

호스피스 제도화

가톨릭대학교 의과대학 내과학교실

홍영선·이경식

서 론

인간이 먹고, 입고, 자는 것이 생존에 기본적으로 필수적인 권리인 것처럼 고통으로부터 벗어나는 것은 인간이 추구하는 가치 중에서 가장 기본적이면서도 중요한 것이라고 할 수 있겠다. 그러나 현대의학이 목표하는 바는 인간의 몸으로부터 질병을 제거함으로써 인간의 생명을 구하거나 아니면 최소한 인간의 수명을 연장시키는 데 있다. 의학은 그 발생 초기부터 인간을 돕는 것에 목표를 두어 왔고 의학이 현재와 같이 고도로 발달하기 전까지는 질병의 치유의 면에서는 미흡하였으나 그런 대로 여러 가지 질환의 증상을 조절하여 인간의 존엄성을 별로 훼손하지 않으면서 인간을 도울 수 있었다. 그러나 과학의 발달과 사회환경의 변화로 의학이 눈부시게 발달하면서 질병의 치유나 수명 연장의 측면에서는 의학의 공헌이 상당히 증진되었으나 인체를 미세한 분자구조 속까지 들여다봄으로써 인간을 신비의 대상에서 냉철한 생물학적인 관찰의 대상으로 바꾸어 보게 되었으며 경우에 따라서는 의학에 의하여 인간의 존엄성 자체가 부분적으로 훼손될 가능성도 부인할 수 없는 지경에 이르렀다. 더구나 현대의학이 환자의 질환이 치유될 수 없는 상황에 이르렀을 때 발생하는 여러 가지 고통스러운 증상들을 해결하는 방법을 체계적으로 교육하지 않고 있고, 또 인간 자체의 가치나 삶의 의미, 죽음과 영혼 등 철학이나 신학과 관련된 분야를 교육할 기회가 많지 않다. 따라서 현대 의학의 체계 아래서 교육 받은 의사들에게는 치유되지 않는 질환을 가진 환자는 의학의 실패의 증거로 여겨

지고 이를 곁에 두고 바라보는 것 자체가 힘든 일이 되고있다. 또한 의사들 자신이 죽음의 문제를 직면하는 것이 쉽지 않은 일인 의사들의 경우 환자의 죽음을 객관적으로 바라보고 그와 관련된 문제로 괴로워하는 환자나 그 가족들을 돕는 것은 기대하기 어려운 일일 것이다[1].

최근 수십 년 사이에 우리 나라의 경제수준은 눈부시게 향상되었고 생활양식이 변화하였으며 인간의 수명이 연장되면서 여러 질환의 말기환자가 상당히 증가하였다. 또한 경제수준의 향상으로 사람들은 삶의 질에 관심을 가지게 되어 말기 환자들의 고통을 제거하고 편안한 삶을 유지하고자 하는 요구가 팽배 되는 시점에 이르렀다. 따라서 호스피스와 완화의학의 필요성이 자연스럽게 대두되게 되었고 이의 발전은 시대적 요구로 인식되고 있다. 다만 의사들이 말기 환자의 고통스러운 증상을 덜 수 있도록 돕는 것이 미흡하고 복지정책이 경제 우선주의에 밀려 보건복지부 정책 결정의 우선 순위의 최하위에 있어 말기환자의 고통을 효과적으로 덜어주는 것이 쉽지 않은 상황에 있는 것이 사실이다. 현재 많은 말기 환자들이 제도권 의료에서 고통을 해결하지 못하고 소외되어 있는 동안 과학적 근거가 미약한 건강 식품이나 식품으로 허가되고 약품 같이 광고를 하는 대체의학, 또는 객관적으로 입증되지 않은 치료법 등이 성행하게 되어 환자들에게 실질적인 도움은 주지 못하면서 막대한 의료비를 사용하고 있다 [2].

따라서 한국에서 말기 환자들과 관련된 문제들을 신속히 해결하려면 호스피스 제도의 법제화가 하루 빨리 이루어져 환자들의 고통을 효율적으로 덜어주면서 불

필요한 의료 비용의 소모를 막도록 해야 하며, 그러기 위해서는 먼저 호스피스가 무엇인지에 대한 정의부터 확립되고, 또 한국 호스피스의 현실에 대한 파악이 이루어져야 하겠다. 아울러 한국 호스피스의 역사와 흐름, 그 가운데에서 파생된 문제점을 정리하고 그에 대한 대책의 수립이 선행 되어야 하겠다. 그렇게 하여야만 향후 호스피스 제도화를 위하여 준비해야 할 것이 무엇인지 논의하는 것이 쉬워지리라 생각된다[3].

