

研究報告書 95-24

末期患者 管理를 위한
호스피스 의 制度化 方案

黃那美

魯仁喆

韓國保健社會研究院

머 리 말

호스피스(hospice)는 임종이 예견된 末期患者와 그 家族을 돌보는 서비스 프로그램이다. 병원(hospital)도 같은 어원에서 起源하였으나 오늘날의 病院은 치유가능한 患者에게 비중을 두게 됨에 따라 末期患者들이 방치되었고 퇴원하여도 돌봐 줄 가족이 없는 現代 産業社會構造는 이들로 하여금 마지막 生을 고통속에서 마감하게 하였다.

비록 죽음(death)이 죽는 사람 본인의 문제이지만 임종(dying process)은 죽어가는 사람과 그것을 지켜보는 사람들의 문제이기도 하다. 임종을 자연스런 삶의 한 과정으로써 긍정적으로 수용하여 환자 개인의 존엄성을 고양시키고 患者와 家族에게 質的인 삶을 느끼게 하여 ‘당신을 아픔에 시달리지 않게 하도록 하는’ 것이 호스피스의 基本이며 ‘당신을 방치하거나 홀로 죽게 하지 않도록 하는’ 서비스프로그램이 호스피스의 目的이다.

최근 우리나라는 인구의 高齡化와 疾病樣相의 변화로 암질환이 全體死因 중 1/5이상을 차지하고 있으며 앞으로도 계속 증가될 것으로 전망된다. 그러나 既存 醫療體系에는 암을 비롯한 慢性退行性疾患이 末期狀態에 이르게 될 때 요구되는 시설이나 서비스가 全無하여 대부분의 末期患者들은 綜合病院에서 치료중심 의료서비스를 받고 있거나 長期間의 入院으로 經濟能力이 상실되면 對策없이 家庭에서 방치되고 있는 실정이다. 이로 인하여 이들의 욕구는 어디에서나 충족되지 못한 채, 醫療施設과 醫療費의 낭비를 초래하고 있다. 이에 病床이 부족한 우리나라 실정에서는 末期患者를 위한 政策的 代案 마련이 시급히 요청되어 1994년도 醫療保障 改革課題의 일환으로 호스피스의 制度化 方案을 강구하게 되었다.

본 報告書는 호스피스가 첨단과학을 앞세운 기존 醫療體系內에서 하나의 制度로서 정착되기 위한 方案을 제시하였는데 즉, 末期患者가 처해 있는 상황을 진단하여 현 醫療體系에서 수용가능한 호스피스사업 運營모델을 개발하였으며 制度化의 기본적인 메커니즘인 制度的要件을 究明하여 호스피스사업 도입을 앞당기는 계기를 마련하고자 하였다.

따라서 本 報告書가 발간됨으로써 政策立案者는 물론 호스피스사업을 계획하고 있는 機關 및 團體에게 유용한 情報를 제공할 것인 바, 호스피스사업 活性化에 크게 기여할 수 있을 것으로 기대된다.

본 報告書는 本院의 황나미 責任研究員의 책임하에 완성되었는데 研究陣은 報告書를 작성함에 있어 유익한 情報와 자료수집에 협조해주신 호스피스 사업관계자에게 謝意를 표하고 있다. 또한 本 報告書를 읽고 유익한 助言을 해주신 本院의 宋建鏞 博士, 李顯松 博士께 감사하고 있다.

끝으로 本 報告書에 수록된 모든 內容은 어디까지나 研究者의 個人的인 의견이며 本院의 공식적인 견해가 아님을 밝혀 둔다.

1995年 12月

韓國保健社會研究院

院長 延 河 清

目 次

要約 및 政策建議	11
I. 序 論	27
1. 研究背景	27
2. 研究目的	31
3. 研究內容 및 方法	32
II. 호스피스의 歷史的 考察	38
1. 호스피스의 概念	38
2. 호스피스의 哲學 및 目的	40
3. 外國의 호스피스 現況	42
III. 호스피스事業 制度化를 위한 診斷	53
1. 우리나라 末期患者 現況	53
2. 末期患者 管理實態	58
3. 末期患者(癌)의 身體的, 精神的, 社會的 要求度	61
4. 호스피스 活動現況	66
5. 호스피스事業 導入의 制約要因	103
IV. 호스피스事業 모델 開發	106
1. 호스피스事業 모델의 基本方向	106
2. 호스피스事業 運營모델 開發	107
3. 호스피스 事業對象	135
4. 호스피스 事業技術 및 事業人力別 役割	138
5. 호스피스 事業資源 特性	153

V. 호스피스事業의 制度的 要件	156
1. 호스피스酬價 算定方案	156
2. 호스피스 事業人力 確保方案	167
3. 麻藥 投藥範圍 再設定	175
VI. 向後 問題와 政策課題	176
1. 事業人力 確保를 위한 戰略推進	176
2. 事業施設 確保 및 質管理를 위한 戰略推進	177
3. 事業對象 痛症緩和를 위한 戰略推進	180
4. 호스피스事業 專擔管理團體(機構) 新設	181
5. 醫療體系內 受容性 提高을 위한 示範運營	182
參考文獻	183
附 錄	187

表 目 次

〈表 II-1〉	美國의 認可된 호스피스機關의 事業人力現況(1994) …	50
〈表 II-2〉	英國, 美國, 日本의 호스피스事業 特性比較 …	52
〈表 III-1〉	癌部位別 管理 戰略(1990) …	55
〈表 III-2〉	韓國 簡易 死因分類表(124項目)에 의한 年度別 3大 死亡原因 …	55
〈表 III-3〉	年度別 主要 死因構造(ICD-17分類) 構成比 …	56
〈表 III-4〉	年齡階層別 5大 死因順位(1994) …	57
〈表 III-5〉	主要死因에 의한 死亡者의 鬪病期間, 醫療機關 利用形態 및 死亡場所 分布(1991) …	61
〈表 III-6〉	既存資料를 통한 癌患者의 身體的, 精神的, 社會的 要求度 …	65
〈表 III-7〉	호스피스 類型別 運營主體 …	68
〈表 III-8〉	호스피스 事業類型別 管理對象者의 疾患名 …	71
〈表 III-9〉	호스피스 事業類型別 月平均 登錄者數 및 1日 管理對象數 …	74
〈表 III-10〉	호스피스 內容(直接서비스) …	78
〈表 III-11〉	호스피스 內容(間接서비스) …	79
〈表 III-12〉	綜合病院 호스피스 病棟에서의 1日 業務內譯 …	80
〈表 III-13〉	家庭中心 호스피스에서의 初期段階 業務內譯 …	82
〈表 III-14〉	家庭中心 호스피스에서의 過程段階 業務內譯 …	83
〈表 III-15〉	家庭中心 호스피스에서의 臨終段階 業務內譯 …	83
〈表 III-16〉	獨立施設에서의 1日 호스피스 活動內譯 …	85
〈表 III-17〉	호스피스 事業類型別 事業人力 …	87
〈表 III-18〉	호스피스 事業類型別 自願奉仕者 參與現況 …	90
〈表 III-19〉	綜合病院 癌病棟과 호스피스 病棟의 患者 1人當 診療收入 및 患者 1人當 1日 平均 診療收入 比較 …	100

〈表 III-20〉	綜合病院 癌病棟과 호스피스 病棟의 設置病床數 및 投入人力 比較	100
〈表 III-21〉	綜合病院 癌病棟과 호스피스 病棟의 患者 1人當 1日 平均 本人負擔金 比較	101
〈表 III-22〉	獨立施設 호스피스 患者 1人當 1日 支出內譯(1995. 1~1995. 6.)	102
〈表 III-23〉	호스피스 事業類型別 運營上의 障礙要因 및 隘路事項	105
〈表 IV- 1〉	호스피스 事業類型別 事業主體	122
〈表 IV- 2〉	癌死亡者의 Care場所 및 死亡場所에 따른 各 그룹別 政策開發內容	124
〈表 IV- 3〉	호스피스事業 運營모델 選定을 위한 綜合評價	130
〈表 IV- 4〉	狀態測定 및 觀察內容別 擔當人力	140
〈表 IV- 5〉	投藥 및 處置活動 內容別 擔當人力	142
〈表 IV- 6〉	非治療的 身體 Care 內容別 擔當人力	143
〈表 IV- 7〉	治療的 身體 Care 內容別 擔當人力	143
〈表 IV- 8〉	相談 및 敎育內容別 擔當人力	144
〈表 IV- 9〉	情緒的 支持 活動內容 및 擔當人力	146
〈表 IV-10〉	靈的 Care 內容 및 擔當人力	146
〈表 IV-11〉	家族管理 活動內容 및 擔當人力	148
〈表 IV-12〉	호스피스 主要 事業人力別 役割 (病院中心 호스피스)	152
〈表 V- 1〉	現行 酬價體系에서의 호스피스서비스에 대한 支拂報償 實態	160
〈表 V- 2〉	既存病床과 호스피스 病床의 入院患者管理料(案) 比較 (3次 診療機關 基準)	163

그 립 목 차

[그림 1] 研究의 基本틀	32
[그림 2] 호스피스 遂行病院의 事業組織圖	119
[그림 3] 호스피스 事業對象을 위한 Care 패턴	134

要約 및 政策建議

I. 要約

1. 研究背景 및 目的

- 研究背景

- 현재 우리 社會는 福祉社會를 구현하고자 하는 강한 時代的 要求에 따라 ‘삶의 質’의 향상을 위한 새로운 福祉制度의 도입과 함께 醫療體系의 構造的인 變化가 進行되고 있음.
- 우리 社會에서 이용가능한 人的·物的 資源을 최대한 활용하여 임종을 앞 둔 末期患者들의 마지막 生을 보다 편안하게 보낼 수 있도록 하는 것이 人間的인 삶에 대한 배려임.

- 問題提起

- 社會體系: 그동안 우리나라는 人口의 高齡化와 疾病樣相의 變化로 암을 비롯한 만성퇴행성질환으로 인한 死亡이 해마다 높아지고 있으나 末期患者를 위한 施設이나 프로그램은 전혀 준비되어 있지 못하고 있음.
- 醫療體系: 治療中心 醫療施設에서의 末期患者에 대한 집중적인 治療와 受動的인 臨終期間의 영위 등은 이들의 身體的, 精神的, 靈的 要求에는 부응하지 못한 채, 醫療資源의 비효율성을 초래하고 醫療費用의 부담을 가중시키고 있음.
- 家族體系: 核家族化와 女性의 社會進出 등으로 인한 가족내 간호

제공자의 부족은 家庭에서 조차 末期患者를 放置할 수 밖에 없는 실정임.

- 個人體系: 末期患者의 삶의 과정에서 요구되는 身體的, 精神的, 社會的, 靈的인 욕구는 충족되지 못한 채, 고통 속에서 죽음을 맞이하게 되어 이들의 『삶의 質』에는 많은 문제점을 내포하게 되었음.

- 議題 및 研究目的 導出

- 이에 대한 代案으로 호스피스 制度化가 요구됨. 본 研究는 호스피스의 概念을 分析하고 호스피스 導入을 위한 諸般與件을 査定하여 우리나라 保健醫療體系의 한 부분으로서 정착될 수 있는 호스피스事業 運營모델을 開發하는데 그 目的이 있음.

2. 研究結果

가. 호스피스의 理論的 合理性 確認: 호스피스 概念分析

- 많은 학자들이 그들의 관점에서 定義하고 있는 호스피스概念을 분석한 결과, ‘임종과정’, ‘인간의 존엄성’, ‘對象의 多樣性’, ‘協同性’, 또는 ‘팀활동’, ‘全人的 돌봄’, 그리고 ‘돌봄의 持續性’이 호스피스의 屬性으로 糾明됨.
- 호스피스는 기존의 醫療技術과 대립되는 것이 아니며 醫療의 한 분야로서 기존의 醫療體系와 적극적인 상호보완의 관계를 유지하면서 임종을 자연스런 삶의 한 과정으로 수용하여 末期患者의 존엄성을 高揚시키고 末期患者와 그 家族의 생활에 있어서 質的 向上을 유지하는 데 있음.

나. 外國의 호스피스現況

- 英國은 1900년대 初 종교적 배경에서, 美國은 1960년대 末 기존 醫療體系와 社會制度의 인간성 상실에 대한 問題提起를 통하여, 日本은 1970년대 初 老人人口 增加에 따른 醫療經濟的 狀況에서 호스피스가 도입됨.
- 호스피스 事業財源을 보면 英國은 國庫支援(35%), 保險機關(30%) 및 寄附金(35%)이며 美國은 州政府 및 연방복지기금, 보험기관 및 寄附金, 日本은 全額 醫療保險에 의존함.

다. 우리나라 現實的 狀況檢討

- 死因構造의 特性
 - 암과 뇌혈관질환이 全體死因의 1, 2위이며 癌死亡者數는 全 死亡者數의 21.3%(1994)로 나타남.
- 醫療體系의 現實
 - 末期 癌患者의 93.3%는 綜合病院에 入院하나 85.0%는 家庭에서 임종을 맞이함. 말기 뇌혈관질환자의 36.8%는 醫療機關을 이용하지 않고 放置된 상태에서 임종을 맞이함.
- 醫療體系內에서의 末期患者 深刻性
 - 綜合病院의 末期 癌患者는 대부분(82%) 통증의 고통을 호소하고 있음. 이는 일반환자를 기준으로 하여 設定된 醫療保險 적용범위의 제한을 限界使用量으로 잘못 認識하여 비롯된 것이며 保健機關에서의 麻藥監視活動에 대한 醫師의 認識不足, 末期狀態의 통증에 대한 醫師의 教育不足 등이 그 주된 원인으로 나타남.
 - 3차 진료기관에서 「醫療保險聯合會」에 請求(1994. 7~1994. 12.)

한 入院診療件(112,146件) 중 多頻度 利用疾患 1위는 암질환으로 總入院診療件 중 54.3%를 차지하고 있으며 長期 入院疾患 1위는 뇌혈관질환으로 나타남.

- 호스피스 활동현황

- 1995년 4월 基準, 가톨릭과 기독교의 設立理念을 지닌 病・醫院 및 團體(30여개)를 중심으로 社會奉仕的 次元에서 호스피스활동이 제한적으로 수행되고 있음. 事業類型은 綜合病院中心 호스피스(12개소), 家庭中心 호스피스(9개소), 獨立施設中心 호스피스(1개소)로 구분됨. 事業人力은 司牧者(또는 敎役者), 看護師, 自願奉仕者가 주축이 되어 암환자와 일반 임종자를 주 대상으로 하여 月 7~11명을 登録, 管理하고 있음.
- 綜合病院 호스피스병동에서의 1일 업무영역별 平均所要時間은 ‘身體 Care’ 720분(50.0%), ‘투약 및 처치’ 290분(20.1%), ‘情緒的 Care’ 200분(13.9%)으로 나타남.
- 綜合病院 호스피스병동의 醫師人力 投入은 일반병동과 동일하나 看護人力 投入은 2배 정도 높음. 즉, 암병동은 1명상당 看護師 0.38명인 반면 호스피스병동은 1명상당 0.70명이 투입됨.
- 호스피스병동은 환자 1인당 1일 診療收入이 암병동 환자의 81%이며 동일한 條件(면적, 병상이용율 등)에서 호스피스병동 전체 1일 診療收入은 암병동의 28%에 불과함. 이에 相應한 酬價策定은 어려운 현실이므로 3차진료기관에서의 호스피스사업은 收益性이 전혀 없음. 따라서 1차진료기관 활용 및 독립시설, 가정호스피스의 活性化가 요구됨.
- 財源調達은 設立機關의 補助金과 일반 조직 및 종교단체의 後援金 및 寄附金, 그리고 자선바자회 등의 자체 收益事業을 통하여 이루어지고 있으나 運營經費 부족으로 專門人力의 참여

및 총체적인 호스피스 Care제공이 어려운 실정임.

라. 호스피스事業 모델開發

1) 호스피스사업모델의 基本方向: 호스피스 屬性 및 우리나라 保健 醫療政策 懸案을 고려함.

- 事業對象은 病院, 家庭, 獨立施設 중 언제든지 필요한 장소로 옮겨져서 호스피스 Care를 받을 수 있도록 함(事業對象의 다양성, 서비스 지속성).
- 事業對象이 어디서든지 서비스를 받을 수 있도록 지역적인 안배를 고려한 事業主體를 설정함(임종대상의 특성: 장·노년층).
- 事業對象이 호스피스서비스 支拂能力 부족으로 인하여 서비스접근에 제한을 받지 않도록 다양한 서비스공급체계를 개발, 社會的安定에 기여하도록 함(인간의 존엄성).
- 事業資源側面에서는 특별히 새로운 資源을 投入하지 않는 범위내에서 사업이 추진될 수 있도록 하되, 現 資源과 企劃하고자 하는 資源의 비교, 검토를 통하여 實行可能한 政策的 支持體系를 보완, 조정하여 기존 의료자원의 效率을 보다 높일 수 있는 方案의 하나로 접근되도록 함(事業의 容易性 및 醫療資源의 效率性).

2) 호스피스事業 모델

- 事業類型 및 事業主體

- 病院中心 호스피스는 호스피스병동, 또는 認可된 호스피스병상에서 이루어지는 事業類型으로 規定하여 서비스 支拂報償에 따른 事業管理 및 質的 評價가 容易하도록 함.
- 事業主體는 病院中心 호스피스의 경우, 3차진료기관 중 設立主

體가 ‘學校法人(22개소)’ 및 ‘國立大學(7개소)’, 郡地域에서는 「지방공사의료원」을 활용하도록 함. 家庭中心 및 獨立施設 호스피스기관은 認·許可 등의 制度的 裝置를 통하여 家庭中心 호스피스의 경우, 非營利法人(市地域)과 保健所(郡地域), 독립시설 호스피스의 경우는 1차진료기관(완화요법센터)과 非營利法人이 運營主體(종교기관 포함)가 되는 것이 바람직함.

- 호스피스事業 운영모델

- 末期患者 Care場所의 特徵的 問題中心 接近方法을 통하여 호스피스사업모델의 方向과 執行에 따른 우선순위적 實行課題를 다음과 같이 도출함.

말기상태시 관리장소	특징적 문제	정책개발내용
병 원	- 치료중심 의료비용 지불 - 長期 병상점유현상 - 부적절한 Care환경 - 낮은 의료욕구 충족	→ Care중심 지불보상방안 마련 → 장기 입원현상 완화대책 마련 (1차진료기관 활용) → 대상자 욕구충족을 위한 사업운영 → 통증조절을 위한 마약 투약범위의 재설정 → Care중심 서비스
가 정	- 의료욕구 불충족 - 가족의 높은 간호부담 및 말기환자 방치	→ 통증완화대책 마련 → 가정호스피스 활성화

以上 末期患者의 管理實態를 통하여 도출된 政策方向과 호스피스사업모델의 基本方向을 고려하여 採擇possible한 代案을 5가지 開發함.

〈第1案〉: 호스피스수행병원과 事業對象이 비교적 많은 一般病院에서 가정호스피스프로그램을 운영하고 독립시설 호스피스기관은 별도로 사업을 수행하는 方案

〈第2案〉: 호스피스수행병원에서는 가정호스피스프로그램을 운영하

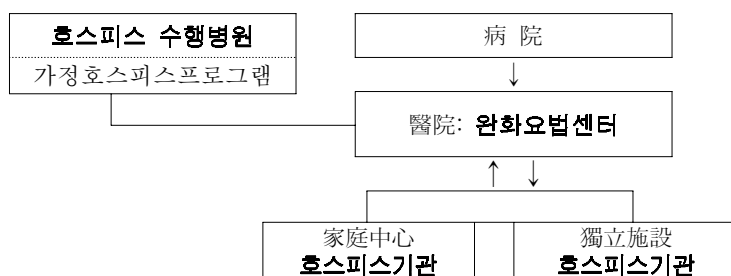
고 一般病院에서는 事業對象을 모두 호스피스 수행병원이나 地域社會 호스피스기관 즉, 가정중심 및 독립시설 호스피스기관에 依賴하는 方案

〈第3案〉: 호스피스수행병원과 一般病院이 모두 가정호스피스프로그램을 운영하지 않고 모두 地域社會 호스피스기관에 의뢰하여 가정중심 및 독립시설 호스피스기관에서 散在되어 있는 환자를 지역별로 할당하여 管理하는 方案

〈第4案〉: 호스피스수행병원(가정호스피스프로그램도 운영)과 一般病院에서 환자거주지역 1차진료기관(가칭 완화요법센터)에 依賴, 移送하면 1차진료의사가 主治醫가 되어 地域社會 호스피스기관(가정중심 및 독립시설 호스피스기관)과 連繫, 運營하는 方案

〈第5案〉: 호스피스수행병원과 一般病院이 가정호스피스프로그램을 운영하지 않고 모두 「완화요법센터」에 의뢰하도록 하여 가정중심 및 독립시설 호스피스기관과 連繫, 運營하는 方案

사업운영모델의 選定은 實現性(資源投入 負擔, 運營의 容易性)과 成果性(資源 效率性, 利用의 便宜性으로 인한 社會的 安定性)에 評價基準을 둠. 事業 導入段階에서는 既存 醫療體系의 變化를 최소화하는 범위내에서 사업이 운영될 수 있는 評價基準(實現性)에 상대적 優位를 두어 〈第1案〉을 選定함. 궁극적으로 달성하고자 하는 최상의 사업 모델은 事業成果가 큰 〈第4案〉을 채택함(그림 참조).



[호스피스事業 運營모델(案)]

- 醫療體系내에 受容되어 醫療人力의 參與度가 높을 것으로 간주되는 代案에 대한 評價는 事業을 導入하는데 중요한 要素이나 본 研究에서는 보류하였음. 醫療體系 受容성은 관련 制度的 裝置와 事業類型別 支拂報償水準 등, 향후 政策手段들과 관련되어 있기 때문에 호스피스사업에 대한 制度的 要件들이 구체화되지 않은 현 상태에서는 流動的임. 따라서 이에 대한 評價는 선정된 最適의 사업운영모델에 대하여 醫療界가 수용할 수 있는 政策手段과 執行戰略을 개발하여야 할 것임.

- 서비스 連繫體系 構築:

- 既存 醫療傳達體系를 適用, 종합병원의 末期患者 長期入院現象을 完화시키기 위한 方案으로 連繫體系를 구축하고자 함.
종합병원에 입원한 호스피스환자를 「완화요법센터」로 의뢰하여 1차진료기관에서의 Care를 유도하고 家庭에서 방치되는 것도 동시에 막고자 함. 즉, 綜合病院 主治醫는 末期 狀態에 대한 전 반적인 ‘退院記錄書(가칭 호스피스의뢰서)’을 작성한 후, 환자 거주지역내 「완화요법센터」로 동 기록을 첨부하여 依賴, 移送하게 함. 地域社會 호스피스센터 역할을 하는 「완화요법센터」의 醫師는 환자상태 및 요구에 따라 동 센터에서 입원, 관리하거나 醫療的 處方 및 투약처방권을 담당하면서 지역내(가정 또는 독립시설) 호스피스기관에 의뢰, 언제든지 가정과 센터를 이용할 수 있도록 함. 事業類型間 依賴・移送時에는 현 3차진료기관에서 1차진료기관으로 回送한 경우에 算定되는 ‘回送料’를 적용함.
- 호스피스를 수행하지 않고 있는 일반병원에 입원한 末期患者에 대한 家庭으로의 퇴원 誘引策으로써 퇴원 후 應急時 入院할 수 있도록 痛症緩和 病室인 「돌봄실」의 설치가 요구됨.

3) 호스피스 事業對象

- 수술, 항암요법, 방사선요법 등을 시행했으나, 더 이상의 醫療的 效果를 기대하기 어려운 임종이 3~6개월이내로 예견되는 癌患者
- 醫療的 診斷에 의하여 임종이 3~6개월이내로 예견되는 醫療保險 給與 중에 있지 않는 상태의 고혈압성질환 및 뇌혈관질환자 (단, 家庭中心 호스피스에 한함)
- 主治醫와 호스피스지정의사(假稱)가 호스피스대상으로 판정한 환자
- 위 대상 중 호스피스 概念과 哲學을 이해하고 동의하는 患者
- 위 대상 중 兒童 및 靑少年은 제외시킴.

以上 事業對象은 우리나라의 死因構造와 방치되고 있는 疾患을 고려하였으며 현재 관리 중인 노인 임종환자에 대한 판단은 醫師의 자율에 맡기고자 하였음. 醫師로 하여금 호스피스환자 判定에 따른 갈등을 다소나마 줄이고자 外國의 事例를 토대로 보다 臨終에 가까운 時期인 臨終前 3개월을 제시, 강조하였음.

4) 호스피스 事業技術 및 事業人力別 役割

- 호스피스 사업내용
 - 事業對象에게 반드시 제공되어야 할 기본서비스로는 患者狀態 査定, 投藥 및 處置活動, 專門, 또는 非專門人力(自願奉仕者)에 의한 환자의 청결유지 및 품위유지를 위한 非治療的 身體 Care, 환자 및 家族과의 相談 및 敎育, 情緒的·靈的 Care 등이며 개별서비스로는 治療的 身體 Care와 家族管理로 제시함.
- 호스피스 事業人力別 役割
 - 호스피스行政家(實務兼職으로 의사 또는 간호사가 담당하도록 함)
 - 호스피스프로그램 計劃, 實行 및 調整, 評價

- 事業人力의 호스피스活動 指導監督 및 調整, 情緒的 支持提供
- 醫師
 - 末期患者에 대한 醫學的 査定
 - 적절한 진통제 선택과 용량의 計劃
 - 통증조절을 위한 處方 및 效果判定
 - 호스피스 事業人力 敎育에 대한 計劃 및 參與
- 看護師
 - 患者 및 家族에 대한 治療的, 非治療的 看護提供
 - 통증 및 증상조절을 위한 투약 및 처치
 - 약물 부작용의 발생에 대한 지속적인 관찰 및 監視活動
 - 患者 및 家族에 대한 敎育 및 相談(가정호스피스: 전화상담)
 - 患者, 家族, 事業人力間 효과적인 意思疏通 지원 및 仲介役割
- 司牧者(敎役者)
 - 환자 및 가족에 대한 靈的 相談者
 - 환자 및 가족의 社會的, 經濟的, 家庭問題 상담
 - 環境療法 등을 통한 고통완화의 補助的 Care에 참여
 - 事業人力에 대한 情緒的 支持 제공
- 社會事業家
 - 事業對象의 社會적 문제와 관련된 利益 代辯者
 - 환자 및 가족의 社會的, 經濟的 問題 상담
 - 유족상담을 통한 死別管理프로그램의 指導者的 역할
- 自願奉仕者
 - 患者에 대한 일상적 서비스 제공
 - 환자가족의 역할대행 및 보조(가사일 助力者)
 - 환자주변 환경정리(병실 및 침상정리, 소지품정리)
 - 사업기관 업무보조(전화접수, 서류정리, 타이핑 등)
 - 地域社會 奉仕(호스피스 홍보 및 기금마련을 위한 활동 등)

마. 호스피스事業 制度的 要件

1) 호스피스酬價 支拂方案

- 병원호스피스

- 현재 병원호스피스에서는 일반 입원환자와 동일하게 ‘入院料’, ‘個別行爲料’, ‘一般慣行酬價’를 받고 있음. 따라서 지불되고 있지 않는 서비스는 非治療的 Care, 情緒的·靈的 Care, 家族管理 등임. 호스피스수가는 가장 많은 시간을 할애하면서 호스피스환자에게 기본적으로 제공되어야 되는 直接行爲料의 성격을 띤 非治療的 Care(1일 420분 제공)와 情緒的 Care(1일 200분)에 대하여 支拂報償方案을 마련함. 즉, 非治療的 Care에 대한 支拂報償費用(신체관리료)은 환자 1인당 1일 기본적인 서비스 제공에 대한 追加看護人力 投入時間(45분)에 따른 人件費 原價를 算出, 7,480원을 제시하였으며 看護人力의 情緒的 Care비용은 4,300원을 제시함. 사목자에 의한 靈的 Care는 自願奉仕 次元에서 제공되는 것을 원칙으로 함.
- 기존의 醫療保險酬價體系를 유지하면서 지불보상될 수 있는 현실적인 ‘신체관리료’의 報償方法 및 金額으로는 現在 病院의 ‘집중치료실’의 경우, ‘의학관리료’와 ‘간호관리료’가 100% 加算이 가능하다는 점에 着眼하여 ‘호스피스병실’의 경우, 醫師의 基本 醫療活動은 ‘일반병실’과 동일하게 수행되고 있으므로 현재의 일반병실과 동일하게 유지하고 비치료적 신체 Care는 ‘집중치료실’과 유사한 간호인력의 활동이 요구된다고 간주하여 환자 1인당 1일 ‘간호관리료’ 100% 加算金額(3차진료기관 4,420원)을 認定하여 支拂報償되는 方案을 제안함. 이 加算費用은 ‘신체관리료’에 대한 人件費 原價報償金額의 60% 수준에 해당됨.

2) 호스피스 事業人力 確保方案

- 醫師人力 確保方案

- 臨床 各科의 모든 醫師들이 호스피스사업에 참여할 수 있도록 호스피스교육프로그램을 개방함. 특히 ‘家庭醫學科’ 專攻醫 修練課程에 공식적으로 호스피스교육프로그램을 삼입하여 ‘호스피스 指定醫師’ 자격을 부여, 전국의 行政地域圈別로 요구되는 『완화 요법센터』의 설립 및 운영을 촉진시키도록 함. 醫師의 참여가 어려운 地域의 경우에는 時間制 醫師의 雇傭, 은퇴한 醫師(腫瘍 專門醫) 및 保健所 醫師를 활용하는 方案을 적극적으로 검토하여야 함.

- 看護師 確保方案

- 호스피스간호사 資格證制度를 마련하여 質的 水準을 유지하고 호스피스 遂行機關에 대한 認可 基準의 하나로 활용하도록 함. 家庭中心 호스피스의 경우에는 家庭看護師의 자격을 소지한 者에 한하여 호스피스활동을 수행할 수 있도록 하여 가정간호와 호스피스간호를 연계할 수 있는 基本的 體系를 마련함. 이에 가정간호사 敎育課程에 호스피스교육프로그램을 포함시켜 家庭看護의 일환으로 호스피스교육프로그램을 운영하도록 하는 方案이 요구됨. 參與도가 낮은 경우, 전업주부의 遊休看護人力의 참여를 提高하기 위하여 時間制 호스피스활동을 도입하도록 함.

- 自願奉仕者 確保方案

- 호스피스사업 參與를 위한 動機誘發方案으로는 호스피스활동에 대한 社會的 價値(‘召命’과 ‘專門 自願奉仕者’로서의 역할)를 부여한 對國民 弘報를 실시하도록 함. 持續性인 活動維持方案으로는 공식적인 意思疏通 채널의 開發과 체계적인 人力管理가 요

구됨. 즉, 각 地域社會 關聯團體에서 統合, 管理하여 특히 가정 및 독립시설 호스피스기관에 대하여 원활한 人力調達이 이루어 질 수 있도록 하고 關聯情報雜紙를 개발, 專門人力과의 對話의 場을 마련함. 팀활동이 미진한 가정 및 독립시설 호스피스기관의 自願奉仕者들에게는 自願奉仕活動 중 접하는 問題에 대하여 소속기관 및 關聯團體에 즉시 알릴 수 있도록 통신망을 構築, 즉각적으로 대처해 줌으로써 소속감을 提高시키도록 함.

- 정신적으로 성숙하고 경험이 많은 高年齡의 醫師 및 看護師의 참여를 촉진시키기 위해서는 專門人의 自願奉仕活動에 대한 다양한 參與方法(말기환자 처방권 담당, 환자교육 담당) 및 參與時間制(時間制, 週末參與制, 月末參與制, 患者擔當制)를 개발하여 專門 自願奉仕者를 적극 활용, 事業 費用負擔을 줄이도록 함.

II. 호스피스 政策方向과 課題

1. 事業人力 確保를 위한 戰略推進

- 關聯 專門團體의 참여를 통한 ‘호스피스 敎育課程’ 開發 및 實施
 - 호스피스사업은 팀접근이므로 각 專門分野가 참여한 技術的 個別領域과 多學問的 共通領域으로 구성된 敎育課程 開發이 事業 人力 養成을 위해 우선적으로 요구됨.
- 醫療人 定規 敎科課程을 통한 호스피스 敎育實施
 - 호스피스 事業對象 依賴에 중요한 역할을 하는 醫師와 호스피스 Care의 主事業人力인 看護師에 대한 事業參與 提高方案으로써 의과대학 및 간호대학 敎科課程에 호스피스내용을 삽입, 學校敎育을 통하여 호스피스에 대한 認識을 提高시킴.

- ‘家庭醫學 專攻醫 修練課程’ 및 ‘家庭看護師 敎育課程’에 호스피스 敎育課程 포함·실시 및 資格證 부여
- 호스피스 專擔團體에서의 은퇴한 醫師 및 遊休看護人力 등의 專門 自願奉仕人力銀行 開設 및 運營

2. 事業施設 確保를 위한 戰略推進

- 適正 병원호스피스 施設設置를 위한 基準開發
 - 適正한 병원호스피스시설의 설치는 醫療資源의 效率的 活用側面에서 요구되는데 필요한 對象이 入院할 수 있도록 하기 위해서는 병원호스피스 입원대상의 적절성에 대한 프로토콜을 開發, 이를 基準으로 입원하도록 하는 方案이 요구됨.
- 가정중심 및 독립시설 호스피스기관 認·許可基準 關聯法令 制定
 - 家庭中心 및 獨立施設 호스피스기관의 認定設置基準 및 許可에 관한 사항, 運營基準 등은 既 規定된 ‘社會福祉事業法 施行令’ 및 ‘社會福祉事業法 施行規則’에 準하여 ‘호스피스시설의 設置基準’ 및 ‘호스피스 運營基準’을 마련하는 작업이 요구됨.
- 호스피스기관 設立 勸獎 및 運營支援策 開發
 - 호스피스사업 參與誘導를 위한 誘引策 마련: 가정중심 및 독립시설 호스피스기관, 특히 中診療圈別로 「완화요법센터」가 設置·指定되기 위해서는 設立 및 運營에 따른 長期低利融資, 稅制惠澤, 社會福祉基金 活用 등을 통한 財政的 報償과 社會的 價値提高方案 마련이 요구됨.
 - 寄附金 制度의 活性化: 현 호스피스사업이 寄附金에 의하여 운영되고 있음(家庭中心 및 독립시설 호스피스기관은 全的으로 依存)

을 감안하여 地域社會 참여유도를 위한 寄附金 制度의 養成化 方案을 마련하고 현 法定寄附金보다 낮은 稅制惠澤의 차이를 동등하게, 또는 격차를 줄여서 호스피스사업에 대한 社會價値를 提高, 동참할 수 있는 기회의 폭을 넓혀야 함(社會福祉 寄附金이 政治的 寄附金보다 稅制上 더 유리한 혜택을 받고 있는 日本의 경우를 감안하여야 함).

- 호스피스 未遂行 3차 진료기관에 대한 「돌봄실」설치 義務化
 - 호스피스 未遂行 3차 진료기관의 病床回轉率 提高 및 가정호스피스 活性化를 위해서는 호스피스 未遂行病院의 末期患者 退院 誘引策으로써 痛症緩和 病室인 「돌봄실」 설치의 義務化가 요구됨.

3. 事業對象 痛症緩和를 위한 戰略推進

가. 麻藥投藥範圍 再設定을 위한 關聯法 修正 · 補完

‘호스피스지정의사’의 처방하에 있는 호스피스환자에 대해서는 통증의 고통을 없앤다는 他患者와의 差別化된 서비스 提供策으로써 醫療保險 給與對象 麻藥의 종류와 용량에 제한을 두지 않도록 關聯法 및 醫療保險 給與基準에 대한 수정, 보완이 요구됨.

나. 家庭호스피스 患者에 대한 麻藥管理體系 마련

의료인들은 마약사용에 따른 保健機關에서의 마약감시반의 監督과 監査에 대한 부정적인 시각으로 인하여 마약사용을 기피하고 있음. 이러한 실정에 비추어 볼 때, 가정호스피스 환자는 마약관리가 문제시될 수 있어 마약처방을 기피할 가능성이 큼. 따라서 가정호스피스환자

에게도 병원호스피스환자와 동등한 수준의 痛症緩和療法이 제공되기 위해서는 해당 保健機關이 家庭에서의 마약사용에 대한 직접 管理方案이 요구됨.

다. 醫療人에 대한 痛症醫學 教育

의료인력들이 마약사용에 대한 부정적 요인을 제거하고 통증완화와 말기 Care에 대한 認識을 提高하기 위해서는 최신의 痛症醫學에 대한 교육이 요구됨.

4. 호스피스事業 專擔管理團體(機構) 新設

末期患者나 그 家族들은 호스피스에 대한 情報가 부족하여 호스피스의 도움을 올바르게 받지 못할 수 있음. 이에 호스피스에 대한 적극적이고 능동적인 홍보를 통하여 이용자, 공급자 공히 事業效果를 높일 수 있도록 지속적이고 책임있는 기관에서의 弘報가 필요함. 또한 호스피스가 醫療體系내에 정착되려면 事業人力 및 施設管理가 요구되며 서비스의 標準化가 요구됨. 따라서 體系的인 事業管理 및 調整, 統制機能을 가진 專擔管理團體가 필요함.

5. 醫療體系內 受容性 파악을 위한 示範運營

우리나라 末期患者의 호스피스 需要把握과 제시된 支拂報償體系의 적절성을 檢證하고 開發된 호스피스사업 운영모델에 대한 醫療界의 受容性을 타진하기 위해서는 事業擴大前 示範的인 사업실시가 요구됨.

I. 序 論

1. 研究背景

우리 社會는 福祉社會를 구현하고자 하는 강한 時代的 요청에 따라 새로운 福祉制度의 도입과 함께 保健醫療體系의 構造的인 변화가 진행되고 있다. 이러한 變化는 궁극적으로 모든 사람에게 요람에서 무덤까지의 ‘삶의 質’을 향상시키고자 하는 의미로 함축될 수 있는데 죽음을 앞둔 末期患者¹⁾의 경우에도 예외가 아님을 시사하는 것이라 하겠다.

그동안 高度로 과학화된 現代醫學이 많은 사람들을 疾病의 고통에서 벗어나게 해 주었고 壽命을 延長시켜 주었지만 치유가능성이 없거나 죽음이 예견되는 末期患者의 경우에는 그 過程에서의 機械化와 非人間化(환자 본인이 배제된 他律性和 受動性)가 人間性의 상실과 受動的인 臨終期間의 영위, 그리고 이로 인하여 초래되는 고통 등으로 末期患者의 삶의 質²⁾에 많은 문제점을 내포하게 되었다.

1960년대 중반부터 提起되기 시작한 이에 대한 批判은 기존 치료 모델에 대한 覺醒과 省察을 요구하게 되었는데, 檢査, 診斷 및 治療를 목적으로 하는 現 우리나라 醫療體系에서는 피할 수 없는 것으로, 末

1) 末期患者는 醫師가 질환에 의한 客觀的 症狀에 우선적으로 근거하여 理致에 맞는 죽음을 예후한 경우로 醫學的 診斷을 통하여 壽命이 6개월 미만으로 예견되는 者(HHS, 1983)를 의미한다.

2) 末期患者의 삶의 質은 전반적인 만족감에 대한 주관적인 측정이며(Levy, 1975; Padilla, 1985), 삶의 質에 기여하는 要因으로는 ‘個人的 調節經驗’과 ‘自我 존중감’으로 제시된다(Lewis, 1982; Schmale, 1985).

末期患者에 대처할 수 있는 政策的 代案의 不在가 그 한 要因으로 指摘될 수 있다.

1994년 WHO(세계보건기구)에서는 現存 知識體에서 末期患者에 대처할 수 있는 醫療(terminal care)야말로 患者의 ‘삶의 質’에 效果的임을 公表하면서(Stjernsward, 1994:2) 그 어떤 疾患보다도 특히 癌患者에 대한 末期醫療의 重要성을 강조한 바 있는데 1994년 우리나라 全體死因 중 癌으로 인한 死亡이 1위를 차지하여 死亡者 5명 중 1명이 암으로 사망한 것으로 나타났다(통계청, 1994:33). 그동안 우리나라는 人口의 高齡化와 疾病樣相의 變化로 癌으로 인한 死亡이 해마다 높아지고 있어 이러한 趨勢는 앞으로 계속될 것으로 전망되는데 아직 末期患者를 위한 施設이나 프로그램은 전혀 준비되어 있지 못하고 있는 실정이다.

이러한 醫療現實에서 이들은 家族에게 의존할 수 밖에 없는 입장에 처해 있는데³⁾ 産業化가 급격하게 진행되면서 초래된 核家族型 家族構造와 女性의 社會進出 등으로, 看護提供者인 그 가족 역시 身體的, 精神的 어려움을 안게 되어 이들은 家庭내에서도 부담스런 존재로 남게 되었다. 특히 의료비 지불능력이 없는 경우에는 대부분 아무런 對策없이 방치되고 있어 이들 末期患者로 하여금 신체적 고통은 물론 精神的, 經濟的 苦痛마저 가중시키게 하고 있다. 이러한 複合的인 要因으로 인하여 더 이상 生産性이 없는 末期患者는 現 醫療體系에서는 물론 家庭에서도 대부분 방치되고 있는 형편이다.

이와 같은 일련의 여건변화는 종래의 個人, 또는 家族의 責任으로부터 社會的 問題로提起되어 公共責任의 한 부문인 의료의 役割轉換

3) 1991년 50세이후 死亡者(의료보험관리공단 대상자) 중 死亡前 醫療機關 多頻度 利用疾患으로 1위 위암, 2위 간암으로 나타났으며(유승훈, 1992:130), 1991년 암으로 인한 死亡者의 死亡場所로는 家庭이 85%로 나타났다(통계청, 1991).

을 요구하고 있음을 示唆하나 아직 우리나라 醫療體系는 이를 受容하고 있지 못하고 있는 바, 본 研究를 시도한 目的이 바로 여기에 있다. 즉, 醫療나 福祉制度의 關鍵이 되는 概念이 삶의 質이고 福祉社會가 추구하는 것이 궁극적으로 삶의 質의 향상이라고 볼 때, 치료(cure)가 不可能하거나 죽음이 예견되는 末期患者의 경우에도 質的인 삶은 영위되어야 하며 이를 위해서는 인간의 尊嚴性에 根據를 둔 지속적인 돌봄(care)⁴⁾이 필요하고 이는 우선적으로 醫療體系내에서 그 代案이 모색되어야 한다는 관점이다.

한편 末期患者에게 초래되는 問題들이 커다란 고통(신체적:통증, 정신적:외로움, 사회적:조절능력의 상실, 영적:두려움)으로 擡頭되는 것에 대해서는 인간을 部分으로 나누어 治療하는 기존 의료틀을 초월하여, 말기환자 각 개인의 尊嚴性을 고양시키고 임종까지 주어진 삶의 내용을 보다 충실히 해주는데 그 돌봄의 초점을 둘 때, 末期患者의 質的인 삶은 영위될 수 있다고 본다.

이미 암으로 인한 標準化死亡率이 우리나라보다 낮은 先進國⁵⁾에서는 제한된 壽命을 가진 患者를 위한 돌봄의 서비스가 既存 醫療體系의 한 분야로서 정착되어 그 運營이 보다 다양한 形態로 전개되고 있음은 示唆하는 바가 매우 큰데, 우리나라에서는 宗教的 理念에서 설립

4) Care는 라틴어의 'Kara'라는 語原에서 나온 것으로 그 意味는 '울다, 통곡하다, 슬퍼하다, 근심하다'라는 뜻으로 한 개인의 아픔과 苦痛에 참여하여 함께 아파하고 슬퍼한다는 공감의 의미가 강하다. 그러므로 'to present' 함께 있고, 함께 느끼며, 함께 존재(to there)한다는 의미가 강하게 내포되어 있다. 한편 Martin Bulmer(1987)는 Care란 具體的이고 身體的인 접촉을 통해서 도와주고 돌봐주고 物質的 및 心理的인 援助, 그리고 다른 사람에 대한 일반적인 관심이라고 하였으며 松原一郎(1990)는 Care라는 말은 어느 정도 醫療的이고 看護的인 서비스와 身體的으로 부자유한 사람에 대한 援助를 의미하는 것이며 애정과 함께 義務感, 責任感 및 獻身이 포함되어 있다고 하였다.

5) 世界人口에 標準化하여 우리나라 암사망률을 美國, 日本과 비교해 보면 암사망률(남자)이 1.5배 높음.

된 기관을 중심으로 奉仕的 次元에서 제한적으로 수행되고 있을 뿐, 일반인은 물론 醫療人에게조차도 아직 인식되고 있지 못하고 있는 실정이다.

그러나 이러한 조그만 움직임은 일부 醫療界로 하여금 末期患者의 요구에 관심을 기울이게 하여, 최근 이들의 要求度와 醫療費에 대하여 研究가 수행된 바(고경봉, 1990: 왕매련, 1990: 유승흠, 1991: 이경식, 1995), 우리나라 실정에 적합한 새로운 패러다임으로서의 末期患者管理體系의 開發을 主張하기에 이르렀다.

따라서 尖端科學을 앞세운 現 醫療에 대한 보다 나은 代案的 體系의 하나로서, 이들을 위한 관리체계모델이 우리나라에도 導入되어야 함은 당연한 사실로, 인간의 존엄성과 自己決定을 소중히 하는 돌봄(care)의 프로그램이 제공되기 위해서는 우리 社會속에서 이용가능한 資源을 최대한 활용하는 것이 바람직할 것이다. 이러한 전제는 인간이란 身體的, 精神的, 社會的, 靈的인 존재(Marstone, 1980:15; Shelly, 1980)이기 때문에 본 研究를 시도하는 또 다른 目的이 여기에 있다. 즉, 都市化와 核家族化로 인한 가족과의 고립감 속에서 중환자실, 多人用 病室 등에서 죽음을 맞이하는 이들이 처해 있는 상황은 精神的, 社會的, 靈的인 서비스를 필요로 하는 바, 인간은 部分의 습이 아닌 그 以上の 全體로서 이해하는 총체적인 돌봄(holistic care)으로 접근될 수 있는 方案을 마련하고자 하는 것이다. 죽음을 수용하거나 준비하기를 꺼려하는 우리 文化圈속에서 이들에 대한 서비스가 ‘과연 ‘制度的으로 필요한 것인가’를 論하기 보다는 ‘무엇을(人的, 物的資源) 어떻게 정책적으로 制度化하여야 할 것인가’가 본 研究의 焦點이다. 이에 ‘누가(事業主體), 어디에서(事業機關), 무엇을(事業內容 및 範圍), 누구에게(事業對象), 어떻게(運營方法, 形態 및 서비스지불방법) 제공하느냐’에 따라 그 制度化 方向과 內容은 달라질 것이므로 우선적으로

事業運營 모델개발을 위한 體系的인 接近이 요구된다.

