

대리인의 사전의료지시서와 기독교생명윤리 -Deciding for Others as Christian Bioethics-

오 승 훈*

1. 서 론

1 연구의 필요성

최근 현대의료기술의 발전으로 인해 인위적 생명연장이 가능해지고 있다 현대의학의 발달로 치료 개념은 "건강한 상태를 회복하도록 돕는 것 이외에 말기환자의 생명을 연장하는 것도 포함 한다" (박연옥, 2005 105) 또한 의료기술의 발전과 더불어 환자의 자율적 선택권 역시 존중되고 있다(윤영호, 2000 527) 대개 환자나 혹은 대리인이 생명 연장술(Life-sustaining)에 의존하지 않고 사전의료지시서(Advance Directives)를 하게 함으로써 존엄한 죽음(death with dignity)을 맞도록 하고 있다 사전의료지시서는 말기질환환자가 자율적으로 판단할 수 없는 경우를 대비해서 생명 연장술을 거부하고 사전의료지시서를 작성하는 것이다 이렇게 의학발달로 인한 생명의 연장, 즉 사망시기의 연장이 우리에게 새로운 딜레마를 안겨 주고 있다(이경식 외, 1997 20) 이런 상황에서 말기질환환자 혹은 대리인이 사전의료지시서에서 생명 연장술을 거부하고 존엄한 죽음을 맞이하길 원한다면 무슨 대답을 해야 옳은가?

특별히 환자가 자율적인 결정을 할 수 없을 때 더 어려운 문제점이 발생한다 임종증상이 가까이 온 경우 말기질환 환자는 주로 섬망¹⁾이나 반 혼수(semi-coma), 혼수(coma), 간성혼수(hepatic coma) 등의 상태가 나타난다 그 외에도 뇌종양 환자나 소아암 환자 같은 경우는 온전한 판단을 기대할 수 없다 그래서 어쩔 수 없이 환자의 자기결정이 아닌 대리인이 결정해야 하는 상황이 생기게 된다 더 나아가 환자의 자율적인 판단이 어렵다고 판단될 때 대리인이 어떻게 사전의료지시서를 해야 되는지에 대한 논의가 필요하다 예를 들어 심폐 소생술 금지의 결정에 있어 환자와 상의를 꺼려 보호자와의 상의에 의존하고 있고 심폐 소생술 금지의 원래 취지인 환자 스스로 존엄한 죽음을 선택하는 자율적인 측면 보다는 가족에 의한 결정이 중점적인 비중을 두고 있다 박연옥은 이에 대해서 "연명치료 중단결정 참여자는 의사와 가족, 친지들로 나타났고, 가족합의 과정에서 환자는 제외되었

1) 섬망(delinrium)이란 경도 내지 중등도의 의식혼탁, 그리고 의식상태의 동요가 심하며, 내적 흥분의 표현으로 볼 수 있는 운동성 흥분을 동반한 병적 정신상태 무질서한 관념, 공상, 환각, 망상이 잇따라 나타나며, 감정의 불안정과 운동 흥분이 동반되는 경우가 많은 심리적 상태이다 섬망 일 때에는 주의, 기억, 지남력, 지각, 각성상태, 정신운동기능 등이 모두 장애 받는다 <http://www.kmlle.co.kr/> 의학검색엔진

* 그리심호스피스 사회복지사, 본 논문은 백석대학교 기독교 문화콘텐츠 BK21 학술연구지원비에 의해 쓰여진 논문임

다 간호사도 참여하지 않은 것으로 나타났다”(박연옥, 2003 3)라고 언급하고 있다 특별히, 우리나라의 경우 연명치료의 중단을 결정하는 많은 사례 가운데 환자가 아니라 의사와 가족의 결정이 주된 경우가 많다 아직 우리나라에서는 사전의료지시서가 법적 효력도 없을 뿐 아니라 의료분야에서도 끊임없는 논란의 대상이 되고 있다 마찬가지로 기독교 안에서도 특별한 대답을 찾지 못하고 있는 것이 현실이다²⁾ 대부분의 의료인들은 호스피스를 안락사의 대안으로 간주한다. 그러나 호스피스가 실행되려면 사전의료지시서가 선행되어야 된다

2 연구의 목적

본 연구의 목적은 다음과 같다

- 1) 사전의료지시서의 정당성에 대해서 규명하고, 안락사와 사전의료지시서에 대한 명확한 논의를 하겠다
- 2) 한국적 문화가운데 발생될 수 있는 대리인의 사전의료지시서에 대해서 분석하겠다
- 3) 이에 대해서 대리인의 사전의료지시의 문제에 대해서 기독교생명윤리적 관점을 통한 원칙은 무엇인지 고찰하겠다

3 용어의 정의

사전의사지시서(Advance directive)

사전의사지시서는 환자가 미래에 만약 의료적으로

2) 이미 외국에서는 사전의료지시서서를 공식화하고 있다 “입종환자의 연명치료 중단 1976년 미국 43개주가 사전의료지시서를 통과시켰고, 24주가 대리인 지정을 입법화하였다” 교황청에서도 “인간적인 그리고 그리스도교적인 존엄성을 지니고 평화롭게 죽을 수 있는 권리”를 라고 주장하면서 존엄사를 인정하고 있다 “1997년 미국 연방 대법원에서는 존엄사는 인정하지만 의학적으로 회생이 불가능한 지속적 식물상태 (Persistent Vegetative State, PVS)는 금지하였다” Malloy, T wigton R Meeske, J & Tape T (1992) "The influence of treatment directive decisions" *journal of the American Geriatrics Society* 40 1255-1260 Lippman, H (1991) 65-73 김신미 외 「생명연장술 사전선택 개념 정립을 위한 문헌고찰」, 『대한간호학회지』, 제31권, 제2호, (2001)281 재인용 교황청 신앙교리 성서, 『안락사에 관한 선언』, 1980 55

요구되는 결정과 관련하여 본인의 희망을 알리는 것이다 그리고 그 희망대로 치료받을 것을 보장하기 위해 미리 다음과 같은 내용으로 작성하는 것이다 첫째는 생전(生前) 유서(Living will)가 포함되어 있는데, 보통 유언은 죽은 뒤에 효력을 발생하지만 사전 의사결정에 기록된 유언은 생전에 효력을 발휘한다 둘째는 억지로 생명 연장술을 하지 않겠다는 DNR (Do-Not-Resuscitate) 동의서이다 셋째는 살아있기는 하지만 의식이 없고 혼수상태에 있을 때 환자가 자기 죽음을 대신 결정해 줄 대리인을 정한다 그래서 대리인이 환자의 의사를 수행하도록 동의서를 받는다 넷째는 환자의 사전의료지시서의 서약을 포함하고 있다³⁾

무의미한 치료(medical futlity)

다양한 사람들의 가치관에 따라서 의미 없다는 말을 쉽게 정의하기는 어렵다 하지만 여기서는 ‘환자가 치료를 통하여 더 이상 이익을 얻을 가능성이 없는 치료’라고 정의하고자 한다(기윤실 부설 기독교윤리연구소, 2007 139f)

II. 삶과 죽음의 선택

1 죽음에 대한 의학적 정의와 기준

죽음의 경계선을 찾는다는 것은 곧 생명의 경계선을 찾는다는 말로 바꾸어 이야기 할 수 있다 그러면 죽음을 어떻게 정의 해야만 하는가? 죽음을 정의하는 기준은 하나가 아니라 여러 가지이다 다양한 죽음관이 있지만 여기서는 죽음에 대한 의학적 관점에 대해서 생각해보도록 하겠다

첫째는 생물학적 견지에서 보는 세포사(Cellular death)가 있다 세포사란 외부의 손상이나 특정 자극에 의하여 세포가 죽음에 이르는 것을 말한다 이러한 세포의 죽음은 죽는 과정 중에 정상적으로 관찰되

3) 아직 우리나라에서는 사전의사결정의 구체적인 양식이 만들어지지 않았다 따라서 가정의학회미국학술원에서 1999에 만들어진 (American Academy of Family Physicians)를 양식으로 사용하도록 하겠다 <http://www.aafp.org/afp/990201ap/617.html>, Forman Walter B, *Hospice and Palliative Care* (Canada Jone and Bartlett Press, 2002), 93

며, 또한 퇴행성 질환에서 많이 관찰된다 세포사는 인간의 죽음을 개체가 지닌 모든 세포가 사멸한 것을 말한다(문국진, 1999 154) 예를 들어 인간의 뇌는 산소 공급이 5분 이상 차단되면 세포가 죽기 시작한다 산소 공급이 10분 이상 차단되면 뇌세포가 완전히 죽게 된다 엄밀한 의미에서 인간의 죽음은 모든 세포의 기능이 완전히 상실되는 것을 세포사⁴⁾라 한다 세포사에서 죽음은 곧 '죽어가는 과정'(dying process)이다(이왕제, 1992 77) 세포사가 이론상으로는 문제가 없지만 인간의 몸이 완전히 썩은 후에나 가능하므로 현실에 적용하기에는 무리가 있다

둘째는 전통적 입장인 심폐사이다 즉 심폐기능설에 의해서 심장이나 폐의 기능이 완전히 정지한 상태를 죽음의 사건(event)이라고 규정한다 예를 들면 질식사나 호흡이 먼저 정지되고 나중에 심장이 멈추면 폐장사(lung death)라고 한다 반대로 심장마비에서와 같이 심장박동이 먼저 멈춘 후에 호흡이 정지되는 경우를 심장사(heart death)라고 분류한다 하지만 이렇게 죽음을 정의하기에는 의학기술의 발달로 인해서 여러 가지 어려움이 생겼다 심장을 수술하기 위해 일정한 시간 심장박동을 정지시켰다가 다시 박동시키는 것이 가능해졌고, 심장은 장기이식으로 대체할 수 있게 되었다 또한 호흡이 중지 되어도 인공호흡기로 호흡기능을 대체할 수 있게 되었다 폐 역시 장기이식이 가능해졌기 때문에 죽음에 대한 통일된 기준을 세울 수 없게 되었다 따라서 장기이식 및 생명연명술을 시행할 때는 심장사나 폐장사 이외의 또 다른 의미의 죽음이 정의 적용된다(문국진, 1999 153-156) 셋째는 뇌사이다 뇌사란 직접적인 뇌 손상으로 말미암아 심장의 기능정지 보다 뇌의 기능 정지가 선행된

