

# 국내 호스피스·완화의료 현황 및 활성화 방안 - 호스피스·완화의료 기관 조사를 바탕으로

경민호·장유미\*·한경희·윤영호\*

국립암센터 국가암관리사업단 호스피스완화의료사업과, \*국립암센터 연구소 암관리연구과

## Current Status and Activation Plan of Hospice Palliative Care in Korea - Based on Hospice Palliative Care Facilities Survey

Min Ho Kyung, M.D., Ph.D., Yu Mi Jang, M.S.W.\*, Kyung Hee Han M.D. and Young Ho Yun, M.D., Ph.D.\*

Hospice and Palliative Care Branch, National Cancer Control Institute, National Cancer Center, \*Cancer Management Branch, Research Institute, National Cancer Center, Goyang, Korea

**Purpose:** This study aimed to evaluate the current status of hospice palliative care facilities in Korea. Based on the result, we attempted to suggest activation plans of hospice palliative in Korea. **Methods:** To conduct a survey, we obtained a list of hospice palliative care facilities from related agencies and academic societies. A survey was conducted from February, 2009 to March, 2009. The survey was consisted of general characteristics of organizations, manpower, facilities & equipments, and so on. In addition, we used data from Statistics Korea to estimate the number of beds required and the bed occupancy rate. **Results:** Total number of facilities responded to the questionnaire were 53. Forty-two facilities were general hospitals and 6 facilities were clinics among the total 53 facilities, and 18.8% of facilities were located in Seoul, Incheon and Gyeonggido. Overall bed occupancy rate was rather low as 21.9%, and there were 4 provinces where bed occupancy rates were 0%. Deaths in hospice palliative care facilities during 2008 were 6.3% of total deaths from cancers. As for the questions about the financial status of facilities, 86% of facilities were answered financial insufficiency. Also more than half of the facilities gave financial insufficiency as the reason for shortage of human resource supplies and inability to achieve the standard for authorization by the government. Facilities answered in order to activate the hospice palliative care, governmental support is needed, mostly in financial support (71.2%), donation tax deduction (43.1%), and setting up a public utility foundation (23.5%). **Conclusion:** This study showed low rates of hospice palliative care use and bed occupancy in Korea. Regional variance in bed occupancy rate was significantly high. As a roadblock for these problems, most of the facilities cited financial insufficiency. Therefore, there must be some action plans to boost financial support to activate hospice palliative care in Korea. Finally, efforts to improve these circumstances including lack of understanding about hospice and palliative care, are needed as well. (Korean J Hosp Palliat Care 2010;13:143-152)

**Key Words:** Hospice care, Palliative care, Social problems, Social change, Financial support

접수일: 2009년 12월 22일, 수정일: 2010년 2월 8일  
승인일: 2010년 3월 11일  
교신저자: 윤영호

Tel: 031-920-1705, Fax: 031-920-2586

E-mail: lawyun08@ncc.re.kr

본 연구는 2008년도 보건복지가족부 암정복추진연구개발사업 지원으로 이루어진 것임(과제고유번호: 0820360).

### 서 론

2008년 현재 우리나라에서 암은 사망원인 위의 질환으로 매년 13만명의 암환자가 발생하고 매년 6만 7천여 명이 암으로 사망하고 있다. 이 중 한 해에 말기 암으로 사

망하는 환자는 약 5만명에서 6만명 사이일 것으로 추산되며 한 가구당 4인 가족을 가정할 때 한해 약 말기 암 환자의 가족은 약 20~25만명으로 추계할 수 있는데(1) 이들 말기 암환자 및 가족은 질병 자체로 인한 신체적, 정신적 고통 외에도, 의료비용 부담 및 직업 상실 등의 사회적 고통 등으로 삶의 질에 위기를 겪고 있다(2-7).

그러나 의료 현장에서 통증 관리의 미비 및 존엄사와 관련한 윤리적 갈등, 부적절한 의료이용행태 등의 이유로 인해 말기암환자와 가족들의 고통이 적절하게 해소되지 못하고 있는 현실이다(3,8).

이들 고통 중에서 특히 질병의 진행 과정 상 대체적으로 말기로 다가갈수록 의료이용이 증가하게 되면서 자연적으로 의료비용이 증가하게 되어 그로 인해 말기 암환자 및 가족의 경제적 부담이 더욱 가중된다는 큰 문제 중 하나이며 기존의 의료가 해결하지 못한 말기 암환자의 여러 문제를 호스피스·완화의료이 말기암환자들의 삶의 질 향상에 기여할 뿐만 아니라 말기 암환자가 직면하고 있는 문제와 함께 의료비를 절감할 수 있다는 연구결과가 보고되면서 미국, 영국, 프랑스, 대만, 일본 등 호스피스·완화의료를 제도화하는 나라가 증가하고 있다(9,10).

이에 우리나라에서도 2002년 8월 정부가 호스피스 법 제화 추진을 발표하였고 2003년부터 2004년까지 말기암환자 호스피스 시범사업을 실시하여 한국형 호스피스의 모형을 확정하였다. 2005년부터 말기암환자 호스피스 사업에 대한 지원 사업이 실시되고 있으며, 2009년 현재 34개 기관까지 확대해 연간 총 13억 원을 지원하였다. 2008년 9월에는 말기암환자전문의료기관 지정기준을 고시(11)하여 호스피스·완화의료기관의 인력, 시설, 장비의 기준을 마련하였으며 그 외에도 2009년 11월부터 수가시범사업을 운영하고 있다.

그러나 국내의 호스피스·완화의료는 아직 완전히 정착하기 못한 상황으로 호스피스를 시행하는 병원들은 대부분 기관의 보조나 후원금 등으로 운영되어 재정 부족의 문제를 겪고 있으며 관련 제도의 미비로 인해 주로 영적인 면이나 정서적인 문제들을 도와주는 데에 그치고 있거나 케어의 연속성이 떨어지는 등의 문제, 말기 통보에 관련된 문제와 임종 결정에 관련된 문제들로 무의미한 치료 중단과 관련한 윤리적 문제 등을 안고 있다(1).

