

'무의미한 치료의 중단'의 절차 (외국기준을 중심으로)

서울대학교병원 암센터

허 대 석

무의미한 치료(futility)의 정의

의료 현장에서 보편적으로 적용되는 무의미한 치료의 정의는 환자가 치료를 통해 더 이상 이익을 얻을 가능성이 없는 치료라고 할 수 있다. 이 때 환자는 단순히 장기들의 집합체이거나 개인적인 욕구에 집착한 인간이 아니다. 의사가 자신의 질병을 치유해주기를 바라는 정신과 육체를 동시에 지닌 전체로서의 한 인간을 말하는 것이다. 의사가 치료의 무의미함, 즉 치료가 더 이상 환자에게 도움을 주지 못한다는 것을 결정할 때는 객관적인 자료를 제시할 수 있어야 한다

'회생 가능성'은 '의미있는 치료' 여부를 판단하는 적절한 기준인가?

의료의 paradigm이 바뀌고 있음을 의료현장에서 종사하는 사람외에는 이해하지 못하고 있다. 폐렴환자에게 항생제는 필수적이다. 항생제를 사용하지 않을 경우 치명적(회생 불가능)이지만, 항생제를 적절히 사용할 경우 환자를 회생시킬 수 있다. 물론, 항생제의 부작용으로 손해를 보는 경우도 있으나, 이는 지극히 드문 현상이다. 달리 표현하면, 항생제의 사용으로 환자에게 끼치는 영향은 99.999% 이상의 이득과 0.001%에도 미치지 못하는 손해를 가능성을 비교하여 결정하게 되는 절대적인 의료행위이다. 따라서, 이 같은 상황에서 의사의 결정과 행동은 '절대적'이고, 무한 책임을 지닌다. 이 같은 의학적 결정은 흑백논리로 판단이 가능하며, '회생 가능', '회생불가능'으로 이원화시킬 수 있다.

의료의 적절성?

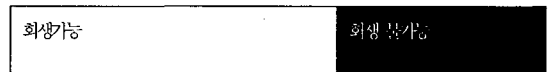
	병의 상태 치료목표	초기 (회생 가능)	진행기 (일시적인 회생 가능)	말기 (회생 불가능)
완치	적절	무의미한 치료 (의료 집착적)	무의미한 치료 (의료 집착적)	무의미한 치료 (의료 집착적)
생명 연장			적절	무의미한 치료 (의료 집착적)
편안				적절

↓
←
→
↓

방치 ← 생명의 존엄성 → 과잉진료

그림 1. 병의 상태에 적합한 치료목표

과거의 의료



현재의 의료

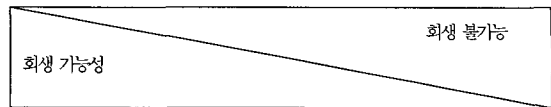


그림 2. 의료의 paradigm shift

지금 진료 현장에서 이루어지고 있는 의학적 결정은 그렇지 못하다. 인위적으로 인체의 기능을 조절할 수 있는 연명도구가 급속히 발달하면서, 회생가능성의 예측이 대단히 어려워졌다. 법은 회생가능성이 있었는가? 없었는가? 둘 중 하나의 답을 요구하고 있지만, 실제 진료현장에서는 회생가능성의 판단이 100% 와 0%로 명확히 구분되는 경우는 거의 없으며 대부분 일정 확률로 가능성을 예측해 볼 수 있을 뿐이다.

회생가능성의 판단은 대단히 어렵다. 또, 1%의 가능성이 있을 때, 이를 30%의 가능성과 똑같이 가능성이 있다고 볼 것인지, 회생 불가능한 것으로 볼 것인지를 담당의사가 아닌 법정이 결정한다면, 엄청난 혼란이 올 것이다. 왜냐하면, 많은 임상연구에서 중환자 관리의 전문가조차도 환자의 회생가능성 예측의 정확도가 80%를 넘지 못하고 있기 때문이다.

