



한국 호스피스 완화의료의 과거, 현재 미래

이 경 식 · 홍 영 선

가톨릭대학교 의과대학 내과학교실



서 론

현대의학이 목표로 하는 바는 인간의 몸으로 부터 질병을 제거함으로써 인간의 생명을 구하거나 아니면 인간의 수명을 연장시키는 데 있다. 원래 의학은 그 발생 초기부터 인간을 돕는 것에 목표를 두어 왔고 의학이 현재와 같이 고도로 발달하기 전까지는 질병의 치유의 면에서는 미흡하여 생명을 구하거나 수명연장에는 별 도움이 되지 않았으나 그런대로 인간의 존엄성을 별로 훼손하지 않으면서 인간을 도울 수 있었다. 그러나 과학의 발달과 사회 환경의 변화로 의학이 눈부시게 발달하면서 질병의 치유나 수명 연장의 측면에서는 의학의 공헌이 상당히 증진되었으나 인체를 미세한 분자구조 속까지 들여다봄으로써 인간을 신비의 대상에서 냉철한 생물학적인 관찰의 대상으로 바꾸어 보게 되었으며 경우에 따라서는 의학에 의하여 인간의 존엄성 자체가 부분적으로 훼손될 가능성도 부인할 수 없는 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 현대 의학의 체계 아래서 교육 받은 의사들에게는 치유되지 않는 질환을 가진 환자는 의학의 실패의 증거로 여겨지고 이를 곁에 두고 바라보는 것 자체가 힘든 일이 되고 있다. 또한 의사들 자신이 죽음의 문제를 직면하는 것이 쉽지 않아 특히 젊은 의사들의 경우 환자의 죽음을 객관적으로 바라보고 그와 관련된 문제로 괴로워하는 환자나 그 가족들을 돕는 것은 기대하기 어려운 일이겠다.

최근 수십 년 사이에 우리나라의 경제수준은 눈부시게 향상되었고 생활양식이 변화하였으며 의학의 발달로 국민들의 수명이 연장되면서 만성질환이 증가되고 말기환자가 상당히 증가하였다. 또한 경제수준의 향상으로 사람들은 삶의 질에 관심을 가지게 되어 말기환자들의 고통을 제거하고 편안한 삶을 유지하고자 하는 요구가 팽배되는 시점에 이르렀다. 따라서 호스피스와 완화의료의 필요성이 자연스럽게 대두되게 되었고 이의 발전은 시대적 요구로 인식되는 시점에 이르렀다.

한국의 호스피스의 현재와 미래에 대하여 논하기 위하여서는 한국의 호스피스의 역사와 흐름, 그 가운데에서 파생된 문제점 그리고 그에 대한 대책을 파악하는 것이 선결과제이며 그렇게 하여야만 무엇이 부족하고 무엇이 개선되어야 하는지 알게 되며, 향후 발전방향에 대하여 이야기 하는 것이 쉬워지리라 생각되며 필자의 논의는 의학적 측면에 국한하고자 한다.

