

Review Article

한국 호스피스 · 완화의료 사회복지의 과거, 현재 그리고 미래 전략

이 영 숙

서울대학교병원 의료사회복지팀

The Past, Present and Future Strategies of Korean Social Work in Hospice and Palliative Care

Young Sook Lee, M.A.

Social Work Department, Seoul National University Hospital, Seoul, Korea

The objective of this paper is to suggest future goals and strategies for social work in hospice and palliative care in Korea by understanding its historical background. Both literature review and participant observation were performed to examine historical data relating to social work in hospice and palliative care in Korea. Also reviewed were the current trends with a focus on the roles of social workers in the said arena, qualifications, education, research and medical insurance policy. First of all, the roles of social workers do not appear to be clearly defined in the field of hospice and palliative care, which seems to lead to the lack of recognition as professional workers. The qualification standard for social workers in hospice and palliative care remains inadequate. Second, there seems to be insufficient professional social worker training resources, in terms of both the number of educators and training programs. Third, social workers in Korea produce significantly less publications than those in other professions. There is also a dearth of qualified evidence-based research that is needed to prove benefits of intervention and ultimately for policy implications. Last, the current medical insurance policy needs to be revised to secure fees for social work services and dedicated full-time social workers in hospice and palliative care. Korea needs to approach social work in hospice and palliative care with specific goals to develop future strategies. Related infrastructure and an executive structure should be established via networking and partnership with academic societies, associations and schools.

Key Words: Hospice, Palliative care, Social work, Future, Strategies

서 론

1982년 10월 가톨릭대학교 성모병원에서 호스피스 사회복지사 활동이 시작된 후 사회복지사는 호스피스 ·

완화의료 다학제간팀의 필수인력으로 자리매김하였다. 그 동안 사회복지사는 제1기 및 제2기 암정복 10개년 계획수립에 따른 정부 관련 프로젝트 사업 참여, 1998년 창립된 한국 호스피스 · 완화의료학회의 관련 활동, 대한의료사회복지사협회 호스피스위원회 활동 등 여러

Received April 26, 2013, Revised May 16, 2013, Accepted May 16, 2013

Correspondence to: Young Sook Lee

Social Work Department, Seoul National University Hospital, 101, Daehak-ro, Jongno-gu, Seoul 110-744, Korea

Tel: +82-2-2072-0882, Fax: +82-2-764-4736, E-mail: yslee63@hanmail.net

© This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

운 여건 속에서도 그 전문성과 정체성을 확보하고자 노력해왔다. 하지만 호스피스·완화의료 사회복지사의 활동은 몇 명의 관심있는 사회복지사의 참여로 업무지침 개발, 교육과정 개발, 수가 개발 참여 등의 성과가 있었지만 제도화 추진에 있어서 전문성을 확보하는데 주도적인 역할을 담당하지 못하였다.

사회복지사는 호스피스·완화의료팀에서 환자 및 가족을 지원하는 필수인력임에도 불구하고 아직도 온전히 자리매김을 하지 못하고 있다. 이러한 요인으로는 우선 호스피스 실천 현장에서 일하고 있는 사회복지사의 수가 절대적으로 부족하여 사회복지사의 활동이 적극적으로 이뤄지지 못하고 있다는 점과 고용되더라도 계약직 형태로 인한 잦은 이직, 충분한 교육의 미비, 경력자의 부족 등을 들 수 있다. 그 결과 호스피스·완화의료 사회복지 전반에 걸친 인적 자원의 부족은 서비스의 질을 떨어뜨리고 연구와 교육 실행마저 어렵게 하고 있다. 이는 간호사가 전문교육 석사과정을 개설하여 전문성을 강화하고 업무를 확장해온 것과 대조된다. 현재 호스피스·완화의료 사회복지사는 호스피스·완화의료 제도화를 앞두고 인력 확보, 역할 재정립 및 자격기준 마련, 교육 및 연구의 실행, 전문성 확보를 위한 정책 활동 등 다양한 과제를 안고 있다. 이러한 점들은 호스피스·완화의료 사회복지사의 역할이 무엇인지, 전문성을 인정받고 있는지, 팀 활동에 반드시 필요한지, 과연 이대로 흘러가도 되는지에 대한 자성적 반성을 하게 된다.

그러므로 필자는 호스피스·완화의료 사회복지의 전문성과 정체성 확보를 위한 노력의 일환으로 호스피스·완화의료 사회복지가 어떤 활동을 전개해왔고, 어떤 상황에 놓여 있는지를 역할과 자격기준, 교육, 연구, 정책 활동을 중심으로 고찰하고, 앞으로의 한국 호스피스·완화의료 사회복지의 미래 전략을 제시하고자 한다.

본 론

1. 한국 호스피스·완화의료 사회복지의 활동 연혁

본격적인 호스피스·완화의료 사회복지 활동은 1996년 정부의 암정복 10개년 계획수립 이후의 정책변화와 국립암센터 정부지원 호스피스·완화의료 프로젝트 사업에 의해 크게 영향을 받았다. 필자는 먼저 한국 호스피스·완화의료 정책 실행 과정을 살펴보고 한국 호스피스·완화의료 사회복지 활동을 1) 호스피스·완화의료 제도화 준비를 위한 국립암센터 프로젝트 참여 활

동, 2) 1998년 창립된 한국 호스피스·완화의료학회 관련 활동, 그리고 3) 대한의료사회복지사협회 내 호스피스위원회 활동을 중심으로 살펴보고자 한다.

