



연명치료 중지에 관한 법원판결과 제도화에 관련된 문제들

김 장 한* | 울산대학교 의과대학 인문사회의학교실

Court decisions on withdrawal of life sustaining treatment and related problems associated with legalization

Jang Han Kim, MD*

Departments of Medical Humanities and Social Sciences, University of Ulsan College of Medicine, Seoul, Korea

*Corresponding author: Jang Han Kim, E-mail: jhk@amc.seoul.kr

Received October 22, 2012 · Accepted November 10, 2012

The development of life sustaining treatment technology including artificial ventilation has given us the moral problem, considering the human dignity and futility of medical treatment, until when these treatments could be given to terminally ill patients. In Korea, there were two supreme court decisions a significant impacts on the withdrawal of life sustaining treatment. After these decisions, Korean medical society has developed a guideline for advance directives and has also established a voluntary hospital ethics committee. The patient's right of self-determination right and the paternalistic approach of medicine should be balanced at an optimal level, because benefits of medical advances should be adjusted to take into account the burden of life prolongations. Decision making always has been difficult because related to ethical values, and there a broad spectrum of value-laden attitudes within Korean society. The legalization of end-of-life care should be from the respect of the professional autonomy of medical society. Under these considerations, we should supply alternative methods like hospice care, which can help to manage the withdrawal of life support appropriately, and also make an effort to relieve the economical burden of patients.

Keywords: Advance directives; Personal autonomy; Hospices; Clinical ethics committee; Withholding treatment

서 론

현대의학의 발달로 사망에 이르는 기간이 연장되면서 나타난 필연적 현상은 과연 어떠한 연명치료를 얼마동안 지속하여야 하는가 또는 어떠한 기준에 의하여 연명치료를 중지할 것인가라는 의료기술 적용에 관하여 가치 판단을 해

야 한다는 것이다. 발달된 의학기술을 해당 환자에게 적용하는 것이 타당한가라는 가치 판단이 개입되어 있기 때문에, 이 문제에 접근하는 방식은 다양하며, 통일되어 있지 않다. 하지만, 인간존엄성 존중에 바탕을 둔 많은 논의들이, 맹목적 생명 연장에 대하여 반대 이론을 제시하고 있으며, 현재 우리 주변에서 진행되고 있는 사태에 대하여 나름의 판단 기준을

© Korean Medical Association

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

제공하고 있다. 우리나라에서도 연명치료 중지에 관한 논의가 가치에 관한 보편성과 문화적 특수성을 반영하면서, 나름의 진행되어 왔다. 본 논문에서는 연명치료 중지에 관련하여 사회적으로 큰 반향을 일으킨 두 개의 대법원 판결에 근거하여 이 문제들을 살펴보고자 한다. 이러한 접근은 의료가 받아들일 수 있는 최소한의 적법성 근거이기 때문이다.

연명치료 중지에 관련된 두 가지 판결

1. 대법원 2004. 6. 24. 선고 2002도995 판결【살인(인정된 죄명: 살인방조)·살인】[1]

1) 사실관계

피고인 1은(이름생략) 병원신경외과 전담의사, 피고인 2는 같은 과 3년차 수련의로 각 근무하던 자이다. 피해자는 1997. 12. 4. 14:30경 자신의 주거지에서 경막외출혈상을 입고(이름생략) 병원으로 응급 후송되어 같은 날 18:05경부터 피고인 1의 집도와 피고인 2등의 보조로 경막외출혈 제거 수술을 하였고, 다음날 02:30경 수술을 마친 후 중환자실로 옮겨졌으나 자발호흡이 불완전하여 인공호흡기를 부착한 상태로 계속 합병증 및 후유증에 대한 치료를 받게 되었다. 수술 후 아무런 반응을 보이지 않던 피해자는 1997. 12. 5. 04:00경 대광반사(light reflex)가 돌아왔고, 그 후 눈 뜨는 반응에서는 부르면서 눈을 뜨고 있는 상태(글라스고우 혼수척도 E3)로, 운동 반응에 있어서는 통증을 가하면 통증을 가하는 위치로 손, 발을 이동하거나 제지하는 등의 반응(글라스고우 혼수척도 M5)으로 호전되어 갔고, 그에 따라 피고인 2는 뇌부종에 따른 별다른 문제가 없는 것으로 판단하여 수술 후 매 15분마다 측정하던 의식수준, 동공 크기, 대광반사 여부를 1시간마다 측정하도록 하였다. 또한, 호흡에 있어서는 피해자의 상태에 따라 인공호흡기의 호흡 방법, 호흡 회수, 산소 농도, 공기 공급량 등이 조절되었는데 퇴원 당시 인공호흡기에 의한 호흡 회수는 수술 후 16회에서 12회로, 산소농도는 100%에서 40%(일반적인 공기의 산소농도는 20%)로 호전된 상태였으나 1997. 12. 6. 01:40경 호흡음이 거칠고 양측 폐의 아래쪽에서 호흡음이 감소되었고, 같은 날 09:20경 폐 우상엽 쪽에서 거친 소리가 들리고 환기능력이 감소한

