

‘심폐소생술포기(DNR)’ 지침서 개발 및 윤리적 검토*

한성숙**, 김중호***, 구인회***, 홍석영****, 이경상*****

I. 연구의 필요성

심폐소생술(CPR: cardiopulmonary resuscitation)이 1950년대 후반에 개발된 후 많은 생명을 구하였으나 무의미한 생명의 연장과 CPR에 따르는 부가적 고통으로 구미에서는 CPR의 적절한 적용을 위한 논의가 있어 왔다. 말기의 회복이 불가능한 환자를 언제까지 치료를 계속할 것인가 하는 문제는 현대의학의 발전과 더불어 지속적으로 문제가 제기되고 있다.¹⁾ 그리고 갑작스러운 심폐정지 시 시행하는 심폐소생술이 무조건 시술되는 것이 아니라 본인이 원하지 않는 경우, 혹은 심폐소생술의 결과가 극히 좋지 않을 것으로 예상되는 경우에는 심폐소생술을 시행하지 않을 수도 있다는 개념(Do Not Resuscitate, 이하 DNR)이 생겨났다. 이러한 심폐소생술 포기는 안락사와는 구별하여 환자의 ‘존엄한 죽음을

선택할 권리’로 인정하고 있는 것이 일반적인 추세²⁾이나 DNR 결정이 항상 ‘존엄한 죽음을 선택할 권리’를 보장해 주는 것은 아니며 치료의 중단이나 보류로 인한 여러 가지 법적, 윤리적 쟁점의 소지를 유발하게 된다. 즉 의료현장에서는 희생이 가능치 않은 환자를 둘러싸고 적극적으로 치료를 계속할 것이냐 혹은 완화적인 의료와 간호를 제공할 것인가와 관련하여 다양한 문제가 종종 발생 한다.^{3,4)}

이처럼 치료중단과 관련이 되는 DNR은 윤리적, 법적인 문제와 관련이 있음에도 불구하고 간호전문직이나 의료직에서도 이에 대한 언급이 부족하고 실제적인 실시를 위한 정책, 지침 및 과정에 대한 논의가 없는 실정이다. 그러므로 의료인은 실제로 DNR 지시를 수행하게 될 때 윤리적인 문제를 고려해야 하며, DNR 결정이 환자의 소망과 일치되지 않는 경우 환자의 자기결정권리를 침해하

* 본 연구는 2005년도 가톨릭대학교 의과대학 성의장학정책연구비 지원으로 이루어졌음.

** 가톨릭대학교 간호대학

*** 가톨릭대학교 의과대학

**** 경상대학교

***** 가톨릭대학교 신학대학

교신처 : 구인회, 가톨릭대학교의과대학 인문사회교실, 02-590-1048, ihku@catholic.ac.kr

1) 한성숙, 회복 불가능한 환자의 심폐소생술포기(DNR)와 관련된 윤리문제, 한국의료윤리교육학회지 2005 ; 8(1) : 11-20

2) 한성숙, 정순아, 문미선. DNR에 대한 간호사의 인식 및 태도 조사, 간호행정학회지 2001 ; 7(20) : 403-413

3) 손명세, 치료중단의 윤리문제와 법적 장치, 대한의사협회지 1998 ; 41(7) : 707-711

4) 한성숙(2005). 위의 논문

는 것이 된다는 점을 유념해야 한다.⁵⁾

현재 우리나라의 몇개 병원에서는 공개적인 논의나 문제제기 없이 흔히 'No CPR order'의 명칭으로 심폐소생술 포기가 행해지고 있으며⁶⁾, 이를 실시하기 위해 전제가 되어야하는 DNR에 대한 상세한 지침서(guideline) 마련도 없이 지시서(DNR Order)만 만들어 사용하고 있는 곳이 대부분이다. 외국의 경우는 DNR 지시서 뿐만 아니라 이에 대한 지침서가 개발되어 활용되고 있다. DNR 지시서와 지침서가 개발되어 사용된다면 끊임없이 지속되는 의사와 간호사 그리고 환자와 보호자가 개입된 상황에서 이와 관련된 갈등을 어느 정도는 해소할 수 있을 것이다.⁷⁾ 그러므로 DNR 수행에 대한 의사 결정기준, 지침, 과정에 관련된 문제, 서류의 절차, 의사소통 방법들에 대한 윤리적 정당성이 고려되어야 하고, DNR과 관련된 치료의 결정, 치료의 범위, 결정의 주체와 관련된 윤리적인 문제를 숙고해야 한다.^{8,9)}

우리나라에서는 DNR에 대한 명확한 기준이 제시되지 못하고 대개는 담당 의사와 가족의 주관적인 판단에 따라 시행되고 있으며 DNR 환자에게 행하는 치료의 범위도 일관적이지 못하여 논란의 여지가 있으므로 DNR에 대한 지침서 개발이 시급히 요구 된다.¹⁰⁾

따라서 본 연구에서는 DNR 지침서 개발을 위한 첫 단계로, 문헌조사를 통해 국내외에서 사용하고 있는 DNR 관련 자료, 지침서를 조사하여 자료를 수집했고 둘째, 이를 기초로 일 병원에 적용할 수 있는 DNR 지침서 초안을 작성했으며, 셋째, 작성한 형식을 전문가 집단에게 자문을 구했다. 즉 개발한 지침서(안)는 전문가 집단(의사, 간호사, 윤리학자, 법조인 등)에게 2회에 걸쳐

Delphi 기법을 활용하여 수정 보완하여 완성했다. 마지막 단계로 병원윤리위원회에의 검토를 거쳤으므로 앞으로 사용하는 데 물의가 없을 것으로 사료된다.

II. 연구 배경

Monroe, Zubair와 Parikh¹¹⁾의 연구에 따르면, 1960년대 이후 30여 년 간 종합 병원에서의 CPR 성공률은 3%에서 29% 사이였다. 집중치료실(ICU)에서 심폐소생술을 통해 소생하여 퇴원한 경우와 1년 이상 생존한 경우는 각각 3.3%, 2.5%였고, 일반 병동에서는 25.3%와 21.5%였으며, 입원 환자의 경우 ICU에서 심폐소생술을 한 경우 소생율은 39%, 일반 병동에서는 62%로 높은 성공률을 보고한 바 있다. 이처럼 CPR이 성공적으로 시행되고 있으나, CPR을 해도 회복 및 치료의 가망이 없는 환자 군이 있음을 알게 되면서, 환자의 삶의 질에 대한 관심이 점차 증가하였다.