1) 한국 호스피스·완화의료 정책 실행 과정

(1) 1996년 제1기 암정복 10개년 계획(1996~2005년) 수립

- 암조기검진 프로그램 실시(1999년)
- 건강증진 국내 암관리과 설립(2000년)
- 암관리법 제정(2003년)
- 지역별 암센터 설치(2004년)
- 호스피스 시범사업의 실시(2003년~)

(2) 2000년 국립암센터 설립: 암연구, 진료, 교육 전문 기관

(3) 2001년 한국형 호스피스·완화의료 표준화 구축을 위한 연구 수행: 국립암센터 내 「삶의 질 향상 연구과」에서 한국형 호스피스·완화의료 표준화 구축을 위한 연구가 단계적으로 수행됨. 이때 말기환자 관리체계 확립을 위한 한국의 호스피스·완화의료 시설, 인력 및 서비스 내용 표준화 기준, 지침 개발 및 서비스 제공의 제도화를 위한 연구가 진행됨

(4) 2006년 제2기 암정복 10개년(2006~2015년) 계획의 완화의료 지원 강화(1)

- 2015년까지 완화의료를 위한 병상수를 2,500개로 증설
- 말기암환자의 서비스전달 체계 개발을 위해 국립암센터, 지역암센터, 지역 종합병원간 네트워크를 강화
- 완화의료 전문 기관의 육성 및 완화의료 전문 인력의 양성
- 가정방문 호스피스의 활성화
- 호스피스·완화의료 수가체계의 개발

(5) 2008년부터 완화의료 전문기관을 지정하기 시작하여 2012년 50개 기관(792병상)으로 확대하고 2012년 44개소에 32.1억의 예산을 지원

(6) 2011년 6월 암관리법 전면 개정하여 완화의료사업에 대한 법적 근거 마련

2) 호스피스·완화의료 사회복지 활동 연혁

(1) 정부지원의 국립암센터 프로젝트 참여 활동

① 2004년 직종별(의사, 간호사, 사회복지사 등) 교육 프로그램 개발

정부지원 ‘호스피스·완화의료 사업지원평가단’이 구성됨. 교육분과위원회(위원장 이소우)에 참여하여 사회복지 교육 프로그램(총 15시간)을 개발함

② 2005년 1월 「말기암환자 호스피스·완화의료 서비스 모형」 개발

의사, 간호사, 사회복지사 총 3개 직종이 개발연구팀과 자문팀을 구성하여 직종별 업무지침 모델을 개발(책임자 김시영). 각 직종은 평가도구 수집 및 서비스 단계별 즉 등록전, 등록시, 등록기간 내 사망 및 사별가족관리, 서비스 종료 시에 대한 업무지침을 개발(암정복추진연구개발사업 최종보고서 0420270-1)

③ 2009년 「호스피스·완화의료 표준 교육자료」 개발(사업단 09-4-9-1)

국립암센터가 보건복지부의 후원을 받아 전문인력(의사, 간호사, 성직자, 사회복지사)의 기본 교육(총 23주제, 60시간 과정)을 개발. 미국 EPEC (Education in palliative and end-of-life care) 교육 자료를 국내실정에 맞게 수정 보완함

④ 2010년 11월 「암환자 완화의료 전문인력 직무능력」 개발 참여

⑤ 2011년 12월 「호스피스·완화의료 사회복지사 상급교육과정」 개발

⑥ 2012년 12월 사회복지사 E-learning 교육 과정 개발 착수

(2) 한국 호스피스·완화의료학회 관련 활동

① 1998년 7월 의사, 간호사, 사회복지사가 모여 한국 호스피스·완화의료학회 창립

② 2004년~현재 학회내 기획, 홍보정보, 보험, 학술, 교육, 간행 등 다양한 위원회에 이사 및 위원으로 참여

③ 2004년 제5회 아시아태평양 호스피스학술대회(2005년, 서울 워커히 호텔) 준비위원회 참여

④ 2008~2011년 보험위원회 위원으로 인력 기준 및 수가 등 의견 개진

⑤ 2012년 Palliative care team 제도화 및 수가관련에 사회복지 수가 신설 요청

⑥ 2013년 학회 내 ‘한국 호스피스·완화의료 사회사업 연구회’ 창립

(3) 대한의료사회복지사협회 내 호스피스위원회 활동

① 2006년 호스피스위원회 조직

② 2007년 사회복지사를 대상으로 기본, 전문I, II, 심화 과정을 개발(총 29시간)하고 2007년, 2008년 두 차례 교육을 실시

③ 2008년 완화의료 제도화 관련 사회복지사의 전담 상근고용과 사회복지상담수가 개선을 건강보험심사평가원에 요청

2. 호스피스·완화의료 사회복지의 주요 현황

1) 역할과 자격기준의 미비

호스피스·완화의료 사회복지가 당면한 문제점 중 하나는 사회복지사의 역할과 자격기준이 명확하지 않다는 점이다. 환자 및 가족에게 적절한 서비스를 제공하기 위해서는 사회복지사 역할과 자격기준의 정립, 전담 인력의 확충 및 고용안정의 확보가 선행되어야 한다.

(1) 역할 미정립: 미국의 NHO (National Hospice Organization)는 사회복지서비스에 대해 초기부터 지속적인 호스피스·완화의료 대상자의 심리사회적 요구평가 및 서비스 제공, 전문요원팀과의 협력을 표준(standard)으로 제시하고 있다. 이에 따른 결과(outcome)로서 최상의 대처전략 수립, 지역사회자원평가, 죽음 준비, 보건체계의 효과적 이용을 제시하고 있다(2). 국내연구는 사회복지서비스의 역할을 구체적으로 제시하고 있다. Lee(3)는 사회복지사의 역할을 Monroe에 따른 핵심업무와 확대업무로 나누어 핵심업무는 1) 심리사회적 평가, 2) 개별상담, 3) 집단상담, 4) 정보의 제공과 의뢰로, 확대업무는 1) 호스피스팀 내에서의 자문, 2) 지역사회와의 연계, 3) 직원 교육, 4) 자료발간, 5) 자원봉사자에 대한 자문, 6) 대외활동, 7) 호스피스 책임자의 역할로 분류하였다. Lee(4)는 사회복지사의 역할을 환자와 그 가족에게 직접적인 영향을 줄 수 있는 직접적 개입업무와 의료팀이나 자원봉사자를 대상으로 하여 환자나 그 가족에게 간접적인 도움을 줄 수 있는 간접적 개입업무로 구분하고, 확대업무로는 환자나 그 가족에게 도움을 줄 수 있는 호스피스 교육 및 팀활동, 업무기록과 보관, 기금조성, 홍보 등 대외활동, 연구활동 등의 업무를 추가하였다. 이러한 업무에 대한 사회복지사의 인식을 조사한 결과, 한국의 의료사회복지사들은 Lee(4)가 제시한 역할에 동의하고 있다(5).

