

호스피스 사회복지사¹의 자격과 업무

서울대학교병원 사회복지사

이 영 숙

서 론

미국 Medicare의 호스피스 관련 규정은 의사, 간호사, 사회복지사, 사목자 및 상담가로 구성된 interdisciplinary team에 의해 호스피스 서비스를 제공하도록 의무화하고 있다[1]. 하지만 우리나라에서 시도되고 있는 대부분의 호스피스는 전문 관련팀에 의한 접근이라기 보다 간호사나 사목자와 자원봉사자의 팀 활동으로 이루어진다[2]. 지적하고 싶은 점은 사회복지사의 미비한 개입과 활동부재로 인하여 통합적인 서비스의 공동노력이 이뤄지고 있지 않다는 것이다. 일부 병원에서 이뤄지고 있는 호스피스 사회복지사의 활동은 호스피스(운영)위원회에 형식적으로 참여하고 있거나 의뢰(consultation)를 통하여 경제적 문제가 심각한 환자의 개입 또는 가족관계 지지에 그치고 있다[3]. 이는 미국의 호스피스 사회복지 서비스가 환자의 입원초기부터 계속적으로 평가하면서 환자 및 가족에게 최상의 대처전략 수립, 지역사회자원 사정, 죽음 준비, 보건복지(health care) 체계의 효과적인 이용을 제공하는 것[4]과 비교된다.

사회복지사가 호스피스 팀 접근에서 전문성을 발휘하지 못하는 이유는 다음과 같다. 첫째, 사회복지사의 수가 절대 부족하여, 사회복지사의 활동이 호스피스 영역까지 확대되지 못하고 있다[5]². 종합병원의 경우 1명 내지 많아야 10명 내외로 일하고 있어서 활동이 다양하지 못하다. 둘째, 호스피스팀에 종사하는 사람들의 사회복지사에 대한 인식이 부족하여 팀웍이 제대로 이뤄지지 못하고 있다. 셋째, 사회복지사의 전문지식과 경험의 부족으로 전문적인 활동을 기대하기 어렵다. 넷째, 구체적인 호스피스 사회복지사의 직무내용이 명확히 설정되어 있지 않아 의료기관마다 사회복지사의 기능과 역할이 통일되어 있지 않다. 때로는 타전문직과의 역할 구분이 모호하여 전문직으로서 사회복지사의 직무를 수행하는데 어려움을 주고 있다[6].

말기환자와 가족의 광범위한 고통을 경감시키기 위한 노력으로써 사회복지사의 역할과 개입은 매우 중요하며, 사회복지사는 말기환자의 삶의 질을 높이기 위해 제반 노력을 기울여야한다. 그러므로 호스피스 관련 의료기관에서 일하고 있는 사회복지사의 전문성과 독립성을 보장하며 미래지향적인 방향으로 발전하기 위해서는 함께 일하고 있는 다른 의료전문직과의 마찰이나 갈등을 줄이도록 사회복지사의 업무를 명확하게 규정하는 것이 필요하다. 본고는 경험과 문헌고찰을 중심으로 호스피스 사회복지사의 자격과 업무를 살펴 보도록 하겠다.

1. 필자는 사회복지사로 사용하고자 한다. 우리나라는 사회복지사업법에 의하여 social worker를 사회복지관 용어로 공식명칭으로 사용하고 있다.
2. 한 예로 미국의 경우 7,000여개의 병원에 약 25,000명의 의료사회복지사들이 고용되어 있다. 반면 우리나라는 2001년 3월말 현재 190개 병원에서 337명(협회 등록회원)의 의료사회복지사가 활동하고 있다. 미등록회원까지 포함하면 451명이 활동하고 있다.

호스피스 사회복지사의 자격

미국호스피스협회(The National Hospice Organization)에서 제정한 호스피스 케어 표준은 호스피스 사회복지사의 자격을 “환자상담, 케이스워크에서 적절한 임상 경험과 석사학위소지자”로 하고 있다[7]. Johnson and Johnson은 일반적인 호스피스 사회사업가의 자격조건을 다음과 같이 규정하고 있다[8].

