

# The Rule of Double Effect와 End-of-Life Decisions

고려대학교 의료원 구로병원 가정의학과

최 윤 선 · 홍 명 호

## 서 론

환자의 생명은 연장시키고 고통은 경감시키는 것이 의사의 의무이다. 이를 위해서는 평화로운 죽음이 의학의 목적이 되고 의사들의 책임으로 인식되어야 한다[1].

하지만, 실제로는 임종환자를 돌보고 있는 의사들은 치료는 안되고 참기 어려운 고통 속에서 죽어가고 있는 환자를 보게되면서 갈등하게 된다. 1997년 Emanuel 등[2]이 the American Society of Clinical Oncology 회원 6642명을 대상으로 설문하여 3299명이 회신한 것에 의하면, 62.9%가 최소한 1번 이상 안락사(euthanasia)나 의사조력자살(physician-assisted suicide, 이하 PAS)의 요청을 받았고, 31.1%는 1년 이내에 그러한 요청을 받은 적이 있다고 답변했다. 대부분의 요구는 받아들여지지 않았으나, 회신의사의 3.7%가 안락사를 10.8%가 최소한 1번 의사조력자살(PAS)에 참여했었다고 한다.

또한 미국 중앙학과 의사들을 대상으로 조사한 바에 의하면 22.5%의 의사가 참을 수 없는 통증을 가진 임종환자에서 의사조력 자살(PAS)을 지지했고, 6.5%는 안락사에 찬성했다[3].

우리나라에서는 일반인들은 말할 것도 없이 의료인

들도 용어의 정의에 혼란이 있는 상황이다. 다행히 임종환자의 연명치료중단에 관한 의료윤리지침(안)에 대한 보고가 2002년 5월 31일 대한의학회 주최의 한국 의료윤리심리기구협의회 출범식 및 공청회에서 있었다.

참석자들은 안락사나, 존엄사를 논하기 위해서는 외국처럼 환자의 자율성(autonomy)과 정보의 공유를 통한 의사결정(informed shared decision making)이 먼저 이루어져야 하며, 환자 중심의 지속적 포괄적 진료라는 선결 조건과 환자와 의사간, 의사와 의사간의 원활한 의사소통을 위한 면담기술 등의 수련이 필요하다는 것에 공감했다.

연명치료 중단은 '안락사', '존엄사' 보다는 말기 환자의 삶의 질을 강조하는 호스피스, 완화의학적인 접근을 통해 같은 효과를 이룰 수 있다. 이는 '무의미한 치료의 유보(withholding)나 치료중단(withdrawing)'에 관한 논의를 '질병의 어떤 단계일지라도 그에 맞는 모든 적절한 형태의 간호(all appropriate forms of care at any phase of an illness)'[4] 안에서 해결할 수 있음을 의미한다.

외국의 경우, 적극적인 완화 노력에도 불구하고 참을 수 없는 고통으로 죽음을 재촉하기를 결정하는 의식이 명료한 말기 환자 등에 관한 논란이 끊이지 않고 있다. 사실, 의학계에서 주로 사용되는 '의료윤리의 네 원칙' 즉, '자율성 존중원칙', '악행 금지 원칙', '선행원칙', '정의 원칙'이 있으나, 임종환자를 위해서는, 우리나라에도 'the rule of double effect' 같은 실제적인

책임저자 : 최윤선, 서울 구로구 구로동 80번지  
고대구로병원 가정의학과  
Tel : 02)818-6886, Fax : 02)837-3966  
E-mail : younseon@korea.ac.kr

의사윤리지침의 적용이 필요하다.

여기서는 외국에서 환자의 임종을 재촉할 수도 있다고 알려진 임종시의 의사결정들(Voluntarily stop eating and drinking, Terminal sedation, Physician assisted suicide, Voluntarily active euthanasia)을 소개하고 이들을 다음과 같이 the rule of double effect 측면에서 정리하고자 한다.

- 1) the doctrine of double effect
- 2) the active/passive distinction
- 3) patient's voluntariness
- 4) proportionality between risks and benefits
- 5) the physician's potential conflict of duties

## 본 론

죽음을 재촉할 수도 있는 의사 결정 행위에는 다음과 같은 Safeguards[5]가 반드시 선행되어야 한다 (Table 1).

