

김해지역 호스피스 보건복지연계 모형개발에 관한 연구

인제대학교 보건행정학부

조 현

Abstract

Development of Hospice Model Networked with the Existing Welfare Systems in Gimhae City

Hyun Cho

Department of Health Care Management, Inje University, Kyoungnam, Korea

Purpose : With the elongation of the average life span, the main causes of death are chronicle illness including cancers resulting in a large amount of medical resources. And there are still many patients to whom a sufficient medical care is not given. All these bring on the uneven distribution of medical resources together with the increase of medical cost. Hence, an efficient system should be set up to solve these problems.

Methods : The hospice draws a great attention as a resolution of high medical cost and uneven medical resource distribution, and has been proved to be an alternative to the existing medical system. So, the characteristics of the hospice has been reviewed, particularly with respect to its scopes and related resources. And by tracking the actual cases, the necessary services and supports are investigated.

Results : The intrinsic characteristics of hospice is that it executes not only the medical exercise but also all the subjects related with patients and their families. And the hospice is performed not only by the medical experts but also by all the disciplines including social and spiritual affairs. This indicates that the hospice requires the integrated system comprised of medical, social and other welfare entities

Conclusion : To establish the actual hospice, an efficient and systematic integration of all the existing medical and other welfare resources in the local society is necessary. The most practical way is the networking of resources, which practices the hospice more efficiently without additional investment.

Key Words : Hospice, Terminal illness, Local welfare resources

김해지역 호스피스 보건복지연계의 필요성

1. 서론

우리 나라에서 지자제가 실시된 후에 각 지역사회는 지역주민의 복지증진에 한층 힘쓰고 있으며 이와 같은 복지향상의 일환으로 지역사회의 특성에 알맞는

의료체계의 구조적 운영이 요구되고 있다. 한편 우리나라는 국민수명의 연장과 함께 고령층의 인구가 급격하게 증가되고 있으며 이에 따라 사망의 원인도 점차 암을 비롯한 만성퇴행성질환으로 변화되는 추세를 보이고 있으나 이들 말기환자들을 위한 구체적인 프로그램이나 시설은 매우 부족한 상태이다.

현재의 의료체계는 치료중심으로 되어 있어 말기환자의 삶의 질 향상에 부응하지 못하고 있으며 아울러 의료자원의 비효율성을 초래하고 의료비용의 부담을 가중시키고 있는 실정이다. 특히 최근 들어 의료자원의 배분은 형평성을 잃고 있어 일부에서는 의료자원을 과다하게 사용하는 반면 다른 한편에서는 아직도 기본적인 의료혜택에 접근하는 데에도 많은 어려움을 겪고 있다.

따라서 말기 암환자의 삶의 질을 높일 수 있는 효과적인 의료체계의 확립 및 누구나 쉽게 이용할 수 있는 의료접근 방안이 필요하며 이것은 곧 지역주민의 복지 향상과 직결된다. 호스피스는 이러한 문제점을 해결할 수 있는 하나의 대안이 될 수 있다. 호스피스의 기본개념은 기본적인 의료자원으로 환자를 존중하여 그들의 삶의 질을 높이는 것이며 미국을 비롯한 몇몇 나라에서는 이미 하나의 의료제도로 정립되어 운영되고 있다.

우리 나라의 경우, 호스피스 및 재택 간호는 극히 부분적으로 시행되고 있으며 그 대상도 양극화되어 있는 현상을 보이고 있다. 즉 일부 종합병원에서는 호스피스 전문병동을 갖추어 전문 의료진이 말기 암환자들을 돌보고 있으며 이들 환자의 대부분은 일정 수준 이상의 교육을 받은 중산층들이 주를 이루고 있다. 반면 몇몇 종교단체의 병원들은 생활보호대상자 등과 같은 빈민층을 대상으로 시혜적 수준에서 이를 운영하고 있다. 최근 들어 일부에서 전문 호스피스기관이 설립되고 있으나 의료보험수가체계 등의 법적 뒷받침이 없어 표준화된 호스피스 업무는 사실상 이루어지지 않고 있다.

이와 같이 호스피스가 그 기본취지에도 불구하고 일반화되지 못하고 이유는 적절한 모델의 부재, 구체적인 시행방법의 결여, 제도적 지원의 부재, 그리고 일반인의 의식부족 등 때문이며 따라서 호스피스에 대한 긍정적 인식과 함께 환자가 언제든지 의료자원에 접근하여 양질의 서비스를 받을 수 있는 시스템이 마련되어야 한다.

