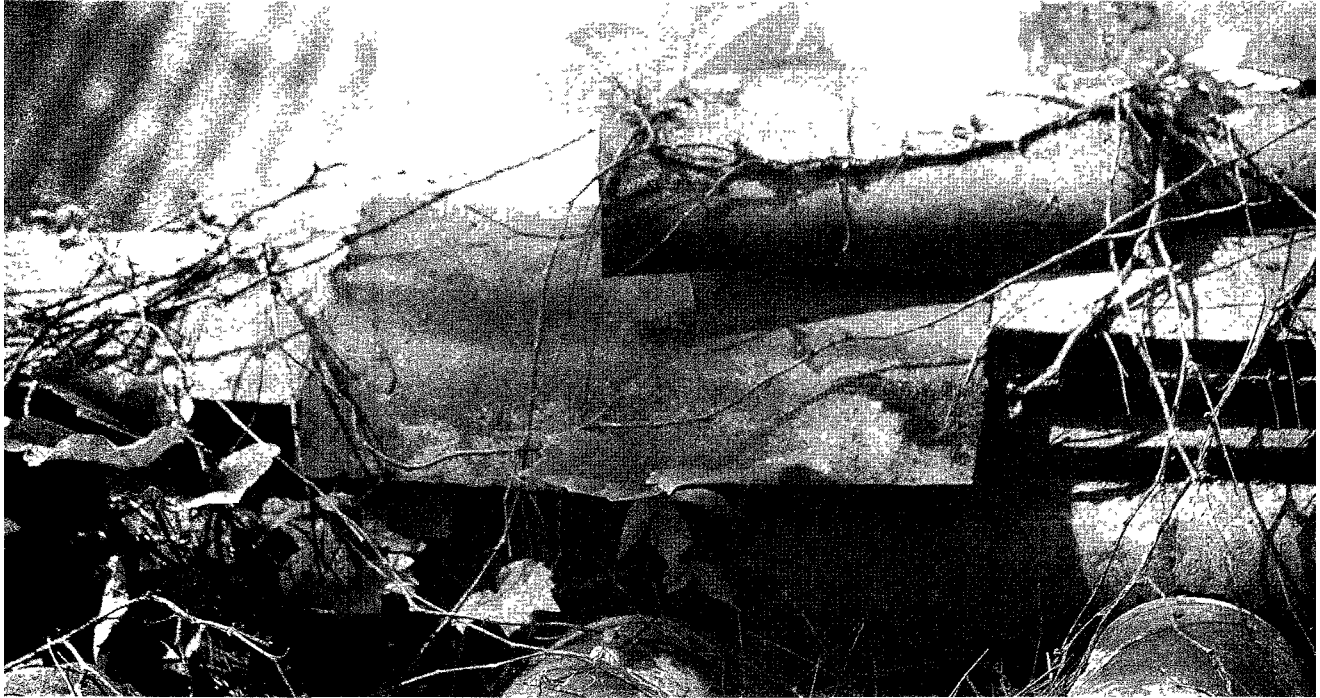


환자의 행복한 죽음 선택권 인정여부

안락사(安樂死) - 임종환자 연명치료 중단 논쟁

신성한 인간생명, 사회적 합의점 찾아야



2001년 4월 의사윤리지침이 최종 확정되었다. 이 지침 가운데 '회복 불가능 환자의 진료 중단'의 내용이 공개되면서, '수동적 안락사'의 논란이 제기되었다.

대한의학회는 이러한 현실에 대한 구체적인 해결책을 마련하고자 '안락사 존엄사에 대한 의학적 접근'이라는 제목의 '2001년 임상의학 심포지엄'을 개최하였다. 2002년 5월 3일 대한의사협회가 주최하는 종합학술대회에서 "임종환자의 연명치료 중단에 관한 대한의학회 의료윤리지침(제1보)"을 발표하게 되었다.

