으로 전원한 환자수 - 입원기간 중 사망한 환자수)

<그림 4> 재택복귀율 산출 식

- (산출기준) 분모에 '상급의료기관으로 전원한 환자'와 '사망한 환자'를 제외한 퇴원환자 수를, 분자에 '퇴원 이후 입원요양 청구(주간재활 제외)가 28일 이내에 없는 환자 수'를 적용하여 산출함
- 28일간 재택에 속한 경우는 재택복귀에 대한 충분한 의지가 확인된 경우로 판단하여 재택복귀의 성공으로 간주함(신용일, 2018)
- '타기관' 입원요양 청구가 일정 기간 내에 없는 경우만이 아니라 '동일기관'에 재입원한 경우도 재택복귀의 실패로 간주함. 신용일(2018)에서는 재택복귀율을 '타기관 입원요양 청구'가 일정 기간 내에 없는 경우에 한정하기 때문에 동일기관에 다시 입원한 경우는 재택복귀의 성공으로 간

주했음

- 의료니드에 따라 ‘상급의료기관으로 재전원한 환자’는 분석 대상에서 제외함으로써 재택복귀 성공이나 실패의 어느 쪽으로 해석되지 않도록 함: 신용일(2018)에서는 상급의료기관 재전원을 포함하여 산출하였으나, 이것이 상급의료기관 재전원을 재택복귀의 실패로 해석되는 것을 막기 위해서는 상급의료기관 재전원을 제외할 것을 제안함
- (산출과정) 이 연구에서 재택복귀율은 중추신경계 환자군만을 대상으로 산출함. 추출한 인원 중 최초 에피소드 이후 상급의료기관에 입원한 환자를 분석대상에서 제외한 총 14,163명을 대상으로 분석을 진행함(<표 30> 참고). 재택복귀율의 산출은 다음의 3단계로 이루어짐
- 1단계 (회복기재활환자의 정의): 재택복귀율을 산출하기 위해서는 우선 ‘회복기 재활환자’를 조작적으로 정의하여야 함. 회복기재활환자는 KRIC 분류 및 청구데이터에 근거하여 질병군별로 산출 가능함. 2018년에 발생된 회복기재활환자는 ‘2018년에 최초로 전문재활치료료가 청구된 에피소드로부터 이전 3개월간 전문재활치료료 청구가 없었던 환자’로 정의함

1. 2018년 1월 1일 ~ 12월 31일 입원한 환자
2. 2018년 최초 전문재활치료료 청구 3개월 이전에 전문재활치료료 청구가 없는 환자
3. 특정 전문재활치료료 코드(9개)가 있는 환자
4. 뇌척수질환군 KRIC 분류(01, 02, 03, 05, 06, 07)에 포함되는 환자

<그림 5> 재택복귀율 산출에 사용된 ‘회복기 재활환자’의 조작적 정의

- 2단계 (대상자 에피소드의 구축): 하나의 에피소드를 구축하기 위해서는 한 청구명세서의 요양종료일과 그다음 청구명세서의 요양개시일의 간격을 1일로 하는 것이 보통이나, 임상과 직접 관계되지 않은 이유로 외박·외출을 하는 환자가 비교적 빈번한 회복기 재활의료의 특성을 반영하여 본 연구에서는 3일과 7일을 기준으로 입·퇴원을 정의함. 다만, 실제로 3일과 7일 두 기준에 따른 재택복귀율 차이는 미미했음
- 3단계 (재택복귀 성공 에피소드의 구분 및 재택복귀율의 산출): 2018년

병원 및 요양병원에서 전문재활치료를 최초로 청구한 입원 에피소드를 기준으로 퇴원 이후 1달간(28일) 입원 청구권이 없었던 환자를 재택복귀 성공으로 판단함. 단, 상급 급성기 병원으로 전원한 환자와 청구명세서상 입원기간 중 사망한 환자, 2018년 한 해 동안 입력된 총 입원일수가 0일이상이거나 365일을 초과한 환자는 분석에서 제외함. 재택복귀율은 기관 별로도 시범사업대상환자군별로도 산출 가능함

<표 30> 재택복귀율 분석대상 인원 수

시범사업대상여부	추출인원	상급의료기관전원	분석대상
미기재(비대상)환자	16,870 (100%)	3,386 (20%)	13,504 (80%)
기재(대상)환자	879 (100%)	220 (25%)	659 (75%)
합계	17,769	3,606	14,163

○ 지역친화도(Relevance Index)

- (자료) 요양기관, 명세서, 수진자 거주지역 데이터를 모두 활용함
- (산출기준) 특정 지역 거주자의 총 의료이용량 중 동일 지역 의료기관의 의료이용량을 나타냄
 - 지역별 대상질환군에 해당하는 입원환자의 의료이용 자체 충족률 및 타 지역에 대한 유출을 확인할 수 있음

○ 지역환자구성비(Commitment Index)

- (자료) 요양기관, 명세서, 수진자 거주지역 데이터를 모두 활용함
- (산출기준) 특정 지역 의료기관의 총 의료제공량 중 동일 지역의 입원환자의 의료이용량을 나타냄
 - 지역별 대상질환군에 해당하는 입원환자의 지역 선호도와 타지역 유입을 확인할 수 있음

<표 31> 손상 대분류별 기능평가 항목

재활손상대분류구분	인지기능 (MMSE)	일상생활수행능력		근력 (MMT)	경직 (MAS)	소뇌 (BBS등)
		MBI	SCIM			
뇌손상	○	○		○	○	○
척수손상			○	○	○	
뇌·척수 중복손상	○	○	○	○	○	○
근골격계·절단		○		○		
점수 (기존 점수)	100 (0~30)	100	100	100 뇌-(24~144) 척수-(20~120)	100 (4~24)	56

※ 인지기능 검사(MMSE): 값을 모두 30으로 나눈 뒤 100을 곱해, 최저 0점에서 최대 100점까지 분포할 수 있도록 값을 조정함

※ 근력 검사(MMT): 질환별 최저점수를 빼 최저 0점에서 최대 100점까지 분포할 수 있도록 값을 조정함

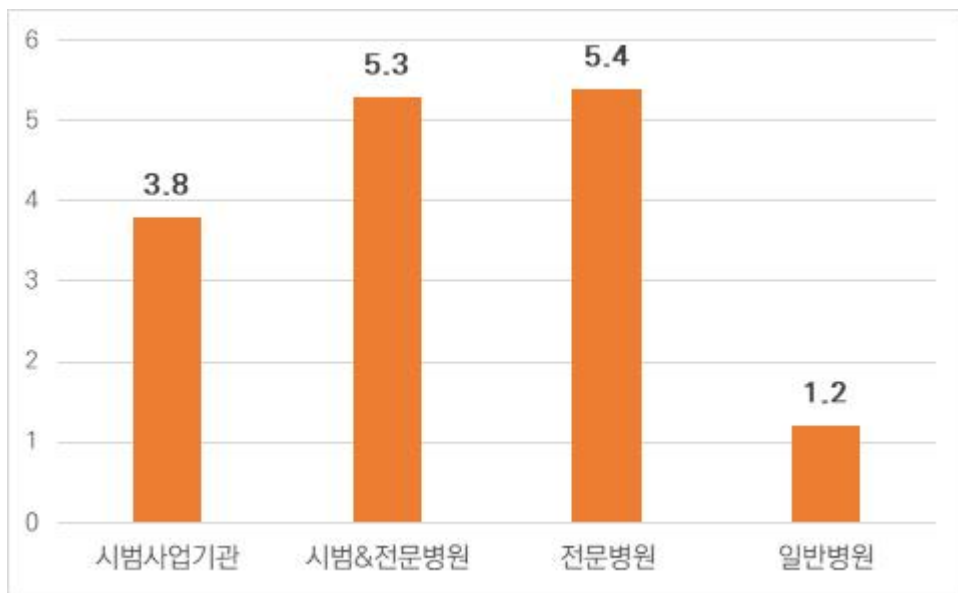
※ 경직 검사(MAS): 최저점수인 4점을 뺀 뒤 5를 곱해 최저 0점에서 최대 100점까지 분포할 수 있도록 값을 조정함. 환자의 기능이 좋을수록 점수가 낮음

(3) 분석결과

□ 재활의학 전문의 수

○ (기관별 평균) 전문병원, ‘시범사업기관이면서 재활전문병원인 기관’, 시범사업기관, 일반기관 순으로 기관평균 재활의학과 전문의 수가 많음

- 시범사업기관(전문병원 제외)은 기관평균 재활의학과 전문의 수가 3.8명으로 의무인력기준인 상근 재활의학과 전문의 3명 이상을 충족하고 있음
- 전문병원의 기관평균 재활의학과 전문의 수는 5.4명임



<그림 6> 기관별 평균 재활의학과 전문의 수

- (지역별 평균) 16개 시도별 평균 재활의학과 전문의 수는 대전이 2.31명으로 가장 많았고, 전남이 0.95명으로 가장 적음



<그림 7> 지역별 기관 평균 재활의학과 전문의 수

□ 인력기준 충족 여부

<표 32> 시범사업 인력기준 미충족 기관 수(n=기관 수)

인력	시범사업기관 (10)	시범&재활전문병원 (5)	재활전문병원 (5)	일반병원 (675)
전문의 기준	0	0	1	238
간호사 기준	0	0	0	444
물리치료사 기준	0	0	0	123
작업치료사 기준	0	0	0	158

- 시범사업기관은 인력기준을 모두 충족함

- 시범사업기관이 아닌 재활전문병원의 경우 전문의 기준을 제외하고(1곳) 모든 인력기준을 충족하고 있음

- 일반병원의 경우에는 간호사 기준을 제외한 다른 인력기준의 경우 50% 이상을 충족함

- 인력기준 중 간호사 인력기준을 미충족한 기관이 가장 많음

□ 시설 및 장비기준 충족여부

- 시범사업 지정 기관은 모두 모든 시설 및 장비 기준을 충족함
- 정형선(2018)이 21개의 재활병원을 대상으로 실시한 설문조사에서 시설 및 장비 관련 시범사업 지정기준의 합리성을 묻는 문항을 보면, 작업치료실 면적 기준이 불합리(불합리 혹은 매우 불합리)하다고 응답한 비율이 높았음(52%). 반면에 다른 기준은 합리적인 편이라고 응답함
 - 동일 연구에서 대부분의 병원이 일상생활동작실이 구비될 필요가 있다고 응답함(62%)

□ 평균입원일수

<표 33> 평균입원일수

KRIC 구분	시범기관	시범&전문병원	재활전문병원		일반병원	
			전문병원	요양병원 제외	일반병원	요양병원 제외
01 뇌졸중	136	121	133	79	174	131
02 외상성 뇌손상	117	104	137	58	139	103
03 비외상성 뇌손상	115	80	103	67	146	118
05 외상성 척수손상	94	101	94	78	96	78
06 비외상성 척수손상	75	84	132	47	72	42
07 뇌·척수 중복손상	104	101	114	-	157	122
12 골반·대퇴 골절	31	26	33	23	48	26
13 하지 관절치환	24	48	24	18	39	24
15 주요 다발성 골절	15	-	38	-	37	23
14 하지 절단	37	48	30	24	49	32

※ KRIC구분 내에서 기관구분별 평균입원일수가 가장 긴 경우 붉은색, 짧은 경우 초록색으로 표기함. 요양병원을 제외한 전문재활병원은 뇌·척수 중복손상 질환군 환자 수가 5명 이하에 불과하여 결과에서 제외함

- 대부분의 질환군에서 평균입원일수는 기준 이내임
 - 골반·대퇴골절(KRIC12)의 경우, 시범사업기관의 평균입원일수가 31일로 입원 적용기간 기준인 30일을 초과

- 하지관절치환(KRIC13)의 경우, ‘시범사업기관이면서 전문병원’의 평균입원 일수가 48일로 기준인 30일을 초과
- 시범기관의 평균입원일수는 요양병원을 제외한 재활전문병원의 평균입원일수보다 길게 나타난바, 이는 시범사업기관에게는 일정기간 입원료 체감을 적용되지 않아 나타난 결과로 해석됨
 - 시범기관은 각 질환별 입원적용기간동안 점수를 모두 적용하며 입원적용기간이 초과되는 경우만 85%의 체감률을 적용함
 - 반면에, 일반병원은 16일~30일 입원할 경우 입원료의 90%, 31일 이상 입원하는 경우 85%를 산정함
- 전문병원과 일반병원 모두 요양병원 포함 여부에 따라 평균입원일수에서 큰 차이가 남. 요양병원은 180일까지 체감률이 적용되지 않기 때문임 (입원 181일째부터 360일까지는 해당 점수의 95%를, 361일째부터는 90%를 산정)
 - 뇌졸중 질환의 경우 요양병원을 포함했을 때 일반병원의 입원일수가 174일로 가장 길었으나 요양병원을 제외하는 경우 시범사업기관의 입원일수가 136일로 가장 김
 - 재활전문병원은 평균입원일수가 133일이나 요양병원을 제외하면 79일임

□ 환자구성비율

<표 34> 에피소드 기준 환자 구성비율

KRIC		시범기관	시범&전문병원	재활전문병원	일반병원
01	뇌졸중	49%	35%	25%	28%
02	외상성 뇌손상	5%	3%	2%	2%
03	비외상성 뇌손상	3%	2%	2%	2%
05	외상성 척수손상	3%	2%	1%	1%
06	비외상성 척수손상	3%	2%	1%	2%
07	뇌·척수 중복손상	0%	0%	0%	0%
12	골반·대퇴 골절	4%	1%	2%	5%
13	하지 관절치환	1%	0%	0%	1%
15	주요 다발성 골절	0%	-	0%	0%
14	하지 절단	0%	0%	0%	0%
대상		68%	46%	34%	41%
비대상		32%	54%	66%	59%
전체		100%	100%	100%	100%

<표 35> 입원 환자 수 기준 환자 구성비율

KRIC		시범기관	시범&전문병원	재활전문병원	일반병원
01	뇌졸중	47%	35%	24%	25%
02	외상성 뇌손상	4%	3%	2%	2%
03	비외상성 뇌손상	3%	2%	2%	2%
05	외상성 척수손상	3%	2%	1%	2%
06	비외상성 척수손상	3%	2%	1%	2%
07	뇌·척수 중복손상	0%	0%	0%	0%
12	골반·대퇴 골절	4%	1%	2%	5%
13	하지 관절치환	1%	0%	0%	1%
15	주요 다발성 골절	0%	-	0%	0%
14	하지 절단	1%	0%	0%	0%
대상		67%	47%	32%	39%
비대상		33%	53%	68%	61%
전체		100%	100%	100%	100%

○ 에피소드 및 입원환자 수 기준 모두 시범사업기관, ‘시범사업기관이면서 재활전문병원인 기관’, 일반병원, 재활전문병원의 순으로 KRIC 질환 대상 환자군이 비율이 높음

- 입원 에피소드별 구성비율을 확인했을 때, 시범사업기관은 KRIC 대상 질환군이 68%로 가장 높은 대상환자구성비율을 보이며 ‘시범사업기관이면서 재활전문병원인 기관’인 경우가 46%로 그 뒤를 이음. 입원 환자 수를 통해 분석한 경우에는 시범사업기관 67%, ‘시범사업기관이면서 재활전문병원인 기관’ 47%로 에피소드별 구성비율과 비슷한 수치를 보임

- 시범사업기관이 아닌 기관의 시범사업 대상 질환군의 구성비율은 에피소드 기준으로 본 일반병원 41% 이외에는 에피소드 기준과 입원환자 수 기준 모두 40% 이하를 차지하고 있음

- 다만, 시범사업 비대상기관인 경우, KRIC 기준에 따른 상병 입력을 하지 않는 경우가 있어, 실제로는 대상환자임에도 비대상환자로 분류되었을 수 있음에 주의가 필요함

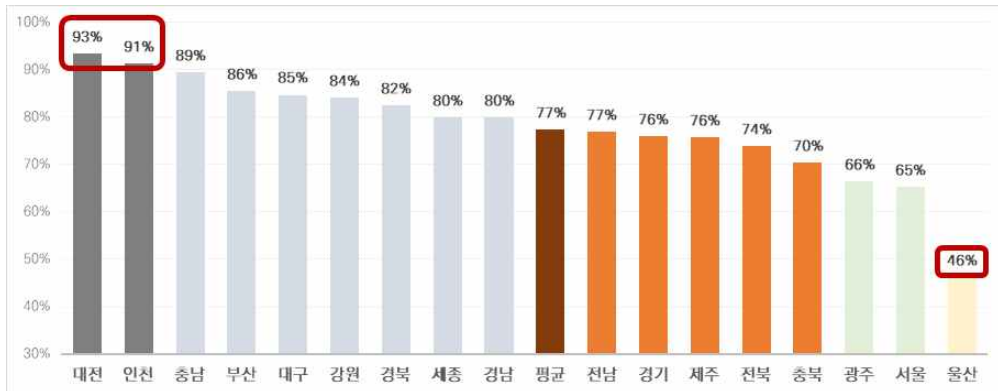
- 정형선(2018)이 21개의 재활병원을 대상으로 시범사업 질환 대상 환자군에 관하여 시행한 설문조사결과, 시범사업 대상 환자군에 추가되어야 할 질환으로 다음과 같이 응답함(복수응답)

① ‘신경질환: 다발성 신경염(길랑바레), 말초신경장애’ (95%)

② ‘슬관절 인공관절 치환술 후 상태’ (76%)

③ ‘비사용증후군’ · ‘척추 압박골절 또는 척추 수술 후’ (67%)

□ 입원시기충족률



<그림 8> 입원시기충족률

- 시범사업기관에 입원한 환자 중 입원시기가 충족되는 환자는 전국평균 77% 임
- 대전, 인천 거주환자는 90% 이상 입원시기 기준을 충족함
- 전남, 경기, 제주, 전북, 충북, 광주, 서울, 울산 거주환자는 입원시기 충족률이 전국 평균 이하임
- 울산 거주 환자의 경우 절반 이상이 입원시기를 충족하지 못함

□ 입원시기·기간충족률



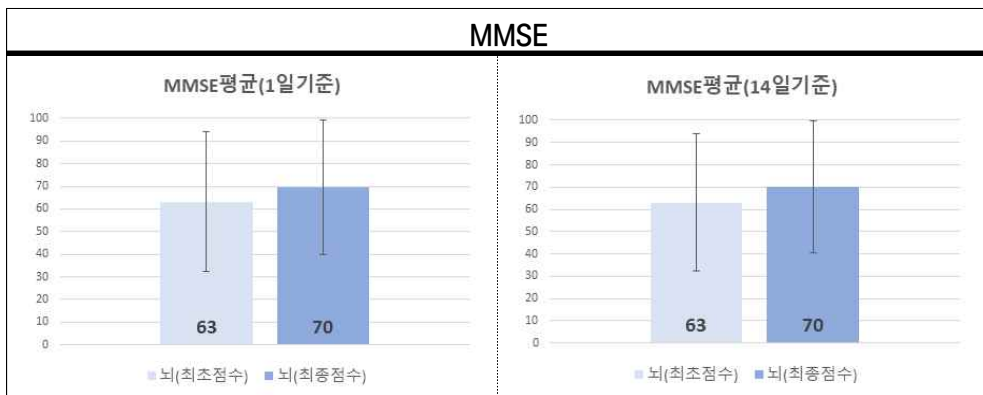
<그림 9> 입원시기·기간충족률

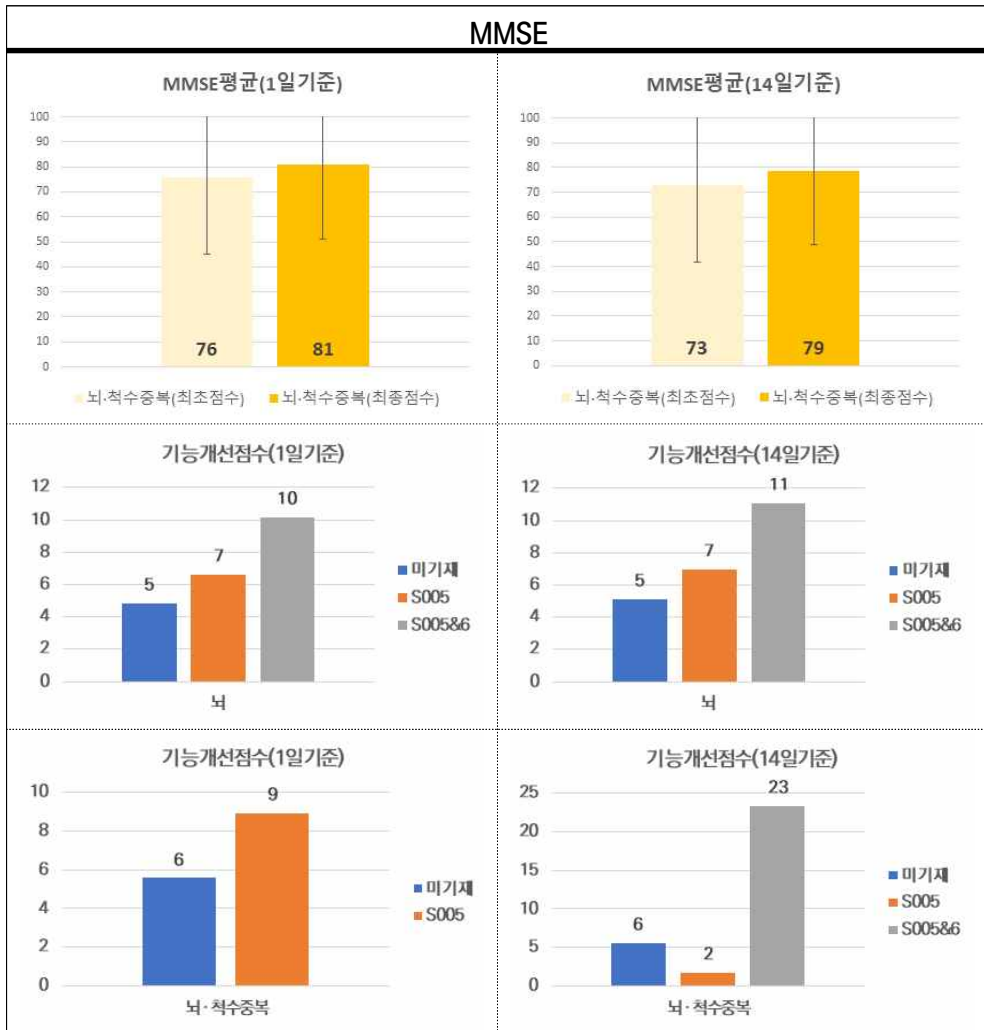
- 시범사업기관에 입원한 환자 중 입원시기와 입원기간을 모두 충족한 환자 (S005)는 전국평균 58%임
- 대전, 전남, 제주 거주환자는 70% 이상의 입원시기·기간 충족률을 보임
- 경남, 경기, 세종, 서울, 충북, 울산 거주환자는 전국 평균이하의 입원기간 충족률을 보임
- 울산 거주 환자의 경우 대부분이 입원시기·기간을 충족하지 못함

□ 환자기능개선

○ (MMSE) 뇌 질환군의 경우 1일 기준 에피소드 최초평가 평균점수와 최종평가 평균점수는 각각 63점과 70점이고, 뇌·척수 중복질환군의 경우 에피소드 최초 평균점수와 최종 평균점수는 각각 76점과 81점임

- 뇌 질환군의 경우, 에피소드 1일 기준과 14일 기준 모두 S005에서 S006으로 전환된 환자(이하 S005&6으로 표기)가 점수 개선 정도가 가장 높으며, 미기재 환자군이 가장 낮음
- 뇌·척수 중복질환군의 경우, 에피소드 1일 기준에서 입원 에피소드가 S005에서 S006으로 연결되는 경우가 관찰되지 않음. S005환자군이 미기재 환자군보다 기능개선점수 평균이 높음. 에피소드 14일 기준에서 S005&6환자의 환자기능개선 점수가 23점으로 나타났지만 이는 하나의 에피소드만을 분석한 결과로 대표성을 갖는 것으로 보기 어려움



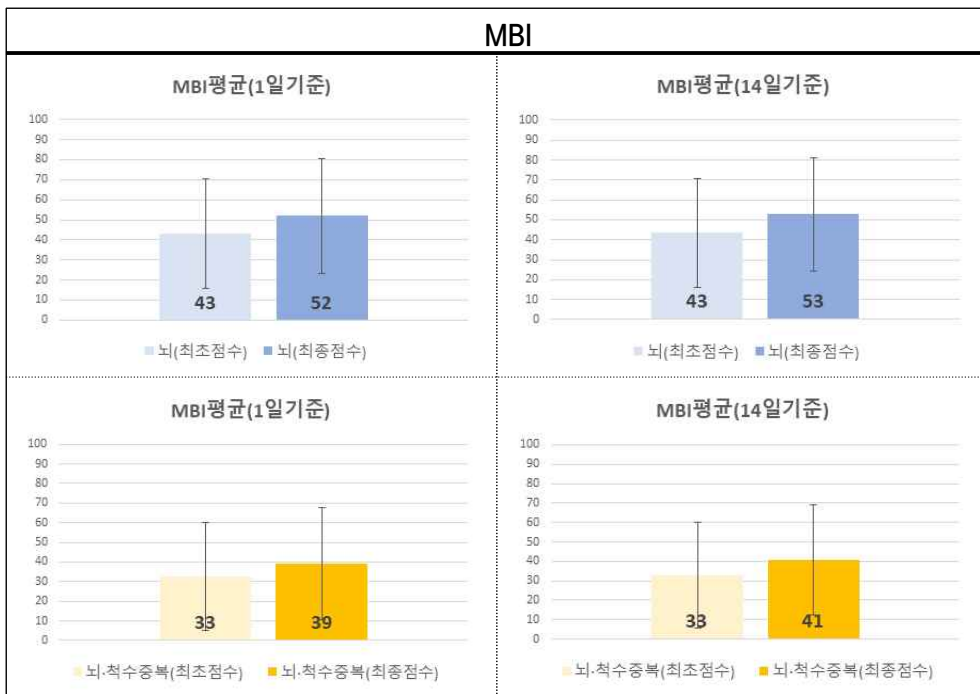


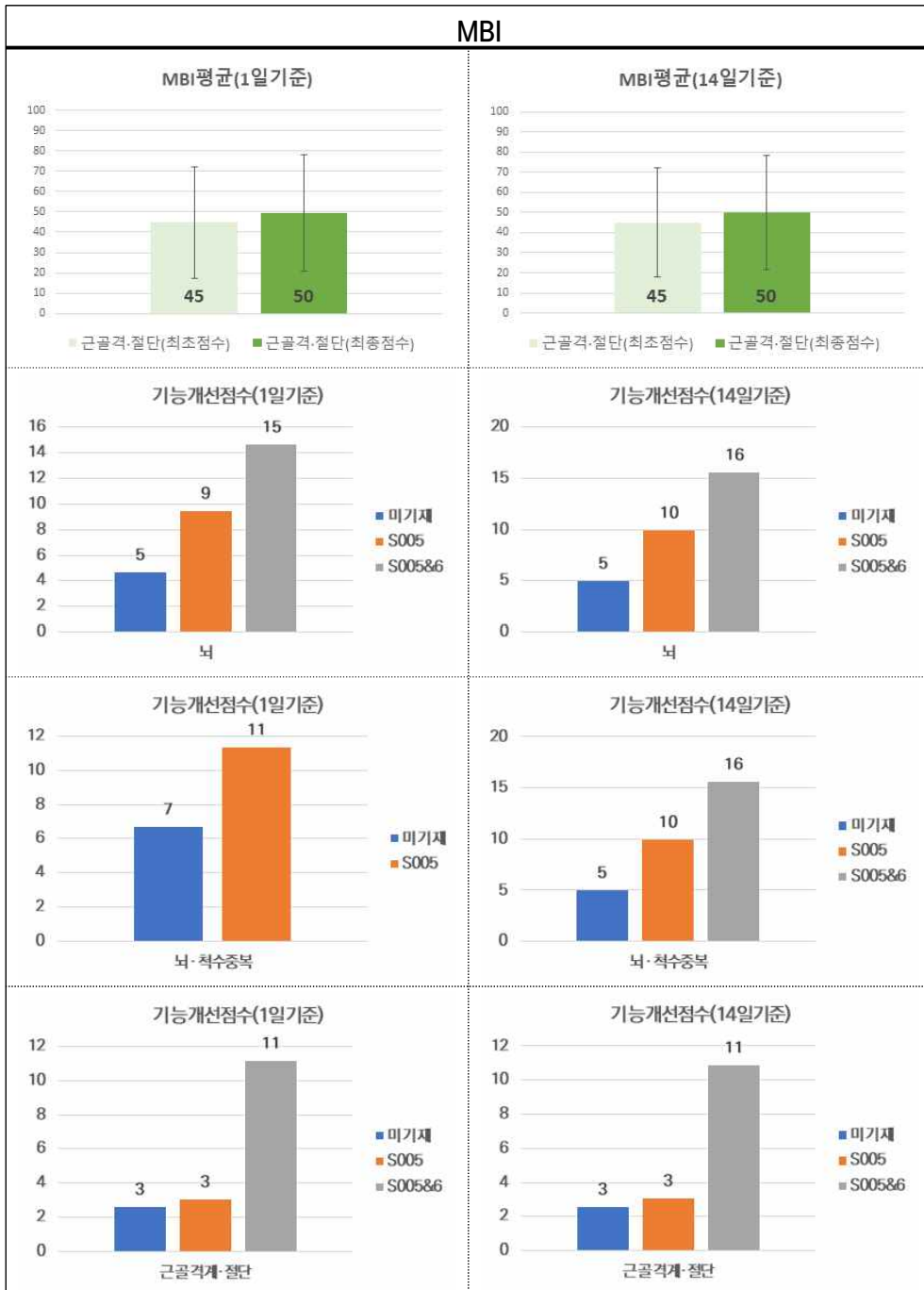
<그림 10> 환자기능개선-MMSE

※ MMSE(Mini-Mental State Examination): 인지기능평가. 인지기능과 치매 여부를 평가하는 도구로 지남력(시간, 장소), 기억등록, 기억회상, 주의집중과 계산, 언어 및 시각적 구성 총 7개 영역의 능력을 평가함. 기존 평가점수분포는 0~30점이나, 분석을 위해 0~100점으로 치환함

○ (MBI) 뇌 질환군은 에피소드 최초평가 평균점수와 최종평가 평균점수는 각각 43점과 52점이고, 뇌·척수 중복손상 질환군은 각각 33점과 39점이며, 근골격계·절단 질환군은 각각 45점과 50점임

- 뇌 질환군과 뇌·척수 중복손상 질환군 모두 개선도는 S005&6환자군, S005 환자군, 미기재환자군의 순임
- 근골격계·절단 질환군은 S005&6 환자의 평균 개선점수가 S005환자 및 미기재 환자의 평균 개선점수보다 큼



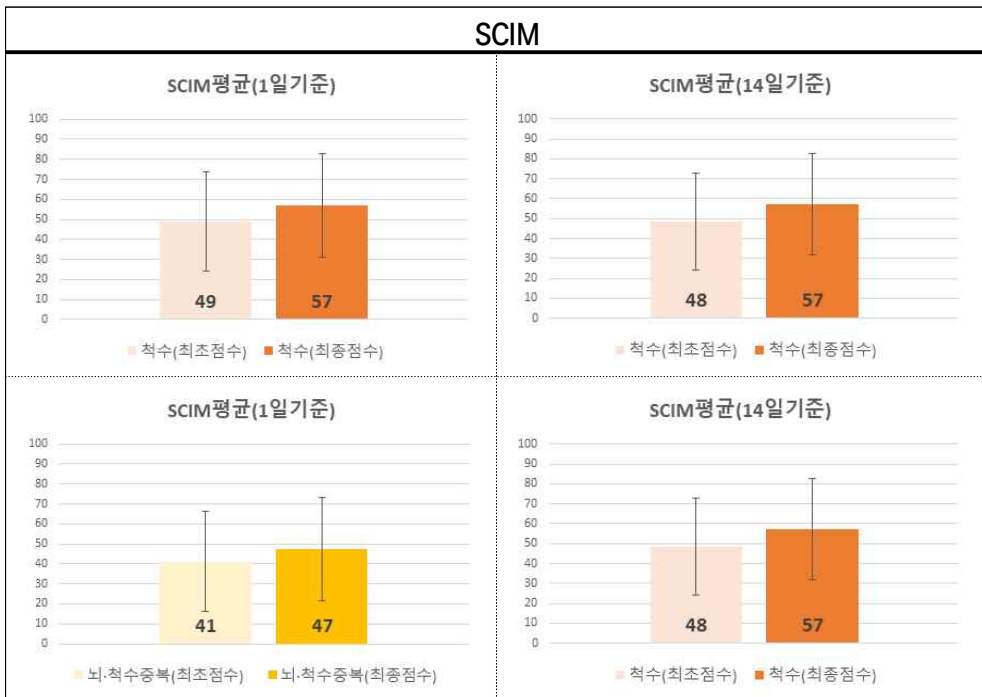


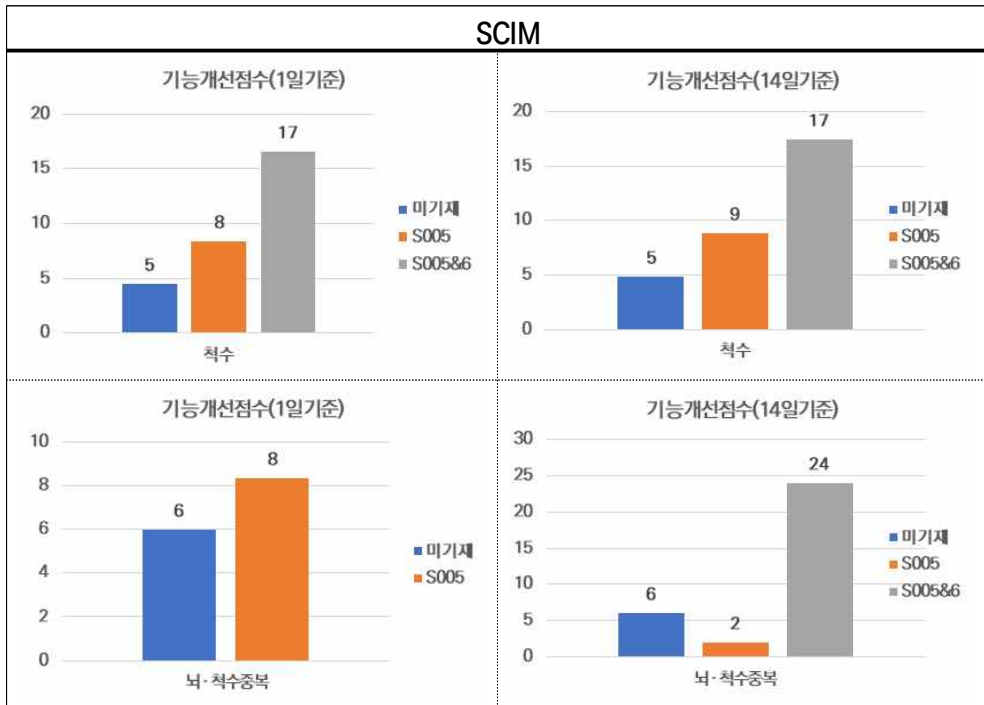
<그림 11> 환자기능개선-MBI

※ K-MBI(Korean Modified Barthel Index): 일상생활 수행능력 검사, 일상생활동작의 수행능력을 평가하는 검사로 개인위생, 목욕하기, 식사하기, 용변처리, 계단 오르기, 옷 입기, 대변조절, 소변조절, 보행, 의자차, 의자/침대 이동 10개 영역을 평가함.

