

사전의사결정(Advance Directives, 死前意思決定)에 대한 사법연수원생들과 전공의와 수련의들의 인식도 조사

신영태*, 이일학**, 김선현*, 이희일***

I. 서론

의학기술의 발전은 질병의 치료를 목적으로 하는 치료의학(curative medicine)의 발전뿐 아니라 환자의 삶의 질을 증진시키는 완화의학(palliative medicine)의 활용 가능성을 크게 높였다. 뿐만 아니라 인공호흡기 치료나 보조적 영양공급으로 대표할 수 있는 연명치료(life sustaining treatment)의 활용이 크게 증가하였다. 특히 연명치료 사용의 증가는 의료윤리의 영역에 심각한 문제를 제기하고 있다. 연명치료를 포함한 대부분의 의학적 처치가 환자에게 더 이상 도움이 되지 않는 경우라면 더 이상의 연명치료를 중단하고 죽음을 받아들이는 결정을 내려야 할 터인데, 연명치료 결정의 중단을 일차적 당사자인 환자가 아니라 가족이나 의사 등이 내리는 상황이 증가하고 있다. 더 나아가 윤리적으로는 연명치료를 시작하기 이전에 회복이 불가능한 예후를 보이는 환자에게

어떤 의학적 치료를 제공해야 하는가에 대한 논란이 커져가고 있다. 급성 질환 보다는 만성 질환 및 퇴행성 질환에 의해 병원에서 임종을 맞이하는 환자가 증가하고 있는 바, 이런 논란의 여지가 있는 사례는 더욱 증가할 것이다.

관행적으로는 환자가 뇌의 손상을 입어 의식을 잃었거나 치매 증상이 진행되어 의사결정능력을 상실하게 된 경우 미리 확인한 환자의 의사가 없다면, 보호자의 요구에 따라 치료 결정을 내리게 된다. 그러나 연명치료와 같은 중요한 결정을 내려야 하는 순간에 의료진과 환자 보호자의 의견이 일치하지 않는 경우도 흔하다.¹⁾ 의료진은 민·형사상의 법적 위험을 피하기 위해 환자의 생명을 유지하는 방향으로 의사결정을 내리는 경향이 있고, 이어진 의학적 치료 행위는 불필요하거나 부당한 치료일 가능성이 높다.²⁾ 이와 같이 의사결정과 관련된 갈등이 계속 발생하는 원인으로 1) 환자의 자기 결정권의 한계

교신저자 : 이일학, 가톨릭대학교 성의교정 의과대학 인문사회학과, 02-590-1247. MedicalEthics@catholic.ac.kr

* 관동대학교 의과대학 명지병원 가정의학교실

** 가톨릭대학교 성의교정 의과대학 인문사회학과

*** 동신병원 가정의학과

1) 허대석, 의료윤리지침의 현장 적용사례 : 말기 암환자에서 의미없는 치료의 중단, 대한의사협회 제30차 종합학술대회 의료와 사회 심포지움 자료집, 대한의사협회, 2002.

2) 이런 가운데 식물인간 상태에 빠져 인공호흡기로 연명(延命)하는 노인의 자녀들이 법원에 어머니의 연명치료를 중단해 달라는 가처분신청을 하였으며 또한 이들의 법적 대리인이 헌법재판소에 "소극적 안락사(安樂死)에 대한 법률이 없고 국민건강보험법에도 무의미한 연명 치료를 막는 규정이 없는 것은 행복추구권과 환자의 자기결정권을 침해한 것이며 소극적 안락사에 대한 법률을 제정하지 않은 것은 헌법에 위배된다."는 내용의 헌법소원을 제기하여 사회적 논란이 되고 있다. (조선일보 인터넷 판, 2008년 5월 12일)

가 어디까지인지 또 삶의 질에 관한 기준은 무엇으로 해야 할지에 대하여 우리나라에서 공론화된 합의가 충분히 이루어져 있지 않다는 점과, 2) '사전의사결정' 제도와 같이 환자가 자기결정권을 행사할 수 있는 제도적 뒷받침이 되어 있지 않다는 점, 3) '존엄한 죽음의 권리' 혹은 'well dying'에 관한 의료인, 일반인의 합의가 이루어질 기회가 없었다는 점이 제시된다.

이러한 연명치료의 논쟁적 성격 때문에 이에 대한 윤리적 논의는 1970년대 이후 활발하게 진행되었는데,³⁾ 논의 초기에는 연명치료 중단에 허용가능성에 관한 논의가 주로 진행되었으며, 이후 연명치료에 대한 논의는 연명치료 중단, 안락사(Euthanasia, 安樂死), 존엄사(Dying with dignity, 尊嚴死) 등 죽음과 관련된 생명윤리문제와 함께 논의되었다. 2006년 최종 판결이 내려진 보라매병원 사건⁴⁾이나 미국의 테리 시아보 사건⁵⁾이 있는데, 이들 사례에서는 연명치료의 허용여부를 떠나 연명치료에 관한 결정권을 누가 갖는가 하는 문제가 논점이 되었다.

따라서 연명치료에 관한 윤리적 논란을 예방하기 위한 방안의 하나로 '사전(事前)의사결정(Advance Directives, 事前意思決定)'이 제시되고 있다. 이는 회복 불가능 환자의 치료에 있어 연명치료 중단, 안락사(Euthanasia, 安樂死), 존엄사(Dying with dignity, 尊嚴死) 등 생명윤리문제와 관련된 소모적인 논란을 줄이고, 죽음에 대한 환자의 선택권을 더 존중하기 위한 제도로,

1976년 '퀸란 케이스'를 계기로 도입되어 미국, 유럽 등지에서 시행되고 있다.⁶⁾ 사전의사결정의 내용은 자율적 판단이 불가능한 상황에 직면했을 경우를 대비하여 환자가 스스로 판단하여 결정할 능력이 있는 동안 자신의 임종 과정에 대해 원하는 또는 원치 않는 의료 내용을 미리 작성하거나(생전 유언, Living wills, 生前遺言), 대리인을 미리 지정하여 이러한 결정권을 위임하는 제도(대리인 지정, Durable powers of attorney, 代理人指定)이다.⁷⁻⁹⁾ 이 제도는 결국 환자가 자신에게 제공되는 의료의 특징과 성격을 결정할 수 있는 최종적인 권한을 행사하고 이익이 되지 않는 불필요한 치료로 인한 고통에서 보호받을 수 있다는 의의가 있다.¹⁰⁾ 국내 말기신부전환자 등을 대상으로 수행한 연구에서 보면, 사전의사결정서의 적용이 존귀한 죽음과 치료계획에 대한 준비를 가능하게 하며 삶의 질을 높게 유지할 수 있다 하였다.¹¹⁾

