



한국 호스피스의 과거, 현재, 미래

Past, Present and Future of Hospice in Korea

홍 영 선 | 가톨릭의대 내과 | Young Seon Hong, MD

Department of Internal Medicine, The Catholic University of Korea College of Medicine

E-mail : y331@catholic.ac.kr

J Korean Med Assoc 2008; 51(6): 509 - 516

Abstract

Hospice in Korea was started by Sisters of 'Little Company of Mary' came from Australia in 1965, and has been developed mostly by the efforts of some nurses, priests, and sisters of catholic church, ministers of protestant church, and some devoted physicians. Now Korean hospice is in the stage where the active participation of physicians is essential for the facilitation of the development, and the people's need for the maintenance of high level of 'Quality of Life' urges it. To accomplish this need, we should start the laws and regulations for hospice as well as the reimbursement system for hospice care from the National Medical Insurance, we should develop education systems for physicians and medical students, and we should start subspecialty of Palliative Medicine. We also need to increase the level of social and medical acceptance for the use of narcotics for pain control of terminal cancer patients. Finally we need to perform clinical trial as well as the basic research associated with hospice care, and these data can be the basement of hospice development in Korea.

Keywords : Hospice; Laws and regulations; Narcotics; Palliative medicine

핵심용어 : 호스피스; 제도화; 마약성 진통제; 완화의학

서론

호스피스는 머지않아 임종이 예견되는 환자와 가족들이 가지고 있는 육체적, 정신적, 영적, 경제적, 사회적, 문화적 문제들을 의사와 간호사를 포함하는 의료인 뿐만 아니라 여러가지 문제 해결을 도와줄 각 분야의 전문가들이 하나의 팀을 구성하여 상호 보완적인 위치에서 최선을 다 함으로써 환자와 가족의 고통을 덜어주고 삶의 질의 극대화하여 행복하고 편안한 가운데에서 인간으로서의 존엄

성을 유지하면서 임종을 맞이하도록 돕고 나아가서 환자 임종 후에 남은 가족들의 사별의 슬픔까지 도와주는 행위를 말한다(1). 1965년에 처음 시작된 한국의 호스피스는 이제 청년기를 넘어 장년기로 들어가고 있다. 그러나 아직 호스피스의 개념 정립이 미흡하고 제도 자체가 미성숙하여 국민들의 호스피스에 대한 요구를 충족하기에 부족함이 많다. 정부의 호스피스에 대한 정책은 최근 들어 제자리를 잡기 시작하였으며, 바야흐로 호스피스 법의 제정과 수가에 대한 기준이 마련되는 등 제도화를 위한 준비가 진행되고 있는

것으로 생각된다. 향후, 호스피스 수가에 대한 안이 확정되고 법이 제정되어 국회를 통과하면 호스피스 수가에 대한 시범사업을 거쳐 전면적인 호스피스 법과 급여가 시행될 것으로 기대되며 이를 위해 필요한 윤리적 문제, 평가의 문제, 질 관리 문제 등을 의료계가 차분히 준비해 나가야 할 것이다.

한국 호스피스의 역사

1. 호스피스의 시작

1964년에 한국에 진출한 호주의 “마리아의 작은 자매회” 수녀들이 1965년에 강릉에서 가정 호스피스로 시작한 ‘갈바리 의원’이 한국 호스피스의 효시로 알려져 있다(2). 이 시기는 호스피스의 종주국으로 알려져 있는 영국이나 호주 뉴질랜드에서 호스피스가 처음 시작된 시기와 일치하고 전 세계적으로도 거의 최초로 시작한 것이 되나 그 나라들과 달리 한국의 사회 경제적 상황이 한국전쟁의 잣대미에서 경제를 일으키는 데에 어려움을 겪던 시기여서 자체적으로 호스피스를 시작할 수 없는 상황이었고 그것이 일찍 시작된 호스피스에 후속적인 움직임이 더해지지 않은 채로 1980년대 초에 한국인들의 노력으로 호스피스 운동이 주창되기까지 오래동안 동면을 하게 된 이유로 생각된다.