2. 우리나라 호스피스 운영 현황

우리 나라의 호스피스는 1963년 갈바리 의원을 호사로 하여 가톨릭 병원, 성모병원, 성바오로 병원 등과 같은 종교재단을 중심으로 부분적으로 시행되어 왔다. 그간 이러한 호스피스 활동은 시혜적 수준에서 운영되어 왔으며 또한 비조직적으로 시행되어 왔기 때문에 일반에게는 거의 알려지지 않았으나 노년층 및 말기 암환자수의 증가와 함께 의료인 및 일반인의 관심을 끌게 되었다.

현재 우리 나라에서 운영되고 있는 호스피스는 크게 병원중심의 호스피스, 가정중심의 호스피스, 그리고 독립호스피스 시설로 나눌 수 있다. 병원 중심 호스피스의 경우, 강남성심병원, 연대세브란스, 계명대 동산의료원, 성모자애병원과 같은 병원들은 호스피스 전문병동을 갖고 있으나 대부분의 병원은 아직도 동통완화와 같은 일부 업무의 수행에 머무르고 있다.

가정 중심형 호스피스는 재택 방문간호에 의해 이루어지며 일부 비영리병원이나 자원봉사단체를 중심으로 수행되고 있다. 최근 들어 독립적인 호스피스 기관들이 설립, 운영되고 있으나 업무의 표준화는 이루어지지 못하고 있는 실정이다. 2002년 현재 호스피스를 운영하고 있는 기관들은 Table 1의 내용과 같다. 이들 기관 중 특히 병의원 호스피스의 경우 호스피스에 관심을 가진 소수의 의료인들에 의해 조직된 경우가 많으며 따라서 전문적인 전담조직과 자원을 가진 기관들은 드문 편이다.

현재 우리 나라에서의 호스피스는 본격적으로 활성화

Table 1. 우리 나라 호스피스 관련기관

지역	병의원	독립호스피스	기타 단체 등
서울	성모, 성바오르, 성가복지, 고대안암, 고대구로, 한양대, 영동세브란스, 서울대, 경희의료원, 이대가정간호, 전진상의원	모현, 샘물, 은혜, 서울가정간호	카톨릭사회복지회, 광림호스피스선교회, 사랑의 교회
경기	성모자애병원, 성가, 빈센트, 의정부성모	인천살롬, 인천, 수원기독	인천CCC, 안양호스피스선교회
강원	성골롬반, 갈바리, 원주가톨릭	성	원주CCC
충청	성모, 충남대, 충북대, 원주호스피스의원		
전남·전북	에수, 엠마오, 목포가톨릭	요한가정호스피스	
대구	파티마, 동산, 가톨릭의료원	일신호스피스	
부산·경남	고신, 메리놀, 부산대, 성요셉		김해시 호스피스 센터
제주	이시돌		

화되지 못하고 있는 실정이다. 그 주요 원인은 우선 말기환자들이 만족할 수 있는 재택진료의 환경이 제대로 갖추어지지 않았으며 또한 호스피스 진료행위에 대한 의료수가 보상이 마련되지 않았기 때문이기도 하며 이러한 이유들이 서로 맞물려 호스피스의 활성화에 장애요소가 되고 있다.

의료수가 보상 등에 의해 호스피스가 기존의 의료 체제에 융합되기 위해서는 일단 기본적인 형태로나마 호스피스가 널리 시행되어 전체 의료에서 차지하는 비중이 어느 정도 높아져야만 한다. 그러나 현재와 같은 열악한 조건에서 아무런 재정지원 없이 호스피스가 자생하기에는 인적, 물적 부담이 크며 따라서 본격적으로 활성화되지 못한 채 양극화 현상을 보이고 있다. 즉, 의료혜택을 받기 어려운 환자를 대상으로 하여 종교기관들을 중심으로 시혜적 차원에서 시행되고 있거나 또는 경제적 구축을 받지 않는 일부를 대상으로 병원형 호스피스가 시행되고 있는 실정이다. 전자의 경우, 호스피스의 프로그램 내용은 불충실할 수 밖에 없으며 일반인에게는 호스피스의 개념을 오해하게 만들 소지가 있다. 후자의 경우, 환자들은 이상적인 호스피스의 환경하에서 충실한 내용의 프로그램을 제공받고 있지만 일반인에게는 또 하나의 고급스런 의료환경으로 인식될 수도 있다. 최근 들어 우리 나라에서도 호스피스에 대한 연구가 활발히 진행되어 호스피스의 철

학, 프로그램의 내용, 호스피스의 모델 그리고 의료수가 반영방안 등에 대한 다양한 의견들이 제시되고 있다.

