

End of life care in Korea

- Current status in adults -

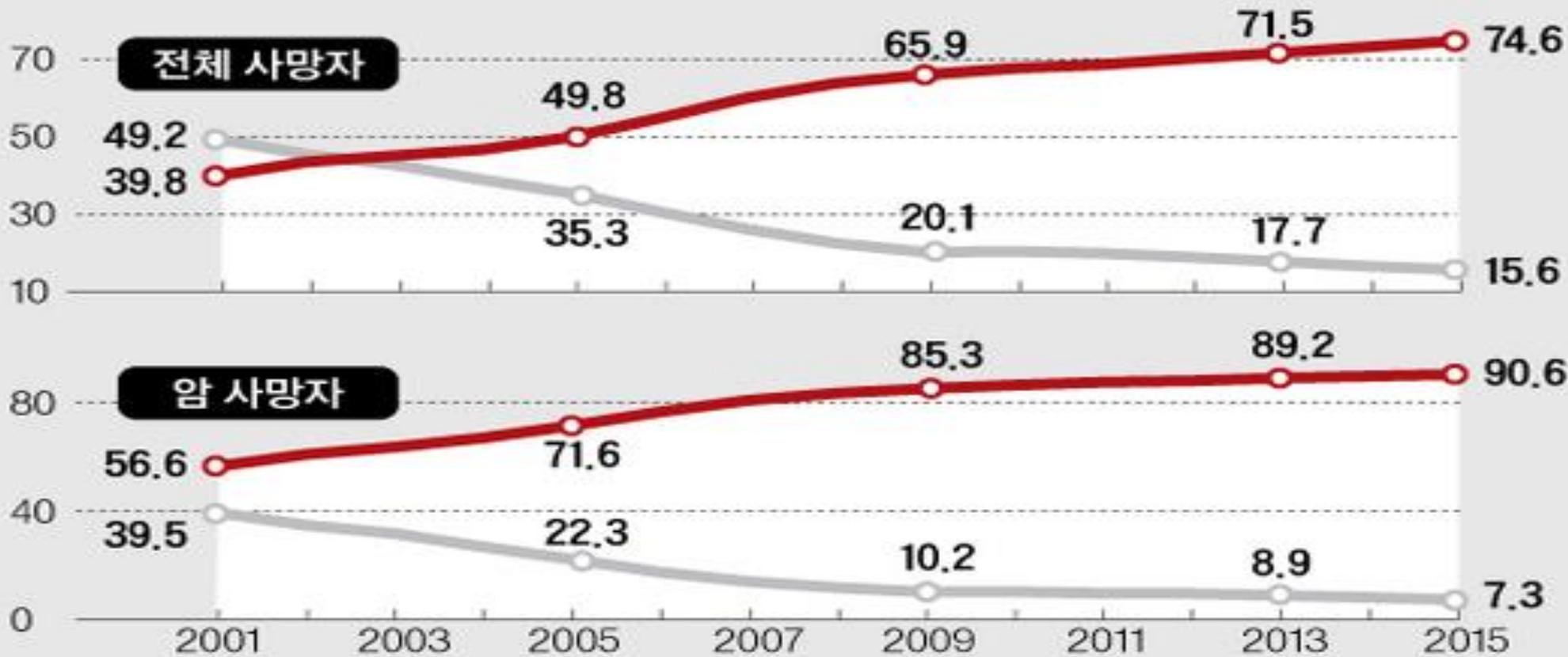
Dae Seog Heo, M.D.

Department of Internal Medicine

Seoul National University Hospital

병원 사망 매년 증가 단위:%

—○— 의료기관 —○— 가정



자료: 국립암센터

중앙일보 2017.5.25.

주요국 사망자의 병원에서 죽음을 맞는 비율 단위: %



자료= 각국 보건통계

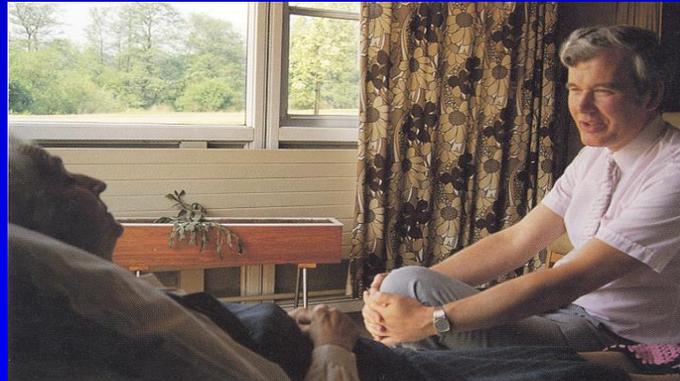
회생 가능성이 없는 환자



의료집착
연명의료



안락사
(의사조력자살)



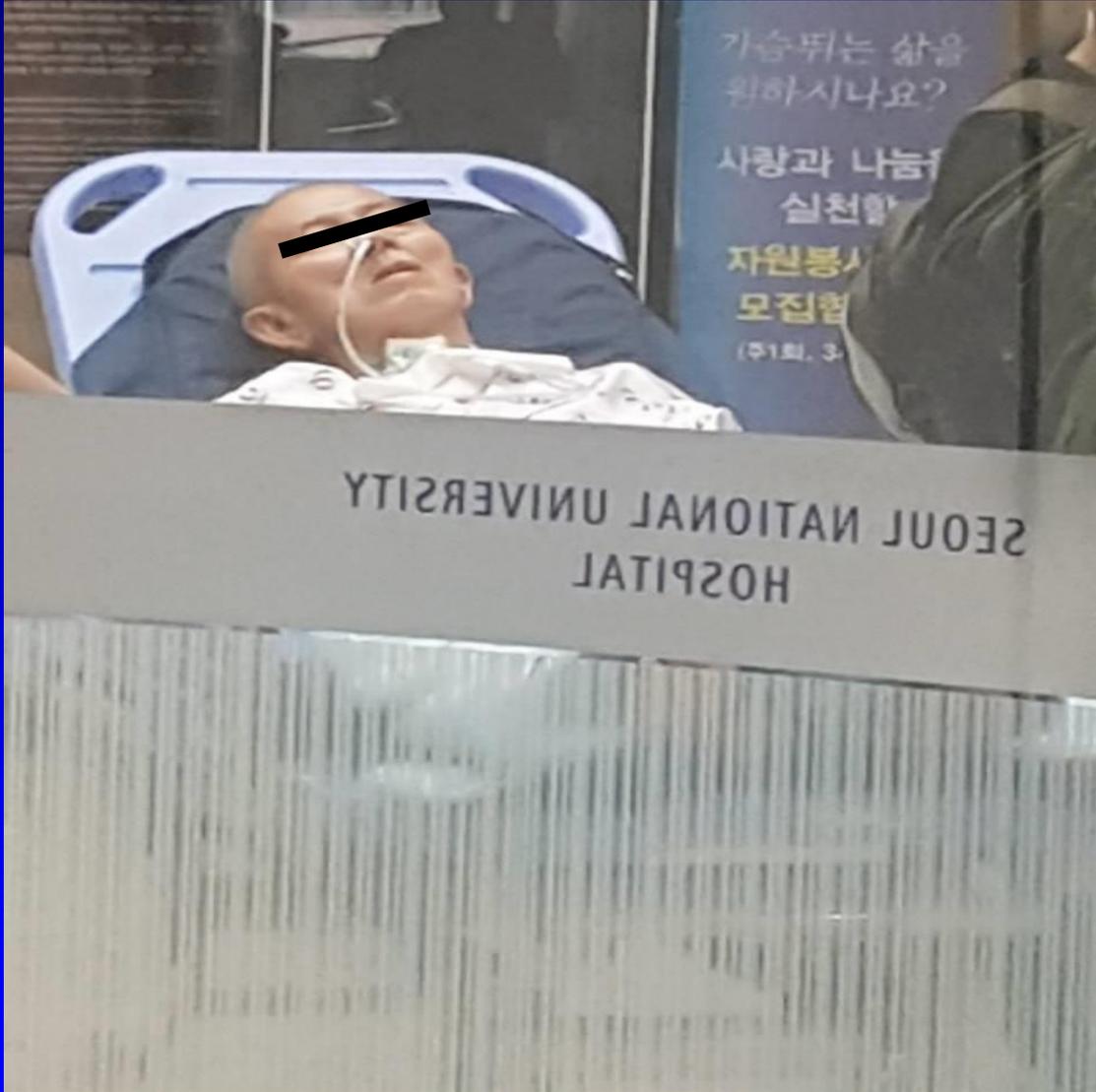
품위있는 죽음

의료 = 선행

의료행위 포기 = 악행

죽음 = 실패 vs. 자연현상?

- 1) 어딘가 더 나은 의료진/병원이 있을 것이다
- 2) '신약'이 살릴 수 있다.

