# 지역사회기반 호스피스완화케어에서의 의료지원서비스 요구분석

권소희<sup>1</sup>, 김숙남<sup>2</sup>**\***, 최순옥<sup>2</sup>, 김정림<sup>3</sup>, 류지선<sup>4</sup>, 백정원<sup>5</sup>

<sup>1</sup>경북대학교 간호학과, <sup>2</sup>부산가톨릭대학교 간호학과, <sup>3</sup>부산광역시호스피스완화케어센터,

<sup>4</sup> 부산가톨릭대학교 노인복지보건학과, <sup>5</sup>부산가톨릭대학교 산학협력단

# A Need Analysis for Medical Supporting Service as a Part of Community-based Hospice Palliative Care

So-Hi Kwon<sup>1</sup>, Sook-Nam Kim<sup>2</sup>‡, Soon-Ock Choi<sup>2</sup>, Jung-Rim Kim<sup>3</sup>,

Ji-Seon Ryu<sup>4</sup>, Jeong-Won Baik<sup>5</sup>

<sup>1</sup>College of Nursing, Kyungpook National University,

<sup>2</sup>Department of Nursing, Catholic University of Pusan,

<sup>3</sup>Hospice Palliative Care Center Busan Metropolitan City,

<sup>4</sup> Department of Aging and Social Work, Catholic University of Pusan,

<sup>5</sup>Industry-Academic Cooperation Foundation, Catholic University of Pusan

#### <Abstract>

**Objectives**: This study was conducted to investigate the need of medical supporting service (MSS) as a part of community-based hospice palliative care from the view point of beneficiaries and providers. **Methods**: This study adopted a methodological triangulation design. A questionnaire regarding intention to use MSS was completed by 175 patients under home-based cancer patient management program. And three focus groups consisted of hospice nurses, public health physicians, and public officials were interviewed to obtain the perceived needs, obstacles, and solutions of MSS. **Results**: Mean age of home-based cancer patient was 70.18 year old, 48.0% of them were living alone. Only 53.7% of them were treated pain and 93.7% intend to take pain medication prescribed by public health physicians. All participants of focus group interviews agreed necessity and importance of MSS. Physicians' lack of confidence and unwillingness to prescribe opioid to terminal patients was the biggest obstacle to provide MSS in the public health center. **Conclusions**: The necessity and demand of MSS for community-dwelling cancer patients were verified. MSS is urgent issue to meet their needs.

#### Key Words: Medical Supporting Service, Hospice Palliative Care, Community-based

<sup>\*</sup> 본 연구는 보건복지부의 재원으로 한국보건산업진흥원의 보건의료기술연구개발사업 지원에 의하여 이루어진 것임 (HI14C3399).

<sup>‡</sup> Corresponding author: Sook-Nam Kim(snkim@cup.ac.kr) Department of Nursing, Catholic University of Pusan

<sup>•</sup> Received: Nov 18, 2016 • Revised: Dec 12, 2016 • Accepted: Dec 20, 2016

# I . 서론

### 1. 연구의 필요성

호스피스완화의료는 인권의 문제이며, 누구나 수월하게 접근하고 선택할 수 있어야 한다[1]. 그 러나 우리나라의 호스피스완화의료는 병원중심 서 비스 제공모델과 수가개발을 통해 제도화되어왔기 때문에 지역사회 거주자 특히 취약계층을 포함한 모든 대상자들에게 서비스가 전달되기 어려운 한 계가 지적되어왔다[2]. 부산광역시의 경우 국내 타 지역에 비해 호스피스완화의료 서비스에 대한 접 근성이 매우 열악한 편이다. 부산광역시의 암 등록 환자는 2014년 기준으로 109,858명으로 서울에 이 어 두 번째로 많은 수이지만[3], 완화의료전문기관 의 수는 2016년 6월 현재 전국 72개 중 5개 기관, 90병상에 불과하여[4] 말기환자를 위한 적정 서비 스 공급에 제한이 있다. 특히 완화의료 접근성이 떨어지는 저소득층의 분포를 살펴보면, 부산광역시 의 경우 기초생활보장수급자수는 총인구 대비 3.7%로 전국 기준 2.64%를 훨씬 상회하는 수준이 며, 병원에 가고 싶어도 못가는 비율은 2012년의 경우 구군별로 9.7%~20.8%에 달한다[5].

이러한 지역적 특성을 고려하여 2008년 1월부터 부산광역시에는 1개 보건소와 함께 지역사회 내보편적 호스피스완화의료 실천을 목표로 보건소중심 호스피스 운영모델 시범사업을 시작하였으며, 2015년부터는 부산광역시 16개 보건소로 확대하여실시하고 있다. 그리고 본 사업의 전체적인 관리를위해 호스피스완화케어센터를 개소하고 현재까지호스피스완화케어에 대한 의료진 교육과 홍보, 말기 재가암 환자를 위한 호스피스완화케어 서비스를 제공하고 있다. 그간의 경험을 통해 보건소중심호스피스완화케어 서비스가 재가 말기환자 환자, 특히 의료 소외계층에 속하는 말기환자의 삶의 질을 향상시키고 불필요한 입원이나 응급실 내원을

줄일 수 있음을 확인하였다[2][6]. 그러나 대상자가 조절되지 않는 통증이나 기타 신체증상이 발현했 을 때 필요한 의료지원서비스가 제공되지 못하는 한계점 또한 드러났다. 재가 암환자들은93%가 피 로, 77.4%가 식욕부진, 72.2%가 통증을 호소하고 있으며 이러한 증상의 빈도와 강도는 말기로 진행 되어 가면서 더욱 악화된다[7][8]. 조절되지 않는 통증이나 증상이 발현하면 환자들은 필요한 진료 와 처방을 받기 위해서 원래 암 치료를 받던 병원 으로 돌아가거나 접근이 수월한 인근 요양병원이 나 의원을 찾을 수밖에 없어 호스피스완화케어의 연속성이 확보되기 어렵다. 더욱이 병원을 찾을 수 없는 환자들의 경우에는 집에서 고통을 견디어 낼 수밖에 없는 상황이 발생한다. 따라서 이들에게 적 절한 의료지원서비스는 매우 중요하고도 시급한 문제이다. 그러나 현재 우리나라의 호스피스완화의 료 전달체계에서는 지역사회에 거주하는 의료취약 계층과 말기환자에게 적절한 의료지원서비스를 제 공하는데 제한이 있기 때문에 이를 개선하기 위한 새로운 모델이 필요하다.

