

# 보건소 중심 호스피스 운영모델 개발 - 부산지역 일개 보건소 시범사업을 중심으로 -

김숙남 · 최순옥 · 김영재\* · 이소라<sup>†</sup>

부산가톨릭대학교 간호대학, \*인제대학교 의과대학 마취통증의학교실, <sup>†</sup>부산광역시 금정구보건소

## Development of Community Health Center-Based Hospice Management Model: Pilot Project at a Community Health Center in Busan

Sook Nam Kim, R.N., Ph.D., Soon Ock Choi, R.N., Ph.D.,  
Young Jae Kim, M.D.\* and So Ra Lee, M.D.<sup>†</sup>

College of Nursing, Catholic University of Busan, Busan, \*Department of Anesthesiology and Pain Medicine, Inje University, Gimhae, <sup>†</sup>Geumjeong-gu Community Health Center, Busan, Korea

**Purpose:** This study was a part of a drive to develop a community health center-based hospice management model which is concerned with hospice care at a community health care setting and available resources of the local community. **Methods:** Development of a community health center-based hospice management model involved evaluation of existing hospice-related research, including literature review, and research on hospice facilities at the study site, as well as evaluation of model operation. The latter involved community health center-based hospice test operation, and evaluation of test operation by a research team, including of a nursing professor majoring in hospice care and staffs from a community health center in Busan metropolitan city, regional cancer center, and regional terminal cancer patient medical institute. The study was conducted in the 2008 calendar year. **Results:** The community health center-based hospice management model provides service linked with local community resources, focusing on the local community health center. Financial and administrative assistance is provided by the regional cancer center, with collaboration from academic health care professionals who guide the operation management. The community health center hospice nurse in consultation with a visiting nurse team registers terminally-ill cancer patients and, after assessment, the hospice team prioritize hospice care during team meeting. Care is delivered by staffs and volunteers. **Conclusion:** The developed community health center-based hospice operation management model maximally utilizes available community health resources to produce qualitative improvement of regional health and welfare policy through improving the lives of home-based cancer patients and their family who are in medical blind spot. (Korean J Hosp Palliat Care 2010;13:109-119)

**Key Words:** Community health centers, Hospices, Organization and administration, Organizational model, Pilot projects

### 서 론

#### 1. 연구의 필요성

전 세계적인 건강 문제인 암은 우리나라의 경우에도 암환자의 지속적인 증가로 인해 연간 6만 5천여 명이 암으로 사망하고 있으며, 이로 인해 매년 36만여 명의

접수일: 2010년 2월 1일, 수정일: 2010년 4월 16일  
승인일: 2010년 4월 20일  
교신저자: 김영재  
Tel: 051-890-6526, Fax: 051-898-4216  
E-mail: dr0216@hanmail.net

환자와 가족들이 고통을 당하고 있다. 그러나 우리나라는 호스피스·완화의료기관이 부족할 뿐 아니라 사회 전반적으로 호스피스·완화의료에 대한 인식이 부족하여 말기환자의 절반 이상이 적절한 서비스를 못 받고 있는 실정이다(1).

또한 효율적인 병상 회전을 제고 정책으로 인해 입원 치료를 받지 못하는 재가 암환자의 수는 지속적으로 증가하고 있지만 산업화 및 핵가족화 등으로 가족들의 수발능력이 감소하여 각별한 도움이 요구되는 말기환자들이 적절한 돌봄을 받지 못하고 방치되는 경우가 많이 발생하고 있다. 현재 가정에서 관리 받고 있는 재가 암환자의 수는 지속적으로 증가하여 암환자 41만여 명 중 25만 명으로 추정되고 있어(2) 지역사회 내에 있는 재가 암환자에 대한 특별한 관리가 요구 된다(3).

재가 암환자 관리 사업은 재가 암환자를 대상으로 지역사회에서 제공 가능한 보건의료서비스를 통합적, 지속적으로 제공하여 지역사회 암환자의 삶의 질을 증대시키고, 가족 구성원의 환자 보호 및 간호 등에 따른 부담을 감소시키는 것을 목적으로 한다(4). 따라서 국가에서는 보건소가 중심이 되어 방문보건사업의 일환으로 재가 암환자 관리를 추진하게 되었다. 그러나 지역사회 주민의 보건소 암환자 관리에 대한 신뢰도 부족과 재가 암환자들에 대한 맞춤형 프로그램의 부재, 재가암 전담 인력의 수적 부족 및 재가 암관리에 대한 전문 지식과 인식 부족 등의 장애요인으로 인하여 재가 암환자 사업 수행에 어려움을 겪고 있는 실정이다(5,6). 특히 보건소 중심의 재가 암환자 관리 사업에서 말기암환자를 위한 호스피스 서비스는 거의 제공되지 못하고 있다(7).

보건복지가족부 제2기(2006~2015) 암정복 계획에 특별히 재가 암환자에 대한 보건의료서비스 제공을 통해 말기암환자와 가족의 삶의 질을 증대시키고, 지역사회 중심의 재가 암환자 등록강화 및 지역 내 호스피스 기관과 의료기관과의 연계방안을 수립할 계획을 마련하고 있다(8). 호스피스 서비스를 제공하기 위해서는 소정의 교육을 통하여 호스피스에 대한 지식과 기술 및 철학을 공유한 호스피스 팀을 구성하여야만 말기암환자들의 요구를 충족시킬 수 있는 서비스 인력의 기본적인 자질이 갖추어지게 된다. 또한 지역 내 호스피스 기관, 의료기관 등과의 협력방안, 자원봉사자 연결, 사회복지서비스 등과의 연계망을 구축하여 24시간 연속적인 서비스를 제공할 수 있어야 한다. 따라서 지역사회 내 호스피스 서비스 제공을 위해서 지역사회가 가지고 있는 인적, 물적 자원을 최대한 활용할 수 있는 제도 마련이

필요하고, 재가 암환자를 대상으로 한 호스피스 사업의 성공적 수행을 위해서 수요자와 지역사회 특성을 고려한 보건의료서비스가 요구된다.

그러나 우리나라 보건소 재가암 담당 인력은 의사와 간호사가 대부분 보건소당 1~2명이거나 없는 경우도 있고, 자원봉사자가 없는 보건소가 30% 이상이다(5). 또한 부산지역 보건소는 방문간호사 1인당 1일 평균 9.7 가구를 방문하고 있어 이러한 현 보건소 상황에서는 말기암환자를 대상으로 하는 재가 호스피스를 제공하기 어려운 상황이다(9). 따라서 보건소 재가 암환자를 대상으로 한 호스피스 서비스 제공을 위해서는 호스피스 서비스의 원칙과 일선 보건소의 특수성이 고려된 별도의 호스피스 운영모델 개발이 필요하다.

