

## 호스피스 프로그램 운영 현황 조사

한국보건산업진흥원

장현숙 · 박실비아 · 유선주

### Abstract

### Analysis of Actual State for Hospice Programs in Korea

Hyun-Sook Chang, Sylvia Park, Sun-Ju You

*Korea Health Industry Development Institute*

**Purpose :** This study aimed to investigate and to evaluate the present conditions of hospice programs in Korea for supplying data useful in making policy in hospice, which is not institutionalized yet.

**Method :** For this purpose we surveyed 59 hospice programs regarding the general characteristics, manpower, patients, services, financial conditions, and facilities. Thirty-seven hospice programs answered the questionnaires.

**Result :** They were 11 tertiary hospitals, 11 other hospitals, 3 clinics, 12 home care hospice, and 1 freestanding hospice. Only 9 hospice programs have all of the essential professionals: physicians, nurses, social workers, clergies, and volunteers. In some hospice programs, volunteers who had not been trained for hospice provided services to terminal patients. More than half of the hospice said they provided services to the patients who lost their consciousness and were not suitable for hospice care. 16% of the hospice said they did not keep the patients' record. Some hospitals including tertiary hospitals provided such intensive care as radiotherapy, TPN, injections to hospice patients. Many hospice programs other than hospitals didn't charge patients for hospice care. 60% of the hospice said they suffered from financial problems. Most of the hospice wards were not built for hospice use at first. So they did not have such supplementary facilities as dayroom, waiting room, special bathing facilities etc.

**Conclusion :** For improving the quality of terminal patients and promoting the cost effective use of health care resources, it is necessary to consider the institutionalization of hospice. The institutionalization of hospice programs can improve the quality of hospice care and the standardization of the hospice program can hasten its institutionalization.

**Key Words :** Hospice, Quality

## 서 론

우리 나라는 사회 경제적 수준이 크게 향상되어 왔고 생활양식이 급속히 변화하였다. 이에 따라 만성질환이 증가하였고 생명연장 기술을 비롯한 의학기술의 발달은 말기환자의 규모를 상당히 증가시켰다. 치료가 불가능하고 죽음이 예견되는 말기환자는 일반 환자와는 다른 특수한 요구를 가진다. 이에 대한 서비스로 발달된 것이 호스피스이다.

호스피스는 죽음을 앞둔 말기환자와 그 가족을 사랑으로 돌보는 행위로서, 환자가 남은 여생동안 인간으로서의 존엄성과 높은 삶의 질을 유지하면서 삶의 마지막 순간을 편안하게 맞이하도록 신체적, 정서적, 사회적, 영적으로 도우며, 사별 가족의 고통과 슬픔을 경감시키기 위한 총체적인 돌봄(holistic care)이다[1]. 호스피스는 집, 공공시설, 장소, 돌봄, 태도, 프로그램 등으로 다양하게 정의되고 있는데 이 모든 개념을 포함한다고 보는 것이 타당할 것이다.

현대사회에서 호스피스는 그 필요성이 더욱 증대되고 있다. 그 이유는 첫째 질병구조의 변화와 의학기술의 발달로 인한 말기환자의 증가 때문이다. 둘째, 여성의 사회진출이 활발해지는 등 생활양식이 변화하여 말기환자의 케어가 사회화될 필요성이 증가하였기 때문이다. 셋째, 말기환자에게 인간다운 죽음의 권리를 보장해야 하기 때문이다. 넷째, 말기환자의 의학적 요구를 수용할 수 있고 의료자원의 낭비를 막을 수 있는 대안으로서 완화의료의 필요성이 커졌기 때문이다.

외국에서는 호스피스의 경제적 효과가 실증적으로 입증되었는데, 미국에서 호스피스가 1982년 제도화된 것도 호스피스가 말기환자의 삶의 질을 저하시키지 않으면서 의료자원의 소모를 줄이는 것으로 판단되었기 때문이다[2]. 1995년 메디케어의 병원 입원일당 평균 진료비가 1,910달러이고 간호요양시설 입원일당 평균 진료비가 402달러인데 비해, 호스피스 일당 평균 진료비는 105달러에 불과하여 비용절감효과가 매우 큰 것으로 나타났다[3].

우리나라에서 최초의 호스피스 활동은 1965년에 강

릉 갈바리 의원에서 시작되었다. 이후 30여년이 지나면서 1998년 현재 전국적으로 60여개의 호스피스 프로그램이 의료기관내 호스피스 병동형 및 산재형, 독립시설형, 가정방문형 등으로 운영되고 있으나 아직 제도적으로 의료체계 중 하나의 프로그램으로 인정받지 못하고 있다.

그러나 많은 연구에서 말기환자의 삶의 질 향상과 의료자원의 효율적 활용을 위해 호스피스가 반드시 필요하다는 것을 보여주고 있다[4]. 호스피스를 대상으로 하는 말기환자중 대다수는 말기암 환자들이다. 현재 말기암 환자들은 치료중심의 의료의 관심에서 벗어나 무원칙적이고 낭비적인 의료이용 행태를 보이고 있는 것으로 평가된다[5]. 또한 다수의 말기암 환자들인 3차 진료기관에 입원하고 있으나 3차 진료기관 입원의 이유 중 60%는 3차 진료기관에 입원할 필요가 없는 것으로 대안적인 케어시설로 수용 가능한 이유이다[6]. 또한 3차 진료기관에 입원하는 경우에도 환자들은 만족스런 케어를 받지 못하는 것으로 나타났다[7].

이상에서 볼 때 말기환자의 삶의 질을 향상하고 의료자원을 효율적으로 이용하기 위해서는 호스피스를 제도적으로 도입하여 활용할 필요가 있다. 호스피스를 제도적 차원에서 검토하기 위해서는 우선 현재 진행중인 호스피스 활동 현황과 수준을 파악해야 한다.

본 연구는 우리나라 호스피스 프로그램의 활동 현황을 인력 및 시설 현황과 환자 현황, 제공서비스 현황 등을 중심으로 조사하여 분석하고 호스피스 프로그램의 양적 질적 향상을 위한 방안을 모색함으로써, 이후 호스피스에 대한 정책 수립을 위한 참고 자료를 제시하는 것을 목적으로 한다.

## 대상 및 방법

### 1. 대상 및 자료수집

1998년 현재 우리나라에서 호스피스 활동을 하고 있는 기관 또는 팀(이하 '기관')은 약 60개이다. 호스

피스 프로그램 운영 현황을 조사하기 위하여 '한국호스피스협회'로부터 전국의 호스피스 프로그램 운영기관의 명단을 제공받아 의료기관 및 가정방문팀을 포함한 총 59개 기관에 대하여 우편설문조사를 하였다. 1차 설문에서 불응답한 기관에 전화독촉과 함께 2차로 설문지를 재발송하여 총 38개(64.4%) 기관으로부터 응답을 받았다. 응답기관이 작성한 응답내용이 미진하거나 보완이 필요한 경우 전화로 추가 조사를 실시하였다.