○ (SCIM) 척수손상 환자군의 에피소드 최초평가 평균점수와 최종평가 평균점수는 각각 49점과 57점이고, 뇌 척수 중복손상 환자군은 각각 41점과 47점임

- 척수손상 환자군의 개선도는 S005&6환자군, S005 환자군, 미기재환자군의 순임
- 뇌·척수 중복손상 환자군의 개선도는 1일기준 S005 환자군, 미기재환자군의 순임. 에피소드 14일 기준으로 구축한 결과에서, S005환자가 미기재 환자군보다 기능개선점수가 낮았으나, 뇌·척수 중복손상군의 사례 수가 현저히 적어(S005 에피소드 2개, S005&6 에피소드 1개) 대표성을 띠다고 보기 어려움





<그림 12> 환자기능개선-SCIM

※ SCIM(Spinal Cord Independence Measure): 척수 독립성 지수, 자기관리, 호흡·팔약근, 이동 영역을 평가함

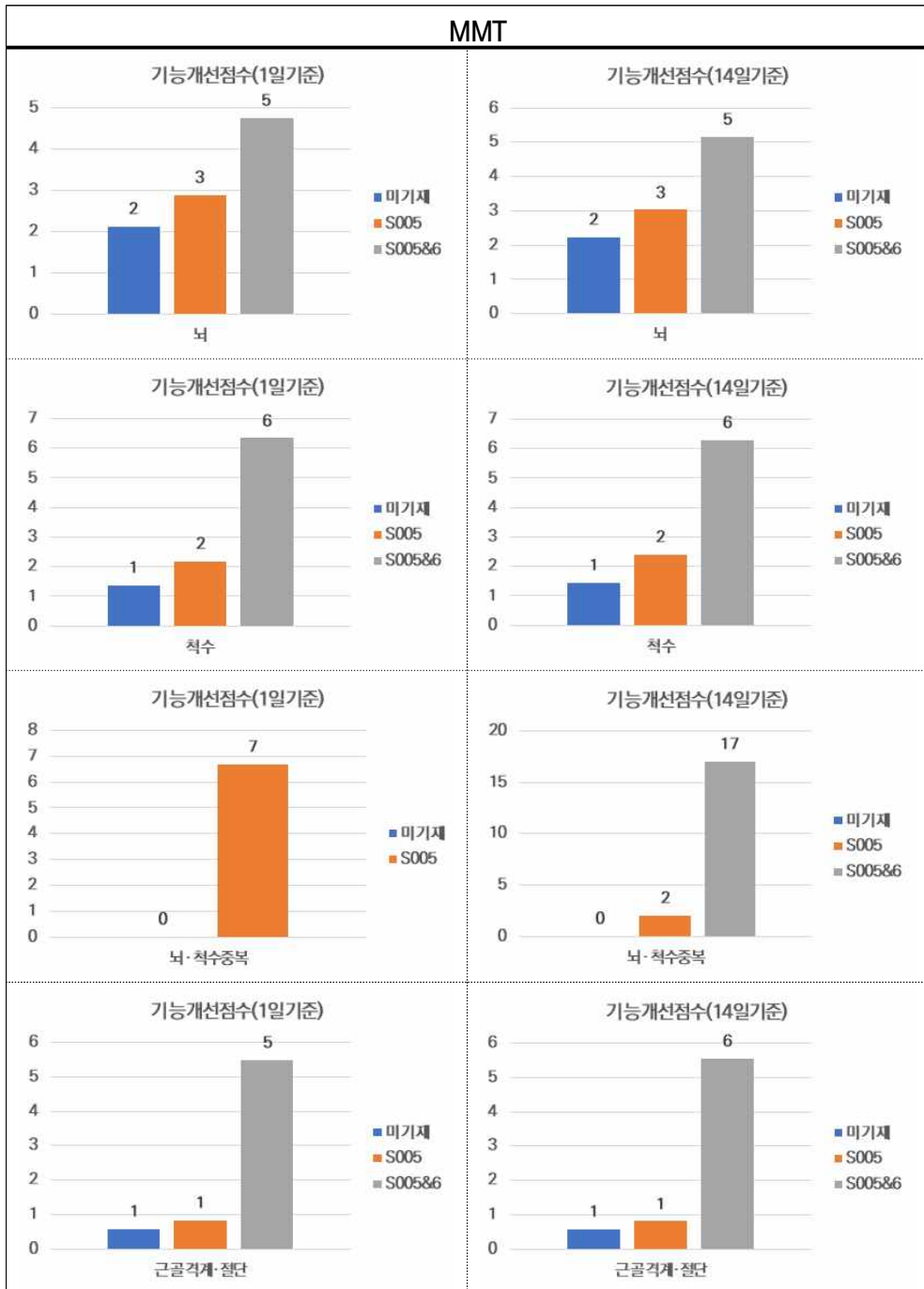
○ (MMT) 뇌 질환군의 에피소드 최초평가 평균점수와 최종평가 평균점수는 각각 73점과 76점, 척수 질환군은 각각 59점과 61점, 뇌·척수 중복손상 질환군은 각각 54점과 57점, 근골격계·절단 질환군은 각각 89점과 91점임

- 모든 질환군에서 개선도는 S005&6환자군, S005 환자군, 미기재환자군의 순임

※ MMT(Manual Muscle Testing): 근육 검사, 손상부위에 따라 '근육수축의 증거 없음'(1점)부터 '중력과 충분한 저항 하에서 관절운동 가능'(6점)까지 각 근육의 능력을 평가함.

MMT

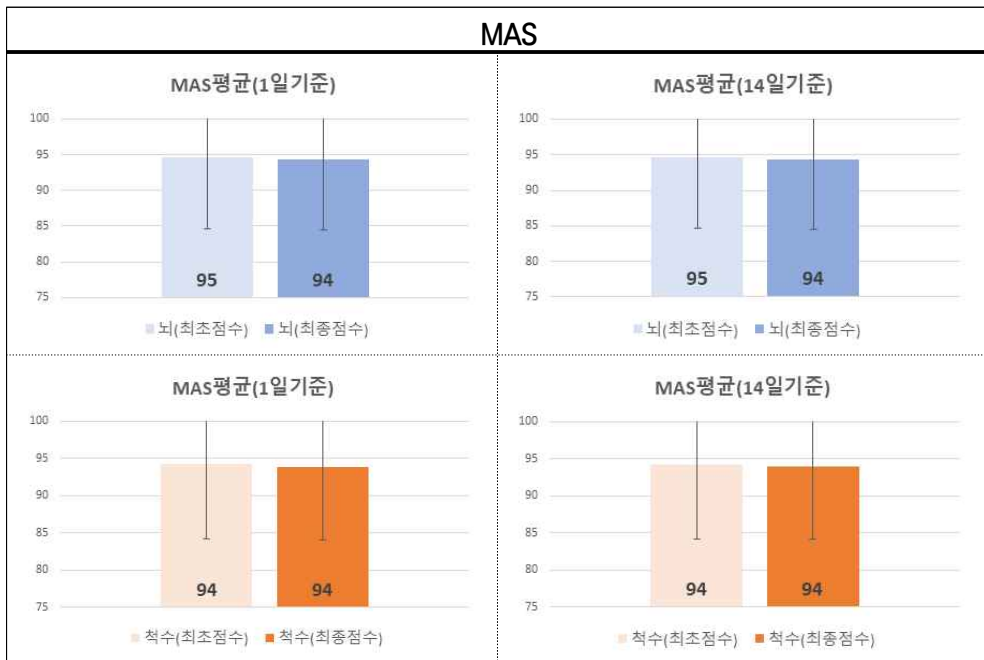


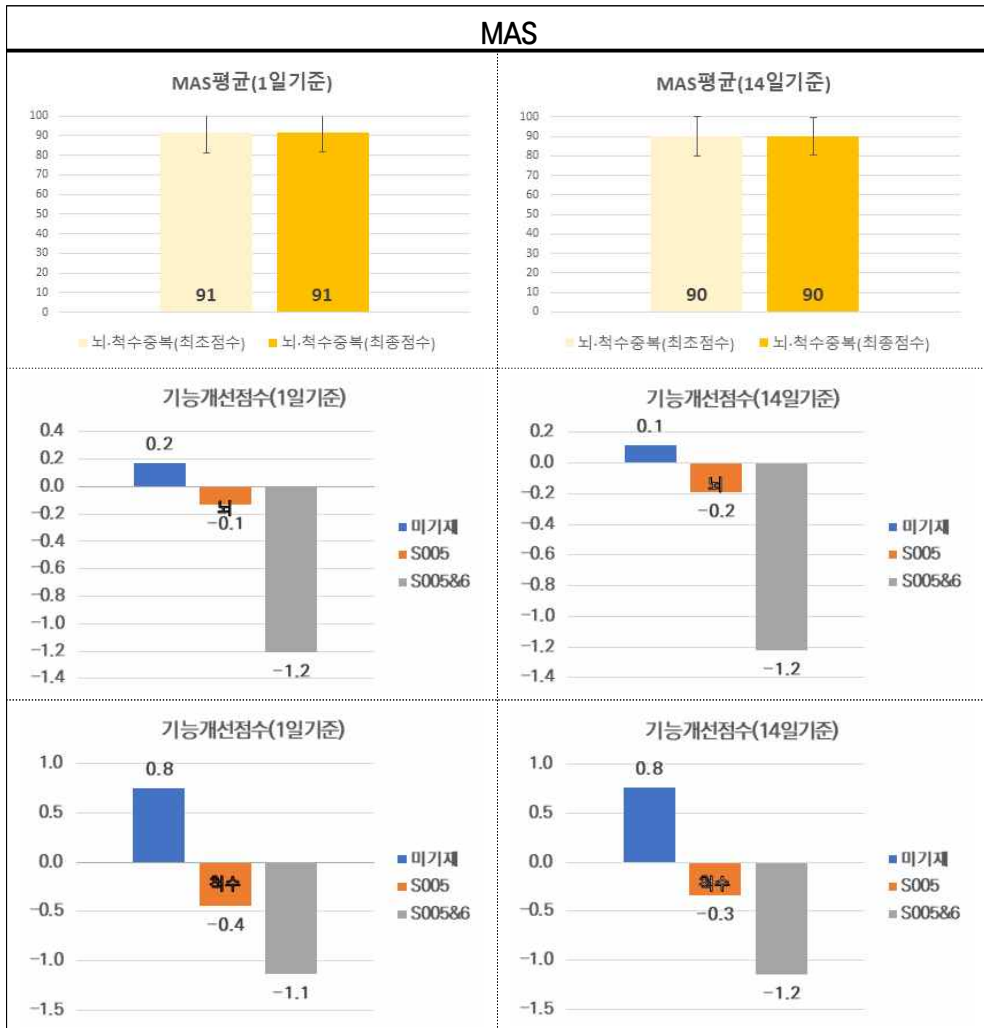


<그림 13> 환자기능개선-MMT

○ (MAS) 뇌 질환군의 에피소드 최초평가 평균점수와 최종평가 평균점수는 각각 95점과 94점, 척수 질환군은 모두 94점, 뇌·척수 중복손상 질환군은 모두 91점임.
(참고로, MAS 값은 점수의 감소가 환자 상태의 호전을 의미함)

- 뇌 질환군과 척수 질환군에서 S005&6환자군의 기능개선 정도가 가장 높았으며, S005 환자가 그 뒤를 이음
- 뇌·척수 중복손상 질환군의 경우 최초평가와 최종평가 사이에 차이가 거의 없음
- 미기재 환자군의 경우 최초점수와 최종점수의 평균점수는 양수로 나타남 즉, 기능이 악화됨



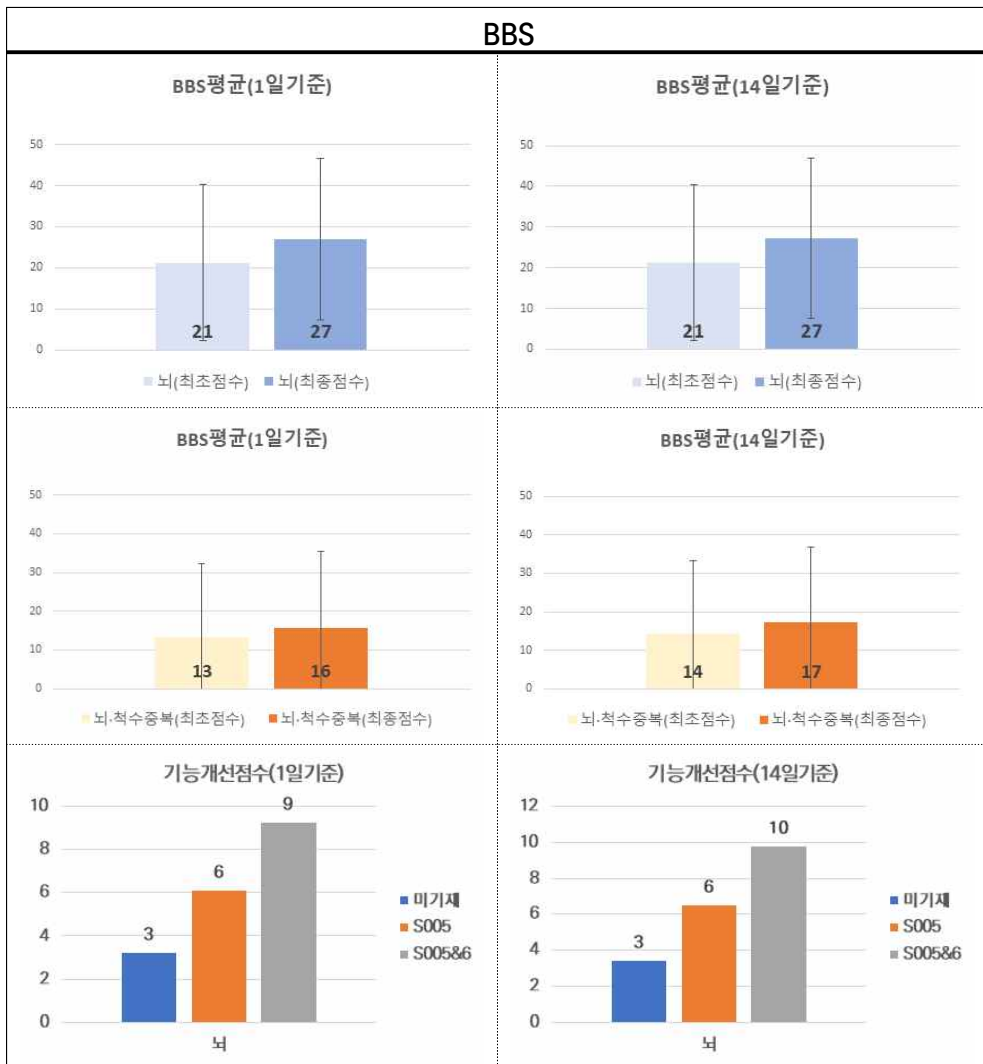


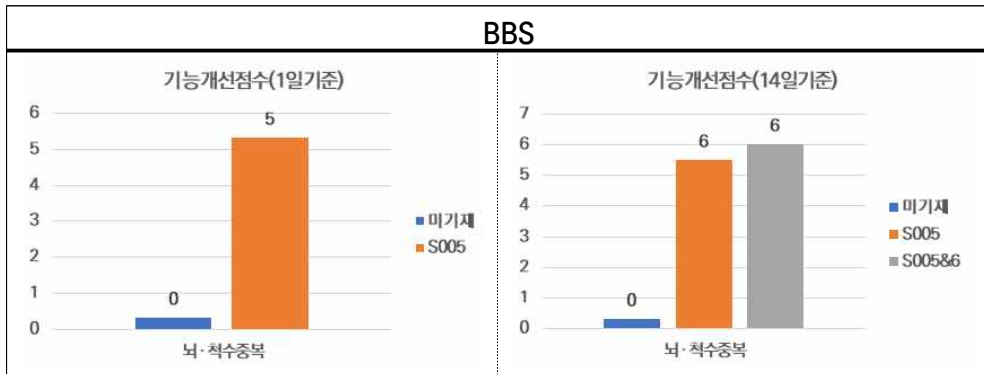
<그림 14> 환자기능개선-MAS

※ MAS(Modified Ashworth Scale): 경직검사, 좌우 상·하지의 경직에 대한 평가. 기능이 좋을수록 0점에 가까워짐. 따라서 점수의 감소가 환자 상태의 호전을 의미함

○ (BBS) 뇌 질환군의 에피소드 최초평가 평균점수와 최종평가 평균점수는 각각 21점과 27점이고, 뇌·척수 중복질환군은 각각 13점과 16점임

- 두 질환군 모두 개선도는 S005&6환자군, S005 환자군, 미기재환자군의 순임



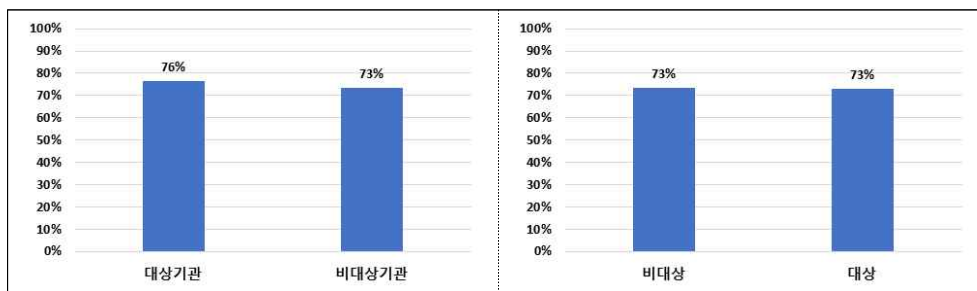


<그림 15> 환자기능개선-BBS

※ BBS(Berg Balance Scale): 소뇌검사(버그균형검사), 환자의 균형능력을 검사하는 지표로 14개의 항목에 대해 각각 0~4점을 부여함.

□ 재택복귀율

○ 전체 평균 재택복귀율은 73.4%임(분석대상: 14,163명)



<그림 16> 재택복귀율(28일 기준)

○ 기관구분별 재택복귀율은 재택복귀 성공 기준 일자에 따라 시범사업기관과 비대상기관 간에 각기 다르게 나타남(<표 36>)

- 재택복귀 성공 기준일이 28일인 경우, 시범사업 대상기관의 퇴원 환자는 76%가 재택복귀에 성공하고, 비대상기관의 퇴원 환자는 73%가 성공함

<표 36> 기관구분별, 기준일자별 재택복귀율

재택복귀 성공 기준	전체	시범사업기관	비대상기관
14일 이내 입원청구 없음	76%	79%	76%
28일 이내 입원청구 없음	74%	76%	73%
60일 이내 입원청구 없음	72%	74%	69%

○ 시범사업 대상 환자 여부에 따른 구분을 보면, 대상 환자의 재택복귀율이 72.8%, 비대상 환자의 재택복귀율이 73.5%로 비슷함

- 시범사업 비대상 환자가 시범사업 대상 환자보다 재택복귀율이 높음. 이는 재택복귀율이 2018년 1월1일부터 12월31일 사이에 최초로 전문재활치료를 수진한 것으로 청구된 자료를 바탕으로 구축한 입원 에피소드 중에서 퇴원 이후 28일 이내에 입원청구가 없었는지를 확인하고 있기 때문임.
- S005환자군만의 재택복귀율은 74%로 S006환자군의 재택복귀율 71%보다

높았음. 다만, S006환자의 수가 적어(17명) 해석에 주의가 필요함

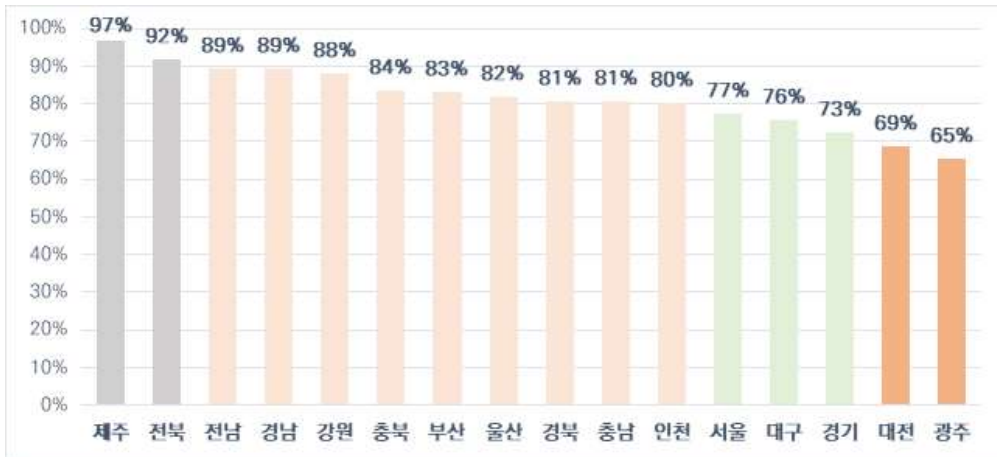
□ 지역친화도



<그림 17> 지역친화도

- 부산과 대구는 지역친화도가 90% 이상으로 해당 지역의 거주환자는 대부분 해당 지역에서 치료를 받음
- 반면에, 전남과 경북은 지역친화도가 각각 57%와 56%로 해당 지역에 거주하는 환자의 상당수가 거주지 이외의 지역에서 입원치료를 받음
 - 경북지역에 거주하는 환자의 의료이용량은 30%가 대구지역 병원에서 이루어지고, 전남지역에 거주하는 환자의 의료이용량은 24%가 광주지역 병원에서 이루어짐

□ 지역환자 구성비



<그림 18> 지역환자구성비

- 제주와 전북지역 의료기관의 지역환자 구성비는 90% 이상으로 나타남. 즉, 제주와 전북지역에 소재한 의료기관의 의료이용량은 대부분의 환자들이 해당 지역 거주자였음
- 대전과 광주의 구성비는 70% 미만으로 해당지역 이외의 지역에 거주하는 환자가 해당 기관의 30% 이상을 차지함
 - 광주지역 병원 의료이용량의 30%는 전남지역 거주민의 이용량임
 - 대전지역 병원 의료이용량의 13%는 충남지역 거주민의 이용량임

다. 종합

- 평균입원일수, 환자기능개선, 재택복귀율 등의 지표는 입원환자의 중등도에 따라 변이가 있게 됨
 - 여기서의 분석 결과는 중등도가 충분히 반영되기 어렵고, 제도에의 참여와 제도의 정착을 위한 예외적 상황이 용인되는 시범사업 초기의 상황에 대한 것이므로 특히 결과지표의 해석과 사업 평가에 있어서 주의가 필요함
 - 시범사업 초기의 상황에서는 사업 전후의 결과지표 변화를 보고 사업의 성과를 판단하기보다는 지표의 조작적 정의를 어떻게 내리는 것이 목적부합성, 산출가능성 측면에서 적절한지를 보는 것이 더 중요함. 따라서 지표의 산출기준과 방법에 집중할 필요가 있음
- 환자기능개선 정도는 대부분의 질환에서 ‘입원시기와 기간 동시 충족환자(S005&6)’가 가장 높고, S005가 그 다음이며, 미기재 환자군이 가장 낮은 것으로 나타남
 - 환자기능개선 지표를 재활의료기관 평가지표로 바로 적용한다면 중증환자 기피의 문제가 발생할 수 있으므로, 제도의 정착 단계에 따라 점진적으로 적용할 필요가 있음
- 사업의 성과를 확인하기 위한 재택복귀율 등의 결과 지표를 확정하기 위해서는 더 많은 섬세한 논의가 필요함. 회복기재활의료의 특성과 실제의 재택복귀 의지에 대한 심층적인 조사 및 연구를 통해 근거를 확보할 필요가 있음
 - 첫째, 입원 에피소드의 구축기준으로서 청구 일자의 간격을 어떻게 정하는 것이 회복기 재활의료의 특성을 가장 잘 반영할 수 있을 것인지에 대한 논의가 필요함. 본 연구에서는 3일과 7일 기준 사이에 재택복귀율의 통계적인 차이는 없었음
 - 둘째, 상급의료기관 전원환자를 재택복귀율의 산정에서 제외하는 것이

적절한지에 대한 검토가 필요함. 본 연구에서는 급성기 의료의 필요성으로 상급의료기관으로 재전원된 경우를 재택복귀의 실패로 간주할 경우 중증도가 있는 환자의 수용을 꺼릴 것이라는 관점을 수용하여 이를 지표 산출에서 제외하였으나, 회복기재활의 실패로 상급의료기관에 재전원하게 되는 경우도 있을 것이므로 이에 대한 고려가 필요하게 됨. 재택복귀율 지표 산출 및 분석 시 상급 급성기의료기관으로 전원한 환자의 비율을 동시에 제시할 필요가 있음

○ 본 연구에서는 선행연구 고찰과 본 시범사업 분석 결과를 통해 시범사업 참여기관의 인정기준을 검토함

- 인력기준

- (간호사) 수도권(서울, 인천, 경기) 이외 지역의 경우, 연평균 1일 입원환자수를 7명까지도 인정하고 있었으나, 해당 항목 삭제 및 낮병동 입원 환자 산입 제외 검토 필요
- (사회복지사) 기관당 1인 이상 근무였으나, 팀어프로치의 확대와 재가 연계의 강화를 위해 환자의 수 증가에 따른 사회복지사 증원 필요

- 시설기준

- 작업치료실 면적: 병상 당 1.16m² 이상이었으나 기준 완화 필요

- 장비기준

- 물리치료실 필수장비 총 10종을 구비해야 했으나 기준 완화 필요
- 일상생활동작실 필수장비 항목 (싱크대, 변기, 그 외 일상생활동작기구) 신설 필요

- 환자 구성비율

- 회복기 재활환자 대상환자군 변화: 비사용증후군 추가
- 회복기 환자구성비율 40% 이상 항목 신설

제3장 일본의 사례

제3장 일본의 사례

가. 재활서비스의 제공체계

(1) 지역연계 크리티컬패스²⁾

○ 크리티컬 패스

- "크리티컬 패스(Critical Path)" 또는 "클리니컬 패스(Clinical Path)"는 양질의 의료를 효율적, 안전, 적정하게 제공하기 위한 수단으로 개발된 진료계획표를 가리키기도 하고, 급성기에서 만성기에 이르는 의료기관의 연계 패스를 지역에서의 생활기까지 연장하여 보건·복지 서비스에 연동시키는 것을 가리키기도 함³⁾
 - 팀의료를 제공할 때에, 스태프간의 혼선이나 실수를 막기 위해 치료의 관리를 시간 축에 따라 정리한 것: "클리니컬 패스(Clinical Path)"가 더 일반적
 - 급성기에서 만성기에 이르는 의료기관의 연계 패스를 지역에서의 생활기까지 연장하여 보건·복지 서비스에 연동시키기 위한 것: "크리티컬 패스(Critical Path)"가 더 일반적
- 진료의 표준화, 근거에 근거한 의료의 실시(EBM), 인포드 콘센트의 강화, 업무의 개선, 팀의료 향상 등의 효과를 기대하게 됨

2) 후생노동성 홈페이지(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/12/s1209-8c.html>) 등

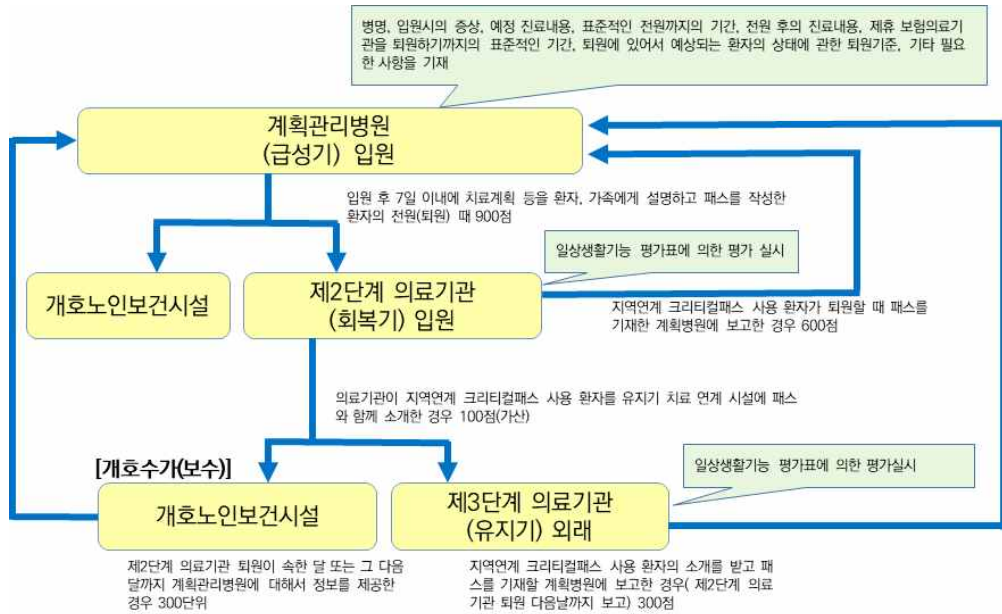
3) 원래 1950년대에 미국 공업계에 도입되기 시작했고 1990년대에 일본의 의료기관에서도 일부 도입된 사고방식임. "크리티컬 패스(Critical Path)"는 생산 공정에서 복잡해지기 쉬운 행정을 관리하기 위해 개발된 Critical Path Method가 어원이지만, 의학용어로서 또는 의료기관에서는 "클리니컬 패스(Clinical Path)"라는 표현이 일반적임. 일본의 후생노동성은 지역연계를 지칭하는 경우에는 "지역연계 크리티컬 패스"라는 명칭을 사용하고 있음

○ 지역연계 크리티컬 패스

- 급성기 병원에서 회복기 병원을 거쳐 조기에 집으로 돌아갈 수 있는 진료 계획을 작성하고, 이를 치료받는 모든 의료기관에서 공유하여 이용하는 것
- 진료를 하는 복수의 의료기관이 역할분담 등의 진료내용을 미리 환자에게 제시·설명함으로써, 환자가 안심하고 의료를 받을 수 있도록 하는 것
- 각 기관의 치료 경과에 따라서, 진료 가이드라인 등에 근거해 진료 내용이나 달성 목표 등을 진료계획으로서 명시함
- 회복기병원으로서는 환자가 어떤 상태로 전원해 올지를 미리 파악할 수 있어서 중복된 검사가 줄고 전원 초기부터 효과적인 재활을 개시할 수 있음
- 이를 통해 의료연계 체제에 근거하여 지역완결형 의료를 구체적으로 실현하는 것임

○ 건강보험의 보상을 위한 지역연계 크리티컬 패스 준수 사항

- (대상질환) 대퇴골경부골절 환자(대퇴골경부골절 접합술, 대퇴골경부골절인공골두치환술 등) 및 뇌졸중 환자(급성발증 또는 급성증악된 뇌경색, 뇌출혈 또는 거미막하출혈 치료를 하고 있는 경우)
- (설명과 동의) 패스 사용시작 시에 환자에 대해(입원 후 7일 이내) 다음의 2가지 사항에 대한 설명과 동의를 얻어야 함. 동의서는 정해진 동의서 또는 이에 준하는 문서(각 병원의 클리니컬 패스, 환자 설명용 패스 등)를 제시하고 서명을 받음
 - 패스를 이용하여 관계기관이 환자의 정보를 공유함
 - 데이터를 익명화하여 지역의 의료 및 간호의 통계·계획에 사용함

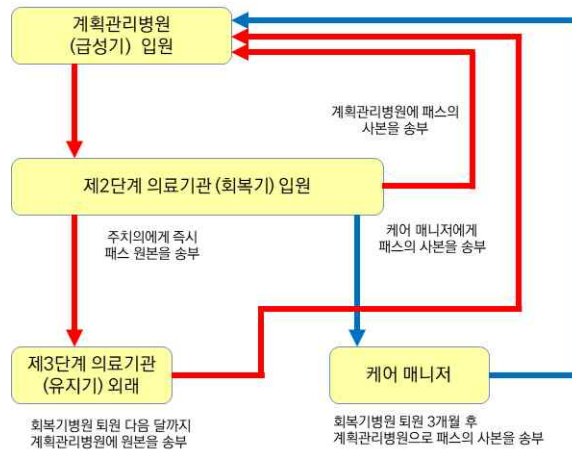


<그림 19> 지역연계 크리티컬패스의 흐름과 진료보수

○ 회복기병원의 패스 송부

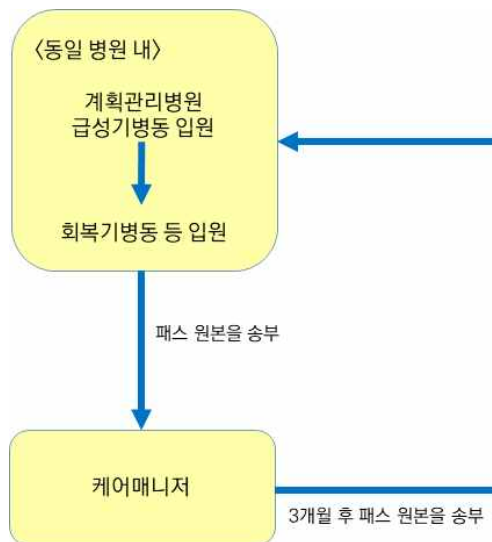
- 단골의사에게 송부할 경우

- 진료보수 규정은 단골의사가 회복기병원 퇴원 다음 달 말까지 패스를 급성기병원(계획관리병원)에 보고하도록 하고 있음 (<그림 20>)