의료의 현실

항생제가 개발되면서 감염성 질환이나 사고로 사망하기보다 암, 고혈압, 당뇨병 등의 만성질환이 많아지면서 의료의 역할이 완치가 아닌 케어로 변화하였다. 최근에는 의료기술의 발전과 함께 인공영양, 인공호흡기, 심폐소생술, 신투석 등 생명유지기술을 통해 죽음에 이르는 과정 역시 지연시킬 수 있게 되면서, 의학은 질병의 완치나 제거가 아닌 임종환자의 생명을 유지시킨다는 것만으로도 선한 것으로 인식되어져 왔다.

또한 점차 임종장소가 가정에서 병원으로 옮겨짐에



생명유지기술을 통해 죽음에 이르는 과정 역시 지연시킬 수 있게 되면서, 의학이 질병의 완치나 제거가 아닌 임종환자의 생명을 유지시킨다는 것만으로도 선한 것으로 인식되어져 왔다

따라 삶의 마지막 순간에 들어선 환자에게 특수한 조치를 취하지 않으면 환자들이 방치되고 있다고 느끼게 할 수 있다는 이유로 생명유지장치들이 삶의 마지막 순간에 많이 사용되고 있다.

하지만 생명유지장치는, 오히려 환자의 고통과 죽음을 연장할 뿐이며 가족들에게도 고통과 부담만을 가중시킬 뿐이기 때문에 무의미하며 중환자실과 같이 고립된 공간에서 기계에 매달려 죽음을 맞이하는 것은 비인간적이라는 점이 윤리적으로 지적되어 왔다

특히 말기 암환자들의 통증은 삶의 질 향상에 있어 중요한 해결과제라 할 수 있다. 적절한 통증조절이 이루어질 수 있음에도 60~70퍼센트의 암환자들이 적절한 통증치료를 받지 못하고 있다

또한 말기암환자에 대한 의료인의 무관심과 지속적인 고 체계적으로 의료를 제공할 의료제도의 부족으로 퇴원후의 계획이나 조치 없이 병원에서 조기퇴원을 권유받게 되는 등 환자나 그 가족에게 책임이 넘겨지고 방관되어져 왔다.

해결과제

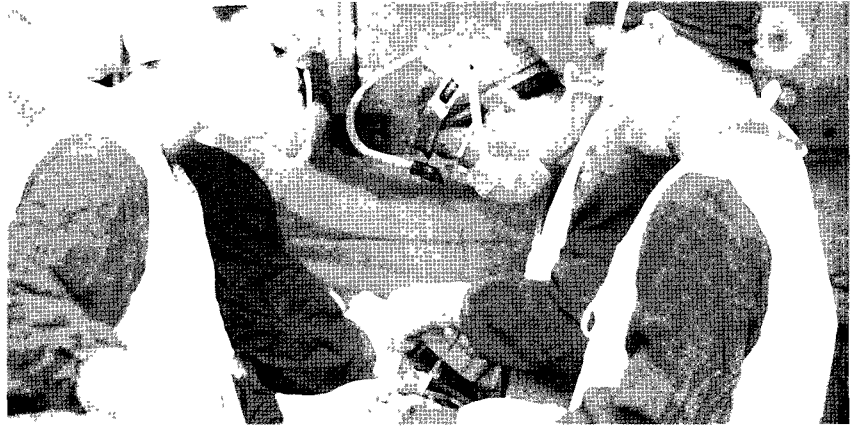
이번에 제시된 ‘임종환자의 연명치료 중단에 관한 대한의학회 의료윤리지침’ 이 의료현장에 적용되고 사회가 수용할 수 있도록 하기 위해서는 다음과 같은 과제를 해결해야 할 것이다

첫째, 한국인의 죽음관 및 임종의 이해에 근거한 임종 진료에 대한 지침이 시급히 만들어져야 한다. 이는 환자가 임종직전의 의식이 혼미한 상태를 대비하여 미

리 자신의 임종시기에 이루어질 의료와 대리인 결정에 대해 미리 유언하도록 하는 사전유언과 무의미해 보이는 심폐소생술 요청을 거부할 수 있는 심폐소생술 금지 요청서의 마련, 병원의료윤리위원회의 활용 등의 연명치료의 중단과 관련된 구체적인 의사결정 과정에 대한 제시가 포함되어야 한다. 이러한 임종환자의 고통감소를 통한 삶의 질 향상과 함께, 인생을 정리함으로써 유종의 미를 거둘 수 있는 인간적 배려와 노력에 대한 내용이 지침에 포함되어야 한다.

