



# 호스피스 완화의료

## Introduction to Hospice Palliative Medicine

김시영 | 경희대 중앙혈액내과 | Si Young Kim, MD

Department of Internal Medicine, Kyung Hee University of Medicine

E-mail : sykim55@chollian.net

J Korean Med Assoc 2008; 51(6): 505 - 508

### Abstract

The Latin word hospes first meant ‘stranger’. By late classical times, the word had changed and denoted a ‘host’, while hospitais meant ‘friendly’, a welcome to the stranger. From it derived hospitality and thence many words have been used until today; hospital, hostel, hostelry, hotel- and hospice. Another noun was derived - hospitium, originally the warm feeling between host and guest, and later the place where this feeling was experienced. The term ‘hospice’ has assumed a particular meaning in the context of modern scientific medicine which it did not have in former times. The medieval hospice offered lodging for the traveler, and basic continuing care for the elderly or the dying. In modern hospice, the word ‘hospice’ was used solely for care of the dying patients. In 1967, Dr. Cicely Saunders introduced and applied the scientific concept of research to the care of the dying, along with establishing many of our current clinical practices. The term ‘palliative medicine’ was defined by Dr. Derek Doyle as “the study and management of patients with active, progressive, far-advanced disease for whom the prognosis is limited and the focus of care is quality of life”. The World Health Organization also defined palliative medicine as “the active care of patients whose disease is not responsive to curative treatment”. Control of pain, of other symptoms, and of psychological, social, and spiritual problems, is paramount. The goal of palliative care is achievement of the best quality of life for patients and their families.

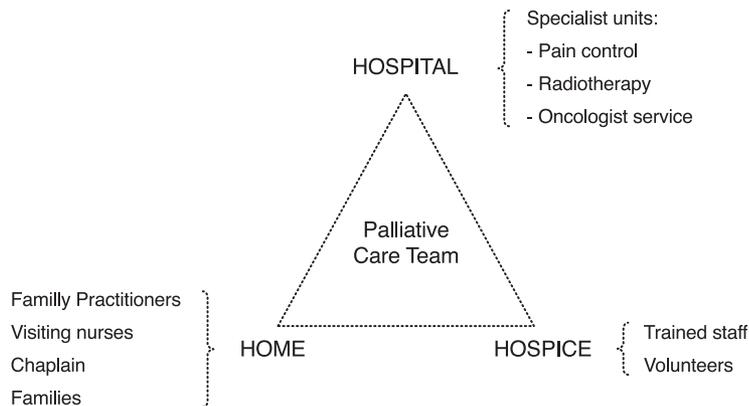
**Keywords :** Hospice; Palliative Medicine

**핵심용어 :** 호스피스; 완화의료; 완화치료

### 서론

호스피스(hospice)의 어원은 본래 라틴어인 호스피탈리스(hospitalis)와 호스피티움(hospitium)에서 기원하였다. 호스피탈리스는 호스페스, 즉 주인이란 뜻에서 병원의 의미로 변하였고 호스피티움은 주인과 손님 사이의

따뜻한 마음에서 이러한 마음을 표현하는 장소로 변천하여 오늘날의 호스피스란 말이 탄생하였다. 초기의 호스피스는 여행자, 병든 환자 혹은 임종환자를 돌보는 활동이었으나 영국의사인 Dame Cisly Saunders 박사가 현대의학을 호스피스에 접목시킴으로써 현대적 의미의 호스피스, 즉 호스피스·완화의료 개념을 확립하게 되었다. 현대 호스피스는



