

Overview 및 현안

한국보건의료연구원

허 대 석

최근 인공호흡기를 중단한 사건을 계기로 무의미한 연명 치료의 중단과 관련된 논란이 뜨겁다. 그동안 우리사회가 제대로 관심을 기울이지 못했으나, 궁극적으로는 풀어야 할 문제인 임종과 관련된 의료제도에 관한 문제로 슬기로운 방안 모색이 필요한 시점이다. 논의과정에서 혼란을 초래하고 있는 원인의 상당 부분이 용어 문제이다.

현재 우리사회에서 무의미한 연명치료의 중단과 관련하여 혼란을 겪고 있는 개념이나 용어의 대표적인 사례는 다음과 같다. 언론에 보도된 내용중 용어와 개념의 혼란을 보여주는 대표적인 사례는 다음과 같다.

1) ‘존엄사 집행’ 사흘째(MBC 2009.6.25)

존엄사 시행 성공했나(SBS 2009. 6.24)

대법원의 판결에 따라, ‘무의미한 연명치료인 인공호흡기를 제거’한 사건이었다. 그러나, 대부분의 언론은 ‘존엄사 집행’, ‘존엄사 시행’이라고 보도하고 있다. 만약, 김 할머니가 사망하셨다면 존엄사에 이르렀다고 표현할 수 있을지 모른다. 그러나, 법원의 판결문에 존엄사라는 표현은 어디에도 찾을 수가 없다.

2) ---- 많은 사람이 추기경님이 존엄사를 선택했다고 생각합니다. 존엄사법을 제정하자는 움직임이 바빠지고 있습니다. 사실과 다릅니다. 추기경은 존엄사를 선택한 것이 아니라 자연스럽게 죽음을 받아들인 것입니다. 심각한 왜곡에 대해 가톨릭 주교회의의 생명윤리위원회에서 성명을 발표했습니다. (2009. 4.12 중앙 SUNDAY)

3) 대구가톨릭대 김정우 인성교양부장 신부는 "가톨릭은 엄격한 의미의 존엄사를 인정한다. 존엄사는 연명 치료를 하지 않고 자연적인 죽음을 맞도록 하는 것이다. 교황청 신앙 교리성과 가톨릭교회 교리서에도 존엄사를 의미하는 연명 치료 중단(더 이상 가망이 없을 경우 불필요한 치료를 하지 않고 기본적인 간호만 하는 상태로 자연적으로 생명을

다하게 하는 것)을 명시하고 있다. 그러나 소극적 안락사를 존엄사로 몰아가는 것은 안 된다. 우리 사회에서 사용하고 있는 존엄사는 안락사를 그럴듯하게 포장한 개념에 지나지 않는다. 가톨릭교회는 안락사로 인식되는 존엄사에 대한 법률 제정에는 강력히 반대한다"고 말했다. (2009.7.5. 매일신문)

2009년 5월의 대법원의 결정에 대하여 언론은 ‘존엄사’ 판결이라고 보도하였으나, 가장 중요한 변화는 환자의 자기 결정권을 의료진의 기술적 판단보다는 더 비중을 두고 있다는 점이다. 담당 의료진 및 병원은 인공호흡기의 지속적 적용을 주장한 반면, 법원은 환자가 평소 무의미한 연명치료는 원하지 않았다는 의사를 추정적으로 인정하여 인공호흡기의 제거를 판결하였다.

‘무의미한 연명치료의 중단’ 논의와 관련하여 외국의 입법사례는 자연사법, 존엄사법, 자기결정권법(Patient Self-Determination Act)등으로 접근하고 있다. 우리나라의 논의과정에서 자연사 혹은 존엄사 관점에 대해서는 높은 관심을 보이고 있는 반면, 자기결정권 측면에서는 별로 다루어지고 있지 않다. 그런데, 이 논의는 본질적으로는 의료행위의 결정과정에서 환자의 자기결정권의 문제로 귀착된다.