사회문제를 해결하거나 프로그램을 기획하는데 있어 첫 단계는 요구분석이다. 서비스 사용자와 제 공자를 포함해 다양한 차원에서 요구를 확인하고 현실과 기대되는 성과 사이의 간극을 규명하는 요구분석을 통해 누구에게 무엇이 필요한지, 그리고 장애요인은 무엇인지를 확인함으로써 문제해결을 위한 전략을 수립할 수 있기 때문이다[9]. 그러므로 본 연구는 보건소중심 호스피스완화케어의 수 혜자인 환자들과 공급자인 보건소의사와 재가암관리 담당자, 호스피스완화간호사를 대상으로 지역사회기반 호스피스완화케어에서 의료지원서비스에 대한 요구와 장애요인을 파악함으로써 보다 합리적이고 효과적인 지역사회기반 호스피스완화케어 제공모델 개발의 기초자료로 활용하고자 한다.

#### 2. 연구 목적

본 연구의 구체적인 연구 목적은 다음과 같다.

- 1) 지역사회기반 호스피스완화케어 대상자의 의료지원서비스에 대한 요구도를 파악한다.
- 2) 보건소의사와 재가암관리 담당자, 호스피스완 화간호사가 인식하는 지역사회기반 호스피스완화 케어에서 의료지원서비스에 대한 요구, 장애요인, 그리고 문제해결 전략을 파악한다.

# Ⅱ. 연구방법

# 1. 연구 설계

본 연구는 지역사회기반 호스피스완화케어에서 의료지원서비스에 대한 대상자와 서비스 공급자가 인식하는 요구를 다각적으로 분석하기 위해 양적 방법과 질적방법의 결합을 통한 방법론적 다각화 (methodological triangulation) 설계연구이다. 방법론적 다각화 연구 설계는 지역사회 정책연구에서 좀 더 강력한 추론을 가능하게 하고 종합적이고 다양한 시각을 제공하는 대안적 방법이다[14]. 재가 말기환자들의 의료지원서비스에 대한 요구는설문조사를 통해 양적으로 측정하였고, 보건소의사와 재가암관리 담당자, 호스피스완화간호사가 인식하는 요구와 장애요인, 그리고 문제해결 전략은 포커스그룹 인터뷰를 통해 질적으로 수집하였다.

#### 2. 연구대상 및 자료수집

설문조사의 대상은 2015년 부산광역시 호스피스 완화케어센터에 등록되어 서비스를 받고 있는 재가 말기환자 320명중 설문시점에서 1:1로 의사소통이 가능하고 설문에 응할 건강상태에 있는 180명을 임의표집 하였다. 설문조사방법은 호스피스완화 간호사와의 일대일 면담으로 진행되었다. 이 중 응답을 거부하거나 미비한 자료 5부를 제외하고 175부를 자료 분석에 사용하였다. 포커스그룹 인터뷰

는 현재 재가암관리 사업에 참여하고 있는 보건소 의사 5명, 재가암관리 담당자 7명, 호스피스완화간 호사 7명으로 총19명에게 실시하였다.

# 1) 환자 대상 양적자료수집 방법 및 절차

자료수집 기간은 2016년 9월 1일부터 9월 30일 까지 1달간 진행하였다. 자료수집 전 부산광역시 16개 보건소에 연구의 목적과 방법을 설명 한 후 공문을 통해 협조를 요청하였다. 16개 보건소에서 는 설문시점에 일대일 의사소통이 가능하고 설문 에 응답할 수 있는 건강상태를 지닌 환자 각 20명 씩 선별하였으며, 부산광역시 호스피스완화케어센 터 소속 간호사 8명이 환자의 가정을 직접 방문하 여 연구의 목적과 방법을 설명하고 서면 동의서를 받은 후 설문조사를 실시하였다. 본 연구에 참여한 호스피스완화간호사는 호스피스전문간호사 또는 1 년 이상 재가 암환자를 담당한 실무경험이 있는 자로서, 설문 전 연구의 목적, 자료수집과정과 방 법에 대해 2회에 걸쳐 교육을 실시하였다. 환자가 쇠약하여 설문지를 직접 작성할 수 없는 경우에는 조사자가 문항을 읽어주고 대답을 확인하여 기입 하는 형태로 설문을 진행하였다.

# 2) 서비스 제공자 대상 질적자료수집 방법 및 절차

질적 자료 수집은 2016년 1월부터 3월까지 이루어졌다. 포커스그룹은 각 직종별(보건소의사, 재가암관리 담당자, 호스피스완화간호사)로 3개 그룹으로 나누었으며, 인터뷰는 각 그룹별로 각 1회씩 총3회에 걸쳐 이루어졌다. 각 회기별 소요시간은 1시간에서 1시간 30분이었다. 인터뷰 진행자는 대학원과정에서 질적연구방법을 수료하였고, 포커스그룹인터뷰를 진행한 경험이 있는 사회복지학 전공자로서 지역사회 기반 호스피스완화케어의 팀원이담당하였다. 인터뷰는 기존에 본 사업을 실행해 본경험을 토대로 각 직종별 견해 차이를 파악하기

위해 주요 질문을 중심으로 실시하였다. 심층면접의 주요 질문은 다음과 같다.

- (1) 지역사회기반 호스피스완화케어에서 의료지 원서비스 제공 요구는 어떠한가?
- (2) 요구가 있다면, 의료지원서비스를 제공할 방법은 무엇인가?
- (3) 현 의료체계 내에서 의료지원서비스 제공의 장애요인과 문제점은 무엇인가?
- (4) 문제를 해결하기 위한 대안은 무엇인가?

인터뷰 진행자는 주제별로 토의된 내용들을 요약하고 이야기 할 내용이 더 있는가를 확인 후 다음질문으로 진행하였고, 참여자의 구술에서 새로운 내용이 추가되지 않을 때까지 진행하였다. 모든 인터뷰 내용은 녹취하였고, 인터뷰의 말미에 진행자는 인터뷰에서 논의된 내용을 전체적으로 요약하여 말하고 참여자들로부터 내용이 맞는지 확인하고 종료하였다.

