

## 일개요양병원 호스피스·완화의료의 서비스의 직종별 행위 분석; 후향적 의무기록 중심으로

조현<sup>1</sup>, 임희영<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>인제대학교 보건행정학과, 인제호스피스·완화의료연구소

<sup>2</sup>인제대학교 일반대학원 보건행정학과

### Hospice-Palliative Care Activities of personnel in a Long-Term Care Hospital; a retrospective chart review

Hyun Cho<sup>1</sup>, Heeyoung Lim<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>Dept. of Health Policy & Management, Inje University, Inje Institute of Hospice and Palliative Care(IHPC)

<sup>2</sup>Dept. of Health Policy & Management, Inje University

**요약** 일개요양병원에 입원한 호스피스 환자에게 제공되고 있는 직종별 호스피스·완화의료 서비스 행위와 빈도를 파악하여 향후 요양병원 호스피스·완화의료 수가 개발의 기초자료를 마련하는데 목적이 있다. 본 연구는 후향적 연구로 요양병원에 사망한 12명의 말기암환자에 대한 의무기록을 자료로 임종 전 6개월 동안 1개월 간격으로 호스피스·완화의료 서비스 행위를 조사하였다. 직종별 호스피스·완화의료 서비스 행위를 살펴보면 의사는 수혈, 보호자 면담, 투약설명 등, 간호인력은 석션, 산소공급, 환자상태관찰, 투약 간호, 위관영양 등을, 그 외 사회복지사는 개별프로그램적용, 물리치료사는 전기신경자극치료, 영양사는 영양평가와 영양관리, 요양보호사는 식사 및 영양보조, 기저귀교체 등을 수행하는 것으로 나타났다. 조사대상 요양병원을 분석한 결과 요양병원의 호스피스·완화의료 서비스는 미흡한 실정으로 급성기 중환자에게 제공되는 공격적이며 적극적인 서비스가 중심이 되고 있어 편안하고 존엄한 임종 돌봄이 제공되지 못한 것으로 나타났다. 따라서 요양병원에서 제공되는 호스피스·완화의료 서비스 질을 향상시켜 노인들이 삶의 마지막 순간을 존엄하고 평화롭게 맞이할 수 있도록 호스피스·완화의료 수가적용 등의 제도적 방안을 마련할 필요가 있다.

**Abstract** The purpose of this study was to provide a basis for the development of a health insurance payment system by exploring inpatient hospice & palliative care activities in a long-term care hospital by occupational personnel. The contents and frequency of inpatient hospice-palliative care activities were obtained retrospectively from the chart review of 12 terminally ill patients who died during the 6 months before their deaths. According to their occupational personnel, doctors were doing blood transfusion, family counseling, and medication guidance. Nurses' main activities were airway suction, oxygen supply, EKG monitoring, observing patient's status, helping medication and tube feeding. Other workers' activities are as follows: social workers were applying individualized programs, physical therapists were doing electrostimulation, nutritionists were giving nutrition evaluation and meal rounding, and careworkers were assisting with meals and nutrition. Although certain nursing activities, like emotional support, were performed by nurses, the hospice-palliative activities from doctors, social workers and physical therapists were largely unavailable for terminally ill patients in a long-term care hospital. And some terminally ill patients were receiving too intensive and invasive medical cares for end end-of-life care. The results highlight the importance of valid measures of hospice-palliative care quality and the need for establishing an adequate reimbursement system for ensuring and improving end-of-life care.

**Keywords** : Long-term care hospital, Hospice and palliative care Nursing, Retrospective studies, Occupational personnel, Care activities

\*Corresponding Author : Hee-Young Lim (Inje University)

Tel: +82-51-865-0300 email: mydla369@nate.com

Received November 2, 2016

Revised (1st December 9, 2016, 2nd January 16, 2017, 3rd February 17, 2017)

Accepted April 7, 2017

Published April 30, 2017

## 1. 서론

### 1.1 연구의 필요성

우리나라는 의료기술의 발전과 생활환경의 개선으로 평균수명 증가에 따른 인구 고령화가 빠른 속도로 진행되고 있다[1].

이와 같이 고령화에 따른 65세 이상 노인 인구의 만성질환 유병률이 약 89.2%나 되고 있으며[2] 요양병원 입원환자는 약 23만 명으로 나타났다[3]. 요양병원 입원 다빈도 상병은 치매, 뇌경색, 고혈압, 당뇨 등으로 나타났다[4]. 더불어 요양병원은 2000년도 19개소이던 것이 2016년 1,410개소[5]로 급격히 증가하여 현재 그 규모와 수준이 다양해지고 있다.

