



Review Article

일본 회복기 재활·영양·구강관리 일체화 정책 추진 현황 및 과제

최성미¹, 강주현², 박정훈²

¹대구보건대학교 치위생학과, ²대한의사협회 의료정책연구원

Current status and challenges of integrated policy implementation for convalescent rehabilitation, nutrition, and oral care in Japan

Sung-Mi Choi¹, Joo-Hyun Kang², Jeong-Hun Park²

¹Department of Dental Hygiene, Daegu Health College

²Research Institute for Healthcare Policy, Korean Medical Association

Corresponding Author: Joo-Hyun Kang, Research Institute for Healthcare Policy, Korean Medical Association. 37 Ichon-ro 46-gil, Yongsan-gu, Seoul-si, 04427 Korea. Tel:+82-2-6350-6672, Fax:+82-2-795-2900, E-mail: educodi@hanmail.net

ABSTRACT

Objectives: This study aimed to examine the background, key components, reimbursement structure, and institutional framework of Japan's policies promoting the integration of rehabilitation, nutrition, and oral care, and to propose policy directions for adopting an integrated recovery-phase management model in South Korea. **Methods:** A systematic literature review was conducted to examine Japan's policy initiatives and implementation strategies related to the integration of rehabilitation, nutrition, and oral care within the recovery-phase rehabilitation sector. **Results:** Since 2006, Japan has implemented a system in which dental hygienists specialize in oral rehabilitation. Furthermore, in June 2023, the government introduced the Basic Policy on Economic and Fiscal Management and Reform, emphasizing health promotion and prevention of disease progression to extend healthy life expectancy and encourage workforce participation among older adults. Building on this policy, Japan introduced new reimbursement schemes in 2024 covering rehabilitation, nutrition, and oral care in the recovery-phase rehabilitation sector, thereby enhancing opportunities for implementation across healthcare institutions and communities. **Conclusions:** Japan's policy experience underscores the importance of developing and implementing an integrated recovery-phase management model for rehabilitation, nutrition, and oral care in South Korea. Establishing concrete policy strategies will be critical for successful adoption.

Key Words: Convalescent rehabilitation, Nutrition, Oral care, Rehabilitation, Rehabilitation healthcare policy, Sarcopenia

색인: 회복기재활, 영양, 구강관리, 재활, 재활의료정책, 근감소증

서론

통계청 자료에 따르면, 우리나라 65세 이상 주민등록 인구는 2024년 12월 23일 기준 1,024만 4,550명으로 전체 주민등록 인구(5,122만 1,286명)의 20.0%를 차지하며 공식적으로 초고령사회에 진입하였다. 우리나라의 인구 고령화 속도는 현재 세계에서 가장 빠르므로 고령자를 위한 의료의 중요성이 커지고 있다. 특히, 고령자의 일상생활동작능력(Activities of Daily Living)유지에 핵심적인 역할을 하는 재활치료의 중요성

www.kci.go.kr

또한 지속적으로 증가하는 추세이다.

세계 최고령 국가 일본의 인구 사망 원인 중 3위는 노쇠(Frailty)인 것으로 나타났으며[1], 노쇠에 의한 사망은 2004년 이후 현저하게 증가하고 있는 것으로 나타났다[2]. 일본노년학회에서는 노쇠에 대해 ‘요개호(要介護) 등급 판정 전 상태를 의미하며, 나이가 들면서 나타나는 신체 기능 저하로 인해 스트레스에 대한 회복력이 저하된 상태’로 정의하고 있다[3]. 또한, 75세 이상 후기고령자의 요개호 상태가 된 원인의 1위가 노쇠인 것으로 나타난 바 있다[4]. Kim 등[5]의 연구에 따르면, 노화에 따른 생리적 변화는 다양한 양상으로 나타나며, 가장 보편적인 변화 중의 하나가 근감소증(Sarcopenia)이다. 이는 근육량 감소뿐만 아니라 구강 근력 감소와 더불어 신체 기능 저하를 동반하는 질환으로 고령자의 기능 저하와 밀접한 관련이 있다. 일본은 고령자의 신체적 자립 상태를 위한 지원에 선제적으로 대응하기 위해 ‘재활·영양·구강관리 제공의 일체화’ 제공에 관한 정책을 추진하고 있다. 후생노동성은 2014년 6월부터 시행 중인 지역포괄케어시스템에서 재활과 영양, 구강관리를 연계하는 다 직종 협업 모델을 추진하고 있으며[6] 이러한 통합 관리가 가능한 체계를 정책적으로 유도하고 있다. 또한, 2024년 진료 수가 개정에서는 회복기 재활 분야에 재활·영양·구강관리에 관한 수가를 신설하는 등[7] 의료기관 및 지역사회 내에서 해당 정책 실행에 대한 확대 가능성을 높이고 있다.