### 1. 임종을 재촉할 수도 있는 의사결정의 종류들

#### 1) 치료유보와 치료중단(Withdraw and withdrawing the medical intervention) [6]

생명연장 치료를 거절할 수 있고, 또는 일단 시작된 것을 중단할 수 있는 환자의 권리로서, 법적 윤리적으로도 허용(legal & ethical)되고 있다.

비록 환자의 소원이 죽는 것이고, 치료 시 indefinitely 살 수 있더라도, 환자에게 다른 대안에 대한 충분한 정보를 주고 결정을 이해할 수 있는 정신능력

(mental capacity)를 갖고 있다면 가능하다. 의식을 잃은 환자를 대신하여서는 가족이 결정 할 수 있으나 그러한 행동이 환자의 가치, 전의 소망과 가장 큰 이익을 반영한다는 명확한 의견의 일치여야 한다. 이 결정은 종종 환자의 죽음을 초래하기 때문에, 의사는 그러한 요구의 평가에 솔직해야 하고 조심스러운 환자의 정신능력 평가와 완화의료라는 대안 제시, 납득할 만한 고통 등이 존재해야 한다. 죽고 싶다는 환자의 특별한 소망은 생명유지(life support)를 중단할 수 있는 권리 안에 포함된다는 것이 분명히 파악될 때까지는 '자살(suicidal)'로 간주된다.

환자, 가족, 의사, 의료 팀간에 개방적 대화(open-minded conversation)가 필요하다.

#### 2) Voluntarily stop eating and drinking(이하, VSED) (Table 4)

신체적으로 영양을 섭취할 수 있는 환자가 적극적으로 경구 섭취를 끊고, 주로 탈수와 합병증으로 인해 점진적으로 죽음을 허용하는 것(allowed to die)이다. 임종까지 환자의 기존 상태에 따라 보통 1~3일이 걸린다. 윤리적, 법적으로는 의식이 명료하고 사전 지식이 있는 환자에서 인위적인 수분과 영양공급을 포함한 생명을 연장하는 중재를 거부할 수 있는 권리가 있다는 것이 잘 정립되어 있어서, 자발적인(voluntary)이고 자연적(natural)인 먹고 마시는 것을 끊는 것을 그러한 권리의 연장선상에서 생각할 수 있다.

상당한 환자의 결정(resolve)과 행동의 자발성(voluntary nature of the action)이 명확해야 한다. 환자의 privacy와 의사의 개입이 없는 독립성(independence)이 보장되어야 한다.

하지만 임종과정이 수주간 지속될 수도 있고, 처음에는 갈증과 배고픔으로 고통이 증가할 수 있다. 임종까지 "탈수" 또는 "기아"를 목격하게 되는데 도덕적으로 모순이다. 만약 의사가 참여하지 않는다면, 증상의 완화가 부적절하게 되고, 급식의 결정에 대한 사전 정보를 얻지 못하고 치료 가능한 우울증 등을 놓치게

**Table 1. Categories of Safeguards for any Medical Action That may Hasten Death [4]**

1) Palliative care is ineffective
2) Obtaining informed consent
3) Ensuring diagnostic and prognostic clarity
4) Obtaining an independent second opinion
5) Documentation and review(implementing reporting and monitoring processes.)

된다. 임종이 가까워지면서 의식을 잃게 되는데, 이것은 개인의 integrity를 손상시키거나 이러한 행동이 자발적(voluntary)으로 남을 수 있는지에 대한 의문이 제기된다.

3) Terminal Sedation(이하, TS-the College's End-of-Life Care Consensus Panel에서 선택한 용어) 또는 Sedation for intractable distress of a dying patient(SIDD Patient) (Table 4)

보통 barbiturates나 benzodiazepine을 지속적으로 사용함으로써 고통받는 환자를 의식을 잃을 때까지 진정시키는 것이다. 환자는 보통 모든 생명-연장 중재(예, artificial ventilation과 hydration)를 보류함으로써, 'dehydration'과 'starvation' 또는 합병증으로 사망하게 된다.

심한 증상이 있는 말기 환자에서 의사조력자살(PAS)의 대안으로 제시되었다. 이는 극심한 신체적 고통을 경감시키기 위해 고용량의 진정제를 사용하는 것으로, 통증을 초래하는 광범위한 데브리망이 필요한 화상환자의 심한 증상의 경감을 위해 사용되는 'palliative sedation' 또는 'heavy sedation'과의 감별이 필요하다. 즉 생존(survival)에 대한 기대와 다른 생명연장 치료를 사용한다는 점이 'terminal sedation'과 구별된다.

