

치료 중단 - 윤리 지침

서울대학교 의과대학 중앙내과

허 대 석

의사들이 말기 암환자에게 인공호흡기나 심폐소생술과 같은 '의미없는 치료'를 중단하는 것을 '살인방조'나 '소극적 안락사'를 시도하는 것으로 잘못 인식하고 있는 사회의식 및 의료법체계가 존재하는 반면 말기 암환자에 대한 진료행위는 과잉진료로 간주하고 의료비를 삭감하려는 보험공단이 함께 존재하고 있다. 즉, 의사, 환자, 보호자 모두가 치료중단결정의 윤리적 판단에 어려움을 겪고 있다.

호스피스·완화의료를 제대로 할 수 있기 위한 전제 조건으로 환자에게 불필요한 고통을 가중시킬 수 있는 '의미없는 치료'는 의사가 환자 및 보호자와 협의 후 중단할 수 있어야 하는데, 현 시점의 한국사회는 이에 대해 혼동된 상태이다.

임종 환자에서의 의료인의 역할

임종에 임박한 환자에게 어떤 의료행위를 어디까지 할 것인가? 이 문제는 암환자와 같은 치명적인 질환을 다루는 의료인 대부분이 매일 부딪히는 문제이다. 임종이 임박한 환자에서 의사의 역할은 다음과 같은 극단적인 선택이 가능하다.

1. 의료 집착적 행위(futility; *accanimento terapeutico*; therapeutic tenacity)

모든 의학적인 방법을 동원하여 생명을 연장한다. 예를 들면, 말기 환자라 할지라도 호흡곤란이 있으면 인공호흡기를 적용하고, 신장기능이 저하되었을 때는 혈액투석을 실시하는 등의 접근을 하게 되면 아무런 조치를 취하지 않은 경우에 비교하여 절대적인 생존기

간의 연장을 가져올 수도 있다.

2. 안락사(euthanasia, physician-assisted suicide)

환자가 고통 받는 기간을 단축하기 위하여, 인위적으로 생명을 단축시키는 일에 개입한다. 의사가 환자의 생명단축에 직접 개입하거나, 의사조력자살이 이에 속한다. 그런데, 우리나라의 의료현장에서 '안락사'는 문제시 되고 있지 않으며, 제대로 논의된 적조차 없다.

우리나라에서 일어나는 갈등의 대부분은 '의료집착적행위'와 관련된 것이다. 이 문제가 심각한 이유는 이 문제에 대한 제대로 된 지침은 없이, 시대에 뒤떨어진 법체제로 의사들의 판단에 의해 불필요하다고 생각되는 의료행위를 하지 않는 것조차도 '소극적 안락사'를 행하는 것처럼 의사들을 규제만 하고 있기 때문이다. 이와 같은 이유로, 의사들은 법적 규제를 피하기 위해 의미가 없는 의료행위일지라도 계속하게 되는 결과를 초래한다.

그런데, 의학기술의 급속한 발전은 연명치료기술을 급속도로 발전시켜, 현재 의학적으로 가능한 모든 기술을 어느 환자에게도 할 수 없다. 결국, 기술이 가능한 많은 검사나 치료 중 일부만 선택해서 의사가 행하게 되는데, 이 과정을 다른 측면에서 비판한다면 사용 가능한 기술중 많은 부분을 하지 않는 상태이므로 '치료중단'을 하고 있다고도 할 수 있다.

3. 바람직한 역할

위에 기술한 바와 같은 극단적인 결정은 의사 스스로 윤리적 딜레마에 빠지게 되고, 사회도 쉽게 받아들

이기 어려운 문제이다. 이 같은 윤리적 갈등을 극복하고 환자에게, 실질적인 도움을 줄 수 있는 방안은 치료가 불가능한 환자에서 '의미없는 치료를 중단'하려는 노력이다. 즉, 안락사나 의료집착적 행위와 같은 극단적인 결정보다는, 적극적인 의료기술의 적용이 더 이상 의미가 없다고 판단될 때는, 무의미한 치료를 중단하고 환자를 편안하게 돌보는 care-giver로서의 의사의 역할에 대해서도 생각하여야 할 것으로 본다.

현행 우리나라의 법체계는 말기 암환자에서 무의미한 치료를 중단하는 과정까지도 의사가 '소극적 안락사'를 결정한 것으로 판단하여 법적 제재를 가할 수 있다. 그러나, '의미없는 치료의 중단'과 안락사는 다르며, 그 차이점은 Table 1과 같다.