재가 암환자 관리의 효율적인 운영을 위한 선행연구는 재가 암환자 관리사업과 호스피스 연계방안(10), 보건소 재가 암환자 사업에 대한 실태분석 및 효율적 관리방안 개발(5)에 관한 선행연구가 있지만, 실제 보건소 중심 재가 암환자 사업과 호스피스 사업의 활성화를 위한 운영모델을 개발한 연구는 없는 실정이다. 보건소 재가 암환자 관리사업과 호스피스 연계사업의 문제점 도출은 이미 몇몇 선행연구에서 제시되어졌고, 이제는 문제점을 보완한 수행 가능한 운영모델의 개발과 적용이 필요한 시기라고 생각된다.

따라서 본 연구는 관련 문헌과 보고서 및 보건소 현 상황을 검토한 자료를 근거로 하여 보건소 중심의 호스피스 운영 전달체계를 마련하여 일개 보건소 현장에 시범사업 형태로 적용해 봄으로써 공공의료기관 중심의 재가 말기암환자를 위한 호스피스 운영모델을 제시하고자 한다.

## 2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 호스피스 서비스의 원칙과 일선 보건소의 특수성을 고려한 보건소 중심 호스피스 운영모델을 개발하기 위함이며 구체적인 연구목적은 다음과 같다.

- 1) 연구대상 보건소 관할지역의 재가암 및 호스피스 요구도 실태를 파악한다.
- 2) 호스피스 서비스 원칙과 시범사업 보건소 인력현황을 고려한 보건소 호스피스 팀을 구성한다.
- 3) 관련문헌, 선행연구 및 실태조사 결과를 통하여 보건소 중심 호스피스 서비스 전달체계를 구성 한다.
- 4) 호스피스 서비스 전달체계를 통한 호스피스 서비스의 내용을 도출한다.

5) 보건소 중심 호스피스 운영모델을 제시한다.

### 대상 및 방법

본 연구는 부산광역시 K구 보건소를 대상으로 호스피스 관련 선행연구, 문헌고찰, 관할지역 내 호스피스 실태조사 및 시범운영 평가를 통하여 보건소 중심 호스피스 운영모델을 개발하는 연구이다. 2008년 1월부터 12월까지 부산광역시 1개 보건소와 부산지역 말기 암환자 의료기관 및 호스피스를 전공하는 간호대학이 연구팀을 구성하여 다음과 같이 3단계 추진과정을 거쳐 연구의 목적을 달성하고자 하였다. 연구팀은 시범사업 보건소장 1인, 의료기관 마취통증의학 전문의 1인 그리고 간호학 교수 2인으로 구성하였다. 연구팀에 포함된 시범사업 보건소장은 보건소 호스피스 시범사업 팀장을 맡아 실제 사업 수행을 담당하였고, 마취통증의학 전문의는 말기환자 통증관리에 대한 많은 경험을 가지고 있었으며, 간호대학 교수는 호스피스 전문간호사 과정 운영 및 다수의 호스피스 관련 연구 및 사업 경험을 소지한 자이다.

#### 1. 제1단계: 호스피스 시범사업 운영체계 확립

**1) 조직구성:** 연구시작 약 3개월 전부터 부산지역암센터와 호스피스를 전공하는 간호대학 및 사업보건소 보건소장을 중심으로 ‘보건소 중심 호스피스사업지원단’을 구성하고 사업모델 개발과 시범사업 중 발생하는 제반문제에 대한 지원을 담당하였다. ‘보건소 중심 호스피스사업지원단’은 사업운영과 평가에 대한 행정, 재정 및 기술적 부분을 지원하는 기관으로 시범사업 기간 동안 2회의 지원단 회의를 개최하였다. 시범사업 보건소는 실제사업을 담당하는 보건소 자체 ‘호스피스 팀’과 호스피스사업 자문을 위해 교수, 변호사, 성직자를 포함한 관내 인사 8인으로 구성된 ‘호스피스자문단’을 구성하였다. 보건소 호스피스 팀은 매월 ‘호스피스 팀’ 회의를 개최하였으며, 시범 사업기간 동안 2회의 ‘호스피스 자문단’ 회의를 개최하였다. 호스피스 대상자 병원연계를 위해 지역호스피스의료기관과 협약체결을 맺었으며, 지역암센터는 호스피스 인력교육 프로그램을 공동으로 운영하면서 행정적, 재정적 지원을 제공하였다.

**2) 재가 암환자 실태 및 호스피스 요구도 조사:** 재가 암환자를 대상으로 한 호스피스 사업을 위해서는 호스피스 수요자인 재가 암환자들의 호스피스 요구도를 파악함으로써 호스피스 서비스 제공을 위한 기초자료가 필

요하였다. 따라서 시범사업 보건소 관할지역 내 재가 암환자 실태와 호스피스에 대한 요구도 조사를 위해 연구팀이 개발한 설문지를 통하여 기초조사를 실시하였다. 설문지는 일반적 특성 10문항, 질병관련 특성 4문항, 호스피스 서비스 요구도 6문항(현재 질병상태, 호스피스에 대한 인식, 가정방문을 통한 호스피스 서비스 희망여부, 방문하기 원하는 서비스 제공자, 서비스 내용 및 호스피스 서비스 거부 이유)의 총 20문항으로 구성되었으며, 구조화된 19문항과 개방식 1문항(보건소 호스피스 사업에 바라는 내용)형태로 이루어졌다.

**3) 사업관련 도구개발:** 관련도구는 사업요구도, 사업관련 설문지 및 평가도구(대상자 삶의 질 측정도구, 서비스 만족도 측정도구), 그리고 각종 기록지(호스피스 대상자 기초사정 기록지, 가정방문 기록지 및 자원봉사자 활동 기록지)가 해당된다. 본 연구에서 개발된 도구는 호스피스 시범사업 실시 전 호스피스 전문간호사 5명, 호스피스 담담의사 2명, 보건소 소장 1명, 자원봉사자 3명 및 호스피스 전공 간호학교수와 심리학 교수로부터 내용 타당도를 검증 받았다.

**4) 호스피스 인력교육:** 호스피스 자원봉사자 기초교육은 지역암센터와 공동으로 30시간을 실시하였고, 자원봉사자 심화교육(10회, 20시간)과 방문간호인력(3회, 6시간) 및 호스피스 팀 교육(3회, 6시간)은 연구팀이 사업보건소에서 실시하였다. 호스피스 자원봉사자 심화교육은 ‘호스피스와 의사소통’, ‘호스피스 대상자의 신체적 돌봄-발마사지’, ‘호스피스 대상자의 심리사회영적 돌봄’의 내용으로 실시하였다. 방문간호 인력 교육은 ‘보건소 호스피스 사업 개요’, ‘호스피스·완화돌봄 개요’ 및 ‘호스피스·완화돌봄 서비스 전달 체계’에 대한 교육이 이루어졌다. 그 외 호스피스 팀원을 위한 교육은 팀 회의를 통해 필요한 부분을 논의하는 형식으로 교육이 이루어졌다.