그러나 현재 실행되고 있는 사회복지사의 업무는 심리적 상담보다 경제적 상담, 행정 보조, 자원봉사자 관리에 치우친 경우가 많고 프로그램의 개발, 대외활동, 연구활동 등에 있어서 적극적인 역할을 담당하지 못하고 있다. 이러한 요인은 구체적으로 제시된 바는 없으나 우선 법적 뒷받침의 부재로 인한 호스피스·완화의료 전담 인력의 부족과 서비스 질의 저하를 들 수 있다. 2011년 6월 개정된 암관리법은 사회복지사를 필수인력으로 인정하고 있으나 전담이 아니라 ‘상근 1인 이상’으로 제시하고 있다(Table 1)(6). 따라서 대부분의 호스피스

Table 1. Essential Manpower for Hospice and Palliative Unit.

| Classification | Number of people |
|------------------------|--|
| Doctor/Oriental doctor | Number of doctor per daily 20 patients |
| Nurse | Number of nurse per daily 2 patients |
| Social worker | Over 1 person |

· 완화의료기관은 예산 절감을 위해서 상근조건에 부합되는 선에서 사회복지사를 충당하고 있다. 실제로 종합병원의 경우, 의료법 시행령에서 “종합병원에서 사회복지사 1인 이상을 둘 수 있다”는 규정으로 소수의 사회복지사가 과다한 업무를 맡고 있고, 대부분 호스피스·완화의료 사회복지의 업무를 겸임하는 편이다. 또한 호스피스·완화의료 시범사업 기관의 경우, 사회복지사는 시범사업 정부지원금으로 계약직이나 파트타임의 형태로 종사하는 경우가 대부분이다. 그 결과 사회복지사의 업무 소진이 높고, 계약직 형태의 불안정한 고용과 낮은 임금으로 잦은 이직이 발생되고 있다. 이는 경력자의 부족 현상과 사회복지 서비스의 질을 떨어뜨리는 요인이 된다.

(2) 자격기준의 미비: 보건의료분야에서 일하는 사회복지사의 자격은 사회복지사 1급, 2급, 전문사회복지사로서 정신보건사회복지사, 의료사회복지사가 있다. 사회복지사 1급은 사회복지관련 졸업자로 국가시험을 합격해야 한다. 사회복지사 2급은 전문대이상 졸업자로 사회복지전공과 관련과목을 이수한 후 2급 자격을 취득한다. 정신보건사회복지사는 법적으로 정신보건수련 1년 과정을 거쳐서 정신보건사회복지사 2급을 취득하고, 5년의 경험을 축적하여 시험을 거쳐서 1급 자격증을 취득한다. 의료사회복지사는 법적 구속력은 없으나 대한의료사회복지사협회 내의 자격을 강화하고자 일반의료수련 1년 과정을 거쳐서 자격시험에 합격한 자에 한하여 자격증을 취득하도록 되어 있다. 그러나 우리나라에는 아직 호스피스·완화의료 사회복지사의 자격기준이 마련되어 있지 않다.

국내·외 연구와 외국의 표준화안을 보면 적절한 사회복지사의 자격을 사회복지사 학력, 훈련과 임상경험, 자격증, 교육이수로 들고 있다(7). 미국 NHPCO (National Hospice & Palliative Care Organization)와 JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Hospital and Organization)는 호스피스·완화의료 사회복지사의 자격을 석사 학위, 교육·훈련과정의 이수, 적절한 정도의 임상경험으로 제시했다. 아일랜드와 대만은 학력이 명확하지 않고 호스피스·완화의료의 훈련과정 이수를 제시하고 있다.

국내 이영숙은 학력을 학사, 훈련과정을 의료사회복지사 임상수련과정, 임상경험을 2년, 사회복지사 1급 자격으로 제시했다. 간호직 연구에서는 사회복지사의 자격을 1급과 2~3년의 임상경험을 추천하고 있다. 외국과 달리 우리나라는 사회복지사 1급, 또는 2급이 취업할 수 있고, 경력자가 부족한 상황에서 취업 후 교육을 이수하는 등 현실적 제약이 많으므로 미국의 표준화안을 그대로 반영하기는 어렵다.

2) 충분하지 못한 교육 프로그램

정부는 2004년 ‘호스피스·완화의료 사업지원 평가단’을 구성하여 의사 및 간호사, 사회복지사 각 직종에 호스피스·완화의료 교육 프로그램에 대한 개발연구를 수행하였다. 이때 개발된 사회복지사의 시범교육과정은 총 15시간으로 다음과 같다; 1) 호스피스 완화의료 사회복지사의 역할(2시간), 2) 심리/사회적 평가(2시간), 3) 심리/사회적 상담(2시간), 4) 사별관리(2시간), 5) 영적 돌봄(2시간), 6) 호스피스협력체계 구축 및 자원활용(2시간), 7) 심리사회적 평가와 상담(실습 3시간). 직종별 공통과목과 전문분야별 교육을 재구성하여 1일 교육과정(7시간)이 개발되어 의사, 간호사, 사회복지사를 대상으로 서울, 경기, 부산, 광주 지역 4곳에서 교육이 실시되었다. 그러나 사회복지사 교육은 총 15시간으로 사회복지사가 교육시간을 별도로 내기 어려운 점을 감안하여 최소 필요한 교육내용으로 개발되었으나, 36시간을 개발한 의사직과 총 78시간을 개발한 간호직에 비해 이수시간이 짧고 교육내용이 개괄적이다(8).