- ① 인가받은 학교에서 학사학위를 취득한자
- ② 결혼 및 가족 상담을 주 전공으로 석사학위(MSW, MS/MA)를 취득한자(NHO의 권고사항)
- ③ 최소한 1년 내지 3년간 의료기관에서 실무경험이 있는 자
- ④ interdisciplinary team활동을 수행하고 팀의 활동에 기여할 능력이 있는 자
- ⑤ 환자 및 그 가족을 이해하고 돕기 위한 열정이 있는 자
- ⑥ 환자 및 가족을 돕는데 적절한 지역사회 자원에 대한 이해가 있는 자

반면 우리나라는 의료기관에서 일할 수 있는 사회복지사의 자격을 사회복지사 자격증 소지자로 하고 있다[9]. 최희숙은 호스피스 실무전문가 19명을 대상으로 호스피스 인력에 관한 델파이조사 결과, 호스피스 사회복지사는 사회복지사 1급, 학사학위소지자, 2년 정도의 실무 경험을 갖춘 자로 하는 것이 바람직하고, 장차 임상의료사회복지 수련과정을 수료한 임상의료사회복지사로 하는 것이 바람직하다고 했다[10]. 가톨릭대학교 간호대학 호스피스 교육연구소는 1급 자격증 소지자로 소정의 호스피스 교육을 받은 자, 건강관리 전달체계내 또는 지역사회 업무망에서 상담자로서의 경험이 있는 자, 3년 정도의 실무경험자가 적합하다고 제시하였다[11].

이상에서 사회복지사의 자격기준이 우리나라는 사회복지사 1급과 실무경험을 요구하고 있고, 미국은 석

사학위와 실무경험을 요구하고 있음을 알 수 있다. 이와 같은 차이는 우리나라와 미국의 사회복지사 자격제도의 차이와 관련이 깊다. 먼저 우리나라와 미국의 사회복지사 제도를 살펴보고, 바람직한 호스피스 사회복지사의 자격을 제시해보겠다.

1. 우리나라의 사회복지사 자격제도

사회복지사와 관련된 자격증은 사회복지사업법의 사회복지사 1급, 2급, 3급과 정신보건법의 정신보건사회복지사 1급, 2급과 한국사회복지사협회의 전문사회복지사 제도가 있다. 사회복지사와 정신보건사회복지사는 법적 근거를 갖는 자격증이고, 전문사회복지사는 법정단체가 주는 시험을 거친 자격증이다[12].

현재 의료기관에서 일할 수 있는 사회복지사의 자격은 법적으로 사회복지사 1급을 소지해야한다. 사회복지사 1급 자격증은 필수과목 10과목과 선택과목 4과목을 이수한 자에게 주어지는 자격증이다³. 사회복지사 1급 자격증은 보건복지부가 인정하는 4년제 사회복지학과 또는 사회복지 관련 학과를 전공하면 주어진다. 하지만 전문대(2급)를 나와서 실무경력 1년 이상이 되거나, 교육훈련(3급)을 받고 실무경력 3년 이상이 되면 1급을 취득할 수 있다. 따라서 같은 사회복지사 1급 자격증에도 지식과 기술의 차이가 있음을 보여준다.

대부분의 의료사회복지사들은 4년제 대학을 나와 사회복지사 1급 자격증을 가지고 의료기관에서 취업하며, 취업후 경험을 쌓거나, 개인의 편차에 의한 교육을 받고 있다. 이는 기본교육과정만을 마치고 취업하는 것이다. 단지 사회복지사를 채용할 때, 전문성 확보를

3. 필수과목(10과목): 사회복지개론, 인간행동과 사회환경, 사회복지정책론, 사회복지법제, 사회복지실천론, 사회복지실천기술론, 사회복지행정론, 지역사회복지론, 사회복지현장실습
 선택과목(4과목): 아동복지론, 청소년복지론, 노인복지론, 장애인복지론, 여성복지론, 가족복지론, 산업복지론, 의료사회복지론, 학교사회복지론, 정신건강론, 교정복지론, 사회복지장론, 사회복지문제론, 자원봉사론, 정신보건사회복지론, 사회복지지도감독론, 사회복지자료분석론, 프로그램개발과 평가, 사회복지발달사, 사회복지윤리와 철학(현행 1998.8이후)

위해 의료기관에서 실습(사회복지현장실습)을 받거나 선택과목 중에서 「의료사회복지론」을 이수한 자에게 유리한 기회가 주어지는 편이다. 최근 이것만으로는 전문적인 자질을 갖추었다고 보기 어려워 대한의료사회복지사협회(2000)에서는 의료사회복지사의 자격요건으로 1년(주 40시간)의 의료사회복지사 수련기간을 마친 자를 고용하는 개선을 마련해놓고 있다.