<그림 20> 단골의사·케어매니저에게 패스를 송부하는 경우

- 계획관리병원이 자체의 회복기병동을 이용하는 경우 자체의 단골의사에 대한 패스 송부는 진료보수의 대상 외임(<그림 21>)



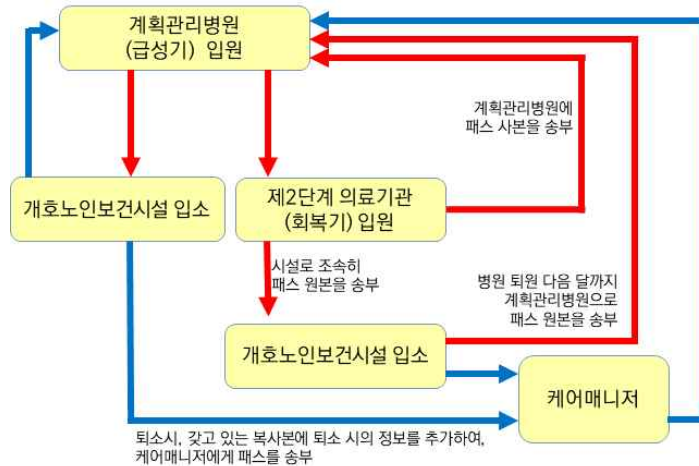
<그림 21> 계획관리병원·회복기 병원이 동일한 경우

- 케어매니저에게 대한 송부

- 회복기 병원에서 단골의사에게 원본을 송부했을 경우 케어매니저에게는 사본을 송부함

○ 개호노인보건시설이 패스를 받는 경우

- 개호노인보건시설이 패스를 받은 경우에는 병원 퇴원 다음 달 말까지 급성기병원(계획관리병원)에 송부함(<그림 22>)



※ 빨간색 화살표는 수가(진료보수)상 규정이 있는 것, 파란색 화살표는 규정이 없는 것

<그림 22> 개호노인보건시설에 입소하는 경우

- 환자가 재택으로 되돌아오는 경우에는 남아있는 사본에 퇴소일, 퇴소 시의 상황을 빨간 글씨로 추가하여 담당 케어매니저에게 송부함 (퇴소시의 단골 의사 및 케어매니저로의 패스 송부는 진료보수상의 대상이 아님)

(2) 병상구분과 재활서비스

- 일본에서 일반병동, 의료요양병동 등은 의료보험을 재원으로 하고 개호요양병동, 개호의료원, 개호노인보건시설, 개호노인복지시설은 개호보험을 재원으로 함
 - 여기서의 일반병동에는 급성기병동, 회복기재활병동, 지역포괄케어병동 등이 포함됨
- 의료기관에서는 2014년부터 “병상기능 정보보고제도”가 시작됨.
 - 각 의료기관(유상진료소를 포함)은 고도급성기, 급성기, 회복기, 만성기 기능 중에서 한 가지 기능을 선택하여, 「현재」와 「향후의 방향」을 도도부현에 보고해야 함

<표 37> 병상 구분별 기능

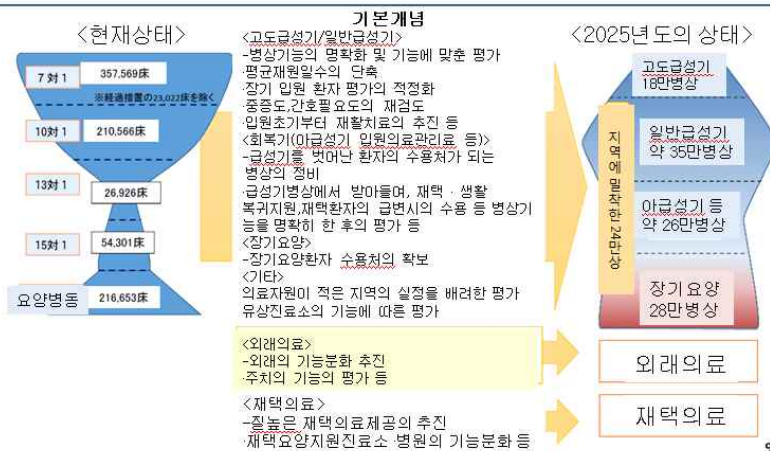
구분	내용
고도급성기 기능	· 급성기 환자에 대하여, 상태의 조기 안정화를 위해, 진료밀도가 높은 의료를 제공하는 기능
급성기 기능	· 급성기 환자에 대하여, 상태의 조기 안정화를 위해, 의료를 제공하는 기능 (고도급성기에 해당하는 것을 제외)
회복기 기능	· 급성기를 경과한 환자에게 재택복귀를 위한 의료나 재활을 제공하는 기능 · 특히, 급성기를 경과한 뇌혈관질환 및 대퇴골경부골절 등의 환자에 대하여, ADL향상 및 재택복귀를 목적으로 한 재활을 집중 제공하는 기능 (회복기 재활기능)
만성기 기능	· 장기에 걸친 요양이 필요한 환자를 입원시키는 기능 · 장기에 걸친 요양이 필요한 중증의 의식장애인, 근위축증환자 또는 난병환자 등을 입원시키는 기능

출처: 厚生労働省(2018)

○ 일본의 새로운 의료체제 : 2025년 모델

- 일본은 “트로피” 모양의 의료공급체계를 2025년에는 “중” 모양으로 개편할 것을 목표로 정책을 추진 중임
- 고도급성기·일반급성기에서 입원 초기부터 적극적 재활치료를 도입하는 등 병상 기능을 명확화하고 기능에 맞춘 평가를 도입함

<차기 진료수가 개정의 사회보장, 세(稅) 일체 개혁에 관한 기본개념> (개요)
(2014년 9월 6일 사회보장심의회 의료보험부회, 의료부회)

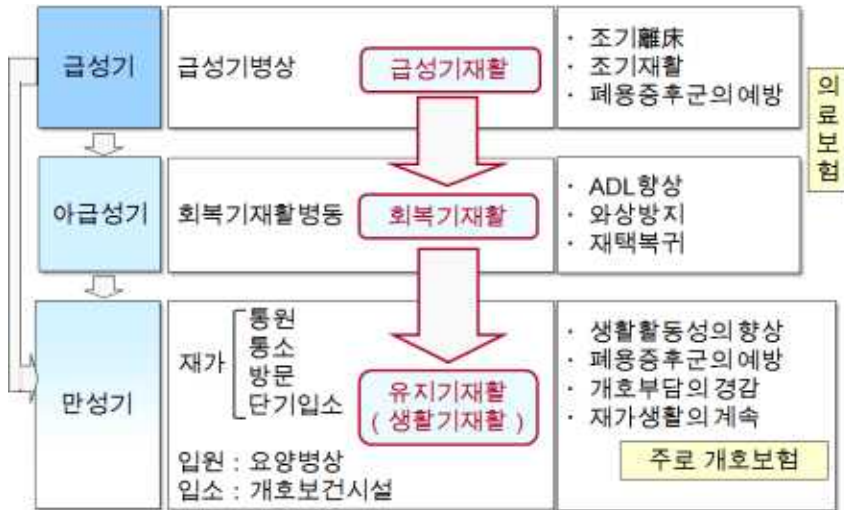


<그림 23> 일본 병상구조의 개편 방향

○ 진료보수(수가)에서는 의료의 기능분화를 위해서 병상의 종류를 약 20개로 세분화하여 수가를 달리하고 있는바, 이를 통해 재활에서도 급성기재활, 회복기재활, 유지기재활의 구분이 확립됨

- 「회복기재활병동입원료」: 2000년의 진료보수(수가) 개정에서 「특정입원료」의 한 항목으로 신설됨. 같은 해 개호보험이 도입되었고 후생노동성이 「지역재활 지원체제정비 추진사업」을 전국의 도·도·부·현에 통지하는 등 각 지역에 급성기부터 회복기, 유지기로 원활하게 진행될 수 있는 시스템이 구축될 필요성이 커진 시점임
- 「지역포괄케어병동입원료」: 2014년의 진료보수(수가) 개정에서 신설됨

- 개호보험의 재활서비스와 의료보험의 재활서비스 사이의 중복과 혼선은 아직도 해결되지 못하고 있음



<그림 24> 재활의료의 흐름 (기능 분화)

<표 38> 일본의 재활서비스 제공 기관과 적용 보험

제공 서비스	제공기관	병상구분	재원 (적용보험)
입원 재활	병원	일반병상/의료요양병상	의료보험
입원 재활	병원	개호요양병상	개호보험
입원 재활	개호의료원	개호의료원병상	개호보험
입소 재활	시설	개호노인보건시설병상	개호보험
재택 통원 재활	병의원	-	의료보험
재택 방문 재활	시설	-	의료보험/개호보험
재택 단기입소 재활	시설	-	개호보험

나. 재활서비스에 대한 보상

(1) 일본 재활 수가의 역사적 전개

<표 39> 재활에 관한 진료 보수의 추이

연도	내용
1974	- 재활에 관한 진료보수(수가) 독립: 「특계진료료」에 「복잡재활」과 「간단재활」 신설 - 신체장애운동요법·작업요법의 시설기준 설정
1981	유자격 이학요법사·작업치료사를 배치한 “승인시설”에서의 “복잡”요법(운동요법과 작업요법)의 점수인 “복합재활료”가 160점에서 300점으로 대폭 인상
1988	‘급성 발병한 뇌혈관질환 환자’에 대한 「조기운동요법가산」과 「노인조기운동요법료」 신설
1992	‘이학요법’ 용어가 ‘재활’로 바뀜: 그 하위항목으로 이학요법, 작업요법, 언어요법 - 재활종합인정시설
2000	회복기재활병동입원료의 창설
2002	- 복잡·간단(40분·15분) → 개별·집단(1단위 20분) - 병동 내의 ADL가산 신설
2004	아급성기입원의료관리료의 신설 (2014년 폐지)
2006	- 질환별 재활료 산정일수 상한의 설정 - 집단 훈련 폐지 - 하루 6단위 → 9단위 인정 - 뇌졸중 케어 유닛의 신설
2007	질환별 재활료 체계제; 질환별 재활의학관리료의 신설
2008	- 질환별 재활료 체계제 및 질환별 재활의학관리료의 폐지 - 산정일수상한 초과 월 13단위의 인정 - 조기재활가산의 신설; 병동 ADL가산의 폐지 - 집단커뮤니케이션요법의 신설 - 회복기재활병동의 질 평가(2구분, 병동専從의사 요건 폐지)
2010	- 회복기재활병동의 질 평가 (휴일가산·재활충실가산 신설) - 뇌혈관질환등 재활이 3단계로 되고, 폐용증후군은 점수가 낮아짐
2012	- 회복기재활병동의 질 평가(3구분): 강화된 시설기준 - 암 환자 재활료의 신설 - 외래재활, 방문재활 보상 강화
2014	- 급성기 병동의 재활의 충실 (ADL유지 향상 등 체제 가산) - 회복기재활병동입원료1의 질 향상 추가 (재활의사에 대한 체제강화가산) - 유지기재활, 폐용증후군, 섭식연하요법의 재검토 (경구섭취 회복 촉진가산) - 지역포괄케어병동 신설 (재활은 1일 평균 2단위 이상이 ‘포괄’ 산정됨).
2016	- 회복기재활병동의 아웃컴에 대한 평가: ‘실적지수’가 27 미만이면 6단위까지만 산정 가능 ‘체제강화가산2’의 신설 (회복기재활병동 상근의사의 시설기준을 수정) - 의료기관 외의 질환별 재활 산정의 확대 (생활기능 재활 장소의 확대)
2018	- 회복기재활병동 입원료(6단계)의 평가체제에 재활의 ‘실적지수’를 넣고, 그 대신 ‘재활충실 가산’ 폐지 ‘산정일수 상한’의 예외 환자 확대 - 유지기·생활기 재활의 개호보험으로의 이행: 의료보험의 질환별 재활과 개호보험의 통소재활을 동시에 실시하는 경우 시설기준 완화 등

(가) 재활 수가의 역사적 전개

1) 회복기재활병동입원료의 도입 (2000년) 이전

- 1974년 이전에는 재활에 관한 진료보수(수가)가 「정형외과적 기능훈련」에 포함되어 있었음
- 1974년에 재활에 관한 진료보수(수가)가 독립되면서 처음으로 신체장애운동요법·작업요법의 시설기준과 그에 근거한 「특계진료료」(우리의 ‘별도산정’에 해당)의 항목으로 「복잡재활」과 「간단재활」이 구분되어 인정됨
 - 그 이후, 1992년까지는 특계진료료의 한 항목으로 「이학요법」이 있고, 이는 운동요법, 작업요법, 언어요법으로 구성되어 그 시설기준이 규정됨
- 1981년 개정에서는 유자격 이학요법사·작업치료사를 배치한 “승인시설”에서의 “복잡”요법(운동요법과 작업요법)의 점수인 “복합재활료”가 160점에서 300점으로 대폭 인상되는 한편, 이학요법사가 없는 “비승인시설”의 운동요법은 “포괄” 산정되면서 실질적으로 20%가량 삭감되는 효과
 - 복합재활료의 대폭 인상 이후 승인시설이 급증하게 됨
- 1988년의 진료보수(수가) 개정에서는 「급성 발병한 뇌혈관질환 환자」에 대한 「조기운동요법가산」과 「노인조기운동요법료」가 신설됨
 - 1987년 6월에 발표된 후생성 “국민의료종합대책본부 중간보고”는 후생성의 공식 문서로서는 처음으로 “발병 후 조기재활”을 추진할 것을 주장하게 됨
 - 이 개정에 따라 뇌졸중환자의 초기진료와 조기재활을 함께 하면 재활부문과 재활 병동에서 흑자를 낼 수 있게 됨
- 1992년의 진료보수(수가) 개정에서는 재활시설기준이 전면 개정되고 「재활종합인정시설」이 신설됨
 - 특계진료료의 한 항목인 「이학요법」이 「재활(리ハビリテーション)」로 제목이

바뀌고 그 하위항목으로 이학요법, 작업요법, 언어요법이 놓이면서 그 시설 기준이 규정되게 됨. 즉, 기존의 ‘이학요법’은 ‘재활(리ハビリテーション)’로, ‘운동요법’은 ‘이학요법’으로 명칭이 바뀜

- 시설기준이 이학요법에서는 3단계, 작업요법에서는 2단계로 분류되고, 각각 가장 높은 시설기준은 「재활종합인정시설」로 불림
- 「재활종합인정시설」의 인원 규정은 전임 상근의사 2명 이상, 전임 이학요법사 5명 이상, 전임 작업치료사 3명 이상이고, 병동 간호 체제를 보장하는 ‘기준간호’가 적용됨
- 「재활종합인정시설」의 “복잡”요법(이학요법, 작업요법Ⅰ)은 345점에서 580점으로 급격히 상승하고 일반의 「승인시설」(이학요법, 작업요법Ⅱ)에서도 345점에서 480점으로 인상됨

2) 회복기재활병동입원료 도입 (2000년) 이후의 10년

- 2000년에는 개호보험제도의 시행을 맞이하여 재활 전치주의를 확보하는 차원에서 「회복기재활병동입원료」를 제도화하게 됨
 - 회복기재활병동입원료는 기본진료비로서의 ‘일반병동 입원료’를 훨씬 상회하는 수가(2000년 당시 1700점)를 인정하여, 훈련실 중심에서 병동생활을 중시한 재활로 전환하고 의사·간호사·개호복지사·이학요법사·작업치료사 등으로 구성된 팀에 의한 재활을 하도록 장려함
 - 이는 급성기환자가 급성기를 마친 후 아급성기 내지 회복기 단계에서 적절한 재활서비스를 받음으로써 가능한 한 개호보험의 요개호자가 되지 않고 재가 복귀할 수 있도록 하기 위한 것임
- 2002년 개정에서는 기존의 「복잡」(40분) 및 「간단」(15분)의 구분을 「개별」 및 「집단」으로 바꾸고 1단위를 20분으로 하여 단시간, 다빈도 재활을 추진함
 - 이학요법사, 작업치료사와 함께 간호사 등이 실시하는 병동 내의 ADL 훈련을 보상함으로써 간호의 중요성을 강조함
 - 언어청각요법은 이학요법, 작업요법과 동등한 점수로 인정됨
- 2006년의 개정에서는 2004년 이후 진행된 “고령자 재활 연구회”의 제언에 따라 다양한 개혁이 시도됨(<Box. 1>)
 - 이학요법, 작업요법, 언어청각요법이라는 구분이 진료보수(수가) 상에서는 폐지되고 「재활」로 일괄 규정됨. (다만, 이로 인해 각 질환별로 이루어지고 있는 재활의 내용을 청구 서류로는 파악하지 못하는 단점이 생김)
 - 이학요법사, 작업치료사, 언어청각사 중심의 시설기준에서 4개의 질환별(뇌혈관질환, 운동기질환, 호흡기질환, 심장대혈관질환) 재활의 시설기준으로 바뀜. 이전에는 개개인 환자에게 어떠한 재활을 적용할지를 의사가 판단했

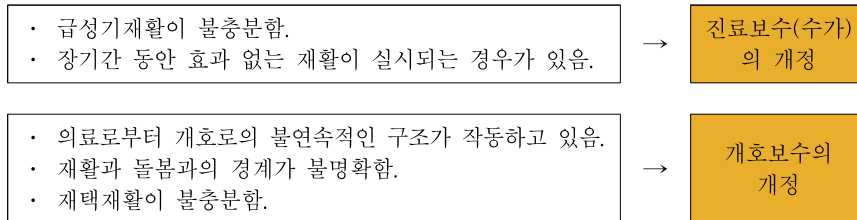
지만, 동 개정 이후는 재활을 제공할 수 있는 환자의 질환·병태가 세세하게 규정됨

- 「외과 수술 또는 폐렴 등에 의한 치료시의 폐용증후군」은 ‘뇌혈관질환 등’ 재활의 대상으로 됨. (폐용증후군은 2016년 진료보수 개정 시에 ‘뇌혈관질환 등’에서 분리됨)
- 질환별 재활을 보충하여 「장애아(자) 재활료」가 신설됨. 주로 뇌성마비, 선천성 마비, 신경장애나 마비의 후유증 또는 발달장애 등의 환자를 취급하는 의료기관에서 실시하는 것으로, 점수는 나이에 따라 다르게 설정되었고 (6세 미만은 220점, 6세 이상 18세 미만은 190점, 18세 이상이 150점) 환자 1인당 1일 6단위까지 산정할 수 있으며 표준적 산정일수는 설정되어 있지 않음
- 환자 1인, 1일당 6단위에서 9단위까지 재활료를 인정하도록 즉, 2시간에서 3시간까지 재활서비스를 받을 수 있게 함
- 산정일수의 상한을 설정함: 이는 ‘재활난민’의 상황을 초래함
- 개별요법만 인정하고 집단요법을 폐지하며, 기능훈련실의 면적 요건을 완화함
- 급성기 상태에서의 재활의 중요성이 강조됨에 따라 뇌졸중케어유닛이 신설됨

<Box. 1>

- 2004년에 후생노동성 노건국이 주관한 「고령자 재활 연구회는, ① 급성기 재활의료가 충분히 이루어지고 있지 못하는 점, ② 장기에 걸쳐 효과가 분명하지 않은 재활의료가 이루어지기도 하는 점, ③ 의료에서 재활로의 연속 시스템이 기능하고 있지 않은 점, ④ 재활과 케어가 혼동되어 제공되기도 하는 점, ⑤ 재택 재활이 불충분한 점 등을 지적함
- 동 연구회는 의료보험은 급성기 상태를 대상으로 주로 신체기능의 조기개선을 목표로 하는 재활서비스를 제공하고, 개호보험은 유지기의 상태를 대상으로 주로 신체기능의 유지 및 생활기능의 유지·향상을 목표로 하는 재

활서비스를 제공할 것을 권고함



<그림 25> 「고령자 재활 연구회」의 제언

○ 2007년의 진료보수(수가) 특별 개정

- 2007년은 2년 주기의 진료보수(수가)개정의 중간 연도임에도 특별 개정을 하여 결과적으로 질환별 재활료 ‘산정일수 상한’의 예외환자가 많이 늘어남

○ 2008년의 진료보수(수가) 개정에서는 ‘산정일수 상한’을 초과해도 재활료를 ‘월 13단위’까지 보상하였고, 회복기재활병동의 질 평가로서 결과 지표가 도입됨

- 2006년 산정일수 제한으로 소위 ‘재활 난민’이 만들어질 정도로 문제가 생김에 따라, ‘산정일수 상한’을 초과해도 재활료를 월 13단위까지 보상하도록 함(유지기 재활)
- 2007년도에 도입되었던 질환별 재활료 체감제 및 질환별 재활의학관리료가 폐지됨
- 회복기재활병동의 질 평가로서 결과 지표가 도입되어 회복기재활입원료 1(1,690점) 및 회복기재활입원료2(1,595점)로 구분됨. 입원료1은 신규 입원환자 중 15% 이상이 중증환자(신규입원 시의 일상생활기능평가가 10점 이상)여야 하고 퇴원환자 중 재택복귀한 사람의 비율이 60% 이상이어야 함. 아울러, 퇴원 시 일상생활기능평가가 3점 이상 개선되어 있는 중증환자의 비율이 30% 이상이면 중증자 회복가산 50점이 추가되어 높은 수가(1,740점)를 받을 수 있게 됨

- 병동ADL가산이 폐지된 반면, 조기재활가산이 설정됨
- 「집단커뮤니케이션료」가 신설되어 뇌혈관질환등 재활료 또는 장애아(장애인) 재활료의 시설기준을 가진 의료기관에서 의사 또는 의사의 지도로 언어청각사가 복수의 환자를 훈련시키는 경우에 환자 1인 1일 3단위까지 산정 가능함. 1단위는 50점이고, 1인 언어청각사는 개별훈련 포함 1일 54단위까지 인정됨
- 시설의 면적요건이나 인원요건이 완화됨(병동 전담의 의사 요건 폐지)

○ 2010년의 진료보수(수가) 개정에서는 휴일가산과 재활충실가산이 신설됨

- 쉬는 날 없이 연간 365일 재활을 실시하는 경우 입원료에 휴일가산 60점 신설
- 1일당 평균 6단위의 재활을 제공하고 있는 경우 입원료에 재활충실가산 40점 신설
- 뇌혈관질환등 재활이 3단계로 등급화되고, 폐용증후군은 ‘뇌혈관질환 등 재활’ 안에서도 다른 병태보다도 점수가 낮아지게 됨
- 운동기 재활은 (Ⅰ)이 2개로 나누어져 3단계로 등급화되었는데, 점수가 높아진 (Ⅰ)은 병원이나 유상진료소에만 적용되고 일반진료소 외래에서의 운동기 재활은 (Ⅱ)로 낮아짐
- 심장대혈관질환 재활은 조건이 일부 완화됨

3) 2012년의 진료보수(수가) 개정

- 2012년은 진료보수(수가)·개호보수(수가)가 동시에 개정이 되는 해로, 의료와 개호의 역할 분담, 지역 연계체제 및 재택의료에 중점을 둠
 - 유지기재활에 대한 향후의 방향성이 제시됨: 요개호피보험자 등이 표준산정 일수를 지나서 의학적 상태의 개선보다는 유지를 목적으로 받는 ‘뇌혈관질환 등 재활료’ 및 ‘운동기 재활료’의 수가를 낮추고, 다음 개정까지(2014년 3월 31일)만 인정되고 폐지함을 명시함 (실제로는 현재까지 유지되고 있음)
- 중점 과제인 「의료기술 진보의 촉진과 도입」에 「재활의 충실」이 명기되고 이를 위한 개정이 이루어짐
 - 회복기재활병동료를 3단계로 하여 기존의 입원료보다 강화된 시설기준이 신설됨
 - 조기재활에 대한 추가 보상이 이루어짐
 - 외래재활시에 의사의 포괄적인 진찰에 관한 보상을 신설함으로써 재진료를 산정하지 않고 재활을 제공할 수 있게 됨 (이전에는 매번 의사의 진찰이 있어야 했음)
 - 급성으로 병세가 악화된 경우의 방문재활에 대해 의료보험에서 급여함
 - 「암 환자 재활료」가 새로이 설정됨
 - 암의 직접적인 증상만이 아닌 수술·방사선치료·화학요법 등의 치료에 의해 생긴 기능 장애에 대하여 2차적 장애를 예방하고 생활기능의 저하를 예방·개선하는 것을 목표로 각종 요법을 조합하여 실시한 경우에는 1일 6단위를 산정할 수 있음
 - 치료 전의 환자에게 실시한 때도 산정할 수 있다는 점과 표준적 산정일수가 설정되지 않는 점 등이 여타 질환별 재활과는 다름

4) 2014년의 진료보수(수가) 개정

- 2014년 개정에서는 「조세와 사회보장의 일체개혁」의 2대 목표인 2025년까지 “입원의료의 기능분화와 연계를 추진”하고 “지역포괄케어체제를 정비”하기 위한 개혁을 반영함
- 「급성기재활」에서는 퇴원증후군의 발생 방지, 「회복기재활」에서는 ‘입원료1’의 질 향상 추가, 「유지기재활」에서는 개호보험의 ‘단시간 통소재활’로의 이행이 추진됨

□ 급성기재활에의 충실

- 급성기 병동의 재활전문직 배치에 관하여 「ADL 유지향상 등 체제 가산」이 신설되게 됨. 이는 급성기 병동에 입원하고 있는 일부 환자에서 ADL이 저하되고 있다는 판단에 따른 것임
- 「ADL 유지향상 등 체제 가산」은 급성기를 담당하는 7:1 및 10:1 간호의 병동이 다음의 조건을 갖추면 환자 1인당 입원일부터 14일간 하루 25점이 가산되는 것임
 - i) 병동 전담의 상근인 이학요법사, 작업치료사, 언어청각사 중 한 명 이상이 배치되어, 입원환자에게 정기적인 ADL 평가를 하고 ADL유지·향상을 목적으로 한 지도·컨퍼런스 등이 이루어짐
 - ii) 산정 병원에는 재활의뢰에 관한 3년 이상의 경험을 갖고 적절한 재활연수(재활의학회가 개최하는 연수회 등)를 수료한 의사가 1명 이상 근무
 - iii) 병동의 최근 1년간 신규 입원환자 중에서 65세 이상이 8할 이상 또는 순환기계·신생물·소화기계·운동기계·호흡기계의 환자가 6할 이상
 - iv) 최근 1년간 해당 병동을 퇴원한 환자 중에서 입원 시보다 퇴원 시에 ADL이 낮아진 사람의 비율이 3% 미만, 원내에서 발생한 욕창이 있는 입원환자의 비율이 1.5% 미만일 것

- 「ADL 유지향상 등 체제 가산」을 산정하고 있는 환자는 질환별 재활을 산정할 수 없지만, 이 산정이 끝난 해당 병동의 환자에 대해서는 병동 전담의 상근인 이학요법사·작업치료사·언어청각사는 1일 6단위까지 질환별 재활을 산정할 수 있음

□ 회복기재활병동의 개정

- 회복기재활병동과 관련해서는 ‘입원료1’에서만 개정이 있었음. 입원료1을 산정하는 병동이 33%로 예상보다 훨씬 높게 되자 요건을 엄격하게 함
- 휴일재활체제 가산은 입원료에 포괄되게 되었기 때문에 365일 재활 제공이 필수 요건으로 됨
 - 입원시에 일반병동의 중증도 의료·간호필요도의 A항목 1점 이상인 환자가 「15% 이상」에서 「10% 이상」으로 완화되기는 했지만, 새로운 간호필요도에서는 혈압 측정, 시간뇨 측정, 객담흡인이 삭제됨. (회복기재활을 요하는 환자를 10% 이상 확보하는 것은 용이하지 않아서 입원료1을 받던 병동의 약 50%가 입원료2로 될 것으로 예상)
- 입원료1에 신설된 체제강화가산은 200점으로 높은 만큼 시설인력 기준이 아주 강함
 - 병동 전담의 재활과 의사는 재활과의 의사로서 3년의 임상경험이 필요하고 연수도 의무화되며 평일에는 반드시 병동 전담으로 업무를 보지 않으면 안 되어 외래나 방문에 종사할 수 없음. 부득이 자리를 비워야 할 경우에도 대체 전담 의사가 근무하지 않으면 안 됨
 - 또한 병동 전담의 사회복지사 한 명 이상의 배치가 요건임

□ 지역포괄케어병동의 신설

- 신설된 「지역포괄케어병동 입원료」는 급성기 병원 또는 요양병상에서의

전환을 기대한 것으로, 입원의료관리료1이 2,558점이고, 간호직원배치가산, 간호보조자배치가산, 구급·재택등지원병상초기가산을 포함하면 하루 3천 점을 넘는 수가를 받게 됨

○ 지역포괄케어병동의 역할과 조건은 다음과 같음

- 첫째의 역할은 급성기를 지난 환자를 원활, 신속하게 수용하는 것임. 이를 위해, 일반병동의 중증도 및 의료·간호의 필요도 A항목 1점 이상인 환자가 상시 10% 이상이 되어야 함
- 둘째의 역할은 재택복귀(재택복귀율 70% 이상)임. 이를 위해, 질환별 재활 또는 암환자재활의 시설기준을 갖추어야 하고 재택복귀 지원을 담당하는 이학요법사, 작업치료사, 언어청각사 1명 이상을 병동 전담으로 배치하여야 함(재활은 1일 평균 2단위 이상이 포괄로 포함됨)
- 세 번째의 역할은 재택환자의 응급 시의 수용임. 이를 위해, 재택요양지원 병원, 재택요양후방지원병원, 2차구급병원, 구급고시병원의 어느 한 가지를 충족해야 함 (1인당 거실면적이 6.4 제곱미터 이상이고 복도 폭에도 규정이 설정되어 있어서, 오래된 급성기 병동이 지역포괄케어병동이 되려면 상당한 개수공사가 필요함)

□ 유지기재활의 개정

- 요개호피보험자의 경우, 뇌혈관질환 등 재활, 운동기 재활에 대한 월 13단위까지의 (표준산정일수를 초과한) 산정은 폐지되지 못했지만, 다음 개정(2016년)까지만 연장하는 것으로 함으로써 유지기재활을 개호보험의 대상으로 하겠다는 역할분담론을 확인함
- 입원 중의 환자는 경과조치의 대상에서 제외되었으며, 또한 과거 1년간 개호보험의 통소재활을 하지 않은 의료기관이 입원 중인 환자 이외의 환자에 대해 통소재활을 하는 경우에는 소점점수의 90%만을 산정하게 됨
- 거택개호지원사업소의 개호지원전문원 등과의 연계에 따라 의료보험 재활로

부터 개호보험 재활로 이행한 경우에 대한 보상으로 「개호보험재활이행 지원료」를 환자 1인당 1회에 한해 500점을 책정함

□ 폐용증후군 및 질환별 재활의 개정

- 지금까지 폐용증후군 재활의 점수가 높아서 폐용증후군으로 진단하는 경향을 보이고 있다는 판단 하에 폐용증후군 재활의 대상자를 명확히 하고 수가를 조정함
- 대상 환자는 외과수술 및 폐렴 등의 치료로 몸을 움직이지 않아서 생긴 폐용증후군의 환자로, 치료 시작 시에 FIM 115 이하, BI 85 이하의 상태에 있는 자임
 - 폐용증후군으로서 뇌혈관질환 등의 재활료를 산정하는 경우는 폐용을 가져오게 된 요인, 와상·활동성 재활의 기간, 폐용의 내용, 개입에 의한 개선의 가능성, 개선에 요구되는 예상기간, 직전 평가 이후의 개선이나 변화, 폐용으로 떨어지기 전 ADL에 관한 월별 평가가 의무화됨
 - 단, 심장대혈관질환재활료, 운동기재활료, 호흡기재활료, 장애아(자)재활료 또는 암환자재활료를 설정하게 되면 이 가산은 산정할 수 없음
- 심장대혈관재활료, 운동기재활료, 호흡기재활료, 장애아(자)재활료, 암환자재활료는 모두 각 5점 증가하게 됨

5) 2016년의 진료보수(수가) 개정

○ 질환별 재활료 개정

- 운동기 재활료(Ⅰ)의 인상
- 심장대혈관 재활료(Ⅱ)의 인상
- 폐용증후군 재활료 적용 질환의 확대
- 유지기 재활료의 삭감

○ 회복기재활병동의 성과에 대한 평가

- 회복기재활병동에 입원 중인 환자에 대한 재활료로서 하루 6단위를 넘는 자의 비용은 재활의 ‘제공 실적이 일정 수준 이상’이면서, 회복기재활병동에서 효과에 관한 실적이 일정 수준을 넘어야 별도산정이 가능함. 단, 고시 별표 제9의 3에서 규정하는 ‘뇌혈관질환 등의 환자 중에서 발병 후 60일 이내의 자’는 포괄하지 않음
- ‘제공 실적이 일정 수준 이상’인 경우란, 과거 6개월에 해당 보험의료기관에서 회복기재활병동입원료를 산정한 환자에게 제공된 질환별 재활의 하루 평균 실시 단위 수가 6단위 이상인 것을 말함. 단, 과거 6개월 동안 회복기재활병동입원료를 산정한 환자가 10명 미만의 경우는 제외함
- ‘효과에 관한 실적이 일정 수준을 밑도는’ 경우란, 과거 6개월 동안 해당 보험의료기관의 회복기재활병동에서 퇴동(退棟)한 모든 환자(계산 대상에서 제외되는 환자는 제외)를 대상으로 산출한 ‘실적지수’가 27 미만인 상태를 말함