보건정책학적으로 사전의사결정제도는 불합리한 치료를 줄임으로써 재정적으로 기여할 수 있다. 의료보험 관리공단의 자료에 따르면 사망 전 6개월 간의 의료보험 급여내역을 분석한 결과, 임종 전 6개월 동안에 지출된 의료비의 약 50%가 임종 전 2개월 동안에, 특히 1개월 동안에는 약 31%가 지출되어, 임종 직전에 특히 많은 의료비가 사용되고 있는 것으로 나타났다.¹²⁾ 그러나 많은 의료비가 사용되고 있음에도 임종 직전의 치료는 의료집착적인 치료로 환자에게 실질적인 도움은 되지 않아 이

3) Rachels J. Active and Passive Euthanasia. New England Journal of Medicine 1975(Jan) ; 292(2) :78-80.

4) 대법원 2004.6.24. 2002도995 판결.
<http://edition.cnn.com/2005/LAW/03/18/schiavo.brain-damaged/>

5) Kim KY. The Medico-Legal and Ethical Problems of Withholding/Withdrawing of Futile Life-Sustaining Mechanical Respirator treatment. Tuberculosis and Respiratory Disease 2005 ; 58(3) : 213-229.

6) Cantor NL. Twenty-five years after Quinlan : a review of the jurisprudence of death and dying. Journal of Law, Medicine and Ethics 2001 ; 29(2) : 182-96.

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

8) Marilyn K, Luplak MSW, and Chad B. A Method for Increasing Elders' Use of Advance Directives. The Gerontologist 1994 ; 34(3) : 409-412.

9) Jordens C, Little M, Kerridge I, et al. From advance directives to advance care planning : current legal status, ethical rationales and a new research agenda. Internal Medicine Journal 2005 ; 35 : 563-566.

10) 손명세, 유호중. 의료에서의 사전의사결정에 대한 도덕적 검토. 의료·윤리·교육 2001 ; 4(1).

11) 남양훈, 서인석, 임지환 등. 말기 신부전 환자에서 사전의사결정서의 적용. 대한신장학회지 2008 ; 27 : 85-93.

12) 박노례. 호스피스서비스 의료보험적용과 의료재정. Cancer pain 2002 ; 8. Available from: <http://www.cancerpain.co.kr>

를 조정할 필요성이 있는 상황이다. 사전의사결정은 이러한 임종직전 의료행위의 결정 근거로 가치가 있는 것이다.

이와 같은 필요성을 인식하여 2000년 초반부터 의료계를 포함한 법률계, 종교계, 언론인 사이에서 이에 관한 토론이 이루어지고 있으나(예를 들어 대한의학회가 시도 하였던 ‘임종환자의 연명치료중단에 관한 대한의학회 의료윤리지침’ 제정사업)¹³⁾ 이를 제도화하고 실천으로 옮기는 과정은 아직 미흡한 상태이다.

본 연구는 앞으로 법제정과 집행에 관여할 사법연수생과 실제로 의료 현장에서 말기 환자를 직접 치료하고 있는 전공의(수련의 포함)를 대상으로 사전의사결정에 대한 인식 정도를 알아보고, 이에 대한 의견과 태도를 비교해 봄으로써 사전의사결정에 관한 법 제정의 토대를 마련해보고자 한다. 사법연수원생은 법적 소양을 갖춘 집단으로 사전의사결정제도의 시행에 중요한 영향을 미칠 뿐 아니라 이 제도에 대한 사회적 인식 수준을 드러내는 집단이라고 판단할 수 있다. 또한 이들이 지닌 법적 관점을 임상 현장의 문제의식과 대비할 수 있을 것으로 판단하였다.

II. 방법

1. 연구대상

2006년 5월 29일부터 6월 9일까지 사법연수원 37기생 310명과 2006년 5월 1일부터 7월 31일까지 2개 대학병원과 1개 종합병원의 전공의 155명, 수련의 105명을 대상으로 설문조사를 하였다. 회수된 설문지 중 한 문항

이라도 기재가 누락 된 것은 최종 통계 분석에서 제외하여 사법연수생 283명(91.3%)과 전공의 150명(96.8%), 수련의 104명(99.0%)을 대상으로 분석하였다.(부록: 설문지 참조)

2. 연구방법

설문 내용은 1)인구사회학적 특성, 2)생명윤리논란에 대한 관심, 3)사전의사결정제도에 대한 이해 및 인식에 대하여 수행하였다. 우선 인구사회학적 특성을 확인하기 위하여 성별, 나이, 결혼 여부, 자녀 유무, 종교, 직위, 전공을 확인하였다. 이어서 ‘생명윤리논란에 대한 관심’은 ‘보라매 병원 사건’, ‘테리 시아보 사건’, 뇌사·말기 암 환자·치료 불가능한 환자의 연명치료 중단 중 2개 이상 자세한 내용이나 자료를 찾아본 적이 있거나, 토론이나 세미나를 통해 토의해 본 적이 있는 경우를 관심이 있는 것으로 판단하였다. 또 가족이나 친지가 의사소통이 되지 않는 상태에서 생명연장술(life-sustaining treatment: 인공호흡기, 수액, 인공영양 등)로 생명을 유지하고 있거나 유지하다가 돌아가신 경험이 있는지 알아보았다.

사전의사결정에 대한 인식, 사전의사결정의 윤리적 정당성, 사전의사결정에 관한 법 제정의 필요성, 사전의사결정 합법화 반대 이유, 사전의사결정 합법화 시 시행 여부, 사전의사결정 시행 요건, 사전의사결정 종류 선택, 생전 유언 내용, 대리인으로서의 주치의의 적절성에 대한 의견을 알아보았다. 그리고 이들 의견과 인구사회학적 특성사이의 연관성을 분석하였다.

3. 분석방법

인구사회학적 특성 및 각 설문 항목에 대한 사법연수

13) 대한의학회. 임종환자의 연명치료중단에 관한 대한의학회 의료윤리지침 제1호. 2002. 9.

