

일본의 원격의료현황과 지역사회작업치료의 역할

김도훈*, 윤태형**

*국민건강보험공단 중랑지사

**동서대학교 보건의료계열 작업치료학과

— 국문초록 —

목적 : 일본의 원격의료현황을 살펴보고, 이에 대한 지역사회작업치료의 역할에 대해 논한다.

연구방법 : 본 연구에서는 원격진료현황에 대한 자료를 수집하고 분석하였다. 원격진료에 대한 정의와 형태에 대해 조사하였고, 일본에서 원격진료가 등장하게 된 배경에 대해 분석하였다. 이를 통해 지역사회 작업치료의 역할에 대해 논하였다.

결과 : 일본의 저출산·고령화로 인한 의료비의 증가로 보다 효율적인 의료서비스의 제공형태로 원격진료가 등장하였다. 또한 의사수 부족과 도시와 농촌간의 진료편차 및 진료기기와 통신수단의 발달로 인해 등장하였다. 한국의 경우 일본의 이러한 추세를 따라가고 있으며, 이에 따라 원격의료에 대한 수요가 있다.

결론 : 원격진료와 관련하여 지역사회중심재활에서 작업치료는 보건의료전문가로서 환자에게 작업치료를 수행할 수 있을 것으로 예상되는 바 이에 대한 교육시스템 개편이 필요하다.

주제어 : 원격의료, 역할, 일본, 지역사회작업치료

I. 서론

최근 보건복지부는 원격의료추진단을 만들고, 원격진료 시범사업을 펼치고 있다. 원격진료 시범사업은 의료 접근성이 떨어지는 도서벽지, 군부대, 원양선박, 교정시설 등을 중심으로 시행해 의료서비스 혜택을 제공하는데 그 목적이 있다. 또한 도심지역은 의료접근성이 높아 원격진료의 필요성이 낮으므로 진료나 치료보다는 만성질환자 대상 모니터링을 중심으로 시범사업을 실시하고 있다. 그러나 원격의료 시범 사업이 대도시와 중소도시 위주로 시행되고 있으며 기술적 안전성 문제가 해소되지

않았고 시범사업평가가 부실하게 진행되었다는 등의 반대 여론도 만만치 않다. 이에 본 연구에서는 일본의 원격진료 현황과 문제점을 분석하고, 지역사회작업치료사의 역할에 대해 논해 보고자 한다.

일본에서는 1970년대부터 원격의료를 추진하기 시작하였는데, 1990년대에 본격화되어 1996년에는 후생노동성에 원격의료연구반이 조직되었다. 당시는 화상 전송이 중심으로 한 추진이 많았기 때문에, 연구반에서는 “원격의료란 영상을 포함한 환자정보의 전송에 근거해 원격지로부터 진단, 지시 등의 의료행위 및 의료에 관련한 행위를 하는 것”이라고 정의하였다(日本遠隔医療學會, 2013). 그 후,

교신저자: 윤태형(yth@gdsu.dongseo.ac.kr)

접수일: 2015. 10. 31. 심사일: 2015. 11. 3. 게재승인일: 2015. 11. 23.

2005년에는 일본원격의료학회가 발족하여 상기의 원격의료 정의에 대하여 재검토하였다. 그 결과, 일본원격의료학회는 2006년 7월에 “원격의료(Telemedicine and Telecare)란 통신기술을 활용한 건강증진, 의료, 간호(장기요양)에 이바지하는 행위를 말한다”고 재정의하였다(日本遠隔医療學會, 2015). 그리고 2011년 3월에 공표한 “재택환자에 대한 원격진료 실시지침”(2011년도 판)에서는 “통신기술을 활용하여 떨어진 2개 지점 간에서 이루어지는 의료활동 전체를 의미한다”고 하였다(日本遠隔医療學會(2011)).

또 미국원격의료학회(ATA; American Telemedicine Association)는 “Telemedicine is the use of medical information exchanged from one site to another via electronic communication to improve patients’ health status”(원격의료란 환자의 건강상태를 개선하기 위하여 전기통신에 의해 전송된 의료정보를 이용하는 것)이라고 정의를 내리고 있다(ATA, 2014).