3. 호스피스 업무의 특징

호스피스의 업무는 말기 환자에 대한 의료뿐만 아니라 환자 및 가족을 대상으로한 전인적 지지를 포함한다. 즉 호스피스는 환자로 하여금 동통의 고통에서 벗어나게 하는 의료적 지원을 포함하여 환자 및 가족에 대한 영적, 정서적, 사회적 지지를 수행한다. 이러한 점에서 호스피스는 기존의 의료와 차별된다. 즉 기존의 의료가 환자의 생명유지에 초점을 두는 반면 호스피스는 환자로 하여금 임종을 기정화할 수 있는 격려와 지지, 그리고 환자가족들의 정상적인 사회활동영위를 목표를 두고 있다.

이와 같은 호스피스의 특징 때문에 호스피스의 공급자는 의료인뿐만 아니라 다양한 분야의 전문가를 필요로 한다. 즉 의료인은 물론, 종교가, 사회사업가, 지역사회 복지담당자 등이 복합적으로 참여하게 되며 따라서 호스피스와 지역보건복지와의 연계는 필수적인 것이 된다.

호스피스 특징 중의 하나는 호스피스 업무의 수행 방법이다. 호스피스는 의료 전문가 및 다양한 직종들의 자원봉사를 통해 이루어지게 되므로 자원봉사자의

확보 및 운영이 필수적인 사항으로 대두된다. 아울러 이들 다수의 자원봉사자들을 효율적으로 관리하여 각 자원봉사자들이 생산하는 정보를 통합적으로 관리, 공유하는 것도 호스피스 업무의 주요 사항이 된다.

4. 우리 나라 호스피스의 문제점

우리 나라에서 호스피스가 본격적으로 시행되기에는 몇 가지 기본적인 문제가 내재하고 있다. 제일 먼저 호스피스에 소요되는 인력문제이다. 호스피스의 전제는 다양한 전문 분야의 자원봉사자가 참여하는 것이다. 특히 현재와 같이 핵가족화가 가속화되고 있는 상황하에서는 자원봉사자의 확보가 필수적 조건이 된다. 그러나 외국의 경우와는 달리 아직도 우리 나라는 사회적 여건상 자원봉사자의 층이 매우 얇은 실정으로서 외국과 같은 수준의 자원봉사자층을 확보하는 데에는 사회적, 문화적 가치관의 변화와 함께 상당한 시일이 걸릴 것으로 생각된다.

두 번째는 고급의료에 대한 절대적인 요구이다. 이 문제는 외국의 경우에도 마찬가지이나 우리 나라의 경우 현재 시행되고 있는 의료전달체계를 왜곡시킬 정도로 고급의료에 대한 요구가 매우 높은 실정이며 이는 호스피스의 기본적 설정 조건과 정면으로 충돌하게 된다. 호스피스는 곧 빈민이 우리 사회에서 받을 수 있는 최소한의 돌봄이라는 인식이 제거되지 않는 한 호스피스의 활성화, 법제화는 매우 어려울 것으로 판단된다.

세 번째는 제도적 장치의 미비이다. 최근 들어 호스피스의 효과, 즉 급속히 증가하고 있는 노령층과 말기 환자들의 의료비 비중을 줄이기 위한 하나의 대안으로 호스피스에 대한 관심이 커지고는 있지만 아직까지 하나의 독립된 의료제도가 되지 않고 있다. 그 주원인은 역시 민간의료의 영리성에 있으며 이를 위해서는 업무의 표준화와 함께 각 세부 행위분석을 통한 수가체계가 정립되어야 할 것이다.

5. 호스피스 요구도

만성퇴행성환자나 암환자를 위한 효율적인 호스피스 프로그램을 수립하기 위해서는 환자의 요구도가 우선적으로 파악되어야 한다. 암환자 및 만성퇴행성환자의 요구도에 대한 조사는 그 동안 꾸준히 이루어져 왔다. 환자의 요구도는 신체적, 정신적, 그리고 사회적 요구도로 대분할 수 있다. 말기 암환자의 경우, 신체적 요구도로서는 동통완화가 제일 큰 비중을 차지하고 있으며, 정신적 요구도로는 정서불안과 두려움이, 그리고 사회적 문제로서는 간호제공자의 결여, 가족문제 및 경제문제 등으로 파악되고 있다. 이와 같은 문제점 및 요구도를 해결하기 위한 구체적인 프로그램의 내용은 호스피스의 기관형태별로 약간씩 다르며 그 내용을 Table 2에 정리하였다.