미국에서 혈액 종양내과 전문의를 취득하고 활동하다가 1981년 가톨릭의과대학 성모병원 내과에 부임한 이경식 교수가 호스피스의 필요성에 대하여 주창하여 당시 성모병원에서 가톨릭의과대학 및 간호대학 학생들과 간호사, 수녀들의 호응으로 호스피스 연구모임을 시작하였고 그것이 순수 한국인의 손으로 시작된 호스피스의 효시로 알려지고 있다. 이경식 교수가 같은 해에 개원한 가톨릭의대 강남 성모병원으로 전근한 이후에는 성모병원에서는 수녀들과 간호사들의 주도로 호스피스 연구와 환자 방문이 계속되었고 이와 별도로 강남성모병원의 호스피스 연구모임이 시작되었다. 1980년대 중반에는 미국에 유학한 간호대학 교수들이 대학원에 호스피스 과정을 설립하여 강의와 미국 호스피스 연수를 시작하는 한편, 연세대학교 세브란스병원에서는 미국에서 온 선교사들이 가정 호스피스를 설립하여 활동을 시작하였다. 당시 의과대학생들 중 호스피스에 관심

을 가지고 이를 평생의 업으로 하겠다고 결심하는 학생들이 고려대학교 의과대학, 서울대학교 의과대학, 연세대학교 원주 분교 등에 출현하였고 모두 가정의학과를 전공하였으며 후에 이들을 중심으로 의사들의 호스피스 연구모임이 출현하였다.

1988년에는 강남성모병원에 한국 최초로 14 병상의 호스피스병동이 설립되어 활동을 시작하였고 이어서 가톨릭 의과대학 부속병원에는 유행처럼 호스피스과가 설립되었으나 이는 간호과 소속의 과로 다른 임상과들과는 달리 의사들의 참여가 없으면서 간호사가 책임자를 맡는 과의 형태로 운영되었고 의사들은 필요시 자신의 환자를 호스피스과로 입원시켜 돌보는 형태였다(1). 1990년에는 개신교 신자들이 주축이 된 한국호스피스협회가, 그 다음 해인 1991년에는 가톨릭 신자들이 주축이 된 한국가톨릭호스피스협회가 창립되어 민간의 호스피스 운동은 종교를 중심으로 나뉘어 활동하면서 때로는 경쟁하고 때로는 협력하는 가운데 발전을 거듭하게 되었다. 1995년에는 가톨릭대학교 간호대학에 WHO collaborating center for hospice and palliative care가 설립되어 활동을 시작하였고 1998년에는 호스피스 완화의료에 대한 학문적 접근과 대국민 홍보를 통한 발전을 이를 목적으로 한국 호스피스 완화의료학회가 의과대학과 간호대학에 근무하는 교수들을 중심으로 창립되어 활동을 시작하였다.

호스피스 기관 현황

1. 설립 시기

한국의 호스피스 기관은 종교단체에 속한 의료기관 및 종교단체를 중심으로 설립되어 활동을 시작하였다. 1980년대 이전에 활동을 시작한 곳은 3곳으로 보고되어 있고 1990년대 이전에 시작된 기관은 모두 17곳이었다. 나머지는 1990년도 이후 설립되었다고 하여(3) 1990년대에 들어오면서 한국에서 호스피스에 대한 관심이 불붙기 시작한 것을 알 수 있다.

2007년 현재 활동중인 호스피스 완화의료기관은 150곳이 넘는 것으로 집계되고 있으며 정확한 조사가 진행중이다.

2. 호스피스기관의 형태

윤영호 등(3)이 2002년에 보고한 바에 의하면 의료기관에서 운영하는 호스피스 기관 중 25% 정도가 별도 병동을 가지고 있고 5% 정도가 독립시설의 형태여서 30% 정도가 입원 서비스를 제공하고 있는 것으로 보고된 바 있다. 비의료기관의 경우 25%가 독립시설의 형태이고 8.4%가 민간 단체-병원간 협력관계를 통해 입원 서비스를 제공하고 있었고 25%가 병원내 호스피스팀으로 환자를 방문하는 형태였고 한국에서 시행되는 호스피스의 약 3분의 1 정도가 병상을 갖추고 입원 서비스를 제공하고 있었다. 병상 수는 2002년 현재 의료기관에 253개, 비의료기관에 127개로 전체 430병상으로 조사되었다.