이러한 背景하에서 시도된 본 研究에서는 30여년 전부터 先進國에서부터 시작되어 온 末期患者를 위한 終末期 醫療(terminal care)事業, 이른바 「호스피스(hospice)」의 概念 및 哲學을 고찰하고 歷史的 經驗을 파악하여 우리나라 末期患者 問題를 해결할 수 있는 方案을 제시하고자 한다.

2. 研究目的

본 研究는 우리나라가 福祉國家로 향하는 발판을 마련하기 위하여 호스피스사업 導入을 위한 諸般 與件을 査定하고 문제점을 도출, 우리나라 保健醫療體系의 한 부분으로서 정착될 수 있는 호스피스사업모델을 開發하는데 그 目的이 있다. 구체적 目的은 다음과 같다.

첫째, 호스피스 概念分析을 통하여 호스피스 屬性을 파악, 總體的 서비스로 접근될 수 있는 호스피스사업의 構成要素를 糾明한다.

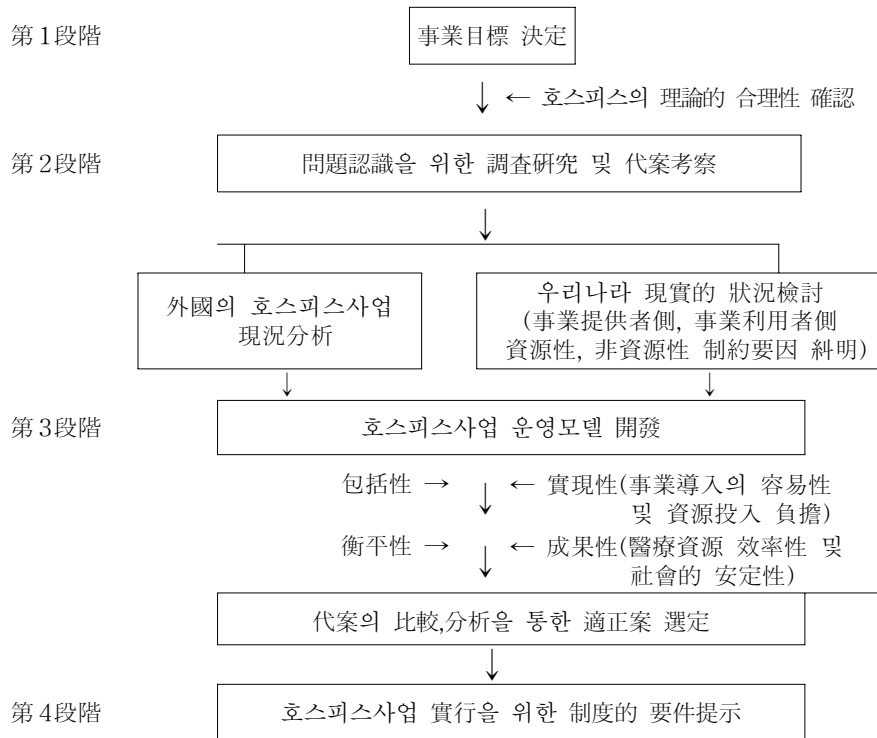
둘째, 우리나라 末期患者 管理實態를 분석하여 문제점을 도출, 우리나라 실정에 적합한 호스피스 事業主體, 事業對象, 事業技術을 제시하고 호스피스사업 運營體系를 開發한다.

셋째, 호스피스사업 수행에 요구되는 事業人力 및 事業施設 確保方案을 제시하고 호스피스 酬價를 開發한다.

3. 研究內容 및 方法

가. 基本研究 設計

保健醫療事業 企劃의 諸 過程을 어떻게 수행할 것인가에 대해서는 뚜렷한 定說이 확립되어 있지 않다. 이는 保健醫療企劃 뿐만 아니라 一般事業企劃에서도 學者들간에 의견의 차이가 있다. 이에 따라 본 研究에서는 여러 方向의 企劃過程 중에서 George Galloway(1941)의 企劃發展段階를 본 研究目的에 부합되도록 보완하여 研究方向을 設定하였는데, 본 研究의 基本틀은 다음과 같다.



[그림 1] 研究의 基本틀

나. 研究內容 및 範圍

본 연구의 主要內容과 範圍는 위 研究設計에 依據하여 다음과 같이 설정하였다.

1) 第 1段階: 追求하여야 할 目標決定

호스피스事業을 통해 얻고자 하는 것이 무엇인가를 명확하게 파악하기 위해서는 達成하여야 할 구체적인 目標가 무엇인가를 確認하는 작업이 필요하다. 이에 第 II 章에서는 치료모델에서의 의료서비스와 구별되는 호스피스 概念에 대한 分析을 통하여 호스피스 屬性이 무엇인가를 제시하고 어떠한 目的을 가지고 호스피스사업이 도입되어야 하는지를 파악하여 호스피스사업의 理論的 合理性을 추구하고자 한다.

2) 第 2段階: 問題認識을 위한 調查研究 및 代案考察

英國, 美國, 日本에서의 호스피스사업 배경과 事業主體, 事業類型, 事業對象, 事業內容, 그리고 財源調達方法 등을 파악하여 우리나라 호스피스사업 도입에 적절한 代案을 모색하고자 한다.

第 III 章에서는 末期 癌患者 現況 및 要求度を 파악하여 호스피스의 制度化를 위한 利用者側 診斷을 실시, 우리나라에서의 호스피스사업의 現實的 妥當性を 確認하고 問題點 및 制約要因을 도출한다. 또한 호스피스 活動現況을 파악하여 供給者側 진단을 실시, 事業類型別 強點 및 弱點을 糾明하며 調查內容은 아래와 같다.

- 利用者側 現況: 癌死亡者의 死亡前 醫療機關 利用行態 및 死亡場所
3차진료기관 入院 多頻度 疾患分析
- 호스피스 事業對象 需要推定
- 提供者側 現況: 事業類型別 事業主體, 事業對象, 事業內容, 事業人力,

事業實績, 서비스 提供特性, 運營費用,
末期患者 醫療費用 支拂現況

3) 第 3段階: 호스피스事業 운영모델 開發

第 IV 章에서는 현재 事業類型을 토대로 強點과 制約點을 糾明하여 우리나라 실정에 적합한 事業 構成要素를 확인하고 諸 代案의 比較, 分析을 통하여 우리나라 保健醫療政策 構圖 속으로 포함될 수 있는 호스피스사업모델을 開發하고자 하였다. 호스피스사업모델 設定에서 다룬 내용은 아래와 같다.

- 事業類型別 運營主體
- 事業對象 選定基準,
- 事業人力 構成 및 役割範圍
- 最適의 事業運營모델 選定
- 서비스 連繫體系 構築

4) 第 4段階: 호스피스事業 實行企劃 作成

第 V 章에서는 事業導入을 위한 事業資源 確保方案과 事業技術 提高를 위한 制度的 要件을 제시하며 그 내용은 아래와 같다.

- 호스피스酬價 算定方案
- 事業人力 確保方案
- 麻藥投藥範圍 再設定

다. 研究方法

본 研究의 目的을 달성하고자 다음의 接近方法을 통하여 자료수집이 이루어졌다.

1) 既存 資料考察 및 分析

호스피스 概念 및 哲學은 既存 資料를 활용하였으며 外國의 호스피스사업 現況 및 特性에 대해서는 호스피스의 發源地인 英國과 의료 체계내 정착된 美國, 그리고 초기단계에 있는 日本의 자료를 고찰하였다. 그 외 캐나다, 프랑스, 홍콩 등의 일부 國家에서도 호스피스사업이 수행되고 있으나 事業이 日淺하고 자료수집이 어려워 保健醫療體系가 특징적인 세 國家의 호스피스사업에 대하여 검토하였다.

한편 우리나라 末期患者에 대한 現況은 既存 死亡統計資料를 활용하였으며 3차진료기관의 入院 多頻度疾患 現況은 1994년 7월 부터 1994년 12월까지 6개월간 전국 35개 3차진료기관에서 『醫療保險聯合會』에 청구한 入院診療 전산화일을 活用, 分析하였다. 암환자의 身體的, 精神的, 社會的 要求도는 既存 研究結果를 활용하였는데 이는 臨床現場에서 직접 末期患者를 관리하는 醫療人에 의해서 파악된 要求內容이 보다 信賴性이 있다고 판단되었기 때문이다. 그 외 關聯 法, 醫療保險 療養給與基準 및 診療酬價基準 등의 자료를 활용하였다.

2) 現況調査

우리나라 호스피스활동의 實狀을 파악하고 事業遂行에 따른 問題點 및 制約要因을 도출하고자 호스피스 수행기관을 대상으로 事業(엄밀한 의미에서는 事業이라기보다는 末期患者를 돌보고 있는)現況調査를 실시하였다. 그러나 현재 ‘호스피스기관’이란 명칭이 命名되어 있지 않기 때문에 본 研究에서는 1990년 組織된 『한국호스피스협회』 및 『가톨릭호스피스협회』 會員(27명)을 대상으로 호스피스 遂行機關을 파악하여 전국 30개 機關을 대상으로 기 개발된 ‘호스피스사업 現황조사표’를 이용, 1995년 4~5월 동안 우편설문조사를 실시하였다.

調査対象機關 중 22개 기관에서 자료가 수집되었는데 자료가 수집되지 못한 機關은 순수 奉仕次元에서 호스피스를 수행하고 있어 밝히기를 꺼려하는 경우, 필요한 대상이 있을 경우에만 수행하고 있는 경우, 그리고 조사일 현재 호스피스활동을 수행하고 있지 않거나 初期段階인 것으로 나타났다.⁶⁾

3) 事業運營 深層分析

호스피스사업 制度化를 위한 事業資源의 確保方案을 도출하고자 비교적 체계적으로 사업이 수행되고 있는 3개 기관을 대상으로 深層分析을 시도하였다. 즉, 호스피스 事業類型別로 각 1개 기관을 選定하여(가톨릭강남성모병원, 이대가정호스피스, 샘물호스피스) 末期患者에 대한 서비스 記錄內容 및 支拂報償內譯 등을 분석하고 事業提供者로 하여금 業務遂行過程에 대한 活動日誌(worksheet)를 작성하도록 하여 서비스 내용별 서비스 제공시간 등을 파악, 事業類型別 活動水準을 분석하였다.

라. 研究의 制限點

호스피스는 하나의 서비스프로그램이다. 따라서 호스피스서비스에 대한 質的 評價는 적정서비스의 保障次元에서 매우 중요한 부분을 차지하고 있다. 그럼에도 불구하고 본 연구에서는 事業機關別, 또는 事業類型別 서비스에 대한 質的 評價를 수행하지 못하고 量的實態 파악에만 그쳤다. 이는 호스피스 Care가 아직 無定型의 서비스로, 標準化

6) 一部 病院 및 機關들이 末期患者를 管理하고 있는 것으로 나타났으나 公共政策과는 무관하게 奉仕次元(制度圈속에서 活動하지 않는 機關: 성가복지병원)에서 수행할 계획에 있거나 事業 初期段階(의정부성모병원), 또는 調査日 現在 호스피스를 遂行하고 있지 않는 것으로 파악되었다(광림호스피스).

가 마련되어 있지 않는 상태이기 때문에 質的 評價를 위한 基準이나 道具適用이 어려웠기 때문이다. 최근 醫療의 質的 評價基準의 하나로 서 서비스 利用者에 대한 滿足度を 활용하기도 하는데 본 研究에서는 호스피스 이용자에 대한 滿足度, 또는 호스피스 Care 효과에 대한 實證的 分析을 시도하지 못하였다.

호스피스서비스에 대한 酬價算定에 있어서는 體系的인 事業運營과 活動을 전개하고 있는 機關이 少數임에 따라 본 研究에서는 事業類型別로 각 1개기관의 資料에만 의존하여 제시하였다는 점이 制限點으로 향후 보다 많은 資料確保를 통한 深層研究가 요구된다.

현재 우리나라의 호스피스는 서비스중심의 活動으로 전개되고 있다. 이러한 점때문에 아직 專門的이고 體系的인 學問的 기틀을 마련하지 못하여 先進國에서 도입된 호스피스의 相關용어가 한글로 정식으로 標準化되어 있지 못한 상태이다. 이에 본 研究에서는 호스피스시설에 초점을 두었을 때에는 病院中心 호스피스기관(또는 호스피스수행 병원), 家庭中心 호스피스기관, 獨立施設 호스피스기관의 용어를 사용하였고 서비스 場(field)의 概念으로 記述하고자 할 때에는 病院(中心), 家庭(中心), 獨立施設 호스피스의 용어를 사용하였다. 또한 事業技術에서 제시하고자 하는 호스피스서비스에 대해서는 ‘호스피스 Care’로 記述하였다. 그러나 적절한 용어를 記述하는데 어려움이 있어 용어의 혼돈이 있을 수 있다.

II. 호스피스⁷⁾의 歴史的 考察

1. 호스피스⁷⁾의 概念

호스피스(hospice)라는 단어는 라틴어의 어원인 hospitum(손님접대, 손님을 맞이하는 장소)으로부터 起因되었는데 주인과 손님이 서로 돌보는 것을 의미한다. 古代後期와 中世初期에 사용하던 hospital, hostel, hotel도 같은 어원에서 기원하였으며 이것 역시 같은 의미를 지니고 있다. 中世紀에는 聖地 예루살렘으로 가는 순례자나 여행자가 하룻밤 쉬어가던 휴식처를 「호스피스」라 하여 이러한 이유때문에 오늘날에는 호스피스의 개념이 한 生에서 다른 生으로 가는 旅行者에게 문이 열려 있다는 것을 의미하는 것으로 해석되기도 한다.⁷⁾

현재의 호스피스에 대한 概念이 正立되기 시작한 것은 1970년대 末期인데 이 時期 이후부터 호스피스 概念에 대한 학문적 접근이 이루어지기 시작하였다.

호스피스에 대한 概念을 考察해 보면 人爲的으로 수명을 연장시키거나 단축시킴이 없이 자연스런 임종의 환경을 제공하는 것이며(Cohen, 1979:26) 肉體的, 靈的, 그리고 心理的 Care를 통하여 환자로 하여금 자신의 죽음을 인간답게 수용할 수 있도록 하는 것이다(Franco, 1979:55). 특정 장소나 건물이 아니라 임종환자의 증상을 조절하고 그 밖의 필요한 서비스를 제공하는 프로그램으로 末期患者와 그 가족에 대해 病院과 家庭에서 지속적인 관리를 제공하는 medically-directed, nurse-coordinated program이다(Flexner, 1979:248). 환자와 그 가족의 身體

7) 佛敎에서는 「Vihara」라는 寺院에서 이러한 유례를 찾아볼 수 있다(口言).

的, 精神的, 社會的, 靈的 要求를 충족시켜 주는 것이 호스피스에의 투신이며 임종환자의 죽음의 과정을 변화시켜 견딜 수 있고 의미가 충만한 경험이 되도록 해주는 것이 호스피스 참여자의 召命이다(Fox, 1981:42). 호스피스는 3P 즉, Place(場所), Person(人間), Philosophy(哲學)이며 죽음에 이를 때 개인의 성취와 감각과 위엄있는 죽음을 추구하도록 하기 위한 體系的인 Care로 호스피스의 초점은 疾病보다는 患者와 그 家族에게 있고 目標은 수명의 연장이 아니라 남은 수명의 삶의 質의 향상이다(Randolph, 1982). 限界壽命을 가진 환자에 대하여 病院과 家庭에서의 Care를 병행하는 것(Adams, 1985:9)이라고 많은 學者들이 그들 나름대로 호스피스를 定義하고 있다. 한편 一般 辭典을 통하여 호스피스에 대한 定義를 살펴 보면 ‘종교단체 등의 여행者 宿泊所, 貧民・病者의 收容所’로 제시되어 있어 場所의 概念으로 나타나 있다.

以上과 같은 모든 定義가 호스피스의 哲學과 概念을 나타내고 있기는 하나 보다 구체적인 것은 1978년 美國의 NHO(National Hospice Organization)에서 채택한 定義이다. 즉, NHO에서는 ‘임종은 자연스런 삶의 한 過程으로서 모든 사람은 자신의 임종에 참여할 權利가 있다. 호스피스는 임종환자를 위한 것으로 기존 醫療體系의 보다 나은 代案이며, 의료지식을 포함한 모든 필요 專門知識을 동원하여 임종환자의 삶의 質을 높이게 하여 환자로 하여금 죽음을 부정하게 하는 것이 아니라 臨終時 까지의 삶을 확인시킨다. 호스피스는 독립된 專門機關에서 看護師가 중심이 된 종합의료팀(interdisciplinary medical team)이 임종환자 및 그 家族을 위해 지속적인 Care를 제공하는 의료프로그램이다. 호스피스는 患者와 그 家族이 임종말기 및 임종 후에 겪는 모든 身體的, 精神的, 社會的, 經濟的 어려움을 해결할 수 있도록 지원한다. 이같은 支援은 환자의 經濟的 與件과는 관계없이 하루 24시간 중 어

는 때라도 제공되어야 하며 환자의 診療 및 敎育을 위해 모든 사항에 대한 記錄을 維持한다'라고 定義하고 있다.

호스피스 構成要素의 특성을 파악하고 호스피스사업모델 개발의 基礎로 삼고자 以上과 같이 제시된 호스피스 概念에 대하여 호스피스의 屬性을 糾明해 보면 호스피스의 本質을 이루는 특징으로는 '임종', '인간의 존엄성', '對象의 多樣性', '協同性(팀활동)', '全人的 돌봄', 그리고 '돌봄의 持續性'으로 설명되고 있음을 알 수 있다. 이는 곧, 고통 속에서 죽어가는 환자를 방치해 두는 것은 고통으로 인하여 患者가 죽음을 요구하는 安樂死와 類似한 概念으로 볼 수 있기 때문에 결국 호스피스는 安樂死와는 배치된 概念으로 간주할 수 있다. 또한 호스피스는 場所나 建物에 국한되지 않는 하나의 體系이며 Holistic philosophy를 바탕으로 한 서비스프로그램으로 末期患者의 參與가 강조되는 屬性이 특징적이라 볼 수 있다

2. 호스피스의 哲學 및 目的

호스피스사업을 도입하려면 事業目的이 구체적으로 무엇인가를 제시하여 기대하는 變化와 變化를 일으키게 하는 方法과 活動 등을 찾아내야 한다. 이에 호스피스사업의 基本原則과 標準에 기초가 될 호스피스 哲學 및 目的을 살펴보면 다음과 같다.

가. 哲 學

1960년대 英國과 美國에서 호스피스운동이 활발히 전개되기 시작하였다. 이것은 末期患者나 臨終患者의 비인간적 대우에 대한 조직적인 반응으로 일종의 人間권리운동으로서 임종환자 뿐만 아니라 고도

의 과학을 앞세운 의료체계에서 희생되는 일반환자의 진정한 요구를 대변하는 운동이기도 하였다.

그렇다고 하여 호스피스 프로그램이 단순한 환자권리의 수준에 머물거나 醫療를 외면하는 것이 아니고 어디까지나 醫療에 基底를 두고 있으며 전문적인 의사나 간호사의 참여를 필수로 한다. 호스피스는 기존의 醫療技術과 대립되는 것이 아니며 전체적인 의료의 한 분야로서 既存의 醫療體系와 적극적인 상호보완의 관계를 유지하면서(Jack, 1986:207) 기존의 醫學 및 醫療體系에서는 임종 그 자체를 부정적으로 취급하고 있는데 반하여 호스피스에서는 임종을 자연스런 삶의 한 과정으로 긍정적으로 수용하여 환자 개인의 존엄성을 고양하고 환자와 그 가족의 생활에 있어서 質的向上을 유지하는데 있다. 즉 호스피스 프로그램은 죽음을 직면하는 동안이나, 생을 잃어가는 과정동안 경험하는 身體的, 情緒的, 靈的, 社會的 스트레스로 인해 오는 증상을 완화시키는 것으로 임종까지 개인의 質的인 삶을 강조한다. 또한 임종을 맞이하는 患者가 죽음에 이를 때까지 죽음에 따라 일어나는 일들을 가족이 극복할 수 있도록 지지하고 안위를 도모한다(Cohen, 1979:71; Hamilton, 1982). 예컨대 호스피스의 基本哲學은 人間 尊嚴性의 回復이다.

나. 目 的

호스피스활동의 일차적인 目的은 호스피스 屬性에서 나타난 바 있듯이 末期患者에게 진실을 알리는 것이다. 일반적으로 죽음의 사실을 患者本人에게 알려야 하는지에 대해서는 망설이게 되는데 이런 경우, 호스피스에서는 본인에게 알려주어야 한다고 주장한다(NHO, 1978). 왜냐하면 진실을 알림으로써 남은 生을 정리하게 하여 보다 더 유용하게 살수 있도록 하고 그동안 단혀 있던 부분을 토로할 수 있도록 하

여 보다 편안한 죽음을 맞이할 수 있게 되기 위해서이다.

現代에 와서 患者의 알 權利는 患者의 人權을 지킨다는 입장에서 강하게 요구되고 있다. 그러나 자신의 죽음에 대한 알 權利는 자신의 哲學 및 人生觀, 精神的인 성숙도 등과 관계되어 있어 이를 무조건 수용하기에는 어려운 측면을 가지고 있기 때문에 특히 죽음을 타부시하는 우리나라 文化에서는 단순한 問題가 아니라고 생각된다.

그러나 최근 암환자를 대상으로 한 암의 告知에 대한 贊反調査 結果를 보면 83.8%가 암진단 관정에 대하여 알려주는 것이 좋다고 응답하고 있으며 그 이유가 알 權利(43.5%)와 남은 生을 보람있게 살기 위하여(24.2%)가 가장 높게 나타나(노홍태, 1993:66) 비록 죽음에 대한 告知가 아닌 암에 대한 告知라 할지라도 동 結果는 우리나라 호스피스사업을 수용할 수 있는 一面을 보여 준 結果라고 할 수 있다.

두번째는 남아있는 삶동안 고통스런 증상을 완화시키고 환자와 가족의 신체적, 정서적 안위도모를 최대한으로 하는데 그 目的이 있다.

세번째는 末期患者를 支持하고 끝까지 포기하지 않는다는 것을 인식시켜 주어 평화로운 죽음을 유도하는 것이다.

네번째는 병원에서의 Care와 더불어 환자의 가정에서 Care를 제공함으로써 가족의 情緒的, 心理的 支持를 도모하고, 환자와 가족에게 지속적인 Care를 제공하는 것이다.

다섯번째는 死別家族을 위한 Care를 제공하는 것이다.

3. 外國의 호스피스 現況

가. 英國

英國은 호스피스의 本源地이다. 1900년 빈민지역에서 죽음을 맞는

사람들의 가정을 방문하여 온 慈悲修女會(Sisters of charity of St. Vincent de Paul)가 1905년 『St. Joseph Hospice』를 창설하여 별도의 독립된 건물에서 Care를 필요로 하는 사람들을 돌보기 시작한 것이 호스피스의 시초이다. 이러한 활동은 곧 많은 사람들의 관심과 지원으로 인하여 1922년에는 70개의 병상규모로 확대되었다.

이 시기에는 結核이 가장 큰 死因이었기 때문에 주로 결핵환자가 호스피스대상이었다. 그 이후 결핵환자의 감소와 함께 죽음에는 이르지 않는 만성질환을 가진 환자가 증가됨에 따라 1935년 만성질환자를 위한 독립병동이 설치되어 운영되어 왔는데 말기 암환자에 대한 관리와 간호, 특히 통증조절에 관한 研究와 實務가 행해져 커다란 주목을 받았다. 이 研究에 공헌한 사람은 醫師 Saunders로 그는 理想的인 호스피스를 수행하기 위하여 그동안 사목자들에 의해 제공되어 온 靈的 支持와 情緒的 支持 서비스에 추가하여 末期疾患과 관련된 증상 조절에 초점을 두었다. 이러한 배경에 의해 英國의 호스피스는 현재 醫學的인 호스피스라고 말할 수 있을 정도로 藥劑研究 중심이다.

이후 호스피스는 꾸준히 발전되어 1990년 약 60여개의 호스피스기관이 설립되었는데 독립시설 호스피스 운영형태가 대부분인 것이 특징으로 호스피스의 利用者는 계속 증가되고 있는 것으로 報告되고 있다. 호스피스환자 1인당 費用은 일반병원의 80%수준이며 평균 在院日數는 18~21일이다. 병상이용률은 77.4%로 이는 家庭호스피스와 주간 호스피스(day hospice care services)도 병행하여 운영하고 있기 때문에 나타난 결과로 보고 있다.

財源은 1991년 총수입액의 약 35%가 정부기관인 National Health Service의 지원이었고 30%는 환자의 保險機關이 支拂하였으며 나머지 35%는 각종 기부금으로 충당되고 있는 것으로 나타났다. 1993년부터 1년 동안의 호스피스교육을 받은 간호사에 대해서는 자격증(National

Vocation Certificate)을 주는 것으로 나타났다.

나. 美 國

美國은 종교적 배경에서 출발한 英國의 호스피스와는 달리 죽음에 대한 타부와 임종환자에 대한 病院의 非人間的, 기계적인 生命觀 등, 社會制度와 醫療體系에 대한 지적을 통하여 이에 대한 具體的인 方法을 강구하기 시작하면서 호스피스운동이 시작되었다. 따라서 호스피스 설립자들의 대부분은 非醫療人들로 1968년 Yale New Haven에서의 가정호스피스가 美國 호스피스의 시작이다(Paradis, 1985:20).

그 이듬해 Kubler Ross의 'On Death and Dying(1969)'의 출판은 죽음과 末期患者에 대한 관리에 많은 관심을 불러 일으켜(Amenta, 1986:57) 호스피스가 관심을 받게 되었는데 初期의 호스피스기관들은 조직화되지 못하고 산발적으로 설립, 운영되어 왔다.

1978년 NHO(National Hospice Organization)의 설립을 계기로 조직적인 홍보와 계몽, 그리고 적극적인 立法推進 活動이 전개되어 호스피스의 위치가 기존 醫療體系의 한 분야로 정착하게 되었다. 즉, 호스피스의 基本 哲學과 方法論을 제시한 NHO에서의 호스피스에 대한 定義 및 關聯內容은 1970년대 호스피스의 立法化 過程에 많은 영향을 주었고 호스피스에 대한 다양한 調査 및 研究⁸⁾들이 수행되었다. 이들 연구결과들은 1982년 Medicare의 수혜대상 서비스로 호스피스가 포함된 TEFRA(Tax Equity's Fiscal Responsibility Act)가 議會를 통과하는데 根據가 될 수 있었다. 이때부터 호스피스가 기존 醫療體系의 한 분야로 자리잡게 되었으며 그 해 레이건대통령은 11월 7일부터 14일까지를 「National Hospice Week(國家 호스피스주간)」로 선포하여

8) National Cancer Institute(1972)에서 호스피스사업으로 인한 費用節減側面과 病院病床利用의 效率性側面에 대하여 調査, 研究하였다.

(Paradis, 1985:19) 국가적 차원에서의 支持를 표명한 바 있다.

〈TEFRA의 主要 內容〉

1. 적용범위

A. Medicare의 수혜대상 서비스

- Nursing care
- Physician's service
- Medical social service
- Counselling
- Chaplaincy
- Home health aides and homemakers
- Physical therapy, occupational therapy, speech-language pathology
- Medical supplies and equipment
- Drugs and biologicals for home use
- Short term inpatient care for pain control or acute/chronic symptom management
- Short term inpatient care to provide respite for family or others caring for the patient at home

B. 다음과 같은 서비스는 다른 의료기관은 Medicare에서 상환받을 수 없으나 호스피스기관에서는 상환받음.

- Drugs and biologicals for home use
- Service coverage regardless of whether or not the patient is home bound
- Inpatient respite care
- Continuous care at home during periods of crisis
- Counselling services at home for both the patient and family
- Homemaker services
- Bereavement counselling
- Copayments limited to 5% of outpatient medication and inpatient respite care

2. 보험혜택을 받을 수 있는 환자의 자격(Eligibility) 및 조건

- 1) Medicare Part A의 유자격자
- 2) 의사 또는 호스피스 전문가로부터 기대수명이 6개월 미만이라고 확인을 받은 후 다른 치료를 받지 않을 것을 서명한 자
- 3) 환자가 호스피스와 관계없는 진료를 받을 때에는 통상의 Part A 또는 Part B를 이용할 수 있음
- 4) 給與期間은 총 210일 초과할 수 없음(현재 이 조항은 삭제되었음).

3. 호스피스기관의 자격 및 조건(Conditions of Participation)

- 1) 호스피스기관은 HCFA(Health Care Financing Administration)의 기준을 만족하여야 함
- 2) Medicare에 가입한 호스피스기관은 지속적인 치료를 보장해야 하며 특히 Nursing care, Physician services, Drug/biologicals는 24시간 제공가능해야 함
- 3) 법규에서는 호스피스 서비스를 Core와 Non-core service로 구분하고 있음. Core에 해당하는 4개의 주요한 서비스(즉, nursing care, physician services, medical social work, counselling)는 다른 업체에 하청을 줄 수 없음.
그러나 입원과 같은 Non-core service는 다른 업체와 계약가능.

4. 보험급여 상환(Reimbursement)

- 1) 보험급여는 日當(per diem)으로 계산하여 서비스의 양과는 무관함.
- 2) Continuous home care만은 서비스 시간에 따라 계산함. 단 환자가 집에 있고 위급시에만 인정되며 간호사가 최소한 51%이상 서비스를 하여야 함.
- 3) 보험상환금은 환자 1인당 최대 6,500불이며 연간 환자의 수를 곱하여 연간보험금의 총액을 결정함.
- 4) 1인당 보험일수 비율은 80/20임. 즉 모든 환자는 80%의 기간을 가정에서 진료받아야 함.

TEFRA(1982)의 주요 내용은 Medicare의 수혜대상이 되는 호스피스

스서비스의 범위와 그에 관련한 行政規約이다. 이 중 현재 변동된 사항은 ‘보험혜택을 받을 수 있는 환자의 資格 및 條件’으로 制定 當時에는 최대 210일로 호스피스의 급여기간을 제한하였으나 1989년 Medicare Catastrophic Coverage Act에 의해 철폐되었다. 1년후 다시 제한하였다가 1990년 Omnibus Budget Reconciliation Act에 의해 또 다시 철폐되어 현재 期間制限은 없는 것으로 나타났다(Daivd, 1992: 196). 이러한 一連의 변화는 長期間의 Care로 인한 保險財政의 악화를 막고자 한 것으로 풀이되나 결국은 환자의 지속적인 서비스 제공에 비중을 더 두게 된 것으로 볼 수 있다.

當時 규정된 환자의 資格 및 條件은 Health Care Financing Administration(1989)에서 구체적으로 제시하였는데 그 내용을 보면, ① 임종이 6개월 이내로 예견되는 末期患者, ② 수술, 항암요법, 방사선 요법을 시행했으나, 더 이상의 醫療的 效果를 기대하기 어려운 患者, ③ 통증완화 및 증상조절을 주 目的으로 꼭 필요한 치료만 제공받을 원칙으로 할 患者, ④ 入院當時 의식이 명료하고, 의사소통이 가능한 환자, ⑤ 主治醫나 호스피스담당의사가 호스피스를 依賴한 患者, 患者의 家族 또는 親知가 호스피스 對象으로 되어 있어 환자 본인의 決定과 集中的인 治療를 제한하고 있는 점에 注目된다.

運營되고 있는 호스피스 事業類型을 보면 다음과 같다(Paradis, 1985:19).

- ① 완전히 독립된 호스피스(free-standing hospice),
병원과 제휴된 독립호스피스(free-standing hospice with hospital affiliation),
- ② 병원내 hospice unit(hospice unit within a hospital)
호스피스팀(hospice team with a hospital)
HMO unit(units operated as part of an HMO)

- ③ Extended-care facility나 Nursing home에서의 호스피스
- ④ 看護機關에서 주관하는 가정호스피스 프로그램(home care program only)
- ⑤ Nursing home에서 주관하는 가정호스피스 프로그램
- ⑥ 병원에서 주관하는 가정호스피스 프로그램

이상과 같은 호스피스 事業類型의 運營主體는 독립기관, 병원, Extended-care facility, Nursing home, 그리고 家庭看護機關 등으로 다양하다는 것을 알 수 있는데 1994년 認可된(Medicare-certified) 호스피스기관의 수를 보면 완전히 독립된 호스피스기관이 556개소, 家庭看護機關 518개소, 병원중심 호스피스가 373개소, Skilled Nursing facility가 12개소로 완전히 독립된 호스피스기관이 가장 많은 것으로 나타났다(Hospice Association of America, 1994)

이들 事業類型 중에서 병원중심 호스피스기관은 의료서비스 및 財政狀態는 양호하나 母機關의 각종 制度에 구속되어 있기 때문에 융통성이 적어 自願奉仕者の 활용이 상대적으로 낮은 것으로 나타났다. 반면 독립시설 호스피스기관은 財政, 專門 의료서비스 등에서는 부족한 실정이나 社會的 서비스(Social service), 自願奉仕者の 활동, 그리고 각종 制度에 고착되지 않은 융통성있는 운영에 의해 호스피스의 원래 기능을 충실히 수행하고 있는 것으로 나타났다(Robert, 1982:455).

한편 末期患者들이 이용하는 서비스 形態를 보면 가정호스피스, 사별관리프로그램, 병원호스피스 順으로 나타나 호스피스가 家庭을 중심으로 특별히 病床을 가지지 않는 형태를 가장 많이 이용하고 있다. 이러한 실태는 호스피스 본래의 취지와 부합되는 樣態로 운영되고 있다고 볼 수 있는데 醫療資源의 效率的 活用과 의료비 억제측면에서도 커다란 寄與를 하고 있는 것으로 나타났다(Paradis, 1985).

利用患者들의 대부분은 60세 이상의 암환자로 擔當醫師에 의하여

移送된 것으로 나타났는데 在院日數는 병원호스피스기관(hospital based hospice)의 이용환자보다 독립시설 호스피스기관(free standing hospice)의 이용환자가 더 긴 것으로 나타났다. 독립시설 호스피스는 입원진료비가 병원호스피스에 비하여 저렴한데 自願奉仕者의 활용이 그 이유의 하나로 제시하고 있다. 또한 대부분의 호스피스가 1명 이상의 의료인이 근무하고 있으나 常勤醫師를 고용하고 있는 곳은 전체의 58%에 불과한 것으로 나타났다(Paradis, 1985).

1994년 현재 認可된(Medicare-certified) 1,459개 호스피스기관에서 활동 중인 事業人力別 分布를 보면 〈表 II-1〉과 같다. 호스피스기관에는 醫師, 看護師, 社會事業家, 相談者(司牧者 포함), 그리고 치료사(물리치료사, 언어치료사, 음악치료사)등 여러 분야의 전문인력들이 고용되어 있으며 看護師가 가장 많고 그 다음으로는 家庭健康奉仕員(Home health aids)으로 나타났다.

한편 雇傭人力의 1/3에 해당되는 數가 自願奉仕 資格으로 참여하고 있는데 이렇듯 높은 自願奉仕者의 활용을 통하여 호스피스사업이 이루어지고 있음을 볼 때, 호스피스에 대한 社會的 價値를 짐작할 수 있게 한다. 自願奉仕人力의 確保方法 및 管理方案에 대해서는 相關자료의 부족으로 파악할 수 없으나 여러 專門人力들이 호스피스 自願奉仕者로 참여하고 있는 현상은 事業運營經費 節減側面에서 매우 바람직한 현상으로 볼 수 있다. 특히 醫師는 고용된 醫師人力보다 自願奉仕 醫師人力이 5배 정도나 더 많은 것으로 나타나 주목할만하다.

호스피스 財源은 州정부기금, 연방복지기금, 상업보험, Medicare, Medicaid 등 다양하게 충당되고 있으나(Cohen, 1979) 전체 호스피스기관의 57%가 財政的 赤字인 것으로 나타났다(Robert, 1982:455). 그 주된 原因은 구체적으로 파악되지 못하였으나 가정호스피스의 경우, 서비스에 소요되는 시간이 보통 환자의 家庭看護서비스에 소요되는

시간보다 길게 나타나고 있음에도 불구하고 보통진료와 같은 比率의 酬價를 적용하고 있기 때문인 것으로 보고 있다(Robert, 1982:455).

〈表 II-1〉 美國의 認可된 호스피스機關(1,459)의 事業人力現況(1994)
(단위: 명)

	고용인력	자원봉사인력
相談者	1,566	1,526
看護師(RNs)	11,970	976
(LPN /LVN)	1,187	176
醫師	976	5,123
社會事業家	3,130	212
家庭奉仕員	1,704	2,072
家庭健康奉仕員	5,650	866
其 他	7,350	- ¹⁾
計	33,544	10,950

註: 1) 자료수집 불가

資料: Hospice Association of America, 1994.

다. 日 本

日本은 1973년 老人福祉法 개정 이후 노인층의 病院死亡과 이에 따른 醫療費 增加問題, 그리고 英國과 美國에서 전파되어 온 호스피스 哲學에 영향을 받아 호스피스가 注目을 받게 되었다. 1981년 聖 福祉 事業團에서 30병상 규모의 호스피스병동(결핵병동을 개조하였음)을 설립한 것이 호스피스의 시초이다.

호스피스시설에 대한 政府의 認可는 1990년 4월에 처음 시작되어 당시 3개소의 호스피스기관과 1개소의 완화요법센터(Palliative care center)에 대하여 醫療保險 혜택을 주는 것으로 시행되었다. 行爲別 酬價制가 아닌 호스피스환자 1인당 定額制의 支拂方式을 통하여 保險金이 지급, 1994년 10월 현재 환자 1인당 1일 31,200엔이 지급되고 있는 것으로 나타났다(日本社會保險研究所, 1994:64).

이들 認可된 3개 기관의 호스피스 事業類型을 보면, 독립형태의 호스피스(Seirei hospice)와 복합병원형태(Matsudeo hospice), 그리고 병원내 호스피스병동(Yodogawa hospice)으로 나타나 독립시설 호스피스와 병원중심 호스피스의 운영형태를 띠고 있다. 호스피스병동(palliative care unit)은 20~30병상 규모로 임종환자의 특성상 개인병실로 운영되고 있는데 평균 2~3명의 醫師가 근무하고 있으며 10~20명의 看護師와 간호조무사가 投入되어 있고 自願奉仕者들이 참여하고 있는 것으로 나타났다.

政府에 의해 認可된 호스피스기관은 1990년 11월 현재, 5개소가 있으며 그 외 非公認된 많은 호스피스기관들이 운영되고 있다. 日本의 호스피스는 老人醫療體系를 중심으로 운영되고 있는 것이 특징이다.

以上과 같이 호스피스를 制度的으로 정립한 英國, 美國, 日本의 호스피스 事業類型, 事業對象, 事業內容 및 事業資源을 요약하여 차이점을 보면 〈表 II-2〉와 같다. 동 表에서 財源調達方法이 특징적인 차이를 보이고 있는데 즉, 英國과 美國의 경우는 정부로부터 직접적인 財政的 支援을 받고 있는데 반하여 日本은 全額 醫療保險 財政으로부터 報償받고 있다.

〈表 II-2〉英國, 美國, 日本의 호스피스事業 特性比較

	英 國	美 國	日 本
事業導入時期	1900년대 초기	1960년대 말기	1970년대 초기
導入背景	宗教團體: 人道主義에 입각한 社會奉仕活動	民間團體(NHO): 기존 醫療體系와 社會制度에 대한 問題提起	醫療經濟的 狀況
事業類型	독립시설호스피스 가정호스피스 주간호스피스	가정호스피스 (병원/간호기관) 병원호스피스 (병동/팀) 독립호스피스 (완전독립/병원제휴) Nursing home 등 요양시설주관 호스피스	病院호스피스(病棟) 독립시설호스피스 家庭호스피스
主事業對象	初期: 결핵환자 現在: 말기만성질환자, 암환자	암환자	암환자 노인환자
事業內容	입원서비스 가정관리와 Care 외래관리와 Care 사별후 가족상담	가정호스피스 사별후 가족상담 입원환자서비스 외래관리와 Care	증상조절 중심
事業資源: 施設	1)	1,459개소 ²⁾	1)
人 力	의사, 간호사, 사회사업가, 사목자, 물리치료사, 작업치료사, 자원봉사자)	TEFRA의 내용 참조	의사, 간호사, 사회사업가, 성직자, 작업요법사, 물리치료사, 자원봉사자
財 源	NHS 기금 보험기관	주정부기금, 연방복지기금, 상업보험, Medicare, Medicaid 寄附金(재단, 기업, 교회)	의료보험보조금
費用支拂	기부금 보험기관(본인 無料)	日當 支給	日當定額制(31,200엔)

註: 1) 最近 資料蒐集 不可

2) 認可된 機關의 數가 1,459개소이며 非認可된 機關의 數는 240여개소임 (Hospice Association of America, 1994).

Ⅲ. 호스피스事業 制度化를 위한 診斷

호스피스사업을 企劃함에 있어서 가장 우선적으로 수행해야 할 일은 ‘누가 이 事業을 利用할 것인가’를 糾明하여 현재 이들 目標 對象集團이 처한 狀況을 진단하고 이들에게 대두되는 問題를 究明하는 일이다. 이는 目標對象에게 충족될 수 있는 수용가능한 모델을 開發하는데 중요한 指針을 제공해 주고 資源의 적절한 供給과 효율적인 活用側面에서 중요한 의미를 지니고 있기 때문이다

目標 對象集團의 現況分析과 아울러 自體目的에 의해 수행되고 있는 호스피스활동에 대한 실태파악은 호스피스사업이 하나의 制度圈속으로 도입되는데 障礙가 되는 요인과 爭點이 되는 사항 등을 糾明해 줄 것이다. 이에 따라 본 研究에서는 事業提供者에게 受容效果가 큰 운영모델을 개발하기 위하여 현재의 호스피스 활동에 대한 分析을 시도하였다.

1. 우리나라 末期患者 現況

호스피스는 末期狀態에 있는 患者가 그 對象이 된다. 1920년대 호스피스가 최초로 시작된 英國에서는 당시 인류에게 가장 큰 공포의 대상으로 전 세계적으로 높은 死亡率을 보인 末期 結核患者가 호스피스대상이었다. 그러나 20세기를 지나면서 결핵 등 전염성질환은 거의 정복되어져 死因構造가 점차 변화됨에 따라 호스피스대상도 변화되어 소위 慢性退行性疾患가 호스피스 대상이 되고 있다.

美國에서는 호스피스 對象疾患으로 이른바 말기 암, 심장병, 근무력증, 투석치료 중인 신장병(Renee, 1981), 뇌졸중, 만성폐쇄성폐질환, 당뇨병, 진행성 신경괴사증 등의 慢性疾患과 1980년대 이후 전 세계적으로 급속하게 증가되고 있는 AIDS를 포함시키고 있는 것으로 나타났다(Cohen, 1985:351).

그런데 末期狀態에 있는 여러 慢性疾患 중에서도 특히 암은 1980년대 이후 全 世界的으로 死亡率 首位를 차지하고 있어 호스피스의 主 對象疾患이 되고 있는데 당시 Sharon(1980)은 癌이란 診斷을 받게 되면 환자본인은 물론 그 가족에게 身體的, 精神的 安寧에 커다란 위험을 줄 뿐 아니라 社會的, 經濟的인 면에 걸친 전체적인 삶에도 매우 큰 영향을 미친다고 지적하여 末期狀態에 이르게 된 암환자에 대한 호스피스의 必要性을 단적으로 표현한 바 있다.

1990년대에 들어 서면서 WHO(世界保健機構)에서도 암부위별 管理戰略(表 III-1 참조)을 發表하여 각 國家를 대상으로 암환자의 삶의 質을 위하여 「癌痛症 緩和企劃의 開發과 遂行補助計劃」을 촉구하고 있어(Stjernsward, 1994:2) 암환자의 증상완화요법의 重要性을 널리 認識시켜 주고 있다.

암이란 現代 醫術의 발달로 早期診斷을 받을 경우 대부분 治療가 가능하다고 보고 있으나 매년 암으로 인한 死亡이 세계적으로 증가추세에 있으며 우리나라 역시 예외는 아니어서(통계청, 1994)⁹⁾ 현재까지도 암이란 疾患自體가 삶의 危機로 認識되지 않을 수 없다. 이러한 緣由로 현재 先進國에서는 공통적으로 말기 암환자를 대상으로 한 호스피스활동이 활발히 전개되고 있는 것으로 볼 수 있다.

9) 암으로 인한 死亡이 우리나라의 경우, 인구 10만명당 1985년 86명, 1991년 105명, 1994년 115명이며(통계청, 1994:32) 美國의 경우, 인구 10만명당 1991년 204명, 英國 1992년 280명, 日本 1993년 190명이다(WHO, 1995).

<表 III-1> 癌部位別 管理 戰略(WHO)

발생부위	일차예방	조기진단	치료가능성 ¹⁾	증상완화 ²⁾
위	+	+	-	++
폐	++	-	-	++
유방	-	++	++	++
대장, 직장	+	+	+	++
자궁	+	++	++	++
구강, 인두	++	++	++	++
식도	-	-	-	++
간	++	-	-	++

註: ++: 效果的, +: 부분적으로 效果的, -: 非效果的

1) Curative treatemnt

2) Palliative care

資料: Stjernsward, Jan, *Cancer Pain Relief Programme and Future Challenges*, WHO, 1994, pp.5~9.

우리나라는 <表 III-2>에서 제시된 바와 같이 1982년 이후부터 암으로 인한 死亡이 가장 많은 수를 차지하고 있으며 1994년에는 5명 중 1명이 암으로 死亡한 것으로 나타나(表 III-3 참조) 말기 암환자를 위한 호스피스가 公共政策으로 도입되어야 할 當爲性이 크다고 보겠다.

<表 III-2> 韓國 簡易 死因分類表(124項目)에 의한 年度別 3대 死亡原因

순위	1967	1980	1982	1985	1990	1994
1위	폐렴,기관지염	뇌혈관질환	암	암	암	암
2위	결핵	암	뇌혈관질환	뇌혈관질환	뇌혈관질환	뇌혈관질환
3위	뇌혈관질환	-	폐순환질환 기타심질환	불의의 사고	불의의 사고	불의의 사고

資料: 1) 經濟企劃院, 『人口動態統計』, 1967.

2) _____, 『死亡原因統計』, 1980.

3) 統計廳, 『死亡原因統計年報』, 1982, 1985, 1990, 1994.