II. 연구 방법

본 연구는 일본의 원격의료의 형태를 살펴보고, 일본의 원격의료의 현황과 문제점을 분석하였다. 이를 통해 한국에서의 시사점을 도출하였으며, 마지막으로 지역사회에서 작업치료가 원격진료에 어떻게 적용이 될 것인가에 대하여 논의하였다.

III. 연구 결과

1. 일본의 원격의료의 형태

일본의 원격의료는 Figure 1과 같이 크게 2가지 형태로 나눌 수 있다.

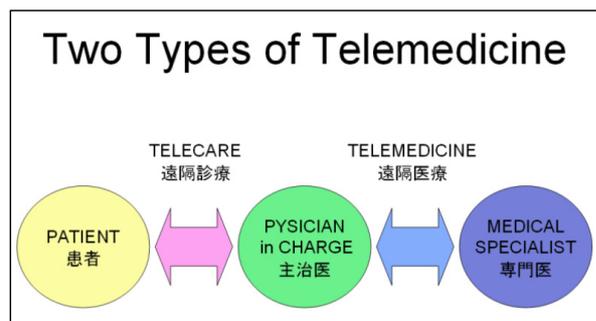


Figure 1. 원격의료의 2가지 형태

1) 환자 대상으로 실시되는 원격의료

“환자”에게 “주치의”가 “의료서비스”를 제공하는 원격의료이다. 환자는 자택 등에서 원격지의 의료시설 등에 있는 주치의와 TV전화 등으로 대화를 한다. 아울러 전송된 환자의 심신상태를 근거로 주치의가 판단하고 환자의 요양을 지원한다. 이 형태의 원격医료를 원격진료(telecare)라기도 한다. 또 간호사가 주체가 되어 재택의 요양자(환자)에게 실시되는 원격간호(telenursing)도 이 형태의 사례 중의 하나이다.

2) 의료종사자간 이루어지는 원격의료

주로 “주치의”와 “전문의” 간에 실시되는 원격의료이며, “협의의 원격의료”라기도 한다. “주치의”에게 전문지식 및 경험을 근거로 고도의 전문적인 진단의 위탁 및 치료방침의 의료상담 등이 이루어진다. CT 및 MRI 화상의 영상학적 진단 및 해석 등을 원격지에서 실시하는 원격화상진단(teleradiology) 및 환자로부터 채집된 조직 및 세포의 표본에 대해서 병리학적인 진단을 하는 원격병리진단(telepathology) 등이 그 대표적인 사례이다.

또 고도의 전문지식에 관련된 원격교육, 그리고 증례(case)에 대해서 전문적인 입장에서 지식과 경험을 가지고 서로 토의하는 원격회의(conference)도 여기에 포함한다.

2. 일본의 원격의료의 현황 및 문제점

1) 원격의료의 사회적 배경

(1) 일본의 저출산 고령화

현재의 일본은 세계에서 유례가 없는 속도로 고령화 사회를 맞이하고 있으며, 앞으로도 더욱 저출산 고령화가 진행될 것으로 예상되고 있다. 사회의 고령화는 최근 출생수 감소, 그리고 제2차 세계대전 이후의 급속한 경제발전에 따라 상하수도 등의 사회자본이 정비되면서 위생상태가 개선되고 전국민건강보험제도 및 건강검진, 의료기술의 발달에 따라 수명이 순조롭게 연장해온 결과이다.

평균수명은 1950년대 이후 장기간에 걸쳐서 남녀 모두 세계 최고수준으로 2012년의 평균수명은 여성 86.4세로 세계 1위, 남성 79.9세로 5위이다(厚生労働省, 2014)(Figure 2). 앞으로도 평균수명의 연장이 기대되고 있다. 이를 위해서

도 저출산 문제에 대한 대응이 급선무이다.