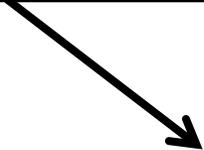
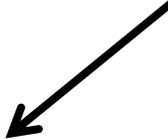
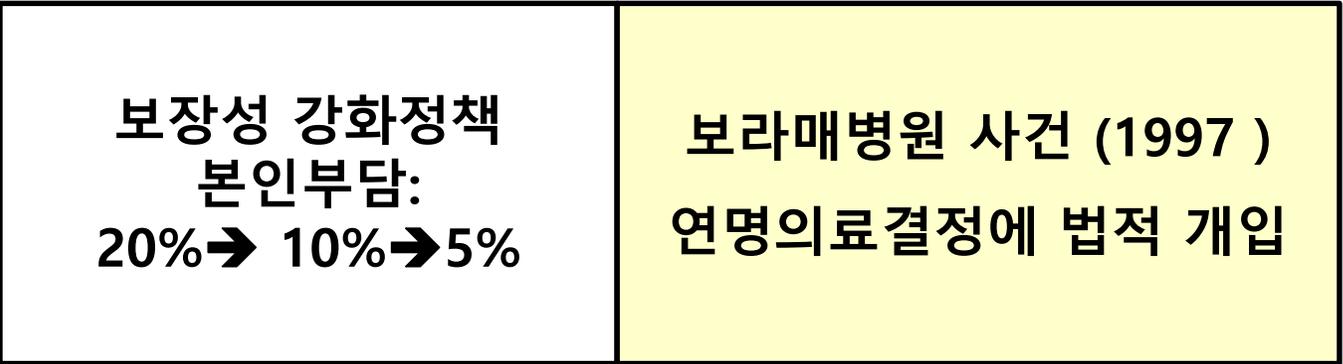




생명연장 (기술중심)

돌봄





환자-보호자



의료집착



호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관



한 법률

[시행 2017.8.4.] [법률 제14013호, 2016.2.3., 제정]

보건복지부 (생명윤리정책과) 044 - 202 - 2942

제1장 총칙

제1조(목적) 이 법은 호스피스·완화의료와 임종과정에 있는 환자의 연명의료와 연명의료중단등결정 및 그 이행에 필요한 사항을 규정함으로써 환자의 최선의 이익을 보장하고 자기결정을 존중하여 인간으로서의 존엄과 가치를 보호하는 것을 목적으로 한다.

연명의료결정법

찬성 202명/203명 (1명 기권)

회생가능성이 없는 환자

의료집착



연명의료 '중단'

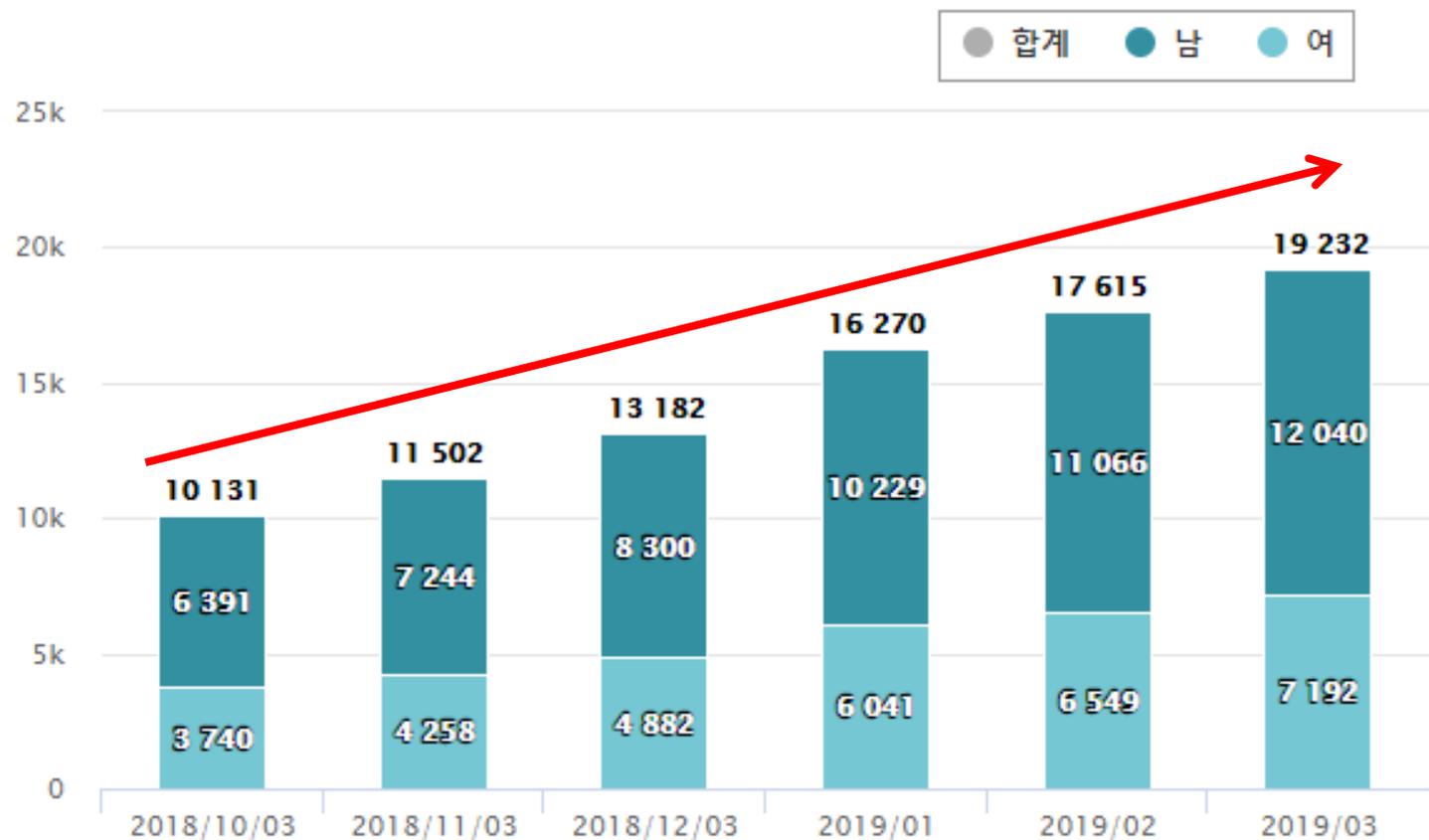
연명의료 '유보'



