

학술연구논문(Research Articles)

거동불편 대상자를 위한 방문진료의원 모형: 1년 6개월간의 운영사례 보고*

김창오^{1,2} · 홍종원² · 조미희³ · 최은희³ · 장숙량⁴

¹성공회대학교 사회복지연구소 연구교수, ²건강의집의원 원장, ³건강의집 연구원, ⁴중앙대학교 적십자간호대학 교수

Developing a model of home-based primary care in South Korea: A 1.5-year case study

Chang-O Kim^{1,2}, Jongwon Hong², Mihee Cho³, Eunhee Choi³, Soong-nang Jang⁴

¹Research Professor, Institute of Social Welfare, Sungkonghoe University

²Director, Visiting Doctors Program of Medical Home

³Researcher, Visiting Doctors Program of Medical Home

⁴Professor, Red Cross College of Nursing, Chung-Ang University

국문요약 본 논문은 방문진료의원이 거동불편 대상자를 위한 효과적인 돌봄모형이 될 수 있을지를 탐색하기 위해 수행된 사례연구이다. 인구 고령화 추세에 따라 만성질환과 장애를 복합적으로 갖고 있는 거동불편 대상자의 수가 급속히 증가할 것으로 전망된다. 이들의 건강문제를 효과적으로 해결하기 위해서는 의사가 직접 환자의 집으로 찾아가는 형태의 돌봄모형을 고려하지 않을 수 없다. 건강의집의원은 2019년 3월 두 명의 의사와 한 명의 간호사에 의해 개설되었다. 이들은 방문진료만을 실시하고 외래진료를 수행하지 않고 있으며, 지금까지 총 292명의 거동불편 대상자에게 2,070건의 방문의료서비스를 제공하였다. 이 과정에서 방문진료의원은 높은 환자만족도, 가정 내 임종지원, 요양시설 입소예방, 다양한 방문진료 서비스 유형 개발, 지역사회 돌봄네트워크 구축 등의 운영성공을 보여주었다. 결과적으로 건강의집의원은 전통적인 의원과 전혀 다른 운영구조를 갖고 있음에도 불구하고 성공적인 돌봄모형을 개발한 것으로 평가된다. 본 연구는 현재 한국의 건강보험 시범사업 수가체계 내에서도 방문진료의원이 운영 가능함을 보여주었다는 점에서 중요한 의의를 갖는다. 향후 후속연구를 통해 방문진료의원의 확산모형 설계를 위한 종합적인 분석들이 심도있게 이루어져야 할 것이다.

주제어 방문진료, 지역사회 돌봄, 환자중심의료, 노인 대상 돌봄모형, 장애인 건강주치의 시범사업, 일차의료 왕진수가 시범사업

Abstract This case study sought to explore whether home-based primary care can be an effective model for homebound older adults and people with disabilities in South Korea. The number of older adults with disabilities is expected to increase rapidly in the near future according to population aging trends. Thus, a care model in which doctors go directly to the patient's home could address many complex medical needs and concerns. The Visiting Doctors Program of Medical Home was begun in March 2019 by two doctors and one nurse. Thus far, 2,070 home visits have been conducted to a total of 292 homebound older adults and people with disabilities. It was witnessed that there has been high patient satisfaction, reduced nursing home admission, development of various types of home healthcare services, establishment of a community care network, and support for in-home hospice care as achievements. The Visiting Doctors Program has developed a successful care model despite having a completely different operating structure from traditional outpatient clinics, with care only provided during in-home visits. The Visiting Doctors Program can be operated within the current health insurance fee system in South Korea. Comprehensive analyses and in-depth follow-up studies are needed to design disseminating models of home-based primary care.

Key words: physician home visits, community care, patient-centered care, geriatric models of care, home-based primary care

* 본 연구는 보건복지부의 재원으로 한국보건산업진흥원의 보건의료기술 연구개발사업(HI20C0458)에 의하여 이루어졌으며, 2018년도 대한노인 병학회로부터 신진연구자 연구비 지원을 받았음. 모든 저자(장숙량 제외)는 본 연구의 사례에서 소개된 기관에 근무하고 있음(이해상충 보고).

First Author: Chang-O Kim, nation@skhu.ac.kr

Corresponding Author: Soong-nang Jang, sjang@cau.ac.kr

투고일: 2020.10.07. 심사완료일: 2020.11.17. 게재확정일: 2020.11.17.

I. 서론

1. 연구의 배경 및 목적

우리나라에서 거동불편으로 외출을 못하는 노인 인구는 140만명 정도로 추산되고 있다(Kim & Jang, 2018; 김윤 외, 2019; 정현진, 2020). 이들은 전체 노인의 약 15% 정도를 차지하고 있으며, 향후 인구 고령화 추세에 따라 더욱 증가할 것으로 전망된다. 거동불편 노인에게 심부전, 호흡기질환, 악성종양, 우울증, 치매 등의 다중질환은 흔하게 발생하고, 근감소증, 저영양상태, 요실금, 욕창, 낙상 등의 노년증후군 빈도는 매우 높다. 하지만, 이들의 질병과 증상들은 일차의료기관에서 충분히 관리되지 못하고 있다. 이동능력 제한과 경제적 문제 등으로 아파도 병의원에 가지 못하고 대리처방에 의존하는 경우가 매우 빈번하기 때문이다. 결국 질병이 상당히 진행된 이후에 응급실 또는 입원 치료를 받게 되는 경우가 많고, 최종적으로 보호자에 의해 요양시설에 옮겨져 삶을 마감하는 경우가 많다.

거동불편 대상자를 위한 가장 효과적인 돌봄모형은 무엇일까? 전통적인 형태의 의원과 급성기 병원만으로는 이들이 갖고 있는 복합적 문제에 효과적으로 대응할 수 없다(Tejada, Palmer, & Malone, 2016). 다양한 돌봄모형이 제안되었고, 여기에는 질병관리(disease management), 사례관리(case management), 전환기 의료(care transition), 다학제적 일차의료(interdisciplinary primary care), 예방적 방문건강관리(preventive home visit), 만성질환 자가관리(chronic disease self-management) 등이 포함된다(Boult et al., 2009). 이중 방문진료는 의사가 직접 환자의 집에 찾아가서 수행하는 포괄적이고 연속적인 진료활동을 지칭한다. 실증적 연구를 통해 방문진료는 거동불편 대상자의 병원 입원 및 응급실 이용, 장기요양시설 입소율, 의료비 지출을 감소시키는데 효과적인 것으로 보고되었다(Stall, Nowaczynski, & Sinha, 2014; Totten et al., 2016; Kim & Jang, 2018). 이와 같은 근거들을 바탕으로 최근 미국, 캐나다, 일본 등에서 방문진료에 대한 관심이 다시금 높아지고 있다. 방문진료는 일차의료를 외래로부터 환자의 가정으로 옮겼다는 점에서 거동불편 대상자를 위한 핵심적인 돌봄모형이 된다.

이와 대조적으로 국내에서는 방문진료에 대한 본격적인 연구를 차지하고 최소한의 경험을 기술한 문헌조차 거의 찾아볼 수 없는 실정이다. 이는 우리나라에서 의사의 가정방문을 지원하는 제도가 사실상 전무했기 때문이다. 역사적으로 한국에서는 1996년 주치의 등록제도 도입이 실패한 바 있고, 방문의료는 간호 영역에 한하여 제공될 수 있도록 엄격히 규제되었다(봉승원, 김태훈, 김신실, 김영식, 2006; 정현진 외, 2007). 현재까지도 의료법 제33조 1항에 따르면 ‘의료인은 특별한 경우 외에는 의료기관 내에서 의료업을 하여야 한다’라고 명시하고 있다. 이와 함께 의사의 방문진료에 대한 지불보상체계가 전혀 마련되지 않았으므로, 한국에서는 일부 보건소를 제외하고 방문진료를 실시하는 의료기관을 거의 찾아보기 어렵다. 이와 같은 방문진료에 대한 실증연구의 부재는 노인의학 또는 보건정책 연구자에게 두 가지 잘못된 편견을 갖게 하기 쉽다. 첫째, 우리나라 보건 의료체계에서 방문진료는 실천 불가능한 모형이다. 둘째, 지역사회 돌봄계획을 실행하는 과정에서 의사들은 사실상 참여할 수 없다는 편견이다.

하지만, 최근 들어 의료에 대한 가치변화와 함께 자신의 주거지에서 건강과 돌봄에 대한 기본적인 필요가 충족되어야 한다(Aging-In-Place)는 주장이 힘을 얻고 있다. 이와 같은 배경에서 2018년 7월 보건복지부는 커뮤니티 케어 종합계획을 발표하였고, 건강과 복지영역에서 재가서비스를 활성화하기 위한 다양한 정책들이 시작되고 있다(Kim, 2018). 대표적으로 2018년 12월에는 ‘질병이나 부상으로 거동이 불편한 경우’ 의사 왕진을 받을 수 있도록 하는 국민건강보험법 개정안이 통과되어 방문진료에 대한 법적 근거가 마련되었다. 이후 장애인 건강주치의 시범사업, 일차의료 왕진수가 시범사업 등 방문진료를 지원하는 다양한 사업들이 실시되고 있다. 아직 참여 의료기관 수가 많지 않지만, 한국 사회에서 방문진료 모형 개발에 대한 논의와 실험은 이제부터 시작되었다고 할 수 있다.

한국의 일차의료는 어떤 서비스 모형을 마련해야 하는가는 시급히 논해야 할 사항 중 하나이다. 지역사회를 중심으로 노인이 건강하고 행복한 삶을 영위하기 위해 합리적 선택을 도울 수 있을지, 지역자원 간 원활한 소통과 효율적 네트워크를 기반으로 보건-복지 연계체계를 구축할 수 있을지가 관건이다. 방문진료는 그간 보건소 중심으로 전개되어 공공주도의 문제해결 방식의 협력을 넘어서지 못한 한계가 있었다. 공공영역 외부에 편재된 사회역량들을 어떻게 활용해야 할지, 의료-복지-보건 자원들과 어떻게 협력을 증진해야 하는지, 지역자원들과 합리적인 의사소통을 통해 서비스를 어떻게 조정해 나갈 수 있는지에 대한 구체적인 고민이 필요한 시점이다. 이렇듯 커뮤니티케어에 관한 여러 측면에서의 새로운 시도와 변화 기류가 흐른 지 2년 이상이 지나고 있지만, 국내에서 방문진료에 관한 사례가 거의 보고되지 않았을 뿐만 아니라 관련 선행연구도 최근 2년간 거의 없었다(Kim & Jang, 2018). 연구자들은 방문진료의원의 개설부터 운영과정 동안 쌓인 경험들을 충실히 기록하고 분석하여 지역사회 현장중심의 사례연구를 제공함으로써, 노인보건의료 전달체계에 대한 양질의 근거를 제공할 수 있을 것으로 판단한다.

이 연구는 외래진료를 하지 않고 방문진료만을 실시하는 한 민간위원의 사례를 소개하고, 우리나라 보건의료 현실에서 방문진료 전문의원이 거동불편 대상자를 위한 새로운 돌봄모형이 될 수 있을지를 탐색하는 목적에서 작성되었다. 2019년 3월 서울시 강북구 번동 지역에 방문진료의원을 개설하였고 현재까지 커뮤니티케어와 연관된 다양한 지역사회 활동에 참여하면서 수집하고 정리한 내용을 포함하고 있다. 연구자의 참여적 관찰(participatory observation), 심층면접, 자료수집 및 분석 등의 복합연구(mixed method research) 방법론을 통해 다음 연구 질문에 대한 구체적인 근거를 제시하는 것을 목표로 한다:

- (1) 방문진료의원은 어떠한 과정을 통해 설립·운영되었는가?
- (2) 방문진료의원은 인력, 재정, 서비스 및 대상자 측면에서 어떠한 운영구조를 갖고 있는가?
- (3) 방문진료의원은 어떠한 운영성과를 도출하였는가?

II. 이론적 배경

1. 방문진료의 정의와 유형

방문진료란 의사가 직접 환자가 거주하는 가정에 찾아가서 수행하는 진료활동을 뜻한다. 국외 선행연구에서 home care, home visit, house call, outdoor practice 등으로 불렸으나, 최근에는 가정기반의료(home-based medicine)라는 용어로 수렴되고 있다(Hayashi & Leff, 2016). 우리나라에서는 왕진, 홈케어, 재택의료 등의 용어가 혼재하고 있으나, 본 연구에서는 방문진료라는 용어를 사용하기로 한다. 서양의학사에서 방문진료는 19세기까지 상당히 성행하였다(Peitzman, 2009). 특히 미국에서는 1930년대까지 전체 진료의 40%가 방문진료로 수행된 것으로 알려져 있다(Unwin & Tatum, 2011). 이는 근대적 의미의 병원이 19세기 말엽에서야 설립되었기 때문이다. 이후 병원의 발전과 함께 방문진료는 급격히 쇠퇴하였고, 20세기 중반 이후 대부분의 국가에서 병원중심의 의료체계가 형성되었다. 하지만 최근 30년 동안 방문진료의 중요성이 다시금 부각되고 있다(조홍준, 2001). 인구 고령화, 가족구조 변화, 국민의료비 상승, ‘살던 곳에서 계속 살기(Aging-In-Place)’ 등에 따라 의료에 대한 사람들의 욕구가 변화되었으며, 이에 따라 방문진료에 대한 수요가 크게 증가하였기 때문이다.

