

일본의 말기의료와 경제적 비용에 관한 연구

오 은 환*

- I. 서 론
- II. 본 론
 - 1. 일본의 말기의료비
 - 2. 말기의료비와 말기의료의 함의
- III. 결 론

I. 서 론

일본에서 소자녀, 고령화와 더불어 사회적 문제가 되고 있는 것 중의 하나는 노인들의 사망 직전의 의료, 즉 말기의료에 관한 것이다. 이는 단지 죽음에 임박한 노인들을 돌보아야 하며, 이에 대한 인력이 필요하다는 차원에서의 보건의료적인 문제에 그치는 것이 아니라, 어느 선까지 본인이나 가족의 의사를 존중해야 하고, 어디까지를 의료의 한계로 보아야 하는가와 관련된 존엄사의 문제까지 고려해야 하는 윤리적인 사안이기도 하다. 더불어, 말기의료에 대한 개인적, 사회적, 경제적 부담에 대해서도 고려하지 않을 수 없는 의료비 차원에서의 경제적 비용의 문제에까지 이른다.

전통적으로 일본인들은 자택에서 임종을 맞는 것을 선호하는 것으로 알려져 있는데, 최근의 인구동태통계에 의하면 자택에서 사망하는 비율이 1951년에는 82.5%였던 것이, 약 반세기 후인 2004년에는 12.4%까지 감소했다¹⁾. 또한, 2003년에 후생노동성에서 실시한 여론조사에서는 자택에서

* 논문접수: 2009. 4. 25. * 심사개시: 2009. 5. 10. * 게재확정: 2009. 6. 10.

* 협성대학교 이공대학 보건관리학과 전임강사

요양을 하고 필요하면 입원을 하겠다는 사람이 47%, 최후까지 자택에 있기를 바라는 사람은 11%였다. 한편, 1995년의 고인의 생전희망조사(후생성)에서는 3명 중 1명이 희망하는 임종 장소가 있다고 밝혔는데, 그 중 자택이 89.1%였다²⁾.

그러나 임종을 집에서 맞는 것은 현실적으로 어려울 것이라는 생각이 지배적이다. 이러한 생각은 특히 일반인들과 노인요양을 돕는 간호업무에 종사하는 사람들 사이에서 두드러지는데, 최후를 맞을 때까지 자택에서 요양을 받는 것이 가능한가에 관한 질문에 대하여, 일반인은 65.5%, 간호종사자는 55.7%가 현실적으로 불가능하다고 응답하였으며, 실현가능하다고 답한 비율은 각각 8.3%와 21.2%에 불과했다. 한편, 간호직과 의사들은 임종 때까지 자택에서 요양하는 것에 대하여 다소 긍정적인 입장에 있었는데, 실현가능하다고 응답한 비율이 각각 34.1%와 28.8%였다³⁾. 그러나 이 역시 전체의 3분의 1에서 4분의 1 수준으로 매우 낮은 수치라 할 수 있다. 또한 이것은 임종은 집에서 맞고 싶다는 사람의 비율이 80%가 넘는 상황에서 현실적으로 이것이 가능하다고 생각하는 사람은 20% 정도에 불과한, 노인들에게 있어서는 안타까운 최후라고 할 수 있다.

그렇다고 최후까지 자택에서 요양을 받는 것이 노인들에 대한 최선의 방법만은 아니라는 조사가 있다. 실제로 자택에서 간호서비스를 받는 노인들 중 세 명 중 한 명이 우울증 등의 이유로 죽음에 대한 유혹을 느끼고 있다고 한다⁴⁾. 특히 불치나 말기와 같은 중증의 노인환자들은 연명치료를 거부하기까지 하는데, 만일 의사로부터 “회복의 기미가 없고 이제는 어려울 것 같다”라는 말을 들을 경우 치료받기를 중단하겠다고 응답한 노인의 비율이 88.1%였으며, 환자본인이 아닌 가족이 마찬가지로의 상황에 처할 경우에도 71.7%가 치료를 중단하겠다고 하는 것으로 나타났다⁵⁾.