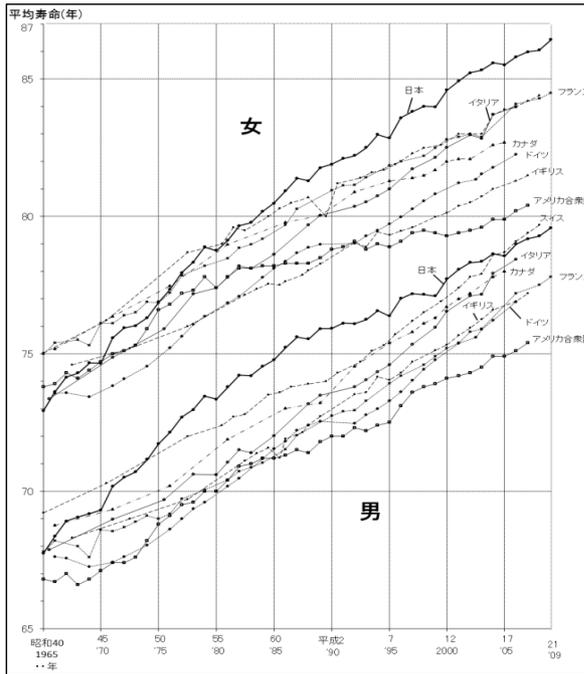


Figure 2. 일본과 주요국가 평균수명의 추이

2010년의 연령계층별 국민 1인당 의료비 Figure 3은 10대가 가장 낮고 연령이 올라갈수록 상승하고 있다(厚生労働省, 2015). 현재의 의료비 대부분은 노인이 사용하고 있는데, 앞으로의 고령화는 의료비의 급속한 증가로 연결될 것으로 예상된다. 이 때문에 앞으로 특히 노인에게 경제적으로도 보다 효율적인 의료서비스 제공이 요구되고 있는데, 이러한 점에서 원격의료는 공헌할 수 있다.

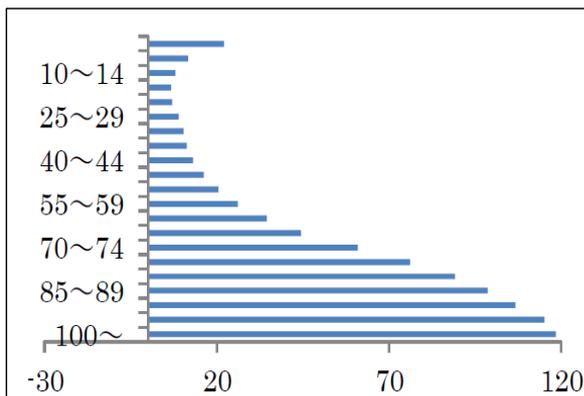


Figure 3. 2010년 연령 계층별 국민 1인당 의료비(만엔/년)

(2) 의사수 부족과 지역 및 진료과목간 편차

일본의 의사수는 고령화사회에 따른 의료수요의 증가에 따른 인력수에는 크게 미치지 못하고 있는 점이 현실이다. 2009년에 발표된 “OECD Health data 2009”에 따르면, 일본의 의사수는 인구 천명당 2.1명으로 OECD 평균인 3.1명에 크게 미치지 못하고 있다(OECD, 2009). 주요 7개국(G7)에서 가장 낮고, OECD 가입 30개국 중에서도 뒤에서 4번째이다. 또 간호사수는 인구 천명당 9.4명으로 OECD 평균인 9.6명을 약간 미치지 못하는 정도이다.

의과대학 입학정원은 1973년의 각의(일본정부 국무회의) 결정에 의한 “無醫大縣(의과대학이 없는 광역지자체) 해소 구상”에 따라 증가하여 1981~1984년까지 8,280명까지 증가하였지만, 1982년과 1997년의 각의 결정에서 향후 의사과잉이 발생하지 않도록 의과대학 정원을 삭감하여 2003~2007년까지는 7,625명이 되었다(日本遠隔医療學會, 2013). 그 후, 의사부족이 문제화되면서 2008년의 각의 결정에 의해 2008년 이후는 지역 틀에서 정원이 증가하여 2013년에는 9,041명으로 2007년 정원의 1.19배까지 증가하였다. 그러나 의과대학 6년, 임상연수 2년의 합계 8년을 거치지 않으면 현장에서 활약할 수 있는 의사가 되지 못하기 때문에, 2008년부터의 정원 증가효과가 실제로 나타나는 것은 2016년부터이다.

2010년의 도도부현(지자체)별 의사수 Figure 4는 해당 도도부현의 인구, 의과대학수, 설치년수, 의과대학 정원 등에서 편차가 발생하여 분명하게 서고동저(西高東低)의 경향이 나타나고 있다. 2011년 3월 11일에 발생한 동일본대지진에 의해서 더욱 그 경향이 강해지고 있다(都道府縣別統計とランキングで見る縣民性, 2014).

