

말기암환자를 위한 제주지역 내 기관의 현황과 제주지역암센터의 역할#

홍한솔, 허정식*

제주대학교 의학전문대학원 의학과, 비뇨기과학교실*

(Received November 3, 2014; Revised November 10, 2014; Accepted November 17, 2014)

Abstract

The Status of Institutions for End-of-Life Care in Jeju and the Role of Jeju Regional Cancer Center

Han-Sol Hong, Jung-Sik Huh*

Urology, School of Medicine, Jeju National University, Jeju National University Hospital, Jeju, Korea

Death has not been avoided then human will die. Improved sanitation, concerted efforts by public health, new science and technology, and the development of medical interventions have increased life expectancy. Also, needs to improve the quality of life for patients with end-of-life has been increased. As care for patients with terminal illnesses has shifted from home to institutions, lack of familiarity with dying process and death has appeared. Hospice and palliative care is the part of medicine to take care patients with progressive, far-advanced diseases and short life expectancy, less than 6 months, for whom the focus of care is relief of suffering and the quality of life. Subsequent decades have seen a marked growth in the number of institutions operating in Korea. But, hospice and palliative care still take a care for only a small group for dying patients. There have been no data for hospice and palliative care institutions in Jeju. This study is to summarize the status of institution for end-of-life care in Jeju and role of Jeju regional cancer center. Most hospice professionals don't have experience of hospice palliative care, and has not received proper amount of hospice education in Jeju. There are only 3 institutions and 2 volunteer groups in Jeju. In order to take a care patient with terminal illness, the general consensus that end-of-life care must improve, the public still maintains an adequate attitude toward end-of-life and the role of health workers. Jeju regional cancer center need to improve education programs of hospice palliative care according to the role of it and offer it for hospice care. (J Med Life Sci 2014;11(2):158-162)

Key Words : Death, End-of-Life, Hospice, Palliative care, Jeju

서론

인간은 누구나 태어남과 동시에 죽음이라는 것을 맞이하게 된다. 출생한 이후 한 사람을 둘러싸고 있는 다양한 환경에 의해 현재의 생활과 삶의 질이 많이 달라지지만 죽음이라는 용어 아래에서는 똑 같은 일이 발생될 것이다. 죽음을 맞이하게 되는 장소나 시간, 연령, 원인에서는 차이가 있을 수 있다. 언제 죽음을 맞이하게 될 지는 아무도 모르는 일이며 사후에 일어나는 일에 대하여서는 개인마다 종교와 문화, 개인의 신념에 따라 다를 수 있다. 이러한 죽음에 대한 이야기는 모두 꺼려하는 것이 현

실이며 개인이 모두 현실에 주어진 여건에서 보다 좋은 삶과 장수를 위해 운동을 하거나 소식과 유기농 음식물 섭취와 같은 식이요법, 명상 등의 다양한 방법을 이용하고 있다. 경제적으로 안정이 되기 전에는 단순하게 경제적으로 안정이 되기 위해 노력을 하였으나 현재 경제력이 안정된 이후에는 누구나 건강을 위해 노력을 하고 있다. 또한 의학 기술의 발달로 인해 평균수명이 이전에 비하여 늘어나고 있으며 이로 인해 이전에는 진단이 되지 않았던 질환의 확진뿐만 아니라 암의 발병도 증가되는 추세이다. 우리나라의 사망통계자료에 의하면 2010년도의 사망원인은 암, 뇌혈관질환, 심장질환 순이며 이중 1위인 암은 우리나라 인구 10만 명당 144.4명으로 알려져 있다¹⁾.

