

한국 호스피스 완화 돌봄의 현재와 나아갈 방향

김 분 한

한양대학교 간호학과

Current and Future of Hospice and Palliative Care in South Korea

Boon Han Kim, R.N., Ph.D.

Department of Nursing, Hanyang University, Seoul, Korea

서 론

한국의 암 관리 정책은 1996년 제1기 암 정복 10개년(1996~2005년) 계획 수립을 시작으로 국가 암 조기검진 프로그램(1999년), 건강 증진국내 암 관리과 설립(2000년), 그리고 2003년 암 관리법을 제정하였으며 2004년 지역별 암센터를 설치하였고, 현재 제2기 암 정복 10개년 계획(2006~2015년)을 수립 추진 중에 있다.

국가 암 관리 체계 및 서비스 내용은 암 예방 및 교육, 암의 조기 진단 및 치료, 진행암환자의 경우 완치 또는 생명 연장, 말기암환자의 안위 도모, 그리고 완치자의 건강 증진 등이다. 이 중 말기암환자의 경우 매년 약 64,000명의 암환자가 사망하며 약 300,000명의 환자 가족들이 고통(환자 1인당 가족 5명)을 받고 있어 말기암환자 간병으로 인한 가족의 부담은 매우 큰 것으로 조사되고 있다(1). 또한 종합 병원에서 실제 전체 병상의 10% 이상이 완화의료를 요하는 환자들이 차지하고 있는 상태이므로 국가에서는 호스피스·완화의료 전문기관에 대한 예산 지원을 법으로 제정하였다(2). 그리고 가정에서 치료 또는 요양 중인 재가암환자에 대하여 palliative care, 통증 관리, 간호 및 상담 서비스 등을 위

한 가정 방문 사업과 교육 등을 주 내용으로 하는 재가암환자 관리 사업을 2006년도에 제정 공포하고 이를 시행하고 있다(3).

이 재가암환자 관리 사업이 운영되기까지 2000~2004년간 지자체 시범 말기암환자 관리 사업이 진행되었고, 2005년 지방자치체 중심의 전국 250개 보건소를 통한 재가암환자 관리 사업을 보건복지가족부령으로 시행하게 되었으며, 현재에는 전국 350개 보건소에서 이 사업이 활발하게 시행 중에 있고(4), 재가암환자 관리 사업과 병행하여 가정 호스피스·완화센터를 별도로 운영하는 기관도 전국보건소에 13개 기관이 있다(5).

보건복지가족부는 국립암센터와 함께 호스피스·완화의료 전문기관에 대하여 완화의료사업에 드는 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있도록 규정하였다. 2005년에는 2억 4천만 원 지원을 시작으로 2006년 8억 원, 2007년 10억 5천만 원, 2008년 13억 원, 2011년도에는 약 21억 원으로 지원을 증가하였으며, 호스피스 시설 운영지원은 병원 호스피스, 가정 호스피스를 중심으로 2004년 5개소에서 인증을 받아 지원받은 바 있으나 점차 증가하여 2005년 15개 기관을 지원하던 것을 2007년도 23개 기관, 2008년도 30개 기관, 2009년도 34개 기관, 2010년도 40개 기관, 2011년도에는 43개 기관이 일부 지원 운영되고 있다(6).

또한 보건복지가족부는 제2기 암 정복 10개년 계획을 통하여 2015년까지 말기암환자와 완화의료 Bed수를 2,500개로 증설하고, 제공받는 환자수를 약 40,000명으로 증원하며, 재가암 관리 호스피스·완화의료 환자수

접수일: 2011년 11월 10일, 수정일: 2011년 11월 18일
승인일: 2011년 11월 21일
교신저자: 김분한
Tel: 02-2220-0705, Fax: 02-2220-4565
E-mail: bhkim@hanyang.ac.kr

를 25,000명으로 증원할 계획을 수립하였다(Table 1).