둘째, 임종환자의 연명치료 중단에 대한 사회적 공감대가 형성되도록 해야 한다. 무의미한 연명치료의 중단이 수동적 안락사로 인식되어서는 안된다. 죽음이 임박하였다는 의학적 판단이 이루어졌을 때, 무의미한 연명치료로 생명을 유지시키기보다는 환자가 인간적으로 죽음을 맞을 수 있도록 배려하여야 한다. 이를 위해 의과대학이나 전공의 수련과정에서부터 의사소통 및 임종환자 관리에 대한 교육이 체계적으로 이루어져야 한다

셋째, 임종환자의 삶의 질 향상을 위한 제도적 장치가 마련되어야 한다. 세계보건기구 및 선진국들은 호스피스·완화의료를 말기 암환자의 삶의 질 향상을 위한 가장 이상적인 대안으로 제시하고 있으며 선진국에서는 이미 제도적으로 정착되어 호스피스 수가나 국가적인 관리체계, 호스피스 서비스와 인력에 대한 표준화가 되어있다 하지만 우리나라에서는 이것이 재정적 부담을 가져올 것으로 인식되어 의료제도 내에 정착되어 있지 못하고 있다 이에 대해 사회적 공감대를 형성



하고 우리 현실에 적합한 모델을 개발하여 제도적으로 정착할 필요가 있다

마지막으로 임종환자의 연명치료 중단에 대한 법적 뒷받침이 되어야 한다. 이것은 비윤리적인 안락사의 사보조자살을 합법화 하는 것이 아니면서도 생전유언과 같이 자율성을 존중하고 품위있는 죽음을 보장할 수 있는 방향으로 이루어져야 할 것이다

임종환자 진료지침

임종환자의 연명치료 중단에 대한 의사들의 진료지침이 몇 가지로 제시되고 있다

1. 환자의 동의 - 우선 환자가 자신의 병적 상태를 이해하고 이성적으로 선택할 수 있도록 도와야 하며, 의식이 분명한 환자의 경우 자신이 스스로 결정하였다면 이는 존중되어야 한다. 의식이 불분명한 환자의 경우 대리인에게 의학적 사실을 정확하게 전달하여 환자에게 최선의 이익이 될 수 있도록 하여 권고를 한다. 향후 치료방향이나 중요한 결정사항들에 대하여는 의무기록으로 남겨둔다

2. 치료유보와 치료중단 - 심각한 상태의 환자의 치료수준에 대한 의사 결정에 있어 주된 고려 사항은 해당 환자의 삶에서 최선은 무엇인가이지, 가족이나 사회의 부담을 줄이는 것이 주된 고려 사항이 되어서는 안된다. 치료 중단에 관한 논의는 환자가 살아날 가능성이 매우 낮거나, 치료로 인하여 환자가 겪을 신체적, 정신적 부담이 치료로 얻을 수 있는 효과보다 훨씬 더 크게 생각되어지며 설령 회복된다 하더라도 환자가 건

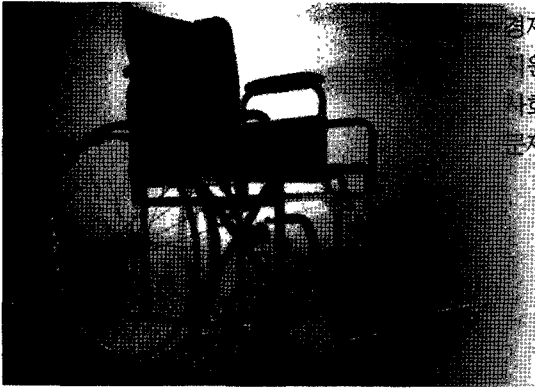
더가야 할 삶의 질을 받아들이지 못할 것으로 판단될 경우에 환자나 그 대리인과 시작할 수 있다.

