

발간등록번호
G000K39-2018-23

팀 중심의 자문형 호스피스 완화의료 제공모형 개발



건강보험심사평가원

HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

발간등록번호
G000K39-2018-23

팀 중심의 자문형 호스피스 완화의료 제공모형 개발

연구진

연구책임자	이성우 부연구위원
공동연구자	이요셉 주임연구원
	고정애 연구위원



2016년 1월 8일 “호스피스 완화의료 및 임종 과정에 있는 환자의 연명 의료 결정에 관한 법(이하 연명의료법)”이 국회 본회의에 통과된 이후 임종과정에 있는 환자들은 자기 결정을 존중받고, 존엄과 가치를 보장받게 되었으며, 암 환자 이외의 말기 질환자와 임종과정에 있는 환자들도 호스피스 서비스의 대상자가 될 수 있게 되었습니다.

우리나라의 호스피스 대상자가 암환자에 국한되던 시절, 호스피스 이용률은 전체의 약 9%에 불과하였습니다. 호스피스는 기존 말기환자에 대한 의료집착적인 의료행태에서 전인적 돌봄으로 전환하는 계기로써, 침습적 치료와 입원일수 감소를 통해 말기 환자와 가족의 삶의 질 향상, 우울증상 감소 등을 이끌어 낼 수 있으며, 중환자실 사망률을 낮추고, 무의미한 연명치료 비용을 아낄 수 있습니다.

보건복지부와 국립암센터, 건강보험심사평가원은 호스피스 제도화를 위해 입원형 호스피스부터 두 차례의 수가 시범사업 및 본 사업을 시행하고, 가정형 호스피스 수가 시범사업을 시작 하는 등 연명의료법 제정 이후 변화하는 말기 환자에 대한 의료적 기반 마련에 몰두하였습니다.

이와 더불어 관련학회와 호스피스를 제공하고 있던 임상현장에서는 말기 환자에게 필요한 돌봄이 지속적으로 제공되도록 의료기관과 요양시설, 가정과의 연계와 조정을 담당하고, 국내 호스피스 저변을 확대할 수 있는 새로운 호스피스 제공 모형의 필요성을 강조하였습니다. 본 연구는 이에 대한 대안으로 “팀 중심의 자문형 호스피스” 제공 모형을 제시하고, 시범사업을 위한 수가 개발 및 보상 수준의 설정과 함께 서비스 질 관리를 위한 모니터링 기전을 제안하였습니다.

끝으로 본 연구보고서의 내용은 참여한 연구진과 연구에 협조한 보건의료전문가의 의견이며, 심평원의 공식 견해가 아님을 밝힙니다.

2018년 3월

건강보험심사평가원 원 장 김 승택
개발상임이사 황 의 동

목 차

요 약	v
제1장 서론	1
1. 연구배경 및 필요성	1
2. 연구 목적	14
3. 연구 내용 및 방법	14
제2장 자문형 호스피스·완화의료 시범사업 제공 모형 수립	17
1. 주요국의 자문형 호스피스·완화의료 제공 사례	17
2. 자문형 호스피스 제공 요건	36
3. 자문형 호스피스 행위 정의	41
4. 자문형 호스피스 제공 모형	63
제3장 자문형 호스피스·완화의료 시범사업 수가 및 모니터링 체계 구축	67
1. 자문형 호스피스 시범사업 수가 산정	67
2. 시범사업 모니터링 체계 구축	82
제4장 결론 및 고찰	96
1. 요약 및 결론	96
2. 정책 제언	97
참고문헌	99
부록: 자문형 호스피스 관련 서식	101

표 목 차

〈요약 표 1〉 연구 내용 및 방법	6
〈요약 표 2〉 자문형 호스피스 시범사업 서비스 범주 및 수가 연계	8
〈표 1〉 호스피스 인력기준에 대한 기존 암관리법과 현행 연명의료법 비교	6
〈표 2〉 연구 내용 및 방법	16
〈표 3〉 미국의 호스피스 공급자 유형별 분포	18
〈표 4〉 미국의 호스피스 유형별 이용일수 분포 및 수가	21
〈표 5〉 미국의 호스피스 서비스 종류 및 제공주체	24
〈표 6〉 일본의 완화케어팀 서비스 제공유형별 수가 가산	26
〈표 7〉 일본의 완화케어팀의 직종별 활동내용	28
〈표 8〉 일본의 완화케어팀의 활동내용 요약	30
〈표 9〉 대만의 완화공동케어프로그램 수가	33
〈표 10〉 일본 대만의 유사 자문형 호스피스·완화의료 서비스 비교	34
〈표 11〉 한국호스피스완화의료학회의 말기 암환자 대상 자문형 호스피스 서비스 내용(안)	38
〈표 12〉 한국호스피스완화의료학회의 자문형 호스피스 인력 구성(안)	38
〈표 13〉 연명의료법 시행규칙상 자문형 호스피스 인력 기준	39
〈표 14〉 임상견학 방문 기관들의 특성 요약	42
〈표 15〉 방문기관의 자문형 호스피스로 관리중인 환자	42
〈표 16〉 방문기관의 완화의료팀 인력 구성	43
〈표 17〉 방문기관의 의사인력 세부 사항	43
〈표 18〉 방문기관의 간호사인력 세부 사항	44
〈표 19〉 방문기관의 사회복지사인력 세부 사항	44
〈표 20〉 자문형 호스피스 서비스 범주별 세부내용 초안	50
〈표 21〉 자문형 호스피스 의사의 활동내용 초안	52
〈표 22〉 자문형 호스피스 간호사의 활동내용 초안	54
〈표 23〉 자문형 호스피스 사회복지사의 활동내용 초안	56
〈표 24〉 자문형 호스피스 서비스 범주별 세부내용 수정안	61

〈표 25〉 한국호스피스완화의료학회의 완화의료팀(PCT) 서비스 제공 실적 총괄.....	67
〈표 26〉 의사 활동내용에 따른 투입시간 조사표.....	68
〈표 27〉 간호사 활동내용에 따른 투입시간 조사표.....	69
〈표 28〉 사회복지사 활동내용에 따른 투입시간 조사표.....	70
〈표 29〉 의사 활동내용에 따른 투입시간 조사표 응답 결과 예시.....	72
〈표 30〉 간호사 활동내용에 따른 투입시간 조사표 응답 결과 예시.....	73
〈표 31〉 자문형 호스피스 시범사업 서비스 범주 및 수가 연계.....	78
〈표 32〉 자문형 호스피스 시범사업 상대가치점수 및 금액.....	79
〈표 33〉 자문형 호스피스 시범사업 수가에 대한 급여기준(안) 요약.....	81
〈표 34〉 완화의료 질 평가를 위한 최종 지표안-이근정(2015).....	83
〈표 35〉 자문형 호스피스 시범사업 모니터링 지표 및 내용.....	86
〈표 36〉 전인적 평가 및 돌봄계획서/재평가지 정보 중 중앙호스피스센터 신고여부 구분.....	89
〈표 37〉 자문형 호스피스 서비스 퇴록 기록지 정보 중 중앙호스피스센터 신고여부 구분.....	90
〈표 38〉 자문형 호스피스 시범사업 모니터링 지표 및 자료산출 방안.....	91

그림 목차

[그림 1] 전통적 완화의료 모델과 최근 모델 비교.....	2
[그림 2] 질환 경과에 따른 말기와 임종기.....	9
[그림 3] 급사와 암성말기질환의 진단부터 죽음까지의 신체기능의 변화.....	10
[그림 4] 장기부전과 만성질환의 진단부터 죽음까지의 신체기능의 변화.....	12
[그림 5] 말기 암환자 완화의료팀에 의한 돌봄 모델.....	13
[그림 6] 미국의 호스피스 진입부터 환자 임종까지의 흐름도.....	23
[그림 7] 국립암센터 협진형태의 자문형 호스피스제공 흐름도.....	46
[그림 8] 한국호스피스완화의료학회의 완화케어팀 서비스 제공 과정.....	47
[그림 9] 일반병동 입원환자의 자문형 호스피스 제공 흐름도.....	65
[그림 10] 외래환자의 자문형 호스피스 제공 흐름도.....	66

요약

1. 연구배경 및 목적

가. 연구배경

- 호스피스·완화의료(이하 호스피스)?

말기환자 또는 임종과정에 있는 환자와 그 가족에게 통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적 평가와 치료를 목적으로 하는 의료를 말한다.

- 호스피스의 필요성

- 의료집착적인 의료행태(cure)에서 전인적 돌봄(care)으로 전환
- 환자와 가족의 삶의 질 향상, 우울증상 감소, 침습적 치료 감소, 입원일수 감소
- 비용적 측면의 이점: 집중적인 치료(intensive care) 감소, 중환자실(ICU) 사망 감소

- 이상적인 호스피스

- 다학제적 인력¹⁾으로 구성된 완화의료케어팀(Palliative Care Team) 중심
- 호스피스 진입부터 임종까지 연속적으로 제공

- 우리나라의 호스피스

- (현행) 말기 암환자 대상으로, 완화의료전문기관 지정하여, 입원형 호스피스(본사업)와 가정형 호스피스(시범사업) 서비스 존재
- (연명의료법²⁾ 제정) 대상의 확대: 말기 암환자에서 말기 후천성면역결핍증, 말기 만성폐쇄성폐질환, 말기 만성 간경화로 확대, 각 질환별 말기 진단기준 제시
- (자문형 서비스 규정) 연명의료법에 제공방식 다각화를 위해 “자문형 호스피스” 서비스 명칭을 규정함.

1) 좁게는 의사, 간호사, 사회복지사, 넓게는 비상근 성직자, 자원봉사자를 포함 완화의료케어팀은 환자의 주치의 및 기관내 전문과목별 의사와, 약사·영양사·임상심리사, 작업치료사·물리치료사 등의 직종과의 연계활동을 실시

2) 연명의료법: 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률을 의미함.

나. 연구목적

- 본 연구의 목적은 자문형 호스피스 서비스 제공 기반 마련을 위해 시범사업 제공 모형을 제시하고,
- 시범사업을 위한 수가 개발 및 보상 수준의 설정과 질 관리를 위한 모니터링 기전을 정립하는데 있음.

2. 연구내용 및 방법

- 연구 주요 질문
 - 1) 자문형 호스피스·완화의료의 제공 주체와 역할은 무엇인가? 말기 진단부터 임종까지 연속적인 서비스 제공을 위한 전달 과정은 어떻게 구성되어야 하는가?
 - 2) 표준 제공모형에 따라 각 주체별 어떤 역할을 수행해야 하는가?
 - 3) 표준모형에 따른 투입 비용을 계량화하여 보상수준은 얼마로 설정해야 하는가?
 - 4) 시범사업을 통해 제공모형의 적합성 및 수가의 적정성, 제공되는 서비스의 질에 대한 검증과 개선 필요사항 발굴을 위해 어떻게 모니터링을 실시해야 하는가?

〈요약 표 1〉 연구 내용 및 방법

연구 내용		연구 방법		
자문형 호스피스 모형(안) 도출	인력, 시설 등 필수사항*	문헌고찰	관련법령, 선행연구, 해외 문헌 등	
	서비스 제공 체계(절차 등)	임상견학	서면	인력, 시설, 장비, 운영지침, 제공 실적, 팀원들의 투입시간 등
	자문형 호스피스 행위 정의			
자문형 호스피스 시범사업 수가개발	기존 수가 준용 가능성 검토		심층 설문	행위정의, 운영상 장애요인, 활성화 방안 등
	급여기준 등 설정			
자문형 호스피스 모니터링 방안 제시		자문회의	학회, 선행연구자, 관련연구기관 등	

* 필수 인력, 시설 및 장비 기준은 “호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 시행규칙”에 포함.

3. 주요 연구 결과

○ 자문형 호스피스의 필요성

- 우리나라의 호스피스 는 말기 암환자 대상으로 2003년 시범사업을 시작하여 최근 입원형 호스피스 본사업과 가정형 호스피스 시범사업이 이뤄지고 있음.
- 말기 암 환자 중심, 입원형 호스피스 중심의 경직된 공급으로 암을 제외한 말기 환자와 호스피스 병동에 입원하지 못한 일반병동의 환자는 호스피스 돌봄 기회에 차이가 존재함.
- 따라서 호스피스 접근성과 기회를 확대하고, 죽음의 질을 향상시키며, 말기환자의 호스피스로의 조기 진입을 통한 보건의료자원의 효율적 활용 도모를 위해 자문형 호스피스가 필요함.

○ 팀 중심의 자문형 호스피스 제공 모형

- (자문형 호스피스) 의사간호사사회복지사 중심의 다학제적 팀 접근으로 직접적인 치료, 처방이 아닌 상담을 통한 신체적 증상 관리의 자문, 치료계획의 수립 및 관련 자원의 조화연계를 담당하는 서비스를 의미함.
- (역할) 자문형 호스피스 팀은 말기 환자의 호스피스 진입의 접점이며, 환자가족의 욕구 평가 및 원하는 돌봄을 연계하는 조정자로서 역할을 담당함.
- (제공 요건) 연명의료법 시행규칙에서는 필수 인력 요건(의사 겸임 1인, 간호사 전담 1인, 사회복지사 겸임 1인), 시설 요건(1개 이상의 입원실(임종실 포함)), 장비 요건을 규정하고 있으며, 시범사업을 위해서는 이미 입원형·가정형 서비스 운영기관의 경우 의사·사회복지사 겸임 인력을 2인 이상 두고, 외래시간을 주 1회 이상 배정하는 것이 필요함.
- (서비스 범주) 팀 중심의 상담을 중심으로 동의서 확보 이전의 사전상담과 이후의 본 상담, 환자 임종임박 시기의 임종 돌봄으로 구분
 - 본 상담에는 환자가족 평가, 신체적 돌봄 권고, 심리·사회·영적 돌봄과 같이 상담시간 안에서 이뤄지는 활동과 더불어, 연계 및 의뢰, 팀 회의 및 돌봄계획 수립과 같은 활동도 포함.

- 환자가족 이외의 의료진 등에 대한 교육, 자원봉사자 활동 지원, 건강보험 영역에 포함되지 않는 요법치료, 사별가족에 대한 돌봄 등에 대한 활동은 상담 외 활동으로 구분

○ 자문형 호스피스 시범사업 수가 수준 결정

- (서비스 범주별 수가 연계) 임상 현장에서 현재 자문형 호스피스 제공모형이 확립되지 않은 상태이며, 자원투입량 조사를 통한 수가 산출이 어려움. 대안으로 기존 호스피스의 유사 행위 수가를 준용하여, 사전상담은 협의진찰료, 본 상담 (자문형 돌봄상담료)은 입원형 호스피스의 전인적 돌봄상담료, 임종 돌봄은 입원형 호스피스의 임종관리료, 자문형 호스피스의 임종실료는 격리실 입원료 수가를 준용할 것을 우선 제안함. 시범사업을 통해 축적된 정보를 바탕으로 본사업 수가를 달리 적용할 필요 있음.
- 서비스 범주 중 상담 외 활동은 환자가족을 대상으로 이뤄지는 활동이 아니며, 건강보험 급여영역에 포함되지 않는 활동이기에 수가가 아닌 국고지원금 형태로 보상하는 것을 제안함.

〈요약 표 2〉 자문형 호스피스 시범사업 서비스 범주 및 수가 연계

구분	서비스 범주	수가 연계
사전상담	호스피스 설명 및 안내, 동의서 확보	협의진찰료
본상담	환자평가	돌봄상담료 (초회, 재회)
	가족평가	
	신체적 돌봄 권고(통증관리, 증상 경감)	
	심라사화영적 돌봄	
	연계 및 의뢰	
	팀회의 활동/돌봄계획 수립	
임종기 활동	임종 돌봄	임종실료 / 임종관리료
상담외 활동	관련 종사자, 일반인 교육훈련	수가 비적용 (국고지원)
	자원봉사자 활동지원	
	요법프로그램 운영	

- 자문형 호스피스 시범사업 모니터링 방안
 - 시범사업을 통해 자문형 호스피스 제공모형의 적합성, 수가 적정성, 서비스의 질에 대하여 확인하고, 향후 개선 필요사항을 발굴하기 위해 모니터링 실시
 - 시범사업의 투입, 과정, 산출, 결과 4부문에 따라 모니터링 지표를 제시
 - 심평원 청구자료 및 중앙호스피스센터와의 자료 연계를 통해 산출 가능한 지표는 우선 모니터링을 실시하되, 현재의 자료수집 시스템 외에 참여기관을 대상으로 조사가 필요한 항목은 별도 실시할 것을 제안함.

4. 결론 및 제언

- 본 연구에서는 호스피스 제공 기회 확대와 저변 확대를 목적으로 “자문형 호스피스”라는 새로운 제공 모형 수립을 위해 행위를 표준화 하고, 시범사업 수가를 제안하였으며, 향후 제도 개선 및 질 향상을 위한 모니터링 방안을 제시하였음.
- 현재 제시된 제공모형과 수가 수준은 시범사업에 한정되며, 모니터링을 통해 말기 환자가족의 요구에 맞춘 본 사업 제공 모형과 보상수준의 보완이 필요함.

제1장 서론

1. 연구배경 및 필요성

가. 연구 배경

○ 호스피스완화의료의 개념¹⁾

- 전통적인 완화의료의 개념은 생명을 위협하는 질환을 앓고 있는 환자가 말기 또는 임종기에 도래했을 경우 치료의 중점이 완치 보다는 증상을 조절하고, 환자와 가족의 삶의 질을 보전하는 방향으로 이동되는 것으로, 의료적 중재에 국한하기 보다는 통증, 신체적, 심리·사회적, 영적 문제에 대하여 전문가와 상담 및 교육을 통한 지지를 받는 전인적 케어를 의미하였음²⁾.
- WHO는 완화医료를 다음과 같이 정의하고 있음³⁾.
 - 통증과 여러 고통스러운(distressing) 증상을 경감시킴.
 - 삶을 지지하고 죽음을 자연스러운 과정으로 받아들임.
 - 죽음을 앞당기거나 지연하려 하지 않음.
 - 환자 케어의 심리적이고 영적인 면을 통합함.
 - 환자가 임종하기 전까지 가능한 한 활동적으로 살 수 있도록 돕는 지원체계를 제공함.
 - 환자의 질병기간 동안과 사별과정에 잘 대응할 수 있도록 돕는 지원체계를 제공함.
 - 사별이후 상담을 포함하여, 환자와 가족의 요구에 맞는 팀 접근을 실시함.
 - 삶의 질을 높이고, 질환의 경과에 긍정적인 영향을 미칠 수 있음.
 - 질환의 진행과정에서 조기에 가능하다면, 임상적 합병증과 같은 고통스러운 증상을 관리하고 더 나은 이해가 필요한 것을 포함하여 생명연장을 위한 다른 치료(화학적약물요법 또는 방사선치료)와 함께 제공될 수 있음.

1) 장윤정, 노인과 호스피스 완화의료, 보건복지포럼 2015년 7월호 통권 제225호, 2015.7. p.38-47 내용을 중심으로 발췌 정리하였음.

2) 2002년도 WHO(World Health Organization)에서는 완화의료에 대하여 “질환과 관련하여 문제를 가진 환자와 가족의 삶의 질 향상에 목적을 둔 접근으로, 통증이나 신체적·심리·사회적, 영적 문제를 조기에 발견하고 평가, 치료를 함으로써 고통을 예방하고 완화하는 것으로, 증상관리 뿐 아니라 심리·사회적·영적지지, 임종돌봄과 사별가족 돌봄 등 다양한 삶의 질 향상을 위한 의료·작복지적 서비스”로 정의한 바 있음..

3) WHO Definition of Palliative Care, <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>

- 2014년에 개최된 제67회 세계보건총회(World Health Assembly)에서는 질환의 연속적 진행과정(disease continuum) 안에서 질병치료와 함께 보건의료체계 내에서 통합적으로 제공하도록 제시한 바 있으며, 이후 완화의료의 개념은 적극적인 의료적 중재 이후에 호스피스 케어가 “전환(transition)” 되는 과거 모델에서, 최초 암 진단 이후 치료적(curative) 케어와 동시에 증상 관리 등을 병행하는 “경로(trajecory)” 모델로 이동하면서 환자의 사망 이후 사별 가족에 대한 지지도 포함하는 개념으로 변화하였음.
- 즉, 전통적 완화의료의 개념은 환자 임종전 6개월의 기간 동안 이뤄지는 호스피스 서비스를 의미한 반면에, 최근 완화의료의 개념은 암 뿐만 아니라 만성질환 (고혈압, 당뇨, 치매 등), 유전질환 등 보다 포괄적인 질환을 대상으로 진입 시점이 임종전 6개월과 같은 말기 시점이 아니라 질병 진단 이후부터 증상관리 및 전인적 케어, 복지서비스 까지 연속적으로 제공하는 개념으로 이해할 수 있음.

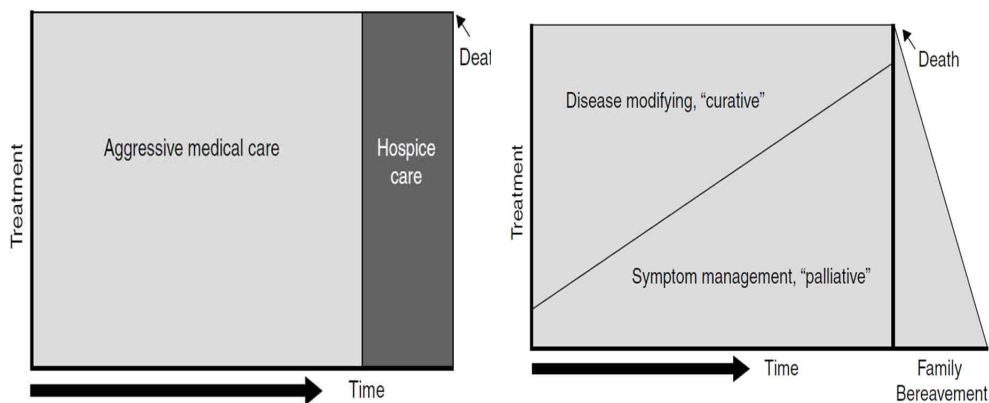


그림 1. 전통적 완화의료 모델과 최근 모델 비교

자료원: Joanne Lynn, David M. Adamson, White paper: Living well at the end of life, RAND Health, 2003. RAND, Figure 2, The Older "Transition" Model of Care Versus a "Trajectory" Model 발췌

- 이러한 관점에 따라 완화의료의 영역은 기존의 말기 환자에 대한 호스피스 서비스로 국한되는 것이 아니라 장기요양, 가정간호, 재가복지서비스까지 확대하게 되며, 단순 의료(medical care)적 중재 보다는 보건의료와 복지가 혼합된 개념으로 발전하였음.

- 최근의 개념에 따라 호스피스와 완화의료를 구분하자면, 호스피스는 말기 또는 임종기(End-of-Life) 환자와 가족을 대상으로 하는 다학제적 팀이 환자의 요구에 따라 통증에서 자유롭고 존엄과 평화 속에서 생애말기를 보낼 수 있도록 하는 모든 서비스를 의미함. 완화의료는 이보다 조기에 환자의 질병 진단과 동시에 이뤄지는 서비스이기 때문에 진입 시점으로 봤을 때 호스피스보다 완화의료의 개념이 보다 포괄적이라 볼 수 있으나, 각 국가별로 호스피스를 대하는 개념이 상이하며, 아직 합의가 이뤄지지 못한 부분이 있음. 따라서 현재까지 명확하게 완화의료와 호스피스를 구분하기 보다는 일부국가에서는 동의적으로 혼용하기도 함⁴⁾.
- 완화의료 개념의 변화에 따라 유럽완화의료협회(European Association for Palliative Care)에서는 완화의료의 제공 단계를 완화의료적 접근(palliative care approach)과 전문 완화케어(specialist palliative care)로 크게 두 단계로 구분하였음.
- 첫 단계를 다시 세분화 하면 보편적으로 모든 의사, 간호사 등의 교육과정에 완화의료적 접근이 포함되어 진단이후 이뤄지는 기본적 완화의료 접근(palliative care approach)과 환자의 진단 이후에 치료적 방법과 통합된 일반적 완화의료(general palliative care)로 구분할 수 있음.
- 기본적 완화의료 접근은 약물적, 비 약물적 증상조절 뿐만 아니라 환자와 가족, 타 의료진과의 의사소통, 완화의료 원칙에 따른 의사결정 및 치료목적의 결정 등 모든 보건의료전문가가 실시하는 완화 의료적 접근을 의미함.
- 일반적 완화의료는 특정 질환을 치료하는 과정 속에서 종양전문의(oncologist)나 노인의학전문의(geriatric specialist)와 같은 전문 의료인 또는 일차의사로부터 통증 및 증상관리에 대한 내용을 환자와 가족이 교육 받으며, 심리적지지 뿐만 아니라 임종 돌봄도 포함되는 개념임.
- 일반적 완화의료를 다시 한 번 세분화하면 전문 완화케어(specialist palliative care)로 나눌 수 있음. 전문 완화케어는 환자가 목숨이 위태로운 말기 질환에 도래하여, 기존의 의료적 접근 이상의 다양한 케어와 전문 완화케어 팀의 접근이 필요할 경우를 의미함. 호스피스 서비스의 경우 전문 완화케어의 범주에 속한다고 볼 수 있음.

4) White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1: Recommendations from the European Association for Palliative Care, EUROPEAN JOURNAL OF PALLIATIVE CARE 2010

- 현재 국가마다 호스피스·완화의료 서비스를 제공하는 제도가 상이하며, 각 나라의 상황에 맞게 명칭도 달리 적용하고 있음. 미국의 경우 말기 환자나 가족에게 입원 간호와 가정간호를 연속적으로 제공하는 프로그램을 호스피스라 지칭하며, 완치가 되지 않는 말기환자들이 가능한 한 편안하게 살 수 있도록 지지와 간호서비스를 제공하고 있음. 일본의 경우 생명을 위협하는 질환에 직면하는 환자와 그 가족의 삶과 생활의 질을 개선할 목적으로 다양한 전문직과 자원봉사자가 한 팀으로서 제공하는 케어로 정의하고 있음. 대만의 경우 말기환자의 고통을 줄이거나 피하게 하고, 완화적, 지지적, 안정적 의료를 시행하여 돌보거나 심폐소생술을 시행하지 않는 것으로 정의하고 있음.
- 호스피스·완화의료에 대한 개념이 변화하고, 국가별 정의가 상이하지만 공통적으로 이상적인 호스피스·완화의료의 제공을 위해서는 생애 마지막에 임박한 환자의 통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리·사회적, 영적 영역에 대한 종합적 평가와 치료를 목적으로 하는 활동으로 보고 있음. 또한 다학제적 인력⁵⁾으로 구성된 팀 중심의 접근이 환자의 호스피스·완화의료 진입부터 임종까지 연속적으로 제공되어야 한다고 보고 있음.
- 이러한 호스피스·완화의료는 의료집착적인 의료행태에서 전인적 돌봄으로 전환하여 생애말기의 환자의 삶의 질과 가족의 삶의 질을 향상시키고, 우울 증상을 감소시키며, 침습적 치료 및 병원 입원일수를 감소시킬 수 있으며⁶⁾, 환자가족의 비용 부담 및 보험재정 측면에서도 일반 진료를 받은 환자보다 집중적인 치료(intensive care)를 적게 받고, 중환자실(ICU)에서 사망할 확률이 낮기 때문에 임종전까지 보다 낮은 진료비가 발생하므로⁷⁾ 보건의료체계 내에서 의미가 있음.

5) 좁게는 의사, 간호사, 사회복지사, 넓게는 비상근 성직자, 자원봉사자를 포함할 뿐만 아니라, 해당 기관내 환자의 주치의, 전문과목별 의사, 약사, 영양사, 임상심리사, 작업치료사, 물리치료사 등의 직종과도 연계활동이 실시되어야 함(보건복지부, 국립암센터, 말기 암환자 완화의료전문기관 서비스 제공안내(3판 개정), 2015.2 내용에서 발췌).

6) Jennifer S.Temel et al, Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer, NEJM 2010;363:733-42

7) R. Sean Morrison et al, Palliative Care Consultation Teams Cut Hospital Costs For Medicaid Beneficiaries, Health Affairs 2011;30(3):454-63

○ 우리나라의 호스피스·완화의료⁸⁾⁹⁾

- 우리나라의 호스피스는 1965년 갈바리 의원에서 시작되어 2002년 정부의 노인질환 종합대책 및 건강증진 계획의 일환으로 필요성이 인식되어 본격적으로 논의되었음. 2003년 암관리법 제정 이후 말기 암환자에 대한 완화의료제공이 국가의 책임으로 명문화 되었으며, 말기 암환자를 대상으로 5개 기관에서 호스피스 시범사업이 실시되었으며 2005년에는 15개 기관으로 확대하였음.
- 이후 2008년에 호스피스 관련 고시가 제정됨에 따라 말기 암환자 전문의료기관 지정기준 고시가 제정되었으며, 우리나라 전체 51개 기관 806병상이 지정되었음.
- 2009~2011년 사이에 암관리법이 전면 개정되었으며, 입원형(병동형) 호스피스·완화의료에 대한 건강보험 수가 시범사업이 시작되면서 말기 암환자에 대한 전인적 돌봄의 다양한 서비스들이 건강보험영역으로 포함되기 시작하였음.
- 2013년 복지부에서는 “호스피스 완화의료 활성화 대책” 을 수립하였으며, 암관리법상 완화의료전문기관을 지정하고, 특정 병동을 호스피스 병동으로 지정하여 서비스를 제공하는 입원형 모델의 2차 시범사업을 실시하였음.
- 1·2차 시범사업 이후 2015년 7월 입원형 호스피스 본사업이 시행되었으며, 입원형 호스피스만으로 모든 말기 암환자에게 호스피스를 제공할 수 없고, 생애말기에 가정에서 가족과 함께 삶을 마무리 하고자 하는 환자가족의 선택권을 보장하기 위해 가정형 호스피스 시범사업이 2016년 3월부터 시작되었음.
- 또한 2016년 “호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(이하 연명의료법)” 제정 이후 가정형 호스피스 건강보험 수가 시범사업과 요양병원의 건강보험 수가 시범사업이 시작되었음. 2015년 암관리법 시행규칙이 개정되면서, 기존의 입원형, 가정형 호스피스뿐만 아니라 일반병동에서 완화의료 자문을 제공하는 겨우 즉, 현재의 자문형 서비스에 대한 인력기준이 추가되었음.
- 입원형 호스피스란 말기 암환자를 대상으로 별도의 호스피스 병동에서 제공되는 서비스를 의미하며, 가정형 호스피스는 환자의 가정에서 제공되는 완화의료 서비

8) 건강보험심사평가원 호스피스·완화의료 업무편람. 2016.5. 내용을 발췌하여 정리함.

9) 태윤희, 정의신, 서수라, 김지윤, 임은실, 주요국의 비암성질환 호스피스·완화의료 현황과 시사점, 국민건강보험공단 건강보험정책연구원 2016

스로 보다 집중적인 호스피스 서비스인 입원형과 연계되는 것을 목표로 함. 입원형과 가정형 서비스는 기본적으로 차이를 두지 않는 것을 원칙으로 하며, 환자평가, 돌봄계획 수립, 증상 관리, 상담, 영적·사회적 돌봄에서 사별가족 까지 관리하는 일련의 과정을 의미함.

- 연명의료법 제정 이전에 암관리법 시행규칙에서 정하는 인력, 시설, 장비 요건을 갖추고 완화의료병동의 운영계획과 말기 암환자의 적절한 통증관리 등 삶의 질 향상 계획, 말기 암환자와 그 가족을 위한 상담 및 교육 계획, 사별 가족을 위한 상담 및 돌봄 계획, 완화의료 자원봉사자 확보·교육·운영 계획 등을 갖춘 기관은 호스피스전문기관으로 지정되었으며, 지정된 기관만이 말기 암환자를 대상으로 호스피스 서비스를 제공할 수 있었음. 암관리법 제정 당시의 완화의료전문기관 인력, 시설, 장비 기준은 이후 연명의료법에서 정하는 입원형, 가정형, 자문형 호스피스 인력기준과 연계되었음.
- 시설과 장비 기준은 기존에는 호스피스전문기관 지정을 위한 기준이 있었던 반면에 연명의료법에서는 입원형, 가정형, 자문형에 따라 별도의 기준으로 분류하였으며, 기존의 시설·장비 기준에서 크게 변동된 사항은 없음. 인력기준의 경우 의사, 간호사에 대한 인력 산정에 대한 기준이 연평균 환자수에서 병상수로 변경되었음.

〈표 1〉 호스피스 인력기준에 대한 기존 암관리법과 현행 연명의료법 비교

구분	암관리법 인력기준	연명의료법 인력기준	
의사 또는 한의사	• 연평균 1일 완화의료병동에 입원한 말기 암환자를 20명으로 나눈 수(소수점 이하는 올림) • 다만, 완화의료병동 외의 병동에서 완화의료 자문을 제공하는 경우에는 전문의를 1명 이상 두어야 함.	입원형	• 호스피스 병동의 병상 20개당 전문의 1명 이상 • 20개 기준으로 계산한 이후 남은 병상이 20개 미만인 경우 1명 추가로 두어야 함.
		가정형	• 전문의 1명 이상
		자문형	
전담 간호사	• 연평균 1일 완화의료병동에 입원한 말기 암환자를 2명으로 나눈 수(소수점 이하는 올림) • 다만, 가정에서 완화医료를 제공하는 경우에는 호스피스전문간호사, 가정전문간호사 또는 완화의료 전문기관에서 2년 이상 완화의료 업무에 종사한 경력이 있는 간호사를 추가로 1명 이상 두어야 하고,	입원형	• 호스피스 병동의 병상 10개당 간호사 1명 이상 • 10개 기준으로 계산한 이후 남은 병상이 10개 미만인 경우 1명 추가로 두어야 함.

구분	암관리법 인력기준	연명의료법 인력기준	
	완화의료병동 외의 병동에서 완화의료 자문을 제공하는 경우에는 호스피스 전문간호사, 중앙전문간호사 또는 완화의료전문기관에서 2년 이상 완화의료 업무에 종사한 경력이 있는 간호사를 추가로 1명 이상 두어야 함.	자문형	호스피스 업무에 종사한 경력이 있는 간호사를 1명 이상 둘 것
사회복지사	- 상근 1명 이상 - 다만, 가정에서 완화의료를 제공하거나, 완화의료병동 외의 병동에서 완화의료 자문을 제공하는 경우에는 1급 사회복지사를 1명 두어야 함.	입원형	호스피스 병동 당 1급 사회복지사 1명 이상
		가정형	1급 사회복지사 1명 이상
		자문형	

○ 연명의료법 제정 이후의 호스피스·완화의료

- 국가별로 호스피스완화의료의 대상 질환에는 차이가 있음. WHO에서는 초기 완화의료 대상질환을 생명을 위협하는 말기 질환으로 제시하였으나, 최근 개념의 변화와 함께 암 뿐만 아니라, HIV 감염/후천성면역결핍증(AIDS), 만성호흡부전(chronic respiratory disease), 당뇨(diabetes), 간경변증(liver cirrhosis), 알츠하이머 치매와 기타 치매, 급사를 제외한 심혈관질환, 신부전증, 다발성경화증(multiple sclerosis), 파킨슨병(Parkinson's disease), 류마티스 관절염(rheumatoid arthritis), 약제 저항성 결핵(drug resistant tuberculosis) 등이 있으며, 대부분 노인성 질환과 관련되어 있음¹⁰⁾.
- 우리나라는 이러한 국제적 경향에 따라 말기 대상 질환의 범위를 확장하여 연명의료법에 포함하였음. 말기 질환은 기존에 말기 암에 국한되었던 것에 비해 후천성면역결핍증, 만성 폐쇄성 호흡기질환, 만성 간경화로 범위를 확대하였음. 이에 더 나아가 4종의 말기 질환뿐만 아니라 임종과정에 있는 환자까지 호스피스·완화의료의 대상으로 포함되었음.
- 말기환자에 대한 정의는 연명의료법에서 상세히 정의하고 있음. 앞서 언급한 4가지 질환에 대하여 “적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고, 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자” 로 상세히 정의하고 있으며, 시행규칙 별표 1을 통해 각 질환별 말기 진단기준과 절차를 제시하고 있음.