따라서 말기환자의 삶의 질을 향상시키고 제한된 의료자원을 효율적으로 이용할 수 있는 호스피스·완화의료 정착 및 활성화하기 위해서는 호스피스·완화의료기관의 현황 파악뿐만 아니라 활성화에 대한 장애요

인의 파악이 요구된다. 특히 위의 국가 지원사업 등이 기관 단위로 이루어짐을 고려할 때 국내 호스피스·완화의료 정책의 파급 효과 등을 짚어보기 위해서도 호스피스·완화의료를 제공하는 기관을 대상으로 하는 현황조사가 필요하며 이를 통해 활성화방안을 도출할 필요가 있다. 국내의 호스피스·완화의료에 대한 현황조사 여러 기존의 연구가 있었으나(1,12-16) 이들은 호스피스·완화의료 서비스 제공 기관에 대한 인력, 시설 등을 포함한 일반현황에 제한된 것이었다.

따라서 본 연구에서는 조사대상을 호스피스완화의료 기관으로 하여 국내 호스피스·완화의료 현황을 파악하고자 하였으며 동시에 기관입장에서 바라보는 활성화 장애요인을 파악하여 우리나라 호스피스·완화의료를 활성화하기 위한 방안을 도출, 정책수립의 기초자료로 제공하고자 하였다.

## 대상 및 방법

### 1. 연구 대상

전국의 호스피스·완화의료를 제공하고 있는 의료기관을 파악하기 위해서 한국호스피스·완화의료학회, 한국호스피스협회, 한국가톨릭호스피스협회에 등록된 기관의 목록 및 보건복지가족부의 말기암 호스피스 지원사업 대상기관 명단을 토대로 1차 명단을 작성하였다. 이 후 전화 조사를 통해 2009년 2월 현재 호스피스·완화의료를 제공하고 있는 지 여부를 자체적으로 조사, 제공 중인 기관만을 연구대상으로 삼았다.

### 2. 연구 방법

**1) 호스피스·완화의료 현황:** 연구대상별 현황을 활동 형태, 기관 소재 지역 등의 특성 및 현황을 살펴보았다.

또한 지역별 호스피스 병상충족률, 기관 내 사망률 등을 살펴보았다. 이를 위해 연구 대상 기관의 실제 병상수를 조사하여 지역별 호스피스·완화의료 전용병상수로 규정하였다. 병상 충족비율을 파악하기 위해 지역별 인구수를 조사하여 인구대비 필요 병상수는 백만 명당 50개 병상으로 추산하였다. 이 필요병상수로 현재 지역별 병상수를 나누어서 병상수 충족 비율을 얻었다. 수식은 아래와 같다.

$$\begin{aligned} \text{지역별 병상충족률(\%)} &= \\ & \frac{\text{지역별 호스피스·완화의료 병상수}}{\left\{ \frac{\text{지역인구수}}{1,000,000\text{명}} \times 50\text{병상} \right\} \times 100} \end{aligned}$$

또한 암사망자의 호스피스·완화의료기관 내 사망비율을 추계하기 위해서 통계청자료의 지역별 암 사망자수를 조사하고 각 호스피스·완화의료기관 내 암 사망자수를 파악하여 해당 지역 내 기관의 사망자수를 지역별 암사망자수로 나누어 계산하였다.

$$\text{호스피스·완화의료 기관 내 사망률} = \frac{\text{지역 내 호스피스·완화의료 기관 환자 사망수}}{\text{지역별 암사망자수}}$$

**2) 호스피스·완화의료 기관 현황 및 활성화 방안:** 기관의 운영현황, 운영의 장애요인 및 활성화 방안을 파악할 수 있는 설문지를 이용하였으며 설문지는 연구자들이 기존 연구논문을 기초로 초안을 작성하였고 이후 의사, 간호사, 사회복지사 등으로 구성된 전문가들의 자문회의를 통해 수정·보완하였다.

설문내용은 크게 6가지 영역으로 구성되었다. 기관의 일반현황, 전년대비 대상자 수의 증감 및 이유, 서비스 제공인력의 부족과 이유, 해결방안, 시설현황(지역별 전용병상수, 고시에 의한 시설기준 충족여부, 시설기준 미충족 이유), 재정(재정 현황, 재정조달 항목, 부족한 재정 충족방안), 활성화 방안으로 구성되었다.

총 조사기간은 2009년 2월에서 3월까지였고, 해당 기관에서 호스피스·완화疫료를 담당하고 있는 담당자가 자가 작성하도록 하였다. 설문은 이메일을 통해 배포 및 수집하였다.

또한 설문항목별 빈도분석을 시행하였으며 각 설문결과를 기관 유형, 호스피스완화의료 유형, 정부지원 유무의 기관 특성별로 살펴보았다.

## 결 과

총 70개의 의료기관에 이메일로 설문지를 발송하였고 한 번이라도 설문에 응답한 기관은 총 53개 기관으로 평균적으로 69% 가량의 응답률을 보였으며 이들 53개 기관은 모두 독립시설형 및 병동형이었으며 응답을 거부한 17개 기관은 모두 병상산재형 완화의료기관이었다.

### 1. 호스피스·완화의료 현황

국내 53개 기관의 호스피스·완화의료 활동을 시작한 년도는 1980년 이전이 5.7%, 1990년도 이후가 79.2%였고 31개(58.5%) 기관이 종교적 배경이 있었다. 지역적 분포를 살펴보면 서울과 경기도에 각각 10개로 전체 중

18.8%가량의 기관이 수도권 지역위주로 분포하고 있는 반면 충북과 울산에는 호스피스·완화의료 기관이 없는 상태로 지역적 불균형을 보이고 있었다. 이들 기관을 종별로 살펴보면 종합병원 이상 42개, 병원 5개, 의원 6개로 구성되어 있으며 호스피스·완화疫료를 제공하는 의료기관 53개 중 독립시설형은 7개(13.2%)였고, 독립병동형은 27개 기관(50.9%), 병상산재형은 18개 기관(34.0%), 입원서비스를 제공하지 않고 가정방문과 주간진료를 제공하는 기관이 1개 기관(1.9%)이었다(Table 1).

이들 지역별 인구수 및 지역 내 기관의 병상수를 바탕으로 국내 지역별 필요병상수와 병상충족률을 산출한 결과 제주도가 100%로 충족률이 가장 높았으며 대전이 51.3%로 그 뒤를 이었다. 본 연구결과 병상충족률을 50%이상 초과하는 지역은 2개 광역시·도에 불과하였으며 4개 광역시·도가 병상충족률이 0%인 것으로 나타나 지역적 불균형이 극심한 것으로 나타났다(Table 1).

