

연구보고서 2015-07

호스피스 완화의료 활성화 방안

- 노인장기요양서비스 이용자를 중심으로



최정수 · 이은경 · 한은정 · 황나미 · 강아람 · 최성은

【책임연구자】

최정수 한국보건사회연구원 연구위원

【주요저서】

2012년 한국의료패널 기초분석보고서(II)

한국보건사회연구원·국민건강보험공단, 2014(공저)

2014년 한국의료패널 심층분석보고서

국민건강보험공단·한국보건사회연구원, 2014(공저)

【공동연구진】

이은경 국민대학교 IRB 심의위원

한은정 국민건강보험공단 건강보험정책연구원 부연구위원

황나미 한국보건사회연구원 선임연구위원

강아람 한국보건사회연구원 연구원

최성은 한국보건사회연구원 연구원

연구보고서 2015-07

**호스피스 완화의료 활성화 방안
- 노인장기요양서비스 이용자를 중심으로**

발행일 2015년 12월 31일

저자 최정수

발행인 김상호

발행처 한국보건사회연구원

주소 [30147]세종특별자치시 시청대로 370
세종국책연구단지 사회정책동(1층~5층)

전화 대표전화: 044)287-8000

홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>

등록 1994년 7월 1일 (제8-142호)

인쇄처 (주)한디자인코퍼레이션

정가 8,000원

발간사 <<

인구고령화, 핵가족화, 여성의 사회진출 확대 등의 환경변화에 대응한 노인장기요양보험제도의 시행과 더불어, 질한으로 독립적인 생활이 어려운 노인들은 사망할 때까지 시설에서 머물거나 재가기관에서 방문서비스를 받는 일이 점차 일상화되고 있으며 이러한 상태에 있는 노인의 수도 지속적으로 증가하는 추세에 있다.

한편, 세계적으로 품위 있는 죽음에 대한 관심과 요구의 증대 속에서 말기질환자를 위한 호스피스 완화의료의 활성화가 주요 이슈로 떠오르고 있는 가운데, 우리 정부는 사망비중이 높은 암 질환자의 호스피스 완화의료를 위해 제도를 마련하고 금년 7월부터는 건강보험 급여도 실시하고 있다. 하지만, 장기요양 노인의 경우 높은 수요에도 불구하고 노인장기요양서비스와 호스피스 완화의료가 접목되지 못한 채, 이들의 말기암 진단을 통한 호스피스 완화의료의 이용에는 적지 않은 제약이 따르고 있다.

이에, 본 연구는 우리 국민의 죽음의 질 나아가 삶의 질 향상에 기여하는 호스피스 완화의료의 활성화를 위하여, 노인장기요양서비스 이용자를 우선대상으로 보고 이들에게 적합한 호스피스 완화의료 제공방안을 마련하고자 추진되었다.

본 연구의 수행과정에서 독려와 조언 그리고 의견개진으로 많은 도움을 준 정부, 학계, 완화의료 전문기관, 노인장기요양시설(기관) 관계자에게 연구진을 대신하여 깊이 감사드리며, 아울러 본 보고서의 내용은 저자들의 개인적인 의견으로 공식 견해가 아님을 밝혀 둔다.

2015년 12월

한국보건사회연구원 원장

김 상 호

목 차

Abstract	1
요 약	3
제1장 서 론	11
제1절 연구 배경 및 목적	13
제2절 연구 내용 및 방법	17
제2장 사망자의 특성 및 호스피스 완화의료 이용 현황	25
제1절 사망자의 특성	28
제2절 호스피스 완화의료 이용 현황	39
제3장 고령층의 죽음 및 호스피스 완화의료 관련 인식태도	51
제1절 죽음 관련 인식태도	54
제2절 호스피스 완화의료 관련 인식태도	58
제4장 암으로 사망한 노인장기요양보험 급여대상자의 사망 전 의료 및 요양 서비스 이용 실태	63
제1절 노인장기요양보험 개요	65
제2절 암으로 사망한 노인장기요양보험 급여대상자의 사망 전 의료 및 요양 서비스 이용 실태	70
제5장 노인장기요양서비스 이용자의 호스피스 완화의료에 대한 노인장기요양시설(기관) 관계자의 인식 및 태도	121
제1절 FGI 결과	126

제2절 설문조사 결과	144
제6장 호스피스 완화의료 사업 전략 및 운영 사례	177
제1절 영국의 질적 임종케어를 위한 사업 및 전략	180
제2절 부산광역시 말기암환자 호스피스사업	219
제7장 결론	233
제1절 주요 결과	236
제2절 정책제언	245
참고문헌	251
부록: 호스피스·완화의료 활성화를 위한 장기요양시설(기관) 조사표 ...	259

표 목차

〈표 2- 1〉 사망자의 특성, 2011~2013	29
〈표 2- 2〉 암으로 인한 사망자의 특성, 2011~2013	30
〈표 2- 3〉 65세 이상 암으로 인한 사망자의 특성, 2011~2013	31
〈표 2- 4〉 노인장기요양보험 급여대상자 사망의 사망장소, 2011~2012	33
〈표 2- 5〉 노인장기요양보험 급여대상자 중 암으로 인한 사망자의 특성, 2011~2012 ..	35
〈표 2- 6〉 노인장기요양보험 급여대상자 중 암으로 인한 사망자의 세부사망원인, 2011~2012	36
〈표 2- 7〉 전체 사망과 노인장기요양보험 급여대상자 사망의 특성 비교, 2011~2012 ...	38
〈표 2- 8〉 전체 사망과 노인장기요양보험 급여대상자 사망 중 암으로 인한 사망자의 특성 비교, 2011~2012	38
〈표 2- 9〉 15세 이상의 질병군, 성, 연령별 임종기 완화의료 요구 추정	40
〈표 2-10〉 15세 이상 인구 10만명당 질병군, 성, 연령별 임종기 완화의료 요구 추정 ...	40
〈표 2-11〉 말기암환자 완화의료 전문기관 지정 현황	41
〈표 2-12〉 말기암환자 완화의료 서비스 이용률, 2008~2014	42
〈표 2-13〉 사망환자의 입원건당 입원기간, 2014	48
〈표 2-14〉 사망환자의 총 입원기간, 2013~2014	48
〈표 2-15〉 완화의료서비스 신청 후 사망하기까지의 기간, 2013~2014	48
〈표 2-16〉 완화의료서비스 신청 후 사망하기까지의 기간별 누적분포, 2012~2014	49
〈표 3- 1〉 죽음 및 호스피스 완화의료 관련 인식태도에 관한 기존조사	53
〈표 3- 2〉 죽음을 맞이하는 태도	55
〈표 3- 3〉 원하는 임종장소	56
〈표 3- 4〉 죽음에 대한 걱정	57
〈표 3- 5〉 호스피스 완화의료의 인지	58
〈표 3- 6〉 호스피스 완화의료 이용의향	59
〈표 3- 7〉 호스피스 완화의료 서비스 선호	61
〈표 3- 8〉 호스피스 완화의료 제공자 선호	61

〈표 3- 9〉 호스피스 완화의료 제공형태	62
〈표 4- 1〉 노인장기요양보험 주요 재원	66
〈표 4- 2〉 노인장기요양보험 급여대상자 현황, 2009~2014	67
〈표 4- 3〉 노인장기요양기관 추이, 2008~2015	68
〈표 4- 4〉 노인장기요양급여의 종류	69
〈표 4- 5〉 노인장기요양시설 입소자의 월 본인부담액, 2014	70
〈표 4- 6〉 연도별 노인장기요양 서비스이용자 현황, 2009~2014	70
〈표 4- 7〉 악성신생물 분류(KCD)	72
〈표 4- 8〉 연명의료의 내용	74
〈표 4- 9〉 노인장기요양보험 급여대상자 사망의 사망장소, 2011~2012	76
〈표 4-10〉 노인장기요양보험 급여대상자 사망의 사망원인, 2011~2012	77
〈표 4-11〉 노인장기요양 등급인정 후 사망장소별 생존기간, 2011~2012	78
〈표 4-12〉 노인장기요양 등급인정 후 생존기간별 사망장소, 2011~2012	79
〈표 4-13〉 사망 전 1년간 의료 및 요양 서비스 이용형태, 2011~2012	81
〈표 4-14〉 노인장기요양 등급인정 후 생존기간별 의료 및 요양 서비스 이용형태, 2011~2012	83
〈표 4-15〉 사망 전 1년간 의료서비스 종류별 이용률, 2011~2012	86
〈표 4-16〉 사망 전 1년간 의료서비스 종류별 이용자당 이용일수, 2011~2012	87
〈표 4-17〉 사망 전 1년간 의료 및 요양 서비스 이용형태별 급여비용, 2011~2012	89
〈표 4-18〉 사망 전 시기별 의료 및 요양 서비스 급여비용, 2011~2012	92
〈표 4-19〉 사망 전 시기별 의료서비스 종류별 급여비용, 2011~2012	97
〈표 4-20〉 사망 전 시기별 요양 서비스 종류별 급여비용, 2011~2012	103
〈표 4-21〉 연명의료 이용률, 2011~2012	107
〈표 4-22〉 연명의료 종류별 사망 전 1개월간 이용률, 2011~2012	109
〈표 4-23〉 연명의료 종류별 사망 전 2주간 이용률, 2011~2012	110
〈표 4-24〉 의료 및 요양 서비스 이용형태별 사망 전 1개월간 연명의료 이용률, 2011~2012	110

〈표 4-25〉 의료 및 요양 서비스 이용형태별 사망 전	
2주간 연명의료 이용률, 2011~2012	112
〈표 4-26〉 연명의료 종류별 사망 전 1개월간 이용자당 이용횟수, 2011~2012	114
〈표 4-27〉 연명의료 종류별 사망 전 2주간 이용자당 이용횟수, 2011~2012	115
〈표 4-28〉 연명의료 종류별 사망 전 1개월간 이용자당 급여비용, 2011~2012	116
〈표 4-29〉 연명의료 종류별 사망 전 2주간 이용자당 급여비용, 2011~2012	117
〈표 4-30〉 의료 및 요양 서비스 이용형태별 사망 전	
1개월간 마지막 의료이용기관 유형, 2011~2012	118
〈표 5- 1〉 표적집단면접조사(FGI) 대상	124
〈표 5- 2〉 FGI 조사일정	125
〈표 5- 3〉 노인장기요양서비스 이용자 특성에 관한 FGI 결과	127
〈표 5- 4〉 노인장기요양서비스 이용자 의료요구의 발견에 관한 FGI 결과	129
〈표 5- 5〉 노인장기요양서비스 이용자 의료요구에 대한 대응에 관한 FGI 결과	130
〈표 5- 6〉 노인장기요양서비스 이용자의 호스피스 완화의료 요구에 관한 FGI 결과	132
〈표 5- 7〉 노인장기요양서비스 이용자에 대한 임종케어 현황에 관한 FGI 결과	133
〈표 5- 8〉 노인장기요양서비스 호스피스 완화의료 제공 역량에 관한 FGI 결과	134
〈표 5- 9〉 노인장기요양서비스 이용자에 대한 호스피스 완화의료	
활성화 전략에 관한 FGI 결과	138
〈표 5-10〉 노인장기요양시설에서의 호스피스 완화의료 제공을 위한	
선결과제에 관한 FGI 결과	141
〈표 5-11〉 조사대상 시설(기관) 현황	144
〈표 5-12〉 조사대상 시설(기관) 특성	146
〈표 5-13〉 응답자 일반 특성	147
〈표 5-14〉 응답자 호스피스관련 교육이수 상태	148
〈표 5-15〉 시설(기관)유형별 암환자 유무	149
〈표 5-16〉 시설(기관)유형별 평균 암환자수	149
〈표 5-17〉 시설(기관)유형별 암환자 비중	150
〈표 5-18〉 시설(기관)유형별 사전의료의향서 작성여부	150

〈표 5-19〉 시설(기관)유형별 평균 사전의료의향서 작성자수	151
〈표 5-20〉 시설(기관)유형별 사전의료의향서 작성자 비중	151
〈표 5-21〉 시설(기관)유형별 임종관련 상담기록 보유여부	151
〈표 5-22〉 시설(기관)유형별 평균 임종관련 상담기록 작성자수	152
〈표 5-23〉 시설(기관)유형별 임종관련 상담기록 작성자 비중	152
〈표 5-24〉 시설(기관)유형별 원하는 임종장소	153
〈표 5-25〉 시설(기관)유형별 임종징후 시 원하는 조치 내용	154
〈표 5-26〉 시설(기관)유형별 특별침실(임종실) 보유여부	154
〈표 5-27〉 시설(기관)유형별 말기질환자 돌봄형태	155
〈표 5-28〉 시설(기관)유형별 종사자의 호스피스 완화의료 교육이수 여부	155
〈표 5-29〉 시설(기관)유형별 호스피스 완화의료 교육이수자수	156
〈표 5-30〉 시설(기관)유형별 종사자의 호스피스 완화의료 교육이수자 비중	156
〈표 5-31〉 호스피스 완화의료 내용에 대한 인지	158
〈표 5-32〉 호스피스 완화의료 전문기관 지정에 대한 인지	159
〈표 5-33〉 호스피스 완화의료 건강보험 적용에 대한 인지	161
〈표 5-34〉 노인장기요양서비스 이용자 호스피스 완화의료 필요성에 대한 인식	162
〈표 5-35〉 노인장기요양서비스 이용자 호스피스 완화의료이용 영향요인에 대한 인식(1)	164
〈표 5-36〉 노인장기요양서비스 이용자 호스피스 완화의료이용 영향요인에 대한 인식(2)	167
〈표 5-37〉 노인장기요양서비스 이용자 호스피스 완화의료 활성화를 위한 정부지원내용(1)	169
〈표 5-38〉 노인장기요양서비스 이용자 호스피스 완화의료 활성화를 위한 정부지원내용(2)	171
〈표 5-39〉 노인장기요양서비스 이용자를 위한 바람직한 호스피스 완화의료 제공방법 ..	174
〈표 6- 1〉 통합돌봄의 종류와 정의	188
〈표 6- 2〉 임종돌봄을 위한 인력유형과 자격요건	209
〈표 6- 3〉 임종관리 도구의 사용기간	212

〈표 6- 4〉 임종관리 도구 이용의 혜택들과 도전 과제들	213
〈표 6- 5〉 방문형태별 외부 지원인력(조직)	215

그림 목차

[그림 1- 1] 국가암관리사업	19
[그림 2- 1] 완화의료 지정기관현황	41
[그림 2- 2] 호스피스 완화의료 이용자의 성별 분포, 2012~2014	43
[그림 2- 3] 호스피스 완화의료 이용자의 연령별 분포, 2012~2014	43
[그림 2- 4] 호스피스 완화의료 이용자의 의료보장형태, 2012~2014	44
[그림 2- 5] 호스피스 완화의료 이용자의 세부사망원인, 2014	44
[그림 2- 6] 호스피스 완화의료 이용자의 말기진단서 구비현황, 2012~2014	45
[그림 2- 7] 호스피스 완화의료 이용자의 입원경로, 2012~2014	45
[그림 2- 8] 입원 시 환자의 일상생활수행능력(ECOG), 2012~2014	46
[그림 2- 9] 첫 입원 시 퇴원이유, 2012~2014	47
[그림 2-10] 사망환자의 입원횟수, 2012~2014	47
[그림 2-11] 서비스에 대한 전반적인 만족도: 이전 암 치료기관과의 비교 평가	50
[그림 4- 1] 노인장기요양보험 관리운영체계	66
[그림 4- 2] 데이터베이스 구축 개요	71
[그림 4- 3] 노인장기요양보험 급여대상자 사망의 사망장소, 2011~2012	76
[그림 4- 4] 노인장기요양 등급인정 후 생존기간별 사망장소, 2011~2012	79
[그림 4- 5] 사망 전 1년간 의료 및 요양 서비스 이용형태, 2011~2012	82
[그림 4- 6] 사망 전 1년간 의료 및 요양 서비스 이용형태별 이용자당 급여비용, 2011~2012	90
[그림 4- 7] 사망 전 시기별 의료 및 요양서비스 이용자당 급여비용, 2011~2012	96
[그림 4- 8] 사망 전 시기별 입원서비스 이용자당 급여비용, 2011~2012	102
[그림 4- 9] 사망 전 1개월간 연명의료 이용률, 2011~2012	108
[그림 4-10] 사망 전 2주간 연명의료 이용률, 2011~2012	108
[그림 4-11] 의료 및 요양 서비스 이용형태별 사망 전 1개월간 연명의료 이용률, 2011~2012	111

[그림 4-12] 의료 및 요양 서비스 이용형태별 사망 전 2주간 연명의료 이용률, 2011~2012	112
[그림 5- 1] 장기요양보호대상노인의 시설적응 과정	137
[그림 6- 1] 사망 전 1년간 의료서비스와 사회서비스 이용률 추이	180
[그림 6- 2] 시범사업지역 분포	190
[그림 6- 3] 임종시 건강(기능)감퇴의 궤적 패턴	200
[그림 6- 4] 사망 전 24개월간 27명의 환자의 Kanas City Cardiomyopathy Questionnaire(KCCQ) 육체적 한계 스코어	201
[그림 6- 5] 6단계의 임종돌봄경로	202
[그림 6- 6] 완화의료를 위한 주 재정의 흐름	217
[그림 6- 7] 부산광역시 보건소 중심 호스피스완화케어 운영모델	220
[그림 6- 8] 부산광역시 호스피스완화케어사업 운영체계	221
[그림 6- 9] 부산광역시 호스피스완화케어 사업목표	222
[그림 6-10] 부산광역시 호스피스완화케어 사업 사례관리 경로	224
[그림 6-11] 부산광역시 호스피스 사업을 위한 각종 위원회	226

Abstract <<

This study is aimed at drawing up service providing plan of hospice and palliative care suitable for the Longterm Care Service users and to contribute ways to activate hospice and palliative care, which plays a role in dealing effectively with symptom control and improving the quality of life for terminal patients and their families.

In order to achieve the objectives, we researched as follows. Firstly, the demand for hospice and palliative care, and the features of death of old people especially of the Longterm Care Service users were analysed through statistic data about the features of death from cancer and the use of hospice and palliative care services of cancer patients. Secondly, the preference and worries of old people related to their death in terms of dying place as well as receiving hospice and palliative care were investigated through existing survey data. Thirdly, the factors and the problems related to end of life care service provided by Longterm Care were studied based on Longterm Care use data of the Longterm Care users who died from cancer. Fourthly, focus group interviews and a online survey with managers and workers of Longterm Care facilities were proceeded under the topic on provision of Longterm Care facilities for terminally ill patient care and effective ways to provide end of

2 호스피스 완화의료 활성화 방안-노인장기요양서비스 이용자를 중심으로

life care service for the Longterm Care users. Fifthly, 'End of Life Care Strategy' of the United Kingdom(UK) and community based planning and operating cases on hospice and palliative care of the UK and Busan metropolitan city in Korea were reviewed to come up with its implications.

*key word: hospice & palliative care, Longterm Care Service

1. 연구 배경 및 목적

본 연구는 우리 국민의 죽음의 질 나아가 삶의 질 향상에 기여하는 호스피스 완화의료 활성화를 위하여, 높은 수요에도 불구하고 그 특성 상 호스피스 완화의료에 대한 접근 자체에 제약이 따르고 있는 노인장기요양서비스 이용자를 우선대상으로 보고 이들에게 적합한 호스피스 완화의료 제공방안을 마련하고자 추진되었다.

이를 위하여 호스피스 완화의료 제도의 수립에 관여하고 있는 정책입안자와 의료 및 사회복지 분야의 학계 전문가 그리고 호스피스 완화医료를 제공하고 있는 완화의료 전문기관 종사자의 의견을 수렴함과 아울러, 암으로 인한 사망자의 사망특성과 말기 암환자의 호스피스 완화의료 이용에 관한 기존 통계 및 보고자료, 우리 국민의 죽음 및 호스피스 완화의료와 관련한 인식 및 태도를 다룬 기존 연구결과, 노인장기요양보험 급여 대상자 중 암으로 인한 사망자의 사망 전 시기별 의료 및 요양서비스 이용양상 및 이용내역, 노인장기요양시설 관계자를 대상으로 한 표적집단면접과 온라인 설문조사, 영국과 우리나라 부산광역시의 지역사회 호스피스 완화의료 사업 전략 및 운영 사례 등 관련 자료와 사례들을 폭넓게 수집, 분석, 고찰하였다.

이상의 자료들을 토대로 첫째, 노인장기요양서비스 이용자의 호스피스 완화의료와 관련한 요구와 이에 대응하는 현실여건을 파악하고, 둘째, 노인장기요양서비스 이용자가 호스피스 완화의료에 접근하는데 영향을 미칠 수 있는 장기요양시설(기관)과 호스피스 완화의료 전문기관 그리고 지

역사회 호스피스사업 추진 기관 등의 제반 여건에 대해 진단하고, 셋째, 정부가 마련하고 있는 제도나 규정 등이 노인장기요양서비스 이용자의 호스피스 완화의료 이용률을 제고시키는데 있어서 어떻게 역할하고 있는지를 점검하였으며, 이러한 현실진단 및 근거 하에서 노인장기요양서비스 이용자의 호스피스 완화의료 활성화를 위해 필요한 사업이나 활동 등 향후 추진과제에 대해 검토하였다.

2. 주요 결과

가. 노인장기요양보험 급여대상자의 호스피스 완화의료 수요

일반적으로, 고령층은 요양시설에서의 임종이나 호스피스완화의료에 대하여 젊은 연령층보다 긍정적인 태도를 보이고 있는 가운데, 임종기의 질환으로 인한 신체적 고통에 대한 높은 우려를 통해 완화의료 요구를 드러내고 있다.

2012년 기준 노인장기요양보험 급여대상자 수는 우리나라 전체 인구의 0.7%, 65세 이상 인구의 5.8%에 해당하고 있는 가운데, 노인장기요양보험 급여대상자의 사망은 우리나라 전체 사망의 29.4%, 65세 이상 인구 사망의 40.6%를 차지하고 있다. 또한, 암으로 인한 사망의 경우에는 노인장기요양보험 급여대상자 암 사망이 우리나라 전체 암 사망의 14.3%, 65세 이상 암 사망의 21.5%를 차지하고 있다.

우리나라에서 호스피스 완화의료 이용자 수는 전문기관 및 병상수의 증가와 함께 꾸준히 증가하고 있다. 호스피스 완화의료 이용자의 연령분포를 토대로 볼 때, 노인장기요양보험 급여대상자 중 호스피스 완화의료 이용자수는 2012년 기준 전체 호스피스 완화의료 이용자(신규입원자)의

약 17.4%로서, 나머지 암으로 사망한 노인장기요양보험 급여대상자를 모두 포함할 경우 호스피스 완화의료 이용률은 현재보다 크게 높아질 것으로 예상된다.

나. 암으로 사망한 노인장기요양보험 급여대상자의 사망 전 의료 및 요양서비스 이용 실태

전체 급여대상자 사망과 비교하여 사망장소로서 의료기관의 비중은 높고 자택과 사회복지시설의 비중은 낮으며, 노인장기요양등급 인정 후 생존기간으로 6개월 이내 비중이 월등히 높다.

노인장기요양 등급인정 후 생존기간이 짧을수록 의료서비스에만 의존하는 경향을 보이며, 이는 2011년보다 2012년에 더욱 심화하고 있는 등 암 질환을 판정기준에 포함하고 있지 않은 현실을 반영하고 있다.

사망 전 1년간 의료 및 요양 서비스 이용자당 평균 급여비용은 의료기관 사망, 사회복지시설 사망, 자택 사망 순으로 많으며, 사회복지시설 사망자의 이용자당 급여비용은 의료기관 사망자의 79.8%수준이다.

사망 전 시기별 연명의료 이용률은 사망 전 1개월간과 2주간에 각각 약 29%와 약 16%이며, 연명의료 이용률은 사망장소가 의료기관인 경우에 사회복지시설보다 높다. 그러나 사망 전 1개월간 연명의료 이용자의 연명의료 종류별 이용량은 일부 서비스를 제외하고는 사회복지시설 사망자에서 의료기관 사망자보다 오히려 높은 수준을 나타냄으로써, 사회복지시설에서 의료기관으로 환자를 이송 후 검사 및 치료가 적극적으로 행해지고 있는 현실을 반영하였다. 이와 함께, 사망 전 1개월간 연명의료 이용자의 이용자당 급여비용 또한 사회복지시설 사망자와 병원이송 중 사망자에서 중환자실 급여비용이 의료기관 사망자보다 높게 나타나는 등

노인장기요양서비스를 이용하고 있는 말기암환자의 경우에 의료적 요구의 관리나 호스피스 완화의료에 대한 정보 등이 극히 제한된 여건 하에서 불필요한 의료행위에 보다 많이 노출되고 있음을 예상케 하였다.

다. 노인장기요양서비스 이용자의 호스피스 완화의료에 대한 노인장기요양시설(기관) 관계자의 인식 및 태도

노인장기요양시설의 임종환자 관리 및 호스피스와 관련한 역할이나 책임의식은 과거에 비해 현저히 저하되었으며, 제도적으로나 사회인식면으로나 시설에서의 임종환자 관리를 지원하지 않는 분위기로써, 임종징후 시 의료기관(응급실)으로 이송하는 추세이다.

하지만, 노인장기요양시설에서는 서비스이용자들이 임종징후 시까지 머물렀던 요양시설에서 편안한 임종을 맞게 하는 것이 바람직하다고 여기고 있으며, 시설별로 다소의 차이는 있으나 특별실(임종실)을 마련하고 직원들은 호스피스에 관한 일반적인 상식을 지니고 있다고 인식하는 등 노인장기요양시설의 상당수가 자체적 임종케어 역량을 어느 정도 갖추고 있다고 여기고 있다.

한편, 정부의 호스피스 완화의료 사업과 관련하여 사업내용에 대한 인지도는 ‘매우 잘 안다’ 8.3%, ‘어느 정도 안다’ 46%, ‘잘 모른다’ 38.9%, ‘전혀 모른다’ 6.3%이고, 호스피스 전문기관 지정에 대한 인지도는 ‘매우 잘 안다’ 3.0%, ‘어느 정도 안다’ 30.9%, ‘잘 모른다’ 49.4%, ‘전혀 모른다’ 16.2%이고, 호스피스 건강보험 급여에 대한 인지도는 ‘매우 잘 안다’ 2.6%, ‘어느 정도 안다’ 26.2%, ‘잘 모른다’ 44.6%, ‘전혀 모른다’ 26%로서 전반적으로 낮은 수준에 있음으로써, 호스피스와 관련한 지식이나 이해가 일관되게 형성되어 있지 않음을 드러내었다.

노인장기요양서비스 이용자의 호스피스 완화의료 이용에 영향을 미치는 요인은 보호자의 호스피스에 대한 인식 75.7%, 요양기관 종사자의 호스피스에 대한 인식 56.8%, 장기요양서비스 대상자 본인의 호스피스에 대한 인식 52.7%, 재정적 여건 48.2%, 서비스 제공장소 35.8%, 서비스 제공자 31.4%, 사전의료의향서 25.4% 순으로 인식되고 있다.

바람직한 호스피스 완화의료 제공방법은 ‘시설과 호스피스 전문기관 간 협동체계 구축’ 38.4%, ‘시설에서 직접 제공’ 24.1%, ‘호스피스 전문기관으로 환자 이송’ 20%, ‘호스피스 전문기관의 방문서비스’ 16.1% 순으로 시설이 상당부분 관여해야 한다는 입장을 드러내었다.

이와 같은 결과는 노인장기요양시설(기관)의 호스피스 완화의료 활성화에 관한 적극적이고 긍정적인 입장을 엿볼 수 있게 하는 측면도 있으나, 호스피스 완화의료의 활성화와 관련하여 이들에게 역할을 부여하기까지는 상당한 투자와 노력이 필요함을 시사하고 있다.

라. 호스피스 완화의료 사업 전략 및 운영 사례

영국의 경우, 의료서비스와 사회서비스 재정의 분리 운영 하에서 말기 질환자에 대한 임종기 케어가 불필요한 서비스이용을 초래하거나 혹은 중복서비스 등 부적절하게 이루어지고 있는 것과 관련하여, 수요자 중심에서 보건의료와 사회서비스를 통합하려는 시도가 다양하게 이루어지고 있다.

또한, 고령화 추세속에서 노인들의 병원이용을 억제하기 위한 민간 요양시설의 설립허용(1990년)이후 급격히 그 수가 증가하고 이에 따른 서비스 질 문제와 부적절한 임종케어가 사회적 이슈로 등장하고 있는데 대하여, 2008년 보건부는 임종돌봄전략(end of life care strategy)을 마

련하고 모든 관련기관과 지역사회에 제공하고 있다.

한편, 국내 사례로서 부산광역시는 2009년부터 지역사회 중심의 ‘말기 암환자 호스피스사업’을 추진하고 있으며 2015년에는 부산광역시 16개 보건소 전체로 사업을 확대하였다.

부산광역시 16개 보건소 전체가 참여하는 2015년 호스피스완화케어 사업에서는 ‘부산광역시 호스피스완화케어 센터’를 중심으로 지역사회 재가말기환자-완화의료전문기관-사회복지시설-보건소 간 호스피스완화케어 서비스전달체계의 구축과 지역사회 내 관련자원 간 연계를 통한 보건의료와 사회서비스의 통합적 제공기반 마련이 추진되고 있다.

3. 정책제언

주요 결과들은 노인장기요양서비스 이용자에 대한 호스피스 완화의료 활성화를 도모함과 관련하여 부정적 상황과 긍정적 상황을 동시에 보여주고 있다. 즉, 노인장기요양서비스 이용자에 대한 호스피스 완화의료의 필요성과 의의, 노인장기요양시설(기관)의 역할 인식, 활성화를 위한 전략과 사례들에 대한 확인은 긍정적 상황으로 풀이되는 반면에, 노인장기요양보험의 제도적 특성 상 호스피스 완화의료 대상규명에서의 불명확성, 호스피스 완화의료에 대한 접근성을 저해하는 제공기반의 미흡, 제도적 불리나 제약사항 등은 부정적 상황으로 여겨진다.

이에, 부정적 상황을 해소하기 위해 필요한 활동들로서 첫째, 노인장기요양보험 급여대상자의 암 진단 및 관리를 통해 호스피스 완화의료 대상을 조기에 발견하고 호스피스 완화의료에 대한 접근성을 제고할 필요가 있다. 둘째, 의료기관 및 노인장기요양시설(기관)의 암 환자 관리지침 마련 및 적용으로, 이는 특정유형의 의료기관이나 시설(기관)에 국한하기

보다는 전체 의료기관과 시설(기관)이 암 환자의 호스피스 완화의료에 대하여 일정 부분 역할하도록 유도할 필요성이 있다. 셋째, 말기암환자 호스피스 완화의료 지원을 위한 포털사이트를 구축하여 운영함으로써, 전문인력의 자원봉사활동 참여와 사전의료의향서 작성 그리고 호스피스 완화의료에 대한 국민의 전반적인 이해를 증진시킬 필요가 있다.

이와 같은 활동들은 시행자체에 물론 주안점을 두어야 하지만 가능한 현실적용성을 충분히 고려해야 할 것으로서, 시범사업을 통한 접근이 보다 바람직하며 여기에는 영국의 임종돌봄을 위한 전략이나 접근방법 그리고 부산광역시의 말기암환자 호스피스 사업과 같은 선진적 경험과 사례들이 많은 도움을 줄 수 있을 것으로 기대된다.

***주요용어:** 호스피스 완화의료, 노인장기요양

제 1 장 서론

제1절 연구 배경 및 목적

제2절 연구 내용 및 방법

제1절 연구 배경 및 목적

1. 연구 배경

호스피스¹⁾는 중세기에 성지로 가는 순례자나 여행자에게 휴식처를 제공하고 이들의 건강을 회복시키기 위해 간호를 베풀어주던 데서 출발하여 오늘날에는 완화의학(palliative medicine)과의 연계를 통해 질환자에게 신체적·심리사회적·영적 돌봄(care)을 총체적으로 제공함으로써 죽음에 이르기까지 인간의 존엄성을 보장하고자 하는 개념으로 점차 확대되고 있다(National Hospice and Palliative Care Organization, 2015).¹⁾

이와 같은 움직임은 세계보건기구(WHO)가 질환으로 초래되는 각종 증상이나 문제들을 조기에 발견하고 효과적으로 관리하여 전반적인 삶의 질(quality of life)을 향상시키고자 하는 완화의료(palliative care)²⁾를 인정하고 그 실행에 관한 구체적 강령을 제시하면서 더욱 촉발된 감이 있다(WHO, 2014)³⁾.

1) National Hospice and Palliative Care Organization. History of Hospice Care. <http://www.nhpco.org/history-hospice-care>에서 2015.10.19 인출.

2) 완화의료는 호스피스에서 기원하였으나 그 개념이 통증완화라는 취지를 바탕으로 적극적 치료를 배제하지 않으며 전반적인 삶의 질을 고려하는 가운데, 점차 그 대상을 질환 말기에 국한하지 않고 진단시점부터 적용하는 등 질환발생 후 사망에 이르기까지의 통합적 치료모델로서 역할하도록 발전하였다(WHO Definition of Palliative Care. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>에서 2015.10.19. 인출).

3) WHO, Global Atlas of Palliative care at the End of Life, Jan 2014:4-9

하지만 죽음에 대한 가치관이나 질환을 관리하는 제 여건이 인종, 종교, 관습, 국가 그리고 개인의 사회인구 특성 등에 따라 큰 차이를 보이고 있는 가운데, 호스피스 완화의료의 수용형태도 그 차이만큼 매우 다양하게 나타나고 있다. 즉, 호스피스, 호스피스·완화의료, 완화의료, 생애말기 돌봄 등의 용어사용에서부터 암환자, 말기암환자, 말기질환자, 불치질환자 등의 적용대상, 병동형, 산재형, 자문형 등의 제공형태, 그리고 의료와 사회서비스를 통합하여 제공하기 위한 다학제팀의 구성 및 운영방법에 이르기까지 정형화된 모습은 극히 드물다.⁴⁾ 또한, 국제사회에서의 큰 관심이나 반세기를 넘는 비교적 오랜 역사에도 불구하고 지구상에 아직까지 호스피스 완화医료를 전혀 접하지 못했거나 시작단계에 있는 지역이 상당부분 존재함에 따라, 세계적으로 호스피스 완화의료 요구에 대한 수용율은 8% 이내에 불과한 것으로 추정되고 있다(Economist Intelligence Unit, 2010, p.10).

이와 관련하여 EIU(2010)는 생애말기 돌봄의 문화적·경제적·정치적 이슈를 통해 그 중요성에 대하여 일깨움과 아울러 현황을 분석하고 나아가 방향을 제시하는 일환으로서 생애말기 돌봄에 영향을 미치는 4대 영역-보건의료환경, 서비스접근성, 비용, 서비스 질-으로부터 죽음의 질 지표(quality of death index)를 개발하고, 경제협력개발기구(OECD)의 30개 국가를 포함한 총 40개 국가의 죽음의 질을 평가하였다. 이에 따르면, 죽음의 질은 영국이 10점 만점에 7.9점으로 가장 높으며 우리나라는 3.7점으로 40개국 중 32위(OECD 30개국 중 28위)에 머물렀는데, 좀 더 세부적으로는 정치, 경제, 자원, 건강보험, 연금을 포함하는 보건의료환경 영역에서 20위, 호스피스 완화의료 이용 및 관련정책개발을 포함하는

4) 호스피스 완화의료의 개념, 세계보건기구(WHO)의 완화의료 추진전략, 세계 각국의 호스피스 완화의료 추진현황 등은 국내 기존 자료들에서 비교적 상세히 기술되고 있으므로 본 보고서에서는 필요 시 관련문헌이나 자료를 소개하는 데 그쳤다.

서비스접근성 영역에서 30위, 공공재원과 환자의 지출부담을 포함하는 비용 영역에서 35위, 인력에 대한 교육훈련, 마약류진통제의 가용성 등을 포함하는 서비스 질 영역에서 29위를 기록하였다(EIU, 2010, pp. 12-15).

이처럼 우리 국민의 죽음의 질이 낮게 평가된 데는 죽음에 대한 전통적인 이해나 대응 등 문화적 특성은 차치하고 우리나라에서 호스피스 완화의료가 시행된 경로와 상당부분 연관이 있을 것이라 여겨진다. 우리나라의 호스피스는 1963년 호주의 ‘마리아 작은 자매회’ 수녀들이 강원도 강릉에 의원을 설립하고 임종돌봄을 제공하면서 처음 소개되었으며, 2000년대 들어 정부가 암관리법을 제정하고 말기암환자를 대상으로 호스피스 완화의료를 실시하기까지 약 40년간 가톨릭의과대학과 성모병원 등 가톨릭계와 민간부문의 주도 하에 놓여있었다.⁵⁾ 이러한 배경은 호스피스 완화의료가 제도화에 앞서 이미 학문적으로나 경험적으로 많은 진전을 이루어 수많은 연구결과와 자료들을 통해 시행착오를 줄일 수 있는 기반을 마련한 점은 긍정적으로 풀이되지만, 올해 7월에야 호스피스 입원에 대한 건강보험 적용을 시작하는 등 국가차원의 관심이나 지원이 다른 나라들에 비해 다소 늦은 편으로 시기 면에서 부정적인 결과를 초래했을 수 있다.

따라서 향후 우리 국민의 죽음의 질은 기존보다는 개선될 여지가 충분한데 다만, 호스피스 완화의료 자체의 특성이나 그 주요 대상으로서 고령층의 욕구 특성이 공통적으로 보건의료서비스와 요양서비스의 통합적 제공을 필요로 하고 있는 점에서 볼 때, 현재 우리나라에서 건강보험과 노인장기요양보험이 분리운영 되고 있는 상황이나 과거 여러 차례에 걸친

5) 말기암환자 완화의료를 위한 지침의 개발·보급, 전문인력 양성, 완화의료전문기관에 대한 지원·평가 등의 사업이 본격화한 것은 2010년 5월 암관리법 전부개정(시행 2011년 6월) 이후이다.

보건과 복지서비스의 통합시도에서 성공하지 못한 경험들은 적신회임에 틀림없다. 더욱이 전체 암사망자 중 65세 이상이 약 2/3를 차지하고 있는 가운데, 주로 65세 이상으로 독립적인 일상생활을 수행하기 어려운 노인성 질환자를 위한 노인장기요양서비스에서는 수급자의 의료적 문제에 대한 지속적 관찰이나 관리가 미흡할 수밖에 없는 상황으로, 암환자의 경우 말기진단이 제때에 이루어지지 못하는 등 호스피스 완화의료에 대한 접근 자체에 제약이 따르고 있다.

이에 본 연구는 수명연장에 따른 65세 이상 노인인구의 증가와 더불어 노인장기요양서비스 이용자도 증가할 것으로 전망되는 점에서, 이들에 대한 호스피스 완화의료 활성화가 우선적으로 필요하다는 인식과 함께 추진되었다. 따라서 노인장기요양보험 급여대상자(인정자) 중 암으로 인한 사망자의 사망 전 의료 및 요양 서비스 이용내역과 이들을 포함하는 고령층의 죽음 및 호스피스와 관련한 인식 및 태도 등을 통해 호스피스 완화의료의 필요성을 확인하고 동시에, 이들이 현재 처해 있는 환경이나 여건을 바탕으로 호스피스 완화의료 활성화 방안을 모색함으로써, 그 중요성을 널리 공감케 함과 아울러 보다 신속하고 원활한 제도적 실행에 단초를 제공하고자 한다.

2. 연구 목적

본 연구는 우리 국민의 죽음의 질 나아가 삶의 질 향상에 기여하는 호스피스 완화의료 활성화를 위하여 노인장기요양서비스 이용자를 우선대상으로 보고 이들에게 적합한 호스피스 완화의료 제공방안을 마련하고자 하며 구체적 목적은 다음과 같다.

첫째, 암으로 인한 사망자의 사망특성, 우리 국민의 죽음과 관련한 인식

및 태도, 호스피스 완화의료 이용실태 등으로부터 특히, 노인장기
요양서비스 이용자의 호스피스 완화의료 수요를 추정한다.

둘째, 노인장기요양보험 급여대상자 중 암으로 인한 사망자의 사망 전 시
기별 의료 및 요양서비스 이용양상 및 이용내역으로부터 생애 말기
케어의 현황과 문제점 그리고 관련요인을 규명한다.

셋째, 노인장기요양시설에서의 임종케어 및 임종케어와 관련한 제약사
항, 시설종사자의 호스피스 완화의료에 대한 인식과 교육훈련, 지
역사회 호스피스 완화의료 사업 전략 및 운영 사례 등으로부터 노
인장기요양서비스 이용자의 호스피스 완화의료 접근성을 높이기
위한 과제를 도출하고 추진방안을 마련한다.

제2절 연구 내용 및 방법

1. 연구의 틀 및 연구 범위

본 연구의 목적이나 연구내용 및 방법의 선정은 보건의료기획의 개념
에 입각하고 있다. 즉, 보건의료기획은 (지역)사회의 보건문제를 규명하
고 이러한 문제에 특히 취약하거나 스스로 대응하기 어려운 인구집단을
중심으로 가용한 자원을 동원하여 실제적이고 적용가능하며 목표지향적
인 방법으로 해결해 가는 과정으로서(WHO, 1975)⁶⁾, 본 연구는 일상생

6) health planning is defined as the orderly process of defining community health problems, identifying unmet needs of people and surveying the resources to meet the established priorities goals that are realistic and feasible and projecting administrative actions to accomplish the purpose of the proposed programs(Hogarth J., 1975, Glossary of health care terminology. Copenhagen, World Health Organization, Regional Office for Europe, <http://whqlibdoc.who.int/publications/9290201231.pdf>)

활에서 신체기능 상 자립이 어려운 노인장기요양서비스 이용자의 호스피스 완화의료에 대한 접근성을 높이는 데 초점을 맞추고 있다.

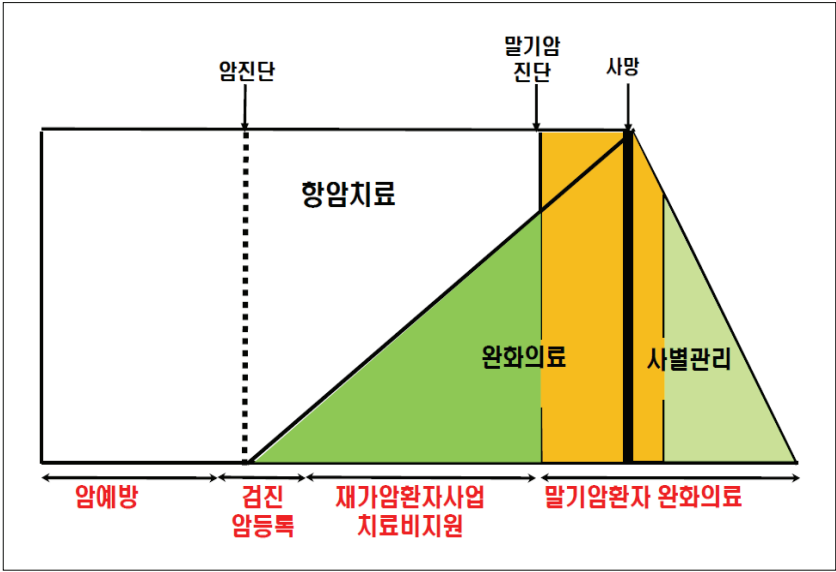
또한, 호스피스 완화의료의 적용대상이 국가에 따라 말기 암이나 에이즈 등 특정질환으로 한정되기도 하고 노인성질환으로서 말기에 해당되거나 연령을 기준으로 선정되기도 하는 등 사회여건이나 보건의료제도의 특성에 따라 다양한 형태를 보이고 있는 가운데, 우리나라의 경우 대상 질환을 확대해야 한다는 목소리가 점차 커지고 있기는 하나 현 제도 상 말기 암환자에 국한하고 있는 점을 본 연구에서도 그대로 쫓았다.⁷⁾ 이와 함께 호스피스 완화의료의 적용시기도 국가암관리사업(그림 1-1 참조)과 동일한 기준을 사용하였는데 다만, 말기의 진단시점이 불명확한 점에서 암사망자의 의료 및 요양서비스 이용행태는 사망 전 1년간에 대하여 분석하였다.

그밖에도, 우리나라에 호스피스가 도입된 후 반세기를 보내는 동안 많은 논의와 연구들이 진행되었으며 최근에는 정부의 호스피스 완화의료 활성화 의지 하에서 더욱 많은 정보가 생산되고 있는 데 대하여, 여기서는 기존에 여러 차례 보고되어 비교적 그 내용을 쉽게 접할 수 있는 사항들에 대하여는 자세한 언급을 자제하였으며 또한, 자료수집 시에는 중복되는 내용은 가능한 한 배제하여 기존의 자료를 최대한 활용하도록 하고 새로운 정보를 얻는데 주안점을 두었다. 그리고 이러한 자료들은 일부를 제외하고는, 암관리법의 전부개정으로 말기암환자 완화의료 사업이 본격화된 2011년 이후로 한정하였다.⁸⁾

7) 암이 아닌 만성말기성질환(알츠하이머병, 파킨슨병, 기관부전 등)은 치료의 중단이라는 개념이나 말기라는 진단자체가 명확하지도 또 명확한 구별이 가능하지도 않아서 이들에 대하여 호스피스라는 개념이 적용되기에 적절하지 않으며 다만, 이들 질환은 초기부터 완화의료적 접근모델을 구축하여 적용해야 할 것으로 제안되고 있다(장윤정, 2015).

8) 2011년 이전자료의 사용은 연혁을 보거나 자료의 제한이 있는 경우로 한정하였다.

[그림 1-1] 국가암관리사업



자료: 장윤정(2014:2), 호스피스 완화의료의 정책과 발전 전략, 공단토론회 발제문.

2. 연구 내용

연구내용은 서론과 결론을 제외하고 크게 5개 부분으로 구분된다.

첫째, 암으로 인한 사망자의 사망특성과 말기 암환자의 호스피스 완화의료 이용에 관한 기존 통계 및 보고자료를 토대로 특히, 노인장기요양대상자를 포함하는 고령층의 사망특성과 호스피스 완화의료 수요에 대해 살펴보았다.

둘째, 우리 국민의 죽음 및 호스피스 완화의료와 관련한 인식 및 태도를 다룬 기존 연구결과를 토대로, 우리 국민이 선호하는 임종장소, 임종기의 우려사항, 호스피스 이용의향과 제공 장소 등에 대하여 살펴보았다. 특히, 여기서는 고령층이 임종장소나 호스피스 제공 장소로서 노인장기

요양시설을 선호하는 정도, 호스피스 완화의료의 이용의향, 임종기의 신체적 고통에 대한 우려 등 완화의료에 대한 요구에 초점을 맞추었다.

셋째, 노인장기요양보험 급여대상자 중 암으로 인한 사망자의 건강보험급여자료와 노인장기요양보험급여자료의 연계를 통해 이들의 사망 전 의료 및 요양서비스 이용실태로서 특히, 사망장소와 사망 전 시기에 따른 서비스 이용내역, 의료비, 연명치료에 대해 살펴보았다.

넷째, 노인장기요양시설 관계자를 대상으로 표적집단면접과 온라인 설문조사를 실시하여 노인장기요양시설에서의 임종케어 및 임종케어와 관련한 제약사항, 호스피스 완화의료에 대한 인식과 교육훈련, 노인장기요양서비스 이용자에게 적합한 호스피스 완화의료 제공방안 등에 관해 실태를 파악하고 의견을 수렴하였다.

다섯째, 호스피스의 근원지이자 죽음의 질을 높게 평가받고 있는 영국이 2000년대 중반에 마련한 임종돌봄전략(End of Life Care Strategy)과 그 실행 사례에 대하여 살펴보고 동시에, 국내 사례로서 최근 부산광역시에서 추진하고 있는 지역사회 말기암환자 호스피스 사업에 대해 살펴봄으로써 향후 나아가야 할 방향에 대한 시사점을 찾았다.

3. 연구 방법

앞서 연구목적 및 연구내용에서도 일부 언급되었듯이, 본 연구는 죽음의 질에 영향을 미치는 호스피스 완화의료 활성화와 관련하여 우선순위 대상을 선정하고 실효성 있는 접근전략을 마련코자 한 것으로, 연구결과에 대한 공감대를 이루기 위해 가능한 한 객관적인 입장이나 근거자료에 기반을 두고자 하였다.

우선, 연구범위의 설정이나 우선대상의 선정 그리고 연구내용과 방법

등 연구 전반에 걸쳐서 호스피스 완화의료 제도의 수립에 관여하고 있는 정책입안자와 의료 및 사회복지 분야의 학계 전문가 그리고 실제 호스피스 완화의료 사업을 수행하고 있는 완화의료 전문기관 종사자의 의견을 폭넓게 수렴하였다.

또한, 본 연구를 위해 4종의 양적 및 질적 자료가 수집·활용되었는데 첫째, 2011~2013년 사망원인통계에 관한 통계청 마이크로데이터, 둘째, 2011~2012년 노인장기요양보험 급여대상자 중 암으로 인한 사망자의 건강보험급여와 장기요양보험급여의 연계데이터, 셋째, 노인장기요양 시설 협회 혹은 단체의 임원을 대상으로 실시한 표적집단면접조사 자료, 넷째, 전국 노인장기요양시설 관계자를 대상으로 실시한 온라인 설문조사 자료 등이다.

그밖에도, 호스피스 완화의료에 대한 인식 및 태도, 호스피스 완화의료 이용실태, 노인장기요양보험 제도, 영국의 질적 임종케어를 위한 사업 및 전략, 부산광역시 말기암환자 호스피스 사업 등을 위해서 기존 연구, 정부보고, 법규, 문헌, 사례 등에 대한 자료수집과 고찰이 광범위하게 이루어졌다.

이들 각각의 추진내역은 개별 장에 보다 구체적으로 기술되었다.

4. 연구의 제한점

본 연구는 논의 범위와 일부 추론과정 그리고 활용자료에 있어서 여러 가지 미흡한 점을 남기고 있다.

우선, 본 연구의 논의 범위는 노인장기요양서비스 이용자 중 말기암환자에 대한 호스피스 완화의료 활성화로 국한되었다. 하지만 실제적으로 노인장기요양서비스 이용자의 경우, 자격인정 시 암 진단 여부를 기준으

로 삼지 않음에 따라 서비스제공기관에서 자체적으로 파악하지 않고서는 대상인지 여부를 알 수 없으며 또한 상당수는 시설을 이용하는 중에 진단 되거나 심지어는 사망 후 질환이 확인되기도 하는 등 서비스제공 현장의 상황과 부합하지 못하는 측면이 있다. 이와 같은 사실은 당초부터 모르는 바는 아니었으나, 암환자에 대한 노인장기요양보험 인정의 필요성을 연구과정에서 확인하고자 하는 의도와, 노인장기요양서비스 이용자의 경우에 거의 모두가 노인성 말기질환자로서 호스피스 완화의료 대상을 확대해야 한다는 의견이 많이 표출되고 있는 상황으로, 말기진단이 비교적 가능한 암환자를 대상으로 제도가 우선 정립되어야 한다는 입장을 반영한 것이다.

다음으로, 기존자료를 활용하는 경우에 연령구분 등에 있어서 일관성을 유지하기 어려우며 특히, 노인장기요양서비스 이용자의 호스피스 완화의료 수요를 추정하는 등 자료의 이차적 활용에서는 정확성이 떨어질 수밖에 없다.

그리고 보다 근본적인 문제로서, 우리나라에서 호스피스의 역사가 짧지 않은 가운데 그간 다양한 주체들의 참여와 보건의료환경의 변화가 이어지면서 호스피스 완화의료의 개념이나 내용 등 원론적인 부분들조차 합의된 형태를 띠고 있지 않음에도 불구하고, 이를 고려하지 않은 채 인식 및 태도에 대하여 조사하거나 논의를 진전시켜 온 점도 기존조사결과에 일정부분 의존하고 있는 본 연구에 어느 정도 영향을 미쳤을 것으로 보인다.

그밖에도, 이와 같은 상황에서 노인장기요양시설 관계자를 대상으로 실시된 표적집단면접조사나 온라인 설문조사는 노인장기요양시설이 현재 처하고 있는 여건 상 암환자에 국한하지 않고 서비스 이용자 전체를 염두에 둔 채 이루어진 것이어서 초점이 다소 흐려졌을 수 있다. 하지만

이 점은 이들의 요구가 오히려 과소 추정되었을 소지도 있는 것으로 전체적인 연구의 맥락에서 볼 때, 크게 무리를 초래하지는 않았을 것으로 판단된다.

이 외에도 제한점이나 미흡한 점이 많겠으나, 단일 연구로서 제반 여건에 맞출 수밖에 없는 상황임을 감안하고 향후 후속연구에서 점차 완성도를 높여가기를 희망한다.

제 2 장

사망자의 특성 및 호스피스 완화의료 이용 현황

제1절 사망자의 특성

제2절 호스피스 완화의료 이용 현황

2

사망자의 특성 및 호스피스 << 완화의료 이용 현황

우리나라에서 호스피스 완화의료 대상은 말기암환자로서 본인이 희망하는 경우로 규정되어 있다.⁹⁾ 따라서 완화의료를 받으려면 본인 혹은 미리 지정한 대리인에 의한 완화의료 동의서와 말기 암이라는 의사의 소견서가 필요하다(법률제10333호 암관리법 제20조 및 제24조).

호스피스 완화의료 활성화를 효과적으로 추진하려면 무엇보다도 목표 대상의 명확한 규명이 필요하고 이들에 대한 접근도 실제적으로 가능해야 할 것이다. 이에 암으로 인한 사망자의 사망특성과 호스피스 완화의료 이용현황을 토대로 이와 같은 선결과제에 대하여 살펴보았는데 특히, 여기서는 노인장기요양보험 급여대상자(인정자)를 포함하는 65세이상 고령층에 초점을 맞추었다.

사용된 자료는 크게 3종으로서 사망원인통계, 호스피스 완화의료 이용 현황, 암으로 사망한 노인장기요양보험 급여대상자 현황이다.

사망원인통계는 통계청 마이크로데이터로서 2011~2013년 인구동향 조사 및 사망원인에 관한 원자료를 사용하였으며, 동 자료 중 사망년도, 사망 시 연령, 사망원인, 사망장소 항목을 분석에 적용하였다.

호스피스 완화의료 이용 현황과 관련하여서는 국립암센터의 ‘호스피스 완화의료 지원사업 현황’에 관한 보고내용을 참고로 하였다(국립암센터 호스피스 완화의료사업과, 2015.11, <http://hospice.cancer.go.kr>).

암으로 사망한 노인장기요양보험 급여대상자 현황은 2008년부터 시작

9) 말기암환자란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 몇 개월 내에 사망할 것으로 예상되는 암환자를 말한다(암관리법 제2조 정의)

된 노인장기요양보험의 등급인정자 가운데 2011~2012년간 암으로 인해 사망한 급여대상자를 선별하여 구축된 데이터베이스를 사용하였다.¹⁰⁾

제1절 사망자의 특성

1. 전체 사망

우리나라의 2011~2013년 사망자는 총 796,062명이다. 이 가운데 65세 이상은 571,298명으로 71.8%를 차지하며, 암으로 인한 사망은 222,012명으로 약 28%를 차지하고 있다.

사망장소는 의료기관이 70%로 가장 많은 분포를 보이고 있으며, 다음으로 주택 18.8%, 사회복지시설(장기요양시설) 3.7%, 병원이송중 사망(DOA) 2.3% 순으로, 주택과 병원이송중 사망의 비중은 연차적으로 감소하고 있는 반면에 의료기관과 사회복지시설에서의 사망 비중은 증가하는 경향에 있다.

한편, 65세 이상 사망의 사망장소는 전체 사망과 비교하여 변동 추세는 유사하나 주택, 의료기관, 사회복지시설에서의 사망 비중이 전반적으로 높게 나타나고 있다(표 2-1 참조).

2011~2013년 암으로 인한 사망 중 65세 이상은 147,379명으로 66.4%를 차지하고 있다(표 2-2 참조).

10) 동 데이터베이스는 본 보고서 '제4장 암으로 사망한 노인장기요양보험 급여대상자의 사망 전 1년간 의료 및 장기요양서비스 이용실태'를 파악하기 위하여 구축된 것으로, 해당 장에 상세히 소개되어 있다. 대상기간이 2011~2012년으로 통계청 사망통계의 2011~2013년보다 짧은 점은 자료 간 연계가 필요한 상황에서 개별 자료의 공개시점이 동일하지 않음에 연유한다.

〈표 2-1〉 사망자의 특성, 2011~2013

(단위: %, 명)

구분	2011	2012	2013	계
계	100.0	100.0	100.0	100.0
(총 사망자수)	(258,994)	(268,980)	(268,088)	(796,062)
연령				
65세 미만	29.5	27.7	27.5	28.2
65세 이상	70.5	72.3	72.5	71.8
미상	0.0	0.0	0.0	0.01
사망원인				
악성신생물	27.8	27.6	28.3	27.9
기타	72.2	72.4	71.7	72.1
사망장소				
주택	19.9	18.8	17.7	18.8
의료기관	68.5	70.0	71.5	70.0
사회복지시설	3.3	3.8	3.8	3.7
학교 등 공공시설_	0.1	0.1	0.1	0.1
도로	1.0	1.0	0.9	1.0
상업,서비스시설	0.5	0.5	0.6	0.5
산업장	0.2	0.2	0.2	0.2
논밭등 야외일터	0.2	0.2	0.2	0.2
병원이송중사망	3.1	2.1	1.7	2.3
기타	3.1	3.1	3.0	3.1
미상	0.1	0.1	0.1	0.1
65세 이상				
(65세 이상 사망자수)	(182,582)	(194,369)	(194,347)	(571,298)
사망원인				
악성신생물	25.8	25.4	26.1	25.8
기타	74.2	74.6	73.9	74.2
사망장소				
주택	20.4	19.0	17.5	18.9
의료기관	70.0	71.5	73.4	71.7
사회복지시설	4.5	5.1	5.1	4.9
학교 등 공공시설_	0.1	0.1	0.1	0.1
도로	0.4	0.4	0.4	0.4
상업,서비스시설	0.1	0.1	0.1	0.1
산업장	0.03	0.03	0.03	0.03
논밭등 야외일터	0.2	0.2	0.2	0.2
병원이송중사망	2.9	1.9	1.6	2.1
기타	1.5	1.6	1.6	1.6
미상	0.1	0.1	0.1	0.1

〈표 2-2〉 암으로 인한 사망자의 특성, 2011~2013

(단위: %, 명)

구분	2011	2012	2013	계
계 (N)	100.0 (71,946)	100.0 (74,217)	100.0 (75,849)	100.0 (222,012)
연령				
65세 미만	34.5	33.4	33.0	33.6
65세 이상	65.5	66.6	67.0	66.4
사망장소				
주택	9.3	9.2	8.5	9.0
의료기관	87.6	88.1	89.1	88.3
사회복지시설	1.2	1.3	1.1	1.2
학교 등 공공시설	0.02	0.01	0.02	0.01
도로	0.1	0.04	0.04	0.04
상업,서비스시설	0.02	0.03	0.02	0.02
산업장	0.01	0.004	0.01	0.01
논밭등 야외일터	0.01	0.01	0.01	0.01
병원이송중사망	1.3	0.9	0.7	1.0
기타	0.4	0.4	0.4	0.4
미상	0.03	0.03	0.03	0.03
사망원인 ¹⁾ (악성신생물)				
C00-C14	1.3	1.4	1.4	1.4
C15-C26	53.6	53.1	52.2	53.0
C30-C39	23.2	23.6	23.8	23.5
C40-C41	0.2	0.3	0.2	0.2
C43-C44	0.6	0.6	0.6	0.6
C45-C49	0.8	0.7	0.8	0.8
C50-C50	2.8	2.7	3.0	2.8
C51-C58	3.2	3.0	3.1	3.1
C60-C63	2.0	2.0	2.2	2.1
C64-C68	3.2	3.4	3.5	3.4
C69-C72	1.7	1.6	1.6	1.6
C73-C75	0.6	0.6	0.6	0.6
C76-C80	1.5	1.3	1.5	1.4
C81-C96	5.2	5.6	5.5	5.4

주: 1) 〈표 4-7〉 참조

암으로 인한 사망자의 사망장소는 의료기관이 88.3%를 차지하여 전체 사망에서의 70%에 비해 18.3%p 높다. 하지만, 주택이나 사회복지시설에서의 사망 비중은 각각 전체 사망자에서 차지하는 사망 비중의 약 1/2

과 1/3 수준에 그치고 있다.

암으로 인한 사망자의 세부사망원인으로는 위암과 폐암을 위주로 하는 소화기관과 호흡기 및 가슴내 장기의 악성신생물이 전체의 76.5%를 차지하고 있다(표 2-2 참조).

2011~2013년 암으로 인한 사망자 중 65세 이상의 경우, 의료기관에서의 사망 비중은 85.9%로 전체 암 사망자에서보다 2.4%p 낮다. 반면에, 주택과 사회복지시설에서의 사망 비중은 각각 1.9%p와 0.3%p 높다.

또한, 세부사망원인으로서 소화기관의 악성신생물(C15-C26)과 호흡기 및 가슴내 장기의 악성신생물(C30-C39)에 의한 사망의 비중은 65세 이상에서 전체 암 사망자보다 다소 높다(표 2-3 참조).

〈표 2-3〉 65세 이상 암으로 인한 사망자의 특성, 2011~2013

(단위: %, 명)

구분		2011	2012	2013	계
계 (N)		100.0 (47,108)	100.0 (49,451)	100.0 (50,820)	100.0 (147,379)
사망장소	주택	11.3	11.1	10.3	10.9
	의료기관	85.1	85.7	87.0	85.9
	사회복지시설	1.6	1.6	1.4	1.5
	학교 등 공공시설	0.02	0.01	0.02	0.0
	도로	0.1	0.03	0.03	0.0
	상업,서비스시설	0.01	0.02	0.01	0.0
	산업장	0.01	0.0	0.01	0.0
	논밭등 야외일터	0.00	0.01	0.01	0.0
	병원이송중사망	1.52	0.991	0.83	1.1
	기타	0.41	0.46	0.42	0.4
	미상	0.03	0.03	0.02	0.0
사망원인 ¹⁾ (악성신생물)	C00-C14	1.1	1.2	1.2	1.2
	C15-C26	52.51	52.25	51.33	52.0
	C30-C39	26.6	26.9	27.1	26.9
	C40-C41	0.2	0.2	0.1	0.2
	C43-C44	0.6	0.6	0.6	0.6

구분	2011	2012	2013	계
C45-C49	0.6	0.6	0.6	0.6
C50-C50	1.3	1.2	1.3	1.2
C51-C58	2.5	2.2	2.2	2.3
C60-C63	2.8	2.8	3.0	2.8
C64-C68	3.7	4.0	4.1	3.9
C69-C72	1.1	1.0	1.1	1.1
C73-C75	0.7	0.7	0.7	0.7
C76-C80	1.7	1.5	1.7	1.7
C81-C96	4.6	5.0	4.9	4.9

주: 1) <표 4-7> 참조

2. 노인장기요양보험 급여대상자 사망

65세 이상의 노인성 질환자가 주로 해당되는 노인장기요양보험 급여 대상자(등급인정자)의 경우, 2008~2012년 총 급여대상자 가운데 사망자는 2012년 기준 약 44%로 추산되며,¹¹⁾ 그 중 2011~2012년 사망자는 55.6%에 해당하는 150,966명이다.

노인장기요양보험 급여대상자 사망이 65세 이상 전체 사망에서 차지하는 비중은 약 40%로서, 이는 2012년 기준 65세이상 전체 노인인구에서 노인장기요양보험 급여대상자의 비중이 5.8%인 것과 비교할 때, 임종케어 대상으로서 이들의 우선순위를 충분히 시사하고 있다고 하겠다(국민건강보험공단, 2014).

노인장기요양보험 급여대상자의 사망장소는 의료기관 65.4%, 자택 20.9%, 사회복지시설 10.8%, 병원이송 중 사망 2.7% 로 일반적인 사망과 유사한 경향을 보이나, 의료기관에서의 사망 비중이 65세 이상 전체

11) 2008~2012년 노인장기요양보험 급여대상자수 613,262명(국민건강보험공단, 노인장기요양보험 통계연보, 2013:33), 2008~2012년 노인장기요양보험 급여대상자 중 사망자수 271,474명(한은정 외, 2014:61)에 기초하여 추산하였다. 노인장기요양보험 급여대상자 현황은 제4장 제1절 노인장기요양보험 개요에 보다 상세히 기술되었다.

사망보다 낮으며 사회복지시설에서의 사망 비중은 2배 이상 높게 나타나고 있다.

한편, 2011~2012년 노인장기요양보험 급여대상자 중 암으로 인한 사망자는 21,108명으로, 전체 노인장기요양보험 급여대상자 사망의 약 14%에 해당하고 있다. 이들의 사망장소로는 의료기관의 비중이 77.9%로 65세 이상 전체 사망이나 노인장기요양보험 급여대상자 전체 사망보다 7.1%p~12.5%p 높으며 사회복지시설의 비중은 65세 이상 전체 사망보다는 조금 높으나 노인장기요양보험 급여대상자 전체 사망보다는 1/2 수준에도 미치지 못하고 있다(표 2-4 참조).

〈표 2-4〉 노인장기요양보험 급여대상자 사망의 사망장소, 2011~2012

(단위: 명, %)

구분		2011		2012		계	
		N	%	N	%	N	%
총 사망	계	71,997	100.0	78,969	100.0	150,966	100.0
	자택	15,595	21.7	15,940	20.2	31,535	20.9
	의료기관	46,465	64.5	52,229	66.1	98,694	65.4
	사회복지시설	7,402	10.3	8,954	11.3	16,356	10.8
	병원이송중사망	2,365	3.3	1,693	2.1	4,058	2.7
	기타 ¹⁾	170	0.2	153	0.2	323	0.2
암으로 인한 사망	계	10,237	100.0	10,871	100.0	21,108	100.0
	자택	1,513	14.8	1,641	15.1	3,154	14.9
	의료기관	7,958	77.7	8,485	78.1	16,443	77.9
	사회복지시설	531	5.2	570	5.2	1,101	5.2
	병원이송중사망	223	2.2	165	1.5	388	1.8
	기타 ¹⁾	12	0.1	10	0.1	22	0.1

주: 1) 학교 등 공공시설, 도로, 상업 서비스시설, 산업장, 논밭 등 야외일터 외.

이와 같은 결과는 암 질환만으로는 노인장기요양보험 등급인정을 받기 어려운 현실과 노인장기요양서비스에서 의료적 요구를 해결해 주지 못하

는 여건 등이 복합적으로 반영된 것이라 여겨지며 특히, 암환자의 경우에 병원으로 이송되어 연명치료 등 적극적 치료에 매달리다가 사망할 가능성도 충분히 예상되는 점에서 사망 전 의료 및 요양 서비스 이용내역의 분석 등을 통한 원인규명이 있어야 할 것으로 보인다.

노인장기요양보험 급여대상자 중 암으로 인한 사망자의 인정등급별 분포를 보면 1등급 14.6%, 2등급 26.3%, 3등급 59.1%로 2012년 기준 생존하고 있는 노인장기요양보험 급여대상자의 등급별 분포와 비교할 때, 위중도가 높은 등급일수록 사망자의 비중이 보다 높게 나타나고 있다.¹²⁾ 이는 당연한 결과이기도 하나 한편으로, 암이 자격인정기준에 포함되어 있지 않은 상황에서 암을 앓고 있는 노인장기요양보험 급여대상자의 경우에 암 이외의 질환을 복합적으로 앓고 있는 등 질환의 위중도가 더욱 높을 가능성도 예상해 볼 수 있다.

한편, 사망자의 보험급여자격은 사회복지시설 사망자에서 기초생활수급대상의 비중이 의료기관 사망에 비해 약 1.5배 높은 수준으로, 경제적 부담이 없을 경우 의료기관 사망은 좀 더 증가할 가능성도 엿보이고 있다(표 2-5 참조).

노인장기요양보험 급여대상자 중 암으로 인한 사망자의 세부사망원인을 사망장소와 관련시켜 볼 경우, 사회복지시설에서의 사망과 의료기관에서의 사망 간에는 큰 차이가 없음으로써, 의료 및 요양 서비스 이용이 세부질환에 의해 크게 영향 받지 않음을 시사하였다(표 2-6 참조).