의미없는 치료의 중단

1. '의미없는 치료'를 어떻게 정의할 것인가?

치료를 계속하였을 때 생기는 이익보다 부작용으로 인한 손실이 더 크다고 판단되면 치료의 중단을 결정할 수 된다.

치료중단은 '의미없는(futile)' 치료의 중단을 의미한다. 그런데, 무의미하다는 말의 정의를 쉽게 내릴 수 있는 것일까? 이 판단은 대단히 주관적인 부분이 많아서, 누구나 쉽게 받아들일 수 있는 '의미없는 진료 (medical futility)'의 객관적인 기준을 설정할 수가 없다. 무의미한 진료의 판단의 기준은 '가치관(values)'의

차이에 따라 현저히 달라질 수 있기 때문이다.

많은 의학자들이 보다 객관적인 기준설정을 위해 노력해 왔다. 그런데, 어느 방안도 완벽하지 못하다.

2. 대한의사협회의 '의사 윤리지침'안의 문제점

2001년 4월 '진료중단'에 대하여 의사협회의 의사 윤리지침안은 임종환자의 연명치료 중단에 대한 내용을 담고 있었다. 그런데, 왜 사회는 이같은 의료인의 제안이 사회적 동의는 얻지 못한채, 의사들이 안락사를 시도하려는 것으로 받아 들였는지에 대한 분석이 필요하다. 의사협회의 윤리지침안의 문제점들은 다음과 같다.

1) 의사협회의 발표한 윤리지침안에는 '의미없는 치료의 중단'과 '소극적 안락사'의 개념이 혼동되어 있다. 따라서, '회복불능환자의 진료중단'을 사회가 '의사협회, '소극적 안락사' 강행'이라고 비난함에 있어 적절한 대응을 하지 못하였다.

2) 제30조 3항에서 의료진과 보호자사이의 의견을 불일치가 있을 때, 의사가 일방적으로 결정할 수 있다는 항목은 치료중단의 결정을 의료기술적 차원에서만 접근하고 있다는 우려를 자아내고 있다. 생명에 대한 가치관에서 의료진과 보호자사이에 차이가 있을 경우, 이를 어떻게 해결할 것인가에 대한 배려가 없었다.

특히, 의료진과 환자나 보호자사이에 가치관의 차이가 있을 때, 이를 적절히 조정하기 위한 조치가 사전에 이루어져야 한다. 의료진과 환자나 보호자사이에

Table 1. '의미없는 치료의 중단'과 안락사의 비교

	의미없는 치료의 중단	안락사
1) 의도	치료를 받았을 때의 환자측면에서의 득실을 고려하여 불필요한 고통을 줄이기 위한 노력	치료를 계속할 경우, 환자가 도움을 받을 수 있으나, 중단코자 결정
2) 스스로 택할 권리	타인에 의해 본인의 신체가 결정되는 것에 대한 소극적 거부	임종상황에 대한 적극적 개입요청
3) 되돌릴 수 있는 가능성	언제든지 치료중단결정을 철회하고 치료를 계속할 수 있다	즉각적이고 비가역적

가치관의 상충된 점이 있을 때, 어떻게 문제를 해결할 수 있을까? 이 문제에 많은 노력을 기울여 왔던 미국 의사협회는 다음과 같은 절차를 단계적으로 밟아서 치료중단을 시행하는 것을 추천하고 있다.

(1) 1단계

심각한 의학적 문제가 발생할 경우에 대비하여, 어느 수준까지 치료할 것인가에 대해 환자의 의지를 문서화(사전의료지시; advance directives)해두는 것이 가장 바람직하다

(2) 2단계

‘사전의료지시’를 미리 작성하지 못한 경우, 환자가 입원했을 때 보호자, 의료진과 함께 상의하여 치료의 목표설정에서 환자가 결정하도록 한다

(3) 3단계

환자나 보호자가 결정하기 어려울 때는 환자의 후견인(representative), 환자가 자문을 구한 사람(consultant) 등이 의사결정에 참여하도록 한다