가정방문 일차의료(home-based primary care)는 가정기반의료의 다양한 형태 중에서도 연속적이고 포괄적인 관점에서 다학제적 일차의료 서비스를 제공하고자 하는 유형을 일컫는다(DeCherrie et al., 2012). 미국 New York 주의 Mount Sinai Visiting Doctor's Program을 통해 최초의 모형이 개발된 것으로 알려져 있으며, 1985년 미국

보훈처(Department of Veterans Affairs)에 적용되어 오늘날까지 가장 성공적으로 운영되고 있는 방문진료 사업유형 중 하나이다(Smith et al., 2006; Totten et al., 2016). 최근 미국의 근거중심 의료기술 평가기관인 Agency for Healthcare Research and Quality는 가정방문 일차의료에 대한 보다 엄격한 정의를 제시하였다. <표 1>에 따르면 가정방문 일차의료로 인정되기 위해서는 1) 일차의료의사의 2) 직접적인 가정방문 활동이 있어야 하고, 3) 일시적 방문이 아니며, 4) 다학제적 팀에 의한 포괄적인 건강관리 또는 사회서비스가 제공되어야 한다. 본 연구에서는 이와 같은 기준을 충족하는 방문의료 서비스를 제공하는 일차의료기관을 가리켜 방문진료의원이라 부르기로 한다.

<표 1> 가정방문 일차의료의 정의(Totten 등, 2016)

선정기준	선택기준	제외기준
1) 일차의료인력의 방문(의사, 가정전문간호사[NP], 의사 보조 인력[PA])	- 다른 인력의 추가 방문은 가능 - 간호사, 물리치료사, 사회복지사, 상담사 등	- 일차의료의사의 가정방문이 포함되지 않은 다른 모형들 - 의사의 전화상담만 수행 - 간호사(또는 다른 의료인력) 주도의 방문건강관리 활동 등
2) 가정으로 방문(가정이란 환자가 거주하는 비시설을 뜻함)	- 환자의 추적관리를 위한 시설방문은 가능(ex. 병원입원, 단기재활시설 등)	- 시설입소 환자 - 요양시설, 요양병원 등
3) 연속적 관리(사망 또는 요양시설 입소 전까지 장기간 방문)	- 해당없음	- 단기간 방문 - 가정환경평가(1회 방문) - 퇴원후 관리, 전환기의료 등(아급성기관리, 90일 이내)
4) 포괄적 관리(만성질환 및 장애 등 예방적 관리)	- 다른 서비스의 추가제공 가능 - 정신건강, 완화의료, 장기요양, 사회서비스 등	- 단일 질병이나 증후군에 대한 질병관리 또는 위험요인 관리 - 낙상예방사업, 심장병관리 등

국내의 사례를 고찰하였을 때 다음과 같은 다양한 유형의 방문진료의원이 존재한다. 첫째, 방문진료(long-term primary care)와 왕진(episodic service) 모형이 있다. 방문진료 모형은 만성질환과 장애가 동반된 복합적 환자를 대상으로 사망 또는 요양시설 입소 전까지 지속적인 방문진료를 실시하는 것이다. 주기적 가정방문이 이루어지므로 환자와 의사의 관계가 주치의 수준으로 깊어질 수 있다는 장점이 있다. 이와 달리 왕진 모형은 환자의 왕진요청에 기반하여 한시적으로 중재를 실시하는 것이다. 국외에서 수행된 선행연구를 통해 지속적 방문진료를 실시하는 모형이 왕진 모형과 비교하여 임상적 효과성과 재정적 성공 가능성 측면에서 우수한 결과를 보인 것으로 알려졌다(Stall et al., 2014; Hayashi & Leff, 2016). 둘째, 방문진료 전문의원(dedicated home-based primary care team)과 외래진료를 병행하는 일반의원(extension of office practice) 모형이 있다. 외래진료를 하지 않고 방문진료만을 실시하는 전문의원의 장점은 사업목표, 대상자, 인력구성 및 팀 형성, 활동을 지원하는 네트워크 구조 등을 사전에 명확하게 구성할 수 있다는 점이다. 반면, 일반의원에서 방문진료 업무를 부분적으로 병행하는 방식은 보다 무난한 접근방법이라는 장점이 있다. 이 경우 주로 외래 환자 중에서 대상자를 선정하고, 의사는 외래진료 시간의 일부를 할애하여 방문진료를 실시하게 된다. 하지만, 단독개원의 경우 긴급한 왕진요청을 수행할 수 없으므로 중증 환자를 돌보는 것이 쉽지 않고, 외래와 방문진료 영역에서 생산성의 차이가 발생할 경우 어느 한쪽을 포기할 수밖에 없다는 단점이 있다. 물론 이와 같은 단점들은 의사인력의 추가 채용(그룹진료)을 통해 일부 보완될 수 있다. 셋째, 비영리 모형(non-for-profit)과 영리 모형(for-profit)으로 구분할 수 있다. 국외 사례에서 방문진료의원은 종교적 전통에 기반한 자선사업으로 수행되는 경우가 많았고, 우리나라 맥락에서도 보건소 등 공공의료 영역에서 수행되는 비영리 모형이 우세하다. 비영리 모형의 장점은 의료인의 헌신적 역량에 기반하여 취약지역에서 비교적 쉽게 사업을 시작할 수 있다는 것이다. 하지만, 예산제약 등의 이유로 충분한 의료서비스의 양이 공급되지 못하는 경우가 많고, 복합적 문제를 갖고 있는 대상자에게 적합하지 못할 수 있다. 이에 반해, 영리모형은 사업적 목적성과 경제적 지속가능성을 동시에 고려해야 하므로 인력, 재정, 서비스, 질 관리 등 운영과정에서 고려해야 할 점이 훨씬 많아진

다. 하지만, 일정한 규모의 경제가 달성될 경우 다양한 유형의 방문의료 서비스를 발전시킬 수 있고, 일단 비즈니스 모델이 확립된 경우 보편적 확산이 보다 유리하다는 장점이 있다.

2. 환자중심의료와 통합적 노인돌봄 모형

환자중심의료(patient-centered care)라는 용어는 1988년 미국의 피커연구소(Picker Institute)에서 처음 개념화되었는데, 의사 또는 보건의료시스템이 질병에 초점을 두는 것이 아니라 환자와 그 가족에게 초점을 두어야 하며, 분절된 보건의료체계 내에서 환자의 질병 경험을 더 잘 이해하고 환자의 필요를 다루는 것이 중요함을 강조하였다(Dang, 2018). 이후 미국 의학연구소(Institute of Medicine)의 보고서 ‘Crossing the Quality Chasm’에서도 미국의 의료서비스 질 개선을 위한 근본적인 접근방법 중 하나로 환자중심의료를 소개하였고, 이는 개별적인 환자의 선호도, 필요, 가치를 존중하고 그것에 반응하는 치료라고 정의하였다(Dang, 2018).

의료서비스의 분절화(fragmentation)는 오래된 역사적 문화적 배경 안에서 생겨난 문제점이므로 변화시키는 것이 매우 어렵다. 미국의 경우 제2차 세계대전 이후 노동시장에서 처음 채택되었던 행위별수가제 지불제도(fee-for-service payment)는 의사의 경제적인 이익과 환자의 이익 간의 내재적인 단절을 초래하는 근본적인 문제점을 지니며, 결국 보건의료체계의 분절성을 높이는데 기여하였다(Enthoven, 2009). 또한, 문화적인 배경에서 의사의 전문성과 무오류성을 절대시하거나, 팀보다는 개인의 성과를 더욱 강조하는 의학교육 시스템 또한 보건의료체계의 분절성을 강화하였다. 하지만, 이러한 분절적인 보건의료체계 내에서, 환자중심적인 통합적 보건의료서비스를 제공하기 위한 시도 또한 지속적으로 이루어졌다. 결과적으로 다양한 유형의 통합적 노인돌봄 모형이 개발되었으며, Malone 등(2015)이 제안한 각 영역에 속하는 대표적인 모형들은 <표 2>와 같다. 이들은 모두 일차의료의 기본속성인 포괄성(ACE, HELP, NICHE 등), 연속성(Transitional Care Model, Project BOOST), 접근성(GRACE, Guided Care, Hospital-at-home, HBPC), 돌봄 연계성(PACE, INTERACT)을 강화하여 환자중심성을 향상시키기 위한 목적을 갖고 있다.

<표 2> 서비스의 특성 및 제공 장소에 따른 통합적 노인돌봄 모형(Malone 등, 2015)

구분	사례 모형
병원 입원환자 대상 포괄성 강조	Acute Care for Elders (ACE)
	Hospital Elder Life Program (HELP)
	Nurses Improving Care for Hospitalized Elders (NICHE)
병원 입원환자 대상 연속성 강조	Transitional Care Model
	Project BOOST® (Better Outcomes by Optimizing Safe Transitions)
	Geriatric Resources for Assessment and Care of Elders (GRACE)
지역사회 노인 대상 접근성 강조	Guided Care
	Hospital-at-Home
	Home-Based Primary Care Program (HBPC)
지역사회 기반의 돌봄모형	Program of All-Inclusive Care (PACE) Model
	Interventions to Reduce Acute Care Transfers (INTERACT)

통합적 노인돌봄모형을 지역사회에 구체화하는 과정에서 방문진료의원은 핵심적인 역할을 수행할 수 있다. 특별히 기존의 돌봄조직들과 협력하여 퇴원 후 관리(transitional care), 입원대체 재택의료(hospital-at-home), 사전적 재활(proactive rehabilitation), 가정 내 임종지원(home-based palliative care) 등의 환자중심적 서비스들을 제공할 수 있다(Cornwell, 2019). 우선 퇴원 후 관리 모형은 취약한 상태의 고령 환자의 재입원 위험을 낮추기 위해 고안된

모형이다(Tejada et al., 2016). 이 모형의 목표는, 환자가 퇴원한 이후에도 연속적인 의료서비스를 받고, 서비스를 제공 받는 과정에서 환자와 가족 및 돌봄 제공자가 적극적으로 참여하게 하며, 장기적인 건강 향상을 위해 근거 기반의 치료 계획을 수립하는 것이다(Naylor & Sochalski, 2010). 입원대체 재택의료는 대체로 심부전 또는 만성폐쇄성폐질환 등 병원 또는 응급실에 의존할 수밖에 없는 중증환자를 가정에서 안정적으로 치료 받을 수 있도록 고안된 집중관리 프로그램을 뜻한다(Tejada et al., 2016). 정교하게 개발된 프로토콜에 따라 숙련된 의료진의 가정방문이 이루어지며, 이를 통해 불필요한 입원과 응급실 이용률이 낮아질 수 있음이 보고된 바 있다(Qaddoura et al., 2015; Echevarria et al., 2016). 이와 같은 서비스들은 급성기 이후 환자들의 생활 공간을 병원에서 가정으로 옮기는 데 큰 역할을 하였고, 단순히 의료비용을 낮추었을 뿐만 아니라 환자와 가족들의 삶의 질을 향상시키는데 기여하였다(Leff et al., 2006; Leff et al., 2008).

사전적 재활은 장애가 발생하기 이전에 자기효능감과 독립성을 극대화하기 위해 제공되는 재활의료 프로그램을 뜻한다(Wade, 1992; Wottrich, Koch, & Tham, 2007). 이를 환자의 가정 내에서 제공하는 것은 환자에게 친숙한 환경 내에서 지속적인 치료를 받을 수 있도록 돕기 위함이다. 또한 환자가 일상적 활동을 재개할 수 있도록 지원하고, 돌봄 제공자의 부담을 경감시키며, 환자가 원하는 활동을 지원함으로써 추가적인 장애의 발생을 방지하는 것을 목적으로 한다(Hotta, 2015). 가정 내 임종지원은 죽음이 임박한 환자와 가족들의 삶의 질을 향상시키기 위하여 수행되는 통증 완화 및 치료, 신체적·심리적·영적 문제에 대한 치료적 접근을 가정에서 제공하는 접근방식을 지칭한다(WHO, 2018). 이러한 서비스를 환자의 가정에서 제공하는 것은 단순히 환자가 가정 내에 머무르는 시간을 늘릴 뿐만 아니라 환자와 가족들이 ‘새로운 정상성을 찾을 수 있도록 돕는다(striving for new normal)’라는 측면에서도 매우 중요하다(Axelsson & Sjöden, 1998; Mercadante et al., 2011; Lloyd, Kendall, Starr, & Murray, 2016; Lee & Jang, 2018). 사실 가정방문 일차의료와 호스피스 완화의료는 철학적 기반과 진료기술적 측면에서 광범위한 공통점을 갖고 있다. 이에 방문진료의원을 통한 가정 내 임종지원은 말기환자의 자기결정권을 보장하기 위한 방법으로 점차 주목받고 있다(Ritchie & Twaddle, 2016; Totten et al., 2016).

III. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 단일사례연구로 장애인 건강주치의·일차의료 왕진수가 시범사업을 포함한 방문진료의원의 운영 실태, 지역사회와의 협력연계, 실천가능한 방문진료 서비스 유형을 파악하기 위해 수행되었다. 사례연구는 특정한 시간과 장소와 연관된 분명한 경계를 가진 단일체계를 깊이 있게 이해하기 위한 포괄적인 연구방법이다(Creswell, 2013). 사례연구는 ‘어떻게(how)’와 ‘왜(why)’ 질문을 다루는데 적합한 방법이며, 비교적 경계가 명확하지만 복잡한 현상과 관련하여 “무엇이 어떠한 변화를 일으켰는가?”를 설명하는데 적합한 틀을 제공한다(Yin, 2016; 김세룡, 2019). 일반적으로 단일사례연구설계는 1) 기존의 이론을 검증하고자 할 때, 2) 특이하고 극단적인 상황일 경우, 3) 대표적이고 전형적인 사례일 경우, 4) 이전에 과학적으로 관찰이 불가능하였던 현상에 대해 새롭게 접근이 가능한 경우, 5) 종단적인 사례일 경우 충분히 정당성을 가진다(Yin, 2016). 본 연구는 단일사례연구 내에서도 인력, 재정, 서비스, 질 관리 등의 하위분석단위를 포함한 복합연구설계를 적용하였으며, 정성적 또는 정량적 연구기법을 하나의 연구에 통합시킨 복합연구(mixed methods research) 방법을 사용하였다.