의학적 결정의 대부분은 의사가 결정하고 환자가 동의하는 틀에서 이루어져 왔다. 통상적 진료의 결정에는 이 방식이 적절하였으나, 말기 환자의 연명치료에는 많은 문제를 야기하고 있다. 심폐소생술과 같은 연명치료를 하지 않을 경우 살인죄로 처벌받는다면, 의사들은 방어적 진료를 할 수 밖에 없다. 환자가 원하는지 여부와 상관없이, 법적 처벌을 피하는 방향으로 의학적 결정이 이루어지게 되고, 환자들은 불필요하게 고통을 받게 될 것이다.

용어의 혼란

1. 소극적 안락사(passive euthanasia)

말기 암환자가 심한 호흡곤란이 있음에도 인공호흡기를

적용하지 않고 사망한 상황은 ‘무의미한 연명치료의 중단’에 해당한다. 그런데, 그 의미에 대하여 ‘소극적 안락사’라고 주장하는 사람도 있다.

〈찬성〉 ‘안락사’라는 용어는 의사가 환자의 임종에 개입하는 행위에 대한 법적 관점에서 바라보고 있다. 의사가 인공호흡기와 같은 연명치료를 시행했다면 수주·수개월의 생명연장이 가능했음에도, 부작용으로 인하여 생명을 단축했다고 보는 시각을 반영

〈반대〉 선진국의 입법, 종교계의 지침에서 더 이상 소극적 안락사라는 표현은 사용되고 있지 않다. 이는 ‘무의미한 연명치료의 중단’은 더 이상 안락사의 한 유형으로 논의되는 것이 부적합함을 의미한다. 안락사라는 용어는 1)의사가 극약을 직접 주사, 2)환자가 극약주사로 자살하는 과정을 의사가 돕는 행위 (의사조력자살)에만 국한하고 있다.

2. 존엄사(death with dignity)

〈찬성〉 ‘존엄하게 임종을 맞이할 환자의 권리’라는 시각에서 이를 요약한 용어로 받아들일 수 있다는 점이다. 일본은 미국 ‘자연사법’에 해당하는 부분을 안락사 (의사조력자살 등)를 배제하는 것을 명문화하면서 ‘존엄사’로 번역하여 받아들이고 있다. 어떤 죽음이 존엄한 임종인지는 문화나 사회여건마다 다른 입장을 지닐 수 있다. 한국이라는 문화, 사회적 상황에서 사회적 합의를 도출할 수 있다면, 이 용어가 가지는 근원적 의미는 살릴 수 있다고 생각한다.

〈반대〉 이 용어를 받아들이지 못하는 분들은 미국 오래 건주의 ‘존엄사법’을 문제점으로 지적하고 있다. 미국 오래 건주가 1997년도에 제정한 존엄사법(death with dignity)에는 의사조력자살도 포함하고 있기 때문에, 이 용어가 보편화되면 안락사까지도 포괄하는 논의가 되지 않을까 우려하는 측면이 있다.

3. 자연사(natural death)

〈찬성〉 미국 캘리포니아주는 불치병 환자가 연명치료를 거부할 수 있는 권리를 명시한 자연사법(Natural Death Act)을 1976년 입법하였다. 이후, 미국의 거의 모든 주에서 동일한 법이 통과되어 연방법과 같은 효력을 가지고 있다. 이 논의의 출발점은 무의미한 연명치료를 거부할 수 있는 환자의 자기결정권에 관한 것이다.

〈반대〉 현재의 의료환경에서는 진정한 의미의 자연사는 존재하지 않는다. 어떤 형태로든 의료의 개입을 피할 수 없다. 또, 우리나라에서 우려되는 문제는 회생가능성이 있는 환자들까지도 아무런 치료도 받지 않고 임종을 맞이하는 것을 자연사라고 주장한다면 사회적으로 더 큰 혼란을 야기할 우려가 있다는 점이다. 즉, 중증환자가 가정에서 악화될 때, 병원으로 모시고 와서 의학적 판단을 제대로 받지 않고, 집에서 임종을 하는 것을 자연사로 환자나 가족들이 잘못 해석하게 될 경우의 혼란이다.

연명치료의 중단과 생명윤리

우리나라에서는 1997년 보라매사건을 계기로 연명치료중단에 대한 사회적 논의가 시작되었다. 연명치료중단이 발생한 장소, 기저질환 등이 다양하며, 이 과정에서 법적 문제가 발생하여 살인죄로 확정 판결된 경우도 적지 않다. 사건을 요약하면 다음과 같다.