물에 빠져 의식을 잃은 사람을 심폐소생술을 하게 되면 의식이 회복하고 정상인으로 활동할 수 있을 가능성이 높다. 이런 의미에서 '회생가능성'이란 완치를 내포하고 있다. 그러나, 진료현장에서 발생하는 상황은 사뭇 다르다. 예로, 4기 폐암환자가 항암치료중 폐렴이 발생하여 심각한 호흡곤란이 발생하였다고 할 때, 인공호흡기를 다는 것이 필요한가? 와 같은 경우가 흔한 상황이다. 이 경우, 인공호흡기로 치료할지라도 폐암을 완치시키지는 못한다. 그러나, 폐렴으로 악화된 폐기능을 회복시켜 일시적으로 회생시킬 수는 있다.

이와 같이 질병을 완치시키지는 못하나, 일시적으로 환자의 상태를 회생시키는 치료를 하는 것이 의미있는 일인지에 대해서는 논란이 있다. 폐암환자에서, 완치를 시킬 수는 없으나, 15%의 확률로 일시적으로 호전시킬 수 있는 치료법적용이 의미있는 치료인지에 대한 의견을 물었을 때, 표 1과 같은 반응을 보였다. 담당의사와 보호자사이에 의견

표 1. 15%의 확률로 일시적으로 호전시킬 치료법적용에 대한 찬반

		가족		총계
		찬성	반대	
담당의사	찬성	20	18	38
	반대	37	20	57
총계		57	38	95

*concordance between physician and family: 40/95 (42.1%)

이 일치될 확률이 42%에 불과하다.

암 같은 중병에서 10%의 호전 가능성을 전제로 치료를 권유하지만, 상당수의 환자와 보호자는 완치가 보장된 것도 아니고 오히려 육체적 고통과 치료비 부담을 더 받을 우려가 있음을 문제로 의사의 권유를 거부한다. 반대로 1% 미만의 호전 가능성이 있는 경우, 추가적인 치료가 부작용으로 오히려 환자의 생명을 단축시킬 수도 있음을 경고하지만 보호자가 환자에게 사실을 숨기고 끝까지 치료를 요구하는 경우도 있다. 이 같은 판단은 의료인의 일방적인 결정으로 이루어질수 없으며, 환자나 보호자의 생명에 대한 가치관이 고려된 결정이 필수적이다(informed shared decision)

과학의 발달은 수년 전만 해도 같은 상황에서 사망했을 환자들을 생명을 인위적으로 수일에서 수년까지 연장할 수 있는 첨단 기기들을 만들었다. 이로 인해 지금 의료 현장에서는 적절한 치료가 이루어지지 못해 일어나는 인명 경시문제보다 오히려 소생 가능성이 거의 없는 환자에게 행해지는 의료 집착적 과잉진료의 폐해가 의료 윤리문제로 부각되고 있다.

보호자의 입장에서, 환자를 병원 응급실에 모시고 오지 않았더라면, 2~3일 끝다가 집에서 가족들속에서 임종했을 환자를 병원으로 모시고 옴으로써 연장된 35일의 의미는 무엇인가? '의미있는 삶

의 연장시킨 것인지? 아니면 '고통받는 기간만 연장시킨 것은 아닌지?' 그 의미에 대하여 신중한 평가가 필요하다. 그러면, 응급실 담당의사나 중환자실 담당의사는 왜 치료를 중단하지 못하였는가? 그것은 가능한 모든 치료법에 대한 적용이 의사의 의무라는 생각과 함께, '호전가능성'을 포기할 경우, 법적인 제재를 당할 위험이 있다는 압박감도 함께 작용했을 가능성이 있다.

'무의미한 치료의 중단'에 대한 선진국의 제도화 과정

- 1976: 미국 Natural Death Act
- 1980: 로마 敎皇廳 존엄사 인정
- 1992: 일본의사회- 존엄사 허용
- 1994: 미국개신교 존엄사찬성/안락사 반대
- 1997: 미국 연방대법원 PAS금지
- 1999: 미국 의사협회(AMA) PAS반대
- 2000: 대만- 자연사법 통과

미국의 예

이 같은 복잡한 의료현장의 문제를 해결하기 위해 선진국에서는 이에 대한 법적장치를 정비해 놓고 있으며, 돈 때문에 치료를 포기하는 일이 없도록 의료 복지 시스템을 구축하였다. 이에 비해 우리는 보라매 사건 이후 7년이라는 세월이 흘렀지만 그 사건이 제시하고 있는 임종문제와 관련된 법제도의 정비와 저소득층 환자를 위한 의료복지 시스템 구축이라는 두 가지 문제에 대해서는 논의조차 제대로 하지 않고 있다.

