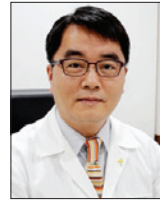


자문형 완화의료팀 도입 방안



김대균 보험이사
한국호스피스완화의료학회

1. 들어가며

지난 1995년 미국에서 보고된 SUPPORT 연구는 4,000여명 이상의 입원 말기환자들을 대상으로 진행한 간호사 주도의 의사소통 중재의 노력들이 기대와는 달리 긍정적인 결과를 보이지 못하였다(Connors AF, 1995). 이후로 말기 환자의 돌봄을 향상시키려는 다양한 노력들이 강구되어 왔으며 그중에서 가장 주목을 받아온 것이 소위 완화의료 즉 말기 환자와 그들의 가족들이 호소하는 신체적, 심리적 증상을 경감시키고 삶의 질 향상에 초점을 맞추는 의료였다(Connors AF, 1995).

초기의 완화의료는 1990년대 초반 일부 대학병원에서 자문을 제공하는 형태로 자리를 잡기 시작했으며 이후 20여 년 동안 지속적으로 프로그램들이 확장되어왔다. 말기환자와 가족에 제공된 완화의료의 결과들이 효과적이고 만족스러운 수준에 있음이 여러 연구들을 통해 꾸준히 보고되었으며 그 결과로 최근에 제시되는 임상진료지침들에서는 암환자 진료에 있어 완화의료 전문가들이 보다 조기에 그리고 일상적으로 개입되어야함이 포함되고 있다.

이렇듯 주변부에서 시작된 완화의료는 매우 빠르게 말기환자 진료의 중심으로 진입해오고 있으나 여전히 그 이상의 속도로 확대되고 있는 완화적 돌봄의 요구를 충족시키기에는 매우

부족한 현실이다. 여전히 선진국에서 사망하는 말기환자의 거의 75%가 완화의료의 혜택을 받지 못한 채 사망하고 있다는 주장도 제기된 바 있다(Murtagh FE, 2014).

다른 선진국들과 달리 우리나라에서의 완화의료는 의료적인 측면의 중요성이 인식된 호스피스 돌봄의 형태로 발전되어왔다. 말기암환자 돌봄을 명시한 암관리법이 개정되고 국민건강보험의 급여 대상으로 인정받는 등 제도적으로 발전해오고 있으나 여전히 완화의료는 그 대상을 임종에 가까워진 말기암환자에 국한시켜 수용되고 있다. 이에 따라 우리나라에서는 의사 등의 의료인이고 환자나 그 가족들 모두에게 ‘완화의료=호스피스’를 의미하는 인식이 존재하며 그 결과로 대다수의 말기환자들이 완화의료의 이용을 기피하고 그 혜택을 받지 못하는 현실이다. 과거에는 완치의 희망이 사라진 뒤 죽음에 이르는 과정을 돌보는 시기 즉 호스피스 돌봄에서만 제한적으로 완화의료의 제공되었으나 현대적 의미의 호스피스는 ‘임종에 가까운 시기에 제공되는 완화의료의 형태’로서 완화의료의 일부분이라 할 수 있다. 우리나라의 2014년 완화의료 이용률이 13.8%에 그치고 있으며 사망까지의 평균 이용기간 역시 1달 내외인 결과의 근간에는 ‘완화의료=호스피스’라는 인식과 말기에 임박해서야 완화의료의 경험을 가능하게 하는 제도적인 제약이 존재하고 있지 않을까? 따라서 보다 많은 말기환자와 가족들이 완화의료의 혜택을 통해 고통을 경감 받고 삶의 질 향상을 기대할 수 있게 하기 위해서는 완화의료의 역할과 제공의 방식에 대한 검토가 필요하다. 무엇보다 암치료를 막 시작한 시기부터 완치를 목표로 제공되는 의료와 병행하여 완화의료의 제공될 수 있어야만 한다. 이후 암의 진행에 따라 완화의료의 중요성과 치료에 있어 비중이 강조되는 방식으로 자연스럽게 전환될 수 있어야 호스피스완화의료에 대한 인식의 변화도 가능할 것이다.