우리나라의 2014년 통계에 따르면 전체 사망자 약 27만 명 중 암으로 인한 사망자는 1,435명으로, 1995년 21%, 2006년 27%, 2014년 현재 47.7%[6]로 지속적인 증가추세에 있다. 특히 2014년 총 암 사망자수 2,881명 중 60대는 344명, 70대가 852명, 80세 이상이 1,477명으로 고령의 암 환자들이 사망자수의 대부분임을 알 수 있다.

핵가족화와 여성의 사회활동 증가는 전통적인 노인 부양의식의 변화와 생활양식의 향상을 가져왔다[7]. 그리고 과학기술 발달과 경제수준 향상은 평균 수명을 연장시킴으로서 완치가 어려운 만성질환자와 말기환자의 규모를 증가시켜 호스피스·완화의료의 필요성을 높이고 있다[8].

그 동안 호스피스·완화의료는 미국, 영국, 일본 등에서는 이미 제도화 되어 말기환자 삶의 질을 향상시키고 있으나 우리나라는 2008년 19개 기관으로 시작하여 2015년 현재는 62개 기관에서 1810개 병상이 운영되고 있는 실정이다. 말기암환자의 호스피스·완화의료 서비스 이용률은 2015년에 13.8%로 나타나 2013년 12.7%에 비해 증가하였으나[9] 이는 미국(메디케어) 43%, 영국 95%, 대만 30%등에 비해 매우 저조한 실정이다[2,10].

호스피스·완화의료시설의 이용이 힘들어 암을 비롯한 말기환자들은 대부분 병원이나 요양병원에서 임종을 맞이하고 있으나 호스피스·완화의료 수가를 인정하지 않기 때문에 제대로 된 임종케어를 기대할 수 없는 상황이다[11].

우리나라는 말기 암 환자 호스피스·완화의료가 법제화[12] 된 지 12년 만에 말기 암 환자 호스피스·완화의료

에 대한 건강보험 수가 적용으로 환자 부담을 완화하고 존엄한 임종을 준비할 수 있는 토대가 마련되었다[2]. 그러나 요양병원의 호스피스·완화의료에 대한 보험수가 제도는 시범사업단계에 있는 실정이다[13].

호스피스·완화의료 서비스는 주로 급성기 병원에서 담당하여 왔지만 최근에는 만성질환을 가진 장기요양노인이 계속 증가하면서 의료와 요양기능을 함께 수행하는 요양병원에서의 호스피스·완화의료 서비스 역할이 강조되고 있다. 노인은 암 등 각종 질병으로 죽음을 맞이하는 경우도 많지만 자연스럽게 생명을 다하는 자연사의 경우도 적지 않다. 따라서 노인에게 준비된 죽음을 맞이하도록 도와주는 요양병원에서의 호스피스·완화의료는 반드시 필요하다고 사료된다.

2015년 7월부터 호스피스 건강보험 수가 전면적으로 실시되고 있으나 이에 관한 조사는 2007년 건강보험 심사평가원[13]이 주관한 종합병원 18기관, 병원 10기관, 의원 28기관 총 56기관의 의사, 간호사 직·간접 호스피스·완화의료서비스 내용과 제공시간을 분석한 조사 보고서뿐이며 직종별 호스피스·완화의료서비스 행위 내용을 분석한 연구는 찾아볼 수 없었다.

따라서 본 연구자는 대부분 고령의 만성질환, 암환자가 입원한 요양병원에서 호스피스환자에게 제공되는 직종별 호스피스·완화의료행위를 관찰하여 내용, 제공시간의 실태를 파악하고 현행 호스피스의 수가(안)의 적절성을 검토하고 앞으로 적절한 호스피스의 건강보험 수가 정착할 수 있도록 하기 위한 기초자료를 제공하고자 한다.

### 1.2 연구의 목적

본 연구는 요양병원에 입원한 호스피스 환자에게 제공되고 있는 인력별 호스피스·완화의료 서비스 내용과 빈도를 파악하여 요양병원 호스피스 특성에 맞는 적절한 호스피스 수가 개발에 이용될 기초적인 자료를 제공하려고 한다.

본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 후향적 방법으로 요양병원에서 말기 환자에게 제공되는 직종별 호스피스·완화의료 서비스의 내용을 분석하여 현재 요양병원의 호스피스·완화의료 실태를 파악한다.

둘째, 향후 직종별 호스피스·완화의료 서비스에 대한 행위별 수가 개발을 위한 기초자료를 제공하고자 한다.

## 2. 연구 방법

### 2.1 연구설계

본 연구는 요양병원에 입원한 호스피스 환자에게 제공되는 직종별 호스피스·완화의료 서비스 행위의 내용 및 빈도를 알아보고자 하는 후향적 조사연구이다.

