

연명치료중지시 의사의 역할과 의무

Physician's Role and Obligation in the Withdrawal of Life-sustaining Management

고 윤 석 | 울산의대 내과 | Yoonsuck Koh, MD

Department of Pulmonary and Critical Care Medicine, Ulsan University College of Medicine

E-mail : yskoh@amc.seoul.kr

J Korean Med Assoc 2009; 52(9): 871 - 879

Abstract

Patients should be treated with dignity and respect toward the end of their lives, being freed from unnecessary and painful life-sustaining therapy in hospitals. In Korea, the quality of end-of-life (EOL) care has been variable, a major factor being the physicians' perception to the care. A firm consensus of EOL care decision-making has not yet explicitly stated in Korean law and ethics until recently. However, movements to make a law of so-called "the death with dignity act" are presently making its way to the National Assembly, initiated by a law case that allowed the hospital to withdraw mechanical ventilator support per request by the patients' family of a permanently vegetative patient. Socially agreed guidelines for EOL care can facilitate clinical decision process and communication between health service provider and the patient or his/her family. At the same time, EOL care should be individualized also in the same line of guideline to meet patient' and patient' family wish regarding the withdrawal of life-sustaining therapy. The painful EOL care experience of the loved one remains in the memory of the relatives who live on. Physicians should identify, document, respect, and act on behalf of the hospitalized patients' needs, priorities, and preference for EOL care. It has been advocated that competent patients can express their right of self-determination on EOL care through advance directives in Western countries. Advance directives are considered as a tool to facilitate EOL decision making. However, there are barriers to adopt the advance directives as a legitimate tool for an EOL decision making in Korea. For one thing, the reality of death and dying is rarely discussed in our society. In addition, the discussion about EOL care with chronically and critically ill patients has been considered as a taboo in the hospitals. In spite of these difficulties, physicians could do better EOL care by the open communication with patients or with their surrogates. Through the communication, physician should set a goal how to manage the EOL patient. The set goal should be shared among the caregivers to achieve the maximum benefit of the patient. The lack of open discussion with patient prior to EOL care results in inappropriate protraction of a patient's dying process. In summary, physicians, who know the clinical significance of delivering treatments to EOL patients, should play a central role in assisting patients' and their families' to make the best decision on EOL care. Moreover, the concerted actions to improve EOL care in our society among general public, professionals, stakeholders for EOL care, and governmental organizations are required to address ongoing social requests, although a policy or a guideline is made in this time.

Keywords: Life-sustaining therapy; End-of-life care; Medical ethics; Guideline

핵심어: 연명치료; 임종치료; 의료윤리; 가이드라인

서 론

의료의 발전은 난치성 환자들의 새로운 삶을 열었다. 특히 장기보조기술이 발전하여 심장, 폐, 콩팥 기능이 상실되어도 인공호흡기나 신장투석기 등의 기계적 장치나 약물로서 장기간 삶이 가능하게 되었다. 이런 생명연장 집중치료술들은 환자의 삶을 유지하는 데 도움이 되지만 사망의 과정을 연장시키기도 한다. 환자들이 집에서 사망을 하던 과거와 달리 50% 이상의 환자들이 병원에서 생을 마감하며 그 비율은 증가할 것으로 예측된다(1). 이로 인해 노화나 질병에 의한 자연스런 사망의 모습도 바뀌었다. 미국의 경우 사망의 20%가 중환자실에서 일어나고(1) 이런 환자들은 연명치료 지속에 대한 결정이 흔히 필요하다(2). 중환자실에서의 연명치료는 고통스러우며 많은 의료비용이 든다. 기계장치에 의존하여 오랜 기간 중환자실에서 가족과 격리된 환자와 가족들의 어려움은 겪어보지 않고는 모른다(3). 한 조사에서 의하면 중환자실 환자 가족의 75.5%, 배우자의 82.7%가 불안과 우울증을 경험하였다(4). 또한 힘겨운 사망과정은 환자 뿐만 아니라 가족들에게도 심한 고통을 남긴다(5). 그러므로 현대 의료윤리는 의사가 환자의 건강을 회복시키려는 노력과 함께 말기 환자에게 지나친 연명치료를 하지 않도록 권장하고 있다(6).

현대의료에서는 환자가 의사들과 협의하여 치료과정에서 자기결정권을 행사할 것을 권장하고 있다. 환자의 자기결정권을 존중하기 위하여 여러 나라에서 연명치료 중단에 대한 법률이나 조례를 마련하였다. 일본 후생노동성은 “종말기 의료의 결정프로세스에 관한 가이드라인”을 2007년에 제정하면서 안락사는 금지하였고 의사조력자살에 대한 내용은 명시적으로 기술하지 않았다. 대만은 “안녕완화의료조례”를 2000년에 제정하면서 역시 안락사와 의사조력자살에 대하여 명시적으로 기술하지 않았다. 두 조례 모두 무의미한 연명치료 중단을 인정하였고 사전의료요청(advance directives)을 인정하였다. 미국의 오레곤 주에서 1997년도에 제정한 “The Oregon Death with Dignity Act”에는 잔여 생존기간이 6개월 미만인 말기 환자에서 환자의 뜻에 따라 의사가 환자의 자살을 도와주는 의사조력자살을 허용하고 있

다. 미국의사협회의 2009년 윤리강령에는 안락사와 의사조력자살을 반대하고 무의미한 연명치료 중단과 사전의료요청을 인정하였다. 사회가 합의한 연명치료 중단지침이 없는 우리나라는 의사들이 연명치료의 중단이 내포한 윤리적, 법적 부담과 함께 그 결정을 둘러싼 환자 가족들과의 대화에 어려움을 겪고 있다.