## 2. 조사 내용

본 조사의 내용은 크게 6개 부문으로 구성된다. 첫째, 기관의 일반적 현황이며, 둘째, 활동 인력 현황, 셋째, 환자 현황, 넷째, 케어 현황, 다섯째, 재정 현황, 여섯째, 시설 현황이다. 일반적 현황에서는 기관의 설립형태 및 활동개시년도, 활동형태 등을 조사하였다. 활동 인력에서는 인력의 종류별로 상근 활동자와 시간제 활동자수 및 활동시간을 조사하고, 특히 호스피스에서 중요한 인력인 자원봉사자 현황을 조사했다. 환자 현황에서는 퇴원환자수 및 질환, 연령과 환자관리 원칙 등을 조사하였고, 케어 현황에서는 현재 관리중인 환자의 신체적 상태와 제공되는 투약 및 처치 서비스를 조사하였다. 재정 현황에서는 재원조달 방법과 지출규모, 진료비 부과 방법 등으로 조사하였다. 시설 현황에서는 별도의 입원시설을 갖춘 기관만을 대상으로 하여 병상을 비롯한 주요 시설 현황을 조사하였다.

## 결 과

### 1. 일반 현황

본 조사의 대상이 된 우리나라의 전체 호스피스 기관은 전국적으로 분포하고 있으며 그 중 37.3%가 서울에, 62.8%가 서울을 비롯한 대도시에 위치하고 있다. 59개중 14개가 3차 진료기관이고, 20개가 3차 진료기관을 제외한 병원급 이상 의료기관이며, 3개가 의원으로 전체의 62.7%가 의료기관이다. 20개는 가정방

문 형태의 호스피스 사업을 전개하는 가정 호스피스팀이다.

설문조사에 응답한 38개 기관의 특성도 전체 기관의 특성과 유사하였다. 서울 지역이 39.5%를 차지하였고 68.4%가 서울 등 대도시에 위치한 기관이었다. 3차 진료기관이 11개, 3차진료기관을 제외한 병원급 이상 의료기관이 11개, 의원이 3개로서 의료기관이 65.8%를 차지하였다. 가정방문팀이 12개였고, 1개 기관은 호스피스만을 위한 독립시설이었다(Table 1).

기관의 설립형태는 의료기관이 25개, 사회복지시설이 2개, 종교기관이 5개 등이었다. 종교적 배경은 대부분이 기독교 또는 천주교였으며 종교와 무관한 기관이 5개였다. 호스피스 활동을 개시한 시기는 27개 기관(71.1%)이 1991년 이후인 것으로 나타나 호스피스 활동이 1990년대 들어 부쩍 증가하였음을 알 수 있다 (Table 2).

Table 1. 전체 호스피스 기관과 응답 기관의 특성 비교

	응답 기관		전체 기관	
	개소	%	개소	%
전체	38	100	59	100
지역				
서울	15	39.5	22	37.3
부산	4	10.5	5	8.5
광주	1	2.6	2	3.4
대전	3	7.9	3	5.1
대구	2	5.3	4	6.8
인천	1	2.6	1	1.7
경기	4	10.5	8	13.6
강원	3	7.9	4	6.8
충북	1	2.6	2	3.4
전북	1	2.6	3	5.1
전남	1	2.6	1	1.7
경북	0	0.0	2	3.4
제주	2	5.3	2	3.4
공급자 유형				
3차진료기관	11	28.9	14	23.7
병원	11	28.9	20	33.9
의원	3	7.9	3	5.1
기타시설	1	2.6	2	3.4
팀	12	31.6	20	33.9

호스피스 활동 형태는 일반적으로 세 가지로 분류된다. 기관 내에 호스피스 전용 병동을 별도로 설치하여 호스피스 케어를 제공하는 경우와 기관 내에 별도의 호스피스 병동이 존재하지 않고 환자별로 호스피스 환자를 지정하여 병상이 산재해 있는 경우, 환자의 가정을 방문하여 케어를 제공하는 가정방문형이 있다. 이 세 가지 형태는 기관에 따라 한가지만 제공되기도 하고 두 가지 방식을 동시에 제공하는 경우도 있다.

본 조사에서는 가정방문 형태의 호스피스 활동을 하고 있는 기관이 28개소(73.7%)로 나타났고, 기관 내에 호스피스 병상이 산재한 경우가 19개소(50.0%), 별도 병동이 설치된 경우가 8개소(21.1%)였다. 별도 병동이 설치된 8군데 중 2곳은 모든 병상이 호스피스 환자만을 위한 곳으로, 한 곳은 의원이었고 다른 한 곳은 호스피스를 위한 독립시설이었다. 가정방문 호스피스 제공을 하는 경우 구체적인 형태는 호스피스 전담팀에 의한 경우와 가정간호 사업의 일부에 의한 경우의 두 가지로 나눌 수 있다. 본 조사에서 가정방문 서비스를 제공하는 기관 중 21개소(75.0%)는 호스피스 전담팀에 의하여 케어를 제공하고 있었고, 7개소(25.0%)는 가정간호 사업의 일부로서 호스피스 케어를 제공하고 있었다. 두 가지 활동을 겸하는 경우를 고려하면 병상을 갖춘 상당수의 기관이 가정방문 호스피스 활동도 함께 하는 것으로 나타났다. 별도 병동형 8개소 중 7개소와 병상 산재형 19개소 중 10개소에서 가정방문 호스피스 케어를 제공하고 있었다(Table 2, 3).

2. 활동 인력

호스피스 활동 원칙 중의 하나가 팀접근에 의한 활동이다. 호스피스가 환자의 신체적, 정신적, 영적 케어를 제공함과 동시에 환자의 가족에 대한 지지, 상담을 제공하므로 다부문의 협력을 바탕으로 하는 팀접근을 필요로 한다. 팀의 기본 구성원은 의사, 간호사, 사회복지사, 성직자, 자원봉사자이다.

