

9. 호스피스의료와 간호윤리

문 성 제 *

- I. 들어가는 글
- II. 호스피스 의료의 목적과 과제
 - 1. 호스피스 의료의 개념
 - 2. 호스피스 의료의 목적
 - 3. 우리나라 호스피스 의료의 과제
- III. 간호업무와 간호윤리
 - 1. 간호사의 업무
 - 2. 간호사의 간호윤리
- IV. 맺는 글

I. 들어가는 글

보건복지가족부의 보도 자료에 의하면 2006년 현재 우리나라에서 암으로 사망한 환자 수는 약 6만 6천여 명으로, 이는 질병 사망원인 1위에 해당하는 것으로 건강보험에서 암 환자의 의료비 지출액도 연간 1조 7천억 원 이상으로 나타남으로써 경제적 부담이 가중되고 있음을 밝히고 있다.¹⁾ 반면에 의료기술의 발전과 암 조기검진이 일반화되면서 2차 암에 대한 예방 및 검진, 재활 등에 대한 연구가 활발하게 진행되고 있는 가운데, 적극적인 암 치료를 통하여 완치되는 암 환자의 수도 증가하고 있다. 문제는

*논문집수: 2008. 4. 1. *심사개시: 2008. 5. 10. *게재확정: 2008. 6. 10.

*선문대학교 법과대학 교수, 법학박사

1) 보건복지가족부 보도자료, 2008. 5. 20.

말기환자에 대한 의료와 관련하여 인공적으로 생명을 연장함으로써 인간으로서의 존엄은 물론 가족과의 교감도 갖지 못한 채 생을 마감하게 되는 경우도 발생할 수 있다는 점이다. 특히 환자 자신의 意思가 반영되지 않은 결정으로 생명연장이 지속될 경우, 환자의 인권은 물론 나아가 자기결정권의 침해와 같은 법률문제도 야기하게 된다.

선진국의 경우 말기환자들을 위한 통증관리 등과 관련하여 호스피스²⁾의 료가 보편화되고 있음에도 불구하고 우리나라에서는 3차 의료기관에서 연명치료 위주의 의료서비스를 받고 있는 실정이며, 말기환자와 가족의 삶을 제고하기 위한 호스피스(Hospice)의료에 대한 관심과 연구가 일부 행하여지고는 있으나, 대부분 호스피스를 위한 시설 및 현황을 소개하는 정도로서²⁾ 법률적인 접근과 언급은 부족한 실정이다.

호스피스는 말기환자의 부적절하고 무관심한 치료에 대한 반발³⁾로 등장하였으며, 이 때 호스피스의료라 함은 ‘치유 불가능한 말기 환자들에게 가능한 한 완전하고 편안한 삶을 영위할 수 있도록 지지하고 돌보는’⁴⁾방식으로 행하여지는 의료로서, 라틴어 Hospes(손님)에서 유래하는데, 여기에서 Hospital, Hotel, Hospitality등의 단어가 파생되었다고 한다.⁵⁾ 이 모든 단어에는 ‘손님을 모신다’는 의미를 포함하며 이를 통하여 호스피스 의료의 개념도 추측할 수 있다.

우리나라에서 호스피스의료는 대부분 의사, 간호사, 사회사업가, 목회

2) 김수지, 『호스피스총론』, 한국호스피스협회, 2001; 대한간호협회, “전문 간호사 제도화, 추진경과보고서”, 대한간호협회, 2001; 오복자·이희정·이선규, “호스피스기관 실태조사 연구”, 『생명과학논문집』, 2002; 윤영호, “호스피스·완화의료 제도화 방향”, 『한국호스피스·완화의료 제도화 심포지움 자료집』, 국립암센터, 2002.

3) Ryder CF, Ross DM, Terminal Care-Issue and Alternative, Public Health Report, Jan-Feb, 1977, 92, 20-29 ; Krant MJ. The Hospice Movement. N Engl J. Med 1978, 299, 20-29 ; 엄창환, 『완화의학: 암환자와 증상조절』, 서울 군자출판사, 2000; 최윤선, “한국호스피스의 현황과 전망”, 『가정의학회지』, 18권 8호, 1997, 774면.

4) NHPCO, Cancer pain relief and palliative care, Technical Report Serise, 2000.

5) 조유향, “호스피스 전개에 있어서 과제와 방향에 대한 모색 -호스피스 전개를 위한 교육적 측면에서”, 『한국보건교육학회지』, 11권 2호, 1994. 12, 150면 이하.

자, 물리치료사, 약사, 영양사, 기타 작업치료사 및 자원봉사자, 보호자, 친지와 같이 비전문적인 사람들에 의하여 이루어지고 있으며, 일반 환자와는 다른 요구와 치료를 위한 접근방법이 필요함에도 치료중심의 의료서비스를 제공하고 있다는 점에서 향후 생명윤리와 관련하여 나타날 수 있는 법적 대안이 요구되고 있는 실정이다.

특히 호스피스 제도화 방안과 관련하여 2002년 보건복지부에서 공식적인 발표를 통하여 호스피스 전문 인력양성을 위한 호스피스 전문 간호사 제도 도입을 위한 근거를 마련하였는데, 그 주요 내용들은 호스피스는 다학제적 팀 접근이 중요하며 간호사가 핵심적 역할을 수행해야 한다는 점 등이었다. 호스피스 전문 간호사제도에 대한 언급은 이미 의료법시행규칙⁶⁾ 제24조에서 전문 간호사 자격으로서 호스피스를 규정하고 있으며, 「전문 간호사 자격인정 등에 관한규칙」 제2조(자격구분)⁷⁾에서도 호스피스 전문 간호사 제도 도입을 위한 법규정을 마련하였다. 이와 같이 현대사회에서는 새로운 의료 paradigm으로 나타나고 있는 호스피스제도의 실행을 위한 전반적인 검토를 요구하기에 이르렀는데, 이 글은 이와 같은 문제의식을 가지고 호스피스의료의 개념과 내용, 나아가 의료의 특성상 호스피스의료는 간호사의 역할이 중요하므로 호스피스의료와 관련하여 간호윤리를 중심으로 살펴보려고 한다.

II. 호스피스 의료의 목적과 과제

1. 호스피스의료의 개념

의료는 질병의 예방과 환자의 치료를 통하여 국민보건 향상에 이바지함

6) 전부개정 2008. 4. 11. 보건복지부령.

7) 전부개정 2008. 4. 11. 보건복지부령 제7호.

