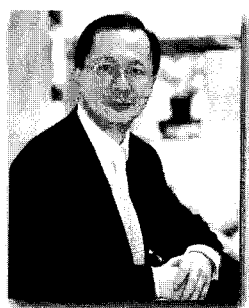


## 윤리적 측면에서의 호스피스 완화의료 대상자 선정기준

홍영선

한국가톨릭호스피스협회 국제이사·가톨릭대학교 강남성모병원 종양내과 교수



1965년 마리아의 작은 자매회의 수녀들에 의하여 처음 시작된 한국의 호스피스는 이미 청년기를 지나 장년기로 들어가고 있으나, 아직 여러 가지

면에서 부족한 점이 많이 있으며, 그 중에는 일반인들이나 의료인들의 호스피스 필요성에 대한 인식이 부족하다는 것이 늘 지적되고 있다.

아시아 국가 중에서 호스피스가 비교적 일찍 시작되었거나 자리를 잡은 나라들 중 홍콩에서는 암으로 사망하는 인구의 65%가, 싱가포르에서는 74.9%가 호스피스의 도움을 받고 사망하는 데에 비하여 한국에서는 암 사망자의 5.1%만이 호스피스에서 임종을 맞고 있어 한국에서의 호스피스 활성화는 아직도 요원한 실정이며, 이의 해결을 위해서는 호스피스의 대상자가 누구인지에 대한 공감대가 의료인은 물론 일반인들 사이에서도 이루어져야 하겠다.

간혹 호스피스 대상자를 선정하는 과정에서 나타나는 윤리적 문제들이 논란의 대상이 되는데, 한국에서 호스피스 대상 환자에 대한 보험급여의 기준인 “임종 전 6개월 이내의 환자”라는 기준이, 호스피스 돌봄의 의학적 기준으로 오인되어 논의되고 있는 것이 문제이다. 또 환자를 호스피스에 의뢰하는 것이, 무의미한 치료의 중단이나 치료철회의 문제가 안락사와 구분이 안 되는 가운데 너무 일찍 치

료를 포기하는 것이 아닌지 우려되는 상황에서 결정되는 경우에 대한 우려가 있으며, 반대로 일부 대학병원의 종양내과 병동에서는 임종 직전까지 항암제 치료를 하는 일들이 종종 일어나고 있어 과연 그 시기에 말기 암환자들을 대상으로 항암제를 쓰는 것이 타당했는지에 대한 논란이 일고 있다.

이러한 상황들은 때로는 정확한 선을 긋기 어려운 내용을 포함하고 있어 논란의 대상이 되며, 결정하는 사람의 의도가 어떠한 것이냐에 따라 같은 내용에 대한 윤리적 판단이 달라질 가능성을 부인하기 어렵다.

미국의 메디케어는 호스피스 급여의 대상을 여명이 6개월 미만인 자로 규정하고 있으나 실제 호스피스 프로그램에 들어간 환자들이 평균 36일 후 사망하고, 그 중 15.6%는 7일 만에 사망하는 한편, 14.6%는 6개월 이상 생존하고 있어 의사의 여명 예측에 근거한 호스피스 프로그램 허가는 문제가 있음이 알려지고 있다. 영국이나 일본은 특별히 환자의 여명을 호스피스 대상을 규정하는 기준으로 사용하고 있지 않다.

노유자 수녀 등은 그 저서에서 호스피스 대상자로, 암으로 진단받은 자로 호스피스 간호가 필요한 자, 의사로부터 6개월 정도 살수 있다는 진단을 받은 자, 의사의 동의를 있거나 의뢰된 자, 환자나 가족이 의사의 진단을 받아들이고 예후를 논의하여 통증 및 증상완화를 위한 비 치료적인 간호를 받기로 결정된 자, 가족이나 친지가 없어 호스피스의 도움이 필요하다고 선정된 자, 의식이 분명하고 의사소통이 가능한 자, 수술, 항암요법, 방사선요법을

