

독립형 호스피스 센터 모델 개발에 관한 연구*

노유자** · 한성숙** · 김명자** · 유양숙** · 용진선** · 전경자***

I. 서 론

1. 연구의 필요성

고도로 발달된 현대 의학은 최신의 의학 지식과 장비를 동원하여 불치의 병으로 알려진 질병들을 완치시키기 위해 노력해 왔으나 아직까지 암으로 인한 사망은 증가 추세에 있다. 또한 암을 제외한 만성질환과 노인 인구도 증가하고 있어 말기환자가 늘어나고 있다(통계청, 1998).

말기환자와 그 가족들은 신체적 고통뿐 아니라 심리·사회적, 영적 측면에서 총체적인 고통에 따른 절박한 요구를 안고 있다(김영미, 1990; 성기순, 1996; 이소우 등; 1998; 한영미, 2000; Woodruff, 1993). 이들의 특별한 요구를 효율적으로 충족시키기 위해서 호스피스가 제안되고 있으며, 이미 구미와 아태 지역의 일부 국가에서는 체계적으로 활성화되고 있다. 또한 우리나라의 일부 지역 주민들을 대상으로 한 연구에 의하면 약 74%의 주민이 죽음을 미리 준비해야 하고 필요시 호스피스 간호를 받겠다는 응답을 보여 일반인들의 호스피스 요구도가 높은 것을 알 수 있다(노유자, 한성숙, 안성희, 용진선, 1999).

우리 나라에서는 호스피스 활동이 1965년에 시작되

었으나 1990년대 이후 종교적인 의료기관을 중심으로 전국적으로 확산되어 현재는 60여개의 호스피스를 제공하는 기관이나 모임이 있다. 그러나 관련기관의 시설 인허가 기준이나 업무의 표준이 마련되어 있지 않아 대부분의 호스피스 기관이 인력, 시설·설비, 운영체계 등을 제대로 갖추지 못하고 있다. 현재 주로 운영중인 호스피스 유형은 병원에서 운영하는 병동형 호스피스, 산재형 호스피스와 가정호스피스가 있으며, 독립형 호스피스는 1개 기관뿐이다(호스피스 교육연구소, 2000).

종합병원에서의 말기환자 관리는 환자 및 그 가족에게 재정적 부담을 주는 한편 국가적인 보건의료 자원의 효율적인 이용에도 장애가 된다. 또한 치료중심의 진료는 임종자와 가족이 원하는 안위와 지지, 정서적 안정, 장례준비 등의 요구를 전문적이고 효과적으로 해결해 줄 수 없다(김영미, 1990). 그러나 외국에서는 독립적으로 운영되는 호스피스 센터를 중심으로 입원 서비스 뿐 아니라 가정호스피스나 낮 동안에만 보살피주는 주간호스피스, 휴식기 간호, 사별관리, 교육과 홍보 등 다양한 서비스를 제공하고 있다.

바람직한 호스피스 센터 모델이 마련되면 병원에서 바로 가정으로 퇴원하는 것이 곤란한 경우 호스피스 센터가 병원과 가정을 연계하여 환자에게 지속적인 서비스를 제공할 수 있다. 한편 의료 공급자 측면에서는 DRG

* 이 논문은 대한간호협회에서 지원한 연구임

** 가톨릭대학교 간호대학 호스피스 교육연구소

*** 순천향대학교 의대 간호학과

투고일 7월 18일 심사일 8월 7일 심사완료일 10월 10일

제도의 도입에 따른 조기 퇴원 환자를 연계시킬 대안이 마련되며, 입원기간의 단축으로 병원수익을 증대시킬 수 있다. 국가적인 차원에서도 의료비용이 절감될 것으로 평가되기 때문에 (장현숙, 박실비아, 오종희, 이운태, 유선주, 1998; 최화숙, 1999; Emanuel, 1996; Lonberger, Russell & Burton, 1997) 한국실정에 적합한 호스피스 센터 개발에 관한 연구가 시급하다고 본다.

독립형 호스피스 센터란 다양한 서비스를 제공할 수 있는 독립적인 시설을 갖춘 곳으로, 말기환자와 그 가족을 위한 입원서비스는 물론 가정호스피스, 주간호스피스, 휴식기 간호, 사별관리 등을 제공하며, 교육과 연구를 수행하는 기관이다. 또한 지역사회 주민들의 호스피스에 대한 교육과 정보제공의 중심적인 역할을 하기도 한다.

위와 같은 이상적인 독립형 호스피스 센터 모델을 개발하는 것이 바람직하지만, 본 연구에서는 1차적으로 입원서비스를 중심으로 제한하여 호스피스 센터 모델을 개발하였다. 따라서 본 연구에서는 독립형 호스피스 센터를 설립하기 위한 기초작업으로 국내의 호스피스 현황을 조사, 분석한 후 이를 바탕으로 독립형 호스피스 센터 개발을 위한 모델을 제시하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 국내의 호스피스 기관 실태 조사와 문헌고찰을 통해 우리 나라 실정에 맞는 독립 호스피스 센터 모델 개발을 제시하고자 함이며 그 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 국내 호스피스 기관의 실태를 파악한다.
- 2) 국외 독립형 센터의 실태를 파악한다.
- 3) 우리 나라에 적합한 독립형 호스피스 센터 모델을 구축하고자 철학과 목적, 자원, 조직, 관리방안, 경제적 지원 전략, 그리고 호스피스 팀 서비스 범위를 설정한다.

II. 문헌 고찰

본 장에서는 독립형 호스피스 센터의 모델 개발을 위한 연구의 틀을 제시하기 위해, 먼저 호스피스 센터의 기본정신이 되는 호스피스의 철학과 목적을 살펴보고자 한다. 또한 센터의 구성요소를 파악하기 위해서 NHO(National Hospice Organization, 1997) 매뉴얼에서 제시한 호스피스 프로그램의 개발 단계, 우리 나

라의 호스피스 프로그램 개발에 관한 조현(1993)의 연구, 그리고 Kleczkowski, Roemer와 Werff(1984)가 제시한 국가보건 보건의료체계의 구성요소를 아래와 같이 고찰하였다.

호스피스에 대한 여러 학자들의 정의와 철학을 살펴보면, 환자를 존엄성을 지닌 인간으로 보고, 인간존중과 인간이해, 자기결정과 창의성을 소중히 하는 인도주의 사상을 기반으로 하고 있음을 알 수 있다. 이를 기반으로 임종을 앞둔 환자 뿐 아니라 사별가족들에게 총체적이고, 동정적, 감정이입적, 그리고 개별적인 돌봄을 제공하여 남은 삶의 질을 높이는 것이 호스피스의 기본정신이라고 하였다(노유자, 한성숙, 안성희, 김춘길, 1998; 한윤복, 노유자, 김문실, 1997; Blues, 1984; Rita, 1995; Schraff, 1988; Skobel, Cullom, & Showalter, 1997).

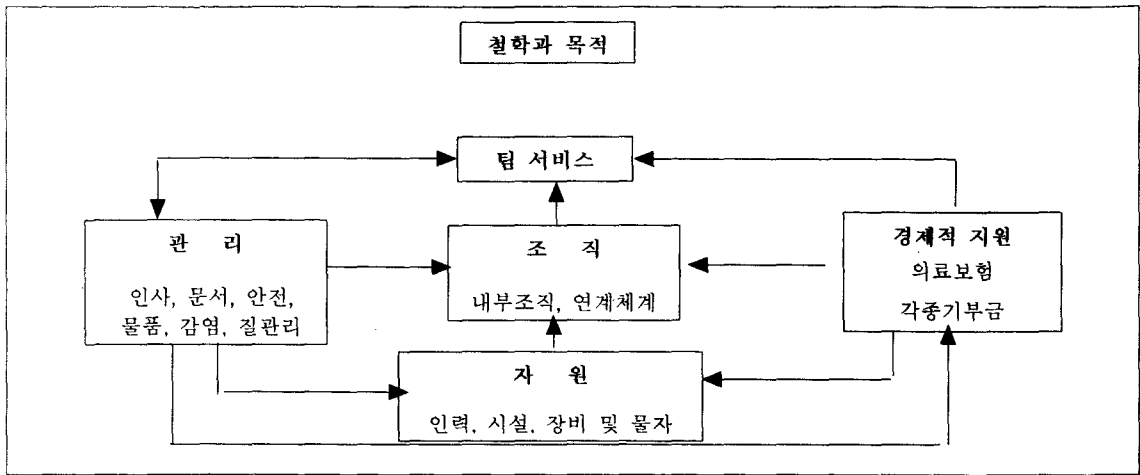
이러한 호스피스 철학을 기반한 호스피스의 궁극적인 목적은 말기환자와 그 가족의 삶의 질을 극대화하는 것이며, Buckingham(1996)은 호스피스 목적을 증상조

절 및 고통경감, 숙련된 지지적인 간호 제공, 돌봄 환경의 조성, 그리고 환자와 가족들을 포기하지 않는다는 확신을 제공하는 것이라고 하였다. 이러한 호스피스의 철학과 목적은 모든 호스피스 활동의 토대가 되며, 관련 기관들은 그 특성에 맞춰 구체적인 철학과 목적을 규정하여야 한다.