2008년 한 해 동안 호스피스·완화疫료기관의 사망자 수는 4,285명으로 전체 암사망자 67,561명 중 6.3%만이 호스피스·완화疫료기관을 이용한 것으로 나타나 심각한 지역적 편차를 보였다(Table 2).

### 2. 호스피스·완화의료 서비스 제공 인력 및 자원 현황

**1) 환자수:** 환자수 변화에 대한 설문의 결과, 2007년과 비교하여 2008년 환자수의 변화를 묻는 질문에 45개 기관이 응답하였고 34개 기관이 증가, 7개 기관이 감소, 4개 기관이 변화가 없다고 답하였다(Table 3). 환자수가 증가한 이유를 살펴보면, ‘의료진 및 환자, 가족의 호스피스·완화疫료에 대한 이해 향상’이 46.9%를 차지하였고, ‘병상수 증가 외에 독립병상 개설 등 시설, 인력의 보강’이 15.6%, ‘3차 병원 등 의뢰기관으로부터의 의뢰 증가’가 15.6%, ‘병상수 증가’가 12.5%로 나타났다. 환자수의 감소이유로는 ‘의료진 및 환자, 가족의 호스피스·완화疫료에 대한 이해 부족’이 71.4%, ‘병상수 감소’가 14.3%, ‘3차 병원 등 의뢰기관으로부터의 의뢰 감소’가 14.3%를 차지하였다(Table 3).

**2) 인력:** 인력이 부족한 직종을 묻는 질문에 30개 기관(57.6%)이 간호사, 15개 기관(28.8%)이 의사, 15개 기관(28.8%)이 사회복지사, 5개 기관(9.6%)이 자원봉사자로 응답하였고 인력이 부족하지 않다고 응답한 기관은 11개였다. 인력수급에 가장 큰 어려움으로 ‘재정적인 문제’ 67.9%, ‘특정 분야의 전문 인력의 부족’이 20.8%, ‘호스피스·완화疫료에 대한 부정적인 인식’이 5.7%, ‘호스피스·완화疫료 업무 강도가 높음’이 3.8%로 나타

**Table 1.** General Characteristics of Hospice • Palliative Facilities in Korea and Regional Required Number and Bed Occupancy Rate.

	Type of facility			Type of hospice facility			Government support program			Total population in region	Number of facility	Number of bed	Required number of bed	Bed occupancy rate (%)
	General hospital N (%)	Hospital N (%)	Clinic N (%)	Independent or inpatient care facility N (%)	Complex facility N (%)	Government support N (%)	No Governmental support N (%)	Total N (%)						
Year service started														
~1980	2 (4.8)	0 (0.0)	1 (16.7)	1 (2.9)	2 (10.5)	1 (3.4)	2 (8.3)	3 (5.7)						
1981~1990	7 (16.7)	0 (0.0)	1 (16.7)	4 (11.8)	4 (21.1)	5 (17.2)	3 (12.5)	8 (15.1)						
1991~2000	9 (21.4)	2 (40.0)	2 (33.3)	11 (32.4)	2 (10.5)	9 (31.0)	4 (16.7)	13 (24.5)						
2001~2009	24 (57.1)	3 (60.0)	2 (33.3)	18 (52.9)	11 (57.9)	14 (48.3)	15 (62.5)	29 (54.7)						
Religious background	20 (47.6)	2 (40.0)	0 (0.0)	12 (35.3)	10 (52.6)	10 (34.5)	12 (50.0)	22 (41.5)						
none														
Christianity	9 (21.4)	3 (60.0)	1 (16.7)	8 (23.5)	5 (26.3)	7 (24.1)	6 (25.0)	13 (24.5)						
Catholic	13 (31.0)	0 (0.0)	5 (83.3)	14 (41.2)	4 (21.1)	12 (41.4)	6 (25.0)	18 (34.0)						
Region														
Seoul	7 (16.7)	2 (40.0)	1 (16.7)	6 (17.6)	4 (21.1)	6 (20.7)	4 (16.7)	10 (18.9)	10,200,827	10	124	510	24.3	
Busan	4 (9.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (2.9)	2 (10.5)	0 (0.0)	4 (16.7)	4 (7.5)	3,564,577	4	20	178.2	11.2	
Daegu	5 (11.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (11.8)	1 (5.3)	3 (10.3)	2 (8.3)	5 (9.4)	2,492,724	5	46	124.6	36.9	
Incheon	2 (4.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (10.5)	0 (0.0)	2 (8.3)	2 (3.8)	2,692,696	2	0	134.6	0	
Gwangju	2 (4.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (2.9)	1 (5.3)	1 (3.4)	1 (4.2)	2 (3.8)	1,422,702	2	23	71.1	32.3	
Daejeon	4 (9.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (5.9)	2 (10.5)	2 (6.9)	2 (8.3)	4 (7.5)	1,480,895	4	38	74	51.3	
Ulsan	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1,112,407	0	0	55.6	0	
Gyeongigido	6 (14.3)	2 (40.0)	2 (33.3)	7 (20.6)	3 (15.8)	6 (20.7)	4 (16.7)	10 (18.9)	11,292,264	10	139	564.6	24.6	
Gangwondo	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (16.7)	1 (2.9)	0 (0.0)	1 (3.4)	0 (0.0)	1 (1.9)	1,508,575	1	15	75.4	19.9	
Chungcheongbukdo	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1,519,587	0	0	76	0	
Chungcheongnamdo	1 (2.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (5.3)	0 (0.0)	1 (4.2)	1 (1.9)	2,018,537	1	0	100.9	0	
Jeollabukdo	3 (7.1)	1 (20.0)	0 (0.0)	3 (8.8)	1 (5.3)	3 (10.3)	1 (4.2)	4 (7.5)	1,855,772	4	31	92.8	33.8	
Jeollanamdo	3 (7.1)	0 (0.0)	1 (16.7)	4 (11.8)	0 (0.0)	3 (10.3)	1 (4.2)	4 (7.5)	1,919,000	4	44	96	45.9	
Gyeongsangbukdo	3 (7.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (5.9)	1 (5.3)	2 (6.9)	1 (4.2)	3 (5.7)	2,673,931	3	11	133.7	8.2	
Gyeongsangnamdo	2 (4.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (5.9)	0 (0.0)	1 (3.4)	1 (4.2)	2 (3.8)	3,225,255	2	23	161.3	14.3	
Jeju	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (16.7)	1 (2.9)	0 (0.0)	1 (3.4)	0 (0.0)	1 (1.9)	560,618	1	28	28	100	
Total	42 (100.0)	5 (100.0)	6 (100.0)	34 (100.0)	19 (100.0)	29 (100.0)	24 (100.0)	53 (100.0)	49,540,367	53	542	2,477.00	21.9	