#### 3. 연구 참여자에 대한 윤리적 고려

본 연구는 부산가톨릭대학교 생명윤리심의의원 회의 승인(CUPIRB-2016-016)을 받았다. 연구 참여 자들에게는 응답한 내용이 연구 이외의 목적으로 는 사용되지 않는다는 점을 고지하고 자발적인 참 여를 위해 개인정보의 비밀 유지 및 익명성 보장 에 대해 충분한 설명과 동의 절차를 거쳐 자료를 수집하였다.

## 4. 연구도구 및 자료분석

환자 대상 설문지는 환자의 인구학적 특성과 질병 특성(9문항), 통증 경험(5문항), 보건의료이용(3문항)과 지역사회기반 호스피스완화케어의 의료지원서비스에 대한 요구도(6문항)를 묻는 총23문항으로 구성하였다. 환자 대상 설문조사 자료는 SPSS/WIN 21.0 프로그램을 사용하여 각 항목별로

빈도와 백분율을 산출하여 분석하였다.

포커스그룹 인터뷰는 참여자들의 동의를 얻어 녹취한 포커스그룹 인터뷰 자료를 필사하여, 그 축 어록을 내용분석 방법으로 분석하였다. 녹취된 면 담자료는 A4용지 25장 이였으며 우선적으로 나타 나는 경향을 확인하여 주요 쟁점으로 일차적으로 범주화 하였다. 그리고 주요 쟁점에 따라서 나타는 세부 쟁점으로 분석하였다. 본 연구방법인 포커스 그룹 인터뷰는 질적연구의 한 방법으로서 그룹 상 호작용을 통하여 연구자가 정한 주제에 대한 자료 를 수집하는 연구방법이라고 정의할 수 있다. 포커 스그룹 분석은 개인면접 자료를 분석할 때와 같은 방법으로 분석해서는 안 되며, 그룹 상호작용에 초 점을 두어야 한다[16]. 본 연구의 신뢰도와 타당도 를 확보하기 위한 전략으로 제시된 것 중 다각화 를 적용하였다. 본 연구를 위한 포커스그룹 인터뷰 에 참여한 연구자들이 개별적으로 내용을 분석하 고 그 후, 연구자 2인이 각각 녹취 내용을 집중해 서 반복적으로 들으며 전체적으로 맥락을 이해하 고 주요개념을 도출한 후 분석 내용을 비교하면서 논의하여 일치를 이룰 때까지 분석하였다. 연구자 가 함께 분석하는 과정을 통해 한 명의 연구자의 분석에 의한 주관성을 배제하고자 하였다.

# Ⅲ. 연구결과

# 1. 환자 대상 양적자료의 결과

#### 1) 일반적 특성

본 연구에 참여한 환자는 여성이 53.7%였고, 평 균연령은 70.18세, 초등학교 졸업 이하가 50.8%이 었다. 결혼 상태는 사별이나 이혼 및 별거 상태가 50.8%이었고, 동거상태에서는 혼자 사는 경우가 48.0%로 가장 많았다. 주 상병명은 96.0%가 암이 었고, 지난 보름동안 통증을 경험한 경우는 66.9%, 통증을 치료한 경우는 53.7%이었다. 지난 보름 간 통증치료를 받은 환자의 치료 장소는 의원이 69.1%로 가장 많았고, 종합병원이 63.8%이었다. 통증치료를 받지 않은 환자에게 그 이유를 물었을 때 심하지 않아서라는 응답이 59.3%로 가장 많았고, 치료를 해도 나을 가망이 없어서가 30.9%, 치

료비가 없어서가 17.3%, 너무 멀어서가 12.3%, 움 직이지 못해서가 6.2%였다. 의료보험 형태는 의료 보호가 52.0%였고, 월평균 의료비 지출의 평균은 190,600원 이었다.

< Table 1> Characteristics of patients (N=175)

Characteristics	Categories	n(%)	M±SD
Gender	Male	81(46.3)	
	Female	94(53.7)	
Age(year)	≤ 64	56(32.0)	
	65–74	55(31.4)	70.18±9.74
	≥75	64(36.6)	
	None	34(19.4)	
Education	Elementary school	55(31.4)	
	Middle school	31(17.7)	
	High school	40(22.9)	
	College and above	15(8.6)	
Marital status	Married	75(42.9)	
	Unmarried	11(6.3)	
	Widowed	56(32.0)	
	Divorced/separated	33(18.8)	
Living together	Alone	84(48.0)	
	Spouse with/without other relatives	69(39.4)	
	Offspring	13(7.4)	
	Others	9(5.2)	
Primary diagnosis*	Cancer	168(96.0)	
	Non-cancer	7(4.0)	
Dain avnerience during last 15 days	Yes	117(66.9)	
Pain experience during last 15 days	No	58(33.1)	
Pain treatment during last 15 days	Yes	94(53.7)	
	No	81(46.3)	
Place to treat pain (n=94)*	General hospital	60(63.8)	
	Clinic	65(69.1)	
	Oriental medicine clinic	20(21.3)	
	Others	4(4.3)	
Reasons to not seek medical service (n=81)*	Pain was bearable	48(59.3)	
	No hope to be treated	25(30.9)	
	No money to pay	14(17.3)	
	Too far to go	10(12.3)	
	Not able to ambulate	5(6.2)	
	Others	13(16.0)	
Type of medical insurance	Insurance payment	91(52.0)	
	Health insurance	79(45.1)	
	Veterans health care payment	5(2.9)	
Average medical expenditure (ten thousand won/month)			19.06±48.05

<sup>\*:</sup> Multiple choice

# 2) 지역사회기반 호스피스완화케어에서 의료지 원서비스 요구

보건소를 통한 호스피스완화케어 서비스가 필요한지에 대해 본 연구 참여자들의 75.9%와 20.0%가 매우 필요하다, 다소 필요하다고 응답하였다. 또한 93.1%가 병이나 증상이 발생하였을 때 보건소를 통한 호스피스완화케어 서비스를 받겠다고 응답하였고, 93.7%는 보건소 의사가 처방한 진통제를 복용할 의사가 있는 것으로 나타났다. 지역사회 기반호스피스완화케어에서 원하는 서비스는 마약성 진통제 처방이 86.9%로 가장 많았고, 증상조절이 81.7%, 보건소와 병원 간 의무기록 공유가 80.6% 순으로 나타났다<Table 2>.