NHO 매뉴얼(1997)에서는 호스피스 프로그램 설립을 위한 기초 단계로 첫째, 요구도 사정, 둘째, 프로그램의 목적 규정, 셋째, 관련 규정과 법적 요구사항의 규명, 넷째, 형성된 모델의 구체화, 다섯째, 시작여부에 대한 결정을 설명하고 있다. 이중 설립될 모델에 대한 구체화 단계에서는 입원 기준 및 의뢰와 입원 과정, 지리적적 위치, 서비스 범위 및 양, 직원 모집과 관리, 오리엔테이션, 계속교육, 시설, 물자 및 장비, 예산, 자금 조달 방안, 홍보와 마케팅 전략, 문서들에 대한 준비 등을 하여야 한다고 하였다.

조 현(1993)은 병원중심과 보건소 중심의 두 가지 시범적 모델을 제안하였다. 이들 모델을 개발하기 위해 서비스 대상의 범위 설정, 호스피스 팀의 구성과 팀 구성원의 역할 규정, 호스피스 서비스에 대한 의료보험 급여를 통한 재원조달 방안, 서비스에 대한 분석을 하였다. 그리고 홍보와 전문 인력의 양성에 대한 내용을 포함시켰다.

또한 Kleczkowski 등(1984)은 국가보건의료체계의 구성요소로서 자원의 개발, 자원의 조직적 배치, 보건의



〈그림 1〉 연구의 틀

료 제공, 경제적 지원과 관리로 다섯 가지를 설명하였다. 첫째, 보건의료 자원은 인력, 시설, 장비 및 물자, 지식으로 구분되며, 이에 대한 개발이 필요하다. 둘째, 자원의 조직적 배치는 다양한 자원들이 적절히 기능 할 수 있도록 하고, 환자나 지역사회 집단들이 용이하게 접근 할 수 있도록 전달체계를 구축한다. 셋째, 보건의료의 제공은 1, 2, 3차 의료전달 방식에 의한 서비스의 내용에 따라 분류될 수 있다. 넷째, 경제적 지원 방법에는 공공재원, 고용주, 민간기관, 기부금 등의 기타 재원들이 있다. 마지막으로 관리에는 기획, 운영 및 실행, 감시, 평가 등이 포함된다. 이러한 Kleczkowski 등의 의료체계 구성 요소는 국가적인 보건의료의 체계를 연구하는데 유용하게 쓰이고 있다(윤순영, 노유자, 황나미, 전경자, 1999; 최화숙, 1999).

Ⅲ. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 호스피스 센터 모델 안을 개발하기 위해 국내외 관련 문헌을 고찰하였으며, 국내외 호스피스 기관 현황 파악을 위한 설문지 조사를 병행한 서술적 조사 연구이다.

2. 연구의 틀

본 연구는 독립형 호스피스 모델 개발을 위해 NHO

매뉴얼(1997)에서 제시한 호스피스 프로그램 설립의 기초단계를 참조하고, Kleczkowski 등(1984)의 보건의료 체계의 구성 요소를 호스피스의 철학과 목적을 포함하여 본 모델의 틀을 설정하였다(그림 1). 자원은 인력, 시설, 장비 및 물자의 세 가지 유형을 포함한다. 개발된 자원을 조직적으로 배치하고자 센터의 내부 조직을 구성하고, 외부 기관과의 연계체계를 구축하였고, 환자와 가족에게 서비스를 제공하기 위한 센터의 팀 서비스의 범위를 설정하였다. 자원 및 서비스 제공은 경제적 지원을 필요로 하기 때문에 재정조달에 관한 경제적 지원책을 구축하였다. 그리고 효율적인 센터의 운영을 위하여 인사, 문서, 감염, 안전, 물품 및 질 관리에 대한 안을 작성하였다.

3. 연구대상

국내의 호스피스 기관 현황조사를 위해 총 11개 호스피스 기관, 즉 국내 호스피스 5개 기관과 국외 호스피스 6개 기관을 대상으로 하였다. 국내 독립형 호스피스는 1개 기관에 불과하다. 따라서 국내 호스피스 기관 실태를 조사 한 연구(황나미, 노인철, 1995; 장현숙 등, 1998; 최화숙, 1999) 결과를 참조하여 인력, 팀활동, 시설, 서비스 제공과 관리 측면에서 바람직하게 운영되고 있는 4개 병동형 호스피스 기관을 추가하였다. 병동형 4개 기관은 가정간호 및 가정호스피스를 운영 및 연계하고 있다.

국외 호스피스 센터는 호스피스 전문가들에 의해 비

교적 잘 운영된다고 알려진 기관 중, 연구자들이 직접 방문하여 자료수집이 용이했던 6개 기관을 선정하였다. 이들 기관은 미국, 호주, 홍콩 및 일본에서 각각 1개 기관과 영국에서는 현대 호스피스 모델이 되는 2개 기관이었다.

4. 연구 도구

본 연구에서 사용한 도구는 미국의 NHO 표준서(1994)와 JCAHO 표준서(1986), 및 관련 문헌을 참고로 설문지를 작성하였다. 본 도구는 총 294개의 문항으로 철학과 목적(2), 일반적인 사항(14), 인력(20), 시설(4), 물자 및 장비보유(29), 재정(3), 관리 및 조직(65), 서비스 제공현황(120) 영역으로 구성되었다. 본 도구는 호스피스 전문가 7인(호스피스/완화요법 분야의 간호학 교수 4인, 외대 교수 1인, 임상간호사 2인)에 의해 내용 타당도가 검토되었다.

5. 자료수집 및 분석방법

1999년 6월부터 2000년 1월까지 조사도구를 이용하여 국내 5개, 국외 6개 호스피스 기관의 자료를 수집, 분석하였다. 국내 기관은 설문지를 통해 조사원이 기관을 방문하여 기관의 책임자와 면담을 통해 자료를 수집하였다. 국외 기관은 관련기관 인터넷 홈페이지 검색과 조사 대상 기관에 조사지를 우편 발송하여 여러 차례에 걸쳐 조사 내용이 충족될 때까지 자료를 수집하였다. 수집된 자료는 서술통계를 이용해 분석하였다.

IV. 연구 결과

1. 국내 호스피스 기관 실태

1) 철학 및 목적

조사 대상 기관인 5개 기관 모두 호스피스 철학과 목적을 가지고 있었는데, 인간을 존엄성 있는 존재로 여기며 여생을 고통 없이 편안하게 지내도록 전인적 요구를 충족시켜 삶의 질을 높이는 것을 철학과 목적으로 하였다. 또한, 4개의 호스피스 기관은 예수 그리스도의 사랑의 정신을 바탕으로 내세에 대한 믿음과 소망으로 평화로운 죽음을 맞도록 하는 종교와 관련된 철학과 목적을 가지고 있었다.

2) 인력

조사 기관은 모두 의사, 간호사, 사목자는 전담제로 두고 있었다. 약사는 전담제로 2개, 시간제로 3개를, 사회복지사는 전담제 1개, 시간제 3개, 영양사는 전담제 3개, 시간제 1개, 간호조무사는 전담제로 3개, 물리치료사는 전담제 1개, 시간제 2개, 임상심리사는 전담제 1개, 자원봉사자는 모든 기관에서 시간제로 두고 있었다. 병동형의 4개 기관들의 약사, 사회복지사, 치료사, 임상심리사, 일부사목자, 영양사들은 전담제라도 병원에 소속된 직원들이었다.

