

노인환자 진료의 윤리적 문제

울산대학교 의과대학 내과학교실

이 영 수

노인환자 진료에서 발생하는 윤리적인 문제들은 근본적으로 다른 전공분야에서 발생하는 문제들과 크게 다를 것이 없으나, 노인진료에서의 윤리적 문제의 특징은 연령에 따르는 편견, 법적 능력(competency), 삶의 질, 그리고 사회적 비용 등이다. 노인진료에서의 윤리적인 문제의 접근방법은 다른 분야의 의료에서와 같다. 근본적인 원칙은 개개인은 나이가 들었다고 하여 공동체로부터 배려와 존경 및 보호 받을 권리가 감소하지 않는다. 이와 같은 일반적인 원칙은 대부분의 선진국에서는 헌법으로 보장되어 있다. 노인환자 진료에서의 윤리의 기본적인 원칙은 연령이나 성별 그리고 어떤 다른 이유에 의하여 차별적으로 적용되지 않는다는 것이다. 윤리적인 원칙이란 절대적인 것은 아니며, 시대의 변화에 따라 문화와 사고방식의 변화처럼 어느 정도 변화하게 된다. 그리고 우리가 답습해오던 윤리적 원칙과 상이한 의견이 있을 경우에는, 현재 이 원칙이 우리에게 적합한지, 그리고 계속적으로 이 원칙을 고수할 수 있는지를 살펴보아야 한다. 이러한 행동이 기존의 윤리원칙에 대치되지 않고 잘 조화할 수 있다면 받아 들여져야 하고 그렇지 않다면 받아 들여서는 안 된다.

역사적으로 의료인의 역할과 업무는 철학적이고 윤리적인 테두리 안에서 발전해 왔다. 이와 같은 원칙들은 의료가 사회에 주는 영향, 그리고 권한과 의무의 범위 등, 정상적인 기준과 의의에 대하여 설명하였다. 환자와 의료인과의 관계에서 발생하는 윤리적인 문제는 지속적인 주제이지만, 의학 지식의 발달로 인한 치료의 발달은 고비용 발생을 초래하였고, 이는 의료를 전달하는 의료인들에게 새로운 형태의 의료윤리를 요구하게 되었다.

지난 십 여년 사이의 의료문헌을 살펴보면 의료업무에서의 윤리적인 측면에 관한 관심과 토론이 상당히 늘어났다. 최근에는 의료전달에서 누구에게 어디까지 얼마의 비용을 들일 것인가에 대한 논쟁과 연구가 지속되고있다. 이와 같은 윤리적인 주제들은 의료전달체계의 규약설정과 국가정책 결정에 매우 중요하고 특히 노인환자의 의료 전달에 있어서 중요하다.

노인에서의 특수한 상황이나 노인환자에게만 국한된 특징은 새로운 의료문제라고 인식된다. 노인에게서 올 수 있는 문제들은, 삶의 질(Quality of life), 동의서(Informed consent), 정신적 무능력(Mental incapacitation), 제한된 의료재원의 분배, 쇠약한 노인의 자율성(Autonomy), 생명연장(Do-Not-Resuscitation: DNR), 심폐 소생 술, 인위적인 수액 및 영양공급 등 다양하다.

환자의 선택권의 존중(자율성에 대한 존중)

윤리에서 말하는 자율성(Autonomy)이란 의료에 대한 결정은 그 결정으로 인하여 직접적으로 생명과 건강에 영향을 받는 환자 자신이 결정하여야 한다. 그리고 이러한 원칙에 입각해서 고지된 동의(Informed consent)가 환자의 치료 시법리적으로 필요하다. 윤리적 및 법적으로 타당한 환자의 치료의 선택권을 주기 위해서는 몇 가지 조건이 있다. 첫째 환자가 치료를 결정하는 과정에서부터 참여하여야 하고, 실제적인 결정시 자의적이라야 하며 강압이나, 기만 그리고 협박등에 의한 강요함이 없어야 한다. 둘째 환자가 의사의 권유에 대하여 동의하기 전에 의사는 직접 혹은 같은 조의 다른 의료인이 환자에게 이해될 수 있는 언어로 진단의 내용과 치료의 목적 그리고 치료로 인하여 발생할 수 있는 합병증, 치료를 하지 않았을 때 어떤 결과가 발생하는지 또한 현재의 의료기관의 의료진의 한계등에 대하여 설명 하여야 한다. 셋째 치료에 대하여 적절하고 법적으로도 타당한 결정을 내릴 수 있기 위해서는 환자가 정신적으로나 정서적으로 합리적으로 결정을 내릴 수 있는 상태이어야 한다. 비록 환자나 결정권을 가진 대리인이 특정한 치료에 대해서 거부할 수는 있다 하더라도, 이 자율성에 대한 원칙은 의학적인 관점에서 필요 없거나 해가 된다는 치료를 강요할 수는 없다.