〈表 III-3〉 年度別 主要 死因構造(ICD-17分類) 構成比

(단위: %)

主要死因	1983	1985	1990	1994
계	100.0	100.0	100.0	100.0
(총사망자수) ¹⁾	(212,516)	(200,062)	(191,010)	(230,677)
감염성 질환	4.5	4.1	2.9	2.5
암	12.3	15.1	20.1	21.3
순환기계질환 ²⁾	27.9	31.8	29.9	29.9
호흡기계질환	4.7	4.6	4.0	4.9
소화기계질환	8.5	9.0	8.1	7.6
각종 사고사	9.5	11.6	15.4	13.9
기 타	32.7	23.8	19.6	19.9

註: 1) 當該年度 死亡申告 中 死因分類가 가능한 死亡件임.

2) 뇌혈관질환, 고혈압성질환, 허혈성심질환이 포함됨.

資料: 統計廳, 『死亡原因統計年報』, 1994, p.33.

〈表 III-4〉에서 연령계층별 死亡水準을 보면 70대를 제외한 全年齡層에서 疾患으로 인한 死亡 中에서는 암이 死因 1위이다. 특히 家族의 扶養義務가 큰 40대 연령층의 사망자 中에서는 4명 中 1명, 50~60代에서는 무려 3명 中 1명이 암으로 사망한 것으로 나타나(統計廳, 1994:46) 암이란 가족전체의 삶에 커다란 危機를 가져다 주는 질환임을 여실히 보여 주고 있다. 또한 死亡前 醫療費를 보면 암질환이 다른 疾患과 비교해 볼 때 가장 높게 지출되고 있는 것으로 나타나(유승흠, 1991:134, 141) 經濟的 부담까지 가중시키고 있다. 따라서 암으로 의한 死亡者가 49,032여명(統計廳, 1994:33)이라 함은 그 家族까지 포함시켜 약 20여만명이¹⁰⁾ 암질환으로 인하여 고통받고 있는 셈이라 지적하지 않을 수 없다. ‘家族 構成員의 死亡은 家庭으로 하여금 重病을 앓게 한다(Paul, 1985:354)’는 주장을 통해서도 호스피스사업은 환자를 포함하여 그 가족까지 사업대상이라 간주될 수 있는데 肉體的, 精神的, 經

10) 1家口의 家族 構成員을 4人으로 看做한 것이다(통계청, 1990).

濟的 고통을 겪고 있는 그 가족까지 그 對象을 확대할 때 진정한 호스피스의 目的을 달성할 수 있을 것이라 보겠다.

한편 同 表에서 幼兒 및 靑少年期에서도 암으로 인한 사망이 가장 높게 나타나 호스피스사업 전개시 고려하여야 할 사항이다.

〈表 III-4〉 年齡階層別 5大 死因順位(1994)

연령	1위	2위	3위	4위	5위
전 체	암	뇌혈관질환	불의의 사고	심장병	만성간질환
0	선천이상	불의의 사고	주산기질환	폐렴,기관지염	심장병
1~9	불의의 사고	암	선천이상	폐렴,기관지염	소아뇌성마비
10~19	불의의 사고	암	자살	심장병	소아뇌성마비
20~29	불의의 사고	자살	암	심장병	뇌혈관질환
30~39	불의의 사고	암	만성간질환	자살	심장병
40~49	암	불의의 사고	만성간질환	뇌혈관질환	심장병
50~59	암	뇌혈관질환	불의의 사고	만성간질환	심장병
60~69	암	뇌혈관질환	심장병	불의의 사고	고혈압성질환
70 ⁺	뇌혈관질환	암	심장병	고혈압성질환	천식

資料: 統計廳, 『死亡原因統計年報』, 1994, p.27.

우리나라 실정에 적합한 호스피스대상을 選定함에 있어서는 우리나라 主要 死亡原因으로서 과학적인 診斷에 근거하여 末期狀態로 진행되는 慢性疾患을 대상으로 하여야 함이 以上の 論議를 통하여 파악되었는데 암질환은 우리나라 호스피스사업의 최우선 對象疾患으로 간주되어야 함이 분명하다.

이에 癌 死亡患者를 통하여 末期狀態로 진행되어 緩和療法이 필요한 호스피스 事業需要를 예측해 보면 다음과 같다. Metropolitan Health Planning Corporation에 의하면 암 사망환자 중에서 폐렴, 심장병 등의 合併症이 없고 출혈 등의 應急狀態를 보이지 않는 慢性的인 末期狀態(terminal illness)로 진행되는 患者는 암사망자의 25%로 報告하고

있는 바(Maryland Hospital Education Institute, 1980), 이에 準하여 우리나라의 경우, 암질환으로 인한 호스피스 事業對象을 산출해 보면 약 12,260명(1994)으로 推算된다. 동 수치는 癌疾患 하나만을 호스피스 對象疾患으로 간주하여 최소한의 事業資源 確保에 필요한 基礎 資料로서 활용하고자 산출한 것으로 임종이 임박한 암환자와 그 외 다른 慢性疾患의 末期患者, 그리고 一般(질환으로 인하지 않는 老人의 死亡) 臨終者를 포함시킬 경우에는 호스피스 事業需要는 더욱 증가될 것이다.

2. 末期患者 管理實態

末期患者에 대한 管理實態를 파악하기 위해서는 末期狀態라고 진단받은 환자를 추적하여 이들의 醫療利用行態 및 死亡場所를 밝히는 것이 현 실정에 적합한 사업모델 개발에 중요한 단서를 제공해 준다. 그러나 호스피스가 도입되지 않은 현 실정에서는 전형적인 末期狀態를 보이는 환자에 대한 파악이 어려우므로 慢性疾患으로 인한 死亡患者 資料를 통하여 死亡前 管理實態를 파악하는 방법이 최선의 接近이다.

이에 <表 Ⅲ-5>는 1991년 5월, 1개월 동안 발생한 死亡者(15,170명)의 調査資料를 活用하여 우리나라 5대 死因(表 Ⅲ-4 참조) 중 암을 비롯한 慢性疾患에 대한 투병기간, 의료기관 利用實態, 그리고 死亡場所를 제시한 것이다. 同 表에서 癌 死亡患者의 투병기간(癌 認知 後)을 보면 1년미만이 54.9%, 1~4년 미만이 37.9%로 나타났는데 투병기간 중 醫療機關(綜合病院 및 病·醫院)의 利用率은 93.3%로 主要死因 중에서 가장 높은 醫療機關 利用率을 보이고 있다. 利用 醫療機關 및 診療形態를 알 수 없다는 점이 동 資料의 限界인데 1990년 醫療機關 이용 후 死亡한 患者(15,702명)의 死亡前 1년 동안의 醫療機關 利用形

態를 통하여 그 樣相을 파악해 보면 87.5%가 綜合病院에 입원한 것으로 밝혀져(醫療保險管理公團, 1991:19), 이들 대부분도 綜合病院에 入院한 것으로 볼 수 있다. 또한 醫療機關種別 醫療保險 給與實績을 통하여 암환자의 綜合病院 入院比率를 파악해 보면 보다 정확한 醫療利用行態를 알 수 있는데 ICD 999분류별 多發生 50順位 疾患(1993년)에 포함된 위, 기관지 및 폐, 간 및 간내 담관의 암질환 總入院診療件(89,106건) 중 綜合病院이 93.3%, 病院 4.8%, 醫院 1.2%로 나타나(醫療保險聯合會, 1993:404) 대부분의 암환자는 綜合病院에 입원하여 관리받고 있는 것으로 결론내릴 수 있다.

이처럼 높은 綜合病院 依存率은 암에 대한 醫療的 要求가 매우 높다는 사실을 알 수 있게 하는데 1994년 6개월간(7~12월) 전국 35개 3차진료기관에서 『醫療保險聯合會』에 請求한 ‘診療費明細書’를 통하여 3차진료기관의 病床利用實態를 파악해 보면, 總入院請求件(112,146件) 중 암질환이 54.3%(60,889件)을 차지하고 있어 특히 3차진료기관에 대한 依存率이 매우 높다는 사실을 알 수 있다. 1995년 1개 3차진료기관에서 調査日 現在, 암환자의 狀態에 따른 病床占有比率를 보면 암환자 200명 중 49%는 診斷 중인 환자이었고 32%는 항암요법을 받고 있는 환자(이 중 임종이 예견된 환자도 있을 것으로 생각됨)이었으며 나머지 19%는 완화요법만이 필요한 患者인 것으로 나타났다(서울대병원, 1995).

以上과 같은 醫療機關 이용에도 불구하고 死亡場所는 綜合病院을 포함한 病院이 불과 13.8%로, 全體 死亡者의 病院 死亡比率(15.4%)보다 낮은 數値를 보이고 있다. 따라서 이러한 이유에 대해서는 상당한 의문이提起되는데 그동안 이에 대한 實證的 資料는 제시된 바 없다. 本 研究에서는 대부분의 암환자가 病院에서 퇴원하여 家庭에서 사망하게 된 이유에 대하여 患者의 經濟的, 社會·文化的인 側面과 提供者

의 醫療的 側面에서 검토해 보고자 한다. 즉 經濟的인 측면에서는 綜合病院 長期入院(의료보험관리공단, 1991:19)으로 인한 진료비 지불능력의 부족으로 퇴원한 경우이고 社會·文化的인 측면에서는 患者나 家族이 임종은 家庭에서 하여야 한다는 認識에서 비롯된 경우로 볼 수 있는데 굳이 암환자만이 社會·文化的인 특성때문에 家庭에서 사망한 비율이 전체비율보다 높게 나타날 가능성은 희박하다고 판단된다.

한편 醫療的인 측면에서 그 이유가 될 수 있는 가능성을 살펴 보면 病院의 運營目的이 診斷 및 治療이고 이에 準하여 支拂報償制度가 개발된 우리나라 醫療與件에서는 치료적 서비스가 필요하지 않는 末期狀態의 암환자에 대해서는 적절한 서비스가 제공되기 어려워, 自意이든 他意이든 결과적으로 患者가 퇴원하게 된 경우에서 비롯된 것으로 추측해 볼 수 있다. 이러한 醫療狀況은 환자에게 經濟的 負擔까지 가중되었을 때, 퇴원이 더 容易할 것이다. 따라서 末期時 綜合病院의 높은 이용에도 불구하고 死亡場所는 대부분 家庭으로 나타난 이유가 患者의 經濟的 負擔과 病院의 收益 優先政策이 부합하여 나타난 결과로 잠정적인 結論을 내릴 수 있다.

동 表에서 癌이외의 질환으로 임종을 맞이하는 多頻度 疾患으로는 ‘고혈압성질환’과 ‘뇌혈관질환’이 있다. 이들의 死亡場所 分布는 암질환과 비슷한 양상을 보이고 있으나 투병기간이 상대적으로 길고 사망전 醫療機關 이용률은 현저히 낮아 의료기관을 전혀 이용하지 않고 家庭에서 방치되어 사망한 경우가 각각 35.1%, 36.8%나 되는 것으로 나타났다. 따라서 이들 질환은 가족에게 큰 부담으로 存在하고 있음을 알 수 있다. 반면 ‘만성 간질환’은 암질환 다음으로 높은 의료기관 이용률(75.8%)과 가장 높은 병원에서의 死亡比率(18.4%)을 보이고 있어 末期狀態에서 의료기관 이용률이 가장 높은 것으로 나타났다.

〈表 III-5〉 主要死因에 의한 死亡者의 鬪病期間, 醫療機關 利用形態 및 死亡場所 分布(1991)

(단위: %)

	암	뇌혈관 질환	고혈압	만성 간질환	전체
계 (사망자수)	100.0 (2,850)	100.0 (2,125)	100.0 (844)	100.0 (729)	100.0 (15,170)
투병기간 ¹⁾					
1년 미만	54.9	42.3	50.1	37.0	51.1
1~4년	37.9	30.2	26.4	44.2	28.5
5~9년	6.4	15.6	11.4	13.6	10.3
10년 이상	-	18.4	8.4	4.5	6.6
미 상	0.8	1.1	3.7	0.7	3.5
의료기관 이용형태					
양방의료기관	93.3	49.9	58.1	84.4	62.7
한방의료기관	0.8	9.0	3.6	1.1	2.2
기타	1.3	4.2	3.3	3.2	3.2
이용기관 없음	4.5	36.8	35.1	11.4	31.9
사망장소					
가정	85.0 ²⁾	86.2	83.8	78.6	75.8
병원	13.8	11.2	9.6	18.4	15.4
도착사(병원)	0.4	0.8	4.1	1.6	2.6
시설기관	0.4	0.6	0.2	-	0.4
기타	0.5	1.3	2.3	1.4	5.8

註: 1) 疾病 死亡者(13,553명)에 한하여 파악된 자료로 鬪病期間은 발병 후 사망까지의 期間을 의미하지만 현실적으로 발병의 시점을 파악하기 어려우므로 가족이나 사망자 본인이 死因에 해당되는 질병을 認知한 시기를 基準으로 함.

2) 全體 암질환에 대한 資料未備로 사망 1위인 위암 사망환자의 자료임.

資料: 統計廳, 『死亡原因 特別調査報告』, 1991, p.27. p37. p53.

3. 末期患者(癌)의 身體的, 精神的, 社會的 要求度

그동안 암질환의 진단 및 치료에 대해서는 첨단 과학과 의료기술의 발달로 다양한 科學的 接近이 시도된 바, 末期狀態에 초래되는 醫

療的 問題에 대해서는 많은 부분이 해결되었으리라 생각된다. 그러나 효과적인 호스피스프로그램을 計劃하고 제공하기 위해서는 현존하는 그들의 要求를 파악하는 것이 필요하다. 이에 본 연구에서는 서비스 直接提供者(또는 機關)에 의한 調查資料가 信賴度가 높다고 판단되어 既存資料를 활용하여 臨床現場에서 나타난 암환자의 요구도를 파악하여 보았다. 즉, 〈表 III-6〉은 치료 중인 환자, 종합병원에서 사망한 암 환자, 그리고 호스피스 Care를 받은 환자(末期患者)의 요구도를 제시한 것으로 동 表에서 발견된 공통적인 문제로는 ‘痛症’이며 가장 우선적인 문제 또한 痛症으로 나타났다.

痛症은 실제적 혹은 잠재적 조직손상과 관련된 불쾌한 感覺的, 情緒的 經驗으로서 感覺的, 情緒的 및 認知的 차원으로 구성된 多次元的인 概念(國際痛症學會, 1986)으로, 환자가 통증이 있다고 하는 바로 그것(McCaffery, 1986)이라고 醫療界의 합의가 도출된 바 있다. 이는 곧 환자의 통증이 비록 主觀的인 經驗이라 할지라도 의료팀에 의하여 존중되어야 함과 동시에 身體的, 精神的, 社會的, 經濟的 要因과 관련하여 해결될 수 있는 方案이 모색되어야 한다는 점을 암시하고 있다. 또한 이러한 통증에 대한 定義는 특히 慢性的인 經過를 취하며 통증을 나타내는 말기 암환자들에게 죽음에 임하는 다양한 감정적인 형태 즉, 분노, 공포, 불안, 우울 등의 감정까지도 통증 조절시에 고려해야 한다는 종합적인 接近方法의 필요성을 示唆하고 있다.

일반적으로 進行 中인 암의 경우에는 60~90%의 환자가 통증으로 고통을 겪는다는 사실은 이미 알려진 바 있으나(Foley, 1993:2417) 호스피스환자나 임종환자마저도 現代醫術을 갖춘 綜合病院에서 통증을 제거하거나 완화시키지 못하고 통증으로 고통을 겪게 하는 이유는 무엇일까? 암이란 당연히 통증을 수반하므로 통증의 정도여하를 막론하고 참아야 한다는 무책임한 認識에서 비롯된 것일까?

이에 그 이유를 추적해 보면 그동안 醫療人들은 암치료를 위한 수술·화학요법 및 방사선 치료요법 등의 敎育 및 實習은 집중적으로 받아 왔으나 통증 완화요법에 대한 敎育은 받지 못하였음을 그 이유로 제시할 수 있다. 그러나 이러한 表面的인 이유만으로는 설득력이 약하다고 볼 수 있는데 이(1995)는 醫療人들이 환각상태를 얻기 위하여 意圖的으로 마약을 추구하는 精神的 依存狀態와 身體的 依存狀態를 혼동하여 통증으로 인한 고통의 減少效果를 얻기 위하여 사용하는 마약을 마약중독으로 문제시하여 마약사용을 꺼리기 때문이라고 지적하고 있다. 臨床結果, 암환자에게 多量의 마약을 사용하여 증상을 조절한 경우에 마약중독이 문제가 된 환자는 한 명도 없었던 것으로 나타나(이경식, 1995) 마약중독에 대한 잘못된 認識과 공포심이 그 根本原因으로 볼 수 있다.

또 다른 측면에서 醫師로 하여금 마약사용을 더욱 기피하도록 하는 부분은 醫療保險 酬價基準에서 제시된 麻藥投藥 適用範圍의 제한이다. 現在 經口麻藥劑 투약의 保險酬價 適用範圍는 1일 120mg으로 제한하고 있는데(保健福祉部, 1995) 이러한 조치는 超過된 用量을 全額 患者가 지불하도록 함으로써 마약의 過用 및 誤用을 막고자 한 것이나 대부분의 醫療人들은 1일 保險 適用限界를 許容限界로 인식하여 末期患者에게 필요한 用量을 제대로 사용하지 못하고 있는 것으로 나타났다.

한편 麻藥取扱醫療業者인 醫師는 麻藥處方 및 投藥에 대한 교부증을 發付하여 病院내 마약의 조제집수 및 管理의 책임을 지는 麻藥取扱者로부터 구입하게 되는데 麻藥投藥에 따른 品名, 用量, 使用者 姓名 및 住所 등의 記錄帳簿를 작성하여 投藥에 대한 管理內譯을 公共保健機關에 報告하도록 되어 있다(法制處, 麻藥法). 이러한 公共保健機關에서의 監視目的은 醫療用도가 아닌 다른 用度(犯罪 등) 및 手段

으로 惡用되는 것을 막고자 하기 위함인데 이러한 과정에서 발생하는 問題는 행정적 처분을 받도록 規定하고 있어 公共 保健機關에서의 行政的 監視, 檢査 및 監督은 醫療人들로 하여금 마약사용을 인색하게 하고 있다.

따라서 이러한 要因들이 복합적으로 작용하여 醫師의 권한으로 투약가능한 마약을 호스피스활동을 수행하고 있는 綜合病院에서조차도 적절하게 투여되지 못하고 末期患者들은 통증의 고통 속에서 죽음을 맞이하고 있다.

綜合病院에 입원한 환자의 고통이 이 정도이면 퇴원하여 家庭에 있는 환자에게는 더욱 취약한 여건에 처해 있을 것인데 암환자(101명)의 退院時 要求事項에 대한 調查結果에 따르면 통증조절을 요구한 경우가 92.1%로 나타나(김진선, 1988) 대부분의 암환자들은 통증을 가지고 퇴원하고 있는 것으로 볼 수 있다.

이러한 現實로 비추어 볼 때 우리나라 死因首位로 부각된 암질환에 대한 國家政策은 그동안 매우 미흡했음을 是認하지 않을 수 없으며 결코 看過되어서는 안되어야 할 것임을 알 수 있다. 즉, 호스피스 사업의 도입과 함께 의료인에 대한 技術敎育과 麻藥投藥에 대한 認識提高 敎育이 아울러 실시되어야 할 것이며 麻藥 投藥範圍에 대한 制度的인 수정·보완이 수반되어야 할 것이다.

〈表 III-6〉에서 사망한 암환자에게서 나타난 要求度を 보면 靈的支持가 72%로 나타나 末期患者에 대한 靈的 Care의 필요성을 보여주고 있다.

〈表 III-6〉 既存資料를 통한 癌患者의 身體的, 精神的, 社會的 要求度

자료원	연구대상	연구방법	연구결과
고 ¹⁾	종합병원 암센터에서 방사선 치료 중인 암 환자(84명)	최근 1주간의 우선적 요구에 대한 자가평가	1위: 신체적 통증(48.1%), 2위: 경제적 부담(23.4%), 3위: 외로움 (5.2%)
왕 ²⁾	종합병원에서 사망한 암환자 (64명): 조사 응답은 제1 간호제공자	환자사망 1개월 후 우편 설문조사	신체적 문제: 통증(82%), 식욕부진(37%), 호흡곤란(34%), 오심구토(30%), 잘먹지 못함(26%), 불면증(25%), 부종(24%) 등. 정서적 문제: 근심걱정(34%), 우울(29%), 분노(17%), 두려움(14%), 불안(13%) 등 사회적 문제: 간호제공자 결여(11%) 영적 문제: 신앙적 지지를 원함(72%), 믿음의 결여(14%), 연약한 마음(9%), 가족문제: 소진(44%), 가족간의 불화(10%), 우울(10%), 염려(8%),
조 ³⁾	종합병원 호스피스 암환자 (70명)	설문조사	신체적 문제: 동통(72.9%), 식욕부진(62.9%), 호흡곤란(44.3%), 오심·구토(41.4%) 임종 관련문제: 동통(57.1%), 가족 및 친지상실(35.7%), 자아지배 능력상실(24.3%), 두려움(22.9%) 가족문제: 소진(48%), 불화(6%), 우울(22%), 염려(17%), 영적요구(8%)
이 ⁴⁾	종합병원 호스피스 암환자 (371명)	통증여부에 대한 설문조사	통증이 있음(81%) 통증이 없음(19%)

資料: 1) 고경봉, 암환자들과 비암환자들과의 질병행동의 비교, 『신경정신의학』, 30(4), 1990.

2) 왕매련 외, 호스피스 Care에 대한 평가연구, 『大韓看護』, 29(4), 1990.

3) 조 현, 호스피스의 이론 및 각국의 현황에 관한 고찰, 『대한병원협회지』, 1993.

4) 이경식, 암환자의 통증조절, 『大韓醫學協會誌』, 38(7), 1995.

4. 호스피스 活動現況

우리나라에서의 호스피스 活動은 1965년 「마리아 작은자매회」 수녀들이 강원도 강릉에 「갈바리 醫院」을 설립하여 의료혜택을 받지 못하는 가난한 환자와 임종환자들의 가정을 방문하여 돌보기 시작한 것이 그 시초이다¹¹⁾. 그 이후 「천주의 성 요한醫院(1968년)」과 「성 이시돌醫院(1976년)」 등의 宗教所屬 醫院을 중심으로 수녀들이 주축이 되어 末期患者를 돌보아 왔는데 1980년 初, 「가톨릭강남성모병원」과 「전주예수병원」에서 의료인들이 중심이 되어 팀활동을 시작한 것이 본격적인 호스피스사업의 시작이라 볼 수 있다.

本 調査를 통하여 1995년 1월 현재 호스피스활동을 遂行하고 있는 機關은 전국 22개 機關으로 파악되었는데 이들 대부분의 機關들은 본격적으로 活動을 遂行한 지 2~3년에 불과한 것으로 나타났다. 호스피스 遂行機關들은 모두 가톨릭과 기독교를 배경으로 하는 종교소속 의료기관이나 組織團體들로, 社會奉仕的 理念實踐이 호스피스활동을 推進하게 된 직접적인 動機로 나타나 英國의 호스피스 導入背景과 비슷한 것으로 볼 수 있다.

本 調査結果 파악된 호스피스기관에 대한 事業特性을 살펴보면 다음과 같다.

가. 事業類型別 運營主體

호스피스사업 모델개발의 根幹으로 삼고자 현재 活動 중인 運營主體 및 事業類型을 살펴보면 <表 III-7>과 같다. 運營主體는 綜合病院, 醫院, 社會福祉法人, 또는 傘下組織 및 團體로 대별되며 事業類型은

11) 그동안 발표된 資料에서는 活動시작년도 및 活動방법 등이 다르게 제시되어 있어 研究者가 직접 該當機關에 확인한 결과이다.

病院中心, 家庭中心, 그리고 獨立施設을 中心으로 전개하고 있는 것으로 나타났다.

病院中心 호스피스기관은 12개소(3차진료기관 6개소, 종합병원 6개소)로 運營形態에 따라 다시 세 類型으로 분류되었다. 첫번째 유형은 호스피스병동, 또는 一定 病床을 病院내 별도로 마련하여 입원한 末期患者를 대상으로 호스피스서비스를 제공하면서 동 病棟에서 퇴원한 末期患者에게도 家庭訪問을 실시하여 지속적인 서비스를 제공하고 있는 運營形態로 「가톨릭강남성모병원」을 포함한 4개 기관이 여기에 해당된다. 두번째 類型은 호스피스병동이 病院內 설치되어 있지 않으나 호스피스팀이 구성되어 病院 各 病棟에 산재해 있는 末期 入院患者를 대상으로 서비스를 제공하고 있는 경우로 4개 기관이 있다. 세번째 유형은 병원에서는 두번째 유형과 같은 팀활동으로 호스피스를 수행하면서 退院患者를 위한 家庭호스피스프로그램을 운영하여 지속적인 管理를 하고 있는 경우로 「전주예수병원」을 포함한 4개 기관이 여기에 해당된다.

호스피스활동의 전반적인 運營 및 管理는 자체내 組織을 編成하거나 委員會 등을 구성하여 이루어지고 있다. 첫번째 유형인 호스피스병동이 마련된 事業類型의 경우에는 3개 기관이 病院內 「호스피스과」가 組織되어 있는데 「간호부」에 소속되거나(가톨릭강남성모병원, 계명대 동산의료원) 病院長에 소속되어 별도의 獨立組織으로 운영되고 있다(연세대세브란스병원). 「호스피스과」가 없는 기관은 「원목실」에서 호스피스사업을 수행하고 있는 것으로 나타났다(성모자애병원). 設置病床數는 1~11병상으로 病床利用率은 평균 90~99%인 것으로 나타나 병원전체 病床利用率¹²⁾과 비슷한 이용률을 보이고 있다. 두번째 유형

12) 1994년 病床利用率은 가톨릭성모병원 97.8%, 연세대세브란스병원 94.3%, 계명대동산의료원 92.6%이다.

인 호스피스팀에 의해 운영되는 病院의 경우도 「호스피스과」가 組織되어 있으며, 세번째 유형의 경우에는 「호스피스위원회」가 구성되어 동 委員會에서 호스피스활동에 대한 患者管理 및 諸般 運營을 主導하고 있는 것으로 나타났다.

〈表 III-7〉 호스피스 類型別 運營主體

유 형		호스피스 수행기관명
병원중심 호스피스	호스피스병동+가정호스피스 (4개소)	가톨릭강남성모병원, 연세대세브란스병원, 계명대동산의료원, 성모자애병원 ¹⁾
	호스피스팀(입원) (4개소)	여의도성모병원, 메리놀병원, 대구파티마병원, 성바오로병원,
	호스피스팀+가정호스피스 (4개소)	전주예수병원, 고신의료원, 충북호스피스, 부천성가병원
가정중심 호스피스 (9개소)		<의원> 갈바리의원 ²⁾ , 성 콜롬반의원, 성 이시돌의원, 천주의 성 요한의원 <조직 및 단체> 가톨릭 사회복지회, 마리아 작은자매회 인천호스피스, 이대호스피스 호스피스자원 봉사위원회 ²⁾ ,
독립시설 호스피스 (1개소)		샘물호스피스

註: 1) 병상을 보유한 경우임.

2) 병원에 입원한 말기환자를 방문하여 Care하기도 함.

家庭中心 호스피스는 家庭에 있는 末期患者를 대상으로 호스피스 서비스를 제공하고 있는 運營形態로 運營主體가 宗教所屬 醫院인 경우가 4개소, 宗教組織 및 團體가 5개소로 나타났다. 醫院을 중심으로 이루어지는 호스피스활동은 醫療서비스의 일환으로 간주할 수 있으므로 醫療法 테두리내에서의 활동으로 인정할 수 있겠으나 組織 및 團體에서 수행하고 있는 활동들은 法的 根據가 아직 마련되어 있지 않아 活動上에 많은 어려움이 있을 것으로 예상된다. 組織 및 團體에 의해 운영되는 5개 기관 중 1개 기관은 大學所屬으로, 4개 기관은 「社會

福祉法人」, 또는 傘下機關에 所屬되어 社會福祉活動의 일환으로 호스피스활동을 수행하고 있는 것으로 나타났다.

독립시설 호스피스는 호스피스를 目的으로 별도의 施設을 설치하여 동 시설에 末期患者를 入院시켜 서비스를 제공하고 있는 運營形態이다. 현재 전국에는 유일하게 1개 기관이 설립되어 있는데 일반 가정집과 같은 구조를 가진 시설로서 郡地域에 설립되어 있다. 동 호스피스기관은 아직 호스피스 關聯法이 없기 때문에 法的 根據없이 制度圈밖에서 운영되고 있는데 機關長은 藥師免許를 소지한 牧師이다.

나. 서비스對象의 特性

1) 호스피스 利用經路

호스피스서비스를 받은 對象들의 登錄經路나 依賴機關을 보면 다음과 같다. 病院中心 호스피스 이용자는 自體病院내 일반병동에서 의뢰된 경우가 대부분이고 그 외 宗教機關을 통하여 의뢰되거나 他病院 入院 중 환자 및 가족과 연결되어 직접 入院한 경우이다.

가정중심 호스피스 이용자는 종교기관 및 동사무소, 保健所, 社會福祉機關 등의 保健・社會・行政機關에서 의뢰되거나 가정호스피스 利用患者 遺家族이나 自願奉仕者를 통하여 登錄하게 된 것으로 나타났다.

독립시설 호스피스 이용자의 경우도 가정호스피스의 利用經路和 同一하나 다른 호스피스기관에서 의뢰된 경우가 가장 많다는 점이 특징이다. 즉, 末期患者가 經濟的인 부담으로 인하여 病院에 계속 입원할 형편이 못되고 家庭에서는 家族이 Care할 여건이 안되는 경우에 病院이나 가정호스피스기관에서 의뢰되어 이용하게 된 것으로 나타났다. 利用對象者의 약 70%는 病院에서 家庭으로 퇴원했다가 家庭에서의 Care가 여의치 않아 등록한 경우이고 약 30%는 病院에서 퇴원하

여 바로 등록한 경우인데 이러한 실태는 시설호스피스 의 必要性을 단적으로 보여 주고 있다고 보겠다. 호스피스시설에서 생활하는 對象者 중에는 드물게 獨立施設에서 잘 적응하지 못하여 家庭으로 되돌아가기도 하는데 대부분은 獨立施設에서 남은 生을 보내기를 원하여 獨立施設에서 가족과 친지의 방문을 받으면서 임종을 맞이하고 있는 것으로 나타났다.

2) 對象者 意識狀態

호스피스활동의 일차적인 目標은 대상자에게 진실을 알리는 것이다. 이는 末期患者에게 자신의 죽음에 대해 알려 줄 義務가 있다는 점도 있겠지만 호스피스서비스 수용여부를 자신의 意思決定에 따라야 한다는 점때문이다. 이러한 점때문에 美國의 HCFA(1989)에서도 호스피스환자에 대한 條件을 입원 당시 의식이 명료하고, 의사소통이 가능한 患者로 규정한 바 있다.

그동안 우리나라 호스피스 遂行機關 중 意識이 있는 患者만을 등록하여 호스피스서비스를 수행한 機關은 전국 22개 기관 중 5개 기관(강남성모병원, 고신의료원, 파티마병원, 부천성가병원, 가톨릭사회복지회)으로 17개 기관은 無意識 患者도 돌보고 있는 것으로 나타났다(附錄 1 參照). 이처럼 우리나라 대부분의 호스피스활동은 對象者의 狀態나 條件에 制限을 두지 않고 임종이 예견되는 자는 모두 호스피스대상으로 간주하여 왔음을 알 수 있는데 향후 制度圈내에서의 호스피스 事業對象의 選定에 있어서 고려하여야 할 사항이다.

3) 對象者 疾病特性

호스피스 事業對象은 末期患者이다. 末期患者는 醫師가 질환에 의

한 客觀的 症狀에 우선적으로 근거하여 理致에 맞는 죽음을 예후한 경우로, HHS(1983)에서는 醫學的 診斷을 통하여 壽命이 6개월 미만으로 예견되는 者를 末期患者로 定義하고 있다(Cohen, 1988). 美國의 HCFA(1989)에서도 임종 6개월이내로 예견되는 末期患者를 호스피스환자라고 제시하고 있을 뿐 特定疾患에 국한하여 事業對象을 選定하고 있지 않고 있다.

우리나라의 호스피스기관에서는 임종 6개월이내로 예견되는 末期患者를 원칙으로 하고 있으나 대부분의 機關이 특별한 基準을 두지 않고 호스피스서비스를 받고자 하는 患者 모두에게 서비스를 제공하고 있는 것으로 나타났다. 그 結果, 그동안 管理한 對象者의 疾患特性을 보면 <表 III-8>과 같다. 공통적으로 호스피스對象이 된 疾患은 암 질환이었는데 특히 「가톨릭강남성모병원」과 「성모자애병원」, 그리고 조직 및 단체에 의해 수행되는 5개 「家庭中心 호스피스기관」은 癌疾患만을 對象疾患으로 제한하였고 이들 機關을 제외한 나머지 15개 機關에서는 일반 임종자(老人)까지 포함시켜 管理한 것으로 나타났다.

<表 III-8> 호스피스 事業類型別 管理對象者의 疾患名

유 형		대상질환명
병원중심 호스피스	호스피스병동+가정호스피스 ¹⁾	암, 일반 임종자
	호스피스팀(입원)	암, 알코올중독, 일반 임종자
	호스피스팀+가정호스피스	암, 중풍, 일반 임종자
가정중심 호스피스		<의원> 암, 알코올중독, 치매, 일반 임종자
		<조직 및 단체> 암
독립시설 호스피스		암, 간경화증, 일반 임종자

註: 1) 「가톨릭강남성모병원」, 「성모자애병원」은 암환자만을 대상으로 함.

그 외 管理對象 疾患으로는 알콜중독(호스피스팀, 가정호스피스의 醫院), 중풍(호스피스팀+가정호스피스), 치매(가정호스피스의 醫院), 간경화증(독립시설호스피스) 등이 포함되어 있어 향후 호스피스 事業對象 選定에 있어서 注目하여야 할 부분이다.

4) 管理對象數

全國에서 自發적으로 수행되고 있는 호스피스活動의 規模와 事業對象 受容水準을 파악하기 위해서는 事業實績에 대한 분석이 요구된다. 그러나 대부분의 機關이 호스피스활동을 수행한 지가 最近이고 奉仕次元에서 수행되고 있어 호스피스수행병원을 제외한 그 외 기관에서는 關聯記錄이나 資料를 구비하고 있지 않는 경우가 많았다. 이에 가장 最近의 實績만이 수집가능하였는데 1995년 1월부터 3월까지 3개월 기간 동안 호스피스기관에 등록된 對象者數(person base)와 現在 管理對象數를 파악한 결과, <表 III-9> 와 같다. 전국 14개 機關에 3개월 동안 登錄된 호스피스 總對象數는 407명으로 병원중심 호스피스기관의 호스피스병동(3개소)이 93명, 호스피스팀(4개소) 84명, 그리고 가정중심 호스피스기관(6개소)이 206명, 獨立施設 호스피스기관이 24명으로 나타났다. 따라서 事業類型別 月平均 登錄數는 병원중심 호스피스기관의 호스피스병동 10.3명, 호스피스팀 7.0명(팀 7.3명, 팀과 가정호스피스 6.7명), 그리고 가정중심 호스피스기관 11.4명, 獨立施設 호스피스기관 8.0명이다.

事業類型別로 산출된 月平均 登錄者數를 통하여 現在 活動중인 22개 호스피스기관에서 이용가능한 年間 호스피스 事業對象者數를 추정해 보면 약 2,400명이다¹³⁾. 병원호스피스는 事業對象의 在院期間이, 가

13) <表 3-9>에서 事業類型別로 제시된 월평균등록자수를 해당 事業類型 機關의 수에 적용하여 기관수와 12개월을 곱하여 합친 값이다.

정호스피스는 家庭訪問回數가 호스피스기관의 受容能力에 영향을 미치는데 병원호스피스의 경우에는 在院期間이 매우 다양하고 家庭호스피스의 경우에는 關聯資料가 구비되어 있지 않아 對象者 1인당 평균 서비스량에 대한 前提는 제시하지 못하였다. 다만 임종 6개월 이내로 예견되어 登錄된 末期患者가 8개월 기간 동안 호스피스서비스를 받은 경우가 대부분의 기관에서 경험한 것으로 調査되었고 15개 事業機關에서 管理한 바 있는 일반임종자는 임종 數日前에 등록된 것으로 파악되어 이 경우에는 호스피스서비스 提供期間이나 서비스 量이 적을 것으로 판단된다. 따라서 이러한 점을 감안하여야 하며 實人員이 아닌 점에 주의하여야 한다(가정 및 독립시설호스피스의 이용자는 병원호스피스 이용경험자이기 때문에 實人員은 더 적을 것임).

이상과 같이 호스피스대상자의 在院期間이나 서비스 量에 따라 호스피스시설의 受容水準이 달라진다는 制限點을 가지고 현재 年間 2,400명이라는 登錄數를 적용하여 우리나라 호스피스 事業對象에 대한 현 호스피스시설의 受容能力을 推定해 보면 합병증을 동반하지 않는 전형적인 末期狀態의 암환자 12,260명(1994)을 事業對象으로 간주할 경우, 약 20%의 수준으로 볼 수 있다.

〈表 III-9〉는 遂行機關 各各 月平均 登錄者數를 산출하여 事業類型別로 구분하였을 때 가장 적게 등록된 機關의 數와 가장 많이 등록된 기관의 數를 제시한 것이며 調査日 현재 管理對象數가 가장 적은 機關과 가장 많은 機關의 管理對象數를 제시한 것이다. 먼저 月平均 登錄者數를 보면 병원중심 호스피스기관 중에서 호스피스병동의 경우, 月平均 登錄者數가 가장 적은 機關이 9명, 가장 많은 機關이 12명으로 나타났으며 호스피스팀의 경우, 月平均 登錄者數가 가장 적은 기관이 3명, 가장 많은 機關이 12명이었고 호스피스팀과 가정호스피스를 운영하는 경우는 月平均 登錄者數가 가장 적은 機關이 3명, 가장 많은 機

關이 10명으로 나타났다. 家庭中心 호스피스기관은 月平均 登録者數가 가장 적은 기관이 3명, 가장 많은 기관이 18명으로 나타났으며 獨立施設 호스피스기관에서는 月平均 8명이 등록한 것으로 나타났다.

〈表 III-9〉 호스피스 事業類型別 月平均 登録者數¹⁾ 및 1日 管理對象數
(단위: 명)

유 형 (자료수집 기관수)		월평균 등록자수			1일 관리대상수			
		平均	최소 기관	최다 기관	입원환자		가정 거주환자	
					최소 기관	최다 기관	최소 기관	최다 기관
병원중심 호스피스 (7개소)	병동+가정호스피스 (3개소)	10.3	9	12	1	10	2	10
	팀(입원) (2개소)	7.3	3	12	1	15	-	-
	팀+가정호스피스 (2개소)	6.7	3	10	4	22	3	4
가정중심 호스피스(6개소)		11.4	3	18	-	-	3	59
독립시설 호스피스(1개소)		8			6		-	

註: 1) 1995년 1월부터 3월기간 중 月平均 登録對象者數임.

호스피스 事業類型別 管理對象者數를 보면 病院中心 호스피스기관의 경우, 호스피스병동에서는 入院患者가 가장 적은 機關이 1명, 가장 많은 機關이 10명, 호스피스팀은 가장 적은 機關이 1명, 가장 많은 機關이 15명으로 나타났다. 호스피스팀과 가정호스피스를 운영하고 있는 病院의 경우는 入院患者가 가장 적은 機關이 4명, 가장 많은 機關이 22명으로 나타났다. 家庭中心 호스피스기관은 가장 적은 機關이 3명, 가장 많은 機關이 59명으로 管理對象者數가 가장 많은 것으로 나타나고 있는데 이는 患者死亡 후 死別管理를 수행하기 위하여 한번 등록한 환자의 家族을 管理對象으로 간주하고 있기 때문인 것으로 나타났다.

다. 서비스內容

호스피스對象에게 제공되고 있는 서비스를 파악하기 위하여 호스피스 事業類型別 서비스內容을 조사한 結果, <表 Ⅲ-10>, <表 Ⅲ-11>과 같다. 事業類型 共히 공통적으로 수행하고 있는 서비스內容은 크게 환자 및 가족에 대한 직접서비스 活動과 간접서비스 活動으로 대별되었다. 직접서비스 活動으로는 末期患者 査定, 투약 및 처치, 身體 Care, 정서적 Care, 靈的 Care, 相談 및 敎育, 家族管理 등으로 나타났으며 간접서비스 活動으로는 환자주변의 施設 및 環境管理, 환자에게 필요한 道具提供, 직접서비스관련 의뢰업무 및 호스피스팀 회의, 事業人力 管理 및 敎育, 記錄 및 報告 등의 事業對象者 管理를 위해 기본적으로 수행되는 業務로 나타났다.

동 表에서 이들 서비스 영역별 Care 내용 및 활동을 살펴보면 돌봄의 성격이 강하다는 것을 알 수 있는데 호스피스의 특징적인 활동으로는 ‘査定’영역에서의 ‘상태측정 및 관찰’업무와 ‘身體 Care’영역에서의 ‘구강간호’, ‘침상목욕’, ‘개인위생’ 및 ‘관장’ 등을 들 수 있다. ‘상태측정’ 業務內容 중에서 ‘痛症 査定’은 全적으로 主觀的인 症狀이므로 통증의 유무 및 정도를 정확히 측정하는 것은 실제로 불가능하다. 이에 따라 호스피스에서는 환자에게 물어 보거나 VAS(visual analogue scales)¹⁴⁾를 이용하여 통증조절 방법과 진통제를 선택하고 통증조절의 효과를 판정하는 것으로 나타났다. 이러한 방법의 사용은 환자 요구도 중심 서비스임을 알 수 있게 해주는데 이 때 마약성 진통제(몰핀)를 투여한 患者의 경우는 호흡이 감소되므로 의료인이 수시로 관찰하는 業務를 수행하게 되고 어떠한 약으로도 통증조절이 안되는 경우에는

14) VAS는 종이위에 10cm 길이의 직선을 긋고 한쪽 끝을 0으로 하여 전혀 안아픈 경우로, 다른 한 끝을 100으로 하여 가장 심하게 아픈 것으로 하여 患者에게 현재 아픈 정도를 선위에 표시하게 하는 方法이다.

계속 감시하여야 하므로 ‘상태측정 및 관찰’ 업무는 의료인의 스트레스가 많은 업무 중의 하나로 나타났다. ‘침상목욕’은 환자의 要求나 호스피스팀의 판단에 따라 주 1회 정도 실시하고 ‘관장’은 末期 癌患者의 80% 이상에게 週期的으로 시행하고 있는 것으로 나타났다.

이러한 다양한 活動을 수행하고 있는 호스피스기관에서는 事業類型에 따라 서비스 提供場所가 다르기 때문에 중점 서비스내용도 다를 것으로 예상되는데 病院中心 호스피스기관에서는 전신쇠약으로 인하여 자가간호(self-care)가 안되는 對象이 많아 ‘患者狀態 測定 및 監視’에 焦點을 두고 있는 것으로 나타났다.

가정호스피스기관에서는 患者狀態 査定 및 投藥을 위한 處方關聯 ‘依賴’業務와 검사물 ‘依賴’業務, 그리고 ‘相談 및 敎育’活動과 ‘麻藥投藥 및 管理’活動 중에서 ‘患者死亡 後 마약수거 및 管理’업무를 매우 중요한 업무로 제시하고 있다. 醫院을 중심으로 이루어지는 가정호스피스기관은 醫師가 常住하고 있으므로 麻藥購入 및 投藥에 어려움이 없으나 특히 宗教組織 및 團體에 의해 수행되는 기관은 麻藥購入 및 投藥業務에 많은 제약이 따르게 되어 관련 의뢰업무가 큰 비중을 차지하고 있는 것으로 나타났다. 이에 따라 依賴는 患者가 개별적으로 醫師의 처방을 받아 마약을 구입하는 경우를 제외하고는 自體機關과 宗教적으로 연결된 病·醫院이나 自願奉仕者인 醫師의 협조를 받아 이루어지고 있는 것으로 나타났다. 한편 서비스 提供場이 家庭이기 때문에 환자 Care에 필요한 ‘물침대’, ‘흡인기’, ‘의사소통도구’ 등의 물품이나 도구를 貸與해 주고 있는 것으로 나타났다.

독립시설 호스피스기관에서는 患者監視나 敎育보다는 日常生活에 필요한 身體的 活動들을 직접적으로 돌봐 주는데 業務의 비중을 두고 있으며 약물요법을 통한 완화방법보다는 自然療法 및 食餌療法에 초점을 두어 관리하고 있는 것으로 나타났다. 또한 經濟적으로 어려운

對象에 대해서는 葬禮까지 치루어 주고 있는데 現行 葬禮法上 사망 후 24시간이 지나야 장례를 치를 수 있기 때문에 屍身의 안치문제에 어려움이 있으며 靈柩車이외의 차량으로는 屍身을 옮길 수 없어 사업 수행상 애로사항의 하나로 대두되었다.

이처럼 事業類型에 따라 중점서비스 내용이 다르기 때문에 서비스 제공정도 역시 事業類型에 따라 다를 것으로 예상되는데 事業類型別 活動水準을 파악하기 위하여 典型的인 事業對象(즉, 임종환자, 출혈患者 등의 응급상태 환자는 제외)에게 제공되는 서비스내용을 看護記錄紙(nursing progress note) 및 作業日誌(worksheet)을 통하여 파악한 결과, <表 Ⅲ-12> ~ <表 Ⅲ-16> 과 같다.

<表 Ⅲ-12>는 가장 오랜 호스피스 活動經驗을 가진 1개 綜合病院의 호스피스병동에서의 1일 업무영역별 平均所要時間을 제시한 것이다. 동 표에서 1일 총 1,440분 중 末期患者에게 가장 많은 시간이 소요된 업무는 ‘身體 Care(720분)’로 하루의 절반이 소요된 것으로 나타났는데 이 중 대부분의 시간은 個人 衛生管理 및 건강보호에 해당되는 非治療的 Care로 나타났다. 그 다음으로는 ‘투약 및 처치(290분)’, ‘靈的 Care(200분)’ 順으로 나타났는데 이러한 실태는 綜合病院에서의 호스피스활동이 醫療 및 處置領域보다는 일상적인 看護領域이 더 많음을 알 수 있어 醫療施設을 활용한 호스피스 事業運營에 대하여 示唆點을 던져주고 있다.