12) 2012년 기준 사망자를 제외한 노인장기요양보험 급여대상자의 등급별 분포는 1등급 11.2%, 2등급 20.7%, 3등급 68.1%이다(2012 노인장기요양보험 통계연보, 국민건강보험공단, 2013:34)

〈표 2-5〉 노인장기요양보험 급여대상자 중 암으로 인한 사망자의 특성, 2011~2012

(단위: %, 명)

구분	사망장소					
	자택	의료기관	사회복지 시설	병원이송 중 사망	기타 ¹⁾	계
2011년						
소계	100.0 (1,513)	100.0 (7,958)	100.0 (531)	100.0 (223)	100.0 (12)	100.0 (10,237)
연령						
65세미만	1.7	2.7	2.1	1.3	-	2.5
65세이상	98.3	97.3	97.9	98.7	100.0	97.5
요양						
1등급	17.4	14.3	22.6	21.5	8.3	15.4
등급						
2등급	26.3	25.6	35.2	29.1	41.7	26.3
3등급	56.3	60.1	42.2	49.3	50.0	58.3
자격						
기초생활수급	7.8	12.9	18.8	13.0	25.0	12.5
경감,의료급여	4.0	4.6	4.5	3.6	-	4.5
일반	88.2	82.5	76.6	83.4	75.0	83.1
2012년						
(N)	(1,641)	(8,485)	(570)	(165)	(10)	(10,871)
연령						
65세미만	1.8	2.4	3.2	1.8	-	2.3
65세이상	98.2	97.6	96.8	98.2	100.0	97.7
요양						
1등급	17.3	13.1	16.1	18.2	20.0	14.0
등급						
2등급	28.6	25.0	37.9	29.7	20.0	26.3
3등급	54.1	61.9	46.0	52.1	60.0	59.7
자격						
기초생활수급	8.7	12.5	18.1	9.1	-	12.1
경감,의료급여	2.6	4.3	4.2	2.4	10.0	4.0
일반	88.7	83.3	77.7	88.5	90.0	83.9
계						
(N)	(3,154)	(16,443)	(1,101)	(388)	(22)	(21,108)
연령						
65세미만	1.7	2.5	2.6	1.5	-	2.4
65세이상	98.3	97.5	97.4	98.5	100.0	97.6
요양						
1등급	17.3	13.7	19.3	20.1	13.6	14.6
등급						
2등급	27.5	25.3	36.6	29.4	31.8	26.3
3등급	55.1	61.0	44.1	50.5	54.5	59.1
자격						
기초생활수급	8.2	12.7	18.4	11.3	13.6	12.3
경감,의료급여	3.3	4.4	4.4	3.1	4.5	4.2
일반	88.5	82.9	77.2	85.6	81.8	83.5

주: 1) 학교 등 공공시설, 도로, 상업 서비스시설, 산업장, 논밭 등 야외일터 외.

36 호스피스 완화의료 활성화 방안-노인장기요양서비스 이용자를 중심으로

〈표 2-6〉 노인장기요양보험 급여대상자 중 암으로 인한 사망자의 세부사망원인, 2011~2012

(단위: 명, %)

구분		자택	의료 기관	사회 복지 시설	병원 이송 중 사망	기타 ¹⁾	계
사망자수(명)							
입술,구강 및 인두의 악성신생물	C00-C14	52	202	7	3	-	264
소화기관의 악성신생물	C15-C26	1,539	8,027	536	191	10	10,303
호흡기 및 가슴내 장기의 악성신생물	C30-C39	742	3,933	268	93	5	5,041
뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40-C41	8	42	2	1	-	53
흑색종 및 기타피부의 악성신생물	C43-C44	33	148	18	1	-	200
종피성 및 연조직의 악성신생물	C45-C49	10	103	3	5	-	121
유방의 악성신생물	C50-C50	47	297	29	10	1	384
여성 생식기관의 악성신생물	C51-C58	98	525	34	11	1	669
남성 생식기관의 악성신생물	C60-C63	194	655	44	20	2	915
요로의 악성신생물	C64-C68	146	816	63	24	1	1,050
눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부위의	C69-C72	77	508	36	6	-	627
감상샘 및 기타 내분비샘의	C73-C75	21	129	11	3	-	164
불명확한 속발성 및 상세불명 부위의	C76-C80	46	319	24	7	1	397
림프, 조혈 및 관련조직의	C81-C96	141	739	26	13	1	920
계		3,154	16,443	1,101	388	22	21,108
분포(%), 세부사망원인별							
입술,구강 및 인두의 악성신생물	C00-C14	19.7	76.5	2.7	1.1		100.0
소화기관의 악성신생물	C15-C26	14.9	77.9	5.2	1.9	0.1	100.0
호흡기 및 가슴내 장기의 악성신생물	C30-C39	14.7	78.0	5.3	1.8	0.1	100.0
뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40-C41	15.1	79.2	3.8	1.9	-	100.0
흑색종 및 기타피부의 악성신생물	C43-C44	16.5	74.0	9.0	0.5	-	100.0
종피성 및 연조직의 악성신생물	C45-C49	8.3	85.1	2.5	4.1	-	100.0
유방의 악성신생물	C50-C50	12.2	77.3	7.6	2.6	0.3	100.0
여성 생식기관의 악성신생물	C51-C58	14.6	78.5	5.1	1.6	0.1	100.0
남성 생식기관의 악성신생물	C60-C63	21.2	71.6	4.8	2.2	0.2	100.0
요로의 악성신생물	C64-C68	13.9	77.7	6.0	2.3	0.1	100.0
눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부위의	C69-C72	12.3	81.0	5.7	1.0	-	100.0
감상샘 및 기타 내분비샘의	C73-C75	12.8	78.7	6.7	1.8	-	100.0
불명확한 속발성 및 상세불명 부위의	C76-C80	11.6	80.4	6.0	1.8	0.3	100.0
림프, 조혈 및 관련조직의	C81-C96	15.3	80.3	2.8	1.4	0.1	100.0
계		14.9	77.9	5.2	1.8	0.1	100.0

구분		자택	의료 기관	사회 복지 시설	병원 이송 중 사망	기타 ¹⁾	계
분포(%), 사망장소별							
입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00-C14	1.6	1.2	0.6	0.8	-	1.3
소화기관의 악성신생물	C15-C26	48.8	48.8	48.7	49.2	45.5	48.8
호흡기 및 가슴내 장기의 악성신생물	C30-C39	23.5	23.9	24.3	24.0	22.7	23.9
뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40-C41	0.3	0.3	0.2	0.3	-	0.3
흑색종 및 기타피부의 악성신생물	C43-C44	1.0	0.9	1.6	0.3	-	0.9
종피성 및 연조직의 악성신생물	C45-C49	0.3	0.6	0.3	1.3	-	0.6
유방의 악성신생물	C50-C50	1.5	1.8	2.6	2.6	4.5	1.8
여성 생식기관의 악성신생물	C51-C58	3.1	3.2	3.1	2.8	4.5	3.2
남성 생식기관의 악성신생물	C60-C63	6.2	4.0	4.0	5.2	9.1	4.3
요로의 악성신생물	C64-C68	4.6	5.0	5.7	6.2	4.5	5.0
눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부위의	C69-C72	2.4	3.1	3.3	1.5	-	3.0
감상샘 및 기타 내분비샘의	C73-C75	0.7	0.8	1.0	0.8	-	0.8
불명확한 속발성 및 상세불명 부위의	C76-C80	1.5	1.9	2.2	1.8	4.5	1.9
림프, 조혈 및 관련조직의	C81-C96	4.5	4.5	2.4	3.4	4.5	4.4
계		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

주: 1) 학교 등 공공시설, 도로, 상업 서비스시설, 산업장, 논밭 등 야외일터 외.

이상과 같은 전체 사망과 노인장기요양보험 급여대상자 사망의 특성을 대비해 본 결과, 2011~2012년 노인장기요양보험 급여대상자 사망이 전체 사망에서 차지하는 비중이 28.6%에 해당하는 가운데, 노인장기요양보험 급여대상자는 10명 중 1명 이상이 사회복지시설에서 사망하는 것으로 나타나 임종케어에 있어서 사회복지시설의 역할이 중요함을 시사하고 있다(표 2-7 참조).

호스피스 완화의료 대상인 암으로 인한 사망자의 경우, 노인장기요양보험 급여대상자 사망이 전체 사망의 14.4%, 65세 이상 사망의 21.9%를 차지하고 있는 가운데, 암으로 사망한 노인장기요양보험 급여대상자의 5.2%가 사회복지시설에서 사망하는 것으로 나타나고 있어서 호스피스 완화의료의 활성화를 위해서는 사회복지시설의 관여가 필요함을 재차 엿

보이고 있다(표 2-8 참조).

2011~2012년 암으로 인한 사망자의 세부사망원인은 노인장기요양보험 급여대상자에서 65세 이상 전체보다 다빈도 질환인 소화기관의 악성신생물(C15~C26)과 호흡기 및 가슴내 장기의 악성신생물(C30~C39)의 비중이 각각 3.6%p와 2.8%p 낮게 나타나 이들 질환자의 노인장기요양보험 등급인정율이 낮은 수준에 있음을 시사하였다.

〈표 2-7〉 전체 사망과 노인장기요양보험 급여대상자 사망의 특성 비교, 2011~2012

(단위: 명, %)

구분	전체	65세 이상	노인장기요양 급여대상자
계 (사망자수)	100.0 (527,974)	100.0 (376,951)	100.0 (150,966)
사망장소			
자택	19.3	19.7	20.9
의료기관	69.3	70.8	65.4
사회복지시설	3.6	4.8	10.8
병원이송중사망	2.6	2.4	2.7
기타 ¹⁾	5.2	2.3	0.2
사망원인			
악성신생물 (C00~C96)	27.7	25.6	14.0
기타	72.3	74.4	86.0

주: 1) 학교 등 공공시설, 도로, 상업 서비스시설, 산업장, 논밭 등 야외일터 외.

〈표 2-8〉 전체 사망과 노인장기요양보험 급여대상자 사망 중 암으로 인한 사망자의 특성 비교, 2011~2012

(단위: 명, %)

구분	암으로 인한 사망자		
	전체	65세 이상	노인장기요양 급여대상자
계 (사망자수)	100.0 (146,163)	100.0 (96,528)	100.0 (21,108)
사망장소			
자택	9.3	11.2	14.9
의료기관	87.9	85.4	77.9
사회복지시설	1.3	1.6	5.2
병원이송중사망	1.1	1.2	1.8

구분			암으로 인한 사망자		
			전체	65세 이상	노인장기요양 급여대상자
기타 ¹⁾			0.4	0.6	0.1
사망원인 (악성신생물)	입술, 구강 및 인두	C00-C14	1.4	1.2	1.3
	소화기관	C15-C26	53.4	52.4	48.8
	호흡기 및 가슴내 장기	C30-C39	23.4	26.7	23.9
	뼈 및 관절연골	C40-C41	0.2	0.2	0.3
	흑색종 및 기타피부	C43-C44	0.6	0.6	0.9
	종피성 및 연조직	C45-C49	0.8	0.6	0.6
	유방	C50-C50	2.8	1.2	1.8
	여성 생식기관	C51-C58	3.1	2.3	3.2
	남성 생식기관	C60-C63	2.0	2.8	4.3
	요로	C64-C68	3.3	3.9	5.0
	눈, 뇌 및 중추신경계통	C69-C72	1.7	1.1	3.0
	감상샘 및 기타 내분비샘	C73-C75	0.6	0.7	0.8
	불명확 속발성 및 상세불명 부위	C76-C80	1.4	1.6	1.9
	림프, 조혈 및 관련조직	C81-C96	5.4	4.8	4.4

주: 1) 학교 등 공공시설, 도로, 상업 서비스시설, 산업장, 논밭 등 야외일터 외.

제2절 호스피스 완화의료 이용 현황

1. 호스피스 완화의료 수요와 자원공급

세계보건기구(WHO)는 질병의 역학적 특성에 따른 증상(고통)발현에 관한 연구 등을 토대로, 전체 성인 말기암환자의 84%(아동의 경우, 80%)에게 완화의료이 필요한 것으로 추정하고 있다. 따라서 암으로 한정할 경우, 완화의료 대상자수는 세계적으로 15세 이상 암 사망자 총 7,786,470명 중 6,540,634명으로 나타나고 있다(WHO, 2014, p.96; 표 2-9 참조).

이와 같은 결과는 세계적으로 인구 10만명당 128.5명에 해당하는 것으로, 우리나라를 포함하여 암에 의한 사망률이 세계 평균에 비해 높은 국가들에서는 완화의료의 필요로 하는 인구의 비중이 보다 높을 것으로

40 호스피스 완화의료 활성화 방안-노인장기요양서비스 이용자를 중심으로

예상된다(표 2-10 참조).

〈표 2-9〉 15세 이상의 질병군, 성, 연령별 임종기 완화의료 요구 추정

WHO regions	Total	Disease categories			Males		Females		Both genders	
		HIV/AIDS	Cancer	Progressive non-malignant	15-59 years	60 years and above	15-59 years	60 years and above	15-59 years	60 years and above
World	19,228,760*	1,098,613	6,540,634	11,589,511	2,886,672	7,112,572	2,213,170	6,863,345	5,099,842	13,975,918
Africa	1,765,505	709,754	346,203	709,547	513,957	312,374	589,238	349,934	1,103,196	662,308
Region of the Americas	2,588,117	52,963	1,031,135	1,504,018	285,497	1,012,921	225,605	1,064,092	511,103	2,077,013
Eastern Mediterranean	939,923	27,723	266,588	645,612	156,941	351,566	127,541	303,873	284,483	655,440
European	4,168,927	73,941	1,618,526	2,476,460	448,172	1,653,538	253,299	1,813,916	701,472	3,467,455
South East Asia	4,143,432	172,662	1,008,689	2,962,080	809,583	1,466,556	566,426	1,300,865	1,376,010	2,767,421
Western Pacific	5,469,854	61,569	2,269,492	3,138,793	672,518	2,315,614	451,057	2,030,663	1,123,575	4,346,278

자료: WHO, 2014, p.97.

〈표 2-10〉 15세 이상 인구 10만명당 질병군, 성, 연령별 임종기 완화의료 요구 추정

WHO regions	Total	Disease categories			Males		Females		Both genders	
		HIV/AIDS	Cancer	Progressive non-malignant	15-59 years	60 years and above	15-59 years	60 years and above	15-59 years	60 years and above
World	377.6	21.6	128.5	227.6	131.8	2,004.7	104.2	1,619.2	118.2	1,794.8
Africa	353.4	142.1	69.3	142.0	225.5	1,566.8	258.6	1,467.2	242.0	1,512.6
Region of the Americas	365.8	7.5	145.7	212.6	98.6	1,799.4	77.1	1,534.9	87.8	1,653.4
Eastern Mediterranean	234.1	6.9	66.4	160.8	84.1	1,856.1	72.4	1,539.7	78.4	1,694.7
European	561.5	9.9	218.0	333.6	159.8	2,222.7	89.4	1,743.8	124.4	1,943.5
South East Asia	319.8	13.3	77.9	228.6	137.7	2,107.5	101.2	1,663.7	119.9	1,872.7
Western Pacific	378.5	4.3	157.0	217.2	108.9	2,002.5	77.3	1,577.1	93.6	1,778.4

자료: WHO, 2014, p.97.

우리나라에서 호스피스 완화의료는 법에 정한 시설·인력·장비 등의 기준을 충족하여 정부로부터 완화의료전문기관의 지정을 받은 의료기관에서 제공되고 있다(암관리법 제22조 완화의료전문기관의 지정 등).

완화의료전문기관의 지정은 2008년 9월에 제정된 ‘말기암환자전문의료기관 지정기준 고시’에 따르며, 지정기관 수는 2008년 19개 기관 282 병상에서 2015년 10월 기준 63개 기관 1,022병상으로 확대되었다(표 2-11 참조).

〈표 2-11〉 말기암환자 완화의료 전문기관 지정 현황

(단위: 개)

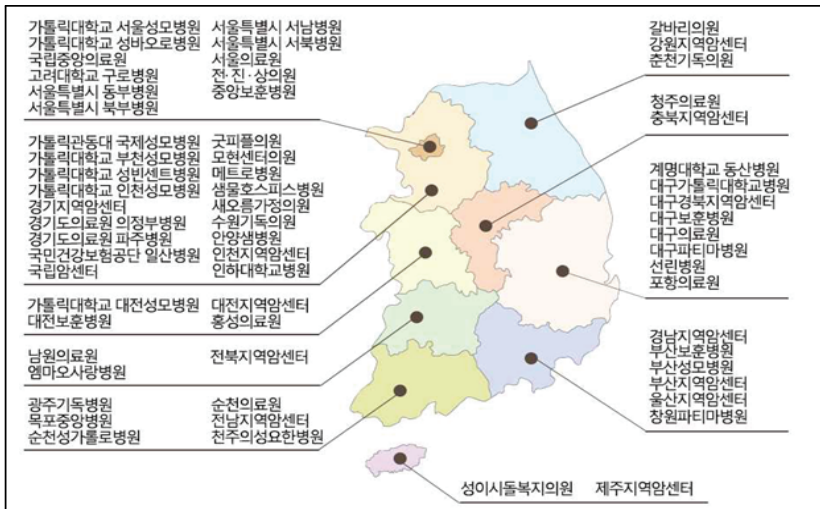
구분	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
지정기관수	19	40	42	46	56	54	57	63
지정기관병상수	282	633	675	755	893	867	950	1,022

자료: 국립암센터, 2015, p.7.

호스피스 완화의료 전문기관의 종별 분포는 상급종합병원 15개기관 212병상(20.7%), 종합병원 33개기관 517병상(50.6%), 병원 6개기관 167병상(16.3%), 의원 9개기관 126병상(12.3%)이다.

완화의료 전문기관은 지역 간 불균형을 줄이고자 전국적으로 7개 권역으로 나누어 분포되고 있으며, 완화의료전문기관 협의체를 구성하여 기관의 사업수행에 대한 동기부여 및 서비스 질 향상을 도모하고 있다(그림 2-1 참조).

[그림 2-1] 완화의료 지정기관현황



자료: 국립암센터, 2015, p.7

2. 호스피스 완화의료 이용 현황

완화의료전문기관에서 호스피스 완화의료를 이용한 말기암환자 수는 2008년 5,046명에서 2014년 10,559명으로 증가하였으며, 암으로 인한 사망자수 대비 호스피스 완화의료 이용률도 2008년 7.3%에서 2014년 13.8%로 증가하였다(표 2-12 참조).

〈표 2-12〉 말기암환자 완화의료 서비스 이용률, 2008~2014

(단위: 명, %)

연도	신규입원환자수	국내 암사망자수	완화의료서비스 이용률
2008	5,046	68,912	7.3
2009	6,365	69,780	9.1
2010	7,654	72,046	10.6
2011	8,494	71,579	11.9
2012	8,742	73,759	11.9
2013	9,573	75,334	12.7
2014	10,559	76,611	13.8

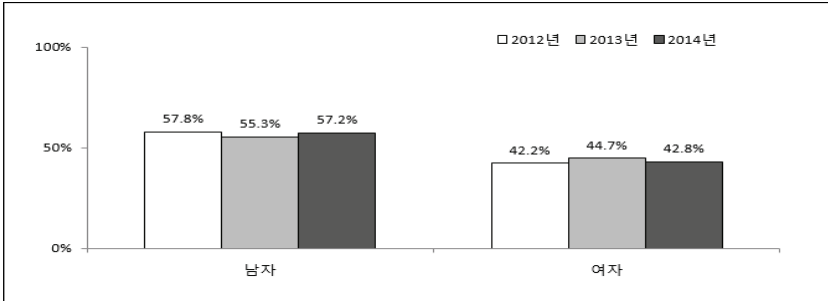
자료: 국립암센터, 2015, p.2.

호스피스 완화의료 이용자의 특성을 살펴보면, 다음과 같다.¹³⁾

우선, 성별로는 남자가 여자보다 다소 많은데, 남자의 비중은 2012년에 비해 2013년에 2.5%p 감소하였으나 2013년에는 다시 1.9%p 증가하여 남녀 간 격차를 보이고 있다(그림 2-2 참조).

13) 2014년 호스피스 완화의료 지원사업 현황(국립암센터 호스피스 완화의료사업과, 2015. 11) 중 일부를 인용한 것으로, 동 보고자료는 완화의료 전문기관에 신규입원한 말기암환자로서 말기암환자 등록DB에 등록된 환자 가운데 개인정보제공에 동의한 환자를 대상으로 분석한 결과를 담고 있다. 2012~2014년 DB 등록자 수는 각각 8,019명, 8,885명, 9,877명이며 개인정보제공 동의자 수는 각각 6,794명(84.7%), 7,409명(83.4%), 8,644명(87.6%)이다.

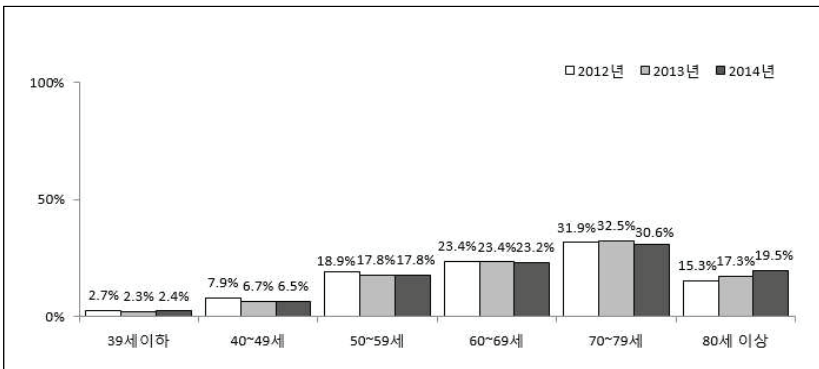
[그림 2-2] 호스피스 완화의료 이용자의 성별 분포, 2012~2014



자료: 국립암센터, 2015, p.22.

2014년 기준 호스피스 완화의료 이용자의 평균연령은 67.8세로서 연차적으로 증가하는 경향에 있으며, 전체 이용자 가운데 60세 이상이 73.3%를 차지하고 있다(그림 2-3 참조).

[그림 2-3] 호스피스 완화의료 이용자의 연령별 분포, 2012~2014

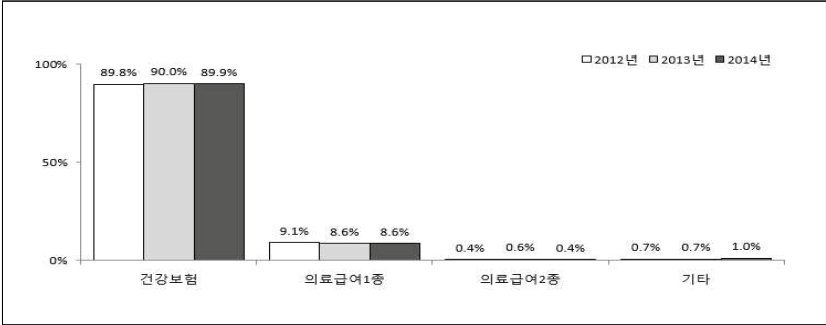


자료: 국립암센터, 2015, p.22

2014년 기준 호스피스 완화의료 이용자의 의료보장형태는 의료급여대상자가 9.0%로서 전체 인구 중 의료급여대상자(2.9%)보다 3배 이상 높다(국민건강보험·건강보험심사평가원, 2015:9; 그림 2-4 참조).

44 호스피스 완화의료 활성화 방안-노인장기요양서비스 이용자를 중심으로

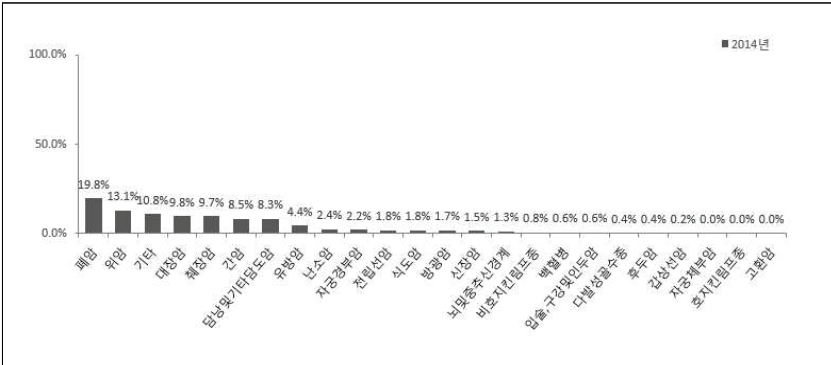
[그림 2-4] 호스피스 완화의료 이용자의 의료보장형태, 2012~2014



자료: 국립암센터, 2015, p.23.

2014년 기준 이용자의 세부질환명은 폐암과 위암이 1위와 2위로서 전체의 32.9%를 차지하고 있다(그림 2-5 참조).

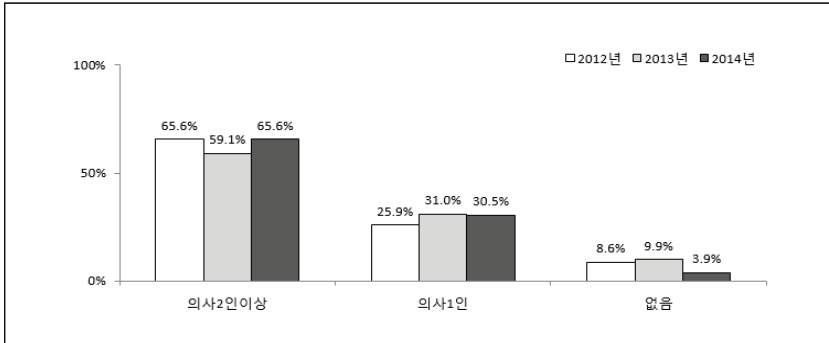
[그림 2-5] 호스피스 완화의료 이용자의 세부사망원인, 2014



자료: 국립암센터, 2015, p.24.

완화의료 이용자의 말기암 진단은 대부분 의사 2인이상으로부터 이루어지고 있다. 2014년 기준 진단서를 구비하지 않은 경우는 전체의 3.9%로서 2013년 9.9%에서 큰 폭으로 감소하였다(그림 2-6 참조).

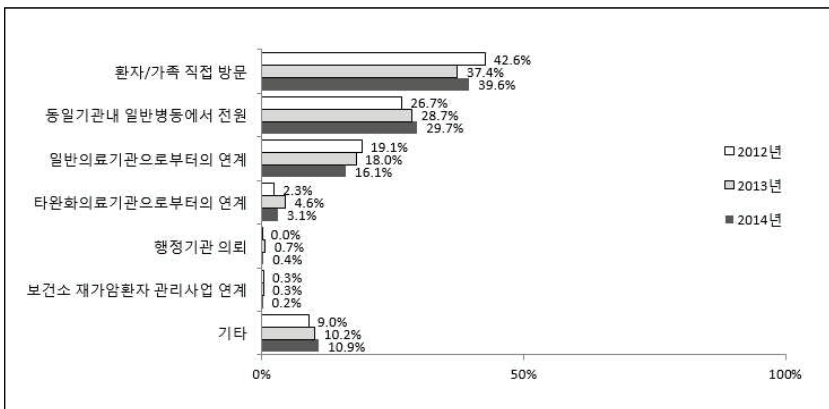
[그림 2-6] 호스피스 완화의료 이용자의 말기진단서 구비현황, 2012~2014



자료: 국립암센터, 2015, p.24.

2012~2014년 이용자의 완화의료병동 입원경로는 환자/가족의 직접 방문이 37.4~42.6%로 가장 높은 비중을 차지하며, 일반 의료기관으로부터 연계된 경우는 16.1~19.1%이다. 또한, 보건소 재가암환자 관리사업 으로부터 연계된 경우는 0.2~0.3%로 매우 낮은 수준을 보이고 있다(그림 2-7 참조).

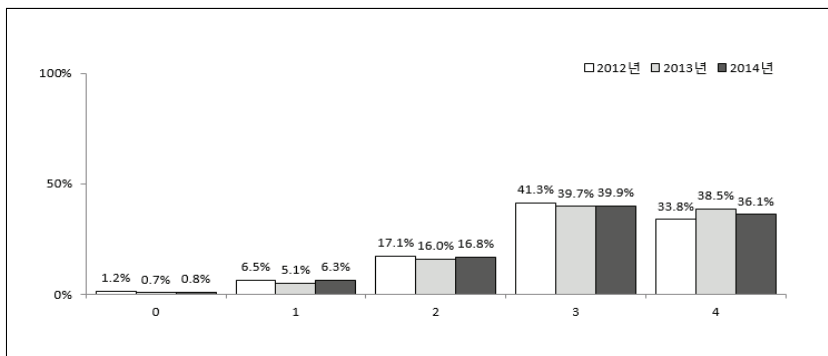
[그림 2-7] 호스피스 완화의료 이용자의 입원경로, 2012~2014



자료: 국립암센터, 2015, p.26.

2012~2014년 이용자의 입원 시 일상생활수행능력은 건강에서 사망까지 6등급으로 구분하고 있는 전문가 지침(Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status)¹⁴⁾을 기준으로 볼 때, ‘극히 제한적인 수준의 자가관리가 가능하고 깨어있는 시간의 50% 이상을 누워있거나 휠체어를 이용하는 상태’(ECOG 3)와 ‘자가관리가 불가능하고 전적으로 누워있거나 휠체어에 의존하는 상태’(ECOG 4)가 각각 37.9~41.3%와 33.8~38.5%를 차지하고 있다(그림 2-8 참조).

[그림 2-8] 입원 시 환자의 일상생활수행능력(ECOG), 2012~2014

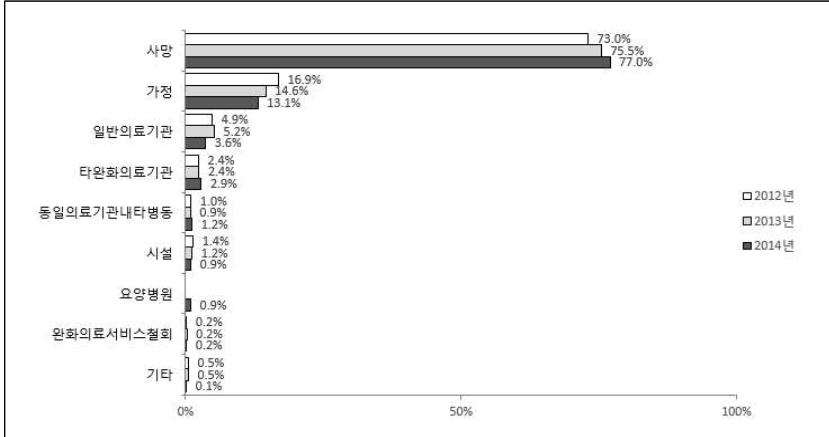


자료: 국립암센터, 2015, p.26.

2012~2014년 이용자의 첫 입원 시 퇴원이유로는 사망이 대부분을 차지하며, 시설(요양원)로 전원은 0.9~1.4%로 연차적으로 감소하고 있다(그림 2-9 참조).

14) 의사와 연구자들이 환자의 상태에 적합한 치료계획 등을 수립하는데 사용되고 있는 일상생활수행능력 판단지침으로 0~5까지 구분되는 등급별 상태는 다음과 같다. <등급 0> 모든 활동 가능-어떤 제한없이 병에 걸리기 전과 동일하게 일 수행, <등급 1> 육체적으로 힘든 일은 제한이 있지만 거동이나 가벼운 성질의 일은 가능, <등급 2> 거동이나 자가치로는 가능하나 어떠한 일도 수행하기 어려움. 일하는 시간이 50% 이상, <등급 3> 제한적으로 자가치료 가능하며 깨어있는 시간의 50% 이상을 누워있거나 휠체어를 이용, <등급 4> 완전히 무력한 상태. 어떠한 자가치료도 불가능하며 대부분의 시간을 침대에서 보냄, <등급 5> 사망(Oken 외, 1982:647-655)

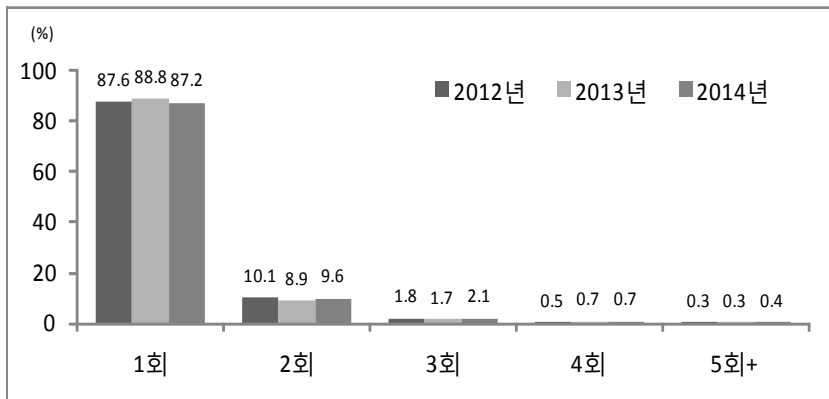
[그림 2-9] 첫 입원 시 퇴원이유, 2012~2014



자료: 국립암센터, 2015, p.29.

2012~2014년 퇴원환자(사망)의 완화의료 전문기관의 입원횟수는 1회가 87.2~88.8%로 대부분을 차지하고 있으나, 3회 이상 입원한 경우도 2.6~3.2%이다(그림 2-10 참조).

[그림 2-10] 사망환자의 입원횟수, 2012~2014



자료: 국립암센터, 2014, p.27; 국립암센터, 2015, p.30.

2014년 사망환자의 완화의료 전문기관 입원전당 입원기간(평균)은 평균 19.1일이며, 최소 1일에서 최대 260일이다(표 2-13 참조).

2014년 사망환자의 완화의료 전문기관 총 입원기간(평균)은 평균 22.4일이며, 최소 1일에서 최대 474일이다. 평균 입원기간은 2013년 대비 0.6일 감소하였다(표 2-14 참조).

2014년 사망환자의 완화의료 전문기관 서비스 신청 후 사망하기까지 생존기간은 평균 32.9일로서, 2013년 대비 6.6일 증가하였다(표 2-15 참조).

〈표 2-13〉 사망환자의 입원전당 입원기간, 2014

(단위: 일)

연도	평균 ¹⁾	표준편차	최소값	25%	50%	75%	최대값
2014	19.1	20.3	1	6	13	25	260

주: 1) 평균 입원기간(회당) = $\Sigma(\text{환자의 각 퇴원건수당 재원일수}) / \Sigma(\text{퇴원건수})$, 한 환자의 반복된 입원일수를 모두 합쳐 재원일수를 산정. 단, 재원중인 환자 제외
자료: 국립암센터, 국립암센터, 2015, p.30.

〈표 2-14〉 사망환자의 총 입원기간, 2013~2014

(단위: 일)

연도	평균 ¹⁾	표준편차	최소값	25%	50%	75%	최대값
2013	23.0	24.5	1	7	15	30	262
2014	22.4	25.5	1	7	14	29	474

주: 1) 평균 재원일수: 환자의 총 입원기간/환자수, 한 환자의 반복된 입원일수를 모두 합하여 재원일수를 산정
자료: 국립암센터, 2014, p.27; 국립암센터, 2015, p.30.

〈표 2-15〉 완화의료서비스 신청 후 사망하기까지의 기간, 2013~2014

(단위: 일)

연도	평균 ¹⁾	표준편차	최소값	25%	50%	75%	최대값
2013	26.3	32.3	1	7	16	33	372
2014	32.9	63.6	1	7	17	36	2,031

주: 1) 평균 서비스 이용기간(총) = $\Sigma(\text{각 사망환자의 완화의료서비스신청일로부터 사망일까지의 기간}) / \Sigma(\text{사망환자수})$ 단, 연도무관
자료: 국립암센터, 2014, p.27; 국립암센터, 2015, p.31.

2014년 기준 완화의료 전문기관의 서비스를 신청한 환자의 25.1%는 7일 이내에 사망하였으며, 3개월(90일) 이내에는 전체의 93.6%가 사망하였고, 6개월(180일) 이내에는 전체의 97.6%가 사망하였다(표 2-16 참조).

〈표 2-16〉 완화의료서비스 신청 후 사망하기까지의 기간별 누적분포, 2012~2014

기간 ¹⁾	사망자(누적)					
	2012년		2013년		2014년	
	N	%	N	%	N	%
7일 이내	1,409	25.7	1,585	27.4	1,897	25.1
14일 이내	2,403	46.9	2,915	48.4	3,397	45.0
21일 이내	3,226	60.4	3,748	62.4	4,392	58.2
30일 이내	-	-	-	-	5,268	69.8
60일 이내	-	-	-	-	6,615	87.6
90일 이내	4,950	95.4	5,940	96.8	7,062	93.6
180일 이내	5,095	99.0	6,170	99.6	7,393	97.6

주: 1) 완화의료신청일-사망일(마지막 퇴원이유 '사망')

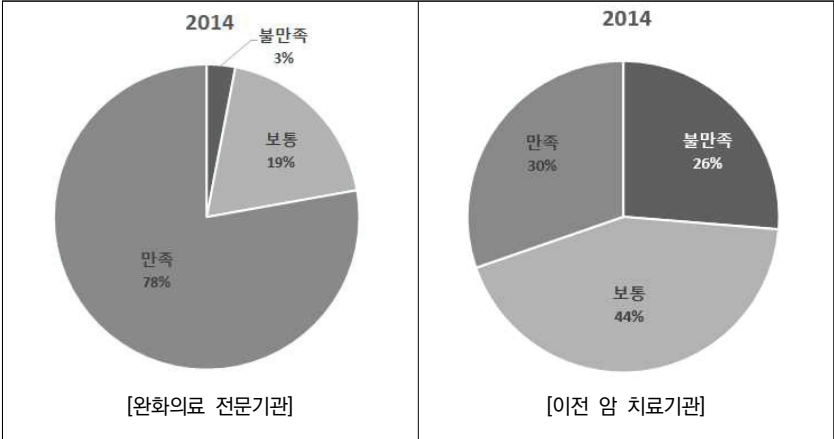
자료: 국립암센터, 2014, p.28; 국립암센터, 2015, p.31.

한편, 2014년 기준 호스피스 완화의료 이용자의 제공받은 서비스에 대한 전반적인 만족도는 전체의 78%가 매우 만족 또는 만족하다고 응답한 것으로 나타났다.

이와 같은 결과는, 이전 암 치료기관에 대한 만족도와 비교할 때, 완화의료 전문기관이 월등히 높은 수준이다(그림 2-11 참조).¹⁵⁾

15) 2014년 호스피스 완화의료 지원사업 현황(국립암센터 호스피스 완화의료사업과, 2015. 11) 중 일부를 인용한 것으로, 동 보고자료는 완화의료 전문기관을 이용한 환자 중, 2~6개월 전에 사망한 것으로 확인된 환자의 사별가족 대상자를 말기암환자 등록DB에서 추출하여 설문조사를 실시한 결과이다. 2012~2014년 대상자수는 각각 4,480명, 5,406명, 5,489명이며 이들 가운데 응답자는 각각 1,123명(31.8%), 1,256명(29.8%), 1,100명(31.1%)이다.

[그림 2-11] 서비스에 대한 전반적인 만족도: 이전 암 치료기관과의 비교 평가



자료: 국립암센터, 2015, p.38

제 3 장

고령층의 죽음 및 호스피스 완화의료 관련 인식태도

제1절 죽음 관련 인식태도

제2절 호스피스 완화의료 관련 인식태도

3

고령층의 죽음 및 호스피스 완화의료 관련 인식·태도

우리나라에 호스피스가 도입된 것은 1960년대 초반이지만, 1998년에 호스피스 완화의료 학회가 창립되고 2003년에 제1차 말기암환자 호스피스 시범사업이 실시되는 등 호스피스 완화의료에 대해 공개적으로 논의를 시작한 것은 그리 오래지 않다.

이에 여기서는 2000년대 중반부터 최근까지 추진된 죽음 및 호스피스 완화의료와 관련한 인식·태도 조사 가운데, 전국표본의 성인을 대상으로 한 3개 조사와 전국표본은 아니지만 요양시설 입소노인을 대상으로 한 2개 조사 그리고 본 연구에서 실시한 노인장기요양시설 조사결과를 바탕으로 특히, 고령층의 인식과 태도에 대해 살펴보았다. 그밖에도, 수도권 이외 지역에 대한 정보의 부족을 보완하고자 경북지역의 재가노인을 대상으로 한 조사결과를 함께 고찰하였으며 또한, 양적 연구의 제한점을 감안하여 요양시설 노인이 원하는 죽음에 대한 질적 연구도 포함하였다.

따라서 총 8개 조사의 결과를 토대로, 주로 고령층의 죽음 및 호스피스 완화의료와 관련한 인식 및 태도에 대해 전반적인 경향과 추이 등을 파악하였다.

〈표 3-1〉 죽음 및 호스피스 완화의료 관련 인식·태도에 관한 기존조사

자료원	조사설계			주요 조사내용
	조사대상	조사방법	조사기간	
① 최영순 외, 2014	• 전국 만 20세 이상 성인 남녀 1,500명	온라인	2014년 8월	• 죽음에 대한 태도 • 호스피스 완화의료에 대한 인식 • 호스피스 완화의료 경험 및 이용의향

자료원	조사설계			주요 조사내용
	조사대상	조사방법	조사기간	
② 고숙자 외, 2014	• 전국 30세 이상 성인 1,013명	설문면접	2014년 10~11월	• 죽음에 대한 태도 • 생애말기 요구
③ 윤영호 외, 2009	• 전국 만 20~69세 성인 남녀 1,006명	전화설문	2008년 9월	• 호스피스 완화의료에 대한 인식, 태도
④ 박순영, 2013	• 경기도 소재 65세 이상 요양시설 입소노인과 재가노인 각 150명	설문면접	2012년 4~8월	• 죽음에 대한 태도 • 죽음에 대한 준비 • 호스피스에 대한 인식
⑤ 장경숙, 2003	• 경기도 소재 65세 이상 요양시설 입소노인 50명	설문면접	2003년 10월	• 죽음에 대한 태도 • 죽음에 대한 준비도
⑥ 본 연구	• 노인장기요양시설(기관) 537개소 이용자 26,905명	입소상담 기록	2015년 9~10월	• 원하는 임종장소 • 임종징후 시 조치
⑦ 이인례, 2007	• 경상북도 거주 60세 이상 재가 노인 168명	설문면접	2006년 1~2월	• 죽음에 대한 태도 • 호스피스에 대한 인식
⑧ 김해숙, 2007	• 일 요양시설 입소 72~92세 노인 8명	심층면담	2007년 3~6월	• 죽음에 대한 인식변화 • 죽음에 대한 태도

제1절 죽음 관련 인식·태도

본 연구에서의 죽음과 관련한 인식·태도는 노인장기요양서비스 대상자를 포함하는 고령층의 호스피스 완화의료에 대한 요구도나 요구내용을 간접적으로 파악해 보기 위하여 특히, ‘죽음을 맞이하는 태도’, ‘죽음을 생각할 때 걱정스러운 점’, ‘죽음을 맞이하고 싶은 장소’에 초점을 맞추고 있다.

1. 죽음을 맞이하는 태도

임종이 얼마 남지 않았음을 인지하였을 때 일부에서는 가능한 모든 방법의 치료를 희망하기도 하지만, 요양시설에 있거나 자택에 기거 중인 노

인들 대부분이 대체로 죽음을 수용하는 자세를 보이고 있다.

시설노인의 죽음을 수용하는 태도는 2003년에 비해 2013년에 오히려 낮아졌는데, 이는 노인장기요양보험 하에서 시설이용자의 사회경제적 특성이 과거에 비해 수준면에서 다소 높아진 때문으로 풀이된다.¹⁶⁾

〈표 3-2〉 죽음을 맞이하는 태도

(단위: %)

질문	조사결과		자료원
	시설노인	재가노인	
얼마 살 수 없다는 사실을 알았을 때 어떻게 하시겠습니까?	• 가능한 모든 방법으로 치료 17.3 • 평상시 생활, 죽음 수용 30.0 • 편안한 죽음, 삶을 정리 50.0 • 신께 기도 등 2.7	• 가능한 모든 방법으로 치료 12.7 • 평상시 생활, 죽음 수용 30.0 • 편안한 죽음, 삶을 정리 55.3 • 신께 기도 등 2.0	박순영, 2013
만일 3개월밖에 살수 없다는 진단을 받는다면 어떻게 하겠습니까? (시설노인)	• 가능한 모든 방법으로 치료 3.2 • 편안한 죽음, 삶을 정리 96.8 • 신께 기도 등 -	• 가능한 모든 방법으로 치료 5.3 • 편안한 죽음, 삶을 정리 89.5 • 신께 기도 등 5.3	장경숙, 2003

2. 원하는 임종장소

죽음을 맞이하고 싶은 장소로서 자택이 가장 높은 비중을 차지하고 있는 점은 일반적인 경향과 다르지 않다.

다만, 대국민조사 결과에서는 연령이 높아질수록 자택을 선호하는 비중이 줄어들고 있는 한편, 요양시설의 비중이 높아지고 있는 경향을 보여 주고 있다.

16) 본 연구의 노인장기요양시설 관계자에 대한 표적집단면접조사(FGI) 결과, 노인장기요양보험 도입전·후로 요양시설 이용자의 특성이 보호자가 없거나 기초생활대상자 혹은 행려병자에서 대부분 일반 노인으로 크게 변화되었으며 이와 함께 이들의 서비스에 대한 요구도 확대되고 있는 것으로 나타나고 있다.

〈표 3-3〉 원하는 임종장소

(단위: %)

질문	조사결과					자료원	
죽음을 맞이하고 싶은 장소는 어디입니까? ¹⁾		시설노인		재가노인		박순영, 2013	
	• 집, 고향	26.6		33.1			
	• 병원	21.6		35.4			
	• 사회복지시설	15.8		8.7			
	• 어디든 상관없다	36.0		22.8			
죽음을 맞이하고 싶은 장소는 어디입니까? (시설노인)		79세 이하		80세 이상		장경숙, 2003	
	• 살고있는 시설	80.6		63.2			
	• 병원	9.7		5.3			
	• 어디든 상관없다	9.7		31.6			
임종을 어디에서 하고 싶으십니까? (일반국민)		20대	30대	40대	50대	60대~	최영순 외, 2014
	• 자택	71.6	67.1	52.1	44.8	50.8	
	• 호스피스기관	9.8	16.9	21.7	28.0	18.2	
	• 병원	13.5	10.6	19.0	20.1	18.8	
	• 요양원	1.5	3.9	5.9	5.6	11.0	
	• 기타	2.9	0.6	0.8	0.3	0.6	
	• 모름	0.7	0.9	0.5	1.2	0.6	
질병으로 인해 살 수 있는 기간이 얼마 남지 않았다고 할 때, 임종을 맞이하고 싶은 장소는 어디입니까?		30~44		45~64		65세~	고숙자 외, 2014:73
	• 집	40.1		39.2		39.2	
	• 병원	22.7		25.7		38.7	
	• 호스피스기관	8.8		11.6		4.1	
	• 시설	1.4		3.0		4.1	
	• 기타	5.4		3.4		2.6	
	• 생각해본 적 없음	21.6		17.1		11.3	
원하는 임종장소 (노인장기요양 서비스 이용자, 상담기록에 준함)		요양시설		노인공동 생활가정		재가기관	본 연구
	• 집	0.3		6.4		1.5	
	• 병원	14.9		25.4		2.9	
	• 요양시설(기관)	8.6		23.2		0.3	
	• 기타	0.9		0		0.3	
	• 모름	75.3		45.0		95.0	

주: 1) 생각해 본 적 없다(시설노인 11명, 재가노인 23명) 제외

3. 죽음에 대한 걱정

죽음은 여러 가지 불안감, 우려, 공포를 초래하는 것으로 알려지고 있는 가운데 특히, 말기질환자의 육체적 고통에 대한 걱정이나 불안감이 돋

보이고 있다.

이와 같은 죽음 전 육체적 고통에 대한 걱정은 연령이 많을수록 높고 재가노인보다 요양시설에 있는 노인에서 높게 나타나는 등 죽음을 보다 가까이 예상할 수 있는 상황에서 높아지는 경향을 볼 수 있다.

이와 관련하여, 우리나라의 경우 증상(고통)을 완화시키는데 필요한 마약성 진통제(몰핀 등)의 사용 장벽이 OECD 국가들 가운데 매우 높은 편으로 분류되고 있는 점도 주목된다(EIU, 2010, p.28).

〈표 3-4〉 죽음에 대한 걱정

(단위: %)

질문	조사결과						자료원
편안한 죽음에 대비하여 가장 필요한 부분은 무엇이라고 생각하십니까?		시설노인		재가노인		박순영, 2013	
	• 심리적 안정	22.7	30.7				
	• 육체적 고통의 완화	46.0	27.3				
	• 종교	17.3	24.7				
	• 기타	14.0	17.4				
죽음을 생각하실 때 가장 걱정스러운 점은 무엇입니까?		20대	30대	40대	50대	60대~	최영순 외, 2014
	• 죽기전고통	24.0	25.7	29.1	31.9	38.7	
	• 가족의처지	17.8	29.6	31.8	28.0	26.5	
	• 생마감두려움	34.5	26.3	24.6	19.8	19.9	
	• 못이룬꿈	17.1	12.7	6.7	11.2	7.7	
	• 기타	6.6	5.7	7.8	9.1	7.2	
	품위 있게 죽음을 맞이하기 위해 가장 중요한 것은 무엇입니까?	• 통증에서 해방	48.2	• 가족친지와 함께		1.8	
• 다른사람 부담안춤		38.7	• 주변정리		1.2		
• 영적인 안정		7.7	• 기타		2.4		
암과 같은 중증질환으로 오래 살지 못한다는 것을 알았을 때 주위 사람에게 본인이 가장 원하는 것은 어떤 것이라고 이야기할 것 같으십니까?		30~44	45~64	65세~	고숙자 외, 2014:72		
	• 우수한 병원 치료	24.4	23.6	27.8			
	• 정신적 종교적 안정	16.8	21.8	21.1			
	• 질병 고통 완화	24.4	25.9	28.9			
	• 삶의 마무리 희망장소	17.9	17.8	15.0			
	• 사생활 존중과 평화	15.6	10.5	7.2			
	• 기타	0.9	0.4	0.0			

제2절 호스피스 완화의료 관련 인식태도

호스피스 완화의료의 적용시기인 생애말기 돌봄에 대하여 일반국민들이 인식하는 정도는 OECD 국가 가운데 우리나라가 비교적 높은 수준으로 평가되고 있다(EIU, 2010, p.17).

이에 여기서는 호스피스 완화의료에 대한 인지도와 함께 호스피스 완화의료 이용 의향, 선호하는 서비스 내용 및 제공자, 바람직한 제공형태에 대한 인식 및 태도를 살펴보았다.

1. 호스피스 완화의료에 대한 지식, 이해

호스피스 완화의료에 대한 인지도는 조사대상자나 시대에 따라 일관되게 나타나고 있지 않다. 이는 우리나라에서 호스피스 완화의료의가 처음부터 체계적으로 이루어진 것이 아니고 또한 통합적 서비스 등과 같은 자체적 개념은 충분한 합의를 보지도 않은 상태로서, 개인마다 이해의 수준이 다른 데 따른 것이라 풀이된다.

아무튼 전반적으로 볼 때, 노인층의 약 40%는 호스피스 완화의료에 대해 나름대로 인지하고 있음을 나타내고 있다.

〈표 3-5〉 호스피스 완화의료의 인지

					(단위: %)
질문	조사결과			자료원	
호스피스에 대해 들어보신 적이 있습니까? (경기)	• 있다 • 없다	시설노인	재가노인	박순영, 2013	
		47.3	61.3		
		52.7	38.7		
호스피스에 대해 들어본 적이 있습니까? (경북, 재가노인)	• 예 • 아니오	60대	70대	80대	이인래, 2007
		8.1	4.8	6.7	
		91.9	95.2	93.3	

질문	조사결과						자료원
		20대	30대	40대	50대	60대~	
호스피스 완화의료에 대해 얼마나 아십니까?	• 매우 잘안다	4.0	3.6	2.4	5.9	7.7	최영순 외, 2014
	• 어느정도 안다	37.8	31.4	38.5	33.6	33.7	
	• 잘 모른다	37.5	49.2	49.7	44.0	32.6	
	• 전혀 모른다	20.7	15.7	9.4	16.5	26.0	

2. 호스피스 완화의료 이용의향

호스피스 완화의료에 대하여 개인마다 이해의 수준이 다른 상황에서, 호스피스 완화의료의 이용의향에 대한 응답결과도 비교적 큰 차이를 보이고 있다.

다만, 최근의 대국민조사에서 호스피스 완화의료의 개념을 알려준 후 그 필요성에 대해 질문한 결과, 호스피스 완화의료에 대해 ‘반드시 필요하다’고 응답한 비율이 연령에 따라 13.8~32.6%로 연령이 증가할수록 높아지는 경향을 뚜렷하게 보여주고 있다.

〈표 3-6〉 호스피스 완화의료 이용의향

(단위: %)					
질문	조사결과				자료원
호스피스가 제공된다면 받을 생각이 있습니까?		시설노인	재가노인		박순영, 2013
	• 적극적으로 받고 싶다	14.0	16.7		
	• 가능하면 받고 싶다	41.3	44.7		
	• 받고 싶지 않다	31.3	22.0		
	• 망설여진다, 모르겠다	13.3	16.7		
본인이나 가족이 호스피스 서비스가 필요하다면 받으시겠습니까?		60대	70대	80대	이인래, 2007
	• 예	54.1	48.8	35.6	
	• 아니오	45.9	51.2	64.4	

질문	조사결과						자료원
질병이 치료 불가능하고 점점 악화되는 경우 (설명)과 같은 호스피스 완화의료 서비스를 이용하실 의향이 있으십니까?		일반인		환자		환자가족	윤영호 외, 2009
	• 예	86.0		83.1		88.9	
	• 아니오	14.0		16.9		11.1	
본인이나 가족이 호스피스 완화의료에 필요한 상황이라면, 받으실 의향이 있습니까?		20대	30대	40대	50대	60대~	최영순 외, 2014
	• 반드시 받겠다	6.5	10.0	20.1	19.2	23.2	
	• 받겠다	55.6	56.8	62.0	63.1	49.2	
	• 받지 않겠다	5.8	9.7	2.1	3.5	9.4	
	• 절대 안받겠다	2.2	1.8	1.1	1.2	2.8	
	• 잘 모르겠다	29.8	21.8	14.7	13.0	15.5	
(설명)과 같은 호스피스 완화의료에 필요하다고 생각하십니까?		20대	30대	40대	50대	60대~	최영순 외, 2014
	• 반드시 필요	13.8	21.8	27.5	30.4	32.6	
	• 필요	64.4	62.2	63.4	60.2	48.6	
	• 불필요	6.2	4.5	2.1	2.9	5.5	
	• 전혀 불필요	1.8	1.2	0.3	0.9	2.8	
	• 잘 모르겠다	13.8	10.3	6.7	5.6	10.5	

3. 호스피스 완화의료 서비스 선호

호스피스 완화의료 서비스로서 기대하는 바는 앞서, 죽음에 대한 걱정에서 제시된 바와 유사하게 신체적 간호 등 고통의 완화가 수위를 차지하고 있다. 이는 호스피스 완화의료에 있어서 완화의료의 중요성을 간과하지 말 것을 재차 확인시켜주는 것이라 하겠다(표 3-7참조).

4. 호스피스 완화의료 제공자 선호

호스피스 완화의료를 누구로부터 받고자 하는 가는 호스피스 완화의료에 대해 어떻게 인지하고 있는가에 따라 달라질 것으로, 요양시설에 있는 노인과 재가노인 그리고 일반국민 간의 차이가 눈에 띈다(표 3-8 참조).

특히, 여기서는 요양시설에 있는 노인의 의사나 간호사에 대한 선호도

를 통해, 이들의 의료서비스에 대한 요구가 간접적으로 확인되고 있다.

〈표 3-7〉 호스피스 완화의료 서비스 선호

(단위: %)

질문	조사결과			자료원	
		시설노인	재가노인		
호스피스가 제공된다면 어떤 종류의 서비스를 받고 싶습니까?	• 신체적 간호 • 심리적 상담 • 영혼의 안정 • 가족들에 대한 위로, 기타	47.3 26.0 10.7 16.0	35.3 19.3 22.0 23.3	박순영, 2013	
		30~44	45~64	65세~	
사망시점이 다가온다고 할 때, 생애말기 돌봄을 위해 가장 중요하다고 여기시는 것은 무엇입니까?	• 고통이 없는 것 • 존엄성을 유지하는 것 • 가족, 친지와 함께 있는 것 • 평화롭고 조용하게 있는 것 • 다른 사람에게 부담 안주는 것 • 나의 바램을 경청해 주는 것 • 기타	31.0 12.2 20.7 16.2 17.9 2.0 0.0	33.0 10.3 16.3 16.7 21.4 2.1 0.2	38.1 8.8 12.4 13.9 23.2 3.6 0.0	고숙자 외, 2014:74

〈표 3-8〉 호스피스 완화의료 제공자 선호

(단위: %)

질문	조사결과						자료원
		시설노인		재가노인			
호스피스를 받는다면 누구에게 받고 싶습니까?	- 의사 - 간호사 - 성직자 - 사회복지사 - 기타	7.3 24.7 28.0 15.3 24.7		7.3 41.3 15.3 7.3 28.7			박순영, 2013
호스피스 완화의료 제공하는 주체는 누구라고 생각하십니까?	- 의사 - 사회복지사 - 자원봉사자 - 종교인 - 간호사 - 기타	20대	30대	40대	50대	60대~	최영순 외, 2014
		32.4	35.6	30.7	29.5	30.9	
		34.2	32.0	28.9	26.8	24.9	
		8.4	13.6	17.1	20.1	19.9	
		8.4	6.6	11.5	13.0	13.3	
		12.0	8.8	9.4	8.6	7.7	
		4.6	3.4	2.4	2.0	3.3	

제 4 장

암으로 사망한 노인장기요양보험 급여대상자의 사망 전 의료 및 요양 서비스 이용 실태

제1절 노인장기요양보험 개요

제2절 암으로 사망한 노인장기요양보험 급여대상자의
사망 전 의료 및 요양 서비스 이용 실태

4

암으로 사망한 노인 장기요양보험 << 급여대상자의 사망전 의료 및 요양서비스 이용 실태

제1절 노인장기요양보험 개요

1. 노인장기요양보험 제도 개요

우리나라는 인구의 급속한 고령화 추세 속에서 치매·중풍 등 일상생활이 어려운 노인들의 수는 점차 증가하고 있으나 핵가족화와 여성의 사회 참여 증가 등으로 이들을 돌 볼 가족이 줄어들고 간병에 따른 가정의 비용부담이 과중해지는 데 대하여, 노인의 노후생활 안정을 도모하고 그 가족의 부양부담을 덜어줌으로써 국민의 삶의 질을 향상하고자 2007년에 「노인장기요양보험법」을 제정하였다(법률 제8403호, 2007.4.27.제정, 2008. 7.1.시행).

노인장기요양보험은 장기요양보험료, 국가 및 지방자치단체의 부담금 등을 재원으로 하여 건강보험제도와는 별개의 제도로 도입·운영되고 있는데, 제도운영의 효율성을 도모하기 위하여 보험자 및 관리운영기관을 국민건강보험공단으로 일원화하고 있다.

2011년 기준 우리나라의 GDP 대비 노인장기요양보험 재정규모 비율은 0.6%로서 OECD 국가 평균(1.6%) 대비 1.0%p 낮은 수준으로 보고되고 있다. 하지만, 이는 65세 이상 노인인구 비율이 상대적으로 낮은 데 따른 것으로, 2050년에는 65세 이상 노인인구 비율이 OECD 국가 중 일본 다음으로 높게 전망되는 등 재정규모 비율도 크게 높아질 것으로 예상되고 있다(하현선, 2015, p.21)

노인장기요양보험 가입자는 건강보험 가입자를 의무적용대상으로 하며

다만, 공공부조대상인 의료급여수급권자는 건강보험과 장기요양보험 가입자에서는 제외되나 국가 및 지방자치단체의 부담으로 노인장기요양보험의 적용대상이 되고 있다. 하지만 장기요양보험 가입자 혹은 적용대상이라고 해서 누구나 장기요양급여를 받을 수 있는 것은 아니며, 이를 위해서는 인정조사와 등급판정위원회의 등급판정 등 일정한 절차에 따라 장기요양급여를 받을 수 있는 권리(수급권) 즉 장기요양 인정을 부여 받아야 한다.

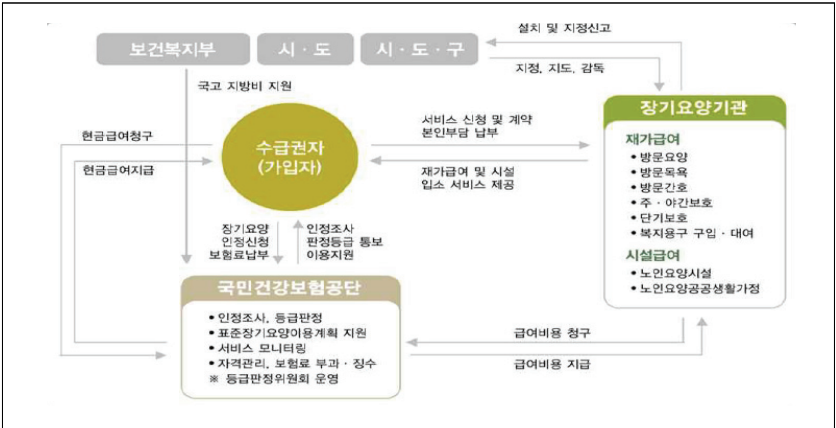
〈표 4-1〉 노인장기요양보험 주요 재원

재원	내용
장기요양보험료	건강보험료액의 6.55%(장기요양보험료율)
국고지원금	장기요양보험료 예상수입액의 20%에 상당하는 금액을 공단에 지원
국가 및 지자체 (의료급여)부담금	의료급여수급권자의 장기요양급여비용, 의사소견서 발급비용, 방문간호지시서 발급비용 중 공단이 부담하여야 할 비용 및 관리운영비의 전액을 부담

- 주: 1. 장기요양보험료는 건강보험료와 통합하여 징수하며, 장기요양보험료율은 장기요양위원회
의 심의를 거쳐 대통령령으로 정함.
2. 「국민기초생활보장법」에 따른 수급권자는 본인일부부담금을 면제하고 있으며, 기타의료
급여수급권자 등은 50% 감경함.

자료: 국민건강보험공단, 2015.(하현선, 2015, p.8에서 재인용)

〔그림 4-1〕 노인장기요양보험 관리운영체계



2. 노인장기요양보험 급여대상자(인정자) 현황

노인장기요양보험 급여대상자(인정자)는 65세 이상의 노인 또는 65세 미만으로 치매·뇌혈관성질환 등 노인성 질병을 가진 자¹⁷⁾로서, 돌봄을 필요로 하는 정도에 따라 1등급에서 5등급으로 구분되고 있다.¹⁸⁾

〈표 4-2〉 노인장기요양보험 급여대상자 현황, 2009~2014

(단위: 명, %)

구분	2009	2010	2011	2012	2013	2014
65세 이상 노인인구(A)	5,286,383	5,448,984	5,644,758	5,921,977	6,192,762	6,462,740
노인장기요양인정자(B) (신규요양인정자)	286,907 (139,626)	315,994 (88,763)	324,412 (66,103)	341,788 (66,840)	378,493 (76,773)	424,572 (85,215)
65세 이상 노인인구 중 요양인정자 비율(B/A)	5.4	5.8	5.7	5.8	6.1	6.6

주: 사망자를 제외한 인원임.

자료: 국민건강보험공단, 「2013년 노인장기요양보험통계연보」, 2014: 「2014년 노인장기요양보험통계연보」, 2015(하현선, 2015, p.6에서 재인용)

노인인구의 증가 속에서 노인장기요양보험 급여대상자 수는 연차적으로 증가하여 2014년에 2009년 28만7천명의 약 1.5배인 42만여명으로

17) 「노인장기요양보험법」 제2조(정의)에 따른다.

18) 보건복지부는 2014년 7월부터 종전의 3등급 체계에서 3등급을 3,4등급으로 구분하고, 경증치매를 5등급으로 신설하여 5등급 체계로 확대하였으며 등급판정기준은 다음과 같다(노인장기요양보험법 제15조제2항, 노인장기요양보험법시행령 제7조 등급판정기준 등). ① 장기요양 1등급: 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 전적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 95점 이상인 자. ② 장기요양 2등급: 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 상당 부분 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 75점 이상 95점 미만인 자. ③ 장기요양 3등급: 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 60점 이상 75점 미만인 자. ④ 장기요양 4등급: 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 일정 부분 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 51점 이상 60점 미만인 자. ⑤ 장기요양 5등급: 치매·노인성 질병에 해당하는 치매로 한정·환자로서 장기요양인정 점수가 45점 이상 51점 미만인 자.

65세 이상 노인인구의 6.6%에 이르고 있으며, 향후에는 초고령인구 비율과 더불어 더욱 증가할 전망이다.¹⁹⁾

3. 노인장기요양서비스

2008년에 도입된 노인장기요양보험제도에서는 가능한 한 단기간에 시설 인프라를 확충하기 위하여 영리사업자의 기관설립을 허용하였으며 그 결과, 민간부문의 주도 하에서 노인장기요양시설(기관) 수의 급격한 증가가 이루어졌다.

2015년 7월 기준, 시설급여기관은 총 4,999개이고 재가급여기관은 총 1만 2,355개로서, 2008년 이후 급여기관 수의 연평균 증가율은 시설급여기관 16.7%, 재가급여기관 9.0%이다. 또한 이들의 설립형태를 보면, 시설급여기관은 공립 2.1%, 법인 28.6%, 개인 69.3%이고 재가급여기관이 공립 2.1%, 법인 18.3%, 개인 80.7%로 개인과 법인이 대부분을 차지하고 있다(하현선, 2015, p.43).

〈표 4-3〉 노인장기요양기관 추이, 2008~2015

(단위: 개소, 명, %)

구분		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	연평균 증가율
재가급여 기관	기관수	6,744	11,928	11,228	10,857	10,730	11,056	11,658	12,355	9.0
	정원	19,835	32,979	21,580	23,370	23,850	27,896	33,427	38,044	9.8
시설급여 기관	기관수	1,700	2,628	3,751	4,061	4,326	4,648	4,867	4,999	16.7
	정원	68,073	88,171	116,782	123,712	131,761	140,019	150,579	155,482	12.5

주: 1. 2015년도는 7월 기준 현황임.

2. 재가급여 기관 정원은 주간 보호와 단기보호의 정원을 합한 값임.

3. 연평균 증가율의 기간은 2008년부터 2015년 7월까지임.

자료: 보건복지부, 2015.(하현선, 2015, p.44에서 재인용)

19) 65세 이상 노인인구는 2008년 약 506만명에서 지속적으로 증가하여 2025년 1,000만명, 2040년 1,600만명으로 약 3배 이상 늘어날 것으로 예상된다(통계청 장래인구추계, 2015).

〈표 4-4〉 노인장기요양급여의 종류

구분		서비스 종류
재가급여	방문요양	장기요양요원이 수급자의 가정 등을 방문하여 신체활동 및 가사 활동 등을 지원
	방문목욕	장기요양요원이 목욕장비를 갖추고 수급자의 가정 등을 방문하여 목욕을 제공
	방문간호	간호사 등 장기요양요원이 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시서에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공
	주야간보호	하루 중 일정한 시간 동안 수급자를 장기요양기관에서 보호하며 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공
	단기보호	수급자를 일정기간 동안 장기요양기관에 보호하며 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공
	기타 재가급여	수급자의 일상생활·신체활동 지원에 필요한 용구를 제공하거나 가정을 방문하여 재활 지원
시설급여	노인요양시설	수급자가 장기간 동안 입소하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공받음.
	노인요양 공동생활가정	- 입소자정원이 9인 이하이면 노인요양공동생활가정, 10명 이상이면 노인요양시설로 분류
특별 현금급여	가족요양비	도시·벽지 등 장기요양기관이 현저히 부족한 지역이나 신체·정신 또는 성격 등의 사유로 인하여 가족 등으로부터 장기요양을 받아야 하는 자에게 현금지급
	특례요양비 ¹⁾	수급자가 장기요양기관이 아닌 노인요양시설(지정 신청을 하지 않은 기관 및 지정 신청은 하였으나 지정받지 못한 기관) 등에서 재가급여 또는 시설급여에 상당한 장기요양급여를 받은 경우 당해 장기요양급여비용의 일부를 지급
	요양병원 간병비 ¹⁾	수급자가 「의료법」에 따른 요양병원에 입원한 때 장기요양에 사용 되는 비용의 일부를 요양병원 간병비로 지급

주: 1) 「노인장기요양보험법」에 명시되어 있으나 현재 미시행
 자료: 국민건강보험공단, 2015.(하현선, 2015, p.5에서 재인용)

공공부조대상이 아닌 경우, 노인장기요양시설 이용자의 2014년 기준 본인부담액은 비급여를 포함하여 월평균 약 44~63만원이다(표 4-5 참조).

노인장기요양서비스 이용자 수는 연차적으로 증가하고 있으며, 65세 이상 노인인구 중 서비스 이용자의 비중은 2009년 5.5%에서 2014년 6.7%로 높아졌다(표 4-6 참조).

〈표 4-5〉 노인장기요양시설 입소자의 월 본인부담액, 2014

(단위: 원)

자격	본인부담금(급여) (A)	식사재료비(비급여) (B)	총 본인부담금액 (A+B)
일반노인	287,940~336,480	149,320	437,260~625,310
차상위계층/의료급여수급권자	143,970~168,240	~	293,290~457,070
기초생활급여수급권자	0	288,830	149,320~288,830

주: 비급여항목 서비스 중 이용률이 낮은 상급침실비용(이용률 3.2%), 이·미용비용(이용률 5.6%)은 제외하고 식사재료비(이용률 98.4%)는 포함.

자료: 보건복지부, 2015(하현선, 2015, p.56에서 재인용)

〈표 4-6〉 연도별 노인장기요양 서비스이용자 현황, 2009~2014

(단위: 명, %)

구분	2009	2010	2011	2012	2013	2014
65세 이상 노인인구(A)	5,286,383	5,448,984	5,644,758	5,921,977	6,192,762	6,462,740
서비스이용자(B)	291,389	348,561	360,073	369,587	399,591	433,779
65세 이상 노인인구 중 서비스이용자 비율(B/A)	5.5	6.4	6.4	6.2	6.5	6.7

주: 1. 사망자를 제외한 인원임.

2. 서비스이용자는 급여종류별, 인정등급별 중복을 배제한 급여이용수급자 수이며, 사망자를 포함한 인원임.

