

호스피스 전개에 있어서 과제와 방향에 대한 모색
- 호스피스 전개를 위한 교육적 측면에서 -

조 유 향
(관동대학교 간호학과)

목 차

I. 서 론	V. 호스피스의 과제와 문제점
II. 연구방법	VI. 호스피스대책의 발전적 방향
III. 호스피스요구의 증대	VII. 고 찰
IV. 호스피스의 현황과 실태	VIII. 결 론
	참고문헌

I. 서 론

인간은 누구나 죽는다는 사실에 직면해서 한번쯤 죽음을 생각해 보았을 것이다. 그러나 일반적으로 죽음에 대해서는 언급하지 않는 상태였으며, 대화의 장에서도 거론되지 않은 편이었다. 최근에는 지금까지 금기시되어 왔던 죽음에 대한 내용이 점차 일반화되어 일반인은 물론 철학자 및 의료전문가나 사상학자 등은 각자의 분야에서 죽음에 대해 많은 관심을 기울이고(삶과 죽음을 생각하는 회, 1993), 연구하고, 캐내려고 하고 있는 것은 주지의 사실이다.

미국 과학원의 통계에 의하면 해마다 미국인들중 800만명 이상이 직계가족 구성원의 상실을 경험한다고 한다(Joyce Brothers, 1992). 우리나라도 매일 많은 수의 환자들이 의료기관과 가정에서 죽어가고 있다해도 과언이 아니다. 죽음은 우리 모두로부터

사랑하는 사람을 빼앗아간다. 그러나 모든 상실이 죽음으로 비롯되는 것은 아니다. 죽음에 임하는 질병으로 괴로워하는 환자와 환자를 둔 수많은 가족들도 비탄에 잠길 수 있다. 이런 사람들에게 어떠한 도움을 주어야 할 것인가를 생각해 보아야 할 시기에 있다고 본다.

그런데 죽음에 대해 우리 의료인들이 흔히 갖고 있는 문제들이 있다. 환자가 임종상황에 직면할때 죽음을 받아들이고 그들을 돌보기 보다는 오히려 의면해 버리거나, 무서워한다는 점이다. 또한 살아날 수 있는 환자의 경우에도 쉽게 포기해 버리는 경향이 있다. 그러면 환자들이 죽어 가는 임종상태를 지켜 보면서 우리는 어떤 태도의 마음가짐으로 돌보아야 하는가를 생각하여야 할 것이다. 그리고 어떻게 관여하고 간호하여야 하는가도 심사숙고하여 수행해 나가야 할 것이다.

우리는 임종에 가까운 사람이 인간존엄성을 가지고 인간답게 죽도록 도와주는 것이 의료인의 사명이라고 할 수 있다. 즉 임종환자를 포기하지 않고 끝까지 사랑과 정성으로 양질의 돌봄을 제공하려는 의료형태가 요구된다. 점차 임종간호의 필요성이 대두되면서 과거 임종환자를 돌보았던 호스피스스의 의미가 고조되고 이에 부응하여 병원은 물론 시설에서 호스피스를 요구하는 곳이라면 가정으로까지 확대, 제공되어야 한다는 호스피스스의 중요성이 이미 강조된 바 있다.

그리고 말기환자의 관리에 일반적인 진료와 간호보다 호스피스가 효율적임이 지적된 바 있다. 현대 호스피스스의 창시자인 Cicely Saunders가 이미 호스피스스의 모색을 통해서 말기환자를 관리하였다(조유향, 1994). 또한 호스피스스의 Care 효과에 관한 연구(왕매련외, 1990)에서 보면, 심리적 상태와 고통의 호소와 제공받는 간호의 만족감 등이 병원이나 양로원에 있는 환자보다 호스피스에 있는 환자들이 더 좋은 상태임을 시사하고 있어 호스피스스의 필요성은 당연한 것이라 하겠다.

미국의 경우는 임종환자들의 특수하고 충족되지 못하는 요구를 충족시키고자 하는 시도 이외에 의료비의 상승, 평균수명의 연장, 의료장비의 고급화에 따른 정부의 의료비 지출을 감소시키기 위한 대체 의료서비스의 한 방안의 모색으로 더욱 Hospice Program이 활성화 되었다. 그래도 아직 전통적인 의료 형태내에서 지불상환 문제, 재정적 문제, 서비스의 질, 직장단위의 의료보험에서도 호스피스 프로그램 제공을 제공하는 방법 등이 아직 문제로 남아있다.

우리 나라도 예후가 불량하고 사망이 가깝다고 인정되는 환자의 장래 예측을 감안해 볼 때 임종환자의 수요가 증대될 것이라는 관점에서 바람직한 임종환자를 위한 돌봄의 한 방안으로 호스피스스의 합리적인 접근방안을 모색해 보아야 할 것이다.

본 연구의 목적은 첫째 우리나라에서 호스피스에 대한 요구의 정도가 어느 정도인지를 파악해 보며,

둘째 현재 국내에서 제공되고 있는 호스피스스의 실태와 문제점을 검토하여 보고, 셋째 보다 효율적인 호스피스전개에 있어 발전적인 방향으로 전개되는데 요구되는 과제와 이에 대책방안을 강구해 보고자 한다. 따라서 본 연구는 앞으로 호스피스가 전국적으로 전개되는데 있어 도움이 되는 연구자료의 제공이라는 측면에서 의미있는 연구라 하겠다.

II. 연구방법

본 연구에서 사용된 주된 연구방법은 문헌연구로 호스피스사업에 관련된 기존문헌을 중심으로 살펴보고자 한다. 우리나라는 아직 호스피스가 전국적으로 확대, 전개되지 않은 실정이며, 시범적으로 일부 의료기관과 관심있는 종교단체에서 개별적으로 실시하고 있어 자료가 많지 않으며 구체적인 실태 파악도 어려운 실정이다. 따라서 지금까지라도 실시되고 있는 호스피스를 파악해보는 것만으로도 매우 의미있는 것으로 사료되며, 호스피스는 이익에 앞서 자생적으로 동감을 가진자들의 활동에서 유발되고 있다는 점에서 볼 때 연구자료는 호스피스에 관심이 있는 기관과 호스피스를 제공하려는 모임에게는 뜻깊은 자료가 되리라 생각한다.

호스피스 수요는 기존의 통계자료를 이용하여 사망율과 이환율을 보았으며, 호스피스스의 효율성에 대해서는 진료비에 관한 자료도 살펴보고자 하였다. 또한 사망장소의 현황과 종말기 치료방침에 대해서도 알아보았다.