2. 연구 대상

본 연구의 대상은 서울시 강북구에 소재한 ‘건강의집의원’으로 2019년 3월부터 2020년 8월까지의 기관 운영 사례를 선정하였다. 2020년 현재 건강의집의원은 의사 2인, 간호사 3인, 행정요원 1인으로 구성되어 있지만, 2019년 3월 개원 시점에서는 의사 2인, 간호사 1인으로 구성된 소규모 민간의료기관이었다.

3. 자료수집 및 분석

본 연구는 다음의 방법으로 자료를 수집 및 분석하였다. 첫째, 건강의집의원을 개설·운영하며 참여적 관찰을 수행한 연구자의 경험이 가장 중요한 연구자료로 활용되었다. 하지만 해석에서 연구자의 주관성을 극복하기 위하여 타 기관에 소속된 연구자(SJ)와 총 3회의 심층면접을 실시하였다. 이 연구자는 노인보건분야 전문가(중앙대학교 간호학과 교수)로 준비과정부터 방문진료의원에서 발생한 사건들에 대해 주요한 자문을 제공하였고, 현재에 이르기까지 제3자의 관점에서 현상을 객관적으로 관찰하였다. 심층면접은 사건의 주요 흐름을 객관적으로 기술하기 위해 수행되었으며, 이를 통해 도출된 주요 사건은 다음과 같다: 1) 의원설립과 운영원칙 수립(개원 후 3개월), 2) 대상자 연계를 통한 지역사회 네트워크 구축(개원 후 9개월), 3) 방문의료와 관련된 주요 정책의 도입과 확장(개원 후 18개월). 둘째, 의무기록 및 관련 연구자료들을 수집하였다. 자료 검토의 범위는 2018년 7월부터 2020년 9월까지 의무기록, 운영실적, 회의록, 재무기록, 수요조사 및 환자만족도 조사 자료이다. 후향적 의무기록조사를 통해 총 5명의 거동불편 대상자의 사례가 기술되었다. 증례보고를 활용한 이유는 실천 가능한 방문의료 서비스 유형을 보다 자세히 설명하기 위한 것으로 인구학적 특성과 관련 없이 대표적인 서비스 유형별 1명의 사례를 선정하였다. 다만, 분석과 기술과정에서 개인을 식별할 수 있는 고유정보(임상적 특징 포함)들은 삭제함으로 피험자 사생활 보호에 대한 윤리적 원칙이 준수될 수 있도록 하였다. 수요조사는 2019년 1월 총 76명을 대상으로 실시되었다. 환자만족도 조사는 2020년 6월 총 62명을 대상으로 수행되었으며, 개별적으로 동의서를 취득한 후 건강의집의원에 소속되지 않은 조사자가 약 30분간 방문면접조사를 실시하였다. 만족도 설문지는 Larsen 등(1979)에 의해 개발된 Client Satisfaction Questionnaire의 국내 번역본을 국내실정에 알맞게 번역한 자료를 사용하였다(정면숙, 윤미진, 2001). 조사는 개별적으로 동의서를 취득한 후 약 30분간 방문면접조사를 실시하였으며, 조사의 객관성을 유지하기 위해 면접조사자에게는 방문진료의원 운영현황에 대한 자세한 정보를 제공하지 않았다. 환자 본인에게 면담을 실시하는 것을 원칙으로 하였으나, 신경·정신 장애로 의사소통이 어려운 경우에는 주 보호자(가족 또는 요양보호사)와의 면담으로 대체(n=23)하였다. 일부 조사에 동의하지 않거나 급성기 병원 등 입원한 자는 조사에서 제외되었다. 이에 대한 연구계획은 성공회대학교 임상연구윤리심의회의 검토와 사전승인을 받았다. 그밖에 운영실적과 관련된 대표적인 기술통계량(평균, 빈도)을 표와 그래프로 정리하여 제시하였다. 셋째, 귀납적 방법을 사용하여 수집된 자료들을 심층적으로 분석하였다. 이때 방문진료의원의 설립·운영과정은 시계열 분석기법을 사용하였고, 운영구조와 성과에 대해서는 설명하기 기법을 사용하였다.

IV. 연구 결과

1. 방문진료의원 모형 개발 및 운영과정

1) 개원 전 준비과정

건강의집의원 방문의료클리닉은 서울시 강북구 번동에 위치하고 있으며, 2019년 3월 두 명의 의사와 한 명의 간호사에 의해 개설되었다. 강북구 번동은 영구임대아파트 단지가 밀집되어 있어 빈곤계층 주거비율이 매우 높은 지역이다. 건강의집의원은 다음의 운영원칙을 갖고 있다:

- (1) 방문진료만을 실시하고 외래진료는 하지 않는다.
- (2) 국민건강보험 요양급여 범위 내에서 진료하고 비급여 진찰료(교통비 등)를 받지 않는다.
- (3) 1회 방문당 30분 이상 충분한 진료시간을 갖는다.
- (4) 주 3~4일 방문진료를 실시하고 이외 시간에는 지역사회 또는 연구활동을 자율적으로 수행한다.

개원에 앞서 약 7개월의 준비 기간이 필요했다. 격주 미팅을 통해 법인형태, 인력구성, 수요예측, 자본조달 등에 대한 면밀한 평가가 이루어졌다. 2019년 1월 강북장애인복지관의 협력을 통해 ‘강북구 장애인 건강요구도 조사’가 수행되었으며, 이를 통해 방문진료에 대한 지역사회 수요는 충분히 높은 것으로 확인되었다(김창오 외, 2019). 조사결과 서울시 강북구에 거주하는 총 76명의 중증장애인 중 최근 1년간 아픈데 병원에 못 갔거나 또는 보호자의 대리처방을 받고 있는 경우는 각각 19명(25.0%)과 15명(19.7%)인 것으로 나타났다. 의사의 방문진료서비스를 받고 싶다고 응답한 대상자는 51명(67.1%)이었으며, 1회 방문 시 지불의향 금액은 평균 1만원(±19,081원)이었다. 조사결과들은 지역 내 복지관, 보건소, 장애인 단체 등과 공유되었으며, 이와 같은 사전적 의사소통은 향후 지역사회 돌봄네트워크를 구축하는 과정에서 많은 도움이 되었다.

의원개설 전 단계에서 당면한 가장 큰 어려움은 당시까지 방문진료에 대한 법적 근거가 미약했을 뿐만 아니라, 왕진수가가 개발되어 있지 않았으므로 경제적 지속가능성이 보장되지 않았다는 점이었다. 유일한 예외는 2018년 7월 시작된 장애인 건강주치의 시범사업이었다. 장애인 건강권법 및 의료접근성 보장에 관한 법률(2015.12 신규제정)에 근거한 이 사업은 중증장애인으로 등록된 대상자에 한하여 연간 12회의 방문진료를 제공할 수 있도록 허용하고 있다. 이는 우리나라에서 주치의 개념을 도입한 최초의 제도이기도 하다. 장애인 건강주치의 시범사업에 근거하여 방문진료의원을 시작하기로 하였고, 이에 개원초기에는 중증장애인을 중심으로 대상자를 만나게 되었다.

2) 개원 후 3개월까지

개원초 방문진료 대상자는 주로 강북구 번동에 위치한 사회복지관, 장애인종합복지관, 장애인자립생활지원센터 등에서 의뢰되었다. 이들 기관과는 개원 전부터 긴밀한 소통을 하고 있어, 대상자 모집을 위한 홍보는 추가로 필요하지 않았다. 단, 장애인 건강주치의 시범사업은 장애인 분야 종사자에게조차 생소한 제도였으므로 설명과 안내가 필요했다. 2019년 3월부터 6월까지 총 54명의 거동불편 대상자에게 월평균 59건(누적 237건)의 방문진료가 수행되었다. 이들 중 2020년 6월 현재까지 6개월 이상 방문진료를 실시하고 있는 대상자는 44명이다. 이들에게는 대체로 격주 또는 한 달 간격으로 방문진료가 제공되었다. 당시까지는 모든 등록 대상자들이 강북구에 거주하고 있었으므로, 가정방문에 소요된 이동시간은 차량으로 평균 10분 내외에 불과하였다. 초창기에는 직원들 간에 방문진료에 대한 경험과 원칙을 공유하는 것이 무엇보다 중요했으므로, 의사 2명과 간호사 1명이 모두 함께 가정방문을 실시하였다. 이와 같은 원칙은 직원 수가 증가한 개원 후 9개월 시점까지 대체로 준수되었다.

3) 개원 3개월부터 9개월까지

개원 후 3개월이 지난 시점부터 방문진료에 대한 의뢰가 급격히 증가하였다. 2019년 7월부터 2019년 12월까지 총 171명의 대상자에게 월평균 112건(누적 908건)의 방문진료가 수행되었다. 이들 중 2020년 6월 현재까지 6개월 이상 방문진료를 지속하고 있는 대상자는 81명이다. 이들 중 66명(82%)은 장애인 건강주치의 시범사업 등록 대상자고, 15명(18%)은 재가요양센터, 공공기관 등에서 의뢰받은 거동불편 노인들이었다. 이 시기에 관찰된 주요 변화는 다음과 같다. 첫째, 재가요양센터로부터 많은 환자가 의뢰되었다. 이들은 장기요양보험제도를 통해 재가급여(방문요양)를 받는 자로서 현 제도하에서 통합재가급여(방문간호)를 받기 위해서는 반드시 의사로부터 방문간호 지시서를 발급받아야 한다. 문제는 보호자 입장에서 방문간호지시서를 받기 위해 거동불편 노인을 의료기관에 모시고 가는 것이 무척 힘든 일이라는 점이다. 이에 다수의 재가요양센터로부터 왕진요청이 발생하였다. 이 시기에 서울시 동북지역 4개 구(강북구, 도봉구, 성북구, 노원구)에 위치한 재가요양센터들과 자연스러운 협력관계가 맺어졌고, 이에 따라 방문진료 범위는 차량으로 30분 이내 이동거리로 확대되었다.

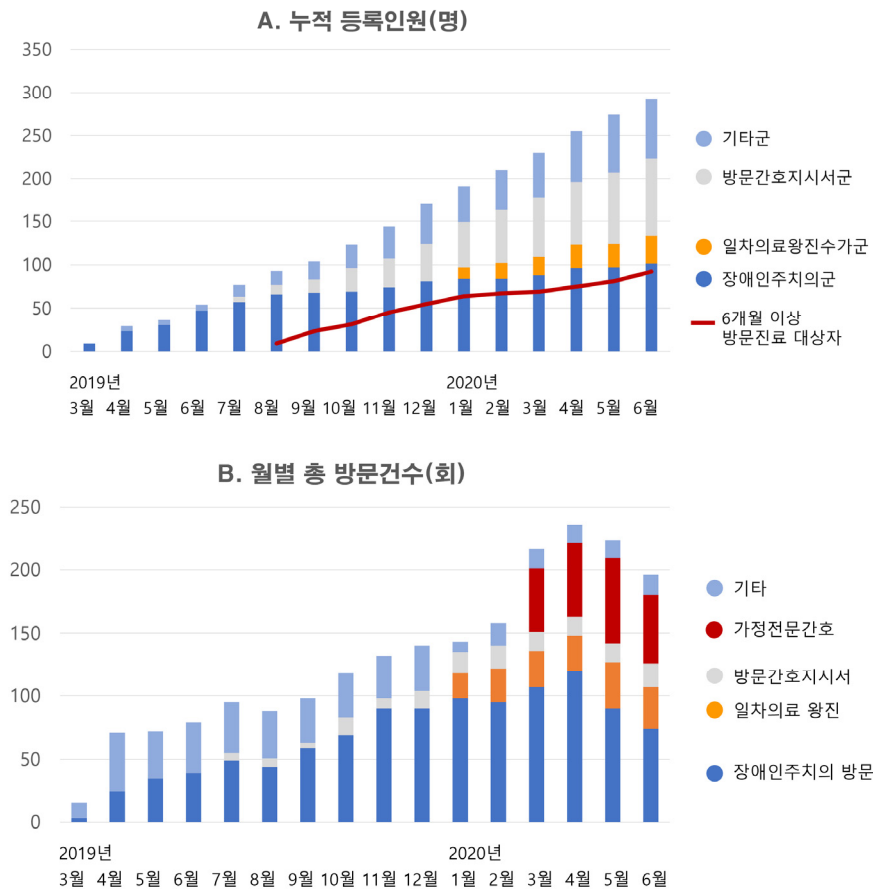
둘째, 공공기관으로부터 대상자 의뢰가 증가하였다. 우선 커뮤니티케어 정책과 맞물려 구청, 동주민센터 및 보건소로부터 대상자 의뢰가 발생하였다. 당시 강북구보건소와 노원구보건소는 서울시 보건의료정책에 따라 ‘서울케어 건강돌봄팀’을 운영하고 있었고 이를 지원하는 방문의사가 필요한 상황이었다. 특히 노원구 보건소는 장기간 방문의사를 구인하지 못한 상태였으므로 건강의집의원은 민간기관으로서 이 사업에 참여할 수 있었다. 이를 통해 ‘찾아가는 동사무소’ 사회복지사, 구청 복지정책과 사례관리사, 서울시 돌봄SOS센터 담당자 등 다수의 복지 분야 공무원과 긴밀한 관계를 맺게 되었다. 그밖에 서울의료원, 국립재활원 등 공공병원과도 협력관계가 체결되었다. 또한 당시에는 장애인건강권법에 근거하여 지역장애인보건의료센터가 전국적으로 설립되고 있었으므로, 이를 통해 건강의집의원은 강북구 지역재활협의체에 회원기관으로 참여할 수 있었다.