(4) 4단계

상기 절차로 합의에 이르지 못한 경우, 같은 의료기관내의 윤리위원회와 같은 조직에 의뢰한다

(5) 5단계

윤리위원회의 결정에 대해 의료진이 받아들이지 않을 경우, 동일 의료기관내의 다른 의사에게 의뢰하여 의견을 구할 수 있다. 한편, 환자나 보호자 쪽이 반대할 경우, 다른 의료기관으로의 전원이 고려될 수 있다

(6) 6단계

합의가 이루어지지 않고, 다른 의료기관으로의 전원도 여의치 않을 경우, 적극적인 개입은 불가능하다

**‘기술중심의 의료’에서
‘가치중심의 의료’로의 전환**

페니실린이 처음 개발되었을 때, 폐염환자에서 페니실린을 사용할 것인가? 말 것인가?의 결정은 어려운

문제가 아니었다. 왜냐하면 폐염환자에서 페니실린을 사용해서 기대되는 이득이 페니실린에 대한 과민반응으로 손해를 볼 확률보다 현저히 크기 때문이었다. 그것을 수치화한다면, 99.99%: 0.01%의 확률의 차이였다. 이 같은 상황은 충수돌기염 (appendicitis)환자에서 수술을 할 것인가? 하지 않을 것인가?의 상황과도 유사하다. 이 시대의 의학적결정은 의사들이 알아서 치료여부를 정해도 큰 문제가 없었으며, 의학적 시술의 시행여부를 흑백논리로 접근해도 문제가 없었다.

그러나, 최근의 의학의 발전으로 이용이 가능한 많은 기술들은 페니실린이나 충수돌기염의 수술과 같은 상황이 아니다. 암환자에 대한 항암제사용의 결정은 암종에 따라 차이는 있으나, 많은 경우에 사용으로 효과를 볼 확률: 부작용으로 손해를 볼 확률의 차이가 15%:85%~50%:50%수준이다. 또, 효과를 볼지라도 완치가 되는 것이 아니라, 일시적인 호전을 기대하는 경우가 대부분이다.

이 같은 경우에 항암제를 사용할 것인가? 말 것인가?의 결정을 의사가 자신의 가치기준에만 의존하여 정해버리면 많은 문제가 발생한다. 왜냐하면, 이 경우에 치료법의 효과가 과연 의미가 있는 것인지의 여부는 보는 시각에 따라 현저히 달라 질 수가 있기 때문이다.

그러나, 환자 개인에 대해서는 치료로 인한 의학적 이익과 손실을 정확히 예측하기 어려운 경우가 많다. 예로, 기존의 항암치료법에 실패한 암환자에게 새로운 항암제를 적용하여 완치될 수는 없으나 호전될 가능성이 15%인 경우, 그 약을 환자에게 적용하는 것이 옳은지? 아니면 완치될 가능성이 없다면 시행치 않는 것이 옳은지? 이 같은 문제는 병상에서 흔히 부딪히는 문제로 환자의 경과를 정확히 예측할 수 있는 도구가 없다는 점에서 쉬운 결정이 아니다. 치료 후, 효과가 있는 15%에 속하면 다행한 일이나, 효과가 없는 85%인 경우 도움은 받지 못하고 부작용으로 고통을 받게 되는 결과일 수 있어 불필요한 치료를 받은

Table 2. 15%의 확률로 일시적으로 호전시킬 치료법적용에 대한 찬반

		가족		총계
		찬성	반대	
담당의사	찬성	7	12	19
	반대	10	7	17
총계		17	19	36

* concordance between physician and family : 14/36 (38.8%)

샘이 된다.

서울대병원에서 2001년 조사한 결과는 Table 2와 같다⁸⁾. 36명의 환자에 대해 의료진과 보호자사이에 15%효과를 보일 가능성이 있는 치료법 적용에 대해 39%에서만 의견의 일치를 보였다.

이 경우, 보호자가 반대하는데 의사는 치료법 적용을 권고하는 상황(33%; 12/36)에서는 의료진이 불필요한 치료를 추천하고 있다고 보호자는 받아 들일 것이다. 반대로, 보호자는 치료법의 시도를 원하나 의료진이 의미가 없다고 판단하는 상황(28%; 10/36)에서는 의사들이 환자를 포기하고 있다고 받아 들일 것이다.

이 같은 가치관의 충돌은 생명유지도구의 적용에 있어서도 마찬가지로 나타나고 있는데, 인공호흡기의 적용에 대해서는 서울대병원의 조사에서 37%에서만 의료진과 보호자사이에 가치관의 일치를 보이고 있다.

