

호스피스기관 간호사의 호스피스 법제화에 대한 인식*

김기경¹⁾ · 이정렬²⁾ · 김광숙³⁾ · 조윤희⁴⁾ · Hiroko Komatsu⁵⁾ · Weihua Zhang⁶⁾ · Yann-Fen Chao⁷⁾

서 론

연구의 필요성

호스피스란 죽음을 앞둔 말기환자가 남은 여생동안 인간으로서의 존엄성과 삶의 질을 유지하면서 편안하게 임종을 맞이하도록 신체적, 정서적, 사회적, 영적으로 돕고 사별가족의 고통과 슬픔을 경감시키기 위한 총체적인 돌봄을 의미한다(가톨릭대학교 호스피스교육연구소, 2007). 암 발생 인구의 증가 및 기대여명을 예측할 수 있는 의료기술의 발달로 호스피스 서비스 대상이 증가하고 있어 호스피스간호가 간호의 한 영역으로 부각되고 있다.

우리나라의 호스피스사업은 말기암환자를 중심으로 시작되었다. 우리나라의 암으로 인한 사망자수가 2006년 65,909명으로 국민 사망원인 1위이며, 전체 사망자수의 26.7%(통계청, 2006)를 차지한다. 또한 2006년 기준 건강보험에서 암환자의 의료비가 연간 약 1조 7천억원이 지출되었으며, 암환자의 병원사망률이 54.7%, 암환자 사망 1개월 전 의료비가 연간 전체의료비의 약 30%를 차지하는 것으로 나타났다(보건복지가족부, 2008).

정부는 2003년 암관리법을 제정하여 말기암환자의 통증관리, 전문의료기관 육성 및 가정방문사업에 대한 법적 근거를 마련하였으며, 2003년부터 2년간 5개 호스피스기관을 대상으로

호스피스 시범사업 실시하였다(보건복지부, 2007). 또한 호스피스 병상을 확보하고 지역중심의 완화의료기관 인프라 확충을 위하여 말기암환자 호스피스 기관을 지원하고 있는데, 그 수를 해마다 늘려, 2006년 21개소, 2007년 23개, 2008년 30개를 선정하여 전문인력 인건비 및 시설·장비비 등의 운영비를 일부 지원하고 있다.

그러나 말기암환자 중 고작 3%만이 호스피스서비스를 이용하였고, 암사망자의 75%가 연명치료만을 받다가 죽음을 맞이하였다(한겨레신문, 2008.05.21일자). 우리나라의 호스피스 전문의료기관은 62개, 678병상에 불과하여(보건복지가족부, 2008) 말기암환자들을 위한 호스피스서비스가 보편화 되어 있는 선진국에 비하면 그 공급체계가 매우 미흡한 실정이다. 향후 인구변화 및 암사망자 수 추이 등을 고려할 때 정부 예산을 통한 호스피스기관의 육성 및 공공의료기관 활용 등의 노력만으로는 그 수요를 충족하는데 한계가 있다.

이를 개선하기 위해 보건복지가족부는 건강보험심사평가원과 함께 2008년 5월 「호스피스 수가, 질관리 및 시범사업」에 대한 공청회를 실시하여 의료기관 종별로 구분된 건강보험 호스피스 수가(안)를 제시하였으며, 수가적용을 받기 위한 인력 및 시설기준을 제시하여(보건복지가족부, 2008) 사회보장의 내용으로서 호스피스 제도화를 시도하고 있다.

호스피스사업의 정책형성 및 집행과정에 있어 입법과정은 매우 중요하다. 법은 정책집행 및 사후 분쟁해결 기능 외에도

주요어 : 호스피스, 법제화, 간호사

* 본 연구는 2006년도 보건복지부 암정복 추진연구개발사업 지원(0620470-1)에 의해 수행되었음

- 1) 연세대학교 원주의과대학 간호학과 조교수, 2) 연세대학교 간호대학 교수, 간호정책연구소
 - 3) 연세대학교 간호대학 조교수, 간호정책연구소(교신저자 E-mail: gskim@yuhs.ac)
 - 4) 연세대학교 대학원 박사과정, 5) Professor, St. Luke, College of Nursing, Japan
 - 6) Associate professor, Emory University, U.S.A, 7) Professor, Taipei Medical University, Taiwan
- 투고일: 2008년 8월 7일 수정일: 2008년 8월 26일 심사완료일: 2008년 8월 28일

사회문제를 조정하고 공공의 목적을 달성하기 위한 정책개발의 수단이며, 정책의 효과를 좌우하는 기능을 담당한다. 이에 효과지향적인 입법은 효과지향적인 행정을 위한 중요 요건이다(유성재 역, 2005). 호스피스가 국민의 삶에 미치는 중요성을 고려할 때 호스피스제공을 위한 국가차원의 정책과 집행은 결국 법령의 형태로 가시화되고 전개될 것으로 예상된다.

특히 호스피스와 관련하여 죽음, 연명치료 등과 관련된 의사결정의 원칙과 절차를 입법화함으로써 민형사상의 법적 문제를 예방하고, 말기환자의 권리를 보호하며, 의료법에서 담보하기 어려운 호스피스인력 및 호스피스행위에 대한 규율을 통해 국민의 생명과 안전, 건강을 보호할 필요가 있다. 이에 호스피스사업의 국가적 관리의 필요성을 전제로 하여 효과적인 관리를 위하여 법적 지원 시스템(legal support system)을 구상하여야 한다.

우리나라에서 호스피스의 법제화에 관한 연구는 손명세(2004), 신현호(2006) 등에 의해 이루어졌으나 호스피스서비스 제공자의 법제화에 대한 인식조사연구는 시도되지 않았다. 호스피스는 주로 말기암환자 전문기관 즉, 종합병원, 말기환자 전문병원, 전문의원 등의 의료기관과 이에 기반한 가정방문서비스를 통해 제공되는데, 이러한 전문기관의 호스피스제공자 중 가장 다수가 간호사이며, 이들의 호스피스 법제화에 대한 인식을 파악하는 것은 제공자 입장에서 호스피스의 입법방안을 파악하는데 유용하다.

본 연구는 호스피스 기관에 종사하는 간호사의 호스피스와 관련된 입법적 사안에 대한 인식을 조사하고, 입법제안에 대한 내용을 파악함으로써 호스피스의 법제화 방안 모색 및 입법 형성을 위한 기초 자료를 제공하고자 한다.

연구의 목적

본 연구는 호스피스 기관에 근무하는 간호사의 호스피스 법제화에 대한 인식을 파악하기 위함이며, 중요 입법사안별 호스피스 법제화에 대한 인식을 조사하고, 입법제안에 대한 의견을 내용분석 하고자 한다.

