

## 한국 호스피스·완화의료 기관 현황 및 과제

이건세·주지수\*·김정희\*·김건엽<sup>†</sup>

건강보험심사평가원·건국대학교 의과대학 예방의학교실,  
\*건강보험심사평가원, <sup>†</sup>충남대학교 의과대학 예방의학교실

### Current Status and Challenge of Hospice·Palliative Care in Korea

Kun-Sei Lee, M.D., Ph.D., Jisoo Joo, R.N., MPH.\*,  
Jung-hoe Kim, MPH.\* and Keon-Yeop Kim, M.D., Ph.D.<sup>†</sup>

Health Insurance Review and Assessment Service and Department of Preventive Medicine, College of Medicine,  
Kon-kuk University, \*Health Insurance Review and Assessment Service, Seoul,

<sup>†</sup>Department of Preventive Medicine, College of Medicine, Chung-Nam National University, Daejeon, Korea

**Purpose:** The purpose of this study was to evaluate the current status of hospice·palliative care facilities, and to identify problems and improve hospice·palliative care in Korea. **Methods:** The questionnaire survey was implemented from October to December, 2007. It was consisted of general characteristics of organization, health manpower, facilities & equipments, service programs, and so on. Sixty two (79.5%) out of 78 hospice·palliative care facilities returned the questionnaires. **Results:** They were 42 hospital-based hospice·palliative care hospitals and 9 clinics, and most of them are located at central metropolitan areas (Seoul and Gyeonggi Province). more than 80% of hospitals met with the requirements (one doctor per 10 patients and one nurse per 1.5 patients), whereas 42.9% of clinics met the requirements. Approximately 22% of them met the requirement of sick room (4 patients for 1 room). Most of them provided various hospice·palliative care programs. The proportion of giving regular education programs to hospice·palliative care personnels were about half (41.9%). Thirty two (51.6%) facilities provided home visiting hospice·palliative care service. **Conclusion:** There were lack of enough health manpower, rooms, and programmes and they varied among facilities. It is necessary to increase the number of hospice·palliative care facilities with consideration of regional fair distribution and standardization of programmes. (Korean J Hosp Palliat Care 2008;11:196-205)

**Key Words:** Hospice·palliative care, Health manpower, Program, Policy making

### 서 론

최근 호스피스·완화의료는 그 필요성이 증가하고 있는데, 그 이유는 질병구조의 변화와 의학기술의 발달로 인한 말기환자의 증가, 여성의 사회진출로 인한 말기환

자 케어부담 증가, 말기환자에게 인간다운 죽음의 권리 보장, 말기환자의 의학적 요구 수용 및 의료자원의 낭비를 막을 수 있는 대안으로 호스피스·완화의료의 필요성이 커졌기 때문이다.<sup>1)</sup>

최근 통계청<sup>2)</sup>의 자료에 의하면 2006년 한해 6만 5천 900여명이 암으로 사망하였는데, 이를 근거로 추정할 때 약 36만 명의 말기 암환자와 가족이 임종과정과 죽음으로 인해 심각한 고통을 겪고 있다. 하지만 이들 환자에 대한 적절한 보건의료서비스 제공이 미흡한 것으로 나타났는데, 말기 암환자의 80~90%가 통증으로 고통 받고 있으나 절반이상이 적절한 통증치료를 받고 있지 못하고 있으며, 의료이용에 있어서도 마지막 순간까

접수일: 2008년 10월 7일, 수정일: 2008년 10월 28일

승인일: 2008년 11월 10일

교신저자: 주지수

Tel: 02-2182-2524, Fax: 02-585-6918

E-mail: juicyjoo@hiramail.net

본 연구는 2007년도 보건복지가족부 암정복추진연구개발사업 지원으로 이루어진 것임(과제고유번호: 0720610).

지 민간요법에 의존하거나 의료의 혜택에서 방치되는 가 하면 다른 한편에서는 3차 의료기관 특히 중환자실에서 사망하는 등 양극단의 현상이 반복되고 있다.<sup>3)</sup> 그런데 이런 3차 진료기관 입원의 약 60%는 대안적인 케어시설 수용이 가능하였으며, 3차 진료기관에 입원하는 환자들의 경우 만족스러운 케어를 받지 못하는 것으로 나타났다.<sup>4,5)</sup> 말기 암환자의 의료비 중 총 입원진료비의 79.4%가 3차 의료기관에서 발생하고 임종 전 1년 동안 의료비의 약 30~40%가 임종 전 1개월 동안에 지출되는 것으로 나타나<sup>6,7)</sup> 의료자원이 효율적으로 이용되지 못하고 있다.

선진 외국에서는 호스피스·완화의료이 말기 암환자 관리를 위한 제도가 발전되어 서비스 및 인력의 표준화, 수가개발 및 적용 등 국가적인 관리체계가 이루어졌으며 기존 연구에서도 이런 것들이 삶의 질 향상에 있어 이상적인 모델로 제시되고 있다.<sup>8)</sup> 미국의 호스피스 서비스 이용자와 제공 프로그램은 지속적으로 향상되고 있는데, 국립호스피스협회(National Hospice and Palliative Care Organization, NHPCO)는 2006년 미국의 전체 사망자의 약 36%가 호스피스 서비스를 제공받고 있는 것으로 추산하고 있다.<sup>9)</sup> 또한 1982년 메디케어 호스피스 급여(Medicare Hospice Benefit)가 법제화된 후 2006년 전체 호스피스 서비스의 83%에 해당하는 재원을 이것이 담당하고 있다(National Hospice and Palliative Care Organization, 2007).<sup>10)</sup> 이에 따라 메디케어 급여를 담당하는 CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services)는 호스피스 이용 현황과 비용에 대한 자료를 지속적으로 산출하고 있다.<sup>11)</sup> 일본의 경우 1990년 정부가 허가한 호스피스 제공 병상이 도입된 이후 호스피스 서비스는 건강보험의 급여로 포함되었다. 2000년 정부 허가를 받은 기관은 86개, 병상은 1,590병상이며, 2000년 전체 암 사망 환자의 2.6%가 호스피스 서비스를 이용하고 있다.<sup>12)</sup> 대만은 1983년부터 호스피스에 대한 사회적 운동이 시작되어 1990년 호스피스를 제공하는 병원이 처음 인증되었다.<sup>13)</sup> 이후 대만의 경우 건강보험으로 호스피스 서비스가 적용되고 있으며 암 사망자의 호스피스 이용은 2000년 5.5%에서 2004년 15.4%로 향상되었다.<sup>14)</sup> 하지만 국내의 경우 아직까지 이러한 말기 암 환자와 가족의 삶의 질을 향상시키기 위한 호스피스 완화의료 요양기관이 부족하고 국가차원의 적극적인 정책이 선진 외국에 비해 부족한 실정이다.