을 그 목적으로 한다. 이 때 의료는 치료·연명을 위한 부분적 치료를 말하며, 대상은 환자가 아니라 질병이 된다. 오늘날 의료는 불치의 질병을 포함하여 난치병 등을 극복하기 위한 노력에서 출발하여 발전하여 왔으나 새로운 문제가 제기되고 있다. 즉 진행 암, 말기 암을 비롯하여 말기환자 등과 관련된 전인적 의료가 그것이다. 대부분 말기 암 환자들은 육체적인 고통을 느끼고 있으며 그렇지 않다 하더라도 질병에 대한 공포를 가지고 살아간다. 뿐만 아니라 말기 암 환자에 대한 고통은 단순히 육체적 고통을 넘어 죽음에 대한 두려움으로 인한 정신적 고통과 사회적으로 자기의 역할을 수행할 수 없다는 사회적 고통도 따르게 된다. 이 같은 시각에서 볼 때 말기 환자에게 대해서는 질병을 치유하려고 하는 종래의 의료목적보다 다양한 시각에서 고통을 완화시키고 가능한 범위에서 생을 마감할 때까지 인간답게 생활할 수 있도록 도움 필요도 있을 것으로 본다. 이렇게 볼 때 말기환자에 대한 의료의 제공은 질병의 치유가 그 목적이 아니라 질병을 가지고 있는 인간 그 자체의 전인적인 도움이 중심이 된다. 이와 같은 목적과 내용을 가지고, 말기환자들에 대한 지원과 도움을 주려는 것이 바로 호스피스의료라 할 수 있는데, 이에 대하여 미국의 호스피스 협회에서는 호스피스医료를 말기환자와 가족에게 입원간호와 가정간호를 연속적으로 제공하는 프로그램이라 정의하기도 한다.⁸⁾

결국 호스피스의료는 죽음을 앞에 둔 말기환자와 그 가족을 사랑으로 돌보는 행위로서, 말기 환자의 남은 여생동안에 인간으로서의 존엄과 삶의 질을 유지시키면서 마지막 순간을 평안하게 맞이할 수 있도록 신체적, 정서적, 사회적, 영적으로 도우며, 유가족의 슬픔과 마음의 고통을 경감시키기 위하여 총체적으로 돌보아(holistic care)주는 방식의 의료이다.⁹⁾

8) 최윤선, "한국호스피스의 현황과 전망", 『가정의학회지』, 18권 8호, 1997, 778면.

9) 노유자·한성숙·안성화·김춘길, 『호스피스와 죽음』, 현문사, 1977, 121면.

2. 호스피스의료의 목적

가. 육체적 고통의 완화

호스피스의료의 주 목적은 육체적 고통의 완화이다. 이를 통하여 단순히 통증을 제거하는 것에 한하지 않으며 차분하게 삶을 생각하고 정리하거나, 인간답게 살아가게 하기 위한 목적으로 통증을 제어하는데 그 목적을 두고 있으므로 의식의 혼탁 기타 정신을 몽롱하게 하는 투약은 가능하다면 삼가하는 것이 좋다. 따라서 호스피스의료는 환자의 삶의 질을 유지 내지 높여준다는 시각에서 환자의 상태를 살피면서 통증완화를 위한 투약 여부 등을 신중하게 결정하지 않으면 안 된다.

말기 암 환자의 경우 육체적으로 신체가 쇠약해지거나 식욕부진, 복부 팽만, 호흡곤란 등과 같은 다양한 신체적인 현상이 나타나게 되는데, 이 경우에도 최대한 환자의 삶의 질을 손상시키지 않는 범위 내에서 삶의 주체로서 취급하여야 한다. 가능하다면 경관을 통한 영양보급보다는 자신의 입을 통하여 음식물을 섭취하도록 도와주어야 한다. 이를 통하여 환자는 살아있다는 느낌을 가지게 될 것이며, 그것을 통하여 스스로 기쁨을 가져올 수도 있으며, 가족과의 교류도 원만해질 수 있기 때문이다. 호스피스 의료에서는 규정된 시간 이외의 식사도 가능하므로 가족들이 직접 만든 음식을 제공할 수도 있으며 이를 통하여 가족과의 유대감도 가질 수 있다. 호흡이 곤란한 경우에도 마찬가지로 움직이지도 못하고 대화도 할 수 없는 인공호흡기의 사용은 가능한 한 사용하지 않으려는 노력이 필요하다.

나. 정신적 고통의 완화

암 환자가 가지고 있는 고통은 육체적인 고통에 한하지 않으며 육체적인 고통은 다른 것에 비할 때 그다지 심각하지 않을 수도 있다. 암 환자는 육체적인 고통뿐만 아니라 죽음으로부터 오는 고독과 불안, 슬픔 등에서 오는 정신적인 고통은 근본적인 해결이 불가능하다는 점과 인간의 내면적

으로, 매우 예민한 문제라는 점 등을 고려할 때 이에 대한 고통을 완화시킬 수 있는 방법을 찾는다는 것은 그리 쉬운 일이 아니다. 그러나 고통, 불안, 슬픔 등을 극복하기 위하여 환자 본인이 가져야 할 마음의 자세로서는 다음과 같은 것을 생각할 수 있을 것으로 본다. 즉 자신이 살아온 의미를 재확인 하려는 자세와 자신은 사랑받고 있다는 적극적인 마음의 자세, 믿음과 증오를 청산하려는 마음가짐, 남아있는 삶을 충실하게 보내려는 자세 등이다. 호스피스는 이러한 본인 시도에 대한 동기부여에 대하여 극적으로 도와주어야 한다. 이를 위해서는 환자가 인간답게 생활을 할 수 있는 생활공간이 확보되어야 하며, 나아가 조용하게 이 같은 생각을 정리할 수 있도록 할 수 있는 조용한 분위기의 환경이 조성되지 않으면 안 된다. 또 가족, 친지등과 자유로운 만남이 이루어 질 수 있도록 호스피스를 위한 병동은 일반 병동과 분리된 독립된 병동이 확보되어야 한다. 나아가 자연과 접촉할 수 있는 환경을 확보함으로써 환자의 정서적인 면에 대한 배려도 소홀히 해서는 안 된다. 호스피스 병동은 개별실로 항상 자유롭게 출입할 수 있어야 하며, 가족 등 숙박이 가능한 시설을 확보함으로써 가족과의 관계도 고려하여야 한다.

그 밖에 의료진들도 환자와의 관계를 의사 환자의 관계가 아닌 인간적인 관계의 접촉이라는 자세가 필요하다. 다시 말하면 의료를 제공하는 의사와 의료를 제공받는 환자와 같은 수직적인 관계가 아니라, 의료인인 나 자신도 죽음을 피할 수 없는 당신과 같은 인간으로서 암이라는 문제를 같이 안고 있는 자 라는 것과 같은 수평적 관계의 의식을 가지고 환자를 대 하여야 한다.

나아가 인간적으로 서로 통하려는 마음뿐만 아니라, 말기환자의 심리를 바로 이해 할 수 있는 관계도 필요하다. 부적절한 시기에 격려하거나 위로 하는 것은 오히려 환자에게 악영향을 가져오게 된다. 따라서 자연스럽게 죽음을 수용할 수 있도록 적절한 단계에서 필요한 대처와 조언을 하지 않으면 안 된다. 또 환자는 의료관계자 이상으로 큰 위로가 되는 것이 바로

가족과 친구들이다. 또 많은 환자와 관계를 맺고 있는 사회 봉사자들과의 관계도 매우 중요하게 되는데, 이와 같이 호스피스의료에서는 의료관계자 이외의 사람들도 환자에게 도움을 줄 수 있다는 점에서 특징이 있다.