것으로 보이는 등 퇴원 당시 인공호흡기를 제거할 경우 자발호흡이 정상적으로 이루어지기 힘들었고, 수술 후 수술 부위에서 피가 자주 배어나와서 1997. 12. 5. 21:00경 수술 부위를 다시 봉합하였으나 그 후에도 수술 부위에서 피가 계속 배어나와 수술상처 배액기기로 피를 배액(drainage)하고 있는 상태였다. 한편, 피해자의 처는 수술 후 피고인 2로부터 피해자의 혈종이 완전히 제거되었고 호전될 것으로 예상된다는 말을 들었으나 그 때까지 260만 원 상당의 치료비가 나온 것을 알고 향후 치료비도 부담하기 어려울 뿐 아니라 금은방을 운영하다가 실패한 후 17년 동안 무위도식하면서 술만 마시고 가족들에 대한 구타를 일삼아 온 피해자가 살아남아 가족들에게 계속 짐이 되기보다는 차라리 사망하는 것이 낫겠다고 생각하여 경제적 부담을 빌미로 피해자의 퇴원의 허용을 계속 요구하였다. 이에 피고인 1, 피고인 2는 수차례에 걸쳐 피해자의 상태에 비추어 지금 퇴원하면 죽게 된다는 이유로 퇴원을 극구 만류하고 치료비를 부담할 능력이 없으면 차라리 1주일 정도 기다렸다가 피해자의 상태가 안정된 후 도망가라고까지 이야기하였으나, 피해자의 처는 피해자의 퇴원을 고집하였고, 1997. 12. 6. 14:00경 피고인 1, 피고인 2로부터 퇴원 시 사망가능성에 대한 설명을 듣고, 퇴원 후 피해자의 사망에 대해 법적인 이익을 제기하지 않겠다는 귀가서약서에 서명하였다. 인공호흡보조장치를 제거 후 피해자는 5분도 안되어 목 부위에서 격격거리는 등의 소리를 내며 불완전하게 숨을 쉬다가 뇌간 압박에 의한 호흡곤란으로 사망하였다.

2) 법률 판단

피고인 1, 피고인 2가 피해자의 퇴원을 위하여 취한 조치와 그로 인한 치료행위의 중단은 한 개의 사실관계의 양면으로 서로 결합되어 있는 것으로서, 의사(意思)의 관점에서 볼 때 피고인들에 대한 비난은 피고인들이 소극적으로 치료행위를 중단한 점에 있다기보다는 피해자 처의 퇴원 요청을 받아들여 적극적으로 퇴원에 필요한 조치를 취한 점에 집중되어야 할 것이고, 피고인들은 피해자를 퇴원시킬 당시 원심공동피고인이 피해자에 대한 보호의무를 저버려서 그를 사망에 이르게 하리라는 사정을 인식하고 있었을 뿐 나아가 그러한 결과의 발생을 용인하는 내심의 의사까지는 없었다 할 것

이어서 정범의 고의를 인정할 수 없으므로, 피고인들의 행위는 부작위에 의한 살해행위가 아니라 원심공동피고인의 부작위에 의한 살인행위 실행을 용이하게 한, 작위의 방조행위로 봄이 상당하다.

3) 판결에 대한 평가

본 판결은 1998. 5. 15. 한국 의료계를 떠들썩하게 만들었던 소위 '보라매 병원 사건'에 대한 것이다. 사법부는 퇴원을 요구한 환자의 배우자에게 살인죄 정범의 책임을, 퇴원에 응한 의사에 대하여 살인 방조죄의 책임을 물었다. 위 판결에 대하여 의료계에서는 환자(피해자)의 소생 가능성에 대하여 의학적 판단이 엇갈린다는 점을 주장하였으나, 법원은 환자의 상태에 대한 사실판단에서 회복 가능성이 있는 것으로 판단하였고, 의료진도 이러한 인식을 가졌다고 보았다. 그렇기 때문에, 환자는 퇴원에 의하여 소생할 가능성을 갖지 못한 채 퇴원을 허용한 행위에 의하여 사망한 것으로 판단하였던 것이다. 다른 한편으로, 의료계에서는 환자가 의식이 없거나 의사결정을 못하는 경우에, 환자 가족의 의사에 의하여 의료행위 내용을 결정하던 관행, 이러한 관행에 의하여 퇴원을 인정하던 소위 '의사의 조언에 반하는 퇴원(discharge against medical advice)'을 무시함으로써, 의료계의 현실적 상황을 무시하였다는 반발을 하였다. 이에 대하여 법원은 의료진이 환자의 생명을 보호하는 의무가 우선하며, 환자 본인의 의사가 아닌 경우에 환자 가족에 의하여 환자의 생명에 위해가 가해지는 의학적 판단을 하는 것은 불법이라는 가치 판단을 하였다. 법원의 판단에 의하면, 이 사건은 연명치료 중지에 관한 것이 아닌 것이 된다. 하지만 소생 가능성이 희박한 환자의 치료중단이라 하더라도 환자의 예후에 대해서 의사가 100% 정확하게 판단할 수는 없기 때문에[2], 의료계로서는 소위 '소생가능성이 없는 환자의 퇴원(hopeless discharge)'을 시행하면서, 결과적으로 나타날지도 모르는 소생 가능성에 대한 법률적 시비를 없애기 위한 절차적 방안을 논의하여야 했다. 결과적으로 환자의 의학적 상태 평가로 인하여 의료진이 처할지도 모르는 형법상 책임을 경감해 주어야 할 실정적 필요성에 의하여 병원 내에 병원윤리위원회 설치되기 시작하는 계기가 되었다.

2. 대법원 2009. 5. 21. 선고 2009다17417 전원합의체

판결【무의미한 연명치료 장치 제거 등】[3]