우리나라에서 최초의 호스피스 활동은 1965년 강릉 갈바리 의원의 마리아의작은자매회에서 시작되었다. 1980

년대 들어 종교단체와 연관된 기관이나 대학에 종사하는 일부 의사와 간호사들이 관심을 가지기 시작하여 산발적으로 증가하여 왔고, 1990년대 와서 수적 양적으로 급속히 팽창하여 많은 사람들이 관심을 가지기 시작하였다.<sup>15)</sup> 2007년 현재 전국적으로 약 120여개의 호스피스 사업이 의료기관내 호스피스 병동형 및 분산형, 독립시설형, 가정방문형 등으로 운영되고 있으나 아직 많이 부족한 편이다. 일반적으로 국가적으로 요구되는 호스피스·완화의료 병상 수는 인구 100만 명당 50병상 정도로 제시되고 있는데, 이를 기준으로 우리나라에 필요로 하는 호스피스·완화의료 병상수를 추정하면 약 2,500병상 정도인데 전국적으로 370병상만 확보하고 있어 15%의 충족률에 불과하다.<sup>16)</sup> 또한 2003년 통계청 자료를 이용한 지역 암사망자수 중 호스피스·완화의료 기관 이용 사망자수를 추정한 결과와 지역별 호스피스 기관 병상 수 충족비율을 살펴보면 지역 간 불균형이 심각한 것을 볼 수 있었다.<sup>17)</sup>

국가적 차원에서의 제도적 노력으로는 1998년 ‘호스피스 법제화’가 처음으로 추진되었고, 2002년 국립암센터의 기관고유사업으로 ‘한국 호스피스·완화의료 표준 및 규정’을 마련하였다. 2002년 8월 정부에서 호스피스·완화의료의 제도화 계획을 발표하였고, 2003년부터 2004년까지 시범사업을 수행하여 한국형 호스피스 모형을 확정하였다. 2005년부터 시설, 장비, 인건비 등 운영비 일부에 대한 지원 사업이 실시되고 있으며, 지역 암센터를 중심으로 한 호스피스 활성화, 2007년 말기 암환자 전문의료기관 지정기준 고시안을 제정하여 지정절차, 인력, 시설 및 장비기준을 제시하였다. 최근에는 호스피스 수가를 제도화하기 위한 노력을 하고 있다.

말기환자의 삶의 질을 향상시키고 제한된 의료자원을 효율적으로 이용하기 위해서는 호스피스·완화의료 제도의 개발과 활성화가 필요한데, 이를 위해서는 우선 현재 호스피스·완화의료 기관의 실태 파악이 되어야 할 것이다. 호스피스·완화의료에 대한 현황조사는 노유자 등<sup>18)</sup>의 연구, 이소우 등<sup>19)</sup>의 연구, 장현숙 등<sup>1)</sup>의 연구, 윤영호 등<sup>8)</sup>의 연구가 있었는데 기존 연구의 경우 호스피스 서비스 제공 기관에 대한 일반 현황을 파악하는 것을 목적으로 하여 조사대상 기관에 비의료기관도 포함되어 있으며, 이런 조사결과는 보건복지부의 호스피스 지원기관의 선정 기준을 개발하는데 사용되었다. 본 연구는 조사대상 기관을 의료기관에 한정하여 호스피스 수가를 개발하고, 이들 기관에 대한 건강보험급여

화를 실시할 것을 고려하여 현재 우리나라 호스피스·완화의료 기관의 인력 및 시설, 제공서비스 등을 중심으로 조사하고 분석하여 향후 호스피스·완화의료 정책 수립을 위한 기초 자료를 제공하고자 실시되었다.

## 대상 및 방법

### 1. 대상

전국의 호스피스·완화의료 제공하고 있는 의료기관을 파악하기 위해서 1차로 기관명단을 작성하였다. 1차 명단은 기존에 호스피스 제공기관을 파악하고 있는 한국 호스피스·완화의료 학회의 자료와 보건복지부의 말기 암 호스피스 지원 사업 대상기관 명단을 토대로 조사 이전에 연구진에 의해 재작성 되었다.

실제로 조사 시점에서 서비스를 제공하고 있는지 여부와 호스피스 서비스 형태 및 담당자 등의 기초정보를 파악하기 위해 2차로 2007년 5월에 1차 명단을 가지고 의료기관에 직접 전화조사를 실시하여 정보를 확인하였다. 같은 해 8월에 추가적으로 호스피스 서비스 지속 여부가 파악된 기관들의 정보를 반영하여 최종적으로 호스피스를 제공하는 78개 의료기관의 명단을 작성하고 이들을 대상으로 조사하여 자료를 분석하였다.

### 2. 방법

조사 방법으로는 기관 운영현황을 파악할 수 있는 설문지를 이용하였으며 이는 말기 암 호스피스 지원기관 지정 기준에 따르는 신청서 내용과 기존의 연구논문과 보고서 등을 기초로 연구자들이 초안을 작성하였고 이후 전문가 자문 회의 등을 통해 수정·보완하였다. 수집된 자료는 SAS ver. 8.2 for Windows와 Microsoft-Excel을 사용하여 분석하였다. 설문내용은 크게 5가지 영역으로 구성되었다. 기관의 일반현황, 호스피스 팀 인력현황(의사, 간호사, 사회복지사, 성직자 등), 기관 시설현황(호스피스 입원실 및 진료실 등), 장비현황(병동형 병동에 구비된 장비), 그리고 호스피스 서비스 운영현황(재원환자 수, 입원관리 방안, 호스피스 프로그램)을 묻는 내용으로 이루어졌다.

2007년 10월 시점에서 호스피스를 제공하는 기관 가운데 비의료기관을 제외하고 의료기관만을 대상으로 조사를 실시하였다. 총 조사기간은 2007년 10월에서 12월 까지였고, 해당 기관의 호스피스 담당자가 자가 작성하였다. 총 78개의 의료기관중에서 62개 기관이 조사 결과를 답하여 응답률은 79.5%를 보였다.

## 결 과

### 1. 일반현황

호스피스 서비스를 제공하는 의료기관을 종별, 호스피스 운영형태(유형), 2007년 지원 사업 여부에 따른 지역별 분포를 살펴보면 표 1과 같다. 전체 응답 62개 기관 가운데 42개 기관이 종합병원 이상인데 비하여 의원인 경우 9개 기관에서 호스피스를 제공하고 있었다. 호스피스 의료기관은 서울 14개(22.6%), 경기도 12개(19.4%)로 수도권 지역위주로 분포하고 있어 지역적으로 불균형 공급을 보이고 있다. 특히 경남, 경북, 전남, 강원, 충남 등 지역은 호스피스 기관이 1~2개, 울산은 한 곳도 없는 것으로 나타났다. 호스피스 유형에서 병동형 및 독립형의 경우 전체 62개 기관 가운데 37개 기관이며 분산형으로 운영하는 경우도 25개 기관이 있어 이들 분산형을 제외하고 병동형 및 독립형만을 고려하여 지역분포를 보았을 때 서울이 9개(24.3%), 경기지역이 9개(24.3%)로 지역적 불균등은 더욱 심하게 나타나고 있다. 2007년의 호스피스 지원기관은 전체 62개 가운데 23개로 아직 많은 기관이 호스피스 지원기관에 선정되지 않았다. 특히 부산의 경우 5개 기관 가운데 지원기관이 하나도 없으며 전북지역도 7개 기관 가운데 지원기관이 1개 밖에 되지 않았다.