생과 전공의 간의 차이는 카이 제곱 검정을 이용하였으며, 이 중 사전의사결정의 윤리적 정당성, 사전의사결정에 관한 법 제정의 필요성, 사전의사결정 합법 시 시행 여부, 대리인으로서의 주치의의 적절성에 대한 분석은 인구사회학적 특성을 보정하기 위하여 다중 로지스틱 회귀분석을 이용하였다. 모든 통계분석은 SAS version 8.01을 사용하였으며 유의수준은 0.05로 하였다.

III. 결과

성별에 있어서 사범연수생과 전공의 두 그룹 모두 남자가 유의하게 많았으며($P < 0.05$) 나이에 있어서는 두 그룹 모두 29세 이하가 가장 많았으나 유의한 차이는 없었다($P > 0.05$). 또한 두 그룹 모두 미혼이 많았으나 유의한 차이는 없었다($P > 0.05$). <표 1>

<표 1> 인구사회학적 특성

변수	사범연수생	전공의*	전체 빈도	P값†
성별				0.027
남자	198(70.0)	199(78.3)	397(73.9)	
여자	85(30.0)	55(21.7)	140(26.1)	
나이(세)				
≤29	175(61.8)	171(67.3)	346(64.4)	
30~34	83(29.3)	73(28.7)	156(29.1)	
≥35	25(8.8)	10(3.9)	35(6.5)	
결혼 여부				0.109
미혼	231(81.6)	193(76.0)	424(79.0)	
기혼	52(18.4)	61(24.0)	113(21.0)	
자녀 유무				0.150
있다	22(7.8)	29(11.4)	51(9.5)	
없다	261(92.2)	225(88.6)	486(90.5)	
종교				0.456
기독교	61(21.6)	92(36.2)	153(28.5)	
천주교	47(16.6)	41(16.1)	88(16.4)	
불교	55(19.4)	18(7.1)	73(13.6)	
기타	3(1.1)	6(2.4)	9(1.7)	
없다	117(41.3)	97(38.2)	214(39.9)	
생명윤리논란에 대한 관심				0.000
관심 있다	83(29.3)	119(46.9)	202(37.6)	
관심 없다	200(70.7)	135(53.1)	335(62.4)	
생명연장술 경험				0.131
경험 있다	31(11.0)	39(15.4)	70(13.0)	
경험 없다	252(89.0)	215(84.6)	467(87.0)	
사전의사결정에 대한 인식				0.000
알고 있다	133(47.0)	178(70.1)	311(57.9)	
모른다	150(53.0)	76(29.9)	226(42.1)	
전체	283(52.7)	254(47.3)	537(100.0)	

Data are N(%) *수련의 포함 †Chi-square analysis

종교는 사법연수생의 경우 종교 없다, 기독교, 불교, 천주교 순이었으며, 전공의의 경우 종교 없다, 기독교, 천주교, 불교 순이었다. 종교 유무로 나누었을 때, 종교가 있는 경우 전공의(157명, 61.%)가 사법연수생(166명, 58.7%)보다 많았으나 두 그룹 간에 유의한 차이는 없었다($P>0.05$). <표 1>

‘생명윤리논란에 대한 관심’에 대해서는 사법연수생보다 전공의가 더 유의하게 관심이 높은 것으로 나타났으나($P<0.05$), ‘생명연장술에 대한 경험’에 있어서는 두 그룹 간에 유의한 차이는 없었다($P>0.05$). 또한 ‘사건의사결정에 대한 인식’에 대해서는 사법연수생보다 전공의가 더 많이 인식하고 있었으며 유의한 차이를 보였다($P<0.05$). <표 1>

‘사건의사결정의 윤리적 정당성’에 대해 두 그룹 모두 긍정적인 답이 많았으나 사법연수생보다 전공의가 유의하게 높았으며($P<0.05$), 다른 인구사회학적 특성으로 보정 한 후에도 유의하게 높았다($P=0.000$). 또한 사건의사결정에 대한 인식이 있는 경우가 다른 인구사회학적 특성으로 보정 한 후에도 ‘사건의사결정의 윤리적 정당성’에 대해 유의하게 긍정적인 대답이 많았다($P=0.002$). <표 2>

‘사건의사결정에 관한 법 제정의 필요성’에 대해서도 두 그룹 모두 긍정적인 답이 많았으나 사법연수생보다 전공의가 유의하게 높았으며($P<0.05$), 다른 인구사회학적 특성으로 보정 한 후에도 유의하게 높았다($P=0.038$). 또한 사건의사결정에 대한 인식이 있는 경우가

<표 2> 사건의사결정에 대한 견해비교

	사법연수생	전공의*	전체 빈도	P값†
사건의사결정의 윤리적 정당성				
정당하다	202(71.4)	226(89.0)	428(79.7)	
정당하지 않다	81(28.6)	28(11.0)	109(20.3)	
전체	283(100.0)	254(100.0)	537(100.0)	0.000 ‡
사건의사결정에 관한 법제정의 필요성				
필요하다	225(79.5)	224(88.2)	449(83.6)	
필요하지 않다	58(20.5)	30(11.8)	88(16.4)	
전체	283(100.0)	254(100.0)	537(100.0)	0.007 ‡
사건의사결정 합법화 시 시행 여부				
시행 하겠다	189(66.8)	217(85.4)	406(75.6)	
시행하지 않겠다	94(33.2)	37(14.6)	131(24.4)	
전체	283(100.0)	254(100.0)	537(100.0)	0.000 †
대리인으로서의 주치의의 적절성				
적절하다	61(21.6)	132(52.0)	193(35.9)	
적절하지 않다	222(78.4)	122(48.0)	344(64.1)	
전체	283(100.0)	254(100.0)	537(100.0)	0.000 ‡

Data are N(%)

* 수련의 포함

† Chi-square analysis

‡ 성별, 나이, 결혼 여부, 자녀 유무, 종교 유무, 생명윤리논란에 대한 관심, 생명연장술에 대한 경험, 사건의사결정에 대한 인식을 보정한 P값 (다중 로지스틱 회귀분석)

다른 인구사회학적 특성으로 보정 한 후에도 '사전의사 결정에 관한 법 제정의 필요성'에 대해 유의한 차이로 긍정적인 대답이 많았다(P=0.000). <표 2>