2012년도 제주도 지역 암 등록본부의 자료에 의하면 2010년 한 해 동안 새롭게 암으로 진단된 암 발생자수는 2,067명으로 이중 남성이 1,118명, 여성이 949명으로 1999년 1,217명에 비해 69.8%가 증가하였다. 제주지역의 암 발생자의 연령은 주로 60

Correspondence to : Jung-Sik Huh
Department of Urology Jeju National University School of Medicine,
Aran 13gil 15, Jeju-si, Jeju Special Self-governing Province,
Republic of Korea, 690-767
E-mail : urohjs@jeju.ac.kr

대 이상 남성과 여성이 각각 63.0%, 50.3%를 차지하였으며, 연령이 높을수록 암의 발생이 증가되고 있다(Table 1).

Table 1. Death rate in Jeju. (2007-2011)

Cause of Death	Region	Sex	No. of Death	Death rate								
Neoplasm (C00-D48)	Jeju	Total	739	135.9	738	131.8	746	132.8	832	147.5	850	149.6
		Male	459	164.5	449	160.5	457	162.8	518	183.6	526	185.1
		Female	280	100.1	289	103.1	289	102.9	314	111.3	324	114.1

우리나라의 평균수명을 81세로 가정할 경우 암 발생 확률은 전체적으로 34.4%이며 남성과 여성은 각각 38.22%, 30.2%이 발생할 수 있을 것이다. 제주지역내의 가장 흔한 암은 갑상선암이고 이는 전체의 13.8%이며 대장암은 13.5%, 위암은 12.5%, 폐암은 11.0% 순으로 발생되었으며, 남성의 경우 대장암, 폐암, 위암이 각각 15.7%, 15.4%, 15.2% 순이며 여성의 경우 갑상선암, 유방암, 대장암 이 각각 24.0%, 11.1%, 8.3% 순이었다. 이러한 자료에서 제주지역도 점차 암의 발생률이 증가함에 따라 암으로 인한 사망률도 또한 증가하고 있다. 초기에 암이 발견되는 경우가 증가되고 있으며 다양한 방법의 완치가 되는 경우가 증가되고 있으나 또 다른 2차 암이 발생하는 경우도 있다.

암이 진단된 이후부터 수술이나 다른 치료를 하는 경우부터 말기가 된 이후 치료에 전혀 반응이 없어 죽음을 맞이한 경우 환자 본인뿐만 아니라 그 가족들에게까지 다양한 고통이 수반된다. 고통은 환자 본인의 단순한 신체적 고통뿐만 아니라 환자 본인과 그 가족들의 심리사회적, 경제적, 영적인 고통이 수반된다. 이러한 다양한 고통은 현대를 살아가는 것에서 삶의 질을 중요시하는 바탕과 관련되어 더욱 풀어가야 하는 중요한 문제로 대두되고 있다. 이러한 요구에 발맞추어 호스피스완화의료에 대한 관심이 더해지고 있으며 의료진을 위한 단기교육과정에서부터 전문적인 대학원과정까지 운영되고 있다²⁻⁴⁾.

교육적인 측면 뿐 만 아니라 각 지역마다 호스피스완화医료를 위한 의료기관들이 늘어나고 있다.

말기 암 환자에 대한 지정기관은 2005년 15개 기관에서 2010년 43개 기관으로 증가되었다. 국가 암 관리체계를 구축하고 수도권지역으로 환자의 집중화를 방지하며 암의 사회적, 정신적, 경제적 고통을 완화시킬 목적으로 2004년도부터 지역암센터가 지정되었으며 2009년 마지막으로 제주지역암센터가 설립되어 현재까지 다양한 활동을 하고 있다. 현행 말기 암 환자에 대한 지정 의료기관의 요건으로는 연평균 입원 환자 20인당 의사 1인, 연평균 입원 환자 2.5명당 간호사 1인, 20병상 기준 30명이상의 자원봉사자와 상근 혹은 비상근 인력이 1인 이상, 1실 6인 이하 병상과 혈압계 등 일반적으로 환자의 신체징후를 측정하는 장비를 갖추고 있어야 하며 모든 직종에 관계없이 60시간이상의 호스피스완화의료에 대한 교육을 받아야 하는 것으로 되어 있다⁵⁾. 호스피스완화의료의 기원은 치료를 위한 의료라기보다는 종료적인 사명으로 시작되었으며 소약해진 몸을 회복하거나 사망 장소로서의 역할을 하였으며 현대적인 의미의 호스피스는 시슬리 손