TS는 말기 시 깊은 혼수는 고통을 없애준다는 신념에서 생긴 것이다. 예측은 가능하나 의도되지는 않은 것 그리고 진정(sedation) 자체는 죽음의 원인이 아니라는 점에서 법적, 윤리적으로 허용된다. 심한 신체적 제한을 갖고있는 환자에서도 시행될 수 있다. 찬성자들은 의사결정을 할 수 없는 환자도 대리인(surrogate)이나 가족의 동의가 있다면 다른 것으로 조절이 안 되는 극심한 고통 속에 있는 환자를 위해 TS를 사용하는 것이 적합하다고 믿고 있다.

의사는 'TS' 시도 전에 환자의 결심을 사전에 알아야하고 자발적(voluntary)이어야 한다. 하지만, vol-

untary active euthanasia(이하 VAE)처럼 마지막 행위자는(final actor)는 환자가 아닌 의사이다. 그러므로 명료한 환자와 명확한 토론 없이 그들의 의지에 반해서 시행될 수도 있다. 그리고 임종 전에 무의식상태로 오래있는 것은 그들의 존엄성을 손상시키는 거라고 생각할 수도 있다. 또한 입원을 요하므로 집에서 임종할 수가 없다. TS도 어떤 경우(조절이 안 되는 출혈, AIDS 환자의 조절 안 되는 설사 등)는 환자의 증상을 경감시키지 못할 수 있다. 또한 환자의 죽음에 의사의 책임이 문제가 된다.

'TS'에서는 임종 재촉(hasten death)을 의도하거나, 진정제 약들이 죽음의 원인(causative agent)은 아니다. 진정제를 주는 의사의 목적은 죽음을 초래하려는 것이 아니라 치료가 안되는 고통을 경감시키려는 것이 때문이다. 일단 진정이 되면 약의 용량을 올리지 않으며, 연이어 죽음을 촉진시키는 중재(예, 근 마비제)를 하지 않는다는 것이 안락사(euthanasia)와는 다르다.

4) 의사조력자살(Physician-Assisted suicide, 이하 PAS)

환자가 자신의 생명을 끊는데 필요한 약물을 처방하는 것[7]으로 미국의 오레곤 주에서는 1997년 10월 27일 합법화되었다[8].

의사가 수단(means)을 제공(indirect)하고 마지막 행위자(final actor)는 환자(action is voluntarily)이다. 의도적으로 환자의 죽음을 도왔다는 면에서 전통적인

Table 2. The Three Proposed Primary Safeguards for Performing Euthanasia or Physician-assisted Suicide

Patients
1) Initiated and repeated requests for euthanasia or PAS
2) Experienced either pain and/or poor physical functioning
3) The request was discussed with another physician or the patient was evaluated by a psychiatrist

도덕적, 그리고 의사의 전문가적 윤리에 위배된다. 또한 환자 스스로 사용했다는 것 자체가 능력(competence)이나 자발성(voluntariness)을 보증해 주지 못한다는 면에서 반대에 부딪힌다.

PAS는 신체적으로 스스로 약물을 복용할 수 있는 환자에 국한되어 있고, 항상 효과가 있는 것도 아니다. 네덜란드 경우 0.2~0.4%에서 행하여지고 있다(Table 2).

### 5) 안락사(Voluntary Active Euthanasia, 이하 VAE)

고통받는 환자의 생명을 끊을 목적으로 치사량의 약물을 환자에게 주입하는 행위[기]로 의사가 수단(means)을 제공하고 최종 행위자(final actor)이다. 즉 의사가 active and direct하게 참여한다. 빠르고 효과적이다. 네덜란드 경우, 모든 죽음의 1.8~2.4% (0.7~0.8%는 사전 동의능력을 상실한 환자)를 차지하고 있다.