- 관련제도의 미비로 큰 혼란을 겪고 있다
- 사건발생의 배경에 일부의 사례에서 간병에 따르는 경제적 어려움이 원인이 된 것이 아닌가 의심된다
- 환자의 가치관에 근거한 자기결정권 문제는 소홀히 다루어지고 있다
- 살인죄는 5년 이상을 선고하는 것이 원칙임에도 불구하고, 5년 이하의 징역과 집행유예로 실제로 감옥에 간 경우는 없었다

연명치료의 중단과 관련하여 법적인 문제가 발생하는 것은 물론이고, 가족간에 또 사회속에서 윤리문제가 심각하게 발생하고 있음을 알 수 있다. 또 다른 윤리적인 문제는 다음과 같다. 회생가능성이 있는 환자에 대하여 적절한 연명치료를 시행하지 않는다면, 이는 비윤리적이다. 반대로, 회생가능성이 없는 환자에 대하여 본인이 원하지 않는 치료를 계속하고 있다면 이는 윤리적인가?

한국 암환자가 임종을 앞두고 받고 있는 진료양상을 비교하면 표 1과 같다. 임종전 1달전에 항암제는 미국의 3배 이상 사용하고 있는 반면, 마약성진통제는 1/10도 사용하고 있지 않다.

극단적인 예로, 심폐소생술을 원하지 않는 말기암환자에 대하여 심폐소생술을 시행하여 늑골 골절을 유발했다면 적절한 의료행위라고 볼 수 있는가?

Table 1. 말기 암환자 진료 현황 (한국과 미국의 비교)

	한국	미국
항암제 사용 (임종 직전 1개월)	30.9%	10%
응급실 방문 (임종 직전 1개월)	33.6%	9.2%
마약성 진통제 사용 morphine기준 (WHO, 2006)	2.3mg/ capita	57.9 mg/capita

미끄러운 경사면 (slippery slope)?

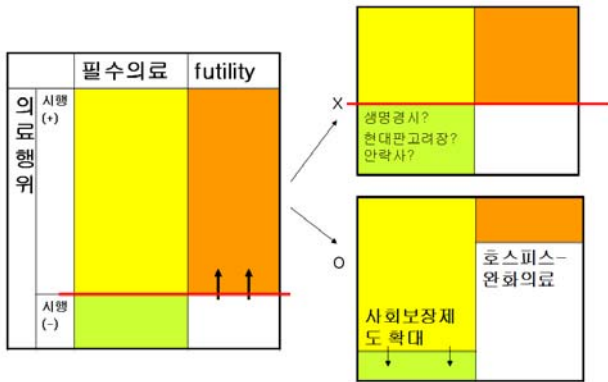


Figure 1. 무의미한 연명치료의 중단이 사회전반에 미치는 영향에 대한 우려

필수적인 의료행위를 시행하지 않는 것이 부적절한 것과 같은 이유로, 무의미한 연명치료가 원하지 않는 말기환자에게 일방적으로 시행되고 있는 현실에 대한 윤리성의 판단이 요구된다.

회생가능성이 있는 환자에 대하여 필수요리를 시행하지 않는다면 비윤리적이다. 같은 논리로 회생가능성이 없는 환자에서, 무의미한 연명치료를 계속하는 것도 문제가 많다. 회생가능성이 없는 환자에서 무의미한 연명치료를 하지 않고, 환자들이 편하게 임종을 맞을 수 있도록 접근하는 의료가 호스피스-완화의료이다.

그런데, 무의미한 연명치료의 중단에 대한 논의를 확대하면, 경제적으로 취약한 계층에서 필수요리조차도 받지 않으려는 사회적 분위기가 형성되지 않을까 우려하고 있다. 최근 논의에서 이런 점을 우려하여 ‘현대판 고려장’과 같은 현상이 발생하지 않을까 염려하고 있다(그림 1, 상단).

바람직한 방향은 무의미한 연명치료를 하지 않음으로써 확보된 의료자원을 이용하여, 필수요리임에도 경제적인 이

유로 수혜받지 못하는 소외계층을 지원해줄 수 있는 것이다. 즉, ‘사회보장확대’이다(그림 1, 하단).