'사전의사결정 합법화 반대이유'에 대해서는 '의사(醫師)에 따라 정보제공 내용과 태도, 판단에 차이가 있기 때문'이라고 생각한 경우가 두 그룹 모두에서 가장 많았으며, 기타 의견으로는 '환자의 회복 불능상태를 자의적으로 결정할 수 있다', '임종당시 환자의 의사가 바뀔 수 있다', '편법적인 이용 또는 악용 가능성이 있다'는 의견이 있었다. <표 3>

'사전의사결정 합법화 시 시행 여부'에 대해서는 두 그룹 모두 긍정적인 답이 많았으나 사법연수생보다 전공의가 유의하게 많았으며(P<0.05), 다른 인구사회학적 특

성으로 보정한 후에도 유의하게 높았다(P=0.000). 또한 사전 의사결정에 대한 인식이 있는 경우가 다른 인구사회학적 특성으로 보정 한 후에도 '사전의사결정 합법화 시 시행 여부'에 대해 유의한 차이로 긍정적인 대답이 많았다(P=0.000). <표 2>

'사전의사결정 시행 요건'에 대해서는 사법연수생의 경우 '뇌사 등 사망하지 않으나 의식이 돌아올 수 없을 때'가 가장 많았다. 그러나 전공의의 경우는 '주치의가 판단 시 인공호흡, 심장 마사지 등 심폐소생술을 해도 회생이 불가능하다고 판단될 때'가 가장 많았다. 기타 의견으로는 주치의가 아닌 중립적인 기관에서 소생불가 결정이 이루어졌을 때, 극심한 고통과 불치의 경우, 지속적인 중환자 치료를 받아야 할 때, 사전의사결정에 있어 가

<표 3> 사전의사결정 합법화 반대이유

사전의사결정 합법화 반대이유	사법연수생	전공의*	전체 빈도
비윤리적이기 때문에	14(14.7)	10(22.7)	24(17.3)
종교적으로 옳지 않기 때문에	6(6.3)	7(15.9)	13(9.4)
환자에게 불안감을 주고 사기를 저하시켜 치료를 지연시킬 수 있기 때문에	9(9.5)	4(9.1)	13(9.4)
생명 연장술을 거부하는 쪽으로 치우쳐 생명을 단축시킬 수 있기 때문에	17(17.9)	8(18.2)	25(18.0)
새로운 치료법이 개발 될 수 있기 때문에	8(8.4)	1(2.3)	9(6.5)
의사에 따라 정보제공 내용과 태도, 판단에 차이가 있기 때문에	28(29.5)	12(27.3)	40(28.8)
기타	13(13.7)	2(4.5)	15(10.8)
전체	95(100)	44(100)	139(100)

Data are N(%)

* 수련의 포함

족의 동의가 있었을 때가 있었다. <표 4>

‘사전의사결정 종류 선택’에 있어서 두 그룹 모두 생전 유언, 생전 유언과 대리인 지정 둘 다, 대리인 지정 순이었으며 ‘생전 유언 내용’의 경우도 두 그룹 모두 인공호흡기 적용여부, 심폐소생술 시행여부, 인공영양 및 수액 투여여부 순이었다. ‘생전 유언 내용’의 기타 의견으로는 가족의 동의, 고통 완화를 위한 몰핀, 강심제, 항생제 등의 투약, 중심정맥 삽관술, 기도 삽관 시행 여부가

있었으며 사망 후 장례 절차, 장기기증 문제들도 있었다.

‘대리인으로서의 주치의의 적절성’에 대해서 사법연수생보다 전공의가 유의하게 긍정적인 대답이 많았으며 ($P < 0.05$), 다른 인구사회학적 특성으로 보정한 후에도 유의하게 높았다 ($P = 0.000$). 또한 사전의사 결정에 대한 인식이 있는 경우가 다른 인구사회학적 특성으로 보정한 후에도 ‘대리인으로서의 주치의의 적절성’에 대해 유의한 차이로 긍정적인 대답이 많았다 ($P = 0.001$). <표 2>

<표 4> 사전의사결정 시행 요건

사전의사결정 시행 요건	사법연수생	전공의*	전체 빈도
뇌사 등 사망하지 않으나 의식이 돌아올 수 없을 때	149(38.1)	127(24.2)	276(30.1)
주치의가 판단 시 인공호흡, 심장 마사지 등 심폐소생술로 사망하지는 않으나 의식이 회복될 수 없을 때	46(11.8)	110(21.0)	156(17.0)
주치의가 판단 시 인공호흡, 심장 마사지 등 심폐소생술을 해도 회생이 불가능하다고 판단될 때	94(24.0)	155(29.5)	249(27.2)
말기 암으로 여명(餘命)이 이틀 정도 남은 상태로 판단되는 상태에서 심폐소생술이 필요할 때	69(17.6)	121(23.0)	190(20.7)
기타	33(8.4)	12(2.3)	45(4.9)
전체	391(100)	525(100)	916(100)

Data are N(%)

* 수련의 포함

IV. 고찰

사법연수생과 전공의의 두 그룹 간의 인구사회학적 특성에서 성별, 나이, 결혼 여부, 자녀 유무, 종교, 생명 연장술에 대한 경험에는 유의한 차이가 나타나지 않았으나, ‘생명윤리논란에 대한 관심’과 ‘사전의사결정에 대

한 인식’에 있어서는 사법연수생보다 전공의가 유의하게 높은 수준의 인식을 나타냈다.

‘사전의사결정에 관한 법 제정의 필요성’에 있어 사법연수생과 전공의의 모두 긍정적인 생각을 하고 있는 것으로 나타났으나 그 정도에 있어서 유의한 차이가 있었다. 이러한 차이는 두 집단의 연명치료와 관련된 경험의 차이에서 비롯된 것으로 보인다. 이는 사전의사결정에 대

한 인식이 있는 집단에서 '사전의사결정에 관한 법 제정의 필요성'에 대해 긍정적인 응답이 많았다는 것에서도 드러난다. 의학적 의사결정은 환자나 보호자 및 의료진의 가치관을 반영하는 동시에 한 의료 체계가 자리하고 있는 문화적, 제도적 배경을 고려하여야 한다.¹⁴⁾ 그러나 이러한 의사결정은 원칙적으로 환자의 자율성을 존중하는 동시에 환자에게 실질적인 도움을 제공할 수 있어야 한다. 따라서 이와 같이 다양한 요인이 관여하는 한 의학적인 의사결정의 합리화가 어떤 형식적이며 절차적인 수준에서 완결될 수 있는 것도, 문제의 해결도 한두 가지 차원에서 부분적으로 접근해서 얻어질 수 있는 것도 아니다. 사전의사결정제도는 이러한 의학적인 결정에 있어 핵심을 차지하는 환자의 가치관을 확인하고, 이를 논의하는 기회를 통해 보호자나 의료진도 연명치료와 관련된 윤리적 문제의 중요성과 논의의 필요성을 인식할 수 있게 될 것이다.

