

사전의사결정서(Advance Directives)
국제적 기준 및 원칙 제정 방향 연구 최종보고서

2009. 12.

연 세 대 학 교
의 료 법 윤 리 학 연 구 원

제 출 문

보건복지가족부 장관 귀하

이 보고서를 “사전의사결정서(Advance Directives) 국제적 기준 및 원칙
제정 방향 연구” 과제의 최종보고서로 제출합니다.

2009.12.

주 관 연 구 기 관 명 : 연 세 대 학 교

의 료 법 윤 리 학 연 구 원

책 임 자: 손 명 세(연세대학교 의료법윤리학연구원)

연 구 원: 강 명 신(연세대학교 의료법윤리학연구원)

연 구 원: 김 소 윤(연세대학교 의료법윤리학연구원)

연 구 원: 박 형 욱(연세대학교 의료법윤리학연구원)

연 구 원: 원 서 연(연세대학교 의료법윤리학연구원)

연 구 원: 백 수 진(연세대학교 의료법윤리학연구원)

연 구 원: 강 현 희(연세대학교 의료법윤리학연구원)

연 구 원: 함 기 현(연세대학교 의료법윤리학연구원)

연구보조원: 김 윤 덕(연세대학교 의료법윤리학연구원)

연구보조원: 권 세 희(연세대학교 의료법윤리학연구원)

연 세 대 학 교 의 료 법 윤 리 학 연 구 원

< 목 차 >

제1장	서론	1
제1절	연구의 배경	1
제2절	연구의 목적	3
제3절	연구의 방법	4
제2장	사전의료지시서의 정의와 종류	5
제3장	사전의료지시서의 국외 현황 조사	7
제1절	미국	7
제2절	영국	13
제3절	오스트리아	14
제4절	프랑스	15
제5절	독일	16
제6절	덴마크	17
제7절	일본	18
제8절	싱가폴	22
제9절	대만	23
제10절	국외 현황 조사 결과	26
제4장	사전의료지시서의 국내 현황 조사	29
제1절	개관	29
제2절	각 주체별 관점	32
제3절	국내 사전의료지시서	37
제5장	국내외 사전의료지시서 양식 조사 및 분석	39
제1절	미국	39
제2절	독일	54
제3절	대만	57
제4절	한국	60
제5절	소결	69

제6장	결론 및 제언	71
제1절	사전의료지시서 관련 필수적 고려사항	71
제2절	사전의료지시서의 장단점	72
제3절	Guiding Principles on Advance Directives (draft)	47
제4절	WHO AD 국제적 기준 마련 위한 제언』 계획안	76
제5절	향후 연구를 위한 제언	78
제7장	참 고	80
제1절	관련 용어 정의	80

<표 차례>

<표 1> 각국의 사전의료지시서 현황	28
<표 2> 각국의 사전의료지시서의 구조상의 공통 항목	69

<그림 차례>

<그림 1> 주별 허용 공식 문서 현황	12
-----------------------------	----

제1장 서론

제1절 연구의 배경

현대 의학기술의 눈부신 발전으로 과거에는 불가능하였던 질병을 치료할 수 있게 되었으며, 특히 1950년대 후반에 개발된 CPR(cardiopulmonary resuscitation)은 인간의 삶을 연장시키는 결과를 가져왔다. 이로 인해 생명 유지에 대한 희망을 가져다 주기는 하였으나, 의학적 기술에 대한 의존도가 높아지고 인위적인 개입이 과도하게 이루어짐에 따라 무의미한 생명 유지 등 삶의 질을 저하시키는 문제점들이 발생하였다.

또한 의학기술이 발전함에 따라 생의 말을 마감하는 장소가 가정으로부터 점차 병원으로 이동하였으며, 가족 뿐만 아니라 의료진에 대한 환자의 의존도가 상당히 높아졌다. 이러한 변화속에서 죽음 또는 죽어가는 과정에서 요구되는 의사결정의 문제가 더 이상 개인적 차원에서 이루어질 수 있는 것이 아니라 개인의 죽음을 둘러싼 모든 관계자 더 나아가 공공 정책 및 윤리적 논쟁 사안으로 그 범위가 확대되고 있다.

연명치료중단과 관련하여 발생한 사안들은 삶을 연장시켜 주는 의료 기술을 사용할 것인지에 대한 여부를 개인이 선택할 수 있다는 여지가 발생하면서 초래되었다. 이 때 환자의 삶의 질과 자율성에 대한 강조는 의사들의 의무와 책무를 모호하게 만들어 생의 말기에 이루어져야 할 의사결정을 더욱 어렵게 할 수 있는 것이다.

그에 더하여 현재 급속히 진행되고 있는 노령화 현상과 만성질환의 만연은 죽음과 관련된 의사결정을 더욱 복잡하게 만들고, 이 시기에 자원 투입이 집중됨으로써 사회적 비용의 증가를 불러일으키는 현상들은 생의 말기 의사결정 문제를 해결해야 할 필요성을 더욱 증대시킨다.

Advance Directives(이하 ‘사전의료지시서’)가 생명연장술에 의존하지 않고는 생명을 유지할 수 없는 경우에 대비하여 개인이 스스로 판단하여 결정할 능력이 있는 동안 자신의 임종과정에 대해 원하는 또는 원치 않는 의료에 대해 미리 작성하거나 대리인을 미리 지정하여 결정권을 위임하는 것임을 볼 때, 사전의료지시서의 사용은 말기 의사결정 문제와 관련된 갈등을 상당부분 해소시켜 줄 수 있을 것이다

최근 우리나라에서 식물인간 상태에 있는 환자의 연명치료중단을 위해 환자 가족이 병원을 상대로 낸 소송(대법원 2009.5.21. 선고 2009다17417) 판결문에서 “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 행사할 것으로 인정할 수 있다”라고 언급한 바와 같이 사전의료지시서의 필요성과 취지에 대해 재판부가 긍정한다는 것을 엿볼 수 있다.

그러나 생명연장술의 중단으로 사망할 가능성이 높은 환자에게 치료를 지속적으로 할 것인지에 대한 결정을 누가, 언제 할 것인가라는 문제가 매우 중요함에도 불구하고, 현실에서는 이미 환자가 의사결정능력이 없는 상태가 된 이후 문제가 제기됨으로써 환자 본인은 치료와 관련된 의사결정과정에서 항상 제외되고 있는 것이 우리나라 실정이다.

이에 본 연구에서는 사전의료지시서의 개념을 정리하고, 일반적으로 사용하고 있는 외국의 현황 및 실제 사용되고 있는 사전의료지시서의 국내외 서식들을 구성하고 있는 내용들을 분석하여 본다. 이를 통해 생의 말기 의사결정을 위한 틀을 구성함으로서 향후 존엄사와 관련하여 발생할 수 있는 문제들을 해결할 때 적용할 수 있는 기반을 마련한다.

또한 세계화의 진전과 그에 따른 의학 기술 유치에 대한 개방 등으로 특유의 사상 및 문화 속에서 형성되어오던 사고방식과 의사결정이 유사하거나 동일한 양상으로 많이 변화되고 있는 추세를 볼 때, 생의 말기 의사결정을 위한 기준 마련은 단순히 국내 수준에 머물러서는 안 되고, 국제적 차원의 기준을 마련하도록 한국이 문제제기를 할 수도 있다.

현 국가정책의 일환으로 우리나라 의료기관의 해외진출 또는 해외환자 유치를 위한 자구책을 마련하는 데 경주하고 있음을 볼 때, 의료를 개방하기 위한 전 단계로 사전의료지시서의 국제적 가이드라인을 마련하여 외국인 환자의 자율성을 최대한 보장함으로써 생의 말기에 예측 가능한 법적·윤리적 문제들을 미연에 방지할 수 있다.

다른 한편, 국제정책을 형성하는 과정에 있어서 우리나라는 주도적인 역할을 거의 해보지 못하였다면, 최근 WHO 일차보건의료 집행이사회에서 의제형성 및 이를 해결하기 위해 합의를 이끌어 낸 경험을 토대로, 외국의 석학들과의 논의 및 협의를 통해 생의 말기 의사결정을 위한 국제적 차원의 기준과 원칙을 정립하는 것은, 존엄사 논란과 관련하여 우리나라가 국제정책형성에 적극적인 역할을 주재해 나갈 좋은 기회가 된다.

따라서 생의 말기 의사결정에 관한 국제적 기준 및 원칙 제정 방향을 가늠하고, 이를 국제적 차원의 정책으로 개발하고 실행시키기 위한 전략을 마련해야 한다.

제2절 연구의 목적

이 연구의 목적은 국내외 국가들간의 비교와 분석을 통해 사전의료지시서가 어떻게 규정되고 있으며, 이를 둘러싼 법규정과 함께 각국에서의 논의가 어떤 방식으로 변화해 가고 있는지를 살펴보고 사전의료지시서에 관한 국제적 차원의 공통된 기준의 설정 가능성을 살펴보고, 그 방향을 제시하고자 한다.

연구대상은 AD의 운영현황과 AD에 포함된 항목들을 중심으로 세계 주요 국가들을 대상으로 하여 공통된 기준이 무엇인지를 파악한다. 또한 AD와 관련된 문제점들이 무엇인지 검토하고 국제적 차원에서 공통된 해결방안이 무엇인지 제시하고자 한다. 국제적 차원의 논의를 통해 도출된 결과들은 사전의료지시서와 관련된 논의에 기여할 것이라 여겨지며, 더 많은 숙고를 필요로 하는 국가에 지침으로 제공될 수 있을 것이다.

구체적인 연구 목적은 다음과 같다.

첫째, 사전의료지시서에 대한 정의를 내리고, 주요 형태를 살펴본다.

둘째, 우리나라의 사전의사결정 관련 제도의 실태와 문제점을 파악한다.

셋째, 외국의 사전의료지시서의 현황을 파악하고 비교 분석한다.

넷째, 국내외 현존하는 사전의료지시서 서식의 구조 및 구성 내용들을 파악한다.

다섯째, 위의 자료를 기초로 하여 사전의료지시서의 국제적 기준 및 원칙 수립을 위한 방안을 제시한다.

제3절 연구의 방법

1. 국내외 문헌자료 수집 및 검토

문헌 고찰 및 인터넷 검색을 통하여 국내외 사전의료지시서 관한 법·정책들을 위주로 관련 현황을 파악하고, 현존 사전의료지시서에 관한 내용을 비교·분석함으로써 AD의 기본적인 기능과 AD 실행 시 포함되어야 할 필요한 속성과 추가적으로 요구되는 사항들이 무엇인지 분석한다.

국가간 AD의 분석 및 비교를 통해 AD 활성화를 위한 기본시각을 정립한 후 국제적 가이드라인을 제시한다.

2. 국내외 전문가 자문회의

국내외 생의 말기를 중심으로 한 법·정책·윤리 관련 전문가들과의 자문회의를 통해 사전의료지시서 실행 시 포함되어야 할 필요한 속성과 추가적으로 요구되는 사항들이 무엇인지 분석한다. 외국 석학들과의 교류를 통해 국제적 가이드라인의 적절성 및 타당성을 검토한다.

3. 심포지엄

전문가 회의를 거쳐 도출된 가이드라인을 제시하고, 그와 관련된 주요 이슈들을 논의하여 종합적인 의견을 수렴한다. 이를 기초로 국제정책을 형성하는 과정에 적극적으로 참여하기 위한 계획안들을 제시한다.

제2장 사전의료지시서의 정의와 종류

사전의료지시서의 사전적 정의는 의사결정능력을 상실한 상황에 직면하였을 경우를 대비하여 본인이 받을 치료에 대한 유언을 미리 공표하는 것¹⁾으로 개인이 미래에 혹시 발생하게 될 지도 모르는 자율적인 판단이 불가능한 상태를 대비하여 의료와 관련하여 요구되는 결정에 대하여 본인의 의사를 밝히고, 그대로 치료받을 것을 보장하기 위해 그러한 것들을 미리 지시하는 내용으로 작성하는 것이다²⁾.

사전의료지시서의 작성은 판단불능(incompetent)이 되었을 때 본인이 받게 될 치료에 대한 통제력을 높여주고, 개인의 자율성을 존중하는 수단으로서 역할을 한다. 이를 위해 생전유언(living will, health care declaration, health care directive), 의료의사결정대리인(durable powers of attorney for health care, health care proxy, health care agent, medical power of attorney) 혹은 가치관 문서(values history)를 작성할 수 있다.

생전유언은 특정 조치를 요청하는 형태로 의사결정능력이 있는 성인이 판단능력을 상실하거나 회생불가하며, 죽음이 임박한 상황에 직면하게 될 경우를 대비하여 본인에게 시행해 주기를 원하거나 원하지 않는 치료 내용과 범위를 선택하여 의사, 변호사, 가족에게 알게 하는 제도로서 이는 일반적으로 문서화하여 서명하고 증인과 날짜를 명시하여야 한다. 생전유언의 특징은 다음과 같다.

첫째, 임종 후에 효력을 발휘하는 보통의 유언과는 달리 생전유언에 기록된 내용은 생전에 효력이 발생한다.

둘째, 흔히 생전유언이라 하면 침투적이고 공격적이면서도 무의미하게 단지 생명 연장만을 위한 의료행위를 거부하는 것으로만 이해하는 경향이 있으나, 실제로는 원하는 내용과 원하지 않는 내용을 모두 포함하는 개념이다.

의료의사결정대리인은 의료에 대한 대리결정자를 지명하는 형태로 판단능력을 상실한 때를 대비하여 본인이 지정한 대리인에게 치료와 관련된 모든 결정을 위임하는 제도를 말한다. 대부분의 경우, 가족이나 친지, 친구 또는 담당의사가 대리인으로 지정된다.

1) Mosby's dictionary, 1998

2) 김신미, 김순이, 이미애. 생명연장술 사전선택 개념 정립을 위한 문헌 고찰. 대한간호학회지. 2001; 31(2): 279-291

가치관 문서는 가치관을 표명하는 형태로서 의사결정능력이 없을 경우, 환자에게 행해질 의료조치를 결정하는 과정에서 본인의 가치관, 바람들, 인생 전망, 희망, 두려움 등이 반영될 수 있도록 이런 내용을 미리 표명하는 제도로서 이는 주관적이고, 정서적인 것으로서 그 내용을 근거로 의료행위에 대한 의사결정을 내리는 데에는 애매모호함이 있다. 따라서 의료행위에 직접적인 영향을 주지 않는 형태의 이 지시서에 대해서는 이 보고서에서 다루지 않으려 한다.

제3장 사전의료지시서의 국외 현황 조사

제1절 미국

1. 사전의료지시서 등장의 사회·문화적 배경³⁾

1950년대 미국 의료의 특징은 다음과 같이 크게 4가지로 살펴볼 수 있다.

첫째, 의사들은 심폐소생술(cardio-pulmonary resuscitation, CPR) 및 집중치료실(intensive care unit, ICU) 등의 보편적인 보급과 함께 중환자의 신체 기능을 유지하는 등 눈부신 의학적인 기술들을 갖추게 되었다.

둘째, 말기환자들은 대부분 남은 여생을 보건의료기관에서 보내게 되었다. 1980년에는 국민의 약 90%가 요양기관과 같은 곳에서 죽음을 맞이했다.

셋째, 의사들은 점점 더 전문화되어가는 경향을 띄게 되었다. 그 결과 입원 환자는 다양한 전문 분야의 여러 의사들로부터 각각 진찰을 받는 형태를 띄게 되었다.

마지막으로, 상당수의 인구가 의료보험의 혜택을 받게 되었다. 특히 1965년 이후에는 모든 65세 이상의 인구는 의료보험 수혜자가 되었다.

이와 함께, 미국이 20세기 후반에 겪은 사회문화적인 변화가 이 문제와 관련하여 중요하다. 첫째, 가족구성원들끼리 함께 사는 경우가 적어졌고, 특정 의사로부터 장기간 관계를 유지하는 일이 드물게 되었다. 둘째, 민족적으로나 종교적으로 다양한 사람들이 있어, 삶과 죽음에 대한 가치관이 매우 다양하고, 의사와 환자 간 관계에 대해서도 다양한 생각들이 공존하고 있다. 셋째, 1960년대 이후 의료를 포함한 많은 영역에서 개인의 평등과 자유, 특히 자기결정권이 더욱 중요한 의미를 가지게 되었다. 교회 등과 같은 기관들 보다는 법원에 의지하는 경향이 강해져, 사람들은 의료행위로 인하여 악결과가 발생하였을 때 소송을 제기하는 경우가 많아졌다. 마지막으로, 1960년대 후반에 태동한 생명윤리라는 새로운 영역의 핵심은 ‘인간 존중(respect for persons)’이었던 바, 특히 초기에는 의사가 환자에 대해 차지하고 있던 우월적 지위에 대하여 문제를 삼기 시작하였다. 위와 같은 의료의 변화 및 문화적 경향은 특히 의사를 확인할 수 없는 환자들에 대하여 연명치료를 계속할 것인지 여부에 대한 문제에 대하여 다양한 시각을 제시해 주고 있다.

3) Alexander Morgan Capron, International Considerations for Advance Directives, 한국의료윤리학회지 추계학술대회, 2009, p53-64

이와 같이 의학기술의 눈부신 발전은 여러 사회문화적으로 영향을 끼쳤다. 또한 기술의 발달로 연명치료가 가능해졌고, 그와 반대로 연명치료를 거부할 수 있는 가능성 또한 열리게 되었으며, 환자의 자율적인 의사결정을 존중하여야 한다는 논의와 관련 사건들이 발생하면서 연명치료 중단에 대한 관심이 고조되었다.

그러나 당초에 의사들은 연명치료 중단에 대해서 매우 소극적이었다. 의사의 전문가적인 윤리는 사람을 살리는 데에 있으며, 의료인들은 의료기술의 발전을 믿고, 실패를 인정하고 싶어하지 않기 때문이다. 물론 의료인들 역시 언제나 마지막까지 연명치료를 해야한다는 입장에 있는 것은 아니다. 심장마비 등으로 짧은 순간이라도 산소의 공급이 중단된 경우에는 연명치료의 성공가능성에 대한 회의가 일며, 뇌의 중심 부위가 심각한 손상을 받을수록 생체적으로는 기계적인 장치에 의해서 연명이 가능하더라도 의식의 회복가능성이 크지 않는 것이 사실이다.

한편, 의사들은 연명치료를 중단함으로써 형사적으로 또는 민사적으로 책임을 지지 않을까 우려가 있었던 것 또한 사실이다. 게다가 환자의 근친은 연명치료 중단 여부에 대하여 환자의 의사는 과연 어떠했겠는지 추측이 불확실하였고, 연명치료의 중단이 도덕적으로나 법적으로 잘못된 것이라고 판단할 가능성도 있었다.

이처럼 의료인들을 비롯한 환자의 보호자 모두 판단이 불확실하고 어려운 상황 속에서, ‘존엄한 죽음을 위한 조직(right-to-die organization)’이라는 기관에서 활동하던 시카고 변호사 루이스 쿠틀너(Luis Kutner)는 1967년 죽음을 앞둔 상황에서 연명치료 중단에 관한 사항을 미리 작성해 놓는 소위 ‘생전유언’ 문건의 초안을 작성한 바 있다.

2. 관련 법

사전의료지시서가 비록 일부 기관에서는 그 사용이 권장되기는 하였지만, 법적인 효력이 인정된 것은 아니었다. 1968년 플로리다에서 몇 개의 법안이 소개되기는 했지만 특별한 관심을 불러일으키지 못하였다. 그러다가 1976년 지속적 식물상태에 빠진 환자의 연명치료 중단 여부를 놓고 일어난 카렌 킨란(Quinlan) 사건⁴⁾은 죽음

4) 21세였던 카렌 킨란(Karen Quinlan)은 1975년 4월 14일 친구의 생일파티에 참석하여 술과 약물에 중독되어 호흡정지가 있는 후 혼수상태에 빠졌다. 병원으로 이송된 후 인공호흡기에 연명하여 생명을 유지하고 있었다. 카렌의 보호자인 아버지는 의사로부터 카렌의 의식을 회복할 가능성이 거의 없고, 인공호흡기 없이는 생명을 유지할 수 없다는 설명을 들었다. 이후 카렌의 상태를 받아들인 가족들은 카렌이 자연스럽게 죽음을 맞이할 수 있도록 해주겠다고 결정하고, 의료진에게 생명유지장치를 제거해줄것을 요청하였으나 거부당하였다. 이에 카렌의 보호자로서 생명유지장치를

에 대한 사회적 이슈를 낳았고, 1980년대 ‘존엄사 권리 운동(right-to-die movement)’의 기초가 되었다. 이후 1976년 캘리포니아주에서 처음으로 ‘자연사법(The Natural Death Act)’을 제정하여 사전의료지시서에 법적인 효력을 부여하기 시작하였다.

이후 다른 주에서도 위 법의 내용을 변형하여 법을 제정하기 시작하였다. 약 40여개 주에서는 환자가족의 동의 등 엄격한 요건 아래 생명유지장치를 제거하는 수준의 소극적 안락사 행위는 대체로 인정하고 있으나 적극적 안락사는 인정하지 않고 있는 것으로 보인다. 또한 미국의 모든 주는 생전유언(living will)과 의료의사결정대리인(durable powers of attorney for health care, health care proxy)에 관한 법률을 가지고 있다고 할 수 있으나, 각 주마다 법률을 구성하고 있는 내용에는 차이가 있으며, 이들 법률은 ‘지침(instruction directive)’의 효력을 인정하는 형태로 법이 제정되었다. 위 지침은 주로 구체적인 상황에서 의료인이 어떻게 행동해야 하는지 등 절차적인 내용을 위주로 작성되었다.

이처럼 주마다 상이한 내용의 법률을 채택하고 있었기 때문에 1989년 ‘말기환자의 권리에 관한 미 연방 단일법(Uniform Rights of the Terminally Ill Act)’을 만들었으나, 실제 주 입법 내에서의 그 효력은 크지 않았다. 1994년에는 ‘의료결정에 관한 미 연방 단일법(Uniform Health-Care Decisions Act)’을 제정하였고, 1999년에는 세 개의 주에서 이 법을 채택하였다.

1990년대 들어서는 연명치료 중단에 관한 논쟁에서 죽음을 돕는 의사조력자살의 형태로 그 핵심이 변화하였다. 결국 1997년 오레건 주에서는 의사조력자살을 허용하는 존엄사법(Death with Dignity Act)이 통과하였다.

가. 텍사스 주의 사전의료지시서법(Advance Directives Act)⁵⁾

1999년 기존에 존재하던 3개의 연명치료와 관련된 법률을 Advance Directives Act로 통합하였다. 이 법에 의하면 환자의 상태를 고려하여 더 이상의 의학적 치료가 필요 없다고 판단되면, 환자와 가족에게 다른 병원으로 전원할 것을 통지한 이후,

제거할 수 있는 권한을 달라고 소송을 제기하였다. 뉴저지 고등법원에서는 생명유지장치 제거와 관련된 문제는 의료적인 문제로서 주치의의 결정에 따라야 한다면서 기각하였으나 주 대법원에서는 후견인으로서 아버지의 주장을 받아들이고, 후견인과 가족이 같은 의견이고, 주치의 외 다른 의료진 또한 카렌의 상태에 대해 회복불가능한 식물인간상태라는 진단을 하는 경우 의료기관의 윤리위원회의 승인을 거쳐 장치를 제거해도 좋다는 판결을 내렸다(1976.3.31).