2008년 보건복지부는 암 관리법을 제정하여 말기암 환자에게 적절한 통증 관리가 포함된 완화의료 등을 제공하는 말기암환자 전문 의료 기관의 지정기준을 고시하였고 인력·시설, 장비 현황 및 운영 계획, 말기암환자의 적절한 통증관리 등 삶의 질 향상 계획, 말기암환자에 대한 가정방문 보건의료사업 계획, 말기암환자와 그 가족을 위한 교육계획, 말기암환자와 그 가족을 위한 자원봉사자 교육 및 운영계획 등의 사항을 준비하는 기준을 두었다. 말기암환자 전문 의료 기관의 시설·장비 기준에 의하면 입원실, 임종실, 목욕실, 가족실, 상담실, 처치실, 간호사실 그리고 진료실이 확보되어야 하며, 인력기준은 의사(입원 환자 20명당 1인 이상), 호스피스 간호사(입원 환자 2명당 1인 이상), 상근 사회복지사 1인 이상, 비상근 목회자(종교지도자) 그 외 자원봉사자(20명 상당 1일 3인 이상) 등의 인력 확보가 되어야 하며 자원봉사자에 대한 교육·관리가 되어야 한다고 고시한 바 있다(7).

한국의 호스피스가 1965년 개시된 이래 한국 호스피스·완화의료학회(1998년 설립), 한국 호스피스 완화간호사회(2002년 설립)와 아울러 전문가인 의사·간호사 등 의료인의 활발한 활동을 통하여 오늘날 호스피스 완화 의료에 대한 법안이 제정되고 제도적이고 실질적인 프로그램 운영이 시작되었음은 매우 감회가 깊다 하겠다.

본 론

1. 전국 호스피스기관 현황 및 호스피스 완화 돌봄의 실태

2007년 보건복지가족부 암 정책과 조사에 의하면 국내 호스피스·완화의료 기관은 113개로 가정 호스피스

기관 21개, 병동형 19개, 혼합형 19개, 독립 호스피스 기관 12개, 산재형 및 기타 42개 기관이었다. 113개 기관 중 자체 교육프로그램을 운영하는 기관은 77개 기관(68.1%)이었고 교육프로그램을 운영하지 않는 기관은 타 기관에 위탁하는 것으로 조사되었다. 교육대상자는 일반인, 의료전문인, 간병인 등으로 나타났다. 수료증서는 자체발급이 대부분이었고 6개 기관이 한국호스피스협회 등의 기관 수료였다. 호스피스팀원으로는 의사, 간호사, 성직자, 사회복지사, 자원봉사자, 약사, 영양사, 물리치료사, 미술치료사, 음악치료사, 언어치료사 등이었다. 입원병상을 갖춘 호스피스 기관은 43개 기관이었고 그 밖에 가정 호스피스 21개 기관을 제외하면 49개 기관이 입원실이 없이 호스피스 기관을 운영하고 있음을 알 수 있다(5).

2. 우리나라의 호스피스 완화 제공의 형태

현재 단위 호스피스인 병원, 독립형 호스피스와 가정 호스피스, 지역사회보건을 거점으로 하는 재가암환자 관리 사업의 일환인 가정 방문 호스피스 등 크게 세 분야로 호스피스 제공형태를 분류할 수 있다.

1) 가정 호스피스 완화 돌봄: 가정 호스피스 완화 돌봄은 우리나라의 문화에 적합한 호스피스 전달체계로서 말기 상태의 대부분을 집에서 가족과 함께 호스피스 팀의 도움을 받으며 지낼 수 있다는 가정 호스피스 모형이다. 이는 1990년 의료법 제56조에 의해 ‘가정간호사제도’가 체계화됨으로써 보건의료 환경 내에서의 가정 호스피스 서비스가 활성화될 수 있는 발판이 되었다(8). 가정 호스피스의 장점은 첫째, 병원보다 저렴한 비용으로 의료서비스를 이용할 수 있고, 둘째, 입원 시의 불편감 대신 편안하고 안정된 가정에서의 익숙한 환경이 환자의 다양한 요구를 개별적으로 충족시킬 수 있다는

Table 1. Supportive Palliative Action Plan for the 2nd Phase 10-years Cancer Plan*.

