

노인과 호스피스 완화의료

The Elderly and Hospice Palliative Care



장윤정 국립암센터 호스피스 완화의료사업과장

최근 우리나라에서는 삶의 질 향상과 호스피스 완화의료의 제도적 활성화에 관심이 높아지고 있다. 호스피스 완화의료의 철학을 바탕으로, 노인대상의 보건의료제도는 이제 ‘노인이 가진 질환치료와 관리’ 중심의 관점에서 ‘질환을 가지고 있는 노인이 일상생활의 영유와 삶의 질 향상’으로 목표를 전환해야 할 때가 도래했다. 질환 치료중심의 관리체계를 확대하여 질환의 특성에 따라 개별화된 완화의료적 접근(palliative care approach)과 통합된(integrated) 전인돌봄(holistic care)이 질환을 가진 노인에게 제공될 때, 진정한 삶의 질 향상과 죽음의 질 보장이 가능할 것이다. 이를 위해 정책적 지원과 사회적 운동이 필요하다.

1. 들어가며

호스피스의 어원은 “hospitality”로 중세시대에 긴 여행 동안의 아프고 힘든 여행자에게 휴식처와 피난처를 말한다. 이 용어가 임종을 앞둔 환자에게 제공되는 특별한 의료의 영역에 적용되기 시작한 것은 1948년부터 영국에서 처음으로 시슬리 선더스(Cicely Saunders)가 근대 호스피스를 시행하기 시작하면서 부터이다. 1967년에는 세인트 크리스토퍼 호스피스(St. Christopher’s Hospice)를 개설 하면서 전문적으로 임종을 앞둔 환자를 적극적으로 돌보는 의료기관에서 말기질환자를 전문적

로 돌보는 의료이 제공되었다. 그 이후 전세계적으로 호스피스 기관이 확산되었다¹⁾.

호스피스는 전통적으로는 임종을 앞둔 환자들 돌보는 장소적 개념이 강했다면, 근대 의료의 영역으로 들어오면서 호스피스기관을 중심으로 제공되는 의료서비스를 완화의료라 할 수 있으며, 현대에는 완화의료의 개념이 확대되면서 완화의료 대상질환이나 제공시기, 제공방법도 확대되고 있다. 호스피스와 완화의료는 나라마다 보건의료상태, 문화, 역사, 의료제도에 따라 다양하게 발전되어 왔다. 호스피스 완화의료의 발전은 삶의 질(quality of life) 뿐만 아니라 죽음의 질(quality of death)과

1) History of Hospice care, National Hospice and Palliative Care organization, accessed May 2015 at: <http://www.nhpc.org/history-hospice-care>

밀접하다.

이에 본 원고에서는 호스피스 완화의료의 개념을 우리나라의 노인을 위한 보건의료체계에 어떻게 적용시킬 수 있을지에 대해 살펴보고자 한다.

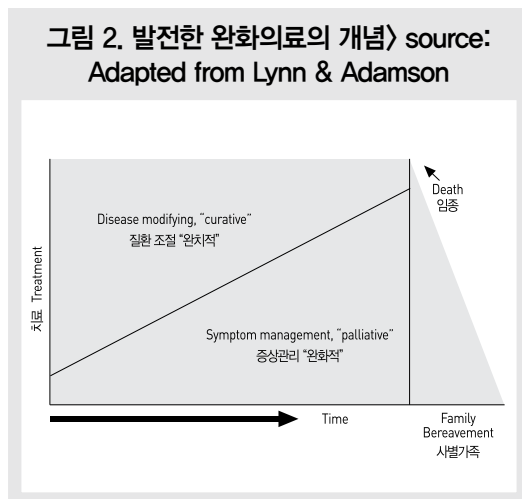
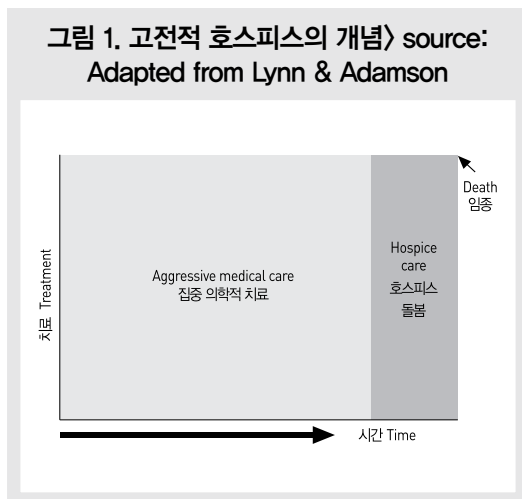
2. 호스피스 완화의료의 개념²⁾