자료: 국민건강보험, 2015(하현선, 2015, p.28에서 재인용)

제2절 암으로 사망한 노인장기요양보험 급여대상자의 사망 전 의료 및 요양 서비스 이용 실태

1. 분석 자료

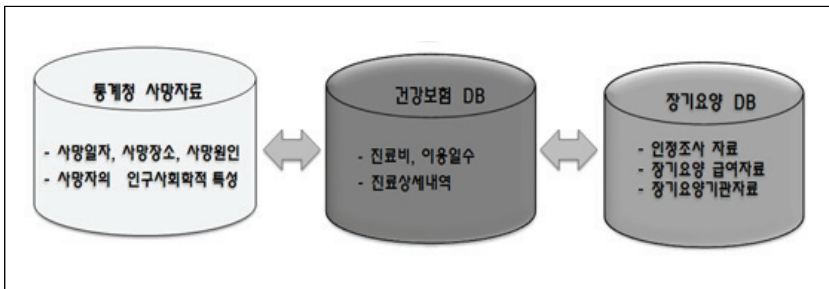
노인장기요양보험이 시작된 2008년부터 2012년까지 등급인정자(급여대상자)는 약 57만6천명이며 이 가운데 약 47%에 달하는 27만 여명이 동 기간 중에 사망하였다. 그리고 이들 사망자 중에서 암으로 사망한 경우는 14.9%에 해당하는 40,440명으로²⁰⁾ 이들의 경우, 2012년 기준 전체의

99.9%가 사망 전 1년간 의료서비스나 장기요양서비스 혹은 이들 두 가지 서비스 모두를 이용한 것으로 나타나고 있다.

이에 암으로 사망한 노인장기요양보험 급여대상자의 사망 전 1년간 의료 및 장기요양서비스 이용실태를 통해 말기로 추정되는 시기의 대처상황에 대해 살펴보았으며 특히, 여기서는 호스피스 완화의료를 염두에 둔 채, 사망 장소와 서비스 이용형태에 따른 차이는 없는 지 살펴보았다.

이를 위하여 노인장기요양보험 등급인정자료, 통계청 사망자료, 건강보험 급여자료, 노인장기요양보험 급여자료 간 연계로부터, 2011년 1월부터 2012년 12월까지 2개년동안 암으로 사망한 노인장기요양보험 급여대상자 21,108명의 사망 전 1년간 의료 및 장기요양서비스 이용에 관한 개인별 종단 데이터베이스를 구축하였다.²¹⁾

[그림 4-2] 데이터베이스 구축 개요



분석에 사용된 항목과 각각의 정의는 다음과 같다.

○ 사망장소

사망장소는 통계청 사망원인통계의 분류기준이 그대로 적용된 가운데,

20) 통계청, 사망통계자료의 악성신생물(KCD6, C00-C97)을 기준으로 하고 있다.

21) 한은정 외(2014)의 연구에서 구축된 데이터베이스로부터 본 연구대상자 자료를 추출하여 재구성하였다.

‘주택’, ‘의료기관’, ‘사회복지시설’, ‘병원 이송 중 사망’ 외에 극히 적은 사례의 ‘학교 등 공공시설’, ‘도로’, ‘상업 서비스시설’, ‘산업장’, ‘논밭 축사 양식장 등’을 기타로 묶어 총 5개로 분류되었다.

○ 사망원인

사망원인은 한국표준질병 사인분류체계를 적용한 통계청 사망통계자료의 중분류(3단위숫자 항목분류)를 기준으로, 악성신생물(C00-C97)에 대하여 발생부위 등에 따른 14개 군으로 분류되었다.

〈표 4-7〉 악성신생물 분류(KCD)

구분	질병명	KCD
1	입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00-C14
2	소화기관의 악성신생물	C15-C26
3	호흡기 및 가슴내 장기의 악성신생물	C30-C39
4	뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40-C41
5	흑색종 및 기타피부의 악성신생물	C43-C44
6	중피성 및 연조직의 악성신생물	C45-C49
7	유방의 악성신생물	C50-C50
8	여성 생식기관의 악성신생물	C51-C58
9	남성 생식기관의 악성신생물	C60-C63
10	요로의 악성신생물	C64-C68
11	눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부위 악성신생물	C69-C72
12	감상샘 및 기타 내분비샘의 악성신생물	C73-C75
13	불명확한 속발성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76-C80
14	림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81-C96

○ 사망 전 시기

사망 전 시기는 건강보험과 노인장기요양보험의 급여비 청구 특성을 감안하여 사망일이 포함되어 있는 월을 ‘사망 전 0개월’, 사망 월의 전월

을 ‘사망 전 1개월’, 사망 월 전전월을 ‘사망 전 2개월’ 등으로 하여 ‘사망 전 12개월’까지 정의되었으며, 이들을 사망 전 1년간으로 포함하였다.²²⁾

구체적으로, 2011년 12월 15일 사망자의 경우에 ‘사망 전 0개월’은 2011년 12월 1일부터 12월 15일까지이며 ‘사망 전 1개월’은 2011년 11월 1일부터 11월 30일까지이고 사망 전 1년은 2010년 12월 1일부터 2011년 12월 15일까지이다.

○ 서비스 이용형태

서비스는 건강보험급여가 적용되는 의료서비스와 노인장기요양보험급여가 적용되는 장기요양서비스로 크게 구분되는 가운데, 장기요양서비스는 시설과 재가로 좀 더 세분되었다.

따라서 서비스 이용형태는 모두 이용 안함, 의료서비스만 이용, 장기요양의 시설서비스만 이용, 장기요양의 재가서비스만 이용, 장기요양의 시설 및 재가서비스 이용, 의료와 장기요양의 시설서비스 이용, 의료와 장기요양의 재가서비스 이용, 의료와 장기요양의 시설 및 재가서비스 이용 등 총 8가지로 분류되었다.

○ 급여비용

급여비용은 의료서비스의 경우 건강보험의 비급여와 한방의료 이용을 제외한 총 진료비용이 적용되었으며, 장기요양서비스에서는 월 한도액에서 수급자가 이용한 시설급여비 또는 재가급여비에 본인부담금을 포함하여 적용되었다.

급여비용은 각각의 서비스 이용자를 대상으로 하여 산출되었다.

22) 서비스 이용자에 대한 급여 청구가 건강보험에서는 수진일자별로, 노인장기요양보험에서는 월 단위로 이루어지고 있다.

○ 연명의료

연명의료는 한국보건의료연구원(2009)에서 제시한 연명의료의 내용에 준하여 중환자실, 특수연명치료, 일반연명치료, 고가장비치료가 대상에 포함되었다.

〈표 4-8〉 연명의료의 내용

구분		분류번호	코드	
중환자실		가-9	AJ001, AJ100, AJ200, AJ300	
		요-53	AJ500	
		한방	19001, 19400, 19200, 19300, 19500	
특수 연명 치료	심폐소생술	자-587	M5873, M5874, M5875, M5876, M5877	
	인공호흡	자-585	M5850, M5857, M5858	
	혈액투석	자-703	O7020, O7021, O7035, O7031, O7032, O7033, O7034	
	수혈	치료적성분채집술	마-102	X2506, X2507, X2505
		생혈	마-103	X3010
		교환	마-104	X4000
		조혈모세포이식	마-105	X5061, X5062, X5063, X5064, X5031, X5111, X5112, X5113, X5114, X5115, X5020, X5120, X5131, X5132, X5133, X5134, X5135, X5136
		동종공여자 림프구 주입	마-105-1	X5051
		자가수혈	마-106	X6001, X6003, X6002, X6004, X6005, X6007, X6006, X6008
		혈액제제에 대한 체외조사	마-107	X7001
일반 연명 치료	인공 영양 공급	중심정맥영양법	자-202	O2020(TPN)
		비위장관삽관술	자-262	Q2621, Q2622
		비위관삽관술	하-59	45590
		장내영양	자-266	Q2660, Q2661
		비강내영양	하-60	45600

구분		분류번호	코드
고가 장비	자기공명영상진단(MRI)	다-246	HE, HF
	전산화단층영상진단 (CT)	다-245	HA851, HA801, HA805, HA809, HA813, HA853, HA834, HA835, HA856, HA857, HA858, HA859, HA451, HA461, HA471, HA441, HA401, HA402, HA403, HA404, HA405, HA406, HA407, HA408, HA409, HA410, HA411, HA412, HA413, HA414, HA415, HA416, HA453, HA463, HA473, HA443, HA424, HA434, HA464, HA474, HA444, HA425, HA435, HA465, HA475, HA445, HA456, HA459, HA466, HA469, HA476, HA479, HA446, HA449, HA457, HA467, HA477, HA447, HA458, HA468, HA478, HA448
	초음파검사(USG)	나-941~947	E94
	양전자단층촬영(PET)	다-335	HZ331, HZ332, HZ333, HZ334, HZ335, HZ336

자료: 한국보건의료연구원. 무의미한 연명치료 중단을 위한 사회적 합의안 제시, 2009(한은정 외, 2014, pp. 69-70에서 재인용)

2. 사망 특성

가. 사망 장소

앞서 사망자의 특성에서도 언급되었듯이, 2011년과 2012년에 사망한 노인장기요양보험 급여대상자의 사망장소는 암으로 인한 사망의 경우에 전체 사망에 비해 의료기관의 비중은 높고 자택과 사회복지시설의 비중은 낮다(표 4-9, 그림 4-3 참조).

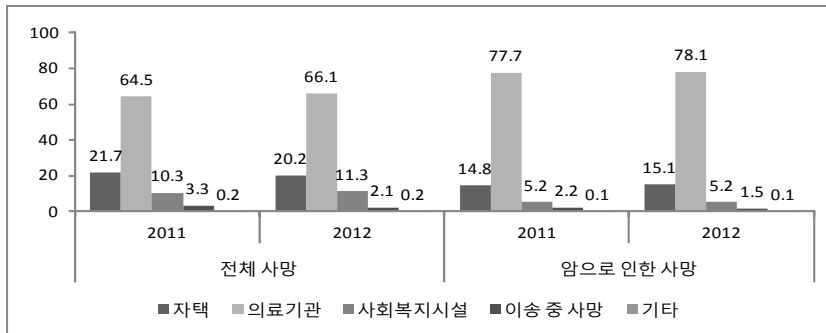
〈표 4-9〉 노인장기요양보험 급여대상자 사망의 사망장소, 2011~2012

(단위: 명, %)

구분	노인장기요양보험 급여대상자 사망							
	전체 사망				암으로 인한 사망			
	2011		2012		2011		2012	
	N	%	N	%	N	%	N	%
자택	15,595	21.7	15,940	20.2	1,513	14.8	1,641	15.1
의료기관	46,465	64.5	52,229	66.1	7,958	77.7	8,485	78.1
사회복지시설	7,402	10.3	8,954	11.3	531	5.2	570	5.2
병원이송 중 사망	2,365	3.3	1,693	2.1	223	2.2	165	1.5
기타 ¹⁾	170	0.2	153	0.2	12	0.1	10	0.1
계	71,997	100.0	78,969	100.0	10,237	100.0	10,871	100.0

주: 1) 학교 등 공공시설, 도로, 상업 서비스시설, 산업장, 논밭 등 야외일터 외.

[그림 4-3] 노인장기요양보험 급여대상자 사망의 사망장소, 2011~2012



나. 사망 원인

세부사망원인별 사망장소는 암의 종류에 따라 의료기관의 비중이 71.6~85.1%, 자택의 비중이 8.3~21.2%, 사회복지시설의 비중이 2.5~9.0% 등 다양한 양상을 띠고 있다. 이는 개인별 상황과 함께 암의 역학적 특성을 반영하는 것으로, 암과 관련하여 특정 질환에 국한하기 보다는 전반적으로 접근할 필요성을 시사하고 있다(표 4-10 참조).

〈표 4-10〉 노인장기요양보험 급여대상자 사망의 사망원인, 2011~2012

(단위: 명, %)

구분	사망장소											
	자택		의료기관		사회복지 시설		병원이송 중 사망		기타 ¹⁾		계	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
사망장소별												
C00-C14	52	1.6	202	1.2	7	0.6	3	0.8	-	-	264	1.3
C15-C26	1,539	48.8	8,027	48.8	536	48.7	191	49.2	10	45.5	10,303	48.8
C30-C39	742	23.5	3,933	23.9	268	24.3	93	24.0	5	22.7	5,041	23.9
C40-C41	8	0.3	42	0.3	2	0.2	1	0.3	-	-	53	0.3
C43-C44	33	1.0	148	0.9	18	1.6	1	0.3	-	-	200	0.9
C45-C49	10	0.3	103	0.6	3	0.3	5	1.3	-	-	121	0.6
C50-C50	47	1.5	297	1.8	29	2.6	10	2.6	1	4.5	384	1.8
C51-C58	98	3.1	525	3.2	34	3.1	11	2.8	1	4.5	669	3.2
C60-C63	194	6.2	655	4.0	44	4.0	20	5.2	2	9.1	915	4.3
C64-C68	146	4.6	816	5.0	63	5.7	24	6.2	1	4.5	1,050	5.0
C69-C72	77	2.4	508	3.1	36	3.3	6	1.5	-	-	627	3.0
C73-C75	21	0.7	129	0.8	11	1.0	3	0.8	-	-	164	0.8
C76-C80	46	1.5	319	1.9	24	2.2	7	1.8	1	4.5	397	1.9
C81-C96	141	4.5	739	4.5	26	2.4	13	3.4	1	4.5	920	4.4
계	3,154	100.0	16,443	100.0	1,101	100.0	388	100.0	22	100.0	21,108	100.0
세부사망원인별												
C00-C14	52	19.7	202	76.5	7	2.7	3	1.1	-	-	264	100.0
C15-C26	1,539	14.9	8,027	77.9	536	5.2	191	1.9	10	0.1	10,303	100.0
C30-C39	742	14.7	3,933	78.0	268	5.3	93	1.8	5	0.1	5,041	100.0
C40-C41	8	15.1	42	79.2	2	3.8	1	1.9	-	-	53	100.0
C43-C44	33	16.5	148	74.0	18	9.0	1	0.5	-	-	200	100.0
C45-C49	10	8.3	103	85.1	3	2.5	5	4.1	-	-	121	100.0
C50-C50	47	12.2	297	77.3	29	7.6	10	2.6	1	0.3	384	100.0
C51-C58	98	14.6	525	78.5	34	5.1	11	1.6	1	0.1	669	100.0
C60-C63	194	21.2	655	71.6	44	4.8	20	2.2	2	0.2	915	100.0
C64-C68	146	13.9	816	77.7	63	6.0	24	2.3	1	0.1	1,050	100.0
C69-C72	77	12.3	508	81.0	36	5.7	6	1.0	-	-	627	100.0
C73-C75	21	12.8	129	78.7	11	6.7	3	1.8	-	-	164	100.0
C76-C80	46	11.6	319	80.4	24	6.0	7	1.8	1	0.3	397	100.0
C81-C96	141	15.3	739	80.3	26	2.8	13	1.4	1	0.1	920	100.0
계	3,154	14.9	16,443	77.9	1,101	5.2	388	1.8	22	0.1	21,108	100.0

주: 1) 학교 등 공공시설, 도로, 상업 서비스시설, 산업장, 논밭 등 야외일터 외.

다. 노인장기요양 등급인정 후 생존기간

2011년과 2012년 암으로 인한 사망자의 노인장기요양등급 인정 후

사망하기까지의 기간은 6개월 이내가 각각 44.5%와 46.1%를 차지하고 있다. 이는 2008~2012년 전체 노인장기요양보험 급여대상자 사망에서 등급 인정 후 6개월 이내의 사망 비중(31%, 한은정 외, 2014:76)과 비교하여 월등히 높은 수준으로, 암 질환이 자격인정기준에 포함되어 있지 않음에 따라 복합질환으로 중증의 상태에서 등급을 인정받게 되는 현실과 관련이 있을 것으로 여겨진다(표 4-11 참조).

〈표 4-11〉 노인장기요양 등급인정 후 사망장소별 생존기간, 2011~2012

(단위: 명, %)

구분	사망장소											
	자택		의료기관		사회복지 시설		병원·이송 중 사망		기타 ¹⁾		계	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2011년												
1개월 미만	295	19.5	1,062	13.3	51	9.6	40	17.9	3	25.0	1,451	14.2
1- 3개월 미만	281	18.6	1,382	17.4	77	14.5	42	18.8	1	8.3	1,783	17.4
3- 6개월 미만	200	13.2	1,014	12.7	72	13.6	35	15.7	3	25.0	1,324	12.9
6-12개월 미만	217	14.3	1,140	14.3	67	12.6	29	13.0	1	8.3	1,454	14.2
1년 이상	520	34.4	3,360	42.2	264	49.7	77	34.5	4	33.3	4,225	41.3
계	1,513	100.0	7,958	100.0	531	100.0	223	100.0	12	100.0	10,237	100.0
2012년												
1개월 미만	401	24.4	1,367	16.1	69	12.1	40	24.2	1	10.0	1,878	17.3
1- 3개월 미만	296	18.0	1,472	17.3	91	16.0	29	17.6	1	10.0	1,889	17.4
3- 6개월 미만	205	12.5	958	11.3	58	10.2	14	8.5	-	-	1,235	11.4
6-12개월 미만	192	11.7	1,015	12.0	71	12.5	19	11.5	-	-	1,297	11.9
1년 이상	547	33.3	3,673	43.3	281	49.3	63	38.2	8	80.0	4,572	42.1
계	1,641	100.0	8,485	100.0	570	100.0	165	100.0	10	100.0	10,871	100.0

주: 1) 학교 등 공공시설, 도로, 상업 서비스시설, 산업장, 논밭 등 야외일터 외.

2011년과 2012년 암으로 인한 사망자의 사망장소는 노인장기요양등급 인정 후 사망하기까지의 기간이 짧을수록 자택에서 사망하는 비중이 높고 의료기관에서 사망하는 비중이 낮으며, 이와 같은 경향은 2011년보다 2012년에 더욱 눈에 띈다.

사회복지시설에서의 사망 비중은 생존기간이 3개월 미만인 경우에 2011년보다 2012년에 소폭 증가하였다(표 4-12, 그림 4-4 참조).

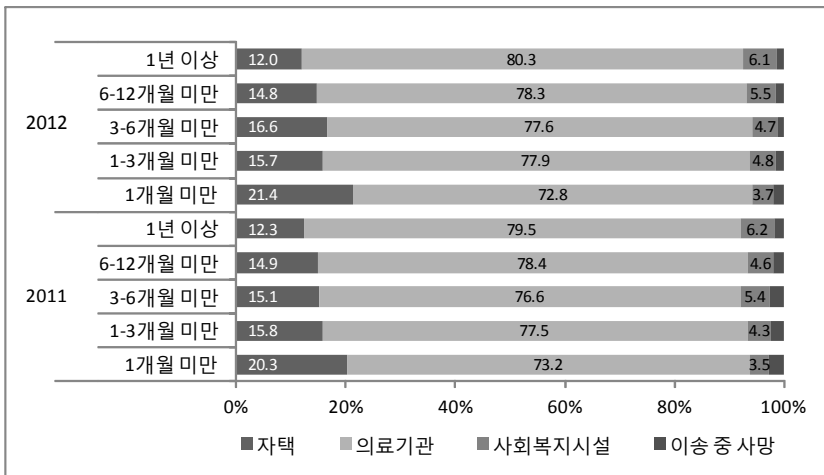
〈표 4-12〉 노인장기요양 등급인정 후 생존기간별 사망장소, 2011~2012

(단위: 명, %)

구분	사망장소											
	자택		의료기관		사회복지 시설		병원이송 중 사망		기타 ¹⁾		계	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2011년												
1개월 미만	295	20.3	1,062	73.2	51	3.5	40	2.8	3	0.2	1,451	100.0
1- 3개월 미만	281	15.8	1,382	77.5	77	4.3	42	2.4	1	0.1	1,783	100.0
3- 6개월 미만	200	15.1	1,014	76.6	72	5.4	35	2.6	3	0.2	1,324	100.0
6-12개월 미만	217	14.9	1,140	78.4	67	4.6	29	2.0	1	0.1	1,454	100.0
1년 이상	520	12.3	3,360	79.5	264	6.2	77	1.8	4	0.1	4,225	100.0
계	1,513	14.8	7,958	77.7	531	5.2	223	2.2	12	0.1	10,237	100.0
2012년												
1개월 미만	401	21.4	1,367	72.8	69	3.7	40	2.1	1	0.1	1,878	100.0
1- 3개월 미만	296	15.7	1,472	77.9	91	4.8	29	1.5	1	0.1	1,889	100.0
3- 6개월 미만	205	16.6	958	77.6	58	4.7	14	1.1	-	-	1,235	100.0
6-12개월 미만	192	14.8	1,015	78.3	71	5.5	19	1.5	-	-	1,297	100.0
1년 이상	547	12.0	3,673	80.3	281	6.1	63	1.4	8	0.2	4,572	100.0
계	1,641	15.1	8,485	78.1	570	5.2	165	1.5	10	0.1	10,871	100.0

주: 1) 학교 등 공공시설, 도로, 상업 서비스시설, 산업장, 논밭 등 야외일터 외.

〔그림 4-4〕 노인장기요양 등급인정 후 생존기간별 사망장소, 2011~2012



3. 사망 전 1년간 의료 및 요양 서비스 이용

가. 이용형태

2011~2012년 암으로 인해 사망한 노인장기요양보험 급여대상자의 사망 전 1년간 의료 및 요양서비스 이용형태는 사망장소와 사망년도에 따라 다소의 차이를 보이고 있다.

우선, 극히 적은 수에 불과하긴 하나 건강보험이나 노인장기요양보험의 급여서비스를 전혀 이용하지 않은 사망자가 눈에 띄는데, 이들 가운데 의료기관 사망자의 경우는 타 장소에서 임종직전 이송되어 의료기관에서 임종확인만 이루어진 것으로 추정되며, 사회복지시설 사망자의 경우는 노인장기요양보험 등급인정 후 곧바로 사망하여 보험급여를 받지 않았거나 급여적용에서 제외된 미인가 시설에서 사망했을 것으로 추정된다.²³⁾ 이처럼 의료와 요양 서비스를 전혀 이용하지 않은 경우는 2011년 사망자에 비해 2012년 사망자에서 소폭 감소하였다.

2011년 사망자의 사망 전 1년간 의료 및 요양 서비스 이용형태로는 건강보험의 의료서비스와 노인장기요양보험의 재가서비스를 함께 이용한 경우와 의료만 이용한 경우가 각각 58%와 25.5%로 우선순위를 차지하였으며, 이와 같은 이용형태는 2012년 사망자에서는 각각 53.8%와 30.7%로서 의료와 재가 서비스를 함께 이용한 경우는 감소하고 의료만 이용한 경우는 증가하는 방향으로 변화하였다.

사망장소별로 보면, 사회복지시설 사망자의 경우에 타 장소에서의 사망자와는 다르게 건강보험의 의료 서비스와 노인장기요양보험의 시설입

23) 이러한 배경은 사회복지시설에서 사망하였으나 건강보험의 의료서비스만 이용한 것으로 나타난 사례에도 동일하게 적용될 수 있다.

소 서비스를 함께 이용한 경우가 2011년과 2012년에 각각 60.3%와 63.3%로 높은 비중과 함께 연차적인 증가도 보이고 있다. 또한, 사회복지시설 사망자 중 의료서비스만 이용한 경우도 2011년 6.6%에서 2012년 8.8%로 증가하였으며, 이는 이들이 노인장기요양보험 급여대상자에 포함되고도 해당 급여를 적용받지 못한 이유에 대한 규명을 필요로 하고 있다(표 4-13, 그림 4-5 참조).

〈표 4-13〉 사망 전 1년간 의료 및 요양 서비스 이용형태, 2011~2012

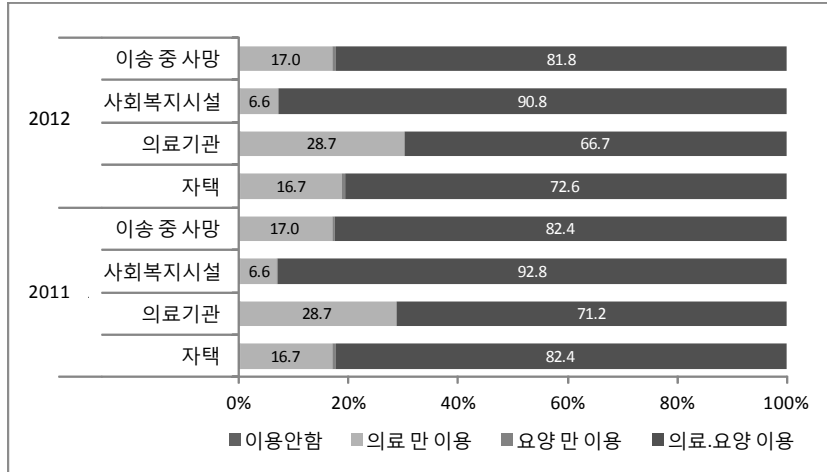
(단위: 명, %)

구분 ¹⁾	사망장소											
	자택		의료기관		사회복지 시설		병원이송 중 사망		기타 ²⁾		계	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2011년												
이용 안함	4	0.3	10	0.1	2	0.4	-	-	-	-	16	0.2
의료	253	16.7	2281	28.7	35	6.6	38	17.0	2	16.7	2,609	25.5
시설	-	-	-	-	1	0.2	1	0.4	-	-	2	0.0
재가	11	0.7	2	0.0	-	-	-	-	-	-	13	0.1
시설+재가	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
의료+시설	69	4.6	1,122	14.1	320	60.3	36	16.1	2	16.7	1,549	15.1
의료+재가	1,163	76.9	4,477	56.3	150	28.2	143	64.1	7	58.3	5,940	58.0
의료+시설+재가	13	0.9	66	0.8	23	4.3	5	2.2	1	8.3	108	1.1
계	1,513	100.0	7,958	100.0	531	100.0	223	100.0	12	100.0	10,237	100.0
2012년												
이용 안함	4	0.2	9	0.1	1	0.1	-	-	-	-	14	0.1
의료	439	26.8	2,814	33.2	50	8.8	29	17.6	3	30.3	3,335	30.7
시설	-	-	1	0.0	1	0.2	-	-	-	-	2	0.0
재가	7	0.4	2	0.0	-	-	1	0.6	-	-	10	0.1
시설+재가	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.0
의료+시설	67	4.1	1,125	13.3	361	63.3	30	18.2	3	30.3	1,586	14.6
의료+재가	1,116	68.0	4,483	52.8	142	24.9	100	60.6	4	40.4	5,845	53.8
의료+시설+재가	8	0.5	51	0.6	15	2.6	5	3.0	-	-	79	0.7
계	1,641	100.0	8,485	100.0	570	100.0	165	100.0	10	100.0	10,871	100.0

주: 1) '의료'는 건강보험급여 서비스, '시설'과 '재가'는 노인장기요양급여 서비스임.

2) 학교 등 공공시설, 도로, 상업 서비스시설, 산업장, 논밭 등 야외일터 외.

[그림 4-5] 사망 전 1년간 의료 및 요양 서비스 이용형태, 2011~2012



이에, 노인장기요양 등급인정 후 생존기간별로 이들을 추적해 본 결과, 사망 전 1년간 의료서비스만 이용한 사회복지시설 사망자의 약 반수는 등급인정 후 1개월 이내에 사망한 것으로 확인되고 있다. 즉, 이들의 경우 임종에 임박하여 급여대상자로서 등급을 인정받은 후 급여혜택을 받기 전 사망하였을 가능성이 높으며, 일찍이 등급을 받은 나머지의 경우에는 암 질환이 아닌 기타 노인성 질환으로 등급을 인정받고 무료 양로시설 등에서 생활하다가 사망한 경우로 추정된다.

또한, 의료기관 사망자의 경우에도 노인장기요양 등급인정 후 생존기간이 짧을수록 의료서비스에만 의존하는 경향을 보이고 있으며 이는 2011년보다 2012년에 더욱 심화하고 있는 등 암 질환을 판정기준에 포함하고 있지 않은 현실을 그대로 반영하고 있다(표 4-14 참조).

이와 같은 결과는, 호스피스 완화의료의 신체적 증상의 조절 뿐 아니라 심리·사회적·영적 지지를 통해 임종의 질을 높이려 하는 점에서 볼 때, 말기암환자에 대하여는 의료서비스와 요양서비스에서 동시에 이러한 서

84 호스피스 완화의료 활성화 방안-노인장기요양서비스 이용자를 중심으로

구분 ¹⁾	사망장소											
	자택		의료기관		사회복지 시설		병원이송 중 사망		기타 ²⁾		계	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
시설+재가	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
의료+시설	9	4.1	144	12.6	35	52.2	4	13.8	-	-	192	13.2
의료+재가	193	88.9	839	73.6	26	38.8	20	69.0	1	100.0	1,079	74.2
의료+시설+재가	2	0.9	5	0.4	4	6.0	-	-	-	-	12	0.8
계	217	100.0	1,140	100.0	67	100.0	29	100.0	1	100.0	1,455	100.0
1년 이상												
이용 안함	2	0.4	3	0.1	2	0.8	-	-	-	-	7	0.2
의료	40	7.7	577	17.2	7	2.7	4	5.2	-	-	628	14.9
시설	-	-	-	-	1	0.4	1	1.3	-	-	2	0.0
재가	10	1.9	-	-	-	-	-	-	-	-	10	0.2
시설+재가	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
의료+시설	29	5.6	662	19.7	171	64.8	18	23.4	1	25.0	881	20.9
의료+재가	431	82.9	2,066	61.5	66	25.0	51	66.2	2	50.0	2,616	61.9
의료+시설+재가	8	1.5	52	1.5	17	6.4	3	3.9	1	25.0	81	1.9
계	520	100.0	3,360	100.0	264	100.0	77	100.0	4	100.0	4,225	100.0
2,012년												
1개월 미만												
이용 안함	-	-	1	0.1	-	-	-	-	-	-	1	0.1
의료	280	69.8	1,119	81.9	24	34.8	23	57.5	1	100.0	1,447	77.1
시설	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
재가	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
시설+재가	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
의료+시설	2	0.5	40	2.9	43	62.3	3	7.5	-	-	88	4.7
의료+재가	119	29.7	207	15.1	2	2.9	14	35.0	-	-	342	18.2
의료+시설+재가	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
계	401	100.0	1,367	100.0	69	100.0	40	100.0	1	100.0	1,878	100.0
~ 3개월 미만												
이용 안함	-	-	1	0.1	1	1.1	-	-	-	-	2	0.1
의료	56	18.9	610	41.4	10	11.0	2	6.9	-	-	678	35.8
시설	-	-	-	-	1	1.1	-	-	-	-	1	0.1
재가	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
시설+재가	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
의료+시설	13	4.4	123	8.4	52	57.1	4	13.8	5	100.0	193	10.2
의료+재가	226	76.4	738	50.1	23	25.3	23	79.3	-	-	1,010	53.5
의료+시설+재가	1	0.3	-	-	4	4.4	-	-	-	-	5	0.3
계	296	100.0	1,472	100.0	91	100.0	29	100.0	5	100.0	1,889	100.0
~ 6개월 미만												
이용 안함	-	-	1	0.1	-	-	-	-	-	-	1	0.1
의료	29	14.1	239	24.9	2	3.4	1	7.1	-	-	271	21.9
시설	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
재가	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
시설+재가	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
의료+시설	11	5.4	109	11.4	36	62.1	3	21.4	-	-	159	12.9
의료+재가	165	80.5	605	63.2	20	34.5	10	71.4	-	-	800	64.8

구분 ¹⁾	사망장소											
	자택		의료기관		사회복지 시설		병원이송 중 사망		기타 ²⁾		계	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
의료+시설+재가 계	-	-	4	0.4	-	-	-	-	-	-	4	0.3
~	205	100.0	958	100.0	58	100.0	14	100.0	-	-	1,235	100.0
1년 미만												
이용 안함	-	-	1	0.1	-	-	-	-	-	-	1	0.1
의료	15	7.8	152	15.0	1	1.4	2	10.5	-	-	170	13.1
시설	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
재가	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
시설+재가	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
의료+시설	7	3.6	118	11.6	44	62.0	4	21.1	-	-	173	13.3
의료+재가	169	88.0	736	72.5	23	32.4	11	57.9	-	-	939	72.4
의료+시설+재가	1	0.5	8	0.8	3	4.2	2	10.5	-	-	14	1.1
계	192	100.0	1,015	100.0	71	100.0	19	100.0	-	-	1,297	100.0
1년 이상												
이용 안함	4	0.7	5	0.1	-	-	-	-	-	-	9	0.2
의료	59	10.8	694	18.9	13	4.6	1	1.6	2	25.0	769	16.8
시설	-	-	1	0.0	-	-	-	-	-	-	1	0.0
재가	7	1.3	2	0.1	-	-	1	1.6	-	-	10	0.2
시설+재가	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
의료+시설	34	6.2	735	20.0	186	66.2	16	25.4	2	25.0	973	21.3
의료+재가	437	79.9	2,197	59.8	74	26.3	42	66.7	4	50.0	2,754	60.2
의료+시설+재가	6	1.1	39	1.1	8	2.8	3	4.8	-	-	56	1.2
계	547	100.0	3,673	100.0	281	100.0	63	100.0	8	100.0	4,572	100.0

주: 1) '의료'는 건강보험급여 서비스, '시설'과 '재가'는 노인장기요양급여 서비스임.

2) 학교 등 공공시설, 도로, 상업 서비스시설, 산업장, 논밭 등 야외일터 외.

나. 이용수준

2011~2012년 암으로 사망한 노인장기요양보험 급여대상자 대부분이 사망 전 1년간 의료서비스를 이용한 것으로 나타난 가운데, 서비스 종류 별로는 입원서비스 94.2~94.6%, 외래서비스 97.7~97.9%, 투약서비스 93.6~93.7%의 이용률을 나타냈다.

이들 서비스의 2011년 대비 2012년 이용률은 외래서비스와 투약서비스에서는 감소한 반면에 입원서비스에서는 소폭 증가하였다.

입원, 외래, 투약 등의 서비스 종류별 이용률은 사망장소에 따라 다소의 차이를 보이고 있으며 특히, 자택과 사회복지시설 사망자에서 의료기

관 사망자에 비해 입원서비스 이용률이 낮은 수준을 보이고 있다(표 4-15 참조).

〈표 4-15〉 사망 전 1년간 의료서비스 종류별 이용률¹⁾, 2011~2012

구분	사망장소											
	자택		의료기관		사회복지 시설		병원이송 중 사망		기타 ²⁾		계	
	N	이용률	N	이용률	N	이용률	N	이용률	N	이용률	N	이용률
2011년												
입원	1,191	78.7	7,837	98.5	418	78.7	189	84.8	10	83.3	9,645	94.2
외래	1,493	98.7	7,772	97.7	528	99.4	222	99.6	12	100.0	10,027	97.9
투약	1,454	96.1	7,400	93.0	510	96.0	217	97.3	11	91.7	9,592	93.7
계	1,498	99.0	7,946	99.8	528	99.4	222	99.6	12	100.0	10,206	99.7
2012년												
입원	1,322	80.6	8,367	98.6	450	78.9	139	84.2	8	80.0	10,286	94.6
외래	1,627	99.1	8,251	97.2	565	99.1	163	98.8	10	100.0	10,616	97.7
투약	1,575	96.0	7,879	92.9	549	96.3	160	97.0	10	100.0	10,173	93.6
계	1,630	99.3	8,473	99.9	567	99.5	164	99.4	10	100.0	10,844	99.8

주: 1) 이용률=(의료서비스이용자수÷사망자수)×100

2) 학교 등 공공시설, 도로, 상업 서비스시설, 산업장, 논밭 등 야외일터 외.

또한, 입원서비스 이용자당 이용일수에 있어서도 자택과 사회복지시설 사망자가 의료기관 사망자의 약 1/2 수준으로 적게 나타나고 있는데, 그 차이는 2011년에 비해 2012년에 다소 줄었다.

한편, 외래서비스의 이용자당 이용일수는 자택 사망자에서 의료기관이나 사회복지시설 사망자보다 많으며 연차적인 증가도 볼 수 있어서, 자택 사망자의 경우 높은 외래서비스 이용률과 함께 외래서비스에 대한 의존도를 드러내고 있다.

투약서비스의 경우 이용자당 평균 투약일수가 365일을 초과하는 등 이들이 복합질환을 소지하고 있음을 간접적으로 확인시켜주고 있는데, 2011년에 비해 2012년에 사망장소에 관계없이 이용자당 투약일수가 증가하고 있어서 주목된다(표 4-16 참조).

〈표 4-16〉 사망 전 1년간 의료서비스 종류별 이용자당 이용일수, 2011~2012

구분	사망장소																(단위: 명, 일)	
	자택		의료기관		사회복지시설		병원이상 중 사망				기타 ¹⁾		계					
	N	평균	SD	N	평균	SD	N	평균	SD	N	평균	SD	N	평균	SD			
2011년																		
전체	1,498	68	54	7,946	126	92	66	59	222	71	56	32	12	49	32	10,206	113	88
입원일수	1,191	39	46	7,837	93	94	46	55	189	39	43	30	10	30	30	9,645	83	89
외래방문일수	1,493	36	30	7,772	35	30	528	30	26	222	38	32	12	24	19	10,027	35	30
투약일수	1,454	351	254	7,400	347	251	335	236	217	377	280	11	431	367	9,592	348	252	
2012년																		
전체	1,630	72	59	8,473	130	94	72	65	164	72	64	86	10	58	86	10,844	117	91
입원일수	1,322	43	52	8,367	97	97	52	65	139	45	61	40	8	25	40	10,286	87	93
외래방문일수	1,627	37	33	8,251	35	31	565	31	22	163	34	24	10	39	51	10,616	35	31
투약일수	1,575	376	267	7,879	366	265	549	364	233	160	380	254	10	435	392	10,173	368	264

주: 1) 학교 등 공공시설, 도로, 상업 서비스시설, 산업장, 논밭 등 야외일터 외.

(단위: 명, 일)

다. 급여비용

1) 전체

2011~2012년 암으로 사망한 노인장기요양보험 급여대상자의 사망 전 1년간 의료 및 요양 서비스 이용자당 평균 급여비용은 1,820~1,863만원이며, 2011년에 비해 2012년에 소폭 증가하였다.

사망 전 1년간 의료 및 요양 서비스 이용자당 평균 급여비용은 의료기관 사망자가 1,954~1,995만원으로 가장 많으며, 사회복지시설 사망자는 1,558~1,593만원, 자택 사망자는 1,267~1,314만원이고 이들 모두는 2011년에 비해 2012년에 증가하였다. 이처럼 사망장소에 따른 사망 전 1년간 서비스 이용자당 평균 급여비용은 특히, 의료서비스만 이용한 경우에 의료기관 사망자와 자택이나 사회복지시설 사망자 간 큰 차이를 나타냈다(표 4-17, 그림 4-6 참조).

〈표 4-17〉 사망 전 1년간 의료 및 요양 서비스 이용형태별 급여비용, 2011~2012

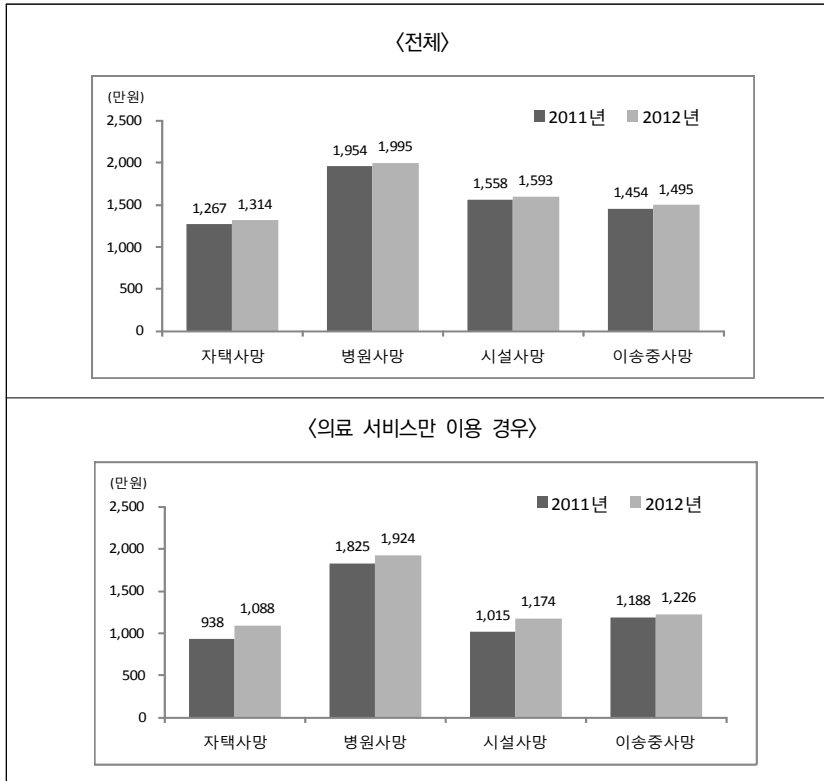
(단위: 명, 천원)

구분 ¹⁾	사망장소																	
	주택		의료기관		사회복지시설		병원·요양 중 사망				기타 ²⁾		계					
	N	평균	SD	N	평균	SD	N	평균	SD	N	평균	SD	N	평균	SD			
2011년																		
의료	253	9,375	8,913	2,281	18,246	12,967	35	10,146	8,831	38	11,878	9,165	2	7,833	3,315	2,609	17,176	12,843
요양	11	5,461	3,555	2	607	807	1	13,407		1	13,696					15	5,893	4,647
의료+요양	1,245	13,402	8,957	5,665	20,061	11,874	493	15,972	9,970	184	15,089	9,072	10	11,675	5,959	7,597	18,573	11,557
계	1,509	12,669	9,066	7,948	19,535	12,227	529	15,582	9,988	223	14,536	9,127	12	11,035	5,682	10,221	18,198	11,916
2012년																		
의료	439	10,877	10,805	2,814	19,235	13,180	50	11,739	10,200	29	12,256	9,044	3	3,587	4,956	3,335	17,948	13,159
요양	7	5,837	3,308	3	6,167	5,290	1	897		1	6,696					12	5,579	3,647
의료+요양	1,191	14,018	9,777	5,659	20,317	12,461	518	16,367	8,373	135	15,595	9,733	7	17,900	9,629	7,510	18,958	12,028
계	1,637	13,141	10,149	8,476	19,953	12,714	569	15,933	8,655	165	14,954	9,665	10	13,606	10,717	10,857	18,633	12,396

주: 1) '의료'는 건강보험급여 서비스, '요양'은 노인장기요양급여 서비스임.

2) 학교 등 공공시설, 도로, 상업 서비스시설, 산업장, 논밭 등 야외일터 외.

[그림 4-6] 사망 전 1년간 의료 및 요양 서비스 이용형태별 이용자당 급여비용, 2011~2012



2011~2012년 암으로 사망한 노인장기요양보험 급여대상자의 의료서비스와 요양서비스 이용에 따른 급여비용을 사망 월부터 사망 전 12개월 까지 월별로 살펴보면, 급여범위가 정해져 있는 요양서비스 급여비용에서는 눈에 띄는 차이를 볼 수 없는 반면에 의료서비스 급여비용은 사망월이 가까워올수록 증가하는 경향을 드러내고 있다.²⁴⁾

24) 사망 전 0개월의 급여비용이 적은 점은 적용일수가 1개월에 못 미치는 데 따른다(‘사망 전 시기’ 정의 참조)

의료서비스 급여비용의 사망 전 시기에 따른 변동은 특히, 의료기관 사망자에서 눈에 띄게 나타나고 있으며, 요양서비스 급여비용에서는 사회복지시설 사망자의 급여비용이 자택이나 의료기관 사망자에 비해 높은 수준을 보이고 있다.

이와 같은 결과는 의료기관 사망자의 경우 연명치료 등 적극적 치료에 따른 의료서비스 급여비용의 증가 가능성을 예상케 하며 동시에, 이로 인해 요양서비스 급여비용도 낮아졌음을 시사하고 있다(표 4-18, 그림 4-7 참조).

2) 의료서비스 급여비용

임종이 가까워올수록 급여비용이 증가하는 경향을 보이고 있는 의료서비스에 대하여 서비스 종류별로 살펴본 결과, 이는 주로 입원서비스 급여비용에 따른 것으로서 특히, 의료기관 사망자에서 뚜렷하게 드러나고 있다(표 4-19, 그림 4-8 참조).

구분 ¹⁾	사망원인																		
	자택		의료기관		사회복지시설		병원이상 중 사망				기타 ²⁾		계						
	N	평균	SD	N	평균	SD	N	평균	SD	N	평균	SD	N	평균	SD				
구분 ¹⁾	8개월	512	679	304	2,814	771	382	241	1,102	390	77	852	363	4	1,026	186	3,648	782	383
	9개월	488	694	311	2,720	774	382	232	1,099	374	75	887	333	4	1,065	235	3,519	787	381
	10개월	449	689	302	2,613	787	374	227	1,098	386	74	859	364	4	1,030	191	3,367	797	376
	11개월	425	693	305	2,507	792	370	220	1,080	403	71	854	366	4	1,056	240	3,237	801	374
	12개월	406	691	303	2,429	795	366	225	1,091	366	65	886	347	4	1,051	223	3,129	805	368
	계	1,301	672	946	6,719	1,809	2,082	490	801	909	202	747	938	11	1,246	1,853	8,723	1,558	1,938
	1개월	1,428	1,369	1,647	7,626	3,011	3,291	521	1,556	1,403	215	1,333	1,263	12	1,538	985	9,802	2,656	3,066
	2개월	1,407	1,389	1,913	7,601	2,350	2,927	506	1,628	1,932	209	1,490	1,584	12	1,443	1,011	9,735	2,154	2,758
	3개월	1,408	1,314	1,831	7,544	1,970	2,594	494	1,612	2,136	210	1,636	2,108	12	913	701	9,668	1,848	2,475
	4개월	1,395	1,272	1,734	7,504	1,775	2,695	491	1,577	2,232	201	1,433	1,520	12	781	763	9,603	1,683	2,540
	5개월	1,376	1,192	1,665	7,425	1,638	2,241	490	1,443	1,708	207	1,569	2,522	10	1,458	1,993	9,508	1,562	2,154
	6개월	1,358	1,097	1,608	7,359	1,490	2,189	479	1,401	1,663	205	1,587	2,541	10	1,510	1,353	9,411	1,431	2,102
의료	7개월	1,357	1,270	2,297	7,323	1,421	2,172	477	1,404	1,858	203	1,207	1,659	8	640	469	9,368	1,393	2,166
	8개월	1,334	1,045	1,613	7,253	1,344	1,931	484	1,353	2,607	199	1,004	1,235	9	666	602	9,279	1,294	1,920
	9개월	1,321	1,013	1,653	7,206	1,289	1,903	463	1,175	1,532	199	1,239	2,115	9	665	494	9,198	1,242	1,859
	10개월	1,327	934	1,404	7,145	1,240	1,859	460	1,162	1,760	200	1,064	1,311	10	486	526	9,142	1,187	1,787
	11개월	1,310	959	1,653	7,074	1,169	1,827	454	1,099	1,263	192	934	1,052	10	573	512	9,040	1,129	1,766
	12개월	993	634	1,030	5,389	818	1,552	383	952	1,305	156	816	1,332	9	581	501	6,930	798	1,471
	2012년																		
	0개월	1,086	537	1,018	6,830	1,771	2,035	404	430	819	126	622	1,150	9	508	1,105	8,455	1,530	1,943
1개월	1,413	1,119	1,772	7,909	2,832	3,288	506	911	1,412	147	1,278	1,836	8	1,178	1,582	9,368	2,468	3,110	
2개월	1,433	1,264	2,322	7,791	2,248	3,265	502	1,149	1,976	149	1,186	1,748	7	784	891	9,196	2,032	3,099	
3개월	1,416	1,195	2,282	7,678	1,765	2,660	495	1,031	1,969	146	1,489	2,527	7	1,284	1,149	9,106	1,641	2,585	
4개월	1,406	1,063	1,984	7,599	1,608	2,653	501	1,056	2,055	145	1,205	2,197	9	1,142	2,222	9,001	1,493	2,540	

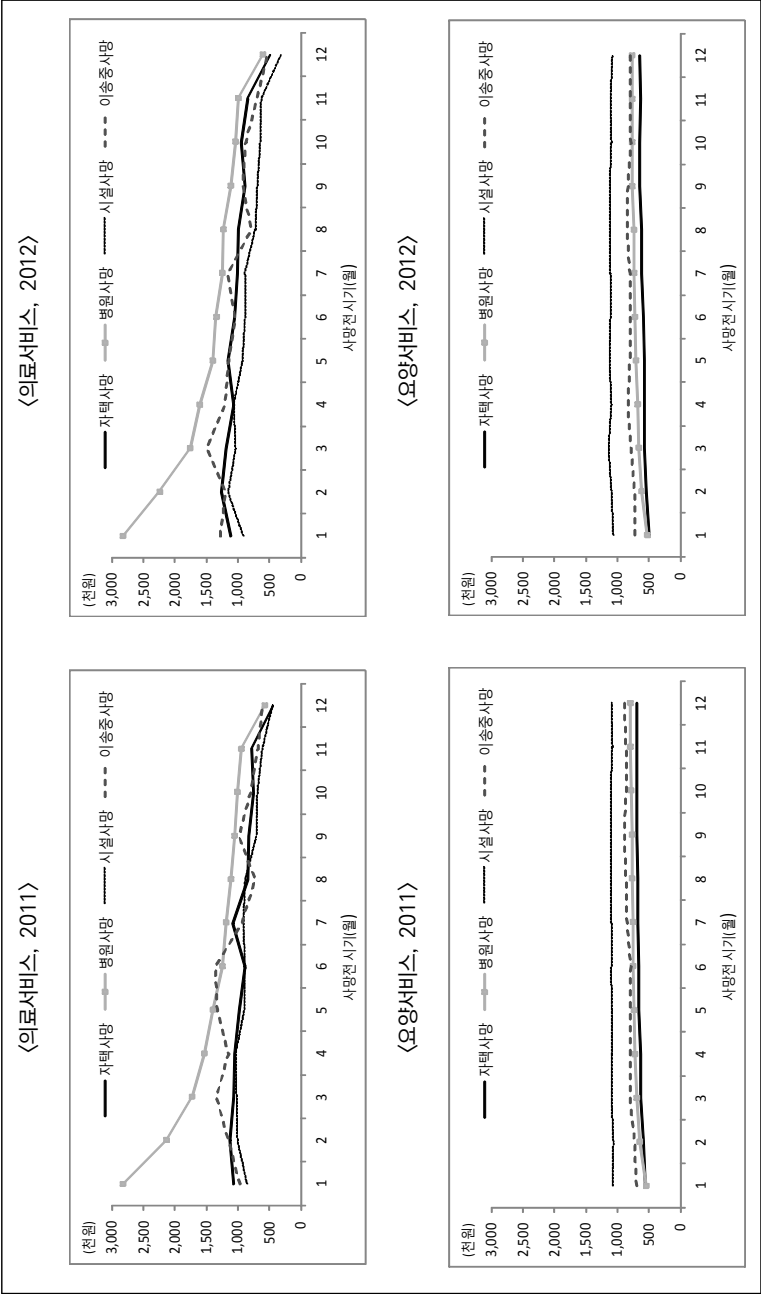
구분 ¹⁾		시망정소																		
		자택		의료기관		사회복지시설				병원입소 중 사망				기타 ²⁾		계				
						N	평균	SD	N	평균	SD	N	평균					SD	N	평균
	5개월	1,383	1,163	2,341	7,526	1,405	2,370	493	925	1,691	142	1,146	2,161	7	1,659	2,158	8,910	1,341	2,335	
	6개월	1,394	1,054	2,292	7,480	1,346	2,254	475	883	1,688	138	1,035	2,008	8	558	735	8,810	1,275	2,235	
	7개월	1,377	1,008	1,898	7,345	1,255	2,293	484	887	2,164	141	1,157	2,230	6	354	397	8,755	1,197	2,233	
	8개월	1,367	993	2,071	7,371	1,230	2,359	486	715	1,337	138	783	1,130	8	337	431	8,693	1,162	2,266	
	9개월	1,342	881	1,712	7,290	1,120	2,207	481	684	1,441	130	915	1,608	7	1,245	2,212	8,599	1,060	2,104	
	10개월	1,363	950	2,195	7,246	1,044	2,012	476	644	1,341	128	865	1,635	8	650	844	8,594	1,007	2,007	
	11개월	1,368	849	1,990	7,150	1,000	1,893	460	628	1,368	132	689	1,519	7	598	714	8,474	954	1,882	
	12개월	900	483	1,292	4,667	607	1,723	275	310	779	87	532	1,238	3	125	146	5,460	573	1,626	
	요양	0개월	989	307	289	2,704	263	296	397	612	410	111	375	353	6	578	404	4,207	310	325
		1개월	985	495	378	3,768	524	442	402	1,054	463	103	721	503	6	823	646	5,264	563	457
		2개월	817	545	385	3,696	612	458	355	1,083	442	85	720	491	5	834	635	4,958	637	464
		3개월	710	566	378	3,508	660	455	325	1,134	390	76	786	492	5	748	687	4,624	681	459
4개월		646	569	376	3,362	684	451	314	1,096	407	73	821	472	5	752	674	4,400	699	454	
5개월		602	578	370	3,184	706	448	291	1,126	403	75	791	448	5	889	533	4,157	719	451	
6개월		555	587	362	3,114	725	436	287	1,108	402	67	802	464	6	938	397	4,029	735	439	
7개월		528	612	356	3,054	735	427	282	1,110	401	61	802	449	6	830	492	3,931	747	431	
8개월		501	619	358	2,929	739	425	270	1,120	379	58	839	459	6	808	491	3,764	752	428	
9개월		472	651	328	2,795	761	413	265	1,118	363	60	824	428	6	794	411	3,598	774	413	
10개월		451	643	335	2,729	764	413	260	1,091	400	57	777	445	5	805	430	3,502	773	415	
11개월		437	632	337	2,664	762	406	250	1,105	366	55	796	441	5	961	143	3,411	772	408	
12개월	417	641	331	2,579	769	400	251	1,082	385	55	794	426	5	867	330	3,307	777	403		
계	0개월	1,390	638	956	7,191	1,781	2,032	523	796	824	152	790	1,112	9	894	1,131	9,265	1,537	1,899	
	1개월	1,558	1,328	1,695	8,134	2,996	3,234	553	1,600	1,319	156	1,680	1,724	9	1,603	1,454	10,410	2,652	3,028	
	2개월	1,549	1,457	2,228	8,116	2,437	3,170	539	1,783	1,836	159	1,497	1,680	8	1,201	851	10,371	2,241	2,994	

구분 ¹⁾	사망정소													
	지택		의료기관		사회복지시설		병원이송 중 사망		기타 ²⁾		계			
	N	평균	SD	N	평균	SD	N	평균	SD	N	평균	SD	N	평균
3개월	1,536	1,363	2,180	8,060	1,969	2,564	542	1,622	1,834	159	1,743	2,373	8	1,591
4개월	1,518	1,226	1,912	7,998	1,815	2,555	535	1,632	1,917	155	1,514	2,127	10	1,404
5개월	1,497	1,307	2,246	7,932	1,617	2,273	532	1,473	1,562	154	1,442	2,040	9	1,785
6개월	1,494	1,201	2,211	7,904	1,559	2,159	516	1,429	1,593	153	1,285	1,872	8	1,261
7개월	1,471	1,164	1,836	7,804	1,468	2,206	524	1,417	2,059	154	1,378	2,105	9	790
8개월	1,471	1,134	1,993	7,801	1,440	2,268	527	1,233	1,266	151	1,038	1,103	9	838
9개월	1,430	1,042	1,661	7,711	1,335	2,127	515	1,214	1,371	147	1,145	1,528	8	1,685
10개월	1,456	1,088	2,122	7,672	1,258	1,938	514	1,148	1,300	150	1,034	1,516	8	1,153
11개월	1,444	996	1,939	7,573	1,213	1,826	506	1,117	1,333	147	916	1,443	8	1,123
12개월	1,105	635	1,192	5,843	824	1,566	401	890	797	113	796	1,127	7	673

주: 1) '의료'는 건강보험급여 서비스, '요양'은 노인장기요양급여 서비스임.

2) 학교 등 공공시설, 도로, 상업 서비스시설, 산업장, 논밭 등 야외일터 외.

[그림 4-7] 사망 전 시기별 의료 및 요양서비스 이용자당 급여비용, 2011~2012



〈표 4-19〉 사망 전 시기별 의료서비스 종류별 급여비용, 2011~2012

구분

자택

의료기관

사회복지시설

병원입송 중 사망

기타¹⁾

N

평균

SD

N

평균

SD

N

평균

SD

N

평균

SD

N

평균

SD

계

사망장소

2011년

0개월

1개월

2개월

3개월

4개월

5개월

6개월

7개월

8개월

9개월

10개월

11개월

12개월

200

387

377

343

328

285

257

261

230

218

201

206

92

1,626

2,493

2,717

2,666

2,775

2,759

2,640

3,451

2,728

2,774

2,511

2,682

2,146

1,599

2,338

2,894

2,866

2,605

2,568

2,749

4,069

2,725

2,938

2,395

3,069

2,284

5,891

5,552

4,149

3,366

2,858

2,589

2,202

2,071

1,953

1,810

1,664

1,566

580

1,821

3,452

3,237

3,024

2,997

2,882

2,832

2,844

2,691

2,683

2,734

2,646

2,766

2,101

3,484

3,408

3,281

3,747

3,021

3,232

3,289

2,876

2,896

2,950

3,016

3,760

81

141

147

112

118

99

106

92

87

74

62

65

28

1,438

2,164

2,421

3,107

2,875

2,766

2,561

2,982

3,220

2,514

3,039

2,253

2,850

1,471

1,914

2,945

3,660

3,875

2,767

2,588

3,312

5,453

2,884

3,957

2,335

3,802

36

66

64

61

56

55

53

34

29

33

27

27

19

1,520

1,846

2,501

3,092

2,364

3,366

3,515

2,951

2,309

3,329

2,634

1,923

2,399

1,559

1,672

2,214

3,050

2,111

4,112

3,890

2,685

2,104

4,110

2,086

1,569

2,888

4

4

4

3

2

2

4

-

-

-

-

-

1

2,443

1,746

2,414

1,396

1,835

4,100

2,383

-

-

-

-

-

418

2,422

697

910

590

456

3,788

1,757

-

-

-

-

-

-

6,212

6,150

4,741

3,885

3,362

3,030

2,622

2,458

2,299

2,135

1,954

1,864

720

1,809

3,343

3,160

2,995

2,960

2,877

2,816

2,915

2,710

2,696

2,720

2,626

2,677

2,078

3,395

3,348

3,254

3,634

2,997

3,178

3,377

2,991

2,921

2,923

2,985

3,585

0개월

1개월

2개월

3개월

4개월

5개월

895

1,212

1,209

1,220

1,221

1,215

178

252

243

253

237

230

279

426

395

471

457

433

2,625

5,150

5,650

5,914

6,025

6,105

193

234

245

252

254

247

290

415

451

482

508

519

351

445

419

417

408

416

109

143

146

143

151

173

182

361

240

273

351

442

156

176

174

182

164

182

191

244

248

242

323

225

293

344

383

417

639

428

7

10

10

11

10

9

94

301

197

42

72

92

102

526

438

62

58

114

4,034

6,993

7,462

7,744

7,828

7,927

182

231

239

246

247

240

281

413

432

470

497

501

외래

0개월

1개월

2개월

3개월

4개월

5개월

명

천원

(단위: 명, 천원)

(단위: 명, 천원)

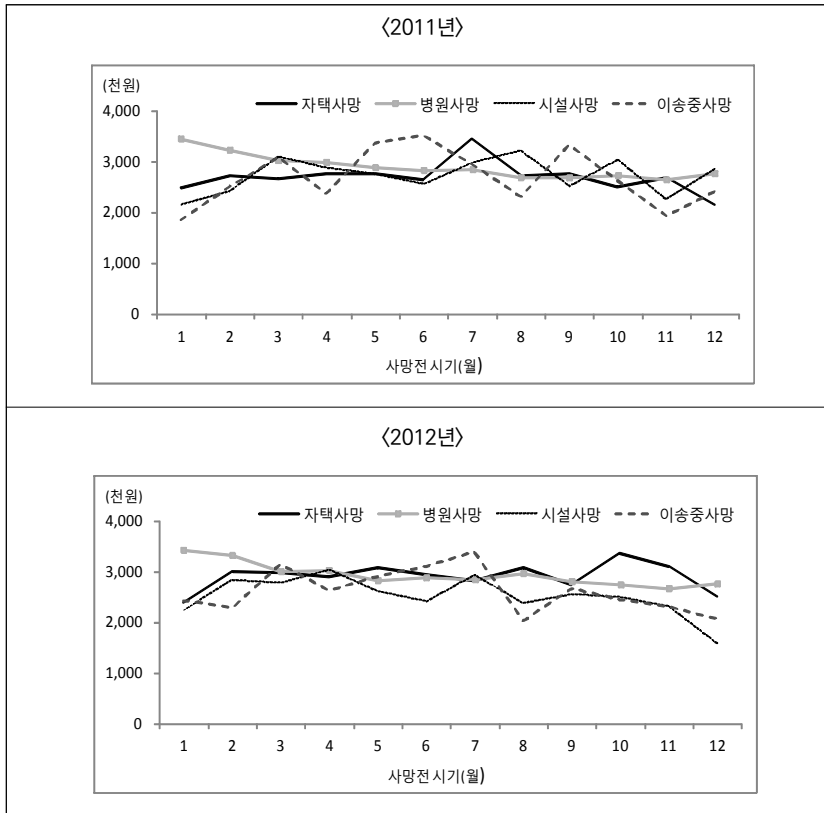
구분	사망장소																		
	자택		의료기관		사회복지시설		병원·이송 중 사망		기타 ¹⁾		계								
	N	평균	SD	N	평균	SD	N	평균	SD	N	평균	SD	N	평균	SD				
	3개월	1,298	1,061	1,927	7,163	1,736	2,707	444	1,013	2,309	190	1,336	2,241	11	479	689	9,106	1,595	2,595
	4개월	1,280	1,054	1,837	7,093	1,538	2,804	438	1,036	2,400	180	1,147	1,653	10	482	840	9,001	1,436	2,655
	5개월	1,261	975	1,748	7,008	1,399	2,338	442	901	1,821	189	1,323	2,692	10	1,144	2,087	8,910	1,312	2,255
	6개월	1,240	890	1,689	6,938	1,248	2,284	434	876	1,781	189	1,351	2,682	9	1,323	1,564	8,810	1,182	2,200
	7개월	1,255	1,083	2,410	6,873	1,192	2,268	431	914	2,003	189	938	1,744	7	155	160	8,755	1,156	2,267
	8개월	1,240	843	1,679	6,821	1,111	2,014	439	887	2,775	185	726	1,271	8	236	249	8,693	1,052	2,005
	9개월	1,219	820	1,724	6,775	1,060	1,984	412	702	1,622	184	978	2,204	9	191	225	8,599	1,006	1,940
	10개월	1,237	752	1,450	6,744	1,009	1,931	418	682	1,868	186	802	1,381	9	82	55	8,594	951	1,858
	11개월	1,223	786	1,705	6,656	944	1,895	410	612	1,325	176	675	1,075	9	168	263	8,474	899	1,832
	12개월	790	442	1,114	4,276	579	1,713	271	440	1,494	116	601	1,536	7	147	178	5,460	552	1,625
	입원	2012년																	
		0개월	228	1,542	1,668	6,371	1,794	2,045	83	1,370	1,341	29	1,529	1,794	2	1,892	2,126	6,713	1,779
1개월		487	2,384	2,322	6,000	3,438	3,393	157	2,242	1,741	54	2,425	2,207	3	2,683	1,263	6,701	3,325	3,304
2개월		439	3,012	3,273	4,612	3,329	3,694	162	2,839	2,524	52	2,283	2,218	2	1,495	1,635	5,267	3,276	3,620
3개월		400	2,987	3,396	3,671	3,014	3,158	140	2,767	2,774	52	3,147	3,345	3	2,121	1,116	4,266	3,004	3,170
4개월		341	2,915	2,975	3,194	3,034	3,332	136	3,030	2,960	45	2,636	3,172	2	3,000	1,049	3,718	3,018	3,284
5개월		351	3,085	3,611	2,808	2,828	3,092	125	2,622	2,338	39	2,910	3,072	2	2,916	1,898	3,325	2,849	3,126
6개월		326	2,947	3,854	2,559	2,879	2,960	120	2,417	2,354	30	3,115	3,004	1	321	-	3,036	2,870	3,048
7개월		312	2,820	2,944	2,324	2,839	3,229	101	2,932	3,816	32	3,384	3,504	-	-	-	2,769	2,847	3,224
8개월		281	3,097	3,401	2,173	2,973	3,458	93	2,375	2,031	26	2,034	1,630	-	-	-	2,573	2,956	3,399
9개월		251	2,754	2,776	2,004	2,810	3,311	80	2,550	2,451	25	2,658	2,320	2	2,935	3,288	2,362	2,794	3,221
10개월		242	3,369	3,986	1,847	2,746	3,035	73	2,499	2,358	21	2,448	2,425	1	1,912	-	2,184	2,804	3,134
11개월	224	3,103	3,787	1,791	2,669	2,825	71	2,307	2,528	20	2,306	2,950	1	1,902	-	2,107	2,699	2,936	

구분	사망징조																		
	자택		의료기관			사회복지시설			병원이송 중 사망			기타 ¹⁾			계				
	N	평균	SD	N	평균	SD	N	평균	SD	N	평균	SD	N	평균	SD				
외래	12개월	99	2,516	3,005	656	2,767	3,720	26	1,580	1,981	11	2,065	2,663	-	-	792	2,686	3,584	
	0개월	1,010	180	269	2,753	187	300	361	114	170	119	200	261	8	58	61	4,251	179	283
	1개월	1,302	232	407	5,311	230	389	453	138	236	127	353	578	7	116	175	7,200	227	389
	2개월	1,334	255	549	6,003	245	456	453	157	295	140	307	616	7	146	152	7,937	243	469
	3개월	1,345	251	513	6,269	267	534	459	158	381	131	295	487	7	288	425	8,211	258	523
	4개월	1,345	243	489	6,440	257	543	457	154	360	135	307	640	9	401	843	8,386	250	529
	5개월	1,322	270	672	6,557	262	559	460	166	388	134	261	654	7	673	1,617	8,480	258	574
	6개월	1,322	254	541	6,589	269	600	437	170	487	130	244	598	8	356	503	8,486	262	586
	7개월	1,312	254	571	6,540	253	564	461	155	330	134	284	595	6	156	241	8,453	248	556
	8개월	1,313	236	546	6,620	246	569	466	135	264	131	294	543	8	242	381	8,538	239	553
	9개월	1,297	243	554	6,616	238	548	456	152	348	125	288	725	6	337	338	8,500	235	543
	10개월	1,316	232	568	6,607	226	507	450	159	327	124	304	890	8	222	506	8,505	224	517
11개월	1,329	209	485	6,533	220	498	439	168	471	130	229	653	6	240	308	8,437	216	497	
12개월	847	126	293	4,262	133	311	252	90	205	80	175	570	2	94	52	5,443	130	309	
투약	0개월	512	97	128	1,389	109	215	233	80	83	63	163	523	4	81	40	2,201	105	204
	1개월	955	124	158	3,737	146	250	370	125	139	90	133	129	6	93	68	5,158	140	227
	2개월	1,045	142	224	4,549	151	237	360	127	183	110	137	140	6	246	369	6,070	148	231
	3개월	1,098	146	189	5,026	163	296	383	132	193	101	149	247	6	102	135	6,614	158	275
	4개월	1,103	157	293	5,213	167	301	392	118	141	104	141	142	7	96	80	6,819	162	291
	5개월	1,111	151	219	5,321	172	313	387	135	235	114	125	129	6	179	140	6,939	165	294
	6개월	1,089	158	259	5,434	170	290	375	147	352	101	175	375	4	324	241	7,003	167	290
	7개월	1,102	160	269	5,475	176	313	404	153	259	108	156	214	6	199	181	7,095	172	303
8개월	1,101	162	324	5,580	176	322	401	159	305	108	155	179	7	109	102	7,197	172	320	

구분		사망장소															
		자택				의료기관				사회복지시설				병원·이송 중 사망			
		N	평균	SD		N	평균	SD		N	평균	SD		N	평균	SD	
계	9개월	1,099	160	272	5,580	172	303	293	142	390	142	293	111	148	217	138	130
	10개월	1,115	156	246	5,618	178	314	245	137	384	137	245	109	199	432	7	217
	11개월	1,159	162	261	5,545	169	311	160	131	390	131	160	113	133	139	5	168
	12개월	716	110	164	3,611	125	222	95	95	228	95	115	73	131	151	2	93
	계	1,086	537	1,018	6,830	1,771	2,035	404	430	819	126	622	1150	9	508	1,105	1,530
	1개월	1,413	1,119	1,772	7,909	2,832	3,288	506	911	1,412	147	1,278	1,836	8	1,178	1,582	2,468
	2개월	1,433	1,264	2,322	7,791	2,248	3,265	502	1,149	1,976	149	1,186	1,748	7	784	891	2,032
	3개월	1,416	1,195	2,282	7,678	1,765	2,660	495	1,031	1,969	146	1,489	2,527	7	1,284	1,149	1,641
	4개월	1,406	1,063	1,984	7,599	1,608	2,653	501	1,056	2,055	145	1,205	2,197	9	1,142	1,222	1,493
	5개월	1,383	1,163	2,341	7,526	1,405	2,370	493	925	1,691	142	1,146	2,161	7	1,659	2,158	1,341
	6개월	1,394	1,054	2,292	7,480	1,346	2,254	475	883	1,688	138	1,035	2,008	8	558	735	1,275
	7개월	1,377	1,008	1,898	7,345	1,255	2,293	484	887	2,164	141	1,157	2,230	6	354	397	1,197
	8개월	1,367	993	2,071	7,371	1,230	2,359	486	715	1,337	138	783	1,130	8	337	431	1,162
	9개월	1,342	881	1,712	7,290	1,120	2,207	481	684	1,441	130	915	1,608	7	1,245	2,212	1,060
	10개월	1,363	950	2,195	7,246	1,044	2,012	476	644	1,341	128	865	1,635	8	650	844	1,007
	11개월	1,368	849	1,990	7,150	1,000	1,893	460	628	1,368	132	689	1,519	7	598	714	954
	12개월	900	483	1,292	4,667	607	1,723	275	310	779	87	532	1,238	3	125	146	573

주: 1) 학교 등 공공시설, 도로, 상업 서비스시설, 산업장, 논밭 등 야외일터 외.