사회적 합의가 가능한 사안들

한국보건 의료 연구원은 무의미한 연명치료의 중단에 대한 사회적 합의를 도출하기 위하여 3차례의 토론회를 개최하였다(1차 용어 및 정의; 2차 윤리 및 불확실성의 문제; 3차 의사결정과정). 토론회를 통하여 합의된 사항은 다음과 같다.

〈기본 원칙〉

1. 회생 가능성이 없는 말기 환자에서 단순히 죽음의 시간을 연장하는 무의미한 연명치료는 중단될 수 있다.
2. 안락사 및 의사조력자살은 반대한다.
3. 관련 제도가 사회에 정착되기 위해서는 사회보장제도의 강화, 호스피스-완화의료제도에 대한 지원 등 사회경제적 지원 확대가 함께 이루어져야 한다.

〈의학적 판단〉

4. 말기 상태의 판정은 담당 의사와 해당 분야 전문의 등 2인 이상이 수행한다.

〈사전의료지시서에 근거한 자기 결정권〉

5. 의사는 말기 환자에게 호스피스-완화의료의 선택과 사전의료지시서 작성 등에 대하여 설명 및 상담을 하여야 한다.
6. 영양/수액 공급과 통증조절 등 기본적인 의료행위는 유지되어야 한다.
7. 말기 환자가 사전의료지시서를 통해 심폐소생술이나 인공호흡기 거부 의사를 밝힐 경우, 중단될 수 있다.
8. 심폐소생술이나 인공호흡기 외의 연명치료에 대해서 말기 환자는 사전의료지시서를 통하여 본인의 의사를 피력할 수 있으며, 의료진의 의학적 판단과 환자의 가치관을 고려하여 결정한다.

Table 2. 무의미한 연명치료에 대한 입장 요약

	미국의사협회(AMA) Code of Medical Ethics	가톨릭 교회 교리서	Evangelical Lutheran Church	대만: 安寧緩和醫療 條例	일본후생노동성: 종말기의료의 결정프로세스에 관한 가이드라인
	2009년	1980년	1992년	2000년	2007년
안락사	반대	반대	반대	(-)	반대
의사조력자살	반대	반대	반대	(-)	(-)
무의미한 연명치료의 중단	인정	인정	인정	인정	인정
사전의료지시	인정	인정	인정	인정	인정

(-) 명시적 표현이 없는 상태

〈병원윤리위원회〉

9. 의학적 판단 및 가치 판단 등에서 불확실성으로 인한 문제를 최소화하기 위한 안전장치로 병원윤리위원회의 역할이 중요하다. 각 병원에서 의료윤리 및 생명 철학분야의 외부전문가 등이 포함된 병원윤리위원회가 이 같은 역할을 할 수 있도록 병원윤리위원회에 대한 지원, 감독 및 제도적 지위의 부여가 필요하다.

기본원칙들은 다른 나라의 법률이나 규정에서 논의하는 것과 동일하다.

최근 우리 나라 국회에 제출된 연명치료와 관련된 입법 노력을 정리하면 표 4와 같다. 입법안에서 다루는 기본 틀과 동일하다.

사회적 합의가 필요한 부분

주된 쟁점이 있는 사항은 다음과 같다.

- 대상 환자의 범위(지속적 식물상태 포함 여부 등)
- 의사표시의 추정/대리 등
- 연명치료의 보류와 제거를 별개의 사안으로 접근할 것인가?

이같은 윤리적 문제에 대한 대응 기준을 높이면, 윤리적 안전성은 높아지나 진료현장에서 적용 가능한 규정이 되기 어렵다. 반대로 수용성만 강조한다면, 윤리적 안전성에 대한 우려를 자아낼 수 있다. 두 가치를 충분히 만족시킬 수 있는 규정이란 쉽지 않다(trade-off).

한국사회가 현시점에 어느 수준의 법률이나 규정을 만들



Figure 2. 윤리적 안전장치와 진료현장에서의 수용성간의 trade-off.

수 있는가는 사회적 합의에 기초되어야 한다.