연구 방법

연구 설계

본 연구는 호스피스기관 간호사의 호스피스 법제화에 대한 인식 및 호스피스 입법안에 대한 의견을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

연구대상자 및 자료수집 방법

본 연구의 대상은 호스피스기관에 근무하는 간호사로서 본 연구의 목적을 이해하고 연구에 참여하기로 동의한 자이다. 자료수집 기간은 2007년 1월부터 2월까지였으며, 연구자가 먼저 각 보건복지가족부로부터 2006년 호스피스 시범사업기관으로 선정된 전수인 21개의 호스피스기관에 공문을 발송하여 본 연구의 목적과 취지, 참여선택권, 비밀 보장권 등에 대해 설명하였다. 호스피스기관별로 각 5부의 설문지를 우편으로 우송하여 자체 배부하도록 하였고, 연구에 참여를 희망하는 자가 설문지에 자가 기입하여 반송봉투에 넣어 연구자에게 보내도록 하였다. 배부한 105부 중 98부를 회수함으로써 회수율은 93.3%였으며, 이중 응답내용이 불성실하거나 충분하지 못한 3부를 제외한 95부를 최종 선정하였다.

호스피스 법제화에 대한 인식조사 문항을 개발하기 위하여 본 연구자들은 워크숍을 통해 관련 문헌과 외국 관련법을 검토하여 공통적인 입법사안을 도출하고, 기초문항을 작성하였으며, 3명의 호스피스전문 간호사와 호스피스 연구경험을 가진 교수 2명, 보건복지가족부 담당 공무원으로 구성된 전문가 집단의 자문을 거쳐 총 26문항을 선정하였다. 강원도 소재 3차 진료기관에서 근무하는 5명의 간호사를 대상으로 예비조사(pilot test)를 실시 후 문항을 수정하여 최종 26문항을 개발하였다. 문항내용은 호스피스법의 입법형식, 법의 목적, 말기환자의 범위, 말기환자의 대리인 제도, 심폐소생술금지, 호스피스인력, 호스피스기관, 호스피스서비스, 호스피스 급여에 대한 내용이며, 이중 법제정에 대한 개방형 질문 내용은 ‘호스피스법에 꼭 포함되어야 한다고 생각하는 내용은 무엇입니까?’ 이었다.

자료분석

● 호스피스 법제화에 대한 인식

수집된 자료는 SPSS/PC WIN 12.0을 이용하여 분석하였다. 연구대상자의 인구학적 특성, 각 문항에 대한 인식에 대해서는 실수, 백분율, 평균값과 표준편차를 구하였다.

● 호스피스 입법안에 대한 의견

호스피스법 법제화에 관한 개방형 질문에 대한 자가보고식 기록을 Downe-Wamboldt and Ellerton(1986)의 내용분석 방법에 따라 분석하였다. 내용분석은 의사소통한 내용의 문맥 또는 상황을 범주화함으로써 신뢰성 있는 추론을 위한 체계적, 객관적 수단을 제공하며, 현상을 정량화하여 기술함으로써 연구대상에 대한 이해와 지식을 제공하는 방법(Downe-Wamboldt & Ellerton, 1986)이다. 본 연구에서 자가보고식 기록에서의

단어, 구문, 문장, 절을 내용분석 단위로 하기로 하였으며, 호스피스에 대한 외국입법례, 논문, 저서 등을 통하여 호스피스법에 대한 법적 쟁점을 중심으로 내용분석을 위한 1차 범주도식을 도출한 후 선정된 구문 및 문장에 1차 도식에 적용하여 예비분석을 실시하여 범주도식을 정련화하였다. 수정된 범주도식을 적용하여 분석 대상을 코딩함에 있어 코딩의 신뢰도와 타당도 검증을 위하여 전문가 패널에게 코딩작업을 의뢰하였으며, 이때 패널간의 코드의 분류 일치도(Content Validity Index)가 5명 중 4명(80%) 이상일 경우 신뢰성이 있다고 보았다.

연구 결과

연구 대상자의 일반적 특성

본 연구에 참여한 간호사의 연령은 평균 40.9세이며, 호스피스기관에서의 평균 근무기간은 4.58년이었다. 성별은 모두 여자이며, 종교는 기독교 42명(44.2%), 천주교 39명(41.1%) 순으로 나타났다. 직위는 간호관리자가 26명(30.5%), 간호사 66명(69.5%)이며, 학력은 전문대 졸업 43명(45.8%), 간호대학 졸업 33명(35.1%), 대학원 졸업 18명(19.1%)의 순이었다<표 1>.

<표 1> 호스피스기관 간호사의 일반적 특성 (n=95)

특성	범위	N	%
평균 연령(year)	40.9 (SD=10.97)		
기관 평균 근무기간(year)	4.58 (SD=5.18)		
종교	기독교	42	44.2
	천주교	39	41.1
	불교	3	3.2
	기타	3	3.2
	무교	8	8.4
직위	간호관리자	26	30.5
	간호사	66	69.5
학력	전문대졸	43	45.8
	간호대학졸	33	35.1
	대학원졸	18	19.1
독립형 호스피스 입원병동	있다	89	93.7
	없다	6	6.3
가정방문서비스 제공	직접 제공	46	53.5
	연계 제공	30	34.9
	제공하지 않음	10	11.6

호스피스법의 입법형식, 목적, 호스피스 대상자

조사에 참여한 간호사 모두 호스피스에 관한 법이 필요하다고 인식하였으며, 입법 형식의 측면에서는 호스피스법이 단

<표 2> 호스피스법의 입법형식, 목적 및 대상자

특성	구분	N	%
호스피스법 제정 필요성 (n= 93)	필요하다	93	100.0
	필요하지 않다	0	0
호스피스법 입법 형식 (n= 91)	단독법	35	38.5
	의료법에 포함	26	28.6
	국민건강보험법에 포함	22	24.2
	암관리법에 포함	5	5.5
	노인요양보험법에 포함	1	1.1
	기타	2	2.2
호스피스법 목적 (n=92)		1순위N(%)	2순위N(%)
	말기환자의 안위 및 삶의 질 향상	72(78.3)	12(13.0)
	말기환자의 권리보호	13(14.1)	38(41.3)
	말기환자 가족의 삶의 질 향상	1(1.1)	21(22.8)
	호스피스전문인력 육성 및 자격관리	3(3.3)	6(6.5)
	호스피스전문기관 육성 및 질관리	1(1.1)	7(7.6)
	호스피스 서비스의 급여보장	2(2.2)	8(8.7)
호스피스 대상자* (n=94)		N	%
	의학적 진단(치유 불가능)	86	91.5
	기대여명의 제한	82	87.2
	말기질환 종류 제한	39	41.5
호스피스 대상자의 질환* (n=94)	말기 암	94	100.0
	AIDS	70	74.5
	신장질환	47	50.0
	폐질환	46	48.9
	심장질환	43	45.7
	치매	25	23.6
	기타	14	15.1

* 복수응답

독법이어야 한다는 의견이 35명(38.5%), 의료법에 포함이 26명(28.6%), 국민건강보험법 포함이 22명(24.2%)으로 나타났다. 호스피스법의 입법 목적으로는 말기환자의 안위 도모 및 삶의 질 향상을 1순위로 대답한 경우가 72명(78.3%)이었으며, 말기환자의 권리보호가 13명(14.1%)으로 나타났다<표 2>.