III. 호스피스 요구의 증대

우리 나라는 국민소득의 증대와 더불어 보건의료수준의 향상으로 인하여 평균수명이 현저하게 연장되면서 전체 인구중 노인인구의 비율이 해마다 증가함과 함께 암을 비롯한 각종 만성 퇴행성 질환이 점차 증가하고 있다. 이는 죽음에 이르는 기간이 길어

저 호스피스가 요구되는 대상자가 증가할 것이라는 점을 암시하는 것이라고 풀이할 수 있다.

즉 이러한 문제는 노인들이 다른 연령층에 비해서 발병율이 높고, 특히 만성 퇴행성 질환이 많아서 장기치료를 요하게 됨을 시사하게 된다(표 1). 이러한 질병양상의 변화는 사망원인의 구조적 변화로 이어진다 하겠다. 실제 우리 나라의 사망원인 중 암이 차지하는 비율이 5대 사망원인 중에 포함되며, 노인의 사망원인 중에는 순환기계질환으로 인한 사망이 전체 사망의 42.7%를 점유하며, 다음은 악성 신생물이 11.9%로써 전체 사망의 과반수 이상을 차지하고 있다(통계청, 1991). 또한 암환자로 등록된 사람이 1983년에는 37,236명이었으나 1988년 7월 1일~1989년 6월 30일 동안에는 50,215명이며, 이중에 악성종양환자는 42,135명으로 나타났다(보건사회부, 1990).

사망율도 영아사망율이 높으나 점차 낮아져 5~14세 연령층에서 가장 낮다가 연령이 높아짐에 따라 점차 증가되어 45~54세 연령층에서부터 급격히 증가되어 65세 연령층에서 가장 높아져 이들 대상자들에 대한 말기간호와 더불어 가족간호도 적절히 요구되는 실정이다.

한편으로 말기환자의 진료와 간호가 현대의학의 치료의학 중심에서 밀려나서 제대로 안되고 있는 실정이며, 현대의학의 무분별한 고가 의료장비의 활용, 병원의 장기 이용의 증가, 병원 입종환자의 증가, 의료비의 증가 등이 복합적으로 기인하여 무엇인가 입종환자를 위한 진정한 진료와 간호가 제공되어야겠다는 말기환자의 대처가 요구되고 있다고 하겠다. 그 중에서도 의료비가 저렴한 상태에서 말기 간호가 제공된다면 더욱 바람직할 것이다. 의료비를 본 결과(표 2), 총진료비의 본인부담금이 병원에서의 비용에 비해 현저하게 낮게 나타났다. 또한 1일 평균 총진료비와 본인부담금도 병원에 비해 호스피스에서 낮게 나타나 말기환자의 진료에 있어 호스피스가 병원치료 보다 경제적임을 알 수 있었다(조현, 1993).

악성신생물환자 100명과 뇌혈관질환자 61명을 대상으로 하여 1982년부터 1984년까지 의료보험청구서와 사망표를 사용하여 사망전 6개월간의 재택의료와 입원의료의 의료비 및 진료내용을 비교한 일본의 연구(小林, 1988)에서도 총의료비는 입원일수의 영향이 크지만, 전기간 입원한 경우의 의료비는 전기간 재택의 경우의 15배 이상이었다고 지적하면서 종말기에 있어서 재택의료의 경제적임을 밝히고 있다. 또한 질환별로는 뇌혈관질환이 116만엔, 악성신생물이 190만엔으로 장기에 따른 차이가 크다는 것을 알 수 있었다. 1일당 의료비도 입원의 경우는 고액이며, 사망이 가까워질수록 급증함을 보여주었으나 완전재택형과 일부 입원의 기간을 포함한 혼합재택형에서는 이러한 상승이 없음을 지적하였다.

표 1. 연령별 이환상태 및 사망상태

연령	15일간인구 1,000명당이환자율	연령	인구 10만명당 사망률
0-4	500	0	3,710
5-9	271	1-4	250
10-19	164	5-14	130
20-29	190	15-24	180
30-39	270	25-34	240
40-49	356	35-44	450
50-59	503	45-54	1,000
60+	581	55-64	2,250
		65-74	4,240
전체	316		

자료) 1. 한국보건사회연구원: 1992년도 국민건강 및 보건 의식 형태조사, 1993.

2. 경제기획원 조사통계국: 생애통계보고서, 1981.

표 2. 병원 및 호스피스의 상병별 총진료비와 본인부담율

단위(원)

상병명(N)	호스피스		상병명(N)	병원	
	총진료비	본인부담금		총진료비	본인부담금
폐암(16)	102,220	34,471	폐암(3)	1,414,361	346,600
간암(6)	66,327	25,938	간암(10)	2,181,087	756,291
위암(14)	127,382	36,251	위암(2)	1,228,774	447,418
결장암(2)	88,746	32,165	결장암(2)	5,406,617	2,018,645
골암(1)	159,551	68,610	백혈병(1)	21,641,597	2,018,645
뇌종양(1)	306,838	93,050	골암(1)	2,222,384	1,024,944
난소암(2)	97,883	31,975	림프암(2)	1,883,120	655,325
자궁경부암(4)	181,994	81,205	피부암(1)	10,600,813	2,957,244
식도암(2)	96,144	75,670	점액종(1)	2,221,799	719,143
설암(3)	144,419	75,670	담낭암(2)	11,140,482	3,666,158
췌장암(4)	103,800	25,152	십이지장암(1)	9,435,570	2,539,334
후두암(1)	85,374	39,880	-	-	-
상피조직암(1)	104,501	20,609	-	-	-
평 균	119,794	42,512	평 균	6,306,964	1,424,933

자료) 조현: 호스피스의 비용효과에 관한 고찰, 한국노년학연구, 2: 33-41, 1993.

그리고 사망장소의 측면에서 보면, 가정의 사망에서부터 의료기관에서의 사망이 점차 늘어나고 있다. 우리 나라는 자기집이 아닌 곳에서 사망하는 것이 불행한 것으로 간주되어 병원에서 사망하는 경우가 거의 없었으나 점차 의료기관에서 사망하는 경향이 있어 1990년에는 13.78%의 사망자가 병원에서 사망하고 있는 실정으로 다소 증가되었음을 알 수 있다(경제기획원, 1990).

앞으로 의료기관에서 사망하는 비율이 높아지면 병상이 부족되는 지역에는 병상의 회전을 문제와 사망직전에 사용되는 의료의 과다제공으로 많은 의료비가 지출되게 될 것임에 틀림없다. 그러므로 우리나라에서는 이러한 병상이용과 더불어 과잉사용으로 인한 의료의 제반 문제를 해결하는 방안의 하나로 호스피스를 생각해 볼 수 있겠다.