3. 호스피스 대상자

호스피스 완화의료의 대상자는 질환의 종류를 불문하고 말기 상태의 환자들은 모두가 포함되며 호스피스 완화의료의 선진국에서는 이와 같이 시행되고 있으나 현재 일본에서는 의료보험 급여의 대상으로 암 환자와 AIDS 환자만을 대상으로 하고 있다(4). 한국에서도 말기 암 환자를 돌보고 있는 곳이 96.9%여서 거의 모든 기관이 말기 암 환자를 대상으로 하고 있었고 말기 만성 질환자를 돌보는 곳이 50%, AIDS 환자를 돌보는 곳이 26.6%로 조사되었다. 그러나 사지 거동불능 환자를 돌보는 곳이 18.8%, 치매 환자를 돌보는 기관이 15.6%, 정신 질환자와 알코올 중독자를 돌보는 곳도 각각 3.1%씩으로 조사되어서 기관마다 다양한 질환의 환자들을 돌보고 있었다(3). 일본에서 암 환자와 AIDS 환자들만을 보험급여 대상으로 하는 것은 경제적인 이유로 생각되며 한국에서도 호스피스 완화의료에 대한 보험급여가 시작된다면 이와 같이 시작할 가능성이 높다고 생각된다.

4. 서비스제공 인력

호스피스 완화의료 서비스제공 인력 및 팀 구성을 보면 의료기관에서 운영하는 곳에서는 상근 또는 시간제로 참여하고 있는 인력이 의사는 87.5%, 간호사 82.5%, 사회복지사 62.5%, 성직자 87.5%였으나, 비의료기관의 경우에는

의사 45.8%, 간호사 54.2%, 사회복지사 632.5%, 성직자 70.8%였다. 전체적으로 필요한 인력을 모두 갖춘 곳은 의료기관에서 설립한 기관의 45%, 비의료기관에서 설립한 기관의 25%였는데(3) 의료기관에서 설립한 호스피스 기관의 경우에는 그 기관에서 일하는 인력을 겸임하도록 한 곳이 많아 대부분 전임 인력의 수는 낮은 것으로 판단되었다. 많은 기관이 적절한 활동을 할 수 있는 인력을 충분히 갖추지 못한 것으로 나타나 다양한 전문 인력에 의한 다 학제간 팀 접근을 이상적인 호스피스 완화의료 모델로 제시하고 있는 점에 비하면 전문성도 떨어지고 서비스의 질도 낮을 것으로 우려하고 있는 현실이었다.

5. 호스피스기관의 재정

한국에서 호스피스 완화의료를 제공하고 있는 기관들 중 70% 이상이 재정상의 어려움을 겪고 있는 것으로 나타났다. 기관들의 재정 조달 방법은 기부금이나 후원금에 의존하는 비율이 가장 높았으며 기관 자체의 예산으로 보충하는 비율도 다음으로 높았다. 의료기관에 속한 호스피스의 경우 보험청구금과 환자본인 부담금으로 일부의 예산을 충당하나(3), 비의료기관에 속한 호스피스의 경우에는 호스피스 자체가 의료기관이 아니므로 직접 보험 청구를 하거나 환자 부담금을 받을 수 없는 형편에 있다.

한국의 호스피스 완화의료 서비스와 관련된 문제로는 대상 환자의 수에 비해 호스피스 완화의료 기관의 수가 많지 않고 대상 환자 중 호스피스 완화의료 서비스를 받고 임종을 맞이하는 비율이 상당히 낮으며 그나마 호스피스 기관의 활동내용이 제한되며 연계체계도 준비되어 있지 않아 환자의 상태 변화에 따른 연속적 돌봄이 불가능한 실정이며 그로 인하여 입원시설의 경우 환자가 한 번 입원하며 임종시까지 머물게 되므로 한 호스피스 완화의료 기관에서 돌볼 수 있는 환자의 수는 항상 그 기관이 보유한 병상 수만큼으로 제한되는 현실이다. 이에 비하여 외국의 호스피스 기관의 예를 들면 입원 시설에서 가정 호스피스와 주간 병동을 같이 운영하여 환자의 증상 조절과 돌봄은 가정 호스피스팀의 도움으로 주로 가정에서 이루어지고 필요한 경우 자원 봉사자들의 도움으로 낮 동안 환자를 주간 병동에서 돌보게

되므로 입원 병상은 급성 증상의 발생이나 환자의 가족에게 일시적으로 집에서 환자를 돌보기 어려운 사유가 발생할 때 환자를 입원시키는 목적으로 대부분 운영되고 있어 병상 수의 약 40배에 달하는 환자를 동시에 돌보고 있는 실정으로 알려져 있으며 경제적으로도 훨씬 적은 비용을 투자하여 효율을 높일 수 있겠다.