### 2.2 연구대상 및 자료수집

연구 대상자는 일개 지역 요양병원에 말기암환자로 입원하여 임종한 12명의 환자를 대상으로 하였다.

후향적 조사의 자료수집 방법은 호스피스·완화의료 서비스 행위내용 및 빈도를 파악하기 위해 B광역시 일개 지역 요양병원 병원장에게 허락을 받고, 의무기록 열람절차에 따라 말기 암환자의 의무기록을 중심으로 본 연구자가 임종 전 6개월 동안 1개월 간격으로 호스피스·완화의료 서비스 행위 내용과 빈도를 조사하였다.

### 2.3 연구도구

건강보험심사평가원[14]이 호스피스 수가체계 연구 결과 직종별 호스피스수가 행위를 근거로 하여 의무기록을 중심으로 말기암환자 간호행위를 10분 간격 관찰하여 조사지에 빈도를 기록하였다.

### 2.4 자료분석

조사된 자료는 Microsoft Exel 2013 프로그램을 활용하여 직종별 서비스 내용의 빈도를 합산하여 분석하였다.

## 3. 결과

### 3.1 대상자의 일반적 특성

후향적 조사 대상자는 남자 6명, 여자 6명이며, ‘임종연령’은 65세에서 96세이며 주 진단은 ‘대장암’ 2명과 ‘폐암’ 4명, ‘위암’ 3명, ‘담도암’ 2명 ‘골암’ 1명 총 12명이었으며 ‘재원일수’는 171일에서 196일이었다 [Table 1].

Table 1. General Characteristics of Participants

	Gender	Age (year)	Major diagnosis	Length of stay(day)
patient A	Male	70	Colon cancer	184
patient B	Female	96	Lung cancer	191
patient C	Male	65	Lung cancer	183
patient D	Male	82	Lung cancer	199
patient E	Female	72	Lung cancer	179
patient F	Female	68	Gastric cancer	171
patient G	Female	69	Gastric cancer	185
patient H	Male	81	Gastric cancer	196
patient I	Male	75	Bile duct cancer	174
patient J	Female	71	Bile duct cancer	188
patient K	Female	70	Pancreatic cancer	198
patient L	Male	69	Bone cancer	196

### 3.2 대상 요양병원의 일반적 특성

일개 지역 요양병원 기관의 일반적 특성은 ‘재원환자 병상 수’ 185침상, ‘말기환자 수’ 5명, 직종별 인력구성은 ‘간호조무사’가 31%와 ‘요양보호사’ 30%로 가장 많았으며 다음으로 ‘간호사’가 12%고 의사/한의사 5.4%, ‘사회복지사’, ‘물리치료사’, ‘약사’, ‘작업치료사’는 0.9%이며 ‘영양사’ 1.8%, 기타 ‘미화부’, ‘행정부’, ‘조리

Table 2. General characteristics of the in a long-term care hospital

Characteristics		N (%)
Number of beds		185
Number of terminally ill patients		5
Number of personnel	Doctors	4 ( 3.7)
	Oriental doctors	2 ( 1.9)
	Nurses(RN)	12 ( 11.1)
	Nurse aids	34 ( 32.0)
	Social workers	1 ( 0.9)
	Physical therapists	1 ( 0.9)
	Pharmacists	1 ( 0.9)
	Nutritionists	2 ( 1.9)
	Occupational therapists	1 ( 0.9)
	Careworkers-assisting	33 ( 31.0)
	Others	17 ( 15.7)
		108 (100.0)
Hospice ward	not present	
Hospice program	not present	
Number of death patients per year		48
Number of death with cancer patients per year		12
Major diagnosis of death with cancer patients	Gastric cancer	3 ( 25.0)
	Lung cancer	4 ( 33.4)
	Bile duct cancer	2 ( 16.7)
	Pancreatic cancer	1 ( 8.3)
	Colon cancer	1 ( 8.3)
	Bone cancer	1 ( 8.3)
		12 (100.0)

사' 등 17%로 구성되어 있었다. 요양병원에 근무하는 인력수는 모두 108명이며 개인 경력은 3년 8개월 되었다. 현재 호스피스·완화의료 병동과 호스피스·완화의료 프로그램은 없는 것으로 나타났으며, 1년 동안 평균 입종환자 수는 48명이며 1년 동안 평균 말기암으로 입종환 환자수는 12명으로 '폐암' 4명(33.3%), '위암' 3명(25%), '담관암' 2명(16.7%), '췌장암', '대장암', '골암'이 각각 1명(8.3%)이었다[Table 2].