고령자의 영양 상태 악화는 노쇠와 근감소증의 진행을 빠르게 하며 구강 기능 저하는 섭식 장애 및 신체 기능 저하로 이어질 수 있다. 노쇠와 근감소증은 방치하면 요개호 상태가 될 가능성이 높지만, 이에 대한 회복과 예방도 가능하다[8]. 환자의 집중 회복을 지원하는 일본의 회복기 재활 분야에서는 의사, 간호사, 물리치료사, 작업치료사, 언어치료사 이외에 영양사 및 치과 전문 인력 간의 협업이 이루어질 수 있도록 제도적 지원이 이루어지고 있으나 우리나라의 회복기 재활 의료 현장에서는 재활·영양·구강관리가 통합적으로 제공되는 체계가 아직 미흡한 실정이다. Kang과 Choi[9]의 연구에 따르면 우리나라에서도 재활의료기관 지정제도를 통해 재활의료기관으로 선정된 의료기관 내에서는 다 직종 팀 의료 제공을 시작하고 있으나 치과위생사의 참여는 이루어지지 않고 있다.

관련 전문 인력이 병원 또는 지역사회 내에 존재하더라도 이들 간의 유기적인 연계나 다 직종 협업 기반의 서비스 제공은 구조적으로 갖춰져 있지 않으며, 수가 체계 역시 단일 항목 중심으로 구성되어 있어 환자의 포괄적 기능 회복 관점에서 치료 계획을 세우기 어려운 구조이다. 이와 같이 우리나라는 세계에서 가장 빠른 속도로 초고령화 되어가고 있으므로, 고령자의 신체 기능 저하 예방 및 일상생활활동능력(ADL)유지 등을 위한 새로운 정책적 접근이 요구되고 있다. 우리보다 먼저 초고령사회를 경험한 일본의 경우, 회복기 재활 분야에서는 이미 재활·영양·구강관리의 통합적 제공이 정책적으로 제도화되고 관련 수가가 도입되었으며, 현장 적용이 가능한 정책 방안이 구체화 된 사례로서 우리나라에 중요한 시사점을 제공한다.

우리나라는 초고령사회로 진입하였고, 인구 고령화 속도가 세계에서 가장 빠른 국가 중 하나로, 재활 의료 서비스의 질적 향상이 시급하다. 특히 회복기 재활 단계에서 영양 및 구강관리가 환자의 기능 회복과 삶의 질 향상에 중요한 요소임에도 불구하고, 국내에서는 이에 대한 정책적 기반이 미흡하다. 따라서, 본 연구는 일본의 재활·영양·구강관리의 일체화를 위한 정책 추진 배경과 주요 내용, 수가 구조 및 제도화 현황을 체계적으로 분석하여 회복기 재활·영양·구강 통합 관리를 위한 정책 도입 방안을 제안하고자 한다.

본론

본 연구는 일본의 회복기 재활분야에서 시행 중인 재활·영양·구강관리의 일체화 제공을 위한 회복기 재활 정책 추진 현황에 관한 체계적 문헌 고찰 연구이며, 관련 선행 연구 및 일본의 관련 정책 자료 등을 분석하여 시사점을 도출함으로써 고령자의 신체 기능 유지 및 건강수명 연장을 위한 재활 의료정책 도입 방안을 제시하고자 한다. 본 연구는 체계적 문헌 고찰의 방법을 따르되, 일본 회복기 재활·영양·구강관리 정책과 관련된 문헌 및 선행 연구, 정책 자료를 중심으로 분석하였다. 문헌 검색은 Google Scholar와 Yahoo! Japan 사이트를 활용하였으며, 일본 후생노동성(MHLW), 내각부, 일본재활의학회 및 관련 학회·단체에서 발간한 정책 보고서와 가이드라인을 추가로 검토하였다. 검색 기간은 2000년 회복기재활병동 제도 도입 이후부터 2024년 12월까지 발표된 자료를 대상으로 하였다. 주요 검색어는 한국어(‘회복기 재활’, ‘영양 관리’, ‘구강 관리’, ‘재활의료정책’), 영어(‘Convalescent rehabilitation’, ‘Nutrition management’, ‘Oral care’, ‘Rehabilitation health policy’, ‘Japan’), 일본어(‘回復期リハビリテーション’, ‘栄養管理’, ‘口腔管理’, ‘医療政策’, ‘日本’)를 사용하였으며, 단독 또는 조합하여 검색하였다.

포함 기준은 (1) 일본 내 회복기 재활, 영양, 구강관리 통합 관련 정책·학술 문헌, (2) 공식적으로 발간된 정부 보고서 및 학회 자료, (3) 연구 목적과 직접적으로 관련된 제도 변화·수가 개정·임상 효과 관련 자료로 한정하였다. 제외 기준은 (1) 일본 외 국가 사례, (2) 회복기 재활과 직접 관련이 없는 급성기·만성기 단독 연구, (3) 비학술적 자료(언론 기사, 개인 블로그 등)로 설정하였다. 최종적으로 선정된 문헌과 정책 자료를 분석하여 일본의 정책 추진 배경과 주요 내용, 제도화 과정 및 임상적 효과를 도출하였다(Fig. 1).