이미 1974년 미국의학협회(AMA)에서는 “CPR의 목적인 예기치 못한 갑작스런 사망의 방지로써, 사망이 예기되는 회복 불가능한 말기 환자의 경우나 소생술이 효과가 없는 장시간 심폐 정지 상태인 환자의 경우에는 CPR이 오히려 존엄하게 죽을 수 있는 환자의 권리를 빼앗을 수 있으므로 해당되지 않는다.”고 하였다.¹²⁾

우리나라의 경우 DNR의 의미는 급성 심정지 또는 호흡 정지 시에 CPR을 시행하지 않는 것을 말하며, 현재 하고 있는 치료를 중단하는 것을 의미하는 것은 아니다. 또한 DNR은 심장-호흡 마비 상황에서 CPR의 필수 요

5) 한성숙. 2005. 위의 논문

6) 이종근, 조경희, 원종욱. 3차 병원 전문의들의 심폐소생술 금지 지시에 관한 경험과 태도 조사. 가정의학회지 1994 ; 15(6) : 322-332

7) 한성숙. 2005. 위의 논문

8) 한성숙, 엄영란, 안성희, 김중호, 차성호, 권복규, 구인회, 인종식, 구영모. 간호윤리학. 대한간호협회출판부, 2004

9) 정성필, 윤천재, 오진호. DNR이 결정된 환자에 대한 고찰. 대한응급학회지 1998 ; 9(2) : 271-276

10) 한성숙. 2005. 위의 논문

11) Monroe K, Zubair M & Parikh J. Cardiopulmonary Resuscitation in Intensive Care unit and Non-Intensive Care unit patients. Arch Intern Med 1995 ; 155(26) : 1277-1279

12) Ebell MH & Earon TA. Flow chart for the interpretation of Do-Not-Resuscitate Orders. J Fam Pract 1992 ; 35(2) : 141-143

소인 흉부 압박, 인공호흡, 기관 삽관, 외부 심장 박동기, 응급 약물 그리고 빠른 수액 공급 등을 금지하는 것이라고 정의하였다.¹³⁾

만일 회복이 불가능한 말기 환자가 의식이 명료하고 자신의 상태에 대해서 잘 이해하고 있으면서 CPR을 원치 않는다는 의사 표시를 하면, 환자의 자기결정권리를 존중해 이를 수용하는 추세이다. 특정한 치료 행위를 거부할 수 있는 환자의 권리는 법적으로도 최대한 지원이 된다. 또한 환자가 스스로 CPR에 관한 의사결정을 할 수 없는 경우를 대비하여 사전유언서(Advanced Directives)와 대리인에게 의사결정을 위임하는 형태가 있다.¹⁴⁾

엄영란¹⁵⁾은 DNR의 윤리적 측면을 강조하였는데, DNR은 의학적 결정도, 간호학적 결정도, 법률적 결정도 아닌 삶의 의미나 질, 혹은 생명의 신성성과 같이 결정과 관련되는 가치들에 근거하는 도덕적인 결정인데도 의학적 조건만을 중시하여 대체로 의사들이 결정하고 있다고 했다. 손명세¹⁶⁾도 우리나라의 경우 DNR 결정과정에 있어서 환자의 자기결정권이 충분히 보장되지 않고 있으며 의사의 정확한 판단에 합리적인 근거나 객관성이 결여되어 법적, 윤리적 쟁점의 소지가 있다고 지적하였다.

국외에는 DNR 지침과 관련된 연구들이 다수 있으며, 지시서와 지침을 개발하여 활용하는 곳이 많다.¹⁷⁻²⁰⁾

특히 미국에서는 각 주마다 각기 다양한 종류의 프로그램들이 존재하며 일반적으로 DNR 대상자를 신속히 파악할 수 있는 표준화된 서식, DNR 대상자임을 나타내는 표시, DNR 지시서에 서명을 통한 의사의 참여, 안위 간호제공, 적절한 의사에게 의뢰 요구 등을 들 수 있다.²¹⁾

즉 51개주 중 40개 주에서 다양한 DNR양식을 사용하고 있다. 또한 양식을 사용하는 40개 주 중 의사와 환자, 증인의 서명을 필요로 하는 주가 11개, 의사와 환자의 서명을 필요로 하는 주가 20개, 환자와 증인의 서명을 필요로 하는 주가 2개, 의사의 서명만을 필요로 하는 주가 7개이다.²²⁾

우리나라에서도 DNR과 관련된 연구들이 일부 진행되었다. 예를 들면, DNR에 대한 의사들과 간호사들의 인식 및 태도에 대한 연구²³⁻²⁵⁾, 종합병원에서의 “DNR” 명령²⁶⁾, DNR이 결정된 환자에 대한 고찰²⁷⁾, 3차 병원 전문의들의 심폐소생술 금지 지시에 관한 경험과 태도 조사²⁸⁾, 말기환자의 DNR 결정에 대한 고찰²⁹⁾ 등이 있었다.

13) 이순행, 김정숙, 황문정, 임상간호사의 DNR과 관련된 윤리문제에 대한 태도 조사. 임상간호연구지 1998 ; 4(1) : 147-161

14) 한성숙 등. 2004. 위의 책

15) 엄영란. 말기환자간호에서 간호사가 경험하는 윤리문제에 관한 연구 : 사례분석적 접근. 박사학위논문. 서울대학교 대학원, 1994

16) 손명세. 1998. 위의 논문

17) Simpson SH. A study into the uses and effects of do-not-resuscitate orders in the Intensive Care units of two teaching hospitals. Intensive and Critical Care Nursing 1994 ; 10 : 12-22

18) Jayers RL, Zimmerman JE, Wagner DP. Do-Not-Resuscitation Orders in Intensive Care Units. JAMA 1993 ; 270(18) : 2213-2217

19) Hefner, J, Babieri, C, Casey K.O. Procedure-Specific Do-Not-Resuscitate Orders. Effect on Communication of treatment limitations. Arch Intern Med 1996 ; 156(8) : 793-797

20) Anderson-Shaw, L. the Unilateral DNR Order-One Hospital's Experience. JONA's Health Care Law, Ethics and Legislation 2003 ; 5(2) : 42-46

21) 한성숙, 김중호, 문인성, 용진선. "심폐소생술포기(DNR)"에 대한 요청서 및 지시서 개발. 한국생명윤리학회지 2005 ; 6(1)

22) http://www.laacts.org/la_survey_table_0520.html

23) 이순행 등. 1998. 위의 논문

24) 한성숙 등. 2001. 위의 논문

25) 한성숙, 한미현, 용진선. DNR에 대한 의사들의 인식 및 태도조사. 한국의료윤리교육학회지 2003 ; 6(2) : 15-33

26) 김진운, 조형상. 종합병원에서의 "Do Not Resuscitation" 명령 -DNR order-. 대한구급학회지 5(1) : 5-11

27) 정성필 등. 1998. 위의 논문

28) 이종근 등. 1994. 위의 논문

29) 김상희. 말기환자의 DNR결정에 대한 고찰. 간호학 탐구 1999 ; 8(2) : 80-90

그러나 실제로 DNR 지침서를 개발하여 적용한 연구는 없었다. 한성숙 등의 연구³⁰⁾에 따르면, 문서화 된 DNR 지침서가 필요하다는 의견이 86.8%에 달했다. 문서화된 DNR 지침서가 개발되면 DNR 결정 과정에서의 갈등, 의료진의 부담, 법적인 문제 등을 어느 정도 해소할 수 있을 것이다. 그러므로 본 연구에서는 '심폐소생술포기(DNR)'³¹⁾ 지침서를 개발하고, 그것의 의료 및 법적, 윤리적 측면을 검토하였다. 이러한 연구를 통해 의료진이 말기 환자에 대해 표준화되고 일관된 DNR 결정을 내릴 수 있게 지원하고, 말기 환자에게는 존엄하게 임종을 맞이할 수 있는 기회를 보장하게 되었다.

III. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구에서는 DNR 지침서를 개발하기 위하여 델파이 기법(Delphi technique)을 사용하였다. 이 기법은 전문가로 이루어진 고정 집단(panel)의 구성원에게 회환 기전의 과정을 사용하는 것이다. 질문지를 돌릴 때마다 매번 그 반응을 분석 요약하여 전문가에게 새 질문지를 보내면 전문가는 집단의 견해를 염두에 두고서 그의 견해를 재설정할 수 있다. 즉 분석-피드백-반응(analysis-feedback-response)절차를 전문가들 사이에 합의가 이루어질 때까지(보통 2-3회 정도)반복하며 그 최종 결과를 보고하게 된다.³²⁾ 따라서 본 지침서 개발을 위해서 델파이 기법의 적용이 적절하다고 사료되어 사용하였다.

2. 연구 대상

첫째, DNR관련 지침서를 수집하기 위하여 국내 대학 병원 및 종합병원(500병상 이상) 70곳을 연구자가 편의 추출하였다.

둘째, 외국의 문헌³³⁻³⁶⁾과 전문가 2명(의사)의 의견을 참고하여 본 연구원(의사, 간호사, 철학자 등으로 구성)들이 DNR 지침서 초안을 작성(연구결과 참조)하여 자문을 구하기 위해 1차 전문가 집단으로 의사 2명과 법조인 1명을 선정하여 DNR 초안을 검토하도록 하였다.

전문가 집단의 2차 자문은 초안에 대한 의견을 종합하여 DNR 지침서를 재수정 보완(8월31일까지)하여 검토해 줄 것을 의뢰한 후 검토 결과를 회수하였다.

3. 연구 절차

본 연구에서는 다음과 같은 절차와 방법으로 연구를 진행하였다.

1 단계로, 문헌 고찰을 통해 국외 자료를 수집하고, 조사 연구(survey)를 통해서 국내에서 사용하고 있는 DNR 지침서 등 관련 자료를 수집하였다. 조사 대상 병원은 전국에 있는 대학 병원과 종합병원(500병상 이상) 70개를 임의 추출하여 DNR 지침서 유무와 DNR 지침서, 요청서 등 관련 자료(form)를 수집하였다.

2 단계로, 1 단계에서 수집한 DNR 관련 자료 분석 결과를 기초로 개별 병원에 적용할 수 있는 DNR 지침서(안)을 개발하였다.

3 단계로, 개발된 지침서(안)를 의료인, 의료윤리학자, 법조인 등 관련 전문가에게 자문을 받기 위해, 2회에 걸

30) 한성숙 등. 2003. 위의 논문

31) DNR을 일반적으로 '심폐소생술 시행 금지'로 번역하고 있으나, '시행 금지'보다는 '시행 유보'가 의미상 적절하다는 의견도 있다.

32) 이혜경, 양영희, 구미옥, 간호연구개론, 서울 : 현문사, 2000

33) IDAHO EMS Guideline, Comfort One : Do Not Resuscitate

34) California Orange County EMS Agency Policy/Procedure, DNR Guidelines, 1999

35) MSNJ(Medical Society of New Jersey). New Jersey DNR orders: Guidelines for Healthcare professionals, Patients and Their Families 2003

36) North Glasgow University Hospital Division, Resuscitation Policy 2001

쳐 Delphi 기법을 적용하여 수정 보완하여 완성하였다.

최종 단계로, 병원윤리위원회(HEC)에 검토를 요청하여 자문을 받은 후, 최종 지침서를 완성하였다.

IV. 연구 결과

1. 1단계 연구

1 단계로, 문헌 고찰을 통해 국외 자료를 수집하였고, 조사 연구(survey)를 통해서 국내에서 사용하고 있는 DNR 지침서 등 관련 자료를 수집한 결과는 다음과 같다. 조사 대상 병원은 전국에 있는 대학 병원(500병상 이상) 및 종합 병원 70곳을 편의 추출하여 DNR 지침서 유무와 DNR 지시서, 요청서 등 관련 자료(form)를 수집한 결과 DNR order지는 9개 병원으로부터 수집이 되었으나 지침서를 보내준 병원은 없었다. 9개 병원에서 수집된 DNR 지시 및 요청서의 명칭을 제시하면 다음과 같다. ‘심폐소생술은 시행하지 말 것’에 대한 요청서(3개 병원이 같았음), ‘혈액종양내과 심폐소생술금(DNR)요청서’, ‘심폐소생술포기 요청서(Consent for DNR) & 연명치료포기 요청서’, 심폐소생술거부에 대한 동의서, ‘심폐소생술 거부서’, ‘심폐소생술 금지 동의서’, ‘DNR 동의서’ 등 비슷한 명칭이지만 다르게 사용하고 있었다. 내용에 있어서도 의사의 환자 상태에 대한 설명, 의사, 간호사 서명, 보호자의 동의 내용(의견), 보호자 서명, 환자 서명 등 다양함을 볼 수 있었다(한성숙 등, 2005).³⁷⁾

2. 2단계 연구

2단계 연구에서 본 연구자들이 의료인 2명에게 자문을 받아 개발한 ‘심폐소생술포기(DNR) 요청 기본 지침(초안)은 아래와 같다.

‘심폐소생술포기(DNR) 요청 기본 지침(안)

2005. 7. 14

I. 목적

이 지침은 ‘심폐소생술포기(DNR) 요청이 적절하고 올바르게 이루어지기 위해 필요한 기본지침을 제시함을 목적으로 한다. ‘심폐소생술포기’ 요청은 회복가능성이 없는 말기환자에게만 이루어져야하며, 이 경우에도 항상 환자의 존엄성과 의사를 최우선적으로 존중해야 한다.

II. 적용 범위

이 지침의 적용 범위는 가톨릭대학교 부속병원에 한한다.