### 3.3 직종별 호스피스·완화의료 서비스행위

직종별 서비스 행위를 다빈도 순으로 살펴보면 다음과 같다 [Table 3].

#### 1) 의사

'회진'(입종 2개월까지 약300회, 입종1개월 전 1,152회), '보호자면담'(입종2개월까지는 5~12회, 입종1개월 전 24회) 'Foley catheter change'(6회/월), 'Tracheostomy tube change'(10회/월), '수혈과 타과 진료의뢰'(입종6개월 전 1회), '처방설명'(9~12회), '보호자 면담(입종6개월 전 1회, 입종 1개월 전 2회), '사망선고'(12회)가 관찰되었다.

#### 2) 간호인력

'suction'(5개월 전까지 4,658~5,985회, 입종1개월 전 8,448회), '체위변경(2,880회/월), '산소공급'(입종2개월 전 720회, 입종1개월 전 5,190회) 'EKG monitoring'(입종 1개월 전 4,951회), '라운딩'과 '환자상태관찰'(입종2개월 전까지 1,080회, 입종1개월 전 4,512회), '환자주변 환경 및 안전관리', '환자위생관리', '구강간호'(1,080회/월), 'L-tube 투약'(720회/월), '소독'(240회/월), '통증평가'(336회/월), 'I&O 측정'(90회/월), 'Ice bagging', 'tepid water massage'(23~58회), '항생제 주사'(입종4개월 전까지 46회, 입종1개월 전 63회)로 대폭 증가하였다. '기관지 확장제 주사제'(입종2개월 전 12회, 입종1개월 전 56회), '응급약물 주사'(입종1개월 전 72회), '해열 주사'(입종2개월 전까지3~12회, 입종1개월 전 24회), '네블라이즈 적용'(14~24회), '정맥주사주입'(입종2개월까지 1~12회, 입종1개월 전 56회), 영양제주사(8~14회), '입종간호(수액, 기관지관, 소변줄제거, 장레식의례)(12회), 활력징후(입종2개월까지 1,080회, 입종1개월 전 1,621회), '위관영양'과 '부종사정'(3~8회) 'ADL 평

가'와 '육창평가'(12회/월), 그 밖에 '혈액채취', '폐렴구균 백신접종', '육창평가'(1회) 등의 행위가 관찰되었다.

#### 3) 사회복지사

환자A; 퍼즐, 구슬끼기 등 '개별프로그램 활동(입종2개월까지 3~24회)'가 관찰되었다.

#### 4) 물리치료사

환자A; '전기신경자극치료'(입종2개월까지 120~168회)'가 관찰되었다.

#### 5) 영양사

환자A,환자B; '영양평가'(입종6개월 전12회), 'meal rounding'(1,080회/월)가 관찰되었다.

#### 6) 요양보호사

'식사 및 영양보조'(1,080회/월), '기저귀 교체', 체위 변경, 환자위생관리(침상세면등기) 각각 1,200회, '침상상두대정리'(360회/월) 관찰되었다. 그 외에 '가족 면회 및 정서적지지' 8~12회, 입종간호 12회가 관찰되었다.

## 4. 논의

본 연구는 요양병원에서 사망한 말기암환자에게 제공된 직종별 호스피스·완화의료 서비스 행위를 파악한 연구로서 향후 우리나라 요양병원 호스피스·완화의료 수가 개발에 기초적인 자료를 제공하고자 시도되었다. 본 연구를 통한 논의는 다음과 같다.

요양병원 직종별 말기암환자에게 제공된 호스피스·완화의료 서비스 행위 분석 연구는 국내에서 처음으로 시도되었다. 따라서 본 연구결과와 직종별 행위 비교가 어려우나 2007년 건강보험심사평가원[14]이 주관하여 입원환자를 대상으로 수행한 호스피스 수가체계 연구 보고서 결과와 비교하여 논의하고자 한다.

우선 직종 중 의사의 행위를 살펴보면 회진이 가장 많은 행위로 관찰되었으며 그 밖에 처방설명, Foley catheter change, Tracheostomy tube change, 일반적인 consult, 상담, 투약설명, 사망선고 등의 행위가 관찰되었다. 반면에 Health Insurance Review & Assessment Service (2007) 보고서에 나타난 의사의 행위를 보면 별