사회에서 합의된 지침은 의료인들이 환자나 가족들과의 대화시 판단기준이 되며 또한 의료인들 간의 치료중단에 대한 견해 차이를 좁혀줄 수 있다. 그러나 담당의사, 환자 그리고 가족들이 의료현장에서 경험하는 치료중단과 연관된 의료윤리 문제들은 다양하고 개개인마다 달라 모든 해결책을 제시할 수 있는 지침은 마련될 수가 없다. 또한 지금 우리 사회가 연명치료중단에 대하여 일정 수준의 합의를 하여도 연명치료 중단 대상환자, 절차 및 범위에 대한 사회의 합의는 사회의 요구에 따라 변해갈 것이다. 그러므로 의료인들은 그 시대에 합의된 의료윤리와 의학의 근거를 바탕으로 연명치료의 의미를 판단하여 환자의 뜻이 존중되고 환자에게 최선의 이익을 가져올 수 있도록 하여야 한다. 그러나 많은 의료인들이 담당환자의 연명치료에 대한 뜻을 파악하지 못하여 환자의 바램을 충족시키지 못하고 있다(7). 그리고 환자 혹은 가족들과의 대화가 부족하거나 대화 내용이 일관되지 않아 결정과정이 더 어려워지기도 한다(8). 부적절한 대화의 원인들로는 의료진이 환자의 임종과정에 연관된 의료윤리 문제들을 잘 파악하지 못하거나, 의료진 사이에 연명치료의 중단에 대한 의견이 다르거나, 가족들의 요구를 의료진이 수용하기 힘든 경우 등이 있다. 본 논문은 문헌고찰과 의료현장의 현실을 고려하여 연명치료 중단과정에서 의료인들이 고려하여야 할 윤리 문제와 역할에 대하여 논의하고자 한다. 연명치료 중단과 관련된 호스피스스의 역할에 대해서는 다른 논문에서 다루어질 것이므로 본 논문에서는 언급하지 않았다.

본 론

1. 용어의 정의

본 논문에서 사용하는 용어는 다음과 같이 정의한다.

1) 말기 환자: 원인질환이 중증이고 현재의 의료수준으로 회생할 수 없는 상태인 환자. 말기 환자는 수 개월 이내에 죽음을 예측할 수 있다.

2) 임종 환자: 말기 환자 가운데 최선의 치료를 하여도 수 일 또는 수 주 이내에 사망할 것으로 예상되는 환자

3) 지속적 식물상태의 환자: 심한 뇌 손상으로 지각능력이 완전히 소실되어 외부 자극에 대하여 의미있는 반응이 없는 상태가 3개월 이상 지속되는 환자

4) 연명(延命)치료: 환자의 주된 병적 상태를 바꿀 수 없지만, 생명을 연장하는 치료. 인공호흡기치료 등과 같은 특수연명치료와 영양공급 등과 같은 보통연명치료로 나눌 수 있다.

5) 무의미(無意味) 혹은 무익(無益)한 치료: 환자 혹은 환자 가족들이 바라는 치료 목표나 의료진이 추구하는 치료 목표를 달성하지 못할 것으로 예상되는 치료. 의사가 환자 가족에게 더 이상 치료를 하지 말 것을 권하며 사용하거나 가족들이 의사에게 치료 중단을 요구하면서 흔히 사용되는 용어이나 그 뜻이 모호한 경우가 많다. 의학적으로 다음과 같은 경우들은 무익한 치료라 할 수 있다.

- 장기공여자가 아닌 뇌사 환자에게 시행되는 모든 치료
- 환자의 경과에 도움을 줄 가능성은 매우 적고 해를 끼칠 우려가 매우 큰 치료
- 이전에 동일한 치료를 하였으나 효과 없음이 이미 밝혀진 치료

6) 사망(死亡): 생명 활동의 영구 정지로서 사망의 판단은 심폐 기능의 정지인 심폐사, 또는 뇌기능의 소실인 뇌사에 근거한다(대한의사협회 뇌사에 관한 선언: 1993년 3월 4일). 국내에서는 장기이식을 시행할 경우는 뇌사가 사망으로 정의되어 있으나 장기공여자가 아닌 경우는 뇌사가 사망으로 정의되지 않고 있다.

7) 안락사(安樂死): 환자가 감내할 수 없고 조절이 불가능한 고통을 없애기 위한 목적으로 환자 본인 이외의 사람이 환자에게 죽음을 초래할 물질을 투여하는 등의 방법으로 자연스런 사망시기보다 앞서서 환자를 사망하게 하는 행위. 언론이나 일반인들이 사용하는 안락사의 정의가 우리 사회에서 합의되어 있지 않다. 환자가 원하였던 원하지 않았던 환

자의 사망에 의사가 직접 행위를 하는 것을 “적극적 안락사”라 하며 환자가 자신의 사망에 필요한 수단이나 정보를 의사가 제공하여 환자의 죽음을 촉진하는 것을 “의사조력자살(physicians-assisted suicide)”이라 한다. 우리 의사윤리지침에서는 안락사와 의사조력자살을 금지하고 있다. [의사윤리지침 제58조(안락사 금지), 제59조(의사조력자살 금지)]

8) 존엄사(尊嚴死): 인간다운 임종을 위하여 지나친 연명 치료를 유보 혹은 중단함으로써 초래되는 사망. 존엄사의 정의가 아직 우리 사회에서 합의되지 않았다.