III. 정의

1. ‘심폐소생술포기’란 회복가능성이 없는 말기환자에게 심폐정지가 발생했을 경우 심폐소생술을 시행하지 않음을 의미한다.
2. ‘보호자’란 가족법에 따른 환자의 최근친자(가족) 또는 법적 대리인을 의미한다. 또는 ‘보호자’란 환자의 가족 또는 법적 대리인을 의미한다.(법률가의 자문 要)

IV. 기본 지침

1. ‘심폐소생술포기’를 요청할 경우 항상 말기 환자의 존엄성과 환자의 의사를 최우선적으로 존중해야 한다.
- (1) 주치의 및 환자 또는 보호자가 서명한 ‘심폐소생술포기’ 요청서가 없다면, 전면적인 심폐소생술을 시행해야 한다.

37) 한성숙 등. 2005. 위의 논문

- (2) '심폐소생술포기'를 결정할 때는 환자의 존엄성과 환자의 의사를 최우선적으로 존중해야 한다.
 - (3) 환자 또는 보호자 및 주치의 중 어느 한사람이라도 '심폐소생술포기' 요청을 구두 또는 서면으로 취소하면, '심폐소생술포기' 요청은 바로 철회되어야 한다.
2. '심폐소생술포기' 요청은 다음과 같은 기준에 따른다.
- (1) 의사결정능력이 있는 성인 환자는 자신의 상태에 대한 충분한 설명을 들은 후 자율적으로 '심폐소생술포기'를 결정할 수 있다.
 - (2) 의사결정능력이 없는 성인 환자와 미성년 환자는 보호자가 환자의 상태에 대한 충분한 설명을 들은 후 환자의 평소 가치관과 의사를 존중하여 '심폐소생술포기'를 결정할 수 있다.
 - (3) '심폐소생술포기'를 결정하기 전에, 주치이는 환자 및(또는) 보호자에게 다음 사항을 충분히 설명해야 한다.
 - ① 환자는 현재 말기 상태이다.
 - ② 환자의 의식이 회복될 가능성은 거의 없다.
 - ③ 심폐소생술이 효과가 없거나 무익하며, 단지 임종의 순간을 연장시키는데 불과하다.
 - ④ 만약 심폐소생술을 시행할 경우, 환자에게 혜택보다는 고통과 여러 합병증만을 야기할 것이다.
 - ⑤ 이것이 환자의 현재 상태이다.
 3. '심폐소생술포기' 요청과 다른 의료조치와의 관계
'심폐소생술포기'를 요청해도, 일상적인(ordinary) 치료 및 완화치료 및 기타 필요한 의료 및 간호 행위는 지속되어야 한다.

V. 표준 절차

1. 기본 절차

- (1) 환자 및(또는) 보호자는 충분한 설명을 들은 후에 '심폐소생술포기' 여부를 결정한다.
 - (2) '심폐소생술포기' 요청서를 서면으로 작성한다. 사본 1부를 환자의 진료기록부에 첨부한다. 환자 및(또는) 보호자, 그리고 간호사에게도 사본을 전달한다.
 - (3) 환자 및(또는) 보호자에게 '심폐소생술포기'에 따른 제반 사항을 설명한다.
 - (4) '심폐소생술포기'를 요청했음을 환자의 침대 머리 및/또는 침대 표지판에 표기한다.
 - (5) 환자는 '심폐소생술포기'를 표기한 팔찌 또는 목걸이를 패용한다.
 - (6) 환자 및(또는) 보호자는 정기적으로 '심폐소생술포기' 요청을 재검토한다. 만약 환자 및(또는) 보호자가 '심폐소생술포기' 요청을 구두 또는 서면으로 철회하면, 이 사실을 환자의 진료기록부에 반드시 기록해야 한다. 이 철회 요청과 함께 '심폐소생술포기' 요청은 파기되며, 팔찌 또는 목걸이 등 '심폐소생술포기'를 표기했던 모든 표시는 파기된다.
2. '심폐소생술포기' 요청서에는 다음과 같은 내용이 기록되어 있어야 한다. 주치이는 환자의 진료기록부에 '심폐소생술포기' 요청과 관련하여 다음 사항을 명기해야 한다.
- ① 환자의 증상 및 예후
 - ② '심폐소생술포기' 요청의 정당한 이유
 - ③ 환자의 의사결정능력 유무
 - ④ '심폐소생술포기'에 대해 설명한 내용과 그 설명을 들은 사람의 인적사항
3. '심폐소생술포기' 요청의 철회
환자 및/또는 보호자, 주치의 중 어느 한사람이라도 '심폐소생술포기' 요청을 구두 또는 서면으로 취소할 경우, '심폐소생술포기(DNR)' 요청은 바로 철회된다.

3. 3단계 연구

개발된 '심폐소생술포기(DNR)' 요청 기본 지침(초안)을 전문가 집단인 의료인 2명과 법조인 1명에게 1차 의학적, 법률적 검토를 의뢰하였다.

위의 초안에 대한 전문가 집단의 의견(부록 참조)을 종합한 결과를 요약하면 다음과 같다.

- ① 의사 1은 '가족에 대한 구체적인 설명이 필요하다'는 의견과 DNR에 대한 법적인 문제점의 검토가 필요하다는 의견을 제시하였다. 법적인 문제점의 검토를 위해서는 법조인의 자문을 이미 의뢰하였기 때문에 법조인의 의견을 참고하면 될 것으로 사료된다.
- ② 의사 2는 '말기환자'에 대한 개념을 명확히 제시할 필요성을 제기하면서 '더 이상의 의학적 치료가 환자에게 도움이 않는 경우' 임을 보충할 것을 제안하였다.
- ③ 법조인 1인은 법률적인 질의에 대한 의견서를 제시하였다(의견서 I 참조). 첫째, '회복가능성이 없는 말기환자'란 '의학적 처치에도 불구하고 더 이상 생존하기 어려운 환자로서, 이에 대한 판단은 담당 주치의 또는 000과 의사의 판단에 의한다. 둘째, '심폐소생술포기'를 정의하고 있으나 오히려 '심폐소생술' 또는 '심폐정지'에 대하여만 정의하는 것이 좋을 것이라는 의견과 '포기'라는 개념은 법률적, 의학적인 근거가 없더라도 상식적으로 이해할 수 있는 것이라고 하였다. 셋째, '보호자'라는 정의 보다는 '가족'이라는 표현을 쓰는 것이 더 좋을 것 같다는 의견과 가족에 대한 정의로 장기 등 이식에 관한 법률 제 11조의 내용을 제시하였다.

위와 같은 전문가의 의견을 종합하여 '심폐소생술포기(DNR)' 요청 기본 지침(안)에 용어 정의 부분을 아래와 같이 수정 보완하였다.