독립형으로 운영하는 곳이 대다수인 의원에서는 분산형이 나타나지 않았다. 지역별로 종합병원 이상인 호스피스 의료기관은 서울 및 경기 지역에 많이 위치하지만 다른 지역은 1~2개의 기관만이 있었다. 호스피스 기관의 운영형태별로 구분하였을 때 종합병원이상에서 병동형 및 독립형 : 분산형은 21 : 21, 병원급의 경우 병동형 및 독립형 : 분산형은 7 : 4, 의원의 경우 독립형 : 분산형은 9 : 0의 비율로 분포한다. 전체 호스피스 기관 62개 가운데 종합병원은 42개로 많은 비중으로 차지하고 있지만 종합병원 이상의 기관에서 분산형으로 운영하는 기관이 50%의 비율로 분포하고 있다(표 2).

### 2. 인력, 시설 및 장비

호스피스 케어의 질을 좌우하는 큰 기준 중의 하나인 인력 수준을 살펴보면 표 3과 같다. 분산형 기관의 경우 호스피스 서비스를 위해 배정된 인력에 대한 기준이 명확하지 않아 결과분석에는 제외하였다. 호스피스 지원기관의 인력 기준으로 의사와 간호사 인력이 가장 중요하여 두 인력의 충족 현황을 분석하였다. 의사의 경

표 1. 호스피스 의료기관의 지역에 따른 종별, 운영형태(유형)별, 2007년 지원사업 여부별 분포.

지역	종별						호스피스 유형						2007년 지원사업여부				합계	
	종합병원이상		병원		의원		병동형 및 독립형		분산형		비지원기관		지원기관					
	빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%		
서울	11	26.2	2	18.2	1	11.1	9	24.3	5	20.0	9	23.1	5	21.7	14	22.6		
부산	3	7.1	2	18.2	0	0.0	2	5.4	3	12.0	5	12.8	0	0.0	5	8.1		
대구	4	9.5	0	0.0	0	0.0	2	5.4	2	8.0	2	5.1	2	8.7	4	6.5		
인천	2	4.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	8.0	2	5.1	0	0.0	2	3.2		
광주	2	4.8	0	0.0	1	11.1	2	5.4	1	4.0	1	2.6	2	8.7	3	4.8		
대전	2	4.8	0	0.0	1	11.1	2	5.4	1	4.0	2	5.1	1	4.4	3	4.8		
울산	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
경기	7	16.7	2	18.2	3	33.3	9	24.3	3	12.0	5	12.8	7	30.4	12	19.4		
강원	0	0.0	1	9.1	1	11.1	2	5.4	0	0.0	1	2.6	1	4.4	2	3.2		
충북	3	7.1	1	9.1	0	0.0	1	2.7	3	12.0	3	7.7	1	4.4	4	6.5		
충남	1	2.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	4.0	1	2.6	0	0.0	1	1.6		
전북	3	7.1	3	27.3	1	11.1	3	8.1	4	16.0	6	15.4	1	4.4	7	11.3		
전남	1	2.4	0	0.0	0	0.0	1	2.7	0	0.0	0	0.0	1	4.4	1	1.6		
경북	2	4.8	0	0.0	0	0.0	2	5.4	0	0.0	1	2.6	1	4.4	2	3.2		
경남	1	2.4	0	0.0	0	0.0	1	2.7	0	0.0	1	2.6	0	0.0	1	1.6		
제주	0	0.0	0	0.0	1	11.1	1	2.7	0	0.0	0	0.0	1	4.4	1	1.6		
합계	42	100.0	11	100.0	9	100.0	37	100.0	25	100.0	39	100.0	23	100.0	62	100.0		

표 2. 호스피스 의료기관의 지역과 운영형태에 따른 종별 분포.

지역	종합병원이상		병원				의원				합계			
	병동형 및 독립형		분산형		병동형 및 독립형		분산형		병동형 및 독립형				분산형	
	빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%
서울	6	28.6	5	23.8	2	28.6	0	0.0	1	11.1	0	0.0	14	22.6
부산	1	4.8	2	9.5	1	14.3	1	25.0	0	0.0	0	0.0	5	8.1
대구	2	9.5	2	9.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	6.5
인천	0	0.0	2	9.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	3.2
광주	1	4.8	1	4.8	0	0.0	0	0.0	1	11.1	0	0.0	3	4.8
대전	1	4.8	1	4.8	0	0.0	0	0.0	1	11.1	0	0.0	3	4.8
울산	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
경기	5	23.8	2	9.5	1	14.3	1	25.0	3	33.3	0	0.0	12	19.4
강원	0	0.0	0	0.0	1	14.3	0	0.0	1	11.1	0	0.0	2	3.2
충북	0	0.0	3	14.3	1	14.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	6.5
충남	0	0.0	1	4.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.6
전북	1	4.8	2	9.5	1	14.3	2	50.0	1	11.1	0	0.0	1	1.6
전남	1	4.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	3.2
경북	2	9.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	3.2
경남	1	4.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.6
제주	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	11.1	0	0.0	7	11.3
합계	21	100.0	21	100.0	7	100.0	4	100.0	9	100.0	0	0.0	62	100.0

우 환자 10명당 1인의 의사를 갖추고 있는 기관은 종합 병원 이상의 경우 80.0%인데 비하여 의원의 경우 이 기준을 충족하는 비율은 42.9%로 낮았다. 호스피스 지원

사업 기관의 경우 의사 인력을 충족하는 비율이 76.2%로 비지원기관의 충족률(58.3%) 보다는 높게 나타났다. 간호사의 경우 호스피스 간호를 위해 필요한 조건인 환

표 3. 호스피스 의료기관의 종별, 지원 사업 여부에 따른 인력현황: 의료인력(의사, 간호사).

		종별						2007년 지원 사업여부				합계	
		종합병원이상		병원		의원		비지원기관		지원기관			
		빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%
의사	10 : 1 이하	16	80.0	4	66.7	3	42.9	7	58.3	16	76.2	23	68.8
	10 : 1 ~ 20 : 1	2	10.0	1	16.7	2	28.6	1	8.3	4	19.1	5	15.2
	20 : 1 초과	2	10.0	1	16.7	2	28.6	4	33.3	1	4.8	5	15.2
간호사	1.5 : 1 이하	13	65.0	3	50.0	5	71.4	5	41.7	16	76.2	21	63.6
	1.5 : 1 ~ 2.5 : 1	6	30.0	2	33.3	0	0.0	4	33.3	4	19.1	8	24.2
	2.5 : 1 초과	1	5.0	1	16.7	2	28.6	3	25.0	1	4.8	4	12.1
총합계		20	100.0	6	100.0	7	100.0	12	100.0	21	100.0	33	100.0

\* 분산형 기관 제외.