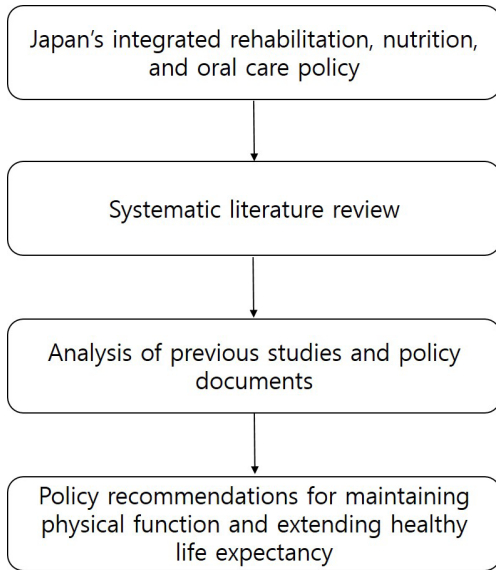


Fig. 1. Flow of study

1. 일본의 재활·영양·구강관리 정책 추진 배경

일본 내각부는 2023년 6월에 결정한 ‘경제 재정 운영·개혁 기본 방침’에서 건강수명 연장 및 고령자의 근로 참여 확대를 위한 건강 증진 및 중증화 예방을 강화하기 위해 재활·영양·구강관리의 연계·추진을 도모한다는 방침을 처음으로 발표하였고[10], 2024년에는 동 방침에서 고령자의 자립지원·사회복귀에 기여하는 재활의료를 추진한다는 내용을 추가로 발표하였다[11]. 이러한 정책이 추진된 배경은 회복기 환자에 대한 재활 및 영양, 구강관리는 각각 제공되고 있었으나 재활·영양·구강관리를 일체화하여 제공함으로써 환자에게 보다 효과적인 자립 지원 및 중증화 예방으로 이어질 수 있도록 하기 위한 방안이다. 재활과 구강관리의 연계는 구강·연하 기능 유지·개선, 구강 위생 및 전신 관리에 따른 흡인성 폐렴 예방에 도움이 되며, 영양 및 구강관리의 연계는 환자에 대한 적절한 식사 형태 및 식사 방법에 대한 지도와 함께 식사 섭취량의 유지·개선 및 경구 섭취의 유지 등에 도움이 되기 때문이다. 또한, 영양관리 및 재활의 연계는 환자의 근력 및 지구력 향상에 도움이 되며 활동량에 따른 적절한 식사량 조절 및 저영양 예방·개선, 식욕 증진 등에 기여할 수 있다[12]. 이러한 논의를 바탕으로 본 정책이 점진적으로 추진되고 있다.

2. 일본의 회복기 재활 주요 정책 추진 현황

1963년 일본재활의학회가 창립되었고, 본 학회는 일본 의학회 분과위원회에 가입하게 되면서 일본 의학의 한 전문 분야로서 자리매김하게 되었다[13]. 1990년대 이전까지는 충실한 재활치료를 도모하지 않았으나 1990년에 들어서면서 와상 노인 관련 문제가 사회적 이슈로 떠오르게 되었으며, 인구 고령화의 가속화로 인해 ‘와상 노인 방지’에 재활 의료가 필수불가결하다는 것은 일본의 지역사회 및 국가 전체가 인지하고 있었다[14]. 1999년 후생성(現 후생노동성) 노인 보건과에서 ‘지역 재활 지원 활동 매뉴얼’이 제시되었는데 여기에서 의료보험 적용하에 재활치료가 가능한 급성기·회복기 및 개호보험 적용 재활이 가능한 유지기 재활을 강력히 연계하는 재활 의료 제공시스템을 정비할 필요성이 대두되었다. 이를 바탕으로 2000년 4월부터 ‘회복기’ 기능이 재활 의료 분야에 명문화되었고, 이후 지역의료 구상을 추진하기 위한 과정에서 병상의 기능 분화·연계를 강화하기 위해 고도 급성기·급성기 기능과 만성기 기능 사이에 회복기 기능이 명확히 자리매김하게 되었다[15]. 이러한 제도는 회복기재활병동제도로서 출범되었고, 회복기재활병상 수는 2002년 도입 초기부터 2025년 현재까지 회복기 재활 병상수는 지속적으로 증가 추세를 보이고 있으며 <Fig. 2>와 같다[16].

2000년부터 도입된 회복기재활병동 제도는 지속적인 발전을 거듭해오다 2018년에는 입원료 수가 체제를 1, 2, 3 체제에서 1-6단계 체제로 세분화하였으며, 재활치료실시계획서 작성 시, 관리영양사가 필수적으로 참여하도록 하는 요건이 신설됨과 동시에 ‘회복기재활병동입원료 1’ 체제에 가급적 전임 상근 관리영양사를 배치하도록 권고하는 요건이 신설되었다[17].