다. 사회적 고통의 완화

죽음은 지금까지 관련된 모든 사람들과의 관계를 해소하는 의미를 포함한다. 죽음에 대한 민법상의 해석을 포함하여 죽음은 사회적 관계에 있어서도 많은 문제를 야기한다. 즉 입원비용, 남은 유가족들의 경제상의 제 문제, 자녀의 양육 등과 관련된 가정문제가 있으며, 죽은 자와 관련된 업무상의 책임 기타 업무를 둘러싸고 나타나는 법률문제, 나아가 직장 등의 문제가 그것이다. 환자에게 있어 이와 같은 제반문제들의 해결이 적절하게 처리되지 않을 경우 좌절감이나 기타 정신적인 고통을 가져오게 된다. 이와 같은 제반문제들은 대부분 의료와 관계없는 법률적인 영역 같아 보이지만, 호스피스의료의 목적에 비추어 볼 때 이 같은 문제는 환자에게 있어 직간접적으로 영향을 받을 수밖에 없다. 이 같은 문제의 해결을 위하여 사회복지 기타 사회보장적 접근도 필요하다고 본다.

라. 종교적 고통의 완화

말기 환자가 안고 있는 정신적 고통은 죽음에 대한 불안, 고독, 이별의 슬픔, 죄책감 등을 들 수 있는데 호스피스医료를 통하여 상당부분 고통을 완화시킬 수 있다고 본다. 그렇다고 이것이 근본적인 해결은 아니며, 죽음이란 무엇인가 또 반대로 산다는 것은 무엇인가 하는 질문에 대한 종교적 대안도 필요하다고 본다. 호스피스 그 자체로 볼 때 특별하게 종교적 입장을 취할 필요는 없겠으나, 이 같은 질문을 요구하는 자를 위한 준비가 있어야 한다. 특정 종교적 배경에 의하여 운영되는 호스피스의료 시설에서는 호스피스 내부에 예배시설 및 전속 목회자가 있는 경우도 있다. 이 경

우에도 시설에 맞추어 특정 종교를 강요해서는 안 되며, 환자가 원할 경우에는 타 종교의 목회자 및 관계자의 출입도 자유롭게 보장하여야 한다.

마. 가족에 대한 고통 경감

질병의 고통은 환자 자신뿐만 아니라 그의 가족을 포함한다. 따라서 호스피스의료는 환자와 그의 가족들도 고통완화의 대상에 포함된다. 환자가 입원하고 있는 동안 가족들에게도 환자의 죽음을 수용할 수 있도록 자문 및 설명할 수 있는 기회를 가져야 한다. 나아가 가족들이 간병을 통하여 가져오는 육체적 과로의 문제도 해결하지 않으면 안 된다. 뿐만 아니라 환자의 죽음 이후의 교육(grief education)도 호스피스의 중요한 과제 가운데 하나이다. 정신적인 공백, 경제적인 문제 나아가 유가족의 문제 등과 관련하여 가족이 안고 있는 제반 문제는 매우 다양하다. 따라서 이에 대한 상담 기타 정신적 고통을 경감해 줄 수 있는 방법도 고려하지 않으면 안 된다.

3. 우리나라 호스피스 의료의 과제

가. 시설수의 부족

호스피스의료는 암 기타 다양한 질병의 말기환자들에게 있어 인간답게 살아갈 수 있도록 도움을 주는 방식의 의료임은 이미 앞에서 설명하였다. 우리나라에서의 호스피스의 기원은 1965년 ‘마리아의 작은 자매회’ 수녀들이 강원도 강릉에서 ‘갈바리 의원’에서 호스피스를 처음 운영한 이래, 1981년 카톨릭 의과대학 부속 성모병원에서 임종환자 간호활동을 시작으로, 현재에는 여의도 성모병원, 삼성제일병원, 신촌 및 영동 세브란스병원, 홍익병원, 동부시립병원, 영등포시립병원, 혜성병원 등에서 호스피스간호가 제공되고 있다. 우리나라는 2007년 기준으로 암으로 사망한 자 중에서 5,013명이 호스피스 기관에서 사망한 것으로 나타났으며, 전체적으로 불

때 그 수혜율은 7.5%에 불과한 수치이다. 2007년 현재 우리나라 호스피스 병상 수는 약524개로 필요병상수의 약 21%에 불과하며¹⁰⁾ 건강보험심사평가원이 연구용역 의뢰하여 파악한 결과 2007년 현재 우리나라 호스피스 전문 의료기관은 전국 약62개 기관 678병상으로,¹¹⁾ 시설이 매우 부족한 실정이다. 이를 위하여 정부는 호스피스병상을 확보하고 지역중심의 완화 의료기관과 인프라 확충을 위하여 호스피스기관을 지원하고 있는데 2007년 23개소, 2008년 30개소, 2009년 35개소에 전문인력 기타 인건비 및 시설 장비 비 등 일부 운영비 지원을 계획하고 있다.

반면 일본의 경우에 연간 17,410명의 환자가 수혜를 받고 있으며, 방문 간호센터 6,000여 개소에서 가정호스피스를 제공받도록 하고 있으며, 영국의 경우에도 1991년 호스피스국가위원회를 설립하여 방문호스피스 및 병동형 호스피스 등 약3,500병상을 운영하는 등 호스피스의료에 대한 관심과 지원을 통하여 많은 환자들이 수혜를 받고 있다.

나. 호스피스 의료 수가 등 제도적인 문제

호스피스의료의 성공 여부는 재정적인 지원과 관련된다. 따라서 호스피스가 값싼 의료시설이 되어 병원비용의 절감을 위한 장소로 전락해서는 안 되며, 이를 위하여 호스피스의료의 질적인 측면에 대한 관리가 강화되지 않으면 안 된다. 즉 환자에게 적절한 신체적, 심리적, 간호가 제공되어야 하며, 통증완화를 위한 다각적인 접근방식도 필요하다. 또 호스피스의료는 일반 의료와 많은 차이가 있음에도 불구하고 의료비산정에 있어 일반 입원환자와 동일한 입원비, 치료 및 처치에 따른 의료비 및 일반관해수가를 산정하고 있는 것이 현실이다. 그러나 호스피스의료의 특성상 환자에게 제공되는 비치료적 신체관리와 정서적서비스에 대한 산정방법 등에

10) 보건복지부 보도자료, 2008. 5. 20.

11) 한국호스피스협회 등에 등록된 기준(2007. 10), 보건복지가족부 보도자료 2008. 5. 20.

대한 연구를 통하여 제도화할 필요가 있다고 본다.

특히 호스피스요료를 위한 제도적 문제로서 가족을 위한 독립된 공간을 확보할 필요가 있다고 보며, 호스피스요료를 위한 기금조성과 호스피스의료에 대한 의료보험의 수가책정이 이루어지지 않으면 안 된다.