한국 호스피스의 현재 위치

1964년 한국에 진출한 마리아의 작은 자매회 수녀들에 의해 1965년에 가정 호스피스로 시작된 한국 최초의 호스피스는 그 이후 별 확산 없이 지내 오다가 1980년대에 들어 종교단체에 연관된 기관이나 대학에 종사하는 극소수의 의사와 간호사들이 관심을 가지기 시작하여 산발적으로 증가해 왔고, 1990년대에 와서는 수적, 양적으로 급속히 팽창하여 많은 사람들이 관심을 가지기 시작하여 이제는 130여 개의 호스피스 기관이 설립되고 2개의 호스피스 협회가 활동하고 있으며 1998년도에 한국 호스피스 완화의료학회, 2003년에 한국 호스피스 연합회도 발족되어 이제는 제법 중흥기에 도달한 것 같아 보이는 시점에 와 있다. 따져보면 이러한 발전을 이루는 원동력으로 기독교와 천주교, 그리고 뒤 이어 참여한 불교단체 등 종교단체의 공헌이 제일 먼저 거론되어야 하며 아울러 각 종교단체에 속한 신도들의 자원봉사 또한 놀라운 힘으로 호스피스의 발전과 공헌에 참여하였다. 또한 의료인 중에서 의사들이 전혀 관심을 보이지 않을 때 묵묵하게 환자 곁을 지키며 호스피스를 연구하고 시행한 간호사들의 노력도 종교계의 관심에 버금가는 공헌을 하였으며 종교계에서 중심적으로 활동한 분들이 대부분 간호사임을 감안하면 한국의 호스피스는 종교계에 속한 간호사들의 노력을 바탕으로 현재와 같은 발전을 이루었다고 말해도 과언이 아니겠다. 다만 너무 종교적인 색채가 강하여 호스피스를 죽음을 중심으로 하는 활동으로 간주하거나 간호사들만이 하는 간호활동의 하나 또는 엉뚱하게 안락사와 관련된 것으로 생각하여 의사는 참여하여서는 안 되는 것으로 오해되는 등, 본연의 호스피스의 성격이나 구성이 왜곡되어 인식된 양상이 누구의 탓이라 할 것 없이 한국의 호스피스가 안고 있는 문제의 하나로 생각되기도 하며 일부의 일반인들이 호스피스를 두려워하고 기피하는 원인으로 생각되고 있다.

한국 호스피스의 문제점

1. 법적, 제도적 문제

한국의 호스피스는 아직 의료보험의 혜택을 받지 못하며 호스피스를 정식으로 인정하는 법이 없어 한 개인이 호스피스 기관을 설립하려해도 적용할 적절한 법규가 없는 실정이다. 호스피스는 통증을 포함한 말기 환자의 육체적 증상들을 적극적으로 해결하는 동시에 환자가 가지는 영적, 사회적, 경제적, 문화적, 정신적 문제들을 포괄적으로 해결해야 하므로 의학적 측면과 사회 복지적 측면을 모두 가지고 있다. 따라서 이의 적절한 법적 뒷받침을 위해서는 의료적 측면은 의료법으로 사회 복지적 측면은 사회복지법의 테두리에서 해결되는 것이 타당하고 어느 한쪽의 법만 가지고 양쪽 측면을 해결하기에는 적합하지 않은 점이 있다. 과거에 일부 호스피스 종사자들이 사회 복지법으로 호스피스 관련법을 입법화 하려던 시도는, 의사의 참여 없이도 신고만하면 호스피스 설립이 가능하고 지방자치 단체의 재정 보조를 받으며 마약 처방과 사용방법이 현재의 체계와 다르게 구성되는 등의 내용을 담고 있었고 의사들의 참여가 없어 현실적인 호스피스의 인가가 불가능 하고 활동이 어렵다는 이유로 호스피스 대상 환자들의 육체적 고통을 덜어주는 데에 필수적인 의료적 측면을 소홀히 하고, 호스피스 기관을 수용시설과 구분이 안 되게 정의하는 등의 복지 시설화 하려는 의도가 엿보여, 이런 방법이 당장의 문제를 쉽게 해결할 수 있다 하더라도 장차 호스피스 전체에 큰 혼란을 불러올 가능성이 있으므로 심히 우려되었으며, 과거 의사들의 무관심과 불참이 이러한 시도를 촉발한 측면이 없지 않음을 인정 할 수밖에 없었다.