한편, 대한의료사회복지사협회 내 호스피스위원회는 사회복지사의 양성과 교육개발 과정을 필요성을 인식하고 2007년 사회복지사를 대상으로 교육을 개발하고 실시했다. 교육과정은 2004년 사회복지사의 시범교육과정, 미국 NHPCO (2004), 국립암센터의 호스피스 고위과정을 비교하여 공통적으로 다루고 있는 것과 사회복지사에게 필요한 교육을 파악하여 24주제 총 29시간의 기본교육(8시간), 전문교육 I, II (각각 7시간), 심화교육(8시간)이 개발되었다. 그러나 이는 「암관리법」에서 요구하고 있는 “완화의료전문기관 근무하는 의사, 간호사, 사회복지사는 총 60시간 이상 완화의료교육 과정을 이수해야 한다”라는 기준에 못 미치는 수준이다.

이 교육은 2007년, 2008년 두 차례에 걸쳐서 실시되었다. 2007년 교육에 참석한 대상자는 기본교육 177명, 전문교육 168명, 심화교육 104명이 참석하였다. 이는 호스피스·완화의료에 대한 사회복지사의 높은 교육 욕구와 호스피스 영역에 대한 사회복지사의 관심이 급증

했음을 반영하고 있다. 설문조사에 응답한 기본교육 160명, 전문교육 95명에 대한 분석결과를 보면 참석대상자들의 85%가 ‘자기발전’과 ‘호스피스 서비스 제공 시 도움을 받기 위해’라는 목적이었고, 실제로 이 교육을 받은 대상자들은 현장에서 호스피스 업무를 담당하고 있는 사회복지사라기보다는 대다수가 호스피스·완화의료교육에 대한 관심을 가진 의료사회복지사들이었다. 교육을 통해서 사례 및 실무중심의 보완이 필요하고, 교육 평가를 위한 구체적인 평가 척도가 필요하다는 지적이 있었다. 또한 교육 강사를 대부분이 타 전문직이 맡았고, 사회복지사가 진행한 교육이 총 5개에 그쳤다는 지적이 있었다(9). 이는 호스피스·완화의료 교육에 있어서 전문 강사를 배출하고 양성하는 노력이 필요하다는 점을 시사한다. 뒤늦게 2012년 ‘호스피스·완화의료 사회복지사 상급교육과정’이 개발되었으나 아직 교육을 실시하고 못하고 있다.

그동안 간호사는 1996년부터 간호사 대상의 1년 교육 과정을 시작하였고, 2006년부터 호스피스 전문 간호사 양성을 위한 대학원과정을 개설하여 2006년부터 호스피스 전문 간호사를 배출하고 있다. 또한 현재 의사와 간호사는 호스피스 이러닝(E-learning) 과정을 개발하여 홈페이지에서(<http://hospice.or.kr>) 수시 운영하고 있다. 최근 사회복지사가 이러닝 과정을 개발하고 있으나 60시간 이상을 충족시킬 수 있는 전문 교육과정이 시급하다.

3) 연구의 부족

호스피스·완화의료 사회복지분야에서 연구는 1998년 한국 호스피스·완화의료학회가 창립된 후 ‘한국 호스피스·완화의료학회지’를 중심으로 게재되어 왔으나 횡수나 빈도 면에서 의사, 간호사에 비해 매우 낮은 비율을 보이고 있다. 한국 호스피스·완화의료학회지와

학술대회에 게재된 연구(Table 2)를 중심으로 살펴보면 1998년부터 2012년까지 약 15년에 걸쳐서 한국 호스피스·완화의료학회지와 학술대회를 통해 발표된 전체 430편의 연구 중 사회복지분야에서 이루어진 연구는 31편이다. 이는 전체에서 약 7.2%에 해당한다(10,11). 반면 의사는 200편으로 46.5%, 간호사는 125편으로 29.1%의 비율을 보이고 있다. 사회복지사의 연구가 타 직종대비 매우 부족하다는 것을 보여준다.

한국 호스피스·완화의료학회지에 있어서 사회복지사의 연구가 차지하는 비중은 1998~2002년 4편, 2003~2007년 7편, 2008~2012년 5편으로 전체 연구(247편)의 6.5%에 불과하다. 학술대회(심포지움)에 있어서도 1998~2002년 3편, 2003~2007년 5편, 2008~2012년 7편으로 전체 발표(183편)의 약 8.2%에 해당한다. 학회지 게재 연구에 있어서 연구설계별로 분석한 결과는 총 16편으로 양적 연구가 6편, 질적 연구가 10편이었다. 학회지에 게재된 논문의 편수는 1년에 약 1편으로 절대적으로 부족한 편이다. 연구 방법에 있어서도 문헌조사, 서비스 내용분석, 사례 연구 등에 치우쳐있다. 연구 내용은 사회복지사의 역할, 프로그램 분석, 사회복지사의 소진, 자원봉사자 등에 그치고 있다. 이는 실태 조사나 사회복지사의 개입 효과성 연구 등 정책 건의에 필요한 근거기반(evidence-based)의 연구, 질적·양적 연구의 활성화가 필요함을 시사한다.