1. 대상 질환 상태의 분류

미국의 자연사법에서는 지속적 식물상태도 포함하고 있으나, 대만 및 일본에서는 지속적 식물상태에 대한 언급이 없다. 2009년의 대법원의 판례는 인공호흡기에 의존해 있던 지속적 식물상태 환자를 대상으로 하였다.

법적 문제가 발생한 대부분의 사건은 지속적 식물상태의 환자이다. 법률이든 규정에서 이들 환자에서 연명치료와 관련된 문제제기가 있을 때 어떻게 접근할 것인가에 대하여 정하지 않으면, 모든 분쟁은 현장에 있는 가족과 의료진 사이의 쟁점으로 주어지게 된다. 책임소재를 분명히 하고, 분쟁 발생시 해결의 방안을 제시해 주는 것이 필요하다. 표 4는 각 나라의 규정과 우리나라의 입법안을 비교하였다.

서울대학교병원에서 조사한 자료에 의하면, 말기암환자에서는 85%에서 심폐소생술을 포함한 연명치료를 하지 않

Table 3. 한국에서 연명치료의 중단과 관련된 대표적인 사건들

발생장소	1997년 보라매병원	2003년 가정에서 사망	2006년 서울대병원	2007년 광주K병원	2008년 연세대병원
기저질환	뇌출혈	경추탈골증후군	간병변, 간암의심	진행성근이영양증	폐출혈
환자의 상태	혼수상태	의식 명료	말기	지속적 식물상태	지속적 식물상태
연명치료 중단	인공호흡기 (부인, 의료진에 의해)	인공호흡기 (아버지에 의해)	심폐소생술 (의료진, 딸)	인공호흡기 (아버지에 의해)	인공호흡기 (법원 판결)

Table 4. 무의미한 연명치료 중단에 대한 규정 비교

		미국 자연사법	대만	일본	신상진/경실련 법안	김세연 법안
환자의 의사결정능력 (+)	말기	인정	인정	인정(정부지침)	인정	인정
환자의 의사결정능력 (-)	말기	인정	인정	인정(정부지침)	인정	(-)
지속적 식물상태	인공호흡기 의존	인정	(-)	인정(존엄사협회)	(-)	명시적 반대
	기타 연명치료 의존	인정(Schiavo)	(-)	인정(존엄사협회)	(-)	

(-) 명시적 표현이 없는 상태

고 있으며, 암이외의 만성질환자의 말기상태에서도 70%에서 심폐소생술을 포함한 연명치료를 시행치 않고 있다.

따라서, 제도화가 된다면, 말기 환자에 대하여는 관행적으로 해오던 일을 제도화하는 효과가 있다. 그러나, 지속적 식물상태에 대하여 어떻게 접근할지에 대하여 명문화하지 않으면, 우선은 논쟁으로부터 자유로울수 있을지 모르나, 진료현장에서의 갈등을 해결하는 데는 도움을 주지 못한다.

2. 사전의료지시

이 문제는 기본적으로 자기결정권, 연명치료의 범위의 문제와 연결된다. 미국은 자연사법의 논의가 환자의 자기결정권에 대한 것을 주로 논의하고 있으며, 이후 제정된 Patient Self-Determination Act에서는 보다 강력한 현장 적용을 강조하고 있다.

우리나라에서 조사한 회생가능성이 희박한 환자에서 의료행위에 대한 의견 일치율은 그림 3과 같다. 인공호흡기, 심폐소생술, 혈액투석 등은 예외적인 연명치료로 보는 반면, 영양공급, 항생제, 진통제 사용 등은 통상적인 진료행위로 간주하고 있다.

**연명치료 필요성에 대한 의료진과
보호자간의 의견 일치율**

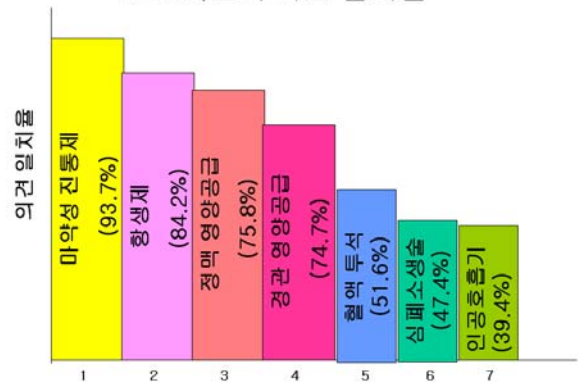


Figure 3. 연명치료에 대한 한국인의 입장(서울대병원 조사).