호스피스 활동이 법적인 보호를 받기 위해서는 무의미한 치료의 중단에 관한 법적 규정이 필요하며 이의 시행을 위해서는 여러 사람의 지혜를 모으는 일이 필요하다. 타이완에서는 2000년 자연사법 (Natural Death Act)을 제정하여 발효 하였으며 그 법을 근거로 호스피스 제도화가 이루어졌다. 한국에서는 복지부 주관으로 이에 대한 준비가 되고 있는 것으로 알려져 있어 불원간 법안이 국회의 심의를 받게 될 것으로 기대하고 있으나, 최근 암 관리법에 호스피스를

추가하는 방법이 개진되고 있어 호스피스 대상이 모두 혜택을 받을 수 있는 법이 나오지 않을 것에 대한 우려가 있다.

또한 호스피스를 운영하기 위해서는 일반 병동에 비하여 인적 자원이나 건물의 넓이 시설 등이 많이 필요하여 의료 원가의 면에서 상당히 높은 위치에 있어 현행 의료보험 체계로는 그 것을 충당하기 어렵다. 따라서 유럽의 국가들과 같이 기부금의 사회적 관행이 정착되지 않은 우리나라의 실정에서는 재정적 적자를 감수하지 않고서는 호스피스를 운영하기 어렵고 호스피스 수가가 별도로 책정되어야 하겠다. 현실적으로 호스피스 개념이 없는 의료 시설에서 말기까지 환자의 증상 조절에 도움이 안 되는 검사를 시행하거나, 증상이 적절히 조절되지 않은 환자들이 제도권 내의 의료 기관을 벗어나 효과가 불분명한 대체의학이나 신뢰 할 수 없는 식품, 약품에 쏟는 비용은 상상 밖으로 많을 것으로 추정된다. 2007년에 호스피스 수가에 대한 암 정복 10개년 계획의 연구비 수혜를 통한 연구가 있었으며 건강보험 심사평가원에 호스피스 수가에 대한 Task Force Team이 구성되어 이에 대한 연구를 하고 공청회를 연 것도 최근의 일이다. 금년에는 호스피스 수가 시범사업이 펼쳐질 것으로 예상된다.

2. 의료계의 문제

1) 의사들의 참여: 앞에서 언급한 바와 같이 한국 호스피스의 발전에 가장 저해되는 요소는 의사들의 참여가 없는 것이다. 따라서 현재 활동하고 있는 대부분의 호스피스 기관에서 환자의 증상을 적절히 조절하지 못하고 영적인 측면에 치우쳐 활동하게 되거나 간호사들의 노력으로 부분적인 증상조절만이 가능한 형편에 있다. 심한 경우에는 호스피스가 마치 의사의 참여가 불필요하고 간호사들만 참여하는 고유영역으로 잘못 인식되어, 호스피스에 능동적으로 참여하고자 하는 의사들이 있는 경우에도 실질적인 참여가 어려워지는 현상까지 나타나고 있다.

그나마 다행스러운 것은 전에 비하여 많은 수의 의사들이 실제로 말기환자들의 치료 중 나타나는 증상조절에 진지한 관심을 보이기 시작하였고 평생을 호스피스 완화의료에 투신하고자 하는 의사들이 속출하며 이러한 변화가 말기 암환자를 치료하는 종양 전문의들 사이에서 일어나고 있으며 한국 호스피스 완화의료학회 창립 시 거의 모든 주요 대학의 종양 전문의들이 참여한 것을 보면 알 수 있다. 또한 종양내과 의사들의 모임인 한국 항암요법연구회에서 이미 완화의료 분과를 설립하여 연구를 시작하였고, 대한 가정의학회, 대한 암학회, 한국 임상암학회의 연례 학술대회에 완화의료와 포함되어 논의되기 시작한 것이 몇 년 전부터의 일이며 의사들의 변화를 반증하는 일이라 하겠다. 하지만 아직도 대부분의 기성세대 의사들의 고정관념을 변화시키는 것은 지극히 어려운 일로 생각된다.