호스피스³⁾는 전문 보건의료인과 자원봉사자에 의해 제공되는 말기 돌봄이다. 의학적·심리사회적·영적인 지원을 하며 목표는 평화로운 죽음, 편안, 존엄을 갖도록 돕는 것이다. 돌봄 제공자들은 환자들이 한 사람으로 가능한 또렷한 의식과 편안함 속에서 통증과 다른 증상을 조절하도록 노력한다. 호스피스 프로그램은 환자의 가족 또한 도와주도록 프로그램을 제공한다. 초창기의 고전적 호스

피스는 집중적 의학치료와 분리된 형태의 의료로 제공되었다.

세계보건기구(World Health Organization, WHO)는 2002년도에 완화의료(palliative care)에 대해 다음과 같이 정의하였다. 완화의료는 질환과 관련하여 문제를 가진 환자와 가족의 삶의 질 향상에 목적을 둔 접근으로, 통증이나 신체적, 심리사회적, 영적 문제를 조기에 발견하고 평가, 치료를 함으로써 고통을 예방하고 완화시킨다. 이러한 완화의료는 증상관리 뿐 아니라, 심리사회적 지지, 영적지지, 임종 돌봄과 사별가족 돌봄 등 다양한 삶의 질 향상을 위한 의료적·복지적 서비스이다.

2014년에 개최된 제67회 세계보건총회(World Health Assembly)에서는 ‘완화의료의 강화’에 대해 ‘질환의 연속성(disease continuum) 안에서 질



2) http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98418/E82931.pdf 에서 인출

3) <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/hospicecare.html>, Definition of hospice. MedlinePlus. Accessed November 2013

〈완화의료의 내용〉

- (1) 통증과 여러 디스트레스 증상을 완화시킴.
- (2) 삶을 지지하고 죽음을 자연스러운 과정으로 받아들이م.
- (3) 죽음을 앞당기거나 지연하는 시도를 하지 않음.
- (4) 환자의 돌봄에 심리적이고 영적인 부분을 통합시킴.
- (5) 임종하기 전까지 환자가 삶 속에서 가능한 활동을 유지할 수 있게 지원체계를 제공함.
- (6) 환자와 가족의 요청에 팀차원으로 서비스를 제공함.
- (7) 질환의 경과 중에 환자와 가족의 삶의 질을 향상시키려 노력함.
- (8) 만약 조기에 제공할 수 있다면, 질환조절 치료와 연계하여 제공함.
- (9) 디스트레스 관련 임상적 합병증을 관리하고 이해를 돕는 연구를 시행함.

병치료와 함께 보건의료 체계에 통합적으로 제공' 하도록 제시하고 있다⁵⁾.

WHO에서는 호스피스에 대해서는 별도로 정의 하고 있지 않은데, 나라마다 완화의료를 제공하는 제도가 다르며, 일부 국가에서 '호스피스' 또는 '완화의료'라는 이름으로 완화의료 중 한 서비스인 말기 돌봄(end-of-life care)을 시행하고 있다. 완화의료의 제공은 다음과 같은 단계로 질환의 전 과정

중에 환자와 가족에게 제공되어야 한다.

그러나 각 나라별 제공 현황은 다양한 차이를 보이며, 각 나라의 보건의료 제도와 질환의 현황에 따라 다양하게 발전하고 있다.