1) 厚生労働省, 2004.

2) 朝日新聞, 2006. 3. 12.

3) 厚生労働省, 2004.

4) 朝日新聞, 2006. 4. 20.

이와 같이 어떠한 법률적, 윤리적 근거도 없이 본인이 치료를 거부하는 이른바, 존엄사의 문제가 대두되기 시작하였다. 이에 일본존엄사협회에서는 정신이 건전한 상태에서 본인의 의사를 미리 문서로 밝혀놓도록 하는 말기 선언서의 내용을 작성하고 이를 홍보하기에 이르렀다⁵⁾. 또한 일본학술회의에서는 임상의학위원회에 말기의료분과회를 조직하여 바람직한 말기의료에 접근하고자, 말기의료문제에 관한 경위와 문제의 배경 등을 살피고, 학회의 입장을 표명하였다⁶⁾. 또한 후생노동성도 말기의료의 결정과정에 관한 가이드라인을 작성, 이를 발표하기에 이르렀다⁸⁾.

한편, 말기의료가 윤리적인 측면에서 다루어지는 한편, 국가 전체 차원에서 급속히 증가하고 있는 의료비 증가에 대한 우려와 더불어 말기의료에 의한 비용의 문제도 사회적인 관심이 되었다. 그리하여 후생노동성은 시설에서 요양받는 노인들을 조기 퇴원시켜 재택케어로 전환함으로써 약 5,000억 엔의 말기의료비를 절감할 수 있을 것이라고 예측하였다.

이러한 배경에는 2002년 현재 연간 사망자수 98만 명의 약 80% 정도인 80만 명 정도가 병원에서 사망, 나머지 18만 명 정도가 자택에서 사망한 것으로 파악되었는데, 이들이 사망 전 1개월간 사용한 말기의료비 총액은 약 9,000억 엔으로 추계되었다. 이는 일인당 약 112만 엔이라는 액수가 된다. 또한 고령화의 진전으로 연간 사망자수가 매년 2만 명씩 증가할 것으로 예상되고 있으며, 이는 의료비 지출의 중대한 요인으로 작용할 것으로 우려되고 있다.

이에 말기의료비를 억제하려는 대책으로 재택의료를 장려하고자 하는 중인데, 현재 자택에서 사망하는 비율인 20%를 40% 정도까지 올리는 것을 목표로, 자택 외의 요양시설로 대체될 수 있는 간호시설을 정비하고, 방문진료 및 간호가 활성화될 수 있도록 하는 방안을 마련하며, 각 지역에

5) 朝日新聞, 2006. 4. 23.

6) 鈴木亘, 2004.

7) 日本學術會議, 2008.

8) 厚生労働省, 2007.

서 시설 간 제휴하는 것에 대해 보험수가에서 가산할 수 있도록 하는 방안이 제시되었다. 이 방법은, 병원은 환자가 사는 지역의 주치의나 간호사, 케어매니저 등 의료 및 간호관계자가 제휴하여 조기 퇴원을 할 수 있도록 하게하고, 퇴원 후의 케어계획을 세워 재택의료가 가능하게 되면 보험수가에 가산점을 준다는 것이다.

이와 같이 의료와 간호의 제휴 강화를 통해, 2002년 현재 38일인 평균 입원일수를 30일 이하로 줄여 2015년의 총 의료비에서 1조 4,000억 엔을 절감하고, 2025년도에는 4조 1,000억 엔으로 줄이려는 계획을 세웠다. 결국, 자택 사망이 2배 증가하면 2025년도의 말기의료비를 5,000억 엔 줄이는 것이 가능하다는 계산이다. 이를 위해 2006년도 의료보험수가 개정에서는 재택요양지원진료소에 관한 내용이 추가되었다⁹⁾.