**Table 3.** Hospice-palliative service activities according to occupational types

n=12

Occupation	Activities	frequency 6 month before death	frequency 5 month before death	frequency 4 month before death	frequency 3 month before death	frequency 2 month before death	frequency 1 month before death
Doctors	Transfusion	1	0	0	0	0	0
	Rounding(for P/E and meeting families)	300	300	300	301	300	1,152
	Counselling( families, bereaved families etc.)	13	5	10	12	12	24
	Tracheostomy tube change	10	10	10	10	10	10
	Explanation of prescription	13	12	12	10	9	12
	Foley catheter change	6	6	6	6	6	6
	General consult	1	2	1	3	1	0
	Announcing death	0	0	0	0	0	12
Nurses	Respiration care(suction)	5,758	4,658	5,785	4,958	5,985	8,448
	Position change	2,880	2,880	2,880	2,880	2,880	2,880
	IV injection	8	7	10	1	12	48
	Antibiotics injection	17	27	2	0	20	63
	Bronchodilators	0	0	0	0	12	56
	Emergency injection	0	0	0	0	0	72
	Antipyretics injection	3	5	8	6	12	24
	Nebulizer	0	0	0	0	14	24
	Dressing(tracheostomy tube, Foley site)	240	240	240	240	240	240
	Electrolytes(NaCl) infusion	3	5	3	5	5	13
	Intravenous hyperalimentation(TPN)	8	7	10	8	10	14
	Measuring V/S	1,080	1,080	1,080	1,080	1,080	1,621
	Medication administration(L-tube)	720	720	720	720	720	720
	Respiration care(oxygen supply)	0	0	0	0	720	5,190
	EKG monitoring	0	0	0	0	0	4,951
	Encouraging expectoration	0	0	0	8	8	9
	Maintenance of environment and safety	1,080	1,080	1,080	1,080	1,080	1,080
	Deathbed care(Fluid, consulting funeral home)	0	0	0	0	0	12
	Hygiene care(oral cavity care)	1,080	1,080	1,080	1,080	1,080	1,080
	Rounding	1,080	1,080	1,080	1,080	1,080	1,512
	Blood sampling(specimen)	4	6	2	1	1	2
	ADL evaluation	12	12	12	12	12	12
	Edema evaluation	0	0	3	7	8	8
Bedsore evaluation	12	12	12	12	12	12	
Pain evaluation	336	336	336	336	336	336	
Observation(consciousness, respiration etc.)	1,080	1,080	1,080	1,080	1,080	1,512	
Pneumococcal pneumonia vaccination	0	2	0	0	0	0	
Ice bagging, tepid water massage	23	54	28	42	35	58	
Checking I&O	90	90	90	90	90	90	
Social workers	Individualized programs (puzzles, beads threading etc.)	24	24	12	15	8	3
Physical therapists	Physical therapy(electrostimulation)	144	120	144	168	120	0
Nutritionists	Nutrition evaluation	12	0	0	0	0	0
	meal rounding	1,080	1,080	1,080	1,080	1,080	1,080
Careworkers assisting	Assisting with elimination (diaper change)	1,200	1,200	1,200	1,200	1,200	1,200
	Hygiene care(skin care, bathing )	60	60	60	48	60	48
	Airmat	8	8	8	8	8	8
	Assisting with bedmaking and washing	1,200	1,200	1,200	1,200	1,200	1,200
	Assisting with meals and nutrition	1,080	1,080	1,080	1,080	1,080	1,080
	Position change	1,200	1,200	1,200	1,200	1,200	1,200
	Organizing bed side	360	360	360	360	360	360
	Assisting with exercise and activities	1,080	1,080	1,080	1,080	1,080	1,080
Families	Deathbed care(diapers, clothes change)	0	0	0	0	0	12
	Family visit(calls) and emotional support	9	13	9	8	9	12

도보상행위로 주사 및 수혈, 처치 및 시술, 검사, 드레싱, 통증관리를 위한 치료처치(방사선치료, 신경블록요법, 치료적마취시술 등), 정신요법(개인정신치료, 가족치료 등) 등의 행위가 조사 보고 되었는데[14] 본 연구에서는 이에 비해 적은 행위들이 관찰되었다. 이는 요양을 주목적으로 하는 요양병원의 특성이 반영된 결과로 볼 수 있겠다. 한편 입원료포함행위는 상담(환자보호자 면담, 유가족상담 등), 처방, 사망선고, 교육(보호자, 자원봉사자 간병인 등), 회진, 임종과정의 생리적 변화 및 증상 관리 등인데, 이 중 교육을 제외한 나머지 행위들은 본 연구에서도 동일하게 관찰되었다. 이를 볼 때 요양병원 호스피스·완화의료에 대한 보다 전문적이고 체계적인 교육의 필요성이 절실하다고 하겠다.