환자의 치료에 대한 결정능력 및 동의

환자가 치료에 대해 이해하고 결정 할 수 있는 상태에서 각각의 성인 환자는 개인의 의지에 의한 치료선택의 결정권이 있다는 가정은 노인 환자에서는 치매, 중풍, 우울증 등의

생물학적인 변화와 치료를 받고있는 주변의 여건에 의해 스스로 윤리적이고 합법적인 결정을 할 수 없을 경우가 많다. 이러한 결정을 본인이 내릴 수 없는 경우에는 대리인에 의해 동의(Informed consent)가 이루어진다. 노인에서의 판단을 내릴 수 없는 대부분의 경우에는, 법적인 절차를 거쳐서 법원의 명령으로 결정을 내리기보다는 가족이나 친지 등과의 공동 협의에 의하여 윤리적이며 또한 만족스러운 치료를 하게 된다. ‘환자의 법적인 권능(Competency)의 결정 및 법적 보호자 선임’ 등의 과정은 법원의 절차가 필요하므로, 시간이 소비되고 비용이 들며 정서적으로도 소진됨으로 이러한 과정이 필요한 경우는 아주 예외적이다. 환자의 결정능력을 의사가 판단할 경우에 어떤 특별한 규칙이 있는 것은 아니고, 담당의사가 매일 매일의 진료상황에서 환자가 자신의 진료에 대한 독자적 판단을 내릴 수 없을 때 대리인을 의사 결정에 참여 시킨다. 그렇다면 환자의 판단능력을 결정함에 의사는 아래에 열거하는 몇 가지의 기능에 대한 질문사항이 있다.

- ① 환자가 자신이 원하거나 선호하는 것에 대해 전혀 결정이나 표현을 할 수 없는가?
- ② 환자가 원하는 다른 치료에 대한 이유를 말할 수 있는가?
- ③ 이러한 결정이 가능하다는 전제하에 사실에 입각하여 논리적이고 합당한 결정을 할 수 있는가?
- ④ 환자가 가능한 여러 가지 치료 중 하나를 선택을 했을 때 얻을 수 있는 이익과 위험에 대해서 이해하는가?
- ⑤ 그러한 치료의 선택이 실제로 어떤 것을 의미하는지를 이해하는가?

이와 같이 기능에 대한 접근은 모든 것을 다 결정할 수 있는가 없는가 아니라, 어떤 특정의 결정을 할 수 있는가 없는가에 대한 판단이므로, 일부의 결정은 할 수 있는 능력이 있다는 것은 의사결정을 전혀 할 수 없다는 것과는 상이하다. 그리고 환자개인의 이러한 능력도 하루 중에도 시간에 따라서 혹은 주중의 언제 그리고 어디에 있는가, 일시적으로 어떤 질환이 있는가와, 누구와 함께 있는지, 약물에 영향하에 있는가 등 여러 환경에 따라 변할 수 있다.

많은 노인환자 들은 의료진들의 노력에 의하여 동의서를 도움 받아서 쓸 수 있다. 중풍이나 청력장애로 인한 의사전달에 문제가 있는 노인들은 실수로 환자의 의사결정능력이 없다고 잘못 판단될 수 있다. 노인에게선 복잡한 치료에 대한 설명과 이해에 많은 시간이 필요하고 환자가 이러한 내용을 이해하고 판단을 내리는데 소요되는 시간의 속도에 의

하여 판단능력이 좋다 나쁘다 판단하면 안 된다.

환자에게 해가 가서는 안 된다.