'정의' 부분의 보완 내용:

- ① '심폐소생술포기'란 회복가능성이 없는 말기환자에게 심폐정지가 발생했을 경우 심폐소생술을 시행하지 않음을 의미한다. 따라서 심폐소생술이란 심장과 폐의 활동이 멈추어 호흡이 정지되었을 경우에 실시하는 응급처치로 흉부압박, 인공호흡, 기관 삽관, 외부 심장 박동기, 응급 약물 그리고 빠른 수액공급 등을 제공하는 것이다.
- ② '가족'이란 환자의 다음 각 호의 1에 해당하는 자를 말한다. 가. 배우자, 나. 직계비속, 다. 직계존속, 라. 형제자매, 마. 가. 목 내지 라.목의 가족이 없는 경우에는 4촌 이내의 친족을 말한다(장기 등 이식에 관한 법률 제 11조).
- ③ '회복 가능성이 없는 말기환자'란 '의학적 처치에도 불구하고 더 이상 생존하는 것이 어려운 환자'로서, 그에 대한 판단은 담당주치의 또는 000과 의사의 판단에 의한다.

수정 보완한 '심폐소생술포기(DNR)' 요청 기본 지침(안)을 전문가 집단에게 두 번째 자문을 구하여 최종의견을 수렴 하였다.

수정안에 대한 2차 전문가 집단의 자문 결과는 아래와 같다.

- ① 1명의 의사는 다른 의견이 없었으며 1명의 의사는 자구 수정 및 '심폐소생술포기'에 대한 정의는 불필요함을 지적하여 '심폐소생술'에 대한 정의만 기술하기로 하였다.
- ② 법조인은 첫째, 용어의 통일 문제를 지적하였으며, 둘째, 기본절차의 (1)항과 (3)항에서 설명의 주체가 빠져있어 명시할 필요를 지적하였다. 즉, (1)항의 경우 '환자 또는 보호자는 주치의 또는 00의사로 부터 충분한 설명을 들은 후에 '심폐소생술포기' 여부를 결정한다.'로, (3)항은 '주치의 또는 00의사는 '심폐소생술포기'에 따른 제반 사항을 설명 한

다.'로 규정하는 것이 필요하다고 하였다. 그리고 이 경우 설명의 주체인 의사는 III. 정의 2에서 규정하고 있는 회복가능성이 없는 말기 환자를 판단하는 담당주치의 등으로 한정하는 것이 좋을 것이라고 조언하였다(의견서 II 참조). 따라서 위의 의견을 참고하여 용어를 통일하였으며(보호자→가족), 기본절차의 (1)항과 (3)항에 설명의 주체인 '주치의 또는 00의사'를 넣었으며 설명의 주체인 의사는 III 정의 2에서 규정하고 있는 회복가능성이 없는 말기 환자를 판단하는 담당주치의 등으로 한정하는 내용을 보충하였다.

다음은 1차 2차에 걸쳐 자문을 받은 내용을 종합적으로 참고하여 수정한 최종안이다.

'심폐소생술포기(DNR)' 요청 기본 지침 (최종안)

I. 목적

이 지침은 '심폐소생술포기(DNR)' 요청이 적절하고 올바르게 이루어지기 위해 필요한 기본지침을 제시함을 목적으로 한다. '심폐소생술포기' 요청은 회복가능성이 없는 말기환자에게만 이루어져야하며, 이 경우에도 항상 환자의 존엄성과 의사를 최우선적으로 존중해야 한다.

II. 적용 범위

이 지침의 적용 범위는 가톨릭대학교 부속병원에 한한다.

III. 정의

1. '심폐소생술'이란 심장정지 또는 호흡정지가 발생되었을 때 심폐기능을 회복시키기 위해서 실시하는 응급의료행위(흉부압박, 인공호흡, 기관 삽관, 응급 약물

그리고 빠른 수액공급 등)를 의미한다.

2. '가족'이란 환자의 다음 각 호의 1에 해당하는 자를 말한다. 가. 배우자, 나. 직계비속, 다. 직계존속, 라. 형제자매, 마. 가. 목 내지 라.목의 가족이 없는 경우에는 4촌 이내의 친족을 말한다(장기 등 이식에 관한 법률 제 11조).
3. '회복 가능성이 없는 말기환자'란 '의학적 처치에도 불구하고 더 이상 생존하는 것이 어려운 환자'로서, 그에 대한 판단은 담당주치의 또는 000과 의사의 판단에 의한다.

IV. 기본 지침

1. '심폐소생술포기'를 요청할 경우 항상 말기 환자의 존엄성과 환자의 의사를 최우선적으로 존중해야 한다.
 - (1) 주치의 및 환자 또는 가족이 서명한 '심폐소생술포기' 요청서가 없다면, 전면적인 심폐소생술을 시행해야 한다.
 - (2) '심폐소생술포기'를 결정할 때는 환자의 존엄성과 환자의 의사를 최우선적으로 존중해야 한다.
 - (3) 환자 또는 가족, 주치의 중 어느 한사람이라도 '심폐소생술포기' 요청을 구두 또는 서면으로 취소하면, '심폐소생술포기' 요청은 바로 철회되어야 한다.
2. '심폐소생술포기' 요청은 다음과 같은 기준에 따른다.
 - (1) 의사결정능력이 있는 성인 환자는 자신의 상태에 대한 충분한 설명을 들은 후 자율적으로 '심폐소생술포기'를 결정할 수 있다.
 - (2) 의사결정능력이 없는 성인 환자와 의사결정능력이 없는 미성년 환자는 가족이 환자의 상태에 대한 충분한 설명을 들은 후 환자의 평소 가치관과 의사를 존중하여 '심폐소생술포기'를 결정할 수 있다.
 - (3) '심폐소생술포기'를 결정하기 전에, 주치의는 환자 또는 가족에게 다음 사항을 충분히 설명해야 한다.
 - ① 환자는 현재 말기 상태이다.
 - ② 환자의 의식이 회복될 가능성은 거의 없다.

- ③ 심폐소생술이 효과가 없거나 무익하며, 단지 임종의 순간을 연장시키는데 불과하다.
 - ④ 만약 심폐소생술을 시행할 경우, 환자에게 혜택보다는 고통과 여러 합병증만을 야기할 것이다.
 - ⑤ 이것이 환자의 현재 상태이다.
3. '심폐소생술포기' 요청과 다른 의료조치와의 관계 : '심폐소생술포기'를 요청해도, 일상적인(ordinary) 치료 및 완화치료 및 기타 필요한 의료 및 간호 행위는 지속되어야 한다.