5) 김장한. 존엄사에 대한 미국의 법제. 의료법학 9(2):53-75;2008

10일이 지나도 전원하지 않으면 환자나 가족의 반대에도 불구하고 연명치료를 중단할 수 있다. 이 법을 시행하는 도중에 치료를 더 받기 원하는 환자의 명시적 의사가 확인되어도 더 이상의 치료가 무의미하다는 병원윤리위원회의 결정이 있으면 치료를 제공하지 않고 퇴원을 요구한 사례들이 있다는 것이다. 요구되는 절차 및 요건, 기타 사항은 다음과 같다.

첫째, 의사결정능력이 있어야 한다.

둘째, 작성 시 두 명의 증인이 서명하여야 하며, 환자의 치료와 관련이 있거나 혈연 관계에 있지 아니하여야 한다.

셋째, 사전의료지시서는 철회하기 전까지 유효하다.

넷째, 사전의료지시서는 언제든지 철회가능하다.

나. 오레건 주의 존엄사법(DWDA, Death With Dignity Act)⁶⁾

1994년 제정되었고, 의회의 폐기를 다시 주민투표로 재확정하면서 1997년 확정되었다. 이 법에서는 말기 환자에 대하여 의사가 스스로 죽음을 맞이할 수 있도록 약물을 처방하게끔 인정하고 있다. 이는 환자가 작성한 처방 요구 문서를 통해 이루어질 수 있으며, 관련 주요 법률 내용은 다음과 같다.

첫째, 주치의와 다른 한 명의 의사에 의하여 6개월 이내에 사망하는 말기 질환을 가진 것으로 확인되었으며, 오리건 주에 거주하는 18세 이상의 성인인 자는 인간적이고 존엄한 방법으로 사망할 수 있도록 약물 처방 해줄 것을 문서로 요구할 수 있다.

둘째, 처방 요구 문서에는 환자와 증인 2명의 서명이 필요하며, 증인은 친족 관계에 있거나 상속 등으로 인한 수혜자가 아니어야 한다. 주치의 또한 증인이 될 수 없으며, 환자가 오랜 기간 시설에 거주한 경우 증인 중의 한 명은 법에 의하여 자격이 인정된 자로서 의료시설에서 임명하여야 한다.

셋째, 주치의는 환자에 대한 의료 정보와 처방하고자 하는 약의 종류 등 법에서 요구하는 사항을 모두 문서에 기록하고, 환자는 그 기록을 다른 상담 의사에게 가져가 면담한 후 주치의가 제공한 정보의 정확성을 확인한 후 서명하여야 한다.

넷째, 환자가 정신과적인 문제를 가지고 있는 경우, 정신과 상담을 통하여 치료를 받은 후 정상적인 의사결정능력을 갖추었음을 확인한 후 문서를 작성할 수 있다. 주치의는 환자가 결정한 사항들을 가까운 친족들에게 알려야 하며, 환자가 이를 거

6) 이상돈. 미국 오레곤주의 존엄사에 관한 법률. 의료형법. 217-222, 법문사; 1998

절하는 경우 알려서는 안된다.

다섯째, 환자의 처방 요구는 구두, 문서, 구두의 과정을 거쳐 이루어지는 데, 최초 구두 요구를 한 이후 15일간의 숙려기간을 지나야 하고, 문서 요구 이후 48시간이 지난 후, 의사는 다시 한 번 환자의 의사를 구두 확인한 후, 처방하여야 한다.

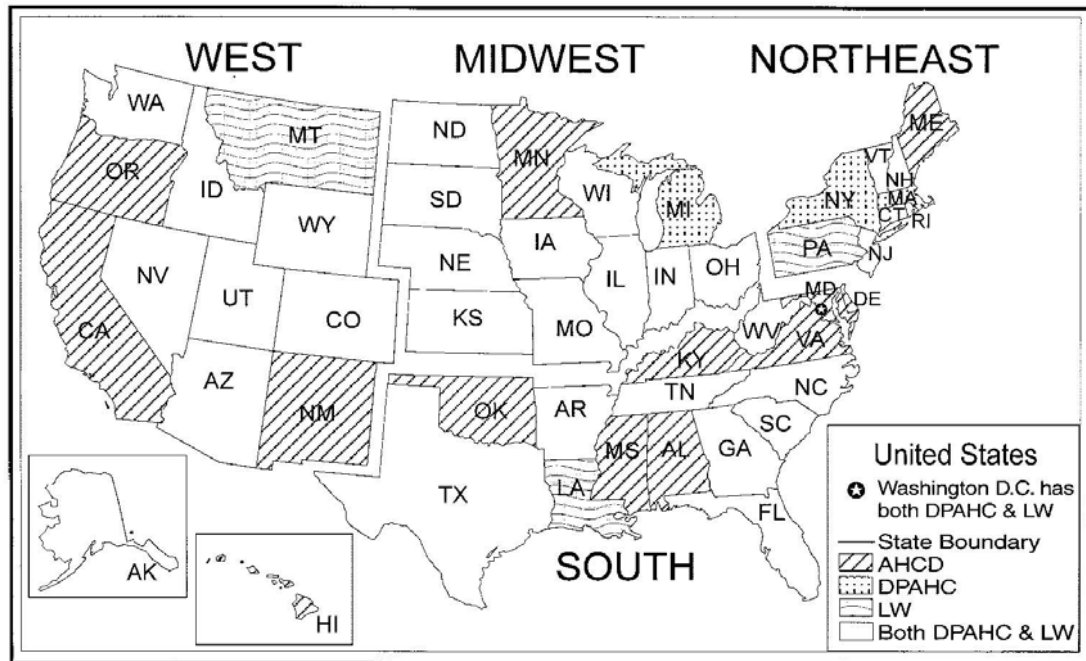
말기 환자는 여명이 6개월 남은 환자로 정의하였고, 그 추정은 2명의 의사의 진단으로 확정하였다. 환자가 의사결정능력이 있는 경우, 죽음에 이르게 하는 약물을 처방해달라는 요청서를 의사에게 제출하고, 의사는 의사결정능력 여부에 따라 처방할 수 있다. 환자가 마음을 바꿀 것을 고려하여 15일간 숙려기간을 주며, 증인은 환자의 죽음으로 인한 어떠한 수혜와도 관련이 없어야 하며, 의사는 약물 처방에 외에 가능한 의료에 대해서 알려주어야 한다. 의사는 약물 처방 후, 주 정부에 시행하였음을 서면 보고하여야 한다. 한 보고에 따르면, 2007년 이 법하에 의사가 말기 환자에게 약물을 처방하였다고 보고된 게 85건 이었다고 한다.

3. 사전의료지시서⁷⁾의 현황

현재 미국의 모든 주에서는 주마다 채택한 사전의료지시서의 종류는 상이하나, 적어도 하나 이상의 사전의료지시서를 인정하고 있다. 펜실베이니아, 루이지애나, 몬타나 등 3개의 주(6%)에서는 생전유언만을 채택하거나 그와 더불어 제한적인 의료 의사결정대리인을 채택하고 있다. 메사추세츠, 뉴욕, 미시간 등 3개의 주(6%)에서는 의료의사결정대리인만을 인정하고 있다. 워싱턴주를 포함한 32개의 주(63%)에서는 생전유언과 의료의사결정대리인 모두를 채택하고 있으며, 나머지 13개의 주(25%)에서는 두 지시서의 내용을 모두 포함하는 사전의료지시서(advance health care directive)를 채택하고 있었다.

한편, 워싱턴주를 비롯한 알래스카, 일리노이, 몬타나, 노스 캐롤라이나, 오하이오 등 6개 주를 제외한 모든 주에서는, 사전의료지시서에 따른 연명치료 중단을 원하지 않는 의사에게 그 환자를 사전의료지시서에 따라 연명치료 중단 조치를 하여 줄 의사에게로 전원할 것을 요구하고 있다.

7) 현재 미국에서 실제로 사용하고 있는 대표적인 사전의료지시서는 제5장 참고



<그림 1> 주별 허용 공식 문서 현황

(DPAHC=durable power of attorney for health care; LW=living will; AHCD=advance health care directive)

Gail(2002) 연구⁸⁾에서는 8가지 주요 키워드를 중심으로 미국의 모든 주가 인정 한 사전의료지시서의 내용을 분석하였는데, 연구 방법은 그 키워드들이 해당 문서에 포함되어 있는지의 여부를 확인하는 방식으로 진행하였다. 그 주요 키워드로는 대리인의 성명, 환자의 지시(personal instructions), 연명 수단(General life-sustaining measures), 말기 질환(Terminal illness), 인공생명유지장치(Artificial sustenance), 식물인간상태(Persistent vegetative state), 장기 요양 시설(Long-term care facility), 노인 질환 및 치매(Advanced illness/dementia) 등이다. 이는 미국의 모든 주가 허용한 사전의료지시서 83개를 대상으로 조사하였으며, 결과는 모든 주에서 대리인 성명을 그 내용에 포함하고 있었고, 거의 모든 주에서 환자의 의료 지시, 연명 수단, 말기 질환을 담고 있었다. 대부분의 주에서 생명유지장치와 식물인간상태에 대해서 언급하고 있었다. 그와 대조적으로 장기요양시설과 노인 질환 및 치매에 대해서 언급한 주는 총 51개 주 대비 25%미만이었다.

8) Gail Gunter-Hunt, Jane E. Mahoney, Carol E. Sieger, A Comparison of State Advance Directive Documents. The Gerontologist. 42(1); 51-60

제2절 영국

잉글랜드와 웨일즈는 의사결정능력법(Mental Capacity Act 2005)하에 대리인을 지정하거나 사전의료지시서를 작성한다. 이 법은 2007년 4월부터 효력을 가졌으며, 사전의료지시서의 특정 서식을 제공하고 있지는 않고, 허용 요건 및 절차에 관한 내용만을 언급하고 있다. 따라서, 여러 기관 및 사회 단체에서 서식을 제공하고 있는 데, 그 중 죽음의 존엄성 협회(Association Dignity in Dying)에서 제공하는 서식이 대표적이다. 이 법에서 요구하고 있는 요건 및 절차는 다음과 같다.

첫째, 지시자는 만 16세 이상의 연령 소유자여야 하며, 의사결정능력이 있어야 한다.

둘째, 대리인을 지정할 수 있으며, 대리인의 요건은 지시자의 요건과 동일하다. 대리인 지정은 서면상으로 가능하며, 증인이 필요하다. 작성한 문서는 공공후견인사무소(Office of the Public Guardian)에 제출하여야 한다.

셋째, 일반적으로 사전의료지시서는 서면상으로 하나, 증인이 있는 가운데 구두 형식으로 지시하고 환자의 의료 기록에 서명하는 방식을 사용하기도 한다. 그러나 연명치료 거부에 관한 내용은 서면상으로 작성하였을 경우에만 적용가능하다.

넷째, 서면에는 증인 한 명의 날짜 기입과 서명이 필요하다. 환자의 죽음에 따른 수혜와 관련이 있는 자는 증인이 될 수 없다.

영국에서는 사전의료지시서에 연명치료 거부에 대한 내용은 기술할 수 있으나, 영양 및 수액 공급, 보온 및 위생 수단의 제공 등 기본적인 의료에 대해서는 거부할 수 없다. 현재 영국은 사전의료지시서 등록처가 존재하지 않아 작성한 사전의료지시서에 대한 개별 등록 절차는 없으며, 사전의료지시서의 작성 및 보급이 활발히 이루어지고 있지 않다고 보고되고 있다.

또한 영국의 법에서는, 의사가 환자의 사전의료지시서를 무효로 볼 수 있는 권한을 인정하고 있는 바, 영국보다는 미국이 환자의 자기결정권을 더 존중하고 있다고 볼 수 있다.

한편, 영국에서는 의사결정능력법 하에 대리인 지정이 가능하다. 이는 18세 이상의 의사결정능력이 있는 자의 경우 대리인을 지정할 수 있으며, 대리인을 지정하는 문서 작성 시 증인과 공증인이 함께 입회하여 서명하여야 한다.

제3절 오스트리아

오스트리아에서는 생전유언의 필요성과 효과에 대하여 규정하고 있는 사전의료지시법(Living Will Act)을 2006년 5월 8일 공표하였고, 그 해 6월 1일부터 시행하였다. 이 법은 연방법으로서 환자가 의사결정능력을 상실하게 된 때에 효력을 가진다. 이 법하에 작성할 수 있는 사전의료지시서는 두 가지 종류가 있는데, 구속력을 가지는 사전의료지시서(the binding living will)와 구속력을 가지지 않는 사전의료지시서(the non-binding living will)이다. 이 법에서 나타난 구속력을 가지는 사전의료지시서의 집행 요건으로는 다음과 같다.

첫째, 환자는 사전의사결정능력이 있는 상태로 통찰력과 판단력을 가지고 있어야 한다.

둘째, 환자가 어떤 치료를 거부하겠다는 내용을 구체적으로 기술하고, 명백하게 드러나는 경우에 한해서 사전의료지시의 구속력을 가진다.

셋째, 생전 유언을 남기기 전에 환자는 생전유언 및 결과에 대한 정보 등을 충분히 숙지한다. 이후 치료 거부 의사를 밝힌 문서에 환자의 개인정보, 이를 떼면 성명 및 주소 등을 진술하게 함으로써 환자의 통찰력과 판단력을 입증하고, 그에 더해 서명하여야 한다.

넷째, 환자가 작성한 생전유언은 작성 후 5년이 경과하면 그 효력을 잃으나, 추가적인 형식요건을 준수하여 적절한 의료 정보를 제공받는 경우에는 갱신할 수 있다.

위 요건 중 하나라도 충족하지 않는 경우, 그 사전의료지시서는 구속력을 가지지 않는다. 두 가지 종류의 사전의료지시서에 모두 해당하는 사항은 다음과 같다.

첫째, 5년 마다 갱신하여야 하며, 환자의 통찰력과 판단력을 상실하는 경우 생전유언의 효력도 상실한다.

둘째, 사전의료지시서는 언제든지 수정 및 철회 가능하다.

셋째, 주치의는 환자의 사전의료지시서를 의료기록에 포함시켜야 한다.

이 외에 응급상황에서 사전의료지시를 찾는 시간을 할애하지 않고, 응급처치를 하도록 하는 내용과 오남용에 대비한 처벌 규정을 두고 있다.

실제 등록된 구속력을 가지는 사전의료지시서는 대략 3,000건 미만(0.1%)인 것으로 추정되며, 실제 임상에서 적용되는 비율도 대략 10% 미만으로 나타나, 사전의료지시서의 보급률 및 적용율이 상당히 낮은 것으로 평가된다. 사전의료지시서의

정확한 추계 및 관리를 위하여 현재 전자등록시스템 구축을 위한 논의가 진행 중에 있다.

또한, 오스트리아에서는 대리인 지정이 가능한 데, 이는 공증인 입회 하에 가능하며, 각 분야에서 요구되는 다른 결정들을 내리기 위해 각기 다른 대리인을 지정하여 각각 결정할 수 있다. 예를 들어, 의료 관련 문제에 대한 대리인, 재정 관련 문제에 대한 대리인, 주거 관련 문제에 대한 대리인 등을 들 수 있다. 대리인 지정 및 유효 여부는 오스트리아 대리인 중앙 등록처(Austrian Central Register of Representatives)에서 확인 할 수 있다.

대리인은 환자와 함께 생활해 온 부모, 자녀, 함께 거주한 지 3년 이상인 배우자, 함께 거주하는 자가 될 수 있다. 이들은 오스트리아 대리인 중앙 등록처에 등록함으로써 대리인이 될 수 있으며, 생전유언이 있는 경우에는 생전유언을 우선으로 한다.

제4절 프랑스

프랑스는 2005년 4월 22일 환자의 권리 및 삶의 종말에 관한 법률 제2005-370호(Law 2005-307 relative to the rights of the ill and the end of life)하에 사전의료지시서가 효력을 가지게 되었다. 이 법이 제정되기 전까지는 Law 2002-303하에 의료의사결정대리인(trusted person)을 지정하는 것까지만 가능하였다.

위 법에서는 환자가 의식이 없는 경우, 사전의료지시서를 참조하여 환자의 의사를 추정하며, 의료진의 합의를 거쳐 연명치료를 중단을 실시한다. 그러나 법에서는 사전의료지시서에 대한 특정 양식을 제시하고 있지 않다. 다만, 영국과 유사하게 여러 단체에서 양식을 제공하고 있으며, 프랑스에서는 존엄하게 죽을 권리를 위한 협회 (ADMD, Association for the right to die in dignity)에서 제공하는 양식이 대표적이다.

첫째, 환자는 서면으로 대리인을 지정하여야 한다.

둘째, 환자는 사전의료지시서에 자율적인 의사결정능력을 지니고 있음을 진단한 의료 기록을 포함시켜야 한다.

셋째, 법적 능력과 법적 연령을 갖춘 자가 사전의료지시서를 작성할 수 있다.

넷째, 사전의료지시서는 3년의 유효기간을 가지며, 재확인 서명 절차를 거친 후 갱신된다.

다섯째, 사전의료지시서는 의료진이 쉽게 접근가능한 곳이나 환자 의료 기록에 보관하여야 하며, 사본은 환자 보호자나 자녀가 보관할 수 있다.

여섯째, 사전의료지시서는 언제든지 수정 및 철회할 수 있다.

일곱 번째, 의사는 환자에게 가능한 완화의료에 대한 정보를 제공하여야 한다.

여러 관련 단체에서 국가 사전의료지시서 등록처의 설치를 요구하였으나, 현재로는 존재하지 않는 상태이다.

제5절 독일

현재 독일에는 사전의료지시서 관련 법 규정은 없다. 그러나 이에 대한 논의는 오래 전부터 이어져 왔으며, 국회에서도 2007년 이래 계속적으로 논의를 진행 중이다. 2003년 3월 연방 대법원에서 제시한 구속력을 가지는 사전의료지시서가 되기 위한 요건은 다음과 같다.

첫째, 말기 질환을 가진 환자이어야 한다.

둘째, 사전의료지시에 대한 철회 의지가 없어야 한다.

셋째, 사전의료지시서를 작성하고자 하는 환자는 의사결정능력이 있어야 한다.

넷째, 사전의료지시서는 가까운 장래에 있을 의료적 상황에 대해 기술하고 있어야 한다.

독일의사협회(German Medical Association)에서 발표한 선언에 따르면 사전의료지시서가 효력을 지니기 위해서는 다음과 같은 요건을 충족하여야 한다고 하였다.

첫째, 생전 유언은 정확하고, 명확하여야 한다.

둘째, 가까운 장래에 대한 상황을 기술하여야 한다.

셋째, 적극적 안락사와 같은 법에 위배되는 사항을 요구하지 않아야 한다.

이외에도 Neitzke et al. (2006), Juristentag (2006), Evangelische Kirche

(2007) 등 여러 연구에서 사전의료지시서가 갖추어야 할 요건에 대해서 언급하고 있다.

Emnid-survey(2000)에 따르면, 81%의 독일 국민이 사전의료지시서⁹⁾ 준비를 선호하였다고 보고하였다. 주된 이유로는 대부분의 사람들이 의학적 의무로 인해 과도한 치료를 받게 될 것에 대해 두려움이 있는 것으로 보고하였다. 2005년 연구에는 독일인의 약 10%인 860만명이 사전의료지시서를 준비하였다고 전해진다.

제6절 덴마크

덴마크에서는 1998년 환자의 법적 지위에 관한 법(Law on Patients' Legal Status, *Lv om patienters retsstilling*)의 제정으로 사전의료지시서가 법적 효력을 지니게 되었다. 사전의료지시서를 작성하기 위한 요건 및 관련 내용은 다음과 같다.

첫째, 18세 이상의 성인으로 의사결정능력이 있어야 한다.

둘째, 작성 시, 의사와 공증인이 꼭 포함되어야 하는 것은 아니다.

셋째, 작성한 사전의료지시서는 중앙 등록처에 보내야 하며, 비용은 7 유로 든다.

넷째, 사전의료지시서의 효력은 지속된다.

다섯째, 사전의료지시서는 등록처에 알림으로써 언제든지 수정 혹은 철회가 가능하다.

사전의료지시서로 결정할 수 있는 내용은 의학적 치료와 생명유지장치(Life-supporting treatment)에 대한 것으로 구명장치(Life-saving treatment)는 해당하지 않는다.

덴마크에서는 1993년까지 인구 510만 명 중에서 62,000명이 사전 유언을 작성하였으며, 그 중 약 30%가 50세 이상으로 노년층에서 사전의료지시서 작성하기를 선호하였음을 알 수 있다.

한편 덴마크 법률상 의사들이 의무적으로 사전유언 등록처에 문의하여 환자의 사전유언 여부를 확인하도록 규정되어 있어 의료진의 사전 유언에 대한 접근성을 높

9) 현재 독일에서 실제로 사용하고 있는 대표적인 사전의료지시서는 제5장 참고

이는 방법을 채택하고 있다.

제7절 일본

1. 죽음관

한 개인의 죽음은 사적이고 개인적인 문제라는 인식이 일본 사회와 문화 속에 녹아 있다. 인간의 삶에 대한 이해는 죽음이란 삶의 마지막에 종지부를 찍는 긍정적인 사건으로 인식하며, Zen-Buddhist(선불교) 경전의 “삶의 한 자락으로 죽음을 받아들이라”는 글귀가 생명에 대한 일본의 전통적인 생각들을 하나로 표현하는 것이라 할 수 있다.

또한 의도적으로 자결한 경우도 특별한 역사적인 상황 속에서 숭고한 의도로 이루어진 경우 긍정적인 것으로 간주되어 왔다. 가족이나 친구 또는 제국의 더 많은 유익을 위해 한사람이 희생하는 것이 이러한 예가 될 수 있다. 그러나 자발적인 숭고한 희생에 대한 부정적인 측면도 있으며, 죽음을 위한 교육은 아직 일부 일본인들에게 부정적인 감정을 불러일으키는 것이다. 삶과 죽음은 애국심의 발로에서 다루어져, 죽음이란 것 자체가 혐오스러울 수도 있으나, 삶의 한 과정으로 자연스럽게 받아 들여져 왔다.

죽음을 하나의 과정으로 받아들이는 전통적인 사회-문화적 요소들이 잘 정비된 병원에서 현대과학기술들을 더 많이 적용하면서 무너져가고 있다. 그러나 가족구성원들은 임종과정, 특히 죽음이라는 하나의 사건에 다양한 방법으로 개입하고 있다. 임종과 관련된 일본의 상황은 상이하да기보다 외국의 많은 선진화된 병원에서 발생하는 것과 더 많은 유사성을 띄어가고 있다. 현재 많은 일본인들은 자신들의 삶을 고도의 의료장비에 둘러싸여 마감하고 있다. 이에 반해 최근 연구에서는 응답자의 반수가 가정에서 임종하기를 더 원하고 있었다.