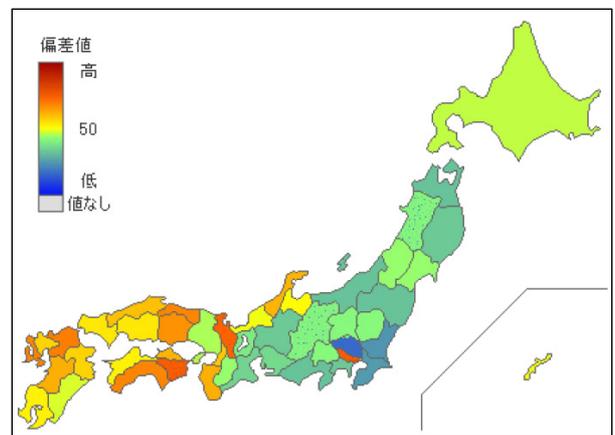


Figure 4. 2010년 도도부현별 의사수

2004년도부터 필수화된 의사임상연수제도는 수많은 장점이 있지만, 도시지역에 많고 과소지(過疎地)에 적다고 하는 “의사의 지역편차”의 원인도 되었다. 연수의(研修醫)가 도시지역의 임상연수지정병원에 많이 모인 점, 그리고 대학병원 연수의의 감소에 따라 대학병원의 젊은 의사가 감소하여 지방 병원으로의 의사과견기능이 저하한 점이 그 원인이다(OECD, 2004). 2009년도부터 의과대학 정원에 대한 재검토를 시작하여 2011년 7월부터 의사임상연수제도에서는 제도의 질(質)을 확보하면서 의사편차 해소에 이바지하는 제도 개편에 대한 검토가 진행되었고 2012년 9월부터는 도도부현이 “지역의료지원센터”를 활용하여 “경력(carrier)형성지원”과 일체가 되어 의사 확보를 추진하여 지역편차를 해소하고자 노력하고 있지만, 그 해소에는 시간이 필요할 것이다.

소아과, 마취과, 안과, 방사선과, 응급, 병리 등에서는 특정 진료과목의 의사가 부족하고 있는 지역도 있는 등 소위 “진료과목의 편차”도 문제가 되고 있다(松井英典, 2008). 총의사수는 증가하고 있지만, 실제로 산부인과 의사와 외과의사는 총 의사수가 증가하지 않고 있다.

그리고 당직·응급·수술 등 야간 및 장시간 근무를 강요받는 병원근무자들이 30~50세에 그만두고 진료소(의원)를 개업하는 의사가 증가하고 있는 점도 병원의 의사부족에 악영향을 미치고 있다(厚生労働省, 2013). 또 여성의사의 비율이 매년 증가하여 2010년에는 18.9%를 차지하였다. 출산육아를 하는 여성의사가 일하기 쉬운 직장환경이 중요하며, 화상진단 등 원격의료서비스의 몇 가지는 자택에서도 가능하다.

(3) 과소지와 낙도(落島)

도로망의 정비와 발달에 따라 지역대형병원까지의 접근성(access)은 산간지역에서도 개선되어가고 있다. 그러나 일반적으로 과소지일수록 고령화율이 높고, 특히 폭설지역에서는 겨울철의 통원은 쉽지 않다. 또 의사가 방문진료를 한다고 해도 집이 흩어져 있으면 도시지역보다 이동에 시간이 걸린다.

앞으로 일본의 의사수가 충족해도 의사부족을 해소하기 어려운 곳이 낙도(落島)이다. 2012년 4월 시점에서 유인(有人) 낙도수는 일본 전국에서 418개 섬이다. 이 중에서 “離島(낙도)진흥법” 등의 법적용 대상의 유인낙도는 나가사키현(長崎縣)의 51개 섬이 최고로 많고 일본 전국에서 305개 섬이다(首相官邸, 2012).

낙도에서는 일반적으로 인구감소와 고령화율 상승이 통상적인 과소지보다도 급속하게 진행하여 의사 확보가 어려워지고 있다(日本遠隔医療學會, 2013). 작은 섬의 경우, 의료시설이 없거나 설비가 충분하지 못하는 경우가 많다. 긴급시의 환자 반송(搬送)에 필요한 선박의 운항은 기상조건에 좌우되기 쉽고 헬리콥터도 유시계(有視界)비행(visual flight) 때문에 야간은 비행할 수 없고 또 절반 이상의 낙도에서는 헬리콥터 비행장(heliport)이 미정비 상태이다(國土交通省, 2012). 신속한 대응이 필요하지만, 환자 자신에 의한 긴급성 판단은 어려운 점이 많다.