10) 장운정 노인과 호스피스 완화의료, 보건복지포럼 2015년 7월호 통권 제225호, 2015.7. p.41

- 반면에 임종과정에 있는 환자는 “담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 임종과정에 있다는 의학적 판단을 받은 자” 로 정의하고 있어 말기환자에 비해 포괄적이며, 의료진의 판단에 위임하고 있음¹¹⁾.
- 연명의료법 제정 및 시행 이후 호스피스·완화의료 대상의 확대에 따라 기존에 시행하고 있는 완화의료전문기관을 지정하여 입원형 및 가정형 서비스를 제공하는 것 이외에 제공모형의 또다른 유형으로 꾸준히 제기되어 왔던 “자문형” 서비스의 필요성이 제기되었으며, 각 병원들이 기관의 설립이념이나 자선적 차원에서 행해왔던 “자문형” 서비스에 대한 국가 표준 제공모형과 보상수준의 설정을 통해 호스피스·완화의료의 새로운 제공방안을 모색할 필요가 있음.

나. 연구 필요성

○ 우리나라 호스피스·완화의료의 문제점

- 우리나라 호스피스·완화의료는 암사망자 기준 15% 미만의 낮은 호스피스 이용률을 보이며, 입원형의 경우 평균 재원일수가 23일¹²⁾로 적극적 치료가 모두 종료된 이후 진입하여 전인적 돌봄이 조기에 이뤄지지 못한다는 문제가 있음. 이러한 치료적 개입이 계속됨에 따라 의료진과 환자가족은 소진되며, 비효율적 지출¹³⁾이 발생한다는 지적이 있었음.
- 이러한 문제가 발생하는 원인으로는 아직까지 호스피스에 대한 부정적 인식이 큰 측면이 있음. 말기 환자의 경우 주치의를 통해 본인이 말기여서 더 이상 치료할 것이 없다는 진단을 받았을 때 심리적으로 크게 흔들리며, 생존의 가능성이 낮더라도 병원치료를 계속 받고 싶어하는 경향이 있으며, 가족 또한 마찬가지임¹⁴⁾. 환자가족들은 호스피스·완화의료로 전환됨에 따라 주치의가 변경될 경우 치료가 중단되거나 포기되어지는 것으로 오해하기 때문에 주치의 변경을 꺼려함.

11) 확대된 말기질환 환자가 호스피스·완화의료 대상으로 포함되는 시기는 법 시행 시점인 2017년 8월 4일이지만, 임종과정에 있는 환자가 호스피스·완화의료 대상에 포함되는 시기는 2018년 2월 4일임

12) 국립암센터, 2013년 완화의료전문기관 이용자의 입원횟수 및 재원기간에서 발췌, 주요국 일본 36.5일, 대만 36.7일

13) 말기 암의 경우 사망 3개월 내 진료비용 중 10% 이상은 실질적 효과가 없는 의료행위(CT, MRI, 인공호흡기, 심폐 소생술, 기도삽관, 항암제, 중환자실, 응급실 비용 등). 제6차 의료행위전문평가위원회 회의자료(2015.5.18)

14) 고숙자, 정영호, 생애말기케어의 사회적 가치 분석, 한국보건사회연구원, 2014

- 그리고 의료공급자의 경우 호스피스·완화의료에 대한 인식과 교육이 아직 부족하며, 의료기관의 수입을 오히려 감소시킬 수 있기 때문에 의료기관별 사명과 신념에 따라 운영되고, 활성화에 한계가 있음. 또한 입원형·가정형 서비스가 제도권으로 포함되었으나, 여전히 전문기관 지정제도와 입원병상 중심 위주로 제공되기 때문에 제도적으로 공급이 경직된 상황임¹⁵⁾.
- 따라서 환자·가족, 의료공급자, 제도적 요인 모두에서 호스피스·완화医료를 통한 새로운 임종형태를 제시할 기반이 낮을 수밖에 없는 상황임.

○ 호스피스 대상 질환의 확대에 따른 새로운 제공모형의 필요성

- 기존 말기 암 중심의 호스피스 서비스가 생애 말기에 국한하여 이뤄져 왔다면, 비암성 말기질환의 경우 요구하는 서비스 및 이용행태가 기존과 상이할 수 있음.
- 사람의 질환 경과에 따른 변화를 구분하자면 크게 건강기, 진단, 이환기, 임종기로 나눌 수 있는데 급성기 질환과 달리 암의 경우 임종기 예측이 가능하여 임종기 이전 시점을 말기로 별도 정의할 수 있었음. 고형암을 제외한 혈액암, 비암성 질환의 경우 임종기 이외에 말기를 별도로 정의하기 어려움.



그림 2. 질환 경과에 따른 말기와 임종기

자료원: 장윤정, 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률에 대한 이해, HIRA R&D 세미나 발표자료, 2017.3.23, page 13에서 발췌

15) 김시영, 고수진, 김대균 외, 가정완화의료 및 완화케어팀 제도 도입방안 연구, 한국호스피스·완화의료학회, 2012

- 그 이유는 암질환의 경우 진단 이후 말기 전까지 환자의 상태가 수술, 항암제, 방사선 치료 등으로 정상기능을 회복하거나 일정하게 유지되기 때문임. 이환기에는 증상 완화를 위해 통증조절(약물, 방사선 치료, 스텐트, 신경차단술 등)을 포함한 치료적 중재가 이뤄지고, 시간이 흘러 환자의 기능 상태가 악화되어 더 이상 치료적 개입이 소용이 없고, 임종까지 몇 년 또는 몇 개월 남았다는 예측이 가능한 시점을 말기로 정의할 수 있음.
- 연명의료법상 암질환의 말기 진단기준은 첫째 적극적인 암 치료에도 불구하고 암으로 인하여 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 상태, 둘째 암의 진행으로 인하여 일상수행능력이 심각히 저하되고 신체 장기의 기능이 악화되어 회복을 기대하기 어려운 상태 중 1개 이상에 해당하는 경우임.
- 암 질환의 경우 전통적 호스피스의 개념인 “전환(transition)” 모델에 따라 생애 말기의 전문 완화케어(specialist palliative care)의 개입이 필요한 시점을 정의하여 서비스 제공이 가능함. 우리나라의 입원형과 가정형 호스피스의 경우도 암 중심으로 생애말기 돌봄(end-of-life care)에 대하여 먼저 진행되었음. 그러나 비암성 질환의 경우 “전환” 모델에 따른 전문 완화케어 제공이 적절하지 않을 수 있음.

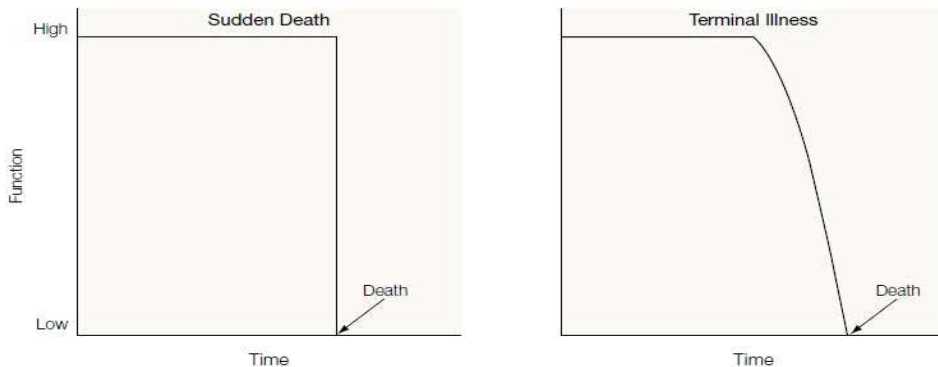


그림 3. 급사와 암성말기질환의 진단부터 죽음까지의 신체기능의 변화

자료원: June R. Lunney et al, Patterns of Functional Decline at the End of Life, JAMA, 2003;289(18):2387-92, Figure 1, Theoretical Trajectories of Dying 재안용

- 그 이유를 살펴보기 위해 우선 연명의료법에서 정하는 만성폐쇄성호흡기질환의 말기 진단 기준을 살펴볼 필요가 있음. 만성폐쇄성호흡기질환은 아래 항목 중 1개 이상에 해당하는 경우 말기로 정하고 있음.

- 매우 심한 만성호흡기질환으로 인하여 숨이 차서 의자에 앉아 있는 것도 어려운 경우
 - 장기간의 산소 치료를 필요로 하는 경우로 담당의사의 판단으로 수개월 내 사망이 예상되는 경우
 - 호흡부전으로 장기간의 인공호흡기가 필요한 경우 혹은 폐 이식이 필요하지만 금기기준에 해당하거나 환자가 이식을 거절한 경우
- 또한 만성 간경화의 경우 Child-Pugh C 등급 비대상성 간경화증 환자로 아래의 항목 중 1가지 이상 해당하는 경우 연명의료법상 말기로 판단함. 단, 환자가 동의한 간이식이 가능한 경우는 제외함.
- 적극적인 치료에도 불구하고 호전을 보이지 않는 간신증후군
 - 적극적인 치료에도 불구하고 호전을 보이지 않는 위중한 간성 뇌증
 - 적극적인 치료에도 불구하고 호전을 보이지 않는 정맥류 출혈
- 비암성 말기질환 중 만성폐쇄성호흡기질환, 만성간경화는 장기 부전(organ failure)으로 천천히 악화되기 때문에 치료적 개입의 중단 시점을 정하기 위한 말기 예측이 어려움. 이러한 질환은 시간이 지남에 따라 신체기능이 급격히 악화되어 응급실 방문 또는 단기간의 입원이 이뤄지다가 장기기능의 저하 문제가 해결되면서 다시 본 기능으로 회복하게 됨.
- 이러한 진행과정을 반복하면서 서서히 신체기능이 저하되므로 주로 외래 위주의 방문 및 약물 치료가 필요하며, 갑작스런 기능 부전으로 사망하기 까지 보통 2~5년의 시간이 소요된다고 알려져 있음.
- 치매, 노화의 경우 만성질환으로써 급성 중증기 없이 서서히 신체기능과 인지기능, 언어기능이 감소하는 경향을 보임. 이러한 만성기 질환은 치료의 목적을 완치보다는 증상조절에 초점을 두게 되며, 신체기능·인지기능·언어기능의 급격한 하락을 완화하는 방식을 택하게 됨. 질환 발현부터 사망까지 보통 6~8년의 시간이 소요된다고 알려져 있음. 연명의료법의 말기질환으로 분류된 항바이러스제를 사용하는 후천성면역결핍증의 경우도 이와 동일한 양상을 보임.
- 비암성 말기질환의 경우 질환의 양상이 말기 암과 상이하므로, 기존의 임종전 몇주 전 생애말기(end-of-life)에 전문적 완화의료(specialist palliative care)를 제공하던 모형과는 다른 일반적 완화의료(general palliative care) 혹은 기본적 완화의료접근(palliative care approach) 모형이 적합할 수 있음.

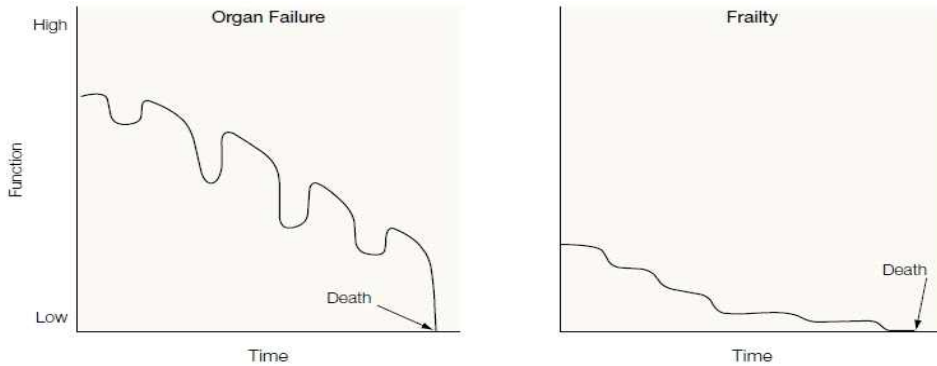


그림 4. 장기부전과 만성질환의 진단부터 죽음까지의 신체기능의 변화

자료원: June R. Lunney et al, Patterns of Functional Decline at the End of Life, JAMA, 2003;289(18):2387-92, Figure 1, Theoretical Trajectories of Dying 재인용

- 또한 호스피스·완화의료의 접근성을 향상시키기 위해서 호스피스 병동이 아닌 일반 병동에 입원중이거나, 외래 진료를 위해 의료기관을 왕래하는 환자들에게도 호스피스·완화의료 받을 수 있는 기회를 제공하고, 입원형·가정형 이외의 새로운 호스피스 모형이 필요함.
- 호스피스의 인식개선, 접근성 향상, 관련자원의 연계를 위한 역할 필요
 - 앞서 언급하였듯이 이상적인 호스피스·완화의료는 다학제적 인력으로 구성된 팀을 중심으로 환자·가족이 호스피스 진입부터 임종까지 연속적인 케어를 받는 것임. 이 케어는 환자와 가족의 전인적 평가를 통해 통증과 증상의 완화를 포함한 신체적, 심리·사회적, 영적 영역에 대한 치료계획이 수립되고 관련자원이 연계되는 것까지를 포함함.
 - 이상적인 모형을 구현하기 위해서는 기존의 병동과 가정에서 이뤄지는 의사·간호사·사회복지사만의 역할보다 환자·가족의 전인적 평가를 통해 발생하는 여러 욕구(needs)를 충족시키기 위한 관련자원의 연계가 무엇보다 중요함.
 - 예를 들어 말기만성간경화 환자의 경우 알콜중독증 환자들이 대부분임. 이들에게는 증상 및 통증의 완화도 중요하지만, 경제적으로 자립이 어렵거나, 가족친지 등으로부터 떨어져 있어 심리·사회적 지지가 결여된 상황이 다수 존재할 수 있음. 이 경우 호스피스·완화疫료를 제공하는 기관 자체의 역량보다는 여타 사회적 지지망과의 연계가 중요함.

- 즉 의사간호사사회복지사 뿐만 아니라 자원봉사자, 성직자로 구성된 완화의료팀이 말기 환자가 호스피스에 진입하는 점점으로써 역할하며, 돌봄계획을 세우고, 일반병동이나 외래 환경에서도 호스피스의 기본적인 서비스를 제공하면서, 환자가족의 요구와 타 자원의 가용여부에 따라 향후 서비스 제공의 조정자 역할을 담당한다면, 호스피스의 접근성 향상의 중심축 역할을 수행할 수 있을 것이라 여겨짐.

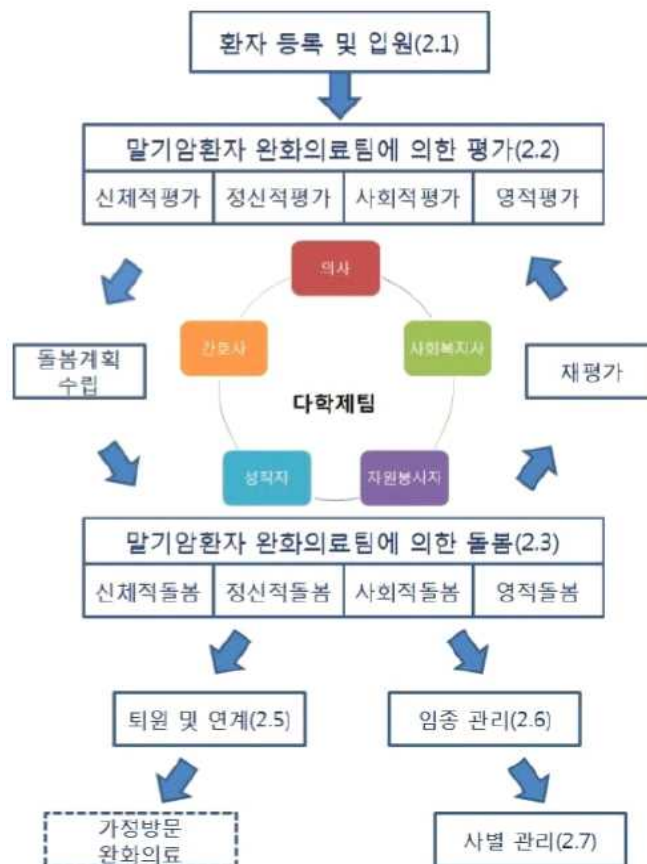


그림 5. 말기 암환자 완화의료팀에 의한 돌봄 모델

자료원: 보건복지부, 국립암센터. 말기 암환자 완화의료전문기관 서비스 제공 안내-제3판. p3 그림 재인용

2. 연구 목적

- 본 연구의 목적은 “자문형”이라는 팀 중심의 새로운 호스피스·완화의료 서비스가 이뤄질 수 있도록 시범사업간 이뤄질 수 있는 제공모형을 제시하고,
- 제공모형에 따른 시범사업 수가를 설정하기 위한 보상 방안을 모색하며,
- 시범사업간 모니터링 기전을 마련하여 향후 제도 개선을 뒷받침할 기반을 마련하는 것을 목적으로 연구를 수행하였음.

3. 연구 내용 및 방법

- 본 연구 목적을 달성하기 위한 주요 질문은 아래와 같음.
 - 1) 자문형 호스피스·완화의료의 제공 주체와 역할은 무엇인가? 말기 진단부터 임종까지 연속적인 서비스 제공을 위한 전달 과정은 어떻게 구성되어야 하는가?
 - 2) 자문형 호스피스·완화의료의 표준 제공모형에 따라 각 주체별 어떤 역할을 수행해야 하는가?
 - 3) 서비스의 표준모형에 따른 투입 비용을 계량화하여 보상수준은 얼마로 설정해야 하는가?
 - 4) 자문형 호스피스·완화의료 시범사업을 통해 제공모형의 적합성 및 수가의 적정성, 제공되는 서비스의 질에 대한 검증과 개선 필요사항 발굴을 위한 모니터링 방안은 어떻게 구성해야 하는가?
- 위 연구의 주요 질문을 달성하기 위해 아래와 같은 연구 내용 및 방법을 시행하였음.
 - 우선 자문형 호스피스의 표준활동을 정의하고, 제공 모형의 초안을 수립하였음.
 - 자문형 호스피스의 표준 제공모형 수립을 위해 암관리법, 연명의료결정법등 관련 법규와 기존 호스피스·완화의료 지침 및 매뉴얼, 선행연구 등에 대하여 문헌고찰을 실시하였음.

- 자문형 호스피스 제공요건에 관한 인력·시설·장비 기준은 연명의료법 시행규칙에 포함되어 있으며, 연구수행기간 동안 입법예고를 거쳐 시행되었음(2017.8.4).
- 따라서 본 연구에서는 연명의료법 시행규칙에서 정하는 필수 제공요건 외에 추가적으로 시범사업 수행을 위해 필요한 요건에 대하여 검토하였음.
- 또한 자문형 서비스와 유사한 형태를 제공 중인 선현국의 사례를 고찰하여 우리나라의 자문형 호스피스·완화의료 제공모형 수립에 참고하였음.
- 관련 법규, 선행연구, 국외사례 등 문헌고찰을 실시한 결과를 바탕으로 국립암센터, 한국호스피스·완화의료학회 등 전문가 자문회의를 실시하여 자문형 호스피스의 표준 제공모형 초안을 작성하였음.
- 작성된 초안을 바탕으로 현재 유사 서비스를 수행하고 있는 기관에 방문하여 임상견학 및 심층설문을 통해 제공모형의 실현 가능성을 타진하고, 보상수준을 설정하기 위해 아래와 같은 현황을 파악하였음.
- 대상 기관: 연명의료결정법에서 규정하고 있는 인력·시설·장비 요건을 갖추고 있는 기관이면서, 암과 비암성 말기질환에 대하여 일반입원병동 및 외래 환경에서 호스피스·완화의료서비스를 제공한 경험이 있는 기관을 한국호스피스·완화의료학회와 국립암센터 담당자의 자문을 얻어 최종 대상으로 선정하였음.
- 서면 설문: 대상 기관의 자문형 호스피스·완화의료와 유사한 업무를 수행하고 있는 인력, 관련 시설 및 장비 등 투입자원에 관한 사항과 실제 서비스 제공 실적, 투입 인력의 구성원별 수행하고 있는 서비스, 서비스에 따른 투입시간 등에 대한 사항을 구조화한 설문지를 임상 견학 전에 배포하여 서면 설문을 시행하였음.
- 임상 견학 및 심층 설문: 사전에 배포한 서면 설문지를 바탕으로 실제 제공하고 있는 사항에 대해 임상 견학을 통해 행위를 파악하였으며, 자문형 서비스의 표준 행위 정의에 관한 의견, 운영상 장애요인, 이상적 호스피스·완화의료 달성을 위한 자문형 팀의 활성화 방안, 향후 질 관리 및 수가 개선을 위해 필요한 정보 수집 사항에 대하여 심층 설문을 실시하였음.

- 표준 제공모형 초안에 따라 유사 활동을 수행하고 있는 모델 기관의 실제 제공사항을 파악하여 투입자원을 파악한 후 수가 수준을 설정하였음.
- 수가 수준 및 상황별 보상수준에 대한 고려를 위해 기존 입원형·가정형 호스피스에서 준용할 수 있는 유사 행위와 급여기준을 파악해 보았음.
- 위 과정을 거쳐 도출된 시범사업 제공모형 및 수가 수준을 향후 개선하기 위해 모니터링 체계 구축 방안을 검토하였음.
- 시범사업 간 모니터링을 통해 확인해야 할 사항과 향후 제도 개선을 위해 산출해야 할 지표에 대하여 선행연구 및 국외사례 등을 고찰하여 모니터링 지표를 구성하였으며, 한국호스피스·완화의료학회 및 국립암센터 등의 전문가 자문회의를 통해 지표 산출방안에 대하여 협의하였음.

〈표 2〉 연구 내용 및 방법

연구 내용		연구 방법	
자문형 호스피스 모형(안) 도출	인력, 시설 등 필수사항*	문헌고찰	관련법령, 선행연구, 해외 문헌 등
	서비스 제공 체계(절차 등)		
	자문형 호스피스 행위 정의	임상견학	서면 인력, 시설, 장비, 운영지침, 제공 실적, 팀원들의 투입시간 등
자문형 호스피스 시범사업 수가개발	기존 수가 준용 가능성 검토		심층 행위정의, 운영상 장애요인, 활성화 방안 등
	급여기준 등 설정		
자문형 호스피스 모니터링 방안 제시		자문회의	학회, 선행연구자, 관련연구기관 등

* 필수 인력, 시설 및 장비 기준은 “호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 시행규칙”에 포함.

제2장 자문형 호스피스·완화의료 제공 모형 수립

1. 주요국의 자문형 호스피스·완화의료 제공 사례

- 선행연구에서는 완화케어팀이라는 명칭으로 말기 암환자에 대한 팀중심의 호스피스·완화疫료를 지칭하였음. 운영형태에 따라 명칭은 상이하지만 독립된 완화疫료병동이 아닌 일반병동(또는 급성기 병동) 또는 외래 기반에서 치료 받고 있는 환자에 대해 전인적인 완화적 돌봄을 제공하는 것으로 지칭함. 완화케어팀은 완화疫료 전문가인 의사, 간호사, 사회사업가, 영적돌봄제공자, 자원봉사자 등의 다학제 팀으로 구성되며, 다양한 형태로 서비스를 제공할 수 있음(한국호스피스완화疫료학회, 2012).
- 분산형 완화케어팀(scattered palliative inpatient care team): 독립적인 완화疫료 병동 없이 기존에 입원 중이던 병실을 계속 사용하면서 완화케어팀의 의사가 소속된 임상과로 전과하여 완화疫료서비스를 제공하는 형태
- 자문형 완화케어팀(Mobile team or Consultation team): 주치의가 요구하는 자문에 따라 완화케어팀이 환자를 방문하여 완화疫료서비스를 제공하는 형태.
- 외래 기반의 완화케어팀: 외래를 통한 자기의뢰 또는 주치의에 의한 협진의뢰에 따라 완화케어팀이 외래를 기반으로 완화疫료서비스를 제공하는 형태
- 혼합형 완화케어팀: 위 3가지 형태 모두를 제공하는 형태
- 이하 내용에서는 위의 완화케어팀 서비스 유형과 유사한 성격을 가진 서비스를 제공하는 미국, 일본, 대만을 중심으로 주요국의 사례를 비교하였음.

가. 미국

- (호스피스 제공기관) 미국의 호스피스는 독립된 호스피스전문기관(free standing/independent hospice) 위주로 제공되고 있으며, 병원내 병동(part of a hospital system), 가정방문시설(part of a home health agency), 장기요양시설(part of a nursing home) 중 일부에서 제공되고 있음. 주로 독립된 호스피스 전문기관에서 이뤄지고 있음. 호스피스 대상자 대부분이(87.2%)¹⁶⁾ 메디케어의 호스피스 급여를 받기 때문에 이하 내용에서는 메디케어의 호스피스 서비스에 관한 내용 위주로 정리하였음.

16) NHPCC(National Hospice and Palliative Care Organization), NHPCC's Facts and Figures—Hospice Care in America, 2015, table 9, percentage of patients served by payer 내용 참조

〈표 3〉 미국의 호스피스 공급자 유형별 분포

공급자 유형	2013년(%)	2014년(%)
독립 시설형 (free standing/independent hospice)	58.3	59.1
병원내 병동 (part of a hospital system)	19.8	19.6
가정방문 시설 중 일부 (part of a home health agency)	16.7	16.3
장기요양시설 중 일부 (part of a nursing home)	5.1	5.0

자료원: NHPCCO(National Hospice and Palliative Care Organization), NHPCCO's Facts and Figures—Hospice Care in America, 2015, table 7, Agency Type에서 재인용

- (호스피스 대상자)¹⁷⁾ 미국의 경우 말기 질환을 별도로 정의하고 있지 않으며, 임종 6개월 이내이면서, 말기 질환 및 관련 증상의 관리 및 완화가 필요할 경우 호스피스 대상자가 될 수 있음. 미국 호스피스 이용자의 주 진단명은 주로 암이 대부분이며 (2014년 기준 36.6%), 치매, 심장질환, 폐질환, 기타질환, 뇌졸중 및 혼수상태, 신장 질환, 간질환 순으로 분포함¹⁸⁾.
- 호스피스 대상자가 되기 위해서는 말기환자라는 증명을 위해 호스피스 자격증명 양식(certification form)을 충족시켜야 함. 환자가 급성기병원, 또는 장기요양시설(Skilled Nursing Facility, SNF), 가정간호를 받고 있다가 호스피스 서비스를 받기 원하면, 호스피스전문기관, 또는 병원 내 호스피스 서비스 제공주체인 다학제 팀(interdisciplinary team, IDG)에서 자격증명양식에 따라 환자상태를 평가하고, election statement를 작성하여 메디케어 계약자(contractors)¹⁹⁾에게 송부하며, 메디케어 계약자는 제출된 문서를 확인하여 환자의 적격여부를 심사하고, 승인을 실시함. 환자는 메디케어의 호스피스 승인이 이뤄진 날로부터 6개월 동안 호스피스 서비스를 받을 수 있음.
- 최초 서비스 90일 이후에 자격에 대한 재증명이 실시되며, 첫 재증명시 추가 90일의 급여기간이 주어지며, 3회차 부터는 60일 단위로 재증명이 실시됨.

17) CMS, Medicare Benefit Policy Manual—chapter 9, coverage of hospice services under hospital insurance, 2015.5.8 내용 위주로 정리함.

18) NHPCCO(National Hospice and Palliative Care Organization), NHPCCO's Facts and Figures—Hospice Care in America, 2015, table 6, percentage of hospice admissions by primary diagnosis 내용 참조

19) CMS는 메디케어 청구서 접수, 심사 및 지불업무 뿐만 아니라 서비스 질관리 등의 주요 행정업무를 여러 민간 기관들에게 계약을 통해 위탁하고 있으며, 이를 계약자(contractors)라는 이름으로 지칭하고 있음.

- (호스피스 수행주체 및 역할) 다학제 팀(IDG)에서 호스피스 제공을 위한 자격증명과 함께 환자가 호스피스 대상자가 된 이후 환자의 욕구에 따라 필요한 서비스를 제공 또는 연계하는 역할을 수행함. 또한 환자 임종 이후 가족을 대상으로 사별관리(bereavement)를 실시함.
- 다학제팀의 구성은 의사(physician), 간호사(NP(nursing practitioner²⁰), RN²¹), LPN²²), LVN²³), 치료사(therapist), 호스피스 도우미(hospice aide), 가사 도우미(homemaker)로 구성되어 있음.
- (의사, physician) 주치의(attending physician)와 계약의(contracting physician)로 구분되어 있음. 계약의는 타 기관의 의사도 IDG에 포함될 수 있다는 개념으로 해당 호스피스 제공자의 다학제 팀의 medical director, 의사(physician)를 직접고용 보다는 계약을 통해 조달할 수 있음을 의미함. 주치의와 계약의는 역할의 구분이 별도로 있지 않음.
- 주로 주치의가 말기환자의 의료적 케어를 담당하며, 의사뿐만 아니라 NP도 주치의가 될 수는 있음. 주치의가 없는 상황에서 환자가 말기 선고를 받았다면 해당 호스피스에 고용된 의사 또는 NP²⁴)가 주치의가 될 수 있음. 주치의의 주 역할은 환자의 호스피스 대상 여부에 대한 소견서(election statement) 작성임.
- 주치의의 1차 작성된 소견서를 바탕으로 팀 회의가 이뤄지며, 팀 리더인 medical director의 최종 판단에 따라 환자의 호스피스 자격을 부여받기 위한 certification form이 완성됨.
- 의사가 제공하는 서비스(physician service)는 진단, 치료, 수술, 상담, 전화를 통한 자문임. NP가 주치의 역할을 수행할 경우 수가 보상은 의사수가의 85% 수준으로 보상됨.

20) RN(Registered Nurse)중 석사학위를 마친 간호사

21) Registered Nurse. 2~4년제 간호대학교를 졸업한 후 미국 간호사국가시험(NCLEX-RN)을 통과한 간호사

22) Licensed Practical Nurses. 18개월의 전문교육과정을 졸업한 간호사

23) Licensed Vocational Nurses. 주별로 시행되는 자격증을 취득한 간호사 또는 학원이나 병원 자체에서 운영하는 간호학교를 졸업한 간호사

24) NP는 주치의에 준하는 의료서비스를 제공할 수는 있으나, medical director 또는 physician의 고유 권한인 말기의 확진과 기대여명이 6개월 미만이라는 진단을 내릴 수는 없음.

- (간호사, nursing service) 간호 서비스 범주에는 환자 및 가족 상담, 환자에게 제공할 케어 평가를 위한 가정 방문, 통증 및 증상의 평가, 약물 투여 등임. RN과 non-RN 무관하게 서비스를 제공할 수 있으나, 주로 NP 또는 RN이 실시하며, NP, RN 부재시 RN의 감독하에 LPN, LVN이 서비스를 제공함.
 - 환자 평가 및 약물 투여, 일반 입원케어를 위한 통증 및 증상의 평가 업무는 주로 NP가 수행하며, NP가 없을 경우 RN이 대신할 수 있음.
 - 환자 및 가족 상담 업무 역시 NP가 실시하나, NP 부재시 RN, 사회복지사 또는 상담사가 수행할 수 있음.
- (사회복지사, medical social service) 환자의 가정상황, 재정 자원 및 지역 사회 자원의 가용성에 대한 환자의 의료 및 간호 요구 사항의 관계를 평가하고, 환자의 문제 해결을 돕기 위해 이용 가능한 지역사회 자원을 확보하기 위한 적절한 조치를 수행함.
- (치료사, therapist) 물리, 작업, 언어치료 서비스를 수행함.
- (호스피스 도우미(hospice aide), 가사도우미(homemaker)) 환자의 개인적인 케어 서비스를 담당함. 환자가 치료계획을 잘 이행할 수 있도록 안전하고, 건강한 환경을 만드는 역할을 수행하며, 주로 가사, 침구교체, 가벼운 청소, 세탁 등의 업무가 포함됨. 기 수립된 치료계획의 일환으로 RN의 관리감독에 따라 도우미 서비스 제공 계획이 수립됨.
- (호스피스 서비스 범주) 미국의 호스피스 서비스는 호스피스 서비스 유형별로 금액은 상이하지만 일당정액으로 보상되며, 수가 청구시 반드시 치료계획(care plan)이 작성되어야 함. 일당정액에 포함되는 서비스 범주는 core service로 구분하고, 이외에 수립된 치료계획에 따라 이뤄지는 서비스(non-core service)도 메디케어 급여 범위로 포함하여 별도 산정할 수 있음.
- (core service) 앞서 언급한 진단, 치료, 수술, 상담, 전화를 통한 자문 등의 의사 서비스(physician service)와 간호사가 실시하는 간호서비스(nursing service), 사회복지사가 실시하는 의료사회적서비스(medical social service), 환자와 가족, 그리고 환자의 케어를 도와주는 호스피스 도우미, 가사도우미를 대상으로 영양 및 케어 관련 지식에 대하여 상담 및 교육을 실시하는 상담(counseling) 서비스, 환

자 임종시 감정적, 정신사회학적, 영적 지지활동을 임종 전, 후로 제공하는 임종상담 서비스가 포함됨. 환자 가족을 위한 임종 후 상담은 임종 이후 1년까지 제공됨.

- core service 제공을 위해서 호스피스 제공자는 다른 기관 또는 개인과 서비스 제공계약을 맺을 수 있음. 예를 들어 비정기적으로 제공되는 특수간호서비스(specialized nursing service)²⁵⁾에 대해서는 공급자 소속의 간호사 외에 별도의 계약을 맺은 외부 인원이 서비스를 제공할 수 있음.

– (non-core service) 치료사들이 실시하는 물리, 작업, 언어치료, 호스피스 도우미 및 가사도우미가 실시하는 환자의 개인적인 케어 서비스, 환자의 말기질환과 관련된 통증조절 및 증상조절을 위한 약, 치료재료, 의료장비 등의 서비스, 앰블런스 서비스, 화학적치료요법(chemotherapy), 방사선치료(radiation therapy) 같은 특수 치료 등이 있음.

- (호스피스 유형 및 수가) 미국의 호스피스 유형은 일반 가정호스피스(Routine Home Care, RHC), 지속적 가정호스피스(Continuous Home Care, CHC), 입원 임시간호서비스(Inpatient Respite Care, IRC), 일반 입원호스피스(General Inpatient Care, GIC)로 나뉨. 이용일수 분포를 살펴보면 메디케어 급여 대상자들은 주로 일반 가정호스피스 서비스를 이용하며(93.8%), 일반 입원간호서비스를 이용하는 환자들은 일부(4.8%)임.

〈표 4〉 미국의 호스피스 유형별 이용일수 분포 및 수가

호스피스 유형	2014년 이용일수 (%)	수가(base rate 기준) ¹⁾
일반 가정호스피스(Routine Home Care)	93.8	60일 초과: \$143.94~146.83 60일 이하: \$183.17~186.84
일반 입원호스피스(General Inpatient Care)	4.8	\$926.19~944.76
지속적 가정호스피스(Continuous Home Care)	1.0	\$164.15~167.45
입원 임시간호서비스(Inpatient Respite Care)	0.4	\$705.93~720.11

주 1) 미국 일당정책 수가는 base rate를 기준으로 소재 지역별 차등이 존재하므로 base rate를 기준으로 정리하였으며, 질 보고 인센티브 시범사업 참여여부에 따라 base rate가 달라지므로 구간으로 표현하였음.