2. 사전의료지시서의 현황

일본의 생의 말 사전의료지시서는 환자가 표현한 의사를 합법적으로 배서(背書)한 것이라 간주하지 않는다. 많은 시민단체가 제기하여 만들어진 다양한 종류의 사

전의료지시서는 합법적으로 의료공급자에게 의무를 부과하지는 않는다.

일본에는 여러 가지 형태의 사전의료지시서가 있으며, 미국과 유럽에서 사용하고 있는 것과 유사하다. Japan Society for Dying with Dignity에서 만든 Declaration Document of Death with Dignity (Living Will), Citizen's Group in Thinking of End of Life Stage가 만든 'Declaration for the End of Life Stage'이 대표적인 형태이다.

Japan Society of Dying with Dignity (JSDD) 회원들이 증가하고 있고, 무의미한 치료의 중단을 요청하는 Dying with Dignity Declaration (Living Will)이 일반화되고 있음에도 불구하고, 아직 living will 카드 소지자들은 매우 적은 편이며, living will은 합법화되어 있지 않다.

3. 관련 법

일본은 조력자살(assisted suicide), 촉탁에 의한 살인, 동의에 의한 살인은 형법상의 범죄행위로 본다. 형법 제202조 자살 관여 및 동의 살인 조항은 사람을 교사하거나 방조하여 자살에 이르게끔 하고, 또는 사람의 촉탁을 받거나 승낙을 받아 죽인 자는 6개월 이상 7년 이하의 징역 또는 금고에 처하도록 하고 있다. 이 조항은 의사들이 가능하면 생명연장 치료를 이행하도록 하는 굉장히 강력한 정당성을 제공해왔다. 의사들은 환자를 진료하는데 있어 전문가로 간주되어서 보통 생의 말기 생명을 자연스럽게 종식시키길 원하는 환자의 의사를 따르지 않는 것이 허용된다.

그러나 의사가 부가적인 치료가 무의미하다는 의학적 판단이 선 경우, 환자의 치료를 중단하는 것이 가능하다. 이는 형법 제35조 정당행위에 대한 규정인 '법령 또는 정당한 업무에 의한 행위는 처벌하지 않는다¹⁰⁾'에 의거해 정당한 행위로 간주한다.

일본의 형법과 관련된 상황을 볼 때, 일본에서의 안락사에 대한 논쟁은 모두 적극적 안락사에 관한 것으로 이는 일본 사회에서 생명연장치료 중단에 대해서는 사회적으로 승인되고 있기 때문이다. 이는 토카이 대학 안락사 사건에 대한 1995년 요코하마 지방법원의 판결에서 잘 나타나 있다. 이 판결에서 제시한 안락사의 요건

10) Actions of a legitimate business or law is not punishable.

으로는 다음과 같다¹¹⁾.

- 첫째, 환자의 죽음이 불가피하고 사망의 시기가 임박하여야 할 것
- 둘째, 환자의 죽음이 불가피하고 사망의 시기가 임박하여야 할 것
- 셋째, 환자의 명시적인 의사표시가 있을 것
- 넷째, 다른 대체 수단이 없어야 할 것

4. 정부 차원의 인식 조사¹²⁾

일본 정부는 1993년, 1997년, 그리고 2002년에 자국민의 연명치료 문제에 대한 인식이 어떠한지 여부에 대하여 특별 조사를 구성하여 조사한 바 있는데, 법적인 차원, 더 나아가 국가적인 차원에서 구체적인 가이드라인을 제시하는 데 신중한 입장을 보여왔다.

여론 조사 결과를 보면 다음과 같다(20-39세 638명, 40-59세 911명, 60-69세 497명, 70세 이상 457명).

우선, 연명치료에 대한 관심에 대해서는, 전체의 79.5%가 연명치료에 관심을 보였으며, 77.0%가 그들 병의 진단과 예후에 대하여 알기를 원하였고, 이들 중 93.7%가 의사로부터 직접 설명을 듣기를 원하였다(4.1%는 가족으로부터 이를 듣기를 원하였다).

둘째, 연명치료 희망 여부에 대해서는, 죽음이 6개월 이내에 다가올 것이 예상되는 경우, 오직 11.0%만이 연명치료를 받기를 원하였고, 71.0%가 연명치료를 받기를 원하지 않았다. 연명치료를 원하지 않은 사람들 중 52%는 ‘완화치료(palliative care)’를 받기를 원하였고, 4.7%만이 안락사를 원하였다. 다른 가족 구성원이 6개월 이내에 죽음이 예상되는 경우, 24.6%는 (그 가족 구성원이) 연명치료를 받기를 원한 반면, 52.0%는 연명치료를 받기를 원하지 않았다. 연명치료를 원하지 않은 사람들 중 52%는 완화치료를 받기를 원하였고, 3%만이 안락사를 원하였다.

셋째, 사전의료지시서 관련해서는, 사전의료지시서에 찬성하는 사람은 61.9%였으며, 반대는 2.4%였다. 21.8%는 환자의 자기결정권이 존중될 필요는 있지만 그것이

11) 이윤성 외.

12) HATTORI Kenji, Japanese Perspective on Advance Directives, 한국의료윤리학회지 추계학술대회, 2009, p83~93

반드시 서면으로 남겨져야 할 필요가 있다고 보지는 않았다. 그리고 사전의료지시서의 효력에 관한 법 제정이 필요하다는 점에 대해서, 비의료인의 33.6%, 의료인의 54.1%, 간호사의 44%가 필요성이 있다고 보았다. 비의료인의 62.4%, 의료인의 44.6%, 간호사의 53.2%가 의사와 환자 간의 열린 대화(연명치료 중단 여부에 관한) 의사결정의 핵심이라고 보았다.

넷째, 대리인 관련해서는 의사결정대리인으로 적합한 자로서, 배우자가 77%, 다른 가족구성원 또는 친척이 8.5%, 의료진이 지정하는 자가 8%를 차지했다. 또한, 죽음을 앞둔 6개월 동안 어디에서 치료를 받고 싶은지와 관련하여, 병원이 8.8%, 완화치료기관이 18.4%, 집, 그 이후 병원이 23%, 집, 그 이후 완화치료기관이 29.4%, 집이 10.9% 였다.

5. 연명치료중단 가이드라인(2007년 5월)

2006년 한 외과의사가 7명의 환자에게 연명치료중단을 한 사건으로 경찰의 조사를 받게 되는 등 연명치료에 관한 문제가 이슈화되었으며, 이로 인해 일본 보건국에서 가이드라인을 제시하기 위한 특별조직을 구성하였다.

2007년 5월에 연명치료중단과 관련한 가이드라인을 제시한 바, 그 내용은 개략적으로 다음과 같다.

첫째, 의료진과 대화한 이후에 내린 환자 스스로의 결정이 가장 중요하다.

둘째, 의료진 측에서의 연명치료와 관련된 결정은 팀으로 이루어져야 하며, 의사나 환자 독단적으로 결정하는 일은 없어야 한다.

셋째, 의료진에 의한 완화 치료를 개선하는 것이 시급하며, 이와 더불어 환자 및 보호자의 정신적, 사회적 원조도 함께 실시하여야 할 필요성이 있다.

넷째, 적극적 안락사는 본 가이드라인의 대상이 되지 않는다.

다섯째, 환자가 의사결정능력을 갖춘 경우, 의료진이 제공하는 충분한 정보에 의거하여 의사결정을 하고, 이를 문서화한다.

여섯째, 환자가 의사결정능력을 상실한 경우, 환자의 의사를 추정하고, 이를 존중하여 결정하는 것이 중요하다. 환자의 의사를 추정할 수 없는 경우, 보호자와 충분한 상의를 거친 후, 결정한다.

일곱째, 팀에서 결정내리기 어려운 경우, 환자와 의료진 간의 합의가 이루어지지 않는 경우 등은 전문가 위원회를 별도로 구성하여 사안을 검토하고, 조언을 구할

필요가 있다.

이상과 같은 지침에도 불구하고 의료진은 공권력을 의식하여 연명치료중단의 의사를 표명하는 사전의료지시서 사용이 활성화되지 못하고 있는 실정이다. 한편, 현재 일본에서의 완화치료 시스템 역시 만족스러운 수준은 아니다.

제8절 싱가포르

싱가포르의 사전의료지시법은 1996년에 독립법인 ‘사전유언법(Advance Medical Directives Act 1996)’으로 제정되어, 1997년 7월부터 효력을 가졌다. 이 법에서는 한 개인이 말기 질환 상태에 이르렀을 때 무의미한 생명연장치료를 받지 않도록 사전에 결정해 놓을 권리가 있음을 규정하고 있다. 이는 환자가 의사표시를 할 수 없을 때에 환자의 소원과 바람대로 의료를 행할 수 있고, 연명치료 여부를 결정해야 할 경우 매번 법원에 판결을 구할 필요가 없게 되었다.

이 법은 24개의 사회 집단을 대표하는 위원들로 구성된 국가의료윤리위원회(National Medical Ethics Committee)의 지지 하에 이루어졌으며, 22개의 조항으로 구성되어 있으며, 용어의 정의로부터 사전의료지시서를 등록하는 방법, 집행하는 과정 등을 규정하고 있다. 사전의료지시의 집행요건은 다음과 같다.

첫째, 말기 상태의 환자

둘째, 의사결정능력의 상실

셋째, 예외적 생명유지 치료를 필요로 하는 경우

넷째, 타인의 강요에 의하지 않은 사전의료지시 등

사전의료지시서 상에는 죽음이 임박한 상황에서 완화치료를 제외한 죽음을 연장할 뿐인 치료나 처치를 모두 포함하도록 되어있으나 지속적 식물상태(PVS, Persistent Vegetative State)의 경우에는 이 법의 적용을 받지 않음을 명확히 했다. 사전의료지시서를 작성하는 요건 및 절차는 다음과 같다.

첫째, 21세 이상의 성인

둘째, 의사는 1차적으로 환자의 의사결정능력을 평가한다.

셋째, 2명의 증인, 이 중 한 명은 주치의거나 다른 의사이어야 하며, 다른 한 명은 21세 이상의 성인이어야 하며, 두 사람 모두 입회하여야 한다. 다만 증인은 환자의 유언이나 보험으로 인한 수혜자가 아니어야 하며, 상속대상자 등 어떤 것의 수혜자도 아니어야 한다.

넷째, 사전의료지시서는 등록처로 보내야하며, 확인서를 수령한다.

다섯째, 사전의료지시서는 언제든지 철회가능하다. 이는 등록처에 철회서류를 제출함으로써 가능하다.

또한 법안에서는 예외적 치료수단의 거부에 관한 사전의료지시의 범위를 설정하고 있으며, 이를 통해 생명을 보호하고, 자살을 예방하며, 의료전문직을 보호할 수 있다고 언급한다. 그러나 실제적으로 예외적인 치료와 통상적인 치료의 구분에 대해서는 현재까지 논란이 있으므로 계속적인 논의가 필요한 실정이다.

싱가폴은 위와 같이 사전의료지시서에 관한 법은 가지고 있으나, 안락사에 대한 법률은 가지고 있지 않다. 그에 따라 사전의료지시법을 조금 수정하는 경우 안락사에 관한 법으로 탈바꿈할 수 있지 않을까 하는 우려를 낳고 있다. 이에 대해 국가의료윤리위원회는 사전의료지시법이 다루는 내용의 협소함, 특이성을 들어 만일 안락사를 합법화하고자 한다면 새 법을 만들어야 할 것이라고 언급하였다. 또한 연명치료를 중단하거나 보류하는 행위를 포함한 안락사와 그러한 행위를 포함하지 않고 환자로 하여금 자연스러운 죽음을 맞이하기 위한 사전의료지시서의 집행은 구분되어야 한다면, 두 개념의 차이를 둬으로써 이를 설명하고 있다.

제9절 대만

1. 임종장소

대만은 많은 임종환자들이 단지 인공호흡기를 통해 호흡만을 유지하므로, 대부분 집으로 퇴원한 후 가정에서 사망하는 것이 관례이다. Chiu의 연구에서는 대만사람들이 가장 선호하는 임종 장소는 지방인 경우 80%, 도시지역의 경우 70%가 가정이라고 응답했다. 임종을 위해 집으로 가는 것에 대한 이유는 대만사람의 대부분이 자신들의 가정이 가장 친숙한 장소이며(79.6) 대다수가 가족들에 둘러싸여 임종을 맞이하고 싶다고 언급하였다. 병원에 머물기를 원하는 경우는 더 나은 의학적 치료

를 기대해서가 아니라 가족들에게 추가적인 부담을 안겨주고 싶지 않은 것(100%)이 그 이유이다(Chiu and Ohi, 1995; Chiu, 1997¹³⁾).

2. 생의 말기 의사결정 양상

가족들은 항상 의료인들이 노인환자에게 암 진단과 경과에 관해 진실되게 고지하지 말 것을 요청한다. 이러한 상황은 노인들이 선택권을 행사하거나 치료에 관하여 여러 의사결정에 참여하는 것을 불가능하게 하게하며, 이는 의료(care)의 질에 영향을 미치게 된다.

일반인에 대한 Chiu의 1993년부터 1997년까지의 연구에 따르면 도시와 지방 거주민들의 대부분이 말기 질환을 앓고 있는 경우 생명을 연장하기(27%~30%) 보다 삶의 질을 향상시키는 것(72~75%)을 선택하겠다고 한다. 그러나 이들의 실질적인 의사결정은 동일인이 자신들의 부모나 자녀 등과 같은 가족구성원들의 치료 방식을 선택하는 상황에 직면했을 때, 유의한 차이를 보였다. 자신들이 표명하는 바와 가족이 그러한 상황에 직면했을 때 다른 행동 양상을 보이는 것은 자신들의 의사가 무시될 가능성이 있다. 따라서 AD와 같은 문서의 작성을 통해 자신의 의사를 밝히고, 이를 존중해줄 필요성이 있을 것이다.

3. 관련 법

Natural Death Act는 2000년 5월 26일에 승인되었다. 이 법의 목적은 회복가능성이 없는 말기 질환으로 고통받는 사람들의 생명의 존엄성을 회복하는데 있다. 이 법은 제정되기까지 6년이 소요되었다. 1994년 초에 많은 호스피스 옹호자들이 말기 환자들의 행복한 죽음(good death)을 위한 권리와 삶의 질에 관심을 가질 것을 촉구하였다. 법안이 통과되기 6년 동안 많은 견해들이 사회의 각 영역에서 제시되었다. 어떤 사람들은 안락사라고 부르기도 하였으며, 이러한 것들은 이 법안을 제정하는데 장애요인으로 작용하였다. 안락사는 환자의 생명을 단축시키고 환자와 가족의 고통을 경감시키는 의도가 있으므로 완화의료의 원칙과는 상충하는 것이다. 따라서 안락사는 대만에서 법적, 종교적, 윤리적, 문화적으로 허용되지 않았다.

많은 논쟁과 협상을 거쳐 최종적으로 Natural Death Act가 입법화되었다. 이 법

13) Chiu, T.Y. 1997a. "The Attitude toward Terminal Care in Taiwan." In Annual Report of the National Science Council, Taipei.

은 서구보다는 늦게 제정되었으나 아시아-태평양 국가중에서는 최초이다. 법적 보호 하에 환자는 평화롭게 사는 것이 가능해졌다. 이 법의 규정에 따라 의료전문가들은 호스피스와 삶의 질에 대한 표준을 높이 설정할 수 있게 되었으며, 불필요한 의료비 지출은 하지 않게 되었다.

이 법은 15개의 규정이 명시되어 있으며, 명확하게 말기 환자가 온전한, 또는 부분적으로 호스피스 완화의료를 선택할 권한, 자신의 의사를 표현할 수 없을 때 환자를 대신하여 의사를 표명할 사람의 지명 또는 의료의사결정대리인(durable power of attorney)을 작성할 권리가 있음을 명시하고 있다. 또한 이 법은 환자에게 서명한 문서를 철회할 권리도 부여하고 있다. 20세 이하의 환자는 법적 대리인을 두어야 한다. 사전의료지시서 요건으로는

첫째, 소생술을 원치 않는 자는 두 명의 의사에게 자신이 말기 질환으로 고통을 받고 있음을 인증받아야 하며, 이 중 한 명은 전문의여야 한다.

둘째, 자신의 의사를 표현하고 이를 문서화하여야 한다.

또한 대만의 사전의료지시서¹⁴⁾에는 다음과 같은 사항을 포함한다.

첫째, 환자의 성명, 주민번호, 주소

둘째, 환자의 의사와 자세한 내용

셋째, 환자의 서명 및 작성 날짜

넷째, 2명의 증인이 임회하여야 하며, 이들은 의료기관 소속이 아니어야 한다.

심폐소생술 포기에 대한 내용도 별도로 있다. 생전유언, 혹은 사전의료지시서에 대한 동의가 필요한데, 만일 가족이나 가장 가까운 친척이 동의하지 않을 경우 DNR 시행 전에 서면으로 의견을 제출하도록 되어있다.

The Bureau of Medical Affairs of the Department of Health는 동의 서식과 세부 절차를 마련하였다. 일부 호스피스를 장려하는 기구들은 법의 제정목적이 달성되도록 서명 및 생전유언을 미리 작성하여 준비하도록 장려하고 교육하고 있다.

실제적으로 사전의료지시서와 관련하여 Hu et al (2001)¹⁵⁾은 거의 모든 의학전

14) 현재 대만에서 실제로 사용하고 있는 사전의료지시서는 제5장 참고

15) Hu, W.Y., Chiu, T.Y.,

문가들이 말기 암환자를 다룸에 있어 심폐소생술을 보류할 때 서면화된 동의서(written informed consent)를 받음을 발견하였다. 그러나 과반수에 못 미치는 의사들(47%)이 환자와 가족으로부터 동의서를 받고 있었다. 심폐소생술을 보류한 53%의 사례에서는 가족 대리인 동의서(proxy family consent)만 받았다. 말기단계에서 선호하는 치료를 위한 사전의료지시서에 대한 한 연구에서는 대만 레지던트의 다수가 선호하는 치료를 계획하기 위해 사전의료지시서의 사용을 원하고 있었음을 보여주었다(90%). 그러나 선호하는 의사소통 방식은 서면화된 양식(21%)이 아니라 직접 구두로 하는 것(69%)이었다 (Chiu and Ohi, 1995).

2002년 11월 11일 초기 법률 시행 시 발생한 문제점을 극복하기 위해 Natural Death Act 규칙을 개정하였다. 환자가 동의서에 서명해도 생의 말기 치료에 직면해 온 의사보다 더 많은 복잡한 문제들이 발생하였다. 예를 들면, 말기 환자가 질병으로 인한 합병증을 더 많이 경험할 때, 스스로 행동하거나 자신의 의사를 표명하는 것이 불가능해지는 등 이러한 상황에서 가족들은 자주 혼란스러워하고 보통 병원응급실로 환자를 이송한다. 그러나 많은 경우 가족 구성원들은 환자의 동의서를 가져오지 않는다. 또한 이런 문제는 삶과 죽음에 관한 문제이기 때문에 환자의 동의(informed consent)가 없는 경우라면, 응급실 의사가 의학적 생명유지 장치들을 사용하여 응급의료를 시행하는 것이 통례이다. 한번 환자의 상태가 안정된 경우, 가족 구성원은 보통 심폐소생술을 중단해달라고 이전에 표현했던 것을 철회시키거나 심폐소생술은 단지 환자를 고통스럽게 하는 것으로 인식한다.

제10절 국외 현황 조사 결과

사전의료지시서의 표준적인 지침의 세부내용으로서, 정신과 치료, 불임, 낙태를 제외한다는 내용, 그리고 대리인으로 지정될 수 있는 대상에서 주치의 등이 제외된다는 것, 그리고 사전의료지시서의 증인에서 환자의 죽음으로 인하여 경제적 이익을 보는 사람은 제외한다는 등이 있는데, 맨 처음으로 사전의료지시서를 탄생시킨 미국이 이런 전반적인 틀의 제공에 기여했다고 볼 수 있다. 그런데 이후 세계적으로 입법과 학계의 논의되는 양상을 다음과 같이 정리할 수 있다.

첫째, 미국 정부는 현재 사전의료지시서의 활용도를 높이고, 막상 결정을 하여야 하는 순간에 사전의료지시서의 효력을 발동시키는 순간에 대한 의견 차이를 줄이는

방안이고 사전의료지시서의 이용도가 저조한 이유에 대해서도 관심을 갖고 높이기 위한 방안을 모색하고 있다. 이용도가 보고에 따라 6-30%로 맞지만, 이 문건을 둘러싸고 사전의료계획을 하게 함으로써, 생의 말기를 위한 환자와 가족과 의료진의 대화를 끌어내고 있다는 점은 낸다는 점이 긍정적인 효과로 평가되고 있다.

둘째, 어느 국가든지 사전의료지시에 대한 법을 제정하는 문제에 국내적인 이견이 상당히 존재하는데, 싱가포르의 경우 1996년에 법을 제정하기 위해 사회적 합의를 모색한 방식이 주목할 만하다. 상당히 다양한 종교가 혼재하지 때문이기도 하지만, 우리나라에서도 고려할 사항이기 때문이다. 24개 집단에서 파견된 대표들로 국가의료윤리위원회가 구성되었고 여기에서 이 문제를 논의했다고 한다. 우리나라의 경우에도 사회적 합의를 폭넓게 참여시켜서 논의할 필요가 있다. 강제력이나 효력에 대한 부분만이 아니라, 제도화의 수준에 대한 부분에 대해서도 사회적인 논의를 충분히 거쳐야 할 것이다.

셋째, 대만의 경우 2000년 자연사법을 만들어 2002년에 개정을 한 바 있는데, 대만의 경우에는 자연사법 내에 호스피스 완화의료와 의료의사결정 대리인 지정, 사전의료지시서, DNR 관련 내용을 포괄함으로써 말기 의료에 대한 포괄적인 법체계를 가지고 있다. 한국에서도 호스피스나 말기진료와 사전의료지시서에 대한 내용을 포괄적으로 담은 법체계를 모색해볼 만 하겠다.

넷째, 미국의 연방차원 자기결정권법 (PSDA, Patient Self Determination Act 1990)이나 영국의 의사결정능력 법 (Mental Capacity Act 2005)은 공히, 의료관련 의사결정을 중심으로 하고 있다. 즉, 의사결정능력을 판단하기 위한 기준, 그리고 의사결정능력이 없다고 판단했을 때의 대안으로서, 사전의료지시나 대리인 지정, 그리고 이 모든 것이 여의치 않을 경우 환자의 최선의 이익을 어떤 식으로 대별할 것인가를 규정하고 있다. 다만 영국의 법에서는 의사가 환자의 사전의료지시서를 무효로 볼 수 있는 권한을 인정하는 데 반해, 미국에서는 환자의 자기결정을 최우선으로 둔다는 점이 다르다.

사전의료지시서의 각 국의 현황을 파악한 결과를 도표화하면 다음과 같다.