그러나 이 제도에 대한 이견이나 의구심이 존재하며 이러한 의구심은 대개 개념의 불명확성, 제도 도입 과정에 참여할 수 있는 기회의 제한 등에 기인한다. 무엇보다 사회적으로 중요한 가치가 있는 정책을 도입함에 있어서 사회적 인식을 높이고 사전 합의를 어느 정도 이끌어낼 필요가 있다. 우선 이 제도를 도입함에 있어 혼란을 야기하는 개념들과 보건의료 제도에 대한 의구심을 명확하게 해야 할 것이며 제도가 지향하는 가치나 절차, 각 절차의 명확한 개념 확립 등이 시행에 앞서 반드시 확립되어야 할 것이다.

한편 사전의사결정제도가 도입되고 실행됨에 있어서

도 논쟁과 주의 사항이 있는데, 이는 사전의사결정제도가 죽음을 수용하는 태도를 변화시킬 가능성에 의한 것이다. 의학적인 처치에 대한 환자 본인의 결정을 중시하는 사전의사결정제도가 자칫 죽음을 스스로 선택하고 수행하는 행위로 변화시킬 가능성에 대한 지적이 있다.¹⁵⁾ 그러나 환자가 혹은 의사나 그 가족에 의해서 죽음에 대한 결정이 내려질 수밖에 없는 상황이라면,¹⁶⁾ 환자가 치료를 요청할 수 있는 후호적인 분위기를 제공하는 동시에, 자신의 질병에 대한 객관적인 정보를 제공한다는 전제 하에 환자가 스스로 자율성을 발휘할 수 있는 제도를 만드는 일은 윤리적으로 정당하다고 볼 수 있다.

생명윤리논란에 있어 사전의사결정에 관한 법제정의 필요성을 언급한 연구가 있다. 2006년 영국에서 수행된 연구에서는 많은 수의 노인병 전문 의사들이 사전의사결정을 한 환자들을 치료함에 있어, 환자의 선호에 따라 필요없는 치료를 하지 않고 좀 더 환자에게 맞는 치료를 할 수 있고, 의미 없는 인공 영양공급이나 심폐소생술을 하지 않고 좀 더 완화적인 치료를 할 수 있는 등 긍정적인 경험을 했다고 나타났다.¹⁷⁾ 2005년 안락사에 관해 사법연수생과 전공의를 대상으로 수행한 연구에 따르면, 안락사를 허용하는 법의 필요성에 대해 사법연수생과 전공의 모두 긍정적으로 응답했다.¹⁸⁾ 우리나라에서도 이러한 입법 움직임이 있으나¹⁹⁾ 아직 사회의 전반적인 지지를 이끌어내고 있지 못하다. 사회 전반적인 지지를 이끌어 내기 위해서는 정책의 가시성(visibility)과 합리성을 보장하기 위한 절차의 수립이 필요한 상황이다.

한편 이번 설문조사에서 '사전의사결정 합법화 반대

14) Matsui M, et al. Comparison of End-of-life Preference between Japanese elders in the United States and Japan. *Journal of Transcultural Nursing* 2008 ; 19(2) : 167-74.

15) Jox R, et al. Substitute decision making in medicine : comparative analysis of the ethico-legal discourse in England and Germany. *Medicine, Health Care and Philosophy* 2007 ; (Ahead of Print).

16) Perkins HS. Controlling Death : The False Promise of Advance Directives. *Annals of Internal Medicine* 2007 ; 147(1) : 51-7.

17) Ho A. Relational Autonomy or Undue Pressure? Family's Role in Medical Decision Making. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2008 ; 22(1) : 128-135.

18) Rebekah S, Peter S, Jane S, et al. A postal questionnaire survey of UK geriatricians. *Age and Ageing* 2006 ; 35 : 116-121.

19) 유종호, 손명세, 이경환 등. 안락사에 대한 태도 분석 -전공의와 사법연수생의 비교-. *가정의학회지* 2005 ; 26 : 327-336.

이유'로 '의사(醫師)에 따라 정보제공 내용과 태도, 판단에 차이가 있다'는 응답이 두 그룹 모두에서 확인할 수 있다. 그 외의 반대이유로 '환자의 회복 불능상태를 자의적으로 결정할 수 있으며 임종 당시 환자의 의사가 바뀔 수 있다'는 의견이 있었다. 따라서 환자의 회복 불능상태 등을 보다 객관적으로 판단하기 위한 기전의 필요성을 두 그룹 모두 인식하고 있음을 암시한다. 이러한 객관성의 확보 기전으로 병원윤리위원회와 같은 집단 의사결정과정을 고려해 볼 필요가 있다. 그러나 본질적으로는 의사들에 대한 신뢰의 상실을 고민할 필요가 있다. 주치의가 치료 중인 환자에게 질병의 경과와 치료에 대해 보다 자세히 설명하고, 환자가 사전의사결정을 했더라도 상태 변화에 따라 지속적인 대화를 통해 환자의 의사변화 가능성을 고려하지 않는다면 어떠한 제도도 소기의 목적을 달성할 수 없을 것이기 때문이다. 따라서 각 학회나 병원을 중심으로 이를 위한 의사들의 자기 개발이 요청되는 상황이다.