의사의 남을 돕는다는 기본적인 윤리적 원칙 중, 첫 번째는 환자를 돕고 또한 그들에게 유익한 치료를 해주는 것이고, 둘째는 환자에게 해가 되는 일은 하지 말아야 하며, 환자 자신이나 타인이 환자에게 해가 되는 일을 못하게 하여야 한다. 이것은 의사가 환자의 이익을 위한다는 가장 기본적인 신뢰의 기반이다. 그러나 실제로 환자를 진료하다 보면 여러 가지 경우가 있을 수 있다.

1. 환자의 자율성과의 배치

자신이 판단과 결정을 내릴 수 있는 노인환자에서 환자는 의사의 권유를 거절할 수 있다. 이와 같은 거부는 서로의 의사전달이 잘되지 않거나 오해 때문일 수도 있고, 종교적인 믿음 때문이거나, 문화적인 배경의 차이 등이 원인일 경우가 있다.

이와 같은 경우 의사는 환자의 의견을 듣고 오해가 있다면 이것을 교정하고, 교육시키며 도움이 되는 치료를 받도록 이해 시켜야 한다. 다른 이유 때문에 치료를 거절한다면 이에 대한 것도 기술되어야 한다. 때에 따라서는 서로 양보하여 시간을 정해놓고 한시적으로만 치료를 실시할 수도 있다. 어떤 경우에는 의사의 생각과 다른 생각을 갖은 환자에서는 나름대로의 본인의 가치관과 취사선택권을 인정함으로써 간단히 해결 될 수 있다.

2. 후견인(보호자) 제도

환자 자신이 판단력에 문제가 있어 대리로 결정이 이루어져야 할 경우 이 대리결정인은 환자에게 불리하거나 해를 줄 수 있는 의학적 결정으로부터 보호하여야 할 의무가 있다. 의사는 환자가 판단에 문제가 있을 경우 법적인 절차 없이 가족이나 친지와 상의해서 결정을 내린다. 그러나 환자가족간에 상이한 판단이 내려질 때에는 합법적인 절차를 밟아 대리결정을 하게 된다. 법률적으로 후견인 제도란 모든 결정의 권한 혹은 어떤 특정한 결정에만 권한이 있을 수도 있다. 그러므로 법적으로 판단력의 회복이 가능할 경우에는 일시적으로만 후견인을 지정 할 수 있다.

생명연장의 의료

최근에 의학기술의 발달은 위독한 환자에게 유익한 새로운 기회를 줄 수 있게 됐고, 그와 동시에 이러한 생명연장의

치료를 언제까지 계속 할 것이냐는 복잡한 법적 윤리적 상황을 만들었다.

1. 무익한 치료

의사가 환자에게 도움이나 소용없는 치료를 해야 할 윤리적이고 법적인 의무는 없다. 더욱이 그러한 치료는 하지 않아야 한다, 그와 동시에 어떤 환자에게 어떤 치료가 유용한가 아닌가를 판단하는 기준이 무엇인가 등의 아주 어려운 의학적 윤리적 그리고 법적 논의가 발생하게 된다.

치료의 생리학상의 무용이란 어떤 치료가 질병의 진행억제에 도움이 되지않을 경우, 질량적인 무용이란 치료가 환자에 도움이 될 가능성이 희박 할 경우를 말 한다, 예를 들면 생명연장 치료가 환자의 삶의 질을 저하시키는 경우 등을 말 한다. 어느 시점에 누가 이것에 대한 치료중지결정을 내릴 것인가? 환자 자신이 이러한 상황에 처하여 있을 때 자율적으로 치료에 대한 결정을 내릴 수 있다면 문제는 그렇게 복잡하지 않다. 그러나 이러한 결정을 내려야 할 경우 환자자신은 의식의 손실 혹은 다른 원인으로 인하여 결정을 할만한 능력이 없을 경우에 문제가 된다. 환자에게 어떤 치료가 유용한가 아닌가의 판단의 기준이 무엇인가 등의 아주 어려운 논의가 필요하다.