Table 2에서와 같이 병원 호스피스 및 독립기관의

Table 2. 호스피스 행위별 요구도

호스피스의 형태별 구분	내역	제공시간, 분 (%)
종합병원 호스피스	투약 및 처치	290 (20.1)
	신체 care	720 (50.0)
	기본간호활동	80 (5.6)
	정서적, 영적 care	200 (13.9)
	기타 간접업무	150 (10.4)
		계 : 1,440 (100)
독립시설 호스피스	투약 및 처치	240 (16.7)
	신체 care	570 (39.6)
	기본간호활동	60 (4.2)
	정서적, 영적 care	510 (35.3)
	기타 간접업무	60 (4.2)
		계 : 1,440 (100)
가정중심 호스피스 ¹⁾	환자 및 가족사정	60 (20.0)
	신체 care	40 (13.3)
	영적 care	120 (40.0)
	상담 및 교육	20 (6.7)
	가족관리	30 (10.0)
		기타 간접업무 30 (10.0)
		계 : 300 (100)

호스피스는 입원형이므로 환자는 하루종일 서비스를 받게 된다. 또 이중 가장 비중이 큰 것은 신체적 care로서 종합병원의 경우 전체시간의 50%, 그리고 독립시설의 경우에는 40%가 되고 있다. 이에 비해 가정중심형 호스피스는 영적 care의 비중이 가장 높으며 종합병원이나 독립시설과는 달리 상담 및 교육, 그리고 가족관리 프로그램이 있어 이들은 전체의 17%를 차지하고 있다. 본 연구에서 기본적으로 설정하고 있는 환경은 환자가 집에 머무르는 것이므로 가정중심 호스피스의 내용을 보건의료전산망의 프로그램에 참고하기로 한다. 표에 의하면 가정중심 호스피스의 경우 일일 업무 시간이 300분이 되는 것으로 나타나고 있다. 그러나 이와 같은 업무는 매일 있는 것이 아니며 일주일에 1~3번 정도가 이루어진다. 또 업무시간에는 방문에 소요되는 교통시간 등이 포함되어 있지 않으며 업무의 내용도 고정적인 것이 아니다. 그리고 신체 care의 내역은 고수준의 의학적 처치가 아니라 환자목록, 수발 등 거의 일상적인 활동사항의 도움에 해당된다.

6. 김해시 호스피스 센터 운영 현황

1999년 6월 김해시 종합복지관내에 김해시 호스피스 센터가 설립되어 지금까지 운영되어 오고 있다. 김

해시 호스피스 센터는 지방정부의 지원을 받는 우리나라 유일한 호스피스센터로서 보건의료계의 주목을 받고 있다. 현재 센터장(겸임) 1명과 상근직 간사가 1명 근무하고 있으며 그 동안 약 300여명의 자원봉사자가 배출되었다.

주요 업무로는 자원봉사를 통해 김해지역 암환자들에 대한 신체적, 정서적, 영적 케어를 수행하고 있으며 자원봉사자들에 대한 주기적 교육, 관련 전문가들의 확보 및 네트워크 구성, 그리고 호스피스의 확산을 위한 주민 홍보와 계몽을 수행하고 있다. 아울러 지금까지 2차례의 전국규모 호스피스 학회를 개최하여 우리나라 호스피스관계자들끼리 호스피스 이론적 정립과 수행방법에 대해 연구해왔다.

2001년부터 2002년 7월까지의 김해 지역의 월별 호스피스 자원봉사 대상자(암 환자를 비롯한 만성 질환자 및 독거노인 포함)는 Table 4에서 보는 바와 같이 최고 76명에 이르고 있다.

또한 Table 3에서와 같이 매달 30여명의 자원봉사자들이 호스피스 자원 봉사 활동을 하고 있다. 본 센터의 운영을 통해 얻을 수 있었던 효과로는 지역 호스피스 활동을 통한 지역주민 복지 향상, 그리고 자원봉사자의 활동을 통한 지역주민의 시정 관심도 고취

Table 3. 김해시 호스피스 자원봉사자의 월별 활동현황(단위 : 명)

	2001												2002						
	1월	2월	3월	4월	5월	6월	7월	8월	9월	10월	11월	12월	1월	2월	3월	4월	5월	6월	7월
병원	27	24	26	25	30	26	28	26	30	23	26	26	21	22	20	75	75	75	75
가정	2	2	1	2	2	1		2	1	2	2		2	3	2	2	1	2	1
계	29	26	27	27	32	27	28	28	31	25	28	26	23	25	22	77	76	77	76

Table 4. 김해시 호스피스 자원봉사 대상자 월별 현황(단위 : 명)

	2001												2002						
	1월	2월	3월	4월	5월	6월	7월	8월	9월	10월	11월	12월	1월	2월	3월	4월	5월	6월	7월
병원	62	49	75	66	43	58	58	58	68	56	61	65	38	30	40	30	44	27	46
가정	2	2	1	2	2	1		2	1	2	2		2	3	2	2	1	2	1
계	64	51	76	68	45	59	58	60	69	60	63	65	40	33	42	32	45	29	47

등을 들 수 있으며 이 결과, 특성화된 지역복지의 수립 및 지역행정에 대한 주민의 적극적인 참여 등과 같은 긍정적 효과를 보이고 있다.

