

호스피스 케어의 대상

서울대학교 의과대학 내과학교실

허 대 석

우리나라에서는 암으로 진단된 환자의 경과에 대한 자세한 추적결과가 알려져 있지 않지만 암으로 진단된 환자(7~8만명/년)의 절반이상(5만명)이 결국은 암으로 사망을 하는 것으로 여러 연구결과 추정된다. 암환자의 절반이상은 암은 치유되지 않고 심한 고통을 겪으면서 암으로 사망한다고 볼 수 있는데, 임종에 이르는

기간을 대부분 고통속에 보내고 있다고 생각된다. 또 암환자들이 병원에서 임종을 맞는 비율이 점점 늘어나고 있는 추세이다.

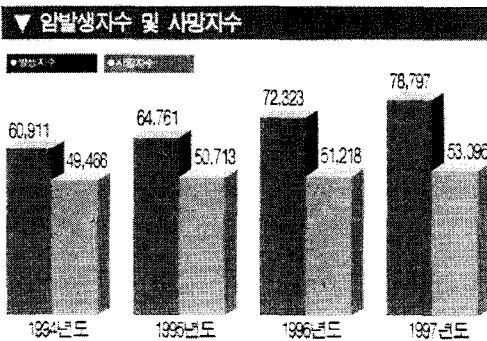
말기암환자의 생존기간

서울대학교병원 중앙내과에서 말기암으로 진단된 271명의 환자(1991년3월-1996년2월)의 생존기간을 생명표방식으로 조사하여 분석결과, 생존기간의 중앙값은 11주였다(Fig. 2)

따라서, 암환자들을 기준으로 판단하면 임종전 3개월 전후가 호스피스-완화의료의 주된 대상이 된다. 그런데, 우리나라에는 아직 공식적인 기준이 없어 외국의 예를 먼저 조사해 보기로 하였다.

미국의 기준

1999년기준으로 미국에서는 240만명이 사망하고 있는데, 이중 50%이하에서 병원에서 사망하며 25%는 nursing home에서, 25%는 가정 등에서 임종을 맞고



연도별 사망장소 변화

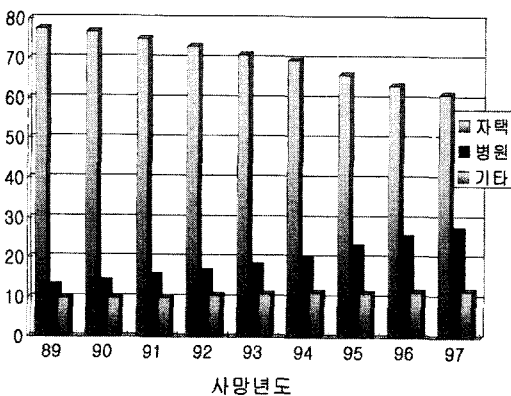


Fig. 1. 한국인에서 암환자 발생수 및 사망자수; 연도별 사망장소의 변화.

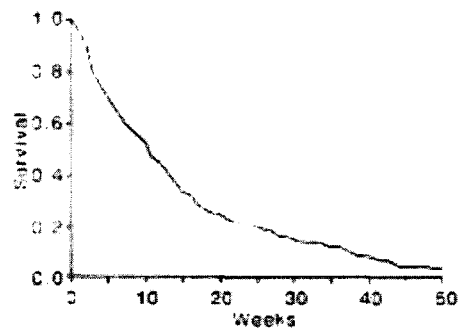


Fig. 2. 말기암환자의 생존기간.

있다. 호스피스 care를 받는 환자의 78%는 가정이나 nursing home 등의 시설에서 사망하고 있다.

일년에 70만명이 호스피스로 들어오고, 이중 60여만 명이 호스피스 care를 받으며 사망하고 있다.

1. 미국 Medicare의 기준

Hospice benefits are available to Medicare beneficiaries who:

1) Are certified by their doctor and the hospice medical director as terminally ill and have a life expectancy of six months or less;

2) Sign a statement choosing hospice care using the Medicare Hospice Benefit, rather than curative treatment and standard Medicare covered benefits for their terminal illness; and

3) Enroll in a Medicare-approved hospice program.

It is important to note that Medicare will continue to pay for covered benefits for any health problems that are not related to the terminal illness.