2. 법적 대리인 및 생명유언

의학적으로 어떤 특정한 상황이 발생할 경우, 특히 본인이 의사를 표현 못할 상황이 되는 경우를 대비하여, 환자 본인이 치료상의 원하는 치료방향을 미리 지시하는 제도이다. 이러한 내용을 서류화하여 위임장을 만들 수도 있고, 구두로 의사나 가족 혹은 친지에게 이야기 할 수도 있다, 구두의 경우에는 의사는 의무기록지에 이러한 사실을 기록해두는 것이 원칙이다. 미국의 예를 들면 생존의 유언(Living Will)이라 하여 환자 자신이 의사 결정능력이 있을 때 의사에게 자신에게 앞으로 발생 할 수 있는 생명유지 치료의 시작 및 계속의 여부 그리고 상황에 따라서는 시작하지 않거나 치료를 중단 할 수 있는 권한을 부여할 수 있는 법적제도가 있다. 이러한 권한을 가진 의사는 환자의 의견을 존중하여 이에 따랐을 때에는 법적인 소송에서 면책된다. 환자의 요구가 의사 본인의 의료철학이나 양식에 위배되어서 이를 따라할 수 없을 경우에는 즉시 환자를 다른 의사에게 전임하여야 한다. 그러나 이러한 법에는 여러 가지의 전제조건들이 있는데, 예를 들면 환자가 말기환자여야 하거나, 식물 인간이던가 하여야 하며, 일부의 경우에는서는 수분이나 음식물의

공급은 제외한 경우도 있다.

3. 대리인의 선정

위에서 이야기한 법적대리인이나 생명에 대한 유언이 없는 경우 대개 가족이나 친척에게 결정권을 부여한다, 그러나 이러한 대리인인 가족이나 친척이 환자의 이익을 위하여 대리하지 못하였을 때 의료기관의 윤리위원회나 자문위원회 등에 의하여 대리역할을 하여야 한다.

이러한 역할을 할 사람이나 기관이 없을 때는 의사의 의료 팀이 환자의 가족의 기능을 취하여야 한다.

특수한 임상적인 결정

1. 실행금지("Do Not" order)

말기 환자에 대하여 '특정한 치료를 하지 말라'는 주치의가 다른 의료인에게 내리는 명령이다. 이와 같은 처치명령은 특히 병원 내에서 DNR(Do Not Resuscitate; 심폐소생술 금지) 이라는 의사의 지시로서 어떤 특정한 임종 말기환자에 있어서 어떠한 생명연장의 시술을 하더라도 환자의 예후가 아주 나쁘고 환자에게 이익을 주기보다는 해를 주거나, 고통의 연장만을 초래 할 경우, 의사는 환자의 후견인이나 가족과 상의 후, 환자의 호흡이나 심장이 멎었을 때 더 이상의 치료를 하지 말라는 지시를 의사가 동료 의사에게 실행금지 명령을 내리는 것이다. 그리고 심폐소생술 말고도 다른 특정한 치료(예: 항생제사용금지 등)에 대하여도 같은 원칙과 기준에 따라 실행금지 명령을 내릴 수 있다. 임종 말기에 있는 환자로서 본인 스스로가 결정을 내릴 수 있는 환자는 이러한 특수한 실행금지명령을 이러한 상황이 발생하기 전에 의사와 상의하여서 본인이 의사를 미리 의사에게 알릴 수 있다. 그러므로 의사는 치료의 방향에 대하여 본인이 의사를 결정할 능력이 있는 환자와 함께 앞으로 발생 할 수 있는 상황에서 어떠한 치료를 환자가 원하는지에 대하여 진지하게 상의할 수 있다. 이러한 과정을 통하여 어떤 결정이 정해지면 이러한 사실을 의무기록에 남기고 또한 가족에게도 설명 하여야 한다. 그러나 이러한 실행금지의 처방은 환자의 상태의 변화나 상황에 따라서 변할 수 있다. 자신의 뜻을 전하거나 결정 할 능력이 없는 환자가 이러한 처지에 있다면 의사는 환자에게 어떤 것이 도움이 되는지, 아니면 어떤 치료가 고통과 부담만을 증가 시키는 지에 대하여 잘 저울질하여 결정 하여야 하며 또한 가족과도 상의하여야 한다.