나라마다 법률, 규정, 판례 등에서 다양한 표현이 사용되고 있으며, 분류에 대하여도 통일된 의견이 없다. 모든 의료행위를 모든 환자에게 시행할 수 없기 때문에 적절한 의료행위의 범위에 대한 합의가 필수적이다. 그렇지 않으면, 윤리적 갈등과 의료분쟁으로 연결될 위험이 높다.

한편, 사전의료지시서의 작성에 대하여 제도가 어느 정도 강제성을 부여할 것인가의 문제이다. 미국의 경우 1991년

Table 5. 인식도조사와 진료현장와의 차이점

	생각 (인식도 조사)	행동 (진료현장의 실제 상황)
불치병 환자에게 병의 상태를 제대로 알리기	환자(96% 찬성) 가족(78% 찬성)	말기 상태임을 알고 있는 환자(26%)
무의미한 연명치료에 대한 환자의 사전의사결정	국민(71-90% 찬성)	사전의사결정서에 서명하는 환자 (0.002% = 1/479)

Table 6. 연명치료의 유보와 중단의 비교

	김수환 추기경 (87/m)	연세대병원 (김xx; 77/f)
죽음에 대한 가치관	“의미없는 생명연장을 위한 어떤조치도 하지 말아 달라” “인공호흡기는 절대 안된다”	“내가 병원에서 안좋은 일이 생겼을때 호흡기는 끼우지 말라”
사전의료지시서 작성	하지 않음	하지 않음
대리인역할	정진석추기경 (의사가교구청에연명치료중단에대해공중해달라고요구했고,정진석추기경이 ‘어떤 일이 일어나도 책임은 내가 지겠다’고 나섬)	4명의 자녀들이 공동으로 문제제기
실제상황	임종과정에서 인공호흡기를 적용하지 않음(유보;withhold)	의사의 결정에 의해 인공호흡기 적용하다가, 16개월후 제거 (withdraw)
사회의 인식	자연사	소극적 안락사 존엄사

제정된 Patient Self-Determination Act에서 advance directives 작성을 여러 방식으로 권장하고 있다. 그럼에도 불구하고, 심폐소생술거부 (DNR)는 51%수준이나, 사전의료지시서 작성은 16-26% 수준이다. (2007년 미국 Department of Health and Human Services 보고)

사전의료지시서를 작성하기 위해서는 환자에게 말기임을 정확히 통보하는 문화가 선행되어야 하는데, 우리나라는 그렇지 못하다. 이같은 사회-문화적 환경에서 사료의료지시서 작성을 본인이 하도록 권장하는 제도가 필요하다.

미국의 Patient Self-Determination Act에서는 병원뿐만 아니라, 요양원, 호스피스 등에서도 사전의료지시서와 관련된 제도를 준비해야 하는 것을 의무화하고 있다. 입원환자의 경우, 의료기관이 환자에게 입원시 설명하도록 하고 있다. 그러나, 우리나라에서 입법을 추진중인 법안에는 의료기관의 설명의무에 대하여 구체적으로 표현하고 있지 않는 법안이 있다. 사전의료지시서를 제도로서 정착시키려면 사전의료지시서에 대한 설명의무를 어느 수준으로 법에 담아야 할

지에 대한 논의와 합의가 필요하다.

3. 의사표시의 추정 및 대리

무의미한 연명치료를 받지 않겠다는 '사전의료지시서'는 환자본인이 작성하는 것이 원칙이나, 우리나라의 진료 현장에서 사전의료지시서를 본인이 작성하는 경우는 거의 없다. 이같은 상황에서 본인 작성을 의무화하면, 제도로서의 수용성은 희박하다.

여론조사에서는 불치병을 환자에게 통보하고, 환자가 사전의료지시서를 작성해야 한다고 대부분 답하고 있다. 그러나, 실제 의료현장에서 대부분의 경우에 환자가 자신의 병이 말기임을 모르고 있으며, 직접 사전의료지시서를 작성하지 않고 있다. 이같은 상황에서 본인이 작성한 사전의료지시서만 인정한다면, 현장에서는 아무런 도움을 주지 못하는 규정이 되고 만다.