자료원: NHPCC(National Hospice and Palliative Care Organization), NHPCC's Facts and Figures-Hospice Care in America, 2015, table 11, 에서 재인용

25) 소아과 전문 간호사가 필요할 경우 임시로 업체(agency) 또는 개인과 계약을 맺고 전문간호서비스 제공

- (일반 가정호스피스) 환자가 거주하는 곳에서 호스피스 서비스를 받음. 서비스 제공일수 60일을 기준으로 추가로 호스피스를 받는 경우 기본 수가 감산을 실시함.
- (일반 입원호스피스) 호스피스 대상 환자가 다른 시설이나 가정에서 관리할 수 없는 통증조절, 증상 관리가 필요한 경우 해당됨. 주로 약물 조절을 위한 관찰, 안정화 치료, 정신사회학적 모니터링이 요구될 때 입원호스피스가 제공되며, 보호자가 환자를 지지할 수 없다고 판단될 경우에도 입원호스피스가 제공될 수 있음.
- (지속적 가정호스피스) 환자가 가정에서 24시간 연속 간호 수준의 지속적 케어가 필요할 경우 제공되며, 주로 임종 전, 위중한 상태에 놓인 환자가 대상이 됨. 간호서비스가 8시간 이상 필요한 환자인 경우 지속적 가정호스피스 서비스로 인정되며, 8시간 미만인 경우 일반 가정호스피스로 인정됨. 지속적 가정호스피스 인정을 받기 위해 각 직종별로 수행일지를 시간단위로 제출하며, 여러 직종이 동일한 시간에 각각의 서비스를 환자에게 제공한 경우 중첩된 시간도 포함해서 계산되며, 합산시간이 24시간을 초과할 수는 없음.
 - 예를 들어 간호사가 오전에 4시간, 오후에 4시간 간호서비스를 제공하고, 간호사 부재시간동안 호스피스 도우미 또는 가사 도우미가 서비스를 제공한 경우 8시간 간호서비스 필요 요건이 성립되므로 지속적 가정호스피스 서비스로 인정됨. 간호사가 오전에 1시간, 오후에 1시간 간호서비스를 제공하고, 나머지 시간동안 호스피스 도우미 등이 서비스를 제공한 경우에는 일반 가정호스피스로 인정됨.
- (입원 임시간호서비스) 보호자의 휴식을 위해 호스피스 대상 환자가 임시간호시설에 입원하여 호스피스 서비스를 받을 경우에 해당됨. 예를 들어 보호자가 가족친지를 방문하거나, 결혼식에 참석하거나, 졸업식에 참석하는 등 짧은 휴식이 필요할 때 해당됨. 연속 입원일 기준으로 5일까지 급여에 해당되며, 만약 환자가 계속 입원할 경우 6일째부터 일반 가정호스피스 수가로만 보상됨.
- (소결) 미국의 경우 다학제팀에 의해서 호스피스 진입이 이뤄지며, 환자의 초기 평가 이후 환자의 욕구에 따라 가정형 또는 입원형 세팅의 호스피스 서비스로 연결되는 구조임. 따라서 별도의 자문형 호스피스 서비스로 명칭된 서비스와 수가는 없으며, 가정형과 입원형 서비스만 존재함. 초기 진입 및 재평가를 위한 상담 및 연계 활동 등은 호스피스 core-service 범주에 포함되어 보상되고 있음.

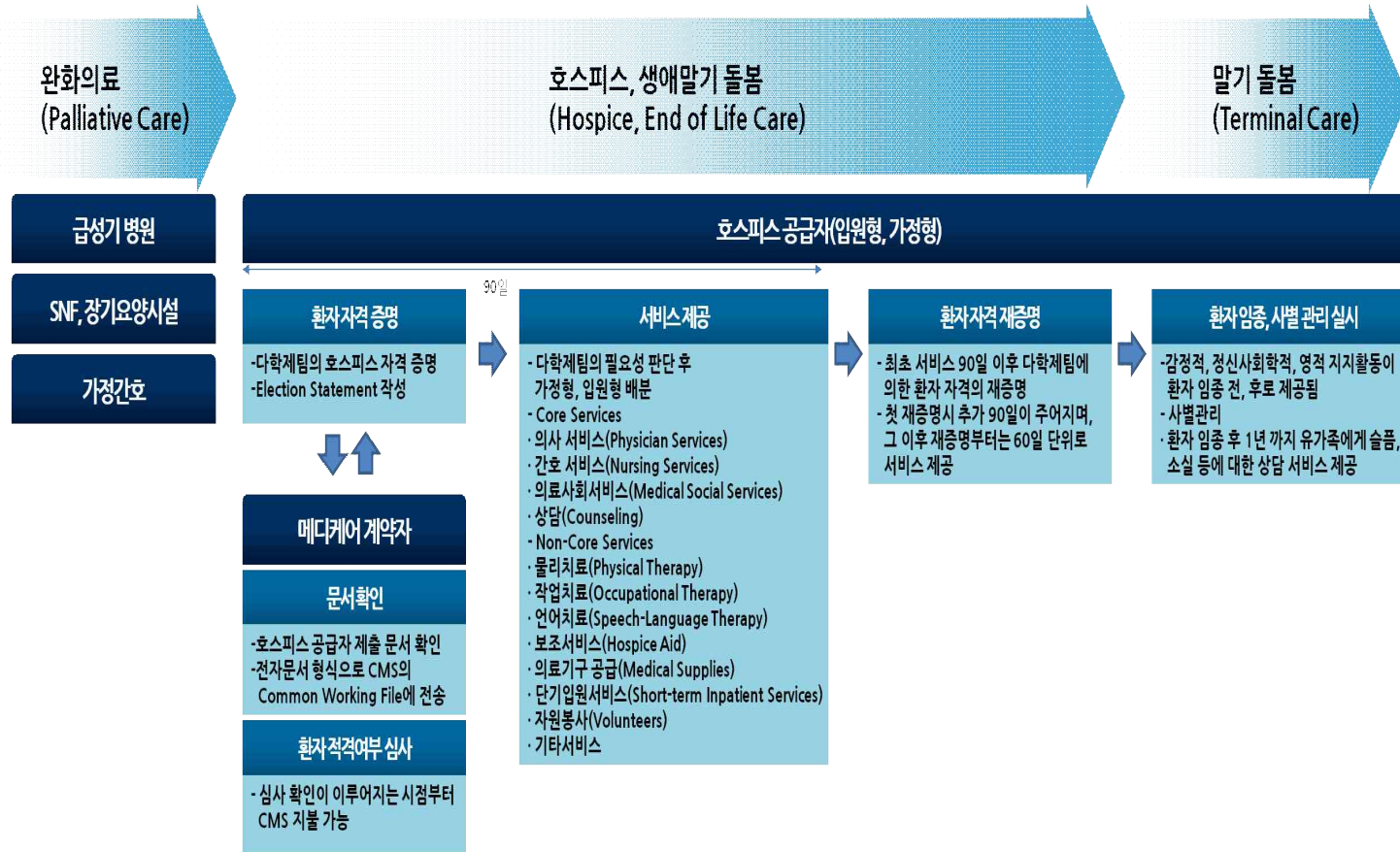


그림 6. 미국의 호스피스 진입부터 환자 임종까지의 흐름도

〈표 5〉 미국의 호스피스 서비스 종류 및 제공주체

서비스 종류	제공자	내용
1. 간호서비스 (Nursing Service)	- Registered Nurse (RN) - Licensed Practical Nurse (LPN) - Licensed Vocational Nurse (LVN) - attending physician이 아닌 Nurse Practitioner(NP)	- 환자평가, 약물, 기타 치료 - 지속적인 재택 간호 - 일반 입원 치료 등의 필요성을 결정하기위한 통증 및/ 또는 증상 평가, 가족 상담, 약물 투여 등
2. 의료사회서비스 (Medical Social Service)	사회복지사	- 환자의 질병, 치료의 필요성, 치료에 대한 반응 및 치료에 대한 조정과 관련된 사회적 및 정서적 요인의 평가 - 환자의 가정 상황, 재정 자원 및 지역 사회 자원의 가용성에 대한 환자의 의료 및 간호 요구 사항의 관계 평가 - 환자의 문제 해결을 돕기 위해 이용 가능한 지역 사회 자원을 확보하기 위한 적절한 조치 - 환자가 요구하는 상담 서비스 - 환자의 가족 또는 간병인에게 단기간 제공되는 의료 사회 서비스
3. 의사 서비스 (Physician Service)	- 의사 - 정골의사(Doctor of osteopathy) - NP(Nursing Practitioner, 석사이상의 간호사)	- 환자에 대한 판정, 진단, 증명 등 - NP의 경우 환자의 말기진단에 대한 권한은 없음. 다학제 팀의 리더(의사)의 말기진단이 필요함.
4. 상담 서비스 (counseling)	- 의료진 - 상담전문가 - 성직자	- 환자, 가족, 간병인을 대상으로 영양 및 케어 관련 지식 교육 - 감정적(emotional), 정신사회학적(psychosocial), 영적(spiritual)지지(bereavement)를 위한 상담을 환자 임종 전, 후로 제공 - 사별가족에 대한 상담은 임종 후 1년까지 상담 가능
5. 약품을 포함한 의료기기 용품 제공	—	- 약제: 말기질환과 관련된 통증조절, 증상조절만 급여가능 - 치료재료: 말기질환과 관련하여 필수적이고(necessary) 합리적인(reasonable) 범위 내에서 급여가능
6. 환자 보조 및 가사 서비스	RN감독하에 hospice aide, homemaker	가정 내 환경 정리, 기타 가사 업무 등
7. 물리치료, 작업치료, 언어치료	치료사(물리, 작업, 언어)	—
8. 기타 메디케어에서 지불할 수 있는 품목 및 서비스	—	- 암불런스, 특수치료(chemotherapy, radiation therapy 등) - 특수치료는 환자의 상태에 따라 제공 가능하나, 호스피스 비용 보상외에 추가보상 없음.

나. 일본

- 일본은 우리나라와 유사하게 암환자를 대상으로 완화케어 서비스 제공이 시작되었으며, 초기에 각 기관별 호스피스·완화의료에 대한 연구 및 서비스가 이뤄졌음. 완화케어가 최초로 제도권에 포함된 시기는 1990년 “완화케어병동입원료”가 신설된 시점이며, 이후 2002년에 “완화케어진료가산”이 신설되어 완화케어 병동 이외의 일반병동에서 완화케어를 실시할 경우에도 보상이 이뤄졌음. 이후 2012년에 “완화케어에 관한 재태가환자 방문간호·지도료”가 신설되어 가정형 호스피스 서비스까지 건강보험 보상영역으로 포함되었음.
- 현재 일본에서는 호스피스와 완화의료의 엄밀한 구분보다는 완화케어라는 용어로 통일하고 사용하고 있으므로 이하 내용에서도 호스피스 보다는 “완화케어”라는 용어로 서술하였음.
- 일본의 암대책추진기본계획 상 완화케어의 목표는 치료 초기단계부터의 완화케어를 표방하고 있어, 우리나라의 암환자에 대한 생애말기(end-of-life)에 전문적 완화의료(specialist palliative care)를 제공하는 모형 보다는 일반적 완화의료(general palliative care) 또는 기본적 완화의료접근(palliative care approach) 모형으로 완화의료 진입시점을 점차 앞당기고 있음을 간접적으로 확인함. 또한 특정 종사자에 국한하여 완화케어를 제공하기 보다는 암진료를 담당하는 모든 의사에게 완화케어를 확산하기 위한 계획이 수립되어 있음²⁶⁾.
- 일본의 제1차 암대책추진기본계획에 따르면 ① 암진료를 담당하는 모든 의사에 대한 완화케어 연수, ② 완화케어 관련 전문 의료종사자 육성, ③ 일반국민에 완화케어 관련 보급 및 계몽, ④ 암진료 연계 거점병원 정비지침 개정, ⑤ 완화케어 추진을 위한 포괄적 프로그램에 의거한 지역 개입 연구를 주로 목표로 하고 있음.
- 최근 2012년에 수립된 제2차 암대책추진기본계획의 중점과제는 ① 방사선요법, 화학요법, 수술요법을 더욱 충실화 하고, 관련 요법 전문 의료종사자를 육성, ② 암 진단시부터 환자와 그 가족들이 정신심리적 고통에 대한 케어를 포함한 전인적 완화케어를 받을 수 있도록 완화케어 제공 체제를 충실화 하며, ③ 암등록 사업을 추진하고, ④ 일하는 세대나 소아에 대한 암 대책을 충실화 하는 것이 있음.

26) 가부모토 치주루, 일본의 호스피스 완화케어-정책제도의 현황과 과제, 한국보건행정학회 발표자료, 2014.11.7 내용을 중심으로 정리함.

- 일본의 경우 “암진료 연계 거점병원” 제도를 실시하고 있음. 거점병원은 암 관련 전문적 의료를 제공하며, 암 진료 연계 협력 체제를 정비하고, 암 환자에 대한 상담 지원이나 정보 제공을 등의 역할을 담당하는 역할을 수행함. 완화케어팀의 초기 정착을 위해 거점병원 지정요건으로 완화케어팀 설치를 의무화하여 수가 보상 이외에 확산될 수 있는 정책을 병행하였음(한국호스피스완화의료학회, 2012).
- (완화케어 대상자) 완화케어 대상은 악성 종양, 후천성면역결핍증후군(AIDS)으로 진단되어 호스피스·완화의료로 필요로 하는 환자로 정의하고 있음.
- (완화케어팀의 서비스 제공유형 및 수가) 일본의 완화케어팀 서비스 제공 유형은 일반병동에 입원하여 제공받는 경우, 외래로 통원하며 제공받는 경우두가지로 구분할 수 있음. 일본의 가산 수가는 입원 1일당 가산되는 형태로 일반 병동에서 완화케어 받는 환자의 진일부터 임종까지의 투입 비용을 입원일수로 나눠 매일 발생하는 비용을 평균화 시킨 개념임.

〈표 6〉 일본의 완화케어팀 서비스 제공유형별 수가 가산

구분		JPY(엔)	KRW(원)
완화케어진료가산	일반병동 입원	4,000	40,000
	외래	3,000	30,000

주: 15세 미만의 경우 1,500엔 가산됨. 완화케어진료가산 산정시 암성 동통 완화지도 관리료는 별도 산정 불가함.
 자료원: 후생노동성, 2016년도 의과 진료보수 점수표, https://2016.mfeesw.net/?page_id=2256

- (완화케어 수행주체 및 역할) 완화케어팀 구성원은 완화케어팀 진료가산을 받기 위한 기준과 일본완화의료학회의 “완화케어팀활동안내서” 상의 기준이 상이함. 우선 수가 산정을 받기 위한 인력 기준은 의사, 간호사, 약사를 필수 인력으로 규정하며, 의사는 환자의 신체 증상의 완화를 담당하는 상근 의사와 정신 증상의 완화를 담당하는 의사 2인으로 구성해야 함. 인력 중 의사 1인과 간호사는 외래 완화케어팀에 겸직 가능함²⁷⁾.

27) 2016년 의과 진료보수 일람, 기본진료료 시설 기준(고시) 중 제 14. 완화케어팀 진료가산

- (1) 해당 보험 의료기관에서 다음의 4명으로 구성된 완화의료에 관한 전담 팀(완화케어팀)이 설치되어 있어야 한다.
- 가. 신체 증상의 완화를 담당하는 상근 의사
 - 나. 정신 증상의 완화를 담당하는 상근 의사
 - 다. 완화케어의 경험을 가진 상근 간호사
 - 라. 완화케어 경험이 있는 약사

- 일본완화의료학회 “완화케어팀활동안내서” 상의 완화케어팀 구성은 아래와 같이 권장하고 있음.
 - 신체증상의 완화에 숙달된 의사
 - 정신증상의 완화에 숙달된 의사
 - 완화케어 영역에서 전문/인정자격증을 가진 간호사
 - 완화케어에 숙달된 약사
 - 의료사회복지사
 - 심리사
 - 재활에 관한 의료종사자(이학요법사, 작업요법사, 언어청각사등)
 - 영양관리사
 - 기타 환자가족의 삶의 질 향상에 자격을 가진 직종
- (의사) 신체증상을 담당하는 의사는 악성 종양 환자 또는 후천성면역결핍증후군 환자를 대상으로 한 증상 완화 치료 업무를 주된 업무로 3년 이상의 경험이 있어야 하며, 정신 증상 완화를 담당하는 의사는 3년 이상 암 전문병원 또는 일반 병원에서 정신과 진료에 종사한 경험이 있는 의사여야 함. 또한 의사들은 「암진료에 종사하는 의사에 대한 완화케어 연수회의 개최 지침」에 준거한 완화케어 연수회 또는 도도부현 지도자 연수회(국립 암 연구 센터 주최)의 완화케어의 기본 교육을 이수하여야 함. 의사들은 환자보호자 평가, 욕구 파악, 목표 설정, 팀회의 주관, 치료 계획(care plan) 수립, 신체증상 및 정신적 증상 관리, 팀 소속원들에 대한 리더십스트레스 관리 등을 담당함.
- (간호사) 간호사는 5년 이상의 악성 종양 환자의 간호에 종사한 경험이 있고, 국가 및 의료 관계 단체 등이 주최하여 6개월 이상, 600시간 이상의 연수기간을 거쳐 수료증을 교부하는 완화케어 병동 등의 교육을 수료하여야 함. 간호사는 환자보호자와의 주요 상담 창구로서 역할하며, 의사와 더불어 환자보호자 평가, 욕구 파악을 실시함. 또한 주요 의사결정을 지원할 뿐만 아니라 서비스 조정자로서 의사, 병동외래 간호사, 기타 지역사회 의료자원과의 협력을 도모함.
- (약사) 약사는 악성 종양 환자에 대한 약학적 관리 및 지도 등의 완화케어 경험을

의사 및 약사는 완화케어팀에 관련된 업무에 관하여 전임으로서 업무의 지장이 없어야 한다.

(2) 완화케어팀의 구성원은 외래완화의료관리료에 따른 완화케어팀의 구성원과 겸임을 하여도 무방하다.

가진 자료써 환자의 약물 이해도 확인 및 욕구를 파악함. 약물 투여 방법, 부작용 등의 복약지도를 실시하며, 모니터링 및 만족도에 대한 평가와 대응책을 준비함. 또한 병동 약사를 대상으로 교육활동을 실시함.

〈표 7〉 일본의 완화케어팀의 직종별 활동내용

직종	활동구분	내용
신체증상 완화 담당 의사	신체증상 평가	과거의 임상경과 및 관련 정보를 수집 및 검사 실시, 환자뿐만 아니라 가족을 대상으로 설문을 실시하며, 팀원들이 수집한 정보 또한 최대한 활용
	증상 관리	통증관리 - 진통제가 WHO 가이드라인에 명시된 통증관리 5원칙에 따라 처방되는지 확인 - 부작용에 관한 효과적인 통제 실시 및 부작용의 위험성에 대하여 교육 실시 - 증상을 치료할 수 없는 경우 신경차단 또는 방사선 요법을 시행할 수 있음.
		기타 신체증상 관리 - 호흡곤란: 원인 치료, 산소 투여, 비 약물 치료, 물핀 및 불안 완화제의 체계적인 투여 또는 관리 - 메스꺼움, 구토: 원인 조사, 약물 부작용 가능성 조사 및 해결 - 불면증, 과민증: 원인 조사, 약물 부작용 가능성 조사 및 해결 - 섬망 등 정신과 관리: 병리학적 상태 조사 및 약물 치료 관리 - 영양/수액: 적절한 관리 이뤄지는지 조사, 필요시 영양지원팀, 영양사와 상담
	정신적 증상 평가	환자의 정신적 상태 평가 후 환자의 삶의 질 향상시킬 수 있도록 원인, 전망 및 조치를 취함.
정신증상 완화 담당 의사	약물 투여 및 정신요법	약물 투여 및 정신요법 소개
	팀 구성원 소진관리	팀 구성원 정신건강 고려, 소진으로부터 보호
간호사	환자가족 평가	- 초기 요청에 대한 응답 - 최초 말기 환자 및 가족 접촉, 초기 평가 수행 - 환자가족이 겪는 스트레스 탐구, 평가 - 기대하는 치료, 간호 및 생활양식 확인
	조정자 역할	- 담당 의사, 병동 간호사, 외래 간호사 및 완화케어팀원과의 조정 실시, 회의 및 환자가족 인터뷰 일정 관리 - 기타 의료팀과의 협력 및 연계 촉진하여 원활한 완화의료 제공하도록 조정

직종	활동구분	내용
	완화의료적 중재 실시	• 환자가족에게 완화케어팀이 제공할 서비스 설명 • 신체 상태 검사(통증, 호흡곤란, 소화기 증상, 정신병적 증상) • 병동 간호사의 의료적 중재 시 필요한 사항 전달 • 약물 투여에 대한 설명 및 환자가족 스스로 약물 요법 조절 방법에 대해 안내 • 환자가족의 약물 치료 만족도 검사
	완화의료적 중재 평가	• 치료 전략 변경 또는 조절을 위해 모니터링 • 주치의와 상의하여 치료 전략 변경, 조절에 대한 의사결정을 위해 팀회의 실시
	완화의료 네트워크와의 연계	• 지역 완화의료 네트워크와의 협력 지원 • 요양장소의 선택과 연계 실시
	교육·훈련	• 의료제공자를 위한 완화의료와 관련된 직업훈련(OJT) 프로그램 제공
	치료 목표 및 계획 수립	• 주치의가 권장하는 완화의료적 중재 계획 및 목표 확인 • 구체적 관리방안 제시 • 완화케어팀 구성원의 프로세스와 결과 공유
약사	환자 증상 및 치료계획 평가	• 환자의 신체적, 정신적 증상의 원인 평가 • 약리학적 관점에서 환자 증상과 치료계획 평가 • 약물의 효능과 복용량, 약물 요법의 유효성
	복약지도	• 주치의와 간호사에게 경고 또는 주의깊은 모니터링이 필요한 사항 및 대처 방법에 대해 안내 • 환자와 그 가족에게 약물 요법을 설명하도록 병동약사에게 안내
사회복지사	환자가족 상담	• 환자 또는 가족의 정신사회학적 문제(불안, 비용 등) 평가 및 해결방안 모색
	완화케어팀 공유	• 주치의 또는 간호사에게 상담 정보 공유
치료사	재활	• 환자의 기능상태 평가 및 목표 설정 • 환자의 기능상태(Activity Daily Living, ADL) 회복 및 삶의 질 향상을 위해 재활 실시 • 정신적 지원을 위한 재활, ADL 유지 및 감소 방지 재활, 통증 제거를 위한 재활, 마비로 인한 이동사항 개선을 위한 재활(휠체어 사용 등), 생활환경의 개선, 우발적인 낙하, 파절 방지 등

자료원: Japanese Society for Palliative Medicine, Practical Guidance for Palliative Care Team-ver 2, 2012
내용을 발췌하여 정리

- (서비스 범주) 위의 완화케어팀 구성원의 역할을 축약하여 완화케어팀의 서비스 범주를 요약하면, 통증과 기타 신체증상 경감과 정신적, 사회적, 영적 문제에 대한 지원, 환자가족과의 의사소통 지원, 윤리적 측면으로부터의 조언, 적응 장애 등에 대한 케어(비탄 케어), 팀 구성원들의 스트레스 관리(스텝 케어), 지역 완화케어 네트워크와의 연대, 교육활동과 완화케어의 보급, 활동의 정기적 평가 등으로 정의할 수 있으며, 각 활동별 세부 내용은 아래와 같음.

〈표 8〉 일본의 완화케어팀의 활동내용 요약

활동구분	내용
통증과 기타 신체증상 경감과 정신적, 사회적, 영적 문제에 대한 지원	• 질병상태에 대한 정확한 사정에 근거하여, 효과적으로 종합적 돌봄계획(care plan)을 작성 • 정기적인 재평가 수행 • 안전과 근거에 기초하여 질 높은 케어를 제공
환자가족과의 의사소통	• 환자가족에게 자문을 제공하여 치료와 요양에 관한 의사결정을 도움. • 돌봄계획의 작성에 있어 환자가족의 희망을 반영하도록 노력
윤리적 측면의 조언	• 진정제와 수액요법 적응을 시작으로, DNR(Do Not Resuscitation) 등에 대하여 윤리적 측면에서 조언 실시
비탄(悲歎) 케어	• 병적 비탄의 방지목적으로 환자 상태의 경과 중 특히 임종 시기에 적절하게 가족에 대한 지원 실시
스텝 케어	• 열린 대화와 팀 커뮤니케이션 등에 따라 직업상 스트레스나 개인적 스트레스를 가진 의료종사자에게 케어를 실시
지역 완화케어 네트워크와의 연대	• 지역 완화케어 네트워크 안에서 의료 서비스 파악과 연대하여 증상관리 등에 관한 전문지식을 바탕으로 한 협력 실시 • 환자가족의 희망과 환자의 질병상태와 가족의 돌봄 상황 등을 충분히 배려하여 적절한 요양환경을 제시
교육활동과 완화케어의 보급	• 의료종사자에 대하여 완화케어 지식과 기능 보급 노력 • 통증관리, 기타 신체·정신적 문제에 대한 대처, 의사소통 기술, 윤리적 측면에 대한 대처 등에 대하여 교육
활동의 정기적 평가	• 정기적으로 컨퍼런스를 열어 적절한 사정을 통해 팀의 활동을 평가

자료원: Japanese Society for Palliative Medicine, Practical Guidance for Palliative Care Team-ver 2, 2012
내용을 발췌하여 정리

- (소결) 일본은 말기 암과 후천성면역결핍증 두 개 질환에 대해서 생애말기의 호스피스적 접근보다는 조기 완화의료 진입을 바탕으로 포괄적인 접근을 지역단위의 네트워크 안에서 실시하는 방향을 잡고 있음. 현재 일반 병동에 대해서는 자문형 완화케어팀(mobile team or consultation team) 유형으로 서비스를 제공하고 있으며, 외래 방문에 대하여도 급여범위에 포함되어 있어 자문형, 외래 기반의 완화케어팀 서비스가 이뤄지고 있음. 일반병동 입원 및 외래 상황에서 완화케어팀이 완화의료를 제공할 경우 기본진료료에 가산하는 형태로 수가를 보상하고 있으며, 수가 보상의 필수 인력은 의사·간호사·약사로 한정하되, 완화의료학회에서는 완화케어팀의 다학제적 구성 범위를 사회복지사, 심리사, 재활치료사, 영양관리사 등으로 확장하도록 제안하고 있음. 또한 완화케어팀의 활동영역을 환자가족의 신체적 증상 경감 및 정신적·사회

적·영적 문제에 대한 지원, 지역 완화케어 네트워크와의 연대, 활동의 정기적 평가 등으로 정의하고 있을 뿐만 아니라, 팀원의 소진에 대한 관리 및 교육활동 및 완화케어의 보급 등 보다 포괄적으로 정의하고 있음.

다. 대만²⁸⁾

- 대만은 2015년 영국 이코노미스트 연구소가 실시한 죽음의 질 조사에서 전체 6등, 아시아 국가 중 1등에 해당하는 국가로, 1990년 병동형 호스피스가 도입된 이래 1996년 암환자를 중심으로 가정형 호스피스가 보험급여에 포함되기 시작하였으며, 2000년 호스피스·완화의료법 제정 이후 환자가 호스피스·완화의료로 선택할 권리 및 DNR(Do Not Resuscitate)에 서명할 권리가 마련되었음.
- 2000년부터 말기 암, 루게릭병(amyotrophic lateral sclerosis, ALS)에 대해 건강보험 급여를 제공하기 시작하였으며, 2003년 운동신경질환, 2009년 노인 초기 기질성 신경질환(old age and early stage of organic neurologic disease), 기타 뇌질환(other terminal brain degeneration), 만성폐쇄성폐질환(chronic obstructive pulmonary disease), 급성 신부전(acute renal failure, unspecified), 기타 폐질환(other lung failure), 만성 간경화 또는 간경화(chronic liver disease or liver cirrhosis), 심부전(heart failure), 만성 신부전(chronic renal failure) 까지 질환이 확대되었음.
- 현재 대만은 입원형 호스피스의 대상질환은 동일하되, 일반병동에 입원한 환자들을 대상으로 전문화된 호스피스 돌봄팀이 환자를 방문하여 서비스를 제공하는 서비스 자문형 완화케어팀(Mobile team or Consultation team) 유형에 대해 시범사업을 실시 중에 있음. 시범사업의 영문명칭은 Shared/Combined Care이며 대만어 명칭은 全民健康保險安寧共同照護試辦方²⁹⁾으로 이하 내용에서는 완화공동케어프로그램이라 명칭하겠음.
- (제공기관) 완화공동케어프로그램에 참여하고 있는 기관 현황은 알 수 없으나, 팀 개수는 파악할 수 있음. 팀은 모두 급성기종합병원에 설치되어 있으며, 2010년 73개

28) 태윤희, 정익신, 서수라의 주요국의 비암성질환 호스피스·완화의료 현황과 시사점. 국민건강보험공단 건강보험정책연구원 2016의 내용을 발췌하여 정리함

29) 대만 위생복지부중앙건강보험서(衛生福利部中央健康保險署)의 전민건강보험안녕공동호시방안(全民健康保險安寧共同照護試辦方案, 시범사업안), https://www.nhi.gov.tw/Resource/bulletin/5814_1040007177-1.pdf

팀이 존재하였으나, 2015년 최근 126개 팀으로 증가하였음. 중환자실과 일반병상에 입원중인 말기 환자에게 제공 중임.

- (대상자) 입원형 호스피스와 동일하게 말기 암, 루게릭병, 노인초기기질성신경질환, 기타 뇌질환, 만성폐쇄성폐질환, 급성신부전, 기타폐질환, 만성간경화 또는 간경화, 심부전, 만성 신부전 환자임.
- (수행주체 및 역할) 완화공동케어프로그램의 인력은 호스피스팀과 일반 의료진으로 구분됨. 호스피스팀의 필수 인력은 의사, 간호사로 구성되어 있으며, 사회복지사, 심리상담사, 자원봉사자는 선택인력임³⁰⁾. 의사, 간호사의 직종별 역할에 대해서는 알 수 없음.
- (호스피스 서비스 범주) 완화공동케어프로그램은 입원형 호스피스 서비스와 동일한 서비스를 제공한다고 알려져 있음. 입원형 서비스의 내용은 통증, 호흡곤란, 오심, 구토, 장폐쇄 등 말기환자의 증상관리, 신체관리, 환자와 보호자의 정신적, 사회적, 영적 관리, 임종준비, 사별 관리 등으로 알려져 있음³¹⁾.
- (수가) 완화공동케어프로그램 시범사업 수가는 최초 팀 방문시 호스피스 팀의 의사, 간호사가 모두 참여해야 산정 가능함. 최초 방문 수가는 TWD \$2,025이며, 한화로 7만6천원 수준임. 재방문 시 호스피스 팀 의사가 동반된 경우와 의사가 동반되지 않은 경우로 나뉘며, 의사 동반 시 TWD \$1,575(한화 5만9천원), 의사 미 동반시 TWD \$1,275(한화 4만8천원)임.
 - 급여 기준은 최초 방문 시 한 환자에게 팀당 1회만 청구 가능하며, 재 방문시 환자 1인당 주 1회만 청구 가능함. 최초 방문과 재방문 사이의 기간은 7일로 제한하고 있음. 재방문시 최소 30분의 시간을 환자에게 투입하도록 하고 있음.
 - 또한 급여 상한으로 한 간호사(한 팀당) 1달에 청구 가능한 건수는 30명(건)으로 제한하고 있으며, 최초 방문 이후 30일로 급여제공일수의 상한을 설정하고 있음.

30) Yingwei Wang, Systemic approach for End of Life care in Taiwan, http://foss.hku.hk/jcecc/wp-content/uploads/2016/01/Professor-Wang_Systematic-approach-for-EoL-care-in-Taiwan-2016HK-1.pdf

31) 대만 위생복지부중앙건강보험서(衛生福利部中央健康保險署)의 안락공동조호문답집(安寧共同照顧問答集(102.07.29更新)) http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=20&menu_id=712&webdata_id=3652

〈표 9〉 대만의 완화공동케어프로그램 수가

구분		TWD(\$)	KRW(천원)
최초방문(의사, 간호사 동반)		2,025	76
재방문	의사 동반	1,575	59
	의사 미동반	1,275	48

자료원: 대만 위생복지부중앙건강보험서(衛生福利部中央健康保險署)의 전민건강보험안녕공동조호시관방안(全民健康保險安寧共同照護服務方案, 시범사업안) https://www.nhi.gov.tw/Resource/bulletin/5814_1040007177-1.pdf

- (소결) 대만의 경우 입원형, 가정형 호스피스 서비스외에 2011년부터 완화공동케어 프로그램 시범사업 수가를 책정하여 건강보험에서 지급하고 있음. 완화케어팀이 환자를 방문하여 완화의료서비스를 제공하는 자문형 완화케어팀(Mobile team or Consultation team) 형태로 자문형 호스피스와 유사한 서비스를 제공중임. 타 국가와 다르게 호스피스 대상 말기 질환의 범위가 암 포함 10개 질환으로 매우 포괄적인 반면에, 질환별 말기에 대한 표준을 정의하여 생애말기 중심의 전문적 완화의료(specialist palliative care)를 제공하고 있음. 의사, 간호사 두 직종으로 구성된 팀이 호스피스 병동에 입원중인 환자와 동일하게 일반병동 또는 중환자실에 입원하고 있는 환자에게도 호스피스를 제공하는 점이 특이하며, 별도의 행위별 수가로 보상하고 있으며, 기관당 청구가능 횟수에 대한 상한과 환자별 이용일수의 상한을 정의하고 있음.

라. 주요국의 자문형 호스피스·완화의료 사례 요약

- 다학제적 팀을 구성하여 독립적인 호스피스 병동 외에 일반병동 또는 외래 환자를 대상으로 호스피스·완화의료 서비스를 제공하고 있는 주요국의 사례를 검토한 결과 각 국가별 호스피스·완화의료 인식의 차이에 따라 다양한 유형의 서비스를 제공중인 것을 확인하였음.
- 미국의 경우 서비스 유형은 가정형·입원형만 존재하지만, 완화의료전문의(palliative care specialists), 완화케어 및 종양전문의(palliative care and oncology fellows), 간호사(advance practice nurses), 사회복지사(social worker), 케이스매니저(case manager), 소아과전문의(child life specialist), 심리상담사(psychiatry nurse counselor)로 구성된 다학제 팀(Interdisciplinary Team)이 환자의 호스피스 자격 증명과 최초 서비스의 연계조정을 담당하고 있었음.

- 미국을 제외한 일본과 대만은 완화케어팀이 환자를 방문하여 완화의료서비스를 제공하고 있었으며, 일본의 경우 외래서비스 역시 제공하고 있었음. 두 국가를 비교한 결과 아래와 같음.
- 두 국가의 호스피스·완화의료 대상 질환은 상이하지만 서비스 내용의 공통점은 환자 가족에 대한 팀 중심의 평가, 통증 및 신체증상에 대한 관리, 정신적·사회적·영적 관리, 임종관리, 사별관리 활동은 공통점임.
- 서비스 방식은 일반병동에 입원중인 환자를 대상으로 호스피스·완화의료적 중재를 실시하는 점은 공통적이며, 일본의 경우 외래 환자에게도 진료를 실시하는 부분이 차이점임.
- 팀 구성은 의사, 간호사는 두 국가 모두 필수 인력으로 간주하고 있으며, 일본은 약사를 필수인력에 포함하는 점이 차이점임. 또한 사회복지사, 심리사는 선택인력으로 팀에 포함하는 점이 공통점이며, 일본의 경우 치료사, 영양관리사도 팀의 선택인력으로 포함하고 있는 점이 상이하였음.
- 수가는 일본의 경우 기본진료료에 1일당 또는 방문 당 가산형태로 입원과 외래 구분하여 지급하고 있었으며, 대만의 경우 별도의 행위별 수가로 보상하고 있으며, 의사의 포함 여부에 따라 수가를 차등하고 있었음. 대만의 경우 환자 1인당 이용일 수의 상한 및 팀당 청구상한을 규정하고 있는 부분이 특이점임.