표 4. 호스피스 의료기관의 종별, 유형별, 지원 사업 여부에 따른 시설현황.

		종별						호스피스 유형				2007년 지원 사업				합계	
		종합병원 이상		병원		의원		병동형 및 독립형		분산형		비지원기관		지원기관			
		빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%
병실*	4인실 충족	8	19.1	1	9.1	5	55.6	13	35.1	0	0.0	7	18.0	7	30.4	14	22.6
	4인실 미충족	34	81.0	10	90.9	4	44.4	24	64.9	0	0.0	32	82.1	16	69.6	48	77.4
병실외 시설 1†	모두설치	16	38.1	1	9.1	6	66.7	22	59.5	0	0.0	7	17.9	16	69.6	23	37.1
	미설치	26	61.9	10	90.9	3	33.3	15	40.5	0	0.0	32	82.1	7	30.4	39	62.9
병실외 시설 2‡	호스피스 전용	5	11.9	0	0.0	5	55.6	10	27.0	0	0.0	0	0.0	10	43.5	10	16.1
	호스피스 겸용	37	88.1	0	0.0	4	44.4	27	73.0	0	0.0	0	0.0	13	56.5	52	83.9
장비 보유§	6개 초과 구비	22	52.4	6	54.6	9	100.0	34	91.9	3	12.0	15	38.5	22	95.7	37	59.7
	6개 이하 구비	20	47.6	5	45.5	0	0.0	3	8.1	22	88.0	24	61.5	1	4.4	25	40.3
합계		42	100.0	11	100.0	9	100.0	37	100.0	25	100.0	39	100.0	23	100.0	62	100.0

\*병실은 4인실 이하 규모인 병실(1인, 2인, 3인, 4인실)로만 운영하는 경우를 '충족'이라고 하였음, †병실외 시설은 임종실, 상담실, 종교실, 자원봉사자실, 교육실을 지칭하며, 이들을 모두 갖고 있는 경우 '설치', 그렇지 않은 경우 '미설치'라고 보았음, ‡그리고 이 5개 시설을 모두 호스피스 환자들만을 위해 사용하는 경우 '전용', 그 외의 경우는 '겸용'이라고 보았음, §장비는 의료장비로서 흡인기, 이동용 산소발생기, 고정용 산소발생기, 공기침대, 휠체어, 앰블런스, 가정방문용 차량, 세발기구, PCA, 특수목욕장비, 특수소변기를 지칭함.

자 1.5명당 1인의 기준에 충족하는 기관은 의원급(71.4%)이 종합병원 이상의 기관(65.0%), 병원(50.0%)에 비해 높게 나타났다. 의원의 경우 의사인력 충족 비율은 낮지만 간호사 인력 충족비율은 높은 현상이 나타났다. 호스피스 지원 사업 기관의 간호 인력은 의사인력과 유사하게 비지원기관에 비하여 높았다(76.2%). 병동 및 독립형으로 운영하는 기관의 경우 간호 인력의 호스피스 지원 기준인 1.5 : 1을 적용할 경우 63.6%를 충족하지만, 현재 급성기 입원 치료를 중심으로 하는 병원급 이상의 기관을 대상으로 인정하는 가장 높은 간호등급 1등급(환자 2.5명당 1인)의 기준은 29개 기관(87.9%)이 충족하고 있는 것으로 나타났다.

시설 및 장비 현황에 대해서 응답한 결과들을 살펴보면 표 4와 같다. 호스피스 지원기관의 기준에 해당하는 1병실 4인 기준을 충족하는 기관은 전체 62개 기관에서 14개 기관으로 22.6%를 차지하고 있으며, 호스피스 지원 기관의 경우에도 이 기준을 충족하는 기관은 7개, 30.4%에 불과하였다. 특이한 점은 의원급이 이 기준을 충족하는 비율이 5개(55.6%)기관으로 다른 종별에 비해 높게 나타나고 있다. 즉, 종합병원이상의 경우 전체 42개 가운데 8개인 19.1%, 병원급의 경우 1개인 9.1%만이 병실 기준을 충족하고 있었다.

호스피스 특이적인 시설로서 병실외 시설은 임종실, 상담실, 종교실, 자원봉사자실, 교육실을 구비한 비율은

종합병원이상의 기관의 경우 1실 4병상 기준을 충족한 비율인 8개 기관(19.1%)보다 증가한 16개 기관(38.1%)이 이런 시설을 갖추었으며, 의원급의 경우에도 다른 종별보다 구비하고 있는 빈도가 높았다(66.7%). 특히 지원사업기관들이 비지원기관보다 높은 69.6%의 충족률을 보였다.

병실외 시설을 전용으로 사용하는 경우는 의원급 기관(55.6%)과 호스피스 지원기관(43.5%)이 다른 유형의 기관에 비하여 높은 비율을 보였다. 의료장비를 6개 이상 구비한 비율은 병실 및 병실외 시설의 충족, 전용 비율보다 전체적으로 증가하는 경향을 보이고 있으며, 특히 의원급(100.0%), 병동형 및 독립형(91.9%), 지원사업기관(95.7%)인 경우에 더 많이 구비해 놓고 있는 것으로

나타나 시설의 충족이 높은 기관과 동일한 현상을 보이고 있다.

3. 프로그램 운영 현황 등

각 의료기관별로 호스피스 서비스를 받을 수 있는지의 여부를 판정하는 기준을 갖고 있는지의 여부를 물었을 때 종별, 호스피스 유형, 지원 사업 여부에 크게 상관없이 대부분의 조사대상 기관들이 기준을 갖고 있다고 답하였다(전체기관 중 85.5%). 호스피스 환자들을 위한 특수요법의 경우는 의원급(66.7%), 병동 및 독립형(64.9%), 지원 사업 기관(73.9%)일수록 2개 이상의 특수요법을 실시하고 있는 것으로 나타났다. 호스피스 환자와 함께하는 행사 등의 활동을 실시하는지의 여부를

표 5. 호스피스 의료기관의 종별, 유형별, 지원 사업 여부에 따른 운영현황 및 교육현황 및 가정 호스피스 제공현황.