2) 완화의학 교육: 한국의 의학교육의 방향은 최선을 다하여 질환을 치료함으로써 인간의 생명을 구하고 수명을 연장시키는 데로 향하여 있다. 그러나 아쉽게도 과거 대부분의 대학에서는 치유되지 못하는 질환을 가진 환자들의 고통스러운 증상들을 어떻게 도와줄 수 있는지에 대하여 체계적으로 교육하고 있지 않았다. 따라서 의사들이 고통 속에 있는 말기환자들을 만나도 그들을 의사가 도우면 편안하게 해 줄 수 있다는 사실조차 모르거나 도와주고 싶어도 구체적으로 어떻게 도와주어야 하는지 모르는 형편이다. 최근 많은 의과대학에서 짧게는 2시간부터 길게는 수 주일에 걸쳐 호스피스 완화의료에 대한 강의를 하고 있는 것으로 조사되고 있다.

3) 호스피스 팀과 시설의 부족: 말기 암환자들이나 그 가족들이 호스피스에서 도움을 받을 수 있다는 사실을 알아 막상 호스피스에 가려고 해도 주위에 가서 도움을 받을 수 있는 호스피스를 찾기가 쉽지 않다. 또 호스피스라는 이름을 붙이고 활동하는 기관이라 하더라도 활동의 내용이 호스피스 고유의 내용과 달리 소속 교단의 선교를 목적으로 하거나 죽음을 앞둔 환자의 영적 간호에 치우쳐서 말기 환자가 가지고 있는 육체적인 증상은 효과적으로 조절되기 어려운 경우가 대부분이다. 따라서 증상 조절을 해주는 호스피스에 가려면 그 수가 적어 길고 긴 입원 대기자 명단에 이름을 올려놓고 기다려야 하며 자칫하면 환자의 임종 시까지 입원기회가 오지 않을 수도 있는 것이다. 또 그러한 기관들도 의학적 문제의 해결을 담당하는 전임의사 없이 호스피스에 오기 전 치료를 맡았던 의사들의 처방에 의지해야 하므로 그 담당의가 증상조절이나 마약성 진통제의 사용을 적절히 할 수 있는 경우에는 문제가 아니나 그

반대의 경우에는 호스피스에 있어도 증상조절을 못하는 경우가 생긴다. 또 의사를 제외하고도 호스피스 팀의 구성이 제대로 되어 있지 않아 도움을 받을 수 있는 문제의 종류가 제한되어 있는 것도 문제점 중의 하나이다. 그러나 현재와 같은 의료 수가 체제 하에서는 경제적 손실을 감수하지 않고는 호스피스 시설이나 팀을 끌고루 갖추는 것은 상당히 어려운 문제이며 현실적으로 한 기관이 호스피스의 필요성을 인식하더라도 쉽게 호스피스를 시작하지 못하는 이유 중 큰 부분을 차지하고 있다.

3. 마약성 진통제

마약중독을 줄인다는 측면에서 볼 때 한국의 마약정책은 성공을 거두어 온 것으로 생각되며 대부분의 국민들의 마음속에 마약은 가까이 해서는 안 된다는 생각이 확고하게 자리 잡고 있다. 그 덕분에 일부 특수한 계층을 제외하고는 마약중독이 아직 심각한 사회문제로 대두되지 않으며 그러한 정책적 노력이 지속되어야 할 것으로 생각된다. 그런데 문제는 의료용 마약, 다시 말해서 암환자의 통증 조절을 위하여 사용하는 마약도 환자에게 중독을 일으킬 것이 우려되어 그 사용이 기피되고 있는 사실이다. 이것은 일반인들뿐만 아니라 의료인들 사이에서도 공통적이며 그로 인하여 적절한 용량의 마약성 진통제를 사용하면 통증에서 벗어나 생의 마지막 기간을 인간으로써의 존엄성을 유지하면서 편안하고 행복하게 지낼 수 있는 환자들이 단말마적인 고통 속에서 신음하다가 임종에 이르는 것이 우리의 현실인 것이다. 또 어느 의원급 호스피스의 경우 말기 암환자에게 사용한 모르핀을 마약중독의 우려가 있다는 이유로 건강 보험 심사평가원에서 지급 거부당하는 일마저 벌어져 어려운 가운데 암환자의 통증조절을 위해 노력하는 의사들의 의욕에 찬물을 끼얹는 실정에 있다.