미국 Patient Self-Determination Act, 미국의사협회지침, 대만 및 일본의 조례 등에서 추정 혹은 대리결정을 인정

Table 7. 의사결정 구조(일본 후생노동성 guideline)

1. 환자의 의사 확인을 할 수 있는 경우	<p>① 전문적인 의학적 검토를 감안한 후에 사전의료지시서에 근거하는 환자의 의사결정을 기본으로 해, 다전문직종의 의료종사자로 구성되는 의료·케어 팀에서 실시한다.</p> <p>② 치료 방침의 결정에 즈음해, 환자와 의료 종사자가 충분한 대화를 실시해, 환자가 의사결정을 실시해, 그 합의 내용을 문서에 모아 두는 것으로 한다. 상기의 경우는, 시간의 경과, 병상의 변화, 의학적 평가의 변경에 따르고, 또 환자의 의사가 변화하는 것인 것에 유의하고, 그때마다 설명해 환자의 의사의 재확인 실시하는 것이 필요하다.</p> <p>③ 이 프로세스에 대하고, 환자가 거절하지 않는 이상 결정 내용을 가족에게도 알리는 것이 바람직하다.</p>
2. 환자의 의사확인을 할 수 없는 경우	환자의 의사 확인을 할 수 없는 경우에는, 다음과 같은 순서에 의해, 의료·케어 팀 중에서 신중한 판단을 실시할 필요가 있다.
3. 복수의 전문가로 구성되는 위원회의 설치	<p>1) 의료·케어 팀에서 병의 용태 등에 의해 의료 내용의 결정이 곤란한 경우</p> <p>2) 환자와 의료 종사자와의 대화에서, 타당하고 적절한 의료 내용에 대한 합의를 얻을 수 없는 경우</p> <p>3) 가족중에서 의견이 결정되지 않는 경우나, 의료 종사자와의 대화 중에서, 타당하고 적절한 의료 내용에 대한 합의를 얻을 수 없는 경우 등에 대해서는, 복수의 전문가로부터 구성되는 위원회를 별도 설치해, 치료 방침 등에 대한 검토 및 조언을 실시하는 것이 필요하다.</p>

Table 8. 의사결정 구조(연세대)

	1단계	2단계	3단계
대상	회생 불가능한 사망임박 환자	인공호흡이 필요한 식물인간	스스로 호흡하는 지속적 식물인간
환자상태	- 뇌사 - 여러 장기 손상	-심각한 뇌손상으로 인공호흡에 의존 - 주된 질환 회복 불가능	- 스스로 호흡하면 생명 유지
존엄사에 필요한 절차	- 가족 동의 있으면 환자의 자기 결정권 불필요 - 외부 인사 포함된 병원윤리위 또는 제3의 의사가 판단	- 환자가 스스로 결정하고 동의가 있어야 - 외부 인사 포함된 병원 윤리위 또는 제3의 의사가 판단	- 사회적, 법률적 합의 필요

하고 있다. 2009년 대법원 판결에서도 추정적의사가 인정된 바 있다.

4. 연명장치의 보류 vs. 제거

미국, 유럽 국가들의 법률, 윤리학교과서에서는 연명장치의 보류(withhold)와 제거(중단, withdraw)는 윤리적 혹은 도덕적으로 동일한 사안으로 정리하고 있다. 그러나, 우리나라에서는 두 사안을 별개로 접근하는 경향이 있어 용어뿐만 아니라 제도화과정에도 혼란이 우려된다.

우리나라와 비슷한 문화적 환경을 가진 일본에서도 연명장치의 보류와 제거를 다르게 사회가 인식하고 있어 큰 윤리적 갈등을 겪고 있음을 보고하고 있다(교토대학 Asai 교수)

미국의사협회는 두 사안을 동일선상에서 접근하고 있다 (there is no ethical distinction between withdrawing and withholding life-sustaining treatment) 그러나, 한국의 언론에서는 김수환 추기경의 임종과 김할머니 문제는 다른 상황으로 대부분 보도하고 있음

의사결정 구조

1. 일본

환자의 의사를 확인할 수 있는지 여부를 기준으로 접근하고 있다. 의료·케어팀, 위원회의 역할에 큰 비중을 두고 있다.

