

연명치료중단 결정에서 의학적 무의미함(medical futility)

김진경*

I. 들어가는 말

연명치료중단¹⁾의 결정은 대개 환자의 죽음을 결과한다는 점에서 가장 민감한 의학적 의사결정과정이라 할 수 있다. 실제로 다양한 상태의 환자를 치료하는 임상 현장에서 환자의 무의미한 치료 중단에 대한 요구는 끊임없이 제기되고 있다. 미국의 경우, 1970년대 이후로 카렌 킨란, 낸시 크루잔 등의 사례에서 연명치료중단에 대한 요구가 이어져왔으며, 그 결과 이에 대한 논의도 활발하게 이루어져왔다. 우리나라의 경우, 2008년 연명치료중단과 관련하여 연세대학교 세브란스병원에서 김 모(76, 여)씨의 사

례²⁾가 발생하였으며, 이는 우리나라의 연명치료중단의 구체적인 기준 마련의 필요성을 불러 일으켰다는 점에서 중요한 의미를 가진다.

사실 의료 현장에서 치료중단 요구의 문제는 그다지 새로운 문제가 아니다. 그러나 연명치료중단과 관련된 의학적 의사결정의 어려움은 이러한 결정은 환자의 죽음과 직결되는 것으로서 의료의 영역에 속하기는 하지만 궁극적으로 그에 대한 의사 결정은 단순히 의료의 문제만은 아니라는 점에서 비롯된다. 다시 말해 의사들은 연명치료중단 결정의 상황에 직면하였을 때, 그들의 특별한 전문직의 윤리를 넘어서는 법적·사회적 규칙의 체계 내에서 행동해야만

* The Center of Ethics and Humanities for Life Sciences in Michigan State University, Post-Doc. 1-517-899-1273. regina05@hotmail.com

- 1) "연명치료중단은 적극적인 치료에도 불구하고 상태가 좋아지지 않는 환자나, 치료에도 불구하고 영구적 무의식 상태나 연명치료에 의존해야만 하는 경우 등을 말한다." 김소윤 외, 연명치료중단과 유보 결정에 대한 한국 중환자 전담의사 인식과 실태, 한국의료윤리학회지 2009 ; 12(1) : 16. "무의미한 연명치료중단은 소생의 가능성이 없는 불치의 환자가 죽음에 이르게끔 생명유지 장치를 제거하거나 치료를 중지하는 것을 의미한다." 최지윤 · 권복규, 인력사와 연명치료중단에 대한 우리나라의 최근 동향, 한국의료윤리학회지 2009 ; 12(2) : 130.
- 2) 김씨는 2008년 2월 폐암 발병 여부를 확인하기 위해 연세대학교 세브란스병원에서 검사를 받다가 과다출혈로 인한 저산소성 뇌상을 입고 식물 인간이 되었다. 그 이후 김씨는 식물인간상태(PVS: Persistent vegetative state)로 중환자실에서 인공호흡기를 부착하고 치료를 받고 있는 상태로 항생제의 투여, 인공영양 공급, 수액 공급 등을 받아 왔으며 인공호흡기를 제거하면 곧 사망에 이르게 되는 상태에 있었다. 이에 2008년 6월 김씨와 그 자녀들(특별대리인)이 "무의미한 연명치료를 중단해 달라"며 소송을 제기했고, 법원은 원고 일부 승소 판결을 내렸다. 연명치료중단을 둘러싼 김씨 판결의 중요한 쟁점은 첫째, 치료가 계속되더라도 회복가능성이 없어 치료가 의학적으로 무의미하고, 둘째, 환자가 사전에 한 의사표시, 성격, 가치관, 종교관, 가족과의 친밀도, 생활태도, 나이, 기대생존기간, 환자의 상태 등을 고려하여 환자의 치료중단 의사가 추정되는 경우라면 환자의 요구에 따라 의사는 치료를 중단해야 한다는 것으로 요약될 수 있다.

한다.

김 씨의 사례를 계기로 앞으로 임상에서 의사들은 연명치료중단에 대한 보다 많은 요구에 직면하게 될 것이다. 이러한 점에서 연명치료중단에 대한 결정 기준이 마련되어야 할 것이며, 이는 법원의 결정에 의한 결과라기보다는 이러한 문제에 관심을 기울이고 사회적 일치에 도달하고자 노력하는 많은 사람들의 논의의 결과로서 달성되어야만 할 것이다. 따라서 본 논문에서는 연명치료중단 결정을 위한 가장 중요한 기준으로 여겨지는 치료의 무의미함에 대한 논의를 통해 연명치료중단 결정의 사례에서 의사와 더불어 대중의 결정을 돕기 위한 실천의 사회적 관례를 확립하고자 한다.

II. 언제 의학적 치료는 무의미한가?

김 씨의 판결을 통해서 알 수 있듯이 의학적 무의미함에 대한 결정은 연명치료중단에 있어 가장 기본적인 기준이 된다. 따라서 연명치료중단의 기준을 마련해야 할 현 시점에서 무엇보다도 환자에게 있어 의학적 무의미함, 즉 치료의 무의미함에 대한 본질적인 고찰이 필요하다.

실제로 의료에서 효율성에 대한 의사들의 판단은 언제나 의학적 치료를 시작하거나 중단하기 위한 결정에서 중요한 결정 요인들이 되어 왔다.³⁾ 따라서 의학적 무의미함에 대한 판단은 연명치료중단 결정에서만 나타나는 새로운 개념이 아니라 일반적인 의료 실천에서 나타나는 전통적인 기준이라 할 수 있다. 그러나 의학적 의사결정과정에서 환자의 자기결정권이 지배적인 역할을 하는 오늘날, 의학적 무의미함의 개념은 환자 선택을 고려하지 않고 의학적

기준에 따라서 치료의 시작 혹은 중단의 효율성을 결정하는 과거와 달리 환자의 삶에 대한 총체적인 의미를 고려하는 방향으로 변화하고 있다.

이러한 맥락에서 연명치료중단의 사례에서 무의미함에 대한 절대적인 기준은 존재할 수 없다. 구체적으로 만약 무의미함의 개념이 언제나 치료가 어떤 생리적 결과를 만들어 낼지의 여부에 대한 것이라면, 의사에게 이에 대한 일반적인 권위를 주는 것은 당연하게 받아들여질 것이다. 즉 인간의 삶과 죽음을 구분하는 정확한 의학적 기준이 존재하고 이에 따라 환자 치료의 무의미함이 결정될 수 있다면, 연명치료중단에 대한 논쟁은 발생되지 않을 것이다. 그러나 의학적 기준은 확실성에 근거하는 것이 아니라 개연성에 근거하는 것으로서 언제나 변수가 있다. 또한 설사 어느 정도 확실한 의학적 기준이 존재한다 하더라도 인간의 삶과 죽음은 단지 생리적 기준에 의해서만 결정될 수 없는 것이다. 즉 환자의 삶의 질이 고려된다고 여겨질 때, 연명치료중단에 대한 일정한 법적 기준이 마련된다 하더라도, 김 씨 사례를 시발점으로 하여 다양한 상황과 환자 상태를 포함하는 연명치료중단에 대한 논쟁은 더욱 활발하게 진행될 것이다. 왜냐하면 많은 무의미함의 사례들은 다양한 종류의 생명의 가치에 대한 규범적인 질문을 포함하기 때문이다. 이러한 점에서 우리는 임시방편적인 법적 기준 마련하는 데 연명치료중단 논의의 초점을 맞추는 것이 아니라 좀 더 근원적인 의미에서 의학적 무의미함의 개념에 대해 고찰해야 할 것이다.