것을 의미 한다 의학적인 측면에서 뇌는 크게 나누어 대뇌, 소뇌 및 간뇌 세부분으로 구성 되었다 뇌사도 몇 가지 형태의 뇌사가 있다 첫째는 뇌기능 전체가 영구적으로 죽은 것을 전뇌사(whole-brain death)라고 한다(David Lamb, 2002 267) 둘째는 뇌간의 기능 정지를 간뇌사(brain stem death)라고 한다(David Lamb, 2002 270) 뇌간사의 경우 심장박동 외의 모든 기능이 정지되고, 인공호흡기가 없으면 호흡이 불가능하고 어떠한 수단을 동원하더라도 반드시 심폐사에 이르게 된다 그러나 뇌사환자가 식물인간처럼 장기간 살 수 없는 이유는 생명의 기본적인 기관을 관장하는 뇌간까지 죽었기 때문이다 따라서 뇌사와 식물인간과의 구별이 중요하다 주로 대뇌기능이 마비되어 의식불명인 식물인간의 경우 인공호흡기를 떼어도 생존이 어느 정도 가능 하다 하지만 뇌사는 인공호흡기에 의존하여 혈액순환과 호흡이 있더라도 뇌의 기능이 회복될 수가 없는 상태라면 결국 2주일 이내에 심장 박동도 멎게 된다 뇌의 활동이 정지되었다 하더라도 환자가 인공호흡기에 의존하여 심장도 뛰며 체온이 따뜻한 사람 죽었다고 인정하기가 쉬운 일은 아니다 즉, 인간의 죽음은 순간적으로 일어나는 전체사가 아닌 시간적으로 어느 정도의 간격을 가지고 진행 된다 뇌사의 정의와 기준에 대해서 이미 법률적⁵⁾으로 통과되었지만 전체적으로 합의에 이른 것은 아니다

뇌사를 완전한 죽음으로 간주하지 않는 입장은 인간은 몸과 영혼이 따로 분리되어 있는 존재가 아니라 영혼과 육체의 통일된 전인격적인 존재라는 점에 토대를 둔다 그래서 육체가 움직이고 작용을 하는 한 영혼이 떠나 있는 상태라고 인정하는 것은 쉽게 용납하기가 어렵다고 주장한다 이런 입장에서 보게 된다면 뇌사 상태를 완전한 죽음으로 인정하기가 어렵다 즉 인간의 뇌의 기능이 전적으로 소실되었을지라도 몸이 살아있고 움직인다면 아직도 하나님의 형상이기 때문에 뇌사를 완전한 죽음으로 간주할 수 없게 된다 이처럼 죽음에 대한 정의를 내리기가 점점 어려워졌다 뇌사를 죽음으로 인정하면 생명 연장술은 무의미한 것이며, 뇌사가 죽음을 부인한다면 생명 연장술은 필연적이다 이처럼

4) 세포사는 죽음의 진행과정을 설명하고 의학발전의 과정 중 생긴 용어이다 세포사를 연구하는 것은 첫째, 발생에 관계되어 일어나는 세포사를 연구하는 것으로 정상적인 개체 생성에 매우 중요하며, 정확한 시간과 위치에서 일어난다 여기에는 수많은 신호전달 기작이 존재하며, 많은 성장인자 (growth factor), 호르몬(hormone)등이 관련한다 둘째, 암 치료를 위하여 세포사를 연구하는데, 이것은 약물에 의한 것 (drug administration)과 유전자 전이 (gene transfer)에 의하여 암세포를 선택적으로 제거하기 위하여 세포사를 연구한다 셋째, 퇴행성 질환 (신경세포의 퇴화, 근육 세포의 퇴화)을 연구하면서 연구하는데, 이것은 암 치료와는 반대로 죽어 가는 세포를 정상으로 되살리거나, 더 이상의 진행을 막기 위하여 연구한다 <http://www.cell-bio.com>

5) 우리 사회에서는 99년 1월 6일 뇌사 등 이식 법안이 국회에서 통과되면서 뇌의 기능이 소생될 수 없는 상태인 뇌사를 인간의 사망으로 인정하게 되었다 문국진, 『생명 윤리와 안락사』, 156-171 참조

생명 연장술은 죽음에 대한 새로운 정의를 요구하고 있다 의학적으로도 죽음의 정의 및 기준이 인간의 권리와 의무에 직접적으로 연결되어 있고, 이는 생명 윤리적으로 많은 문제점을 가지고 있다 전통적 기독교의 관점에서는 영혼과 육체의 분리를 죽음으로 보았지만 이제는 죽음의 기준이 생명 연장술로 인해 너무나 다양해졌다 이제는 생명 연장술로 인해 사람의 생명이 연장이 되었지만, 생명의 한계를 규정지어야 할 어려움에 봉착 하였다 과연 이러한 생명 연장술 중단은 정당한 것일까?

2 생명연장술의 중단은 정당한가?

생명연장술이란 “환자의 주된 병적 상태를 바꿀 수는 없지만 생명을 연장하는 치료”, 혹은 “치료에 의해서 상태가 좋아지지 않는 환자의 상황이나, 치료에도 불구하고 영구적 무의식 상태나 집중적 의학적 치료에 의존해야만 하는 경우”(박연옥, 2005 105)를 말한다 여기서의 치료에는 주로 심폐소생술, 인공호흡기, 인공영양, 압수술, 감염치료, 정맥수액공급, 수혈, 항생제사용 등이 있다 이것은 현대의학의 놀라운 성과이며 최선의 방법이기도 하다 그래서 많은 응급환자를 구하는데 일조하게 되었다 그러나 생명 연장술이 보편타당한 것일까? 모든 사람이 생명 연장술을 실행해야만 하는가? 여기에 대해 이론적으로 모순이 없으며, 실천적으로 현실성 있는 해답을 찾아야 한다 또한 인간의 오류 가능성을 인정하면서 해결방안을 모색해야만 된다

생명 연장술의 중단은 정당한가? 필자는 호스피스 병동에서 말기환자에게 종종 안락사 요청을 받는다 그러나 이런 요구는 받아들일 수 없다 기독교인은 인간의 생명이 우리의 것이 아니라 하나님 것임을 알아야 한다 우리는 선한 청지기로 살아야 하며 우리의 생애를 창조자의 영광을 위해 관리하고 돌봐야 된다(스탠리 그랜즈, 2001 305) 그러나 임종이 가까운 말기환자에게 의학적으로 가능한 모든 것을 시행하는 것이 반드시 필수적인 것일까? 과연 모든 말기질환 환자에게 생명연장술을 끝까지 시행하는 것이 청지기적인 삶을 다하는 것일까? 성경에서 인간은 죄의 결과로 말미암아 죽음은 부인할 수 없는 요소이다 그러나 말기질환의 환자에게 이제는 더 이상 치유될 수 없다는 의사의 진단이 내려졌을 때 환자와 가족들은 갈등하게 된다 또한 환자에게 생명 연장술의 중단은

무엇보다도 곧바로 환자에 대한 안락사로 이어진다는 오해가 종종 있으며 가족들은 미리부터 큰 죄책감을 갖게 된다 반대로 생명 연장술의 실행은 환자에게 큰 고통을 지속적으로 부여하며 결국은 환자를 고통 속의 죽음으로 몰고 간다는 불안은 가족들에게 안겨 준다 즉 잘못된 정보와 막연한 불안감으로 생명연장술에 대해서 오해하고 있는 경우가 있다

생명 연장술을 절대적으로 지지하는 자들의 주장을 살펴보자 첫째는 적극적이든 소극적이든 모든 형태의 죽음을 돕는 행위를 반대하는 입장이 있다 이것은 죽음을 돕는 행위에 있어서 자발적/비자발적, 적극적/소극적, 간접적/직접적인 모든 행위는 반대한다(구인회, 2002 53) 이 입장에는 죽음에 대한 내적인 일관성을 보이고 있으며 논리적인 모순도 없다 그러나 논리적으로는 보편타당할 수 있지만 현실적으로 볼 때 적용되기가 어렵다는 비판을 할 수 있다 자연사는 환자의 입장에서 보면 비자발적으로 자신의 죽음을 돕는 것이며, 의료진의 입장에서 보면 소극적으로 환자의 죽음을 돕는 것이기 때문이다 그리고 수단적인 측면에서 보면 간접적으로 죽음을 돕는 것이기 때문이다 따라서 현실적으로 자연사를 수용할 수 없기 때문에 첫 번째 입장은 수용될 수 없다

둘째는 뇌사반대자들처럼 인간을 전인격적으로 보기 때문에 생명 연장술을 적극적으로 찬성하는 입장이 있다 이들은 생명은 끝까지 보존해야하기 때문에 생명 연장술을 거부할 수 없다고 본다 이것은 인간이 원한다면 인간 생명을 계속적으로 지연시킬 수 있다는 불합리한 주장이다 이 입장에서 인간은 전인격체이기 때문에 한 가지 조건만 가지고 죽음을 정의할 수 없다고 본다 영혼과 육체의 분리가 죽음인데 우리의 영혼이 떠나는 정확한 시점이 언제인가⁶⁾ 결국 하나님의 형상으로 지음 받았기 때문에 흠으로 돌아갈 때까지 죽음을 인정할 수 없다는 주장까지 초래될