Aim	Year		
	2005 N (%)	2010 N (%)	2015 N (%)
Hospice & palliative care bed for terminal cancer patient	307	1,000	2,500
Patients receiving palliative care among terminal cancer patients	3,300 (5)	20,000 (25)	40,000 (50)
Home care service for cancer patient	5,000	12,000	25,000
Hospice & palliative professionals with adequate basic training		(70)	(100)

*Source: Ministry of Health & Welfare. Policy direction presentation: R&D Action Plan for the 2nd Phase of 10-years Cancer Plan. Seoul: Ministry of Health & Welfare; 2006.

점, 그리고 셋째, 호스피스 치료가 말기암환자의 여러 증상을 완화시켜주는데 중점을 두고 있으므로 병원보다 가정 중심이 더 적합하다는 견해이다(9,10).

가정 호스피스 기관에서는 환자 상태 사정 및 투약을 위한 처방의뢰와 검사의뢰, 상담 및 교육, 환자 사망 후 마약 수거 및 관리 업무 외에 통증 관리 및 조절, 심리적 지지 및 영적 서비스, 통증 이외의 증상조절, 의학적 치료, 특수 기구의 제거, 기타 가족에 대한 심리적·지지와 경제적 지지 등의 간호업무를 시행한다(11).

2) 병동형 호스피스 완화 돌봄: 병동형 호스피스는 종합병원 내 독립병동의 형태와 독립된 호스피스 기관단위의 호스피스 대상자들을 위한 입원 시설이며, 준비된

의료 인력이나 의료시스템을 활용하여 호스피스의 목적으로 대상자와 그 가족을 돌보는 형태이다(12). 주로 가족의 휴식이 필요하거나 말기환자의 효과적인 증상 조절과 완화간호의 필요시 이용하거나 임종의 과정을 보내기 위해 입원할 수 있다. 종합병원 내의 병동형 호스피스는 해당지역의 증상조절센터와 인력교육센터로서 역할을 담당할 수 있으며, 지역사회 중심의 호스피스를 위해 가정 호스피스와 연계하여 가정에서 병원으로, 병원에서 가정으로 대상자의 필요에 따른 적절한 호스피스 서비스를 제공할 수 있는 기반이 된다(13). 가정 호스피스와 병동 호스피스 지역사회 보건소 단위 가정 호스피스의 업무별 빈도를 살펴보면 Table 2와 같다

Table 2. Frequency of Nursing Interventions for Hospice Clients According to the NIC System (Home Care Hospice, Hospice Unit, Home-based Cancer Patient Hospice through Public Health Center)*.

Domain	Interventions (frequency)	Home care hospice %	Hospice unit %	Home-based cancer patient hospice through public health center
Physiological basic	Activity & exercise	0.13	0	5.65
	Elimination management	4.79	9.65	1.51
	Immobility management	0.76	2.97	0
	Nutrition support	1.56	7.75	3.64
	Physical comfort promotion	2.82	6.79	0
	Self-care facilitation	2.19	13.86	4.53
	Sub total		12.25	41.02
Physiological complex	Electrolyte & acid-base management	0.84	0.95	4.8
	Drug management	11.8	12.09	7.22
	Neurological management	5.92	2.23	0
	Respiratory management	1.47	5.10	4.93
	Skin / wound management	5.84	5.10	1.32
	Tissue perfusion management	14.2	11.77	0
Sub total		40.07	37.24	18.27
Behavioral	Coping assistance	5.55	0.96	0
	Patient education	5.57	5.43	14.27
Sub total		11.12	6.39	14.27
Safety	Risk management	28.4	3.21	0
Sub total		28.40	3.21	0
Health system	Health system mediation	0.42	2.23	23.75
	Health system management	1.09	4.46	2.96
	Information management	3.20	3.83	17.74
Sub total		4.71	10.52	44.45
Spiritual care				6.66
Dying patient care				0.34
Total		100	100	100

*Source 1: Yong JS, Ro YJ, Han SS, Kim MJ. A comparison between home care nursing interventions for hospice and general patients. J Korean Acad Nurs 2002;31(5):897-911.

Source 2: Kim BH. Annual report on Seongnam Hospice Center. Seoul: Seongnam Hospice Center; 2010.