3. 무의미한 치료 - 더 이상의 치료가 환자에게 효과보다 해를 끼칠 우려가 더 크다고 생각 되는 무의미한 치료의 판단에 대하여 의사와 환자나 그 가족간의 견이 다를 경우 흔히 분쟁의 소지가 된다. 국가의 진료비 보조제도나 공공간호 서비스 제도 그리고 사회에서 마련된 불우환자에 대한 공적부조의 전무로 인해 진료비 부담이 무의미한 치료 논쟁의 실제 큰 원인이다

4. 심폐소생술 하지 않기 - 의사들은 심폐소생술에 대해 환자들의 희망을 존중해야 할 윤리적 의무를 지고 있다. 심폐소생술에 의해 환자의 생명을 연장시킨다 하여도 그 삶이 의미가 없을 것으로 예상되는 경우에는 환자자신, 환자의 대리인, 혹은 담당의사에 의해 심폐소생술 포기 문제가 제기되고 환자나 그 대리인과 의사 사이에 미리 심폐소생술 포기 여부를 토의하고 결정할 수 있다

5. 임종환자의 중환자실 치료의 거절 - 중환자실의 병상은 흔히 부족하므로 병상배분에 대한 갈등이 발생한다. 이를 분배하는 결정에는 치료 효과의 유무 또는 지속여부, 현재 장애와 관련한 예상 잔여 생존기간, 집중 치료 필요의 위급성 삶의 질의 변화, 환자의 의지, 성공적 치료를 위해 필요한 의료 자원의 유무와 정도 등의 기준이 적용된다

6. 임종환자의 이송과 자의 퇴원 - 환자의 이익을 위해 환자를 다른 의료기관으로 보낼 수 있으며 진료자료 제공에 적극적으로 협조하여야 한다. 또한 그의



경제적으로 어려운 환자들의 진료비를 국가가 우선 대납하는 지원 제도나 공공 간호제도 등의 성립이 우선되어야 한다. 사회 공적 부조 없이 법적 혹은 윤리적 시각으로만 문제의 해결을 접근하는 것은 의료 현장 현실과 큰 괴리가 있다

료기관은 환자에게 필요한 서비스를 수행할 능력을 가지고 있어야 한다. 환자의 임종이 예상되는 상황에서 환자가 연명치료의 중단과 가정으로의 퇴원을 요구할 경우 그 의사가 존중되어야 하며 타당한 절차와 논의를 거친 후 결정하여야 한다.

7 임종환자의 연명치료의 중단에 관하여 환자, 환자의 대리인 및 의료진들 사이에 발생한 이견의 조정 - 의료기관내 윤리위원회의 자문을 구하거나, 구성되어 있지 않을 경우 다른 의사의 의견을 구한다 이성적 판단이 가능한 환자가 치료를 반대할 경우 그 치료가 의학적으로 유효할 것으로 판단되더라도 치료를 유보하는 것은 의료윤리에 어긋나지 않는다. 환자에게 이를 충분히 설명한 후에도 치료를 거부하는 경우 담당의사는 원인을 찾으려 노력해야 하며 심리전문가나 정신과 의사의 조언을 받는다.

논쟁점

국내의 경우 연명치료의 중단에 관련된 논쟁의 대다수가 진료비 지불이나 환자의 간호의 어려움과 연관되어 있다 보건복지부의 조사결과, 암환자의 사망직전 1개월간 평균 진료비가 176만원으로 1년간 전체 진료비인 564만원의 31퍼센트를 차지한다 이는 월 평균진료비인 47만원 보다 3.7배가 높은 것으로 조사되었다.

사망당월의 진료비가 높은 이유는 중환자실 이용, 항생제 투여, 수혈, 인공호흡등에 집중되기 때문이다 하지만 생명을 연장시키는 것이 중요한 만큼 남아있

는 가족들의 경제적 부담이 크다는 점도 고려되어야 한다

이러한 경우 의료윤리 혹은 의학 논리만으로는 문제를 해결하기가 매우 어렵다. 이러한 상황을 해결하려면 경제적으로 어려운 환자들의 진료비를 국가가 우선 대납하는 지원 제도나 공공 간호제도 등의 성립이 우선되어야 한다.