2. 치료중지(Withdraw Treatment)

생명유지의 장치나 치료를 도중에 제거하는 일은 가족이나 주변 사람들에게 강한 감정적 반응을 가져 올 수 있지만, 처음부터 치료를 시작하지 않겠다는 결정을 내려서 치료를 시작하지 않는 것과 윤리적이거나 법적으로 크게 다를 바가 없다. 일단 치료를 시작했다 하여 치료를 중단 할 수 없다는 것은 결코 아니다. 의사는 어떤 치료를 한시적으로 시도하다가 이것이 도움이 안 된다면 중단 할 수 있다는 전제하에 가족의 동의를 얻어 어떤 치료를 시작해 볼 수 있다. 생명유지의 치료는 하지않는다 하더라도 환자의 고통을 덜어주는, 통증감소나 평안을 위한 필요한 대증요법의 치료는 계속 하여야 한다.

3. 인공급식

계속적으로 입으로 음식을 섭취 할 수 없는 환자에게 인공으로 영양소나 수분을 공급하는 것에 대해 미국에서는 윤리적, 법적인 측면에서 논란이 많았다. 일부에서는 인공급식은 단순한 일반적인 행위이지 치료가 아니다, 다른 한편에서는 인공호흡이나 심폐소생술이나 항생제투여와 마찬가지로 하나의 치료라고 맞서는 주장을 하였으나, 현재 대다수의 의견은 인공급식도 하나의 치료이므로 인공급식을 시작 할 것인가 아니면 도중에라도 급식을 중단 할 것인가에 대한결정은 위에서 언급한 치료중단과 마찬가지로의 원칙과 과정을 따르면 윤리적이거나 법적인 문제가 없으리라 생각된다. 대부분의 연구나 학자들의 의견은 의식이 없는 임종말기의 환자에서 영양소를 줄이거나 수분공급을 끊는 경우 일반인이 공복 시에 느끼는 공복통증이 없으므로 환자에게 기본적으로 안락하게 해주어야 한다는 기본적인 원칙에 위배되지 않는다고 주장 한다.

4. 적극적인 안락사

환자가 원하지 않거나 환자에게 도움이 안 되는 생명연장의 치료를 하지 않으므로 자연적인 사망에 이르게 하는 것과는 달리, 능동적으로 사망에 이르게 치명적인 약물 주사를 주입 한다든지 하는 능동적인 안락사를 의미한다. 이와 같은 적극적인 안락사는 세계적으로 네덜란드 등 아주 일부 국가를 제외하고는 범죄행위로 정의하여 법적으로 허용되지 않는다. 또한 윤리적으로도 대부분의 국가에서 대다수의 사람들이 옳지 않다고 판단한다. 이러한 안락사를 찬성하는 일부에서는 이유로서 일부환자는 임종에 임박하여

견딜 수 없는 무서운 고통을 받으며 죽어가기 때문이라고 주장한다. 그러나 대다수의 전문가들은 이러한 문제의 해결책은 안락사가 아니라 적극적인 증상에 대한 치료를 하는 것이다. 이러한 치료에는 비록 부작용이 올 수 있다 하더라도 다량의 진정제나 진통제를 투여 함으로서 증상을 완화시키는 것이 중요하고, 부작용에 의하여 생리적인 기능의 저하로 죽음을 초래한다 하여도 본래의 의도가 환자의 고통의 경감을 위해서 였다면 법적이거나 윤리적인 면에서 문제가 되지 않는다.

5. 자살 동조(Assisted Suicide)

서구에서는 최근에 본인이 의사결정을 할 수 있는 말기 환자에서 의사의 도움으로 자살을 할 수 있게 하는 것에 대해 논란이 일고있다. 현재 자살동조를 법으로 인정하는 나라는 미국의 오리곤 주는 1997년부터 그리고 스위스는 1941년, 벨기에와 네덜란드 2002년부터, 여러 가지의 상황이 조건에 맞을 경우 말기환자의 자살동조를 법으로 인정하고 있다. 자살 동조란 의사가 자살목적으로 쓰여질 것을 알면서 환자가 원하는 만큼의 치명적인 약물을 환자에게 공급해 주는 것이다. 그러나 현재로는 대부분의 윤리적 견해는 이러한 제도가 남용될 수 있고 증상치료를 위한 노력이 과소평가 될 수 있으므로 이에 대해 반대하고 있다. 이에 찬성하는 편에서도 이제도가 부적절하게 사용될 수 있어 이에 대한 안전장치를 제도적으로 두어야 한다고 주장 한다. 오레곤주 자살 동조 법 에는 남은 생명이6개월 이하이며 본인이 의사결정을 할 수 있으며 환자가 서면으로 한번 그리고 구두로 두 번의 요구가 15일 이내에 있어야 하며, 두 명의 의사가 환자의 예후와 환자의 의사결정 능력에 대한 확인이 있어야 한다고 명시되어 있다.