호스피스-완화의료

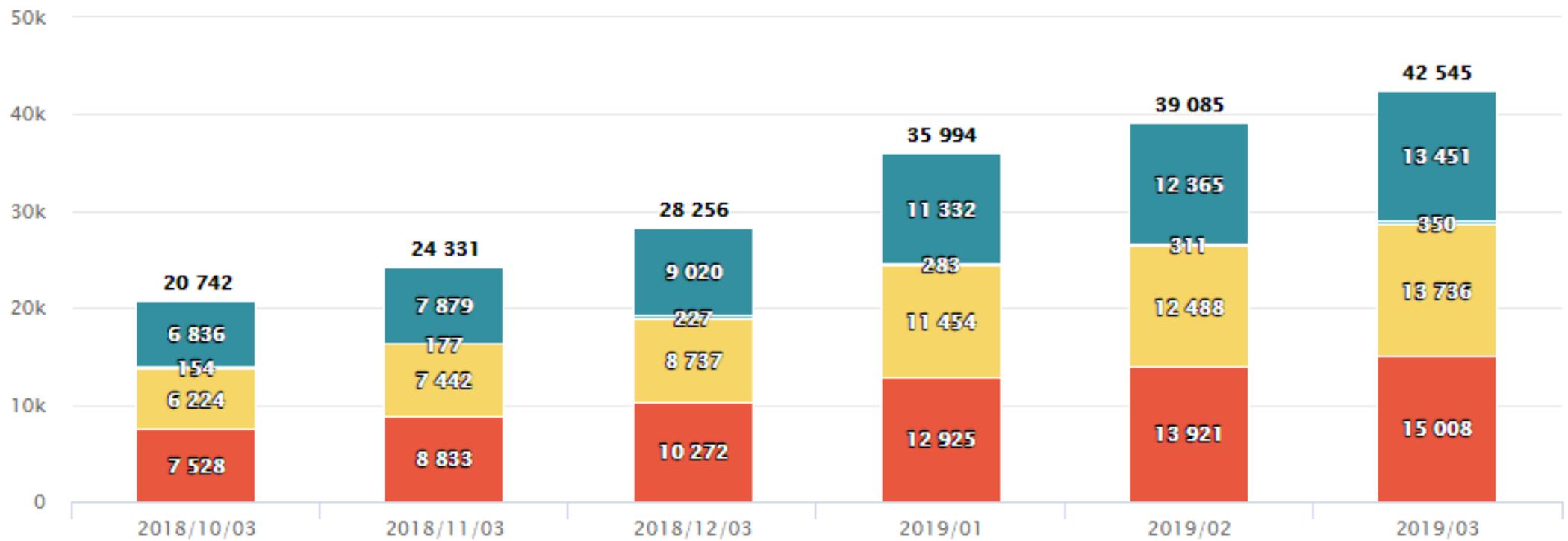
연명의료계획서 등록자 +

19,232 명



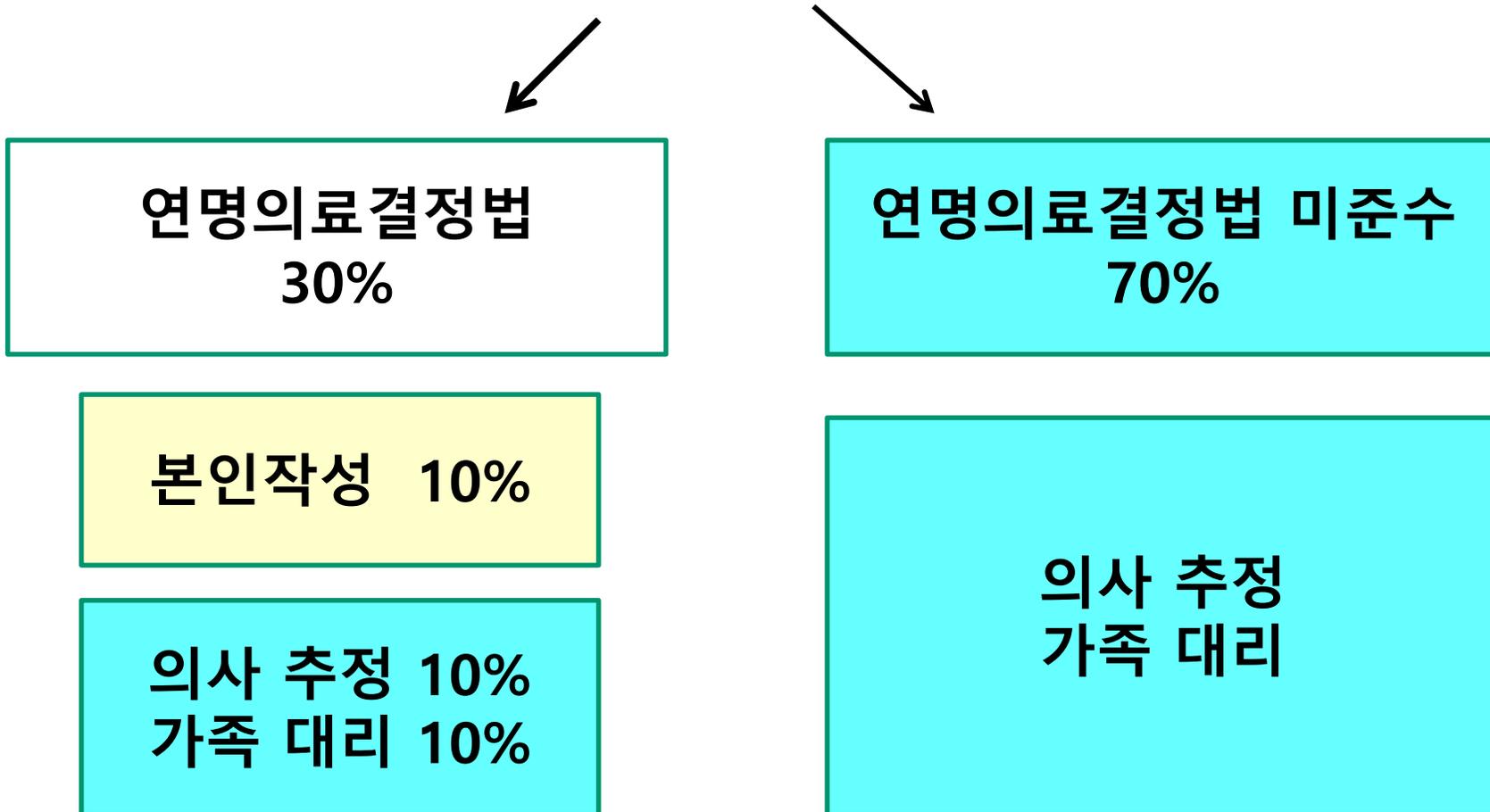
사망자중 작성자 (6개월기준)		이행서 (6개월간 사망자)	사전연명의료 의향서 (14개월 누적)
연명의료계획서	사전연명의료 의향서		
13,451	350	42,545	160,551
9.4%	0.2%	29.8%	160,551 / 700만 (>65세) =2.3%

● 연명의료계획서 ● 사전연명의료의향서 ● 환자가족 2인 이상 진술 ● 환자가족 전원 합의



285,534명 사망

(통계청: 2017년)



본인작성
(10%)

연명의료계획서

사전연명의료
의향서

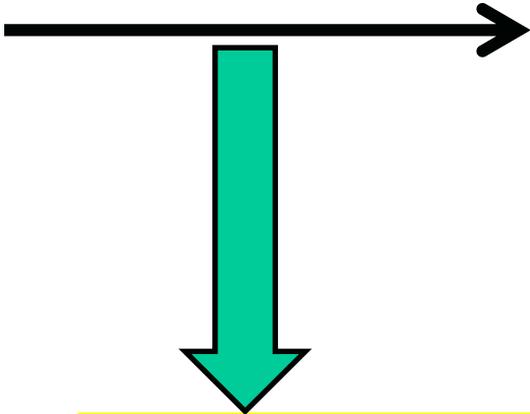
가족에 의한 추정/ 대리결정
(90%)

법정서식 11호 (추정)

법정서식 12호 (대리)