다. 인식의 전환 문제

호스피스요리의 목적은 환자가 죽을 수 있도록 돕는 것이 아니라 환자가 가혹한 치료와 검사에 구속되지 않고 남은 삶을 인간답게 살 수 있도록 돕고 모시는 것을 그 목적으로 한다. 그럼에도 일각에서는 의료비용을 절감하기 위한 방안으로 생각하기도 하는데, 이 같은 思考는 호스피스요리의 발전을 저해하는 잘못된 생각이다. 따라서 호스피스요리 본래 목적에 부합하는 인식의 전환이 필요하다고 본다. 호스피스는 말기 환자의 죽음을 기다리는 것이 아니라, 현대 의학으로 치유할 수 없는 말기환자의 남은 삶을 설계하고 돕는 새로운 의료 방식이다. 그러나 죽음을 두려워하는 환자를 어떻게 호스피스요리를 통하여 도울 것인가 하는 문제는, 현행 호스피스요리에 한하지 않는다. 즉 호스피스요리라는 호스피스 정신은 죽음을 앞둔 말기환자에 한하지 않으며 다양한 인생관을 가진 모든 환자들에게 어떻게 적용할 것인가 하는, 즉 호스피스정신의 보편화 가능성과 관련된 문제이다. 따라서 호스피스라는 간호정신은 말기환자에 한하지 않고 환자 일반에 대하여 적용하기 위하여 어떤 윤리가 요구되는가하는 것은 간호사 윤리와 관련된다.

III. 간호업무와 간호윤리

간호윤리를 언급하기 위해서는 먼저 간호업무에 대한 간략한 설명이 필요하다. 나아가 간호정신을 유지하고 그 기능을 다 하기 위하여 법규정에

의해서 간호사의 자격요건이 규율되어야 하며, 간호지식과 기능에 대한 수준이 유지될 수 있도록 하는 제도적 장치가 필요하다. 본 절에서는 간호윤리를 언급하기 위하여 우선 간호업무를 살펴본 뒤에 간호윤리를 설명하도록 하겠다.

1. 간호사의 업무

가. 팀 의료에서 간호사의 역할

의료행위는 하나의 목적을 위하여 의료관계자 상호간의 행위가 연속으로 이루어지게 되며, 이는 환자의 생명과 건강이 직결되는 문제로서 적시에 적절한 조치를 취하지 않으면 안 된다. 수술 등과 같은 팀으로 구성되는 의료에서는 총괄하는 책임자가 있게 되며, 따라서 책임자를 중심으로 참여자는 상호 신뢰를 가지고 자기의 직분에 충실하면 된다고 생각할 수 있겠으나, 의료의 긴급성이나 위험성에 비추어 볼 때 참여자의 사소한 실수는 전체적인 의료에 악영향을 가져올 수도 있다. 따라서 현대의료에서의 책임의 형태는 개인책임에서 공동책임의 모습으로 변화하고 있으며, 의료의 행태도 의료종사자의 전문성을 존중하고, 상호 신뢰 하에 자신의 업무에 대한 책임을 수행한다는 「신뢰의 원칙(Vertrauensgrundsatz)」¹²⁾이 강조되고 있다.¹³⁾

간호사 업무와 관련하여, 팀 의료의 경우에 간호사의 업무는 매우 명확하므로, 당해 업무와 관련하여 과실이 있을 때에는 그에 대한 책임을 져야 한다는 주장도 있다.¹⁴⁾ 의료법 제2조 5호¹⁵⁾의 규정에서 간호사의 업무를

12) 산업화로 인한 법익침해 위험의 증대에 따라 형사책임판단에 관한 새로운 원리로 등장한 것으로서 社會相當性이나 許容된 危險의 理論 등에 토대하고 있으며, 행위자가 어떤 일을 행함에 있어서 다른 관여자의 주의 깊은 행위를 신뢰하는 것이 사회적으로 상당할 경우에는, 비록 그 관여자가 신뢰에反하는 부주의한 행위를 통하여 법익 침해의 결과가 야기되었다 하더라도, 본래의 행위자는 그 야기된 결과에 대하여 형사책임을 부담하지 않는다는 원칙이다.

13) 대법원 97도2812 판결.

규정함으로써 그에 따른 책임도 생각하지 않으면 안 된다는 것이다. 즉 간호사의 업무는 “傷病者 또는 해산부에 대한 의료상의 간호, 진료의 보조 및 대통령령이 정하는 보건활동에 종사함을 임무로 한다.” 따라서 ‘傷病者 또는 解産婦에 대한 의료상의 간호’가 간호사의 주체적 업무가 되며, ‘진료의 보조’가 간호사의 보조적 업무가 된다. 또 진료의 보조업무는 의사업무와 관련하여 다음 3가지로 구분할 수 있다. 즉 i. 절대적 의료행위, ii. 상대적 의료행위, iii. 요양상의 간호가 그것이며, 절대적 의료행위라 함은 진료의 보조로서 행할 수 없는 의료행위이며, 상대적 의료행위란 의사의 지시에 따라 간호사의 지식과 기술로 행하는 의료행위를 말한다. 또 간호사의 지식과 기술로 행하는 의료행위를 요양상의 간호라 한다. 간호 본래의 업무를 보다 더 정확히 구분 하면 다음 4가지로 구분할 수 있다. 즉 의사가 아니면 행할 수 없는 절대적인 의료행위가 있는 것과 마찬가지로, 전문적인 간호사가 아니면 행할 수 없는 절대적 간호행위, 또 상대적 의료행위에는 2가지의 업무가 포함되게 되는데, 의사의 지시를 필요로 하는 업무와, 지시를 필요로 하지 않는 업무가 그것이다. 이 때 前者가 상대적 의료행위가 되며, 後者가 상대적 간호행위가 된다. 간호사의 업무를 중심으로 하여 절대적 의료행위와 절대적 간호행위 또 상대적 의료행위와 상대적 간호행위로 구분하여 설명할 수 있는데 그 내용은 다음과 같다.

(1) 절대적 의료행위

의사가 행하는 진단 및 치료행위는 의료법상 규정된 의사의 업무로서 의사 이외의 자가 행할 경우에는 의료법 위반이 된다. 그러나 긴급시에 환자의 생명을 구하기 위하여 행하는 의료조치 및 응급조치는 허용된다고 보아야 한다. 이와 같이 의사가 아니면 행할 수 없는 의료의 지식을 가지고 의사가 아니면 행할 수 없는 의료영역이 절대적 의료행위이다.

14) 拙稿, “의료사고에서 간호사의 책임”, 『의료법학』, 2권 2호, 320면 이하.

15) 일부개정 2008. 2. 29. 법률 제8852호.

(2) 상대적 의료행위

상대적 의료행위란 「진료보조」와 같은 간호사의 업무이다. 이는 진료의 일부를 대행하기 때문에 의사의 지시가 절대적으로 필요하다. 이 같은 상대적 의료행위는 유동적이기 때문에 업무내용을 확정할 수 없는 어려움이 있는데, 간호사의 상대적 의료행위에 해당하는 업무가 바로 미국에서의 NP(nurse practitioner)이다.

(3) 상대적 간호행위

상대적 간호행위라 함은 의사의 절대적 의료행위인 진단, 치료 등에 대하여, 간호사가 그의 일부를 대행하게 되는 경우, 즉 환자를 위험으로부터 보호하고, 고통, 불안을 경감하기 위하여 행하는 간호를 말한다. 이러한 행위는 진료의 일부를 대행하기 때문에, 「행위의 결정」은 의사의 지시에 의하게 된다. 그러나 상대적 간호행위는 간호학의 전문적 지식에 의한 판단과 선택이 필요하다. 이때의 판단과 선택은 간호사 자격을 법적으로 규정함으로써 법률적으로 보장되어 있다. 따라서 간호사는 간호의 질을 유지함과 동시에 시대 변화에 따라 간호기술을 개발하지 않으면 안 된다. 이 같은 요구는 의료의 일익을 담당하는 전문가로서 부담하는 의무이며, 시대의 추이에 따르지 못하는 간호를 제공하여 발생한 사고는 당연히 간호사의 주의의무 위반이 된다.