한국 호스피스 문제점과 대책

1. 호스피스에 대한 보험 급여

한 개인의 생활사에서 의료비용을 가장 많이 사용하는 시기는 생의 마지막 1년이며 그 중 29%가 임종 전 한 달 사이에 사용되는 것으로 보고되어 있다(5). 한국에서도 의료비용의 상당부분을 말기 환자에게 사용하고 있으며 말기 환자를 호스피스에서 돌보는 것이 종양병동에서 돌보는 것에 비해 훨씬 의료비용을 절감하면서 증상조절은 더 잘되어 말기 암 환자들의 삶의 질을 높이는 것으로 보고된 바 있다(5, 6).

호스피스에서는 환자를 돌보는 의료인 및 의료 관련 인력의 종류나 수가 일반 병동에 비하여 많고 시설이나 설비도 많이 필요하여 호스피스를 운영하는 데에는 비용이 많이 소요되나 한국에는 아직 국민 건강보험에 호스피스에 대한 수가가 책정되어 있지 않아 현실적으로 호스피스 운영을 위해서는 각 기관의 예산 지원을 받거나 후원금에 의존해야 하는 실정에 있다. 그러나 호스피스가 말기 환자들의 삶의 질을 높이고 인간으로서의 존엄성을 유지하며 고통을 덜어주는 꼭 필요한 복지제도로써 국민 건강 보험의 차원에서 국가가 책임져야 하는 부분임을 감안하면 호스피스 완화의료에 대한 수가가 제정되는 것이 시급한 문제로 지적되고 있다.

2003년 4가지 호스피스 유형에 대한 시범사업을 시행한 바 있는 보건복지가족부에서는 2006년 “제2차 암 정책 10개년 계획”의 일환으로 과제를 지정하여 호스피스 수가와 법령에 대한 연구를 시행한 바 있고 2007년에 건강보험심사 평가원에 호스피스 수가에 대한 Task Force팀을 구성하여 수가 결정에 대한 조사를 시행하였고(7), 최근 중간 결과에 대한 공청회를 열어 발표를 하였다. 문제는 현재 호스피스 대상 환자는 대부분 대학병원이나 종합병원에서 진

료를 받고 있는 실정인데, 4인실을 기준병실로 하고 있는 상황에서 Task Force팀에서 병실료로 구상중인 수가는 대학병원이나 종합병원에서 실제로 받고 있는 수가의 현실에 비해 상당히 낮아 실제로 호스피스 수가가 시행되어도 대학 병원이나 종합병원에서 호스피스를 시작하도록 유도하는 효과가 있을지 우려되는 상황이다. 더군다나 호스피스 활동에 필수적인 것으로 알려져 있는 사회복지사가 전담으로 계획되지 않은 상황에서 사회복지사의 활동에 대한 수가가 전혀 감안되어 있지 않아 호스피스 수가가 제정되어도 사회복지사의 참여가 현실화 될 지 지극히 의심스럽다. 아직 수가에 대한 개발이 종료되지 않았고 현재도 끊임없이 연구중에 있어 향후 이상적인 수가 체계가 개발되기를 기대하며 아울러 2009년에는 수가 시범사업이 시작될 것으로 알려져 있다.

한 가지 짚고 넘어가야 하는 문제는 국가 보장 의료체계를 가지고 있는 영국에서도 호스피스의 운영에 국가의 지원이 담당하는 부분은 약 3분의 1 정도이라는 사실이다. 나머지는 환자들의 기부와 호스피스 자체의 다양한 기부마련 노력에 의해 충당되고 있다고 하는데, 우리도 호스피스의 급여를 시작하는 시기와 맞추어 전 국민을 대상으로 하는 기부금 마련 문화를 정착시키려는 노력을 시작해야 할 것이다.

2. 호스피스 법

1998년 한국에서도 호스피스 법을 의료법에 준하여 제정하는 것이 좋을지 아니면 사회복지법에 준하여 제정하는 것이 좋을 것인지에 대한 논란이 있었고 이를 논의하기 위한 공청회가 열렸다. 당시의 논의 결과는 호스피스 완화의료에서 환자의 증상조절이 선행되어야 하므로 당연히 의료법에 준한 법이 되어야 하나 호스피스의 특성을 감안하여 의료법으로 해결되지 않는 문제들을 사회복지법을 준용하여 포함시키는 것이 필요하다고 논의하였으며 이들을 모두 포함하는 특별법의 형태가 가장 적합할 것으로 판단된다.