**Table 2.** Rate of Deaths in Hospice • Palliative Care Facilities among Deaths from Cancer.

Region	No. of deaths from cancer		Deaths from cancer in Hospice • Palliative care facilities		Rate (%)
	N	%	N	%	
Seoul	11,719	17.3	776	18.1	6.6
Busan	5,609	8.3	120	2.8	2.1
Daegu	3,224	4.8	457	10.7	14.2
Incheon	3,211	4.8	0	0.0	0.0
Gwangju	1,673	2.5	535	12.5	32.0
Daejeon	1,641	2.4	277	6.5	16.9
Ulsan	1,129	1.7	0	0.0	0.0
Gyeonggido	12,109	17.9	1,280	29.9	10.6
Gangwondo	2,514	3.7	69	1.6	2.7
Chungcheongbukdo	2,556	3.8	0	0.0	0.0
Chungcheongnamdo	3,568	5.3	0	0.0	0.0
Jeollabukdo	3,380	5.0	183	4.3	5.4
Jeollanamdo	3,979	5.9	231	5.4	5.8
Gyeongsangbukdo	5,258	7.8	233	5.4	4.4
Gyeongsangnamdo	5,265	7.8	88	2.1	1.7
Jeju	726	1.1	36	0.8	5.0
Total	67,561	100.0	4,285	100.0	6.3

**Table 3.** Increase, Decrease of Number of Patients Comparing 2007 and 2008 and Reasons of Recent Change in Number of Patient.

	Type of facility			Type of hospice facility		Government support program		Total N (%)
	General hospital N (%)	Hospital N (%)	Clinic N (%)	Independent or inpatient care facility N (%)	Complex facility N (%)	Government support N (%)	No governmental support N (%)	
Increase during 2008 compare to the previous year	25 (73.5)	4 (80.0)	5 (83.3)	25 (83.3)	9 (60.0)	23 (82.1)	11 (64.7)	34 (75.6)
Decrease during 2008 compare to the previous year	7 (20.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (13.3)	3 (20.0)	4 (14.3)	3 (17.6)	7 (15.6)
No change	2 (5.9)	1 (20.0)	1 (16.7)	1 (3.3)	3 (20.0)	1 (3.6)	3 (17.6)	4 (8.9)
Total	34 (100.0)	5 (100.0)	6 (100.0)	30 (100.0)	15 (100.0)	28 (100.0)	17 (100.0)	45 (100.0)
Reasons for increase								
Increased No. of beds	2 (8.3)	1 (33.3)	1 (20.0)	4 (16.0)	0 (0.0)	3 (13.0)	1 (11.1)	4 (12.5)
Reinforcement of resources	3 (12.5)	2 (66.7)	0 (0.0)	5 (20.0)	0 (0.0)	4 (17.4)	1 (11.1)	5 (15.6)
Improved understanding of hospice	12 (50.0)	0 (0.0)	3 (60.0)	12 (48.0)	3 (42.9)	12 (52.2)	3 (33.3)	15 (46.9)
Increased referral	3 (12.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (4.0)	2 (28.6)	1 (4.3)	2 (22.2)	3 (9.4)
Others	4 (16.7)	0 (0.0)	1 (20.0)	3 (12.0)	2 (28.6)	3 (13.0)	2 (22.2)	5 (15.6)
Total	24 (100.0)	3 (100.0)	5 (100.0)	25 (100.0)	7 (100.0)	23 (100.0)	9 (100.0)	32 (100.0)
Reasons for decrease								
Decreased No. of beds	1 (14.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	1 (14.3)
Lack of understanding	5 (71.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (50.0)	3 (100.0)	2 (50.0)	3 (100.0)	5 (71.4)
Decreased referral	1 (14.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	1 (14.3)
Total	7 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (100.0)	3 (100.0)	4 (100.0)	3 (100.0)	7 (100.0)

났다(Table 4).

부족한 인력의 해결방법으로 ‘적정수가를 통한 호스피스·완화의 전문 인력에 대한 처우 개선’이 60.0%로 가장 많은 비율을 차지하였고, ‘정부 예산 지원을 통한

호스피스·완화의료 전문 인력에 대한 처우 개선’이 30.0%, ‘호스피스·완화의료의 홍보를 통한 부정적인 인식 변화’가 6.7%를 차지하였다. 기타의견으로는 ‘호스피스 전문간병사 양성’, ‘호스피스인력의 정규직화’, ‘인