한국 호스피스의 현재 위치(1)

1963년 호주로부터 한국에 진출한 마리아의 작은 자매 회 수녀들에 의해 1965년 가정 호스피스로 시작된 한국의 호스피스는 별 확산 없이 지내 오다가 1980년대에 들어 종교단체에 연관된 기관이나 대학에 종사하는 극소수의 의사와 간호사들이 관심을 가지기 시작하여 산발적으로 증가해 왔고, 1990년대에 와서는 수적, 양적으로 급속히 팽창하여 많은 사람들이 관심을 가지기 시작하여 이제는 60여 개의 호스피스 기관이 설립되고 2개의 호스피스 협회가 활동하고 있으며 1998년에 한국 호스피스 완화의료학회가 발족되어 활발한 활동을 펼치고 있어 이제는 제법 중흥기에 도달한 것 같아 보이는 시점에 와 있다. 따져보면 이러한 발전을 이루는 원동력으로 천주교와 개신교, 그리고 최근에 참여한 불교 등 종교단체의 공헌이 제일 먼저 거론되어야 하며 아울러 각 종교단체에 속한 신도들의 자원봉사 또한 놀라운 힘으로 호스피스의 발전과 공헌에 기여하였다. 또한 의료인 중에서 의사들이 전혀 관심을 보이지 않을 때 묵묵하게 환자 곁을 지키며 호스피스를 연구하고 시행한 간호사들의 노력도 종교계의 관심에 버금가는 공헌을 하였다. 다만 너무 종교적인 색채가 강하여 호스피스를 죽음을 중심으로 하는 활동으로 간주하거나, 간호사들만이 하는 고유한 간호활동의 하나로 생각하여, 의사는 참여하여서는 안 되는 것 또는 엉뚱하게 안락사와 관련된 것으로 오해되는 등, 본연의

호스피스의 성격이나 구성이 왜곡되어 인식된 양상이 누구의 탓이라 할 것 없이 한국의 호스피스가 안고 있는 문제의 하나로 생각되기도 하며 일부의 일반인들이 호스피스를 두려워하고 기피하는 원인으로 생각되고 있다.

한국 호스피스의 문제점(3)

1. 법적, 제도적 문제

호스피스는 일반 의료보다 참여해서 일하는 사람의 수와 직종이 많아야 하고 시설이나 기구 등이 많이 필요하여 비용이 많이 들므로 일반 수가보다는 높은 수가 체계가 필요한데 한국에는 아직 호스피스 수가 책정되어있지 않아 일반 의료수가는 운영이 어렵고 호스피스를 정식으로 인정하는 법이 없어, 기존 의료기관에서 호스피스 활동을 하는 것에는 제약이 없으나 독립호스피스 기관을 설립하려 하는 경우 적절하게 적용할 법규가 없는 실정이다. 호스피스는 통증을 포함한 말기 환자의 육체적 증상들을 적극적으로 해결하는 동시에 환자가 가지는 영적, 사회적, 경제적, 문화적, 정신적 문제들을 포괄적으로 해결해야 하므로 의학적 측면과 사회 복지적 측면을 모두 가지고 있다. 따라서 이의 적절한 법적 뒷받침을 위해서는 의학적 측면은 의료법으로 사회 복지적 측면은 사회복지법의 테두리에서 해결되는 것이 타당하고 어느 한쪽의 법만 가지고 양쪽 측면을 해결하기에는 적합치 않은 점이 있다. 근자에 일부 호스피스 종사자들이 사회 복지법으로 호스피스 관련법을 입법화하려던 시도는, 의사의 참여 없이도 신고만 하면 호스피스 설립이 가능하고 지방자치단체의 재정 보조를 받으며 의사가 환자를 직접 보지 않고도 마약 처방을 할 수 있고 그의 사용을 간호사나 약사가 마음대로 판단하여 할 수 있도록 하는 등의 내용을 담고 있어서, 의사들의 참여가 없어 현실적인 호스피스 시설을 의료기관으로 인가 받는 것이 불가능하여 활동이 어렵다는 이유로 호스피스 대상 환자들의

육체적 고통을 덜어주는 데에 필수적인 의학적 측면을 소홀히 하고 호스피스 기관을 수용시설과 구분이 안되게 정의하는 등의 복지 시설화 하려는 의도가 엿보여, 이런 방법으로 우선은 문제를 쉽게 해결할 수 있다 하더라도 장차 호스피스 전체에 큰 혼란을 불러올 가능성이 있어 심히 우려되는 바이며, 또 의사들의 무관심과 불참이 이러한 시도를 촉발한 측면이 없지 않음을 인정 할 수밖에 없겠다.