2. 도입배경 및 현황

완화의료는 ‘말기암환자의 통증을 경감시키고 정서·사회적 영역을 포괄하는 의료를 통해서 남은 생을 돌보고 품위 있는 죽음을 준비하도록 돕는 서비스’로서 암환자 및 가족의 삶의 질 향상에 필수적인 의료서비스이다. 근래에는 세계적으로도 그 대상이 되는 환자의 범위가 암환자에서 모든 고령의 인구로 확대되고 있으며 암환자 치료에 있어서는 치료 초기부터 완화적 돌봄의 개입의 중요성이 강조되고 있는 추세이다.

최근까지 우리나라의 완화의료는 주로 완화의료 서비스만을 제공하는 별도의 의료기관(독립형 완화의료기관)이나 기존 병원내 별도의 병동을 설치하고 완화의료 전담 인력 및 조직을 두고 서비스 제공하는 형태인 완화병동형 서비스로 국한되어 확대되어 왔다. 그러나 완화의료의 보급과 확대에 있어 이러한 노력은 몇 가지 중요한 한계를 갖고 있다.

첫째, 대다수의 진행암환자들이 이용하고 있는 상급종합병원의 경우 완화의료병동 설치에 따른 급성기 병상 감소의 결과로 서비스 제공 기회를 확대하는 데 제약이 많으며 궁극적으로 대다수의 말기 암환자에 대해 완화의료 서비스를 제공하기 위해서는 완화의료병동을 통한 서비스 공급에는 한계가 존재한다.

둘째, 완화의료 이용을 위해 급성기 병동에서 완화병동으로의 직접적인 이동은 종종 치료를 중단하거나 포기되어지는 것으로 오해될 수도 있어 완화의료에 대한 이해가 부족한 상태에서는 환자들이 이용을 꺼리게 하는 요인이 된다. 이는 또한 주치의들이 의뢰를 주저하는 원인이 될 수도 있다.

셋째, 상급종합병원 등에서 암을 치료하던 환자가 말기 암을 진단받은 후, 효율적인 의료 자원의 이용과 지속적 돌봄의 제공이 가능한 지역사회의 완화의료 기관으로 연계를 원활하게 하기 위해서는 임종에 직면한 시기 보다는 조기에 완화의료 서비스를 경험할 수 있도록 하여야 한다. 따라서 완화의료 본래 취지와 목적을 달성하고 완화의료 서비스 연속성과 제공 확대를 위해서는 병동형 뿐만 아니라 다른 서비스 형태의 제도 도입이 필요하다.

가. 자문형 완화의료팀의 의미와 역할

자문형 완화의료팀(palliative consultation team, PCT)은 별도의 독립된 완화의료병동이 아닌 일반병동(또는 급성기 병동)에서 치료 받고 있는 환자에 대해 전인적인 완화적 돌봄을 제공하기 위해 완화의료 전문가인 의사, 간호사, 사회사업가, 영적돌봄제공자, 자원봉사자 등의 다학제팀으로 구성된 팀을 의미한다. 자문형 완화의료팀은 적극적인 항암치료를 받지 않고 있으나 완화의료병동으로 입원하기를 원하지 않거나 완화의료병동으로의 입원을 대기하고 있는 말기의 환자들에게 특성화된 완화의료를 제공하는 역할을 할 수 있다. 특히 기존 치료 경험 등으로 상급종합병원에 대한 의존도가 높은 말기암환자들에게 완화의료병동이 없는 경우에도 완화의료를 제공하기에 적합하다.