타이완에서는 2000년도에 “Natural Death Act(자연사법)”가 의원 입법으로 제정되어 시행을 시작하였고 그를 바탕으로 호스피스 완화의료에 대한 보험급여가 이루어지게 되었다(8). 자연사법은 무의미한 치료의 중단(withdrawl

of futile treatment)에 관한 내용을 포함하고 있어 이를 바탕으로 호스피스 행위의 정당성을 부여받고 있다. 물론 이의 시행중 의도하지 않게 희생될 가능성이 있는 무의식 환자와 치매노인, 소아 등의 권리를 지킬 수 있도록 제도적 장치가 마련되어야 할 것이다. 아울러 싱가포르나 서구 국가에서 시행되고 있는 사전 의료지침(advanced medical directives)에 대한 논의도 있게 될 것인데(9) 이의 시행에 의하여 불필요한 희생이 발생하는 것을 막기 위해 엄격한 시행범위의 제한이 필요하겠다.

3. 의사들의 참여와 호스피스 교육

한국의 호스피스는 그 시작부터 의사들의 많은 참여 없이 주로 간호사들과 종교인들 그리고 다수의 자원봉사자들의 손에 의해 이루어졌다. 그러나 앞에서 언급한 것과 같이 말기 환자들의 증상조절 없이는 호스피스의 본연의 목표를 이루기가 어려우므로 의사들의 적극적인 참여가 필수적이다. 호스피스에 의사들의 참여를 유도하는 가장 좋은 방법은 완화의학 전문의제도를 만들고 호스피스와 관련된 제도와 국민 건강보험상 호스피스 행위에 대한 수가를 확립하는 방법이나, 이는 단 시일에 이루어지기 어려운 일로 생각된다. 그 전이라도 의사들을 대상으로 하는 교육 프로그램의 개발과 자격시험의 내용에 호스피스 완화의료에 대한 내용을 포함시키게 되면 의사들의 적극적인 관심을 유도할 수 있겠다. 또 대한의사협회 주최의 보수교육이나 학술대회에 완화의료에 대한 연수강좌를 포함시키거나 암학회 주최 학술대회의 일정부분을 완화의학에 관련된 내용으로 개편하며 한국 호스피스 완화의료학회 주최의 학술대회에 연수평점을 부여하면 의사들, 특히 개원의들의 참여를 가속화하는 방법이 될 것으로 생각된다.

의사들을 위한 교육보다 더 중요한 것이 의과대학생들을 대상으로 하는 완화의학 교육이다. 의과대학 정규 교육과정에 포함하여 의과대학생들에게 질병의 치유나 수명의 연장만이 의학이 할 수 있는 일이 아니라 말기 암 환자와 같이 치유되지 않는 환자의 고통스러운 증상을 해결하는 것도 의학이 할 수 있는 중요한 일이라는 사실을 가르치는 것이 정말 중요하다. 특히 마약중독에 대한 우려 때문에 많은 의료인

들과 환자들이 마약성 진통제의 사용을 꺼려하는 것이 암 환자 통증 조절을 막는 주요 원인이 되므로 이에 대한 것은 의과대학 교육과정을 통해 철저히 교육하여 정확한 개념을 심어주는 것이 필요하다는 사실은 누구나 인정하고 있다(10). 완화의학과 관련되어 의과대학에서 가르쳐야 하는 내용으로는 통증과 여러가지 증상 조절, 정신 사회적 문제, 성 관련된 문제, 영적인 문제, 임종과 죽음에 관련된 문화적·윤리적 문제, 전통의료나 보조치료, 지역사회와 관련된 문제, 의료의 여러 다른 분야들 사이의 관계, 약물 특히 마약사용의 문제, 의료의 질 향상과 평가, 완화의학 연구 등이다.