2. 미국의 사회복지사 자격제도[13]

사회복지 서비스가 가장 분야별로 전문화된 미국은 사회복지사 자격제도가 임상, 행정, 정책을 구분하거나 노인, 아동, 학교, 교정, 정신보건을 구분하지 않는다. 다만 일반 사회복지사와 임상사회복지사로 구분되며, 임상사회복지사는 등급이 몇 개로 나누어지는 자격증이 있다. 즉 미국의 경우 전문화된 진단과 치료를 주로 담당하는 전문인으로서의 임상사회복지사(clinical social worker)가 있으며 초보적인 수준의 사회복지사(social worker)를 기본자격으로 하고 있다. 이들은 주가 정하는 법에 따라 시험을 치른 후 licensed clinical social worker와 licensed social worker로 구분된다 [14].

1) licensed clinical social worker (certified clinical social worker)

- ① 도덕성(of good moral character)에 결함이 없는 자
- ② 인준된 학교에서 석사학위를 받은후 수퍼비전하에서의 3000시간의 임상경험
- ③ 시험에 합격한 자

2) licensed social worker (certified social worker)

- ① 도덕성에 결함이 없는 자
- ② 인준된 대학에서 사회사업석사학위를 받은 자
- ③ 인준된 대학에서 학사학위를 받고 수퍼비전 하에서 적어도 3년간의 경험을 쌓은 자
- ④ 시험에 합격한 자

사회복지사 자격제도가 분야별로 발달되어 있지 않고 임상이라는 하나의 큰 단위로 묶이는 이유는 미국의 대학과 대학원에서의 교육에서 비롯된다. 사회복지사 자격제도는 사회복지교육협회(Council on Social Work Education)가 인정하는 대학원에서 전공별 교육 및 훈련을 한 영역의 자격증을 부여해 줄 정도로 강화되어 있다. 그 결과 시험응시 자격기준 설정에서 대학원에서의 교육을 자신의 전문 분야로 인정해주며 그 전공내에서 받은 교육 및 임상훈련을 인정해준다. 많은 대학원이 이 전공제도를 갖고 있는데 예를 들면, 위스콘신 대학의 경우 노인, 아동 및 청소년과 가족, 아동복지, 성장장애, 보건위생, 정신건강, 만성정신질환, 학교사회복지 등이 전공으로 되어 있다.

따라서 학위 후 또는 수련 후 전문분야가 결정되는 것이 아니라 교육 과정에서의 전공이 전문분야로 인정되며, 해당 분야에 가서 실무경력을 쌓아서 전문가로 인정받게 된다. 전문분야별 교육은 이미 학교에서 받은 것으로 보고, 수련과정 중에서는 특별히 교육을 시키도록 법제화되어 있지 않으며, 수퍼비전 또는 수련기간의 수련내용의 범위를 법적으로 규정해 놓고 있지 않다.

3. 호스피스 사회복지사의 자격

미국은 대학원의 전공이 전문분야로 인정되고 있고 취업전 충분한 교육과 임상훈련을 받고 있다. 따라서 대부분의 임상사회복지사는 석사학위소지자다. 한편 우리나라는 충분한 교육과 임상훈련없이 학사학위 또는 사회복지사자격증만으로도 취업이 가능하고, 취업 후 자신의 전공분야가 결정되어, 전문성을 기대하기 힘들다. 그러므로 국내에서도 호스피스 사회복지사의 자격 조건으로 석사학위소지자와 실무 경험자를 원하는 이유도 여기에 있다 하겠다.

하지만 호스피스를 수행하는 기관 50여개 중에 사회복지사나 사회복지사가 있는 기관은 21개이며, 이중 50%이상의 사회복지사가 호스피스 활동에 미비한 참

여를 하거나 전혀 참여하지 못하고 있는 상황[15]에서 석사소지자와 경험을 갖춘 사회복지사를 확보하기가 쉽지 않다. 왜냐하면 대부분 4년제 대학을 나와 사회복지사 1급 자격증을 갖고 활동가능하기 때문이다. 우리의 실정을 고려하면, 전문적인 자질은 부족하지만 석사학위자보다 학사학위 소지자로 하는 것이 보다 많은 참여를 유도할 수 있다는 이점이 있다. 따라서 필자는 우선 사회복지사의 인력확보를 위해 호스피스 사회복지사의 자격을 최소한 사회복지사 1급자격증을 소지한 학위소지자로서, 2년 정도의 경험을 갖고 있는 자로 할 것을 제안한다.