**5) 자원봉사자 관리:** 본 사업의 일환으로 실시한 지역암센터 주최 ‘호스피스 자원봉사자 기본교육’을 이수한 대상자 중 시범사업 보건소 지역내 거주하는 지역주민 중에서 면담과정을 거쳐 선발기준에 합당한 16명을 선발하여 정기적으로 심화교육을 실시하였으며, 봉사자 관리는 보건소 재가 암담당자와 호스피스 담담간호사가 담당하였다. 호스피스 자원봉사자는 65세 미만의 중졸이상의 학력을 소지한 자와 1년 이내 가까운 사람과의 사별경험이 없는 자를 선정하였다.

**2. 제2단계: 보건소중심 호스피스 서비스 전달체계 구성 및 제공**

1) 호스피스 서비스 전달체계 구성: ‘보건소 중심 호스피스사업지원단’과 ‘보건소 호스피스 팀’ 회의와 설문조사 결과 및 보건소 인력 현황을 바탕으로 ‘호스피스 서비스 전달체계’를 마련하였다.

2) 호스피스 서비스 제공 및 관리: 시범사업 보건소에 등록되어 있는 재가 암환자 중에서 ‘보건소 호스피스 팀’이 제공하는 호스피스 돌봄을 받기 동의한 재가 말기암환자와 가족을 대상으로 호스피스 서비스를 제공하였다. 호스피스 서비스 제공 중 발생하는 문제를 해결하기 위해 매월 ‘보건소 호스피스 팀’ 회의를 통하여 해결점을 찾았으며, 사업지원을 위하여 6개월마다 ‘호스피스사업지원단’과 ‘호스피스자문단’ 회의를 실시하여 제반문제들을 해결하였다.

**3. 제3단계: 시범운영 평가를 통한 보건소 중심 호스피스 운영모델 개발**

12개월간의 보건소 호스피스 서비스 시범실시 이후 ‘호스피스사업지원단’, ‘보건소 호스피스 팀’ 및 ‘연구팀’을 중심으로 사업평가를 통하여 ‘보건소 중심 호스피스 운영모델’을 개발하였다. 사업평가는 인력 및 예산과 같은 구조적 평가와 대상자 발굴 및 전달체계와 같은 과정적 평가 및 대상자 만족도와 삶의 질과 같은 결과평가를 중심으로 이루어졌다.

**결 과**

**1. 보건소 재가암 대상자 및 호스피스 요구도 실태 파악**

대상자의 일반적 특성에서 성별은 남자가 64명(36%), 여자 114명(64%)이었으며, 연령은 60대가 55명(30.9%)으로 가장 많았고, 평균연령은 58.34세였다. 결혼상태는 기혼이 109명(61.9%)으로 가장 많았고, 사별이 34명(19.3%)으로 다음 순이었다. 교육정도는 고졸 56명(32.0%), 중졸 49명(28.0%), 그리고 초졸 37명(21.2%)순이었다.

질병관련 특성에서 진단명은 유방암 48명(27.4%), 위암 45명(25.7%), 대장암 17명(9.7%), 그리고 자궁암 16명(9.2%) 순이었으며, 진단기간은 3년 이상이 68명(38.2%)으로 가장 많았다. 현재 신체상태는 치료 중이라고 응답한 경우가 137명(77.9%)으로 가장 많았으며, 완치상태 15명(8.5%), 완치가 어려운 상태가 12명(6.8%), 그 외 현

재 치료를 받고 있지 않거나 자신의 상태에 대해서 모르고 있는 경우가 12명(6.8%)이었다.

재가 암환자 대상으로 보건소에서 가정방문을 통한 호스피스 서비스를 제공하는 것에 대해 어떻게 생각하는가에 대한 질문에 62명(35.2%)이 원한다고 응답하였으며, 114명(64.8%)은 원하지 않는다고 응답하였다(Table 1).

기타 ‘보건소 호스피스사업에 바라는 내용’에 대한 개방식 질문에 대해서 응답자 대부분이 무응답이었으며, 소수 응답자들의 주 내용은 ‘호스피스’와 ‘암에 대한 이해’와 같은 내용을 보건소에서 자주 교육해 주기를 바란다고 하였다. 이러한 내용을 반영하여 본 연구에서 지역주민을 대상으로 호스피스와 암에 대한 교육

**Table 1.** General and Disease Characteristics of the Subjects (N=178).

Characteristics	Categories	N	%
Gender	Male	64	36
	Female	114	64
Age (years)	30~39	5	2.8
	40~49	37	20.8
	50~59	53	29.8
	60~69	55	30.9
	70 or more	28	15.7
Marital status	Single	5	2.9
	Married	109	61.9
	Separation by death	34	19.3
	Other	28	15.9
Education	None	24	13.7
	Elementary	37	21.2
	Middle school	49	28.0
	High school	56	32.0
	College or more	9	5.1
Cancer type	Stomach	45	25.7
	Breast	48	27.4
	Colon	17	9.7
	Lung	13	7.4
	Cervix	16	9.2
	Liver	7	4.0
	Other	29	16.6
Clinical experience (years)	1 less	22	12.4
	1~2 less	44	24.7
	2~3 less	44	24.7
	3 or more	68	38.2
Current disease status	Now treatment	137	77.9
	Curable condition	15	8.5
	Not curable condition	12	6.8
	Other	12	6.8
Hospice need for community health center	Want	62	35.2
	Don't want	114	64.8

\*Excluded missing data in an analysis.

을 실시하였다.

보건소에서 가정을 방문하여 호스피스를 제공할 경우 제공받고 싶은 서비스에 대한 질문에 ‘의사나 간호사에 의한 전문적인 통증 및 증상관리’가 56명(20%)으로 가장 많았고, 다음은 ‘환자와 가족의 심리적 지지와 상담’이 48명(17.4%), 그리고 ‘신체간호’ 41명(15%) 등의 순이었다(Table 2).