이러한 사회공적부조 없이 법적 혹은 윤리적 시각으로만 문제의 해결을 접근하는 것은 의료 현장 현실과 큰 괴리가 있으며, 의료인들이 연명치료의 중단에 관한 의료윤리 지침들을 원칙대로 적용함에 있어 어려움을 겪을 것으로 생각된다.

연명치료중단 문제를 둘러싸고 논란이 계속되는 가운데 최근 전국의 20세 이상 남녀 1000명을 대상으로 '안락사에 대한 국민의식'을 조사(김미숙/한국보건사회연구원)한 결과 국민 10명 중 7명이 소극적 안락사를 지지하는 것으로 나타났다.

이 조사에서 죽음에 임박한 환자에게 불필요한 치료조치를 중단하는 소극적 안락사에 대해 찬성이 68.3 퍼센트로 반대 31.7퍼센트보다 높게 나타났다 또 응답자의 80.5퍼센트가 본인에 대해 소극적 안락사를 시도하겠다고 답했고 부모와 배우자에 대해 소극적 안락사를 권할 의향이 있다는 견해는 각각 53.7퍼센트 55.6퍼센트를 차지해 소극적 안락사에 대한 인식이 많이 바뀌어 가고 있음을 알 수 있다

안락사 논란의 최증심에 있는 르베크 교수(버클리대 연합신학대학원)는 연세대에서 열린 '안락사와 기독교

신앙 심포지엄에서 소극적 안락사는 물론 적극적 안락사의 가능성까지 인정했다.

교수는 극심한 고통을 겪는 환자에 대한 연민이 필요하며 이런 연민을 갖지 않는 것이 도리어 비기독교적이라고 말했다. 또한 안락사의 허용보다 국가나 사회가 돈 때문에 죽음을 재촉하는 사람이 없도록 만들어야 하며, 그렇기에 안락사를 범제화하는 것을 반대한다고 말했다

이러한 가운데 일부 병원에서는 이미 소생가능성이 없다고 판단된 환자나 그 가족들이 심폐소생술을 거부할 수 있도록 하는 제도를 운영하고 있다 이는 "임종환자에게 일시적으로 삶을 연장시키는 것이 환자의 삶에 도움을 줄 가능성이 희박하다는 환자나 가족들의 요청에 따른 것" 이라고 하며 "병세를 충분히 설명을 들은 환자나 가족들 대부분이 이에 동의한다"고 말한다

이들 병원에서는 이같은 결정은 문서화해서 환자의 의식이 있을 경우는 환자 본인이, 의식이 없는 경우는 배우자 등 친권자가 심폐소생술 거부 요청서에 주치의와 함께 서명을 하도록 하고 있다 이는 병원 자체 윤리위원회의 심의를 거쳐 도입되었고, 거부요청은 한 달에 3~4건 가량 이루어지고 있다

이같은 제도는 미국 등 선진국에서는 1990년대 초부터 도입되었으며, 법으로 시행과정이 명문화되어 있다 그러나 국내에는 이에 대한 법규정이 없는 상태이다.

병원에 입원한 후에

윌리엄 비클레이

인자하신 하느님 아버지,
병원이란 곳은 참 낯설고 놀랍기만 합니다.
얼마동안은 정말 뭐가 뭔지를
통 알 수가 없습니다.

자비로우신 아버지,
저의 마음을 평화롭게 해 주시고
항상 기뻐할 수 있는 마음을 주옵소서.
어쩔 줄 몰라 하는 이들의
친구가 되게하여 주소서.
불평하고 불만스러워 하기 보다는,
보채고 성가시게 굴기 보다는,
감사하게 하소서.
되도록 저를 위해 애쓰시는 분들의 힘을
덜어드릴 수 있게 하소서.
제 괴로움만 너무 내세우지 않게 하시고
저보다 더 위중한 환자들을 도우며
기쁨을 줄 수 있는 자 되게 해 주소서.