

말기환자에 대한 호스피스에 대한 방향

趙留香

본논문에는 말기환자들에 대한 간호를 의미하는 호스피스 문제가 소개되었다. 세계적으로 1960년대부터 전개되기 시작한 임종환자들에 대한 간호제도의 문제점을 지적하면서, 우리나라에서도 이 제도를 활성화시키기 위한 적극적인 방향들이 모색되었다.

죽음의 문제와 더불어 臨終患者들의 간호에 대한 문제가 영국과 미국 등 여러 선진국에서는 이미 연구의 대상이 되어 왔었지만, 우리나라의 병원 관계자들은 최근에야 이 분야에 관심을 가지게 되었다. 우리나라에서는 특히 종교단체에서 운영하는 병원에서 종교가 지향하는 교리에 따라서 환자들의 임종문제를 소중히 다루고 있는 편이다(김중호, 1986). 이러한 관심을 갖는 이유는 의학의 발달에도 불구하고 죽음은 누구에게나 큰 공포이자 인간의 모든 노력으로도 해결할 수 없는 불가항력적인 일이며, 또한 종말기에 처하는기간이 길어지면서 말기환자의 수가 점차 증가하고 있기 때문이다. 이러한 현상은 노인인구의 증가와 더불어 암이나 심장병 등의 만성병 질환이 증가하고 있음을 증명해 주고 있다.

외국의 만성질환자의 상황을 소개하자면, 일본에서는 연간 약 70만 명의 사망자 가운데에서 치료의 방책도 없이 사망에 가까운 상태로 죽음을 기다리면서 고통받고 있는 말기환자는 약 10만여명에 달하며, 그

리고 약 50만명의 환자가 외상환자의 상태에서 사망하는 것으로 나타났다(前田信雄, 1980). 미국에서는 1978년 한해동안에만 약 39만명이 암으로 사망했는데, 이러한 통계치는 매일 1,070명의 비율로 사망했음을 뜻하며, 이러한 사망비율은 매년 증가하는 경향에 있다. 그러나 미국은 1974년의 경우만 보아도 GNP중에서 의료비가 차지하는 비율이 9%를 차지할 정도로 의료산업이 거대함을 보여주었지만, 종말기에 있는 환자들을 위한 서비스는 제대로 제공되지 못했다.

우리나라도 현재 가톨릭 중앙의료원에 속하는 성모병원이나 강남성모병원에서는 매년 약 100여명 이상의 환자들이 병원에서 사망하고 있는 실정인데, 그러한 규모의 종합병원 어느 곳에서나 이 정도의 환자가 사망하고 있다고 추측된다. 이러한 점에서 병원보다도 진료비가 저렴한 호스피스에 필요성이 대두되는데, 이는 죽음을 앞둔 불치병환자를 가장 인간적으로 도울 수 있다는 점에서도 그리고 노인인구의 증가로 암 등의 만성병 질환이 증가한다는 점에서도 역시 강조되어야 한다(이규식, 조유향, 1989).

이미 우리나라에서도 제7차 5개년계획 보건 의료부문 정책목표의 하나로 호스피스의 도입을 고려하고 있지만, 이에 대한 대응책으로 개인마다 생의 말기에 어디에서 죽음을 맞이할 것인가 등을 고려하는 의식 변화가 필연적이다. 역시 호스피스제도를 정착화시키기 위해서는 그 도입에 따른 구체적인 실시방법에 관한 제언이 요청된다. 이에 본 논문은 우리나라 실정에 맞는 호스피스제도를 활성화시키기 위하여 기존의 호스피스제도에 관한 실태와 문제점을 고찰하는 것을 목적으로 한다.