**Table 4.** Barriers and Solutions of Supplying Human Resources in Hospice • Palliative Facilities.

	Type of facility			Type of hospice facility		Government support program		Total N (%)
	General hospital N (%)	Hospital N (%)	Clinic N (%)	Independent or inpatient care facility N (%)	Complex facility N (%)	Government support N (%)	No governmental support N (%)	
<b>Barriers</b>								
Lack of trained human resources	9 (21.4)	1 (20.0)	1 (16.7)	8 (23.5)	3 (15.8)	5 (17.2)	6 (25.0)	11 (20.8)
Financial problems	28 (66.7)	3 (60.0)	5 (83.3)	22 (64.7)	14 (73.7)	21 (72.4)	15 (62.5)	36 (67.9)
Negative understanding	3 (7.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (5.9)	1 (5.3)	2 (6.9)	1 (4.2)	3 (5.7)
Heavy work load	1 (2.4)	1 (20.0)	0 (0.0)	2 (5.9)	0 (0.0)	1 (3.4)	1 (4.2)	2 (3.8)
Others	1 (2.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (5.3)	0 (0.0)	1 (4.2)	1 (1.9)
Total	42 (100.0)	5 (100.0)	6 (100.0)	34 (100.0)	19 (100.0)	29 (100.0)	24 (100.0)	53 (100.0)
<b>Solutions</b>								
Improvement of labor conditions by proper charge of service	15 (60.0)	1 (100.0)	2 (50.0)	8 (61.5)	10 (58.8)	8 (66.7)	10 (55.6)	18 (60.0)
Improvement of labor conditions by financial support from government	7 (28.0)	0 (0.0)	2 (50.0)	3 (23.1)	6 (35.3)	3 (25.0)	6 (33.3)	9 (30.0)
Public relations	2 (8.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (7.7)	1 (5.9)	0 (0.0)	2 (11.1)	2 (6.7)
Others	1 (4.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (7.7)	0 (0.0)	1 (8.3)	0 (0.0)	1 (3.3)
Total	25 (100.0)	1 (100.0)	4 (100.0)	13 (100.0)	17 (100.0)	12 (100.0)	18 (100.0)	30 (100.0)

**Table 5.** Degree of Satisfying the Standard for Authorized Facilities and Reasons for Not Satisfying.

	Type of facility			Type of hospice facility		Government support program		Total N (%)
	General hospital N (%)	Hospital N (%)	Clinic N (%)	Independent or inpatient care facility N (%)	Complex facility N (%)	Government support N (%)	No governmental support N (%)	
<b>Satisfying degree</b>								
Very sufficient	25 (61.0)	3 (60.0)	6 (100.0)	33 (97.1)	1 (5.6)	28 (96.6)	6 (26.1)	34 (65.4)
Sufficient	6 (14.6)	2 (40.0)	0 (0.0)	1 (2.9)	7 (38.9)	1 (3.4)	7 (30.4)	8 (15.4)
Moderate	5 (12.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (27.8)	0 (0.0)	5 (21.7)	5 (9.6)
Insufficient	5 (12.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (27.8)	0 (0.0)	5 (21.7)	5 (9.6)
Very insufficient	41 (100.0)	5 (100.0)	6 (100.0)	34 (100.0)	18 (100.0)	29 (100.0)	23 (100.0)	52 (100.0)
<b>Reasons for not Satisfying</b>								
Lack of space	11 (34.4)	1 (33.3)	0 (0.0)	7 (29.2)	5 (31.3)	7 (31.8)	5 (27.8)	12 (30.0)
Financial problems	18 (56.3)	2 (66.7)	4 (80.0)	16 (66.7)	8 (50.0)	14 (63.6)	10 (55.6)	24 (60.0)
Noncooperation from other parts of the facility	3 (9.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (18.8)	0 (0.0)	3 (16.7)	3 (7.5)
Others	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (20.0)	1 (4.2)	0 (0.0)	1 (4.5)	0 (0.0)	1 (2.5)
Total	32 (100.0)	3 (100.0)	5 (100.0)	24 (100.0)	16 (100.0)	22 (100.0)	18 (100.0)	40 (100.0)

식변화'와 '요구도 증가와 그에 부응하는 전용병동 가동' 등이 있었다(Table 4).

**3) 호스피스·완화의료 기관의 시설 및 장비:** 고시기준에 의한 시설기준을 충족하는지 묻는 질문에 '모든 항목에 충족한다'(65.4%), '대부분의 항목에 충족한다'(15.4%),

'대부분의 항목에 충족하지 못한다'(9.6%), '모든 항목에 충족하지 못한다'(21.7%)고 답하였다. 시설기준 미충족의 이유에 대해 '재정적인 문제'(60.0%), '공간의 부족'(30.0%), '병원의 비협조'(7.5%) 순으로 응답하였다(Table 5).

**4) 호스피스·완화의료 기관의 재정:** 호스피스·완화의

**Table 6.** Financial Status of Facilities.

	Type of facility			Type of hospice facility		Government support program		Total N (%)
	General hospital N (%)	Hospital N (%)	Clinic N (%)	Independent or inpatient care facility N (%)	Complex facility N (%)	Government support N (%)	No governmental support N (%)	
Very sufficient	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Sufficient	0 (0.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	1 (3.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (4.5)	1 (2.0)
Moderate	5 (12.5)	1 (20.0)	0 (0.0)	4 (12.5)	2 (11.1)	4 (14.3)	2 (9.1)	6 (12.0)
Insufficient	26 (65.0)	2 (40.0)	0 (0.0)	21 (65.6)	7 (38.9)	18 (64.3)	10 (45.5)	28 (56.0)
Very insufficient	9 (22.5)	1 (20.0)	5 (100.0)	6 (18.8)	9 (50.0)	6 (21.4)	9 (40.9)	15 (30.0)
Total	40 (100.0)	5 (100.0)	5 (100.0)	32 (100.0)	18 (100.0)	28 (100.0)	22 (100.0)	50 (100.0)

**Table 7.** Activation Plans for Hospice · Palliative Care.

	Type of facility			Type of hospice facility		Government support program		Total N (%)
	General hospital N (%)	Hospital N (%)	Clinic N (%)	Independent or inpatient care facility N (%)	Complex facility N (%)	Government support N (%)	No governmental support N (%)	
Financial support	28 (68.3)	3 (60.0)	6 (100.0)	28 (82.4)	9 (50.0)	25 (86.2)	12 (52.2)	37 (71.2)
Education and training	2 (4.9)	1 (20.0)	0 (0.0)	1 (2.9)	2 (11.1)	0 (0.0)	3 (13.0)	3 (5.8)
Public relation and information service	6 (14.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (8.8)	3 (16.7)	1 (3.4)	5 (21.7)	6 (11.5)
Referral system and network set up	3 (7.3)	1 (20.0)	0 (0.0)	2 (5.9)	2 (11.1)	2 (6.9)	2 (8.7)	4 (7.7)
To increase No. of bed	1 (2.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (5.6)	0 (0.0)	1 (4.3)	1 (1.9)
Donation activating policies	1 (2.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (5.6)	1 (3.4)	0 (0.0)	1 (1.9)
Total	41 (100.0)	5 (100.0)	6 (100.0)	34 (100.0)	18 (100.0)	29 (100.0)	23 (100.0)	52 (100.0)

료 기관의 전반적인 재정 상태에 대해서는 80% 이상이 부족하다고 응답하였다. 전체 재원을 100%로 할 때 재원 조달 각 항목의 비율을 묻는 문항에 대해 39개 기관이 응답하였고 ‘기관자체 예산’(28.0%), ‘후원금’(17.5%), ‘건강보험공단 청구금액’(27.8%), ‘국가지원금’(17.8%), ‘환자 본인부담금’(8.7%) 순으로 응답하였다(Table 6).