		종별						호스피스 유형				2007년 지원 사업				합계	
		종합병원 이상		병원		의원		병동형 및 독립형		분산형		비지원기관		지원기관			
		빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%		
호스피스 판정기준	유	38	90.5	7	63.6	8	88.9	33	89.2	20	80.0	31	79.5	22	95.7	53	85.5
	무	4	9.5	1	9.1	1	11.1	2	5.4	4	16.0	5	12.8	1	4.4	6	9.7
	무응답	0	0.0	3	27.3	0	0.0	2	5.4	1	4.0	3	7.7	0	0.0	3	4.8
특수요법*	2~4개	18	42.9	6	54.6	6	66.7	24	64.9	6	24.0	13	33.3	17	73.9	30	48.4
	2개 미만	24	57.1	5	45.5	3	33.3	13	35.1	19	76.0	26	66.7	6	26.1	32	51.6
행사†	유	29	69.1	8	72.7	8	88.9	32	86.5	13	52.0	23	59.0	22	95.7	45	72.6
	무	13	31.0	3	27.3	1	11.1	5	13.5	12	48.0	16	41.0	1	4.4	17	27.4
	무응답	0	0.0	1	9.1	1	11.1	2	5.4	0	0.0	1	2.6	1	4.4	2	3.2
임종관리	유	31	73.8	9	81.8	7	77.8	29	78.4	18	72.0	28	71.8	19	82.6	47	75.8
	무	11	26.2	1	9.1	1	11.1	6	16.2	7	28.0	10	25.6	3	13.0	13	21.0
	무응답	0	0.0	1	9.1	1	11.1	2	5.4	0	0.0	1	2.6	1	4.4	2	3.2
장례준비	유	30	71.4	8	72.7	7	77.8	29	78.4	16	64.0	27	69.2	18	78.3	45	72.6
	무	12	28.6	2	18.2	1	11.1	6	16.2	9	36.0	11	28.2	4	17.4	15	24.2
	무응답	0	0.0	1	9.1	1	11.1	2	5.4	0	0.0	1	2.6	1	4.4	2	3.2
유가족 지지모임	유	27	64.3	4	36.4	6	66.7	25	67.6	12	48.0	18	46.2	19	82.6	37	59.7
	무	15	35.7	6	54.6	2	22.2	10	27.0	13	52.0	20	51.3	3	13.0	23	37.1
	무응답	0	0.0	1	9.1	1	11.1	2	5.4	0	0.0	1	2.6	1	4.4	2	3.2
사별가족 관리	유	36	85.7	6	54.6	8	88.9	32	86.5	18	72.0	29	74.4	21	91.3	50	80.7
	무	6	14.3	4	36.4	0	0.0	3	8.1	7	28.0	9	23.1	1	4.4	10	16.1
	무응답	0	0.0	1	9.1	1	11.1	2	5.4	0	0.0	1	2.6	1	4.4	2	3.2
호스피스팀 직종별‡	모두함	19	45.2	2	18.2	5	55.6	21	56.8	5	20.0	11	28.2	15	65.2	26	41.9
	모두하지 않음	23	54.8	9	81.8	4	44.4	16	43.2	20	80.0	28	71.8	8	34.8	36	58.1
기타§ 교육여부	실시함	27	64.3	5	45.5	8	88.9	29	78.4	11	44.0	18	46.2	22	95.7	40	64.5
	실시하지 않음	15	35.7	6	54.6	1	11.1	8	21.6	14	56.0	21	53.9	1	4.4	22	35.5
가정 호스피스 서비스	제공하지 않음	20	47.6	8	72.7	2	22.2	16	43.2	14	56.0	25	64.1	5	21.7	30	48.4
	제공함	22	52.4	3	27.3	7	77.8	21	56.8	11	44.0	14	35.9	18	78.3	32	51.6
합계		42	100.0	11	100.0	9	100.0	37	100.0	25	100.0	39	100.0	23	100.0	62	100.0

\*특수요법은 미술요법, 음악요법, 원예요법, 웃음요법 4 가지를 지칭함, †행사는 호스피스 환자와 함께 하는 요리실습, 퍼즐 맞추기, 다과모임, 생일잔치 및 크리스마스 파티, 외출 등을 뜻함, ‡호스피스팀 구성 인력인 의사, 간호사, 사회복지사, 성직자, 자원봉사자를 지칭함, §전문 인력이 아닌 환자, 보호자, 일반인을 대상으로 교육을 시행하는 경우를 말함.

물은 결과도 특수요법과 마찬가지로 중별로는 차이 없이 시행하고 있었고 유형별로는 병동 및 독립형(86.5%)이 분산형(52.0%)에 비해서 많이 실시하고 있으며 지원사업기관(95.7%)이 비지원기관(59.0%)보다 더 많이 실시하고 있었다(표 5).

임종 및 사별관리 프로그램에 해당하는 임종관리(75.8%), 장례준비(72.6%), 유가족 지지모임(59.7%), 사별가족 관리(80.7%)의 경우 이런 프로그램을 실시하는 기관의 비율이 높았다. 의원급, 병동 및 독립형, 지원사업일수록 실시율이 높게 나타났다(표 5).

교육현황은 크게 호스피스 팀 인력에 대한 교육을 실시하는가와 그 외의 전문 인력이 아닌 대상자들에게 교육을 실시하는가를 물어보았다. 팀 인력에 대한 교육은 의원급(55.6%), 병동형 및 독립형(55.8%), 지원기관(65.2%)이 상대적으로 높은 비율로 시행하고 있었으며, 기타 대상자들에 대한 교육에 있어서도 역시 동일한 응답을 나타내었다(표 5).

조사대상 기관 중에서 현재 가정 호스피스 서비스를 운영하고 있는 곳은 절반 수준인 32개(51.6%) 기관으로 나타났다. 중별로는 의원이 77.8%로 가장 많이 제공하고 있었고 유형별로는 병동 및 독립형이 56.8%, 분산형이 44.0%가 가정 호스피스를 제공한다고 응답하여 비슷한 수준을 보였다. 2007년도 지원기관들의 78.3%가 가정 호스피스를 제공한다고 하였는데, 이는 지원사업평가 기준에 서비스 지속성여부를 묻는 항목으로 인혜의료기관의 행태가 보정되어 가는 것으로 보인다(표 5).

## 고 찰

본 연구는 호스피스·완화의료 기관이 2007년 말기 암환자 전문의료기관 지정 고시 기준(안)에 어느 정도 부합하는지 파악하여 향후 정책 수립을 위한 과제도출을 목적으로 하였다. 2008년 9월 현재, 말기 암환자 전문의료기관 지정 고시는 그 안이 확정되어 장관령으로 고시되었으나, 본 연구는 고시안이 확정되기 이전 2007년 지정고시를 기준으로 수행되었다.<sup>20)</sup> 연구결과에 제시한 것과 같이 인력, 시설 및 장비, 호스피스 프로그램 운영 등에 초점을 두어 중요사항에 대한 현황과 과제를 도출하면 아래와 같다.

첫째, 인력은 의사 및 간호사 인력이 가장 중요한데, 두 인력 모두 기준에 제시하고 있는 기준을 충족하는 기관이 많지 않다. 특히, 간호 인력의 경우 1.5 : 1을 충족하는 비율이 50% 수준에 불과하여 간호 인력에 대한

충족이 매우 부족하다. 의사인력의 경우 의원급보다 종합병원에서 기준을 충족하는 비율이 높고, 간호사 인력의 경우 의원급이 종합병원보다 충족하는 비율이 높게 나타나고 있다. 종합전문병원의 경우 의사인력이 비교적 많으며 따라서 전담 및 겸임 의사인력을 구하기는 비교적 용이하기 때문에 이런 현상이 나타나는 것으로 해석된다.