그러나 4년제 학위자와 경험만으로는 호스피스 활동에 필요한 지식과 기술이 부족하다. 대부분의 교과과정은 호스피스 과목도 없으며, 의료현장에서 필요로 하는 전문 교육(예 위기개입, grief therapy 등)을 제공하지 못하고 있기 때문이다. 따라서 대한의료사회복지사협회가 추진하고 있는 1년간의 수련제도[16]를 이수한 자로 하는 것도 좋은 방안이라고 생각한다. 이수련제도는 의료기관에서 필요로 하는 전문 이론과 임상훈련을 제공하여 사회복지사의 전문성을 높이는 데 목적을 두고 있다.

호스피스 사회복지사의 역할

사회복지서비스는 의료기관의 통합적인 서비스를 위한 중요한 부분이 되어야한다. 따라서 사회복지사는 개인, 가족, 중요한 타자는 물론 특정 인구집단, 지역사회 및 건강관련 특별 프로그램과 교육체계에 사회복지 서비스를 제공하여야 한다[17]. 이러한 사회복지서비스의 목적은 다음과 같다[18].

- ① 환자, 가족, 중요한 타자에게 직접 사회복지 서비스를 제공
- ② 환자, 가족, 중요한 타자에게 기관과 지역사회자원으로부터 최상의 혜택을 받을 수 있도록 원조
- ③ 환자, 가족, 중요한 타자와 직원간의 의사소통을

증진

- ④ 환자의 최적의 삶의 질과 독립적인 기능이 유지 되도록 치료적 환경을 조성하고, 프로그램과 정책 계획에 환자가 최대한 참여
- ⑤ 기관과 지역사회 상호간의 상호작용을 증진시키고 보다 광범위한 지역사회자원과 연계하여 사회자원 및 보건 자원을 개발

이러한 목적 수행을 위한 사회복지사의 역할은 사회복지사가 일하는 기관의 기능, 사회복지사가 속한 조직의 인적 구성, 사회복지사의 인력, 팀웍에서의 역할 기대 및 역할 분배 등에 따라 다르다. 또한 구체적인 업무는 직무의 중요도, 서비스 대상자, 서비스 대상자의 문제유형, 사회복지사의 적급에 따라 다르다[19].

이광재는 호스피스 사회복지사의 역할을 개입이란 측면에서 직접적 개입과 간접적 개입으로 나누고 있다. 직접적 개입은 상담치료, 환경의 조정, 자원체계의 조직 및 동원이라 했고, 간접적 개입은 팀멤버로서의 접근과 협의 진단, 서비스의 통합 및 조정, 기타활동으로 구분했다[20]. B. Rusnack은 호스피스 사회복지사의 역할을 개입 대상자를 중심으로 ① 환자를 대상으로 한 역할 ② 가족을 대상으로 한 역할 ③ 호스피스 팀원을 대상으로 한 역할 ④ 지역사회 서비스망(service network)을 대상으로 한 역할로 나누고 있다[21]. 이러한 업무는 의료사회복지사가 수행해야 하는 핵심업무와 거의 일치한다. 단, 호스피스의 목적달성을 위해 전문적인 지식과 기술을 필요로 한다. Monroe는 핵심업무와 확대업무로 나누었다. 핵심업무는 ① 개인, 가족, 물리적 자원, 사회적 자원에 대한 평가 ② 개입 ③ 상담이다[22].

필자는 Monroe의 핵심업무와 확대업무를 토대로 호스피스 사회복지사의 업무를 살펴보고자 한다. 여기서 핵심업무²³⁾는 심리사회적 평가, 개별상담, 집단상담, 정보의 제공과 의뢰(Referral)로 나누어 살펴보겠다. 확대업무는 호스피스팀에서의 자문, 지역사회와의 연계, 직원 교육, 자료 발간, 자원봉사자에 대한 자문,

호스피스 책임자로 나누어 살펴보겠다.

1. 핵심업무(The Core Social Work Task)

1) 심리사회적 평가(Psychosocial Assessment)

사회복지사는 인간을 환경과의 관련성(Person-In-Environment: PIE)에서 바라보는 총체적 시각을 갖고 있다 이러한 시각에 의하여 환자를 둘러싼 환경이 평가의 대상이 되며, 환자의 문제를 해결하기 위한 개입 영역도 환자 개인 뿐만 아니라 가족, 친구, 중요한 타자까지 확대한다[24]. 따라서 사회복지사는 환자의 심리적, 환경적, 경제적 상황과 가정환경, 가족간의 의사소통 패턴 등을 평가하고, 평가결과에 나타난 문제와 욕구에 대하여 개입 계획을 세운다. 이때 호스피스환자의 심리사회적 평가도구[25]를 활용하는 것도 효과적이다.