〈표 10〉 일본 대만의 유사 자문형 호스피스·완화의료 서비스 비교

구분	일본	대만
서비스 내용	• 통증과 기타 신체증상 경감과 정신적, 사회적, 영적문제에 대한 지원. • 환자 가족과의 의사소통 • 윤리적 측면으로 부서의 조언 • 비탄 케어(적응 장애 등에 대한 케어) • 스텝 케어(팀구성원들 스트레스 관리) • 지역 완화케어 네트워크와의 연대 • 교육활동과 완화케어의 보급 • 활동의 정기적 평가	• 호스피스 병동 입원서비스와 동일 – 입원서비스 내용: 통증, 호흡곤란, 오심, 구토, 장폐쇄 등 말기환자의 증상관리, 신체관리, 환자와 보호자의 정신적, 사회적, 영적 관리, 임종준비, 사별 관리 등
대상질환	• 악성종양, 후천성면역결핍증후군	• 호스피스 병동 입원서비스와 동일 ① 말기 암 ② 루게릭병 ③ 노인 초기 기질성 신경질환

구분	일본	대만																				
		④ 기타 뇌질환 ⑤ 만성폐쇄성폐질환 ⑥ 급성 신부전 ⑦ 기타 폐질환 ⑧ 만성 간경화 또는 간경화 ⑨ 심부전 ⑩ 만성 신부전																				
서비스 방식	완화케어팀 구성원은 외래 완화의료팀에 겸직 가능하며, 입원환자 뿐만 아니라 외래환자에게도 진료를 실시함.	- 일반병동에 입원 중인 환자에게 호스피스 팀이 방문하여 호스피스 서비스 제공. - 일반 의료진은 급성기치료 담당 - 자문 당 소요시간: 최소 1시간																				
행정절차	- 완화의료 대상환자의 동의 이후 완화케어팀 진료 시행 - 완화케어팀은 완화의료진료실시계획서 작성 후 환자에게 설명하고, 진찰록에 첨부해야함.	참여 동의서를 작성하나, 침습적 처치 거절에 관한 사전의향동의서는 작성하지 않음.																				
팀구성	- 의사 2인, 간호사, 약사는 필수이며, 이하의 직종이 모두 포함되기 보다는 필요에 의해서 협력하도록 권장 - 신체증상의 완화에 숙달된 의사 - 정신증상의 완화에 숙달된 의사 - 완화케어 영역에서 전문/인정자격증을 가진 간호사 - 완화케어에 숙달된 약제사 - 의료사회복지사 - 심리사 - 재활에 관한 의료종사자(이학요법사, 작업요법사, 언어청각사등) - 영양관리사 - 기타 환자가족의 삶의 질 향상에 자격을 가진 직종	- 호스피스팀 + 일반의료진 ※ 호스피스팀: 완화의료서비스 제공 - 필수인력: 의사, 간호사 - 선택인력: 사회복지사, 심리상담사, 자원봉사자 ※ 일반 의료진: 급성치료서비스 담당																				
수가	가산 수가 <table border="1"> <thead> <tr> <th>구분</th><th>JPY(엔)</th><th>KRW(천원)</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>일반병동 입원</td><td>4,000</td><td>40</td></tr> <tr> <td>외래</td><td>3,000</td><td>30</td></tr> </tbody> </table> 주1. 15세 미만의 경우 1,500엔 가산 주2. 암성 동통 완화지도 관리료는 별도 산정 불가	구분	JPY(엔)	KRW(천원)	일반병동 입원	4,000	40	외래	3,000	30	행위별 수가 <table border="1"> <thead> <tr> <th>구분</th><th>TWD(\$)</th><th>KRW(천원)</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>초방(의사, 간호사 동반)</td><td>2,025</td><td>76</td></tr> <tr> <td rowspan="2">재방</td><td>의사동반</td><td>1,575</td></tr> <tr> <td>의사미동반</td><td>1,275</td></tr> </tbody> </table> 주1. 초방: 환자 1인당 한 의료기관에서 1회만 청구 가능 재방: 환자 1인당 주 1회만 청구 가능 주2. 초방 이후 한 달까지 프로그램 참여 가능(이후에는 호스피스팀의 추가 신청으로 가능함.)	구분	TWD(\$)	KRW(천원)	초방(의사, 간호사 동반)	2,025	76	재방	의사동반	1,575	의사미동반	1,275
구분	JPY(엔)	KRW(천원)																				
일반병동 입원	4,000	40																				
외래	3,000	30																				
구분	TWD(\$)	KRW(천원)																				
초방(의사, 간호사 동반)	2,025	76																				
재방	의사동반	1,575																				
	의사미동반	1,275																				

2. 자문형 호스피스 제공 요건

○ 자문형 호스피스의 역할³²⁾

- 자문형 호스피스와 유사한 서비스를 시행 중인 국가들의 완화의료팀의 역할은 팀 중심의 평가, 통증 및 신체증상에 대한 관리, 정신적·사회적·영적 관리, 임종관리, 사별관리 활동 등으로 요약할 수 있음.
- 한국호스피스완화의료학회에서 시행한 선행연구(한국호스피스완화의료학회, 2012)에서는 완화케어팀을 “완화의료전문기관과는 별도로 일반병동에서 완치를 목표로 하는 치료에 반응하지 않으며, 질병이 점차 진행됨으로써 수개월 내 사망할 것으로 예상되는 암환자와 그 가족에게 신체적, 심리사회적, 영적 돌봄을 제공하는 의사, 간호사, 사회복지사, 성직자 등으로 구성된 팀” 이라 정의하고, 종합병원 이상의 11개 기관을 대상으로 완화케어팀 활동내용에 대해 심층 설문을 실시하였음. 당시 호스피스 대상환자는 말기 암에 국한되어 있었으므로 말기 암환자 위주로 활동을 실시하고 있었음.
- 설문결과 위의 정의에 따라 완화케어팀 활동을 실시하고 있는 기관은 6개 기관이었으며, 기관별로 활동의 형태는 분산형, 자문형, 호스피스실 전담간호사형으로 나눌 수 있었음.
 - 분산형 완화케어팀의 활동은 완화의학과(가정의학과)로 전동하여 의사의 진료, 간호사의 교육 상담, 봉사자의 파견 형태로 이뤄지는 유형과 혈액종양내과 의사 중 완화의료를 담당하고 있는 의사가 환자를 전과하지 않고, 전담 간호사와 자원봉사자를 파견하여 실시하는 형태가 있었음.
 - 자문형 완화케어팀의 활동은 가정의학과 의사와 전담 간호사가 담당 주치의의 협진 의뢰를 통해 접수를 하고, 완화케어팀 의사와 간호사는 환자를 방문하여 상담을 실시하고, 담당주치의에게 회신하는 형태로 이뤄지고 있었음.
 - 다른 형태의 완화케어팀 활동은 호스피스실 및 전담 간호사 형태로 의사의 직접적인 진료 없이 호스피스실의 전담 간호사, 사회복지사, 자원봉사자들이 팀을 이뤄 방문하거나, 전담간호사 위주로 환자·가족에게 상담과 교육을 진행하는 형태임.

32) 한국호스피스완화의료학회. 가정완화의료 및 완화케어팀 제도 도입방안 연구. 2012. 내용을 요약하여 정리함.

- 당시의 자문형 호스피스 서비스는 말기 암환자를 대상으로 주로 협진이나 타과에 환자를 의뢰하는 방식으로 이뤄졌으며, 당시 조사 대상이 종합병원급 이상이었기 때문에 말기 암환자 관리방향이 대부분 환자·가족 상담을 통해 적절한 호스피스기관이나 타 기관으로 연계하는 것을 주 업무로 하였음.
- 당시 기관별 가용 인력에 따라 완화케어팀의 자문형 서비스의 제공 양상은 상이하였음. 대체적으로 수행하던 서비스의 내용은 통증·증상관리, 심리·사회적지지, 영적 돌봄, 임종돌봄, 사별가족관리로 요약할 수 있지만 서비스가 환자·가족에게 전달되는 절차와 제공되는 서비스의 빈도, 제공횟수 등은 표준화 되어있지 않았음.
- 서비스 모형에 대한 표준이 부재한 상황에서 국립암센터에서는 호스피스 정책 자문단³³⁾을 구성하여 전문가 자문회의를 통해 자문형 호스피스의 방향에 대해서는 환자·가족의 전인적 평가, 연속적인 호스피스 서비스 제공, 보건과 복지 등 관련 자원의 유기적인 연계, 호스피스에 대한 인식 개선 및 저변확대의 중심축 역할을 수행할 수 있도록 자문형 호스피스를 제공할 다학제적 팀의 역할을 우선 수립하였음.
- 선행연구 및 호스피스 정책 자문단의 회의 결과 자문형 호스피스의 서비스 내용은 아래와 같음. 우선 자문형 호스피스를 제공하는 팀의 의사와 간호사는 직접적인 치료 또는 처방을 제공하는 것이 아니라 환자·가족 상담을 통해 통증 및 신체적 증상관리를 위한 자문을 제공하는 것으로 기존 의료진과의 역할을 구분함. 그 이유는 말기 환자들은 대체적으로 주치의 변경을 원치 않으며, 호스피스 의사로 주치의가 변경된다는 사실을 접할 경우 사망선고와 같은 의미로 받아들이는 경향이 있음. 따라서 완화의료적 개입을 위한 상담 및 의사소통이 불가하여 향후 치료계획의 수립 및 환자·가족의 요구에 따른 서비스 제공이 불가능함³⁴⁾.
- 따라서 자문형 호스피스팀은 환자·가족의 케어 요구에 따라 주치의나 환자의 담당 간호사와 협동해 가며 환자의 신체증상과 정신증상 등의 완화케어에 관한 전문지식과 기능을 제공하고, 지역사회 완화의료기관과의 연계를 통해 지속적인 돌봄을 제공, 의료종사자에 대한 교육, 원내 및 지역에서의 완화의료 보급 등을 수행하는 역할을 수행하게 됨.

33) 2017년 호스피스정책자문위원회에 포함된 단체로는 한국호스피스완화의료학회, 호스피스제공자권역협의회, 한국정맥경장영양학회, 대한암학회, 감염학회, 대한결핵 및 호흡기학회, 대한간학회, 호스피스 전문기관 비지정 의사, 간호사, 사회복지사, 대한병원협회, 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단, 국가생명윤리정책연구원 등이 있음.

34) 국립암센터, 호스피스완화의료 협진 관련 간담회 발표자료, 2017.2.16

〈표 11〉 한국호스피스완화의료학회의 말기 임환자 대상 자문형 호스피스 서비스 내용(안)

활동 구분	내용
통증과 기타 신체증상의 경감과 정신·사회·영적 문제에 대한 지원	- 질병상태의 정확한 평가 - 종합적인 케어플랜을 수립 및 실천 - 정기적인 재평가 수행 - 환자안전과 근거에 기초하여 질높은 케어 노력
환자가족과의 의사소통	- 자문을 제공하여 환자가족의 치료와 요양에 관한 의사결정 지원 - 케어플랜 수립 시 환자가족의 희망 반영
윤리적 측면으로부터의 조언	- 진정제와 수액요법의 적응 - DNR 등에 대하여 윤리적 측면에서의 조언 제공
임종관 관련된 문제에 대한 상담 및 정보제공	- 병적에도반응의 방지를 위해 요양의 경과 중 특히 임종시기에 가족에 대한 지원 제공 - 임종 후 처치 등에 대한 가족의 준비에 필요한 정보 제공
지역 완화의료 기관과의 협력	지속적으로 효과적인 돌봄을 제공할 수 있도록 지역완화의료 자원의 발굴과 교육·훈련을 제공
교육활동	- 의료종사자에 대하여 완화의료 지식과 기능의 보급에 노력하고, - 지역에서의 교육활동에 참여하여 완화의료에 대한 인식확대 노력

○ 연명의료법상 자문형 호스피스의 제공요건

- (인력) 위 역할을 수행하기 위해 선행연구(한국호스피스완화의료학회, 2012)에서는 완화케어팀의 필수인력 구성에 대하여 상근하는 간호사 1명 이상이 있어야 하고, 지속적인 참여가 가능한 의사 및 사회복지사가 포함되어야 한다고 아래와 같이 제안하였음.

〈표 12〉 한국호스피스완화의료학회의 자문형 호스피스 인력 구성(안)

직종	자격요건
의사	• 전문의 또는 임상경력 4년 이상의 일반의(전공의, 수련의, 자문의 제외)
간호사	• 3년 이상 악성 종양환자의 간호에 종사했던 경험이 있는 자 • 60시간 이상의 완화의료교육 이수자 또는 호스피스전문간호사 공
사회복지사	• 60시간이상의 완화의료교육 이수자

- 연명의료법 시행규칙 별표1에서는 입원형, 가정형, 자문형 각각의 호스피스전문기관 지정기준으로 필수 인력·시설·장비 요건을 규정하고 있음. 자문형 서비스의 인력 기준은 기존 학회의 제공요건보다 상세함. 우선 의사의 경우 담당의사로서 전문의 1명 이상을 두도록 하였으며 기존 학회의 임상경력 4년 이상의 일반의 요건보다 강화되었음.
- 간호사의 경우 3년 이상의 경력에서 2년 이상의 경력으로 완화되었으며, 또한 호스피스전문간호사 뿐만 아니라 종양전문간호사도 자격요건에 포함하였음.
- 사회복지사의 경우 1급 이상을 1명 두도록 하였으나, 자문형 호스피스의 경우 전담 인력이 아닌 겸임인력으로 운영하도록 규정하였음.
- 위 인력 중 실제적으로 상근하면서 전담하는 인력은 간호사이며, 의사와 사회복지사는 다른 업무와 겸임할 수 있도록 하여 입원형 서비스 보다는 인력 기준을 완화하였으나, 교육 이수 기준을 기존에 학회에서 제안한 60시간 교육 이수에서 76시간 교육을 이수하도록 상향하였음. 다만 호스피스전문간호사는 16시간의 호스피스 교육을 이수하도록 하고 있음.

〈표 13〉 연명의료법 시행규칙상 자문형 호스피스 인력 기준

직종	자격요건
의사	• 전문의 1명 이상 • 입원형과 겸직 가능 • 76시간 이상의 호스피스 교육 이수 의무
간호사	• 전담 간호사 1명 이상 • 호스피스전문간호사, 종양전문간호사 또는 호스피스전문기관에서 2년 이상 호스피스업무에 종사한 경력이 있는 간호사 • 76시간 이상의 호스피스 교육 이수, 호스피스전문간호사는 16시간의 교육 이수
사회복지사	• 1급 사회복지사 1명 이상 • 입원형, 가정형과 겸직 가능 • 76시간 이상의 호스피스 교육 이수

- (시설) 자문형 호스피스전문기관의 시설 기준은 1개 이상의 임종실과 상담실을 구비하며, 임종실 및 상담실은 다른 시설과 구분되는 독립된 공간에 설치하도록 규정하고 있음. 입원형과 자문형을 함께 운영하거나 입원형·가정형·자문형을 모두 운영하는 호스피스전문기관의 경우 임종실과 상담실을 입원형에 설치된 시설을 대체하

여 사용할 수 있으며, 가정형 및 자문형을 함께 운영하는 호스피스전문기관의 경우 상담실을 1개만 설치할 수 있음. 임종실의 경우 별도의 시설 요건은 없으며, 1인용 입원실을 임종실로 대체하여 사용할 수 있다고 규정하고 있음.

○ 시범사업 참여를 위한 추가 권고사항

- (의사인력의 추가 확보) 연명의료법 제정 이후 자문형 호스피스의 대상은 말기 암 환자에서 비암성 말기질환 3종(후천성면역결핍증, 만성간경화, 만성폐쇄성폐질환)으로 확대됨에 따라 시범사업 참여 기관은 필수 인력 외에 해당 말기질환 담당 전문의 1인이 필요함. 또한 입원형과 가정형, 자문형 모두 운영하거나, 입원형 또는 가정형을 자문형과 동시에 운영하는 기관의 경우 자문형 의사와 사회복지사는 전담이 아니라 겸임이므로, 업무가 과중되어 환자가족의 욕구에 따라 서비스가 의사 1인의 추가로 필요함.
- 2017년 7월에 시범사업 참여 후보기관에게 안내된 자문형 호스피스 시범사업 서비스 및 지원사업 안내문에서는 필수 인력 외에 협력인력으로 타과 전문의, 간호사, 영양사, 약사, 물리치료사, 임상심리사가 필요하며, 영적돌봄제공자(성직자 등), 자원봉사자 등이 자문형 호스피스 팀에 포함될 수 있으며, 말기질환별 담당 의사와 담당 간호사(수간호사 또는 책임간호사 급)가 추가로 1인 이상 필요하다고 언급하였음.
- (외래 시간 배정) 자문형 호스피스의 역할이 일반병동에 입원중인 말기환자 뿐만 아니라 외래로 방문하는 경우도 호스피스의 접근성과 기회를 동등하게 누릴 수 있도록 시범사업 참여 기관은 자문형 호스피스 환자를 위한 외래시간이 적어도 주 1회 이상 배정이 필요함.
- (자문형 호스피스 확산을 위한 원내 교육) 팀 중심의 자문형 호스피스 제공을 위해서는 필수인력 및 추가인력, 시설, 외래시간 배정 뿐만 아니라 말기환자의 호스피스 진입이 원활히 이뤄질 수 있도록 시범사업 참여기관의 관련 종사자에 대한 교육 및 확산활동이 필요함. 원내 교육은 자문형 호스피스 전임 또는 겸임인력 부재시 인력 대체를 위해서도 필요함.
- (운영위원회) 말기질환 담당 전문의와 간호사, 자문형 호스피스 팀 등이 함께 참여하는 운영위원회를 구성하여 협력체계 구축을 위해 지속적인 논의가 필요함.

3. 자문형 호스피스 행위 정의

가. 임상견학 결과

- (방문 목적) 위 내용에서 수립한 자문형 호스피스 서비스 범주 및 세부내용, 직종별 역할, 제공 절차를 포함한 제공 모형 수립을 위해 현재 유사 자문형 호스피스를 운영하고 있는 기관을 대상으로 현황 파악을 실시하였음.
- (방문 대상) 한국호스피스완화의료학회와 국립암센터 호스피스완화의료사업과의 협의를 통해 연명의료법상 자문형 호스피스 필수인력 기준을 충족³⁵⁾하고, 말기 암 환자뿐만 아니라 비암성 말기환자에게도 호스피스 서비스를 제공한 경험이 있는 기관 3곳을 최종 선정하였음. 최종 방문 기관 및 부서는 서울대학교병원 호스피스센터, 국립암센터 호스피스완화의료실, 신촌세브란스병원 완화의료센터임.
- 방문 대상 기관 3곳 모두 다른 형태의 자문형 호스피스 서비스를 시행하고 있었음.
 - 서울대학교병원의 경우 호스피스실 및 전담간호사 형태로 자문형 호스피스를 운영하면서 전담 간호사 위주의 활동이 이뤄지고 있었으며, 말기 환자와 가족의 상담이 중점적인 역할이었으며, 필요시 의사와 사회복지사와의 유기적인 연계를 실시하고 있었음. 또한 말기 한자가 타 기관으로 전원할 수 있도록 진료협력센터와 연계하는 역할(refer out)을 주로 담당하고 있었음.
 - 국립암센터의 경우 입원형, 가정형, 자문형, 외래 호스피스 서비스까지 실시하는 혼합형 서비스 기관으로, 입원·가정·자문형 마다 전담 의사 1인을 두어 총 3인의 의사가 순환보직을 통해 호스피스서비스를 담당하고 있었음. 앞서 내용에서 언급한 바와 같이 주치의의 협진 의뢰와 자문형 팀의 회신 중심으로 이뤄지고 있었으며, 외래를 통한 호스피스 서비스를 제공하는 경험이 있었음.
 - 신촌세브란스병원의 경우 입원형, 자문형, 외래 호스피스를 운영하는 혼합형 기관이었으며, 협진 의뢰와 자문형 팀의 회신 중심으로 서비스를 제공하고 있었음. 특이점은 기관자체의 후원금으로 일반병동에 입원중인 환자들에게 예술요법, 음악요법, 놀이 치료 등 다양한 프로그램을 제공하고 있었음.

35) 기관 방문 일정은 2017년 4월 24~27일로 당시 연명의료법상 필수 인력 기준은 입법예고 기간중이었기 때문에 입법예고중인 필수인력기준을 참고하여 기관을 선정하였음.

〈표 14〉 임상견학 방문 기관들의 특성 요약

구분	서울대학교병원	국립암센터	신촌세브란스병원
기관 유형	• 호스피스실 및 전담간호사	• 혼합형(병동+가정+자문+외래)	• 혼합형(병동+자문+외래)
특징	- 전임 간호사 중심 - 환자가족 상담 중점 - 전원(refer out) 연계 중점	- 호스피스 전담의 3인이 병동, 가정, 자문형 담당, 순환보직 - 협진의료·회신 중심으로 기관 내 호스피스 연계 실시 - 외래형 호스피스 운영 多	- 조기 완화의료 지향 - 협진의료·회신 중심으로 기관 내 호스피스 연계 실시 - 후원금으로 재원조달 - 진료 외에 예술요법, 음악요법, 놀이치료 등 다양한 프로그램 제공

- (제공 실적) 3군데 기관 모두 주로 말기 암환자를 대상으로, 일반병동에 입원중인 환자에게 서비스를 제공하고 있었음. 비암성 말기환자의 경우 방문 당시 자문형 호스피스로 등록하여 관리중인 환자가 없었음. 외래의 경우 별도의 자문형 호스피스 환자로 등록 관리하고 있지 않아 정확한 규모 파악을 할 수 없었음. 외래 시간은 일반 외래진료와 같이 의사와 간호사 인력만 투입되고 있었으며, 일반병동 입원환자와 달리 긴 시간을 투입하여 포괄적 평가 및 치료계획을 수립하기 보다는, 최초 의뢰 이후 환자상태의 변화를 관찰하여 재평가 또는 추후관리(follow up) 수준으로 진행하고 있었음.

〈표 15〉 방문기관의 자문형 호스피스로 관리중인 환자

구분		환자수 ¹⁾		
		서울대학교병원	국립암센터	신촌세브란스병원
질환	말기 암	7	19	5
	후천성면역결핍증	.	.	.
	만성폐쇄성폐질환	.	.	.
	만성 간경화	.	.	.
가족	합계	7	19	5
	유	7	19	5
	무	.	.	.
	합계	7	19	5
소재지 ²⁾	기관 내	호스피스병동	.	.
		일반병동	6	19
	기관 외	타기관 입원	.	.
		요양시설	.	.
		자가(외래)	1	알수 없음.
			알수 없음.	알수 없음.

주 1) 기관 방문 당시의 환자수를 의미하며, 집계시점에 따라 달라질 수 있음. 외래의 경우 알 수 없음.

2) 자문형 서비스를 받고 있는 환자의 현 소재지

- (인력 구성) 방문기관 모두 필수인력에 대해서는 연명의료법상 기준을 충족하고 있었으며, 성직자, 자원봉사자 외에 요법치료사, 자원봉사 관리자 등의 기타 인력도 존재하였음. 자원봉사자 중의 일부는 요법치료사 자격증을 취득하여 활동하기도 함.

〈표 16〉 방문기관의 완화의료팀 인력 구성

구분		인원수		
		서울대학교병원	국립암센터	신촌세브란스병원
필수인력	의사	2	3	1
	간호사	2	1	2
	사회복지사	1	1	2
	소계	5	5	5
추가인력	성직자	2	2	1
	자원봉사자	35	35	100
	기타인력	4	4	3

- 완화케어팀 구성원별 세부현황을 살펴보면 의사의 경우 우선 서울대학교병원의 호스피스실 팀 의사는 2명으로 실무경력 5년 또는 21년이며, 혈액종양내과 전문의였으며, 국립암센터는 가정의학과 의사 3인이 완화의료팀 소속으로 자문형에는 1명이 전담으로 활동하고 있었으며, 호스피스 실무경력 2개월에서 9년까지 다양하였음. 신촌세브란스병원은 혈액종양내과 의사 1인이 입원형 호스피스와 같이 겸임하고 있었으며, 호스피스 실무경력 4년이었음.

〈표 17〉 방문기관의 의사인력 세부 사항

구분	인원수	전담여부	전문의 전공과목	호스피스 실무경력
서울대학교병원	2	모두 겸임	혈액종양내과	5년~21년
국립암센터	3	자문형 전담 1인, (3인 순환근무)	가정의학과	2개월~9년
신촌세브란스병원	1	겸임	혈액종양내과	4년

- 간호사의 경우 3기관 모두 전담 간호사를 1인 이상 두고 있었으며, 실무경력은 기관마다 상이하였으나 책임간호사 급은 최소 8년 이상의 호스피스 실무경력을 갖추고 있었으며, 호스피스전문간호사 또는 종양전문간호사 자격을 갖추고 있었음.

〈표 18〉 방문기관의 간호사인력 세부 사항

구분	인원수	전담여부	전문간호사 구분	호스피스 실무경력
서울대학교병원	2	모두 전담	호스피스전문간호사 1인	9년~10년
국립암센터	1	모두 전담	호스피스전문간호사 1인	10년
신촌세브란스병원	2	모두 전담	종양전문간호사 2인	2~8년

- 사회복지사는 3기관 모두 1급으로 겸임인력으로 보유하고 있었음. 국립암센터의 사회복지사는 호스피스완화의료실 소속으로 입원형, 가정형 겸직이었으나, 나머지 두 기관의 사회복지사는 사회사업실 소속으로 완화의료팀 겸직을 실시하고 있었음. 겸직에 따른 사회복지사의 업무 과중으로 전담인력으로 필수인력 기준을 상향해 달라는 요청이 3기관 모두 있었음.

〈표 19〉 방문기관의 사회복지사인력 세부 사항

구분	인원수	전담여부	12급 구분	호스피스 실무경력	비고
서울대학교병원	1	겸임	1급	2년	사회사업실 소속
국립암센터	1	겸임	1급	2년	호스피스완화의료실 소속
신촌세브란스병원	2	겸임	모두 1급	파악불가	사회사업실 소속

- 방문 기관들의 자문형 호스피스 대상 환자의 호스피스 진입부터 임종까지의 기간은 2주 정도였으며, 2~3회의 상담이 진행되고 있었음. 일반병동에 입원 중인 환자의 경우 자문형 호스피스 팀 의사 및 간호사가 회진을 실시하고, 환자 요청이 있을 경우 사회복지사가 방문하는 형태로 진행하고 있었으나, 필수인력인 의사, 간호사, 사회복지사의 방문 빈도 및 횟수, 투입 시간에 대한 상세한 파악은 불가능하였음.
- 자문형 호스피스는 기관 자체적으로 설립이념과 자선적 의미로 시행되고 있는 서비스이기 때문에 임상견학 당시 협진의뢰와 회신 절차 이외에 각 직종별 업무 일람 또는 직무기술서가 존재하지 않았음.
- 자문형 호스피스 시범사업 수가 산정을 위해 기 수립한 서비스 범주별 세부내용 및 각 직종별 역할에 대해 방문기관 종사자에게 검토를 요청하였음. 방문기관 모두 초회 상담 이전에 호스피스에 대한 설명 및 환자와의 관계형성을 위해 사전 상담

(pre-hospice)를 시행하고 있었음. 또한 호스피스 제공원칙에 따라 환자와 가족의 전 인적 평가를 실시하고, 평가 결과에 따라 돌봄계획을 수립하며, 팀 회의를 실시하고 있었음.

- 방문 기관 모두 초회 상담과 팀회의를 기반으로 돌봄계획을 수립하고 있었으며, 팀 회의는 월별, 주별 정례회의를 실시하면서, 필요시 각 직종이 만나서 협의하고 있었음.
- 돌봄계획 시 포함되는 내용은 제공될 서비스의 종류와 돌봄 장소, 의뢰 및 연계 사항 등이며, 서비스 제공량과 빈도 등은 대략적으로 기입하고 있었음.
- (회진) 일반병동 입원환자에 대한 회진은 주로 병동 담당의사가 실시하면서 요청이 있을 경우 수시로 팀원들이 방문하는 형태로 진행되고 있었음. 보통 하루 1회 정도 일반병동에 입원중인 자문형 환자를 방문하고 있었으며, 사회복지사의 경우 환자 요청 시 개별적으로 실시하고 있었음. 방문 기관의 자문형 팀 의사 중 해당 환자의 주치의를 겸하고 있는 경우 본인이 회진을 실시하였음.
- (외래) 외래 서비스의 경우 서울대학교병원은 별도의 의사 외래세션은 존재하지 않았으며, 전담 간호사의 수시 상담은 존재하였음. 국립암센터와 신촌세브란스병원은 자문형 팀 의사의 외래 세션이 존재하였으나 주로 1회성 면담이거나 기존 외래서비스와 동일한 수준으로 진행되었음. 외래를 통한 자문형 호스피스는 현재 외래 기본 진료료 수가만으로는 보상이 적고, 행위량을 늘릴 수 밖에 없는 구조에서 환자 1인에게 배정할 시간적 여유가 부족하기 때문에 입원환자 만큼 심도있는 면담이 이뤄지지 못하고 있었음. 환자의 접근성을 확대하고, 입원환자와 동일하게 자문형 호스피스를 받을 기회를 확장하는 차원에서 외래형 호스피스 도입은 필요하지만 현재 상황에서는 투입시간과 서비스 범주가 입원환자와 다른 현실이 존재하였음.
- (비암성 말기질환) 방문 당시 비암성 말기환자의 호스피스 수요와 실적은 거의 없었음. 간경화 환자가 악화되어 외래로 방문한 경우는 있었으나 1회성 상담으로 추후 관리까지 연결되지 못하였음. 돌봄계획 수립 단계에서 각 돌봄 투입의 가감이 이뤄질 수는 있지만, 비암성 말기환자에게도 말기 암 환자와 동일하게 자문형 호스피스의 서비스 범주가 제공되어야 함.

나. 기존 말기 암 환자 대상 제공 모형

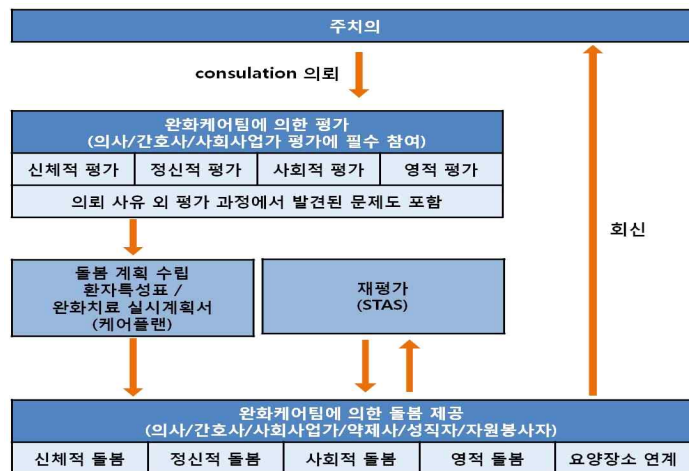
- 말기 암환자 중심으로 제공되던 기존의 분산형 또는 자문형, 호스피스실의 간호사 위주의 제공모형은 모두 말기 암환자 주치의 또는 담당의료진의 협진의뢰 절차를 통해 제공되었음.
- 국립암센터의 자문형 제공 모형은 말기환자의 주치의가 환자의 상태가 더 이상 진전될 수 없다고 판단한 경우, 환자에게 완화의료팀 의뢰에 대해 설명 후, 환자가 동의한 경우 협진 의뢰를 실시함. 주치의는 환자에게 완화의료팀 설명시, 치료의 목적이 완치에서 통증 및 증상완화로 전환됨을 안내하며, 호스피스·완화의료로 통해 통증 및 신체증상의 조절이 가능하고, 정서적지지, 사회적 자원의 연계 등 환자와 가족이 필요한 서비스를 제공할 수 있다고 설명함.
- 완화의료팀은 주치의가 작성한 환자의 병력, 현재 상태, 검사결과, 투약 기록이 포함된 의뢰서와 의무기록을 리뷰하여, 간호사 또는 의사, 사회복지사가 환자·가족에 대한 전인적 평가를 실시하고, 앞으로 제공 가능한 완화의료에 대해 설명하며, 퇴원 및 전원계획이 포함된 돌봄계획을 수립하여 담당 주치의에게 회신함.



그림 7. 국립암센터 협진형태의 자문형 호스피스제공 흐름도

자료원: 박소정, 국립암센터 호스피스 완화의료 협진, 국립암센터 완화의료클리닉, 2017.2.16 발표자료에서 인용

- 협진의뢰서의 회신이후 완화의료팀은 환자가 입원중인 기간 동안 주기적으로 회진을 실시하면서 추적관리(follow up)를 실시하며, 환자가족 요청 시 타 기관 전원, 타 병동 전동, 입원형 호스피스 또는 가정형 호스피스로의 연계등의 업무를 자문형 팀에서 담당함.
- 선행연구(한국호스피스완화의료학회, 2012)에서도 말기 암환자 중심의 완화케어팀 서비스 제공과정은 주치의 또는 담당의료진의 협진(consultation)에서 시작되며, 주치의로부터 제출된 진료기록 및 각종 검사결과를 바탕으로 환자의 진찰, 가족과의 면담을 통해 다방면으로 전인적 평가를 실시하고, 격려 및 직접적인 케어를 수행하는 모형을 제시하였음.
- 완화케어팀의 필수인력은 반드시 환자와 대면하여 초기 평가를 수행하고, 이를 토대로 돌봄계획(care plan)을 작성하며, 각종 권고사항 및 환자에게 제공된 직접적 케어의 결과에 대해 추적관찰을 시행하며, 표준화된 도구를 이용하여 평가해야 함.
- 권고안 또는 임상지침이 존재한다면 그에 기반하되 환자의 개별적인 조건이나 상황에 맞춰 직접적인 케어를 제공하며, 환자가족의 평가 내용, 권고 및 직접적 케어의 내용은 돌봄계획 등 진료기록에 기재해야 함.
- 직접적 케어의 경우 환자가족에게 설명하여 동의를 얻으며, 정기적인 팀 회의를 통해 환자에 대한 이해를 높이고 팀 내에서의 의사소통을 촉진해야 함.



자료원: 한국호스피스완화의료학회, 가정완화의료 및 완화케어팀 제도 도입방안 연구, 2012, p175 그림 인용

다. 자문형 호스피스 서비스 범주 및 세부내용 초안 도출

- 기존에 말기 암환자를 대상으로 유사 자문형 호스피스를 시행하고 있는 기관의 사례와 선행연구, 주요국의 자문형 호스피스와 유사한 서비스 범주를 종합한 결과 아래와 같이 자문형 호스피스의 서비스 범주 및 세부 내용의 초안을 작성하였음.
- 우선 서비스 범주는 환자평가, 돌봄계획 수립, 신체적 돌봄(통증관리, 신체증상 경감), 심리적 돌봄, 영적 돌봄, 사회적 돌봄, 임종 관리, 사별 돌봄, 연계 및 의뢰, 교육훈련으로 나눌 수 있음.
- 각 서비스 범주별 세부 내용은 기존 입원형과 가정형에서 실시하는 호스피스 서비스와 크게 다르지 않음. 세부내용에 관한 사항은 말기 암환자 완화의료전문기관 서비스 제공 안내 제3판(보건복지부, 국립암센터, 2016.5)의 내용을 참고하였음.
- 환자가족 평가는 필수인력 각 직종마다 파악하는 내용은 다르지만, 환자의 질병상태, 신체적(통증 및 통증 외 신체증상)의 평가, 신체 기능적 평가, 심리·사회·영적 평가, 현재 환자가 거주하고 있는 장소에 대한 환경 안전 평가가 서비스 범주 세부 내용으로 정의될 수 있음.
- 돌봄계획 수립은 환자가족과 지속적인 의사소통 및 환자의 사전돌봄계획 의향 확인 또는 수립, 환자와 가족의 현재 문제 및 선호에 기반하여 수립될 수 있으며, 자문형 호스피스 필수인력 및 기관내 성직자 또는 자원봉사자, 협력인력 등이 모여 팀 회의를 실시하여 환자의 상태변화에 따라 돌봄계획이 조정될 수 있음.
- 자문형 호스피스가 입원형·가정형 서비스와 다른 점은 주치의의 변경없이 제공되는 것을 원칙으로 하기 때문에 신체적 돌봄에 대한 직접적인 케어 보다는 권고 형태로 이뤄지는 것임. 환자의 전체적인 진료, 처방, 처치, 투약관리 및 주사뿐만 아니라 각종 신체적 증상 관리에 대한 권고 사항이 자문형 호스피스의 서비스 범주로 포함될 수 있음.
- 심리적 돌봄은 지지적 상담 및 감정표현 장려, 가족과 환자의 의사소통 및 화해 촉진, 필요시 전문가인 정신과 전문의 및 임상심리사에게 의뢰하는 것까지 포함될 수 있으며,
- 영적 돌봄은 환자와 가족의 영적(종교적, 실존적) 선호 표현 장려, 환자가 가진 종교의 영적돌봄제공자에게 영적 돌봄 의뢰 및 종교의식 지원까지 포함될 수 있음.