[그림 4-8] 사망 전 시기별 입원서비스 이용자당 급여비용, 2011~2012



3) 요양 서비스 급여비용

사망 전 시기별로 급여비용에 차이를 보이고 있는 의료 서비스와 달리, 급여범위를 설정하고 있는 요양 서비스는 시설과 재가서비스에서 모두 사망 전 시기에 따른 급여비용의 변동을 보이지 않았으며 다만, 시설서비스 급여비용은 2011년 대비 2012년에 소폭 상승하는 경향을 보인 반면에 재가서비스 급여비용은 오히려 감소하는 경향을 나타냈다(표 4-20 참조).

〈표 4-20〉 사망 전 시기별 요양 서비스 종류별 급여비용, 2011~2012

구분	사망장소																(단위: 명, 천원)		
	자택			의료기관			사회복지시설			병원이상 중 사망			기타 ¹⁾			계			
	N	평균	SD	N	평균	SD	N	평균	SD	N	평균	SD	N	평균	SD	N		평균	SD
	2011년																		
시설	0개월	62	534	323	665	499	362	38	616	364	2	645	420	2	543	646	1,096	541	367
	1개월	71	952	417	889	983	423	35	1,190	327	2	1,099	425	2	1,166	119	1,312	1,034	411
	2개월	55	1,207	256	865	1,113	385	30	1,204	328	2	1,153	418	2	816	672	1,225	1,138	371
	3개월	51	1,186	308	818	1,194	317	27	1,219	318	2	1,229	306	2	1,164	122	1,146	1,200	316
	4개월	46	1,202	243	788	1,216	305	26	1,273	227	2	1,252	308	2	1,158	189	1,082	1,228	289
	5개월	42	1,273	208	768	1,237	275	25	1,268	266	2	1,209	364	2	1,128	173	1,045	1,244	273
	6개월	42	1,210	254	740	1,242	273	23	1,255	284	2	1,247	217	2	1,202	126	1,001	1,243	273
	7개월	38	1,266	256	718	1,240	267	21	1,288	230	2	1,329	147	2	1,140	38	960	1,252	259
	8개월	37	1,191	279	690	1,243	270	21	1,286	243	2	1,274	193	2	1,164	122	924	1,250	265
	9개월	34	1,277	215	666	1,266	228	20	1,287	209	2	1,339	156	2	1,260	45	887	1,272	223
	10개월	32	1,296	204	648	1,262	238	20	1,292	221	2	1,261	290	2	1,179	100	863	1,268	235
	11개월	31	1,251	240	624	1,261	242	20	1,279	260	2	1,335	134	2	1,260	45	837	1,266	244
12개월	27	1,294	238	607	1,254	241	19	1,273	242	2	1,304	271	2	1,239	16	811	1,260	241	
재가	0개월	990	310	268	2,028	213	244	43	286	296	111	303	277	6	267	188	3,178	248	258
	1개월	934	531	314	2,873	412	308	60	432	317	113	556	326	7	500	356	3,987	444	314
	2개월	788	550	305	2,813	497	315	71	487	312	95	585	320	6	538	303	3,773	510	314
	3개월	693	597	296	2,682	540	300	74	598	302	86	657	268	4	841	110	3,539	555	300
	4개월	625	592	297	2,527	575	291	77	528	317	77	636	279	4	559	322	3,310	579	292
	5개월	576	620	278	2,423	583	286	78	579	344	68	654	268	3	295	429	3,148	591	286
	6개월	541	621	267	2,318	599	277	72	654	268	66	626	278	1	790	-	2,998	605	275
7개월	502	629	266	2,201	600	275	72	595	302	60	666	249	2	876	122	2,837	607	274	

구분	시명주소																		
	지역			의료기관			사회복지시설			병원이상 중 사망			기타 ¹⁾			계			
	N	평균	SD	N	평균	SD	N	평균	SD	N	평균	SD	N	평균	SD	N	평균	SD	
	8개월	476	638	267	2,128	617	271	67	624	280	56	694	275	2	888	116	2,729	622	271
	9개월	454	650	270	2,056	614	269	67	636	274	55	723	201	2	871	114	2,634	623	268
	10개월	417	642	254	1,968	630	260	67	614	269	55	697	270	2	881	100	2,509	633	259
	11개월	395	647	264	1,887	635	257	70	623	280	51	665	227	2	852	68	2,405	637	258
	12개월	379	648	258	1,824	641	255	72	651	257	46	713	194	2	863	89	2,323	644	255
	계	1,052	324	277	2,687	284	304	370	581	372	149	390	351	8	336	318	4,266	324	317
	1개월	1,002	562	341	3,758	547	417	375	1,069	428	148	685	420	9	648	428	5,292	591	426
	2개월	841	594	343	3,671	643	423	341	1,065	430	124	727	423	7	694	415	4,984	666	426
	3개월	743	638	332	3,498	693	411	320	1,083	404	113	794	369	6	949	195	4,680	714	411
	4개월	671	634	332	3,311	728	401	296	1,084	411	103	791	392	6	759	406	4,387	739	404
	5개월	618	665	319	3,189	741	398	286	1,080	422	93	803	385	5	628	554	4,191	754	400
	6개월	583	663	306	3,056	755	390	266	1,093	387	89	787	379	3	1,065	254	3,997	765	389
7개월	540	674	311	2,917	758	388	253	1,091	402	81	838	370	4	1,008	169	3,795	770	389	
8개월	512	679	304	2,814	771	382	241	1,102	390	77	852	363	4	1,026	186	3,648	782	383	
9개월	488	694	311	2,720	774	382	232	1,099	374	75	887	333	4	1,065	235	3,519	787	381	
10개월	449	689	302	2,613	787	374	227	1,098	386	74	859	364	4	1,030	191	3,367	797	376	
11개월	425	693	305	2,507	792	370	230	1,080	403	71	854	366	4	1,056	240	3,237	801	374	
12개월	406	691	303	2,429	795	366	225	1,091	366	65	886	347	4	1,051	223	3,129	805	368	
2012년																			
시월	0개월	55	604	389	630	471	344	362	654	401	32	633	389	3	903	206	1,082	545	377
	1개월	62	1,069	428	854	1,022	423	335	1,182	370	30	1,286	286	3	1,263	306	1,284	1,073	414
	2개월	56	1,197	361	867	1,161	368	291	1,221	332	26	1,223	423	2	1,329	333	1,242	1,178	361
	3개월	49	1,270	253	869	1,204	327	261	1,264	275	23	1,331	225	2	1,275	395	1,204	1,222	313
	4개월	46	1,233	340	837	1,244	294	242	1,254	282	24	1,327	289	2	1,259	417	1,151	1,248	294
5개월	42	1,288	231	809	1,262	274	225	1,300	217	23	1,272	298	2	1,250	359	1,101	1,271	262	

구분	시범정소																
	자택		의료기관		사회복지시설		병원(이송 중 사망)		기타 ¹⁾		계						
	N	평균	SD	N	평균	SD	N	평균	SD	N	평균	SD	N	평균	SD		
5개월	602	578	370	3,184	706	448	291	1,126	403	75	791	448	5	889	4,157	719	451
6개월	555	587	362	3,114	725	436	287	1,108	402	67	802	464	6	938	4,029	735	439
7개월	528	612	356	3,054	735	427	282	1,110	401	61	802	449	6	830	3,931	747	431
8개월	501	619	358	2,929	739	425	270	1,120	379	58	839	459	6	808	3,764	752	428
9개월	472	651	328	2,795	761	413	265	1,118	363	60	824	428	6	794	3,598	774	413
10개월	451	643	335	2,729	764	413	260	1,091	400	57	777	445	5	805	3,502	773	415
11개월	437	632	337	2,664	762	406	250	1,105	366	55	796	441	5	961	3,411	772	408
12개월	417	641	331	2,579	769	400	251	1,082	385	55	794	426	5	867	3,307	777	403

주: 1) 학교 등 공공시설, 도로, 상업 서비스시설, 산업장, 논밭 등 야외일터 외.

4. 사망 전 1개월간 의료 서비스 이용²⁵⁾

가. 연명의료

1) 이용률

말기암환자에게 있어서 연명의료는 호스피스 완화의료와 대치되는 것으로 특히, 적어도 사망 전 1개월 내에는 행위에 앞서 신중히 재고되어야 할 사안이다.

2011~2012년 압으로 사망한 노인장기요양보험 급여대상자의 사망 전 1개월간 연명의료 이용률은 28.7~28.8%이며, 사망 전 2주간 연명의료 이용률은 15.7~15.9%이다.

연명의료 이용률은 예상하듯이 의료기관 사망자에서 월등히 높은 가운데, 의료기관 사망자의 경우에 3명당 1명꼴로 적용되었다.

〈표 4-21〉 연명의료 이용률¹⁾, 2011~2012

(단위: 명, %)

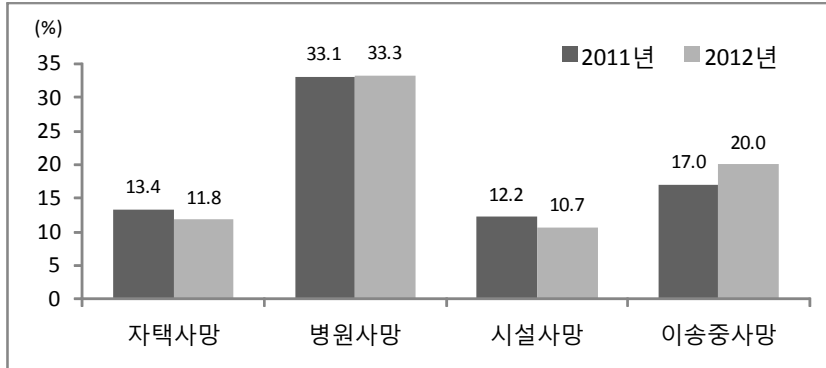
구분	2011				2012			
	사망 전 2주		사망 전 1개월		사망 전 2주		사망 전 1개월	
	N	이용률	N	이용률	N	이용률	N	이용률
자택	86	5.7	203	13.4	91	5.5	194	11.8
의료기관	1,482	18.6	2,634	33.1	1,597	18.8	2,829	33.3
사회복지시설	17	3.2	65	12.2	22	3.9	61	10.7
병원이송 중 사망	15	6.7	38	17.0	22	13.3	33	20.0
기타 ²⁾	3	25.0	5	41.7	1	10.0	1	10.0
계	1,603	15.7	2,945	28.8	1,733	15.9	3,118	28.7

주: 1) (연명의료 이용자수÷사망자수)×100 단, 연명의료 내용은 〈표 4-8〉 참조

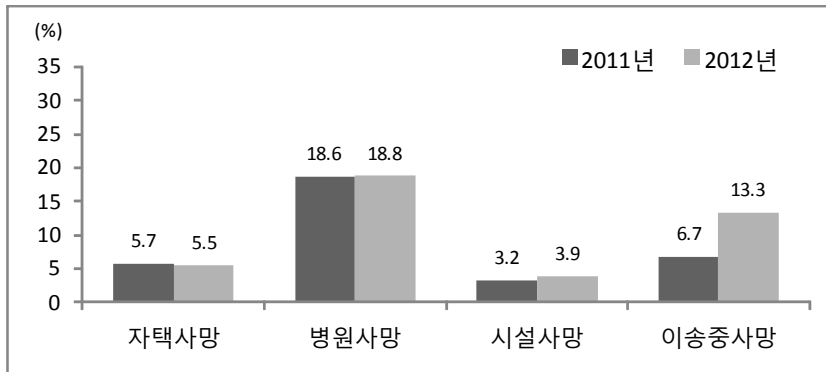
2) 학교 등 공공시설, 도로, 상업 서비스시설, 산업장, 논밭 등 야외일터 외.

25) 요양 서비스의 경우에 노인장기요양보험 급여청구 특성 상 사망 전 1개월간 이용내역이 정확히 파악되기 어려우므로 여기서는 의료서비스 이용으로 한정하였다.

[그림 4-9] 사망 전 1개월간 연명의료 이용률, 2011~2012



[그림 4-10] 사망 전 2주간 연명의료 이용률, 2011~2012



사회복지시설 사망자의 경우 연명의료 이용률이 타 장소에서의 사망자에 비해 낮은 편이나, 10명 중 1명 이상에서 사망 전 1개월간 연명의료가 이용된 것으로 나타났다(표 4-21, 그림 4-9, 그림 4-10 참조).

2011~2012년 암으로 사망한 노인장기요양보험 급여대상자의 사망 전 1개월간 연명의료의 내용으로는 초음파 검사가 가장 많았으며, 다음으로 인공적 영양공급, 인공호흡이 많았다(표 4-22 참조).

〈표 4-22〉 연명의료 종류별 사망 전 1개월간 이용률¹⁾, 2011~2012

(단위: 명, %)

구분	사망장소											
	자택		의료기관		사회복지 시설		병원이송 중 사망		기타 ²⁾		계	
	N	이용률	N	이용률	N	이용률	N	이용률	N	이용률	N	이용률
2011년												
중환자실	14	0.9	358	4.5	5	0.9	2	0.9	1	8.3	380	3.7
심폐소생술	12	0.8	207	2.6	-	-	4	1.8	1	8.3	224	2.2
인공호흡	14	0.9	531	6.7	2	0.4	4	1.8	1	8.3	552	5.4
혈액투석	9	0.6	131	1.6	1	0.2	2	0.9	-	-	143	1.4
수혈	8	0.5	70	0.9	2	0.4	0	0.0	-	-	80	0.8
인공적 영양공급	57	3.8	1,075	13.5	24	4.5	7	3.1	4	33.3	1,167	11.4
자기공명영상	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
전산화단층영상	23	1.5	244	3.1	3	0.6	1	0.4	-	-	271	2.6
초음파검사	148	9.8	1,757	22.1	46	8.7	25	11.2	3	25.0	1,979	19.3
양전자단층촬영	7	0.5	108	1.4	2	0.4	2	0.9	-	-	119	1.2
2012년												
중환자실	17	1.0	355	4.2	4	0.7	2	1.2	-	-	378	3.5
심폐소생술	9	0.5	234	2.8	2	0.4	4	2.4	-	-	249	2.3
인공호흡	14	0.9	528	6.2	2	0.4	4	2.4	-	-	548	5.0
혈액투석	9	0.5	166	2.0	2	0.4	2	1.2	-	-	179	1.6
수혈	8	0.5	87	1.0	-	-	-	-	1	10.0	96	0.9
인공적 영양공급	42	2.6	1,083	12.8	17	3.0	5	3.0	-	-	1,147	10.6
자기공명영상	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
전산화단층영상	22	1.3	261	3.1	9	1.6	4	2.4	-	-	296	2.7
초음파검사	148	9.0	1,942	22.9	48	8.4	18	10.9	1	10.0	2,157	19.8
양전자단층촬영	8	0.5	135	1.6	3	0.5	2	1.2	-	-	148	1.4

주: 1) (연명의료 이용자수÷사망자수)×100 단, 연명의료 내용은 〈표 4-8〉 참조

2) 학교 등 공공시설, 도로, 상업 서비스시설, 산업장, 논밭 등 야외일터 외.

또한, 사망 전 2주간에도 사망 전 1개월간과 동일하게 초음파 검사가 가장 많고, 다음으로 인공적 영양공급, 인공호흡이 많았으며, 사망자의 1.8%에 대하여는 심폐소생술이 적용되었다(표 4-23 참조).

사망 전 1개월간 연명의료 이용률은 사망자의 거의 대부분이 의료서비스를 이용하고 있는 상황에서 사망장소에 따른 차이 외에 의료 및 요양 서비스 이용형태에 따라서는 눈에 띄는 차이를 보이지 않았다(표 4-24, 그림 4-11 참조).

110 호스피스 완화의료 활성화 방안-노인장기요양서비스 이용자를 중심으로

〈표 4-23〉 연명의료 종류별 사망 전 2주간 이용률¹⁾, 2011~2012

(단위: 명, %)

구분	사망장소											
	자택		의료기관		사회복지 시설		병원이송 중 사망		기타 ²⁾		계	
	N	이용률	N	이용률	N	이용률	N	이용률	N	이용률	N	이용률
2011년												
중환자실	5	0.3	208	2.6	1	0.2	2	0.9	-	-	216	2.1
심폐소생술	11	0.7	169	2.1	-	-	4	1.8	1	8.3	185	1.8
인공호흡	8	0.5	373	4.7	1	0.2	3	1.3	-	-	385	3.8
혈액투석	6	0.4	76	1.0	1	0.2	1	0.4	-	-	84	0.8
수혈	2	0.1	33	0.4	-	-	-	-	-	-	35	0.3
인공적 영양공급	26	1.7	574	7.2	5	0.9	2	0.9	2	16.7	609	5.9
자기공명영상	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
전산화단층영상	4	0.3	90	1.1	1	0.2	-	-	-	-	95	0.9
초음파검사	51	3.4	891	11.2	15	2.8	7	3.1	1	8.3	965	9.4
양전자단층촬영	1	0.1	26	0.3	-	-	-	-	-	-	27	0.3
2012년												
중환자실	7	0.4	204	2.4	2	0.4	1	0.6	-	-	214	2.0
심폐소생술	9	0.5	186	2.2	2	0.4	4	2.4	-	-	201	1.8
인공호흡	8	0.5	362	4.3	1	0.2	3	1.8	-	-	374	3.4
혈액투석	6	0.4	107	1.3	2	0.4	2	1.2	-	-	117	1.1
수혈	5	0.3	40	0.5	-	-	-	-	1	10.0	46	0.4
인공적 영양공급	19	1.2	562	6.6	4	0.7	3	1.8	-	-	588	5.4
자기공명영상	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
전산화단층영상	12	0.7	90	1.1	1	0.2	1	0.6	-	-	104	1.0
초음파검사	61	3.7	1,006	11.9	13	2.3	10	6.1	1	10.0	1,091	10.0
양전자단층촬영	2	0.1	41	0.5	1	0.2	-	-	-	-	44	0.4

주: 1) (연명의료 이용자수 ÷ 사망자수) × 100 단, 연명의료 내용은 〈표 4-8〉 참조

2) 학교 등 공공시설, 도로, 상업 서비스시설, 산업장, 논밭 등 야외일터 외.

〈표 4-24〉 의료 및 요양 서비스 이용형태별 사망 전 1개월간 연명의료 이용률¹⁾, 2011~2012

(단위: 명, %)

구분 ²⁾	사망장소											
	자택		의료기관		사회복지 시설		병원이송 중 사망		기타 ³⁾		계	
	N	이용률	N	이용률	N	이용률	N	이용률	N	이용률	N	이용률
2011년												
의료	35	13.8	631	27.7	4	11.4	7	18.4	1	50.0	678	26.0
의료+시설	14	20.3	390	34.8	36	11.3	4	11.1	-	-	444	28.7
의료+재가	154	13.2	1,596	35.6	19	12.7	27	18.9	3	42.9	1,799	30.3
의료+시설+재가	-	-	17	25.8	6	26.1	-	-	1	100.0	24	22.2

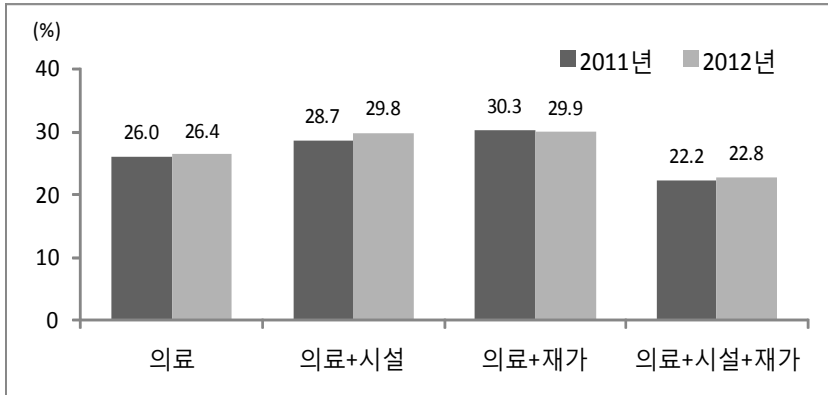
구분 ²⁾	사망장소											
	자택		의료기관		사회복지 시설		병원·이송 중 사망		기타 ³⁾		계	
	N	이용률	N	이용률	N	이용률	N	이용률	N	이용률	N	이용률
2012년												
의료	57	13.0	814	28.9	4	8.0	7	24.1	-	-	882	26.4
의료+시설	12	17.9	422	37.5	36	10.0	3	10.0	-	-	473	29.8
의료+재가	125	11.2	1,578	35.2	19	13.4	22	22.0	1	25.0	1,745	29.9
의료+시설+재가	-	-	15	29.4	2	13.3	1	20.0	-	-	18	22.8

주: 1) (연명의료 이용자수÷사망자수)×100 단, 연명의료 내용은 <표 4-8> 참조

2) '의료'는 건강보험급여 서비스, '시설'과 '재가'는 노인장기요양급여 서비스임. 사망 전 1년간 의료 및 요양 서비스 이용형태를 기준으로 분류함(표 4-13 참조).

3) 학교 등 공공시설, 도로, 상업 서비스시설, 산업장, 논밭 등 야외일터 외.

[그림 4-11] 의료 및 요양 서비스 이용형태별 사망 전 1개월간 연명의료 이용률, 2011~2012



하지만, 사망 전 1개월간과 달리 사망 전 2주간 연명의료 이용률은 서비스 이용형태에 따라 차이를 보이고 있는 가운데, 의료서비스만 이용한 경우에 월등히 높고 의료와 시설서비스를 함께 이용한 경우에 현저히 낮았다(표 4-25, 그림 4-12 참조).

〈표 4-25〉 의료 및 요양 서비스 이용형태별 사망 전 2주간 연명의료 이용률¹⁾, 2011~2012
(단위: 명, %)

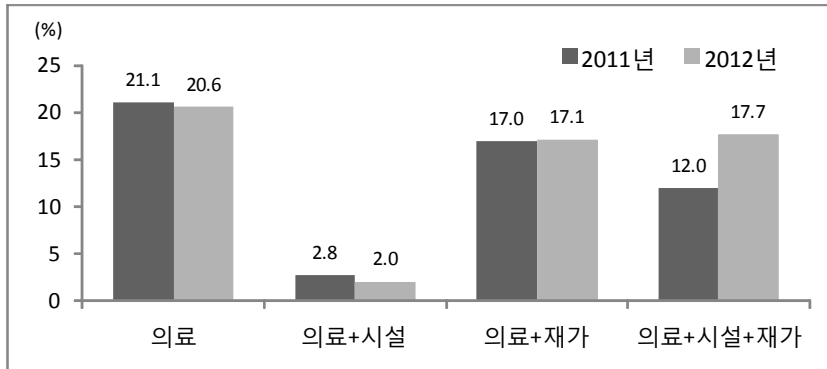
구분 ²⁾	사망장소											
	자택		의료기관		사회복지 시설		병원이송 중 사망		기타 ³⁾		계	
	N	이용률	N	이용률	N	이용률	N	이용률	N	이용률	N	이용률
2011년												
의료	21	8.3	513	22.5	11	31.4	5	13.2	1	50.0	551	21.1
의료+시설	1	1.4	40	3.6	3	0.9	-	-	-	-	44	2.8
의료+재가	64	5.5	929	20.8	3	2.0	10	7.0	2	28.6	1,008	17.0
의료+시설+재가	-	-	9	13.6	4	17.4	-	-	-	-	13	12.0
2012년												
의료	28	6.4	641	22.8	15	30.0	4	13.8	-	-	688	20.6
의료+시설	-	-	30	2.7	2	0.6	-	-	-	-	32	2.0
의료+재가	63	5.6	913	20.4	5	3.5	17	17.0	1	25.0	999	17.1
의료+시설+재가	-	-	13	25.5	-	-	1	20.0	-	-	14	17.7

주: 1) (연명의료 이용자수÷사망자수)×100 단, 연명의료 내용은 〈표 4-8〉 참조

2) '의료'는 건강보험급여 서비스, '시설'과 '재가'는 노인장기요양급여 서비스임. 사망 전 1년간 의료 및 요양 서비스 이용형태를 기준으로 분류함(표 4-13 참조).

3) 학교 등 공공시설, 도로, 상업 서비스시설, 산업장, 논밭 등 야외일터 외.

〔그림 4-12〕 의료 및 요양 서비스 이용형태별 사망 전 2주간 연명의료 이용률, 2011~2012



2) 이용량

2011~2012년 암으로 사망한 노인장기요양보험 급여대상자 중 사망 전 1개월간 연명의료 이용자의 연명의료 종류별 이용량은 이용률과 달리

수혈, 혈액투석, 중환자실, 인공호흡 순으로 많았다.

또한, 이들은 2012년의 수혈을 제외하고는 사회복지시설 사망자에서 의료기관 사망자보다 오히려 높은 수준을 나타냄으로써 사회복지시설에서 임종징후 시 중환자실로 이송하는 경향을 반영하였다(표 4-26 참조).

사망 전 2주간 연명의료 이용자의 연명의료 종류별 이용량에서도 사망 전 1개월간과 유사하게 수혈, 혈액투석, 중환자실, 인공호흡에서 높은 수준을 나타내고 있다.

다만, 의료기관 사망자의 경우 사망 전 1개월에 이어 사망 전 2주간의도 여전히 다양한 종류의 연명의료를 이용하는 것으로 나타나, 적극적 치료에 치중하는 의료기관의 현실을 드러내었다(표 4-27 참조).

3) 급여비용

사망 전 1개월간 연명의료 이용자의 이용자당 급여비용은 사망장소에 따라 다소의 차이를 나타냈다. 즉, 2011년 사망자의 경우에 사회복지시설 사망자와 병원이송 중 사망자의 중환자실 급여비용이 의료기관 사망자보다 각각 1.4배와 1.2배 많은 것으로 나타나, 중환자실 입원 후 이들에게 각종 검사 등이 실시되었음을 예상케 하였다(표 4-28 참조).

사망 전 1개월간 연명의료 이용자의 이용자당 급여비용과 같은 경향은 사망 전 2주간에도 일부 나타나고 있다. 즉, 2012년 사망자의 경우에 사회복지시설 사망자의 중환자실과 인공호흡 급여비용이 의료기관 사망자보다 각각 1.8배와 3.6배로 높게 나타나고 있다.

다만, 이상과 같은 결과들은 그 자체만으로 의미를 찾기보다는 사회복지시설 사망자의 연명의료 이용률이 낮은 점과 함께 해석되어야 할 것이다(표 4-29 참조).

〈표 4-26〉 연명의로 종류별 사망 전 1개월간 이용자당 이용횟수, 2011~2012

구분	사망장소													
	자택		의료기관		사회복지시설		병원/숙 중 사망		기타 ¹⁾		계			
	N	평균	SD	N	평균	SD	N	평균	SD	N	평균	SD	N	SD
2011년														
중환자실	14	6.6	7.0	358	7.0	6.6	5	11.0	9.6	2	9.0	0.0	1	5.0
심폐소생술	12	1.0	0.0	207	1.0	0.2	-	-	-	4	1.0	0.0	1	1.0
인공호흡	14	4.1	4.6	531	5.0	6.0	2	4.5	4.9	4	3.3	3.3	1	1.0
혈액투석	9	11.0	7.5	131	10.7	7.8	1	19.0	-	2	11.0	9.9	-	-
수술	8	7.6	8.7	70	13.8	20.8	2	14.0	11.3	-	-	-	-	-
인공적 영양공급	57	3.7	3.9	1,075	4.9	6.0	24	5.9	7.0	7	3.6	2.4	4	3.5
자기공명영상	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
전산화단층영상	23	1.4	0.9	244	1.4	0.8	3	1.3	0.6	1	1.5	-	-	-
초음파검사	148	1.4	0.7	1,757	1.5	0.9	46	1.5	0.8	25	1.2	0.6	3	2.0
양전자단층촬영	7	1.0	0.0	108	1.0	0.2	2	1.0	0.0	2	1.1	0.2	-	-
2012년														
중환자실	17	4.4	2.6	355	7.5	6.9	4	4.8	6.2	2	2.0	1.4	-	-
심폐소생술	9	1.0	0.0	234	1.1	0.3	2	1.0	0.0	4	1.0	0.0	-	-
인공호흡	14	4.4	3.9	528	5.1	6.1	2	11.5	2.1	4	6.8	9.6	-	-
혈액투석	9	12.8	8.2	166	12.0	8.0	2	12.0	14.1	2	19.0	1.4	-	-
수술	8	11.9	22.5	87	19.5	27.4	-	-	-	-	-	-	1	6.0
인공적 영양공급	42	2.6	3.1	1,083	5.0	6.3	17	4.8	5.2	5	3.8	1.8	-	-
자기공명영상	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
전산화단층영상	22	1.2	0.4	261	1.6	2.7	9	1.3	0.4	4	1.5	0.6	-	-
초음파검사	148	1.4	0.7	1,942	1.5	0.8	48	1.4	0.6	18	1.2	0.5	1	1.0
양전자단층촬영	8	1.0	0.0	135	1.0	0.1	3	1.0	0.0	2	1.0	0.0	-	-

주: 1) 학교 등 공공시설, 도로, 상업 서비스시설, 산업장, 논밭 등 야외일터 외.

(단위: 명, 일)

〈표 4-27〉 연명으로 종류별 사망 전 2주간 이용자당 이용횟수, 2011~2012

(단위: 명, 일)

구분	사망장소													
	자택		의료기관		사회복지시설		병원이송 중 사망		기타 ¹⁾		계			
	N	평균	SD	N	평균	SD	N	평균	SD	N	평균	SD	N	SD
2011년														
중환자실	5	3.6	2.5	208	4.5	3.7	1	6.0	-	2	9.0	0.0	-	4.6
심폐소생술	11	1.0	0.0	169	1.0	0.2	-	-	-	4	1.0	0.0	-	1.0
인공호흡	8	2.9	2.2	373	3.2	3.3	1	1.0	-	3	3.3	4.0	-	3.2
혈액투석	6	8.3	3.1	76	5.2	3.1	1	9.0	-	1	4.0	-	-	3.2
수술	2	2.0	0.0	33	10.1	14.0	-	-	-	-	-	-	-	13.7
인공적 영양공급	26	3.2	2.8	574	2.9	2.9	5	2.0	1.4	2	5.0	2.8	2	2.9
자기공명영상	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
전산화단층영상	4	1.0	0.0	90	1.4	0.5	1	2.0	-	-	-	-	95	0.5
초음파검사	51	1.3	0.7	891	1.4	0.7	15	1.1	0.3	7	1.1	0.4	1	0.7
양전자단층촬영	1	1.0	-	26	1.0	0.2	-	-	-	-	-	-	27	0.2
2012년														
중환자실	7	4.9	2.0	204	4.1	3.5	2	7.5	9.2	1	3.0	-	-	4.2
심폐소생술	9	1.0	0.0	186	1.1	0.2	2	1.0	0.0	4	1.0	0.0	-	1.0
인공호흡	8	3.8	2.9	362	3.0	2.9	1	10.0	-	3	2.0	1.7	-	3.0
혈액투석	6	8.3	2.8	107	6.3	4.2	2	6.0	5.7	2	9.5	0.7	-	4.1
수술	5	4.4	3.8	40	12.2	13.7	-	-	-	-	-	-	1	13.0
인공적 영양공급	19	2.1	2.8	562	2.8	2.9	4	2.0	1.4	3	2.0	1.0	-	2.9
자기공명영상	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
전산화단층영상	12	1.3	0.4	90	1.6	2.2	1	1.0	-	1	1.0	-	-	2.1
초음파검사	61	1.4	0.8	1,006	1.5	0.7	13	1.4	0.7	10	1.2	0.4	1	0.7
양전자단층촬영	2	1.0	0.0	41	1.0	0.0	1	1.0	-	-	-	-	-	0.0

주: 1) 학교 등 공공시설, 도로, 상업 서비스시설, 산업장, 논밭 등 야외일터 외.

〈표 4-29〉 연명의료 종류별 사망 전 2주간 이용자당 급여비용, 2011~2012

구분	사망장소												(단위: 명, 천원)			
	자택			의료기관			사회복지시설			병원(이)속 중 사망						
	N	평균 비용	표준 편차	N	평균 비용	표준 편차	N	평균 비용	표준 편차	N	평균 비용	표준 편차				
2011년																
중환자실 심폐소생술 인공호흡 혈액투석 수술 인공적 영양공급 자기공명영상 전산화단층영상 초음파검사 양전자단층촬영	5	370	278	208	445	373	1	437	-	2	829	196	-	216	447	370
	11	85	14	169	81	24	-	-	-	4	83	17	1	84	81	24
	8	201	200	373	241	274	1	41	-	3	255	369	-	385	240	272
	6	504	175	76	442	296	1	497	-	1	241	-	-	84	445	286
	2	19	-	33	95	130	-	-	-	-	-	-	-	35	91	127
	26	35	22	574	33	33	5	30	26	2	55	6	2	609	33	32
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	4	365	146	90	319	192	1	480	-	-	-	-	-	95	322	190
	51	157	85	891	182	101	15	142	43	7	147	65	1	394	180	100
1	359	-	26	380	88	-	-	-	-	-	-	-	-	27	379	86
2012년																
중환자실 심폐소생술 인공호흡 혈액투석 수술 인공적 영양공급 자기공명영상 전산화단층영상 초음파검사 양전자단층촬영	7	493	181	204	420	365	2	763	935	1	278	-	-	214	424	365
	9	91	14	186	89	26	2	109	7	4	86	22	-	201	89	25
	8	299	280	362	244	270	1	875	-	3	146	177	-	374	246	271
	6	533	176	107	538	380	2	386	367	2	552	60	-	117	535	368
	5	41	33	40	119	138	-	-	-	-	-	-	1	58	46	109
	19	25	24	562	31	27	4	26	19	3	25	17	-	588	31	26
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	12	390	96	90	383	179	1	324	-	1	214	-	-	104	381	170
	61	190	122	1006	184	96	13	183	62	10	164	80	1	157	184	97
2	436	-	41	438	89	1	453	-	-	-	-	-	44	438	86	

주: 1) 학교 등 공공시설, 도로, 상업 서비스시설, 산업장, 논밭 등 야외일터 외.

나. 이용기관 유형

의료 및 요양서비스 이용형태와 사망장소별 사망 전 1개월간 마지막으로 이용한 의료기관 유형을 보면 우선, 의료서비스만 이용한 의료기관 사망자의 경우에 약 반수가 요양병원을 이용한 것으로 나타났다. 이는 노인 질환자들의 요양병원에 대한 접근성을 시사하는 것으로, 앞서의 연명의료 중 상당부분이 요양병원에서 이루어지고 있음과 이들의 사망장소 또한 요양병원일 가능성이 높음을 보여주고 있다고 하겠다.

그러나 의료서비스만 이용한 사회복지시설 사망자의 경우에는 종합병원, 상급종합병원, 의원 순으로 많으며 요양병원의 비중은 비교적 낮게 나타나고 있다. 이와 같은 경향은 의료와 요양서비스를 함께 이용하는 경우에도 유사하게 나타나고 있어서, 사회복지시설에서 요양병원을 적절한 의뢰기관으로 여기고 있지 않음을 시사하였다(표 4-30 참조).

〈표 4-30〉 의료 및 요양 서비스 이용형태별 사망 전 1개월간 마지막 의료이용기관 유형, 2011~2012

(단위: 명, %)

구분 ¹⁾	사망장소											
	자택		의료기관		사회복지시설		병원이송 중 사망		기타 ²⁾		계	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2011년												
의료												
상급종합병원	30	19.1	244	13.0	5	17.9	10	38.5	-	-	289	13.9
종합병원	57	36.3	421	22.5	9	32.1	7	26.9	-	-	494	23.7
병원	18	11.5	250	13.3	1	3.6	-	-	-	-	269	12.9
의원	11	7.0	44	2.3	5	17.9	2	7.7	-	-	62	3.0
치과	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
한방병원	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
보건소	7	4.5	7	0.4	-	-	1	3.8	-	-	15	0.7
요양병원	5	3.2	874	46.6	4	14.3	1	3.8	1	100.0	885	42.4
약국	29	18.5	34	1.8	4	14.3	5	19.2	-	-	72	3.5
계	157	100.0	1,874	100.0	28	100.0	26	100.0	1	100.0	2,086	100.0

구분 ¹⁾		사망장소											
		자택		의료기관		사회복지 시설		병원이송 중 사망		기타 ²⁾		계	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
의료 + 시설	상급종합병원	2	4.3	52	5.8	13	6.0	3	10.7	-	-	70	5.9
	종합병원	17	37.0	254	28.2	62	28.7	9	32.1	-	-	342	28.7
	병원	9	19.6	215	23.9	28	13.0	5	17.9	-	-	257	21.6
	의원	6	13.0	34	3.8	39	18.1	2	7.1	1	100.0	82	6.9
	치과	-	-	1	0.1	-	-	-	-	-	-	1	0.1
	한방병원	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	보건소	-	-	5	0.6	2	0.9	-	-	-	-	7	0.6
	요양병원	3	6.5	298	33.1	17	7.9	2	7.1	-	-	320	26.8
	약국	9	19.6	42	4.7	55	25.5	7	25.0	-	-	113	9.5
	계	46	100.0	901	100.0	216	100.0	28	100.0	1	100.0	1,192	100.0
의료 + 재가	상급종합병원	189	24.9	535	15.2	8	6.7	30	27.3	1	16.7	763	16.9
	종합병원	238	31.3	1,163	33.0	33	27.7	40	36.4	2	33.3	1,476	32.6
	병원	58	7.6	494	14.0	10	8.4	12	10.9	-	-	574	12.7
	의원	81	10.7	105	3.0	21	17.6	4	3.6	-	-	211	4.7
	치과	1	0.1	1	0.0	-	-	-	-	-	-	2	0.0
	한방병원	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	보건소	19	2.5	15	0.4	-	-	-	-	-	-	34	0.8
	요양병원	16	2.1	1,086	30.8	17	14.3	3	2.7	1	16.7	1,123	24.8
	약국	158	20.8	127	3.6	30	25.2	21	19.1	2	33.3	338	7.5
	계	760	100.0	3,526	100.0	119	100.0	110	100.0	6	100.0	4,521	100.0
의료 + 재가 + 시설	상급종합병원	-	-	6	10.5	2	10.0	-	-	-	-	8	9.1
	종합병원	4	50.0	13	22.8	10	50.0	1	50.0	-	-	28	31.8
	병원	-	-	12	21.1	2	10.0	-	-	-	-	14	15.9
	의원	2	25.0	3	5.3	2	10.0	-	-	-	-	7	8.0
	치과	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	한방병원	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	보건소	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	요양병원	-	-	21	36.8	-	-	1	50.0	-	-	22	25.0
	약국	2	25.0	2	3.5	4	20.0	-	-	1	100.0	9	10.2
	계	8	100.0	57	100.0	20	100.0	2	100.0	1	100.0	88	100.0
2012년													
의료	상급종합병원	74	25.3	280	12.1	2	5.3	6	27.3	-	-	362	13.5
	종합병원	105	36.0	546	23.5	9	23.7	10	45.5	-	-	670	25.0
	병원	31	10.6	285	12.3	3	7.9	2	9.1	1	50.0	322	12.0
	의원	29	9.9	68	2.9	8	21.1	-	-	1	50.0	106	4.0
	치과	-	-	1	0.0	-	-	-	-	-	-	1	0.0
	한방병원	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	보건소	6	2.1	4	0.2	-	-	-	-	-	-	10	0.4
	요양병원	12	4.1	1,082	46.6	10	26.3	1	4.5	-	-	1,105	41.3
	약국	35	12.0	55	2.4	6	15.8	3	13.6	-	-	99	3.7
계	292	100.0	2,321	100.0	38	100.0	22	100.0	2	100.0	2,675	100.0	

120 호스피스 완화의료 활성화 방안-노인장기요양서비스 이용자를 중심으로

구분 ¹⁾		사망장소											
		자택		의료기관		사회복지 시설		병원이송 중 사망		기타 ²⁾		계	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
의료 + 시설	상급종합병원	7	14.9	81	8.6	18	7.1	3	12.5	2	66.7	111	8.7
	종합병원	16	34.0	244	25.9	76	30.0	7	29.2	-	-	343	27.0
	병원	10	21.3	239	25.3	41	16.2	5	20.8	-	-	295	23.2
	의원	-	-	30	3.2	41	16.2	3	12.5	-	-	74	5.8
	치과	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	한방병원	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	보건소	-	-	3	0.3	4	1.6	-	-	-	-	7	0.6
	요양병원	2	4.3	319	33.8	13	5.1	1	4.2	-	-	335	26.4
	약국	12	25.5	27	2.9	60	23.7	5	20.8	1	33.3	105	8.3
	계	47	100.0	943	100.0	253	100.0	24	100.0	3	100.0	1,270	100.0
의료 + 재가	상급종합병원	174	23.4	575	16.3	10	9.6	26	33.8	1	25.0	786	17.6
	종합병원	273	36.7	1,106	31.4	30	28.8	29	37.7	1	25.0	1,439	32.3
	병원	72	9.7	484	13.7	17	16.3	5	6.5	-	-	578	13.0
	의원	74	9.9	114	3.2	16	15.4	7	9.1	-	-	211	4.7
	치과	1	0.1	1	0.0	-	-	-	-	-	-	2	0.0
	한방병원	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	보건소	20	2.7	14	0.4	-	-	-	-	-	-	34	0.8
	요양병원	19	2.6	1,132	32.1	10	9.6	3	3.9	1	25.0	1,165	26.2
	약국	111	14.9	99	2.8	21	20.2	7	9.1	1	25.0	239	5.4
	계	744	100.0	3,525	100.0	104	100.0	77	100.0	4	100.0	4,454	100.0
의료 + 재가 + 시설	상급종합병원	1	33.3	6	14.6	-	-	1	33.3	-	-	8	14.3
	종합병원	-	-	10	24.4	3	33.3	2	66.7	-	-	15	26.8
	병원	1	33.3	5	12.2	1	11.1	-	-	-	-	7	12.5
	의원	-	-	2	4.9	2	22.2	-	-	-	-	4	7.1
	치과	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	한방병원	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	보건소	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	요양병원	1	33.3	16	39.0	-	-	-	-	-	-	17	30.4
	약국	-	-	2	4.9	3	33.3	-	-	-	-	5	8.9
	계	3	100.0	41	100.0	9	100.0	3	100.0	-	-	56	100.0

주: 1) '의료'는 건강보험급여 서비스, '시설'과 '재가'는 노인장기요양급여 서비스임. 노인장기요양서비스만 이용한 경우는 제외함.

2) 학교 등 공공시설, 도로, 상업 서비스시설, 산업장, 논밭 등 야외일터 외.

제 5 장

노인장기요양서비스 이용자의 호스피스 완화의료에 대한 노인장기요양시설(기관) 관계자의 인식 및 태도

제1절 FGI 결과

제2절 설문조사 결과

5

노인장기요양서비스 이용자의 호스피스 완화의료에 대한 노인장기요양시설(기관) 관계자의 인식 및 태도

현 제도 하에서 노인장기요양서비스 이용자가 호스피스 완화의료를 이용하려면 말기 암의 진단, 완화의료이용 동의서 작성, 완화의료 전문기관의 선택이 필수사항이다(암관리법 제24조). 다시 말해, 개개인의 의료서비스에 대한 접근성과 의사결정능력 그리고 완화의료 전문기관에 관한 정보 등이 요구되는데, 여기서는 이와 관련한 현실여건을 파악하고 동시에 문제점이나 제약이 있는 경우 효과적인 대응책을 모색하는 등 호스피스 완화의료의 추진을 보다 원활히 하는 데 필요한 기초정보를 얻고자 하였다.

이를 위해 본 연구에서는 노인장기요양시설 관계자를 대상으로 표적집단면접조사(Focus Group Interview; FGI)와 온라인 설문조사를 실시하였다.²⁶⁾ 이 가운데 FGI의 경우, 한은정 등(2014)이 유사한 내용의 조사를 최근 실시한 바 있는데, 동 조사에서는 대상자를 장기요양기관에서 임종케어를 담당하는 간호사와 사회복지사를 편의추출 한 것으로, 노인장기요양시설 협회 혹은 단체의 임원을 맡고 있는 시설장을 대상으로 실시된 본 조사와 차이를 지니며, 결과적으로는 두 조사가 상호보완적으로 역할 할 것을 기대하였다.²⁷⁾

26) FGI는 정성조사로서, 소수 참여자들 간의 자연스러운 대화과정을 통해 정량조사로부터 기대하기 힘든 유용한 정보를 얻을 수 있으며 또한, 정량조사에 앞서 실시하여 정량조사를 통해 검증할 가설의 설정에 도움을 얻을 수 있는 점이 고려되었다.

27) 그밖에도, 본 연구에서 노인장기요양시설 협회 혹은 단체의 임원을 조사대상으로 선정한 배경에는, 이들이 시설운영경험이나 관련정책에 대한 인식도가 일반 시설관계자에 비해 높은 편으로 특정 시설의 상황에 국한하지 않는 일반적인 견해와 현실적응성 높은 제도의 방향을 가늠하는데 보다 도움을 줄 것이라는 예상이 자리하고 있다.

조사별 추진개요는 다음과 같다.

○ 표적집단면접조사(FGI)

조사대상자는 노인장기요양시설을 운영하거나 혹은 장기간 종사한 경험이 있는 자로서, 4개 노인장기요양시설 협회(혹은 단체)의 임원 가운데 총 14인을 추천을 통해 선정하였다(표 5-1 참조).

〈표 5-1〉 표적집단면접조사(FGI) 대상

구분	소속 협회/단체			조사대상자	
	협회/단체명	회원시설(기관) 현황		직위	성별
		설립 특성	개소 수		
1	한국노인복지중앙회	• 근거: 노인복지법 • 법인 • (주로 대규모) 시설	938 개소	수석부회장	여
2				사무처장	여
3				정책위원회 위원	여
4				정책위원회 위원	남
5				정책위원회 위원	여
6				정책위원회 위원	남
7				정책위원회 위원	여
8				정책위원회 위원	남
9	한국재가노인복지협회	• 근거: 노인복지법 • 법인 • (주로 소규모) 시설 및 재가	790 개소	서울시 지회장	남
10				부장	남
11	한국노인장기요양기관협회	• 근거: 노인장기요양보험법 • 개인 • 시설 및 재가	2,084 개소	회장	여
12				이사	여
13	한국장기요양정보나눔회	• 근거: 노인장기요양보험법 • 개인 • (주로) 재가 및 (소규모) 시설	1,700 개소	사무총장	남
14				(전) 회장 장기요양정책연구원장	남

조사는 비교적 대규모의 법인시설이 속해 있는 한국노인복지중앙회와 나머지 3개 협회(혹은 단체)로 나누어 2차례에 걸쳐 진행되었다(표 5-2 참조).

〈표 5-2〉 FGI 조사일정

구분	일정	참석자
1차 회의	- 일시: 2015년 7월 16일 10:00-13:00 - 장소: 한국노인복지중앙회 회의실	한국노인복지중앙회 8인
2차 회의	- 일시: 2015년 8월 7일 10:00-13:00, - 장소: 서울역 KTX 회의실	한국재가노인복지협회 2인, 한국노인장기요양기관협회 2인, 한국장기요양정보나눔회 2인

조사에서의 핵심 질문은 크게 3가지로서 첫째, 노인장기요양서비스 이용자(특히, 말기질환자)의 의료서비스 요구의 발견과 대응, 둘째, 노인장기요양서비스 이용자의 호스피스 완화의료 요구와 장기요양시설의 제반 여건, 셋째, 노인장기요양서비스 이용자에 대한 호스피스 완화의료 제공 방안 등이다.

자료수집은 참여자들의 동의 하에 대화내용을 녹음하고 이를 녹취하였으며, 녹취자료를 토대로 내용분석(content analysis)을 실시하였다.

○ 설문조사

설문조사는 2015년 9월 16일부터 10월 15일까지 1개월간 4개 노인장기요양시설 협회(혹은 단체)의 협조를 받아 소속기관의 이메일을 통해 한국보건사회연구원의 온라인 조사시스템으로 실시되었으며, 장기요양시설(기관)별로 대표 1인이 온라인 시스템에 직접 응답하는 방식을 택하였다.

조사내용으로는 조사대상 시설(기관)의 특성, 시설(기관)에서 현재 서비스를 제공받고 있는 대상자의 특성, 시설(기관)에서의 말기질환자 관리 및 종사자의 호스피스 완화의료 교육 현황, 응답자의 호스피스 완화의료에 대한 인식 및 관련 의견, 응답자의 일반 특성이 포함되었다(부록 조사표 참조).

조사에 응답한 노인장기요양시설(기관)은 총 539개소로서, 입소시설이 317개소(58.8%)이고 재가기관이 222개소(41.2%)이다.

제1절 FGI 결과²⁸⁾

1. 노인장기요양서비스 이용자(특히, 말기질환자)의 의료서비스 요구의 발견과 대응

여기서는 노인장기요양서비스 이용자의 질환과 관련한 특성과 이들이 치유가능성이 없는 질환을 앓고 있는 상태에서 고통 등의 증상악화를 호소하는 등 임종 징후를 보이는 경우에 어떻게 대처하는 지에 대하여 파악하였다.²⁹⁾

가. 노인장기요양서비스 이용자 특성

노인장기요양서비스 이용자의 의료서비스 요구를 발견하고 조치함에 있어서 우선, 면접대상자들이 이들의 의료적 문제와 관련한 특성이나 여기에 대처하는 태도에 대해 어떻게 인식하고 있는 지 살펴보았다.

28) FGI 대상자는 전국 노인장기요양시설 협회 혹은 단체의 임원으로, 이들 4개 단체 혹은 협회의 소속기관은 설립근거나 설립형태에 차이가 있을 뿐 서비스제공 면에서 유사한 점을 감안하여 누구의 의견인가 보다는 어떤 내용인가에 초점을 맞추었으며, 유사한 내용은 반복이나 중복정도를 기준으로 선별·정리되었다.

29) FGI 대상자들은 노인장기요양서비스 이용자의 경우에 치매 등 극히 일부를 제외한 거의 대부분이 말기질환자라고 표현하고 있으며, 이와 같은 인식은 노인장기요양시설에서 의료서비스가 노인장기요양시설의 주 업무에 해당하지 않은 채 촉탁의나 협력기관에 의존하고 있는 상황으로, 질환 말기를 진단하는 행위자체가 익숙하지 않은 데서 비롯되었을 수 있다. 이와 관련하여 본 조사에서도 말기질환자의 의료서비스 요구를 임종 징후와 관계있는 증상으로 범위를 좁혀서 논의하였다.

주요 의견을 정리하면 다음과 같다. 첫째, 노인장기요양서비스 이용자의 경우에 질병의 진전이 느리고 증상에 대한 인지도가 낮은 편으로, 임종이 임박할 때까지 징후를 드러내지 않는 경우도 종종 볼 수 있다. 둘째, 노인장기요양서비스 이용자는 상당수에서 의사소통에 어려움을 보이며 주로 보호자에 의해 의사결정이 이루어지고 있다. 셋째, 환자와 가족들은 의료적 문제에 대하여 적극적 치료보다는 삶을 정리하는 차원에서 완화적 관리를 선호하는 경향을 보이고 있다(표 5-3 참조).

이상의 특성들은 호스피스 완화의료에 대한 높은 요구도와 함께 호스피스 완화医료를 이용하기 위해 필요한 말기진단이나 호스피스 완화의료의 이용의사를 밝히는 일에 있어서의 제약을 드러내는 것으로, 호스피스 완화의료에 대한 접근성을 높이는 일이 우선과제임을 시사하고 있다.

한편, 한은정 등(2014)의 연구에서도 보호자가 회복할 가망이 없는 수급자의 생존기간을 연장하는 의학적 조치를 부담스러워하는 점과 임종케어의 내용 및 수준이 수급자가 아닌 보호자의 판단에 많은 영향을 받는 점 등으로, 본 연구와 유사한 결과가 보고되었다.

〈표 5-3〉 노인장기요양서비스 이용자 특성에 관한 FGI 결과

의견	세부내용
질병 진행이 느림	• 나이 때문에 암이 있어도 빠르게 진행되지 않음. • 본인의 기관에서 모셨던 어르신 중 임종이 임박했다는 선고 이후 가장 길게 모셨던 케이스가 10일이었었음, 심장이 멎었다가 다시 뛰다가하기를 반복하여 10일까지 생존하셨었음
증상 인지도 낮음	• 통증을 느끼지 못하는 경우가 많음. 특히, 치매에서 통증을 느끼지 못함. • 통증이 매우 적어서, 요양시설에 있을 경우 암이 발생하더라도 묻히는 경우가 많음. • 통계에 나오는 장기요양시설 사망의 경우, 실제로는 말기암환자가 더욱 많을 것임.
의사소통 어려움	• 치매어르신은 본인의 의사를 본인이 결정하지 못할 정도로 의사소통이 거의 불가능함.

의견	세부내용
	• 현재 한국의 어르신들은 무학인 경우가 많음. • 어르신들은 노환으로 의사소통이 어려움. • 요양시설에 있는 사람들 중 의사표현을 제대로 할 수 있는 사람은 10% 이내임.
주로 보호자가 의사결정	• 본인 의사라기보다 거의 보호자 의견임. • 수급자들이 보호자에게 모든 것을 의탁한 상황 • 본인이 아무리 의사표현을 해도 최종적으로는 보호자의 결정을 따를 수밖에 없음. • 보호자가 마음대로 하게 되니까 수급자 본인의 의사가 반영이 안됨.
완화적 치료를 요구	• 시설에 계신 어르신들은 대부분 고행으로 인해 적극적인 치료를 별로 안함. • 요양시설에 오시는 분들은 대부분 적극적인 치료보다 삶을 정리하려는 분이 많음. • 어르신이 말기 암일 경우 보호자가 적극적인 치료를 원하지 않으면서 통증완화만 해달라고 하는 경우가 많음.

나. 노인장기요양서비스 이용자 의료요구의 발견

노인장기요양시설(기관)에서는 대상자의 첫 방문 시에 초기사정을 실시하여 환자의 욕구 등을 파악하고 있다.

또한, 매월 환자와 보호자와의 상담으로 요구내용의 변경상태를 확인하고 이를 표준장기요양이용계획서에 반영하고 있으며, 여기에는 의료서비스에 대한 요구상태도 포함되고 있다.

이와 같은 활동들은 노인장기요양보험의 장기요양기관 평가지표이기도 한 것으로, 대부분의 노인장기요양시설(기관)에서 추진 중인 것으로 파악되고 있다(표 5-4 참조).

〈표 5-4〉 노인장기요양서비스 이용자 의료요구의 발견에 관한 FGI 결과

의견	세부내용
요양시설 수급자 및 보호자와의 지속적인 상담으로, 요구변화를 파악하고 반영	- 오랜 시간 상담을 하면서 어르신의 상태 및 향후 서비스에 대해 논의함 특히, 의료서비스를 추가로 받아야 하는지 문의함. - 법인 규모가 아니더라도 요양원이나 시설들은 장기요양기관은 한달마다 상담을 실시하고 분기별로 수급자 조사를 진행함. 이는 장기요양기관 평가지표로 들어가 있음. - 매월 상담을 통해 보호자 대표나 본인과 나누었던 이야기에 대해 상담일지를 기록하며, 분기별로 가족 간담회를 개최함. - 수급자 및 보호자의 요구가 바뀌어도 이를 거의 바로 반영하며, 어르신의 변경된 욕구는 표준장기요양이용계획서에 바로 반영함. - 어르신이 입소하면 어차피 어르신이 노환으로 돌아가실 것이 자명하므로, 시설 담당자는 보호자를 통해서 어르신을 언제까지 모시고 있어야 하는지를 상담하게 됨. 여기에는 어르신에게 필요한 모든 사항-몸이 불편하면 어느 병원으로 가야 하는지, 임종시 어느 장례식장으로 모시고 갈지 등을 포함. - 어르신의 욕구가 무엇인지에 대해서는 이미 기관 내 자료로 구축하고 있음.

다. 노인장기요양서비스 이용자 의료요구에 대한 대응

노인장기요양시설에서 임종징후를 보이는 환자에 대하여 대처하는 방식은 장기요양보험법이 제정되기 전과 제정된 후에 많은 차이를 보이고 있다. 즉, 장기요양보험법 발효 이전에는 시설 자체적으로 호스피스에 대한 관심과 함께 질적 임종케어에 보다 적극적이었다. 이는 요양시설 환자들의 특성과도 관련된 것으로, 공공부조대상이나 무의탁자가 대부분인 상황에서 요양시설이 주도적으로 서비스내용을 결정하기가 용이했던 반면, 법 제정 후에는 대부분 보호자가 있는 가운데 장기요양시설에서는 임종케어와 같은 추가적인 서비스는 가급적 제공하지 않는 방향으로 변화되었다.

따라서 보호자 유무에 관계없이, 임종징후 시에는 이송 중에 사망하더

라도 일단 병원으로 보내는 것이 상례가 되었다. 그리고 여기에는 시설에서 사망 시에 수반되는 각종 위험부담과 집중케어로 인한 추가비용을 보상받기 어려운 현실 여건이 가세하고 있다(표 5-5 참조).

이와 같은 현상은 한은정 등(2014)의 연구에서도 마찬가지로 드러나고 있는데, 번거로운 사후처리 부담으로 병원 외 사망을 기피하는 경향과 수가로 보상받지 못하는 서비스에 대한 보호자의 욕구에 대응하기 난처함 등이다.

〈표 5-5〉 노인장기요양서비스 이용자 의료요구에 대한 대응에 관한 FGI 결과

의견	세부내용
과거에 비해 호스피스에 대한 관심 저하	- 장기요양보험법이 발효되기 전, 시설측에서는 호스피스에 대한 관심이 매우 많았으며, 많은 시설들이 호스피스를 시도하려고 하였었음. - 더 이상의 치료가 필요 없는 어르신들에게 품위있게 돌아가실 수 있도록 하는 것이 매우 훌륭한 서비스라는 공감대가 많이 형성되었었음. - 과거 춘천에 수녀회에서 운영하는 요양시설은 비용을 전액 자부담하여 호스피스시설을 운영했었는데, 요양시설에서 호스피스의 필요도는 높으나, 운영의 어려움으로 인하여 작년에 문을 닫음. - 대구 동산병원에서도 간호사들이 주축이 되어, 환경이 좋은 곳에 호스피스 센터를 설립하기도 하였으나, 운영이 어려워 문을 닫았음.
요양시설이 주도적으로 서비스를 제공하기 어려움	- 예전에는 시설에 계시는 분들이 대부분 보호자가 없거나 기초생활대상자, 혹은 행려병자로서, 시설(기관)이 주도적으로 어르신께 제공하는 서비스를 결정함. 그러나 장기요양보험법이 생기면서, 대부분의 어르신이 가족이 있고 시설에서도 모든 어르신에게 동일하게 적용되는 서비스를 제공하게 됨. - 예전 같으면 말기암환자가 시설에 입소하였을 때, 치료가 필요 없다는 것을 기관 자체적으로 파악하고, 통증을 완화하는 서비스를 제공하여 편안히 운명할 수 있도록 도울 수 있어서 시설에서 돌아가시는 분이 많았으며, 요양시설에서 장례까지 다 치뤘드렸음. - 어르신을 호스피스 서비스로 모셔야 하는지 혹은 병원으로 모셔야 하는지에 대한 결정 권한이 기관 관계자가 전문가임에도 불구하고 전문성을 인정받지 못하고 하나의 이해관계자로 취급을 받고 있음. - 어르신을 위한 서비스를 결정하는 데 있어서 시설 관계자들은 취약점을 가지고 있음. 치료를 회피하려고 하는 것은 아니냐는 의심을 받는 사례들이 최근에 많이 생기게 됨 의료욕구가 있는 환자를 요양시설이 막고 있다는 인식 때문임 특히 요양시설의 경우 의사들로부터 비판을 받고 있음.

의견	세부내용
요양시설에서의 임종 시에 따르는 책임소재 등 분쟁이나 위험부담 하에서, DOA라도 임종은 병원에서 이루어지도록 하는 게 상례	• 하지만 현재는 보호자가 동의하였다고 하더라도 시설에서 임종을 맞게 해드리는 것에는 큰 위험이 따르게 되므로, 보호자와 충분히 사전에 협의를 했어도 돌아가시기 직전에는 병원으로 모시는데, 일례로, 103세가 넘는 어르신이 임종이 가까워질 때 병원으로 모셨음. • 수급자가 요양시설에서 돌아가셨기 때문에, 수급자를 돌보았던 요양원에 수급자 사망에 대한 책임을 묻거나 보호자들이 시설에 책임을 전가하기도 함. • 현재 요양원 내에서 돌아가시는 분의 숫자는 실제 매우 적음. • 수급자의 보호자들을 요양시설에서 관리할 때, 수급자가 임종할 수 있다는 것을 수십번 공지했음에도, 그동안 전혀 나타나지 않았던 자녀들이 나타나 왜 갑자기 수급자가 돌아가셨느냐며 책임을 묻음. • 시설임종에 동의하지 않은 다른 가족들이 문제제기를 할 경우 시설은 엄청난 책임을 지게 됨. • 의료법상 생명과 관련이 되어 있을 때, 위기상황에서 의료기관에 이송하지 않으면 장기요양운영자가 법에 저촉을 받게 됨. • 요양시설에서 어르신이 돌아가실 경우, 어르신의 죽음이 노환으로 인한 것인지, 혹은 시설의 잘못으로 인한 것인지를 판단하기 위해, 경찰이 먼저 출동하여 책임여부를 따지게 되는 등 시설은 힘든 상황을 맞이하게 됨. • 보호자가 없더라도 임종이 가까워지면 이송 중에 돌아가신다고 하더라도 무조건 병원으로 모시는 것이 매뉴얼처럼 돌아가고 있음. • 현재 장기요양수가에 임종수가 없기 때문에, 임종하시는 어르신을 거의 다 병원으로 모시고 있음. • 보호자가 없을 경우에는 자체 회의를 통해서 어르신을 언제 병원에 모셔야 할지를 결정함. • 임종 직전에 병원으로 모셔 DOA로 유도를 하기도 하므로, 병원으로 이송 중 사망하는 어르신이 많음. • 이송 중 사망(DOA)의 상당수가 시설에서 임종직전까지 돌봄서비스를 받은 경우일 수 있음.

2. 노인장기요양서비스 이용자의 호스피스 완화의료 요구와 장기요양시설의 제반 여건

앞서 노인장기요양서비스 이용자의 경우에 치매 등 극히 일부를 제외한 거의 대부분이 말기질환자라고 생각하는 경향은 다시 말해, 전체 이용자가 호스피스 완화의료 요구를 지니고 있다는 의미로도 해석된다. 하지

만 현실적으로, 호스피스 완화의료 서비스가 노인장기요양시설의 업무범위에 포함되지 않고 이를 위한 인프라도 갖추지 못한 상황에서 호스피스 완화의료 요구는 임종징후를 보인 시점을 기준으로 나름대로 판단되고 있음이 동시에 확인되고 있다.

가. 노인장기요양서비스 이용자의 호스피스 완화의료 요구

노인장기요양서비스 이용자의 상당수는 임종을 앞둔 상태로서 적극적인 치료보다 완화적인 치료를 요구하고 있는 가운데, 잠재적 호스피스 수요자로 여겨지고 있다.

또한 이들의 경우, 호스피스 완화의료의 제공장소로서 현재 생활하고 있는 시설을 선호하는 경향을 보이는 것으로 파악되고 있다(표 5-6 참조).

〈표 5-6〉 노인장기요양서비스 이용자의 호스피스 완화의료 요구에 관한 FGI 결과

의견	세부내용
잠재적 호스피스 수요자	• 시설운영 경험상으로 볼 때, 시설 입소자 중 절반 가까운 수급자가 내일 돌아가신다고 보아도 이상하지 않을 상태의 수급자들임. 의료적으로 임종이 가깝다는 선고만 받지 않았을 뿐임 • 호스피스 서비스의 잠재적 이용가능성을 대부분 안고 요양시설을 이용하고 있음.
적극적 치료보다 완화의료를 요구	• 어르신이 말기 암일 경우 보호자가 적극적인 치료를 원하지 않으면서 통증완화만 해달라고 하는 경우가 많음. • 시설에 계신 어르신들은 대부분 고령으로 인해 적극적인 치료를 별로 안함. • 대부분의 보호자들은 95%정도가 적극적인 치료를 하지 않고, 시설에서 돌아가셨으면 함.
시설에서의 임종을 희망	• 대장암 말기에 있는 환자분은 보호자가 요양시설에서 계속 모셔주으면 함. • 요양시설이나 요양병원에 있는 암환자의 경우 호스피스병동으로 안감.

의견	세부내용
생활하던 곳에서의 편안한 임종을 배려	• 요양원에서 편안하게 돌아가시도록 한다면 좀 더 오래 사실 수 있는 어르신이었지만, 병원에 도착하신지 2~3일만에 돌아가심 • 현재 어르신이 돌아가실 때는 병원으로 모시고 있는데, 매우 비합리적인 방식이라고 생각함. • 요양원에서 지내시다가 사시던 곳에서 편안하게 임종을 맞이할 수 있도록 하는 것이 좋을 것 같음. • 문화적으로 웰다잉하기 위한 유연장쓰기 운동 등으로 호스피스와 관련된 문화를 고취시키는 것도 필요함. • 어차피 치유가능성이 없어서 돌아가실 분이면 계시던 시설에서 돌아가실 수 있게 제도적으로 여건을 풀어주어야 함. • 병원에 모셔서 보호자로 하여금 엄청난 진단비와 치료비를 물도록 만드는 현 상황은 어르신의 입장에서 보았을 때나 보호자의 입장에서 보았을 때도 바람직하지 못한 상황임.

나. 노인장기요양서비스 이용자에 대한 임종케어 현황

노인장기요양서비스 이용자는 병원이 아닌 평소 생활하던 곳에서 임종을 희망하고 있으며 특히, 병원은 비용부담으로 인해 환자와 보호자 모두 꺼리는 장소로 여겨지고 있다.

하지만, 병원 이외에 임종케어를 의뢰할 만한 곳을 찾기 힘든 상황에서 결국은 병원으로 이송된 채, 의료비 부담 속에서 편안하지 못한 임종을 맞는 것으로 파악되고 있다(표 5-7 참조).

〈표 5-7〉 노인장기요양서비스 이용자에 대한 임종케어 현황에 관한 FGI 결과

의견	세부내용
본인 및 보호자의 요구(필요) 미반영	• 내가 있던 곳인 집에서 편안하게 죽고 싶다는 욕구를 가진 사람이 현재 어르신들보다 훨씬 더 많을 것임. • 운명하기 전까지 보호자들도 어르신이 편안하게 계시길 원하는 분들이 대부분임. • 병원으로 너무 일찍 모셔 가면 보호자들은 비용이 너무 많이 들어가기 때문에 꺼리고 싫어함. • 요양시설이 오히려 재촉을 해서 어르신을 병원으로 모시고 가도록 유도함.

의견	세부내용
병원이송과 편안하지 못한 임종	• 병원 도착 시(주로 응급실로 이송) 각종검사 및 치료가 시작되며, 이때 병원비가 급격히 상승함. • 상태가 안좋을 때 병원에 모셨다가 다시 상태가 좋아져 요양원으로 오고 다시 상태가 나빠져 병원으로 가는 등 병원입원과 요양원 입소를 임종시까지 반복하는 경우가 있음. • 병원에서는 응급실과 중환자실을 거쳐 돌아가시는 분이 많음. • 임종 직전 병원으로 모시면 어르신도 편안한 상태에서 돌아가시질 못함
병원 외 연계기관의 부재	• 현재 시설에서는 임종할 때가 되면 호스피스실이나 호스피스 전담요원이 없기 때문에, 어르신들을 거의 병원으로 모심 • 시설의 역량이 부족하여 어르신을 모실 수 없을 경우, 다른 곳으로 모셨으면 하는데, 어르신을 병원이 아닌 상위 기관으로 모시고자 해도 연계가 가능한 기관이 없음.

다. 노인장기요양시설의 호스피스 완화의료 제공 역량

노인장기요양시설(기관)의 호스피스 완화의료 제공 역량과 관련하여서는 내용에 따라 긍정과 부정의 상반된 입장을 동시에 보여주고 있다.