3) 시설, 장비 및 물자

조사 기관의 병실 수는 10개~18개였으며, 대부분이 1인실과 2인실을 중심으로 운영되고 있었다. 호스피스 팀을 위한 시설로는 간호사실을 모두 갖추고 있었고, 사무실과 회의실은 4개, 가정간호사실은 2개, 그리고 사회복지사실은 1개 기관이 갖추고 있었다. 그러나 사목자실, 자원봉사자실 등, 기타 인력을 위한 시설은 없었다. 환자를 위한 시설로 처치실과 조제실 4개, 물리치료실과 특수 목욕실은 3개, 진료실, 음악요법실은 2개, 그밖에 작업요법실과 주간호스피스실은 1개 기관만이 갖추고 있었다. 환자과 가족을 위한 시설로 기도실과 장애인용 화장실은 모두 갖추고 있었으며, 면담실은 3개, 도서실, 담화실, 실내정원, 옥외정원은 2개, 오락실과 산책로는 1개 기관만이 갖추고 있었다. 가족을 위한 시설로 보호자 휴식공간과 보호자용 간이 주방은 4개, 가족 대기실은 2개 기관이 갖추고 있었다. 기타 시설로 주차장은 모든 기관이 갖추고 있었고, 오물처리실은 4개, 장례공간인 영안실과 다용도 강당은 3개, 그리고 소각장은 2개 기관이 갖추고 있었다. 병동형에 비해 독립형 기관의 경우 위의 모든 시설을 대부분 갖추고 있었다. 기관별 물자 및 장비 보유 현황은 대부분 병원내 병동이어서 일반 병동에 준한 물자 및 장비를 보유하고 있었다.

4) 조직

내부조직은 병동형 호스피스인 경우 간호부 소속 호스피스과가 2개 기관, 진료지원과 소속 호스피스가 1개 기관, 원장 직속 호스피스가 1개 기관이었다. 독립형인 경우는 이사장 직속으로 구성되었다. 하부 구조로는 기관에 따라 4~7개의 부서로 구성되어 있으며, 2개 기관에서는 후원회, 운영위원회, 1개 기관에서 감사 조직을 갖추고 있었다.

외부기관과의 연계체계를 파악한 결과 타병원으로의 의뢰이외에는 연계가 없었고, 독립형 기관은 환자의 상태에 따라 필요시 환자가 치료받던 병원으로 역 의뢰체계가 형성되어 있었다.

5) 관리

인력관리에서 팀 구성원에 대한 교육은 4개 기관에서 시행하고 있었으며, 3개 기관에서는 계속교육이 이루어지고 있었다. 5개 기관 모두 호스피스 케어팀이 구성되어 팀 활동을 하고 있었으나 2개 기관만이 운영위원회를 두고 있었다. 인력별 직무지침은 4개 기관에서 간호인력에 대한 직무지침이 기술되어 있었고, 1개 기관에서는 사회복지 서비스에 대한 직무지침도 기술되어 있었다.

사용하고 있는 기록지의 종류로 호스피스 동의서는 4개 기관이, 초기상태, 가족 및 가정환경 사정, 통증 기록지는 3개 기관에서, 종교 및 영적 요구 평가, 사회심리 상태 평가, 사별 간호 기록지는 2개 기관만이 사용하고 있었다.

6) 재정

조사기관 중 3개 기관에서 의료보험 수가에 준하는 진료비를 받고 있었으며, 사회복지시설인 2개 기관에서는 서비스를 무료로 제공하고 있었다. 기관 운영에 소요되는 재정 조달은 4개 기관에서는 기관 보조와 후원회비로, 1개 독립형 기관은 후원회비로만 충당되고 있었으며, 재정 조달 상태는 3개 기관은 보통정도, 2개 기관은 부족하다고 하였다.

7) 팀 서비스

서비스 제공 현황은 신체 간호, 교육 및 상담, 투약 및 처치, 정서적, 영적 서비스, 가족관리와 기타 관리업무로 나누어 조사하였다. 신체 간호 서비스의 대부분을 간호사가 제공하고 있었으며, 의사의 경우 기관삽입, 산소요법, 드레싱 등 주로 의학적 처치 중심의 서비스 일부를, 자원봉사자가 위생과 관련된 서비스를 제공하고 있었다. 사목자는 대부분의 기관에서 신체간호에 참여하지 않았으나 1개 독립형 기관만이 특징적으로 신체간호 서비스 항목 중 반 정도를 제공하고 있었다.

교육 및 상담 서비스에서 간호사는 전반적인 교육 및 상담을 실시하고 있었으며, 의사는 주로 질환관리나 투약, 산소요법 등에 관한 부분을 담당하고 있었다. 그 밖에 사목자와 사회복지사는 유가족 지원 및 종교기관 안내, 신앙생활 유지 및 상담, 사별가족 관리, 자원봉사자

는 기본간호 교육 부분을 제공하고 있었다.

정서적 서비스는 대부분의 기관에서 모든 인력이 참여하고 있었으며, 그 중 자원봉사자와 간호사가 타인력보다 많은 서비스를 하고 있었다. 영적 서비스는 거의 모든 기관에서 사목자가 가장 많이 제공하고 있었고 다음으로 자원봉사자가 참여하고 있었다. 사회복지 시설인 2개 기관에서는 사회복지사가 대부분의 영적 서비스를 제공하였다. 가족관리 서비스는 의사를 제외한 모든 인력이 참여하고 있었다.

팀 서비스 현황을 요약하면 신체간호, 교육 및 상담, 정서적, 영적, 가족관리 서비스로 구분할 수 있으며, 기관에 따라 서비스 제공자에 차이가 있었다. 대체적으로 신체간호와 교육 및 상담 서비스는 간호사와 의사가 주로 담당하고 있었고, 영적 서비스는 모든 기관에서 사목자가 제공하고 있었으며, 2개 기관에서는 사목자 뿐 아니라 의료인, 사회복지사, 자원봉사자 모두가 정서적, 영적 서비스 제공에 참여하고 있었다. 가족관리 서비스는 의사를 제외한 간호사, 사목자, 사회복지사, 자원봉사자가 제공하고 있었다.

기관의 사정에 따라라도 활동을 많이 하는 인력이 차이가 있었는데 병동형의 1개 기관과 독립형인 1개 기관은 타 기관에 비해 사목자, 사회복지사, 봉사자의 서비스 제공범위가 넓은 것으로 나타났다. 특히 독립형 1개 기관은 모든 인력이 대부분의 서비스를 복합적으로 수행하고 있었다.

2. 국외 호스피스 센터 실태

1) 철학과 목적

국외 6개 호스피스 센터 모두 고유한 철학과 목적을 가지고 임종환자와 가족을 돌보고 있었다. 공통적인 철학은 인간 존엄성을 바탕으로 죽음을 삶의 자연스러운 과정으로 여기며, 평화롭게 생을 마감할 수 있도록 돕는 것이었다. 목적은 위의 철학을 기반으로 호스피스 팀을 활성화시켜, 대상자의 통증 및 증상완화와 사별관리를 하며, 호스피스 케어에 대한 실무, 연구, 교육을 하는데 있었다.

2) 인력

인력 구성은 기관의 특성에 따라 구성원에는 차이가 있었으나 6개 기관 모두 호스피스 팀 서비스로 의사, 간호사, 사회복지사, 자원봉사자, 사목자 및 영양사를 두고 있었으며, 각종 치료사는 5개 기관이, 간호조무사,

자원봉사자 조정자는 3개 기관이, 가정서비스 팀은 2개 기관이, 그밖에 사별케어 조정자, 영적 케어 조정자, 운전기사도 1개 기관에서 두고 있었다.