### 3. 호스피스·완화의료 활성화 방안

호스피스·완화의료 서비스 활성화를 위해 정부의 지원이 필요한 부분 중 1순위로 응답한 내용은 재정지원 71.2%, 홍보 및 정보제공 11.5%, 의뢰체계 및 네트워크 확립 7.7%, 교육 및 훈련 5.8%, 병상확대 1.9%, 기부금 활성화 정책 1.9%였다. 의원급 모두 재정지원이 가장 필요하다고 응답하였다(Table 7).

## 고 찰

본 연구는 호스피스·완화의료 기관 현황을 조사하고

활성화 방안을 분석하여 향후 정책수립을 위한 기초자료를 제공하고자 전국의 호스피스·완화의료 기관을 대상으로 현황을 파악하고 기관별 설문조사를 실시하였다.

본 연구에서 파악된 호스피스·완화의료기관의 사망자 수는 2008년 한 해 동안 4,285명으로 전체 암사망자 67,561명 중 6.3%만이 호스피스·완화의료기관을 이용한 것으로 나타났다. 이는 2003년의 5.1%(17)보다 증가한 수치였으나 2007년의 미국의 호스피스 사망자 38.8%(18)와 큰 차이를 보이고 있어 암 사망자의 호스피스·완화의료기관 이용률이 상대적으로 매우 낮음을 확인할 수 있었다(Table 2). 이러한 현상은 현 국내의 호스피스·완화의료 병상의 부족과도 관련이 있을 것으로 여겨지는데 전반적인 호스피스·완화의료 병상충족률은 21.9%에 불과하였으며(Table 1) 지역별 병상충족률 편차도 큰 편으로 울산과 충북에는 호스피스·완화의료 기관의 수가 0개였고 인천, 울산, 충북, 충남의 경우는 호스피스·완화의료 전용병상이 없는 것으로 조사되어 호스피스·완화

의료 기관 분포의 지역적 불균형이 큰 것으로 나타났다.

호스피스·완화의료 접근성을 높이고 이용률을 높이기 위해서는 위에서 확인된 문제점들이 개선되어야 할 것이며 이를 위해서는 새로운 기관 개설보다 해당 지역 내 이미 존재하나 말기암환자 전문의료기관 고시기준에 의한 시설기준에 충족하지 못하는 기관에 대하여 시설기준을 충족하도록 지원이 필요할 것으로 생각된다. 또한 호스피스·완화의료 시설 신축 및 기존 병상의 호스피스·완화의료 병상으로의 전환과 같은 인프라를 구축하는 지원이 우선되어야 할 것이다.

기관을 대상으로 한 설문조사에서 파악된 국내 호스피스·완화의료의 장애요인 중 가장 큰 하나는 재정부족으로 86.0%의 기관에서 재정이 부족하다고 응답하였다(Table 6). 또한 언급된 인력 수급의 문제 등 또한 상당 부분 재정난에서 기인하는 것으로 응답하였는데 인력수급의 어려움에 대한 설문의 답변으로 '재정적인 문제'가 67.9%를 차지하였으며(Table 4), 시설기준 미충족의 이유에 대한 설문에서도 '재정적인 문제'가 60.0%를 차지한 것을 볼 때(Table 5) 재정부족은 여러 장애요인 중에서도 가장 큰 비중을 차지하는 것으로 보인다. 또한 호스피스·완화의료 서비스 활성화를 위해 정부의 지원이 필요한 부분 중 1순위로 응답한 내용은 재정지원 71.2%, 기관차원에서 부족한 재정의 해결방안에 대해 후원금 또는 기부금 모금 67.5%로 답하였다(Table 5).

이러한 결과는 2001년에 이루어진 연구조사에서도 동일하게 나타났는데 윤영호 등의 연구에 의하면 2001년 이루어진 전국의 호스피스·완화의료기관 대상의 조사에서 전체 기관의 73.9%는 재정적인 문제가 있었으며, 62.0%는 정부로부터의 재정적인 지원이 필요하다고 응답하여(12) 서비스의 기반인 기관의 재원의 부족이 초창기부터 오랜 기간 부족한 상황이었음을 알 수 있다.

따라서 국내의 호스피스·완화의료의 활성화를 위해 재정 지원이 시급하며 특히 앞서 언급한 바와 같이 기관의 응답 결과 재정부족이 그 자체로 문제가 될 뿐만 아니라 기관이 시설 및 인력 등 서비스 자원 마련 문제의 원인으로 지목되고 있어 더욱 더 해결이 시급할 것으로 생각된다.

이 때 지원에 필요한 재정 마련 및 수단에 대한 고려가 있어야 할 것이다. 현재 시범사업으로 진행되고 있는 호스피스·완화의료 건강보험 수가적용이 그 한 가지가 될 수 있겠으나 건강보험의 수가적용은 어떻게 수가가 책정에 되는 지에 따라 큰 차이가 발생할 수 있으며 단기간에 큰 액수의 재정지원 수단이 되기는 어려울

것으로 보인다. 따라서 기관의 재정문제를 해결하고 호스피스·완화의료서비스를 활성화하기 위해서는 수가 책정 외에도 현재 정부의 재정지원의 규모와 범위를 확대하고 부가적으로 후원금 및 기부금 모금을 활성화할 수 있는 정책적 지원이 필요한 것으로 보인다. 또한, 국외의 사례를 참고할 때 호스피스·완화의료서비스 지원확대를 위한 공익재단이나 기금 마련이 한 방법이 될 수 있으며 민간 차원의 기부 활성화 등도 한 가지 방안이 될 수 있을 것으로 여겨진다.