실적지수

[‘각 환자의 퇴동 시 FIM점수(운동항목)에서
입동(入棟) 시 FIM점수(운동항목)를 차감한 것(=ADL점수의 증가)’의 합]

÷

[‘각 환자의 회복기재활병동 재원일수’를
‘해당 환자의 입동 시의 상태에 따른 입원료의 산정한도일수’로 나눈 것의 합]

○ ‘체제강화가산2’의 신설 (회복기재활병동 상근의사의 시설기준을 수정)

- 회복기재활병동의 전담 상근의사가 입원 외의 진료에도 어느 정도 종사할 수 있도록 기존의 ‘체제강화가산1’(1일당 200점으로 이전과 동일) 외에 ‘체제강화가산2’(1일당 120점)를 신설함
- 전담 상근의사 2명 이상이고 전담 상근사회복지사 1명 이상이어야 하나, 전담 상근의사 중 2명은 아래의 전부를 충족시키면 다른 업무에 종사할 수 있음
 - 전달에 외래 재활 또는 방문을 실시
 - 각각의 의사가 종사하는 요일, 시간 등을 정하고 있음
 - 적어도 1명의 의사는 일주일에 32시간 이상은 종사하고 있음
 - 모두 주 8시간 이상 종사하고 있음

○ ‘ADL유지 향상 등 체제가산’의 강화

- ‘ADL유지 향상 등 체제 가산’ 점수를 기존의 25점에서 80점으로 높임
- ‘전담 물리치료사 등을 2명 이상’ 또는 ‘전담 상근물리치료사 등 1명과 전임 상근물리치료사 등이 1명 이상’ 배치하는 시설기준으로 수정함. (미리 등록한 종사자가 병동에서 6시간 이상 근무하는 날에 한하여 산정)
- 내용도 퇴원 후 지도, 예후에 대한 교육, 활동 참여에의 접근을 추가함

○ 폐용증후군 재활료의 신설

- 폐용증후군의 특성에 따른 재활을 실시하기 위해서, 폐용증후군에 대한 재

활 비용을 새로운 질환별 재활료로 추가함

- 폐용증후군 재활료

- 폐용증후군 재활료Ⅰ: (1단위) 180점
- 폐용증후군 재활료Ⅱ: (1단위) 146점
- 폐용증후군 재활료Ⅲ: (1단위) 77점

- 산정 요건

- 원칙적으로 뇌혈관질환 등 재활료(폐용증후군의 경우)와 동일함. 다만, 대상을 ‘급성질환 등(치료 여부를 묻지 않음)에 수반하는 부동에 의한 폐용 증후군으로, 일정 정도의 기본동작능력, 응용동작능력, 언어청각능력 및 일상생활능력 저하를 겪고 있는 자’로 함
- 표준산정일수는 120일로 함

- 시설 기준

- 뇌혈관질환 등 재활료를 신청하고 있을 것

○ 요개호피보험자의 유지기재활을 개호보험으로 이전 등

- 유지기재활(13단위)의 재검토: 의료와 개호의 역할 분담을 감안하여 요개호 피보험자에 대한 유지기의 재활에 대한 평가를 적정화하고, 개호보험으로의 이행을 도모함

- 표준산정일수를 넘었고, 상태 개선에 대한 기대가 의학적으로 판단되지 않을 때에도 월 13단위에 한하여 질환별 재활을 산정할 수 있도록 인정하는 조치가 차기 진료보수 개정(2018년 3월 31일)까지 다시 연장됨
- 요개호피보험자 등(입원 중인 환자를 제외)에 대한 뇌혈관질환 등 재활, 폐용증후군 재활, 운동기 재활에 대해서는 이들의 유지기 재활료 감산을 현재의 90% 산정에서 60% 산정으로 강화함. 다만, 유지기 재활을 제공하는 의료기관에 개호보험 재활의 실적이 없는 경우는 80% 산정으로 감산의 정도를 완화 적용함

- 「목표 설정 등 지원·관리료」의 신설: 요개호피보험자 등에 대한 재활에

대해서, 기능 예후의 전망의 설명, 그 목표설정 지원 등에 관한 평가를 신설함

- 지원·관리료: 첫 회 250점, 2번째 이후 100점

- 산정요건

① 뇌혈관질환 등 재활, 폐용증후군 재활, 운동기 재활을 실시하고 있는 요
개호피보험자 등에게 다음과 같은 지도를 한 경우 3월에 1회에 한하여
산정

- 의사 및 기타 종사자는 공동으로 목표 설정 등 지원·관리 시트를 작성
하여 환자에게 교부하고 그 사본을 진료록에 첨부함

- 의사는 작성한 목표 설정 등 지원·관리 시트에 근거하여, ‘설명 시점까
지의 경과’, ‘치료 시작 시점 및 설명 시점의 ADL평가(BI 또는 FIM의
평가 점수 및 그 내역 포함)’, ‘설명 시점에 있어서 환자의 기능 예후의
전망’, ‘의사 및 기타 종사자가 해당 환자의 보람, 가치관 등에 대해서 어
떻게 인식하고 있고 기능 예후의 전망을 바탕으로 환자가 어떤 활동이
가능한지, 어떤 형태로 사회에 복귀하는 것을 목표로 재활을 하고 있는
지 또는 할 예정인지’, ‘현재 실시하고 있거나 향후 실시할 예정인 재활
이 각각 설정된 목표에 어떻게 관계되는지’ 등에 대해서 의사가 환자 또
는 환자를 간호하는 가족 등에 대해서 설명하고, 그 사실 및 피설명자가
설명을 어떻게 받아들이고 어느 정도 이해했는지에 대한 평가를 진료록
에 기재함

- 위의 교부 및 설명은 재활 실시계획서의 설명, 또는 재활종합계획서의
교부, 설명 시에 함께 해도 무방함

- 해당 환자가 이후, 개호보험에 의한 재활 등의 서비스 이용이 필요하
다고 생각되면, 필요에 따라서 개호지원전문원과 협력하여 환자 또는 환
자를 간호하는 가족 등에게 개호보험 방문재활, 통소재활 등을 제공하는
사업소(해당 보험의료기관을 포함)를 소개하고 견학, 체험(입원 중이 아
닌 환자에 한함)을 제안함

② 뇌혈관질환 등 재활, 폐용증후군 재활 또는 운동기 재활을 실시하고 있

는 요개호피보험자 중 표준산정일수의 3분의 1을 경과한 자에 대해서
최근 3개월 안에 목표 설정 등 지원·관리료를 산정하지 않았으면 해당
재활료 100분의 90을 산정함

- 개호보험 재활의 시험적 이용의 확대

- 요개호피보험자 등의 환자에 대한 재활은 동일한 질환에 대해서 의료보험의 질환별 재활을 한 뒤 개호보험의 재활로 이행한 날 이후에는 해당 재활에 관련된 질환 등에 대해서 의료보험의 질환별 재활료를 산정할 수 없음
- 다만, 목표 설정 등 지원·관리료를 산정한 지 3월 이내에 해당 지원의 소개, 제안 등에 의해서, 개호보험의 재활의 내용을 파악할 목적으로 1월에 5일을 넘지 않는 범위에서 개호보험의 재활을 이용하는 경우는 해당 "이행"에 포함되지 않고 재활료가 산정 가능함

○ 심장대혈관질환 재활료의 시설기준 등의 완화

- 심장대혈관질환 재활료(Ⅱ)의 점수를 1단위 105점에서 125점으로 높임 (심장대혈관질환 재활료(Ⅰ)은 그대로 1단위 205점 유지)
- 산정대상
 - 급성심근경색, 협심증, 심대혈관질환, 심부전 등 (급성심근경색과 심장대혈관질환은 발병부터 1개월 이후인 환자만)
- 시설기준
 - 순환기과, 심장혈관외과의 표방을 요구하는 시설기준을 없앴
 - 심대혈관 재활을 실시하는 시간대에 순환기과 또는 심장혈관외과를 담당하는 상근의사(비상근 포함) 및 심대혈관질환 재활료의 경험을 가진 의사(비상근 포함)가 각각 1명 이상 근무하고 있으면 되는 것으로 함 (기존에는 상근의사만 되었음)

○ 의료기관 외의 질환별 재활 산정의 확대 (생활기능 재활 장소의 확대)

- 사회복지 등을 지향한 재활을 촉진하기 위해, 이동수단의 획득, 복학·복직,

가사 능력의 획득을 목적으로 하는 경우에, 훈련 의료기관 외에서의 재활을 질환별 재활의 대상으로 포함함. 실제의 상황에서 훈련을 할 필요가 있는 경우에 한하며, 1일 3단위까지 인정함

[재활 통칙] 신고 시설인 보훈의료기관 내에서, 치료와 훈련의 전문시설 외에서 훈련을 실시한 경우에도, 질환별 재활로 볼 수 있음. 또한, 해당 보훈의료기관 외의 경우에도, 다음을 모두 충족할 경우는 질환별 재활로 간주할 수 있음. 또한, 훈련 전후에 훈련 장소의 왕복에 소요된 시간은 해당 재활의 실시 시간에 포함하지 않음

- 산정요건

- ① 해당 보훈의료기관에 입원 중인 환자에 대한 훈련일 것
- ② 심장대혈관질환 재활료(I), 뇌혈관질환 등 재활료(I), 폐용증후군 재활료(I), 운동기 재활료(I) 또는 호흡기 재활료(I)을 산정하는 것임
- ③ 이하의 훈련 중의 하나임
 - 이동수단의 획득을 목적으로 하여, 도로의 횡단, 엘리베이터, 에스컬레이터의 이용, 매표기, 개찰기의 이용, 버스, 기차, 승용차 등 승강, 자동차 운전 등 환자가 실제로 이용하는 이동수단을 이용한 훈련을 실시함
 - 특수한 기구, 설비를 이용한 작업(선반작업 등)을 행하는 직업 복직의 준비가 필요한 환자에 대하여, 해당 기구, 설비 등을 이용한 훈련이고 해당 보훈의료기관 내에서 실시할 수 없는 것을 함
 - 가사 능력의 획득이 필요한 환자에게 가게에서의 일용품 구입, 주택의 청소, 조리, 세탁 등, 실제의 상황에서 가사를 하는 훈련(훈련실 설비가 아니고 주택의 설비를 이용한 훈련을 필요로 하는 특별한 이유가 있는 경우에 한함)을 함
- ④ 훈련의 경우는, 훈련 장소에의 왕복을 포함하여, 상시종사자가 붙어있을

필요에 맞추어 신속하게 해당 보험의료기관에 연락, 이송할 수 있는 체제를 확보하는 등 안전성에 충분히 배려함

○ ‘림프부종 복합적 치료료’의 신설

- 림프부종에 대한 치료기 충실히 이루어지도록 하기 위해서, 림프부종에 대한 복합적 치료에 관한 항목을 신설하고 또 림프부종 지도관리료의 실시 직종에 작업요법사를 추가함
- 림프부종 복합적 치료료 (신설)
 - 중증의 경우 1일 200점
 - 그 외의 경우 1일 100점
- 산정 요건
 - 림프부종 지도관리료의 대상이 되는 종양에 대한 수술 등 후에 림프부종으로 이환한 국제 림프 학계의 병기 분류 I기 이후의 환자임. II기 후기 이후를 중증으로 함
 - 중증의 경우는 치료를 시작한 달과 그 다음 달은 두 달 합해서 11회를 한도로 하고, 치료를 시작한 달 다음 달부터 월 1회를 한도로 하여, 소정의 점수를 산정함. 중증 이외의 경우는 6월 1회를 한도로 하여 소정의 점수를 산정함
 - 전임 의사가 직접 실시하는 것, 또는 전임 의사의 지도 감독 아래 전담 간호사, 물리치료사 또는 작업치료사가 행하는 것을 산정함. 안마마사지 지압사(해당 보험의료기관에 근무하는 사람으로, 안마마사지지압사 자격 취득 후 보험의료기관에서 2년 이상 업무에 종사하고 시설기준에 정한 적절한 연수를 수료한 자에 한함)가 수행할 때는, 전담 의사, 간호사, 물리치료사 또는 작업요법사가 사전에 지시하고 사후에 보고를 받는 때에만 산정할 수 있음
 - 탄성 옷 또는 탄성 붕대의 압박, 압박 하의 운동, 환지의 스킨케어, 체중관리 등의 셀프케어 지도 등을 적절히 조합하여, 중증에 대해서는 1회 40분 이상, 그 이외의 경우에는 1회 20분 이상 한 경우에 산정함. 또한 일련의 치료에 있어서 환지의 스킨케어, 체중관리 등의 셀프케어 지도는

반드시 실시해야 함. 또는, 중증의 경우는 매회의 치료에서 탄성 옷 또는 탄성 붕대에 의한 압박을 행함(하지 않는 의학적 이유가 있는 경우를 제외)

- 시설기준

- 해당 보험의료기관에 전임 상근의사 1명 및 전임 상근간호사, 상근물리치료사 또는 상근작업치료사 1명이 근무할 것
- 해당 보험의료기관에서 최근 1년간 림프부종 지도관리료를 50회 이상 산정했을 것
- 해당 보험의료기관 또는 연계된 다른 보험의료기관에서 입원시설을 가진 내과, 외과 또는 피부과를 표방함

○ ‘섭식기능요법 대상’의 명확화 등

- 섭식기능에 대한 재활을 추진하는 관점에서, 섭식기능요법의 대상이 되는 환자의 범위를 확대하고 경구섭취회복 촉진가산의 요건을 완화함
- 섭식기능요법의 대상이 되는 환자의 확대
 - 원인과 관계없이, 내시경하 연하기능검사, 연하 X선에 의해서 타각적으로 존재를 확인 가능한 연하기능 저하로 의학적으로 섭식기능요법의 유효성이 기대되는 환자를 급식기능요법의 대상으로 함
- ‘경구섭취회복 촉진가산2’의 신설: 시설기준에서 현행보다 단기의 아웃컴 기준을 충족하는 것으로 신고 가능한 구분을 마련함
 - 해당 보험의료기관에서 섭식기능요법을 전담하는 상근언어치료사가 1명 이상 근무함. ‘ADL유지 향상 등 체제 가산’, 회복기재활병동 입원비, 지역포괄케어병동 입원비 및 지역포괄케어 입원의료관리료를 산정하는 병동의 배치 종사자와 겸임하지 못하지만, 섭식기능요법을 실시하지 않는 시간대에 뇌혈관질환 등 재활, 집단코뮤니케이션요법, 암환자 재활, 장애인재활 및 치매환자 재활에 종사하는 것은 무방함. 또한 전달의 섭식기능요법의 실시 횟수가 30회 미만인 경우에만 제7부 재활 제1절의 각 항목 중 전달의 상근언어치료사를 요구하는 별도의 항목과 관련하여 겸임은 가능함

- 과거 3달 사이에 섭식기능요법을 시작한 입원환자(전원, 퇴원한 자 포함)로, 섭식기능요법 개시 시에 위루를 가지며 위절개술 후 섭식기능 치료 개시까지의 사이 또는 섭식기능요법 개시 전 1월 이상 동안 경구 섭취를 하지 않는 자의 3할 이상에 대해서, 섭식기능요법을 시작한 날로부터 기산해서 3월 이내에 영양 방법이 경구 섭취뿐인 상태(내복약 또는 수분을 부정기적으로 경구 섭취 외의 방법으로 섭취하는 상태를 포함)로 회복시킴
- 재활에 관한 기록(의사의 지시, 실시 시간, 훈련 내용, 담당자 등)은 환자별로 보관되고, 항상 의료종사자의 열람이 가능함
- 섭식기능요법을 시작한 입원환자(전원, 퇴원한 자 포함)에 대해서, 이름, 위절개술·소개 등의 일시, 경구섭취로의 회복상태 등을 일원적으로 기록하며, 항상 의료종사자의 열람이 가능함. 또한 해당 환자의 기록은 섭식기능요법 개시일로부터 기산하여 적어도 5년간 보관하고 있어야 함. 또한 ‘경구 섭취로의 회복 상태’는 섭식기능요법을 시작한 날로부터 기산해서 3월 이후의 상태 또는 영양 방법이 경구 섭취뿐인 상태로 회복한 연월일에 대해서 환자마다 기록되어 있으면 충분한 것으로 함

○ 재활전문직의 전담 규정의 완화: 해당 재활의 확산을 도모함

- 전담 상근언어청각사의 시설기준 완화
- 제7부 재활 제1절의 각 항목의 시설기준에서 전담 상근언어청각사를 요하는 경우, 상호 겸임 가능한 것으로 함. 다만, ‘섭식기능요법 경구섭취 회복 촉진가산’은 전월의 섭식기능요법의 실시 횟수가 30회 미만인 경우에 한함
- ‘난치병환자 재활료의 전담 규정’의 재검토
- 난치병 환자 재활료에서 요구되는 ‘전담하는 2명 이상의 종사자’에 관하여, 미리 환자 재활을 하지 않는다고 정한 요일 등에 다른 재활 등의 전담자와 겸임할 수 있는 것으로 함
- 또한, 해당 재활을 실시하지 않는 시간대에는 다른 업무에 종사할 수 있는 것으로 함

6) 2018년의 진료보수(수가) 개정

가) 회복기재활병동 입원료 평가체계의 수정

□ 입원료 수가

○ 회복기재활병동 입원료의 평가체계에 재활의 ‘실적지수’를 넣고, 그 대신 ‘재활충실가산’(후생노동대신이 별도로 정하는 시설기준을 충족시킬 경우 환자 한 명당 1일 40점을 가산하던 방식)을 폐지함

- ‘실적지수’는 회복기재활병동의 1일당 FIM득점의 개선 정도를 환자의 병동 입실 시의 상태를 바탕으로 지수화한 것임

○ 입원료 점수

- 회복기재활병동 입원료1 2,085점, (생활요양을 받을 경우에는) 2,071점
- 회복기재활병동 입원료2 2,025점, (생활요양을 받을 경우에는) 2,021점
- 회복기재활병동 입원료3 1,861점, (생활요양을 받을 경우에는) 1,846점
- 회복기재활병동 입원료4 1,806점, (생활요양을 받을 경우에는) 1,791점
- 회복기재활병동 입원료5 1,702점, (생활요양을 받을 경우에는) 1,687점
- 회복기재활병동 입원료6 1,647점, (생활요양을 받을 경우에는) 1,632점

□ 시설기준

○ 통칙

- 일반병동 또는 요양병동의 병동 단위로 회복기재활의 필요성이 높은 환자가 8할 이상
- 회복기재활을 필요로 하는 환자에 대해 1일 2단위 이상의 재활이 이루어짐

- 해당 병동에 전임의 상근의사가 1명 이상 배치됨
- 해당 병동의 1일 간호직원의 수는 상시 입원환자 15인당 1인 이상 (회복기 재활병동 입원료 1 및 2의 경우는 13인당)
- 간호사가 최소 필요 간호직원의 4할 이상 (회복기재활병동 입원료 1 및 2의 경우는 7할 이상)
- 해당 병동의 1일 간호보조자 수는 상시 입원환자 30인당 1 이상
- 해당 병동에 전담 상근물리치료사가 2명 이상, 상근작업요법사가 1명 이상 배치됨 (회복기재활병동 입원료 1 및 2의 경우에는 전담 상근물리치료사가 3명 이상, 상근작업요법사가 2명 이상, 상근언어치료사가 1명 이상)
- 데이터 제출 가산 신청을 하고 있음 (회복기재활병동 입원료 5 및 6의 경우는 허가병상수가 200병상 이상인 보험의료기관에 한함)

○ 회복기재활병동 입원료 1

- ㉠ 해당 병동에 전임 상근사회복지사 등이 1명 이상 배치될 것
- ㉡ 휴일을 포함하여 주 7일 내내 재활을 제공할 수 있는 체제를 갖추고 있을 것
- ㉢ 해당 병동에서 신규 입원환자 중 3할 이상이 중증환자일 것
- ㉣ 중증환자의 3할 이상이 퇴원 시에 일상생활기능이 개선되어 있을 것
- ㉤ 해당 병동에서 퇴원환자 중 다른 보험의료기관으로 옮긴 환자 등을 제외한 환자의 비율이 7할 이상일 것
- ㉥ 재활 '실적지수'가 37이상일 것

○ 회복기재활병동 입원료2

- 회복기재활병동 입원료1의 ㉠-㉥호를 충족시킬 것

○ 회복기재활병동 입원료 3

- ㉠ 해당 병동에서 신규 입원환자 중 2할 이상이 중증환자일 것

- ㉠ 중증환자의 3할 이상이 퇴원할 때 일상생활기능이 개선되고 있을 것
- ㉡ 해당 병동에서 퇴원환자 중 다른 보험의료기관으로 옮긴 자 등을 제외한 환자의 비율이 7할 이상일 것
- ㉢ 재활 실적지수가 30 이상일 것

○ 회복기재활병동 입원료4

- 회복기재활병동 입원료3의 ㉠-㉢을 충족시킬 것

○ 회복기재활병동 입원료5

- 재활 실적지수가 30 이상일 것

○ 회복기재활병동 입원료6

- 통칙의 조건을 충족시킬 것

□ 기타

○ 일정 수준 이상의 재활을 제공하거나 외래재활 등을 실시하고 있는 보험의료기관은 회복기재활병동 입원료에서의 재활전문직의 병동 전담 요건을 완화함

- ‘시설기준의 (1) 통칙’에서는 해당 병동에 전담 상근물리치료사가 2명 이상, 상근작업요법사가 1명 이상 배치되어 있을 것을 규정하고 있지만, 다음의 두 조건을 충족시킬 경우에 한하여, 이들 전담 재활전문직들이 해당 의료기관에 입원 중인 환자의 퇴원 전 방문지도 및 퇴원 3개월 이내의 환자에 대한 방문재활지도 및 외래에서의 재활을 제공할 수 있음

- 재활 실적지수가 37 이상임
- 해당 보험의료기관에서 직전 달에 외래 환자에 대한 재활 또는 방문재활 지도를 실시하고 있음

- 환자의 영양상태를 토대로 재활 실시계획을 짜고 재활에 따른 영양관리를 하게 하도록, 일부 입원료를 수정함
 - 회복기재활병동 입원료1에 대해서 관리영양사가 재활실시계획 등의 작성에 참여하는 것, 또는, 관리영양사를 포함한 의사, 간호사 그 외 의료종사자가 계획에 근거한 영양상태의 정기적 평가 및 계획 재검토를 하는 것 등을 요건으로 함
 - 회복기재활병동 입원료1에 대해서 해당병동에 전임 상근관리영양사가 1명 이상 배치되도록 권장함. 다음의 ‘산정요건’을 가짐
 - 재활실시계획 또는 재활종합시행계획의 작성에 있어서는 관리영양사들도 참가하여 환자의 영양상태를 충분히 감안한 계획을 작성함. 또한 이 때 재활실시계획서 또는 재활종합실시계획서의 영양 관련 항목(※)은 반드시 기재해야 함 (※) 재활실시계획서 및 재활종합실시계획서에 영양상태 등의 기입란을 추가
 - 관리영양사를 포함한 의사, 간호사 그 외 의료종사자가, 병동 입원 시 환자의 영양상태 확인, 해당 환자의 영양상태의 정기적인 평가 및 계획의 재검토를 공동으로 실시할 것
 - 영양장애 상태에 있는 환자, 영양관리를 하지 않으면 영양장애가 될 것이 예상되는 환자, 기타의 중점적인 영양관리가 필요한 환자에 대해서는 영양상태에 관한 재평가를 주 1회 이상 실시할 것
- 회복기재활병동 입원료1에 대해서, 재활의 실시와 함께 중점적인 영양관리가 필요한 환자에 대한 관리영양사에 의한 개별의 영양관리를 하도록 권장하기 위해 입원영양식사지도료를 포괄 범위에서 제외함

나) 재활에 있어서의 의료와 개호의 연계

□ ‘산정일수 상한’의 예외 환자 확대

- 질환별 재활과 관련해서, 말초신경 손상 등의 환자나 회복기재활병동에서 퇴원한 후 3개월 이내의 환자 등을 산정일수 상한의 제외 대상에 추가함
- 장기간의 재활을 요하는 환자 및 회복기재활병동 퇴원 후 일정 기간 내의 환자에 대해서, 질환별 재활의 산정일수의 상한 이후에도 재활을 할 수 있도록, 산정일수 상한의 제외 대상에 추가함

<표 40> 산정일수 상한의 제외 대상

현행	개정안
뇌혈관질환 등 재활료, 운동기 재활료 등의 산정일수 상한의 제외 대상 환자 (1) 이하의 환자 중 치료 계속에 따라 상태의 개선이 기대할 수 있다고 의학적으로 판단되는 경우 - 실어증, 실인(失認) 및 실행(失行)증 - 고차 뇌 기능 장애 - 중증의 경수 손상 - 머리 외상 및 다부위 외상 - 만성폐쇄성폐질환(COPD) - 심근 경색 - 협심증 (신설) (신설) - 회복기재활병동 입원료 산정 환자	뇌혈관질환 등 재활료, 운동기 재활료 등의 산정일수 상한의 제외 대상 환자 (1) 이하의 환자 중 치료 계속에 따라 상태의 개선이 기대할 수 있다고 의학적으로 판단되는 경우 - 실어증, 실인(失認) 및 실행(失行)증 - 고차 뇌 기능 장애 - 중증의 경수 손상 - 머리 외상 및 다부위 외상 - 만성폐쇄성폐질환(COPD) - 심근 경색 - 협심증 - 축색단열 상태에 있는 말초신경손상(발병부터 1년 이내의 것) - 외상성 견관절건판 손상(수상 후 180일 이내의 것) - 회복기재활병동 입원료 산정 환자

현행	개정안
(신설)	- 회복기재활병동 퇴원일부터 기산해서 3월 이내의 환자 (병동 입원 중 회복기재활병동 입원료를 산정한 환자에 한함. 다만, 보험의 료기관에 입원 중인 환자 또는 개호노인보건 시설에 입소한 환자는 제외함)
(중략)	(중략)
- 기타 질환별 재활의 대상 환자이며, 재활의 지속의 필요성이 의학적으로 인정됨	- 기타 질환별 재활의 대상 환자이며, 재활의 지속의 필요성이 의학적으로 인정된 자
(2) 치료에 유효하다고 의학적으로 판단되는 경우	(2) 치료에 유효하다고 의학적으로 판단되는 경우
(생략)	(생략)

□ 유지기·생활기 재활의 개호보험으로의 이행

- 의료보험과 개호보험 재활을 1개 의료기관에서 실시할 수 있도록, 의료보험의 질환별 재활과 개호보험의 통소재활을 동시에 실시하는 경우 시설기준을 완화함

<표 41> 시설기준의 완화

현행	개정안
[시설기준]	[시설기준]
(질환별 재활의 시설기준)	(질환별 재활의 시설기준)
(1) 질환별 재활의 전담 종사자는 질환별 재활의 실시 시간 중에는 해당 재활의 제공만을 한다.	(1) 이하의 요건을 충족하는 경우, 질환별 재활의 실시 시간 중이더라도, 질환별 재활의 전임 종사자가 개호보험 재활에 종사해도 무방하다. ㉠ 전담 종사자 이외의 모든 종사자가 개호보험 재활에 종사하고 있을 것. ㉡ 전담의 종사자가 질환별 재활을 제공해야 할 환자가 없는 시간대일 것.

현행	개정안
(2) 전담 종사자 이외의 종사자에 대해서는, 해당 의료기관의 질환별 재활 실시 시간 내이더라도, 해당 종사자가 질환별 재활에 종사하지 않는 시간에는 개호보험 재활에 종사할 수 있다. (3) 해당 보험의료기관이 질환별 재활과 지정 통소재활 양쪽을 실시할 때는, 재활의 제공에 지장이 생기지 않는 한, 동일한 공간에서 하는 것도 무방하다 (필요한 기기 및 기구의 이용에 대해서도 마찬가지임). (통소재활 시설기준) 개호보험의 통소재활과 의료보험의 질환별 재활을 동일 시간대에 하고 있는 경우, 지정 통소재활을 실시하기 위해서 필요한 공간은 3 평방미터에 지정 통소재활의 이용정원과 의료보험의 재활을 받는 환자의 수를 곱한 면적 이상으로 한다.	(2) 전담 종사자 이외의 종사자에 대해서는, 해당 의료기관의 질환별 재활 실시 시간 내이더라도, 해당 종사자가 질환별 재활에 종사하지 않는 시간에는 개호보험 재활에 종사할 수 있다. (3) 해당 보험의료기관이 질환별 재활과 지정 통소재활 양쪽을 실시할 때는, 재활의 제공에 지장이 생기지 않는 한, 동일한 공간에서 하는 것도 무방하다 (필요한 기기 및 기구의 이용에 대해서도 마찬가지임). (통소재활 시설기준) 개호보험의 통소재활과 의료보험의 질환별 재활을 동일 시간대에 하고 있는 경우, 지정 통소재활을 실시하기 위해서 필요한 공간은 3 평방미터에 지정 통소재활의 이용정원을 곱한 면적 이상으로 한다.