전통적으로 호스피스나 오랫동안 지역사회 속에서 발전한 영국이나 호주 같은 나라에서는 호스피스기관은 지역사회의 주민센터와 같은 역할을 하며 50%에서 70%가 기부금으로 운영되며 자발

표 1. 완화의료 제공 단계⁶⁾

	제공서비스	제공자	서비스
1단계 완화의료	완화의료적 접근 (palliative care approach)	모든 의료인	통증 등 증상조절과 심리적 지지
2단계 완화의료	보편적 완화의료 (General palliative care)	완화의료 교육을 추가로 받은 의료인	신체적, 심리사회적, 영적 돌봄과 지지
3단계 완화의료	특화된 완화의료 (Specialist palliative care)	완화의료 전문팀, 완화의료 전문가	전문팀에 의한 고난이도의 전문적인 완화의료 서비스 제공

5) http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_31-en.pdf

6) Levels of Palliative Care.

<http://hospicefoundation.ie/healthcare-programmes/palliative-care/palliative-care-for-all/advancing-neurological-illness/13332-2/levels-of-palliative-care/>

적으로 참여하는 자원봉사자에 의해 운영이 되고 있다. 또한 가정이나 너싱홈 등 거주지 중심의 관리체계를 가지고 있으며, 의료와 통합적으로 제공된다. 이를 제도적으로 먼저 받아들인 일본이나 대만 같은 아시아 국가들은 여러 시행착오를 겪으며 발전하고 있다.

완화의료는 인본주의적 인성과 의사소통능력 등을 가진 전문인력에 의해서 제공될 때 실제적 서비스가 가능하나, 이제껏 우리나라의 보건의료인의 양성과정은 주로 치료와 진단 중심의 기술과 지식으로 되어 있어 이에 대한 준비는 미흡하기만 했다.

본 원고에서는 질환의 전 주기에 제공되어야 하는 완화의료를 완화의료로, 말기에 제공되어야 하는 것은 '호스피스 완화의료'로 사용하기로 하겠다.

2. 호스피스 완화의료 대상 질환과 그 특징

세계보건기구(WHO)에서는 초기에는 완화의료의 대상질환을 생명을 위협하는 말기질환(terminal illness with life-threatening)으로 한정하여 제시하였으나, 점차 대상질환과 제공시기를 확대하였다. 최근에 세계보건기구에서 제시하는 완화의료의 대상 질환은 암, HIV감염/후천성 면역결핍증(AIDS), 만성호흡부전(chronic respiratory disease), 당뇨(diabetes), 간경변증(liver cirrhosis),

알츠하이머 치매와 기타 치매, 급사를 제외한 심혈관질환, 신부전증, 다발성경화증(multiple sclerosis), 파킨슨병(Parkinson's disease), 류마티스 관절염(rheumatoid arthritis), 약제 저항성 결핵(drug resistant Tuberculosis) 등이 있다. 이는 대부분의 노인성 질환과 관련되어 있다는 것을 알 수 있다.

이 질환들을 질환의 진행도에 따른 환자의 활동과 기능의 변화에 따라 다음과 같이 3군으로 구별할 수 있으며 그에 따른 특징은 다음과 같다⁷⁾⁸⁾.

1) 암성질환

암질환의 경우는, 진단 이후로 항암치료와 함께 항구토제나 진통제 등 증상을 조절하기 위한 2단계 완화적 접근이 종양전문의 진료와 함께 제공된다.

그러나 항암치료가 더 이상 불가능한 말기가 진단된 이후에는 평균 생존이 수개월 이내로 매우 짧으며, 극심한 통증과 급격한 기능감소와 다양한 증상의 악화로 전문적인 완화의료팀의 집중적 관리가 필요하며, 일부 암질환 조절을 위한 방사선치료도 뼈전이에 의한 통증 등에서 완화적 방사선치료가 시행되는 등 3단계의 적극적인 완화치료가 제공되어야 한다. 이러한 서비스는 입원과 외래, 가정방문을 통해 연속적으로 제공되어야 하는데, 외국의 경우 전문 완화의료팀은 요양병상까지도 방문을 한다.