긍정적인 입장은 임종실 운영이나 종사인력의 호스피스에 대한 소양과 같이 요양시설이 자체 의지만으로 실행할 수 있는 부분에서 나타나고 있으며, 부정적인 입장은 통증 완화를 위한 의료적 처치 등 제도적 여건에 의존해야 하는 부분에서 나타나고 있다(표 5-8 참조).

〈표 5-8〉 노인장기요양서비스 호스피스 완화의료 제공 역량에 관한 FGI 결과

의견	세부내용
역량 부족, 의견 미비	• 말기 암환자의 경우 의료적 서비스가 필요하기 때문에 사실 장기요양시설에서 해드릴 수 있는 서비스가 많지 않으며, 다른 어르신들과 차별화된 서비스를 제공하는 것은 없음. • 요양시설 간호사가 통증을 완화할 수 있는 약을 타다 드리는 것, 병원으로 모셔가는 것 정도밖에 추가적인 서비스가 없음. • 예전에 본인 시설에 있었던 자궁암환자의 경우 건물 전체에 냄새가 진동하여, 어떻게 케어 해야 할지 막막함. • 피부암 어르신의 경우, 피부가 떨어져나가 목욕 중 출혈 등의 문제가 발생해서 어떻게 케어하고 처치해야 하는지 난감했음.

의견	세부내용
노인장기요양 시설에서의 임종 사례	- 가족분들이 사전에 수급자가 요양원에서 임종을 맞이하였으면 좋겠다는 의사타진을 미리 한 경우 시설에서도 몇분이 자연스럽게 돌아가심. - 수급자 가족들이 시설에서 돌아가시는 것을 원하여 병원에 모시지 않고 시설에서 임종을 맞이함. - 어르신을 요양시설에서 돌보고 있기 때문에, 수급자는 물론이고, 보호자들이 찾는 사람은 결국 어르신을 돌보고 있는 요양시설의 사회복지사이지 병원의 의사가 아님.
특별실(임종실) 운영	- 규모가 큰 요양시설의 경우, 대부분 임종실을 마련하고 있음. - 요양원에서 돌아가시는 것을 원하는 분들이 있어서 특별실을 만들어 편안하게 돌아가실 수 있도록 함. - 임종시 생명연장을 위한 의료적 처치를 원하지 않는 어르신의 경우, 임종이 다가왔을 때 임종실로 모심. - 물론 병원치료를 지속적으로 받는다고 하더라도 완치가 안되고 임종으로 가시는 어르신의 경우, 임종실로 모시고 보호자를 상주시킴. - 보호자가 어르신과 함께 며칠 임종실에 머물게 하면서 어르신의 주위를 지켜드리고 시간을 같이 보내도록 도와드립니다. - 임종실에서 임종을 맞게 하면 수급자도 매우 편안해 하고 임종실에서 어르신의 임종을 지켜드리도록 하는 것에 보호자들의 만족도도 매우 높음.
DNR 동의서 작성	말기 상황에 있는 어르신의 경우 보호자와의 상담을 통해 DNR(연명치료 중지) 동의서를 가족으로부터 받고 있음.
의료적 처치, 상담, 물리치료 등 가능한 서비스를 갖추어 제공	- 간호사가 운영하는 요양시설의 경우, 가정과 가장 비슷한 케어환경을 조성하고 간단한 의료적 처치를 제공하는 등, 최대한 병원으로 모시지 않고 편안한 환경에서 여생을 보내다가 돌아가실 수 있도록 돌보고 있음. - 요양시설에서도 상담서비스, 물리치료 등 어르신에게 해드릴 수 있는 여러 가지 서비스를 제공함. - 장기요양기관의 방문요양기관이나 주야간보호기관에서 호스피스와 관련하여 해줄 수 있는 서비스는 임종에 임박한 환자와 환자의 가족들에게 죽음에 대해 준비할 수 있도록 돕고, 조언을 해줄 수 있는 서비스임. - 방문요양과 관련된 호스피스 서비스에서는 환자의 통증완화보다 가족들과 환자가 임종을 어떻게 준비해야 할지에 대해 자문을 드리고 임종준비를 도울 수 있는 서비스를 제공할 수 있음.
호스피스에 대한 이해	- 현재 호스피스 관련 일부 교육을 장기요양기관에 근무하는 간호사나 요양보호사에게 제공하고 있음. - 호스피스에 관한 일반적인 상식은 장기요양기관의 간호사와 요양보호사들이 대부분 갖추고 있음. - 자체적인 임종케어 능력이 있으며 현재 요양시설이 호스피스 서비스와 관련하여 어느 정도 준비가 되어 있음.

3. 노인장기요양서비스 이용자에 대한 호스피스 완화의료 제공방안

노인장기요양 대상자의 호스피스 완화의료 이용률을 높이기 위해서는 서비스에 대한 접근성 제고 등 호스피스 완화의료의 활성화가 요구되고 있으며, 이를 효과적으로 추진하기 위한 전략과 함께 제약사항에 대한 사전 해소 노력이 필요한 것으로 나타나고 있다.

가. 노인장기요양서비스 이용자에 대한 호스피스 완화의료 활성화 전략

노인장기요양서비스 이용자에 대한 호스피스 완화의료 활성화를 위한 의견으로는 노인장기요양시설에 호스피스전문기관의 인력을 파견, 노인장기요양시설의 기존 인력과 호스피스전문기관 인력 간 협력체계 구축, 호스피스 연계기관 이용 등 다양한 형태의 서비스 제공방안이 제시되었다. 또한, 자원봉사형태로서 전문인력의 참여가 촉진되어야 한다는 입장과 호스피스 연계기관으로서 보건소를 선호하는 경향도 나타나고 있다.

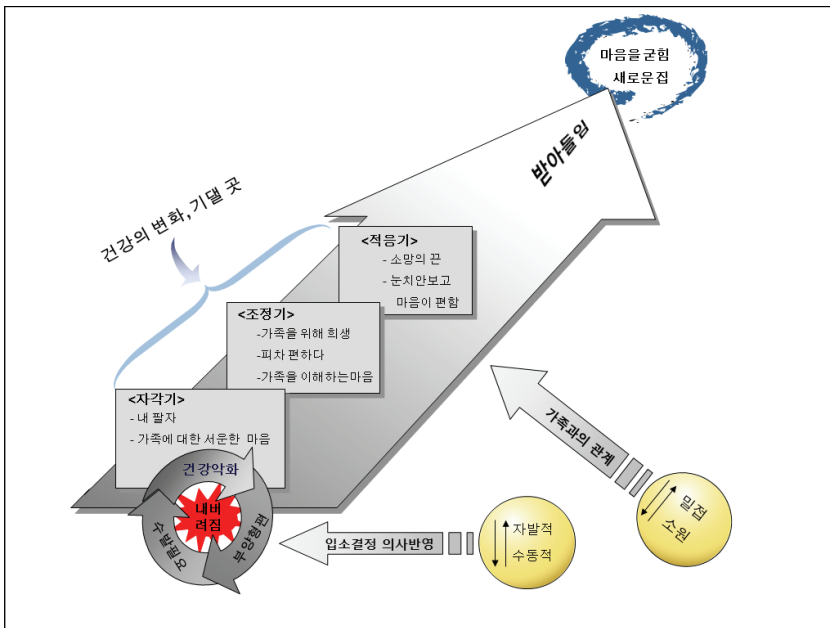
그밖에도, 노인장기요양서비스 이용자의 특성과 관련하여 호스피스 완화의료 대상을 암환자에 국한하지 않고 기타 노인성질환까지 확대해야 할 필요성, 요양시설의 호스피스 제공에 대한 홍보 필요성, 수요자의 요구에 맞도록 의료서비스 외에도 요양시설에서 제공할 수 있는 서비스에 좀 더 초점을 맞추어야 할 필요성 등이 제안되었다(표 5-9 참조).

따라서 기본적으로는 노인장기요양서비스 이용자에게 호스피스 완화의료를 제공하는 데 있어서 노인장기요양시설(기관)이 중심적인 역할을 수행해야한다는 입장을 견지하고 있음을 시사하고 있다. 그리고 이와 같은 태도는 호스피스 완화의료에 대하여 의료적 처치(증상 완화)를 제외하고는 시설에서 제공하는 일상적인 돌봄의 연장선에서 제공될 수 있는 것

으로 인식하고 있는 데 바탕을 두고 있는 것으로 보여진다.

이와 같은 입장은 한은정 등(2014)의 연구에서 노인장기요양서비스 제공자는 가정과 같은 환경에서 편안히 맞이하는 죽음을 좋은 죽음으로 인식하고 있는 가운데, 노인요양시설에서는 시설을 가정과 같은 환경으로 만들어 가족과 함께 죽음을 맞이할 수 있게 하고자 하며 보호자 또한, 사회 분위기의 변화속에서 시설입종에 대한 긍정적 인식이 조성되고 있다고 보는 점과 일맥상통하다.

[그림 5-1] 장기요양보호대상노인의 시설적응 과정



자료: 신용석, 김수정, 김정우, 2013, 장기요양보호대상노인의 시설적응과정에 대한 근거이론적 접근-내버려진 마음 누그러뜨리기, p. 177.

신용석 등(2013)의 연구는 이와 같은 의견에 대해 다음과 같이 뒷받침하고 있다. 즉, 장기요양보호대상의 시설적응 과정에 대한 관찰연구를 통

해 시설 노인은 처음 입소당시 내버려졌다는 마음의 상처를 차츰 가족을 위해 희생하고 이해하는 마음으로 바꾸고 시설생활을 오히려 편안하게 받아들여 결과적으로 새로운 집으로 인식하게 되는 것으로 파악하였다.

〈표 5-9〉 노인장기요양서비스 이용자에 대한 호스피스 완화의료 활성화 전략에 관한 FGI 결과

의견	세부내용
장기요양시설에서 제공하는 서비스로서 일상화함	• 호스피스라는 별도의 영역으로 서비스를 제공하여 별도의 수가를 책정하고 제도를 새롭게 만드는 것은 비효율적임. 요양시설은 어르신께 현재와 같이 일상적인 돌봄의 서비스를 제공하고, 호스피스 서비스는 어르신의 일상에 일어나는 하나의 일 정도로만 수준을 낮추어주면 오히려 요양원과 같은 시설에서 호스피스 서비스를 제공하기에 수월할 것이라 생각됨. • 요양시설이나 요양병원에 있는 암환자의 경우 호스피스병동으로 안가며, 요양원에서 대부분 생을 끝내기를 원함. • 시설에 있는 말기 암 환자도 병원에 내방하지 않더라도 전문적인 호스피스 의료서비스를 자신이 생활하는 공간인 시설에서 바로 받을 수 있음. • 요양시설 입장에서라도 어르신을 차별화된 서비스로 편안하게 모실 수 있기 때문에 환영할 만한 일임.
	• 요양시설 자체 내에 호스피스 병동을 만드는 것이 필요 • 요양시설 내 호스피스 전문 요원이 상주해서 호스피스서비스를 제공하는 것이 더 효율적일 수 있음. • 현재 시설에서 운영하는 임종실을 호스피스 실로 전환하는 것 필요 • 시설에서 호스피스 전담실을 운영할 수 있으면 좋을 것 같다는 생각이 듦.
	• 어르신들이 호스피스실로 안들어 가려 함. • 오히려 요양시설에 호스피스실을 만들면 어르신들이 호스피스실로 들어가는 것을 꺼려할 수 있음. • 호스피스 대상 어르신들은 시설에 있는 다른 어르신들과 함께 일상적으로 같이 어울리는 것을 더욱 선호할 수 있음. • 암환자들만 모아놓은 요양시설이라는 편견을 가지고 시설 입소에 대해 거부 의견을 가질 수 밖에 없음.
코디네이터 등 요양시설의 역할을 설정	• 오랜시간 상담을 하면서 어르신의 상태 및 향후 서비스에 대해 논하고 있으며, 보호자들이 요양시설의 상담내용에 매우 의존하고 있음. 따라서 비용의 부담만 없다면 호스피스도 요양시설의 관계자를 통해 받아들이게 될 것임.
호스피스 연계기관 마련	• 입원과 퇴원을 자유롭게 할 수 있는 호스피스 연계 기관이 있으면 요양시설도 매우 좋음.

의견	세부내용
	• 호스피스 서비스와 연계될 경우 수급자가 좀 더 편안하게 돌아가실 수 있을 것임. • 전문인을 통해서 어르신의 잔존 기간이 가령 한달 이내로 결정되었다 하면, 기관은 오히려 연계시키는 것에 적극적으로 역할을 할 것임. 보호자들보다 기관이 훨씬 더 적극적일 것임.
호스피스 전문기관(팀)과 요양시설간 자문 및 협력체계 구축	• 호스피스 의료기관에서 의료팀이 요양시설로 파견되어 호스피스 서비스가 이루어지면 좋을 것임. 호스피스 팀이 파견되는 경우, 시설에 상주하는 간호사와 시설 촉탁의와 협력을 할 수 있도록 함. • 호스피스팀이 정기적으로 오고, 시설의 간호사에게 기본적인 처치를 맡기면 기관 돌봄서비스와 호스피스가 충분히 연계하여 운영될 수 있음 • 사실 협력병원에서 촉탁의가 오면 비용이 올라가는 문제 때문에 보호자가 별로 안좋아함. 만약 호스피스 팀이 요양시설로 파견되어 서비스를 제공한다면 저렴한 비용으로 안정적인 호스피스 서비스를 받을 수 있어 보호자도 좋아할 것임. • 시설에 전문 간호사가 있으면 호스피스 팀 의사는 처방만 내려주고 시설의 간호사가 나머지 의료적 처치를 할 수 있음. • 의료기관의 의사가 말기암환자의 통증완화를 지원한다면, 장기요양기관과 같은 사회복지시설의 사회복지사들은 호스피스와 관련된 일정교육을 이수하고 난 후, 의료 외의 사회복지와 관련된 호스피스 서비스를 제공할 수 있음. • 요양시설에 호스피스 전문요원이 투입되어, 어르신이 생활하던 시설에서 호스피스 서비스를 받다가 편안하게 돌아가실 수 있도록 여건이 마련된다면, 어르신을 병원에 불필요하게 전원할 필요도 없음. • 만약 호스피스 팀이 와서 일주일에 1~3차례 서비스를 제공하면 요양시설 관계자 입장으로서 환영할 만한 일임. 호스피스팀이 정기적으로 오고, 시설의 간호사에게 기본적인 처치를 맡기면 기관 돌봄서비스와 호스피스가 충분히 연계하여 운영될 수 있음. • 시설에 있는 말기 암 환자도 병원에 내방하지 않더라도 전문적인 호스피스 의료서비스를 자신이 생활하는 공간인 시설에서 바로 받을 수 있음. 어르신을 이쪽 저쪽으로 옮기는 것 보다 시설에 호스피스 팀이 와서 서비스를 받도록 운영하는 방법이 더 좋을 것임. • 요양시설 내에 호스피스를 시행하는 것은 인력이 더 필요하지만 호스피스팀이 파견되는 단순 연계는 요양시설 인력으로 충분함. • 전문인을 통해서 어르신의 잔존 기간이 가령 한달 이내로 결정되었다 하면, 기관은 오히려 연계시키는 것에 적극적으로 역할을 할 것임. 보호자들보다 기관이 훨씬 더 적극적일 것임. • 보건소가 호스피스전문기관 역할을 수행하는 것이 바람직함.
자원봉사자 중심의 전문인력 풀 운영 활성화	• 어떤 시설이 되었든지 간에, 호스피스 환자가 있다면 호스피스 서비스를 제공할 수 있는 호스피스 전문교육을 받은 간호사나 사회복지사, 혹은 자원봉사자들의 풀을 마련해 놓고, 아르바이트 형식으로 필요시 파

의견	세부내용
	견을 나을 수 있도록 시스템을 구축하는 것이 필요함. • 호스피스 전문인력 풀이 자원봉사자로 많이 구성되어있다면 비용적인 측면에서도 문제가 없을 것임.
대상질환 확대	• 시설에는 암환자보다 다른 말기환자가 훨씬 더 많음. 오히려 원인규명이 안되는 노환으로 인한 질환으로 고통받는 어르신에게 호스피스 서비스를 적용했으면 좋겠다는 생각이 더 많이 들.
호스피스 특화시설 인정	• 일정한 요건을 갖춘 법인요양시설부터 호스피스 서비스를 제공할 수 있도록 하려면 좋겠음. 법인요양시설이 특화되기 때문에, 많은 요양시설들이 호스피스 서비스 기관으로 참여할 것임. • 보호자에게 호스피스 병실과 호스피스 전담인력이 있음을 안내하고, 임종시 수급자를 병원으로 모시지 않을 경우, 요양시설이 임종까지 서비스를 제공해줄 수 있다는 것을 보호자들에게 인지시키면 홍보는 충분할 것임.
수요자중심의 서비스 제공 및 다양한 서비스 개발	• 장기요양보험의 경우 현재 수가가 가장 많이 나오는 방문요양에 서비스가 집중되고 있어서 이를 막기 위해 강제로 일주일에 한번 이상 주야간보호 서비스를 이용해야지만 원하는 서비스를 받을 수 있도록 하고 있음. 이는 수요자 입장에서는 본인이 받고 싶은 서비스가 아닌, 수가 때문에 강제로 서비스를 받아야 하는 기이한 상황이 연출되게 됨. • 만약 호스피스 제도가 시행된다면 수요자가 원하는 서비스를 주체적으로 이용할 수 있도록 하려면 좋겠음. 장기요양보험법이 시행 후 의료적인 것에 급급한 서비스로 흐르고 있음. • 어르신의 입장에서는 가정에 있을 경우 방문요양서비스도 오고, 주야간보호도 이용하고, 방문목욕서비스도 오고, 호스피스도 와야 함.

나. 노인장기요양시설에서의 호스피스 완화의료 제공을 위한 선결과제

노인장기요양시설(기관)을 호스피스 완화의료 제공장소로 보는 입장에서 볼 때, 환경 여건이나 제도적 측면 등에서 개선내지 갖추어져야 한다고 여겨지는 상당수의 과제들이 제시되었다.

이들은 대상 선정, 시설의 역량 강화, 제도적 개선, 홍보 등에 관한 사항으로 크게 구분되는데 우선, 대상 선정과 관련하여서는 호스피스 완화의료를 위한 말기암환자의 선별에 따르는 어려움이 제기되었다. 시설의

역량 강화에 대한 필요성은 주로 시설이나 인력 그리고 수가 등 전반적인 환경 여건 구비를 위한 지원에 관한 것으로 특히, 수가의 경우 3~4일간의 특별돌봄기간을 제시하고 있다. 또한, 제도적 개선 측면에서는 요양시설에서의 임종 시 수반되는 불필요한 분쟁을 최소화하는 방안, 응급의료 혹은 단순처치를 위한 기본의료패키지의 개발, 암환자의 노인장기요양등급 인정, 건강보험과 장기요양보험의 연계 등을 지적하였다. 그리고 마지막으로, 환자뿐만 아니라 보호자와 일반인의 호스피스 완화의료에 대한 인식 개선 그리고 노인장기요양시설에서의 호스피스 완화의료 제공에 대한 홍보가 필요함을 제시하고 있다(표 5-10 참조).

〈표 5-10〉 노인장기요양시설에서의 호스피스 완화의료 제공을 위한 선결과제에 관한 FGI 결과

의견	세부내용
대상자 구명	• 현재 요양시설의 말기 암환자가 얼마나 되는지 파악하는 것 필요 • 실제 요양시설의 암 환자의 수는 더 많을 것임. • 사실 임종단계에 계신 어르신인 경우 어르신의 생존기간이 얼마나 되는지 잘 모름.
요양시설 환경개선, 인력교육 및 보장, 수가 등 지원	• 요양시설 인프라는 지역격차가 심함. • 호스피스 서비스가 시행된다면 이에 따른 인력보완이 이루어져야 함, 그렇지 않으면 운영하기가 매우 어려울 것임. • 호스피스 관련 수가를 지원해주고, 호스피스 관련시설을 설치한 시설에 투자비를 지원해준다면 많은 요양기관이 호스피스 사업에 참여할 것임. • 요양시설내에 근무하는 간호사와 요양보호사들이 호스피스와 관련하여 일정기간 교육을 받게 하고, 이들이 일정시간 교육을 받아 자격증을 받으면 바로 호스피스 서비스 인력으로 투입될 수 있는 길을 열어주어야 함. • 호스피스 환자 1인당 1명의 전담인력에 대해 특별수가로 지원해준다면 요양기관 내 호스피스 서비스 제공에 충분할 것 같음. • 호스피스 수가와 관련된 요양시설 임종케어기간에 대해 고려할 때, 현장에서 보면 의사의 진단으로 3주의 생존기간 판정을 받으면, 보통 2주 이상을 못 넘기고 돌아가심. 호스피스가 현재 임종의 거의 막바지 단계에 이르렀을 때의 호스피스로 가정한다면, 4일 정도의 수가를 호스피스 수가로 보전해 주었으면 함. 보통은 3~4일 안에 운명하심.

의견	세부내용
	• 가정에 호스피스 팀이 파견될 수 있는 제도가 생긴다면 시설에도 호스피스실이 생기면 좋겠다는 생각이 들. 필요할 때마다 인력을 파견하는 것은 한계가 있을 것임. 요양시설 내 호스피스 전문 요원이 상주해서 호스피스서비스를 제공하는 것이 더 효율적일 수 있음. • 호스피스 팀이 없을 때, 전문성이 강화된 요양시설 담당자들이 대처할 수 있도록 한다면 매우 유익할 것 같음. • 호스피스와 장기요양기관이 연계되려면 수가의 문제도 반드시 고려해야 함. 수가체계가 그만큼 차이가 있어서, 요양시설을 많이 만들어 놓는다고 하더라도 실제적으로는 병원을 선택하는 사람들이 더 많을 것임. • 게다가 호스피스 제도가 전면적으로 시행된다면 국민들의 부담을 적게 하려고 하는 좋은 제도로서는 환영할 만한 일이지만 요양기관으로서는 또 다른 강력한 경쟁상대가 생기는 것이기 때문에 큰 부담으로 다가옴 • 건강보험에만 집중할 것인지, 혹은 장기요양보험 내 별도의 수가로 책정이 될 것인지에 대해서도 고려해보아야 함. • 병원 호스피스의 경우 많은 인력이 필요하고, 다양한 서비스를 제공하면서 수가도 매우 높게 책정되지만, 시설은 병원처럼 다양한 인력이 필요하지도 않고 수가도 높지 않을 것임. • 호스피스 수가와 관련된 요양시설 임종케어기간에 대해 고려할 때, 현장에서 보면 의사의 진단으로 3주의 생존기간 판정을 받으면, 보통 2주 이상을 못 넘기고 돌아가심.
암환자의 노인장기 요양대상 인정	• 암환자들은 거동은 할 수 있기 때문에 등급판정 점수를 받을 수가 없음. • 장기요양보험 내에 가정 호스피스제도를 도입하려면 암환자도 장기요양등급을 신청하고, 장기요양등급을 받아 서비스를 받을 수 있어야 함 • 본인의 요양기관을 거친 수급자 중 암환자이면서 등급을 받는 사람은 10명 정도 밖에 안되었고, 암환자로 본인의 기관에서 장기요양서비스를 받다가 돌아가신 분은 3명 정도밖에 안되었음. • 등급판정 질병 기준에 암을 등급판정 항목에 넣는 것이 필요할 것으로 보임.
요양시설 임종책임 경감 등 임종관련 제도 보완	• 임종을 시설에서 맞게 될 때, 시설의 법적 책임에 대한 문제 등 시설에 가해지는 여러 현실적 규제들을 풀어주어야 함. • 시설을 이용할 때 유언장에서부터 안락사의 문제 등 시설 입소 당시에 법적으로 강화를 시켰으면 좋겠음. • 수급자가 시설에 입소할 때 자신의 생명과 관련된 문제를 어떻게 처리할지에 관하여 어떻게 법적으로 보장해줄 것인지에 대한 문제가 해결된다면 나머지 문제는 어려울 것이 없음. • 임종과 관련된 프로그램을 시설에서 운영할 수 있게 해주어야 함. • 만약 제도적으로 시설에서 돌아가시는 것이 아무런 문제가 없다면 보호자와 함께 어르신을 편안하게 보내드릴 수 있음. 이러한 제도가 시행된다면 대부분 시설에서 호스피스를 하겠다고 할 것임.
기본의료	• 요양시설에서는 의료서비스를 제공할 수 없는데, 계속 발생하는 의료

의견	세부내용
패키지의 개발	수요에 대비하여 의료적 처치가 가능하도록 제도를 마련되어야 함. • 현재 상황으로서는 요양시설에서 암환자를 위한 통증관리 및 여러 의료적 서비스를 전혀 제공할 수 없음. 따라서 아무리 사전에 동의하였다 하더라도, 편안하게 돌아가실 수 있도록 최소한의 의료적인 처치는 요양시설에서 어느 정도 이루어질 수 있도록 해야 함. • 호스피스 운영에 있어 가장 어려운 점이 수액 처치임. 말기 암이 되면 식사를 못하는 경우가 많아 수액을 바로 달아야 하는데, 요양시설에 간호사가 있다고 하더라도 의사지시가 없으면 의료서비스 제공 자체가 의료법에 저촉이 되어 수액을 달지 못함. • 요양시설 자체가 재가시설로 들어가면서 자원봉사를 하던 의사선생님도 의료법에 저촉되는 것이 많아 적절한 의료적 서비스를 제공하지 못함. • 연계의원이 있어서 일부 주사나 약을 구비할 수 있다고 하더라도, 실제로 필요한 통증관리 관련 약이나 심지어 링거액 조차 의료의 영역으로 들어가 요양시설 자체의 필요로는 구매할 수 없음.
건강보험과 장기요양 보험의 연계	• 의료기관으로 연계하였을 때 장기요양 서비스와의 단절이 일어남. • 어르신이 의료기관에 입원해 있을 경우 장기요양보험 수가에 문제가 생기기 때문에 연계하기가 실질적으로 힘들. • 수급자가 장기간 입원하였을 경우, 병원에서 퇴원하여도 다시 입소하지 못함. 다만 장기입원환자의 경우, 이분을 요양시설에서 다시 받을 수 있는 특례제도가 있음. • 어르신을 위해서 인력이나 시설이 운영되어야 하는데, 어르신이 입원한 순간부터 손해가 나기 시작하면 어르신을 위한 공석을 계속적으로 비워놓고 시설로 다시 받아들이지기 어려움. • 방문요양과 시설급여도 분리되어 있음. • 수급자가 병원에 가면 대부분 돌아오지 못하기 때문에 운영자 입장에서서는 대부분 병원으로 안보내려고 하는 요인이 있음.
호스피스 완화의료에 대한 인식 개선	• 호스피스에 대한 인식이 부족하며 특히, 보호자의 인식 개선이 필요함. • 호스피스라고 하면 암환자의 임종기를 위한 서비스로만 인식하기 쉬움. 암환자들만 모아놓은 요양시설이라는 편견을 가질 수 있음. 시설 입소에 대해 거부의견을 가질 수도 있음. • 호스피스 명칭을 다른 용어로 바꿀 수 있다면 시설 이미지 개선에 긍정적일 것임. • 요양시설 관계자들을 위한 호스피스 교육을 실시할 때, 수급자 보호자를 대상으로 한 호스피스 교육도 함께 실시해주었으면 함. • 요양시설은 어르신께 현재와 같이 일상적인 돌봄의 서비스를 제공하고, 호스피스 서비스는 어르신의 일상에 일어나는 하나의 일 정도로만 수준을 낮추어주면 오히려 요양원과 같은 시설에서 호스피스 서비스를 제공하기에 수월할 것이라 생각됨.

제2절 설문조사 결과³⁰⁾

1. 조사대상 특성

설문조사에 참여한 장기요양시설(기관)은 총 539개소로서, 장기요양수급자가 입소하여 생활하는 입소시설(요양시설, 공동생활가정, 양로시설) 317개소(58.8%)와 재가기관 222개소(41.2%)이다. 입소시설 가운데에는 요양시설이 293개소로 대부분을 차지하고 있으며, 양로시설은 1개소에 불과하다(표 5-11 참조).

〈표 5-11〉 조사대상 시설(기관) 현황

(단위: 개소, %)

구분	입소시설								재가기관		계	
	요양시설		공동생활가정		양로시설		소계					
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
조사완료	293	54.3	23	4.3	1	0.2	317	58.8	222	41.2	539	100.0

조사에 참여한 장기요양시설의 지역분포를 보면, 전체의 28.5%인 154개소가 서울경기지역에 분포하고 있고, 서울특별시 및 전국광역시에선 219개소인 40.5%가 분포하고 있다. 요양시설은 경기도와 경북지역에 각각 13.3%와 12.3%로서 비교적 많이 분포하고 있으며, 재가기관은 서울지역과 경남지역에 각각 29.3%와 10.4%로 비교적 많이 분포하고 있다.

30) 본 설문조사는 전자메일을 이용하여 온라인으로 이루어졌으며, 일부 시설(특히, 양로시설)의 경우에 본 조사방식을 쫓기에 어려움이 있는 것으로 파악되었다. 따라서 설문조사에 응답한 시설(기관)의 경우에 응답하지 않은 시설에 비해 제반 여건 등이 보다 나을 수 있으므로 전체 시설(기관)의 현황으로 일반화하는데 무리가 따를 수 있다. 또한, 시설형태에 따라 응답기관 수에 차이를 보이고 있는 가운데, 이들은 제공되는 서비스 등 자원공급에도 차이를 지니고 있는 점에서 여기서는 이들 각각을 구분하여 살펴보았다.

제공서비스로는 입소서비스가 40.8%(324개소)로 가장 많고, 방문요양서비스는 23.8%(189개소), 방문목욕서비스는 16.1%(128개소)이다.

설립형태는 전체의 69.8%(376개소)가 법인이 설립한 시설(기관)이고 26.1%(141개소)가 개인이 설립한 기관이다.

장기요양시설과 운영주체가 동일한 요양병원을 설립하고 있는 경우는 38개소로 전체의 8.1%이며, 이들 가운데 73.7%(28개소)는 요양시설과 요양병원을 동일지역에 설립하고 있는 것으로 나타났다.

요양시설의 경우 전체 293개소 중 62.2%인 182개소가 축락의를 두고 있다.

종사인력은 총 17,758명으로, 활동분야(직위)별로는 요양보호사가 전체의 69.7%인 12,369명으로 가장 많으며 다음으로 사회복지사가 7.0%인 1,243명으로 뒤를 이었다.

서비스이용자는 총 26,905명으로, 장기요양등급별로는 3등급이 전체의 38.4%인 10,335명으로 가장 많고, 다음으로 4등급 6,751명(25.1%), 2등급 5,496명(20.4%) 순으로 많다. 시설(기관) 형태에 따라서는 요양시설의 경우 3등급 39.6%, 2등급 25.7%, 4등급 18.4%, 1등급 13.2% 순이며, 재가기관의 경우는 4등급 40.4%, 3등급 36.0%, 2등급 8.6%, 5등급 4.9%순으로 차이를 보이고 있다. 또한, 입소시설 중 양로시설은 서비스 이용자 모두가 등급 외(혹은 미상)에 해당하고 있다(표 5-12 참조).

본 조사의 응답자는 시설별 1인으로서 사회복지사 33.8%, 시설장 31.4%, 사무국장 22.8% 순으로 많다. 여자가 63.1%로 남자보다 많으며, 연령은 40대 37.1%, 50대 27.6% 순으로 많다. 근무 기간은 5년~10년 미만이 43.8%로 가장 많고, 평균 근무년수는 4.9년이다(표 5-13 참조).

146 호스피스 완화의료 활성화 방안-노인장기요양서비스 이용자를 중심으로

〈표 5-12〉 조사대상 시설(기관) 특성

(단위: 개소, 명, %)

구분		입소시설								재가기관		계	
		요양시설		공동생활가정		양로시설		소계					
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
계		293	100.0	23	100.0	1	100.0	317	100.0	222	100.0	539	100.0
소재 지역	서울	27	9.2	9	39.1	0	0.0	36	11.4	65	29.3	101	18.7
	부산	14	4.8	0	0.0	0	0.0	14	4.4	12	5.4	26	4.8
	대구	11	3.8	2	8.7	0	0.0	13	4.1	15	6.8	28	5.2
	인천	8	2.7	0	0.0	1	100.0	9	2.8	7	3.2	16	3.0
	광주	8	2.7	0	0.0	0	0.0	8	2.5	4	1.8	12	2.2
	대전	14	4.8	2	8.7	0	0.0	16	5.0	9	4.1	25	4.6
	울산	9	3.1	0	0.0	0	0.0	9	2.8	2	0.9	11	2.0
	세종	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	경기	39	13.3	3	13.0	0	0.0	42	13.2	11	5.0	53	9.8
	강원	16	5.5	0	0.0	0	0.0	16	5.0	9	4.1	25	4.6
	충북	12	4.1	3	13.0	0	0.0	15	4.7	9	4.1	24	4.5
	충남	15	5.1	1	4.3	0	0.0	16	5.0	17	7.7	33	6.1
	전북	21	7.2	0	0.0	0	0.0	21	6.6	17	7.7	38	7.1
	전남	23	7.8	1	4.3	0	0.0	24	7.6	3	1.4	27	5.0
	경북	36	12.3	0	0.0	0	0.0	36	11.4	15	6.8	51	9.5
경남	27	9.2	2	8.7	0	0.0	29	9.1	23	10.4	52	9.6	
제주	13	4.4	0	0.0	0	0.0	13	4.1	4	1.8	17	3.2	
제공 서비스 ¹⁾	입소	291	84.1	23	60.5	1	100.0	315	81.8	9	2.2	324	40.8
	방문요양	18	5.2	4	10.5	0	0.0	22	5.7	167	40.8	189	23.8
	방문목욕	6	1.7	1	2.6	0	0.0	7	1.8	121	29.6	128	16.1
	방문간호	1	0.3	0	0.0	0	0.0	1	0.3	8	2.0	9	1.1
	주야간보호	27	7.8	4	10.5	0	0.0	31	8.1	92	22.5	123	15.5
	단기보호	2	0.6	6	15.8	0	0.0	8	2.1	3	0.7	11	1.4
	복지용구	1	0.3	0	0.0	0	0.0	1	0.3	9	2.2	10	1.3
설립 형태	법인	247	84.3	5	21.7	1	100.0	253	79.8	123	55.4	376	69.8
	개인	39	13.3	17	73.9	0	0.0	56	17.7	85	38.3	141	26.1
	기타	7	2.4	1	4.3	0	0.0	8	2.5	14	6.3	22	4.1
요양 병원 병립	설립	25	8.5	1	4.4	0	0.0	26	8.9	12	5.4	38	8.1
	미설립	268	91.5	22	95.6	1	100.0	291	91.8	209	94.6	430	91.9
	(설립 경우) 동일지역	21	84.0	1	100.0	0	0.0	22	84.6	6	50.0	28	73.7
의료 관리	타지역	4	16.0	0	0.0	0	0.0	4	15.4	6	50.0	10	26.3
	촉탁의	182	62.2	8	34.8	1	100.0	191	60.2	58	26.1	249	46.2
	협력기관	88	30.0	7	30.4	0	0.0	95	30.0	57	25.7	152	28.2
총사 인력 활동 분야 ²⁾	해당없음	23	7.85	8	34.8	0	0.0	31	9.8	107	48.2	138	25.6
	계	11,761	100.0	220	100.0	12	100.0	11,993	100.0	5,765	100.0	17,758	100.0
	사회복지사	661	5.6	31	14.1	3	25.0	695	5.8	548	9.5	1,243	7.0
조사 인력 활동 분야 ³⁾	간호사	314	2.7	8	3.6	0	0.0	322	2.7	31	0.5	353	2.0
	간호조무사	564	4.8	26	11.8	1	8.3	591	4.9	119	2.1	710	4.0
	요양보호사	7,667	65.2	125	56.8	4	33.3	7,796	65.0	4,573	79.3	12,369	69.7
	물리작업치료	290	2.5	1	0.5	0	0.0	291	2.4	10	0.2	301	1.7
	영양사	212	1.8	1	0.5	1	8.3	214	1.8	7	0.1	221	1.2
	조리원	793	6.7	22	10.0	2	16.7	817	6.8	77	1.3	894	5.0
	위생원	260	2.2	1	0.5	1	8.3	262	2.2	9	0.2	271	1.5
	기타	755	6.4	3	1.4	0	0.0	758	6.3	226	3.9	984	5.5
	무응답	245	2.1	2	0.9	0	0.0	247	2.1	164	2.8	411	2.3

구분		입소시설								재가기관		계	
		요양시설		공동생활가정		양로시설		소계					
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
이용자수 (현원) 등급	계	18,393	100.0	311	100.0	43	100.0	18,747	100.0	8,158	100.0	26,905	100.0
	1등급	2,434	13.2	29	9.3	0	0.0	2,463	13.1	293	3.6	2,756	10.2
	2등급	4,724	25.7	74	23.8	0	0.0	4,798	25.6	698	8.6	5,496	20.4
	3등급	7,275	39.6	125	40.2	0	0.0	7,400	39.5	2,935	36.0	10,335	38.4
	4등급	3,382	18.4	75	24.1	0	0.0	3,457	18.4	3,294	40.4	6,751	25.1
	5등급	112	0.6	3	1.0	0	0.0	115	0.6	396	4.9	511	1.9
	등급외,미상	466	2.5	5	1.6	43	100.0	514	2.7	542	6.6	1,056	3.9
평균(SD)		62.8	(33.8)	13.5	(10.6)	43.0	(-)	59.1	(35.1)	37.1	(28.1)	50.1	(34.1)

주: 1) 복수응답 결과

〈표 5-13〉 응답자 일반 특성

(단위: 명, 년, %)

구분		입소시설				재가기관		계					
		요양시설		공동생활가정	양로시설					소계			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
계		293	100.0	23	100.0	1	100.0	317	100.0	222	100.0	539	100.0
직위 ¹⁾	시설장	69	21.4	16	53.3	0	0.0	85	24.0	110	41.0	195	31.4
	사무국장	122	37.8	1	3.3	1	100.0	124	35.0	18	6.7	142	22.8
	사회복지사	88	27.2	6	20.0	0	0.0	94	26.6	116	43.3	210	33.8
	요양보호사	5	1.5	0	0.0	0	0.0	5	1.4	6	2.2	11	1.8
	간호사	20	6.2	3	10.0	0	0.0	23	6.5	6	2.2	29	4.7
	간호조무사	7	2.2	1	3.3	0	0.0	8	2.3	4	1.5	12	1.9
	사무원	10	3.1	0	0.0	0	0.0	10	2.8	4	1.5	14	2.3
	기타	2	0.6	3	10.0	0	0.0	5	1.4	4	1.5	9	1.4
성별	남	108	36.9	6	26.1	1	100.0	115	36.3	84	37.8	199	36.9
	여	185	63.1	17	73.9	0	0.0	202	63.7	138	62.2	340	63.1
나이	20세 미만	1	0.3	0	0.0	0	0.0	1	0.3	0	0.0	1	0.2
	20~29세	24	8.2	1	4.4	0	0.0	25	7.9	19	8.6	44	8.2
	30~39세	55	18.8	5	21.7	0	0.0	60	18.9	44	19.8	104	19.3
	40~49세	120	41.0	4	17.4	1	100.0	125	39.4	75	33.8	200	37.1
	50~59세	75	25.6	9	39.1	0	0.0	84	26.5	65	29.3	149	27.6
	60세 이상	18	6.1	4	17.4	0	0.0	22	6.9	19	8.6	41	7.6
근무 기간 ²⁾	1년 미만	36	12.3	3	13.0	0	0.0	39	12.3	24	10.8	63	11.7
	1~5년 미만	100	34.1	8	34.8	0	0.0	108	34.1	79	35.6	187	34.7
	5~10년 미만	111	37.9	12	52.2	1	100.0	124	39.1	112	50.5	236	43.8
	10년 이상	46	15.7	0	0.0	0	0.0	46	14.5	7	3.2	53	9.8
	평균	5.3		3.9		7.0		5.2		4.5		4.9	
	최소	1년 미만		1년 미만		.		1년 미만		1년 미만		1년 미만	
	최대	20		8		.		20		15		20	

주: 1) 복수응답 결과

2) 2015년에 근무를 시작했을 경우, 1년미만 근무에 포함.

응답자 가운데 호스피스 교육 이수자는 전체의 38.4%인 207명이며, 이들의 호스피스 교육 이수장소는 의료기관이 60.9%로 가장 많고, 다음으로 호스피스 전문기관 26.1%, 종교 및 봉사단체 21.3% 순이다.

호스피스 교육이수자는 특히, 재가기관 응답자에서 25.7%로 낮은 수준에 있으며, 양로시설 응답자 1명은 호스피스 교육을 이수하지 않았다 (표 5-14 참조).

〈표 5-14〉 응답자 호스피스관련 교육이수 상태

(단위: 명, %)

구분		입소시설				재가기관		계	
		요양시설	공동생활가정	양로시설	소계				
		N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %
계		293 100.0	23 100.0	1 100.0	317 100.0	222 100.0	539 100.0		
교육 여부	이수	139 47.4	11 47.8	0 0.0	150 47.3	57 25.7	207 38.4		
	미이수	154 52.6	12 52.2	1 100.0	167 52.7	165 74.3	332 61.6		
교육 장소 ¹⁾	정부·공공기관	5 3.6	1 9.1	-- --	6 4.0	2 3.5	8 3.9		
	종교·봉사단체	23 16.5	1 9.1	-- --	24 16.0	20 35.1	44 21.3		
	의료기관	46 33.1	3 27.3	-- --	49 32.7	15 26.3	64 30.9		
	사회복지단체	24 17.3	1 9.1	-- --	25 16.7	10 17.5	35 16.9		
	호스피스·전문기관	34 24.5	3 27.3	-- --	37 24.7	17 29.8	54 26.1		
	요양시설	19 13.7	1 9.1	-- --	20 13.3	2 3.5	22 10.6		
	기타	27 19.4	5 45.5	-- --	32 21.3	9 15.8	41 19.8		

주: 1) 교육이수자에 한함. 복수응답 결과

2. 노인장기요양서비스 이용자 특성

가. 암 질환자

장기요양시설(기관)의 서비스 이용자 가운데 암 환자(의증 진단 포함)가 1명이상 있는 시설(기관)은 전체의 54.2%인 291개 기관이다.

시설 형태에 따라서는 요양시설 중 61.8%, 재가기관 중 47.3%, 공동

생활가정 중 26.1%에 1명 이상의 암 환자가 있는 것으로 나타났다(표 5-15 참조).

〈표 5-15〉 시설(기관)유형별 암환자 유무

(단위: 개소, %)

구분	입소시설								재가기관		계	
	요양시설		공동생활가정		양로시설		소계					
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
있음 ¹⁾	181	61.8	6	26.1	0	0.0	187	59.0	104	47.3	291	54.2
없음	112	38.2	17	73.9	1	100.0	130	41.0	116	52.7	246	45.8
계	293	100.0	23	100.0	1	100.0	317	100.0	220	100.0	537	100.0

주: 1) 암환자가 1명 이상이라고 응답한 경우. 단, 의증 진단 포함.

암 환자가 1명 이상 있는 시설(기관)의 경우, 시설(기관) 당 평균 암 환자수는 2.7명이다(표 5-16 참조).

〈표 5-16〉 시설(기관)유형별 평균 암환자수¹⁾

(단위: 개소, 명)

구분		입소시설				재가기관	계
		요양시설	공동생활가정	양로시설	소계		
기관수		181	6	0	187	104	291
암환자수	계	480	7	0	487	285	772
	평균(SD)	2.7(2.1)	1.2(0.4)	-	2.6(2.0)	2.7(3.0)	2.7(2.4)

주: 1) 암환자가 1명 이상 있는 시설(기관)에 한함.

또한, 암 환자가 1명 이상 있는 시설(기관)의 전체 서비스 이용자 중 암 환자 비중은 2.9%로서 재가기관이 3.5%로 가장 높다(표 5-17 참조).

〈표 5-17〉 시설(기관)유형별 암환자 비중

(단위: %)

구분	입소시설				재가기관	계
	요양시설	공동생활가정	양로시설	소계		
암환자율 ¹⁾	2.6	2.3	0.0	2.6	3.5	2.9

주: 1) (총 암환자수÷총 이용자수)×100

나. 사전의료의향서 작성

서비스 이용자 가운데 1명 이상의 사전의료의향서를 작성한 장기요양 시설(기관)은 전체의 26.1%로서, 입소시설 중 요양시설이 38.2%로 가장 많고 재가기관은 10%이다(표 5-18 참조).

〈표 5-18〉 시설(기관)유형별 사전의료의향서 작성여부

(단위: 개소, %)

구분	입소시설								재가기관		계	
	요양시설		공동생활가정		양로시설		소계					
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
작성함 ¹⁾	112	38.2	6	26.1	0	0.0	118	37.2	22	10.0	140	26.1
작성안함	181	61.8	17	73.9	1	100.0	199	62.8	198	90.0	397	73.9
계	293	100.0	23	100.0	1	100.0	317	100.0	220	100.0	537	100.0

주: 1) 사전의료의향서 작성자가 1명 이상이라고 응답한 경우

1명 이상의 사전의료의향서를 작성한 장기요양시설(기관)의 경우, 시설(기관)당 작성자 수는 평균 38명이며, 요양시설에서 평균 43.7명으로 가장 많다(표 5-19 참조).

또한 1명 이상의 사전의료의향서를 작성한 장기요양시설(기관)의 전체 서비스 이용자 중 사전의료의향서 작성자 비중은 19.8%로서 입소시설 중 요양시설이 26.6%로 가장 높고 재가기관은 4.4%이다(표 5-20 참조).

〈표 5-19〉 시설(기관)유형별 평균 사전의료의향서 작성자수¹⁾

(단위: 개소, 명)

구분	입소시설				재가기관	계
	요양시설	공동생활가정	양로시설	소계		
기관수	112	6	-	118	22	140
작성자수	계	4,895	76	-	4,971	5,334
	평균(SD)	43.7(31.7)	12.7(7.4)	-	42.1(31.6)	16.5(17.7)

주: 1) 사전의료의향서 작성자가 1명 이상 있는 시설(기관)에 한함.

〈표 5-20〉 시설(기관)유형별 사전의료의향서 작성자 비중

(단위: %)

구분	입소시설				재가기관	계
	요양시설	공동생활가정	양로시설	소계		
작성자율 ¹⁾	26.6	24.4	-	26.5	4.4	19.8

주: 1) (총 사전의료의향서 작성자수 ÷ 총 이용자수) × 100

다. 임종관련 요구

서비스 이용자 가운데 1명 이상에 대하여 임종장소나 임종징후 시의 응급조치내용과 같은 임종관련 상담기록을 작성하여 보유하고 있는 장기요양시설(기관)은 전체의 36.7%로서, 입소시설 중 요양시설이 54.9%로 가장 많고 재가기관은 11.8%이다(표 5-21 참조).

〈표 5-21〉 시설(기관)유형별 임종관련 상담기록 보유여부

(단위: 개소, %)

구분	입소시설								재가기관		계	
	요양시설		공동생활가정		양로시설		소계					
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
있음 ¹⁾	161	54.9	10	43.5	0	0.0	171	53.9	26	11.8	197	36.7
없음	132	45.1	13	56.5	1	100.0	146	46.1	194	88.2	340	63.3
계	293	100.0	23	100.0	1	100.0	317	100.0	220	100.0	537	100.0

주: 1) 1명 이상의 임종관련 상담기록을 보유하고 있는 경우

1명 이상의 임종관련 상담기록을 작성하여 보유하고 있는 장기요양시설(기관)의 경우, 시설(기관)당 작성자 수는 평균 26.4명이며, 입소시설 중 요양시설에서 평균 29.8명으로 가장 많고 재가기관은 평균 11.2명이다(표 5-22 참조).

〈표 5-22〉 시설(기관)유형별 평균 임종관련 상담기록 작성자수¹⁾

(단위: 개소, 명)

구분		입소시설				재가기관	계
		요양시설	공동생활가정	양로시설	소계		
기관수		161	10	-	171	26	197
작성자수	계	4,793	108	-	4,901	290	5,191
	평균(SD)	29.8(30.8)	10.8(9.5)	-	28.7(30.3)	11.2(24.4)	26.4(30.1)

주: 1) 1명 이상의 임종관련 상담기록을 보유하고 있는 시설(기관)에 한함.

또한, 임종관련 상담기록을 작성하여 보유하고 있는 장기요양시설(기관)의 전체 서비스 이용자 중 임종관련 상담기록 작성자 비중은 19.3%로서 입소시설 중 요양시설이 26.1%로 가장 높고 재가기관은 3.6%이다(표 5-23 참조).

〈표 5-23〉 시설(기관)유형별 임종관련 상담기록 작성자 비중

(단위: %)

구분	입소시설				재가기관	계
	요양시설	공동생활가정	양로시설	소계		
작성자율 ¹⁾	26.1	34.7	0.0	26.1	3.6	19.3

주: 1) (총 임종관련 상담기록 작성자수 ÷ 총 이용자수) × 100

임종관련 상담내용 중 ‘원하는 임종장소’로는 작성자 총 5,191명 가운데 29%가 현재 생활하고 있는 요양시설(기관)을 선택한 것으로 나타나고 있다.

이는 앞서 2011~2012년 노인장기요양보험 급여대상자 사망에서의 사회복지시설 비중(전체 사망 11.3%, 암으로 인한 사망 5.2%)보다 월등히 높은 것으로, 이들의 요구가 적절히 수용되지 못하는 여건에 있음을 시사하고 있다.

또한, ‘원하는 임종장소’로서 자택을 선택한 경우는 1.3%에 불과하여 신용석 등(2013)의 연구에서 보여주듯이, 시설을 새로운 집으로 인식하고 있다는 예상을 낳고 있다(표 5-24 참조).

〈표 5-24〉 시설(기관)유형별 원하는 임종장소

(단위: 명, %)

구분	입소시설						재가기관		계			
	요양시설		공동생활가정		양로시설						소계	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
가정(자택)	29	0.6	3	2.8	-	-	32	0.7	34	11.7	66	1.3
요양시설(기관)	1,421	29.6	65	60.2	-	-	1,486	30.3	20	6.9	1,506	29.0
병의원	2,359	49.2	40	37.0	-	-	2,399	48.9	86	29.7	2,485	47.9
기타	93	1.9	0	0.0	-	-	93	1.9	0	0.0	93	1.8
모름(파악 안됨)	891	18.6	0	0.0	-	-	891	18.2	150	51.7	1,041	20.1
계	4,793	100.0	108	100.0	-	-	4,901	100.0	290	100.0	5,191	100.0

임종관련 상담내용 중 ‘임종징후 시에 원하는 조치 내용’과 관련하여서는 시설(기관) 유형에 따라 다소 차이를 보이는 가운데, 전반적으로는 상담기록 작성자 중 22.1%가 현재 생활하고 있는 시설(기관)에서의 임종케어를 선택한 것으로 나타나고 있다.

이는 ‘원하는 임종장소’와도 맥락을 같이 하고 있으며 특히, 공동생활가정 입소자의 경우 임종장소나 임종징후 시 조치에 있어서 요양시설에 대한 선호 비중이 각각 60.2%와 57.4%로 매우 높다(표 5-25 참조).

〈표 5-25〉 시설(기관)유형별 임종징후 시 원하는 조치 내용

(단위: 명, %)

구분	입소시설								재가기관		계	
	요양시설		공동생활가정		양로시설		소계					
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
병의원(응급)이송	2,705	56.4	33	30.6	-	-	2,738	55.9	117	40.3	2,855	55.0
요양기관 임종케어	1,072	22.4	62	57.4	-	-	1,134	23.1	14	4.8	1,148	22.1
가정(자택) 임종케어	5	0.1	2	1.9	-	-	7	0.1	15	5.2	22	0.4
추후 논의	406	8.5	9	8.3	-	-	415	8.5	107	36.9	522	10.1
모름(파악 안됨)	605	12.6	2	1.9	-	-	607	12.4	37	12.8	644	12.4
계	4,793	100.0	108	100.0	-	-	4,901	100.0	290	100.0	5,191	100.0

라. 노인장기요양시설(기관)의 임종케어

전체 장기요양시설(기관) 가운데 48.8%가 임종에 다다른 수급자를 모시기 위해 특별침실(임종실)을 갖추고 있는 것으로 나타났다. 특별침실(임종실)은 입소시설 중 요양시설이 84.3%로 가장 많이 보유하고 있으며 재가기관의 경우에도 전체 222개 기관 중 8개 기관(3.6%)이 보유하고 있다(표 5-26 참조).

〈표 5-26〉 시설(기관)유형별 특별침실(임종실) 보유여부

(단위: 개소, %)

구분	입소시설								재가기관		계	
	요양시설		공동생활가정		양로시설		소계					
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
계	293	100.0	23	100.0	1	100.0	317	100.0	222	100.0	539	100.0
보유	247	84.3	8	34.8	0	0.0	255	80.5	8	3.6	263	48.8
미보유, 해당없음	46	15.7	15	65.2	1	100.0	62	19.6	214	96.4	276	51.2

장기요양시설(기관)에서 치유가 불가능한 질병으로 인해 2~3개월 내 사망할 것으로 예상되는 말기질환자, 혹은 임종 징후가 보여 병원으로 이송되었다가 돌아온 경우에 대하여 어떻게 관리하는지를 파악한 결과, 말기질환자에게 적합한 다른 전문기관으로의 이송(의뢰)이 전체의 40.5%

로 가장 많고, 다음으로 해당 수급자를 집중관리하는 등의 임종케어 제공이 31.4%로 많았다.

시설(기관)의 유형별로는 입소시설 중 요양시설의 경우 집중관리(임종케어) 제공 48.5%, 타 전문기관으로 이송(의뢰) 32.1%, 일반 이용자와 동일하게 관리 13.3% 순이었으며, 재가기관의 경우는 타 전문기관으로 이송(의뢰)이 52.5%를 차지하였다(표 5-27 참조).

〈표 5-27〉 시설(기관)유형별 말기질환자 돌봄형태

(단위: 개소, %)

구분	입소시설								재가기관		계	
	요양시설		공동생활가정		양로시설		소계					
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
계	293	100.0	23	100.0	1	100.0	317	100.0	222	100.0	539	100.0
일반이용자와 동일	39	13.3	3	13.0	0	0.0	42	13.3	38	17.2	80	14.9
집중관리(임종케어)	142	48.5	8	34.8	0	0.0	150	47.3	19	8.6	169	31.4
타기관으로 이송	94	32.1	7	30.4	1	100.0	102	32.2	116	52.5	218	40.5
기타	18	6.1	5	21.7	0	0.0	23	7.3	49	21.7	72	13.2

종사자 가운데 1명 이상의 호스피스·완화의료 교육이수자가 있는 장기요양시설(기관)은 전체의 47.5%이다. 호스피스·완화의료 교육 이수자가 1명이상 있는 경우는 입소시설 중 요양시설이 62.1%로 가장 많고 재가기관은 28.4%이다(표 5-28 참조).

〈표 5-28〉 시설(기관)유형별 종사자의 호스피스 완화의료 교육이수 여부

(단위: 개소, %)

구분	입소시설								재가기관		계	
	요양시설		공동생활가정		양로시설		소계					
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
이수 ¹⁾	182	62.1	10	43.5	1	100.0	193	60.9	63	28.4	256	47.5
미이수	111	37.9	13	56.5	0	0.0	124	39.1	159	71.6	283	52.5
계	293	100.0	23	100.0	1	100.0	317	100.0	220	100.0	537	100.0

주: 1) 1명 이상의 호스피스 완화의료 교육이수자가 있는 경우

종사자 가운데 1명 이상의 호스피스·완화의료 교육이수자가 있는 장기요양시설(기관)의 경우, 시설(기관)당 교육이수자 수는 평균 2.9명이며, 입소시설 중 요양시설에서 평균 4.5명으로 가장 많고 재가기관은 평균 0.9명이다(표 5-29 참조).

〈표 5-29〉 시설(기관)유형별 호스피스 완화의료 교육이수자수¹⁾

(단위: 개소, 명)

구분		입소시설				재가기관	계
		요양시설	공동생활가정	양로시설	소계		
기관수		182	10	1	193	63	256
교육 이수자수	계	1,333	39	3	1,375	211	1,586
	평균	4.55	1.70	3	4.34	0.95	2.94
	최소	1	1	3	3	1	3
	최대	74	27	3	74	20	74

주: 1) 1명 이상의 호스피스 완화의료 교육이수자가 있는 시설(기관)에 한함.

또한, 종사자 가운데 1명 이상의 호스피스·완화의료 교육이수자가 있는 장기요양시설(기관)의 전체 종사자 중 교육이수자 비중은 8.7%로서 요양시설이 11.4%이고 재가기관이 3.4%이다(표 5-30 참조).

〈표 5-30〉 시설(기관)유형별 종사자의 호스피스 완화의료 교육이수자 비중

(단위: %)

구분		입소시설				재가기관	계
		요양시설	공동생활가정	양로시설	소계		
종사자 교육이수율 ¹⁾		11.4	18.5	25.0	11.6	3.4	8.7

주: 1) (총 호스피스 완화의료 교육이수자수 ÷ 총 종사자수) × 100

마. 호스피스 완화의료에 대한 인식 및 태도

정부의 호스피스 완화의료 사업 개요로서 ...“우리 정부는 말기암환자에 대한 호스피스·완화医료를 다음과 같이 실시하고 있으며, 확대방안을 모색 중에 있습니다. 호스피스·완화의료는 말기암환자가 무의미한 연명치료 보다는 통증, 구토, 호흡곤란 등 환자를 힘들게 하는 신체적 증상을 적극적으로 조절하고 환자와 가족의 심리·사회적, 영적 어려움을 도와 말기암환자와 그 가족의 고통을 경감시켜 삶의 질을 향상시키는 것을 목표로 하는 것으로, 호스피스전문기관의 의사, 간호사, 사회복지사, 성직자, 자원봉사자 등으로 구성된 호스피스·완화의료팀을 통해 제공됩니다. 호스피스전문기관은 병·의원, 종합병원 및 한의원·한방병원 중 「암관리법」제22조에 따라 인력·시설·장비 등의 기준을 갖춘 의료기관으로서 2015년 7월 기준, 전국적으로 56개 기관이 지정되었으며 이들 기관의 말기암 호스피스 입원에 대해서 7월15일부터 건강보험이 적용되고 있습니다. 이와 함께 가정으로 의료진 등이 방문하여 호스피스를 제공하는 ‘가정 호스피스’도 추진할 계획으로 있습니다. 그러나 우리나라 암 환자들이 말기암 선고를 받고 호스피스를 이용하는 경우는 12.7%(‘13년 기준)에 그치고 있으며, 임종에 임박하여 호스피스를 선택함으로써 환자와 보호자 모두 충분한 혜택을 받지 못하는 실정입니다.”(부록 설문조사표) ... 에 대하여 그 내용을 얼마나 알고 있는지를 파악한 결과, 응답자의 8.3%만이 ‘매우 잘 안다’고 하였으며, 나머지는 ‘어느 정도 안다’ 46%, ‘잘 모른다’ 38.9%, ‘전혀 모른다’ 6.3%였다.

직종별로는 ‘매우 잘 안다’의 경우 간호사와 사회복지사에서 각각 20%와 11.9%로 비교적 많았으며 이들은 특히, 입소시설 중 요양시설에서 많았고, 시설장은 전체의 4.5%만이 ‘매우 잘 안다’고 응답하였다(표 5-31 참조).

〈표 5-31〉 호스피스 완화의료 내용에 대한 인지

(단위: 명, %)

구분		입소시설				재가기관	계
		요양시설	공동생활가정	양로시설	소계		
사회 복지사	N	101	16	1	118	92	210
	매우 잘 안다	15.8	18.75	100.0	16.1	6.5	11.9
	어느 정도 안다	53.5	31.25	0.0	50.0	45.7	48.1
	잘 모른다	25.7	37.5	0.0	28.0	37.0	31.9
	전혀 모른다	5.0	12.5	100.0	5.9	10.9	8.1
간호사	N	18	1	-	19	6	25
	매우 잘 안다	22.2	0.0	-	21.1	16.7	20.0
	어느 정도 안다	38.9	0.0	-	36.8	33.3	36.0
	잘 모른다	33.3	100.0	-	36.8	50.0	40.0
	전혀 모른다	5.6	0.0	-	5.3	0.0	4.0
요양 보호사	N	-	-	-	-	2	2
	매우 잘 안다	-	-	-	-	0.0	0.0
	어느 정도 안다	-	-	-	-	0.0	0.0
	잘 모른다	-	-	-	-	100.0	100.0
	전혀 모른다	-	-	-	-	0.0	0.0
간호 조무사	N	3	-	-	3	4	7
	매우 잘 안다	0.0	-	-	0.0	0.0	0.0
	어느 정도 안다	33.3	-	-	33.3	25.0	28.6
	잘 모른다	33.3	-	-	33.3	75.0	57.1
	전혀 모른다	33.3	-	-	33.3	0.0	14.3
시설장	N	50	4	-	54	100	154
	매우 잘 안다	4.0	25.0	-	5.6	4.0	4.5
	어느 정도 안다	48.0	25.0	-	46.3	40.0	42.2
	잘 모른다	48.0	50.0	-	48.1	51.0	50.0
	전혀 모른다	0.0	0.0	-	0.0	5.0	3.2
사무 국장	N	111	1	-	112	15	127
	매우 잘 안다	7.2	0.0	-	7.1	0.0	6.3
	어느 정도 안다	51.4	100.0	-	51.8	26.7	48.8
	잘 모른다	35.1	0.0	-	34.8	53.3	37.0
	전혀 모른다	6.3	0.0	-	6.3	20.0	7.9
사무원	N	9	1	-	10	1	11
	매우 잘 안다	0.0	0.0	-	0.0	0.0	0.0
	어느 정도 안다	66.7	100.0	-	70.0	100.0	72.7
	잘 모른다	33.3	0.0	-	30.0	0.0	27.3
	전혀 모른다	0.0	0.0	-	0.0	0.0	0.0
기타	N	1	-	-	1	2	3
	매우 잘 안다	0.0	-	-	0.0	0.0	0.0
	어느 정도 안다	100.0	-	-	100.0	50.0	66.7
	잘 모른다	0.0	-	-	0.0	50.0	33.3
	전혀 모른다	0.0	-	-	0.0	0.0	0.0

구분		입소시설				재가기관	계
		요양시설	공동생활가정	양로시설	소계		
계	N	293	23	1	317	222	539
	매우 잘 안다	10.2	16.7	0.0	10.7	4.9	8.3
	어느 정도 안다	50.8	32.0	0.0	49.5	40.6	46.0
	잘 모른다	33.4	34.6	25.0	34.1	45.3	38.9
	전혀 모른다	4.7	7.4	0.0	5.0	8.0	6.3

주: (질문) 귀하께서는 위에 기술된 호스피스·완화의료의 내용에 대해 얼마나 알고 계십니까?

또한, 호스피스 완화의료 전문기관 지정과 관련하여서는 응답자의 3.0%만이 ‘매우 잘 안다’고 하였으며 나머지는 ‘어느 정도 안다’ 30.9%, ‘잘 모른다’ 49.4%, ‘전혀 모른다’ 16.2%로서, 정책에 대한 인지도가 비교적 낮게 나타났다.

직종별로는 ‘매우 잘 안다’의 경우 간호사와 사회복지사에서 각각 8%와 4.3%로 비교적 많았으며 이들은 특히, 입소시설 중 요양시설에서 많았고, 시설장은 전체의 1.9%만이 ‘매우 잘 안다’고 응답하였다(표 5-32 참조).

〈표 5-32〉 호스피스 완화의료 전문기관 지정에 대한 인지

(단위: 명, %)

구분		입소시설				재가기관	계
		요양시설	공동생활가정	양로시설	소계		
사회 복지사	N	101	16	1	118	92	210
	매우 잘 안다	4.0	12.5	0.0	5.1	3.3	4.3
	어느 정도 안다	39.6	18.8	0.0	36.4	29.3	33.3
	잘 모른다	48.5	56.3	100.0	50.0	44.6	47.6
	전혀 모른다	7.9	12.5	0.0	8.5	22.8	14.8
간호사	N	18	1	-	19	6	25
	매우 잘 안다	11.1	0.0	-	10.5	0.0	8.0
	어느 정도 안다	33.3	0.0	-	31.6	50.0	36.0
	잘 모른다	38.9	0.0	-	36.8	16.7	32.0
	전혀 모른다	16.7	100.0	-	21.1	33.3	24.0
요양 보호사	N	-	-	-	-	2	2
	매우 잘 안다	-	-	-	-	0.0	0.0
	어느 정도 안다	-	-	-	-	0.0	0.0
	잘 모른다	-	-	-	-	50.0	50.0
	전혀 모른다	-	-	-	-	50.0	50.0

구분		입소시설				재가기관	계
		요양시설	공동생활가정	양로시설	소계		
간호 조무사	N	3	-	-	3	4	7
	매우 잘 안다	0.0	-	-	0.0	0.0	0.0
	어느 정도 안다	33.3	-	-	33.3	0.0	14.3
	잘 모른다	0.0	-	-	0.0	100.0	57.1
	전혀 모른다	66.7	-	-	66.7	0.0	28.6
시설장	N	50	4	-	54	100	154
	매우 잘 안다	2.0	0.0	-	1.9	2.0	1.9
	어느 정도 안다	22.0	25.0	-	22.2	27.0	25.3
	잘 모른다	62.0	50.0	-	61.1	50.0	53.9
	전혀 모른다	14.0	25.0	-	14.8	21.0	18.8
사무 국장	N	111	1	-	112	15	127
	매우 잘 안다	1.8	0.0	-	1.8	0.0	1.6
	어느 정도 안다	33.3	100.0	-	33.9	13.3	31.5
	잘 모른다	51.4	0.0	-	50.9	66.7	52.8
	전혀 모른다	13.5	0.0	-	13.4	20.0	14.2
사무원	N	9	1	-	10	1	11
	매우 잘 안다	0.0	0.0	-	0.0	0.0	0.0
	어느 정도 안다	55.6	0.0	-	50.0	0.0	45.5
	잘 모른다	33.3	100.0	-	40.0	100.0	45.5
	전혀 모른다	11.1	0.0	-	10.0	0.0	9.1
기타	N	1	-	-	1	2	3
	매우 잘 안다	0.0	-	-	0.0	0.0	0.0
	어느 정도 안다	100.0	-	-	100.0	100.0	100.0
	잘 모른다	0.0	-	-	0.0	0.0	0.0
	전혀 모른다	0.0	-	-	0.0	0.0	0.0
계	N	293	23	1	317	222	539
	매우 잘 안다	3.1	8.3	0.0	3.5	2.2	3.0
	어느 정도 안다	34.2	20.0	0.0	33.2	27.2	30.9
	잘 모른다	49.7	46.2	25.0	50.0	48.0	49.4
	전혀 모른다	12.1	14.8	0.0	12.5	21.2	16.2

주: (질문) 귀하께서는 위에 기술된 우리 정부의 호스피스·완화의료 정책 중 호스피스전문기관 지정에 대해 얼마나 알고 계십니까?

호스피스 완화의료의 건강보험 급여 적용과 관련하여서는 응답자의 2.6%만이 ‘매우 잘 안다’고 하였으며 나머지는 ‘어느 정도 안다’ 26.2%, ‘잘 모른다’ 44.6%, ‘전혀 모른다’ 26%로서, 조사 당시 제도 시행 3개월여가 지난 시점임에도 불구하고 인지도가 낮은 수준을 나타냈다.

직종별로는 ‘매우 잘 안다’의 경우 간호사와 사회복지사에서 각각 4%

와 4.8%로 비교적 많았고, 시설장은 전체의 0.6%만이 ‘매우 잘 안다’고 응답하였다(표 5-33 참조).

〈표 5-33〉 호스피스 완화의료 건강보험 적용에 대한 인지

(단위: 명, %)

구분		입소시설				재가기관	계
		요양시설	공동생활가정	양로시설	소계		
사회 복지사	N	101	16	1	118	92	210
	매우 잘 안다	3.0	12.5	0.0	4.2	5.4	4.8
	어느 정도 안다	32.7	25.0	0.0	31.4	17.4	25.2
	잘 모른다	43.6	31.3	100.0	42.4	39.1	41.0
	전혀 모른다	20.8	31.3	0.0	22.0	38.0	29.0
간호사	N	18	1	-	19	6	25
	매우 잘 안다	5.6	0.0	-	5.3	0.0	4.0
	어느 정도 안다	38.9	0.0	-	36.8	50.0	40.0
	잘 모른다	38.9	0.0	-	36.8	16.7	32.0
	전혀 모른다	16.7	100.0	-	21.1	33.3	24.0
요양 보호사	N	-	-	-	-	2	2
	매우 잘 안다	-	-	-	-	0.0	0.0
	어느 정도 안다	-	-	-	-	0.0	0.0
	잘 모른다	-	-	-	-	50.0	50.0
	전혀 모른다	-	-	-	-	50.0	50.0
간호 조무사	N	3	-	-	3	4	7
	매우 잘 안다	0.0	-	-	0.0	0.0	0.0
	어느 정도 안다	0.0	-	-	0.0	25.0	14.3
	잘 모른다	33.3	-	-	33.3	75.0	57.1
	전혀 모른다	66.7	-	-	66.7	0.0	28.6
시설장	N	50	4	-	54	100	154
	매우 잘 안다	2.0	0.0	-	1.9	0.0	0.6
	어느 정도 안다	22.0	0.0	-	20.4	24.0	22.7
	잘 모른다	58.0	75.0	-	59.3	45.0	50.0
	전혀 모른다	18.0	25.0	-	18.5	31.0	26.6
사무 국장	N	111	1	-	112	15	127
	매우 잘 안다	1.8	0.0	-	1.8	0.0	1.6
	어느 정도 안다	27.0	100.0	-	27.7	40.0	29.1
	잘 모른다	51.4	0.0	-	50.9	26.7	48.0
	전혀 모른다	19.8	0.0	-	19.6	33.3	21.3
사무원	N	9	1	-	10	1	11
	매우 잘 안다	0.0	0.0	-	0.0	0.0	0.0
	어느 정도 안다	33.3	0.0	-	30.0	0.0	27.3
	잘 모른다	44.4	0.0	-	40.0	100.0	45.5
	전혀 모른다	22.2	100.0	-	30.0	0.0	27.3

구분		입소시설				재가기관	계
		요양시설	공동생활가정	양로시설	소계		
기타	N	1	-	-	1	2	3
	매우 잘 안다	0.0	-	-	0.0	0.0	0.0
	어느 정도 안다	100.0	-	-	100.0	100.0	100.0
	잘 모른다	0.0	-	-	0.0	0.0	0.0
	전혀 모른다	0.0	-	-	0.0	0.0	0.0
계	N	293	23	1	317	222	539
	매우 잘 안다	2.4	8.7	0.0	2.8	2.2	2.6
	어느 정도 안다	29.0	21.7	0.0	28.2	23.2	26.2
	잘 모른다	48.5	34.8	25.0	47.2	40.4	44.6
	전혀 모른다	20.1	34.8	0.0	20.9	32.7	26.0

주: (질문) 귀하께서는 위에 기술된 우리 정부의 호스피스·완화의료 정책 중 호스피스 건강보험 적용에 대해 얼마나 알고 계십니까?