9) 사전의료요청(협의, 혹은 지시)서(advance directives): 판단 능력이 있을 때 환자 스스로 자신이 받고자 하는 치료의 범주를 기록으로 의료진에게 요청한 것. 환자는 대리인의 지명, 심폐소생술 거절, 원하지 않는 진단 및 치료 행위 등을 구체적으로 요청할 수 있다.

10) 대리인: 환자 스스로 결정할 능력이 없는 경우 환자를 대신하는 이. 환자의 가치관을 잘 알고 있고 대리인의 이익이나 가치관에 의한 것이 아니라 환자에게 최선의 이익이 될 수 있는 결정을 할 수 있는 이가 적합한 대리인이다.

2. 치료유보와 치료중단의 윤리적 차이

환자의 생명연장을 위하여 필요한 치료를 하지 않는 것이 치료유보이며 이미 수행중인 치료를 중단하는 것이 치료중단이다. 의사들은 흔히 치료중단을 꺼려하나 무익한 연명치료의 유보와 중단 사이에 윤리차이는 없다(9, 10). 예를 들어 말기 환자가 중환자실에서의 집중치료를 거절하고 병실에서 돌봄을 받는 경우는 치료유보이고 임종이 예상되는 상태에서 환자가 가정으로 퇴원하는 것은 치료중단이다. 중환자실에서 무익한 혈압상승제의 투여나 인공호흡기 치료의 중단은 드물지 않다. 한 보고에 따르면 유럽의 중환자실에서 54.6%에서 연명치료의 유보가 45.4%에서 중단이 이루어졌다(11).

3. 연명치료 중단 혹은 유보(이하 치료중단)의 대상환자

연명치료 중단의 대상을 결정할 때 대상환자의 분류와 함께 대상질환의 상태도 고려되어야 한다. 환자 질환의 중증도에 대한 판단에 의학기준보다 환자나 가족의 생각이 때로

Table 1. Classification of subjects for withholding or withdrawal of life-sustaining therapy and its decision makers

Groups	Possibility of recovery	Cases	Decision-making ability	Decision-maker
1	No	Brain death, Dying patients	No	Patient's family, physicians
2	No	Terminally ill patients	Yes or No	Patients, patient's family, physicians
3	No	Patients in a PVS* with special life-sustaining therapy	No	Institutional Ethics Committee
4	No	Patients in a PVS with general life-sustaining therapy at special requests by the family	No	Court

* Persistent vegetative state

는 더 중요하게 작용하기도 한다. 말기 만성 폐질환 환자가 안면마스크를 이용한 비침습적 인공호흡기 요법 등의 집중 치료로 수 개월 더 생존할 수 있다 하여도 그 치료의 의미는 환자, 가족, 그리고 의료진 사이에서도 다를 수 있다. 그러므로 환자에게 행해질 치료의 의학근거와 함께 그 치료가 환자에게 어떤 의미인지가 판단기준이 되어야 한다. 우리 사회에서 합의할 수 있는 연명치료중단 대상의 첫번째 군은 의료행위의 무익성 판단이 명백한 환자로서 뇌사자와 치료에 반응하지 않는 다장기부전을 동반하여 수일 내에 사망이 예상되는 임종 환자이다. 뇌사자에게 인공호흡기와 같은 치료를 지속하는 것은 의학상 명백히 무익하며 의료자원의 정 의로운 분배원칙에도 어긋난다. 여러 집중치료에도 불구하고 다장기부전이 진행되어 사망이 예견되는 환자에게 고통스러운 침습성 치료를 지속하는 것은 의료집착행위이다. 두 번째 군은 말기 질환 환자로서 수 개월 혹은 수 주 이내에 사망이 예상되는 환자이다. 흔히 이런 환자들은 중환자실이나 혹은 일반병실에서 상태의 변화가 비교적 덜 하면서도 퇴원은 할 수 없는 상태이다. 세번째 군은 지속적 식물상태의 환자로서 인공호흡기나 투석과 같은 집중치료를 받고 있거나 필요한 상태의 환자이다. 네번째 군은 지속적 식물상태로서 일반 연명치료로서 유지되는 환자 중 특별한 이유로서 가족

들이 연명치료를 중단해 줄 것을 요청한 환자이다. 이 범주를 벗어나는 환자군은 연명치료 중단의 대상으로 고려되기 어렵다(Table 1).

4. 치료 중단의 논의 시기와 범위

연명치료 중단 논의는 환자의 생존 가능성이 매우 낮거나, 치료로 인하여 환자가 겪을 신체 및 정신부담이 치료로 얻을 수 있는 효과보다 훨씬 더 크게 생각될 때 시작되어야 한다. 또한 비록 회복되어도 환자의 상태가 환자가 수용할 수 있는 삶의 질을 유지할 수 없을 것으로 판단될 경우에도 의료

진과 환자 혹은 대리인 사이에 연명치료에 대하여 대화를 시작하여야 한다. 그러나 국내 현황을 보면 연명치료 유보의 한 예인 심폐소생술 거절도 대부분 사망 직전에 가족들과의 협의로서 이루어졌다(12, 13). 이런 경우 환자의 자기결정권은 추정적 의사로서만 반영된다. 유럽의 경우 중환자실 입원 2~4일에 연명치료 중단결정이 대부분 이루어졌다(11).