7) http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/white_papers/2005/WP137.pdf

8) WHO Europe, the solid facts, palliative care, 2004.

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98418/E82931.pdf

특히 말기암환자는 말기암이 진단된 이후로 단 기간에 다양한 증상이 복합적으로 발생하며 한환자가 적어도 4개 이상의 말기증상을 갖게 된다. 일반적으로 말기암으로 진단된 이후로 3개월이내의 여명을 갖는데, 우리나라의 경우 평균 23일이며, 외국의 경우도 1달 전후인 경우가 대부분이다. 최근 자료에 의하면 2014년 호스피스기관 이용자의 평균 연령은 67.8세이며, 65세 이상은 64.9%

그림 3. 암환자의 건강기능상태 변화

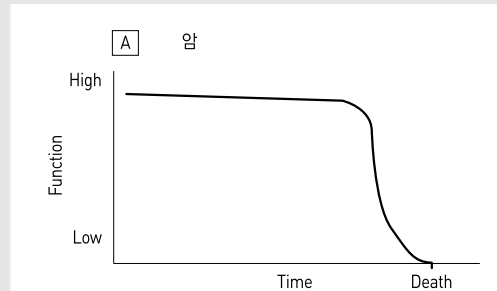
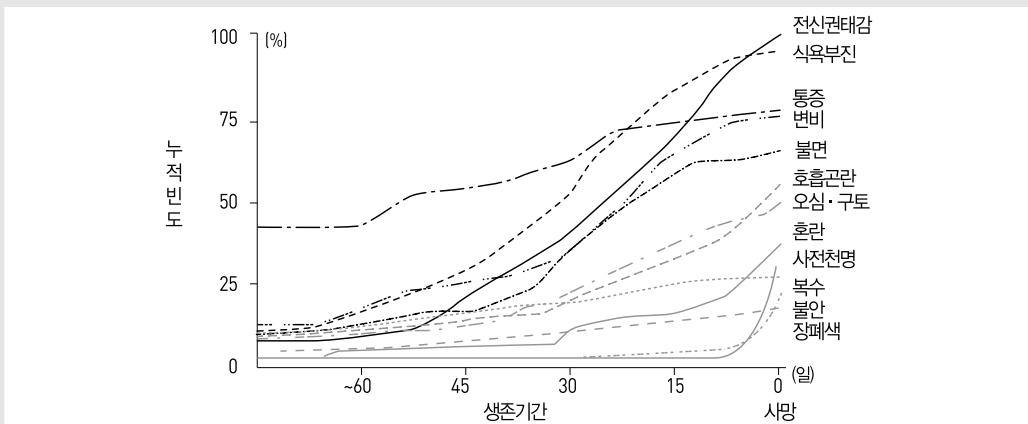


그림 4. 말기암환자의 주요한 신체증상 출현부터 잔여 생존기간⁹⁾

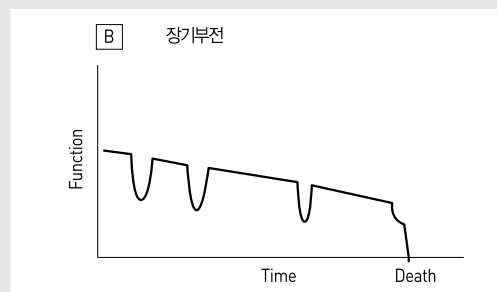


목표에 대한 변경과 말기증상 관리, 환자와 가족의 우울과 불안 등 정서적 영적 돌봄(care)의 집중적인 제공이 중요하다.