6) “뇌사 논쟁은 신학적으로 영혼이 신체와 어느 순간에 이탈하는가의 물음으로 집약된다 영혼의 존재 부위 물음과 연관되어 있다고 하여 심장박동 및 호흡과 영혼의 존재가 관련 있다고 보았다 그러나 이는 어디까지 하나의 가설이다 -중략- 심장과 호흡만큼이나 인간 뇌도 영혼을 지닌다 생기나 프류마는 인간 신체의 어느 특정 부위에 존재하는 것이 아니라 인간 신체 전체에 존재한다” 김상득, 「죽음의 기준 뇌사/심폐사 논쟁」, 「신앙과 학문」, 107

수 있다 이것은 세포사를 진정한 죽음이라고 하는 것과 다름없다 끊임없는 생명 연장술을 고집한다면 생명지상주의(vitalism)에 빠지게 된다 이런 주장은 의학적 상황과 상관없이 무조건 죽음의 시점만을 연기하는 것이 가치 있는 일처럼 간주한다는 비판을 받을 수 있다

셋째는 생명 연장술을 하지 않는 것은 죽도록 방치하는 것과 같다는 주장이다 결국 죽이는 것과 방치하는 것이 도덕적으로 아무런 차이가 없다고 주장한다 그러나 그 둘 사이에는 중요한 차이가 있다 일단은 죽음의 원인이 다르다 생명연장치료의 중단은 질병이 죽음의 원인이지만 적극적 안락사는 죽음에 대한 의사나 환자의 의도가 먼저 있기에 적극적/능동적 안락사에 해당 된다 또한 생명 연장술을 중단하는 것은 환자를 죽도록 방치하는 소극적 안락사와는 다르다 왜냐하면 생명 연장술 중단은 단지 죽도록 내버려 두는 것이 아니다 환자에게는 생명연장치료를 제외한 호스피스케어를 실행하기 때문이다

그러면 생명연장치료 중단은 정당하다면 어떤 상황일 때 가능할까? 첫째는 판단능력이 있는 환자가 회생가능성이 없는데, 적극적인 치료를 거부할 때이다 예를 들어, 말기 암 같은 경우 모든 치료가 끝나고 더 이상 치료를 할 수 없는 경우에는 생명연장치료를 거부할 수 있다

둘째는 죽어가는 환자에게 치료의 부담이 치료의 혜택보다 큰 경우이다 예를 들어 심폐소생술시 갈비뼈가 부러지고, 폐에 구멍이 생길 수도 있다 즉 환자가 누리는 혜택이 비울적으로 크지 않고 총 혜택이 총 부담보다 큰 경우에도 이러한 생명 연장술의 사용이 문제시된다 따라서 이러한 경우 어느 누구도 치료를 계속 시행하라고 강요할 수 없다

셋째는 생명연장에 관한 치료가 무의미한 경우이다 무의미한 치료와 의미 있는 치료를 구분 하는 것이 그렇게 쉽지는 않다 그래도 분명한 기준이 있다면, 환자가 병세가 호전을 보일 기세가 없고 이제는 죽음이 임박했음에도 불구하고 모든 적극적인 치료를 계속 시행 할 것을 요구하는 경우이다(스콧래 & 폴콕, 2004 198-201,363f) 그러나 생명 연장술을 모든 환자에게 시행하는 것은 불합리하다 근본적인 치료가 끝난 말기환자에 대한 생명 연장술은 죽음의 시점만 연기하는 무의미한 치료이다(이동익, 2004 473)

하나님께서서는 편안한 죽음을 원하고 있는데 의술이 사탄의 종이 되어 인간을 더욱 더 고통스럽게 하지는 않는가?)(노르만 가이슬러, 2003 214) “불치병의 마지막 단계 동안에 식물적 생명을 거듭 되살릴 의무가 부과된다면 그것은 많은 경우에 있어서 무용한 하나의 고문이 아니겠습니까?”(이동익, 2004 475)라고 교황청 사회복지평의회에서도 언급하였다 결론적으로 생명 연장술의 중단이 가능하며 환자에 의한 그 중단 요청도 가능하다

III 환자의 자율적 결정권

1 사전의사결정의 주체는?

생명 연장술의 중단이 말기질환환자에게는 정당하며, 소극적 안락사와는 명백히 구분된다는 점을 확실히 해야 된다 생명 연장술의 중단을 위해서 판단불능(incompetent)상태가 되기 전, 사전의사결정을 한다면 아무런 문제점도 없을 것이다

환자는 자기결정권을 통해서 자신의 의사를 미리 표현하게 된다 따라서 사전의사결정을 할 때에는 환자의 자율성이 가장 중요하게 여긴다 환자의 자율성을 보장하기 위해서는 환자에게 충분한 정보를 습득한 뒤에 사전의사결정을 할 수 있도록 해야만 한다 일부에서는 환자자신의 주체적인 결정은 있을 수 없다고 주장하기도 한다 아츠수시 아사이(Atsushu, Asai)는 일본에서는 자신이 주체적인 결정을 할 수 없다고 한다 그의 주장을 살펴보면 다음과 같다 첫째는 자신은 공동체 가운데 있기 때문에 온전한 자기결정(pure self-determination)은 있을 수 없다고 한다 둘째는 자신과 타인의 구분이 모호하기 때문에 결정하기 어렵다고 말한다 셋째는 개인보다 사회적인 합

7) 노르만 가이슬러는 다음과 같이 말하고 있다 “부자연스러운 생명유지 수단이 과감한 이용이, 하나님께서 주관하는 자연스러운 죽음의 진행의 도움되는 것이 아닌 방해되는 때가 있다 이것은 인간의 노력이 생명을 연장하기 보다는 사실상 죽음을 연장하게 되는 경우이다 인공적인 생명유지 수단이 인간의 자연생명을 한층 더 강화하기보다, 죽음의 자연스러운 진행을 방해할 경우에는 인공적인 생명유지 수단의 이용은 잘못이다 이것은 죽음의 자연스러운 진행에 관여하는 하나님께 대항하는 행동인 것이다”

일이 더 존중 되어야 하므로 자신의 결정이 힘들다고 한다(Atsusshu, Asai, 2005 25-26)

그러나 주체적인 결정을 하고 싶어도 할 수 없는 경우에는 어떻게 해야 하는가? 말기환자가 판단불능(incompetent patients)의 상태가 되면 사전의사결정을 하고 싶어도 할 수가 없다 환자가 불가피한 상황이 발생되어서 사전의사결정을 할 수 없는 상태가 되면 어떻게 환자의 결정권을 존중할 수 있는가? 필자는 현장에서 환자의 판단불능 상태가 빈번히 발생하는 것을 경험한다 이와 같은 경우에는 어떻게 환자의 자율성을 보장 할 수 있는지에 대해서 고민하게 된다 이와 같은 경우 대리인이 환자의 상태에 대해서 많은 부분들을 알고 있다(Gilbert Meilaender, 1996 82)고 하더라도 과연 그가 대리인이 온전한 결정을 할 수 있을까? 어떤 결정방법이 바람직한 것인가에 대한 생명윤리의 기준을 살펴보고자 한다

2 대리인에 의한 사전의료지시서

말기환자가 사전의료지시서에 대한 결정을 하기 위해서는 우선 그와 같은 결정을 하는 데에 필요한 능력이 전제되어야 한다 즉, 말기환자는 사전의료지시서를 작성할 때 의료진의 설명을 이해하며, 의료진으로부터 제공된 정보를 자신의 상황과 관련시킬 수 있으며, 그에 따른 결정을 할 수 있는 능력을 가지고 있어야만 한다 정상적인 정신을 보유한 성인의 경우에는 그와 같은 능력을 보유하고 있는 것으로 여겨진다

하지만 즉 인간의 이성적 사유의 능력을 충분히 발휘 할 수 없는 사회적 소외층이 발생된다 결국 이때 환자스스로의 자기결정권의 한계상황이 발생되어서 자율적인 결정을 하고 싶어도 할 수 없는 한계 상황이 발생하게 된다 이때 힘의 원리를 통해서 임종이 임박한 자들에게는 심각한 해악이 발생할 수 있다 예를 더 들자면 정신적으로 미성숙한 미성년자의 경우나 정신장애를 가지고 있는 사람이 있다 또한 임종증상이 가까이 온 경우 말기질환 환자는 주로 섬망⁸⁾이나 반 혼수(semicomma), 혼수(coma), 간성혼수

(hepatic coma) 등의 상태가 나타난다 그 외에도 뇌종양 환자나 소아암 환자, 뇌사자, 노인성질환, 치매와 같은 경우는 온전한 판단을 기대할 수 없다 그래서 어쩔 수 없이 환자의 자기결정이 아닌 대리인이 사전의료지시서에 대해서 결정해야 하는 상황이 생기게 된다 인간에게 불가피한 상황이 발생되어서 자신 의사를 표시 할 수 없는 상태가 되면 그 사람의 자율권을 어떻게 보장할 수 있는가? 이러한 사회적 소외층들이 사전의료지시서에 대한 의사 결정의 한계가 생길 때 대리인은 어떠한 원칙을 찾아야만 하는가?

1) 대리인은 누구인가?