다음으로 간호인력의 행위로 호흡간호(suction, 산소공급)가 가장 많은 행위로 나타났으며, 다음으로 활력징후, 체위변경, 라운딩, 구강간호, 의식 및 호흡상태관찰의 행위가 관찰되었다. 그 다음 드레싱, 투약간호, 통증평가이었다. 그 밖에 행위로 정맥주사 주입, 전해질주사, 영양제 주사, EKG monitoring, 환자상태관찰(의식, 호흡상태 등), 환자주변 환경 및 안전관리, 환자위생관리(구강케어), 라운딩, 욕창평가, Ice bag 적용, tepid water massage가 실시되었음을 알 수 있었다. 이는 Yong[15]이 가정호스피스 행위의 조사에서 가장 빈도가 높은 행위인 활력징후관찰, 신체사정, 투약관리, 상처간호, 정서적지, 수액치료, 약물투여 등의 순으로 나타난 결과와 유사하였다. 또한 Lee[16] 호스피스 간호행위 중 가장 빈도가 높은 행위는 활력징후측정, 호흡양상관찰, 체액균형 상태사정 및 관리, 회음부간호, 안위상태 사정, 의식상태관찰 등으로 본 연구의 결과와 유사하였다. 반면에 이태화 연구에서 전화방문 및 상담, 적극적 경청, 임종간호 및 사별간호 영역 전화방문 10회 등 정서심리간호 행위빈도가 많음을 알 수 있었다. 뿐만 아니라 건강보험심사평가원[16] 보고서에서 간호사의 별도보상행위와도 유사한 결과이며 입원료포함 행위에서는 본 연구결과의 행위 외에 방사선치료전후간호, 사별간호(사별가족 사정상담, 유가족 지지등), 영적간호(성직자의뢰, 영적지지, 적극적 경청) 행위가 관찰되었다. 이와 같은 결과를 살펴보면 요양병원에서 이루어지고 있는 호스피스·완화의료 행위는 실제로 요구하는 영적, 심리적 간호수행을 무시하거나 간과하고 있으며 여전히 신체적인 간호를 우선시 하고 있는 실정임을 주장한 Yoon[17]과 부합됨을 알

수 있었다. 임종을 앞 둔 말기환자가 편안하게 임종을 맞이하도록 도와주고 그 가족에게 고통과 슬픔을 경감시키는 것을 목적으로 하는 호스피스·완화의료는 현재 요양병원에서 달성하기에는 인적·물적 자원이 부족한 것으로 판단된다.

또한 임종환자에 대한 간호인력의 행위에 있어 일부 대상자에게는 일반적인 호스피스·완화의료에 준하는 간호를 시행 하였으나 일부환자 대상자에게는 임종 10분전에도 의무기록을 보면 도파민, 에피네프린, 아트로핀, 메치솔 등 응급약물을 사용한 기록이 있고 정맥주사 주입, 항생제 주사, 기관지 확장제 주사제, 해열주사, 네블라이즈 등을 사용한 것으로 관찰하였다. 이는 말기 중환자들은 사망 2개월을 앞두고 가장 많은 의료비를 지출하고 있다는 연구결과[18]와 미국의 경우 Medicare 예산의 28%를 환자들의 삶의 마지막 해에 소비하고 있고, 특히 마지막 60일 동안 예산의 절반을 소비하는 것으로 나타난 결과와 유사하게 나타났다[19]. 또한 호스피스·완화의료라기 보다는 급성기 중환자실에서 이루어지는 의료행위로 급성기 간호에 준하는 간호를 하고 있었음을 알 수 있었다. 이와 같은 상이한 간호행위의 결과는 주치의의 호스피스·완화의료에 대한 인식의 차이로 인해 그에 따른 의사의 처방을 이행하는 간호사의 호스피스·완화의료 서비스 활동의 차이가 반영된 결과로 짐작되며 요양병원 직종별 호스피스·완화의료 인식에 대한 후속연구가 필요하다고 본다.

그 외 요양보호사는 식사 및 영양보조, 기저귀교체, 체위변경이 가장 많이 하는 행위로 나타났으며 다음으로 운동 및 활동 돕기, 환경위생관리, 환자 정서적 지지 등을 수행하는 것으로 나타났다. 이는 Health Insurance Review & Assessment Service[14]이 호스피스 수가체계 연구 결과 호스피스 팀회의를 제외한 행위와 유사한 결과로 나타났다.