영국을 비롯하여 호주, 뉴질랜드, 캐나다, 홍콩, 싱가포르, 타이완 등의 국가에서는 현재 완화의학 전문의제도가 시행되고 있어 전공의(resident), 임상강사(fellow) 과정을 거쳐 전문의 자격을 취득하고 있으며 이 제도의 도입으로 호스피스 기관에서의 의사의 부족은 해결할 수 있겠다. 이를 위해서는 먼저 전공의 수련 과정과 교육자 준비하고 수련기관의 인정기준을 제정하는 것이 필요하다. 다행스럽게도 호스피스 전문 간호사 교육은 10년 이상 지속되어 왔으면 지금은 전국적으로 확산되어 여러 기관에서 시행하고 있다. 다행스럽게도 2006년부터는 호스피스 전문 간호사 자격의 국가 제도화가 시작되어 현재까지 93명의 전문 간호사를 배출하고 있다. 문제는 아직 전문 간호사에 대한 적절한 대우가 이루어지지 않아 자격을 가지고도 호스피스에 적극 참여할 기회가 주어지지 않고 있는 것이며 호스피스 수가의 제정에도 이것이 반영되기를 기대하고 있다.

4. 호스피스 연계체계

호스피스는 그 활동 장소나 형태에 따라서 병동형, 독립시설형, 산재형, 가정형 등으로 나뉜다. 그 중 어느 한 가지가 가장 효율적인 형태라고 할 수 없고 여러 가지 형태가 같이 존재를 해야 환자가 어느 상태에 있던 도움을 받을 수 있겠다. 호스피스가 앞서 발달한 나라들에서는 주로 환자들이 자신의 가정에 머물면서 가정 호스피스 팀이 방문하여 증상 조절을 도와주고 급한 증상이 생기거나 가족들이 가정에서 환자를 돌보기 어려운 상황이 발생하면 호스피스병동이나 시설에 입원을 시키는 형태로 환자를 돌보고 있다. 또 낮 시

간에는 낮 병동(day care center)을 운영하여 자원봉사자들이 환자를 호스피스로 데려다가 돌보고 저녁에 가족이 퇴근하는 시간에 맞추어 집으로 다시 데려가는 등으로 낮 시간에 혼자 집에서 지내야하는 환자들을 돕고 있다.

영국, 호주, 뉴질랜드 등의 국가들에서는 전통적으로 가정간호가 발달되어 있었던 연고로 호스피스가 확산되는 데 많은 도움을 받았다. 지역사회에 있는 개원의와 가정간호사가 이루고 있는 일차보전 팀(primary care team)이 환자의 문제를 일차적으로 해결하며 그들이 해결하기 어려운 문제들은 완화의학 전문의가 가정 방문을 통해 해결하거나 환자를 호스피스 센터로 입원시키게 된다. 호스피스 센터는 종합병원의 호스피스 병동이나 독립시설 호스피스에 설치가능한데 이 센터는 그 지역 내의 가정 호스피스에서 발생하는 입원요구를 충족시키면서 가정 호스피스 종사자들에 대한 교육지원 및 연구를 담당하고 있다.

한국의 경우 아직 가정간호가 확산되어 있지도 않고 호스피스 센터도 많지 않아 유럽 국가들과 같은 제도를 단번에 시작하기 어렵지만 현 실정에서 가능한 방법을 생각해 보아야 하겠다. 그렇다고 해서 입원실만을 가지고 필요한 환자를 다 돌본다는 생각은 비용 효과 면에서 너무나 무모한 계획이라고 하겠다. 일례로 호주의 한 호스피스는 15병상을 가지고 운영하고 있는데 가정 호스피스 팀이 활동하는 결과 동시에 약 600여명의 환자를 돌보고 있었다. 그러나 병상만을 가지고 운영하는 경우에는 병상 수만큼 만의 환자를 돌보는 것이 가능해서 약 40배의 효율 차이가 난다.

우선 완화의학과 전문의제도가 시작되기 전에는 종합병원에 호스피스 병동을 두도록 하여 수가를 지급하는 외에도 호스피스 팀을 구성하도록 하고 그 팀이 있는 경우 일본과 같이 호스피스 수가를 인정하는 방법을 생각해 볼 수 있다. 이 팀은 병동을 반드시 가질 필요는 없으나 총 병상수 대비 일정 비율의 호스피스 병실을 확보하여 증상 조절을 위한 환자의 입원 및 치료에 사용하도록 한다. 병원이 위치한 지역사회의 독립 호스피스나 가정 호스피스는 이 종합병원의 호스피스 병동이나 호스피스 팀과 연계를 맺어 의사가 부족한 경우 의사의 지원과 입원을 위한 환자 이송시 도움을 받는 한편 호스피스 전문가 교육, 재교육은 물론 자원 봉사자

교육 등에 도움을 받도록 할 수 있겠다.