본 연구에서는 우리나라 호스피스 기관들의 활동

인력을 조사해 보았다. 호스피스팀을 이루는 기본적인 구성원인 의사, 간호사, 사회복지사, 성직자, 자원봉사자뿐만 아니라 간호조무사, 약사, 영양사, 의료기사 등의 현황도 조사하였다. 응답한 38개소 기관중 의사가 있다고 한 기관이 21개소였으며, 그 중 9개소에 상근제 의사가 근무하고 있으며 12개소는 시간제로 의사가 근무하고 있었다. 의사가 있다고 한 기관당 평균 의사 수는 상근제의 경우 1.9명, 시간제의 경우 4.8명이었다. 간호사는 30개소 기관에서 있다고 하였고 상근제로 간호사가 근무하는 곳이 23개소, 시간제로 일하는 곳이 16개소로 나타났다. 상근제로 일하는 경우 평균 간호사수는 3.0명이었고 시간제로 일하는 경우는 10.6명이었다. 사회복지사가 있는 호스피스 기관은 18개소였으며, 상근제로 근무하는 10개소의 평균 사회복지사 수는 1.3명이었고 시간제로 근무하는 8개소의 평균 사회복지사 수는 1.0명이었다. 상근제로든 시간제로든 성직자가 근무하고 있는 기관은 모두 31개소였다. 자원봉사자를 갖춘 곳은 32개소로 기관당 평균 36.4명이었다

Table 2. 응답 호스피스 기관의 일반 현황

	구분	개소	%
설립 형태	의료기관	25	65.8
	사회복지시설	2	5.3
	종교기관	5	13.2
	기타	6	15.8
종교 배경	기독교	16	42.1
	천주교	17	44.7
	없음	5	13.2
호스피스 활동 개시년도	~1985년	4	10.5
	1986~1990년	7	18.4
	1991~1995년	19	50.0
	1996년~	8	21.1
호스피스 활동 형태	별도 병동형	1	2.6
	병상 산재형	9	23.7
	가정방문형	11	28.9
	별도 병동형 + 가정방문형	6	15.8
	병상 산재형 + 가정방문형	10	26.3
	독립시설형 + 가정방문형	1	2.6

Table 3. 기관별 호스피스 활동 현황

구 분	기관	호스피스 병상수	활동개시 년 도	활동 유형			월평균 환자수		1개월간 종결환자수
				별도 병동	병상 산재	가정방문	입원	가정방문	
3차 병원	1	—	1991		○		—	—	—
	2	—	1988			○	—	—	8
	3	10	1982	○		●	10	10	22
	4	15	1987	○		○	14	8	23
	5	—	1996		○	○	6	1	6
	6	—	1992		○	●	40	—	13
	7	—	1995		○	○	45	1.5	41
	8	—	1996		○	○	—	—	6
	9	—	1987		○		—	—	—
	10	—	1995		○	●	—	—	—
	11	—	1994		○	○	18	—	19
병원	12	—			○		—	—	—
	13	5	1997		○		3.5	—	5
	14	25	1991	○			—	—	13
	15	10	1990		○		5	—	5
	16	—	1998		○		6	—	3
	17	12	1988	○		○	12	3	12
	18	2	1994		○		2	0.5	3
	19	2	1994	○		○	3	—	3
	20	14	1993	○		●	—	—	12
	21	—	1993		○		—	—	18
22	—	1995		○		—	—	34	
의원	23	11	1965	◎		●	—	—	6
	24	—	1989		○	○	—	—	—
	25	—	1976			○	—	9.5	—
독립시설	26	15	1993	◎		○	15	10	10
가정 방문팀	27	—	1996		○	○	—	—	—
	28	—	1997		○	○	2	1	—
	29	—	1997		○	○	—	—	14
	30	—	1991			○	—	40	6
	31	—	1993			○	—	—	7
	32	—	1998			●	—	2	7
	33	—	1993			○	—	—	2
	34	—	1987			○	—	35	13
	35	—	1994			○	—	—	—
	36	—	1992			○	—	—	65
	37	—	1994			●	—	—	—
	38	—	1995			○	—	15	6
계/평균'				8	19	28	13.0'	11.3'	13.6'

주: ◎=전체병상 사용 / 가정방문 중 ○=호스피스 전담팀의 가정방문 ●=가정간호사업의 일부

Table 4. 기관별 활동 인력 현황

(단위 : 명, 시간)

구분	기관	활동 인력수 (인)					월평균 활동시간 (시간)				
		의사	간호사	사회복지사	성직자	자원봉사자	의사	간호사	사회복지사	성직자	자원봉사자
3차 병원	1	1	—	(1)	(2)	1	176	24	12	16	132
	2	—	2	1	1(1)	7	36	392	—	704	770
	3	(8)	8	(1)	(2)	50	—	352	176	176	704
	4	3	14	1	2	52	—	—	—	880	1,056
	5	(3)	( 5)	(1)	(2)	50	—	—	—	—	—
	6	(2)	(20)	—	1(5)	50	30	352	20	236	660
	7	(9)	(46)	(1)	2(1)	33	160	1,408	10	40	66
	8	(3)	(40)	(1)	3(2)	—	528	2,464	176	352	—
	9	—	—	—	2	1	—	—	—	—	44
	10	—	—	—	4	0	—	176	176	176	0
	11	—	5	—	2(3)	15	—	—	—	176	—
병원	12	—	1	—	—	0	352	352	176	176	0
	13	—	1	—	1	10	352	704	—	—	160
	14	2	5	2	3	48	12	704	—	352	264
	15	—	—	—	5	14	704	1,056	176	1.5	88
	16	—	—	—	—	50	—	256	—	—	704
	17	(1)	2	(1)	1(2)	25	—	—	—	—	264
	18	—	1	1	1	30	176	176	2	176	330
	19	2	2	1	1	0	108	184	2	366	0
	20	4	6	1	(1)	36	—	176	—	—	44
	21	—	1( 1)	—	—	20	—	176	—	176	44
	22	1	1(10)	(1)	1	40	—	—	—	528	330
의원	23	(1)	2( 1)	—	4	20	—	48	—	8	638
	24	2	4	—	—	9	352	880	352	528	110
	25	1	1	—	1	0	—	—	—	352	0
독립 시설	26	(1)	4	—	2	100	—	—	—	704	440
가 정 방문팀	27	—	—	—	—	50	176	176	—	176	—
	28	—	(3)	—	(1)	44	—	880	—	532	264
	29	(1)	(3)	—	1(3)	80	10	72	—	212	594
	30	—	2(4)	1	2	57	—	1,080	176	352	22
	31	—	1(3)	(1)	1(1)	58	—	203	4	180	440
	32	(1)	1(1)	3	(2)	—	—	180	528	8	—
	33	—	—	—	—	15	—	—	—	—	88
	34	1	3(1)	1	6	20	176	528	176	1,056	44
	35	(2)	(1)	—	1	20	—	—	—	176	—
	36	—	—	—	1	120	—	—	—	176	2,160
	37	—	1	—	—	4	—	176	—	—	176
	38	(26)	2(30)	1	1	500	—	352	176	176	880
평균		1.9(4.8)	3.0(10.6)	1.3(1.0)	2.0(2.0)	36.4	223	501	156	306	411