시행하였으나 더 이상 의학적인 치료효과를 기대하기 어려운 환자 등을 꼽고 있으나, 6개월 여명이 있다고 진단된 환자뿐만 아니라 암이나 다른 질환으로 인하여 치유가 불가능하다고 진단된 환자라면 진단받는 순간부터 호스피스 돌봄을 시작하는 것이 바람직하다는 미국 호스피스 협회장이었던 조세피나 마그노 박사의 주장을 같이 소개하여, 위에 열거한 조건들이 개선의 여지가 있음을 말하고 있다. 또 허대석 교수는, 호스피스 대상자 선정은 전문분야 담당 의사의 판단에 따라야하며, 암 환자의 경우 적극적인 항암치료의 시행이 환자의 경과에 더 이상 도움을 줄 수 없다고 판단되면서 환자의 전신상태가 악화되는 말기상태의 환자가 주 대상이 된다고 하였다. 그러나 말기이전의 진행된 시기의 환자에서 통증조절 등의 완화의료의 도움이 필요한 환자는 호스피스 케어의 대상으로 적극 수용해야한다고 부언하고 있어 조세피나 마그노 박사의 주장과 궤를 같이하고 있다.

말기환자가 질환의 진행으로 인하여 의식이 소실되고 활력증후의 변화가 오게 되면 환자가 곧 임종하게 될 것을 짐작하는 것이 어렵지 않으며 이 시기에 환자를 중환자실로 옮겨 여러 가지 검사를 하고 임종 시 심폐소생술을 시행하는 것에 대해 동의하지 않을 사람은 많을 것으로 판단된다. 그러나 이 경우 적극적인 검사나 심폐소생술과 같은 치료를 시행하지 않으면 이를 살인방조나 소극적 안락사로 인식하는 사회의식이나 법체계가 존재하고 있는 것이 한국의 현실이기도 하며, 경우에 따라서는 이것이 무의미한 치료인지 아닌지 구분하는 것이 어려운 경우도 존재하여 이러한 행위 결정의 윤리적 타당성 여부를 점검하는 것이 필요하겠다.

교황 비오 12세께서는 말기환자에게 행하는 의료행위를 통상적 치료 (ordinary measure)와 예외적 치료 (extraordinary measure)로 구분 하셨는데, 통상적 치료는 임종을 앞둔 말기 환자일지라

도 반드시 행하여야 할 치료이며 여기에는 영양 공급, 수혈, 수분 공급 등이 포함된다. 예외적 치료는 환자에게 도움이 되기는 하나 의무는 아닌 것으로 구분하셨다.

문제는 무의미한 치료인지를 명백히 구분하기 어려운 사례에 대한 판단을 해야 하는 경우이다. 2002년 대한의학회가 발표한 '의료 윤리지침'에서는 무의미한 치료에 대한 정의를 규정하고 이의 판단에 대하여 의사와 환자 또는 그 가족 간에 이견이 있을 경우 병원 윤리위원회의 자문을 받을 것을 권장하고 있으나, 이의 정의와 실질적 사용방법에 대한 논의가 필요하며, 또한 이를 규정함으로써 본인의 의사에 반하여 피해를 입을 가능성이 있는 장애인, 소아, 의식 없는 환자, 치매환자, 노인 등을 어떻게 보호할 수 있는지에 대한 대책을 마련해야 하겠다.

호스피스 완화의료는 진행된 불치병을 앓고 있는 환자들을 적극적으로 돌보는 의료행위이며 그 의미는 환자가 살고 있는 나라나 처해있는 환경에 따라 달라질 수 있겠다. 대부분의 말기 환자의 경우 행해지는 의료행위가 진정 환자에게 필요하고 도움이 되는 행위인지 구분하는 것이 어렵지 않다. 문제는 필요한지 아닌지 구분이 어려운 치료의 경우이며 이때에는 치료를 담당하는 의료인과 환자 본인, 그리고 가족이 허심탄회하게 대화를 하여 결정할 수 있겠고, 그 결정을 내리는 의도에 따라 의미가 달라질 수 있겠다.

사전 의사결정(advance directives)의 제도를 이용하여 이러한 문제를 해결하려는 제도적 시도가 있으나 이를 이용한 소극적 안락사나 자살을 방조할 우려가 있으며, 따라서 극히 제한되고 누가 보아도 명백한, "무의미한 치료"에 대한 사전 결정으로 범위를 제한하여 시행하는 것이 타당하겠다.