- 사회적 돌봄은 장기요양, 공적부조 등 사회적 지지를 위한 제도적 자원의 연계와 경제적 자원의 연계가 세부 활동내용으로 포함될 수 있음.
 - 임종 관리는 환자 임종 전 환자와 가족에게 임종 증상에 대한 교육, 유언장 작성, 가족 연락, 장례 등 행정적 준비에 대한 지원 사항과 환자 임종이 임박하였음을 고지하고, 호흡변화, 연하곤란, 탈수, 의식 변화 등의 사항에 대해 안내하며, 환자 사후 처치까지 포함될 수 있음.
 - 사별 돌봄은 환자에게 제공되었던 마약성 진통제 등의 약품 및 장비를 수거하고, 사별가족의 위험도를 평가하며, 사별돌봄 계획 수립 및 제공이 해당됨.
 - 이외 신체·심리·사회·영적 돌봄 영역에서도 포함된 각종 관련 자원의 연계 및 의뢰 업무뿐만 아니라 환자에게 필요한 장비 대여 또는 연계, 입원형·가정형 호스피스의 연계, 특수의료서비스(완화적 방사선 치료, 수술)의 의뢰, 요양병원 및 요양시설로 환자 전원 의뢰 등이 연계 및 의뢰 서비스 범주에 해당됨.
 - 환자·가족에 대한 직접적 케어 뿐만 아니라 환자·가족 대상의 교육, 간병인, 자원봉사자 대상의 호스피스·완화의료 교육과 의료인 대상의 교육도 자문형 호스피스 서비스 범주로 포함될 수 있음.
- 기 수립한 자문형 호스피스 서비스 범주별 세부 내용의 초안을 전문가 자문회의를 통해 검토하였으며, 유사 자문형 호스피스 제공 중인 기관에서 실제 환자를 대상으로 서비스를 제공하는 종사자에게 임상견학 및 심층면접을 실시하여 아래와 같이 수정안을 도출하였음.
- 초안과 가장 큰 차이점은 환자의 질병, 신체상태, 통증 및 증상, 심리·사회·영적 평가, 환자의 병식, 말기병식, 예후 인지 여부와 희망하는 돌봄 계획에 대한 전인적 평가와 더불어 가족에 대해서도 심리·사회·영적 평가, 가족이 알고 있는 병식, 말기병식, 예후 인지 여부를 파악하는 것임. 또한 가족이 희망하는 돌봄계획을 상담을 통해 습득하여 환자·가족의 욕구를 정확히 평가하는 점이 기존 초안과 차이점임.
 - 신체적 돌봄의 경우 직접적인 케어에 대한 상세한 권고 보다는 주로 주치의 및 담당 의료진을 대상으로 검사, 투약, 처방에 대한 권고를 실시하고 있었으며, 환자·가족, 간병인, 자원봉사자에게 증상조절을 위한 설명 및 교육도 포함될 수 있었음.

- 또한 돌봄계획의 수립은 팀회의 이전에 각 직종별로 담당영역에 대한 돌봄계획을 수립하고, 팀회의 시간에 공유하면서 돌봄계획을 검토 또는 수정하였음.
- 교육·훈련의 경우 타인을 대상으로 실시하는 교육뿐만 아니라 자문형 호스피스 제공을 위해 받는 종사자 본인의 수강 활동도 존재하였음.

〈표 20〉 자문형 호스피스 서비스 범주별 세부내용 초안

서비스 범주	세부 내용
환자평가	• 질병상태 평가 • 신체상태 평가 • 통증 및 증상 평가 • 심라사화영적 평가 • 병식, 말기병식, 예후 인지 여부 • 희망하는 돌봄 계획
가족평가	• 가계도 • 심라사화영적 평가 • 병식, 말기병식, 예후 인지 여부 • 희망하는 돌봄 계획
돌봄계획 수립	• 증상조절 계획 • 심라사화영적지지 계획 • 의사소통 보완 계획 • 사전의료 의향 확인/수립 • 호스피스 이용 계획 • 기타 연계 및 의뢰 계획
신체적 돌봄 권고 (통증관리, 신체증상 경감)	• 검사/투약 처방 권고, 협진 권고 • 환자/가족에게 증상조절 설명 및 교육
심라사화영적 돌봄	• 환자/가족 정서적 지지 • 환자/가족의 의사소통 보완 • 연계 및 의뢰(정신건강의학과, 상담) • 사회경제적 지원을 위한 자원 연계 • 환자와 가족의 영적(종교적/실존적) 선호 표현 장려 • 필요시 종교적지지 연계
임종 돌봄	• 임종 임박 진단 및 설명 • 임종기 증상 돌봄을 위한 처방 권고 • 임종 돌봄 교육 • 정서적지지 ※ 사후 처치 등은 환자가 소속된 진료팀에서 실시

서비스 범주	세부 내용
연계 및 의뢰	• 같은 의료기관 내 병동/가정형 호스피스 연계 • 타 진료과 • 타 지원서비스(영양, 의료기기 등) • 타 호스피스·완화의료 전문기관 • 사회경제적 지원 연계
교육·훈련	• 원내 의료진, 환자/가족, 간병인, 자원봉사자 교육 • 보수교육

- 자문형 호스피스 서비스 범주별 세부 내용에 따라 각 직종별 활동은 크게 상담 전 준비, 초회 상담, 팀 회의, 초회 이후 상담, 임종 돌봄, 상담 외 활동으로 우선 구분할 수 있음.
- 상담 전 준비 활동은 의뢰된 환자의 의뢰목적, 병력, 현재상태, 검사결과, 투약기록 등 의무기록을 확인하는 단계임.
- 초회 상담 및 초회 이후 재평가를 위한 상담에 포함되는 활동은 상담을 통해 실시하는 환자·가족의 평가, 투약·검사·타 진료과 의뢰 등의 권고사항에 대한 안내, 의사소통의 촉진을 위한 조언 등 상담 시간에 이뤄지는 활동뿐만 아니라, 환자를 위한 각종 돌봄 계획의 수립, 필요한 서비스에 대한 의뢰 및 연계 활동도 상담 활동의 범주에 포함할 수 있음.
- 직종별로 상담활동 안에 포함되는 세부활동의 영역은 상이함. 의사의 경우 신체적 돌봄에 대한 권고가 상담활동의 주 내용이라면, 간호사는 심리적 돌봄과 의사결정과정의 지원, 돌봄 교육 및 연계 및 의뢰활동이 주 활동이었음. 사회복지사의 경우 환자·가족의 정서적 교류 및 지지활동과 지역사회 자원 연계 및 정보제공이 주요 활동임.
- 의사는 환자 진찰 및 증상에 대한 평가, 환자·가족의 심리·사회적 상태, 질병에 대한 이해 정도 및 말기병식 유무를 판단하고, 환자가 희망하는 치료목표를 설문하며, 희망하는 돌봄 장소 설문과 함께 호스피스·완화의료에 대한 이해 정도 및 이용 의향에 대해서 묻게 됨.
- 의사는 환자에게 투약, 검사, 전문서비스 의뢰 등 각종 처방에 대해 안내하고, 환자 담당 의료진과 의사소통하여 신체적 돌봄에 대한 권고를 실시하는 것이 주요 역할

임. 따라서 돌봄계획도 통증 및 증상조절 계획을 주로 수립하며, 환자의 심리·사회적 돌봄계획과 의사소통 보완, 향후 환자가 이용가능한 호스피스·완화의료의 유형에 대한 조언과 함께 퇴원 및 전원, 추가 상담, 완화의료팀의 추후 관리(follow up)에 대한 계획을 수립하게 됨.

- 또한 기관 내 입원형 또는 가정형 호스피스의 연계, 타 진료과 협의진료 의뢰, 타 지원서비스(영양, 장루창상, 가정간호 등)에 대한 의뢰, 타기관의 호스피스·완화의료 의뢰에 대한 의사결정자 역할을 수행함.
- 그리고 의사는 환자가 임종에 임박할 경우 임종이 임박했음을 환자와 가족에게 알리고, 담당의료진과 의사소통을 실시하며, 가족에게 임종기 환자의 증상과 이때 필요한 돌봄에 대해서 설명함.

〈표 21〉 자문형 호스피스 의사의 활동내용 초안

구분		활동내용
상담전 준비		• 의뢰목적, 의무기록 확인(병력, 현재상태, 검사결과, 투약기록)
초회 상담	환자 / 가족 평가	• 환자 진찰 및 증상 평가 • 환자가족의 심리사회적 상태 • 질병 상태에 대한 이해 정도/말기 병식 유무 • 희망하는 치료 목표 설문 • 희망하는 돌봄 장소 설문(주 의사결정자, 주 돌봄 제공자) • 호스피스완화의료에 대한 이해 정도 및 이용 의향
	신체적 돌봄 (통증 및 증상 조절)	• 처방 권고 (투약, 검사, 의뢰 등) • 환자 담당 의료진과의 의사소통
	돌봄계획 수립	• 통증 및 증상 조절 계획 : 처방 권고, 환자 및 가족 교육 • 심리사회적 돌봄 계획: 정서적 지지, 연계 및 의뢰 • 의사소통 보완: 의료진-환자/가족, 환자-가족, 가족-가족 간 의사소통 • 호스피스완화의료 이용 계획: 이용 여부 및 유형(병동/가정/자문) 결정 • 기타 계획: 퇴원/전원, 추가 상담, 완화의료팀 follow up 계획
	연계 및 의뢰	• 동일 의료기관내 병동/가정 호스피스 연계 • 타진료과 협의진료 의뢰 • 타지원서비스 (영양, 장루창상, 가정간호 등) 의뢰 • 타 호스피스완화의료 전문기관 의뢰

구분		활동내용
초회 이후 상담	환자 평가	• 의무기록 확인 • 환자 진찰 및 증상 평가 • 초회 평가 항목 중 변동 사항 확인
	신체적 돌봄 (통증 및 증상 조절)	• 처방 권고 (투약, 검사, 의뢰 등) • 환자 담당 의료진과의 의사소통
	돌봄계획 검토/수정	• 초회 돌봄 계획 진행 상태/변동 사항 확인 • (필요시) 돌봄 계획 수정
	연계 및 의뢰	• 동일 의료기관내 병동/가정 호스피스 연계 • 타진료과 협의진료 의뢰 • 타지원서비스 (영양, 장루창상, 가정간호 등) 의뢰 • 타 호스피스·완화의료 전문기관 의뢰
임종 돌봄		• 임종 임박 진단 및 의사소통(환자 담당 의료진, 가족) • 가족에게 임종 돌봄 설명 • 임종기 증상 조절 관련 처방 권고
상담외 활동 (교육훈련)		• 의료진, 환자, 보호자, 자원봉사자, 간병인 대상 호스피스·완화의료 교육 • 보수교육 수강

- 간호사는 의사와 함께 차트 리뷰, 의무기록 등을 확인하고, 과거 입원차트 관리 및 진단서 요청 등의 기록물 서류관리 활동을 상담 전에 수행함. 또한 환자·가족에 대해 일차적인 접점 역할을 수행하여 1차적 평가를 실시함. 상담 활동은 의사와 함께 가계도, 신체적, 심리·사회적 상태, 돌봄 환경 및 현재 상태에 대한 환자와 가족의 이해 정도 등 환자 평가의 보조적인 업무를 수행함.
- 다음으로 간호사의 주 활동은 지지적 상담 및 감정표현의 격려, 가족과 환자의 의사소통 촉진, 환자의 자살예방 가능성에 대한 관찰 및 상담 등 심리적 돌봄임. 또한 사전 의사결정에 관한 정보 제공 및 상담, 환자와 가족, 환자와 의료진 간의 의사소통 지원 등의 업무도 포함됨.
- 또한 간호사는 의사의 신체적 증상관리 권고 사항에 대하여 증상조절 및 돌봄에 관한 교육을 환자와 가족을 대상으로 실시하고, 호스피스·완화의료에 대한 설명과 향후 제공될 서비스, 퇴원 및 전원 계획 수립의 보조적 업무를 수행함.

- 팀의 전담인력으로써 간호사는 연계 및 의뢰와 관련된 행정적 활동을 담당하게 됨. 말기 환자를 의뢰한 의료진과의 행정적 의사소통, 기관 내 입원형 또는 가정형 호스피스 연계 및 의뢰, 호스피스 팀 내 성직자, 치료사, 자원봉사자에 대한 연계, 지역 호스피스 기관으로 전원 의뢰, 진료협력센터와 같은 진료 연계 담당부서와의 협력 등 자문형 호스피스의 활동범주에 해당하는 행정적 업무를 담당하게 됨. 또한 팀내 업무의 조정 및 팀원의 정신적, 신체적 소진에 대한 관리 업무도 실시하게 됨.
- 말기 환자가 일반병동에 입원중이어서 회진을 실시하거나 외래에 환자가 방문했을 경우 의사의 처방에 따라 필요시 투약, 처치, 호흡·영양배설, 위생 등 적절한 간호 서비스를 제공하는 등 직접적인 신체적 돌봄 활동을 수행할 수도 있음.
- 임종시 자문형 호스피스 팀의 간호사는 환자의 신체, 심리, 영적 평가 및 간호를 제공함과 동시에 의사를 보조하여 임종에 대한 가족 교육 및 상담을 실시함. 또한 가족이 필요한 경우 장례 절차 준비를 도우며, 필요시 병동 간호사와 함께 사후처치를 실시할 수도 있음.

〈표 22〉 자문형 호스피스 간호사의 활동내용 초안

구분		활동 내용
상담 전 준비		• 차트 리뷰, 의무기록 등의 확인(병력, 현재상태, 검사결과, 투약기록) • 기록물 서류관리(과거 입원차트 관리, 진단서 요청)
초회 상담	환자가족평가	• 환자 가계도, 신체적 심리사회적 상태, 돌봄 환경, 현재 상태에 대한 환자의 이해정도, 치료 목표 등
	심리적 돌봄	• 지지적 상담 및 감정표현 격려 • 가족과 환자의 의사소통 촉진 • 자살예방 관찰 및 상담
	의사결정 과정 지원	• 사전의사결정(advanced directive)에 대한 정보 제공 및 상담 • 사전의사결정에 대한 환자, 가족, 의료진 간의 의사소통 지원
	돌봄계획 수립	• 호스피스·완화의료 및 기관 설명 • 퇴원 및 전원 계획 수립

구분		활동 내용
	연계 및 의뢰	• 의뢰한 의료진과의 의사소통 • 기관 내 입원형, 가정형 호스피스 연계 의뢰 • 호스피스팀 내 의뢰(성직자, 치료사, 자원봉사자 등) • 호스피스팀 내 조정 및 팀원 소진 관리 • 지역 호스피스기관으로 전원 의뢰 • 진료 연계 담당부서와의 협력
	팀 회의	• 직종별 평가 내용 공유 • 돌봄 목표 설정, 돌봄 계획(기관 전원, 타병동 전동, 가정호스피스 연계, 외래방문 등) 수립조정 • 행정적 서류 작성
초회 이후 상담	환자가족평가	• 초회 평가 항목 중 변동 사항 확인
	심리적 돌봄	• 가족과 환자의 의사소통 촉진 • 지지적 상담 및 감정표현 장려
	돌봄계획 검토/수정	• 초회 돌봄 계획 진행 상태/변동 사항 확인 • (필요시) 돌봄 계획 수정
	돌봄교육	• 가족 및 환자의 증상조절 및 돌봄에 대한 재교육
	연계 및 의뢰	• 의뢰한 의료진과의 의사소통 • 기관 내 입원형, 가정형 호스피스 연계 의뢰 • 호스피스팀 내 의뢰(성직자, 치료사, 자원봉사자 등) • 호스피스팀 내 조정 및 팀원 소진 관리 • 지역 호스피스기관으로 전원 의뢰 • 진료 연계 담당부서와의 협력
	신체적 돌봄	• 필요 시 적절한 간호 제공(투약, 처치상태 관리, 호흡·영양·배설 간호, 위생관리 등)
	임종돌봄	• 임종 간호(신체, 심리, 영적 평가 및 간호 제공) • 임종에 대한 가족 교육 및 상담 • 장례 절차 준비 지원 • 필요 시 사후 처치
	상담외 활동 (교육훈련)	• 의료진, 환자, 보호자, 자원봉사자, 간병인 대상 호스피스완화의료 교육 • 학생 교육 • 보수교육 수강

- 사회복지사는 환자의 기존 차트를 리뷰하며, 기본적인 심리·사회력을 조사하면서 상담전 준비를 실시함. 본 상담 활동에는 환자와 가족의 가족력, 가족의 역동 사항, 사회적 지지망 및 지원체계를 파악하고, 환자·가족의 가치 및 신념, 영성을 파악하는 등의 심리·사회적 사항 중심으로 환자와 가족을 평가함.
- 사회복지사가 주로 환자와 가족에게 제공하는 돌봄은 정서적 교류와 의사소통 촉진 활동이며, 환자와 가족이 스트레스에 대처하고, 관리할 수 있으며, 의사소통 상 문제 해결을 위한 기술 등에 대하여 교육을 실시함. 또한 환자의 경제·사회적 지지망을 확인하고, 연계 가능한 자원에 대하여 연결을 실시하거나 정보를 제공함. 심리적 지지를 위해 자조모임 등 집단 프로그램을 기획하거나 자원봉사자 서비스를 연결하는 역할을 담당함.
- 사회복지사는 팀 회의 시간에 환자에게 요구되는 지역사회 자원 확인 및 연계 계획을 수립하고 공유하는 역할을 담당하게 됨.
- 환자 임종 전 사회복지사는 임종준비 가정과 임종과정에서 환자와 가족의 지지 및 상담을 실시하게 되며, 환자 임종 후 사별가족을 대상으로 상담 및 가정방문, 전화, 서신발송, 사별가족 모임 기획 및 운영, 연결 등의 업무를 수행함.

〈표 23〉 자문형 호스피스 사회복지사의 활동내용 초안

구분		활동 내용
상담 전 준비		• 차트 리뷰, 심리사회력 조사
초회 상담	환자가족 평가	• 환자의 병력 및 의료적 상태 확인 • 가족력 및 가족 역동, 사회적 지지망, 지원체계 파악 • 환자·가족의 가치 및 신념체계, 영성 파악 • 환자·가족의 병식 및 질병 이해도 파악 • 환자·가족의 욕구 파악
	심리사회적 돌봄	• 환자와 가족의 정서적 교류지지 및 지원 • 환자와 가족의 의사소통 촉진 및 지지
	돌봄계획 수립	• 호스피스·완화의료 및 기관 설명 • 퇴원 및 전원 계획 지원

구분		활동 내용
팀 회의		- 직종별 평가 내용 공유 - 요구되는 지역사회 자원 확인 및 연계 계획 수립 - 가족회의 계획 및 진행
초회 이후 상담	환자가족 평가	- 변화된 가족 역동, 사회적 지지망, 자원체계 확인 - 변화된 병식 및 질병 이해도 확인 - 변화된 욕구 확인
	심리사회적 돌봄	- 정서적 교류지지 및 지원 - 의사소통 촉진 및지지 - 지역사회 자원 연계 및 정보 제공
	돌봄계획 검토/수정	- 완화의료기관 안내 및 연계 - 퇴원 및 전원 계획 지원
	돌봄교육	- 환자와 가족의 스트레스 대처 및 관리 교육 - 환자와 가족의 의사소통 및 문제해결 기술 교육
사회적 돌봄		- 주변지지 자원 및 사회적 지지망 확인 - 지역사회자원 연계 및 정보제공 - 경제력 평가 및 지원 - 자조모임 등 집단 프로그램 기획 및 실행 - 자원봉사 서비스 연결 및 관리
임종관리		- 임종 준비 상담(임종 준비 과정, 임종 시 가족 대처 방법 교육 및 정보제공) - 임종 돌봄 상담(임종과정에서 환자와 가족지지 및 상담)
사별 돌봄		- 사별가족 상담 - 사별가족 가정방문 - 사별가족 전화 - 사별가족 서신발송 - 사별가족모임 기획 및 운영, 연결
연계 및 의뢰		- 기관 내 입원형, 가정형 호스피스 연계 의뢰 - 퇴원 계획, 퇴원 이후 돌봄 및 생활 계획 상담 - 호스피스팀 내 의뢰(성직자, 치료사, 자원봉사자 등) - 지역 호스피스기관으로 전원 의뢰
교육 및 훈련		- 보호자, 자원봉사자, 간병인 등 대상 교육 - 보수교육 수강

- 필수인력 각 직종은 팀 회의를 통해 직종별 평가 내용을 공유하며, 각자가 수립한 돌봄계획을 검토하고, 돌봄목표를 설정, 조정하며, 퇴원 및 전원계획을 포함한 자문형 호스피스 팀의 돌봄 계획을 수립하게 됨.
- 또한 공통적인 업무로 호스피스의 확산과 이해, 저변확대를 위해 의료진, 환자, 보호자, 자원봉사자, 간병인 등을 대상으로 교육활동을 수행하며, 본인의 역량 향상을 위해 호스피스 관련 보수교육을 수강함.
- 위에서 기술한 자문형 호스피스의 서비스 범주별 세부 내용과, 직종별 활동내용 초안을 바탕으로 임상견학을 통한 심층설문 및 전문가 자문회의를 통해 서비스 범주와 세부 내용을 수정하였음. 기존 초안은 각 활동 영역을 나열한 것으로 실제 임상 현장에서 환자와 가족을 대상으로 서비스가 전달되는 절차는 상담과 팀 회의, 임종기 활동과 상담 외 활동으로 구분할 수 있음.

라. 자문형 호스피스 시범사업을 위한 서비스 범주 및 세부내용 수정안

- 심층설문과 전문가 자문회의에서 실제 주치의 또는 담당의료진이 자문형 호스피스팀으로 환자를 의뢰할 경우 환자와 가족이 말기에 대한 인식이 없거나, 주치의로부터 말기 선고를 받지 않은 상태로 의뢰된다는 의견이 다수 있었음. 호스피스 진입은 곧 죽음이라는 일반적인 인식과 더불어 주치의 및 담당의료진에서는 호스피스로의 의뢰를 치료의 선택지로 환자에게 추천 또는 제시하기 때문에 환자와 가족의 병식이 서로 다른 상황에서 원활한 상담이 이뤄지기 어려움.
- 환자와 가족의 병식이 다르면 희망하는 돌봄 계획이 상이하며, 자문형 호스피스 상담시 말기라는 통보를 처음 받은 경우 분노, 희망상실 등 급격한 감정상태의 변화로 체계적인 환자 평가 및 호스피스에서 제공되는 서비스들에 대한 상세한 설명, 향후 돌봄계획에 대한 안내 등이 제공되기 보다는 환자가족의 감정표현 및 의견청취에 상당한 시간을 투입하게 되어 자문형 호스피스 팀원들의 신체적, 정신적 소진으로 이어지게 됨.
- 호스피스의 동의 여부가 결정되지 않은 상태에서 최초 상담이 이뤄질 경우 앞서 언급한 자문형 호스피스의 서비스 범주에 해당하는 환자가족 평가, 돌봄계획 수립, 신체적 돌봄 권고, 심라·사회·영적 돌봄 등의 활동이 원활하게 말기 환자에게 전달될 수 없음.

- 기존 말기 암환자 완화의료전문기관 서비스제공 안내서³⁶⁾에서는 의뢰된 환자의 호스피스 서비스 대상자 판정을 위해서는 우선 말기 암환자 담당의사가 환자의 상태를 진찰 후 판단을 내리며, 가능한 신중한 말기 판단을 위해 전문분야 2인의 판단을 따르도록 권고하고 있음. 말기 암환자의 희망의사는 설명에 의한 동의서(informed consent) 작성을 통해 환자에게 질환과 진행상태, 예후에 대한 정보가 충분히 제공된 상태에서 호스피스·완화의료 이용 동의를 받고 진행되는 것이 요구되었음. 이때 동의를 받기 위해 정보제공 및 설명 주체는 말기 암환자 완화의료를 담당하는 의료진으로 구분되었음.
- 환자가 병식이 없으면서 말기 암환자 완화의료 이용에 반대하지 않는 경우, 가족의 희망에 따라 말기 암환자 완화의료의 대상자가 될 수 있음. 다만, 가족 간에 의견의 불일치가 있을 수 있으므로 가능한 환자의 배우자, 자녀, 부모 등 주요 가족 구성원이 모두 동의하는 경우 제공해야 함. 이 과정에서 완화의료팀은 충분한 정보 제공을 통해 합리적인 의견 조정이 이뤄질 수 있도록 도와야 하며, 의견조정이 이뤄지지 않은 경우
- 환자와 가족의 희망이 상이할 수 있으므로 환자와 가족들이 말기 암환자 완화의료에 대한 정확한 이해에 기초하여 완화의료를 희망하는지, 단순 경제적 이유 또는 간병문제로 완화의료를 희망하지 않는지 등을 충분히 검토해야함.
- 환자가 의식이 없거나 의사결정능력이 없을 때에는 지정한 대리인, 배우자, 직계비속, 존속, 형제자매 순으로 의사결정이 이루어져야 하며, 환자가 의식이 있을 당시 의사를 명시한 것과 상반되어서는 안 됨.
- 기존 치료과정에서 호스피스·완화의료로 치료방식이 전환됨에 따라 환자와 가족구성원의 충분한 정보제공에 기반한 동의가 반드시 수반되어야 함. 따라서 환자가족이 주치의 및 담당의료진으로부터 의뢰가 된 이후 사전 상담 절차를 분리할 필요가 있음. 자문형 호스피스 팀은 의뢰 목적, 의무기록 확인을 시작으로 대체적인 환자·가족의 병식 파악, 호스피스에 대한 안내 및 향후 제공될 서비스에 대한 설명을 제공하고, 환자가 듣고 자문형 호스피스 서비스에 등록할지 여부를 동의서를 통해 정식 절차로 의사를 확인할 수 있도록 상담하는 활동이 존재하며, 이 활동은 본 상담 활동과 구분할 필요가 있음.

36) 보건복지부, 국립암센터. 말기 암환자 완화의료전문기관 서비스 제공 안내. 2016.5

- 호스피스·완화의료에 대한 이용동의 없이 자문형 호스피스 팀이 환자·가족을 전인적으로 평가하여 신체적 돌봄에 대한 사항을 권고하거나, 심리적·사회적·영적지지 활동을 수행할 경우 우선 환자와 가족의 거부감이 들 수 있으며, 필수 인력의 시간 투입이 향후 지속적인 호스피스 서비스 제공으로 이어지지 않을 수 있음.
- 본 상담이전에 사전상담을 실시할 경우, 환자·가족과 호스피스 의료진과의 신뢰적 관계 및 심적 유대관계(rapport)형성에 도움이 될 수 있음.
- 따라서 아래 수정안에서는 자문형 호스피스 진입 전 상세한 안내 및 이용 동의서 확보를 위해 사전상담 절차를 인정하고, 본상담 활동 범주에 환자평가, 가족 평가, 신체적 돌봄 권고(통증관리, 증상 경감), 심리·사회·영적 돌봄을 포함하였음. 또한 연계 및 의뢰 활동을 단순화 하였으며, 돌봄계획의 수립은 팀 회의를 통해 최종 수립되는 것으로 수정하였음.
- 그리고 임종기 활동은 임종 돌봄으로 구분하여 임종 임박 진단 및 설명, 임종기 증상 돌봄을 위한 처방 권고, 임종 돌봄에 대한 주 돌봄자 교육, 정서적지지 활동이 자문형 호스피스 팀의 주요 활동 영역으로 정의하였음. 환자의 임종 후 사후 처치는 자문형 호스피스 팀이 아닌 환자가 소속된 병동의 진료팀에서 주로 실시하므로 사후 처치 활동은 수정안에서 제외하였음.
- 원내 의료진, 환자·가족, 간병인, 자원봉사자 대상의 교육 활동과 자문형 호스피스 팀 구성원들의 보수교육과 같은 교육·훈련 활동은 상담외 활동으로 구분하였으며, 추가적으로 실시하는 자원봉사자 발굴 및 운영, 미술, 음악치료 등 요법프로그램 운영과 같은 활동도 엄밀하게는 심리·사회·영적 돌봄에 포함될 수 있으나, 실제 자문형 호스피스팀의 상담과 직접적으로 연계되기 보다는 별도의 시간에 제공되는 활동이며, 필수인력을 통해 제공되는 서비스가 아니므로 상담외 활동으로 구분하였음. 또한 환자 임종 이후 가족에게 제공되는 사별가족의 위험도 평가, 사별돌봄 프로그램 연계 등의 임종 이후의 사별돌봄 활동은 임종기 활동과 구분하였음.
- 위 과정을 거쳐 수립된 자문형 호스피스의 활동은 아래 표와 같이 정의될 수 있음.

〈표 24〉 자문형 호스피스 서비스 범주별 세부내용 수정안

구분	서비스 범주	세부 내용
본 상담 (상담 및 돌봄 활동)	사전상담	• 의뢰목적, 의무기록 확인 • 환자가족의 병식 파악 • 호스피스 안내제공서비스 안내 • 환자 동의여부 파악, 동의서 확보
	환자평가	• 질병 및 신체상태(통증 및 증상), 기능적 상태 평가 • 심라사화영적 평가 • 병식, 말기병식, 예후 인지 여부
	가족평가	• 가계도 • 심라사화영적 평가 • 병식, 말기병식, 예후 인지 여부 • 희망하는 돌봄 계획
	신체적 돌봄 권고 (통증관리, 증상 경감)	• 검사투약 처방 권고, 타 진료과 협진 권고 • 환자가족에게 증상조절 설명 및 교육
	심라사화영적 돌봄	• 환자가족 정서적 지지 • 환자가족 사이의 의사소통 보완 • 사회경제적 지원을 위한 자원 연계 • 환자가족의 영적(종교적·실존적) 선호 표현 장려 • 필요시 종교적지지 연계
팀회의 활동	연계 및 의뢰	• 기관 내 입원항가정형 호스피스 연계 • 타 진료과 • 타 지원서비스(영양, 의료기기 등) • 타 호스피스완화의료 전문기관
	돌봄계획 수립	• 증상조절 계획 • 심라사화영적지지 계획 • 의사소통 보완 계획 • 사전의료 의향 확인수립 • 호스피스 이용 계획(입원형, 가정형, 자문형) • 기타 연계 및 의뢰 계획
임종기 활동	임종 돌봄	• 임종 임박 진단 및 설명 • 임종기 증상 돌봄을 위한 처방 권고 • 임종 돌봄에 대한 주 돌봄자 교육 • 정서적지지 ※ 사후처치 등은 환자가 소속된 진료팀에서 실시
상담외 활동	교육훈련	• 원내 의료진, 환자/가족, 간병인, 자원봉사자 교육 • 보수교육
	자원봉사자 활동지원	• 원내 자원봉사자 발굴운영
	요법프로그램 운영	• 미술, 음악치료 등 요법프로그램 운영
임종이후 활동	사별 돌봄	• 사별가족의 위험도 평가 • 사별돌봄 프로그램 연계

라. 자문형 호스피스 시범사업을 통한 보완

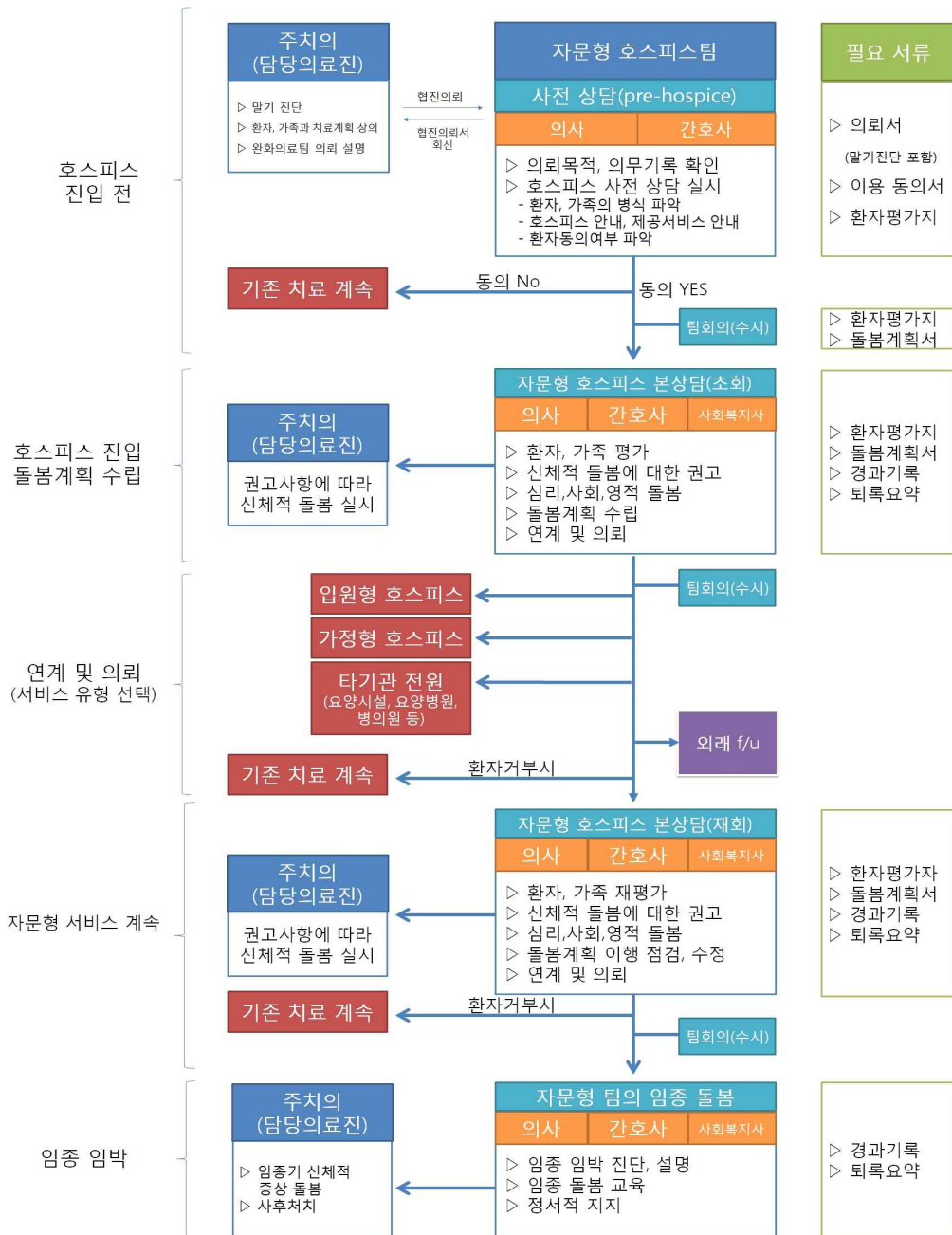
- 자문형 호스피스 활동의 행위 정의는 기존 입원형, 가정형의 돌봄 활동의 기본 원칙과 다르지 않으며, 유사한 점이 다수 있음. 다만, 처방 및 신체적 돌봄에 대한 권한은 주치의와 담당의료진에게 있으며, 자문형 팀의 의사는 신체적 돌봄 및 증상관리에 대한 권고 역할을 수행하는 것이 차이점임. 또한 자문형 호스피스 팀의 활동은 말기 환자가족과의 상담을 통한 돌봄계획 수립, 환자가족의 요구에 따라 타 기관, 타 병동, 다른 유형의 호스피스(입원형, 가정형), 타 전문의료 서비스(임상심리사, 정신과 전문의, 통증 및 증상 경감을 위한 치료 등)로의 연계가 주 영역으로 볼 수 있음.
- 다만 시범사업 서비스 범주 및 세부내용은 말기 암 환자 위주의 기존 모형을 참고하여 작성되었음. 실제 비암성 말기질환 대상자의 경우 말기 암 질환자와 달리 말기의 정의를 내리기 어려우며, 말기 암 질환자들은 통상 임종 한 달 전에 호스피스에 진입하는 것과 다른 이용 양상을 보일 수 있음. 예를 들어 시범사업 초기에는 임종 바로 직전에 자문형 호스피스 팀에 의뢰될 가능성이 존재하여 임종돌봄 위주로 서비스가 제공될 수 있음. 반대로 환자의 증상 유지가 잘 이뤄져 암 환자보다 이용일수가 길어질 수도 있음.
- 그리고 비암성 말기질환 대상자들은 대부분 사회·경제적으로 소외되거나 취약계층일 가능성이 높으며, 가족과의 관계가 소원하고, 암환자와 달리 본인부담 경감 대상자가 아니기 때문에 경제적 지원을 필요로 하는 환자가 많을 수 있음. 실제 임상 현장에서 호스피스로 진입될 경우 생애 말기의 심리·사회적 지지를 위한 요구가 매우 높다는 자문의견이 있었음.
- 따라서 현재의 서비스 범주별 세부내용은 말기 질환의 종류에 따라 달라질 가능성이 있으며, 시범사업을 통해 이를 검증하고, 향후 환자 유형에 따라 다른 형태의 서비스가 제공될 수 있도록 보완이 필요함.