V. 표준 절차

1. 기본 절차

- (1) 환자 와/또는 가족은 '주치의 또는 00의사'*로부터 충분한 설명을 들은 후에 '심폐소생술포기' 여부를 결정한다.
- (2) '심폐소생술포기' 요청서를 서면으로 작성한다. 사본 1부를 환자의 진료기록부에 첨부한다. 환자 또는 가족 그리고 간호사에게도 사본을 전달한다.
- (3) '주치의 또는 00의사'*는 환자 와/또는 가족에게 '심폐소생술포기'에 따른 제반 사항을 설명한다.
- (4) '심폐소생술포기'를 요청했음을 환자의 침대 머리 및/또는 침대 표지판에 표기할 수 있다.
- (5) 환자는 '심폐소생술포기'를 표기한 팔찌 또는 목걸이를 착용할 수 있다.
- (6) 환자 또는 가족은 정기적으로 '심폐소생술포기' 요청을 재검토한다. 만약 환자 또는 가족이 '심폐소생술포기' 요청을 구두 또는 서면으로 철회하면, 이 사실을 환자의 진료기록부에 반드시 기록해야 한다. 이 철회 요청과 함께 '심폐소생술포기' 요청은 파기되며, 팔찌 또는 목걸이 등 '심폐소생술포기'를 표기했던 모든 표식은 파기된다.

*'주치의 또는 00의사': III. 정의 2. 에서 규정하고 있는 '회복가능성이 없는 말기 환자를 판단하는 담당 주치의 또는 00의사' 등으로 한정함.

2. '심폐소생술포기' 요청서에는 다음과 같은 내용이 기록되어 있어야 한다.

주치의는 환자의 진료기록부에 '심폐소생술포기' 요청과 관련하여 다음 사항을 명기해야 한다.

- ① 환자의 증상 및 예후
- ② '심폐소생술포기' 요청의 정당한 이유
- ③ 환자의 의사결정능력 유무
- ④ '심폐소생술포기'에 대해 설명한 내용과 그 설명을 들은 사람의 인적사항

3. '심폐소생술포기' 요청의 철회

환자 또는 가족, 주치의 중 어느 한사람이라도 '심폐소생술포기' 요청을 구두 또는 서면으로 취소할 경우, '심폐소생술포기(DNR)' 요청은 바로 철회된다.

V. 윤리적인 검토

지난 십여년 동안의 의학 발전은 인류의 건강증진에 상당한 기여를 했으나, 또한 예기치 못한 어려운 상황을 만들기도 했으며 인간의 고통과 죽음만을 연장시키는 원치 않는 결과를 야기하기도 했다.

생명은 마지막까지 살만한 가치가 있고 의미 있는 것으로서 경험되어야 한다. 환자가 죽음에 이르기까지 평화와 존엄성을 유지하는 삶을 영위할 수 있도록 가능한 모든 조치를 취해야 할 것이며, 자기결정권이 보장되어야 한다. 그러기 위해서는 올바른 결정을 할 수 있도록 충분한 정보가 주어져야 하며, 사랑하는 사람들과 함께 지내며, 이별과 죽음을 준비하고 받아들일 수 있는 시간을 갖는 것이 필요하다. 이것은 흔히 어려운 과정이기도 하다. 고통과 죽음을 동반함에도 불구하고 생명은 우리 자신이 그것을 받아들이고 주관해 갈 수 있도록 우리에게 주어진 선물이다.

그러나 임종에 가까운 불치병 환자의 경우에는 방해받지 않고 죽도록 놓아두는 것, 특히 심폐소생장치와 같

은 예외적인 수단을 통해 생명을 연장하는 치료를 중단하거나 애초에 도입하지 않음이 고려되기도 한다. 이러한 소극적 행위는 죽어가는 환자의 요청이나 동의를 전제로 한다.

일반적으로 신체의 통합성을 해치는 모든 시술은 환자의 동의를 필요로 하며, 이러한 동의는 원칙적으로 의사가 시술을 시작하기 전에 받아야 하며 의사로부터 시술에 대한 적절한 설명이 있었어야 유효하다. 의사에게는 독자적인 진료권이 없으며, 의사의 진료의무는 환자로부터 위임받은 후 발생된다. 그것은 의사가 일정한 진료방법을 처음 시작할 때는 물론이고 그런 방법의 지속적인 적용을 위해서도 마찬가지로 해당된다. 유효한 동의가 없이 행해진 의사의 진료는 불법적인 신체 훼손이다. 그리하여 환자가 동의를 거부하거나 이전에 한 동의를 철회하면, 의사는 환자의 태도가 비이성적으로 판단되어도 치료를 시작하거나 지속해서는 안 된다.

의사는 항시 의학적 치료선택 가능성에 관한 정보를 환자에게 제공하여 환자가 그러한 가능성에 대해 어떤 태도를 취할 것인지 선택할 수 있도록 해야 한다. 충분한 설명을 들은 후의 동의 원칙은 의학윤리에서 인정된 원칙으로서 유효하다. 동의능력이 있는 환자의 결정은 다른 사람들에게 아주 비이성적으로 생각될지라도 구속력이 있다. 의료적 조치의 결정에서 있을 수 있는 갈등을 투명하게 하기 위해 결정하는 데 있어 중요한 정보들이 주어져야 한다. 상담과 정보는 가치중립적으로 이루어져야 하며, 상담 받는 사람에게 어떤 강요를 해서도 안 된다.

의사의 확신에 따라 환자의 근본적인 질병이 회복될 수 없으며, 죽음에의 진행이 시작되었고, 가까운 시일 안에 죽음이 도래할 것이라면, 임종을 앞둔 환자를 돌보는 일과 편안한 죽음을 맞이하도록 돕는 일이 고려된다. 그러한 경우에 의사는 호흡, 산소공급, 수혈, 인공급식과 같은 기술적으로 아직 가능한 더 이상의 조치들을 포기할 것인지에 대해 환자나 보호자의 의사를 타진해 볼 수

있다.

DNR 요청서는 불치병의 말기 환자가 죽음에 임박한 시기에 심장이나 호흡이 정지되는 경우 심폐소생술 실시를 포기하겠다고 미리 작성해 놓는 사전 지시서 형태이다. 결정 능력이 상실되거나 의식불명의 상태에 빠질 경우에 대비해 심폐소생 조치를 취할 것인지 여부에 대해 동의능력이 있을 때 미리 알려주는 환자 의지의 표명이다. 이것은 심폐소생술의 중지 혹은 거부를 위해 미리 제시된 동의의 형태일 수 있다.