## 2. 적극적, 소극적(The Active/Passive Distinction) 측면

VSED는 의사의 역할은 passive하다고 할 수 있으나, 생명을 연장할 수 있는 중재를 끊은 것은 매우 very active한 것이다. TS는 passive이지만 단지 '자연적인 과정을 가게끔(letting nature take its course)'한 것이라는 면에서는 문제가 있다. 왜냐하면 종종 수액의 공급중단으로 환자가 기저 질환이 아닌 탈수로 사망 할 수 있기 때문이다. PAS는 passive하며 indirect하다고 할 수 있다. VAE는 active한 행동이다.

### 3. 자발성(Voluntariness)의 측면

환자의 소망과 자율에 입각한 동의가 윤리적으로 행동의 active, passive 또는 의사의 의도 여부에 따른 구분보다 훨씬 중요하다. 윤리의 자율성 존중의 원칙은 환자의 의사결정권리에 초점을 맞추고 있다[9, 10] 모든 의사는 인공 수분과 영양 공급을 포함하는, 환자의 생명연장 치료 중단에 대한 결정을 존중해야 하며,

숙련된 통증과 증상조절을 포함한 표준적인 완화의료를 제공해야한다. 의사는 사전 정보교환을 통해 반대 의견을 표현하고, 다른 대체접근을 제시하고, 만약 환자가 받아들일 수 없는 요구를 계속한다면 다른 의사에게 의뢰해야 한다.

## 4. 이중 효과(the doctrine of double effect)와 active/passive의 구분 [5]

### 1) Doctrin of Double effect

복잡하고 양면성 있다. 중세 때 로마 카톨릭교회 도덕(윤리) 신학자에 의해 개발되었는데, 사람이 해로운 행동을 피할 수 없는 상황에 적용되었다. 이 경우 하나의 잠재적인 유해한 행동이 다른 것에 비해 오히려 나은지를 결정해야 한다. 허용하고 금하는 것은 주로 의사의 의지(취지, 의향 intent)에 달려 있다. 예를 들어, 말기환자의 통증을 치료하기 위해 고용량의 마약성 진통제를 사용하는 것은 투약이 환자의 죽음의 원인이 될지라도 수용될 수 있다. TS는 도덕적으로 받아들여지는데, 환자가 사전 동의(informed consent)를 했고, 의사는 예측은 했으나 치명적인 죽음을 의도한 것은 아니기 때문이다. 반면에 PAS, VAE 등의 어떤 경우의 생명연장치료를 금하는 것은 인정되지 않는다. 이를 위해 행위자의 의도(마지막으로 추구하는 것과 목적을 위한 수단 모두)와 예상은 되나 의도하지 않은 결과와의 구별이 필요하다. 또한, 의도하지 않았으나 예상되는 나쁜 결과는 의도한 좋은 결과에 비례해야 한다(Table 3).

### 2) The rule of double effects의 4가지 주요 조건

(1) 행위의 성격은 선한 것이어야 한다. (the nature of the act must be good) 즉, 통증의 경감, 또는 최소한 도덕적으로 중립(morally neutral)이고 절대적으로 금하는 범주에 속하지 않아야 한다(예; 무고한 사람을 죽이는 것).

(2) 행위는 좋은 결과를 의도하는 것이고 나쁜 결과를 의도해서는 안된다.

Table 3. The Rule of Double Effect

평정한 고통과 통증을 가진 환자가 의사에게 이런 비극을 끝내도록 도와달라고 호소한다고 가정 시	목적	목적을 달성하기 위해 선택한 수단
만약 의사가 환자의 고통을 끝내기 위해 환자를 죽였다면, 환자의 죽음은 의도된 것	환자의 통증과 고통을 경감시킨다 good	환자의 죽음을 의도한다. -무고한 사람을 의도적으로 죽인 것으로 악행금지의 원칙에 위배되어 잘못한 것.
만약 같은 목적으로 비록 환자가 그 결과로 더 빨리 죽을 수도 있지만 고용량의 진통제를 주었다면	환자의 통증과 고통을 경감시킨다 good	고용량의 진통제를 준다.-만약 치명적인 위협이 예상되므로 진통제를 주지 않는다면, 환자는 치료될 수도 있는 통증을 계속 겪게되는 것이며, 또한 약물주입은 환자의 죽음을 재촉하거나 다른 해를 입힐 수 있다. -무고한 사람을 의도적으로 죽인 것이 아니므로 악행금지의 원칙에 위배되지 않는다.

rule of double effect의 해석: 의사가 진통제를 주는 것은 비록 의도하지 않는 죽음을 앞당길 수 있는 원인이 될 위험이 예상되지만 통증과 고통을 경감시키기 위한 의도적 행동이다.