말기의료에 따른 경제적 비용에 관한 외국의 연구는 많이 진행되어 왔다. 한 연구에서는 환자가 죽기 전 3개월의 의료비가 총 의료비의 74.5%에 이른다고 하였으며¹⁰⁾, 다른 연구에서는 65세 이상의 노인들의 경우 연간 평균 의료비는 7,365달러에 불과하지만, 사망 직전의 일 년간 평균 의료비는 37,581달러로 약 5배나 높은 것으로 나타났다¹¹⁾. 또한, 사망 직전의 시기에 있어서도 사망 직전 2개월간의 의료비가 사망 직전 1년간의 의료비의 52%를 차지하는 것으로 나타났다¹²⁾.

한편, 말기의료에 있어서 재택의료가 보험에서 지불될 경우 시설에서의 재원일수는 절반 정도로 줄어들었으며, 재택의료를 이용하는 비율이 10배가 증가하였고, 이것은 사망 전 2주 또는 전체 12주간의 의료비를 40% 줄이는 효과를 가져오는 것으로 나타났다¹³⁾.

또한 호스피스와 사전지시(事前指示)¹⁴⁾ 등은 사망 전 1개월간의 의료비

9) 厚生労働省, 2006.

10) Fernandez-Olano, 2006, pp. 131-139.

11) Hoover et al, 2002, pp. 1625-1642.

12) Lubitz et al, 1993, pp. 1092-1096.

13) Brooks, et al, 1984.

를 약 25%에서 40% 정도, 6개월간의 의료비를 약 10%에서 17%, 12개월간의 의료비를 약 0%에서 10% 정도 절감할 수 있는 것으로 나타났다¹⁵⁾.

II. 본론

1. 일본의 말기의료비

일본의 말기의료비에 관한 연구는 그다지 활발하다고 할 수 없다. 鈴木 亘(2004)는 말기의료의 자비부담율과 말기 선언서의 작성과의 관계를 살펴보았다. 한편, 今野広紀(2005)는 생애 의료비를 추계하는데 있어서 사후적 사망자의 사망 전의 의료비에 초점을 둔 연구를 수행하였다. 이는 일본에서의 말기의료비를 분석한 연구라고 할 수 있다.

연구결과의 일부를 보면, <표 1>에서와 같이, 30-39세 구간을 기준으로

<표 1> 사망 전 12개월간의 연령별 월평균의료비 및 평균입원일수

연령	의료비(엔)		입원일수	
	평균치	표준편차	평균치	표준편차
0-9	475,986	535,882.33	9.37	8.5022
10-19	317,890	549,592.63	6.56	7.2738
20-29	200,510	532,831.71	4.45	5.6695
30-39	194,669	263,952.27	4.41	4.0340
40-49	328,417	402,228.30	7.01	6.3061
50-59	373,518	549,357.72	7.72	6.1621
60-69	295,658	299,884.77	6.77	5.8022
70-79	319,521	349,047.76	8.47	7.6021
80-89	273,255	372,091.45	9.53	8.6394
90세 이상	255,436	343,948.18	10.07	9.0575

출처: 今野広紀(2005)

14) 영어로는 advanced directives라고 하며, 일본의 말기 선언서와 같이 정신이 건전한 상태에서 본인의 의사를 미리 문서로 밝혀놓도록 하는 것을 말한다.

15) Emanuel, 1996, pp. 1907-1914.

<표 2> 사망 전 12개월의 월간 의료비

사망까지의 월수	의료비(엔)	표준편차
11	192,587	49590.86
10	209,629	47564.83
9	215,311	53067.98
8	229,510	63099.85
7	242,603	64846.65
6	275,026	49649.98
5	265,158	56396.44
4	280,436	66356.34
3	330,225	70887.65
2	378,221	72751.83
1	431,770	80897.61
0	546,465	82388.90

출처: 今野広紀(2005)

보았을 때, 연령이 낮아질수록 사망 전 월평균의료비가 증가하는 것을 알 수 있다. 마찬가지로 90대에서 40대 사이에서도 대체로 연령이 낮아질수록 사망 직전의 의료비가 증가하는 것을 알 수 있다. 이러한 경향은 60대를 제외하고는 평균 입원일수에서도 같은 모습을 보인다.