한편 김해 호스피스 센터는 몇 가지 제한성을 갖고 있는 바 다음과 같다. 첫째는 호스피스 전문병동이 없다는 점이다. 입원과 같은 이상적 조건하에서 말기암 환자들에 대한 신체적 케어의 비중은 40~50%가 되고 있는 바(Table 2), 이와 같은 환자의 요구도를 만족시키기 위해서는 김해 호스피스센터를 지원할 수 있는 전문병동이 마련되어야 할 것이다. 두 번째로는 센터의 인력부족으로서 현재의 상주직원 1명으로는 환자 및 가족에 대한 정보의 입수, 전문적 지식을 갖춘 자원봉사자의 지속적 확보, 자원봉사자에 대한 교육 및 운용, 기타 일상적인 행정 등을 담당하기에는 무리한 형편이다.

7. 김해시 호스피스와 지역사회 보건복지시설과의 연계필요성

호스피스의 대상이 환자는 물론 가족까지 포함되며 의료적 케어뿐만 아니라 전인적 지지를 담당한다는 점을 고려할 때(Table 2) 호스피스와 지역사회 보건의 복지와의 연계는 필수적인 것이 된다. 가장 이상적인 호스피스의 구성은 Fig. 1과 같이 표시될 수 있다.

Fig. 1 은 호스피스의 모든 구성요소가 호스피스안

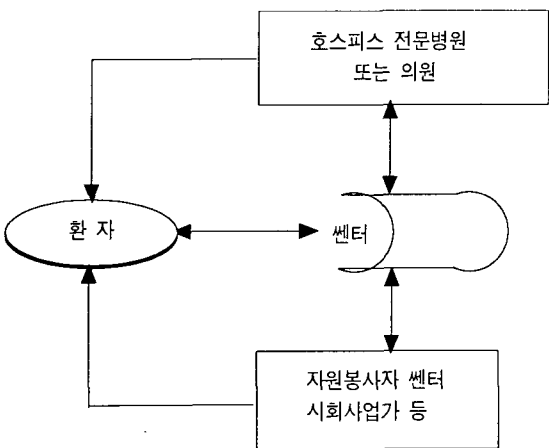


Fig. 1. 독립적인 호스피스의 구성.

에 내포되어 있는 경우이다. 그러나 현실적으로는 이와 같은 구성요소들을 자체적으로 갖추지 못하고 있으며 따라서 외부의 자원과 연계시킬 필요가 있게 된다. 특히 호스피스 환자 대부분이 경제적, 가정적으로 여유가 없는 실정이므로 이들에 대한 지방정부의 재정적 도움이 요구되는 경우가 많이 발생한다. 또한 자원봉사자들 대부분이 호스피스에만 봉사하는 것이 아니라 다른 지역활동에도 참여하고 있음을 감안할 때 자원봉사자들을 pool로 관리하는 기관과의 연계가 필요하다.

즉, 날로 증가하는 말기 암환자들에 대하여 편안하고 품위있는 죽음을 맞도록 도움을 주는 호스피스 활동을 위해서는 직접적인 의료뿐만 아니라 의식주에 걸친 다양한 복지 수요에 대하여 효과적인 도움을 주어야 하며 이를 위해서는 관련 기관의 네트워크화를 통하여 전문적 지식과 가치관을 가진 보건의복지 기관, 사회 단체가 각각 다른 서비스를 말기 암환자들에게 협력적으로 제공할 수 있도록 해야 할 것이다.