연명치료는 특수연명치료와 일반연명치료로 나눌 수 있다. 특수연명치료는 대부분 환자에게 고통이나 부작용을 초래할 수 있는 치료들로서 인공호흡기 치료, 신장투석과 같은 특수장비가 필요한 치료와 혈압상승제나 고단위항생제와 같은 약물치료 및 수혈 등이 포함된다. 진통제나 영양공급은 일반 연명치료에 해당된다. 일반적으로 연명치료의 중단 범위를 논의할 때 특수 연명치료의 중단을 의미하며 일반 연명치료의 중단은 법적 판단이 필요할 수 있다. 즉 지속식물상태의 환자에서 특수 연명치료를 중단하더라도 일반 연명치료는 지속되어야 한다. 연명치료 수준 결정의 주된 고려사항은 환자 삶에서 무엇이 최선인가이며 가족이나 사회의 부담을 줄이는 것이 주된 고려사항이 되어서는 안된다.

5. 결정의 주체

의식이 분명한 환자가 자신의 치료에 관해 충분히 생각하

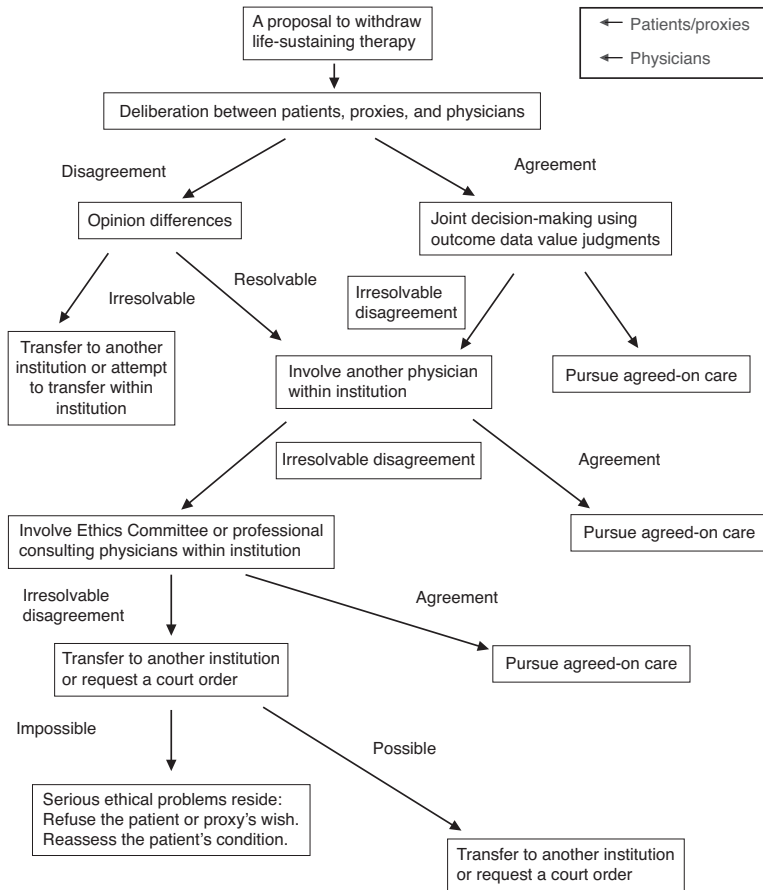


Figure 1. Decision-making process of withdrawing life-sustaining therapy

고 나서 택하고자 하는 가치 선호가 있을 때는 그 판단에 근거한다. 우리 의료현장에서 환자와 직접 연명치료에 관한 의논을 하기에는 아직 어려움이 많다. 외국의 조사에서도 21.2%의 환자만이 연명치료에 대한 의견을 직접 표현하였다(14). 의사는 환자와 연명치료에 대한 논의가 필요하다고 판단이 되면 환자에게 본인과 할 것인지, 아니면 환자가 지정한 대리인과 할 것인지 물어보는 것이 좋다. 임종이 예상되는 상황에서 스스로 판단할 능력이 없는 환자는 적절한 대리인과 치료에 대한 논의를 한다(15). 환자의 대리인은 평소 환자의 삶에 대한 가치와 고통이나 죽음에 대한 환자의 태도 등을 고려하여 결정하고 그 근거를 의료인에게 설명할 수 있어야 한다. 때로는 대리인이 의료진이 판단하기

에 무의미한 치료들을 모두 해달라고 요구할 수 있다. 이는 대리인이 가진 삶의 가치관이나 혹은 치료 중단에 대한 심리적 부담 등에 원인이 있다(16). 이런 경우는 환자의 대리인이 '모든 치료를 다 해달라'는 이유를 들어보고 치료의 무익성에 대하여 서로 논의를 하여야 한다. 만약 결정 능력이 없는 환자에서 그의 선호와 가치에 대한 적절한 증거가 없거나 영유아의 경우는 (17) 환자의 대리인과 함께 환자에게 최선의 이익이 될 수 있는 결정을 하여야 한다.