또한 각 군, 구의 보건소에 근무하는 간호사들과 의사들, 면 단위의 보건진료원들과 보건지소의 공중보건의를 일정 기간 교육 후 가정 호스피스 팀을 구성하면 일차 진료를 담당할 수 있으며 전국적인 확산도 가능하리라 생각한다 (11). 또 전국적인 호스피스 유형간의 연계체제 확립도 시급히 필요한 문제로 지적되고 있다.

5. 호스피스에 대한 대중의 인식

말기 환자들에게 호스피스 병실로 옮기기를 권하는 경우 많은 수의 환자와 가족들이 섣뚱 동의를 하지 않는 경우를 자주 본다. 호스피스를 죽음의 장소로 인식하여 그 곳으로 옮기지는 권고를 더 이상 치료할 수 없는 마지막 상태를 선포하는 말로 오해하는 것이 원인인 것 같다. 따라서 일반인들의 호스피스에 대한 인식을 제고하는 것이 호스피스의 이용률을 높이고 자원봉사자를 늘이며 호스피스에 대한 기부금 확보에 절대적으로 도움이 되겠다.

라디오나 텔레비전 프로그램을 이용하여 호스피스를 일반인들에게 알리는 것은 매우 효과적인 방법으로 생각된다. 이와 같은 매스컴을 이용한 호스피스의 홍보는 물론 견기대회, 달리기 대회 등과 같은 사회행사, 음악회, 발레공연, 미술 전시회, 연예인들이 참여하는 공연 등의 문화행사를 활발히 개최하는 것이 도움이 되겠다. 또한 인터넷을 이용한 홍보와 홈페이지를 통한 호스피스 정보 제공 및 호스피스 이용 안내 등이 절실히 필요하다.

호스피스에 대한 홍보 외에도 앞에서 언급한 것처럼 호스피스에 대한 기부문화를 정착시키는 것과 호스피스 자체의 기금 마련 노력도 병행되어야 하겠다.

결 론

현대의학이 지향하는 바는 질병으로부터 인간의 생명을 지키거나 아니면 인간의 수명을 연장시키는 데 있다. 의학은 그 발생 초기부터 인간을 돕는 것에 목표를 두어 왔고 현재와 같이 과학이 고도로 발달하기 전까지는 질병의 치유면에서는 미흡하여 생명 구제나 수명연장에는 크게 도움이

되지 않았으나 증상을 조절하여 인간의 존엄성을 별로 훼손하지 않으면서 인간을 도울 수 있었다. 그러나 의학이 요즘처럼 눈부시게 발달하게 되면서 질병의 치유나 수명 연장의 측면에서는 상당히 공헌하게 되었으나 인간을 신비의 대상에서 냉철한 생물학적 관찰의 대상으로 바꾸어 보게 되었으며 어떤 때에는 의학에 의하여 인간의 존엄성 자체가 부분적으로 훼손될 가능성도 부인할 수 없다는 자성을 하는 지경에 이르렀다. 더구나 현대의 의과대학에서는 환자의 질환이 치유될 수 없는 상황에 이르렀을 때 그로 인해 발생하는 여러 가지 고통스러운 증상들을 해결하는 방법을 체계적으로 교육하지 않고 또 생물학적인 관점의 의학의 양 또한 방대하여 이를 교육하는 중에 인간 자체의 가치나 삶의 의미, 죽음과 영혼 등 철학이나 신학 등의 분야를 교육할 기회가 많지 않다. 따라서 현대의학의 체계 아래서 교육받은 의사들에게는 치유되지 않는 질환을 가진 환자는 의학의 실패의 증거로 여겨지고 이를 곁에 두고 바라보는 것 자체가 힘든 일이 되고 있다. 또한 의사들이 환자의 죽음을 통해 비추어지는 자신의 죽음의 문제를 직면하는 것이 쉽지 않아 특히 젊은 의사들의 경우 환자의 죽음을 객관적으로 바라보고 그와 관련된 문제로 괴로워하는 환자나 그 가족들을 효율적으로 돕는 것을 기대하기는 어려운 일이겠다(1).