앞에서 지적한 바와 같이 호스피스를 운영하기 위해서는 일반 병동에 비하여 인적 자원이나 건물의 넓이 시설 등이 많이 필요하여 의료 원가의 면에서 상당히 높은 위치에 있어 현행 의료보험 체계로는 그 것을 충당하기 어렵고 유럽의 국가들과 같이 기부금의 사회적 관행이 정착되지 않은 우리 나라의 실정에서는 재정적 적자를 감수하지 않고서는 호스피스를 운영하기 어렵고 호스피스 수가가 별도로 책정되어야 하겠다. 현실적으로 호스피스 개념이 없는 의료 시설에서 말기까지 환자의 증상 조절에 도움이 안 되는 검사를 시행하거나, 증상이 적절히 조절되지 않은 환자들이 제도권 내의 의료 기관을 벗어나 효과가 불분명한 대체의학이나 신뢰 할 수 없는 식품, 약품에 쏟는 비용은 상상 밖으로 많을 것으로 추정된다[4].

2. 의료계의 문제

1) 의사들의 참여

앞에서 언급한 바와 같이 한국 호스피스의 발전에 가장 저해되는 요소는 의사들의 참여가 없는 것이다. 따라서 현재 활동하고 있는 대부분의 호스피스라고 이름 붙인 기관에서 환자의 증상을 적절히 조절하지 못하고 영적인 측면에 치우쳐 활동하게 되거나 간호사들의 노력으로 부분적인 증상조절만이 가능한 형편에 있다. 일부 현상이기는 하나 심한 경우에는 호스피스가 마치 의사의 참여가 불필요하고 간호사들만 참여해야 하는 간호사의 고유영역으로 잘못 인식되어, 호스피스에 능동적으로 참여하고자 하는 의사들이 있는 경우

도 실질적인 참여를 기피 당하는 현상까지 있었다.

그나마 다행스러운 것은 전에 비하여 많은 수의 의사들이 실제로 말기 환자들의 치료 중 나타나는 증상 조절에 진지한 관심을 보이기 시작하였고 여러 가지 전문의(종양내과, 가정의학과, 마취통증의학과, 치료 방사선과) 들 중에서 평생 호스피스 완화의료에 투신하고자 하는 의사들이 속출하고 있다. 한국 호스피스 완화의료학회 창립시 거의 모든 주요 대학의 활동적 연령에 있는 종양 전문의들이 대거 참여한 사실에서 보듯이 우리나라의 말기 암 환자를 주로 맡아 치료하는 종양 전문의들 사이에서 호스피스에 대한 관심이 늘어나고 있는 현상은 매우 반가운 일이다. 또한 격년으로 열리는 의사협회 종합학술대회에서 개원의 들의 요청에 의하여 완화의학에 대한 강좌가 4년 전부터 시작된 것도 이러한 변화를 입증하는 사건이라 하겠다. 하지만 아직도 대부분의 기성세대 의사들이 가지고 있는 바와 같이 '말기 암 환자에게 의사가 해줄 것이 없다'는 고정관념을 변화시키는 것은 지극히 어려운 일로 사료된다[5].

2) 완화의학 교육

한국의 의학교육의 방향은 최선을 다하여 질환을 치료함으로써 인간의 생명을 구하고 수명을 연장시키는 데로 향하여 있다. 그러나 아쉽게도 아직도 치유되지 못하는 질환을 가진 환자들의 고통스러운 증상들을 어떻게 도와줄 수 있는지에 대하여는 의학이 체계적으로 교육하고 있지 않은 실정이다. 따라서 의사들이 고통 속에 있는 말기 환자들을 만나도 그들을 의사가 도우면 편안하게 해 줄 수 있다는 사실조차 모르거나 도와주고 싶어도 구체적으로 어떻게 도와주어야 하는 지 모르는 형편이다. 그러나 최근 많은 의과대학에서 짧게는 6년의 교육 중 두세 시간에서 길게는 일주일까지 완화의학 교육을 시행하기 시작되었고 이러한 현상은 점차 전국으로 확산되고 있다[6].