6. 연명치료의 중단 절차

의사는 환자나 대리인들과 협의한 내용을 의무기록으로 남겨야 한다. 중단절차를 도식화한 것이 Figure 1이다. 이는 미국의사협회의 권고안(18)을 우리 의료현실을 고려하여 수정한 것이다. 우리 사회에서도 뇌사자의 경우는 의료진의 판단만으로도 연명치료의 중단이 이루어져야 한다(19). 여러 장기의 손상으로 사망이 임박한 임종

환자나 수 주 이내에 사망이 예상되는 말기 질환자의 경우는 의료진과 가족의 협의로 연명치료 지속 여부를 결정하면 될 것이다. 이런 경우까지 병원윤리위원회의 결정을 받아야 한다면 소요시간 등의 이유로 환자의 사망과정이 불필요하게 길어지고 가족들이 느끼는 연명치료에 대한 고통과 불만은 커질 수 있다. 상태가 비교적 안정된 말기 질환자들과 지속적 식물상태의 환자들 중 인공호흡기와 같은 특수 연명치료를 받고 있는 환자들은 병원윤리위원회와 같은 의료윤리 자문기구를 통하여 결정하면 될 것이다. 그 외의 경우는 상황에 따라 병원윤리위원회나 대한의사협회 중앙윤리위원회, 보건복지가족부내 생명윤리위원회 혹은 법원의 결정에 따르는 방식을 사회가 합의할 수 있을 것이다. 연명치료의

무익성이 의학적으로 명백한 경우 외에는 담당의사의 독자적 판단은 피하고 동료의사의 자문을 구하여 연명치료 중단 여부의 타당성을 숙고하여야 한다. 환자 또는 대리인과 의료진들 사이에 의견이 병원윤리위원회를 거쳐서도 계속 불일치할 경우에는 동일병원에서 의료진을 교체하거나 환자를 치료할 수 있는 타 의료기관으로 이송하거나 혹은 법원의 결정을 받는다. 만약 환자를 타 의료인이나 타 의료기관으로 이송이 불가능한 경우에는 환자 연명치료를 하면서 대리인과 협의를 계속한다.

7. 사전의료요청(지시)서와 환자의 자기결정권의 올바른 행사를 위한 의료인의 역할

사전의료요청서 작성은 연명치료의 결정에 있어 환자의 자기결정권을 보장하기 위한 것이다. 서구에서는 이러한 제도가 이미 보편화되었음에도 불구하고 한 보고에는 암환자에서조차도 대상환자의 85%가 사전의료요청서 작성을 꺼려하는 것으로 나타났다(20). 중환자실에서 가족들이 치료 결정과정에 참여하려는 뜻을 가진 경우는 47%에 불과하였으며 실제 15%의 가족들만이 참여하였다(21). 더구나 이러한 의료문화가 확산되지 않은 우리 사회에서 말기 환자에게 정형화된 사전의료요청서를 작성하여야 한다고 강제하기는 어려울 것이다. 우리 사회는 노인이나 환자와 닥쳐올 죽음에 대하여 상의하는 것을 금기시 하고 있다. 의료현장에서 말기 암이라는 것을 환자에게 의사가 직접 이야기해달라는 보호자를 만나기는 어렵다. 오히려 환자에게 암이라고 말하지 말라고 한다. 또 다른 문제는 환자들이 사전의료요청서의 여러 내용들을 쉽게 이해하기 힘들고 대부분은 그 치료에 대하여 자세히 설명을 들어도 생명과 직접 연관된 것들이라 쉽게 결정하기 어렵다는 점이다. 이는 점진적으로 사망이 예견되는 말기 환자와 의료진 사이에 연명치료에 대하여 환자가 자신의 의사를 표현할 수 있는 시기에 자연스럽게 논의하는 병원문화의 정착이 이루어진 다음에야 활성화가 될 것이다. 이러한 의료문화의 정착을 위해서 의료인들이 앞장서야 한다.