더즈에 의해 1967년 영국 런던의 성 크리스토퍼 호스피스를 중심으로 시작되었고 우리나라에서는 1965년 강릉의 갈바리호스피스 호주의 마리아의 작은 자매회에서 파견을 나오면서 시작되어 1980년도에 기독교와 가톨릭교를 중심으로 임종 환자에 대한 관심이 높아지고 가정 호스피스와 병원 내 호스피스가 시작되어 최근 호스피스완화의료 전공의 과정이 시작되었다⁶⁾. 그러나 아직 제주지역에서는 호스피스완화의료의 현황과 이에 대한 연구가 없어 제주지역만의 호스피스기관의 현황과 문제점을 제시하고 제주지역암센터의 역할에 대하여 알아보려고 하였다.

대상 및 방법

제주 지역 내에는 다른 지역과 마찬가지로 요양병원과 요양원 등 임종환자와 말기 암 환자를 돌보는 기관은 다양하게 있으나 말기 암 지정 의료기관으로 지정된 곳은 2곳으로 성이시돌 복지 의원과 제주지역암센터의 호스피스완화의료병동 2곳만이 지정되어 있으며, 이와 관련된 단체는 종교단체와 연관이 많으며 우선 호스피스완화의료단체와 기관의 역사와 현황에 대하여 각 기관에서 발간되는 자료를 수집하고 각 기관별 인터넷주소에서 검색하여 정리보완을 하였으며 제주지역암센터의 경우에는 연도별 계획안에 대하여 자료를 수집하여 정리하였다.

결 과

가. 제주호스피스

도내 최초로 호스피스 관련단체로 1996년 10월 대한예수교장로회제주노회에서 병원선교위원회를 구성하여 제주호스피스선교회 자원봉사자 교육모임을 시작으로 1997년 4월 자원봉사자교육을 실시하여 2012년 9월까지 총 1,930명이 수료하였으며 2004년도에 제주호스피스로 명칭이 변경되었다. 기독교에서 시작이 되었으나 초교파적으로 교육과 환자의 돌봄이 이루어지고 있다. 현재 제주 시내 종합병원에서 산재 형태로 자원봉사자들이 활동하고 있으며 환자가 퇴원후 가정을 직접 방문하여 돌보는 가정 호스피스를 실시하고 있다⁷⁾.

나. 바라밀호스피스

2005년 4월에 바라밀호스피스봉사자모임을 시작으로 2011년 9월에 가난한 말기 암 환자를 위한 쉼터인 반야사요사체를 애원

음에 준공하였으며 제주의료원과 제주대학교병원 호스피스병동에서 활동을 하고 있다.

다. 성이시들 복지의원

1970년도에 치료를 위해 제주시로 나가야 하는 가난한 한림주민들이 의료혜택을 주기위해 임피제(맥그린치) 신부에 의해 한림항부근에서 설립되어 아일랜드의 성골롬반 수녀회소속의 의료진이 외래진료를 시작했다. 설립정신으로는 가난하고 어려운 환경에 있는 말기 암 환자 부, 뜻을 함께하는 이와 수녀들, 직원들 하나 되어, 신체적, 정서적, 사회적, 영적, 총체적 돌봄, 가족처럼 사랑으로 보살피는 무료의원 등이다. 1998년 골롬반회수녀회에서 서울 성가비너회 소속 수녀들이 파견된 이후 2002년 3월 가난한 말기암환자를 위한 독립 시설형 호스피스병동을 시작되어 2007년 금악에 위치하였으며 2008년 3월에 보건복지부로부터 말기 암 환자 호스피스사업기관으로 선정되었으며 총 13실 25병상과 하나의 임종실로 구성되어 있으며 자원봉사자와 의료진, 성직자 등이 한팀이 되어 말기 암 환자를 돌보고 있으며 또한 그 가족에 대한 돌봄을 제공하고 있다. 종교, 지역, 경제 상화에 관계없이 말기 암 진단을 받고 더 이상의 치료효과를 기대하기 어려운 말기 암 환자를 대상으로 하며 퇴원 후 가정호스피스를 원하시는 환자와 가정에 있는 말기 암 환자와 가족들을 위한 가정 호스피스가 시행되고 있다. 입원절차는 환자 혹은 그 가족 등의 전화문의와 방문상담을 하고 환자가 호스피스돌봄이 필요한 환자인지 확인한 이후에 입원이 가능하다⁴⁾.