2012년 시점에서 96.1%의 낙도에서 광대역폭(broadband)을 이용할 수 있다(國土交通省, 2012). 다만, 80%의 낙도에서는 광화이버(optical fiber)가 정비되고 있지 않아서 고속통신이 되지 못하는 상태이다. 일본 총무성(總務省)에서는 현재 그 기반정비사업을 추진하고 있는데, 가까운 장래에 이용할 수 있게 되어 원격의료서비스를 제공할 때 중요한 역할을 수행할 것이다(國土交通省, 2012). 또 임산부의 태아 원격모니터링 등은 이러한 환경에서는 매우 유용성이 높다.

(4) 진료기기와 통신수단의 발달

최근 IT기기와 통신환경의 개선은 눈부시다. 몇 년 전까지는 전용기기를 이용하여 매우 어려웠던 송·수신도 현재는 무선이라도 통신속도가 상당히 개선되어 범용(汎用)되어 있는 PC, 태블릿과 스마트폰 등 가볍고 선명한 동영상을 원활하게 송·수신할 수 있게 되었다. 앞으로 3D 모니터 등 보다 현장에 있는 느낌을 가질 수 있는 기기가 개발될 것이다.

재택환자에 대한 원격진료에서는 현재 문진(問診)과 시진(視診)이 중심이 되고 있는데, 심전도모니터링 이외에, 전자청진기를 이용한 청진(聽診)과 초음파화상의 실시간(real time) 수신도 가능해지고 있다. 가까운 장래에 현재는 불가능한 타진(打診)과 촉진(觸診)도 여기에 대체할 수 있는 운반이 가능한 통신의료기기가 개발됨에 따라 대면진료와 원격진료의 질적인 차이가 축소되어 환자가 보다 안심하고 원격진료를 받을 수 있게 된다.

(5) 의사의 원격의료 요구(needs)

환자와 의사 간 뿐만 아니라, 의사와 의사 간에도 원격의료의 요구(needs)가 많이 존재한다. 대학병원 등을 제외하면 모든 전문의를 갖추고 있는 의료시설은 한정되어 있다. 의사가 환자에게 해당 영역의 전문의에게 확인시

키고 싶다는 요구는 많이 있다. MRI 등의 화상 진료 및 해석을 하는 원격화상진단, 그리고 수술로 얻어진 병리 표본(病理標本)을 진단하는 원격병리진단이 발달해 온 점도 그 이유이다.

진찰 중에서 시진(視診)이 커다란 비중을 차지하여 비교적 전문의가 적은 안과와 피부과에서는 전문의가 가까이 없는 지역에서 원격의료에 의한 전문의의 지원(support)이 유용하다. 안과에서는 세극등(細隙燈)현미경을 전문의의 원격조작에 의해 환자를 진찰하거나, 피부과에서는 병변부(病變部; lesioned part)을 육안으로 선명하게 확대 표시하거나 하는 것도 가능해지고 있다.

정기적으로 방문진료를 하고 있는 의사로서도 원격의료의 장점이 있다. 현재는 건강보험진료상 최저 월 2회의 방문진료가 필요한데, 가령 질환상태가 안정되어 있는 환자에게 월 1회의 방문진료와 월 1회의 원격진료가 인정되면 그 만큼의 이동시간을 다른 환자의 진료로 돌릴 수 있어서 보다 많은 환자의 재택진료가 가능해진다.

응급의료에서도 응급반송 중에 심전도모니터링과 호흡상태를 원격으로 파악할 수 있다면, 필요한 처치를 보다 신속하게 응급구조사에게 지시할 수 있게 되어 인수준비도 보다 정확하게 할 수 있기 때문에 응급상황의 개선도 기대할 수 있다.