末期患者 看護에 대한 역사적 배경

말기환자에 대한 간호를 의미하는 Hospice의 어원은 병원(hospital)이라는 용어와 관계가 깊은데, hospitalis(객을)와 hospes(客)라는

의미를 지녔다. 여기에서 인간은 문명의 시작과 더불어 질병과 죽음으로 고생하는 이웃사람(객)들에 대해서 여러 가지 방법으로 고통을 제거시켜 주려고 노력해 왔음을 추측할 수 있으며, 그런 까닭으로 말기환자에 대한 간호의 역사는 병원설립 이전으로 간주된다. 그러나 호스피스의 근대적인 개념은 중세의 십자군과 여행자들에게 제공되었던 숙박소에 근원을 두고 있다. 다시 말하면, 그 당시의 호스피스들은 일반적으로 수녀회에 의해 설립된 숙박소였는데, 여행하는 사람들이나 아픈 사람들 또는 죽어가는 사람들을 위해서 제공되었던 휴식처이자 치료장소였던 것이다. 그후 영국의 Saunders 박사가 1967년 말기환자의 통증을 조절하기 위하여 St. Christopher's Hospice를 개방한 것이 현대 호스피스 운동의 시초가 되고 있다.

이러한 발전과 함께 미국에서는 1968년 New Heaven에서 Hospice Home Care가 시작되었으며, 1971년에는 Free-standing형태의 hospice home careprogram이 Conneticut주에서 시작되어 미국의 전지역으로 확산되었다. 또한 캐나다 몬트리올에서도 Royal Victoria Hospital에 12병상의 호스피스병동이 1975년 최초로 설립되었고, 드디어 미국에서는 National Hospice Organization(NHO)이 1978년에 결성되어 hospice care의 정의, 목적, 성격 등을 규정하고 호스피스 프로그램의 원칙과 표준을 마련하게 되었다. 결과적으로 현재 미국내에는 1,500개 이상의 호스피스 프로그램이 존재하는 것으로 NHO는 밝히고 있으나, 아직도 전통적인 의료형태내에서 지불상환, 서비스의 질, 직장단위의 의료보험에서도 호스피스 benefit을 제공받을 수 있는가 등의 재정적인 문제들이 남아 있는 상태이다. NHO에서는 호스피스를 “죽음을 앞두고 있는 종말기환자나 더 이상의 회복가능성이 없는 만성질환자를 대상으로 적극적이고 종합적인 치료대신에 안위적인 간호를 통해서 육체적인 고통을 감소시켜주고 자연스럽게 죽음을 받아들이게 함으로써 환자와 그 가족에게 정신적인 위안을 제공하는 시설 및 간호

등”이라고 정의된다(조유향, 1991).

韓國의 호스피스 동향

우리나라에서도 오래전부터 죽어가는 사람들에 대한 간호가 존재했다고 여겨진다. 그러나 호스피스의 의미로 본 조직적인 임종간호의 시작은 1963년 강원도 강릉의 “마리아의 작은 자매회” 수녀들이 갈바리 의원을 세워 돌보았던 것이라고 평가되며, 이곳에서는 1981년부터 14개의 침상을 마련하여 본격적으로 임종자들을 간호하고 돌보게 되었다. 그 후의 발전양상을 보면, 1981년에 가톨릭의과대학 부속 성모병원에서 의학과와 간호학과 학생들이 중심이 되어 자원봉사활동으로 임종환자 간호활동을 시작한 사례를 비롯하여, 그해 10월부터는 내과병동 암환자들을 위한 간호집담회를 주 1회 개최하여 1982년 6월부터 호스피스활동을 위한 모임이 구성되었으며, 1987년 3월부터는 병원내 호스피스과가 신설되어 운영된 것 등이다. 비의료기관의 활동으로 충청북도 음성군의 “꽃동네”에서는 무의탁부랑인, 정신병자, 신체장애자, 알콜중독자를 수용하는 시설과 함께 임종환자들을 위한 집도 마련되어 1976년부터 호스피스활동이 전개되었다고 보여진다.