최근 연명치료기술이 발전하면서, 이 같은 문제는 여러 나라에서 논란을 야기한 바 있다. 그런데, 해결해 나가는 과정에는 과학적인 판단만이 작용하는 것이 아니고, 그 사회의 도덕 및 문화, 가치관

등이 함께 고려되었다.

과거 필수의료만을 대상으로 논의하던 시대와 달리, 연명장치의 중단과 같은 문제는 고도의 전문성과 함께, 환자 및 보호자의 생명에 대한 가치관을 반영한 가치중심의 판단(informed shared decision)이 요구된다. 의료진이 혼자서 판단하는 것은 균형을 잃을 위험이 있기 때문에, 필요시 의료윤리 위원회를 통한 해결이 추천된다. 미국의사협회에서 연명치료중단과 같은 문제의 논의에서 추천되는 논의과정을 정리한 표는 다음과 같다.

(1) All health care institutions, whether large or small, should adopt a policy on medical futility; and

(2) Policies on medical futility should follow a due process approach. The following seven steps should be included in such a due process approach to declaring futility in specific cases.

(a) Earnest attempts should be made in advance to deliberate over and negotiate prior understandings between patient, proxy, and physician on what constitutes futile care for the patient, and what falls within acceptable limits for the physician, family, and possibly also the institution.

(b) Joint decision-making should occur between patient or proxy and physician to the maximum extent possible.

(c) Attempts should be made to negotiate disagreements if they arise, and to reach resolution within all parties' acceptable limits, with the assistance of consultants as appropriate.

(d) Involvement of an institutional committee such as the ethics committee should be requested if disagreements are irresolvable.

(e) If the institutional review supports the pa-

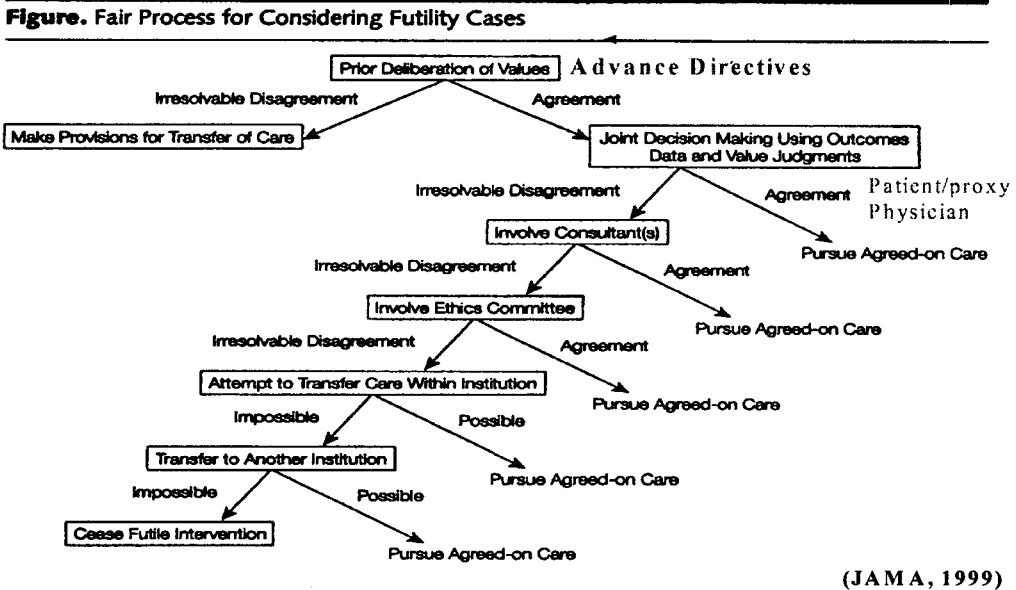


그림 3. 미국의사협회 (JAMA)가 권고하는 임종과 관련된 문제해결의 절차

SITUATION C

If I have a terminal illness with weeks to live, and my mind is not working well enough to make decisions for myself, but I am sometimes awake and seem to have feelings, then my goals and specific wishes—if medically reasonable—for this and any additional illness would be:

*In this state, prior wishes need to be balanced with a best guess about your current feelings. The proxy and physician have to make this judgment for you.