이러한 어려움을 전제하더라도 치료의 의미를 잘 알고 있는 의사들은 의학정보를 환자와 공유하여 환자 혹은 대리인

의 판단을 도와야 한다. 의사들이 환자나 가족에게 여러 치료들을 설명할 때 환자나 가족들이 치료의 의미를 제대로 이해할 수 있을 때까지 시간과 노력을 들여 대화하지 않으면 환자나 가족들은 마치 의사가 중요한 결정의 책임을 회피하고 가족들에게 미루려는 듯한 인상을 받거나 의사들이 마음대로 하려 한다고 오해하기 쉽다(22). 임상에서 의사가 설명하는 내용과 환자가 실제로 알아 듣는 내용은 차이가 크다는 것을 의사들이 경험하고 있다. 그러므로 의사는 연명치료중단에 관한 내용을 단순히 나열해서는 안되며 환자와 가족과 충분히 교감할 수 있는 대화를 하여야 한다(23). 대화를 통하여 치료 목표를 환자나 혹은 가족과 결정하여야 한다. 흔히 치료의 목표는 변동되기 싫다고 생각되지만 환자의 상태가 극적인 변화가 있지 않는 한 임상에서 의료진과 환자 혹은 가족과 협의하여 공유된 목표는 크게 변화하지 않는다. 그리고 그 목표를 진료팀이 서로 공유하여 환자 측과의 대화를 일관되게 하여야 환자 측의 신뢰를 얻을 수 있다. 의료진은 환자의 예후를 정확하게 알기 어려워 가족들에게 분명한 의견을 제시하기가 어려운데 이로 인하여 가족과의 대화가 불충분해지기 쉽고 가족들의 불만이 증가할 수 있다(24). 이런 경우는 예후 예측의 어려움을 가족들에게 설명하는 것이 좋다. 늘 분초를 다투는 의사들로서는 충분한 대화를 이끌어 가는 것이 쉬운 일이 아니므로 끈기와 열린 마음으로 대화에 임해야 하며 의료전문가로서의 견해를 가지고 있는 것이 좋다. 또한 동일한 내용을 되풀이하여 설명을 해야 하는 경우가 흔한데 환자나 가족에게 짜증을 내지 않도록 주의하여야 한다. 가족 개개인에게 설명하는 불필요한 노력을 줄이기 위하여 주요 가족들과 시간을 정하여 함께 논의하는 것이 좋다. 그리고 의료진이 말기 환자의 환자 가족들에게 치료의 무익성을 말하면서 연명치료중단을 지나치게 권유하면 환자 가족들과의 관계가 나빠지고 대화의 장애요인이 될 수 있으므로 주의하여야 한다(25). 환자가 가족과 의료진과의 연명치료중단에 대한 이견 발생시 치료의 무익성이 흔히 제기된다. 가족들이 치료의 중단을 요구하면서 무익성을 주장할 때는 담당의료진에 대한 신뢰가 상실된 경우가 많다. 그리고 무의미한 치료에 대한 주장에는 환자 혹은 환자 대리인의 가치 판단이 크게 관여하며 치료

비 부담도 종종 연관된다. 의료진은 치료의 무익성 판단에 의학 근거를 우선으로 하여야 한다. 집중치료의 중단이 환자 상태를 방지하거나 포기하는 것이 아니며 의료인들은 사망에 이르기까지 환자의 고통이나 두려움을 완화시키기 위한 노력 등을 지속하여야 한다.

8. 의료자원의 정당한 배분을 위한 의료인의 역할

사회복지가 잘 갖추어진 선진국도 의료재원과 자원은 흔히 부족하므로 그 재원과 자원의 배분에 대한 어려움이 있다(26). 제한된 의료자원을 환자들에게 균형적으로 배분하는 결정에 있어서는 타당한 의학기준들만이 고려되어야 한다. 이러한 기준들에는 치료 효과의 유무, 현재 장애와 관련하여 예상 잔여 생존 기간, 집중치료 필요의 위급성, 삶의 질의 변화, 환자의 의지, 그리고 치료의 성공을 위해 필요한 의료자원의 유무와 정도 등이 포함된다(27). 환자의 치료비 지불능력, 연령, 사회적 가치, 예상되는 치료의 어려움, 그 질환이 발생된 원인에 대한 환자의 책임, 과거에 환자가 의료자원을 사용했던 경력 등 의료와 관계없는 기준들이 고려되어서는 안된다. 사망이 임박하였거나 지속 혼수상태의 환자와 같이 집중 치료가 도움이 되지 않는 환자들의 중환자실 입실을 거절하는 것은 비윤리적인 행위가 아니나(28), 그 판단이 어려울 경우는 동료 의료인 혹은 병원윤리위원회의 자문을 구하도록 한다.

9. 병원윤리위원회

의료인들은 진료중 나타난 의료윤리 문제를 대학에서 배운 지식과 개개인의 가치관 혹은 동료의사의 의견을 참고하여 흔히 해결하여 왔다. 그러나 사회는 다양한 의료윤리 문제에 대해 의료인들이 보다 전문적이고 체계적으로 접근할 것을 요구하고 있다. 잘 운영되는 병원윤리위원회는 의료인들이 경험하는 의료윤리 문제 해결의 어려움이나 환자와 가족들이 겪는 의료윤리 갈등의 해결에 도움을 준다. 병원윤리위원회는 의료인, 의료윤리전문인, 법조인, 종교인, 사회사업가 및 일반 직원으로 구성할 수 있다. 위원 선발에 중요한 것은 각 위원들의 의료윤리의 중요성에 대한 공감대와 자발적 참여이다. 위원회가 생산적으로 운영되려면 위원들

의 의료윤리에 대한 전문지식과 제시된 문제들에 대한 적극적인 해결 의지가 중요하다. 위원들의 전문성이 결여되면 위원들 개개인의 가치관에 좌우되어 결론 도출이 어렵다.

10. 사회 공적부조의 강화

우리나라는 국가가 제공하는 진료비 보조제나 공공 간호서비스 제도 그리고 사회에서 마련된 불우 환자에 대한 공적 부조가 매우 부족하여 연명치료의 지속 여부 판단에 삶의 질에 대한 우려와 함께 진료비와 간호에 대한 부담이 흔히 개입된다. 경제적으로 어려운 가정에서 태어난 신생아가 심각한 장애를 가지고 있고 당장 생명을 유지하기 위해 수술이 필요한 상황이라면 대부분의 가족들이 장애아로서 살아가야 하는 자식의 어려움 등으로 치료를 거부하는 것이 우리 현실이다. 그러므로 연명치료의 중단에 대한 사회적 합의를 논의할 때 이런 어려움을 완화하기 위한 정부 및 사회의 공적부조 체계를 확대하고 강화해 나가는 노력이 반드시 함께 해야 한다.