3) 시설과 장비
 각 기관의 규모는 침상 15개에서 62개까지 다양하며, 국내와 마찬가지로 1~2인실을 중심으로 운영되고

<표 1> 국내외 호스피스 기관의 실태 조사

항목	국내 (n=5)	국외 (n=6)
철학 및 목적	공통적으로 인간을 존엄성 있는 존재로 여기며 여생을 고통 없이 편안하게 지내도록 전인적 요구를 충족시켜 삶의 질을 높이는 것을 철학과 목적으로 함. 4개 기관은 종교와 관련	-공통된 철학: 인간 존엄성을 바탕으로 죽음을 삶의 자연스러운 과정으로 여기며, 평화롭게 생을 마감할 수 있도록 돕는 것 -공통된 목적: 호스피스 팀 활성화, 대상자의 통증 및 증상완화와 사별관리, 호스피스 케어에 대한 실무, 연구, 교육
인력	의사, 간호사, 사목자(전*~6개) 약사(전-2개), 시**~3개)/사회복지사(전1개, 시~3개), 영양사(전3개, 시-1개) /간호조무사(전-3개), 물리치료사(전-1개, 시-2개) /임상심리사(전1) 자원봉사자(시)-5개	의사, 간호사, 사회복지사, 자원봉사자, 사목자, 영양사(6개) 각종 치료사(5개), 간호조무사, 자원봉사 조정자(3개), 가정서비스 팀(2개), 사별 케어 조정자, 영적 케어 조정자, 운전기사(1개)
시설, 장비 및 물자	-병실수: 10~18(1,2 인실 중심) -시설: 간호사실, 예배실, 장애인용 화장실, 주차장(5개) /사무실, 회의실, 처치실, 조제실, 가족휴식공간, 가족용간이주방, 오물처리실(4개) /물리치료실, 특수목욕실, 면담실, 다용도 강당, 영안실(3개) /가정간호사실, 도서실, 담화실, 실내 및 옥외정원 (2개) /사회복지사실, 작업요법실, 주간호스피스실, 오락실, 산책로(1개) -장비 및 물자: 일반 병동에 준한 물자 및 장비 보유	-병실: 15~62(1,2 인실 중심) -시설: 가족휴게실, 도서실, 물리 치료실, 명상실(6개) 교육 시설, 손담용 거처, 세탁실, 대체요법실, 가정방문실(5개) 낮병원, 정원, 산책로, 운동장(3개) 오락실, 기도실, 작업 요법실(2개) 음악실, 냉동실, 책방(1개)
조직 및 연계 체계	-내부조직:간호부 소속(2개), 진료지원과 소속(1개) 원장이나 이사장 직속(2개), 하부부서 3~7개, 후원회, 운영위원회(2개), 감사(1개) -연계체계: 의뢰는 타 병원으로만 이뤄지고 있었음. 독립형 1개 기관은 필요시 환자가 치료받던 병원으로 역 의뢰체계가 형성	-내부조직: 센터 책임자(6개), 하부부서 3~5개, 운영위원회(4개), 이사회(3개), 자문, 감사(1개) -연계체계: 6개 기관 모두 공통적으로 의사, 간호사, 또는 환자/가족에 의해 호스피스 센터로 의뢰, 그밖에 지역사회와 다양한 연계체계를 가짐
관리	-인사: 팀 구성원 교육(4개), 계속교육(3개), 팀활동(5개), 운영위원회(2개), 인력별 직무지침(4개) -문서:동의서(4개) /초기상태, 가족 및 가정환경 사정, 통증기록지(3개) /종교 및 영적 요구 평가, 사회심리 상태평가, 사별간호 기록지(2개)	- 인사: 팀활동, 팀 구성원교육, 인력별 직무지침(5개) - 문서: 호스피스 동의서, 초기상태, 가족 및 가정환경 사정, 통증 기록지, 종교 및 영적 요구 평가, 사회심리 상태평가, 사별간호 기록지(6개) 기타: 가정방문기록지, 휴식기 간호기록지, 팀활동 기록지, 안내문, 유서, 의식변화 기록지, 심폐소생술금지 기록지 등
재정	-진료비: 의료보험 수가(3개), 무료(2개) -재정조달방법: 기관보조와 후원회비(4개) /후원회비(1개) -재원조달상태: 보통(3개), 부족(2개)	-진료비: 무료 -재원 마련: 국가보조, 유산, 기부금(6개 기관) 사보험(2개) 재활용품 판매, 교육 제공비, 고정자산 판매수익 및 자회사 운영 등(1개)
팀 서비스	기관에 따라 서비스 제공자 및 서비스 범위가 다양하나 대체로 신체간호와 교육 및 상담 서비스: 간호사, 의사가 주로 / 정서적 서비스: 모든 인력참여하나 그중 자원봉사자, 간호사가 좀더 많이 제공 /영적 서비스: 사목자(5개), 의료인, 사회복지사, 자원봉사자 모두 참여(2개) /가족관리: 간호사, 사목자, 사회 복지사, 자원봉사자	병동, 가정호스피스, 상담, 영적, 사별, 의뢰 서비스, 가족지지, 법적, 재정적 상담, 교육/연구 서비스 (6개) /대체요법, 지역사회 서비스, 물리치료(4개) /주간 호스피스, 휴식기, 외래 및 어린이 사별상담 서비스(3개) /지속적 서비스, 주거 서비스, 전문가를 위한 전화상담, 정보제공(1개)

* 전: 전일제, **시: 시간제

있었다. 관련 시설에서 가족휴게실, 도서실, 물리 치료실, 명상실은 6개 기관 모두 갖추고 있었고, 호스피스 교육 시설, 손담용 거처, 세탁실, 대체요법실, 가정방문실은 5개, 낮병원, 정원, 산책로, 운동장은 3개 기관이 갖추고 있었다. 그밖에 오락실, 기도실, 작업요법실은 2개, 음악실, 냉동실, 책방 등 1개 기관에서 갖추고 있었다.

4) 조직 및 연계체계

내부조직은 모든 기관에서 센터 책임자를 두고 있었으며, 그 하부구조로 기관에 따라 3~5개의 부서를 두고 있었다. 운영위원회는 4개 기관이, 이사회는 3개 기관이 두고 있었으며, 자문과 감사를 1개 기관이 두고 있었다.

6개 기관에서 공통적으로 의사, 간호사, 또는 환자/가족에 의해 호스피스 센터로 의뢰되고 있었으며, 그밖에 지역사회에 다양한 연계체계를 가지고 있었다.

5) 관리

인사관리 측면에서 6개 기관 모두 팀 활동과 팀 구성원에 대한 교육이 이뤄지고 있었고, 인력별 직무지침도 기술되어 있었다.

모든 기관에서 사용하고 있는 기록지의 종류는 호스피스 동의서, 초기상태, 가족 및 가정환경 사정, 통증 기록지, 종교 및 영적 요구 평가, 사회심리 상태 평가, 사별 간호 기록지를 사용하고 있었다. 그밖에 기관별로 추가로 제공하는 서비스에 따라 가정방문기록지, 휴식기 간호 기록지 등이 있었다. 또한 각종 팀활동기록지, 각종 안내문, 유서, 의식변화 기록지 등을 갖추고 있는 기관도 있었다.

6) 재원

조사대상 기관들의 재정조달현황은 모든 기관에서 국가보조, 유산, 기부금으로 운영되고 있었다. 그 외에

사보험을 통해 기금을 마련하고 있는 기관이 2개, 재할용품 판매, 교육 제공비, 고정자산 판매수익 및 자회사 운영 등 다양한 방법을 통해 기금을 마련하는 기관도 1개가 있었다. 마련된 기금으로 환자에게 무상으로 호스피스를 제공할 수 있을 뿐만 아니라 호스피스 발전에 사용하고 있었다.

7) 팀 서비스

6개 호스피스 센터에서 병동, 가정호스피스, 상담, 영적, 사별, 의뢰 서비스와 가족지지, 법적, 재정적 상담, 교육/연구 서비스를 제공하고 있었다. 대체요법, 지역사회서비스, 물리치료는 4개, 주간호스피스, 휴식기 호스피스, 외래 및 어린이 사별상담서비스는 3개 기관에서 제공하고 있었으며, 그밖에도 지속적 서비스(continuous care), 주거 서비스(residential service)를 제공하는 기관도 1개씩 있었다.