**2. 보건소 호스피스 팀 구성**

보건소 호스피스 팀은 보건소장을 사업팀장으로 하고

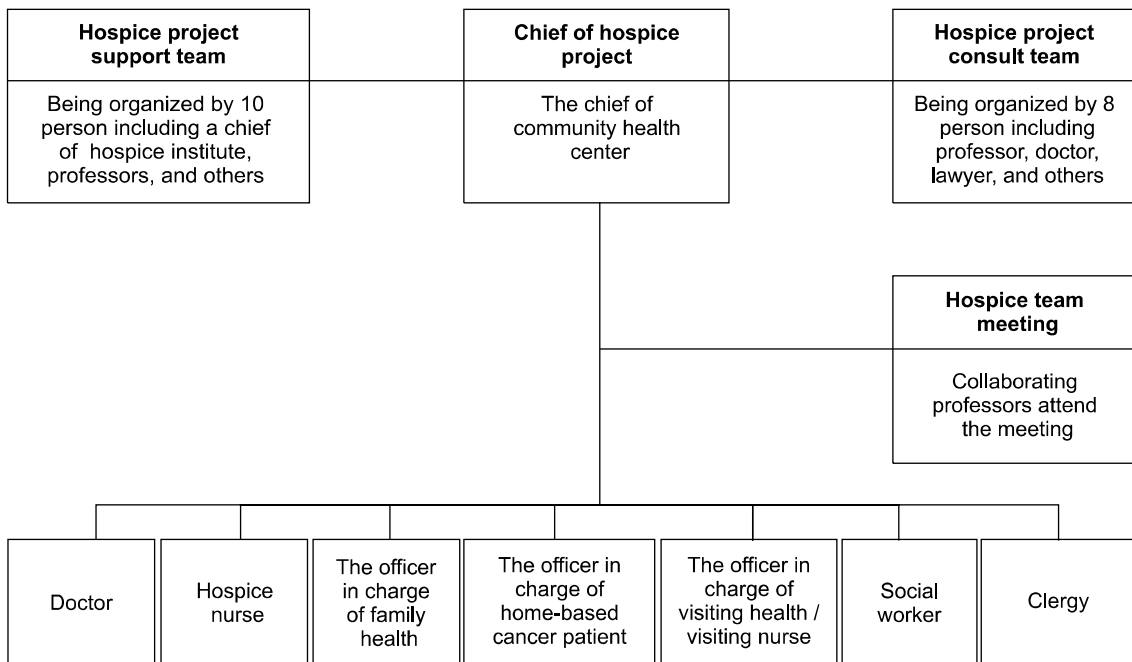
**Table 2.** Hospice Service Contents that the Subjects Want to Be Received.

Hospice service*	N	%
Pain and symptom management by a nurse or doctor	56	20.0
Enema and, catheter care	1	3.0
Linking volunteer	27	9.6
Emotional support and counseling for patient and family	48	17.4
Helping family member	36	13.0
Spiritual support	12	4.0
Physical care (bathing, eating, massage, shaving etc)	41	15.0
Referring to hospital	12	4.0
Medical supplies support	40	14.0

\*Multiple response.

의사, 호스피스 담당간호사, 가족보건담당자, 재가암담당자, 방문간호사, 방문보건팀장, 사회복지사 및 성직자로 구성하였다. 보건소장은 시범사업 총괄책임자의 역할을 담당하였고, 의사는 호스피스 대상자에 대한 의료 서비스를 담당하였으며, 가족보건담당자는 호스피스 행정업무를 담당하였다. 재가암담당자는 지역사회 자원연계, 호스피스 팀 구성원과 지역사회 주민의 교육계획 수립 및 실시, 호스피스 팀 회의 담당 그리고 호스피스 담당간호사와 함께 자원봉사자를 관리하였다. 방문보건팀장과 방문간호사는 재가 암환자 중에서 말기암환자를 발굴하여 호스피스 팀에게 연계하는 역할을 하였고, 사회복지사는 사회경제적 지원 그리고 성직자는 영적 지지에 대한 서비스를 제공하였다. 한편 호스피스 담당간호사는 예산문제로 인하여 전담인력을 별도로 두지 않고 방문간호인력 중에서 호스피스에 관심이 많고 호스피스 자원봉사자 기본교육을 이수한 1명을 선정하여 호스피스 업무와 방문업무를 겸하게 하였다. 호스피스 담당간호사는 보건소에서 방문간호 업무와 호스피스 업무를 겸직할 수 있도록 업무를 조정하였고, 재가암담당자 및 가족보건담당자와 행정적인 업무와 자원봉사자 교육 및 관리업무를 나누어 역할이 이루어지도록 조정하였다.

호스피스 팀은 매월 1회 팀 회의를 통하여 호스피스 담당간호사로부터 대상자 현황을 보고받고 해결해야



**Figure 1.** Community health center hospice team.

할 문제를 논의하였으며, 해결을 위한 방안을 모색하는 역할을 하였다(Figure 1).

3. 보건소 중심 호스피스 서비스 전달체계 개발

대상자 발굴은 방문 보건팀에서 재가 암환자 중 말기 암환자에 해당하는 경우 호스피스 담당간호사에게 의뢰한 후 방문간호사와 호스피스 담당간호사가 함께 환자를 방문하여 보건소 호스피스사업을 설명한 후 동의한 대상자만 호스피스 사업에 등록시켰다. 등록된 환자는 호스피스 담당간호사가 초기사정 기록지를 중심으로 총체적 서비스 요구도를 조사하여 해결해야 할 문제

의 우선순위를 설정하고 그에 따라 호스피스 서비스를 제공하였다. 보건소 특성상 재가 암환자가 방문간호사의 담당환자로 소속되어 있어 대상자는 방문간호와 호스피스간호를 동시에 받게 되는데, 방문간호사와 호스피스 담당간호사는 대상자에 대한 정보와 간호를 서로 공유하는 이점을 가질 수 있었다. 대상자의 호스피스 요구도에 따라 주 1~2회의 호스피스 자원봉사자를 파견시켜 신체적, 심리적, 그리고 영적도움을 주도록 하였다.