호스피스 병동 이용을 촉진하는 가교로서의 역할 외에도 자문형 완화의료팀은 의료기관 내 완화의료의 최초 도입의 형태라는 측면에서도 그 역할이 중요하다. 원래 자문형 완화의료팀 서비스는 미국에서 완화의료가가 도입된 초창기에 제한적일 수밖에 없는 인적자원을 바탕으로 기존의 말기환자 돌봄의 체계와의 접목을 시도한 완화의료의 기본 형태였다. 완화의료의 영역이 확대되어온 현재에 이르러서도 완화의료가가 처음 도입되는 병원의 경우 이러한 의미는 여전히 유효하다고 할 것이다. 완화의료의 도입을 추진하는 병원은 자문형 완화의료팀을 우선 운영하여 완화의료의 전문가로서 팀원의 자질을 향상시키고 병원 내 인식과 지지를 향

상시켜가면서 완화의료 병동을 운영할 수 있는 여건을 만들어가는 것이 필요하다. 자문형 완화의료팀 운영의 경험을 갖지 못한 채 완화의료병동이 설치·운영되는 우리나라의 말기암환자 전문의료기관 중 상당수가 완화의료 전문가로서의 경력이 전혀 없는 의사, 간호사, 사회복지사 등으로 구성된 팀에 의해 운영되고 있어 서비스의 질에 대한 의문은 꾸준히 제기될 수밖에 없을 것이다.

나. 외국의 자문형 완화의료팀 제도 현황

1) 일본

일본은 우리나라와 임종과 관련된 문화가 비슷하고 의료보험 제도가 비슷하지만 앞서서 호스피스·완화医료를 실시하고 있다. 1992년 일본의 쇼와대학에서 최초의 자문형 완화의료팀의 활동이 시작되었으며 2002년부터 자문형 완화의료팀 서비스에 대한 건강보험급여가 도입되었다. 2015년 현재 완화케어(PCT)진료 가산은 1일당 4,000엔(₩)이며 일반 병원에 입원하는 악성 종양 또는 후천성 면역부전 증후군의 환자 가운데, 통증, 권태감, 호흡 곤란 등의 신체적 증상 또는 불안, 억울 등의 정신 증상에 대해서, 증상 완화와 관련하여 전담팀이 진료를 했을 경우에 산정되고 있다. 대상은 모든 암환자(말기로 국한하지 않음) 및 AIDS 환자이며 하루 1팀당 30명까지 인정되며 의뢰된 날로부터 퇴원까지 매일 가산된다. 인력에 대한 기준은 표 1과 같다. 2012년부터는 입원 환자 외에도 외래완화케어 가산을 신설하여 하루 1팀당 30명까지 월 1회 3,000엔(₩)을 급여하고 있다.

일본은 2007년 시행된 암대책기본법에 따라 국가 및 지방자치정부가 암환자의 상황에 따라 통증 등의 완화를 목적으로 하는 의료를 초기부터 적절히 행하도록 할 것을 규정한 바 있으며 이를 기점으로 전국적으로 완화의료팀이 매우 빠른 속도로 보급되기 시작하였다. 또한 암환자 진료 시 진료비 가산이 적용되는 암 진료 제후 거점병원 지정의 필수조건으로 1)자문형 완화의료팀(PCT)의 설치와 외래클리닉의 설치 2)암 진료에 관여하는 모든 의사에게 기본적인 완화의료 교육 제공 등이 규정되면서 완화의료팀 설치는 매우 빠르게 증가되었다. 2015년 6월 현재 완화케어진료가산을 받고 있는 병원은 221개소이다.¹⁾

1) http://www.hpcj.org/what/pct_list.pdf

표 1. 일본의 PCT인력기준

일본의 PCT 인력 기준
<ul style="list-style-type: none"> - 전공(80%이상 종사)하는 완화의료 의사 전종하는 정신과 의사 전종하는 간호사 전임(50%이상 종사)하는 약제사 - 완화의료 의사는 악성종양환자 또는 후전성면역부전증후군환자를 대상으로 한 증상완화치료를 주된 업무로 3년 이상의 경험을 가지고 있을 것 - 정신과 의사는 3년 상 암전문병원 또는 일반병원의 정신과 의료에 종사했던 경험이 있는 자일 것 - 간호사는 5년 이상 악성종양환자의 간호를 했던 경험이 있고, 전문교육이나 완화케어병동 등에서 6개월 이상의 연수를 수료한 자 일 것. - 약사는 마약투약을 해야 하는 악성종양환자를 대상으로 약학적 관리 또는 지도 등의 완화케어 경험이 있는 자 일 것