4) 수가 정책 활동

정부는 (1) 말기암환자와 가족의 삶의 질 향상을 도모하고, (2) 신체적, 정신적, 사회적 문제 해결을 위한 전인적 치료를 제공하며, (3) 비효율적 의료이용 및 환자의 신체적 부담을 완화하고자 수가개발을 추진하였다. 2007년 7월에 78개 호스피스 기관을 대상으로 설문조사를 실시하여 일반현황, 인력 및 시설 수준을 파악하였

Table 2. The Number of Articles in KSHPC* and KSHPCAC[†] by Profession.

| Classification | Year | Doctor (%) | Nurse (%) | Social worker (%) | Etc. (%) | Total (%) |
|-------------------------|-------------|------------|------------|-------------------|-----------|-------------|
| A. KSHPC* | 1998~2002 | 33 (50.8) | 22 (33.8) | 4 (6.2) | 6 (9.2) | 65 (100.0) |
| | 2003~2007 | 40 (48.2) | 28 (33.7) | 7 (8.4) | 8 (9.6) | 83 (100.0) |
| | 2008~2012 | 39 (38.6) | 40 (39.6) | 5 (5.0) | 15 (14.9) | 101 (100.0) |
| | Total (A) | 112 (45.3) | 90 (36.4) | 16 (6.5) | 29 (11.7) | 247 (100.0) |
| B. KSHPCAC [†] | 1998~2002 | 21 (38.2) | 9 (16.4) | 3 (5.5) | 22 (40.0) | 55 (100.0) |
| | 2003~2007 | 24 (50.0) | 9 (18.8) | 5 (10.4) | 10 (20.8) | 48 (100.0) |
| | 2008~2012 | 43 (53.8) | 17 (21.3) | 7 (8.8) | 13 (16.3) | 80 (100.0) |
| | Total (B) | 88 (48.1) | 35 (19.1) | 15 (8.2) | 45 (24.6) | 183 (100.0) |
| Total | Total (A+B) | 200 (46.5) | 125 (29.1) | 31 (7.2) | 74 (17.2) | 430 (100.0) |

*KSHPC: Korean Society for Hospice and Palliative Care, [†]KSHPCAC: Korean Society for Hospice and Palliative Care Annual Conference.

고, 이 중 20개 호스피스기관(병동형 및 독립시설형)을 대상으로 수가를 조사하였다. 조사 결과 건강보험심사평가원에서는 일당정액제를 기반으로 하는 호스피스·완화의료 수가안을 개발하였다(12). 그러나 실제로 완화의료 수가 수준을 완화의료 병동의 행위별 수가의 평균으로 산정하였고, 완화의료 상담 및 서비스를 완화의료 병동 일당 정액수가에 거의 반영하지 않았다. 즉 호스피스·완화의료의 특성에 맞는 상담 및 교육, 정서적·영적 간호, 사별관리 등의 활동이나 병실 사용 등의 호스피스·완화의료 활동에 필요한 기관의 구조나 특성이 수가에 전혀 반영되지 않았다. 이러한 상황에서 호스피스·완화의료 포괄수가(diagnosis-related group, DRG) 적용 시, 수가가 충분히 보전되지 않으면 환자에게 필요한 의료행위까지 제한을 받을 위험이 있다.

그 동안 관련 사회복지사는 보험위원회 및 건강보험심사평가원에 사회복지사 수가의 보상 방식에 대해 현재 정신건강의학과와 재활의학과에서 인정받고 있는 사회복지사의 행위료를 적용하여 일당 금액으로 산출하여 입원건당 7가지 서비스(사회복지진단과 사정, 심리사회적 상담, 경제적 문제 상담, 지역사회자원연결 상담, 통증관리 상담, 임종 상담, 퇴원계획 상담)가 각 1회 정도 필요하다고 제안한 바 있다. 제시한 7가지 서비스에 대한 행위수가 인정되지 않더라도 최소한 정신건강의학과에서 인정받고 있는 4가지 서비스 항목(개인력 조사, 사회조사, 사회사업지도, 가정방문)이라도 사회복지 수가로 반영해줄 것을 보험위원회 및 건강보험심사평가원에 여러 차례 개진하였으나 반영되지는 않았다.

건강심사평가원은 말기암환자와 가족을 대상으로 2010년 1월부터 1년 6개월간 ‘완화의료 건강보험수가 시범사업’에 들어갔다. 여기서 사회복지사의 일당정액 수가는 상급종합병원에서 3,290원, 종합병원에서 3,250원, 병원에서 3,030원, 의원은 2,950원을 인정하고 있다(13). 이와 같이 사회복지사의 일당정액수가를 책정될 경우 기관의 입장에서는 사회복지사를 고용하기 어려울 수밖에 없다. 따라서 사회복지사의 행위수가에 대한 보상체계가 마련되어야 한다.

최근 국립암센터는 2011년도 암정복추진연구 지정과제의 결과에서 “완화의료서비스가 일선의료 현장에 뿌리내리기 위해 상급종합병원 지정 기준에 완화케어팀 설치 의무를 포함시켜야 한다”고 제시했다. 이때 팀의 효율적인 서비스 제공을 위해 전문간호사, 사회복지사 등의 인력이 포함되어야 하며 새로운 인력에 대한 인건비, 교육 훈련비 등 최소한의 비용은 건강보험으로 급

여화 되어야 한다고 제시했다(14). 그러나 아직 입법화되지 않았다.

3. 호스피스·완화의료 사회복지의 미래 전략

1) 역할정립과 자격기준의 표준화

(1) **역할정립:** 호스피스·완화의료 사회복지 서비스는 말기환자와 가족의 광범위한 고통을 경감시키기 위한 서비스의 중요한 부분이며, 사회복지사는 개인, 가족, 의미 있는 타자는 물론 특정 인구집단, 지역사회 및 건강관련 특별프로그램과 교육 및 연구체계에 의료기관의 통합적 서비스를 제공하기 위하여 적극적인 역할을 담당해야 한다. 따라서 개입을 위한 다양한 역할과 숙련된 전문성이 요구된다(2). 특히 사회복지사의 역할 중에서 자원조직 및 동원은 사회복지사가 적극적으로 개발할 수 있는 경쟁력 있는 영역이라 할 수 있다. 이중 기금조성은 열악한 상태에 놓여 있는 호스피스·완화의료기관의 재정 자립도를 높이고 자체 프로그램을 활성화시킬 수 있을 것이다. 그러나 현재 한국의 호스피스·완화의료 사회복지사의 역할은 호스피스 팀 내에서도 명확하지 못하다. 사회복지사는 상담, 프로그램 개발 등 다양한 역할을 할 수 있음에도 불구하고 타의료진의 인식부족으로 전문적인 역할보다는 부수적이거나 축소된 행정 보조 역할을 담당하는 경우가 있다. 이는 사회복지사의 정체성과 직무만족에 부정적 영향을 줄 수 있다.