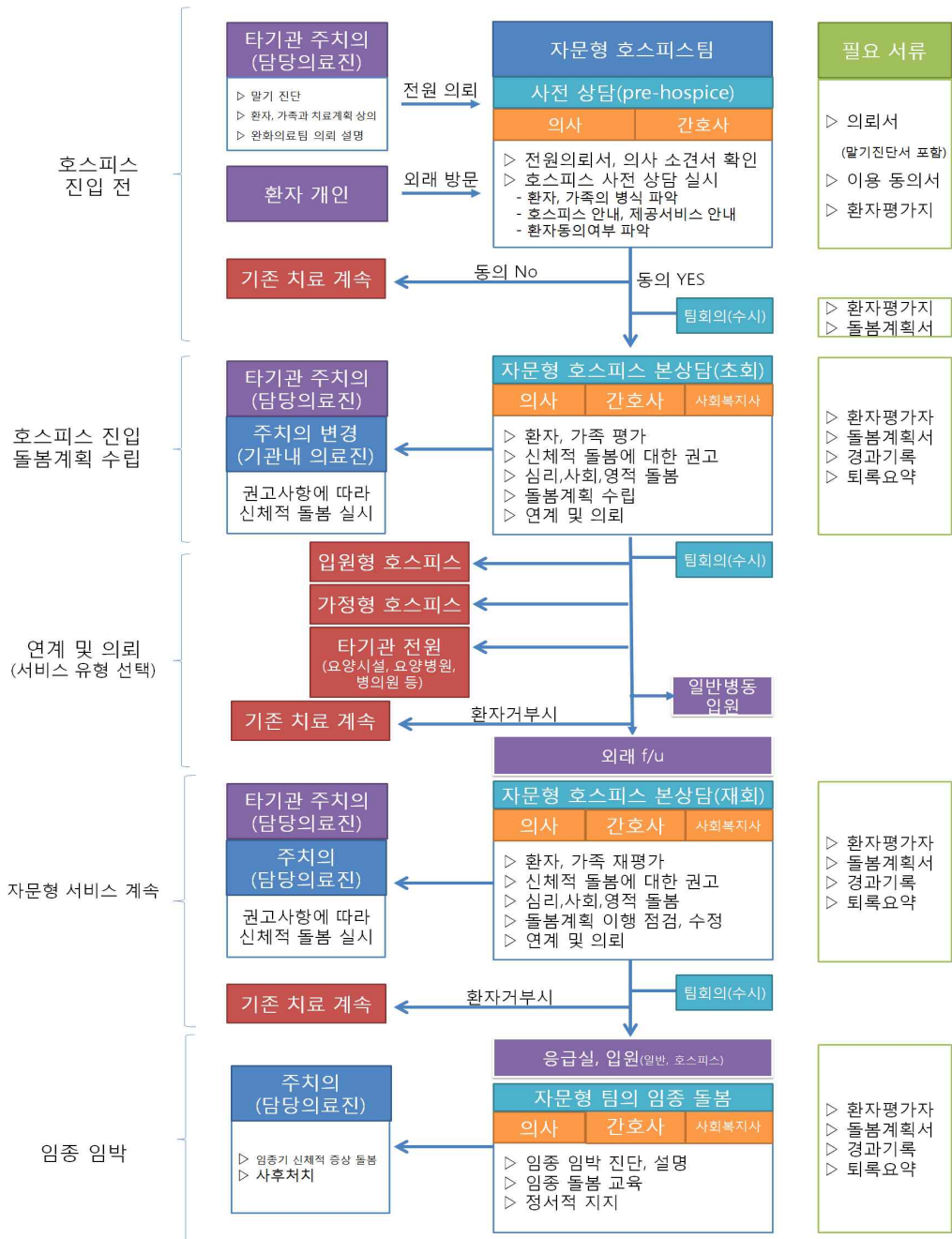
4. 자문형 호스피스 제공 모형

- 자문형 호스피스의 유형은 암성 말기질환과 비암성 말기질환으로 구분될 수 있지만 일반병동 입원 환자와 외래 환자로도 구분될 수 있음. 이용 절차는 현재 말기 암 위주로 입원형·가정형 호스피스 서비스가 이뤄지고 있기 때문에 기존의 호스피스·완화의료팀 협진의료와 상담, 임종기 활동 등으로 절차를 구분할 수 있음.
- (협진 의뢰) 주치의 또는 담당 의료진이 환자의 말기 진단을 실시하고, 환자·가족과 치료계획을 상의하는 과정에서 호스피스·완화의료팀 의뢰에 대하여 설명하고, 환자·에게 자문형 호스피스팀과의 상담 일정을 정하게 됨.
- (사전 상담) 자문형 호스피스팀은 환자 또는 가족과 최초 상담을 실시하게 되며 이는 호스피스 전의 상담(pre-hospice)을 의미함. 기존 호스피스의 환자 평가 단계도 일차적 초기 평가와 포괄적 초기 평가로 구분하여 시행하는 것을 권고하고 있음. 일차적 초기 평가는 팀원 중 의사 또는 간호사에 의해 이뤄지는 것으로 주치의로부터 환자가 의뢰된 목적, 의무기록 등을 확인하게 되며, 향후 본상담의 신체적, 정신적, 사회적, 영적 측면을 포괄하는 포괄적 초기 평가의 기초로 활용됨.
 - 사전 상담 단계에서는 환자·가족의 병식을 파악하고, 호스피스·완화의료에 대한 안내와 향후 제공될 서비스에 대해 안내하면서, 환자의 호스피스 진입여부에 대한 동의를 확보하게 됨.
 - 사전 상담 단계에서의 필요서류로는 주치의의 말기진단 사유를 포함한 의뢰서, 환자의 호스피스 이용 동의서, 초기 평가지 등이 있음.
- (본 상담, 초회) 환자가 호스피스에 진입하기로 결정한 다면 자문형 호스피스 본상담을 실시하게 됨. 이 단계에서는 환자와 가족을 대상으로 신체적, 정신적, 사회적, 영적 측면의 포괄적인 평가가 이뤄지며, 의사, 간호사, 사회복지사의 필수 인력이 투입되며, 가능할 경우 영적 평가를 위한 성직자도 투입될 수 있음. 의사와 간호사는 환자의 신체적·정신적 부분에 대한 평가를 수행하며, 사회복지사는 심리·사회적 평가를 수행하게 됨. 본 상담 활동 안에는 포괄적 평가와 함께 신체적 돌봄에 대한 권고, 환자·가족과의 심층적인 의사소통을 통한 정서적지지, 필요한 사회적 지지망에 대한 파악 및 자원 연계, 종교적 지지활동 등의 심리·사회·영적 돌봄과 필요자원의 연계 등을 포함한 1차적 돌봄계획의 수립이 포함됨.

- 초회 본 상담 이후 환자·가족의 욕구에 따라 입원형·가정형 호스피스로의 연계가 이어질 수 있으며, 요양병원, 요양시설, 급성기 병·의원 등 타 기관으로 전원되거나, 본 기관에서 입원이 아닌 외래로 추후관리(follow up) 되는 등 서비스 유형 선택에 따른 연계활동이 이어질 수 있음.
- (팀 회의) 사전상담 이후 일차적 평가 결과를 바탕으로 본 상담 이전에 팀 회의를 할 수 있으며, 본상담 이후 환자의 포괄적 평가 결과를 바탕으로 돌봄계획의 수립 및 조정을 위해 팀 회의가 이뤄질 수 있음. 완화의료 실무지침에서는 팀 회의는 1주일에 한번 또는 환자 상태에 따라 필요시 개최되어야 한다고 권고하고 있음³⁷⁾.
- (본 상담, 재회) 초회 본 상담과 팀 회의 이후 최초 수립된 돌봄계획과 이행에 대한 점검을 통해 환자의 주기적인 재평가가 이뤄져야 함. 말기 환자의 유형(암성, 비암성)에 따라 신체기능 및 질환의 진행 경과가 상이하므로 환자 상태에 대한 점검과 욕구 변화 등을 관찰해야 함. 초회 상담시 수행한 항목 위주로 재평가를 시행하며, 환자의 상태에 따라 필요한 시기는 상이하나 가급적 일주일에 한번 이상의 재 상담을 가지도록 기존 호스피스·완화의료 지침에서는 권고하고 있음.
- 본 상담 이후 환자 또는 가족이 호스피스만으로는 충분한 증상조절이 되지 않으며, 기존치료를 계속하기를 원할 경우에는 퇴록하여 기존 치료로 전환될 수 있음.
- (임종 돌봄) 환자가 임종이 임박했을 때 자문형 호스피스 팀의 의사, 간호사, 사회복지사는 환자와 가족에게 임종이 임박했음을 알리고 준비할 사항에 대해서 교육하며, 가족에게 임종 증상에 대해서 설명하고 정서적 지지활동을 수행함. 주치의 및 담당 의료진은 환자의 임종기 신체적 증상 돌봄을 담당하며, 환자 사망 시 사후처치를 실시함.
- (외래) 외래 자문형 호스피스는 타기관 주치의의 전원의뢰 또는 환자 개인이 자문형 호스피스팀에 방문하여 자문형 호스피스팀에 사전 상담을 실시하면서 이뤄짐. 자문형 호스피스 팀 역할은 상담 및 돌봄계획 수립, 연계 및 의뢰활동 위주이므로 환자의 입원 여부에 상관없이 우선 동일한 절차에 따라 동일한 서비스를 제공할 수 있도록 하되, 향후 시범사업 동안 외래 자문형 호스피스의 활동 양상을 모니터링하여 제공 모형의 적절성을 검증할 필요가 있음.

37) 보건복지부, 국립암센터. 말기 암환자 완화의료전문기관 서비스 제공 안내. 2016.5





제3장 자문형 호스피스 시범사업 수가 및 모니터링 체계 구축

1. 자문형 호스피스 시범사업 수가 산정

- 선행연구(한국호스피스완화의료학회, 2012)에서는 완화의료팀 필수 직종의 활동영역 별 1명의 환자당 평균 서비스 제공시간에 대해 5개 기관을 대상으로 조사를 실시하였음. 의사의 경우 한 환자에게 평균 약 4회 방문하였으며, 간호사는 약 6회, 사회복지사는 약 3회 방문을 실시하였고, 각 직종은 약 2일 이내의 기간마다 환자를 방문하여 서비스를 제공한다고 응답하였음. 1회당 평균 서비스 제공시간은 의사 약 21분, 간호사 약 36분, 사회복지사 약 25분이었으며, 최초 상담시간은 의사 약 25분, 간호사 약 40분, 사회복지사 약 30분으로 평균 서비스 제공시간보다 긴 투입시간을 가져가는 것으로 조사되었음.

〈표 25〉 한국호스피스완화의료학회의 완화의료팀(PCT) 서비스 제공 실적 총괄

항목		Mean±SD	range(Min~Max)
월별 신규 등록(건)		60	—
환자별 서비스 제공 기간(days)		11.27±8.88	1~55
총 서비스 제공 시간(분)	의사	89.81± 86.58	0~475
	간호사	237.44±246.93	0~1915
	사회복지사	83.39± 94.70	0~570
환자별 서비스 제공 횟수(회)	의사	3.93± 3.51	0~16
	간호사	6.28± 3.96	0~24
	사회복지사	3.01± 3.09	0~19
서비스 간격(days)	의사	1.82± 1.42	1~15
	간호사	1.68± .65	0.75~5.67
	사회복지사	1.71± .88	0.00~5.67
1회당 평균 서비스 제공 시간(분)	의사	21.35± 16.74	0~90
	간호사	35.90± 22.09	0~117.5
	사회복지사	24.85± 28.10	0~120
최초 서비스(첫 방문) 제공 시간(분)	의사	24.92± 19.89	0~120
	간호사	40.17± 24.19	0~180

자료원: 한국호스피스완화의료학회, 가정완화의료 및 완화케어팀 제도 도입방안 연구, 2012, 표 28 재인용

- 위 조사 결과는 말기 암환자를 대상으로 실시한 완화의료팀의 활동결과이며, 본 연구에서 수립한 자문형 호스피스 서비스 범주 및 세부내용과 상이할 수 있음. 따라서 각 필수직종이 실시하는 활동내용과 투입하는 시간을 본 연구에서 재 정의한 자문형 호스피스 활동 내용에 따라 파악하고자 아래와 같은 서면 설문지³⁸⁾를 방문기관에 요청하였음.

〈표 26〉 의사 활동내용에 따른 투입시간 조사표

구분		투입시간	활동내용
상담전 준비		□□분	□ 의뢰목적, 의무기록 확인 □ 병력, 현재상태, 검사결과, □ 투약기록
초회 상담	환자 / 가족 평가	□□분	□ 환자 진찰 및 증상 평가 □ 환자가족의 심리사회적 상태 □ 질병 상태에 대한 이해 정도/말기 병식 유무 □ 희망하는 치료 목표 설문 □ 희망하는 돌봄 장소 설문(주 의사결정자, 주 돌봄 제공자) □ 호스피스완화의료에 대한 이해 정도 및 이용 의향
	신체적 돌봄 (통증 및 증상 조절)	□□분	□ 처방 권고 (투약, 검사, 의뢰 등) □ 환자 담당 의료진과의 의사소통
	돌봄계획 수립	□□분	□ 통증 및 증상 조절 계획 : 처방 권고, 환자 및 가족 교육 □ 심리사회적 돌봄 계획: 정서적 지지, 연계 및 의뢰 □ 의사소통 보완: 의료진-환자/가족, 환자-가족, 가족-가족 간 의사소통 □ 호스피스완화의료 이용 계획: 이용 여부 및 유형(병동/가정/자문) 결정 □ 기타 계획: 퇴원/전원, 추가 상담, 완화의료팀 follow up 계획
	연계 및 의뢰	□□분	□ 동일 의료기관내 병동/가정 호스피스 연계 □ 타진료과 협의진료 의뢰 □ 타지원서비스 (영양, 장루창상, 가정간호 등) 의뢰 □ 타 호스피스완화의료 전문기관 의뢰
팀 회의		□□분	□ 직종별 평가 내용 공유 □ 돌봄 계획 검토 및 수정
초회 이후 상담	환자 평가	□□분	□ 의무기록 확인 □ 환자 진찰 및 증상 평가 □ 초회 평가 항목 중 변동 사항 확인

38) 기입 방식은 각 직종은 환자 1인에게 투입하는 시간에 대하여 해당하는 활동내용에 체크한 후 투입 시간을 기입함.

구분	투입시간	활동내용
신체적 돌봄 (통증 및 증상 조절)	□□분	☐ 처방 권고 (투약, 검사, 의뢰 등) ☐ 환자 담당 의료진과의 의사소통
돌봄계획 검토/ 수정	□□분	☐ 초회 돌봄 계획 진행 상태/변동 사항 확인 ☐ (필요 시) 돌봄 계획 수정
연계 및 의뢰	□□분	☐ 동일 의료기관내 병동/가정 호스피스 연계 ☐ 타 진료과 협의진료 의뢰 ☐ 타지원서비스(영양, 장루창상, 가정간호 등) 의뢰 ☐ 타 호스피스완화의료 전문기관 의뢰
임종 돌봄	□□분	☐ 임종 임박 진단 및 의사소통(환자 담당 의료진, 가족) ☐ 가족에게 임종 돌봄 설명 ☐ 임종기 증상 조절 관련 처방 권고
상담의 활동 (교육·훈련)	□□분	☐ 의료진, 환자, 보호자, 자원봉사자, 간병인 대상 호스피스완화의료 교육 ☐ 보수교육 수강

〈표 27〉 간호사 활동내용에 따른 투입시간 조사표

구분		투입시간	활동 내용
상담 전 준비		□ □ 분	□ 차트 리뷰, 의무기록 등의 확인(병력, 현재상태, 검사결과, 투약기록) □ 기록물 서류관리(과거 입원차트 관리, 진단서 요청)
초회 상담	환자평가	□ □ 분	□ 환자가족 평가(환자 가계도, 신체적 심리사회적 상태, 돌봄 환경, 현재 상태에 대한 환자의 이해정도, 치료 목표 등)
	심리적 돌봄	□ □ 분	□ 지지적 상담 및 감정표현 격려 □ 가족과 환자의 의사소통 촉진 □ 자살예방 관찰 및 상담
	의사결정 과정 지원	□ □ 분	□ 사전의사결정(advanced directive)에 대한 정보 제공 및 상담 □ 사전의사결정에 대한 환자, 가족, 의료진 간의 의사소통 지원
	돌봄계획 수립	□ □ 분	□ 호스피스완화의료 및 기관 설명 □ 퇴원 및 전원 계획 수립
	돌봄교육	□ □ 분	□ 가족 및 환자의 증상조절 및 돌봄에 대한 교육
	연계 및 의뢰	□ □ 분	□ 기관 내 입원형, 가정형 호스피스 연계 의뢰 □ 호스피스팀 내 의뢰(성직자, 치료사, 자원봉사자 등) □ 호스피스팀 내 조정 및 팀원 소진 관리 □ 지역 호스피스기관으로 전원 의뢰 □ 진료 연계 담당부서와의 협력

구분		투입시간	활동 내용
초회 이후 상담	환자 평가	□□분	□ 환자가족 평가(초회 평가 항목 중 변동 사항 확인)
	심리적 돌봄	□□분	□ 가족과 환자의 의사소통 촉진 □ 지지적 상담 및 감정표현 장려
	돌봄계획 검토/수정	□□분	□ 초회 돌봄 계획 진행 상태/변동 사항 확인 □ (필요 시) 돌봄 계획 수정
	돌봄교육	□□분	□ 가족 및 환자의 증상조절 및 돌봄에 대한 재교육
	연계 및 의뢰	□□분	□ 기관 내 입원형, 가정형 호스피스 연계 의뢰 □ 호스피스팀 내 의뢰(성직자, 치료사, 자원봉사자 등) □ 호스피스팀 내 조정 및 팀원 소진 관리 □ 지역 호스피스기관으로 전원 의뢰 □ 진료 연계 담당부서와의 협력
신체적 돌봄		□□분	□ (필요 시) 적절한 간호 제공(투약, 처치상태 관리, 호흡·영양·배설 간호, 위생관리 등)
임종돌봄		□□분	□ 임종 간호(신체, 심리, 영적 평가 및 간호 제공) □ 임종에 대한 가족 교육 및 상담 □ 장례 절차 준비 지원 □ (필요 시) 사후 처치
상담외 활동 (교육·훈련)		□□분	□ 의료진, 환자, 보호자, 자원봉사자, 간병인 대상 호스피스·완화의료 교육 □ 학생 교육 □ 보수교육 수강

〈표 28〉 사회복지사 활동내용에 따른 투입시간 조사표

구분		투입시간	활동 내용
상담 전 준비		□□분	□ 차트 리뷰, 심리사회력 조사
초회 상담	환자가족 평가	□□분	□ 환자의 병력 및 의료적 상태 확인 □ 가족력 및 가족 역동, 사회적 지지망, 자원체계 파악 □ 환자가족의 가치 및 신념체계, 영성 파악 □ 환자가족의 병식 및 질병 이해도 파악 □ 환자가족의 욕구 파악
	심리사회적 돌봄	□□분	□ 환자화 가족의 정서적 교류지지 및 지원 □ 환자화 가족의 의사소통 촉진 및 지지
	돌봄계획 수립	□□분	□ 호스피스·완화의료 및 기관 설명 □ 퇴원 및 전원 계획 지원
	돌봄교육	□□분	□ 환자화 가족의 스트레스 대처 및 관리 교육 □ 환자화 가족의 의사소통 및 문제해결 기술 교육

구분		투입시간	활동 내용
초회 이후 상담	환자가족 평가	□□분	☐ 변화된 가족 역동, 사회적 지지망, 자원체계 확인 ☐ 변화된 병식 및 질병 이해도 확인 ☐ 변화된 욕구 확인
	심리사회적 돌봄	□□분	☐ 정서적 교류지지 및 지원 ☐ 의사소통 촉진 및 지지 ☐ 지역사회 자원 연계 및 정보 제공
	돌봄계획 검토/수정	□□분	☐ 완화의료기관 안내 및 연계 ☐ 퇴원 및 전원 계획 지원
	돌봄교육	□□분	☐ 환자와 가족의 스트레스 대처 및 관리 교육 ☐ 환자와 가족의 의사소통 및 문제해결 기술 교육
사회적 돌봄		□□분	☐ 주변지지 자원 및 사회적 지지망 확인 ☐ 지역사회자원 연계 및 정보제공 ☐ 경제력 평가 및 지원 ☐ 자조모임 등 집단 프로그램 기획 및 실행 ☐ 자원봉사 서비스 연결 및 관리
임종관리		□□분	☐ 임종 준비 상담(임종 준비 과정, 임종 시 가족 대처 방법 교육 및 정보제공) ☐ 임종 돌봄 상담(임종과정에서 환자와 가족지지 및 상담)
사별 돌봄		□□분	☐ 사별가족 상담 ☐ 사별가족 가정방문 ☐ 사별가족 전화 ☐ 사별가족 서신발송 ☐ 사별가족모임 기획 및 운영, 연결
연계 및 의뢰		□□분	☐ 기관 내 입원형, 가정형 호스피스 연계 의뢰 ☐ 퇴원 계획, 퇴원 이후 돌봄 및 생활 계획 상담 ☐ 호스피스팀 내 의뢰(상작자, 치료사, 자원봉사자 등) ☐ 지역 호스피스기관으로 전원 의뢰
교육 및 훈련		□□분	☐ 보호자, 자원봉사자, 간병인 등 대상 교육 ☐ 보수교육 수강

○ 그러나 자문형 호스피스 서비스가 표준화 되지 않았고, 각 기관마다 제공 양상이 다른 상황에서 종사자들이 활동시간을 기입하기에는 한계가 있었으며, 기입한 활동 시간을 전체에 일반화시키기에도 한계가 있었음.

－ 활동시간 설문 결과 모든 기관의 필수인력이 설문에 응답하지 않아 결과를 일반화할 수 없었음. 사회복지사의 경우 겸임인력으로 필요시 자문형 호스피스 환자에 대한 상담과 업무를 처리하므로 설문에 응답하기 어렵다는 의견이 대부분이었음.

- 대략적인 투입시간의 설문을 다시 실시한 결과 자문형 호스피스 팀과 최초 상담을 실시할 경우 40~60분의 상담을 실시하고 있었으며, 팀회의는 약 10~15분 정도 소요된다고 응답하였음. 간호사의 경우 상담이후의 연계활동에 10~20분 별도의 시간을 투입하고 있었음.

〈표 29〉 의사 활동내용에 따른 투입시간 조사표 응답 결과 예시

구분			투입시간	활동내용
상담전 준비			15분	☒ 의뢰목적, 의무기록 확인 ☒ 병력, 현재상태, 검사결과, ☒ 투약기록
초회 상담	가족 상담	가족 평가	30분	☐ 환자 진찰 및 증상 평가 ☐ 환자의 심리사회적 상태 ☒ 질병 상태에 대한 이해 정도/말기 병식 유무 ☒ 희망하는 치료 목표 설문 ☒ 희망하는 돌봄 장소 설문(주 의사결정자, 주 돌봄 제공자) ☒ 호스피스완화의료에 대한 이해 정도 및 이용 의향
	환자 상담	환자 평가	30분	☒ 환자 진찰 및 증상 평가 ☒ 환자의 심리사회적 상태 ☒ 질병 상태에 대한 이해 정도/말기 병식 유무 ☒ 희망하는 치료 목표 설문 ☒ 희망하는 돌봄 장소 설문(주 의사결정자, 주 돌봄 제공자) ☒ 호스피스완화의료에 대한 이해 정도 및 이용 의향
		신체적 돌봄 (통증 및 증상 조절)		☒ 처방 권고 (투약, 검사, 의뢰 등) ☒ 환자 담당 의료진과의 의사소통
		돌봄 계획 수립		☒ 통증 및 증상 조절 계획 : 처방 권고, 환자 및 가족 교육 ☒ 심리사회적 돌봄 계획: 정서적 지지, 연계 및 의뢰 ☒ 의사소통 보완: 의료진-환자/가족, 환자-가족, 가족-가족 간 의사소통 ☒ 호스피스완화의료 이용 계획: 이용 여부 및 유형(병동/가정/자문) 결정 ☒ 기타 계획: 퇴원/전원, 추가 상담, 완화의료팀 follow up 계획
	상담 이후 활동	연계 및 의뢰	□□분	☐ 동일 의료기관내 병동/가정 호스피스 연계 ☐ 타진료과 협의진료 의뢰 ☐ 타지원서비스 (영양, 장루창상, 가정간호 등) 의뢰 ☐ 타 호스피스완화의료 전문기관 의뢰
팀 회의			15분	☒ 직종별 평가 내용 공유 ☒ 돌봄 계획 검토 및 수정

구분			투입시간	활동내용
		신체적 돌봄 (통증 및 증상 조절)		☒ 처방 권고 (투약, 검사, 의뢰 등) ☒ 환자 담당 의료진과의 의사소통
		돌봄 계획 수정		☒ 초회 돌봄 계획 진행 상태/변동 사항 확인 ☒ (필요 시) 돌봄 계획 수정
		연계 및 의뢰		☐ 동일 의료기관내 병동/가정 호스피스 연계 ☐ 타진료과 협의진료 의뢰 ☐ 타지원서비스 (영양, 장루창상, 가정간호 등) 의뢰 ☐ 타 호스피스완화의료 전문기관 의뢰
임종 돌봄			20분	☒ 임종 임박 진단 및 의사소통(환자 담당 의료진, 가족) ☒ 가족에게 임종 돌봄 설명 ☒ 임종기 증상 조절 관련 처방 권고
상담외 활동 (교육·훈련)			☐ 0분	☐ 의료진, 환자, 보호자, 자원봉사자, 간병인 대상 호스피스완화의료 교육 ☐ 보수교육 수강

〈표 30〉 간호사 활동내용에 따른 투입시간 조사표 응답 결과 예시

구분		투입시간	활동 내용
상담 전 준비		15분	☒ 차트 리뷰, 의무기록 등의 확인(병력, 현재상태, 검사결과, 투약기록) ☐ 기록물 서류관리(과거 입원차트 관리, 진단서 요청)
초회 상담	환자평가	30분	☒ 환자가족 평가(환자 가계도, 신체적 심리사회적 상태, 돌봄 환경, 현재 상태에 대한 환자의 이해정도, 치료 목표 등)
	심리적 돌봄	10분	☒ 지지적 상담 및 감정표현 격려 ☒ 가족과 환자의 의사소통 촉진 ☒ 자살예방 관찰 및 상담
	의사결정 과정 지원	15분	☒ 사전의사결정에 대한 정보 제공 및 상담 ☐ 사전의사결정에 대한 환자, 가족, 의료진 간의 의사소통 지원
	돌봄계획 수립	10분	☒ 호스피스완화의료 및 기관 설명 ☒ 퇴원 및 전원 계획 수립
	돌봄교육	10분	☒ 가족 및 환자의 증상조절 및 돌봄에 대한 교육
	연계 및 의뢰	10분	☒ 기관 내 입원형, 가정형 호스피스 연계 의뢰 ☒ 호스피스팀 내 의뢰(성직자, 치료사, 자원봉사자 등) ☐ 호스피스팀 내 조정 및 팀원 소진 관리 ☒ 지역 호스피스기관으로 전원 의뢰 ☒ 진료 연계 담당부서와의 협력

구분		투입시간	활동 내용
초회 이후 상담	환자 평가	5분	☑ 환자가족 평가(초회 평가 항목 중 변동 사항 확인)
	심리적 돌봄	10분	☑ 가족과 환자의 의사소통 촉진 ☑ 지지적 상담 및 감정표현 장려
	돌봄계획 검토/수정	5분	☑ 초회 돌봄 계획 진행 상태/변동 사항 확인 ☑ (필요 시) 돌봄 계획 수정
	돌봄교육	5분	☑ 가족 및 환자의 증상조절 및 돌봄에 대한 재교육
	연계 및 의뢰	5분	☑ 기관 내 입원형, 가정형 호스피스 연계 의뢰 ☑ 호스피스팀 내 의뢰(성직자, 치료사, 자원봉사자 등) ☐ 호스피스팀 내 조정 및 팀원 소진 관리 ☑ 지역 호스피스기관으로 전원 의뢰 ☑ 진료 연계 담당부서와의 협력
신체적 돌봄		10분	☑ (필요 시) 적절한 간호 제공(투약, 처치상태 관리, 호흡·영양·배설 간호, 위생관리 등)
임종돌봄		30분	☑ 임종 간호(신체, 심리, 영적 평가 및 간호 제공) ☑ 임종에 대한 가족 교육 및 상담 ☑ 장례 절차 준비 지원 ☐ (필요 시) 사후 처치
상담외 활동 (교육·훈련)		18분	☑ 의료진, 환자, 보호자, 자원봉사자, 간병인 대상 호스피스완화의료 교육 ☑ 학생 교육 ☑ 보수교육 수강

- 투입 시간 조사를 실시한 결과 시범사업 수가 산정을 위해서 투입자원의 파악하여 산정하기에는 임상견학을 실시한 3개 기관 모두 제공 양상이 상이하였음. 설문에 응답한 기관의 투입시간을 표준모형이라 단정하고, 향후 시범사업에 참여할 기관 모두에 게 확대하기에는 한계가 있음. 따라서 투입 자원을 기반으로 한 시범사업 수가 산정보다는 기준에 이미 급여영역으로 포함된 호스피스 수가 중 본 연구에서 수립한 자문형 호스피스의 제공 모형과 유사한 행위 수가를 준용하는 방안을 대안으로 하였음.

나. 유사 행위의 탐색³⁹⁾

- 사전 상담의 경우 주치의로부터의 협진의로 시작되므로 기본진료료 항목 중 “협의진찰료”로 연계할 수 있음. 협의진찰료는 본상담 전 자문형 호스피스팀의 담당 의사가 대상 환자를 상담한 경우 산정되며, 외래의 경우 초진진찰료를 산정하게 됨⁴⁰⁾.

39) 건강보험 행위 급여비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 고시, 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 고시 참조

40) 협의진찰료는 초진진찰료 수가와 상대가치점수가 동일함.

- 본상담의 경우 입원형 호스피스의 별도산정 급여목록 중 “전인적 돌봄상담료” 수가와 행위 정의가 유사함. 전인적 돌봄상담료는 완화의료병동에서 말기 암환자와 그 가족을 대상으로 의사, 간호사, 사회복지사가 환자의 신체적, 정신적, 사회적 지지를 위하여 전인적 돌봄 상담을 실시한 경우 산정하는 수가로써 입원형 호스피스의 일당 정액수가와 별도로 산정되는 행위료로써 초회와 재회로 구분되어 있음.
 - 초회 상담료의 경우 완화의료전문기관에 최초 입원시 입원 초일부터 3일 이내에 의사, 간호사, 사회복지사가 각각 60분 이상 상담을 실시한 경우 1회에 한하여 산정 가능하며, 동일 기관의 동일 환자는 1회 산정함.
 - 재회 상담료의 경우 의사 30분, 간호사 60분, 사회복지사 60분 이상 각각 상담을 실시한 경우에 제2회부터 1회당 산정하며, 주 1회 산정할 수 있음. 이때 상담 시간은 의사, 간호사, 사회복지사가 참여하는 팀 회의 중 개별 환자에 대한 사례관리 시간이 포함되어 있음. 재회 상담료는 입원 4일째부터 주 1회 산정하고, 재입원의 경우 입원 1일째부터 주 1회 산정함.
- 전인적 돌봄상담료의 투입시간은 한국호스피스완화의료학회의 평균 서비스 제공시간과 큰 차이 없으며, 조사 결과보다 투입시간이 길게 산정되어있기 때문에 전인적 돌봄상담료의 행위료를 준용할 수 있음.
 - 전인적 돌봄상담료는 일당정액에 포함되지 않은 말기 암환자와 가족의 신체적, 정신적, 사회적 지지를 위하여 의사, 간호사, 사회복지사가 돌봄 상담을 실시하는 투입 시간을 바탕으로 산정되었음. 투입시간은 당시 완화의료전문기관 중 조사에 응답한 10개 기관의 직종별 투입시간을 극값을 제외한 평균값으로 산출되었으며, 분당 인건비(2012년 병원경영통계, 2014년 사회복지사학회)에 투입시간을 곱하여 전인적 돌봄상담료 수가가 산정되었음⁴¹⁾.
- 한국호스피스완화의료학회에서 개발한 호스피스병동 입원 환자에 대한 전인적 돌봄 상담 기록 지침 및 표준양식(2016.4)을 살펴보면 의사, 간호사, 사회복지사의 전인적 돌봄상담을 위한 세부 내용이 명시되어 있음. 각 직종의 전인적 돌봄 상담 활동은 자문형 호스피스의 서비스 범주 및 활동 내용과 유사함.

41) 2015년도 제10차 건강보험정책심의위원회 회의자료, 2015.5.21

- 전인적 돌봄상담 기록 지침(한국호스피스·완화의료학회, 2016)상 의사의 초기 상담은 환자의 전원의뢰서, 치료경과를 적은 소견서, 치료 경과 중 발생한 검사결과지, 최근 2~3일간 사용한 투약기록지, 최근 영상의학검사 등의 자료를 숙지하면서 시작함. 초기 상담 시 60분의 시간 동안 초기 문진 및 이학적 검사를 시행하여 환자의 신체적, 심리적 상태 등을 파악하며, 아래와 같은 내용을 포함할 수 있음.
 - 인지기능과 대화기능 유무 파악
 - 최근 3일 이내 발생한 통증(통증부위, 통증양상, 통증 강도 NRS 측정, 사용한 진통제의 효과와 부작용)
 - 경구섭취 상태(양과 횟수, 식사 종류)
 - 주요 증상의 유무와 양상(구역과 구토 유무, 호흡곤란 유무, 배뇨장애, 변비 유무와 평소 배변 습관)
 - 수면양상(수면의 질, 수면 시작과 지속 양상, 수면시간, 수면 관련 약제 사용에 대한 효과)
 - 림프부종 유무와 정도
 - 보행능력(기립가능, 화장실 보행 시 자립 정도)
 - 불안과 우울감 등 감정상태
 - 환자의 병에 대한 인식(병명, 향후 기대하는 치료 효과, 기대여명 등)
- 재회 상담에 해당하는 의사의 경과 상담은 30분의 시간동안 실시하며, 사전돌봄계획의 수립 혹은 연명의료계획서를 작성할 때, 환자의 상태 변화에 대해 예상되는 내용을 미리 환자나 보호자에게 설명할 필요가 있을 때, 환자의 상태변화에 대해 환자나 보호자가 설명을 요구할 때, 퇴원 후 돌봄에 대한 계획을 수립해야 할 때 실시함.
- 간호사의 전인적 돌봄상담 기록 지침은 입원 초기 상담과 입원 기간 중 상담으로 나눌 수 있는데 입원 초기 상담에서는 환자에 대한 일반적 사항(성별, 연령, 진단명, 말기진단일, 호스피스병동입원일, 완화의료이용동의서 작성 관련 의견 확인)과 질병관련 사항, 가족관련 사항, 경제적 상황을 포함한 사회적 사항, 환자와 가족이 원하는 돌봄의 목표 설정, 통증 교육 및 돌봄관련 교육과 임종준비 교육, 팀접근의 계획과 필요성에 대한 안내가 수행됨. 이는 자문형 호스피스의 사전 상담 내용과 유사함.
- 간호사의 입원 기간 중 상담은 신체 증상 관리를 위해 처방에 따른 투약의 효과, 부작용 등에 대해 상담하고, 부정, 불안, 두려움, 외로움, 자존감 저하 등을 표현할 수 있도록 심리적 지지를 실시함. 또한 종교적 요구도 파악 및 필요시 해당 종교인에게 의뢰하는 영적 돌봄과 가족의 소진 예방을 위한 상담, 요법프로그램 시행 이후의 환

자와 가족의 느낌, 감정 변화, 향후 계획 등을 위한 요법프로그램 상담, 임종 교육과 상담, 퇴원계획 수립 및 시행을 위한 상담, 사별준비, 팀 회의 기록 등이 포함됨. 이는 자문형 호스피스의 본상담 초회와 재회 기간 동안 간호사의 활동내용과 유사함.