결국 부득이한 경우 환자가 아닌 대리인이 환자의 의사를 반영해서 결정해야 될 경우가 발생하게 된다 그렇다고 한다면 우리는 누구를 대리인으로 해야 할 것인가? 아직 사전의사지시서가 법적으로는 규정되지는 않았지만, 장기기증에 대한 법령 가운데 대리인에 대한 규정은 만들어져 있다 그에 대한 법안을 따른다고 가정할 때, 현행법상 대리인은 다음과 같다⁹⁾ 배우자, 가족 또는 유족이 없는 경우에는 4촌 이내의 친족부인, 부모, 형제 대부분 직계가족이라고 할 수 있다 그렇지만 대리인이 이해관심에 근거해야 할 경우 단순히 가족이라는 이유만으로 혹은 가족 가운데에서도 법률적 우선순위가 높다는 이유만으로 반드시 환자의 선호나 이해관심을 알고 있다고 할 수 없다(Gilbert Meilaender, 1996 82) 이때에는 가족보다는 오히려 가까운 친구가 더 적합한 경우도 있다 가족이 없는 사람같은 경우는 위와 같은 범조항이 적용되지 못할 수있기 때문이다 아무런 연고가 없는 환자와 같은 경우에는 의료윤리위원회, 의료전문인이 대리인이 될 수 있다(김상희, 2004 131) 그래서 대리인을 정할 때 말기환자에 대한 이해와 관심을 가장 잘 대변할 사람도 포함시키려는 노력을 할 필요가 있다 따라서 대리인을 가족으로만 국한하기에는 대변적인 결정을 충분히 수행하기에는 무리한 상황이 발생할

운동기능 등이 모두 장애 받는다 <http://www.kmlc.co.kr/> 의학검색엔진(알기쉬운 의학용어풀이집, 서울의대 교수지체근)

9) 법제처 종합법률센터 - 쉬운법령보기, http://www.klaw.go.kr/CNT2/Easy/MCNT2EasyLawService.jsp?s_lawmst=58869 제11조(장기기증의 기증에 관한 동의)

8) 섬망(delirium)이란 경도 내지 중등도의 의식혼탁, 그리고 의식상태의 동요가 심하며, 내적 흥분의 표현으로 볼 수 있는 운동성 흥분을 동반한 병적 정신상태 무질서한 관념, 공상, 환각, 망상이 잇따라 나타나며, 감정의 불안정과 운동 흥분이 동반되는 경우가 많은 심리적 상태이다 섬망 일 때에는 주의, 기억, 지남력, 지각, 각성상태, 정신

수 있다(한성숙, 1998 77)

2) 대리인의 사전의료지시서의 문제점

실질적으로 환자가 사전의료지시서를 작성하기도 전에 자기결정권의 한계에 도달하는 어려움이 발생할 수 있다 그래서 동의자의 결정을 받을 수 없는 경우에 대리인의 동의에 대한 문제점이 거론될 수 있다 이미 앞서서도 언급하였듯이 불가피한 상황으로 인해서 환자의 자기결정이 아닌 대리인이 결정해야 되는 경우가 발생된다 하지만 대리인의 결정으로 인해서 다양한 문제점이 발생할 수 있다 먼저 대리인이 환자가 의도를 올바르게 추정해 내지 못할 수도 있다 그리고 환자가 소망하는 것과 대리인의 바람이 혼동될 때도 있다 또한 환자에게 발생하는 의료비용과 같은 재정적인 관점만을 중시할 수도 있다 즉 죽어가는 자의 요구와 우선이 될 수 있는지 아니면 대리인의 요구가 우선시 될 수 있는지의 측면에 있어서 다양한 평가가 제기 될 수 있다 필자는 한국에서 과연 환자가 아닌 대리인이 결정하는 경우에 있어서 어떤 결정이 타당한지를 고찰해보도록 하겠다

3) 대리인의 다양한 결정 방법론

대리인은 어떤 결정 방법으로 결정해야 되는가? 대리인이 환자의 권리를 보호하는 차원에서 대리인이 동의서를 작성하도록 하고 있다 대리인을 부득이하게 두는 이유는 환자의 입장을 대변하고 환자의 권리를 보호하기 위함이다 이때 대리인의 대한 결정이 있게 될 경우 아래와 같은 결정 다양한 결정 방법 중 한 가지를 선택해야만 된다

자신	대리인	결정여부	
1 동의	1a 동의	○	동의를 의한 방식
	1b 거부	×	
	1c 모름	○,×	
2 거부	2a 동의	○	
	2b 거부	×	
	2c 모름	○,×	
3 모름	3a 동의	○	추정에 의한 방식
	3b 거부	×	
	3c 모름	○,×	

<사전의료지시서 서명에 대한 결정 절차>

그렇지만 대리인이 결정에 참여함으로써 말미암아 말기환자의 권리를 보호할 수도 있다고 생각하겠지만 오히려 말기환자의 권리를 보호하기 보다는 대리인을 위한 결정의 절차가 될 수도 있다 대리인의 결정 절차는 동의에 의한 방식과 추정에 의한 방식으로 나누어 볼 수 있다

첫째, 동의에 의한 결정 이다 즉 말기환자와 와 대리인의 동의가 함께 이루어진 결정 이다 말기환자가 서명을 한 경우 말기환자가 판단능력을 상실할 경우를 대비해서 대리인의 의사결정여부를 묻게 된다 이때 결정되는 전제가 말기환자의 동의여부를 근거로 대리인이 결정할 것인지에 대해서 입장을 언급하는 것이다 먼저 말기환자의 동의여부의 근거를 대리인이 결정을 한다면 대리인은 그 입장을 따르는 것이 될 것이다 (1a,2b 결정) 그렇지만 말기환자의 동의가 보다는 대리인의 판단이 중요하다는 입장을 가지고 절차를 진행하게 된다면, 말기환자의 의사가 반영되기 보다는 대리인의 의사가 더 중요하게 반영될 수 있다 그래서 대리인의 의사가 더 중요하기에 말기환자가 동의를 했다고 하더라도 거부될 수 있으며, 동의를 하지 않았다고 하더라도 대리자의 결정에 따라서 사전의사지시서를 작성하게 될 수 있다(문체규, 2003 738f) 이와 같은 입장을 따르게 된다면, 1b, 1c, 2b, 2c의 결정방식의 절차를 따르게 될 수 있다 특별히 사전의사지시가 법적인 보호를 받지 못하기고 한국에서는 이와 같은 경우가 발생되고 있다 1b, 1c, 2b, 2c의 결정이 일어나고 있다 1b와 같은 경우는 환자가 사전의료지시서를 동의하였지만, 실질적으로 판단불능의 상태가 발생하게 대리인은 무의미한 치료를 강행하도록 요청하게 되는 경우가 빈번히 발생하고 있다 2b와 같은 경우는 환자는 자신이 사전의료지시를 거부하고 연명 치료를 감행하고 결정하였고, 환자가 판단 불능의 상태가 되었을 때 대리인이 사전의료지시에 동의하는 방식이다 1c와 2c같은 경우는 대리인이 결정을 함에 있어서 고민하는 경우나 회피하는 경우라 볼 수 있다 1b, 2b와 같은 경우의 절차를 평가하자면, 대리인의 입장을 중요하는 경우가 된다 이와 같은 경우는 환자의 자율성을 존중하지 못하였기에 윤리적으로 부도덕한 행위이라고 판단 할 수 있다

둘째, 추정에 의한 결정이다¹⁰⁾ 말기환자의 의사를

10) 아직 외국의 경우 미국, 일본, 대만 등은 대리인의 사전

모르는 경우가 발생된 경우 대리인의 동의를 얻어 사전의료지시를 감행하는 경우이다 이때 대리인의 결정권에 대해서 세 가지 방식이 파생될 수 있다 먼저 추정에 의한 거절 방식이 있다 말기환자가 사전의료지시에 대한 거부반응이 없었다고 판단하는 경우의 주장이다 또한 말기환자가 거부에 대한 의사를 표현하지 않고 대리인도 거부에 대한 의사를 표현하지 않으면 사전의료지시를 시행하자는 입장이다 둘째, 대리인의 문의에 의한 결정이다 미국의사협회(AMA)의 연명 치료중단의 추천권고안에 따르면 “환자나 보호자가 결정하기 어려운 경우, 환자의 후견인이나 환자가 자문을 구한 사람들이 의사결정에 참여한다”(기윤실부설 기독교윤리연구소, 2007 151)고 명시하고 있다 셋째, 통지에 의한 결정 방식이다 다시 말해서 대리인의 묵시적 동의에 의한 결정이라고 할 수 있다 예를 들어 사전의료지시 계획을 알려 가족들이 이의를 제기할 가능성을 주는 것을 통보함으로써 대리인의 묵시적 동의에 의한 결정을 수행하는 것이다 이 경우 대리인들에게 사전의료지시를 알리고 만일 반대하면 사전의료지시를 하지 않고, 이의를 제기하지 않는다면, 묵시적 동의로 간주하여 사전의료지시를 시행하는 규정이다

IV 생명윤리학의 네 원칙

우선 다양한 결정방법에 대해서만 살펴보았다 하지만 환자의 자율성이 상실하면 대리인이 의사결정을 해야 되는데 어떤 결정방법이 바람직하고, 구체적인 생명윤리의 기준이 필요하다 어떤 방법이 바람직한 접근방법인가에 대한 기준은 생명윤리의 문제를 제기

의료지시에 있어서는 논란이 되고 있다 마호니(J Mahoney)는 추정 동의를 크게 해석적(interpretative) 동의와 추정적(constructive) 동의로 구분한다 해석적 동의는 뇌사자를 아는 사람의 개인적 소견에 바탕을 두면서 그러한 환경에서 뇌사자의 마음과 결정이 어떤 것인지를 해석하려는 시도이며, 추정적 동의는 합리적인 사람이 자기에게 주어진 환경과 최선의 이익을 위하여 결정하는 그러한 지혜로 뇌사가 자신과 그가 속해 있는 공동체의 선의를 위하여 결정을 내리는 것이다 이 경우는 대부분 살아있다 하더라도 정확한 동의를 표현할 수 없는 신생아나 어린이들의 경우에 행해진다 J Mahoney, Bio-ethics and Belief (London Sheed & Ward 1998), 103

하는 당사자들에게 얼마나 유용하고 실천적이나에 달려있다 다음 장애는 보편적으로 사용되는 순수 생명윤리의 네 원칙(principles-based)이 대리인의 결정에 적용되는지 살펴보자