의학적 무의미함의 범주는 크게 두 가지로 구분되어질 수 있다. 하나는 치료와 가능한 결과 사이의 관계에 초점을 두는 입장이고, 다른 하나는 이로움에 초점을 맞추는 것으로서 환자의 역할에 가능성을

3) Robert AB. The Medical Futility Debate: Patient Choice, Physician Obligation, and End-of-Life Care. *Journal of Palliative Medicine* 2002 ; 5(2) : 249.

열어 두는 입장이다. 이에 본 논문에서는 양적 무의미함(quantitative futility)과 질적 무의미함(qualitative futility)으로 구분하여 이들 두 입장을 설명하고자 한다.

1. 양적 무의미함의 의미와 문제점

양적 무의미함이란 치료 결과의 개연성에 토대를 두고 의학적 무의미함을 결정하는 것이다. 로렌스 슈나이더맨과 낸시 잭커(Lawrence Schneiderman & Nancy Jecker)에 따르면, 이는 치료가 결과를 전혀 만들지 못하는 것은 아니지만 그것이 그다지 낙관적이지 않은 경우를 말한다.⁴⁾ 즉 양적 기준으로 본다면, 만약 성공의 가능성이 1%의 개연성보다 적다면, 즉 0.05보다 작거나 같다면 심폐소생술과 같은 치료는 무의미하다.⁵⁾ 즉 이는 일반적으로 의사들이 회복이 '불가능한' 혹은 '사실상 불가능한' 것으로 표현하는 것을 의미한다.

치료와 가능한 결과 사이의 관계에 초점을 맞추는 양적 무의미함의 개념을 바루흐 브로디아와 아미르 할레비(Baruch A. Brody & Amir Halevy)는 좀 더 세분화해서 설명한다. 즉 양적 무의미함의 개념은 생리적 무의미함(physiological futility), 임박한 죽음의 무의미함(imminent demise futility), 치사 상태의 무의미함(lethal condition futility)으로 세분화시킬 수 있다.⁶⁾ 여기서 생리적 무의미함은 치료가 의도한 생리적 결과를 실현할 수 없다면 그 치료는 무의미한 것이고, 임박한 죽음의 무의미함은 치료에도 불구하고 환자가 매우 가까운 미래에 죽을 경우를,

그리고 치사 상태의 무의미함은 치료가 효과가 없는 것은 아니지만 멀지 않은 미래에 죽음이 결과 되는 치사 상태를 의미한다.

그러나 성공의 개연성으로 치료의 무의미함을 결정하고자 하는 양적 무의미함의 개념은 다음과 같은 점에서 비판을 받는다. 우선 의료에서 결과의 확실성은 존재하지 않는다. 즉 치료의 결과가 높은 개연성을 가진다 할지라도, 이에 대한 결과가 모든 개별 환자에 있어 동일할 수는 없는 것이다. 이러한 점에서, 만약 생존의 가능성이 1%보다 낮은 진단을 가지는 환자라면 누구나 그 환자의 개인적 상황에 대한 고려 없이 치료가 무의미한 것으로 결정되어야만 하는가의 문제가 제기된다. 왜냐하면 임상에서 결과의 확실성은 존재하지 않고, 그 결과 비록 환자의 치료의 성공 가능성이 매우 낮은 개연성을 가진다 하더라도, 그에 대한 100% 확실성을 가질 수는 없기 때문이다. 따라서 설사 우리가 무의미함을 결정하기 위한 통계학적인 확정 정의의 입장에 동의할 수 있다 하더라도, 우리는 종종 의사들이 치료적인 간섭의 성공 가능성을 측정하는 것에 대해서 완전히 신뢰할 수 없는 것이다.⁷⁾ 다시 말해 시험의 설계, 통계 기준의 선택, 데이터의 선택, 데이터 수집 방법과 기록의 언어와 방법과 데이터의 서술이 필연적으로 의사의 가치, 신념과 세계관에 의해 영향을 받는 가치 부담적인 것이기 때문에 어느 누구도 판단이 전적으로 객관적, 즉 가치중립적이고 과학적 내지는 생리학적 결정이라고 가정할 수 없다.⁸⁾

또한 무의미함의 개연적 정의의 어려움은 성공의 개연성은 단지 좁은 의미의 생명의료 목적, 즉 환

4) Eric G. Does Professional autonomy protect futility judgment?. *Bioethics* 2006 ; 20(2) : 94.
 5) Tom T & Diane C. Futility and Hospital Policy. *Hastings Center Report* May-June 1995 : 31.
 6) Baruch AB & Amir H. Is Futility a Futile Concept?. *The Journal of Medicine and Philosophy* 1995 ; 20 : 127-128 참조.
 7) Robert DT, Allan SB & Joel F. The Problem with Futility. *The New England Journal of Medicine* 1992 ; 326(23) : 1561.
 8) Edwin H. A Confucian Ethic of Medical Futility. in *Confucian Bioethics* edited by Ruiping F. Kluwer Academic Publisher. 1999 : 129.

자의 생물학적 생명의 연장에만 고정되어진다는 것이다.⁹⁾ 다시 말해 인간의 생명의 의미가 단지 생물학적인 생명의 연장 가능성에 의해서만 결정되는 것이 바람직한 것인가의 문제가 발생하는 것이다. 실제로 사람에 따라 생명에 대한 다양한 가치를 가지기 때문에 생명의 연장과 관련된 치료 목적의 결정에 있어서 확실한 기준을 설정하기가 매우 어렵다. 따라서 양적 무의미함에 근거한 의학적 무의미함의 판단은 총체적인 삶을 영위하는 인간으로서의 환자에 대한 이해를 망각한 채 단순히 의학적 기준을 통해 환자의 생물학적 생명 연장만을 고려하게 되는 한계를 가지게 된다.

2. 질적 무의미함의 의미와 문제점

질적 무의미함은 양적 무의미함과 같이 치료의 낮은 개연성에 있는 것이 아니라 목적의 결과들에 대한 평가에 대한 물음이 제기될 때 발생한다. 이에 따르면, 무의미한 치료는 지속적인 치료에도 불구하고 환자가 영구적인 무의식의 상태로 존재한다거나 계속해서 집중 병동(ICU)에 의존해서 생존이 가능한 경우를 말한다. 슈나이더맨 등은 “의학 치료의 목적은 단지 환자 구조, 생리 혹은 화학의 일정 부분에 대한 결과를 야기하는 것이 아니라 전체로서 환자에게 이익을 주는 것이고, 영구적인 무의식 상태 내지는 계속해서 집중 병동에 의존해서만 생존이 가능한 환자들은 생리적 혹은 감정적인 어떤 이로움을 사실상 인식할 수 없고 그들의 현재 상태를 유지하는 것보다 종종 죽는 것이 더 낫다고 고려되어지기