이와 같이 상대적 간호행위는 진료의 일부로서 행위의 결정에 의사의 지시가 필요하며, 행위에 대하여 간호사의 전문적인 판단이 부가되기 때문에 간호사의 능력에 따라 간호의 질은 다르게 나타날 수밖에 없다.

(4) 절대적 간호행위

절대적 간호행위란 요양상의 간호를 총칭하는 간호사 독자의 업무로서 의사의 지시, 지도, 감독을 받지 않는다. 즉 간호 영역에 있어서 간호사의

판단과 그에 의하여 취하게 되는 간호 방법 등이 절대적 간호행위이다. 따라서 상대적 간호행위 보다 주의의무의 범위는 넓어지게 된다.

2. 간호사의 간호윤리

가. 간호윤리의 변화

호스피스의료에서 볼 수 있듯이 치료(cure)와 간호(care)의 관계는 근대 이전의 모습으로 돌아가고 있는 것 같다. 즉 중세 이전의 병원에서는 치료를 위한 시설뿐만 아니라 환자의 정신적인 치료를 위한 시설도 갖추고 있었으나, 근대의학의 발전과 함께 치료기술의 급속한 발전은 질병치료(cure)의 중심으로 의료시설이 바뀔에 따라 hospitality를 위한 시설 및 성격은 약화될 수밖에 없었다. 이와 같이 간호(care)를 환자의 치료를 위한 보조수단으로 이해하던 근대 의학적 시각에서 오늘날에는 환자의 전인적 치료를 위한 수단 즉, 간호우선의 시대로 바뀌고 있다는 점에서 현대의료의 근대이전으로의 회귀를 생각할 수 있다.

이에 따라 간호 전문가로서 간호사의 역할에 대한 변화를 요구하는 목소리도 높아지고 있다. 생명윤리와 관련하여 현대의학은 치료가 그 중심이었으므로 결과적으로 의사와 환자와의 관계를 강조할 수밖에 없었으며 의료를 둘러싸고 나타나는 법 기타 윤리상의 문제와 관련된 간호사의 역할 기타 의무에 대한 것은 관심 밖의 것이었다. 그러나 현대 의료에서 전인적 간호(care)의 중요성이 다시확인 됨에 따라서 간호사의 역할에 대한 기대가 높아지고 있다.

그럼에도 지금까지 간호사의 이상적인 모델은 의사의 수족과 같이 움직이고,¹⁶⁾ 환자를 온정적으로 포용하여 돌보아 줄 수 있는 자상한 어머니와

16) 拙稿, “간호업무와 법적책임”, 『대한간호』, 2005, 11/12, 51면에서 의사는 간호사에 대하여 자기가 당연히 행하여야 할 직무행위의 일부를 자신의 수족과 같이 동일한 관계에서 담당하는 것으로 인식한다는 의미에서 手足論이라 설명하였다.

같은 상이었으며, 앞에서 설명한 바와 같이 과거 의료에서 간호사의 자율적인 판단을 통한 의료의 개입은 생각할 수 없었으나, 오늘날 간호사는 의료인으로서의 독자성이 인정됨에 따라 간호학 및 학문적 연구를 통한 의료전문가로서의 간호사의 법적지위가 확립되었다.

나. 현대의료에서의 간호윤리

(1) 간호옹호의 윤리

1970년 이후 간호옹호(nursing advocacy) 윤리라는 새로운 논의가 제창되었다. Nursing Advocacy에 대한 정확한 우리말로의 번역에는 어려움이 있으나, ‘간호옹호’ 내지 ‘간호를 통한 대변’ 같은 의미가 된다. 이 주장을 요약하면 간호행위는 환자의 이익을 위한 직무이며 따라서 환자의 이익에 반하는 의사의 지시가 있을 때에 간호사는 환자의 입장에서 그 같은 지시를 거부할 책무를 포함한다는 내용이다. 구체적으로 미국 간호사협회의 「윤리강령」은 다음과 같이 서술하고 있다. 즉 「환자의 옹호자로서의 간호사는 health care team의 일원이 health care system에 의하여 판단이 잘못되어 비윤리적 불법행위를 성립할 수 있음을 경계하고 적절한 선택을 하여야 한다. 위험한 상태에 있는 환자의 권리와 이익을 지키기 위하여 노력하지 않으면 안 된다」는 내용이다. 이 같은 주장은 간호사를 병원과 의사의 입장에서 보는 것이 아니라 환자의 입장에서, 간호업무를 병원 경영자, 의사, 환자로부터 독립되고, 자립적이고 전문적인 의료행위라는 점에서 과거 간호 업무에 대한 새로운 변화를 요구하고 있다.

이같이 간호윤리가 주장되게 된 배경은 환자들의 권리의식이 높아진 영향도 있다. 환자의 권리에 대하여 다양한 것을 주장할 수 있겠으나 다음과 같은 주요 몇 가지의 권리를 포함한다. i. 환자는 인간의 존엄성에 대한 대우를 받을 권리 ii. 개개환자의 개별성을 고려하여 의료서비스를 제공받을 권리 iii. 프라이버시를 침해당하지 않을 권리, 치료과정에서 밝혀진 진

료 정보를 보호받을 권리¹⁷⁾ iv. 병상, 치료방법 그리고 위험성, 비용 등에 관한 정보를 제공받아 자기가 결정할 수 있는 권리¹⁸⁾ 등이다.

그럼에도 이 같은 환자의 권리는 의료현장에서 자주 침해를 받고 있다. 현대의학의 발전에 편승하여 질병의 치료에 비약적인 발전을 가져온 반면에 높은 치료효과를 가져오기 위한 노력이 경주되면 될수록 의사의 관심은 환자개인이 아니라 환자의 질병 그 자체에 있게 된다. 나아가 병원이 대규모화 되면서 병원의 관심은 환자에 대한 관심보다는 병원경영의 효율화로 나아가게 된다. 이 같이 치료방법의 고도화, 병원시스템의 복잡화는 환자 자신이 권리를 침해받았다 하더라도 그 사실을 알 수 없게 되는 문제도 나타나게 된다. 즉 환자에 대한 「가혹한 취급」 그 자체가 비인간적인 취급이었는지 아니면 치료를 위한 필요한 조치였는지 하는 것은 환자 자신이 판단하기에 많은 어려움이 따른다. 치료방법 및 투약과 관련하여 일반적으로 환자는 그것이 자신에게 얼마나 필요한 것인지도 알 수 없다. 또 권리의 침해를 인식하였다더라도 환자는 정신적·육체적으로 쇠약하거나 의사와 환자와의 사회적 심리적 상하관계로 수용할 수밖에 없는 경우도 생각할 수 있다.