2) 대만

대만의 자문형 완화의료팀 서비스는 건강보험에서 전적으로 급여하는 병동형 완화의료(palliative care unit, PCU)와 달리 보건국(정부)의 보조금과 건강보험 급여라는 이중지원 구조로 운영되고 있다. 2015년 현재 수가는 첫 방문 시 US 45\$, 재방문 시 의사 동반여부에 따라 US 35\$ 또는 US 28\$로 책정되어 있다. 2013년부터 '암치료 질 향상 계획'에 참여하는 모든 병원에 PCT는 의무가 되면서(PCU는 선택) 그 수가 빠르게 증가하여 2015년 현재 대만에는 126개 병원에서 자문형 완화의료팀을 운영하고 있다(PCU는 53개 병원에서 운영). 인력에 대해서는 5년 이상 호스피스 경험이 있는 2명의 종양학 의사, 호스피스 간호사 1명, 사회복지사 2명으로 권고하고 있으나 법적 기준은 정해진 바가 없다. 의사는 200시간(이론 80시간, 실무 120시간, 실습 3개월), 간호사는 80시간(이론 80시간, 실습 20시간), 사회복지사는 100시간(이론 60시간, 실습 40시간)의 완화의료 교육을 이수해야만 자격을 얻게 된다.

3) 미국

미국의 Medicare에서는 자문형 완화의료에 대해 규정한 별도의 급여는 없다. 그러나 대부분의 주요 병원들은 1990년대 중반 이후로 자문형 완화의료팀 운영을 확대해오고 있으며 특히 2010년 진행형 폐암환자에서 진단 초기부터 완화의료를 제공하였을 때 환자의 삶의 질이 높아질 뿐 아니라 생존기간도 2달 늘릴 수 있었다는 하버드 대학의 연구결과가 보고된 후로는 완화의료를 진단 초기부터 제공하려는 노력들이 더해지며 그 수가 증가하고 있다(Temel, 2010). 2015년 현재 미국 내 50병상 이상 규모의 모든 병원 중 67%가 PCT를 운영하고 있으며 300병상 이상의 병원의 경우 90%에서 완화의료팀을 통한 서비스가 제공되고 있다

(Dumanovsky, 2015). Medicare의 호스피스 급여를 이용하기 위해서는 일당정액의 특성 상 적극적인 완화적 치료(방사선치료, 수혈, TPN 등)를 포기해야 하기 때문에 사망 직전에 이르러서야 선택하게 되는 문제가 있어 이를 개선하기 위해 현재 Center for Medicare & Medicaid Service(CMS)에서는 pre-hospice(bridge) program을 시범운영하고 있다. 이는 자문형완화의료팀이 치료에 관여하는 다른 의료진들과의 의사소통과 자문을 통해 제공되는 완화의료 서비스로 말기환자가 보다 일찍 호스피스 서비스를 선택할 수 있게 유도하여 중환자실 및 응급실의 이용과 재입원을 줄여 비용절감을 기대하고 있다.

인력의 자격기준을 살펴보면 미국의 경우 각 지역별로 학회나 협회 등에서 자체적인 자격 인증제도를 운영하고 있으며 자문형 완화의료팀의 인력에 대한 규정 역시 이를 활용하고 있다. 즉 법률 등으로 규정하는 바는 없으나 National Quality Forum(NQF) 및 The Joint Commission(TJC)에서 국가적 규모의 인증을 하고 있다.

다. 자문형 완화의료팀 도입 논의의 배경과 과정

우리나라에서 자문형 완화의료팀 제도의 도입은 말기암환 대상의 병동형 호스피스완화의료에 갖는 한계를 보완하는 목적에서 병동형 완화의료수가 1차 시범사업이 평가되던 무렵부터 논의가 시작되었으며 호스피스 이용을 보다 더 촉진할 수 있는 역할이라는 목표지향이 있는 제도로 검토되어왔다(김정희, 2011). 따라서 자문형 완화의료팀 제도의 도입에 대한 논의는 주로 그 대상을 암관리법 상 말기암환자²⁾ 즉 호스피스 이용이 필요한 말기암환자로 국한되어 진행되어 왔다.