2) 장기부전

장기부전인 심부전(heart failure)이나 신부전(renal failure), 만성폐쇄성 호흡부전(COPD)인 경

그림 5. 장기부전환자의 건강기능상태 변화



9) 임종을 맞이하는 마지막 1주일, 허대석·조현(2003), 군자출판사

기능이 감소한다. 장기부전의 경우는 급격한 기능 감소가 있을 때가 있으나 적극적인 관리 이후에 이전 상태로 회복이 되기를 반복하나 임종을 예측하기는 쉽지 않다. 산소공급과 투석, 증상관리를 위한 치료뿐만 아니라, 장기간의 투병을 겪으며 지친 환자와 가족들을 위한 심리, 사회적 지지와 돌봄이 제공되어야 한다. 장기부전을 위한 보건관리체계는 가정과 거주지 중심으로 생활관리형 모델을 갖춰야 한다.

3) 치매와 노화성 질환

치매나 파킨슨병 등의 경우 5년에서 10년 이상의 질환 경과를 가진다. 매우 서서히 신체 기능과 인지기능이 감소된다. 이러한 경우, 질환의 진행을 늦추기 위한 알츠하이머 치료제나 파킨슨치료제와 함께 신체기능과 인지기능을 향상 시키고 삶의 의미를 찾기 위한 심리·사회적 돌봄과 영적돌봄이 제공되어야 한다. 유럽에서는 치매 등을 위한 보건관리의 목표를 질환의 진행에 따라 설정하는데 조기, 중기, 말기로 구별하여 질환의 초기에는 삶의 연장(life prolongation), 질환의 중기에는 기

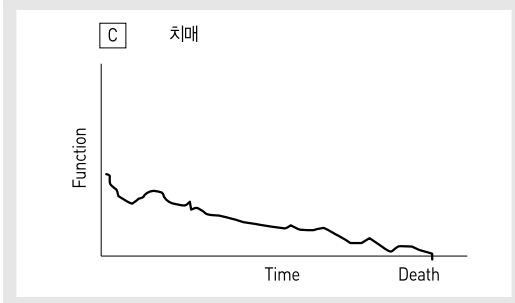
능의 유지(maintanance of function), 질환의 말기에는 편안함의 극대화(maximization of comfort)를 목표로 한다. 인지기능의 장애가 오기 전에 사전 의료계획을 수립하며 전인적 돌봄(holistic care)을 위해 치료와 복지가 함께 제공되어야 하며, 제공의 장소는 환자의 거주장소(place of residence)를 우선으로 해야 한다.

3. 우리나라의 암질환 대상 호스피스 완화의료 제도화¹⁰⁾

우리나라는 모든 암환자를 위한 완화의료와 말기암환자를 위한 호스피스 완화의료로 구별되어 발전하고 있다.

완화의료 증상조절의 핵심은 통증관리이다. 2004년 보건복지부에서 국립암센터와 함께 암환자의 통증에 대한 진료 가이드라인으로 '암성 통증 진료지침'을 제정하였으며, 우리나라의 마약성진통제 사용에 대한 수가정책과 속효성 진통제 도입 등의 약물공급에 영향을 주었다. 우리나라의 마약성 진통제의 사용이 지속적으로 증가하고, 있으나 아직도 완화의료 선진국에 비하면 인구당 마약성 진통제의 사용이 1/3수준에 머물러 있다. 그 외에도 항암치료의 발전 뿐 아니라 항구토제 등의 발전으로 항암제 전 예방적 항구토제 사용을 포함한 진료 프로토콜이 지속적으로 개발되고 있다. 암질환 보장성 강화 정책으로 암치료제와 항구토제에 대한 환자들의 접근성이 높아지고 있으며, 비급여수가이긴 하나 항암교육 등 환자를 위한 지원 프로그램

그림 6. 치매환자의 건강기능상태 변화



10) 2013년 호스피스 완화의료 지원사업 현황. 국립암센터, 2014

램이 다양하게 발전하고 있다.