다음으로 사회복지사는 개별프로그램적용, 물리치료사는 전기신경자극치료 한 행위만이 각각 관찰되었다. 이는 건강보험심사평가원[14]이 호스피스 수가체계 행위를 보면 치료사는 신체기능의 훈련, 물리치료(온열치료, 전기신경자극치료, 수치료 등), 기본동작 운동, 언어치료, 호스피스 팀 회의, 작업치료, 신체 기능평가 등 13가지의 행위를 볼 수 있다. 그리고 사회복지사의 행위는 환자보호자상담, 유가족상담, 의료진과 협의, 자원봉사자 발굴과 활용, 사별가족관리, 지역사회기관에 대한 알

선과 의뢰 등 19개의 행위에 비해 본 연구 대상자의 사회복지사와 물리치료사의 호스피스 행위는 저조함을 볼 수 있었다. Ro[20] 연구에서 호스피스 치료사 역할과 사회복지사의 직무지침을 역할 12문항, 자격 3문항으로 사회복지사의 역할이 중요함을 강조하고 있다.

이상과 같이 일개 요양병원의 직종별 호스피스환자에게 제공되는 행위를 살펴보면 성직자, 자원봉사자 등의 서비스가 부재하고, 호스피스 팀회의, 사별간호, 유가족 상담 등을 통한 영적, 심리적 간호수행을 무시하거나 간과하고 있고 여전히 신체적인 간호를 우선시 하고 있는 실정이다. 요양병원에 입원한 대부분 노인들은 치매, 뇌졸중, 암 등 대부분 만성 질환자뿐 만 아니라 가정에서 돌볼 사람이 없어 입원한 경우가 많으며 또한 요양병원에서 생의 마지막을 보내고 있는 상황을 볼 때[21] 요양병원에서 임종을 맞이하는 환자에게 제공되는 호스피스·완화의료 서비스가 질적으로 이루어지기 어렵다고 사료된다.

따라서 요양병원 호스피스·완화의료의 필요한 인적·물적 자원을 충분히 확보하기 위한 정부의 지원으로 요양병원에서도 호스피스 수가를 인정하고, 직종별 호스피스 교육 등 호스피스·완화의료 서비스의 질을 개선시킬 필요가 있다.

## 5. 결론 및 제언

### 5.1 결론

본 연구는 요양병원에 입원한 호스피스 환자에게 제공되고 있는 인력별 호스피스·완화의료 서비스 내용과 빈도를 파악하여 요양병원 호스피스 특성에 맞는 적절한 호스피스 수가 개발에 이용될 기초적인 자료를 제공하고 자 시도하였다. 연구 대상자는 일개 지역 요양병원에 말기암 환자로 입원하여 임종한 12명의 환자를 대상으로 하였다. 자료수집은 2016년 7월1일부터 7월 30일까지 호스피스·완화의료 서비스 행위내용 및 빈도를 파악하기 위해 B광역시 일개 지역 요양병원 병원장에게 허락을 받고, 의무기록 열람절차에 따라 말기 암환자의 의무기록을 중심으로 본 연구자가 임종 전 6개월 동안 1개월 간격으로 호스피스·완화의료 서비스 행위 내용과 빈도를 조사하였다.

주요 연구결과는 다음과 같다.

직종별 호스피스·완화의료 서비스 행위를 살펴보면 의사는 수혈, 보호자 면담, 투약설명 등, 간호인력은 식선, 산소공급, 환자상태관찰, 투약 간호, 위관영양 등을, 그 외 사회복지사는 개별프로그램적용, 물리치료사는 전기신경자극치료, 영양사는 영양평가와 영양관리, 요양보호사는 식사 및 영양보조, 기저귀교체 등을 수행하는 것으로 나타났다. 조사대상 요양병원을 분석한 결과 요양병원의 호스피스·완화의료 서비스는 미흡한 실정으로 급성기 중환자에게 제공되는 공격적이며 적극적인 서비스가 중심이 되고 있어 편안하고 존엄한 임종 돌봄이 제공되지 못한 것으로 나타났다.

따라서 요양병원에서 제공되는 호스피스·완화의료 서비스 질을 향상시켜 노인들이 삶의 마지막 순간을 존엄하고 평화롭게 맞이할 수 있도록 호스피스·완화의료 수가 적용 등의 제도적 방안을 마련할 필요가 있다.

### 5.2 제언

이상의 결과를 바탕으로 다음과 같이 제언하고자 한다.

- 1) 요양병원에 직종별 호스피스·완화의료에 대한 Critical Pathway(표준진료지침) 개발에 따른 연구가 필요하다.
- 2) 요양병원 직종별 호스피스·완화의료 서비스 활동에 관한 빈도뿐만 아니라 시간측정과 함께 관찰한 후속연구와 그에 따른 호스피스 수가연구가 필요하다.
- 3) 호스피스 인식을 확대하여 질적인 호스피스·완화의료 서비스 활동을 수행하기 위해 요양병원종사자뿐 아니라 호스피스 대상자와 가족을 위한 포괄적 호스피스교육프로그램을 보급을 확대하는 것이 필요하다.