미국에서 Medicare hospice에 들어간 환자들의 생존기간을 조사해보면, 환자들이 호스피스 프로그램에 들어간 후, 평균 36일 이후 사망한다. 이중 15.6%는 7

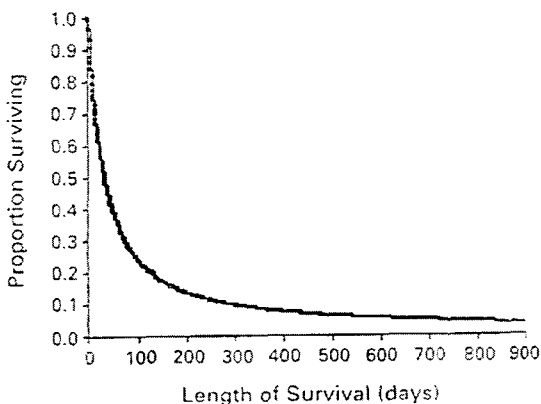


Fig. 3. 미국 Medicare hospice program 환자의 평균 생존 기간.

일만에 사망하는 한편, 14.9%는 6개월 이상 생존하고 있어 의사의 잔여생명(6개월) 예측에 기준한 호스피스 프로그램 허가는 문제점이 있음을 알 수 있다.

영국의 기준

영국은 미국과 달리 명확한 규정을 적용하지 않고 있다. 이는 의료제도가 사회보장형으로 구성되어 있음에 영향을 받고 있다. 주된 대상환자는 암환자인데, 이외에도 HIV/AIDS, Motor Neurone Disease, heart failure, kidney disease 등 생명이 위협받는 질환상태의 환자는 누구나 해당이 된다.

1. Criteria for referral to Palliative Care Team (King's College, United Kingdom)

- Patients with disease not responsive to curative treatment, including but not limited to cancer, motor neurone disease, cardiac or renal failure and HIV-related conditions.
- The prognosis will usually be limited and focus of treatment will usually have changed from curative to palliative
- Short term intervention for psychosocial distress is appropriate even when the focus of care is curative
- A demonstrable need for specialist palliative care services must be established. Appropriate reasons for referral to the team include: pain control; symptom control; psychological distress; complex social needs; or need for referral to other specialist palliative care services (community, day care or inpatient unit)
- Early referrals for patients on active treatment, given with palliative intent, are encouraged
- The referral of patients with acute pain, e.g.

post operative pain, is not appropriate - these patients should be assessed by the Pain Team in the first instance

- The patient and/or their family must be informed of the referral
- Medical permission, preferably from the consultant responsible for the patient's care, must be obtained before the referral is made
- Patients can be referred from the ward or the outpatient clinic

2. Priority of Assessment

The PCT (Palliative Care Team) have defined the following standards for assessing patients after referral to the team

- Emergency severe, uncontrolled symptoms requiring immediate assessment
- Urgent severe symptoms requiring assessment the same day
- Routine assessment within 48 hours of referral

Patients with complex pain or symptom control problems are assessed by a medical member of the team within 24 hours where possible, or are discussed on the telephone.

Follow up may be done by either medical or nursing staff where appropriate. Increasing the medical input to the team would allow for easier access to consultation on patients with complex therapeutic needs.

3. Discharge Criteria

Patients are discharged by the PCT in the following situations

- When after assessment the referral was not thought to be appropriate

- When the patient no longer requires specialist palliative care input

- At the request of patient/family/staff

Patients who are discharged home will not necessarily be discharged from the team if they have ongoing palliative care needs, and further admissions in the near future are likely. Patients can be re-referred to the service should they develop further problems in the future.

A standardised discharge letter to complement the medial discharge summary is sent to the GP, other appropriate members of the primary health care team and community palliative care team on discharge

This means that there is no regulation about who qualifies for care by a palliative care program - it is usually the palliative care team who decide whether a referral is appropriate. (Dr. Ian Maddocks)

일본의 기준

1. Standards for government approval of Hospice & Palliative Care Units (Japan)

- 1) Terminally ill patients with cancer or AIDS
- 2) A full-time physician
- 3) The patient/nurse ratio = or <1.5
- 4) The number of night nurses = or >2
- 5) Single rooms = or >50%
- 6) The total area/bed = or >30 m²
- 7) Additional facilities required
- 8) Team discussion on admission and discharge