3) 호스피스 팀과 시설의 부족

말기 암 환자들이나 그 가족들이 호스피스에서 도움

을 받을 수 있다는 사실을 알아 막상 가려고 해도, 주위에 도움을 받을 수 있는 호스피스 기관을 찾기가 쉽지 않다. 또 호스피스라는 이름을 붙이고 활동하는 기관이라 하더라도 활동의 내용이 호스피스 고유의 내용과 달리 종교단체에 속한 경우에는 소속 교단의 선교를 목적으로 하거나 죽음을 앞둔 환자의 영적 간호에 치우쳐서 말기 환자가 가지고 있는 육체적인 고통을 효과적으로 조절하기 어려운 경우가 대부분이다. 따라서 몇 안 되는 증상 조절을 효과적으로 해주는 호스피스에 가려면 길고 긴 입원 대기 자 명단에 이름을 올려놓고 기다려야 하며, 자칫하면 환자의 임종 시까지 입원기회가 오지 않을 수도 있는 것이다. 또 그러한 기관들도 의학적 문제의 해결을 담당하는 전임의사 없이 호스피스에 오기 전 치료를 맡았던 의사들의 처방에 의지해야 함으로 그 담당 의사가 증상조절이나 마약성 진통제의 사용을 적절히 할 수 있는 경우에는 문제가 아니나, 그 반대의 경우에는 증상조절을 제대로 못하는 경우가 생길 수 있다. 또 의사, 간호사 봉사자를 제외하고는 호스피스 팀의 구성이 제대로 되어 있지 않거나 입원진료 이외에, 주간 호스피스나 재활치료 작업치료 등의 활동이 없어 도움을 받을 수 있는 문제의 종류가 제한되어 있는 것도 문제점 중의 하나이다. 그러나 현재와 같은 의료 수가 체제 아래에서는 경제적 손실을 감수하지 않고는 호스피스 시설이나 팀을 끌고 루 갖추는 것은 상당히 어려운 문제이며 이것이 어떤 기관이 호스피스의 필요성을 인식하더라도 쉽게 호스피스를 시작하지 못하는 이유 중 큰 부분을 차지하고 있다.

3. 마약 성 진통제

마약중독을 줄인다는 측면에서 볼 때 한국의 마약정책은 큰 성공을 거두어 온 것으로 생각되며, 대부분의 국민들의 마음속에 마약은 가까이 해서는 안 된다는 생각이 확고하게 자리 잡혀 있다. 그 덕분에 일부 특수한 계층을 제외하고는 마약중독이 아직 심각한 사회문

제로 대두되지 않고 있으며 그러한 정책적 노력은 지속되어야 할 것으로 생각된다.

그런데 문제는 의료용 마약, 다시 말해서 암 환자의 통증 조절을 위하여 사용하는 마약도 환자에게 중독을 일으킬 것이 우려되어 그 사용이 기피되고 있다는 사실이다. 이것은 일반인들뿐만 아니라 의료인들 사이에서도 공통적이며 그로 인하여 적절한 용량의 마약 성 진통제를 사용하면 통증에서 벗어나 생의 마지막 기간을 인간으로써의 존엄성을 유지하면서 편안하고 행복하게 지낼 수 있는 환자들이 단말마적인 고통 속에서 신음하다가 임종에 이르는 것이 우리의 현실인 것이다. 또한 현재 우리 나라에서 사용 가능한 마약 성 진통제도 종류가 제한되어 암 환자의 통증조절에 필수적인 경구용 진통제 중 속효성 진통제는 없이 다국적 기업에서 제조 판매하고 값이 비싼 지속성 모르핀이나 피부에 접착하는 패취 형태의 마약 성 진통제만이 사용 가능한 실정이고 그나마도 저 용량형만이 수입되어 다량을 사용해야 하는 환자들의 경우에는 한번에 많은 수의 알약을 먹어야 하는 불편을 감수하고 있다. 또 어느 의원급 호스피스의 경우 말기 암 환자에게 사용한 모르핀을 마약중독의 우려가 있다는 이유로 심사평가원의 심사원에 의하여 삭감 당하여 의료비 지급을 거절 당하는 일마저 벌어져 암 환자 통증을 적극적으로 조절하려는 의욕에 찬물을 끼얹는 실정에 있다. 더 더욱 힘든 일은 의사들 중에도 암 환자의 통증조절을 위한 마약 성 진통제 사용이 마약중독을 일으킨다고 굳게 믿고 이의 사용을 기피하는 경우가 있는 것이다.

최근 복지정책을 담당하는 최고당국자의 협조로 속효성 경구용 모르핀이 도입되게 된 것은 참으로 고무적인 일이다.

4. 대중의 인식

우리 나라에서는 일반 대중이 호스피스에 대하여 잘 알지 못하고, 알더라도 앞서 언급한 종교적인 측면 때문에 곧 임종을 환자를 그저 수용하는 시설 정도로 생

각하기 일수다. 따라서 말기 환자 중 호스피스의 도움이 필요할 것으로 판단되어 도움을 받기를 권유하여도 대부분 기피하는 것이 현실이며, 이러한 현실에서는 호스피스 운영을 위한 기금을 모금하거나 제도화를 위한 여론 형성은 꿈조차 꾸기 어려운 실정이다. 심지어는 의사들 사이에서도 호스피스는 전문 교육을 받지 않은 일반의사나 은퇴한 의사들이 해야 하는 것으로 생각하고 암 환자를 돌보는 의사들이 관심을 갖는 것은 시간의 낭비라고 생각하는 경우가 허다하다. 그러나 현재 말기 암 환자의 대부분은 종양 전문의나 외과의사, 산부인과 의사, 그 외에도 소화기 내과, 호흡기 내과 등 각 분야의 전문의들의 손에 치료를 받고 있어 이러한 전문의들이 호스피스에 관심을 갖지 않고서는 말기 암 환자의 증상조절이 제대로 이루어 질 수 없다고 해도 과언이 아니다.