4. 대중의 인식

우리나라에서는 일반 대중이 호스피스에 대하여 잘 알지 못하고, 알더라도 앞서 언급한 종교적인 측면 때문에 곧 죽을 환자를 수용하는 시설 정도로 생각하기 일수다. 따라서 말기 환자 중 호스피스의 도움이 필요할 것으로 판단되어 도움을 받기를 권유하여도 대부분 기피하는 것이 현실이며, 이러한 현실에서는 호스피스 운영을 위한 기금을 모금하거나 제도화를 위한 여론 형성은 꿈조차 꾸기 어려운 실정이다. 심지어는 의사들 사이에서도 호스피스는 전문 교육을 받지 않은 일반 의사나 은퇴한 의사들이 해야 하는 것으로 생각하고 암환자를 돌보는 의사들이 관심을 갖는 것은 시간의 낭비라고 생각하는 경우가 허다하다. 그러나 현재 말기 암환자의 대부분은 종양 전문의나 외과의사, 산부인과 의사, 그 외에도 소화기 내과, 호흡기 내과 등 각 분야의 전문의들의 손에 치료를 받고 있어 이러한 전문의들이 호스피스에 관심을 갖지 않고서는 말기 암환자의 증상조절이 제대로 이루어 질 수 없다고 해도 과언이 아니다.

대 책

1. 법적 제도적 문제

한국의 호스피스 관련법이 제정되어야 한다는 것은 누구도 부인할 도리가 없는 사실이다. 그러나 어떤 법을 모범으로 하며 언제부터 시작되어야 하는가에 대하여는 각자 처해진 위치나 직종에 따라 이견의 여지가 있다. 여기에 이차적으로 수반되는 문제는 직종 이기주의이다. 그러나 생각해보면 호스피스는 환자들의 고통을 덜어주는 일이며 법은 그 것을 도와줄 수 있으면 되는 것이지 호스피스 종사자들의 이익을 대변하거나 세력을 확보하는데 도움을 주려는 것은 아니다.

호스피스의 모범이 당연히 의료법이 되어야 하는 이유는 호스피스의 대상이 고통스러운 증상들을 동반한 말기 환자들이며 아무리 환자들의 다른 문제들을 잘 해결해준다 하더라도 육체적 증상들이 해결되지 않으면 환자들은 절대

로 편안해 질 수 없다. 다만 호스피스의 본질이 여러 분야의 전문가들이 팀을 이루어 환자가 가진 여러 측면의 문제들을 도와주는 것이므로 의료법만으로 해결하기 어려운 문제들의 해결을 위해서는 사회복지법이나 다른 필요한 법의 도움을 받는 것은 당연한 일일 것이다. 다만 호스피스에 사회복지법 만을 적용하여 호스피스를 수용 시설화하고 의료문제의 해결을 전문가의 개입 없이 하려고 하는 시도는 납득하기 어려우며 상당히 염려스러운 일이다. 이 문제에 관하여는 호스피스에 관심을 가진 사람들의 허심탄회한 논의와 헌신적인 노력이 뒤따라야 하겠다. 또한 이 법에는 무의미한 치료의 중단에 관한 내용이 반영되어야 하겠다.