그래도 무엇보다도 중요한 것은 임종에 임하는 사

람들이 생명의 연장을 위한 계속적인 의료서비스로 인하여 고통을 받는 것보다 죽음을 받아들이고 편안하게 살다가 죽음에 임할 수 있는 간호를 받기를 원한다는 사실이다. 실제 275명의 병원노인들을 대상으로 하여 조사한 결과(조유향외, 1988), 노인환자의 21.5%는 “어떠한 고통에도 불구하고 모든 수단을 동원하여 생명을 연장하기 바란다”고 응답하였으며, 76.7%의 노인환자는 “남은 기간을 편안하게 보내도록 완전한 치료보다는 고통을 덜어주기 바란다”고 응답하여 생명을 연장하는 치료방침보다는 고통을 덜어주는 치료방침을 원하는 비율이 3.5배 정도 높게 나타났다. 이와 같은 말기 노인환자의 의료방침에 관한 조사결과는 일본(大井玄, 1980)에서도 같은 경향으로 고통을 덜어주기 바라는 의견이 지역 주민, 환자 및 의료관계자 모두에서 압도적으로 높게 나타났다.

이와 같은 말기관리는 질병고지에 따른 말기질환 이어나 합이 환자와 가족들에게 받아들여져야 한다는 전제가 앞선다. 이러한 것은 환자와 가족에게 질병을 고지하는 것과 연관이 있는데, 실제 입원노인 환자의 88.4%에서 사실대로 설명을 듣기 원하는 것으로 나타나 재택노인의 73.0%보다 높은 비율을 나타내고 있다. 그러나 노인 환자중에서 불치의 병일지라도 사실대로 알고 싶다고 응답한 노인환자는 65.8%로 나타나 불치병이라면 알고 싶지 않다는 의견을 시사하고 있었다. 표 3에서는 일본의 병명/예후의 설명에 대한 의사와 환자의 실태를 나타낸 것이다. 의사와 달리 환자에 있어서 희망이 있으면 병명 및 예후에 관하여 알고자함을 지적할 수 있다.

표 3. 일본의 병명 및 예후의 설명

	환 자				합계
	항상 원함	희망이 있으면 원함	필요 없음	무응답	
원함	23	3	1	3	30
의 원하지 않음	9	0	0	0	9
사 무응답	25	3	0	0	28
계	57	6	1	3	67

자료) 大井玄:ターミルケアの現状とあり方, ジョ
リスト 総合特集 44: 227-231, 日本, 1986.

이와 같이 인구구조의 변화와 질병구조의 변화에서 볼 때 노인인구의 증가와 만성질환의 증가를 비롯해서 말기환자에 대한 진정한 진료와 간호가 필요하다는 입장에서 호스피스가 제공되어야 한다는 것이 의료비와 연결되어 중요성이 강조되고 있음을 알 수 있다. 또한 사망장소의 주이던 가정이 점차 적어지고 있는 경향이 있었으며, 남은 여생을 인간다운 삶을 누릴 수 있도록 고통을 덜어주는 치료방침을 원하는 비율이 높아 이러한 경향을 충족시킬 수 있는 방안이 강구되어야 할 것이다.

IV. 호스피스의 현황과 실태

1. 호스피스의 어원 및 역사

호스피스(hospice)는 프랑스어의 hospitium이라는 어원에서 유래되어 hospitality, hospital, hotel 등과 같은 어원으로 환대, 숙소, 숙박소의 의미를 가진다. 옥스퍼드 영어사전에 의하면, 순례자, 여행자, 타국자, 빈곤자, 환자들을 돌보고 환대하는 집으로 hospice를 설명하고 있다.

중세 초기에서 서유럽의 수도원은 여행자들에게 휴식의 장소를 세워 필요한 것을 제공하였으며, 그 후 십자군의 성지원정이 있으면서 도중에 머물며 심신의 활력을 되찾아 다시 떠나는 장소가 되었다. 이러한 가운데 유럽으로 여행하다 불행하게도 질환에 이환되거나 다쳐서 쓰러진 사람들을 위해 카톨릭 수녀회가 건설한 무료숙박소를 호스피스라고 부르면서, 혼자서 외롭게 죽음을 맞이할 수 밖에 없는 사람들에게 특별한 주의를 기울여 도움을 주었다. 점차로 각종의 환자, 빈곤자들을 수용하고 돌보는 곳을 호스피스라고 부르게 되었다.

프랑스에서는 이와 같은 시설이 1884년 Jenne Garnier에 의해서 리옹에 창립되었다(原 義雄, 昭和 60年).

그리고 말기환자의 간호를 하는 작은 시설을 호스피스라고 불렀던 것은 19세기 중엽 아일랜드 더블린의 수녀회창립자 Mary Aikenhead에 의해서였다. 이들 수녀회는 런던시 동부에 작은 집을 얻어 1905년 2월 14일에 74세의 남자환자를 수용하면서 돌보았는데, 이곳이 Joseph's Hospice의 시작이 되고 있다. 현재 이곳에는 113개 병상으로 이중 45개 병상이 말기환자를 위해서, 42개 병상이 만성질환자를 위해서, 26개 병상이 신체장애자를 위해서 사용되고 있다.

근대적 호스피스의 활동은 1967년 Dr. Cicely Saunders에 의해서 런던 교외에 세워진 St. Christopher's

Hospice을 들 수 있는데, 세계 호스피스운동의 중심이며 연구 및 교육활동의 중요한 역할을 기하고 있다.

2. 호스피스의 의미

호스피스란 “어느 한 종류의 간호에 관한 개념”으로 좀더 자세히 말하자면 “치유될 가망이 없는 사람들이 가진 여러 가지 고민, 죽음에의 공포, 불안, 고독감 등을 완화하여 최후의 순간까지 평안하고, 인간으로서의 존엄성을 가지면서 가치있는 인생을 보내도록 의사, 간호사, 상담가, 종교가, 사회사업가, 물리요법사 등이 팀을 조직하여 간호를 하는 장소이다. 물론 환자 뿐만 아니라 가족을 위한 지지와 원조도 중요하다.”고 말할 수 있다(原 義雄, 昭和 60年). 즉 말기환자나 가족의 아픔을 진솔하게 느끼고 생각해주는 선의에서 나온 협동의 활동으로 최근 영국, 미국을 비롯하여 급속히 전개되고 있다.