현대 생명윤리학의 영향력을 주고 있는 접근법은 비종교적인 성격을 가지고 있다 계몽주의 이후에 비종교적인 접근법이 생명윤리학의 자리를 차지하게 되었다 이런 접근법은 보편적인 규칙을 해명한 뒤, 그 규칙을 구체적인 사례에 적용하고 있다 대체로 네 가지 주요원칙을 따르고 있다¹¹⁾ 따라서 보참과 찰드레스¹²⁾가 제시한 “생명윤리의 네 가지 주요 원칙”(Beauchamp & Childress, 2001 122-331)에 관해 살펴보자 보참과 찰드레스는 일상도덕을 생명윤리학의 네 원칙의 근거로 제시한다 이것을 ‘원칙에 근거한 상식적 도덕이론’(Principle-based, Common Morality Theory)이라 한다(Beauchamp & Childress, 2001 100f)

1 자율성 존중의 원칙

첫째, 자율성 존중의 원칙(the principle)이다 자율은 autonomy의 번역인데, autonomy는 그리스어의 autos(self)와 nomos(rule, governance, law)에서 유래하였다 그리스어의 autonmia의 원 뜻은 법에 의해서 스스로 운영되는 도시국가의 독립상태이다 즉 독립, 내적 원칙, 자기판단 등이 개인이나 공동체의 도덕적 자율의 의미를 더욱 명확하게 해 줄 수 있다(J M Childress, & John Macquarrie, 1986 51f) 이것은 개인의 자율성을 최대한 존중해 주어야 한다는 것으로 개인이 스스로 선택한 계획에 따라 자신의 행동을 결정하는 개인적 행동자유의 형태를 말한다 칸트와 밀

11) 래 스콧 & 콕스 폴, 『생명윤리학』, 김상득 역 (서울 살림, 2004), 93-5 “르네상스이후로 특정종교의 신념이나 정체감과 상관없이, 모든 사람이 받아들일 수 있고 또 받아들여야만 하는 도덕원칙을 철저하게 밝히고, 정당화하고자 하였다”

12) 찰드레스(James F Childress)는 현존하는 미국의 의료윤리학자 중에 한 사람이다 그는 현재 버지니아 대학에서 종교윤리학(에드윈 카일 석좌)과 의료교육학 교수이며, 종교학부 학장이기도 하다 그러나 찰드레스는 이러한 학문적인 성과에도 불구하고 자신의 영역을 학문 자체에만 국한시키지 않고 정부의 의료 보건 정책 결정에 직간접적으로 활발하게 참여하고 있다 <http://www.healthsystem.virginia.edu/internet/bio-ethics/childress.cfm> 참조

의 자율성의 설명과 달리 자율적인 “사람”보다 자율적인 “행위”에 관심을 집중시킨다(이상목, 2003 203) 이러한 칠드레스의 자율의 개념은 특별히 칸트(Immanuel Kant)와 밀(Emul S Mill)의 사고에 의지하고 있다(Beauchamp & Childress, 2001 71) 그래서 병원에서는 사전의료지시서의 자율성을 존중하기 위해서 사전의료지시서자의 자율적인 의사가 무엇인지 알아야 한다 그리고 의료진은 진료행위를 하기 전에 사전의료지시서자의 동의를 얻어야 한다 따라서 사전의료지시서를 하기 위해 충분한 정보를 제공하고 환자가 자율적으로 결정하는 경우 윤리적으로 정당한지를 찾아야 한다 뿐만 아니라 자율존중 원리의 도덕적 요청에 대한 논의는 다음과 같은 거부에 부딪힐 수 있다 그 거부란 바로 거짓말과 반대를 포함하는 제한의 회피이다 그러나 이 원리는 관계들을 수용할 때 긍정적인 함의를 갖는다 예를 들어서 자율존중의 원리는 연구소나 병원에서 정보를 공개하고 자율적인 의사결정을 장려할 때 존중받는 치료가 될 수 있도록 하는 긍정적이고 확고한 의무를 제시한다 정보를 공개하는 것은 일반적인 의무가 아니다 의사나 연구원들은 환자의 동의 없이 어떤 것도 할 수 없다 이것은 동의나 거절의 권리는 자율존중의 원리에 기반을 두고 있다 그러나 의사와 환자가 갖는 지식 사이에 차이가 있는 것은 엄연한 현실이다 그렇기 때문에 의사는 당연히 환자에게 대하여 정보를 공개하고, 이해와 자발적인 참여를 돕고, 적절한 의사 선택을 장려하는 의무를 가져야 한다(Beauchamp & Childress, 2001 73)

이와 동일하게 대리인의 동의에 의한 결정 방법을 살펴보자 먼저 말기환자의 동의여부의 근거를 대리인이 결정을 한다면 대리인은 그 입장을 따르는 것이 될 것이다 이것은 말기환자의 뜻이 명백하기 때문에 여기에 대한 입장을 따라야 한다고 말한다 그렇지만 이와 반대로 대리인의 판단이 중요하다고 볼 경우에는 말기환자의 의사가 반영되기 보다는 심리적인 부분, 경제적인 부분에 의해서 대리인의 의사가 더 중요하게 반영될 수 있다 이 부분은 인간의 존엄성을 보장하고자 대리인을 세우는 것인데 말기환자의 자율성존중에 대립되는 행동이라고 볼 수 있다 왜냐하면 대리인의 심리적인 이유나 경제적인 이유만으로 말기환자의 의사를 무시함으로써 말기환자의 자율성을 보장하지 못할 수 있다 예를 들어 사전의사결정에 사

후에 각막기증 및 시신기증을 하고자 동의 하였으나 대리인들의 거부로 인해서 말기환자의 선행의도를 무시할 수 있다 따라서 이러한 반성의 원칙에 의해서 말기환자가 생전에 남긴 의사표현이 명확히 했다면 그 부분에 의사를 따를 수 있도록 제도를 구축하고 강화해야 된다 이 원칙에 근거한다면 1b, 1c, 2b, 2c 의 결정은 수용될 수 없다

2 악행금지의 원칙

둘째, 악행금지의 원칙(Principle of Non-maleficence)이다 즉 대상자에게 악한 행동을 피하도록 하는 것이다 이것은 의료행위에서 이중효과(the principle of double effect)의 문제가 발생할 수 있다 만약 선행의 원리 하나만으로 타인을 구제(benefit)하고 상해(harm)를 끼치지 않는다는 사고를 하나로 묶고자 한다면 프랑케너와 마찬가지로 선행의 원리의 여러 요소들의 차이에 강하게 부딪힐 것이고 결국은 악행금지와 선행 모두를 필요로 하게 될 것이다 결국 이 두 원리는 서로 다르고 갈등관계 속에 놓이는 것은 당연하다(Beauchamp & Childress, 2001 122)

이런 갈등의 경우, 악행금지가 많은 상황을 압도할 것으로 기대되지만 실제로는 모든 상황을 압도하지는 못한다 우선 개념적으로 ‘악행’이란 정확히 무엇을 말하는가? 정신적 해악이나 재산상의 손실 등도 악행에 속하지만 의료윤리학에서는 신체적 악행이 우선적인 고려의 대상이 될 것이다 즉 “살인하지 말라”(Don't kill), “타인에게 고통을 가하지 말라”(Don't cause pain), “타인을 불구자로 만들지 마라”(Don't disable) 등이 그것이다 악행이 무엇인지 밝혀져도, 우리는 딜레마에 봉착하게 된다 우리 인간의 능력에는 한계가 있기 때문에, 부득이하게 악행을 행할 수 밖에 없는 경우가 있다 이 부분에 있어서 일정부분의 악행이 허용된다 그러기 위해서는 악행 개념을 해석함에 있어서 부당한 악행과 잘못되지도 않은 악행을 구별해야 된다(Beauchamp & Childress, 2001 193) 이것은 “선행의 원칙”에서 더 다루어져야 할 문제이다

3 선행의 원칙

셋째, 선행의 원칙(Principle of Beneficence)이다

선행의 원칙은 “타인에게 이득을 주려고 의도하는 형태의 행위를 모두 포함한다(Beauchamp & Childress, 2001 260)” 첫 번째 원리는 구제의 제공을 추구한다 두 번째 원리는 구제와 상해의 균형을 추구한다 첫 번째 원리가 긍정적인 선행(positive beneficence)의 원리라고 할 수 있다면, 두 번째의 원리는 효용성(utility)의 원리라고 할 수 있다 그러나 이것은 무엇이 당사자에게 선이 되는지를 알고 행해야 한다 하지만 의사의 특수성을 들어 대부분의 국가에서 응급환자를 치료하지 않은 의사는 부도덕한 인간으로 낙인찍히고 형사상의 책임을 지기도 하며, 심지어 의사에게는 진료를 거부할 자유조차도 인정되지 않는다 의사는 선행의 도덕적 의무를 지닌다면 그 근거는 무엇인가? 일반적 선행은 타인에 대한 배려에 근거하고 있다 즉, 우리 인간은 혼자서 살아가는 존재가 아니라 타인의 도움을 필요로 하는 존재이기에 서로 도와주면서 살아야 한다는 것이다 선행의 원칙은 타인의 선을 적극적으로 증진시키라는 요구이다 이는 흔히 온정적 간섭주의(paternalism)로 알려져 있다

그렇지만 선행은 온정적 간섭주의의 중재는 다음의 다섯 가지 조건이 충족되어야만 한다 먼저, 자신의 희망을 표현하는 환자의 능력이나 행동은 그들의 자각이 의심스럽다는 한도에서 제한되어야 한다 둘째, 온정적 간섭주의의 중재 없는 환자의 고통의 가능성은 있어야 한다 셋째, 중재에 의해서 달성될 수 있는 이익은 중재가 없는 고통보다 더 커야 한다 넷째, 중재가 이익으로 도달하려 하는 것은 합리적인 기회가 되어야 한다 다섯째, 중재는 최소한으로 제한적이고 치욕적인 대안이 되어야 한다(Beauchamp & Childress, 2001 141) 제한된 온정적 간섭주의의 원리는 칠드레스의 윤리적 방법론에서 자명한 의무에 대한 도덕적 논리를 간결하게 보여주는 좋은 예라 할 수 있다 환자의 선택을 침해하는 것을 정당화하기 위해서는 여러 가지 조건들이 충족되어야 하지만 자율 존중의 원리 역시 계속 강조되어야 한다(Beauchamp & Childress, 2001 142)

