1 권역/지역 책임의료기관 제도 개요

□ **(사업 내용)** 전국을 **17개 권역, 70개 지역**으로 구분해 공공병원 중심으로 **책임의료기관을 지정**하여 **지역 내 필수의료 연계·조정**

□ **(지원 예산)** 총 10,825백만 원('21년 국비 기준), **권역 기관별 530백만 원, 지역 기관별 370백만 원** 사업비 지원 (국비 50%, 지방비 50%)

□ **(지원 대상)** 권역책임의료기관 15개소, 지역책임의료기관 35개소 ('21)

< 올해 권역·지역 책임의료기관 현황 >

(2021년 신규 지정 파란색 표시)

시도	권역	지역
서울	서울대병원	서울의료원 서울적십자병원 서울보라매병원
부산	부산대병원	부산의료원
인천	가천대길병원	인천의료원
대구	경북대병원	대구의료원
강원	강원대병원	원주, 속초, 영월, 삼척, 강릉의료원
충북	충북대병원	청주, 충주의료원
대전	충남대병원	-
충남		홍성, 천안, 공주, 서산의료원
울산	울산대병원	-

시도	권역	지역
경기	분당서울대병원	수원, 포천, 안성, 이천, 의정부, 파주, 성남시의료원
경북	칠곡경북대병원	김천, 포항, 안동의료원 영주적십자병원 상주적십자병원
전북	전북대병원	남원, 군산의료원
광주	전남대병원	-
전남	화순전남대병원	목포시의료원
경남	경상대병원	마산의료원 양산부산대병원
제주	제주대병원	서귀포의료원

□ **(사업 분야)** 권역/지역 내 정부지정센터, **보건의료기관 등과** 필수의료 문제 해결을 위한 **협력 모형 개발 및 협력 사업 수행**

< 필수의료 협력 분야 >

구분		권역	지역
퇴원 후 유지·회복	· 필수의료 분야 퇴원환자 지역사회 연계 · 건강취약계층 의료-복지 연계 및 사례관리 등	의무	의무
병원 전단계·치료	· 중증응급환자 이송·전원 협력 구축 · 신속한 수속·검사·치료, 진료협력 확대 등	의무	(참여)
감염관리 및 환자안전관리	· 감염관리 임상교육, 중소병원 감염관리 컨설팅 · 중증도별 감염병 대응 및 협조체계 구축 등	의무	의무
예방·건강관리	· 건강취약계층(노인, 장애인, 산모 등) 건강관리 및 예방관리 지원(보건소 방문건강관리사업과 연계 등)	선택	선택
교육 인력 지원	· 지역보건의료기관 인력 대상 필수의료 임상 교육, 인력 교류 네트워크 구축	선택	선택

2 필수의료 협력 주요 사례

* 2020년 책임의료기관별 협력 성과 사례 영상 3월 중 공공의료연계망(https://www.pubnet.or.kr)에 게재 예정

[사례 1] 퇴원환자 지역사회 연계 및 연속적 건강관리 협력 모형

□ 충북 권역책임의료기관(충북대학교병원) 뇌졸중 퇴원 환자 지역사회 연계

○ (대상) 충북대학교병원 권역심뇌혈관센터에 뇌졸중으로 입원한 환자

○ (선정방법) 해당과 의료진의 연계 필요대상 의뢰를 통해 선정
- 입원 환자 현황 파악을 통해 질병코드로 분별하여 선정

○ (사업내용) 퇴원 이후 연속적 건강관리를 위해 입원환자 상태 심층평가 및 케어플랜 수립, 퇴원 후 지역사회로 의료-복지 연계 및 건강 모니터링을 진행
- (초기평가) 뇌졸중 입원환자 대상 병동 라운딩하며 초기평가 진행 (퇴원 준비에 어려움이 있는 환자 스크리닝 등)
- (심층평가) 환자 및 보호자를 대상 사업 참여에 대한 동의하에 상담 실시, 퇴원 후 필요한 의료·복지·보건 서비스 파악
- (케어플랜 수립) 의사, 간호사, 사회복지사로 구성된 다학제 팀이 의학적·사회경제적 평가 및 상담을 결과로 케어 계획 및 방향 결정
- (지역사회 연계) 공공의료연계망을 통한 협력기관(1,2차 병원, 요양병원 등) 및 지역사회(지자체, 복지시설/기관 등) 연계 실시
- (환자 퇴원교육) 뇌졸중 질환에 대한 교육, 퇴원 후 복용약에 대한 부작용 및 주의점 안내, 퇴원 후 재활치료의 필요성, 기저질환 관리 교육 (식습관, 약물복용 등)
- (모니터링) 퇴원 후 1,3,6 개월 시점 진행(첫 외래 방문시: 1차 면담/ 2,3차 모니터링: 전화)