〈表 III-10〉 호스피스 內容(直接서비스)

Care영역	Care 내용	Care 활동 ¹⁾
사 정	상태측정 및 관찰	정서상태 사정, 죽음인지 사정, 활력증상 측정, 통증사정, 영적 상태사정, 가족문제 사정, 遺家族 사정, 가족지지 사정
	검사물 채취	<혈액, 소변, 질, 항문>
신 체 Care	비 치료적 Care	구강간호, 개인위생(삼푸, 부분목욕, 침상목욕, 옷입히기, 손톱깎기 등), 온냉찜질, 체위변경, 침상정리, 식이 제공, 운동요법, 운동요법, 수면돕기 <배변/배뇨관리, 좌욕, Kismo 적용>
	치료적 Care	욕창치료, 정맥주사(5% 영양제), 신체맞사지, 자연배뇨 유도, <산소요법, 방광세척, 관장, 회음부관리, 드레싱, Catheterization, Endotracheal suc., Digital evacuation, Tube feeding, Urine bag care, 복막투석>
상담 및 교육	사회지원상담	생활보호대상 신청, 사망진단서 신청, 유가족 직업안내,
	신앙상담	종교기관 안내, 신앙생활 유지 및 상담
	교육 ²⁾	질환증상, 질환치료 및 관리 교육 (식이요법/욕창예방 및 관리/ 투약 복용법 및 부작용/작용시간 및 투약간격조절/좌약사용법/Ambulation/관장법/진통제 효과/임종과정에 나타나는 증상 및 관리교육) <기록부 작성법, 경련시 간호, 피부관리, 검사, 소변주머니 관리/feeding/체위변경/방광세척/상처소독>
	시범교육 ²⁾	기본간호 및 관리 교육 (체위변경/목욕/맞사지/배변, 배뇨 돕는 법/수동운동/무균법) <장루간호/탄력붕대 사용법>

註: 1) Care활동 중 < >내 서비스는 환자의 상태에 따라 選別的으로 제공되는 서비스임.

2) 病院中心 및 독립시설 호스피스기관에서는 選別的으로 제공되는 서비스임.

〈表 III-10〉 계속

Care 영역	Care 내용	Care 활동
투약 및 처치	증상치료	통증조절 및 증상완화, 또는 질환치료(감기, 폐렴, 소화기장애 등)
	마약투약 및 관리	환자사망후 마약수거 및 관리, 기록 및 보고
정서적 Care	정신적 지지	경청, 산책, 곁에 있어줌, 위로, 감정표현 격려
영적 Care	영적 Care	관련 정보제공, 신앙으로 격려, 책 읽어줌, 죽음준비 지지, 임종활동 준비.
가족관리	가족사정	<가족역동, 가족의 건강상태사정, 病的 가족의뢰>
	역할조정	<가족간 불화중재, 역할분담 조정>
	정신적,영적지지	장례식 참석, 이야기 경청, 의사소통 조정, <종교기관 안내, 치료적 접촉>
	추후관리	유가족모임 주선, 슬픔극복 유인물 보내기

〈表 III-11〉 호스피스 內容(間接서비스)

Care 내용	Care 활동 ¹⁾
환경관리	환경조성(생활공간 재배치, 환기, 주위정돈)
물품 및 도구제공 ²⁾	<흡인기/물침대/안석/wheel chair/의사소통도구(단어카드)/ 테이프/책/녹음기, 이완요법, 종교서적 배부>
의뢰	<기관(병원, 종교기관 등) 및 타인력(주치의와의 상담, 사회사업가, 자원봉사자) 에게 의뢰>
인력교육 및 관리	팀관리, 자원봉사자 관리(교육 및 감독, 지지)
회의	Care 계획을 위한 팀회의, 患者死後 호스피스팀 支持 활동(모임 및 스트레스 관리, 토로)
기록 및 보고	기록, 인수인계
장례 ²⁾	<장례관련 활동지원, 시신기증 의뢰>

註: 1) Care활동 중 < >내 서비스는 환자의 상태에 따라 選別的으로 제공되는 서비스임.

2) 病院中心 호스피스기관에서는 選別的으로 제공되는 서비스임.

〈表 III-12〉 綜合病院 호스피스 病棟에서의 1日 業務內譯

Care 영역	투약·처치	신체 Care	기본간호활동	情緒的·靈的 Care ⁴⁾	기타 간접업무
Care 활동 (제공시간)	- 경구약 조제 및 투약, (60분) 1회 - 주사 처치준비 및 투약 (90분) 2회 (30분) 1회 (20분) 1회	- 개인위생, 목욕¹⁾(60분) 2회 - 구강간호 (30분) 3회 - 체위변경, 운동요법²⁾ (30분) 3회 - 회음부간호(20분) 1회 - 관장(30분) 2회 - 드레싱 등 개인별 치료적 Care(50분) 2회 - 수면돕기, 증상조절 (60분) 2회 - 환자관리, 회진참여³⁾ (60분) 2회	- V/S(혈압, 호흡, 맥박) check, - I/O check(40분) 2회	- 가족지지 (상담 및 기도, 회진) (60분) 1회, (30분) 2회 - 수면돕기, 심리간호 (80분) 1회	- 간호내용기록 (30분) 3회 - 인수인계 (20분) 3회
1,440분 (100.0%)	290분 (20.1%)	720분 (50.0%)	80분 (5.6%)	200분 (13.9%)	150분 (10.4%)

註: 1) 환자유구, 또는 간호사의 판단에 따라 제공회수가 다르나 보통 주 1회 시행함.

2) 환자상태에 따라 산보, 휠체어 활용, 침상에서 운동요법을 실시함.

3) 의사, 사목자 등 호스피스팀이 참여함.

4) 사목자의 靈的 Care는 수시로 제공되고 있음.

가정호스피스는 필요시, 또는 요구에 의해 家庭訪問을 통하여 이루어지는 활동이라는 점에서 入院形態를 통하여 24시간 서비스가 제공되는 병원호스피스와는 구별된다. 즉, 患者 개개인의 상태에 따라 가정방문회수 및 서비스 제공시간이 다르며 팀접근이 아니기 때문에 末期 進行狀態에 따라 서비스를 제공하게 된다. 이러한 특성때문에 業務遂行內譯을 患者 1인의 進行상태에 따라 初期段階, 過程段階, 臨終段階로 구분하여 서비스 제공시간을 파악하였는데 각 단계에서 제공되는 서비스 所要時間을 산출하여 보면 〈表 Ⅲ-13〉 ~ 〈表 Ⅲ-15〉와 같다.

〈表 Ⅲ-13〉은 등록 첫 週, 3회 정도의 家庭訪問을 통하여 이루어지는 患者狀態 認知를 위한 初期段階에서의 업무내역이다. 이 기간 중의 서비스 提供時間은 총 750분으로 1회 방문당 약 250분 소요된 것으로 나타났다. 이 時期의 중점업무는 ‘간접서비스’와 ‘상담 및 교육’으로 호스피스간호사와 환자, 주치의, 그리고 가족 등과의 관계형성과 서비스 계획을 위한 업무가 주된 것으로 나타났다.

서비스 제공단계인 過程段階에서는 週當 2회 방문하여 총 300분이 소요, 1회 방문시 150분의 서비스가 제공되고 있는 것으로 나타났다. 중점서비스는 ‘신체 Care’와 ‘患者 査定’으로 1회 방문시 각 60분, 30분이 소요된 것으로 나타났는데 이는 환자에 대한 보다 정확한 身體的, 精神的, 靈的 査定을 통하여 24시간 Care가 제공되는 병원호스피스 못지 않는 患者의 要求度 충족을 위하여 시간을 할애하고 있는 것으로 볼 수 있다.

末期患者가 臨終段階에 이르게 되면 末期患者에 대한 ‘靈的 Care’, ‘身體 Care’에서부터 葬儀禮式과 관련된 업무에 이르기까지 지속적이고 집중적인 Care를 제공하게 된다. 따라서 이 시기에는 臨終患者에 대한 서비스 제공시간을 예측하기 어려워 호스피스간호사는 다른 환

자와의 방문약속을 지키기 위하여 代替人力이 방문하기도 한다. 임종 단계에서의 평균소요시간은 1,890분으로 일부 환자는 병원으로 이송되기도 한다. 이처럼 1일을 초과하는 서비스에 대해서는 호스피스 事業人力들이(간호사, 사목자) 릴레이 형식으로 환자가정을 방문하여 환자가 사망할 때 까지 지속적으로 서비스를 제공해 주고 있는 것으로 나타났다. 따라서 이 시기에는 관련인력과 協助體系가 필요한 단계임을 보여주고 있는데 특히 ‘靈的 Care’가 1,890분 중 1,350분으로 가장 많은 시간이 소요된 것으로 나타나 司牧者(또는 敎役者)와의 연계활동이 필수적인 것으로 볼 수 있다.

〈表 III-13〉 家庭中心 호스피스에서의 初期段階¹⁾ 業務內譯

Care영역	기타 간접업무	사정	신체 Care	상담 및 교육
Care활동 (제공시간)	- 환자 기록부 Review 및 Medical Form & 처방받음 (120분) - 자원봉사자 연결 및 소개 (60분) - 기록 및 팀회의(120분)	- 신체적, 정서적, 사회적, 영적상태 및 주거환경, 가족지지정도, 경제상태 등(120분)	- 개인위생 - Dressing, 도뇨, Bladderirrig 등 개별적으로 요구되는 서비스(120분)	- 환자상담 및 교육: 투약, 신체관리 등 (60분) - 가족사정 및 상담(120분) - 환자와 가족에게 Hospice 소개(30분)
총소요시간 750분	300분	120분	120분	210분

註: 1) 호스피스환자를 등록하여 환자를 확인하는 단계로 첫 一週期間이 해당됨.

<表 III-14> 家庭中心 호스피스에서의 過程段階 業務內譯

Care영역	사정	영적 Care	신체 Care	상담 및 교육	가족관리	기타 간접업무
Care활동 (제공시간)	- 환자 및 가족 사정 (60분)	- 신뢰 형성, 情緒的 支持, 靈的 支持 (40분)	- 개인위생 (90분) - 증상조절: 통증, 변비, 오심, 구토 등 개인적 으로 요구 되는 서비 스(30분)	- 가정간호교 육, 환자 투 약방법 및 증상관리 설명(20분)	- 팀회의 - 주치의 전화 또는 직접 방문 상의 (30분)	- 팀회의 (30분)
총소요시간 300분	60분	40분	120분	20분	30분	30분

<表 III-15> 家庭中心 호스피스에서의 臨終段階 業務內譯

Care 영역	영적 Care	가족관리	신체 Care	상담 및 교육	기타 간접업무	사정
care 활동 (제공시간)	- 靈的支持 (30분) 5회 - 계속간호 유언서작성, 변호사연결, 환자상태설명 가족, 친척 만나보도록 주선, 화해 (720분) - 옷입히기, 입중예배 (60분) - 가족지지 (300분) - 주치의 연락 (120분)	- 가족상담 및 지지 (30분) 5회	- 신체간호 (30분) 5회	- 교육: Dying Process (60분)	- 기록 - 사망진단서 발급협조 (180분)	- 사정 (30분) 5 회
총소요시간 1,890분	1,350분	150분	150분	60분	180분	150분

독립시설 호스피스기관에서의 1일 각 서비스영역별 提供時間을 보면 〈表 Ⅲ-16〉과 같다. ‘身體 Care’가 570분(39.6%)으로 가장 많은 시간이 소요되었고 그 다음으로는 ‘靈的 Care(450분)’로 나타났으며 가장 적게 소요되는 업무는 ‘간접업무활동’이다. 동 시설은 病院과는 동일하게 24시간 운영되고 있으나 병원에서의 1일 3부 交代勤務와는 달리 1일 1交代로 운영하고 있어 交代로 인하여 소요되는 ‘인수·인계 및 기록’시간이 상대적으로 적은 것으로 나타났다. 반면 ‘情緒的·靈的 Care’에 소요되는 시간은 상대적으로 많은 것으로 나타났다.

호스피스 事業對象에게 제공되는 서비스별 提供時間은 기본적으로 患者査定 結果에 근거하여 조금씩 다르게 제공하게 되겠지만 조사대상 호스피스사업기관이 모두 宗教的 理念을 띤 機關이라는 점에서 볼 때, 靈的 Care에 더 많은 시간을 투입할 가능성이 크다. 물론 〈表 Ⅲ-6〉에서 말기 암환자에 대한 要求度 調査結果에서 72%가 靈的 支持를 원하였다는 사실을 감안하여 보면 그 필요성은 충분히 이해될 수 있는 수치이나 향후 非宗教的 機關에서의 사업수행을 통하여 末期患者들의 靈的 要求에 대한 査定을 실시, 靈的 Care에 대한 深度깊은 論議가 필요하다. 이러한 주장은 현재 호스피스사업이 정착된 先進國의 경우, 靈的 Care가 自願奉仕 次元에서 제공되고 있는 바, 事業提供者의 必要가 아닌 환자의 要求에 의해서라면 향후 事業機關에서는 常勤職의 사목자가 활동해야 할 필요성이 커지고 또한 司牧者 投入에 따른 人件費를 감안할 필요성이 提起되며 더 나아가서는 종교기관에 의해서 호스피스사업이 운영되어야 할 당위성이 커지기 때문이다.

以上과 같이 각 사업유형별로 제공된 서비스내용 및 投入程度를 分析한 결과, 서비스내용에 있어서는 크게 다르지 않지만 서비스영역별 提供回數(혹은 投入時間) 및 提供量은 크게 다른 것으로 나타났다. 이는 곧 호스피스서비스에 대한 支拂報償體系를 開發할 때 서로 다른 수준의 酬價體系의 개발이 필요하다는 것을 示唆하고 있다.

〈表 III-16〉 獨立施設에서의 1日 호스피스 活動內譯

Care영역	투약·처치	신체 Care	기본간호 활동	정서적·영적 Care	기타 간접업무
Care활동 (제공시간)	- 경구약 조제 및 투약, 환자상태 관찰 및 보호 (30분) 4회 - 주사 및 처치 (30분) 4회	- 식이요법 (60분) 3회 - 식이요법(간식) (30분) 1회 - 개인위생(세면 및 세발) 및 구강간호, 체위 변경, 욕창치료, 관장 (60분) 2회 - 운동요법 (60분) 2회 - 신체간호(수면 돕기, 증상조절) (120분) 1회	- V/S & I/O check (60분)	- 예배, 상담, 기도 (60분) 2회 - 간호가족지지 (가족지지 및 상담) (90분) 1회 (120분) 1회 - 환자 지지 (수면돕기, 증상조절) (120분) 1회	간호기록, 인수인계 준비
1,440분 (100.0%)	240분 (16.7%)	570분 (39.6%)	60분 (4.2%)	510분 (35.3%)	60분 (4.2%)

라. 호스피스팀

1) 事業類型別 호스피스팀

호스피스 哲學을 바탕으로 한 全人的 Care는 患者와 家族의 다양한 요구를 충족시켜주기 위하여 여러 分野의 人力으로 구성되어야 한다. 이에 호스피스팀으로는 醫師, 看護師, 社會事業家, 司牧者(또는 敎役者), 自願奉仕者, 그리고 물리치료사, 약사, 영양사, 작업치료사 등이 포함될 수 있는데(Paradis, 1985), 事業類型別 事業人力 構成을 보면 〈表 III-17〉과 같다. 〈表 III-10〉, 〈表 III-11〉에서 제공된 事業內容을 보면 事業類型別로 큰 차이가 없어 事業人力 구성에 있어서도 큰 차이가 없을 것으로 예상되었으나 事業機關마다 제각기 다르게 구성되

어 있는 것으로 파악되었다. 이러한 결과는 事業對象에게 필요한 서비스가 요청될 경우, 關聯 專門人力이 확보되어 있지 못할 경우라 할지라도 요청되는 서비스에 대해서는 다른 人力이 代替하여 수행한 것으로 간주할 수 있다.

調査結果를 통해서는 事業類型別로 事業人力 構成의 특징은 전혀 나타나지 않고 있는데 병원중심 호스피스기관에서는 공히 醫師, 司牧者, 自願奉仕者가 호스피스팀의 주 구성원이다. 가정중심 호스피스기관에서는 醫師, 看護師, 藥師 免許를 소지한 司牧者들이 팀을 구성하여 활동하는 기관에서부터 自願奉仕者만에 의해 서비스가 제공되는 機關에 이르기까지 그 構成人力이 매우 다양하나 대부분 간호사에 의해 전개되고 있는 것으로 나타났다. 독립시설 호스피스는 醫師, 司牧者(藥師), 看護師, 自願奉仕者로 구성되어 있다.

이처럼 호스피스수행기관에서 제시한 事業人力 構成員을 보면 事業遂行에 있어서 큰 問題가 없는 것으로 보인다. 그러나 대부분의 호스피스기관이 看護師나 看護師 면허를 소지한 司牧者(일부 醫師도 있음)가 주축을 이루고 있고 그 외 人力들은 醫療活動의 일환으로 참여하고 있어 호스피스 專門人力 확보가 急先務인 것으로 나타났다. 즉, 대부분의 기관에서 호스피스팀으로 제시하고 있는 醫師의 경우, 실제적으로 이들이 호스피스활동을 수행하기보다는 治療的인 處方의 일환으로써 麻藥을 處方해 주고 있을 뿐, 호스피스에 직접 참여하고 있는 人力은 극히 적은 것으로 나타났다. 현재 호스피스활동에 참여하고 있는 醫師의 數는 호스피스를 수행하고 있는 綜合病院의 內科(癌) 專門醫와 精神科 專門醫들로, 全國에 10여명에 불과하다.

〈表 III-17〉 호스피스 事業類型別 事業人力

유형		사업인력 ¹⁾
병원중심 호스피스	호스피스병동+가정호스피스	I, VI
	호스피스팀(입원)	I, II, IX, X
	호스피스팀+가정호스피스	I, VI, VIII
가정중심 호스피스		<의원> II, IV, III, VI
		<조직 및 단체> I, IV, V, VI, VII
독립시설 호스피스		II ²⁾

註: 1) I: 의사, 간호사, 사회사업가, 사목자, 자원봉사자
 II: 의사, 간호사, 사목자, 자원봉사자,
 III: 의사, 사목자(간호사)
 IV: 간호사, 사회사업가, 사목자, 자원봉사자,
 V: 사목자(의사, 약사, 간호사), 자원봉사자
 VI: 의사, 간호사, 사회사업가, 사목자, 자원봉사자, 약사
 VII: 자원봉사자
 VIII: 의사, 사목자, 자원봉사자
 IX: 간호사(성직자), 자원봉사자
 X: 사목자

2) 사목자가 藥師임.

이러한 실정은 비단 醫師에게만 해당되는 것이 아니라 모든 分野의 人力에게도 해당되는 문제인 것으로 나타났는데 호스피스 事業人力의 專門領域別 參與人力數를 보면 1개 機關當 대부분 1~2명이다(호스피스병동의 看護人力은 예외).

이들은 多學問間(Multidisciplinary) 共同協助體系(『호스피스협회』構成 등)를 구성하여 다양한 活動(워크숍, 討論, 事例發表 등)을 展開하여 관련정보를 교환, 知識과 技術을 습득하고 있는데 주로 人間 尊嚴性 회복을 위한 호스피스서비스의 技術開發(통증조절방법, 영적 요구 충족방법, 의사소통방법 등)에 중점을 두고 있는 것으로 나타났다. 그러

나 이들 또한 훈련된 専門人力의 부족과 關聯 資料不足으로 호스피스 의 실제적인 Care자체를 陶冶하는 데에는 많은 어려움이 있는 것으로 나타났다.

호스피스활동에 참여하고 있는 人力 중에서 가장 많이 참여하고 있는 人力은 看護師이다. 호스피스 事業類型 중 『호스피스병동』의 경우에는 確保된 病床에서 서비스가 수행되기 때문에 管理對象 受容人員이 한정되어 있으므로 看護人力에 대한 投入水準 把握이 가능하다. 이에 3개 호스피스병동에 대한 病床數 對 1日 看護師 投入人力數를 보면 각 11:7, 11:4, 10:2.2(1개 病棟 59病床 全體에 13명의 看護師가 투입되어 있는데 이중 호스피스병상은 10病床임)로 하루 8시간 근무를 기준으로 勤務組가 편성되어 1/3씩 나누어 투입되고 있음을 감안하면 實活動人員은 10~11병상에 각 2.3名, 1.3名, 0.73名이 배치되어 있는 셈이다. 따라서 1병상당 看護師 配置人力은 0.21명, 0.12명, 0.07명으로 나타났다.

호스피스 수행기관에서는 호스피스활동에 필요한 不足人力을 충당하기 위하여 자원봉사자를 活用하여 非專門的인 활동에 참여시키고 있다. <表 III-18>에서 自願奉仕者가 팀의 일원으로 참여하고 있는 기관은 22개 事業機關 중 19개 機關으로, 관리대상수가 적어 自體人力만으로도 관리가 가능한 3개 기관을 제외한 그 외 기관에서는 모두 自願奉仕者를 活用하고 있는 것으로 나타났다. 호스피스활동에 參與하고 있는 自願奉仕者數를 보면 병원중심 호스피스기관의 경우 1개 기관당 평균 45명, 가정중심 호스피스기관 평균 25명, 독립시설 호스피스기관에서는 30명으로 나타나 이들이 매우 큰 人的 資源임을 알 수 있다.

이들 自願奉仕者들은 機關마다의 개별적인 모집과 교육, 그리고 면접을 거쳐 確保되고 定期的, 非定期的인 보수교육을 통하여 선발, 管理되고 있는 것으로 나타났다(附錄 1 參照). 현재 호스피스서비스 提

供人力들이 自願奉仕者 敎育을 담당하고 있어 호스피스 自願奉仕者 敎育은 호스피스서비스와 마찬가지로 業務의 큰 비중을 차지하고 있는 것으로 나타났다.

自願奉仕者 管理는 병원중심 호스피스기관의 경우, 自願奉仕者 中에서 調整責任者(代表)를 임명하여 자체적으로 人力을 管理하도록 하고 專門人力(간호사 또는 사목자)이 指導, 監督을 하고 있으며 가정호스피스기관의 경우에는 간호사가 자원봉사자를 직접 指導, 管理하고 있는 것으로 나타났다.

自願奉仕者の 特性은 다른 自願奉仕者の 特性과 유사한 女性爲主의 기독교 및 가톨릭신자 중심의 人的 構成을 보이고 있는데 參與年齡層이 대부분 40~50대이다.

이들의 活動期間은 호스피스事業 運營期間이 대부분 짧고 지속적인 활동을 요구하지 않기 때문에 정확한 파악이 어려웠는데 병원호스피스활동에 참여한 自願奉仕者는 중도에 포기하는 경우가 적은 반면(1년 기간 동안 지속한 경우가 전체 自願奉仕者の 70%정도임) 가정호스피스활동에 참여한 自願奉仕者는 중도에 포기하는 경우가 대부분인 것으로 나타났다.¹⁵⁾ 이러한 실태는 家庭訪問을 통한 호스피스활동의 어려움을 단적으로 보여주고 있는데 사업운영 특성상 專門人力과의 팀접근이 어렵고 活動場所가 家庭이어서 機關에 대한 소속감과 유대감이 상대적으로 부족하여 나타난 結果로 해석된다.

그동안 호스피스사업의 發達過程을 보면 이러한 離脫現象은 호스피스활동으로 인한 消盡(burn-out)現象에서 起因된다고 보기도 하는데 비단 自願奉仕者에게서만 나타나는 것이 아니라 危機狀況과 죽음을 자주 접하는 호스피스의 특성으로 인하여 호스피스팀 모두에게서

15) 1개 家庭中心 호스피스기관에 대하여 지난 1년 동안 호스피스 自願奉仕活動을 지속한 自願奉仕者の 數를 파악한 결과, 약 1%로 나타났다.

나타난다고 보고 있다. 이러한 緣由로 事業人力에 대해서는 事業對象과 마찬가지로 情緒的 支持가 필요하다는 데 認識을 같이 하고 있다. 〈表 III-11〉에서 제시된 호스피스 事業內容 중에서 ‘患者死後 호스피스팀 支持活動’이 바로 이러한 離脫現象과 消盡現象을 방지하기 위하여 수행되고 있는 활동이라 보겠다.

〈表 III-18〉 호스피스 事業類型別 自願奉仕者 參與現況

유형	활용기관수 (개소)	1개 기관당 자원봉사자 참여인원 ¹⁾		
		평균(명)	최소(명)	최다(명)
병원중심 호스피스	11	44	4	169
가정중심 호스피스	7	25	3	60
독립시설 호스피스	1	30	-	-

註: 자원봉사자 비활용기관 3개소 제외.

2) 호스피스人力別 役割

〈表 III-10〉, 〈表 III-11〉에서 호스피스內容을 제시한 바 있는데 호스피스 事業類型別로 호스피스 事業人力들이 제공하고 있는 서비스를 파악한 결과, 다음과 같이 요약된다.

병원호스피스의 경우, 醫師는 末期患者의 痛症調節 및 症狀緩和를 위하여 醫學的인 査定과 處方에 중점을 둔 醫療서비스를 제공한다. 통증조절에 사용되는 진통제에는 비마약성 진통제, 마약성 진통제, 그리고 보조 진통제가 있는데 醫師는 환자의 痛症 種類와 程度를 査定하여 적절한 진통제를 선택하여 처방한다. 즉, 가벼운 통증에는 타이레놀 및 스테로이드계 약품 등으로, 심한 통증에는 마약성 진통제(morphine)를 사용하고 있는데 마약성 진통제로도 통증조절이 안되는 경우에는 대부분의 醫師가 補助療法으로써 국소마취를 이용한 신경차단술, 신경외과의 수술요법 등, 복용이 간편한 多量의 마약성 진통제

사용을 忌避하고 高價의 다양한 처방을 강구하고 있는 것으로 나타났다. 이는 통증 및 마약사용에 대한 그릇된 認識에서 비롯된 결과로 풀이된다. 또한 醫師는 末期患者에 대한 定期的인 호스피스팀 회의에 참석하여 환자의 治療計劃을 주관하고 퇴원 및 移送에 관련된 意思決定을 하여 의료에 대한 모든 책임을 진다. 경우에 따라서는 세례식(대세), 장례식에 참여하며 환자 및 가족과 면담을 실시하여 支持해 주기도 한다.

看護師는 24시간 모든 Care의 주 담당자로 환자의 직접적인 간호 제공은 물론 매일 환자상태를 査定하여 身體的, 精神的, 靈的 Care를 계획하고 지속적인 간호를 제공하도록 관리하며 가족 및 유가족의 支持와 관련교육을 실시한다. 이들은 거의 모든 종류의 Care에 참여하고 있는 것으로 나타났다.

社會事業家は 병원내 「社會事業課」에 소속되어 필요에 따라 支援하는 형태로 참여하고 있다. 주로 末期患者 및 가족의 社會心理的 問題에 중점을 두고 經濟的인 支持 및 相談, 의료보험 및 보호대상자 행정처리, 사별가족 상담 등의 社會經濟的 問題解決을 위해 활동하고 있는 것으로 나타났다.

司牧者는 환자 및 가족의 靈的 要求를 査定하여 相談을 통하여 靈的 要求에 적극적인 도움을 주고 있으며 팀구성원들의 精神的 支持와 靈的 相談도 지원하고 있다. 임종과 장례식의 예식에 도움을 주고 병상세례를 집례하며 自願奉仕者를 관리하기도 한다.

自願奉仕者는 환자에 대한 Care 補助와 日常生活에서의 補助者로서 역할을 수행하고 있다. 즉, 목욕, 머리손질, 환자주변 정리정돈하기, 책읽어주기, 입·퇴원 수속절차업무 등 家族과 같은 역할을 해주고 있다. 또한 장례식과 死別管理 프로그램에 참여하여 환자가족에 대한 情緒的 支持를 제공한다.

가정호스피스에서는 주로 간호사(간호사 면허를 가진 聖職者)가 家庭을 방문하여 서비스를 제공하기 때문에 그 외 專門人力의 活動은 매우 미미한 것으로 나타났다. 즉, 간호사는 家庭에서 통증완화 및 증상조절을 위한 환자상태 査定 및 觀察, 投藥 藥品(麻藥)管理 및 투여 방법 교육, 治療的 處置(욕창치료, 산소흡입, 관장, 도뇨관 교환 등), 그리고 환자에 대한 診療相談(전화상담 포함) 등, 醫療 關聯業務를 모두 수행하고 있는 것으로 나타났다. 또한 신체적·정서적 Care를 제공하고 필요하면 靈的 支持를 위해 종교기관과 연결해 주고 있다.

自願奉仕者는 약품구매활동 등의 간호사 업무를 보조하고 환자 세면 및 세발, 대소변관리, 목욕 등의 환자 위생관리를 담당하며 患者 곁에서 환자에게 필요한 심부름을 해준다. 이러한 活動들은 무엇보다도 家庭에 있는 환자를 긴밀하게 관찰하게 해주어 환자 Care계획에 도움이 되는 다양한 정보를 제공해 주기 때문에 가정호스피스사업에서는 매우 중요한 역할을 수행하고 있는 것으로 나타났다.

독립시설호스피스에서는 醫師의 경우, 患者症狀에 따른 의료적 처방(통증 및 기타 증상완화를 위한 약물처방)과 死亡診斷書를 발급하고 藥師(사목자)는 약물투여 및 食餌療法에 대하여 指導하며 看護師는 24시간 직접적인 看護를 제공한다.

自願奉仕者는 간호사의 업무를 보조해 주고 환자 위생관리, 환자 주변 청결하게 해주기, 책 읽어주기, 기도 해주기, 찬송가 불러주기, 유언장 작성 도와주기, 상담, 산책, 심부름, 그리고 음식을 먹여주거나 음식을 만들어 주는 등, 환자가 원하는 것이나 환자에게 意味있는 일들을 직접적으로 도와주고 있는 것으로 나타나 매우 다양한 역할을 수행하고 있는 것으로 나타났다.

마. 호스피스財政

財政이란 사업을 수행하기 위해 필요한 財源을 調達, 管理, 執行하는 機能을 말한다. 따라서 事業을 기획하는데 있어서의 財政의 역할은 事業의 持續性을 뒷받침해 주는 결정적인 요소로 간주될 수 있는데 호스피스사업 운영에 필요한 財政은 크게 管理費, 人件費, 材料費, 其他費用으로 나뉘어질 수 있다.

본 研究에서는 현재 制度圈 밖에서 수행 중인 호스피스활동에 대한 財源調達方法과 執行內譯을 파악하여 接近性이 높은 合理的인 水準의 支拂報償方案을 開發하는데 기초자료로서 활용하고자 한다.

1) 財源調達方法

현 호스피스활동의 運營主體의 성격은 의료기관과 社會福祉法人 傘下團體로 대별된다. 현재 호스피스서비스에 대한 支拂報償은 운영주체와는 별도로 서비스장소가 의료기관인 경우에 한하여 醫療保險 診療酬價基準에 의거, 策定·明示된 서비스항목에 대해서만 청구할 수 있다. 즉, 병원중심 호스피스기관에서나 醫院에서 가정호스피스프로그램을 운영하였을 경우에는 별도의 支拂報償이 안되며 가정 및 독립시설 호스피스기관의 경우에는 적용될 수 있는 法的 根據조차 없다. 이러한 여건에서의 財源調達은 사업의 큰 비중을 차지하고 있을 것인데 호스피스사업유형별 財源調達方法, 또는 收入源을 보면 다음과 같다.

병원중심 호스피스기관의 경우, 管理費는 일반병동에 입원한 醫療保險 患者와 동일하게 保險酬價上에 책정된 「入院病院管理料」 및 「入院患者管理料」, 그리고 「病室料 差額」을 보상받고 있으며(通稱하여 「入院料」라 함) 통증조절 및 증상완화에 요구되는 醫藥品 및 醫療 消耗備品 등의 材料費 역시 「個別行爲料」로서 保險酬價上에 책정된 금액을 보상받고 있다. 그러나 서비스 提供時間이 가장 많은 身體 Care

활동은 일부 技術的, 治療的 看護行爲에 한하여 보상받고 있고¹⁶⁾ 그 외 情緒的 Care, 靈的 Care, 死別管理, 그리고 相談 및 教育 등에 대한 報償은 전혀 발생되고 있지 않고 있다(保健福祉部, 1995). 따라서 이로 인하여 투입되는 費用은 缺損을 보이고 있는 셈이 되는데 이들 서비스에 대한 原價報償은 주로 專門人力의 직접적인 행위로 이루어진다는 점에서 최소한 人件費가 보상되는 수준의 酬價體系 開發이 요구된다고 보겠다.

現在 策定, 明示된 保險酬價體系들을 벗어나지 않고 쉽게 受容되어活用될 수 있는 人件費 支拂報償方案으로는 綜合病院의 「集中治療室」에서 필요에 따라 환자를 집중적으로 치료하였을 경우에 적용되는 「의학관리료」와 「간호관리료」로 구성된 「입원환자관리료」算定體系(일반병실 「입원환자관리료」의 100% 加算金額))(保健福祉部, 1995:65)에 着眼하여 호스피스 Care의 성격이 看護의 성격임을 감안, 「입원환자관리료」중 「간호관리료(3차진료기관 4,420원, 종합병원 3,860원)」를 100% 加算하여 책정하는 方案이 簡명한 方案의 하나로 제시할 수 있다.

병원호스피스 운영에 따르는 缺損費用의 差額は 病院全體 運營經費에서 기본적으로 補助하고 있는 셈인데 그 외 「자선바자회」 등의 활동을 통한 수익금, 「종교단체」, 병원내 「선교회」, 「암환자 후원회」, 「사회복지협의회」 등의 후원금과 末期患者 家族의 寄附金 등에 의해 일부 충당되고 있는 것으로 나타났다.

가정호스피스기관의 경우는 서비스場이 對象者の 家庭이고 材料費는 對象者가 직접 구입하거나 경제상태에 따라 後援金(者)에 의해 무

16) 非治療的 care는 전혀 報償받고 있지 못하고 있다. 治療的 Care 의 경우에도 ‘회음부관리’는 報償받지 못하고 있고, ‘드레싱’과 ‘욕창치료’는 경우에 따라 보상받고 있으며 정맥주사(5%영양제), 자연배뇨유도, 산소요법, 방광세척, 관장, 도뇨, Endotracheal suc., Digital evacuation, Tube feeding, 복막투석 등은 報償받고 있다(保健福祉部, 1995).

료로 제공해 주고 있기 때문에 서비스 제공에 따른 收入은 전혀 발생되지 않고 있다. 따라서 사업운영에 따른 施設管理費와 人件費에 대한 調達은 종교단체 후원금에 주로 의존하고 있으며 호스피스기관에서의 판매수익금(바자회, 일일찻집 등), 환자가족에 의한 寄附金, 그리고 그 외 「國際女性協會」, 「外國 後援金」, 「基金後援會」 등을 통하여 보충하고 있는 것으로 나타났다. 이러한 실정으로 인하여 대부분의 기관에서는 常勤職 看護人力 1~2명을 제외하고는 自願奉仕人力들을 활용하고 있는 것이다.

獨立施設 호스피스기관에서는 환자관리에 필요한 管理費, 人件費, 材料費 등, 모든 費用을 全額 종교기관의 후원금과 환자가족의 寄附金, 일반개인 및 단체후원금에서 調達하고 있는 것으로 나타났다. 동 호스피스시설이 法人이나 社會團體에 소속되어 있지 않기 때문에 이들 寄附者나 後援者에게는 稅制惠澤이 전혀 주어지지 못하고 있는 점이 다른 기관의 後援者나 寄附者와 다른 점이다.

한편 專門人力 및 自願奉仕者 교육프로그램 운영 등에 소요되는 講師料, 教材費 등의 其他費用도 寄附金과 後援金에 의하여 충당되고 있는 것으로 나타났는데 현재 대부분의 기관이 이렇듯 全的으로 또는 部分的으로 事業運營費를 寄附金과 後援金에 의존하고 있음은 先進國의 경우와 같이 寄附金과 後援金에 의한 財源調達을 活性化할 필요성을 示唆한다.

2) 收入 및 支出內譯

새로운 事業을 시작하고자 할 때는 그 事業이 가져다 주는 效果에 관심을 갖게 되는데 호스피스 事業主體가 民間部門인 경우에는 특히 事業의 收益性이 가장 큰 關心事가 될 것이다. 따라서 이들에게 수용될 수 있는 호스피스 支拂報償水準을 마련하기 위해서는 현 支拂報償

體系下에서의 收入 및 支出內譯을 파악할 필요성이 提起된다.

이에 본 研究에서는 호스피스활동을 수행하고 있는 綜合病院에 입원한 암환자와 호스피스병동에 입원한 암환자의 診療收入을 비교하여 綜合病院에서 호스피스환자를 관리하는 것이 얼마 만큼의 診療收入의 차이를 가져다 주는 지를 파악하고자 하며 암병동과 호스피스병동 全體의 診療收入을 비교하여 호스피스사업을 새로이 시작하는 것이 病院經營에 어느 정도의 영향을 미치는 지를 파악하고자 한다.

綜合病院의 두 病棟의 診療收入을 비교하기 위해서는 기본적으로 두 病棟의 設置面積이 동일하여야 한다는 점이 前提되어야 한다. 이에 따라 <表 Ⅲ-19>는 현재 암병동과 호스피스병동의 面積이 동일한 1개 綜合病院(3차진료기관)을 선정하여 일정기간('95. 8. 1~'95. 8. 16) 동안 퇴원한 암병동 患者(26명)와 호스피스병동 患者(3명)를 대상으로 입원 기간동안의 환자 1인당 1일 平均 診療收入을 산출하여 比較한 것이다.

동 表에서 암병동 환자와 호스피스병동 患者의 診療內譯別 收入을 比較해 보면 호스피스환자는 암병동의 환자와는 달리 「마취료」와 「치료방사선료」가 전혀 지불되지 않고 있으며 「투약, 처방료」도 암병동 환자의 6%만이 지불된 것으로 나타났다. 반면 「처치료」, 「진단방사선료」 및 「지정진료료」는 호스피스환자에게서 더 높게 나타나고 있는데 「진단방사선료」의 경우는 호스피스환자가 他 病院에서 직접 호스피스병동으로 입원하였기 때문에 발생한 것으로 入院時 患者狀態의 診斷에 필요한 檢査로 파악되었다. 이미 他 病院에서 임종이 예견되어 호스피스병동에 입원한 末期患者의 경우에는 「진단방사선료」의 비용이 二重으로 支拂되었다고 볼 수 있는데 이러한 문제는 호스피스사업의 制度化를 통하여 호스피스대상의 醫務記錄 전달의 義務化나 診斷結果의 交付 등을 통하여 충분히 감소시킬 수 있는 費用이며 만약에 가정 호스피스를 이용하였을 경우에는 全額 節減할 수 있는 費用이다.

암병동 환자와 호스피스병동 환자의 診療內譯 및 診療費用을 통하여 두 병동의 診療方針은 근본적으로 다르다는 것을 알 수 있는데 호스피스병동 환자의 주된 支拂費用은 「注射料」와 「入院料」로, 「入院料」는 總 診療費用의 약 30%를 차지하고 있는 것으로 나타났다. 「入院料」역시 가정호스피스를 이용하였을 경우에는 全額 節減할 수 있는 비용이다.

동 表에서 患者 1人當 平均 診療費는 암병동 환자의 경우 1,828,844원, 호스피스병동 환자의 경우 3,358,306원으로 호스피스병동 환자가 더 높게 나타나고 있다. 이는 호스피스환자의 在院期間(평균 24.7일)이 암병동 환자(평균 11.3일)의 在院期間보다 13일 더 길었기 때문에 나타난 결과이다(대부분의 호스피스병동에 입원한 환자는 在院期間이 이와 같이 긴 것이 특징으로 파악되었다).

이에 따라 환자 1인당 1일 平均 診療收入을 算出해 보면 암병동 환자의 경우 161,845원, 호스피스병동 환자의 경우 135,964원으로 호스피스병동 환자의 진료비가 암병동 환자의 진료비의 84% 수준으로 나타났다. 동 결과는 조사대상 환자들이 이용한 病室의 차이에서 발생되는 「病室料」를 포함시킨 결과이므로 동일조건의 病室에서의 比較가 보다 더 정확한 차이를 제시해 준다고 볼 수 있는데 「病室料」를 제외한 두 병동 환자의 診療費用을 비교해 보면 호스피스병동 환자의 진료비(96,069원)가 암병동 환자의 진료비(117,766원)의 약 81% 수준으로 볼 수 있다. 또한 동 조사대상 중 호스피스병동 환자의 경우에는 타 병원에서 末期狀態로 判定되었음에도 불구하고 再診斷을 위해 발생한 비용이 포함되었다는 점을 감안하여 볼 때, 「診斷放射線料」를 제외할 경우, 76% 수준으로 예상된다. 이러한 결과는 治療對象 患者의 病床을 호스피스환자가 점유하였을 경우, 病院의 수입에 도움이 되지 못하고 있음을 立證해 주고 있는데 1일이 아닌 長期間 이러한 실태가 계속될 경

우에는 病院側에서 末期患者에게 퇴원을 권유할 수 밖에 없는 입장에 놓이게 된다는 사실을 충분히 알 수 있으며 <表 III-5>에서 末期患者가 病院에서 대부분 퇴원하여 家庭에서 사망하게 된 근본적인 배경이 바로 여기에서 비롯된 것임을 알 수 있게 한다.

1 병상당 1일 診療收入費用을 근거로 두 病棟의 1일 全體 診療收入을 비교해 보면 호스피스가 病院經營에 미치는 영향을 보다 명확하게 제시해 줄 수 있을 것이다. 먼저 두 病棟의 病床數 및 投入人力을 파악할 필요성이 제기되는데 可動病床數 및 人力投入水準을 비교해 보면 <表 III-20>과 같다. 可動病床數를 보면 암병동의 경우 31病床인 반면, 호스피스병동은 11病床으로 암병동이 20병상 더 많은 것으로 나타났다. 이러한 차이는 호스피스대상의 特性으로 인하여 호스피스병동에는 암병동과는 달리 6인용 病室을 구비하지 않고 1인용과 4인용 病室만을 구비하였을 뿐 아니라 그 외 「自願奉仕者室」, 「기도실」, 「行政室」 등의 새로운 시설을 마련하였기 때문이다.

한편 병동별 投入人力을 보면 醫師는 동일하나 看護人力에 있어서는 차이를 보이고 있다. 病棟別 간호인력 배치현황을 보면 간호사의 경우 암병동 11.5명, 호스피스병동 7명, 간호조무사의 경우, 암병동 4명, 호스피스병동 3명으로 총 투입인력만을 비교해 볼 경우에는 암병동이 간호사 4.1명, 간호조무사가 1명 더 많은 것으로 나타났다. 그러나 1病床當 投入人力을 산출해 보면 간호사의 경우 암병동 0.38명, 호스피스병동 0.70명으로 호스피스병동이 1病床當 0.32명 더 투입되었고 간호조무사의 경우, 암병동 0.13명, 호스피스병동 0.30명으로 호스피스병동이 1病床當 0.17명이 더 투입된 것으로 나타나 1病床當 配置人力은 암병동보다 약 2배 높게 나타났다. 이처럼 두 病棟의 면적이 동일함에도 불구하고 호스피스병동이 可動病床數는 적으면서 看護人力 投入은 높은 것으로 볼 수 있다.

이와 같은 條件에서 두 病棟의 病床이 평소와 같이 可動되었을 경우(병상이용률 98.8%, 「임종실」제외)에 발생될 수 있는 病棟收入을 비교해 보면 1일 病棟 全體收入이 암병동의 경우, 4,758,243원($161,845\text{원} \times 30\text{病床} \times 0.98$), 호스피스병동의 경우 1,332,447원($135,964\text{원} \times 10\text{病床} \times 0.98$)으로 호스피스병동의 1일 診療收入이 암병동의 1일 診療收入의 28.0%에 불과한 것으로 나타났다.¹⁷⁾ 이러한 結果는 病院施設을 활용하여 호스피스사업을 시작하고자 하려면 사업기관에게 報償하여야 하는 合理的이고 正當한 수준의 費用이 얼마나 커야 한다는 것을 直視하지 않을 수 없게 한다.

死亡前 호스피스 Care를 받은 환자와 받지 않은 患者의 診療費用을 死亡前 일정기간별로 조사한 研究結果를 보면 호스피스가 기존의 診療에 비하여 통증완화와 정서적 안정효과가 높으면서도 死亡前 2주 동안에는 51%의 의료비용이 절감되었고 4주 동안에는 47%, 8주 동안에는 44%의 의료비용이 절감된 것으로 나타났는데(Paradis, 1985) 그 이후 많은 연구들이 이와 유사한 結果를 보여주고 있다. 이러한 醫療費用의 節減效果는 집중적인 치료 및 처치가 투입되지 않았기 때문에 나타난 결과로 이는 곧 진정한 호스피스 Care가 무엇인가를 단적으로 보여주고 있다.

死亡前 15일 기간동안 조사된 研究結果에서는 조사대상환자의 身體的 狀態를 감안하지 않고 治療 및 處置內譯에 대한 專門인 分析(집중적인 치료, 또는 과잉치료 여부에 대한 評價)이 이루어지지 못한 상태에서 醫療費用은 약 20% 절감된 것으로 나타나(美國의 경우 51%) 綜合病院에서의 호스피스사업의 수행은 결론적으로 病院의 收益 次元에서 도움이 되지 못한다고 볼 수 있다.

17) 암병동의 경우는 호스피스병동보다 간호인력(간호사 4.5명, 간호조무사 1명)이 더 투입되었고 「治療放射線療法」수행시 裝備 및 人力이 더 投入되어 얻어진 收入이다.

〈表 III-19〉 綜合病院 癌病棟과 호스피스 病棟의 患者 1人當 診療收入 및 患者 1人當 1日 平均 診療收入 比較

(단위: 원)

구 분	암병동		호스피스병동		(나)/(가)
	환자 1인당 평균진료비	환자 1인당 1일 평균 진료비(가)	환자 1인당 평균진료비	환자 1인당 1일 평균 진료비(나)	
총 액	1,828,844	161,845	3,358,306	135,964	0.84
투약, 처방료	76,950	6,810	10,055	407	0.06
주사료	598,089	52,928	1,114,306	45,114	0.85
마취료	1,950	173	-	-	-
처치료	130,968	11,590	332,230	13,451	1.16
검사료	174,429	15,436	279,106	11,299	0.73
진단방사선료	140,919	12,471	315,956	12,792	1.03
치료방사선료	26,107	2,310	-	-	-
입원료 ¹⁾	498,091	44,079	985,405	39,895	0.91
식대	122,476	10,838	139,200	5,636	0.52
지정진료료	58,865	5,209	182,048	7,370	1.41

註: 1) 「入院病院管理料」, 「入院患者管理料」, 「上級 病室料 差額」을 합한 금액임.