때문에, 인공영양, 수액 공급의 규정을 포함한 모든 치료는 예상대로 ‘질적으로 낮은 결과’를 야기할 것이고 무의미한 것으로 고려될 것이며 환자에게 제공될 필요가 없다.”고 믿는다.¹⁰⁾ 이러한 점에서, “의사들은 환자들의 신체 부분으로 제한되는 결과와 인식하는 능력을 가진 총체적인 존재로서의 환자의 상태를 향상시키는 이로움 사이를 구분해야 한다.”¹¹⁾ 따라서 환자의 치료에도 불구하고 의미 있는 목적이 달성되어질 수 없다면, 그것은 의학적으로 무의미한 치료로 여겨져야 한다. 그리고 이것은 일반적으로 심폐소생술과 같은 적극적인 수단들의 과정에 적용되지만 때때로 인공영양과 수액 공급을 포함한 지속적인 생명 연장 치료에도 적용된다고 여겨진다.¹²⁾

그러나 어떤 목적이 추구될 가치가 없다는 결정은 무의미함의 질문이라기보다는 가치의 충돌을 포함하는 것으로 보인다.¹³⁾ 왜냐하면 의학적 무의미함의 개념이 환자의 삶의 질에 대한 평가에 초점을 맞출 때 생명을 지속하는 것이 아픔이나 장애와 같은 해로움에 능가하는지를 결정하는 것은 개별 가치에 토대를 두기 때문이다. 토마스 네이글(Thomas Nagel)에 따르면, 만약 우리가 도덕적 가치의 근원들이 기본적으로 이질적이고 모든 가치들은 하나의 선을 추구하지 않는다고 생각한다면, 비록 어느 정도 차이는 있겠지만 개별 행동 혹은 우리의 도덕적 감수성에 대해 주의를 기울이는 두 가지 경쟁하는 다른 행동들을 가치 있게 하는 동등한 타당한 이유들이 있을 것이다.¹⁴⁾ 이러한 점에서 질적 무의미함의 주장은 가치중립적일 수 없으며, 실제로 이로움에 대한 환자 인식에 대한 문제는 너무나도 복잡하

9) Tom T & Diane C. Futility and Hospital Policy. 1995 : 31-32.

10) Edwin H. A Confucian Ethic of Medical Futility. 1999 : 131.

11) Robert H. Medical futility and the social context, Journal of Medical Ethics 1997 ; 23 : 149.

12) Eric G. Does Professional autonomy protect futility judgment?. 2006 ; 20(2) : 94.

13) Robert DT, Allan SB & Joel F. The Problem with Futility. 1992 ; 326(23) : 1561.

14) John PS. Medical Futility in the Post-modern context. HEC Forum 2007 ; 19(1) : 70-71.

고 주관적이라는 한계점을 가지게 된다.

III. 무의미함의 사례에서 누가 그에 대한 결정을 내릴 도덕적 권위를 가지는가?

연명치료중단 결정을 위한 기준으로써 무의미함의 정의에 대한 노력에도 불구하고, 무의미함 논쟁을 해결하기 위한 정의적 접근은 취약점을 보인다. 왜냐하면 비록 의학적 무의미함이 대체적으로 양적 무의미함과 질적 무의미함으로 구분되어 제시되어진다 하더라도, 무의미함의 결정은 단순히 양적 내지는 질적 기준으로 명확히 구분되어질 수 없기 때문이다. 또한 생리적, 질적 혹은 통계학적 무의미함이든 간에 임상 정책과 의학적 의사결정을 위한 치료로부터 자유로운, 즉 도덕적으로 중립적인 지침들이 될 수 없다. 낸시 켈커에 따르면, 모든 의료 결정은 일반적으로 가치 요소들과 결합된다.¹⁵⁾

실제로 김 씨 사례에서 김 씨는 실제로 무의미함의 기준 모두에 거의 충족되었다고 할 수 있지만, 구체적인 무의미함의 결정 과정에서 환자, 환자의 가족과 의사의 가치 충돌이 발생하였고 무의미함의 결정은 쉽게 내려지지 않았다. 대부분의 의사결정과정에서 의사결정자는 자신의 문화적, 사회적, 종교적 또는 인간적으로 가지는 가치들에 의해 영향을 받는다. 마찬가지로 무의미함 결정도 단지 과학적·의학적 사실에 의해서 만이 아니라 의사결정자의 가치에 의해 영향을 받을 수밖에 없다. 바이젤과 트로그(Waisel & Trog)는 양적 평가는 종종 동일한 문제에 대한 질적 평가에 의해 영향을 받는다고 지적한다.¹⁶⁾ 다시 말해 의학적 의사결정과정은 온전히 가

치료부터 자유로운 가치중립적인 판단이 될 수 없으며 가치 판단은 무의미함 결정을 포함하는 어떤 치료 결정의 본질적인 부분으로 받아들여져야만 한다. 그리고 무의미함의 판단에서 가치들의 본질적 역할을 인정할 때 우리는 즉각적으로 환자, 의사 그리고 가족 사이의 가치의 다원성과 이들 간의 충돌의 문제에 직면하게 된다. 이러한 맥락에서 우리는 의료에서의 환자 자율성, 환자-의사간의 관계의 특징 그리고 의학적 의사결정에서 가족의 역할 등과 같은 의학적 무의미함의 결정에서 요청되는 다양한 사회적 맥락에 대해 고찰해 보아야 할 것이다.

1. 환자의 자율성과 치료 거부 권리

의학적 의사결정과정에서 가장 중요한 원칙으로 여겨지는 환자 자율성 존중은 환자에게 행해지는 치료에 대해서는 환자의 자율적인 의사를 존중해야 한다는 것이다. 이것은 의학적 의사결정과정에서 환자의 가치는 다른 누구의 가치보다 명백하게 우선권이 주어져야한다는 것을 의미한다. 특히 자신의 치료에 대한 거부의 힘들은 소극적인 권리, 즉 간섭으로부터 자유로운 권리로써 심지어 생명을 유지하는 치료라 할지라도 환자가 기본적으로 어떤 치료를 거부할 수 있다는 사실에 토대를 둔다.¹⁷⁾ 따라서 현재 의료에서 환자 자율성 존중의 원칙은 심지어 환자의 의사결정이 그들에게 최선의 이익이 되지 않는 것으로 명확히 판단되는 경우에도, 가장 중요한 원칙으로 여겨진다. 실제로 김 씨의 사례에서도, 연명치료중단의 결정 과정에서 치료 여부에 대한 환자의 자율적 가치는 결정적인 요소가 되었다.

이러한 맥락에서 우리는 연명치료중단을 위한 무의미함의 결정 기준을 마련하기 위해서 가장 선행

15) Edwin H. A Confucian Ethic of Medical Futility, 1999 : 133.

16) Edwin H. A Confucian Ethic of Medical Futility, 1999 : 132.

17) Robert H. Medical futility and the social context, 1997 : 150 참조.