(주) ( )안의 인력수는 시간제 근무자수를 뜻함

(Table 4). 그밖에 간호조무사가 있는 기관은 11개소, 간호보조원이 있는 기관은 4개소, 약사가 있는 기관은 10개소, 의료기사가 있는 기관은 4개소, 영양사가 있는 기관은 12개소였다(Table 5). 응답기관 38개 중 의사, 간호사, 사회복지사, 성직자, 자원봉사자를 모두 갖춘 기관은 9개소에 지나지 않아 대부분의 호스피스 기관이 기본 인력을 갖추지 않은 채 활동하고 있는 것으로 나타났다. 기관별로 각 인력이 한 달 동안 활동하는 시간을 모두 합해보면 간호사가 평균 총 501시간을 투입하는 것으로 나타나 가장 활동시간이 길었다. 다음으로는 자원봉사자, 성직자, 의사, 사회복지사의 순이었다(Table 4).

자원봉사자는 활동 시간에서 간호사 다음을 차지할

Table 5. 활동 인력 직종별 수  
(단위: 개소, %)

직종	활동구분	응답기관수	평균(명)	최소(명)	최대(명)
의사	상근	9	1.9	1	4
	시간제	12	4.8	1	26
간호사	상근	23	3.0	1	14
	시간제	16	10.6	1	46
사회복지사	상근	10	1.3	1	3
	시간제	8	1.0	1	1
성직자	상근	25	2.0	1	6
	시간제	14	2.0	1	5
자원봉사자		31	36.4	1	120
간호조무사	상근	10	1.7	1	4
	시간제	1	2.0	2	2
간호보조원	상근	3	2.3	1	3
	시간제	1	2.0	2	2
약사	상근	4	1.3	1	2
	시간제	6	1.2	1	2
의료기사	상근	-	-	-	-
	시간제	4	1.3	1	2
영양사	상근	5	1.4	1	3
	시간제	7	1.1	1	2

만큼 호스피스에서 제외되어서는 안되는 중요한 인력이다. 그만큼 자원봉사자가 호스피스에서 활동하기 위해서는 적합한 자격과 훈련이 요구된다. 각 기관에서의 호스피스 자원봉사자 교육 실시 여부를 질문한 결과 27개 기관(응답기관 중 75.0%)에서 자원봉사자 교육을 실시한다고 하였고 1년 평균 교육이수자수는 147명으로 나타났다. 현재 호스피스 자원봉사자를 활용하고 있는 기관 32개중 대부분은 자원봉사자들이 호스피스 자원봉사자 교육을 이수했다고 하였으나 3개 기관(9.4%)은 자원봉사자들이 호스피스 자원봉사자 교육을 이수하지 않았다고 하였다(Table 6)[1].

### 3. 환자 현황

환자 규모는 기관에 따라 차이가 컸다. 기관당 월평균 케어 환자수는 입원의 경우 최소 2명에서 최대 45명까지 분포하였고, 가정방문의 경우 최소 0.5명에서 최대 40명까지 분포하였다. 평균적으로는 입원환자가 기관당 13.0명, 가정방문환자가 기관당 11.3명 존재하고 있었다.

가정방문 호스피스 환자 1인당 주평균 방문횟수는 응답 기관별로 차이가 컸다. 평균 방문횟수가 가장 적은 기관은 0.5회로 나타났고 가장 많은 기관은 평균 7회로 나타났으며 전체 평균은 2.3회였다.

현재 호스피스 기관에 등록하기 위해 대기하고 있는 환자가 있는냐는 질문에 11개 기관이 있다고 하였

Table 6. 자원봉사자 활용 현황  
(단위: 개소, %)

	활용	개	%
자원봉사자 활용 여부	활용	32	88.9
	비활용	4	11.1
자원봉사자 활용 기관	계	32	100.0
자원봉사자 교육 실시 여부	실시	27	75.0
	비실시	9	25.0
자원봉사자의 교육 이수 여부	이수	29	90.6
	미이수	3	9.4

으며 기관당 대기환자수는 평균 4.2명이었다.

1개월 동안 입원과 가정방문을 종합하여 종결된 환자수도 기관에 따른 편차가 심하였다. 가장 적은 곳은 2명이었고 가장 많은 곳은 65명이었다. 평균적으로는 기관당 13.6명이 한달 동안 사망 등의 이유로 호스피스 케어를 종결한 것으로 나타났다. 종결 환자의 질환은 암이 가장 많아 93% 이상을 차지하였다. 그 다음으로는 순환기계 질환, 사고, 후천성 면역결핍증 등의 순이었다. 서비스 종결시의 상태는 사망과 귀가가 비슷한 수준으로 분포하였고 타기관으로 후송된 경우도 있어서, 절반 이상의 환자가 사망을 맞이하기 전에 호스피스를 중단한 것으로 나타났다. 그러나 종결 상태가 귀가 또는 타기관으로 후송된 경우는 대부분 3차 진료기관의 환자들이었다. 즉 이들은 임종을 가정에서 맞이하기 위하여 퇴원하였거나 다른 의료서비스를 받기 위해 타기관으로 옮긴 것으로 보인다. 그밖에 호스피스 활동만을 주로 하는 의료기관이나 가정방문 호스피스 케어를 받은 환자들은 대부분 사망을 맞이하면서 호스피스 케어를 종결하였다. 호스피스는 치료를 목적으로 하는 다른 의학적 진료와 달리 말기환자가 인간답게 죽음을 맞이할 수 있도록 신체적, 정신적, 영적 지지 및 케어를 제공하는 것이므로, 반드시 치료가능성이 없는 말기 환자만을 대상으로 하고 등록시 환자의 의식이 분명하고 의사소통이 가능해야 한다. 또한 이러한 치료 방침의 전환에 대한 환자 및 가족의 동의가 필요하다.

본 조사에 응답한 기관 중 치료가능성이 없는 말기 환자만을 등록시킨다고 답한 기관은 23개소(69.7%)였고 10개소(30.3%) 기관은 그렇지 않다고 하여 상당수의 호스피스 기관이 호스피스 대상이 아닌 환자를 케어하고 있는 것으로 드러났다.

의식이 분명하고 의사소통이 되는 환자만을 등록시키는 원칙에 대해서는 응답기관 중 절반 이상의 기관(58.8%)이 그러한 원칙을 적용하지 않는 것으로 나타났다. 이러한 경향은 3차 진료기관을 비롯한 의료기관

뿐만 아니라 호스피스를 주 활동으로 하는 기관의 경우에도 마찬가지였다.