'사전의사결정 합법화 시 시행 여부'에 대해서 사법연수생, 전공의 두 그룹 모두 긍정적인 태도를 보였으며 여기에는 성별, 나이, 종교 유무, 생명 연장술에 대한 경험 유무는 관련이 없는 것으로 나타났다. 외국의 연구에서는 인구학적 특성에 따라 사전의사결정제도를 실제 시행 정도에 차이를 보였는데,²⁰⁾ 이번 연구는 일반인이 아닌 특정한 집단을 대상으로 시행되어 문화적 특성을 상대적으로 적게 반영되었다고 볼 수 있다. 이러한 일반인과 전문인의 차이를 반영하는 예가 있다. 미국은 1990년 자기결정권법(Patient's Self-Determination Acts)이 통과된

이후 현재 병원에 처음 입원하는 환자에게 죽음의 과정에 관한 사전의사결정서를 받도록 하고 있다. 그렇지만 사실상 많은 미국인이 사전의사결정서를 남기지 않는 데, 이는 죽음에 관해서 생각하고 싶어 하지 않거나, 굳이 그런 문서를 형식적으로 남기지 않더라도 가족들이 알아서 적당한 결정을 내려줄 것이라고 믿고 있기 때문이다.²¹⁻²³⁾ 이러한 외국의 경험은 사전의사결정에 관한 법을 제정하고 시행함에 있어 문화적 수용가능성뿐만 아니라 수용자의 정서나 편익성 등을 고려해야 함을 암시한다. 제도적으로 수용된 경우에도 환자, 보호자 그리고 의료진이 원하지 않아 실제 집행되지 않을 수 있는 문제를 간과할 수 없기 때문이다.²⁴⁾ 실행에 옮김에 있어 환자의 자율성 원칙이나 자율적 결정이 다른 모든 윤리적 고려에 우선하지 않도록, 또한 자율성이 충분하며 적절한 정보에 의해 발휘될 수 있도록 한다는 원칙 하에 환자에게 정보를 제공하고 옆에서 지원하는 방안에 대한 구체화 등과 같이 절차를 체계화·명시화할 필요가 있다.²⁵⁾

'사전의사결정 시행요건'에 대해서는 사법연수원생과 전공의 사이에 차이점이 있는 것으로 나타났는데, 사법연수생의 경우 '뇌사 등 사망하지 않으나 의식이 돌아올 수 없을 때'와 같이 객관적으로 확인할 수 있는 표지를 선호하였으나 전공의의 경우는 '주치의가 판단 시 인공호흡, 심장 마사지 등 심폐소생술을 해도 회생이 불가능하다고 판단될 때'와 같이 의사의 판단을 선호하였다. 하지만 두 그룹 모두 중립적인 기관에서 소생불가 결정이 이루어졌을 때를 가장 선호하는 것으로 나타났다. 그

20) 2006년 2월 26일 의료법개정안. 안명옥 의원 발의안 (<http://www.amo21.net>)

21) Mette LR, Bregje D, Onwuteaka P, et al. Frequency and determinants of advance directives concerning end-of-life care in The Netherlands. *Social Science & Medicine* 2006 ; 62 : 1552-1563.

22) 치료중단의 윤리문제와 법적 장치. *대한의사협회지* 1998 ; 41(7) : 700-711.

23) High DM. Advance Directives and the Elderly : A Study of Intervention Strategies to Increase Use. *The Gerontologist* 1993 ; 33(3) : 342-349.

24) Luptak MK, Boulton C, et al. A Method for Increasing Elders' Use of Advance Directives. *The Gerontologist* 1994 ; 34(3) : 409-412.

25) Simon-Lonrda P, et al. Advance Directive in Spain : Perspectives from a Medical Bioethicist Approach. *Bioethics* 2008 ; 22(6) : 346-54.

러나 임상 현장에서는 중립적인 의사결정 기제의 존재 여부와 관련없이 신속한 결정이 필요한 응급상황의 경우 등 다양한 경우가 있기 때문에 이에 대한 보완이 필요하다. 이로써 생각할 수 있는 것은 임상의사가 자문할 수 있는 임상윤리전문가와 같은 인적 자원이나 구체적인 지침 등이 확충되어야 할 것이다.

대리인 지정에 있어 외국은 대부분 가족이나 친지, 친구 또는 담당의사를 대리인으로 지정한다.²⁶⁾ '사전의사결정 종류 선택'에 있어 두 그룹 모두 많은 수가 생전 유언을 선택했다. 그런데 이러한 결과는 환자 본인의 의사를 대리인이 대신 할 수 없다는 인식을 반영하는 것이 아닌가 하는 의문점을 제기한다. 혹시 현재와 같은 의료 현실에서는 가족이 환자의 의사를 반영한 의사결정을 내리기에 한계가 있다고 인식하는 것은 아닌가? 설문에 대한 응답에서 사법연수생과 달리 전공의는 '대리인으로서의 주치의의 적절성'에 대해서는 긍정적인 태도를 보였다는 점에 주목할 필요가 있다. 전공의는 주치의는 대리인으로서 어느 정도 환자의 선호를 반영할 수 있다고 생각하는 것으로 나타났는데, 이는 임상의사들의 의사-환자 관계에 대한 의식을 반영하는 것처럼 보인다. 주치의가 환자에게 가장 이익이 되는 치료를 알고 있다는 확신은 비록 의사들의 선의를 전제로 해도, 환자의 인격과 경험에 대한 이해를 바탕으로 할 때만 도덕적으로 의미를 갖는다. 이에 대해 사법연수생은 '주치의는 의사소통이 불가능해진 환자의 선호를 충분히 반영할 수 없다'고 생각하고 있으며 그 이유로 '주치의가 환자의 선호를 알 수 있을 정도의 시간적 여유가 없다'고 답변하였다.

이러한 인식 차이를 극복하기 위해서는 의학적 판단의 한계와 정당화 조건에 대해서 전공의들에게도 교육이 필요할 것이다. 일반적으로 전공의들은 환자에 대한 의학적 판단이 환자의 선호를 대신할 수 있다고 판단하고 있으며 이는 바쁜 일정, 의과학 위주의 교육·환경을 통하여 더욱 고착되고 있다. 이러한 환경을 극복하고 환자의 선호를 반영하는 의학적 결정이 가능하도록 하기 위해서는 가치관의 다양성에 대한 감수성을 함양하고, 윤리적인 절차 등에 대한 교육이 필요할 것이다. 그러나 사법연수생들의 의사의 판단에 대한 의구심은 본질적으로는 의학적 상태로만 판단할 경우 의사 개개인의 능력이나 윤리적 가치관이 다를 뿐만 아니라 업무과다와 환자의 경제적 상태 고려 등으로 윤리적 판단 착오가 발생할 수 있다는 문제의식과 관련되어 있다. 따라서 앞에서 언급한 바와 같은 중립적이며 실질적인 논의를 할 수 있는 조직을 개발할 필요가 있다.