- 요개호·요지원 피보험자에 대한 유지기·생활기 질환별 재활료에 대해서, 개호보험에의 이행에 관련된 경과조치를 1년에 한해 연장함
- 2019년 4월 이후에는 요개호피보험자 등에 대한 질환별 재활료 산정을 인정하지 않음

□ 재활계획서 양식 등의 수정

1. 기본 방향

- 의료보험과 개호보험 재활의 원활한 연계를 위해, 양식을 공유하고, 의료기관으로부터 개호보험 재활사업소로의 정보 제공이나, 간단한 양식을 사용하는 경우를 평가함
- 종래의 재활종합계획제공료를 수정해서, 재활실시계획서도 산정 가능하도록 「재활계획제공료」를 신설함

- 재활계획제공료의 경우, 개호보험 재활을 이용할 예정인 환자에 대해서, 통소재활사업소 등에 재활에 관한 계획 등을 제공한 경우를 산정함
- 또한, 개호보험의 데이터 수집 등 사업에 활용 가능한 전자 매체로 재활에 관한 계획 등을 제공한 경우에 대해 가산을 신설함

<표 42> 가산 신설

현행	개정안
[재활종합계획 제공료] 100점	(삭제)
(신설)	[재활계획제공료 1] 275점
	[산정요건]
	뇌혈관질환등재활료·폐용증후군재활료·운동기재활료를 산정하는 환자이고, 개호보험 재활의 이용을 예정하고 있는 자에 대해서, 개호보험 재활사업소에서 재활실시계획서 등을 제공한 경우
	[전자화 연계 가산] 5점
(신설)	[산정요건]
	"통소 및 방문재활의 질 평가 데이터 수집 등 사업"에서 이용 가능한 전자 매체로 재활실시계획서 등을 제공한 경우
(신설)	[재활계획제공료 2] 100점
[산정요건]	[산정요건]
퇴원지원가산의 지역연계진료계획가산을 산정하는 입원 중인 환자이고 발병 등으로부터 14일 이내에 퇴원하는 자에 대해서, 퇴원 후의 재활을 담당하는 의료기관에서 재활종합실시계획서를 제공한 경우	입퇴원지원가산의 지역연계진료계획가산을 산정하는 입원 중인 환자이고 발병 등으로부터 14일 이내에 퇴원하는 자에 대해서, 퇴원 후의 재활을 담당하는 의료기관에서 재활실시계획서 등을 제공한 경우

2. 뇌혈관질환 등 재활료 산정 환자 등, 개호보험 재활사업소로의 이행이 예상되는 환자에게 사용하는 종합계획서에 대해서 새롭게 간략화한 양식을 사용할 수 있게 하고, 그 경우의 수가를 신설함

<표 43> 재활종합계획 평가료 신설 등

현행	개정안
[재활종합계획 평가료] 300점 [산정요건] 심장대혈관질환 재활료(I), 뇌혈관질환 등 재활료(I)(II), 폐용증후군 재활료(I)(II), 운동기 재활료(I)(II), 호흡기 재활료(I), 암환자 재활료 또는 치매환자 재활료 산정 환자	[재활종합계획 평가료 1] 300점 [산정요건] 심장대혈관질환 재활료(I), 호흡기 재활료(I), 암환자 재활료 또는 치매환자 재활료의 산정 환자 및 뇌혈관질환 등 재활료(I)(II), 폐용증후군 재활료(I)(II) 또는 운동기 재활료(I)(II) 산정 환자 중 개호보험 재활사업소예의 이행이 예상되는 환자 이외의 환자
(신설) (신설)	[재활종합계획 평가료 2] 240점 [산정요건] 뇌혈관질환등 재활료(I)(II), 폐용증후군 재활료(I)(II) 또는 운동기 재활료(I)(II) 산정 환자 중 개호보험 재활사업소예의 이행이 예상되는 환자

(2) 재활서비스 보상의 현황 및 시사점

(가) 의료보험 보상의 현황

□ 급성기재활에 대한 보상

- 재활과 관련해서는 조기에 병상에서 일어날 수 있게 하는 것과 조기 재활서비스를 받도록 하는 것이 중요함. 급성기 병동에 입원한 환자에게서 ADL 저하가 나타나는 경우가 자주 있기 때문임
 - 급성기병원은 응급환자에 대한 대응을 할 수 있고 신속한 확정 진단과 전문적 치료를 한 후 적절하고 신속하게 재가복귀를 시키거나 회복기 및 유지기재활로 이행하게 하는 것이 본연의 역할임
- 조기재활환자에게는 입원료 외에 1일 9단위까지 재활이 산정 가능함
 - 2014년 진료보수(수가) 개정에서는 급성기 병동에서의 재활전문직(상근물리치료사) 배치 등에 대한 보상을 강화함 (후술, “ADL유지향상 등 체제 가산”)

□ 회복기재활병동

- 이전에는 급성기에서 치료와 재활이 함께 이루어졌지만, 재활의 사회적 인지도가 높아지면서 급성기 이후의 의료에서 사회의 조기 복귀를 도모하는 단계가 필요하게 되어 일정 기간의 회복기 재활 개념이 도입됨
 - 회복기의 기간은 30-180일이지만, 때에 따라서는 15-180일을 상정함. ‘기간’을 중심으로 규정되는 것이 ‘재활의 이행가능성’을 중심으로 규정되는 ‘아급성기 의료’와의 차이임
 - 아급성기 의료가 급성기를 벗어나서 만성기와 연결된다면, 회복기 의료는 급성기를 벗어나서 건강한 상태로 연결하는 것을 목표로 한다는 점이 차이

임 (2014년 폐지된 아급성 입원의료 관리료는 2004년 진료보수 개정 시에 ‘급성기를 벗어난 상태에서부터 90일의 기간’이라는 규정으로 도입되어 ‘재활 인력은 필요하지만, 약제나 치료는 그다지 필요하지 않은’ 것으로 규정 되기도 했음. 하지만, 2014년 개정에 따라 아급성 입원의료 관리료 항목이 없어짐)

- 일반적으로는 약제나 치료행위는 이루어지지 않고 재활이 주로 필요한 상태임 (단, 재활에 소요되는 약제비 등은 별도 산정으로 인정)

○ “회복기재활병동”은 2000년의 진료보수(수가) 개정 시에 특정입원료의 한 항목으로 ‘회복기재활병동입원료’가 추가되면서 생김

- 첫째, ‘뇌혈관질환 또는 대퇴골경부골절 등의 환자를 대상으로, ADL 향상을 통해 외상상태로 가는 것을 막고, 가정 복귀를 돕는 것을 목적으로 한 재활을 집중적으로 실시하기 위한 병동’으로,
- 둘째, ‘회복기재활을 필요로 하는 상태의 환자가 상시 8할 이상 입원해 있는 병동’이며,
- 셋째, 의사는 정기적인 기능 검사 등을 바탕으로 그 효과를 판정하는 재활 실시계획을 작성해야 함

○ ‘회복기재활병동입원료’ 수가는 2018년 입원료1이 하루 20,850엔이고, 가장 낮은 입원료7이 16,470엔으로 일반병동의 입원료보다 높게 설정되어 있음

- 회복기재활병동입원료 외에도 입원과 관련하여 각종 가산이 산정되고 재활 서비스에 따른 재활료가 지불되기 때문에 시설과 인력의 요건만 제대로 갖추고 제대로 된 재활서비스를 제공하는 경우는 수가에 의한 보상이 충분히 이루어지게 됨

<표 44> 회복기재활병동입원료 수가의 추이

구분	요건	점수	관련사항
2000년	전담의사 요건	1700점	-
2006년		1680점	하루 9단위의 평가
2008년	결과 평가 도입 전담의사 요건 폐지	입원료1: 1680점 입원료2: 1595점	중증자 회복가산 50점
2010년	과정 평가 도입	입원료1: 1720점 입원료2: 1600점	휴일재활제공가산 60점 재활중심가산 40점
2012년	새로운 질 평가	입원료1: 1911점 입원료2: 1781점 입원료3: 1611점	
2014년	전담의사 요건 부활 새로운 질 평가	입원료1: 2025점 입원료2: 1811점 입원료3: 1657점	체제강화가산 200점 휴일재활제공가산 포괄화
2016년	재활료 별도 산정을 위한 기준으로서의 실적지수	입원료1: 2025점 입원료2: 1811점 입원료3: 1657점	ADL유지향상 25점 -> 80점. [요건] 상근물리치료사 등이 전속 2명 이상 또는 전속 1명+전임 1명 이상 등
2018년	회복기재활병동 입원료의 평가체계에 재활의 '실적지수'를 도입	- 입원료1 2,085점, (생활요양) 2,071점 - 입원료2 2,025점, (생활요양) 2,021점 - 입원료3 1,861점, (생활요양) 1,846점 - 입원료4 1,806점, (생활요양) 1,791점 - 입원료5 1,702점, (생활요양) 1,687점 - 입원료6 1,647점, (생활요양) 1,632점	

○ ‘회복기재활병동입원료’는 일반병동과 요양병동 모두 신청할 수 있게 되어 있지만, 환자의 질환, 발생부터 입원까지의 기간, 입원일수 상한이 설정되어 있고, 시설기준이 설정되어 있음

- 회복기재활병동 입원비의 산정 요건에 해당하지 않는 환자가 회복기재활병동에 입원한 경우, 해당 병동이 일반병동인 경우는 특별입원기본료를, 해당 병동이 요양병동인 경우에는 요양병동입원기본료의 입원기본료I(해당 병동이 회복기재활병동입원료1 또는 2를 산정하는 병동인 경우는 요양병동입원기본료1의 입원기본료I에 따라, 회복기재활병동입원료3을 산정하는 병동인 경우는 요양병동입원기본료2의 입원기본료I)을 산정함

<표 45> 회복기재활을 필요로 하는 상태 및 산정일수 상한

질환	발병부터 입원비 가산일까지의 기간	입원료의 산정기간
(1) 뇌혈관질환, 척수손상, 두부외상, 지주막하출혈 차단 수술 후, 뇌종양, 뇌염, 급성뇌증, 척수염, 다발성 신경염, 다발성 경화증, 팔 신경총 손상 등의 발증 후 혹은 수술 후의 상태	2개월 이내	150일
고차뇌기능장애를 동반한 뇌혈관장애, 중도의 경수 손상 및 두부 외상을 포함한 여러 부위 외상		180일
(2) 대퇴골, 골반, 척추, 고관절 또는 슬관절의 골절 또는 2지 이상의 다발 골절의 발증 후 또는 수술 후의 상태	2개월 이내	90일
(3) 외과수술 또는 폐렴 등의 치료시의 부동상태로 폐용증후군을 갖고 있고, 수술 후 또는 발증 후의 상태	2개월 이내	90일
(4) 대퇴골, 골반, 척추, 고관절 또는 슬관절의 신경, 근육 또는 인대 손상 후의 상태	1개월 이내	60일
(5) 고관절 또는 슬관절의 치환수술 후의 상태	1개월 이내	90일

자료: 일본 의료보험 진료보수(수가)의 별표 9 회복기재활을 필요로 하는 상태 및 산정 상한일수

○ 진료에 관한 비용 즉, 의약품비나 일반 검사료 등은 입원료에 포함되어 있으므로 원칙적으로는 별도로 산정할 수 없음

- 별도 산정이 가능한 예외가 인정되는 경우: 주2, 주3 및 주5에서 규정하는 가산, 재택 의료(제2장 제2부), 재활의 비용(제7부), 임상연수병원입원진료가산, 의사 사무작업 보조체제가산(일반병동에 한함), 지역가산, 낙도가산, 의료안전 대책가산, 감염방지대책가산 환자지원체제충실가산, 구급반송 환자 지역 연계 수용 가산(일반병동에 한함) 및 데이터제출가산(제2절), 지역연계진료계획 퇴원시 지도료(I)(B005-3), 인공신장 및 제외 약제·주사약의 비용(J038)

- 특히, 재활료(제7부)는 입원료와는 별도로 행위별 수가로서 산정할 수 있는 항목이며, 통상 1일 6단위까지로 정해져 있지만 회복기재활병동 입원 환자에게는 1일 9단위까지의 재활 제공이 인정됨

○ 회복기재활병동에 입원했을 때 또는 병원을 옮기거나 퇴원할 때 ‘일상생활기능평가’를 하고 그 결과에 대해 진료록에 기재해야 함

- ‘지역연계 진료계획 관리료’를 산정하는 환자가 해당 회복기재활병동입원료를 산정하는 병동으로 옮겨 온 경우에는 해당 환자에 대해 작성된 ‘지역연계진료계획’에 기재된 일상생활기능평가 결과를 입원 시 측정된 일상생활기능평가로 간주함

○ 재활종합계획 평가료

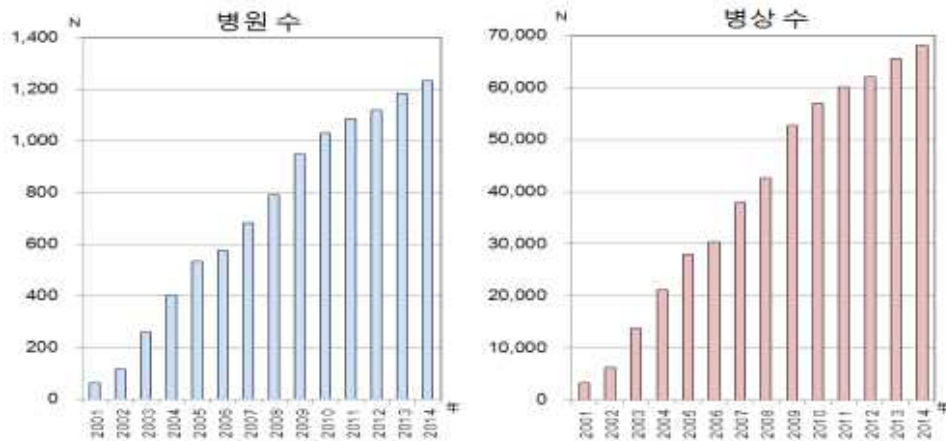
- 의사, 간호사, 이학요법사, 작업치료사, 언어청각사, 사회복지사 등의 다 직종이 공동으로 재활종합실시계획을 작성하고 이에 따라 이루어진 재활의 효과, 실시 방법 등에 대해 공동으로 평가한 경우는 ‘재활종합계획 평가료’를 산정할 수 있음

○ 각종 가산의 설정

- ‘휴일재활제공체제가산’은 환자가 입원 초기부터 집중적인 재활을 계속 받을 수 있도록 공휴일에도 평일과 같은 재활을 제공할 수 있는 체제를 갖출 경우 이를 보상함(2014년 수가 60점). 단, 회복기재활병동입원료1은 입원료에 포괄
- 재활충실가산: 회복기재활이 필요한 환자에 대해 집중적 재활을 제공하는 것을 보상함(2014년 수가 40점). 단, 회복기재활병동입원료1은 입원료 포괄
- 체제강화가산: 환자의 조기 기능 회복 및 조기 퇴원을 촉진하기 위해 전담(원래의 일본어는 ‘専従’ 이하 같음) 상근 의사 및 사회복지사를 배치할 경우 이를 보상함. 회복기재활병동입원료1만이 대상임. (2014년 개정으로 200점 신설)

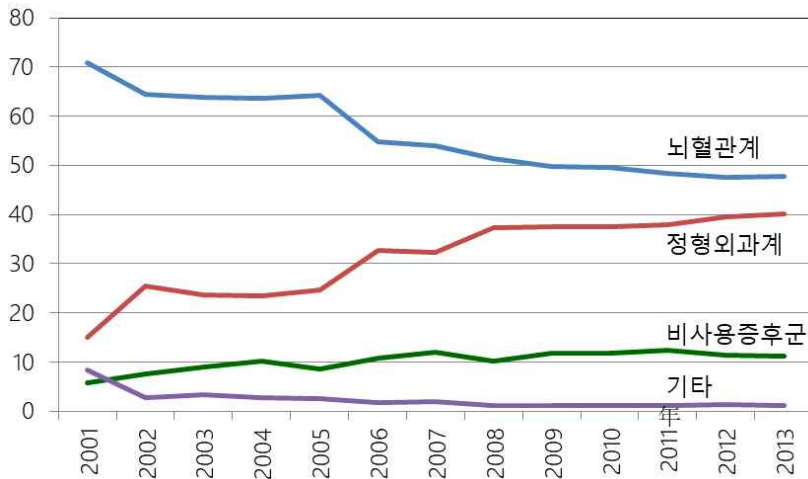
○ 회복기재활병동의 현황

- 회복기재활병동을 가진 병원과 병상의 수는 회복기병동입원료의 도입 이후 급격히 늘어났음. 병상수는 2000년 3,294개(2001년 7,194개)에서 2014년 현재 69,255개로 증가함. 2014년 현재 회복기재활병동은 1,567개, 회복기재활병동을 가진 병원은 1,249개임



<그림 26> 회복기재활병동의 병원수와 병상수의 연도별 추이

- 회복기재활병동 입원환자를 질환별로 보면, 뇌혈관계가 초기에는 70%를 넘었다가 최근에는 50% 미만으로 줄었지만, 정형외과계는 15% 수준에서 40%로 증가했으며, 폐용증후군은 10% 수준을 유지하고 있음



<그림 27> 질환별 입원환자 비율의 추이

출처: 石川誠(2015)

□ 지역포괄케어병동

- 2014년 신설된 "지역포괄케어병동"은 급성기 치료를 경과한 환자와 집에서 요양을 하고 있는 환자 등을 수용하고 환자의 재택 복귀를 지원함으로써 지역포괄케어시스템을 뒷받침하는 역할을 하는 병동이나 병실임
- "지역포괄케어병동"에 대한 수가가 '지역포괄케어병동 입원비' 및 '지역포괄케어 입원의료관리료'임('재활에 관한 비용' 및 '약제료' 등은 지역포괄케어병동 입원비 등에 포함되므로 따로 산정할 수 없음)
 - 입원료 I (또는 입원의료관리료 I)을 산정하기 위해서는 재택복귀율이 70% 이상이어야 함
 - 지역포괄케어병동 입원비 등을 산정하는 환자(해당 병실에 직접 입원한 환자 포함)가 해당 병실에 입원하면, 의사, 간호사, 재가복귀지원 담당자, 기타 관련 직종은 공동으로 7일 이내에 새로운 진료 계획(퇴원을 위한 지도·계획 등 포함)을 작성하여 문서로 병세, 증상, 치료계획, 검사 내용 및 일정, 수술 내용 및 일정, 추정되는 입원 기간 등에 대해 환자에게 설명하고 교부하며 그 사본을 진료록에 첨부함
 - 지역포괄케어병동 입원비 등을 산정한 환자가 퇴실했을 경우 퇴실 후 가는 곳이 어디인지 진료록에 기재함
 - 간호 배치가 다른 각 병동별로 일반병동입원기본료를 산정하는 경우는 각 병동별 시설기준에 따라 규정된 각각의 점수를 적용함

□ 재활료의 산정

- 재활의료는 이학요법(물리치료), 작업요법, 언어청각요법 등으로 구성되며, 모두 실제의 일상생활에서 다양한 활동을 할 수 있게 하는 것을 목적으로 함
 - 이학요법(물리치료)은 기본동작능력의 회복 등을 목적으로 함
 - 작업요법은 응용동작능력이나 사회적응능력의 회복 등을 목적으로 함
 - 언어청각요법은 언어청각능력의 회복 등을 목적으로 함
- 진료보수 상에는 <표 46>과 같은 질환별 ‘재활료’ 항목이 ‘특계진료료’로서 열거되고 있으며, ‘특계진료료’로 열거된 것 외의 재활 비용은 ‘별도 산정’이 안 됨
 - 간단한 재활은 입원료에 포함된 것으로 봄. 단, 개별적으로 이루어지는 특수한 재활에 대한 재활료는 재활료 항목 중에서 가장 유사한 항목의 점수로 산정함. 필요시 보험 당국과 의논하여 가장 유사한 재활로 준용하도록 통지된 산정 방법을 따름
 - 재활에 있어서 약제를 사용한 경우는 소정 점수를 추가 합산하여 산정함

<표 46> 일본 재활의료 산정점수

(단위: 점)

구분	뇌혈관 질환 등 재활			운동기 재활			호흡기 재활		심장대혈관 질환 재활		장애아(자) 재활			암 환자 재활	치매 환자 재활
	I	II	III	I	II	III	I	II	I	II	6세 미만	6 ~ 18세	18세 이상		
폐용증후군 이외	245	200	100	185	170	85	175	85	205	125	225	195	155	205	240
폐용증후군	180	146	77												
폐용증후군 이외의 유지기	147	120	60	111	102	51									
폐용증후군유지기	108	88	46												

주: 1점은 10엔에 해당
자료: 杉本恵申(2018)

- 뇌혈관질환등 재활료, 운동기 재활료, 호흡기 재활료, 심장대혈관질환 재활료는 환자의 질환 등에 따라 1개만 산정할 수 있음
 - 질환별 재활료는 환자의 질환 등을 종합적으로 감안해 가장 적절한 구분에 해당하는 질환별 재활료를 산정함
 - 해당 환자가 여러 질환을 가진 경우에는 필요에 따라 각각을 대상으로 하는 질환별 재활료를 산정하는데, 새로운 질환의 발증일 등을 다른 질환별 재활의 기산일로 함
- 재활은 사전에 설정된 계획 하에 이루어져야 하며, 재활의 효과를 정기적으로 평가하고 이를 토대로 필요시 계획을 수정하면서 실시해야 함
 - "질환별 재활"을 실시함에 있어서, 의사는 정기적인 기능 검사 등을 근거로 그 효과를 판정하고 '재활실시계획'을 작성함. 재활의 시작 및 그 후 3개월

에 1회 이상 환자에게 재활실시계획을 설명하고 진료록에 그 요지를 기재해야 함

- 모든 환자의 기능훈련 내용의 요지와 실시 시각(개시 시각과 종료 시각)을 진료록 등에 기재함

○ 질환별 재활료는 환자 1인당 1일 6단위에 한하여 산정할 수 있지만, 회복기 재활병동입원료를 산정하는 환자, 뇌혈관질환 등의 환자 중에서 발병 후 60일 이내인 자 등은 하루 9단위까지 인정함

- 질환별 재활료의 점수는 20분 이상 개별요법으로 훈련을 시행했을 때만 산정하는 것으로, 훈련 시간이 1단위를 충족하지 못한 경우는 기본진료료에 포함됨

- 신청시설인 보험의료기관이 치료, 훈련 전문시설 외에서 훈련을 했을 때도 질환별 재활료 간주할 수 있음

○ 뇌혈관질환등 재활료는 치료 개시일부터 180일 이내, 심장대혈관질환 재활료 및 운동기 재활료는 150일 이내, 호흡기 재활료는 90일 이내 등의 표준 산정일수가 정해져 있어 이 기간에만 1일 6단위 또는 9단위의 재활료 산정이 가능하고, 그 이후에는 1달 13단위까지밖에 인정되지 않음

- 다만, ‘질환별 재활을 하고 있는 환자로서 표준산정일수를 넘어 계속해서 질환별 재활을 하는 환자’ 중 ‘계속적인 치료를 통해 상태가 개선될 것으로 의학적으로 판단되는 경우’는 이러한 산정일수가 적용되지 않는바, 그러한 질환이 자세하게 적시되어 있음

(나) 시사점

- 1980년대 이후 1990년대까지는 진료보수(수가) 체계의 개편을 통해 재활의료의 수준이 높아졌고 그 상징적인 제도가 2000년의 회복기재활병동제도이었음. 종합재활시설 및 기준간호가 적용되기 시작한 1992년부터 약 10년은 재활 버블의 10년이라고 볼릴 정도로 재활의료에 높은 진료보수(수가)가 책정되었고, 그 뒤로 입원의료비에서 재활서비스가 차지하는 비중은 2002년 1.7%에서 비약적으로 증가하여 현재 5% 이상임
- 재활요법의 실시 횟수나 실시 기간의 상한이 2002년 도입되면서 성과 지불 방식이 다른 의료 분야에 앞서서 선행적·실험적으로 도입됨
- 회복기재활병동에 2008년 진료보수(수가) 개정에서 시험적으로 도입된 "질 평가"에 대해 그 근거가 불충분하다는 비판의 소리도 있었지만, 전반적으로 바람직한 방향인 것으로 판단됨

- 후생노동성은 1980년대부터 1990년대에 걸쳐서 (엄밀히 말하면 1981~2000년) 일본재활의학회와 일본재활병원·시설협회의 "근거에 기반한" 제언을 받아들여 재활의료의 질 향상을 위한 노력을 기울임
 - 후생노동성은 매번의 진료보수(수가) 개정에서, 재활 인력을 충분히 확보한 시설이나 조기재활을 실시하는 시설이 유리하도록 경제적 유인을 제공해왔음
 - 이를 위해 1992년의 재활종합승인시설이나 2000년의 회복기재활병동과 같이 높은 시설기준을 설정하기도 했음
 - 선구적인 민간재활병원과 민간병원의 재활부문은 이러한 변화에 신속히 대처하고 이에 따라 양질의 재활서비스가 급속도로 보급되게 됨
- 1980-1990년대의 재활 진료보수(수가) 개정에는 긍정적인 측면이 많았지만, 21세기에 들어서면서 자의적이고 근거가 불충분한 개혁이 다른 의료 분야보다 선행적·실험적으로 도입되게 됨. 재활에 이렇게 선행적·실험적 시도가 계

속되어온 이유는 다음과 같음

- 첫째, 재활의료비가 증가해왔지만 의과진료비 전체의 1-2%에 불과하므로 실험이 실패한 때도 그 영향이 적기 때문임
- 둘째, 재활 관련 단체의 정치적 발언력이 기존의 전통 있는 학회·협회에 비해 아직 매우 약해서 후생노동성의 강력한 정책 추진에 상대적으로 순응적임
- 셋째, 재활 관련 단체(특히 일본재활병원·시설협회와 전국 회복기재활병동 연락 협의회)는 조직으로서의 조사 능력이 매우 높아, 후생노동성의 요구 데이터를 단기간에 수집·해석·제출할 수 있었음

○ 회복기재활병동의 실현

- 회복기재활병동입원료는 이시카와(石川誠) 재활병원장이 처음으로 제창하고, 1995-1996년에 일본 재활병원·시설협회가 공식적으로 요청한 후에 건논의 끝에 2000년 수가로서 도입됨
- 회복기재활병동은 의료법 상의 규정은 아니지만, 실제적으로는 급성기와 만성기의 중간인 "아급성기병상"의 제도화라고 부를 수 있음
- 후생노동성은 요양병상과 일반병상 모두 줄이고자 해왔지만, 회복기재활병동만은 예외적으로 대폭적인 증가를 용인·장려하였음

○ 후생노동성이 1980, 1990년대에 의료비 억제 정책을 펼치면서도 급성기와 회복기의 이학요법과 작업요법의 수가를 급속히 높여온 것은 양질의 재활에 대한 보상 측면에서 긍정적으로 평가됨

- 1981년 개정에서 유자격 이학요법사·작업치료사를 배치한 “승인시설”의 “복잡”요법의 점수가 160점에서 300점으로 한꺼번에 인상되어 승인시설이 급증하기 시작함
- 1988년의 개정에서 “조기운동요법가산”과 “노인조기운동요법료”가 신설되어 조기재활을 실시하는 재활부문·병동은 재정적으로 유리하게 됨

- 1990년의 개정에서 승인시설의 “복잡”요법은 일본재활의학회가 실시한 “재활 부문의 원가계산조사”의 결과에 따라 요청한대로 인상이 이루어짐
- 1992년의 개정에서 재활종합승인시설의 “복잡”요법은 345점에서 580점으로 상승하고 일반의 승인시설(이학요법, 작업요법Ⅱ)에서도 345점에서 480점으로 인상되어 오히려 “재활 버블”로 불릴 정도가 되었고, 2000년대에 재활 수가에 대한 억제 조치가 나오게 된 배경이 됨

○ 재활서비스 총횟수 상한(재활 산정일수 상한)의 영향

- 2002년 개정에서 환자 1명·1일당 세 가지의 요법(이학요법, 작업요법, 언어·청각요법) 총횟수가 원칙적으로 4단위(1단위 20분), 회복기재활병동 등에서는 6단위를 넘지 못하게 됨
- 2005년 10월 혼합진료의 부분 허용 시에 제한 횟수를 넘는 재활은 혼합진료화 됨
- 2006년 개정에서 재활종합승인시설이 질환군별 시설기준(3종류)으로 해체됨과 동시에, 이들 질환군별로 급성기·회복기재활 산정일수의 상한이 설정되면서 만성기·유지기의 환자에 대한 보험 진료에서의 재활은 금지됨. 다만, 재활의 인정 단위가 1명·1일당 최대 9단위(3시간)까지 높아지면서 보험의 테두리 내에서 충분히 실시될 수 있게 됨

○ 질 평가·관리를 위한 규제 강화: 수가 인상과 동시에 질 평가·관리를 이유로 한 규제 강화가 진행되어옴

- 1990년 개정에서는 “전용 시설의 규모는 100㎡ 이상”이라는 기준이 추가됨
- 1992년 개정에서는 이학요법사·작업치료사가 다루는 복잡요법 환자 수가 1인당 15명에서 12명으로 줄어들고, 뇌혈관질환 발병 후 6개월을 넘은 환자에 대한 이학요법과 작업요법의 병용 금지도 새로 도입됨(다만, 2006년 개정으로 이 규제는 일부 완화됨)
- 2002년 개정에서는, 개별 및 집단요법 체제로 전환되면서, 이학요법사·작업치료사가 하루에 할 수 있는 단위 수가 개별요법 18단위, 집단요법 54단위

- 로 설정됨. 또한, “재활(중합)실시계획서”의 상세 작성이 의무화됨
- 2006년 개정에서는, 산정 가능 횟수가 6단위에서 9단위로 변경되면서, 이학
요법사·작업치료사의 산정 단위 수가 1일 18단위를 표준으로 하되 1일 24
단위, 1주 100단위까지 가능한 것으로 변경됨
 - 2018년 개정에서는 「재활계획제공료」를 신설하여 통소재활사업소 등에
재활에 관한 계획 등을 제공한 경우를 산정할 수 있게 함

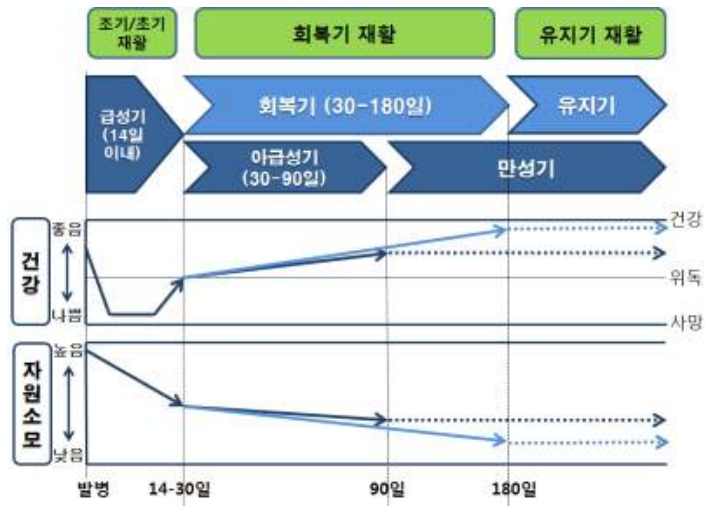
제4장 재활기능 정립방안, 소요병상수 추계 및 확충방안

제4장 재활기능 정립방안, 소요병상수 추계 및 확충방안

가. 급성기-회복기-유지기 재활기능 정립 및 연계방안

(1) 재활서비스의 제공체계: 환자 단계별 재활서비스

- 의료서비스 ‘생활모델’의 핵심은 “재활”, 특히 팀 어프로치 재활이 중요함
 - 이는 의사 중심의 치유(cure)에서 건강 관련 전문직들의 협업에 의한 돌봄(care)의 시대로 전환되는 것을 의미함
 - 기능훈련실 중심에서 병동생활 중심의 재활로 전환하고 의사·간호사·물리치료사·작업치료사·사회복지사 등으로 구성된 팀에 의한 재활을 하도록 해야 함
- 환자 에피소드 단계에 맞는 재활서비스의 제공이 이루어져야 함
 - 발병하게 되면 급성기를 보낸 후 회복기를 거쳐 유지기/생활기로 진행하든가 아니면 아급성기를 거쳐 만성기로 진행하게 되는 바, 각 단계별로 적절한 재활서비스가 제공되어야 유지기/생활기나 만성기에 있어서도 적절한 삶의 질을 유지할 수 있게 됨



<그림 28> 환자 에피소드별 재활서비스

□ 의료/요양 필요도의 사전적 판정 및 입·퇴원 연계 체계

- 환자 개개인의 건강 상태나 의료 필요도 및 요양 필요도에 따른 판정 기준에 따라 환자를 측정하고, 판정 결과에 따라 환자를 배분하여 적절한 입원/입소 서비스를 받을 수 있는 체계
- 퇴원 시에는 기존의 병원이 환자의 가정 또는 시설로의 연결을 책임지며, 이를 위해 국민건강보험공단이나 지역의 케어매니저가 적절한 정보를 제공할 수 있는 체계

□ 병상구조의 재편과 적정 인력의 수급을 통한 재활서비스 제공체계

- 급성기 및 아급성기에서의 조기 재활, 회복기에서의 집중재활, 유지기 및 생활기에서의 지속적 재활이 원활히 이루어질 수 있는 입원 병상 제공체계
 - 급성기 병원에서의 조기 재활을 일반화하여 비사용증후군을 예방하고 질병 예후의 경과를 개선
 - 급성기 병원 내의 회복기 재활병동, 별도의 독립적인 재활전문병원/재활의료기관에서 급성기 및 아급성기 치료 이후의 일정 기간 집중재활을 받은 후에 중간기관 또는 재가(자택 또는 공동생활가정) 복귀
 - 일상생활동작 기능의 향상, 와상으로의 악화 방지를 통해 재가복귀를 추구
 - 의사 인력이 상주하고 간호인력과 요양인력이 중심이 되어 유지기 및 생활기의 재활 의료 및 요양서비스를 제공하는 ‘중간기관(intermediary institution; 의료기관이자 시설)’이 일정한 역할을 담당
- 의사, 간호사, 치료사, 영양보호사 등의 의료 및 요양 제공 인력이 충분히 교육, 배출됨

□ 커뮤니티케어 제공체계

- 시설, 자택 등 지역에서 통원재활 등의 서비스를 적절히 받을 수 있는 지역 포괄케어 제공체계: ageing in place의 관점에서의 ‘지역연계(critical path)’
- 가정의 환자에게 의사왕진·가정간호·방문간호·주야간보호가 충분히 제공되고, 요양시설의 환자에게 촉탁의사 왕진과 장기요양 방문간호서비스가 원활히 이루어짐
- 요양시설 내에서 기본적인 의료 및 간호서비스를 지원
 - 급성기 치료의 필요성이 있는 때 외에는 의료기관으로의 이송 없이도 아급성기의 의료처치 및 간호처치가 제공되는 체계: 시설 자체의 “전문요양실”
 - 의료기관의 접근성이 낮은 요양시설 등에는 원격의료(처방전 발행, 간호처치 지시, 감독 역할 등) 제공

□ 제공서비스별 재정조달 및 재원분담 체계

- 서비스 제공의 민간 자율성을 유지하면서도 서비스를 적절하고 실효성 있게 제공하기 위해서는 제공 기관과 서비스 내용에 따라 재원이 적절히 배분되어야 함
 - ‘지역연계(critical path)’를 건강보험과 장기요양보험의 수가 항목에 반영해서 단절 없는 서비스 제공체계가 이루어지도록 재정적으로 지원
- 건강보험과 장기요양보험의 재구성
 - 의료와 요양이 정합성 있게 제공되기 위해서는 장기적으로 건강보험과 장기요양보험을 통합하는 방안도 고려할 수 있음
 - 지금의 체계에서는 같은 공단이 두 보험의 보험자인 점을 최대한 활용하여 두 보험의 수거나 금전적 인센티브를 적절히 배합: 재활병원, 요양병원 및 요양시설을 정교하게 재편성하고, 입원/입소 대상자를 배분, 조정함

(가) 급성기재활

□ 급성기의 기준

- 급성기란 병이 나서 급격히 건강을 잃어가는 상태로 병의 진행을 멈추게 되는 시점까지를 가리킴
- 질병의 종류에 따라서 그리고 환자의 건강 상태 등에 따라서 그 기간은 줄거나 늘 수 있음. 조작적 정의에서는 대체로 발병이나 시술 후 ‘14일 이내’를 기준으로 함

□ 급성기의 의료 및 재활 서비스

- 급성기 의료는 병의 진행이 멈출 때까지 제공되는 의료로, 응급환자에 대한 처치, 질병의 원인을 제거하기 위한 수술, 세균의 증식을 억제하기 위한 항생물질 투여 등 다양한 시술이 제공되게 됨
 - 이 단계는 신속, 정확한 진단을 하고 이를 기초로 전문적 치료를 한 후 적절한 시점에 적절한 상태로 재가복귀를 하게 하는 것이 목표임
 - 필요에 따라서는 회복기 내지 아급성기재활로 이행하여 계속적인 치료를 받게 됨
- 발병, 시술 후 2주 이내에는 비사용증후군(폐용증후군 내지 부동증후군)이 발생할 여지가 크므로 이를 방지하기 위해 안정 위주의 케어보다는 움직임 을 중시한 케어가 중요함
 - 환자가 조기에 병상에서 일어나거나 움직일 수 있도록 하는 것이 중요함

□ 급성기 기간 중 재활 전문인력의 배치

○ 이를 위해서는 급성기에 맞는 조기재활을 제공할 수 있는 시스템을 구축해야 하는바,

- 급성기 일반병동의 경우 일정 규모의 병상당 1명 이상의 전임 재활전문의를 상근하는 경우 보상 인센티브를 제공할 필요가 있음. 예를 들어, 300병상 이상의 종합병원에 재활전문의를 1명 상근하는 경우 등
- 300병상 이상이라도 정신병상이나 요양병상만 있는 병원은 재활전문의를 배치를 완화 조정할 수 있을 것이고, 300병상 미만이라도 급성기 뇌졸중을 적극적으로 치료하는 종합병원이나 심뇌혈관계 전문병원에서는 재활전문의를 상근하도록 할 수 있을 것임

○ 급성기의 일반병상에서 재활전문의를 갖는 역할은,

- 환자에 대해서 제대로 된 기능 평가를 하고, 조기재활 내지 초기재활을 제공해야 할지를 판단·처방하며, 환자별로 예후를 예측하여 이에 따라 적절한 재활의 목표를 설정함과 동시에 퇴원을 위한 전후 상황을 조정하는 것임