등록시 환자의 동의서를 받는가라는 질문에 대해서는 응답기관의 50.0%(14개소)가 그렇다고 하였고, 나머지 50.0%(14개소)는 그렇지 않다고 답하였다. 환자의 동의서를 받지 않는 기관은 주로 3차진료기관을 비롯한 의료기관이었고, 가정방문 호스피스의 경우에는 2군데가 그러하였다.

환자의 의무기록 등 환자기록을 보관하는 기관은 27개소(84.4%)였고 5개소(15.6%) 기관은 그렇지 않은 것으로 나타났다.

환자의 동의서 및 환자기록 보관은 미국 각 주에서 호스피스 기관에 대해 법적으로 요구하는 사항으로 호스피스의 환자 관리수준을 보여주는 한 지표라 할 수 있다. 그러나 조사에서 보여진 바와 같이 환자 동의서를 받는 기관은 절반에 불과하였고 환자기록을 보관하는 기관도 84%선에 그쳐, 호스피스 기관들의 환자 관리가 보다 체계화되어야 할 필요가 있다.

#### 4. 케어 현황

설문에 응답한 3차진료기관 9개, 병원 9개, 의원 3개, 독립시설 1개, 가정호스피스 6개 등 29개 기관에 등록된 대상환자 278명에 대하여 일상활동 능력 정도, 특수처치의 제공 정도에 대한 조사 결과는 다음과 같다.

일상활동 수행기능 정도(ADL; Activities of Daily Living)는 조사가 가능한 239명의 평가결과를 분석한 결과 '스스로 할 수 있다', '부분적으로 도움을 받는다', '완전한 도움을 받는다'의 순으로 나타났다. 호스피스 기관별로는 병원급 이상의 의료기관 및 가정형 호스피스의 경우 동일한 양상을 보이는 반면 독립시설 및 의원의 경우는 '스스로 할 수 있다'는 환자의 비중이 가장 낮고 '부분 혹은 완전한 도움을 받는다'는 환자군의 비중이 각각 77.2%, 78.0%에 이른다(Table 7).

일상활동 수행기능 평가항목별 대상자의 분포를 살



해보면 '식사'의 경우 '스스로 할 수 있다'는 환자가 49%로 가장 많으나 '목욕 및 머리감기'는 '부분 혹은 완전한 도움을 받는다'는 응답이 75.8%로 화장실 이동, 옷입기, 이동 등에 비해 의존도가 높은 것으로 나타났다(Table 8).

Table 7. 호스피스 기관별 대상자의 일상활동 수행가능 정도 (단위 : %)

구분	스스로 할 수 있다	부분적인 도움을 받는다	완전한 도움을 받는다	계
3차진료기관	36.3	35.5	28.3	100.0
병원	39.2	38.5	22.3	100.0
의원	22.7	32.7	44.5	100.0
독립시설	22.0	50.0	28.0	100.0
가정호스피스	48.6	25.9	25.5	100.0
계	37.4	34.8	27.8	100.0

Table 8. 일상활동 수행가능 평가항목별 대상자의 분포 (단위 : %)

구분	스스로 할 수 있다	부분적인 도움을 받는다	완전한 도움을 받는다	계
식사	49.0	33.5	17.6	100.0
목욕 및 머리감기	24.3	40.9	34.9	100.0
화장실이동	41.4	30.0	28.6	100.0
옷입기	40.8	34.0	25.2	100.0
이동	32.2	35.6	32.2	100.0

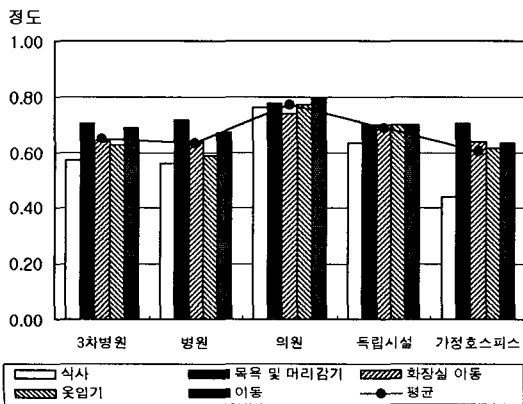


Fig. 1. 호스피스 기관별 대상자의 일상활동 수행능력 정도

Fig. 1은 호스피스기관의 대상자에 대한 일상활동 수행능력 정도를 '스스로 할 수 있다 1', '부분적으로 도움을 받는다 2', '완전한 도움을 받는다 3'으로 구분하여 만점에 대한 비를 구한 것으로 의원 대상자의 의존도가 전반적으로 높고 가정호스피스 대상자의 경우 '목욕 및 머리감기'를 제외하면 타기관 대상자에 비하여 의존도가 낮은 것으로 나타났다.

호스피스 대상자의 활력징후(혈압, 호흡, 맥박, 체온 등) 측정 간격은 의원급 이상의 의료기관에서는 50% 이상이 일 2~6회를 시행하고 있는 반면 가정 호스피스는 방문 당시의 1회 측정의 경우가 90% 이상이다.

호스피스 대상자의 투약에 대한 조사결과로, 병원급 이상의 의료기관 환자는 경구투약 및 단순·복합 정맥주사 투약의 비중이 50%이상인 반면 의원급 이하의 기관에서는 정맥주사가 제한적으로 쓰여지고 있으며 특히 독립시설 대상자의 경우는 투약이 전혀 없는 환자의 비중이 50% 수준으로 나타났다.

호스피스 대상자의 통증치료 현황을 파악하기 위하여 마약성 진통제 및 비마약성 진통제의 투약여부 및 투여주기, 투여경로 등을 조사한 결과는 마약성 진통제는 대상자의 77.3%에서 투여되고 있으며 57.1%는 주기적으로 마약성 진통제에 의해 통증을 조절하고 있었다. 특히 병원급 의료기관의 호스피스 환자는 60.2%가 정맥주사를 투여받고 있는 반면 의원급, 독립시설, 가정호스피스의 경우는 경구투약에 의한 제한적인 통증치료가 대부분인 것으로 나타났다(Table 9).

비마약성 진통제는 대상자의 79.2%인 137명이 투여하고 있으며 상대적으로 정기적인 투여의 비중이 높았다. 투약경로에 있어서는 비마약성 진통제를 투여받고 있는 환자의 56.9%는 경구투여였고 정맥주사 22.6%, 근육주사 20.4% 순이었다. 또한 비마약성 진통제를 투여하는 137명의 59.9%인 82명은 마약성 진통제를 동시에 투여하고 있는 것으로 나타났다(Table 10).