또한 1986년 8월부터 이화여자대학교 간호대학에서는 호스피스 프로그램에 대한 홍보교육을 실시하고 있으며, 1987년경 연세의료원에서는 호스피스위원회가 구성되었으며, 1988년 3월부터 전문적인 호스피스활동의 자원봉사자를 배출시켜 호스피스 가정간호 프로그램을 실시하고 있다. 이는 의사가 6개월 이상 생존하기 어렵다고 판정된 말기 암환자를 호스피스에 의뢰하면, 호스피스 간호사가 환자의 가정을 방문하여 환자의 신체적, 정신적 및 영적인 요구에 따라 간호를 제공할 수 있도록 하고 있으며, 필요할 때는 가족들까지도 교육하여 환자를 돌볼 수 있도록 지지하고 격려하는 일을 한다. 현재는 St. Mary's Hospital,

혜성병원, 영동시립병원, 홍익병원, 동부시립병원, 신촌 및 영동세브란스병원, 제일병원, 여의도 성모병원 등 일부 병원에서 단편적인 활동에 불과하지만 호스피스 care가 실시되고 있다. 그 외에도 정동교회나 대한적십자사 등에서도 임종환자 자원봉사자 교육프로그램을 실시하고 있다.

호스피스의 과제와 방향

우리나라는 종교적 설립이념을 가진 소수의 의료기관에서 호스피스를 시도하고 있고, 조직적인 활동을 시도하고 있는 기관은 數적으로 매우 빈약한상태에 있다. 그리고 우리나라의 호스피스는 아직까지 병원에 입원한 암환자를 중심으로만 실시되고 있으며, 임종환자 간호는 의료수가나 의료보험 등에서 취급되지 못하고 있는 실정이다. 그러나 사회경제의 발전과 함께 우리나라에서도 앞으로 호스피스제도가 적극적으로 검토하여 실시되는 것이 요구되며, 그러기 위해서는 다음과 같은 문제들이 적절하게 고려되어야 할 것이다.

첫째로, 일반병원이나 종합병원에서는 환자의 치료를 주목적으로 하기 때문에 말기환자에 대한 간호가 충분하지 못한 상태이다. 그러나 이러한 문제를 사실상 인정한 것이 호스피스의 설립운동의 가장 기본적인 취지가 되었으며, 호스피스의 개념과 의의를 이해시키는 운동이 활발히 전개된다면 암이나 노환 등으로 인한 말기환자들에 대한 care가 필연적임을 인식하게 될 것이다.

둘째로, 호스피스라는 시설은 환자가 생활하면서 익숙해진 자기 집에 비유시킬 때 역시 한계가 있다. 특히 대부분의 노인들이 암이나 만성질환의 상태로 말기간호를 받고 있는 처지에 있어도 역시 자신의 생활공간이었던 익숙해진 방에서 가족과 대화를 나누면서 여명을 보내고자 하는 경향이 있다. 그러나 주택에 거주하면서 간호를 받는 것에도

한계가 있는데, 이는 가족의 입장에서라도 매일 왕진받을 수 있는 방법을 취할 수 없기 때문이다. 이에 대한 대응책으로 호스피스가 필요하므로 호스피스를 가장 악조건에서도 취할 수 있는 최종적인 대안이라는 일반인들의 소극적인 견해를 교정시킬 필요가 있다.

세째로, 호스피스는 단순히 시설만이 아니라 방문이나 외래 등의 활동도 포함되어야 한다. 다시 말하면, 일반적인 외상환자나 불치병환자에 대한 재택 서비스까지도 호스피스제도에 포함시켜 종합적으로 실시되는 것이 바람직하다. 특히 농촌지역처럼 인구가 많지 않거나 도시지역의 빈민가(slum) 같은 곳까지 모두 방문하여 상담하거나 외래서비스를 제공하는 데에는 전문직원의 수가 부족하다는 문제가 생길 수 있지만, 외상환자나 치매환자, 장애인 등도 종합적으로 의료복지의 혜택을 받게 하는 것이 필요하다.

네째로, 치료나 치유의 소망을 포기하는 경우에 안락사를 주장하는 입장도 존재하지만, 노인암환자나 식물환자의 의료포기는 적어도 사회적으로는 용납되지 않는다는 견해가 더 인간적일 수 있다는 점이다. 의료인의 기본임무는 99% 정도의 가망이 없는 환자라고 하더라도 남은 1%의 희망을 위해 노력하는 자세라고 할 때, 말기환자의 간호에 대한 적극적인 제도가 마련되어야 한다.