Source 3: Ferrell BR, Coyle N. Oxford textbook of palliative nursing, 3rd ed. New York: Oxford University Press; 2010.

Source 4: Ro YJ, Han SS, Yonh JS, Sonh MS, Hong JU. A comparison of nursing interventions with terminal cancer patients in a hospice unit and general units. J Korean Acad Adult Nurs 2002;14(2):543-53.

(10).

3) 지역사회 보건소 재가암환자 관리 사업을 중심으로 한 가정 호스피스: 2000년부터 2002년까지 한양대학교와 연계한 안산시, 성남시의 가정 호스피스 사업은 보건복지가족부가 주도하는 재가암환자 관리 사업의 형태로 호스피스 시범사업이 전국적으로 진행되는 계기가 되었다(14). 보건소 단위 가정 호스피스 사업은 현재 전국 350개 보건소를 중심으로 진행되고 있으며, 성남시를 비롯한 고령군(15), 서울시 노원구(16) 등 13개 보건소에서는 재가암환자 관리 사업 내에 가정 호스피스 사업을 따로 두어 교육 상담 사별가족간호 등 활발히 가정 호스피스를 시행하고 있다. 호스피스팀원으로는 의사, 호스피스 전문간호사, 호스피스 간호사, 사회복지사, 물리치료사, 음악미술원에 치료사와 호스피스 자원봉사자 등을 확보하고 종교지도 등과 연계한 가정 호스피스를 시행하고 있다. 호스피스 간호사의 가정방문 호스피스 활동은 교육 및 상담, 통증관리, 사회연계서비스 등 그 활동이 다양하다.

사회복지 연계서비스를 살펴보면 지역 병원, 지역 시설, 지역 센터, 지역 복지관 및 동사무소, 응급의료체계, 지역 종교단체, 지역 방송국, 기타 자원봉사자들과 연계한 각종 치료프로그램, 이미용 및 목욕 서비스, 차량서비스, 환자 및 사별가족 돌봄 서비스, 행사보조 봉사, 후원금 및 후원 물품, 푸드뱅크 등 지역사회와 연계된 다양한 서비스가 제공되고 있다. 이러한 사회복지 연계서비스를 통한 치료프로그램(미술치료, 음악치료, 원예치료 등)은 매우 효과가 있는 것으로 나타났다.

국가에서 지정한 방문보건 서비스의 방문 횟수 기준표는 아래와 같으나 실제 지역사회 내에서의 가정 호스피스 서비스의 횟수는 대상자 184명에 6개월간 간호사 방문횟수 1,670회, 의사 방문횟수 168회, 사회복지사 방문 횟수 317회, 자원봉사자 방문횟수 1,360회로 대상자 1인에 대한 평균 방문횟수는 6개월간 19회 이상이었음을 알 수 있다(17).

가정방문 호스피스와 병동 호스피스 그리고 기관 호스피스의 비교 연구를 살펴보면 보건소 중심의 가정방문 호스피스가 병동 호스피스나 기관 호스피스에 비해 효과적임을 나타내는 결과를 보인다. 호스피스 간호의 질에 대한 인식($F=37.491$, $P<0.001$)은 5점 만점에 가정방문 호스피스가 4.11점, 병동 호스피스를 받는 경우가 2.95점, 기관 호스피스를 받는 경우가 3.38점으로 가정방문 호스피스를 받는 경우가 병동 호스피스를 받는 경우보다 호스피스 간호의 질에 대한 인식이 유의하게 더

높았으며, 호스피스 완화 서비스의 질에 대한 인식을 보면 가정방문 호스피스를 받는 경우(3.86점) 병동 호스피스(2.67점)나 기관 호스피스를 받는 경우(2.71점)보다 유의하게 높았다($F=44.006$, $P<0.001$). 그리고 의사가 제공하는 호스피스·완화 서비스에 대한 만족도는 가정방문 호스피스(3.95점)나 병동 호스피스(3.91점)를 받는 대상자가 기관 호스피스(2.77점)를 받는 경우보다 유의하게 높았다($F=3.041$, $P=0.026$). 그러나 간호사가 제공하는 호스피스 완화 서비스에 대한 만족도($F=0.022$, $P=0.489$)는 가정방문 호스피스는 4.35점, 병동 호스피스 4.32점, 기관 호스피스 4.33점으로 유의한 차이는 없었고 의사가 제공하는 호스피스 완화 서비스에 대한 만족도보다 전체적으로 높은 점수를 나타내었다(17).