항목 국가	관련 법	AD 공식적 서식의 존재 유무	AD 등록처 존재 여부
미국	유 (미 연방 차원의 PSDA 1990, Uniform Rights of the Terminally Ill Act 1989, Uniform Health-Care Decisions Act 1994가 있으나, 주별 자치 인정에 따른 차이 존재)	유	무
영국	Mental Capacity Act 2005	유 (비공식적, 구속력 없음)	무
오스트리아	Living Will Act	무 (구속력을 갖는 조건만 제시)	유
프랑스	Law 2005-307 relative to the rights if the ill and the end of life	무	무
독일	무	유 (비공식적, 구속력 없음)	무
덴마크	Law on Patients' Legal Status	파악 안됨	유
호주	일부 유 (Victoria State, South Australia State, Queensland State, Australian Capital Territory, Northern Territory)	유 (각 주마다 구속력 있는 서식 다름)	파악 안됨
일본	무 (연명치료중단 가이드라인 존재)	무	무
싱가폴	Advance Medical Directives Act 1996	파악 안됨	유
대만	The Natural Death Act	유	파악 안됨
한국	무	유	무

〈표 1〉 각국의 사전의료지시서 현황

제4장 사전의료지시서의 국내 현황 조사

제1절 개관

고려 말, 주자가례가 도입되어 생활양식의 유교화가 본격적으로 진행된 조선시대에 있어서의 이상적인 죽음은 생에 많은 부와 덕을 쌓고 남자 자손을 많이 두며, 천수를 다하고 자신의 집에서 식구들이 지켜보는 가운데 임종을 맞이하는 것이었다. 죽은 후 자신이 쌓은 부와 덕이 묘지 규모와 성대한 장례와 제사라는 형태로 나타나기를 생전에 미리 확인하고, 가능한 장수하여 병고로 고생하지 않으며, 편안하게 죽는 것이 당시의 이상적인 죽음이었다.

그러나 1960년대 이후의 급속한 산업화와 도시화에 의한 경제·생활 환경 및 가치관의 변화에 따라 종래와는 크게 다른 변화들이 생겨났다. 또한 의료와 과학 기술의 진보, 교통 수단의 발달로 인한 활발한 무역 활동과 함께 외래 문화의 대거 유입함으로써 죽음에 대한 관념 또한 예전과는 다른 새로운 개념으로 여겨지고 있다.

여전히 전통적인 개념에서 비롯되는 죽음을 맞이하는 태도, 임종 절차, 예를 들어 장례식, 제사 등에 있어서는 대를 이어 전해져 내려 오는 관습이 상당 부분 남아 있지만 이 또한 사회 문화의 변화에 따라 간소화와 편리화라는 변화를 겪고 있는 상황이다.

의학의 눈부신 발전 뿐만 아니라, 산업화, 도시화, 핵가족화가 진행되어 오면서 죽음에 이르는 과정이 자연스럽게 죽어가기 어렵게 되었으며, 환자에게 친숙한 환경, 곧 가정에서 가족들과 슬픔과 아픔을 공유하며 죽어가는 것이 아니라 병원에서 죽음을 맞이하는 경우가 대부분인 실정이다. 임종 장소의 이동과 더불어 장의사의 출현으로 죽음의 상업화, 핵가족화로 인해 병원에 입원하는 경우 가족이 아닌 간병인이 고용되는 등 많은 변화를 가져왔다.

이렇게 오늘날 많은 사람들이 가정이 아닌 병원에서 외롭게 투병 생활을 하며, 의료 기계에 의존하여 가족과의 면회도 제한된 채 고독한 죽음을 맞이하는 경우가 빈번하게 되었으며, 치료로 인해 질환으로 인한 고통이 더욱 가중되는 경우 또한 발생하게 되자, 사물화되어 있는 죽음을 받아들이는 것이 아니라 정서적으로 자연스러운 죽음을 맞이하고자 하는 경향이 사회 내에서 대두하게 된다.

먼저, 보라매병원 사건¹⁶⁾을 들 수 있다. 소생가능성이 없는 환자에 대하여 퇴원 조치하고, 생명유지장치의 제거 등 연명치료를 중단하여 가정에서 죽음을 맞이하게 하는 것은 전통적인 죽음 문화 속에서 이어져서 의료계에서 암묵적으로 행해져오던 관행이었다. 그러나 위 사건으로 행해져오던 관행이 법적으로 문제가 되어버렸으며, 의료계에서는 이를 금기시 여기는 등 방어 진료하는 경향을 띄게 되었으며, 그에 따라 임종 장소의 이동은 더욱 가속화되었다.

이 사건을 계기로 ‘연명치료중단’ 혹은 ‘안락사’ 문제가 사회적으로 이슈화되었으며, 2003년 10월 용산 사건, 2006년 6월 서울대 병원 사건, 2007년 8월 담양군 사건 등¹⁷⁾ 끊이지 않고 지속적으로 치료중단 관련 사례들은 있어왔으나, 법 제정이거나 정책을 형성하는 결과로는 영향을 미치지 못한 채 그에 대한 논쟁만 계속되어왔다.

최근 소위 세브란스 병원 사건¹⁸⁾으로 연명치료 중단에 관한 대법원 판결이 내려졌는데, 주요 물음으로 연명치료의 중단이 법적으로 허용가능한 것인가, 허용된다면 그 근거는 무엇인가, 허용하기 위해서 어떤 요건들이 갖추어져야 할 것인가 등이 지금까지 있어온 논의들의 핵심 주제들이 이슈화된 계기가 되었다. 이에 대하여 1심 법원인 서울서부지방법원 제12민사부는 환자의 추정적 의사를 인정할 수 있다고 판단하여 환자의 인공호흡기를 제거하라는 판결을 내렸으며¹⁹⁾, 2심 법원인 서울고등법원은 원고 승소 판결한 1심과 마찬가지로 “병원은 김씨에게 부착한 인공호흡기

16) 1997년 12월 넘어지면서 뇌를 다친 58세의 김모씨는 서울시립보라매병원에서 응급 뇌수술을 받고 인공호흡기에 의존하여 의식을 회복하고 있었다. 그러나 김씨의 부인 이모씨(54세)는 의료비 감당이 어렵고, 치료를 계속해도 회생 가능성이 희박하는 의사 진단에 따라 환자의 퇴원을 요구하였다. 의료진은 “퇴원하면 바로 사망할 것이다”라고 말렸지만 이씨의 요청을 꺾지 못하였다. 의료진은 사망하더라도 법적으로 이의를 제기하지 않겠다는 서약서를 받은 뒤 입원한 지 이틀 만에 김씨를 퇴원시켰다. 당시 수련의는 구급차로 김씨를 집으로 옮긴 뒤 인공호흡장치를 제거하였고 김씨는 5분 뒤 숨졌다. 검찰은 1998년 1월 부인 이씨에 대해 살인죄를, 담당의사 등에 대해서는 살인방조죄를 적용하여 불구속 기소한 바 있다. 7년 간 공방을 거친 끝에 2004년 8월 대법원은 “담당의사들이 피해자를 퇴원시키면 보호자가 보호의무를 저버려 피해자를 사망케 할 수 있다는 미피적 인식은 있었고, 피해자를 집으로 후송하고 호흡보조장치를 제거하는 등 살인행위를 도운 점이 인정되므로 살인방조범으로 본 원심은 타당하다”고 판결해 2심 결과를 확정하였다.

17) 강현희 외, 연명치료 중단 관련 법정책 방향, 한국의료법학회지 16(1): 53-76; 2008

18) 2008년 2월 18일 만 75세 여성 김모씨는 폐암 발병 여부를 확인하기 위해 세브란스 병원을 찾아 기관지 내시경을 이용하여 폐중앙 조직검사를 받던 중 과다 출혈 등으로 심정지가 발생하였으며, 식물인간상태가 되었다. 의료진은 회복가능성을 5% 미만으로 판단하고 있었다. 원고의 생전 사고방식과 연행 등에 비추어 연명치료를 거부할 의사를 가질 것이라 추정한 가족은 대리인의 자격으로 병원을 상대로 연명치료중단을 요구하는 청구를 하였다. 이에

19) 서울서부지법 2008.11.28 2008가합6977 판결

를 제거하라”는 판결을 내렸다. 특히 서울고등법원은 인간의 존엄과 가치에 근거한 자기결정권에 의하여 연명치료의 중단이 가능한 경우는 있을 수 있는 데, 연명치료중단할 수 있는 요건으로 다음을 제시하였다.

첫째, 환자가 희생가능성이 없는 비가역적인 사망과정에 진입하여 있어야 한다.

둘째, 환자의 진지하고 합리적인 치료중단의 의사가 있어야 한다.

셋째, 중단을 구하는 치료행위의 내용은 환자의 연명 즉 사망 과정의 연장으로서 현상태의 유지에 관한 것에 한정되고, 환자의 고통을 완화하기 위한 치료나 일상적인 진료는 중단할 수 없다.

넷째, 치료중단은 반드시 의사에 의하여 시행되어야 한다는 점을 실시하였다.²⁰⁾

상고심인 대법원 또한 이 사건의 경우 연명치료 중단의 요건으로서 환자가 회복 불가능한 사망의 단계에 진입하였고, 연명치료 중단을 구하는 환자의 의사를 추정할 수 있다고 하여, 병원의 상고를 기각하였다.²¹⁾

세브란스병원 대법원 판결 이후, 무의미한 연명치료의 중단에 대한 원칙을 마련하고자 하는 논의들이 학계와 의료계, 언론을 통해 열기를 더하고 있다. “사회적 합의에 근거한 무의미한 연명치료 중단 원칙”이라고 한국보건의료연구원에서 지난 9월말 발표한 내용에 따르면, 단순히 임종과정만을 연장하는 무의미한 연명치료는 중단될 수 있다고 하였다. 뇌사판정에도 불구하고 연명치료가 계속되고 있는 환자가 연명치료를 받는 전체 환자의 5%에 해당하는데 연명치료 중단에 대한 관련법규의 정비が必要하다고 하고 있다. 지속적 식물상태의 경우 연명치료를 받는 전체 환자의 18.4%에 해당한다고 하는데 다양한 의학적 상황을 내포하고 있어서 일률적인 규정으로 인정 혹은 금지를 명시할 경우 혼란을 야기할 우려가 있다고 하고 있다. 설문조사결과도 발표했는데 의료인 (의사, 간호사 503명 대상)의 68%에서, 일반인(996명)의 57%가 특수 연명치료에 의존한 지속적 식물상태의 경우를 포함할 것인가에 대해 포함되어야 한다고 답하였다.

또한 절차에 대해서는, 2명 이상의 의사의 의학적 판단과 환자의 자기결정권이 존중된 의사결정이 중요한 근간이나 의사결정과정에서 의견이 일치하지 않는 경우, 병원윤리위원회가 조정역할을 한다고 발표했다. 사전의료지시서에 해당하는 문서에 대한 공증을 의무화하는 데에는 반대하고 있다. 그리고 의사결정능력이 현재 없는 환자에게서 추정적 의사 혹은 대리결정의 인정은 환자의 입장에서 의료진과 가족이 함께 결정하자는 의견과 병원윤리위원회 혹은 법원의 판단을 받아야 한다는 의견

20) 서울고등법원 2009.2.10 2008나116869 판결문

21) 대법원 2009.5.21 2009다17417 판결문

제안 및 한국의 문화적 특성을 고려한 최종결정이 이루어져야 한다고 하였다. 조사 결과 의료인의 75%, 일반인의 81%가 인정해야 한다는 의견을 표했다고 한다.²²⁾

이 사건을 통해 그 간의 있어온 논의의 결실로 여겨질 수 있을 것이라는 평가가 있는 반면, 생명의 절대적 의미와 가치를 훼손시킬 수 있는 위험성을 함께 지니고 있다고 평가되기도 하였다.²³⁾

이와 같은 맥락속에서 무의미한 연명치료를 진행하기 보다는 이를 수용 및 거부하고자 하는 환자들로 하여금 그들의 자율성을 존중해주기 위한 방안으로 사전의료지시서라는 절차적인 수단을 고안하게 되었으며, 현재 이를 인정하고자 하는 사회적 분위기가 형성되어 있다.

제2절 각 주체별 관점

환자에게 이익이 되고자 하는 것이 모든 치료활동의 근거이다. 일정한 치료활동이 환자에게 의학적으로 어떤 이익이 있는가는 의사나 전문가가 판단할 몫이다. 그러나 동일한 치료활동이라 하더라도 개별 환자에 따라서는, 여러 가지 이유로, 이익의 정도를 다르게 판단할 수 있다. 자신의 가치관에 달린 문제요, 당시 상황에 대한 판단에 달린 문제이다. 환자에게 당장 할 치료활동에 대한 환자 자신의 가치매김을 물을 수 없는 경우가 속속 문제가 된다. 특별히 삶의 마지막에 어떤 치료를 받을 것인가 여부를 결정하는 것은 지극히 어려운 문제가 될 수 있다. 그리고 대개 이런 상황에서 어떤 치료를 받을 것인가에 대한 논의는 심각한 장애나 질병이 발생하거나 기존의 장애나 질병이 아주 심각한 지경에 이르기 전에 의논하는 경우는 또한 드물다. 죽음을 앞둔 시점에 닥쳐서 어떻게 할 것인지 결정하는 일이 환자 자신은 물론, 가족이나 의사에게 어려운 일이기 때문에 사전에 논의를 하여 계획을 세우거나, 미리 어떤 연명치료를 받거나 거부하겠다는 의사를 표현해 두는 것은 무의미한 치료를 계속하지 않게 하고, 가족과 의료진이 우왕좌왕 할 가능성을 줄여줄 여지가 있다.

다시 말하자면, 환자의 자율성과 개인의 선택은 말기진료 의사결정의 중요한 핵

22) 말기환자의 무의미한 연명치료중단원칙 발표문은 부록 참조

23) 김학태. 무의미한 생명연장치료 중단에 관한 법 윤리적 고찰. 외법논집 33(1); 2-3: 2009

심 가치이다. 의료의사결정과정에서 환자와 가족의 의견을 중심에 놓고, 환자의 선택을 존중하는 것이 환자중심진료의 목표이기도 하다. 환자의 자율성이라는 원칙은, 실제 임상에서, 환자의 인포드 컨센트(Informed Consent)권리를 보호하고 능력을 북돋우는 활동으로 이어져야 한다. 환자의 목적과 가치에 부합하는 의료를 제공하기 위해서 의료의 과정이 진행되어야 하며, 과정 속에서 환자의 심리사회적인 관심과 영적인 관심과 이익을 고려하여야 한다.

말기진료 상황에서 의사결정에 관련되는 갈등이 있을 수 있다는 점이 임상과 정책, 교육의 수준에서 고려되어야 한다. 특별히 중요한 것은, 환자 및 가족과 의사의 의사소통이다. 정보의 내용 뿐 아니라 전달되는 방식과 지속성이 사전진료계획의 전 과정에서 중요하다. 윤리가 법리로 굳어진, 인포드 컨센트 독트린은 미국 법정에서도 1950년대 후반부터 이어져 굳어진 의료에 대한 법적 판단의 원리의 하나이다.

또한, 독일의 나치에 동조한 의사들을 재판하고 난 결과물로 1947년에 나온, 뉘른베르크 윤리강령의 제일 원칙이기도 하다. 임상진료에서나 임상연구에서나, 환자의 개별적 결정을 최우선에 두려는 움직임이 환자의 자기결정권 논의로 이어졌고 현대 의료윤리의 최고 원리가 되어있다. 그러나 이 원리는, 하나의 지렛대 원리여야 한다. 여기에 더해 환자의 이익을 헤아리려는 노력은 의사와 사회와 정부의 몫이다.

환자의 진정한 이익은 의사-환자 관계의 윤리와 의사-환자의 의사소통의 핵심이어야 한다. 법적 윤리적 비난을 면하기 위해서 무의미하다고 생각하는 진료를 계속하는 일은 없어야 한다. 또한 현재 환자들과 미래 환자들의 이익을 위해서 특별히 인생의 말기에서의 진정한 이익이 무엇인지를 헤아리는 것은 말기진료에 관한 의료정책의 핵심 가치여야 한다.

공공정책은 결국 공적 자원의 효율적인 활용이라는 가치에 크게 기댈 수밖에 없다. 편익의 차이가 그다지 크게 올라가지 않는, 고가의 의료기술이나 혹은 다수에게 꽤 큰 이익을 줄 술식이나 서비스에 투입할 것인가는 의학적 사회적 정치적 판단과 논의가 따라야 할 일이다. 의료법이나 응급의료에 관한 법률에서 응급환자에 대한 진료를 중단하지 말 것을 요구하는 것은 법적으로 보거나 윤리적으로 보거나 타당하지만, 이 때문에 치료의 무의미성 여부를 따지지 않게 한다면 취지에 어긋난다.

그리고 대한의사협회의 윤리지침에 무의미한 치료의 중단에 관한 내용이 있지만, 법적으로 뒷받침하여야 할 부분도 고려해볼 일이다. 인생 최후의 삶의 기간 동안에,

통증과 고통을 가능한 한 피하고 깨끗한 몸으로, 외롭지 않게, 가능한 준비된 마음으로, 편안하게 맞고 싶다는 것이 윤리적 이상이다. 이 이상을 개인은 개인대로 삶을 계획하면서 고려하여야 하고, 의료계는 의료계대로 의료정책과 관련법을 살펴야 하며, 사회는 사회대로 논의의 장을 만들어 이 이상과 현실의 격차를 줄이기 위한, 토론과 설득과 합의를 통한 건실한 여론을 형성하여야 한다.

이와 같이 사전의료지시의 문제가 죽음 및 의료와 같은 복잡한 문제들이 얹혀있는 만큼 그와 관련된 각 주체들의 견해에 대해서 자세히 알아볼 필요가 있다. 사전 의사결정과정의 핵심 주체인 소비자(환자)와 의료진의 관점에 대하여 국내에서 이루어진 인식도 조사들을 고찰하여 사전의료지시 사안에 대해 어떤 견해를 가지고 있는 지에 대해 알아보았고, 정부의 입장은 공개적으로 논의되었던 내용들을 참고로하여 추론하여 본다.

1. 소비자(환자)

김순이 외(2001) 연구²⁴⁾에서 조사한 바, 일반 국민 170명 중 83.5%가 사전의료지시서에 대해서 알지 못하였으나, 사전의료지시서에 대한 정보를 제공한 후 사전의료지시서에 대한 선호도를 조사하였다. 그 결과, 60%가 찬성의 입장을 보였다.

윤영호 외(2004)²⁵⁾조사한 연구에서 의식을 잃고 스스로 치료를 선택할 수 없는 경우를 대비하여 환자 본인에게 행하여질 치료에 대해 본인의 의견을 미리 서면으로 작성하여 치료 결정에 반영하도록 하는 것에 대해 일반 국민 1,055명 중 81%가 필요하다고 대답하였다.

이윤성 외(2009)연구²⁶⁾에 의하면, 일반 국민 1,012명 중 약 80%이상이 유서 작성이 필요하다고 답하였으며, 본인이 말기환자라는 진단을 받고 입원했다고 가정하에 연명치료를 받을 것인지 여부를 미리 문서로 작성하는 것이 필요한가에 대한 물음에 68%가 필요하다고 응답함으로써 말기환자의 상황인 경우 문서 작성이 필요하다는 인식이 저변에 깔려있음을 알 수 있다. 또한 이 중 37.3%는 매우 필요하다고 대답하였으며, 응답자 중 교육 수준과 소득 수준이 높을수록 문서 작성이 필요

24) 김순이 외. 성인의 Advance Directives에 대한 태도 연구. 의료윤리교육 6: 231-244, 2001

25) 윤영호 외. 호스피스 병동에서 시행되는 말기 암 환자의 DNR 동의. 한국호스피스-완화의료학회지 7(1): 17-28, 2004

26) 이윤성, 김장한, 이인영, 유성호, 연명치료 중단에 대한 국민의식 실태 조사 및 법제화 방안 연구, 서울대학교 산학협력단·건강증진사업지원단, 2009

하다고 인식하였다. 만일 병원의 의료진이 연명치료를 받을 것인지 여부를 미리 문서로 작성할 것을 권유한다면 이에 응할 것인가에 대한 물음에 65.1%가 의료진이 권한다면 응하겠다고 답하였으며, 이 물음에서도 대학 재학 이상 학력의 응답자의 경우 의료진이 권유하면 작성에 응하겠다고 대답한 비율이 71.4%로 나타나 교육수준이 높을수록 문서 작성이 필요하다고 인식하고 있음을 재확인하였다.

뿐만 아니라 말기환자의 의사 또는 말기환자의 가족 의견에 의한 약물 처방에 대한 요청과 시행에 대해서는 부정적인 인식을 가지고 있었다. 통상적으로 말하는 소극적 의미의 연명치료 중단에 대해서는 수용적인 태도를 가진 반면 적극적인 형태의 약물 처방에 대해서는 그 시행에 대해 반대하는 태도를 보였다.

최근 법제화하려는 움직임과 관련하여 일반 국민은 연명치료 중단 요청과 시행을 허용하는 법률을 제정하는 것에 대해서 상당수 허용하는 태도를 가지고 있었다. 인공호흡기 제거를 허용하는 법률 제정, 심폐소생술 거부 요청서를 허용하는 법률 제정의 경우, 각각 89.4%, 81.5%로 수용적인 태도를 보였다.

그러나 심병용 외(2004) 연구²⁷⁾에서 언급한 바, 호스피스 병동의 말기암 환자의 심폐소생술 거부 요청서 연구에서는 실제 동의서에 서명한 사람으로 환자는 없었으며, 모두 가족이었다.

오도연 외(2006) 연구²⁸⁾에서도 보라매병원에서 사망한 말기 암 환자 165명을 대상으로 조사한 결과 143명의 환자에게서 DNR 동의서를 받았으나, 본인이 작성한 사례는 1건이었으며, 나머지 142건은 대부분 가족이 작성하였다고 보고하였다.

이와 같이 사전의료지시에 대한 인식도 조사에서 긍정적인 반응을 보였음에도 불구하고, 실제 임상 현장에서는 환자 스스로 의사결정을 내리기 보다는 의사결정과정에 참여도 하지 않는 실정이다. 한국에서는 아직 현실과 이상이 큰 차이를 보이고 있으며, 이를 좁히기 위한 정책 및 문화 형성이 바람직할 것이다.²⁹⁾

2. 의료인

27) 심병용 외. 호스피스 병동에서 시행되는 말기암 환자의 DNR 동의. 한국호스피스-오나화의료학지. 7(2): 232-237, 2004

28) Oh DY et al. CPR or DNR? End-of-life decision in Korean cancer patients: a single center's experience. Support Care Cancer. 14(2): 103-108, 2006

29) 참고. 허대석. 무의미한 연명치료 중단의 사회적 합의방안. 국립암센터 심포지엄 자료집. 2009

신영태 외(2008)의 연구³⁰⁾에서 전공의와 수련의를 대상으로 한 인식도 조사에서는 전공의와 수련의 260명 중 89%가 사전의사결정이 윤리적으로 정당하다고 답하였으며, 88.2%가 사전의사결정에 관한 법 제정이 필요하다고 하였으며, 85.4%가 사전의사결정을 합법화하는 경우 시행하겠다고 응답하였으며, 김소윤 외(2009)의 연구³¹⁾에서 중환자 전담의 100명 중 87.4%가 사전의료지시서가 필요하다고 응답하였다.