호스피스에서는 육체적 간호(고통의 제거, 완화)와 더불어 불안, 고독과 싸우는 환자를 한사람의 인간으로 보고 정신적으로도 격려해가고자 노력하고 있다. 그러므로 암이라는 질병을 보는 것이 아니라 암을 가진 아픈 인간을 보는 전인적 간호를 수행하는 운동이다. 호스피스는 단순히 임종환자를 수용하는 시설이 아니라 죽음의 대응방법을 가르치는 곳이라고 말하기도 한다.

3. 호스피스의 실태

우리나라에서도 오래전부터 임종에 임하는 사람들을 위한 간호가 제공되고 있었다고 할 수 있다. 그러나 호스피스의 의미로 본 조직적인 임종간호의 시작은 1963년 강원도 강릉에서 마리아의 작은 자매회 수녀들에 의해 갈바리의원이 세워짐으로써 관리가 마련된 것으로 평가되며, 이곳에서는 1981년부터 14개의 병상을 마련하여 본격적으로 임종환자를 간호하고 돌보게 되었다.

그 후의 발전양상을 보면, 1981년에 카톨릭 의과

대학 부속 성모병원에서 임종환자 간호활동을 시작해서 1986년 8월부터는 이화여자대학교 간호대학에서 호스피스프로그램에 대한 홍보교육을 실시하고 있으며, 1987년에는 연세의료원에서 호스피스위원회가 구성되어 전개되고 있다. 현재에는 여의도성모병원, 제일병원, 신촌 및 영등 세브란스병원, 홍익병원, 동부시립병원, 영등포시립병원, 혜성병원 등 10개의 병원에서 호스피스간호가 제공되고 있다. 이 중에서 호스피스간호에 중점적인 활동을 기하고 있는 곳은 카톨릭 의과대학, 연세대 의과대학 및 이화여자대학을 들 수 있다.

이외에도 비의료기관의 활동으로 충청북도 음성군의 꽃동네에서는 임종환자들을 위한 집도 마련하여 1976년부터 호스피스활동을 전개해 왔다. 또한 대한적십자사에서 임종환자 자원봉사자 교육프로그램을 실시하고 있다. 이밖에도 자생적 집단으로 강릉, 인천, 대전 등의 각 지역에서 호스피스 프로그램을 운영하고자 자원봉사자교육 및 운영계획을 세우고 있는 것으로 알려져 있다.

V. 호스피스의 과제와 문제점

우리 나라는 종교적 설립이념을 가진 소수의 의료기관에서 호스피스를 시도하고 있고, 호스피스 제공의 조직적인 활동을 시도하고 있는 기관은 數的으로 매우 빈약한 상태에 있다. 그리고 우리 나라의 호스피스는 아직까지 병원에 입원한 암환자를 중심으로만 실시되고 있는 편이며, 임종환자 간호는 의료수가나 의료보험 등에서 취급되지 못하고 있는 실정이다.

그동안 호스피스에 대한 연구에서 제기된 호스피스의 과제와 문제점을 살펴 보면, 이화여자대학교 간호대학의 연구(이화여자대학교 간호대학 간호학연구소, 1990)에서는 임종간호의 제공을 강조하면서 임종간호의 문제점으로는 첫째 죽음에 대한 이해가 부족하다. 둘째 임종환자의 간호가 병원에 입원

한 암환자 중심이다. 셋째 임종환자 간호에 대한 전문의료 인력의 인식이 부족하다는 3가지를 들고 있었다.

조의 연구(조현, 1993)에서는 호스피스가 정착되기 위해서는 보다 과학적인 의료비 분석과 함께 환자들의 삶의 질에 대한 연구가 병행되어야 할 것이라고 지적하면서 호스피스에 대한 적극적인 계몽과 홍보, 프로그램의 다양화 및 충실화, 그리고 의료비에 대한 법적인 조치가 뒷받침 된다면 호스피스제도가 우리나라 의료제도에 하나의 독립된 분야로 자리 잡고 발전될 수 있을 것으로 기대하였다.

한편, 조의 연구(조유향, 1992)에서도 현재 우리나라 병원의 호스피스 기능이 미흡함을 지적하면서 호스피스 정착되기 위해서는 재정적 문제의 해결과 아울러 호스피스 인력의 활성화를 들면서 의료의 윤리와 본질에 접근되는 호스피스 프로그램이 전개, 발전되어야 한다고 하였다.

앞에서 지적하였듯이 호스피스의 요구가 증대됨과 더불어 사회경제의 발전과 함께 우리나라에서도 앞으로 호스피스제도가 적극적으로 검토하여 실시되는 것이 요구된다. 그러기 위해서는 다음과 같은 과제들이 적절하게 고려되어야 할 것이다.

1. 의료기관의 기능 미흡

현재 우리나라의 경우, 일반병원이나 종합병원에서는 환자의 치료를 주목적으로 하기 때문에 더 이상 치료가 불가능한 말기환자는 치료대상에서 제외될 수밖에 없고, 또한 말기환자에 대한 간호가 충분하지 못한 상태에 있다해도 과언이 아니다. 앞으로도 의료기관은 환자의 치료를 중심으로 하는 것이 목적이 수 밖에 없으므로 죽음에 임하는 환자들을 돌볼 수 있는 방안이 강구되지 않으면 안된다. 이를 사실상 인정한 것이 호스피스의 설립운동의 가장 기본적인 취지가 되겠다(前田信雄, 1980). 그러므로 호스피스의 개념과 의의를 이해시키는 운동이 활발히 전개된다면 암이나 노환 등으로 인한 말기환자들

에 대한 care가 필연적임을 인식하게 될 것이며, 이러한 간호가 제공되어야함이 적극 권장될 것이다.

2. 호스피스 시설의 제한성

우리나라는 호스피스시설이 거의 없는 실정이며, 의료기관과 시설에 국한되어 있는 실정에 불과한 형편이다. 따라서 현재의 호스피스라는 시설은 병원이나 환자가 생활하면서 익숙해진 자기 집에 비교해 볼 때 역시 한계가 있다. 특히 대부분의 노인들이 암이나 만성질환의 상태로 말기간호를 받고 있는 처지에 있어서 의료기관이나 시설이라 하더라도 역시 자신의 생활 공간이었던 익숙해진 방에서 가족과 대화를 나누면서 여명을 보내고자 하는 경향이 있다. 그러나 주택에 거주하면서 간호를 받는 것에도 한계가 있는데, 이는 가족의 입장에서도 매일 왕진을 받을 수 있는 방법을 취할 수 없기 때문이다. 이에 대한 대응책으로 호스피스에 필요함은 강조된 바 있다. 호스피스가 가장 악조건에서도 취할 수 있는 최종적인 대안이라는 일반인들의 소극적인 견해를 교정시킬 필요가 있다. 호스피스는 임종간호로 꼭 필요한 간호이며, 어느 곳에서도 제공 가능한 간호임을 알려야 할 것이다.