2020년에는 ‘회복기재활병동입원료 1’ 수가 체제에 전임 상근 관리 영양사를 배치하는 것을 의무화하였다[18]. 이에 따라, 양질의 재활치료를 위한 실적 지수 강화와 더불어 재활·영양·구강관리를 위한 정책 추진 전 단계에 해당하는 재활·영양관리에 대한 기반이 마련되었다.

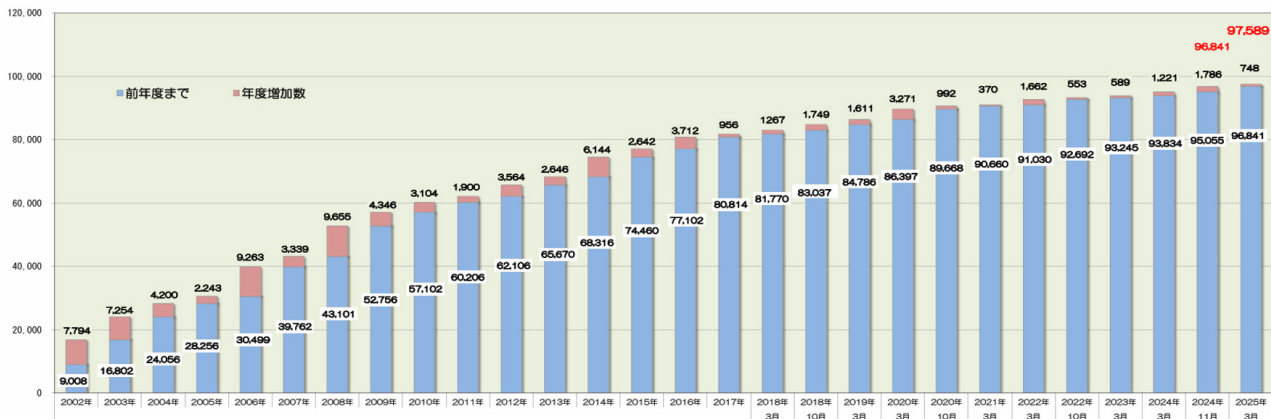


Fig. 2. Changes in the number of convalescent rehabilitation beds

<Table 1>과 같이 2022년에는 회복기 재활 치료 대상에 순환기계 질환이 새롭게 추가되었으며, 회복기재활병동입원료 산정 체계가 1-6 체제에서 1-5 체제로 변경되었다[19].

Table 1. Current status of major convalescent rehabilitation policies in Japan

Period	Year	Policy / Reimbursement changes	Source
Convalescent rehabilitation quality improvement and Nutrition policy promotion period (2016–2022)	2018	Convalescent Rehabilitation ward admission Medical Fee system subdivided into Types 1–6. Mandatory participation of registered dietitian in rehabilitation care plan; recommendation to appoint full-time dietitian for Type 1 wards.	MHLW, 2018
	2020	Full-time registered dietitian mandatory for Type 1 wards.	MHLW, 2020
	2022	Cardiovascular diseases added to admission eligible conditions. Fee system revised from Types 1–6 to Types 1–5.	MHLW, 2022

3. 일본의 재활·영양·구강관리 정책 추진 현황

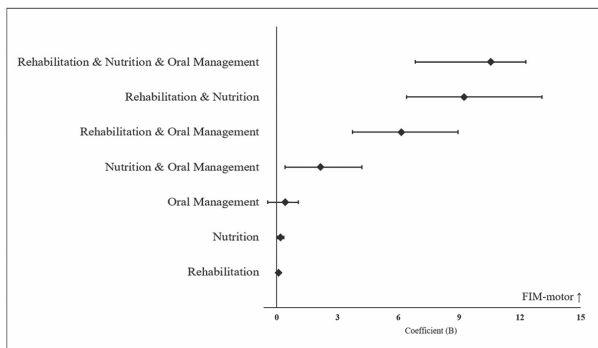
2023년 내각부에서는 건강 수명 연장 및 환자 전신 건강과 더불어 질병의 중증화 방지를 위해 ‘재활·영양·구강관리의 일체화’를 위한 의과·치과 간의 연계 정책을 추진하겠다고 공표하였고[10], 2024년에는 재활과 영양 및 구강관리의 일체화 추진을 위한 수가 마련되었다<Table 2>. 전술한 바와 같이 회복기재활병동 입원료 수가 체제는 총 1-5 체제로 구분되는데, 가장 높은 수가 산정 체제에 해당하는 ‘회복기재활병동입원료 1’ 수가 산정 요건으로 입원 환자에 대한 영양평가 시, GRIM (Global Leadership Initiative on Malnutrition, 2018년 세계영양학회가 저영양 진단 기준으로 수립)기준에 따라 평가하도록 의무화하였으며, 동 병동 입원료 2-5수가 체제에서는 GRIM 기준에 따라 환자에 대한 영양 상태를 평가하도록 권고하게 되었다[20]. 이와 더불어, 회복기재활병동 등의 입원 환자에 대한 구강 기능 관리·구강 위생 관리에 대한 평가를 신설하였다. 해당 수가는 ‘회복기 등 구강기능관리계획책정료(300점, 1회에 한하여 산정 가능)’ 및 ‘회복기 등 구강기능관리료(200점, 월 1회 산정 가능)’, ‘회복기 등 전문적 구강 위생 처치(100점, 월 2회 산정 가능)’ 수가를 산정할 수 있게 되었다. 이 수가는 치과 의료 수가에 해당하며, 해당 의료기관과 연계된 치과 의원 등에 입원 환자에 대한 방문 구강관리 및 치과 외래 진료 등을 의뢰 시, 산정 가능하다[21].