호스피스 법이 확립되면 뒤이어 따르는 문제가 호스피스 수가의 문제이며, 수가의 제정을 위해서는 인적기준과 시설에 관한 호스피스의 인가 기준이 확보되어야 하겠다. 또한 이 문제에 있어 장애가 되는 것이 보건정책 당국자들의 의료예산 부족에 대한 우려이며 이의 극복을 위해서는 이들을 설득할 연구 자료가 필요하다. 현재의 치유를 목적으로 하는 입장의 의료에서 보다 호스피스. 완화의료에서 환자들의 고통을 더욱 효과적으로 덜어주면서 의료예산은 절감할 수 있다는 사실을 분명히 보여줄 연구 결과와 아울러 우리나라보다 호스피스가 먼저 확립된 국가들의 자료를 이용하여 보건정책 당국자들을 적극적으로 설득하는 것이 필요하다. 이웃 일본의 경우에는 일본 내 호스피스의 약 40% 정도가 후생성이 제정한 호스피스 인정기준에 부합되어 포괄수가제에 의하여 보험적용을 받고 있고 그 수가 호스피스 운영에 불편이 없는 정도라고 알려지고 있다.

호스피스의 법제정과 제도화를 앞당기기 위하여 자료가 되는 연구 논문을 만드는 외에도 끊임없이 호스피스에 관련된 소식을 관련 국회의원, 정부 관계자, 연구소 직원, 관련 학계 인사, 언론인들에게 제공하여 지속적인 관심과 참여를 유도하는 일과 이와 관련된 공청회나 심포지움 등을 개최하는 것이 도움이 될 것으로 사료된다. 또한 복지부 주도의 수가개발에 여러 사람이 순수한 관심을 가지고 적극 의견을 개진하여 보다 더 훌륭한 수가체계가 개발되기를 기원한다.

2. 의료계의 문제

1) 의사들의 참여: 호스피스에 의사들의 참여를 유도하는 가장 좋은 방법은 완화의학 전문의 제도를 만들고 호스피스와 관련된 제도와 보험급여를 확립하는 방법이나 이는 단 시일에 이루어지기 어려운 일로 생각된다. 그러한 것들이 이루어지기 전이라도 의사들을 대상으로 하는 교육 프로그램의 개발과 학회를 통한 논문 발표가 이루어지면 의사들의 관심을 유도 할 수 있겠다. 또 의사협회 주최의 보수교육이나 학술대회에 완화의료에 대한 연수강좌를 포함시키거나 암학회 주최의 학술대회의 일정부분을 완화의학에 관련된 내용으로 개최하며 한국 호스피스 완화의료학회 주최의 학술대회에 연수평점을 부여하면 의사들 특히 개원의들의 참여를 가속화하는 방법이 될 것으로 사료된다.

2) 의학교육: 의사들을 위한 교육보다 더 중요한 것이 의과대학생들을 대상으로 하는 완화의학 교육이다. 의과대학 정규 교육과정에 포함하여 의과대학생들이 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 이해하도록 하는 것이 중요하다. 특히 많은 기성 의료인들이 마약중독에 대한 우려 때문에 편견을 가지고 있는 마약성 진통제에 대한 것은 학생시절부터 철저한 교육을 통해 정확한 개념을 심어주는 것이 필요하다.

완화의학 교육에 포함해야 할 내용으로는 통증조절, 기타 증상조절, 정신사회적 문제, 성과 관련된 문제, 영적인 문제, 임종과 죽음에 관련된 문화적 문제, 전통의료나 보조치료, 지역사회와 관련된 문제, 의료의 여러 분야와의 관계, 약물 특히 마약사용, 의료의 질 향상과 평가, 연구 등이다.

3) 전문가 교육 및 전문가 제도의 도입: 영국을 비롯하여 호주, 뉴질랜드, 캐나다, 홍콩, 싱가포르 등의 국가에는 현재 완화의학 전문의 제도가 시행되고 있으며 전공의 (resident), 임상강사 (fellow) 과정을 거쳐 전문의 자격을 취득하는 우리나라의 의료제도와 비슷하고 이렇게 함으로써 의사의 부족은 자동적으로 해결할 수 있겠다. 이를 위해서는 전공의

수련 과정과 교육자를 먼저 육성하고 수련기관의 조건들을 미리 마련하는 것이 필요하겠다.