의사 및 간호 인력에 관한 정책적인 과제는 기존에 제시된 기준을 엄격히 적용할 것인지 아니면 현실적인 인력 수급의 어려움을 고려하여 기준을 조정할 것인지 논의하는 것이 필요하다. 호스피스 서비스의 경우 인적 서비스의 비중이 높은 것을 고려하면 양적으로 충분한 인력을 확보하는 것이 필수적이지만 의사 및 간호사 인력을 확보하는데 현실적인 어려움도 있다. 따라서 인력의 확보 수준에 따른 차등적 지원이나 수가 적용을 고려할 수도 있다. 물론 인력이 미흡한 경우 운영 관리 실태에 대한 모니터링이 매우 중요할 것이다.

호스피스 인력의 개발에 해당하는 호스피스 직종별 교육은 아직 부족하다. 호스피스팀 직종별 교육을 모두 하는 경우는 약 40% 수준에 해당하여 인력에 대한 전문교육을 강조해야 할 것이다. 특히, 종합병원, 분산형 운영 기관, 비지원기관에서 교육훈련이 부족하여 이런 기관에 종사하는 인력이 교육에 참여할 수 있도록 교육훈련 프로그램을 개발하는 것이 필요하다.

둘째, 호스피스 시설 및 장비는 환자를 위한 병실과 관련 시설로 구분하였다. 호스피스 병실의 경우 4인실을 기준으로 제시하고 있으나 4인실 이상의 병실을 운영하는 기관이 59%에 해당하고 있다. 호스피스 지원 기관의 경우에도 1실 4인 기준을 충족하기 쉽지 않은 것을 확인할 수 있다.

적지 않은 기관이 4인실 이상으로 운영하는 이유는 가능한 하나의 병실에 많은 병상을 배치하는 것이 병원 수익에 도움이 되기 때문이다. 그러나 호스피스 서비스의 질적 수준을 위해서는 안정된 환경이 중요하며 이런 조건의 하나로 가능한 하나의 병실에 적은 환자가 입원해 있는 것이 좋을 것이다. 1실 4병상을 확보하기 위한 구조 변경은 병실차액이라는 경제적인 요인이 중요한 제약요인으로 작용하는 것으로 해석할 수 있다. 따라서 호스피스 병실의 경우도 인력 충족과 같이 의료현실과 기준의 충족을 어느 수준에서 해결 가능한 것을 찾아야 할지 판단하고 결정하는 것이 중요한 과제가 될 것이다.

병실 이외의 호스피스 특이적인 시설로 임종실, 상담

실, 종교실 등은 환자 및 가족을 위해 갖추어야 하는 시설이지만 이런 시설을 모두 갖춘 기관은 37%에 불과하여 환자 및 가족에게 정서적, 종교적 서비스와 임종 관련 서비스를 제공할 수 있는 기반이 부족하다. 1실 4병상을 충족하는 비율에 비하여 병실외 시설인 임종실, 상담실, 종교실 등을 구비한 비율은 높게 나타나고 있어 1실 4병상의 확충보다는 호스피스 서비스 제공을 위한 다른 시설 개선이 보다 용이하게 이루어지고 있음을 알 수 있다.

특이한 것은 종합병원보다는 의원이 이런 시설을 갖추고 있는 비율이 높아 상대적으로 작은 의료기관의 경우 호스피스를 전문으로 실시하고 있으며, 종교적 배경이 영향을 미쳤을 것이다. 또한 작은 기관일수록 시설 및 구조 변경에 용이하고 기관장의 의사결정 및 갈등조정이 간단하여 이런 현상이 나타날 수 있을 것이다.

셋째, 호스피스 특이적인 서비스 및 임종/사별 관련 프로그램의 운영은 비교적 많은 기관에서 적극적으로 수행하는 것으로 나타났다. 영국과 아일랜드의 경우는 187개의 기관(또는 팀)중 156개에서 완화케어를 통한 사후 사별관리를 계획하고 실행하며<sup>21)</sup>, 호주의 경우에도 Australian Palliative care national directory 2004에서 지정된 324개의 기관을 대상으로 한 연구에서 대부분의 센터들이 임종 2주 이내에 사별관리에 접근하며 케어의 중요한 부분으로 인식하고 다각도로 팀접근을 수행하였다.<sup>22)</sup> 우리나라는 약 80% 이상의 기관이 호스피스 판정기준으로 환자의 호스피스 적용 대상 여부를 관리하고 있으며 환자를 위한 이벤트 및 행사를 진행하는 것으로 보고하였다. 환자의 심리적, 정서적 안정을 위한 미술요법, 음악요법과 같은 특수요법을 2가지 이상 운영하고 있는 기관이 있어 환자의 정서적 안정을 위한 호스피스 특이적 서비스는 많은 기관이 운영하는 것으로 판단된다. 또한 환자의 임종 및 장례준비, 사별환자의 관리도 70~80%의 기관이 수행하고 있었다. 그런데 이런 호스피스 특이적인 활동은 종합병원이 병원 및 의원에 비하여 적게 제공되고 있었으며, 분산형 기관이 병동형 및 독립형 시설보다 적게 제공되고 있었다. 또한 기존의 지원 사업 기관이 비지원기관보다 많이 제공되고 있었다. 이와 같은 현상은 전문종합병원과 같이 병원의 외부적 형태, 규모가 크다고 호스피스 특이적인 프로그램이 운영되기 보다는 병원의 내부적인 병상 배치나 정책적인 지원이 이런 프로그램의 운영에 중요하다는 것을 암시하고 있다. 실제로 2000년에 미국의 캘리포니아 주에서 의료기관을 대상으로 한 연구에서 대

부분의 기관은 호스피스 서비스를 제공하지 않았고, 완화 케어 서비스도 거의 이루어지지 않았다.<sup>23)</sup> 이후 California Hospital Initiative in Palliative Services (CHIPS)라는 입원환자 케어 프로그램을 통해 의료기관들이 호스피스 완화의료 케어를 효율적으로 할 수 있는 지원 프로그램을 수행했고 결과적으로 1, 2년 뒤에 완화 케어 프로그램을 발전시키는데 도움을 준 바 있다.<sup>24)</sup>

넷째, 가정 호스피스 서비스를 제공하는 기관은 약 50% 수준에서 제공하고 있다. 종합전문병원보다는 의원에서 가정 호스피스를 제공하고 있는 비율이 높았으며, 호스피스 지원기관이 비지원기관보다 비율이 높았다. 의원이 가정 호스피스를 제공하는 비율이 높은 것은 지역의 환자들에 대한 서비스 제공에서 종합병원보다 조직적인 유연성이 관여하는 것으로 추정된다. 또한 의원의 호스피스를 이용하는 환자들이 비교적 종합병원보다는 지역적인 접근성이 높은 경우가 많을 것이므로 의원이 이런 환자들 대상으로 가정 호스피스를 제공하기 쉬운 것으로 판단된다.