되는 단계로 환자의 자율성과 그에 토대를 둔 치료 거부권 권리를 명확하게 제시하는 장치를 구체화시켜야 할 것이다. 따라서 우리는 우선적으로 환자가 의사결정능력이 있을 때, 자신의 의사에 따라 정당하게 앞으로의 치료를 거부하거나 요구하는 것을 명시화 시켜야 할 것이다. 이러한 점에서 일반적으로 제시되는 사전의사결정의 기준을 구체적으로 확립시켜야 할 것이다. 사전의사결정의 형태로는 첫째, 생전 유언(living will)이 있다. 이는 환자가 의사능력이 상실되기 전에 자신이 원하는 치료 또는 원하지 않는 치료가 무엇인지를 표현하는 것이다. 예를 들어, 생전에 환자가 심폐소생술 금지(DNR)에 대한 의사를 표명한 경우, 그 환자는 회복될 가능성이 없는 상황에서 심장마비를 일으킨다 하더라도 심폐소생술은 시행되지 않고 자연적 죽음을 맞을 수 있게 된다는 것이다. 둘째, 대리인 위임장으로서 대리인이 환자를 대신하여 치료를 보류할 수 있는 결정을 한다. 대리인 위임장은 환자가 스스로 의사를 표현할 수 없는 상황에 처했을 때 환자를 대신해서 치료에 대한 결정을 할 수 있는 다른 사람이나 대리인을 지명할 수 있도록 허용하는 것이다. 셋째, 환자가 의식이 있을 때 구체적인 형식의 사전의료지시서¹⁸⁾를 작성하는 것이다. 사전의료지시서는 환자가 의사능력을 상실할 경우를 대비해 환자 자신이 선택한 치료 방법에 대해 사전에 서면이나 구두로 의사에게 알리기 위한 진술서로 정의될 수 있다. 다시 말해 환자는 자신이 말기이거나 죽음이 임박했다고 진단될 경우, 의사에게 기계적인 또한 인공적인 연명치료를 보류하거나 중단할 수 있게 하는 것이다.

그러나 환자 자율성에 근거한 무의미함 판단이 지니는 문제는 의사결정 능력을 가진 성인의 자율적

판단이 의학적 의사결정에서 중요한 역할을 한다 하더라도 죽음을 직접적으로 야기할 수 있는 연명치료 중단에 그것은 쉽게 대담되어질 수 없다는 것이다. 왜냐하면 비록 자율성 존중의 원칙이 환자는 자신의 이익을 가장 잘 판단할 수 있다는 것에 토대를 둔다 하더라도, 그것이 직접적으로 환자의 결정이 언제나 옳다는 것을 의미하는 것은 아니기 때문이다. 또한 사전의사결정의 가장 명확한 형태라 할 수 있는 사전의료지시서에 대한 기준이 명확히 마련되어 있는 미국의 경우에도, 환자가 의사결정능력이 있을 당시 작성한 사전의사표시라 하더라도, 의사결정능력을 상실한 이후에 가족이 그러한 환자의 결정에 반대를 한다면, 의사는 순전히 환자의 자율적 결정에 따라 치료를 중단하거나 유지할 수 없다. 이러한 경우, 환자의 자기결정권 존중을 위해 도입된 환자의 사전의사표시는 그 본래적 의미를 상실하게 된다.

이러한 맥락에서 무의미함 결정에서 환자 자율성의 존중이 일반적으로 인정받을 만하다 하더라도, 많은 사람들은 무의미함의 판단에서 그와 같은 자율성은 전문가로서의 의사의 자율성과 충실성에 의해서 어느 정도 제한되어야만 한다고 여긴다.

2. 의사의 자율성과 충실성(integrity)

현대 의학 기술의 발달로 인해 죽음은 모든 생물들의 생명의 필연적인 종결이 아니라 실패의 표시가 되었다.¹⁹⁾ 이러한 점에서 오늘날 의사는 의학의 목적은 궁극적으로 환자의 생명을 유지하는 것이라고 여기고 환자의 생명을 유지시키기 위해서 가능한 한 모든 행해야 한다고 생각한다. 그러나 환자는 단순

18) 미국에서는 1991년 환자 자기결정권 법령(Patient Self-Determination Act)을 통해 모든 주에서 사전의료지시서(advance Directives)를 법정 문서로 만들도록 하였다. 미국의 사전의료지시서 모델에 대한 자세한 내용은 Nancy MPK, Making Sense of Advance Directives, Washington D.C.: Georgetown University Press, 1996 : 16-29 참조.

19) Robert H, Medical futility and the social context, 1997 : 151.

한 장기들의 집합 혹은 독특한 기대를 가지는 사람들이 아니라 의사의 치료하는 힘을 요구하는 병든 사람이다. 따라서 의료의 목적은 “단지 신체의 일부분에 영향을 미치는 것이 아니라 전체로서 환자에게 이로움을 주는 것”²⁰⁾이 되어야 할 것이다.

이와 관련된 문제에 대해 가장 폭넓게 받아들여지는 지침은 1957년 교황 비오 12세(Pope Pius XII)에 의한 것으로써 의사는 ‘일상’ 수단²¹⁾을 지속할 의무는 가지지만 ‘특수’ 수단²²⁾을 실행할 의무를 가지지 않는다는 것이다. 또한 주도적인 영미법 해설가들은 의사의 의무를 지속하는 것이 명백하게 무의미하고 치료가 부담이 될 때, 의사는 이를 중지함으로써 치료를 지속할 의무를 가진다고 말한다.²³⁾ 이러한 맥락에서 우리는 일반적으로 임상 현장에서 의사는 의학 전문직의 기준에 따라 치료가 부적절하거나 무의미하다고 판단되면, 즉 기본적인 의학의 목적들과 가치들에 일치하지 않는다고 여겨지면, 의사의 자율성에 근거하여 치료를 거부할 권리를 가진다고 여긴다.

그러나 이러한 기준이 일반적으로 받아들여진다 하더라도, 이에 대한 법적 규칙들의 확고한 형식이 마련되기 이전에는 의사는 무의미함의 결정에 있어 자율적 판단을 내리는 것에 주저하게 될 것이다. 우리나라의 경우도, 연명치료중단과 유보의 결정에 대한 조사에 따르면, 응답한 중환자 전담 의사들 가운데 10.2%는 환자 승낙과 보호자의 요청이 있는 경

우에도 연명치료중단과 유보는 불가능하다고 응답하였는데, 그 이유는 법적 문제 제기 가능성, 연명치료중단 의사결정자가 불분명하고, 중단 결정시점 불명확순 이었다.²⁴⁾ 즉 의사들은 종종 연명치료가 환자에게 어떠한 이익도 제공할 수 없다는 것을 인식한다 할지라도, 임상 현장에서 의학적 무의미함에 근거한 연명치료중단 결정에서 결정적인 영향력을 미치지 못하고 있는 것이다. 미국의 퀸란 사례에서 법원은 연명치료중단 결정에서 의사의 자율성을 제한하는 데 중요한 의미를 부여했다. 첫째, 인간 가치들과 권리들에 대한 결정은 단지 의학적 개념에 의해서만이 아니라 전체 공동체의 공동의 도덕 판단에 응해야만 하기 때문에, 의료의 관행은 설득력 있는 권위이지만 결코 지배적이지 않다는 것이다.²⁵⁾ 둘째, 의사는 너무나도 종종 자기-이익 혹은 자기-보호에 의해서 안내되는, 즉 말기 환자에 대한 관행은 너무나도 보수적으로 만들어진다는 것이다.²⁶⁾