〈表 III-20〉 綜合病院 癌病棟과 호스피스 病棟의 設置病床數 및 投入 人力 比較

		암병동	호스피스병동
設置病室 (病床)	계	8(31病床)	5(11病床)
	6 인실	4(24)	-
	4 인실	1(4)	2(8)
	2 인실	-	-
	1 인실 ²⁾	2(2)	2(2)
	임종실	1(1)	1(1)
投入人力 (名)	의 사 ¹⁾	同一	同一
	간호사	11.5	7
	간호조무사	4	3
	사무직	0.3	1

註: 1) 主治醫, 專攻醫, 修練醫의 人力投入이 患者 個人當 거의 同一함.

2) 「隔離室」로도 活用함.

以上の事例로 비추어 볼 때, 호스피스환자의 本人 負擔金은 전체 診療費用과 마찬가지로 적극적인 치료가 제공되는 암병동에서의 本人 負擔金보다 높아서는 안된다는 사실을 알 수 있다. 〈表 III-21〉은 호스피스병동의 환자와 암병동의 환자의 本人 支拂費用을 比較한 것이다. 두 病棟의 조사대상 환자에 대한 身體的 狀態를 감안하지 않고 治療 및 處置內譯에 대한 專門的인 分析(집중적인 치료, 또는 과잉치료 여부에 대한 評價)이 이루어지지 못한 상태에서 본인 支拂費用을 직접 比較하는 것은 무리가 있으나 適正한 호스피스 酬價水準을 策定하는데 있어서는 호스피스환자의 本人 負擔金이 암병동에서의 本人 負擔金보다 높아서는 안된다는 점을 상기하여 동 表는 一般的인 患者狀態하에서 單純比較한 것이다.

〈表 III-21〉 綜合病院 癌病棟과 호스피스 病棟의 患者 1人當 1日 平均 患者本人 負擔金 比較

(단위: 원)

구 분	암병동		호스피스병동	
	환자 1인당 1일 평균 진료비용	환자 1인당 1일 본인 부담비용	환자 1인당 1일 평균 진료비용	환자 1인당 1일 본인 부담비용
총 액	161,845	70,092	135,964	59,137
투약, 처방료	6,810	1,362	407	81
주사료	52,928	10,586	45,114	9,023
마취료	173	35	-	-
처치료	11,590	2,318	13,451	2,690
검사료	15,436	3,087	11,299	2,260
진단방사선료	12,471	2,494	12,792	2,558
치료방사선료	2,310	462	-	-
입원료 ¹⁾	44,079	33,703	39,895	29,519
식대	10,838	10,838	5,636	5,636
지정진료료	5,209	5,209	7,370	7,370

註: 1) 「入院病院管理料」, 「入院患者管理料」, 그리고 「上級病室料」를 합한 금액임.

동 表에서 암병동 환자의 1일 本人 負擔金은 70,092원, 호스피스병동 환자는 59,137원으로 호스피스병동이 암병동 환자의 84%수준이다. 1일 差額은 10,955원으로 나타나 이 금액내에서 本人 負擔金이 策定되는 것이 바람직할 것으로 생각된다.

가정중심 호스피스기관은 前述한 바와 같이 일부 材料費, 시설운영비, 그리고 人件費가 주 支出內譯으로 나타나 이들 항목에 대한 報償이 호스피스 支拂報償水準이 되어야 할 것이다.

독립시설 호스피스기관은 全額 무료로 서비스를 제공하고 있기 때문에 事業對象者로부터의 收入은 전혀 없으며 支出은 事業運營 및 호스피스서비스 全般에 걸쳐 발생되고 있다. 이에 6 個月間(1995. 1~1995. 6) 支出된 總費用에 대하여 管理對象者 1인당 평균 1일 支出內譯 別 費用을 산출한 결과, <表 III-22>와 같다.

<表 III-22> 獨立施設 호스피스 患者 1人當 1日 支出內譯
(1995. 1~1995. 6)

(단위: 원)

支 出 內 譯	所要費用	비율(%)
총 액	85,000	100.0
투약, 처방료	3,000	3.5
주 사 료	5,000	5.9
처 치 료	5,000	5.9
인 건 비	25,000	29.4
시설운영비 ¹⁾	20,000	23.5
식 대	18,000	21.2
기타 치료비	9,000	10.6

註: 1) 患者管理에 필요한 醫療器械(멸균소독기 등) 및 入院關聯 物品購入費

患者 1인당 평균 1일 支出費用은 85,000원으로 그 구성비를 보면 人件費가 25,000원(29.4%)으로 가장 높고 그 다음은 환자입원에 소요되는 施設運營費로 20,000원(23.5%)이다. 患者의 狀態나 深刻性에 따

라 서비스 투입량이 달라지므로 原價가 다를 수는 있겠으나 동 支出費用을 호스피스병동의 入院費用(表 Ⅲ-19 참조)과 비교해 보면 환자 1인당 1일 支出費用이 호스피스병동의 63%수준으로 나타났다. 이러한 차이는 ‘검사료’ 및 ‘진단방사선료’ 등의 患者狀態 査定에 필요한 醫療的 診斷費用과 ‘指定診療料’가 전혀 지출되지 않아 발생한 것이다.

5. 호스피스事業 導入의 制約要因

전술한 호스피스現況과 分析過程에서 糾明된 問題點에 대하여 적절하게 대처하기 위해서는 어떠한 制約要因이 있는가를 파악하여야 한다. 먼저 호스피스서비스 利用者側에서 糾明된 問題點으로는 우리나라의 死因構造가 암으로 인한 死亡이 增加趨勢에 있음에도 불구하고 그동안 末期狀態에 있는 암환자들은 醫療現場에서 충분히 제공될 수 있는 기본적인 要求마저도 충족되지 못하고 있어 이들의 치료와 관리에 문제가 있음을 지적할 수 있다. 즉, 이들은 통증으로 인하여 심한 고통을 겪고 있는데 의료인의 敎育不足과 認識不足이 그 根本原因으로 나타났다.

호스피스서비스 提供者側에서 규명된 問題點으로는 모든 運營主體에 해당된 문제와 運營主體나 事業類型의 특성상 불가피하게 초래되는 문제로 나누어질 수 있다. 먼저 모든 事業機關에 해당되는 問題로는 다양한 專門人力 참여 및 活動 不在로 팀에 의한 全人的인 Care가 이루어지고 있지 못하고 있다는 점을 지적할 수 있다. 현재로서는 制度化가 되어 있지 않기 때문에 既存人力의 참여가 微溫的인 상태에 있는 것은 당연한 것으로 볼 수 있다. 그러나 호스피스사업이 새롭게 開發된 人力을 필요로 하는 사업이 아닌 만큼, 앞으로 호스피스 事業 人力에 대한 資格 및 認定 등과 같은 社會的 價値가 형성되지 않는다

면 精神的, 肉體的 勞動集約的인 투입이 요구되는 호스피스사업에 既存人力이 자발적으로 참여하기란 기대하기 어려울 것이다. 특히 事業對象者 査定 및 投藥・處方業務에 필수적인 醫師人力의 介入은 事業需要를 창출해 주기 때문에 매우 중요한 역할이므로 이에 대한 制度的 誘引策이 요구된다.

또 다른 制約要因은 運營經費 부족이다. 현 醫療體系에서 호스피스 서비스에 대한 支拂報償制度가 개발되지 않았다는 점이 그 原因으로 향후 호스피스서비스를 政府가 無償으로 공급하지 않는 한, 호스피스 서비스부문도 타 醫療서비스와 마찬가지로 財源調達方案을 강구하여야 할 필요성이 크다.

한편 運營主體나 事業類型의 特性上 불가피하게 초래된 問題點으로는 병원중심 호스피스기관의 경우, 市地域에 偏在되어 있다는 점을 지적할 수 있다. 이러한 상황은 대부분의 綜合病院이 市地域에 설립되어 있기 때문에 앞으로도 이 문제는 해결되지 않을 것으로 전망된다. 향후 지역적인 불균형을 완화시키기 위해서는 군지역에 설립되어 있는 醫療施設, 특히 1차진료기관에 대한 活用을 검토할 필요성이提起된다.

가정중심 호스피스활동의 경우도 市地域에 局限되어 있다는 점을 지적할 수 있는데 이에 대한 代案으로는 郡地域의 保健所를 活用하는 方案을 검토해 볼 수 있다.

독립시설 호스피스는 시설운영에 대한 法的 根據가 아직 마련되어 있지 않는 점과 葬禮業務에 대한 法的 制限으로 경제적으로 취약한 대상에게 제공되는 葬禮를 치를 수 없다는 점이 問題點으로 나타났다. 따라서 향후 關聯 法的 制定을 통하여 事業을 원만하게 수행할 수 있도록 하는 制度的 要件을 구비하여야 할 것이다.

호스피스활동에 대한 現況分析을 통하여 以上과 같은 문제점과 制

約要因들이 도출되었다. 22개 호스피스사업 責任者의 隘路事項을 통하여 우선순위적 관심사안을 파악해 보면 <表 III-23>과 같다. 운영경비 부족과 專門人力 미확보, 그리고 의사의 호스피스에 대한 인식부족이 事業運營 및 遂行上 초래된 주된 隘路事項으로 나타났다. 이 중 운영경비 부족과 전문인력 미확보에 대해서는 통상적으로 財政이 確保되어야 한다는 先入見으로 인하여 방관할 수 있다. 그러나 호스피스 事業活動에 대한 制度的 安定性的 保障과 社會的 價値를 提高시키는 政策意志 및 政策構想은 절대로 등한시해서는 안될 것이다. 호스피스철학에 비추어 볼 때 진정한 호스피스사업의 전개는 이 점이 우선되어야 하기 때문이다.

<表 III-23> 호스피스 事業類型別 運營上 障礙要因 및 隘路事項

問 題 點	계 ¹⁾	병원중심 호스피스			가정중심 호스피스	독립시설 호스피스
		병동	팀 (입원)	팀 (입원+가정)		
운영경비 부족	8	3	1	2	2	-
전문인력 미확보	7	-	1	2	4	-
의사의 호스피스에 대한 認識부족	7	2	1	-	3	1
마약사용의 제한	4	2	1	-	1	-
환자 및 가족의 호스피스에 대한 인식 부족	2	-	-	-	2	-
환자 이송문제	2	-	-	-	1	1
사후 영안실 이용문제	2	-	-	-	1	1
주위환경 造成制限의 어려움	2	-	-	1	-	1
국민의 호스피스에 대한 인식부족	2	-	-	1	-	1
자원봉사자 法的 혜택문제	1	-	-	-	-	1
기관의 법적 인가	1	-	-	-	-	1
시설건립에 따른 국민 인식부족	1	-	-	-	-	1
환자에 대한 의료적 指導결여	1	-	-	-	1	-
환자의 경제능력 결여	1	1	-	-	-	-

註: 1) 22개 기관에서 복수응답한 건수임.

IV. 호스피스事業 모델 開發

호스피스사업을 公共政策으로서 導入하기 위한 制度化 過程에는 크게 두가지 실천적인 作業을 필요로 한다. 그 중 하나는 事業導入을 위한 사업운영모델을 開發하고 事業遂行時 갖추어야 할 基本的 要件을 究明하는 것이며 다른 하나는 制度化的 基本的인 메커니즘인 法的 根據를 마련하는 것이다. 이에 본 章에서는 첫번째 작업인 호스피스事業 운영모델을 개발하고 事業 構成要素를 구체화하고자 한다.

1. 호스피스事業 모델의 基本方向

호스피스사업을 制度化하기 위해서는 먼저 호스피스사업을 어떤 方向으로 발전시켜 나가야 할 것인지를 決定해야 한다. 이에 호스피스사업모델 개발의 基本方向은 호스피스의 概念에 근거하여 定立하고자 하며 保健醫療政策의 基本戰略 중의 하나인 ‘衡平’의 原則을 반영하고자 한다. 이러한 관점에서 우리나라 호스피스사업의 基本方向은 다음과 같이 정립될 수 있는데 이는 향후 우리나라 실정에 적합한 호스피스사업 운영모델을 선정하는데 基準이 될 것이다.

첫째, 호스피스가 場所의 개념이 아님은 周知의 사실이므로 호스피스에 대한 요구가 醫療人的 판단에 의해 인정된다면 事業對象은 病院, 家庭, 獨立施設 중 언제든지 필요한 장소로 옮겨져 호스피스 Care를 받을 수 있도록 한다. 이러한 서비스공급체계는 단일 事業主體가 다양

한 유형을 모두 운영할 경우에 쉽게 가능한 일로 가장 理想的이다. 그러나 현실적으로 이러한 운영체계를 구비하기란 어려우므로 각 事業類型間 상호 유기적인 連繫體系를 구축하도록 하는 政策手段이 요구된다. 예컨대 호스피스개념의 屬性이 ‘對象의 多樣性’과 ‘서비스의 持續性’에 있다는 점을 감안하면 連繫의 필요성은 더욱 절실한데 현 醫療體系에서 受容될 수 있는 方案이 구축되도록 한다.

둘째, 公共政策의 일환으로 전개되는 호스피스 事業企劃에서는 事業對象이 장·노년층임을 감안하여 郡地域에서도 서비스를 받을 수 있도록 지역적인 안배를 고려한 事業主體를 설정하도록 한다. 이 때, 우리나라 社會, 文化情緒에 적합한 事業主體와 地域社會 支持 및 公共機關의 協助體系 등이 가능한 事業主體를 우선적으로 권장하여 選定한다.

셋째, 호스피스 根本哲學이 ‘인간존엄성’에 그 價値를 두고 있으므로 事業對象(‘임종’이라는 호스피스개념의 屬性에 적합한 對象)이 호스피스서비스 支拂能力 부족으로 인하여 서비스접근에 제한을 받지 않도록 다양한 서비스공급체계를 개발, 社會的 安定에 기여하도록 한다.

넷째, 人力 및 施設, 財政으로 구성되는 事業資源側面에서는 특별히 새로운 資源을 投入하지 않는 범위내에서 사업이 추진될 수 있도록 하되, 現 資源과 企劃하고자 하는 資源의 비교, 검토를 통하여 實行 가능한 政策的 支持體系를 보완, 조정하여 기존 의료자원의 效率을 보다 높일 수 있는 方案의 하나로 접근되도록 한다.

2. 호스피스事業 運營모델 開發

앞 章에서 검토된 諸 外國의 호스피스에 대한 經驗과 우리나라 호스피스활동의 問題點 및 制約要因에 대한 이해를 基盤으로 上述한 基

本方向의 테두리안에서 實行 가능한 호스피스사업모델을 開發하고자 한다. 또한 호스피스사업을 구성하는 要素로 볼 수 있는 事業主體, 事業對象, 事業技術 및 事業資源에 대하여 具體化하고자 한다.

가. 호스피스 事業類型 設定

호스피스 사업유형은 事業機關의 人的, 物的資源이나 事業에 대한 哲學 및 運營政策 등에 따라 다음과 같이 다양하게 제시될 수 있는데 호스피스 事業對象에게 가장 적합한 事業類型이란 末期狀態의 特性和 환자 및 가족의 요구도 등의 諸般 與件에 따라 달라지므로 어느 하나의 事業類型이 최고의 서비스가 제공가능하다고 斷言하기는 어려울 것이다.

1) 病院中心 호스피스

病院中心 호스피스는 글자그대로 病院施設이 중심이 되어 호스피스서비스를 제공하는 경우이다. 따라서 의료인의 서비스 接近도가 높고 기존 의료시설 및 裝備를 이용할 수 있어 응급시, 또는 가정내 간호제공자가 없거나 가정에서 末期患者를 감당하기 어려운 상태에 있는 경우에 이용할 수 있는 가장 적합한 類型이다.

최근 높은 의료기관 利用率과 病院에서 임종을 맞이하는 비율이 점차 증가되고 있는 우리나라 實情에서는¹⁸⁾ 병원시설을 이용한 호스피스가 그 어떤 事業類型보다도 가장 많은 需要가 초래될 것으로 예상된다. 그동안 사망한 암환자의 경우를 보더라도 대부분 綜合病院에

18) 총 死亡者 중 病院에서의 임종비율이 1988년 11.5%, 1991년 15.3%, 1994년 20.0%이다(통계청, 1994:20).

서 管理받고 있어 綜合病院에서 호스피스사업을 전개하는 것에 대해서는 말기환자의 認識이나 行態變化를 크게 요구하지 않으므로 事業初期에 需要가 특히 높을 것으로 전망된다. 그러나 事業資源 및 技術이 醫療現場에서 제공되기 때문에 醫療施設을 점유한다는 측면에서 비효율적이고 다른 事業類型에 비하여 높은 費用支拂이 요구되므로 경제적으로 취약한 대상은 이용하기 어려운 制約點을 가지고 있다. 병원자체내 「호스피스위원회」 등과 같은 조직에 의한 指導, 監督이 이루어진다면 서비스 質은 크게 문제시 되지 않을 것이나 醫療現場이라는 特性으로 인하여 불필요한 檢査나 集中治療를 시행할 가능성을 배제할 수 없다. 과잉치료가 문제점으로 대두될 수 있다.

한편 司牧者(敎役者)가 常勤職員이 아닌 機關에서 事業을 시작하고자 할 경우에는 司牧者(敎役者)의 人力지원을 위한 地域社會의 支持體系가 요구된다.

병원중심 호스피스 事業類型에서의 運營形態는 다음과 같이 다양하게 전개될 수 있다.

類型 A: 병원내 호스피스병동

類型 B: 병원내 호스피스병동+家庭호스피스프로그램

類型 C: 병원내 호스피스팀

類型 D: 병원내 호스피스팀+家庭호스피스프로그램

類型 E: 병원내 Day Hospice Care Center

위 유형의 특징적 구분은 병원내 호스피스시설 설치여부로 유형 A와 유형 B는 호스피스병동¹⁹⁾이 별도로 설치된 경우이고 유형 E는 부

19) 호스피스전문병동은 일반병동과는 다르게 의사, 간호사, 성직자, 사회사업가, 약사, 정신과 의사, 심리학자, 영양사, 자원봉사자 등의 상호협동으로 환자 뿐 아니라 환자가족까지 Care대상으로 하는 Total care를 실현할 수 있는 특수 병동을 말한다(Greer, 1983).

속 外來施設을 설치한 경우이며 유형 C와 유형 D는 병원내 호스피스 인력만 투입하여 각 診療科에 散在되어 있는 末期 入院患者를 대상으로 호스피스프로그램을 운영하는 경우이다.

病院(특히 綜合病院)에서 호스피스사업을 시작하고자 할 때에는 호스피스 目的에 적합한 施設로 改造하거나 變更하여야 하고(多人用 病室에서 少人用 病室로 전환) 家庭과 같은 환경(상담실, 오락실, 조리실, 취미실 등)을 조성하기 위한 공간을 확보하여야 한다. 이러한 조치는 일반병동과 차별화된 호스피스시설(附錄 1 參照)에서 만이 진정한 호스피스활동을 수행할 수 있기 때문이다. 따라서 이러한 問題때문에 美國『암협회』에서는 病院에서의 호스피스 활동에 대하여 반대 입장을 표명한 바 있다(Burke, 1988).

이러한 지적은 民間 醫療機關으로 하여금 自發的인 事業誘引을 기대하기 어려울 수 있다는 점을 示唆하고 있는데 이러한 이유때문에 人力의 投入만이 요구되는 『호스피스팀』에 의한 運營形態(유형 C, 유형 D)가 쉽게 도입가능한 병원중심 호스피스 事業類型이 될 수 있다. 그러나 서비스 提供場(field)이 일반병실이므로 철저하게 훈련된 人力의 投入과 臨床 各科에서의 적극적인 협조없이 지속적인 서비스가 제공되기 어렵고 病院에서의 호스피스에 대한 運營哲學없이 호스피스의 目標를 달성하기 어려운 脆弱點을 가지고 있다. 반면 일반병실에서 호스피스대상을 Care하기 때문에 病室에 제약을 받지 않고 事業對象을 관리할 수 있어 病室 利用側面에서는 매우 융통적이다. 따라서 病院의 입장에서는 쉽게 실행가능한 運營形態가 될 수 있다.

그렇다면 우리나라 病院中心 호스피스 事業類型은 어떤 형태로 발전시켜 나아가야 할 것인가? 다시 말해서, 公共政策으로 도입하고자 하는 病院中心 호스피스 事業類型은 사업수행에 있어서 어떤 측면을

고려하여 選定하여야 할 것인가? 前述한 바와 같이 病院經營이나 病床活用과 같은 事業主體의 便宜에 따라 선택할 성질의 것으로도 볼 수 있으나 호스피스사업 導入段階에 있는 우리나라 실정에서는 바람직한 사업정책을 위하여 醫療制度에 포함시킬 수 있는 事業類型으로서 서비스 提供側面과 支拂報償 審査側面에 대한 事業管理 및 評價側面에 상대적 優位를 두어 選定하는 것이 바람직하다고 본다.

이 점에 초점을 두어 일반 치료환자와 동일한 病棟에서 호스피스 서비스를 제공하게 되는 「호스피스팀」에 의한 運營形態(유형 C, 유형 D)를 「호스피스병동」과 비교하여 評價해 보면 「호스피스팀」에 의한 활동은 진료팀과 호스피스팀과의 Care 計劃과 業務遂行에 있어서 혼선이 초래될 수 있다. 또한 末期患者, 家族, 그리고 호스피스팀과의 즉각적인 意思疏通이나 相談이 어려워 患者家族(family-centered)에 대한 接近이 어려울 수 있다. 한편 일반 치료환자에게는 Care의 差別性(특히 非治療의 身體 Care 및 相談 등)과 어느 때나 家族 및 親知(환자의 애완동물까지도 허용됨)의 訪問이 허용되는 호스피스환자 때문에 불만의 소지가 생길 수 있어 결국 病棟運營에 있어서도 문제가 발생될 수 있다.

以上과 같은 일반 치료환자와 호스피스환자와의 차별화된 Care에서 발생하는 문제이외에도 自願奉仕者를 포함한 事業人力에 대한 管理側面에서 보면 指導 및 監督, 業務調整 등에 어려움이 초래될 가능성이 상대적으로 높다. 즉, 「호스피스병동」에서의 활동은 서비스에 대한 지속적인 모니터링과 質 保障이 가능한데 비하여 「호스피스팀」에 의한 활동은 서비스 모니터링과 필요한 支援이 신속하게 이루어지기 어렵다.

따라서 「호스피스팀」에 의한 運營形態는 病院 各 科에 散在되어

있는 事業對象에 대한 Care와 이에 따른 支拂報償 및 質 評價側面에서 많은 制約點을 가지고 있어 醫療制度圈에 포함시키고자 하는 우리나라 病院中心 호스피스 事業類型은 「호스피스병동」에서 부터 출발하도록 하는 것이 호스피스사업의 發展을 도모할 수 있을 것으로 생각된다.

한편 「호스피스병동」에서의 事業遂行은 서비스 提供場을 病院 뿐만 아니라 家庭까지 延長하여 운영하는 形態(類型 B)를 가질 수 있는데 호스피스 Care를 家庭에서 제공함으로써 末期患者의 정서적 요구를 충족시켜 줄 수 있고 病院에서도 病床回轉率을 높여 費用效果的인 事業을 전개할 수 있다. 이러한 長點때문에 病床利用率이 높은 3차 診療機關에서 적극적으로 권장되어야 할 프로그램이다. 이 때 무엇보다도 중요한 점은 末期患者가 퇴원 후 응급시, 또는 필요한 경우에 再入院이 容易할 수 있도록 對備病室(가칭 돌봄실)이 病院 政策的 次元에서 확보되어야 한다는 점이다. 이러한 措置는 患者나 家族이 應急時 入院이 容易한 상태에서는 퇴원결정도 쉽게 수용할 수 있기 때문이다.

그러나 事業對象의 居住地가 병원 소재지역보다 타 지역에 거주하고 있는 환자층이 많은 경우에는 家庭訪問으로 인한 交通시간의 소모로 人力投入에 비하여 生産性이 낮아지고 이러한 問題때문에 管理地域을 제한할 경우에는 管理對象數가 적어 가정호스피스의 利用率이 저조하여 病院經營에 도움을 주지 못할 수 있다. 그러므로 가정호스피스 프로그램을 직접 운영하고자 할 경우에는 事前에 末期 入院患者의 居住地 分布現況을 파악하여 人力活用을 극대화할 수 있는 방법을 택하는 것이 중요하다.

이에 대한 代案으로 英國과 美國의 例에서 찾아볼 수 있는 「Day Hospice Care Center」를 운영하는 方案(類型 E)을 고려해 볼 수 있는

데 末期患者의 訪問에 의존하여 수행되는 호스피스 Care는 보완적인 활동으로는 수용될 수 있으나 이 代案만으로는 末期患者의 퇴원욕구를 충족시키기 어려울 것으로 생각된다.

결론적으로 醫療制度圈에 포함시키고자 하는 病院中心 호스피스 事業類型의 運營形態는 「호스피스병동」이 바람직하다. 그러나 病院 施設確保 및 施設改造의 어려움을 감안하여 一定 病床을 호스피스환자 병상으로 確保하여 指定한 「호스피스病室(病床)」에서 호스피스활동이 이루어지는 運營形態도 制度圈에 受容하도록 하여 호스피스를 확산시키도록 한다. 따라서 우리나라 病院中心 호스피스사업은 「호스피스병동」 또는 「호스피스병상」에서 시작하는 것을 認可하도록 한다.

2) 家庭中心 호스피스

家庭中心 호스피스는 末期患者의 家庭을 訪問하여 家庭에서 호스피스 Care를 제공해 주는 事業類型으로 모든 事業人力들이 融通성을 가지고 참여할 수 있다. 즉, 適正의 專門人力의 참여로 필요한 경우에 專門的인 서비스를 제공해 줄 수 있고 충분한 自願奉仕者의 활용을 통하여 無료의 서비스를 제공해 줄 수도 있어 가장 費用效果의인 事業類型이 될 수 있다. 末期患者의 입장에서 家族과 가까이 지낼 수 있어 心理的인 만족감을 제공해 주므로 勸獎되어야 할 프로그램이다.

따라서 終末期의 醫療費 節減側面에서는 活性化하여야 할 事業類型인데 專門人力에 의한 지속적인 팀접근이 어려우므로 治療的 서비스를 많이 필요로 하지 않는 상태에 있는 患者만이 이용하여야 한다. 즉, 환자의 經濟的 水準보다는 末期 進行狀態가 우선적인 考慮事項으로 호스피스지정의사의 介入을 통하여 적절히 이용하는 방법이 바람

직하다. 한편 末期患者에게 긍정적인 효과를 주기 위해서는 간호제공자가 家庭에 있는 경우에만 권장할 수 있다는 制約點을 가지고 있다.

3) 獨立施設 호스피스

現 時代의 상황은 産業化와 都市化에 따른 核家族化와 女性의 社會的 진출 등으로 인하여 家族이 간호를 제공하기가 어렵게 되었다. 또한 높은 인건비 부담으로 看護提供者를 이용하기란 더욱 어려운 여건이 되어 家庭과 같은 환경에서 Care를 全擔해 줄 호스피스서비스施設을 필요로 하고 있다. 이러한 점에서 볼 때 獨立施設 호스피스는 병원호스피스와 가정호스피스의 中間施設로서 운용되는 長期療養施設의 한 형태로 볼 수 있다. 獨立施設 호스피스는 末期患者의 상태가 특별히 병원에서의 입원을 필요로 하지 않아 家庭에서의 Care로도 가능한 상태이지만 家庭內 看護提供者가 없거나 短期間 看護를 해주지 못하는 상황, 그리고 看護提供者가 휴식을 필요로 하는 상황에서 이용할 수 있는 事業類型이다. 따라서 입,퇴원이 비교적 간단, 용이하여야 하고 醫療的인 서비스에 대한 要求充足보다는 일상생활의 支援 및 보조 서비스에 대한 要求充足에 비중을 두는 運營形態로 의료인보다는 肉體的, 精神的 生活助力者の 投入이 더 많이 요구된다.

獨立施設 호스피스기관의 가장 큰 취약점은 우리나라 社會, 文化與件上 「죽음의 집」으로 인식될 수 있어 患者나 家族이 동 시설이용을 기피할 가능성도 배제할 수 없다는 점이다. 따라서 이러한 인식을 극복하기 위해서는 醫療人과 遺棄되지 않는 확신감을 환자와 가족에게 확실히 심어주는 運營戰略이 요구된다.

나. 事業類型別 事業主體

1) 病院中心 호스피스기관

가) 事業遂行機關

病院中心 호스피스 사업유형 중에서 制度圈에 포함시키고자 하는 사업유형은 「호스피스병동(또는 완화병동)」과 확보된 「호스피스병상」으로 設定한 바 있다. 현재 호스피스병동이 설치되어 있거나 病床이 확보되어 있는 病院은 4개 機關에 불과하나 호스피스팀에 의해 수행되고 있는 8개 病院은 호스피스 病床指定이 쉽게 이루어질 수 있는 문제이므로 총 12개 病院中心 호스피스시설이 확보된 셈이다.

그러나 호스피스 Care프로그램을 어디서든지 이용가능하기 위해서는 이들 확보된 기관만으로는 地理的 接近性이 낮아 병원중심 호스피스시설 확대의 필요성이 절실하다고 볼 수 있다. 民間主導의 우리나라 醫療體系에서는 호스피스 시설확대를 위하여 政府가 큰 영향력을 행사하기란 어렵기 때문에 事業初期에는 자율적 판단에 의할 수 밖에 없는 실정에 있다. 일반적으로 民間部門의 事業主體가 호스피스사업 참여여부를 결정하는 데에는 제공될 서비스에 대한 支拂報償水準이 關鍵이 될 수 있다. 따라서 政府에서는 이 점을 염두하여 최소한의 支拂報償이 이루어질 수 있는 體系를 마련, 호스피스사업이 自發的으로 導入될 수 있도록 하는데 注力하여야 할 것이다. 예컨대 事業機關에서 財政的 赤字를 보게 될 경우에는 事實糾明 후 財政的 報償策을 강구해 준다는 事前規約도 誘引策의 하나로 작용할 수 있을 것이다.

바람직한 事業主體는 시지역의 경우, 大診療圈別로 소개하고 있는 3차진료기관 중 學校法人(22개소)과 國立大學(7개소)의 의과대학부속

병원으로 볼 수 있는데 그 이유는 地域적으로 분포되어 있고 의과대 학생 및 간호대학생에 대한 敎育이 가능하여 우리나라 실정에 적합한 호스피스의 學問的 기틀을 마련해 줄 수 있을 것이며 이로 인하여 호스피스가 擴散될 수 있기 때문이다.

한편 병원이 대부분 市地域에 설립되어 있다는 사실은 市, 郡地域間的 形평배분이 고려된 事業主體가 설정되어야 함을 의미한다. 이에 대한 資源의 투입은 이미 호스피스사업 모델개발의 基本方向에서 제시되었듯이 既存 資源내에서 모색되어야 하는데 이는 곧 郡地域 公共機關의 活用을 示唆하는 점이라 하겠다. 이러한 提案은 현실적으로 公共部分만이 資源配分을 이루는데 관여할 수 있기 때문이다.

현재 郡地域에 설치되어 있는 病院級 以上の 公共 入院醫療施設로는 「保健醫療院」이 있는데 20~30병상 규모의 시설을 활용하기에는 현실적으로 무리가 있다. 따라서 郡地域에 설치되어 있는 병상이용률이 낮은 의료기관을 활용하는 方案을 검토해 볼 수 있는데 「地方公社醫療院」이 그것이다. 그러나 현재 郡地域에 설치되어 있는 「地方公社醫療院」은 8개 기관(6개기관 종합병원, 2개기관 병원)으로 이들 기관이 모두 호스피스사업에 참여한다 하더라도 여전히 郡地域에서의 병'원중심 호스피스사업 수행에는 어려움이 있다. 이에 郡地域에서는 醫院中心이나 家庭中心 호스피스의 活性化 對策을 강구하는 것이 보다 더 현실성이 크다고 보겠다.

「地方公社醫療院」의 施設을 활용하기 위해서는 事業導入 前에 반드시 地域社會 要求度を 파악하고 要求가 있다고 판단될 경우에는 地方政府가 호스피스 病床確保를 위한 施設改造와 人力投入에 따른 財政的 支援을 뒷받침하여야 할 것이다.

나) 事業運營組織

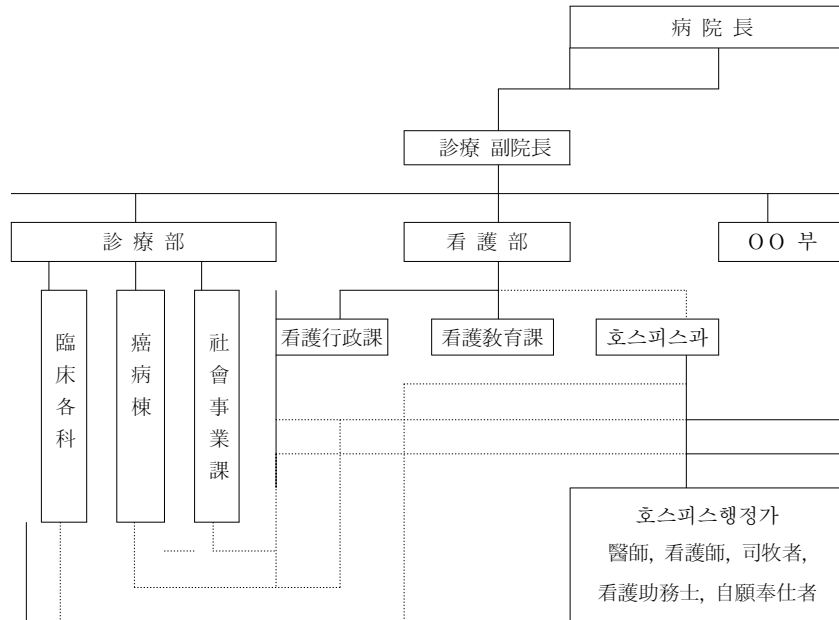
病院에서 호스피스사업을 수행하기로 決定하면 事業 執行過程에서 가장 우선적으로 다루어져야 할 사항이 호스피스 事業組織이 어느 조직내에서 활동하여야 할 것인지를 決定하는 일이다. 病院中心 호스피스는 臨床 各科로 부터의 判定과 이에 따른 依賴에 의하여 업무가 시작되기 때문에 이들 臨床 各科로 부터의 협조와 원활한 관계를 유지할 수 있는 運營組織이 요구된다. 따라서 臨床 各科와 橫的 關係에 놓일 수 있는 「호스피스과」가 별도로 요구된다고 보겠다. 현재 호스피스를 수행하고 있는 대부분의 病院에서는 「호스피스과」가 組織되어 있어 독립적으로 운영되거나 看護部 또는 院牧室 所屬으로 되어 있다 (附錄 1 參照).

호스피스 事業組織이 어느 조직내에서 활동하여야 할 것인지에 대해서는 最近 「호스피스과」를 病院長 直屬에서 看護部 소속으로 内部組織을 變更한 바 있는 C병원(호스피스병동)의 經驗事例가 많은 考慮點을 示唆하고 있다. 호스피스사업 시작당시부터 최근까지 病院長 直屬의 獨立인 體制로 운영되어 왔던 동 病院의 경우에는 그동안 호스피스 事業人力들이 一般病棟 人力과의 상호 有機的인 關係부족으로 인하여 소속감이 결여되고 動機誘發도 적어진 것으로 나타났다. 또한 一般病棟 人力과 支援部署 人力들은 호스피스활동에 대한 접촉기회가 적어 호스피스에 대한 認識不足을 초래, 醫療 및 行政的인 支援을 원활하게 제공해 주지 못한 것으로 나타나 결론적으로 病院長 傘下로 直屬시킨 組織體系에서는 호스피스사업 人力管理側面과 他部署 人力들의 支援 및 弘報側面에서 긍정적인 효과를 기대하기 어려운 것으로 지적되었다. 뿐만 아니라 병원중심 호스피스사업이 24시간 서비스가

제공되는 運營體系임에도 불구하고 夜間에는 看護人力을 指導監督하고 지원할 縱的 行政體系가 없어 결국 24시간 診療行政이 운영되는 看護部에 「호스피스과」를 所屬시킨 것으로 나타났다. 이러한 변경은 指揮 및 監督, 報告 등의 縱的通路가 없어 事業管理에 어려움이 초래되어 이루어진 것으로 볼 수 있다.

동 病院의 경우는 司牧者에 의해 호스피스병동이 운영되고 있어 외부 宗教機關이나 社會福祉機關의 協助를 필요로 하지 않았기 때문에 看護部所屬 組織이 보다 效果를 올릴 수 있었던 것으로 해석된다. 그러나 종교소속 병원이 아닌 경우에는 外部 宗教機關이나 社會福祉機關의 협조를 필요로 하기 때문에 또 다른 업무의 효율성에 대한 論議가提起될 수 있다.

따라서 병원내 호스피스사업이 臨床 各科와 藥劑科, 營養科, 行政室 등의 도움을 필요시 받을 수 있겠는가 하는 점과 外部 宗教機關이나 社會福祉機關의 協助體系가 원활하겠는가 하는 점에 초점을 두고 「호스피스과」를 어디에 소속시킬 것이냐 하는 문제보다는 호스피스조직이 얼마나 效果的으로 운영될 수 있는가를 필요한 資源의 提供側面과 機能側面, 그리고 技術管理的인 側面에서 각 事業機關이 자체실정을 진단하여 決定하는 것이 바람직할 것으로 사료된다.



〔그림 2〕 호스피스 遂行病院의 事業組織圖

2) 家庭中心 호스피스기관

家庭中心 호스피스기관은 호스피스사업이 收益性이 없다는 사실을 감안하여 非營利 醫療機關과 法人團體(혹은 傘下機關)에서 운영하는 것이 바람직하다. 그러나 현실적으로 醫療機關에서 非營利 事業을 도입하기란 어려운 여건에 있으므로 호스피스사업을 통하여 附隨的인 效果가 크다고 판단되는 機關에서 도입하는 것이 바람직하다. 즉, 末期患者의 長期 病床占有率이 높아 醫療收益에 도움이 안될 경우, 病床 回轉率 提高方案으로써 활용할 수 있는데 3차진료기관이 여기에 해당

된다. 또한 地域 醫療機關으로서 機關의 位相을 提高시키고자 할 때 도입할 수 있는 프로그램이다.

非營利 法人團體에서의 호스피스사업은 末期患者의 통증조절을 위한 마약처방이 독자적으로 이루어지기 어려우므로 의료기관(또는 醫師)과의 連繫가 요구된다. 이 때 地域社會 1차진료기관을 활용하는 方案이 提起될 수 있는데 連繫를 보다 효율적으로 구축하기 위해서는 가정중심 호스피스기관간에 地域을 분담하여 지역사회내 ‘호스피스지정의사’를 指定, 管理하는 방식이 事業의 生産性과 效率性을 높일 수 있을 것이다.

한편 郡地域은 병원호스피스 시설이 취약하므로 가정호스피스가 반드시 活性化되어야 하는데 가정호스피스에 참여하는 機關이 없을 경우에는 保健所에서 事業을 展開하는 方案을 검토해 볼 수 있다.

3) 獨立施設 호스피스기관

獨立施設 호스피스 事業類型은 外國의 사례에 비추어 볼 때 病院, 醫院, 그리고 法人의 성격을 띤 組織 및 團體에서 운영할 수 있다. 病院에서의 獨立施設 호스피스 참여형태는 既存의 病院 附屬(또는 附設) 形態로 새로운 시설을 설치하여 病院人力을 활용하는 方案이고 醫院에서의 참여형태는 醫院自體가 獨立施設 호스피스기관으로서 기능하는 方案이며 法人에서의 참여형태는 個人이나 組織이 별도의 시설을 설치하여 운영하는 方案이다. 獨立施設 호스피스 事業主體가 病院인 경우는 施設投入은 있으나 새로운 人力投入이 거의 없을 것이고 醫院의 경우는 人力活用은 있으나 施設 및 人力投入은 없으며 法人團體에서의 獨立施設 호스피스는 施設 및 人力을 새로이 투입하게 된다.

따라서 資源投入 側面에서는 醫院에서의 참여형태가 가장 費用負擔이 적을 것으로 볼 수 있는데 또 다른 장점으로서는 醫療施設이면서도 복합적인 組織아래서 운영되는 病院과는 달리 家庭과 같은 환경조성이 수월하고 융통성있는 운영이 가능하다는 점을 들 수 있다. 따라서 醫院(假稱「완화요법센터」)이 호스피스시설로서 기능하는 方案은 入院形態의 병원호스피스와 가정호스피스의 長點을 가진 또 다른 事業類型으로 看做될 수 있다. 더욱이 1차진료의사의 管理下에서 가정호스피스를 이용할 수 있는 方案이 마련된다면 그 어떤 運營主體보다도 社會的 受容도가 높을 것으로 전망된다. 問題는 1차진료의사의 參與與否이다.

한편 組織에 의해 운영되는 獨立施設 호스피스는 사업초기에 비록 病院이나 醫院에 비하여 施設 및 人力投入이 새로이 요구되지만 醫療施設을 활용하지 않고 醫療人力을 필요시 활용함으로써 일상적인 삶 자체에 충실할 수 있다는 長點을 지니고 있다. 따라서 末期患者의 私生活와 社會生活에 비중을 두고 운영하게 되므로 長期的으로 볼 때에는 事業對象에게 低廉의 서비스를 제공해 줄 수 있는 運營主體이다. 다만 事業運營 外的인 問題가 擡頭될 수 있는데 지역내 호스피스시설 설립에 대한 地域住民의 반대가 그것이다.

獨立施設 호스피스사업에 어느 事業主體가 참여한다 하더라도 事業初期에는 社會的 選好도를 파악할 수 없어 위험부담이 크기 때문에 민간부문에서의 事業參與은 적을 것으로 예상된다. 따라서 地方自治團體(區·市·郡)에서 직접 설치, 운영하는 方案과 地方自治團體에서 施設을 설치하고 사업운영은 醫師, 非營利法人, 또는 關聯團體(宗教機關)에서 引受받아 운영비를 자체적으로 調達하여 운영하는 方案을 고려해 볼 수 있다. 특히 經濟水準이 낮고 가족내 看護提供者가 없거나 獨

居老人이 많은 지역에서는 호스피스시설 설립이 地域衡平을 도모하려는 地方自治의 理念과도 일치하므로 반드시 검토하여야 할 사항이다. 만약 시설설치나 확보가 어려운 地域에서는 기존 老人養老施設의 일부를 활용하여 수행할 수 있으나 아직 養老事業이 日淺하므로 추후 施設水準 및 人力水準을 검토한 후 提起하는 것이 바람직하다.

醫療制度圈에 포함시키고자 하는 非營利 法人의 獨立施設 호스피스기관에 대해서는 運營施設 및 投入人力 規定과 함께 호스피스 機關長에 대한 資格要件이 필요하다. 이러한 사항은 關聯法の 制定을 통하여 이루어져야 하는데 事業主體의 長에 대한 資格은 기본적으로 看護師, 藥師, 司牧者, 社會事業家 등의 호스피스 關聯人力들이 운영할 수 있도록 개방하는 것이 바람직하다. 이때 質的 保障하에서 호스피스사업이 확대될 수 있도록 호스피스 교육을 履修하여 호스피스 實務에 다년간 참여한 경험이 있는 者에 한하여 認可해 주도록 한다.

以上에서 糾明된 호스피스 事業主體를 제시하면 <表 IV-1>과 같다.

<表 IV-1> 호스피스 事業類型別 事業主體

類型	事業主體	
	市地域	郡地域
病院中心 호스피스	1. 3차진료기관(학교법인, 국립대학) 2. 綜合病院	地方公社醫療院
家庭中心 호스피스	1. 非營利法人 機關 2. 3차진료기관	保健所
獨立施設 호스피스	1. 醫院(완화요법센터) ¹⁾ 2. 非營利法人 獨立機關	1. 醫院(완화요법센터) 2. 非營利法人 機關 3. 養老院

註: 1) 호스피스교육을 받은 醫師가 公共機關으로 부터 ‘호스피스지정의사’로 지정되어 운영하는 機關임.

다. 事業運營模型

호스피스 事業類型別 事業主體가 糾明되면 効果적인 事業運營모델을 決定하여 事業運營體系의 기틀을 定立하여야 한다. 호스피스事業은 對象者의 多樣性和 個別性때문에 事業類型들이 상호 連繫되어야 하는데 이때 여러 運營모델들이 구축될 수 있다.

따라서 우리나라 保健醫療 目標達成에 寄與할 수 있는 사업모델의 선정이 關鍵인데 우리나라의 政策的 懸案을 고려해 보면 그 우선순위적 관심사안이 쉽게 파악된다. 현재 우리나라는 醫療資源의 效率의 活用과 國民의 醫療利用 便宜提高가 保健醫療政策의 懸案인 바(韓國保健社會研究院, 1994), 이에 부응할 수 있는 방향으로의 事業運營이 우선되어야 한다.

이와 같은 方向으로 접근하기 위해서는 현 여건에서의 末期患者 管理實態가 그 단서를 제공해 줄 수 있을 것이다. 현재 末期患者는 Care 場所와 死亡場所로서 기존 施設을 이용하고 있기 때문에 현 실정에 초점을 두고 醫療施設의 效率的인 活用과 호스피스시설 利用의 便宜가 고려된 사업모델을 考案해 내는 것이 필요하다.

〈表 IV-2〉는 호스피스 事業對象의 보다 구체적인 문제에 접근하기 위하여 1991년 사망한 癌患者의 Care 場所와 死亡場所에 따라 초래되는 문제점 및 政策開發 內容을 제시한 것이다. 病院²⁰⁾은 1로, 家庭은 2로 표기하여 癌患者의 利用行態를 Care 場所-死亡場所로 구분, 표시한 결과, 모두 다섯 그룹으로 분류되었다. 前述한 우리나라 現況分析을 토대로 각 그룹별 特徵的인 問題를 제시하였고 이에 따라 要求되

20) 〈表 III-5〉에서 암환자의 死亡前 醫療形態가 대부분 綜合病院 入院診療이므로 綜合病院 入院時 초래되는 문제점을 도출하였다.

는 해결방안 즉, 政策開發 內容을 도출하였다.

이들 그룹 중에서 數的으로 가장 많은 부분을 차지하고 있는 그룹은 Care 場所의 경우 病院, 死亡場所의 경우는 家庭인 〈그룹1-2〉로, 이처럼 많은 對象을 겨냥한 事業模型은 호스피스사업의 확산에 크게 기여할 수 있으므로 포괄성이 높은 代案으로 간주된다.