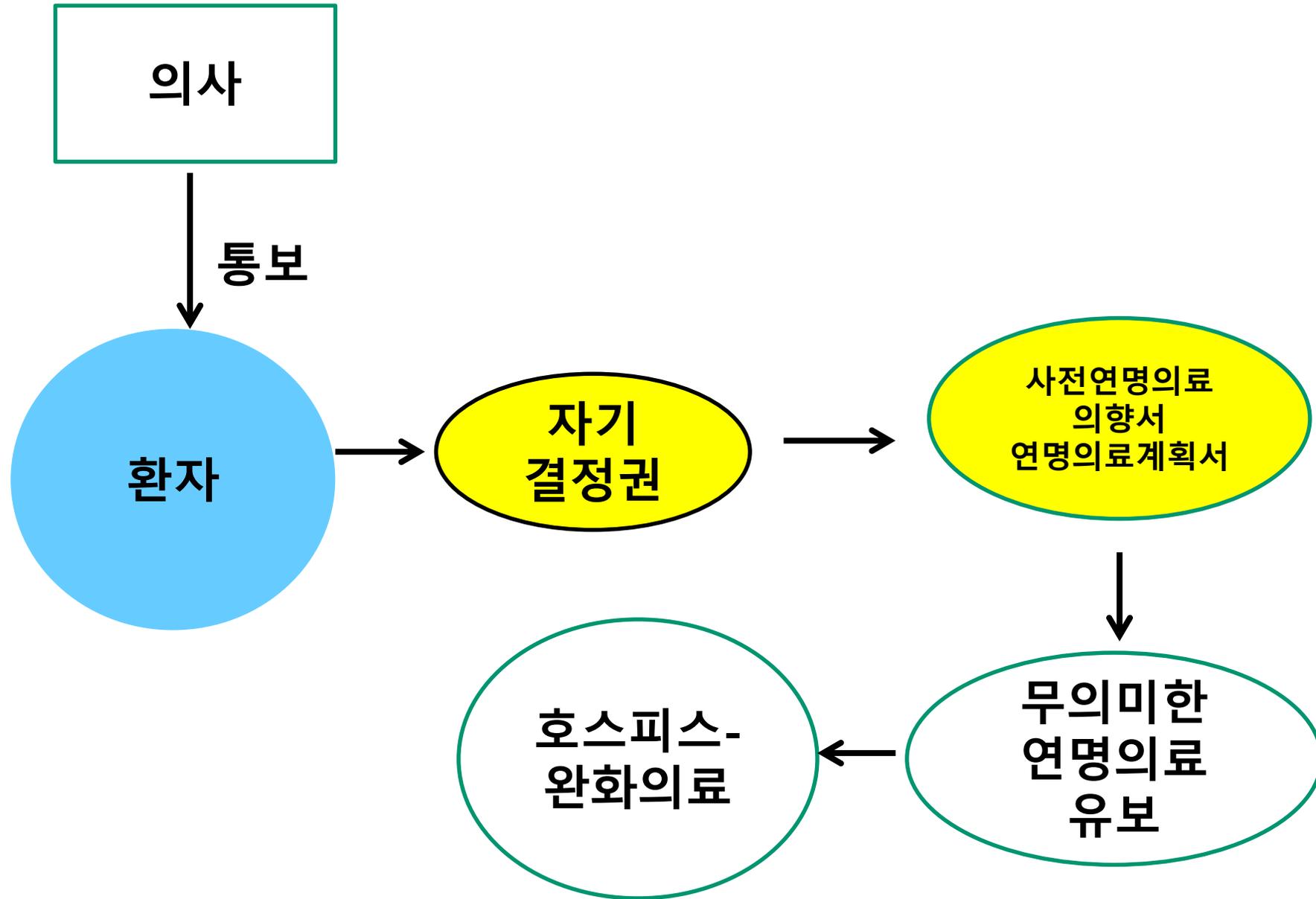
DNR

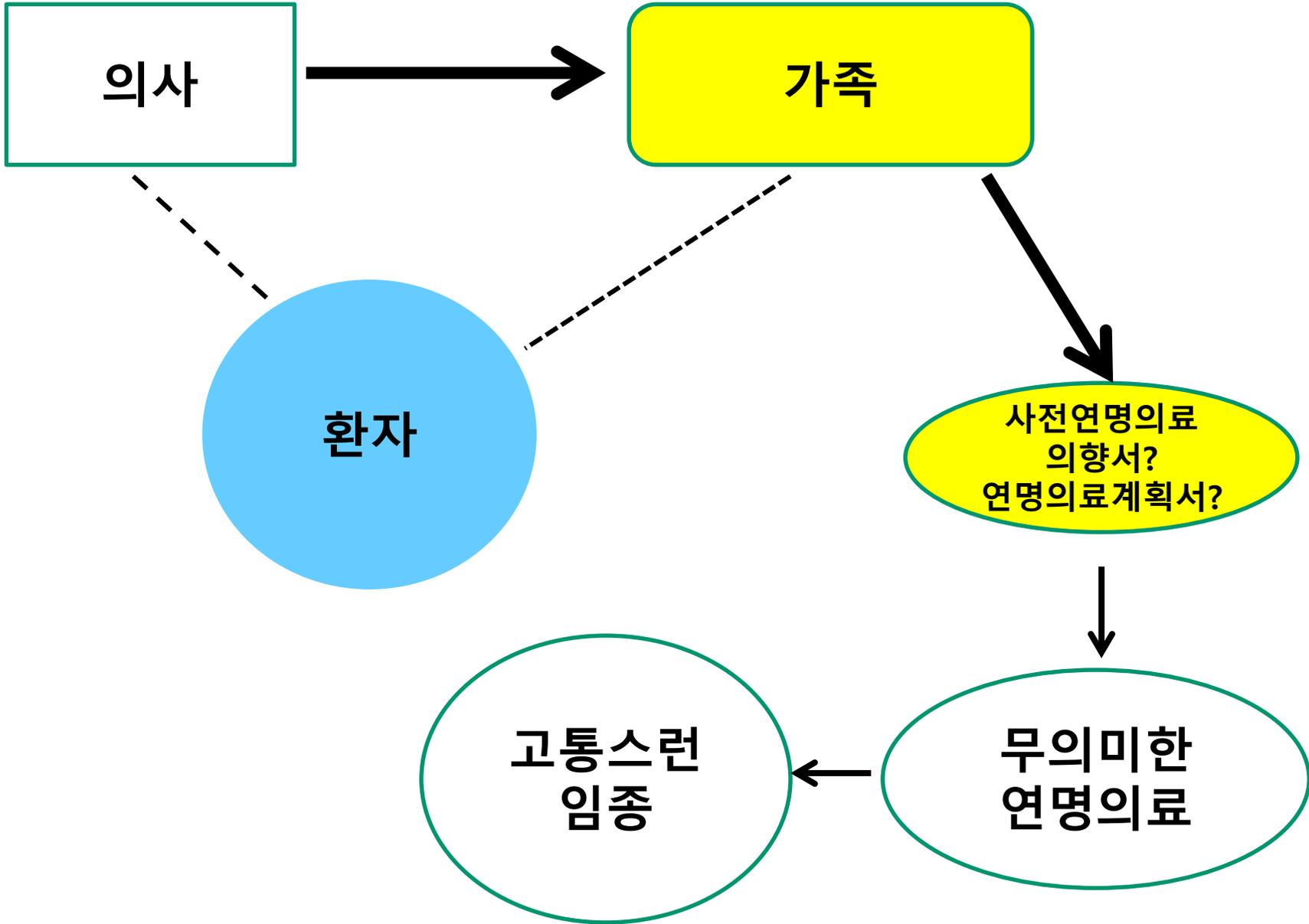
무의미한
연명의료
반대
> 90%



본인작성
10%

1. 환자/가족
2. 의료진
3. 서식/ 전산화





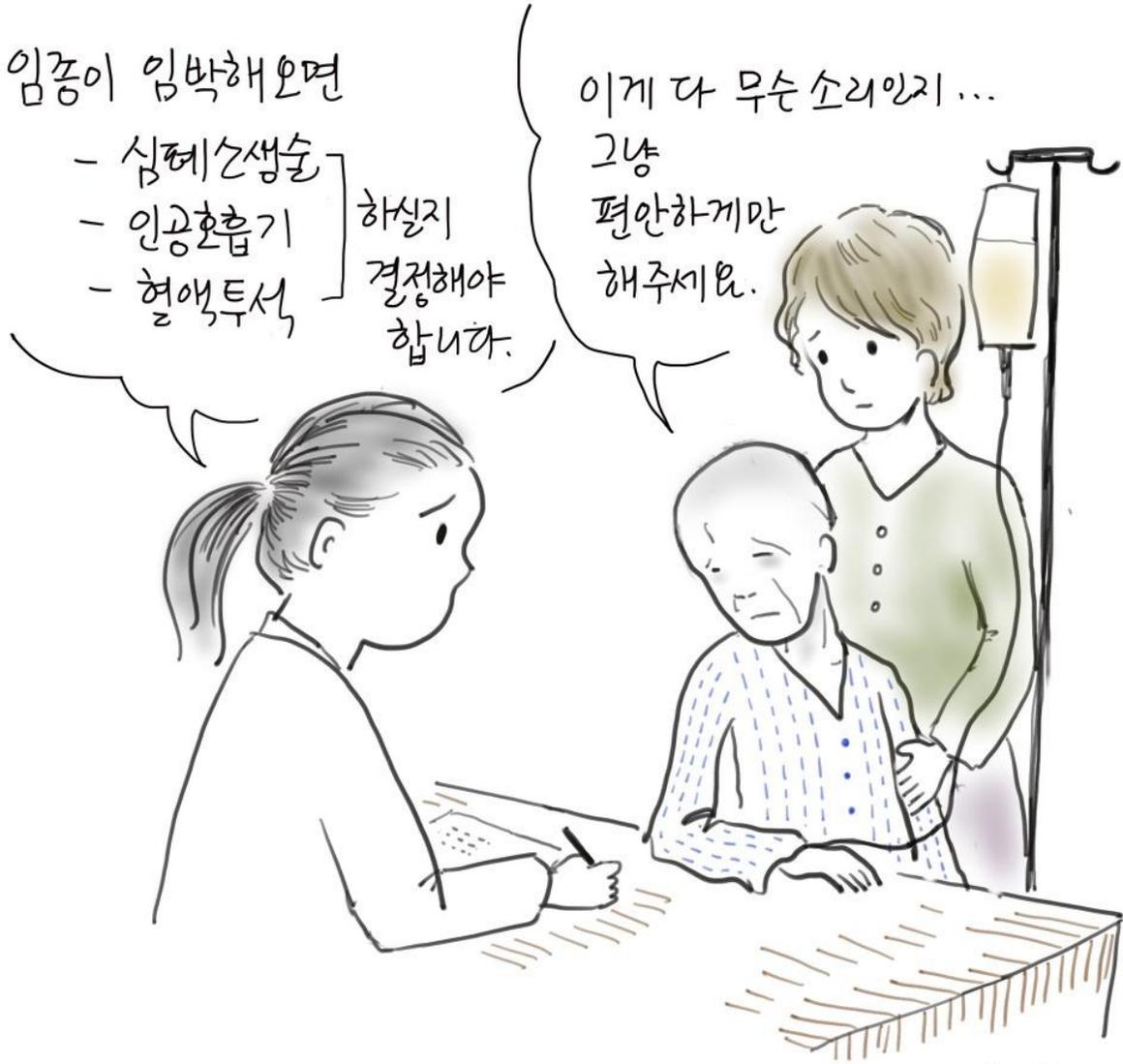
임종이 임박해오면

- 심폐소생술
- 인공호흡기
- 혈액투석

하실지
결정해야
합니다.

이게 다 무슨 소리인지...

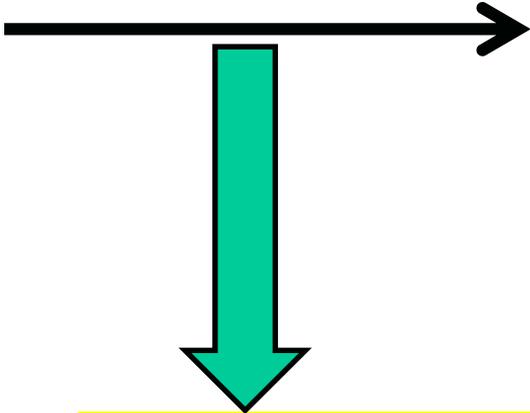
그냥
편안하게만
해주세요.



ONCOAZIM

그림: 김선영 (서울아산병원)

무의미한
연명의료
반대
> 90%



본인작성
10%

1. 환자/가족
2. 의료진
3. 서식/전산화

1. "임종과정"이란 회생의 가능성이 없고, 치료에도 불구하고 회복되지 아니하며, 급속도로 증상이 악화되어 사망에 임박한 상태를 말한다.
2. "임종과정에 있는 환자"란 제16조에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 임종과정에 있다는 의학적 판단을 받은 자를 말한다.
3. "말기환자(末期患者)"란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 질환에 대하여 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