이러한 맥락에서 무의미함을 결정함에 있어 의사의 자율성을 부인하는 입장이 존재한다. 그 가운데 에릭 겐펠(Eric Gampel)은 무의미함의 사례들은 엄연히 일반적인 치료 결정의 사례들과 다르며, 그 결과 의사는 적절한 돌봄으로 정의되는 전문가 기준들에 따라 치료 요구를 거부할 권리가 없다고 주장한다. 구체적으로 첫째, 무의미함의 사례에서 무의하다고 여겨지는 치료를 하는 것은 그 환자의 생명을 유지하는 유일한 기회이므로, 치료를 거부하는

20) Lawrence JS, Nancy SJ & Albert RJ. Medical Futility: Response to Critiques. *Annals of Internal Medicine* 1996 ; 125(8) : 669.
 21) 일상 수단이란 환자에게 어느 정도의 이익을 가져다주거나, 지니친 비용이나 고통이나 다른 불편함을 야기시키지 않고도 얻어지거나 사용될 수 있는 약이나 치료, 수술 등을 말한다.
 22) 특수 수단이란 의사가 특수한 혹은 기준이 없는 치료로 간주할 것이라는 의미가 아니라, 과도한 지출, 환자 혹은 다른 사람들에 대한 아픔 혹은 다른 불편함 없이 획득되어지거나 사용되어질 수 없는 것 혹은 만약 사용한다 하더라도, 환자에 대한 합리적인 이로움의 가능성을 제공할 수 없는 것으로 정의한다.
 23) Ian MK. The Karen Quinlan case: Problem and proposal. *Journal of medical ethics* 1976 ; 2 : 6 참조.
 24) 김소윤 외. 연명치료중단과 유보 결정에 대한 한국 중환자 전담의사 인식과 실행. *한국의료윤리학회지* 2009 ; 12(1) : 18 참조.
 25) George JA. Reconciling Quinlan and Saikewicz: Decision Making for the Terminally Ill Incompetent. *American Journal of Law & Medicine* 1978 ; 4(4) : 372.
 26) George JA. Reconciling Quinlan and Saikewicz: Decision Making for the Terminally Ill Incompetent. 1978 : 372.

것은 환자를 죽음으로 내모는 것이다.²⁷⁾ 그러므로 연명치료중단의 사례에서, 의사는 환자 치료의 무의미함을 주장할 수 없다.

그러나 일반적으로 의사결정이란 문제를 해결하거나 목표를 달성하기 위해서 선택 가능한 대안들 중에서 최적의 대안을 선택하는 과정으로써, 이러한 점에서 의학적 의사결정은 인간의 삶과 죽음 그리고 치료와 관련하여 환자를 위한 최선의 치료 행위를 선택하는 과정이라 할 수 있을 것이다. 문제는 환자를 위한 최선의 치료 선택이라는 기준은 매우 모호하며, 또한 치료는 확실성에 의해 결정되어질 수 없다는 것이다. 그러나 일반 사례와 마찬가지로 무의미함의 사례에서 의사가 치료의 무의미함을 판단하고 환자에 의한 치료를 거부하는 중요한 결정 기준은 그 치료가 환자에게 주는 해로움이 이로움보다 더 크다고 여기기 때문이다. 이러한 점에서 본다면 의학적 의사 결정은 그것이 일반 치료이든 무의미함 사례이든 간에 환자를 위한 최선의 선택을 추구하는 것이지 치료에 대한 대안의 존재 여부에 의해 그 결정 기준이 달라질 수 없다.

둘째, 무의미함의 사례에서, 의사는 치료 결정을 위한 적절한 위험 평가를 내리는 데 있어 특별한 전문적 기술을 가진다고 여겨지지 않는다.²⁸⁾

그러나 임상에서 환자 치료의 적절한 위험 평가는 그것이 두는 기준에 따라 다르게 해석되어질 수 있다. 예를 들어, 적절한 위험 평가 기준을 의학적 지식과 기술에 둔다면, 무의미함의 사례의 경우에도 동일한 기준이 적용되어질 수 있을 것이다. 반면 총체적인 환자의 측면의 기준이라 한다면, 의사에 의한 의학적 의사결정의 불확실성과 마찬가지로 환자를 위한 가족의 판단도 그다지 객관성을 가질 수 없을 것이다. 이러한 점에서 의사와 더불어 환자의 가

족 등 어느 누구도 환자 치료에 대한 객관적인 위험 평가 능력을 가지지 못하기 때문에, 이를 기준으로 의사가 환자에 대한 치료의 무의미함을 판단할 수 없다고 주장하는 것은 그다지 설득력을 가지지 못한다.

마지막으로, 무의미함의 사례들은 환자가 가지는 종교의 심오한 문제들과 많은 철학적 견해들과 결합된 가치들을 깃밟는다는 것이다.²⁹⁾

실제로 인간의 삶에 있어 자신의 종교적·철학적 신념은 매우 중요한 부분을 차지하며, 이러한 점에서 우리는 자신의 종교적 신념을 위해서 급기야 자신의 목숨을 바쳤던 순교자들을 존경의 대상으로 여긴다. 그렇다면, 이러한 인간의 종교적·철학적 신념에 대한 존중은 환자-의사 관계를 토대로 하는 의학적 의사결정 기준에도 동일하게 적용되어질 수 있는가? 예를 들어, 수혈을 받지 않으면 목숨이 위험한 여호와의 증인 신도의 아이의 경우를 생각해 보자. 환자는 지금 당장 수혈을 받지 않으면 목숨이 위험하지만, 그의 부모는 자식의 종교적 신념을 근거로 수혈을 거부한다. 이 경우, 의사는 어떠한 결정을 내릴 수 있는가? 단지 환자의 종교적 신념에 따라 치료의 결정을 중단하는가? 그렇지 않으면 치료하기 위해 또 다른 노력을 기울이는가? 일반적으로 의사는 이 경우 환자를 치료하기 위해서 많은 노력을 기울인다. 이것은 의사가 환자의 종교적 신념과 가치를 깃밟고자 하는 의도가 아니라 환자의 생명을 구하고자 하는 의도에서 이루어진 행동인 것이다. 그러므로 마찬가지로 의료 전문가의 입장에서 객관적이고 일반적인 의학적 기준을 토대로 치료가 환자에게 이로움을 주지 못할 것이라고 판단한다면, 의사는 환자의 철학적·종교적 신념을 깃밟고자 하는 의도에서가 아니라 전문가의 입장에서 환자를 위한

27) Eric G. Does Professional autonomy protect futility judgment?. 2006 ; 20(2) : 98.

28) Eric G. Does Professional autonomy protect futility judgment?. 2006 ; 20(2) : 99.

29) Eric G. Does Professional autonomy protect futility judgment?. 2006 ; 20(2) : 99.

최선의 결정을 내리고자 하는 의도에서 치료를 거부할 수 있을 것이다. 즉 의사는 환자에게 해로움이 아닌 이로움을 주고자 하는 의도에서 무의미함의 결정을 내릴 수 있는 것이다.

결론적으로 의료 현장에서 의사의 자율성은 의학적 의사결정과정에서 중요한 부분을 차지한다. 따라서 의사는 무의미함의 결정에서 법적 책임감의 문제에 대해 염려하지 않고 자유로워야만 할 것이다. 왜냐하면 만약 의학 전문직이 그것이 내부적 전문직의 가치들을 가지지 않고 단지 환자들, 가족들 혹은 다른 관련자들이 원하는 것을 제공한다는 입장으로 물러선다면, 그것은 더 이상 치료 전문직, 다시 말해 아픈 사람들을 돕고 그들에게 서비스를 제공할 의무를 가진 집단이라고 주장할 수 없을 것이기 때문이다.