IV. 고 찰

일본의 원격의료 기반정비는 추진되어 정보통신기술 및 의료용 디바이스(생체계측(生體計測; medical instrumentation)는 충분히 발전하였다. 원격의료의 발전을 위하여 남은 과제는 의학적 연구, 교육시스템, 정책적 전망의 확립이다. 이에 수반되는 과제로서 전문가들의 장기적인 계획 수립, 의료정책과 산업정책 간 역할정립이 있다(김도훈, 2011).

일본에서 원격의료에 대한 추진이 본격화된 것은 1990년대 전반인데, 그 이후에 산업계의 기대에 크게 미치지 못할 정도로 발전이 늦어졌다. 수많은 사업 보조금이 원격의료에 배당되어 연구는 발전하였지만, 기대보다 발전이 늦어졌다는 논의와 규제완화의 움직임 속에서 실질적인 논의가 이루어지지 못하였다. 또 거액의 보조금을 사용하였지만, 성과가 명확하지 못하다는 비판도 일부에서 나오고 있다.

국제적으로 봐도 의료수준 및 의료접근성(access)의 용이, 좁은 국토를 가진 일본에서 원격의료의 요구(needs)가 낮게 보인다. 그러나 국제비교에 관계없이 일본의 좁은 국토에서도 요구(needs)가 존재한다. 원격의료를 일본의 의료공급 속에서 확실히 정착하고 의학(醫學)으로서의 발전수단에 대해서 전망하고자 한다.

원격의료는 의사부족, 의료공급의 지역적 편차를 완화하는 수단이다(김도훈, 2012). 정보통신기술의 활용에 의해서 의료공급을 효율화하고 문제를 완화하는 추진이다. 그러나 정책적 논의의 대부분이 진료수가에 집중하고 있다. “원격의료를 지속하는 수단”으로서 중요하지만, “원격의료에서 뭔가 할 수 있는지, 어떠한 이점이 있는지, 사회에 어떻게 도움이 되는지”의 논의가 불충분하다.

의료제도의 구조로서 원격의료를 취급해야 할 후생노동성에서는 아직 의사부족시대의 의료공급체계로의 종합적인 관점은 만들지 못하고 있다. 아직 “의사가 방문하면 끝난다”고 하는 사고방식도 적지 않다.

타 정부부처에서는 원격의료를 “산업정책”에 가까운 관점에서 접근하는 것이 많다. 화상통신기기와 정보기기, 무선(wireless)통신 및 광대역폭(broadband) 통신의 대형시장과의 기대가 존재한다. 또 지역진흥대책으로 생각하는 경향도 있다. 의료제도로서의 원격의료의 확립하지 않는 한, 산업정책과 지역진흥대책이 앞서서 추진하는 것은 어렵다. 가전양관점에서 원격의료기기를 쌓아놓고 의사와 환자가 자유롭게 구입하여 자유롭게 원격의료는 추진되지 않는다. 의료정책의 규제가 강하기 때문에, 규제완화가 추진되면 원격의료의 추진하자는 의견도 있다. 그러나 부족하고 있는 것은 규제완화가 아니라, 제도의 확립이다. 반대로 규제완화에만 의지하는 것은 기능하고 있는 의료정책에 악영향을 미칠 위험도 있다.

원격의료는 발전하지 못하고 있다고 할 수 있는데, 실제로 국가적인 통계에 의한 실시건수는 파악하지 못하고 있다(요코하마 토시카즈, 2011). 정책입안을 위한 정확한 정보가 부족하고 있는 점도 앞으로의 커다란 과제이다. 원격의료의 의료정책은 아직 부족하다고 할 수 있다.

원격의료 초기에 확보한 진료수가 현재의 의료와 부조화(mismatch)가 나타나고 있다. 이는 원격의료에 새로운 진료수가 추가할 때의 장애가 되는 측면도 있다. 또 임상연구의 부족에 따른 근거(evidence) 부족에 의해 진료수를 추가하는데 진척이 없다. 따라서 임상연구와 사회의학연구의 발전에 의한 개선이 기대된다.

의료접근성(access) 개선에 대한 종합전략도 필요하다고 생각된다. 연구자는 스스로의 연구성과에 진료수가를 요구하는 것만으로는 사회 전체가 나아갈 길을 통찰(洞察)할 수 없다. 진료수가가 내재(內在)하는 앞으로의 의료의 흐름을 결정하는 힘으로서 원격의료를 바로 잡아야 한다.