Table 2. Current status of rehabilitation, nutrition, and oral care policy in Japan

Period	Year	Policy / Reimbursement changes	Source
Integration of rehabilitation, nutrition, and oral care period (2023–2024)	2023	Cabinet Office announced a policy to promote medical–dental collaboration for the ‘Integration of Rehabilitation, Nutrition, and Oral Care’ aimed at extending healthy life expectancy, improving overall patient health, and preventing disease progression.	Cabinet Office, 2023
	2024	Reimbursement items introduced to promote medical fee system of rehabilitation, nutrition, and oral care. For ‘Convalescent Rehabilitation Ward Inpatient Fee Type 1’ (highest category), mandatory nutritional assessment using the GLIM (Global Leadership Initiative on Malnutrition) criteria. For Types 2–5, GLIM-based nutritional assessment is recommended.	MHLW, 2024
	2024	New oral function and oral hygiene management evaluation for inpatients: ‘Rehabilitation-phase Oral Function Management Plan Fee’ (300 points, once only), ‘Rehabilitation-phase Oral Function Management Fee’ (200 points, once per month), and ‘Rehabilitation-phase Professional Oral Hygiene Treatment’ (100 points, twice per month). Applicable when inpatient oral management and dental outpatient services are coordinated with affiliated dental clinics.	MHLW, 2024

4. 일본의 재활·영양·구강관리 현황 및 임상적 효과

Shiraishi 등[22]은 재활 병동 입원 환자의 구강 문제는 기능 회복, 입원 기간, 퇴원 집, 병원 내 사망률 등 재활 결과에 부정적인 영향을 미치며, 치과위생사가 제공하는 구강 건강 관리는 구강 상태와 기능, 삼킴 기능, 영양 상태뿐만 아니라 일상생활, 퇴원 집, 병원 내 사망률도 개선하는 것으로 나타났다. Nishioka 등[23]의 연구에서는 일본 전 지역에 총 1,889개 회복기재활병동을 대상으로 상근 영양사의 배치가 성인 환자의 체중 감소 예방 효과 유무에 대한 연구를 실시한 결과, 상근 영양사 배치가 의무화되어 있는 ‘회복기재활병동 입원료 1’ 수가 산정 병동에 입원했던 환자가 상근 영양사 배치가 의무화되어 있지 않는 ‘회복기재활병동입원료 2-6’ 수가 산정 병동에 입원했던 환자에 비해 체중 감소의 위험이 낮았던 것으로 나타났다. Oishi 등[24]의 연구는 A병원에 2018년 1월 1일부터 2020년 12월 31일까지 뇌졸중 수술 후, 회복기 재활을 목적으로 입·퇴원한 환자이자 입원 시 구강 내 문제가 있다고 평가된 환자 492명 대상을 대상으로 구강관리를 실시한 후, ROAG (Revised Oral Assessment Guide) 8점 미만인 환자군(구강 상태 양호군)과 9점 이상의 환자군(구강 상태 비 양호군)으로 나누고, 두 대조군에 대해 퇴원 시 FIM (Functional Independence Measure) 합계점 등을 단변량 분석으로 비교한 결과, 구강 상태 양호군이 비 양호군에 보다 FIM의 운동 항목, 인지 항목, FIM 합계 점수, FIM 효율 등이 높았던 것으로 나타났다. Shiraishi 등[25]의 연구는 연하 재활치료 시, 관리 영양사와 치과위생사가 동시에 개입하는 것이 각 직종이 단독으로 개입하는 것보다 개선율이 높은 것으로 보고되고 있으며, 팀 의료 체제로 실시하는 영양, 재활, 구강, 약물 치료 및 기타 재활 영양학적 치료 접근은 저영양 환자의 재활치료 결과(Outcome) 지수 개선을 극대화하는 데 유용한 것으로 나타났다. 또한, Saito 등[26]의 연구에서도 회복기재활병동 입원 환자에 대해 재활 및 영양, 구강관리를 일체화하여 치료에 개입할 경우, 각각의 치료를 별도로 시행하는 것보다 환자의 퇴원 시, 신체 기능 및 근력, 전신 근육량을 나타내는 FIM 점수(FIM-motor)가 12점으로 가장 높게 개선된 것으로 나타났다. 이에 대한 결과는 <Fig. 3>과 같다.