각 기관을 통하여 연간 호스피스 서비스의 혜택을 받은 사람은 최고 2500명에서 최저 500명까지 범위를 보이고 있다. 특색 있는 프로그램으로 영국의 한 기관에서는 전문가들을(의사, 간호사, 약사 등) 위한 24시간 전화상담으로 완화케어에 도움을 주고 있었다. 또한 사별한 어린이들의 개별 또는 그룹 상담을 위한 Candle project를 운영하여 일년에 1,000명 정도의 어린이들을 돌보고 있다. 더불어 이 기관은 세계적으로 호스피스 전문가들을 위해서 완화케어에 대한 통계 및 출판물에 대한 정보와 연결망을 제공하고 있다.

이상에서 살펴본 국내의 호스피스 기관 실태 조사의 결과는 <표 1>에 요약되었다.

3. 독립형 호스피스 센터 모델

본 장에서는 문헌고찰과 국내의 호스피스 기관 실태

<표 2> 독립형 호스피스 센터의 철학과 목적

철학	본 호스피스 센터는 인간 생명의 존엄성과 인도주의를 바탕으로 말기환자가 죽음을 긍정적으로 받아들이고 남은 생을 의미있고 충만되게 살도록 돕는다. 또한 총체적인 접근으로 환자와 그 가족의 안위를 도모하고 삶의 질을 높이기 위해 최선을 다하는 것을 근본 정신으로 한다.
목적	<ul style="list-style-type: none"> · 호스피스 서비스를 학제적 팀 활동에 의해 제공한다. · 통증관리와 증상완화에 관심을 기울여 환자의 삶의 질을 높인다. · 환자와 가족의 신체, 사회·심리 및 영적 요구를 충족시키도록 가능한 자원을 활용하여 총체적으로 돌본다. · 호스피스는 1일 24시간, 주 7일 지속적인 간호를 제공한다. · 외부 체계와의 긴밀한 연계를 통해 지속적인 돌봄을 제공한다. · 사별간호를 제공한다.

<표 3> 독립형 호스피스센터의 인력구성

구분	수(명)	비고	구분	수(명)	비고
센터장/ 호스피스조정자	1	센터의 책임자/ 팀구성원조정	자원봉사자★	50	1인은 자원봉사자 관리자로 선임
간호사	13	간호사: 환자 비율 1:1.5	영양사/조리사	1	물리, 작업, 예술, 대체 요법사 중에서 선택
의사	1	입원환자 20인 기준	치료사★	1	
사목자★	1		행정인력	1	원무행정과 일반사무관리
사회복지사★	1		시설관리자	1	시설 및 환경관리
약사★	1		간호보호조인력	4	환자 간호보호

★ 바람직하게는 전일제로 하나 사정에 따라 시간제 가능
★★ 주 2회, 매회 3시간 이상을 기준

<표 4> 독립형 호스피스센터의 시설

구분	시 설
환자	병실 : 1인용(8), 2인용(2), 4인용(2)
환자 및 가족	진료실, 처치실, 조제실, 다용도 치료 및 요법실(물리, 작업, 예술, 대체), 특수목적시설 면담실(상담실), 담화실(응접실), 종교실(기도실), 식당, 화장실, 장애인용 화장실, 도서실, 실내정원, 옥외정원, 산책로
가족	가족 대기 및 휴게실, 가족 간이주방
팀구성원	사무실, 간호사실, 회의실, 사회복지사실, 사목자실, 자원봉사자실
기타	세탁실, 소각장, 오물처리실, 다용도 강당, 영안실/장례공간, 냉동실, 주차장, 주방 및 식당

조사를 근거로 호스피스 센터 모델을 개발하여 제안하였다. 그리고 그 구성요소인 철학과 목적, 자원, 조직, 관리, 경제적 지원 및 호스피스 팀 서비스를 포함한다.

1) 철학과 목적

호스피스센터의 인력, 시설, 조직체계, 관리방안, 경제적 지원, 서비스범위를 규정하는 기본 전제인 센터의 철학과 목적은 <표 2>와 같이 설정하였다.

2) 자원

인력: 본 연구에서는 20명상 규모의 호스피스 센터가 갖추어야 할 인력을 <표 3>과 같이 제안한다.

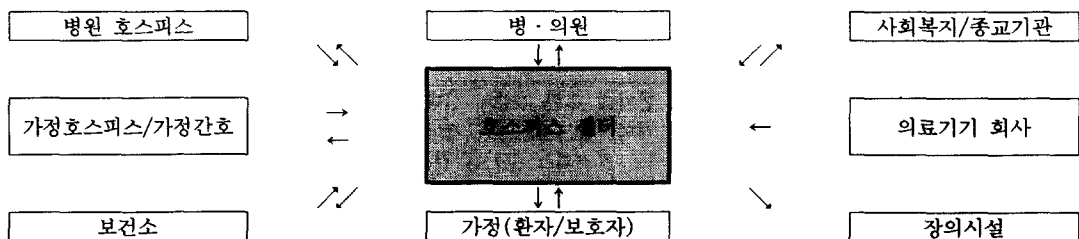
시설, 장비 및 물자: 환자와 가족에게 친숙하고 편안한 환경이 조성되도록 시설과 장비 및 물자를 갖추고, 개인 취향에 맞게 활용할 수 있는 공간을 병실 내에 마련한다.

시설은 팀 구성원의 업무를 위한 시설과 기타시설 등을 갖추도록 한다(표 4).

장비와 물자는 병실과 병동용을 따로 갖추고 그 수량은 의원급에서 갖추어야 할 수준과 동일하게 하며, 기타 행정과 건물유지관리를 위한 장비와 물자를 갖춘다.

3) 조직

호스피스 센터의 조직은 내부조직과 외부와의 연계체



<그림 2> 호스피스 센터 연계체계

<표 5> 독립형 호스피스 센터의 관리방안

구분	관리내용
인사	<ul style="list-style-type: none"> · 인력자원 확보: 직원 선발과 배치 과정, 인사서류 관리, 기밀유지 등. · 인력 개발: 오리엔테이션 교육, 직무교육, 계속교육, 직무평가(팀 구성원 직무지침서 마련, 주기적 실무수행 평가) · 보상과 유지: 급여, 의료보험 규정, 승진 및 포상, 해고, 퇴직 및 휴직, 복리 후생, 근무규정 등. · 인력의 유지관리: 이직, 갈등, 스트레스, 직원의 정기 신체 검진 등.
문서	<ul style="list-style-type: none"> · 운영: 주요기획과 관련된 서류, 인사기록 및 규정, 재정 및 기금, 법적 활동과 관련된 서류, 센터의 기타 규정. · 환자 서비스: 의무기록(의사의 진료기록, 환자의 병력 및 현재 신체 상태, 환자/가족의 심리 및 영적 상태, 통증 및 증상, 학제간 팀 케어 계획, 퇴원환자 기록, 환자의 소생 상태, 유서관련서류, 사전 동의서 등), 다 학제간 팀 회의록, 사별가족 모임과 관련된 문서, 질 증진과 이용도 조사 활동 보고서.
감염	감염의 확산을 확인, 예방, 조절하는 서면화 된 계획 마련, 세부 계획 시 감염관리 책임자 선정, 주기적인 점검과 최신 감염관리 정책 및 절차 관리.
안전	보건복지부, 시나 구 기관의 요구조건에 따르는 안전관리와 구급대비 프로그램 마련 및 관리. 의료법 제 28조 3항 (의료기관의 안전 관리시설 규정) 준수.
물품	환자계획에 맞는 모든 기구와 공급 물품 준비, 물품공급 정책과 절차 서면화
질관리	<p>호스피스 표준화 작업을 통해 나온 표준서를 기준으로 다음과 같이 지속적인 평가 업무를 수행</p> <ul style="list-style-type: none"> · 호스피스 센터에는 질 증진(Q.I.) 위원회 구성 · 년 1회 이상 질 증진 활동에 대한 내용 기록 · 호스피스 간호 제공 후 환자/보호자의 만족도 조사 · 지속적인 의무기록 감사(연2회)

계로 나누어 설정하였다. 호스피스 센터는 독립된 호스피스 서비스를 제공하는 기관이므로 센터를 대표하는 센터장을 두며 그 상위 구조로 이사회와 자문위원회를, 하위구조로는 운영위원회와 실무부서인 행정과, 간호과, 사회복지과, 사목과, 진료과를 둔다.