(1) 말기환자

환자의 개인력을 파악하고, 환자가 질병발생 이전에 어려운 문제가 발생했을 경우 어떻게 문제를 극복해왔는지, 질병발생 후 어떠한 사회적, 정신적, 경제적인 문제가 발생했으며 변화했는지, 자신의 질병을 어느 정도 받아들이고 있으며 치료과정에 대한 이해는 어느 정도이고, 치료에 임하는 태도는 어떠한 지를 살핀다 [26]. 그리고 최근에 어떤 스트레스 사건이 있었는지, 주변에서 환자를 도와줄 수 있는 지지자원을 동시에 파악한다. 특히 이혼, 사별 등으로 혼자된 환자나 실직하여 경제적인 어려움을 겪는 환자, 또는 가족내에 또 다른 환자가 있는 경우 등은 대처하는데 어려움을 더 가질 수 있기 때문에 세심하게 평가해야 한다. 지지해 줄 수 있는 자원이 부족한 경우 예를 들면 돌봐줄 가족이 없거나 친구가 없는 환자, 부양가족이 없는 단독 노인세대환자, 과거에 자살했거나 정신병력이 있는 환자도 주의깊게 평가해야 한다.

(2) 가족

초기에 가족의 긴급한 욕구와 장기간에 필요한 욕구를 파악하는 것이 필요하다. 이때 평가할 내용은 가

족구성원의 역할과 역할 변화, 장점과 단점, 어려움, 대처 능력을 평가해야한다. 또한 가족 안에서 이뤄지고 있는 의사소통 패턴과 가족구성원 서로간의 지지 정도, 갈등 요소 등을 파악하고 환자의 병으로 인하여 영향을 받는 정도를 평가해야한다. 예를 들면 현재상황을 수용적으로 받아들이고 있는지, 부정적으로 받아들이고 있는 지이다. 특히 가족 안에 취약한 구성원- 어린 자녀, 돌봐주어야만 하는 노인, 장애인- 이 있는 지도 살펴보는 것이 중요하다. 무엇보다 중요한 일은 환자와 그 가족이 직면하고 있는 문제상황에 내포된 다양한 요인들을 파악하고 이해하는 일이다.

(3) 재정상태

질병으로 인하여 노동능력이 상실되어 수입원이 단절되거나 장기 입원으로 인한 비용의 증가로 치료비 해결능력이 부족한 환자들의 최대의 관심사는 경제적인 문제 해결이다. 특히 말기환자들의 재정 상태는 진단초기에 환자를 지지하고 적극적으로 돕고자하는 주변 자원이 시간이 지나면서 고갈되어, 더욱 큰 어려움에 놓여 있는 경우가 많다. 경제적인 상태의 평가는 환자와 가족의 현재 수입 정도, 환자의 주변상황의 지지 정도, 환자의 주거상황, 부채 정도 등에 초점을 둔다.

(4) 사회지지망(social network)

지역사회내에서 이용할 수 있는 원조 체계(helping system)-학교, 교회, 직장 등을 파악해야 한다. 때에 따라서 환자를 위해 목사가 정기적으로 방문하는 것이 환자에게 지지를 제공할 수 있다. 또한 학교 모금이나, 교회 지원도 큰 역할을 담당할 수 있다.

2) 개별상담

환자와 가족, 중요한 타자가 갖고 있는 개별적인 감정과 고민은 다를 수 있다. 사회복지사는 환자 또는 가족, 중요한 타자를 개별적으로 만나면서 그들의 감정과 욕구를 표현하도록 도와준다. 또한 실제적인 도움을 주도록 상담한다.

말기환자는 임종과 관련된 대화를 꺼리기 때문에

가족들은 대화의 어려움을 겪는다. 이러한 대화의 어려움은 힘든 상황을 숨기고 환자, 가족 서로 필요한 대화를 하지 못하게 하고 감정을 나누지 못하게 한다. 특히 가족들은 환자에게 입증사실을 알려야 좋을지, 알리지 말아야 좋을지 갈등을 하는 경우가 많다[27]. 왜냐하면 우리의 경우 외국과 달리 말기로 진행되면 의사가 먼저 가족에게 말기 사실을 알려주기 때문이다. 이 때 가족이 신중한 결정을 하도록 상담을 제공할 수 있다. 만약 가족이 환자에게 끝까지 진단을 숨기겠다는 입장이라면, 환자와 가족간의 대화가 어려워지고 환자가 자신의 상태를 호전된 것으로 알고 무리한 생활을 계속하거나 미래에 대한 준비 없이 시간을 낭비할 수 있음을 알려주어야 한다.