#### 2. 서비스 제공자 대상 질적자료의 결과

질적자료를 분석한 결과는 지역사회기반 호스피스완화케어에서 의료지원서비스의 필요성, 보건소 중심 모델에서 의료지원서비스 제공의 한계와 장애요인, 그리고 현실적 대안과 문제해결 전략에 대

해 각 집단의 공통적 의견과 차이를 비교하여 제시하였다.

# 1) 지역사회기반 호스피스완화케어에서 의료지 워서비스의 필요성

### (1) 의료지원서비스의 필요성

각 집단의 모든 참여자는 재가암환자에게 지역 사회기반 호스피스완화케어와 약물처방을 포함한 의료지원서비스가 반드시 필요하다는데 일치된 의 견을 나타내었다. 의료지원서비스가 필요한 이유로 는 통증과 신체증상관리는 호스피스완화의료의 질 을 담보하기 위한 핵심적이고 중요한 돌봄 과제이 고, 효과적인 통증 조절을 위해서는 약물처방이 반 드시 병행되어야 한다는 점이 지적되었다. 또한 현 행 보건소 중심 호스피스완화케어 방문에서는 통 증과 신체증상조절을 위한 약물처방이 어렵기 때 문에 증상조절에 한계가 있으며, 결국 불필요한 입 원의 원인이 되고 있음이 지적되었다.

< Table 2> Needs of medical supporting for community-based hospice palliative care (N=175)

Characteristics	Categories	N(%)	M±SD
Need of hospice palliative care provided by public health center	Very much	133(75.9)	4.69±.63
	Somewhat	35(20.0)	
	Neutral	4(2.3)	
	Little	2(1.1)	
	No	1(0.6)	
Intention to adopt hospice palliative care provided by public health center	Yes	163(93.1)	
	No	12(6.8)	
Intention to take pain medications prescribed by public health physicians	Yes	164(93.7)	
	No	11(6.3)	
Desired service from community-based hospice palliative care	Prescription of symptom control	143(81.7)	
	Prescription of opioids	152(86.9)	
	Home visits by public health physician	134(76.6)	
	Symptom monitoring	118(67.4)	
	Medical information sharing between PHC and hospitals	141(80.6)	

"호스피스케어는 인간답게 죽음을 맞이하자는 것이 중요하잖아요. 그런데 통증조절자체가 안된다 면 호스피스의 기본이 무너진다고 생각하거든요. 그래서 병원에 있으나 집에 있으나 통증조절은 반 드시 되어야한다고 생각합니다. ... (중략) 우리가 방문하는 환자들은 단 돈 2, 3천원을 아쉬워하는 분이 굉장히 많은데 1차병원에서 마약성 처방이 안되니까 말기에 아무런 검사도 안하고 처치도 안 하면서 단순히 마약성 진통제를 처방받기 위해서 대형3차병원으로 가는 거에요."(보건소 재가암 관 리 담당자 1)

"최근에 제 대상자의 경우에 호스피스 병동에 보내려고 했지만 보험제도가 있음에도 한 달에 5,60만원 부담하는 것이 어려워서 결국 한 달에 2,30만원 부담하는 요양병원에 입원했어요. 그런데 그 병원에서는 마약성 진통제 처방이 자체가 안되는 곳이었어요. 환자는 진통제 처방이 필요한 상황인데, 그래서 결국 요양병원에서 ○○대병원(환자가 다니던 병원)에 가서 모든 처방을 받아오면해주겠다고 했어요. 그런데 그렇게 되니까 고령의부인이 왔다 갔다 할 엄두가 나지 않아서 그냥 요양병원에 있는 진통제로 조절해 달라고 하셨어요."(호스피스완화간호사3)

#### (2) 의료지원서비스의 수요예측

방문호스피스 대상자의 의료지원서비스 수요에 대해서는 집단별로 의견의 차이가 있었다. 보건소 의사와 호스피스완화간호사는 최근에 경험한 사례들을 들어 보건소 외에 도움을 받을 곳이 없는 대상자가 수적으로도 적지 않다고 파악하고 있는 반면, 보건소 재가암관리 담당자들은 실제로 보건소에서 약물을 처방하는 사례가 적기 때문에 보건소에서 직접 의료지원서비스를 제공하는 것은 비효율적이라는 입장이었다. 수요에 대한 보건소 재가암관리 담당자의 의견은 두 가지 측면이 있었다. 첫째, 각 보건소에서 관리하는 암환자 중 말기환자

의 비율이 낮다는 측면과 둘째, 이 대상자들이 병원을 주로 이용하기 때문에 보건소에서 실제 처방이 이루어지는 경우는 적다는 것이었다. 때문에 보건소에서 말기환자 대상 의료지원서비스를 제공하는 경우 마약류 보관과 관리에 소요되는 노력에비해 비효율적이라는 입장이었다. 한편 보건소의사는 필요성과 수요가 충분함에는 동의하나 보건소의 인적, 환경적 인프라의 제한으로 의료지원서비스의 장애요인이 많음을 우려하였다.

"의외로 수요는 많아요. 오후에 자원봉사자와 사례에 대해 얘기했는데, 두 세 케이스정도는 의사 의 게입이 필요하더라구요. 케이스가 많지는 않지 만 입원할 수 없는 상황이 있는 대상자들이 있어 요. (중략) 필요성은 다시 말 안해도 다 알거든요. 문제는 시스템지원 없이 보건소 의사들 중 하겠다 는 사람이 없거든요..." (보건소의사2)

"필요하다는 부분에 있어서는 동의하는 부분이고, 그럼 이것을 보건소에서 할 것이냐 아니면 다른 곳에서 할 것이냐 이걸 논의해야 할 것 같아요. 예전에 제가 ○○구의 담당자였을 때는 마약류를 처방 했었거든요. 근데 그 수요가 없었기 때문에다 폐기를 했거든요. 전체적으로 다 모아보면 수요가 많이 있을 수 있는데 한 구에서 법적인 제한이든지 번거로움이든지 있음에도 불구하고 한 두 케이스가 있어서 했는데 지속적으로 있을 수도 있고 없을 수도 있거든요 이렇게 되다보면 비용효과적인 부분도 있고 담당 의사선생님이 생각을 해도의욕을 가지고 했는데 케이스가 없어서 1,2년 지나면 유야무야되는 경우도 있고." (보건소 제가암관리 담당자 2)