〈表 IV-2〉 癌死亡者の Care場所 및 死亡場所에 따른 各 그룹別 政策開發內容

對 象	Care場所 (利用比率)	死亡場所 (利用比率)	特徵的 問題	政策開發內容
그룹 1-1	病院 (93.3%)	病院 (13.8% ¹⁾)	- 치료중심 醫療 費用 支拂 - 높은 病床占有 - 부적절한 Care 環境	- Care중심 支拂報償方案 - 適正規模의 병원호스피스 및 1차 진료기관 활용 - 대상자 욕구충족을 위한 事業運營
그룹 1-2		家庭 (85.0%)		
그룹 2-2				
그룹 2-1	家庭 (4.5%)	기타 (1.2%)	- 의료욕구 不充足 - 家族의 높은 看護負擔	- 가정호스피스 活性化 - 가정호스피스 活性化 - 葬儀施設 便宜政策
기타그룹	漢方 및 其他 機關 (2.2%)		-	- 호스피스 Care 接近提高

註: 1) 〈그룹 1-1〉과 〈그룹 2-1〉을 합한 數值임.

資料: 통계청, 『死亡原因特別調査 報告書』, 1991

호스피스개념에 비추어 볼 때 또 다른 중요한 對象은 〈그룹 2-2〉와 〈기타 그룹〉이다. 數的으로는 적지만 우리 사회에서 매우 脆弱한

상태에 있는 대상으로 우리 사회가 福祉社會를 指向한다면 이들에 대한 支援政策 또한 看過해서는 안될 것이다. 따라서 이들에게도 호스피스의 哲學과 目的에 부합된 Care가 제공될 수 있도록 하는 사업운영 모델의 開發이 요구되는데 家庭호스피스의 活性化가 그것으로, 이는 醫療의 衡平性의 論理에서 비롯된 것이다. 또한 이러한 主張은 末期患者 대부분이 속해 있는 〈그룹 1-1〉과 〈그룹 1-2〉 대상들에게 病院에서 家庭으로 Care場所를 유인할 수 있는 方策이 될 수 있기 때문에 醫療資源의 효율적 活用側面에서 더욱 의미가 크다.

〈表 IV-2〉에서 제시된 問題中心 接近方法을 통하여 호스피스사업모델 開發時 무엇을 制度化하고 어떻게 호스피스사업을 운영하여야 할 것인가에 대한 우선순위적 爭點事項들이 구체화되었다. 즉, 癌 死亡患者의 管理實態를 통하여 事業對象의 욕구를 충족시키고(통증조절을 위한 마약 투약범위의 再設定), 호스피스 Care중심의 支拂報償體系를 개발하며 葬儀施設 便宜提高를 위한 制度化가 요구되고 있음을 알 수 있다²¹⁾. 또한 호스피스사업 운영은 병원호스피스 시설의 適正화와 가정호스피스의 活性化 方向으로 사업모델이 設定되어야 함을 提示해 주고 있다.

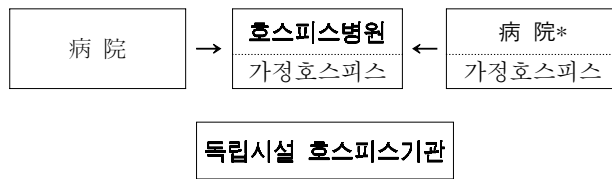
사업모델 개발에 있어서 綜合病院 호스피스시설의 適正化는 事業需要 推定과 認·許可 등의 制度的 裝置를 통하여 調整, 統制될 수 있는 문제인데 결국 일부 綜合病院이 ‘病院中心 호스피스’사업에 참여하는 형태가 될 것이다. 따라서 전국의 綜合病院은 호스피스 遂行病院과 호스피스 未遂行病院(病院으로 指稱)으로 구분된 形態가 유도된다.

가정호스피스의 活性化는 綜合病院에서의 가정호스피스프로그램

21) 本院 李顯松·李必道(1995)의 『葬儀制度의 現況과 發展方向』에 關聯 政策手段이 제시되어 있다.

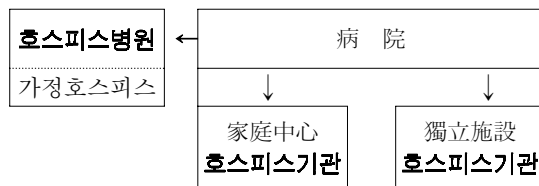
운영여부와 가정중심 호스피스기관의 連繫方法에 따라 다음과 같이 5개 案이 運營possible한 모델로 제시될 수 있다.

〈第1案〉

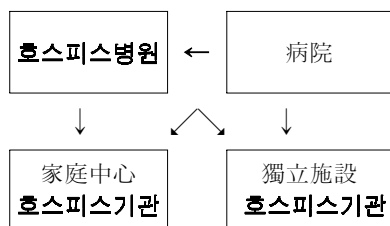


(* 末期患者가 많이 入院하여 있는 病院)

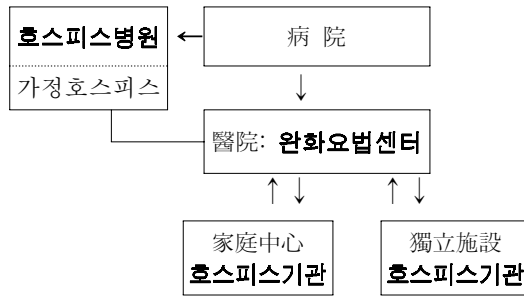
〈第2案〉



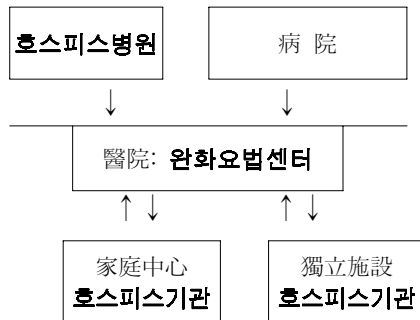
〈第3案〉



〈第4案〉



〈第5案〉



〈第1案〉은 호스피스 수행병원과 호스피스 事業對象이 비교적 많은 病院에서 가정호스피스 프로그램을 운영하는 方案, 〈第2案〉은 호스피스 수행병원에서는 가정호스피스프로그램을 운영하고 일반병원에서는 호스피스병원(入院이 필요한 환자의 경우)이나 地域社會 호스피스기관 즉, 家庭中心 및 獨立施設 호스피스기관에 호스피스환자를 의뢰하는 方案, 〈第3案〉은 모든 病院이 가정호스피스프로그램을 운영하지 않고 地域社會 호스피스기관에 의뢰하여 家庭中心 및 獨立施

設 호스피스기관에서 散在되어 있는 환자를 지역별로 할당하여 管理하는 方案, 〈第 4 案〉은 〈第 2 案〉에서 地域社會 호스피스기관에 직접 依賴하지 않고 기존 醫療傳達體系에 依據하여 환자 거주지역 1차 진료기관(醫院:완화요법센터)에 依賴, 1차진료의사가 主治醫가 되어 가정중심 및 獨立施設 호스피스기관과 連繫, 運營하는 方案, 〈第 5 案〉은 모든 病院이 1차진료기관(醫院:완화요법센터)에 의뢰하도록 하여 地域社會 家庭中心 및 獨立施設 호스피스기관과 連繫, 運營하는 方案이다. 따라서 〈第 4 案〉과 〈第 5 案〉은 入院이 필요한 末期患者를 호스피스병원이 아닌 「완화요법센터」에 의뢰하게 된다.

以上 호스피스사업 運營을 위한 5개 代案은 이미 호스피스 사업모델개발의 基本方向에서 언급한 바 있는 衡平性 및 包括性의 目標를 달성하기 위하여 개발된 採擇possible한 方案들이다. 본 研究에서는 기존 의료체계내에 包含, 適用될 수 있는(醫療體系 受容性) 實行可能하고(즉, 人力投入 負擔, 運營의 容易性) 實行함으로써 얻어지는 事業成果(즉, 資源 效率性, 利用의 便宜性으로 인한 社會的 安定性)가 큰 代案을 최종적으로 選定하고자 한다.

병원호스피스 시설의 適正화와 가정호스피스의 活性化을 위해 제시된 각 代案에 대해서는 호스피스사업 實現可能性과 事業成果側面에서 評價될 수 있는데 〈第 1 案〉을 基準으로 比較, 評價해 보고자 한다.

호스피스사업 實現可能性을 보기 위하여 먼저 人力投入 負擔에 대하여 評價해 보면 〈第 1 案〉이 人力投入 負擔이 낮다고 前提할 때 〈第 3 案〉도 낮으며 〈第 4 案〉과 〈第 5 案〉은 1차진료기관의 醫師가 개입되어야 하므로 人力投入 負擔이 상대적으로 높은 것으로 볼 수 있다. 또한 既存 事業體系를 크게 改編함이 없이 事業이 운영될 수 있을 경우에는 호스피스사업 도입이 보다 容易하다고 볼 수 있는데 〈第 1

案〉이 現在 전개되고 있는 事業類型과 유사하다는 점과 連繫體系가 특별히 요구되지 않는다는 측면에서 事業運營이 容易하다고 볼 수 있다.

호스피스事業 成果에 대한 評價는 現 保健醫療政策 懸案인 綜合病院 醫療資源에 대한 效率性에 焦點을 두고 이루어졌다. 〈第1案〉, 〈第2案〉, 〈第3案〉은 一般病院에 入院해 있는 事業對象이나 家庭 및 獨立施設에 있는 호스피스대상들이 병원호스피스 시설을 필요로 할 경우에는 호스피스병원을 이용하여야 한다. 그런데 언제 입원하게 될지 예측하기 어려운 호스피스병원에서는 호스피스병상에 대한 需要 또한 예측하기 어려워 病床이 비효율적으로 가동될 가능성이 높다. 반면 〈第4案〉과 〈第5案〉은 「완화요법센터」에서 융통적으로 入院機能을 담당하게 되므로 상대적으로 綜合病院 醫療資源의 效率性이 높다고 볼 수 있다.

호스피스 事業成果 중 社會的 安定性에 대한 評價는 사업대상자 측면에서의 서비스 適時성과 利用의 便宜성에 重點을 두었다. 〈第1案〉을 제외한 4개 代案 모두가 地域社會에 호스피스기관이 설치되어 있어 適時에 서비스가 제공가능하므로 家庭과 社會로 하여금 安定을 도모할 수 있도록 해 준다. 특히 〈第4案〉과 〈第5案〉은 地域社會에 入院施設이 설치되어 있어 地理的 接近이 容易하므로 〈第2案〉과 〈第3案〉보다 施設利用側面에서 훨씬 편리하다.

한편 醫療體系내에 受容되어 醫療人力の 參與도가 높을 것으로 간주되는 代案에 대한 評價는 事業을 導入하는데 중요한 要素이나 본 研究에서는 보류하였다. 그 이유는 地域社會 호스피스기관 즉, 가정중심 및 獨立施設 호스피스기관이 綜合病院과 각각 連繫되는 方案(第2案, 第3案)과 醫院과 연계되는 方案(第4案, 第5案) 중에서 현실적으로 어떤 代案이 醫療界에서 受容될 수 있을 지에 대해서는 관련 制

度的 裝置와 事業類型別 支拂報償水準 등, 여러 政策手段들과 관련되어 있기 때문에 호스피스事業에 대한 制度的 要件들이 전혀 구체화되지 않은 현 상태에서는 상호 流動的이다. 따라서 이 評價要素는 동 表에서 제시된 네 항목의 評價結果에 따라 選定된 最適의 사업운영모델에 대하여 醫療界가 수용할 수 있는 政策手段을 개발, 示範的인 事業運營 후 그 모델에 대하여 評價하여야 할 성질의 것으로 볼 수 있다.

以上 네 항목의 評價要素에 대한 綜合評價 結果는 〈表 IV-3〉과 같다. 우리나라 호스피스사업모델은 어느 評價要素에 相對的 重要도를 두느냐에 따라 最適의 代案이 달라질 수 있다. 새로운 事業을 導入하고자 하는 시점에서는 既存 內, 外的 組織體系의 變化를 최소화하는 범위내에서 事業을 시작하는 것이 事業擴大에 바람직하므로 事業實現可能性이 事業成果側面보다 상대적 優位에 있다고 보겠다. 그러나 궁극적으로 달성하고자 하는 최상의 사업모델은 事業成果가 큰 방향으로 정착되어야 하기 때문에 의료자원의 效率性和 社會的 安定性이 높은 代案을 選定하여야 할 것이다.

〈表 IV-3〉 호스피스事業 運營모델 選定을 위한 綜合評價

운영모델	포괄성	형평성	실현성			성과성	
			인력 투입부담	운영의 용이성	의료체계 수용성 ¹⁾	의료자원 효율성	사회적 안정성
〈제1안〉	높음	높음	낮음	높음	-	보통	낮음
〈제2안〉	높음	높음	보통	보통	-	보통	보통
〈제3안〉	높음	높음	낮음	높음	-	보통	보통
〈제4안〉	높음	높음	높음	높음	?	높음	높음
〈제5안〉	높음	높음	높음	높음	-	높음	높음

註: 1) 최적의 대안인 〈제4안〉에 대하여 관련 정책수단을 개발한 후 평가함.

따라서 호스피스사업 운영은 人力投入 負擔이 적고 運營이 容易한 〈第1案〉에서부터 시작하되 事業成果가 큰 〈第4案〉으로 발전시켜 나아가는 것이 우리나라 호스피스사업 운영모델의 方向이라 結論내릴 수 있다.

라. 서비스 連繫體系 構築

호스피스사업이 어떤 운영모델을 띠더라도 여러 事業類型間 相互作用을 통하여 전개된다는 사실은 이미 언급한 바 있다. 동 事業이 成果를 거두기 위해서는 이들 相互關係가 圓滑해야 한다. 즉, 患者 및 家族에게는 물론, 事業機關에게도 도움이 되는 方向으로 병원호스피스, 가정호스피스, 그리고 獨立施設 호스피스 등이 적절히 活用되어 末期患者를 지속적으로 관리해 줄 수 있는 連繫體系가 구축되어야 한다. 따라서 호스피스사업 운영에 있어서 가장 중요한 核心課題는 事業類型間的 유기적인 連繫構築이다. 본래의 「連繫」의 의미는 서로 다른 독립된 조직들이 分業이면서 協業을 이루는 형태(韓國保健社會研究院, 1994:118)이나 호스피스 患者의 상태는 어디에서나 總體的 서비스를 필요로 하기 때문에 機關間 分業이라기보다는 協業이 강조되는 連繫形態라 볼 수 있다.

機能的인 側面에서는 機關間 橫的關係이면서 事業對象에 대한 依賴 및 移送過程에 있어서는 縱的關係에 있는 連繫體系는 어떻게 구축할 것인가? 適正案으로 選定된 〈第4案〉의 사업모델에 대하여 그 方案을 모색해 보면 기존의 醫療傳達體系를 活用하는 戰略을 提案할 수 있다. 즉, 3차진료기관(혹은 종합병원)에 입원한 患者가 末期狀態에 이르러 호스피스 事業對象으로 判定되면 1차진료기관인 「완화요법센터」

로 의뢰하는 전략이다. 호스피스사업을 통하여 醫療傳達體系를 強化, 1차진료기관에서의 Care를 유도하고 一般病院에서 퇴원한 末期患者가 家庭에서 방치되는 것도 동시에 막고자 한 것이다.

綜合病院 主治醫는 退院時 호스피스환자 상태에 대하여 査定, 評價(discharge review)한 후, 退院記錄을 작성하여 환자 거주지역내 1차진료기관인 「완화요법센터」로 동 「退院記錄書(가칭 호스피스의뢰서)」를 첨부하여 依頼, 移送하게 된다. 地域社會 호스피스센터의 役割을 가진 「완화요법센터」의 ‘호스피스指定醫師’는 환자의 상태를 査定하고 환자 및 가족의 요구를 파악하여 綜合的인 판단에 따라 「완화요법센터」에서 입원, 관리하거나 醫療的 處方 및 投藥을 담당하면서 지역내 가정(또는 독립시설)중심 호스피스기관에 의뢰하여 地域社會에서 호스피스가 제공되도록 한다.

이 때 병원에서 「완화요법센터」로, 「완화요법센터」에서 家庭中心 호스피스기관, 또는 獨立施設 호스피스기관으로 의뢰한 경우에 있어서는 상호 지속적인 受惠關係가 유지되기 위하여 ‘호스피스의뢰서’를 통하여 患者情報를 통보하였을 경우에 동 의뢰서 作成機關에 대하여 作成手數料를 지급해 준다. 즉, 현재 종합병원 患者集中現象을 완화하기 위하여 醫療傳達體系에 의거하여 3차진료기관에서 당초 의뢰한 療養機關이나 거주지 중진료권내의 1차진료기관으로 回送한 경우에 算定되는 ‘回送料²²⁾’를 호스피스사업에 적용하고자 한 것이다. 이는 기존 제도를 활용하는 가장 적절한 方案으로 병원에서 「완화요법센터」로, 「완화요법센터」에서 가정중심 호스피스기관, 獨立施設 호스피스기관으

22) 醫療傳達體系에 따라 1, 2차 진료기관에서 3차진료기관에 「診療依頼書」를 제출하여 3차진료기관에서 진료 중인 환자가 건강상태가 호전되어 당초 의뢰한 요양기관이나 거주지 중진료권내의 1차진료기관으로 回送한 경우에는 3차진료기관에 5,500원의 회송료가 책정됨(보건복지부, 1995:68).

로, 그리고 逆으로 의뢰할 경우에도 ‘回送料’는 모두 적용받도록 한다. 이러한 조치는 醫療傳達體系를 적용하여 綜合病院의 末期患者 長期入院現象을 完화시키고²³⁾ 醫療資源의 낭비를 줄일 수 있는 하나의 方案이 될 수 있기 때문이다. 또한 병원에 再入院하고자 하는 계층을 「완화요법센터」가 일부 흡수할 수 있어 결과적으로 醫療費를 절감시킬 수 있기 때문이다. 따라서 「완화요법센터」는 병원호스피스 代替施設로서 病院施設의 效率的 活用을 기하는 중요한 기능을 발휘하게 되는데 외국의 독립시설 호스피스 活用成果(Brooks, 1984:691)를 토대로 볼 때 「완화요법센터」의 成果는 충분히 예상할 수 있는 바, 원활한 連繫를 위한 關聯 政策手段을 강구하여야 할 것이다.

한편 一般病院 入院患者에 대한 家庭으로의 退院 誘引策으로는 이미 앞에서 주장한 바 있듯이 家庭에 있는 호스피스환자가 응급시 再入院할 수 있는 여건이 마련되어야 하는데 痛症緩和 病室인 「돌봄실」의 설치가 그것이다. 「돌봄실」의 유희화 현상을 事前에 방지하기 위해서는 病院에서의 死亡을 선호하는 우리나라 실정을 감안하여 노인 임종환자의 경우에도 이용할 수 있도록 「돌봄실」을 부분적으로 개방하는 것을 고려해 볼 수 있다. 이는 우리나라 情緒에 부합되고 保險財政과 病院經營에도 보탬이 될 수 있기 때문이다.

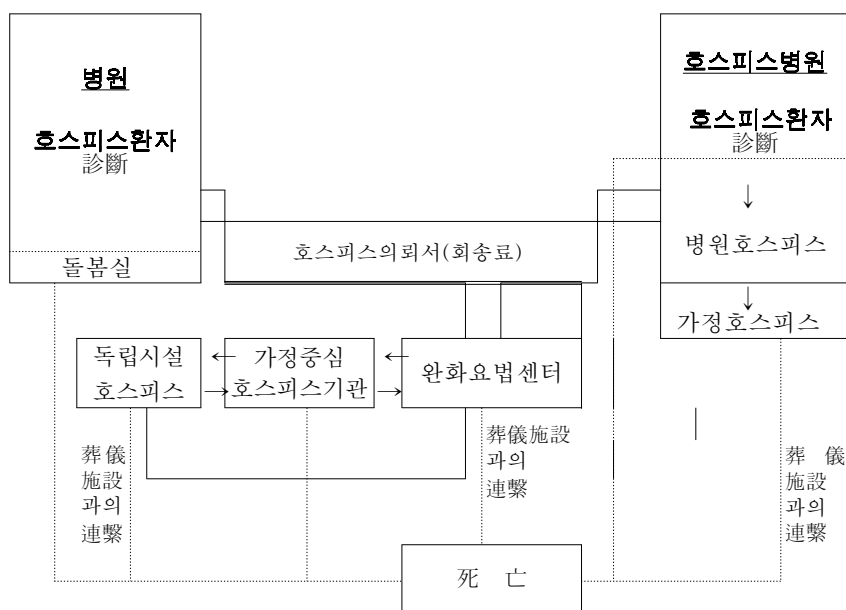
이상과 같은 連繫體系는 「완화요법센터」를 중심으로 구축되었는데 이 센터는 地域社會에서 새로운 기능을 하는 醫院으로, 入院, 또는 外來形態로 末期患者를 Care하면서 가정중심 및 독립시설 호스피스기관과 밀접하게 연계된 기관이다. 따라서 동 센터의 醫師는 病院에서 依頼, 移送되어 온 患者에 대한 狀態 및 이들의 要求에 따라 자신의 醫

23) 전국 3차진료기관(28개소)에서 사망한 암환자의 수는 2,260명(1994)으로 나타남.

院(入院形態)이나 家庭에서 Care받을 수 있도록 사망할 때까지 지속적으로 管理하는 主治醫로서 逆醫療傳達體系를 구축하는데 重要な 役割을 하는 人力이다. 開業하고 있는 醫師가 호스피스를 수행하고 있는 경우는 日本에서 찾아 볼 수 있는데 Mini-hospice라 불리우고 있는 시설이 바로 그것이다(조유향, 1991:270).

以上과 같은 體系가 구축되는 데에는 長期的인 時間이 소요될 것이므로 過渡期에 부족된 醫師人力을 보충하기 위해서는 은퇴한 醫師나 保健所의 醫師를 代替人力으로서 活用하는 方案이 검토될 수 있다.

호스피스 Care에 대한 서비스전달체계를 제시하면 다음과 같다.



[그림 3] 호스피스 事業對象을 위한 Care 패턴

3. 호스피스 事業對象

호스피스 事業對象에 대한 基準과 條件을 明示하는 것은 호스피스 事業需要를 추정하게 해주고 投入될 資源의 量을 결정하게 해주며 醫療制度圈에 포함시킬 支拂報償 서비스內容 및 給與範圍를 확실하게 해준다. 우리나라 호스피스 事業對象은 醫學的 診斷에 의해 이미 예후가 밝혀져 醫師가 쉽게 告知할 수 있는 患者의 狀態를 選定하는 것을 基本原則으로 하고자 한다. 醫師가 쉽게 告知할 수 있는 患者의 狀態란 예컨대, 集中治療와 緩和療法 사이에서 갈등을 갖지 않고 호스피스 Care가 최상의 서비스라고 醫療界의 합의가 이루어진 時期이다.

그렇다면 醫師로 하여금 積極的인 治療行爲가 전혀 도움이 안되는 임종이 확실히 예견되는 時期는 언제인가? 諸 外國에서는 암을 비롯한 慢性退行性疾患의 경우, 임종이 3~6개월 이내로 예견되는 患者, 또는 6개월 이내로 예견되는 患者를 그 對象으로 하고 있는 것으로 나타났다(Cohen, 1985). 따라서 호스피스사업을 도입하고자 하는 시점에 있는 우리나라의 경우에는 임종에 보다 가까운 時期인 임종전 3개월 미만의 患者를 事業對象으로 강조함으로써 醫師로 하여금 臨終時期 豫測의 실패라는 危機意識을 되도록 최소화할 수 있도록 한다. 이때 醫療制度圈에 포함시킬 支拂報償 給與範圍 및 期間에 대해서는 ‘호스피스지정의사’의 처방에 한하여 제한을 두지 않도록 하여 臨終時期 判定으로 인한 否定的인 認識을 감소시키도록 한다.

호스피스 事業對象을 접근하는데 있어서 보다 더 容易한 방법은 特定疾患을 구체화하는 것이다. 호스피스사업 對象疾患은 慢性退行性疾患으로서 醫師에게 受容될 수 있는 질환을 選定하는 것이 중요한데 醫學的 診斷에 의거하여 豫候가 이미 판명된 疾患을 택하는 것이 필

요하다. 굳이 우리나라가 諸外國의 경우와는 달리 호스피스사업 對象疾患을 明示함으로써 事業對象을 제한할 필요가 없다는 측면도 있으나 한편으로는 事業을 導入하려는 시점에서 事業資源을 검토하고 事業目標 및 事業內容을 국민에게 쉽게 認識시키고 弘報할 수 있도록 하기 위하여 對象疾患을 明示하는 편이 事業推進에 있어서 보다 더 效果的인 接近戰略을 마련할 수 있을 것이다.

이에 우리나라 死因의 首位를 차지하는 암질환을 호스피스 대상질환으로 포함시키는 것에 대해서는 論爭의 여지가 없을 것이다. 또한 특징적인 우리나라 현실을 감안하여 醫療機關을 이용하지 못하고 家庭에서 방치된 末期患者를 事業對象으로 포함시키는 것에 대해서도 論爭의 여지가 없을 것이다. 이러한 판단은 우리나라가 福祉國家를 지향하기 위해서는 방치된 末期患者의 삶의 質에 대하여 國家가 책임져야 한다는 認識에서 비롯된 것이며 더 나아가서는 終末期에 人間의인 서비스를 받을 수 있도록 배려하는 것이 호스피스의 진정한 目的이기 때문이다. 醫療機關을 이용하지 못하고 家庭에서 투병하다가 사망하는 疾患으로는 ‘고혈압성질환’과 ‘뇌혈관질환(두개내 출혈, 뇌경색 등)’이 가장 높은 것이 우리나라의 현실인 바(表 Ⅲ-5 參照), 이들 疾患을 事業對象으로 포함시켜 包括性있는 事業으로 전개시키는 것이 바람직하다. 따라서 醫療機關에 입원하여 醫療保險 給與惠澤을 받고 있는 末期 ‘고혈압성질환자’ 및 ‘뇌혈관질환자’는 호스피스서비스를 받을 수 없으며 퇴원후 家庭에서만 받을 수 있게 되는데 이는 가정호스피스의 活性化와 함께 호스피스 事業財政을 고려한 것이다.

한편 美國의 HCFA(1989)에서는 호스피스대상의 條件으로서 ‘入院當時 意識이 明瞭하고 意思疏通이 가능한 者’로 制限하여(NHO, 1989) 호스피스 프로그램에의 참여를 末期患者와 그 家族의 分명한 要請에

의한다는 점을 강조하고 있다. 우리나라의 경우에도 自己決定을 소중히 하고 既存 醫療活動과 家庭看護事業과의 차별화된 서비스(身體的, 精神的, 靈的)로 접근하기 위하여 ‘호스피스에 동의하는 患者’, ‘入院當時 意識이 명료하고 意思疏通이 가능한 者’로 제한하고자 한다.

以上 記述한 호스피스대상 選定基準은 다음과 같이 제시될 수 있다.

- 가) 수술, 항암요법, 방사선요법 등을 시행했으나, 더 이상의 醫療的 效果를 기대하기 어려운 임종이 3~6개월 이내로 예견되는 癌患者
- 나) 醫療的 診斷에 의하여 임종이 3~6개월 이내로 예견되는 醫療保險급여 중에 있지 않는 고혈압성질환자 및 뇌혈관질환자 (즉, 가정호스피스에 한함)
- 다) 主治醫와 호스피스 指定醫師(가칭)가 호스피스대상으로 判定한 환자
- 라) 위 가)~다)항의 對象 중 호스피스 概念과 哲學을 이해하고 동의하는 患者(入院當時 意識이 명료하고 意思疏通이 가능한 者)
- 마) 위 가)~다)항의 對象 중 兒童 및 靑少年(19세 미만)은 제외시킴.

上述한 다)항은 현재 22개 호스피스 遂行機關 중에서 15개 기관이 호스피스 對象으로 일반 임종자(노인)가 포함되어 있기 때문에 고려한 것으로 호스피스사업을 制度圈에 포함시키는 과정에서 一般 臨終者가 等閑視될 수 있는 가능성을 배제시키고자 한 것이다. 또한 治療보다는 완화요법이 요구되는 老人에 대한 Care 여부를 老人과 그 家族, 그리고 醫師가 결정하도록 함으로써 老人層을 흡수할 수 있는 긍정적인 측면을 호스피스사업 初期에 검토, 이에 대한 論爭의 여지를 最小化하고자 한 것이다. 結論으로 우리나라는 호스피스사업 導入段階인 만

금 患者와 그 家族, 그리고 호스피스지정의사(가칭)의 自律的인 판단에 따라 활동이 이루어지도록 하여 社會的 受容도와 要求度에 따라 구체화시키도록 한다.

마)항에서 호스피스대상으로 兒童 및 靑少年患者를 除外시키고자 한 提案은 兒童 및 靑少年에 대한 호스피스는 成人과는 다른 호스피스 施設과 環境을 필요로 하고 아직 성숙되지 못한 精神力때문에 逆作用을 초래할 가능성이 높을 것으로 판단되어 호스피스사업대상에서 제외시키고자 한 것이다. 또한 兒童 및 靑少年이 死亡한 후 그 가족(부모)에 대한 보살핌은 또 다른 차원의 專門的인 技術을 필요로 하므로 醫療制度圈에 포함시키고자 하는 호스피스 事業對象에서는 당분간 제외하고자 한다.

이상과 같은 條件에서 예상되는 호스피스 事業對象數(1994년 기준으로 한 最大數值, 따라서 無意識 患者까지 포함된 數值임)를 推定해 보면 암질환자의 경우 48,248명(死亡者 중 19세 미만 제외), 고혈압성 질환자의 경우 11,225명(死亡者 중 19세 미만을 제외하고 家庭에 있는 환자비율 35.1%를 곱한 값), 뇌혈관질환자의 경우 36,564명(死亡者 중 19세 미만을 제외하고 家庭에 있는 환자비율 36.8%를 곱한 값)으로 算出된다(통계청, 1994:48~56).

4. 호스피스 事業技術 및 事業人力別 役割

호스피스 事業技術의 範圍 및 內容에 대한 糾明은 일차적으로 利用者에 대한 支拂水準과 供給者에 대한 報償水準의 基準이 되고 質的인 事業方向을 제시해 준다. 美國 NHO에서 提案한 「호스피스 標準과 原則」(附錄 2 參照)은 호스피스 事業技術의 範圍와 內容을 明示해 주

고 있다. 총 22개 항목으로 구성된 호스피스 標準을 살펴 보면 末期患者에 대한 호스피스 Care는 임종과정 중의 慢性的인 증상 및 증후, 그리고 고통완화를 위한 專門的, 非專門的 仲裁 및 돌봄의 서비스로 身體的, 情緒的, 靈的 Care가 포함되고(標準 2~標準 8), 환자와 가족의 目的達成에 적합하게 계획된 持續的이고 적절한 緩和的 療法の 서비스(標準 13~標準 22)로 특징지을 수 있다. 이는 곧 인간은 다양한 問題를 가진 독특한 個體이므로 환자와 가족의 要求에 적합한 서비스 내용 또한 多樣하고 개별적으로 제공되어야 함을 시사하고 있어 호스피스 Care는 限定的이고 일률적이 될 수 없다는 結論에 이르게 된다.

이러한 結論은 결국 호스피스 事業範圍가 限定的인 기본서비스와 無限定的인 개별서비스로 분류될 수 있다는 論理가 적용되는데 또 한 편으로는 기본서비스는 반드시 제공되어야 하고 아울러 支拂報償되어야 함을 刻印시켜 준다.

현 서비스 제공내용을 토대로, 이러한 점을 염두하여 開發된 호스피스 서비스 영역별 내용을 제시하면 〈表 IV-4〉 ~ 〈表 IV-11〉과 같다. 한편 호스피스서비스는 關聯專門人力에 의해 제공되는 서비스가 質的인 서비스로 간주될 수 있으므로 동 表에서는 호스피스서비스 提供場別, 서비스 內容別 擔當人力도 아울러 제시하였다. 그러나 末期患者에게는 항상 새로운 問題와 要求가 갑자기 생기는 것으로 나타나 상황에 따라서는 代替人力이 역할을 수행할 수도 있으므로 이에 우선 순위적 代替人力이나 委任받을 수 있는 適格者를 함께 제시하였다. 基本的인 서비스내용은 表의 上段에 제시하였고 그동안 호스피스수행기관에서 서비스제공자의 필요에 의해, 또는 患者 및 家族의 要求에 의해 일부 對象에게만 제공된 서비스는 表 下段에 기재하여 개별서비스로 분류하였다.

가. 末期患者 査定

患者狀態 測定 및 觀察은 호스피스 Care를 제공하기 위해 이루어지는 첫번째 활동으로 〈表 IV-4〉의 상단에 제시된 활동들이 기본적으로 제공하여야 할 서비스이다. 환자상태의 多様성과 個別性때문에 호스피스지정의사는 호스피스 Care의 초점을 파악하고 투약 및 처방 수준을 결정하기 위하여 통증정도, 身體的 狀態, 情緒狀態 및 죽음인지 등의 査定業務를 수행하게 된다. 看護師에 의한 활력증상 측정과 司牧者에 의한 靈的 狀態 査定 등도 이때 이루어진다. 患者의 신체적 통증관리가 잘되면 精神的, 社會的 및 靈的 問題 등에 따른 고통이나 증상의 통제가 더 용이하기 때문에 査定の 주 초점은 ‘痛症 査定’이다 (Cohen, 1979).

〈表 IV-4〉 狀態測定 및 觀察內容別 擔當人力

		醫師	看護師	司牧者	社會事業家	自願奉仕者
신체사정		A/1	B/2	-	-	-
정서상태 사정		A	B/1	-	C	C
죽음인지 사정		A/2	B/1	-	-	-
활력증상 측정		-	A/1	-	-	-
통증 사정		A/1	B/2	-	-	-
영적상태 사정		-	B/1	A/2	-	-
가족문제 사정		-	A/1	-	B	-
遺家族 첫사정		-	B/1	-	A	-
검사물	검사(혈액, 소변)	A	1	-	-	-
채취	사정(질, 향문)	A	B/1	-	-	-

註: 病院에서의 서비스내용별 담당인력의 우선순위는 A, B, C, ...로, 家庭에서의 담당인력의 우선순위는 1, 2, 3, ...으로 表記, 구별하였음. 또한 실선 상단은 기본서비스, 하단은 개별서비스임.

한편 末期患者의 家族에 대한 査定은 家族의 健康狀態 및 心理社會的 問題에 초점을 두고 病的인 家族 構成員을 專門家에게 의뢰하고자 수행되는데 末期患者 入院時와 死亡直後 2회에 걸쳐 수행되는 행위에 대하여 기본서비스로 看做한다.

나. 投藥 및 處置

投藥 및 處置活動은 통증조절과 흔히 야기되는 증상 및 징후치료가 目的으로 疾病에 대한 技術的 試圖나 研究 關心事가 아닌 신체적 문제해결을 위한 症狀緩和的 醫療活動이다. 또한 더 이상 아무런 치료도 할 수 없는 상태로 보지 않고 Care를 통하여 醫療의 連續性과 安定性을 제공하는 基本的인 서비스로 간주한다.

최대의 관심은 통증조절로, 통증조절에는 麻藥性製劑, 증상완화를 위해서는 항불안제제, 항우울제, 항구토제, 스테로이드제제 등이 흔히 이용되는데 關聯處方은 호스피스 의사에 의하여 수행된다. 이 때 간단히 약물로 통증이 해소되는 경우도 있지만 그렇게 되지 않을 경우에는 호스피스 의사 이외의 마취과, 신경외과, 정신과, 내과, 재활의학과 등의 醫師와 호스피스간호사, 社會事業家 등과의 協診이 요구된다.

가정호스피스의 경우에는 마약성제제에 대한 服用量과 服用時間을 가족으로 하여금 기록, 관리하도록 하되 투약 및 관리에 대한 책임은 일차적으로 看護師에게 주어진다. 특히 患者死亡 후 麻藥性製劑의 收去 및 管理는 매우 중요한 활동인데 看護師, 또는 家族의 역할로 두되, 최종적으로는 醫師가 책임을 지게 될 것이다. 이러한 이유때문에 마약사용에 인식할 수 있다(表 IV-5 參照).

〈表 IV-5〉 投薬 및 處置活動 内容別 擔當人力

	의사	간호사	사목자	자원봉사자	가족
처방(통증조절, 증상완화)	A/1	-	-	-	-
투약 및 관리	-	A/1	-	3	2
환자사망후 마약수거 및 관리 ¹⁾	-	A/1	-	-	2
기록 및 보고	-	1	-	3	2
마약전달	-	1	-	-	2

註: 1) 의료기관의 역할이기 때문에 최종적으로는 의사의 책임임.

다. 身體 Care

末期患者에 대한 신체 Care는 治療的 Care와 非治療的 Care로 구분된다. 현재 醫療保險에서 支拂報償되지 않는 非治療的 身體 Care는 배변·배뇨관리, 좌욕, 그리고 Kismo적용 등 극히 일부를 제외하고는 기본서비스에 포함시킬 수 있다. 대부분의 Care는 患者 個人衛生과 日常生活 補助業務로 看護師의 감독아래 간호조무사에 의해 수행될 수 있으며 自願奉仕者가 참여할 수 있는 서비스 영역이다(表 IV-6 參照).

美國의 일부 地域에서는 患者의 私生活을 보호하고자 하는 측면에서 患者와의 신체적 접촉에 의해 이루어지는 Care에 대해서는 비록 제공되는 Care가 비치료적인 개인위생관리 수준이라 하더라도 自願奉仕者가 개입하지 못하도록 하고 있다고 알려지고 있다. 그러나 24시간 専門人에 의한 Care가 지속되기 어려운 우리나라 病院이나 家庭에서는 自願奉仕者를 활용하는 方案이 費用節減次元에서 바람직하므로 看護師의 指導 및 責任아래 일부 Care는 自願奉仕者에게 委任하도록 한다.

한편 治療的 Care는 〈表 IV-7〉에서 제시된 바와 같이 대부분 醫師의 ‘身體査定’에 의한 처방에 따라 행해지는 個別的인 서비스로 구성된다. 동 表에서 제시된 ‘정맥주사’, ‘욕창치료’, ‘신체맞사지’ 등, 患

者の 全身狀態를 증진시키는 物理治療活動 등은 병원 호스피스환자에
게는 자주 행해지는 서비스이므로 기본적인 서비스로 간주한다.

〈表 IV-6〉 非治療的 身體 Care 內容別 擔當人力

	醫師	看護師 ¹⁾	司牧者	自願奉仕者	家族
개인위생	-	A	-	B/1	C/2
구강간호	-	A	-	B/1	2
등간호	-	A/1	-	B/2	3
온냉찜질, 체위 변경, 침상정리	-	B	-	A/1	2
食餌提供	-	A	-	B/1	2
수면돕기	-	A/1	B	-	C/2
배변·배뇨관리	-	A	-	B/1	2
좌욕, Kismo적용	-	A	-	B/1	2

註: 1) 간호사의 指導, 監督下에 간호조무사가 수행할 수 있음.

〈表 IV-7〉 治療的 身體 Care 內容¹⁾別 擔當人力

	의사	간호사	물리치료사	자원봉사자	가족
욕창치료	-	B/1	A	-	-
IV(5%, 영양제)	-	A/1	-	-	-
신체맞사지	-	B	A	1	2
자연배뇨유도	-	B/1	A	-	-
수동운동	-	B/1	A	A	2
회음부관리, 드레싱, 관장, 산소요법, Bladder irrig., 도뇨, Endotracheal suct., Digital evacuation, Tube feeding, Urine bag care, 복막투석 등	B	A/1	-	-	-

註: 1) 〈表 IV-4〉에서의 ‘身體査定’에 의한 처방에 따라 행해지는 업무임.

라. 相談 및 敎育

相談 및 敎育은 일정 內容에 국한하지 않고 患者와 家族의 要求를 敬청하여 支援可能한 범위내에서 醫療的, 社會的, 經濟的, 信仰 問題 등 전반적인 영역에 걸쳐 이루어진다. 또한 관련 敎育프로그램을 운영, 실시하여 家族이 Care하는 방법을 익히도록 한다. 특히 24시간 Care가 어려운 가정호스피스 경우에는 家族을 대상으로 敎育을 실시하게 되는데 症狀管理 및 副作用에 대한 지식전달과 맞사지, 배변·배뇨 돕는법 등에 대한 示範敎育 등은 중요한 업무이다(表 IV-8 參照).

〈表 IV-8〉 相談 및 敎育內容別 擔當人力

	醫師	看護師	司牧者	社會事業家	自願奉仕者
사회지원상담 ¹⁾	-	1	-	A/2	3
신앙상담 ²⁾	-	2	A/1	-	B/3
敎育 ³⁾	B	A/1	-	-	-
시범敎育 ⁴⁾	-	1	-	-	-

註: 1) 생활보호대상 신청, 사망진단서 신청, 유가족 직업안내

2) 종교기관 안내, 신앙생활 유지 및 상담

3) 질환증상, 질환치료 및 관리(식이요법/욕창예방 및 관리/투약 복용법 및 부작용/작용시간 및 투약간격조절/좌약사용법/Ambulation/관장법/진통제효과 기록부작성법/경련시 간호/피부관리/임종과정에 나타나는 증상 및 관리敎育/검사/소변주머니 관리/feeding/체위변경/방광세척/상처소독

4) 체위변경/목욕/맞사지/배변, 배뇨돕는법/수동운동/무균법/장루간호/탄력붕대사용법

마. 情緒的 支持

末期患者의 心理過程은 죽음에 임하는 進行過程에 따라 부정, 분노,

타협, 우울, 수용하는 단계를 거치게 되는데 환자에 따라 단순한 불안에서부터 病的 狀態로 까지 다양한 樣態를 보인다(Kubler Ross, 1982). 인간이 기본적으로 자기자신을 보호하는 것은 본능이기 때문에 일차적으로 부정하고 분노하는 것은 당연한 일로 볼 수 있으나 분노과정에서 醫療人이 분노의 대상이 될 수 있기 때문에 호스피스팀은 죽음을 두려워 하여 나타내는 분노를 잘 이해하고 참으며 경청해 주어야 한다.

調査結果, 末期 癌患者의 정신적 고통은 죽음에 대한 두려움과 분노 이외에도 특히 우울이 특징적으로 나타나 무력감, 공격감정, 고립감, 죄책감, 자기징벌의 욕구 또는 망상 등으로 인하여 自殺과 自害가 생길 수 있다고 報告되고 있는 바(방영주, 1993; 민성길, 1991:176), 情緒的 支持는 모든 事業對象에게 基本的으로 제공하여야 할 서비스이다.

情緒的 支持 서비스內容은 〈表 IV-9〉에서 제시된 바와 같이 患者 옆에 있어 주거나 患者의 애기에 경청하면서 이해적 태도를 취하는 수준에서 부터 技術的인 意思疏通을 통하여 감정을 적절하게 표현할 수 있도록 支持해 주는 수준, 그리고 精神科 醫師의 治療를 필요로 하는 수준까지 다양하게 제공되는데 末期患者가 최대한의 自我尊嚴感을 갖도록 하는 데 그 目的이 있다. 따라서 末期患者가 원할 때마다 事業 人力들은 모두 支持者로서 역할하여야 하므로 意思疏通 技術을 모두 갖추어야 할 필요가 있다.

情緒的 支持 서비스내용의 決定은 먼저 환자 자신이 要求하는 서비스에서 부터 출발하도록 하고 신뢰가 형성된 다음에 환자와의 相互作用 過程을 거쳐 서비스 투입에 대한 意思決定을 유도, 최종적으로 事業 人力의 판단에 의해 긍정적인 效果를 달성할 수 있는 서비스가 제공되도록 하는 것이 重要하다. 따라서 호스피스 事業 人力은 성숙되고 情緒的으로 안정된 성격의 所持者로서 남의 애기를 잘 경청할 수 있

고 삶과 죽음에 대하여 긍정적인 태도를 지닌 성격의 所持者가 바람직하다.

〈表 IV-9〉 情緒的 支持 活動內容 및 擔當人力

	의사	간호사	사목자	사회사업가	자원봉사자	정신과의사
경청, 산책, 위로, 곁에 있어줌, 감정표현 격려	B	A/1	B/3	D	C/2	B

바. 靈的 Care

靈的 要求의 충족을 위해서는 환자가 자신의 느낌을 그들의 司牧者와 나눌 수 있도록 그들이 원하는 司牧者가 담당하는 것이 가장 바람직하다(表 IV-10 참조). 때에 따라서는 他人力이 靈的 Care를 제공할 수 있는데 이 때 무엇보다도 중요한 것은 비록 患者가 요구하는 靈的 Care 內容이 호스피스사업기관의 設立理念이나 자신의 宗教觀과 다르다 할지라도 환자가 요구하는 宗教觀을 존중하고 이해하여 관련된 司牧者를 연결시켜 주거나 關聯情報를 제공해 주어야 한다는 점이다.

靈的 Care는 靈的 査定을 거쳐 이루어지는데 임종을 맞이하는 이들에게는 기본적인 서비스가 된다.

〈表 IV-10〉 靈的 Care 內容 및 擔當人力

	의사	간호사	사목자	사회사업가	자원봉사자
신앙 정보제공	-	B/1	A	-	2
임종준비 支持 (신앙으로 격려, 책임어줌)	-	2	A/1	-	B

사. 家族管理

호스피스서비스 提供場別 家族管理 內容 및 擔當人力은 〈表 IV-11〉과 같다. 호스피스사업에서 제공하는 가족관리서비스는 동 表에서 제시된 바와 같이 情緒的 支持(장례식 참석, 靈的 支持) 이외의 社會的, 經濟的 支援서비스를 포함한다. 따라서 家族體系 및 家族 構成員에 대한 査定이 우선적으로 이루어져야 한다(表 IV-4參照). 우리나라 社會文化的 特性上, 또는 私生活 保護側面에서 볼 때, 호스피스사업을 도입하고자 하는 현 시점에서는 患者나 그 家族의 요청에 따라 개별서비스로서 제공되도록 하는 것이 바람직하다.

동 表에서 제시된 役割調整은 患者發生으로 인한 家族의 力動을 관찰하여 역할을 分擔, 調整하는데 도움을 주고 가족간 불화를 중재하는 業務이다. 또한 家族의 충격과 무감각, 분노와 적개심, 죄책감 등이 病的인 狀態로 판단되면 專門人力에게 의뢰하고 長期入院으로 인하여 환자가 퇴직을 勸告받게 될 경우 仲裁에 나서기도 한다.