말기암환자 호스피스 완화의료는 1965년 뉴질랜드의 작은 마리아의 작은 수녀회에 의해 강릉에 '갈바리의원'을 세우며 시작되었으며, 이는 아시아 지역에서 최초의 호스피스 완화의료 진료 의료기관이었으나, 아쉽게도 확대가 되지 않았다. 2001년 국립암센터가 설립된 이래로, 말기암환자의 현황 조사연구에 이어, 2003년과 2004년 동간의 호스피스 시범사업이 실시되었다. 2005년부터 말기암환자 완화의료 활성화 지원사업이 시작되었으며, 2008년부터는 보건복지부에 의한 완화의료 전문기관 지정이 시작되었다. 별도의 수가체계를 도입하기 위한 건강보험 완화의료수가 시범사업이 2009년부터 시작되었으며, 2011년도엔 암관리법의 개정으로 말기암환자 완화의료사업에 대한 법적 근거를 갖게 되었다. 또한 2015년 7월부터 본 수가제도의 도입이 예정되어 있다.

2013년 보건복지부의 '말기암환자 호스피스 완화의료 활성화 대책'이 발표되며 기관지정의 강화, 호스피스 수가 본사업 시행, 입원형을 비롯하여 가정형과 방문형 호스피스의 확대방향을 설정하게 되었다. 2013년엔 암사망자의 12.7%가 호스피스 완화의료 기관을 이용하였으며, 2015년 6월 현재 56개의 호스피스기관이 지정되어 있다.

4. 우리나라의 비암성 질환 대상의 완화의료적 접근(palliative care approach) 현황

비암성 완화의료질환은 치료의 중단이라는 개념이 암처럼 명확하지 않다. 질환의 주된 치료가

항암제처럼 연명의료로 받아들여지는 치료의 방법이 적용되지 않으며, 따라서 말기라 하더라도 질 환조절을 위한 치료가 중단되는 것이 아니며, 말기라는 진단 자체가 명확한 구별이 없어 이러한 비암성질환에 대해서는 호스피스라는 개념이 적용되기에는 적절하지 않으며, 질환 초기부터 완화의료적 접근의 모델을 구축하는 것이 필요하다.

우리나라에서 노인을 위한 보건과 복지제도의 시작은 1981년의 저소득층 노인을 위한 복지사업과 노인전문병원의 법적 근거가 되는 「노인복지법」에서 출발한다. 그 이외에 1995년도 「국민건강증진법」에 의한 방문보건사업이나 「지역보건법」에 의한 지역보건사업이 생겼다. 2001년부터는 '희귀 난치성 질환자 의료비 지원사업'이 시작되었는데 2014년 현재 134종의 질환의 의료비와 장비가 지원되고 있다. 이 '희귀난치성 질환'의 대부분이 WHO에 의하면 완화의료 대상질환이나 우리나라는 건강보험의 급여대상인 치료중심의 의료라 지원하는데, 한계가 있다. 2011년엔 「치매관리법」이 제정되며 치매관리사업과 의료비지원사업의 법적 근거를 마련하였다. 지할근로에 의한 간병서비스, 노인돌봄 기본서비스, 방문요양서비스, 장애인 활동 지원서비스 등 다양한 지원서비스들이 있으나 비슷한 영역의 서비스만을 제공하고 있으며 환자 중심의 적절한 서비스의 연계나 관리가 안되고 있다. 노인성 비암성 완화의료 질환을 위한 보건복지제도는 크게 2008년에 도입된 요양병원체제와 2009년에 도입된 장기요양보험제도가 있다. 그러나 이 제도들은 서로 같은 질환자를 대상으로 하면서도 상호보완적으로 발전하지 못하였으며, 두 제도 모두 치료와 관리에 대한 최소한의 서비스 형식만 있을 뿐, 완화의료적 접근 서비스인 삶의 관리,

심리사회적 돌봄이나 편안함을 극대화 하려는 목표, 말기관리(end-of-life care), 임종관리, 사별가족관리 등의 내용을 포함하고 있지 않다.