호스피스 대상자인 말기환자의 요건에 포함되어야 할 사항은 의학적으로 치유 불가능하다는 의학적 진단이 있어야 한다고 응답한 경우가 86명(91.5%), 기대여명의 제한이 82명(87.2%), 말기질환의 종류를 제한해야 한다고 응답한 경우가 39명(41.5%)순으로 나타났다. 호스피스 서비스의 이용 가능한 질환에 포함되어야 할 말기질환으로는 응답자 94명(100%) 모두가 말기 암이 포함되어야 한다고 하였고, 후천성면역결핍증(AIDS) 70명(74.5%), 신장 47명(50%), 폐질환 46명(48.9%), 심장 43명(45.7%), 치매 25명(23.6%) 순으로 포함되어야 한다고 하였다<표 2>.

말기환자의 대리인 제도 및 심폐소생술 금지

스스로 의사결정할 수 없는 말기환자를 대신하여 의사결정할 수 있는 대리인의 범위로는 직계혈족이 포함되어야 한다고 응답한 경우가 93명(98.9%), 배우자가 92명(97.9%), 환자가 지정한 대리인이 74명(78.7%), 형제자매가 72명(77.4%) 순으로 나타났다. 대리인제도의 입법형식에 대하여 호스피스법에 말기환자의 대리인제도의 근거를 마련하여야 한다는 의견이 84명(92.3%)으로 나타났다<표 3>.

환자가 호스피스 서비스를 받는 동안 호흡정지 또는 심정지가 발생할 경우 심폐소생술을 하지 않을 수 있는 심폐소생술금지에 관한 기관의 지침이 있다고 응답한 경우는 56명(60.2%)이었으며, 호스피스환자의 심폐소생술시행을 돕거나 목격한 적이 있는 경우가 32명(34.4%)이었다. 심폐소생술금지가 허용되는 경우로는 환자가 사전에 심폐소생술 시행을 원치 않는 경우 가능하다고 응답한 경우가 92명(97.9%), 대리인이 요청한 경우 90명(95.7%), 의학적 판단에 따르는 경우 39명(41.5%)으로 나타났으며, 호스피스계약 체결 시 심폐소생술 시행여부에 대한 사전 문의가 필요하다는 응답이 90명(97.8%)

<표 3> 말기환자의 대리인 제도 및 심폐소생술금지

특 성	구 분	N	%
대리인의 범위* (n=94)	직계혈족(부모, 자식 등)	93	98.9
	배우자	92	97.9
	환자가 지정한 대리인	74	78.7
	형제자매	72	76.6
	3촌이내의 방계혈족	20	21.3
	4촌이내의 친족	16	17.0
대리인 제도의 입법형식 (n=91)	기타	7	7.4
	호스피스법에 대리인제도 근거 마련	84	92.3
	현재 관행으로 충분히 해결 가능	5	5.5
	민법의 개정을 통한 근거 마련	2	2.2
심폐소생술금지 지침(기관)(n=93)	있다	56	60.2
	없다	35	37.6
	모른다	2	2.2
심폐소생술금지 허용 경우* (n=94)	환자가 사전에 의사표현한 경우	92	97.9
	환자의 대리인이 요청한 경우	90	95.7
	의사의 의학적 판단에 따라	39	41.5
심폐소생술의 필요성 (n=93)	필요하지 않다	67	72.0
	경우에 따라 필요하다	25	26.9
	당연히 필요하다	1	1.1
심폐소생술결정시 고려사항**	M	M	SD
	환자의 삶의 질	3.57	.66
	환자가 원함	3.53	.71
	환자의 진단	3.39	.73
	가족의 요구	3.22	.60
	호스피스팀의 윤리적 신념	3.14	.73
	호스피스팀의 영적 신념	3.09	.74
	법적 측면 고려	3.09	.64
	환자의 나이	2.61	.81
	경제적 능력	2.38	.81

* 복수응답

** 4점척도 (1: 매우 고려하지 않음 - 4: 매우 고려함)

로 나타났다.

호스피스환자의 심폐소생술이 필요하지 않다는 의견이 67명(72.0%)이며, 심폐소생술 시행여부 결정시 고려사항으로는 환자의 삶의 질 3.57(SD=.66), 환자가 원할 경우 3.53(SD=.71), 환자의 진단 3.39(SD=.73), 가족의 요구 3.22(SD=.60) 등의 순으로 나타났다<표 3>.

호스피스 종사자 및 호스피스 기관

호스피스법에 규정되어야 할 인력으로는 응답자 모두(88명, 100%) 의사와 간호사가 포함되어야 한다고 하였으며 성직자 86명(97.7%), 사회복지사 85명(97.7%) 순으로 나타났으며, 교육을 의무화해야 할 인력은 의사와 사회복지사 87명(97.8%), 간호사 86명(97.7%) 순으로 나타났다. 또한 환자 및 보호자에게 호스피스 이용에 대한 정보 제공에 대한 의사의 법적 의무 부과에 대하여 70명(77.8%)이 필요하다고 하였다<표 4>.

호스피스기관의 유형에 관한 의견으로는 가정호스피스 사업소가 독립적으로 개설되어야 한다는 동의한 경우가 62명(79.5%), 호스피스 기관은 의료기관이어야 한다는 59명(70.2%)으로 나타났다. 가정호스피스 개설권자로는 호스피스 전문간호사가 개설할 수 있다고 한 경우가 83명(93.3%), 의료법상 의료기관 개설자가 72명(80.9%), 가정전문간호사 34명(38.2%)의 순으로 나타났다<표 4>.

<표 4> 호스피스 인력 및 기관 유형

특 성	구 분	입법 필요성	교육 의무화
		N(%)	N(%)
법에 명시해야 할 호스피스인력의 종류 및 교육 의무화	의사	88(100.0)	87(97.8)
	간호사	88(100.0)	86(97.7)
	성직자	86(97.7)	86(98.9)
	사회복지사	85(97.7)	87(97.8)
	자원봉사자	83(94.3)	83(98.8)
	영양사	69(83.1)	72(90.0)
	간병인	60(75.0)	65(90.3)
	물리치료사	55(57.9)	57(80.3)
	약사	54(67.5)	59(80.3)
의사의 정보제공 의무화(n=90)	필요하다	N	%
	필요하지 않다	70	77.8
호스피스기관 유형*	필요하다	20	22.2
	모두 의료기관으로 개설	59	70.2
	비의료기관 형태도 허용	33	44.0
가정호스피스 사업소 개설자*	가정호스피스사업소 독립적 개설 필요	62	79.5
	의료법상의 의료기관 개설자	72	80.9
	호스피스 전문간호사	83	93.3
	가정 전문간호사	34	38.2
	노인 전문간호사	15	17.0
	보건진료원	10	11.2
	기타	3	3.4

* 복수응답

호스피스서비스 및 급여

호스피스법에 규정되어야 할 서비스에 대해서는 호스피스 간호처치가 포함되어야 한다는 의견이 91명(98.9%), 호스피스 간호관리료 90명(97.8%), 가정호스피스서비스 88명(95.7%) 순으로 나타났고, 호스피스서비스 분류체계의 각 항목에 89.3% 이상이 타당하다고 응답하였다<표 5>.