가. 암

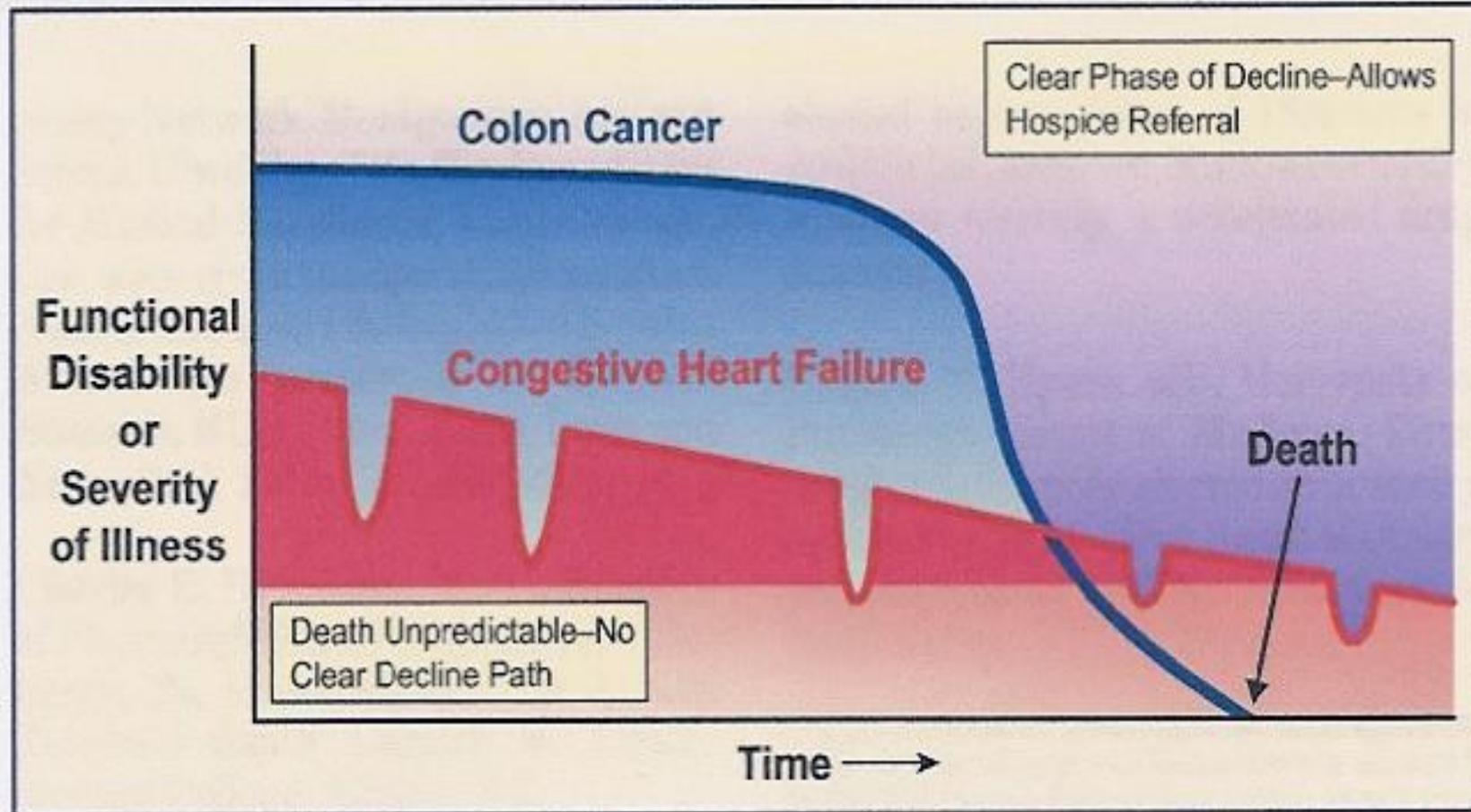
나. 후천성면역결핍증

다. 만성 폐쇄성 호흡기질환

라. 만성 간경화

마. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 질환

암이외의 질환자



Medicare eligibility for hospice referral requires predicting the patient's final decline. Because the final course of chronic illnesses, such as congestive heart failure, dementia, and emphysema, is far less predictable than for most cancers, patients dying of these diseases are not often referred to hospices.

한국
(2018)

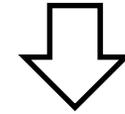
말기
임종기

일본
(2007→ 2018)

人生の
最終段階

대만

不可治癒末期
(2000)



2019
-불가역적 혼수상태
- 식물상태
-심각한 치매
-현재 의학수준으로 치
료법이 없는 질병

무의미한
연명의료
반대
> 90%

연명의료계획서
작성 < 10%

1. 환자/가족
2. 의료진
3. 서식/전산화

<개별수가>

- 말기환자등관리료
- 10호 사전연명의료의향서 연명의료계획료
- 10호 사전연명의료의향서 연명의료계획료_첫번째수정
- 10호 사전연명의료의향서 연명의료계획료_두번째수정
- 1호 연명의료계획서 연명의료계획료
- 1호 연명의료계획서 연명의료계획료_첫번째수정
- 1호 연명의료계획서 연명의료계획료_두번째수정
- 11,12호 가족확인 연명의료계획료
- 11,12호 가족확인 연명의료계획료_첫번째수정
- 11,12호 가족확인 연명의료계획료_두번째수정
- 13호 연명의료 이행관리료
- 13호 연명의료 이행관리료_첫번째수정
- 13호 연명의료 이행관리료_두번째수정
- 9,10,11,12호등 연명의료결정 협진료

<수가 세트>

<input type="checkbox"/> 말기환자등관리료	29,650
<input type="checkbox"/> 1호 연명의료계획서 연명의료계획료	53,440
1호 임종기 연명의료계획서 세트	보험단가(원)
<input type="checkbox"/> 9,10,11,12호등 연명의료결정 협진료(임종기판단서)	29,650
<input type="checkbox"/> 1호 연명의료계획서 연명의료계획료	53,440
<input type="checkbox"/> 13호 연명의료 이행관리료	13,360
합계	96,450
10호 사전연명의료 의향서 의사1인확인세트	보험단가(원)
<input type="checkbox"/> 9,10,11,12호등 연명의료결정 협진료(임종기판단서)	29,650
<input type="checkbox"/> 10호 사전연명의료의향서 연명의료계획료	37,410
<input type="checkbox"/> 13호 연명의료 이행관리료	13,360
합계	80,420
10호 임종기 사전연명의료 의향서 의사2인확인세트	보험단가(원)
<input type="checkbox"/> 9,10,11,12호등 연명의료결정 협진료(임종기판단서)	29,650
<input type="checkbox"/> 10호 사전연명의료의향서 연명의료계획료	37,410
<input type="checkbox"/> 9,10,11,12호등 연명의료결정 협진료(2인확인)	29,650
<input type="checkbox"/> 13호 연명의료 이행관리료	13,360
합계	110,070
11,12호 가족확인 연명의료계획료세트	보험단가(원)
<input type="checkbox"/> 9,10,11,12호등 연명의료결정 협진료(임종기판단서)	10,380
<input type="checkbox"/> 11,12호 가족확인 연명의료계획료	69,470
<input type="checkbox"/> 9,10,11,12호등 연명의료결정 협진료(11,12협진료)	10,380
<input type="checkbox"/> 13호 연명의료 이행관리료	13,360
합계	133,240
<input type="checkbox"/> 10호 사전연명의료의향서 연명의료계획료_첫번째수정	18,710
<input type="checkbox"/> 10호 사전연명의료의향서 연명의료계획료_두번째수정	18,710
<input type="checkbox"/> 1호 연명의료계획서 연명의료계획료_첫번째수정	26,720
<input type="checkbox"/> 1호 연명의료계획서 연명의료계획료_두번째수정	26,720
<input type="checkbox"/> 11,12호 가족확인 연명의료계획료_첫번째수정	34,740
<input type="checkbox"/> 11,12호 가족확인 연명의료계획료_두번째수정	34,740
<input type="checkbox"/> 13호 연명의료 이행관리료_첫번째수정	6,680
<input type="checkbox"/> 13호 연명의료 이행관리료_첫번째수정	6,680
<input type="checkbox"/> 9,10,11,12호등 연명의료결정 협진료(제3의사자문)	10,380

※ 2019년부터 매월 말일 기준으로 집계

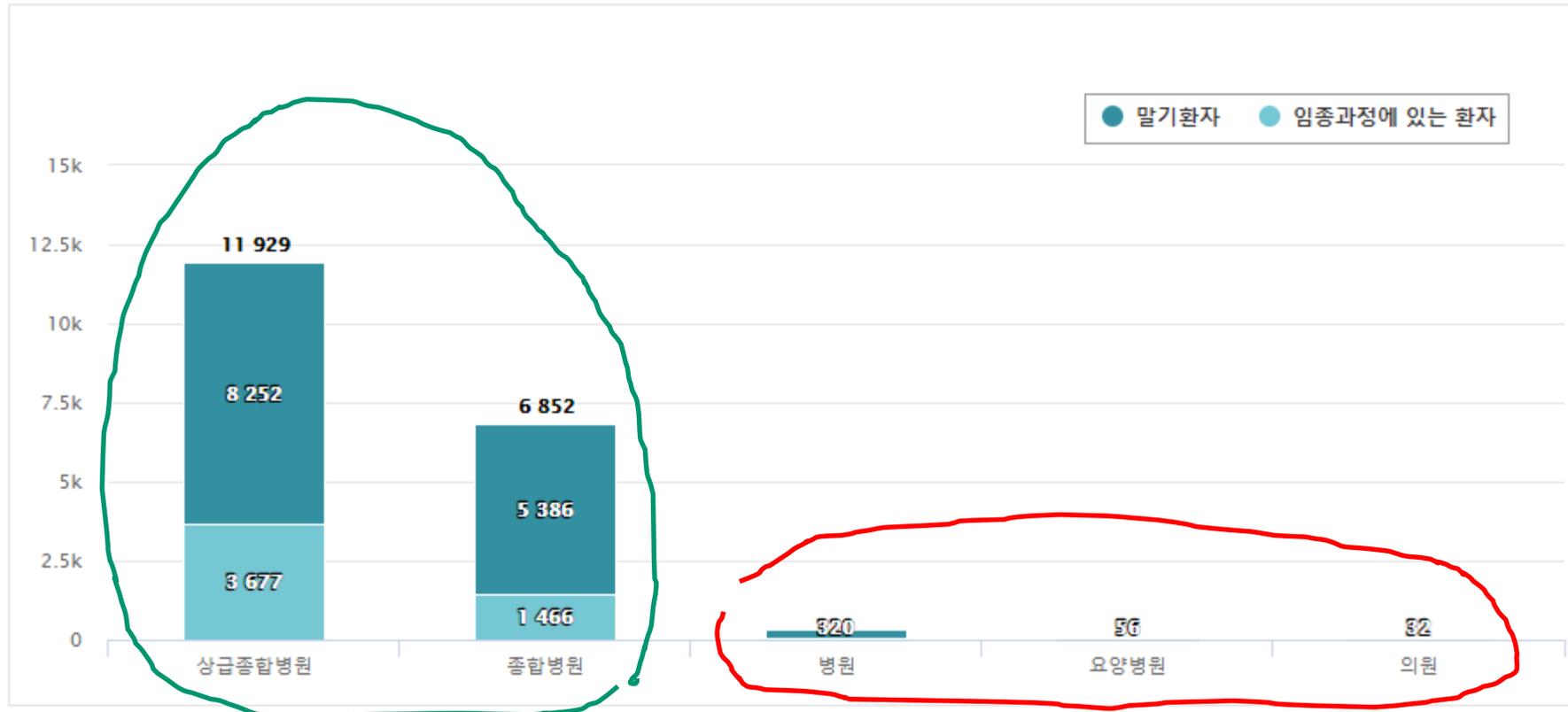
2019년 ▼

03월 ▼

	대상기관 수	등록기관 수	등록률(%)
상급종합병원	42	42	100.0
종합병원	311	96	30.9
병원	1,465	9	0.6
요양병원	1,560	22	1.4
합계	3,378	169	5.0

연명의료계획서 등록자 중 의료기관 종별 환자 상태

환자 상태	상급종합병원	종합병원	병원	요양병원	의원
말기환자	8,252	5,386	320	56	0
임종과정에 있는 환자	3,677	1,466	36	7	32
합계	11,929	6,852	356	63	32



76/남자

10년전: 편도선암 → 수술과 방사선치료

2018년: 폐암 → 간전이 → 항암제치료

3차 항암제치료후 폐렴으로 요양병원에서 입원.
일요일 오후6시 의식이 저하되고 산소포화도가 떨어졌다.
맥박이 거의 만져지지 않았다.