라. 제주대학교병원 호스피스병동과 재가 암 관리

2008년부터 재가 암 환자에 대한 돌봄 서비스가 시작되었으며 2009년 12월말 말기 암 환자 의료기관으로 지정되어 운영되어지고 있고 호스피스완화의료병동은 6병상으로 간호사가 5명과 전담인력으로 구성되어 있다. 2013년 5월에 10병상으로 증가되어 운영되고 있다.

보건복지부로부터 말기 암 환자 의료기관으로 선정되어 완화의료전문기관지원사업비를 지원 받고 자부담을 하여 운영되고 있다. 각 종교단체에서 가톨릭, 불교, 기독교에서 영적인 돌봄을 담당하고 있으며 호스피스자원봉사자는 2013년 4월 현재 28명으로 활동을 하고 있다. 또한 환자의 동의를 얻어 퇴원 이후 지역암센터 가정간호지원팀은 물론 완화의료기관, 보건소 재가 암 환자 관리사업과 연계되어 환자를 지속적으로 관리하고 있고 환자의 사망 시에 장례식장 방문 및 가족을 잃은 상실감에 빠진 가족들에 대한 돌봄을 하고 있다. 매주 팀원회의를 통하여 말기 암 환자의 다양한 정보를 서로 공유하며 보다 나은 돌봄을 위해 노력하고 있다. 재가 암 환자관리의 등록현황은 2008년 35명에서 2009년 88명, 2010년 78명, 2011년 84명, 2012년 42명이었으며 사망 후 종결된 경우가 연도별로 10명, 64명, 70명, 71명, 56명이었다. 각 연도마다 차이를 보이는 것은 제주지역에서 재가 암 관리를 할 수 있는 전문 간호 인력을 구하기가 힘들었으며 이직률이 높아 재가 암 환자의 관리를 수행하는데 지속성이 떨어졌기 때문이다(Table 2).

Table 2. Home-bases cancer patients in Jeju regional cancer center

Cause of Death	2008	2009	2010	2011	2012	Total
No. of Record	35	88	78	84	42	327
No. of End	10	64	70	71	56	271
No. of Event	264	546	555	458	351	2,174
No. of Spiritual Support	82	27	243	140	2	494
No. of Transfer	13	37	16	52	16	134

(Reference of 2013 plan in Jeju regional cancer center)

재가 암 관리는 암 환자가 입원하여 퇴원을 하게 되면 환자와 가족이 원할 경우 가정간호의뢰서를 담당 주치의가 의뢰를 하여 가정간호사 혹은 사회복지사가 가정간호에 대한 상담을 통하여 등록을 하고 간호서비스를 보건소와 연계하거나 직접 관리하며 환자의 상태를 유 무선을 통하여 담당의료진에게 직접보고를 하는 체제를 가지고 있다.

제주지역암센터의 호스피스병동의 환자현황은 2010년 56명,

2011년 99명, 2012년 118명으로 증가추세에 있으며 평균재원일수는 각각 14.7일, 13.5일, 24.4일이며 병상가동률은 46%, 69%, 66.1% 로 되어 병상가동률의 증가는 되지 않고 있으며 이중 일부환자에서는 입원과 동시에 사망하는 경우도 있어 제대로 된 호스피스 돌봄을 받지 못하고 임종에 이르는 경우도 있다 (Table 3).