**Fig. 3.** The trinity effect of rehabilitation, nutrition and oral management on inpatients in convalescent rehabilitation ward [28]

결론

본 연구는 일본의 회복기재활의료제도의 도입 과정과 더불어 재활·영양·구강관리의 일체화 정책 추진 현황에 대한 문헌 고찰을 통해 우리나라에 주는 시사점을 제안하고자 하였다. 우리나라보다 인구 고령화율이 높은 일본은 2000년 회복기재활병동제도 도입 이후, 양질의 재활 의료를 제공하기 위해 회복기 재활치료 대상 질환 및 치료 시간, 치료 실적 기준, 인력 배치 기준 등에 대한 수가 개정을 거듭해 왔으며 고령 환자의 건강 수명 연장 및 전신 근감소증 예방 등을 위해 영양사 인력 배치 기준 및 구강 재활 가산 수가 등을 차례로 도입하였다.

2023년 기준, 일본의 인구 사망 원인을 살펴보면 1위가 악성신생물, 2위가 심장질환(고혈압성 제외), 3위가 노쇠(Frailty), 4위가 뇌혈관질환, 5위가 폐렴인 것으로 나타났다[27]. 같은 해 기준, 우리나라의 인구 사망 원인은 1위가 악성 신생물, 2위가 심장질환, 3위가 폐렴, 4위가 뇌혈관질환, 5위가 고의적 자해(자살)이었던 것으로 나타나, 양국의 인구 사망 원인 5위 이내의 해당하는 질환 중 2개의 질환(노쇠 및 자살)을 제외한 모든 질환이 유사하게 나타났다[28]. 따라서, 양질의 회복기 재활 의료정책을 추진하기 위한 다양한 방안이 마련되어야 할 필요가 있으며, 특히 고령자의 근감소증 예방 및 건강 수명 연장을 위해서는 재활·영양·구강관리에 대한 정책이 조속히 추진되어야 할 필요가 있다. 그러나 우리나라는 현재 회복기 재활 분야에 영양 및 구강 재활에 대한 정책 추진이 아직 전무한 상황이다. 또한, 필수 인력 배치 기준에도 영양사가 포함되어 있지 않으며, 치과 전문 인력과 연계도 이루어지지 않고 있다. 이와 더불어, 회복기 재활 환자에 대한 영양 및 구강관리에 관한 연구도 거의 이루어지지 않는 상황이다. 구강 건강이 나빠지면 영양실조와 이로 인한 근감소증을 유발할 수 있고, 더 나아가 신체활동의 제한이나 일상생활 동작능력(ADL)의 의존성으로 인하여 구강 건강 관리 행동에 더욱 부정적인 영향을 미칠 수 있다[29]. 이러한 상황이 지속될 경우, 고령 재활 환자의 영양 상태 악화와 근감소증의 조기 발현이 가속화될 가능성이 높다. 이는 결국 일상생활 동작능력(ADL) 저하와 장기 요양 필요성 증가로 이어져 사회·경제적 부담을 가중시킬 수 있다. 일본의 사례에서 확인된 바와 같이 다학제 기반의 재활·영양·구강관리 통합 서비스는 환자의 기능 회복과 조기 퇴원, 재입원을 감소에 유의한 영향을 미친다. 따라서, 회복기 의료를 제공하는 재활의료기관의 필수 인력 기준에 영양사와 치과 전문 인력을 포함하는 방안이 검토되어야 한다. 또한, 입원 초기 단계에서 ROAG (Revised Oral Assessment Guide), MNA (Mini Nutritional Assessment), FIM (Functional Independence Measure) 등 표준화된 평가도구를 활용하여 환자의 영양·구강 상태를 정기적으로 점검하는 체계가 필요하다. 이러한 평가는 재활팀 회의에서 공유되어, 환자 맞춤형 통합 치료 계획 수립에 반영될 수 있도록 해야 한다. 이러한 정책이 시행될 경우, 환자의 기능 회복률이 향상되고, 입원 기간 단축과 재입원율 감소로 이어질 수 있다. 더 나아가 장기 요양보험 재정 부담 완화와 고령자의 건강수명 연장, 삶의 질 개선이라는 사회적 효과를 기대할 수 있다. 초고령사회로 진입한 우리나라의 재활 의료 서비스의 질적 향상을 위한 재활 의료정책 도입 방안을 제시하고자 한다.

첫째, 재활의료기관 지정 요건에 영양사와 치과 전문 인력 등 관련 전문 인력을 필수 인력으로 포함하여 정기적으로 재활팀 회의에 참여하여 환자의 영양 및 구강 상태를 평가·관리하는 체계를 확립해야 한다. 단순한 인력 배치가 아니라 다학제적 진료 계획 수립과 모니터링에 적극적으로 반영할 수 있도록 제도화하여야 한다.

둘째, 입원 초기 및 재원 기간에 정기적으로 표준화된 평가도구를 활용하는 체계를 마련해야 한다. 예를 들어, 구강 상태 평가는 ROAG를 활용함으로써 환자의 상태를 객관적으로 파악하고, 이를 근거로 맞춤형 치료 계획을 수립·수정할 수 있도록 해야 한다.