호스피스 대상자에게 수액공급, 드레싱 및 유치도뇨 등 치료적 처치가 요구될 경우 보건소 담당의사와 가정 방문간호사에게 의뢰하여 필요한 의학적 처치를 제공

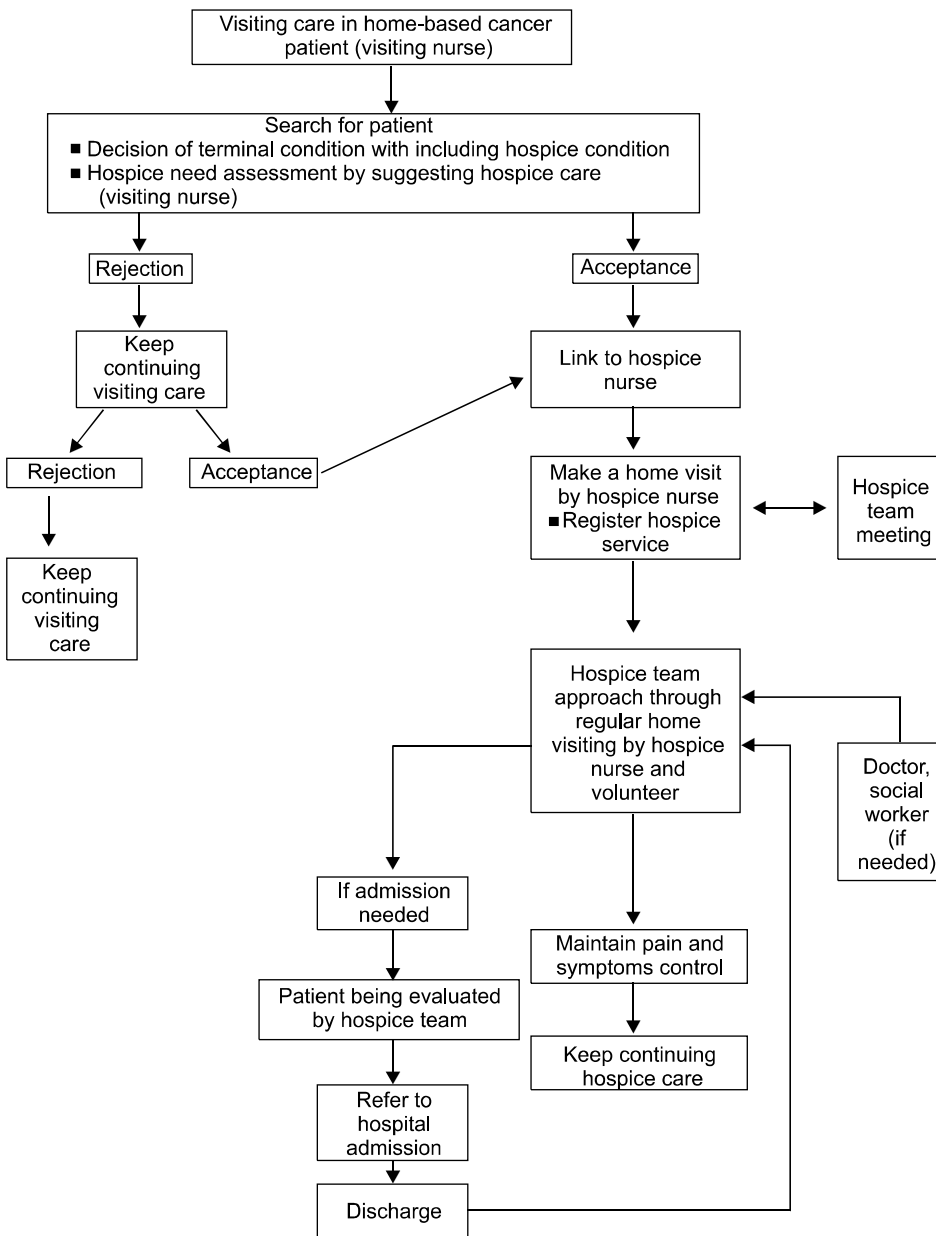


Figure 2. Hospice service delivery system.

**Table 3.** General Characteristics of Patients and State of Hospice Services.

Characteristics	Categories	N (%)
Age (years)	40~49	2 (15.4)
	50~59	2 (15.4)
	60~69	6 (46.2)
	70 or more	3 (23.0)
Gender	Male	9 (69.2)
	Female	4 (30.8)
Cancer type	Stomach	3 (23.1)
	Lung	3 (23.1)
	Breast	2 (15.3)
	Colon	1 (7.7)
	Esophageal	1 (7.7)
	Liver	1 (7.7)
	Bladder	1 (7.7)
	Tongue	1 (7.7)
Hospice services		M (SD)
Main service (unit: number of time)	Psychospiritual service	8.74 (2.70)
	Information service	7.23 (2.58)
	Linking volunteer	6.76 (2.48)
	Pain and symptom management	6.61 (2.93)
	Bereavement care	4.42 (0.78)
	Connecting community resources	3.53 (1.45)
	Referring to hospital	1.23 (0.43)
Mean duration of service (unit: week)		14.61 (9.70)
Mean visiting time by hospice nurse		12.53 (3.52)

하였는데, 가장 많이 제공된 치료적 처치는 수액공급이었다. 입원 치료가 필요한 경우 대상자 연계를 위해 협약된 의료기관에 입원시키는 연계체계를 갖추었으며, 본 연구에서는 증상조절을 위한 방사선요법, 화학요법 등이 필요할 때 입원이 이루어졌다. 입원기간 동안 병원 호스피스실에 등록되어 병원소속의 호스피스 자원봉사자와 보건소 호스피스 자원봉사자가 필요에 따라 함께 파견되었다. 입원 치료 후 다시 지역사회 가정으로 퇴원하게 되는 경우 보건소 호스피스 담당간호사에게 의뢰되어 보건소 호스피스 서비스가 제공되는 전달체계를 구성하였다(Figure 2).

응급입원 상황에 대비하여 연락망과 보건소 호스피스 등록증을 만들어 응급실을 이용하는 경우 신속하게 입원할 수 있는 체계를 마련하였으며, 보건소 호스피스 담당간호사와 병원 호스피스 조정자간의 연락체계를 만들어 응급입원에 신속히 대처하도록 하였다.

**4. 호스피스 서비스 전달체계를 통한 호스피스 서비스 제공 실태**

시범사업을 통하여 호스피스 서비스를 제공한 총 인

원은 13명이었다. 대상자의 연령은 60세 이상이며 남자가 약 70%를 차지하였고, 질병명은 위암, 폐암, 유방암 등 다양한 질환을 앓고 있었다. 호스피스 서비스 주요 내용 중 환자 당 평균 제공횟수를 분석한 결과 ‘심리영적 서비스’가 8.74회로 가장 많았고, 다음은 ‘정보제공’, ‘자원봉사자 파견’ 등의 순이었다. 환자 당 평균 서비스기간은 2008년 12월 30일 기준으로 14.61주였고, 호스피스 담당간호사의 환자 당 평균 방문횟수는 12.53회였다(Table 3). 호스피스 담당간호사가 대상자를 방문하는데 소요되는 시간은 평균 1인당 1.5~2시간이었으며, 하루 방문 가구는 평균 3.2가구였다. 기타 환자방문을 제외한 시간에는 호스피스 대상자 기록과 보고 및 방문간호에서 담당하고 있는 업무를 수행하였다. 호스피스 서비스 제공 후 실시한 삶의 질과 만족도 평가에서 호스피스 대상자의 삶의 질은 4점 만점에서 서비스 실시 전 2.50점에서 3.78점으로 상승하였으며, 서비스 만족도 4점 만점에 3.8점으로 비교적 높은 점수를 보였다.