○ 일반급성기병상에도 재활간호인력 등이 배치되어 적절한 재활서비스를 제공할 수 있는 상태가 되어야 함

- 환자가 조기에 병상에서 일어나거나 움직일 수 있도록 하는 것이 중요하므로 이를 위해 필요한 간호 인력이 배치되어야 함
- 비사용증후군 내지 부동증후군의 방지를 위해 발병 3일 이내에 재활 치료가 시작되어야 하며 이를 위해 물리치료사 또는 작업치료사가 배치되어야 함

(나) 회복기재활

□ 회복기의 기준

- 급성기를 벗어난 환자를 대상으로 일상생활동작(ADL)의 기능을 높이고, 이를 통해 와상 상태에 빠지지 않고 지역사회에 안전하게 복귀할 수 있도록 하는 것임
- 회복기의 기간은 발병, 수술 또는 급성 악화 이후 대체로 30-180일을 상정할 수 있음
 - 질환에 따라 편차가 있으며, 대체로 뇌혈관질환은 조금 길고(6개월 이내), 운동기질환은 그보다는 조금 짧으며(5개월 이내), 심장대혈관질환 및 호흡기질환은 비교적 더 짧음(3개월 이내)
 - 같은 질환이더라도 예외적인 상황이 있을 수 있으므로 지불제도에서는 이러한 기간을 급여 산정 기간으로 하더라도 이러한 표준적인 산정기간의 적용 제외 상황을 구체적으로 규정할 필요가 있음

□ 회복기재활서비스에 대한 건보수가 반영

- 건강보험 수가에서 회복기재활서비스에 대한 보상을 할 수 있는 항목을 설정함으로써 집중적인 회복기재활의 제공 여건을 마련할 필요가 있음
 - 두 가지 대안이 가능할 것임
 - 첫째, 기존의 기본입원료를 대신하는 “회복기재활입원료”를 신설하는 방안
 - 둘째, 기존의 기본입원료 외에 “회복기재활입원 가산료”를 추가하는 방안
 - 어느 것이 되었든 재활을 집중적으로 실시하여 뇌혈관질환 또는 대퇴골경부골절 등 환자의 일상생활동작을 향상시켜 재가복귀를 할 수 있도록 하는 경우에 이를 보상하는 것임

- 이러한 별도의 입원료나 가산료는 질환별로 설정한 표준 산정기간 내에서만 지급함으로써 조기 재가복귀를 유도함. 물론 표준 산정기간을 넘어서 재활서비스를 받을 필요가 있는 예외적 질환, 예외적 상황(환자의 질환 상태 등을 종합적으로 감안하여 치료에 유효하다고 의학적으로 판단되는 경우 등)을 마련해야 하겠지만 이는 엄격한 요건하에 이루어질 필요가 있음

○ 회복기재활의료기관(병동)은 규정된 인력과 시설의 구비, 환자상태에 대한 엄격한 평가, 이에 근거한 재활계획서의 작성·설명·기록, 입원환자의 구성·퇴원환자의 아웃컴에 대한 확인 등을 통해 그 성과가 객관화되는 것을 확인하고 이에 대한 보상이 이루어져야 함

- 일본의 경우에서 보듯이 이러한 제반 사항에 대한 판단은 병동을 단위로 하여 내리고 이를 근거로 보상하는 체계를 갖추는 것이 바람직함
- 급속한 인구 고령화에 따라 회복기 재활이 아직 틀을 잡아가는 우리나라의 경우, 특히 일부의 요양병원이 관리의 사각지대에서 환자 안전을 위협하는 상황에서, 요양병원 안에서 다시 병동단위를 구분해서 건강보험의 보상체계를 구성할 경우 행정적 관리가 어려워질 것으로 예상됨
- 따라서 회복기 재활의료기관 시범사업과 본사업이 궤도에 오르고 요양병원의 기능재편이 이루어질 때까지는, 회복기재활을 병동 단위로 판단하여 보상하는 방식은 상급종합병원이나 대규모 종합병원의 재활병동에 국한할 필요가 있는 것으로 사료됨

□ 회복기재활의료기관(병동)에서의 기능평가

- 입원하는 시점, 옮기거나 퇴원하는 시점 등 각 단계마다 ‘일상생활기능에 대한 평가’를 하고, 이러한 평가의 결과는 환자에게 설명되고 이해되어야 하며, 이러한 모든 과정이 진료기록에 기재되어야 함
 - 재활의 시작 시에 환자에게 해당 재활실시계획의 내용을 설명하고 진료기록에 그 내용의 개요를 기재함. 재활실시계획서에는 지금까지의 재활의 실시 상황 (기간 및 내용), 전월과 비교한 당월의 환자 상태, 향후의 목표, 재활 계획, 개선을 위한 필요 기간, 기능적 자립도 평가법(Functional Independence Measure: FIM) 및 기본적 일상생활활동도(Barthel Index: BI), 관절의 가동범위, 보행속도 및 운동 내용능력 등의 지표를 활용한 구체적인 개선 상태 등을 포함한 재활 계속의 사유 등을 기재함
 - 입원 중에도 일정 기간(예, 3개월)이 경과하면 주기적으로 이러한 평가, 설명, 기록이 이루어져야 함
- 표준적인 산정일수를 넘어서 계속 재활서비스를 받는 경우에도 그 사유 및 현황 그리고 향후의 계획 등에 대해 환자에게 설명하고 기록하며 보험청구 시에 그 사본을 제출해야 함

□ 팀 어프로치 체계의 구축

- 회복기재활의료기관(병동)에서의 서비스는 팀 어프로치를 원칙으로 함. 의사, 간호사, 물리치료사, 작업치료사, 언어청각사, 사회복지사 등의 다 직종이 공동으로 재활종합실시계획을 작성하고 이에 따라 이루어진 재활의 효과, 실시 방법 등에 대해 공동으로 평가하는 것임
- 이러한 팀 어프로치와 계획 작성에 대해서는 ‘재활계획평가료’ 등을 통해 수가에서 보상하는 기전이 마련되어야 함

□ 별도 산정 재활서비스의 내용 및 인정 범위

- 입원환자에게 별도 산정이 인정되는 재활서비스의 시간·단위 등은 개별 질환별로 세부 규정을 둘 필요가 있음
 - 현행 수가에서처럼 재활서비스 항목별 실시회수를 규제하거나 허용하는 방식을 지양하고 질환별로 종합재활을 집중적으로 실시하고 이것이 보상받을 수 있는 체계로 전환할 필요가 있음. (예를 들어, 심혈관질환의 경우는 1일 1시간 정도의 재활을 표준으로 하되, 표준산정일수를 넘은 경우는 인정 시간 수 또는 단위 수를 줄임)
- 별도 산정 재활료는 물리치료사나 작업치료사 1인당 인정되는 환자 수, 시간 수 또는 단위 수를 규정함으로써 이러한 인력의 활용에 대한 유인 구조를 마련함
 - 뇌혈관질환 및 운동기질환에 대한 재활서비스는 물리치료사·작업치료사 등이 1명의 환자에 대해서 중점적으로 개별적 훈련을 실시할 필요가 있다고 인정되는 경우에 국한함. (예를 들어, 별도 산정되는 재활료는 물리치료사·작업치료사 1인당 하루 8시간을 표준으로 하고 10시간을 상한으로 하며 주 40시간까지 인정)

□ 회복기재활 전문인력의 배치

○ 일정 병상 당 1명의 전담 전문의가 배치되도록 함.

- 가능한 한 재활전문의가 주축이 되어야 회복기재활의 효과가 커질 수 있음.
일본의 경우에도 재활전문의가 전담 의사인 회복기재병동은 그렇지 않은 경우에 비해 재활 치료 효과가 큰 것으로 보고되어 있음(日本リハビリテーション医学会社会保険等委員会, 2005)
- 전문의의 역할은 팀 어프로치에 주도적으로 참여하는 것, 주치의로서 입원하려는 환자의 재활 적응능력을 평가 및 판단하는 것, 재활의 목표를 설정하고 실시계획을 작성하는 것, 장애에 대한 설명을 하고 재활치료에 대한 이해를 구하는 것, 내과적 관리를 하는 것, 재활치료 및 보장구에 대한 처방을 내리는 것, 사회복귀 시의 조정을 하는 것, 재활 직원 및 타 전문 의사를 교육하는 것 등임
- 지역 연계 차원에서 급성기와 유지기를 잇는 징검다리의 역할을 하기 위해서는 사회복지·행정 등 여러 분야에 폭넓은 지식을 갖고 역할을 수행해야 함

○ 팀 어프로치를 위해 물리치료사·작업치료사, 간호인력, 사회복지사의 필요수를 정해야 함

- 이들 인력의 배치 수준에 따라 입원료나 가산료를 차등화할 뿐만 아니라 별도 산정 재활료의 인정 단위를 연동함으로써 충분한 재활인력의 고용을 위한 인센티브를 제공함

(다) 유지기재활

- 유지기재활의 목적은 회복기를 거쳐서 건강을 어느 정도 회복한 환자의 활동성을 높임으로써 기능 및 건강 상태를 유지 또는 증진시키고, 가정에서의 생활과 사회에서의 역할에 적극적으로 참여할 수 있도록 하는 것임
 - 이러한 목적을 달성하기 위해서는 재가 또는 시설 입소 생활 중에도 전문적인 재활 상담이나 서비스를 용이하게 받을 수 있는 여건이 마련되어 있어야 함. 특히 유지기로 전환한 초기에는 재가 생활에의 정착이 중요하고 일정 시점이 지나면 신체적 기능의 변화에 대한 대처가 중요함
- 장기요양보험 수급자들이 의료와 재활서비스의 사각지대에 놓이지 않게 하기 위한 체제를 갖추도록 해야 함
 - 유지기 내지 만성기의 재활서비스가 제대로 제공되기 위해서는 외래에서의 단순재활서비스보다는 전문재활서비스, 그 중에서도 종합재활서비스가 제공될 수 있는 제도의 보완이 필요함
 - 또한, 개호보험에서 재활서비스가 제공되면서 촘촘한 재활서비스의 제공이라는 측면과 의료보험에 의한 재활서비스와의 중복이라는 측면을 동시에 보이고 있는 일본의 사례를 타산지석으로 삼을 필요가 있음
- 재활전문의의 역할은 지역사회에서 장애 발생을 줄이기 위한 예방적 활동에 전문의로서의 지식과 경험을 발휘하고, 장애인에 대한 전문적 재활서비스가 적시에 제공되도록 하는 것임. 이를 위해서는 재활 전문의가 사회복지와 복지행정에 대해서도 어느 정도의 지식과 경험을 갖추는 것이 바람직함

(라) 통원재활

- 현재는 환자가 퇴원 후의 재가생활에 대한 두려움, 외래 통원을 위한 이동수단의 불편함, 외래 통원재활 제공 기관의 절대적 부족, 외래 통원 치료시 1일당 재활치료 시간의 감소 등의 이유로 퇴원을 기피하는 경향을 보임
- 회복기 재활치료 이후 일정 기간 재활 낮병동 제도를 이용할 수 있도록 함으로써 회복기 재활치료 이후 완전한 사회복귀를 위한 중간단계 치료가 이루어지도록 함
 - 퇴원 후의 통원치료를 유도하고 의료기관의 수익성도 보장함으로써 불필요한 입원을 줄이고 외래 재활치료를 활성화하도록 해야 함
 - 장애를 가진 환자에게 퇴원 이후에 돌봄서비스를 제공할 수 있는 시설이 부족한 현재의 문제점을 낮병원 등 데이케어 서비스를 확대함으로써 해결해 나가고 이를 통해 커뮤니티케어의 활성화에 기여

<참고> 「재활」의 외연

- 재활서비스는 대상자가 질병이나 상해로 인해 장애를 갖게 되더라도 각자의 능력을 최대한 회복, 유지, 신장시키기 위한 다양한 방법을 통해 사회적으로 독립된 생활을 하게 하는 것을 목적으로 함
 - 재활은 의학적, 직업적, 교육적, 사회적 분야를 포함하는 넓은 개념임
- 「의료재활」은 의료인력을 중심으로 대상자의 기초적인 일상생활동작이나 가사능력을 회복시키는 것임
 - 대상에 따라 신체장애인의 재활과 정신장애인의 재활로 대별되며, 서비스 내용에 따라 진단·기능평가와 재활치료로 분류됨
 - 진단·기능평가는 대상자를 종합적으로 평가하여 치료방향을 세우는 것이고 재활치료는 대상자의 기능을 향상시키기 위한 치료로 물리치료, 작업치료, 언어치료, 청각훈련 등으로 구성됨
 - 보통은 의학적 재활이 출발점이 되지만 이것만으로 온전한 사회적 복귀가 이루어지지 못하여 직업적, 교육적, 사회적 재활을 도모하게 됨
- 「직업재활」은 장애인이 적절한 직업을 가지고 사회복귀 할 수 있도록 훈련을 하고, 삶의 질을 높이는 것을 목적으로 함
 - 직업은 인간이 자아실현을 이룰 수 있도록 영향을 끼치는 요소이므로 중시할 필요가 있으며 직업상담, 직업능력평가, 직업적응훈련, 사후지도, 보호고용, 취업알선 및 교육지원 등의 재활서비스가 있음
- 「교육재활」은 장애인의 능력을 최대한으로 발휘시켜 일상생활로 복귀할 수 있도록 의학적 재활과 병행해서 (때로는 이를 포함해서) 장애아의 특수한 니드(지체장애, 시각장애, 청각장애, 지적장애, 발달장애 등)에 맞는 교육을 하고 지육, 덕육, 체육, 인격의 형성을 목표로 함
 - 보통은 특수교육이라고 불리며 교육자료 등을 통해 재활을 하는 것으로

외국어교육, 재활보조기구/보장구 사용교육 장애인시설 종사자교육 등이 있음

○ 「사회재활」은 장애인이 사회에 복귀하여 일상생활에 적응하도록 제반 환경을 조성하는 것임

- 관련 재활서비스로는 사회적응 훈련으로 인성교육, 점자교육, 보행교육, 성교육, 수화교육, 일상생활 훈련 등이 있음

○ 재활은 그 범위가 넓으므로 다양한 인력이 팀을 이루어 상호 연계성을 갖고 관여할 필요성이 있음

- 의학적, 교육학적, 직업적, 사회복지적, 심리적, 공학적, 행정적 전문가뿐 아니라 일반 사회인도 봉사 활동을 통해 큰 역할을 하며, 장애인 본인과 가족의 역할도 큼

- 신체장애인에 대한 의학적 재활을 예로 들면, 의사(재활전문의)를 비롯해 간호사, 물리치료사, 작업치료사, 언어청각치료사가 주로 관여하지만, 그 외에도 보장구사, 사회복지사, 임상심리사의 관여도 필요하며, 요양보호사, 직업상담사, 레크리에이션 리더나 교사 등이 참여하는 때도 있음. 보통 의사나 간호사를 리더로 하는 환자 중심의 팀을 편성해서 환자 개개인별로 만든 개별 목표와 프로그램에 따라 재활 의료를 펼치게 됨

(2) 수가체계 모형

(가) 기능 중심의 회복기 재활의료 수가 체계

- 환자의 기능 중심으로 처방을 할 수 있도록 재활치료 급여기준을 정비하여 전문재활치료의 효율성과 적정성을 높여야 함
 - 시간단위제를 통해 환자의 상태에 따라 물리치료가 필요한 환자에게는 물리치료를 시간 단위로 처방할 수 있고, 작업치료가 필요한 환자는 작업치료를 처방이 가능할 수 있도록 하여, 환자의 기능적 상태에 맞춘 처방이 되도록 함
- 현재 뇌질환과 척수성 질환 등 중추신경계 질환 위주로 인정되고 있는 전문 재활치료(재활치료 3절) 항목을 재활치료를 통해 회복이 예상되는 다양한 환자로 확대해 나갈 필요가 있음
 - 고령자에서 점차 증가하는 낙상과 골절 등 근골격계 질환과 장기간 병상 생활로 인한 비사용증후군 등 다양한 원인으로 신체기능이 저하되었지만 재활치료를 통해 회복이 예상되는 환자에게는 회복기 재활치료가 필요함
- 집중치료가 제도적으로나 현실적으로 어느 정도 자리를 잡은 단계가 되면, 환자의 실생활 공간에서 (병실 내 화장실 이용하기, 노상 보행, 쇼핑하기, 버스타기 등) 이루어지는 재활치료를 인정함으로써 회복기 재활치료를 보다 실질적으로 해나가도록 함
 - 실생활 공간에서의 재활치료는 재활치료의 최종 목표를 지향한다는 점에서 매우 중요하며, 사회복귀를 위한 실생활 적응 재활치료에 도움이 됨
 - 의료법 제33조에 따르면 「의료인은 의료기관을 개설하고 그 의뢰기관 내에서 의료업을 하여야 하나 환자나 보호자의 요청에 따라 진료하는 경우 의료기관 밖에서의 진료도 가능」 함
 - 건강보험요양급여 기준에 따른 이학요법료 산정 조건으로 해당 치료실을

갖추도록 했다고 해서 치료실 내에서의 재활치료만 급여로 인정해야 하는 것은 아니므로, 실제 행위가 이루어지는 병실과 화장실 등에서의 치료가 보다 수월한 재가복귀 등을 가져올 수 있도록 해야 함

※참고: 의료법 제33조(개설 등)

①의료인은 이 법에 따른 의료기관을 개설하지 아니하고는 의료업을 할 수 없으며, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 외에는 그 의료기관 내에서 의료업을 하여야 한다.
<개정 2008. 2. 29., 2010. 1. 18.>

1. (생략)
2. 환자나 환자 보호자의 요청에 따라 진료하는 경우
- 3-5. (생략)

※참고: 건강보험요양급여 기준

이학요법료의 산정을 위한 조건은 「해당 이학요법(물리치료, 작업치료 등)을 실시할 수 있는 해당 치료실과 실제 사용할 수 있는 장비를 보유하고 있는 요양기관에서 재활의학과 등 전문의(전공의)가 처방을 하고 상근하는 치료사가 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에 산정한다.」 고 명시되어 있음.

(나) 에피소드 단계별 재활서비스 수가의 정비

1) 급성기 재활

- 급성기 병원에서의 조기 탈(脫)병상, 초기재활을 제공할 간호인력, 재활인력을 수가에 반영함으로써 급성기 재활을 장려함
 - 외과수술 및 폐렴 등의 치료 이후 몸을 움직이지 않아서 생기는 비사용증후군을 방지함
 - 치료 시작 시에 일정 기능 저하 상태 (예, FIM 115 이하, BI 85 이하)에 있는 환자에게는 조기재활 제공
- 환자의 상태를 조기에 안정시키고, 욕창 등 초기 합병증 발생을 최소화하고, 회복기기관으로의 전원 및 회송을 위한 재활기능 평가에 대한 수가
 - 급성기 재활치료의 위험성과 전문성을 고려한 조기재활 가산수가
 - 재활의료기관과의 전원 및 회송 이전에 환자 상태를 상세하게 기술한 기능평가서를 작성하여 재활의료기관으로 회송 시의 통합평가 및 통합퇴원계획수가

급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계활동 건강보험 적용 시범사업 추진계획

[2019.12 건정심 소위 초안]

□ 추진배경

- 의료기관 퇴원 시 환자상태를 통합적으로 평가하고 적절한 퇴원계획을 통해 환자들이 지역사회로 원활히 복귀할 수 있는 체계 구축 추진
 - * 지역사회 노인 통합 돌봄 계획 발표 ('18.11월), 국정과제로 추가
- 환자별 치료요구도 및 사회경제적 지원 필요성 등을 종합적으로 파악하고 이를 적정 서비스 자원과 연계하는 활동에 건강보험 적용
 - * (회복기) 재활의료기관 지정·운영 및 수가개선 시범사업 (2단계, '20.상~)
 - * (유지기) 요양병원 지역사회연계수가 등 신설 ('19.11월~)

□ 주요내용

- (목적) 종합병원 등에서 급성기 치료 후 퇴원하는 환자에 대한 통합평가를 실시하고, 이를 바탕으로 적정 서비스를 연계 및 관리하여, 진료의 연속성과 환자의 삶의 질 향상
- (사업대상) 회복기·유지기 의료기관 등으로의 전원 수요가 많고, 잔존 장애 등에 대한 방문진료나 기타 지역사회서비스 수요 등이 높은 뇌졸중 환자(질병코드 I60~I69)를 중심으로 우선 실시*
 - * 뇌졸중 환자를 대상으로 연계 모델을 확립하고 질환군별 통합환자평가도구 등을 개발하여 타 상병으로 단계적 확대 추진
- (대상기관) 뇌졸중 급성기 치료 및 다학제적 팀구성이 가능하고, 지역사회연계 경험이 있는 권역심뇌혈관질환센터 및 국공립병원
- (사업모형) ‘(가칭)환자지원팀’을 구성하여 환자의 의료적·경제사회적 요

구도를 평가하고 팀 회의 등을 통해 퇴원계획(Comprehensive Care Plan)을 수립하여 적정 의료기관 및 지역사회서비스기관 연계 및 관리

- ① 초기(선별)평가 → ② 연계활동 등이 필요한 환자 심층평가 실시 → ③ 팀 회의를 통해 퇴원지원계획 수립 → ④ 코디네이터를 통해 전원, 방문진료(간호), 사회사업 등 병원 내 유관부서와 퇴원 준비 → ⑤ 퇴원 (회복기·유지기 의료기관 전원, 가정, 또는 요양시설 등)

○ (수가 적용(안))

서비스5 구분	행위분류	산정기준	비고
퇴원 계획	선별평가	입원초기 병동 간호사 또는 전담인력이 간호정보 조사지 작성과 동시에 사회·경제적 선별평가 수행	입원료 포함
	통합평가I	뇌졸중 환자의 신체 기능을 표준화된 평가도구를 활용해 평가	표준평가도구 개발에 따라 수가수준 결정
	통합평가II	뇌졸중 환자의 경제사회적 환경을 종합적으로 평가	
	통합퇴원계획 관리료	다학제적 팀 회의를 통하여 퇴원계획 수립시 1회 산정	회복기재활 통합퇴원계획료와 유사 수준 고려
연계 활동	(의료기관) 회송환자관리료	퇴원계획에 따라 환자지원팀이 '진료협력센터'와 협조하여 1단계의료기관 연계 시 산정	의뢰회송시범사업 회송료 적용 예정
	(재택) 가정간호기본 방문료	퇴원계획에 따라 환자지원팀이 '가정간호팀'에 협조하여 가정간호사 방문시 산정	現 가정간호 수가 동일 적용 예정
	(지역사회) 지역사회 연계관리료I	퇴원계획에 따라 환자지원팀이 환자(보호자)에게 지역사회 복지·경제적 자원 정보 제공 상담 및 연계시 산정	회복기재활시범사업 지역사회 연계 관리료I 유사 수준 고려
	(지역사회) 지역사회 연계관리료II	퇴원계획에 따라 환자지원팀이 지역사회 자원연계를 위해 환자(보호자)와 함께 현장에 방문하여 연계시 1회 산정	회복기재활시범사업 지역사회 연계 관리료II 유사 수준 고려

서비스5 구분	행위분류	산정기준	비고
사후 관리	퇴원환자 재택관리료	퇴원계획에 따라 환자지원팀이 유선 또는 스마트폰 앱을 통한 환자상태 점검 및 추가 교육·상담 실시시 산정	일차의료만성질환 관리 시범사업 환 자관리료 유사 수 준 고려
	연계기관 환자관리료	요양병원 등 연계 의료기관의 환자지원팀이 급성기병원 환자지원팀과 치료경과 등을 공유하고 시스템 등록 시 산정	표준평가도구 및 보고 형태 등에 따 라 수가수준 결정

2) 회복기 재활

□ 회복기재활입원료 또는 회복기재활입원료 가산

- 주로 입원 중심의 진료를 하며 신체기능을 회복하여 가정과 사회에 복귀하도록 하는 회복기 집중재활을 제공하는 회복기재활병원은 회복기재활입원료 또는 회복기재활입원료 가산을 적용하는 방안을 검토함
- 회복기재활입원료나 가산을 적용하기 위해서는, 환자의 질환과 구성비율 기준, 발생부터 입원까지의 기간 및 입원일수 상한, 시설기준 및 인력기준 등을 충족해야 하고, 팀어프로치에 따른 재활실시계획 등 환자평가의 과정이 확인되어야 하며, 기능상태의 호전과 재가복귀율 등의 결과 지표 개선이 전제되어야 함

□ 집중재활의 단위당 수가

- 기존의 물리치료, 작업치료별로 구분된 재활치료항목을 통합한 일정 시간 단위의 재활치료단위제
 - 물리치료와 작업치료의 각 치료항목을 통합하여 일정 시간(15-30분) 단위를 기준으로 환자의 기능 상태에 따라 단위 수를 처방하는 것으로, 수가는 회복기재활의료기관으로 전환할 유인을 제공할 수준에 설정

○ 중추신경계 질환자, 근골격계 질환자, 비사용증후군, 심폐질환자 등에 따라 1일 최소, 최대의 인정 단위를 설정함. [참고로, 일본의 경우 회복기 기간 내에 한해 1일 180분(1단위 20분, 9단위)까지 가능]

- (예시) 뇌질환자 1명에게 제공할 수 있는 1일 최대 재활치료 시간은 ① 발병 후 일정 기간 이내에는 물리치료 240분(보행/매트 60분, NDT 60분, FES 60분, 통증치료 60분), 작업치료 200분(특수 60분, 연하 60분, 연하FES 60분, ADL 20분)이고, ② 집중재활 제공 후 일정 기간이 지난 뒤에는 물리치료 90분(보행/매트 30분, NDT 30분, 통증치료 30분), 작업치료 15분(복합 작업치료 15분)

<표 47> 재활치료 시간 단위제 (안)

	현 행	재활치료 단위제(안)
처방 항목	- 물리치료: 보행치료, 중추신경발달 재활치료, 복합운동치료 등 - 작업치료: 특수작업치료, 복합작업치료, 연하장애재활치료 등	- 물리치료와 작업치료의 각 치료항목을 통합하여 15-20분 1단위를 기준으로 환자의 기능 상태에 따라 처방
처방 환자군	- 주로 뇌, 척수 질환 등 중추신경계 환자에게 처방	- 중추신경계, 근골격계, 심폐질환, 비사용증후군 등 회복기 재활치료 대상 환자에게 처방
1일 최대 처방시간 (단위)	- 발병 후 2년까지는 최대 440분(5시간 40분)까지 치료 가능 - 발병 후 2년 경과시 최대 105분(1시간 45분)까지 치료 가능	- 중추신경계 질환자, 근골격계 질환자, 비사용증후군, 심폐질환자 등에 따라 1일 최소, 최대의 인정 단위 설정
단위당 단가	- 1대1치료, 30분 1단위를 기준 (2018, 병원급 가산 적용) - 최저: 특수작업치료 13,296원 - 최고: 중추신경발달치료 20,604원	- 1대1 치료, 15-20분 1단위를 기준으로 설정하되, 회복기재활의료기관으로의 전환 유인을 제공할 수준에 설정

<참고> 재활의료기관 시범사업에서의 ‘단위당 수가’ (건정심 보고안: 2018.12.27.)

- (단위당 수가) 기존 재활치료(이학요법료) 중 전문성, 자원소모량 등이 유사한 행위를 묶어 15분을 1단위로 하는 새로운 형태의 수가로 재편
 - 전문재활치료 외 물리치료(Cat I), 전문재활치료(Cat II)로 묶어 동일 카테고리 내에서는 행위 종류를 불문하고 시행시간에 따라 수가 산정
 - ☞ 항목별 횟수 제한에 구애받지 않고 환자 맞춤형 통합치료계획에 따라 환자에게 필요한 만큼(최대 4시간 한도) 집중재활치료* 실시
 - * 단, 모든 실제 치료내역은 단위시간 당 행위별로 구분하여 환자 설명 및 확인 후 제출
 - 또한, 전문재활치료를 물리·작업치료사 등 전문인력이 환자를 1:1로 전담 치료 시 추가 가산된 수가(Cat III) 적용
 - 안전성이 확보되고 환자들의 요구도가 높으며 치료에 필요한 일부 비급여 재활치료*는 단위당 수가에 포함하여 동일한 원칙 하에 산정
 - * 현재 비급여인 언어치료, 전산화인지재활, 도수치료 등을 1:1로 시행한 경우 Cat III로 산정

<표 48> 회복기 재활의료기관 시범사업 2단계 수가(안)

	상대가치점수	1단위(15분)당 금액*	비고
Category I	35.10점	3,156원	전문재활치료료 외 물리치료
Category II	78.64점	7,068원	전문재활치료료 1:1 외
Category III	185.85점	16,704원	전문재활치료료 및 일부 비급여 1:1

* '19년 기준 병원급 종별가산 적용

□ 통합계획관리료 및 재활기능평가료

- 통합계획관리료는 치료에 관여하는 여러 직종이 모여서 회의를 하고 그 결과를 취합하여 통합재활치료계획서를 작성하는 과정을 수가화한 것으로 실제의 임상에서는 관련 회의를 할 때 재활의학과전문의, 간호사, 물리치료사, 작업치료사, 사회복지사를 기본으로 포함함
- 환자 상태에 따라 유관과 전문의, 언어치료사, 보조기사, 임상심리사 등 다양한 직종의 전문가가 참여하는 회의임

<표 49> 현행 재활의료기관 시범사업의 통합계획관리료

내용	인원	구분	수가 (2018년)
재활의학과 의사, 간호사, 물리·작업치료사, 사회복지사 등 다양한 분야의 치료 전문가가 모여 환자평가, 치료계획수립, 퇴원계획 실시시 산정	4인	초회	45,110원
		2회 이상	32,690원
	5인 이상	초회	56,380원
		2회 이상	40,860원

- 시범사업의 재활기능평가료는 현재 개별적으로 산정된 항목의 합산액에 해당하지만, 보험급여 청구시 요구하는 자료의 분량은 개별적 평가시 기록하는 것의 2배가 넘는 분량이므로 업무 강도와 시간을 고려한 산정액이 설정될 필요가 있음

<표 50> 현행 재활의료기관 시범사업의 통합재활기능평가료

환자군	산정기준	수가 (2018년)
중추신경계 (뇌손상, 척수손상)	발병일로부터 최대 1년, 1회/월	63,220원
근골격계, 절단	입원적용기간에 한해 최대 2회, 1회/월	22,710원

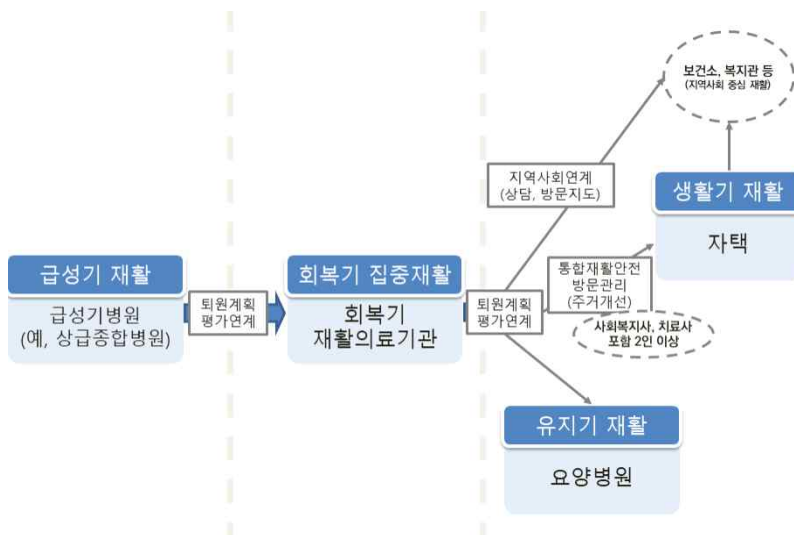
<표 51> 회복기 재활의료기관 시범사업 2단계 통합재활기능평가료 개선(안)

분류번호	코드	분류	현행	개선	금액
회복기재활		통합재활기능평가료			
	IA830	가. 중추신경계	860.18	1166.77	87,390
	IA840	나. 근골격계	308.99	500.76	37,510

출처: 진정심 부의안건(2018.12.27.)

□ 연계기능 수가

- 회복기 집중재활치료를 받아도 기능회복이 충분치 못하여 퇴원이 힘든 환자의 경우, 잔존하는 장애치료나 돌봄 서비스 등을 지역사회에서 유기적으로 연계하여 받을 수 있는 지원체계 마련
 - 퇴원 시 1회에 한해 ‘통합계획관리료’ 일부를 차등하여, 환자가 지역사회에서 활용 가능한 통합재활치료계획(care plan)을 제공토록 개선
 - 거주지에서 적정 재활치료를 받을 수 있는 지역사회중심재활사업 (community-based rehabilitation, CBR)기관, 기타 복지서비스 제공기관 등을 파악하여, 환자를 연계하는 활동에 산정 가능한 수가 신설. 연계활동은 ① 기관내에서 상담 및 연계하는 경우, ② 환자(또는 보호자)와 함께 거주지행정기관이나 복지기관 등을 방문하여 직접 연계하는 경우로 구분하여 수가 차등
 - 사회복지사와 함께 물리·작업치료사 등이 팀을 이루어 환자 거주지를 방문, 문턱 제거나 지지대 설치 등 안전한 주거 환경 구축을 위한 평가 및 개선 서비스 연계 시 산정하는 수가 신설



<그림 29> 회복기 재활의료기관 지역사회 연계활동 흐름도

<표 52> 회복기 재활의료기관 시범사업 2단계 지역사회 연계수가 신설(안)

	상대가치점수	금액	비고
통합계획관리료II (퇴원계획)	910.33	68,180	- 통합계획관리시 사회복지사가 참여하여 퇴원 후 관리를 위한 목표 및 계획을 세우고, 개인별 맞춤 계획을 환자 및 가족에게 설명 및 교육을 실시한 경우에 산정 (퇴원 전 1회)
지역사회연계 I (기관 내 활동)	244.82	22,008	- 환자 요구도에 맞는 서비스기관을 별도 현장방문 없이 유선등으로 연계시 산정 - 의뢰서 또는 지원서류 등 작성 및 발송, 환자(보호자)에게 설명·교육한 경우 산정
지역사회연계II (현장 방문활동)	515.35	46,320	- 환자 및 보호자와 함께 지역사회기관 (예, 복지관 등)등을 방문한 경우 산정 - 1회 산정 (필요 시 1회에 한해 추가)
통합재활안전 방문관리료	793.86	71,352	- 사회복지사 및 작업치료사가 함께 주거환경을 평가하는 경우에 산정 - 1회에 한하여 산정하며, 2회차부터는 기존 MM143 재활사회사업-다.가정방문 수가 산정

※ '19년 종별가산 적용 시(지역사회연계II 및 통합재활안전방문관리시 교통비(8,110원) 별도산정
출처: 건정심 부의안건 (2018.12.27.)