DNR 요청서는 본인이 작성하며, 동의 능력이 없는 환자의 경우에는 가족이 대신 작성할 수도 있다. 다시 말해 결정해야 할 시점에 환자에게 결정능력이 없으면, 제3자가 환자를 위해 결정해야 한다. 그리하여 추정되는 환자 의지의 전달이 제3자의 결정조건과 선호에 맡겨진다는 문제가 발생한다. 이 경우 선택이란 불가피하고 숙명적인 것이 아니고 제3자의 결정에 달려 있다. 그러므로 환자들은 스스로 자신의 가치관과 확신에 따라 결정하기 원한다. 환자의 의지는 모든 삶의 국면과 의학적 상황에서 결정적이다. 생명 연장 조치의 거부는 단지 즉각적인 죽음의 진행과 생명유지에 중요한 신체적 기능의 불가역적인 소실에 관련된다. 그리하여 환자의 사전지시서가 의미 있는 것이다.

또 의사능력이 전혀 없는 환자와 의사결정능력을 부분적으로 혹은 제한적으로만 가진 환자를 구분할 필요가 있다. 의사결정능력이 전혀 없는 경우에는 가족이 결정을 할 수 있으나, 미성년자와 같이 제한적인 결정능력만 가지고 있는 환자의 경우에 가족이나 환자 중 한쪽이라도 심폐소생술 포기를 거부하는 경우에는 심폐소생술을 실시해야 한다.

보호자가 동의능력이 없는 환자의 추정되는 의지를 올바르게 찾아냈는지에 관한 검토도 필요하다. 보호자가 담당의사의 뜻에 반하여 추정되는 환자의 의지를 관철하려면, 모든 노력을 동원하여 정확한 환자의 의지를 알아내야 할 것이다. 의사와 보호자 법적 대리인 등 모든 관

련자는 환자의 안녕을 우선적으로 고려해야 할 의무가 있으며, 추정되는 환자의 의지를 존중해야 한다. 환자와 관련된 사람들은 자신의 가치관에 속박되어 있음을 시인하고 자신의 가치관을 철회해야 하며, 각기 환자 당사자의 종교적, 문화적, 사회적 가치기준에 따라 시술에 한계를 그을 수 있어야 한다.

미리 환자의 상태에 관한 충분한 정보를 제공하여 DNR 요청서를 작성할 것인지 여부를 결정하도록 돕는 것이 필요하다. 법적 대리인의 의무는 자신의 진술을 통해 실제의 혹은 추정되는 환자 본인의 의지를 찾아낼 수 있도록 하는 것이며 의심스러운 경우에는 환자의 생명을 위해 결정을 내려야 한다. 명확히 진술되지 않은 추정지의 경우에는 생명의 보호에 우선권이 주어져야 한다. 대리인은 환자가 선택해야 하며 이러한 의식적인 선택은 정서적으로 측근에 있는 법적 대리인과의 특별한 신뢰 관계의 표현이다. 다른 사람들이 이러한 입장이라면 어떻게 할 것이라는 판단이 아닌, 환자의 전적인 자율적 의지는 치료시작과 치료중단 고려에서 결정적이다.

특히 심폐소생조치를 포기하는 경우에는 지시서를 작성한 사람 자신이 병으로 쇠잔해진 경우에 포기한 것뿐만 아니라, 사고나 갑작스런 발작의 경우에는 응급조치를 하는 데 대한 이의가 없는지 유의해야 한다.

또한 심폐소생술포기 요청서를 작성한 환자임에도 불구하고 응급상황에서 의사가 인지하지 못하고 심폐소생술을 실시한 경우 어떻게 처리를 해야 할지에 대해서도 생각해보아야 한다.

의사는 의학적 조치에 대한 지시를 내릴 책임이 있으며, 환자는 이러한 진료제공을 받아들일 수 있으나, 반드시 받아들여야 하는 것은 아니다.

국가는 생명을 보호하고 후원하는 데 전력을 투구할 의무가 있다. 그러나 모든 수단과 방법을 다 동원하여 생명을 지키는 것이 항상 옳은 것은 아니다. 인간은 생명권을 가지고 있지만, 생명에의 의무가 있는 것은 아니다. 다시 말해 살 권리는 있으나, 살아가 할 의무가 있는 것

은 아니다. 이것은 자기결정권과 인간존엄성의 표출이며, 도대체 그리고 어떤 방식으로 인위적 생명연장 조치를 받아들일 것인지, 혹은 더 이상의 치료 없이 죽음을 맞이할 것인지에 관해 스스로 결정할 수 있는 신성불가침의 인권이다.

죽음을 맞는 사람의 존엄성과 자기결정권은 존중되어야 한다. 그런데 내가 내일 무엇을 원할지 오늘 나는 알 수 있는가? 실제 생활에서의 인격의 지속성에 대한 물음이 늘 제기된다. 자신의 지난 결정에 구속된다는 느낌을 가지고 있는지에 대한 물음에 환자는 분명한 입장을 취해야 한다. 따라서 DNR 요청서는 정기적으로 새롭게 확인 승인하는 서명란을 두는 것이 바람직하다.

DNR 요청서는 서면이나 구두로 이의를 제기하는 어떤 구체적인 근거를 제시하지 않는 한, 계속 유효하다. 인간 생명의 종말에 관련되어 있음에도 불구하고 아직까지 법규로 정해지지 않았거나 불명확하고 불완전한 법규만이 있는 영역에 관련된 모든 이들을 위해 명확성과 법적 보호 장치를 해줄 필요성이 있다. 이는 무엇보다도 처벌에 대한 두려움 때문에 의학적으로 불필요할 뿐 아니라 환자의 의지나 추정되는 환자의 의지에 상응하지 않는 조치를 취하거나 유지하는 의료진과 간호 인력에 관련된다. 또한 동의능력이 없는 환자의 표명된 혹은 추정되는 의지를 이행하도록 책임을 위임받은 보호자에게도 관련된다. 그러나 이것은 무엇보다도 먼저 생명, 신체적 불가침성, 자기결정권, 인간존엄성 등이 위협에 처해 있는 환자 당사자의 보호에 도움을 준다.

VI. 결론

우리나라에서는 DNR에 대한 명확한 기준이 제시되지 못하고 대개는 담당 의사와 가족의 주관적인 판단에 따라 시행되고 있으며 DNR 환자에게 행하는 치료의 범위도 일관적이지 못하여 논란의 여지가 있으므로 DNR

에 대한 지침서 개발이 시급히 요구되었다.