## References

- [1] G. S. Kwon, "A Study on the Development of Hospice Care", Social Welfare Department of Silver Industry, Graduate School Hoseo University, 2011.
- [2] Ministry of Health and Welfare, "Plan of Mid-term guarantee reinforcement act for Health Insurance", pp. 1-66, 2015.
- [3] Korea Health Industry Development Institute, "Medical Resources of Statistics Handbook", HanHakMunhwa, 2014.
- [4] B. Y. Jeon, S. M. Kwon, H. S. Kim, "The Long-term

Care Utilization of the Elderly with Dementia, Stroke, and Multimorbidity in Korea”, Health Policy and Management, vol. 23, no. 1, 90-100, 2013.  
DOI: <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2013.23.1.090>

[5] Health Insurance Review & Assessment Service, “2014 Basic Statistical of Medical Resources highlights”, Health Insurance Review & Assessment Service The Medical Resources, 2015.

[6] Ministry of Health and Welfare, “Press Release”, <http://hospice.cancer.go.kr>, 2015.

[7] Statistics Korea, “2014 Cause of death statistics (National Statistical approval no. 10154)”, 2015.

[8] National Cancer Information Center, “Hospice and Palliative Care Business Summary”, <http://www.cancer.go.kr>, 2015.

[9] J. Y. Lee, The Asia Economy Daily, “13.8% of terminal cancer patients use hospice”, <http://www.asiae.co.kr>, 2015.

[10] M. S. Kim, Segye, “The expansion of hospice is urgent for Right of death with dignity”, [www.segye.com](http://www.segye.com), 2016.

[11] S. C. Song, Doctor News, “The development of End-of-life care fee in long-term care hospital is urgent for terminal patient”, <http://www.doctorsnews.co.kr>. 2014.

[12] S. C. Song, Doctor News, “Hospice and Palliative Care should be include at Long-term care hospital”, <http://www.doctorsnews.co.kr>. 2015.

[13] J. H. Lee, Daily Pharm, “NHIS, New hospice payment system for hospitalization model should be prepared”, <http://www.dailypharm.com>, 2016.

[14] Health Insurance Review & Assessment Service, “Healthcare Bigdata - current state of Long-term care facilities”, <http://opendata.hira.or.kr/home.do>, 2016.

[15] J. S. Yong, Y. J. Ro, S.S. Han, M. J. Kim, A Comparison between Home Care Nursing Interventions for Hospice and General Patients, The Journal Korean Nursing Administration Academic Society, vol. 1, pp. 15-38, 1598-5180 2002.

[16] T. W. Lee, Y. H. Sung, W. S. Choe, N. M Hwang, A Study on Estimating the Nursing Cost of Home Hospice Care, The Journal Korean Nursing Administration Society 2008.

[17] E. G. Yoon, “A Study on the Actual Condition of Hospice Service in Nursing Home”, Korean Society of Gerontological Social Welfare vol. 15, no. 0, 91-120, 2002.

[18] Research Institute for Hospice/Palliative Care, The Catholic University of Korea. Hospice-Palliative Care, 2006.

[19] Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness : the chronic care model, Part 2. JAMA. 288(15) pp. 1909-14. Oct. 16, 2002.  
DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.288.15.1909>

[20] Y. J. Ro, S. S. Han, Y. S. Yoo, Developmet of Task Guidelines for Hospice Team Members. College of Nursing, The Catholic University of Korea. korean society hospice and palliative care, vol. 4, no. 1, pp.

26-40, 1229-1285, 2001.

[21] Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness : the chronic care model, Part 2. JAMA. 288(15) pp. 1909-14. Oct. 16, 2002.  
DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.288.15.1909>

[22] S. H. Lim, A. R. Shin, The Dignified Dying for the Elderly in Geriatric Hospital Social Science Research. vol. 28, no. 4. 2012.

### 조 현(Hyun Cho)

[정회원]



- 1993년 2월 : 서울대학교 보건대학원(보건학박사)
- 1998년 8월 : Georgetown University, Medical Center (Post Doc)
- 1993년 9월 ~ 현재 : 인제대학교 보건행정학과 교수

<관심분야>

보건의료정보, Hospice, 노인복지, 요양보호사

### 임 희 영(Hee Young Im)

[정회원]



- 2014년 8월 : 부산대학교 간호대학원 간호학과 노인전문간호과정(간호학석사)
- 2016년 8월 : 인제대학교 보건행정대학원 보건행정학과 (보건학행정 박사 과정 중)
- 2016년 9월 ~ 현재 : 부산여자대학교 간호학과 겸임교수

<관심분야>

노인간호, 호스피스·완화의료