이상과 같은 활동은 患者死亡 전에 이루어지는 활동으로 환자사망 후 家族의 構造와 役割이 변화됨으로써 야기되는 여러 문제를 해결하거나 줄일 수 있도록 하기 위하여 死別에 대한 家族支持 서비스를 제공할 수 있는데 ‘死別管理 프로그램’이 그것이다. 遺家族 모임을 주선하여 슬픔을 극복하기 위한 여러 仲裁活動을 전개하거나 관련 유인물을 보내는 활동, 그리고 職業을 알선해 주기도 한다. 보다 專門的으로는 社會事業家에 의하여 集團 社會事業指導(group work)와 家族治療法(family therapy) 등의 서비스를 제공하여 家庭의 恒常性を 回復, 維持하게 해 준다(이광재, 1993:89).

현재 醫療法(施行規則 제28조)에서는 종합병원에 社會福祉師(社會

事業家)를 두도록 규정하고 있기 때문에 병원중심 호스피스에서는 死別管理活動을 기대할 수 있다. 그러나 가정중심 호스피스기관에서는 費用節減側面에서 看護師 중심으로 서비스가 제공되어야 하므로 看護師의 一次的인 査定 후, 필요하다고 판단된 경우에 社會事業家가 개입하도록 하는 方案이 바람직할 것이다. 費用支拂은 현재 醫療保險 酬價基準에 의해 病院에 적용되고 있는 再活醫學的 社會事業 家庭訪問 酬價 8,800원(보건복지부, 1995:140)을 가정호스피스 對象에게 적용시키는 것이 적절한 方案으로 볼 수 있다.

〈表 IV-11〉 家族管理 活動內容 및 擔當人力

	의사	간호사	사목자	사회사업가	자원봉사자	정신과의사
정서적 지지	-	A/1	B/2	-	3	-
역할조정	-	1	-	A/2	-	-
경제적 문제	-	-	-	A/1	-	-
사별관리	-	-	-	A/2	B/1	A

아. 施設 및 環境管理

末期患者가 있는 주변공간에 대한 再配置, 換氣, 정리정돈, 그리고 환자가 요구하거나 필요한 물건이나 사항(흡인기, 물침대, wheel chair, 의사소통 도구, 테이블, 책, 녹음기, 종교서적, 책, 편지, 신문 읽어주기, 편지 써주기, 심부름 해주기, 장기나 바둑 또는 취미활동 같이 하기, 좋아하는 음식, 음료수 및 주류제공)에 대하여 그때그때 응하여 患者의 기분을 충족시켜 주는 일은 患者에게 편안함과 안정감을 지속시켜 주어 情緒的 支持를 도와 준다. 이러한 업무는 自願奉仕者가 가장 적합하나 末期患者의 特性과 狀態에 따라서는 醫療人이나 司牧者

가 이러한 역할을 수행할 때 효과가 더 클 수 있으므로 이 점을 염두에 두어야 한다. 또한 事務的인 業務補助(전화응답 및 연락, 병실내 보급물품의 주문 및 보관, 기록표 작성, 입·퇴원 수속절차 안내)와 病室 및 共同場所 정리(침상정리, 꽃꽂이, 재털이 및 휴지통 비우기, 머리장 및 소지품 정돈, 食水準備)등을 통하여 患者의 안정에 도움을 주도록 한다.

자. 其他 間接서비스

以上과 같이 호스피스 事業人力들은 末期患者와 그 家族을 하나의 治療單位로 간주하여 身體的, 精神的, 社會的, 靈的 要求를 충족시키기 위하여 직접적인 Care를 제공한다.

事業人力 각각의 記錄과 기본 간호활동의 하나인 引受·引繼 등은 환자의 요구에 충족된 서비스를 지속적으로 제공하는 데 있어서 중요한 情報源이 되기 때문에 호스피스사업에서 기록 및 팀회의는 매우 중요한 간접서비스 활동이 된다. 末期患者 각각에 대하여 問題(身體的·靈的·社會的 痛症 및 身體的 問題) 및 問題를 일으키는 요인(또는 원인), 目標(患者 및 사업인력 참여자의 目標), 査定結果(또는 評價), 그리고 Care 계획 등은 基本的으로 記錄하여 호스피스행정가(hospice administrator, coordinator)와 다음 勤務組에게 報告하는 것이 보다 총체적인 Care로 접근될 수 있을 것이다.

以上 記錄 및 報告活動과 함께 중요한 간접서비스 활동의 하나는 患者死後에 自願奉仕者를 포함한 서비스제공팀 全員이 참석하여 그동안 수행한 業務 및 活動에 대하여 評價하고 隘路事項을 토로하면서 환자 Care로 인한 消盡과 임종에 접한 스트레스를 解消하는 일이다.

患者가 사망할 때마다 호스피스팀 회의를 개최하는 것이 바람직한데 이 때 팀관리 및 支持活動은 司牧者의 역할이 크다.

카. 호스피스서비스 計劃 및 調整

前述한 表에서 제시된 호스피스 Care는 醫師, 看護師, 司牧者, 社會事業家, 自願奉仕者들로 구성된 事業參與人力 각자가 자신의 資格과 職分내에서 담당업무를 수행하게 된다. 그러나 한편으로는 환자와 그 가족, 그리고 서비스 提供場의 특성에 따라 특별한 상황이 초래될 수 있어 특별한 時間에 특별한 役割을 떠맡을 것을 요구받을 수 있다. 이에 따라 醫師, 看護師, 司牧者, 社會事業家, 自願奉仕者 이외에 精神科 醫師, 藥師, 營養士, 心理學者, 치료사(물리치료사, 작업치료사, 언어치료사, 음악치료사 등) 등의 專門人力의 참여도 要求되지만 상황에 따라서는 그들의 욕구를 適時에 충족시키기 위하여 擔當 專門人力이 아닌 다른 人力이 관여할 수 있다. 이로 인하여 상황에 따른 役割의 변화나 중복의 경우가 발생되기 때문에 호스피스팀 구성원간의 役割과 介入限界를 명확히 구분하는 데에는 어려움이 있다(Bohnet, 1986:275). 따라서 이러한 부분에 대해서는 事業人力間 상호 이해할 수 있는 공감대가 형성되어야 한다. 실제 호스피스 事業人力間 役割의 不明性(role blurring) 및 過重한 役割(role overload) 등의 현상은 흔히 나타나기 때문에 이러한 역할갈등은 팀구성원 상호간의 기능에 대한 충분한 이해를 통하여 극복되어야 하는데 이러한 緣由로 인하여 호스피스 行政家, 또는 調整者(hospice administrator, coordinator)의 필요성이 대두되었다(Bohnet, 1986:277).

즉, 호스피스행정가는 팀구성원을 조정하고 팀구성원들간의 역할을 제대로 기능하도록 仲介的 役割을 하며 팀이 잘 통합되도록 하는 팀

調整 역할을 담당하는 인력이다. 患者의 主治醫와 필요시 상담하고 환자관리를 위한 회의를 주선하며 自願奉仕者를 관리하는 업무를 수행한다. 호스피스 Care 계획을 평가하고 실행하여 조정하고 發展시키며 새로운 計劃을 세우는데 책임을 진다. 또한 호스피스기관을 대표하여 다른 事業類型과 連繫關係를 유지한다.

美國내에서는 현재 호스피스 행정가의 ½이 看護師이며 그 외 별도로 훈련된 社會事業家, 醫師, 司牧者가 맡는 곳도 있다. 우리나라의 경우에는 사업도입단계를 감안하여 볼 때 병원중심 호스피스의 경우에는 醫師, 또는 看護師가, 家庭中心 호스피스의 경우에는 看護師가 담당하는 것이 적절하다고 볼 수 있다.

以上の 表에서 제시된 事業人力別 役割을 病院中心 호스피스를 중심으로 요약하면 〈表 IV-12〉와 같다. 家庭中心 및 獨立施設 호스피스의 경우에는 看護師, 司牧者, 그리고 自願奉仕者로 구성된 인력팀이 주축이 될 것이므로 醫師 및 社會事業家は 連繫에 의해서 동 表에서 제시된 役割을 遂行하게 될 것이다.

〈表 IV-12〉 호스피스 주요 사업인력별役割(病院中心 호스피스)

事業人力	役 割 및 範 圍
호스피스 行政家	- 호스피스프로그램 評價, 實行, 調整 - 호스피스팀회의 主管 - 사업인력의 活動 監督 및 調整 - 사업인력에 대한 情緒的 支持提供
醫 師	- 호스피스 事業對象의 醫學的 査定 - 호스피스 事業對象 依賴 臨床科 醫師支援. - 末期疾患이외의 症狀에 대한 治療의인 活動과 보다 支持的인 緩和計劃 수립 - 적절한 진통제의 선택과 적절한 용량의 計劃 및 處方活動을 통한 통증조절 및 效果判定 - 호스피스 事業인力 敎育計劃 및 敎育참여.
看護師	- 患者 및 家族에 대한 治療的, 非治療的 看護提供 - 통증 및 증상조절을 위한 투약 및 처치 - 患者家族 敎育 및 상담 - 患者, 家族, 그리고 事業인力間 효과적인 意思疏通 지원 및 仲介役割 - 호스피스 유가족 관리에 대한 計劃 및 參與 - 家庭호스피스에서는 전화상담 실시
司牧者 (敎役者)	- 환자 및 가족에 대한 靈的 상담자 - 倫理的 측면의 意思決定 支援 - 사업인력에 대한 情緒的 支持提供
社會 事業家	- 환자 및 가족의 社會的, 經濟的, 家庭問題 등의 해결방안 모색을 위한 상담 - 환경요법(Milieu therapy) 등을 통한 고통완화의 補助的 Care 참여 - 환자의 사회적 문제(직장)와 관련된 이익의 代辯者 - 유족상담을 통한 死別管理프로그램의 指導者的 역할
自願 奉仕者	- 환자에 대한 직접서비스 제공(책 읽어주기, 대화나누기, 오락이나 예술, 음악 등 작업치료의 활동도움) - 환자가족에 대한 서비스 제공(가사일 助力者) - 병실 및 환경정리(침상정리, 소지품정리) - 사무적인 업무보조(전화접수, 서류정리, 타이핑, 교육에 대한 업무보조 등) - 地域社會 奉仕(호스피스를 지역사회에 소개하는 일, 호스피스 기금마련을 위한 활동 등)

5. 호스피스 事業資源 特性

호스피스 事業主體와 事業對象이 選定되고 제공될 事業技術과 事業人力別 役割이 결정되면 事業을 전개하여 目的을 달성하는데 필요한 事業資源을 확보하여야 한다. 호스피스 事業資源이라면 호스피스시설, 人力, 그리고 財政이 요구되는데 이들 資源의 投入과 活用에 대해서는 많은 부분이 制度的 裝置와 관련되어 있다.

먼저 家庭에서의 Care가 불가능하여 입원하게 될 병원호스피스 시설은 어떠한 構造와 特性을 구비하여야 하는가? 〈表 III-20〉에서 호스피스병동과 암병동의 施設에 대한 比較에서도 밝혀진 바 있듯이 多人用 病室보다는 1, 2인용 病室(일반병실보다는 공간이 넓은)을 마련하여 私生活을 보호하고 家族과 함께 지낼 수 있는 공간이 確保되어 편안한 임종을 맞이하도록 하여야 한다. 더욱 바람직한 것은 취미실, 오락실, 조리실 등을 마련하여 末期患者가 하고 싶은 活動을 할 수 있도록 家庭과 같은 環境을 조성하는 것이다. 訪問時間도 일반병동과는 달리 제한을 두지 않도록 하고 어린이들도 訪問할 수 있도록 하여야 하며 환자의 기호식품(커피, 주류 등)과 애완동물까지도 허용하여야 한다.

〈表 III-12〉에서 제시된 綜合病院에서의 1일 호스피스활동에 의하면 호스피스병동에서는 대부분의 業務가 醫師보다는 看護人力에 의한 활동으로 이루어지고 있음을 알 수 있는데 Sandol은 一般病棟보다 훨씬 높은 看護人力 투입을 주장한 바 있다(Cohen, 1979). Charles(1983)는 實 活動看護人力 對 末期患者의 比率을 1:3으로 투입할 것을 提案하면서 호스피스병상이 9病床일 경우, 3교대의 병원시스템에서는 9명의 看護人力이 投入되어야 한다고 主張하고 있다.

현재 醫療法에 규정되어 있는 綜合病院 看護師 投入基準은 看護師 2人에 入院患者 5人을 두도록 되어 있는데 동 規定을 지키는 綜合病院은 한 군데도 없는 實情이다. 이러한 실정에서 호스피스병동에서의 看護人力 投入에 대한 基準提示는 아무런 效力을 미치지 못할 것이나 호스피스기관에 대한 認可條件의 하나로 規定할 수는 있을 것이다. 醫療法에서 일반병실이 看護師 1人에 患者 2.5인을 두도록 되어 있는 規定을 토대로 호스피스병동의 看護人力 對 末期患者의 比率을 제시해 보면 1:1로 투입되도록 하는 方案이 適正 投入水準이라 볼 수 있는데 현 실정을 감안하여 看護人力의 1/3범위내에서 간호조무사를 둘 수 있도록 융통성 있는 條項을 마련한다. 이렇게 規定하였을 경우, 현재 수행되고 있는 호스피스기관(호스피스병동의 運營形態 3개 기관) 중에서는 1개 기관만이 동 規定을 충족시켜 주고 있다.

호스피스 事業財政은 호스피스 사업모델에서 糾明된 事業技術을 지속적이고 效果的으로 제공할 수 있도록 해 준다. 따라서 財源調達은 사업도입 및 운영에 가장 현실적인 문제로 所要財源을 조달하는 方法은 이용자 個人負擔, 醫療保險, 寄附金, 團體負擔(後援金), 政府負擔 등으로 다양할 수 있다.

호스피스사업에 대한 時代的 요청에 비추어 볼 때, 事業財政은 原則적으로 國家 또는 地方自治團體가 財源을調達, 事業對象에게 무료로 서비스가 제공될 수 있도록 하는 것이 바람직하다. 이는 호스피스사업이 이익을 추구하지 않는 활동이기 때문에 社會福祉事業의 일환으로 추진되어야 함을 前提로 한 것으로 終局的으로는 國家가 책임져야 할 事業이라는 점과 같은 맥락이다.

그러나 현재로서는 포괄적이고 持續性이 있는 醫療保險에 의존하여 事業을 시작하는 것이 安定的이다. 이 경우 本人負擔金이외의 비용

을 현행 의료서비스와 같이 全額 保險給與를 통하여 報償해 주는 方式과 租稅와 保險이 混合支援하는 方式이 있겠는데 全額 保險給與 方式하에서 事業을 도입하는 것이 현실성이 크다. 다만 長期入院으로 인하여 本人負擔이 어려운 事業對象에 대해서는 제한적으로 政府支援(國庫 및 社會福祉基金 活用 등)이 이루어져야 한다.

한편 현재 대부분의 機關이 부분적으로 寄附金과 後援金을 활용하여 호스피스활동을 수행하고 있음은 寄附金과 後援金에 의한 財源調達方式을 活性化할 필요성을 示唆하고 있다. 즉, 일시적인 홍보에 의한 一回性の 募金方法보다는 호스피스기금 마련을 위한 關聯法規 制定 등과 같은 制度的 基盤을 조성하여 地域社會 參與를 확대시키는 方案(遺産 및 企業의 寄附金 등)을 검토해 볼 수 있다. 既存 保險財政에 全的으로 調達하는 方法으로는 原價報償次元일 수 밖에 없을 것이므로 호스피스사업 擴大를 기대하기 위해서는 地域社會에서의 支援策이 요구된다.

V. 호스피스事業의 制度的 要件

호스피스사업에 대한 制度化 過程에는 호스피스사업 遂行時 갖추어야 할 基本的인 要件과 制度化의 基本的인 메커니즘인 法的 根據를 마련하는 것이다. 前者는 앞 章에서 이미 호스피스사업모델 開發을 통하여 구체화하였으므로 본 章에서는 後者인 호스피스사업의 法的 根據 마련을 위한 制度的 要件을 糾明하고자 한다. 호스피스 事業對象의 特 징적인 問題로부터 도출된 政策開發 內容(表 IV-2 參照)에 根據하여 保健·醫療·福祉 各 分野에서 호스피스사업에 능동적으로 참여할 수 있도록 하기 위한 事業資源 確保手段 및 必要條件을 제시하고자 한다.

1. 호스피스酬價 算定方案

『醫療保險 療養給與基準 및 診療酬價基準』의 診療酬價算定方法 部門을 보면 ‘호스피스酬價 基準 및 請求方法 등은 보건복지부장관이 별도 정한 基準에 의한다(保健福祉部, 1995:59)’ 라고 明示되어 있어 호스피스사업 도입을 위한 정부의 意志를 알 수 있다.

가. 病院호스피스

현재 의료기관의 입원환자는 「入院料」, 「個別行爲料」, 그리고 「一般慣行酬價」로 구성된 현행 醫療保險支拂體系에 따라 診療費用을 지불하고 있다. 「入院料」에는 「入院病院管理料」와 「入院患者管理料(醫學管

理科 + 看護管理料」, 그리고 上級 病室料 差額이 포함되어 있고 「個別行爲料」에는 진료 및 치료적 행위에 따라 부과되는 비용으로서 주로 투약 및 처방, 그리고 조제 및 주사 등의 진료행위가 여기에 해당된다. 이들 「入院料」와 「個別行爲料」는 醫療保險의 적용을 받고 있으며 식대, 지정진료료, 일부 비급여 검사 및 투약 등의 費用은 「一般慣行酬價」로 환자 본인이 전액 支拂하고 있다.

호스피스 Care는 〈表 III-10〉에서 밝혀진 바와 같이 患者狀態 査定을 거쳐 專門人力에 의한 治療的 身體 Care와 專門, 또는 非專門人力(自願奉仕者)에 의한 환자의 청결유지 및 품위유지를 위한 非治療的 身體 Care, 환자 및 가족과의 상담 및 교육, 그리고 情緒的, 靈的 Care 영역으로 구성되어 있는데 현재 병원에 입원하고 있는 호스피스 환자의 경우에는 일반 입원환자와 동일하게 「入院料」, 「個別行爲料」, 그리고 「一般慣行酬價」¹⁸⁾에 의해 지불하고 있다(表 III-19 參照). 따라서 병원중심 호스피스기관은 표면상으로는 호스피스사업 운영에 필요한 管理費와 호스피스 Care에 필요한 材料費, 즉 투약 및 처방·조제료를 既存 酬價體系내에서 報償받고 있는 셈이 되는데 문제는 非治療的 Care, 상담 및 교육, 情緒的·靈的 Care, 가족관리 등의 행위에 대해서는 기존 醫療保險酬價體系의 「개별행위료」에 반영되어 있지 않다는 점이다. 따라서 이 부문에 대한 酬價算定이 호스피스 酬價策定の 核心이라 볼 수 있다.

호스피스 酬價體系에 대한 美國의 例를 보면 제 II 章에서 제시된 바와 같이 호스피스환자를 입원(병원호스피스, 독립시설 호스피스)과 家庭호스피스로 구분하여 모든 환자는 期間의 80%를 家庭에서 받도록 제한하고 있으며 금액은 제공된 서비스의 量과 質에 무관하게 일

18) 醫療保險 非給與 對象인 MRI, CT Scan 등의 검사와 마약 및 비급여 대상 품목의 藥劑 등이 해당된다.

물적으로 1일당 定額制로 지불하는 慣行酬價이다(Stewart, 1986). 日本 역시 1일당 定額制(31,200엔)의 支拂形態를 취하고 있다(附錄 4 參照)(일본사회보험연구소, 1992).

병원호스피스를 도입되고자 하는 우리나라의 경우에는 호스피스 Care에 필요한 재료비, 즉 투약 및 처방·조제료는 현행 醫療保險酬價에 策定되어 지불되고 있으므로 材料費 및 處置料는 현행 醫療保險酬價에 준하여 그대로 적용, 유지시키는 方案이 기존 지불관리체계를 再調整하지 않고 규정에 쉽게 적용될 수 있는 容易한 방법이 될 것이다. 이에 따라 본 연구에서는 報償되지 않고 있는 부문에 대한 原價報償을 원칙으로 검토하고자 한다.

1) 基本前提

호스피스 사업모델에서 제시된 호스피스 Care는 향후 標準化된 호스피스 Care에 대한 지침을 제공하기 위하여 기본서비스와 개별서비스로 분류된 바 있다. 본 研究에서는 기본 호스피스서비스를 중심으로 패키지화하여 酬價를 算定하고자 하며 患者의 요구와 醫師의 판단에 의하여 제공된 개별적인 서비스의 人件費와 材料費 등에 대해서는 「개별행위료」로서 추가로 支拂報償되도록 한다. 이에 따라 醫師, 사회사업가, 물리치료, 언어치료 등의 專門支援人力들이 호스피스 Care에 참여한 경우의 人件費와 材料費 등은 개별행위료에 포함시키게 된다. 예를 들면 社會事業家가 호스피스환자 및 가족에게 사회적 상담서비스를 제공하였을 경우에는 「醫療保險 療養給與基準 및 診療酬價基準(1995)」의 「재활의학적 사회사업」(分類番號 사-14)에 根據하여 「사회사업상담」 酬價 4,000원에 준하여 週 1회, 입원기간 중 2회이내에 算定할 수 있도록 하며 再活 및 물리치료서비스에 대해서도 「理學療法料」가 支拂報償될 수 있도록 한다(보건복지부, 1995:136).

2) 原價算定

호스피스酬價의 原價報償이 새로이 추가되는 기본서비스에 한하여 算出, 策定하고자 할 때에는 호스피스환자에게 제공되는 서비스 중 報償되고 있지 않고 있는 서비스가 밝혀져야 한다. 이에 <表 IV-4> ~ <表 IV-11>에서 제시된 호스피스 Care를 통하여 支拂報償되지 않는 서비스 항목을 구분해 보면 <表 V-1>과 같다.

동 表에서 기본서비스 중 현재 支拂報償되고 있지 않는 서비스는 ‘환자상태 측정 및 관찰’과 ‘신체 Care’영역 중 구강간호, 목욕, 개인위생관리, 온냉찜질, 체위변경, 침상정리, 식이제공, 수면돕기 등의 ‘비치료적 Care’이며 ‘상담 및 교육’, ‘情緒的 Care’, 그리고 ‘靈的 Care’ 등이다. 이들 서비스 중에는 일반 입원환자에게도 제공되고 있는 서비스가 포함되어 있는데 현재 일반 입원환자에 대해서도 報償받고 있지 못하고 있음을 감안할 때 호스피스환자에 대해서도 일반환자와 衡平性을 유지하여야 한다는 原則아래 이들 서비스에 대한 支拂報償은 제외되어야 할 것이다. 물론 서비스 提供技術에 있어서는 일반 입원환자와 호스피스환자와는 차이가 있겠지만 ‘환자상태 측정 및 관찰’과 ‘비치료적 Care’ 중 ‘침상정리’ 등은 일반 입원환자에게도 요구되는 서비스항목이므로 호스피스환자에게 특징적으로 요구되는 서비스를 추출하여 이들 서비스에 국한하여 支拂報償될 수 있는 方案을 제시하는 것이 설득력이 크다.

동 表에서 호스피스환자에게 특별히 요구되는 서비스를 추출하여 보면 ‘비치료적 신체 Care’영역 중 구강간호, 목욕, 개인 위생관리, 온냉찜질, 수면돕기 등과 ‘情緒的 Care’, ‘靈的 Care’로 제시될 수 있다. ‘비치료적 신체 Care’는 專門的인 의료서비스라기 보다는 그 技術的 水準이 일상적 수준으로 ‘身體 管理料’의 특징을 띠고 있으며 提供人力의 직접적인 행위를 요하는 行爲料의 성격을 띠고 있다. 따라서 ‘비치료

적 신체 Care'는 管理費와 材料費의 報償보다는 人件費가 보상되는 차원에서 酬價가 策定되는 것이 바람직하다고 본다.

〈表 V-1〉 現行 酬價體系에서의 호스피스서비스에 대한 支拂報償 實態

	기본서비스		개별서비스	
	支拂報償되는 서비스	支拂報償되지 않는 서비스	支拂報償되는 서비스	支拂報償되지 않는 서비스
상태측정 및 관찰		신체사정, 정서상태 사정, 죽음인지 사정, 활력증상 측정, 통증 사정 등		家族問題 査定, 遺家族 査定, 家族支持 査定
신체 Care: (비치료적)	등간호	구강간호, 목욕, 개인위생관리, 온냉찜질, 체위 변경, 침상정리, 식이제공 수면돕기 등,	좌욕	배변·배뇨관리 Kismo 적용
신체 Care: (치료적)	정맥주사, 맞사지, 욕창치료 ¹⁾ , 자연배뇨유도,		산소요법, 방광 세척, 관장, 도뇨법, 드레싱 ¹⁾ , Endotracheal suc., Digital evacuation, Tube feeding, 복막투석,	회음부관리, Urine bag care,
상담 및 교육		사회지원상담, 신앙상담, 교육, 시범교육		
투약 및 처치	투약 및 처방전, 조제료 등			
정서적 Care		정서적 지지		
영적 Care		영적 지지		
가족관리		家族査定, 유가족 査定		역할조정, 정신적 지지, 영적 지지, 사별관리

註: 1) 경우(治療的 處置가 필요하다고 인정되는 환자)에 따라 보상지불되고 있음.

가) 非治療的 身體 Care

非治療的 Care를 제공하는 人力에 대한 人件費 原價算出은 「身體管理 原價 = 시간당 표준임금 x 표준 소요시간」이 基本 算出根據가 되어 1일 환자당 투입되는 人件費를 산출하여 原價가 報償되는 합당한 수준의 費用을 산출하고자 한다.

1일 추가로 제공되는 비치료적 Care에 소요된 총 시간을 근거로 하여 非治療的 Care에 직접 投入되는 人件費를 산출하여 보면 다음과 같다. <表 III-12>에서 파악된 바와 같이 10병상 중 평균 9개 병상이 점유된 호스피스병동에서의 비치료적 Care시간은 총 420분으로(개인위생 총 120분, 구강간호 90분, 운동요법 90분, 수면돕기 120분) 환자 1인당 소요된 시간을 算出해 보면 약 45분이 된다.

환자 1인당 소요되는 「신체관리」시간 즉, 이미 自願奉仕者를 활용한 상태에서 소요된¹⁹⁾ 45분을 근거로 환자 1인당 1일 지불되어야 할 「신체관리료(가칭)」를 계산하고자 한다. 1일 8시간, 480분 근무를 기준으로 하였을 경우, 記錄 및 引受·引繼時間을 제외한 430분에 1인의 투입된 간호인력은 9인의 환자를 관리할 수 있으며 月 196명의 환자를 관리하게 된다. 따라서 투입인력 1인의 月人件費를 196으로 나누어 환자 1인당 1일 「신체관리료」로서 人件費 原價報償水準이 된다.

基本人件費 算出根據는 다음과 같다. 신체관리 Care는 간호인력이 서비스제공자이다. 이에 調査對象機關에 근무하는 年間 總人件費(1995)를 파악해 본 결과, 일반 看護師²⁰⁾의 경우 19,175,000원이며 간호조무사(경력 3년)는 年間 總人件費가 14,400,000원으로 나타났다 따

19) 신체관리에 소요된 시간이 이미 자원봉사자를 활용한 상태에서 소요된 시간이므로 자원봉사자를 활용하지 못하였을 경우에는 실제 근무인력의 서비스제공시간은 더 소요될 것이다.

20) 家庭看護師 資格으로 臨床經歷 2년이상을 권장하므로 호스피스간호사의 人件費를 經歷 2년 基準으로 하였다.

라서 호스피스환자의 신체관리에 어떤 인력이 투입되느냐에 따라 人件費에 대한 原價는 큰 차이를 보일 수 있는데 병원의 간호인력 투입 규정이 看護師의 1/3이내에 간호조무사를 두도록 규정하고 있기 때문에 호스피스에 투입되는 간호인력의 人件費는 다음과 같이 算定할 수 있다.

$$\begin{aligned}\text{호스피스看護人力 年人件費(원)} &= 19,175,000 \times 2/3 + 14,400,000 \times 1/3 \\ &= 13,300,000\end{aligned}$$

$$\text{환자 1인당 1일 身體管理料(원)} = 17,583,000 \div 12 \div 196 = 7,480$$

따라서 환자 1인당 1일 「身體管理料」는 7,480원으로 산출되며 이 금액에는 Care에 소요되는 材料費는 추가로 인정하지 않고 看護人力이 기본적인 비치료적 Care만 담당, 제공한 경우를 전제로 하여 적용된 금액이다.

제시된 案의 특징은 투약 및 처방·조제료와 醫療保險에서 酬價가 책정된 일부 치료적 Care에 대해서는 현행 行爲別 酬價에 준하여 서비스 투입회수에 따라 支拂되도록 하고, 신설된 「신체관리료」는 包括 酬價制로 策定하고자 한 점이다. 따라서 환자 의식상태 및 일상생활 능력에 따라 서비스 제공시간이 다를 수 있기 때문에 환자 개인별 제공받는 서비스 量과 內容을 고려하지 못한 단점을 가지고 있다.

한편 「신체관리료」는 제공되는 서비스가 순수 看護管理임을 감안할 때, 기존 支拂報償體系내에서의 「看護管理料」로 볼 수 있다. 이에 따라 현재 책정된 1일 「看護管理料」를 上向調整하는 方案을 제시해 볼 수 있는데 즉, 「醫學管理料」와 「看護管理料」로 구성된 「入院患者管理料」중 1일 「看護管理料(3차 진료기관 4,420원, 종합병원 3,860원)」를 加算하여 「신체관리료」를 포함, 策定하는 방법이 그것이다. 현재 의료기관에서는 일반 입원실과 集中治療室에 대하여 「入院患者管理料」에

差等を 두고 있다는 점에 着眼하여 호스피스병실에 적용한 것으로 동 서비스들이 특별한 材料를 요하지 않은 순수한 간호인력의 투입이라는 점때문에 提案된 案이다.

현재 병원의 集中治療室의 경우, 「醫學管理料」, 「看護管理料」로 구성된 「入院患者管理料」를 1일 100% 加算하여 책정하고 있는데 이는 집중적인 의료 및 간호서비스의 투입을 감안하여 醫師 및 看護師에 의한 ‘중환자 관리행위’를 모두 인정하여 책정된 酬價이다.

호스피스병실의 경우, 回診 및 患者管理 등의 醫師의 基本醫療活動은 일반병실과 동일하게 수행되고 있는 반면 간호관리는 서비스 難易度에 있어서는 차이가 있으나 중환자와 類似한 看護人力의 활동이 요구된다는 관점에서 호스피스 환자에 대해서는 「看護管理料」를 集中治療室과 동일하게 100% 加算을 認定하여 支拂報償되도록 하는 方案이다. 이렇게 적용될 경우 호스피스 酬價支拂體系는 결과적으로 기존과 동일한 「入院料」, 「個別行爲料」, 「一般慣行酬價」로 구성되어지고 다만 「入院料」에 속하는 「入院患者管理料」 중 「看護管理料」를 1일 4,420원 (3차 진료기관의 경우) 더 支拂報償받게 되는데(表 V-2 참조) 人件費原價에 대한 支拂報償金額 「신체관리료」 7,480원의 60%에 해당된다.

〈表 V-2〉 既存 病床과 호스피스病床의 入院患者管理料(案) 比較
(3次 診療機關 基準)

(단위:원)

	일반병상	집중관리병상	호스피스병상
계	8,540	17,080	12,960
의학관리료	4,120	8,240	4,120
간호관리료	4,420	8,840	8,840

資料: 保健福祉部, 『醫療保險 療養給與基準 및 診療酬價基準』, 1995, p.65.

결론적으로 호스피스환자의 비치료적 Care에 대한 「신체관리료」는 기존의 醫療保險酬價體系를 유지하면서 支拂報償될 수 있는 方案을 전제로 할 때, 타 병실과의 衡平性을 고려하여 환자 1인당 1일 4,420원(看護管理料)~7,480원 범위내에서 策定할 수 있다.

나) 情緒的·靈的 Care

본 연구에서는 情緒的·靈的 Care에 투입된 인력의 人件費 算出을 통하여 原價報償水準의 酬價를 算定해 보고자 한다. 투입인력의 人件費를 보상하는 수준의 酬價策定은 情緒的·靈的 Care 酬價의 下限線이라 볼 수 있는데 호스피스환자는 특성상 情緒的 Care와 靈的 Care가 특별하여 情緒的·靈的 Care제공자는 共感的, 尊重的, 溫情的 反應에 훈련되어져 환자상태에 적절한 支持와 意思疏通 技術을 갖춘 專門人力이기 때문이다. 그러나 이 경우, 靈的 Care 및 指導를 담당하는 사목자의 人件費 산출이 關鍵이 되며 Care에 대한 記錄維持가 전제되어야만 支拂報償이 원활하게 이루어질 수 있다는 관점에서 볼 때, 사목자에 의해 제공되는 靈的 Care에 대한 報償은 현실화되기 어렵다. 이에 따라 靈的 Care에 대해서는 支拂報償하지 않고 自願奉仕活動에 의하여 서비스가 제공되는 것을 基本原則으로 하며 情緒的 支持 Care에 투입된 看護人力 人件費만을 산출하여 「호스피스상담료(가칭)」 報償水準을 가늠해 보고자 한다.

〈表 III-12〉에서 看護人力에 의한 ‘情緒的 Care’ 제공시간이 1일 200분이므로 환자 1인당 투입시간은 약 25분으로 환자 1인당 1일 投入人件費를 산출하면 다음과 같다. 산출방법은 비신체적 Care에 대한 인건비 산출방법과 동일하게 산출하나 비치료적 Care와는 서비스 난이도가 달라 호스피스교육을 받은 看護師가 서비스를 제공하여야 하므로 간호사인력에 대한 人件費를 기준으로 계산하고자 한다.

$$\begin{aligned}\text{호스피스看護師 人件費(원)} &= 19,175,000 \div 12 \div 372^* \\ &= 4,300\end{aligned}$$

(* 月 管理患者數 : $(17 \times 5 + 8) \times 4 = 372$)

以上과 같이 ‘情緒的 Care’에 대한 「호스피스상담료」는 환자 1인당 1일 4,300원이 산출되었다.

한편 간호인력의 Care수준을 벗어나는 전문적인 치료를 받아야 하는 경우에 대해서는 支持療法이 필요하다는 精神科的 評價하에 환자의 건전한 防禦棋戰들을 강화하고 심리적 장애요인을 제거하여 정신 장애를 해소, 또는 輕減目的으로 指導한 경우에 산정하는 精神療法料 (5,570원)(보건복지부, 1995:138)에 근거하여 호스피스환자에 대해서도 호스피스의사의 査定에 의해 情緒的 支持料를 算定할 수 있도록 한다.

以上の 算出結果에서 나타난 바와 같이 본 연구에서 제시된 환자 1인당 1일 호스피스酬價는 Care 영역별로 서비스를 패키지화했을 때, 「신체관리료」 7,320원, 「호스피스상담료」 3,840원이 산출되었다. <表 III-20>에서 제시된 호스피스수행병원의 病棟別 간호배치인력이 看護師의 경우, 1病床當 암병동 0.38명, 호스피스병동 0.70명으로 호스피스 병동이 1病床當 0.32명 더 투입되었고 간호조무사의 경우, 1病床當 암병동 0.13명, 호스피스병동 0.30명으로 호스피스병동이 1病床當 0.17명이 더 투입된 것으로 나타나²¹⁾ 「신체관리료」와 「호스피스상담료」 支拂을 통한 투입인력에 대한 人件費 報償은 설득력이 크다.

본 연구에서 제시된 호스피스수가는 기본서비스에 국한하여 개별 서비스에 대한 報償은 고려하지 못하였다는 점과 「入院病院管理料」를 감안하지 않았다는 점이 제한점이다. 즉, 일반병실보다 넓은 공간을

21) 추가투입된 간호인력의 人件費를 基準號俸을 적용하였을 경우, 환자 1인당 1일 간호사 22,730원($19,175,000 \div 270 \times 0.32$), 간호조무사 9,070원($14,400,000 \div 270 \times 0.17$)으로 산출된다.

차지하고 있는 호스피스병동에 대한 「入院病院管理料」를 고려하지 않았다는 점이다. 가정과 같은 환경조성을 위해 필요한 공간확보에 대한 보상이 뒤따르지 않을 경우에는 앞으로 호스피스병동에서의 사업운영 보다는 기존의 병상에서 호스피스사업을 전개할 가능성이 높아 호스피스 Care에 적절한 環境造成이 어렵게 될 것이다. 따라서 이러한 점들을 補完하고 완화요법센터 및 독립시설호스피스에 대한 적절한 酬價體系를 개발하기 위해서는 보다 많은 자료확보를 통한 深層研究가 요구된다.

나. 家庭호스피스

가정호스피스에서는 가정간호와 호스피스간호사간의 對象患者基準 및 管理에 따른 利害關係를 제거하기 위하여 家庭看護事業과 형평성을 유지, 家庭看護 酬價體系와 동일하게 支拂報償하는 것을 原則으로 한다. 현재 示範運營 중에 있는 家庭看護 酬價體系는 ‘교통비’ 5,500원, ‘기본방문비’ 18,000원, 그리고 醫療保險 診療酬價 基準과 동일하게 적용받는 ‘개별행위료’로 구성되어 있는데 이 금액은 1일 4가구 방문을 基準으로 하여 人件費를 報償하는 수준에서 策定된 금액이다. 따라서 家庭看護事業에서 1가구 방문당 소요시간은 평균 120분이며(1일 8시간 근무기준) 서비스 제공시간은 60분으로 간주할 수 있다(관리대상 교통시간을 편도 30분이내로 제한하였으므로 교통소요시간 60분, 서비스 제공시간 60분으로 나뉨).

가정호스피스 환자에 대한 방문당 소요시간은 임종초기단계에는 750분, 중간단계에는 300분, 그리고 임종단계에는 1일이 초과된 것으로 나타나(表 Ⅲ-13~表 Ⅲ-15 參照) 美國에서의 경우와 동일하게 호스피스서비스가 家庭看護서비스보다 방문당 平均所要時間이 긴 것으로 나타났다. 따라서 1일 4가구 방문은 어려운 것으로 볼 수 있어 家

庭看護에 대한 支拂報償水準보다는 酬價가 높게 策定되어야 함이 合理的이다. 그러나 호스피스사업을 도입하는 시점에서는 對象者 管理의 便宜를 위하여 家庭看護酬價와 동일하게 책정하고 다만 임종단계에서 加算, 策定할 수 있도록 한다.

한편 가정호스피스는 그 성격상 가정간호와 유사한 서비스형태를 보이고 있으나 호스피스환자는 情緒的, 靈的 Care가 통증조절 등의 신체적 Care와 함께 총체적으로 접근되어야 하는 점이 가정간호와 다른 점이다. 이에 支持療法이 필요하다는 精神科的 評價에 의해 정서적 Care가 필요한 경우에는 환자 및 가족의 동의하에 專門家에 의한 支持療法을 제공할 수 있으며 동시에 精神療法料를 算定할 수 있도록 한다. 또한 사회사업지원이 필요한 경우에는 호스피스간호사의 평가하에 「醫療保險 療養給與基準 및 診療酬價基準」(1995)에서 제시된 「가정방문 사회사업상담」酬價 8,800원에 준하여 週 1회 추가로 算定할 수 있도록 한다(보건복지부, 1995:140).

2. 호스피스 事業人力 確保方案

호스피스사업은 事業人力間 지속적인 상호 意思疏通을 통하여 수행되는 팀접근이다. 따라서 호스피스사업은 그 어떤 事業보다도 팀활동에 훈련된 人力의 確保가 事業의 質을 가늠하는 重要的 要素이다. 이는 곧 호스피스 교육프로그램이 各 專門分野別 技術的인 領域과 多學問的인 領域으로 구분, 구성되어야 함을 의미한다. 關聯專門團體의 참여와 이들 단체가 팀을 이룬 교류의 場이 요구되는데 事業人力別 호스피스 教科課程 開發에서 부터 事業人力 教育實施까지 連繫된 활동이 요구된다.

따라서 호스피스 教育프로그램 開發은 事業關聯 專門人力으로 구

성된 「대한호스피스협회(신설)」의 「教育訓練委員會(假稱)」에서 管掌하여 호스피스 概念 및 哲學, 호스피스 Care, 意思疏通術, 靈的 이슈, 그리고 倫理的 이슈 등의 공통적인 教科課程에 대해서는 「대한호스피스협회」에서 統合하여 開發하도록 하고 專門領域別 교육프로그램은 각 인력별 役割 및 業務範圍에 적절하게 구성될 수 있도록 關聯團體(協會)에서 實質的인 作業을 수행하도록 한다. 즉, 醫師의 경우, 모든 診療科의 醫師들이 참여할 수 있도록 「大韓醫學協會」(傘下 「癌學會」)에 一任하고 看護師의 경우 역시, 「大韓看護協會」에서 開發하도록 한다. 이와 수반되어 필요한 작업은 호스피스에 경험이 풍부한 專門家의 養成인데 先進國에서 호스피스 教育者를 훈련시킬 필요가 있다.

教育機關은 그동안 호스피스 수행병원이면서 교육병원을 운영하고 있는 醫科大學과 看護大學이 중심이 되어 운영하는 方案이 바람직하다. 美國에서 운영되고 있는 호스피스프로그램의 대표적인 형태인 Hillhaven Hospice에서 그 例에서 찾아 볼 수 있기 때문이다²²⁾.

한편 醫師 및 看護師 人力에 대해서는 「호스피스 資格證」제도가 마련되는 것이 바람직하다. 비록 1980년대 호스피스사업이 도입된 美國의 경우, 1994년에서 와서야 호스피스 事業人力에 대한 資格試驗이 실시되었으나 우리나라의 경우에는 資格證이 事業에 대한 價値를 인정하게 해 주어 사업참여에 利點으로 작용할 수 있기 때문이다. 호스피스자격 認定期間은 5년 정도의 有效認定期間을 두도록 하여 再教育을 통하여 質的인 사업을 유지하도록 하는 것이 바람직하다.

22) 호스피스사업을 같은 財團에 소속된 아리조나대학교의 의과대학, 간호대학, 약학대학 등과 연계되어 운영되고 있다(Franco, 1979:50).

가. 醫師人力 確保方案

호스피스에 대한 醫師의 관심부족은 환자의 死亡이 곧 治療의 실패로 認識되어 온 현 치료모델에서의 기본적인 입장에서 비롯된 것이며 완화요법(Care)을 치료(Cure)와 분리하여 認識되어 온 것에서 起因된 것이다. 그러나 분명 호스피스 事業對象인 말기 암환자들이 겪는 가장 큰 고통은 痛症으로, 醫師의 적극적인 介入없이 이들의 一次的인 要求조차도 해결하지 못한 채, 호스피스가 도입되기 전과 다를 바 없는 활동을 踏襲하게 될 것이다. 따라서 痛症調節을 위한 醫師의 개입이 반드시 필요하다.

암질환과 관련하여 內科, 外科, 産婦人科 등의 腫瘍 專門醫師(Oncologist)가 介入할 수 있는데 무엇보다도 통증조절과 마약사용에 능통한 醫師의 참여가 요구된다. 이러한 점에 비추어 볼 때, 臨床各科는 물론 麻酔科, 臨床病理科, 家庭醫學科 등 호스피스에 관심을 갖는 모든 醫師들이 호스피스사업에 참여할 수 있도록 개방되어야 한다.

그러나 現在의 실태가 말해주고 있듯이 호스피스활동에 대한 誘引策과 支援策이 새로이 마련되지 않는다면 기존 醫師의 참여는 부진할 수 밖에 없을 것이다. 麻藥處方에 대한 책임과 마약사용에 따른 管理義務를 철저히 이행하면서 末期患者를 管理해야 하는 노동집약적인 호스피스사업에 참여하기 위하여 時間과 努力을 투입하여 새로운 敎育을 굳이 받을 리 없기 때문이다. 病院中心 호스피스 事業類型에서의 醫師의 경우에는 臨床 診療와 병행하여 호스피스활동을 수행하게 되므로 사업참여에 대한 부담이 크지 않을 것이다. 그러나 病院(3차 진료기관)과 家庭中心 및 獨立施設 호스피스기관을 連繫하는데 중요한 役割을 하는 「1차 진료기관(완화요법센터)」의 醫師는 호스피스활동이 기존 專門領域으로부터의 役割轉換을 필요로 하므로 호스피스사업 참

여에 대한 확실한 醫療制度的 裝置와 社會的 與件이 保障되지 않는다면 호스피스사업에 介入하지 않을 것이다. 따라서 1차진료기관의 醫師의 참여를 提高시키기 위해서는 施設運營에 따른 稅制 惠澤方案과 社會福祉基金 活用方案, 그리고 社會奉仕事業의 參與者로서 지역사회에서 支持하여 주는 精神的 報償方案 등이 마련되어야 한다.

호스피스 教育課程에 參與할 수 있는 기회를 制度的으로 확대하기 위해서는 ‘家庭醫學科’ 專攻醫 修練課程에 공식적으로 호스피스교육프로그램을 삽입하여 「호스피스 指定醫師」 자격을 부여, 「완화요법센터」의 설립 및 運營을 촉진시키도록 하는 方案을 提起할 수 있다. 전국 238개 中診療圈別로 「완화요법센터」가 要求되고 있음을 상기하여 醫師의 參與가 없는 地域의 경우에는 은퇴한 醫師를 활용하는 方案과 保健所 醫師를 활용하는 方案을 검토해 볼 수 있다.

한편 암질환은 신체 모든 부위에 발병하기 때문에 내과, 외과, 산부인과 등 각 臨床 診療科의 협조없이는 호스피스사업이 수행될 수 없다. 따라서 各科 癌專門醫는 호스피스대상자를 의뢰하는 역할을 하게되므로 간접적으로 호스피스에 參與하는 人력이다. 臨床 各科의 醫師들이 호스피스사업에 협조할 수 있도록 하기 위해서는 事業對象 管理問題에 있어서 ‘호스피스과’와 診療領域間에 학문적으로 경쟁되지 않는 여건을 조성하도록 하는 것이 필요하다. 이와 같은 맥락에서 診療 主治醫에게는 호스피스팀에게 末期患者의 醫療的 情報를 제공하여 依賴할 수 있도록 하는 여건을 마련하여야 하는데 診療 主治醫에게 ‘依賴 診療料’가 支拂되도록 하는 方案이 그 중 하나로 검토되어야 한다.