- 사회복지사의 상담기록 지침을 살펴보면 일반적 사항의 파악은 간호사와 유사하며, 정서상태, 병식, 디스트레스, 문제 대처, 사회적지지 등의 심리사회적 사항에 대하여 평가하게 됨. 또한 가족 사항과 환자의 경제력, 사보험 가입여부 등 경제적 사항을 파악하여 필요한 사회적지지 활동의 계획을 세우게 됨.
- 임종관리의 경우 입원형 호스피스의 별도산정 급여목록 중 “임종관리료⁴²⁾” 수가를 준용할 수 있음. 임종관리료는 완화의료병동에서 임종이 임박한 환자와 그 가족이 편안한 임종을 맞이하도록 의사 30분, 간호사 60분, 사회복지사 30분 이상 각각 임종 관련 신체적·심리적·사회적 돌봄과 지지를 제공한 경우 산정하되, 전체 완화의료 이용기간이 3일을 초과한 환자가 임종한 경우 1회 산정함.
- 임종기 활동 중 자문형 호스피스 팀의 임종 돌봄은 입원형 호스피스의 임종관리료와 연계할 수 있으나, 입원형 호스피스의 임종실은 호스피스병동에 포함된 시설로써 지정기준에 포함되고, 전담인력의 투입이 자문형 호스피스와 상이하기 때문에 임종실료는 일반병동 의 1인실로써 보상되는 격리실입원료 수가를 준용할 수 있음.
- 환자 대상이 아닌 의료인 등 관련 종사자, 일반인을 대상으로 실시하는 교육활동과, 자원봉사자 활동 지원, 건강보험 급여영역이 아닌 요법프로그램의 운영, 환자 임종 이후의 사별돌봄 활동은 상담 외 영역으로 간주할 수 있음. 이 부분은 건강보험 수가가 아닌 자문형 호스피스 시범사업에 참여하는 기관을 대상으로 시행하는 국고지원 사업으로 보상하는 것이 적절함.
- 위의 내용에서 수립한 자문형 호스피스 시범사업 제공모형의 서비스 범주와 유사 수가를 연계하면 아래와 같음.

42) 전인적 돌봄상담료와 같이 임종관리시 투입되는 직종별 투입 시간을 극값을 제외한 평균값으로 산출하여 분당 인건비를 곱하여 산출하였음. 임종관리료에는 환의 1벌에 대한 가격(당시 평균값 14,411원) 포함.

〈표 31〉 자문형 호스피스 시범사업 서비스 범주 및 수가 연계

구분	서비스 범주	수가 연계
사전상담	호스피스 설명 및 안내, 동의서 확보	협의진찰료
본상담	환자평가	돌봄상담료 (초회, 재회)
	가족평가	
	신체적 돌봄 권고(통증관리, 증상 경감)	
	심라사화영적 돌봄	
	연계 및 의뢰	
	팀회의 활동/돌봄계획 수립	
임종기 활동	임종 돌봄	임종실료 / 임종관리료
상담외 활동	관련 종사자, 일반인 교육훈련	수가 비적용 (국고지원)
	자원봉사자 활동지원	
	요법프로그램 운영	
	시별 돌봄	

다. 자문형 호스피스 이용 단계별 수가 적용

- 위의 수가 연계 사항을 기존 수가의 상대가치 점수를 준용할 경우 아래 표와 같음.
자문형 호스피스 시범사업 참여기관은 종합병원 이상의 20개 기관이므로 병원급 이상의 수가를 적용받게 됨⁴³⁾.
- 2017년 환산지수 기준으로 각 행위의 상대가치점수를 금액으로 환산한 결과 자문형 호스피스 시범사업 수가는 아래와 같음. 사전 상담의 경우 상급종합병원 11,250원, 종합병원 10,210원의 수가가 적용되며, 자문형 돌봄 상담료는 초회 95,810원, 재회 64,510원임. 자문형 임종관리료는 71,620원이며, 자문형 임종실료는 상급종합병원 245,000원, 종합병원 196,830원임.
- 시범사업 서비스 범주 및 세부내용은 말기 암 환자 위주의 일반병동 입원환자를 기준으로 작성되었으므로, 비암성 말기질환 대상자와 외래 자문형 호스피스도 동일행위의 동일 보상수준 원칙을 적용하여 시범사업수가를 동일하게 산정하였음. 최종 행위 및 수가수준은 아래와 같음.

43) 시범사업기관은 상급종합병원 10개 기관, 종합병원 10개 기관이 최종 선정되었음. 서울 지역 7개 기관, 인천 지역 3개 기관, 경기지역 4개 기관, 대전지역 2개 기관, 대구지역 2개 기관, 경북 1개 기관, 울산 1개 기관임.

〈표 32〉 자문형 호스피스 시범사업 상대가치점수 및 금액

구분		종별	점수	금액(원)
사전상담		상급종합병원	155.57	11,250
		종합병원	141.25	10,210
		병원	127.02	9,180
		의원	69.63	5,500
자문형 돌봄 상담료	초회	병원급이상	1,325.14	95,810
		의원	1,246.77	98,490
	제2회부터 (1회당)	병원급이상	892.29	64,510
		의원	839.52	66,320
자문형 임종관리료		병원급이상	990.59	71,620
		의원	932.00	73,630
자문형 임종실료(1일당)		상급종합병원	3,388.59	245,000
		종합병원	2,722.39	196,830
		병원	2,187.32	158,140
		의원	1,628.85	128,680

주 1) 상담료 및 임종관리료는 입원외래 동일 상대가치점수 적용

2) 금액은 2017년 점수 당 단가 병원급 이상 72.3원, 의원 79.0원 적용

다. 자문형 호스피스 시범사업 수가의 급여기준

- (일반 원칙) 자문형 호스피스 수가는 행위별 수가로써 환자에게 제공된 진료 수가에 더하여 산정하게 됨. 대신 시범사업 제공 모형에서 돌봄상담료의 경우 자문형 호스피스 담당의사, 전담 간호사, 담당 사회복지사의 필수인력이 모두 투입되는 것을 가정하여 제공되는 행위료로써 필수 인력의 부재 시 원칙적으로 수가를 산정할 수 없음. 따라서 시범사업 참여기관은 대체인력에 대한 계획을 수립해야함.
- (자문형 돌봄상담료) 자문형 돌봄상담료는 시범기관의 일반병동 또는 외래에서 환자 평가, 돌봄계획 수립 등이 포함될 활동에 대한 수가임. 자문형 호스피스팀이 호스피스 대상 환자를 상담하여 자문형 호스피스 이용 동의서를 작성한 후 등록한 환자에게 산정 가능함. 또한 의사, 간호사, 사회복지사가 각각 신체적, 심리·사회적, 지지

를 위한 전인적 돌봄 및 상담을 실시할 경우 산정할 수 있음. 기본 투입 시간은 전인적 돌봄상담료와 같이 초회의 경우 의사, 간호사, 사회복지사 각각 60분이며, 재회의 경우 의사 30분, 간호사 60분, 사회복지사 30분의 돌봄상담을 제공해야 함. 다만, 현재의 시범사업 제공 모형은 환자의 특성(입원, 외래, 암성 말기질환, 비암성 말기질환)에 따라 달리 적용하지 않고, 모든 환자에게 동일하게 적용함.

- 제공모형에서 상담활동의 범주는 단순히 의사, 간호사, 사회복지사가 실시하는 상담 시간 뿐만 아니라 팀 회의 및 돌봄 계획 수립 활동, 연계 및 의뢰를 위해 개별 환자에 투입하는 사례관리 시간을 모두 포함하고 있으므로 자문형 돌봄 상담료의 상담시간에 팀 회의 및 사례관리 시간을 포함함.
- 재회 상담의 경우 기존 전인적 돌봄상담료 산정 원칙과 한국호스피스·완화의료학회의 기록 지침에 명시되어 있듯이 최소 일주일 간격으로 환자 및 가족에 대한 재평가가 실시되어야 하므로, 주 1회 산정하도록 급여기준에 명시할 필요가 있음.
- (임종관리료) 자문형 호스피스의 도입 취지는 생애말기의 전문호스피스적 접근 보다 조기에 호스피스·완화의료 기회를 환자들에게 부여하는 것에 있음. 따라서 임종 직전에 호스피스로 의뢰되는 것을 경계하기 위하여 기존 전인적 돌봄상담료와 같이 전체 호스피스 이용기간이 3일을 초과한 환자에게 산정가능하도록 이용기간에 대한 급여기준이 필요함.
- (임종실료) 임종실료는 임종관리료와 달리 말기 환자는 자신의 임종시기를 예측하기 어려우며, 갑자기 사망할 가능성이 존재하기 때문에 호스피스 이용기간이 3일을 초과한 환자에게 산정가능하도록 제한할 경우 급작스럽게 사망한 환자는 임종실료 급여화의 혜택을 받지 못하고, 1인실 상급병실료를 지불해야 하는 불형평한 상황이 발생할 수 있음. 따라서 최소한의 호스피스 이용기간으로 1일을 초과한 경우로 급여기준을 두며, 기존 입원형 호스피스의 임종실료와 같이 인정 기한은 최대 3일로 제한하는 것이 바람직함.

〈표 33〉 자문형 호스피스 시범사업 수가에 대한 급여기준(안) 요약

구분		산정 기준
자문형 돌봄 상담료	초회	• 대상: 자문형 호스피스 대상자와 그 가족 • 투입인력: 의사, 간호사, 사회복지사 • 행위정의: 환자의 신체적, 정신적, 사회적 지지를 위하여 전인적 돌봄 상담을 실시한 경우 산정 • 절차요건: 일반병동 또는 외래에서 자문형 호스피스 이용동의서를 취득 • 투입시간: 의사, 간호사, 사회복지사가 각각 60분 이상 상담을 실시한 경우에 1회 산정 • 상담시간 포함: 상담시간은 의사, 간호사, 사회복지사가 참여하는 팀 회의 중 개별 환자에 대한 사례관리 시간을 포함
	제2회부터 (1회당)	• 대상, 투입인력, 행위정의 초회 상담료와 동일 • 투입시간: 의사 30분, 간호사 60분, 사회복지사 60분 이상 각각 상담을 실시한 경우에 주 1회 산정 ※ 재입원, 재방문의 경우 입원 1일째부터 주 1회 산정
자문형 임종관리료		• 대상: 임종이 임박한 환자와 그 가족 • 행위정의: 편안한 임종을 맞이하도록 임종관련 신체적·심리적·사회적 돌봄과 지지를 제공한 경우 • 투입시간: 의사 30분, 간호사 60분, 사회복지사 30분 이상 • 절차요건: 전체 호스피스 의료 이용기간이 3일을 초과한 환자가 임종한 경우에 한하여 임종당일 1회 산정 ※ 호스피스 이용기간: 호스피스 전문기관 입퇴원 반복기간, 타기관 이용기간, 가정형 이용기간 포함.
자문형 임종실료(1일당)		• 절차요건: 환자가 임종실 또는 1인실에서 임종한 경우 산정, 호스피스 의료이용 기간이 1일을 초과한 경우 최대 3일 이내로 산정 ※ 임종실에 3일 초과하여 입원한 경우 3일을 초과한 기간은 임종실에 입실하기 이전의 일반병동 병상의 수가로 산정함.

2. 시범사업 모니터링 체계 구축

가. 모니터링 목적

- 모니터링 목적은 자문형 호스피스 시범사업을 통해 제공 모형의 적합성 및 수가 적정성, 서비스 질 등에 대하여 검증하고, 개선사항을 발굴하기 위해 실시함. 시범사업 지침에는 시범사업 참여기관의 의무사항으로써 모니터링 및 조사(평가)와 관련하여 진료기록부, 진료비 계산서, 영수증 등 필요한 자료 제출을 요구받을 때에는 지체 없이 제출하도록 되어 있음.
- 모니터링의 목적은 자문형 호스피스 시범사업의 목표와 연결되어 있음⁴⁴⁾. 자문형 호스피스 시범사업은 우선 확대된 말기질환 중 비암성 말기진단 기준의 적절성을 검증하기 위해 실시함. 비암성 질환의 경우 질환 특성상 말기진단 이후의 기대여명 예측이 어렵기 때문에 호스피스 이용기간 및 개입 시점을 정의하기 어려움. 따라서 시범사업을 통해 연명의료법에 수립된 말기질환의 진단기준을 검증할 필요가 있음.
- 또한 현재의 시범사업 제공모형 및 수가는 말기 암 위주의 일반병동 입원 환자 대상으로 이뤄지는 사례를 중심으로 제시하였기에 본 시범사업 모형의 적합성을 검증할 필요가 있음. 비암성 말기질환자 또는 외래 방문을 통해 자문형 호스피스를 이용하는 환자는 현재의 시범사업에서 정하는 이용 절차, 투입 인력, 서비스 범주 및 활동 내용, 인력별 투입 시간 등이 적합하지 않을 수 있음. 따라서 인적구성 및 서비스 범주의 다양화가 필요한지 확인하기 위해 모니터링이 수행되어야 함.
- 제공 모형의 적합성 검증과 함께 현재 준용한 기존 수가와 달리 자문형 호스피스의 투입 자원이용량을 반영한 본 사업 수가 산정을 위해서도 시범사업간 인력별 활동 범주 및 투입시간에 대한 모니터링이 필요함.
- 본 시범사업의 목적에 따라 자문형 호스피스 제공 실적과 이용 양상을 시범사업 기간 동안 시간의 흐름에 따라 반복적으로 측정, 확인하여 시범사업 성과를 확인하고, 제도적 보완 요소를 탐지하기 위해서 아래의 모니터링 지표를 제안하였음.

44) 보건복지부. 2017 자문형 호스피스 시범사업 서비스 및 지원사업 안내. 2017.7 자문형 호스피스 시범사업 목표 내용을 발췌하여 정리

나. 모니터링 지표

- 모니터링 지표는 자문형 호스피스 시범사업의 투입(input), 과정(process), 산출(output), 결과(outcome)에 따라 구성할 수 있음. 이근정(2015), 김정희(2012), 신동욱(2010)의 선행연구에서는 완화의료 질 관리방안을 제시한 바 있으며, 이근정(2015)의 연구에서는 완화의료 질 지표에 대한 체계적 문헌고찰을 실시한 연구를 분석하여 질 지표 후보군을 선정하고, 질 평가 도메인에 따라 최종지표를 선정하여 아래와 같이 제시한 바 있음. 구조부문의 경우 자문형 호스피스는 교육, 시설, 장비 등이 연명 의료법상 필수 조건으로 명시되어 있음.

〈표 34〉 완화의료 질 평가를 위한 최종 지표안-이근정(2015)

Domain	영역	지표		평가기준
Domain1: 돌봄의 구조	구조	1.필수 의료 인력	의사	연평균 1일 입원환자를 20명으로 나눌 수 이상
			간호사	연평균 1일 입원환자를 2명으로 나눌 수 이상
			사회복지사	상근 1명 이상
	구조	2.교육	의사, 간호사, 사회복지사	60시간 이상 완화의료 교육 이수율
	구조	3.시설	입원실	구분된 공간으로 3개 이상 (1실당 5개 병상 이하, 병상당 6.3㎡이상)
			임종실, 목욕실, 가족실, 상담실, 처치실, 화장실	구분된 공간으로 1실 의무 설치
			간호사실	1실 의무 설치
	구조	4.장비	흡인기, 산소발생기, 휠체어, 목욕침대, 주사용가운, 드레싱세트, 소독기구, 정맥주사거치대	1개 이상 의무 비치
Domain	영역	지표	분자	분모
Domain2: 돌봄계획과 포괄적 평가	과정	1. 돌봄 계획	입원1주일 이내 돌봄계획이 문서화된 환자수	모든 환자수
		2. 돌봄계획의 갱신	2주 이상 입원 시 2주 간격으로 돌봄계획 갱신이 문서화된 환자수	모든 환자수
		3. 돌봄 계획에 대한 환자가족 설명 여부	입원 1주 이내 돌봄계획에 대한 환자 및 가족 설명 여부가 문서화된 환자수	모든 환자수

		4. 포괄적 평가	입원 5일 이내 포괄적 평가가 완료된 기록이 있는 환자 수(기능상태, 통증, 호흡곤란, 구토, 변비, 우울, 불안)	모든 환자수
		5. 퇴원계획의 문서화	퇴원 시 퇴원계획을 작성한 문서가 있는 환자 수	모든 환자수
Domain3: 통증관리	과정	1. 통증 사정	입원 24시간 이내에 양적 척도를 활용하여 통증검사를 실시한 기록이 있는 환자 수	모든 환자수
	과정	2. 통증 처치	통증발생 24시간 이내 통증 완화를 위한 처방 기록이 있는 환자 수	모든 환자수
	과정/결과	3. 통증 관리	통증발생 72시간 이내 양적 척도를 활용하여 통증검사 실시한 결과 통증이 감소한 환자수	모든 환자수
Domain4: 통증외 신체증상 관리	과정	1. 호흡곤란 관리	호흡곤란 호소 환자 중 24시간 이내 조치 받은 환자 수	호흡 곤란 환자수
	과정	2. 구토 관리	구토 검사결과 양성인 환자 중 검사 1일 이내에 조치 받은 환자 수	구토 환자수
	과정	3. 변비 관리	변비검사결과 양성인 환자 중 검사 1일 이내에 조치받은 환자 수	변비 경험 환자수
Domain5: 심리적·정신적 돌봄	과정	1. 심리적·정신적 돌봄: 불안	불안검사결과 양성진단을 받은 환자가 진단 1주 내에 조치를 받은 환자 수	불안을 경험한 환자수
	과정	2. 심리적·정신적 돌봄: 우울	우울검사결과 양성진단을 받은 환자가 진단 1주 내에 조치를 받은 환자 수	우울을 경험한 환자수
Domain6: 사회적·문화적 돌봄	과정	1. 가족돌봄: 가족돌봄계획	입원1주 이내에 가족돌봄 계획에 대한 서면기록이 있는 환자 수	모든 환자수
Domain7: 영적·종교적 돌봄	결과	1. 영적·종교적 돌봄	영적상담을 한 서면기록이 있는 환자 수	모든 환자수
Domain8: 임종환자 돌봄	결과	1. 임종 기록	임종에 대한 기록이 문서화되어 있는 환자 수	사망한 모든 환자수
		2. 사별가족돌봄	사별가족만족도 조사를 실시 유무	사망한 모든 환자수
Domain9: 윤리적·법적 돌봄	과정/결과	1. 임종기돌봄에 대한 환자견해	입원 시 임종기 돌봄 관련 의학적 결정에 대한 환자 및 가족의 견해를 기록한 문서가 있는 환자 수	모든 환자수
	결과	2. 환자대리인이 명확히 기재되어 있는 환자 비율	환자대리인이 의무기록, 상담기록 등에 명시된 환자 수	모든 환자수

자료원: 이근정의, 완화의료 질 관리 방안, 건강보험심사평가원, 2015, 표 40 재인용

- 위 지표는 입원형 호스피스·완화의료로 대상으로 작성된 지표이며, 환자의 입원 전 구조적 평가부터 환자의 입원 중, 임종까지의 전체 흐름에 따라 투입, 과정, 산출, 결과로 나타낸 지표임. 자문형 호스피스 시범사업 모니터링은 시범사업 자체의 투입, 과정, 산출, 결과에 대한 모니터링이므로 아래와 같이 재구성할 수 있음.
- 투입(input) 요소는 시범사업에 투입되는 인적 자원으로 정의할 수 있으며, 시범사업 참여기관의 자문형 호스피스 등록 환자수 대비 필수 인력의 보유수를 통해 현재 연명의료법상 필수인력 기준이 적절한지 여부를 확인할 수 있음.
- 또한 투입 요소 중 수가 적정성을 판단하기 위해 필수인력 직종별 평균 투입시간을 각 활동영역별로 산출할 필요가 있음. 현재 시범사업 수가는 기존의 전인적 돌봄상담료를 준용하면서 직종별 투입시간이 초회 의사 60분, 간호사 60분, 사회복지사 60분, 재회 의사 30분, 간호사 60분, 사회복지사 60분으로 산정되어있음. 임종관리료 역시 기존 입원형 호스피스 수가와 같이 의사 30분, 간호사 60분, 사회복지사 30분으로 산정되어있음. 현재 시범사업 수가의 급여기준과 실제 임상 현장에서 환자의 말기질환 종류 및 입원, 외래 상황에서 투입되는 시간과의 괴리가 발생할 수 있으므로 환자유형별 필수인력의 투입시간을 재조사하여 향후 본 사업에 반영해야 함.
- 과정(process) 요소는 자문형 호스피스 서비스의 전달 과정에 있어서 환자가족의 요구에 따라 서비스가 적절히 제공되고 있는지 확인하는 것임.
 - 우선 자문형 호스피스 제공 모형상 환자가족의 주기적 재평가는 필수 과정이므로 사망, 타 기관 전원 등으로 중간에 퇴락하는 환자를 제외하고 초회 상담 이후 2주 이내 재회상담으로 추후관리(follow up)가 이뤄지는지 점검할 필요가 있음.
 - 또한 환자가족의 전인적 평가 결과에 따라 돌봄계획이 세워지고 자문형 호스피스의 각종 돌봄 및 연계 및 의뢰활동이 계획에 따라 이행되는지 전달 과정의 확인이 필요함. 자문형 돌봄상담료는 신체적 증상에 대한 권고와 심리·사회·영적 돌봄, 연계 및 의뢰 등이 포함되어 하나의 행위료로 지불되기 때문에 청구명세서 및 진료내역 만으로는 각 활동사항에 대한 이행여부를 확인할 수 없음. 따라서 별도의 서식을 통한 신고자료로 돌봄계획의 수립 및 계획된 돌봄의 이행여부를 실시해야 함.
 - 통증 및 신체적 증상 관리를 위한 권고는 실제 이행이 주치의나 담당의료진을 통해 이행되기 때문에 직접적으로 모니터링을 실시하기 보다는 시범사업 간 종사자 설

문 또는 포커스그룹인터뷰와 같은 질적 방법으로 권고사항의 이행 정도와 주치의와 자문형 팀 사이의 의사소통 정도를 확인하는 것이 적절함. 심리·사회·영적 돌봄, 연계 및 의뢰의 경우 별도의 서식을 통한 신고자료로 돌봄계획의 수립 및 계획된 돌봄의 이행여부를 실시하는 것이 적절할 것임.

- 자문형 호스피스로의 진입은 불필요한 치료를 중단하여 환자와 가족의 소진을 예방하고, 보건의료 지출의 효율화와 관련되어 있음. 말기 시기의 적극적인 암 치료가 사망률을 증가시키며, 삶의 질을 저하시키고, 가족 만족도를 감소시킬 수 있음. 자문형 호스피스 환자로 등록된 이후에 연명의료법에서 정하는 항암치료, 심폐소생술, 인공호흡기, 혈액투석과 같은 연명치료의 이행여부를 모니터링 할 필요가 있음.
- 산출(output) 요소는 자문형 호스피스 시범사업의 실적으로 나타날 수 있음. 연명의료법에서 정하는 말기질환으로 사망한 환자 중 자문형 호스피스를 이용한 환자의 비율(자문형 호스피스 이용률)을 살펴봄으로써 시범사업 기간 동안 사업의 확산 정도를 확인할 수 있음. 또한 자문형 호스피스 제공 실적을 확인하고, 질 관리를 위한 급여기준 발굴을 위해 1일당 상담건수, 평균 이용일수, 임종전 호스피스 진입환자의 비율 등을 살펴볼 필요가 있음. 그리고 제공모형 개선 및 향후 호스피스 저변 확산을 위해 자문형 호스피스 진입한 환자의 철회율과 퇴록사유를 살펴봄으로써 향후 종사자의 경험에 대한 설문과 함께 제도 개선사항을 발굴할 필요가 있음.
- 결과(outcome) 요소는 호스피스 환자의 진료결과는 사망으로 이어지기 때문에 환자 상태의 변화와 임상적 개선여부에 대한 측정보다는 경험적 설문으로 실시하는 것이 적절하다고 판단됨. 자문형 호스피스 이용 환자의 경험, 사별가족 만족도, 종사자 경험 등을 별도의 설문조사 또는 포커스그룹인터뷰 등을 실시하여 간접적으로 측정할 수 있을 것임.

〈표 35〉 자문형 호스피스 시범사업 모니터링 지표 및 내용

구분	지표	내용
투입	환자수 대비 인력 보유수	• 필수 인력에 대한 적절성 판단 • 의사, 간호사, 사회복지사 직종별 산출
투입/ 수가적정성	인력별 평균 투입시간	• 직종별 1명의 환자당 평균 투입시간 • 서비스 유형별로 산출 - 본상담(입원외래, 초화재회), 임종관리

구분	지표	내용
과정	주기적 재평가율	- 초기 돌봄계획 수립과 필요시 재평가는 호스피스완화의료의 필수 과정임. - 초회 이후 사망, 타기관 전원 등으로 퇴록되는 환자를 제외하고, 2주 이내 재회상담으로 사후관리 되는지 파악
	돌봄 계획에 따른 심라사화영적 돌봄 이행율	환자의 심라사화영적 요구와 돌봄계획에 따라 서비스가 제공되었는지 확인
	돌봄 계획에 따른 연계 및 의뢰 이행율	환자의 요구와 돌봄계획에 따라 연계 및 의뢰 서비스 제공되었는지 확인
	연명치료 실시율	호스피스 진입에도 불구하고, 연명 치료를 계속 실시하는 것에 대한 모니터링 실시후 급여기준 반영
산출 (이용실적)	자문형 호스피스 이용률	※ 기관별이 아닌 국가단위 지표로 산출 - 사망자 중 자문형 이용 경험에 있는 환자의 비율을 파악, 사업의 확산 정도 측정 - 전체, 외래, 입원 각각 산출
	1일당 상담 건수	- 기관별 제공 특성 파악 - 질 관리를 위한 급여기준 발굴 - 전체, 입원외래, 초회재회 등으로 산출
	자문형 호스피스 철회율	철회 비율에 대한 양적 분석을 통해 문제 발굴, 향후 종사자 경험 조사와 연동
	퇴록 사유	서비스 종결 유형(호전, 사망, 입원(기관 내), 전원(외부기관), 거부) 분포 확인
	평균 이용일수	- 의뢰 시기가 늦어질수록 환자, 가족과의 라포 형성 및 팀 중재를 통한 고통 완화의 가능성이 감소될 뿐만 아니라 비용 절감의 기회도 적어짐. - 환자유형별(입원, 외래, 말기 암비암성 질환) 산출
	임종직전 호스피스 진입 환자 비율	- 조기 호스피스 진입이 환자가족의 만족도를 높일 수 있음. - 임종 직전 호스피스 진입되는 비율의 변화를 통해 사업의 효과를 측정
결과 (Outcome)	환자 경험	환자사별가족종사자의 호스피스 이용 및 제공 경험에 대한 설문조사를 통해 제도적 개선사항 도출
	사별가족 만족도	

다. 모니터링 지표 산출 방안

- 모니터링 지표 산출을 위해 고려할 수 있는 안은 ① 자문형 호스피스 돌봄상담료, 임종관리료 등 관련 수가 청구시 환자가족 평가 결과, 돌봄계획서, 경과기록지 등을 하나의 서식으로 통합하여 첨부자료로 제출하는 것과 ② 기존 호스피스와 같이 권장서식에 따라 참여기관 각자 기입하고, 국립암센터에 일부 내용만 신고하는 것으로 나눌 수 있음.
- 1안의 경우 하나의 서식으로 간소화 하고, 주관식이 아닌 객관식으로 작성하게 하여 자문형 호스피스 환자에 대한 체계적인 자료 관리와 모니터링 지표를 용이하게 산출할 수 있는 장점이 있음. 한국호스피스완화의료학회와 국립암센터 자문회의 결과 1안으로 시행될 경우 시범사업 초기에 첨부자료 작성에 혼란이 예상되고, 자문형 호스피스 팀 인력이 서비스에 투입되는 시간보다 문서작성에 투입되는 시간이 많아질 수 있어 서비스의 질 향상에 도움이 되지 않을 수 있다는 의견이 있었음. 또한 의사와 사회복지사는 겸임인력이며, 첨부자료 작성은 전담 간호사의 업무부담을 높일 수 있어 실제 서비스 전달내용과 제출자료와의 차이가 발생할 가능성이 높아 행정적 낭비가 될 가능성이 있다는 의견을 제시하였음.
- 따라서 2안과 같이 기존 호스피스와 같이 권장서식⁴⁵⁾에 따라 참여기관에서 각자 기입하고, 국립암센터(중앙호스피스센터)에 자문형 호스피스에 관한 사항을 신고하는 것으로 우선 적용되었음. 다만, 권장서식은 5개 종류로 서식 각각을 작성해야 하며, 서식 중 일부사항만이 중앙호스피스센터에 수집되기 때문에 위에서 제시한 모니터링 지표를 모두 충족하는데 한계가 있음.
- 기본정보 등록카드: 환자 정보, 간호자 정보가 포함되어 있으며, 아래에 해당하는 정보가 중앙호스피스센터 자문형 호스피스 등록 DB로 신고됨.
 - 환자: 성별, 생년월일, 의료보장유형(건강보험, 의료급여 등), 장애등급, 진단명, 말기진단일, 말기진단사유, 호스피스서비스의뢰일, 장소, 의뢰목적, 호스피스첫상담일, 호스피스동의서작성일, 상담자 직종, 환자상태(안정기, 불안정기, 임종기), 호스피스거부사유

45) 권장서식은 자문형 호스피스 의뢰서, 기본정보 등록카드, 자문형 호스피스 전인적 평가, 자문형 호스피스 서비스 제공일지, 자문형 호스피스 서비스 종료 기록지 5종으로 구성되어 있음.

- 주간호자: 만족도조사 참여 주간호자 인적사항(이름, 성별, 나이, 관계, 주소, 집 전화, 이동전화, 이메일)
- 전인적평가 및 돌봄계획서/재평가지: 환자의 포괄적 평가 결과가 포함되어 있으나, 중앙호스피스센터로 신고되는 정보는 일부임. 환자의 평가 결과에 따른 호스피스 완화의료 계획 및 구체적 중재사항이 신고되는 정보에 포함되지 않고, 서식에도 주관식으로 답하게 되어 있어 호스피스 중재 계획 및 이행여부에 대한 점검이 어려움.

〈표 36〉 전인적 평가 및 돌봄계획서/재평가지 정보 중 중앙호스피스센터 신고여부 구분

신고 有	신고 無
• 신체증상(통증점수) • 상태분류*(안정기, 불안정기, 임종기) • 의식수준*(명료, 졸린듯한 상태, 혼미, 혼수) • 환자 의사결정능력 • 말기상태인식(환자) • 종교 • 결혼상태 • 돌봄장소 선호(가정, 시설(요양원), 의료기관, 기타) • 의뢰전 돌봄장소(가정, 시설(요양원), 기관 내(급성기 병동), 외부기관(호스피스 병동) • 연명의료계획서 작성여부 • 호스피스 동의서 작성일 • 호스피스 초진일(작성일)	• 진단명 • 장소(일반병동, 외래) • 신체증상(호흡곤란, 피로, 입마름, 기침, 가래, 식욕부진, 구역, 구토, 변비, 복수, 부종, 기타) • 활동상태(일상생활수행능력(ECOG)), 보행, 화장실 사용, 식사, 목욕) • 정신상태(불안, 우울, 섬망, 불면증, 졸음, 기타) • 보조적 환기장치 • 카테터 등 • 질환병식유무 • 기타 어려운점 • 우선적 해결사항 • 중재계획 • 치료우선순위, • 말기환자 담당의사, 필수직종별 각 활동에 대한 투입 시간

- 자문형 호스피스 서비스 제공일지: 서비스 제공일과 장소(일반병동, 외래)별 환자의 활동도(ECOG)와 상태(안정기, 불안정기, 임종기), 통증정도, 의식수준에 대한 평가결과와 더불어 필수직종인 의사, 간호사, 사회복지사의 활동 시간을 기입하게 되어 있으나 기관 자체적으로 작성하며, 중앙호스피스센터로 신고되지 않음.
- 자문형 호스피스 서비스 퇴록 기록지: 환자 퇴록 사유 및 퇴록하는 환자의 상태를 기록하도록 되어 있음. 중앙호스피스센터로 신고되는 정보는 일부임(*표시된 정보는 신고되는 정보임).

〈표 37〉 자문형 호스피스 서비스 퇴록 기록지 정보 중 중앙호스피스센터 신고여부 구분

신고 有	신고 無
• 제공장소(일반병동, 외래) • 초기평가일, 퇴록일 • 초기상태분류, 퇴록시 상태분류 • 통증(초기평가시), 통증(7일 후), • 등록 전 돌봄장소 • 초기 중재계획 • 퇴록 이유 • 사망일자 • 임종돌봄으로 1인실 사용일수 • 퇴록경로 • 활동내역 • 자문횟수	• 진단명 • 의뢰일, 첫 상담일 • 연명의료계획서여부 • 활동요약 • 작성일 • 작성자

- 따라서 지표산출방안으로는 각 기관이 보유한 자료만으로 산출 가능한 정량적 지표를 우선 산출하고, 자료 연계가 필요한 지표는 지속적이고 반복적으로 산출할 수 있도록 자료연계체계를 구축할 것을 제안함.
- 심평원: 기관신고자료 및 청구명세서를 바탕으로 한 환자수 대비 인력 보유수, 자문형 호스피스 이용률, 1일당 상담건수, 임종직전 호스피스 진입 환자 비율
- 중앙호스피스센터: 퇴록사유, 평균이용일수
- 자료연계: 환자의 자문형 진료기간은 권고서식을 통해 정의하는 것이 가장 정확함. 주기적 재평가율, 연명치료 실시율, 자문형 호스피스 철회율 등의 지표 산출을 위해서 자료연계가 필요함.
- 현재의 시스템으로 산출 불가능한 인력별 평균 투입시간, 돌봄계획에 따른 이행여부는 시간의 흐름에 따라 반복적으로 산출이 불가능하기 때문에 시범사업 참여기관이 작성한 제공일지를 별도로 조사할 필요가 있으며, 환자·가족·종사자의 경험 및 만족도 역시 별도의 조사로써 시범사업 성과를 측정해야 함.
- 환자, 가족, 종사자의 자문형호스피스 경험에 따른 설문조사는 한국호스피스·완화의료학회(2012)에서 실시한 설문조사표를 바탕으로 시범사업이 안정적으로 정착된 이후에 별도 조사로 실시하는 것이 바람직함.