1) 사실관계

원고는 폐암을 진단하기 위하여, 기관지내시경 생검을 시행하던 중, 발생한 기관지내 출혈로 인하여 저산소성 뇌손상을 받았다. 원고는 이후 자발호흡 없이 인공호흡기에 의존하여 호흡을 유지하고 있으며, 의식은 돌아오지 않은 상태이다. 원고에 대한 뇌 자기공명영상 검사에서 뇌가 전반적으로 심한 위축을 보이고 대뇌피질의 요철이 단지 가느다란 띠형상으로 보일 정도로 심하게 파괴되어 있으며 기저핵 시상의 구조가 보이지 아니하고 뇌간 및 소뇌도 심한 손상으로 위축되어 있다. 원고의 담당 주치의는 원고에게 자발호흡은 없지만 뇌사상태는 아니며 지속적 식물인간상태로서 의식을 회복할 가능성은 매우 낮아 5% 미만이라는 견해를 피력하였다. 진료기록 감정의는 원고가 자발호흡이 없어 일반적인 식물인간상태보다 더 심각하여 뇌사상태에 가깝고 회복 가능성은 거의 없다고 하였다. 신체감정의들도 모두 원고가 지속적 식물인간상태로서 회생가능성이 희박하다는 취지의 견해를 밝히고 있다. 원고가 독실한 기독교 신자로서 15년 전 교통사고로 팔에 상처가 남게 된 후부터는 이를 남에게 보이지 싫어하여 여름에도 긴 팔 옷과 치마를 입고 다닐 정도로 항상 정갈한 모습을 유지하고자 하였던 사실, 텔레비전을 통해 병실에 누워 간호를 받으며 살아가는 사람의 모습을 보고 "나는 저렇게까지 남에게 누를 끼치며 살고 싶지 않고 깨끗이 이생을 떠나고 싶다"라고 말하였던 사실, 3년 전 남편의 임종 당시 며칠 더 생명을 연장할 수 있는 기관절개술을 거부하고 그대로 임종을 맞게 하면서 "내가 병원에서 안 좋은 일이 생겨 소생하기 힘들 때 호흡기는 끼우지 말라. 기계에 의하여 연명하는 것은 바라지 않는다"고 말한 사실 등 일상생활에서의 대화 및 원고의 현 상태 등 여러 사정을 종합하여, 원고가 현재의 상황에 관한 정보를 충분히 제공받았을 경우 원고에게 현재 시행되고 있는 연명치료를 중단하고자 하는 의사가 있었을 것으로 추정하였다.

2) 법률 판단(다수의견)

의학적으로 환자가 의식의 회복가능성이 없고 생명과 관련된 중요한 생체기능의 상실을 회복할 수 없으며 환자의 신

체상태에 비추어 짧은 시간 내에 사망에 이를 수 있음이 명백한 경우(이하 '회복불가능한 사망의 단계'라 한다)에 이루어지는 진료행위(이하 '연명치료'라 한다)는, 원인이 되는 질병의 호전을 목적으로 하는 것이 아니라 질병의 호전을 사실상 포기한 상태에서 오로지 현 상태를 유지하기 위하여 이루어지는 치료에 불과하므로, 그에 이르지 아니한 경우와는 다른 기준으로 진료중단 허용 가능성을 판단하여야 한다. 이미 의식의 회복가능성을 상실하여 더 이상 인격체로서의 활동을 기대할 수 없고 자연적으로는 이미 죽음의 과정이 시작되었다고 볼 수 있는 회복불가능한 사망의 단계에 이른 후에는, 의학적으로 무의미한 신체 침해 행위에 해당하는 연명치료를 환자에게 강요하는 것이 오히려 인간의 존엄과 가치를 해하게 되므로, 이와 같은 예외적인 상황에서 죽음을 맞이하려는 환자의 의사결정을 존중하여 환자의 인간으로서의 존엄과 가치 및 행복추구권을 보호하는 것이 사회상규에 부합되고 헌법정신에도 어긋나지 아니한다. 그러므로 회복불가능한 사망의 단계에 이른 후에 환자가 인간으로서의 존엄과 가치 및 행복추구권에 기초하여 자기결정권을 행사하는 것으로 인정되는 경우에는 특별한 사정이 없는 한 연명치료의 중단이 허용될 수 있다. 한편, 환자가 회복불가능한 사망의 단계에 이르렀는지 여부는 주치의의 소견뿐 아니라 사실조회, 진료기록 감정 등에 나타난 다른 전문의사의 의학적 소견을 종합하여 신중하게 판단하여야 한다. 환자가 회복불가능한 사망의 단계에 이르렀을 경우에 대비하여 미리 의료인에게 자신의 연명치료 거부 내지 중단에 관한 의사를 밝힌 경우(이하 '사전의료지시'라 한다)에는, 비록 진료 중단 시점에서 자기결정권을 행사한 것은 아니지만 사전의료지시를 한 후 환자의 의사가 바뀌었다고 볼 만한 특별한 사정이 없는 한 사전의료지시에 의하여 자기결정권을 행사한 것으로 인정할 수 있다. 다만, 이러한 사전의료지시는 진정한 자기결정권 행사로 볼 수 있을 정도의 요건을 갖추어야 하므로 의사결정능력이 있는 환자가 의료인으로부터 직접 충분한 의학적 정보를 제공받은 후 그 의학적 정보를 바탕으로 자신의 고유한 가치관에 따라 진지하게 구체적인 진료행위에 관한 의사를 결정하여야 하며, 이와 같은 의사결정 과정이 환자 자신이 직접 의료인을 상대방으로 하여 작성한 서면이나

의료인이 환자를 진료하는 과정에서 위와 같은 의사결정 내용을 기재한 진료기록 등에 의하여 진료 중단 시점에서 명확하게 입증될 수 있어야 비로소 사전의료지시로서의 효력을 인정할 수 있다. 한편, 환자의 사전의료지시가 없는 상태에서 회복불가능한 사망의 단계에 진입한 경우에는 환자에게 의식의 회복가능성이 없으므로 더 이상 환자 자신이 자기결정권을 행사하여 진료행위의 내용 변경이나 중단을 요구하는 의사를 표시할 것을 기대할 수 없다. 그러나 환자의 평소 가치관이나 신념 등에 비추어 연명치료를 중단하는 것이 객관적으로 환자의 최선의 이익에 부합한다고 인정되어 환자에게 자기결정권을 행사할 수 있는 기회가 주어지더라도 연명치료의 중단을 선택하였을 것이라고 볼 수 있는 경우에는, 그 연명치료 중단에 관한 환자의 의사를 추정할 수 있다고 인정하는 것이 합리적이고 사회상규에 부합된다. 이러한 환자의 의사 추정은 객관적으로 이루어져야 한다. 따라서 환자의 의사를 확인할 수 있는 객관적인 자료가 있는 경우에는 반드시 이를 참고하여야 하고, 환자가 평소 일상생활을 통하여 가족, 친구 등에 대하여 한 의사표현, 타인에 대한 치료를 보고 환자가 보인 반응, 환자의 종교, 평소의 생활 태도 등을 환자의 나이, 치료의 부작용, 환자가 고통을 겪을 가능성, 회복불가능한 사망의 단계에 이르기까지의 치료 과정, 질병의 정도, 현재의 환자 상태 등 객관적인 사정과 종합하여, 환자가 현재의 신체 상태에서 의학적으로 충분한 정보를 제공받는 경우 연명치료 중단을 선택하였을 것이라고 인정되는 경우라야 그 의사를 추정할 수 있다. 환자 측이 직접 법원에 소를 제기한 경우가 아니라면, 환자가 회복불가능한 사망의 단계에 이르렀는지 여부에 관하여는 전문의사 등으로 구성된 위원회 등의 판단을 거치는 것이 바람직하다.