또한 <표 2>에는 사망 전 12개월의 의료비를 각 월별로 보여주고 있는 수치가 제시되어 있다. 이를 보면, 사망 11개월 전에는 월간 의료비가 192,587엔에 불과하였으나, 사망에 가까워질수록 의료비가 증가하다가 사망 당월에는 546,465엔으로, 1년 전에 비해 약 3배 가까이 의료비가 증가하는 것을 알 수 있다.

2. 말기의료비와 말기의료의 함의

가. 말기의료비 절감액 추정

이러한 방법을 바탕으로 현재 일본의 노인 인구를 대상으로 말기의료비 절감액을 추정할 수 있다. <표 1>의 월평균의료비를 현재 노인인구수에

<표 3> 한일 간 전체 노인인구에 의한 사망 전 12개월에 걸친 월평균 총 의료비 추정

일본			우리나라		
연령	인구수 (단위: 천 명) ¹⁾	총 의료비 (단위: 억엔)	연령	인구수 (단위: 천 명) ²⁾	총 의료비 (단위: 억엔) ³⁾
70-79	11,563	36,946	70-79	2,684	8,576
80-89	4,953	13,534	80세 이상 ⁴⁾	676	1,847
90세 이상	1,016	2,595			
총계	17,532	53,076	총계	3,360	10,423

1) 厚生統計協會(2005)

2) 통계청(2006)

3) 우리나라에 연령별 말기의료비를 추정할 연구가 없으므로 일본 엔화로 계산함

4) 우리나라에서는 90세 이상 노인인구가 많지 않으므로 80세 이상에 모두 포함하여 살펴보았으며, 월평균 의료비도 80세 이상군의 자료를 이용하였음

대비해 보면 일본 국내 월평균 총 의료비를 추정하는 것이 가능하다. 여기에서 노인의 대상은 70세 이상으로 하였다¹⁶⁾.

일본의 노인인구와 그 수치를 이용하여 계산한 월평균 총 의료비를 추정한 것은 <표 3>에서 보는 바와 같다. 인구수는 厚生統計協會(2005)를 통해 얻은 자료를 보면, 2004년 현재 70대 인구가 약 1천1백만 명, 80대 노인이 약 5백만 명, 90세 이후의 인구수가 약 1백만 명이다. 총 노인인구는 1천 7백만 명 정도이다.

총 노인인구수를 통해 구한 사망 전 12개월의 월평균 총 의료비 추정액은 총 5조 3,000억 엔이다. 이는 곧 국가 전체 노인들에 의해 발생할 수 있는 사망 직전 12개월의 월평균 말기의료비를 의미한다. 물론 모든 노인이 동시에 사망 직전의 말기의료를 받는 것이 아니므로 이러한 추산에는 무리가 있을 수 있다. 그러나 앞으로 노인인구가 지속적으로 증가하고, 말

16) 노인의 대상을 일반적으로 이용되는 65세가 아닌 70세 이상으로 한 이유는 <표 1>에서의 분석이 65세를 기준으로 이루어지지 않았다는 점과 일본에서 정의하는 노인의 구분은 대개 70세를 기준으로 하기 때문이다.

기의료 및 이에 따른 의료비의 문제가 더욱 심각해 질 수 있는 상황에서 의료비 절감의 차원에서 생각해 볼 필요는 있다고 생각된다. 한편, 우리나라의 노인인구수에 이를 적용해 보면, 70세 이상 노인에 의한 월평균 총 의료비는 약 1조 엔으로 일본의 5분의 1 정도에 해당한다.