8. 암환자 현황

우리나라의 암 사망자는 2000년의 경우 총 사망자 약 24만 7천명 가운데 약 24%인 5만 8천명으로 암으로 인한 사망이 사망원인 1위를 차지하고 있다. 우리나라 5대 사망원인의 변동추이를 살펴보면 뇌혈관 질환, 사고, 심장질환, 간질환에 의한 사망은 감소한 반면 사망원인 1위인 암의 인구 10만명당 사망률은 1990년에는 110.4에서 2000년에는 122.1로 약 11.7%가 증가하였다. 우리나라에서 주로 발생하는 암은 위암, 폐암, 간암, 대장암, 유방암, 자궁경부암으로 6 대암이 전체 암 발생의 2/3를 차지하고 있다. 특히 남자의 경우 위암, 간암, 폐암, 대장암 등의 4대암이 남자 암 발생의 2/3를 차지하고 여자의 경우 위암, 유방암, 자궁경부암, 대장암, 갑상선암, 폐암 등 6대암이 여자 암 발생의 2/3을 차지하고 있다(Table 4, 5)

Table 5. 질병별 사망현황

	1986	1990	1993	1994	1995	2000
특정감염성 및 기생충성 질환	3.8	2.9	2.6	2.5	2.2	2.5
신생물	16.9	20.2	21.5	21.4	21.3	23.9
순환기계질환	31.7	29.9	30.2	29.9	26.3	23.7
호흡기계 질환	4.2	4.0	4.9	4.9	4.6	6.5
소화기계 질환	9.0	8.1	8.2	7.6	7.4	6.0
달리 분류되지 않은 증상, 임상·검사의 이상조건	16.7	13.3	8.7	10.5	14.5	12.8
사망의 외인(각종 사고사)	12.0	15.4	14.8	13.9	14.3	11.7
기타	5.7	6.2	9.2	9.3	9.4	12.9
계	100	100	100	100	100	100

통계청, 2000년 사망원인 통계

Table 6. 2000년 암사망자 내역

암의 종류	위암	폐암	간암	대장암	유방암	기타	계
사망자수	11550	11606	10118	4221	1173	20532	59020
%	19.5	19.6	17.1	7.2	1.9	34.7	59,200

통계청, 2000년 사망원인 통계

9. 김해시 암환자의 문제점

2000년 김해시의 사망자는 총 1,616명으로 나타나고 있으며 이들의 사인에 대한 별도의 통계는 없으나 우리 나라의 전체적인 경향과 거의 같을 것으로 추정된다. 의료 공급측면에서 보면 현재 김해에는 암전문 치료 시설이 없고 호스피스 병동도 없어 말기 암환자들이 가족과 헤어져 다른 지방에서 치료를 받는 실정이며 이로 인한 환자 및 가족들의 정신적, 경제적 등 여러 가지 어려움이 가중되고 있다.

또한 그 동안 김해 호스피스 센터 운영에서 경험된 것은 적극적인 치료를 받지 못하는 환자들은 대개의 경우 경제적으로 어려운 상황에 처해 있어 재정적 지원이 필요하다는 점이다. 그러므로 호스피스를 중심으로 지방 보건복지를 연결하여 김해지역의 암환자에게 종합적인 케어를 제공함으로써 가정중심이라는 호스피스 본연의 위치를 만족시킴과 동시에 저소득 환자에 대한 적극적 복지를 강구할 필요가 있다.

호스피스 대상자를 위한 사례관리의 적용

1. 폐암환자를 위한 사례관리의 적용

1) 사례개요

(1) 개인력

클라이언트는 68세의 독거 노인으로서 젊어서부터 농사에 종사해 왔으며 슬하에 1남, 2녀를 두었고 자녀들은 모두 결혼하여 분가하여 살고 있다고 한다.

1995년 뇌졸중으로 부인이 사망한 후 지금까지 홀로 살던 중 약 3~4년 전 클라이언트가 중풍 및 노인성 치매로 수 차례 병원에 입원과 퇴원을 반복하였고, 2001년 10월 폐암 1차 진단을 받았으나 가족들이 의논하여 클라이언트에게는 알리지 않았고 현재 클라이언트의 증상은 객담이나 호흡곤란 등 일반적인 증상뿐 암성 통증 등의 자각증세는 나타나고 있지 않으므로 암에 대한 구체적인 치료는 하지 않고 있는 상태이다. 클라이언트의 주 호소는 요통과 뇌졸중으로 인한 보행장애, 우측 편마비로 매일 장유병원에 통원치료를 하

고 있고 가족과 같이 살고있지 않으므로 자식들이 돌볼 수 없어 입원을 권유하지만 클라이언트가 입원을 완강히 거부하고 있다. 거부이유로는 병원생활이 답답하고 입원할 경우 자신의 치매 현상이 더욱 악화될 것이라는 것이며 자식들에게는 도저히 못 견딜 때 입원을 하시겠다고 한다.

현재 가까이 지내는 가족으로는 아들과 며느리, 손녀 둘과 손자 한 명이 있다.