선진 외국의 경우(일본 후생성, 1986; NHPCO, 1994; Taiwan, 2000; CPCA, 2001) 호스피스 시설과 프로그램을 위한 기준 또는 의료 관련법 조항에서도 호스피스 팀 내에서 각각 구성원의 역할이 명시되어 있다(5). 특히 미국의 NHPCO는 “호스피스에 있어서의 사회복지를 위한 지침(Guideline for social work in hospice)”을 만들었다. 이에 윤리, 가치, 지식, 사정, 태도 및 자기인식, 임파워먼트와 옹호, 문서화, 다학제 팀워크, 문화적 경쟁력, 보수 교육과 슈퍼비전, 리더십, 훈련에 대한 내용을 체계적으로 규정하고 있다(2). 한국적 상황에 맞는 사회복지사의 역할이 명확히 정립될 필요가 있다.

(2) **자격기준의 표준화:** 우리나라는 아직 호스피스·완화의료 사회복지사의 자격기준이 표준화되지 못한 상태이다. 자격기준에 대한 논의가 적을 뿐만 아니라, 소수의 연구마저도 충분한 근거가 부족하다. 미국은 사회복지사의 자격을 석사학위 소지자로 규정하고 대학원 전공이 전문분야로 인정되어 취업 전에 충분한 교육과 임상훈련을 받도록 하고 있다. 그러나 우리나라 경우,

외국의 표준화안을 그대로 반영하기에는 교육과정, 사회복지사 자격제도, 인력적 측면 등에서 차이가 있다.

의사의 경우 영국을 비롯한 호주, 뉴질랜드, 홍콩, 싱가포르, 타이완 등에서는 호스피스·완화의학 전문제도가 시행되고 있어 전공의(resident), 임상강사(fellow) 과정을 거쳐 전문의 자격을 취득하고 있다(15). 간호사는 2006년부터 호스피스 전문간호사 자격의 국가 제도화가 시작되어 전문간호사를 배출하고 있다. 따라서 자격기준의 마련은 교육과정과 밀접하게 연결되어 있음을 알 수 있다. 특히 자격은 사회복지사의 업무 능력과 사회복지서비스의 질과도 직접 관련된 부분이므로 현 사회복지의 인력수요와 공급을 고려하여 우리 실정에 맞는 적절한 기준 마련을 위한 합의가 필요하다.

2) 교육과정 개발

한국 호스피스·완화의료의 미래를 위하여 가장 중요하게 발전을 도모해야 할 분야 중 하나는 교육이다. 실제로 호스피스 셋팅에서 사회복지사의 역할이 필수적인 것은 아니며 타 전문직이 그 역할을 대체할 수 있다고 여겨지는 이유로 추정되는 것 중 하나는, 호스피스 분야에서 경쟁적 관계에 놓여 있는 대부분의 호스피스 간호사들이 높은 수준의 교육을 통해 전문성을 강화하고 있다는 점이다. 따라서 사회복지사의 역량을 강화하고 충분한 교육과 훈련을 제공하는 것이 필요하다.

(1) **학교교과 과정 개설:** 현재 몇 개의 대학에서는 호스피스사회사업 교육이 이뤄지고 있으나 사회복지교수가 아닌 관련 비전공 교수가 이를 담당하고 있다. 하지만 사회복지학과 학부교과목에서는 호스피스 실천에 관한 교육 및 죽음(end-of life care) 교육이 거의 이루어지지 못하고 있다. 대학을 갓 졸업한 사회복지사들은 호스피스·완화의료에 대한 이해가 부족하고 인생 말기 돌봄이 생소하여 어떠한 서비스를 제공해야 할 것인지를 알지 못한다(16). 이에 사회복지 학부 및 대학원 교육과정에 호스피스에 대한 교과목을 개설하여 클라이언트가 있는 현장이 어느 곳이든 사회복지사가 그에 적절한 욕구를 파악하고 서비스를 제공할 수 있도록 기틀을 다지는 것이 필요하다.

(2) **호스피스·완화의료 사회복지사 전문 교육:** 국내는 사회복지사 전문인력만을 대상으로 하는 체계적인 교육과정이 없는 실정이다. 현재 실시되고 있는 대부분의 교육은 사회복지사를 대상으로 하기보다 관련 의료인 모두가 수강할 수 있는 완화의료 전반을 개괄하는 수준의 기본교육 60시간이 전부이다. 따라서 사회복지 실천 지식과 기술을 충분히 습득하는데 어려움이 있다. 이에

사회복지사 전문인력을 양성하기 위한 전문교육과 보수교육이 함께 이루어져야 할 것이다.

(3) **교육자 개발 교육:** 현재 교육을 제공할 만한 충분한 교육자가 부재한 실정이다. 대학의 교수 및 호스피스 현장에서 오랜 실천 경험이 있는 사회복지사들을 구성하여 교육자 훈련과정(trainer workshop)을 정기적으로 개최하는 것이 필요하다. 질적인 교육을 제공하기 위해서는 관련 기관 및 학교와의 공동 노력이 필요하다.