이윤성 외(2009) 연구에서는 연명치료 중단에 대한 법률 제정에 대하여 전문의 202명 중 81.1%가 찬성하였으며, 연령층이 젊을수록 법률 제정에 찬성하는 것으로 나타났다. 환자가 사전의료지시서를 작성하여 자연스러운 죽음을 원한다는 의사를 표시한 것이 있고, 가족이 퇴원을 요구하는 경우, 85.6%가 퇴원에 찬성하였다. 그와 대조적으로 환자의 생전 의사를 서면 상으로 하지 않고, 평소 가족들에게 구두로 요청하였다고 하면서 의사 추정이 명백하지 않은 가운데, 가족이 퇴원을 요구하는 경우 51%가 퇴원 요구를 인정할 수 없다고 응답하였다.

의료계는 대체적으로 사전의료지시서 등과 같은 효력을 가지는 문서를 인정하는 법률에 대하여 필요하다고 인식하며, 이는 연명치료중단과정에서 환자 가족의 반대가 있거나 사회적으로 문제가 발생할 수 있는 곤란한 상황 등을 회피하고자 하는 것으로 추론해 볼 수 있다. 이러한 의료진의 방어적인 의료 행태는 결국 명확한 기준이 없는 한 연명치료중단을 기피하는 현상으로 나타날 수 밖에 없다. 따라서 연명치료 중단에 대한 입법화를 통하여 명확한 기준을 정한다면 이로 인해 발생할 수 있는 문제들을 많은 부분 해소 할 수 있을 것이다.

3. 정부³²⁾³³⁾

정부 측에서 연명치료 중단과 관련하여 파악하고 있는 우리나라의 현황은 적극적 안락사에 대하여는 반대의 입장이 강력하여 사회적으로 문제시 되는 부분은 주로 소극적 안락사에 집중되어 있다.

소극적 안락사 및 연명치료 중단에 대한 사회적 논란이 첨예한 상황이기는 하나,

30) 신영태 외. 사전의사결정에 대한 사법연수원생들과 전공의와 수련의들의 인식도 조사. 한국의료윤리교육학회지 11(1): 23-36, 2008

31) 김소윤 외. 연명치료중단과 유보 결정에 대한 한국 중환자 전담의사 인식과 실행. 한국의료윤리학회지 12(1): 15-28, 2009

32) 이상영. 토론문. 안락사와 존엄사 토론회 자료집. 2008

33) 김강립. 토론문. 한국의료윤리교육학회 추계학술대회 자료집. 2008

정부의 입장은 회복이 불가능함에도 연명치료를 지속하는 것이 환자 본인이나 환자 보호자에게 정신적·육체적·경제적 고통에 대한 부담을 가중시킬 수 있으며, 소극적 안락사에 대하여 많은 선진 국가들이 허용하고 있고, 우리 사회에서도 연명치료 중단 허용에 대하여 공감대가 확산되고 있는 점 등을 감안하면 이에 대한 사회적 합의가 전제될 경우, 적극적으로 검토할 필요가 있다고 논하였다.

연명치료 중단의 요건과 관련하여 정부가 검토한 바, 회복 불가능성 및 치료의 의학적 무용성에 대하여서는 임종을 준비하고 있는 환자가 기적적으로 소생하는 예외적인 경우가 종종 발생하는 현실 등을 감안하여 객관적인 기준을 확보하기 위해 노력하여야 할 것이며, 환자의 주치의가 환자의 상태를 객관적으로 잘 알 수 있겠지만 회복불가능 환자에 대한 오진 가능성을 감안하여 제3의 의료기관이나 병원윤리위원회 등 타 기구의 감정 절차의 필요성을 제기하였다.

환자의 동의에 대하여서는 우선, 환자의 자율적인 의사결정이 가능하도록 충분한 사전 설명이 필요하고, 그러한 사전 설명에 기초하여 자율적인 의사결정이 이루어져야 할 것이며, 이를 위해서는 의사의 설명 내용을 충실하게 하기 위하여 의사의 설명의무의 대상과 범위 등에 관하여 명문화할 필요가 있을 것이라고 주장하였다. 또한, 의사결정의 자율성을 보장하기 위하여 외국의 입법례와 같이 구두보다는 사전의료지시서와 같은 형태의 문서화하여 연명치료중단을 판단하는 첨부 문서화하는 등 강제하는 방안을 법제화하는 것이 바람직할 것이라 언급하였다.

정부는 위와 같은 내용들을 기초로 연명치료중단에 대한 입법화 가능성을 검토하고 있으며, 관련 연구 용역을 시행중이라 밝혔다. 존엄사 및 연명치료 중단의 문제는 의료적·법률적 문제 외에 고도의 생명윤리적 문제를 내포하고 있으며, 사회적 논란이 첨예한 점을 감안하여 사회적 합의를 통해 여건이 조성될 때 법제화 등을 추진할 필요가 있다고 논하였다.

이처럼 정부는 연명치료 중단에 대한 사회적 논란이 있음을 인지하고, 그에 대한 분석 및 법제화 가능성 등을 검토 중에 있는 등 관련 활동을 해나가고 있는 중이며, 환경적인 여건이 조성되어 사회적 합의가 이루어진다면 법제화해나가는 것에 대하여 긍정적인 입장을 표명하였다.

제3절 사전의료지시서³⁴⁾

현재 국내에서 활용되고 있는 사전의료지시서는 관련 법규가 부재함으로 인해 법적 강제력을 지니지는 않는다. 또한 흔히 활용되는 경우는 입원 중인 환자에 대해 의사의 의학적 판단에 더해서, 환자의 동의를 얻는 경우로, 심폐소생술을 하지 않겠다는 심폐소생술 거부 요청서(DNR, Do Not Resuscitate)와 중환자실 입실 동의서(ICU, Intensive Care Unit)가 대표적인 예이다. 의사결정능력이 없을 때를 대비해서 환자의 동의를 구해놓는, 이른바 예비적 인포드 컨센트의 시행이라고 할 수 있다.

34) 현재 한국에서 실제로 사용하고 있는 대표적인 사전의료지시서는 제5장 참고

제5장 국내외 사전의료지시서 양식 조사 및 분석

제1절 미국

1. 텍사스주

가. 사전의료지시서

사전의료지시서

본인 _____은, 최선의 진료를 위해서 우선적으로, 주치의와 신뢰를 바탕으로 한 의사소통이 절실하다는 것을 인정한다. 나에게 이해능력이 있고 내 바람을 표현할 수 있는 한, 주치의는 나와 진료관련 의사결정을 함께 내리고 있다. 질병이나 손상으로 내가 받는 치료에 대한 결정을 내가 직접 내릴 수 없는 상황이 되면, 다음에 적은 나의 치료선택이 존중되길 바란다:

주치의사가 판단하기에, 현재 표준이 되는 임상기준으로 볼 때 내가 가용한 연명치료를 받더라도 6개월 이내에 사망하게 될, 말기상태에 처하게 되었을 때:

_____ 나에게 통증을 줄여주기 위한 조치를 제외한 모든 치료를 중단하거나 보류하고, 주치의는 가능한 한 나를 편안히 보내주길 요청한다; 또는

_____ 나에게 가능한 연명치료를 받으면서 말기상태에 그대로 생명을 유지하게 해줄 것을 요청한다. (이 선택은 호스피스 케어에는 적용되지 않는다.)

주치의가 판단하기에, 내 스스로 케어하거나 나 자신을 위한 의사결정을 스스로 내릴 수 가 없는 비가역적 상태로 고통받고 있을 때, 현재 표준이 되는 임상기준이 되는 연명치료를 받지 않으면 사망할 것으로 예상될 때:

_____나에게 통증을 줄여주기 위한 조치를 제외한 모든 치료를 중단하거나 보류하고, 주치의는 가능한 한 나를 편안히 보내주길 요청한다; 또는

_____ 나에게 가능한 연명치료를 받으면서 비가역적인 상태 그대로 생명을 유지하게 해줄 것을 요청한다. (이 선택은 호스피스 케어에는 적용되지 않는다.)

추가적인 요청: (당신의 주치의와 논의한 후에, 당신은 인공영양이나 수액공급 그리고 정맥으로 항생제 투여 등과 같은 치료 중에서 어떤 것을 원하고 어떤 것을 원하지 않는지, 아래 빈 칸에 목록을 적어 둘 수 있다. 원하는 치료와 원치 않는 치료를 구체적으로 명시하여야 한다.)

이 지시서에 서명한 다음, 나의 대리인이나 내가 호스피스 케어를 선택한다면, 오로지 나를 편안하게 해 줄 수 있는 치료들만을 내가 원한다는 사실과, 가능한 다른 연명치료는 받지 않겠다는 사실을 이해하고 동의한 것이다.

나에게 의료의사결정 대리인이 없다면, 그리고 내가 나 자신의 바람을 알릴 수 없게 되면, 나는 나의 개인적 가치관을 고려해서, 주치의와 치료의사결정을 내려줄 사람이 되도록 다음 사람들을 지정한다:

1. _____
2. _____

(의료의사결정 대리인이 지정되어서 이미 이름이 적혀있으면 이 문서에는 추가적인 이름을 나열하지 않아야 한다.)

위에 적은 사람들이 여의치 않으면, 또는 내가 대변인을 지정해두지 않았으면, 텍사스 주법에 명시된 기준에 따라서 대리인이 지정된다는 것을 이해하고 있다. 주치의가 판단하건대, 내가, 현재 표준이 되는 임상기준이 되는 연명치료를 받지 않더라도, 수 분 혹은 수 시간 내에 사망할 것으로 예상한다면, 내 편안함을

유지하기 위해서 필요한 조치를 제외하고 다른 모든 치료를 보류 또는 중단해도 된다는 것을 인정한다. 내가 임신 중일 경우 이 지시가 주법에 따라 법적 효력을 지니지 않음을 이해한다. 이 지시서는 내가 철회할 때까지 효력을 유지한다. 다른 사람은 누구도 철회할 수 없다.

서명_____ 날짜_____ 시, 카운티, 주_____

의사결정능력이 있는 성인 두 명이 아래에 서명을 함으로써 지시서를 만든 사람의 서명을 인정하여야 한다. 증인으로 지정된 사람은 환자를 위해 의사결정을 하는 사람이 될 수가 없으며, 혈연이나 결혼으로 환자와 관계가 없어야 한다. 이 증인은 재산의 일부를 상속받을 권한이 없어야 하며, 환자의 재산에 대해 상속권을 주장할 수 없다. 증인은 외래 주치의 또는 외래 주치의의 피고용인이 아니어야 한다. 이 증인이 환자가 진료를 받은 의료기관의 피고용인일 경우에는 환자에게 직접적인 진료에 참여하지 않아야 한다. 또한 증인은 환자가 직접적인 진료를 받는 의료기관이나, 해당 의료기관의 모 의료기관에 소속된, officer, director, partner, or business office employee가 아니어야 한다.

증인 1 _____ 증인 2 _____

용어정의:

"인공영양과 인공수액"이란, 정맥, 또는 피하조직으로 피부아래를 통해서, 또는 위장관에 삽입된 관을 통한 영양과 수액의 공급을 의미한다.

"비가역적 상태"란 다음에 해당하는 상태와 손상과 질병을 의미한다:

(1) 진료를 받을 수는 있지만 결코 치유되거나 제거되지 못하는;

(2) 환자로 하여금 스스로를 돌보거나 자신을 위한 의사결정을 내릴 수 없는 상태를 야기하는;

(3) 그리하여, 현재 표준이 되는 임상기준에 맞는 연명치료를 받지 않으면 치명적인.

설명: 암이나 주요 장기 (신장, 심장, 간, 폐)의 기능부전, 그리고 알츠하이머 치매와 같이 심각한 뇌의 질환 등은 초기부터 비가역적이라고 생각할 수 있다. 완치는 안되지만, 환자가 연명치료를 받으면 오랜 기간 살아있을 수 있기 때문이다. 동일한 질환이 일정시간 경과하면, 환자가 치료를 받아도 사망할 것으로 예상되면 말기상태가 된다. 특정한 결과를 얻기 위한 과정에서 당신이 기꺼이 수용하려고 할 수 있는 부담이 어떤 것인지 고려해보기를 원할 수 있다. 이런 부분은 의사와 가족, 그리고 당신의 인생에서 중요한 다른 사람들과 의논하기 원할, 아주 개인적인 결정에 해당한다.

"연명치료"란, 합당한 의료적 판단을 기초로해서, 하지 않을 경우 환자가 사망할 것이라고 보일 때, 환자의 생명을 연장하기 위한 치료들이다. 연명투약이나 인공적 생명유지를 다 포함하는 것으로 쓰인다. 기계호흡장치와 신투석치료, 인공수액과 영양을 포함한다. 통증관리투약이나, 통증완화를 위해 필요한 진료는 포함되지 않는다.

"말기상태"란, 현재 표준이 되는 임상기준에 맞는 연명치료를 받더라도, 6개월 이내에 사망할 것으로, 의학적으로 합당하게 판단이 되는 치유불가능한 상태에서 손상이나 질병이 야기한 상태를 말한다.

설명: 많은 중병들이 질병의 초기부터 비가역적 상태라고 생각될 수 있다. 그러나 질병이 어느 정도 진전이 되기 전에는 말기라고 생각되지 않는다. 말기질환과 그것의 치료에 대해 생각할 때, 치료의 상대적인 이익과 부담에 대해 다시 생각해보기 원할 수 있고, 당신의 바램을 의사와 가족 혹은 중요한 사람들과 의논하기 원할 수 있다.

법규 출처: Acts 1989, 71st Leg., ch. 678, Sec. 1, eff. Sept. 1, 1989. Amended by Acts 1991, 72nd Leg., ch. 14, Sec. 209, eff. Sept. 1, 1991; Acts 1997, 75th Leg., ch. 291, Sec. 2, eff. Jan. 1, 1998. Renumbered from Sec. 672.004 and amended by Acts 1999, 76th Leg., ch. 450, Sec. 1.03, eff. Sept. 1, 1999.

2. 오레건 주

가. 사전의료지시서

내가 생각하기에 인간적이고 존엄한 방식으로 내 삶을 종결하기 위한 투약 요청

본인, _____,는 의사결정능력이 있는 성인이다.

나는 _____을 앓고 있으며, 현재 주치의의 의학적 판단에 의하면, 말기 질환으로 자문을 의뢰받은 의사로부터 의학적으로 확인을 받았다.

나는 나의 진단과 예후와 처방된 투약의 종류와 잠재적으로 있을 수 있는 위험, 예상되는 결과와 함께, 가능한 대안으로서 완화치료와 호스피스 케어, 통증 조절에 관한 충분한 정보에 대해 설명을 들었다.

나는 내 생각으로 인간적이고 존엄한 방식으로 나의 삶을 끝마칠 투약을 주치의가 처방해줄 것으로 요청한다.

INITIAL ONE:

_____ 나는 나의 결정에 대해 나의 가족에게 알렸으며 그들의 의견을 참작하였다.

_____ 나는 나의 결정에 대해 나의 가족에게 알리지 않기로 결정했다.

_____ 나에게는 내 결정을 알릴 가족이 없다.

나는 언제라도 나의 이 요청을 철회할 권리가 있다는 것을 알고 있다.

나는 이 요청이 어떤 결과를 가져올 것인지 알고 있으며, 처방된 약을 투여받을 경우 내게 사망이 예상된다는 것을 이해한다. 또한 나는 투약 후 세 시간 이내에 사망할 가능성이 크지만, 더 오래 걸릴 수도 있으며, 이 가능성에 대해서 의사로부터 설명을 들었다.

나는 자발적으로 이 요청을 하고 있으며, 주저함도 없다. 나는 나의 이 행동에 대해 도덕적 책임을 전적으로 나에게 있음을 인정한다.

서명: _____

날짜: _____

나. 의료의사결정대리인 위임장

증인 선언서

우리는 이 요청에 서명을 하는 사람이:

(a) 우리가 개인적으로 알고 있는 사람으로 누군인지 잘 알고 있다;

(b) 우리의 입회 하에 이 요청에 서명했다;

(c) 이해하고 의사결정능력이 있는 것으로 보이며, 압박이나 사기 혹은 부당한 영향에 의한 것이 아닌 것으로 보인다.

(d) 우리들 중의 누가 주치의로 담당하는 환자가 아니다.

_____증인1 서명/날짜

_____증인2 서명/날짜

주의: 증인 중 한 명은 혈연이나 결혼 혹은 입양에 의한 친인척이 아니어야 한다. 그리고 요청인이 사망하였을 때 재산의 일부에 대한 상속권이 없어야 한다. 그리고 요청인이 진료를 받거나 거주한 의료기관을 소유하거나 경영하거나 혹은 고용된 사람이 아니어야 한다. 환자가 의료시설의 입원환자였다면 증인 중 한 사람은 그 기관에서 지정한 개인이어야 한다.

3. 가톨릭생명윤리센터

가. 사전의료지시서

사전의료지시서

나는 영구히 내 자신의 치료에 대한 의사 표현을 하지 못하게 될 경우 나를 대신하여 결정을 내릴 이들을 위해, 여기서 다른 사람들이 간호를 제공하면서 접할 수 있는 몇 가지 문제들에 대한 바람을 밝힌다. 내가 여기에서 진술하는 것 대부분은 사실상 일반적인 것이다. 왜냐하면 향후에 생길 수 있는 질병의 경과에 대해 정확히 예견할 수 없기 때문이다. 나는 나를 돌보는 이들이 가톨릭교회의 윤리적 가르침에 상반되는 것을 행하지 않도록 방침을 정한다. 내가 불치병에 걸린다면, 스스로 죽음을 준비할 수 있도록 이 문서가 효력을 발생하도록 요구하며, 가톨릭 성직자의 입회하에 노자성체는 물론 견진성사와 병자성사를 받기를 요구한다.

나를 대신하여 결정을 하는 이들은 “안락사에 관한 선언”(1980년 신앙교리성), “가톨릭 의료 활동을 위한 윤리적 종교적 지침”(2001년 7월, 미국 천주교 주교회의, “연명치료와 식물상태의 환자”(2004년 3월 20일 요한 바오르 2세의 훈시)와 같은 문서에 포함되는 - 그렇지만 그 문서들로만 제한되지는 않는 - 윤리적 가르침의 안내를 받아야 한다.

나는 나를 대신하여 결정을 내리는 이들이 고의든지 실수든지 본인의 죽음을 의도하여 직접적으로 초래하는 어떤 것도 하지 않기를 원한다. 치료는 나에게 이롭다고 판단할 합리적인 가망이 없거나 과도한 부담을 수반하거나 본인의 가족이나 공동체에 과도한 비용을 부담한다면 보류되거나 철회될 수 있다. 물론 나에게 영양공급과 수화(水和)가 이롭다고 전제하여 그것들을 찬성한다고 생각할 수 있다. 교회의 가르침에 따라 나는 투약이나 의료 절차가 간접적으로 부지불식간에 내 자신의 생명을 단축시킬 수 있을지라도 나의 평안을 위해 필요한 투약이나 치료에 윤리적으로 반대하지는 않는다.

주치의의 의학적 판단에서 생명을 보존하기 위해, 사용될 수 있는 치료에도

불구하고 죽음이 가까웠다면, 그리고 교회의 성사를 받았다면, 나의 간호를 책임지는 이들이 그 당시 (아래 열거된 것들과 같은) 그러한 간호를 계속 받아야 하는 특수하고 중대한 이유가 있다고 판단하지 않는다면 생명의 불확실하고 부담스러운 연장을 유지하기만 할 치료를 보류하거나 철회한다는 방침을 정한다.

나는 내가 믿는 가톨릭 신앙의 가르침과 상충되는 어떠한 의사결정도 믿지 않기 때문에 장래의 의료에 대한 조항 그리고/또는 제한을 첨부한다. (이를 테면, “내가 죽은 뒤에 나는 내 신체의 조직과 장기를 연구와 이식을 위해 사용되기를 원한다.” “나는 가족을 만날 수 있는 - 또는 소원했던 사람과 화해할 수 있는 - 모든 합리적인 절차를 밟고 싶다.” “가능하다면 나는 집이나 적어도 집과 비슷한 환경을 지닌 호스피스에서 죽음을 맞고 싶다.”

증인 _____ 날짜 _____ 증인 _____ 날짜 _____

본인은 당사자가 부당한 영향 아래 있지 않는, 본인은 당사자가 부당한 영향 아래 있지 않는,
건전한 정신을 지닌 18세 이상이라는 점을 확인합니다. 건전한 정신을 지닌 18세 이상이라는 점을 확인합니다.

주(註) : 이 사전의료지시는 독립적으로 또는 의료 위임장의 연장으로 이행될 수 있다.

출처: 미국 가톨릭생명윤리센터(1998: 2005 개정)
가톨릭대학교 가톨릭생명윤리연구소 제공

나. 의료의사결정대리인 위임장

의료 위임장

본인(성명) _____ 은
(주소) _____ 에 거주하며,
(날짜) _____ 년 _____ 월 _____ 일에

의료 위임장을 만들어 다음에 명기한 이를

성명 _____

주소 _____

전화번호 _____

본인이 영구히 내 자신의 치료에 대한 의사 표현을 할 수 없게 될 경우 본인을 대신해 모든 의료 결정을 하는 의료 대리인으로 지정하는 바이다. 본인의 대리인이 대리인으로서 역할을 할 수 없거나 하고자 하는 의향이 없을 경우 다음에 명기한 이를

성명 _____

주소 _____

전화번호 _____

제2의 의료대리인으로 지정한다.

서명 _____ 날짜 _____

내가 스스로 의료 결정을 할 수 없을 경우 의료 대리인은 나를 대신하여 결정을 할 권한을 지닌다. 나는 내가 작성한 사전의료지시서에 기초하여 모든 것을 결정할 본인의 대리인(그리고 제2의 대리인)과 본인의 소망에 대해 논의한 바 있다. 나는 장래의 의료 결정에 관하여 소망을 피력하지 않았다면 본인의 대리인이 본인의 소신에 대해 알고 있는 바에 따라 나에게 최선이라고 여겨지는 방식으로 역할을 할 것이다.

본인의 대리인은 나아가 본인의 의료 상태에 관하여 모든 정보를 요청하고 수용할 권한과 필요할 경우 그런 정보를 양도할 필요가 있는 문서를 작성할 권한을 지닌다. 대리인은 본인의 의사에 따라 치료를 승낙하거나 거부할 문서를 작성할 수 있다. 또한 대리인은 적절하다고 여길 경우 나를 요양원이나 다른 장기 의료시설에 입원시킬 수도 있고, 의사나 병원이 요구하는 책임 포기 각서나 증서에 서명할 수도 있다.