3) 판결에 대한 평가

본 판결은 소위 '김할머니 사건'으로 불리는데, 연명치료 중지를 요구하는 환자 가족의 요구에 반하여, 연명치료 계속을 결정한 의료진에 대하여, 인공호흡기 제거를 요구하는 소를 제기한 것이다. 피고 병원은 연명치료를 계속하겠다는 결정을 하였고, 그 결정의 이면에는 환자에게 매우 낮은 정도의 회생 가능성이 존재한다고 하더라도, 치료를 계속하겠다고 하는 가치 판단이 존재한다. 피고 병원의 병원윤리위

원회에서 연명치료를 계속을 결정하였고, 실제로 환자의 생명에 위해를 가하는 결정이 아니기 때문에, 보라매병원 사건과 같이 형법적으로 문제될 내용은 없다. 물론 환자의 의학적 상태에 대하여는 이견에 존재한다. 이 판결의 의의로는 [4] 첫째, 대법원이 처음으로 연명치료중단의 일반적 요건 혹은 절차를 제시하였다는 점이다. 둘째는 대법원이 처음으로 구속력을 인정할 수 있는 사전의료지시서의 요건을 구체적으로 제시하였다. 셋째는 대법원은 연명치료 중단이 반드시 소송을 통하여 해결해야만 하는 것은 아니며 신중한 판단을 위한 바람직한 절차적 해결 방안으로 병원윤리 위원회를 제시하였다. 판결의 객관적 의의에도 불구하고 갈 길은 먼 것으로 보인다. 첫째, 법원은 환자의 회생 가능성이 낮다고 보고, '회복 불가능한 사망단계'라는 객관적 상태에 '사망 임박'이라는 단서를 붙이면서, 인공호흡기를 제거할 수 있다고 보았다. 하지만 인공호흡기를 제거하여도 환자는 사망하지 않았기 때문에 사망 임박이라고 하는 기준이 현실적으로 불필요하다는 비판이 가능하다. 둘째, 제도화 단계에서 논의하는 바와 같이 사전의료지시서의 현실적 운용을 위한 구체적인 실천 방안이 필요하다. 셋째, 병원윤리위원회 설치, 운용에 대한 제도화 방안이 필요하다. 보라매병원 판결 이후, 의료계에서는 회생 가능성이 낮아도, 법적인 책임 문제로 인하여 퇴원이 어려워 질수 있다는 우려가 있었다. 본 판결은 보라매병원 사건 이후에 환자 가족에 의한 '의사의 조언에 반하는 퇴원'을 허용하지 않으려는 방어적 결정이 환자와 환자 가족에게 미치는 영향을 잘 보여 주는 사례로서, 보라매병원 사건과는 논리구조에 있어서 반대의 형태를 보이고 있다.

제도화에 대한 사회적 합의와 선택의 기준

연명치료 중지에 대한 사회적 합의를 어떻게 만들 수 있을 것인가? 2009년 대한의사협회에서 연명치료 중지 지침을 만들었지만, 같은 시기 한국보건 의료연구원이 발표한 토론회 합의안[5]은 지속적 식물 상태에 대한 연명치료 중지 포함 여부, 의사 주정 여부에서 차이를 보이고 있으며, 비슷한 시기에 입법부에 제출된 3개 법안(김충환, 2008년 발의 법안; 신상진, 2009년 발의 법안; 김세연, 2009년 발의 법안)

역시 구체적 내용에서 많은 차이점을 보이고 있다. 상황이 이렇다면, 연명치료 중지를 위한 우리 사회의 기준을 어떻게 정하여야 하는가라는 문제가 쉽지 않은 과제라는 것을 알 수 있다. 의료 현장에서 실제로 이루어지는 연명치료의 모습은 의료진과 환자, 환자 가족이 만들어가는 모습이라는 점을 고려하면, 연명치료 중지 기준의 세부 내용을 결정하는 데 현재의 관행을 살펴보는 것이 연명치료 중지 기준을 제시하고, 일련의 사회적 합의 과정을 정리하는데 도움이 될 것이다.

첫째, 존중받아야 의료적 관행이 있다. 말기암 환자의 83%에서 임종 2일전까지 정맥주사를 통한 영양공급을 받고 있다는 보고가 있다[6]. 연명치료의 중단 범위를 정하는데 있어서, 통상적으로 영양공급을 포함할 것인지에 대하여 견해의 대립이 있다. 가톨릭교에서는 전통적으로 영양공급을 통상적인(ordinary) 치료로 보고, 이러한 치료는 중단할 수 없는 것으로 보고 있다. 경우에 따라서는 입을 통한 영양공급이나, 입이나 위에 설치한 관을 통한 영양공급만을 통상적인 치료로 보아야 한다고 주장할 수도 있다. 하지만 의료 현장에서 의식이 없고, 사기가 임박한 말기 암 환자에게 정맥 주사를 통한 영양공급을 하고 있다면, 환자, 환자 가족의 반대 의사가 없는 경우라면, 이러한 의료적 관행은 우리 사회의 가치로서 또는 부분 사회의 합의로서 존중받아야 할 충분한 이유가 있다.