서울대병원의 조사에서 보면, 진통제나 항생제의 사용에는 의견의 일치를 이루고 있으나, 인공호흡기, 심폐소생술에 대한 결정에는 크다란 가치관의 대립이 있었다.

한국 사회가 처한 모순

의료기술의 발전은 의학적 결정이 기술중심적 결정보다는 가치중심적 판단을 요구하고 있다. 가치중심적 결정이 이루어지려면, 환자본인의 생명에 대한 가치관이 반영되어야 한다. 그런데, 우리나라에서는 환자 본

Table 3. 암환자 및 보호자의 병에 대한 인식 정도

	Family	patients
Cancer	97/97 (100%)	87/101 (86%)
Stage	67/97 (69%)	36/ 97 (37%)
Advanced stage	23/41 (56%)	21/ 41 (51%)
Terminal stage	44/56 (78%)	15/ 56 (26%)

The insight of "cancer itself" was 100% amongst family members, but only 86% in the patients. The "stage of cancer" was known by 69% of the families, and only 37% of the patients. The insight of stage was lowest for terminal cancer patients. Families were very concerned about the type of information given to the patient.

인에게 병황진실을 정확히 알리는 것이 꺼리고 있다. 보호자들의 주장은 병의 상태를 정확히 알리면, 환자들이 실망하여, 투병의지가 꺾여서 좋지 않다고 우려되어 좋은 방향으로 이야기하는 것이 더 낫다고 보는 것이다.

2001년 서울대병원 조사에 의하면(Table 3), 대부분 의(86%) 암환자들이 암질환을 가지고 있다는 점은 인식하고 있다. 그런데, 문제점은 병이 어느 정도 진행되었는지 정확히 모르고 있다는 점이다. 이는 환자들의 병의 상황이 악화될수록 심각하다.

의료가 '가치중심'으로 전환되고 있어 환자본인의 가치관을 반영하기를 요구하고 있다. 그러나, 우리의 문화는 환자에게 병의 상태를 정확히 알리는 것을 아직 꺼리고 있다. 이는 임종환자에서 호스피스-완화의료 결정에 큰 장애 요인이 되고 있다.

연명치료중단논의의 전제조건

이 논의의 전제 조건은 치료중단의 이유가 경제적 동인이어서는 안된다는 점이다. 즉, 환자나 보호자가 의료비를 걱정해서 결정을 강요당하는 상황이나, 장기적인 생계비 조달문제가 의사결정에 영향을 미쳐서는 안된다. 이 문제는 순수하게 환자의 인권적인 문제나 윤리적 시각에서 접근하여야 한다. 따라서, 사회복지제

도에 대한 투자와 제도확립이 필수적으로 전제된다.

또 이 같은 결정은 환자 자신의 생명에 대한 가치관에 근거한 판단이어야 하며, 환자는 제외한체 보호자와 의사만이 상의해서 결정한다면 많은 문제를 야기할 것이다. 따라서, 불치병의 본인에 대한 통보문화의 정착이 전제되어야 한다. 이 점은 갑자기 법률로서 규정할 사항이 아니라, 오랜 기간을 거쳐 문화적으로 성숙되어야 한다.

1) 말기암환자에서 '의미 있는 삶을 얻는 것이 아니라, '고통 받는 기간'만 연장시키는 의미없는 치료는 중단되어야 하며, 그 결정은 법적으로 보장되어야 한다.

2) 의료진과 환자나 보호자 사이에 생명에 대한 가치관의 상충된 점이 있을 때, 이를 해결하기 위한 적절한 노력을 수행하여야 한다. 즉, 무의미한 치료의 중단 결정에는 의료진의 의학적 판단도 중요하지만, 환자나 보호자의 생명에 대한 가치관의 배려도 있어야 한다.

3) 우리나라는 환자에 대한 질병통보문화가 성숙되어 있지 않고, 또 의료 보험제도와 사회보장제도가 미흡한 여건으로, 이에 대한 논의는 신중하게 이루어져야 하며, 사회적 합의도출을 위해 노력하여야 한다.