호스피스 제도화

1. 법적 제도적 문제

한국의 호스피스 관련법이 제정되어야 한다는 것은 누구도 부인할 도리가 없는 사실이다. 그러나 어떤 법을 모범으로 하며 언제부터 시작되어야 하는가에 대하여는 각자 처해진 위치나 직종에 따라 이견의 여지가 있다. 여기에 이차적으로 수반되는 문제는 직종 이기주의이다. 예컨대 1998년 한국 호스피스 완화의료학회와 가톨릭 호스피스 협회 그리고 개신교 신자들의 모임이 호스피스 협회 등의 공동 주최로 두 번에 걸쳐 호스피스 제도화를 위한 공청회가 개최된 바 있는데 당시에 참관하고 있던 모 대학의 교수와 초대 받지 않은 모 직종의 협회 대표가 자신들 직종의 이익을 보장하라는 요구를 했던 사실은 좋은 예가 되며, 호스피스 제도화의 앞날이 험난할 것임을 상징적으로 보여주는 사건이라고 하겠다.

1) 호스피스 법

호스피스는 환자들의 고통을 덜어주는 일이며 법은

그 것을 도와줄 수 있으면 되는 것이지 호스피스에 참여하는 어느 직군의 종사자들의 이익을 대변하거나 세력을 확보하는데 도움을 주려는 것은 아니다. 호스피스의 모범이 당연히 의료법이 되어야 하는 이유는 호스피스의 대상이 고통스러운 증상들을 동반한 말기 환자들이며 아무리 환자들의 다른 문제들을 잘 해결해준다 하더라도 육체적 증상들이 해결되지 않으면 환자들은 절대로 편안해 질 수 없다. 다만 호스피스의 본질이 여러 분야의 전문가들이 팀을 이루어 환자가 가진 여러 측면의 문제들을 도와주는 것이므로 의료법만으로 해결하기 어려운 문제들의 해결을 위해서는 사회 복지법이나 다른 필요한 법의 도움을 받는 것은 당연한 일이었다. 다만 호스피스에 사회 복지 법만을 적용하여 호스피스를 수용 시설화 하고 마약 사용 등의 의료문제의 해결을 전임 의사 없이 하려고 했던 시도는 많은 문제점을 야기할 가능성이 있어 허용 될 수 없겠다. 이 문제에 관하여는 호스피스에 관심을 가진 사람들의 허심탄회한 논의와 헌신적인 노력이 뒤따라야 하겠다.

1998년 3월 20일 한국 호스피스 협회의 주관으로 호스피스 제도화를 위한 간담회가 열린 뒤에^[3] 한국 가톨릭 호스피스 협회, 한국 호스피스 완화의료학회 등이 함께 참여하여 호스피스 제도화 추진 위원회를 결성하기로 약속 하고, 1998년 7월 27일 국회 복지 포럼과 공동으로 호스피스 제도화에 세미나를 개최하였다^[4]. 그 자리에서 호스피스 법에 대한 결론을 도출하지는 못했으나, 손봉호 교수와 이경식 교수가 공동 위원장이 되고 원주희 목사와 홍영선 교수가 공동 간사가 되어 한국 호스피스 협회, 한국 가톨릭 호스피스 협회, 한국 호스피스 완화의료 학회 등이 각각 1인 씩의 대표를 내어 호스피스 제도화 추진 위원회의 실무 위원회를 출범하기로 하였고 실제로 활동을 하였다. 실무 위원회가 제일 먼저 결의하여 추진하기로 결의 한 사항은 의료법 3조 8항 의료기관에 '호스피스'를 추가하기로 한 것이었고, 그 내용을 의원입법으로 추진하기로 합의하여 당시 보건복지 위원장에게 전달하기로 하였으나 실

제로 의원입법이 추진 되지 못했고, 그에 대한 이유는 지금까지도 납득될 수 있도록 설명되지 않고 있다.