때로 사별가족에게 상담이 제공되어야 한다. 환자의 사망으로 인한 가족의 비탄(grief)은 정상적인 경험이지만 어떤 가족은 스스로 해결하지 못하고, 도움을 필요로 한다. 왜냐하면 그들의 사전 경험이나 대인관계, 사망으로 인한 복잡한 환경 등으로 어려움이 발생하기 때문이다. 따라서 표현되지 않은 비탄은 신체적인 증상, 망상적인 행동, 가족의 파괴와 개인의 타락으로 이어질 수 있기 때문에 예방적인 차원에서 다루어져야 한다. 사별서비스는 여러가지 형태로 제공될 수 있다. 서비스제공자도 의사, 간호사, 심리학자, 사회복지사, 훈련받은 자원봉사자에 의해서도 제공될 수 있다. 하지만 사별가족에 대한 개입은 장기간에 걸쳐 제공되어야 하기 때문에 지속적인 도움을 줄 수 있는 전문가가 담당하는 것이 좋다.

한편 아동은 주변 상황에 민감하며, 어른처럼 정서적인 어려움을 겪는다. 아동은 대개 부모가 질병에 걸렸을 때 제대로 얘기해주지 않을 경우 실제보다 더 악화된 상황으로 생각하기 쉽다. 자신이 집에서 잘못된 일이 없는지 자책하면서 자기 자신과 실제 일어난 상황을 관련하여 생각한다. 모든 아동이 이와 같은 생각을 하는 것은 아니지만, 아동이 어른과는 다른 방식으로 사고한다는 것을 기억해야 한다. 사회복지사는 아

동이 자신의 감정을 잘 표현할 수 있는 환경을 만들어 주고, 효과적으로 의사소통을 할 수 있도록 도와준다. 특히 부모를 교육하여 아동에게 계속적인 관심을 갖도록 해야한다. 학령기아동의 가족구성원의 상실이 아동 발달에 크게 영향을 줄 수 있다는 연구결과를 고려하면, 사회복지사는 아동이 받을 부정적인 영향을 최소화시키는데 책임이 있다[28].

3) 집단상담

집단상담은 비슷한 상황에 있는 사람들이 모여 공통적인 관심사를 나누고, 서로 지지를 제공하며 질병에 대해 배우고, 자신이 처해 있는 상황을 수용하고 더 잘 다룰 수 있게 한다. 이러한 집단상담은 전문가와 도움자에 따라 치료집단, 교육집단, 자조집단 등의 형태가 있다. 한 예로, 서울대병원에서의 '암환자와 가족을 위한 교육 및 상담 프로그램'은 의사, 간호사, 사회복지사, 영양사, 약사, 자원봉사자가 모여 주1회 의료정보와 정서적 지지를 제공하고 있다. 여기서 사회복지사는 프로그램 전반을 계획하고 진행하는 조정자의 역할과 심리사회적 상담을 제공하고, 팀미팅을 수행하여 전문가간의 의사소통을 도모하고, 환자와 가족의 욕구를 대변하는 역할을 수행한다.

현재 우리나라는 말기환자를 위한 집단 프로그램이 매우 부족한데, 호스피스 전문인력의 팀웍을 증진시키고, 환자나 가족에게 정보와 지지를 효과적으로 제공할 수 있다는 점에서 활성화되어야 한다. 특히 부모를 잃은 자녀모임이나 자녀를 잃은 부모모임 등은 서로를 도와줄 수 있는 매우 필요한 활동이다.

4) 정보의 제공 및 의뢰(Referral)

환자들은 앞으로 어떤 치료과정을 겪게 될까, 어떤 식사가 좋을까, 그리고 고통이 온다면 어떤 도움을 받을 수 있을까 등에 대해 관심을 가지게 된다. 그러나 이와 같은 궁금증을 해결하지 못하는 경우가 있다. 누구에게 물어봐야 좋을지도 모르고, 치료방법에 대해서 궁금한 점이 있어도 의사에게 질문하는 것을 주저하기도 한다. 이때 정보의 제공은 호스피스 팀에서 융통성

을 가지고 제공해야한다. 간단한 정보라면 사회복지사가 알려줄 수 있겠지만, 구체적인 상담이 필요한 것은 관련된 호스피스 제공자를 연결해주면 된다. 정보제공에 있어서 주의할 점은 환자와 가족이 수용할 수 있는 정보를 고려하여 제공하고, 한꺼번에 너무 많은 정보와 치료절차를 알려주어 지나친 걱정을 주지 않도록 조심해야한다. 또한 알려준 정보에 관하여 환자나 가족이 제대로 알고 수행하는 지를 지켜보아야 한다.