호스피스서비스 급여보장은 국민건강보험법과 노인요양보험법상 급여와 환자본인분담액으로 확보되어야 한다는 의견이 54명으로 전체 59.3%를 차지하였으며, 서비스 급여기간은 제한하지 말자는 의견이 31명(33.7%), 90일씩 2회가 가능하도록 하여 급여기간을 6개월 내로 제한하자는 의견이 20명(21.7%)으로 나타났다. 수가제도의 경우 간호서비스는 59명(65.6%), 의학적 서비스 53명(53.6%), 호스피스팀 서비스는 47명(52.2%)이 상대가치에 따른 행위료 부과를 효과적인 호스피스 수가제도라고 하였다<표 5>.

호스피스 법 제안내용 분석

입법제안에 대한 자가보고 기록 중 86개의 구문 및 문장이 분석단위로 선정되었으며, 연구자가 도출한 인력, 운영, 재정, 환자의 권리, 마약권리, 시설이라는 6가지 범주와 17개의 하위범주도식을 본 분석단위에 적용하여 분류하였다. 코딩의 신

<표 5> 호스피스서비스와 급여

특 성	구 분	N	%
호스피스서비스 유형* (n=92)	호스피스 간호처치(욕창관리, 관장, L-tube 관리, ROM 등)	91	98.9
	호스피스 간호관리료(체위 및 안위간호, 기본간호 등)	90	97.8
	가정호스피스서비스	88	95.7
	비약물적 통증완화 요법(냉온요법, 이완요법 등)	86	93.5
	임종/사별 지지	82	89.1
	정서적, 영적지지	81	88.0
	환자/가족 상담료	79	85.9
호스피스서비스 분류체계의 타당성*	입원 호스피스 서비스(일반적 입원 영양서비스를 받는 경우)	88	97.8
	지속적 가정호스피스 서비스(위급상황에서 8-24시간 이내에 제공되는 요양서비스 단, 간호사에 의하여야 함)	81	94.2
	일상적 가정호스피스 서비스(임종과 관련되지 않은 상태에서 요양서비스)	79	90.8
	일시적인 입원 호스피스 서비스(입원일을 포함하여 5일 이내의 입원 요양서비스를 받는 경우)	75	89.3
급여확보방안 (n=91)	국민건강보험법+노인요양보험법+환자본인분담액	54	59.3
	국민건강보험법+노인요양보험법+환자본인분담액 없음	16	17.6
	국민건강보험법+환자본인분담액	16	17.6
	기타**	5	5.5
급여기간 (n=92)	제한 없음	31	33.7
	90일씩 2회, 30일 2회 추가 가능	23	25.0
	90일씩 2회, 30일 추가 가능	18	19.6
	90일씩 2회 (총 6개월)	20	21.7
수가제도		상대가치 N(%)	포괄수가제N(%)
	의사의 의학적 서비스(진단, 처방)	53(53.6)	36(40.4)
	간호사의 간호서비스(투약, 안위간호, 개인위생등)	59(65.6)	31(34.4)
	호스피스 팀 서비스(상담 및 지지, 사별관리등)	47(52.2)	42(46.7)

* 복수응답

** 기타 : 국민건강보험법 + 호스피스법(또는 노인요양보험법) + (환자본인부담액) +후원금

되도와 타당도 검증을 위하여 호스피스 연구경험 있는 교수 2인과 석사학위 이상의 호스피스간호사 3인으로 구성된 전문가 패널에게 코딩작업을 의뢰하였으며, 1차 코딩 결과 전체 86개의 문장 중 83개(90.8%)가 일치도를 보였고, 일치하지 않는 3개(9.28%)의 문장은 의미가 명확하지 않아 합의하에 삭제함으로써 일치도를 100%로 높였다. 따라서 호스피스법에 포함되어야 할 입법제안 내용은 총 83개의 전문문이며, 내용분석을 통해 6개의 범주와 17개의 하위범주로 분류되었다.

각 범주별 전문문의 수는 호스피스 인력 25개, 운영 24개, 재정 13개, 환자의 권리 12개, 마약관리 5개, 시설 4개로 나타났다. 각 범주별 전문문 수를 비교한 결과 호스피스인력과 운영에 관한 전문문이 가장 많이 나타났으며, 호스피스인력의 경우 하위범주인 전문가제도, 보호, 교육, 인력규정에 총 25개의 전문문이, 운영의 경우 하위범주인 보험급여내용, 급여시기/기간, 의뢰체계, 서비스질관리에 총 24개의 전문문이 포함되었다. 재정의 하위범주인 수가, 정부지원, 기부금에 13개의 전문문이, 환자의 권리의 하위범주인 권리보호, 자기결정권, 심폐소생술금지에 12개의 전문문이, 마약관리의 하위범주인 마약권한 위임과 마약규제완화에 5개의 전문문이, 시설의 하위범주인 시설지원에 4개의 전문문이 각각 포함되었다<표 6>.

논 의

본 연구는 호스피스기관에 근무하는 간호사의 호스피스 법제화 방안에 대한 인식을 파악함으로써 향후 호스피스 입법을 위한 방안을 모색하는데 기초자료로 활용하고자 시도되었다. 본 연구의 결과를 호스피스 법제화관련 선행연구와 호스피스 입법 및 제도가 비교적 정착된 미국, 대만, 일본의 상황과 비교하면서 논의하고자 한다.