2) 호스피스 수가

호스피스 법이 확립되면 뒤이어 따르는 문제가 호스피스 수가의 문제이며, 수가의 제정을 위해서는 인적기준과 시설에 관한 호스피스의 인가 기준의 확보 즉 호스피스의 표준화가 되어야 하겠다. 또한 이 문제에 있어 장애가 되는 것이 보건정책 당국자들의 의료예산 부족에 대한 우려이며 이의 극복을 위해서는 이들을 설득할 연구 자료가 필요하다. 현재의 치유를 목적으로 하는 입장의 의료에서 보다 호스피스 완화의료에서 환자들의 고통을 더욱 효과적으로 덜어주면서 의료예산은 절감할 수 있다는 사실을 분명히 보여줄 연구의 시행과 아울러 우리 나라보다 호스피스가 먼저 확립된 대만이나 일본의 자료를 이용하는 것이 도움이 되겠다. 이웃 일본의 경우에는 1981년에 호스피스가 처음 시작되어 1990년부터 암환자와 후천성 면역 결핍증 환자들을 대상으로 호스피스 수가를 지급하기 시작하였고 현재 호스피스의 약 40% 정도가 후생성이 제정한 호스피스 인정기준에 부합되어 포괄 수가 제에 의하여 보험적용을 받고 있는데 그 액수가 호스피스 운영에 불편이 없는 정도라고 알려지고 있다[5]. 대만에서도 호스피스 수가에 대한 연구가 종료되어 긍정적인 결과를 나타냄으로서 2000년부터 호스피스가 제도화되어 활발히 시행되고 있다.

최근 복지부에서 대표적 호스피스 기관 다섯 곳에 예산을 책정하여 시범사업을 할 것이라고 발표하였고 암 환자 관리법을 제정하여 정부가 주도적으로 암 환자 관리에 나서겠다는 의지를 천명하였다. 다소 늦은 감이 없지 않으나 이제라도 결단을 내려 정책을 펴겠다는 의지는 찬사를 보낼 만 하다. 다만, 의약분업과 의료보험 조합 통합 이후에 발견된 의료보험 재정의 고갈 때문에 예산 절감의 측면에서 접근하는 것이 아니고 복지 증진과 말기 암 환자들의 삶의 질을 높이는 측면에서 하는 시도이기를 바라고, 또 호스피스의 시행

으로 당연히 예산 절감이 따라 오리라고 예견된다. 또 너무 정부주도의 정책만을 고집한 나머지 그 동안 축적된 민간의 경험과 전문가들을 활용하지 못하고 제한된 범위의 정부 인력만으로 일을 계획하여 좋은 의도를 십분 활용하지 못하고 '호랑이를 그리려다 고양이를 그리고 마는 잘못'을 범하지 않게 되기를 바라는 마음은 호스피스에 참여하는 사람이라면 누구나 가지고 있는 마음이라고 생각한다. 또 너무 서둘지 않고 충분한 준비 기간을 거쳐 시행착오를 많이 겪지 않는 정책결정이 되어야 하며, 그러게 되어야 하는 이유는 말기 암 환자들에게는 한 번 잘못되면 고쳐서 다시 해볼 기회가 없기 때문이다.

보건복지부 주도 연구인 암 정복 10개년 계획이나 의료기술 개발 연구 등에 적지만 호스피스 완화의료에 대한 연구비가 배당되어 있어 이에 대한 연구활동에 도움이 되고 있는 것이나, 최근 국립 암센터의 삶의 질 향상 과와 한국 호스피스 완화의료학회 공동으로 호스피스 표준화에 대한 작업을 전국의 전문가를 망라하여 같이 준비하고 있는 것 등은 참으로 바람직한 모습이라 하겠다.

2. 의료계의 문제

1) 의사들의 참여

호스피스에 의사들의 참여를 유도하는 가장 좋은 방법은 완화의학 전문의 제도를 만들고 호스피스와 관련된 제도와 보험급여를 확립하는 방법이나 이는 단 시일에 이루어지기 어려운 일로 생각된다. 그러한 것들이 이루어지기 전이라도 의사들을 대상으로 하는 교육 프로그램의 개발과 학회를 통한 논문 발표가 이루어지면 의사들의 관심을 유도 할 수 있겠다. 또 의사협회주최의 보수교육이나 학술대회에 완화의료에 대한 연수강좌를 포함시키거나 암 학회 주최의 학술대회의 일정부분을 완화의학에 관련된 내용으로 개최하며 한국 호스피스 완화의료학회 주최의 학술대회에 연수평점을 부여하면 의사들 특히 개원의 들의 참여를 가속화하는

방법이 될 것으로 생각된다.