○ 참여기관 및 역할

참여기관	역할
권역책임의료기관 (충북대학교병원)	퇴원 후 지역사회에서 연속적 의료·돌봄 서비스를 제공 받을 수 있도록 케어플랜 수립·연계를 통해 조속한 사회복귀 지지, 질 높은 치료
지역책임의료기관 (청주의료원, 충주의료원)	권역책임의료기관의 환자 수용 및 지역책임의료기관의 환자를 지역사회로 연계 등
2차병원/ 재활(요양)병원	책임의료기관으로부터 의뢰받은 대상자에게 연속적 재활 및 치료, 복지서비스 및 돌봄에 대한 직접적인 서비스 제공 등
보건소 및 지자체	
재가 (방문) 기관	

○ 퇴원환자 연계 사업 전/후 달라진 점

사업 실시 전 (문제점)	사업 실시 후 (개선된 점)
- 퇴원 후에도 지속적 재활치료 및 기저질환 관리가 필요한 부분에 대한 이해도가 낮으며 중요성을 크게 느끼지 못함 - (의료) 퇴원 후 지속적인 관리 및 치료를 위해 방문해야하는 의료기관의 형태(재활, 요양, 2차병원등)에 대해 알지 못하고, 스스로 찾아볼 수 있는 자원 및 서비스가 부족 - (복지) 퇴원 후 지역사회 내에서 연속적으로 관리 가능한 연계가 부족	- 퇴원 시 진행되는 교육을 통해 추후 지속적 관리에 대한 중요성을 인식함 - 급성기 기간 동안 재활치료를 연속적으로 받아야 하는 중요성을 인식함 - (의료) 환자는 퇴원 후 연계되는 병원에 대한 정보를 알게 됨으로, 필요한 재활 및 치료 서비스를 받을 수 있음 - (복지) 지역사회 자원 현황 파악을 통해 개인에게 적합한 자원연계 가능

[사례2] 중증응급 이송 · 전원과 진료 협력 모형

□ 경기 권역책임의료기관(분당서울대학교병원) 필수중증의료 소방구급 핫라인 시범사업

○ (목적) 급성기 심뇌혈관질환자의 응급의료서비스(Emergency Medical Service, EMS)에서 병원 전 단계 환자 분류(Triage)를 위한 연계협력은 필수의료 협력모델로서 중요한 영역이며 지역의 급성기 심뇌혈관질환 치료 결과에 즉각적인 영향을 미칠 수 있는 효과적인 전략

○ (문제점) 현재 119구급대원에 의료지도를 실시하는 지도의사 수가 부족하고, 전문질환 별 의료지도 대응이 어려워 전문적인 직접 의료 제공 한계

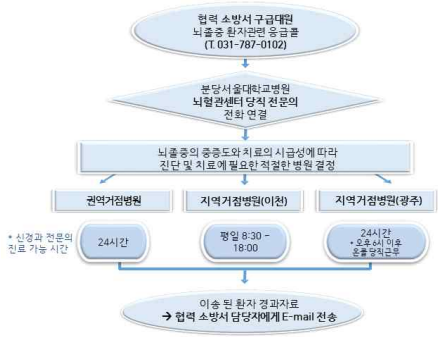
○ (대상) 급성기 뇌졸중 의심 환자

○ (내용) 분당서울대병원이 경기도소방재난본부 및 이천소방서와 협력하여 이천지역 뇌졸중 의심환자에 대해 신경학적 검사결과에 대한 자문과 신속한 이송 도모
- 이천 지역 급성기 뇌졸중 의심환자 발생 → 이천 소방 구급대-분당서울대병원 신경과 전문의 간 핫라인 개설 → 뇌졸중 의심환자 상태에 대해 설명 → 신경과 전문의 전문 환자 분류 위한 의료 지도 및 시급성 판단 → 치료 가능한 협력 병원으로 연계