호스피스 센터의 외부와의 연계체계는 직접연계와 지원연계체계의 두 가지로 구분하여 구축하였다. 직접연계체계는 호스피스센터를 중심으로 병·의원, 타 호스피스 기관(형태별), 가정호스피스, 보건소, 종교기관, 사회복지기관, 그리고 환자나 보호자로부터의 의뢰가 가능하고, 역으로 호스피스 센터에서 각 기관으로 의뢰하는 상호연계 체계를 구축하였다. 지원연계체계로는 각종 의료기기 회사와 장의시설을 포함한다(그림 2).

4) 관리

독립형 호스피스 센터의 관리방안은 인사, 문서, 안전, 감염, 물품, 질관리 등에 대하여 <표 5>와 같이 구축하였다.

5) 경제적 지원

독립형 호스피스 센터의 경제적 지원은 의료보험수가 체계 개정, 기부금 모집 확대, 수익사업 개발 운영에 대해 <표 6>과 같이 제시하였다.

6) 호스피스 팀 서비스

본 호스피스 센터에서 제공해야 할 서비스 범위를 평가(사정), 신체적, 정서적, 영적 돌봄, 사별 서비스,

<표 6> 독립형 호스피스센터의 경제적 지원방안

의료보험수가체계 개정	1안) 호스피스 환자에 대한 가중치 산정 2안) 비치료적 케어, 정서적·영적 케어, 가족관리 등에 대한 수가 신설 3안) 일당정액제로 호스피스 수가를 신설
기부금 모집 확대	기부금품모집규제법의 개정, 후원회 모집 및 관리
수익사업 개발 운영	지역주민을 위한 교육 프로그램 운영, 영안실 운영 및 장례용품 판매, 식당 및 매점운영, 바자회 개최

<표 7> 독립형 호스피스 센터 서비스 제공 범위

영역	구분	내 용
평가 (사정)	환자/가족의 상태측정 및 관찰	활력증상, 통증, 의식 상태, 질병상태, 일상생활 수행 능력, 언어문제(말하기/듣기) 정서상태, 질병에 대한 반응, 사회경제적 능력, 가정환경, 영적 상태(요구) 가족문제, 가족지지
	검사물 채취	혈액검사, 소변검사, 질검사, 항문검사
	개인위생 관리	침상목욕(부분/전신), 옷입히기, 손발톱깎기, 구강간호, 세발, 회음부 간호
신체적 돌봄	안위간호	체위변경, 침상정리, 수면돕기, 등마사지, 온냉찜질
	식이/영양 관리	식이제공, 위관영양, 정맥주사
	배뇨, 배변관리	자연배뇨유도, 관장, 수지관장(finger enema) 소변주머니 관리, 실변/실금관리, 좌욕, Kismo관리, 방광세척, 요관삽입
	피부/상처간호	욕창관리, 드레싱
	호흡관리	기관삽입, 흡인, 산소요법
	근골격계 관리	운동요법, 물리치료, 작업치료
	치료적 관리	복막투석, 방사선치료, 검사물 채취, 언어재활치료
	보조요법	향요법, 마사지
정서적 돌봄	정서 사회적 지지	상담, 경청, 산책, 위로, 감정표현 격려, 조용한 환경 제공, 이완요법, 책 읽어주기, 곁에 있어줌, 의미있는 사람과의 연결, 스트레스 관리, 지지모임
	영적 돌봄	영적 상담, 경청, 곁에 있어줌, 회상요법, 신체적 접촉(손을 잡아줌), 종교 지지체계 의뢰 (종교 기관, 적절한 성직자/영적 상담가), 관련정보 제공, 기도, (종교서적) 읽어주기, 묵주/염주/성서/경전제공, 영적 신념 옹호, 임종전지지, 임종준비(유언서 작성/가족, 친척과의 만남, 화해), 지지모임
사별 서비스	평가	가족역동, 가족의 건강상태, 슬픔반응, 병적 슬픔 위험요인평가, 슬픔과정 대처능력, 지지체계, 사별서비스 요구
	역할조정 추후관리	가족간 불화 중재, 역할분담 조정 지지모임, 슬픔과정이나 반응에 대한 설명회/출판물 제공, 정기적인 방문과 의사소통, 사별전 팀구성원과 정보교환
투약	증상 조절 마약 관리	통증 및 증상 완화를 위한 약물투여 마약관리, 기록 및 보고
교육 및 시범교육		질환의 특성(증상, 치료 및 관리), 환자의 상태, 개인위생 관리(목욕, 세발, 구강간호, 회음부 간호), 안위간호(체위변경, 침상정리, 수면돕기, 등마사지, 온냉 찜질) 식이/영양 요법(식이요법, 위관영양), 배뇨/배변관리(자연 배뇨/배변유도, 관장, 소변주머니 관리, 좌욕, 방광 세척, 장루간호), 피부/상처간호(욕창예방 및 관리, 상처소독) 호흡관리(산소요법), 치료적 관리 및 검사(복막투석, 병리 및 임상검사, 경련사 간호, 약물의 작용 및 부작용, 용법, 용량, 시간), 근골격계 관리(운동요법, 탄력붕대 사용법) 기타 생활보호대상 신청, 사망 진단서 신청, 스트레스 관리
의료장비/ 물자 대여		흡인기, 물침대, 휠체어, 의사소통 기구(단어카드), 녹음기, 종교서적을 포함한 서적, 테이프, CD
의뢰서비스 자원봉사 서비스		기관(병원, 종교기관) 및 관련자(주치의와의 상담, 사회사업가, 자원봉사자)에게 의뢰 신문 읽어주기, 편지 써주기, 장기/바둑/취미활동 같이하기, 전화 응답/연락, 병실내 물품(소지품)정리, 입퇴원 수속, 꽃꽂이, 가사일 보조
휴식기 간호서비스		환자직접 간호, 가사일 돕기

투약, 교육 및 시범교육, 의료장비/물자 대여 서비스, 의뢰 서비스, 자원봉사자, 휴식기 서비스 영역으로 구분한다. 각 영역별 구체적인 서비스 내용은 <표 7>과 같다.

V. 논 의

외국의 호스피스의 현황을 보면 영국은 19세기말 호

스피스가 시작되어 현재 총 700여개의 호스피스 기관에서 연간 155,000명이, 미국의 경우 1974년 도입되어 현재 3,100개 이상의 호스피스 프로그램에서 540,000명이 서비스를 받고 있다(Hospice Information Service, 1999.; NHO, 1999). 호주는 20세기초 호스피스가 도입되어 현재 총 254개의 호스피스 기관이, 홍콩은 1992년에 도입되어 12개의 공립병원(총병상 252개)이, 그리고 일본은 1981년에 도입되어 현재 총 61개(총병상 1,114개)의 호스피스 완화병동이 있다(Chung, 1997; Palliative Care Australia, 1999; Sakonju, 1999; 일본 국립암센터 홈페이지, 2000). 이와 같이 외국에서는 독립형 호스피스 기관이 활성화되어 전문적인 호스피스 활동을 하고 있다. 그러나 우리나라에서는 호스피스가 도입 된지 35년이 지났는데도 독립형 호스피스 센터는 1개에 불과하고 국가적인 정책 지원이 없으며, 설비기준이나 업무의 표준이 마련되지 않은 실정이라서 이에 대한 대책이 시급하다고 본다.

우리 나라의 호스피스 전달체계에 대한 연구가 일부 이루어졌으나(최화숙, 1999; 조현, 1993; 황나미, 노인철, 1995), 독립형 호스피스 센터 모델 개발에 대한 구체적인 연구는 없었고, 본 연구에서 처음으로 시도되었다. 본 센터 모델 개발 안에서 제시한 인력기준, 시설 및 장비, 서비스 범위, 관리지침 등은 향후 인허가 과정에서 구체적인 자료로서 활용될 것으로 기대된다.