호스피스 대상자의 영양섭취는 81.8%가 경구섭취에 의존하고 있으며 10.2%는 경구섭취에 보조적으로 중

Table 9. 호스피스 기관별 마약성 진통제의 투약 유형

(단위: 개소, %)

투약여부	마약성진통제										
	유										
투약주기	부정기적				주기적				무	계	
투약경로	경구투약	근육주사	정맥주사	소계	경구투약	근육주사	정맥주사	소계			
3차진료기관	3	5	7	15(23.1)	6	6	18	30(46.2)	45(69.3)	20(30.8)	65(100.0)
병원	2	11	5	18(36.7)	2	-	23	25(51.0)	43(87.8)	6(12.2)	49(100.0)
의원	-	-	-	0(0.0)	12	-	-	12(66.7)	12(66.7)	6(33.3)	18(100.0)
독립시설	-	-	-	0(0.0)	6	-	-	6(100.0)	6(100.0)	0(0.0)	6(100.0)
가정호스피스	-	-	-	0(0.0)	17	-	3	20(80.0)	20(100.0)	5(20.0)	25(100.0)
계	5	16	12	33(20.2)	43	6	44	93(57.1)	126(77.3)	37(22.7)	163(100.0)

Table 10. 호스피스 기관별 비마약성 진통제의 투약 유형

(단위: 개소, %)

투약여부	비마약성진통제										
	유										
투약주기	부정기적				주기적				무	계	
투약경로	경구투약	근육주사	정맥주사	소계	경구투약	근육주사	정맥주사	소계			
3차진료기관	5	7	1	13(20.6)	11	10	12	33(52.4)	46(73.0)	17(27.0)	63(100.0)
병원	8	8	4	20(45.5)	3	1	7	11(25.0)	31(70.5)	13(29.5)	44(100.0)
의원	1	2	-	3(15.0)	11	-	-	11(55.0)	14(70.0)	6(30.0)	20(100.0)
독립시설	-	-	-	0(0.0)	9	-	1	10(100.0)	10(100.0)	0(0.0)	10(100.0)
가정호스피스	13	-	1	14(38.9)	17	-	5	22(61.1)	36(100.0)	0(0.0)	36(100.0)
계	27	17	6	50(28.9)	51	11	25	87(50.3)	137(79.2)	36(20.8)	173(100.0)

합영양 수액요법(total parenteral nutrition, TPN)을 시행하고 있었다. 특히 고영양수액요법은 총 23명 중 21명(91.3%)이 병원급 이상의 의료기관에서 서비스를 제공받고 있는 것으로 나타났다. 호스피스 대상자의 방사선 치료 현황을 조사한 결과로 3차 진료기관에서 18.3%, 병원 7.5%, 가정 호스피스 11.4%로 나타났다.

5. 재정 현황

1) 진료비 지불 형태 및 진료비 수준

호스피스 기관의 57.1%(16개)가 현행 행위별 수가체계를 준용하여 환자로부터 진료비를 받고 있으며, 42.9%(12개)는 무료로 서비스를 제공하고 있는 것으로

나타났다. 병원에 호스피스 병동 및 팀을 운영하는 형태는 93.3%(14개)가 현행 행위별 수가체계를 적용하여 환자로부터 진료비를 받고 있고 한 기관만이(6.7%) 전액 무료로 서비스를 제공하는 것으로 나타났다. 의원급 의료기관 및 독립시설형으로 운영하는 형태는 대부분이 무료로 관에서만 현행 행위별 수가체계를 적용하여 환자로부터 진료비를 받고 있는 것으로 나타났다.

환자에게 제공한 서비스의 진료비 수준을 분석한 결과 호스피스 병동을 운영하지 않고 병상 산재형으로 운영하고 있는 의료기관은 환자 치료에 투입되는 행위 및 재료대는 현행 수가체계를 준용하여 진료비를 산정하고 현행 수가체계를 준용할 수 없는 호스피스 케어

는 무료로 제공하는 것으로 나타나 실제 호스피스 환자들의 진료비를 산정할 수 없었다. 호스피스 환자의 일평균 진료비는 80,900원이며, 병원내에 호스피스 병동이나 팀을 운영하는 유형에서는 103,700원, 의원 및 독립시설형은 37,400원으로 나타났다.

## 2) 재정현황

호스피스 기관들의 운영에 필요한 재원조달방법은 각종 기부금에 의한 방법(29.1%), 기관예산 및 환자진료비에 의한 방법(25.0%), 각종 기부금과 종교단체지원에 의한 방법(16.7%)의 순으로 나타나고 있다. 병원형은 병원의 예산과 환자진료비에 의한 방법이 60%, 병원의 예산과 환자진료비 및 기부금에 의한 방법이 20%로 이 두 방법이 전체의 80%를 차지하고 있다. 의원 및 독립시설형은 각종 기부금과 환자의 성의로 내는 기부금성 진료비에 의한 경우가 가장 많았으며 (42.9%), 기부금과 종교단체의 지원(28.6%) 순이며, 호스피스 기관들의 운영재정은 응답기관의 60% 이상이 부족하다고 답하였다.

## 6. 건축 및 시설 현황

호스피스 시설과 관련하여 설문 항목에 유효하게 응답한 곳은 총 14개소였다. 그러나 이 중 호스피스 전용 병동을 운영하고 있는 7개 기관의 응답만을 분석하였다. 7개 기관 중 6개소는 의료기관내 호스피스 병동이었고 1개소는 비의료기관 독립 호스피스 시설이었다.

호스피스병동은 현재 1개 병동의 규모로 운영되고 있으며 10~25병상까지 범위가 넓었다. 1인실 비율은 전체 병상수의 15% 정도로 기관당 1~3실이며, 2인실 이하 실의 비율도 46%정도에 불과하였다. 5인실 및 7인실 비율도 34%로서 이러한 실의 경우 프라이버시 확보가 어렵고 가정적 분위기 구축도 힘들기 때문에 호스피스 케어 본래의 목적을 달성하기 어려운 실정이다. 병원내 호스피스병동의 경우 기존 일반병동을 호스피스 병동으로 사용하는 경우가 대부분이므로 병실

규모는 대략적으로 1인당 6제곱미터 이하이다. 하지만 호스피스 환자는 일반적으로 간호요구도가 높을 뿐만 아니라 거동이 불편하거나 휠체어를 사용해야 하고 또 일상활동을 위한 개인 사물함 등의 설치가 요청되므로 현재의 병실 면적으로는 불충분하다.