**5. 시범사업을 통한 보건소 중심 호스피스 운영모델**

부산광역시 일개 보건소를 대상으로 한 보건소 중심

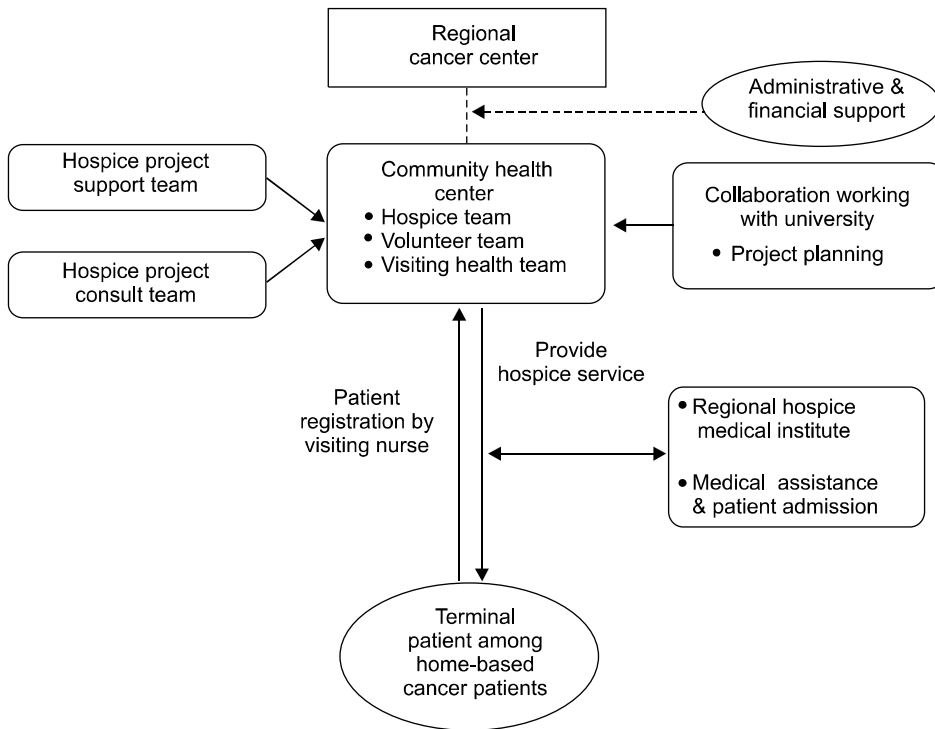


Figure 3. Community health center-based hospice management model.

호스피스 시범사업 실시 후, ‘호스피스사업지원단’ 회의와 ‘보건소 호스피스 팀’ 및 ‘연구 팀’ 간의 회의를 통하여 사업평가 과정을 거쳤다. 지역사회가 가진 다양한 자원을 활용하여 재가 암환자를 대상으로 한 호스피스 사업의 확대를 위하여 다음과 같은 운영모델을 제안하고자 한다. 본 연구의 운영모델에 의하면 지역암센터는 관할지역 보건소에 재정적, 행정적인 부분을 지원해 준다. 보건소는 호스피스사업 수행을 지원할 수 있는 협력대학에 사업을 위탁하여 전체 사업운영에 대한 기획을 위임한다. 또한 사업지원단과 사업자문단을 통하여 호스피스 운영과 관련된 제반문제를 지원받는다. 호스피스 서비스 제공에 있어서 방문 간호팀으로부터 재가 말기 암환자를 의뢰받은 보건소 호스피스 담당간호사는 환자를 등록시키고 초기사정을 거친 후 호스피스 팀 회의를 거쳐 서비스 우선순위를 정한 다음 필요한 서비스와 함께 자원봉사자 파견을 통한 총체적 서비스를 제공하게 된다. 이러한 운영모델은 보건소가 가지고 있는 기존의 자원을 최대한 활용하여 재가 암환자를 중심으로 한 보건소 중심 호스피스사업을 실시할 수 있는 가능성을 제시한다(Figure 3).

### 고 찰

본 연구는 보건소와 지역사회가 가지고 있는 가용자원을 최대한 활용한 ‘보건소 중심 호스피스운영모델’을 개발하여 민간의료기관 차원의 호스피스 서비스가 다소 부족한 부산광역시에 공공의료기관 차원에서 호스피스 서비스 운영모델을 개발하여 본 운영모델을 타 보건소로 확대·적용하기 위하여 이루어졌다.

연구 목적 달성을 위하여 지역암센터, 사업보건소, 협력대학교, 지역의료기관이 각각의 인적, 물적 자원을 대응 투자하는 방식으로 시범사업이 이루어졌다. 이러한 과정에서 지역암센터는 국가암관리 사업의 질을 높이는 데 기여할 수 있었으며, 시범사업 보건소는 지역주민의 삶의 질 증진을 위한 전인적 돌봄인 호스피스 서비스에 대한 역량을 높이게 되었고, 협력대학은 호스피스 전문간호사를 양성하는 대학의 역량을 본 사업에 투입하여 시범사업의 전체적인 기획과 평가를 수행하는 성과를 이루었다.

12개월간 이루어진 본 시범사업의 목표는 보건소 호스피스 사업을 위한 팀 구성, 자원봉사자 발굴 및 교육, 보건소 직원 및 팀원의 호스피스에 대한 교육, 지역주민의 호스피스에 대한 인식확산 그리고 보건소 중심 호



스피스 사례관리의 경로를 확인하여 운영모델의 기본틀을 구성하는 것이다. 연구기간 종료 후 사업보건소는 본 연구를 토대로 운영모델 발전을 위한 2차년도 시범사업을 진행함으로써 개발된 운영모델의 문제점을 보완하고 좀 더 발전적인 운영모델을 위한 사업을 진행하고 있다.

우선 본 연구에서 이루어진 ‘보건소 중심 호스피스사업’은 지역암센터와 보건소가 재가 암환자 관리를 위한 유기적 관계망을 형성함으로써 지역암센터는 일선 보건소가 기존의 건강사업을 수행하면서 본 사업을 운영할 수 있도록 행정적, 재정적으로 다양한 부분을 지원하였다. 예를 들어 호스피스 자원봉사자 기초교육과 호스피스 인식확산을 위한 학술세미나와 같은 교육프로그램을 지역암센터와 공동으로 주최하였으며, 자원봉사자 심화교육은 사업보건소에서 별도로 교육과정을 수행하였다. 이렇게 함으로써 사업 예산 절감의 효과 뿐만 아니라 행정적으로 긴밀한 협조체계를 통한 효율적 분담이 이루어졌다.