이와 같이 환자에 대한 침습이 있을 경우 간호사가 환자의 이익을 옹호하는 역할을 해야 한다는 주장이 바로 Nursing Advocacy이다. 이 같은 주장은 간호사는 의사의 수족이라고 하는 이제까지 의사와 간호사의 관계가 아닌 환자의 이익옹호를 위하여 적극적인 활동을 요구하는 외형적인 간호사상이라 할 수 있다.

(2) Care윤리

Care윤리는 발달심리학자 C. Gilligan에 의하여 처음 제창되었다.¹⁹⁾

17) 拙稿, “환자의 진료정보와 통제권에 관한 소고”, 『민사법학』, 제29호, 363면 이하 참조.

18) 拙稿, “공공보건 의료와 자기결정권의 갈등”, 『한국의료법학회지』, 10권 2호, 2002, 81면 이하 참조.

Gilligan은 도덕관념의 발달연구를 통하여 남성과 여성의 도덕적 발달은 다른 과정을 거치게 된다는 점을 밝혔다. 발달의 최종단계로서 남성은 보편적 원리와 규칙에 의하여 사물을 판단함에 비하여 여성은 자기가 처한 상황과 인간관계를 배려하여 사물을 판단한다고 하고 있다²⁰⁾

이를 위하여 Gilligan은 「Heinze Dilemma」라는 상황을 설정하고, 암으로 고통 받고 있는 처의 남편(Heinze)은 처의 암 치료를 위하여 새로 개발된 특효약을 구하고 싶지만 가격이 너무 비싸 구입하지 못하는 상황을 만들고, 의약품을 훔치거나 아니면 처가 사망하도록 방지해야 하는 상황 둘 중에 하나를 선택하도록 하였다. 이 상황에서 남성은 「인간의 생명은 금전보다 귀하다」는 자기 원리에 의하여 약을 훔쳐서라도 처의 암을 고쳐야 한다는 결론을 내렸으나, 여성의 경우 물건을 훔치면 처와의 신뢰관계에 악영향을 미치게 된다는 관계 배려를 우선하여 금전을 구할 수 있는 다른 방법은 없는지, 혹시 약국에 부탁할 수는 없는지 등을 고민한 뒤에 절도로 구한 금전으로 구입한 약이라는 것을 처가 알 경우 처의 질병이 더 악화되는 것은 아닌가 하는 점까지 염두에 두고 있다는 것이다.²¹⁾ Gilligan은 이 같은 사고가 바로 여성 특유의 도덕적 사고방식이고, 원리로서 도덕발달의 마지막 단계라고 한 종래의 도덕이론은, 남성만을 척도로 측정된 성차별적 발달이론이라고 주장하였다. 이와 같은 여성들 개개의 구체적인 상황과 관계성을 중시하여 결론을 도출한다는 여성적 논리관인 「care윤리」와 보편적 원리에 의하여 결론을 도출하려는 남성적 윤리관인 「정의윤리」의 가치는 같다고 주장하였는데, Gilligan의 이 같은 주장은 전통적 도덕론에 머물러있는 남성중심주의의 폭로라 하여 페미니스트들로부터 많은 지지를 받기도 하였다.

이에 대하여 Care 윤리를 간호의 윤리로 발전시킨 학자는 Nel. Noddings²²⁾

19) C. Gilligan, 허란주 역, 『심리이론과 여성의 발달』, 철학과 현실사, 1994.

20) 葛生榮二郎·河見 誠, 『いのちの法と倫理』(第三版), 法律文化社, 2005, 180면.

21) C. Gilligan, 허란주 역, 『심리이론과 여성의 발달』, 철학과 현실사, 1994.

이다. Noddings는 “caring이란 상대방의 입장에 몰두(engrossment)하는 것이며, 그 근본은 타인과 관계를 맺는 기쁨에 있다. 간호사로서 가장 중요한 것은 환자의 고통과 불안을 자신이 수용하는 것으로, 타인과의 관계성과 상황적합성을 중시하는 care윤리는 간호사로서 필요불가결의 윤리”²³⁾라고 하였다.

그 이면에는 Care윤리에 대한 비판이 없는 것은 아니나, 여성특유 혹은 남성특유라는 성적 성질의 고정화를 통하여 오히려 성적 차별을 조장한다는 페미니스트로부터의 비판도 있다. 이 같은 비판에 대하여 Noddings는 여성들로부터 나타나는 care윤리는 전통적으로 여성은 자녀양육이라고 하는 즉 caring을 담당한 것과 같이 역사적으로 우연에 유래한다 하여 여성론 비판을 피하기도 한다.²⁴⁾

반면에 자유분방한 자유론자들은 개별적 상황과 관계성의 중시는 보편적 원리에 의한 공정한 취급을 과소평가하는 것이며, 사회 정의에 반하는 것으로 불공평한 취급을 은폐하기 위한 것이라고 비판을 가하기도 한다. 즉 특정한 인간관계의 배려는 중요하지만 반대로 개인적 관계가 없는 자에 대하여 무관심하게 되고, 따라서 공평과 배려의 원리로 행하여지는 caring의 정신에 반한다는 것이 그것이다. caring은 상대방에 주의를 기울이는 것임에는 틀림없으나, 이 때 간호사가 주의를 기울여야 하는 것은 환자의 意思가 무엇인가를 파악하여 선택하여야 하며, 따라서 간호에서 caring은 환자의 자발적 의사에 따른 caring이 되지 않으면 안 된다.

(3) 간호옹호론의 과제

간호사는 전문직으로서 독자성을 갖는다는 새로운 주장에 대하여 검토

22) Noddings, Nel, *Caring ; A feminist approach to Ethics and Moral Education*, California ; California UP, 1984.

23) Noddings, 1984. p.234.

24) Ibid, p.234.

해야 할 몇 가지 과제들이 있다. 즉 환자의 권익을 인정한다 하더라도 그것이 과연 간호사의 업무인가에 대하여는 정확한 답을 구할 수는 없다. 간호사는 병원 및 환자에 대한 정보를 가지고 환자와 밀접한 관계를 가지고 있다는 설명만으로는 그에 대한 대안이 될 수 없으며, 간호사가 환자 이익의 옹호자로서 어울린다고 할 뿐 간호사는 환자의 옹호자로서의 책무를 가지고 있다고 하는 설명은 없다. 그럼에도 간호옹호론의 주장은 환자의 옹호자가 되는 것이 간호사의 책무라 하고 있다. 만약 그렇지 않다면 “당신은 어울린다고 생각하고 있는지 모르지만 나는 간호사에게 그런 것까지 기대하지 않는다”고 환자가 말한다면 간호사의 책무는 그 범위에 한하게 된다. 또 “나는 그런 일을 하고 싶어서 간호사가 된 것이 아니다. 나는 이익 옹호자로서 어울리지 않는다”고 간호사가 말한다면 간호사의 책무는 그 범위에 한하게 된다. 따라서 간호사에게 책무가 있다고 할 때에는 간호옹호(Nursing Advocacy)가 간호사의 직업윤리가 되며, 간호사로서 반드시 가져야 할 책무가 된다.