경제상황으로는 현재 거주하고 있는 2층 슬라브 주택과 논과 밭이 조금 있고 다른 수입은 없는 상태이다. 아들 부부가 농심 라면 대리점을 운영하여 나오는 월 150만원 정도의 수입에서 클라이언트에게 매월 30만원 가량을 생활비로 드리고 있다.

여러 가지 질환으로 건강 상태는 아주 나쁜 상태이다. 즉 폐암을 비롯하여 근골격계질환, 순환기계 질환(뇌졸중, 좌심실비대, 빈혈), 호흡기계 질환(객담, 기침), 치매 등으로 증상이 발현할 때마다 대중적인 치료를 하고 있다. 과거에는 전립선 비대와 알콜리즘으로 치료를 받은 기록이 있고 전립선 비대는 수술받은 적이 한차례 있으나 빈뇨와 배뇨곤란은 여전하며 술은 전혀 마시지 않는다고 한다.

친구들과의 교류는 거의 없고 필요시에는 부산에 거주하고 있는 아들 내외가 가끔씩 들러서 반찬 등을 제공하고 있다.

(2) 욕구 및 주 호소

가족이 느끼는 가장 큰 어려움으로 경제적 어려움, 부양의 어려움, 집안 가사의 어려움, 가족 불화로 인한 어려움, 심리·사회적 문제로 인한 어려움이 있다. 클라이언트가 느끼는 어려움으로 질병이 치료되지 않고 있다는 것에 대한 어려움, 보행장애에 대한 어려움, 가사에 대한 어려움이 있다.

2) 사례개입과정

(1) 서비스 제공 계획 및 시행 상황

① 클라이언트의 문제 및 욕구사정

첫째, 뇌손상으로 인해 정신 인지 능력의 저하로

일상생활중의 언어소통과 환경적응능력의 저하가 나타난다. 둘째, 신체기능 저하로 요통이 나타나며 하지활동장애로 인해 거동이 불편하다. 셋째, 폐암사실을 클라이언트에게 알리지 않으므로 그로 인해 가족간의 갈등이 생긴다. 넷째, 독거로 인해 가족에 대한 그리움과 고독감, 불규칙한 생활습관이 나타난다.

② 서비스제공 계획 및 시행 상황

(가) 필요서비스

방문 간호와 입원치료로 전문인력을 통한 지속적인 보호와 관찰로 인지능력을 향상시키도록 한다. 또한 적극적으로 재활치료를 하고 악화되는 것을 방지한다. 가족에게 호스피스 센터와 전문의료인력을 소개하는 것이 필요하다. 그리고 간병지원봉사자를 소개하고 가사도우미에게 의뢰함으로써 독거에 대한 문제를 해결하도록 하는 것도 필요하다.

(나) 1개월 이내 단기계획

정기적인 병원치료를 통해 건강이 악화되는 것을 방지한다. 거동불편으로 인한 교통수단의 이용불편을 감소시키도록 병원차량 운행을 지원한다. 또한 폐암으로 인하여 생존기간이 많지 않음을 가족들에게 인지시키고 함께 지낼 수 있는 방안을 마련한다.

(다) 6개월 이상 장기계획

계속적인 병원치료를 증상이 완화되도록 하며 병원차량 운행을 지원한다. 그리고 간병봉사자를 파송하고 지역 종교단체를 소개한다.

3) 사례분석

위의 사례를 분석해 보면 환자에게 제공될 수 있는 다양한 분야의 서비스를 다음과 같이 정리할 수 있다. 따라서 이러한 자원들을 연계하여 효율적으로 활용할 경우 호스피스 대상자인 환자와 그 가족에게 많은 도움이 될 것으로 사료된다.

① 환자가 자신의 질병이 암이라는 사실을 받아들이지 못하므로 가족에게 암이라는 사실을 알리고 대처하도록 의사나 간호사와 상담을 한다.

② 환자가 병원 입원을 거부하여 병이 악화될 염

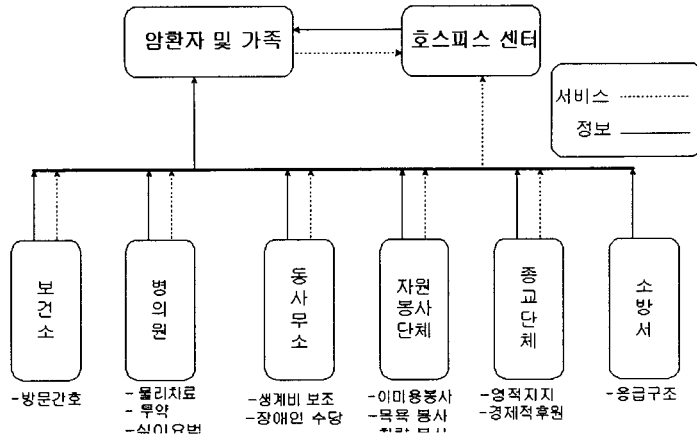


Fig. 2. 호스피스 연계 모형

려가 있으므로 의료기관에 대한 잘못된 편견을 없애도록 간호사나 병원 직원은 환자에게 정확한 정보를 제공한다.