그 외에도 조사된 장애요인 가운데 인력의 부족이 있었는데 대부분의 기관이 인력 부족을 호소하고 있었다. 이 때, 인력은 그 수와 질, 작업만족도 등이 의료의 질과 밀접한 연관이 있기 때문에 반드시 해결되어야 할 부분으로 Foley 등은 호스피스 케어 제공과 관련한 기술이 숙달되지 않은 의료제공자를 호스피스·완화의료의 장애요인으로 들고 있는 만큼 적절한 수준의 인력은 중요하다고 볼 수 있다(19). 현재 국내의 호스피스·완화의료는 아직 인력의 질적인 면의 고려 이전에 수적 부족을 개선할 필요가 있다고 생각된다.

이의 해결방법으로 기관에서 응답한 결과는 '적정수가를 통한 호스피스·완화의 전문 인력에 대한 처우 개선', '정부 예산 지원을 통한 호스피스·완화의료 전문 인력에 대한 처우 개선', '호스피스·완화의료의 홍보를 통한 부정적인 인식 변화' 등이 있었다. 처우개선의 경우 이를 위한 재정적 뒷받침이 필요하며 이 역시 재정 확충으로 귀결된다.

인식 부족의 문제와 같은 경우 교육의 부족에서도 기인한다는 문헌도 있으며 이에 따라 의료인의 교육 과정에 호스피스·완화의료 과정을 개설하는 것이 한 방안이 될 수 있을 것으로 생각된다(20). 또한 전문가 양성 교육 과정 등을 개설하고 호스피스·완화의료 전문 인력을 양성하고 일정 교육 수료자에 대해서 서비스 제공자로 인정하는 것이 인력 수급 확충의 한 방안이 될 수 있겠다(8).

마지막으로 호스피스·완화의료 활성화의 또 다른 장애요인 중 하나는 호스피스·완화의료에 대한 인식도가 전반적으로 낮다는 것이다. 이와 관련해서는 기관의 설문응답에서 환자의 증감 현황 및 그 이유에 대한 설문문에 대해 '의료진 및 환자, 가족의 호스피스·완화의료에 대한 이해'가 가장 큰 비율을 차지한 것에서도 국내의 호스피스·완화의료에 대한 인식도가 아직도 낮음을 간접적으로도 확인할 수 있다. 이러한 장애요인을 개선 방안 중 하나는 호스피스·완화의료에 대한 홍

보 활동일 것으로 생각되며 이는 한시적이 아닌 지속적인 형태로 시행되어야 할 것이다. 국외 경우 호스피스·완화의료 이용률이 이미 상당 수준인 미국, 캐나다 등에서도 지속적인 홍보를 하고 있으며 인터넷 등 각종 매체를 통해 말기선택 및 죽음을 준비할 수 있는 자료를 제공하는 등 노력을 계속하고 있다(21,22).

본 연구는 이처럼 기관의 현황 자료조사 및 설문조사를 통해 국내의 호스피스·완화의료 이용률 및 병상충족률이 낮은 문제점, 지역별 병상충족률 편차가 큰 문제점 등을 파악하였으며 호스피스·완화의료의 장애요인으로 재정부족, 인력수급 장애, 인식부족 등을 파악하였다. 또한 이를 위해 호스피스·완화의료 기관의 재정마련 방안이 필수적이며 인식 부족에 대한 개선 노력도 동시에 이루어질 필요가 있을 것으로 결론지었다. 이 중 재정 부족에 대한 방안으로는 정부의 재정 지원과 기부금 전액 세금공제와 공익재단 설립이 검토해볼 만한 대안으로 제시할 수 있겠다.

본 연구는 진행 과정에서 다음과 같은 한계를 가지고 있는데 첫째는, 응답률 자체는 75.7%로 그리 낮지 않았으나 또한 설문에 응답을 거부한 기관이 모두 병상산재형으로 이들의 현황 및 기관차원의 활성화 방안 등이 선택적으로 누락되었다는 점이다. 그러나 병상산재형 병상은 완화의료 전담 병상으로 보기 어려우므로 완화의료 전담 병상 만을 고려할 때, 본 연구에서의 조사된 기관은 전수에 가깝다고 할 수 있다. 둘째, 호스피스·완화의료 지원 및 재정 상태 등을 파악함에 있어 호스피스·완화의료 기관의 설문 응답에만 기인하여 지원주체 혹은 제 3자의 시각에서 활성화 방안을 조사하지 못한 한계점이 있다. 셋째, 설문결과가 실제 현황과 일치하는 지 여부를 현장 조사 등을 통해 확인하지 못했다는 점으로 서비스 대상자 수, 고시 기준에 의한 인력, 시설 및 장비의 충족여부는 실제와 차이가 있을 수 있다.

그러나 본 연구는 이러한 한계점에도 불구하고 전국의 호스피스·기관을 대상으로 국내 호스피스·완화의료 현황을 파악하고 기관입장에서 바라보는 활성화 장애요인을 파악하였다는 의미를 가질 것으로 여겨진다.

### 감사의 글

본 연구를 진행하는데 많은 지원을 한 국립암센터의 호스피스·완화의료사업과와 자료 조사에 성의 있는 응답을 해주신 호스피스·완화의료 기관에 감사드립니다.

## 요 약

**목적:** 본 연구는 호스피스·완화의료 기관 조사와 통계청 자료를 이용하여 호스피스·완화의료 기관 현황과 장애요인, 그에 따른 활성화 방안을 조사하고 분석하여 향후 정책수립을 위한 기초자료를 제공하고자 실시되었다.

**방법:** 현황조사를 위해 국내 호스피스·완화의료 관련 단체 및 기관을 통해 호스피스·완화의료 제공 기관을 선정 하여 2009년 2월에서 3월까지 설문을 시행하였으며 설문내용은 기관의 일반현황, 대상자, 서비스 제공 인력, 시설, 재정, 활성화 방안으로 구성되었다. 또한 필요병상수 및 병상충족률 산출을 위해 통계청의 지역별 인구수 자료를 이용하였다.