2) 의학교육

의사들을 위한 교육보다 더 중요한 것이 의과대학생들을 대상으로 하는 완화의학 교육이다[6]. 의과대학 정규 교육과정에 포함하여 의과대학생들이 질병의 치유나 수명의 연장만이 의학이 할 수 있는 일이 아니라 말기 암 환자와 같이 치유되지 않는 환자의 고통스러운 증상을 해결하는 것도 의학이 할 수 있는 중요한 일이라는 사실을 이해하도록 하는 것이 중요하다. 특히 많은 기성 의료인들이 마약중독에 대한 우려 때문에 사용을 피해야 한다는 편견을 가지고 있는 마약 성 진통제에 대한 내용은, 학생시절부터 철저한 교육을 통해 정확한 개념을 심어주는 것이 필요하다.

완화의학 교육에 포함되어야 할 내용으로는 통증 조절, 기타 증상조절, 정신 사회적 문제, 성과 관련된 문제, 영적인 문제, 임종과 죽음에 관련된 문화적 윤리적 문제, 전통의료나 보조치료, 지역사회와 관련된 문제, 의료의 여러 분야와의 관계, 약물 특히 마약사용, 의료의 질 향상과 평가, 연구 등이며 이미 완화의학 전문교육을 시행하고 있는 여러 나라의 자료를 참조하여 우리 문화와 현실에 부합하는 새로운 교육 과정을 만들어야 하겠다[6].

3) 완화의학 전문의 제도의 도입

영국을 비롯하여 호주, 뉴질랜드, 캐나다, 홍콩, 싱가포르, 타이완 등의 국가에는 현재 완화의학 전문의 제도가 시행되고 있으며 전공의(resident), 임상강사(fellow) 과정을 거쳐 전문의 자격을 취득하는 우리나라의 의료제도와 비슷하다. 따라서 완화의학 전문의 제도를 도입하면 호스피스에 종사하는 의사의 부족은 자동적으로 해결할 수 있겠다. 이를 위해서는 호스피스 완화의학의 표준화와 말기 환자 진료의 의료 전달체계는 물론 전공의 수련 과정을 마련하고 교육자를 먼저 육성하며 완화의학 수련기관의 조건들을 미리 마련하는 것이 필요하겠다[1].

현재 가톨릭대학교 의과대학 내에 완화의학과와 의

설이 가능한지에 대하여 대학 차원에서 진지한 검토가 이루어지고 있는 것으로 알려져 있으며 이것이 성사되면 한국의 완화의학의 발전에 획기적인 전기가 되리라고 생각된다.

4) 호스피스 팀과 시설

영국, 호주, 뉴질랜드 등의 국가들은 전통적으로 가정간호가 발달되어 있어 호스피스가 확산되는데 많은 도움을 받았다. 지역사회에 있는 호스피스 센터는 급성 증상의 조절을 주로 담당하고 나머지는 지역사회에 있는 일반 개원 의와 가정간호사가 이루고 있는 일차보건 팀에 의하여 담당 되며 그들이 해결하기 어려운 문제들은 완화의학 전문의와 상의하여 완화의학 전문의가 가정 방문을 하거나 환자를 호스피스 센터(종합병원의 호스피스 병동 또는 독립 호스피스 시설)로 입원시키게 된다.

한국의 경우에는 가정간호는 있으나 가정 호스피스는 아직 확산되어 있지 않고 호스피스 센터도 별로 없어 이들 국가와 같은 제도를 단번에 시작하기 어려운 실정이나 현 실정에서 가능한 방법을 생각해 보기로 한다. 우선 완화의학과 전문의 제도가 시작되기 전에는 종합병원을 이용하여 중앙내과에 의무적으로 호스피스 팀을 구성하도록 하고(팀의 구성 내용은 별도로 정한다) 그 팀이 있는 경우 호스피스 수가를 인정한다. 이 팀은 병동을 반드시 가질 필요는 없으나 총 병상 수 대비 일정 비율의 호스피스 병실을 확보하여 증상조절을 위한 환자의 입원 및 불가피한 병원 내 입종 시 사용하도록 한다. 병원이 위치한 사회의 독립 호스피스나 가정 호스피스는 이 종합병원의 호스피스 팀과 연계를 맺어 의사가 부족한 경우 의사의 지원과 입원을 위한 환자 이송 시 도움을 받는 한편 자원 봉사자 교육이나 호스피스 종사자의 재교육, 전문교육 등에 도움을 받는다.

또한 각 군, 구의 보건소에 근무하는 간호사들과 의사들, 면 단위의 보건 진료원들과 보건지소의 공중보건의 들을 일정 기간 교육 후 가정 호스피스 팀을 구

성하면 일차 진료를 담당할 수 있으며 전국적인 확산도 가능하리라 생각한다. 이에 앞서 천주교 교구에서 각 성당에 배치되어 있는 수녀들을 간호 수녀로 충당하여 본당내의 신자 중 개원의들과 연계하여 일차의료팀을 구성하여 활동하게 하고 각 성당 지역내의 가톨릭 대학 부속 병원이나 가톨릭 재단 병원의 호스피스팀과 연계하여 입원을 요하는 환자의 이송은 물론 호스피스에 참여하는 자원 봉사 의료인에 대한 교육까지 담당하게 하면, 전국을 망라하는 호스피스 전달체계를 만들 수도 있겠다.