둘째, 의료 현장의 관행이지만, 적절한 통제가 필요한 부분이 있다. 관행적으로 의료계에서 시행하여 오던 'hopeless discharge'란 개념은 소생 가능성이 없는 상황에서의 퇴원을 의미하는데, 이때 '희망이 없는(hopeless)'라는 개념은 회복이 불가능하여, 사망의 시기가 임박하였다는 의미로 사용된다. 전통적으로 자기 집에서 죽지 않는 것을 객사라 하여 터부시하여 온 관습과 연관되어, 사기에 임박한 환자, 또는 가족들이 병원에서 더 이상의 치료를 하는 것을 원치 않고, 객관적으로 더 이상의 치료를 하는 것이 환자에게 도움이 안 된다고 판단할 경우에 시행하고 있는 의료적 관행이다. 이 관행에 대하여 연명치료 중지에 관한 지침은 '임종환자'라는 용어를 사용하고 의학적 판단과 가족의 동의에 의하여 연명치료를 중지할 수 있는 것으로 하였다[7]. 그러나, 이 개념을 인정할 경우에는 연명치료 중지에 관한 제한을 피하기 위하여

많은 환자들이 임종환자화 되어 hopeless discharge를 할 것이라는 우려의 목소리도 있었다. 그러나 이 문제를 해결하기 위하여 임종환자라는 개념을 없애고, 사기가 임박한 모든 환자에게 연명치료 중지의 제도화된 절차를 거치도록 하는 것은 소모적이다. 이런 경우라면, 제도화 과정에서 임종환자임을 확인하는 일정한 절차를 거치도록 하여서, 일반적인 연명치료 중단에 관한 절차보다는 간략한 절차를 이용할 수 있도록 하여, 개념을 남용하여 제도를 피해하려는 시도를 막아야 할 것이다.

셋째, 존중 받지 못할 의료적 관행이 있다. 소위 보라매병원 사건에서 대법원이 적시한 내용과 같이 회생할 가능성이 있음을 인식하면서도, 환자 가족의 퇴원 요구에 의하여 연명치료를 중단함으로써, 환자를 사망에 이르게 한 경우라면, 환자 가족의 요구를 존중하는 것이 아무리 의료적 관행이라고 하여도, 이러한 관행은 존중받을 수 없다.

연명치료와 관련된 비난은 연명치료 중지를 거절하고 계속적으로 시행하고자 하는 경우와 연명치료를 제공하기 중지하기로 한 경우에 모두 발생하는 양면적 문제이다. 인간 존엄성에 대한 논의를 바탕으로 두고 무의미한 연명치료에 반대하거나 인간 자율성에 바탕을 선택을 강조하거나 또는 정의의 원칙에 의하여 제한된 자원을 공평하게 이용하기 위하여 등과 같이 여러 가지 근거에 의하여 연명치료 중단은 주장된다. 하지만 이러한 주장과 일치하지 않는 의료 관행도 많이 존재한다. 말기 암 환자에 대하여 인공호흡기를 적용할 것인가라는 문제를 살펴보면 의료진과 보호자 사이에 말기암환자에서 호흡곤란이 왔을 때 인공호흡기 적용에 대하여 39%에서만 의견의 일치를 보였다고 한다. 대부분의 의료진은 무의미하다고 판단한 부분에 대하여 많은 보호자들은 인공호흡기의 적용을 원하고 있다[8]. 연명치료를 요구하는 환자 측의 요구를 들어준 의료진, 미리 명시적으로 정해진 연명치료 범위를 넘어 치료를 시행한 의료진에 대하여 연명치료 중단의 근거에 기하여 도덕적 비난을 가하는 것은, 생명 존중을 최우선 가치로 하는 의료의 전통적 목적과 충돌할 수 있다. 보라매병원 판결은 회생 가능성이 존재하는 환자에 대하여 사망을 예견하면서 퇴원을 용인하는 것이 존중받지 못하는 의료적 관행이라는 점을 명확하게 규정하였지

만, 현실에서 의료는 생존 여부를 단답식으로 답할 수 없는 자연 과학적 한계를 가지고 있다. 김 할머니 사건에서 인공호흡기 제거를 청구할 때, 법원이 인공호흡기를 제거하면 사망할 가능성이 높다는 점을 인정하고 사망 시기가 임박한 경우라고 판단하였지만, 의료감정 의견과 달리 인공호흡기 제거 후에도 즉시 사망하지 않았고, 의식이 회복되지는 않은 상태로, 환자는 퇴원해서 상당기간 생존해 있었다. 이러한 사실은 법원과 의료의 판단 한계로 인하여 연명치료 중지 결정을 함에 있어서, 현장의 의사들을 법적 불만에 빠질 수 있다는 점을 보여 주는 것이다. 가치 판단 문제를 하나의 기준으로 표현하기는 어렵지만, 연명치료 과정에서 환자의 생명을 유지하는 방향으로 이루어지는 선택 또는 의료적 관행에 대하여는 법원의 판단을 요구할 만한 특별한 이유가 없는 한 제도화 과정에서 이는 존중되어야 한다.