4) 개원 9개월부터 18개월까지

2020년 1월에는 몇 가지 중요한 제도변화가 발생하였고 이는 건강의집의원이 양적으로 발전하는 중요한 계기가 되었다. 첫째, 일차의료 왕진수가 시범사업이 시행되면서 방문진료 대상자가 중증장애인으로부터 거동불편 노인으로 확대되었다. 이와 함께 1회 왕진료가 89,000원(장애인 건강주치의 시범사업)에서 116,200원(일차의료 왕진수가 시범사업)으로 20%가량 인상되었다. 또한 일차의료 왕진수가 시범사업에서는 환자 1인당 방문진료를 받을 수 있는 최대횟수의 제한이 사라졌으므로(장애인 건강주치의 시범사업은 연간 12회로 제한됨), 실제로 방문진료를 실시하고도 보험급여를 청구할 수 없었던 경우가 크게 줄어들었다. 이 제도를 통해 2020년 1월부터 2020년 6월까지 총 41명의 거동불편 노인이 제도상으로 새롭게 등록되었다. 이와 같은 변화는 방문진료의원의 경제적 수익구조를 개선하는데 크게 기여하였다.

둘째, 가정간호 수가체계가 변화되어 의사와 가정전문간호사가 함께 협력하는 것이 보다 유리하도록 제도 개선이 이루어졌다. 더 자세히 설명하면, 2020년 1월부터 가정간호관리료는 기존 47,000원에서 개인 가정 방문시 71,000원(+51%)으로 인상되었다. 반면, 요양원 등 집단시설에 방문할 경우 35,500원(-24%)으로 인하되었다. 이와 더불어 가정간호사 1인당 1일 최대 방문횟수는 7회 이하로 제한되었다. 이에 가정전문간호사들은 다시 집단시설이 아닌 가정방문을 선호하게 되었다. 이와 같은 변화를 계기로 건강의집의원은 2020년 3월부터 가정간호사업을 시작하기로 결정하였다. 이를 통해 욕창, 비위관, 위루관, 인공호흡기 등을 갖고 있는 중증환자에게 입원대체 재택의료 서비스를 제공할 수 있게 되었다. 2020년 3월부터 2020년 6월까지 총 285명의 거동불편 노인에게 월평균 332건의 가정간호 서비스가 제공되었다. 이중 요양원이 아닌 가정에 거주하고 있는 대상자는 45명(16%)으로 의사의 지시하에 월평균 57건(17%)의 가정간호 서비스가 제공되고 있다.

[그림 1]은 2019년 3월부터 현재까지 방문진료 대상자 누적현황과 월별 방문 건수의 변화추이를 보여주고 있다. 개원 이후 방문진료 등록 인원은 지속적으로 증가하고 있으며, 이에 따라 주치의 관계 속에서 6개월 이상 방문진료를 제공하고 있는 대상자 수도 꾸준히 증가하고 있다. 2020년 6월 현재 총 등록 인원은 292명이며, 이 중 6개월 이상 지속 방문진료 대상자의 수는 92명이다. 이와 함께 월별 총 방문 건수도 꾸준히 증가하고 있다. 2020년 6월 한 달 동안 총 방문 건수는 196건이었으며, 개원 이후 총 누적 방문 건수는 2,070건이다. 여기에는 개인 환자에 대한 가정간호 건수가 포함되어 있으며, 요양원 방문 건수는 포함되어 있지 않다.



[그림 1] 건강의집의원 방문진료 등록인원 및 월별 방문 건수 변화추이

2. 방문진료의원 운영현황

1) 인력 현황

현재 방문진료의원 인력은 의사 2인, 간호사 3인, 행정관리 요원 1인으로 구성되어 있다. 의사 1인은 가정의학 전문의(노인병인정의)이고, 다른 의사 1인은 지역사회 활동가(예방의학강사)로서 각자 10년 이상의 경력을 갖고 있다. 의사 1인당 60명에서 100명 정도의 환자를 주치의로 담당하고 있고, 일주일에 3~4일 정도를 할당하여 월평균 80건 정도의 방문진료를 수행하고 있다. 통상적인 일과는 오전 8:30에 시작하여 당일 방문일정을 점검하고, 9:00부터 17:30까지 의사 1인당 5~15명의 가정방문이 이루어지고 있다. 이동 거리를 최소화하기 위하여 월간 방문일정이 지리적 구획에 따라 미리 계획되고, 1~2일 전에 전화통화로 방문일정을 확정한다. 대표원장은 진료 외에 인사관리,

재무관리, 정보관리, 행정지침 검토 및 청구 등의 업무를 병행하고 있다. 가정방문이 계획되지 않은 날짜에는 자율적으로 시간을 보내는 편이며, 각자의 관심사에 따라 지역사회 자원연계, 사회운동 참여, 학술연구 및 교육 등의 활동을 하고 있다.

간호사 3인 중 2인은 가정전문간호사로 요양원 또는 가정에서 가정간호 업무를 수행한다. 가정전문간호사 1인당 요양원 10~15개소와 개인 환자 10~30가구를 담당하고 있다. 스케줄링, 검사 및 간호처치, 투약관리 등의 업무를 독립적으로 수행하고 있으며, 업무회의를 통해 서로의 업무를 조정하고 대상자에 대한 정보를 공유하고 있다. 연구간호사 1인은 보건학 석사학위자로 10년 이상 보건소 방문간호 경력을 갖추었으며, 주3일 근무를 통해 진료지원 및 연구업무를 동시에 수행하고 있다. 연구간호사는 종종 의사와 함께 방문하며 진료예약, 행정서식 작성, 처방전 관리, 상급기관 의뢰 및 연계 등을 실시하고, 방문이 없는 시간에는 원장들과 함께 연구팀을 조직하여 몇 가지 연구과제를 수행하고 있다. 행정관리요원 1인은 대표원장과 함께 진료 이외 행정업무를 수행하며 의원의 전반적인 운영을 돕고 있다.

2) 재정 현황

2020년 6월 한 달 동안 방문진료의원을 운영하기 위해 소요되는 지출과 수입 현황은 <표 3>과 같다. 가정과 요양원에 거주하는 500여 명의 환자에게 방문진료 서비스를 제공하기 위해서 월평균 3,600만원이 지출되었다. 이중 인건비가 차지하는 비율은 총 66.6%이고, 나머지는 약품 및 재료비, 혈액검사비, 임대료 등 운영경비로 지출되고 있다. 월평균 4,300만원의 수입이 발생하고 있으며, 이 중 83.7%는 왕진료, 가정간호기본료, 진찰료, 검사료 등 건강보험공단 청구금액이다. 본인부담금은 현금, 계좌이체 등 다양한 결제수단을 이용하여 수령하고 있으며, 전체 수입의 약 9.3%를 차지하고 있다. 현재 진단서를 요청하는 일부 경우를 제외하고 비급여 본인부담금을 받지 않고 있다. 또한 건강의집의원은 민간사업자로 현재까지 정부 지원금이나 민간 후원금 등을 일절 받지 않고 있다. 2020년 6월 한 달 동안 700만원의 이윤이 발생하였다. 이는 일반적인 개인의원과 비교하여 높은 수준의 이윤율이라고 보기는 어렵지만, 손익분기점을 넘어서는 재정구조를 만들었다는 점에서 의미 있는 결과라고 할 수 있다.

<표 3> 방문진료의원 월별 수입 및 지출현황(2020년 6월 기준)

			금액(천원)	%
비용	인건비	급여 총액(의사 1인, 간호사 3인, 행정관리요원 1인)	22,000	61.0
		기타 인건비(복리후생비, 보험료 부담금, 퇴직금 적립금)	2,000	5.6
	운영비	약품·재료비 및 혈액검사비	8,000	22.3
		임대료 및 기타 운영비	4,000	11.1
	총 지출(A)		36,000	100.0
수입	건강보험공단 청구금액(왕진료, 가정간호기본료 등)		36,000	83.7
	법정 본인부담금		4,000	9.3
	기타 수입(방문간호지시서, 촉탁의진료)		3,000	7.0
	총 수입(B)		43,000	100.0
경제 지표	이윤(B-A)		7,000	

3) 서비스 제공현황

(1) 대상자 의뢰

대상자 의뢰는 복지관, 공동생활가정, 재가요양센터, 보건소, 병원, 약국 등 다양한 경로로 이루어지고 있다.

접차 환자 또는 가족으로부터 전화가 오는 등 직접 방문요청을 받는 경우가 늘고 있고, 이웃의 소개로 대상자의 등록이 이루어지는 경우도 있다. 최초 방문은 의뢰자와 함께 의사 2인, 간호사 1인이 함께 방문하는 것을 원칙으로 한다. 통상 30분에서 1시간 정도가 소요되며, 인사와 소개, 방문목적 설명, 주증상 확인, 관련 제도 및 비용 설명, 동의서 작성, 등록 등의 절차가 진행된다. 대상자 등록에 대한 엄격한 기준은 마련되어 있지 않다. 다만, 의학적 필요, 방문요구도, 지리적 위치, 지불능력 등을 종합적으로 판단하여 등록 여부를 결정하고 있다. 개원 후 지금까지, 지리적으로 너무 먼 경우를 제외하고, 환자가 왕진을 요청했으나 방문을 거절한 사례는 극히 드물었다.

(2) 등록 및 초기방문

등록은 현재 제도 안에서 운영되고 있는 1) 장애인 건강주치의 시범사업, 2) 일차의료 왕진수가 시범사업, 3) 장기요양보험 방문간호지시서(또는 의사소견서), 4) 의료기관 가정간호사업 중에서 가장 적합한 내용을 선택하게 된다. 단, 대상자의 필요에 따라 두 가지 이상 항목이 중복으로 적용될 수도 있다. 장애인 건강주치의 시범사업 또는 일차의료 왕진수가 시범사업에 등록하여 주기적 방문에 대한 동의가 이루어진 경우, 다음 방문은 통상 2주 이내로 예약되어 포괄평가(comprehensive assessment)가 실시된다. 현재 건강의집의원은 65세 미만 대상자에게는 보건복지부에서 제공한 포괄평가 양식(장애인 건강주치의 시범사업)을 그대로 사용하고 있고, 65세 이상 고령자에게는 문제 중심 의무기록 원칙에 따라 주 증상, 현 병력, 과거력, 약물복용력, 예방접종력, 압검진력, 가족력, 사회력, 체계적 증상, 이학적 검진, 신경학적 검진, 낙상력, 기능평가 등의 항목을 평가하고 있다. 필요시 포괄적 노인평가(comprehensive geriatric assessment, CGA) 원칙에 따라 노인우울평가, 간이영양평가, 간이정신상태검사, 일상생활 수행능력 등의 구조화된 검사 도구가 사용된다(Reuben, Rosen, & Schickedanz, 2016). 대체로 포괄평가와 함께 혈액검사가 이루어지는데, 때때로 심혈관질환이 의심되는 상황에서는 심전도 검사를 실시하고 있다. 이 과정을 완전히 수행하는데 통상 2시간 이상이 소요된다. 경험상 초기 방문 과정에서 포괄평가를 기계적으로 수행하는 것 보다 대상자의 이야기를 충분히 들어주는 것이 바람직하다. 따라서 포괄평가 항목들은 2~5회 방문 동안 나누어 천천히 수집되는 경우가 많고, 초기 방문 시에는 좋은 신뢰 관계를 형성하는 것을 가장 중요한 목표로 삼고 있다.

(3) 방문진료 및 응급상담

이후 방문일정은 포괄평가를 통해 마련된 대상자별 건강관리계획에 따른다. 대체로 2주 또는 4주 간격으로 방문이 계획되나, 문제해결을 위해 보다 자주 방문을 해야 하는 경우도 많았다. 예를 들어, 관계 형성을 위해서 등록 이전에만 4~5회 예비방문이 필요한 경우도 있었고, 임종과 연관된 상황에서 하루에도 몇 차례씩 방문해야 하는 경우도 발생하였다. 24시간 응급상담과 긴급방문은 응급실 이용과 불필요한 입원을 예방하기 위해 방문진료 의원이 갖추어야 할 중요한 서비스 항목이다(Stall et al., 2014; Kim & Jang, 2018). 전체 방문의 30%가량이 고열, 탈수, 구토, 설사, 식욕부진, 호흡곤란, 부종, 통증, 낙상, 섬망 등의 이유로 계획되지 않은 일정에 제공되고 있다. 응급상담은 통상 환자로부터 담당주치의에게 직접 연락되어 이루어지며, 긴급방문 여부는 담당주치의의 재량적 판단에 따른다. 긴급방문이 필요할 경우 대체로 의사 왕진이 24시간 이내에 수행된다.

(4) 방문 이후 행정업무

가정방문을 마친 이후에는 의무기록과 행정 서식을 작성하기 위해 통상 1~3시간의 시간이 추가로 필요하다. 현재까지 방문진료에 최적화된 웹-기반 의료정보시스템이 개발되지 않았으므로, 건강의집의원은 종이차트와 전자차트를 모두 사용하고 있다. 또한 청구를 위해서는 반드시 방문결과를 건강보험심사평가원에서 제공한 웹시스템에 입력을 해야 하며, 그밖에 보건복지부에서 제공한 방문점검서식을 추가로 작성해야 한다. 최소한 일주일에

한 번은 방문진료 과정에서 소모한 물품들(소독용품, 혈액검사도구, 진료서식 등)을 보충하기 위해 진료가방을 점검해야 한다. 뿐만 아니라 늦어도 저녁까지는 다음날 방문을 위한 스케줄링 업무가 완료되어야 하므로, 원활한 방문진료를 위해서는 성실한 조력자가 필요하다. 현재 건강의집의원은 방문경력이 가장 많은 연구간호사 1인이 이와 같은 업무를 지원하고 있다.