3. 가정간호의 요구증대

호스피스는 단순히 시설만이 아니라 방문이나 외래 등의 활동도 포함되어야 한다. 다시 말하면, 일반적인 외상환자나 불치병환자에 대한 재택 서비스까지도 호스피스제도에 포함시켜 종합적으로 실시되는 것이 바람직하다. 정부는 제 7차 5개년 경제계획에서 병상의 부족문제를 완화하고 노인의 재가보호욕구를 충족시키기 위해서 1992년부터 가정간호제도를 실시하고 있다. 그래서 앞으로도 의료기관 및 보건소에 의한 가정간호사업의 확대를 종합병원과 일반 병원에 가정간호사 전담부서를 설치하는 한편 의료인력을 활용할 수 있도록 호스피스의 가정간호에 대한 교육을 실시하여야 할 것이다. 더불어 가정간

호서비스 및 제도/교육에 대해서는 의료보험에서 급여될 수 있도록 호스피스의 가정간호급여제도가 도입되어야 할 것이다.

암환자의 가정방문을 통한 지속적인 추후관리는 환자의 질적인 삶, 특히 신체적 안녕 영역과 증상 조절 영역에 긍정적인 영향을 미쳤으며, 환자들도 간호사의 가정방문이 그들의 삶에 큰 도움이 되었다고 응답함으로써 앞으로의 암환자의 효율적인 관리를 위해 가정간호사업 프로그램의 개발이 절실히 요구된다(김조자, 1989).

특히 농촌지역처럼 인구가 많지 않거나 도시지역의 빈민가(slum)같은 곳까지 모두 방문하여 상담하거나 외래서비스를 제공하는 데에는 전문직원의 수가 부족하다는 문제가 생길 수 있지만, 외상환자나 치매환자, 장애인 등도 종합적으로 의료복지의 혜택을 받게 하는 것이 필요하므로 이에 호스피스도 포함시키는 것이 효과적이라 하겠다.

4. 윤리 및 도덕적인 문제

생의 윤리학이 다루는 문제들이 직접적이던 간접적이던간에 모두 생명의 문제와 관련을 갖는 것이 사실이다. 특히 생명과 죽음의 문제와 직결된 것들이다. 임신중절이 생명의 시발점에 있어서의 문제라면, 자살과 안락사의 문제는 생명의 종착점에 있어서의 문제이다(황경식, 1990). 안락사 중에서도 특히 자발적 안락사는 자살과 같은 방식으로 다루어질 수 있는 문제로서 인간의 생명이 하느님의 재산으로 간주되었던 기독교의 전통에서는 도덕적으로 부당한 것으로 생각되었으나 최근 생의 윤리학에서는 기독교적 신앙을 전제하지 않는 새로운 시각에서 이 문제들을 다루고 있다.

치료나 치유의 소망을 포기하는 경우에 안락사를 주장하는 입장도 존재하지만, 노인 암환자나 식물환자의 의료 포기는 적어도 사회적으로는 용납되지 않는다는 견해가 더 인간적일 수 있다는 점이다. 의료인의 기본임무는 99% 정도의 가망이 없는 환자라

고 하더라도 남은 1%의 희망을 위해 노력하는 자세라고 할 때, 말기환자의 간호에 대한 적극적인 제도가 마련되어야 한다. 말기환자처럼 care의 대상에서 제외된 환자야말로 care의 필요가 있다고 생각한다(조유향, 1994).

그리고 최근 의료기술의 눈부신 발전은 인공장기나 장기이식을 통해 생명의 인위적 연명을 가능하게 하였으나 일부 환자들이 그렇게 연명하기 보다는 오히려 품위있는 자연적인 죽음을 요구하고 있어 의료행위자들의 선택을 어렵게 하고 있다. 이상의 문제들과 관련하여 철학적으로 중요한 또 한 가지 문제는 죽음에 대한 정의이다. 죽음을 어떻게 규정하느냐의 문제는 여러 가지 의료적 선택에 있어 중대한 의의를 갖는다고 본다. 전통적으로는 심폐기능의 정지를 죽음으로 보았으나 최근에는 뇌사설이 보다 유력하다. 심폐기능은 멎었으나 뇌의 기능이 지속되고 있는 환자의 간을 다른 사람에게 이식할 경우 이런 의료행위는 전통적인 죽음의 정의에 의해서는 허용될 수 있으나 뇌사설의 입장에서는 일종의 살인행위로 간주될 수도 있는 것이다. 그리고 안락사에 있어서도 치사량의 약을 투여하는 등의 작위에 의한 능동적 안락사와 투약중지 등 부작위에 의한 수동적 안락사간의 차이점에 대한 논의 등도 분분하다.

5. 호스피스 대상자의 범위

호스피스는 생의 말기의 선언이라는 의미를 함축하므로 환자 자신이나 그의 가족들이 이 제도를 수용하고 이해하려는 입장을 취해주어야 할 것이다. 그렇지 않으면 호스피스 자체가 죽음의 장이 되며 살려는 또는 회복시키려는 의지를 상실시켜 일반인들에게 부정적인 이미지를 심어주게 된다. 실제 미국의 Connecticut주에서는 호스피스 시설설립을 둘러싼 공청회에서 3분지 2가 반대를 하였는데, 이는 호스피스설립을 단순히 “죽음의 집”을 짓는 것으로 잘못 받아들여졌기 때문이었다.

호스피스의 대상은 의사에 의해 더 이상의 치료가

불가능하다고 진단된 말기환자와 그의 가족이 된다. 그러면 말기환자를 어떻게 규정할 것인가. 즉, 입원 당시 의식이 뚜렷하고 의사소통이 가능한 환자, 통증완화 및 증상조절을 주목적으로 하는 불치환자, 임종이 6개월 이내로 예견되는 환자, 담당의사가 호스피스 진료를 의뢰한 환자, 수술, 항암요법, 방사선요법을 시행했으나 더 이상의 의료적 치료효과를 기대하기 어려운 환자 등을 고려해 볼 수 있겠다.

이와 같이 더욱 구체적으로 다양한 사례를 검토, 논의하여 문제가 되지 않도록 하여야 할 것이다.