다행스럽게도 호스피스 전문 간호사 교육은 10년 이상 지속되어 왔으면 지금은 전문적으로 확산되어 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 팀과 시설: 영국, 호주, 뉴질랜드 등의 국가들은 전통적으로 가정간호가 발달되어 있어 호스피스가 확산되는데 많은 도움을 받았다. 지역사회에 있는 호스피스 센터는 급성증상의 조절을 주로 담당하고 나머지는 지역사회에 있는 G.P.와 가정간호사가 이루고 있는 일차보전 팀에 의하여 담당되며 그들이 해결하기 어려운 문제들은 완화의학 전문의와 상의하여 완화의학 전문의가 가정 방문을 하거나 환자를 호스피스 센터로 입원시키게 된다.

한국의 경우에는 가정간호도 확산되어 있지 않고 호스피스 센터도 별로 없어 이들 국가와 같은 제도를 단번에 시작하기 어려운 실정이나 현 실정에서 가능한 방법을 생각해 보기로 한다. 우선 완화의학과 전문의 제도가 시작되기 전에는 종합병원을 이용하여 종양내과에 의무적으로 호스피스 팀을 구성하도록 하고 (팀의 구성 내용은 별도로 정한다) 그 팀이 있는 경우 호스피스 수가를 인정한다. 이 팀은 병동을 반드시 가질 필요는 없으나 총 병상수 대비 일정 비율의 호스피스 병실을 확보하여 증상조절을 위한 환자의 입원 및 불가피한 병원 내 임종시 사용하도록 한다. 병원이 위치한 지역사회의 독립 호스피스나 가정 호스피스는 이 종합병원의 호스피스 팀과 연계를 맺어 의사가 부족한 경우 의사의 지원과 입원을 위한 환자 이송시 도움을 받는 한편 자원 봉사자 교육이나 호스피스 종사자의 재교육, 전문교육 등에 도움을 받는다.

또한 각 군,구의 보건소에 근무하는 간호사들과 의사들, 먼 단위의 보건진료원들과 보건지소의 공중 보건 의 들을 일정 기간 교육 후 가정 호스피스 팀을 구성하면 일차 진료를 담당할 수 있으며 전국적인 확산도 가능하리라 생각한다. 또 전국적인 호스피스 유형간의 연계체제 확립도 시급히 필요한 문제로 지적되고 있다.

3. 마약성 진통제

일부 의료인들이 가지고 있는 마약성 진통제에 대한 잘못된 인식을 고치도록 지속적인 교육이 필요하다. 또 일반 국민을 대상으로 하는 마약중독 경고 계몽 시 의료용 마약은 마약중독을 일으키지 않는다는 것도 함께 홍보하는 것이 필요하다.

4. 대중의 인식

일반대중의 호스피스에 대한 인식을 제고하는 것이 호스피스의 이용률을 높이고 자원봉사자를 늘이며 호스피스에 대한 기부금 확보에 절대적으로 도움이 되겠다. 따라서 마스크를 이용한 호스피스의 홍보는 물론 걷기대회, 달리기 대회 등과 같은 사회행사, 연예인들이 참여하는 문화행사 등을 활발히 개최하고 일반대중을 대상으로 하는 강연회 등을 연중 개최하는 것이 도움이 되겠다. 또한 인터넷을 이용한 홍보와 홈페이지를 통한 호스피스 정보제공 및 호스피스 이용 안내 등이 절실히 필요하겠다.

결 론

한국의 호스피스는 지금 그 동안의 발전을 바탕으로 한 단계 도약할 수 있는 시점에 다다라 있다. 따라서 모든 호스피스 관련 학자들이나 종사자들이 사심 없이 협력하여 이상적인 제도를 만들고 법령을 정비하는 것이 필요하며 그러기 위해서는 끊임없는 연구결과의 제시와 함께 국민을 대상으로 하는 교육 및 홍보가 시행되어야 하겠다.