3) 연구의 활성화

(1) **전문학술지 발간:** 사회복지 전문학술지를 통해서 호스피스 사회복지 분야의 연구를 보다 활성화시키고 다양한 연구 자료들을 전문학술지 내에 집대성하여 정보를 축적할 필요가 있다. 앞서 미국은 Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care라는 전문학술지가 2003년부터 발간되어 사회복지 실천의 표준, 연구 결과, 후속 연구에 대한 필요성, 윤리적 이슈, 정책과 실천의 업데이트 등의 다양한 호스피스 사회복지 연구들을 게재하고 있다(2). 특히 최근의 발간호에서는 각 호마다 특별 주제(예: 소아 호스피스, 정신질환자에 대한 호스피스, 응급실 또는 중환자실, 윤리 등)를 정하여 각 주제별로 다양한 저자들의 풍부한 연구를 공유할 수 있도록 구성되어 있다. 국내에서도 이와 같은 호스피스·완화의료 사회복지에 대한 전문학술지의 발간이 필요하다.

(2) **근거중심(evidence-based)의 연구:** 전문직 활동에 대한 사회적 책임성을 구현하기 위해서는 객관적이고 과학적인 방법을 통한 서비스의 실행과 검증이 필수적이다. 실증 자료를 바탕으로 한 근거 중심의 연구가 활성화되어야 한다. 우선, 호스피스·완화의료 사회복지 실천에 있어서 지역 간, 기관 간의 서비스 제공의 내용 및 질의 편차가 존재하므로 전국적인 단위에서 실태조사 및 서비스 욕구에 대한 기초 조사가 이루어질 필요가 있다. 또한 호스피스·완화의료 사회복지사의 개입을 통하여 환자의 삶의 질뿐만 아니라, 사회적 비용이 얼마나 절감되는지 개입의 효과성을 증명해 보여야 한다. 한국적 호스피스·완화의료 사회복지 서비스 모형의 개발, 수가의 개발, 정책건의에 필요한 연구 등도 필요하다.

4) 정책 활동

(1) **수가 정책 활동:** 현재 정부의 수가 시범사업은 일당 정액수가제로서 상담 서비스를 행위별로 포함시키지 않고 있다. 문제는 현행 일당 정액수가제로 추진할 경우 사회복지사는 인력 충원에서 큰 타격을 입게 된다. 현 수가체제로 인력을 고용해야 한다면 기관은 이

비용만으로 사회복지사의 인건비를 충당하기 어렵기 때문에 사회복지사의 고용을 꺼려할 수 있다. 따라서 수가는 인력 충원과 맞물려 있기 때문에 인정받을 수 있는 사회복지 행위수가의 적극적 개발과 수가 보상 체계에 대한 정책적 건의 활동이 필요하다.

(2) 호스피스·완화의료 사회복지사 인력의 확충: 대만은 호스피스병동에 최소 1명 이상의 전담 사회복지사를 배치하고, 가정호스피스에 최소 1명의 전담 사회복지사를 배치하고 있다(17). 국내 「암관리법」은 완화의료전문기관의 인력, 시설, 장비 기준에서 ‘사회복지사의 인력기준은 환자의 숫자에 관계없이 상근 1명 이상’이라는 기준으로 제시하고 있다. 그러나 사회복지사의 고용기준이 ‘전담상근’이 아니고 ‘상근’이라면 기관은 예산 절감을 위해서 낮은 임금의 계약직 또는 다른 업무를 맡고 있는 기존 인력을 활용할 가능성이 높다. 이에 인력기준을 상근이 아닌 전담 사회복지사로 배치하도록 하는 지속적인 정책 건의가 필요하다.

결 론

필자는 그동안의 문헌조사와 참여관찰을 통해서 호스피스·완화의료 사회복지의 과거, 현재 그리고 미래 전략을 살펴보았다. 현재 호스피스·완화의료 사회복지사의 수가 절대적으로 부족하고 업무의 질이 떨어지고 있기 때문에 우선적으로 질적인 인적자원을 확보하고 업무의 질을 향상시켜야 한다. 또한 타 전문직종과 발맞춰 전문성 확보를 추구하기 위해서 역할 및 자격 기준의 정립, 교육 개발, 연구의 활성화, 정책 건의 활동 등 시급한 과제들을 해결해야 한다. 그렇다면 미래전략을 어떻게 세울 것인가? 경영학에서는 전략이란 “다양한 일련의 활동들을 포함하는 독특하고 가치 있는 위치(a unique and valuable position)를 점하는 것”이라고 말한다(18). 이러한 전략 개념은 사회과학 전반에 광범위하게 활용되고 있으며 호스피스·완화의료 사회복지에서도 적용가능하다. 다학제팀과 함께 활동하고 있는 사회복지사 역시 사회복지사만의 독특하고 가치있는 위치를 확보해야 하기 때문이다. 전략의 실행은 두 가지 질문을 고려하고 있다. 첫째, 한정된 자원을 어떻게 효율적으로 배분할 것인가? 둘째, 경쟁우위 확보를 위해서는 어떠한 노력이 있어야 하는가? 두 질문과 관련하여 미래의 전략은 1) 목표를 구체적으로 설정하고, 2) 인적·물적 자원을 효율적으로 운영하며, 3) 체계적인 실행을 요구한다. 그러므로 앞으로의 호스피스·완화의료

사회복지 활동은 우선순위를 고려하여 목표를 정하고, 관련 학회나 기관과의 네트워크를 형성하고 파트너십을 강화할 필요가 있다. 실행에 있어서는 일할 수 있는 사회복지사 인력이 부족한 상황을 감안하여 개별적이고 산발적인 참여보다는 실행 조직체계를 강화할 필요가 있다. 이런 의미에서 최근 창립된 ‘한국 호스피스·완화의료 사회사업 연구회’는 전문인력 양성과 사회복지실천의 질적 향상, 교육 및 연구, 정책 건의 활동에 있어서 중요한 구심점이 되어야 한다. 제도적 뒷받침과 더불어 한국적 호스피스·완화의료 사회복지 서비스 모형의 개발과 사회복지서비스의 전문성 확보를 위해 사회복지사 모두의 참여와 노력이 더욱 필요한 시점이다.