결 론

한국 호스피스가 처음 소개된 지 40년이 지난 현재 호스피스 완화 돌봄의 정착의 많은 노력이 있었음에도 아직도 미비한 상태이다. 그 장애요인으로 첫째, 호스피스 완화 돌봄의 비표준화, 둘째, 체계적인 완화 교육의 미비, 셋째, 종교단체의 비영리적 목적의 운영, 가정 호스피스의 비활성화, 주로 병원에서의 호스피스 완화운영과 종교적 이념에 의한 봉사적 차원의 호스피스로 공급 구조의 비체계성, 넷째, 전문가와 대중의 호스피스에 대한 인식과 문화적 인식으로 인한 접근의 어려움, 다섯째, 의료 수가와 재정적 지원 체계의 미흡 등을 들고 있다(18).

이를 해결할 수 있는 방안으로 첫째, 재정적 지원체계가 확고해야 한다. 시범사업을 실시하는 건강보험 호스피스 수가가 적정선에서 책정 운영되어야 하고 이 수가는 입원 완화 돌봄뿐만 아니라 가정 호스피스에서도 적용되어야 할 것이다. 둘째는 가정 호스피스를 활성화하여 현재 입원 완화 돌봄 중심의 정책을 가정 호스피스 중심의 정책으로 전환해야 한다. 그리고 아래 호스피스 모델과 같이 입원 호스피스 완화 돌봄과 가정 호스피스가 연속선상에서 제공될 수 있도록 서비스 전달 체계가 마련되어야 한다. 우리나라는 가정에서 호스피스 완화 돌봄을 받는 것이 만족도가 높을 뿐 아니라 임종시간도 집에서 보내는 것을 선호하기 때문이며, 문화적 인식이 어떤 다른 민족보다도 가족과의 깊은 교감과 지지만이 환자에게 그 효과를 한층 높일 수 있기 때문이다. 셋째, 간호사뿐만 아니라 다학제간 팀이 참여하는 모든 직종을 위한 교육표준화 작업 및 상급 교육과정이

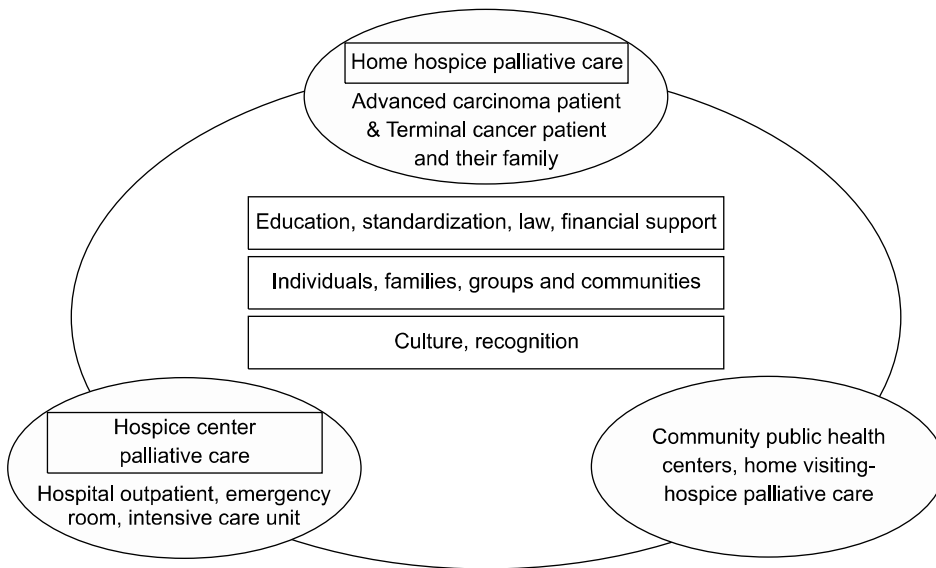


Figure 1. Hospice & palliative model.