11. 연명치료에 관한 지속협의체 구성

연명치료 중단지침에 대한 사회적 합의는 한 순간에 이루어질 수 없으며 일단 합의된 지침도 사회 환경의 변화와 임종 환자와 임종 환자들을 돌보는 이들의 요구를 파악하여 지속적으로 개선되어야 한다. 우리 사회에서는 연명치료중단과 관련된 사회적 갈등이 있을 때마다 일회성으로 문제 제기과 해결방안이 사회 각층에서 각자의 목소리로 제시되어 왔으며 항구적으로 서로 합의하여 해결하려는 노력은 없었다. 이제는 합리적 연명치료 수행을 위한 전략개발을 지속적으로 할 수 있는 조직과 예산이 보건복지가족부 내에 마련되어 활동을 시작하여야 한다.

맺 음 말

의료인들은 사망과정의 불필요한 고통을 최소화하고 임종 환자의 품위를 유지할 수 있도록 도와야 한다. 이를 위하여 연명치료를 중단 결정 과정은 의료진과 환자 및 가족들과 함께 하여야 한다. 그 결정과정에 치료의 의미를 잘 알고

있는 의사들의 역할이 매우 중요하다. 의사들이 연명치료의 중단에 대하여 환자 가족에게 제의하거나 환자 가족들로부터 요청을 받을 때 고려하여야 하는 것은 해당 환자가 연명 치료중단의 대상이 될 수 있는지, 어떤 절차가 필요한지 그리고 어느 범위까지 중단하거나 유보할 것인지 등이다. 담당의사는 연명치료의 중단 여부를 의학의 근거로서 판단을 하되 환자의 결정을 존중하고 그 결정과정은 의료문서에 기록하여야 한다. 국내의 경우 연명치료의 중단에 관련된 논쟁의 많은 경우에서 진료비 지불이나 환자의 간호의 어려움과 연관되어 있으며, 이런 경우 의료윤리 혹은 의학 논리만으로는 문제를 해결하기가 매우 어렵다. 생활형편이 어려운 환자들의 진료비를 국가가 우선 대납하는 진료비대여 제도나 공공 간호제도 등의 보완도 연명치료 중단 논의와 함께 하여야 한다. 이러한 사회 공적 부조 없이 법과 윤리의 시각으로만 문제의 해결을 시도하는 것은 의료현장 현실과 큰 괴리가 있으며 합의된 지침도 잘 적용되기 어렵다. 일단 사회가 합의한 지침이 마련되면 의료인들은 의료현장에서 제대로 적용하기 위하여 노력하여야 한다.

현재 연명치료중단 지침의 법제화가 국회에서 논의 중이다. 연명치료의 중단은 개별성 함께 다양한 문제들을 가지고 있다. 이러한 문제점들의 해결을 법으로 수용하기 힘들 것이다. 이를 법으로 규정하기 보다는 일본과 대만의 경우에서처럼 보건복지가족부의 조례로 정하는 것이 사회의 요구를 보다 빠르게 수용할 수 있을 것이다. 혹은 보건의료기본법 제12조(보건의료서비스에 관한 자기결정권)는 “모든 국민은 보건의료인으로부터 자신의 질병에 대한 치료방법, 의학적 연구대상 여부, 장기이식 여부 등에 관하여 충분한 설명을 들은 후 이에 관한 동의 여부를 결정할 권리를 가진다...”로 되어 있다. 이를 “...장기이식, 연명치료 등에 관하여 충분한 설명을 들은 후 이에 관한 동의와 거부를 결정할 권리를 가진다”로 수정하고 구체적 사항은 의료계와 사회가 합의한 지침 형태의 규율에 따르게 하는 것이 의료현장의 연명치료에 연관된 어려움을 줄일 수 있을 것이다. 또한, 각 병원의 의료윤리위원회의 구성과 그 기능의 강화와 함께 의료인들의 보수교육을 통하여 연명치료중단에 연관된 의료윤리교육이 이루어져야 한다. 환자들이 연명치료에 대한

자기결정권을 행사하려면 우리 사회도 논의를 꺼리는 죽음의 문제에 대하여 보다 폭 넓게 수용하는 분위기가 조성되어야 한다. 이를 위하여 청소년기 학교 교육에서부터 생명과 죽음의 의미에 대한 교육이 이제는 시작되어야 한다. 그리고 연명치료에 관한 지속적 협의체의 구성도 필요하다.