셋째, 영양 및 구강관리 서비스에 대한 보험 수가 신설과 재정 지원체계 구축이 필요하며 특히, 구강관리 교육 및 중재 등에 적절한 보상을 제공함으로써 의료기관이 해당 서비스를 적극적으로 시행할 수 있는 환경을 조성해야 한다.

넷째, 전국적 확대 시행 전 시범 사업을 추진하여 제도의 효과성과 경제성을 검증해야 한다. 시범 사업 단계에서는 효과 분석, 비용-편익 분석, 인력·시설 표준안 마련 등을 수행하고, 이를 토대로 제도의 안정적 정착을 위한 법적·재정적 기반을 구축하는 것이 필요하다.

마지막으로, 정책의 성공적 정착을 위해서는 중앙정부, 지방자치단체, 의료계, 학계 간의 긴밀한 협력체계를 통하여 각 주체의 역할과 책임을 명확히 하고, 정기적인 성과 평가와 피드백 과정을 통해 지속적으로 제도를 보완·발전시켜 나가야 한다.

결론적으로, 회복기 재활 환자의 기능 회복과 삶의 질 향상을 위해 영양·구강 관리의 제도화는 필수적이며, 일본의 정책 추진은 우리나라가 초고령사회에 대응하기 위한 유효한 참고 모델이 될 수 있다. 이를 바탕으로 한국형 회복기 재활·영양·구강 통합관리 모델의 개발과 재활·영양·구강 통합 관리를 위한 정책의 도입은 장기적으로 의료·복지 비용 절감과 국민 건강수명 연장에 도움이 될 것으로 기대된다.

일본은 회복기재활병동제도를 기반으로 입원 초기 단계부터 다학제 팀을 통한 포괄적 재활 서비스를 제공하고 있으며, 특히 영양사와 치과 전문 인력을 배치하여 재활·구강·영양관리의 일체화를 도모하고 있다. 이러한 통합적 접근은 고령 환자의 기능 회복과 삼킴 기능 유지, 재입원율 감소에 기여하고 동시에 건강수명 연장이라는 국가적 목표 달성에도 긍정적인 영향을 미치고 있다. 반면, 우리나라는 회복기 재활 의료를 제공하는 재활의료기관지정제도가 시행되고 있음에도 불구하고 영양 및 구강 관리가 제도적 필수 항목으로 포함되어 있지 않으며, 관련 전문 인

력의 배치 기준 또한 부재한 실정이다. 따라서 일본의 정책 추진 사례를 벤치마킹하여 우리나라 실정에 적합한 회복기 재활·영양·구강 통합관리 모델을 개발·도입하는 것이 필요하므로 구체적인 추진 전략을 마련하여야 할 것이다.

Notes

Author Contributions

Conceptualization: SM Choi; Data collection: JH Kang; Formal analysis: JH Kang; Writing-original draft: SM Choi; Writing-review&editing: SM Choi, JH Kang, JH Park

Conflicts of Interest

The authors declared no conflicts of interest.

Funding

None.

Ethical Statement

Non-human or animal research.

Data Availability

Data can be obtained from the first author.

Acknowledgements

None.

References

1. Ministry of Health, Labour and Welfare. Advancing integrated approaches to rehabilitation, nutritional support, and oral health management in the acute phase of care. 2024: 1-14. <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001251539.pdf>.
2. Bando M, Miyatake N, Kataoka H, Kinoshita H, Tanaka N, Suzuki H, et al. Changes and variations in death due to senility in Japan. *Healthcare* 2020;8(4):443. <https://doi.org/10.3390/healthcare8040443>
3. Japanese Association on Sarcopenia and Frailty [Internet]. Definition of frailty; 2025[cited 2025 Sep 01]. Available from: https://jssf.umin.jp/clinical_guide.html.
4. Arai H. Sarcopenia and frailty: Difference with locomotive syndrome. *J Phys Fitness Sport Med* 2016;65(5):337-41. <https://doi.org/10.7600/jspfsm.65.337>
5. Kim HH, Kim JS, Yu JO. Factors contributing to sarcopenia among community-dwelling older Korean adults. *J Korean Gerontol Nurs* 2014;16(2):170-9. <https://doi.org/10.17079/jkgn.2014.16.2.170>
6. Ministry of Health, Labour and Welfare [Internet]. Coordinated efforts to effectively support self-reliance and prevent the progression of severe conditions; 2025b[cited 2025 Sep 01]. Available from: <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001333533.pdf>.
7. The Japan Dietetic Association [Internet]. Additional Rehabilitation, Nutrition, and Oral Linkage System medical fees have been newly established; 2023[cited 2025 Sep 01]. Available from: <https://www.dietitian.or.jp/news/information/2023/421.html>.
8. Shimokata H, Ando F. Long-term longitudinal epidemiological study of frailty and sarcopenia. *J Phys Fitness Sport Med Jpn* 2017;66(2):133-42. <https://doi.org/10.7600/jspfsm.66.133>