2. 일본의 성마리아병원의 병동입원 기준

- 1) 악성종양 및 후천성면역결핍증 환자
- 2) 적극적 항암치료를 행하지 않고 신체적, 정신적, 영적 완화의료를 중심으로하는 QOL의 향상 또는 유지를 희망하는 환자.
- 3) 원칙적으로 수액요법, 고칼로리 수액의 투여는 인정하지 않음.
- 4) 병명고지는 반드시 필요조건이 아님.
그러나 환자 및 가족이 현재의 질병을 치유하는 것이 아니라 질병과 함께 생활한다는 것을 충분히 인식하고 있을 필요가 있다.
- 5) 그 외 판정위원 전원이 필요하다고 인정된 환자

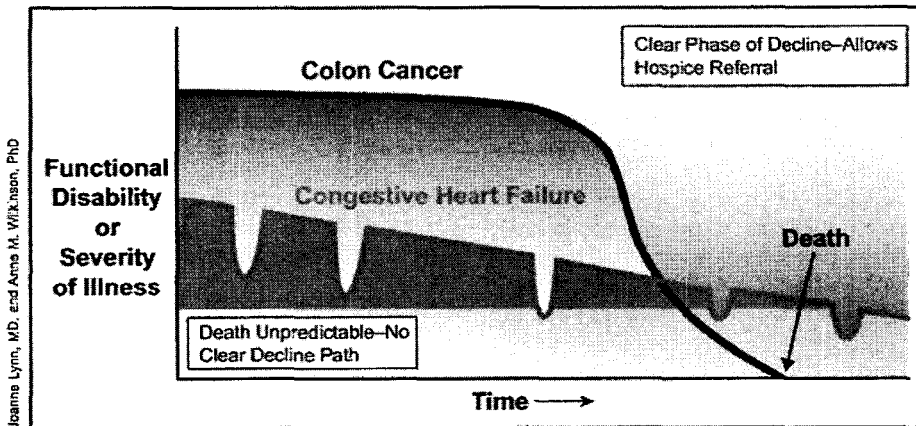
5. 암이외의 만성질환자의 선정기준

암이외의 만성질환자들이 호스피스care를 제대로 받고 있지 못하다. 이들 환자들은 암환자와는 달리 서서히 경과가 악화되기 때문에 환자의 잔여생명에 기준 한 예후예측은 대단히 부정확하다. 이 같은 만성 질환의 대표적인 예가 울혈성심부전(congestive heart failure), 폐기종 (emphysema), 만성간질환 등이다.

6. 암환자의 질병경과에 따른 의사의 역할

Fig. 5에서 보여주듯이 초기에 발견된 경우에는 완치를 전제로, 진행된 시기에 발견된 경우에는 생명연장을 목적으로 적극적인 항암치료가 추천된다. 그런데, 말기에 이르면 적극적인 항암치료로 기대되는 항암효과보다는 부작용으로 인한 손실이 더 우려되므로 더 이상 적극적인 항암치료는 추천되지 않고 '증상조절'을 통해 환자가 편안하게 여생을 보낼수 있도록 도와주는 '완화의료'가 요망된다. 즉, 의사는 말기암환자에게는 적극적인 항암치료의 주관자가 아니라, '증상조절'을 원활히 할수 있도록 도와주는 여러 직종의 'care-giver'들을 이끄는 주체로서의 역할을 수행하여야 한다. 이같은 시대적요구는 미국임상종양학회(ASCO: American Society of Clinical Oncology)의 선언적인 논문에도 잘 반영되어 있다.

과거에는 완화의료를 적극적인 치료가 불가능하다고 판단되는 시점부터 적용하는 생각을 많이 했었으나, 환자들은 말기가 아닌 진행된 시기 적극적인 항암 치료를 받고 있는 시기부터 많은 고통을 받고 있다. 따라서, 완화의료의 시작은 진행된 시기부터 함이 옳다고 본다.



Joanne Lynn, MD, and Anne M. Wilkinson, PhD

Medicare eligibility for hospice referral requires predicting the patient's final decline. Because the final course of chronic illnesses, such as congestive heart failure, dementia, and emphysema, is far less predictable than for most cancers, patients dying of these diseases are not often referred to hospices.