3. 마약 성 진통제

현재 속효 성 경구 모르핀이 생산되고 있지 않아 암 환자 통증 조절에 어려움을 겪고 있다. 또한 강력한 마약 성 진통제의 종류와 제형이 주사용 모르핀과, 저용량 형의 지연 성 경구용 모르핀(MS contin) 이나 옥시코돈(Oxycontin), 펜타닐 패취로 국한되어 있는 것을 종류를 다양화하거나 고용량 형의 제형을 허가하는 것이 필요하며, 마약 당국자들의 의료용 마약에 대한 태도를 변화하여, 정부 주도로 속효 성 경구용 모르핀과 시럽의 생산을 촉구하고 이의 사용에 대한 보험 급여 시 부당한 제한을 없애는 것이 필요하겠다. 또한 일반 국민을 대상으로 하는 마약중독 경고 계몽용의 포스터에 의료용 마약은 마약중독을 일으키지 않는다는 것을 함께 적어 홍보한다면 의료용 마약에 대한 올바른 개념을 확산하는데 상당히 큰 도움을 줄 수 있을 것이다.

4. 대중의 인식

일반대중의 호스피스에 대한 인식을 제고하는 것이 호스피스의 이용률을 높이고 자원봉사자를 늘이며 호스피스에 대한 기부금 확보에 절대적으로 도움이 되겠다. 따라서 매스컴을 이용한 호스피스의 홍보는 물론 걷기 대회, 달리기 대회 등과 같은 사회행사, 연예인들이 참여하는 문화행사 등을 활발히 개최하고 일반대중을 대상으로 하는 강연회 등을 연중 개최하는 것이 도

움이 되겠다. 또한 인터넷을 이용한 홍보와 홈페이지를 통한 호스피스 정보제공 및 호스피스 이용 안내 등이 절실히 필요하겠다. 또 외국의 경우와 같이 연말 연시, 성탄절 등과 같은 때에 전국적인 규모의 모금행사를 열어 범 국민적으로 호스피스에 대한 홍보를 하는 한편 모금을 하는 것도 기획 해 볼만하겠다.

결 론

한국의 호스피스는 지금 그 동안의 발전을 바탕으로 한 단계 도약할 수 있는 시점에 다다라 있다. 따라서 모든 호스피스 관련 학자들이나 종사자들이 사심 없이 협력하여 이상적인 제도를 만들고 법령을 정비하여 한 걸음, 한 걸음 좋은 호스피스 완화의료를 향하여 나아가는 것이 필요하며 그러기 위해서는 끊임없는 연구와 함께 복지를 우선적으로 추구하는 정책이 수행되어야 하겠고 말기 암 환자의 고통을 덜도록 돕는 것이 남의 일만이 아니라 결국 나 자신을 돕는 길이며 복지국가로 나아가는 초석이 되는 일이라는 인식을 높이기 위한 국민 대상의 교육 및 홍보가 널리 시행되어야 하겠다. 그렇게 하면 고통 받는 국민을 돕는 복지국가로써의 발걸음을 빠르게 하는 한편 의료비의 적절하고 효과적인 사용으로 현재 사회적 문제가 되는 의료보험 재정의 고갈도 막는 좋은 제도가 될 수 있을 것이다.

참 고 문 헌

1. 홍영선. Past, Present of Hospice in Korea. 한국 호스피스 완화의료학회 동계 심포지움: 여러 아시아 국가에서의 호스피스 현황, 2001
2. 홍영선. 호스피스와 완화의학. 대한 통증연구학회지 1999;9:30-37
3. 한국 호스피스 협회. 호스피스 제도화를 위한 간담회 자료. 1998
4. Yeom CH, Choi YS, Lee HR, Shim JY, Hong YS, Choe WS, Park YR. Medical costs and quality of life in terminal cancer patients; a comparison of four care facilities. Progress in

- palliative care 2000;8:5-11
5. 한국보건의료관리연구원. 효율적 호스피스 제공을 위한 전문가 회의 자료. 1998
 6. 김남초. 특집, 호스피스 완화의료: 교육. 대한 의사 협회지 1998;41:1135-1120
 7. 국회 복지포럼, 호스피스 제도화 추진 위원회. 호스피스 제도화에 대한 세미나 자료. 1998