결론

말기암환자에서 '의미 없는 치료의 중단' 미국, 유럽, 일본 등의 선진국들뿐만 아니라, 교황청에서도 인정한 제도이다. 그런데, 우리나라에서만 안 된다고 주장하고 있는 것은 현재 말기 암 환자와 가족들이 겪고 있는 구체적인 어려움을 제대로 이해하지 못하고 있기 때문이다.

'의미없는 치료의 중단'에 대해 반대하는 입장에 있는 분들은, 이 주장이 암환자가 악화될 경우, 모든 환자에게 적극적인 치료를 중단하는 것을 합법화하자는 요구로 오해하고 있다. 이는 잘못된 이해이며, 이 주장의 핵심은 '생명유지장치'가 의미없다는 가치관을 가진 환자에게 이 같은 의료집착적행위를 중단할지라도 '살인방조'나 '소극적안락사'로 받아 들여서는 안된다는 점이다.

호스피스운동은 말기암 환자 및 보호자가 겪게 되는 고통이 너무나 심각하여, 이 같은 고통을 사회전체가 분담하고자 출발했다고 볼 수 있다. 따라서, 이 같은 좋은 취지가 현장에서 이루어지기 위해, '의미 없는 치료의 중단'과 같은 문제에 대해 합의해야 할 시점이

Table 4. 말기암환자에서 의미없는 치료의 중단에 대한 현시점의 인식 및 나아가야 할 방향

	한국 현실	나아가야 할 방향
말기암환자의 연명치료 중단에 대한 시각	'소극적안락사'로 인식	의미없는 치료의 중단을 통한 의미있는 임종기간의 시작
불치병의 본인통보	보호자에 의해 차단 (문화적 장벽)	환자 본인이 알고 판단
생명에 대한 가치관 반영	보호자의 의견이 반영	환자의 가치관 반영(advance directives)
의학적 결정	기술중심적 결정 '의사'중심적 결정	가치중심적 결정 Informed shared decision
의사의 역할	법적제재를 피하기 위한	환자 및 보호자에게 대화를 의료집착적 진료 통해 의료정보를 제공하고 생명에 대한 가치관을 반영하여 의학적 결정

라고 생각한다.

참 고 문 헌

1. 오대규. 말기 암 관리의 현황 및 방향. 호스피스-완화의료 심포지엄 2001, 국립암센터, 2001.
2. 허대석. 무의미한 치료의 중단. 대한의사협회지 2001;44:956-62.
3. 이동익, 말기 환자의 치료 중단-가톨릭 윤리신학의 측면, 한국 호스피스·완화의료학회지 1999;2:172-8.
4. 문국진. 생명윤리와 안락사. 여문각. 1999
5. 정효성. 안락사-법적 검토. 의협신보. 3533호, 18-19, 2001
6. 남미영, 이수찬, 서영성, 김대현, 신동학, 소극적 안락사에 대한 의료인의 태도, 가정의학회지 1995; 16:874-9.
7. Suarez-Almazor ME, et al. Euthanasia and Physician-assisted suicide: A comparative survey of physicians, terminally ill cancer patients, and the general population. J Clin Oncol 1997;15: 418-27.
8. Oh DY, Kim M, Choi I, Joh Y, Kim B, Kim DY, et al.: The Discrepancies of the Values on the Withholding Futile interventions between physician and family members of terminal cancer patients. Cancer Research and Treatment 2001;33:350-6.
9. Schneiderman LJ, Faber-Langendoen K, Jecker NS. Beyond futility to an ethic of care. Am J Med 1994;86:110-14.
10. 홍영선, 이경식: '의사 윤리지침'중 불필요한 치료 중단에 대한 견해. 한국 호스피스·완화의료학회지, 1-3, 2001
11. Teno JM, Lynn J, Philips RS, et al. Do formal advance directives affect resuscitation decisions and the use of resources for seriously ill patients? Support Investigators. J Clin Ethics 1994; 5:23-30.
12. Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. Decision near the end of life. JAMA 1992;267:2229-33.
13. Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association, Medical Futility in End-of-Life Care, Report of the Council on Ethical and Judicial Affairs. JAMA 1999;281:937-41.
14. 윤영호: 임종환자의 연명치료 중단에 대한 대한의학회 의료윤리지침 작성의 배경. 대한의사협회 제 30차 종합학술대회 심포지엄, 2002
15. 고윤석. 임종환자의 연명치료 중단에 대한 대한의학회 의료윤리지침. 대한의사협회 제30차 종합학술대회 심포지엄, 2002