나쁜 효과도 예상은 되나 의도된 것은 아니다. (foreseen, but not intended) 예; 마약성 진통제를 준 후 호흡억제가 온 경우

(3) 수단과 결과의 구별(the distinction between means and effects) 예; 죽음 같은 나쁜 결과가 고통의 경감이라는 좋은 결과의 수단이 되어서는 안 된다.

(4) 균형(the proportionality between the good effect and the bad effect)

좋은 결과가 나쁜 결과보다 중요하여야 한다. 나쁜 결과(bad effect)는 오직 중대한 이유가 있는 경우만 (proportionally grave reason) 경우에 따라 허용될 수 있다.

3) The Rule of Double Effect에서 본 End-of-Life Decisions

(1) Voluntary active euthanasia

명백히 죽음이 수단이나 결과로 의도되어서는 안 된다는 원칙에 위배된다.

(2) 의사조력자살(physician-assisted suicide)

목적은 참을 수 없는 고통을 경감시키는 것이고, 방법은 환자에게 죽음을 유도할 수 있는 약물을 처방하는 것. 비록 의사의 표면적 목적은 고통을 경감시키는

것이지만, 환자에게 생명을 끊을 수 있는 수단을 제공한다는 것은 의도적인 죽음을 금하는 원칙에 위배된다. 하지만 의사는 많은 목적으로 처방전을 발급한다. 수면을 유도하기 위해, 사용하기를 바라지 않으면서 비록 고통을 벗어날 수 있는 잠재적인 비상구를 제공함으로써 환자를 안심시키기 위해, 또는 고통을 경감시키기 위해, 비록 죽음이 불가항력적이나 의도하지 않은 부작용으로서- 그러므로 rule of double effect의 "intent"의 단순 분류는 이러한 임상에서 의사의 의도에 적용하기가 쉽지 않다. 더군다나, 이 경우 직접적으로 죽음의 원인이 되는 것은 의사의 행동이 아닌 환자의 행동이기 때문이다.

(3) Terminal sedation

목적은 다른 방법으로는 조절이 불가능한 고통을 경감시키기 위해 진정제를 주는 것(good)으로 죽음이 의도되었거나 단지 예상되는 지는 명확하지 않다.

통증을 경감시키기 위해 고용량의 마약성 진통제를 사용하는 것(죽음이 가능하지만 의도되지 않은 부작용)과는 달리, TS는 불가피하게 죽음의 원인이 되며, 이는 많은 경우 환자가 원하는 것이다. 그러므로, terminal sedation은 보통 최근의 법적, 의료 윤리적 기

준에서는 허용이 고려될지라도 the rule of double effect하에서는 허용이 될 수 없다.

#### (4) Patient's right to refuse life-sustaining treatment

진행된 폐기종 환자가 죽을 수도 있지만 medical technology에 의해 방해받지 않은 삶을 원했기 때문에 인공호흡기를 제거하려고 결심할 수 있다. 그런 경우 의사는 the rule of double effect하에 인공호흡기를 제거할 수 있다. 하지만 다른 환자가 명백히 죽음을 재촉함으로써 심한 고통에서 벗어나고자 하는 의도로 같은 결정을 할 수 있다. 이 경우 the rule of double effect는 의사가 인공호흡기를 제거하는 것을 허락하지 않는데, 이는 죽음을 의도하기 때문이다. 즉 이는 연명치료중단에 관한 의사의 책임에 관해 혼돈을 줄 수 있고 어떤 의사가 치료를 중단하려는 환자의 소원을 실행하는데 주저할 수밖에 없음을 설명해 주는 것이다.