Please check appropriate boxes:

1. **Cardiopulmonary resuscitation** (chest compressions, drugs, electric shocks, and artificial breathing aimed at reviving a person who is on the point of dying). _____
2. **Major surgery** (for example, removing the gallbladder or part of the colon). _____
3. **Mechanical breathing** (respiration by machine, through a tube in the throat). _____
4. **Dialysis** (cleaning the blood by machine or by fluid passed through the belly). _____
5. **Blood transfusions or blood products.** _____
6. **Artificial nutrition and hydration** (given through a tube in a vein or in the stomach). _____
7. **Simple diagnostic tests** (for example, blood tests or x-rays). _____
8. **Antibiotics** (drugs used to fight infection). _____
9. **Pain medication, even if they dull consciousness and indirectly shorten my life.** _____

- prolong life; treat everything
- attempt to cure, but reevaluate often
- limit to less invasive and less burdensome interventions
- provide comfort care only
- other (please specify): _____

	I want	I want treatment tried. If no clear improvement, stop	I am undecided	I do not want
		Not applicable		
		Not applicable		
		Not applicable		
		Not applicable		
		Not applicable		
		Not applicable		

그림 4. Advance directives의 예

tient's position and the physician remains unpersuaded, transfer of care to another physician within the institution may be arranged.

(f) If the process supports the physician's position and the patient/proxy remains unpersuaded, transfer to another institution may be

sought and, if done, should be supported by the transferring and receiving institution.

(g) If transfer is not possible, the intervention need not be offered. (I, V) Issued June 1997 based on the report "Medical Futility in End-of-Life Care," adopted December 1996 (JAMA. 1999;

281: 937-41).