4) 질 관리 현황

초창기에는 모든 방문진료와 행정업무를 전 직원이 함께 수행했으나, 대상자 수가 증가하여 추가인력을 채용한 2020년 3월부터 현재까지 방문의사와 가정간호사들은 각자 독립적으로 방문업무를 수행하고 있다. 이에 따라 문제해결 원칙들이 공유되어야 했으며 원활한 의사소통이 더욱 중요해졌다. 이를 위해 전체 직원이 함께 모이는 업무회의가 격주 1회 주기로 이루어지고 있다. 방문의료 영역에서 의사와 간호사는 모두가 독립적인 의료제공자로 지위를 갖추고 있으므로, 무엇보다 수평적인 조직문화를 만들어내는 것이 중요하다. 업무회의는 1~2시간 정도 진행되며, 주로 서로의 고충을 이야기하고 상호 조언을 통해 문제해결의 방향을 모색하고 있다. 회의 내용은 조직운영, 행정관리 등 포괄적인 내용이 아직까지 많고, 대상자에 관한 구체적인 업무협조 건은 사안마다 유선 또는 휴대폰 메시지를 통해 1:1로 의사소통이 이루어지고 있다.

5) 운영실적

총 292명에게 방문진료 서비스가 제공되었으며(요양원 제외), 이들은 1) 장애인 건강주치의군 101명(34.6%), 2) 일차의료 왕진수가군 41명(14.0%), 3) 방문간호지시서군 90명(30.8%), 4) 기타군 58명(19.8%)으로 구분된다(그림 1). 방문간호지시서군은 장기요양보험 재가요양등급 인정자에게 지시서 발급을 위해 일회성 왕진을 6개월 주기로 제공하는 대상자이며, 기타 군은 경제적 이유 등으로 시범사업에 공식적으로 참여하지 못하고 있는 자를 뜻한다. 현재 일차의료 왕진수가 또는 장애인 건강주치의의 시범사업에 참여하여 방문진료 서비스를 받을 경우 본인부담금(건강보험 기준 1회 방문당 9,300~35,900원)이 발생하며, 이는 저소득층 노인에게 적지 않은 부담이 될 수 있다. 경제적 이유로 본인부담금을 납부하지 못하는 대상자에게는 예외적으로 왕진료 대신 일반진찰료만 받기도 한다.

총 2,070건의 방문진료 서비스가 제공되었다. 여기에는 요양원 등 집단시설에 제공한 방문 건수는 포함되어 있지 않다. 2020년 6월 한 달 동안 진료실적을 분석하면 총 196건 중 의사방문은 142건(72.4%)이고, 가정간호 방문은 54건(27.6%)으로 구분된다. 의사방문 133건 중 73건(54.9%)은 장애인 건강주치의 대상자에게 제공되었고, 그밖에 일차의료 왕진수가 시범사업 28건(21.1%), 방문간호지시서 19건(14.3%), 기타 13건(9.8%)의 건수를 기록하고 있다.

6) 대상자 특성

2020년 6월을 기준으로 6개월 이상 지속적인 방문진료를 제공함으로 가정방문 일차의료 정의에 부합한 대상자는 총 92명이다. 이들의 일반적 특성은 <표 4>에 요약되어 있다. 전체 대상자의 45.7%가 65세 이상 노인이었고 남녀 비율은 비슷하였다. 73.1%가 강북구 내에 거주하고 있어 차량으로 이동할 경우 대체로 20분 이내에 도착할 수 있다. 기초생활수급자 비율은 60.3%로 저소득층 비율이 높았고, 월 소득 100만원 미만인 경우도 39.7%에 달하였다. 대부분의 대상자는 가족 또는 요양보호사의 돌봄을 받고 있었으나, 동거가족이 없는 1인 가구 비율도 25.8%에 달하였다. 전체 대상자의 40.3%가 복지관으로부터 의뢰되었고, 그밖에 장기요양보험 재가요양센터(22.4%), 보건소/구청/공공의료원(22.4%), 본인/가족/이웃(14.9%)의 순서로 의뢰되었다.

방문진료 대상자의 건강특성은 <표 5>에 요약되어 있다. 치매 또는 퇴행성 신경질환을 앓고 있는 경우가 전체

대상자의 35.7%를 차지하고 있고, 그 밖에 심뇌혈관질환(32.3%) 및 만성폐질환(24.6%), 당뇨(29.2%)를 갖고 있는 경우가 흔하였다. 전체 대상자의 60.0%가 최근 1년 이내에 병원입원 또는 응급실 방문을 한 것으로 나타났고, 등록 당시 10개 이상의 약물을 복용하고 있는 경우도 36.9%에 달하였다. 대부분 중증장애를 갖고 있었으므로 1개 이상 일상생활수행능력(ADL)을 독립적으로 수행할 수 없는 대상자가 83.1%에 달하였고, 59.1%가 독립적으로 실내보행이 어려운 와상상태에 있었다. 대부분의 방문진료 대상자들은 주 1회 이상 외출을 하지 않고 있었고(72.3%), 신경·정신 장애 등으로 인하여 가족들과 의미 있는 대화를 나눌 수 없는 경우도 많았다(42.4%). 우울증, 저영양상태, 요실금, 욕창 등 노년증후군의 빈도 또한 상당히 높았다.

〈표 4〉 6개월 이상 방문진료 서비스를 제공한 대상자들의 일반적 특성 (n=92, 2019.3.~2020.6)

		명 (%)
등록시 연령	< 45	18 (19.6)
	45-64	32 (34.8)
	≥ 65	42 (45.7)
성별	여성	50 (54.4)
	남성	42 (45.6)
거주지	강북구	49 (73.1)
	강북구 이외 지역	18 (26.9)
건강보험 유형	건강보험	27 (39.7)
	의료급여/기초생활수급	41 (60.3)
월평균 소득	< 100만원	27 (39.7)
	100-200만원	18 (26.5)
	> 200만원	12 (17.7)
	무응답	11 (16.2)
교육수준	중졸 이하	30 (46.2)
	고졸 이상	23 (35.4)
	무응답	11 (16.9)
결혼상태	미혼	23 (35.4)
	기혼	26 (39.4)
	이혼/별거/사별	13 (20.0)
동거가족 수	1인	17 (25.8)
	2인	26 (39.4)
	3인 이상	22 (33.3)
돌봄제공자	동거 가족	9 (13.6)
	요양보호사 또는 장애인활동지원사	20 (30.3)
	가족 + 요양보호사	33 (50.0)
	없음	4 (6.1)
의뢰기관	복지관	27 (40.3)
	재가요양센터	15 (22.4)
	보건소/구청/공공의료원	15 (22.4)
	본인/가족/이웃	10 (14.9)

〈표 5〉 6개월 이상 방문진료 대상자의 등록 당시 건강수준

(n=92, 2019.3.~2020.6)

		명 (%)
질병 부담	치매 또는 퇴행성 신경질환	23 (35.4)
	심장/관상동맥/뇌혈관질환	21 (32.3)
	만성폐질환	16 (24.6)
	당뇨	19 (29.2)
	뇌전증/뇌성마비	12 (18.5)
	발달장애(지적장애/자폐증)	6 (9.2)
	척수손상/소아마비	5 (7.7)
	조현병	5 (7.7)
	희귀난치성질환/근위축증	4 (6.2)
	1개 이상 IADL 기능제한	63 (98.4)
기능 상태	1개 이상 ADL 기능제한	54 (83.1)
	1년 이내 병원 입원 또는 응급실 이용	39 (60.0)
	10개 이상 약물복용	24 (36.9)
	주 1회 이상 외출 불가능	47 (72.3)
	정기적으로 참여하는 모임 없음	52 (80.0)
	의미 있는 대화 불가능	28 (42.4)
	우울증	20 (30.8)
	저영양상태	25 (38.5)
	관절 구축	22 (33.9)
	와상상태	39 (59.1)
	요실금 또는 변실금(기저귀 착용)	42 (64.6)
	비위관/도뇨관/위루관 등 착용	15 (23.1)
	욕창	10 (15.4)

3. 방문진료의원 운영성과

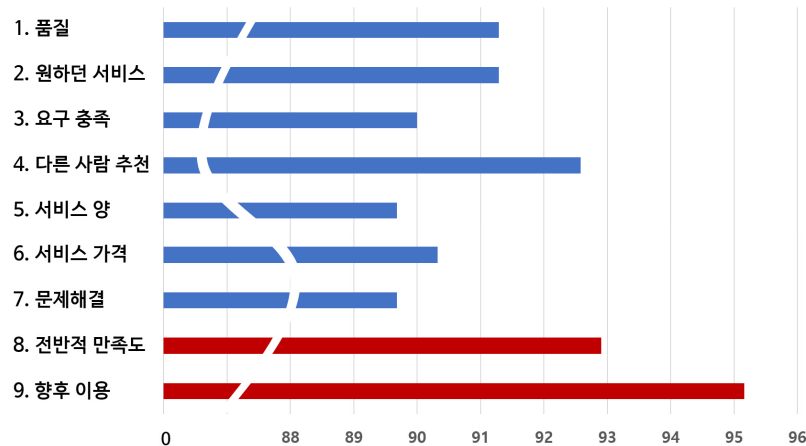
1) 환자만족도

방문진료 대상자에 대한 환자만족도 결과는 [그림 2]에 요약되어 있다. 2020년 6월까지 6개월 이상 방문진료를 받았던 92명 중 총 62명이 설문조사에 응답하였다. 조사결과 전반적 만족도는 92.9점(100점 만점)으로 측정되었다. 항목별로 살펴보았을 때, 향후 이용계획 가능성이 95.2점으로 가장 높았고, 문제해결 능력이 89.7점으로 가장 낮았다.

2) 사망 및 시설입소

2020년 6월까지 총 292명 중에서 시범사업에 등록하여 2회 이상 방문진료를 제공한 대상자는 142명이다(장애인 건강주치의군, 일차의료 왕진수가군). 이들 중 28명(20%)은 사망(12명), 시설입소(4명), 이주(2명), 방문거절(7명), 건강호전(3명), 기타(2명) 등의 사유로 중도 퇴락되었다. 총 사망자 12명 중 8명이 가정 내에서 임종을 맞이하였다. 방문진료 의사는 이 과정에서 긴급방문을 실시하여 임종준비를 도왔으며, 임종 후에도 유족상담을 통해 정서적 지원을 제공하였다. 가정 내 임종 건수는 일본 등에서 방문진료기관의 질을 평가하는 중요한 지표이다.

요양시설 입소예방은 환자의 삶의 질을 높일 뿐 아니라, 장기요양보험 재정 절감과도 연관된 중요한 방문진료 성과평가 지표이다. 142명의 대상자 중 4명의 대상자가 방문진료 과정에서 장기요양 시설입소를 선택하였다.



[그림 2] 건강의집의원 방문진료 환자만족도 조사결과(n=62, 2020.6.)

한 명은 장기요양 방문요양, 방문간호, 방문진료를 모두 받고 있었으나, 여전히 가족(부인)의 돌봄부담이 해소되지 못하여 가족회의를 통해 요양원 입소를 결정하였다. 또 다른 한 명은 방문진료를 시작한 지 얼마 지나지 않아 65세가 도래한 중증장애인이었다. 돌봄시간이 주 56시간(장애인활동보조제도)에서 주 24시간(장기요양보험제도)으로 급격히 줄어들었고, 결국 딸이 있는 곳으로 이주한 지 15일 만에 노인요양원으로 입소하였다. 나머지 두 명은 장기요양시설(요양원) 입소를 선택했다가 2개월 이내에 자발적으로 가정으로 복귀하였다. 이들은 여러 가지 이유로 다시 가정으로 돌아왔지만, 집에서 방문진료를 받을 수 있다는 가능성은 이들의 자율적 선택과정에서 중요한 영향을 미쳤을 것으로 생각된다. 방문진료 대상자의 기능상태가 대부분 와상 수준이었다는 점을 감안하였을 때, 시설입소율이 2.8%(=4/142)에 불과했다는 사실은 방문진료가 시설입소 예방에 효과적일 수 있음을 시사한다.

3) 다양한 유형의 방문진료 서비스 개발

방문진료를 통해 만나게 된 거동불편 대상자들의 미충족 의료욕구는 단순 상담부터 침습적 중재에 이르기까지 매우 다양했다. 따라서, 공급자 중심으로 정형화된 서비스보다는 수요자의 욕구에 기반한 맞춤형 서비스를 포괄적 평가에 기반하여 제공하는 것이 중요했다. 결과적으로 다양한 유형의 방문진료 서비스가 개발되었으며 대표적인 유형과 주요 사례들은 다음과 같다.

(1) 가정방문 일차의료(home-based primary care)

현재 건강의집의원은 ‘의사가 직접 환자의 가정에 방문하여 연속적이고 포괄적인 진료’를 제공하는 것을 원칙으로 삼고 있다. 이는 아프지 않은 순간에도 주기적인 방문을 해야 하며, 깊은 신뢰 관계를 바탕으로 시설입소 또는 사망 전까지 ‘주치의’ 역할을 제공해야 함을 뜻한다. 가정방문 일차의료는 복합적인 욕구가 있는 대상자와 가족에게 지역사회 자원을 효과적으로 연계한다는 점에서 임상사례관리(clinical case management)와 유사점이 많다(정순돌, 2005). 하지만, 건강의집의원의 경우 주 사례관리자가 의사이기 때문에 처방과 상담을 통해 의료적 필요를 직접 충족시킬 수 있다는 장점을 갖는다.