연구대상자 모두 호스피스법 제정의 필요성을 공감하고 있었으나, 입법형식에 대해서는 의견이 일치하지 않았다. 이 중 호스피스 단독법 제정 의견이 가장 많았는데, 손명세 등(2005)이 호스피스제도의 특성을 가장 잘 보장하는 것이 ‘호스피스 특별법’이라는 의견을 제시한 것과 유사하였다. 미국은 1983년에 주별 호스피스법(Hospice Act)을 제정한 바 있으며, 대만도 2000년에 단독법인 호스피스완화법(Hospice and Palliative Act)을 제정하였다(보건복지부 암정책과제연구팀, 2007). 호스피스법의 입법형식은 호스피스의 개념과 법적 성격에서 출발되어야 하며, 이런 의미에서 호스피스와 보건의료의 관계에 대한 개념정립이 필요하다. 의료법은 의료기관 중심의 호스피스를, 국민건강보험법은 요양기관 중심의 호스피

<표 6> 호스피스법에 포함되어야 할 제안 내용

범주	하위범주	진술내용	빈도	총계(%)	
인력	전문가제도	호스피스 전문가(자격) 제도화	5	10(40%)	
		호스피스 전문간호사제도	3		
		호스피스 전문의제도	1		
		호스피스경력자에게 전문가자격증 부여	1		
	보호	사전동의서 법적 보호	3		6(24%)
		호스피스 의료인력의 법적 보장	2		
		의료분쟁에 대한 면책	1		
	교육	호스피스 교육	3		5(20%)
		의료인 호스피스 교육	2		
	인력규정	인력규정	2		4(16%)
호스피스팀 규정		2			
소계				25(100%)	
운영	보험급여내용	호스피스간호서비스(처치료) 보험적용	4	12(50%)	
		가정호스피스 보험적용	4		
		주간호스피스 보험적용	2		
		간병서비스 지원	2		
	급여시기/기간	호스피스 의뢰시기	2		4(16.7%)
		입원기간 무제한	2		
	의뢰체계	의뢰체계구축	2		4(16.7%)
		재가암과 호스피스 연결	1		
		성직자와의 연계	1		
	서비스질관리	질관리 원칙	3		4(16.7%)
질향상 후 대상자 확대		1			
소계				24(100%)	
재정	수가	수가체계 마련	4	6(46.1%)	
		포괄수가제	1		
		인력구성과 수가 연계	1		
	정부지원	재정지원	4		4(30.8%)
	기부금	기부금제도	2		3(23.1%)
		기부금의 세금공제 혜택	1		
소계				13(100%)	
환자의 권리	권리보호	호스피스 대상자 권리명시	2	4(33.3%)	
		호스피스 선택의 폭 확대	1		
		독거노인사망시 사후처리	1		
	자기결정권	무의미한 치료 거부권	2		4(33.3%)
		사전의사결정권 보장	1		
		안락사	1		
	심폐소생술금지	심폐소생술금지 규정	2		4(33.3%)
		심폐소생술포기법	1		
		심폐소생술거부권	1		
	소계				12(100%)
마약관리	마약권한위임	간호사에게 마약관리권한 위임	2	3(60%)	
		간호사에게 마약관리권한 부여	1		
	마약규제완화	몰핀사용에 대한 의사처방 자율화	1		2(40%)
		마약사용 규제 완화	1		
소계				5(100%)	
시설	시설 지원	호스피스기관 지원	2	4(100%)	
		호스피스기관 확대	1		
		근무환경 개선	1		
소계				4(100%)	
총계				83(100%)	

스를, 암관리법은 말기암환자에 국한된 호스피스라는 제한점이 있으므로 호스피스의 독자적 발전과 다양한 형태의 호스피스 제공을 위해 단독법 형식의 호스피스법의 제정을 추진할 필요가 있다.

호스피스법 제정목적은 말기환자의 안위 및 삶의 질 향상, 말기환자의 권리보호, 말기환자 가족의 삶의 질 향상에 두어야 한다는 의견이 다수였는데, 이는 미국과 대만의 입법례와 유사하였다. 또한 호스피스 대상자인 말기환자의 요건과 종류는 국민의 권익에 직접적으로 관련되므로 합리적 기준이 제시되어야 하는데, 본 연구에서는 치유불가능이라는 의학적 진단과 기대여명의 제한을 인정하고 있으나 말기질환의 종류를 제한하는 것에는 부정적 의견이 다수였다. 미국과 대만은 초기에는 말기암환자를 대상으로 시작하였으나 현재 모든 말기질환을 대상으로 확대하고 있으며, 미국의 경우 1982년부터 2명의 의사가 6개월 여명임을 증명하면 Medicare Hospice Benefit의 호스피스 대상이 될 수 있다(가톨릭대학교 호스피스 교육연구소, 2006; Biskupiak & Korner, 2005). 이에 우리나라도 일차적으로 말기암환자 중 기대여명이 6개월 미만인 자에게 우선적으로 호스피스를 제공하고, 순차적으로 말기환자를 확대하는 방안을 고려할 필요가 있다.

말기환자가 의사결정능력이 없을 때 호스피스이용, 생명연명치료, 심폐소생술 시행과 같은 주요의사결정을 누가 할 것인가 간호 실무에서 중요한 문제로 대두된다. 본 조사결과 대리인의 범위에 배우자, 직계혈족, 형제자매 외에 환자가 지정한 대리인이 포함되어야 한다는 의견이 많았고, 호스피스법에 대리인 제도의 근거를 마련하여야 한다는 의견 또한 많았다. 대만에서는 환자에게 알리지 못하게 하고 자식들이 의사결정하며, 일본에서도 환자 자신의 의견보다는 자식의 의견을 존중하고 있다. 반면, 미국의 경우는 환자의 자율적 의사존중이 매우 중요하여 환자의 사전유언과 대리인제도를 통해 의사결정을 하도록 한다(Manosilapakorn, 2002; Shirahama, 1997). 이처럼 나라마다 차이는 있지만, 환자본인의 자기결정권의 보호를 위하여 대리인제도를 활성화 하는 것이 필요하다. 또한 호스피스서비스는 다른 의료계약과 달리 소극적 및 완화적 처치에 대한 동의를 전제로 한 것이므로, 말기환자 등이 서비스의 내용에 대한 충분한 설명을 듣고 동의여부를 서면화하는 것이 매우 중요하며, 미국과 대만의 경우 말기환자 또는 대리인의 호스피스 이용 신청절차를 법에 규정하고 있다.

말기환자의 심폐소생술금지에는 연명치료중단에 관한 문제로서(김선옥, 1999; 유호중, 2002) 인간의 생명과 결부되므로 의사결정시 범-윤리적 정당성을 확보하여야 할 중요사안이다. 미국 모든 주의 호스피스법은 말기환자의 사전유언에 의한 심폐소생술 선택을 존중하며, 대만 호스피스완화법(제7조)에서는 심폐소생술금지 신청자와 절차를 명시함으로써 법적 논란을

입법적으로 해결하였다. 그러나 우리나라는 보라매병원사건과 대법원 판결(2002도955)이후 생명연장치료에 대한 논의가 활발하였음에도 불구하고 아직 법적 기준을 마련하지 못하고 있다. 이에 의료계에서는 실정법상 명확한 기준을 요구하고 있는데(손명세, 2005), 본 연구에서도 다수의 응답자가 말기환자의 사전의사표시와 대리인의 요청이 있는 경우 심폐소생술 금지를 허용하여야 한다고 응답하였다.