제도화와 관련된 문제들

1. 연명치료 중지가 어려워지기 때문에 연명치료를 시작하는 것을 주저하도록 하여서는 안된다

치료 개시를 하지 않는 것은, 환자의 생명을 살릴 기회조차 시작하지 못하는 것이므로, 생명존중의 기준에서 보면 연명치료 중지를 하는 것보다 더 나쁜 선택이라고 할 수 있다. 연명치료 중지 절차를 제도화 하는 과정에서 의료진이나 환자 측에 부담을 많이 주는 경우에는 이러한 부작용이 발생할 수 있다. 병원윤리위원회를 통하여 연명치료 중지 결정을 받기 위한 요건이 너무 엄격할 경우, 최종 결정을 받기 위한 시간이 너무 많이 소요되는 경우, 절차 위반에 대하여 의료기관에 너무 가혹한 책임을 묻는 경우 등에서 이러한 문제들이 나타날 수 있다. 그렇지만, 연명치료 중단에 대한 절차나 기준을 잘 정비하지 않으면, 의료진과 환자 측의 갈등은 법원을 통하여 해결되어야 하기 때문에, 의료진과 환자 측은 연명치료 시작을 더욱 주저할 가능성이 있다. 그렇기 때문에, 연명치료 중지에 대한 제도화를 논의함에 있어서 가장 중요한 요건은 참여자의 절차 부담을 가능한 경감시켜주어야 한다는 것이다. 절차 부담 경감을 위한 가장 중요한 요건은 연명치료 중지 절차를 자율규제 기초 하에서 이루어지도록

록 설계하여야 한다는 것이다. 물론 자율성을 강조하는 것이, 연명치료 중지 절차가 통과의례처럼 진행되어야 한다는 것을 의미하는 것은 아니기 때문에, 현실에서는 절차 부담을 얼마나 지울 것인가라는 이익 형량의 문제가 나타나게 된다. 이 문제를 원리에 의하여 논증할 때 고려하여야 할 사항에 대하여 차례로 살펴본다.

2. 연명치료를 관련된 절차 원리에서 의료계의 자율성이 존중되어야 함은 당연한 요구이다. 하지만 그 자율성이 남용되는 것을 막아야 할 현실적 요구도 있다

김할머니 사건에서 대법원은 구속력을 인정할 수 있는 사전의료지시서의 요건을 구체적으로 실시하였지만, 다른 한편으로는 사전의료지시서가 없을 경우에 환자의 의사를 추정하는 요건들에 대하여도 실시하였다. 사전의료지시서가 필요하고, 이에 대한 제도화를 논의하여야 하지만, 현실적으로 사전의료지시서가 없을 경우도 많고, 이를 강제하기도 어렵다는 현실적인 측면을 고려하고 있다고 해석할 수 있다. 대법원은 또한 환자 측이 직접 법원에 소를 제기한 경우가 아니라면, 환자가 회복불가능한 사망의 단계에 이르렀는지 여부에 관하여는 전문의사 등으로 구성된 위원회 등의 판단을 거치는 것이 바람직하다고 판시하고 있다. 사법부의 한계이기도 하겠지만, 법원은 위원회의 필요성을 인정하면서, 아직 법적 의무화 필요성까지는 주장하지 않고 있다. 현재 연명치료 중지 제도화와 관련하여 논의되는 주된 과제는 사전의료지시서와 병원윤리위원회이다. 제도화 논의 과정에서 고려하여야 할 의료계 상황은, 연명치료 중지에 대한 환자의 의사를 사전에 확인하는 과정이 현재 의료에 정착되어 있지 않다는 점이다. 또한 병원윤리위원회는 집중치료실(intensive care unit)을 운영하는 종합병원급 의료기관에 한정되어 자율적으로 운영되고 있다. 우리는 이들의 제도화에 관한 다양한 선택을 할 수 있다. 법에 의하여 설치를 의무화하고, 구성 원리를 규정한 후에 이에 의한 결정에 강제력을 부과하는 정도의 강한 의미의 제도화를 할 것인가 아니면, 자율적으로 설치하고 운영하며, 결정에도 강제력을 부가하지 않는 정도의 약한 제도화를 할 것인가. 물론 그 중간 영역에 다양한 스펙트럼의 제도화가 가능하고, 자율기구

로서 운영하면 되기 때문에 제도화가 불필요하다고 할 수도 있다.

이 문제는 앞서 논의한 절차 부담에 대한 이익 형량과 직접적으로 관계있는 내용이다. 사전의료지시서에 대하여 생각해보자. 사전의료지시서는 의료기관과 관계없이 환자 본인이 평소에 작성할 수 있는 문서로서 작성 명의인인 환자의 진정한 의사에 작성되었다는 내용의 확인이 필요한 문서이다. 물론 이러한 확인을 위하여 성년자인 증인이 같이 서명을 하는 것이 필요하다거나, 법원의 확인, 공증을 요구하는 등의 부가적인 요건을 요구할 수도 있다. 그럼에도 불구하고 대부분의 환자들이 평소에 이 문제에 신경을 쓰지 않고 있기 때문에 작성을 하지 않거나, 작성하였다 하더라도 정작 연명치료 중지 문제가 발생하였을 때 문서를 찾지 못하거나, 작성한지 세월이 많이 흘러서 본인이 의사를 바꾸는 경우도 있기 때문에, 많은 경우에 기존 지시서를 이용하지 못하고, 새롭게 지시서를 작성하거나 의사를 추정해야 하는 문제가 발생하게 된다. 의료기관에게 응급실을 내원하거나, 병실에 입원하고 있는 환자에게 이 문제를 미리 알려주고, 결정하도록 하는 것이 지시서를 작성하는 중요한 단계라고 생각하는 이유는 여기에 있다. 제도화와 관련한 첫 단계에서 연명치료 중지에 관한 문서 중에서 심폐소생술을 시행하지 말 것을 요구하는 지시서(do-not-resuscitate order, DNR)가 중요한 표지가 될 수 있다. DNR은 그 내용이 명확하고, 환자가 이해하기 쉽기 때문에 비교적 작성이 용이하고, 응급 상황에 대처하기 위하여 반드시 필요한 문서이다. 상태가 위중한 환자의 치료 과정에서 심정지 상황에 빠지게 되면, 주변에 있던 의료진이 응급으로 심폐소생술(cardiopulmonary resuscitation, CPR)을 시행하여야 한다. 이 과정에서 DNR이 존재하는 것이 확인되면, 의료진은 CPR을 중지하여야 한다. 물론 DNR의 존재가 CPR 이전에 파악되면, CPR을 시행하지 않아야 한다. 말기신부전환자를 대상으로 한 보고에 의하면, 연명치료 항목 18개 모두에 대하여 일체 치료 요청을 하지 않겠다고 답한 6명 가운데 사망한 3명에게 모두 CPR과 투석요법을 시행되었다고 한다[9]. 이에 대하여는 어렵게 작성된 사전의사결정서가 의무기록실에 보관되어 있을 뿐 진료 현장에서 제대로 지켜지고 있지 못함을 알 수 있