기존의 호스피스·완화의료 기관에 대한 현황에 대한 연구<sup>1,8)</sup>는 호스피스·완화의료의 인력, 시설, 활동 현황 조사를 통해 문제점을 도출하고, 기관의 표준화 기준을 설정하는데 목적을 두고 있다. 그런데 본 연구는 호스피스·완화의료 기관의 표준화가 제시된 이후 이 기준에 어느 정도 부합하는지 평가하는데 초점을 두었다. 또한 호스피스·완화의료기관의 인력수준과 종별에 따른 수가 적용 방안을 염두에 두고 실시되어 기존의 현황 조사 연구와는 차별성을 갖는다.

위의 논의를 기초로 종합적인 결론을 도출하면 아래와 같다. 첫째, 아직 호스피스 제공 기관이 양적으로 부족하며, 특히 지역적으로 불균등 분포를 하고 있다는 점이다. 따라서 향후 양적인 확보와 함께 지역적인 분포를 고려하는 것이 필요하다. 즉, 건강보험 수가개발 및 정책은 보편적이고 많은 공급자를 대상으로 하기보다는 특수한 서비스, 역사성, 종교성을 갖는 초기의 선진적 기관을 대상으로 기반으로 해야 한다는 것이다.

둘째, 전체적인 호스피스 제공 기관에서 아직도 호스피스 지원 기관의 인력, 시설 수준을 충족하지 못하는 비율이 높다는 것을 확인하였다. 즉, ‘양적인 확대’와 ‘지원 기준’이 상호교환(trade-off)을 하고 있으므로 그 수준을 고려한 정책적인 선택이 필요할 것으로 판단된다. 호스피스 기관의 종별 특성에 따라 인력 및 시설 확보 수준, 프로그램 운영에 차이가 있으며, 지역적으로도 인력, 시설의 확보에도 다른 차이가 있으므로 획일적인



기준의 적용보다는 차이를 고려한 유연한 방식의 접근이 하나의 대안이 될 수도 있을 것이다. 즉, 건강보험수가의 적용에 있어 인력 및 시설 수준에 따른 인증, 차등적 수가 적용을 고려하는 것이 필요하다.

셋째, 호스피스 서비스 제공 기관의 종별 구분에 있어 대형, 종합전문병원보다는 오히려 의원과 같은 소규모 기관이 구조적, 운영적 측면의 장점을 갖고 있다는 것을 고려해야 한다. 호스피스 특이적인 서비스 제공을 위해서는 병실, 임종실, 종교실 등의 시설이 확보해야 하며 이런 시설의 운영 및 확보에 대형병원이 별 장점을 갖지 않고 있다. 이것은 조직의 규모보다는 조직의 의사결정 및 유연성이 호스피스 운영에 중요한 요인으로 작용하고 또한 호스피스 서비스가 기관의 종교적 이념의 영향을 많이 받기 때문일 것이다. 건강보험수가 적용에 있어 기존의 의료기관 종별에 따른 차등적인 적용이 호스피스 기관에 적용되는데 한계가 있을 수 있다.

넷째, 호스피스 기관에 구조적 측면과 프로그램 운영의 측면에서 나타나는 일반적인 현상은 정부의 지원을 받는 호스피스 지원기관이 구조적인 측면과 프로그램 운영의 측면에서 상대적으로 양호하다는 것이다. ‘지원’과 ‘기관역량’의 선후관계를 설명하기 어려우나 정부 지원을 통해 호스피스 기관의 질적 수준을 향상하려는 노력을 지속해야 할 것이다. 즉, 국가의 지원과 건강보험을 통한 수가 정책을 동시에 병행하는 정책 방안을 개발하는 것이 필요할 수 있을 것이다.

1986년 호스피스 서비스에 대한 급여화를 시작한 미국의 경우에도 1998년 미국병원협회 등록된 기관들의 프로그램 운영 현황을 살펴본 결과, 소수의 기관만이 완화케어 프로그램 등의 프로그램 구조를 갖고 있었고 이중에서도 일부 기관이 의료기관을 토대로 한 호스피스 서비스를 제공한다고 하였다.<sup>25)</sup> 또한, 1999년 미국교육수련병원들이 호스피스 병상을 운영하고 호스피스 프로그램을 운영하는 경우도 극소수에 불과했다. 이는 홈케어에 기반을 둔 호스피스를 시작한 미국만의 특수성도 일부 고려하지 않을 수 없으나 호스피스 의료전달 체계를 고려하며 서비스를 발전시키는 데 많은 시간과 노력이 필요함을 미루어 알 수 있다.<sup>26)</sup>

본 연구는 몇 가지 한계가 있다. 설문에 응답한 기관의 실제 확인 조사를 하지 못하였다. 설문에 응답한 인력 및 시설과 실제 운영되는 인력에 차이가 있을 수 있다. 또한 프로그램의 운영은 내용의 질적 수준에 따라 평가를 해야 하지만 본 연구에서는 단순히 실시 여부만

을 평가하여 운영의 질적 수준을 평가하기 어려운 한계를 갖고 있다. 따라서 향후 호스피스·완화의료 기관을 대상으로 한 연구는 이런 기관의 구조, 과정에 대한 기준을 보다 세분화, 객관화하여 기준 달성 여부를 평가할 수 있는 객관적인 기준 개발에 대한 연구가 필요하다. 또한 구조, 과정에 대한 기준개발 및 연구뿐 아니라 이런 구조, 과정이 호스피스 서비스의 질적 수준, 환자 및 보호자의 만족도 등을 평가하기 위한 기준 개발과 구조, 과정이 이런 결과에 미치는 영향을 평가하기 위한 연구가 수행되어야 할 것이다.

## 감사의 글

본 연구를 진행하는데 많은 지원을 한 건강보험심사평가원의 심사평가연구실과 자료 조사에 성의 있는 응답을 해주신 호스피스 기관에 감사드립니다.

## 요 약

**목적:** 본 연구는 현재 호스피스완화의료 기관의 인력 및 시설, 제공서비스 등이 말기 암환자 전문의료기관 지정 기준에 부합하는 정도를 조사하고 분석하여 향후 정책수립을 위한 기초자료를 제공하고자 실시되었다.

**방법:** 자료는 2007년 10월부터 12월까지 수집되었으며 설문내용으로는 호스피스·완화의료 기관의 일반현황, 인력현황, 시설현황, 장비현황, 호스피스 서비스 운영현황 등을 포함하였다. 총 62개 의료기관이 응답하였다.