국내의 호스피스 기관의 공통적인 철학과 목적은 인간존중 사상을 기반으로 죽음을 평안히 맞이하도록 임종환자와 그 가족을 총체적으로 돌보아 삶의 질을 높이는 데 있다. 그러나 국내의 경우 철학과 목적에서 종교적인 이념을 강조하고 있는 기관이 많았으며, 철학과 목적이 명확히 구분되지 않았다. 이에 비해 국외 기관들은 종교적 성격을 띤 기관임에도 호스피스의 일반적인 이념으로 철학과 목적을 표현하고 있었고, 목적의 경우 팀 구성원의 활성화와 호스피스 발전을 위한 실무, 교육, 연구에 대한 목적을 분명히 제시하고 있었다. 본 모델에서는 위 기관들이 제시한 공통적인 요소와 문헌고찰을 통해 철학과 목적을 설정하였다.

본 센터 모델의 인력은 NHO 표준에서 제시한 핵심구성원, 기타 팀 구성원과 관련 행정인력을 두어야 한다는 규정과 본 연구의 실태 조사 결과에 근거하였다. 호스피스의 주요인력인 간호사와 말기환자의 비율은 1.5:1로 정하였는데 이는 중환자실 비율 1:1과 일반병동 5:2의 중간으로 중환자를 돌보는 수준으로 정하였다. 참고로 일본의 후생성이 마련한 기준을 보면 환자대

간호사 비율을 1.5:1인으로 요구하고 있었다.

본 연구의 국내 기관 조사에 의하면, 의사, 간호사는 호스피스 전담직원이지만 그 밖의 인력은 시간제이거나 병원전체에 소속된 직원이라서 이들의 호스피스에 대한 시간적 할애나 전문적 지식과 기술이 부족할 소지가 있다. 더욱이 우리 나라 호스피스 현황 조사에서 의사, 간호사, 사회복지사, 성직자, 자원봉사자를 모두 갖춘 기관이 약 24%에 그치고 있어(장현숙 등, 1998) 이를 보완할 제도적 장치가 시급함을 알 수 있다.

본 센터의 규모는 20병상으로 하였는데 이는 국내의 호스피스 기관 실태 조사결과 50병상 이상을 보유한 대형 호스피스 센터들도 있으나 대부분의 기관에서 10~26개의 병상을 갖추고 있는 것에 근거하였다. 호스피스 센터의 규모는 설립 주체의 기본자산, 재정 운영이 가능한 적정규모시설, 가족적인 분위기 창출 등을 고려하여야 할 것이나 이에 대한 구체적인 논의는 아직 부족한 상태이다. 조사한 기관들의 병상은 주로 1, 2인실을 갖추고 있었으며, 일본에서는 1인실의 비율을 50%이상 요구하고 있었다. 이에 본 모델도 주로 1, 2인용 병실을 갖추도록 하였다.

외국의 호스피스 센터에서는 국내 기관에서 제공하지 않는 주간호스피스, 휴식 및 주거서비스, 어린이 사별상담, 음악 및 미술요법, 보조요법 등의 다양한 서비스를 제공하고 있다. 이렇게 다양한 서비스를 제공할 수 있는 배경에는 국가적 지원이나 국민들의 적극적 관심, 그리고 호스피스활동의 체계가 확립되어 있기에 가능하다고 사료된다.

국내 기관들의 호스피스 팀 구성원에 따른 서비스 제공은 호스피스 팀 구성원이 자신의 고유한 역할과 기능을 수행하지만 타 전문직의 업무도 복합적으로 수행하는 것으로 나타났다. 특히 간호사의 경우 영적 서비스를 제외한 모든 영역에서 주도적으로 서비스를 제공하고 있어 24시간 가장 포괄적으로 환자를 돌보는 인력임을 알 수 있다(Amenta, 1986). 따라서 간호사는 환자를 중심으로 한 다양한 서비스를 통합, 조정하는 적합한 인력으로 볼 수 있어 센터를 운영하고 관리하는 역할을 보다 잘 수행할 수 있으리라 사료된다.

호스피스 센터의 법적인 측면을 살펴보면, 현재 운영 중인 1개 기관은 사회복지법에 근거한 시설이라서 의료보험 급여를 받을 수 없고, 의료인이 적극적인 완화요법을 시행하지 못하는 한계가 있다. 따라서 앞으로 독립형 호스피스 센터가 의료법이나 사회복지법의 적용, 또는 호스피스 관련법의 제정여부에 대한 논의가 필요하다.

외국의 호스피스스는 정부 지원금과 다양한 의료보험 체계, 그리고 후원금으로 재정을 충당하고 있다. 그러나 우리 나라에서는 국가 보조가 전혀 없고, 민간차원의 미미한 후원금과 일반 의료보험 수가에 의존하고 있어 정서, 영적 및 사별 간호가 의료수가에 반영되지 못하고 있다. 이에 본 센터 모델 안에서는 현 의료보험에 적용하는 방안, 후원금 활성화와 각종 수익사업을 통한 재원 조달방안을 제시하였다. 그러나 아직까지 호스피스 수가에 대한 연구가 미비하여(조현, 1993; 김경운, 2000) 좀더 체계적인 연구가 시도되고, 이를 제도화하기 위한 논의가 구체화되어야 하겠다.

본 연구 결과로 제시한 호스피스 센터 모델은 입원서비스를 중심으로 현 한국상황을 고려하여 개발되었다. 그러나 이상적인 독립형 호스피스 센터는 다양한 서비스를 제공하고, 교육과 연구 등을 수행해야하므로 이에 대한 지속적인 연구가 필요하다.

결론적으로 호스피스 센터의 도입과 활성화를 위해서는, 본 연구에서 개발한 모델을 이용한 시범사업과 함께, 호스피스 팀의 활성화, 다양한 서비스의 개발, 법적 제도적 기준설정, 그리고 재원확보 등이 이루어져야 한다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 문헌고찰을 통해 호스피스 센터 모델의 틀과 구성요소를 모색하고, 국내외 호스피스 기관의 실태를 파악하여 이를 토대로 우리

나라의 현 상황을 고려한 독립형 호스피스 센터 모델 안을 개발하고자 시도되었다. 국내외 호스피스 기관에 대한 조사는 국내 5개, 국외 6개 기관을 대상으로 실시하였다. 본 연구의 독립형 호스피스 센터 모델은 철학과 목적, 자원(인력, 시설과 장비 및 물자), 자원의 조직적 배치, 관리, 경제적 지원 및 서비스 범위가 구성요소로 개발되었으며 요약하면 다음과 같다.

본 호스피스 센터는 인간 생명의 존엄성과 인도주의를 바탕으로 말기환자가 죽음을 긍정적으로 받아들이고 남은 생을 의미있고 충만되게 살도록 돕는다. 또한 총체적인 접근으로 환자와 그 가족의 안위도모와 높은 삶의 질을 위해 최선을 다하는 것을 근본 철학으로 한다.

본 호스피스 센터는 1, 2, 4인용 병실을 갖춘 20병상 규모로 정하였다. 인력은 센터장, 호스피스 조정자, 간호사, 의사, 사목자, 사회복지사, 약사, 영양사, 치료사, 자원봉사자를 전담제나 시간제로 두며, 기타 인력으로 행정인력과 시설관리자, 간호보조 인력을 둔다. 본

센터의 시설은 환자, 가족, 팀 구성원을 위한 시설을 갖추고, 장비 및 물자는 의원급에서 갖추어야 할 수준과 동일하게 하였다.

조직은 호스피스 센터를 대표하는 센터장을 두며 그 상위구조로 이사회와 자문위원회를, 하위구조로는 운영 위원회와 실무부서인 행정과, 간호과, 사회복지과, 사목과, 그리고 진료과를 둔다. 호스피스 센터는 내부 조직과 외부와의 연계체계를 가진다. 관리측면으로는 인력, 문서, 감염, 안전, 물품, 및 질 관리에 대하여 구체적인 내용을 작성하였다. 경제적 지원으로는 의료보험 수가체계의 적용과 기부금 제도의 활성화 방안을 제시하였다.

호스피스 센터에서 제공할 호스피스 팀 서비스는 평가(사정), 신체적, 정서적, 영적 돌봄, 사별 서비스, 투약, 교육 및 시범교육, 의료장비/물자 대여 서비스, 의뢰 서비스, 자원봉사자 서비스, 그리고 휴식기 서비스 영역으로 구분하여 구체적으로 서비스 내용을 제시하였다.