정보제공은 간단한 주소나 전화번호를 알려주는 것만으로 충분하지 않다. 환자와 가족은 자신에게 필요한 정보와 자원을 파악하고 있지만 어떻게 해야 좋은지 모르는 경우가 있다. 환자들이 알고 싶어하는 정보는 다양하다. 예를 들면, 재정지원, 간병인 이용, 자원봉사자 이용, 물품구입(휠체어, 침대 등), 차량지원, 가사보조, 아이 돌봐줄 사람, 사체 기증 등이다. 이러한 항목은 일일이 확인하기 어려울 경우 check list를 이용해도 된다. 따라서 특별한 욕구를 가지고 있는 환자와 가족의 상황을 고려하여 적절한 자원 연결이 이뤄지도록 관련기관과 지역사회정보에 대한 구체적인 지식이 있어야 한다.

위와 같은 서비스의 제공은 의뢰과정에서 지역사회 담당 직원과 전화, 대면 서류 등 빈번한 접촉과 환자와 가족과의 충분한 상담을 거쳐서 이뤄져야 한다.

2. 확대업무

1) 호스피스팀내에서의 자문

(internal consultancy)

의사와 간호사에게 필요한 자문을 제공한다. 이를 위해서는 의사, 간호사처럼 함께 회의(ward meeting)에 참석한다. 또한 사회복지사의 상담 내용은 기록하여 정보를 공유하도록 한다.

2) 지역사회와의 연계(community liaison)

지역사회지원과 비의료적인(non-medical) 자원과 연계를 가져야한다. 지역사회에 환자와 가족의 욕구를 대변하고, 옹호하는 역할을 담당하고, 환자와 가족이 원

하는 서비스의 개발을 위해 중개자 역할을 담당한다.

3) 직원교육(Staff Education)

함께 일하고 있는 동료사회복지사를 교육하고 훈련하는 일에 참여하며, 다른 의료진에게도 도움이 될 수 있는 내용으로(예를 들면, 이용가능한 지역사회정보, 효과적인 의사소통기술 등) 교육을 제공한다.

4) 자료 발간

사회복지사의 기술 향상을 발전시키기 위해 책을 발간하기도 하고, 환자와 가족에게 도움이 되는 구체적인 내용으로 소책자 제작에 참여한다.

5) 자원봉사자에 대한 자문

사별가족에 대한 프로그램은 장기간에 걸쳐 제공되어야하며, 특히 전문자원봉사자를 활용하여 함께 일할 수 있다. 이 때 봉사자들을 지도하고, 자문을 제공함으로써 양질의 서비스를 제공할 수 있다.

6) 대외 활동

환자의 이익을 위해 타지역 의료조직과 연계하는데 적극적으로 참여한다. 예컨대 학교선생님, 종교지도자, 복지관 직원, 임종관리와 관계된 직원들의 교육에 참여한다.

7) 호스피스 책임자

복지관이나 자원봉사 사별서비스 기관에서 일할 경우 책임자 역할을 담당할 수 있다. 이때 호스피스 팀을 효과적으로 관리하고, 호스피스자원을 이용하기 어려운 환자에게 전화로 자문을 제공할 수 있다.

결 론

이상에서 호스피스의 사회복지사의 자격과 구체적인 업무를 살펴보았다. 필자가 제시하는 사회복지사의 자격은 최소한 사회복지사 1급 자격증을 소지한 학사 학위자로 2년 정도의 실무경험을 가진 자로 할 것을 제안한다. 하지만 이 기준은 호스피스 사회복지사의 인력 확보 차원에서 제시한 것이며, 전문성 확보를 위해서는 석사학위소지자로서 실무경험자로 힘이 바람직

하다. 현재로서는 전문성 확보를 위해 의료사회복지사 협회에서 추진하고 있는 수련제도를 이수한 자로 할 것을 제안한다.