Fig. 4. 암환자와 만성질환자의 임상경과

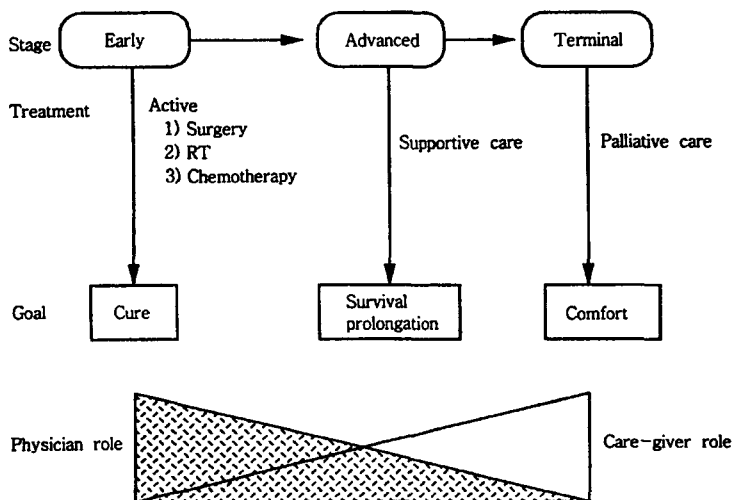


Fig. 5. 암환자의 질병경과에 따른 의사의 역할.

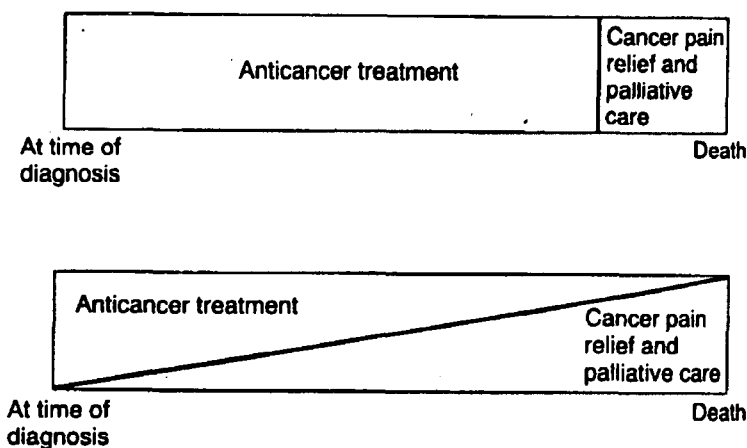


Fig. 6. 의료재원의 질병시기별 바람직한 활용방안.

결 론

호스피스 케어의 대상자 선정은 전문분야의 담당의사의 판단에 따라야 한다. 암환자의 경우, 적극적인 항암치료(수술, 방사선치료, 항암제치료 등)의 시행이 환자의 경과에 더 이상 도움을 줄 수 없다고 판단되면, 환자의 전신상태가 악화되는 말기상태의 환자가 주 대상이 될 것이다. 그러나, 암환자에서도 말기이전의 진행된 시기 (advanced stage)의 환자에서 통증조

절 등 완화의료(palliative care)의 도움이 필요한 환자는 호스피스 케어의 대상으로 적극적으로 수용하여야 한다. 암환자이외의 말기 만성질환자에 대해서도 환자의 상태를 해당분야의 전문가가 평가한뒤, 근원적인 회복의 가능성이 없으면서 악화되는 시기에는 완화의료의 혜택이 필요하며, 구체적인 기준에 대해 사회적 합의를 이루어야 할 것이다.

감사의 글

원고준비에 도움을 주신 윤영호, 이근석, 이상욱 선
생님께 감사드립니다.

참 고 문 헌

1. 윤영호, 허대석, 배종면, 임석아, 유태우, 허봉렬, 김노경. 말기암환자의 생존기간 및 예후인자에 관한 후향적코호트연구. 대한암학회지 제30권 제2호 384-393, 1998
2. ASCO. Cancer Care During the Last Phase of Life. J Clin Oncol 1998;16:1986-1996.
3. 윤영호, 허대석, 전효이, 유태우, 김유영, 허봉렬. 말기 암환자들의 의료이용 형태. 가정의학회지 1998;19: 445-451.
4. Fox E, Landrum-McNiff K, Zhong Z, Dawsonnn NV, Wu AW, Lynn J. Evaluation of prognostic criteria for determining hospice eligibility in patients with advanced lung, heart, or liver disease. JAMA 282: 1638, 1999
5. 윤영호, 허대석. 말기암환자의 3차의료기관 입원의 문제점. 가정의학회지 1996;17:294-304.
6. Christkakis NA, Escarce JJ. Survival of Medicare patients after Enrollment in Hospice Programs. New England J Medicine 1996;335:172-178.
7. Skolnick AA. Medicaring projects to demonstrate, evaluate innovative end-of-life program for chronically ill. JAMA 1998;279:1511.