6. 인력의 부족

호스피스의 운영에 있어서 무엇보다 중요한 것은 전문적인 자질을 갖춘 인력을 확보하는 문제이다. 지금까지는 관심있는 일부의 의료인과 더불어 일부 자원봉사자들의 단기적인 희생에 의존하고 있을 뿐 장기적인 업무에 종사할 요원은 매우 부족한 실정이다. 따라서 주기적으로 전문가를 양성하고 그들의 업무에 대한 적절한 대우가 뒤따라야 하는데, 아직도 요원한 실정이다. 앞으로 호스피스 인력의 훈련, 양성은 필수적인 과제가 아닐 수 없다.

호스피스 프로그램에 참여할 수 있는 자들은 의사, 간호사, 간호조무사 및 간병인, 목사, 사회사업가, 오락요법사, 음악치료사, 영양사, 자원봉사자 등이지만 의학이나 간호학을 전공하는 학생, 그밖의 자원봉사자들도 함께 참여하는 것도 호스피스제도의 활성화에 큰 도움이 될 수 있다. 이러한 다양한 인력의 양성과 훈련이 시급한 실정이다.

7. 재정적 여건의 미확립

호스피스의 시설을 제도적으로 활성화시키는 데에는 재정적인 문제가 가장 시급한 과제가 된다. 호스피스에서 제공되는 간호는 경제적 수익면에서 마이너스적 경향이 강하므로 재정적 뒷받침을 하려는 기관이나 모임이 많지 않다 하겠다. 이러한 측면에서 호스피스는 전개되기 어려운 요인을 가지고 있다고

지적할 수 있다.

하여튼 호스피스가 필요한 간호이므로, 임종자와 그 가족을 위한 독립적인 공간이 배려되어야 하므로 호스피스제도를 위한 기금조성이 요청되며, 호스피스 care에 대한 의료보험의 수가책정이 이루어져야 하겠다. 그만큼 재정적 뒷받침이 어려우므로 우선은 재정적 여건에 따라 호스피스의 형태도 다양화시켜 병원이든지 독립된 시설이든지 상관없이 운영할 수 있어야 하며, 이용자도 병원의 간호단위로서의 독립 병동형태나 주간 진료소(day care clinics)형태, 또는 가정간호형태 등을 자유롭게 선택할 수 있어야 한다고 생각된다.

외국의 경우 초기의 설립 당시에 대부분이 자원적 기금조성에 의해 이루어진 사례를 볼 때 우리나라도 호스피스의 교육홍보에 의해 재정적 도움을 기할 수 있을 것으로 사료된다.

8. 서비스의 내용

호스피스가 값싼 의료시설이 되어, 결과적으로 병원비용의 상승에 대한 대응책으로만 이용될 수 있다는 점을 간과해서는 안된다. 서비스의 내용면에서 질적인 측면이 강조되어야 한다. 즉, 호스피스 대상자에게 적절한 신체적, 심리적, 영적 간호가 제공되어야 할 것이다. 그러나, 소의 연구(소의숙외, 1991)에서는 호스피스 간호의 효과가 신체적 영역의 삶의 질에 거의 미치지 못했음을 알 수 있었고, 심리적, 영적 영역의 삶의 질에는 좋은 효과가 나타났음을 시사하였다. 한편, 김의 연구(김조자외, 1989)에서는 암환자가 나타내는 간호문제양상이 정서적 문제보다는 신체적 문제와 사회경제적 문제로 더 고통받고 있었다고 언급하였다. 앞으로 증가하는 암환자의 질적 삶을 영위하도록 하기 위해서는 진통해소를 위한 다각적인 접근방식이 요청되며 우리나라의 실정에 맞는 가정간호의 중재로 진통, 욕창, 식욕부진, 오심, 구토 등 제반 증상의 완화를 위한 간호중재가 연구의 과제가 되어야 할 것임을 제언하였다.

또한 호스피스 프로그램의 활동은 분업적으로 실시되는 것보다 종합적인 보건의료사업으로서 전개되어야 한다는 점을 강조하고 싶다.

이상의 제반 문제 등을 고려하여 의료의 윤리와 본질에 관계되는 호스피스 프로그램이 우리나라에서도 적극적으로 전개되고 발전되어야 할 것이며, 이러한 것이 바로 환자나 그 가족이 추구하는 인간의 삶의 의미나 생명의 존엄에 관한 최종적인 대처방안이 될 것이다. 호스피스를 그러한 성격에서 실시하기 위해서는 이상의 제언과 함께 지역사회 주민들이 의견이나 의학 및 간호학의 발전에 부응한 방향이 모색되어야 할 것이다.

Ⅶ. 호스피스 대책의 발전적 방향

호스피스는 병원과는 달리 수명을 무리하게 연장시키기 위하여 고가의 의료기술을 행하는 일이 거의 없다. 그리고 입원 치료보다는 가정간호를 우선으로 하고 있다. 다시 말해서 호스피스 프로그램도 말기 환자에 의한 장기적 병상점유를 경감시킬 수 있기 때문에 주어진 의료자원을 더욱 효율적으로 활용할 수 있게 한다. 그러므로 의료제도 내에 호스피스제도가 정착될 수 있는 접근방안이 요청된다 하겠다. 본 연구에서는 호스피스 전개에 있어서 우리나라 여건에서 시급히 요청되는 기본 과제로 의료기관의 기능미흡, 호스피스시설의 제한성, 가정간호의 요구증대, 윤리 및 도덕적인 문제, 호스피스대상자의 범위, 인력의 부족, 재정적 여건의 미확립과 호스피스 서비스의 내용 등을 들 수 있었다. 이외에도 더 많은 과제들이 산적해 있다해도 과언이 아니겠으나, 본 연구에서는 이러한 주요 과제만을 살펴본 결과 앞으로의 발전적 방향으로 접근하는데 있어서 모색되어야 하는 방안으로 의료인력의 양성 및 훈련, 호스피스의 교육홍보의 필요성 및 호스피스 모델의 확립이 고려되어야 함을 강조하면서 이에 대해 제언하고자 한다.

1. 의료인력의 양성 및 훈련

호스피스를 제공하기 위해서는 호스피스에 대한 전문적 지식이 갖추어져 있는 전문인이 있어야 함은 주지의 사실이다. 그러나 지금까지는 의학교육이나 간호교육에서 단편적인 죽음의 교육이 이루어졌을 뿐이므로 호스피스를 제공할 수 있는 인력이 준비되어 있다고는 할 수 없다.

따라서 의료인에게는 보수교육을 통해서 말기 환자들을 위한 호스피스 간호가 보다 더 실제적이며 진정한 호스피스 care가 이루어질 수 있도록 하는 것이 필요하다고 생각된다. 그리고 앞으로는 의학 및 간호교육에 죽음과 호스피스교육이 보다 강화되어 교과과정으로 포함되어야 할 것이다.