노인성 비암성 질환은 긴 유병기간으로 인해 암과 같은 입원이나 의료적인 서비스가 중점이 되는 것 보다는 완화의료적 접근(palliative care approach)을 하며 1단계의 완화의료를 질환의 처음부터 제공하는 모델의 구축이 중요하다. 한 예로, 영국에서는 치매에 대한 완화의료에 대한 NICE guideline은 다음과 같은 내용을 제시한다. 완화의료의 주요내용은 치매환자의 증상조절과 tube feeding이나 DNR, 입원거부 등에 대한 사전 의료계획(advance care planning)이다. 호스피스 기관에 입원을 하거나 3단계의 완화의료팀에 의한 돌봄은 1% 미만으로 제공되며, 대부분은 지역사회에서 환자 거주장소 중심으로 보건과 의료가 통합적으로 제공된다. 이를 Holistic care라 일컫는데, 치료와 사회적 돌봄이 복합적인 패키지(compex package of treatment and social care)로 제공된다. 노인들의 복약목록을 관리하여 약물의 부작용이나 의인성 질병을 최소화하며 치매 이외의 배뇨기능장애나 시력저하, 청력저하 등의 노인성 질환을 치료하고 가족들의 장기적인 환자돌봄으로 인한 경제상황 악화와 건강부담에 대해 사회복지적 지원을 하고, 노인학대를 예방하며 임종돌봄에 대한 교육을 시행한다. 질환을 인정하고 돌보며 일상생활을 최대한 유지하고 사회적인 기능을 할 수 있도록 지원하는 체계를 마련하려 노력하며, 최근에는 임종의 질을 높이며 죽음에 대해 자유롭게 이야기 하기 위한 사회운동을 시작했다.

그러나 우리나라는 아직 비암성 완화의료 질환

의 관리에 대해서는 질환치료 중심의 관점에서 벗어나지 못하고 있다. 2012년에 발표한 '제2차 치매종합관리대책'이나 2014년에 발간한 '치매관리사업의 현황과 개선 과제'에서는 주로 의료기관 중심의 질환의 검진, 진단과 치료에 대한 전달체계와 서비스의 고도화에 대한 내용이 대부분이며, 질환자의 일상생활에 대한 관리나 지원, 직업복귀, 가족교육, 말기돌봄이나 임종의 질과 같은 내용은 없다. 이는 후천성 면역결핍증에 대한 관리체계 수립에도 마찬가지이며, 노인정책에서도 유사한 상황이다. 노인정책의 목표가 질환을 가지고 있다 하더라도 이를 관리하면서 사회로 복귀하고 삶의질을 향상시키고, 임종의 질도 높이기 위한 것이라면, 보건과 복지를 통합하고 검진, 진단, 치료에서 더 나아가 완화의료적 접근이 질환관리모델에 반영되어 임종까지의 관리방안이 마련되어야 한다.

보건과 복지의 균형을 갖고 상호 보완적으로 질환의 초기부터 임종 이후 사별관리까지의 연속성있는 서비스의 새로운 완화의료적 통합모델(holistic care)을 갖춰야 할 것이다.

5. 호스피스 완화의료 정착을 위한 연명의료의 결정 관련 사전의료계획과 임종 문화

호스피스 완화의료는 생명에 대한 가치에 중점을 둔다. 호스피스 완화의료는 삶의 마무리에 대한 연명의료 결정과 임종 문화와 매우 밀접한 관계가 있다. 죽음도 보건의료의 주요 대상이며 이를 포함한 정책의 중요성이 대두되고 있다. 우리나라도 매

그림 7. 사망원인에 따른 완화의료 대상질환 분류

완화의료 대상 질환				
만성관리질환	급성질환	비질환	암	만성말기질환
<ul style="list-style-type: none"> • 고혈압 • 당뇨 	<ul style="list-style-type: none"> • 심근경색 • 뇌경색, 뇌출혈 • 폐렴 	<ul style="list-style-type: none"> • 자살 • 교통사고 		<ul style="list-style-type: none"> • 알츠하이머병 • 파킨슨병 • 기관부전 <ul style="list-style-type: none"> - 폐부전/간부전 - 신장부전 - 심장부전

년 통계청에서 사망원인통계를 발표하는데 이런 질병통계를 대할 때, 우리는 어떤 관심을 가져야 할 것인가?