환자가 사전연명의료의향서를 작성해 두었다고
보호자들이 당직의사에게 구두로 이야기하였다.

질문: 요양병원 당직의사라면 심폐소생술을 할 것인가?

요양병원 당직의사는 심폐소생술을 15분간하고 기관지삽관.
인공호흡기가 없는 요양병원에서는 더 이상 진료가 불가능.
구급차를 불러 서울대병원 응급실로 전원

응급실 도착 → 중환자실
인공호흡기 등 연명의료 시작

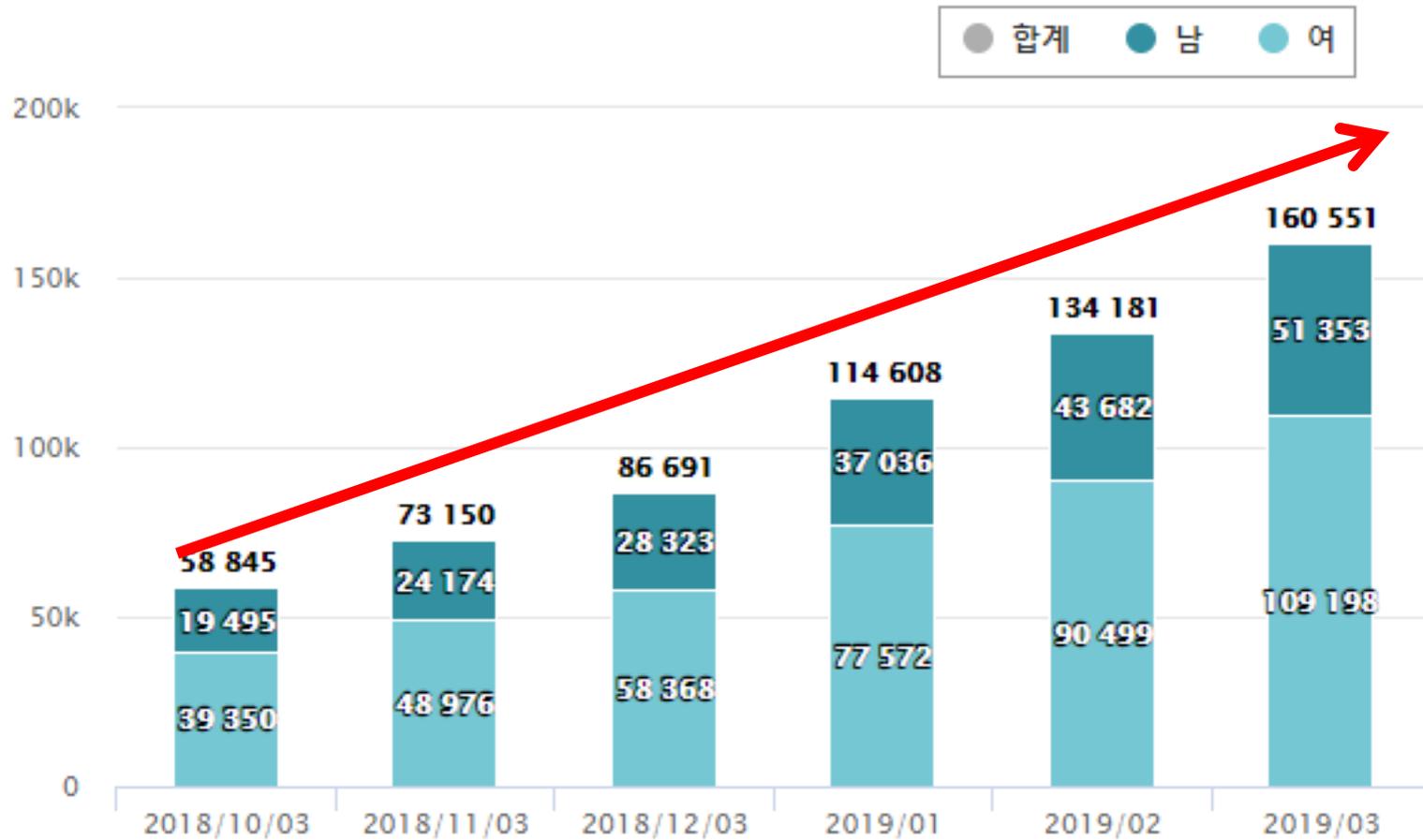
환자가 법정 서식을 이미 작성해 두었음에도,
직계 자녀들중 어느 누구도 나서서
인공호흡기를 중단하자는 의견을 주도적으로 제안하지 못함

<질문>

연명의료에 대한 환자와 환자 가족의 의견이 불일치
당신이 중환자실 담당의사라면 어떤 결정을 하겠는가?

사전연명의료의향서 등록자 +

160,551 명



연명의료정보 처리시스템

작성/등록
사전연명의료의향서
연명의료계획서

확인/이행 (기관)
2019. 3. 31.

169/3,378 (5%)

법률 일부개정

(벌칙) 3년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다

→ 1년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.

가족관계증명서

→ 가족관계증명서 또는 제적등본 등 환자가족 여부를 증명할 수 있는 서류

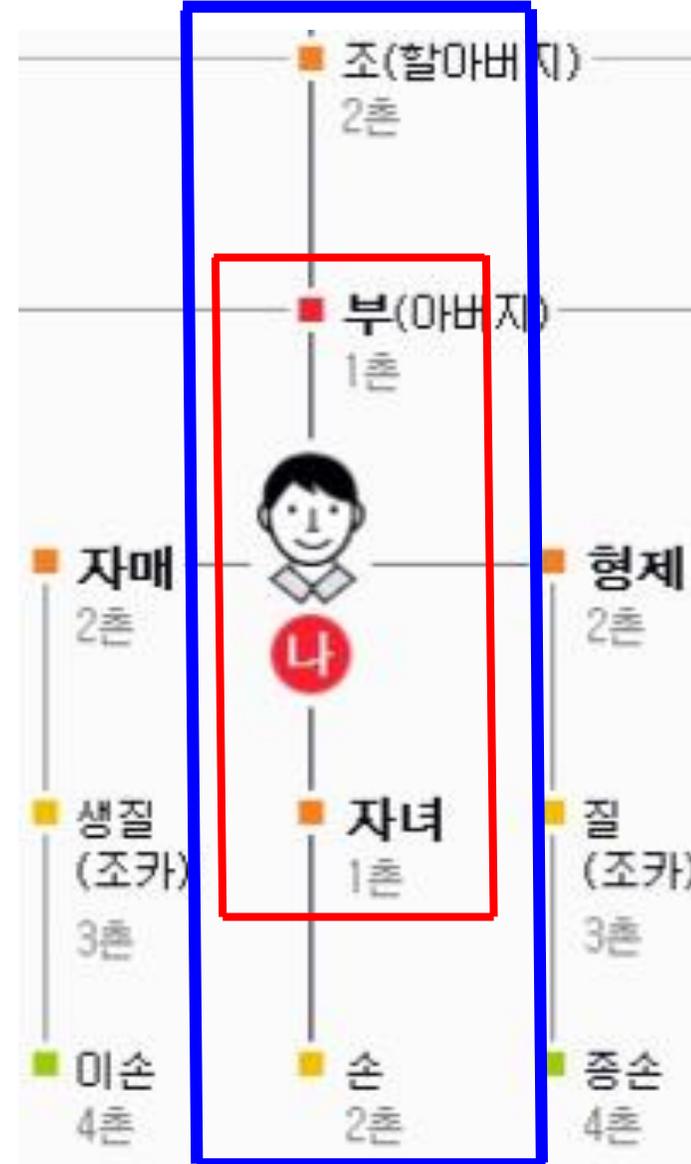
연명의료

(기존) 심폐소생술, 혈액 투석, 항암제 투여, 인공호흡기

(추가) 1. 체외생명유지술(ECLS), 2. 수혈, 3. 승압제 투여

호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 일부개정법률안

의사추정 (제17조)	가족 2명 이상의 일치하는 진술	가. 배우자 나. 직계비속 다. 직계존속 라. 가목부터 다목까 지에 해당하는 사람 이 없는 경우 형제자 매
대리결정 (제18조)	가족전원 합의	(개정안) 가. 배우자 나. 1촌 이내의 직계 존·비속 다. 가목 및 나목에 해당하는 사람이 없 는 경우 2촌 이내의 직계 존·비속 라. 가목부터 다목 까지에 해당하는 사 람이 없는 경우 형제 자매



2018년

사전연명의료의향서

※ 색상이 어두운 부분은 작성하지 않으며, []에는 해당되는 곳에 표시를 합니다.
※ 등록번호는 등록기관에서 부여합니다.