한국호스피스·완화의료학회에서는 2012년 암정복추진연구개발사업의 일환으로 수행한 연구를 통해 국내 현황조사 및 외국의 사례에 대한 검토와 전문가 자문을 통해 서비스 제공의 원칙과 과정을 제시하였으며 이에 기초하여 5개 의료기관을 대상으로 3개월간의 연구시범사업을 수행한 바 있다(김시영, 2012). 당시의 조사에 따르면 급성기 병상의 말기암환자에게 다학제팀에 의한 완화의료 서비스 제공을 통해 조기에 완화의료를 경험할 수 있도록 하고 완화의료 전문의료기관 또는 완화의료병동으로의 이동을 촉진시킬 수 있는 체계적인 조직과 활동원칙, 서비스 내용 등을 갖춘 기관은 국내에 전무한 실정이었다. 다만 일부 기관이 항암치료가 종결된 말기암환자를 완화의료 전문의료기관으로 전원하는 중재의 역할을 전담하도록

2) 「암관리법 2조 1항」에 따른 '말기암환자'란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 몇 개월 내에 사망할 것으로 예상되는 암환자를 말한다.

간호사 단독으로 구성된 조직을 운영하거나 다학제팀 없이 의사 혼자서 완화의료에 대한 자문을 제공하는 형태로 운영하고 있을 뿐이었다. 자문형 완화의료팀 서비스를 이용한 환자 중 가정으로 퇴원한 환자 중 55%와 계속 입원하거나 전원 된 환자 중 62%가 완화의료서비스 체계(완화의료병동, 외래완화의료클리닉, 가정간호를 이용한 완화의료) 내로 지속적인 연계를 보였으며 이는 일반적인 의료이용 경로와 비교 시 매우 높은 비율로 추정할 수 있었다. 또한 서비스 이용자(환자 및 보호자) 뿐 아니라 환자를 의뢰한 의사들 역시 높은 만족도를 확인할 수 있었다(표 2).

표 2. 주치의 만족도 (N=33)

평가 내용	순위	mean ± SD
1. 환자의 통증 조절 기여도		3.75 ± .70
2. 환자의 통증 외 증상 관리 기여도		3.51 ± .79
3. 환자/가족의 심리-사회적 지지 기여도		4.09 ± .76
4. 환자/가족의 요양장소 조정 또는 퇴원계획 수립 지원 기여도		3.84 ± .75
5. 환자/가족 중심의 의사결정 지원 기여도		3.93 ± .70
6. 가족지지 증진 기여도		3.90 ± .76
7. 영적 돌봄 제공 증진 기여도		3.72 ± .91
8. 임종과 관련된 문제에 대한 상담 및 정보제공 증진에의 기여도		3.93 ± .78
9. 환자/가족의 전반적 삶의 질 증진에 대한 기여도		3.78 ± .54
10. 본인(의사)의 진료업무에 도움이 되는 정도		4.33 ± .54
총 평점 평균		3.88 ± .44

자료: 가정완화의료 및 완화케어팀 제도 도입방안 연구. 보건복지부. 2012

이후 정부에서는 2013년 10월 발표한 '완화의료 활성화대책'을 통해 자문형 완화의료팀 도입을 공식적으로 추진할 것임을 천명한 바 있으며 최근에는 이를 구체화하기 위해 자문형 완화의료팀 인력 요건에 대한 규정을 담은 암관리법 시행규칙 일부개정령안을 준비 중에 있다. 또한 현재 '자문형 완화의료팀(PCT) 서비스 표준 및 평가지표 개발' 연구를 한국호스피스완화의료학회가 진행하고 있으며 이를 근거로 추후 시범사업 등을 고려하고 있다.