참고문헌

1. Angus DC, Barnato AE, Linde-Zwirble WT, Weissfeld LA, Watson RS, Rickert T, Rubenfeld GD; Robert Wood Johnson foundation ICU end-of-life peer group. Use of intensive care at the end of life in the United States: an epidemiologic study. *Crit Care Med* 2004; 32: 638-643.
2. Prendergast TJ, Claessens MT, Luce JM, Prendergast TJ, Claessens MT, Luce JM. A national survey of end-of-life care for critically ill patients. *American Journal of Respiratory & Critical Care Medicine* 1998; 158: 1163-1167.
3. Sinuff T, Giacomini M, Shaw R, Swinton M, Cook DJ. “Living with dying”: the evolution of family members’ experience of mechanical ventilation. *Crit Care Med* 2009; 37: 154-158.
4. Pochard F, Darmon M, Fassier T, Bollaert PE, Cheval C, Coloigner M, Merouani A, Moulont S, Pigne E, Pingat J, Zahar JR, Schlemmer B, Azoulay E; French FAMIREA study group. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study. *J Crit Care* 2005; 20: 90-96.
5. Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, Chevret S, Aboab J, Adrie C, Annane D, Bleichner G, Bollaert PE, Darmon M, Fassier T, Galliot R, Garrouste-Orgeas M, Goulenok C, Goldgran-Toledano D, Hayon J, Jourdain M, Kaidomar M, Laplace C, Larché J, Liotier J, Papazian L, Poisson C, Reignier J, Saidi F, Schlemmer B; FAMIREA Study Group. Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med* 2005; 171: 987-994.
6. Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, Haas CE, Luce JM, Rubenfeld GD, Rushton CH, Kaufman DC. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American College [corrected] of Critical Care Medicine. *Crit Care Med* 2008; 36: 953-963.
7. 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). The SUPPORT Principal Investigators. *Jama* 1995; 274: 1591-1598.
8. Fassier T, Lautrette A, Cioldi M, Azoulay E. Care at the end of life in critically ill patients: the European perspective. *Curr Opin Crit Care* 2005; 11: 616-623.
9. Consensus report on the ethics of foregoing life-sustaining treatments in the critically ill. Task Force on Ethics of the Soci-

- ety of Critical Care Medicine. *Crit Care Med* 1990; 18: 1435-1439.
10. Medical futility in end-of-life care: report of the Council on Ethical and Judicial Affairs. *Jama* 1999; 281: 937-941.
 11. Azoulay E, Metnitz B, Sprung CL, Timsit JF, Lemaire F, Bauer P, Schlemmer B, Moreno R, Metnitz P; SAPS 3 investigators. End-of-life practices in 282 intensive care units: data from the SAPS 3 database. *Intensive Care Med* 2009; 35: 623-630.
 12. Song TJ, Kim KP, Koh Y. Factors determining the establishment of DNR orders in oncologic patients at a university hospital in Korea. *Korean J Med* 2008; 74: 403-410.
 13. Lee KH, Jang HJ, Hong SB, Lim CM, Koh Y. Do-not-resuscitate order in patients, who were decreased in a Medical Intensive Care Unit of an University Hospital in Korea, *Korean J Crit Care Med* 2008; 23: 84-89.
 14. Camhi SL, Mercado AF, Morrison RS, Du Q, Platt DM, August GI, Nelson JE. Deciding in the dark: advance directives and continuation of treatment in chronic critical illness. *Crit Care Med* 2009; 37: 919-925.
 15. Lautrette A, Peigne V, Watts J, Souweine B, Azoulay E. Surrogate decision makers for incompetent ICU patients: a European perspective. *Curr Opin Crit Care* 2008; 14: 714-719.
 16. Doig C, Murray H, Bellomo R, Kuiper M, Costa R, Azoulay E, Crippen D. Ethics roundtable debate: patients and surrogates want 'everything done'-what does 'everything' mean? *Crit Care* 2006; 10: 231.
 17. Tibballs J. Legal basis for ethical withholding and withdrawing life-sustaining medical treatment from infants and children. *J Paediatr Child Health* 2007; 43: 230-236.
 18. Anonymous. Medical futility in end-of-life care: report of the Council on Ethical and Judicial Affairs. [see comment]. *Jama* 1999; 281: 937-941.
 19. Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR. Medical futility: its meaning and ethical implications. [see comment]. *Annals of Internal Medicine* 1990; 112: 949-954.
 20. Kierner KA, Hladschik-Kermer B, Gartner V, Watzke HH. Attitudes of patients with malignancies towards completion of advance directives. *Support Care Cancer* 2009.
 21. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Adrie C, Annane D, Bleichner G, Bornstain C, Bouffard Y, Cohen Y, Feissel M, Goldgran-Toledano D, Guittion C, Hayon J, Iglesias E, Joly LM, Jourdain M, Laplace C, Lebert C, Pingat J, Poisson C, Renault A, Sanchez O, Selcer D, Timsit JF, Le Gall JR, Schlemmer B; FAMIREA Study Group. Half the family members of intensive care unit patients do not want to share in the decision-making process: a study in 78 French intensive care units. *Crit Care Med* 2004; 32: 1832-1838.
 22. Reynolds S, Cooper AB, McKneally M. Withdrawing life-sustaining treatment: ethical considerations. *Thorac Surg Clin* 2005; 15: 469-480.
 23. Solomon MZ. How physicians talk about futility: making words mean too many things. *J Law Med Ethics* 1993; 21: 231-237.
 24. Christakis NA, Iwashyna TJ. Attitude and self-reported practice regarding prognostication in a national sample of internists. *Arch Intern Med* 1998; 158: 2389-2395.
 25. Luce JM, White DB. The pressure to withhold or withdraw life-sustaining therapy from critically ill patients in the United States. *Am J Respir Crit Care Med* 2007; 175: 1104-1108.
 26. Anonymous. Attitudes of critical care medicine professionals concerning distribution of intensive care resources. The Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. *Critical Care Medicine* 1994; 22: 358-362.
 27. Consensus statement on the triage of critically ill patients. Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. *Jama* 1994; 271: 1200-1203.
 28. Singer DE, Carr PL, Mulley AG, Thibault GE. Rationing intensive care-physician responses to a resource shortage. *N Engl J Med* 1983; 309: 1155-1160.