상담실, 종교실, 자원봉사자실은 모든 기관에 설치되어 있었다. 환자가족 대기실은 4개 기관에서 설치하고 있었지만 환자의 일상활동의 질과 연관되어 있는 공간인 담화실(dayroom)은 1개 기관에만 설치되어 있을 뿐이다. 기타 부속실의 경우 오물처리실은 대부분 청결물실과 구분하여 설치하고 있으나 구분되어 있지 않거나 아예 설치되지 않은 곳도 있었다. 특수 목욕실비는 1개 기관을 제외하고 전혀 갖추지 않고 있었다. 장애인용 화장실도 3개 기관이 마련하지 못하고 있었다. 그 외 1개 기관에서 임종실을 따로 마련하여 운영하고 있었고 유일한 비의료기관인 독립형 호스피스 기관에 옥외정원이 마련되어 있었다.

## 고 찰

호스피스가 말기환자를 대상으로 하고 주로 말기암 환자를 대상으로 한다고 할 때 1년간 암사망자수 5만 여명을 감안하면 현재의 호스피스 기관으로는 필요에 미치지 못한다고 할 수 있다. 본 조사에서도 응답기관 중 11개 기관에서 평균 4명 이상의 대기 환자가 있는 것으로 나타났다. 호스피스는 1990년 이후 급속히 성장하였으나 아직 더 많은 공급이 필요하다 하겠다.

호스피스 프로그램을 제공하는 기관은 병원과 가정 방문팀이 각각 3분의 일을 차지하고 그외 나머지의 대부분을 3차 진료기관이 차지하고 있으며 의원 및 독립형의 호스피스 기관은 작은 부분만을 차지하고 있다. 호스피스는 고도의 치료기술을 요하지 않고 통증 및 증상 조절을 위한 완화의료를 제공하므로 3차진료기관이 아닌 의원급 의료기관에서 충분히 관리가 가능하다. 그러나 호스피스 기관에서 의원은 극히 작은 부분

만을 차지하고 3차 진료기관이 4분의 일에 가까운 비중을 차지하여 호스피스가 양적으로 팽창하였음에도 불구하고 의료자원의 효율적 이용에는 크게 기여하지 못했다고 할 수 있다.

3차 진료기관을 비롯한 병원급 의료기관에서는 대부분 별도 호스피스 병동을 설치하지 않고 병상 산재 형태로 운영하고 있는 것으로 나타났다. 이것은 의료기관의 공간 활용에서 비롯된 불가피한 문제일 수 있으나, 호스피스 환자는 기존 의료의 지향점과 다른 각도에서 케어해야 함을 의료기관이 덜 지각한 데서 비롯되었을 가능성이 있다. 호스피스 환자의 병상이 다른 일반 환자의 병상과 같은 공간에 위치해 있을 경우 다른 환자와 동일한 치료 방식이 적용될 수 있다. 본 연구에서 실시한 조사에서도 3차 진료기관의 호스피스가 상대적으로 주사제 투여와 종합영양수액요법, 방사선치료의 비율이 높았다. 즉 의학적으로 증상 조절, 고통 감소 등만을 목표로 하는 호스피스의 철학과 달리 치료적 서비스가 제공되고 여기에 추가적으로 영적 케어, 심리적 케어 등이 제공되고 있는 실태이다. 이와 같은 방식으로 호스피스 케어가 제공된다면 호스피스의 주요 효과인 의료자원의 효율적 활용은 기대할 수 없을뿐더러 환자의 경제적 부담도 감소시킬 수 없다.

호스피스 환자의 의료적 요구는 극히 낮은 것이라 할 수 있으므로, 3차 진료기관과 같은 기본적인 비용이 높은 기관은 호스피스 케어 장소로 적합하지 않다. 말기환자들이 비용 효과적으로 호스피스 케어를 받을 수 있기 위해서는 가정형이나 독립시설형 호스피스가 바람직하다. 미국에서도 1994년 독립시설형 호스피스가 전체 호스피스의 40%를 차지할 만큼 가장 비중이 크며, 가장 크게 성장한 호스피스 형태가 독립시설형과 가정형이었다[8].

병원급 이상 의료기관의 비중이 높은 것은 의료기관과 호스피스 기관간의 연계체계가 미흡하기 때문이다. 호스피스 프로그램을 제공하는 병원에서는 자체적으로 발생하는 말기환자를 병원 내부의 호스피스 프

그램에 의뢰한다. 호스피스 프로그램이 없는 병원은 호스피스 프로그램이 있는 병원보다 훨씬 많으며, 말기환자를 호스피스 프로그램이 있는 다른 병원에 의뢰하기도 하나 그렇지 않은 경우가 더 많을 것이다. 말기환자가 발생하는 모든 의료기관에 호스피스가 있을 필요는 없다. 그러나 모든 의료기관에서 발생하는 말기환자가 호스피스로 의뢰될 수 있는 길은 열려 있어야 한다. 각 의료기관, 특히 말기암 진단이 주로 내려지는 3차 진료기관과 요양병원 등에서는 전국의 호스피스 기관의 명단을 파악하고 있어서 환자가 원하는 경우 호스피스 시설로 즉각 의뢰가 이루어지는 체계가 구축되어야 한다.

30년이 넘는 우리나라 호스피스 활동은 각 기관의 자발적 의지에 따라 산발적으로 진행되어 왔다. 호스피스는 특히 공급자들의 봉사 정신과 의지에 힘입어 발전해옴으로써 상당 기간 동안 제도의 영역에서 벗어나서도 유지될 수 있었다고 할 수 있다.

제도의 영역밖에 놓임으로써 호스피스 활동은 각 기관의 조건에 의하여 그 범위나 내용을 규정받게 되었다. 그리하여 호스피스 기관마다 활동 인력의 구성이나 훈련 사항, 환자 구성, 서비스 내용 등에서 큰 차이를 보이고 있다. 본 연구에서 수행된 조사에서 응답한 38개 기관 중 9개 기관만이 호스피스의 필수 인력인 의사, 간호사, 성직자, 사회복지사, 자원봉사자를 모두 갖추고 있었으며, 자원봉사자가 교육을 받지 않은 채 활동하고 있는 곳도 있었다. 적정 인력이 갖추어지지 않으면 환자에게 제공되는 질적 서비스 보장도 어려우며 호스피스에서 지향하는 전인적 케어의 제공에 실패할 수밖에 없다.