# 2) 지역사회기반 호스피스완화케어에서 의료지 원서비스의 장애요인

#### (1) 보건소 내 인적자원의 부족

모든 집단의 모든 참여자들이 보건소에서 약물을 처방하는 의료지원서비스의 장애요인으로 가장

많이 언급한 것은 보건소 내 인적자원의 부족이었다. 특히 보건소의사들의 협조를 이끌어 내기가 어렵다는 점을 가장 큰 장애요인으로 꼽았다. 보건소의사들의 말기암환자의 증상관리와 마약류 처방에관한 임상경험과 전문성이 적어 이론교육을 실시한다 하더라도 사례경험이 축적되지 않은 상태에서 실제로 처방에 대한 자신감과 역량이 부족하기때문에 마약류 처방을 꺼린다는 것이었다. 또한 보건소의사들은 보건소 내 다양한 사업과 진료업무가 과중한 상태에서 환자방문을 위한 시간적 여유가 없다는 점과 복합질환 환자들에게 통증 외에다양한 요구가 발생했을 때 어디까지 얼마나 관리해야 하는가의 문제도 발생할 수 있음을 우려하였다.

"지금은 암 환자에 대한 정보가 전혀 없이 교육을 받고 처방을 해야 되는데 부담스러워 하는 경우가 많죠. 실제로 마약패치 같은 거를 쓰다보면암 환자들은 몸이 많이 약해져 있으니 이 정도 용량이면 가능하겠다 싶어서 붙여보면 부작용이 있어서 힘들어하는 경우도 있거든요. 그럼 병원에 있을 때는 대처를 하겠지만 이 경우엔 환자가 집에 있는데.."(보건소의사2)

"OO에 계시는 소장님 같은 경우에는 내과 쪽에는 전혀 경험이 없으신 거 같았어요. 그 분에게 제 대상자를 연계 하려고 의뢰서를 써 달려고 해도 엄청 두려워하셨어요." (호스피스완화간호사 3)

#### (2) 구조적 장애요인

모든 참여자들은 보건소의 구조적 장애요인으로 인력이동이 잦기 때문에 사업의 지속성에 한계가 있고. 마약류 처방과 관리에 관한 규정과 절차가 번거롭고 까다로운 점을 지적하였다.

"제가암 관리 사업 초기에 의사한테 마약성 진 통제를 처방하라고 매뉴얼도 만들었지만 의사들이 반대해서 못 했었거든요. 책임질 상황이 생기면 어떻게 할 것인가, 환자에게 문제가 생기면 어떻게 할 것인가, 남은 마약성 진통제를 수거해서 어떻게 할 것인가, 이런 부분들이 해결이 안 돼서 의사들이 못 하겠다고 해서 제가암관리를 못 했었거든요."(보건소의사1)

"처방은 당연히 의사가 관련이 되는데.. (중략).. 관리의사가 지속적으로 할 수 있는 사람이 확보가 되어야 되고, 보건소 인력도 3,4년 주기로 바뀌다 보니까 관리가 소홀해지는 부분도 있는 거 같고, 제가 봤을 때는 분명히 필요로 하는 부분이 있기 는 한테 쏟는 노력들에 비해서 관리의 부분이 어 려움이 더 크지 않나.." (보건소재가암 담당자4)

# (3) 민원발생에 대한 두려움

호스피스완화간호사들은 치료적 신뢰관계가 형성된 경우에는 민원발생은 염려하지 않아도 된다고 여기는 반면, 보건소의사와 재가암관리 담당자들은 민원발생에 대한 두려움이 큰 것으로 나타났다. 특히 보건소와 같은 공공기관에서 좋은 뜻으로추가적인 노력과 시간을 들여 서비스를 제공했더라도 민원이 발생하면 처음부터 아무것도 하지 않는 것만 못하다는 인식이 뚜렷하였다.

"항의가 들어오면 뒷감당이 안 되죠. 엠뷸러스로 병원 가는 수밖에 없는데 이런 경우에 공무원들이 보상하는 것도 만만치 않거든요. (중략) 이런문제에 대한 불안감은 덜어줘야 되지 않겠나 생각이 들어요."(보건소의사 3)

"대상자들의 경우에 정말 필요가 있어서 저에게 의뢰된 경우에는 민원의 소지는 적고. (생략)"(호스 피스완화간호사2)

#### (4) 민간의료기관과의 갈등발생에 대한 우려

보건소의사나 호스피스완화간호사와는 달리 행 정직 공무원의 입장인 보건소 재가암관리 담당자 들은 호스피스완화간호사가 가정방문에서 행하는 의료행위에 대한 법적근거가 미흡하다는 점, 지역 내 민간의료기관과의 갈등의 소지가 있다는 점을 우려하고 있었다.

"지금 호스피스 의료완화에 대한 법률이 생기면서 병원에서 관심이 많아요. 사실 이걸 하면서 우리는 민간병원하고 관계가 제일 걱정이 돼요."(보건소 제가암관리 담당자 3)

"보건소가 진료에 계속 개입을 한다면 민간에서 계속 보건소를 견제하고 협조가 안 되는 상황이거 든요. 그래서 이 재검환자 처방에도 개입이 된다면 보건소호스피스 사업 자체에도 민간병원에서 반대 하지 않을까 싶은 생각입니다." (보건소 제가암관 리 담당자 6)

## 3) 현실적 대안과 문제해결 전략

모든 참여자들은 지역사회 호스피스완화케어 대 상자들에게 의료지원서비스가 필요하다는 것에 동 의하면서, 이들에게 필요한 서비스가 어떻게 전달 될 수 있을 것인지를 논의하였다. 그 결과 현실적 으로 여러 장애요인이 있음에도 불구하고 보건소 에서 의료지원서비스를 제공하는 방안이 우선적으 로 고려되었고, 그 외에도 공공의료기관과 연계 서 비스를 제공하는 방안도 제시되었다.

### (1) 공중보건의 교육

모든 참여자들은 보건소에서 의료지원서비스를 제공하기 위한 선결과제로 보건소 공중보건의의 호스피스완화의료에 대한 인식개선, 약물처방과 관리 역량 향상을 위한 전문적 교육과 사례학습을 제시하였다.