3. 자문형 완화의료팀 서비스 표준(안)의 주요 내용

가. 명칭

국문) 자문형 완화의료팀

영문) palliative care consultation team(PCT)

나. 이념과 기본방침

1) 이념

완화의료팀은 환자·가족의 삶의 질을 향상시키기 위하여, 완화의료에 관한 전문적인 임상지식·기술에 따른, 병원 내 의료종사자의 교육·지원 및 환자·가족에게 직접의료를 행한다.

2) 기본방침

병원 내에서 근무하는 의료종사자를 대상으로 자문을 행한다.

환자를 의뢰한 주치의와 합의하여 필요할 때 환자·가족에게 직접의료를 행한다.

환자·가족만이 아니고 병원의 특성이나 의료종사자의 욕구에 맞추어서 활동한다.

완화의료팀 및 의뢰 주치의와 상의를 한 후에 환자·가족의 의료방침을 결정한다.

다. 역할

1) 통증과 기타 신체증상의 경감과 정신, 사회, 영적문제에 대한 지원

2) 환자·가족과의 의사소통

3) 윤리적 측면에서의 조언

4) 임종과 관련된 문제에 대한 상담 및 정보제공

5) 지역 완화의료 기관과의 협력

6) 교육활동

라. 이용 대상자 및 시기, 절차

1) 대상 환자

암관리법 2조 1항에 따른 ‘말기암환자’

2) 이용 시기

완치목적의 항암화학요법(curative chemotherapy)이 종료되었거나 곧 종료될 것으로 예상되는 시기부터 이용

3) 이용 절차

주치의에 의한 자문의뢰. 완화의료 이용 동의서는 요구되지 않음.

마. 운영기관

완화의료 전용병동 (palliative care unit, PCU) 운영 여부와 무관하게, 완화의료팀을 기반으로 호스피스·완화의료 서비스를 제공하고자 하는 상급종합병원

바. 인력의 구성과 교육

1) 필수상근인력

완화의료 영역에서 숙련된 의사 1인 이상

완화의료 영역에서 전문/인정자격증을 가진 간호사 1인 이상

완화의료 영역에서 숙련된 의료사회복지사 1인 이상

- PCT 전담인력 중 1인이 조정자(코디네이터) 역할을 수행한다.

- 간호사 1인은 반드시 PCT 전담 인력으로 운용되어야만 한다.

- 의사, 사회복지사는 환자 수요 등을 고려하여 겸직을 허용할 수 있다.

2) 인력의 교육이수

모든 상근 인력은 완화의료전문기관 인력 교육기준에 준하는 호스피스-완화의료 관련 교육을 이수해야 한다(60시간).

모든 자문형 완화의료팀은 별도의 팀교육을 이수해야 한다(16시간).

사. 서비스 제공 체계

- 1) 환자 의뢰
- 2) 등록
- 3) 환자평가 및 계획
- 4) 돌봄서비스 제공
- 5) 돌봄서비스 종료
- 6) 임종관리
- 7) 사별관리

아. 질관리

- 1) 등록제

매년 인력의 변경 사항 및 실적 등의 현황을 신고하도록 한다.

- 2) 상급종합병원 의료기관 평가 연계

의료기관 평가 내용에 PCT 항목을 신설하고, 우수 운영기관에 대한 가점 부여

4. 주요 쟁점


무엇보다 자문형 완화의료팀의 역할에 대한 이해와 기대에 있어 상반된 의견이 존재하고 있다. 우선 암환자 진료의 일선에서 어려움을 겪는 상급종합병원의 의사들 중 일부는 암치료 초기부터 완화의료가 기존의 완치의료와 결합되어야만 한다고 의견을 제시하고 있다. 이는 기본적으로 완화의료를 조기에 일상적으로 제공해야한다는 최근의 진료지침과 일치하며 미국, 일본 등의 자문형 완화의료팀의 역할과도 맥락을 같이 하는 주장이다. 그러나 완화의료에 숙련된 전문인력이 매우 부족한 우리나라의 현실에서는 우선 말기암환자의 호스피스 이용을 촉진하는 기능에 초점을 맞춰 자문형 완화의료팀의 역할을 규정하여 운영하되 의료인에 대한 완화의료 교육을 확대하며 점진적으로 이용시기를 모든 암환자로 확대해 나가는 것이 필요하다는 의견 역시 제기되고 있다.