의학적 무의미함 기준 이면에 있는 도덕적 힘은 일반적으로 환자들의 치료에 대한 효율성과 선행에 대한 의사의 구체적 특성으로부터, 다시 말해 의학적 간섭이 환자에게 해롭지 않다는 확신으로부터 나온다.³⁰⁾ 이러한 맥락에서 어떤 사람들은 단지 의사만이 환자를 위한 치료 무의미함에 관한 결정을 내릴 수 있는 독특한 과학적 지식과 임상 경험을 가진다고 느낀다.³¹⁾ 다른 사람들은 무의미함의 결정은 대체로 의사의 영역인데, 왜냐하면 도덕적 전문직으로써 의사는 환자의 최선의 이익을 평가, 증진 그리고 보호하고 결과적으로 그들의 환자에게 이롭지 않은 치료를 중단할 도덕적 의무와 사회적으로 인정된 책임감을 가진다고 주장해 왔다.³²⁾ 탐 탐린슨과 하워드 브로디(Tom Tomlinson & Howard Brody)가 주장한 바에 따르면, “의사에게 환자의 가치들이라

기보다는 그 혹은 그녀의 전문가 가치들에 따라 행동하는 어떤 권한을 부인하는 원칙은 의사가 환자에게 해로운 행동들을 실천하는 것을 거부할 권한이 없도록 하는 것이다.”³³⁾

따라서 환자의 연명치료중단을 위한 무의미함의 결정과정에서 의사도 단지 환자와 가족의 의사를 수용하는 입장이 아니라 전문가의 판단에 근거한 치료의 무의미함을 적극적으로 제안할 수 있는 자율성을 보장받아야 할 것이다. 다시 말해 연명치료중단을 무의미함 판단에서 의사는 전문직에 근거한 자율성과 충실성에 따라 치료의 무의미함 여부에 대한 의사를 정확히 표명할 수 있어야 할 것이다.

3. 환자의 치료와 가족의 이익

환자 자율성 존중의 강조로 인해 오늘날 의료 치료 결정은 언제나 환자의 최선의 이익에 초점을 맞추어야 한다고 여겨진다. 그러나 비록 환자가 병에 의해 고통 받는 특별한 존재라고 할지라도, 다른 사람들과 마찬가지로 그도 다른 사람들과 더불어 살아가는 존재로서, 그에 대한 치료결정은 단순히 그 자신에게만 영향을 미치는 것이 아니다. 따라서 환자의 치료 결정은 그와 관련되는 모든 사람들의 이익과 상황을 고려해서 내려져야 할 것이다. 우리나라의 경우, 연명치료중단에 대한 한국 중환자 전담의사들의 의식과 시행여부의 조사에 따르면, 89.8%의 응답자가 환자 승낙과 보호자 요청시 연명치료가 가능하다고 인식하였고, 86.4%의 응답자는 환자 승낙과 보호자 거절시 불가능하다고 인식하였다.³⁴⁾ 이와 같이 개인의 가치보다 공동체의 중요하게 생각하

30) Robert AB. The Medical Futility Debate: Patient Choice, Physician Obligation, and End-of-Life Care. 2002 ; 5(2) : 253.

31) Edwin H. A Confucian Ethic of Medical Futility. 1999 : 135.

32) Edwin H. A Confucian Ethic of Medical Futility. 1999 : 135.

33) Eric G. Does Professional autonomy protect futility judgment?. 2006 : 100.

34) 김소윤 외. 연명치료중단과 유보 결정에 대한 한국 중환자 전담의사 인식과 실행. 2009 : 18 참조.

는 한국과 같은 유교문화권에서 생명의료 문제의 해결 방식은 환자의 의사보다 가족 공동체의 의사에 의해서 많이 결정되고 있으며, 환자들도 자신의 문제가 전체 가족에 의해서 되는 것을 당연한 것으로 받아들인다.³⁵⁾ 그러나 의학적 의사결정과정에서 가족이 미치는 영향력이 크다는 사실에도 불구하고, 김 씨 사례의 판결에서 볼 수 있듯이 연명치료중단 결정과정에서 가족의 의사와 이익은 배제되고 있다. 그러나 현재 서양에서도 존 하드윅(John Harwig)과 같은 학자들은 의학적 의사결정과정에서 가족의 이익에 대한 고려의 중요성을 지속적으로 언급하고 있다. 이러한 점에서 우리는 환자의 치료를 결정함에 있어 환자에 의해 가장 많은 영향을 받을 수 있는 사람들인 환자 가족의 이익이 어느 정도 고려되어야 하는지에 대해 숙고할 필요가 있을 것이다.

존 하드윅에 따르면, 가족은 환자와 가까운 사람들로 정의된다.³⁶⁾ 다시 말해 가족은 단순한 생물학적 개념이 아니라 친밀함의 용어로 설명될 수 있는 것이다. 마찬가지로 우리나라에서도 가족의 의미는 단순히 생물학적 개념이 아니라 환자에 대한 가장 정확한 이해를 하고 있는 가까운 존재라는 의미로 해석되고 있다. 따라서 가족은 환자와 가장 밀접한 관계로 구성되기 때문에, 환자의 삶을 가족의 삶과 분리해서 생각할 수 없으며, 그 결과 환자에 대한 의학적 결정은 실질적으로 가족의 삶에 막대한 영향을 준다. 예를 들어, 가족 구성원 가운데 한 명이 연명 치료가 요청되는 것과 같은 심각한 상태에 빠질 경우, 그것은 병을 가진 환자의 위기이기도 하지만 가족의 위기이기도 하다. 구체적으로 환자가 질병을 경험함으로써 겪게 되는 고통과 스트레스는 단지 환자에게만 국한되는 것이 아니라 가족에게도 커다란 영향을 미친다. 실제로 질병은 환자 가족에서 우울,

긴장, 정신적 문제의 증가, 사회활동의 제안과 정신적인 스트레스를 발생시킨다는 연구 결과도 있다.

물론 일반적으로 병을 가진 환자는 특별한 고려에 대한 권리를 가지고 환자의 가족은 가족 구성원의 질병 치료를 위해 희생할 의무를 가진다고 여겨진다.³⁷⁾ 다시 말해 생명, 건강, 자유는 모든 사람들에게 매우 중요한 선(good)으로써 모든 치료 결정에서 환자의 이러한 가치들의 보호는 매우 중요하게 고려되어야만 한다. 그러나 실제로 환자 또한 가족의 구성원의 한 명이라면 그 역시 자신의 병으로부터 가족의 삶을 파괴되지 않도록 보호할 의무를 가질 것이다. 그러므로 환자의 치료 결정에서, 가족의 구성원으로써 환자는 단순히 자신을 위해 최선이 되는 것만이 아니라 모든 관련된 사람들을 위해 최선이 되는 결정을 내려야 할 것이다. 다시 말해 치료 결정에서 환자와 환자 가족의 다른 구성원 모두의 의학적 이익 혹은 의학과 관련 없는 이익 또한 고려되어야만 하는 것이다.