"환자분들을 만나다보면 주치의가 호스피스에 대해 인식이 있는 경우에는 편안해 보이는 분들이 많아요. (중략).. 보건소의사의 경우에도 호스피스 에 대한 인식이 없다면 마약성 진통제를 쓰는데 소극적일 수밖에 없지요." (호스피스완화간호사5)

"(표준교육) 그 교육이 의사한테만 맞추어진 교육이 아니라는 거죠. 다양한 직종들이 받기 때문에 그 교육만 받고 실제 환자를 보고 환자에 대해 충분히 이해하고 처방할 것이냐는 자신감은 별로 안생겨요. 실제 환자를 보고 처방을 하려면 통증관리에 대한 환자의 상태에 대한 초점이 맞춰진 교육이 필요해요." (보건소의사4)

"정기적으로 대상자들에 대한 브리핑을 받고 통 증조절 뿐만 아니라 임상증상에 대한 접근자체에 도 디테일하게 컨트롤해야 될 것 같아요. (사례경 험이 없이)그냥 하려고 하니 두려워하는 것 같아 요." (보건소의사1)

## (2) 지역사회 내 연계체계 구축

모든 집단의 참여자들이 지역사회 내 호스피스 완화의료 전문의료 기관과의 연계와 협력의 필요 성을 제기하였다. 그러나 구체적 협력 방법과 틀에 대해서는 집단 별로 이견을 보였다. 보건소의사와 호스피스완화간호사는 보건소가 중심이 되어 의료 지원서비스를 제공하되, 전문의 자문과 교육에 주 안점을 둔 연계를 제안한 반면, 보건소 재가암관리 담당자는 보건소와는 별개로 권역에 의료지원서비스를 위한 센터를 설치하고 센터 소속의 전문의가 의료지원을 제공하는 방식을 제안하였다.

"시간이 걸리더라도 되는 보건소 영역 안에서 사례관리를 만들어서... 많지 않더라도 한 두 사례 라도 pathway를 만들어서 하다가 중단을 할 땐 하 더라도 적절한 케이스를 만들어보는 거예요." (보 건소의사2)

"보건소도 자기 선에서 안 될 때 협력해서 환자에 대한 정보를 공유할 수 있는 거점 병원이 있으면 좋겠어요."(호스피스완화간호사6)

"어쨌든 보건소는 연계를 해줘야 돼요. (중략)

가장 쉽게 접근할 수 있는 곳으로 공공의료원하고 연계 하거나 촉탁의를 둔 권역에 가정호스피스센 터를 만들어서 (중략)"(보건소 제가암관리 담당자2)

# Ⅳ. 고찰

본 연구는 지역사회 호스피스완화케어의 수혜자와 제공자들이 인식하고 있는 의료지원서비스 요구를 파악함으로써 추후 적정서비스 모델 개발의기초자료로 활용하고자 시도되었다.

첫 번째 연구 질문은 지역사회기반 호스피스완 화케어에서 의료지원서비스의 필요성에 관한 것으 로, 본 연구에 참여한 재가 말기암환자들의 95.9% 가 보건소를 통한 호스피스완화케어가 필요하다고 하였다. 그 내용을 보면 93.7%에서 보건소 의사가 처방한 진통제를 복용할 의향이 있었고, 86.9%는 진통제 처방을 가장 원하는 의료지원서비스로 지 목하였다. 이는 전문적 통증 및 증상관리와 약물치 료는 보건소에 등록된 재가암환자가 일상생활지원 에 이어 가장 많이 요구한 서비스였다는 선행연구 와[10] 일치하는 결과이다. 그러나 현재 재가암환 자 방문서비스는 주로 기본평가나 교육과 상담에 집중되어 있고, 증상 및 통증조절 영역의 서비스는 미흡하다[7][11]. 재가암환자 방문서비스에서 환자 들의 요구와 제공되는 서비스 간의 불일치는 보건 소의 경우 통증이나 증상관리를 위한 의료지원서 비스가 갖추어져 있지 않아, 간호사 주도의 비약물 적 중재나 교육, 정서적, 영적 지지에 서비스가 편 중되기 때문으로 여겨진다. 본 연구의 대상자의 평 균연령은 70세였으며, 52%가 의료급여수급자, 48% 가 독거, 51%가 초등학교 이하의 교육 수준으로 사회경제적으로 취약한 대상자가 대부분이었다. 보 건소에서 관리하는 재가 암환자는 이러한 사회경 제적 취약성으로 인해 암치료를 받던 종합병원이 나 호스피스완화의료병동으로의 진입이 용이하지 않을 뿐 아니라 급성기 의료현장에서는 암치료에 초점이 맞춰져 있어 말기환자들의 요구에 부응하지 못하기 때문에 보건소에서 제공하는 의료지원 서비스에 대한 요구가 높았던 것으로 이해된다.

두 번째 연구 질문은 재가 말기환자에게 요구되 는 의료지원서비스를 누가 어떤 체계로 제공할 것 인가였다. 현재 우리나라의 의료체계는 외래진료와 입원에 치중되어 있고, 지역사회 거주 말기환자에 대한 방문 서비스체계는 미흡한 실정이다. 현재 지 역사회 말기 환자가 이용할 수 있는 의료서비스에 는 보건소의 재가암환자 관리사업, 의료기관의 가 정간호서비스, 그리고 최근 시범사업으로 운영되고 있는 가정호스피스가 있다. 의료기관의 가정간호서 비스는 외래기반 서비스로 외래 방문이 선행되어 야 하고, 거리 상 해당 의료기관 인근이어야 하며, 본인 부담 비용이 있다. 또한 만성질환자의 재원기 간 단축과 건강관리가 주 목적이기 때문에 말기환 자의 필요를 충족시키기에는 제한이 있다. 가정호 스피스는 지금까지는 호스피스병동에 입원했던 환 자 중심으로 제공되고 있어 보건소 중심 재가 말 기환자의 대부분은 서비스 대상자로 포함되기 어 렵다. 때문에 본 연구에서는 지역거주 말기환자를 위한 의료지원서비스 제공체계 구축을 위한 기반 으로 우선 보건소를 주목하고 그 가능성을 탐색하 였다.