6. 의료진이 치료중지에 대해 반대하는 경우

의사, 간호사, 간호보조사 등의 의료진이나 혹은 의료기관이 종교적이거나 철학적인 이유로 환자나 가족 혹은 대리인이 결정한 불필요한 치료를 계속 받지않겠다는 법적이고 윤리적으로 하자가 없는 결정상황을 이해할 수 없을 경우가 있을 수 있다. 이러한 상황, 다시 말하면 환자의 자유의지와 의료진 혹은 의료기관 간에 의견이 상충되는 경우가 발생하기 전에 의료진은 미리 환자나 가족에게 이러한 가능성을 알리고 필요하다면 의료진을 교체하거나 의료기관을 바꿈으로 이러한 문제를 해결할 수 있다.

환자의 비밀보장(Confidentiality)

의료인은 일상적으로 환자들의 개인적이고 사적인 아주 은밀한 내용을 알게 된다. 그러므로 의료인은 자신이 가진 환자의 비밀을 지켜주어야 할 의무가 있다. 그리고 이러한 의무는 민사 및 형사상의 법적으로도 명시되어 있다. 그리고 이러한 비밀보장의 원칙에서 예외적인 경우가 드물게 있다. 첫째로 의료보험사, 의료의 적정성 평가위원, 그리고 공공의 독립기관, 둘째로 환자의 비밀을 보장함으로써 무고한 제삼자에게 피해를 줄 수 있는 경우(예: 정신이나 의식에 장애가 있는 노인이 운전면허를 유자하며 계속 운전을 하는 경우.) 셋째로 법에 의하여 보건기관에 보고 하여야 하는 질병이나 상황일 경우(예: 노인학대 및 경시, 일부 전염병) 등이 의심될 때. 넷째로 법원의 명령에 의하여 의무기록이나 상황을 제출하여야 하는 경우 등이 있다. 최근에 들어서는 노인환자의 치료란 환자와 의사만의 접촉으로만 이루어지는 것이 아니라 의료진에 의하여 이루어짐으로 환자는 묵시적으로 자신의 정보가 의료 팀에 알려지는 것을 인정한다. 그러므로 환자 치료를 위하여 의료 팀의 일원이 알아야 할 필수적 내용이 있으므로, 이러한 치료 팀의 일원이라면 의사와 마찬가지로 윤리적이고 법적인 환자의 비밀보장의 의무가 주어진다.

진실의 전달(Truth Telling)

어떤 의료적인 치료를 계획 할 때에는 이러한 치료를 결정하게 된 정확하고 올바른 정보를 환자나 환자의 가족이나 대리인에게 제공하여야 하는 것이 윤리적으로나 법적으로 타당하다. 예를 들면 알츠하이머성 치매가 있는 환자에게 의사가 이러한 내용을 환자에게 알려주지 말아야 한다는 견해도 있으나(이유는 이러한 진단을 환자에게 알림으로 환자에 해가 된다 그리고 또한 질병의 초기에는 확진도 어렵고 진단이 내려진다 하여도 마땅한 치료도 없으므로 알리지 않는 것을 합리화 한다) 그러나 의사의 허심탄회함이 환자의 존엄성에 대한 존중이며 또한 의사의 충실성과 정직성의 유지하는 것이 의사의 의무이다. 환자나 가족은 진단이 아주 나쁜 내용일 지라도 그러한 상황을 잘 견뎌내고 또한 환자 측에서도 정확하고 진실된 의견과 정보를 대부분이 원하고 있다. 만일 그렇지 못할 경우에는 환자 자신이 치료에 대한 결정이나 혹은 비의료적인 일을 처리하는데 기회를 잃어버리는 경우가 발생 할 수 있어 법적으로도 문제가 될 수 있다.