호스피스 서비스 제공을 위한 기초조사 단계에서 지역 재가 암환자를 대상으로 호스피스 요구도를 조사하였는데, 그 결과 재가 암환자의 35.2%가 호스피스를 받기를 원한다고 응답하였다. 이러한 결과는 비록 부산광역시 일개구의 재가 암환자의 호스피스 요구도이기는 하지만 2003년 통계청이 제시한 자료에서 부산광역시 암사망자의 5.9%만이 호스피스 기관에서 사망한다는 내용(11)과 비교해 볼 때 말기 암환자를 위한 호스피스·완화의료 서비스의 지속적인 확대가 필요함을 시사하고 있다.

보건소 호스피스사업을 통하여 재가 암환자들이 제공 받고 싶은 서비스에서 ‘증상과 통증관리’에서부터 ‘환자와 가족의 심리적 지지와 상담’, ‘신체간호’ 및 ‘자원봉사자 연결’ 등 다양한 요구를 나타내어 ‘호스피스팀’을 통한 서비스 제공이 필요함을 알 수 있었다. 또한 서비스 요구도에서 ‘통증 및 증상관리’와 ‘환자와 가족의 정서적 지지’가 가장 높았는데, 이러한 결과는 보건소 재가 암환자 관리사업에 대한 환자유구도 조사에서 정서적서비스에 대한 요구도가 가장 높았고 신체적 서비스에 대한 요구도가 낮았던 부분과 다소 차이를 보이고 있다(6). 그러나 현재 보건소에서 이루어지고 있는 재가 암환자 관리 서비스 수준은 이러한 다양한 요구를 충족하기에 부족한 상황이다. 따라서 본 연구는 이러한 지역사회 재가 암환자의 다양한 요구를 해결할 수 있는 방안을 마련하는데 기여하였다고 생각된다.

호스피스 사례관리에서 총 13명의 호스피스 대상자를 중심으로 각 사례의 특성에 따라 지역사회 자원을 최대한 활용하여 직접적인 돌봄 제공과 적절한 자원 연계를 통하여 사례관리 경로를 확인할 수 있었다. 호스피스 담당간호사가 호스피스 대상자 1회 방문에 소요되는 시간은 가정방문 이동시간을 포함해서 평균 1.5~2시간으로 하루 2명의 환자방문과 그에 따른 행정적 기록, 자원봉사자 연계 및 활동모니터 그리고 방문간호 업무를 동시에 수행하는 역할을 하면서 호스피스사업에 할애할 수 있는 시간이 많이 부족하였다. 따라서 보건소에 호스피스 전담인력이 배치된다면 지역사회 재가 암환자 중 말기환자를 좀 더 적극적으로 발굴하고 체계적으로 관리할 수 있을 뿐 아니라, 자원봉사자 관리도 체계적으로 이루어 질 수 있음을 확인할 수 있었다.

또한 본 사업을 진행하는 과정에서 지역의료기관과 연계하여 대상자가 입원하는 경우와 다시 지역사회 가정으로 돌아가는 경우에 대비하여 연계체계를 마련하였으며 결과적으로 대상자의 신속한 입원과 협약을 통한 의료비 혜택 및 병원 자원봉사자와 보건소 자원봉사자의 호환 등 서비스 제공의 효율을 유지할 수 있었다. 또한 보건소는 방문간호를 통한 만성질환 관리체계가 잘 이루어지고 있어서 방문간호 인력을 호스피스 사업의 지원팀으로 활용할 수 있는 가능성이 충분하였다. 우선 대상자 발굴에서 방문간호사 교육을 통하여 본 사업의 목적과 내용을 교육하면서 말기 암환자를 호스피스 담당간호사에게 의뢰할 수 있도록 하였다. 그리고 의뢰된 환자를 방문보건 팀과 호스피스 팀에서 공동 관리함으로써 대상자가 충분한 보건소 건강서비스를 받을 수 있게 되었고 방문간호 팀에서 해결할 수 없는 심리영적 문제를 호스피스 팀에서 관리해주는 이중효과를 얻을 수 있었다.

재가 말기암환자 호스피스 사례관리 현황에서 가장 많이 제공한 서비스는 심리영적 서비스였다. 사업초기 요구도 조사에서 ‘증상과 통증조절’이 가장 높았으나 실제 사업을 시행한 결과 ‘심리영적 서비스’와 ‘정보제공’이 가장 많았고, ‘통증 및 증상관리’는 중간정도의 서비스 제공으로 나타났는데, 이는 대부분의 대상자들이 병원에서 처방한 진통제를 복용하고 있었기 때문이다. 사례관리 과정에서 대상자들이 통증조절을 위한 처방을 적절히 받지 못하는 경우는 거의 없었지만, 대부분 60대 이상의 노인들이 대부분이어서 처방에 따른 정확한 약물복용이 잘 안 되고 있어 정확하게 약을 먹을

수 있는 복약지도가 본 사업의 서비스에서 많이 이루어졌다. 재가 암환자를 대상으로 이루어진 통증관리 장애 정도와 통증관리 만족도에 관한 연구(12)에서도 통증 수준이 중간 정도의 만족도를 보인 것은 약물용량과 투여 시기 및 투여간격을 정확히 지키지 않기 때문으로 나타났다. 이러한 연구결과를 통하여 볼 때 재가 암환자들을 위한 집중적인 관리체계가 필요함을 알 수 있었다.

호스피스 대상자 병원연계는 호스피스 서비스 초기 제공 시부터 호스피스를 제공할 수 있는 협약기관을 소개하고 증상이 악화될 경우 입원할 수 있는 연계체계를 구성하였으나, 대상자가 원하지 않는 경우는 치료하던 병원에 입원하는 경우도 있었다. 대상자 등록 후 평균 서비스 기간은 14.61주로 약 5개월 정도 호스피스 서비스가 제공되었다. 호스피스 서비스 등록 후 1달 이내에 사망을 하는 대상자도 있었으나 유방암과 같은 경우 오랜 기간 입원과 퇴원을 반복하면서 생존하는 경우도 있어 보건소에서 실시된 재가 암환자를 위한 호스피스 시범사업을 통하여 1년 이상 길게 서비스를 제공 받는 대상자들도 있었다. 따라서 본 연구를 통하여 공공의료기관의 최 일선인 보건소에서도 호스피스 팀 접근을 통한 서비스가 가능하였고, 호스피스 담당간호사가 대상자 1인당 평균 12.53회를 방문할 수 있었던 것은 현재 보건소 수준에서 시행하고 있는 대상자 관리 측면에서 볼 때 상위수준의 질적 접근으로 사료된다.