Table 9. 무의미한 연명치료의 중단 절차(서울대병원 진료권고안)

수준	환자의 의사결정능력	질환 상태	대상치료	절차
1	있음	암, AIDS, 만성 질환의 말기 상태, 뇌사상태	연명치료	환자(사전의료지시서) + 의사
2	없음	1) 뇌사상태 2) 암, AIDS, 만성 질환의 말기 상태	연명치료	환자의 추정적 의사 +대리인+ 의사
3	없음	특수연명치료에 의존하는 지속적 식물상태	특수 연명치료 (인공호흡기 등)	병원 의료윤리위원회의 의학적 판단
4	없음	일반연명치료에 의존하는 지속적 식물상태	일반 연명치료 (영양공급 등)	법원

Table 10. 연명치료 중지에 관한 지침(안)

수준	의사결정능력	질환상태	결정
1	있음	말기	환자(사전의료지시서) +의사
2	없음	특수연명치료없이 생존할 수 있는 환자	중지불가
3	없음	특수연명치료가 적용해야할 환자	(1) 환자의 명시적의사표시를 따르거나, 포괄적 의사표시(예;건강할때 작성한사전의료지시서등)를 존중한다. (2) 만약환자의의사표시가없다면, ①객관적인 의학적판단과 ②환자의추정적의사 또는 최선의이익을 고려하여 병원윤리위원회에서 특수연명치료의 중지여부를 판단한다.
4	없음	임종환자 또는 뇌사상태 환자	의학적판단과 가족의 동의에 따라 연명치료를 중지할 수 있다

2. 연세대 세브란스병원의 존엄사 기준(표 8)

3. 무의미한 연명치료의 중단 절차 권고안(서울대병원 진료권고안)

서울대학교병원 진료권고안에서는 다음과 같이 4가지 상황에 대하여 의사결정구조를 논의하고 있다(표 9).

4. 대한의사협회-대한의학회-병원협회(안)(표 10)

REFERENCES

- 허대석. 무의미한 연명치료를 거부할 권리. 대한의사협회지 51(6):524-529, 2008
- 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. 100(9):1961-6, 2004
- Oh DY, Kim JH, Kim DW, Im SA, Kim TY, Heo DS, Bang YJ, Kim NK. CPR or DNR? End-of-life decision in Korean cancer patients: a single center's experience. Support Care Cancer. 14(2):103-8, 2006
- 김건열: 존엄사. 최신의학사, 2005
- Yun YH, Lee CG, Kim SY, Lee SW, Heo DS, Kim JS, Lee KS, Hong YS, Lee JS, You CH. The attitudes of cancer patients and their families toward the disclosure of terminal illness. J Clin Oncol. 15;22(2):307-14, 2004
- 신현호: 삶과 죽음; 권리인가? 의무인가? 육법사, 2006
- 이윤성: 연명치료 중단에 대한 국민의식 실태 조사 및 법제화 방안 연구 (보고서), 2009
- 허대석: 사전의사결정에 관한 국내 동향. 한국의료윤리학회 추계학술대회, 2008
- 일본후생노동성: 종말기의료의 결정 프로세스에 관한 가이드라인, 2007
- 臺灣行政院衛生署: 安寧緩和醫療條例, 2000
- Noritoshi Tanida: Japanese Religious Organizations' View on Terminal Care. Eubios Journal of Asian and International Bioethics 10 (2000), 34-7.

- 12) American Medical Association : Code of Medical Ethics.
<http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics.shtml>
- 13) <http://www.newadvent.org/cathen/14326b.htm>
- 14) http://www.newadvent.org/library/docs_df80eu.htm
- 15) 가톨릭 교회 교리서: 한국천주교주교회의, 한국천주교중앙협의회, 2003년
- 16) "ELCA Message on End of Life Decisions." <http://www.elca.org/What-We-Believe/Social-Issues/Messages/End-of-Life-Decisions.aspx>
- 17) 연명치료중지에 관한 지침 제정 특별위원회: 연명치료 중지에 관한 지침 (안), 2009