**Figure 1.** The network of hospice & palliative care.

병원을 중심으로 다양한 전문분야로 구성된 팀 접근으로 증상조절을 효과적으로 하고 환자와 가족을 함께 치료하며 편안한 임종을 위한 돌봄을 제공하는 개념이다. 이후 말기환자에 대한 의학적인 치료와 연구를 한층 더 발전시킴으로써 완화의학(palliative medicine)이란 전문분야가 생기게 되었고 세계보건기구에서는 1990년에 완화의학을 ‘완치가 불가능한 환자에 대한 적극적이고 총체적인 돌봄으로 통증과 다른 증상들, 심리적, 사회적 그리고 영적인 문제들의 조절이 주가 되며 완화의료의 목표는 환자와 가족들이 최상의 삶의 질을 성취하는 것(the active care of patients whose disease is not responsive to curative treatment. Control of pain, of other symptoms, and of psychological, social and spiritual problems, is paramount. The goal of palliative care is achievement of the best quality of life for patients and their families)이라고 정의하였다. 호스피스, 완화치료(palliative care), 완화의학, 말기치료(terminal care) 등은 모두 같은 의미로 사용되나 그 내용과 강조점이 조금씩 다르다. 말기치료는 죽음이 예견되는 환자를 말기 시기에 돌보는 치료이고 호스피스는 말기치료와 죽음 및 사별까지 포괄하여 돌보는 치료이며 완화치료는 호스피스 뿐만 아니라 항암제 등을 사용하는 생명 연장치료를 포괄한 치료라고 할 수 있고 완화의학은 완화치료를 현대 의료체계에 받아들여 의학의 한 분과로 독립시킨 의료활동의 한 분야라 할 수 있다. 즉 호스피스·완화의료라 함은 완

화의료라는 용어로 통일 할 수 있지만 의료행위 외에 케어(care) 개념을 좀 더 많이 포함하고 있는 호스피스를 강조하기 위해서 사용하게 된 용어라고 이해하면 되겠다.

호스피스·완화의료 활동은 여러 분야의 전문가들이 함께 참여하여 유기적인 관계를 가지고 서로 협조하여야 성공할 수 있다. 참여 전문가들은 의사, 간호사, 사회복지사, 성직자, 자원봉사자 등으로 구성된다. 의사는 주로 완화의학에 대한 지식이 있는 의사가 참여

하게 되는데 일반내과에 관한 전반적인 지식이 있어야 하고 특히 통증 조절에 대한 전문지식이 필요하며 중앙질환 등 난치성 질환에 대한 지식을 가지고 있어야 한다. 의사는 호스피스팀의 중추 역할을 담당하여 다른 전문가 및 다른 의사와의 연결을 잘 이루어지게 하여야 한다. 그리고 환자를 치료할 때는 삶의 질을 우선적으로 고려하여야 할 뿐만 아니라 환자를 하나의 인격체로 생각하고 치료하여야 한다. 간호사는 환자와 환자가족을 가장 가깝게 접촉할 수 있는 위치에 있어서, 병원이나 가정에서 연속적으로 환자를 만남으로써 가장 환자를 잘 이해할 수 있다. 뿐만 아니라 환자의 신체적 증상을 간호하는 전문직이기 때문에 처방에 따른 약물투여, 체위변경, 입안 치료, 산소 투여, 가래 빼내기, 마사지, 관장, 욕창 치료 등을 제공하며 환자와 가족들의 정서적 안정에 도움을 줄 수 있다. 사회복지사(social worker)는 질병으로 인한 환자와 가족들의 개인적, 사회적 문제점들을 도와준다. 특히 질병 치료에 의한 경제적 어려움을 도와주고 가족들의 사별에 관한 상담을 해준다. 성직자(chaplain)는 환자의 과거생활에 대한 죄책감, 후회 등에 대해 환자의 이야기를 경청함으로써 환자가 죽음에 대해 준비하도록 도움을 주고 가족구성원 간에 생길 수 있는 갈등을 중재하고 영적으로 환자를 도와준다. 봉사자(volunteer)는 환자와 대화를 통하여 내면적, 정서적 문제를 도와 주고 경우에 따라서 신체적 요구 및 사회활동(장보기, 친지방문 등)에도 도움을 줄 수 있다. 그 외 물리치료사, 음악치료사, 영양사,

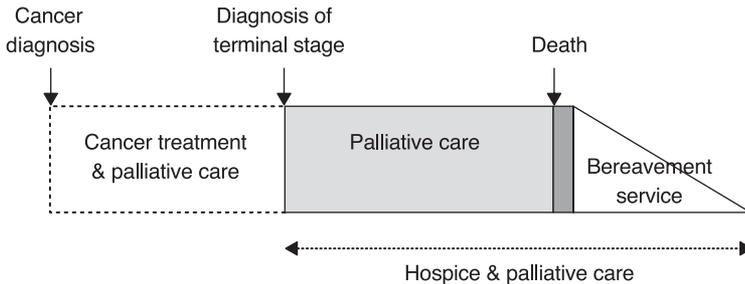


Figure 2. Timetable of hospice & palliative care services.