한편 사전의사결정제도 자체에 대한 부정적인 의견들이 있었다. 치료를 담당하는 의사가 법적대리인이 되는 경우 사망 후 더 많은 법적 문제들을 해결하는 책임까지 지게 되어 의사 개인에게 지나친 부담이 될 수 있다는 의견과 생전 유언 시 환자의 정신적 상태가 윤리적 문제를 야기시킬 수 있다는 지적이 있었다. 실제로 중증의 우울증이나^{27,28)} 인지기능 장애^{29,30)} 등이 선호도 결정과정에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 따라서 사전의사결정의 작성 시기 뿐만 아니라 우울증과 치매 등의 인지 기능 장애가 있을 경우에 대한 토의가 필요하다.³¹⁾

26) Abbo ED, et al. Patient Preferences in Instructional Advance Directives. *Journal of Palliative Medicine* 2008 ; 11(4) : 555-62.

27) Arras J. Ethical issues in Emergency care. *Clinics in Geriatric Medicine* 1993 ; 9(3) : 655-654.

28) Martin H. Advance Directives and the Severely Demented. *Journal of Medicine and Philosophy* 2006 ; 31 : 47-64.

29) Ganzini L, Lee MA, Heintz RT, et al. The effect of depression treatment on life-sustaining medical therapy. *Am J Psychiatry* 1994 ; 151(11) : 1631-6.

30) Niv Y, Niv G, Levi Z. A living will - autonomy in dementive states. *Harefuah* 2004 ; 143(9) : 652-655, 694.

31) Seena F, Tony H, Robin J. Effect of Cognitive Impairment and Premorbid Intelligence on Treatment Preferences for Life-Sustaining Medical Therapy. *Am J Psychiatry* 2000 ; 157(6) : 1009-1011. ; Dimond B. The Mental Capacity Act 2005 and Decision-making : *Advance Decisions*. *British Journal of Nurses* 2008 ; 17(1) : 44-6.

본 연구는 과거 유종호 등의 ‘안락사에 대한 태도 분석-전공의와 사법연수생의 비교-’¹⁹⁾의 후속연구로 볼 수 있다. 이 연구에서 저자들은 ‘안락사’에 대한 인식도 분석을 통해 안락사의 윤리적 정당성과 법제화의 가능성을 가늠하였으며, 나아가 ‘사전의사결정제도’의 도입을 언급하였다. 이에 본 연구는 ‘안락사’에 대한 연구의 연속선상에서 ‘사전의사결정제도’의 인식도를 살펴보았다. 중요한 의료 윤리적 이슈에 대한 기본적인 인식도 조사마저 부족한 국내 현실에서 향후 의료현장의 윤리적 제도적 현안들에 대한 추가적인 연구들이 지속되어야 하며 이를 바탕으로 제도적 현실화를 위한 구체적인 방안 에 대한 연구와 논의가 활발하게 진행되어야 할 것이다.

본 연구는 법조계와 의료계만을 대상으로 시행된 제한적인 조사이다. 또한 설문대상인 사법연수생과 전공

의가 법조계와 의료계를 대표한다고 할 수 없다. 그러나 두 그룹 모두, 비록 구체적인 내용에 있어서의 차이는 있지만, 사전의사결정제도의 정당성과 필요성에 대해 긍정적인 태도를 보여 향후 법제화의 가능성을 가늠해 볼 수 있겠다. 특히 사전의사결정에 대한 인식이 있는 경우 ‘사전의사결정에 관한 법 제정의 필요성’에 더욱 긍정적인 태도를 보여, 홍보를 통한 인식제고가 필요할 것으로 생각된다. 향후 우리사회가 사전의사결정제도에 대해 관심을 가지고 이를 공론화한다면 대한민국 의료 현실에 적합한 합리적인 법이 마련될 것으로 기대된다. ²⁰⁾

색인어 : 사전의사결정, 사법연수생, 전공의

부록: 설문지

2004년 6월 “보라매 병원 사건”으로 알려진 사건에서 회복가능성이 희박한 환자를 보호자의 강력한 퇴원요구(경제적 이유)로, 의사지시에 반하는 퇴원을 한다는 서약서에 서명하게 하고, 환자를 자택으로 퇴원시켜 환자가 사망하게 한 담당 의사들에게 “작위에 의한 살인방조죄”라는 중형이 내려졌습니다. 2005년 3월 미국에서 심장발작으로 뇌손상을 입은 뒤 15년간 식물인간 상태에서 급식 튜브에 의존해 생명을 연장해 온 “테리 시아보”에게 사고 전 인공적인 방법으로 살고 싶지 않다는 말을 했으며, 그녀 부모의 반대에도 불구하고 급식튜브를 제거해 달라는 남편의 요청을 받아들인 판결이 있었습니다.

의학기술이 발전함에 따라 회복불능 환자의 연명(延命)치료중단에 대한 논란이 커져갈 뿐만 아니라 삶의 마지막 죽음이 자신이 아닌 가족이나 의사 등 타인에 의해 결정되는 상황이 증가하고 있고 이는 결국 가족에게 정신적인 고통과 불필요한 의료비 부담을 가중시키고 있습니다. 갈수록 고령화 사회가 심화되고 임종을 병원에서 맞이하는 환자가 증가하고 있는 지금, 이런 사례가 더욱 증가 될 것으로 생각됩니다.

이 설문지는 회복불능 환자의 연명치료중단을 포함한 안락사(Euthanasia, 安樂死), 존엄사(Dying with dignity, 尊嚴死) 등 생명윤리논란을 줄이고 환자의 자율적 선택권을 더 존중하기 위해 미국, 유럽 등에서 시행하고 있는 사전의사결정(死前意思決定) - 개인이 스스로 판단하여 결정할 능력이 있는 동안 자신의 임종과정에 대해 원하는 또는 원치 않는 의료 내용에 대해 미리 작성하거나 (생전 유언, Living wills, 生前遺言), 대리인을 미리 지정하여 이러한 결정권을 위임하는 제도(대리인 지정, Durable powers of attorney, 代理人指定) - 에 대해 우리나라의 법조계와 의료계를 이끌어 갈 여러분의 인식 정도를 알아보고 이에 대한 의견과 태도를 비교해 보고자 합니다.