박영자(가명, F/71) 님은 소아마비 후유증으로 좌측 편마비를 갖고 있는 중증장애인으로 불안정협심증, 심방세동, 척추관협착증, 골다공증 등 복합만성질환을 갖고 있다. 2019년 4월 복지관 소개로 처음 방문하였을 때 우울증과 연관된 다양한 신체·심리증상들로 23개 약물을 복용 중이었다. 방문의사는 격주 주기로 방문하면서 크고 작은 증상들을 개선시켜 주었으며, 항우울제를 사용하여 복용약물을 7개까지 줄일 수 있었다. 2020년 5월, 실내 낙상이

발생하였을 때 박영자 님이 가장 먼저 연락한 사람은 방문진료 의사였다. 당시 방문의사는 퇴근 중이었으므로 20분 이내 사고현장에 도착할 수 있었다. 이학적 검사를 통해 고관절 골절을 확인하였고, 응급실로 전원하여 정형외과 수술을 받도록 도왔다. 퇴원 후 방문의사는 가족들과 함께 향후 치료 계획을 상담하였고, 현재 박영자님은 낙상 전 수준의 기능상태로 회복하여 자택에서 일상생활을 잘 유지하고 있다.

(2) 퇴원 후 관리(transitional care)

전환기의료는 포괄적 퇴원관리를 통해 가정으로 복귀를 돕는 돌봄모형을 뜻한다. 하지만, 불필요한 재입원을 예방하기 위해 의료진의 가정방문은 매우 중요한 요소이며, 달라진 가정환경 안에서 대상자의 건강문제를 재평가해야 하는 경우도 흔하다. 최근 건강의집의원은 입원 중인 환자 가족들로부터 퇴원 후 방문진료를 받을 수 있는지에 대한 문의가 늘어나고 있다. 가정에서 포괄적이고 연속적인 방문진료를 받을 수 있다는 가능성은 요양시설로부터 퇴원을 결정하게 하는 중요한 결정요인 중 하나이다.

김숙자(가명, F/75) 님은 고혈압과 당뇨 외에 특별한 과거력이 없었던 분으로 2019년 1월 교회에서 떡을 드시다가 기도폐쇄로 저산소성 뇌손상(hypoxic brain damage)을 입으셨다. 급성기 병원에서 심폐소생술을 시행하여 목숨은 건졌으나, 자발호흡이 소실되어 1년 이상 요양병원에서 인공호흡기를 유지한 상태로 살아야만 했다. 2020년 6월, 환자의 가족들은 집에서 어머니를 모시기로 결정하였고, 가정용 인공호흡기를 장착한 채 귀가하였다. 하지만, 가정 내에서 인공호흡기를 장착한 환자를 돌보는 일은 결코 쉽지 않았다. 인공호흡기에서 알람이 울릴 때마다 자다가도 급히 일어나야 했으며, 결국 따님은 하루에 5분도 어머니와 떨어져 지낼 수가 없게 되었다. 건강의집의원은 2020년 6월 말 방문간호센터를 통해 해당 가정을 소개받았다. 2020년 7월, 방문의사는 협력관계를 맺고 있었던 종합병원 호흡기내과 전문의와 함께 방문진료를 실시하였고, 재평가를 통해 자발호흡이 남아있음을 확인하였다. 2020년 8월, 김숙자님은 인공호흡기 탈착을 위해 협력종합병원 중환자실로 전원되었고, 10일간의 입원을 통해 무사히 인공호흡기를 제거할 수 있었다. 현재 김숙자님은 여전히 의사소통이 불가능한 상태이지만, 주기적 방문진료를 받으며 가족들과 함께 집에서 생활하고 있다.

(3) 입원대체 재택의료(hospital-at-home)

방문진료 과정에서 낙상, 호흡곤란, 발열, 탈수, 섬망, 통증 등 중요한 의학적 문제가 발생할 경우, 방문의사는 상급의료기관에서 입원치료를 받도록 권유해야 한다. 하지만, 문제는 대부분의 대상자들이 취약계층 중증장애인이므로 병원으로 후송하는 것이 결코 간단하지 않다는 점이다. 입원대체 재택의료는 입원치료가 필요한 거동불편 대상자에게 침습적 집중치료를 가정에서 제공하는 서비스를 뜻한다. 건강의집의원은 가정간호사업을 시작하면서 지역사회 폐렴, 만성폐쇄성폐질환, 신우신염, 저나트륨혈증 등의 상황에 대처할 수 있는 준비를 갖추어 나가고 있다.

이상철(가명, M/45) 님은 근육병(musculodystrophy)을 앓고 지낸 지 20년 이상 경과된 분으로 오랜 시간 앓는 자세를 유지하기 어려운 정도의 기능상태를 갖고 있다. 휠체어 이동을 통해 여전히 직장생활을 하고 있었지만, 장애인 활동보조서비스(18시간 이상)를 통해서만 일상생활을 유지할 수 있다. 건강의집의원은 장애인복지관으로부터 소개를 받아 2019년 6월부터 방문진료를 실시하였다. 2019년 8월, 환자는 평소 지병인 치핵수술을 받기 위해 대학병원 외과에 입원하였다. 수술 자체는 간단한 편이었으므로 환자는 2박 3일 만에 퇴원할 수 있었다. 하지만, 퇴원 이틀 후 38~39도 고열이 발생하였다. 방문의사는 즉시 방문하여 이학적 검사를 실시하였고, 수술 후 요정체에 의한 신우신염으로 판단되었다. 방문의사의 지시하에 가정전문간호사가 3일간 매일 방문하여 수액 및 경구항생제 요법, 수술부위 창상관리, 배변교육 등의 방문간호가 제공되었다. 방문의사는 가정간호사가 실시한 혈액검사 등을 통해 임상상태가 호전되고 있음을 알 수 있었고, 3일 간격으로 방문하여 신우신염을 완치할 수

있었다. 현재 이상철님은 주기적 방문진료를 받고 있으며, 여전히 직장생활을 유지하고 있다.

(4) 사전적 재활(proactive rehabilitation)

갑작스러운 의학적 문제에 대처하는 것도 중요하지만, 예측되는 기능저하를 예방하기 위해 평소 식사량과 신체활동을 증진하도록 권유하는 일은 매우 중요하다. 특히 거동불편 허약노인의 경우 저영양상태와 근감소증은 낙상, 장애발생, 요양시설 입소 및 사망을 초래하는 중요한 의학적 문제이다(박현영, 신소희, 2020). 효과적인 노쇠관리를 위해서는 물리치료사(작업치료사)와 영양사와의 협진이 필요하다(김창오, 이희연, 호승희, 박현숙, 박철우, 2010; Kim & Lee, 2013; Kim et al., in press). 하지만, 현재까지 건강보험제도에서 이와 같은 직능의 방문수가 는 개발되어 있지 않다. 이에 건강의집의원은 자체적으로 경구 단백질보충제를 구매하여 집중영양관리에 활용하고 있고, 의사가 직접 사전재활(prehabilitation) 프로토콜에 따라 가정 내 근력강화운동을 지도하고 있다.

정윤자(가명, F/85)님은 협심증, 경도치매, 우울증, 소화장애, 만성통증 등 다중질환을 갖고 있는 분으로, 지속적인 식욕부진과 근력저하로 일주일에 한 번씩 동네의원에서 영양제 주사를 맞고 있었다. 2020년 1월부터 전반적 쇠약감이 심해져서 침상에서 일어나기 어려울 정도로 기능상태가 악화되었으며, 결국 가족들은 2020년 3월 방문진료를 요청하였다. 방문진료의사는 이학적 검진을 통해 환자의 기능저하의 원인이 질병 때문이 아니라 노쇠로 인한 것임을 확인하였다. 방문의사는 가족과 영양보호사에게 충분한 단백질 섭취와 근력운동이 절대적으로 필요함을 교육하였고, 특히 영양보호사에게 경구 단백질보충제(27g/일)와 단계적 하지근력강화운동 하루에 두 번씩 시켜줄 것을 당부하였다. 이후 방문의사와 간호사는 격주 주기로 방문하여 30분 동안 근력강화운동을 지도하였다. 다행히 가족과 영양보호사들이 매우 협조적이었으므로, 환자는 집중적 근력운동과 영양관리를 매일 받을 수 있었다. 2개월이 경과한 시점에서 정윤자님은 영양보호사의 부축을 받으며 다시 실내보행을 할 수 있을 정도로 회복되었다. 3개월이 경과된 시점에서 방문의사는 균형운동을 추가로 처방하였고, 현재 독립적인 지팡이 보행을 목표로 가정 내 재활훈련을 계속하고 있다.

(5) 가정 내 임종지원(home-based palliative care)

방문진료 대상자 수가 늘어남에 따라 임종을 맞이하는 경우가 점차 증가하고 있다. 말기 치매, 악성종양, 신부전증 등으로 임종이 임박한 경우, 적극적인 치료보다 환자와 가족들로 하여금 자연스러운 죽음을 받아들이도록 돕는 것이 보다 중요할 수 있다. 초창기 방문의사는 임종 전 환자를 응급실로 전원하곤 하였다. 하지만, 때때로, 이 과정이 환자와 가족들에게 부담을 가중시킬 수 있으며, 결과적으로 존엄한 임종을 방해할 수 있음을 알게 되었다. 최근 건강의집의원은 의식불명, 저혈압 등 명백한 임종징후가 나타날 경우, 환자 가족들에게 병원 또는 가정 중에서 임종장소를 선택할 수 있도록 안내하고 있다. 가정에서 임종을 원하실 경우, 의사와 가정전문간호사는 호스피스 원칙에 따라 잦은 방문을 실시하여 임종 및 유족 관리를 지원하고 있다.

최원일(가명, M/77)님은 비교적 건강했던 분으로 2020년 5월 소세포암 말기로 진단받고 대학병원에서 방사선치료를 받았다. 이미 뇌와 골전이 진행되어 완치를 기대하기 어려운 상태였으므로 당시 의료진은 요양병원으로 전원을 권유하였다. 하지만, 입원기간 중 섭망이 너무나도 심하였으므로 가족들은 집에서 모시기로 결정하였다. 가족들에 따르면 퇴원 후 10일 동안 거의 물도 못 드셨다고 한다. 결국 영양제라도 맞춰야겠다는 생각에 수소문하여 방문진료를 요청하였다. 방문의사와 가정전문간호사가 방문하였을 때 환자는 의식이 혼미하였고, 심각한 탈수와 38도 발열이 동반되어 있었다. 호흡과 산소포화도가 매우 불안정하였으므로, 즉시 폐렴에 준하여 수액 및 경주항생제 요법을 실시하였다. 방문 2일째 일부 탈수증상은 교정되었고 원활한 호흡관리를 위해 마약성 진통제를 처방하였다. 방문 3일째 임상상태가 다소 호전되어 환자는 가족들과 약간의 의사소통을 할 수 있게 되었다. 방문

4일째 급격히 상태가 나빠지면서 다시 의식이 소실되었다. 방문의사는 환자 가족들에게 패혈증에 의한 임종이 임박했음을 설명해 드리고, 병원 또는 가정 중에서 임종장소를 선택할 수 있도록 안내하였다. 환자 가족들은 이미 마음의 준비를 마쳤음을 의사에게 표시하였다. 방문 5일째 환자는 가정에서 임종하였고, 방문의사는 사망진단서를 발급하고 장례지도사(상조회)에게 환자 상태를 알려주었다. 다음날 방문의사는 장례식장에 찾아가서 유족들을 위로하였으며 환자 가족들은 슬픔 속에서도 의료진의 수고에 감사를 표현하였다.

4) 지역사회중심 돌봄네트워크 구축

현재 방문진료의원이 통합적 돌봄을 위해 협력을 유지하고 있는 기관들의 목록은 <표 6>과 같다. 민간영역에서 재가요양센터(9개소), 복지관(5개소), 장애인공동생활가정(2개소), 종합병원(2개소), 약국(2개소)과 최소 1명 이상의 대상자가 연계되었고, 공공영역에서는 보건소(3개소), 구청(2개소), 공공의료원(2개소), 종합재가센터(1개소)와 협력관계를 맺었다. 초창기 타 기관과의 연계·협력은 주로 신규 대상자를 의뢰받는 과정에서 발생하였다(돌봄기관→방문진료의원). 앞서 언급하였듯이 재가요양센터에서 방문간호지시서 발급을 요청하거나, 공공기관에서 통합적 사례관리를 위해 방문진료를 의뢰하는 경우가 대표적인 경우이다. 하지만, 최근에는 복합적 문제를 갖고 있는 중증환자가 늘어나면서 점차 방문진료의원에서 종합병원으로 대상자를 의뢰·연계하는 경우가 증가하고 있다(방문진료의원→협력종합병원). 이를 통해 거동불편대상자를 위한 다층적 노인돌봄 전달체계가 지역사회 안에서 자연스럽게 구축되고 있다.

(1) 재가요양센터 → 방문진료의원

새롭게 장기요양보험제도로 진입한 거동불편대상자는 등급판정 과정에서 의사소견서를 발급받아야 하며, 통합재가급여사업을 통해 방문간호를 함께 받기 원하는 경우 의사로부터 방문간호지시서를 발급받아야 한다. 이 과정에서 방문진료의원은 중요한 역할을 수행할 수 있으며, 소견서 발급과정에서 미충족 의료가 심각할 경우 일차의료왕진수가 시범사업에 등록하여 지속적인 방문진료를 제고할 수 있다. 건강의집의원 사례에서 이와 같은 유형은 6개월 이상 방문진료를 실시하는 대상자 중에서 약 20% 정도를 차지하고 있다.