이러한 부산광역시에서 이루어진 ‘보건소 중심 호스피스사업’은 민간의료기관 중심의 호스피스·완화의료가 열악한 부산지역에서 공공의료기관 중심의 호스피스·완화돌봄을 제공하는 독특한 지역 운영방식을 이루어내었다는 의의를 갖는다. 특히 산·학·관협력 체결을 통하여 각 기관들이 보유하고 있는 우수한 자원과 여건들을 최대한 활용하고 연계하는 성과를 이루어내었다.

그러나 본 연구에서 이루어진 ‘보건소 중심 호스피스사업’의 운영모델을 확대·발전시키기 위해서 지역암센터 뿐만 아니라 해당 광역시로부터 재정지원을 통하여 호스피스 사업을 전담할 수 있는 인력을 배치한다면 보건소 수준에서 재가 말기암환자를 위한 호스피스 서비스가 충분히 가능할 것이다. 본 연구를 통한 ‘보건소 중심 호스피스 운영모델’ 구축은 호스피스 자원봉사자 양성교육 그리고 가정방문을 통한 봉사활동 등을 통하여 지역사회에 호스피스 정신을 알리게 되는 계기가 되었고, 자원봉사 활동을 통하여 지역사회 주민에게 올바른 시민 의식을 고취시킬 수 있었다. 호스피스 사업

은 향후 보건소가 지역주민의 총체적 건강증진을 위하여 나아가야 할 또 하나의 건강사업의 일환으로도 볼 수 있다. 본 연구를 통하여 보건소가 중심이 되어 호스피스 사업을 할 수 있다는 가능성을 확인할 수 있었고, 사업의 구조적 측면인 인력, 시설 및 예산을 더욱 확보함으로써 사업 운영모델을 확대·발전시킬 수 있을 것이다.

본 연구는 호스피스 서비스의 원칙과 일선 보건소의 특수성을 고려한 보건소 중심 호스피스 운영모델을 3단계에 걸쳐 개발하는 실험연구라는 점에서 기존의 문헌연구나 조사연구와 차별성을 갖게 되고, 아울러 보건소 중심 호스피스 운영모델을 타 보건소에 보급함으로써 보건소 재가 암환자 관리사업의 성공적 운영에 기여하게 될 것이다.

## 요 약

**목적:** 호스피스 서비스의 원칙, 일선 보건소의 특수성과 지역사회 가용자원을 고려한 보건소 중심 호스피스 운영모델을 개발하기 위하여 이루어졌다.

**방법:** 호스피스 관련 선행연구, 문헌고찰, 관할지역 내 호스피스 실태조사 및 시범운영 평가를 통해 보건소 중심 호스피스 운영모델을 개발하는 연구이다. 2008년 1월부터 12월까지 부산광역시 1개 보건소와 부산지역 말기암환자 의료기관 및 호스피스를 전공하는 간호대학이 연구팀을 구성하여 호스피스 시범사업 운영체계 확립, 호스피스 서비스 전달체계 구성 및 제공 그리고 시범운영 평가를 통한 보건소 중심 호스피스 운영모델 개발의 3단계 추진과정을 거쳐 이루어졌다.

**결과:** ‘보건소 중심 호스피스 운영모델’은 보건소의 특수성과 해당 지역사회가 가지고 있는 자원간의 연계를 통한 총체적 서비스 제공이다. 지역암센터는 관할지역 보건소에 재정적, 행정적인 부분을 지원해 주고, 보건소는 호스피스사업 수행을 지원할 수 있는 협력대학에 사업을 위탁하여 전체 사업운영에 대한 기획을 위임하였다. 또한 사업지원단과 사업자문단을 통하여 호스피스 운영과 관련된 제반문제를 지원받는 체계를 구성하였다. 방문간호 팀으로부터 재가 말기암환자를 의뢰받은 호스피스 담당간호사는 환자를 등록시키고 초기 사정을 거친 후 호스피스 팀 회의를 거쳐 서비스 우선순위를 정한 다음, 필요한 서비스와 함께 자원봉사 파견을 통한 총체적 서비스를 제공하였다. 이러한 운영모델은 재가 암환자를 중심으로 한 보건소 중심 호스피스

사업을 실시할 수 있는 가능성을 제시한다.

**결론:** 보건소가 가지고 있는 지역사회 가용자원을 최대한 활용하는 ‘보건소 중심 호스피스 운영모델’은 의료시각지대에 있는 재가 암환자와 가족의 삶의 질 증진을 통해 지역 보건복지 정책의 질적 향상을 유도하게 될 것이다.

**중심단어:** 보건소, 호스피스, 운영, 모델, 시범사업

### 참 고 문 헌

1. Sohn MS. Institutionalization of hospice • palliative care. National Cancer Center Symposium; 2005 Jan 18; Seoul, Korea. Goyang: National Cancer Center; 2005.
2. Ministry of Health & Welfare. Home care cancer patient management program. Gwacheon: Ministry of Health & Welfare; 2007.
3. Park YH. Efficient management program for the home-based cancer patient. Cheonan: Soon Chun Hyang University Industry Academy Cooperation Foundation; 2005.
4. Ministry of Health & Welfare. A guide for national cancer control project. Gwacheon: Ministry of Health & Welfare; 2006.
5. Cho H, Son JY, Heo JD, Jin EH. Development of an efficient management program for the home-based cancer patient management project of public health centers. Korean J Hosp Palliat Care 2007;10(3):128-36.
6. Cho H, Son JY, Heo JD, Jin EH. A study on demand and the supply for home-based cancer patient management projects of public health centers. Korean J Hosp Palliat Care 2007;10(4): 195-201.
7. Kim SN. Hospice • palliative care in Busan and Gyeongnam province. 2007 Korean society for hospice • palliative care conference; 2007 Jul 7; Busan, Korea. Seoul: Korean Society for Hospice and Palliative Care; 2007.
8. Ministry of Health & Welfare. Cancer control 2015: second term 10 year action plan for cancer control. Gwacheon: Ministry of Health & Welfare; 2006.
9. Ko IS, Kim CJ, Lee TW, Lee KJ, Kim ES, Ma HY, et al. Evaluation of government assisted visiting nursing services of health center in 2000. J Korean Acad Nurs 2002;32(3):344-54.
10. Institute for Health Science Research, Inje University. Home-based cancer patient management in community health center & hospice connection. Academy forum in autumn; 2006 Nov 16; Busan, Korea. Busan: Institute for Health Science Research, Inje University; 2006.
11. Statistics Korea. 2003 annual report on the cause of death statistics. Daejeon:Statistics Korea;2004.
12. Moon YM, Ham OK, Kim JH, Lim JY. Degree of pain, and barriers and satisfaction with pain management among home care cancer patients. J Korean Acad Public Health Nurs 2008;22(2): 177-85.