나. 말기의료에 대한 함의

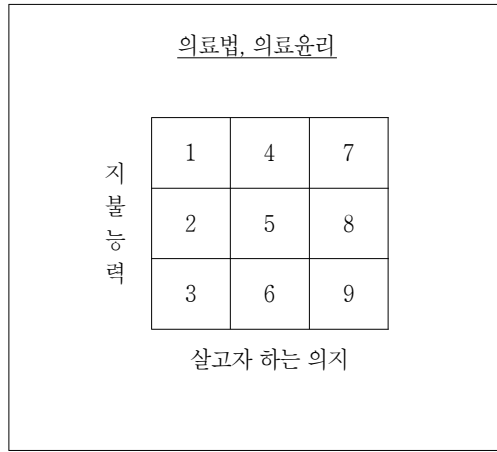
사람은 누구나 늙기 마련이고 결국 죽는다. 그러나 누구나 죽는 것이 당연하다고 해서 적절한 시기에 적절한 의료를 받지 않거나 받지 못하는 것은 바람직하지 못하다. 말기의료¹⁷⁾를 둘러싸고 윤리적, 경제적인 측면에서의 논의가 활발하다. 또한 이를 둘러싸고 존엄사의 문제와 본인의 자유의사 문제도 대두된다. 사회적으로는 개인의 의료비 문제와 국가 차원의 국민의료비 문제도 생각해 보아야 한다.

이러한 것들을 종합해서 <그림 1>과 같은 방법으로 접근해 볼 수 있을 것이다. <그림 1>은 사람이 기본적으로 살아가고 의료를 받는 것을 의료법이나 의료윤리라는 틀 안에서 생각해야 하는 것을 바탕으로 하고 있다.

세로축의 지불능력은 위로 올라갈수록 경제적 지불능력이 높아진다고 보고, 가로축의 살고자 하는 의지는 삶에 대한 희망이라고도 할 수 있는데, 오른쪽으로 갈수록 삶에 대한 의지나 희망이 높아진다고 볼 수 있다. 이렇게 보면, 1, 4, 7번의 경우는 살고자 하는 의지와 관계없이 지불능력이 높은 경우이고, 7, 8, 9번은 지불능력과 관계없이 살고자 하는 의지가 높은 경우이다.

이렇게 본다면, 1, 2, 3번의 경우에는 지불능력에 관계없이 살고자 하는 의지가 없거나 낮기 때문에, 말기의료에 있어서 연명치료를 할 것인가 말

17) 말기의료에 대해서는 (1) 의사가 객관적인 정보에 기초하여 치료에 의한 병의 회복을 기대할 수 없다고 판단하고, (2) 환자가 의식 및 판단력을 잃은 경우 외에 환자, 가족, 의사, 간호사 등 관계자가 납득할 수 있으며, (3) 환자, 가족, 의사, 간호사 등 관계자가 사망에 대응하는 것을 생각하는 이러한 3가지 조건을 만족하는 경우를 이르는 것으로 일본병원협회는 정의하고 있다.



<그림 1> 말기의료의 함의

것인가에 관해서 본인의 의사에 맡기는 것이 바람직하다고 판단된다. 또한 4번의 경우도 경제적인 지불능력은 있지만 삶에 대한 의지가 명확하지 않다면 본인의 선택에 맡기도록 해야 할 것이다.

한편, 7, 8, 9번의 경우는 지불능력과 관계없이 살고자 하는 의지가 높은 경우로서, 7번은 경제적 지불능력과 함께 삶의 대한 의지도 높기 때문에 문제가 되지 않겠지만, 8번과 9번의 상황에 대해서는 경제적인 이유로 적절한 의료서비스를 받지 못하는 경우가 생기지 않도록 하는 제도적인 장치가 필요하다고 할 수 있다¹⁸⁾. 또한 5번과 6번의 경우에서와 같이 지불능력이나 삶에 대한 의지가 낮거나 애매한 경우에 대해서는 상황에 맞춰 대응하는 것이 바람직하다고 할 수 있다. 가령, 경제적인 문제 때문이라면 제도 내에서 지원하도록 하는 것이 필요하고, 그 이외의 것이 문제라면 본인의 의사에 맡기는 것이 중요하다고 할 수 있다.