Table 3. The statue of No. of hospice patient in Jeju cancer center

	2010	2011	2012
No. of Admission	56	99	118
No. of New admission	53	80	67
Average day of admission(day)	14.7	13.5	24.4
Rate of Operation(%)	46	69	66.1

마. 제주지역보건의료재가암관리

제주지역은 제주시와 서귀포시로 나뉘어 있으며 각각 동지역과 읍면지역으로 구분된다. 이러한 구분을 통하여 제주 지역 내 보건소현황은 제주시의 제주보건소, 제주 서부보건소, 제주 동부보건소로 나누어져 있으며 서귀포지역은 서귀포보건소, 서귀포동부보건소, 서귀포서부보건소 등으로 지역을 구분하여 담당을 하고 있으며 각 보건소마다 재가 암 담당 간호사팀을 이용하여 암 환자에게 서비스를 제공하고 있다. 각 보건소마다 여건이 달라서 의료서비스는 다르다⁸⁾. 가정방문을 통하여 돌봄이 이루어지고 있으나 경력이 부족한 경우가 많으며 환자관리를 하는 인원의 경우 매 2년마다 순환근무로 인해 타 지역에서 환자관리를 하게 되어 환자관리의 연속성이 떨어지는 경우가 많다.

바. 기타종합병원 및 기타 요양병원

2011년 12월 31일 현재 제주 지역 내 대학병원을 제외하고 제주지역에 총 5개와 요양병원을 포함한 일반병원이 총 10개가 운영되고 있다(Table 4)⁹⁾.

Table 4. Status of Hopsital in Jeju (December, 2012)

	No. of General Hospital	No. of Hospital	No. of private Clinics	Total
Jeju Urban	5	5	200	210
AreaJeju Rural Area		2	30	32
Seokwipyo Urban area	1	3	73	73
Seokwipyo Rural Area	6	10	303	319

<Reference : Jeju Medicine 2012;70:88-9>

고 찰

제주지역의 인구수에 대비하여 호스피스완화의료 대상 환자를 위한 병상은 25병상으로 현재 성이시돌 복지의원과 제주지역암센터의 25병상과 10병상을 합하면 산술적으로 35병상으로 충분하게 확보된 상황이지만 실제로 운영되는 것이 100%가 되지 않으며 병상가동률이 약 50%정도밖에 되지 않고 있다. 즉 18병상 정도가 운영되고 있으며 아직 병상의 활용도가 낮은 편이며 이는 지역주민의 호스피스완화의료에 대한 인식이 아직 부족한 점과