사망원인 질환분류에 따라 아래와 같이 완화의료 대상질환을 정리해 볼 수 있다.

급성 사망원인질환인 심근경색이나 뇌경색 등은 응급의료체계에서 ‘golden time’을 다투며 집중적으로 심폐소생술 등 연명의료와 응급의료를 시행해야 하며, 이를 위한 구조체계를 만들어야 한다.

교통사고나 자살은 질환을 위한 보건체계보다는 교통정책과 사회적 지지체계를 통해 사망원인을 줄여야 하는 것이다. 예방 가능한 사망원인을 줄여나가면, 인구의 고령화가 증가하면서 노인성 질환에 의한 사망원인도 증가하게 된다. 따라서 암 뿐만 아니라 만성말기질환(알츠하이머병, 파킨슨병, 기관부전)과 같은 질환들이 완화의료의 대상질환이 되는 것이다.

죽음은 자연스러운 생명의 한 과정임에도 불구하고, 심폐소생술 등의 연명의료가 발전되면서 이

의 시행과 적용에 있어 윤리적 갈등상황이 발생한다.

이제껏 ‘암’은 정복의 대상이었으며, 질환조절과 완치를 위하여 보건의료의 역량을 집중했었다. 고통은 감내해야 하는 것이었으며 죽음은 치료의 실패로 받아들여져 의료인이나 환자와 가족이 이에 대해 말을 꺼내는 것은 금기시 되었었다. 하지만 이제는 말기암에 대한 통보의 필요성이나 임종의 질에 대해 서서히 이야기를 하는 사회로 변화하고 있으며, 이를 위한 ‘말기암환자 호스피스 완화의료 제도’가 정착되고 있다.

그러나 아직 비암성 질환에 대한 부분은 이에 대한 인식이 적다. 연명의료에 대한 결정이 중요한 이유는 나의 임종의 질에 대해 준비하는 동시에 삶의 목표를 재조명하는 중요한 계기가 되는 것이다. 보건의료의 대상이 살아있는 사람이 대상이었다면 앞으로는 그 사람의 죽음까지 포함하는 확대된 제도로 변화해야 할 시기이다.

우리나라에서는 개인과 가족부담 중심의 말기 돌봄에 대해 외면해왔으며 사회적으로 바람직한

죽음'이 무엇인지에 대한 충분한 고민이 없었다. 서방국가에서 주장하는 '가정임종'이 '과연 우리나라에도 바람직한 임종장소인가?'라는 합의도 없었으며, 국가의 방향을 논의하는 장도 없다. 바람직한 죽음에 대한 공감의 마련되고, 이를 준비하기 위한 제도적 지원이 생존하고 있는 모든 국민에게 제공되어야 한다. 호스피스 완화의료의 정착은 국민의 삶과 임종의 질을 향상시키기 위해 필수적이다. 죽음은 더 이상 보건의학적 실패의 지표가 아니며 질적으로 관리를 받아야 할 대상이다.

6. 나가며

노인대상의 보건의료제도는 이제 '노인이 가진

질환치료와 관리' 중심의 관점에서 '질환을 가지고 있는 노인이 일상생활의 영유와 삶의 질 향상'으로 목표를 전환해야 할 때가 도래했다. 질환 치료중심의 관리체계를 확대하여 완화의료적 접근(palliative care approach)과 통합된(integrated) 전인돌봄(holistic care)이 질환을 가진 노인에게 제공될 때, 진정한 삶의 질 향상과 죽음의 질 보장이 가능할 것이다. 고령화 시대에 완화의료 대상질환에 대한 체계적인 질환관리모델의 성립과 각 복지와 의료자원의 역할분담, 이를 수행할 수 있는 전문인력양성과 기관육성 등의 정책과 지원이 필요하다. 이제는 사회적 운동을 통해 '치료와 생존중심'의 성과중심적 목표를 넘어 가치중심의 완화의료적 접근을 통한 '삶의 질' 향상과 '바람직한 죽음상'에 대한 논의가 자연스럽게 이루어져야 한다. ■