또한 우리 나라의 여건상 호스피스 간호사업은 병원요원보다는 자원봉사자를 잘 훈련시켜 말기환자들의 기본 욕구를 충족시키면서 심리적, 사회적, 영적 지지를 넓히는 대안도 필요하다고 생각된다. 그러므로 일반인을 비롯하여 호스피스에 동참하고자 하는 사람들을 대상으로 계속적인 훈련을 시도하는 것도 필요하다고 본다. 이에 말기환자의 간호에 필요한 교육내용의 프로그램 연구가 계속적으로 뒷받침되어야 할 것이다. 소의 연구(소외숙, 1991)에서는 호스피스간호가 독자적인 간호활동이므로 간호교육과정에 호스피스 간호내용을 포함시키고, 한국의 전통적 대가족제도에서는 가족간의 친밀한 유대가 강하므로 가족에 대한 호스피스 교육을 강화할 수 있는 방법이 강구되어야 한다고 제안하였다. 이러한 방안도 바람직한 것으로 간주된다.

2. 호스피스의 교육홍보의 전개

호스피스에 관한 홍보는 교육을 통해 전개되어야 한다고 생각된다. 그러므로 일반인은 물론 전문인에게도 죽음의 준비교육(death education)부터 실시되어야 할 것으로 사료된다.

호스피스에 의한 임종환자의 말기 간호가 주목된

것은 점차로 의료인의 사생관이 문제가 되었기 때문이다. 환자의 죽음을 취급하기 위해서는 의료인 자신이 나름대로의 사생관을 가지고 있을 필요가 있다. 또한 말기간호에서 의료인만이 사생관을 확립했다고 하더라도 이것은 일부분에 불과하다. 병명고지의 문제, 뇌사의 문제, 자살의 문제, 안락사의 문제 등 모두 일반 국민의 사생관이 관련되어 있다. 구미 제국에서는 오래전부터 국민학교를 비롯하여 중학교, 고등학교 등의 학교교육에서 각각의 연령수준에 대응되는 죽음의 준비교육(death education)이 행해지고 있다. 말기의료의 현상을 개선하기 위해서는 죽음의 준비교육을 통해 우리나라 국민의 죽음에 대한 태도 변용이 필수적이다. 이러한 죽음의 준비교육(death education)은 국민의 생애교육의 일부이기도 하기 때문이다.

우리나라도 학교교육과 사회교육을 통해 죽음에 대한 교육 프로그램이 운영될 수 있어야 하겠다. 특히 보건의료전문가를 비롯하여 법률가, 의료보험관계자, 정책자 및 행정자들을 중심으로 한 죽음의 준비교육도 우선적으로 요구된다고 생각된다.

3. 호스피스 모델의 확립

호스피스의 간호프로그램은 가정에서의 호스피스 프로그램은 물론 완전히 독립된 호스피스 건물이나 독립된 병원의 진료와 더불어 호스피스가 제공되며, 일반 종합병원내 각 분야의 전문가에 의해서 만들어진 팀에 의해서 각 병동에 입원해 있는 환자를 care 하는 것도 호스피스에 포함된다. 그리고 호스피스는 외래서비스와 주간간호(day care)를 제공하는 경우도 있다. 여기에서 주간간호는 24시간 시설에 수용해서 수발하는 노인홈에서의 care와는 달리 가정에서 머물고 있는 채로 낮 동안에만 단시간 행해지는 시설적 care를 말한다.

이상과 같은 호스피스 모델은 시설중심에서 지역 사회 중심의 의료서비스로 전환해 가는 과도기 과정 중에서 주목되는 방식이라고 할 수 있다. 이것은 임

원이나 수용보호에서의 서비스만이 아니라 가정에서 서비스를 받는 가정간호를 강조하는 적극적인 의미를 가진 것이다. 최근에는 이러한 여러 가지 형태의 호스피스 가운데 어느 것이 말기환자에게 최선인가 하는 논의가 일어나고 있기도 하다. 그러나 단일형으로 이것이 '최선'의 모델이라는 것은 존재하지 않는다고 하겠다.

그러므로 우리는 지역의 특성과 더불어 운영의 묘를 살리는 최선의 호스피스 모델을 개발하여야 할 것이다. 보건소에 의한 호스피스 제공은 병의원이 없는 지역사회나 병의원이 있어도 의료비 부담능력이 취약한 지역주민을 위해 지역사회의 모델로 생각해 볼 수 있다. 보건소 중심의 호스피스는 우리나라의 경우 아직 시범적인 운영이 없으므로 전개에 있어 과제의 하나가 될 수 있으나, 가정간호사 제도의 도입으로 보건소에서 진료하는 의료인력과의 협조와 더불어 임종의료를 제공할 수 있다는 법적 뒷받침이 있으면 앞으로 가능할 것으로 보인다. 이 모델은 보건소 진료체계를 이용하면서 가정간호 서비스를 병행하면 될 것이다. 그러나 보건소의 직원들이 아직 호스피스 프로그램의 운영에 관한 지식과 경험이 풍부하지 않으므로 이에 대한 훈련과 양성이 고려되어야 할 것이다.

지금까지 우리 나라에서 시행된 일부 호스피스 프로그램들은 의료보험급여내에서 호스피스서비스의 보험수가가 확립되어 있지 않아서 일반의료보험 수가로 처리되었으므로 앞으로 합리적이고 안정적인 재원조달 방향의 모색이 이루어져야 할 것이다.

Ⅶ. 고 찰

1. 의과학의 발달은 임상의료기술의 발달을 가져다 주었다. 그와 동시에 의료기술의 발달은 한편으로 도저히 생활할 수 없는 상태까지 가버린 생명을 유지하는 것을 가능케 하기도 하였다. 그리고 이와 같은 경향은 점차 진전되고 있다고 생각된다. 그렇

지만 한편에서는 종말기의료에 내포된 문제의 몇개 정도가 이와 같은 흐름에 의해서 현재화되어 나타나고 있다.

예를 들면 어느 정도까지 질이 떨어진 생명을 어느 정도의 기간을 유지하도록 할 것인가, 이러한 의문은 의사는 물론 모든 사람이 점점 강하게 느낄 것임에 틀림없다. 그러나 이에 대한 해결책은 무엇인가?

미국에서는 Informed Consent의 원칙에 의해 의사는 환자에게 환자의 예후에 관해서 솔직한 정보를 거의 자동적으로 전하는 것이 일반적이다. 의사는 피로움 없이 환자에게 솔직하게 이야기를 하고, 만일 환자가 생명의 연장을 원하면 환자의 의함에 대응해서 노력할 뿐이다.