다섯째는, 호스피스는 생의 말기의 선언이라는 의미를 함축하므로 환자 자신이나 그 가족들이 이 제도를 수용하고 이해하려는 입장을 취해주어야 할 것이다. 그렇지 않으면 호스피스 자체가 죽음의 장이 되며 살려는 또는 회복시키려는 의지를 상실시켜 일반인들에게 부정적인 이미지를 심어주게 된다. 실제 미국의 Connecticut주에서는 호스피스 시설설립을 둘러싼 공청회에서 3분지 2가 반대를 하였는데, 이는 호스피스설립을 단순히 “죽음의 집”을 짓는 것으로 잘못 받아들여졌기 때문이었다.

여섯째로, 전문적인 자질을 갖춘 인력을 확보하는 문제가 대두한다.

주기적으로 전문가를 양성하고 그들의 업무에 대한 적절한 대우가 뒤따라야 하는데, 지금까지는 일부 자원봉사자들의 단기적인 희생에 의존하고 있을 뿐 장기적인 업무에 종사할 요원은 매우 부족한 실정이다. 호스피스 프로그램에 참여할 수 있는 자들은 의사, 간호사, 간호조무사 및 간병인, 목사, 사회사업가, 오락요법사, 음악치료사 등이지만 의학이나 간호학을 전공하는 학생, 그 밖의 자원봉사자들도 함께 참여하는 것도 호스피스제도의 활성화에 큰 도움이 될 수 있다.

일곱째로, 호스피스의 시설을 제도적으로 활성화시키는 데에는 재정적인 문제가 가장 시급한 과제가 된다. 임종자와 그 가족을 위한 독립적인 공간이 배려되어야 하므로 호스피스제도를 위한 기금조성이나 호스피스 care에 대한 의료보험의 수가책정이 이루어져야 하겠다. 또한 호스피스의 형태도 다양화시켜 병원이든지 독립된 시설이든지 상관없이 운영할 수 있어야 하며, 이용자도 병원의 간호단위로서의 독립병동 형태나 주간진료소(day care clinics)형태, 또는 가정간호형태 등을 자유롭게 선택할 수 있어야 한다.

마지막으로, 호스피스가 값싼 의료시설이 되어, 결과적으로 병원비용의 상승에 대한 대응책으로만 이용될 수 있다는 점을 간과해서는 안 된다. 또한 호스피스 프로그램의 활동은 분업적으로 실시되는 것보다 종합적인 보건의료사업으로서 전개되어야 한다는 점을 강조하고 싶다.

이상의 제반 문제 등을 고려하여 의료의 윤리와 본질에 관계되는 호스피스 프로그램이 우리나라에서도 적극적으로 전개되고 발전되어야 할 것이며, 이러한 것이 바로 환자나 그 가족이 추구하는 인간의 삶의 의미나 생명의 존엄에 관한 최종적인 대처방안이 될 것이다. 호스피스를 그러한 성격에서 실시하기 위해서는 이상의 제언과 함께 지역사회의 주민들의 의견이나 의학 및 간호학의 발전에 부응한 방향이 모색되어야 할 것이다.

참 고 문 헌

- 김중호(1986). 임종환자의 간호 : 醫의 길 醫의 마음. 춘천 : 한림대학의
료원 성심의료 윤리회.
- 이규식, 조유향 (1989). 노인의료비 절감방안에 관한 연구보고서. 서울 :
보건의료 정책연구소.
- 조유향(1991). 호스피스. 서울 : 현문사.
- 前田信雄(1980). Hospice : 末期患者への care の 摸索. 病院, 39(11),
44~48.

* 이 논문에 관한 일체의 서신왕래는 「(우) 530-380 전남 목포시 상동 525
번지 목포전문대학 간호과 조유향」 앞으로 하시기 바랍니다.