또 윤리적인 문제로서 「환자의 무엇을 보호」하여야 하는가에 대하여 살펴볼 필요가 있다. 즉 간호사의 환자보호의 내용은 무엇인가 하는 것으로, 환자의 법적권리를 보호할 것인가 아니면 환자의 意思를 보호할 것인가, 혹은 환자의 인격을 보호할 것인가 하는 등의 문제이다. 환자의 법적권리의 보호에 한정할 경우 그 범위가 좁아지므로 환자에게 불이익을 가져올 수 있으며 또 환자의 보호법익은 법적권리에 한하지 않을 것이다. 나아가 범위를 좁혀서 환자의 법적권리의 보호라 한다면 간호사보다는 변호사가 환자의 법적보호를 위하여 타당할 수도 있다. 또 환자의 意思를 보호하는 것이라 한다면, 간호사의 역할은 환자의 의사를 명확하게 파악하고 그에 적합한 선택을 할 수 있도록 협조하는 것이 된다. 환자의 의사결정을 최우선으로 한다는 의미에서 실존적 advocacy라 할 수도 있다. 이 같은 시각은 현대사회의 유연한 생명윤리관에 타당한 보호가 될 수도 있다. 그러나 이에 대한 주장에도 많은 비판이 있을 수 있다. 정신 및 육체적으로 건강

하지 못한 환자의 의사를 그대로 받아들일 수 있는가 하는 점인데, 환자의 의사를 정확하게 파악하기 위해서는 간호사보다 가족 등이 적합할 수 있으며, 개인의 의사를 최우선시하는 개인주의적 결정방법에 문화적 보편성을 인정할 수 있는가에 대한 비판이 있을 수 있다. 특히 환자 자신이 건강 및 생명에 이로운 선택의 의사표시를 한 경우 어떻게 할 것인가 하는 문제도 있다. 즉 환자가 자살하겠다는 의사를 표시한 경우, 이 같은 의사표시를 받아들이는 것이 환자를 보호하는 것인가 하는 문제이다. 단순히 환자의 의사표시를 명확하게 받아 존중하는 것이 advocacy라 한다면 간호에서의 제점은 살리지 못하고 advocacy주장은 간호업무의 독자성 확립에 그다지 도움이 되지 못한다. 결국 환자의 의사를 가장 잘 이해하는 사람은 간호사가 아니라 가족과 친지들이다.

따라서 환자의 보호는 환자의 意思를 그대로 받아들이는 것이 아니라 인간으로서의 존엄과 가치, 그리고 생명과 건강을 보전하는 것으로 상황에 따라 환자의 意思를 고려하지 않더라도 인간으로서의 존엄과 가치, 생명과 건강의 보전을 위하여 환자를 설득하는 것도 advocacy에 포함된다고 본다.

그렇다고 이 같은 것이 환자의 인격권을 보호할 수 있는 완전한 대안이라고는 할 수 없으며, 따라서 환자의 인권 기타 인간의 존엄과 관련된 제반문제들을 종합하여 이에 대한 문제를 해결하지 않으면 안 된다.

(4) 간호사에게 요구되는 요건

환자의 옹호자로서 간호사에게 요구되는 것으로서, 간호사는 가능하다면 기초 법률지식을 가지고 업무에 응하여야 한다. 이를 위하여 간호학과 더불어 생활법률은 물론 기본적인 의료 관련법규를 터득하여야 한다. 현대사회에는 예측하지 못했던 법률문제가 업무와 관련하여 나타나게 되며, 이를 예방하기 위한 차원에서 기초 법률지식은 반드시 필요하다. 그리고 간호사는 높은 직업윤리 의식을 가져야 한다. 의료법에서도 간호사는 의료 전문인으로 규정하고 있으며, 이에 따른 책임의 문제에 대한 논의가 이

루어지고 있다.

또 간호사는 마음을 열고 환자에게 스스로 다가갈 수 있는 마음의 자세가 필요하다. 그러기 위하여 간호사는 환자와의 관계는 가식이 아닌 마음속으로부터 우리나라는 인간적인 소통을 위하여 노력하여야 하며, 환자 특유의 심리를 이해할 수 있는 심리적 소양도 필요하다. 따라서 교육과정 을 통하여 간호기술과 인격함양을 위한 기초교양의 터득에 힘써야 한다. 간호사는 부적법한 지시와 반윤리적 지시에 대하여 거부할 수 있는 권리가 있음을 스스로 자각 할 필요가 있으며, 사회적으로는 간호사에게는 이 같은 권한이 있음을 알릴 필요가 있다. 따라서 환자의 이익을 위한 정당한 거부가 해고, 기타 병원에서의 불이익이 된다면 간호사는 환자의 권리를 옹호할 수 없게 될 수도 있다. 이를 위하여 특별법의 제정이 필요한데, 미국의 간호사협회는 환자에 대한 불법·부당한 행위를 고발할 수 있도록 하는 내용을 포함한 ‘환자의 안전보호법(Patient Safety Act)’을 제정하여 간호사의 권리를 보호하고 있다. 이 내용이 참고가 될 것이다.

IV. 맺는 글

의료의 목적은 질병의 예방과 환자의 치료를 통하여 국민보건의 향상에 이바지함을 그 목적으로 한다. 이를 위하여 현대의학은 질병의 검사와 치료 및 그 예방에 한하지 않고 인체를 통한 실험이 일반화되기에 이르렀다. 이를 통한 현대 의학의 발전은 인간의 존엄과 인간다운 삶의 실현을 위하여 많은 공헌을 하였음은 사실이나, 오늘날 현대의학으로 해결하지 못하는 문제가 있는데 바로 말기 암 환자를 포함하여 말기환자들의 치료 및 치유에 관한 것들이다.

말기 환자들을 위하여 선진국에서는 통증관리, 호스피스 의료야 일반화 되어 가면서 이 같은 환자들에 대하여는 질병의 치유가 아닌 다양한 시각

에서 고통을 완화시키고, 인간답게 생활할 수 있도록 돕고 있는데, 이것이 바로 호스피스의료이다. 즉 호스피스의료는 죽음을 앞둔 말기환자와 그 가족을 사랑으로 돌봄으로써, 환자의 남은여생 동안에 인간으로서의 존엄과 삶의 질을 유지시키면서 마지막 순간을 평안하게 맞이하도록 신체적, 정서적, 사회적으로 도우며, 더 나아가 유가족의 슬픔을 경감시키기 위한 총체적인 의료서비스이다.

이를 위하여 미국의 호스피스 협회는 말기환자와 가족에게 입원간호와 가정간호를 연속적으로 제공하여 환자와 그 가족들을 돕고 있음에 반하여, 우리나라는 말기환자들에 대한 의료서비스는 주로 3차 의료기관에서 연명 위주의 의료를 제공하고 있는 실정이며, 말기환자와 가족들의 삶을 위한 제도적 고려는 아직도 부족한 것이 현실이다.

우리나라의 호스피스의료는 대부분 의사, 간호사, 사회사업가, 목회자, 물리치료사 등과 같이 비전문적인 사람들에 의하여 이루어지고 있으며, 일반 환자와 다른 요구와 치료를 위한 접근이 필요함에도 불구하고 치료 중심의 의료서비스를 제공하고 있다는 점에서 이에 대한 연구와 대책이 요구되고 있다.