노인장기요양서비스 이용자에 대한 호스피스 완화의료의 필요성은 응답자의 78.1%(‘반드시 필요’ 26%, ‘필요한 편’ 52.1%)에서 인지되고 있다.

호스피스 완화의료의 필요성에 대한 인식은 직종별로는 간호사 90%(‘반드시 필요’ 36.0%, ‘필요한 편’ 56.0%), 사회복지사 80%(‘반드시 필요’ 28.6%, ‘필요한 편’ 51.4%), 시설장 68.8%(‘반드시 필요’ 20.1%, ‘필요한 편’ 48.7%), 사무국장 83.5%(‘반드시 필요’ 27.6%, ‘필요한 편’ 55.9%) 등으로 비교적 높게 나타나고 있다(표 5-34 참조).

〈표 5-34〉 노인장기요양서비스 이용자 호스피스 완화의료 필요성에 대한 인식

(단위: 명, %)

구분		입소시설				재가기관	계
		요양시설	공동생활가정	양로시설	소계		
사회 복지사	N	101	16	1	118	92	210
	반드시 필요	36.6	31.3	100.0	36.4	18.5	28.6
	필요한 편	49.5	56.3	0.0	50.0	53.3	51.4
	불필요한 편	8.9	6.3	0.0	8.5	16.3	11.9
	전혀 불필요	1.0	0.0	0.0	0.8	0.0	0.5
	모르겠다	4.0	6.3	0.0	4.2	12.0	7.6
간호사	N	18	1	-	19	6	25
	반드시 필요	38.9	0.0	-	36.8	33.3	36.0
	필요한 편	50.0	100.0	-	52.6	66.7	56.0
	불필요한 편	11.1	0.0	-	10.5	0.0	8.0

구분		입소시설				재가기관	계
		요양시설	공동생활가정	양로시설	소계		
	전혀 불필요	0.0	0.0	-	0.0	0.0	0.0
	모르겠다	0.0	0.0	-	0.0	0.0	0.0
요양 보호사	N	-	-	-	-	2	2
	반드시 필요	-	-	-	-	0.0	0.0
	필요한 편	-	-	-	-	100.0	100.0
	불필요한 편	-	-	-	-	0.0	0.0
	전혀 불필요	-	-	-	-	0.0	0.0
	모르겠다	-	-	-	-	0.0	0.0
간호 조무사	N	3	-	-	3	4	7
	반드시 필요	66.7	-	-	66.7	0.0	28.6
	필요한 편	33.3	-	-	33.3	100.0	71.4
	불필요한 편	0.0	-	-	0.0	0.0	0.0
	전혀 불필요	0.0	-	-	0.0	0.0	0.0
	모르겠다	0.0	-	-	0.0	0.0	0.0
시설장	N	50	4	-	54	100	154
	반드시 필요	16.0	25.0	-	16.7	22.0	20.1
	필요한 편	52.0	25.0	-	50.0	48.0	48.7
	불필요한 편	24.0	50.0	-	25.9	22.0	23.4
	전혀 불필요	4.0	0.0	-	3.7	4.0	3.9
	모르겠다	4.0	0.0	-	3.7	4.0	3.9
사무 국장	N	111	1	-	112	15	127
	반드시 필요	30.6	0.0	-	30.4	6.7	27.6
	필요한 편	55.0	100.0	-	55.4	60.0	55.9
	불필요한 편	9.0	0.0	-	8.9	20.0	10.2
	전혀 불필요	0.9	0.0	-	0.9	0.0	0.8
	모르겠다	4.5	0.0	-	4.5	13.3	5.5
사무원	N	9	1	-	10	1	11
	반드시 필요	22.2	0.0	-	20.0	0.0	18.2
	필요한 편	66.7	0.0	-	60.0	0.0	54.5
	불필요한 편	0.0	100.0	-	10.0	100.0	18.2
	전혀 불필요	0.0	0.0	-	0.0	0.0	0.0
	모르겠다	11.1	0.0	-	10.0	0.0	9.1
기타	N	1	-	-	1	2	3
	반드시 필요	100.0	-	-	100.0	0.0	33.3
	필요한 편	0.0	-	-	0.0	0.0	0.0
	불필요한 편	0.0	-	-	0.0	50.0	33.3
	전혀 불필요	0.0	-	-	0.0	50.0	33.3
	모르겠다	0.0	-	-	0.0	0.0	0.0
계	N	293	23	1	317	222	539
	반드시 필요	31.1	26.1	100.0	30.9	18.9	26.0
	필요한 편	52.2	52.2	0.0	52.1	52.3	52.1
	불필요한 편	11.3	17.4	0.0	11.7	18.9	14.7
	전혀 불필요	1.4	0.0	0.0	1.3	2.3	1.7
	모르겠다	4.1	4.3	0.0	4.1	7.7	5.6

주: (질문) 호스피스완화의료가 귀 시설(기관)의 장기요양서비스대상자에게 얼마나 필요하다고 생각하십니까?

노인장기요양서비스 이용자가 호스피스 완화의료를 이용하는 데 있어서 영향을 미치는 요인과 관련하여서는(복수 선택), 보호자의 호스피스에 대한 인식 75.7%, 요양기관 종사자의 호스피스에 대한 인식 56.8%, 장기요양서비스 대상자 본인의 호스피스에 대한 인식 52.7%, 재정적 여건 48.2%, 서비스 제공장소 35.8%, 서비스 제공자 31.4%, 사전의료의향서 25.4% 순으로 나타나 무엇보다도, 당사자와 보호자 그리고 요양서비스 제공자의 호스피스에 대한 인식이 중요함을 시사하였다(표 5-35 참조).

〈표 5-35〉 노인장기요양서비스 이용자 호스피스 완화의료이용 영향요인에 대한 인식(1)

(단위: 명, %)

구분		입소시설				재가기관	합계
		요양시설	공동생활가정	양로시설	소계		
사회 복지사	N	101	16	1	118	92	210
	사전의료의향서 작성여부	35.6	31.3	0.0	34.7	18.5	27.6
	대상자의 호스피스 인식	51.5	50.0	0.0	50.8	62.0	55.7
	보호자의 호스피스 인식	75.2	87.5	0.0	76.3	70.7	73.8
	요양기관종사자 호스피스 인식	62.4	62.5	0.0	61.9	50.0	56.7
	재정적 여건	44.6	68.8	100.0	48.3	48.9	48.6
	서비스 제공자	29.7	31.3	0.0	29.7	21.7	26.2
	서비스 제공장소	35.6	43.8	0.0	36.4	31.5	34.3
	기타	2.0	0.0	0.0	1.7	2.2	1.9
간호사	N	18	1	-	19	6	25
	사전의료의향서 작성여부	27.8	0.0	-	26.3	50.0	32.0
	대상자의 호스피스 인식	44.4	0.0	-	42.1	83.3	52.0
	보호자의 호스피스 인식	77.8	0.0	-	73.7	100.0	80.0
	요양기관종사자 호스피스 인식	50.0	0.0	-	47.4	66.7	52.0
	재정적 여건	38.9	100.0	-	42.1	50.0	44.0
	서비스 제공자	50.0	0.0	-	47.4	33.3	44.0
	서비스 제공장소	33.3	0.0	-	31.6	0.0	24.0
	기타	11.1	0.0	-	10.5	0.0	8.0
요양 보호사	N	-	-	-	-	2	2
	사전의료의향서 작성여부	-	-	-	-	50.0	50.0
	대상자의 호스피스 인식	-	-	-	-	50.0	50.0
	보호자의 호스피스 인식	-	-	-	-	100.0	100.0
	요양기관종사자 호스피스 인식	-	-	-	-	100.0	100.0
	재정적 여건	-	-	-	-	100.0	100.0

구분		입소시설				재가기관	합계
		요양시설	공동생활가정	양로시설	소계		
	서비스 제공자	-	-	-	-	50.0	50.0
	서비스 제공장소	-	-	-	-	50.0	50.0
	기타	-	-	-	-	0.0	0.0
간호 조무사	N	3	-	-	3	4	7
	사전의료의향서 작성여부	0.0	-	-	0.0	0.0	0.0
	대상자의 호스피스 인식	33.3	-	-	33.3	50.0	42.9
	보호자의 호스피스 인식	33.3	-	-	33.3	100.0	71.4
	요양기관종사자 호스피스 인식	33.3	-	-	33.3	25.0	28.6
	재정적 여건	33.3	-	-	33.3	50.0	42.9
	서비스 제공자	0.0	-	-	0.0	25.0	14.3
	서비스 제공장소	0.0	-	-	0.0	50.0	28.6
	기타	0.0	-	-	0.0	0.0	0.0
시설장	N	50	4	-	54	100	154
	사전의료의향서 작성여부	24.0	0.0	-	22.2	15.0	17.5
	대상자의 호스피스 인식	36.0	75.0	-	38.9	56.0	50.0
	보호자의 호스피스 인식	72.0	75.0	-	72.2	76.0	74.7
	요양기관종사자 호스피스 인식	66.0	100.0	-	68.5	46.0	53.9
	재정적 여건	58.0	75.0	-	59.3	41.0	47.4
	서비스 제공자	40.0	25.0	-	38.9	28.0	31.8
	서비스 제공장소	46.0	75.0	-	48.1	27.0	34.4
	기타	0.0	0.0	-	0.0	4.0	2.6
사무 국장	N	111	1	-	112	15	127
	사전의료의향서 작성여부	29.7	0.0	-	29.5	20.0	28.3
	대상자의 호스피스 인식	49.5	100.0	-	50.0	60.0	51.2
	보호자의 호스피스 인식	78.4	100.0	-	78.6	73.3	78.0
	요양기관종사자 호스피스 인식	63.1	0.0	-	62.5	46.7	60.6
	재정적 여건	49.5	100.0	-	50.0	60.0	51.2
	서비스 제공자	39.6	0.0	-	39.3	26.7	37.8
	서비스 제공장소	45.0	0.0	-	44.6	40.0	44.1
	기타	0.9	0.0	-	0.9	0.0	0.8
사무원	N	9	1	-	10	1	11
	사전의료의향서 작성여부	66.7	0.0	-	60.0	100.0	63.6
	대상자의 호스피스 인식	55.6	0.0	-	50.0	100.0	54.5
	보호자의 호스피스 인식	88.9	100.0	-	90.0	100.0	90.9
	요양기관종사자 호스피스 인식	88.9	0.0	-	80.0	0.0	72.7
	재정적 여건	22.2	100.0	-	30.0	100.0	36.4
	서비스 제공자	33.3	0.0	-	30.0	0.0	27.3
	서비스 제공장소	22.2	0.0	-	20.0	100.0	27.3
	기타	0.0	0.0	-	0.0	0.0	0.0

구분		입소시설				재가기관	합계
		요양시설	공동생활가정	양로시설	소계		
기타	N	1	-	-	1	2	3
	사전의료의향서 작성여부	0.0	-	-	0.0	0.0	0.0
	대상자의 호스피스 인식	100.0	-	-	100.0	50.0	66.7
	보호자의 호스피스 인식	100.0	-	-	100.0	50.0	66.7
	요양기관종사자 호스피스 인식	100.0	-	-	100.0	50.0	66.7
	재정적 여건	0.0	-	-	0.0	0.0	0.0
	서비스 제공자	100.0	-	-	100.0	0.0	33.3
	서비스 제공장소	0.0	-	-	0.0	0.0	0.0
	기타	0.0	-	-	0.0	0.0	0.0
계	N	293	23	1	317	222	539
	사전의료의향서 작성여부	31.4	21.7	0.0	30.6	18.0	25.4
	대상자의 호스피스 인식	47.8	52.2	0.0	47.9	59.5	52.7
	보호자의 호스피스 인식	76.1	82.6	0.0	76.3	74.8	75.7
	요양기관종사자 호스피스 인식	63.1	60.9	0.0	62.8	48.2	56.8
	재정적 여건	47.4	73.9	100.0	49.5	46.4	48.2
	서비스 제공자	36.5	26.1	0.0	35.6	25.2	31.4
	서비스 제공장소	39.9	43.5	0.0	40.1	29.7	35.8
	기타	1.7	0.0	0.0	1.6	2.7	2.0

주: (질문) 호스피스완화의료로 귀 기관의 장기요양서비스대상자가 이용하는 데 영향을 미치는 요인은 무엇이라고 생각합니까? (모두 선택)

앞서 노인장기요양서비스 이용자가 호스피스 완화의료를 이용하는 데 있어서 영향을 미치는 요인 중 가장 중요한 요인으로(택일) 보호자의 호스피스에 대한 인식 35.4%, 장기요양서비스 대상자 본인의 호스피스에 대한 인식 20.4%, 재정적 여건 17.4%, 요양기관 종사자의 호스피스에 대한 인식 12.4%, 사전의료의향서 4.5%, 서비스 제공장소 5.8%, 서비스 제공자 3%, 사전의료의향서 25.4% 순으로 나타났다.

하지만, 시설(기관) 형태나 직종에 따라 노인장기요양서비스 이용자가 호스피스 완화의료를 이용하는 데 있어서 가장 영향을 미치는 요인에 대하여 다소 다르게 인식하는 경향을 보이고 있는 가운데, 보호자의 호스피스에 대한 인식은 입소시설 중 요양시설의 사회복지사와 재가기관의 간호사에서 비교적 중요하게 여겨지고 있으며, 대상자 본인의 호스피스에 대한 인식은 재가기관의 사회복지사, 간호조무사, 시설장, 사무국장에서

비교적 중요하게 여겨지고 있는 것으로 나타났다(표 5-36 참조).

〈표 5-36〉 노인장기요양서비스 이용자 호스피스 완화의료이용 영향요인에 대한 인식(2)

(단위: 명, %)

구분		입소시설				재가기관	합계
		요양시설	공동생활가정	양로시설	소계		
사회 복지사	N	101	16	1	118	92	210
	사전의료의향서 작성여부	9.2	0.0	0.0	8.5	3.3	6.2
	대상자의 호스피스 인식	13.4	12.5	0.0	12.7	26.1	18.6
	보호자의 호스피스 인식	61.7	43.8	0.0	37.3	27.2	32.9
	요양기관종사자 호스피스 인식	21.4	6.3	0.0	11.0	13.0	11.9
	재정적 여건	36.4	12.5	0.0	15.3	19.6	17.1
	서비스 제공자	2.2	12.5	0.0	2.5	1.1	1.9
	서비스 제공장소	31.4	12.5	100.0	11.9	7.6	10.0
	기타	2.9	0.0	0.0	0.8	2.2	1.4
간호사	N	18	1	-	19	6	25
	사전의료의향서 작성여부	5.6	0.0	-	5.3	16.7	8.0
	대상자의 호스피스 인식	0.0	0.0	-	0.0	16.7	4.0
	보호자의 호스피스 인식	44.4	100.0	-	47.4	50.0	48.0
	요양기관종사자 호스피스 인식	22.2	0.0	-	21.1	16.7	20.0
	재정적 여건	16.7	0.0	-	15.8	0.0	12.0
	서비스 제공자	0.0	0.0	-	0.0	0.0	0.0
	서비스 제공장소	5.6	0.0	-	5.3	0.0	4.0
	기타	5.6	0.0	-	5.3	0.0	4.0
요양 보호사	N	-	-	-	-	2	2
	사전의료의향서 작성여부	-	-	-	-	0.0	0.0
	대상자의 호스피스 인식	-	-	-	-	0.0	0.0
	보호자의 호스피스 인식	-	-	-	-	50.0	50.0
	요양기관종사자 호스피스 인식	-	-	-	-	0.0	0.0
	재정적 여건	-	-	-	-	50.0	50.0
	서비스 제공자	-	-	-	-	0.0	0.0
	서비스 제공장소	-	-	-	-	0.0	0.0
	기타	-	-	-	-	0.0	0.0
간호 조무사	N	3	-	-	3	4	7
	사전의료의향서 작성여부	0.0	-	-	0.0	0.0	0.0
	대상자의 호스피스 인식	0.0	-	-	0.0	50.0	28.6
	보호자의 호스피스 인식	33.3	-	-	33.3	25.0	28.6
	요양기관종사자 호스피스 인식	33.3	-	-	33.3	25.0	28.6
	재정적 여건	33.3	-	-	33.3	0.0	14.3
	서비스 제공자	0.0	-	-	0.0	0.0	0.0
	서비스 제공장소	0.0	-	-	0.0	0.0	0.0
	기타	0.0	-	-	0.0	0.0	0.0

168 호스피스 완화의료 활성화 방안-노인장기요양서비스 이용자를 중심으로

구분		입소시설				재가기관	합계
		요양시설	공동생활가정	양로시설	소계		
시설장	N	50	4	-	54	100	154
	사전의료의향서 작성여부	4.0	0.0	-	3.7	3.0	3.2
	대상자의 호스피스 인식	18.0	50.0	-	20.4	30.0	26.6
	보호자의 호스피스 인식	30.0	25.0	-	29.6	37.0	34.4
	요양기관종사자 호스피스 인식	18.0	0.0	-	16.7	10.0	12.3
	재정적 여건	24.0	0.0	-	22.2	13.0	16.2
	서비스 제공자	2.0	0.0	-	1.9	4.0	3.2
	서비스 제공장소	4.0	25.0	-	5.6	1.0	2.6
	기타	0.0	0.0	-	0.0	2.0	1.3
사무국장	N	111	1	-	112	15	127
	사전의료의향서 작성여부	2.7	0.0	-	2.7	6.7	3.1
	대상자의 호스피스 인식	17.1	0.0	-	17.0	26.7	18.1
	보호자의 호스피스 인식	39.6	0.0	-	39.3	13.3	36.2
	요양기관종사자 호스피스 인식	12.6	0.0	-	12.5	6.7	11.8
	재정적 여건	19.8	100.0	-	20.5	26.7	21.3
	서비스 제공자	4.5	0.0	-	4.5	13.3	5.5
	서비스 제공장소	3.6	0.0	-	3.6	6.7	3.9
	기타	0.0	0.0	-	0.0	0.0	0.0
사무원	N	9	1	-	10	1	11
	사전의료의향서 작성여부	0.0	0.0	-	0.0	0.0	0.0
	대상자의 호스피스 인식	22.2	0.0	-	20.0	0.0	18.2
	보호자의 호스피스 인식	66.7	0.0	-	60.0	100.0	63.6
	요양기관종사자 호스피스 인식	11.1	0.0	-	10.0	0.0	9.1
	재정적 여건	0.0	100.0	-	10.0	0.0	9.1
	서비스 제공자	0.0	0.0	-	0.0	0.0	0.0
	서비스 제공장소	0.0	0.0	-	0.0	0.0	0.0
	기타	0.0	0.0	-	0.0	0.0	0.0
기타	N	1	-	-	1	2	3
	사전의료의향서 작성여부	0.0	-	-	0.0	0.0	0.0
	대상자의 호스피스 인식	100.0	-	-	100.0	50.0	66.7
	보호자의 호스피스 인식	0.0	-	-	0.0	50.0	33.3
	요양기관종사자 호스피스 인식	0.0	-	-	0.0	0.0	0.0
	재정적 여건	0.0	-	-	0.0	0.0	0.0
	서비스 제공자	0.0	-	-	0.0	0.0	0.0
	서비스 제공장소	0.0	-	-	0.0	0.0	0.0
	기타	0.0	-	-	0.0	0.0	0.0
계	N	293	23	1	317	222	539
	사전의료의향서 작성여부	5.5	0.0	0.0	5.0	3.6	4.5
	대상자의 호스피스 인식	15.0	17.4	0.0	15.1	27.9	20.4
	보호자의 호스피스 인식	37.9	39.1	0.0	37.9	32.0	35.4
	요양기관종사자 호스피스 인식	14.0	4.3	0.0	13.2	11.3	12.4

구분		입소시설				재가기관	합계
		요양시설	공동생활가정	양로시설	소계		
	재정적 여건	18.4	17.4	0.0	18.3	16.2	17.4
	서비스 제공자	2.4	8.7	0.0	2.8	3.2	3.0
	서비스 제공장소	6.1	13.0	100.0	6.9	4.1	5.8
	기타	0.7	0.0	0.0	0.6	1.8	1.1

주: (질문) 호스피스·완화의료를 귀 기관의 장기요양서비스대상자가 이용하는 데 영향을 미치는 요인 가운데, 가장 우선순위가 높은 것은 무엇입니까? (모두 선택)

노인장기요양서비스 이용자에 대한 호스피스 완화의료 활성화를 위하여 필요한 정부지원내용으로는(복수 선택), 호스피스에 대한 전문적인 교육훈련 제공 73.1%, 재정적 지원 70.5%, 호스피스 관련 정보제공 53.2%, 의뢰체계·네트워크 구축 49.7%, 시설장비 지원 43%, 보험수가 인상 37.5% 순으로 나타났다(표 5-37 참조).

〈표 5-37〉 노인장기요양서비스 이용자 호스피스 완화의료 활성화를 위한 정부지원내용(1)

(단위: 명, %)

구분		입소시설				재가기관	계
		요양시설	공동생활가정	양로시설	소계		
사회 복지사	N	101	16	1	118	92	210
	재정적 지원	74.3	68.8	0.0	72.9	65.2	69.5
	전문적 교육훈련 제공	68.3	81.3	100.0	70.3	70.7	70.5
	호스피스관련 정보제공	51.5	37.5	0.0	49.2	59.8	53.8
	의뢰체계네트워크 구축	54.5	43.8	0.0	52.5	43.5	48.6
	시설(장비) 지원	46.5	43.8	0.0	45.8	30.4	39.0
	보험수가 인상	37.6	37.5	0.0	37.3	30.4	34.3
	기타	2.0	12.5	0.0	3.4	2.2	2.9
간호사	N	18	1	-	19	6	25
	재정적 지원	72.2	100.0	-	73.7	66.7	72.0
	전문적 교육훈련 제공	77.8	100.0	-	78.9	100.0	84.0
	호스피스관련 정보제공	50.0	100.0	-	52.6	66.7	56.0
	의뢰체계네트워크 구축	61.1	100.0	-	63.2	66.7	64.0
	시설(장비) 지원	66.7	100.0	-	68.4	33.3	60.0
	보험수가 인상	55.6	100.0	-	57.9	33.3	52.0
	기타	11.1	0.0	-	10.5	0.0	8.0
요양 보호사	N	-	-	-	-	2	2
	재정적 지원	-	-	-	-	100.0	100.0
	전문적 교육훈련 제공	-	-	-	-	100.0	100.0
	호스피스관련 정보제공	-	-	-	-	100.0	100.0

170 호스피스 완화의료 활성화 방안-노인장기요양서비스 이용자를 중심으로

구분		입소시설				재가기관	계
		요양시설	공동생활가정	양로시설	소계		
	의뢰체계네트워크 구축	-	-	-	-	50.0	50.0
	시설(장비) 지원	-	-	-	-	50.0	50.0
	보험수가 인상	-	-	-	-	100.0	100.0
	기타	-	-	-	-	0.0	0.0
	N	3	-	-	3	4	7
간호 조무사	재정적 지원	33.3	-	-	33.3	25.0	28.6
	전문적 교육훈련 제공	33.3	-	-	33.3	50.0	42.9
	호스피스관련 정보제공	33.3	-	-	33.3	50.0	42.9
	의뢰체계네트워크 구축	33.3	-	-	33.3	25.0	28.6
	시설(장비) 지원	0.0	-	-	0.0	25.0	14.3
	보험수가 인상	33.3	-	-	33.3	0.0	14.3
	기타	0.0	-	-	0.0	0.0	0.0
	N	50	-	-	54	100	154
시설장	재정적 지원	88.0	-	-	85.2	65.0	72.1
	전문적 교육훈련 제공	74.0	-	-	75.9	70.0	72.1
	호스피스관련 정보제공	42.0	-	-	42.6	56.0	51.3
	의뢰체계네트워크 구축	50.0	-	-	53.7	44.0	47.4
	시설(장비) 지원	56.0	-	-	57.4	27.0	37.7
	보험수가 인상	56.0	-	-	55.6	27.0	37.0
	기타	0.0	-	-	1.9	3.0	2.6
	N	111	-	-	112	15	127
사무 국장	재정적 지원	72.1	100.0	-	72.3	73.3	72.4
	전문적 교육훈련 제공	80.2	0.0	-	79.5	60.0	77.2
	호스피스관련 정보제공	56.8	0.0	-	56.3	53.3	55.9
	의뢰체계네트워크 구축	55.9	0.0	-	55.4	33.3	52.8
	시설(장비) 지원	63.1	0.0	-	62.5	6.7	55.9
	보험수가 인상	45.0	0.0	-	44.6	13.3	40.9
	기타	0.0	0.0	-	0.0	0.0	0.0
	N	9	1	-	10	1	11
사무원	재정적 지원	55.6	100.0	-	60.0	100.0	63.6
	전문적 교육훈련 제공	66.7	100.0	-	70.0	100.0	72.7
	호스피스관련 정보제공	33.3	0.0	-	30.0	100.0	36.4
	의뢰체계네트워크 구축	55.6	0.0	-	50.0	100.0	54.5
	시설(장비) 지원	22.2	100.0	-	30.0	100.0	36.4
	보험수가 인상	11.1	100.0	-	20.0	100.0	27.3
	기타	0.0	0.0	-	0.0	0.0	0.0
	N	1	-	-	1	2	3
기타	재정적 지원	100.0	-	-	100.0	50.0	66.7
	전문적 교육훈련 제공	100.0	-	-	100.0	100.0	100.0
	호스피스관련 정보제공	0.0	-	-	0.0	50.0	33.3
	의뢰체계네트워크 구축	0.0	-	-	0.0	50.0	33.3
	시설(장비) 지원	0.0	-	-	0.0	0.0	0.0
	보험수가 인상	0.0	-	-	0.0	100.0	66.7
	기타	0.0	-	-	0.0	0.0	0.0
	N	1	-	-	1	2	3

구분		입소시설				재가기관	계
		요양시설	공동생활가정	양로시설	소계		
계	N	293	23	1	317	222	539
	재정적 지원	74.7	69.6	0.0	74.1	65.3	70.5
	전문적 교육훈련 제공	74.1	82.6	100.0	74.8	70.7	73.1
	호스피스관련 정보제공	50.9	39.1	0.0	49.8	58.1	53.2
	의료체계네트워크 구축	54.3	52.2	0.0	53.9	43.7	49.7
	시설(장비) 지원	54.3	52.2	0.0	53.9	27.5	43.0
	보험수가 인상	43.7	43.5	0.0	43.5	28.8	37.5
	기타	1.4	13.0	0.0	2.2	2.3	2.2

주: (질문) 장기요양서비스대상자의 호스피스·완화의료 활성화를 위해 정부 지원이 필요한 부분은 무엇입니까?(모두 선택)

앞서 노인장기요양서비스 이용자에 대한 호스피스 완화의료 활성화를 위하여 필요한 정부지원 중 가장 중요한 내용으로는(택일) 재정적 지원 38.2%, 전문적 교육훈련 제공 30.1%, 호스피스관련 정보제공 11.3%, 의료체계·네트워크 구축 8.3% 순으로 나타났다(표 5-38 참조).

〈표 5-38〉 노인장기요양서비스 이용자 호스피스 완화의료 활성화를 위한 정부지원내용(2)

(단위: 명, %)

구분		입소시설				재가기관	계
		요양시설	공동생활가정	양로시설	소계		
사회 복지사	N	101	16	1	118	92	210
	재정적 지원	43.6	18.8	100.0	40.7	28.3	35.2
	전문적 교육훈련 제공	25.7	31.3	0.0	26.3	33.7	29.5
	호스피스관련 정보제공	8.9	18.8	0.0	10.2	20.7	14.8
	의료체계네트워크 구축	12.9	0.0	0.0	11.0	5.4	8.6
	시설(장비) 지원	2.0	12.5	0.0	3.4	1.1	2.4
	보험수가 인상	6.9	12.5	0.0	7.6	8.7	8.1
	기타	0.0	6.3	0.0	0.8	2.2	1.4
간호사	N	18	1	-	19	6	25
	재정적 지원	33.3	0.0	-	31.6	16.7	28.0
	전문적 교육훈련 제공	22.2	0.0	-	21.1	50.0	28.0
	호스피스관련 정보제공	5.6	0.0	-	5.3	16.7	8.0
	의료체계네트워크 구축	5.6	0.0	-	5.3	16.7	8.0
	시설(장비) 지원	11.1	100.0	-	15.8	0.0	12.0
	보험수가 인상	11.1	0.0	-	10.5	0.0	8.0
	기타	11.1	0.0	-	10.5	0.0	8.0

172 호스피스 완화의료 활성화 방안-노인장기요양서비스 이용자를 중심으로

구분		입소시설				재가기관	계
		요양시설	공동생활가정	양로시설	소계		
요양 보호사	N	-	-	-	-	2	2
	재정적 지원	-	-	-	-	100.0	100.0
	전문적 교육훈련 제공	-	-	-	-	0.0	0.0
	호스피스관련 정보제공	-	-	-	-	0.0	0.0
	의뢰체계네트워크 구축	-	-	-	-	0.0	0.0
	시설(장비) 지원	-	-	-	-	0.0	0.0
	보험수가 인상	-	-	-	-	0.0	0.0
	기타	-	-	-	-	0.0	0.0
간호 조무사	N	3	-	-	3	4	7
	재정적 지원	33.3	-	-	33.3	25.0	28.6
	전문적 교육훈련 제공	0.0	-	-	0.0	25.0	14.3
	호스피스관련 정보제공	0.0	-	-	0.0	0.0	0.0
	의뢰체계네트워크 구축	33.3	-	-	33.3	25.0	28.6
	시설(장비) 지원	0.0	-	-	0.0	25.0	14.3
	보험수가 인상	33.3	-	-	33.3	0.0	14.3
	기타	0.0	-	-	0.0	0.0	0.0
시설장	N	50	4	-	54	100	154
	재정적 지원	60.0	25.0	-	57.4	36.0	43.5
	전문적 교육훈련 제공	18.0	50.0	-	20.4	36.0	30.5
	호스피스관련 정보제공	6.0	0.0	-	5.6	16.0	12.3
	의뢰체계네트워크 구축	4.0	25.0	-	5.6	4.0	4.5
	시설(장비) 지원	6.0	0.0	-	5.6	3.0	3.9
	보험수가 인상	6.0	0.0	-	5.6	4.0	4.5
	기타	0.0	0.0	-	0.0	1.0	0.6
사무 국장	N	111	1	-	112	15	127
	재정적 지원	38.7	100.0	-	39.3	26.7	37.8
	전문적 교육훈련 제공	29.7	0.0	-	29.5	40.0	30.7
	호스피스관련 정보제공	2.7	0.0	-	2.7	26.7	5.5
	의뢰체계네트워크 구축	13.5	0.0	-	13.4	6.7	12.6
	시설(장비) 지원	9.0	0.0	-	8.9	0.0	7.9
	보험수가 인상	6.3	0.0	-	6.3	0.0	5.5
	기타	0.0	0.0	-	0.0	0.0	0.0
사무원	N	9	1	-	10	1	11
	재정적 지원	33.3	100.0	-	40.0	100.0	45.5
	전문적 교육훈련 제공	55.6	0.0	-	50.0	0.0	45.5
	호스피스관련 정보제공	11.1	0.0	-	10.0	0.0	9.1
	의뢰체계네트워크 구축	0.0	0.0	-	0.0	0.0	0.0
	시설(장비) 지원	0.0	0.0	-	0.0	0.0	0.0
	보험수가 인상	0.0	0.0	-	0.0	0.0	0.0
	기타	0.0	0.0	-	0.0	0.0	0.0
기타	N	1	-	-	1	2	3
	재정적 지원	0.0	-	-	0.0	50.0	33.3
	전문적 교육훈련 제공	100.0	-	-	100.0	0.0	33.3

구분		입소시설				재가기관	계
		요양시설	공동생활가정	양로시설	소계		
	호스피스관련 정보제공	0.0	-	-	0.0	50.0	33.3
	의료체계네트워크 구축	0.0	-	-	0.0	0.0	0.0
	시설(장비) 지원	0.0	-	-	0.0	0.0	0.0
	보험수가 인상	0.0	-	-	0.0	0.0	0.0
	기타	0.0	-	-	0.0	0.0	0.0
N		293	23	1	317	222	539
계	재정적 지원	43.3	26.1	100.0	42.3	32.4	38.2
	전문적 교육훈련 제공	26.6	30.4	0.0	26.8	34.7	30.1
	호스피스관련 정보제공	5.8	13.0	0.0	6.3	18.5	11.3
	의료체계네트워크 구축	10.9	4.3	0.0	10.4	5.4	8.3
	시설(장비) 지원	5.8	13.0	0.0	6.3	2.3	4.6
	보험수가 인상	6.8	8.7	0.0	6.9	5.4	6.3
	기타	0.7	4.3	0.0	0.9	1.4	1.1

주: (질문) 장기요양서비스대상자의 호스피스·완화의료 활성화를 위해 필요한 정부 지원 가운데 가장 우선순위가 높은 것은 무엇입니까?

노인장기요양서비스 이용자를 위한 바람직한 호스피스 완화의료 제공 방법으로는 전체 응답자의 38.4%가 ‘시설과 호스피스 전문기관 간 협동 체계 구축’을 제안하였으며, 그밖에도 ‘시설에서 직접 제공’(24.1%), ‘호스피스 전문기관으로 환자 이송’(20%), ‘호스피스 전문기관의 방문서비스’(16.1%)를 제안하였다.

바람직한 호스피스 완화의료 제공방법에 대한 의견은 시설(기관)형태와 직종에 따라 다소의 차이를 보이고 있는 가운데, ‘시설과 호스피스 전문기관 간 협동체계 구축’은 입소시설 중 요양시설의 사회복지사(41.6%)와 재가기관의 간호사(50%)와 요양보호사(50%)에서 비교적 선호되었으며, ‘시설에서 직접 제공’은 입소시설 중 요양시설의 간호사(50%)와 간호조무사(66.7%)에서 선호되는 경향을 나타냈다(표 5-39 참조).

174 호스피스 완화의료 활성화 방안-노인장기요양서비스 이용자를 중심으로

〈표 5-39〉 노인장기요양서비스 이용자를 위한 바람직한 호스피스 완화의료 제공방법

(단위: 명, %)

구분		입소시설				재가기관	합계
		요양시설	공동생활가정	양로시설	소계		
사회 복지사	N	101	16	1	118	92	210
	시설에서 직접 제공	30.7	31.3	0.0	30.5	13.0	22.9
	시설과 호스피스전문기관간 협동체계 구축	41.6	37.5	100.0	41.5	38.0	40.0
	호스피스 전문기관의 방문서비스	5.9	25.0	0.0	8.5	20.7	13.8
	호스피스 전문기관으로 환자 이송(의뢰)	21.8	6.3	0.0	19.5	23.9	21.4
	기타	0.0	0.0	0.0	0.0	4.3	1.9
간호사	N	18	1	-	19	6	25
	시설에서 직접 제공	50.0	0.0	-	47.4	0.0	36.0
	시설과 호스피스전문기관간 협동체계 구축	33.3	100.0	-	36.8	50.0	40.0
	호스피스 전문기관의 방문서비스	5.6	0.0	-	5.3	33.3	12.0
	호스피스 전문기관으로 환자 이송(의뢰)	11.1	0.0	-	10.5	16.7	12.0
	기타	0.0	0.0	-	0.0	0.0	0.0
요양 보호사	N	-	-	-	-	2	2
	시설에서 직접 제공	-	-	-	-	50.0	50.0
	시설과 호스피스전문기관간 협동체계 구축	-	-	-	-	50.0	50.0
	호스피스 전문기관의 방문서비스	-	-	-	-	0.0	0.0
	호스피스 전문기관으로 환자 이송(의뢰)	-	-	-	-	0.0	0.0
	기타	-	-	-	-	0.0	0.0
간호 조무사	N	3	-	-	3	4	7
	시설에서 직접 제공	66.7	-	-	66.7	25.0	42.9
	시설과 호스피스전문기관간 협동체계 구축	33.3	-	-	33.3	25.0	28.6
	호스피스 전문기관의 방문서비스	0.0	-	-	0.0	50.0	28.6
	호스피스 전문기관으로 환자 이송(의뢰)	0.0	-	-	0.0	0.0	0.0
	기타	0.0	-	-	0.0	0.0	0.0
시설장	N	50	4	-	54	100	154
	시설에서 직접 제공	38.0	0.0	-	35.2	6.0	16.2
	시설과 호스피스전문기관간 협동체계 구축	32.0	25.0	-	31.5	39.0	36.4
	호스피스 전문기관의 방문서비스	6.0	0.0	-	5.6	33.0	23.4
	호스피스 전문기관으로 환자 이송(의뢰)						

구분		입소시설				재가기관	합계
		요양시설	공동생활가정	양로시설	소계		
	호스피스 전문기관으로 환자 이송(의뢰)	24.0	75.0	-	27.8	19.0	22.1
	기타	0.0	0.0	-	0.0	3.0	1.9
	N	111	1	-	112	15	127
사무 국장	시설에서 직접 제공	36.0	0.0	-	35.7	6.7	32.3
	시설과 호스피스전문기관간 협동체계 구축	39.6	100.0	-	40.2	26.7	38.6
	호스피스 전문기관의 방문서비스	6.3	0.0	-	6.3	40.0	10.2
	호스피스 전문기관으로 환자 이송(의뢰)	18.0	0.0	-	17.9	26.7	18.9
	기타	0.0	0.0	-	0.0	0.0	0.0
	N	9	1	-	10	1	11
	시설에서 직접 제공	11.1	100.0	-	20.0	0.0	18.2
사무원	시설과 호스피스전문기관간 협동체계 구축	44.4	0.0	-	40.0	0.0	36.4
	호스피스 전문기관의 방문서비스	22.2	0.0	-	20.0	100.0	27.3
	호스피스 전문기관으로 환자 이송(의뢰)	22.2	0.0	-	20.0	0.0	18.2
	기타	0.0	0.0	-	0.0	0.0	0.0
	N	1	-	-	1	2	3
	시설에서 직접 제공	100.0	-	-	100.0	0.0	33.3
기타	시설과 호스피스전문기관간 협동체계 구축	0.0	-	-	0.0	50.0	33.3
	호스피스 전문기관의 방문서비스	0.0	-	-	0.0	50.0	33.3
	호스피스 전문기관으로 환자 이송(의뢰)	0.0	-	-	0.0	0.0	0.0
	기타	0.0	-	-	0.0	0.0	0.0
	N	293	23	1	317	222	539
	시설에서 직접 제공	35.2	26.1	0.0	34.4	9.5	24.1
계	시설과 호스피스전문기관간 협동체계 구축	38.6	39.1	100.0	38.8	37.8	38.4
	호스피스 전문기관의 방문서비스	6.5	17.4	0.0	7.3	28.8	16.1
	호스피스 전문기관으로 환자 이송(의뢰)	19.8	17.4	0.0	19.6	20.7	20.0
	기타	0.0	0.0	0.0	0.0	3.2	1.3

주: (질문) 장기적으로, 장기요양서비스대상자에게 가장 바람직한 호스피스·완화의료 제공방법은 무엇이라고 생각합니까?

제 6 장

호스피스 완화의료 사업 전략 및 운영 사례

제1절 영국의 질적 임종케어를 위한 사업 및 전략

제2절 부산광역시 말기암환자 호스피스사업

6

호스피스 완화의료 사업 전략 << 및 운영 사례

고령화 추세 속에서 장기간의 돌봄을 필요로 하는 노인 인구가 증가함에 따라, 보건의료와 사회서비스 분야는 공통적으로 돌봄 서비스에 지불되는 비용의 상승을 직면하고 있다(Lewis, Rosen, Goodwin, Dixon, 2010, p.4). 따라서 집중적인 치료와 단기간의 돌봄을 주로 제공하는 의료서비스와 지역사회 중심의 장기간의 돌봄을 제공하는 사회서비스가 적절한 시기에 전환될 수 있도록 하여 제한된 재원으로 질 높은 서비스를 제공하는 정책 마련이 시급한 상황이다. 그리고 이와 같은 요구는 특히, 치유가능성이 없음에도 의료서비스에만 의존한 채 생애 의료비의 상당부분을 이 시기에 지출하고 있는 말기질환자에서 높다고 하겠다.

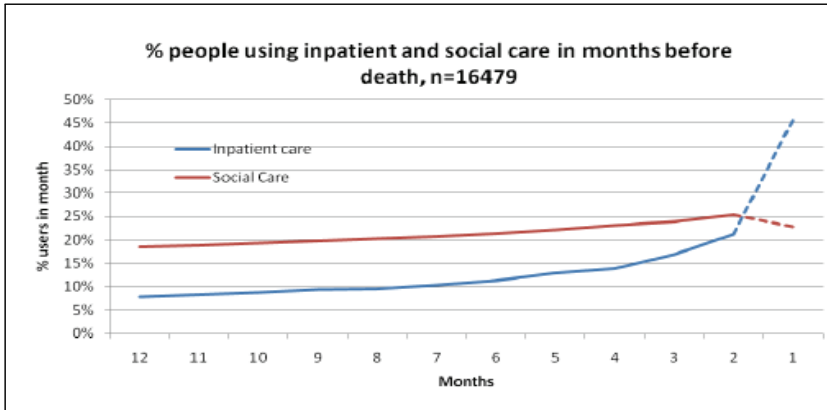
호스피스 완화의료는 이러한 말기질환자가 무의미한 연명치료가 아닌 신체증상을 조절하는 완화적 의료서비스와 환자와 가족의 심리사회적, 영적 어려움을 도와주는 사회서비스를 통합하여 제공하는 것으로, 그간의 의료와 사회서비스 간 통합 시도 경험에 비추어 볼 때, 제도적 실현성을 담보로 하는 일이 쉽지 않아 보인다.

이에 여기서는 호스피스의 근원지이자 높은 수준의 죽음의 질로 평가받고 있는 영국의 관련 정책 및 사업과 부산광역시의 지역단위 호스피스 사업에 대해 고찰함으로써 호스피스 완화의료의 추진방향과 관련한 시사점을 찾아보았다.

제1절 영국의 질적 임종케어를 위한 사업 및 전략

영국의 세 지역에서 의료와 사회서비스 이용을 분석한 Nuffield Trust³¹⁾ 연구보고서에 따르면, 임종 전 2개월부터 의료서비스(입원) 이용률이 급격히 증가하여 최종 월에는 대상자의 45%가 입원치료를 받은 것으로 나타나고 있다(Bardsley, Georghiou, Dixon, 2010, p.18).

[그림 6-1] 사망 전 1년간 의료서비스와 사회서비스 이용률 추이



자료: Bardsley, Georghiou, Dixon, 2010, Social care and hospital use at the end of life, p.18.

이처럼 많은 사람들이 임종기에 부적절하게 의료를 이용하고 있음에 대하여, 동 보고서는 의료서비스(입원)를 대체하여 이용할 수 있고 이용해야 되는 서비스에 대한 규명을 요구함과 아울러 보건의료와 사회서비스의 중복 이용을 줄이기 위한 범분야적 돌봄 계획이 필요함을 지적하였으며, 그 예가 공동재정 및 통합자원(joint budget and integrated

31) Nuffield Trust는 증거기반연구와 정책분석을 통해 영국의 의료의 질을 개선하고자 설립된 독립기구(independent health charity)이다(Nuffieldtrust. <http://www.nuffieldtrust.org.uk> 2015년에서 2015. 5. 30. 인출.).

provision)이다(Bardsley, Georghiou, Dixon, 2010, p.28).

한편, 보건의료와 사회서비스를 통합하여 서비스를 제공하는 개념인 통합돌봄(Integrated Care)은 2008년 국가보건의료서비스(National Health Service; NHS) 설립 60주년을 맞이하여 발표한 'High Quality Care For All: NHS Next Stage Review Final Report'에서 다음과 같이 강조되었다.

NHS는 의료인들이 환자에게 좀 더 통합된 서비스를 제공하도록 하기 위하여 통합돌봄조직(Integrated Care Organisations; ICOs)을 통한 통합돌봄 시범사업을 실시할 것이다. ICOs는 지역사회의 필요에 따라 지역사회 자원, 병원, 지방정부 등으로부터 의료와 사회서비스 전문가들을 모은 조직으로 구성되며 그 목적은 일차의사(General Practitioner; GP) 진료소에 등록된 지역주민들에게 좀 더 개별적이고 요구에 부응하는 돌봄을 제공하여 건강을 증진시키는데 있다(Department of Health, 2008a, p.65).

이에 따라, 통합돌봄 시범사업은 이듬해인 2009년부터 2년간 16개 지역에서 진행되었으며, 그 중 3개 지역에 '임종돌봄 (End of Life Care)' 프로그램이 포함되었다. 임종돌봄 프로그램은 모든 지역사회에서 서비스의 질을 높이기 위해 필요한 8가지 임상적 경로 중 하나로 제시되고 있는데, 보건부는 임종돌봄전략(End of Life Care Strategy)의 수립과 함께 이전보다 더 총체적인 서비스로서 임종 시에 존엄성을 지키면서 자신이 선택한 장소에서 좋은 죽음을 맞이할 수 있도록 보건의료와 사회서비스를 통합하여 제공하는 정책도 펼치고 있다(Department of Health, 2008b).

이처럼 영국에서는 통합된 서비스 전달체계가 다면적인 돌봄이 필요한

노년층의 증가에 따른 비용부담을 해결할 수 있는 정책방향으로서 자리 잡아가고 있다. 따라서 여기서는 지난 반세기를 넘어 추진되어온 영국의 보건의료·사회서비스 통합과 관련한 정책들과 그 중 하나인 임종돌봄전략 그리고 이러한 프로그램의 요양시설 적용과정에 대해 고찰하였다.

1. 보건의료와 사회서비스의 통합 정책

보건의료 및 사회서비스에 대한 욕구가 높은 고령인구가 급증하고 있는 가운데 양 서비스가 유기적으로 연결되어지고 있지 못함에 따라, 가정에서 돌봄을 받는 것이 더 나은 사람들도 병원으로 보내지거나 너무 오래 병원에 머물기도 하고 경우에 따라서는 보건의료 기관과 사회서비스 기관으로부터 같은 서비스를 중복해서 받거나 양쪽 기관에서 모두 중요한 서비스를 받지 못하는 상황이 발생하고 있다.

이러한 서비스 제공의 문제점들은 보건의료 제공자와 사회서비스를 담당하는 지방정부 사이의 오래된 재정 분리에서 비롯된 것으로, 비록 양 서비스 기관들에게 공동재정³²⁾을 이용할 수 있는 기회가 주어졌음에도 불구하고 이러한 문제들을 극복하지 못하고 있는 데 대하여 보건부는 환자들에게 더 나은 돌봄을 제공하기 위하여 통합돌봄과 통합돌봄조직(ICOs)의 개념을 제시하게 되었다(Department of Health, 2008a; Lewis, Georghiou, Dixon, 2010, p.5).

이러한 정책적 방향을 제시하기까지 영국 보건부가 의료서비스와 사회서비스 간의 장벽을 허물기 위해 기울여온 역사적 노력을 짚어보았다.

32) Health Act 1999는 NHS와 지방정부와의 파트너십을 의무화하여 공동재정(pooled budgets)을 조성하고 보건과 복지 분야가 모두 재정에 쉽게 접근하여 사업을 펼칠 수 있도록 양 분야 간의 재정 장벽을 제거하였다(이은경, 2011, p.41).

가. 보건의료와 사회서비스의 통합을 위한 시도

○ 1948년~1997년

1948년 NHS 설립 이후 노인과 장애인들은 병원에 입원하게 되는 아픈 사람들과 요양 시설에 입주하는 돌봄과 관심이 요구되는 사람들로 나뉘게 된다. 지방정부는 보건의료가 아닌 사회서비스에 비용을 지불하게 됨으로 NHS 서비스와 재정이 분리된다.

1970년대 지방정부에 사회서비스 부서가 독립적으로 설립되면서부터 NHS와 함께 포괄적인 사회서비스를 제공하고자 하는 필요성이 더욱 증가하게 되었지만 실패하게 된다. 이 시기에 병원, GP³³⁾(general practitioner, 일반의)와 지방정부는 각각 분절되어 돌봄서비스를 제공하고 있어 이에 대한 우려가 높아지게 되었지만, 조직적으로나 재정적으로 거의 연결점을 찾을 수 없어 포괄적인 접근을 할 수 없게 되었다. 이러한 문제를 해결하기 위해 양 분야의 공통 관심이 되는 서비스를 계획하고 운영을 위한 공동자문위원회(Joint Consultative Committees)³⁴⁾가 설치되었으나 재정부족과 NHS 개편이 성공적으로 이루어지지 못하여 거의 진전을 보지 못한다(Priest, 2012, p.4).

○ 1997년~2010년

새로 들어선 노동당 정부는 보건의료와 사회서비스의 상호의존성에 관심을 두면서 관계의 효과성을 높이기 위해 전략적 계획 수준에서 돌봄서

33) 지역사회에서 1차의료를 담당한다.

34) Joint Consultative Committees는 보건의료와 사회복지서비스 사이에 공통되는 영역에서 협력을 도모하기 위하여 보건의료 재정으로 지방정부에 의하여 제공되는 서비스 개발에 자금을 조달하기 위한 계획과 실행을 담당하기 위한 조직이었다(이은경, 2011, p.40)

비스를 커미셔닝(commissioning)³⁵⁾하고 제공하기 위해 파트너십을 강조하게 된다. NHS와 지방정부는 그들의 자원을 모아서(pooled Budgets) 서로 기능과 자원을 위임하여 사용할 수 있고, 단일 제공자가 보건의료나 지방정부가 제공하는 사회서비스를 모두 제공하는 것이 가능하게 되었다.

2006년 노동당 정부는 보건의료와 사회서비스의 방향성을 좀 더 개개인의 욕구에 맞춘 환자와 서비스 이용자 중심의 'Our Health, Our Care, Our Say' 백서를 발간한다. 이어서 2008년 NHS Next Stage Review 에서는 좀 더 빠르고 비용 효과적인 개인 중심적인 돌봄을 제공하기 위해 분절된 서비스들을 통합시킬 수 있는 새로운 통합돌봄조직(ICOs)을 제안하게 된다. 이듬해인 2009년부터 2년간 통합돌봄(integrated care) 시범사업을 16개 지역에서 실시하였다(Priest, 2012, p.4~5).

○ 2010년 이후

연립정부는 보건의료와 사회서비스의 통합을 성취하기 위한 노력을 노동당 정부에 이어서 지속적으로 경주해나가고 있다. 정부는 'Health and Social Care Act 2012'에서 서비스 통합을 좀 더 증진시키기 위해 제안된 모든 방안들을 받아들였다. 이 법안³⁶⁾은 임상커미셔닝그룹(clinical

35) 커미셔닝(Commissioning)은 매우 폭넓은 개념이어서 여러 가지로 정의되고 있지만, 영국의 공공부문 관리에 사용되는 전문용어로서 계약(Contracting), 구매(Purchasing), 또는 조달(Procurement)과 종종 상호교환적으로 사용되고 있다(Audit Commission, 1997:5). 커미셔닝(Commissioning)은 개인의 장단기 욕구를 충족시키기 위해 서비스를 명시하고, 확보하며, 모니터링하는 과정이다 (강창현, 2014, p.424).

36) Health and Social Care Act 2012에서 GP consortia가 CCGs(Clinical Commissioning Groups)로 명칭과 기능이 수정되었다. 이전의 일반의(GP)가 지역사회 의 의료 및 사회 서비스 자원을 주도적으로 커미셔닝하는GP-led Commissioning 기능을 보강한 것이다. 예산을 보유하며 절감분을 환자치료에 재투자할 수 있다. NHS Commissioning Board가 CCGs의 감독기관으로서 CCGs가 환자에 대한 결과를 향상시키도록 하고, 공공투자에 대한 성과를 극대화하는데 책임을 지도록 하고 있다 (강창현, 2013, p.435).

commissioning groups, 이하 CCGs)과 NHS 커미셔닝 위원회 및 감독(NHS Commissioning Board and Monitor)에게 NHS와 사회서비스 사이에 있는 환자들에게 통합된 서비스를 제공하는 의무를 부여하였다. NHS 커미셔닝 위원회에게는 보건의료와 사회서비스가 단일 예산으로 나아가기 위한 혁신적인 방안을 강구하도록 요구되고 있다. 한편 지방정부는 보건의료와 사회서비스의 통합으로 서비스의 질을 높이는데 훨씬 더 큰 역할이 요구되고 있다(Priest, 2012, p.6).

이와 같이 영국정부는 1950년대부터 보건의료와 사회서비스의 통합을 위한 정책 안건들이 지속적으로 제안되었지만 그 역사에 비해서는 많은 진전을 보지 못하였다. 하지만 영국정부는 지난 정책들에서 얻은 교훈을 바탕으로 보건의료와 사회서비스의 통합돌봄으로 노령화사회에 대비하고자 하고 있다. 통합돌봄 정책의 실행방향과 시범사업의 성과를 살펴보는 것은 영국과 비슷한 노령화사회에 접어든 우리사회에 주는 의미가 클 것이다.

나. 보건의료와 사회서비스의 통합정책

인구의 고령화와 더불어 보건의료와 사회서비스 부문의 제한된 예산은 양 서비스를 효과적으로 운영할 수 있는 서비스와 예산의 통합을 요구하고 있다. 통합서비스 전달은 환자 개인과 서비스 이용자들에게 유익을 줄 것으로서, 이와 같은 정책을 입안한 정부의 의도는 아래와 같이 요약할 수 있다³⁷⁾.

37) UK Government Department of Health. (2015. 5. 8.) 2010 to 2015 Government Policy: Health and Social Care Integration. <http://www.gov.uk/government/publications/2010-to-2015-government-policy-health-and-social-care-integration>.에서 2015.6.20 인출

○ 실행방향

보건의료와 사회서비스를 같이 이용하는 모든 사람들이 개인의 상황에 맞게 최선의 돌봄을 제공하는 통합돌봄을 받게 되기를 원한다.

○ 지방정부와 보건의료 조직들이 통합돌봄을 제공하도록 도움

우리는 지방정부가 보건의료와 사회서비스 조직들이 사람들의 필요를 채우기 위해 같이 일하기를 원하고 있다. 예를 들어 퇴원한 사람들은 누구나 자신의 집에서 돌봄서비스의 필요가 충족되기를 원한다.

이를 위하여, 지방정부에게 NHS와 사회서비스의 연계를 위한 자금 27억 파운드를 지원하여, 그 외에도 지방정부에 2013~2014년 1억 파운드 및 2014~2015년 2억 파운드를 추가로 지원한다.

○ 사람들이 그들에게 맞는 서비스를 선택할 수 있도록 함

사람들이 자신의 보건의료와 사회서비스를 위한 예산에 대한 통제권을 가지게 되면 좀 더 효율적으로 운영할 수 있다. 자신에게 맞지 않는 보건의료나 사회서비스를 선택하지 않을 수 있어 서비스 중복을 피할 수 있기 때문이다.

사람들은 그들의 돌봄 계획에 맞는 예산이 책정되면 그 돈이 어떤 서비스에 사용될 수 있는지에 대한 선택을 할 수 있는 정보를 제공받으며, 사람들이 자신의 보건의료 예산과 사회서비스 예산을 결합하는 것이 용이하도록 한다.

○ 사람들의 돌봄을 조정(co-ordinating)

복합적인 필요를 가진 사람들은 때때로 돌봄 시스템을 이해하기 어렵

다. 따라서 돌봄 계획(care plan) 하에서 서비스를 받는 모든 사람들이 그들의 사례에 대한 감독을 하는 전문가들(care co-ordinator)로부터 도움을 받을 수 있기를 원한다.

NHS규약을 변경시켜 돌봄 조정(care co-ordinating)을 제공하는 공약과 같이 사람들이 NHS로부터 기대할 수 있는 것들을 알려줄 수 있도록 하며, 돌봄 계획이 돌봄 조정을 지원할 수 있도록 하고, 모든 병원과 사회 서비스 기관들이 돌봄 조정을 이용할 수 있도록 한다.

○ 사람들에게 보건의료와 돌봄의 필요에 대한 좀 더 나은 정보를 제공

보건의료와 사회서비스 관계자는 함께 일함으로써 개인의 평가와 치료와 돌봄에 대한 정보를 공유할 수 있어야 한다. 개인의 돌봄 필요들이 무엇인지와 그들이 어떤 처치를 받고 있는지에 대한 정보를 제공할 수 있는 데이터베이스를 구축할 것이다. 따라서 스태프들은 쉽게 정보를 공유함으로써 환자와 서비스 이용자들이 그들에게 맞는 보건의료와 사회서비스의 종류에 대한 결정을 할 수 있게 될 것이다.

○ 다른 서비스로 전환할 경우라도 서비스가 유지될 수 있도록 함

어린이에서 성인 서비스로 이동하거나 병원에서 집으로 퇴원할 때와 같은 상황에서도 계속적으로 지원을 받는 것은 매우 중요하다.

다. 통합돌봄조직 시범사업

통합돌봄(integrated care)은 합의된 정의나 명확한 개념의 설정이 부재한 상태로 연계돌봄(coordinated care), 협력돌봄(collaborative care), 관리된 돌봄(managed care), 질병관리(disease management),

사례관리(case management), 보건의료/사회서비스 사용자 중심 돌봄(health/social care service-user-centred care), 만성돌봄(chronic care) 등 다양한 용어로 쓰여지고 있다.

이는 다시 말해, 통합돌봄이 비교하거나 대조할 수 있는 공통적으로 인식할 수 있는 틀을 갖추고 있지 않음을 의미하는 것으로, 통합돌봄 시범 사업을 고찰하기에 앞서 현장에서 이루어지는 통합의 형태를 정의하기 위하여 문헌에 나타난 통합 모델들을 살펴볼 필요가 있다(RAND Europe, Ernst & young LLP 2012, p.7).

〈표 6-1〉 통합돌봄의 종류와 정의

통합돌봄의 종류	내용
Customised integration and disease management(Burn et al 2002, p.136)	이 전략은 고비용의 만성질환자에게 통합된 의료서비스를 제공하는 것
Co-location of care (Burn & Pauly, 2002, p.137)	공동 사업 협력에서 활동들의 연계는 인력들을 같은 장소에 위치하게 하였을 때 성취할 수 있다는 개념으로 다양한 인력을 한 장소로 모으는 구조적 노력이 필요함.
IT-integrated healthcare (Burn & Pauly, 2002, p.138)	통합돌봄을 전적으로 정보통신에 의존하는 방식으로 많은 IT기술이 요구됨.
Patient integrated healthcare (Burn & Pauly, 2002, p.138)	개인에게 힘을 실어주는 방식으로 자신에게 필요한 보건의료 정보와 서비스를 연계할 수 있도록 장려함.
Shared information among professionals from different sectors (Lloyd & Wait, 2006, p.14)	보건의료와 사회서비스 전문가들 사이에 환자에 대한 정보 공유를 극대화하여 환자 치료 촉진시킴.
Standardised communication protocols and formats (Lloyd & Wait, 2006, p.14)	이 프로토콜과 양식들은 보건의료과 사회서비스 전문가들 사이에 의사소통을 촉진시켜 통합돌봄이 분절 없이 이루어지도록 도움
Single assessment processes incorporating multidisciplinary assessment (Lloyd & Wait, 2006, p.14)	단일평가 과정은 환자가 받아야 하는 많은 평가들을 줄여주며 연계된 돌봄을 위해 중심된 정보를 제공함.
Single access points to care (Lloyd & Wait, 2006, p.14)	사용자들에게 돌봄을 신청하기 위해서 접해야 하는 전문가들이나 조직들의 수를 줄이는 것

자료: RAND Europe, Ernst & young LLP, 2012, National Evaluation of the Department of Health's Integrated Care Pilots, p.8에서 재인용

통합돌봄을 개념화시키기 위해서는 4가지 요소를 고려하여야 하며, 이들은 첫째, 통합의 형태(예, 기능적, 조직적 등), 둘째, 통합의 범위(예, 수직적, 수평적), 셋째, 통합의 정도, 넷째, 통합의 과정(예, 구조적, 문화적, 사회적) 등이다(RAND Europe, Ernst & young LLP, 2012, p.8).

16개 통합돌봄 시범사업들이 어떤 방식으로 이루어졌는지는 이러한 요소들을 고려하여 비교함으로써 그 특징들을 구분할 수 있다.

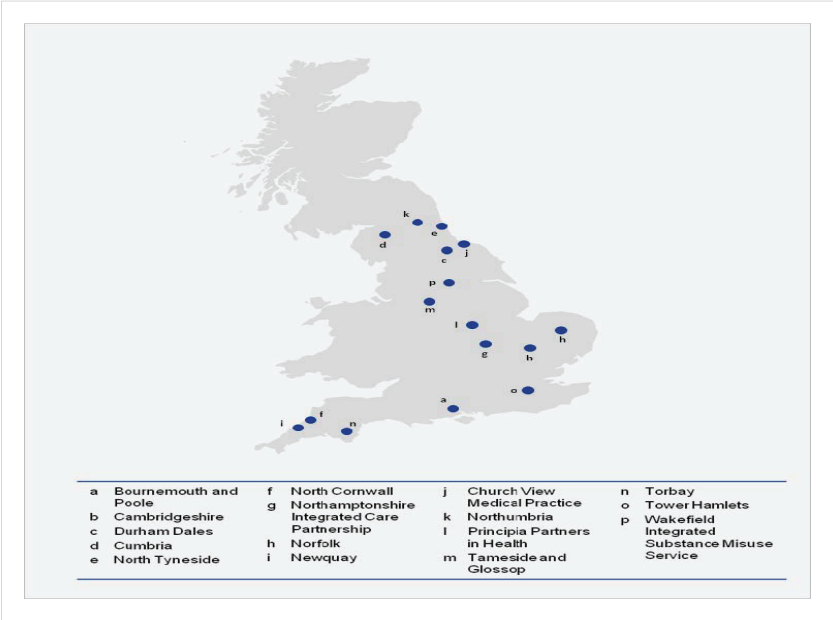
NHS(2008a)의 통합돌봄조직(ICOs) 시범사업은 기준모델을 제시하지 않고 단지 기대되는 핵심적인 특징만을 아래와 같이 제시하였다.

- 시범사업의 임상적 리더십
- 일차의사 진료소에 등록된 주민들을 대상으로 함
- 서비스 제공자들 간 파트너십 형성
- 환자들이 이차 돌봄으로 이전될 때 제공자를 선택할 수 있는 권리 보장

시범사업의 범위는 지역에 따라 단일 질병(예, 치매 또는 임종케어)에 초점을 맞춘 경우부터 다양한 장기간의 돌봄이 필요한 사람들에 대해 포괄적인 접근을 하는 경우까지 다양하며 또한, 보건의료와 사회서비스 간 통합형태도 진료소와 지역 병원과의 수직적 통합(vertical integration)에서부터 진료소들과 지역사회 보건서비스와의 수평적 통합(horizontal integration)까지 다양하였다(Lewis, Georghious, Dixon, 2010, p.18).

16개 시범사업지역은 [그림 6-2]와 같다.

[그림 6-2] 시범사업지역 분포



자료: RAND Europe, Ernst & young LLP 2012, National Evaluation of the Department of Health's Integrated Care Pilots p.36.

16개 시범사업지역 중 호스피스 완화의료이 포함된 임종돌봄(End of Life care) 프로그램을 통합돌봄으로 진행한 지역은 Cambridge, Nene, Torbay 등 3개 지역으로 그 내용을 요약하면 다음과 같다.

○ Cambridge

Cambridge 통합돌봄프로그램(ICP)은 임종돌봄(end of life care)의 연계에 초점을 두었다. 이 시범사업은 임종기에 있는 환자들을 찾아내어 그들에 대한 돌봄계획을 적극적으로 세우는 도구로서 임종돌봄의 이용을 증진시키고 그들에게 요구되는 서비스를 증진시키는데 목표를 두었다.

임종돌봄 프로그램의 주된 목적은 환자들이 선택한 장소에서 임종을 맞이하도록 돌봄을 제공하는 것이었다. 이 지역은 통합돌봄(Integrated Care)을 Assura Cambridge LLP와 NHS Cambridgeshire (PCT)로 이루어진 ‘공급자 주도 파트너십’이 이끌었다.

이 프로그램은 임종 장소에 대한 선호를 표현하는 환자들을 찾아내기 위한 도구와 이것이 성취되는지를 파악하는 수단들을 개발하는 것을 의도하였다. 또한 의사들과 그들의 팀이 환자의 임종을 다룰 수 있도록 하는 동료 간 교육 패키지의 개발과 광범위하고 포괄적인 시스템 변화들(예를 들어, 재가 호스피스로 확대, 예상치 못한 환자의 증상 악화 시 사용할 수 있는 완화 약품을 포함한 just-in-case bags의 출시)의 전달을 지원하였다. 또한 파트너 기관들 사이에는 구조적 협약을 공식화하여서 법적 주체가 되도록 하였다.

위에서 언급한 여러 가지 계획들이 실행되었지만 지역사회서비스를 계획처럼 서비스의 질을 증진시키는 것을 입증하지는 못하였다 (RAND Europe, Ernst & young LLP, 2012, p.30).

○ Nene

Nene에서 실시된 프로젝트는 만성질환자, 노인 환자와 입원의 위험에 노출된 환자들에 초점을 맞추었다. Northhamphshire Integrated Care Partnership(NICP)는 Community Interest Company³⁸⁾가 되었다.

일차적인 사업은 병원 입원의 높은 위험이 있는 환자들을 찾아내고 가

38) 환자대표, Northhamptonshire County Council social services, Kettering General Hospital Faoundation Trust, Northampton General Hospital Trust, Nortjampshire Healthcare Foundation Trust, East Midlands Ambulance Trust, Age Concern, Northamptonshire Out of Hours Service and Northamptonshire 로 이루어짐.

상 병동을 통해 이들 환자들을 추적하는 사례관리 프로그램이었다. 개별화된 돌봄 계획으로 병원 입원의 위험을 낮추고 임종돌봄을 고려하는 환자들을 위해 좀 더 많은 선택권이 제공되었다. 다른 사업들로는 65세 이상의 모든 환자들을 위한 약물관리, 만성 환자들의 웰빙과 우울증 관리, 빠른 접근 서비스와 임종기 환자들과 그들의 보호자들을 위한 돌봄 연계 센터를 들 수 있다(RAND Europe, Ernst & young LLP, 2012, p.32).

○ Torbay

Torbay는 시범사업 이전에 돌봄에 대한 통합적 접근을 하고 있는 역사를 가지고 있던 유일한 지역이었다. Torbay에서 통합돌봄은 복잡한 사망인자들을 가지고 있는 노인들을 위해 분절 없는 돌봄을 제공하는 다양한 연계사업들로 진행되었다. 이들은 중등도의 입원 위험이 있는 환자들의 입원을 막도록 디자인되어 있었고, 이 이외에도 퇴원 코디네이터, GP를 위한 노인 전문의 연락 핫라인 설치, 지역 진료소에서 일주일에 2일 노인 전문의 진료, 모든 요양원 스태프들을 위한 임종돌봄 훈련 프로그램, 만성폐쇄성폐질환자들을 위한 전화 돌봄 서비스, 치매환자에 초점을 둔 Memory Cafe가 있었다. Torbay 통합돌봄 프로그램 파트너들은 네 가지 조직들로 이루어져 있었다(RAND Europe, Ernst & young LLP, 2012, p.35).

시범지역들은 미리 정해진 방식으로 통합한 것이 아니라 각 지역의 환경에 맞게 선택한 다양한 접근으로 파트너십을 형성하고 서비스 변화를 주어 통합을 이루었다. 시범지역들 사이에 다른 점들을 파악하기 위해서는 아래와 같이 수준별로 나누어 살펴보는 것이 도움이 될 수 있다(RAND Europe, Ernst & young LLP, 2012, p.37).