등록번호		
작성자	성명	주민등록번호
	주소	
	전화번호	
연명의료 중단등결정 (항목별로 선택합니다)	<input type="checkbox"/> 심폐소생술	<input type="checkbox"/> 인공호흡기 착용
	<input type="checkbox"/> 혈액투석	<input type="checkbox"/> 항암제 투여
호스피스 이용 계획	<input type="checkbox"/> 이용 의향이 있음	<input type="checkbox"/> 이용 의향이 없음
사전연명의료 의향서 등록기관의 설명사항 확인	설명 사항	<input type="checkbox"/> 연명의료의 시행방법 및 연명의료중단등결정에 대한 사항
		<input type="checkbox"/> 호스피스의 선택 및 이용에 관한 사항
		<input type="checkbox"/> 사전연명의료의향서의 효력 및 효력 상실에 관한 사항
		<input type="checkbox"/> 사전연명의료의향서의 작성·등록·보관 및 통보에 관한 사항
		<input type="checkbox"/> 사전연명의료의향서의 변경·철회 및 그에 따른 조치에 관한 사항
	<input type="checkbox"/> 등록기관의 폐업·휴업 및 지정 취소에 따른 기록의 이관에 관한 사항	
확인	년 월 일 성명 (서명 또는 인)	

본인: 개별 연명의료행위 설명/동의

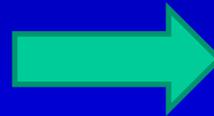
2019년

사전연명의료의향서

※ 색상이 어두운 부분은 작성하지 않으며, []에는 해당되는 곳에 표시를 합니다.
※ 등록번호는 등록기관에서 부여합니다.

등록번호		
작성자	성명	주민등록번호
	주소	
	전화번호	
호스피스 이용	<input type="checkbox"/> 이용 의향이 있음	<input type="checkbox"/> 이용 의향이 없음
사전연명의료 의향서 등록기관의 설명사항 확인	설명 사항	<input type="checkbox"/> 연명의료의 시행방법 및 연명의료중단등결정에 대한 사항
		<input type="checkbox"/> 호스피스의 선택 및 이용에 관한 사항
<input type="checkbox"/> 사전연명의료의향서의 효력 및 효력 상실에 관한 사항		
<input type="checkbox"/> 사전연명의료의향서의 작성·등록·보관 및 통보에 관한 사항		
<input type="checkbox"/> 사전연명의료의향서의 변경·철회 및 그에 따른 조치에 관한 사항		
<input type="checkbox"/> 등록기관의 폐업·휴업 및 지정 취소에 따른 기록의 이관에 관한 사항		
확인	위의 사항을 설명 받고 이해했음을 확인합니다. 년 월 일 성명 (서명 또는 인)	

본인: 포괄적 동의 → 의사에게 위임



2018년

연명의료계획서

※ 색상이 어두운 부분은 작성하지 않으며, []에는 해당되는 곳에 √표를 합니다

등록번호	※ 등록번호는 의료기관에서 부여합니다	
환자	성명	생년월일
	주소	
	전화번호	
	환자 상태	[] 말기환자 [] 임종과정에 있는 환자
담당의사	성명	면허번호
	소속 의료기관	
연명의료 중단등결정 (항목별로 선택합니다)	[] 심폐소생술	[] 인공호흡기 착용
	[] 혈액투석	[] 항암제 투여
호스피스 이용 계획	[] 이용 의향이 있음	[] 이용 의향이 없음
담당의사 설명사항 확인	설명 사항	[] 환자의 질병 상태와 치료방법에 관한 사항 [] 연명의료의 시행방법 및 연명의료중단등결정에 관한 사항 [] 호스피스의 선택 및 이용에 관한 사항 [] 연명의료계획서의 작성·등록·보관 및 통보에 관한 사항 [] 연명의료계획서의 변경·철회 및 그에 따른 조치에 관한 사항 [] 의료기관윤리위원회의 이용에 관한 사항
	확인 방법	[] 서명 또는 기명날인 년 월 일 성명 (서명 또는 인) [] 녹화 [] 녹취



2019년

연명의료계획서

※ 색상이 어두운 부분은 작성하지 않으며, []에는 해당되는 곳에 √표를 합니다

등록번호	※ 등록번호는 의료기관에서 부여합니다	
환자	성명	주민등록번호
	주소	
	전화번호	
	환자 상태	[] 말기환자 [] 임종과정에 있는 환자
담당의사	성명	면허번호
	소속 의료기관	
호스피스 이용	[] 이용 의향이 있음	[] 이용 의향이 없음
담당의사 설명사항 확인	설명 사항	[] 환자의 질병 상태와 치료방법에 관한 사항 [] 연명의료의 시행방법 및 연명의료중단등결정에 관한 사항 [] 호스피스의 선택 및 이용에 관한 사항 [] 연명의료계획서의 작성·등록·보관 및 통보에 관한 사항 [] 연명의료계획서의 변경·철회 및 그에 따른 조치에 관한 사항 [] 의료기관윤리위원회의 이용에 관한 사항
	확인 방법	위의 사항을 설명 받고 이해했음을 확인하며, 임종과정에 있다는 의학적 판단을 받은 경우 연명의료를 시행하지 않거나 중단하는 것에 동의합니다. [] 서명 또는 기명날인 년 월 일 성명 (서명 또는 인) [] 녹화 [] 녹취

본인: 개별 연명의료행위 설명/동의

본인: 포괄적 동의 → 의사에게 위임

2018년

연명의료중단등결정에 대한 친권자 및 환자가족 의사 확인서

* 색상이 어두운 부분은 작성하지 않으며, []에는 해당되는 곳에 표시를 합니다.

등록번호 * 등록번호는 의료기관에서 부여합니다.

환자	성명	생년월일
연명의료 중단등 결정 (항목별로 선택합니다)	<input type="checkbox"/> 심폐소생술	<input type="checkbox"/> 인공호흡기 착용
	<input type="checkbox"/> 혈액투석	<input type="checkbox"/> 항암제 투여

환자가 미성년자인 경우
위 환자의 법정대리인(친권자)으로서 환자의 연명의료중단등결정에 대하여 위와 같이 의사를 표시합니다.

연번	친권자 성명	환자와의 관계	생년월일	연락처	서명란
1					(서명 또는 인)
2					(서명 또는 인)

환자가족 전원의 의견이 필요한 경우

위 환자의 환자가족으로서 환자의 연명의료중단등결정에 대하여 환자가족 전원의 합의로 위와 같이 의사를 표시합니다.

연번	환자가족 성명	환자와의 관계	생년월일	연락처	서명란
1					(서명 또는 인)
2					(서명 또는 인)
3					(서명 또는 인)
4	필요시 칸 추가				(서명 또는 인)



2019년

연명의료중단등결정에 대한 친권자 및 환자가족 의사 확인서

* 색상이 어두운 부분은 작성하지 않으며, []에는 해당되는 곳에 표시를 합니다.

등록번호 * 등록번호는 의료기관에서 부여합니다.

환자	성명	주민등록번호
----	----	--------

환자가 미성년자인 경우
위 환자의 법정대리인(친권자)으로서 환자에게 연명의료를 시행하지 않거나 중단하겠다는 의사를 표시합니다.

연번	친권자 성명	환자와의 관계	주민등록번호	연락처	서명란
1					(서명 또는 인)
2					(서명 또는 인)