또한 하드윅은 오늘날 우리가 사용하는 환자 자율성의 의미는 칸트의 본래 사용과는 매우 다른 의미로 해석되고 있다고 한다. 따라서 현재 의료에서 강조하는 환자 자율성의 의미를 올바르게 해석해 보면, 자율성에 근거한 환자 치료 결정은 단지 환자만을 위한 결정이 아니라 가족 모두를 고려한 결정이 되어야 하는 것이다. 즉 칸트의 의미에 따르면, 자율성과 도덕적 안녕을 성취하기 위해서 건강, 행복 심지어 삶 그 자체를 포함한 자신의 안녕의 다른 범주들을 희생시켜야 하는 많은 상황들이 존재한다. 다시 말해 칸트의 자율성은 이성에 근거한 것으로써, 자율성은 자신의 자율적인 결정임과 동시에 그에 대한 책임감을 내포한다고 할 수 있다. 이러한 점에서 환자의 자율성은 단지 자신의 이익을 추구하고자 하

35) 이상목, 생명의료윤리에 대한 비교문화적 접근: 의학적 의사결정을 중심으로, 한국의료윤리교육학회지 2007 ; 10(1) : 29.

36) John H. What About the Family?. The Hasting Center Report 1990 ; 20(2) : 5.

37) John H. What About the Family?. 1990 ; 20(2) : 6.

는 것을 의미하는 것이 아니라, 결정함에 있어서의 자율성과 동시에 그에 대한 책임감도 가져야 한다는 것이다. 그러므로 환자 자율성 존중의 원칙에 근거하여 만약 질병을 가진 존재로서의 내가 나 자신에 대한 치료 결정을 내릴 수 있도록 도덕적인 권한을 부여받는다면, 나는 동시에 내가 내릴 결정에 대한 숙고와 더불어 그에 대한 책임감을 감당할 것을 요구받는 것이다. 이러한 맥락에서 자율성에 대한 정확한 이해는 환자의 치료 결정에서 단순히 환자의 자율성만이 아니라 가족 모든 구성원들의 자율성 또한 고려되어야함을 강조한다.

그러나 일부는 환자 치료 결정에서 있어서의 가족의 이익의 고려는 환자의 상황을 고려하지 않은 채 가족의 비합리적인 이익만을 추구할 위험성을 내포한다고 비판한다. 물론 때때로 환자과 가족 사이, 그리고 가족 구성원들과 또 다른 사람들 사이에 이익 충돌은 발생할 것이고 또 쉽게 해결되어지지 않을 수도 있다. 그러나 이러한 위험의 가능성이 환자의 치료 결정에서 가족 이익의 고려를 배제시킬 수는 없다. 왜냐하면 가족은 환자의 치료 결정에 결정적인 영향을 받을 수 있기 때문이다. 그러므로 우리는 가족을 환자와 동일하게 환자의 질병에 의해 정신적·경제적 고통을 겪고 있는 상호 호혜적인 존재로 보고 환자 치료 결정에서 가족의 이익을 고려해야 할 것이다.

IV. 공동의사결정을 통한 무의미함의 판단

무의미함의 판단은 온전히 객관적이고 가치중립적이라 할 수 없는데, 왜냐하면 그것은 환자, 의사

그리고 가족의 가치, 필요와 목적에 의해 영향을 받기 때문이다. 이러한 점에서 무의미함 판단에 대한 합의점을 찾기는 쉽지 않으며, 그 결과 이러한 불일치를 통합하기 위해서 환자, 의사 그리고 가족의 개별 가치를 고려해야 할 필요성이 제기된다. 따라서 무의미함의 결정은 기술적인 고려들, 환자들, 가족들과 의사의 가치와 임상 데이터가 결합된 것이기 때문에 이러한 결정을 위한 체계는 공동의사결정이 되어야 할 것이다.³⁸⁾ 실제로 도덕적 이방인들 사이의 생명윤리학의 포스트 모던적 세계에서 요청되는 생명연장 치료의 중단 혹은 보류를 위한 유일한 토대는 동의에 이르는 것이라고 한다.³⁹⁾ 이러한 맥락에서 공동의사결정 과정에서 환자-의사-가족은 치료의 목적과 그것의 가능한 결과 그리고 잠재적 이익을 고려함으로써 이에 대한 구체적인 기준을 마련해야 할 것이다.

물론 무의미함 판단을 위한 공동의사결정 과정에서 환자, 가족, 의사의 의견이 언제나 일치하지는 않을 것이다. 그러나 그 과정에서 그들 각자의 가치들, 선호들과 편견들이 솔직히 드러나고 논의되며 상호 존중되어질 것이다. 다시 말해 공동의사결정 과정에서 각자의 의견은 조율되고 균형을 맞추어갈 수 있으며, 궁극적으로 동의에 이를 수 있는 가능성을 가지게 되는 것이다. 의학적 무의미함과 관련된 다양한 연구에 따르면, 이 문제에 대해 합리적으로 해결되지 않는 충돌은 거의 없다고 한다.⁴⁰⁾ 결국, 무의미함 판단에 대한 환자·의사·가족 간의 충돌은 진정한 의미에서 가치 충돌이라기보다는 부적절한 의사소통과 협상 전략의 부족에서 나오는 것이라 할 수 있다. 따라서 연명치료중단을 위한 무의미함 판단 기준을 마련함에 있어 우리가 강조해야 할 점은 그에 대한 고정불변의 기준을 확립하는 것이라기

38) Edwin H. A Confucian Ethic of Medical Futility. 1999 : 137.

39) John PS. Medical Futility in the Post-modern context. 2007 ; 19(1) : 76.

40) Eric G. Does Professional autonomy protect futility judgment?. 2006 ; 20(2) : 93.

보다는 환자들, 가족 구성원들과 의료 제공자들 사이의 의견 일치에 도달하기 위한 논의, 상담과 검토의 과정과 소통 기술의 개발이 되어야 할 것이다.

이러한 점에서 공동의사결정과정에서 환자·의사·가족 상호간의 이해와 성공적인 협상을 위한 노력은 절실하다. 따라서 환자-의사-가족은 성공적인 공동의사결정의 과정을 확립하기 위해서 몇 가지 소통의 기술⁴¹⁾을 익혀야 할 것이다. 첫째, 무의미함 판단을 위한 환자-의사-가족 간의 소통은 환자 상태에 대한 명확한 사실적 이해를 토대로 이루어져야 할 것이다. 구체적으로 소통의 과정에서 환자에 대한 불필요한 기대와 감정은 배제되어야 할 것이다. 둘째, 이들 상호 간의 빈번한 접촉과 대화 그리고 관심을 통해서 기본적으로 환자-의사-가족 간의 신뢰가 확립되어야 할 것이다. 이를 위해서 환자 치료의 과정에서 의사는 환자와 가족과의 정기적인 만남을 통해 감정적 유대 관계를 형성해야 할 것이다. 셋째, 무의미함을 결정함에 있어 가족 역할의 중요성에 대한 상호간의 이해가 밑받침 되어야 할 것이다. 마지막으로 시간의 흐름에 따라 소통의 목적을 점차적으로 명확하게 하는 발전된 소통의 과정을 거쳐야 할 것이다. 다시 말해 환자의 진행 상태에 따라 소통의 목적을 적절히 설정하고 이를 토대로 의사소통을 진행해야 할 것이다.