최근 경제수준이 높아지면서 삶의 질에 대한 국민적 인식이 높아졌고 따라서 잘 사는 것 뿐만 아니라 잘 죽는 것(well dying)에 대한 관심이 높아지고 있다. 호스피스 완화의료는 임종하는 환자들과 가족들을 돕는 의료행위로 우리 의사들이 적극적인 관심을 가지고 도입하고 발전시켜야 할 부문이다. 꼭 발전시켜야 할 제도인데도 의사들이 적극적으로 나서지 않으면 결국 호스피스는 타 부문의 의료 종사자들이 주관하게 되고 잘못하면 유사 의료행위로 전락할 가능성이 있으며 그렇게 되면 여러 가지 민간의료나 대체의학에서 보는 것처럼 의료비용을 많이 쓰면서도 임종하는 환자들의 고통을 효율적으로 조절하지 못하게 되는 비극적 현상을 막을 수 없게 된다.

한국의 호스피스는 지금 그동안의 발전을 바탕으로 한 단계 도약할 수 있는 시점에 이르렀다. 따라서 호스피스 관련 연구자, 종사자 그리고 정책 담당자들이 사심 없이 협력하여 최선의 제도를 만들기 위한 수가체계와 법령을 준비하는 것이 필요하며 그렇게 되기 위해서는 끊임없는 연구와 함께 국민을 대상으로 하는 교육 및 홍보와 병행하여 의사들의 진지한 관심이 모아져야 하겠다.

참고문헌

1. Hong YS, Lee KS. Legislation of hospice. Kor J Hospice Pall Care 2002; 5: 81-89.
2. Hong YS. Hospice palliative medicine in Korea. Kor J Hospice Pall Care 2005; 8: 260-262.
3. Yun YH, Choi ES, Lee IJ, Rhee YS, Lee JS, You CH, Paek YJ. Survey on quality of hospice palliative care programs in Korea. Kor J Hospice Pall Care 2002; 5: 31-42.
4. Hwang CY. Current status of terminal cancer care in Japan. Kor J Hospice Pall Care 2006; 9: 59-66.
5. Kim NC, Young JS, You SY. Comparison of costs between hospice and Non-hospice Care. Kor J Hospice Pall Care 2007; 10: 29-34.
6. Yeom CH, Choi YS, Lee HR, Shim JY, Hong YS, Choe WS, Park YR. The comparison of the medical costs and quality of life in terminal cancer patients by the types of medical facilities. Kor J Fam Med 2000; 21: 332-343.
7. Lee KS. The direction of the development of the reimbursement system for Hospice. Kor J Hospice Pall Care 2007; 10: 18-22.
8. Hong YS. Hospice palliative medicine in Korea. Kor J Hospice Pall Care 2005; 8: 260-262.
9. Heo DS. The need for the advance directives. Kor J Hospice Pall Care 2006; 9: 33-35.
10. Kim SH, Choi YS, Shin SW, Chong MK, Lee SN, Lee SW, Lee KS. Development of education program for physicians based on the 2004 hospice palliative model project for terminal cancer. Kor J Hospice Pall Care 2006; 9: 67-76.
11. Park JN. The direction of legislation for hospice and palliative care. Kor J Hospice Pall Care 2007; 10: 23-28.



Peer Reviewers Commentary

말기 암환자 등 회생 불가능한 환자에 대한 관리는 결국 사회 전체가 부담하여야 할 사항이다. 호스피스 제도 확립은 품위있는 인간적 임종을 도모하는 방법이며 무의미한 치료를 중단하는 문제 등에 대한 윤리적 갈등에 대한 제도적인 해결책이 될 수 있는 것으로 사회적인 매우 중요한 의미를 가진다. 본 논문은 이와 같은 관점에서 우리나라 호스피스 초창기의 경험을 토대로 현재의 상황과 문제점을 파악하여 분석하고 이에 대한 해결책을 제안하고 있다. 또 외국의 경우에 비교하여 우리의 방향을 지적하고 있으며 특히 의사들의 활발한 참여가 필수적임을 강조한다. 논문에서 발전을 위한 구체적인 방향으로 법제도적으로 호스피스 법의 제정 필요성을 지적하고 있으며 호스피스 연계체계의 필요성과 호스피스에 대한 홍보의 필요성, 국민 대중의 인식 등을 적절하게 논하고 있다. 이와 같은 전개는 현재 호스피스 활동에 참여하고 있는 사람은 물론 처음으로 호스피스를 접하는 사람에게도 호스피스 제도의 정착에 대하여 충분한 숙고를 하게 유도한다.

[정리: 편집위원회]