약사 등이 참여할 수 있다. 호스피스·완화의료 제공 형태는 독립형으로 호스피스 기관, 병동형으로 병원내 호스피스 병동, 호스피스팀 활동을 중심으로 하는 산재형 그리고 독립형 및 병동형과의 연계를 가지고 케어(care)의 연속성을 유지하는 가정호스피스로 나눌 수 있다. 호스피스 팀 활동은 그 특성상 환자 중심이 우선적이어야 하고 다음으로 가족 중심이어야 한다. 그리고 육체적, 정신적, 종교적인 모든 것을 포괄하여야 하며 연속적으로 공동협조를 통하여 효율적인 팀워크(teamwork)를 이루어야 한다(Figure 1)(3, 4).

그러면 호스피스는 어떤 환자를 대상으로 언제 시작할 수 있는가? 대상 환자는 정확히 규정되어 있는 것은 아니다. 우선적으로 의식이 또렷하고 의사소통이 가능하여야 한다. 그리고 수술, 항암요법, 방사선치료 등 적극적인 치료에도 불구하고 병이 진행하여 더 이상 치료 효과를 기대할 수 없고 통증 등 말기암에서 동반될 수 있는 증상의 조절이 필요한 환자로서 주치의나 호스피스 담당의사가 호스피스 케어를 추천한 경우이다. 언제 시작하여야 하는가는 Figure 2에서 보는 바와 같이 개념적으로는 완치가 불가능한 병기(대개의 경우 고형암 4기)로 진단되는 시점에서 시작하지만 적극적인 항암치료 기간에는 많은 참여를 하지 않다가 항암치료가 더 이상 효과가 없는 시점에서 적극적으로 참여를 하게 되어 임종 후 사별관리까지 돌보게 된다. 일반적으로는 임종을 6개월 정도 남겨둔 환자를 대상으로 한다고 생각하면 되겠다.

국내의 호스피스는 1965년 강릉의 갈바리 호스피스를 최초로 가톨릭교회에서 시작하였다. 그 후 종교계를 중심으로 활동하여 오다가 1998년 의사, 간호사, 성직자, 사회복지사

등 관련 전문가들이 모여 한국호스피스·완화의료학회를 창설하였다. 학회는 호스피스·완화疫료를 국내에 정착시키기 위해서 법적 제도화를 추진하였으며 또한 학술활동으로 아시아 태평양 호스피스 학회를 2005년 서울에서 개최하여 국내호스피스를 세계에 알리는 기회를 가졌다(3). 2008년 2월에는 호스피스·완화의료 제도화의 출발인 의