18) 실제로 일본에서는 75세 이상 노인들에 대하여 의료비 본인부담 상한액을 매달 약 7만 엔 정도로 상한을 두는 제도를 실시하고 있다.

III. 결 론

본 연구에서는 일본인들의 임종 시의 장소에 대한 선호와 존엄사에 관한 문제, 그리고 말기의 의료비 등에 관한 윤리적, 경제적 문제에 관하여 고찰하였다.

노인인구가 증가함에 따라 말기의 의료비가 윤리적, 경제적인 측면에서 점점 더 중요시되고 있다. 연구결과에서도 보았듯이 사망 직전의 의료비는 이전의 평균 의료비에 비해 상당히 큰 규모이다. 그러나 사망 직전의 의료비 지출은 노인보다 젊은 층에서 더 두드러졌으며¹⁹⁾, 실제로 미국의 경우 Medicare 가입자들을 대상으로 한 연구에서 나이가 많을수록 의료비 지출은 줄어드는 것으로 파악되었고²⁰⁾, 높은 연령보다 사망까지의 긴 시간이 높은 의료비 지출의 원인이 되는 것으로 밝혀졌다²¹⁾.

일본에서의 말기 선언서와 같은 사전지시가 말기의료비를 절감할 수 있다는 연구들이 있지만, 일본의 경우 일반 국민들, 특히 노인들이 사전지시를 잘 알고 있지 못 하고 있고, 환자가 이를 보이더라도 임상상의 책임에 대한 두려움으로 의사들이 이를 주저하는 경우가 많으며, 단지 20%의 의사만이 사전지시에 따르려고 하는 경향이 있다는 것이²²⁾ 일본의 말기의료에 있어서 또 다른 문제가 될 수 있을 것이다.

한편 네덜란드와 같은 나라에서 시행되고 있는 의사의 도움을 받는 안락사나 존엄사 등에 있어서는 비록 그것이 말기의료비 절감에 도움이 된다고 하더라도²³⁾, 윤리적인 측면에서의 고려 및 사회적 합의가 먼저 이루어져야 할 것이다.

지금까지 보았던 것과 같이 의료비 지출에 있어서 사망 직전에 지출하

19) Lubitz et al, 1993, pp. 1092-1096.

20) Levinsky et al, 2001, pp. 1349-1355.

21) Yang et al, 2003, pp. S2-S10.

22) Emanuel, 1996, pp. 1907-1914.

23) Emanuel, 1998, pp. 167-172.

는 말기의료비의 비중이 높는데, 이는 노인들에 의한 의료비 지출이라기 보다는 사망 직전의 막대한 지출에 의한 것으로 젊은 층에서 더욱 심한 것을 알 수 있었다. 또한 노인들의 경우 시설에서의 요양에 따른 비용이 높다는 것을 알 수 있었다²⁴⁾.

따라서 자택에서 임종을 맞을 수 있도록 하는 사전지시를 준비하도록 하면 환자들에게는 자기의사결정에 대한 자율성을 주게 되고, 의사들은 연명치료 거부에 대한 스트레스와 죄의식을 줄일 수 있으며, 국가 전체로는 의료비를 절감할 수 있게 될 것이므로, 이러한 것들이 가능하도록 사회 분위기 조성 및 정책적인 기반구축이 필요하다고 하겠다. 특히 대다수의 일본인들이 여전히 재택에서의 임종을 선호하고 있는바, 이에 대한 정책적인 조치가 시급하다고 할 수 있다. 이는 개인적으로나 사회적으로 뿐만 아니라, 윤리적, 경제적인 측면에서도 바람직하다고 할 수 있으며, 앞으로 더욱 늘어나게 되는 일본의 고령인구에 대한 필수책이기도 하고, 우리가 얻을 수 있는 교훈이기도 하다.