더불어 호스피스완화의료 인력이 부족하다. 의사, 간호사를 포함한 하여 전문적인 교육을 받은 의료진의 부족과 더불어 의료진만으로 모든 돌봄을 제공할 수 없어 자원봉사자들이 많이 필요하지만 자원봉사자들의 부족이 더 많은 말기암환자에 대한 돌봄을 제공하는데 어려운 점이 있다. 또한 제주지역암센터와 보건소를 제외하고 단체와 기관의 운영자금에 대부분 기부금을 통해서 이루어져 환자에 대한 돌봄을 위해 여러 가지 의료물품과 약품 등에 대한 구입이 현실적으로 어려운 점이다. 말기 암 지정병원으로 지정된 곳은 대학병원과 성이시돌 복지의원을 제외하고는 없는 상태이며 병실도 호스피스완화의료 환자를 위한 병동이 독립되어 있지 않으며 산재형으로 일반병실의 환자와 같이 있고 호스피스팀 즉 의사, 간호사, 성직자. 사회복지사, 자원봉사자 등이 일정한 교육을 받은 경우가 드물고 시설적인 측면에서도 미흡한 점이 많아 진정한 의미의 호스피스완화의료로서 환자와 가족을 돌볼 수 있는 기관은 거의 없는 상태이다. 호스피스에 대한 인식의 부족과 호스피스에 대한 의료보험 산정이 되지 않아 운영자금과 인력이 가장 중요한 요소이나 모든 것을 충족하지 못하는 것이 현실이다. 이러한 점을 감안한다면 재가 암 관리 즉 가정호스피스 즉 환자의 가정에서 환자와 가족들을 돌볼 수 있는 체계를 돈독하게 하여할 것이다. 물론 가정호스피스 즉 재가 암 관리의 경우 병원차원에서 초기 시설에 대한 비용이 거의 들지 않게 되어 빠른 시간 내에 시행을 할 수 있으나 전문 간호 인력과 제대로 된 교육을 받은 자원봉사자 들이 부족한 경우가 많다. 올바른 말기 암 환자관리를 위한 체계가 잘 갖추기 위해서 보건소재가 암 관리팀과 지역암센터 완화의료과정간호지원 타기관과의 호스피스 완화의료기관, 지역사회요양기관 등이 잘 연계되는 의료전달체계가 잘 이루어져야 할 것이다. 제주지역암센터의 역할로는 호스피스완화의료에 대한 인식의 전환을 위하여 호스피스완화의료에 대한 제주도내 홍보는 물론 타 지역과의 연계를 통하여 일반국민에게 잘 알릴 수 있어야 하며 제주도내 다른 기관에서 하기 힘든 호스피스 전문가를 위한 교육 및 일반자원봉사자를 위한 교육 등을 위한 교육프로그램의 표준화와 이러한 교육의 접근성을 넓힐 수 있는 교육의 제공이 필요할 것이다. 나아가 암 환자와 가족을 위한 자조모임과, 환자를 돌보는데 소진될 수 있는 환자가족들의 돌봄과 자원봉사자들을 위한 스트레스 해소와 말기 암 환자의 다양한 정서적인 안정을 위한 요법 등에 대한 교육 및 소개 등을 해야 할 것이다.

결 론

인간은 누구나 다 태어나면 죽음을 맞이하게 된다. 죽음을 어떻게 맞이하는 것은 개인의 인생관과 문화적인 차이가 있으나 인간답게 죽을 권리는 누구에게나 보장된 것이다. 지역적으로 멀리 떨어져 있는 만큼 제주지역 내에서 말기 암 환자와 가족들에 대한 돌봄이 잘 이루어지기 위해 제주지역 내에서 호스피스교육을 위한 프로그램의 개발과 홍보 등 지속적인 노력이 더욱더 필요할 것으로 사료된다.

참고문헌

- 1) Korean National Statistical Office. Korean social indicator. Daejeon: Korean National Statistical Office; 2011. p.3-6
- 2) Kim SH, Choi YS, Shin SW, Chong MK, Lee SN, Lee SW, et al. Development of education program for physicians based on the 2004 hospice palliative model project for terminal cancer. Korean J Hosp Palliat Care 2006;9:67-76
- 3) Choi ES, Yoo YS, Kim HS, Lee SW. Curriculum development for hospice and palliative care nurses. Korean J Hosp Palliat Care 2006;9:77-85
- 4) Huh JS, Kim HJ. Comparison of education programs for hospice volunteer workers. Korean J Hosp Palliat Care 2008;11:78-81
- 5) Lee EK, Huh JS. The role of Jeju regional cancer center for education of hospice palliative care. J Med Life Sci 2012;9:39-43
- 6) Lee KS, Lee HL, Hong YS, Yeum CH. Palliative Care. 2nd ed. Seoul Vitamin World;2006
- 7) <http://www.hospicekorea.net>
- 8) Huh JS, Kim HJ. Current status of home-based cancer patients management in Jeju. Korean J Hosp Palliat Care 2010;13:76-80
- 9) <http://www.jejudoctor.or.kr>