본 연구에서는 DNR 지침서 개발이 주된 목적이며, 이를 위한 첫 단계로, 문헌조사를 통해 국내외에서 사용하고 있는 DNR 관련 자료, 지침서를 조사하였고 둘째, 이를 기초로 일 병원에 적용할 수 있는 DNR 지침서 초안을 본 연구원들이 수집한 자료를 참고로 작성했으며, 셋째, 작성한 지침서 초안을 전문가 집단에게 자문을 받았다. 즉 개발한 지침서(안)는 전문가 집단(의사, 윤리학자, 법조인 등)에게 2회에 걸쳐 Delphi 기법을 활용하

여 수정 보완하여 완성하였다. 마지막 단계로 병원윤리 위원회에 검토를 의뢰하였으며 윤리적, 법적인 문제가 없음을 확인하였다. 끝으로 본 지침서를 사용하는데 도움이 되도록 윤리적인 문제들을 검토하고 논의하였다. ■■

색인어 : 심폐소생술포기(DNR), 심폐소생술포기 지침서, DNR 동의서, 법조인, 윤리학자

부록

〈의견서 1〉

伯仁合同法律事務所 ATTORNEYS AT LAW

수신 : 가톨릭대학교 간호대학/의과대학

참조 : 연구책임자 한성숙 님

제목 : 질의에 대한 의견

1. 귀 법인의 2005. 7. 14자 심폐소생술포기 지침안에 대한 검토에 관한 법률질의에 대한 변호사 의견입니다.
2. 당사무소의 의견은 별지 의견서 기재와 같습니다.

2005. 7. 20.

담당변호사 전 병 남

〈별지〉

의견서

1. 심폐소생술포기 요청 기본 지침(안)은 전반적으로 잘 구성되어 있어 별도로 보충하여야 할 사항은 없어 보입니다.
2. 가. 다만 Ⅲ.항목의 정의에서는, 먼저 '회복가능성이 없는 말기 환자'에 대한 정의를 하는 것이 좋을 것 같습니다. 예를 들면 「회복가능성이 없는 말기환자」란 '의학적 처치에도 불구하고 더 이상 생존하는 것이 어려운 환자로서, 그에 대한 판단은 담당주치의 또는 000과 의사의 판단에 의한다」 등.
나. 한편 위 1항에는 '심폐소생술포기'를 정의하고 있으나, 개념 정의시에는 '심폐소생술의 포기'를 규정하는 것 보다는, '심폐소생술' 또는 '심폐정지'에 대하여만 정의하는 것이 좋을 것입니다. '포기'라는 개념은 법률적, 의학적인 근거가 없더라도 상식적으로 이해할 수 있는 것이기 때문입니다.
다. 위 2항에서는 '보호자'에 대하여 정의를 하고 있으나, '가족'이라는 표현을 쓰는 것이 더 좋을 것 같습니다. 따라서 위 조항은 「가족이란 환자의 다음 각 호의 1에 해당하는 자를 말한다. 가. 배우자, 나. 직계비속, 다. 직계존속, 라. 형제자매, 마. 가.목 내지 라. 목의 가족이 없는 경우에는 4촌 이내의 친족」으로 변경하는 것이 좋을 것 같습니다. 참고로 위와 같은 가족의 정의는 장기이식등에관한법률에서 장기 기증시에 기증자 본인 및 가족의 동의에 관한 규정(위 법률 제11조)에서 차용한 것이므로, 이와 같이 정의한다면 별다른 문제는 없을 것입니다.
3. 기타사항

부록

<의견서 II>

伯仁合同法律事務所
ATTORNEYS AT LAW

수신 : 가톨릭대학교 간호대학/의과대학
참조 : 연구책임자 한성숙
제목 : 질의에 대한 의견

1. 귀 법인의 심폐소생술 포기 지침안에 대한 변호사 의견입니다.
2. 당사무소의 의견은 별지 의견서 기재와 같습니다.

2005. 8. 29.
담당변호사 전 병 남

<별지> 의 견 서

1. 귀원의 심폐소생술포기(DNR) 요청 기본지침(수정안)을 살펴본 바, 법률적으로는 별다른 문제점이 없어 보입니다.

2. 그런데 Ⅲ.용어정의에서는 '가족'이라고 표현하고서도, Ⅳ.기본지침, Ⅴ.표준절차에서는 '보호자'라는 용어를 그대로 사용하고 있으므로, 보호자라는 용어를 모두 '가족'으로 정정하는 것이 바람직할 것입니다.

3.가. Ⅴ.표준절차 1. 기본절차 (1)에서는 '환자 또는 보호자는 충분한 설명을 들은 후에 '심폐소생술포기' 여부를 결정한다'고 규정하고 있고, (3)항에서는 '환자 또는 보호자에게 '심폐소생술포기'에 따른 제반 사항을 설명한다'고 규정하고 있는데, 위 각 조항에서는 설명의 주체에 대한 언급이 빠져 있으므로, 설명주체를 명시할 필요가 있습니다.

나. 즉, (1항) 같은 경우에는 '환자 또는 보호자는 주치의 또는 OO 의사로부터 충분한 설명을 들은 후에 '심폐소생술포기' 여부를 결정한다'로 (3)항은 '주치의 또는 OO의사는 '심폐소생술포기'에 따른 제반 사항을 설명한다'로 규정하는 것입니다.

다. 이 경우 설명주체인 의사는 Ⅲ.정의 2.에서 규정하고 있는 회복가능성이 없는 말기환자를 판단하는 담당주치의 등으로 한정하는 것이 좋을 것입니다.

4. 그 이외에 사항에 대하여는 별다른 문제가 없으나, 혹시 추후에라도 다른 의견이 있으면 즉시 연락드리겠습니다. "끝"

Development of the Guideline to Do Not Resuscitate(DNR) and Ethical Review

HAN Sung-Suk*, KIM Joong-Ho**, KU In-Hoe***, HONG Suk-Young****, LEE Kyung-Sang*****

In Korea, the existence of clear guidelines on DNR(Do Not Resuscitate) has been insufficient. Generally, the procedure is done after assigned doctors and family members subjectively make decisions on DNR. Also, because patients who need DNR have been receiving the procedure inconsistently, the need for clear DNR guidelines is increasing.

Through the research, the main purpose is to develop the guidelines. As the first step of the research procedure, various documentary records and DNR related database were used as references. Secondly, based on the reference, the first draft of DNR guidelines that can be applied to hospital settings was created by our researchers. On the next step, a group of professional experts was invited to review the first draft and rectify any controversial contents. To be specific, the guideline proposal was reviewed and corrected by professionals (doctors, philosophers, lawyers, etc) through 2 meetings by Delphi method. Finally, the draft was sent to Hospital Ethics Committee for a delicate examination. As a result, our guideline draft was ethically and legally acceptable according to the committee. Moreover, ethical issues were examined and discussed to provide deep understanding on the guideline draft.

⊙ **key words** : Do Not Resuscitate(DNR), DNRguideline, DNR informed consent, Lawyer, Ethicist.

* College of Nursing, The Catholic University of Korea

** College of Medicine, The Catholic University of Korea

*** College Of Medicine, The Catholic University of Korea : *Corresponding Author*

**** Kyoung Sang University

***** College of Theology, The Catholic University of Korea