주제어 : 말기의료, 존엄사, 의료비, 일본

24) 현재 우리나라에서 시설에서의 사망비율은 1990년 13.8%에서 1998년 28.5%로, 다시 2003-2005년에는 38.9%로 증가하고 있다는 연구(윤현국 외, 2001; 강석훈 외, 2006)도 있는 바, 이에 따른 준비가 필요하다고 하겠다.

[참 고 문 헌]

1. 국내문헌

강석훈·이하영·김준수·이정권·정화경, “일개 대학병원 가정의학과와 가정형 호스피스 케어 서비스 경험”, 『가정의학회지』, 2006;27.

윤현국·윤영호·오상우·고희정·허봉렬, “한국인의 사망 장소와 관련된 요인”, 『가정의학회지』, 2001;22.

통계청, 『장래인구추계 결과』, 2006.

2. 외국문헌

今野広紀, “生涯医療費の推計－事後的死亡者の死亡前医療費調整による推計”, 『医療経済研究』, 2005;16.

鈴木亘, “終末期医療の患者自己選擇に関する實證分析”, 『医療と社会』, 2004;14(3).

日本学術会議, 『終末期医療のあり方について－亜急性型の終末期について』, 2008.

厚生労働省, 『終末期医療に関する調査等検討会報告書－今後の終末期医療の在り方について』, 2004.

厚生労働省, 『終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン』, 2007.

厚生労働省, 『平成18年度診療報酬改定の概要について』, 2006.

厚生統計協会, 『国民衛生の動向』, 2005.

Emanuel, E. J. “Cost savings at the end of life. What do the data show?”, *Journal of the American Medical Association*, 1996;275(24).

Emanuel, E. J. and Battin, M. P. “What Are the Potential Cost Savings from Legalizing Physician-Assisted Suicide?”, *Journal of the American Medical Association*, 1998;339(3).

Fernandez-Olano, C., Hidalgo, J. D. L.-T., Cerda-Diaz, R., Requena-Gallego, M., Sanchez-Castano, C., and Urbistondo-Cascales, L. “Factors associated with health care utilization by the elderly in a public health care system”, *Health Policy*, 2006;75.

- Hoover, D. R., Crystal, S., Kumar, R., Sambamoorthi, U., and Cantor, J. C. "Medicare expenditures during the last year of life: findings from the 1992-1996 Medicare Current Beneficiary Survey", *Health Services Research*, 2002;37(6).
- Levinsky, N. G., Yu, W., Ash, A., Moskowitz, M., Gazelle, G., Saynina, O., and Emanuel, E. J. "Influence of Age on Medicare Expenditures and Medical Care in the Last Year of Life", *Journal of the American Medical Association*, 2001;286(11).
- Lubitz, J. D. and Riley, G. F. "Trends in Medicare Payments in the Last Year of Life", *New England Journal of Medicine*, 1993;328(15).
- Yang, Z., Norton, E. C., and Stearns, S. C. "Longevity and Health Care Expenditures: The Real Reasons Older People Spend More", *Journal of Gerontology*, 2003;58.

A Study on the End-Of-Life Care and Healthcare Costs in Japan

Eun-Hwan Oh, Ph.D

Assistant Professor Department of Health Management Hyupsung University

=ABSTRACT=

More than 80% of Japanese still want to face death at home, but only 10% of them can have his/her last moments of life at home. On the other hand, the end-of-life care has been a big issue in both ethical and economic aspect because of euthanasia and healthcare costs. It is generally known that the end-of-life care spends much more than the care for nonterminal years. This study approaches the key for the end-of-life care and suggests a desirable solution.