제 언

본 연구 결과를 토대로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

1. 본 연구에서 제시한 호스피스 센터 모델 안은 시범 사업을 통한 검증이 필요하다.
2. 호스피스 센터에 대한 법적 승인과 인가 기준에 관한 연구 및 정책입안이 요구된다.
3. 한국 실정에 적합한 호스피스 표준과 수가 개발을 위한 연구가 필요하다.

참 고 문 헌

- 김경운 (2000). 일 대학병원 호스피스 병동 입원 환자의 간호활동 시간 측정과 원가 산정. 가톨릭 대학교 석사학위논문.
- 김명미 (1990). 입종환자와 그 가족의 간호요구에 대한 탐색적 연구. 부산대학교 석사학위논문
- 노유자, 한성숙, 안성희, 김춘길 (1998). 호스피스와 죽음. 서울:현문사.
- 노유자, 한성숙, 안성희, 용진선 (1999). 일부 지역주민들의 호스피스에 대한 인지와 태도 및 간호요구 조사. 한국호스피스 완화의료학회지, 2(1), 23-35
- 성기순 (1996). 호스피스 프로그램 개발을 위한 입종환자 가족의 실태조사 연구. 중앙대학교 석사 학위 논문.
- 윤순녕, 노유자, 황나미, 전경자 (1999). 지역사회 가

- 정간호업무의 직무지침(안) 개발. 대한간호협회 용역 연구 보고서.
- 이소우, 이은옥, 안효섭, 허대석, 김달숙, 김현숙, 이해자 (1997). 한국형 호스피스 케어 개발을 위한 기초조사연구. 대한간호, 36(3), 46-69.
- 일본 국립암센터 홈페이지 (2000). Available: wwwinfo.ncc.go.jp
- 장현숙, 박실비아, 오종희, 이운태, 유선주 (1998). 호스피스 현황과 공급 방안 연구. 한국보건의료관리연구원.
- 조 현 (1993). 우리 나라 호스피스 프로그램의 개발에 관한 연구. 서울대학교 박사학위논문.
- 조 현 (1994). 호스피스 수가 산정 방안에 관한 연구. 대한간호학회지, 24(2), 216-225.
- 최화숙 (1999). 한국 호스피스 전달체계 모형 개발. 중앙대학교 박사학위논문.
- 통계청 (1998). 1998년 사망원인 통계연보.
- 한영미 (2000). 호스피스 환자의 영적 요구. 가톨릭대학교 석사학위논문.
- 한윤복, 노유자, 김문실 (1997). 암환자. 수문사.
- 호스피스 교육연구소 (2000). 국내 호스피스 활동 기관 현황 자료집.
- 황나미, 노인철 (1995). 말기환자 관리를 위한 호스피스의 제도화 방안. 한국보건의사회연구원
- Amenta, M.O. (1986). Holism, Hospice, and Nursing. In Amenta, M. O. & Bohnet, N. L.(Eds). Nursing Care of the Terminally ill (pp.3-17). Boston, Toronto: Little, Brown and Company.
- Blues, A.G., & Zerwekh, J.V. (1984) . Hospice and Palliative Nursing Care. Orand: Grune & Stratton, Inc.
- Buckingham, R.B. (1996). The Handbook of Hospice Care. New York: Prometheus Books.
- Chung, Lucy S.T. (1997). The Hospice Movement in a Chinese Society-A Hong Kong Experience. In Saunders, D. C. & Kastenbaum, R.(Eds.), Hospice Care on the International Scene(143-150). New York: Springer Publishing Company.
- Emanuel, E. J. (1996). Cost saving at the end of life: What do the data show?. Journal of American Medical Association, 275, 1907-1914.
- Hospice Information Service (1999). Directory '99: Hospice and palliative care services in the UK and Republic of Ireland. St. Christopher's.
- Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization: JCAHO (1986). Hospice Standards Manual. Chicago, Illinois: Author
- Kleczkowski, B.M., Roemer, M.I., & Werff, A., (1984). National Health Systems and their Reorientation to wards Health for all. 서울대학교 의과대학 의료관리학교실 옮김. 서울: 한울
- Lonberger, E.A., Russell, C.L., & Burton, S.M. (1997). The effect of palliative care on patient charges, Journal of Nursing Administration, 27(11), 23-26.
- National Hospice Organization: NHO (1994). Standards of a Hospice Program of Care. Hospice Journal, 9(4), 39-74.
- National Hospice Organization: NHO (1997). Hospice operations manual. Dubuque: Kendall/Hunt Publishing Company.
- National Hospice Organization: NHO (1999). Hospice fact sheet(Spring 1999). Available: www.nho.org/facts.htm.
- Palliative Care Australia (1999). State of the Nation 1998: Report of national census of palliative care services. Palliative Care Australia Inc.
- Rita H. (1995). Orem's Theory in Practice, Home Healthcare Nurse, 13(5), 50-54.
- Sakonji, M., & Shimizu, C. (1997). Hospice Care in Japan. In Saunders, D.C. & Kastenbaum, R.(Eds.), Hospice Care on the International Scene(143-150). New York: Springer Publishing Company.
- Schraff S.H. (1988). The Hospice concept. National League for Nursing Publications
- Skobel, S.W., Cullom, B.A., & Showalter, S.E. (1997). When Nurse is not enough : Why the hospice interdisciplinary team may be a nurse's best gift. The American Journal of Hospice & Palliative Care, July/August, 201-204.

-Abstract-

Key concepts : Hospice, Hospice Center

A Study on the Development of an Independent Hospice Center Model

Ro, You Ja · Han, Sung Suk*
Kim, Myun Gja* · Yoo, Yang Sook*
Yong, Jin Sun* · June, Kyun Gja***

The study was aimed at developing an independent hospice center model that would be best suited for Korea based on a literature review and the current status of local and international hospices. For the study, five local and six international hospice organizations were surveyed.

Components of the hospice center model include philosophy, purpose, resources (workers, facilities, and equipment), allocation of resources, management, financial support and hospice team service. The following is a summary of the developed model: Philosophies for the hospice center were set as follows: based on the dignity of human life and humanism, help patients spend the rest of their days in a meaningful way and accept life positively. On the staff side, to pursue a team-oriented holistic approach to improve comfort and quality of life for terminally ill persons and their families.

The hospice center should have 20 beds with single, two, and four bed rooms. The center should employ, either on a part-time or full-time basis, a center director, nurses, doctors, chaplains, social workers, pharmacists, dieticians, therapists, and volunteers. In addition, it will need an administrative staff, facility managers and nurses aides. The hospice should also be equipped with facilities for patients, their families, and team members, furnished with equipment and goods at the same level of a hospital.

For the organizational structure, the center is represented by a center director who reports to a board and an advisory committee. Also, the center director administers a steering committee and five departments, namely, Administration, Nursing Service, Social Welfare, Religious Services, and Medical Service. Furthermore, the center should be able to utilize a direct and support delivery systems. The direct delivery system allows the hospice center to receive requests from, or transfer patients to, hospitals, clinics, other hospice organizations (by type), public health centers, religious organizations, social welfare organizations, patients, and their guardians. On the other hand, the support delivery system provides a link to outside facilities of various medical suppliers.

In terms of management, details were made with regards to personnel management, records, infection control, safety, supplies and quality management. For financial support, some form of medical insurance coverage for hospice services, ways to promote a donation system and fund raising were examined.

Hospice team service to be provided by the hospice center was categorized into assessment, physical care, emotional care, spiritual care, bereavement service, medication, education and demonstrations, medical supplies rental, request service, volunteer service, and respite service. Based on the results, the study has drawn up the following suggestions:

1. The proposed model for a hospice center as presented in the study needs to be tested with a pilot project.
2. Studies on criteria for legal approval and license for a hospice center need to be conducted to develop policies.
3. Studies on developing a hospice charge system and hospice standards that meet local conditions in Korea need to be conducted.

* College of Nursing, The Catholic University of Korea

** Department of Nursing, Soon Chun Hyang University