연구 참여 간호사의 72%가 말기환자의 심폐소생술이 필요하지 않다고 하였는데, 박연옥, 장봉희 및 유문숙(2004)의 연구에서 간호사의 85% 이상이 '말기환자의 심폐소생술을 시행하지 않을 수 있다'고 응답하여 본 연구결과와 유사하였다. 또한 '의사의 의학적 판단에 의한 심폐소생술금지 허용'이 41%로 나타났는데, 간호사를 대상으로 한 이순행, 김정숙, 황문정, 황버들과 박윤정(1998)의 연구에서 'DNR(Do Not Resuscitate) 결정은 주치의가 하는 것이 옳다'는 의견이 41%로 조사된 결과와 일치하였다. 이는 본인의 의사표현이 불명확할 때 인간생명의 보호가 의학적 고려보다 우선하여야 한다는 법원의 기준(이석배, 2007)과 차이를 보여 향후 법적 분쟁의 소지를 안고 있다. 결과적으로 심폐소생술을 시행하지 않음으로써 소극적 안락사 또는 살인방조 등으로 처벌받거나 반대로 원치 않은 무의미한 심폐소생술을 방지하기 위해서는 본인의 명시적인 사전의사표시의 법적 근거와 절차를 마련하는 것이 필요하다.

본 연구에서 의료인 외에도 사회복지사, 성직자, 자원봉사자를 호스피스법에 관련 인력으로 명시하고, 교육을 의무화하는 규정을 두자는 의견이 다수였다. 대만의 경우 호스피스교육을 의무화 하여 매년 직무교육과 보수교육을 실시하고 있으며, 이에 우리나라도 관련 교육프로그램을 개발하여 직무교육 및 보수교육을 의무화 하는 것이 필요하다. 또한 내용분석에서 호스피스인력의 전문자격화에 대한 요청이 있었는데, 미국에서 호스피스종사자의 면허, 자격, 등록(42 CFR 418.72)을 통해 인력을 전문화하는 것과 같이 우리나라도 호스피스인력의 전문화 및 자격관리를 위한 법적 근거를 마련하는 것이 필요하다.

우리나라의 경우 호스피스기관은 크게 의료기관과 가정호스피스로 구분하고 있는데, 본 연구에서 다수의 응답자들이 독립적 가정호스피스사업소 개설의 필요성을 인식하고 있다. 일본과 대만의 병원호스피스 사업내용의 90% 이상이 병원과 연계된 가정호스피스 사업이며, 미국은 공급형태가 더 자유로워 병원 외 입원시설(freestanding), 복지시설의 일종인 간호요양원(skilled nursing facility, nursing home), 가정간호기관에서 호스피스를 제공하고 있으며, 병원의 호스피스를 제한하는 정책으로 인해 전체 호스피스사업의 90% 이상이 가정호스피스이다(보건복지부 암정책과제연구팀, 2007). 이처럼 3개국의 호스피

스사업의 주요 내용이 가정호스피스인 것을 볼 때 우리나라도 독립된 가정호스피스사업소의 개설, 지역 병의원을 활용한 가정호스피스의 확산 등을 도모할 필요가 있다. 의료법(제33조)에서 의료기관외 의료업을 금지하는 규정이 독립적 가정호스피스사업소 개설의 걸림돌로 작용하고 있으므로, 가정간호사업소에서 호스피스 제공을 위한 별도의 법적 근거 마련이 우선 되어야 한다.

2006년 기준 우리나라 호스피스기관은 의료기관이 64.9%이며, 호스피스 병상수는 650개로 인구수 대비 필요병상수의 26%에 불과하며, 이마저도 수도권 및 대도시에 편중되어 있다(보건복지가족부, 2008). 이에 호스피스 공급확대 및 서비스의 다양화 등을 위하여 가정호스피스사업소, 호스피스간호요양원 등의 새로운 유형을 허용하는 것이 필요하다. 이태화, 이원희와 김명실(2000)이 말기폐암환자의 가정 호스피스 비용이 병원 호스피스 비용의 약 6% 정도로 가정 호스피스가 비용절감 효과가 있음을 보고한 바 있으며 미국, 일본과 대만이 비용효과적인 측면에서 가정호스피스를 확대한 경우(보건복지부 암정책과제연구팀, 2007)를 볼 때 우리나라도 가정호스피스 서비스를 도입할 필요가 있다.

본 연구에서 가정호스피스의 개설자가 호스피스전문간호사여야 한다는 의견이 가장 많았는데, 2004년 의료법 시행령 개정에서 호스피스 전문간호사가 전문간호사에 포함되었으며, 호스피스 전문간호사의 역할과 업무가 부여되고 대학원 석사 교육과정으로 호스피스분야의 전문간호사가 양성되고 있다(최화숙 등, 2005). 이에, 호스피스 전문간호사의 개설권을 법에 규율함으로써 독립된 호스피스기관의 개설 및 운영을 준비하여야 한다.

본 연구에서 호스피스법에 규정되어야 할 서비스에 호스피스간호처치, 간호관리료, 가정호스피스, 비약물적 통증완화요법이 포함되어야 한다는 의견이 많았다. 일본과 대만은 호스피스 서비스에 통증완화와 증상관리, 사회심리적, 영적 관리, 임종간호와 사별관리를 포함시키고 있으며, 미국은 이외에도 Respite care(고통중지 치료), 물리·작업·언어치료를 포함하고 있다. 또한 미국의 호스피스서비스의 4가지 유형에 대해 응답자의 다수가 타당성을 인정하는 것으로 나타나 우리나라의 적용가능성을 보여주었다. 그 외 기타의견에 호스피스 낮관리(Day care)에 대한 요청이 있었는데, Daycare 호스피스는 가정에 있으면서도 호스피스팀의 서비스를 받을 수 있는 서비스로 이를 이용한 환자들의 만족도가 높게 나왔다(Kernoham et al., 2006).

호스피스서비스 급여의 재원확보를 국민건강보험법과 노인요양보험법상 급여와 환자본인분담액으로 하자는 의견이 가장 많았으며, 그 외 보험적용 외에도 정부지원과 기부금으로 조달하여야 한다는 의견이 있었다. 일본과 대만은 국가건강보험

에서 주로 의학적 비용을 지불하고 있으며, 그 외는 장기요양보험, 정부지원, 후원금을 활용하는 반면, 미국은 1983년 연방사회보장법인 메디케어((Medicare)에 호스피스규정(42 CFR 418.1-405)을 제정하여 65세 이상 노인에게 급여하고 있다(Tierney & Wilson, 1993). 이에 우리나라는 국민건강보험에 의한 급여를 기본으로 하고, 노인요양보험법상의 간병 등 서비스를 부가적으로 적용하고, 정부지원 및 후원금제도를 양성할 필요가 있다.