나는 가톨릭교회의 구성원으로 자비로우신 하느님과 세상의 구세주이신 예수 그리스도를 믿는다. 생명을 주시는 분이신 하느님께서서는 당신의 외아들을 우리에게 보내심으로써 우리는 그분과 하나 되어 영원한 생명을 누릴 수 있게 되었다. 예수께서는 자신의 죽음과 부활을 통해 죄를 이김으로써 죽음은 독침을 잃어버리게 되었다. 나는 가톨릭교회의 윤리적 가르침을 따르고 본인의 신앙이 받아들이는 의무가 있다고 가르치는 의무적인 모든 간호를 받아들이고자 한다. 하지만 나는 또한 모든 치료법이 죽음을 거스를 필요는 없으며, 과도하게 부담이 되거나 나의 죽음을 연장하기만 하고 하느님께로 나아감을 늦추는 치료를 거부할 권리가 본인에게 있음을 알고 있다. 또한 나는 약물의 사용이 의도하지 않은 생명 단축의 결과를 초래할 수도 있음을 예견할지라도 통증을 완화시킬 약물을 윤리적으로 받아들일 수 있음을 알고 있다.

증인 _____ 날짜 _____ 증인 _____ 날짜 _____

본인은 당사자가 부당한 영향 아래 있지 않는, 본인은 당사자가 부당한 영향 아래 있지 않는,
건전한 정신을 지닌 18세 이상이라는 점을 확인합니다. 건전한 정신을 지닌 18세 이상이라는 점을 확인합니다.

주(註) : 여러 주(州)에서는 2인 이상의 증인의 서명을 확보해야 한다. 이 문서는 여러 주에서 법적으로 유효하도록 작성되었다. 하지만 특수한 법적 요구조건에 대해서는 지역 가톨릭 교회에 문의하라.
여기에 _____ 머리글자로 서명될 때, 뒷면에 있는 사전의료지시서는 이 문서의 연장으로 간주될 것이다.

출처: 미국 가톨릭생명윤리센터(1998: 2005 개정)
가톨릭대학교 가톨릭생명윤리연구소 제공

4. St. Vincent's Manhattan Hospital

가. 심폐소생술 거부 요청서(DNR)

Order Not to Attempt Resuscitation Check List

1) 환자에게 의사결정능력이 있습니까?

없으면, 아래 *주의:의사결정능력의 판정을 보십시오, 의사결정능력이 없다는 것을 기록하시고, 아래 2)로 진행하십시오.

있으면, 한 명의 전문 스태프의 입회 하에 환자에게 구두로 인폼드 컨센트를 얻으십시오, 양식 A를 활용하시면 됩니다.

2) 환자에게 의사결정능력이 없으면 환자에게 사전의료지시서 (Advance Directive; 의료의사결정대리인, 생전유언서 등)가 있습니까?

없으면, 3)으로 진행하십시오.

있으면, 사전의료지시서에 의료의사결정대리인이나 의사결정자 이름이 지명되어 있습니까? 지명되어있으면, 한 명의 전문 스태프의 입회 하에 구두 동의를 받으십시오.

3) 환자에게 의사결정능력이 없고 사전의료지시서가 없으면 대리인이 있습니까?

없으면, 4)로 집행하십시오.

있으면, 합리적으로 의사결정에 참여할 수 있고 또한 의사결정을 할 의향이 있으며, 의사결정을 할 수 있는 대리인 명부에서, 최우선 대리인으로부터 구두 동의를 받으십시오. 이 때, 한 명의 증인이 입회하여야 합니다. 의사와 전문 스태프 증인은 이 구두동의에 대해 기록하여야 합니다. 왜냐하면, 증인이 있어도, DNR 오더에 대한 동의를 얻는 대화에만 증인으로 배석한 것으로 이해될 수 있기 때문입니다.

환자가 지정한 의료의사결정대리인으로 지정된 사람이 있거나, 대리인이 있으면, 다음의 내용에 대해 합리적 수준의 의학적 확실성을 확인할 수 있어야 합니다. 이 때 주치의 외에 이사 한 명이 동의해야 합니다: 1. 환자가 말기 상태이다; 또는, 2. 환자가 영구적으로 의식이 없다; 또는 3. 소생술을 실시해도 의학적으로 무의미하다. 또는 4. 심폐소생술을 해도 환자의 의학적 상태와, 심폐소생술의 기대결과를 생각할 때, 환자에게 막대한 부담을 줄 수 있다.

- 4) 환자에게 의사결정능력이 없고, 사전의료지시서나 대리인이 없으면, 주치의와 의사 한 명이, 심폐소생술이 의학적으로 무의미할 것이라는 판정을 내린 경우에만, DNR 오더를 기록할 수 있습니다.
- 5) 환자가 다른 의료기관에서 얻은 DNR 오더를 가지고 본원으로 이송되어 온 경우. 이 DNR 오더는 효력을 유지하며, 존중하여야 합니다. 주치의가 환자상태를 검진해서 DNR이 지금에도 적절한지 판단해서, 기존의 DNR 오더를 그대로 두자는 오더를 내리거나, 기존의 DNR 오더를 취소하기 전까지는 기존의 오더를 존중하여야 합니다.
- 6) 본원에서 직전 입원 당시 DNR에 대해 동의할 능력이 있었던 환자의 경우. 주치의는 환자와 대리인에게 기존의 오더를 지속하는 것의 적절성과 바람직성에 대해 다시 문제제기를 해야 합니다. 이 대화 역시 의무기록의 경과노트에 기록해야 합니다. 기
- 7) 미성년자. 양육권이 있거나 법적인 보호자인 한 쪽 부모 (혹은 양친)로부터, 구두 동의를 얻되, 한 명의 증인이 입회하여야 합니다. 정보를 모르거나 혹은 법적 보호권이 없는 부모가 실질적이고 지속적으로 환자와 만나고 있는지 확인하려는 노력을 합리적인 정도로 기울여야 합니다. 만일 그렇다면, 그 부모에게 결정을 알려주려는 노력을 성실하게 기울여야 합니다. 부모나 보호자와 상담을 한 주치의가 미성년자에게 의사결정능력이 있다고 판단한 경우에는, 미성년자의 동의도 얻어야 합니다.

DNR 오더를 내리기 전에, 주치의는 한 명의 의사와 함께, 다음의 내용에 대해 합리적 수준의 의학적 확실성을 확인하여야 합니다: 1. 환자가 말기 상태이다; 또는, 2. 환자가 영구적으로 의식이 없다; 또는 3. 소생술을 실시

해도 의학적으로 무의미하다. 또는 4. 심폐소생술을 해도 환자의 의학적 상태와, 심폐소생술의 기대결과를 생각할 때, 환자에게 막대한 부담을 줄 수 있다.

- 8) DNR과 수술: DNR 오더는 수술 도중이라고 해서 자동적으로 효력이 중지되지 않습니다. 환자와 담당수술 의사와 마취과 의사 사이에 임폼드 컨센트 대화를 통해서, 수술 도중에는 기존의 DNR를 중지시킬 것인지에 대해 판단을 내려야 하며, 이 대화 내용은 의무기록에 기록하여야 합니다.
- 9) DNR 오더의 변경: DNR이나 이와 수반되는 진료내용에 대해 변경이 있을 때에는, 새 DNR 양식을 사용해서 기록해야 합니다.

***주의: 의사결정능력의 판정**

- 1) 정의: DNR 오더의 성격과 결과에 대해 이해하고 그 의미를 인식할 수 있는 능력이 있으며, DNR 오더에 대해 이런 정보에 기초한 결정을 할 수 있는 능력이 있음.
- 2) 주치의와 동의하는 다른 한 명의 의사가, 합리적인 수준의 의학적 확실성으로 의사결정능력이 있다고 판정한 경우다.
- 3) 주치의가 의사결정능력의 없는 이유가 정신질환이라고 판정한 경우, 이 때 동의하는 다른 한 명의 의사는 정신과/신경과에서 전문의자격이 있거나 전공의과정을 수료했어야 한다.

주치의 서명과 날짜
의사결정능력이 없음을 판정함

동의하는 의사의 서명과 날짜
(의사결정능력이 없음을 판정함)

출처: St. Vincent's Manhattan Hospital

나. 의사의 지시 양식

DOCTOR'S ORDER FORM

의사의 지시 양식

심폐소생/그에 준하는 진료를 시도하지 말라는 지시
양식 B
의사결정능력과 대리인이 없는 환자

모든 지시서들은 사인과 도장이 있어야만 한다.

A. 환자가 의사능력이 부족하고 대리해줄 수 있는 사람이 없지만, 환자는

☐ 이런 상황에 대한 DNR 오더를 할 수 있는 사전의사지시서(AD)를 가지고 있다. 또는

☐ CPR이 현재 상황에서 무익할 것이다.

이에 대해 나는 전면적 심폐정지의 상황에서 심폐소생술이 시도되지 않아야 할 것을 지시한다.

B. 게다가, 임상적 상황들이 다음에 지적돼 있는 지시들을 보장한다
(적용 초기 상황):

_____ 호흡 곤란에 대해 삽관을 하지 말라.

_____ 투석하지 말라.

_____ 강심제를 사용하지 말라.

_____ 수혈이나 혈액제제를 사용하지 말라.

_____ 항생제를 주지 말라.

_____ 튜브식 또는 비경구적 영양을 주지 말라.

_____ 기타 _____

_____ 기타 _____

C. 나는 다음을 고려한다(모두 표시):

- ☐ 환자의 고통 조절 수준
- ☐ 환자의 수면 또는 불안에 대한 약물의 필요
- ☐ 환자의 정신과적(psychiatric) 필요
- ☐ 환자의 영적(spiritual) 필요
- ☐ 호스피스 또는 유사기관으로의 전원의 적절성

추가사항 : _____

주치의 또는 지정의
(성명을 위에 인쇄)

(서명)

날짜 시간

단지 무용한 결정에 대해서 : 나는 CPR이 이 환자에게 무익하다는 것에 동의한다.

보충의사(성명 인쇄)

(서명)

기록자(R.N.성명 인쇄)

(서명)

출처: St. Vincent's Manhattan Hospital

제2절 독일

1. 함부르크 의사협회

가. 사전의료지시서

Patientenverf gung

사전의료지시

성명 _____

출생년월 _____

주소 _____

본인은 생명의 마지막 시기를 위하여 지금 다음과 같은 요구사항을 미리 밝혀 둔다:

본인은 의료진에게 의료 조치에 관한 결정 시점에 본인이 거처하고 있는 양로원이나 요양원에, 또한 그 밖에 본인에 관한 결정을 내릴 수 있는 사람 모두에게 다음과 같이 요청한다.

본인은 인간 존엄성을 유지하는 가운데 죽음을 맞이하기 원하며, 존엄한 죽음을 맞을 수 있도록 도와줄 것을 본인을 진료하는 의사, 가족, 간호사에게 부탁하는 바이다.

생명유지에 불가결한 기관, 특히 뇌에 중증의 불가역적인 손상이 와서 진료하는 의사들의 일치된 확신에 따라 본인에게 의식이 있는 생명이 불가능할 것이라는 판단이 서는 경우, 본인은 생명을 연장시키는 더 이상의 집중 의료 조치를 원하지 않는다. 여기에는 급식 튜브나 생명을 유지하는 약물 투여도 포함된다.

본인은 최소한 두 명의 전문의가 독자적으로 본인에게 회복이나 건강상태의

호전가능성이 전혀 없다는 판단을 하였으며, 진료하는 의사의 다른 진단이 없다면, 그러한 상황을 받아들일 수 있다.

만일 본인이 피할 길이 없이 죽음에 이를 중병으로 고통 받으며, 강한 통증이 유발 될 것으로 예상된다면, 비록 통증 완화 약물의 사용으로 인해 죽음이 보다 일찍 찾아올지라도 의사의 판단에 따라 통증이나 커다란 부담을 덜어 줄 약물을 투여해 줄 것을 요청한다.

본인은 세심한 숙고 후 스스로 완전한 책임을 지겠다는 결의 하에서 이러한 해명서를 제출한다. 의식을 잃거나 다른 신체적 손상으로 인해 더 이상 개인적으로 중요한 일에 관해 결정을 할 수 없는 경우에는 이 해명이 본인의 분명한 의지의 표현으로서 유효하여야 한다.

이 지시를 본인을 진료하는 의사에게 알리도록 요청하는 바이다. 이 지시에 상반되는 조치에 대해 본인은 분명히 동의를 거부한다.

본인의 주치의가 결정되면, 이 해명이 모든 조치를 결정함에 있어서 유효하여야 하며, 여기 정해진 조치들을 담당자에게 청원하여야 한다.

본인을 진료하는 의사는 아래 기입된 사람들에게 본인의 건강 상태에 관한 설명을 하여야 하며, 그러한 범위내에서 비밀유지의 의무로부터 벗어난다.

성명 _____

주소 _____

(필요한 경우, 아래 지명된 사람이 본인으로부터 이 사전의료지시서의 변경을 맡아 할 수 있는 특별한 예비조치에 대한 전권을 위임받았다.

성명 _____

주소 _____)

이 해명은 본인에 의해 서명되었다. 본인이 신뢰하는 ne 사람이 함께 서명함으로써 본인의 의사표명을 확인한다.

성명 _____

날짜 _____

증인의 성명 및 주소 _____

서명 및 날짜 _____

후기 반복 확인 승인을 위해 :

본인의 사전의료지시서의 내용을 검토하였고, 본인의 의지가 변하지 않았음을 서명으로서 확인하는 바이다.

날짜, 서명 _____

날짜, 서명 _____

날짜, 서명 _____

날짜, 서명 _____

제3절 대만³⁵⁾

1. 사전의료지시서

호스피스 의료 사전 선택 신청서

본인 _____은/는 만약 심한 부상이나 병으로 인하여 의사의 진단에 의해 치유가 불가능하다고 판단되어질 뿐 아니라 병세가 이미 사망이 불가피한 정도 까지 진전될 경우 호스피스의료 조항 제4조, 제5조와 제7조 1항 2열의 규정에 의하여 아래와 같이 선택하길 희망합니다.

1. 완화성, 지지성 의료 보호를 받기 희망합니다.

2. 임종 혹은 무생명 증상시 심폐소생술을 시행 거부합니다.

(기관 내 관삽입, 체외 심장 압박, 응급 약물 투여, 심장 전기 쇼크, 심장 인공 주파수 변조, 인공 호흡 혹은 기타 응급 치료 행위 포함)

신청자 :

서명 : _____ 주민등록번호 : _____

주소(거주지) : _____ 전화번호 : _____

증인 1 :

서명 : _____ 주민등록번호 : _____

주소(거주지) : _____ 전화번호 : _____

증인 2 :

서명 : _____ 주민등록번호 : _____

주소(거주지) : _____ 전화번호 : _____

중 화 민 국 _____ 년 _____ 월 _____ 일

35) 배종면. 무의미한 연명치료 중단을 위한 사회적 합의안 제시. 한국보건의료연구원. 2009

2. 의료의사결정대리인 위임장

의료 위임 대리인 사전 신청서

이 위임된 _____은/는 의료 위임 대리인으로 본인이 심한 부상이나 병에 걸려 의사의 진단에 의해 치유가 불가능하다고 판단될 뿐 아니라 병세가 이미 사망이 불가피한 정도까지 진전되어 본인이 지원 의사를 밝힐 수 없을 때 위임 대리인으로 호스피스의료조항 제5조 2항의 규정에 의거하여 ‘호스피스의료 선택 신청서’ 및 ‘심폐소생술 시행 거부 동의서’에 대신 서명할 것을 동의합니다.

신청자 :

서명 : _____ 주민등록번호 : _____

주소(거주지) : _____ 전화번호 : _____

위임대리인 :

서명 : _____ 주민등록번호 : _____

주소(거주지) : _____ 전화번호 : _____

위임대리인 후보 1 :

서명 : _____ 주민등록번호 : _____

주소(거주지) : _____ 전화번호 : _____

위임대리인 후보 2 :

서명 : _____ 주민등록번호 : _____

주소(거주지) : _____ 전화번호 : _____

중 화 민 국 _____ 년 _____ 월 _____ 일

3. 심폐소생술 거부 요청서(DNR)

심폐소생술 시행 거부 동의서

환자 _____은/는 심한 부상이나 병으로 인하여 의사의 진단에 의해 치유가 불가능하다고 판단되어질 뿐 아니라 병세가 이미 사망이 불가피한 정도까지 진전되어 이 환자가 의식불명 혹은 신청의사를 밝힐 수 없음으로 인해 동의인 _____은 호스피스의료조항 제7조 제3항의 규정에 의거하여 임종 혹은 무생명증상시 심폐소생술 시행을 거부할 것을 동의합니다.

(기관 내 관삽입, 체외 심장 압박, 응급 약물 투여, 심장 전기 쇼크, 심장 인공 주파수 변조, 인공 호흡 혹은 기타 응급 치료 행위 포함)

동의인 :

서명 : _____ 주민등록번호 : _____

주소(거주지) : _____ 전화번호 : _____

중 화 민 국 _____ 년 _____ 월 _____ 일

제4절 한국

1. 서울대 병원

가. 사전의료지시서

말기 환자의 심폐소생술 및 연명치료 여부에 대한 사전의료지시서

환자분은 현재 기존의 질환인 ()의 진행 및 합병증으로 인해 생명연장 및 증상완화 등을 위하여 조만간 다음과 같은 치료가 필요할 가능성이 높으며, 의식이 악화되어 자신의 상태에 대해서 현명하게 판단하고 치료에 대한 올바른 결정을 내리기 힘든 상태가 될 수 있습니다.

환자에게 시행되는 치료 중 일부는 큰 고통이나 부작용 없이 생명연장 및 증상완화의 목적을 이룰 수 있으나, 아래의 치료 중 일부 침습적인 시술의 경우 생명연장 및 증상완화의 목적을 달성할 가능성이 거의 없이 고통을 증가시킬 수 있습니다.

심폐소생술은 환자의 심장 박동과 호흡이 급격히 저하되어 정지할 것이 예상되거나 정지된 상태에서 강심제와 심장마사지, 제세동술, 기관삽관 및 인공호흡을 통해 인위적으로 심장 박동을 회복시키고자 하는 시술이며, 심폐소생술을 통해 말기 질환이 치료되지는 않습니다. 심폐소생술에 의해 정지된 심장 박동이 다시 회복될 수도 있으나, 심장 박동이 회복되어 회생하는 경우는 대개 건강하고 다른 질병이 없는 상태에서 심장기능이 갑자기 정지한 경우가 대부분입니다. 환자분의 상태처럼, 기존 질병의 진행과 이에 따른 합병증으로 인하여 신체의 기본적인 생명 유지 기능이 손상되어 있는 경우에는 심장 박동이 정지할 정도로 악화되면 심폐소생술을 시행하더라도 회생할 가능성은 극히 낮습니다.

그럼에도 불구하고 심폐소생술이 시행되는 경우 다음과 같은 문제점들이 있을 수 있습니다. 심폐소생술의 결과로 심장박동은 회복되었으나 심장박동이 정지된 기간 동안 뇌의 산소공급이 차단되면서 치명적인 손상을 입게 되어 의식이 회복되지 않거나 호흡기능이 유지되지 않을 수 있습니다. 이 경우 심장박동은

유지되고 있으므로 사망으로 판정할 수 없으며 생명유지를 위해 중환자실 등의 집중관리시설에서 인공호흡기 및 약물 등의 생명유지장치에 의존해서 지내야 합니다. 심폐소생술 과정에서 호흡을 유지하기 위해 기관삽관을 해야 하며 심장마사지를 시행하는 도중에 갈비뼈가 부러질 수 있습니다. 이러한 과정 중 극심한 고통을 겪을 수도 있습니다.

심폐소생술 및 다른 연명치료 시행여부는 환자분의 생명에 대한 가치관을 반영하여 결정되는 것이 적절합니다. 따라서, 원하지 않는 경우, 이 같은 시술은 거부할 수 있습니다.

이에 앞으로 행해질 치료에 대해 미리 의사결정을 하기 위해 이 서식을 작성하시기를 권해 드립니다. 원하는 치료의 수준에 해당하는 곳에 서명해 주십시오.

(“결정 하지 못했습니다”에서 명하시는 항목은 상황에 따라 평소 환자의 생명에 대한 가치관에 대해 충분히 알고 있는 가족과 상의하여 치료의 수준을 결정하게 됩니다. 각 세부항목에 대해 서명 란과 다른 결정을 하였을 경우 해당란에 추가 서명해 주십시오.)

작성된 사전의료지시서와 관련하여 환자분이 변경 혹은 철회를 요청할 수 있습니다.

	원합니다.	결정하지 못했습니다	원하지 않습니다.
중환자실 입원이 필요한 침습(侵襲)적, 적극적 연명치료	서명:	서명:	서명:
1. 심폐소생술 (심장마사지, 강심제, 제세동, 인공호흡 등) (심폐소생술 후에는 중환자실 치료가 필요합니다)			
2. 인공호흡기 (인공호흡기는 중환자실 치료가 필요합니다)			
3. 혈액투석 (신기능 저하시 필요한 혈액투석은 일부 환자의 경우 중환자실 치료가 필요합니다)			
큰 고통이 따르지 않으나, 침습적인 검사 및 처치	서명:	서명:	서명:
고통을 경감시키기 위한 완화 처치	서명:	서명:	서명:

본인(서명: _____)은 현재 환자의 의학적 상태와 예후, 그리고 이 서식에 포함된 치료들의 효과와 부작용들에 대해 (_____)의사로부터 충분히 설명을 들었으며, 이상의 내용이 타인에 의해 변경되지 않고 표기한 대로 법적 효력을 유지하기를 희망합니다.

만약, 환자 본인이 의사를 결정할 수 없는 상태에서는, 의료행위에 대한 의사 결정을 할 수 있는 사람으로, 평소 환자의 생명에 대한 가치관에 대해 충분히 이해하고 있는 (_____)가 환자의 결정을 대신합니다.

<설명 의사>

_____과 _____ (서명)

<설명에 참여한 의료인>

_____과 _____ (서명) _____과 _____ (서명)

<설명받은 환자 가족>

_____ (서명) _____ (서명) _____

(서명)

_____ (서명) _____ (서명) _____

(서명)

<설명 시간>

_____년 _____월 _____일 AM/PM ____:____ ~ AM/PM ____:____

<설명 장소>

<환자 또는 환자 대리인>

(환자명: _____)의 (관계: _____): _____ (서명)

주민등록번호 :

주소:

전화:

<보호자>

(환자명: _____)의 (관계: _____): _____ (서명)

주민등록번호 :

주소:

전화:

<환자가 직접 서명하지 못하는 사유>

의사 기입: _____

의사: _____ (서명)

2. 세브란스 병원

가. 사전의료지시서

연명치료 포기 요청서

등록번호 : _____ 환자 성명 : _____ M/F ____ 세 주민등록번호 _____

진단명 : _____ 수술/검사명 : _____

주치의사/시술의사 : _____ 날짜 : _____ 년 _____ 월 _____ 일 _____ 시

1. 본인(환자 본인, 보호자 대표 _____)은 의식이 명료한 만 20세 이상의 성인으로서, 다음과 같이 의료진에게 위 환자에 대한 연명치료 포기를 요청합니다.

위 환자가 소생 불가능하거나, 죽음이 임박한 말기 상황이거나, 생명 연장을 위한 인위적 치료가 필요한 상황일지라도 다음의 치료, 검사 및 심폐소생술 등의 의료적 처치를 시행하지 않도록 요청합니다.

2. 다음에 선택한 치료와 검사의 포기를 요청합니다.