본 연구의 결과, 재가암관리 담당자들과 보건소 공중보건의, 호스피스완화간호사 모두 지역사회에 거주하는 말기환자 방문경험을 들어 이들에게 의료지원서비스가 꼭 필요하다는 것에 일치된 의견을 나타내었다. 그러나 각 직종별로 장애요인과 특히 해결책에 대한 견해는 차이를 보였다. 이러한 태도의 차이는 앞으로 지역사회 거주 말기환자에게 의료지원서비스 제공체계를 개발함에 있어 고려해야 할 사항이라고 여겨진다. 우선 보건소 재가암관리 담당자와 보건소 공중보건의는 보건소에서말기환자 의료지원서비스를 제공하는 것에 대해부정적인 견해를 가지고 있는 것으로 나타났다. 가

장 크게 지목된 장애요인으로는 보건소의 인적 인 프라 부족, 특히 말기환자 진료 경험이 있는 의사 가 절대적으로 부족한 상황에서 중증환자를 관리 하는 것에 대한 부담감이 크다는 점이었다. 또한 전체 재가암환자 중 말기환자의 비율이 적고, 진료 와 처방을 포함한 의료지원서비스가 필요한 대상 자는 소수에 불과하기 때문에 필요한 경우 지역의 공공 혹은 민간의료기관으로 연계하는 것이 더 효 율적이라는 것이다. 그리고 국민건강보험이 시행되 고 있고, 민간의료가 90%를 차지하는 우리나라 의 료 환경에서 말기 암환자를 보건소에서 관리하면 민간의료와 갈등이 발생할 수 있다는 우려가 제기 되었다. 실제로 전국 시도단위 47개 보건소를 대상 으로 관리 중인 재가암환자의 특성과 서비스요구 를 파악한 선행연구에 따르면, 전체 환자 중 말기 환자는 4.5% 수준이었으나 말기환자는 치료 중인 암환자에 비해 신체증상 조절, 심리문제 해결, 사 회적지지, 정보 및 교육, 사회적지지의 모든 서비 스 요구도가 높았다[8].

그러나 본 연구의 포커스그룹 인터뷰 참가자들 은 여러 어려움에도 불구하고, 재가암환자 특히 말 기환자를 위한 의료지원서비스의 필요성과 보건소 에 부여된 1차 공공보건의료의 책무에 동의하면서, 이러한 장애요인을 극복하고 재가암환자의 요구를 충족시키기 위한 방안도 함께 제시하였다. 가장 시 급한 과제는 보건소 의사교육으로 지적되었다. 호 스피스완화의료 인력의 필수교육인 표준교육과정 만으로는 보건소 의사가 말기환자 진료와 처방 역 량을 담보하기에 미흡하기 때문에, 심화학습으로 사례 학습 중심의 멘토링 교육이 제안되었다. 또한 보건소 재가암관리 담당자들은 보건소가 전적으로 책임을 지고 지역에 거주하는 말기환자에게 의료 서비스를 제공하는 것보다는 지역사회 내 호스피 스완화의료 전문 의료기관과의 연계와 협력 모델 이 필요하다고 주장하였다. 구체적 방안으로는 지 역사회에 거주하는 말기환자에게 의료지원서비스 를 포함한 호스피스완화의료를 제공하는 지역 내센터를 지정 혹은 설치하고 각 보건소 조직을 구역 거점으로 활용하는 형태의 모델이 합리적인 대안으로 제안되었다.

정부는 1999년부터 재가암환자들의 삶의 질 향 상과 의료의 공공성 확대를 목적으로 보건소를 통 한 재가암환자 관리사업을 수행해 오고 있다. 정책 시작 단계에서는 보건소 내에 마약보관금고를 구 비하고, 방문보건 간호사를 고용하여 직접 방문하 게 하는 등 적극적 의지와 노력이 경주되었다. 그 러나 보건소의 물적 인적 인프라와 환경적 제약에 부딪히면서 의사의 진료나 처방보다는 방문보건 간호사의 기본평가와 가족교육, 심리사회적 지지가 주로 이루어지고 있어 통증이나 증상조절이 필요 한 말기암환자에게 적정 서비스를 제공하지는 못 하고 있는 실정이다[10][13][14][15]. 본 연구의 결 과에서 나타난 것처럼 보건소에서 관리하는 암환 자의 경우 의료급여와 독거가구의 비율이 높아, 암 치료를 받던 병원으로 돌아가기 어려운 경우가 발 생한다. 의료접근성이 취약한 말기환자에게 자신이 원하는 곳에서 필요한 의료서비스를 제공하는 것 은 비록 비용효과를 충족할 만큼의 충분한 수의 대상자가 아니라 하더라도 보편적 생의말기케어를 제공해야하는 측면에서 중요하다고 본다[17].

본 연구는 표본추출 시 확률추출 하지 않고 보건소 등록 재가암 환자로 부산광역시 호스피스완화케어센터에서 서비스를 받아 본 경험이 있는 집단 중 임의 표출하였기 때문에 서비스 요구도가높거나 친화도가 높은 대상자가 선택될 가능성이었다는 제한점이 있다. 그러나 본 연구의 대상자와같이 연령이 높고, 소득과 학력이 낮은 경우 호스피스완화의료에 대한 인식과 이해수준이 낮고 그리고 요구도도 낮게 나타나는 경향이 있다[10]. 때문에 특정 서비스를 이용해 본 경험이 있는 대상자가 그 서비스가 필요한지 여부에 대해 더 합리적으로 응답할 수도 있을 것으로 생각된다. 본 연

구의 결과는 일반적인 지역주민이 아니라 보건소 중심 호스피스완화케어를 이해하고 있는 대상자가 의료지원서비스를 얼마나 요구하고 있는지를 보여 주는 것으로 해석하여야 한다.

이상의 결과를 종합하여 볼 때, 지역사회에 거 주하는 의료취약계층 말기환자에게 필요한 의료지 원서비스를 재공하기 위해서는 보건소 중심의 처 방 체계 뿐 아니라 다양한 방식의 의료지원서비스 제공체계 개발이 필요하며, 본 연구의 결과가 그 기초자료로 활용될 수 있을 것으로 기대된다.