□ 회복기 재활 시범사업의 대상 질환

- 시범사업에서 적용되고 있는 뇌, 척수 등 중추신경계 질환뿐만 아니라 근골격계 질환, 비사용증후군, 심폐질환 등 신체기능 장애를 유발하는 질환은 회복기 재활치료 대상임
- 시범사업은 뇌, 척수 신경계 질환 위주로 시범사업이 진행되어서 고관절 골절을 비롯한 다양한 근골격계 질환, 심혈관계 질환, 비사용증후군 등에 대한 자료 축적과 분석이 미흡한 상태임
- 시범사업의 대상을 인구 고령화로 급격히 증가하고 있는 골절 등 근골격계 질환과 심혈관계 질환 등에 확대하여 입원일수 제한의 근거를 확보할 필요가 있음

<표 53> 일본의 회복기 대상질환군

대상 질환군	-근골격계질환, 희귀난치성 질환, 근육병, 길랑바레증후군, 파킨슨병, 다발성 말초신경병증 등 신체 기능저하를 유발하는 모든 질환이 포함됨
ADL저하 평가기준	치료 시작 당시 FIM 115 이하, BI 85 이하 상태 등인 자
산정기간	- 근골격계 질환: 입원 후 90일 - 희귀난치 질환: 입원 후 120일
재활치료	1일 20분 9단위(180분)

- 골절, 근골격계 수술 후 상태, 일시적 비사용증후군의 경우 적정 기간 집중 회복기 재활치료를 받으면 충분히 회복될 수 있는 질환임
- 비사용증후군에 대한 의학적 정의와 기준을 정비하여 회복기 재활치료 대상 환자군에 포함할 필요

□ 회복기환자의 비율

- 일본 회복기 재활병동 입원료 산정의 기준은 「뇌혈관질환 또는 대퇴부, 두부 골절 등의 환자에 대해 ADL 향상에 의한 외상 상태 방지 및 가정 복귀를 목적으로 한 재활치료를 집중적으로 실시하기 위한 병동으로, 회복기 재활치료가 필요한 상태인 환자가 상시 80% 이상 입원중인 병동」임
- 「의료기관내 회복기 환자 비율」은 현재 임상에서 해당 의료기관이 회복기 재활치료를 잘 하고 있는지에 대한 환자들의 평가를 가장 잘 반영하고 있는 지표로 회복기 환자 비율이 높은 기관일수록 해당 의료기관이 그 지역에서 환자들로부터 회복기 재활치료를 현재 잘 하고 있다고 인정받는 지표가 될 것임
- 시범사업 중 회복기 환자 비율에 대한 기준은 좀 더 명확하게 함으로써 현재 회복기 재활치료를 잘 하는 기관을 가장 잘 선정할 수 있을 것임

<참고> 평가기준 (재활의료기관 시범사업 기준: 보건복지부 공고 2017-530호)

⑤ 진료량

- 한국형 입원환자분류체계(KDRG) 중 총 25개군(ADRG기준)에 속하는 연 입원환자수가 백분위수(percentile) 30분위 이상 (연 입원환자수 13,670명 이상)

구 분	KDRG V4.0 (*Korean Diagnosis Related Group)
질병군	B601 사지마비, B602 하반신 마비, B603 기타 척수질환 및 손상, B610 편마비, B620 뇌성마비, B621 파킨슨병, B642 비정형 파킨슨, B643 이차 파킨슨증, B644 알츠하이머 병, B645 기타 인지 장애, B651 떨림증, B652 근긴장이상증, B653 근간대성경련, B654 실조증, B655 기타 유전성 운동장애, B656 기타 신경계 운동장애, B657 기타 퇴행성 운동장애, B681 뇌내출혈(ICH), B682 지주막하출혈(SAH), B683 정맥혈전증에 의한 비출혈성 뇌졸중, B684 허혈 뇌졸중 및 기타 비출혈성 뇌졸중, B750 신경질환 후유증, B811 수두증, I730 근골격계 장애의 추후관리, I760 기타 근골격계 질환 (ADRG 기준 총 25개군)

- 연 입원환자수 산정은 「의료법」 제3조1항3호에 따른 병원급 의료기관 중 병원, 요양병원, 종합병원(상급종합병원 제외)의 진료실적을 기준으로 함

* 상급종합병원은 재활치료가 주로 외래진료 위주인 점을 감안하여 제외

- 공고일 기준 전년도 1년간('16.1.1.~'12.31) 건강보험심사평가원에 청구된 건강보험 및 의료급여 진료실적 기준

〔6〕 환자구성비율

- 전체 연 입원환자 중 건강보험요양급여비용 제7장 제2절 사116 및 제3절 전문재활치료를 받는 환자로서 발병(또는 수술) 후 재활의료기관에 입원시점까지의 경과기간이 아래 기준 이내인 환자구성비율
- 공고일 기준 전년도 1년간('16.1.1.~'12.31) 건강보험심사평가원에 청구된 건강보험 및 의료급여 입원 진료실적 기준
 - * 심평원에서 건강보험·의료급여 환자 목록을 해당 기관에 제공하고 해당기관에서 발병일 등 기재하여 심평원으로 회신 (참여 신청 접수 이후 진행)

<평가방법>

- 필수진료과목, 인력, 시설, 장비, 진료량이 지정기준에 적합하고, 환자구성 비율이 높은 기관을 우선하여 선정하되,
- 지역별 분포, 병원 특성, 지정시 진료행태나 보건의료체계에 미치는 영향 등을 종합적으로 고려하여 선정

□ 입원 인정기간

- 장기입원을 방지하기 위해서는 재원기간을 질환종류별로 제한해야 하는바, 재활의료기관 시범사업은 이를 위한 근거를 확보하는 과정이 되어야 함
- 중추신경계 질환의 경우, 현재의 시범사업 기준은 발병 90일 이내에 입원한 뇌졸중, 척수손상 환자는 최대 180일 한도 내에서 입원료 체감제를 유예(입원료 100% 지급)하고, ‘지속적인 회복이 기대되는 경우’는 90일 범위 내에서 입원 기간의 연장이 가능하며, 회복기 입원료 체감제 적용 유예 기간 이후는 입원료의 85%를 산정하여 지급하도록 되어 있음
 - 여기서의 ‘지속적 회복이 기대되는 경우’를 ‘재활치료 이후 매 3개월 마다 측정한 한글판수정바텔지수(K-MBI), 척수독립성지수(SCIM), 도수근력검사(MMT), 관절가동범위(ROM), 경직(MAS), 의식상태, 언어 기능, 수지기능검사, 간이정신상태검사(MMSE), 소뇌검사(Berg Balance Scale), 보행기능검사(3M TUG 테스트) 등에서 지속적으로 기능적 회복을 보이는 경우’ 등과 같이 더 구체적으로 정할 필요가 있음

- 골절, 인공관절치환술 등 근골격계 질환의 경우, 인구 고령화와 더불어 급격하게 늘어나고 있는 질환자들에게 적절한 회복기 재활치료를 통해 기능회복과 사회복귀율을 크게 높일 수 있으므로 더욱 적극적인 회복기 재활치료가 필요함
- 현행 시범사업에서의 골절 30일, 절단 60일의 입원 인정 기간은 임상 현장의 사례나 일본의 90일 인정 사례를 참고할 때 회복기 재활을 달성하기 위한 기간으로서는 충분치 못함
- 재활의료기관 시범사업의 입원료 체감제와 간호간병통합서비스의 입원료 체감제의 적용방식이 상이하여, 재활간호간병통합서비스를 받으려는 회복기 재활치료 대상 환자를 재활간호간병통합서비스 병동에 두기 어려운 상황임
- 회복기 재활 대상 환자가 좀 더 많은 건강보험 혜택을 받을 수 있게 하려면 재활의료기관 시범사업 대상 환자군에 대해서는 간호간병통합 수가에서 의학과관리료와 병원관리료를 체감 적용하는 기준을 조정할 필요가 있음

사업명	입원료 체감제 적용
간호간병통합서비스	간호간병료 수가 이외 의학과관리료, 병원관리료는 모든 환자에 있어서 입원 15일부터 30일까지 10% 체감, 31일부터 90일까지 15% 체감, 91일 이후 49% 체감 산정 적용되고 있음
재활의료기관 시범사업	재활의료기관 시범사업 환자군의 경우 회복기 재활 대상 기간 중 최대 9개월까지 의학과관리료(40%), 병원관리료(35%), 간호관리료(25%)를 포함한 입원료 전액을 체감제 적용 없이 지급함

□ 인력기준: 재활전문의 등

<표 54> 현행 재활의료기관 시범사업의 인력기준

인 력	기 준
재활의학과 전문의	1인당 환자 수 40명 이하 유관진료과목 전문의(내과, 신경과, 신경외과, 정형외과, 가정의학과) 최대 2명까지 포함하여 산출하되 1명당 0.5로 환산
간호사	1인당 입원환자 수 6명 이하 (단, 서울인천경기도 이외 지역의 경우 7명 이하)
물리치료사	1인당 환자 수 9명 이하
작업치료사	1인당 환자 수 12명 이하
사회복지사	1인 이상

- 재활의학과 전문의의 기준을 현재의 시범사업보다는 완화하여 제도에 유연성을 주고 유관 진료과목의 전문성을 활용할 필요가 있는바, 40대 1 기준의 완화(예: 정신보건법에 따른 정신의료기관의 경우 ‘입원환자 60인당 정신과 전문의 1인) 및 회복기 환자 이외의 경우는 더 완화된 기준(예: 80대 1)을 적용할 필요가 있음
- 재활의료기관 시범사업에서 회복기 환자에 대해서만 입원료 체감제가 유예되고 재활치료료 또한 회복기 환자에게만 적용되는 것과 맥을 같이 함
- 재활의료기관 시범사업이 급성기병원, 회복기병원, 요양병원 등 모든 임상 현장에서 재활의학과 전문의 수급의 어려움을 초래하는 것은 바람직하지 않음. 재활의학과가 개설된 요양기관 통계를 보면 2017년 12월 31일 기준 급성기 병원은 재활의학과 전문의 1인당 94병상(인가 기준)이고 요양병원은 재활의학과 전문의 1인당 178병상(인가)

<표 55> 급성기 병원 내 재활의학과 개설 기관 재활전문의 수

연도	종별	재활의학과 요양기관 수	재활의학과 전문의				
			1명	2명	3명	4명	5명 이상
2013	병원	156	94	36	14	5	7
2014	병원	157	101	26	15	6	9
2015	병원	169	110	29	13	8	9
2016	병원	181	116	34	10	12	9
2017	병원	188	117	37	14	9	11

<표 56> 요양병원 내 재활의학과 개설 기관 재활전문의 수

연도	종별	재활의학과 요양기관수	재활의학과 전문의				
			1명	2명	3명	4명	5명 이상
2013	요양병원	271	219	35	10	6	1
2014	요양병원	302	241	40	14	3	4
2015	요양병원	325	267	41	7	6	4
2016	요양병원	370	294	56	8	9	3
2017	요양병원	412	322	65	13	7	5

- 재활의학과 전문의의 중요성은 분명하지만 그렇다고 회복기 재활이 재활전문의만의 전문 영역으로 제한되는 것은 경직적이므로, 유관진료과목 전문의를 충분히 활용해야 함
- 유관진료과목 전문의에 내과, 신경과, 신경외과, 정형외과, 가정의학과 외에도 비뇨의학과, 영상의학과 전문의를 추가하여 재활치료 과정에서 흔히 접하는 배뇨장애 문제와 영상진단의학적 수요를 반영함

□ 시설기준

<표 57> 현행 재활의료기관 시범사업의 시설기준

시 설	기 준	참고: 일본회복기
운동치료실	병상당 3.3㎡ 이상	뇌혈관재활치료료(I)의 경우 PT-OT 포함한 기능훈련실 160㎡이상, 뇌혈관재활치료료(II) 및 (III)의 경우 기능훈련실 100㎡이상
물리치료실	구비	
작업치료실	병상당 1.16㎡ 이상	
일상생활동작훈련실	구비	

- 시범사업에서는 60병상 이상, 운동치료실, 물리치료실, 작업치료실, 일상생활 동작훈련실을 갖추도록 하고 있음
 - 기준상 병상당 치료실 면적 기준은 전문재활병원 기준을 차용한 것으로 ‘이는 특정 질환·진료과목에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 하는 병원’을 지정하는 전문병원의 기준임
- 일본 회복기재활병동의 시설기준에서도 뇌혈관재활치료료(I)의 경우 병동(통상 1개 병동 40명 기준)에 PT(물리치료) 및 OT(작업치료)를 포함한 기능훈련실 160㎡이상, 뇌혈관재활치료료(II) 및 (III)의 경우 기능훈련실 100㎡이상을 구비하는 것으로만 되어 있어서 실제 1인당 면적으로 하면 우리나라 재활의료기관 시범사업 기준이 높은 상태임

□ 장비기준

<표 58> 현행 재활의료기관 시범사업의 장비기준 및 개선(안)

구분	필수장비	개선(안)
물리치료실	온습포, 적외선치료기, 초음파치료기, 파라핀욕, 냉치료기, 경추견인기, 골반견인기, 간섭파치료기, 전기자극치료기(EST), 경피적신경자극치료기(TENS)(총 10종)	핫팩(hot pack), 적외선치료기(infrared), 초음파치료기(ultrasound), 콜드팩(cold Pack), 경추견인기(cervical traction), 골반견인기(pelvic traction), 간섭파치료기(IST), 전기자극치료기(EST), 경피적전기신경자극치료기(TENS), 저출력레이저치료기(laser) (총 10종)
운동치료실	치료용 볼, 치료용 매트, 치료용 계단, 평행봉, 경사대, 기립훈련기, 보행기, 상지에르고미터, 하지에르고미터, 보바스테이블, 트레드밀, 기능적 전기자극치료기, 등속성운동기기, 압박치료기(총 14종)	치료용 볼(therapeutic ball), 치료용 매트(mat), 치료용 계단(staircase), 평행봉(parallel bars), 경사대(tilt table), 기립훈련기(prone stander), 보행기(walker), 상지에르고미터(arm ergometer), 하지에르고미터(leg ergometer), 보바스테이블(bobath table), 트레드밀(treadmill), 기능적 전기자극치료기(FES), 지속적 수동운동기기(CPM), 압박치료기(pneumatic compression)(총 14종)
작업치료실	손가락운동판, 식사연습도구, 기타 일상생활동작(세면, 착탈의 등) 기구, Hand dynamometer, Pinch gauge, Exercise skate, Pegboard, Jebsen 손기능평가도구, Two point discriminator, 편측시각무시평가도구, 연하재활기능적전기자극치료기, (전산화)인지재활치료기 (총 12종)	손가락운동판, 식사연습도구, 기타 일상생활동작(세면, 착탈의 등) 기구, Hand dynamometer, Pinch gauge, Exercise skate, Pegboard, Jebsen 손기능평가도구, Two point discriminator, 편측시각무시평가도구(evaluation tool of unilateral neglect), 연하재활기능적전기자극치료기(functional electrical stimulation for rehabilitative dysphagia), (전산화)인지재활치료기(computer-assisted cognitive rehabilitation therapy) (총 12종)

- 장비기준에서 장비명칭이 국문으로만 표기되면 진료현장에서 혼선을 가져오는 경우가 있으므로 국문과 영문명칭을 병기할 필요가 있음
- 물리치료실 장비 중 온습포와 파라핀욕은 감염의 위험이 있어 의료기관 인증에서 항상 지적되고 있는 항목임. 세균 번식의 원인이 되는 습기가 있는 온습포는 습기가 없는 핫팩(hot pack)으로 바꾸고, 파라핀욕은 필수장비에서 제외하며, 냉치료는 별도의 장비를 구매해야 되는 냉기치료(cryotherapy)와 혼선이 있다는 지적이 있으므로 콜드팩(cold pack)으로 변경하고, 멸균, 욕창 치료나 조직 재생에 효과가 있어서 임상에서 많이 쓰이는 저출력레이저치료(laser)를 추가하는 것이 바람직함

- 운동치료실 장비 중 전산화 등속성 운동기기(cybex)의 경우 주로 운동선수들의 트레이닝 목적으로 사용되는 기기로 재활의학 분야에서는 일부 스포츠 클리닉이나 학술 연구목적 이외에는 거의 사용되지 않고 있는 장비로 중추 신경계 환자나 골절 등 환자를 주된 치료 대상으로 하고 있는 회복기 재활 치료 장비로는 부적절함. 대신 관절치환술 또는 골절 후 캐스트 제거 후 가장 많이 쓰는 지속적 수동운동기기(Continuous Passive Motion)를 포함하는 것이 적절함

3) 유지기 요양병원

- ‘중간기관’으로서의 기능과 역할을 하는 요양병원은 현재와 마찬가지로 일당 정액 입원료를 원칙으로 하되, 병상의 세부 성격에 따른 차등화를 도모할 필요 있음
 - 유지기재활서비스를 제공하는 요양병원과 거주형 입원에 치중하는 요양병원을 구분: 일당수가 수준 및 재활서비스 수가 인정 단위의 차별화 등
 - 중간기관에 대한 보상은 당분간은 건강보험을 재원으로 하지만, 건강보험과 장기요양보험 재원 조달 상황에 맞추어 향후 중간기관에 대한 두 보험의 재원 분담 구조를 재조정하고, 장기적으로는 양 보험의 통합 논의에 따름
 - 중장기적으로는 ‘간병비의 급여화(간호간병서비스)’와 ‘본인부담상한제의 적용 완화’를 연동하여 환자의 부담을 줄여감
- 유지기 요양병원의 과도한 장기입원을 줄이도록 수가 보상체계 조정
 - 요양병원 환자분류체계 개편과 수가체계 개편: 유지기 요양병원의 일당정액 입원료는 일정한 시설 및 인력 기준, 환자의 중증도 및 결과 개선도를 충족시키는 전제하에 적용
 - 입원료 체감제 적용기간을 정교하게 구축하고, 입원일수에 따른 본인부담률 차등제를 병행하여(대만은 상병유형과 재원일수에 따른 본인부담률 차등), 유지기 요양병원과 거주형 요양시설의 기능분화를 유도
- 요양병원 서비스 질 향상을 위한 평가 및 인증 결과의 수가 반영
 - 적정성 평가를 매년 시행하고 화재안전, 감염관리, 인권보호 등을 필수 평가항목으로 하여, 그 결과를 건강보험 수가의 가·감산 제도에 반영함
- 요양병원 중에서 재활에 중점을 두고 이를 위한 인력과 시설을 투입하는 병원은 재활의료기관으로 전환할 수 있도록 정책적 배려를 할 필요
 - 재활의료기관 지정 확대와 활성화를 위해서는 현재 회복기 재활치료를 일

정 부분 담당하고 있는 일부 재활 중심 요양병원들이 재활의료기관으로 전환하여 전국 시도별로 적정 수의 재활의료기관이 확보될 수 있게 함으로써, 회복기 재활치료에의 접근성을 높이도록 하는 것이 중요함

- 재활의료기관으로의 전환을 유도하기 위해서는 수익성을 차등화하고, 재활의료기관 지정을 조건부로 허용하여 지정요건에 맞는 경우 선 지정 후 일정 기간(6개월 등) 내에 회복기병원으로 전환하도록 할 수 있음

4) 통원재활

- 지역사회 회복기 재활의료기관, 재활의학과의원, 요양병원 등이 주로 외래 통원 위주의 지속적 외래 재활치료 서비스를 공급하도록 할 수 있도록 함
 - 시설, 자택 등 지역의 환자에게 제공되는 통원재활에 대한 건강보험 적용이 확대되어야 함
 - 주로 외래를 중심으로 회복기 재활치료 이후에도 신체기능과 삶의 질 유지를 위해 정기적인 재활치료를 받을 수 있도록 함
- 재활의료기관 퇴원 후의 외래 통원치료를 활성화 하는 차원에서 퇴원 후의 일정 기간 동안(6개월)은 재활 낮병동의 본인부담률을 낮추거나, 재활 낮병동 환자 수를 환자인력으로 산입함에 있어서 유예기간을 둔다든가 하여 행태변화를 유도함
- 현재 낮병동 수가가 적용되는 경우는 1) 분만 후 당일 귀가 또는 이송하여 입원료를 산정하지 아니한 경우, 2) 응급실, 수술실 등에서 처치·수술 등을 받고 연속하여 6시간 이상 관찰 후 귀가 또는 이송하여 입원료를 산정하지 아니한 경우, 3) 정신과의 ‘낮병동’에서 6시간 이상 진료를 받고 당일 귀가한 경우 등임

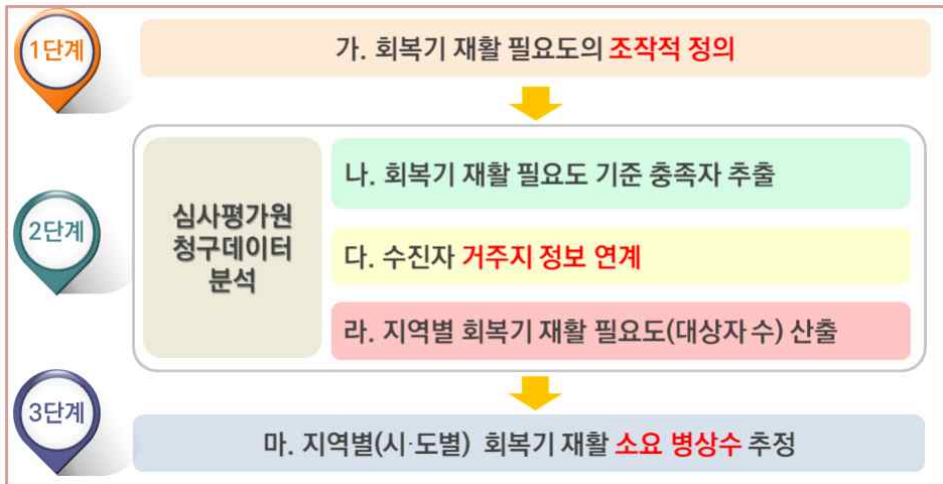
나. 지역별 소요 병상수 추계

(1) 추계의 필요성

- 회복기 재활 의료 전달체계 구축에 있어 병상 확충에 자원 투입이 가장 많이 요구되는바, 병상 소요에 관한 분석은 필수적임
- 보건의료 영역 내 의료기관 병상수 추정 관련 연구들은 이전부터 다수 수행되고 있으나, 회복기 재활 의료기관 병상에 관한 논의는 부족한 실정임
 - 회복기 재활 시범사업이 본사업으로 전환되는 단계에서 회복기 재활 의료기관의 소요병상수를 파악하여 기초 자료를 제공할 필요가 있음
- 회복기 재활 의료는 급성기 치료 이후 신체적 기능을 회복하여 지역사회로의 복귀를 위한 것으로 지역사회와 밀접한 연계를 가짐
 - 회복기 재활 환자들의 지역적 분포를 반영하여 지역별 회복기 재활의료기관 병상수를 추정할 필요가 있으며, 고령화 등 지역별 회복기 재활 의료 서비스 수요에 영향을 미치는 요인들을 반영하여 검토하여야 함

(2) 추계 방법

□ 소요 병상 수 추계 개요



<그림 30> 소요 병상 수 추계 방법

- 지역별(시·도) 회복기 재활 소요 병상수를 추정하기 위해 첫째, 회복기 재활 필요도를 조작적으로 정의하고, 둘째, 심사평가원의 청구데이터 분석을 수행하며 그 결과를 추계안 별로 적용하여 셋째, 지역별(시·도) 회복기 재활 소요 병상수를 추정함
- 회복기 재활에 대한 필요도를 건강보험심사평가원에서 보유하고 있는 자료로 추정하기 위해서는 조작적 정의가 필요함. 분석에 적용할 조작적 정의는 청구명세서 기준 상병 및 처치코드를 기준으로 함
 - 조작적 정의를 위해 연구진, 심사평가원 및 외부 전문가의 의견을 수렴함
 - 회복기 재활 의료 필요도는 시범사업의 대상자 조건에 부합다고 추정되는 인원을 파악하는 것으로 함. 시범사업 대상자는 첫째, 중추신경계 환자(가군), 둘째, 근골격계 환자 중 고관절, 골반, 대퇴 골절 및 치환술 환

자(나군), 셋째 하지 부위 절단 환자(다군)로 구분됨

- 조작적으로 정의된 필요도를 기준으로 건강보험심사평가원의 청구명세서자료를 활용하여 해당 환자를 추출하고, 이를 수진자 거주지 정보와 연계하여 지역별 회복기 재활 필요도를 추정함
- 추정된 지역별 필요도를 기반으로 소요 병상수를 추정함
 - 소요 병상수를 추정하기 위해 지역별 연간 회복기 재활 의료 서비스 필요자 수, 평균입원일수, 병상 가동률을 사용함
 - 평균입원 일수 및 병상 가동률의 변화에 따른 지역별 회복기 재활의료 소요 병상수 추정 시나리오를 제시함

□ 1단계: 조작적 정의



<그림 31> 1단계: 조작적 정의

- (회복기 재활환자 조건) 회복기 재활환자를 최초 입원일 이전 3개월간 건강 보험요양급여비용 전문재활치료(제1편, 제2부, 제7장, 제3절)가 없었던 환자로 한정함
- (대상 질환 및 청구 조건) 여기서의 회복기 재활 필요도는 시범사업의 대상자 선정 기준을 활용하므로 중추신경계 환자 및 근골격계 환자인바, KRIC 재활 손상 대분류 및 정의는 <표 59>과 같음

<표 59> KRIC 재활손상 대분류

구분	재활손상대분류		정의
뇌손상	01	뇌졸중	뇌혈관의 출혈 및 허혈로 인한 뇌손상의 경우
	02	외상성 뇌손상	외상으로 인한 뇌손상의 경우
	03	비외상성 뇌손상	신생물, 뇌염, 염증, 무산소증, 대사성 독성 등에 의한 뇌손상의 경우
척수손상	05	외상성 척수손상	외상으로 인한 척수손상의 경우
	06	비외상성 척수손상	신생물, 척수염, 염증, 척수병증, 이분척추 등에 의한 척수손상인 경우
뇌·척수 중복손상	07	뇌·척수 중복손상	외상으로 인하여 뇌와 척수에 다발성 손상이 있는 경우
근골격계	12	골반·대퇴 골절	외상으로 인한 고관절, 골반, 대퇴 골절 또는 골절에 따른 수술(치환술)을 받은 경우 (병적골절은 제외)
	13	하지 관절치환	관절염 등으로 치환술을 받은 경우 고관절치환술 또는 고관절 및 무릎치환술 (무릎치환술만 시행한 경우는 제외)
			이전 관절치환의 합병증 등으로 재치환술을 받은 경우
	15	주요 다발성 골절	외상으로 인한 다발성 골절 (뇌·척수손상이 있는 경우는 [02외상성뇌손상], [05외상성척수손상]로 분류)
절단	14	하지 절단	질환 또는 외상으로 인한 하지부위 절단의 경우 (족부절단은 제외)

- (가군) 대상 환자는 뇌졸중 및 외상성 및 비외상성 뇌손상 환자, 외상성 및 비 외상성 척수 손상 환자임. 청구명세서의 상병코드로는 <표 59>의 재활손상대분류 01, 02, 03, 05, 06, 07에 해당하는 상병으로 <표 60>에서 제시한 전문재활치료를 받은 환자를 대상으로 함

<표 60> (가군) 산출 기준 청구코드

분류번호	수기코드	한글명
사122	MM105	중추신경계발달재활치료
사123	MM112	작업치료-복합작업치료
사123	MM113	작업치료-특수작업치료
사123	MM114	일상생활동작훈련치료[1일당]
사126	MM151	기능적전기자극치료
사130	MM301	재활기능치료-매트 및 이동치료
사130	MM302	재활기능치료-보행치료
사131	MZ008	연하재활 기능적 전기자극치료
서141	MX141	연하장애재활치료

- (나군) 대상 환자는 고관절, 골반, 대퇴골절 및 치환술 환자임. 청구명세서의 상병코드로는 <표 59>의 재활손상대분류 12, 13, 15에 해당하는 상병으로 <표 61>에서 제시한 청구가 있었던 환자를 대상으로 함

<표 61> (나군) 산출 기준 청구코드

코드	한글명
N0601	사지골절정복술[복잡골절포함]-관혈적[대퇴골]
N0611	사지골절정복술[복잡골절포함]-관혈적-복잡-대퇴골
N0711	인공관절치환술-전치환[고관절]
N0715	인공관절치환술-부분치환술[고관절]
N0981	체외금속고정술(골반골, 대퇴골)
N0982	체외금속고정술(상완골, 하퇴골)
N2070	인공관절치환술-전치환[고관절]-복잡
N2710	인공관절치환술-부분치환술[고관절]-복잡

- (다군) 대상 환자는 하지 부위 절단 환자임. 청구명세서의 상병코드로는 <표 59>의 재활손상대분류 14에 해당하는 상병으로 <표 62>에서 제시한 청구가 있었던 환자를 대상으로 함

<표 62> (다군) 산출 기준 청구코드

코드	한글명
N0571	사지절단술[골반]
N0572	사지절단술[대퇴]
N0573	사지절단술[상완, 전완, 하퇴]

□ 2단계: 청구데이터 분석



<그림 32> 2단계: 청구데이터 분석

○ (분석 자료) 건강보험 심사평가원 청구명세서 자료(T200, T300) 및 수진자 거주지 자료

- 요양개시 기준: 2018년 1월 1일부터 2018년 12월 31일
- 심사 기준: 2018년 1월 1일부터 2019년 3월 31일
- 건강보험, 의료급여 환자
- 상급종합병원, 종합병원, 병원, 요양병원에서 청구된 명세서

○ (분석 방법)

- 조작적 정의에 근거한 회복기 재활 필요자 추출 및 에피소드 구축
- 추출된 분석 대상자의 거주지 연계
- 지역별 회복기 재활치료 필요자 수, 에피소드 당 평균 입원일수 등 산출

□ 3단계: 소요 병상수 추정



<그림 33> 3단계: 소요 병상수 추정

- 병상 수요의 파악에는 대상인구의 병상 필요도를 측정하는 방법과 입원의료 수요의 결정요인을 적용하여 측정하는 방법이 있음(문옥륜 등, 2012)
- 병상 필요도 측면의 접근은 모든 사람의 의료필요도가 유사하다고 가정하고 인구밀도에 따라 공급량을 결정하는 것임. 회복기 재활의료의 경우 의료 필요도가 질병별로 상이하며, 지역적으로는 해당 질병의 지역적 분포에 따라 달라질 수 있음
 - 입원의료 수요에 영향을 미치는 요인을 고려하여 필요 병상수를 산출하는 방식은 주로 의료이용을 변수화하여 추계에 활용하는 것임
 - 의료이용은 이미 유효화된 수요로 실측이 가능한 반면 유효화 되지 않은, 즉 발생하지 않은 잠재 수요 측정에는 한계가 있음. 하지만, 이로 인한 과소 추정 수준은 경미한 것으로 알려져 있음(문옥륜 등, 2012)
 - 의료이용에 영향을 미치는 인구학적, 사회경제적 보건의료 정책적 요인들을 파악할 수 있어야 함
- (소요 병상수 추정 모형) 본 연구에서는 회복기 재활 의료기관 소요 병상수 추계를 위한 모형을 구축하기 위해 2018년 기준 연간 회복기 재활 의료서비스 필요자 수, 회복기 재활 의료 서비스 평균입원일수, 병상가동률을 주요 변수로 사용함

회복기 재활 의료기관 소요 병상수 추계 모형

$$\begin{aligned} Beds &= Q \times T \times (1/U) \times (1/P_{Insurance+MAP}) \times (1/365) \\ &= Q \times T / (U \times P_{Insurance+MAP} \times 365) \end{aligned}$$

Beds : 필요 병상수

Q : 지역별 회복기 재활 의료서비스 필요도(대상자 수)

T : 지역별 평균입원일수

U : 병상 가동률

P_{Insurance+MAP} : 총재원일수 중 건강보험·의료급여환자 재원일수 비중

- (필요자 수) 2018년 대상자 수 만큼 2019년에도 이용할 것이라는 가정하에 이전 단계에서 집계된 2018년 시·도별 회복기 재활 의료서비스 대상자 수를

적용하여 모형을 구축함

○ (평균입원일수) 대상자 평균입원일수를 산출하는 방법에 따라 산출 결과가 달라질 수 있으므로 본 연구에서는 세 가지 방법을 사용함

- 첫째, 평균입원일수로 ‘이전 단계에서 추출된 회복기 재활 의료서비스 필요자들의 연간 평균입원일수’를 사용함

• 회복기 재활 의료서비스 대상자를 기준으로 에피소드를 구축하여 에피소드 당 평균입원일수를 산출함. 동일한 기관의 1일 이내 청구건을 동일 에피소드로 함. (회복기 재활 의료서비스의 특성을 고려하여 에피소드 구축 기준을 설정하고자, 동일 의료기관 내 1일, 5일, 7일 입원 청구 기준을 적용하여 산출해 보았으나, 산출결과의 변이가 미미했음. 이에 따라 에피소드 구축 기준을 1일로 하여 산출함.)