○ 시스템 수준에서의 통합

- 미시 수준 통합(Micro-level integration): 환자 개인을 위한 연계를 증진시키기 위한 목적으로 한 기관 내에서 통합
- 중위 수준 통합(Meso-level integration): 환자 그룹이나 일정한 인구집단의 유익을 위한 다른 조직들에서 일하는 실무자들 사이의 통합
- 거시 수준 통합(Macro-level integration): 일차, 이차 의료를 구매하기 위한 통합

○ 조직적 수준에서의 통합

- 조직적 통합: 조직들은 구조적 변화를 통한 흡수 합병에 의하여 합쳐짐.
- 기능적 통합: 비임상 지원 또는 사무기능들이 통합됨(예, 환자 전산 기록들)
- 서비스 통합: 다른 보건의료와 사회서비스가 통합됨(예, 다학제팀 형성)
- 임상 통합: 다수의 돌봄 과정들이 단일 또는 일관성 있는 과정으로 통합됨(예, 공유 가이드라인 또는 돌봄 프로토콜을 통하여)
- 다른 통합: 비공식적 파트너십, 협력

대부분의 시범사업지역에서는 수직적인 조직적 통합이 이루어져야 하는 거시 수준 통합보다는 수평적으로 지역사회 내의 서비스 통합을 이루는 중위 수준의 통합을 하였다. 예를 들어 일차의료를 담당하고 있는 GP, 지역사회 간호 서비스와 사회서비스 사이의 통합을 시도하였다.

시범사업의 성과 면에서 몇몇 시범지역에서는 예상치 않은 NHS와 사회서비스 구조의 개편으로 시범기간 내에 원래 의도하였던 목표들을 이루지 못하였다. 이는 변화에는 좀 더 많은 시간이 필요하기 때문으로 보았다(RAND Europe, Ernst & young LLP, 2012, p.39).

이처럼 시범사업 지역별로 통합돌봄의 성과가 다르게 나타났지만 공통적으로 관찰된 촉진요인과 장애요인을 아래와 같이 요약할 수 있다 (RAND Europe, Ernst & young LLP 2012, p.75).

- 강한 리더십은 사업사업의 성공요인이기도 하지만 리더십 부재 시에는 사업진전에 장애가 됨.
- 크고 복잡한 실행계획은 바람직한 변화를 이루기 어려운 장애가 됨.
- 가치의 공유와 그룹 내에 소통되는 비전, 스태프들의 적극적 개입은 촉진요인이지만 스태프들이 소극적일 경우 명백한 진전을 보기는 어려움.
- 스태프들의 변화된 역할은 전문가적 정체성에 대한 위협으로 느껴지기 때문에 올바른 교육이 스태프에게 제공되었을 때 성공할 확률이 높아짐.
- 파트너 조직들 사이에 서로 다른 정보 기술들은 보건의료와 사회서비스 팀에서 정보공유와 의사소통에 어려움을 유발함.
- 국가 정책, 과정 또는 법령과 관련된 장애물 예를 들어, 일차의료, 이차의료 및 사회서비스의 재정구조들은 연계 실행을 위한 공동재정(pooling budget)을 때때로 불가능한 작업으로 만듦.

통합돌봄 시범사업을 실시한 16개 지역에 대한 평가보고서(RAND Europe, Ernst & young LLP, 2012)는 환자들과 서비스 이용자뿐만 아니라 사업을 진행하는 스태프들에게도 많은 유익을 주었다고 보고하고 있으며 구체적으로는 다음과 같다(Priest, 2012, p.7-8).

- 병원 퇴원 이후 좀 더 많은 돌봄 계획들과 더 나은 연계

- 시범사업의 진전과 미래에 미칠 영향력에 대한 스태프들의 열정적 기대
- 환자 돌봄이 지난해 보다 개선되었다는 스태프들의 믿음
- 병원 입원의 위험에 놓인 노인들의 사례 관리에 초점을 맞춘 지역에서 전반적인 입원률을 낮춤으로서 이차 돌봄 비용 절감
- 광범위한 지역서비스 향상에 대한 보고들

반면, 시스템 변화가 소비자 중심보다는 스태프들의 가치와 우선순위를 반영한 것이었기 때문에 환자들이 서비스가 개선되었다는 느낌을 공감하는지는 명백하지 않았다. 이는 환자들이 혜택을 인식하기에는 너무 이른 시기 일 수도 있고 실행이 제대로 이루어지지 못하였기 때문일 수 있다. 시범사업의 주요 목표였던 병원 이용률과 계획된 입원은 줄어들었으나 응급 입원의 전반적인 감소는 명백하지 않았다(RAND Europe, Ernst & young LLP, 2012).

보건의료적 돌봄이 필요한 영역에서는 사회서비스와의 통합이 주는 유익이 있는 것으로 나타났지만 이 정책의 장기적 효과에 대한 증거는 아직 미약하다. 다만, 통합돌봄은 연약한 노인, 다양한 만성질환과 정신건강에 문제가 있는 사람들 그리고 장애인들에게 많은 유익을 주는 점에서, 보건부는 임종을 앞 둔 사람들을 위한 돌봄서비스인 임종돌봄(End of Life Care)프로그램을 강화하여 요양시설(care homes)에서 적극적으로 이용하도록 하는 정책을 펼치고 있다.

2. 임종돌봄 전략(End of Life Care Strategy)

영국은 지난 반세기에 걸쳐서 호스피스와 전문가완화의료돌봄(specialist

palliative care)을 통해서 사람들에게 서비스를 제공하였음에도 불구하고 아직도 많은 사람들이 존엄한 죽음을 맞이하고 있지 못하고 있음에 주목하여 임종돌봄전략(End of Life Care Strategy)을 수립하게 되었다(Department of Health, 2008b, p.42). 임종돌봄(End of Life Care)의 정의는 다음과 같다.

진행되고 있는 불치의 질병을 가진 사람들이 죽을 때까지 가능한 한 잘 살 수 있도록 돕는 것이다. 인생의 마지막 단계인 사별 단계에 직면할 수 있는 환자와 가족의 완화의료돌봄 필요를 충족시켜주는 것이다. 이것은 통증과 다른 증상의 관리와 심리적, 사회적, 정신적, 실제적 지원을 포함하고 있다 (National Council for Palliative Care, 2006).

영국의 경우 사망자의 2/3가 75세 이상의 고령으로 사망원인도 만성 질환(심장병, 암, 만성호흡기질환, 뇌혈관질환, 치매 등)이 대부분 차지함으로써 인해 전체 사망자의 58%정도가 병원에서 임종을 맞고 있다. 집에서 사망율은 18%, 요양원 17%, 호스피스4%, 그 이외의 장소 3%이다. 이 보고서는 1세기 전과 비교하여 집에서 죽음을 맞이하는 비율이 줄어들어로서 죽음과 친숙하지 않은 사회적 분위기가 죽음에 대한 공개적인 토의를 금기시하고 있다고 보고 있다(Department of Health 2008b, p.9).

하지만 임종 시에 어떤 돌봄서비스를 제공받느냐 하는 것은 그 사회의 노약자에 대한 보건 복지적 태도를 가늠해 볼 수 있는 시금석이 되는 영역으로서 더 이상 간과되어서는 안된다. 임종돌봄전략(End of Life Strategy)은 1967년 Saunders에 의해 St Christopher's Hospice를 설립한 이후 발전시켜온 호스피스 완화의료 경험과 NHS End of Life Care programme(2004-2007)³⁹⁾의 기여로 만들어진 임종환자들을 위

한 3가지 프로그램⁴⁰⁾을 기반으로 좀 더 광범위하고 포괄적인 정책으로 마련되었다.

이 보고서는 공개적인 죽음에 대한 토의문화 증진에서부터 돌봄전달체계(임종돌봄경로, 다른 환경에서의 돌봄, 돌보미와 가족들을 위한 지원, 임종돌봄인력)와 임종돌봄의 평가와 연구에 대한 방안을 다루면서 재정과 미래 실행 방안까지 제시하고 있다.

여기서는 임종돌봄을 위한 3가지 프로그램에 대해 살펴본 후, 임종돌봄전략에서 제시하고 있는 임종돌봄경로(End of Life Care Pathway)와 돌봄 수준별로 요구되는 돌봄인력의 기준에 대하여 살펴보았다.

가. 임종돌봄을 위한 3가지 프로그램

○ Gold Standards Framework(GSF)⁴¹⁾

일차돌봄(Primary Care)내에서 발전시킨 프로그램으로 다음과 같은 내용을 담고 있다.

39) NHS End of Life Care Programme는 2004년에 시작되었다. 이 프로그램의 목적은 환자들의 임종시 돌봄의 질을 높이기 위한 것으로 좀 더 많은 환자들이 자신이 살고 죽을 수 있는 장소를 선택할 수 있게 하는데 있다. 제시되고 있는 프로그램의 성과들은 세 가지로 첫째, 환자들의 돌봄과 임종 장소의 선택 증가, 둘째, 임종기에 요양시설에서 병원으로의 이송 감소, 셋째, 돌봄모델에 숙련된 다방면 전문가를 양성하여 임종돌봄을 증진시키는 일 등이다. 보건의료와 사회서비스 실무자들을 위하여 Gold Standards Framework(GSF), Liverpool Care Pathway for the Dying Patient(LCP), Preferred Priorities for Care(PPC) 프로그램을 제공하였으며 실행은 PCT와 Strategic Health Authority에 의하여 이루어졌다(Department of Health. NHS End of Life Care Programme <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk>에서 2015.8.16. 인출.).

40) Gold Standards Framework(GSF), Liverpool Care Pathway for the Dying Patient(LCP), Preferred Priorities for Care(PPC)

41) The Gold Standards Framework. <http://www.goldstandardsframework.nhs.uk>에서 2015. 9. 8. 인출.

- 임종에 가까운 환자를 확인할 수 있게 함.
- 환자의 돌봄 필요들을 평가
- 환자들의 선호도를 기록함.

GSF를 용용하여 요양원에서의 임종돌봄을 위하여 마련한 ‘Gold Standards Framework(GSF) in Care Homes Programme’은 다음과 같은 목표들을 가지고 있다.

- 요양원에서 임종에 가까운 사람들을 위한 돌봄의 질 향상
- 요양원과 GP/ 일차의료팀과 전문가완화의료팀(specialist palliative care teams) 사이에 협력 증진
- 임종기에 병원이송환자 수를 줄이고 요양시설에서 임종

○ Liverpool Care Pathway for the Dying(LCP)⁴²⁾

죽어가는 환자들을 위한 LCP는 병원 호스피스 환자를 위해 개발되었다. 다양한 돌봄이 필요한 상황에서 죽어가는 환자들과 그들의 가족들에게 적절한 돌봄을 제공하기 위한 증거기반 틀을 제공하는 다전문가적(multi-professional) 프로그램이다. 그 내용으로는

- 감정적, 정신적, 심리학적 필요들을 포함한 선제적 계획
- 증상 통제
- 임종 후 돌봄

42) Marie Curie Palliative Care Institute Liverpool. Liverpool Care Pathway for the Dying Patient. <http://www.mcpcil.org.uk/liverpool-care-pathway/index.htm>에서 2015.9.11. 인출

○ Preferred Priorities for Care(PPC) plan⁴³⁾

임종과 관련된 이슈들에서 환자의 선택을 촉진시키기 위하여 디자인되어있는 환자주도형 문서이다. 목표는 환자와 임상적인 이슈를 논의할 때 어려운 이슈들을 토의할 수 있는 기회를 제공하는 것에 두고 있다. 돌봄계획이 다학제간 팀들에 의하여 작성되며 임종시에 부적절한 병원입원과 개입을 최소화하도록 하고 있다.

나. 임종돌봄경로(End of Life Care Pathway)

영국에서 지난 수년 동안 돌봄경로(care pathway)를 통하여 다양한 상황에서 계획·계약·모니터링 하는데 많은 도움을 얻은 경험을 토대로 임종돌봄경로(end of life care pathway)를 마련하였다.

임종이 언제 다가오는지는 개인별로 편차가 크며 이러한 편차는 다양한 요소들이 임종을 맞는 사람들의 돌봄에 대한 선호도와 필요에 영향을 미치기 때문으로, 이들 임종에 영향을 미치는 요소들은 다음과 같다 (Department of Health, 2008b, p.45).

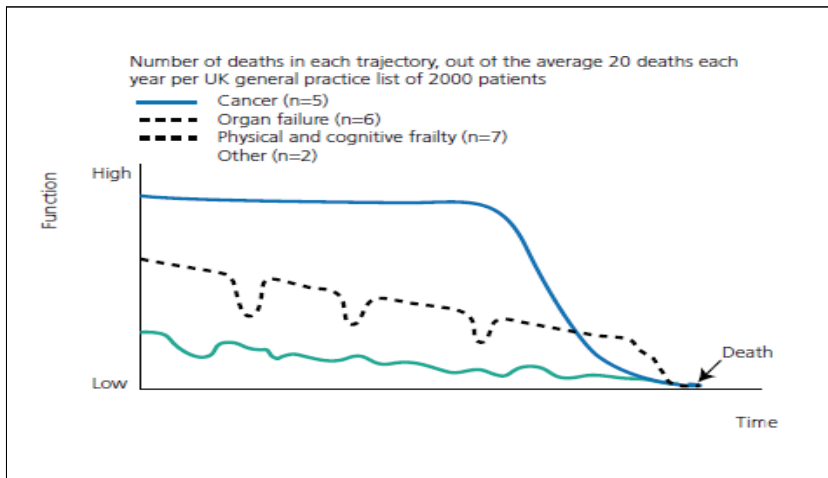
- 다른 질병은 임종 시에 서로 다른 궤도를 가지고 있으며, 많은 노인들은 여러 가지 건강 문제들을 동시에 가지고 있음
- 주거 환경(독거, 가족 동거 여부, 시설 거주 여부 등)
- 경제적 상태와 같은 사회적 환경
- 정신건강이나 지적장애와 같은 이미 존재하고 있는 취약한 상태
- 다른 사람의 죽음과 같이 최근에 겪은 경험

43) NHS. Preferred Priorities for Care Plan. <http://www.endoflifecareforadults.nhs.uk/tools/core-tools/preferredprioritiesforcare>에서 2015.4.19. 인출

- 심리학적 웰빙과 삶에 대한 접근태도
- 문화적 요소
- 정신적 종교적 믿음

질병에 따라 어떤 사람들은 비교적 건강이 좋은 상태를 유지하다가 급격히 안 좋아져 죽음에 이르는가 하면, 어떤 사람은 회복되는 기간 없이 지속적으로 기능이 감퇴하기도 한다. 그 기간이 몇 달 또는 수년에 이를 수 있다. [그림]은 주요한 세 가지 종류의 질병의 임종시에 나타나는 감퇴 궤도를 보여주고 있다. 첫 번째는 일반적으로 암환자에서 나타나며, 두 번째는 심장병과 같은 내부장기 손상, 그리고 세 번째는 치매환자가 겪는 일반적인 궤도이다.

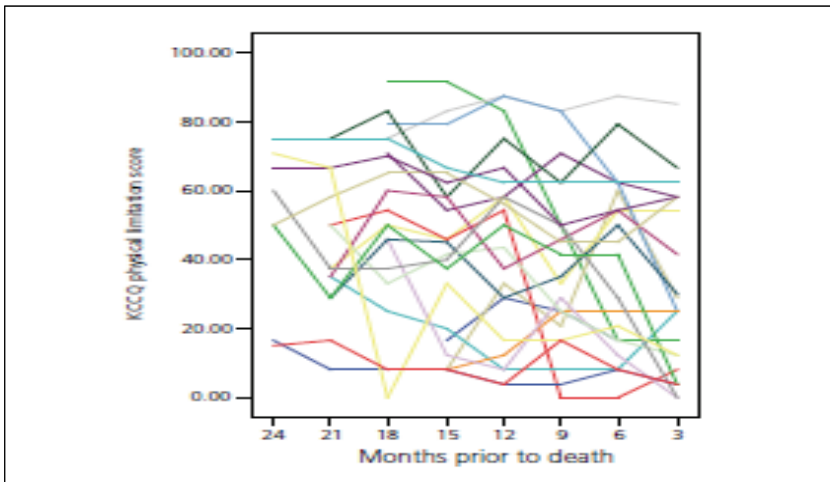
[그림 6-3] 임종시 건강(기능)감퇴의 궤적 패턴



자료: Department of Health, 2008b, End of life care strategy: promoting high quality care for all adults at the end of life. 재인용.

하지만 2년에 걸친 코호트 연구에 따르면 실제로 환자들이 죽은 상황은 [그림 6-4]에서 보는 바와 같이 좀 더 복잡하다(Department of Health 2008b, p.47).

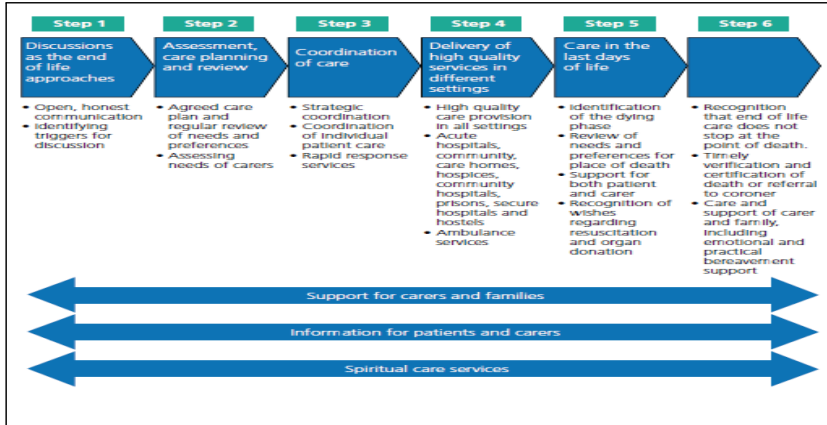
[그림 6-4] 사망 전 24개월간 27명의 환자의 Kanas City Cardiomyopathy Questionnaire(KCCQ) 육체적 한계 스코어



자료: Department of Health, 2008b, End of life care strategy: promoting high quality care for all adults at the end of life. 재인용.

따라서 임종돌봄을 시작하는 시기는 개인과 전문가의 관점에 따라 다양할 수 있다. 어떤 경우는 개인이 돌봄 시기를 결정할 수도 있고, 다른 경우는 환자를 담당하는 보건의료/ 사회서비스 전문가나 팀에 의하여 개인의 동의에 의하여 판단할 수 있다. 이러한 개인별 임종단계는 다른 점들이 있지만 임종돌봄경로는 그림 5과 같이 6단계의 주된 요소들을 거치게 된다(Department of Health, 2008b, p.49). 각 단계별 실행 내용을 다음과 같이 요약하였다.

[그림 6-5] 6단계의 임종돌봄경로



자료: Department of Health, 2008b, p.49

○ 1단계: 임종이 다가감에 따른 토의

- 임종 돌봄 전략의 주된 목표들 중의 하나는 임종에 다가가는 사람들에게 그들의 필요와 선호도에 맞는 서비스를 제공함.
- 이 목표를 달성하기 위해서 어떤 돌봄 서비스가 제공될 수 있는지에 대한 충분한 정보가 제공되어야 함.
- 사람들이 어떤 돌봄서비스를 받을 것인지를 고려할 수 있는 기회제공과 더불어 임종돌봄서비스에 대한 대화 거부 의견도 존중되어야 함.
- 만성질환으로 고통 받는 사람들의 어떤 증상들이 임종에 가까운지에 대한 정보를 얻을 수 있도록 Gold Standards Framework(GSF)의 일부분으로 Prognostic Indicator Guidance(2006)을 마련하였으므로 이를 토대로 임종에 관한 논의를 시작할 수 있음.
- 보건의료와 사회서비스 스태프는 더 이상 죽음이 의료의 실패가 아니라 사람들이 좋은 죽음을 맞이하게 하는 것이 NHS의 주요 기능 중의 하나가 될 수 있음을 받아들여야 함.

- 모든 보건의료와 사회서비스 스텝들은 필요한 지식, 기술과 태도를 가지기 위해서 임종에 대한 토의를 시작하는 것이 필요한데, 이러한 경험이 없이는 서비스 수혜자나 스텝 모두 고통을 겪을 수 있음
- 지방정부와 같이 PCT는 관련 인력들이 임종에 가까운 사람들을 지원하고 대화를 시작하는데 자신감을 가질 수 있도록 의사소통 능력을 반드시 훈련받을 수 있도록 함.

○ 2단계: 평가, 돌봄 계획 및 리뷰

- 임종돌봄 계획을 세우기 위해서는 육체적, 심리적, 사회적, 정신적, 문화적 그리고 적절한 환경적 필요에 이르는 모든 분야를 섭렵하는 포괄적인 평가가 이루어져야 함
- 임종에 다가가는 환자들과 보호자들에게 주어지는 자격은
 - 그들의 요구가 전문가에 의하여 평가받을 수 있고,
 - 그들의 선호도와 선택들이 기록된 돌봄계획을 가질 수 있으며 그들의 상황이 변함에 따라서 리뷰 됨.
 - 그들을 위해 처방된 처치들에 대한 결정에 관여하고, 원하지 않을 경우 거절의사를 밝힐 수 있음.
 - 그들의 필요와 선호도에 관한 정보는 그들의 동의하에 보건복지와 사회서비스 스텝들에 의하여 접근됨.
- 환자들과 보호자들을 평가할 수 있는 사람들은 평가 과정 측면에서 인정되는 수준의 능력을 가져야 함.
- 돌봄계획(선호도, 소생술에 대한 의견 포함)은 접근할 수 있는 합당한 이유를 가진 사람들이 이용가능함.

○ 3단계: 개개인 환자 돌봄의 연계

- 돌봄계획이 동의되면 개인에게 필요한 모든 서비스들은 효과적으로 연계되는 것이 필수적임.
- 사람들은 다른 환경(예, 병원, 집, 요양원 또는 호스피스)에서 여러 기관의 서비스를 요청할 수 있음.
 - 관련된 서비스들의 연계는 그 자체로 주된 활동이 되어야 하는데, 만약 스태프들이 서로 간에 충분히 친숙하지 않으면 연계하는데 많은 시간이 소모되며 연계서비스에 대한 업무가 한명의 개인 간호사에게 돌아가서 결국은 실패하게 될 수 있음.
- 연계는 세 가지 수준에서 고려되어야 함.
 - 개별 팀 내에서의 연계
 - 동일기관 내 팀 간의 연계(예를 들어, 암관리팀과 전문완화의료팀)
 - 기관 경계를 넘어선 연계
- 어떻게 연계를 할 수 있는냐를 다루고 있는 문서 중의 하나가 Gold Standard Framework(GSF)⁴⁴⁾임.
- 모든 관련 서비스 제공기관들이 NHS몰 계정을 열어서 그들 환자의 돌봄에 관여하는 다른 기관들의 관련된 정보들을 의사소통하기 위해서 이 기관을 이용할 수 있는 것이 보장된다면 의사소통과 연계에서 상당한 진전이 이루어질 수 있음.
- 효과적인 연계를 위한 메커니즘이 마련되어야 함.
 - 임종에 다다른 사람들의 범지역적 등록 수립
 - 환자와 보호자를 위한 전용 전화상담 서비스가 마련되어 앰블런스 서비스를 위한 응급 전화 이용을 줄임.

44) The Gold Standards Framework. <http://www.goldstandardsframework.nhs.uk> 에서 2015. 9. 8. 인출.

- 서비스들이 연계됨을 통하여 단일 접근 경로를 정착시킴.

○ 4단계: 질 좋은 서비스 전달

- 환자 및 보호자들은 다른 서비스들의 다양한 조합으로 접근이 필요함.

일차돌봄서비스	기구
지역간호서비스	작업치료
개인적사회서비스	물리치료
심리학적 지원 서비스	데이케어
응급의료지원	약
전문가완화의료돌봄 서비스	재정적 조언
근무시간외 서비스	식이요법
앰블란스 서비스	보호자 지원서비스
정보 서비스	정신적 돌봄
일시적 위탁돌봄	지역사회와 자원봉사자 지원
언어치료	번역 서비스

- 서비스들은 다른 환경(병원, 지역사회, 요양원, 호스피스 등)에 거쳐서 제공되어야 함.

○ 5단계: 인생의 마지막 단계에서의 돌봄

- 어떻게 죽어가는 사람들을 돌보느냐하는 것은 모든 아프고 연약한 사람들을 어떻게 대하느냐에 대한 지표이므로 죽어가는 사람들에 대한 돌봄은 가장 중요한 영역임.
- 지난 몇 년 동안 환자와 보호자들이 인생의 마지막 며칠이나 몇 시간 동안 높은 질의 돌봄서비스를 받는데 좋은 기준을 제공한 접근 방법은 LCP⁴⁵⁾임.

45) Marie Curie Palliative Care Institute Liverpool. Liverpool Care Pathway for the Dying Patient.
<http://www.mcpcil.org.uk/liverpool-care-pathway/index.htm> 에서 2015.9.11. 인출.

- LCP는 응급 병원에서 암환자의 돌봄을 위하여 개발되었으나 호스피스와 요양원에서 성공적으로 실행되고 있음.
- 새로운 환경에서 LCP를 적용할 때는 다음과 같은 주요단계를 거쳐야 함.
 - 보건의료와 사회서비스 전문가들의 훈련
 - 기준치 리뷰와 분석
 - 실행과 검토
 - 감사와 평가

○ 6단계: 죽음 이후의 돌봄

- 좋은 임종돌봄은 죽음의 시점에서 끝나는 것은 아님. 모든 스태프들은 좋은 돌봄의 실행과 시체를 보는데 익숙해져서 가족들의 문화적·종교적·정신적 필요들에 관심을 보일 수 있어야 함.
- 좋은 죽음의 주요 요소는 시기적절한 죽음의 검증과 진단임. 사망진단서는 법적으로 의사에 의하여 발급되어야 하지만 검증은 임상적으로 훈련받은 스태프에 의하여 행해질 수 있음.
- 문제들이 생길 수 있는 경우는 진료시간 이후의 사망이나 의사들이 집을 방문하여 사망진단을 하기 어려운 경우 장례절차에 문제가 생길 수 있어 가족들에게 어려움이 생김.
- 다음과 같은 주제들은 죽음 이후의 돌봄서비스에 포함되어야 함.
 - 사망진단서 발급
 - 장기 기증
 - 시체 처리
 - 전문가들 사이의 의사소통
 - 환자들과 보호자들을 위한 정보

- 정신적 돌봄 서비스

6단계로 이루어진 임종돌봄경로는 보건의료와 사회서비스 기관 간 연계와 인력들의 긴밀한 협력이 이루어지지 않으면 실행될 수 없다. 보건부는 효과적인 프로그램으로 진행되게 하기 위해서 일차의료를 담당하는 PCT와 사회서비스를 담당하는 지방정부간의 전략적 협력을 도모하고 있다.

다. 임종돌봄을 위한 PCT(Primary Care Trust)와 지방정부의 전략적 협력

보건부는 PCT와 지방정부가 임종돌봄 서비스의 커미셔닝 책임을 맡은 정부기구로서 양 조직 하의 주민들의 건강과 웰빙 성과를 올리기 위하여 협력해야 한다고 강조하고 있다. 2008년 4월부터 이 조직적 협력이 공동 전략적요구평가(Joint Strategic Needs Assessment, JSNA)에 근거하여 이루어지도록 하고 있다. 공동전략적요구평가(JSNA)의 내용에는 건강에 대한 전반적인 욕구를 비롯하여 임종돌봄에 관련된 지역주민들의 바람을 이해하는 것이 포함된다.

지방정부는 임종돌봄의 서비스 전달에서 PCT를 지원하는 역할을 하게 된다. 적절한 개입의 정도는 각 지역마다 다르게 나타날 수 있다. 지방정부는 지역사회에 최선의 서비스가 제공되도록 가능한 한 PCT와 다른 서비스제공기관(자원봉사기관 포함)과 연계하여야 한다.

NHS Next Stage Review(Department of Health, 2008a)의 통합된 서비스 전달의 목적에 부합하게 PCT는 지방정부와 같이 돌봄경로(care pathway) 접근이 포함된 지역전략적계획(local strategic plans)

을 세워야 한다. 공동전략적요구평가(JNSA)는 지역전략적계획을 세울 수 있는 기반이 될 것이다(Department of Health, 2008b. p.153-155)

라. 임종돌봄을 위한 인력교육

임종과 관련된 태도와 행동의 문화적 변화는 보건의료와 사회서비스 인력 내에서부터 이루어져야 한다. 죽음은 피할 수 없는 과정이므로 보건의료와 사회서비스 인력들은 사람들이 가능한 한 삶에서 좋은 죽음으로 전환하는 과정을 도와주어야 한다. 비록 이 과정이 슬프지만 필요한 지식, 기술과 태도를 가진다면 보상을 얻을만한 업무이다.

따라서 임종돌봄서비스에 관여하는 공공기관을 비롯하여 독립적인 기관의 스태프들에 대한 교육과 훈련이 인력보강보다 우선시되어야 한다. 스태프들은 임종에 가까운 사람들과 직접적인 접촉을 하게 되므로 임종돌봄전략의 성공여부는 스태프에 달려있기 때문이다.

기존의 인력들의 기술을 증진시키기 위한 프로그램들인 Gold Standards Framework(GSF), Preferred Priorities for Care(PPC), Liverpool Care pathway from the Dying(LCP)을 통한 일차의료, 병원과 요양원의 인력들의 훈련은 환자나 가족들에게 유익을 줄 수 있음이 이미 입증된바 있다(Department of Health, 2008b, p.115)

임종돌봄을 수행하는 보건복지와 사회서비스 인력들은 광범위하게 세 그룹으로 나눌 수 있으며 이들에게서 공통적으로 요구되는 것은 의사소통 기술 훈련, 임종에 이른 사람들과 보호자들의 필요와 선호도 평가, 고급 돌봄 계획과 증상 관리에 관한 능력이다.

〈표 6-2〉 임종돌봄을 위한 인력유형과 자격요건

그룹 정의	최소한의 기술과 지식
그룹 A - 전문가 완화의료 돌봄팀과 호스피스에서 일하는 스태프 - 호스피스에서 일하는 인력: 완화의료 의사, 완화의료 전문 간호사, 의료전문가들, 호스피스 약사, 시니어 완화의료 약사, 목사, 모든 보건복지 사회서비스 스태프들	- 모든 스태프들은 전문가 훈련을 통하여 가장 높은 수준의 지식, 기술과 이해력을 가지고 있어야 함 - 임종돌봄과 관련된 의사소통 능력, 평가, 고급돌봄계획과 증상관리 포함됨
그룹 B - 자주 임종돌봄을 다루는 스태프 - 이차돌봄인력: 응급의료진, 호흡기의료, 노인돌봄, 심장병, 암, 신장의료, 장기 신경 상태, 집중케어, 원목과 수술전문가들 - 일차돌봄인력- GPs, 지역사회 간호사, 지역사회 양호교사, 요양원 스태프, 앰블란스 스태프와 지역사회 내 돌봄비들 - 일차, 이차돌봄에 관여하는 전문 간호사 - 지역사회 약사	- 스태프가 전문가 훈련과 개인적 또는 팀간의 장벽 극복을 통하여 기술과 지식을 임종돌봄에 적용할 수 있도록 함 - 이 그룹은 임종관리 경로에 들어갈 때 이 문제를 토의해야 하는 주된 임무를 가지고 있기 때문에 가장 큰 잠재적인 훈련의 필요성이 있음 - 이 훈련에는 그들이 임종돌봄과 관련된 업무에 따라 의사소통 훈련, 평가, 고급돌봄 계획과 증상관리가 포함됨
그룹 C - 가끔씩 임종돌봄을 담당하는 다른 서비스 내에 있는 전문가 - 지역사회에서 이차돌봄 서비스 영역에서 일하는 다른 전문가들 - 예를 들어 요양원 스태프, 추가 돌봄 스태프, 호스피스에 연관되지 않는 데이케어 & 사회서비스 스태프, 재가돌봄 스태프	- 이 그룹은 임종돌봄의 원칙과 실행에서 기본적인 소양을 가지고 있어야 하며 언제 전문가 조언이나 정보를 찾아 보내거나 참조할 수 있는지 알아야 함 - 이 그룹 내에 있는 요양원 스태프와 재가돌봄 스태프들은 훈련이 거의 되어있지 않기 때문에 교육의 필요성 있음

3. 요양시설(Care Homes)의 임종돌봄 프로그램

가. 요양시설에서의 임종돌봄의 중요성

영국에서는 고령화에 따라 증가하는 병약한 노인들이 병원보다는 지역사회에서 돌봄서비스를 받게 하기 위해 민간이 요양원을 운영하도록 허가한 NHS Community Care Act 1990 수립이후 요양원의 수가 급속

히 증가하게 되었다(이은경, 2011). 2004년 조사에 따르면 약 410,000 명의 노인들이 15,700개소의 요양원에서 거주하고 있다(Office of Fair Trading, 2005). 잉글랜드 인구의 4% 정도가 요양원에 거주하고 있으며 대부분의 입소자들을 점진적인 만성질환을 가지고 있다(Bowman et al, 2004). 65세 이상의 사망자의 21%가 요양원에서 사망하고 있는 만큼 요양원에서의 임종돌봄 서비스는 중요해지고 있다(Department of Health, 2008b, p.120).

하지만 요양원을 대상으로 한 연구들에서는 직원들의 채용과 유지 문제, 입소 노인에 대한 비윤리적이고 질 낮은 서비스 문제 뿐 아니라 임종 시에 적절치 못한 증상관리로 인해 고통을 받다가 죽는 사례가 많음을 지적하였다(Ferrell, 1995; Hall, Schroder, Weaver, 2002). 이러한 요양원에서의 질 낮은 임종 돌봄서비스의 문제를 해결하기 위하여 영국의 호스피스와 전문가완화의료 병동(specilaist palliative care units)에서는 요양원 직원들을 대상으로 한 교육 프로그램들을 1990년대부터 제공하여 오고 있다.

1996년부터 1998년까지 요양원 스태프들을 대상으로 한 완화의료 교육 시범사업⁴⁶⁾에서는 54개 요양원의 모든 직원들을 대상으로 간호사는 주1회 12일간 교육, 요양사들은 7일간 교육, 보조직원은 1일 교육을 실시하였다. 시범사업 연구결과에서는 완화의료 교육이 스태프들의 관계개선과 임종돌봄 업무를 향상시키는데 도움을 주었으나 조직적 수준의 변화까지 나아가는 데는 한계가 있었다고 분석하고 있다(Froggatt, 2000).

2008년 보건부가 완화의료를 포함하는 임종돌봄 서비스를 병원 이외의 모든 기관과 지역사회에 제공하기 위해 마련한 정책이 위에서 다룬 임종돌봄전략(end of life care strategy)이다. 이 정책의 영향은 지역사회

46) Macmilan Cacer Relief 와 Wolfson Fooundation의 후원에 의하여 이루어짐

의 요양원에도 미치게 되는데, 이제는 더 이상 임종돌봄 서비스를 개개의 요양원의 역량에 의존하지 않고 지역사회 내 보건의료조직과 사회서비스 조직 간의 긴밀한 연계와 통합서비스로 전달할 수 있는 법적근거를 가지게 되었다.

보건부의 임종돌봄전략에 의하여 그동안 소외되어 왔던 요양원 인력을 위한 완화의료 교육이 이루어지고 있고 외부기관들(특히, 의료기관)과의 범 분야 협력도 독려되고 있다. 이러한 정책이 실행 현장인 요양원에서 어떻게 적용되고 있는지에 대한 평가연구도 이루어지고 있다(Turner, Payne, Froggatt, 2009; Seymour, 2010).

나. 요양원의 임종돌봄 향상을 위한 교육프로그램의 효과평가

2008년 임종돌봄전략(End of Life Care Strategy)은 모든 조직에서 양질의 서비스를 제공하는데 목표를 삼고 특히 요양원에 관심을 기울였다. 2009년 International Observatory on End of Life Care Lancaster University에서는 Fylde Coast 지역의 요양원들의 임종돌봄에 대한 평가보고서를 발표하였다. 이 연구는 17개 요양원의 매니저를 대상으로 한 설문조사와 4개 요양원 매니저와의 전화 인터뷰, 다양한 직종으로 이루어진 두 종류의 포커스 그룹으로 진행되었다. 연구의 목적은 임종돌봄 서비스를 지원하기 위한 세 가지 도구인 Gold Standards Framework(GSF), Liverpool Care Pathways(LCP)와 Preferred Priorities for Care(PPC)의 요양원에서의 이용여부와 그 영향력을 평가함으로써 Lancashire 전 지역으로 확대될 때 적합한 디자인을 제공하기 위한 것이었다 (Turner, Payne, Froggatt, 2009).

○ 도구 이용(GSF, LCP, PPC)의 경험

모든 요양원들은 하나 또는 그 이상의 임종돌봄 도구들을 사용하고 있었다. 요양원은 거주자들을 위해 임종돌봄을 향상시키고 돌봄에 대한 자기결정 참여를 늘리는데 강한 헌신을 하고 있었다. 도구를 처음 이용하기 시작할 때는 어려움을 겪었으나 전반적으로 긍정적인 효과가 있는 것으로 분석되었다. 임종돌봄 도구들을 이용함을 통하여 서비스전달의 측면에서 뿐만 아니라 일차의료진과의 관계가 촉진되었고, 스태프들에게는 배울 수 있는 기회가 제공되었다. 따라서 PCT 임종돌봄 중재자(PCT End of Life Facilitator)가 처음에 요양원에 이 프로그램들을 소개하는 역할이 매우 중요함을 보여준다.

〈표 6-3〉 임종관리 도구의 사용기간

이용 기간	GSF		PPC		LCP	
	기관수	분포	기관수	분포	기관수	분포
훈련을 받았지만 사용하지 않음	3	42.9	1	6.7	1	10.0
3달 이하					1	10.0
3~6달	2	28.6	7	46.7	2	20.0
7~12달	1	14.3	4	26.7	2	20.0
13달~2년	1	14.3	2	13.3	2	20.0
2년 이상					1	10.0
사용을 하고 있으나 기간은 모름			1	6.7	1	10.0
총 계	7	100.0	15	100.0	10	100.0

자료: Turner, Payne, Froggatt, 2009, Evaluation of end of life care initiatives in care homes on the Fylde Coast, p.10.

〈표 6-4〉 임종관리 도구 이용의 혜택들과 도전 과제들

구분		코드	예
혜택	과정혜택	무엇을 할지 알게 됨	“모든 스태프들은 거주자와 가족들이 원하는 것을 인지하게 되었다”
		무엇을 계획할지 알게 됨	“존엄과 평화스런 죽음을 위한 계획과 준비”
		실행 도구들	“우리는 PPC가 매우 유용하다는 것을 알게되었다”
	결과혜택	돌봄의 지속성	“임종시에 거주자들은 그들이 알고 있는 ‘사람들과 같이 있게됨’”
		돌봄과 죽음의 장소	“불필요한 병원 입원을 막음”
		서비스 제공의 변화	“모든 요구되는 약물들이 사전에 처방됨”
		스태프 성과	“지속적 돌봄을 제공하기 위한 자신감과 권한을 스태프에게 부여함”
도전 과제	도구의 사용	문서 관리	“우리가 자동적으로 하는 것들을 포트폴리오에 증거로 남겨야 함”
		시간 소비	“서류를 작성하기 위하여 앉아서 시간을 들여야 함”
	실행을 변화시킴	추가적 훈련을 위한 필요	“사망확인(Verification of Death) ⁴⁷⁾ 자격증을 획득할 수 없음”
		일선에서 변화를 가져오게 함	“모든 스태프가 적응하도록!”
	의사소통	주제의 어려움	“임종돌봄과 죽음에 관하여 말하는 것”
		치매와 같이 대화가 힘든 거주자	혼란스러운 노인 거주자와의 의사소통
	일차의료진과의 업무	GP와 지역사회 간호사	“초기에 GP와 관계를 맺고 계속적으로 그들의 신뢰와 존중을 얻는 것”
	변화 관리	갑작스런 변화들	“갑작스런 악화시에는 LCP를 사용할 수 없게 됨”
		전조	“언제 인지해서 언제 LCP를 사용해야 하는지”

자료: Turner, Payne, Froggatt, 2009, Evaluation of end of life care initiatives in care homes on the Fylde Coast, 2009. p.12.

47) 사람이 죽었을 때 자격이 있는 의료진이 즉시 사망진단을 할 수 없는 장소에서 사체를 죽은 장소에서 영안실과 같은 장소로 옮길 때 불필요한 지연을 완화시키기 위한 것 (Victoria State Government, http://www.health.vic.gov.au/__data/assets/pdf_file/0006/356667/Feb-2011-Guidance-Note-for-the-Verification-of-Death.pdf.에서 2015.8.27. 인출)

○ 임종장소

임종돌봄전략(End of Life Care Strategy)에서는 부적절한 병원에서 사망자수를 줄이는 것을 강조하였으나 이 평가연구에서는 요양원 거주자 중 2/5가 병원에서 사망한 것으로 나타났다. 이는 다른 연구에서보다 조금 높은 비율이었다. 호스피스에서의 사망은 보고되지 않았다. 호스피스에서의 사망자가 없는 것에 대한 정확한 이유를 알 수는 없지만 사망자의 어느 누구도 전문가완화의료돌봄이 필요하지 않았거나 전문가완화의료돌봄이 Macmillan간호사⁴⁸⁾에 의해서 요양원에서 제공되었을 수 있을 것이라고 추정하였다. 비록 병원 사망률이 기대보다 낮지 않았지만 병원에서 사망이 더 적절한 하였을 수 있다는 것을 기억해야 한다고 강조하고 있다.

○ 범 분야간 협력

요양원과 지역사회 일차의료 서비스와 협력하려는 의지와 능력은 임종돌봄의 또 다른 중요한 요소이다. 연구에 참여하였던 요양원 중 일차의료 기관과 강한 연계가 이루어졌던 요양원들은 도구들을 사용하지 않고 있음에도 불구하고 임종돌봄 서비스를 잘 전달하고 있었다.

이는 외부 자원의 지원이 임종돌봄 서비스에 주요한 역할을 하고 있는 것으로 범 분야 간 협력이 요양원에서 교육 도구들의 도움 없이도 스태프들의 교육으로 이어질 수 있다고 볼 수 있다. 이와 같이 요양원에서의 임종돌봄 서비스 제공은 외부조직들의 영향을 받고 있는데 기관별로 그 영향력은 차이가 있다.

48) Macmillan 간호사는 암관리를 위한 전문가 자격증을 가진 간호사(Macmillan Cancer Support 2015. <http://www.macmillan.org.uk/Aboutus/AboutUsHome.aspx>에서 2015.8.27. 인출.)

다. 요양원의 임종돌봄에 영향을 미치는 외부영향력 평가

요양원에서 양질의 임종돌봄서비스가 제공되기 위해서는 외부의 지원과 내부 자원 사이에 균형이 잡혀야 한다. Seymour et al(2010)은 82개의 요양원에 대한 설문조사와 2개의 사례연구를 통하여 요양원에 지원받고 있는 외부조직들의 영향력을 살펴보고 서비스의 질을 높이는데 필수적인 요인들을 분석하였다.

요양원을 방문하여 지원관계를 맺고 있는 외부인력들과 조직들은 표 6에서 ‘정기적’, ‘가끔’, ‘비정기적/요청하지 않음’으로 나누어 분류되었다. 정기적으로 방문 하는 외부 스태프 중에서 GP는 가장 많은 지원을 받을 수 있는 외부자원으로 연구 참여 요양원의 76%가 꼽았다. 그 다음으로는 가족(47%)과 전문간호사(44%)의 순이었다(Seymour, Kumar, Froggatt, 2010, p.5).

〈표 6-5〉 방문형태별 외부 지원인력(조직)

	정기적	가끔	비정기적/요청하지않음
기관들	일반의(GPs) 지역 간호사 개인적 자원봉사자 사회복지사 발치료사 약사 영적지원 활동 코디네이터	지역사회Mamillan간호사 Macmillan 간호사 언어치료사 지역사회심리치료사 직업치료사 식이요법 서비스 물리치료사 노인전문의 카운슬러	지역사회 간호교사 반사치료사 완화의료의 컨설턴트 침술사

자료: Seymour, Kumar, Froggatt, 2010, DO nursing homes for older people have the support they need to provide end-of-life care?: a mixed methods enquiry in England, p.5.

하지만 GP가 비협조적이어서 약물 처방이나 방문진료에 소극적인 경우 임종돌봄의 장애가 되었다. 그 이외의 임종돌봄의 장애가 되는 요소로는 근무시간의 지원, syringe driver⁴⁹⁾의 가격, 가능한 교육과 훈련에 대한 정보 부족을 들고 있다(Seymour, Kumar, Froggatt, 2010, p.5).

GP의 요양원에 대한 진료서비스는 요양원에 따라 임종돌봄 서비스의 질을 높이는 역할에서부터 장애요인이 되는 경우까지 다양하였다. 요양원의 의료서비스 접근성에 대해 연구한 Glendinning, Jacobs, Alborz, Hann(2002)은 그 주요 요인으로 NHS가 임종돌봄서비스를 포함한 요양원의 의료서비스를 직접적으로 구매하고 있지 않기 때문이라고 지적하고 있다. 요양원의 임종돌봄 서비스를 위한 재정은 NHS, 지방정부와 자비의 혼합으로 복잡하게 구성된다(그림 6-6 참조).

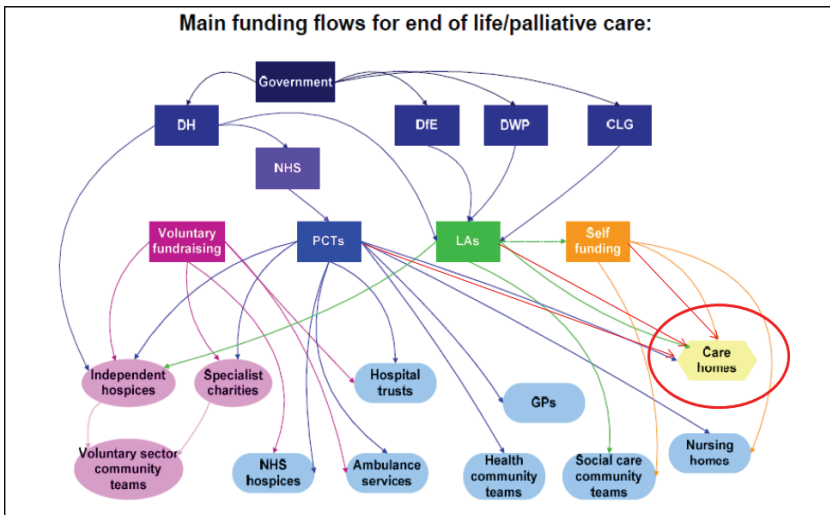
[그림 6-6]에서 보는 바와 같은 완화의료서비스 제공기관 간 평등하지 않는 자금 수급의 문제는 재정의 투명성과 완화의료의 성과에도 영향을 미치게 되었다. 보건부(Department of Health)는 PCTs, 지방정부, 보건부에서 그간 실시해왔던 일괄계약(block contract)와 spot purchasing 방식을 '완화疫료를 위한 환자별 자금 매카니즘(per-patient funding mechanism for palliative care)'으로 전환시켜 환자의 질병상태, 나이, 거주환경 등의 요인들을 고려하여 등급으로 세분시켜 완화의료서비스를 구매할 수 있도록 하였다(Hughes-Hallett, Craft, Davies, Mackay, 2011, p.21).

요양원은 사회서비스 분야이므로 NHS와 달리 자산조사에 의하여 서비스를 제공하게 되므로 임종돌봄 서비스 제공에서 거주자간 불평등이 나타나기도 하고 적절한 시간에 서비스가 시작되지 못하는 문제점이 있

49) Syringe driver는 주로 완화의료에서 사용하는 소량의 약물주입이 가능한 주입펌프로써 가격 범위가 250달러에서 5000달러까지 달하는 고가의 의료장비이다(Wikipedia. https://en.wikipedia.org/wiki/Syringe_driver에서 2015.9.2. 인출.).

었다. 새로운 시스템 하에서는 임종돌봄은 자산조사 요구 없이 빨리 제공되는 것이 가능하도록 해야 하며 임종을 맞는 사람들의 필요가 일차적인 관심이어야 한다고 강조하고 있다(Hughes-Hallett Craft, Davies, Mackay, 2011, p.54).

[그림 6-6] 완화의료를 위한 주 재정의 흐름



자료: Hughes-Hallett, Craft, Davies, Mackay, 2011, Funding the right care and support for everyone, 2011, p.21.

이와 같이 영국정부는 고령화 복지사회에서 늘어가는 의료복지비의 효율적인 관리를 위하여 자금의 흐름을 추적하고 보편적인 복지정책 가치에 맞게 효과적으로 사용할 수 있는 방안을 고안하고 있다. 이러한 정부의 노력은 요양원의 임종돌봄 서비스를 위한 외부자원의 유입에 도움이 될 수 있을 것으로 보인다.

라. 요양시설의 임종돌봄 프로그램의 질을 높이기 위한 도전과제들

요양원에서의 임종돌봄을 향상시키기 위해서 해결해야 할 과제로 일반적으로 지적되었던 것은 부적절하게 교육되고 훈련된 요양원 인력에 대한 문제였다. 하지만 위에서 언급한 교육 도구들(Gold Standard Framework, Liverpool Care Pathway, Preferred Place of Care Plan)의 이용으로 인력의 질 향상문제가 해결될 수 있음을 보여주었다.

우리는 임종돌봄을 향상시키는데 GSF 프로그램이 매우 효과적이라는 것을 발견했다, 우리는 좀 더 거주자의 바람이 무엇인지 민감하게 되었고 임종돌봄에 대해 대화하는 것에도 자신감을 갖게 되었다... 우리는 거주자가 병원에 재입원을 원하지 않을 경우 GP와 말하는 것에 더 자신감을 갖게 되었다. 필요를 예측하고 돌봄계획을 함에 따라 응급 입원은 줄어들었다. 나는 이 업무에 더욱 관심을 갖게 되어 매니저가 임종돌봄전략을 계획하는 것을 보조하고 있다(Tuner, Payne, Froggatt, 2009, p.19).

요양원의 임종돌봄전략 프로그램의 평가를 하였던 두 연구에서 모두 교육 도구들을 이용한 훈련이 효과를 얻기 위해서는 범분야적 협력이 필요하다고 강조하고 있다. 요양원은 임종돌봄의 광범위한 시스템으로 통합되어 범 조직적, 기관적, 재정적 장벽을 넘어 협력을 할 수 있도록 하는 것이 필요하다(Seymour, Kumar, Froggatt, 2010, p.13). 특히 GP와의 관계는 요양원에서 임종돌봄의 성공과 실패를 결정할 수 있는 중대한 요소가 되므로 유지하고 발전시켜야 한다(Tuner, Payne, Froggatt, 2009, p.20). GP와의 좋은 관계는 거주자의 진료뿐만 아니라 전문가팀 의뢰,

병원 의뢰, 시간외 진료 등 여러 가지 의료적 필요에 필수적이기 때문이다.

하지만 아무리 좋은 도구와 시스템을 갖춘다 하더라도 그것을 운용하는 스태프들이 임종돌봄이 추구하는 가치에 따라 의사결정을 하지 않으면 비판을 받을 수 있는 여지가 많다. 최근 영국에서는 LCP의 부정적 사례들이 유족과 친지들에 의해 언론에 보도되면서 비판의 대상이 되었다.

언론에서는 의사들이 죽음에 임박한 시기를 예측할 수 있는 것은 불가능한 일임에도 불구하고 환자를 LCP로 의뢰하여 더 오래살 수 있는 사람을 죽음으로 이끌고 있다고 강하게 비판하였다. 이에 대하여 NHS는 이 사건들은 LCP를 진행하는 전문가들이 본인과 가족의 동의절차를 충분히 거치지 않았기 때문에 일어난 일부 사건이지 LCP자체의 문제는 아니라는 입장을 표명하였다(NHS choice, 2012).

따라서 임종돌봄을 제공하는 전문가와 요양원의 스태프들은 당사자와 가족의 동의절차와 인간존엄성을 지키는 서비스가 될 수 있도록 토의하고 의논하는 문화를 형성시켜야 할 것이다.

제2절 부산광역시 말기암환자 호스피스사업⁵⁰⁾

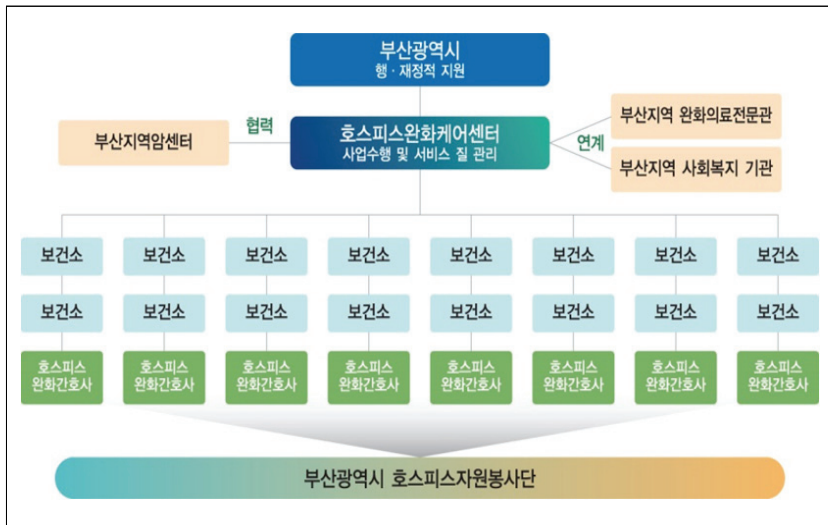
1. 사업추진 개요

부산광역시에서 2009년부터 실시되고 있는 ‘부산광역시 말기암환자 호스피스사업’은 민간의료기관 중심의 호스피스·완화의료가 열악한 부산

50) 부산광역시가 연간 사업비 5억(2015년 기준)의 예산으로 부산가톨릭대학교 산학협력단 내에 설치된 ‘부산광역시 호스피스완화케어센터’를 중심으로 추진하고 있는 보건소 중심 호스피스완화케어 사업으로서, 본 자료는 『2015년 부산광역시 말기암환자 호스피스사업』(사업책임자 김숙남)의 사업계획서와 관련 보고자료 등을 토대로 작성되었다.

지역에서 공공보건의료기관 중심의 호스피스완화케어 모델로서 개발되었으며, 2015년부터 부산광역시 전체 보건소로 사업이 확대되었다.

[그림 6-7] 부산광역시 보건소 중심 호스피스완화케어 운영모델

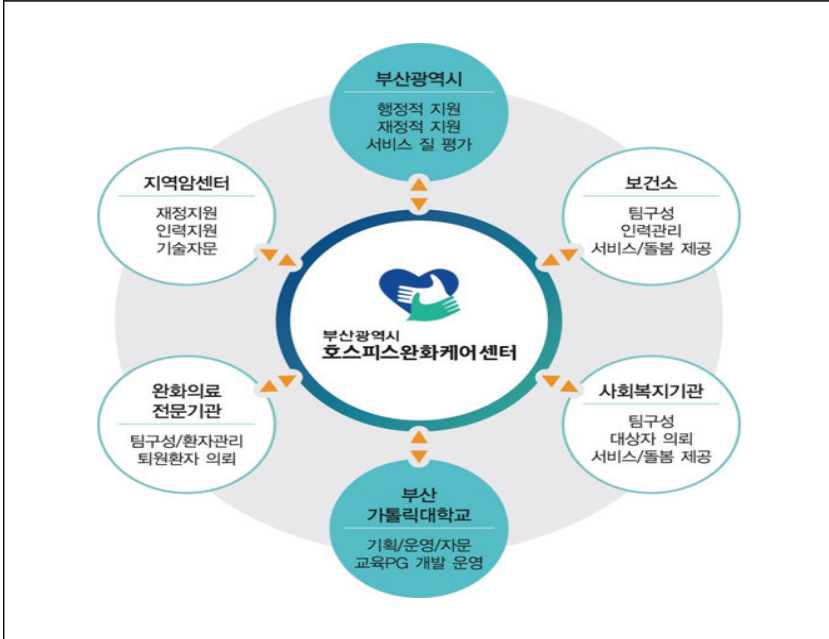


부산광역시 16개 보건소 전체가 참여하는 2015년 호스피스완화케어 사업에서는 ‘부산광역시 호스피스완화케어 센터’를 중심으로 지역사회 재가말기환자-완화의료전문기관-사회복지시설-보건소 간 호스피스완화케어 서비스전달체계의 구축과 지역사회 내 관련자원 간 연계를 통한 보건의료와 사회서비스의 통합적 제공기반 마련이 추진되고 있다.

본 사업에서 보건소는 생애말기케어가 필요한 대상자를 발굴하고, 서비스에 필요한 지역자원을 발굴·연계시키는 역할을 수행한다. 호스피스완화케어센터는 보건소가 이 서비스를 수행할 수 있도록 호스피스완화간호사 및 사회복지사를 파견하고, 표준화된 실무제공을 위한 지침개발과 사업관련 교육·연구 및 홍보를 포함하는 전체사업의 기획을 담당하는 역

할을 수행하고 있다.

[그림 6-8] 부산광역시 호스피스완화케어사업 운영체계



부산광역시 말기암환자 호스피스사업의 궁극적인 목적은 모든 국민의 보편적 건강프로그램으로서 보건소 중심의 공공형 호스피스완화케어 모델을 개발하는 것이다. 사업의 구체적 목적은 부산광역시 지역사회 재가 말기환자 및 가족의 삶의 질을 향상시키고 나아가 공공보건의료가 생애 말기 돌봄 서비스에 참여할 수 있는 합리적 정책을 제안하기 위한 지침과 지표들을 개발하기 위한 목적을 가지고 운영하고 있다.

이를 달성하기 위하여 호스피스 완화케어 서비스 제공, 서비스지원체계 구축, 참여인력 역량강화, 교육·홍보를 통한 인식확산, 서비스질 향상

을 위한 평가체계 구축이 주요 사업내용으로 포함되어 있다.

그밖에도, 이 사업은 현재 국가가 추진하고 있는 입원형 호스피스 완화 의료서비스의 혜택을 받을 수 없는 저소득 취약계층을 포함하는 장점을 지닌다.

[그림 6-9] 부산광역시 호스피스완화케어 사업목표



2. 주요 사업내용

가. 보건소 중심 호스피스완화케어 서비스 제공

서비스는 크게 4가지로서, 말기 대상자 총체적 증상관리 및 지역사회 자원 연계를 통한 사회복지 개입, 케어 프로그램 개발 및 적용, 사별프로그램 제공, 주간호스피스 서비스 등이다.

○ 말기질환자의 증상관리 및 지역사회자원연계를 통한 사회복지 개입

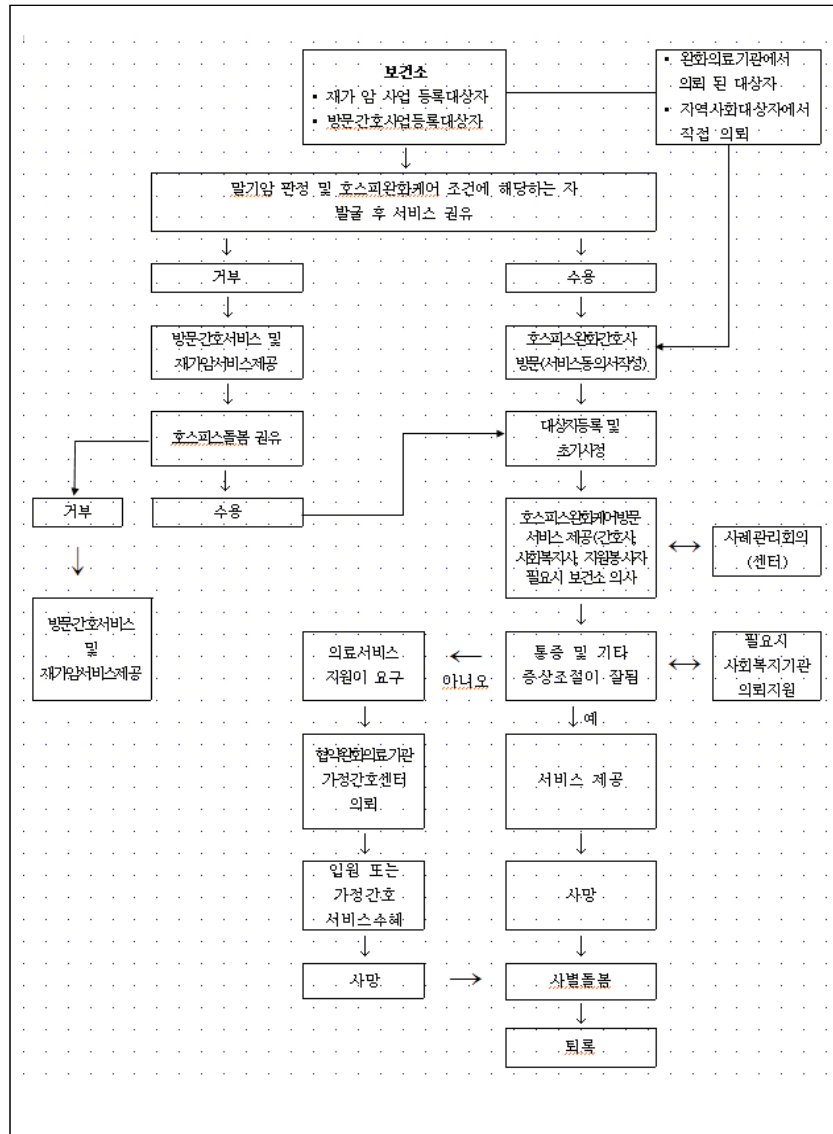
서비스제공대상은 첫째, 암 진단 후 생애말기로 진행되는 대상자와 가족으로서 보건소 재가암등록 대상자 및 병원에서 의뢰되는 대상자를 포함하며 둘째, 생애말기로 진행되는 비암성질환 대상자와 가족으로서 방문간호팀 대상자 중 비암성말기 진행 대상자를 포함하고 셋째, 기타 호스피스완화케어가 필요한 대상으로 판단된 경우로서 완화의료전문기관 및 일반병원에서 의뢰되는 대상자를 포함하고 있다.

대상자관리는 부산광역시 호스피스완화케어센터가 채용 한 호스피스완화간호사 1명이 2개 보건소를 담당한다. 호스피스완화간호사는 해당 보건소 재가암사업팀 및 방문간호팀과 유기적 관계를 형성하면서 호스피스완화케어 요구가 필요한 대상자를 서비스에 등록시키고 대상자와 가족의 동의를 구한 후 방문호스피스완화케어서비스를 제공하고 있다.

대상자관리를 위하여 호스피스완화케어코디네이터, 호스피스완화간호사, 사회복지사, 교수팀, 필요 시 보건소 호스피스 팀이 참여한 사례관리회의가 매주 개최되고 있으며, 회의를 통해 호스피스 대상자의 보건의료와 복지개입 내용 및 관리경로에 대한 사례, 호스피스 팀 접근을 위한 지역사회 가용자원의 활용방법, 기타 현안에 대한 논의가 이루어지고 있다. 대상자 사례관리경로는 [그림 6-10]과 같다.

224 호스피스 완화의료 활성화 방안-노인장기요양서비스 이용자를 중심으로

[그림 6-10] 부산광역시 호스피스완화케어 사업 사례관리 경로



○ 케어 프로그램 개발 및 적용

호스피스 대상자를 위한 작업요법 및 기타 프로그램을 개발하고 적용하여 대상자의 삶의 질을 높이는 데 기여하기 위한 것으로, 원예요법, 식이요법(환자와 가족을 대상으로 하는 식사 대접), 외출(산책, 가보고 싶은 장소 방문, 성지방문 등), 생일축하, 사진촬영, 아로마 요법, 가족교육 등이 포함된다.

여기에서 개발된 프로그램은 각 보건소 또는 가정방문 및 호스피스완화케어 센터에서 개인 및 단체에게 적용된다.

○ 사별 프로그램 개발

본 프로그램은 보건소 중심 호스피스완화케어사업을 통하여 임종하게 된 그 가족들을 대상으로 사별에 대한 강의와 돌아가신 분에 대한 아름다운 기억을 만들어 드림으로써 대상자 가족들의 삶의 질을 높이기 위한 것으로, 사별가족을 위한 프로그램 및 슬픔나누기 시간이 있다. 이 서비스는 센터에서 분기별로 실시한다.

○ 주간호스피스 서비스 제공

본 서비스는 일상 활동이 가능한 말기환자를 대상으로 주간호스피스 서비스를 제공함으로써 환자에게 삶의 환기를 불어 넣어주고, 가족에게는 휴식의 시간을 제공하기 위한 것으로, 부산가톨릭대학교 라파엘 주간 노인돌봄센터 및 각 보건소와 연계하여 실시한다.

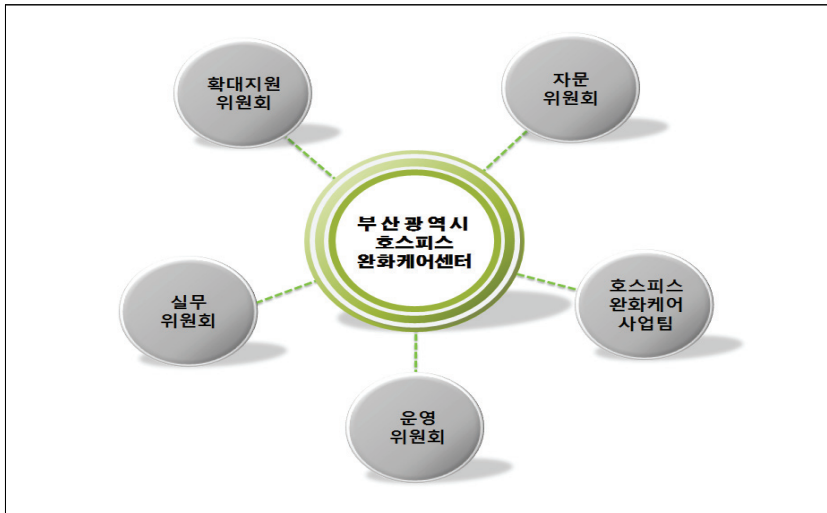
나. 보건소 중심 호스피스완화케어사업 운영을 위한 지원체계 구축

호스피스완화케어 사업운영을 위한 지원체계는 크게 호스피스 사업을

위한 각종 위원회의 구성 및 운영과 지역사회 기관 간 연계체계 구축으로 이루어진다.

호스피스사업을 위한 위원회로는 호스피스완화케어사업 (확대)지원위원회, 호스피스완화케어사업 자문위원회, 호스피스완화케어사업 실무위원회, 보건소 호스피스완화케어사업팀, 센터운영위원회가 있다.

[그림 6-11] 부산광역시 호스피스 사업을 위한 각종 위원회



호스피스완화케어사업 (확대)지원위원회는 부산광역시, 부산지역암센터, 부산광역시 16개 보건소, 부산가톨릭대학교를 중심으로 사업 운영에 대한 전반적인 행정, 재정 및 기술적 부분을 지원하는 기능을 한다.

호스피스완화케어사업 자문위원회는 호스피스 사업 관련 전반적인(사업수행, 기획, 법률문제, 홍보 등) 자문단으로 법조인, 종교인, 의료인, 일반인으로 15명 이내로 구성한다.

호스피스완화케어사업 실무위원회는 각 보건소 사업담당자(사업담당

계장, 재가암담당, 방문간호팀), 호스피스완화간호사, 호스피스완화코디네이터, 사업책임팀(부산가톨릭대학교) 및 부산지역암센터 실무자를 중심으로 사업 실무와 관련되는 업무를 조율하고 논의하는 기능을 한다.

호스피스완화케어사업팀은 각 보건소에 말기대상자와 가족에 대한 총체적 서비스 제공을 위하여 의사, 호스피스방문 간호사, 사회복지사, 성직자 및 자원봉사자를 중심으로 보건소 호스피스 팀을 구성한다.

센터운영위원회는 부산가톨릭대학교 소재 '부산광역시 방문호스피스 완화케어센터'에서 코디네이터, 호스피스간호사, 사회복지사, 사업연구단들 및 외부관련 전문가로 구성되어 대상자관리와 프로그램 진행에 대한 전반적인 내용을 코디네이터를 중심으로 논의한다.

다. 보건소 중심 호스피스완화케어사업 참여 인력 역량 강화

인력의 역량 강화는 교육과 자원봉사자 관리로 크게 나뉘어진다.

호스피스완화케어사업에 대한 교육은 호스피스 돌봄의 필요성과 사업에 대한 긍정적 인식을 고취시켜 사업수행 과정에서의 협조체계를 구축할 목적으로 추진된다.

참여인력 교육에는 호스피스완화간호사, 보건소 재가암사업담당자, 방문간호사, 사회복지사 및 보건소 의료인력을 대상으로 반복적으로 실시함으로써 보건소 보건복지인력들의 호스피스역량을 높이기 위함이다.

자원봉사자 관리는 발대식을 통해 부산광역시 호스피스 자원봉사자 자격증을 교부하고, 서약서를 작성함으로써 활동에 대한 자긍심 고취 및 호스피스 인식 확산을 위한 홍보인으로서의 역할을 높이고 또한, 보건소에 소속되어 센터 중심 활동을 동시에 수행하도록 하며, 이에 대한 전반적인 관리는 센터 사회복지사가 담당한다.

라. 호스피스 인식 확산을 위한 교육홍보프로그램 개발 및 지원

호스피스관련 교육과 홍보는 부산시민이 호스피스 내용을 인지하고, 호스피스에 대한 긍정적 태도를 형성하여 호스피스 활동에 참여하도록 하는 것을 목적으로 다양한 매체를 통하여 실시한다.

교육의 경우, 부산지역암센터와 공동주최로 사업보건소 관할지역주민 대상과 부산시민 전체를 대상으로 교육프로그램을 운영하고 지역구내 청소년, 노인, 재가암 대상자 및 가족을 대상으로 프로그램을 운영한다.