4 정의의 원칙

넷째, 정의의 원칙(Principle of justice)이다 고전적인 의미에서 정의는 ‘각자에게 각자의 몫을 돌려주는

것’으로 분배와 관련된다 이 원칙을 따르자면 사전의 료지시서자의 장기가 대상자에게 공평히 분배될 수 있도록 하는 것과 관련이 있다 보참과 찰드레스는 분배적 정의에 주목한다 왜냐하면 그들이 문제되는 것도 바로 “최소한의 치료를 받을 권리”와 “의료자원의 할당” 문제에 집중되고 있기 때문이다

예를 들어 병원의 의료 서비스는 모든 사람들에게 혜택을 미치도록 만들어진다 타인이 혜택을 받을 수 있을 때 그것을 막는 것은 불평등하다 그러나 대상의 범위에서 벗어난 사람에게 혜택이 필요할 때 그것을 막는 것은 불평등한 것인가? 그렇다면 왜 그런 것인가? 공급보다 더 많은 수요의 환자가 있을 경우 어떻게 진료를 위한 의료 자원을 분배할 것인가(Beauchamp & Childress, 2001· 260)? 따라서 개인적인 품위를 존중함은 수용인의 무작위 선택을 통하여 가장 좋게 확정될 수 있다 순서대로 제공받는 것과 같은(first come, first serve) 자연적인 방법이나 혹은 예비평가와 같은 인위적인 방법이 사용되는 동안, 절차는 기회의 동등함을 제공하는 개인적 품위를 유지할 것이다 따라서 각 개인은 모두가 살 수 없는 상황에서 살 수 있는 동등한 권리를 가질 수 있다(Beauchamp & Childress, 2001 146)

5 원칙들 간의 딜레마

원칙에 근거한 생명윤리학의 방법론은 원칙들 간의 충돌이 발생하면서 모순에 처하게 되었다 예를 들자면 선행의 원칙과 자율성의 원칙이 충돌할 때 어떻게 해야만 하는 가? 예를 들어 2b와 같은 경우 연명치료가 환자에게 무의한 치료라고 판정된 경우 선행보다 악을 철회하는 것이 윤리적 원칙이기는 하지만 자율성을 존중하는 측면에 있어는 원칙들 간의 딜레마가 발생된다 즉 의사가 환자의 최선의 이익을 위해서 선행을 목적으로 간섭하는 형태를 “온정적 간섭주의”라고 한다 그런데 이런 온정적 간섭주의는 어쩔 수 없이 환자의 자율성존중의 원칙과 충돌하게 된다 또한 원칙들이 다양한 방식으로 해석이 가능하다는 점이다

원칙들이 다양한 방식으로 해석이 가능하다는 점이다 정의의 원칙이 꼭 단순한 분배의 문제만으로 해석되지 않는다 자유 시장에 의해 분배가 이루어지면 정의롭다고 이야기 할 수 있는 관점과 분배기준의 절

차가 중요하면 정의롭다고 보는 관점도 있다(이상목, 2003 239) 분배의 문제는 지금 의료현장에서는 한정된 의료장비나 의료비용을 어떻게 분배하는가가 발생되고 있다 합의를 통해서 규칙을 만들어내는데 있어서는 한계점이 있다 예를 들어 합의를 이끌어 내기 위해서는 환자/ 보호자/ 의료진 모두가 동등한 선상에 있어야 한다 그러나 환자와 일반인은 동등한 입장에서 합의를 이끌어내기가 어렵다 결국 윤리다원주의 사회에서 무엇이 환자에게 이익이고 악인지를 결정할 수 있는 윤리적 가치가 상실될 수 있다(김상득, 2000 60ff) 결국 “보람과 찰드레스는 토대 이론 없이도 원칙을 가질 수 있다고 주장한다 여기서 원칙은 이론적인 관점을 넘어 우리 모두가 공유할 수 있는 행위지침을 제공하기 위한 것으로 이해된다(이상목, 2003 232)” 결국 이 네 가지 원칙에 근거한 접근 방법론은 대리인의 사전의료지시 하는데 문제점이 나타나기에 부족한 부분이 있다 그렇다면 한다면 우리는 이러한 어려운 문제점을 어떻게 극복해야 될 것인가? 어떻게 원칙에 근거한 접근방법을 보완할 수 있는가?

V. 타자에 의한 사전의료지시서

위의 네 가지 원칙에 근거한 접근 방법론은 대리인의 사전의료지시서결정에서 이와 같이 원칙들 간의 충돌이 발생하였다 이장에서는 타자에 대한 배려와 헌신을 포함한 레비나스의 타자의 철학을 통해서 대리인의 사전의료지시서결정의 근거를 찾아서 네 가지 원칙을 보완하고자 한다

1 레비나스의 타자의 개념

레비나스의 타자 철학은 대리인의 사전의료지시서결정의 문제를 어떻게 풀 수 있을까? 레비나스의 타자의 사상에 따르면 “책임이 타인을 위한 책임’일 때 비로소 윤리적 의미가 획득된다(강영안, 2004 54)” 그의 철학은 한마디로 ‘타자의 철학’이다 인류역사에서 자아중심주의는 자아 밖에 있는 것을 장악해버렸으며, 타자를 나의 삶으로 정복하고 통합 하여서 타자에게 폭력을 행사하게 되었다 레비나스는 도덕성을 자유와 함께 시작되는 것으로 보지 않았다 오히

려 자신의 자유의 과도함에 반성할 때 인간의 의식 속에서 도덕성이 발생한다고 보았다 레비나스는 이러한 자유의 의미를 ‘세례 받은 자유(ette investiture de la liberte)’라고 한다 세례 받은 자유는 개인의 이기적인 욕망을 충족하는 것이 아니라 타자의 혈벗음과 연약함을 보호하는 적극적인 의미를 가지게 된다(김연숙, 2000 132)

그렇다면 타자란 누구를 말하는 것인가? “타자는 다른 모든 사람과 결속되어 있기 때문에 타자는 나와 마주한 ‘너’가 아니라 제3자, 즉 ‘그’ 이다(강영안, 1996 240)” 타자에는 타인뿐 아니라 자아의 삶의 토대가 되는 삶의 세계, 사물의 세계, 미래와 죽음 그리고 신이 있다 이 글에서의 타자는 사후 사전의료지시서자와 사전의료지시서 수요자로 정하겠다 레비나스의 타자는 마치 계시처럼 나의 이기적인 자아 속으로 뚫고 들어올 수 있다(김연숙, 2002 174) 나에게 계시되는 타자는 말기환자, 가난한자, 고아, 과부, 외국인, 미혼모 등을 포함할 수 있다 타자는 우리에게 도와줄 것을 요구하고 호소하는 별거벗은 존재이다 이때 그 호소는 나에게 행복을 주기보다 오히려 고통을 준다 레비나스에 따르면 이러한 타자를 영접하고 환대할 때 자신의 주체성을 상실하는 것이 아니라 오히려 자신의 주체성이 살아난다

그러면 여기서 대리인은 타자를 어떻게 영접하고 환대해야 하는가? 나의 관점에서 볼 때 원하는 가장 좋은 것으로 영접하고 환대하는 것일까? 우리는 흔히 내가 원하는 방식대로 타인을 영접하고 환대한다 그렇지만 레비나스의 타자 중심 윤리는 내가 원하는 방식으로 타인을 대하지 않도록 요구한다 타인은 나와 비대칭 관계 속에 놓여 있다 내가 타자를 이해한 방식대로 타자를 위해 무엇인가를 제공한다는 것은 타자를 나에게로 환원하는 것이다 타자를 자신으로 계속 환원하면 내가 점점 타자위에 군림할 수 있다 그렇지만 자신이 어떠한 수단과 방법을 동원한다고 하더라도 타자는 수용 될 수 없고 환원 될 수 없다“ 이러한 타인으로서의 타자는 어떤 경우에도 나에게 통합시킬 수 없는 절대적인 다름(absolument autre), 절대적인 타자성을 지닌다(김연숙, 2000 87)”

이때 레비나스의 타자인 사전의료지시서자가 판단 불능의 상태에 놓일 때가 발생되면 대리인이 환자의 소망과 의도를 추측하지 못할 수도 있다 대리인은 타자의 두 가지의 상황을 동시에 접근해야만 한다

첫째는 사후 사전의료지시서자와 장기를 필요로 하는 자이다 이 때 우리는 환자와의 철저한 비대칭 관계 가운데서 대리인의 사후사전의료지시서의사결정의 문제를 접근해 보겠다

2 타인의 얼굴과 사전의료지시서

타자가 우리의 삶에서 어떻게 구체적으로 나타나게 되는 것일까? 레비나스에 따르면, 타인은 우리의 얼굴을 통해서 나타난다(레비나스, 2001 91) 얼굴은 자기를 지칭하고 소개하는 방식이다 타자를 만나는 것은 그 사람의 눈을 보고, 피부색을 살피며, 얼굴에서 다양한 감정을 느끼는 것이라고 할 수 있다 이런 타인의 얼굴은 우리에게 각별한 의미가 있다 그래서 흔히 얼굴을 보면 동정심을 자극한다고 생각한다 레비나스가 말하는 타인의 얼굴은 어떤 맥락과도 무관한 윤리적인 근원을 함축하고 있다 즉 타인의 얼굴은 강한 정의를 호소한다 레비나스는 다음과 같이 얼굴에 대해서 이야기 한다