호스피스가 치료 가능성이 없는 말기환자만을 대상으로 함에도 불구하고 30%의 기관은 그러한 원칙을 적용하지 않고 있었고, 50% 이상의 기관은 환자 기록보관의 원칙을 적용하지 않고 있는 것으로 나타났다. 이와 같이 호스피스 기관간 프로그램의 표준화가 이루어지지 못하고 질적 수준에서 차이가 큰 것은 아직 호

스피스가 제도화되지 않았기 때문이라고 할 수도 있으나, 이러한 비표준화된 실태가 호스피스의 제도화를 더욱 멀게 할 수도 있을 것이다.

활동 유형으로 볼 때 가정방문형 프로그램을 운영하는 기관 중 25%가 호스피스 전담팀이 아닌 가정간호 사업의 일부로 진행하고 있었다. 가정간호와 가정형 호스피스가 케어제공 방식이 서로 유사하다 하더라도 각각이 지향하는 바와 케어제공자의 구성, 케어 내용은 다르므로, 반드시 호스피스 전문교육을 받은 인력에 의해 호스피스 케어가 제공되어야 한다.

우리나라의 호스피스 활동은 주로 종교적 이념에 의해 봉사적 차원에서 이루어져 옴으로써 기관의 운영과 관련되는 재정적 문제는 다른 의료서비스에 비해 상대적으로 덜 쟁점화되었다. 호스피스 기관 중 의료기관에서는 환자로부터 행위벌수가에 의한 진료비를 받고 있고, 가정방문팀 등에서는 환자에게 무료로 서비스를 제공하고 있다. 의료기관은 의료보험요양기관으로 등록되어 있으므로 보험 급여되는 서비스에 대해서는 보험자로부터 상환이 가능하다. 그러나 호스피스 케어에서 제공하는 서비스 중 심리적 케어 및 영적 케어, 가족 상담 등은 보험급여 대상이 아니므로 이러한 서비스에 대한 보상은 이루어지지 않고 있다. 의료기관에 의하지 않은 가정방문형의 경우에는 제공되는 모든 서비스가 의료보험의 적용 대상이 아니므로, 환자로부터 일부 받는 재료비 외에는 운영비 전액을 호스피스 기관이 기부금 등에 의존하여 부담하고 있는 실정이다. 실제로 응답기관의 60% 이상이 재정의 부족을 호소하여, 체계적인 자원조달체계의 구축과 제도적 급여화 방안이 고려되어야 함을 암시한다.

병원내 호스피스 병동은 대부분 기존 일반병동을 활용하고 있어 호스피스 케어의 목적을 충분히 달성하기 어려운 실정으로 우리 나라에서는 적정 호스피스를 제공할 수 있는 전용시설이 미흡한 수준이다.

## 요 약

**목적:** 본 연구는 우리나라의 호스피스 프로그램 현황을 조사하여 향후 호스피스관련 정책 수립을 위한 참고자료를 제시하고, 궁극적으로 말기환자의 삶의 질을 향상하고 보건의료자원의 효율적 이용을 도모하는 것을 목적으로 수행되었다.

**방법:** 전국의 59개 호스피스 프로그램을 대상으로 기관 일반현황과 활동 인력 현황, 환자 현황, 케어 현황, 재정 현황, 시설 현황 등을 우편설문 조사하였다. 조사에 응답한 기관은 38개(64.4%)기관을 분석하였다.

**결과:** 조사에 응답한 기관은 3차진료기관이 11개소, 3차 진료기관을 제외한 병원급 이상 의료기관이 11개소, 의원이 3개소, 가정방문팀이 12개소, 독립시설이 1개소였다. 38개 기관을 중심으로 운영현황을 조사한 결과, 호스피스 기관마다 활동 내용 및 구조에서 큰 차이가 있었고, 일부 기관은 호스피스 기관임을 지향함에도 불구하고 엄밀한 의미에서의 호스피스의 요건을 충족시키지 못하고 있었다. 38개 기관중 호스피스 활동의 기본 인력을 모두 갖춘 곳은 9개소에 그쳤고, 호스피스 교육을 받지 않은 자원봉사자가 활동하는 기관도 있었다. 절반 이상의 기관이 '의식이 분명하고 의사소통이 되는 환자만을 대상으로 한다는 호스피스 케어의 일반 원칙을 준수하지 않고 있었고, 환자의 의무기록을 보관하지 않는 기관도 16%나 되었다. 3차 진료기관을 비롯한 병원의 호스피스에서는 상대적으로 강도 높은 의료서비스가 제공되고 있는 것을 확인할 수 있었다. 호스피스 프로그램이 기관마다 큰 편차를 보이고, 일반적인 호스피스 기준에 미치지 못하는 기관이 많음에도 불구하고 본 조사의 응답기관 중 11개 기관에서 대기중인 호스피스 환자가 있다고 답하여 호스피스에 대한 수요는 제공기관의 공급을 초과하는 것으로 나타났다.

**결론:** 말기환자는 지속적으로 발생하며 말기환자에

의한 의료자원 소모가 점차 중요한 비용문제로 부각되고 있다. 그러한 고비용의 서비스보다 증상조절을 중심으로 한 호스피스 케어가 말기환자의 삶의 질 향상에 유용하다는 보고가 증가하고 있으므로, 장차 우리나라에서도 말기환자를 위한 호스피스의 제도화가 고려되어야 할 것이다. 호스피스의 제도화를 앞당기기 위해서는 호스피스 프로그램의 표준화와 함께 호스피스 프로그램 신임(Accreditation)제도 도입 등을 적극적으로 검토하여 질적 수준을 높혀 나아가야 할 것이다.

### 참 고 문 헌

1. 노유자, 한성숙, 안성희, 김춘길. 호스피스와 죽음. 현문사, 1994:121-126.
2. Kastenbaum R. Hospice care in the United States. in Saunders C and Kastenbaum R(ed).
3. Hopice Care on the International Scene. Springer Publishing Company, 1997:12-30.
4. Social Security Administration. Annual statistical supplement. 1996.
5. 소외숙, 조결자. 호스피스 간호가 말기 암환자의 삶의 질에 미치는 효과에 관한 연구. 대한간호학회지 1991;21(3):418-435.
6. 조 현. 호스피스 프로그램의 이론 및 각국의 현황에 관한 고찰. 대한병원협회지 1993.
7. 허대석. 한국의 말기암 환자의 현황. 가정의학회지 1998;19(11):987-991.
8. 윤영호, 허대석. 말기 암환자의 3차의료기관 입원의 문제점. 가정의학회지 1996;17(5):294-304.
9. 윤영호, 허대석, 전효이, 유태우, 김유영, 허봉렬. 말기 암환자들의 의료이용 행태. 가정의학회지 1998;19(6):445-451.
10. Vermillon J. The referral process and reimbursement. in Sheehan & Forman. Hospice and Palliative Care. Jones and Bartlett Publishers, 1996:32-52.