한편으로는 다수의 암환자가 몰려 있는 대형 상급종합병원들에서는 자문형 완화의료팀의 역할이 대부분 적극적인 치료가 종료된 환자를 다른 병원으로 전원하는 역할에 초점이 맞춰질 가능성이 높다는 우려 역시 꾸준히 제기되고 있다. 반면 현재처럼 아무런 정보제공도 없이 돌

봄이 단절되고 환자와 가족들이 혼란 속에 방치되는 것보다는 완화의료에 대한 정확한 정보제공과 함께 적절한 돌봄이 가능한 완화의료 기관으로 연계해주는 것만이라도 역할을 해줄 수 있어야 한다는 기대 역시 존재한다.

보상의 방식에 있어서도 2012년 한국호스피스완화의료학회에서는 별도의 다학제적 팀 접근을 통한 서비스에 적합한 인력의 원가보상 방식의 수가 신설을 제안하였으나 2014년 7월 '요양급여 적용기준 및 방법에 관한 세부사항'의 변경 고시를 통해 기본진료료 중 다학제 통합진료료(multidisciplinary care), 집중영양치료료(therapy by nutrition support team), 입원 중 협의진찰료 등에 대한 급여기준이 신설되는 등의 제도 변화로 재검토가 필요하다는 의견도 최근에 많이 제기되고 있다.

5. 나가며

오랜 치료 기간 유대관계를 맺어 온 환자에게 완화의료병동으로의 이동을 권유하는 주치의의 입장은 종종 고통스러운 결정 과정일 수 있으나 자문형 완화의료팀 도입을 통해 그 과정의 부담을 완화케어팀과 나눌 수 있게 될 것이다. 또한 완화적 돌봄이 이루어지는 동안에도 계속 주치의로서 환자와의 관계를 유지하게 되어 환자를 전과시킬 때의 현실적 부담(환자의 감소 등)도 경감되고 완화적 돌봄의 과정을 직접 확인 할 수 있어 완화의료에 대한 이해를 증진시킬 수 있는 점도 자문형 완화의료팀 도입의 효과로 기대할 수 있다. 말기에 과도하게 집중되는 의료비 지출의 경감과 효율적인 의료 자원의 이용 측면에서 완화의료 이용자의 증가가 필요하나 완화의료병동만으로는 한계가 있으며 자문형 완화의료팀 제도의 도입은 완화의료 이용자의 증가와 완화의료병동으로의 환자 이동을 촉진하게 되어 궁극적으로 말기암환자의 삶의 질 향상이라는 정책적 목표와 재정의 효율적 활용 목표의 달성에 기여할 것으로 기대된다. 

참고문헌

- 김시영 외. 가정완화의료 및 완화케어팀 제도 도입방안 연구, 암정복추진연구개발사업 최종연구개발결과보고서. 보건복지부. 2012.
- 김정희 등. 완화의료 건강보험수가 1차 시범사업 결과 및 건강보험 급여 방향. 제22회 심평포럼. 2011.
- Connors AF, Jr, Dawson NV, Desbiens NA, et al. A Controlled Trial to Improve Care for Seriously Ill Hospitalized Patients: The Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments (SUPPORT). JAMA. 1995;274(20):1591-1598.
- Dumanovsky, Tamara, et al. "The Growth of Palliative Care in US Hospitals: A Status Report." Journal of palliative medicine (2015).
- Murtagh FE, Bausewein C, Verne J, Groeneveld EI, Kaloki YE, Higginson IJ. How many people need palliative care? a study developing and comparing methods for population-based estimates. Palliat Med. 2014;28(1):49-58.
- Schenker Y1, Arnold R1. The Next Era of Palliative Care. JAMA. 2015 Sep 3:1-2.
- Temel, Jennifer S., et al. "Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer." New England Journal of Medicine 363.8 (2010): 733-742.