* 아래 질문 중 해당되는 곳에 O표 하세요. (답은 한 가지만 선택해 주세요)

1. 성별? 1) 남 2) 여
2. 나이? 만 _____ 세
3. 결혼 여부? 1) 미혼 2) 기혼
4. 자녀 유무? 1) 있다 2) 없다
5. 종교? 1) 기독교 2) 천주교 3) 불교 4) 기타 5) 없다
6. 현재 직위는? 1) 사법연수생 2) 전공의(레지던트) 3) 수련의(인턴)
- 6-I. 전공은? (전공의만 해당) _____ 과
7. “보라매 병원 사건”에 대해 알고 있습니까?
1) 전혀 모른다 2) 대중매체를 통해 단편적으로 알고 있다
3) 자세한 내용이나 자료를 찾아본 적이 있다 4) 토론이나 세미나를 통해 토의해 본 적이 있다
8. “테리 시아보 사건”에 대해 알고 있습니까?
1) 전혀 모른다 2) 대중매체를 통해 단편적으로 알고 있다
3) 자세한 내용이나 자료를 찾아본 적이 있다 4) 토론이나 세미나를 통해 토의해 본 적이 있다
9. 뇌사, 말기 암 환자, 치료 불가능한 환자의 연명치료중단에 대해 알고 있습니까?
1) 전혀 모른다 2) 대중매체를 통해 단편적으로 알고 있다
3) 자세한 내용이나 자료를 찾아본 적이 있다 4) 토론이나 세미나를 통해 토의해 본 적이 있다

10. 가족이나 친지가 의사소통이 되지 않는 상태에서 생명연장술(인공호흡기, 수액, 인공영양 등)로 생명을 유지하고 있거나 유지하다가 돌아가신 경험이 있습니까?

- 1) 예 2) 아니오

11. 사전의사결정에 대해 알고 계십니까?

- 1) 예 2) 아니오

12. 사전의사결정이 윤리적으로 정당하다고 생각하십니까?

- 1) 예 2) 아니오

13. 사전의사결정을 인정하는 법이 필요하다고 생각하십니까?

- 1) 예 2) 아니오

14. 사전의사결정이 합법화되는 것에 반대한다면 그 이유는? (중복 가능)

- 1) 비윤리적이기 때문에
- 2) 종교적으로 옳지 않기 때문에
- 3) 환자에게 불안감을 주고 사기를 저하시켜 치료를 지연시킬 수 있기 때문에
- 4) 생명 연장술을 거부하는 쪽으로 치우쳐 생명을 단축시킬 수 있기 때문에
- 5) 새로운 치료법이 개발 될 수 있기 때문에
- 6) 의사에 따라 정보제공 내용과 태도, 판단에 차이가 있기 때문에
- 7) 기타 (적어주세요:)

15. 사전의사결정이 합법화 된다면 사전의사결정을 하시겠습니까?

- 1) 예 2) 아니오

16. 어떤 상태가 되어야 사전의사결정 대로 절차가 진행되어야 한다고 생각하십니까? (중복가능)

- 1) 뇌사 등 사망하지 않으나 의식이 돌아올 수 없을 때
- 2) 주치의가 판단 시 인공호흡, 심장 마사지 등 심폐소생술로 사망하지는 않으나 의식이 회복될 수 없을 때
- 3) 주치의가 판단 시 인공호흡, 심장 마사지 등 심폐소생술을 해도 회생이 불가능하다고 판단될 때
- 4) 말기 암으로 여명(餘命)이 이틀정도로 남은 상태로 판단되는 상태에서 심폐소생술이 필요할 때
Cf. 의학적으로 말기 암환자의 경우 여명 48시간을 예측할 수 있습니다.
- 5) 기타 (적어주세요:)

17. 우리나라의 경우 사전의사결정이 합법화 된다면 생전 유언과 대리인 지정 중 어느 것이 바람직하다고 생각하십니까?

- 1) 생전 유언 2) 대리인 지정 3) 둘 다

18. 생전 유언에 포함 되어야 할 내용으로 적당하다고 생각되는 것은? (중복 가능)

- 1) 심폐소생술 시행여부
- 2) 인공호흡기 적용여부
- 3) 인공영양 및 수액 투여여부
- 4) 기타 (적어주세요:)

19. 대리인이 주치의일 경우 의사소통이 불가능해진 환자의 바램을 충분히 반영할 수 있다고 생각 하십니까?

- 1) 예 2) 아니오

19-I. 충분히 반영할 수 없다면 이유는?

()

An Analysis of Attitudes toward Advance Directives among Judicial Apprentices and Medical Trainees

SHIN Young-Tae*, LEE Il-Hak**, KIM Sun-Hyun*, LEE Hee-Il***

Background: The legal and ethical issues related to advance directives have recently become controversial in Korea. This study was designed to determine whether there are any significant differences between judicial apprentices and medical trainees (including residents and interns) with respect to their attitudes toward advance directives.

Methods: A questionnaire was administered to 283 judicial apprentices from May 29 to June 9, 2006, and to 254 medical trainees (150 residents and 104 interns) from May 1 to July 31, 2006. Thus, there were a total of 537 respondents in this study.

Results: More medical trainees than judicial apprentices were familiar with advance directives ($P < 0.05$). More medical trainees than judicial apprentices claimed that a law for advance directives was necessary ($P < 0.05$). After adjusting for other predisposing factors, differences between the two groups were still statistically significant ($P = 0.038$). After adjusting other predisposing factors, it is found that the group which knew about advance directives beforehand responded more positively to the question whether legislation for advance directives was necessary than the group which didn't ($P=0.000$).

Conclusion: In this study, the difference in the number of medical trainees versus judicial apprentices who were familiar with advance directives was found to be statistically significant ($P < 0.05$). This caused statistically significant differences between the number of judicial apprentices versus medical trainees who believed that a law covering advance directives is needed. Therefore, greater awareness of advance directives is needed in order to establish a law governing them.

Keywords : Advance directives, Judicial apprentices, Medical trainees

* Department of Family Medicine, Myongji Hospital, College of Medicine, Kwandong University

** Division of Medical Humanities and Social Medicine, Medical College, Catholic University: *Corresponding Author*

***Department of Family Medicine, Dong Shin Hospital