○ 참여기관 및 역할

참여기관	역할
권역책임의료기관 (분당서울대학교병원)	- 협력기관과 연계하여 권역센터-지역센터-소방구급대 핫라인 협력모델 구축 - 의료진 · 119구급대원 간 직통전화 운영 - 119구급대원 대상 뇌졸중 관련 전문 교육 실시 - 뇌졸중 의심환자에 대한 신경학적 검사 자문 - 뇌졸중 치료가 가능한 뇌졸중센터 안내
대한뇌졸중학회	
경기도소방재난본부	
이천소방서	
지역책임의료기관 (경기도의료원 이천병원)	
지역보건의료기관	

○ 급성기 뇌졸중 환자 이송·전원 협력사업 흐름도



○ 중증응급 이송·전원 협력사업 전/후 달라진 점

사업 실시 전 (문제점)	사업 실시 후 (개선된 점)
- 뇌졸중 의심환자 선별 및 중증도 분류의 어려움 - 구급대원에 대한 신경학적 검사 및 급성기 뇌졸중 전문교육의 부재 - 치료 가능한 병원 정보 제한 - 의료지도와 치료가능한 병원 선정 및 환자 이송의 분절성	- 구급대원 전문성 강화교육 및 피드백 회의 진행을 통한 구급대원 전문성 및 역량 강화 - 급성기 뇌졸중 치료 가능한 지역병원과 협력 체계 구축 가능 - 급성기 뇌졸중 환자 치료시간 단축

[사례 3] 감염 및 환자안전관리 협력 모형

□ 서산권 지역책임의료기관(서산의료원) COVID-19 퇴원환자 지역사회 연계 체계 구축 및 운영

○ (대상) 서산의료원 내 입원한 COVID-19 환자

○ (선정방법) COVID-19 입원환자 전수를 대상으로 마음건강(PHQ-9, ISI-K) 검진 실시

○ (사업내용) COVID-19 입원환자를 대상으로 마음건강 검진을 실시하여 고위험군을 선별, 정신건강의학과 전문의에게 협진 의뢰하는 프로토콜 구축

- 재원 기간 중 정신건강사회복지사가 심리사회적 평가 및 자살사고 평가 및 정서적 지지 및 동기강화 상담 등 시행
- 퇴원이후, 지역사회정신건강 기관에 연계하여 지속적인 마음 건강관리 실시

○ 참여기관 및 역할

참여기관	역할
지역책임의료기관 (서산의료원)	COVID-19 환자 정신건강 모니터링 협력 모형 개발 및 운영
충청남도 관내 지역 보건소	COVID-19 환자 퇴원 시 이동수단 지원, 후유증 모니터링 등
충청남도 관내 정신건강복지센터	COVID-19 환자 퇴원 이후, 정신건강프로그램 및 심리정서적 상담, 자살위험성 평가 및 위기개입 등
정신의료기관	COVID-19 환자 퇴원 이후, 정신과적 평가 및 진료 등

○ 감염 및 환자안전관리 사업 전/후 달라진 점

사업 실시 전 (문제점)	사업 실시 후 (개선된 점)
▪ COVID-19 퇴원 후 증상 모니터링 미실시 - 퇴원으로 치료가 종결된 후 향후 진료계획이 없어, 환자의 의료적 상황 모니터링 불가	▪ COVID-19 퇴원 후 증상 모니터링 실시 - 정기적인 모니터링을 통해 COVID-19 후유증 확인, 증상에 따른 진료 가이드 제공 가능
▪ COVID-19 환자의 심리정서적 문제 개입 어려움 - 기존 의료 인력으로 감염병 치료에 집중 - 정신과적 문제 호소하는 소수의 환자 대상으로 정신과 의뢰	▪ 책임의료팀 인력 투입으로 마음건강 돌봄서비스 제공 가능 - 입원 환자 마음건강 간이검사(우울,불면) 전수 실시 - 스크리닝 통해 정신건강 고위험군을 발굴하고 정신과 협진 시스템을 구축 - 정신건강 어려움 호소하는 환자를 대상으로 심리정서적 상담 실시(정신건강사회복지사)
▪ COVID-19 환자 퇴원 관련 지역사회기관과의 의사소통 부족 - 입원 시 병상배정 및 환자인계 등의 업무 수행을 위해 지역사회기관과 활발하게 의사소통하는 반면, 퇴원 시에는 의사소통이 부족하였음.	▪ 지역사회기관과의 활발한 의사소통 - 퇴원 시 이동수단 확보에 어려움을 겪는 환자의 이동을 위해 관할 보건소와 연계하여 이동수단을 마련하도록 함. - 정신건강에 어려움을 겪는 환자의 사례관리를 위해 정신건강 관련 기관과의 소통이 활발해짐.