〈표 38〉 자문형 호스피스 시범사업 모니터링 지표 및 자료산출 방안

구분	지표	내용	산출식	자료원	자료원 연계사항
투입	환자수 대비 인력 보유수	- 필수 인력에 대한 적절성 판단 - 의사, 간호사, 사회복지사 직종별 산출	- 환자수: 시범사업기간 1일당 환자수 - 전체: <u>시범사업기간 총환자수</u> 직종별 인력수 - 입원: <u>시범사업기간 입원환자수</u> 직종별 인력수 - 외래: <u>시범사업기간 외래환자수</u> 직종별 인력수	- 기관 신고자료 - 청구명세서	
투입/ 수가적 정성	인력별 평균 투입시간	- 직종별 1명의 환자당 평균 투입시간 - 서비스 유형별로 산출 - 입원, 외래, 본상담(초회, 재회), 임종관리	직종별 1명의 환자당 투입시간 평균값	- 청구명세서 출단위 특정내역: 본상담 전체시간만 가능, 임종관리는 시행일자만 파악 가능 - 권고서식 제공일지에 대한 별도의 조사 실시	- 기관 자체 작성중인 사항 시스템화 필요 - 임종관리 직종별 투입시간 파악을 위해 제공일지 권고서식 변경 필요
과정	주기적 재평가율	- 초기 돌봄계획 수립과 필요시 재평가는 호스피스완화의료의 필수 과정임. - 호스피스 매뉴얼에서는 2주 이내에 재평가를 실시하도록 권고하고 있음.	<u>초회 이후 2주 이내 재회상담 환자수</u> 대상 환자수 - 대상 환자: 자문형 등록환자 중 초회 상담 이후 타 기관 또는 타 유형 서비스로 전환되어 퇴록 된 환자를 제외한 나머지	- 청구명세서 - 권고서식 퇴록기록지	- 청구자료만으로 환자의 퇴록여부 판단 불가 - 암센터 시스템으로 환자별 퇴록 이유, 퇴록 경로 파악 가능

구분	지표	내용	산출식	자료원	자료원 연계사항
	심라사화영적 돌봄 제공받은 환자비율	자문형 호스피스의 주요서비스인 심라사화영적 돌봄 제공 받은 환자 비율 확인	- 심라사화영적 돌봄 제공 환자수 대상 환자수 - 대상 환자: 자문형 등록환자 - 심라사화영적 돌봄 제공 환자: 각 권고서식에 아래와 같이 체크된 환자 - 전인적평가및돌봄계획서: 중재계획에 심라사화적지지, 영적 돌봄 제공 체크 - 제공일지: 심라사화적지지, 임종돌봄 제공으로 체크	- 별도의 조사 실시 - 권고서식 기본정보등록카드, 전인적평가및돌봄계획서 제공일지	기관에서 자체 작성중인 중재계획 및 제공일지 신고 시스템화 필요
	연계 및 의뢰 제공받은 환자비율	환자 필요에 따라 연계 및 의뢰 서비스 제공받은 환자 비율 확인	- 연계 및 의뢰 제공 환자수 대상 환자수 - 대상 환자: 자문형 등록환자 중 초회 상담 이후 전인적평가및돌봄계획서 중재계획에 “요양장소의 조정 또는 퇴원계획 수립에 참여” 체크된 환자 - 연계및의뢰 제공 환자: 제공일지에 “요양장소의 조정 또는 퇴원계획 수립” 체크된 환자	- 별도의 조사 실시 - 권고서식 기본정보등록카드, 전인적평가및돌봄계획서 제공일지	기관에서 자체 작성중인 중재계획 및 제공일지 신고 시스템화 필요
	연명치료 실시율	말기 시기의 적극적인 암 치료가 사망률 증가, 삶의 질 저하, 가족 만족도 감소를 초래한다는 연구결과 존재	- 연명치료 실시 환자수 대상 환자수 - 대상 환자: 지표 산출기간 동안 자문형 등록 환자수 - 연명치료 실시 환자: 지표 산출기간 동안 항암치료, 심폐소생술, 인공호흡기, 혈액투석 서비스 받은 환자수	- 청구명세서 진료내역 - 권고서식 퇴록기록지	권고서식의 초기평가일, 퇴록일을 바탕으로 환자별 자문형 진료기간 정의 가능

구분	지표	내용	산출식	자료원	자료원 연계사항
산출 (이용 실적)	자문형 호스피스 이용률	- 기관별 지표 산출이 아닌 국가단위 지표로 산출 - 사망자 중 자문형 이용 경험이 있는 환자의 비율을 파악하여 사업의 확산 검토 - 전체, 외래, 입원 각각 산출	<u>자문형 등록환자수</u> 말기질환 사망자수 - 말기질환 사망자: 해당기간 동안 자문형 대상 질환으로 사망한 환자 - 자문형 등록환자: 초회상담료 청구 환자	- 청구명세서 - 통계청 사망자료	
	1일당 상담 건수	- 기관별 제공 특성 파악 - 질 관리를 위한 급여기준 발굴 - 전체, 입원외래, 초회재회 등으로 산출	<u>Σ(외래입원, 초회재회 본상담 건수)</u> 해당 기간	청구명세서 진료내역	
	자문형 호스피스 철회율	철회 비율에 대한 양적 분석을 통해 문제점 도출, 향후 종사자 만족도 조사와 연동	<u>호스피스완화의료 의사 철회 환자수</u> 자문형 등록환자수 - 자문형 등록환자: 초회상담료 청구 환자 또는 기본정보등록카드 기입한 환자 - 의사철회 환자: 퇴록기록지 중 퇴록 이유에 “거부” 로 체크된 환자	- 청구명세서 - 권고서식 기본정보등록카드 퇴록기록지	- 초회상담료 청구환자수와 기본정보등록환자수 비교, 일치여부 확인 - 현재 시스템 구축된 부분으로 청구자료와 연계 가능
	퇴록 사유	서비스 종결 유형(호전, 사망, 입원(기관 내), 전원(외부기관), 거부) 분포 확인	서비스 종결 유형별 빈도	권고서식 퇴록기록지	현재 암센터 시스템으로만 산출 가능하므로 결과값 활용

구분	지표	내용	산출식	자료원	자료원 연계사항
	평균 이용일수	• 의뢰 시기가 늦어질수록 환자, 가족과의 라포 형성 및 팀 중재를 통한 고통 완화의 가능성이 감소될 뿐만 아니라 비용 절감의 기회도 적어짐. • 환자유형별(입원, 외래, 말기 암비암성 질환) 산출	• $\frac{\sum(\text{퇴록일} - \text{호스피스첫상담일} + 1)}{\text{자문형 등록환자수}}$ ※ 측정 당시까지 퇴록하지 않은 환자의 경우 측정시점을 퇴록일로 정의함.	• 권고서식 기본정보등록카드 퇴록기록지	• 청구자료만으로 환자의 퇴록여부 판단 불가 • 현재 암센터 시스템으로 산출 가능하므로 결과값 활용
	임종직전 호스피스 진입 환자 비율	• 조기 호스피스 진입이 되는 것이 환자 가족의 만족도를 높일 수 있음. • 임종 직전 호스피스 진입되는 비율의 변화를 통해 사업의 효과를 측정	• $\frac{\text{임종 3일전 자문형 등록 환자수}}{\text{자문형 등록환자수}}$ • 자문형 등록환자: 초회상담료 청구 환자 • 임종 3일전: 사망자료 연계	• 청구명세서 • 통계청 사망자료	• 청구자료만으로 산출 가능하지만 암센터 자료연계시 대조검토 가능
결과 (Outcome)	환자 경험	• 환자사별가족종사자의 호스피스 이용 및 제공 경험에 대한 설문조사를 통해 제도적 개선사항 도출	• 한국호스피스완화의료학회 도구 활용 - 통증, 호흡곤란, 피로, 입마름 등 신체증상이 삶에 질에 미친 영향 - 불안, 외로움, 삶의 소중함 등 정신적 상태에 대한 경험 - 의료진 숙련도, 경험에 대한 만족도등	• 시범사업 안정기 이후 참여 기관별 설문조사 실시	• 사별가족대상 만족도 조사는 암센터에서 이미 실시중이므로 결과값 활용

구분	지표	내용	산출식	자료원	자료원 연계사항
	사별가족 만족도		• 국립암센터 사별가족대상 만족도 조사 도구 활용 - 의료에 대한 전반적 만족도(CES, Care Evaluation Scale Short Version) - 고인의 전반적 삶의 질(GDI, Good Death Inventory Short Version)		
	종사자 경험		• 한국호스피스·완화의료학회 도구 활용 - 각 문항별 5점 척도로 구성 - 환자의 통증 및 신체증상 조절, 퇴원 및 요양장소 조정, 환자가족 중심의 의사결정, 가족의지지, 영적 돌봄, 임종 관련 정보제공, 상담에 대한 기여 파악		

제4장 결론 및 고찰

1. 요약 및 결론

- 본 연구는 연명의료법 제정 이후 법제화된 자문형 호스피스 서비스의 시범사업을 위한 팀 중심의 제공모형 및 수가 수준 설정, 향후 모니터링 방안을 모색하였음.
- 우리나라의 호스피스는 말기 암환자를 대상으로 완화의료전문기관을 지정하는 전문 완화케어(specialist palliative care) 위주로 시행되어왔으나, 낮은 호스피스 이용률과 적극적 치료 종료 후 호스피스에 진입하여 무의미한 치료와 비효율적 지출이 계속되며, 환자와 가족, 호스피스·완화의료 종사자들의 소진 등 여러 문제가 제기되어왔음.
- WHO의 호스피스·완화의료의 개념 변화와 선협국의 호스피스·완화의료 확산 등 세계적으로 호스피스·완화의료의 개념이 점차 진단 이후 치료적(curative) 케어와 동시에 증상 관리 등을 병행하는 “경로(trajecory)” 모델로 전환함에 따라 우리나라도 말기 암 뿐만 아니라 말기 후천성면역결핍증, 만성폐쇄성폐질환, 만성 간경화로 대상질환을 확대하였으며, 2018년 2월부터는 임종과정에 있는 환자로 확대할 예정이고, 제공방식을 입원형, 가정형, 자문형으로 확대하였음.
- 자문형 호스피스는 일반병동이나 외래에서 주치의 변경 없이 호스피스 서비스를 원하는 환자의 선택권을 보장하고, 호스피스 기회 확대하여 일반병동에서 임종하는 말기 환자의 죽음의 질을 향상시키고, 입원형·가정형 호스피스, 관련 사회적 지지 자원의 유기적인 연계를 담당하는 역할로써 필요함. 또한 호스피스 인식개선, 저변 확대의 중심축으로서 말기 환자의 조기 진입 활성화를 통한 보건의료자원의 효율적 활용에 이바지할 것으로 여겨짐.
- 이러한 역할을 수행하기 위해 자문형 호스피스는 말기 환자의 호스피스 진입의 접점으로 활동하여, 직접적 치료, 처방을 담당하기 보다는 상담을 통한 신체적 증상 관리의 자문, 치료계획 수립 및 자원의 조화연계 역할을 수행하도록 시범사업 제공모형 초안을 수립하였음.

- 시범사업 제공모형 초안과 유사한 서비스를 제공하고 있는 기관으로 알려진 병원을 임상견학하였으나, 기관별 제공 양상이 상이하여 각 활동영역에 따른 필수인력들의 투입시간을 파악할 수 없었으며, 비암성 말기질환 대상자로 한 호스피스완화의료 서비스 경험 및 실적이 거의 없는 상황이었기 때문에 말기 암 환자의 일반병동 입원 시 제공모형에 따라 입원·외래, 암성·비암성 말기질환 모두 시범사업 동안 동일행위, 동일수가를 적용하도록 제안하였음.
- 자문형 호스피스 활동은 크게 사전상담, 본상담, 임종기 활동, 상담외 활동으로 구분하였으며, 활동영역과 유사한 기존의 행위료를 차용하였으며, 호스피스 확산을 위한 교육·훈련, 자원봉사자, 사별가족 관리 등 환자 대상 서비스가 아니거나, 요법 치료와 같이 현재 급여영역 서비스가 아닌 것들은 국고지원금으로 충당할 것을 제안하였음.
- 또한 본 연구에서 제시한 자문형 호스피스 제공모형 및 수가는 시범사업에 국한되기 때문에 향후 제공 모형의 적합성 및 수가 적정성, 서비스 질 등에 대하여 검증하고, 개선사항을 발굴하기 위해 시범사업간 모니터링 방안을 제시하였음.

2. 정책 제언

- 본 연구에서는 자문형 호스피스라는 새로운 제공 모형 수립을 위해 행위를 표준화하고, 기존 수가를 준용하여 시범사업의 보상수준을 확립하였으며, 향후 제도 개선 및 질 향상을 위한 모니터링 방안을 제시하였음.
- 자문형 호스피스 제도 시작이전에 자문형 호스피스라는 행위의 진료지침이 완성되어야 할 것임. 자문형 호스피스의 목적은 기존 치료의 중단을 통한 호스피스로의 전환이 아니라 질환 진단 이후 치료의 전 과정에서 조기에 완화의료가 적용되는 것이므로 각 질병별 개입시점의 명확한 정의가 필요할 것임.
- 또한 자문형 호스피스는 주치의의 의뢰와 자문형 팀의 권고로 환자에게 서비스가 이뤄지기 때문에 기관 내 관련 인력의 협력이 중요함. 또한 입원형은 상주하는 인력들이 즉각적인 의사결정을 내려 환자에게 서비스를 제공하지만, 자문형의 경우

신체증상을 조절하기 위한 처방권이 자문형 팀에 없으며, 주치의에게 권고하는 형태로 제공되기 때문에 원활한 서비스 전달이 이뤄지기에는 한계가 있음. 또한 환자의 상태를 관찰하는 주기가 입원형은 24시간 가능하지만, 자문형은 불가능하므로 증상 조절을 위한 관리가 어려울 수 있음. 따라서 자문형 호스피스에 참여하는 의사, 사회복지사, 성직자, 봉사자 등의 인력 뿐만 아니라 관련된 진료과의 주치의, 담당의료진 등은 호스피스·완화의료에 대한 충분한 교육이 선행되어야 함.

- 교육 뿐만 아니라 투입 인력의 수준을 제고할 필요가 있음. 현재의 필수인력 기준은 간호사만 전담이고, 의사와 사회복지사는 겸임이기 때문에 이상적인 호스피스·완화 의료 제공이 어려울 수 있음. 입원형에서는 환자와 가족에게 병동전담 인력들이 필요로 하는 서비스를 바로 제공할 수 있으나, 자문형에서는 간호사만 전담인력이고, 의사와 사회복지사는 겸임인력이기 때문에 제공모형에서 정하는 서비스를 모두 제공하기에는 한계가 있을 수 있음. 따라서 시범사업 모니터링을 통해서 환자수 대비 필수인력의 수를 살펴보고, 종사자 만족도를 조사하여 향후 인력 기준의 변경 여부를 검토할 필요가 있음.
- 마지막으로 호스피스에 진입하기 위해서는 주치의와 담당 의료진의 충분한 설명을 기반으로 한 동의가 필수임. 호스피스에 대한 국민과 의료인들의 인식 개선이 우선되어야 하겠지만, 단기적으로는 충분한 의료진의 설명이 가능하고, 환자와 보호자가 신중한 의사결정을 할 수 있어야 함. 현재는 호스피스 진입 전 사전 상담 단계에서 이를 다루도록 하고 있으나, 협진의뢰 절차 및 협의진찰료로 보상하고 있으나, 현장에서는 보상 수준이 낮다는 의견이 있음. 시범사업을 통해 호스피스 서비스 동의 단계 또는 주체의 변경을 검토할 필요가 있으며, 명확한 절차와 서비스 내용, 활동시간에 따른 보상수준의 설정이 필요함.
- 현재 제시된 제공모형과 수가수준은 시범사업에 한정되며, 시범사업 기간 동안 모니터링을 통해 말기 환자가족의 요구에 맞춘 본 사업 제공모형과 보상 수준의 보완이 필요할 것임.

참고문헌

- 국립암센터. 말기환자 관리지침(기준4.1.7). 최근개정일 2017.2.2
- 김대균. 자문형 완화의료 and/or 자문형 호스피스. 가톨릭대학교 인천성모병원. paper presented at the 호스피스완화의료 수가체계 관련 세미나. 2017.3.8. 건강보험 심사평가원
- 김정희, 최지숙, 정보영, 김유진, 유안나, 박영신. 포괄수가 확대 도입에 따른 적정 질 관리방안. 건강보험심사평가원. 2012
- 박소정. 국립암센터 호스피스 완화의료 협진. 국립암센터 완화의료클리닉. paper presented at the 호스피스 전문기관(국립암센터) 방문. 2017.2.16. 국립암센터
- 보건복지부, 국립암센터. 말기 암환자 완화의료전문기관 서비스 제공 안내-제3판. 2016
- 신동욱, 박종혁, 최진영, 김정희, 주지수, 최지은, 박진노 외. 완화의료 서비스 모형 및 질 관리시스템 개발 연구. 국립암센터, 보건복지부. 2010
- 이근정, 정선희, 정은선. 완화의료 질 관리방안. 건강보험심사평가원. 2015
- 장윤정. 호스피스완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률에 대한 이해. 국립암센터. paper presented at the HIRA R&D 세미나. 2017.3.23. 건강보험심사평가원
- 장윤정. 노인과 호스피스 완화의료. 보건복지포럼 2015.7, 38-47
- 태윤희, 정의신, 서수라, 김지윤, 임은실. 주요국의 비암성질환 호스피스완화의료 현황과 시사점. 국민건강보험공단. 2016.
- 허윤정. 자문형 호스피스-완화의료에서의 전문간호 실무 프로토콜 개발[석사학위 논문]. 서울: 연세대학교 간호대학원;2013.
- 한국호스피스완화의료학회. 가정완화의료 및 완화케어팀 제도 도입방안 연구. 보건복지부. 2012.
- CMS. Medicare Benefit Policy Manual. 2015. Available from: URL: <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/Internet-Only-Manuals-Ioms-Items/Cms012673.html>

- CMS. Medicare Claims Processing Manual. 2016. Available from: URL: <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/Internet-Only-Manuals-IOMs-Items/CMS018912.html>
- CMS. Hospice Payment System. 2016. Available from: URL: https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNProducts/downloads/hospice_pay_sys_fs.pdf
- Joanne Lynn, David M. Adamson. White paper: Living well at the end of life. RAND Health. 2003. RAND.
- June R. Lunney, Joanne Lynn, Daiel J. Foley, Steven Lipson, Jack M. Guralnik. Patterns of Functional Decline at the End of Life. JAMA. 2003;289(18):2387-92.
- MedPAC. Report to the Congress: Medicare Payment Policy. 2017. Available from: URL: [medpac.gov/docs/default-source/reports/mar17_entirereport.pdf](https://www.medpac.gov/docs/default-source/reports/mar17_entirereport.pdf)
- NHPCO(National Hospice and Palliative Care Organization). NHPCO's Facts and Figures-Hospice Care in America. 2015.
- 후생노동성. 2016년도 의과 진료보수 점수표. Available from: URL: https://2016.mfeesw.net/?page_id=225626
- Japanese Society for Palliative Medicine. Practical Guidance for Palliative Care Team-ver 2. 2012. Available from: URL: https://www.jspm.ne.jp/jspm_eng/gudance.pdf
- 대만 위생복지부중앙건강보험서(衛生福利部中央健康保險署).全民健康保險安寧共同照護試辦方案, 시범사업안. Available from: URL: https://www.nhi.gov.tw/Resource/bulletin/5814_1040007177-1.pdf

부록: 자문형 호스피스 관련 서식

1 자문형 호스피스 의뢰서



등록번호 : _____

성명 : _____

성별 / 나이 : _____

진료과/병동 : _____

자문형 호스피스 의뢰서

말기 진단명 (코드:)	☐ 암		☐ 후천성면역결핍증		
	☐ 만성 폐쇄성 호흡기질환		☐ 만성 간경화		
※ 담당의사는 말기진단근거를 확인 후, 뒷면의 말기진단기준 해당 항목에 ☒ 표시해주십시오.					
말기질환 치료경과	☐ 수술 ☐ 항암약물치료 ☐ 방사선치료 ☐ 기타 () ☐ 없음				
	(치료경과를 요약하여 입력)				
호스피스 의뢰의 목적	☐ 신체증상관리		☐ 심리·사회·영적 돌봄 및 지지		
	☐ 가족 교육과 지지/상담		☐ 자원연계 및 경제적 지원		
	☐ 사전돌봄계획수립의 지원		☐ 임종준비교육 및 상담		
	☐ 퇴원계획수립의 지원		☐ 기타 ()		
	(세부적인 요청을 요약하여 입력)				
말기 질환 병식 유무	환자	☐ 없음 ☐ 있음	말기 예후의 인식	환자	☐ 없음 ☐ 부분 ☐ 있음
	가족	☐ 없음 ☐ 있음		가족	☐ 없음 ☐ 부분적 ☐ 있음
현재의 질병상태	의식상태	☐ 명료 ☐ 혼미 ☐ 반혼수 ☐ 혼수 ☐ 기타 ()			
	활동도평가	☐ ECOG 0 ☐ ECOG 1 ☐ ECOG 2 ☐ ECOG 3 ☐ ECOG 4			
	통증	부위			

해당 질환	질환 종류	해당 사유	말기진단 기준
□ 가. 암			다음 항목 중 1개 이상에 해당하는 경우 말기로 판단할 수 있다.
		□	① 적극적인 암 치료에도 불구하고 암으로 인하여 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 상태
□ 나. 후천성 면역결핍증		□	② 암의 진행으로 인하여 일상수행능력이 심각히 저하되고 신체 장기의 기능이 악화되어 회복을 기대하기 어려운 상태
		□ ※필수	HIV 감염인이 다음 중 하나에 해당하면서, 기능수준이 Karnofsky Performance Status <50%로 저하를 보인 경우 말기로 판단할 수 있다.
		□	① 다약제 내성으로 항레트로바이러스제 치료에 실패하여 3개월 이상 치료에도 CD4 세포 <25 cell/ μ l이거나 HIV RNA >100,000 copies/ml인 경우
		□	② 임상적으로 중증인 뇌병변장애: 중추신경계림프종, 진행성 다발성 백질 뇌병증, HIV 뇌병증, HIV 관련 치매, 치료에 불응하는 뇌톡소포자충증 등
		□	③ 에이즈 정의 암 또는 기타 암성질환 말기
□ 다. 만성 폐쇄성 호흡기 질환			다음 항목 중 1개 이상에 해당하는 경우 말기로 판단할 수 있다.
		□	① 매우 심한 만성호흡기질환으로 인하여 숨이 차서 의자에 앉아 있는 것도 어려운 경우
		□	② 장기간의 산소 치료를 필요로 하는 경우로 담당의사의 판단으로 수개월 내 사망이 예상되는 경우
		□	③ 호흡부전으로 장기간의 인공호흡기가 필요한 경우 혹은 폐 이식이 필요하지만 금기기준에 해당하거나 환자가 이식을 거절한 경우
□ 라. 만성 간경화		□ ※필수	Child-Pugh C 등급 비대상성 간경화증 환자로 아래의 항목 중 1가지 이상 해당하는 경우 말기로 판단할 수 있다. 단, 환자가 동의한 간이식이 가능한 경우는 제외한다.
		□	① 적극적인 치료에도 불구하고 호전을 보이지 않는 간신증후군
		□	② 적극적인 치료에도 불구하고 호전을 보이지 않는 정맥류 출혈
		□	③ 적극적인 치료에도 불구하고 호전을 보이지 않는 위중한 간성 뇌증

2

기본정보 등록카드



■ 환자 정보 (의뢰이후 호스피스 첫상담까지) (* DB 입력용)

성 별※	☐ 남 ☐ 여	생년월일/나이※	YYYY/MM/DD (만 ____ 세)
의료보장※	☐ 건강보험 ☐ 의료급여 1종 ☐ 의료급여 2종 ☐ 기타		
장애등급※	☐ 없음 ☐ 있음 종류: _____ (등급: ☐ 1급 ☐ 2급 ☐ 3급 ☐ 4급 ☐ 5급 ☐ 6급)		
진 단 명※	☐ 암 ☐ AIDS ☐ COPD ☐ LC, (코드:)		
말기 진단일※	☐ YYYY/MM/DD ☐ 모름		
☐ 암 ※	☐ 적극적인 암 치료에도 불구하고 암으로 인해 수개월 이내에 사망할 것으로 예상됨 ☐ 암의 진행으로 인해 일상수행능력이 심각히 저하되고 신체 장기의 기능이 악화되어 회복을 기대하기 어려운 상태		
☐ AIDS ※	☐ 기능수준 Karnofsky Performance Status(50% (필수)) ☐ 다약제 내성으로 항레트로바이러스제 치료에 실패하여 3개월 이상 치료에도 CD4 세포(25 cell/ μ l)이거나 HIV RNA >100,000 copies/ml인 경우 ☐ 임상적으로 중증인 뇌병변장애: 중추신경계림프종, 진행성 다발성 백질 뇌병증, HIV 뇌병증, HIV 관련 치매, 치료에 불응하는 뇌톡소포자충증 등 ☐ 에이즈 정의 암 또는 기타 암성질환 말기 ☐ 말기 심부전, 말기 호흡부전, 말기 간경화, 투석하지 않고 있는 말기 신부전		
☐ COPD ※	☐ 매우 심한 만성호흡기질환으로 인하여 숨이 차서 의자에 앉아 있는 것도 어려운 경우 ☐ 장기간의 산소 치료를 필요로 하는 경우로 담당의사의 판단으로 수개월 내 사망이 예상되는 경우 ☐ 호흡부전으로 장기간의 인공호흡기가 필요한 경우 혹은 폐 이식이 필요하지만 금기기준에 해당하거나 환자가 이식을 거절한 경우		
☐ LC ※	☐ Child-Pugh C등급 비대상성 간경화증 (필수) ☐ 적극적인 치료에도 불구하고 호전을 보이지 않는 간신중후군 ☐ 적극적인 치료에도 불구하고 호전을 보이지 않는 위중한 간성 뇌증 ☐ 적극적인 치료에도 불구하고 호전을 보이지 않는 정맥류 출혈 ☐ 환자가 간이식을 원치 않음		
호스피스서비스 의뢰 일※	YYYY/MM/DD	의뢰 구분	☐ 호스피스신환 ☐ 재의뢰
의뢰 과 / 담당의사		장소※	☐ 일반병동 ☐ 외래

의뢰 목적※	☐ 신체증상관리 ☐ 심리·사회·영적 돌봄 및 지지 ☐ 가족 교육과 지지/상담 ☐ 자원연계 및 경제적 지원 ☐ 사전돌봄계획수립의 지원 ☐ 임종준비교육 및 상담 ☐ 퇴원계획수립의 지원 ☐ 기타 ()		
호스피스 첫 상담일※	YYYY/MM/DD	호스피스 동의서 작성일※	☐ 동의(YYYY/MM/DD) ☐ 거부
상담자※	☐ 의사 ☐ 간호사 ☐ 사회복지사	상태분류※	☐ 안정기 ☐ 불안정기 ☐ 임종기
호스피스 거부사유※	(첫 상담후 호스피스 서비스가 거부되는 경우 작성) ☐ 본인의 말기인식거부 ☐ 본인의 호스피스거부 ☐ 가족의 말기인식거부 ☐ 가족의 호스피스거부 ☐ 동의서 작성 거부 ☐ 호스피스 이용 비용 부담 ☐ 담당의사의 자문형호스피스 거부 (전과요청 등) ☐ 호스피스 동의했으나, 입원형 호스피스 전과/전원으로 자문형 등록 보류 ☐ 기타 ()		

■ 주간호자 인적 정보

주돌봄제공자	☐ 없음 (환자를 돌보는 사람이 없을 경우, 독거노인 등) ☐ 있음 (있는 경우, 아래에서 선택) [☐ 배우자 ☐ 부모 ☐ 자녀 ☐ 형제/자매 ☐ 친척 ☐ 친구/이웃 ☐ 며느리/사위 ☐ 기타]			
간병여부	☐ 간호간병통합병동 ☐ 사적 간병인 있음 ☐ 사적 간병인 없음			
만족도조사	☐ 동의 ☐ 거절			
만족도조사 참여 주간호자 인적사항 ※	이름		성별 / 나이	☐ 남 ☐ 여 (만 ____ 세)
	환자와의 관계	☐ 배우 ☐ 부모 ☐ 친척 ☐ 친구/이웃	☐ 자녀 ☐ 형제/자매 ☐ 며느리/사위 ☐ 기타	
	주소			
	집전화		이동전화	
	이메일			

3

자문형 호스피스 전인적 평가 및 돌봄계획서



진단명	장소		☐ 일반병동 ☐ 외래
신체 증상	[신체증상] [중증도] [통증의 특성 및 분포] 1. 통증 ※ -지난 24시간동안 가장 심한 점수 VAS_점 -현재점수 VAS_점 2. 호흡곤란 ☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 3. 피로 ☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 4. 입마름 ☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 5. 기침 ☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 6. 가래 ☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 7. 식욕부진 ☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 8. 구역 ☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 9. 구토 ☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 10. 변비 ☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 11. 복수 ☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 12. 부종 ☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 13. 기타 (구체적으로)		
	일상생활 수행능력 (ECOG) 보행 화장실사용 식사 목욕	☐ 0.문제없음 ☐ 1.경한증상 있으나 거동 자유로움 ☐ 2.반나절 이상은 거동 가능 ☐ 3.부족 필요/반나절 이상 누워 지냄 ☐ 4.타인 도움 필요/하루종일 누워지냄 ☐ 혼자 가능 ☐ 도움 필요 ☐ 불가 ☐ 혼자 가능 ☐ 도움 필요 ☐ 휴대용 사용(소변기/소변줄/기저귀) ☐ 혼자 가능 ☐ 도움 필요 ☐ 불가 ☐ 혼자 가능 ☐ 도움 필요 ☐ 불가	
상태분류 ※	☐안정기 ☐불안정기 ☐임종기		
정신 상태	1. 불안 ☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 2. 우울 ☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 3. 섬망 ☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 4. 불면증 ☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 5. 졸음 ☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 6. 기타 (구체적으로)		

의식수준(초기평가시)※	☐ 명료(alert) ☐ 졸린 듯한 상태(drowsy) ☐ 혼미(stupor) ☐ 혼수(coma)		
보조적 환기장치	☐ 없음(Nasal prong이나 mask포함) ☐ High flow ☐ NIV		
환자 의사결정능력※	☐ 있음 ☐ 없음 ☐ 판단어려움		
카테터 등	☐ 없음 ☐ 있음(_____)		
질환병식유무(환자)	☐ 없음 ☐ 있음		
말기상태인식(환자)※	☐ 없음 ☐ 있음		
종 교 ※	☐ 기독교 ☐ 불교 ☐ 천주교 ☐ 기타 ☐ 없음		
결혼상태※	☐ 결혼 ☐ 사별 ☐ 이혼/별거 ☐ 미혼		
돌봄장소 선호(환자)※	☐ 가정 ☐ 시설(요양원) ☐ 의료기관 ☐ 기타		
의뢰전 돌봄 장소※	☐ 가정 ☐ 시설(요양원) ☐ 기관 내(급성기 병동) ☐ 외부기관(호스피스 병동) ☐ 외부기관(급성기 병동) ☐ 기타(요양병원 등)		
연명의료계획서 작성여부※	☐ 미작성 ☐ 작성	호스피스 동의서 작성일※	____ / ____ / ____
호스피스이용동의서 작성자 (환자 기준)	☐ 배우자 ☐ 부모 ☐ 자녀 ☐ 형제/자매 ☐ 지정대리인(____) ☐ 기타		
기타 어려운 점	☐ 가족에 관한 사항 (_____) ☐ 간병 문제 ☐ 경제적 어려움 ☐ 직업/취미/사회생활 ☐ 영적 돌봄 ☐ 기타		
우선적 해결 사항	본인 희망		가족의 희망
중재 계획	호스피스·완화의료 계획		구체적 중재 사항
	☐ 통증 조절		
	☐ 통증 외 신체적 증상의 완화		
	☐ 환자의 심리·사회적 지지		
	☐ 의사결정 지원		
	☐ 요양 장소의 조정 또는 퇴원계획 수립에 참여		
	☐ 가족에 대한 지지		
	☐ 영적 돌봄 제공		
	☐ 임종 돌봄		
치료목표 (우선순위)	① ② ③		
	비고		

호스피스초진일※ (작성일)	년 월 일		
말기환자 담당의사	담당 전공의_____ / 담당 주치의_____		
	호스피스 담당의사	전담간호사	사회복지사
성명			
차트리뷰 및 팀회의	_____분	_____분	_____분
환자, 가족 상담 및 교육	_____분	_____분	_____분
의료진 자문 및 교육	_____분	_____분	_____분
총시간	_____분	_____분	_____분

4 자문형 호스피스 서비스 제공 일지



서비스 제공일	___ / ___ / ___		장소	☐ 일반병동 ☐ 외래	
ECOG (환자활동도 평가)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3 ☐ 4	
상태분류	☐ 안정기 ☐ 불안정기 ☐ 임종기				
통증 정도	지난 24시간 동안 가장 심했을 때의 통증 정도				
	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	
	☐ 6	☐ 7	☐ 8	☐ 9 ☐ 10 ☐ N/A	
	현재 통증 정도				
	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	
	☐ 6	☐ 7	☐ 8	☐ 9 ☐ 10 ☐ N/A	
의식수준	☐ 명료(alert) ☐ 졸린 듯한 상태(drowsy) ☐ 혼미(stupor) ☐ 혼수(coma)				
직종	의사	간호사	사회복지사		
성명 및 서명					
차트리뷰 또는 팀회의					
활동 시간	___ 분	___ 분	___ 분		
차트리뷰	☐ 시행 ☐ 미시행	☐ 시행 ☐ 미시행	☐ 시행 ☐ 미시행		
팀회의	☐ 시행 ☐ 미시행	☐ 시행 ☐ 미시행	☐ 시행 ☐ 미시행		
환자, 가족대상 직접 서비스					
활동시간	___ 분	___ 분	___ 분		
통증 조절 (중복가능)	☐ 평가 ☐ 투약 변경 ☐ 다른 약제 투여 ☐ 술기 시행 ☐ 미제공	☐ 평가 ☐ 교육 ☐ 미제공			
통증 외 신체적 증상완화 (중복가능)	☐ 평가 ☐ 투약 변경 ☐ 다른 약제 투여 ☐ 술기 시행 ☐ 미제공	☐ 평가 ☐ 교육 ☐ 미제공			

심리사회적 지지	☐ 제공 ☐ 미제공	☐ 제공 ☐ 미제공	☐ 제공 ☐ 미제공
의사결정 지원	☐ 제공 ☐ 미제공	☐ 제공 ☐ 미제공	☐ 제공 ☐ 미제공
요양장소의 조정 또는 퇴원계획 수립	☐ 제공 ☐ 미제공	☐ 제공 ☐ 미제공	☐ 제공 ☐ 미제공
가족지지 및 교육	☐ 제공 ☐ 미제공	☐ 제공 ☐ 미제공	☐ 제공 ☐ 미제공
영적 돌봄	☐ 제공 ☐ 미제공	☐ 제공 ☐ 미제공	☐ 제공 ☐ 미제공
임종 돌봄	☐ 제공 ☐ 미제공	☐ 제공 ☐ 미제공	☐ 제공 ☐ 미제공
담당 의료진교육 및 자문			
담당 의료진교육 및 자문	☐ 시행 ☐ 미시행	☐ 시행 ☐ 미시행	☐ 시행 ☐ 미시행
활동시간	_____분	_____분	_____분
자문요약			
기타 직종 서비스 제공			
직종	서비스 내용	활동 시간	

5

자문형 호스피스 서비스 퇴록 기록지



진단명 (코드)		제공장소※	☐ 일반병동 ☐ 외래
의뢰일	년 월 일	첫상담일	년 월 일
초기평가일※	년 월 일	퇴록일※	년 월 일
초기상태분류※	☐ 안정 ☐ 불안정기 ☐ 임종기	퇴록시 상태분류※	☐ 안정 ☐ 불안정기 ☐ 임종기 ☐ 사망
통증(초기평가)※	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ N/A	통증 (7일 후)※	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ N/A
등록 전 돌봄 장소※	☐ 가정 ☐ 외부기관(호스피스 병동)	☐ 시설(요양원) ☐ 외부기관(급성기 병동)	☐ 기관 내(급성기 병동) ☐ 기타(요양병원 등)
초기중재 계획※	☐ 신체증상관리 ☐ 자원연계 및 경제적 지원 ☐ 퇴원계획수립의 지원	☐ 심리사회영적 돌봄 및 지지 ☐ 사전돌봄계획수립의 지원 ☐ 기타 ()	☐ 가족교육과 상담 ☐ 임종준비교육 및 상담
퇴록 이유※	☐ 호전 ☐ 사망 ☐ 입원(기관 내)	☐ 전원(외부기관)	☐ 거부 ☐ 기타
사망정보※	일자(YYYY/MM/DD)	임종돌봄으로 1인실 사용일수※	_____ 일
퇴록 경로 (사망 제외)※	☐ 가정 ☐ 외부기관(호스피스 병동)	☐ 시설(요양원) ☐ 외부기관(급성기 병동)	☐ 기관 내(급성기 병동) ☐ 기타(요양병원 등)
연명의료계획 서 여부	☐ 미작성 ☐ 작성		
활동요약			
활동내역※	☐ 통증 조절 ☐ 통증 외 신체적 증상완화 ☐ 심리사회적지지 ☐ 의사결정 지원 ☐ 요양장소의 조정 또는 퇴원계획 수립 ☐ 가족지지 및 교육 ☐ 영적 돌봄 ☐ 임종 돌봄		
자문횟수※	의사: _____ 회	영적돌봄제공자: _____ 회	
	간호사: _____ 회	자원봉사자: _____ 회	
	사회복지사: _____ 회	요법치료사: _____ 회	
	전화상담: _____ 회		
작성일		작성자 _____ (서명)	

팀 중심의 자문형 호스피스·완화의료 제공 모형 개발

발 행 일 : 2018년 3월

발 행 인 : 김 승 택

편 집 인 : 황 의 동

발 행 처 : 건강보험심사평가원 심사평가연구소
강원도 원주시 혁신로60

대표전화 : 1644-2000

홈페이지 : www.hira.or.kr

인 쇄 처 : () -

※ 이 보고서는 무단으로 복제나 인용을 할 수 없습니다.

(저작권법 제136조 등 관련법 적용)