#### 4) The rule of double effect 적용의 문제점

The Rule of double effect는 종교적 배경에서 생겼으며, 어떠한 경우라도, 참기 힘든 고통과 환자가 원하는 데도, 의도적으로 죽음을 단축시켜서는 안 된다는 것에 거부감이 있는 사람들도 많다. 사용된 의도의 분석에 문제가 있으며, 밖에서 평가하기 어렵다. 왜냐하면 인간의 의도는 다층적, 양가적, 주관적이며, 종종 모순적이기 때문이다. the rule of double effect는 이러한 복잡성을 인정하지 않고 대신에, 의도는 명확한 목적의 존재여부에 따라 판단된다. 대부분의 도덕적, 사회적, 법적 영역에서는 단지 의도된 결과만이 아니라, 그들 행동에 대해서 합리적인 예측 가능한 모든 결과에 대해 책임을 묻는다. 중요한 도덕적 의문은 예측 가능한 해악의 위험이 행동의 좋은 효과에 의해 정당화 될 수 있는지 여부이다. 자율성은 서양 의료윤리와 법률의 중심주의이다. 즉 죽음을 유발할 수 있는 어떠한 행위를 평가 시 중요한 도덕적 고려사항들은, 환자의 right to self-determination and bodily

integrity, 사전 동의서의 준비, 보다 해가 적은 대안의 부재, 환자고통의 심각성 등이다.

The rule of double effect는 임상에서 바람직한 것과 바람직하지 않은 것 모두 갖고 있다. 예를 들면 말기환자에서 통증을 조절하기 위해 고용량의 마약성 진통제를 처방하는 것을 합리화시키나, 직접적이고 의도적으로 죽음에 이르게 하는 것을 금하는 것을 사회적, 전문적으로 강화시켜왔다. 이것은 임상에서는 부정적인 영향을 미치기도 했다.

최근 미국의 대법원은 생명에 위험이 있는 행동도 만약 기대되는 결과의 혜택으로 정당화된다면 허용한다. 예를 들면, 심각한 의료 상황을 교정하기 위해 위험한 수술을 시행하는 것인데, 반면에 환자가 생명연장 치료를 거부하는 것에 대해서는 the rule of double effect와는 다른 견해를 보인다. 의식이 명료한 즉 자적이 있는, 환자가 치료를 거부하는 것 비록 환자의 죽음이 목적일지라도, 의사가 따를 것을 허용하고 실제로 요구한다. 유사하게, 환자의 사전 동의가 있는 TS를 법적으로 허용한다. 이것은 스스로 결정할 수 있고 자신의 신체를 보호할 수 있는 권리를 실행한 환자에 의해 거절된 의료중재를 생략함으로써 죽음에 이르렀기 때문에 합법적이다. 법과 the rule of double effect는 명백히 환자의 죽음을 목적으로 하는 치사량의 약을 처방하거나 주입하는 것은 금하고 있다.

외국에서는 사전지시서(advance directives)나 생전 유언(living will)을 사용하여 개인이 의식이 있는 동안에 end-of-life decisions에 관한 특별한 선택들을 문서화한다. 이것은 1990년 Patient Self-Determination Act(이하, PSDA)에 의해 보호받는다. 이상적으로 PSDA는 미리 생명을 연장시키는 중재를 시작하고 유지할 것인가에 대한 비평적인 결정 등의 말기간호에 대한 그들의 권리에 관한 정보와 선택을 문서화 할 수 있는 기회를 제공한다. 하지만 문서화와 실제 행동에 대한 요구 사이에는 많은 시간이 지날 수 있으므로 의사들은 환자들의 말기간호에 대한 희망을 주기적으로,

Table 4. General Guidelines for Terminal Sedation and Voluntary Cessation of Eating and Drinking [11, 12]

Guideline Domain	Terminal Sedation	Voluntary Cessation of Eating and Drinking
Palliative care	Must be available, in place, and unable to adequately relieve current suffering	Must be available, in place, and unable to adequately relieve current suffering
Usual patient characteristics	Severe, immediate, or otherwise unrelievable symptoms (eg, pain, shortness of breath, nausea, vomiting, seizures, delirium) or to prevent severe suffering (eg, suffocation sensation when mechanical ventilation is discontinued)	Persistent, unrelenting, otherwise unrelievable symptoms that are unacceptable to the patient(eg, extreme fatigue, weakness, debility)
Terminal prognosis	Usually days to weeks	Usually weeks to months
Terminal prognosis patient informed consent	Patient should be competent and fully informed or noncompetent with severe, otherwise irreversible suffering (clinician should use advance directive or consensus about patient wishes and best interests)	Patient should be competent and fully informed
Family participation in decision	Clinician should strongly encourage input from and consensus of immediate family members	Clinician should strongly encourage input from and consensus of immediate family members
Incompetent patient	Can be used for severe, persistent suffering with the informed consent of the patient's designated proxy and family members. If no surrogate is available, team members and consultants should agree that no other acceptable palliative responses are available	Food and drinking (oral food and fruits) must not be withheld from incompetent persons who are willing and able to eat
Second opinion(s)	Should be obtained from an expert in palliative care and a mental health expert (if uncertainty exists about patient's mental capacity)	Should be obtained from an expert in palliative care and a mental health expert, and a specialist in the patient's underlying disease (strongly advised)
Medical staff participation in decision	Input from staff involved in immediate patient care activities is encouraged; physician and staff consent are required for their own participation	Input from staff involved in immediate patient care activities is encouraged; physician and staff consent are required for their own participation