는 사례라는 지적이 있다[10]. 명시적으로 연명치료 범위가 정해진 경우에 이를 지키지 못한 사례이다. 이러한 초기 단계의 시행착오가 바람직하지 않지만 의료 현장에서는 당연한 것일 수 있다. 만약 심박동이 돌아오게 되더라도, 상당수가 인공호흡기를 포함한 일반적인 연명치료 단계로 진행된 상태가 되므로, DNR에 의하여 연명치료 중지에 대한 환자의 의사 추정을 비교적 용이하게 할 수 있다. 그러므로 사전의료지시서의 제도화와 관련하여 DNR 문서와 연명치료 중단에 관한 일반 사전의료지시서는 분리하고, 상태가 위중한 환자에 대하여 내원 초기에 DNR 작성을 하도록 하는 것을 의무화 하는 것이 적절하다. DNR 문서를 제외한 연명치료에 대한 사전의료지시서의 작성과 그 세부적인 내용에 대하여는 자율적으로 결정하는 것, 또는 이를 결합하여 동의를 받는 것 모두에 대하여 자율에 맡기는 것이 제도 시작 단계의 초기 접근 방식으로는 적합하다. 병원윤리위원회의 도입도 필요하다[11]. 그러나 도입 초기 단계에서 의무를 과도하게 부과하고, 이를 어길 경우에 불이익을 주는 방식은 찬성하기 어렵다. 설치 의무는 집중치료실을 운영하는 종합병원급 의료기관에 한정할 필요가 있고, 운영에 필요한 가이드라인으로 공격 기구에서 제시한 다음, 위원회를 통한 자율적인 연명치료 중지 결정을 유도하고 존중하는 것이 필요하다. DNR이 시행된 이후에 이를 보고하게 하여 그 적절성을 평가하게 하고, 말기 환자의 연명치료 중지를 결정하기 위하여 위원회를 통한 결정을 받도록 유도하여야 한다. 행정부는 병원윤리위원회 결정 내용을 주기적으로 보고 받고 점검하여, 병원윤리위원회의 운영 정도를 평가하고, 이러한 평가를 다양한 정책상의 유인책과 결합하여 그 실효성을 확보해 나가는 것도 필요하다. 결론적으로 연명치료 중지의 제도화와 관련해서는 자율 운영을 중시하면서, 법적인 의무화를 최소화하는 단계적 접근법이 우선 선택이 될 것이다.

3. 호스피스와 같은 완화 의료를 활성화하여 연명치료 중단 논의가 불필요하게 확장되는 것을 막는 등 바람직한 임종을 위한 대책을 세워야 한다

연명치료 중지 요구를 환자 측에서만 하는 것은 아니다. 경우에 따라서는 의료진도 연명치료 중지를 요구할 수가 있

다. 가장 큰 이유는 집중치료실의 한정된 자원을 무의미한 연명치료에 사용하는 것은 정작 집중치료실 치료가 필요한 환자의 회생 기회를 빼앗게 되는 것이라는 정의 원칙 논거에 의해서이다. 하지만 쫓기듯이 집중치료실에서 나가야하는 환자의 입장에서 보면, 이 원칙이 비정하다고 할 수 밖에 없을 것이다. 중지하는 연명치료 중지의 범위에 음식물, 수액의 공급과 같은 일반적 수준의 치료를 포함 할 것인가라는 문제는 인공호흡기를 제거할 것인가라는 문제와는 다르게 논의되는 측면이 있다. 가톨릭에서는 연명치료 중지 범위에서 정상적인 치료수단(영양공급, 수혈, 주사 등)은 중단할 수 없다[12]. 연명치료를 중지하는 것이 인공호흡기를 포함한 모든 지지적 요법의 중단을 의미하게 된다면, 연명치료 중지를 선택하는 것이 환자는 단기간 내에 사망한다는 것을 의미하기 때문에, 연명치료 중지를 결정하는 것에 대한 부담이 클 수밖에 없다. 해결 방안으로는 집중치료실이 아닌 곳에서도 인공호흡기와 같은 생명유지보조 장치를 이용할 수 있도록 하여야 한다. 집중치료실에서 퇴원하여도 적절한 연명치료를 할 수 있다는 믿음을 줄 수 있다면, 집중치료실의 퇴원을 위하여 연명치료 논의가 조금하게 확장되는 것을 막을 수 있다. 또한 연명치료에 대한 대체 방안으로서 의료적으로는 호스피스와 같은 완화의료를 활성화하여 연명치료 중지 논의가 불필요하게 확장되는 것을 막아야 한다. 생명의 마지막 단계에 있는 환자들에게 죽음을 재촉하는 식의 처우를 없애고, 적절하고 다양한 수준의 연명치료를 제공할 수 있도록 연명치료 전반에 대한 의료 수가 체계 정비가 있어야 한다[13].