호스피스서비스 급여기간에 대해서는 제한을 두지 말자는 의견이 가장 많았는데, 미국의 경우 사전에 급여기간을 제한하고 심사 후 연장하여 비용을 통제하는 반면, 대만의 경우 급여기간을 제한하지 않으나 호스피스 적용기간을 16일 전후로 구분하여 수가를 차등적용하고 있어, 양국 모두 급여상의 비용통제를 위한 방안 마련을 하고 있다.

본 조사에서 수가제도에 대해서는 포괄수가보다는 상대가치를 적용하자는 의견이 다소 많았는데, 미국, 대만, 일본의 호스피스수가는 일당정액제로 병원과 가정호스피스를 구분하여 적정수가를 제시하며, 다양한 방식으로 비용을 통제하고 있다. 예로 대만의 경우 호스피스 이용 기간별, 호스피스기관별 차등수가제를 적용하고 있으며, 미국은 환자 1일당 사용할 수 있는 호스피스 총액제(Hospice Cap)와 병원입원서비스 제한정책을 적용하고 있다(보건복지부 암정책과제 연구팀, 2007). 우리나라의 경우 일당정액의 포괄수가로 호스피스 수가(안)를 제시(보건복지가족부, 2008)하고 있으나 좀더 다양한 비용통제방안을 모색하여야 한다.

호스피스법의 입법에 대한 간호사들의 의견을 내용분석한 결과, 호스피스 인력의 전문가제도화와 법적 보호, 교육에 대한 요구가 높게 나타났으며, 호스피스운영과 관련하여 의료기관, 가정, 병원호스피스기관간의 연계 및 의뢰체계, 서비스의 질관리가 법에 규정되어야 한다는 의견이 제시되었다. 손명세(2005)의 연구에서도 서비스 평가시스템의 구축의 필요성을 제기한 바 있으며, 2008년 5월 정부주도 공청회에서도 인력 및 시설기준을 정부가 제시하고 서비스의 표준화, 인증 및 주기적 평가를 제안한 바 있다(보건복지부홈페이지 자료실, 2008).

이 외에 환자권리 즉, 자기결정권, 심폐소생술과 관련된 권리보호규정의 필요성을 제시하였으며, 마약관리와 관련하여 간호사의 마약권한 확대 및 규제완화에 대한 요청이 제기되었다. 호스피스병동에 입원하는 주된 이유는 증상조절이며 그 중에서도 통증관리가 가장 큰 이유이다(김준석, 2004). 따라서 호스피스 시설 및 가정호스피스에서 간호사를 통한 통증관리를 위해서는 간호사의 마약권한의 확대가 당연히 요청된다.

위의 결과를 종합해 보면 호스피스기관 간호사들은 호스피스법 제정을 통하여 말기환자의 안위와 삶의 질을 도모하고,

대리인제도 등을 통해 말기환자의 권리를 보호하고, 말기환자의 심폐소생술금지등의 생명연장치료에 대한 입법적 해결방안을 요구하고 있음을 알 수 있다. 또한 호스피스인력의 전문화와 자격관리, 호스피스전문간호사 등의 가정호스피스사업소의 독립개설 인정과 호스피스간호서비스의 수가화, 마약관리에 대한 권한을 요청하고 있음을 알 수 있다.

영업자로서의 이해관계에 얽히지 않은 호스피스기관 간호사들의 공익적 관점에서의 호스피스법에 대한 의견은 향후 호스피스 법제화 방안의 모색에 유용한 자료로 활용될 것이 예상된다. 앞으로 효율적인 호스피스 법(가칭)은 서비스의 공급과 운영뿐만 아니라 호스피스대상자의 권익과 안위를 도모하는데 있어 간호사들이 중요한 역할을 부여함으로써, 국민의 건강권과 존엄권 실현에 기여하게 될 것이 기대된다.

결론 및 제언

본 연구는 호스피스기관 간호사의 호스피스 법제화에 대한 인식을 파악하기 위한 서술적 조사연구이며, 주요 연구결과는 아래와 같다.

- 응답자 전원이 호스피스법이 필요하다고 응답하였고, 호스피스 단독법이어야 한다는 의견이 35명(38.5%)으로 가장 많았다. 호스피스법 입법 목적 중 말기환자의 안위 도모 및 삶의 질 향상을 1순위로 대답한 경우가 72명(78.3%), 말기환자의 권리보호가 13명(14.1%)로 나타났다. 호스피스 대상자인 말기환자의 요건은 의학적으로 치유 불가능하다는 의학적 진단 86명(91.5%), 기대여명 제한 82명(87.2%), 말기질환 종류 제한 39명(41.5%)으로 나타났으며, 말기질환의 종류는 말기암 94명(100%), AIDS 70명(74.5%)순으로 나타났다.
- 대리인의 범위에 배우자 92명(98.9%), 직계혈족 93명(98.9%), 환자가 지정한 대리인 74명(78.7%), 형제자매 72명(76.6%) 순으로 나타났으며, 호스피스법에 대리인제도의 법적근거를 마련하여야 한다는 의견이 84명(92.3%)이었다. 환자가 심폐소생술을 원치 않는 경우 92명(97.9%), 대리인이 요청한 경우 90명(95.7%), 의학적 판단에 따르는 경우 39명(41.5%)이 심폐소생술을 시행하지 않아야 한다고 응답하였으며, 호스피스환자의 심폐소생술이 불필요하다는 의견이 67명(72.0%)이었다.
- 호스피스법에 규정되어야 할 인력은 간호사와 의사 88명(100%), 성직자 86명(97.7%), 사회복지사 85명(97.7%) 순이며, 가정호스피스 사업소가 독립적으로 개설되어야 한다는 의견이 62명(79.5%)이고, 가정호스피스 개설권자는 호스피스전문간호사가 83명(93.3%)으로 나타났다.
- 호스피스법에 규정되어야 할 서비스는 호스피스 간호처치 91명(98.9%), 호스피스 간호관리료 90명(97.8%), 가정호스피

스서비스 88명(95.7%) 순으로 나타났다. 호스피스 서비스 급여보장은 국민건강보험법과 노인요양보험법상 급여와 환자본인분담액으로 확보되어야 한다는 의견이 54명(59.3%)이며, 수가제도는 포괄수가제보다 상대가치 적용의견이 다소 높았다.

- 호스피스기관의 간호사들이 호스피스법에 포함되어야 할 제안에 대한 총 83개의 진술문은 6개의 범주와 17개의 하위 범주로 분류되었다. 각 범주별 진술문의 수는 호스피스 인력 25개, 운영 24개, 재정 13개, 환자의 권리 12개, 마약관리 5개, 시설 4개로 나타났다.

본 연구의 결과를 바탕으로 다음과 같이 제언하고자 한다.

첫째, 외국의 호스피스관련 비교법적 연구가 필요하다.