요 약

본 중설의 목적은 한국 호스피스·완화의료 사회복지가 어떤 활동을 전개했고 어떤 위치에 놓여 있는지를 이해함으로써 향후 한국 호스피스·완화의료 사회복지가 해야 할 미래전략 제시한다. 문헌조사와 참여관찰을 통해 한국 호스피스·완화의료 사회복지가 전개해 온 활동을 과거, 현재, 미래전략으로 나눠서 역할 및 자격 기준, 교육, 연구, 정책 활동의 네 축을 중심으로 살펴본다. 첫째, 호스피스·완화의료 사회복지사의 역할이 명확하게 정립되어 있지 않고 자격기준이 미비하다. 사회복지사의 불명확한 역할과 미비한 자격기준은 전문성 발휘를 어렵게 한다. 미래 전략은 역할의 재정립과 인력 및 자격기준의 마련이 필요하다. 둘째, 교육에 있어서 호스피스·완화의료 사회복지사를 대상으로 하는 전문교육이 충분하지 못하다. 또한 교육자가 부족하다. 미래전략은 전문교육의 강화와 교육자 개발 교육이 마련되어야 한다. 셋째, 연구에서 사회복지사의 학술지 게재 편수가 절대적으로 부족하며 타 전문직에 비해서 학술활동의 참여도가 낮다. 미래전략은 연구 및 학술활동의 활성화와 개입효과성 증명 등 정책반영에 필요한 근거 중심의 연구가 필요하다. 끝으로 제도적으로 인력 확보 및 수가인정을 받지 못하고 있다. 미래전략은 호스피스·완화의료 사회복지사의 전담 인력 확보, 수가인정을 위한 적극적인 정책 활동이 필요하다. 한국 호스피스·완화의료 사회복지사는 전략적인 접근을 가지고 목표를 구체적으로 정하고 이에 집중해야 한다. 또한 관련 학회, 협회, 학교와 네트워크와 파트너십 구축을 통해 인프라를 구축하며, 실행 조직체계를 구성하고 실행

주체를 강화해야 한다.

중심단어: 호스피스, 완화의료, 사회복지, 미래, 전략

참 고 문 헌

1. Chang YJ. Policy on hospice and palliative care in Korea. *Korean J Hosp Palliat Care* 2012;15:183-7.
2. Reese DJ. Interdisciplinary perceptions of the social work role in hospice: building upon the classic Kulys and Davis study. *J Soc Work End Life Palliat Care* 2011;7:383-406.
3. Lee YS. Study on the qualification and services of social worker in hospice palliative care. 2001 Summer Symposium of Korean Society for Hospice and Palliative Care; 2001 Jul 7; Seoul, Korea. Seoul: Korean Soc Hosp Palliat Care; 2001. p. 88-95.
4. Lee KJ. Social work in hospice care. Seoul: Human and Welfare; 2003.
5. Han IY, Lee YS. The study on the recognition of the medical social workers about the role of social workers in the hospice service. *Ewha J Soc Sci* 2004;12:375-88.
6. www.law.go.kr [internet]. Seoul: Korea Ministry of Government Legislation; 2011 [cited 2013 Mar 20]. Available from: <http://www.law.go.kr/법령/암관리법>.
7. National Cancer Center, Korean Society for Hospice and Palliative Care. Study for Korean standardization of hospice-palliative care service. Hospice and Palliative Care Symposium 2002; 2002 Nov 8; Goyang, Korea. Goyang: National Cancer Center; 2002.
8. Kim CG, Lee KJ, Lee YS. Developing curriculum for hospice social worker in Korea. *Korean J Soc Welf* 2005;10:407-13.
9. Lee MK, Lee YS, Lee JH. Development and evaluation of the hospice palliative care education program for medical social workers. *Korean J Med Soc Work* 2009;2:59-78.
10. The Korean Journal of Hospice and Palliative Care [Internet]. Seoul: Korean Society for Hospice and Palliative Care; 1998-2012. [cited 2013 Mar 20]. Available from: <http://www.kjhpc.org>.
11. Annual Conference Papers and Proceedings [Internet]. Seoul: Korean Society for Hospice and Palliative Care; 1999-2012. [cited 2013 Mar 20]. Available from: <http://www.kjhpc.org>.
12. Health Insurance Review & Assessment Service (HIRA). A public hearing for development of payment system for hospice. International conference hall. Yeuido Center of the Federation of Korean Industries. 2008. p 21-47.
13. Health Insurance Review & Assessment Service. Discussions on future directions on palliative care and health insurance benefit. The 22th Health Insurance Review & Assessment Service (HIRA) Forum; 2011 May 6; Seoul, Korea. Seoul: Health Insurance Review & Assessment Service; 2011.
14. Kim DG. The experiences of policy studies in hospice and palliative care: the study for introducing palliative care team policy. 2012 Winter Symposium of Korean Society for Hospice and Palliative Care; 2012 Dec 7; Seoul, Korea. Seoul: Korean Society for Hospice and Palliative Care; 2012. p. 44-53.
15. Hong YS. Past, present and future of hospice in Korea. *J Korean Med Assoc* 2008;51:509-16.
16. Payne M. Developments in end-of-life and palliative care social work: International issues. *Int Soc Work* 2009;52:513-24.
17. Ministry of Health & Welfare, Nursing Policy Research Institute in Yonsei University College of Nursing. Suggestions for advanced Korean hospice based on analysis of hospice law, cost, and management system in developed countries. Gwacheon: Ministry of Health & Welfare; 2007.
18. Porter ME. What is strategy? *Harv Bus Rev*. November-December. 1996. p. 61-78.