이 같은 문제의식 속에 2008년 5월 21일 보건복지가족부와 건강보험심사평가원은 「호스피스 수가, 질 관리 및 시범사업(안)에 대한 공청회」를 개최하여 학계, 관련전문가, 소비자단체 등으로부터 다양한 의견을 수렴하여, 인력 및 시설기준 기타 시범사업 내용 등에 관한 방안을 제시하였으나, 이에 대한 교육 및 시설의 확보, 기타 법제도를 위한 계획은 전무한 실정이다. 다만 2002년 보건복지부의 공식적인 발표를 통하여 호스피스 전문인력 양성을 위한 호스피스 간호사제도의 도입을 위한 근거만 마련하고 있으며, 의료법시행규칙 제24조, 전문 간호사 자격인정 등에 관한 규칙 제2조에서 호스피스 전문 간호사 제도를 위한 법규정을 존재하고 있으나, 그 실행과 관련된 구체적인 방안과 내용은 부족한 실정이다.

주지한바와 같이 의료법에서 간호사를 전문 의료인으로 규정하고 있는

가운데, 의료과오와 관련하여 의사와 간호사의 책임을 구분하려는 움직임이 나타나고 있다. 특히 말기 환자의 의료와 관련하여 전문 호스피스의 역할이 중요시되고 있는 가운데, 간호사의 업무와 관련하여 나타날 수 있는 제반문제들을 검토하고 그 대책을 생각하는 것도 의료의 발전과 나아가 인간의 존엄, 인간다운 삶을 실현하기 위한 학자로서 기여할 수 있는 최소한의 양심이라고 본다. 논제에 비하여 그 내용은 미천하나 이에 대한 관심이 향후 후학들을 통한 학문적 발전을 기대할 수 있다는 자부심을 가지고 이 글이 호스피스의료현장에서 참고가 되기를 기대해 본다.

[참 고 문 헌]

1. 국내문헌

- 김수지, 『호스피스총론』, 한국호스피스협회, 2001.
- 국립암센터, 『한국 호스피스·완화의료표준 및 규정』, 2003.
- 노유자·한성숙·안성화·김춘길, 『호스피스의 죽음』, 현문사, 1997.
- 대한간호협회, 『전문 간호사제도화 추진경과보고서』, 대한간호협회, 2001.
- 문성제, 『간호업무와 법적책임』, 대한간호, 2005. 11·12.
- 오복자·이희정·이선규, “호스피스기관 실태조사연구”, 『생명과학논문집』, 2002.
- 윤초희·이주영·김미라·허대석, “말기암 환자의 완화의료연계시스템의 문제점과 개선방안”, 『한국 호스피스·완화의료학회지』, 1(1).
- 윤영호, “호스피스·완화의료 제도화 방향”, 『한국호스피스·완화의료 제도화 심포지움 자료집』, 국립암센터, 2002.
- 한국의료보건의물관리연구원, 『호스피스현황과 공급방안연구』, 1998.
- 최은숙·김금순, “일 호스피스 이용 환자와 가족의 상담내용 분석”, 『재활간호학회지』, 8권 1호, 2005. 6.
- 최윤선, “한국호스피스의 현황과 전망”, 『가정의학회지』, 18권 8호, 1977.
- C. Gilligan, 허란주 역, 『심리이론과 여성의 발달』, 철학과 현실사, 1994.

2. 외국문헌

- 池永 滿, 『患者の權利』, 九州大學出版會, 1994.
- 樋口範雄, “ガン(病名)を知る權利知らせる義務(判例紹介)”, 『年報医事法學五』, 日本評論社, 1990.
- 黒田輝政編, 『日本のホスピスこれでいいか -住宅ホスピスへの視點』, ミネルヴァ書房, 1994.
- Grbich, C., Parker, D., & Maddocks, I. The emotions and coping strategies of caregivers of family members with a terminal cancer. 2001. J Palliat Care, 17(1):30-36.
- Highfield, M.F., & Cason, C. Spiritual needs of patients: are they recognized? 1983. Canser Nurs, 6, 187-192.

Noddings. Nel, Caring; A Feminist Approach to Ethic and Moral Education, California; California UP, 1984.

NHPCO. NHPCO Fact and Figures. 2002.

NHPCO. Cancer pain relief and palliative care, technical Report Serise, 2000.

Ryder C.F. & Ross D.M. Terminal Care-Issue and Alternative, 1977. Public Health Report, Jan-Feb, 92:20-29.

Williams, L. B. & Cancian, D.W. A Clinical nurse specialist in a line management position. 1985. Journal of Nursing Administration, 15(1):20-27.

Hospice Medicine and Nursing Ethics

Prof., Dr. Seong Jea Moon

Sun Moon University, College of Law

=ABSTRACT=

The goal of medicine is to contribute to promoting national health by preventing diseases and providing treatment. The scope of modern medicine isn't merely confined to disease testing, treatment and prevention in accordance to that, and making experiments by using the human body is widespread. The advance in modern medicine has made a great contribution to valuing human dignity and actualizing a manly life, but there is a problem that has still nagged modern medicine: treatment and healing for terminal patients including cancer patients.

In advanced countries, pain care and hospice medicine are already universal. Offering a helping hand for terminal patients to lead a less painful and more manly life from diverse angles instead of merely focusing on treatment is called the very hospice medicine. That is a comprehensive package of medical services to take care of death-facing terminal patients and their families with affection. That is providing physical, mental and social support for the patients to pass away in peace after living a dignified and decent life, and that is comforting their bereaved families.

The National Hospice Organization of the United States provides terminal patients and their families with sustained hospital care and home care in a move to lend assistance to them. In our country, however, tertiary medical institutions simply provide medical care for terminal patients to extend their lives, and there are few institutional efforts to help them.

Hospice medicine is offered mostly in our country by non-professionals including doctors, nurses, social workers, pastors or physical therapists. Terminal

patients' needs cannot be satisfied in the same manner as those of other patients, and it's needed to take a different approach to their treatment as well. Nevertheless, the focus of medical care is still placed on treatment only, which should be taken seriously.

Ministry for Health, Welfare & Family Affairs and Health Insurance Review & Assessment Service held a public hearing on May 21, 2008, on the cost of hospice care, quality control and demonstration project to gather extensive opinions from the academic community, experts and consumer groups to draw up plans about manpower supply, facilities and demonstration project, but the institutions are not going to work on hospice education, securement of facilities and relevant legislation. In 2002, Ministry for Health, Welfare & Family Affairs made an official announcement to introduce a hospice nurse system to nurture nurse specialists in this area. That ministry legislated for the qualifications of advanced nurse practitioner and a hospice nurse system(Article 24 and 2 in Enforcement Regulations for the Medical Law), but few specific plans are under way to carry out the regulations.

It's well known that the medical law defines a nurse as a professional health care worker, and there is a move to draw a line between the responsibilities of doctors and those of nurses in association with medical errors. Specifically, the roles of professional hospice are increasingly expected to be accentuated in conjunction with treatment for terminal patients, and it seems that delving into possible problems with the job performance of nurses and coming up with workable countermeasures are what scholars of conscience should do in an effort to contribute to the development of medicine and the realization of a dignified and manly life.

<p>Keyword : Hospice, Nursing Ethics, Cancer, Pain Care, Painful, Hospice Medicine, death-facing, physical therapists, terminal patients, Cure, Care</p>
--