4. 연명치료와 관련된 경제적 압력을 완화하여야 한다

연명치료 중지를 논하는데 있어서 근거가 되는 근본 가치는 인간존엄성의 존중이지만, 현실적으로는 치료비용에 대한 환자 측의 경제적 어려움을 해결해 주는 것이 인간 존엄성 존중을 위한 가장 중요한 조건이 된다. 연명치료 중지에 관한 지침의 내용으로 경제적인 요인을 고려하는 문제가 포함되었을 때, 이 문제를 윤리적 판단의 대상으로 삼는 것을 반대하는 의견이 많았다. 일반적으로 연명치료 중지에 관한 내용을 제도화 하는 과정에서 경제적 요인에 의하여 연명치료 중지를 요구하여야 하는 환자 가족의 궁핍 문제를 해결하는 것

이 중요한 쟁점이 되었다. 국가가 연명치료 환자의 의료비를 부담하는 것이 헌법 가치에 부합한다는 주장도 있다¹⁴⁾. 이미 발생한 치료비용 외에 향후 발생할 연명치료 비용에 의하여 온 가족의 생계가 흔들린다면, 연명치료 중단이 오직 환자의 인간 존엄성에 대한 가치 판단의 문제로만 볼 수는 없기 때문이다. 심한 장애를 가지고 태어난 신생아에 대하여 생명을 구하기 위한 치료를 시행할 것인가 아니면 치료를 포기하고 자연적으로 사망에 이르게 할 것인가라는 문제도 동일한 선상에서 논의되는 문제이다. 미국을 비롯한 선진국들이 이 문제에 대한 제도화를 진행하면서 가정 먼저 고려한 점이 환자 가족의 경제적 부담 해결 문제였다는 점을 생각하여야 한다.

결 론

연명치료 중지에 관한 제도화를 논의하면서 우리가 근거하여야 할 중요한 사회적 버팀목을 대법원 판결 내용에서 찾을 수 있다. 판결 이유로서 명시적으로 판단한 부분과 비록 판결 이유가 아니라고 하여도, 방론에서 언급한 가능한 해결 방안을 포함 할 수 있을 것이다. 이에 대한 충분한 고려 없이 이루어지는 제도화는 사법부와의 충돌을 야기할 수 있고, 이것은 결국 의료 현장에 혼란을 가져오기 때문이다. 가능한 제도화는 환자의 의사를 확인하는 방법을 만들고, 이를 절차적으로 확인하는 과정을 확립하는 것이다. 그러한 수단으로서 사전의료지시서와 병원윤리위원회가 언급되었다. 제도화 과정에서 다양한 수준의 선택은 가능하지만, 의료계의 자율을 존중하는 것이 기본적인 전제가 되어야 한다. 그러한 전제를 바탕으로 사회적 담론을 만들어가고, 사법부의 판결 또는 입법부의 입법 과정을 통하여 규칙을 만들어가는 작업을 진행하여야 한다.

핵심용어: 사전의료지시서; 자율성; 완화의료; 병원윤리위원회; 치료 보류

REFERENCES

1. Supreme Court Decision. 2002Do995. Decided Jun 24, 2004.
2. Kim KY. The medico-legal and ethical problems of withholding/withdrawing of futile life-sustaining mechanical respirator treatment. *Tuberc Respir Dis* 2005;58:213-229.
3. Supreme Court Full Panel Decision. 2009Da17417. Decided May 21, 2009.
4. Park HW. The implications and significance of the case at Severance Hospital. *J Korean Med Assoc* 2009;52:848-855.
5. National Evidence-based Healthcare Collaborating Agency. Social consensus on end-of-life decision in Korea. Seoul: National Evidence-based Healthcare Collaborating Agency; 2009.
6. Oh DY, Kim JH, Lee SH, Kim DW, Im SA, Kim TY, Heo DS, Bang YJ, Kim NK. Artificial nutrition and hydration in terminal cancer patients: the real and the ideal. *Support Care Cancer* 2007;15:631-636.
7. Korean Medical Association; Korean Academy of Medical Sciences; Korean Hospital Association. Guideline to withdrawal of a life-sustaining therapy. Seoul: Korean Medical Association; 2009.
8. Oh DY, Kim JE, Lee CH, Lim JS, Jung KH, Heo DS, Bang YJ, Kim NK. Discrepancies among patients, family members, and physicians in Korea in terms of values regarding the withholding of treatment from patients with terminal malignancies. *Cancer* 2004;100:1961-1966.
9. Nam YH, Seo IS, Lim JH, Choi JH, Kim JE, Choi JH, Oh JM, Kwon KH, Yoon SJ, Yoon SM. Application of advance directives for patients with end stage renal disease. *Korean J Nephrol* 2008;27:85-93.
10. Heo DS. Patient autonomy and advance directives in Korea. *J Korean Med Assoc* 2009;52:865-870.
11. Park IK, Lee IH. Hospital ethics committee of Korea and other nations: legal provisions, structures and development. *Korean Assoc Med Law* 2011;19:7-34.
12. Catholic Medical Center. Charter of Ethics of Catholic Medical Center. Seoul: Catholic Medical Center; 2012.
13. Yun YH. Hospice-palliative care and social strategies for improvement of the quality of end-of-life. *J Korean Med Assoc* 2009;52:880-885.
14. Kim JS. The final say about right to oneself-life and protective responsibility of nation: life about patient of revival impossibility for the prolongation of life. *Law Rev* 2010;38:1-20.



Peer Reviewers' Commentary

이 논문은 연명치료 중지와 관련된 대법원 판결과 실제 연명치료의 현실을 평가한 후 향후 제도화에서 고려해야 할 문제를 짚어 나가고 있다. 필자는 대법원 판결에서 언급한 내용에 대한 충분한 고려 없이 제도화가 이루어지면 의료현장에 혼란을 가져올 가능성이 크다는 점을 지적하고 있다. 또한 필자는 의료계의 자율을 존중해야 한다는 전제 아래 연명치료 중지에 관한 사회적 담론과 규칙을 만들어 나갈 것을 제안하고 있다. 이 논문은 환자와 사회, 의료계의 논의를 바탕으로 자율에 근거한 약한 제도화를 제안하는 것으로 평가할 수 있으며 연명치료 중지의 제도화와 지침 마련에 구체적인 도움을 줄 수 있을 것으로 판단된다.

[정리: 편집위원회]

자율학습 2012년 11월호 정답 (골다공증의 진단과 치료)

1. ②

2. ④

3. ②

4. ①

5. ②

6. ④

7. ③

8. ④

9. ②

10. ③