☐ 중환자실 이실

☐ 항생제 사용

☐ 기도 삽관

☐ 수혈

☐ 인공 호흡기 적용

☐ 정맥 영양 주사(TPN)

☐ 제세동술을 포함한 일체의 전기적 심장 자극

☐ 경장 영양(Tube Feeding)

☐ 인공심박조율기의 삽입

☐ 혈액 검사

☐ 승압제, 강심제 사용

☐ 투석

☐ 이미 승압제, 강심제를 사용하고 있는 경우,
용량 증가

☐ 기타 _____

☐ 항부정맥약 사용

☐ 이상 모두

(참고) 자세한 용어는 뒷면을 참조해 주십시오.

3. 위의 사항에 대하여 의사의 충분한 설명 하에 연명치료 포기에 대한 목적과 결과를 이해하였습니다. 단, 결정이 내려진 이후에도 증상 완화 치료는 지속되기를 원합니다.

환자 _____ (서명 또는 인)

보호자 대표 _____ (서명 또는 인)

관계 _____ 주민등록번호 _____

전화 _____ 휴대폰 _____

주소 _____

설명 의사 _____ (서명 또는 인)

확인 간호사 _____ (서명 또는 인)

용어 참고

1. 기도 삽관 : 호흡이 곤란한 환자의 기도 내 이물질 제거와 인공 호흡과 기도 유지가 가능하도록 입이나 코를 통하여 관을 삽입하는 것입니다.
2. 인공호흡기 : 환자 스스로 호흡이 곤란한 경우 기도 삽관을 하고, 기계적 환기 장치를 이용하여 환자의 호흡을 도와주는 방법입니다.
3. 전기적 심장자극 : 심장정지 등이 발생하였을 때 인위적으로 전기자극을 주어 심장이 뛸 수 있도록 합니다.
4. 인공 심박조율기 삽입 : 심장정지, 부정맥 발생 시 전기 자극을 주어 심장

이 규칙적으로 땀 수 있도록 혈관을 통하여 인공 심박조율기를 삽입하는 치료법입니다.

5. 승압제 : 혈압을 높이기 위하여 투여하는 약물입니다.
6. 강심제 : 심장 기능이 약하거나 불완전할 때 정상쪽으로 되돌리기 위해 투여하는 약물입니다.
7. 정맥영양주사 : 영양소가 배합된 주사약(수액)을 정맥혈관을 통해 투입하는 방법입니다.
8. 경장영양 : 입으로 음식물을 먹지 못하는 경우, 코를 통하여 위나 소장까지 줄을 넣고 영양을 공급합니다.
9. 투석 : 콩팥기능이 나쁠 때(신부전), 체내에 축적된 노폐물을 제거하는 방법을 말합니다.
 - 1) 혈액 투석 : 혈액을 몸 밖의 인공신장으로 순환시킴으로써 혈액 속의 노폐물이 여과되고, 제거되는 방법입니다.
 - 2) 복막 투석 : 복강 내 투석관을 삽입한 후, 투석 용액을 주입하여 노폐물을 제거하는 방법입니다.
 - 3) 지속적 정맥-정맥 혈액 여과법 : 복막 투석이나 혈액 투석을 시행할 수 없는 경우에 수분 및 요독을 제거하는 방법입니다.

출처: 세브란스 병원

나. 심폐소생술 거부 요청서(DNR)

심폐소생술 포기 요청서

등록번호 : _____ 환자 성명 : _____ M/F ____ 세 주민등록번호 _____

진단명 : _____ 수술/검사명 : _____

주치의사/시술의사 : _____ 날짜 : _____ 년 _____ 월 _____ 일 _____ 시

본인(환자 본인, 보호자 대표 _____)은 의식이 명료한 만 20세 이상의 성인으로서 다음의 설명을 담당 의료진으로부터 들었습니다.

위 환자가 입원 치료 중, 소생이 불가능하거나 소생하더라도 아무런 의미가 없는 심장박동만의 연장으로 판단되는 상태에서, 호흡부전, 부정맥, 저혈압 등의 전신상태 악화 혹은 심폐정지가 발생할 수 있습니다. 이 때 심폐소생술, 즉 인공 호흡과 심장마사지를 시행하지 않는 결과로서 환자의 신체적 혹은 정신적인 기능장애 또는 사망을 초래할 수 있습니다.

본인은 이상의 설명을 충분히 이해하며, 심폐소생술 포기에 따른 결과에 대해 최선을 다한 병원이나 의사에게 책임을 묻지 않고, 그 의학적 결정을 주치의 판단에 위임합니다.

이에 본인은 심폐소생술을 포기할 것에 대해 자의로 요청하는 바입니다.

환자 _____ (서명 또는 인)

보호자 대표 _____ (서명 또는 인)

관계 _____ 주민등록번호 _____

전화 _____ 휴대폰 _____

주소 _____

설명 의사 _____ (서명 또는 인)

확인 간호사 _____ (서명 또는 인)

3. 중환자실 입실 동의서

중환자실 입실 동의서

등록번호 : _____ 환자 성명 : _____ M/F ____ 세 주민등록번호 _____
진단명 : _____ 수술/검사명 : _____

주치의사/시술의사 : _____ 날짜 : _____ 년 _____ 월 _____ 일 _____ 시

중환자실은 상태가 위중한 환자에게 집중적인 감시와 치료를 제공하는 특수 병동입니다.

_____님이 중환자실에 입실하는 이유는 () 혈압유지,
() 호흡보조, () 집중감시,
() 기타 _____입니다.

중환자실에서는 환자의 상태에 따라 동맥혈관 내 도관 삽입, 중심정맥혈관 내 도관 삽입, 기관 내 삽관 및 인공환기기, 기관절개술 등 적극적인 치료를 시행하게 됩니다.

중환자실에 입실 후 적극적인 감시 및 치료에도 불구하고 건강상태 악화로 회복이 어려울 것으로 판단되는 경우에는 일반병실로 이송하는 것을 원칙으로 합니다.

중환자실에서는 집중적인 치료와 효율적인 감염관리를 위하여 가족 및 친지 면회를 하루 2회 (낮 12시, 저녁 6시, 각 20분간) 허용하고 있습니다.

환자 및 가족들은 위의 사항들을 충분하게 이해하였으며, 중환자실 입실과 중환자 치료에 필요한 의료진들의 적극적인 진료를 행하는 것에 동의합니다.

환자 _____ (서명 또는 인)

보호자 대표 _____ (서명 또는 인)

관계 _____ 주민등록번호 _____

전화 _____ 휴대폰 _____

주소 _____

설명 의사 _____ (서명 또는 인)

확인 간호사 _____ (서명 또는 인)

출처: 세브란스 병원

제5절 소결

국내외 사전의료지시서와 관련법의 현황 및 구조를 분석한 결과, 공통적인 항목들은 다음과 같다.

각국의 사전의료지시서 관련 법규의 공통 항목

1. 지시서 작성 당시의 요청인의 요건
2. 지시서 작성 당시의 의학적인 상태 요건
3. 지시서 작성에 대한 증인 요건
4. 지시서 작성에 대한 절차적 요건
 - 4-1. 설명과 이해를 요하는 정보
 - 4-2. 재확인 및 숙려기간 부여
 - 4-3. 입회한 증인의 선언 및 서명
 - 4-4. 등록·갱신(법적 요건 유무)·철회에 관한 사항
 - 4-5. 예외 상황 규정(응급 상황, 임신 상태, PVS*, 안락사 요청* 등)
5. 지시서의 거부 불가능한 연명 치료 규정(영양·수액·보온·위생** 등)

* 싱가포르와 영국의 경우, 법적으로 명시하고 있다.

** 미국의 일부 주와 영국의 경우, 법적으로 명시하고 있다.

〈표 2〉 각국의 사전의료지시서 관련법규의 공통 항목

대표적인 요건들에 대해서 구체적으로 서술하여 보면 다음과 같다.

첫째, 자격 요건

- 환자는 의사결정능력을 지닌 성인이어야 하며,
- 증인은 2명으로, 환자의 죽음으로 인한 어떠한 수혜와도 관련이 없어야 하며, 환자의 치료나 의료기관과 관련이 없어야 한다.

둘째, 절차

- 질환을 가진 자가 지시서를 작성하는 경우, 작성하기 전에 담당 주치의로부터 현 상태 및 예후에 대한 정보 및 완화 의료, 호스피스 등 대안 등 사전의료지시서와 관련된 모든 의료 정보를 알고 있는 지 확인한다.
- 위와 같은 진단과 같은 상담의 절차를 거치고, 서면 작성 및 이후 의사 재확인 작업 등 절차 간의 간격을 두어 숙려기간을 부여한다.
- 서면 작성 시, 증인을 입회시키고, 서명한다.
- 등록처가 있는 경우, 사전의료지시서를 등록하여야 한다. 등록처가 없는 경우, 제출 및 보관에 관한 내용을 포함한다.
- 일부 국가에서는 사전의료지시서를 작성한 지 3년 혹은 5년 후에 효력을 상실하고, 확인 절차 등을 거쳐 갱신 가능하다.
- 사전의료지시서는 언제든지 철회 가능하다.
- 응급 상황 시, 사전의료지시서를 적용하지 않을 수 있다.

이에 덧붙여 특이한 사항으로, 미국에서는 환자의 자격 요건과 관련하여 의료진으로 하여금 환자의 의사결정능력에 대한 판단이 애매모호한 경우, 정신과 상담을 의뢰하도록 규정한 수가 있다. 위와 같이 대체적으로 공통적인 사항들을 제외하고, 차이가 생기는 부분들은 현재 각국에서 이루어지고 있는 국내적인 논의에서 쟁점이 되고 있다. 특히, 사회적 수용가능성과 종교적 가치의 차이에서 그러한 차이점들이 기인하는 것으로 분석된다.

또한 사전의료지시서의 사례들을 중심으로 본 결과, 사전의료지시서의 필수내용을 정리하면 다음과 같다.

사전의료지시서의 필수내용

1. 작성 당시 본인의 의사결정능력에 대한 확인
2. 작성 당시 본인의 의학적인 상황에 대한 정보를 들었음을 확인
3. 작성 당시 본인의 자발적인 의사표시라는 확인
4. 철회가능성을 알고 있음을 확인
5. 사전의료지시 자체
 - 1) 거부할 내용 (어떤 연명치료를 거부할지에 대한 지시)
 - 법적으로 명시된 거부 불가능한 사항들이 국가별로 상이
 - 2) 대리인 지정
 - 국가별로 대리인 지정이 사전의료지시의 요체가 되기도 함
5. 위의 거부한 내용을 그대로 하는 경우에도, 신체청결과 통증조절은 끝까지 한다는 내용을 알고 있음을 확인
6. 본인 서명
6. 입회 증인들의 제한요건에 해당하지 않음을 확인
7. 증인 서명

<표 3> 각국의 사전의료지시서의 필수 항목

제6장 결론 및 제언

이상과 같이, 문헌조사를 통해 외국의 사전의료지시서 관련 현황 및 관련법규를 고찰하고 국내의 상황을 살펴보았다. 이를 통해 사전의료지시서 관련 법규들의 공통항목을 추렸으며, 아울러 사전의료지시서 자체의 필수항목을 정리하였다.

또한 우리나라를 비롯, 일본과 중국 및 미국의 관련 학자들을 초청하여 개최한, 국제 심포지엄을 통해 얻은 결과들을 고찰한 결과, 앞으로 관련법규가 미비된 국가들이 법규마련 및 정책시행을 하기 위한 지침이 되는 원칙들을 정리하여 Guiding Principles on Advance Directives로 아래에 제시하였다. 또한 이 원칙들의 초안을 세계보건기구에 제시하기 위한 초안도 덧붙였다. 기구에 제시할 초안을 덧붙인다.

그리고 마지막으로 앞으로의 연구를 위한 향후과제를 주요 고려사항과 함께 제시하였다. 사전의료지시서의 마련 문제는 생의 말기를 위한 의료체계 전체를 고려하는 가운데 논의가 되어야 하며, 의료현장에서도 인포드 컨센트라는 의료법윤리원칙과 의사와 환자 사이의 의사결정공유 (shared decision making) 및 사전의료계획 (advance care planning)의 맥락에서 이루어져야 한다.

제1절 사전의료지시서 관련 필수적 고려사항

이 보고서에 대해서 몇 가지 짚고 넘어가야 할 사항들이 있다.

우선 일반인들이 말기환자의 연명치료 중단 가능성에 대한 설문을, 중단을 원치 않아도 해야 한다는 오해를 살 여지가 있을 수 있다는 점에 주의해야 한다.

둘째, 인포드 컨센트 독트린이 의사결정능력이 있는 환자에게서 인정된다는 총괄 원칙이 먼저 인식되는 것이 바람직하다.

셋째, 호스피스 케어와 말기환자의 완화치료 등 연명치료를 중단하였을 때 어떤 케어를 받게 되는지에 대한 인식도 필요하다.

넷째, 연명치료라고 일컬어지는 것들의 종류에 대한 인식도 중요하다고 본다. 인공호흡기 위주의 설문조사로는 연명치료중단 이슈에 대한 인식조사가 전혀 충분하지 않다.

다섯째, 해당 보고서의 설문조사의 경우 인공호흡기를 처음부터 달지 않는 것과 달았다가 중단하는 것에 대해 확연하게 다르다고 한 것은 의료인과 일반인에서 각각 68%, 71%로 동일하게 나와서, 처음부터 보류하는 것에 대해 상당히 부정적인 것

을 알 수 있다. 이런 부분에 대해서는 의료윤리학자들의 세세한 논의도 그동안 있어왔고, 미국 연방대법원의 판례들도 있지만, 국내 일반인과 의사, 간호사를 대상으로 질적인 연구를 더할 필요가 있는 부분이다.

여섯째, 연명치료중단을 논의할 수 있는 맥락이 이번 사건과 합의를 계기로 조금 마련되었다고 볼 수 있는지 의문이다. 의사와 간호사의 입장의 차이와 고민들에 대해서도 기존 문헌에서 속속 보고되고 있는데 이러한 부분에 대해서도 논의와 연구가 필요하다.

일곱째, 병원윤리위원회에 의존한다는 것도 깊이 들여다볼 필요가 있다. 위원회와 주치의의 관계라든지 위원회의 결정이 중재에 해당하는지 혹은 법적인 지위를 인정받는 심사에 해당하는지 등 심도있는 연구가 필요한 대목이다. 법적인 지위에 따라 위원회의 구성요원에 대해서도 변화의 여지가 크기 때문이다. 병원윤리위원회를 대상으로 법적인 다툼이 생길 경우 병원윤리위원회에 대해 어떤 보호 혹은 조치를 취할 수 있는가 하는 문제 등 후속 문제가 산적해있다.

한 가지 더 하자면, 보고서의 ‘뇌사’ 기준이 어떤 것인지에 대해서는 얼마나 사회적으로 알고 있는지 봐야 한다. 심폐사 기준의 기존 법체계와 장기이식에 관한 법률에서 말하는 뇌사와, 이 보고서에서 사회적 합의로 제시한 내용의 ‘뇌사’ 등 우리 사회의 죽음의 정의에 대해서도 연구하고 논의할 일이다.

사전의료지시서의 기본 근거는 환자 개인의 가치를 반영한 사전 지시를 존중하자는 것이다. 공적으로 일정한 규정을 두어 의사의 판단과 의사가 환자의 의견을 반영하여 결정하는 일에 일정한 제한을 두는 것은, 지나치게 온정적인 간섭이 될 수 있다. 따라서, 사회적으로 현재 얼마나 환자의 의사결정을 존중하는 인포드 컨센트 프로세스가 기반하는지가 정책적으로, 그리고 의료윤리적으로 중요하다. 왜냐하면 연명치료중단이나 사전의료지시서의 기본 토대가 환자의 가치관과 삶의 목적을 엄숙히 존중하자는 것이기 때문이다.

죽음을 앞둔 시점에서 의료인이 어떠한 방식으로 환자를 적절하게 돌보아야 할 것인지 여부에 대한 연구는 계속 이루어져야 할 것이다. 말기진료라는 넓은 관점에서 이 문제를 바라보아야 하며, 완화치료와 노인의학, 장기요양 및 진료, 호스피스 케어 등의 관점에서 환자 중심의 포괄적인 진료가 되도록 한다. 또한 암 말기, 진행된 다장기 손상, 및 진행된 치매 등에 대해서는 특히 돌보는 사람들을 위한 지원도 마련하여야 한다.

제2절 사전의료지시서의 장단점

사전유언을 포함한 사전의료지시서는 다음과 같은 장점들을 가진 것으로 평가되었다.

첫 번째, 가족과 의료인의 연명치료 중단 여부의 결정에 대한 부담을 덜어준다.

두 번째, 자기결정권의 시간적 확장으로서 환자가 스스로 의사를 결정할 수 없는 상황에서도 환자는 사전의료지시서에 따라 자기결정권을 존중받을 수 있다.

세 번째, 의료인들은 대중들이 연명치료가 항상 ‘선(善)’이라고 생각하는 것은 아니라는 점을 인식하게 되었고, 삶을 무조건적으로 연장시키는 것이 반드시 좋은 것은 아니라는 측면에 대해서도 생각하게 되었다.

이에 반해 사전의료지시서가 가지는 문제점들은 다음과 같다.

첫 번째, 환자 본인의 참된 의사인지 혹은 주위의 심리적 압력에 의한 것인지에 대한 구별이 명확하지 않다.

두 번째, 사전의료지시를 하는 경우, 그 내용이 애매모호하여 임상현장에서 적용하는 데에 어려움이 있을 수 있다. 예를 들어, 말기 질환(terminal illness)의 경우, 어떤 것을 말기 질환으로 볼 것인지, 무의미한 연명치료 중단을 요청한다고 하는 경우, 무의미한 연명치료는 무엇인지에 대해서 명확하게 판단할 수 없는 문제이기 때문이다.

세 번째, 환자의 자기 의식 및 정신 활동의 유무 여부에 관한 결정의 어려움이다. 인간의 인식 능력에는 한계가 있다. 다시 말해 사회에서 통용되는 자기 표현의 수단은 말, 표정, 동작 등인데 능력의 부족으로 그러한 수단을 사용할 수 없어 표현하지 못하는 경우, 그것이 현실적으로 표현되지 않는 다고해서 이것을 곧 의식이 없고, 정신 활동이 없다고 단정지어서는 안될 것이다.

네 번째, 반대로 환자가 위에서 언급한 자기 표현의 수단을 쓸 수 있는 경우라 할지라도 의사결정능력을 상실한 경우에 대한 결정 또한 어려움이 있다. 이를 판단하는 주체는 환자 본인이 아닌 의사로서 이를 결정 기준 및 실제 적용에 있어서 불분명함이 존재할 것이다.

다섯 번째, 환자가 사전의료지시서를 통해 무의미한 연명치료에 대해서 거부한다는 의사를 밝혀 놓은 경우, 의사는 환자의 상태에 대해서 충분히 고려하지 않고 그러한 환자의 요청이 있다는 점만을 염두에 두어 쉽게 치료를 포기할 가능성 또한

배제하기 어렵다. 즉 어느 정도의 가능성이 있음에도 불구하고, 말기 질환, 소생 불가능한 질환 등으로 간주하여 적극적인 치료를 중단할 수도 있는 것이다.

여섯 번째, 환자가 의료의사결정대리인을 지정한 경우, 그 대리인이 환자의 가치관을 올바르게 이해하지 못하거나 환자의 의사를 왜곡되게 알고 있거나 의사를 전달함에 있어서 왜곡함이 발생할 수 있다.

제3절 Guiding Principles on Advance Directives (draft)

국제적으로 보건의료정책의 기초가 되는 공통의 지침을 마련하는 데에는 다양한 선결 문제에 대한 논의가 있어야 한다. 윤리학적으로는 동서양의 문화적인 차이를 넘나들 수 있는 보편적인 윤리원칙을 탐구하고 있다. 현실에서는 문제가 떠오를 때마다 필요한 논의를 국가적인 차원에서 하고 관련법을 제정하여 이를 뒷받침하는 형식을 취한다. 두 가지 논의 모두 필요하지만, 적어도 이론적으로 합당한 지침이 있어야 함은 물론이다.

아래에 제시한 국제기준마련을 위한 지침은 세계보건기구에서 이미 마련한 바 있는 장기이식에 관한 국제적 가이드라인의 형식을 빌어, 한국에서 지침을 제시한다면 어떤 내용을 담아서 가능한 한 보편성을 가지게 할 수 있을까라는 문제의식과 고찰에서 나온 초안으로 제시하려고 한다.

1. 전문 (Preamble)

1. 의학과 의료는 근본적으로, 건강하게 오래 살게 함으로써 질병으로 인한 조기 사망을 줄이려는 보편적인 목적으로 존재한다. 20세기 중반의 의학기술의 발달은 기존의 의료에 변화를 가져왔다. 특히 1930년대와 1950년대 사이에 개발된 인공호흡기와 심폐소생술로 인해, 의료기술이 생명유지의 부분을 담당하게 됨으로써, 더 이상 사람의 죽음을, 자연이 사람을 놓아주는 것으로 이해할 수 없게 되었다. 더군다나, 의료기술의 전반적 발달이 인구학적으로 노령화가 가속화되고, 만성질환의 만연으로 의료기관에 의존하는 경우 생의 말의 의사결정은 점점 복잡해지는 추세다.

2. 생명유지 의료기술의 발달은 미명에 갇힌 수많은 인명을 구해온 것이 사실이

다. 그러나 반대로, 의학적인 죽음은, 죽음이 생의 자연스러운 끝이 아니라, 질병치료의 결과이고 죽음을 새로운 관리된 이미지로 보는 극단적인 의견을 낳기도 했다. 그도 그럴것이, 경험적으로 보아, 무의미하게 생명유지장치에 매달린 채 생의 마지막을 보내는 것에 대한 회의적인 인식이 합당한 측면이 있다는 것을 인정하지 않을 수 없다.

3. 또한, 이 문제는 의사들의 의료윤리의 지형도도 바꾸어놓았다고 해석할 수 있다. 그동안 전문가 권위와 선행이라는 원칙에 근거하여, 최대한 생명을 오래 연장하려고 하는 데에 초점을 맞추었다면, 이제 의사의 온정적 간섭주의가 환자자율주의로 움직이는 경향을 보이고 있다. 특히 의료의 개입에 대한 의사결정에 환자도 참여할 뿐만 아니라, 무의미한 치료를 원치 않는 경우, 존중하여야 한다는 인식이 의료계에서 인정되어가고 있다. 특히 인생의 말기의료 의사결정과 관련하여, 더욱 그러하다.

4. 국가에 따라서는 이러한 장치가 미비된 경우들이 있다. 말기의료와 관련하여, 환자의 자기결정권으로 법적으로 보호하는 국가가 있는가하면 그런 장치가 없는 국가들이 많다. 이런 국가들에서는 의료기관에 가면 사전의료지시서를 작성할 수 있고, 이런 제도에 힘입어서 적어도 의사결정과정에서 원활해지는 효과를 보고 있다. 반면, 법적인 장치가 없는 경우, 환자가 자신의 의사를 표현할 기회가 없거나, 삶의 질이 전혀 고려되지 않고 의학적인 치료를 우선 하고 보는 경우가 많다. 의사가 보았을 때에 양심적으로 치료가 무의미하다고 해도 법적인 소송 제기 가능성 때문에 할 수 있는 치료를 다 하는 경우도 있는 것이다.