필요하다. 각각의 전문직종의 학술단체들과 합의를 통한 교육과정이 마련되도록 좋을 것이다. 넷째, 현재 말기 암환자와 가족에게만 적용하는 호스피스 돌봄을 비 암성 말기환자와 소아 완화간호 등 특수 집단에도 적용해야 한다. 다섯째, 급성질환 및 사고로 인한 응급실, 중환자실에서 임종을 앞둔 환자와 그 가족 등 특수상황에서의 호스피스 완화 돌봄이 필요하다. 여섯째, 노인요양원, 노인병원에서의 호스피스 그리고 차 상위 계층, 의료보호 대상자 말기노인, 정상노인의 품위 있는 Well Dying의 준비를 위하여 호스피스 돌봄과 교육이 필요하다(Figure 1).

인간은 태어나면 누구나 죽음을 맞기 때문에, 호스피스·완화의료가 필요한 누구에게나 어느 곳에서나 호스피스 완화 돌봄이 제공될 수 있어야 할 것이다. 또한 이 호스피스 완화 돌봄은 우리가 살고 있는 가정에서 건강증진의 시너지 효과로 파급되어야 할 것이다.

참 고 문 헌

1. Statistics Korea. 2005 annual report on the cause of death statistics. Daejeon:Statistics Korea;2006.
2. Cancer Control Act Amendments of 2006, article 11-3, Constitution of the Republic of Korea, (Oct. 27, 2006).
3. Cancer Control Act Amendments of 2006, article 11, Constitution of the Republic of Korea, (Oct. 27, 2006).
4. Ministry of Health & Welfare. National cancer control policy 2008. Seoul:Ministry of Health & Welfare;2008. p. 51.
5. Industry University Cooperation Foundation, Hanyang University, Management Center for Health Promotion. Development of hospice volunteer's education program for terminal cancer patient. Seoul:Industry University Cooperation Foundation, Hanyang University;2007.
6. Kim Y. For the development of hospice palliative care in Korea. 2011 Summer Academic Conference of Korean Hospice & Palliative Nurses Association; 2011 Jul 2; Seoul, Korea. Seoul: Korean Hospice & Palliative Nurses Association;2011.
7. Ministry of Health & Welfare. Law of standard for special medical center for terminal cancer patient. Seoul:Ministry of Health & Welfare;2008.
8. Choe HS. Development of hospice care delivery system model in Korea [dissertation]. Seoul: Chung-Ang Univ.; 1999. Korean.
9. Ro YJ, Han SS, Ahn SH, Kim CK. Hospice of death. Seoul: Hyunmoonsa;1994.
10. Yong JS, Ro YJ, Han SS, Kim MJ. A comparison between home care nursing interventions for hospice and general patients. J Korean Acad Nurs 2002;31(5):897-911.
11. Jang HS. Hospital service mix for elderly inpatients: acute and non-acute care services [dissertation]. Seoul: The Catholic Univ. of Korea; 1999. Korean.
12. Park SO, Baek HJ, Kim CM, Moon JH, Choi SY, Kim JS, et al. Hospice. Seoul:Hyunmoonsa;2002.
13. National Cancer Center. For the frame & development hospice & palliative medicine. National Cancer Center Symposium 2005; 2005 Jan 18; Seoul, Korea. Goyang: Quality of Cancer Care Branch, Research Institute, National Cancer Center;2005. p. 6-30.
14. Kim BH. The status of community health center-based hospice. Symposium for Public Health Center hospice project; 2005 Jul 7; Seongnam, Korea. Seongnam:Seongnam Hospice Center;2005.
15. Chung BY. Report of Gyeongbuk Goryeong Health Center hospice. Goryeong:Goryeong Health Center;2008.
16. Kang KA. Report of Seoul Nowon-gu Health Center hospice. Seoul:Nowon-gu Health Center;2008.

17. Kim BH. Annual report on Seongnam Hospice Center. Seoul: Seongnam Hospice Center;2010.
18. Hong YS, Yeom CH, Lee KS. The past and present of the hospice palliative care in Korea. Korean J Hosp Palliat Care 2000;3(2):113-7.