(2) 요양병원 → 재가요양센터 → 방문진료의원

요양병원 입원치료를 받던 중에 가정복귀를 희망하는 환자 가족들은 종종 재가요양센터에 돌봄서비스를 문의하곤 한다. 하지만, 이들의 퇴원은 쉬운 결정이 아닌데, 복합적 건강문제를 갖고 있으므로 방문진료(또는 방문간호)가 동반되어야 안심하고 퇴원할 수 있게 된다. 최근 건강의집의원은 협력 재가요양센터(또는 공공기관)로부터 이와 같은 퇴원관리에 대한 문의가 늘어나고 있는데, 이는 2019년 11월 신설된 요양병원 대상의 지역사회 연계지원수가와도 연관이 있다. 이와 같은 유형의 지역사회 연계 건수는 재가요양센터로부터 연계된 방문진료 대상자의 약 1/3 정도를 차지하고 있다.

(3) 방문진료의원 → 협력종합병원

방문진료를 실시하는 과정에서 집중적인 입원치료가 필요하다고 판단된 경우 상급의료기관으로 전원을 실시하게 된다. 이 경우 기존에 환자들이 진료를 받고 있는 대학병원 등에 연계하는 경우가 많지만, 일부 사례에서는 협력종합병원에 진료의뢰서를 발급하기도 한다. 현재 건강의집의원은 A병원(호흡기내과), 서울의료원(가정의학과), 국립재활원(재활의학과) 등의 병원과 협력관계를 맺고 있다. 특히 국립재활원과는 강북재활협의체를 통해 월 1건 정도의 단기재활치료 지원사업을 실시하고 있다.

〈표 6〉 건강의집의원과 협력관계를 맺고 있는 주요기관

구분	기관명	주소지	협약식	대상자 의뢰 (명)	의뢰방향
복지관	변동2단지종합사회복지관	강북구 변3동	×	14	기관 ↔ 의원
	변동3단지종합사회복지관	강북구 변3동	×	20	기관 ↔ 의원
	월계종합사회복지관	노원구 월계2동	×	2	기관 → 의원
	강북장애인종합사회복지관	강북구 변2동	×	11	기관 ↔ 의원
	도봉장애인종합사회복지관	도봉구 도봉2동	○	1	기관 → 의원
공동생활가정	강북장애인자립생활센터	강북구 변1동	×	5	기관 → 의원
	행복한사람들의 집	강북구 우이동	×	7	기관 → 의원
재가요양기관	A센터	강북구 수유동	○	15	기관 ↔ 의원
	B센터	도봉구 쌍문동	×	39	기관 ↔ 의원
	C센터	도봉구 창동	×	7	기관 → 의원
	D센터	노원구 중계동	×	27	기관 → 의원
	E센터	중랑구 면목동	×	15	기관 → 의원
	F센터	노원구 상계동	×	1	기관 → 의원
	G센터	노원구 중계동	×	3	기관 → 의원
	H센터	성북구 하월곡동	×	32	기관 → 의원
	I센터	의정부시 가능동	×	13	기관 ↔ 의원
	사회서비스원 성동종합재가센터	성동구 성수동	○	4	기관 → 의원
약국	A약국	강북구 변2동	×	1	약국 → 의원
	B약국	강북구 삼양동	×	1	약국 → 의원
병원	A병원	중랑구 면목동	×	3	의원 → 병원
	B병원	도봉구 쌍문동	×	1	의원 → 병원
	서울의료원	중랑구 신내동	○	2	의원 ↔ 병원
	국립재활원	강북구 수유동	○	3	의원 ↔ 병원
공공기관	강북구보건소	강북구 변2동	×	22	기관 → 의원
	강북구청 복지정책과	강북구 수유동	×	2	기관 → 의원
	노원구보건소	노원구 상계동	×	6	기관 → 의원
	노원구청 복지정책과(돌봄SOS센터)	노원구 상계동	×	8	기관 → 의원
	중랑구보건소	중랑구 신내동	×	0	기관 → 의원

(4) 공공기관 → 방문진료의원

최근 공공기관(돌봄SOS사업, 서울돌봄케어)에서 통합사례관리를 직접 실시하는 경우가 늘고 있고, 이 과정에서 복합적 의료요구를 갖고 있는 경우 대상자를 방문진료의원에 연계하고 있다. 중증장애인의 경우 보건소 지역사회 재활사업(communitiy-based rehabilitation) 팀에서 다수의 대상자를 의뢰해 주었다. 2019년 하반기에는 서울시 북부 장애인지역보건의료센터가 설립되어 장애인을 위한 통합사례관리가 이루어질 수 있도록 협력하고 있다.

5) 방문진료 교육 및 연구

건강의집의원은 국내 최초의 방문진료 전문의원으로 지역사회중심의 의학교육과 연구활동을 병행하고 있다. 대표적으로 총 10여 명의 서울의대 학생들이 매 학기마다 건강의집의원에 방문하여 지역사회 실습교육을 받고 있으며, 2020년 8월부터는 매주 1명씩 총 3명의 서울의료원 가정의학과 전공의들이 파견되어 방문진료를 참관하고 있다. 그밖에 지역장애인보건의료센터, 서울시 건강돌봄사업, 보건복지인력개발원 등에서 지역돌봄 실무자를 위

한 강의를 수행하고 있다. 또한 건강의집의원 원장들은 다양한 정책연구과제에도 참여하고 있으며, 2020년 5월부터는 자체연구팀을 조직하여 정기적인 학술세미나 등의 연구활동을 병행하고 있다.

V. 고찰 및 결론

거동불편 대상자들의 복잡한 의학적 문제를 해결하기 위해서는 의사가 직접 환자의 집으로 찾아가는 형태의 돌봄모형을 고려하지 않을 수 없다. 본 연구에서는 방문진료만을 실시하는 한 민간의원의 사례를 통하여 가정방문 일차의료 모형이 우리나라의 제도적 환경에서도 실천 가능함을 보여주었다. 본 사례에서 방문진료의원은 높은 환자만족도를 보여주었고, 시설입소를 예방하고 가정 내 임종을 지원하는 등 효과적인 돌봄모형으로 발전될 수 있는 가능성이 확인되었다. 최근 보건복지부에서 추진된 일차의료 왕진수가시범사업과 가정간호 수가체계의 변화는 방문진료의원의 경제적 지속가능성을 향상시키는 계기가 되었다. 아직 건강의집의원의 실험은 진행 중이지만, 대상자의 필요와 제도적 변화에 민감하게 대처함으로 1년 6개월이란 짧은 시간 동안 경제적 수익구조를 만드는 데 성공하였다.

방문진료의원의 강점 중 하나는 왕진경험이 빠르게 축적됨에 따라 서비스 내용이 질적으로 발전될 수 있었다는 점이다. 초창기 건강의집의원은 “의사가 직접 환자의 가정에 방문하는” 단순한 왕진을 수행하였다. 하지만, 다양한 상황들 속에 있는 중증환자들을 만나면서 점차 퇴원 후 관리, 입원대체 재택의료, 사전적 재활, 가정 내 임종지원 등으로 방문진료 서비스 유형이 다양화되었다. 물론 이는 건강의집의원이 가정간호사업을 시작하였고, 방문진료 의원을 지원하는 협력의료기관이 확보되었기 때문이기도 하다. 거동불편 대상자의 복잡한 의료요구에 대응하기 위해서는 의사, 간호사, 물리(작업)치료사, 영양사 등 다학제적 팀의 협력이 이루어져야 한다. 또한 안정적인 방문진료를 위해서는 이들을 지원하는 협력의료기관(응급실, 종합병원 등)이 필요하다. 국외연구에서도 방문진료의원은 전환기의료 또는 호스피스 사업을 모범적으로 운영하는데 매우 중요한 구성요소로 인식되고 있다(Totten et al., 2016). 병원으로부터 가정으로 복귀하는 과정에서 지역사회를 잘 이해하고 있는 방문진료의원만큼 프로그램의 성공 가능성을 높여주는 요인은 없기 때문이다.

본 사례에서 방문진료의원은 지역사회 돌봄조직들과 긴밀한 협력관계를 유지했던 것으로 나타났다. 이는 몇 가지 점에서 향후 지역사회 돌봄체계를 설계하는데 중요한 시사점을 제공한다. 첫째, 수요자 중심의 관점에서 의료와 돌봄은 분리될 수 없는 필수재(essential goods)라는 것이다(Arrow, 1993). 한 사람의 거동불편 노인이 자신의 집에서 일상생활을 계속하기 위해서는 재가요양센터, 복지관, 보건소, 주민센터 등의 복지-행정서비스가 동시에 제공되어야 한다. 하지만, 가정 내 환경에서 의료서비스를 제공하는 방문의료기관 또한 반드시 필요하다. 연구진은 현장경험을 통해 돌봄이 의료 보다 우선되어야 한다는 것을 인식하게 되었다. 그러나, 또 다른 측면에서, 의료가 제외된 돌봄 역시 충분하지 않다는 사실도 알게 되었다. 둘째, 방문진료의원은 사실상 지역사회 돌봄조직의 지지와 협력 속에서만 운영이 가능하다는 것이다. 건강의집의원의 사례에서 방문진료 대상자의 90% 이상은 지역사회 돌봄조직들로부터 의뢰되었다. 누가 방문진료를 가장 필요로 하는가는 의료기관이 아닌 지역사회가 결정하는 것이 보다 바람직하다. 재가서비스 실무자들은 방문요양을 제공하는 과정에서 방문간호의 중요성을 알게 되었고, 방문간호 서비스를 제공하는 과정에서 방문진료의 필요성을 깨닫게 되었다. 이와 같은 경험을 공유하면서 방문진료의원은 지역사회 돌봄조직으로부터 환대를 받았다. 상호협력을 통해 서로에게 이익이 발생할 수 있음을 알게 된 것이다.

결과적으로 건강의집의원은 전통적인 의원과 전혀 다른 형태의 운영구조를 갖고 있음에도 불구하고 성공적인

돌봄모형을 개발한 것으로 평가된다. 과거 우리나라에서 방문진료를 시도했던 소수의 선구자들이 대체로 실패를 경험했던 것과 비교하면 본 연구는 매우 이례적인 사례라고 할 수 있다(공경애, 백인미, 정유지, 이상화, 이흥수, 2003). 본 사례에서 방문진료위원의 성공요인은 다음과 같이 설명될 수 있다.

- (1) 방문진료에 대한 지역사회 수요가 기본적으로 매우 높았다.
- (2) 방문진료를 제공하는 의료기관이 사실상 전무했으므로 희소성이란 가치가 발생했다.
- (3) 희소자원에 대해 지역사회 돌봄조직들은 충분한 협조와 지원을 제공하였다.
- (4) 적시에 개발된 왕진수가 이러한 사회자본을 경제자본으로 전환하는 데 도움을 주었다.

하지만, 본 사례에서 관찰된 성공적 결과는 높은 저소득층 비율 등의 지역적 특성, 단체들 간의 사전적 네트워크, 참여자의 높은 동기부여 등 성급하게 일반화할 수 없는 특수성이 존재한다. 또한 돌봄모형의 개발(start-up)과 돌봄모형의 확산(scale-up)은 질적으로 다른 문제이다(Tejada et al., 2016). 예를 들어, 방문진료위원의 낮은 이윤율은 보편적 의사들의 참여를 어렵게 할 것으로 예상된다. 대상자 모집을 위해 지역사회 돌봄네트워크를 구축해야 한다는 것 또한 일반적인 개원의사에게 요구할 수 없는 역할일 수 있다. 본 사례에서 의사들은 기꺼이 24시간 응급상담과 긴급방문을 수행하였지만, 이 또한 별도의 보상체계 없이 일반적인 의사들이 수행할 것으로 기대하기는 어렵다. 결국 본 사례의 방문진료위원을 보편적으로 확대하기 위해서는 운영구조, 진료지침, 의료진 숙련도, 지불보상체계, 조직문화 등에서 다차원적인 재검토가 필요하다. 이는 일개 의원의 노력을 넘어서는 일임이 틀림없다.

이상의 한계에도 불구하고 본 연구결과는 방문진료위원이 지역사회중심의 통합적 돌봄체계를 구축하기 위한 핵심자원일 수 있음을 시사한다. 향후 한국사회에서 방문진료를 활성화하기 위해 고려해야 할 사항은 무엇일까? 확산모형을 설계하기에 앞서 본 연구에서 제안하는 두 가지 이슈는 다음과 같다. 첫째, 지역사회 돌봄계획에 따라 건강의집의원과 같이 방문진료만을 실시하는 의료기관의 신설을 유도할 필요가 있다. 물론 외래중심의 운영구조를 갖추고 있으면서도 성실하게 방문진료를 실천하는 일부 의원의 사례가 우리나라에도 존재한다(예를 들어, 파주시 연세송내과, 은평구 살림의원 등). 또한 일본의 경우 전체 의원의 20% 정도가 외래진료와 방문진료를 동시에 실시하고 있는 것으로 잘 알려져 있다. 하지만, 이는 단독개원이 보편적인 한국사회에서 쉽게 받아들여지기 어려운 진료문화이다. 또한 이상의 방식을 기본 모형으로 삼을 경우, 개원의 입장에서는 외래운영을 통해 기대되는 수입보다 왕진수가 높아져야만 비로소 참여를 결정할 수 있을 것이다. 이와 달리 방문진료위원은 지역별 수요에 측이 비교적 용이한 편이므로 지역보건의료계획을 통한 정책적 설립지원이 가능하다. 이때 방문진료위원의 활동이 반드시 지역사회 돌봄네트워크 구조 안에서만 작동될 수 있도록 강제된다면, 향후 ‘의료-요양 연계’ 등 통합재가 서비스를 확대하는 과정에서 중요한 역할을 수행할 수 있을 것이다. 결국 방문진료 활성화는 단순히 왕진수가 상승만으로 풀어나갈 수 없으며, 시범사업을 통해 정교한 확산모형을 개발하고 단계적으로 확대해나가는 것이 바람직하다.