먼저, 얼굴의 정직함이 있다 숨김없이 얼굴을 드러낸다 얼굴의 살갗은 발가벗었고 혈벗은 채로 있다 깔끔하긴 하지만 여하튼 발가벗었다 그리고 혈벗었다 얼굴에는 가난이 깔려 있다 흔히 어떤 자세를 취하고 무슨 내용을 담아 그 가난을 없애려고 노력하는 것으로 보아도 그 점을 알 수 있다 얼굴은 위협 앞에 노출되어 있다 마치 폭력을 저지르도록 우리를 끌어들이는 듯하다 동시에 얼굴은 우리의 살인을 금지한다(레비나스, 2000 110)

타인의 얼굴은 이렇게 동정이 아니라 윤리적으로 행동해야 된다는 강한 정의를 호소하고 있다 또한 윤리적인 행위를 촉구할 뿐 아니라 윤리적인 행동을 하도록 명령 한다 내가 아는 사람이든지 모르는 사람이든지, 혹은 백인이든지 흑인이든지, 남자인지 여자인지, 노인이든지 아이든지, 내국인이든지 외국인이든지, 부자든지 가난한 사람이든지 모든 사람의 타자의 얼굴은 정의를 요청하고 있다 그래서 타자의

얼굴은 '당신은 나를 죽일 수 없소'라고 말한다(레비나스, 2000 111) 얼굴은 사물과는 다른 계시로 나타난다(강영안, 1996 237) 얼굴은 의식이나 시각을 통해서가 아니라 자기 스스로를 나타내는 '계시' 이다 레비나스에 따르면 타인의 얼굴이 상처받을 수 있기 때문에 어느 누구도 '타인의 얼굴을 죽일 수 없다(레비나스, 2000 111)' 타자에 대한 나의 의무를 깨닫는 것이 타인의 얼굴에 대한 대답이다 결국 얼굴과의 관계는 책임성의 관계이며, 말보다는 섬김의 실천을 의미한다

나는 댓가를 기다리지 않고 상대방에게 책임을 진다 그는 내 목숨까지도 요구한다 댓가는 '그의' 문제다 다른 사람과 나의 관계가 상호관계가 아니기 때문에 나는 다른 사람의 종(Sujetion)이다 원래 그런 뜻으로 나는 '주체'(sujet)다 모든 게 내 책임이다(레비나스, 2000 1271) 다른 사람을 떠받치고 그를 책임지는 것은 나다 거기서 주체가 생기고 그런 주체 안에서, 다시 말해 완전히 종이 되는 가운데 나는 제일인자로 탄생한다 내 책임은 끝없고 아무도 나를 대체할 수 없다(레비나스, 2000 131)

타자와의 관계는 막연한 책임감이나 의무적인 계약 관계에 한정되지 않는다 레비나스는 댓가를 바라기보다 타자의 완전히 종이 되어 책임성의 단계로 나가도록 촉구하고 있다 결국 타자의 불행이나 고통은 우리에게 끊임없는 도덕성을 요구하고 있다 더 나아가 레비나스는 나만이 누리는 자유가 부당함을 깨닫고 타인을 수용해야 된다고 요구한다 그래서 타자의 얼굴은 대리인의 사전의사결정에서 환자를 그저 죽도록 내버려 두는 소극적 안락사를 실행하지 말 것을 명령한다

레비나스는 죽음과 죽어감에 대한 개념구분으로 타인에 대한 책임의 윤리를 펼쳤다 이 얼굴은 책임성의 관계로 나아가게 된다 타자의 무력성과 상처받을 수 있는 가능성 때문에 나는 죽음의 한계를 넘어서서 그를 섬겨야 한다는 요청을 받는다 판단불능의 상태인 환자를 대신해서 사전의사결정을 할 때 안락

사 또는 자살과 같이 '죽음을 선택함'이 모순임을 암시하고 있다(Emmanuel, Levinas, 1998 123ff) 그러면서 그는 죽어가는 자에 대한 새로운 이해를 시도함으로, 존재 그 자체가 가지는 가치를 강조하고 동시에 기술문명시대에서 일어날 수 있는 인간소외와 생명경시문제에 대한 새로운 윤리적 지평을 열어준다 내가 타자를 선대(善待)하고 보살필 때, 타자에 대한 사랑과 함께 혹시 내가 힘없는 타자를 죽이지 않을까하는 두려운 마음을 유지하게 된다(강영안, 1996 244)

대리인이 자아 중심적이 아니라 타자와의 철저한 비대칭적 관계에서만 사전의사결정 문제가 풀릴 수 있다 환자가 의식이 없는 상태에 있을 때 대리인은 약자의 입장에서 결정해야만 한다 그래야 정의의 문제에 어긋나지 않을 것이다 “피해자의 고통은 피해자 입장에서 보아야 한다(손봉호, 1997 41)” 레비나스의 정신을 그대로 살리자면 피해자에게 최소한 직접 혹은 간접적으로 고통을 가하지 않도록 해야한다 돕기 전에, 최소한 해를 주지 말아야 된다 말기환자는 끊임없이 고통당하지 않도록 호소하고 있다 결국 대리인의 결정이 환자에게 고통을 준다면 비도덕적이게 된다 그러므로 대리인이 사전의사결정서를 작성할 때 피해자 즉 약자의 입장에서 작성해야 한다 완벽하게 말기질환환자 입장에 서기란 불가능하다 그렇지만 우리는 최소한 그의 고통에 공감할 수 있다 그래서 환자에게 무엇이 이로운가를 제 3자의 입장에서 윤리적으로 반성 할 수 있다 환자가 예전에 했던 이야기나 죽음에 대한 그의 태도를 통해서 타자의 입장에 서볼 수 있다 즉, 환자가 했던 예전 이야기에 비추어 추정적으로 해석해 봄으로써 피해자 입장에서 결정할 수 있다 말기질환 환자 중에서는 가족도 없으며 의식조차 불분명할 때도 있다 그러면 이때에는 대리인과 의료인들은 무엇을 근거로 피해자 중심에서 판단 할 수 있을까? 역시 우리는 환자의 얼굴에서 윤리적인 명령을 들어야 한다 비록 상대방이 의식이 없어 건네는 말들이 일방적인 외침이 된 상태에서라도 그의 얼굴을 바라봄으로 그의 얼굴에 응답해야 된다 즉, “나를 죽여서는 안 된다”는 환자의 명령과 함께 그의 고통의 호소를 들어야 된다

그러나 죽여서는 안 된다는 호소를 들은 모든 의술을 동원하여서 지속적인 치료행위를 함으로써 환자

에게 적극적인 치료를 시행하는 뜻은 아니다 레비나스의 타자의 얼굴 개념으로 사전의사를 환자의 얼굴을 통해서 결정하게 된다면 본인이나 대리인 모두에게 안락사를 금하게 될 것이다 그 얼굴은 나를 죽일 수 없다는 단호한 명령을 하고 있기 때문이다 결국 레비나스의 타인의 얼굴에 근거한 사전의사 결정만이 말기환자에 대한 책임과 응답을 다하게 만든다 대리인의 의해 사전의사결정서를 작성한 뒤 환자가 의료진으로부터 방치되는 것 역시 타자에 대한 책임을 다하지 못하는 것이다 가장 중요한 것은 의료현장과 의료인들 역시 피해자중심의 윤리를 끝까지 실행하는 것이다

그렇다고 한다면 2b와 같은 경우 환자 무의미한 치료를 하겠다고 동의했으나, 판단능력이 상실된 경우 대리인에 의해서 사전의료지시를 시행하는 것은 어떤가? 연명치료가 환자에게 무의한 치료라고 판정된 경우 선행보다 악을 철회하는 것이 윤리적 원칙이기 의료전문인의 윤리적 의무에 훼손되고 위배되기에 환자의 동의가 있더라도 제한 할 수 있다고 보는 입장이 있다(김건열, 2005 173f) 비록 환자의 자율권을 제하는 것에 있어서는 문제가 될 수 있겠으나, 레비나스의 사상에 의하면, 환자의 얼굴이 자신을 죽이지 말라는 호소와 이와 같은 경우에는 무의미한 치료를 중단하는 것이 환자를 죽이는 것이 아니며, 환자에게 악을 줄이고 과도한 고통을 감하고자 하는 것이기에 무의미한 치료를 중단하는 것은 옳은 것이다

의료진은 사전의사결정을 한 뒤, 생명 연장술은 중단하더라도 지속적인 호스피스 케어는 실행해야만 한다 그래야만 환자가 존엄한 죽음을 맞을 때까지 의료진이 타자인 환자와의 관계를 성실히 유지하며 책임을 다한 것이다

3 레비나스 이론에 대한 기독교윤리 보완

레비나스가 말하는 타자의 얼굴에서 나타나는 발가벗음에는 정직함과 비폭력성이 나타난다 그리고 강한 정의를 호소한다는 부분에서 사람들 사이에 지켜야 책임을 반성하게 한다 그러나 레비나스 타자의 사상에도 보완해야 될 부분이 있다 타자의 개념이 모호하며, 광범위하다 타자의 책임감을 누가 지속적으로 감당할 수 있는가? 광범위하고, 무한의 책임을

인간이 어떻게 감당할 수 있는가? 사람들은 무한의 책임감에 눌려서 절망하거나, 혹은 책임을 회피할 수도 있다 무한한 책임을 감당하고자 의도할지라도 시간이 지나게 되면 쉽게 지치고 결국은 고갈되어져서 더 이상 책임감을 다할 수 없게 된다