원격의료의 초기는 정보통신기기와 통신서비스의 낮은 기술수준 및 높은 비용(cost)이 큰 과제이었다. 그 영향으로 공학기술의 연구가 원격의료의 추진력으로 여겨지던 시대가 계속되었다. 반대로 기술수준의 부족에 의해 유효성과 안전성을 정량적(定量的)으로 검증하는 임상적 연구가 추진되지 못하였다. “근거(evidence)의 수집을”을 주장하는 사람도 많아졌는데, “임상적 연구 디자인”을 알지 못하는 사람들이 연구자에도 많고 불완전한 연구 디자인 하에서 가치가 낮은 근거 연구를 하는 등의 혼란도 적지 않았다. 앞으로는 원격의료도 의약품의 임상실험(治驗; Clinical trial)과 동일한 방법으로 추진해야만 하는 연구대상이다. 또 지금까지 미치지 못한 각 전문영역의 임상연구자가 원격의료연구의 세계에 들어가는 것을 기대한다(이규식, 2015).

진료수가의 부조화(mismatch), 의료접근성(access)의 개선 등은 임상적 의학과 다른데, 의료를 전문으로 하지 않으면 해결할 수 없는 과제이다. 사회보장제도와 의료재원, 진료수가제도는 매우 엄밀하고 깊은 내용을 가진 것이다. 불적절한 진료수가항목을 부여하는 것으로 원격의료의 발전 가능성을 저해하는 것도 있을 수 있다. 의료접근성의 방법을 정량적(定量的)으로 연구하는 것도 중요하다. 의사부족이라고 해도 어디서나 원격의료의 요구(needs)가 명확한 것은 아니다. 대체수단에 의한 의료접근성의 개선도 있을 수 있다. 의료공급수단으로서의 원격의료 연구, 원격의료의 병원경영학 등도 고려해야 할 과제이다. 이를 위한 연구자도 매우 부족하고 있다.

의학연구는 기초연구, 임상의학, 사회의학의 3개 계통으로 성립한다. 아직 원격의료에 의한 기초의학의 필요성은 분명하게 표출하고 있지 않지만, 임상학과 동일하게 사회의학의 강화가 중요하다는 점을 사회 전체로 이해해야 한다.

V. 결론

지역사회중심재활에서 작업치료는 보건의료 전문분야

로서 환자가 지역사회로 통합되는데 중요한 역할을 차지하고 있다. 특히 지역사회작업치료사는 지역에서 상담가, 연구자, 활동디렉터, 사례관리자, 재활 코디네이터, 프로그램 매니저로서 장애인을 대상으로 일상생활 활동훈련, 대체적, 보상적 접근 및 치료, 장애인과 그 가족에게 재활 관련 교육 보조도구의 효과적인 선택 및 사용 훈련, 주거 환경 개선과 같은 환경수정 서비스를 제공한다(이소연 외, 2012).

일본의 경우 저출산 고령화로의 인구구조의 변화, 의사의 부족과 지역편차, 의료접근성이 떨어지는 지역의 증가, 진료기기와 통신수단의 발달 등으로 인해 원격의료의 요구가 증가되었고, 현재 원격의료를 시행하고 있다. 우리나라도 이런 측면에서 일본의 추세를 따라가고 있다. 작업치료사의 경우에도 지역간 편차가 심해 의료접근성이 떨어지는 지역에서의 작업치료사의 역할은 미비하다고 할 수 있다. 특히 대부분의 작업치료사들이 대도시 주변의 대형병원과 재활전문병원에서 근무하고 있는 바 지역사회에서의 작업치료사의 역할을 증진시키기 위해서 원격의료 또는 원격작업치료의 도입을 기대해 본다.

이를 위해 원격의료 또는 원격작업치료 교육시스템을 구축해야 한다. 현재 의학 또는 작업치료교육 중에 원격의료는 존재하지 않는다. 가르칠 수 없는 의료수단을 짚은 의사나 작업치료사가 활용할 수 없다. 원격의료의 방법을 의사와 간호사, 작업치료사를 지망하는 학생들, 기타 원격의료를 관한 보건의료직종의 학생들에게 전달하는 것이 중요하다. 이미 각 부분에서 보건의료분야에 종사하고 있는 보건의료인에 대한 교육도 불가피하다.