료보험수가 결정을 위한 공청회가 개최되었으며 9월에는 국회에 관련법을 상정할 예정이다. 그동안 국내 호스피스는 종교계를 중심으로 발전하여 왔다. 그러나 다양한 전문가의 팀워크가 필요한 호스피스·완화疫료의 특성상 말기 암환자에게 만족할 만한 수준의 케어를 제공하여 오지 못한 것은 사실이다. 또한 호스피스·완화疫료에 대한 인식 부족으로 환자들은 호스피스는 더 이상 치료를 할 수 없는 상태로 의료진의 손길을 벗어나게 된다는 두려움으로 회피하게 되고 의사들은 환자에게 호스피스를 권하는 것은 자신의 치료가 실패한 것이고 환자를 의사의 손길에서 떠나 보낸다는 생각을 하게 됨으로써 추천하는 것을 주저하고 있는 실정이다. 그러나 호스피스·완화疫료 제도가 확립된 영국 및 호주에서는 말기 암환자의 삶의 질을 높이고 품위 있는 임종을 맞이할 수 있는 의료제도로 인식되고 있다. 특히 국내 호스피스는 간호학계, 종교계에서는 참여가 활발한 데 반하여 호스피스의 중심이 되어야 할 의사의 적극적인 참여가 저조하다. 암과 같은 난치병에서는 많은 환자들이 완치되지 못하고 여러가지 동반된 증상으로 고통 받는다. 현대의학의 발전 방향이 완치를 목표로 하기 때문에 말기암 증상 조절에 대한 관심이 적어서 많은 수의 환자들이 고통 속에 살아가고 있다. 국내 암 환자는 매년 10만여명이 발생하고 이 중 30~40%는 말기암으로 진행되고 있어서 이들 환자에 대한 의사의 관심과 손길이 절실한 실정이다. 호스피스·완화疫료에서 중심은 의사이고 곧 추진될 호스피스·완화疫료 제도에서도 의사는 중추적인 역할을 맡게 되어 있다. 과거 의료기기가 발달하지 못하고 약이 부족한 시대에 청진기 하나로 진찰하고 아픈 환자의 고통을 덜어주기 위해서 가능한

모든 방법을 동원하고 또한 환자의 정신적 안정, 심적 고통까지 돌보아 주던 시대의 의사상을 생각해 보면 호스피스·완화의료는 현대의 질병 중심의 치료 행위에서 환자라는 인간을 치료하는 인술로 돌아갈 수 있는 기회가 아닌가 생각된다. 이제 정부와 의료계가 발 벗고 나서서 필요한 관련 법을 제정하고 호스피스·완화医료를 제도화 함으로써 말기 암환자가 고통 속에서 벗어나서 편안한 삶을 누릴 수 있도록 노력하여야 한다.

## 참고문헌

1. Saunders C. Foreword. In: Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N, eds. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford: Oxford university Press, 1998: 2.
2. Forman WB. The Evolution of Hospice and Palliative Medicine. In: Berger AM, Portenoy RK, Weissman DE, eds. Principles and Practice of Supportive Oncology. Lippincott-Raven. Maple Press, 1998: 735.
3. Lee KS. Hospice Palliative Medicine. In: Lee KS, Lee HR, Hong YS, Yum CH, eds. Palliative medicine. Vitamin World Press, 2006: 10.
4. Choi YS. Introduction of Hospice Palliative Medicine. In Choi YS, eds. Hospice palliative medicine. Korea University Press, 2000: 1.



## Peer Reviewers Commentary

본 논문은 최근 필요성이 부각되고 있는 호스피스 완화의료에 관한 서론적 소개와 필요성에 대하여 역설하고 있다. 필자가 밝힌 대로 여러 분야의 의사가 협력하여 복합의료의 형태로 포괄적인 서비스를 제공하는 것은 최근 증가 추세에 있는 말기 암환자들로 하여금 접근성을 용이하게 하여 고통에서 벗어나 편안한 임종을 맞는 데에 도움을 받을 수 있게 한다. 삶의 질적인 측면을 고려하는 사회적인 분위기로 인해 호스피스 완화의료에 대한 요구가 증대되고 있으나 현재 국내에서의 호스피스 완화의료는 제도적 및 법률적인 한계가 있는 것이 사실이다. 이러한 한계를 극복하기 위해서는 필자가 역설한 것처럼 먼저 호스피스 완화医료를 제공할 수 있는 의료인에 대한 홍보가 절실히 필요하며 이를 통해 의사가 중추적 역할을 할 수 있도록 해야 한다. 또한 필수적으로 제도적 보안을 동반해야 할 것이다. 본 논문은 현재 호스피스 완화의료에 있어 주체가 되는 의사들의 인식을 개선할 수 있는 문헌으로 생각된다. 그러나 호스피스 완화의료의 제도적 보안을 위해서는 서비스의 제공 범위, 환자와 가족의 자율적인 의사결정 권한의 범위 및 제반 사항 등에 관하여 보다 많은 시행착오 및 연구가 있어야만 할 것이다.

[정리: 편집위원회]