이런 레비나스의 약한 부분은 기독교적 신앙에 의해서 보완될 수 있다 첫째, 인간의 힘으로는 절대적인 책임감과 지속적인 책임을 감당할 수 없지만 하나님께서 주시는 윤리적인 원동력으로 아주 큰 힘과 의지를 얻을 수 있다(롬 12 6-8, 빌 16, 고후 121-22) 대리인은 판단불능상태에 빠진 말기환자의 모든 것 결정할 수는 없다는 것을 인정하고 절대적인 힘을 가진 하나님에게 모든 것을 의지해야 한다 “우리가 그를 힘입어 살며 기동하며 있느니라(행 1728)” 이 고백은 기독교 윤리에서 중요한 의미가 있다 우리가 실리적인 계산만을 생각한다면 두려움으로 인해서 아무것도 실행하지 못하고 회피하거나 또는 부정적인 방법을 동원 할 수 있다 오직 온전한 사랑과 정직함으로 타자의 사상을 실행할 때만 이런 난점을 극복할 수 있다(요일 418, 신 6, 18) 그리고 믿음을 통한 실천으로 타자의 사상을 실행하면 자신이 계산한 실리적인 이익보다 더 많은 풍성함을 누릴 수 있다

둘째, 타자의 광범위하고 무한한 책임을 지속적으로 감당할 수 있는 인간은 없지만 공동체의 협력(빌 127, 시 1331)을 통해서만 감당할 수 있다 타자의 사상을 실천하기 위해서는 다양한 구성원이 필요하다 한 사람의 타자라고 할지라도 협력하지 않으면 충분히 감당할 수 없다 말기환자와 그의 가족을 지속적으로 타자 중심으로 감당하겠다고 하는 호스피스종사자들의 이야기를 들어보면 시간, 에너지, 장소, 인력이 언제나 충분하지 않았다는 이야기를 듣게 되고, 필자 역시 동일한 경험을 하였다 사도 바울의 말처럼“하나님이 능히 모든 은혜를 너희에게 넘치게 하시나니 이는 너희로 모든 일에 항상 모든 것이 넉넉하여 모든 착한 일을 넘치게 하게 하려 하심이라(고후 98)”라고 말하였다 비록 혼자서 감당할 수 없지만 협력하여서 타자의 사상을 실행했을 때 놀랍게도 한계 이상의 돌봄을 실행할 수 있다

VI. 결 론

지금까지의 논의를 정리해 보자 먼저 사전의료지시에 대해서 정의와 현황과 대리인의 사전의료지시서 결정의 문제점을 고찰하였다 환자가 판단능력이 충분하고 아무런 문제가 없을 때는 사전의료지시서를 하는데 무리가 없다 그러나 환자의 자율적 판단이 어려울 때 대리인이 어떻게 사전의료지시서를 해야 되는지를 고찰해야 했다 둘째, 기존의 의료윤리학에서 보편적으로 받아들여지는 생명윤리의 네 가지 원칙은 대리인의 사전의료지시서결정에 적용하기에 어려운 점을 내포한다 “우리는 사람들로 하여금 도덕적으로 혹은 정의롭게 행동하도록 하는데 도움이 되어야 한다(손봉호, 1999 18)” 그래서 이를 보완하기 위해 레비나스의 타자의 사상을 기독교세계관으로 보완하여 수용하였다 우리는 인간에 의한 돌봄이 가지는 한계에 부딪히게 된다 레비나스는 인간의 주체성을 나를 위한 것이 아니라 타인을 위한 것이라고 본다 즉 다른 이의 요구를 배려함으로써, 주는 것 그 자체가 의미를 가질 수 있다 레비나스의 윤리적 주체의 핵심은 타자가 부여하는 윤리적 요청을 따라가며 고통 받는 상처 속에서도 박해자에 대하여 책임을 짊어지는 것에 있다(김연숙, 2004 18) 이와 같은 레비나스의 타자의 윤리사상은 기독교윤리의 제2계명인“네 이웃을 네 몸과 같이 사랑하라(마 1919, 2239, 2239, 2239, 2239, 눅 1027, 고전 133, 갈 514, 약 28)”말씀과 많은 상통하는 점이 있다 바로 이 점을 대리인의 의사결정에 있어서 기독교 윤리를 통해서 보완했다

우리나라에서 사전의사결정이 입법화되고, 무엇보다도 안락사가 금해져야 한다 뿐만 아니라 환자가 판단불능의 상태가 되어서 대리인이 사전의사 결정을 할 경우 타자의 철학을 토대로 삼아야 한다 타자로서의 환자의 관점에 서서 볼 때 치료 또는 생명 연장술이 무의미하다면 치료가 중단 되어야 한다 생명 연장술의 중단은 앞서 밝힌바와 같이 안락사와는 다른 것이며 거기에는 지속적인 돌봄이 동반된다 그러므로 정당한 경우라면 생명 연장술 중단은 레비나스의 타자윤리에도 어긋나지 않는다 호스피스에서 타자 중심의 윤리가 더욱 좋은 돌봄의 원리로 거듭나고 더욱 확장되어야만 한다

참고문헌

- 강영안, 「책임으로서의 윤리 레비나스의 윤리적 주체 개념」, 『철학』 81 (2004), 51-85
- 강영안, 「주체는 죽었는가」 서울 문예, 1996
- 기독교 부설 기독교윤리연구소, 「소극적 안락사 무엇이 문제인가」 서울 예영커뮤니케이션, 2007
- 구인회, 「생명윤리의 철학」 서울 철학과 현실사, 2002
- 김건열, 「존엄사」 서울 최신의학사, 2005
- 김명희, 「한국의 생체장기 기증제도에 대한 윤리적 고찰」, (연세대학교 박사논문, 2004)
- 김상득, 「생명의료 윤리학」 서울 철학과 현실사, 2000
- 김상희, 「암환자의 DNR(Do-Not-Resuscitate) 의사결정에 관한 연구」, 『간호학 탐구』 13, 1 (2004), 127-143
- 김신미 외 「생명연중술 사전선택 개념 정립을 위한 문헌고찰」, 『대한간호학회지』 31, 2 (2001), 279-291
- 김연숙, 「E Levinas 타자윤리에서 윤리적 유통에 관한 연구 얼굴 만남 대화」, 『국민윤리』 44, (2000) 83-99
- 김연숙, 「레비나스 타자중심의 윤리학」 서울 인간사랑, 2002
- 래, 스콧 & 콕스, 폴, 「생명윤리학」, 김상득 역 (서울 살림, 2004)
- 레비나스, 엠마누엘, 「시간과 타자」, 강영안 역 (서울 문예, 2001)
- 레비나스, 엠마누엘, 「윤리와 무한」, 양명수 역 (서울 다산글방, 2000)
- 문국진, 「생명윤리와 안락사」 서울 여문각, 1999
- 문채규, 「뇌사의 법적 의미와 장기등이식에 관한 법률」, 『비교형사법연구』 5,2 (2003), 721-744
- 박연옥, 「말기환자의 연명치료 중단 생명윤리적 고찰」, 『간호학탐구』 13, 1 (2005), 105-126
- 박연옥, 「연명치료 중단을 결정한 말기환자 가족의 경험」, 연세대학교박사학위논문, 2003
- 손봉호, 「피해자 중심의 윤리」, 『서강인문논총』 11, (1999), 5-26
- 손봉호, 「고통받는 인간」 서울 서울대출판부, 1997
- 스탠리 그랜츠, 「기독교윤리학의 토대와 흐름」, 신국원역 서울 IVP, 2001
- 이상목, 「원칙에 근거한 생명윤리학의 방법론」, 『철학논총』 31 (2003), 219-237
- 이왕제, 「뇌사와 장기 이식의 법리」 서울 법무부, 1992
- 최태연, 「엠마누엘 레비나스에서 윤리의 기원」, 『해석학연구』 4,(1997) 279-409
- 한국의료윤리학회편, 「의료윤리학」 서울 계축문화사, 2003
- 한성숙, 「장기이식과 의료윤리」 서울 한국학술진흥재단, 1998
- Beauchamp, Tom L & Childress, James F, *Principles of Biomedical Ethics*(4th ed), New York/Oxford Oxford University Press, 1994
- Childress, J M & Macquarrie, John, *The Westminster Dictionary of Christian Ethics* Philadelphia The Westminster Press, 1986
- Forman, Walter B, *Hospice and Palliative Care* Canada Jone and Bartlett Press, 2002
- Levinas, Emmanuel, *Otherwise than Being* Pittsburgsburgh Dugesne Univ Press, 1998
- Mahoney, J, *Bio-ethics and Belief* London Sheed & Ward, 1998
- Meilaender, Gilbert *Bioethics A Primer for Christians* Grand Rapids, Eerdmans, 1996
- <http://www.aafp.org/afp/990201ap/617.html> 가정의학회미국학술원(American Academy of Family Physicians)
- <http://www.klaw.go.kr> 법제처 종합법령정보센터
- <http://www.kmlc.co.kr/> 의학검색엔진 (알기쉬운 의학용어풀이집, 서울의대 교수 지제근)

Abstract

Deciding for Other as Christian Bioethics

Seung-hoon Oh

There are three things that are not known to the human being That is when, where and how one will die Most people live ignoring death. However, elements of death linger everywhere The purpose of this treatise is investigates about justification Deciding for Other directions

First, I will investigate about Deciding for Other directions when patient can not decide own, I will do investigate agent's decision's problem.

Second, These four principles provide the common ground for biomedical ethics Principlism argue that a method using four principles can resolve controversies in bioethics The method holds that there are four principles-respect for autonomy, nonmaleficence, beneficence, justice- that articulate the necessary conditions of common morality for

health care and bioethics Beauchamp and Childress respond by arguing that the two problems are not the meaning or interpretation but the process of specification

Thurd, So, Supplement four principles' problem to Levinas concept of the Other theory Levinas concept of the Other is very resemblant with "Love your neighbour as yourself " Christians believe that Love is above all and they act accordingly They base this faith mainly upon the motto of "love your neighbour as yourself "

Fourth, difficult part of Levinas concept of the Other is that there is no human to equal infinite sense of responsibility Can be supplemented about this through cooperation of community

Four principles can be brought to bear on moral choices And they asserts that each principles has weigh but they do not assign a priority weighting of ranking All the principles are equal in moral decision making

Key word life-sustaining, Advance Directives, four principles, Levinas concept of the Other, Christian bioethics