- 둘째, 평균입원일수로 ‘회복기 재활 시범사업 평가를 위해 산출한 시범사업 대상 환자들의 평균입원일수’를 사용함

• 회복기 재활 시범사업을 평가하기 위해 시범사업 대상 기관의 시범사업 대상 환자를 질병군별로 입원일수를 산출한바, 그 평균입원일수를 사용함

- 셋째, 평균입원일수로 ‘시범사업 대상 기간’을 사용하여 필요병상수의 상한치를 산출해봄

• 회복기 재활 시범사업은 적절한 시기에 재활 치료를 보장하고 집중재활 치료를 지원하기 위해 입원기간을 보장하고 있는바,

• 뇌손상 및 척수손상과 같은 중추 신경계 대상 환자군(가)는 발병 또는 수술 후 90일 이내에 입원한 경우 입원일로부터 180일까지는 입원료체감제를 적용하지 않음

• 고관절, 골반, 대퇴골절 및 치환술 대상 환자군(나)는 발병 또는 수술 후 30일 이내에 입원한 경우 입원일로부터 30일까지는 입원 기간을 보장함

• 하지 부위 절단 대상 환자군(다)는 발병 또는 수술 후 60일 이내에 입원한 경우 입원일로부터 60일까지는 입원 기간을 보장함

○ (병상 가동률) 필요병상수의 추계값은 병상 가동률에 따라 상이할 수 있음

- 회복기 재활 의료만의 병상 가동률 및 지역별 병상가동률 자료는 구득하기 어려운바, 병상 가동률의 변이에 따라 시나리오별 필요 병상수를 산출할 수

있도록 자료를 구축함

- (총 재원일수 중 건강보험·의료급여환자 재원일수의 비중) 추정된 총 재원일수는 건강보험 및 의료급여 환자의 경우만을 포함하므로, 건강보험 및 의료급여 환자의 재원일수 비율을 역산하여 필요 병상수를 추정함

(3) 추계 결과

□ 회복기 재활 의료서비스 필요도(환자수)(Q)

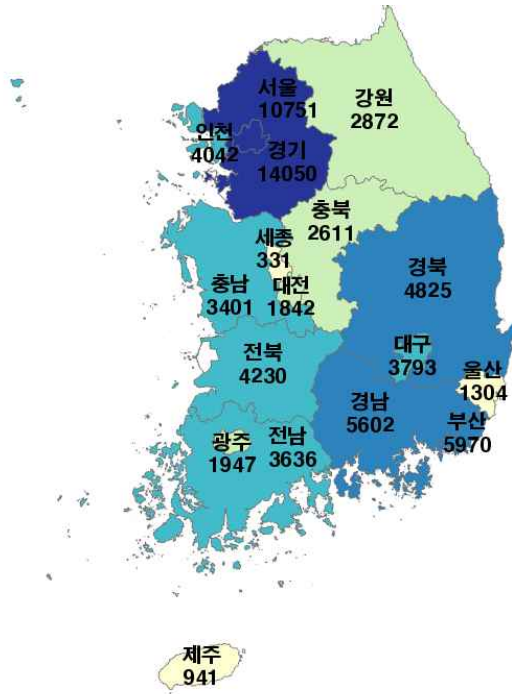
- (필요환자 총 인원 수) 청구데이터 분석 결과 2018년 회복기 재활 필요환자 총 인원 수는 약 7만 6천명으로 집계됨
 - 「(가)군-뇌손상 및 척수손상과 같은 중추 신경계 대상 환자」로 회복기 재활의료서비스가 필요한 환자는 72,148명으로 파악됨
 - 「(나)군-고관절, 골반, 대퇴골절 및 치환술 환자」로 회복기 재활의료서비스가 필요한 환자는 3,403명으로 파악됨
 - 「(다)군-하지 부위 절단 환자」로 회복기 재활의료서비스가 필요한 환자는 연간 149명으로 파악됨
- (지역별 분포) 분석 대상자의 거주지 정보를 연계하여 17개 시도별 회복기 재활 환자의 분포를 확인한 결과 경기, 서울, 부산, 경남, 경북 등 순으로 파악됨. 수도권(서울, 경기) 거주 인원이 약 2만 6천 명(각각 1만 1천 명 및 1만 5천 명)으로 35%를 차지함
 - (가)군 회복기 재활 필요 환자 수는 경기(약 1만 5천 명), 서울(약 1만 1천 명), 부산(약 6천 명), 경남(약 5천 6백 명)의 순임
 - (나)군 회복기 재활 필요 환자 수는 경기(756명), 서울(669명), 경남(269명), 부산 (219명)의 순임
 - (다)군 회복기 재활 필요 환자 수는 서울(32명), 경기(26명), 부산(20명), 전북 (11명), 인천(11명)의 순임
 - 회복기 재활 필요 환자는 주로 대도시에 분포하고 있는바, 대체로 인구수에 비례하여 분포하고 있는 것을 확인할 수 있음. 서울과 경기의 경우, 다른 15개 시·도에 비해 회복기 재활 필요 환자 수가 상대적으로 높게 집계됨

<표 63> 지역별 회복기 재활의료 서비스 필요자 수

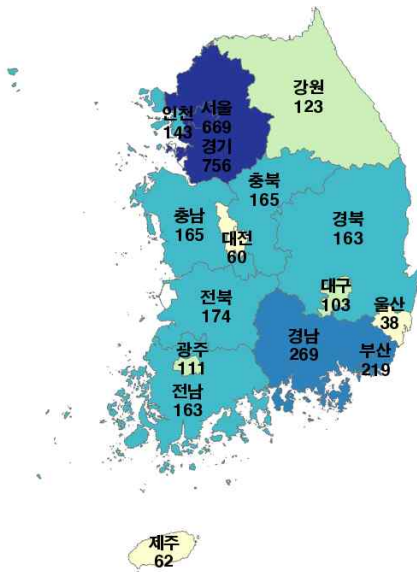
시도	회복기 재활의료 서비스 필요자 수				인구수
	소계	(가)군	(나)군	(다)군	
강원	3,000	2,872	123	5	1,520,816
경기	14,832	14,050	756	26	13,031,356
경남	5,881	5,602	269	10	3,355,874
경북	4,993	4,825	163	5	2,674,333
광주	2,059	1,947	111	1	1,493,417
대구	3,902	3,793	103	6	2,449,789
대전	1,905	1,842	60	3	1,517,902
부산	6,209	5,970	219	20	3,400,027
서울	11,452	10,751	669	32	9,704,546
세종	351	331	20	0	303,582
울산	1,343	1,304	38	1	1,154,482
인천	4,196	4,042	143	11	2,938,875
전남	3,806	3,636	163	7	1,790,233
전북	4,415	4,230	174	11	1,820,168
제주	1,005	941	62	2	652,693
충남	3,573	3,401	165	7	2,179,663
충북	2,778	2,611	165	2	1,618,877
합계	75,700	72,148	3,403	149	51,606,633



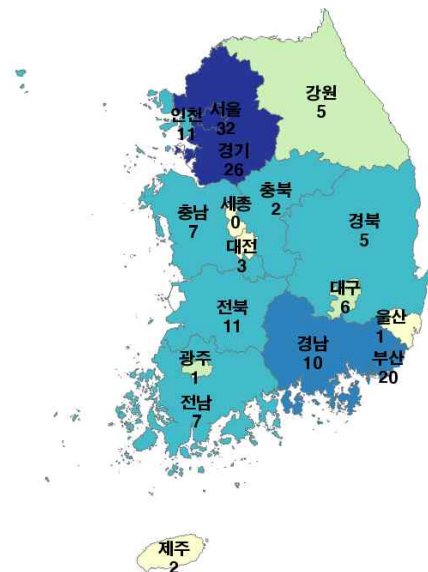
<그림 34> 시도별 뇌졸중 및 척수손상 환자수와 지역별 인구수



(가)군



(나)군



(다)군

<그림 35> 지역별 회복기 재활 필요자 수

□ 대상자 평균입원일수(T)



<그림 36> 회복기 재활 대상자 평균 입원일수 산출

○ (1안) 앞에서 추출된 회복기 재활의료서비스 필요 환자의 질병군별 에피소드 당 평균입원일수를 적용함

- 대상자 1인당 입원일수를 산출하는 방식과 에피소드 당 입원일수를 산출하는 방식이 가능한바, 본 연구에서는 1인당 1회의 회복기 재활의료 에피소드가 생성된다는 가정하에 에피소드 당 평균입원일수를 산출함
- 추출된 환자의 모든 입원에피소드가 포함되어 실제로 회복기재활의료에 필요한 입원일수만을 추출하는데 여러 교란요소들이 작용하는 한계가 있음. 다만, 회복기 재활의료서비스가 필요한 환자들이 추출되었으므로 해당 환자들의 에피소드 평균입원일수가 재활의료서비스 평균입원일수에 수렴할 것이라고 가정함
- 구축 결과 (가)군 환자의 평균입원일수는 84일, (나)군 환자는 71일, (다)군 환자는 93일로 나타남

○ (2안)은 회복기 재활환자 시범사업의 평가 결과 도출된 시범사업 기관의 질병
군별 에피소드당 평균입원일수를 적용하는 것임

- 시범사업 기관의 특성상, 시범사업의 기준에 영향을 받았을 가능성이 있으며
시범사업 기관의 수가 한정되어 있어 대표성에 한계가 있음. 반면에, 회복기
재활 의료서비스 시범사업 기관만을 평가하여 산출한 입원일수이므로 회복기
재활 의료서비스의 특성을 가장 잘 반영하는 것으로 볼 수도 있음
- 구축 결과 (가)군 환자의 평균입원일수는 117일, (나)군 환자는 30일, (다)군
환자는 39일로 나타남

○ (참고안) 회복기 재활 시범사업의 기준 입원 적용 기간을 적용할 경우의 수치를
참고로 제시함

- 현 시범사업을 확대할 경우의 필요병상 수의 상한을 제시하게 됨. 이것을
적용하게 되면 병상수가 과장 추계되어 회복기 재활 병상의 필요수준보다
높을 가능성이 있으므로 참고 사항임
- 2018년부터 시행된 회복기 재활 시범사업의 기준 입원 적용 기간은 (가), (나),
(다)군별로 각각 180일, 30일, 60일임

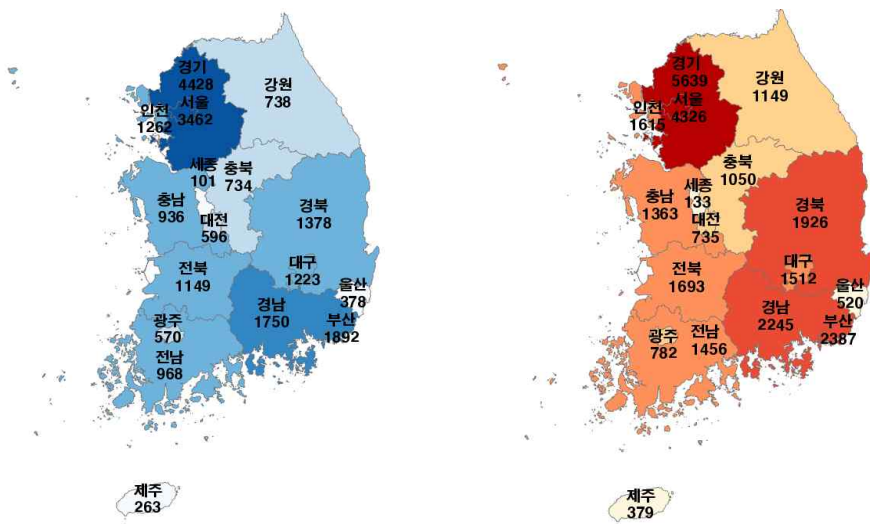
□ 병상수 추계 결과

- 필요병상 수의 산출에 있어 회복기재활 의료서비스 필요자 수, 평균 입원일수, 병상가동률, 건강보험·의료급여환자의 비중을 적용함
 - (의료서비스 필요자 수) 지역별 회복기 재활 의료서비스 필요도는 분석 결과 산출된 회복기 질환별 재활 환자 대상자 수를 적용함
 - (평균 입원일수) 지역별 평균 입원일수의 적용 방식에 따라 (1안), (2안), (참고안)별 결과를 산출함
 - (병상가동률) 보건복지부(2019c)는 병상 수요 산출에 있어서 ‘적정 병상가동률(이용률)’을 85~95%로 파악하고 있는바, 본 연구의 추정에서도 90%를 적용함
 - (건강보험·의료급여환자의 비중) 보건복지부(2019c)는 병상 수요 산출에 있어서 ‘총 재원일수 중 건강보험·의료급여환자의 비율’을 90% 전후로 파악하고 있는바, 본 연구의 추정에서도 90%를 적용함
- 필요병상수의 최종 산출결과 (1안)의 경우 21,828병상, (2안)의 경우 28,911병상임(<표 64>)
 - 지역별로 병상가동률이 상이할 것으로 예상되나 현재 지역별 회복기 재활 의료기관의 병상가동률에 대한 정보를 확보하지 못하여 모든 지역에 일괄 적용함. 추후 회복기 의료기관의 지역별 병상 가동률에 대한 자료가 확보되는 경우에 보다 정교한 추계가 가능할 것임

<표 64> 지역별 회복기 재활의료 필요 병상 수

(단위: 병상)

시도 구분	(1안) 기준	(2안) 기준	(참고안)
강원	738	1,149	1,762
경기	4,428	5,639	8,572
경남	1,750	2,245	3,440
경북	1,378	1,926	2,955
광주	570	782	1,197
대구	1,223	1,512	2,321
대전	596	735	1,128
부산	1,892	2,387	3,661
서울	3,462	4,326	6,620
세종	101	133	204
울산	378	520	798
인천	1,262	1,615	2,478
전남	968	1,456	2,232
전북	1,149	1,693	2,595
제주	263	379	580
충남	936	1,363	2,089
충북	734	1,050	1,607
합계	21,828	28,911	44,237



<그림 37> 지역별 병상 수 추계 결과 (좌: 1안, 우: 2안)

다. 재활의료기관(병상)의 확충

(1) 회복기재활병상의 수급 상황

○ 본 연구의 재활병상 추계에 근거한 판단

- 앞의 추계 결과에 따르면 우리나라는 현재 전국적으로 약 2만2천-2만9천 병상이 회복기재활을 위해 필요할 것으로 추정되는 반면,
- 현재 회복기 집중재활을 수행할 수 있는 병상은 권역재활병원, 전문재활병원, 재활의료기관시범기관의 5,100병상을 크게 넘지 못함

○ 재활의료 관련 한일 비교를 통한 판단

- 일본에서 회복기재활병동을 가진 병원과 병상은 2000년 회복기재활입원료 제도가 만들어진 이후 지난 20년간 급격히 늘어와서 2018년 현재 회복기재활병동이 1,804개, 회복기재활병상이 7만 개 전후임
- 한국은 일본에 비해 재활서비스 제공을 위한 병상은 절대적으로 부족하나, 인구수 대비 임상재활전문의와 물리치료사는 많은 편임
- 일본에서는 인구 10만 명 당 50병상을 회복기 병상 목표치로 설정하고 있는 바. 이에 해당하는 우리 인구의 필요 병상 2만5천 병상을 기준으로 해도 현재 재활병상은 절대적인 부족 상황에 있음을 알 수 있음

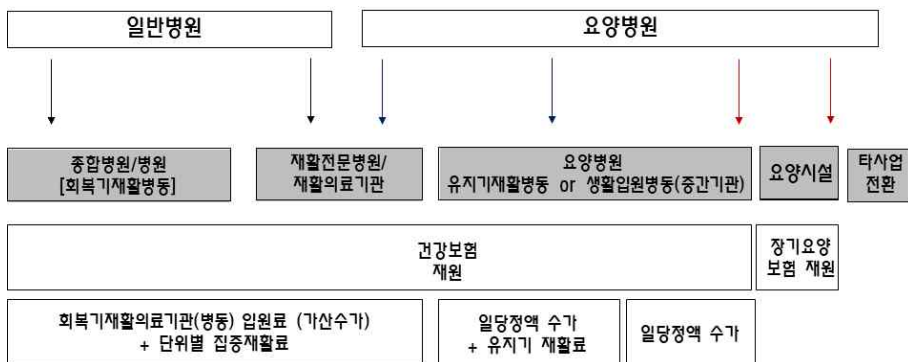
<표 65> 재활의료 관련 한일 비교

구분	일본	한국	비고
인구(명)	1억 2천 7백만명	5천 1백만명	UN 2017 기준
1인당 GDP	38,428불	29,742불	WORLD BANK2017
1인당국민의료비 (PPP)	4,585불	2,687불	OECD 2016기준
1년 재활의료 비용	약 1조 1,300억엔	1.1조원	
아급성(회복)기 재활체계 및 병상 수	회복기 재활병동 지역포괄케어병동	권역재활병원, 전문재활병원 및 재활의료기관시범기관	
	약 8만 병상 (회복기 약 7만)	약 5,100병상	
유지기(만성기) 재활체계 및 병상 수	요양병동, 노인보건시설	요양병원	2016년 기준
	33.8만 병상	25.5만 병상	OECD 2016
	(65세+ 인구 천명당) 9.77병상	(65세+ 인구 천명당) 36.43병상	
재활의학과 의사 수	2000년 749명 2018년 2,366명	1,831	2018.1.1.기준
간호사 수	1,603,108명	511,059명	2018.1.1.기준
물리치료사 수	2000년 26,500명 2018년 161,500명	94,890명	2018.1.1.기준
작업치료사 수	- 작업치료사: 2000년 14,500명, 2018년 89,800명 - 언어치료사: 2000년 4,200명, 2018년 31,200명	25,419명	2018.1.1.기준
사회복지사	165,494명	7,883명	2018.1.1.기준

(2) 재활의료기관(병상)의 확충

(가) 확충의 방향

- 전체적인 병상 공급이 과잉 상황에 있는 우리나라에서 재활의료기관(병상)을 확충하여 회복기재활병상의 수급 불균형 문제를 해결하기 위해서는 기존의 의료기관(병상)을 회복기재활의료기관(병상)으로 전환하도록 해야 함



<그림 38> 재활병상 확충을 위한 의료기관의 재편

- 우리나라에서 회복기재활은 기존 급성기병원의 재활병동, 최근 지정된 재활전문병원, 장애인건강권법에 의한 시범 재활의료기관을 중심으로 시작되고 있지만, 향후에는 지금의 「요양병원」 중 재활에 치중할 수 있는 병원을 선별하여 회복기재활을 위한 병원으로 전환하게 함으로써 충당해야 함
- 2016년 말 현재 요양병원의 병상 수는 255,021개(전체 병상 692,500개의 36.8%)로 과잉 공급이 문제가 되고 있음. (참고로, 병상수는 병원 191,683개, 요양병원 255,021개, 종합병원 103,106개, 의원 75,338개, 상급종합병원 45,702개의 순임)
- 요양병원 병상 수는 2006년 43,336개에서 2016년 246,373개로 연 평균 19.0%의 증가를 해온바, 이러한 급속한 증가는 역으로 질적 측면에서 많은 문제를 노정하고 있음. (OECD 통계치에 따르면, 한국의 65살 이상 노인 인구

1000명당 요양병원 병상 수는 36.4개로 OECD 회원 29개국 가운데 독보적인 1위이지만, 요양시설을 함께 고려한 경우 OECD 국가 평균과 비슷하므로 우리나라에서는 요양병원이 사실상 요양시설의 역할을 하고 있음을 알 수 있음)

- 요양병원 25만5천 병상 중 10%만 회복기재활병상으로 전환할 수 있어도 회복기 재활 수요를 충족할 수 있게 되는데, 현재 진행되고 있는 재활의료기관 시범사업을 확대함으로써 많은 요양병원이 재활의료의 체제를 갖추고 재활의료기관으로 전환할 수 있도록 유인을 제공해야 함

○ 재활의학과 전문병원은 재활의료기관 제도가 생기기 이전에 재활의료를 활성화하기 위한 차원에서 지정하게 된 것이나, 향후 재활의료기관이 확대되면 재활의학과 전문병원을 별도로 관리하기보다는 재활의료기관에 병합해서 운영하도록 할 필요가 있음

- 전문병원에 지정되기 위해서는 각 병원 종별 의료기관 인증을 받아야 하는바, 의사나 간호사보다 치료사 인력이 많은 재활의료기관의 특성상 급성기 병원의 의료기관 인증 필수항목인 의사 및 간호사의 기준을 맞추기 어려운 실정임

- 반면에, 요양병원의 경우 인증 기준이 상대적으로 수월하여 재활전문병원의 명칭을 활용하는 것을 재활의료기관으로의 전환보다 선호하게 될 가능성이 있으므로 재활의료기관으로의 전환을 유도하기 위해서는 재활전문병원으로의 손쉬운 전환을 막을 필요가 있음

○ 집중재활을 위한 시간 단위 수가방식이 적용되는 재활의료기관 시범사업 및 본사업은 당분간 재활의료기관을 중심으로 진행하고, 병동을 단위로 해서 동수가방식에 참여하는 것은 상급종합병원과 같이 급성기에서 바로 전환이 이루어질 수 있는 경우에 국한하고 요양병원의 경우는 제도의 성숙과 재활병상의 확충 상황을 보아가면서 검토할 필요가 있음

- 회복기재활의료기관(병동)은 규정된 인력과 시설의 구비, 환자상태에 대한

엄격한 평가, 이에 근거한 재활계획서의 작성·설명·기록, 입원환자의 구성·퇴원환자의 아웃컴에 대한 확인 등을 통해 그 성과가 객관화되는 것을 확인하고 이에 대한 보상이 이루어져야 함. 일본의 경우에서 보듯이 이러한 제반 사항에 대한 판단은 병동을 단위로 하여 내리고 이를 근거로 보상하는 체계를 갖추는 것이 바람직할 수 있음

- 하지만, 급속한 인구 고령화에 따라 과잉 확장되어온 요양병원 중에서 일부가 관리의 사각지대에서 환자 안전을 위협하는 상황에서, 요양병원에서의 회복기재활에 대해 병동 단위로 건강보험 보상체계를 구성할 경우 행정적 관리가 어려워질 것으로 예상됨
- 따라서 회복기 재활의료기관 시범사업과 본사업이 궤도에 오르고 요양병원의 기능재편이 이루어지도록 하기 위해서라도, 회복기재활을 병동 단위로 판단하여 보상하는 방식은 상급종합병원이나 대규모 종합병원의 재활병동에 국한할 필요가 있는 것으로 판단됨

(나) 고려사항

□ 회복기재활의료의 기관별 역할 정립

○ 회복기재활의료는 누가, 무엇을, 어느 시점에 제공, 전달하는지를 유형화하고 기관별로 적합한 역할을 정립하여야 함

- 뇌졸중으로 급성기 병원에서 치료를 받은 환자의 경우, 수술 및 처치를 통해 신체적 정상성이 확보되면 최대한 빨리 전문재활치료에 진입해야 함. 이를 위해, 급성기 의료기관에서 전문재활치료를 제공할 수 있고, 환자의 임상적인 징후를 반영하여 ‘재활치료를 통해 사회복귀가 필요한 환자’를 회복기재활의료기관으로 이송하여 전문재활치료를 받도록 할 필요가 있음

- 위의 경우 회복기재활의료 제공 주체는 급성기기관, 회복기재활병원이며 제공된 서비스는 전문재활치료임. 급성기 기관에서 제공된 전문재활치료는 급성기치료와 관련한 임상 징후를 반영하여 조기에 회복기재활서비스의 접촉을 가능하게 하는데 의의가 있으며 회복기재활병원에서의 전문재활치료는 사회 복귀를 위한 실제적인 기능으로 작용하는데 의의가 있음

○ 우리나라의 회복기재활의료 제공 주체로는 급성기 병원, 재활병원 및 요양병원이 혼재되어 있음

- 급성기 병원(상급종합병원, 종합병원 등)에서 치료서비스를 제공한 직후 일부 병원에서 환자의 임상적인 추이를 살펴 회복기재활치료서비스를 제공함

- 재활병원의 경우 급성기 병원에서 신체 정상성의 회복을 위한 치료서비스를 종결한 환자를 대상으로 신체 기능의 정상화를 통한 사회복귀의 실현을 목표로 회복기재활치료서비스를 제공함

- 우리나라의 ‘요양병원’은 유지기 환자뿐만 아니라 회복기 환자에게 전문재활치료를 제공하는 기관이 혼재되어 있음. 청구 현황만을 보면, 전문재활치료 서비스를 받은 환자의 비율이 65%를 넘는 요양병원이 29개소, 약 5천 5백 병상으로 집계됨(박수경 등, 2019)

○ 건강보험 청구자료의 전문재활서비스의 일부는 진정한 회복기 재활서비스라기보다는 건강보험 청구를 위한 재활에 머무는 것으로 판단되는 바, 전문재활치료의 제공 여부로 재활의료서비스를 정의하는 데는 한계가 있음(박수경 등, 2019). 회복기재활치료를 엄밀히 정의하기 위해서는 환자의 질환 및 중증도에 따라 제공되는 서비스 및 제도적으로도 질환에 따라 반응하는 정도를 고려하여야 함

- (임상적 차이) 뇌졸중 환자와 근골격계 질환은 회복기재활의료서비스 제공 흐름이 임상적으로 서로 상이하며, 뇌졸중 환자도 중증도에 따라 재활서비스에 대한 수요가 매우 다름. 경미한 뇌졸중의 경우 간단한 재활치료로 사회복귀가 가능하나, 중증도가 심한 경우 전문재활치료가 필수적이며 입원 기간 또한 길어짐

- (제도적 차이) 우리나라 재활서비스는 주로 뇌손상 및 척수손상 대상자를 중심으로 제도가 구축되어 있으나 골절 및 치환술 등 다른 질환군별 환자를 대상으로 한 재활치료의 보험급여 항목이 부족하다는 의견이 있음. 이로 인해 실제로 필요한 회복기재활의료를 받지 못해서 급성기 의료기관 혹은 유지기 요양병원에 장기간 입원하는 경우가 있게 됨

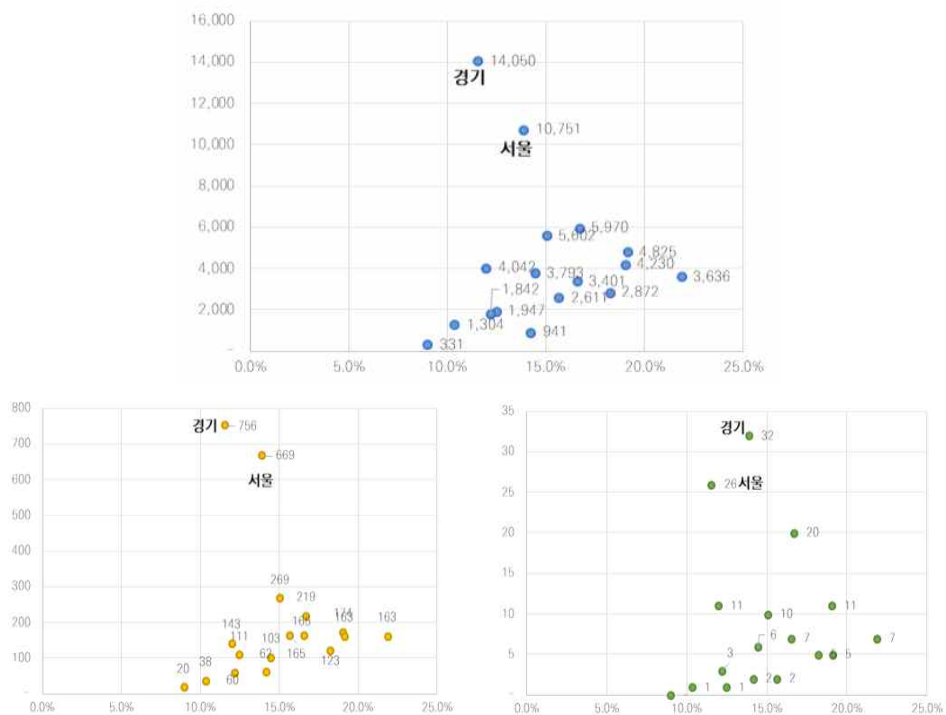
○ 회복기재활의료는 급성기 치료서비스 직후부터 사회복귀를 달성할 때까지 연속적으로 제공되어야 함

- 바람직한 환자 경로는 급성기 병원에서 치료와 동시에 시의적절한 전문재활치료를 제공하고 임상적인 이상 징후가 없는 경우 회복기 재활의료 기관으로 전원하도록 하는 것임

- 이를 위해 급성기 의료기관과 전문재활의료기관의 연계를 강화할 필요가 있음

□ 지역별 인구 고령화 수준에 대한 고려

- 회복기재활의료에 대한 수요의 추정과 대응 체계 구축을 위해서는 인구통계학적 영향요인을 고려하여야 함. 특히, 고령화가 가속화되고 있는 우리나라는 이를 잘 반영하여 회복기재활의료체계 구축방안을 모색할 필요가 있음
- (지역별 고령화 수준과의 관계) 지역별 회복기 재활 필요 환자는 의학적 특성상 고령환자에서 발생 확률이 높은바, 향후의 병상 수 추계에서는 지역별 고령화 수준에 따른 회복기 재활환자 필요도를 추가적으로 고려할 필요가 있음
 - 지역별, 환자군별 ‘65세 이상 인구비율’과 ‘회복기 재활의료 필요자 수’는 강한 상관관계를 보이고 있음. [수도권을 제외한 15개 시도에서 (가)군(Correlation=0.98 p-value<0.001), (나)군(Correlation=0.89 p-value<0.001), (다)군(Correlation=0.80 p-value<0.001)]
 - 다만, 지역별 ‘고령환자 비율’과 ‘회복기 재활 필요 환자의 에피소드 당 평균 재원입원일수’ 사이에는 유의한 관계가 없었음
 - 회복기 재활 환자가 고령 인구에게서 발생할 가능성이 높으나, 평균 입원일수는 성별, 개인의 건강행태 및 건강 수준의 차이, 임상적 중증도 등 그 외의 요인의 영향을 받게 됨
- => 지역별 고령화 수준은 지역별 회복기 재활의료 필요자 수 변이를 예측하게 하는 지표로 활용가능하나, 환자들의 평균 입원일수의 예측에 직접 활용하는 데는 주의가 필요함



<그림 39> 회복기 재활필요 환자수와 고령화 인구비율

참고문헌

- 국립재활원 웹사이트(2018), http://www.nrc.go.kr/nrc/board/nrcHtmlView.jsp?menu_cd=M_02_04_02_01
- 건강보험심사평가원, 건강보험요양급여비용 2018년 2월판, 2018.
- 건강보험심사평가원, 2017 건강보험통계연보, 2018.
- 건강보험심사평가원 보건의료빅데이터개방시스템, <http://opendata.hira.or.kr/op/opc/olapMdcRcStatsInfo.do?tNum=6>, 2019.
- 건강정책심의위원회, 2018년도 제22차 건강보험정책심의위원회 부의안건(2018. 12. 27)
- 국민건강보험공단 · 서울대학교 산학협력단, 병원급 이상 요양기관의 종별설립기준 적정화 연구, 2018.
- 대한병원협회 웹사이트(2019), [https://www.kha.or.kr/download?path=/UPFILE/Upload/dept31/2018%EB%85%84%EB%8F%84%20%EC%88%98%EB%A0%A8%EB%B3%91%EC%9B%90\(%EA%B8%B0%EA%B4%80\)%20%EC%A0%84%EA%B3%B5%EC%9D%98%20%EC%A0%95%EC%9B%90_%EB%A0%88%EC%A7%80%EB%8D%98%ED%8A%B8%201%EB%85%84%EC%B0%A8_1.pdf](https://www.kha.or.kr/download?path=/UPFILE/Upload/dept31/2018%EB%85%84%EB%8F%84%20%EC%88%98%EB%A0%A8%EB%B3%91%EC%9B%90(%EA%B8%B0%EA%B4%80)%20%EC%A0%84%EA%B3%B5%EC%9D%98%20%EC%A0%95%EC%9B%90_%EB%A0%88%EC%A7%80%EB%8D%98%ED%8A%B8%201%EB%85%84%EC%B0%A8_1.pdf)
- 대한의사협회, 2016년 전문의시험합격자 현황 내부자료, 2016.
- 대한의사협회, 2015년 전문의시험합격자 현황 내부자료, 2015.
- 대한의사협회, 2014년 전문의시험합격자 현황 내부자료, 2014.
- 박수경, 지역별, 유형별 의료기관 수급 분석Ⅱ, 2019.
- 보건복지부, 국민보건의료실태조사, 2017a.
- 보건복지부, 2017년 권역별 재활병원 선정계획, 2017b.
- 보건복지부, “보건복지부, 109개 병원 ‘제3기 전문병원’으로 지정”, 2017c.
- 보건복지부, 재활의료기관 지정운영 시범사업 참여기관 선정결과 공고, 2017d.
- 보건복지부, 재활의료기관 시범사업 지침, 2017. 10.
- 보건복지부, 장래인구특별추계: 2017~2067년, 2019a.
- 보건복지부, 2019 보건복지통계연보, 2019b.
- 보건복지부, 내부자료, 2019c.

신용일, 재활의료기관 지정·운영 시범사업 평가 및 성과평가 보상체계 개발 연구용역, 2018.

정형선, 바람직한 재활병원제도 도입방안, 2018.

통계청 웹사이트(2019), http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=354&tblId=DT_HIR_A4K&conn_path=I2

OECD statistics(2016). <http://stats.oecd.org/> (2018.10.31. 접속).

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). World Population Prospects: The 2017 Revision, (2018.10.31. 접속).

World bank(2017). <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.CD> (2018.10.31. 접속).

高橋素彦, 専門医のバックグラウンドを知る!, The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine, 47(11) 774-790, 2010.

厚生労働省, 医療法施行規則, 2018.

石川誠, 月刊, 保険診療“リハビリテーション”に関わる 2014年度診療報酬改定のポイント”, 2014.

石川誠, 日本のリハビリテーション医療, 2015.

杉本恵申, 診療点数早見表 2018年4月版, 2018.

日本リハビリテーション医学会・社会・保険等委員会, リハビリテーション科専門医の関与の有無と患者のアウトカム—ADL 改善度, ADL 改善率および自宅退院率との関連—, リハ医学, 42:232-236, 2005.