나. 看護師 確保方案

호스피스사업에서 要求되는 호스피스간호사의 業務나 活動은 호스피스사업에서만 要求되는 특수한 領域은 아니다. 그러나 호스피스

看護師는 末期患者의 삶의 質을 향상시키기 위하여 총체적 Care를 계획하고 담당하는 專門看護師로서 또 다른 技術的, 行政的 能力을 필요로 한다. 따라서 소정의 호스피스교육프로그램을 履修한 者만이 호스피스활동에 참여할 수 있도록 하여야 하는데 精神的으로 성숙한 高年 齡層 看護師의 참여를 권장하기 위해서는 時間制 勤務形態를 도입하는 方法을 검토해 볼 수 있다.

한편 病院이나 獨立施設이 아닌 家庭에서 호스피스 Care를 제공하고자 하는 경우에는 현 醫療法에 제시된 家庭看護師의 資格을 所持한 者에 한하여 遂行할 수 있도록 한다. 家庭호스피스에서는 상황에 따라 痛症調節이외의 看護處置 및 症狀緩和療法 등, 獨自의인 看護를 필요로 하므로 호스피스간호사는 이에 상응하는 專門知識 및 技術을 갖추어야 하기 때문이다. 이러한 취지에서 볼 때, 家庭看護師 教育課程에 호스피스교육프로그램을 포함시켜 ‘家庭看護師’ 資格證과 함께 ‘호스피스간호사’ 資格證을 授與, 향후 家庭看護事業의 일환으로 호스피스프로그램을 운영할 수 있도록 한다. 이는 慢性疾患者가 末期狀態에 이르게 될 때 지속적인 서비스를 保障할 수 있기 때문이다.

다. 自願奉仕者 確保方案

自願奉仕者란 經濟的 보상없이 자발적으로 여러 社會福祉活動에 참여하여 公共 및 民間組織에서 그들의 서비스를 자유롭게 제공하는 사람들이다.

우리나라는 1980년대 들어 自願奉仕活動에 대한 관심이 증가하여 왔다. 이러한 要求의 배경을 살펴보면 社會福祉 關聯組織내의 人力不足 現象, 社會福祉 專門人力의 효율적 이용, 그리고 專門性 提高를 위해 專門性 요구가 비교적 낮은 업무는 非專門家에게 移讓해야 하고 社會福祉 效果를 높이기 위해서는 地域社會 참여가 필수적이라는 현

대 社會福祉의 새로운 潮流形成 등에 기인한 것이다.

호스피스사업에서의 自願奉仕者도 이러한 배경에서 출발된 人力으로 볼 수 있는데 末期患者에게 다양한 봉사를 개별적으로 제공하고 있는 이들이 호스피스사업에서 차지하고 있는 비중은 <表 III-18>에서 제시된 바와 같이 매우 크다. 비록 專門的인 要求가 낮은 업무에 참여한다 할지라도 이들이 제공하는 서비스의 種類와 經驗은 末期患者의 Care에 중요한 情報가 되기 때문에 하루 24시간 관찰이 요구되는 호스피스에서는 반드시 필요한 人力이다. 이러한 役割認識은 호스피스 自願奉仕者의 活用을 극대화할 필요성을 示唆하고 있다. 그러나 호스피스 事業對象의 特性 및 이들의 活動內容의 特殊性에 비추어 볼 때, 어떤 個人的인 哲學이나 信念없이 호스피스활동을 수행하기 어렵고 지속하기는 더욱 어렵다고 보는 바, 다른 自願奉仕活動과는 달리 指定 團體에서의 철저한 敎育이 요구되고 소정의 敎育 후에도 선발과정이 필요하며 지속적인 補修敎育과 管理를 통하여 자원봉사자의 活用을 極大化할 必要性이 크다.

自願奉仕者의 活用을 극대화하기 위해서는 호스피스사업 參與를 위한 動機를 誘發시키고 호스피스활동을 持續시킬 수 있는 方案을 마련하는 일이다.

參與動機를 유발시킬 수 있는 가장 효과적인 방법은 對國民 弘報인데 弘報戰略이 중요하다. 즉, 社會의 分化和 多樣化에 따라 자원봉사자에 대해서도 知識과 技術을 訓練시켜 專門性을 확보해 내고 있는 것이 最近의 경향임을 볼 때, 호스피스 자원봉사활동에 대한 弘報戰略은 매우 중요한 의미를 띠고 있다. 호스피스 哲學 및 目的에 비추어 볼 때 ‘召命’과 ‘專門 自願奉仕者’로서의 役割認識은 충분히 인정될 수 있는 바, 이러한 社會的 價值附與는 호스피스사업에 대한 認識提高와 함께 호스피스 자원봉사활동에 대한 參與動機도 유발시킬 수 있을 것

이다.

持續性인 활동을 維持시킬 수 있는 方案을 마련하기 위해서는 호스피스 自願奉仕 敎育 및 面接過程을 거쳐 선발된 호스피스 자원봉사자에 대하여 체계적인 管理體系를 마련함과 동시에 공식적인 意思疏通 채널의 開發이 필요하다. 병원중심 및 독립시설 호스피스기관에서는 자체적으로 擔當部署(또는 擔當人力)를 두어 病院 및 獨立施設 組織의 人力과 동일한 수준에서 行政的 管理가 이루어지도록 하여 이들로 하여금 事業機關에 대한 소속감을 提高시켜 호스피스팀이라는 유대감을 줄 수 있도록 한다.

반면 가정중심 호스피스기관에서는 원활한 人力調達과 人力配置를 위하여 지역별로 組織化된 호스피스專擔 自願奉仕管理體系가 필요하다. 더욱이 가정중심 호스피스기관의 自願奉仕活動은 일일이 家庭訪問을 통하여 이루어지고 팀활동이 미진하기 때문에 소속감이 희박해져서 이탈가능성이 매우 높다. 따라서 一般 自願奉仕活動과 함께 「自願奉仕委員會」나 「地域自願奉仕센터」 등에서 일괄적으로 統合, 管理하는 방법보다는 地域社會 호스피스 關聯團體(대한호스피스협회 支部)에서 登錄, 管理하여 호스피스 關聯情報雜紙를 개발, 專門人力과의 對話의 場을 만들고 호스피스활동 중에 초래된 自願奉仕者 자신의 身體的, 精神的, 靈的인 問題에 대해서도 토로할 수 있도록 배려하는 것이 이들로 하여금 소속감을 提高시킬 수 있는 方案이 된다. 따라서 가정호스피스 自願奉仕者에 대한 募集, 敎育 및 配置는 關聯團體 및 호스피스 關聯法人에서 담당하게 될 것이다.

호스피스활동을 持續시킬 수 있는 또 다른 方案은 호스피스사업에 참여한 者가 이탈되지 않도록 하는 것이다. 그동안 호스피스 자원봉사자 활용의 문제점의 하나로 指摘된 사항이 바로 중도 탈락자가 많다는 점에서 볼 때(대부분 가정호스피스의 경우임) 制度的인 支援策의

強化가 매우 중요한 부분으로 자리잡고 있다. 自願奉仕者活動을 活性化하기 위하여 흔히 제시되는 經歷認定制度, 保險制度, 稅制支援, 그리고 老後報償 貯蓄制度 등의 도입과 모범 自願奉仕人力에 대한 褒賞 및 自願奉仕者行事 개최 등은 一般 自願奉仕者 管理次元과 동일하게 호스피스 自願奉仕者에게도 적용되어야 할 성질의 것이다. 그러나 호스피스사업에 이탈되지 않도록 하기 위하여 일반 自願奉仕者와는 달리 특별한 制度的인 支援策을 강화하는 方法은 죽음에 대한 包容力이나 奉仕精神에서 출발된 自願奉仕者의 動機를 흐릴 수 있어 人爲的인 動機부여는 서비스 質을 떨어뜨릴 수 있다. 따라서 호스피스사업 理念과 哲學에 입각한 서비스를 제공하기 위해서는 誘引策이나 支持策에 신중을 기할 필요가 있는데 본래의 無給性, 自發性的 原則아래서 自願奉仕者에게 物質的 報償이나 條件없이 이루어지고 있는 현 與件을 그대로 수용하는 것이 큰 무리가 없을 것으로 본다. 이러한 狀態에서 자연스럽게 이탈된 自願奉仕者를 통하여 그들에게는 삶의 재충전 기회를 주고 호스피스사업은 그 質을 提高시킬 수 있게 된다.

호스피스사업에 참여한 者가 이탈되지 않도록 하기 위한 가장 중요한 점은 自願奉仕者와 사업참여 專門人力간의 깊은 信賴關係 形成과 평등하고 인격적인 대우이다. 즉, 호스피스사업 專門人力과의 평등한 役割分擔과 業務參與, 그리고 所屬機關의 유대감을 강화시키기 위한 프로그램에 참여시키는 일 등은 前述한 制度的 支援 못지 않는 自願奉仕 欲求를 증진시키는 힘을 가지고 있다. 특히 이들이 患者로부터 접하는 醫療的 問題에 대하여 즉시 對處해 주고 해결해 준다면 호스피스활동으로 消盡된 이들에게는 매우 의미있는 활동이 될 것이다.

3. 痲藥 投藥範圍 再設定

완치가 불가능한 암환자들에게 가장 좋은 치료는 사는 동안 최대한으로 삶의 質을 높여 주는 것이다. WHO(1992)에서의 암통증 완화를 위한 촉구내용을 보면 첫번째가 통증완화와 末期患者 Care를 위한 國家政策과 企劃樹立이다. 현재 우리나라는 통증완화를 위한 國家政策은 있으나 醫療保險制度내에서 제한적인 量의 허용으로 간접적으로 마약사용을 規制하고 있어 末期患者에게는 접근성이 낮으며 醫師의 교육부족으로 인하여 통증의 고통에서 해방되지 못하고 있는 바, 말기 Care에 대한 痛症緩和企劃 樹立이 요구된다. 一次的으로는 ‘호스피스 지정의사’의 處方하에 있는 호스피스환자에 대하여 醫療保險 給與對象 痲藥의 種類와 용량의 확대가 이루어질 수 있도록 投藥種類 및 限界를 제한시키지 않도록 하는 것이 요구된다.

또한 末期患者가 痛症의 고통에서 벗어나지 못하고 있는 이유 중의 하나는 해당 保健機關에서의 痲藥監視班의 監督과 監視에 대한 부정적인 시각으로 인하여 필요한 마약을 충분히 사용하지 않는다는 점이다. 따라서 이와 같은 否定的인 要因을 제거하기 위해서는 醫療人을 對象으로 한 통증완화요법과 末期 Care의 중요성에 대하여 훈련시킬 필요가 있다.

VI. 向後 問題와 政策課題

1. 事業人力 確保를 위한 戰略推進

가. 關聯 專門團體의 參與를 통한 ‘호스피스 敎育課程’ 開發 및 敎育實施

호스피스사업은 팀접근이므로 事業人力 養成을 위하여 일차적으로 각 專門分野가 참여한 技術的 個別領域과 多學問的 共通領域으로 구성된 敎育課程 開發이 요구된다. 이에 ‘大韓醫學協會(傘下 癌學會)’, 및 ‘大韓看護協會’ 등의 專門團體에서의 ‘호스피스위원회’ 構成을 통한 參與가 요구된다.

나. 定規 敎科課程을 통한 醫療人 敎育 및 弘報

호스피스 制度化 目的의 하나는 사업확대에 있다. 그러나 아무리 올바른 制度를 갖추더라도 事業이 저절로 活性化되거나 效果를 거두는 것은 아니다. 무엇보다도 醫療인들이 호스피스사업을 올바르게 認識하고 弘報할 때 事業은 活性化되고 效果를 거둘 수 있게 된다. 이는 곧 醫療人에게 호스피스사업에 대하여 認識할 수 있는 機會를 제공하여야 함을 의미하는데 이러한 主張은 나름대로 示唆하는 바가 크다. 호스피스 事業對象을 발견하고 事業對象에게 호스피스를 알리는 데에는 醫療人の 役割이 가장 크기 때문이다. 이에 醫科大學 및 看護大學 敎科課程을 통하여 末期患者의 要求가 특수하지만 인간다운 要求임을 認識시키고 호스피스사업을 수용할 수 있도록 하는 敎育을 실시하여

야 한다.

다. ‘家庭醫學 專攻醫 修練課程’에 호스피스教育프로그램 挿入
및 ‘호스피스 指定醫師’ 資格證 賦與

호스피스에 참여할 수 있는 기회를 制度的으로 확대하기 위해서는
‘家庭醫學科 專攻醫 修練課程’에 公式的으로 ‘호스피스 教育課程’을 삽
입하여 ‘호스피스 指定醫師’ 자격을 부여, 「완화요법센터」의 設立 및
運營을 촉진시킬 수 있는 方案을 마련하여야 한다.

라. 호스피스 專擔團體에서의 社會에서 隱退한 醫師 및 遊休
看護師 自願奉仕人力銀行 開設 및 運營

호스피스에서는 무엇보다도 마약사용에 능통한 醫師의 참여를 필
요로 한다. 이에 專門 自願奉仕人力 活用方案으로써 社會에서 은퇴한
醫師(腫瘍 專門醫)를 대상으로 한 參與登錄制를 실시하도록 한다. 또
한 遊休看護人力에 대한 登錄制도 마련하여 專門 自願奉仕人力을 효
율적으로 管理하고 活用할 수 있는 自願奉仕 人力銀行을 開設, 運營하
도록 한다.

2. 事業施設 確保 및 質管理를 위한 戰略推進

가. 適正 病院호스피스 施設設置를 위한 基準開發

가정호스피스의 活性化는 궁극적으로 환자 및 가족의 便宜提高와
醫療資源의 效率的 活用に 기여하게 되는데 適正 入院施設의 設치가
前提되었을 때 보다 더 큰 效果를 얻게 된다. 適正한 병원호스피스

설의 설치와 동 施設을 효율적으로 활용하기 위해서는 병원호스피스 이용에 대한 프로토콜(AEP: Appropriateness Evaluation Protocol)을 開發하여 이에 따라 필요한 대상이 입원할 수 있도록 하는 方案이 강 구되어야 한다. 이 프로토콜은 入院對象規模를 파악하게 해주어 適正한 병원호스피스시설의 설치규모를 제시해 주고 부족되거나 과잉되지 않는 事業人力 企劃에 도움을 주며 治療施設로서의 病院(3차 진료기관)이 최대한 기능할 수 있도록 하여 急性疾患患者의 醫療利用 便宜提高에도 寄與하게 된다.

美國의 병원호스피스에 入院한 末期患者 중 약 60%가 통증으로 인한 고통으로 입원하고 있음을 볼 때(조유향, 1991:118) 入院條件으로 1일 一定量 이상의 麻藥을 服用하여야 하는 對象을 포함시키는 것이 患者管理側面과 麻藥管理側面에서 바람직하며 여기에 合併症 有無를 고려할 수 있다. 또한 美國과 같이 병원호스피스의 在院期間을 制限하게 되면(총 급여기간 중 80%는 가정에서 호스피스를 받아야 함) 末期患者들에게 동등한 기회를 제공해 주고 末期狀態가 조금이라도 호전되면 家庭 및 獨立施設(완화요법센터 포함) 호스피스를 이용하도록 하는 制度的 裝置로서 기능하게 되어 保險財政側面과 醫療費 節減側面에 도움이 된다.

나. 家庭中心 및 獨立施設 호스피스機關 認·許可基準 마련을 위한 關聯法令 制定

家庭中心 호스피스기관과 獨立施設 호스피스기관은 기존 법테두리 내에서 설치될 수 있는 法的 根據가 아직 마련되어 있지 않다. 이에 ‘호스피스법’ 制定이 시급한 課題이다. 이 두 事業主體에 대한 設置令은 ‘社會福祉事業法’ 및 ‘社會福祉施設令’에 의한 養老院, 孤兒院 등과 같은 療養事業 社會福祉施設로서 ‘社會福祉法人’의 형태로 制度化되는

것이 合理的인 代案이라 볼 수 있다. 獨立施設 호스피스기관의 認定設置基準 및 認·許可에 관한 사항, 運營基準 등은 既 規定된 ‘社會福祉事業法 施行令’ 및 ‘社會福祉事業法 施行規則’에 依據하여(法制處 제 38편 法令集 參照) ‘호스피스시설의 設置基準’ 및 ‘호스피스의 運營基準’을 마련하는 方案을 제시할 수 있다

다. 호스피스機關 設立勸獎 및 運營支援策 마련

1) 호스피스事業 參與誘導를 위한 誘引策 마련

3차 진료기관의 末期患者 長期入院現象을 완화시키고 終末期 醫療費用을 절감시키기 위해서는 家庭中心 및 독립시설 호스피스기관의 참여가 필수적이다. 동 機關의 設立을 촉진시키기 위해서는 정부차원에서의 社會的 價値 提高方案으로써 시설설립에 따른 長期 低利融資, 事業運營에 따른 運營經費 支援 및 稅制惠澤, 社會福祉基金 活用 등의 方案檢討가 요구된다. 특히 전국 238개 中診療圈別로 「완화요법센터」가 設置, 指定되기 위해서는 현재 1차진료기관들이 經營收支 惡化로 既存 病室을 없애고 入院患者들을 기피하고 있는 현상을 감안하여 施設 貸與 및 人力(公衆保健醫) 支援 등을 검토해 볼 수 있다.

2) 寄附金 制度의 活性化

현 호스피스사업은 全的(가정중심 및 독립시설 호스피스기관), 또는 部分的(병원중심 호스피스기관)으로 寄附金에 의하여 운영되고 있다. 이는 地域社會 참여확대를 위한 寄附金 制度의 養成化 方案의 필요성을 示唆하고 있다. 예컨대 현 민간주도의 公益事業(社會福祉, 慈善 등)을 위한 寄附者에 대하여 주어지는 稅制상의 혜택이 정부주도의 公益事業(정치자금, 국방헌금, 恤兵金, 구호금품 등)보다 낮게 規定되어

있어²³⁾ 公益事業活動의 偏重을 초래하고 있음을 볼 때, 稅制上 혜택을 동등하게, 또는 격차를 줄여서 非營利 社會福祉活動인 호스피스활동에 地域社會가 동참할 수 있는 기회의 폭을 넓혀야 할 것이다. 이러한 主張은 호스피스사업에 대한 價値를 提高시키는 方案의 하나로서 認識하게 하고, 政治的 寄附金보다 稅制上 더 유리한 혜택을 받고 있는 日本의 경우에서 그 例를 찾을 수 있기 때문이다(손원익, 1995).

라. 호스피스 未遂行病院(3次 診療機關)의 「돌봄실」設置 義務化

호스피스 未遂行病院에 入院한 末期患者에게 「완화요법센터」 및 가정호스피스를 誘導하여 病床을 효율적으로 활용하기 위해서는 退院 誘引策으로써 퇴원 후 응급시 입원할 수 있는 痛症緩和 病室인 「돌봄실」의 설치가 요구된다. 특히 3차 진료기관에서의 「돌봄실」의 설치는 그 效果가 더 크므로 「돌봄실」의 설치를 義務化하여야 한다.

3. 事業對象 痛症緩和를 위한 戰略推進

가. 麻藥投藥範圍 再設定을 위한 關聯法 修正・補完

말기 암환자의 통증에 대한 고통을 없애기 위해서는 ‘호스피스지정 의사’의 처방하에 있는 호스피스대상에 한하여 醫療保險 給與對象 麻藥의 종류와 용량에 제한을 두지 않도록 하는 方案이 요구된다. 이는 호스피스환자가 다른 환자와 差別化될 수 있는 서비스의 하나로 호스

23) 法定寄附金에 속하는 寄附金은 全額 필요경비로 인정되며 指定寄附金에 속하는 寄附金은 所得의 7%와 당해 課稅期間의 매월 말일 현재의 出資金額(50억 한도)의 합계액을 12로 나눈 금액의 2%를 합한 금액을 한도로 비용처리된다(손원익, 1995:46).

피스사업의 活性化와 직결되기 때문이다. 이에 따라 關聯法 및 醫療保險 給與基準에 대한 수정, 보완이 요구된다.

나. 家庭호스피스 患者에 대한 麻藥管理體系 마련

醫療人들은 마약사용에 따른 保健機關의 監督과 監査에 대하여 否定的인 視覺을 가지고 있다. 이러한 이유때문에 특히 가정호스피스환자에 대해서는 麻藥管理에 어려움이 있어 麻藥處方 및 과다한 용량의 처방을 기피할 가능성이 크다. 따라서 가정호스피스 환자에게 병원호스피스와 동등한 수준의 痛症緩和療法을 제공하기 위해서는 해당 保健機關이 직접 責任, 管理하는 麻藥管理體系를 검토해 볼 수 있다.

다. 醫療人에 대한 「痛症醫學」 敎育實施

醫療人들이 痛症緩和의 중요성을 깨닫지 못하고 있는 이유 중의 하나는 末期患者의 요구에 대한 深刻性과 말기 Care에 대한 認識不足에서 비롯된다. 이에 醫療人의 認識을 提高시키기 위해서는 最新의 痛症醫學에 대한 敎育이 요구된다.

4. 호스피스事業 專擔管理團體(機構) 新設

죽음을 되도록 기피하는 文化에 익숙해져 있는 우리나라 실정에서는 末期患者나 그 家族들이 호스피스에 대한 情報가 부족하여 集中的인 치료를 최상의 서비스로 認識, 호스피스의 도움을 올바로 받지 못할 수 있다. 이에 호스피스에 대한 積極的이고 能動的인 弘報를 통하여 利用者, 供給者 모두 추구하는 目的을 달성할 수 있도록 하려면 責

任있는 기관에서의 體系的이고 持續的인 管理가 필요하다. 또한 醫療體系내에 호스피스가 정착되기 위해서는 自願奉仕者를 포함한 事業人力 및 施設에 대한 需給, 支拂報償에 따르는 서비스 質管理 및 認·許可基準 마련 등이 필요하다. 이러한 全般的인 管理和 調整을 위해서는 政府(또는 委任된 組織團體)가 介入된 調整, 統制機能을 가진 專擔管理團體(機構)의 新設이 요구된다.

5. 醫療體系內 受容性 提高를 위한 示範運營

우리나라 末期患者의 호스피스 需要를 파악하고 본 연구에서 제시된 호스피스 支拂報償體系를 검토, 보완하며 개발된 호스피스사업모델에 대한 醫療界의 受容性을 타진하기 위해서는 사업도입 및 擴大 前段階로 示範的인 事業實施가 요구된다. 또한 현재의 호스피스수행병원이 奉仕的 次元에서 自發的으로 수행되고 있는 宗教的 機關인데 반하여, 앞으로의 호스피스수행병원은 非宗教的 性格을 지닌 機關이 대부분이라는 점을 감안하여 볼 때, 靈的 Care제공에 따른 종교기관과의 連繫 問題와 Care의 連續性 問題 등, 발생가능한 障礙要因들을 사업 확대전에 보완하기 위해서는 특히 非宗教的 醫療機關에서의 示範事業實施가 요구된다.

參 考 文 獻

- 경제기획원, 『인구동태통계』, 1967.
- _____, 『사망원인통계』, 1980.
- 고경봉, 「암환자들과 비암환자들간의 질병행동의 비교」, 『신경정신의학』, 제30권 제4호, 1991.
- 국제통증학회, 『국제통증학회보』, 1986.
- 김명자·박재순, 「호스피스 개요」, 『대한간호』, 제23권 제3호, 제126호, 1984.
- 김수지(역), 『영적 간호: 간호원의 역할』, 대한간호협회 출판부(Sharon Fish and Judith A. Shelly), 1991.
- 김진선, 「암환자 퇴원시 가정간호사업 이용의사와 요인조사연구」, 연세대학원 석사논문, 1988.
- 노홍태, 「암의 고지에 대한 의식조사」, 『大韓産婦人科會誌』, 제36권, 1993.
- 민성길, 『최신정신의학』, 일조각, 1991.
- 방영주, 「종양전문의가 경험한 암환자의 심리적 문제」, 『한국정신신체의학회 춘계학술대회 초록집』, 한국정신신체의학회, 1993.
- 보건복지부, 『醫療保險 療養給與 基準 및 診療酬價基準』, 1995.
- 손원익, 「非營利法人에 대한 課稅制度 改善方向」, 『韓國租稅研究院』, 1995, p.78.
- 왕매련, 「세브란스 호스피스 추후관리 프로그램의 효과에 관한 연구」, 『대한간호』, 제31권 제2호, 서울대학 간호협회, 1992, pp.51~69.
- 이경식, 「암환자의 통증조절」, 『대한의학협회지』, 제38권 제7호, 1995.
- 이광재, 『한국 호스피스의 활성화를 위한 의료사회사업적 개입방안 연구』, 중앙대학교 사회개발대학원 석사학위논문, 1993.
- 임복희, 「호스피스이론과 활성화 방안에 관한 고찰」, 중양의학, No.9, 1993, p.58.

- 의료보험관리공단, 『의료보험회보』, 1991, p.19.
- 의료보험연합회, 『日本 社會保險 医療診療보수점수표』, 1994.
- 조유향, 『호스피스』, 수문사, 1991, p.270.
- 조 현, 『호스피스 프로그램의 이론 및 각국의 현황에 관한 고찰』, 『대한병원협회지』, 제934호, 1993.
- 통계청, 『死亡原因統計年報』, 1982, 1985, 1990, 1994.
- 한국보건사회연구원, 『노인의료관리모델개발』, 1994. 5.
- 松原一郎, "介護システムの構築-社會的 ケア・システムから考える-", 季刊 社會保障研究, Vol.26, No.1, 1990.
- Adams, Andrew B., "Dilemmas of Hospice, A Critical Look at Its Problems", *ACS Professional Education*, American Cancer Society, No.3441, 1985, p.9.
- Amenta, Madalon & Bohnet, Nancy, *Nursing Care of the Terminally Ill*, Boston Brown and Company, 1986.
- Brooks, Charles H. & Ketherine, Smyth Staruch, *Cost Saving of Hospice Home Care to Third Party Insurances*, (Cleveland: Ohio Department of Epidemiology and Community Health, Case Western Reserve University, School of Medicine), September, 1983.
- Buckingham, Robert W. & Dale Lupu, "A Comparative Study of Hospice Services in the United States", *APJH*, Vol.72, No.5, 1982, pp.455~460.
- Bulmer, Martin, *The Social Basis of Community Care*, 1987.
- Cohen, Kenneth P., "Hospice-Prescription for Terminal Care", *Aspen Systems Corporation Maryland*, 1979, p.74.
- _____, "Hospice-Prescription for Terminal Care", *Aspen Systems Corporation Maryland*, Vol.3, No.2, 1982, p.26.
- Corr, Charles A. & Corr, Donna M., *Hospice Care Principle and Practice*, New York, Springer, 1983, p.301.

- Craven, John & Wald, Florence S., "Hospice Care for Dying Patients", *American Journal of Nursing*, Vol.75, 1975, pp.1816~1822.
- David, Kidder, "The Effects of Hospice Coverage on Medicare Expenditure", *Health Services Research*, Vol.27, No.2, 1992, p.196.
- Flexner, John R., *The Hospice Movement in North America*, 1979, p.248.
- _____, "The Basics of Hospice Movement in North American", *Cancer Society Phamplet*, No.88~50M-4613-CS, 1988.
- Foley, E. R., "Management of Cancer Pain", *Cancer Principle Practices of Oncology*, 4th Edition, 1993.
- Fox, Renee, *The Sting of Death in America Society*, Social Service Review, Univ. of Chicago, 1981, pp.42~49.
- _____, *The Sting of Death in America Society*, 1981. p.42.
- Franco, Viscint W., *Reverence for the Humanity of the Dying*, The Hospice Prescription, 1979, pp.50~55.
- Greer, David. S., "The Hospice Concept", *Journal of the American Geriatrics Society*, Feb., 1983.
- Griffin. J., *Dying with Dignity*, Office of Health Economics, 1991.
- Hanratty, J. F.(방문실 역), 임종환자치료의 철학, 하나의학사, 1992, p.6.
- Kubler Ross, E.(성염 역), 『인간의 죽음』, 분도출판사, 1982.
- Lewis, Frances Marcus, "Experienced Personal Control and Quality of Life in Late-stage Cancer Patients", *Nursing Research*, Vol.3, No.2, 1982.
- Marstone, V. P., *On Being Human: In the Biblical Family*, Westschester, Illinois Cornerstone book, 1980, pp.15~17.
- Maryland Hospital Education Institute, *Hospice: Time for Decision*, Sep. 1980.

- Mount, Malfour M. & Scott, John F., "Whither Hospice Evaluation", *Journal of Chronic Disease*, Vol.36, No.11, 1983, pp.733~736.
- NHO, *Hospice Standards*, National Hospice Organization, 1978, p.2.
- , *The Development of Hospice in America*, A Social Movement Organizes, Hospice Handbook, 1982, p.4.
- Padilla, G. V., and Grant M. M., "Quality of Life as all Cancer Nursing Outcome Variable", *Advances in Nursing Science*, Vol.8, No.1, 1985, pp.45~60.
- Paradis, Lenora Finn, *The Development of Hospice in America: A Social movement Organizes*, Hospice Handbook, Aspen Publication, 1985, p.19.
- Randolph, Senator J., *The Development of Hospice in America: A Social Movement Organizes*, Hospice Handbook, Aspen Publication, 1985, p.4.
- Sandra, Stewart & Siddal, *Home Health Care Nursing*, Aspen Publishing Co., 1986.
- Shelly, J. A., *A Christian Philosophy of Nursing in Dilemma*, Downer Grove, Illinois Intervarsity Press, 1980.
- Stjernsward, Jan, *WHO Cancer Pain Relief Programme and Future Challenges*, WHO Publication, 1994. 2.
- Wachtel, Tom, Susan, Allen Materson, Reuben David & Goldbery Richard, "The End Stage Cancer Patient: Terminal Common Pathway", *The Hospice Journal*, Vol.4, No.4, 1988.
- Werner, Paul T., *Providing Hospice Care: The Change Role and Status of Physicians*, Hospice Handbook, Aspen Publication, 1985.
- WHO, 『1994 세계보건통계연감』, 1995.
- Zimmerman, Jack Mckay, *Hospice Care as a Response to the Problems of Terminal Illness, Hospice-Complete Care for the Terminally III*, Urhen & Schwarzenberg, Maryland, 1986, p.207.

附 錄

1. 病院中心 호스피스 活動現況/189
2. 호스피스 標準과 原則(1982: NHO)/191
3. 호스피스 病棟과 一般病棟과의 比較/194
4. 日本의 호스피스酬價/198

附錄 1. 病院中心 호스피스 活動現況

〈附表 1-1〉 호스피스 病棟

	강남성모병원	계명대동산의료원	세브란스병원	성모자애병원
활동년도	1982. 4.	1987. 12.	1989. 3.	1987. 8.
규 모	11병상 ¹⁾	10병상	10병상	1병상
조 직	호스피스과 有 간호부소속	호스피스과 無 간호부소속	호스피스과 有 病院長, 看護部 지원은 있으나 소속되어 있지 않음.	호스피스과 無 원목실소속
전 담 인 력 (명)	호스피스과장(1) 간호사(7) 자원봉사자(53)	내과전문의(1) 자원봉사자(169)	간호사(4) 자원봉사자(40)	원목실수녀 자원봉사자(6)
사업대상 - 질환	암	암 살 가망없는 환자	암 살 가망없는 환자	암
- 의식상태	의식환자	의식, 무의식환자	의식, 무의식환자	의식, 무의식환자
- 사별관리 여부	실시	실시	실시	실시
자원봉사자 교육 프로그램 개설여부	실시	실시	실시	실시

註: 1) 臨終室 포함.

〈附表 1-2〉 호스피스팀(入院+家庭호스피스)

	여의도성모병원	대구파티마병원	성바오로병원	부산메리놀병원
활동년도	1982. 10.	1991	1988. 3.	1984
조 직	호스피스과 有 간호부소속	호스피스과 有	호스피스과 有 간호부소속	호스피스과 有 독립
전담인력(명)	수녀(1) 사무원(1) 간호사(30) 자원봉사자(42)	수녀(1) 간호사(5) 자원봉사자(4)	수녀(1) 자원봉사자(22)	수녀(1) 자원봉사자(25)
사업대상 - 질환 - 의식상태 - 사별관리 여부	암 의식, 무의식환자 실시	암 살 가망없는 환자 의식환자 실시	암 살 가망없는 환자 의식, 무의식환자 실시	암 살 가망없는 환자 의식, 무의식환자 실시
자원봉사자 교육프로그램 개설여부	실시	실시	실시	실시

〈附表 1-3〉 호스피스팀(入院+家庭호스피스)

	충북호스피스	전주예수병원	고신의료원
활동년도	1993. 9.	1983	1992. 6.
조 직	호스피스팀 有	호스피스팀 有	호스피스팀 有
전담인력(명)	간호사(3) 사회사업가(1) 목사님(7), 신부님(2) 자원봉사자(40) 간호조무사(5)	간호사(1) 사회사업가(1) 목사(1) 자원봉사자(40)	목사(1) 자원봉사자(25)
사업대상 - 질환 - 의식상태 - 사별관리 여부	암 치매 살 가망없는 환자 중풍 환자 의식, 무의식 환자 실시	암 살 가망없는 환자 의식, 무의식 환자 실시	암 살 가망없는 환자 의식환자 -
자원봉사자 교육프로그램 개설여부	실시	실시	실시

附錄 2. 호스피스 標準과 原則(1982: NHO)

- 標準 1. 적절한 치료는 호스피스사업의 목표이다.
- 原則 1. 죽음은 정상과정이다.
- 標準 2. 완화적인 요법은 치료가 가능하지 않을 때 가장 적절한 Care이다.
- 原則 2. Cure가 가능하지 않을 때도 Care는 계속 필요하다.
- 標準 3. 완화요법의 목표는 만성증상이나 증후로부터 고통을 경감시키는 것이다.
- 原則 3. 치료불가능한 질병의 증상이나 다른 동통들은 조절될 수 있다.
- 標準 4. 호스피스프로그램에 참여하는 것은 환자나 가족의 요구에 의하며, 그들은 Care 받기를 요구할 수 있다.
- 原則 4. 모든 환자가 다 완화적요법을 요구하거나 필요로 하는 것은 아니다.
- 標準 5. 호스피스는 전문적, 비전문적 서비스의 혼합으로 이루어진다.
- 原則 5. 제공되는 서비스 양과 형태는 환자와 가족의 요구와 관련된다.
- 標準 6. 호스피스는 치료적 관심의 타당한 범위로서 관련되는 환자와 가족의 모든 삶을 고려한다.
- 原則 6. 환자와 가족이 말기환자가 임종에 직면했을 때 그들의 생활 중 여러 측면에서 많은 스트레스와 걱정이 생긴다.
- 標準 7. 호스피스는 모든 환자와 가족의 신념을 존중하며 또한 환자와 가족들의 철학, 도덕, 종교적 욕구를 충족시킬 자료들을 적용한다.
- 原則 7. 환자나 가족에게 중요하다.

- 標準 8. 호스피스는 지속적인 Care를 제공한다.
- 原則 8. 간호의 연속성은 환자나 가족의 소외감과 분열감을 감소시킨다.
- 標準 9. 호스피스프로그램은 환자와 가족을 Care의 한 단위로서 고려한다.
- 原則 9. 말기환자를 지닌 가족들은 스트레스를 겪게 된다.
- 標準 10. 환자의 가족은 완화요법의 중심체로서 고려된다.
- 原則 10. 가족의 참여는 완화요법의 중요한 부분이다.
- 標準 11. 호스피스 프로그램은 일체감과 협조를 추구하고 책임있는 Care를 해 줄 수 있으며 가족이 없는 환자를 위한 Care를 확인하고 조정하며 감독한다.
- 原則 11. 모든 환자에게 제공되는 Care의 책임을 가족구성원에 두고 있지 않다.
- 標準 12. 가족에 대한 호스피스는 환자가 죽은 후에도 계속된다.
- 原則 12. 가족의 요구는 환자가 죽은 후에도 계속된다.
- 標準 13. 호스피스는 일주일에 7일, 하루 24시간 계속된다.
- 原則 13. 환자나 가족의 요구는 언제나 생길 수 있다.
- 標準 14. 호스피스는 여러 분야의 훈련된 팀에 의해 제공된다.
- 原則 14. 개인, 혹은 전문인은 임종환자나 가족의 모든 요구를 항상 충족시킬 수는 없다.
- 標準 15. 호스피스 프로그램은 환자와 가족들에게 Care를 제공하고 조직하는데 있어 정부의 적용가능한 법과 규정을 이행할 것이다.
- 原則 15. 건강관리의 질보장 요구는 실무와 프로그램 활동을 위한 標準을 설정할 필요가 있다.
- 標準 16. 호스피스 프로그램은 NHO의 標準에 따른다.
- 原則 16. 건강간호를 질적으로 향상시키는 것은 실행과 프로그램 운영을 위한 標準을 정하는 것이다.

- 標準 17. 호스피스 봉사의 프로그램은 중앙행정기구하에서 조정되어진다.
- 原則 17. 서비스와 자원의 적절한 활용은 환자관리의 조직과 조정의 중요한 목표이다.
- 標準 18. 고통스런 증상의 적절한 조절은 의료, Care 및 그 밖의 상호 훈련된 팀의 서비스가 요구되는 호스피스프로그램의 중요부분이다.
- 原則 18. 신체적 안위를 위하는 것으로는 완화요법의 중심이다.
- 標準 19. 호스피스 간호팀은 간호원 외에 의사, 봉사자, 성직자가 팀을 이룬다.
- 原則 19. 의학적인 치료에는 완화적인 Care가 필수적이다.
- 標準 20. 호스피스 프로그램은 입원환자뿐 아니라 가정에서도 제공할 수 있는데 그 장소를 결정하는 요소로는 환자의 요구에 우선권을 준다.
- 原則 20. 물리적 환경과 설비는 Care에 대한 환자의 반응에 영향을 줄 수 있다.
- 標準 21. 호스피스 교육, 훈련 및 평가는 호스피스 프로그램의 활동이다.
- 原則 21. 완화적 Care의 방법을 향상시키고 이러한 지식을 확대시킬 필요가 있다
- 標準 22. 환자에 대한 정확하고 실제적인 기록이 보관된다.
- 原則 22. 기록문서는 질적 Care를 전달하는 데 있어 중요하고 필요하다.

附錄 3. 호스피스 病棟과 一般病棟과의 比較

1. 호스피스는 환자와 가족이 그들의 삶을 가능한한 충만히 살 수 있도록 돕는다.

일반병동	호스피스병동
가. 죽음을 부정한다.	가. 삶의 순환의 한 과정으로 죽음을 수용한다.
나. 치료를 위해 적극 지지한다(Cure). - 적극적인 조사연구 - 치료적인 조사연구 - 모든 system의 유지와 생명연장	나. 돌봄을 통해 적극 지지한다(Care). - 숙련된 의료기술로 통증조절 - 숙련된 간호와 다양한 팀 접근 - 질적인 증상관리
다. 질병의 과정에서 삶의 연장을 강조 - 삶의 연장을 위해 투약, 검사와 무리한 기계적 자극을 계속한다.	다. 삶을 단축시키거나 연장시키지 않는다. - 증상치료에 꼭 필요한 검사만 시행한다. - 인간중심, 환자중심
라. 기술의 강조와 기술의 발달을 강조한다.	라. 환자를 인격적으로 대하며, 가족의 구성원으로 대한다.

2. 죽음과 사별을 준비하는 동안 환자와 가족이 효과있는 삶을 살도록 돕는다.

일반병동	호스피스병동
가. '아무것도 할 수 없는 상태'라는 결단을 내렸을 때 패배를 강조한다. 의료의 실수로 간주하거나 환자는 공포에 싸이거나 우울과 실의에 빠진다.	가. 기회를 강조하고 통증완화, 증상관리실의, 두려움, 소외등에 대해 간호의 연속성과 안정성을 제공한다. 환자와 가족, 그의 Staff들에게 상당의 기간으로 간주된다. "더이상 아무것도 할 수 없다"는 말을 하지 않는다.

3. 가족이 환자를 간호하도록 가르치며, 서로가 신체적, 사회적, 정서적, 영적인 요구를 同一時하여 반응하도록 돌본다.

일반병동	호스피스병동
‘희망을 뺏지 말라’ 가. 환자와 가족은 침묵을 지키며, 죽음에 대한 예후에 대해 토의하기를 보류하거나 억제한다.	‘다른 것을 위해 희망을 갖는다’ 가. 환자와 가족은 의사결정에 함께 하도록 한다. 미처 다 못마친 일을 하도록 하여 예측되는 슬픔에 참여하도록 격려한다.
나. 신체구조 유지는 정맥주사와 튜브를 이용한 영양공급에 의존한다. 반복되는 진단과 임상병리검사, 규칙적인 식사와 수면을 유지한다.	나. 개별적인 돌봄으로 질적인 삶을 위한 계획을 세운다.
다. 치료와 생명지지를 위한 system을 정상적으로 지속한다.(적극적 항암요법, 수술, 방사선요법 등)	다. 증상치료만 제공한다. 예: 동통완화나 종양의 감소를 위한 방사선치료와 호흡의 편의를 위해 산소를 제공하지만 생명연장을 위한 것은 아니다.
라. 통증조절은 필요시 제공하며, 제한한다. - 심리적 의존이나 중독에 대한 두려움으로 통증감소를 목표로 한다.	라. 최대의 관심은 통증조절이다. - 조심스럽고, 지속적인 관찰과 진통제 용량조절은 개개인의 요구에 따라가며통증을 완화하고 통증개발의 두려움이 없도록 주기적으로 투여한다.
마. 환자와 가족이 갖고 있는 정서적, 사회적, 심리적, 영적인 면에 배려가 적다.	마. 환자와 가족의 요구를 경청하여 삶이 풍요롭도록 돕는다. - 호스피스 팀의 지지를 받는다.

4. 임종환자를 돌보는 동안 자원봉사자들의 지지와 계속 교육(직원, 봉사자): 통증관리, 증상관리, 지지적 서비스, 슬픔의 감당, 상실과 죽음들의 영역에서 교육

일반병동	호스피스병동
가. 지속적인 연구와 전문기술적 숙련을 위한 교육프로그램 - 질병에 대한 연구 - 질병에 대한 검사 - 질병에 대한 기술적 시도 - 치료, 기계사용법 등	가. 기술적 초점을 더하여 넓고 다양한 접근의 교육프로그램을 갖는다. - 통증관리 - 증상관리 - 지지적 서비스 (가족지지모임) - 상담 기술 - 슬픔의 감당 - 상실과 죽음에 대한 영역에서의 교육 - 신앙적인 자기성숙을 위한 모임 - 가족이 간호하는 법을 익히도록 하여 동참시킨다.
나. Staff는 임종환자 간호를 위해 극히 드물게 지지되고 교육된다.	나. 호스피스 팀모임, 자원봉사자 모임, 교육, 의사 - 간호사간의 집담회, Conference등을 통해 실무교육이 강조다.
	다. 훈련된 자원봉사자와 각기 다른 전문분야의 팀 구성원이 환자와 가족을 위해 지속적으로 방문한다.

5. 임종환자를 위한 돌봄

일반병동	호스피스병동
가. 임종환자들은 흔히 소외된다. 때로는 주의를 덜 기울인다. - 피하고 싶어하는게 일반적인 심리이다.	가. 의사소통과 지지를 강조한다. 평균 간호시간보다 더 많은 시간을 할애한다. 자원봉사자들 또한 주된 역할을 하며, 가족들도 간호에 참여한다. 방문시간의 제한이 없으며, 아이들도 허락한다. 가족은 위기에 처할때 밤을 세울 수 있다. * 편안한 임종과 사생활 유지, 가족과 함께 지낼 수 있는 공간을 허락한다. - 임종실 운영
나. 돌봄에 주의를 기울이며, 질병의 진행됨에 따라 자아신념이 감소된다.	나. 가능한한 최대한 자아존엄의 느낌을 갖도록 격려한다.
다. 비인격화 현상이 생긴다. - 重患者室로 옮긴다. - 심폐소생술 등을 시행한다.	다. 환자는 개별성을 유지하도록 격려한다. - 인간의 존엄성안에 임종준비를 하며, 중환자실로 옮기거나 생의 연장을 위해 심폐소생술을 하지 않으며, 임종자체를 자연사로 받아들인다.
라. 중환자실로 옮겨 가족과 분리되어 가족은 看護에 관여하지 않는다.	라. 가족은 환자간호에 항상 포함되며, 함께 있을 수 있다.

6. 사별에 대한 개별적인 돌봄 제공

附錄 4. 日本의 호스피스 酬價

* 완화 Care 병동 입원료 (1일당) 3,120점

註: 별도 후생대신이 정한 시설기준에 적합한 곳으로서 도도부현 지사에게 신고한 완화 Care를 하는 병동을 보유한 보험의료기관에서 당해 신고된 병동에 대하여 산정한다.

- 1) 주로 末期의 악성종양 및 후천성 면역부전증후군 환자를 입원시켜 완화 Care를 행하는 병동으로서 도도부현지사에게 신고한 병동(이하 「완화 Care병동」이라 함)을 가지고 있는 병원인 보험의료기관에 한하여 算定할 수 있다.
- 2) 산정대상이 되는 환자는 말기 악성종양환자 및 후천성 면역부전증후군환자로서 완화 Care병동에 입원한 者이다.
- 3) 완화 Care병동 입원료를 算定하는 환자에 관한 제1장 기본 진료료 및 제2장 특계진료료에 기재된 진료에 관계된 비용은 모두 완화 Care병동 입원료에 포함된다. 다만, 입원환경료의 『註 4』에서 규정하는 지역가산 및 퇴원시에 재택 악성종양환자 지도관리 또는 재택 침상환자처치 지도관리를 행한 경우에는 재택 악성종양환자 지도관리료 또는 재택 침상환자처치 지도관리료는 별도로 산정할 수 있다. 또한 외래로 초진 또는 재진을 행한 날에 완화 Care병동에 입원한 환자에 대해서는 초진료 또는 재진료는 별도 산정할 수 있다.
- 4) 다른 병동에서 완화 Care병동으로 이동한 날 또는 완화 Care병동에서 타병동으로 이동한 날에 행한 진료에 관한 비용은 완화 Care병동 입원료에 포함된다.

- 5) 완화 Care병동 입원료를 산정하고 있는 환자의 외박기간 중의 점수 算定은 입원환경료(註에 의한 가산은 제외)에 상당하는 점수만으로 한다.
- 6) 완화 Care병동 입원료를 算定하는 날에 복용하는 것으로 된 약제에 관한 투약료는 완화 Care병동 입원료에 포함된다.
- 7) 완화 Care병동에 있어서 말기 악성종양환자 Care에 관해서는 「암 말기 의료에 관한 Care의 편람」(후생성, 일본의사회편)을 참고로 해야 한다.