'무의미한 치료의 중단'이 안락사와 다른 점

안락사라고 하는 것은 환자의 생명을 끊기 위한 목적으로 환자에게 약물, 의료기를 보조해 주거나

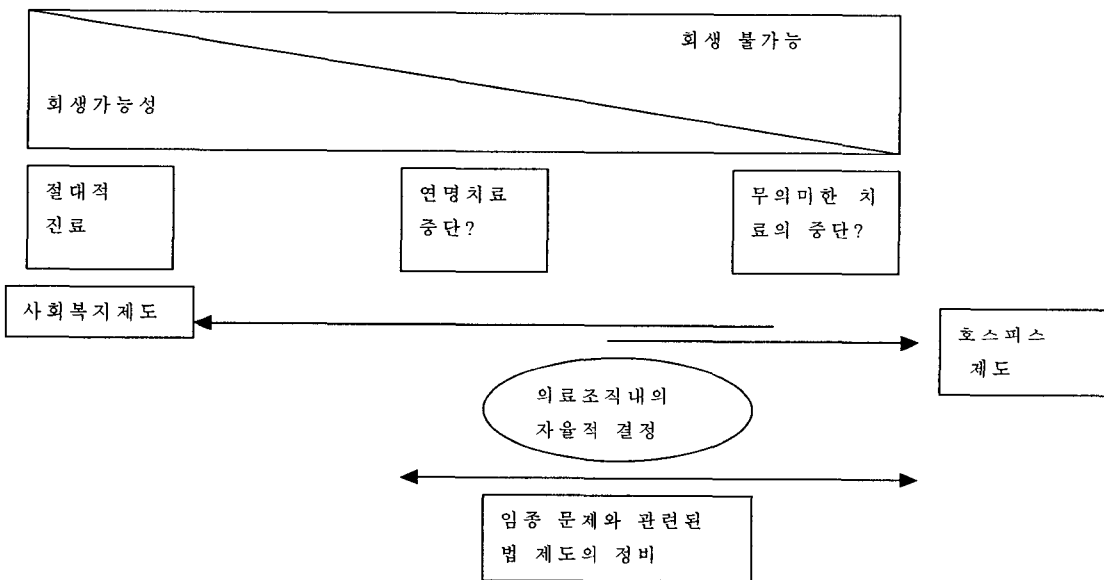


그림 5. 임종과 관련된 의료문제의 해결을 위해 우리나라에 필요한 제도들

- 사회복지제도
- 호스피스·완화의료제도
- 의료조직내에서 자율적으로 의사결정이 가능하게 할 조직과 지침
- 임종과 관련된 법제도의 정비

표 2. '무의미한 치료의 중단'과 안락사의 비교

	치료중단	안락사
1) Intention	환자의 불필요한 고통을 줄이기 위한 노력	환자의 죽음을 목적으로 한 특정 치료행위의 중단
2) The right to be left alone	expression of negative right (to set limits on the power of others to enter our bodies or direct our lives)	positive request for an active intervention
3) The possibility for continuous care	언제든지 치료중단결정을 철회하고 치료를 계속할 수 있다	Immediate and irreversible

의료인이 직접 약물, 의료기를 사용하는 경우를 말하는 것으로 생명을 살릴 수 없는 환자의 생명 보조 장치 철회는 안락사가 아니다.

죄를 묻지 않는다는 것이다.

임종과 관련된 의료문제들을 개선하기 위해, 우리나라에 필요한 제도들을 요약하면 다음과 같다.

우리나라에 필요한 제도들

이 같은 결정들은 환자자신의 생명에 대한 가치관에 근거한 판단이어야 하며, 환자를 제외한 채 보호자와 의사만이 상의해서 결정한다면 많은 문제를 야기할 것이다. 따라서, 불치병의 본인에 대한 통보문화의 정착이 전제되어야 한다. 따라서, 법으로서만 모든 문제가 해결할 수 있다는 생각은 잘못된 것이며, 문화적으로도 성숙되어야 한다.

'무의미한 치료의 중단'은 '자연사법' 혹은 '존엄사법'의 형태로 1976년 미국에서 합법화되었으며, 1980년 교황청도 인정하였고, 우리와 비슷한 문화의 일본은 1992년, 대만은 2000년도에 합법화하였다. 그런데, 우리나라에서는 '무의미한 치료의 중단'을 '소극적 안락사'로 잘못 받아들이고 있다. 또, 회생 가능성이 희박한 환자를 의사들이 포기할 수 있게 하기 위한 시도로 오해하고 있다. 그러나, '무의미한 치료의 중단'의 근본 취지는 회생이 희박한 환자가 무의미한 치료를 거부하는 의사를 밝힐 때, 이에 상응해서 의사가 연명치료를 하지 않을지라도

참 고 문 헌

- 1) 대한의사협회 정책협의회: 보라매 병원 사건의 의학적 검토 보고서. 1998
- 2) 허대석: 무의미한 치료의 중단. 대한의사협회지 2001;44: 966-62
- 3) 이동익, 말기 환자의 치료 중단-가톨릭 윤리신학의 측면, 한국 호스피스-완화의료학회지 1999;2:172-8
- 4) 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
- 5) 윤영호: 임종환자의 연명치료 중단에 대한 대한의학회 의료윤리지침 작성의 배경. 대한의사협회 제30차 종합학술대회 심포지엄, 2002
- 6) 고윤석: 임종환자의 연명치료 중단에 대한 대한의학회 의료윤리지침. 대한의사협회 제30차 종합학술대회 심포지엄, 2002
- 7) Oh DY, Kim JE, Lee CH, Lim JS, Jung KH, Heo DS, Bang YJ, Kim NK. Discrepancies among patients, family members, and physicians in Korea in terms of values regarding the withholding of treatment from patients with terminal malignancies. Cancer. 2004 May 1;100(9):1961-6
- 8) 정효성: 보라매병원사건 판결의 의미와 과제 - '치료 중단 정당한 절차' 성문화 마땅. 의협신문 (2004. 7. 19)
- 9) 고윤석: 보라매병원 사건 이후 의료현장에서의 법, 윤리적 대비 방안. 의협신문 (2004. 7. 29)