이미 일본원격의료학회는 2013년 3월에 재택의료 중에서 TV전화진료를 하는 방법에 대해서 교과서를 편찬하였다. 이와 같은 활동이 더욱더 발전될 것이다.

결국, 원격의료는 광대역폭(broadband) 통신 및 컴퓨터 기술 등 기술지향의 연구개발로 추진해야 하는 시대에 더하여 정통적인 임상연구와 사회의학연구에 의해 추진해야 할 시대가 도래하고 있으며 이는 지역사회작업치료사가 역할을 해야 할 시점이라 할 수 있다.

현재 보건복지부에서는 국내 원격진료 서비스 유형을 6가지로 나누어 보고 있다(김진숙, 2015). 원격자문, 원격진료, u-방문간호, 원격 응급의료, 재택 건강관리, 대사증후군 관리가 그것이다. 실제적으로, 지역사회작업치료사가 6가지 유형 중 기여할 수 있는 부문은 u-방문간호와 대사증후군관리라 할 수 있다. u-방문간호를 u-지역사회

작업치료로 개선하여 지역사회 작업치료사가 가정방문을 통해 환자의 상태를 파악한 후 의사의 지침을 전달하는 형태의 서비스이다. 또한 대사증후군 관리는 환자의 생체 정보를 측정하고 이를 작업치료사에게 전달하여 지속적 모니터링과 상담을 실시하는 형태의 서비스이다. 나아가 치매인지관리 형태의 원격진료서비스를 제안할 수도 있다. 작업치료사가 치매환자의 작업치료를 수행하며, 필요하다면, 재활의학과 전문의에게 자문을 구할 수 있다.

Reference

- 김도훈, 이호용, 최정규. (2012). 일본의 의사수급문제와 대응방안. 건강보장정책, 11(2), 50-63.
- 김도훈. (2011). 일본 건강보험제도의 최근 개혁 동향. 건강보장정책, 10(2), 142-154.
- 김진숙. (2015). 원격의료정책현황 분석연구. 의료정책연구소, 72-103.
- 요코하마 토시카즈 저, 김도훈 외 옮김. (2011). 일본 사회보장의 재구축, 공동체.
- 이소연, 방요순, 김황용, 고영경, 손보영. (2011). 지역사회 작업치료 서비스 현황 및 만족도에 관한 조사연구. 지역사회연구, 19(3), 77-91.
- 이규식. (2015). 보건의료정책-뉴패러다임. 계축문화사, 503-537.
- 日本遠隔医療學會. (2013). 図説日本の遠隔医療.
- 日本遠隔医療學會. (2011). 在宅等への遠隔診療を實施Aするにあたっての指針.
- 松井英典. (2008). 医師偏在問題の實証分析, 東京大學 公共政策大学院.
- 首相官邸. (2012). 離島の概要.
- 總務省. (2011). 遠隔医療モデル参考書.
- 厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/>
- 國立社會保障・人口問題研究所 <http://www.ipss.go.jp/>
- 都道府縣別統計とランキングで見る縣民性 <http://todo-ran.com/>
- ATA <http://www.americantelemed.org/>
- OECD iLibrary <http://www.oecd-ilibrary.org/>

Abstract

Telemedicine in Japan and Role of the Community-based Occupational Therapy

Kim, Do-Hoon*, Yoon, Tae-Hyung**, P.T.

*National Health Insurance Service

**Dept. of Occupational Therapy, Division of Health Science, Dongseo University

Objective : The aim of this study is to analyze the telemedicine in Japan and discuss the role of the community-based occupational therapy.

Methods : This study was collected and analyzed data on telemedicine status in Japan. It examined the definition and forms of telemedicine and analyzed for the appearance to the background telemedicine in Japan. Thus, we discussed the role of the community-based occupational therapy.

Results : Due to increased medical costs, low fertility rate and aging in Japan, it had provided the telemedicine as a more efficient form of health care services. Also, telemedicine emerged due to the lack of doctors, development of medical technology, and regional deviation between rural and urban area. In the case of Korea, similar to Japan, therefore, there is a demand for the telemedicine.

Conclusion : With regard to telemedicine, occupational therapy in community-based rehabilitation is expected to be able to treat for patients as health care professionals. Therefore the reform of the educational system is needed for this.

Key Words : Community-based occupational therapy, Japan, Role, Telemedicine