# V. 결론

지역사회 거주자 특히 취약계층에 까지 보편적 호스피스완화의료를 실천하기 위해 보건소중심 호 스피스완화케어 서비스 제공모델이 제시되고 있으 나, 이 모델에서는 의료지원서비스가 제공되지 못 하는 한계가 지적되었다. 본 연구는 보건소중심 호 스피스완화케어의 수혜자와 제공자가 인식하는 지 역사회기반 호스피스완화케어에서 의료지원서비스 에 대한 요구와 장애요인을 파악하여 합리적이고 효과적인 서비스제공모델 개발의 기초자료로 활용 하고자 시도되었다. 본 연구는 방법론적 다각화 설 계연구이다. 양적자료는 서비스 수혜자인 보건소 재가말기환자 180명의 인구학적 특성과 질병 특성, 통증 경험, 보건의료이용과 지역사회 호스피스완화 케어 의료지원서비스에 대한 요구도를 묻는 설문 조사로 수집하였다. 질적 자료는 지역사회 호스피 스완화케어 사업에 참여해 본 적이 있는 보건소 의사와 보건소 재가암관리 담당직원, 그리고 호스 피스완화간호사 집단을 대상으로 포커스 그룹인터 뷰를 통해 수집하였다. 양적자료 분석 결과, 보건 소 재가말기환자의 평균연령은 70.18세, 독거가 48.0%, 의료보호가 52.0%였다. 통증을 치료한 경우 는 53.7%에 불과하였고, 93.7%는 보건소 의사가 처방한 진통제를 복용할 의사가 있었고, 가장 원하 는 서비스는 마약성 진통제 처방이었다. 질적자료 를 분석한 결과, 모든 참여자가 재가말기환자에게 지역사회 기반 호스피스완화케어와 약물처방을 포 함한 의료지원서비스가 반드시 필요하다는데 일치 된 의견을 나타내었으나, 보건소에서 제공하여야 하는가에 대해서는 집단별로 의견의 차이가 있었 다. 주요 장애요인으로는 보건소 내 인적자원의 부 족과 민원발생에 대한 두려움 등이 제시되었고, 극 복방안은 사례학습과 멘토링을 통한 보건소 의사 교육과 의료지원서비스를 포함한 호스피스완화의 료를 제공 총괄할 지역사회 내 센터를 지정 혹은 구축하고 보건소와 연계하는 새로운 모델 구축이 제안되었다. 결론적으로 지역사회기반 호스피스완 화케어에서 의료지원서비스에 대한 대상자 측 요 구는 높았고, 보건소가 단독으로 의료지원서비스를 제공하는 것에는 한계가 있으므로, 새로운 형태의 지역사회 거주자를 위한 호스피스완화의료 서비스 제공체계 구축이 필요한 것으로 여겨진다.

#### REFERENCES

- 1. Worldwide Palliative Care Alliance(2014), Worldwide Palliative Care Alliance, World Health Organization, Global atlas of palliative care at the end of life, p.9.
- 2. S.N. Kim, S.O. Choi, Y.J. Kim, S.R. Lee(2010), Development of community health center-based hospice management model: pilot project at a community health center in Busan, Korean J Hospice Palliative Care, Vol.13(1);9-19.
- 3. Korean Statistical Information Service(updated 2015. 10. 27), AVAILABLE From http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=350&tblId=DT\_35001\_A090&vw\_cd=MT\_ZTITLE&list\_id=350\_35001\_6&seqNo=&lang\_mode=ko&language=kor&obj\_var\_id=&itm\_id=&conn\_path=E1

- National Cancer Center. AVAILABLE From http://hospice.cancer.go.kr/organ/organMap.do? menu\_no=473&brd\_mgrno
- 5. Busan Social Welfare Development Institute(2014), Busan Social Welfare Statistics, pp.67-123.
- S.N. Kim(2015), Hospice Palliative Care Center Busan Metropolitan City annual report, Hospice Palliative Care Center Busan Metropolitan City, pp.12-45.
- W.J. Kim, M.Y. Kim, W.Y. Chang(2013), Analysis of symptoms and provided services in home-based cancer patient. Asian Oncology Nurs., Vol.13(2);67-75.
- J.H. Lee, J.I. Park, J.H. Kang, J.H. Youm, D.H. Koh, K.S. Kwon(2011), Need assessment for the beneficiaries of home-based cancer patients management project, J Agric Med Community Health, Vol.36(4);238-250.
- P.H. Rossi, H.E. Freeman, M.W. Lipsey(1999), Evaluation: A systematic approach, 6th ed, Thousand Oaks, SAGE. pp.120-121.
- 10. B.S. Lee, H.J. Kho, Y.S. Kwon, C.N. Kim, H.W. Kwak, M. Park(2008), The perception and the needs for hospice and palliative care services by a public health center in the residents of a rural area, Keimyung Journal of Nursing Science, Vol.12(1);23-32.
- 11. J.S. Park, Y.J. Oh(2010), An analysis of cancer symptoms, perceived health status and given nursing services for community dwelling cancer patients who are registered in a public health center, J Korean Oncology Nurs, Vol.10(2);45-58.
- 12. H. Cho. J.Y. Son, J.D. He, E.H. Jin(2007),
  Development of an efficient management
  program for the home-based cancer patient
  management project of public health center,
  Korean J Hospice Palliative Care,
  Vol.10(1);128-136.

- J.S. Huh, H.J. Kim(2010), Current status of home-based cancer patients management in Jeju, Korean J Hospice Palliative Care, Vol.13(2);76-80.
- 14. H. Cho, J.Y. Son, J.D. Heo, E.H. Jin(2007), A study on demand and the supply for home-based cancer patient management projects of public health centers, Korean J Hospice Palliative Care, Vol.6(1);195-201.
- 15. J.S. Park, Y.J. Oh(2010), An analysis of cancer symptoms, perceived health status and given nursing services for community dwelling cancer patients who are registered in a public health center, Journal of Korean Oncology Nurs., Vol.10(2);45-58.
- 16. R.A. Kruger,(1998), Analyzing & Reporting Focus Group Results, SAGE, pp.68-72.
- 17. J.W. Baik, S.N. Kim, S.O. Choi, J.S. Ryu(2016), A Study on the Perception of Hospice Palliztive Care and what Constitutes a Good Death of the Citizenry of Busan, The Korean Journal of Health Service Management, Vol.10(3);85-97.