③ 가족이 직업이나 교육상의 문제로 환자와 동거하지 못하는 경우에는 요양시설에서 유료 간병인을 채용하도록 하며 자활후견기관의 가사도우미에게 점심식사 등의 가사활동을 부탁한다. 또한 김해시 보건복지센터의 사회복지사와 여러 가지 문제를 상담하도록 한다.

④ 환자 및 가족들이 임종을 준비할 경우에는 호스피스 센터를 통해서 유언장 작성 등 죽음에 대비해 환자 주변을 정리할수 있도록 하고 가족들은 임종준비를 하고 환자 사후에 대해서 신체적, 정신적으로 지지한다. 그리고 환자종교기관과 연계해서 죽음을 맞이할 준비를 한다.

호스피스 보건복지 연계 모형

위의 사례에서 볼 수 있듯이 호스피스 대상 암환자들에게 신체적, 정신적, 사회경제적, 법적 문제 등 여러 측면에서 도움을 주고 양질의 의료서비스 제공을 위해서는 다양한 지역사회 자원을 활용하는 것이 필요하다.

호스피스의 특성상 종교단체와 자원봉사자 단체, 사

회 복지 단체를 환자가 발견되는 병의원과 연계시키는 것은 매우 필요하다. 그런데 김해시에는 호스피스 대상자의 등록을 담당하는 호스피스 센터와 보건소 방문간호계가 같은 건물(보건복지센터) 내에 입주하고 있어 이들과 병의원 등 호스피스 관련 기관을 연계하여 효과적으로 운용할 수 있는 기초를 이루고 있다.

즉, 재가 암환자에 대한 정보는 보건소 방문간호계에서, 그리고 입원 암환자에 대한 정보는 병원에서 제공하여 말기 암 환자에 대한 모든 정보를 호스피스 센터에서 관리하여 정보제공 기관으로서의 역할을 담당한다. 또한 호스피스 센터에서는 서비스 제공 단체에 대한 정보도 보유하여 호스피스 대상자와 서비스 제공자를 서로 연결해주는 작업을 하도록 한다. 이러한 관점에서 Fig. 2과 같이 김해시 호스피스 보건복지 연계 모형을 제시하고자 한다.

이와 같은 모형은 추가적인 자원의 투여가 없으며 기존 복지관련기관들을 유기적으로 네트워크화 함으로써 호스피스 환자의 요구도를 증진시킬 수 있을 것이다. 또 이와 같은 연계는 호스피스뿐만 아니라 노인간호, 만성퇴행성질환, 방문간호 등에서도 공통적으로 운용될 수 있을 것이다. 이러한 연계를 확장시킬 경우 궁극적으로는 종합적인 지역의료 네트워크가 만들어질 수 있으며 이는 곧 지역사회의 사회복지 증진에 직접적으로 기여하게 될 것이다.

참 고 문 헌

1. 김해시. <http://city.kimhae.kyongnam.kr>
2. 김해시 호스피스 센터. <http://www.khhospice.or.kr>
3. 이소우 외. 한국형 호스피스케어 개발연구 및 시범사업. 1995
4. 조 현. 호스피스 원격진료시스템 구축에 관한 연구. 한국호스피스.완화의료학회지 2000;3:49-59.
5. 조현. 김해지역 호스피스를 위한 보건의료정보망의 개발. 김해발전연구소. 1998;1:237-66.
6. 조 현. 우리나라 호스피스 모델개발에 관한 연구. 대한병원협회지 1994;24.
7. 조현. 호스피스 프로그램의 수가산정에 관한 연구. 대한간호학회지 1994;24:216-225
8. 조 현. 호스피스의 비용효과에 관한 고찰. 한국노년학회지 1993;2:33-41.
9. 황나미, 노인철. 말기환자를 위한 호스피스의 제도화 방안. 한국보건사회연구원. 1995
10. 김해시 보건소. 국민건강사업계획서. 2002
11. 보건복지부 복지정책과. 보건복지 기능연계 활성화 시범사업 운영지침. 2001