Keywords : End-Of-Life Care, Euthanasia, Healthcare Costs, Japan

[별 첨]

말기의료의 결정과정에 관한 가이드라인* (전문)

1. 말기의료 및 케어의 방향

- ① 의사 등 의료종사자로부터 적절한 정보의 제공과 설명이 이루어지고, 그것에 기초하여 환자가 의료종사자와 상의하여 환자 본인에 의한 결정을 기본으로 한 후에 말기医료를 계속해 나가는 것이 가장 중요한 원칙이다.
- ② 말기의료에 있어서 의료행위의 개시, 미개시, 의료내용의 변경, 의료행위의 중지 등은 다양한 전문직종의 의료종사자로부터 구성된 의료케어팀에 의해 의학적 타당성과 적절성을 기본으로 신중히 판단하여야 한다.
- ③ 의료케어팀에 의해 가능한 한 통증이나 그 외 불쾌한 증상을 충분히 완화시키고, 환자와 가족의 정신적, 사회적 원조를 포함한 종합적인 의료 및 케어를 실시하는 것이 필요하다.
- ④ 생명을 단축시키려는 의도를 가진 적극적 안락사는 이 가이드라인에서는 대상으로 다루지 않는다.

2. 말기의료 및 케어의 방침 결정수속

말기의료 및 케어의 방침 결정은 다음과 같이 한다.

(1) 환자의 의사 확인이 가능한 경우

- ① 전문적인 의학적 검토를 났은 후에 설명과 동의(informed consent)에 기초한 환자의 의사결정을 기본으로 하고, 다양한 전문직종의 의료종사자로부터 구성된 의료케어팀에 의해 이루어진다.
- ② 치료방침을 결정할 때에는 환자와 의료종사자가 충분히 상의하도록 하

* 厚生労働省, 『終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン』, 2007.

고, 환자가 의사결정을 하며, 그 합의된 내용을 문서로 정리해 놓도록 한다.

이 경우에는 시간의 경과, 증상의 변화, 의학적 평가의 변경에 따라서, 또한 환자의 의사가 변하는 것에 유의해서, 그때마다 설명하고 환자의 의사를 재확인할 필요가 있다.

- ③ 이러한 과정에 있어서 환자가 거부하지 않는 한, 결정내용을 가족에게 알리는 것이 바람직하다.

(2) 환자의 의사 확인이 불가능한 경우

환자의 의사 확인이 불가능한 경우에는 다음과 같은 수순에 의해, 의료케어 팀에서 신중한 판단을 내릴 필요가 있다.

- ① 가족이 환자의 의사를 추정할 수 있는 경우에는 그 추정의사를 존중하고, 환자에게 있어서 최선의 치료방침을 취하는 것을 기본으로 한다.
- ② 가족이 환자의 의사를 추정할 수 없는 경우에는 환자에게 있어서 무엇이 최선인가에 관하여 가족과 충분히 상의하고, 환자에게 있어서 최선의 치료방침을 택하는 것을 기본으로 한다.
- ③ 가족이 없는 경우 및 가족이 판단을 의료케어팀에게 위임하는 경우에는 환자에게 있어서 최선의 치료방침을 택하는 것을 기본으로 한다.

(3) 다수의 전문가로 이루어지는 위원회의 설치

위의 (1) 및 (2)의 경우에 있어서 치료방침을 결정할 때에,

- 의료케어팀에서 병태 등에 의한 의료내용의 결정이 곤란한 경우
- 환자와 의료종사자간 상의하는 중에 타당하며 적절한 의료내용에 관하여 합의를 얻어내지 못하는 경우
- 가족 중에서 의견이 정리되지 않는 경우 및 의료종사자와의 상의 중에 타당하며 적절한 의료내용에 관하여 합의를 얻어내지 못하는 경우

등에 관해서는 다수의 전문가로 이루어지는 위원회를 별도로 설치하고 치료방침 등에 관해서 검토 및 조언을 얻는 것이 필요하다.