둘째, 방문진료 서비스가 반드시 공공기관을 통한 비영리 모형으로 제공될 필요는 없다. 현재까지 보건의료 정책결정자들의 일반적인 견해에 따르면 방문진료는 수익이 발생하지 않을 것이므로 공공기관(보건소)이 취약계층에게 잔여적으로 제공하도록 설계되어있다. 하지만, 현재 우리나라 공공의료기관의 역량만으로 거동불편 대상자의 복잡한 의학적 문제들이 해결될 것으로 기대하기는 어렵다. 방문진료는 고도화된 노동집약 서비스로 방문인력의 역량과 태도가 매우 중요하다. 또한 한국사회의 부족한 공공의료 비율도 문제가 된다. 한국의 공공병상의 비율은 10.0%이며, 일차의료영역에서는 5.7%(보건소 비율)에 불과하다. 이와 같은 현실에서 민간사업자로서 건강의집의원이 주 3~4일의 진료시간만으로 성공적인 운영구조를 갖추었다는 점은 시사하는 바가 크다. 방문진료 확산모형은 민간의료기관의 기업가(entrepreneur) 정신을 최대한 보장하되 대상자 연계와 다학제적 인력을 확보할 수 있도록 정부(지방자치단체 또는 건강보험공단)가 일부 지원하는 방식으로 설계되는 것이 바람직하다. 시범사업

을 통해 혁신적 지불보상체계를 개발하는 것도 중요한 고려사항이다. 미국의 경우 공공의 목적에 따라 포괄적 예방중심 의료서비스를 제공하는 일부 민간의원(federally-qualified health center)에게는 주 정부가 일정률의 보조금을 지급하고 있다(Rotenberg, Kinosian, Boling, Taler, & Independence at Home Learning Collaborative Writing Group, 2018; Okeke, Schmidt, Alborn, & Kumian, 2020). 우리나라에서도 지역 단위의 돌봄기금이 조성될 수 있다면, 이와 같은 준공공의원의 설립이 지원될 수 있을 것이다.

본 연구는 한국사회에서 현재 건강보험에서 제공되는 수가체계만으로도 방문진료의원의 운영이 가능하다는 것을 보여주었다는 점에서 중요한 의의를 가진다. 학술적 측면에서도 방문진료에 대한 실제 경험을 바탕으로 우리나라에서 아직까지 정립되지 않은 가정방문 일차의료에 대한 이론적 배경과 운영사례를 보고했다는 점에서 의의를 갖는다. 현재 보건복지부에서 추진하는 지역사회 돌봄체계가 성공적으로 구축되기 위해서는 거동불편 노인과 중증장애인의 미충족 필요가 무엇인지 면밀한 평가가 이루어져야 할 것이다. 방문진료의원은 이들이 가지고 있는 복잡한 의학적 문제를 해결할 수 있으며, 기존의 지역사회 돌봄조직과도 긴밀한 협력관계를 유지할 수 있는 성공적인 돌봄모형으로 평가된다. 본 연구는 단일사례분석으로 도출된 것으로 탐색적 성격을 갖는다. 향후 후속연구를 통해 방문진료의원의 구체적인 성과평가와 확산모형 설계를 위한 종합적인 분석들이 보다 실증적인 방법론을 통해 심도있게 이루어져야 할 것이다.

참고문헌

- 공경애, 백인미, 정유지, 이상화, 이흥수. (2003). 서울의 한 의원에서 시행한 방문 진료. *가정의학회지*, 24, 541-546.
- 김세롬. (2019). 건강증진사업에서의 권력강화적 참여의 과정 - 건강새마을 조성사업에 대한 심층사례연구. 서울대학교 보건학 박사 학위논문.
- 김윤. (2019). 의료공급체계 개선 모형 개발 연구 최종보고서. 서울대학교 산학협력단-국민건강보험공단.
- 김창오, 이희연, 호승희, 박현숙, 박철우. (2010). 허약노인을 위한 방문재활 프로그램의 장애발생예방 효과에 대한 연구. *한국노년학*, 30(4), 1293-1309.
- 박현영, 신소희. (2020). 허약노인의 복합운동프로그램 참여가 체력, 일상생활수행능력 및 인지상태에 미치는 영향. *한국노년학*, 40(3), 429-442. doi.org/10.31888/JKGS.2020.40.3.429
- 봉승원, 김태훈, 김신실, 김영식. (2006). 주치의제도의 필요성과 내용에 대한 인식도 조사. *가정의학회지*, 27(5), 370-375.
- 정면석, 윤미진. (2001). 간호서비스에 대한 대상자의 기대와 지각, 만족에 관한 연구 - SERVQUAL 척도의 적용. *지역사회간호학지*, 12(3), 570-581.
- 정순돌. (2005). 사례관리실천의 이해 - 한국적 경험. 학지사.
- 정현진, 황라일, 서수라, 김철웅. (2007). 유럽의 일차의료 현황과 주치의 제도 개혁 - 한국에의 함의. 국민건강보험공단.
- 정현진. (2020). 커뮤니티케어 대상자 유형 및 규모 - 노인의료사업군 심층평가 세미나. 한림대학교 산학협력단.
- 조홍준. (2001). 외국의 가정간호와 방문진료 현황. *가정의학회지*, 22(3), S348-S353.
- Yin, R., K. (2016). 사례연구방법(제5판). 한경사.
- American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Physicians, & American Osteopathic Association. (2007). *Joint principles of the patient-centered medical home*. Washington DC: Patient Centered Primary Care Collaborative. https://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/practice_management/pcmh/initiatives/PCMJoint.pdf. Accessed 02 Sep 2020.
- Arrow, J. J. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, 53(5), 941-973.
- Axelsson, B., & Sjöden, P. O. (1998). Quality of life of cancer patients and their spouses in palliative home care. *Palliative medicine*, 12(1), 29-39. doi.org/10.1191/026921698676629560
- Boult, C., Green, A. F., Boult, L. B., Pacala, J. T., Snyder, C., & Leff, B. (2009). Successful Models of Comprehensive Care for Older Adults with Chronic Conditions: Evidence for the Institute of Medicine's "Retooling for an Aging America" Report: [see editorial comments by Dr. David B. Reuben, pp. 2348-2349]. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(12), 2328-2337. doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02571.x
- Cornwell, T. (2019). Home-Based Primary Care: How The Modern Day "House Call" Improves Outcomes, Reduces Costs, And Provides Care Where It's Most Often Needed. *Health Affairs Blog*. October 8, 2019. doi.org/10.1377/hblog20191003.276602
- Creswell, J. W. (2013). *Quality Inquiry and Research Design: Choosing among Five Approaches*. California: Sage.
- Dang, S. (2018). Shared Decision Making-The Pinnacle of Patient-Centered Care. *Journal of the Indian Academy of Geriatrics*, 2018 Supplement, Vol. 14, 184-184. doi.org/10.1056/NEJMp1109283
- DeCherrie, L. V., Soriano, T., & Hayashi, J. (2012). Home-based primary care: A needed primary-care model for vulnerable populations. *Mount Sinai Journal of Medicine: A Journal of Translational and Personalized Medicine*, 79(4), 425-432. doi.org/10.1002/msj.21321
- Edes, T., Kinosian, B., Vuckovic, N. H., Olivia Nichols, L., Mary Becker, M., & Hossain, M. (2014). Better access, quality,

- and cost for clinically complex veterans with home-based primary care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(10), 1954-1961. doi.org/10.1111/jgs.13030
- Edwards, S. T., Prentice, J. C., Simon, S. R., & Pizer, S. D. (2014). Home-based primary care and the risk of ambulatory care-sensitive condition hospitalization among older veterans with diabetes mellitus. *JAMA internal medicine*, 174(11), 1796-1803. doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.4327
- Enthoven, A. C. (2009). Integrated delivery systems: the cure for fragmentation. *American Journal of Managed Care*, 15(12), S284-290.
- Grant, R. & Greene, D. (2012). The health care home model: primary health care meeting public health goals. *American Journal of Public Health*, 102(6), 1096-1103. doi.org/10.2105/AJPH.2011.300397
- Hayshi, J., & Leff, B. (2016). *Geriatric Home-based Medical Care*. New York: Springer.
- Hotta F. (2015). Home Rehabilitation. *Japan Medical Association Journal*, 58(1-2), 40-43.
- Kim, C. O. (2018). Time to conduct community-oriented researches in geriatrics. *Annals of Geriatric Medicine and Research*, 22(3), 109-110. doi.org/10.4235/agmr.2018.22.3.109
- Kim, C. O. & Lee, K. R. (2013). Preventive effect of a protein-energy supplementation on the functional decline of frail older adults with low socioeconomic status: A community-based randomized controlled study. *Journal of Gerontology: Biologic Sciences and Medical Sciences*, 68(3), 309-316. doi.org/10.1093/gerona/gls167
- Kim, C. O., & Jang, S. N. (2018). Home-based primary care for homebound older adults: Literature review. *Annals of Geriatric Medicine and Research*, 22(2), 62-72. doi.org/10.4235/agmr.2018.22.2.62
- Kim, C. O., & Jang, S. N. (2020). Who are the people willing to pay for physician home visits? *Journal of Korean Medical Science*, 35(20), e158. doi.org/10.3346/jkms.2020.35.e158
- Kim, C. O., Jeong, Y., Park, Y., Bae, J., Kwon, Y., Cho, M., Yoo, C. H., & Lee, K. (in press). Reinforcement effects of social network intervention during nutritional supplementation in frail older adults. *Gerontology*.
- Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hargreaves, W. A. & Nguyen, T. D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction - Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2(3), 197-207. doi.org/10.1016/0149-7189(79)90094-6
- Lee, J., & Jang, S. N. (2018). Place of death and associated gender difference in Korea 2006-2014: Evidence from exit interviews of the Korean Longitudinal Study of Ageing. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 78, 196-202. doi.org/10.116/j.archger.2018.07.006
- Leff, B., Burton, L., Mader, S., Naughton, B., Burl, J., Clark, R., Greenough 3rd, W. B., Guido, S., Steinwachs, D., & Burton, J. R. (2006). Satisfaction with hospital at home care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(9), 1355-1363. doi.org/10.1111/j.1532-5415.2006.00855.x
- Malone, M. L., Capezuti, E., & Palmer, R. M. (2015). *Geriatric Models of Care*. New York: Springer.
- Mercadante, S., Valle, A., Porzio, G., Costanzo, B. V., Fusco, F., Aielli, F., Adile, C., Fara, B., Casuccio, A., & Home Care - Italy (HOCAL) Group. (2011). How do cancer patients receiving palliative care at home die? A descriptive study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 42(5), 702-709. doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.01.014
- Naylor, M. D., & Sochalski, J. A. (2010). Scaling up: bringing the transitional care model into the mainstream. *Issue Brief (Commonw Fund)*, 103(11), 1-12.
- Okeke, N., Schmidt, C., Albarn, S., & Kumian, E. (2020). Implementing value-based primary care delivery in Federally Qualified Health Centers. *Population Health Management*. doi.org/10.1089/pop.2019.0221
- Peizman, S. J. (2009). The Fielding H. Garrison lecture: "I am their physician": Dr. Owen K. Wister of Germantown

- and his too many patients. *Bulletine of the History of Medicine*, 83(2), 245-270. doi.org/10.1353/bhm.0.0200
- Reuben, D. B., Rosen, S., & Schickedanz, H. B. (2016). *Principles of Geriatric Assessment*. In J. B. Halter, J. G. Ouslander, S. Studenski, K. P. High, S. Asthana, N. Woolard, C. S. Ritchie, & M. A. Supiano (Eds.), *Hazzard's geriatric medicine and gerontology*(pp. 157-170). McGraw Hill Professional.
- Rotenberg, J., Kinoshian, B., Boling, P., Taler, G., & Independence at Home Learning Collaborative Writing Group. (2018). Home-based primary care: Beyond extension of the Independence at Home demonstration. *Journal of the American Geriatrics Society*, 66(4), 812-817. doi.org/10.1111/jgs.15314
- Smith, K. L., Ornstein, K., Soriano, T., Muller, D., & Boal, J. (2006). A multidisciplinary program for delivering primary care to the underserved urban homebound: Looking back, moving forward. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(8), 1283-1289.
- Stall, N., Nowaczynski, M., & Sinha, S. K. (2013). Back to the future: home-based primary care for older homebound Canadians: Part 1: where we are now. *Canadian Family Physician*, 59(3), 237-240.
- Stall, N., Nowaczynski, M., & Sinha, S. K. (2014). Systematic review of outcomes from home-based primary care programs for homebound older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(12), 2243-2251. doi.org/10.1111/jgs.13088
- Tejada, J. M., Palmer, R. M., & Malone, M. (2016). *Geriatrics Models of Care*. In J. B. Halter, J. G. Ouslander, S. Studenski, K. P. High, S. Asthana, N. Woolard, C. S. Ritchie, & M. A. Supiano (Eds.), *Hazzard's geriatric medicine and gerontology*(pp. 211-224). McGraw Hill Professional.
- Totten, A. M., White-Chu, E. F., Wasson, N., Morgan, E., Kansagara, D., Davis-O'Reilly, C., & Goodlin, S. (2016). *Home-based Primary Care Interventions*. AHRQ Publication No. 15(16)-EHC036-EF. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- Unwin, B. K., & Tatum, P. E. 3rd. (2011). House calls. *American Family Physician*, 83(8), 925-938. PMID: 21524032.
- Wade, D. T. (1992). Stroke: rehabilitation and long-term care. *The Lancet*, 339(8796), 791-793. doi.org/10.1016/0140-6736(92)91906-o
- World Health Organitaion. (2018). *WHO Definition of Palliative Care*. <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Accessed 26 Aug 2020
- Wottrich, A. W., Von Koch, L., & Tham, K. (2007). The meaning of rehabilitation in the home environment after acute stroke from the perspective of a multiprofessional team. *Physical therapy*, 87(6), 778-788. doi.org/10.2522/ptj.20060152