홍보는 부산광역시 호스피스완화케어 사업의 홍보와 더불어 호스피스에 대한 인식확산을 목적으로 추진되며, 홈페이지 구성, 공공캠페인, 소식지, 동영상 등 제작물 및 매체를 활용하여 추진한다.

마. 보건소 중심 호스피스완화케어사업 질 향상을 위한 평가체계 구축

사업의 질 향상을 위하여 호스피스완화케어 사업 관련 업무도구와 평가지표를 개발한다.

평가지표는 구조과정지표와 결과지표로 구성되는데, 구조과정지표의 항목으로는 서비스 제공, 운영지원체계 구축, 인력 역량강화, 교육홍보 실적, 사업관련 도구개발에 관한 사항이 포함되며, 결과지표의 항목으로는 대상자의 삶의 질(총체적 증상) 수준, 대상자의 서비스 만족도, 가족의 서비스 만족도가 포함된다.

그밖에도 사업의 수준과 성과평가에 대한 결과보고서를 연1회 발간하고 있으며 2014년 사업보고서에 따르면, 호스피스 대상자와 가족의 서비스 만족도는 신체영역, 심리영역, 정보영역에서 100점 만점에 각각 89~93점, 91~97점, 95~97점으로 매우 높게 나타나고 있다.

3. 사업실적 및 성과

가. 사업실적⁵¹⁾

○ 호스피스서비스 수혜 대상자수

: 등록환자 444명, 가정방문 2536건, 전화방문 1626건, 사별관리 175건, 자원봉사 파견 338건

○ 교육

: 사업실무자 교육 4회, 자원봉사자교육 8회, 사회복지부분교육 2회, 일반인교육 1회, 호스피스센터 내부교육 23회

○ 홍보

: 공공캠페인 3건, 방송홍보 11건, 2015년 4월 부산광역시 호스피스완화케어사업 선포식

○ 회의

: 확대지원위원회 2건, 실무위원회 6건, 의료지원위원회 1건, 사업설명회 1건, 자원봉사자 간담회 1건, 보건소 호스피스 팀 회의 12건, 센터 내부 운영위원회 32건, 사례관리회의 27건

나. 사업성과

○ 부산시가 시행하고 있는 < 보건소 중심 호스피스완화케어 사업>은 지역사회가 가지고 있는 자원 활용을 극대화하여 호스피스완화의료에

51) 2015년 1월부터 10월까지의 사업실적을 포함하고 있다.

대한 국가 의료비 부담을 감소시키고, 저소득 소외계층을 포함할 수 있는 지역기반의 공공형 호스피스완화케어 모델을 구축하고 실천하함으로써 향후 다양한 호스피스완화케어서비스의 일환으로 확대가능성을 함축하고 있다.

- 1차 보건의료기관인 보건소를 중심으로 호스피스완화케어를 완화의료전문기관 및 복지기관과 협력체계를 구축하여 지역사회 호스피스서비스의 전달체계를 마련하였다,
- 부산광역시는 보건소 보건의료복지 인력들에 대한 호스피스완화케어에 대한 인식을 높임과 동시에 자원봉사자 양성 등 호스피스완화케어에 대한 지역사회 참여를 통한 저변을 확대하였다.
- 본 사업은 호스피스자원봉사자 양성, 시민대상 죽음교육 등 부산시민의 건전한 죽음문화 확산(Death and Dying)에 기여한다.

4. 향후 과제 및 추진전략

가. 보건소에서 의료지원 영역의 확대 필요

보건소 중심 호스피스완화케어에서 해결부분은 의료지원이 필요할 경우 협약된 완화의료전문기관으로 대상자를 의뢰하거나 가정간호센터에 의뢰하여 필요한 의료지원을 받을 수 있다.

이러한 전달체계는 서비스 수혜 대상자의 일반적 특성, 재정적 어려움 및 병원연계 절차상의 복잡성 등으로 완화의료전문기관보다는 요양병원으로 연계되는 경우가 많다는 문제점이 있다.

이를 보완하기 위한 방안으로 부산광역시 호스피스완화케어 사업을 위한 <의료지원위원회 : 혈액종양내과전문의3인, 보건소장 4인, 센터교수2

인, 코디네이터)를 구축하여 부산지역암센터와 함께 보건소 의사들을 위한 호스피스교육 및 통증관리에 관한 교육과 지속적인 의료자문을 할 수 있는 시스템을 계획하고 있다.

〈의료지원위원회〉 회의를 통하여 보건소 의사가 할 수 있는 의료서비스 수준과 범위를 마련하고 있으며, 1-2년에 걸친 평가를 통하여 내용과 범위가 결정될 수 있을 것으로 예상하고 있다. 본 사업과정에서 공공형 모델에 대한 법적근거 없이 보건소 의사들을 대상으로 호스피스완화의료 교육을 하고 대상자관리를 설득하는 과정이 많은 시간을 필요로 하는 부분이다.

나. 공공형 호스피스완화케어 사업의 안정성 확보를 위한 인력 증원

부산광역시 말기암환자 호스피스사업은 예산의 효율적 활용을 위하여 현재 간호사 1인이 1개 보건소가 아닌 2개 보건소에 파견되어 있으므로 서비스의 질 보장이 어려운 상황이다. 또한 지역기반의 호스피스완화케어는 사회복지요구와 자원봉사 요구가 높기 때문에 이에 대한 원활한 운영 및 효율성을 높이기 위한 사회복지인력 증원이 필요하다. 따라서 참여인력들이 최상의 역할을 실행할 수 있는 여건을 마련함으로써 서비스 질과 만족도 향상을 기대하기 위한 예산 투입이 지속적으로 요구된다.

다. 공공형 모델로서의 확대 방안

보건소 중심 호스피스완화케어 시스템에 대한 서비스 표준 및 지침을 개발하여 공공형 모델로서의 확대를 위한 연구개발 영역을 강화할 필요가 있다. 이를 위하여 7년간 지자체 예산으로 시행해온 부산광역시 사업

이 전국사업으로 확대될 수 있는 기반으로서 국가시범사업을 통한 지역 기반 호스피스완화케어의 가능성을 확인하는 절차가 요구된다.

제 7 장

결론

제1절 주요 결과

제2절 정책제언

본 연구는 우리 국민의 죽음의 질 나아가 삶의 질 향상에 기여하는 호스피스 완화의료 활성화를 위하여, 높은 수요에도 불구하고 그 특성 상 호스피스 완화의료에 대한 접근 자체에 제약이 따르고 있는 노인장기요양서비스 이용자를 우선대상으로 보고 이들에게 적합한 호스피스 완화의료 제공방안을 마련하고자 추진되었다.

이를 위하여 호스피스 완화의료 제도의 수립에 관여하고 있는 정책입안자와 의료 및 사회복지 분야의 학계 전문가 그리고 호스피스 완화医료를 제공하고 있는 완화의료 전문기관 종사자의 의견을 수렴함과 아울러, 암으로 인한 사망자의 사망특성과 말기 암환자의 호스피스 완화의료 이용에 관한 기존 통계 및 보고자료, 우리 국민의 죽음 및 호스피스 완화의료와 관련한 인식 및 태도를 다룬 기존 연구결과, 노인장기요양보험 급여 대상자 중 암으로 인한 사망자의 사망 전 시기별 의료 및 요양서비스 이용양상 및 이용내역, 노인장기요양시설 관계자를 대상으로 한 표적집단 면접과 온라인 설문조사, 영국과 우리나라 부산광역시의 지역사회 호스피스 완화의료 사업 전략 및 운영 사례 등 관련 자료와 사례들을 폭넓게 수집, 분석, 고찰하였다.

이상의 자료들을 토대로 첫째, 노인장기요양서비스 이용자의 호스피스 완화의료와 관련한 요구와 이에 대응하는 현실여건을 파악하고, 둘째, 노인장기요양서비스 이용자가 호스피스 완화의료에 접근하는데 영향을 미칠 수 있는 장기요양시설(기관)과 호스피스 완화의료 전문기관 그리고 지역사회 호스피스사업 추진 기관 등의 제반 여건에 대해 진단하고, 셋째,

정부가 마련하고 있는 제도나 규정 등이 노인장기요양서비스 이용자의 호스피스 완화의료 이용률을 제고시키는데 있어서 어떻게 역할하고 있는지를 점검하였으며, 이러한 현실진단 및 근거 하에서 노인장기요양서비스 이용자의 호스피스 완화의료 활성화를 위해 필요한 사업이나 활동 등 향후 추진과제에 대해 검토하였다.

각각의 자료에서 파악된 주요 내용과 이를 토대로 한 향후 추진과제는 다음과 같이 요약된다.

제1절 주요 결과

1. 사망자 특성 및 호스피스 완화의료 이용 현황

사망통계와 호스피스 완화의료 이용현황에 대한 보고자료를 통해 파악된 주요 내용은 다음과 같다.

2012년 기준 노인장기요양보험 급여대상자 수는 우리나라 전체 인구의 0.7%, 65세 이상 인구의 5.8%에 해당하고 있는 가운데, 노인장기요양보험 급여대상자의 사망은 우리나라 전체 사망의 29.4%, 65세 이상 인구 사망의 40.6%를 차지하고 있다. 또한, 암으로 인한 사망의 경우에는 노인장기요양보험 급여대상자 암 사망이 우리나라 전체 암 사망의 14.3%, 65세 이상 암 사망의 21.5%를 차지하고 있다.

우리나라에서 호스피스 완화의료 이용자 수는 전문기관 및 병상수의 증가와 함께 꾸준히 증가하고 있다. 호스피스 완화의료 이용자의 연령분포를 토대로 볼 때, 노인장기요양보험 급여대상자 중 호스피스 완화의료 이용자수는 2012년 기준 전체 호스피스 완화의료 이용자(신규입원자)의

약 17.4%로서 나머지 암으로 사망한 노인장기요양보험 급여대상자를 포함할 경우, 호스피스 완화의료 이용률은 현재보다 크게 높아질 것으로 예상된다.⁵²⁾

한편, 2012년 기준 노인장기요양보험 급여대상자의 사회복지시설에서의 사망 비중은 11.3%로서 65세 이상 전체 사망에서의 5.1% 보다 약 2.2배 높다. 이상의 내용을 종합해 볼 때, 호스피스 완화의료의 이용률 제고 등 활성화를 위해서는 노인장기요양보험 급여대상자의 호스피스 완화의료에 대한 접근성을 높이는 일이 우선과제로 여겨지며, 여기에는 노인장기요양시설(기관)과의 연대도 주요 전략 중 하나로서 반드시 고려되어야 할 것으로 보인다.

2. 고령층의 죽음 및 호스피스 완화의료 관련 인식 및 태도

기존 조사자료를 토대로 특히, 젊은 층에 비해 죽음을 예상하기가 쉬운 고령층의 죽음 및 호스피스 완화의료에 대한 인식 및 태도에 대해 고찰한 결과, 몇 가지 눈에 띄는 점은 다음과 같다.

첫째, 임종이 얼마 남지 않은 시점에서 대부분의 노인들은 죽음을 수용하는 자세를 보이고 있다. 둘째, 원하는 임종장소로서 연령이 높아질수록 자택을 선호하는 비중은 줄고 요양시설의 비중은 높아지는 경향에 있다. 셋째, 죽음에 대한 불안감은 주로 말기질환에서의 신체적 고통에 대한 것으로 이는 호스피스 완화의료의 서비스 내용에 대한 선호에서도 유사하게 나타나고 있다. 넷째, 개인별로 호스피스 완화의료에 대한 이해수준에 차이가 있는 가운데, 호스피스 완화의료의 이용의향이나 서비스제공자에

52) 2012년 기준 노인장기요양보험 급여대상자 중 암사망자 9천여명이 추가로 호스피스 완화의료를 이용하는 것으로 가정할 때, 호스피스 완화의료 이용률은 전체 암사망자 대비 약 24%, 65세 이상 암사망자 대비 약 33%에 이를 것으로 추산된다.

대한 선호 등에서 조사대상자나 시대에 따라 일관된 경향을 보이지 않으며 다만, 호스피스 완화의료에 대해 ‘반드시 필요하다’는 인식은 연령과 함께 높아지는 추세에 있다. 다섯째, 호스피스 완화의료의 제공형태로서 노인장기요양시설 내에서 전문가에 의해 호스피스 완화의료이 이루어지는 유형이 현재 시행 중에 있는 호스피스 완화의료 전문병원 다음으로 높은 선호도를 나타내고 있다.

요약하면, 고령층은 요양시설에서의 임종이나 호스피스완화의료에 대하여 젊은 연령층보다 긍정적인 태도를 보이고 있는 가운데, 임종기의 질환으로 인한 신체적 고통에 대한 높은 우려를 통해 완화의료 요구를 드러내고 있다. 이와 같은 결과는 조사설계 상 서로 다른 조사결과를 통해 드러난 것으로, 여러 가지 한계점은 있으나 일반적인 이해와 어느 정도 부합되는 점에서 그 의미를 되새겨보아야 할 것으로 여겨진다.

3. 암으로 사망한 노인장기요양보험 급여대상자의 사망 전 의료 및 요양서비스 이용 실태

노인장기요양보험 등급인정자료, 통계청 사망자료, 건강보험 급여자료, 노인장기요양보험 급여자료 간 연계로부터, 2011~2012년 암으로 사망한 노인장기요양보험 급여대상자 21,108명의 사망 전 1년간 의료 및 장기요양서비스 이용실태를 분석하여 얻어진 주요 결과는 다음과 같다.

전체 급여대상자 사망과 비교하여 사망장소로서 의료기관의 비중은 높고 자택과 사회복지시설의 비중은 낮으며, 노인장기요양등급 인정 후 생존기간으로 6개월 이내 비중이 월등히 높다.

사망 전 1년간 의료 및 요양 서비스 이용형태는 건강보험의 의료서비스와 노인장기요양보험의 재가서비스를 함께 이용한 경우가 반수이상을

차지하고 있으나 사망장소에 따라 차이를 보이는 가운데, 사회복지시설 사망자의 경우에 건강보험의 의료 서비스와 노인장기요양보험의 시설입소 서비스를 함께 이용한 경우가 2011년과 2012년에 각각 60.3%와 63.3%로서 높은 비중과 함께 연차적인 증가도 보이고 있다.

노인장기요양 등급인정 후 생존기간이 짧을수록 의료서비스에만 의존하는 경향을 보이며, 이는 2011년보다 2012년에 더욱 심화하고 있는 등 암 질환을 판정기준에 포함하고 있지 않은 현실을 반영하고 있다.

사망 전 1년간 의료서비스 이용률은 외래서비스, 입원서비스, 투약서비스 순으로 높으며 자택과 사회복지시설 사망자에서 의료기관 사망자에 비해 입원서비스 이용률이 낮다.

사망 전 1년간 의료 및 요양 서비스 이용자당 평균 급여비용은 의료기관 사망, 사회복지시설 사망, 자택 사망 순으로 많으며, 사회복지시설 사망자의 이용자당 급여비용은 의료기관 사망자의 79.8%수준이다.

의료서비스와 요양서비스 이용에 따른 급여비용 중 의료서비스 급여비용은 사망 월이 가까워올수록 증가하는 경향을 보이고 있고 이는 주로 입원서비스로 인해 초래되고 있다.

사망 전 1개월간 연명의료 이용률 약 29%, 사망 전 2주간 연명의료 이용률은 약 16%이며 의료기관 사망자에서 의료기관 사망자에서 보다 높게 나타나고 있다. 그러나 사망 전 1개월간 연명의료 이용자의 연명의료 종류별 이용량은 일부 서비스를 제외하고는 사회복지시설 사망자에서 의료기관 사망자보다 오히려 높은 수준을 나타냄으로써 사회복지시설에서 임종징후 시 중환자실로 이송하는 경향을 반영하였다. 이와 함께, 사망 전 1개월간 연명의료 이용자의 이용자당 급여비용 또한 사회복지시설 사망자와 병원이송 중 사망자에서 중환자실 급여비용이 의료기관 사망자보다 높게 나타나는 등 노인장기요양서비스를 이용하고 있는 말기암환자의

경우에 의료적 요구의 관리나 호스피스 완화의료에 대한 정보 등이 극히 제한된 여건 하에서 불필요한 의료행위에 보다 많이 노출되고 있음을 예상케 하였다.

사망 전 1개월간 마지막으로 이용한 의료기관 유형에서는 의료서비스만 이용한 의료기관 사망자의 경우에 약 반수가 요양병원을 이용하여 노인질환자들의 요양병원에 대한 접근성을 시사하였다. 하지만, 의료서비스만 이용한 사회복지시설 사망자의 경우에는 요양병원의 비중이 낮게 나타나 요양병원을 의뢰기관으로 이용하는 사례가 적음을 시사하였다.

4. 노인장기요양서비스 이용자의 호스피스 완화의료에 대한 노인장기요양시설(기관) 관계자의 인식 및 태도

노인장기요양시설 관계자를 대상으로 표적집단면접조사(FGI)와 온라인 설문조사를 실시한 결과로서 주요 내용은 다음과 같다.

○ FGI 결과

노인장기요양서비스 이용자는 주로 보호자가 의사결정권을 행사하고 있는 가운데, 의료적 요구에 대하여 적극적 치료보다는 완화적 관리를 선호하며 삶을 정리하는 단계로 받아들이는 경향에 있다.

노인장기요양시설의 임종환자 관리 및 호스피스와 관련한 역할이나 책임의식은 과거에 비해 현저히 저하되었으며, 제도적으로나 사회인식면으로나 시설에서의 임종환자 관리를 지원하지 않는 분위기로써, 임종징후 시 의료기관 응급실로 이송하는 추세이다.

하지만, 노인장기요양시설에서는 서비스이용자들이 임종징후 시까지 머물렀던 요양시설에서 편안한 임종을 맞게 하는 것이 바람직하다고 여기고 있으며, 시설별로 다소의 차이는 있으나 특별실(임종실)을 마련하고

직원들은 호스피스에 관한 일반적인 상식을 지니고 있는 등 노인장기요양시설의 상당수가 자체적 임종케어 역량을 어느 정도 갖추고 있다고 여기고 있다.

노인장기요양서비스 이용자의 호스피스 활성화는 편안한 임종을 위해 필요한 통증관리나 수액영양공급 등 의료적 서비스의 제공여하와 관련되며, 시설의 요구나 자체 호스피스 역량에 따라 노인장기요양시설에 호스피스전문기관의 인력을 파견하는 등 호스피스 전문기관(팀)과 요양시설 간 자문 및 협력체계 구축, 호스피스 연계기관 이용 등 다양한 형태가 제시되었으며, 이를 위하여 특히, 전문인력으로 구성되는 자원봉사팀 운영의 활성화와 호스피스 연계기관으로서 보건소를 선호하는 경향을 보이는 등 비영리 공공부문의 참여를 필요로 하고 있다. 또한, 노인장기요양시설에서 호스피스를 제공하려면 요양시설 임종관련 제도 보완, 기본의료패키지 등 서비스제공환경에 대한 개선이 필요하며 그밖에도, 대상자에 대한 구체적 규명을 포함하여 인력의 역량강화와 수가마련 등의 지원책이 필요한 것으로 나타났다.

○ 설문조사 결과

서비스 이용자 가운데 암 환자(의증 진단 포함)가 있는 시설(기관)은 전체의 54.2%이고 이들 시설의 평균 암 환자수는 2.7명이며 전체 서비스 이용자 중 암 환자 비중은 2.9%이다.

임종장소나 임종징후 시의 응급조치내용과 같은 임종관련 상담기록을 작성하여 보유하고 있는 장기요양시설(기관)은 전체의 36.7%이며 입소 시설 중 요양시설이 54.9%로 가장 많다.

종사자 중 호스피스완화의료 교육이수자가 있는 시설(기관)은 전체의 47.5%이며, 전체 종사자 중 교육이수자 비중은 8.7%이다.

정부의 호스피스 완화의료 사업에 대한 인지도로서 사업내용은 ‘매우 잘 안다’ 8.3%, ‘어느 정도 안다’ 46%, ‘잘 모른다’ 38.9%, ‘전혀 모른다’ 6.3%이고, 호스피스 전문기관 지정은 ‘매우 잘 안다’ 3.0%, ‘어느 정도 안다’ 30.9%, ‘잘 모른다’ 49.4%, ‘전혀 모른다’ 16.2%이고, 호스피스 건강보험 급여는 ‘매우 잘 안다’ 2.6%, ‘어느 정도 안다’ 26.2%, ‘잘 모른다’ 44.6%, ‘전혀 모른다’ 26%로서 전반적으로 낮은 수준에 있다.

노인장기요양서비스 이용자의 호스피스 완화의료 이용에 영향을 미치는 요인은 보호자의 호스피스에 대한 인식 75.7%, 요양기관 종사자의 호스피스에 대한 인식 56.8%, 장기요양서비스 대상자 본인의 호스피스에 대한 인식 52.7%, 재정적 여건 48.2%, 서비스 제공장소 35.8%, 서비스 제공자 31.4%, 사전의료의향서 25.4% 순으로 나타났다.

바람직한 호스피스 완화의료 제공방법은 ‘시설과 호스피스 전문기관 간 협동체계 구축’ 38.4%, ‘시설에서 직접 제공’ 24.1%, ‘호스피스 전문기관으로 환자 이송’ 20%, ‘호스피스 전문기관의 방문서비스’ 16.1% 순으로 나타났다.

이상의 결과들은 노인장기요양시설(기관)의 호스피스 완화의료 활성화에 관한 적극적이고 긍정적인 입장을 엿볼 수 있게 하는 측면도 있으나, 호스피스 완화의료의 활성화와 관련하여 실제 이들에게 역할을 부여하기 까지에는 교육 등 상당한 투자와 노력이 필요함을 보여주고 있다.

5. 호스피스 완화의료 사업 전략 및 운영 사례

○ 영국의 질적 임종케어를 위한 사업 및 전략

의료서비스와 사회서비스 재정의 분리 운영 하에서 말기질환자에 대한

임종기 케어가 불필요한 서비스이용을 초래하거나 혹은 중복서비스 등 부적절하게 이루어지고 있는 것과 관련하여, 수요자 중심에서 보건의료와 사회서비스를 통합하려는 시도가 이루어지고 있다.

임종기 통합돌봄프로그램은 3개 지역-Cambridge, Nene, Tobay-의 시범사업에서 실시된 가운데, 이들 지역에서는 환자들이 선택한 장소에서 임종을 맞도록 하는 일, 복잡한 사망인자들을 지닌 노인들에게 케어의 연속성을 보장해 주는 일, 입원의 위험에 노출된 환자들의 병원입원 위험을 낮추는 일을 각각 목표로 삼고 관련기관 간 구조적 협약의 공식화, 응급 시 조치장비(just-in-case bags) 및 교육 패키지 개발, 임종기 환자와 보호자를 위한 돌봄연계센터 운영, 1차진료의사를 위한 노인전문의 연락 핫라인 설치, 퇴원 코디네이터, 영양원 종사인력을 위한 임종케어 훈련프로그램 운영 등을 시행하였으며, 시범사업 평가에서는 전반적인 입원을 저하에 따른 비용 절감과 지역서비스 향상 등의 성과를 보고하고 있다.

반세기동안 시행되어온 호스피스완화의료에도 불구하고 존엄한 죽음을 맞이하지 못하는 많은 경우들에 대하여 임종환자들을 위한 특별 프로그램 _Gold Standard Framework(GSP), Liverpool Care Pathway(LCP), Preferred Priorities for Care(PPC)-의 개발, 임종케어를 위한 일차의료그룹(Primary Care Trust)과 지방정부의 전략적 협력, 임종케어 관련 인력에 대한 체계적 교육 등을 시행하고 있다.

고령화 추세속에서 노인들의 병원이용을 억제하기 위한 민간 요양시설의 설립허용(1990년)이후 급격히 그 수가 증가하고 이에 따른 서비스 질 문제와 부적절한 임종케어가 사회적 이슈로 등장하고 있다. 2008년 보건부는 임종돌봄전략(end of life care strategy)을 마련하고 모든 관련기관과 지역사회에 제공하고 있다.

이와 함께 영양원의 임종케어도 개별 영양원의 역량에 의존하지 않고

지역사회 내 보건의료조직과 사회서비스조직 간 연계 하에서 통합서비스로 전달되도록 함에 따라, 그동안 소외되어 왔던 요양원 인력을 위한 완화의료 교육이 이루어지고 있고 외부기관들(특히, 의료기관)과의 범 분야 협력도 독려되고 있다.

○ 부산광역시 말기암환자 호스피스 사업

부산광역시는 2009년부터 지역사회 중심의 ‘말기암환자 호스피스사업’을 추진하고 있으며 2015년에는 부산광역시 16개 보건소 전체로 사업을 확대하였다.

부산광역시 16개 보건소 전체가 참여하는 2015년 호스피스완화케어 사업에서는 ‘부산광역시 호스피스완화케어 센터’를 중심으로 지역사회 재가말기환자-완화의료전문기관-사회복지시설-보건소 간 호스피스완화케어 서비스전달체계의 구축과 지역사회 내 관련자원 간 연계를 통한 보건의료와 사회서비스의 통합적 제공기반 마련이 추진되고 있다.

부산광역시 말기암환자 호스피스사업의 궁극적인 목적은 부산지역 생애 말기 대상자와 가족의 삶의 질을 높이기 위한 것으로, 이를 달성하기 위하여 호스피스완화케어 서비스 제공, 서비스지원체계 구축, 참여인력 역량강화, 교육·홍보를 통한 인식확산, 서비스질 향상을 위한 평가체계 구축이 주요 사업내용으로 포함되어 있다.

사업의 수준과 성과평가에 대한 결과보고서를 연1회 발간하고 있으며 2014년 사업보고서에 따르면, 호스피스 대상자와 가족의 서비스 만족도는 매우 높은 것으로 나타나고 있다.

동 사업은 보건소 중심 호스피스 완화케어에서 해결해야할 우선과제로서 의료지원 영역에 대한 확대방안을 모색 중에 있으며 이를 통해 공공형 모델로서의 성공적 정착을 기하고 있다.

제2절 정책제언

앞서 주요 결과들은 노인장기요양서비스 이용자에 대한 호스피스 완화의료 활성화를 도모함과 관련하여 부정적 상황과 긍정적 상황을 동시에 보여주고 있다. 즉, 노인장기요양서비스 이용자에 대한 호스피스 완화의료의 필요성과 의의, 노인장기요양시설(기관)의 역할 인식, 활성화를 위한 전략과 사례들에 대한 확인은 긍정적 상황으로 풀이되는 반면에, 노인장기요양보험의 제도적 특성 상 호스피스 완화의료 대상규명에서의 불명확성, 호스피스 완화의료에 대한 접근성을 저해하는 제공기반의 미흡, 제도적 불리나 제약사항 등은 부정적 상황으로 여겨진다.

이에, 부정적 상황을 해소하기 위해 필요한 활동들과 그 추진방법에 대해 제안하면 다음과 같다.

1. 추진과제

○ 노인장기요양보험 급여대상자의 암 진단 및 관리

노인장기요양보험 급여대상자(인정자)는 65세 이상의 노인 또는 65세 미만으로 치매·뇌혈관성질환 등 노인성 질병을 가진 자로서, 노인인구의 증가 속에서 연차적으로 증가하여 2014년에 42만여명으로 65세 이상 노인인구의 6.6%에 이르고 있으며, 향후에는 더욱 증가할 전망이다.

하지만 암 질환이 급여인정기준에 포함되지 않은 상태로서, 암으로 사망한 노인장기요양보험 급여대상자는 주로 의료서비스에 의존하고 있음이 이들의 의료 및 요양 서비스 이용형태와 사망장소를 통해 간접적으로 확인되고 있다.

또한, 급여인정을 받았더라도 노인장기요양서비스를 이용하는 중에 암

에 대한 관리가 제대로 이루어지지 않거나 혹은 새롭게 발생 후 진단조차 이루어지지 않음으로써, 이들의 말기진단은 물론이고 호스피스 완화의료에 대한 접근이 원천적으로 제한될 소지를 지니고 있다. 이와 같은 상황은 사회복지시설에서 사망한 암환자의 사망 전 1개월간 및 2주간 연명의료의 내용과 이용수준 그리고 급여비가 의료기관 사망자보다 많은 경우를 볼 수 있는 데서도 추정이 가능하다.

따라서 노인장기요양보험 급여대상자로서 적어도 65세이상의 중증암 환자를 포함하도록 하는 방안이 검토되어야 할 것으로 보이며, 여기에서 기대되는 바는 단순히 암 질환자로 급여대상자를 확대하여 수적 증가를 가져오는 측면보다는 기존의 노인장기요양서비스 이용자의 암 질환에 대한 진단 확대를 통해 호스피스 완화의료 대상을 조기에 발견하고 이로부터 호스피스 완화의료에 대한 접근성을 제고하는 데 있다고 하겠다.

○ 의료기관 및 사회복지시설의 암 환자 관리지침 마련 및 적용

본 연구 결과, 요양시설(기관)의 경우, 임종환자 관리 및 호스피스와 관련한 역할이나 책임의식이 과거에 비해 현저히 저하되긴 하였으나, 임종과 관련한 상담, 임종실의 구비, 종사자의 호스피스 완화의료 교육이수 등으로 여전히 역할을 수행할 자세와 역량을 어느 정도 갖추었다고 스스로 판단하고 있는 것으로 나타났다.

하지만, 실제적으로는 여러 가지 제약 하에서 임종 징후 시에 의료기관 응급실이나 중환자실로 환자를 이송하는 게 일반화되고 있으며, 호스피스 완화의료에 대한 일관된 지식이나 이해를 갖추지 못하고 있고, 임종과 관련한 상담은 충분히 이루어지지 못하며, 정부가 추진하고 있는 호스피스 완화의료 사업에 대한 인식도 매우 낮은 수준에 머물러 있는 등 기반이나 역량을 어느 정도 갖추고 있는 지 가늠하기 어려운 상태에 있다.

한편, 요양병원은 암으로 사망한 노인장기요양보험 급여대상자의 의료 서비스 이용기관으로서 널리 이용되고 있는 것으로 나타났으며, 사망 전 1개월간 마지막으로 이용한 의료기관에 포함되어 이곳에서 상당수가 연명치료를 이용하고 있음을 예상케 하고 있다.

사회복지시설(노인장기요양시설) 사망자의 경우에 사망 전 1개월간 마지막으로 이용한 의료기관으로 요양병원의 비중은 낮고 상급병원이나 종합병원의 비중이 상대적으로 높게 나타나고 있다. 그리고 이러한 의료기관들은 사망 전 1개월에 이어 사망 전 2주간에도 여전히 다양한 종류의 연명치료를 제공하고 있는 것으로 나타나, 적극적 치료에 치중하는 의료기관의 현 주소를 반영하였다.

이상의 결과들을 종합해 볼 때, 노인장기요양서비스 이용자 중 상당수는 임종징후 시에 요양병원 또는 상급종합병원을 포함한 일반병원의 응급실이나 중환자실에 입원하여 진단을 위한 검사나 연명치료를 받다가 사망하는 것으로, 특정유형의 의료기관이나 시설에 국한하기 보다는 전체 의료기관과 노인장기요양시설(기관)이 암 환자의 호스피스 완화의료에 대하여 일정 부분 역할하도록 유도할 필요성을 시사하고 있다.

이는 노인장기요양+시설(기관) 관계자에 대한 표적집단면접조사와 설문조사 그리고 지역사회 호스피스사업 추진사례에서 인식과 방향을 확인해 볼 수 있으며, 여기에는 현실적용성이 높은 지침의 마련과 보급이 기초가 되어야 할 것으로 보인다.

○ 말기암환자 호스피스 완화의료 지원 포털시스템 구축 및 운영

노인장기요양시설(기관) 조사결과, 말기 상황에서 보호자와의 상담을 통해 연명치료중지에 관한 사전의료의향서를 받고 있는 경우는 전체 응답기관의 26.1%(입소시설 중 요양시설 38.2%), 임종장소나 임종징후 시

의 응급조치내용과 같은 임종관련 상담기록을 보유한 경우는 전체 응답기관의 36.7%(입소시설 중 요양시설 54.9%), 임종실로 사용되는 특별침실을 갖추고 있는 경우는 전체 응답기관의 48.8%(입소시설 중 요양시설 84.3%)로 나타나고 있다. 또한, 종사자 가운데 호스피스 완화의료 교육 이수자가 있는 경우는 전체 응답기관의 47.5%(입소시설 중 요양시설 62.1%)이다.

한편, 정부가 현재 추진 중에 있는 호스피스 완화의료 사업의 인지상태를 보면, 호스피스 내용, 완화의료 전문기관 지정, 호스피스 건강보험 적용에 대하여 ‘모른다’(‘잘 모른다’와 ‘전혀 모른다’)는 경우가 각각 전체 응답자의 45.2%, 65.6%, 70.6%로 높게 나타나고 있다.

또한, 요양시설의 종사자에 대한 호스피스 완화의료 교육, 호스피스 전문기관 인력과의 협조체계 구축, 전문인력으로 구성된 자원봉사자 풀 운영 등이 노인장기요양서비스 이용자에 대한 호스피스 완화의료 활성화를 기하는데 필요하다고 여기는 것으로 나타났다.

이상과 같은 결과는 노인장기요양시설(기관)의 서비스 이용자에 대한 호스피스 완화의료 제공과 관련한 긍정적인 태도를 보여주는 한편, 적절한 정보를 얻는데 제한을 겪고 있음을 시사하는 것으로 풀이된다.

따라서 호스피스 완화의료에 대한 올바른 지식과 방향을 손쉽게 취득하고 공유할 수 있는 통합정보시스템을 구축하여 운영할 필요가 있다.

2. 추진방법

○ 시범사업 실시

이상의 추진과제들은 시행자체에 물론 주안점을 두어야 하지만 가능한 현실적용성을 충분히 고려해야 할 것으로서, 시범사업을 통해 가장 효

과적인 방법을 모색하는 일이 선행되어야 할 것으로 본다. 그리고 여기에는 영국의 임종돌봄을 위한 전략이나 접근방법 그리고 부산광역시의 말기암환자 호스피스 사업과 같은 선진적 경험과 사례들이 많은 도움을 줄 수 있을 것으로 기대된다.

시범사업에서 주안점을 두고 검토되어야 할 사항은 다음과 같다.

- 대상자 부문: 대상자 선별, 사전의료의향서 작성
- 공급자 부문: 참여기관의 범위, 기관유형별 역할 설정, 조정자의 선정, 기관 간 연계범위, 정보공유
- 서비스 부문: 서비스 내용의 분류, 제공절차와 방법
- 서비스전달체계 부문: (지역단위)권역의 설정, 전달체계 수립
- 관리운영 부문: 지침개발, 교육훈련, 홍보, 자원봉사자 조직 및 관리

○ 노인장기요양시설(기관) 조사

또한, 시범사업을 통한 해법의 모색이 보다 효과적으로 추진되기 위해서는 노인장기요양서비스 이용자와 노인장기요양시설(기관)의 특성, 현실 여건, 관련요구 등에 대해 우선 명확히 규명할 필요가 있다.

이와 관련하여 본 연구에서는 노인장기요양시설(기관) 관계자를 대상으로 표적집단면접조사와 설문조사를 실시한 바 있으나 내용이 제한적이고 응답률이 낮은 수준에 그치고 있어서, 조사내용의 확대와 함께 조사결과와의 일반화가 가능한 노인장기요양시설(기관) 조사의 추가적인 수행이 요구되고 있다.

조사에서 파악되어야 할 사항은 다음과 같다.

- 노인장기요양서비스 이용자 관련: 암 질환자의 규모, 진단 상태, 진단 요구, 원하는 임종장소 등 임종관련 요구, 호스피스 완화의료에

대한 인식 및 태도, 사전의료의향서 작성상태 등

- 노인장기요양시설(기관) 관련: 암 질환자 관리와 관련한 제 여건, 종사인력의 호스피스 완화의료관련 인식·태도 및 교육이수 현황, 노인장기요양서비스 이용자를 위한 호스피스 완화의료와 관련한 의견·영향요인, 제약사항, 활성화 방안 등-

참고문헌 <<

- 강창현. (2014). 지역 보건복지 통합접근의 연계수단: 영국 커미셔닝을 중심으로. 보건사회연구, 13(3), pp.143-152.
- 경민호, 장유미, 한경희, 운영호. (2010). 국내 호스피스·완화의료 현황 및 활성화 방안: 호스피스·완화의료 기관 조사를 바탕으로. 한국호스피스·완화의료 학회지, 13(3), pp.143-152.
- 고숙자, 정영호. (2014). 생애말기 케어의 사회적 가치 분석. 한국보건사회연구원.
- 국민건강보험, 건강보험심사평가원. (2015). 2014 건강보험통계연보. 서울.
- 김상희, 최성은, 강성년, 박정숙, 손수경, 강은실, 이영은. (2007). 국내 호스피스 논문 분석, 1991~2004. 한국호스피스·완화의료학회지, 10(3), pp.145-153.
- 김숙남 외. (2015) 2015년 부산광역시 말기암환자 호스피스사업-보건소 중심 호스피스·완화케어 사업-사업계획서, 부산가톨릭대학교 산학협력단
- 김해숙. (2007). 요양시설 노인의 죽음에 대한 인식 탐구. 석사학위논문, 사회복지학과, 경성대학교, 부산.
- 국립암센터. (2015.11.). 2014 호스피스·완화의료 지원사업 현황. <http://hospice.cancer.go.kr> 에서 2015.7.4. 인출.
- 국립암센터. (2014.11.). 2013 호스피스·완화의료 지원사업 현황. <http://hospice.cancer.go.kr> 에서 2015.7.4. 인출.
- 박순영. (2013). 시설 노인과 재가 노인의 죽음에 대한 태도 및 심폐소생술금지(DNR)에 대한 인식 비교. 석사학위논문, 간호학과, 경희대학교.
- 박종연, 이운환, 권진희, 이은미, 이호용, 김용현. (2010). 장기요양과 의료서비스의 통합케어 모형 개발. 서울: 국민건강보험공단.
- 신용석, 김수정, 김정우. (2013). 장기요양보호대상노인의 시설 적응과정에 대한 근거이론적 접근: 내버려진 마음 누그러뜨리기. 한국사회복지학, 65(3), pp.155-182.
- 유혜숙. (2008). 노인요양 복지시설 호스피스 서비스의 활성화방안에 관한 연구: 실태조사를 중심으로. 석사학위논문, 사회복지학과, 삼육대학교, 서울.

- 윤영호, 이영선, 남소영, 채유미, 허대석, 이소우, 홍영선, 김시영, 이경식.
(2004). 품위 있는 죽음과 호스피스·완화의료에 대한 일반 국민들의 태도.
한국호스피스완화의료학회지, 7(1), pp.17-28.
- 윤영호, 허대석(1996). 말기 암환자의 3차의료기관 입원의 문제점, 대한가정의학
회지, 17(5), pp.294-6443.
- 이건세, 윤영호, 김정희, 주지수, 김선민, 김수진, 최진영, 한경희, 장유미, 이영
선, 남은정, 김선영. (2009). 호스피스·완화의료에 대한 인식변화 조사를 통
한 활성화방안 도출과 말기암환자 관리 지침 표준화, 호스피스 완화의료
관리지침 표준화 및 효율적 의료전달체계 구축. 보건복지가족부.
- 이미정. (2005). 고령화 사회의 호스피스·완화의료의 발전방안. 석사학위논문, 사
회복지학과, 명지대학교, 서울.
- 이영은, 최은정, 박정숙, 신성훈. (2013). 호스피스·완화의료에 대한 인식 및 지
식 그리고 죽음에 대한 태도: 일개 지역에서의 의료인을 대상으로. 한국호
스피스완화의료학회지, 16(4), pp.242-252.
- 이인례. (2007). 노인의 죽음에 대한 태도 및 호스피스에 대한 인식. 석사학위논
문, 사회복지학과, 동국대학교, 서울.
- 이선미. (2011). 사망 전 의료이용의 합리적 관리를 위한 진료비 지출구조 분석.
서울: 국민건강보험공단 건강보험정책연구원.
- 이숙. (2005). 한국에서의 호스피스 운영의 활성화 방안. 석사학위논문, 사회복지
학과, 신라대학교, 부산.
- 이원희, 오의금, 김조자, 장규숙, 강세원. (2005). 호스피스 사이버 상담을 위한
프로그램 개발. 한국호스피스완화의료학회지, 8(2), pp.209-215.
- 이은경. (2011). 영국의 보건·복지 협력정책의 역사적 고찰. 한국사회복지행정학,
12(1), pp.27-55.
- 이정렬, 손명세, 이창걸, 이태화, 김광숙, 김기경, 황선영, Welhua Zhang,
Hiroko Komausu, Yann-Fen Chao. (2007). 각국의 호스피스 법령,
수가체계, 운영체계 분석 및 국내 도입방안 연구. 보건복지부.
- 임향숙. (2000). 우리나라 호스피스 Social Worker의 역할에 관한 연구. 석사학

- 위논문, 사회복지학과, 경희대학교, 서울.
- 장경숙. (2003). 시설노인의 죽음에 대한 태도에 관한 연구. 석사학위논문, 사회복지학과, 중앙대학교, 서울.
- 장윤정. (2015). 노인과 호스피스 완화의료, 한국보건사회연구원 보건복지포럼 7월호, pp.38-47.
- 전민정. (2004). 불교계 호스피스 운영실태와 활성화 방안. 석사학위논문, 사회복지학과, 동국대학교, 서울.
- 정은희. (2008). 한국 호스피스 운영에 관한 연구: 노인요양시설을 중심으로. 석사학위논문, 사회복지학과, 동국대학교, 서울.
- 정효운, 정경태, 황원덕, 김영석, 안장혁, 김도희, 박종식, 김경아, 김은희. (2010). 부산경남지역 대학생들의 '호스피스' 인식에 대한 기초 연구: '호모 후마니타스 死生學' 구축을 위하여. 동북아문화연구, 22, pp.153-168.
- 조경미. (2006). 말기 폐암환자 및 가족의 호스피스 요구도. 석사학위논문, 간호학과, 연세대학교, 서울.
- 최영순, 최정규, 태윤희, 김지윤, 김정덕. (2014). 호스피스 완화의료 활성화 방안. 국민건강보험 건강보험정책연구원.
- 하현선(2015). 노인장기요양사업 평가. 서울: 국회예산정책처.
- 한은정, 이정석, 이지혜, 권진희, 문용필. (2014). 노인장기요양보험 인정자의 사망 전 급여이용 실태 분석. 국민건강보험 건강보험정책연구원.
- Bardsley, M., Georgiou, T. & Dixon, J. (2010). *Social care and hospital use at the end of life*. London: Nuttfield Trust.
- Bowman, C. E., Whistler, J. & Ellerby, M. (2004). A national census of care home residents. *Age and Ageing*, 33, pp.561-566.
- Burns, L. R. & Pauly, M. V. (2002). Integrated Delivery Networks: A Detour on the Road to Integrated Health Care?. *Health Affairs*, 21(4), pp.128-143.
- Department of Health. (2008a). High Quality Care for All: NHS Next Stage Review Final Report. London: Author.

- Department of Health. (2008b). *End of Life Care Strategy: Promoting high quality care for all adults at the end of life*. London: Author.
- Department of Health. NHS End of Life Care Programme. (2009. 5. 13). <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk>에서 2015.8.16. 인출.
- Economist Intelligence Unit. (2010). *The quality of death: Ranking end-of-life care across the world*. London: LIEN Foundation The Economist
- Ferrell, B.A. (1995). Pain evaluation and management in the nursing home. *Annals of Internal Medicine*, 123(9), pp.681-687.
- Froggatt, K. (2000). Evaluating a palliative care education project in nursing homes. *International Journal of Palliative Nursing*, 6(3), pp.140-146.
- Glendinning, C., Jacobs, S., Alborz, A. & Hann, M. (2002). A survey of access to medical services in nursing and residential homes in England. *British Journal of General Practice*, 52, pp.545-548.
- Hall, P., Schroder, C. & Weaver, L. (2002). The last 48 hours of life in long-term care: a focused chart audit. *Journal of the American Geriatric Society*, 50(3), pp.501-506.
- Hughes-Hallett, T., Craft, A., Davies, C. & Mackay, I. (2011). Funding the Right Care and Support for Everyone: Creating a fair and transparent funding system. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 25(4), pp.362-364.
- Huskamp, H. A., Kaufmann C. & Stevenson D. G. (2012). The intersection of long-term care and end-of-life care. *Medical Care Research and Review*, 69(1), pp.3-44.
- Lewis, R., Rosen, R., Goodwin, N. & Dixon, J. (2010). *Where Next for Integrated Care Organisations in the English NHS?*. London:

- Nuffield Trust.
- Lloyd, J. & Wait, S. (2006). Integrated Care: A Guide for Policy Makers. Alliance for Health and the Future.
- Marie Curie Palliative Care Institute Liverpool. Liverpool Care Pathway for the Dying Patient. <http://www.mcpcil.org.uk/liverpool-care-pathway/index.htm> 에서 2015.9.11. 인출.
- National Council for Palliative Care and NHS End of Life Care Programme. (2007). Building on Firm Foundations: Improving End of Life Care in Care Homes. London: The National Council for Palliative Care. Author.
- National Hospice and Palliative Care Organization. (2012). NHPCO Facts and Figures: Hospice Care in America. Alexandria, VA: Author.
- NHS. Preferred Priorities for Care Plan. <http://www.endoflife.careforadults.nhs.uk/tools/core-tools/preferredprioritiesforcare> 에서 2015.4.19. 인출.
- NHS choices. (2012. 11. 27), New analysis: What is the Liverpool Care Pathway?. <http://www.nhs.uk/nesw/2012/11November/Pages/What-is-the-Liverpool-Care-Pathway.aspx>에서 2015.10.30. 인출.
- Nuffieldtrust. <http://www.nuffieldtrust.org.uk>에서 2015. 5. 30. 인출.
- Office of Fair Trading. (2005). Care Homes for Older People: A market study. London: Office of Fair Trading.
- Oken, M. M., Creech, R. H., Tormey, D. C., Horton, J., Davis, T. E., McFadden, E. T. & Carbone, P. P. (1982). Toxicity and response criteria of the eastern cooperative oncology group. *American Journal of Clinical Oncology*, 5, pp.649-655.
- Priest, J. (2012). The integration of health and social care. London: BMA.
- RAND Europe & Ernst & young LLP. (2012). National Evaluation of the

- Department of Health's Integrated Care Pilots.
Cambridge: RAND.
- Reynolds, K., Henderson, M., Schulman, A. & Hanson, L.C. (2002)
Needs of the dying in nursing homes. *Journal of Palliative Medicine*,
5(6), pp.895-901.
- Seymour, J.E., Kumar, A. & Froggatt, K. (2011). Do nursing homes for
older people have the support they need to provide end-of-life
care?: A mixed methods enquiry in England. *Palliative Medicine*,
25(2), pp. 125-138.
- Shortell, S.R., Addicott, N.W. & Ham, C. (2014). Accountable care
organisations in the United States and England: Testing, evaluating
and learning what works. London: King's Fund.
- Teno, J.M., Clarridge, B.R., Casey, V. Welch L.C., Wetle, T., Shield,
R., & Mor, V., Family perspectives on end-of-life care at the last
place of care. *Journal of the American Medical Association*,
291(1), pp.88-93.
- The Gold Standards Framework. [http://www.goldstandardsframe
work.nhs.uk](http://www.goldstandardsframework.nhs.uk) 에서 2015. 9. 8. 인출.
- Turner, M., Payne, S. & Froggatt, K. (2009). Evaluation of end of life care
initiatives in care homes on the Fylde Coast. Lancaster: International
Observatory on End of Life Care.
- UK Government Department of Health. (2015. 5. 8.) 2010 to 2015
Government Policy: Health and Social Care Integration.
[http://www.gov.uk/government/publications/2010-to-2015-gov
ernment-policy-health-and-social-care-integration](http://www.gov.uk/government/publications/2010-to-2015-government-policy-health-and-social-care-integration).에서
2015.6.20 인출.
- Vandenberg, E.V., Tvrdik, A. & Keller, B.K. (2006). Use of the quality
improvement process in assessing end-of-life care in the

- nursing home. Journal of the american medical directors association, 7(3), pp.82-87.
- Victoria State Government, http://www.health.vic.gov.au/__data/assets/pdf_file/0006/356667/Feb-2011-Guidance-Note-for-the-Verification-of-Death.pdf에서 2015.8.27. 인출.
- Macmillan Cancer Support 2015. <http://www.macmillan.org.uk/Aboutus/AboutUsHome.aspx>에서 2015.8.27. 인출.
- WHO Worldwide Palliative Care Alliance. (2014). *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. London: Author.

호스피스·완화의료 활성화를 위한 장기요양시설(기관) 조사표

안녕하십니까?

호스피스 완화의료는 말기암환자가 임종 시까지 겪게 되는 신체적·정신적·사회적·영적 고통을 줄여줌으로써 죽음의 질을 높이고자 제공되는 서비스입니다.

우리나라에서 호스피스·완화의료는 아직 활성화되지 못하고 있는 가운데, 우리 국민의 죽음의 질은 OECD 30개 국가를 포함한 세계 40개 국가 중 32위인 낮은 수준으로 평가된 바 있습니다(EIU, 2010).

본 조사는 당 연구원에서 수행중인 호스피스·완화의료 활성화방안 연구의 일환으로서 특히, 노인장기요양대상자를 위한 관련제도 마련에 기초정보로 활용될 것입니다.

모든 응답내용은 통계법 제33조(비밀보호)에 의거하여 통계적인 목적 이외에는 사용되지 않음을 약속드립니다.

귀하의 성실한 답변을 부탁드립니다.

감사합니다.

2015년 9월

- 연구기관: 한국보건사회연구원
- 연구책임자: 최정수 연구위원 (044-287-8318)

※ 조사표 작성 요령

- 장기요양시설(기관)별 한분이 대표로 작성해 주시기 바랍니다.
- 해당사항을 선택 또는 내용을 기재하고 '*모두 표시' 등 유의사항을 확인하시기 바랍니다. (필수응답 항목의 경우 없음은 '0'으로 기재바랍니다.)
- 화면을 밑으로 내리면서 끝까지 응답해주시고 조사종료 버튼을 눌러주십시오. 조사 종료 후에는 수정이나 재작성이 불가능하오니 유의하여주시기 바랍니다.

- 조사 관련 문의

- 강아람 연구원: 044) 287-8358, chohada@kihasa.re.kr
- 최정은 연구원: 044) 287-8150, seongeun@kihasa.re.kr

* 표시는 필수응답

○ 응답자 정보

*1. 소속기관

① 시설(기관)명: _____

② 시설(기관) 대표번호: () - () - ()

*2. 직위/직종(*복수직의 경우, 모두 표시):

- ☐① 시설장 ☐② 사무국장 ☐③ 사회복지사 ☐④ 영양보호사
☐⑤ 간호사 ☐⑥ 간호조무사 ☐⑦ 사무원 ☐⑧ 기타()

*3. 성별:

- ☐① 남자 ☐② 여자

*4. 나이(단):

- ☐① 20세미만 ☐② 20-29세 ☐③ 30-39세 ☐④ 40-49세
☐⑤ 50-59세 ☐⑥ 60세이상

*5. 현 장기요양시설(기관) 근무기간: _____년부터

I. 장기요양시설(기관) 개요

※ 귀하께서 근무하고 있는 시설(기관)의 일반현황에 관한 질문입니다.

*6. 가입단체(*복수 가입의 경우, 주 가입단체 택일):

- ☐① 한국노인복지중앙회 ☐② 한국재가노인복지협회
☐③ 한국노인장기요양기관협회 ☐④ 한국장기요양정보나눔회

*7. 소속지부:

- ☐① 서울 ☐② 부산 ☐③ 대구 ☐④ 인천 ☐⑤ 광주 ☐⑥ 대전 ☐⑦ 울산
☐⑧ 세종 ☐⑨ 경기 ☐⑩ 강원 ☐⑪ 충북 ☐⑫ 충남 ☐⑬ 전북 ☐⑭ 전남
☐⑮ 경북 ☐⑯ 경남 ☐⑰ 제주

*8. 소재지역:

- ☐① 서울 ☐② 부산 ☐③ 대구 ☐④ 인천 ☐⑤ 광주 ☐⑥ 대전 ☐⑦ 울산
☐⑧ 세종 ☐⑨ 경기 ☐⑩ 강원 ☐⑪ 충북 ☐⑫ 충남 ☐⑬ 전북 ☐⑭ 전남
☐⑮ 경북 ☐⑯ 경남 ☐⑰ 제주

*9. 기관유형:

- ☐① 노인요양시설 ☐② 노인요양공동생활가정 ☐③ 양로시설 ☐④ 재가서비스기관

*10. 제공서비스(*모두 표시):

- ☐① 입소 ☐② 방문요양 ☐③ 방문목욕 ☐④ 방문간호 ☐⑤ 주야간보호
☐⑥ 단기보호 ☐⑦ 복지용구

*11. 설립형태:

- ☐① 개인 ☐② 사회복지법인 ☐③ 사단법인 ☐④ 의료법인 ☐⑤ 재단법인
☐⑥ 학교법인 ☐⑦ 기타

*12. 종사인력수(*1일 평균 3시간미만 근무자 제외): 총 _____명

*13. 종사인력 중 활동분야별 인원(*복수직일 경우 주 활동분야로 택일):

- ① 사회복지사 _____명, ② 간호사 _____명, ③ 간호조무사 _____명, ④ 요양보호사 _____명,
 ⑤ 물리치료사·작업치료사 _____명, ⑥ 영양사 _____명, ⑦ 조리원 _____명, ⑧ 위생원 _____명,
 ⑨ 기타 _____명

*14. 운영주체가 동일한 요양병원 설립여부:

- ☐ ① 예 (☞ 15번 문항) ☐ ② 아니오(☞ 16번 문항)

15. (*14번 문항 ①번 선택 경우) 운영주체가 동일한 요양병원의 소재지:

- ☐ ① 요양시설과 동일 지역 ☐ ② 타 지역

16. 의료관리(의사) 담당:

- ☐ ① 촉탁의(☞ 18번 문항) ☐ ② 협력기관(☞ 17번 문항)
☐ ③ 해당없음(☞ 18번 문항)

17. (*16번 문항 ②번 선택 경우) 협력기관 개소 수: __ 개소

Ⅱ . 장기요양서비스대상자 특성

※ 귀하께서 근무하는 시설(기관)을 이용 중인 장기요양서비스대상자에 관한 질문입니다.
개인별 상담기록을 토대로 작성바랍니다. 질문별 총 대상자수는 현원과 같습니다.

*18. (현원) 조사일 현재, 장기요양서비스대상자는 총 몇명입니까?: __명

*19. 장기요양등급별: ① 1등급 __명, ② 2등급 __명, ③ 3등급 __명, ④ 4등급 __명,
⑤ 5등급 __명, ⑥ 일반(등급 외) __명

*20. 암 진단상태별(의증 진단 포함): ① 암 있음__명, ② 암 없음__명, ③ 모름__명

*21. 사전의료의향서 작성상태별: ① 작성함__명, ② 작성안함__명, ③ 모름__명

*22. 임종에 대비한 상담기록(임종장소, 응급조치 등) 보유 여부별:

- ① 있음: __명 (☞ 23번 문항) ② 없음: __명 (☞ 25번 문항)

23. (*22번 문항 ‘있음’ 선택 경우) 원하는 임종장소:

- ① 가정(자택) __명, ② 요양시설(기관) __명, ③ 병의원 __명,
④ 기타() __명, ⑤ 모름(파악 안됨) __명

24. (*22번 문항 ‘있음’ 선택 경우) 임종징후 시 원하는 조치내용:

- ① 병의원(응급)이송__명, ② 요양기관에서 임종케어__명,
③ 가정(자택)에서 임종케어__명, ④ 추후 논의__명, ⑤ 모름(파악안됨)__명

Ⅲ. 말기질환자 관리 및 호스피스·완화의료 교육 현황

※ 귀하께서 근무하는 시설(기관)의 임종케어 및 호스피스와 관련한 질문입니다.

*25. 귀 기관에는 특별침실(임종실)이 있습니까?

- ☐① 있음 ☐② 없음 ☐③ 해당없음(재가서비스기관)

*26. 귀 기관에서는 치유가 불가능한 질병으로 인해 2~3개월 내 사망할 것으로 예상되는 말기질환자(임종 징후가 보여 병원으로 이송되었다가 돌아온 경우 포함)에 대하여 어떻게 관리(케어)하고 있습니까?

- ☐① 일반대상자와 동일하게 관리 ☐② 집중관리(임종케어 등)
☐③ 보다 적절한 기관으로 이송(의뢰) 추진 ☐④ 기타_____

*27. 귀 기관에는 호스피스에 대한 교육을 이수한 종사자가 있습니까?

- ☐① 있음(☞ 27번 문항) ☐② 없음 (☞ 29번 문항)

*28. (*27번 문항 ①번 선택 경우) 호스피스 교육 이수자 인원:

- ☐① 시설장 ☐② 사무국장 ☐③ 사회복지사__명 ☐④ 요양보호사__명
☐⑤ 간호사__명 ☐⑥ 간호조무사__명 ☐⑦ 기타()__명

*29. 귀하께서는 호스피스 교육을 받아 보신 적이 있습니까?:

- ☐ ① 예(☞ 30번 문항) ☐ ② 아니오(☞ 31번 문항)

30. (*29번 문항 ①번 선택 경우) 호스피스 교육을 어디에서 받으셨습니까? (*모두 선택)

- ☐ ① 정부공공기관 ☐ ② 종교, 봉사단체 ☐ ③ 병원 등 의료기관
☐ ④ 사회복지단체 ☐ ⑤ 호스피스·완화의료 전문기관 ☐ ⑥ 전문요양시설(기관)
☐ ⑦ 기타()

IV. 호스피스에 대한 인식 및 관련 의견

※ 귀하의 호스피스에 대한 인식 및 의견에 관한 질문입니다.

◎ 우리 정부는 말기암환자에 대한 호스피스·완화의료로 다음과 같이 실시하고 있으며, 확대방안을 모색 중에 있습니다.

호스피스·완화의료는 말기암환자가 무의미한 연명치료 보다는 통증, 구토, 호흡곤란 등 환자를 힘들게 하는 신체적 증상을 적극적으로 조절하고 환자와 가족의 심리사회적, 영적 어려움을 도와 말기암환자와 그 가족의 고통을 경감시켜 삶의 질을 향상시키는 것을 목표로 하는 것으로, 호스피스전문기관의 의사, 간호사, 사회복지사, 성직자, 자원봉사자 등으로 구성된 호스피스·완화의료팀을 통해 제공됩니다.

호스피스전문기관은 병·의원, 종합병원 및 한의원·한방병원 중 「암관리법」제22조에 따라 인력·시설·장비 등의 기준을 갖춘 의료기관으로서 2015년 7월 기준, 전국적으로 56개 기관이 지정되었으며 이들 기관의 말기암 호스피스 입원에 대해서 7월15일부터 건강보험이 적용되고 있습니다. 이와 함께 가정으로 의료진 등이 방문하여 호스피스를 제공하는 ‘가정 호스피스’도 추진할 계획으로 있습니다.

그러나 우리나라 암 환자들이 말기암 선고를 받고 호스피스를 이용하는 경우는 12.7%(‘13년 기준)에 그치고 있으며, 입중에 임박하여 호스피스를 선택함으로써 환자와 보호자 모두 충분한 혜택을 받지 못하는 실정입니다.

*31. 귀하께서는 위에 기술된 호스피스의 내용에 대해 얼마나 알고 계십니까?

- ☐ ① 매우 잘 알고 있다 ☐ ② 어느 정도 알고 있다
☐ ③ 들어 봤지만 잘 모른다 ☐ ④ 전혀 모른다(들어본 적 없다)

*32. 귀하께서는 위에 기술된 우리 정부의 호스피스 정책 중 호스피스전문기관 지정에 대해 얼마나 알고 계십니까?

- ☐① 매우 잘 알고 있다 ☐② 어느 정도 알고 있다
☐③ 들어 봤지만 잘 모른다 ☐④ 전혀 모른다(들어본 적 없다)

*33. 귀하께서는 위에 기술된 우리 정부의 호스피스 정책 중 호스피스 건강보험 적용에 대해 얼마나 알고 계십니까?

- ☐① 매우 잘 알고 있다 ☐② 어느 정도 알고 있다
☐③ 들어 봤지만 잘 모른다 ☐④ 전혀 모른다(들어본 적 없다)

*34. 호스피스가 귀 시설(기관)의 장기요양서비스대상자에게 얼마나 필요하다고 생각하십니까?

- ☐① 반드시 필요하다 ☐② 필요한 편이다 ☐③ 필요하지 않은 편이다
☐④ 전혀 필요하지 않다 ☐⑤ 모르겠다

35. 호스피스를 귀 기관의 장기요양서비스대상자가 이용하는 데 영향을 미치는 요인은 무엇이라고 생각하십니까? (모두 선택)

- ☐① 사전의료의향서 작성여부 ☐② 대상자 본인의 호스피스에 대한 인식
☐③ 대상자 가족의 호스피스에 대한 인식 ☐④ 요양기관 종사자의 호스피스에 대한 인식
☐⑤ 재정적 여건 ☐⑥ 서비스제공자 ☐⑦ 서비스제공 장소 ☐⑧ 기타()

36. 호스피스를 귀 기관의 장기요양서비스 대상자가 이용하는데 영향을 미치는 요인 가운데, 가장 우선순위가 높은 것은 무엇입니까? (택일)

- ☐① 사전의료의향서 작성여부 ☐② 대상자 본인의 호스피스에 대한 인식
☐③ 대상자 가족의 호스피스에 대한 인식 ☐④ 요양기관 종사자의 호스피스에 대한 인식
☐⑤ 재정적 여건 ☐⑥ 서비스제공자 ☐⑦ 서비스제공 장소 ☐⑧ 기타()

266 호스피스 완화의료 활성화 방안-노인장기요양서비스 이용자를 중심으로

37. 장기요양서비스대상자의 호스피스 활성화를 위해 정부 지원이 필요한 부분은 무엇입니까?(모두 선택)

- ☐① 재정적 지원 ☐② 전문적인 교육 및 훈련 제공
☐③ 호스피스 관련 정보 제공 ☐④ 의뢰체계 및 네트워크 확립
☐⑤ 시설 지원(장비) ☐⑥ 보험수가 인상 ☐⑦ 기타()

38. 장기요양서비스대상자의 호스피스 활성화를 위한 정부의 지원 가운데, 가장 우선순위가 높은 것은 무엇입니까? (택일)

- ☐① 재정적 지원 ☐② 전문적인 교육 및 훈련 제공
☐③ 호스피스 · 완화의료 관련 정보 제공 ☐④ 의뢰체계 및 네트워크 확립
☐⑤ 시설 지원(장비) ☐⑥ 보험수가 인상 ☐⑦ 기타()

*39. 장기적으로, 장기요양서비스대상자에게 가장 바람직한 호스피스 · 완화의료 제공방법은 무엇이라고 생각합니까?

- ☐① 장기요양시설(기관)에서 인력·시설·장비 등의 기준을 갖추어 직접 제공
☐② 장기요양시설(기관) 내 촉탁의, 간호사, 사회복지사, 영양보호사, 자원봉사자 등의 인력과 호스피스전문기관 인력 간 협동체계 구축을 통해 제공
☐③ 호스피스전문기관 내 호스피스팀이 장기요양시설(기관) 혹은 재가서비스가정에 방문하여 제공
☐④ 호스피스전문기관으로 장기요양서비스대상자 이송(의뢰)
☐⑤ 기타()

♡ 귀하의 성실한 답변에 진심으로 감사드립니다. ♡

간행물회원제 안내

▶ 회원에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

▶ 회원종류

- 전체간행물회원 : 120,000원
- 보건분야 간행물회원 : 75,000원
- 사회분야 간행물회원 : 75,000원
- 정기간행물회원 : 35,000원

▶ 가입방법

- 홈페이지(www.kihasa.re.kr) - 발간자료 - 간행물구독안내

▶ 문의처

- (30147) 세종특별자치시 시청대로 370 세종국책연구단지 사회정책동 1F~5F
간행물 담당자 (Tel: 044-287-8157)

KIHASA 도서 판매처

- | | |
|---|---|
| ■ 한국경제서적(총판) 737-7498 | ■ 교보문고(광화문점) 1544-1900 |
| ■ 영풍문고(종로점) 399-5600 | ■ 서울문고(종로점) 2198-2307 |
| ■ Yes24 http://www.yes24.com | ■ 알라딘 http://www.aladdin.co.kr |

연구보고서 발간자료 목록

발간번호	보고서명	연구책임자
연구 2015-01	의료이용 합리화를 위한 실태분석과 제도 개선방안	김남순
연구 2015-02	보건의료인력의 연수교육 개선방안	오영호
연구 2015-03	의료패러다임 변화에 따른 미래 보건의료산업 정책과제	김대중
연구 2015-04	한국의 건강불평등 지표와 정책과제: 건강불평등 완화를 위한 전략	김동진
연구 2015-05	2015 한국 의료 질 보고서: 의료서비스 질 향상에 대한 의료시스템의 성과와 과제	강희정
연구 2015-06	보건의료 공급체계 재설계를 통한 국민의료비 합리화 방안	정영호
연구 2015-07	호스피스·완화의료 활성화 방안 -노인장기요양서비스 이용자를 중심으로	최정수
연구 2015-08	주요 소득보장정책의 효과성 평가 연구	강신욱
연구 2015-09	돌봄·보건의료 연합서비스(Joned-up Services)공급 모형에 관한 전망과 과제	박세경
연구 2015-10	가족형태 다변화에 따른 부양체계 변화전망과 공 사 간 부양분담방안	김유경
연구 2015-11	공공 사회복지 전달체계의 변화와 정책적 함의	이현주
연구 2015-12	각국 공공부조제도 비교 연구: 스웨덴&프랑스&미국 편	임완섭
연구 2015-13	사회보장 역할분담 구조 변화와 정책적 대응방안 연구	정해식
연구 2015-14	시간제 일자리 확산이 소득불평등과 빈곤에 미치는 영향	김현경
연구 2015-15	사회보장재정 재구조화를 위한 중장기 전략연구	고제이
연구 2015-16	사회보장재정과 경제 선순환 국제비교연구	유근춘
연구 2015-17	공·사적 연금 체계의 노후소득보장 효과 전망과 발전 방향	우해봉
연구 2015-18	사회보장 중장기 재정추계 모형 개발을 위한 연구: 장기재정전망과 재정평가	신화연
연구 2015-19	사회복지법인의 재정운용 실태와 제도개선 방안	고경환
연구 2015-20	지역단위 복지서비스 수요·공급 분석	정홍원
연구 2015-21-01	가족변화에 따른 결혼·출산행태 변화와 정책과제	이삼식
연구 2015-21-02	임신·출산 및 영아기 양육 인프라의 형평성과 정책과제	이소영
연구 2015-21-03	동아시아 국가의 가족정책 비교연구	신윤정
연구 2015-21-04	여성노동·출산 및 양육행태와 정책과제	박종서
연구 2015-21-05	저출산·고령사회 동태적 분석을 위한 지역추적조사(III) -정릉3동·영등2동·소태면 사례를 중심으로	오영희

발간번호	보고서명	연구책임자
연구 2015-21-06	은퇴전환기 중고령자의 일·여가현황과 여가증진방안 연구	강은나
연구 2015-21-07	노인돌봄(케어)서비스의 제공주체간 역할정립과 연계체계 구축	선우덕
연구 2015-21-08	연령통합 지표 개발과 적용	정경희
연구 2015-21-09	인구구조 변화와 사회보장 재정의 사회경제적 파급 효과 연구	원종욱
연구 2015-21-10	자출산 극복을 위한 아동보호체계 국제비교 연구: 한중일 비교를 중심으로	류정희
연구 2015-21-11	소셜 빅데이터 기반 저출산 정책 수요 예측	송태민
연구 2015-22	한국사회의 사회심리적 불안의 원인분석과 대응방안	이상영
연구 2015-23	건강영향평가 사업 운영	김정선
연구 2015-24	한국형 복지모형 구축: 생애주기별 소득·자산·소비 연계형 복지모형 구축	여유진
연구 2015-25	사회통합 실태진단 및 대응방안 II: 사회통합과 사회이동	여유진/정해식
연구 2015-26	정책결정자의 사회통합 인식에 관한 연구	김미곤
연구 2015-27	아시아 각국의 복지제도 비교연구: 소득보장체계를 중심으로	노대명
연구 2015-28	지방자치단체 복지정책평가센터 운영	강혜규
연구 2015-29	보건복지통계정보 통합 관리 및 운영	오미애
연구 2015-30-1	국민건강과 안전을 위한 아동안전전략 구축방안 -아동손상예방 전략을 중심으로	김미숙
연구 2015-30-2	국민건강과 안전을 위한 식품안전전략 구축방안	김정선
연구 2015-31	2015년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사	이삼식
연구 2015-32	2015년 한국복지패널 기초분석: 한국복지패널로 본 한국의 복지실태	노대명
연구 2015-33	2013 한국의료패널 기초분석보고서(II)-만성질환, 임신·출산, 보건의식행태-	이수형
연구 2015-34	2015년 빈곤통계연보	정은희
연구 2015-35	2015년 소셜 빅데이터 기반 보건복지 이슈 동향 분석	송태민
연구 2015-36	의료기술 혁신과 의료보장체계의 지속성을 위한 국제동향과 정책과제	박실비아
연구 2015-37	보건분야 국제공동연구사업: 주요국 보건의료산업 육성정책 변화와 동향연구	김대중