사회복지사의 역할에 대해서는 핵심업무와 확대업무로 살펴보았다. 그러나 전문적인 사회복지사의 역할을 수행하기 위해서는 호스피스 사회복지사의 역할에 대한 표준화된 기준이 필요하다. 이러한 기준에는 사회복지사의 철학, 목적, 업무 범위가 명확히 제시되어야 하며, 사회복지부서의 책임과 호스피스사회복지사들을 위한 적절한 교육 내용 등이 포함되어야 한다. 따라서 이를 위해서는 학교, 사회복지기관, 학회(협회) 등의 적극적인 참여와 협동적인 노력이 필요하다.

본고는 임상가의 입장에서 경험과 문헌고찰을 통해 호스피스 사회복지사와 자격과 업무를 살펴보았으나 앞으로 보다 많은 논의를 거쳐 우리실정에 맞는 표준화 작업이 이뤄지길 바란다.

참 고 문 헌

1. J. M. Martinez, "The Interdisciplinary Team," In D. C. Sheehan & W. B. Forman(Eds.), *Hospice and Palliative Care: Concepts and Practice* (1996), pp. 21-30.
2. 윤진영. "호스피스에 있어서 사회사업가의 역할," 대구효성가톨릭대학교 대학원, 석사논문, 1998, p. 37.
3. 윤진영, "호스피스에 있어서 사회사업가의 역할," p.36.
4. 한국가톨릭호스피스협회, 호스피스케어표준 (1995), p.15.
5. 한인영, 최현미 공저, 「의료사회사업론」, (서울: 학문사, 2000), p. 26.
대한의료사회복지사협회 회원관리부.
6. 이광재, "한국호스피스의 활성화를 위한 의료사회사업적 개입방안 연구," 중앙대학교 사회개발대학원, 석사논문, (1993), p. 91.
7. 한국가톨릭호스피스협회, 전게서, p. 15.
8. G. A. Johanson and I. V. Johanson, The Core Team, In D. C. Sheehan & W. B. Forman (Eds.), *Hospice and Palliative Care: Concepts and Practice* (Sudbury, MA: Jones & Bartlett,

- 1996), pp. 31-40.
9. 의료법 시행규칙 28조 62항 6호(의료인 등의 정원)
10. 최화숙, "보건의료전달체계 내에서의 호스피스 인력에 관한 연구," 「간호탐구」(1999), pp. 96.
11. 가톨릭대학교 간호대학 호스피스교육연구소, 호스피스센터 모델 개발안, 대한간호협회, (2001), p. 21.
12. 한국사회복지사협회, 회원자격규정.
13. 양옥경. "사회복지 전문 자격제도," 「사회복지」, (1996 가을), pp. 52-54.
14. 엄예선. "의료사회복지사의 전문화와 자질향상 방안," 「대한의료사회복지사협회 Workshop 보고서」(1991), p. 19.
15. 윤진영. 전게서, p. 37.
16. 김호순. "의료사회복지사 수련교육 표준화 모델을 위한 제시," 「의료사회복지사 슈퍼바이저 교육」(한국사회복지사협회, 2000), pp. 129-139.
17. 한인영외, 전게서, 미국사회복지사협회의 의료사회복지기준, 부록.
18. NASW Standards for Social Work Services in Long-Term Care Facilities, 1981.
19. 연세대학교 사회복지연구소, 「의료사회복지사의 직무표준화를 위한 연구」(대한의료사회복지사협회 주관, 1997), p. 14.
20. 이광재, 전게서, p. 82.
21. B. Rusnack, S. M. Schaefer and D. Moxley, "Safe Passage: Social Work and Functions in Hospice Care," *Social Work in Health Care*. Vol.13/3 (1988): pp. 3-5.
22. B. Monroe, "Social Work in Health Care," In D. D. Hanks G. W. C. MacDonald, *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 2nd Ed. (Oxford, 1988), pp. 867-880.
23. 연세대학교사회복지연구소, 전게서, p. 77.
24. 사회복지대백과사전, "환경내 인간," 3권, (나눔의 집, 1999), p. 2052.
25. M. W. Lusk, "The Psychosocial Evaluation of the Hospice Patient", *Health and Social Work*, Vol.8/3 (Summer, 1983): p. 211.
26. 한인영외, 전게서, p. 206.
27. 이영숙외, "말기암환자와 가족을 위한 집단상담 프로그램," 「한국호스피스 · 완화의료학회지」, Vol. 1/1, (1998), p. 61.
28. W. V. Ornum & J. B. Mordock, "Talking and Listening to Children," In *Crisis Counseling with Children and Adolescents*, (The Continuum Publishing Company, 1988), pp. 19-40.