5. 이런 점에서 미리 이러저러한 치료를 하지 말아달라는 사전의료지시서의 의미가 드러난다고 하겠다. 장기의 트래피킹에 대한 방지책으로 장기이식에 대한 국제기준안을 마련한 것과 마찬가지로, 이 문제에 대해서도 보다 인격적인 죽음을 위한, 법적 사회적 장치를 마련할 수 있는 과정으로서 환자의 자기결정권 혹은 가족의 결정권에 대한 보호가 중요하다고 하겠다. 인권에 대한 보편적인 원칙을 토대로 해서, 사회문화적 법적상황을 아우를 수 있도록 포괄적인 지침을 마련할 필요가 있다.

6. 그렇지만, 사회문화적 상황의 차이를 강조하다 보면, 자칫 본의를 놓칠 수 있다. 사실 여러 보고에 의하면, 전세계적으로 말기 환자의 케어제공자는 가족이고, 특히 여성들이 이 일을 맡고 있다는 점을 감안하여, 케어제공자에게 너무 큰 부담을 지우지 않도록 하여야 할 것이다. 그리고 케어를 받는 환자들의 입장에서, 동

서양을 막론하고, 가족과 함께 편안한 죽음을 맞기를 공통적으로 원하고 있다는 사실을 고려하여야 한다. 뿐만 아니라, 말기의료 제공시설의 다양성도 충분히 감안하여 가능한 요소들을 포괄하도록 지침을 마련하여야 한다. 그리하여 점점 더 의료기관에서 죽는 경우가 많아진다고 예상할 때, 의학적인 죽음도 인격적인 죽음이 될 수 있는 발판을 마련하여야 할 것이다.

2.지침 원리 (Guiding Principles)

guiding principle 1

모든 인간은 존엄한 존재다. 인간의 생명은 그의 의사에 반해서 앗아갈 수 없다. 또한 자신의 신체와 관련된 자기결정의 권리가 존중되어야 한다.

guiding principle 2

의료행위의 결정에 있어서 환자의 가치와 선택이 중심에 놓여야 한다. 각국에서는 의사결정능력이 있는 환자의 결정에 의한, 치료보류나 중단을 법적으로 보장하려는 노력을 기울여야 한다.

guiding principle 3

특히, 생의 말에 환자들이 자신의 가치관에 따라 연명치료를 중단이나 보류를 가능하도록 길을 열어두어야 한다. 특히 의사결정능력이 없어질 때를 대비하여 무의미한 연명치료를 사전에 거부할 수 있는 길을 만들어주어야 한다.

guiding principle 4

이를 위하여 케어제공자는 환자의 결정을 최우선으로 고려하면서, 임상 의사결정에 케어를 받을 환자의 의견을 존중하여, 환자의 가치관에 맞는 결정을 함께 결정하여야 한다.

guiding principle 5

가족과 의료인을 포함하여, 케어제공자의 각종 부담에 대한 사회적 보호와 지원이 필요하다. 케어제공자가 필요하다고 판단한 경우, 집단 의사결정의 도움을 받을 수 있는 장치를 사회적으로 마련해주어야 한다.

guiding principle 6

생의 마지막 케어장소를 3차 의료기관에 국한해서 생각해선 안된다. 생의 말기에 여러 장소를 거치는 경우, 지속적인 케어가 가능한 말기 의료전달체계를 마련하여야 한다.

제4절 WHO AD 국제적 기준 마련 위한 제안』 계획안³⁶⁾

- 인구학적으로 노령화 현상이 두드러지고, 만성질환의 만연으로 향후 생의 말기 의사결정은 보다 복잡해질 것임. \
- 의료기술의 발달로 과거와는 다른 삶과 죽음이 새로운 상황으로 대두되고 있는 것이 세계보건의 현실이기 때문임.
- 실질적으로 의료영역에서 환자가 스스로 결정할 능력이 없는 중환자 상태가 된 후 문제가 제기되므로, 자신의 치료와 관련된 의사결정에서 환자는 항상 도외시 되는 것이 현실이라 할 수 있음.
- 그러나 무엇보다도 인류의 삶은 고결한 가치를 가지고 있음. 현재 한국에서도 삶의 말기 결정에 관한 판례가 있고, 이의 후속 논의를 통해 이러한 가치를 반영하여 생의 말기 환자의 의사결정을 존중해 주는 것으로 대법원 판결이 이루어졌음.
- 이러한 측면에서 볼 때, 사전의료지시서의 사용은 생의 말기 의사결정과 관련된 갈등을 상당부분 해소시켜 줄 수 있으며, 이 시기에 발생할 수 있는 문제들을 더 잘 다룰 수 있는 기회를 가질 수 있도록 해줌.
- 그러나 사회발전 단계에 따라 그 필요성은 서로 다름. 도입필요성은 인정하나,

36) 이상의 3절에서는, 국제적인 가이드라인의 보편원리로서의 전문과 각국의 세부법규정을 포괄할 지침 원리들을 제시했다. 여기에 제시하는 계획안은, 국제적인 논의를 세계보건기구를 중심으로 한국이 문제제기를 하면서 선도하려고 할 때에 제시할 프로토콜의 안으로 덧붙인다.

국가에 따라 사정이 그렇지 못한 나라도 있으므로 생의 말기 의사결정과 관련된 문제에 직면하고 있는 국가뿐만 아니라 현재 이러한 문제에 직면하고 있지 않지만, 더 많은 숙고를 필요로 하는 국가에도 지침으로 제공될 수 있으므로, WHO에서 이를 지원하고, 각 국가는 생의 말기 자신의 의사를 표명할 수 있는 제도를 갖추는 것이 필요함.

□ ROK는 이를 위해 내년 EB를 거쳐 WHA에 결의안을 제출할 것을 제안하고자 함.

제5절 향후 연구를 위한 제언

생의 말의 삶의 질의 문제로, 보다 폭넓은 시각에서 접근하여야 한다. 우선 인포드 컨센트라는 의료윤리원칙 혹은 법적인 독트린으로 사회적으로 인식시키는 과정이 필요하다.

환자의 자기결정권의 보호라는 가치를, 사회문화적으로 안착시키기 위한 사회과정이 필요한데 정부와 의료계와 의학교육계의 역할이 크다. 이를 위한 폭넓은 논의와 사회적 합의가 우선 필요할 것이다. 예를 들어, 교육과정 중에 죽음에 대한 죽음의 과정에 대한 교육내용이 생애초기부터 있어야 할 것이다. 그리고 또 다른 예를 들면, 정부는 노인장기요양이나 말기암환자의 완화치료, 호스피스 케어, 재택의료 등의 모든 차원을 함께 다루어야 한다. 왜냐하면 의무기록에 사전의료지시서나 연명치료중단 의사를 적고 이것이 전원이나 퇴원 시 이동가능성을 보장해야 할 것이기 때문이다. 환자의 진료의 지속성은 생애 전체를 걸쳐서도 중요하지만 자택과 병원, 혹은 자택과 응급실, 혹은 요양원과 응급실을 통한 병원입원 등 모든 경로를 통해서 진료가 지속적으로 이루어지고 환자의 의사결정이 존중 보호되어야 한다. 응급의료에 관한 법률, 의료법과의 연계는 이 부분에서도 중요하게 다루어야 할 것이다.

말기환자의 연명치료의 중단에 대해서는 ‘사회적 합의’에 대한 발표가 있었으나 그것이 어느 정도나 사회적으로 합의된 것인지에 대해서는 후속 연구들이 잇달아야 할 것이다. 우리 사회의 문화적인 특성상, 윤리적인 주체성을 가진 개별 ‘환자’가 존재하지 않는 경우가 많다면 이 부분에 대한 논의가 있어야 한다. 의사들의 말기환자, 노인환자들과의 의사소통을 강화하고 이에 대한 서비스 보수도 논의해야 하며, 특히 완화치료에 관련된 교육 수련도 지원해야 할 것이다.

병원윤리위원회와 관련해서도, 정부의 응급진료와 완화치료, 호스피스케어에 대한 공적 투자의 범위와 수가문제, 그리고 병원의 환자권리보호 차원에서의 병원의 질 관리 등이 큰 범위에서 논의되고, 적절한 구조와 운영과 법적 지위에 대한 논의를 거쳐서 이를 뒷받침할 수 있도록 하여야 할 것이다.

전문가 단체와 일반인 설문조사 몇 번으로 사회적 합의가 끝나지 않는다. 사회적 합의는 사회가 얼마나 인식하고 제도·환경이 어떻게 달라지는가에 따라 계속되어야 하는 것이다. 또한 집단간 평균적인 의견 차이보다는 차이의 근거를 들여다보고, 각 당사자들의 걱정을 들여다보는 것이, 그리고 서로 다른 의견들을 드러내는 과정이 선행되어야만 건설한 합의가 이루어질 것이다. 보건의료인력과 시설과 장비와 서비스, 관련재정 등을 국민의 삶의 질을 높이는 방향으로 활용하도록 조직하고 배치하고 투입하는 구조를 중심에 놓고 생의 말기의 보건의료의 틀을 고민하는 작업을 우선하여야 한다.

제7장 참 고

제1절 관련 용어 정의

1. Informed consent

의사결정능력이 있는 환자에게 충분한 정보를 제공하고 환자의 이해를 점검하고, 환자의 자발적 동의를 구한다는 뜻으로, ‘정보에 기초한 동의’ 등으로 불리기도 한다.

2. ADs (Advance Directives 또는 Advance Health Care Directives)

구두 또는 문서로, 의사결정능력이 상실될 때를 대비하여 여러 가지 연명치료에 대한 선호를 미리 제시하는 것을 말한다. 사전 동의와 사전거부를 아우르는 사전결정에 의한 사전지시이다.

3. ACP (Advance Care Planning)

의사결정능력이 상실될 때를 대비해서 진료계획을 세우고 질병의 경과를 보며 수정하는 전 과정을 일컫는다.

4. Durable Power of Attorney for Health Care 또는 Proxy

(Substitute Decision Maker)

생전유언의 형태로 의료를 사전에 지시할 수도 있지만, 대신 의료관련결정을 내려줄 대리인을 지정할 수도 있는데, 이 대리인을 말한다.

5. Artificial nutrition and hydration

인공영양과 인공수액이란, 정맥, 또는 피하조직으로 피부아래를 통해서, 또는 위장관에 삽입된 관을 통한 영양과 수액의 공급을 의미한다.

6. Irreversible condition

비가역적 상태란 다음에 해당하는 상태와 손상과 질병을 의미한다.

- (1) 진료를 받을 수는 있지만 결코 치유되거나 제거되지 못하는;
- (2) 환자로 하여금 스스로를 돌보거나 자신을 위한 의사결정을 내릴 수 없는 상태를 야기하는;
- (3) 그리하여, 현재 표준이 되는 임상기준에 맞는 연명치료를 받지 않으면 치명적인.

설명: 암이나 주요 장기 (신장, 심장, 간, 폐)의 기능부전, 그리고 알츠하이머 치매와 같이 심각한 뇌의 질환 등은 초기부터 비가역적이라고 생각할 수 있다. 완치는 안 되지만, 환자가 연명치료를 받으면 오랜 기간 살아있을 수 있기 때문이다. 동일한 질환이 일정시간 경과하면, 환자가 치료를 받아도 사망할 것으로 예상되면 말기상태가 된다. 특정한 결과를 얻기 위한 과정에서 당신이 기꺼이 수용하려고 할 수 있는 부담이 어떤 것인지 고려해보기를 원할 수 있다. 이런 부분은 의사와 가족, 그리고 당신의 인생에서 중요한 다른 사람들과 의논하기 원할, 아주 개인적인 결정에 해당한다.

7. Life-sustaining treatment

연명치료란, 합당한 의료적 판단을 기초로 해서, 하지 않을 경우 환자가 사망할 것이라고 보일 때, 환자의 생명을 연장하기 위한 치료들이다. 연명투약이나 인공적 생명유지를 다 포함하는 것으로 쓰인다. 기계호흡장치와 신투석치료, 인공수액과 영양을 포함한다. 통증관리투약이나, 통증완화를 위해 필요한 진료는 포함되지 않는다.

8. Terminal condition

말기상태란, 현재 표준이 되는 임상기준에 맞는 연명치료를 받더라도, 6개월 이내에 사망할 것으로, 의학적으로 합당하게 판단이 되는 치유 불가능한 상태로서 손상이나 질병이 야기한 상태를 말한다.

< 참 고 문 헌 >

- 강정민, 고윤석. 한 대학병원 의료윤리 위원회에 의뢰된 치료중단 예들의 분석. 대한중환자의학회지 2005; 20(1): 68-75.
- 강현희, 이은영, 손명세, 김소윤. 연명치료 중단 관련 법·정책 방향. 한국의료법학회지 2008; 16(1): 53-76.
- 고윤석, 김일훈, 손명세, 윤영호, 이상복, 이윤성. 임종환자의 연명치료 중단에 관한 대한의학회 의료윤리지침 제 1 보. 서울, 대한의학회. 2002; 102-109.
- 구인회, 김철중, 백경희, 전병왕, 이석배. 존엄사 허용, 입법적 해결 가능한가?. 국회 국민건강 복지포럼. 2008.
- 국회입법조사처. 존엄사 입법화의 쟁점과 과제. 2009.8
- 기윤실 부설 기독교윤리연구소. 「소극적 안락사 무엇이 문제인가?」. 예영커뮤니케이션. 2007.
- 길연수. 안락사에 관한 현실적 고찰 - 한국적 상황에 맞는 대안 모색. 중앙대 석사학위 논문. 2005
- 김소윤, 강현희, 고윤석, 고신옥. 연명치료중단과 유보 결정에 대한 한국 중환자 전담의사 인식과 실행. 한국의료윤리학회지. 2009, 12(1): 15-28
- 김순이, 이미애, 김신미. 성인의 Advance Directives에 대한 태도 연구. 의료윤리교육2001, 4(2); 231-244
- 김신미, 김순이, 이미애. 생명연장술 사전선택 개념 정립을 위한 문헌 고찰. 대한간호학회지. 2001; 31(2): 279-291
- 김재봉. 치료중단과 소극적 안락사. 형사법연구. 1999;12.
- 김정우. 서유럽 안락사 실태와 윤리적 전망. 대구 카톨릭대 부설 카톨릭 사상 연구소. 카톨릭 사상. 2003;29.
- 김중호 외. 말기 환자에 대한 연명치료 유보의 윤리. 한국생명윤리학회, 생명윤리 2003;4(1).
- 김중호, 한성숙, 엄영란, 구인회, 서철, 홍석영. 병원윤리위원회 조직과 기능 및 활성화 방안 연구. 한국의료윤리교육학회지 2004; 7(1): 47-63
- 김희경. 현대 한국인의 죽음에 관한 인식과 태도. 동국대 석사학위 논문. 2002
- 문국진. 연명적 치료중단과 의학적 측면. 대한법의학회지. 1988;12(2).

- 박영주, 소극적 안락사의 허용여부에 대한 소고, 저스티스. 2002;35(1).
- 박상열. 미국 오리건 주의 존엄사법과 죽을 권리. 법조 500. 법조협회. 1998.
- 손명세 외. “연명치료 관련 의사결정의 정당한 절차와 기준에 대한 지침 개발. 의료법윤리학연구소. 2005.
- 손명세. 우리 사회의 안락사와 존엄사 그리고 연명치료 중단. 생명의 신학 제1집. 연세대 신과대학 한국기독교문화연구소. 2003.
- 손명세. 안락사, 존엄사, 무의미한 치료중단의 구분. 대한의학회. 2002,9.
- 손명세 외. 「의료문제에 대한 윤리와 법의 통합적 접근: 의료법윤리학 서설」. 동림사. 2002.
- 손명세 외. 안락사 기준에 관한 국제비교 연구. 한국의료윤리교육학회지. 2000;3(1)
- 신영태, 이일학, 김선현, 이희일. 사전의사결정에 대한 사법연수원생들과 전공의와 수련의들의 인식도 조사. 한국의료윤리교육학회지. 2008, 11(1): 23-36
- 신현호. 「삶과 죽음 권리인가 의무인가?」. 육법사. 2006.
- 신현호. 호스피스·완화의료에 관한 형법적 연구. 고려대 박사학위논문. 2005.
- 연세대학교 의료법윤리학연구원. International Symposium on Bioethics Issues of International Concern. 2009
- 오대규. 말기 암 관리의 현황 및 방향. 호스피스-완화의료 심포지엄. 2001.
- 유종호. 안락사에 대한 태도 분석-전공의와 사법연수생의 비교. 연세대 석사학위논문. 2004.
- 유호중. 연명치료중단의 정당성의 근거와 조건. 한국의료윤리교육학회, 의료윤리교육. 2002.
- 이상돈 외. 연명치료 중단의 정책적 대토론회-보라매병원 사건을 중심으로, 대한의사협회. 2004.
- 이상돈. 「치료중단과 형사책임」. 법문사. 2003.
- 이상욱 외. 호스피스 수가개발-호스피스 이용 현황과 비용을 중심으로. 관동대, 보건복지부. 2004.
- 전효숙. 고위험신생아 치료중단에 대한 윤리적인 의사결정에 관한 연구. 연세대 석사학위논문. 2001.
- 한국보건사회연구원. 회복불가능환자의 연명치료 중단에 관한 공청회. 한국보건사회연구원. 2002.

- 한국의료법학회 · 한국의료윤리교육학회. 연명치료중단의 법, 정책적 대토론회-보라매병원 사건을 중심으로. 자료집. 2002.
- 허대석. 사전의사결정에 관한 국내 동향. 한국의료윤리학회 2008 추계학술대회 자료집. 2008
- 홍영선. 사전유언지침 제도의 실천에 관한 연구 - 싱가포르와 대만의 사례를 중심으로. 카톨릭대학교 대학원 석사학위논문. 2008
- 황상익. 가망없는 환자의 치료중단과 의료윤리. 대한의사협회지. 1998;41(7)
- Aita K, Takahashi M, Miyata H, Kai I and Finucane TE. Physicians' attitudes about artificial feeding in older patients with severe cognitive impairment in Japan: a qualitative study. BMC Geriatrics 2007; 7: 22
- Chiu, T.Y. : The Attitude toward Terminal Care in Taiwan, In Annual Report of the National Science Council, Taipei. 1997
- Conte PL, Baron D, Trewick D, Touze MD, Longo C, Vial I, Yatim D and Potel G. Withholding and withdrawing life support therapy in an emergency department: prospective survey. Intensive Care Med 2004; 30: 2216-2221
- David F.K. 「Medical care at the end of life」. Georgetown University Press. 2006.
- Daniel Callahan. 「What kind of life」. Simon & Schuster Inc. 1990.
- Gavin W.H. Living wills and other advance directives: reasons for execution and preferences for their use, Chicago, Illinois. 2004.
- Genuis SJ, Genuis SK, Chang WC. Public attitudes towards the right to die. Can Med Assoc J. 1994; 150: 701-708
- Giannini A et al: End of life decisions in intensive care units: attitude of physicians in an Italian urban setting. Intensive Care Med. 2003; 29: 1902-1910.
- Gregory E. Pence. 고전적 사례로 본 의료윤리 4판. 김장한, 이재담 역. 지코사이언스. 2007
- Hazel Biggs. 「Euthanasia-Death with dignity and the law」. Heart publishing. 2001.
- Hospice and palliative medical care regulation, Taiwan, 2000

- Jean-Louis Vincent. Cultural differences in end-of-life care. Crit Care Med 2001; 29(2): 52-55
- Kathryn L. Tucker, Fred B. Steele. Patient Choice at the End of Life: Getting the Language Right. The Journal of Legal Medicine, 2007; 28: 305-325
- Lawrence P.U. 「The patient self-determination act-meeting the challenges in patient care」. Georgetown University Press, Washington D.C. 1999.
- Linda L. Emanuel. Advance Directives. Annu Rev Med, 2008; 59: 187-198
- Lynn A, Schuster JL, et al. Improving Care for the End of Life: a sourcebook for health care managers and clinicians 2nd ed. Oxford Iniversity Press. 2008
- Mayo Foundation for Medical Education and Research, Living Wills and advance directives: Tools for medical wishes. Mayo Foundation for Medical Education and Research. 2007
- Mebane EW, Oman RF, Kroonen LT, Goldstein MK: The influence of physician race, age and gender on physician attitude toward advance care directives and preferences for end of life decision making. JAmGeriatrSoc 1999; 47: 579-599
- Nelson JE, Angus DC, Weissfeld LA et al. End of life for the critically ill: A national intensive care unit survey Crit Care Med. 2006; 34: 2547-2553
- Nereo Zamperetti, Rodolfo Proietti. End of life in the ICU: laws, rules and practices: The situation in Italy. Intensive Care Med 2006; 32: 750-751
- Prendergast TJ, Luce JM. Increasing incidence of withholding and with drawing of life support from critically ill. Am J Respir Criti Care Med 1997; 155: 15-20
- Robert H.B. 「End-of-Life decision making」. MIT press. 2005.
- Rydall A and Lynoe N : Withholding and withdrawing life sustaining treatment : a comparative study of ethical reasoning of physicians and general public. Crit Care 2007; 12: R13
- Thomas F.B. 「Ethics of emerging technologies」, John Wiley & Sons. 2006.

- 부록 1 -

말기환자의 무의미한 연명치료중단원칙 발표문
(한국보건의료연구원)

말기 환자의 무의미한 연명치료 중단 원칙

<대상>

- ① 회생 가능성이 없는 말기 환자에서 단순히 임종과정만을 연장하는 무의미한 연명치료는 중단될 수 있다.
- ② 뇌사상태에서 연명치료를 계속하는 것은 적절하지 않으며, 관련 법규의 정비가 필요하다.

<절차>

- ③ 말기 상태의 판정은 담당 주치의와 해당 분야 전문의 등 2인 이상이 수행한다.
- ④ 의사는 말기 환자에게 호스피스-완화의료의 선택과 사전의료지시서 작성 등에 대하여 설명 및 상담을 하여야 한다.
- ⑤ 말기 환자의 사전의료지시서에 대한 공증을 의무화하는 것은 반대한다.
- ⑥ 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.

<내용>

- ⑦ 영양/수액 공급과 통증조절 등 기본적인 의료행위는 유지되어야 한다.
- ⑧ 말기 환자가 사전의료지시서를 통해 심폐소생술이나 인공호흡기 거부 의사를 밝힐 경우, 중단될 수 있다.
- ⑨ 심폐소생술이나 인공호흡기 외의 연명치료에 대해서 말기 환자는 사전의료지시서를 통하여 본인의 의사를 피력할 수 있으며, 의료진의 의학적 판단과 환자의 가치관을 고려하여 결정한다.
- ⑩ 안락사 및 의사조력자살은 반대한다.

<제도>

- ⑪ 무의미한 연명치료의 중단에 대한 법적 근거가 마련되어야 한다.
- ⑫ 관련 제도가 사회에 정착되기 위해서는 사회보장제도의 강화, 호스피스-완화의료제도에 대한 지원 등 사회경제적 지원 확대가 함께 이루어져야 한다.