9. Kang JH, Choi SM. The role and implications of dental hygienists in oral rehabilitation in Japan. *J Korean Soc Dent Hyg* 2022;22(6):477-83. <https://doi.org/10.13065/jksdh.20220054>
10. Cabinet Office [Internet]. Basic economic and fiscal management and reform Japan policy; 2023[cited 2025 Sep 01]. Available from: https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/honebuto/2023/2023_basicpolicies_ja.pdf#page=43.
11. Cabinet Office [Internet]. Basic economic and fiscal management and reform Japan policy; 2024[cited 2025 Sep 01]. Available from: https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/honebuto/2024/2024_basicpolicies_ja.pdf.
12. Ministry of Health, Labour and Welfare [Internet]. Advancement of initiatives to support independence and prevent deterioration in health status; 2020[cited 2025 Sep 01]. Available from: <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000698871.pdf>.
13. The Japanese Association of Rehabilitation Medicine [Internet]. History of the Japan Rehabilitation Medical Association. [cited 2025 Sep 01]. Available from: https://www.jarm.or.jp/nii/civic/civic_history_fm.htm.
14. Ishikawa M. The role which is expected of medical specialists in rehabilitation medicine to make more Kaifukuki rehabilitation wards evolve. *Jpn J Rehabil Med* 2016;53(3):190-6. <https://doi.org/10.2490/jjrmc.53.190>
15. Mihashi N. History and present condition of kaifukuki rehabilitation services. *J Clin Rehabil* 2022;31(4):301-9. <https://doi.org/10.32118/J02606.2022140409>
16. Convalescent Rehabilitation Ward Association [Internet]. Changes in the number of convalescent rehabilitation beds; 2025[cited 2025 Sep 01]. Available from: <https://www.rehabili.jp/publications/sourcebook/graf2025/graf1.pdf>.
17. Ministry of Health, Labour and Welfare [Internet]. Medical fee revision major revision items; 2018[cited 2025 Sep 01]. Available from: <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000198532.pdf>.
18. Ministry of Health, Labour and Welfare [Internet]. Medical fee revision major revision items; 2020[cited 2025 Sep 01]. Available from: <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000666010.pdf>.
19. Ministry of Health, Labour and Welfare [Internet]. Medical fee revision major revision items; 2022[cited 2025 Sep 01]. Available from: <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001079187.pdf>.
20. Ministry of Health, Labour and Welfare [Internet]. Medical fee revision major revision items; 2024[cited 2025 Sep 01]. Available from: <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001251537.pdf>.
21. Ministry of Health, Labour and Welfare [Internet]. Dental fee revision major revision items; 2024[cited 2025 Sep 01]. Available from: <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001251542.pdf>.
22. Shiraishi A, Wakabayashi H, Yoshimura Y. Oral management in rehabilitation medicine: oral frailty, oral sarcopenia, and hospital-associated oral problems. *J Nutr Health Aging* 2020;24(10):1094-9. <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1439-8>
23. Nishioka S, Kokura Y, Okamoto T, Takayama M, Miyai I. Risk of weight loss in adult patients and the effect of staffing registered dietitians in Kaifukuki (convalescent) rehabilitation wards. A retrospective analysis of a nationwide survey. *Healthcare* 2021;9(6):753. <https://doi.org/10.3390/healthcare9060753>
24. Oishi K, Nishioka S, Okazaki Y, Hirakawa K, Nakamura M, Ichinose A, et al. Relationship between oral hygiene and function and activities of daily living at discharge in convalescent patients with stroke. *JJCRS* 2022;13(1):17-25. <https://doi.org/10.11336/jjcrs.13.17>
25. Shiraishi A, Wakabayashi H, Yoshimura Y. Oral management in rehabilitation medicine: oral frailty, oral sarcopenia, and hospital-associated oral problems. *J Nutr Health Aging* 2020;24(10):1097.
26. Saito S, Inoue T. GLIM standards from the management nutritionist's perspective and expectations of physical therapist in the Trinity of rehabilitation, nutrition, and oral cavity. *Japanese Journal of Nutrition and Swallowing Physical Therapy* 2025;2(1):35-41. https://doi.org/10.69308/jjnspt.2.1_35
27. Ministry of Health, Labour and Welfare [Internet]. Annual demographic statistics; 2023[cited 2025 Sep 01]. Available from: 2023a. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai23/dl/gaikyouR5.pdf>.
28. Statistics Korea [Internet]. Statistics of causes of population death in; 2023[cited 2025 Sep 01]. Available from: https://kostat.go.kr/board.es?act=view&bid=218&list_no=433106&mid=a103010100000&utm_source=chatgpt.com.
29. Baek WH, Suh YJ. The effects of frailty and oral health on subjective life expectancy in patients with arthritis. *JKDAS* 2024;25(6):2391-406. <https://doi.org/10.37727/jkdas.2023.25.6.2391>