이 외에도 오늘날 정치적·경제적 영역에서의 성공적인 협상을 이끄는 다양한 접근들 가운데 하나인 원칙적 협상(principled negotiation)에 대한 이해는 임상에서의 환자-의사-가족 간의 무의미함 판단의 일치에 이르는 성공적인 공동의사결정과정에 도움을 줄 것이다. 구체적으로 이 협상의 접근 방식은 네 가지 기본 조건⁴²⁾에 의존한다. 첫째, 문제들로부터 사람들을 분리시킨다. 둘째, 각 개별 입장보

다는 결과 될 이익에 초점을 맞춘다. 셋째, 상호간의 일치가 이루어지지 않은 문제를 해결하기 이전에 이를 위한 다양한 선택들을 일반화시킨다. 그리고 마지막으로 객관적인 기준을 통해 각 입장의 일치를 이루고자 한다. 결과적으로 이러한 소통과 협상의 기술들은 공동의사결정 과정에서 각 입장들의 의견이 불일치 할 때조차도 서로의 가치와 의견을 존중하게 할 것이다. 특히 이러한 기술을 통해 의료 전문직으로써 의사는 무의미함 결정 과정에서 환자와 가족 사이에서 발생하는 가치 충돌의 필연성과 그것의 적절한 조율을 가능하게 하는 입장이 되어 환자-의사-가족 간의 협상을 성공적으로 이끌 수 있을 것이다.

더불어 환자-의사-가족의 공동의사결정 과정을 원활하게 하기 위해서 이를 조력하기 위한 장치로서 윤리 위원회가 활성화되어야 할 것이다. 실제로 미국의 카렌 킨란 사례에서 수석 재판장인 리처드 휴즈(Richard J. Hughes)는 이 사례의 원활한 해결을 위해 윤리위원회를 제안하였는데, 이는 연명치료중단 결정 과정에 있어 중요한 자극제가 되었다고 할 수 있다. 이러한 맥락에서 로버트 비치(Robert M. Veatch)는 네 가지 기능의 윤리위원회⁴³⁾를 제시하였는데, 이는 무의미함 판단에서 환자-의사-가족 간의 공동의사결정을 조력하기 위한 장치로서 중요한 의미를 가질 것이다. 비치에 따르면, 첫째, 윤리위원회는 개별 환자의 치료 결정에서의 윤리적 가치와 더불어 다른 가치들을 검토해야 한다. 둘째, 윤리위원회는 더욱 확대된 윤리 결정과 정책 결정을 내리기 위한 기능을 해야 한다. 셋째, 윤리위원회는 말기 환자의 치료에 대한 지속적인 문제를 논의하고 또한 필요할 때 그들을 상담하는 기능을 해야 한다. 마지막으로 윤리위원회는 환자의 예후에 대한 확실

41) John PS. Medical Futility in the Post-modern context. 2007 ; 19(1) : 80 참조.

42) Jeffrey PB & Robert DT. Futility: A Concept in Evolution. Chest 2007 ; 132(6) : 1991 참조.

43) Robert MV. Hospital Ethics Committees: Is There a Role?. Hasting Center Report 1977 : 23-24 참조.

한 정보를 제공하는 기능을 해야 한다. 결국 윤리위원회는 무의미함의 양적·질적 정의에서부터 환자-의사-가족 간의 공동의사결정과정과 연명치료중단의 구체적인 기준 마련에 이르기까지 다양한 기능을 수행해야 한다는 것이다. 따라서 환자-의사-가족 간의 공동의사결정을 통한 성공적인 무의미함의 결정의 과정을 조력하기 위한 장치로서 윤리위원회는 좀 더 확대되고 실천적인 기능을 수행할 수 있어야 할 것이다.

V. 맺음말

연명치료중단과 관련된 의학적 무의미함에 대한 대부분의 논의는 언제 의학적 치료가 무의미한가에 초점이 맞추어져 왔다. 그러나 무의미함이 정확한 무엇을 의미하는가를 결정하고자 하는 다양한 노력에도 불구하고, 실질적으로 이에 대한 정확한 의미를 찾기는 어렵다. 왜냐하면 무의미함의 결정은 환자, 의사 그리고 가족의 가치를 포함하는 문제로써 온전히 가치중립적인 판단이 될 수 없기 때문이다. 따라서 이것은 자연스럽게 의학적 무의미함의 결정 과정에서 누가 결정에 대한 권위를 가지는가의 물음으로 이어진다. 이에 대해서 우리는 환자와 더불어

환자의 치료 결정에 의해서 영향을 받을 수 있는 모든 사람들이 무의미함의 결정 과정에 참여해야만 한다고 여기며, 그 결과 결정의 방식은 환자-의사-가족이 포함된 공동의사결정이 되어야 할 것이다. 왜냐하면 비록 무의미함의 판단을 위한 공동의사결정 과정에서 환자, 의사, 가족의 의견이 언제나 일치하는 것은 아니라 하더라도, 그 과정에서 그들은 각각의 가치들, 선호들과 편견들은 솔직히 드러내고 논의하며 상호 존중할 수 있을 것이기 때문이다. 그리고 그러한 과정을 통해 최선의 판단이 도출되어질 수 있을 것이다. 이러한 맥락에서 연명치료중단을 위한 무의미함 판단 기준을 마련함에 있어 우리가 강조해야 할 점은 고정불변의 규칙 내지는 기준을 마련하는 것이라기보다는 환자, 의사 그리고 가족 간의 일치에 도달하기 위한 논의, 상담과 검토의 과정을 확립하는 것이다. 따라서 우리는 공동의사결정을 통한 무의미함 결정의 성공적인 협상과 일치를 실현하기 위한 소통의 기술을 계발하고 제도적 장치를 마련하는 것에 더욱 주력해야만 할 것이다. ㉞

색인어

양적 무의미함, 질적 무의미함, 환자의 자율성, 의사의 자율성과 충실성, 가족의 이익, 공동의사결정, 소통기술, 윤리위원회

Medical Futility in Decision-making concerning the Withdrawal of Life-Sustaining Treatment

KIM Jin-Kyung*

Abstract

Most discussions about medical futility focus on the determination of when continued medical treatment is futile. However, there are no simple answers to this question, despite best efforts to define medical futility. Decisions concerning medical futility should involve not only physicians, but also patients and their family members, since value judgments are also relevant to the determination of medical futility. This raises the question of who actually holds the authority to make final decisions concerning medical futility. In this article we argue that shared decision-making should occur between patients, physicians, and family members. Even if disagreements arise in the decision-making process, each party's opinions should be voiced and taken into consideration in reaching a resolution. Furthermore, we argue that, for the purposes of establishing a futility standard, what is needed is not a fixed and invariable law, but a process, which assists patients, physicians, and family members to debate, consult, and reach a resolution. In other words, communication skills as well as policy guidelines are required in order to optimize decision-making concerning medical futility.

keywords

quantitative futility, qualitative futility, patients' autonomy, physicians' autonomy and integrity, shared decision-making, communication skills, ethics committees

* *The Center of Ethics and Humanities for Life Sciences in Michigan State University, Post-Doc.*