이와 같이 Informed Consent의 제도가 있으면 의사에게는 물론 의료인은 편하다. 그러나 이것이 정말 우리의 문화, 우리의 국민성에 합당한 것인가.

Informed Consent을 행하기 위해서는 환자 자신의 판단력, 정신력이 모두 정상이며, 의사결정을 행할 정신력이 강하다는 것이 전제되어야 한다. 현실에서는 가령과 더불어 많은 노인의 지력이 저하되어 있음을 감안하여야 한다.

그러므로 종말기의 이러한 점에 관해서 의사와 환자의 의사소통을 기하여야 하는데, 우선 의사가 안심하고 환자의 의향을 확인할 수 있는 방식을 확립할 필요가 있다. 두번째는 성인에 대해 건강한 시기부터 종말기의 선택을 행하는 죽음의 준비교육을 행할 필요가 있을 것이다. 셋째는 의학교육에 있어서는 종말기 이전에 종말기 문제에 관해서 환자의 의향을 확실하게 하는 방법을 가르쳐야 할 것이다.

2. 우리나라에는 아직까지 지역사회 여건에 알맞는 다양한 호스피스 모델이 확립되어 있지 못한 실정이다. 그러므로 한 지역내에 본 연구에서 제의한 다양한 호스피스 모델을 실시하여 시범적으로 운영해 본다면 우리나라 실정에 알맞는 호스피스 모델을 개발할 수 있는 계기가 될 것으로 사료된다. 실제 호

스피스 대상자의 측면에서 생각해보면 가정에서의 경우, 주간간호와 외래서비스가 요구될 것이며, 시설에 입소한 경우에는 독립된 호스피스나 병원, 호스피스 병동 혹은 병원의 호스피스팀에 의해 서비스를 제공받을 수 있을 것이다. 그러므로 지역사회내에 이러한 다양한 호스피스 모델을 운영한다면 대상자는 필요에 따라 호스피스 서비스를 적시적소에 받을 수 있게 될 것이다.

VIII. 결 론

현대의 우리 사회는 말기환자와 그의 가족을 위한 임종간호의 중요성과 필요성이 재강조되면서 호스피스 제도가 확대, 전개되고 있는 실정이다. 그러나 아직은 역사가 미천한 실정으로 호스피스 제도가 정착되기 위해서는 많은 과제가 해결되어야 할 시기에 있다해도 과언이 아니다.

본 연구에서는 호스피스의 과제로 호스피스에 대한 의료기관의 기능 미흡과 호스피스 시설의 제한성과 더불어 호스피스 간호의 가정서비스의 필요성을 강조하면서 임종간호는 윤리 및 도덕적인 규범성내에서 진정한 호스피스 대상자를 중심으로 호스피스 전문가에 의해 적절한 서비스가 제공되어야 한다고 전제하였다. 그러기 위해서는 첫째 호스피스에 대한 의료인력의 양성 및 훈련, 둘째 호스피스의 교육, 홍보의 전개, 셋째 우리나라 여건에 알맞는 호스피스 모델의 확립 등을 제언하였다. 앞으로 이러한 과제들이 해결되기 위해서는 호스피스에 대한 설정기준이 확립되어야 할 것으로 이에 대한 연구가 이루어져야 함을 제언한다.

참 고 문 헌

1. 경제기획원: 인구 및 주택 센서스, 1991.
2. 김조자, 유지수, 박지원: 방문간호를 통한 암환자의 위기 중재효과에 관한 연구, 간호학회지,

- 19(1): 63-80, 1989.
3. 보건사회부: 보건사회 백서, 1990.
 4. 삶과 죽음을 생각하는 회: 안내서, 1993.
 5. 소외숙: 호스피스 간호가 말기 암환자의 삶의 질에 미치는 효과에 관한 연구, 간호학회지 21(3): 418-435, 1991.
 6. 왕대련외 4인: 호스피스케어에 대한 평가연구: -세브란스 호스피스 중심으로-, 대한간호, 29(4):51-69, 1990.
 7. 이화여자대학교 간호대학 간호학연구소 엮음: 임종과 간호 -호스피스케어-, 수문사, 1990.
 8. 조유향: 호스피스(기정판), 현문사, 1994.
 9. 조유향, 윤현숙: 노인에 대한 보건의료의 개발을 위한 조사연구, 한림대학 사회의학연구소, 1988, 200-202.
 10. 조유향: 말기환자에 대한 호스피스의 방향, 한국노년학연구 제 1집: 3-10, 1992.
 16. 조 현: 호스피스의 비용효과에 관한 고찰, 한국노년학연구, 제 2집: 3-41, 1993.
 17. 통계청: 1990년 인구 주택 총 조사 보고서, 1991.
 18. 황경식: 응용철학으로서의 생의 윤리학, 1990.
 19. 前田信雄: ターミナル-末期患者へのケアの模索, 病源 39(11): 955-960, 日本, 1980. 11. 大井玄: ターミナルケアの現状とあり方, ジョリスト 総合特集 44: 227-231, 日本, 1986.
 20. 小林廉毅: 終末期における在宅医療と入院医療の医療経済的分析, 日本公衆衛生誌: 33(1): 11-18, 昭和 63年.
 21. 原 義雄, 千原明: ホスピスケア, Medicalfriend 出版社, 日本, 昭和 60年.
 22. Joyce Brothers : Widowed, 1992(김옥라옮김, 우진출판사).
 23. Kenneth P. Cohen : Hospice, Prescription for Terminal Care, Aspen Systems Corporation United state, 1979.

<Abstract>

Review on the Approaches and Issues of the
Hospice Care Program

Yoo Hyang Cho

(Department of Nursing, KwanDong University)

The concept of hospice care for the terminally ill is a development of relatively modern times, although it has its origins in antiquity. The hospice will be able to handle progressively more and more patient, to the limit of its resources.

The purposes of this study were to review of demand and issues of the hospice care programmes and to recommend the hospice care approaches in south Korea that using the book—review method.

At this point, although at present there is a general unawareness of hospice throughout Korean society, the public will become gradually aware of hospice. This will thus aid the development of hospices. Awareness will come about because of the educational efforts of medical schools, nursing schools, allied health training programs, practicing hospice care giver, universities, and others interested in hospice education. At present, there are many issues of the hospice care program that are hospice resources problems of manpower, facilities, finances, and cost of hospice services, quality of care, and ethics. Additional studies are needed to determine the most efficacious organizational hospice models for varying conditions.

They will insist upon reasonable regulatory agency regulations that will promote the hospice idea and permit adequate remuneration for services provided. More research is needed on health professionals', patients', and others' attitudes towards death.