1. 의료과오(Malpractice)

노인을 치료하는 의사는 다른 의사보다 환자를 치료할 때 태만함이나 주의를 다해야 하는 의무를 못해서 발생하는 의료분쟁에 의한 법적인 문제가 많을 것이라고 일반적으로 생각되나 실제로는 그렇지 않다. 의료사고나 분쟁 등의 법적인 이유로 환자 치료 시 너무 신중하다 못해 조심스럽다면 환자 치료가 비효율적일 수 있다. 그러나 의사로서의 결정이나 행동은 윤리적 기준에 의하여 행하여져야 한다.

2. 연구(Research)

최근에는 노인을 생물의학적이거나 행동학적 연구 대상으로 연구에 참여 시키는데 관심이 많다. 특히 연구의 주제가 정신적 장애에 대한 것 이거나 대상이 의식이나 감정에 장애가 있는 노인이 대상일 경우에는 법적이고 윤리적인 면에 대한 검토가 필요하다. 이러한 연구의 대상이 될 경우에는 법적이고 윤리적으로 대상환자는 자율성과 환자의 안전과 안녕이 보장되어야 한다. 특히 노인은 쉽게 악용될 수 있으므로 노인을 이용하거나 강요해서는 안 된다. 노인을 대상으로 하는 실험은 대상이 되는 것에 대한 동의를 얻는데 문제가 될 수 있고, 이러한 노인은 노인의 이익을 대변할 수 있는 대리인으로부터 동의를 얻는 경우도 있다.

3. 이해관계의 대립(Conflict of Interest)

세태와 환경의 빠른 변화에 따라 의료전달 체계도 바뀌었고 의료재정의 분배와 전달체계의 변화에 따라 의료기관과 의료인들의 이해관계가 상충되는 경우가 많아졌다. 환자의 치료에서 어떤 치료가 가장 환자에게 적절한가 보다는 제삼자의(의료보험기관) 가격조정이나 의사가 투자한 의료기관의 이익이 우선이 되어 치료의 방향이 결정되어서는 안 된다. 의사의 공정성과 환자에 대한 의무는 막중하고, 의사는 소득 보다는 환자의 자율성과 이익을 더욱 중요시 하는 것이 의사의 의무이다.

4. 재원의 분배(Allocation of Resources)

사회적 또는 분배의 원칙은 가용한 제한된 재원을 공평하게 분배하는 것이다. 이와 같은 묵시적인 규범하에 의료보험제도가 적용되고 있다. 일부의 국가에서는 나이를 기준으로 이러한 재원의 이용을 제한하는 경우가 있는데 이러한 예는 의료윤리의 기본적인 요인들을 무시함으로써 많은 법적인 항소를 당하고 있다. 노인을 진료하는 의사로서 이러한

문제가 앞으로 토의될 경우를 대비하여 이에 대한 연구와 나이를 기준으로 하는 의료비의 배분에 대한 반대입장을 분명히 하여야 한다.

REFERENCES

- 1) 의학개론3-건강과 질병, 의학윤리, 서울대학교 출판부 pp258
- 2) A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine, Albert R. Jonsen, et al / McGraw Hill Text / October 1997
- 3) Euthanasia Examined: Ethical, Clinical and Legal Perspectives, John Keown(Editor), Daniel Callahan / Cambridge Univ Pr (Short) / June 1997
- 4) Basic Issues in Medical Ethics, Ronald Munson, Christopher A. Hoffman / Wadsworth Pub Co / August 1995
- 5) Ethical Dimensions in the Health Professions, Ruth Purtilo / W B Saunders Co / December 1998
- 6) Principles of Geriatric Medicine and Gerontology, 4th Edition, William R. Hazzard John P. Blass (Editor) Walter H. Ettinger
- 7) Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology, 5th Edition, Raymond C. Tallis (Editor), S. H. Fillit (Editor), T. J. Brocklehurst (Editor) Churchill Livingstone, Inc. / April 1998
- 8) Geriatrics Review Syllabus (A core curriculum in geriatric medicine), Third Edition David B. Reuben, Thomas T. Yoshikawa, Richard W. Besdine, AGS New York, NY Kendall/Hunt Publishing Company 1997
- 9) Clinical Ethics, Clinics in Geriatric Medicine Volume 10, Number 3. August 1994