**결과:** 전체 62개 기관 가운데 42개 기관이 종합병원 이상인데 비하여 의원의 경우 9개 기관에서 호스피스를 제공하고 있었다. 호스피스 의료기관은 수도권 지역 위주로 분포하고 있어 지역적인 불균형 공급을 보이고 있다. 의사의 경우 환자 10명당 1인의 의사를 갖추고 있는 기관은 종합병원 이상(80.0%)인데 비하여 의원의 경우 이 기준을 충족하는 비율은 낮았다(42.9%). 간호사의 경우 호스피스 간호를 위해 필요한 조건인 환자 1.5명당 1인의 기준에 충족하는 기관은 의원급(71.4%)이 종합병원 이상의 기관(65.0%), 병원(50.0%)에 비해 높게 나타났다. 호스피스 지원기관의 기준에 해당하는 1병실 4인 기준을 충족하는 기관은 전체 62개 기관에서 14개 기관으로 22.6%를 차지하고 있었다. 호스피스 환자들을 위한 특수요법의 경우는 의원급(66.7%), 병동 및 독립형(64.9%), 지원 사업 기관(73.9%)일수록 2개 이상의 특수

요법을 실시하고 있는 것으로 나타났다. 임종 및 사별 관리 프로그램에 해당하는 임종관리, 장례준비, 유가족 지지모임, 사별가족 관리 프로그램을 실시하는 기관의 비율이 높았으며, 의원급, 병동 및 독립형, 지원 사업 수록 실시율이 높게 나타났다. 팀 인력에 대한 교육은 의원급(55.6%), 병동형 및 독립형(55.8%), 지원기관(65.2%)이 상대적으로 높은 비율로 시행하고 있었다. 현재 가정 호스피스 서비스를 운영하고 있는 곳은 절반 수준인 32개(51.6%) 기관으로 나타났다.

**결론:** 본 연구를 통해 확인한 것은 호스피스 기관을 양적으로 확대하는 것과 함께 지역적인 분포를 동시에 고려하는 것이 필요하다는 점과 아직도 호스피스 지원 기관의 인력, 시설 수준을 충족하지 못하는 비율이 높다는 것을 확인하였다. 또한 호스피스 기관의 종별 특성에 따라 인력 및 시설 확보 수준, 프로그램 운영에 차이가 있으므로 시설의 특성을 고려한 개선 방안을 고려하여야 할 것이다.

**중심단어:** 호스피스·완화의료, 인력, 프로그램, 정책

## 참 고 문 헌

1. 장현숙, 박실비아, 유선주. 호스피스 프로그램 운영 현황 조사. 한국 호스피스·완화의료학회지 2000;3(1):4-17.
2. 통계청. 2006년 사망원인 통계연보. 서울:통계청;2007
3. 허대석. 말기 암환자가 당면한 문제점-말기암환자의 삶의 질, 이대로 좋은가? 호스피스·완화의료 심포지엄 자료집. 서울:국립암센터;2001.
4. 윤영호, 허대석. 말기 암환자의 3차 의료기관 입원의 문제점. 가정의학회지 1996;17(5):294-304.
5. 윤영호, 허대석, 전효이, 유태우, 김유영, 허봉렬. 말기 암환자들의 의료이용 행태. 가정의학회지 1998;19(6):445-51.
6. 허봉렬, 박노레, 김승택, 윤영호, 배종면, 이영성. 진행암환자 관리의 문제점 분석 및 호스피스 관리체계 개발에 관한 연구. 암정복추진연구개발사업지원 제2차년도 최종보고서. 서울:보건복지부;2000.
7. Emanuel EJ. Cost savings at the end of life: What do the data show? JAMA 1996;275:1907-14.
8. 윤영호, 최은숙, 이인정, 이영선, 이정석, 유창훈 등. 한국 호스피스·완화의료기관 실태조사. 한국 호스피스·완화의료학회지 2002;5(1):31-42.
9. National Hospice and Palliative Care Organization. NHPCO Facts and Figures: Hospice Care in America. November 2007 Edition. <http://www.nhpco.org/files/public/Statistics\_Research/NHPCO\_facts-and-figures\_Nov2007.pdf> Accessed on September 19, 2008.
10. Centers for Medicare & Medicaid Services. Hospice Data 1998~2005. <http://www.cms.hhs.gov/ProspMedicareFeeSvcPmtGen/downloads/HospiceData1998-2005.pdf> Accessed on September 19, 2008.
11. Centers for Medicare & Medicaid Services. Medicare Hospice Expenditures and Units of Care. <http://www.cms.hhs.gov/Prosp-MedicareFeeSvcPmtGen/downloads/FY05update\_hospice\_expenditures\_and\_units\_of\_care.pdf> Accessed on September 19, 2008.
12. Ida E, Miyachi M, Uemura M, Osakama M, Tajitsu T. Current status of hospice cancer deaths both in-unit and at home (1995~2000), and prospects of home care services in Japan. Palliat Med 2002;16(3):179-84.
13. Lai YL, Su WH. Palliative medicine and the hospice movement in Taiwan. Support Care Cancer 1997;5(5):348-50.
14. Tang ST, Chen ML, Huang EW, Koong SL, Lin GL, Hsiao SC. Hospice utilization in Taiwan by cancer patients who died between 2000 and 2004. J Pain Symptom Manage 2007;33(4):446-53.
15. 홍영선, 염창환, 이경식. 한국 호스피스의 과거와 현재. 한국 호스피스·완화의료학회지 2000;3(2):113-7.
16. 박상민. 국내 말기암환자관리 실태 및 향상 방안. 한국 호스피스·완화의료학회 하계학술대회;2006.
17. 김숙남. 부산경남지역 호스피스 완화 의료의 현황. 한국 호스피스·완화의료학회 하계학술대회;2007.
18. 노유자, 김남초, 이선미. 한국 호스피스의 현황과 전망에 관한 연구. 성인간호학회지 1996;8:338-49.
19. 이소우, 이은옥, 안효섭, 허대석, 김달숙, 김현숙, 이해자. 한국형 호스피스 개발을 위한 기초 조사 연구. 대한간호 1997;36:49-69.
20. 보건복지부공고 제2007-166호. 말기암환자전문의료기관 지정 기준 고시(안).
21. SA Payne, M Relf. The assessment of need for bereavement follow-up in palliative and hospice care. Palliative Medicine 1994; 8(4):291-7[초록인용].
22. Mark AM, Phillip DG, John DC, Peter JR. Survey of bereavement support provided by Australian palliative care services. Med J Aust 2008;188(4):228-30.
23. Steven ZP, Billings JA. Prevalence and structure of palliative care services in California hospitals. Arch Intern Med 2003;163:1084-8.
24. Steven ZP, Michael WR, Citko J, Charles FG, Andrew DA, Frank DF. Evaluating the California Hospital initiative in palliative services. Arch Intern Med 2006;166:227-30.
25. Cynthia XP, Morrison RS, Diane EM, Dana KN, Suzy LG, Peter Kralovec, et al. How prevalent are hospital-based palliative care programs status report and future directions. J Palliat Med 2001; 4(3):315-24.
26. Billings JA, Steven ZP. Survey of palliative care programs in United States teaching hospitals. J Palliat Med 2001;4(3):309-14.