둘째, 다른 호스피스 인력간의 법제화에 대한 인식비교연구가 필요하다.

셋째, 호스피스이용자 즉, 말기환자와 보호자를 대상으로 한 입법인식연구가 필요하다.

넷째, 호스피스 말기환자의 권리보호를 위한 간호윤리적 돌봄에 대한 연구가 필요하다.

참고문헌

- 가톨릭대학교 호스피스교육연구소 (2006). *호스피스 완화간호*. 서울: 군자출판사.
- 김선옥 (1999). *중환자실에서 치료중단 특성분석*. 연세대 보건대학원 석사학위논문, 서울.
- 김준석 (2004). 우리나라 호스피스완화의료의 현주소와 전망. *대한내과학회지*, 67(4), 327-329.
- 대법원 2004. 6. 24. 선고, 2002도995 판결 <http://www.scourt.go.kr>
- 말기암환자, 호스피스 이용 3%에 그쳐 (2008, May 21). *한겨레신문*, 인터넷 신문(www.hani.co.kr).
- 박연옥, 장봉희, 유문숙 (2004). 말기환자의 연명치료중단에 대한 간호사의 인식도. *의료윤리교육*, 7(2), 198-216.
- 보건복지가족부 (2008). *보건복지가족부 홈페이지 자료실*. <http://www.e-welfare.go.kr/wp/index.jsp>
- 보건복지부 (2007). *2006 보건복지백서*.
- 보건복지부 암정책과제 연구팀 (2007). *일본대만의 호스피스 운영 및 비용체계와 법령분석*. Workshop 자료집.
- 손명세 (2005). 호스피스완화의료의 법제화 방안. *국립암센터 심포지엄 주제발표집*, 47-81
- 신현호 (2006). *삶과 죽음 권리인가 의무인가?*. 서울: 육법사.
- 유성재 역 (2005). 입법효과의 평가 - 스위스 베른주 입법효과 평가제도를 중심으로. *중앙법학회*, 7(3), 163-203.

- 유호중 (2002). 연명치료 중단에 정당성 근거와 조건. *의료·윤리교육*, 5(2), 151-168.
- 이석배 (2007). 독일의 치료중단기준과 입법론. *형사정책*, 19(1), 229-251.
- 이순행, 김정숙, 황문정, 황버들, 박윤정 (1998). 임상간호사의 DNR과 관련된 윤리문제에 대한 태도조사. *임상간호연구*, 4(1), 147-162.
- 이태화, 이원희, 김명실 (2000). 말기 폐암환자를 대상으로 한 가정호스피스와 병원입원치료의 비교. *대한간호학회지*, 30(4), 1045-1054.
- 최화숙, 김수지, 권신영, 선정숙, 이견숙, 이미숙, 김현주, 이미정 (2005). 호스피스전문간호사의 역할 및 업무에 관한 연구. *간호과학*, 17(1), 79-98.
- 통계청 (2006). *2006년 사망원인통계연보*.
- Biskupiak, J., & Korner, E. (2005). Assessing the value of hospice care: Is documentation of cost savings necessary?. *J Pain Palliat Care Pharmacother*, 19(4), 61-65.
- Downe-Wamboldt, B. L., & Ellerton, M. L. (1986). A study of the role of hospice volunteers. *Hosp J*, 1, 17-31.
- Emanuel, E. J., Ash, A., Yu, W., Gazelle, G., Levinsky, N. G., Saynina, O., McClellan, M., & Moskowitz, M. (2002). Managed care, hospice use, site of death, and medical expenditures in the last year of life. *Arch Intern Med*, 162(15), 1722-1728.
- Kernohan, W. G., Hansson, F., Hutchinson, P., & Cochrane, B. (2006). Patient satisfaction with hospice day care. *Support Care Cancer*, 14, 462-468.
- Lo, J. C. (2002). The impact of hospices on health care expenditures-the care of Taiwan. *Soc Sci Med*, 54(6), 981-991.
- Manosilapakorn, C. (2002). Ethical dilemmas related to end of life care of elderly persons in Thailand. *George Mason University College of Nursing and Health Science Ethics Forum*.
- Miyashita, M., Nakai, Y., Sasahara, T., Koyama, Y., Shimizu, Y., Tsukamoto, N., & Kawa, M. (2007). Nursing autonomy plays an important role in nurses' attitudes toward caring for dying patients. *Am J Hosp Palliat Care*, 24(3), 202-210.
- Shirahama, M. (1997). Disagreement among family members call for comments. *J Asian Int Bioeth*, 7, 135-137.
- Tierney, J., & Wilson, D. (1993). The effect of the Medicare regulations on hospice practice: Enhancing staff performance. *Am J Hosp Palliat Med*, 10(2), 26-31.

Nurses' Perception on Hospice Law in Hospice Institutions

Kim, Ki Kyong¹⁾ · Lee, Chung Yul²⁾ · Kim, Gwang Suk³⁾ · Cho, Yoon Hee⁴⁾
Komatsu, Hiroko⁵⁾ · Zhang, Weihua⁶⁾ · Chao, Yann-Fen⁷⁾

1) Assistant professor, Department of Nursing, Wonju College of Medicine, Yonsei University

2) Professor, Department of Nursing Environments & Systems, Nursing Policy Research Institute, College of Nursing, Yonsei University

3) Assistant professor, Department of Nursing Environments & Systems, Nursing Policy Research Institute, College of Nursing, Yonsei University

4) Doctoral student, Department of Nursing in Graduate School, Yonsei University, 5) Professor, St. Luke, College of Nursing, Japan

6) Associate professor, College of Nursing, Emory University, U.S.A, 7) Professor, College of Nursing, Taipei Medical University, Taiwan

Purpose: The purpose of this study was to investigate the nurses' perception on hospice law in hospice institutions using questionnaire and to recommend bill of hospice law. **Method:** The data were collected from 95 nurses who have experienced in hospice care using a self-completion questionnaire. To analyze prescriptive data, content analysis was done using an analysis scheme developed by the investigators. **Results:** The separate hospice law suggested was types and purpose of law, certification of patient, living will and right to attorney, staff, institutions, service, and payment. The analysis scheme consisted of 6 categories and 17 subcategories. 83 significant statements were analyzed and categorized. Hospice nurses indicated that their operation, financing, manpower, institution, patient right, drug management is needed to enact for bill. **Conclusions:** The results of this study on hospice law contents will contribute to build the national hospice system in Korea.

Key words : Hospice, Hospice law & regulation, Nurses

• Address reprint requests to : Kim, Gwang Suk

Department of Nursing Environments & Systems, College of Nursing, Yonsei University

250 Seongsanno, Seodaemun-gu, Seoul 120-752, Korea

Tel: 82-2-2228-3342 Fax: 82-2-392-5440 E-mail: gskim@yuhs.ac