또는 정기 방문 시 확인하는 것이 중요하다.

결론

우, 의사조력자살(PAS)과 안락사(VAE)는 불가, TS와 Voluntarily stop eating and drinking은 허용 쪽으로, 표준적인 통증조절과 연명치료의 중단은 허용됨을 알 수 있다(Table 5).

The rule of double effect 측면에서는, 외국의 경

Table 5. Last-Resort Palliative Interventions (6)

Intervention*	Certainty of Death	Patient Competence	Physician Involvement	Legal Status	Ethical Consensus
Standard pain management	Uncertain and unintended by patient or physician	Not required	Necessary	Legal	yes
Forgoing life-sustaining therapy	Certain if dialysis if forgone; uncertain if ventilation, feeding tube, steroids, or insulin is forgone	Not required	Usually necessary	Legal	yes
Voluntarily stopping eating and drinking	Certain, but time and discipline	Required	Desirable but not necessary	Legal	Growing consensus on its acceptability
Terminal sedation: heavy sedation to escape pain, shortness of breath, other severe symptoms	Certain if fluids are withheld (the standard practice)	Not required	Necessary	Legal	Growing consensus on its acceptability
physician-assisted suicide	Uncertain (patient may not take medication at all or not take as directed; medication may not work)	Required	Necessary for prescribing, unnecessary for administering	Illegal in all but one U.S. state, but unlikely to result in prosecution	No consensus on acceptability but has considerable public support
Voluntary active euthanasia	Certain	Required	Necessary	Illegal and likely to be prosecuted	No consensus on acceptability

\*Options are listed in order of increasing legal and ethical uncertainty.

참 고 문 헌

1. Meier DE, Morrison RS, Cassel CK. Improving palliative care. *Ann Intern Med* 1997;127:225-30.
2. Emanuel EJ, Fairclough D, Clarridge BC, Bruera E, Penley WC, Schniper LE, and Mayer RJ. Attitudes and practices of U.S. oncologists regarding euthanasia and physician-assisted suicide. *Ann Intern Med* 2000;133:527-32.
3. Emanuel EJ, Fairclough D, Clarridge BC et al. Attitudes and practices of US oncologists regarding euthanasia and physician-assisted suicide. *Ann Intern Med* 2000;133:527-32.
4. Choi YS, Billings JA. Changing perspectives on palliative care. *Oncology* 2002;15:515-23.
5. Quill TE, Lo B, Brock DW. Palliative options of



- last resort: a comparison of voluntarily stopping eating and drinking, terminal sedation, physician-assisted suicide, and voluntary active euthanasia. *JAMA* 1997;2099-104.
6. Quill TE, Lee BC, Nunn S. Palliative treatments of last resort: choosing the least harmful alternative. *Ann Intern Med* 2000;132:488-93.
  7. Meier, DE, Emmons CA, Wallenstein S, Quill T, Morrison RS, ect. A national survey of physician-assisted suicide and euthanasia in the united states. *N Engl J Med* 1998;338:1193-201.
  8. Chin AE, Hedberg K, Higginson GK, Fleming DW. Legalized physician-assisted suicide in Oregon-first year's experience. *N Engl J Med* 1999;340:577-83.
  9. Brock DW, Voluntary active euthanasia. *Hastings Cent Rep* 1992;22:10-22.
  10. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 3rd ed. New York, NY: Oxford University Press;1994.
  11. Quill TE, Byock IR. Responding to intractable terminal suffering: the role of terminal sedation and voluntary refusal of food and fluids. *Ann Intern Med* 2000;132:408-14.
  12. Cherny NI, Portenoy RK. Sedation in the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment. *J Palliat Care* 1994;10:31-8.