**결과:** 전체 53개 호스피스·완화의료 기관 가운데 42개 기관이 종합병원 이상으로 총 설문대상 기관 중 의원급 기관은 6개였다. 전체 53개 기관 중 18.8%의 기관이 수도권 지역에 분포하고 있었다. 전반적인 호스피스·완화의료 병상충족률은 21.9%로 낮은 것으로 나타났으며 4개 광역시도의 경우 호스피스·완화의료 전용병상이 없는 것으로 보고되었다. 2008년 호스피스·완화의료기관의 사망자는 전체 암사망자의 6.3%에 불과했다. 기관의 재정 관련한 설문에서 86%의 시설이 재정이 부족하다고 답변하였으며 그 외 인력수급 장애요인 및 시설기준 미충족의 원인으로도 재정 부족을 원인으로 꼽은 기관이 과반수를 넘는 것으로 나타났다. 호스피스·완화의료 활성화를 위한 정부의 지원으로 가장 필요한 부분으로 재정지원이었으며(71.2%), 기부문화 활성화 방안으로 기부금 전액 세금 공제(43.1%), 공익재단 설립(23.5%) 등으로 나타났다.

**결론:** 본 연구는 이처럼 기관의 현황 자료조사 및 설문조사를 통해 국내의 호스피스·완화의료 이용률 및 병상충족률이 낮은 문제점, 지역별 병상충족률 편차가 큰 문제점 등을 파악하였으며 호스피스·완화의료의 장애요인으로 재정부족, 인력수급 장애, 인식부족 등을 파악하였다. 또한 이를 위해 호스피스·완화의료 기관의 재정마련 방안이 필수적이며 인식 부족에 대한 개선 노력도 동시에 이루어질 필요가 있을 것으로 결론지었다. 이 중 재정 부족에 대한 방안으로는 정부의 재정 지원과 기부금 전액 세금공제와 공익재단 설립이 검토해볼 만한 대안으로 제시할 수 있겠다.

**중심단어:** 호스피스 의료, 완화 의료, 장애요인, 활성화 방안, 재정 부족

### 참 고 문 헌

1. Hong YS, editor. Hospice palliative medicine in Korea. 2005 Winter Symposium of Korean Society for Hospice and Palliative Care; 2005 Dec 3; Seoul, Korea. Seoul. Korean Society for Hospice and Palliative Care; 2005;260-2.
2. Kim JS. Institutionalization of hospice. J Korean Med Assoc 1998;41:1141-6.
3. Yun YH, Heo DS. Problems of terminal cancer patient's admission to a university hospital. J Korean Acad Fam Med 1996; 17:294-304.
4. National Cancer Center. Study of care cost and pattern in cancer patients' end of life. Gwacheon:National Cancer Center;2005
5. Statistics Korea. 2007 annual statistical report for cause of death. Daejeon:Statistics Korea;2008.
6. Korea Central Cancer Registry, Ministry of Health and Welfare Republic of Korea. 2002 Annual report of the Korea central cancer registry. Seoul:Korea Central Cancer Registry, Ministry of Health and Welfare Republic of Korea;2003.
7. Heo DS, editor. Problems facing terminal cancer patients. In: National Cancer Center, Korean Society for Hospice and Palliative Care. Is terminal cancer patients' quality of life good as it is? Hospice • Palliative Care Symposium 2001; 2001 Sep 5; Goyang, Korea. National Cancer Center; 2001;20-8.
8. Yun YH. A course of institutionalization of hospice. J Korean Acad Fam Med 2004;25(11 Suppl):S484-8.
9. Ministry of Health and Welfare. Suggestions for advanced Korean hospice based on analysis of hospice law, cost, and management system in developed countries. Gwacheon:Ministry of Health & Welfare;2007.
10. National Hospice Organization, Standards and Accreditation Committee. Standard of a hospice program of care: self-assessment tool. Arlington (VA):National Hospice Organization;1994.
11. Ministry for Health, Welfare and Family Affair, National Cancer Center. A notice of standard for authorized hospice • palliative care facilities [Leaflet]. Seoul: Ministry for Health, Welfare and Family Affair, National Cancer Center; c2008.
12. Yun YH, Choi ES, Lee IJ, Rhee YS, Lee JS, You CH, et al. Survey on quality of hospice • palliative care programs in Korea. J Korean Hosp Palliat Care 2002;5:31-42.
13. Lee SW, Lee EO, Ahn HS, Heo DS, Kim DS, Kim HS, et al. Development in the National Hospice Care Service in Korea. Taehan Kanho 1997;36:49-69.
14. Chang HS, Park S, You SJ. Analysis of actual state for hospice programs in Korea. J Korean Hosp Palliat Care 2000;3:4-17.
15. Lee KS, Joo J, Kim JH, Kim KY. Current status and challenge of hospice • palliative care in Korea. J Korean Hosp Palliat Care 2008;11:196-205.
16. Ro YJ, Kim NC, Lee SM. The present status and the proposals of hospice in Korea. J Korean Acad Adult Nurs. 1996;8:338-49.
17. Yun YH. Hospice • palliative care institutionalization status and development task. In: National Cancer Center. Institutionalization of hospice • palliative care. National Cancer Center Symposium 2005; 2005 Jan 18; Seoul, Korea. Goyang: National Cancer Center; 2005;6-32.
18. National Hospice and Palliative Care Organization. NHPCO Facts and figures: hospice care in America [Internet]. 2008 ed. Alexandria (VA):National Hospice and Palliative Care Organization;2008 [cited 2008 Dec 4]. Available from: [http://www.nhpc.org/files/public/Statistics\\_Research/NHPCO\\_facts-and-figures\\_2008.pdf](http://www.nhpc.org/files/public/Statistics_Research/NHPCO_facts-and-figures_2008.pdf).
19. Foley KM, Gelband H, National Cancer Policy Board, National Research Council, Commission on Life Sciences. Improving palliative care for cancer: summary and recommendations. Washington, D.C.:National Academy Prss;2001.
20. Shin SW. The course of hospice education. 2003 Summer Symposium of Korean Society for Hospice and Palliative Care; 2003 Dec 3; Seoul, Korea. Seoul: Korea Society for Hospice and Palliative Care; 2003;118-20.
21. Caring connections [Internet]. Alexandria (VA):National Hospice and Palliative Care Organization;2008 [cited 2008 Dec 4]. Available from: <http://www.caringinfo.org/>.
22. Living Lessons [Internet]. Mississauga (Ont):GlaxoSmithKline Inc.;c2007 [cited 2008 Dec 4]. Available from: <http://www.living-lessons.org/>.