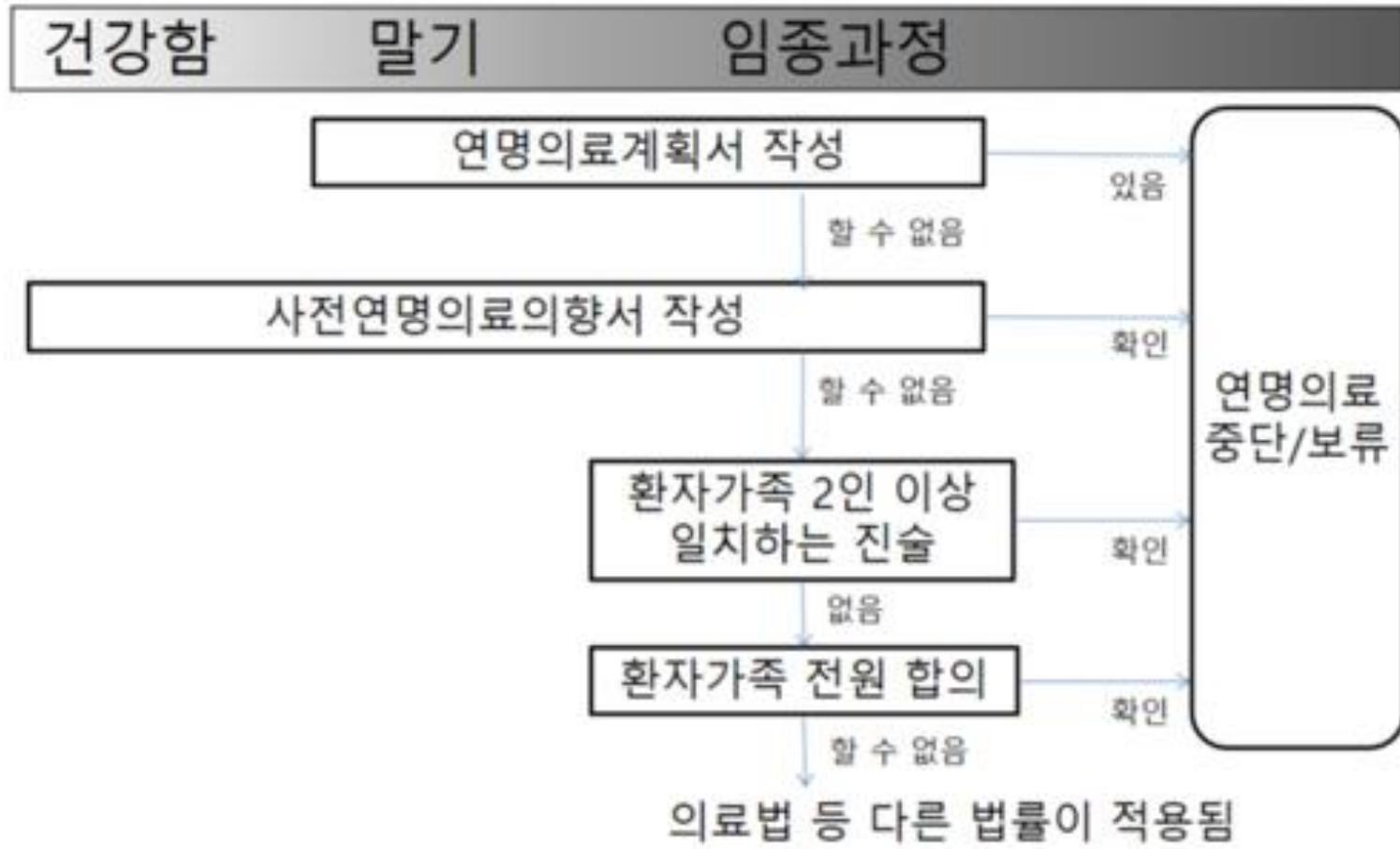
환자가족 전원의 의견이 필요한 경우
위 환자의 환자가족으로서 환자에게 연명의료를 시행하지 않거나 중단하겠다는 의사를 환자가족 전원의 합의로 표시합니다.

연번	환자가족 성명	환자와의 관계	주민등록번호	연락처	서명란
1					(서명 또는 인)
2					(서명 또는 인)
3					(서명 또는 인)
4	필요시 칸 추가				(서명 또는 인)

가족: 포괄적 동의 → 의사에게 위임

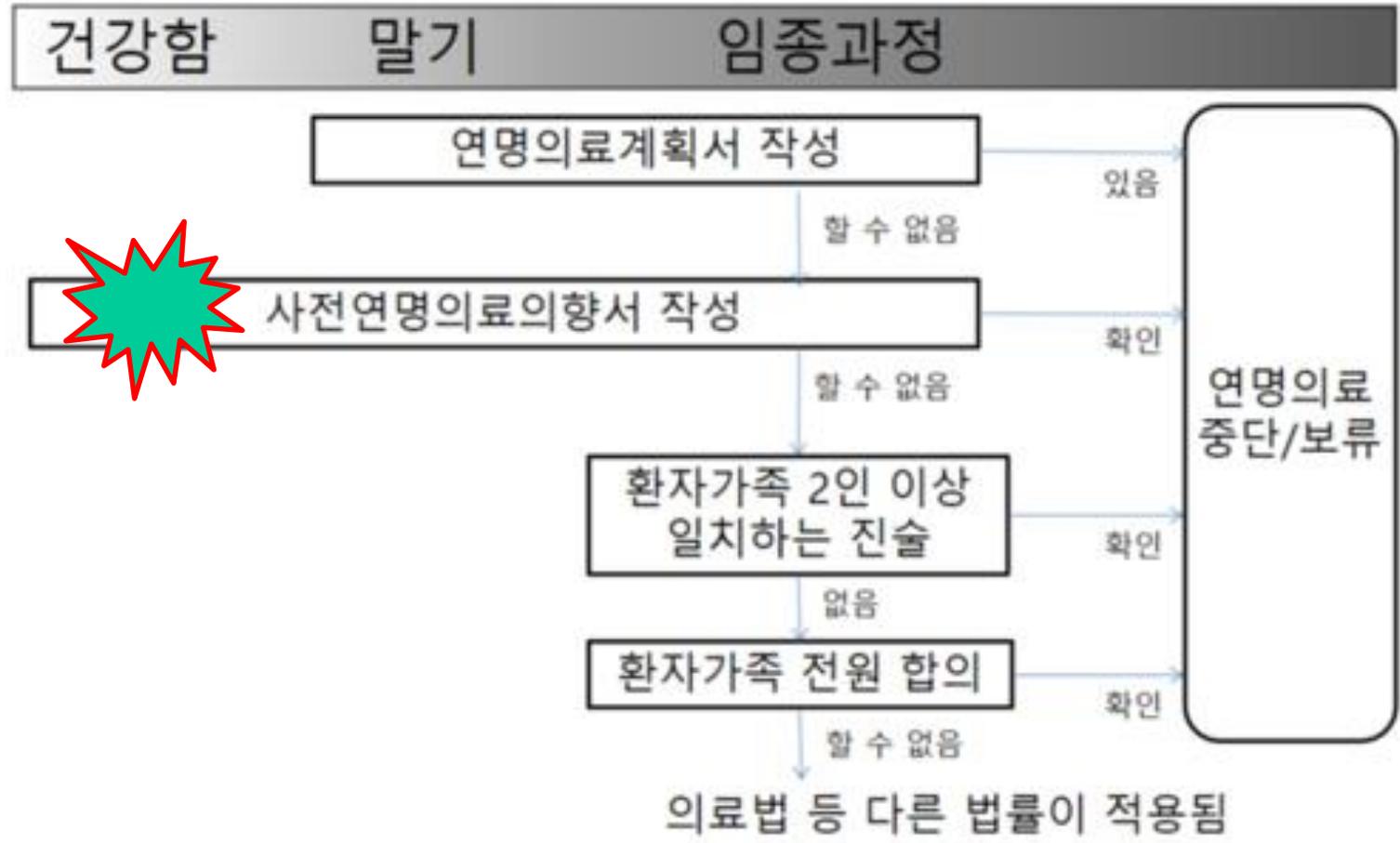
가족: 개별 연명의료행위 설명/동의

연명의료 중단 절차도



환자/가족: 개별 연명의료행위 설명/동의
→ 의사: 이행

연명의료 중단 절차도



의사 결정
→ 이행서 작성

환자/가족: 포괄적 설명/동의

POLST

Advance directives

pennsylvania DEPARTMENT OF HEALTH

Pennsylvania Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST)

Last Name _____
 First/Middle Initial _____
 Date of Birth _____

FIRST follow these orders, **THEN** contact physician, certified registered nurse practitioner or physician assistant. This is an Order Sheet based on the person's medical condition and wishes at the time the orders were issued. Everyone shall be treated with dignity and respect.

A **CARDIOPULMONARY RESUSCITATION (CPR): Person has no pulse and is not breathing.**

CPR/Attempt Resuscitation DNR/Do Not Attempt Resuscitation (Allow Natural Death)
 When not in cardiopulmonary arrest, follow orders in B, C and D.

B **MEDICAL INTERVENTIONS: Person has pulse and/or is breathing.**

COMFORT MEASURES ONLY Use medication by any route, positioning, wound care and other measures to relieve pain and suffering. Use oxygen, oral suction and manual treatment of airway obstruction as needed for comfort. **Do not transfer to hospital for life-sustaining treatment. Transfer if comfort needs cannot be met in current location.**

LIMITED ADDITIONAL INTERVENTIONS Includes care described above. Use medical treatment, IV fluids and cardiac monitor as indicated. Do not use intubation, advanced airway interventions, or mechanical ventilation.
Transfer to hospital if indicated. Avoid intensive care if possible.

FULL TREATMENT Includes care described above. Use intubation, advanced airway interventions, mechanical ventilation, and cardioversion as indicated.
Transfer to hospital if indicated. Includes intensive care.

Additional Orders _____

C **ANTIBIOTICS:**

No antibiotics. Use other measures to relieve symptoms.
 Determine use or limitation of antibiotics when infection occurs, with comfort as goal
 Use antibiotics if life can be prolonged

Additional Orders _____

D **ARTIFICIALLY ADMINISTERED HYDRATION / NUTRITION:**
 Always offer food and liquids by mouth if feasible

No hydration and artificial nutrition by tube.
 Trial period of artificial hydration and nutrition by tube.
 Long-term artificial hydration and nutrition by tube.

Additional Orders _____

E **SUMMARY OF GOALS, MEDICAL CONDITION AND SIGNATURES:**

Discussed with Patient Parent of Minor Health Care Agent Health Care Representative Court-Appointed Guardian Other: _____

Patient Goals/Medical Condition: _____

By signing this form, I acknowledge that this request regarding resuscitative measures is consistent with the known desires of, and in the best interest of, the individual who is the subject of the form.

Physician/PA/CRNP Printed Name: _____ Physician/PA/CRNP Phone Number: _____
 Physician/PA/CRNP Signature (Required): _____ DATE: _____
 Signature of Patient or Surrogate (required): _____ Name (print): _____ Relationship (write "self" if patient): _____

Maine Health Care Advance Directive Form

Part 1 - Power of Attorney for Health Care

Part 2 - Do Not Resuscitate (DNR) Directive

Part 3 - Primary Physician

Part 4 - Donation of Body, Organ or Tissues or Death

Part 5 - Instructions About Funeral and Burial Arrangements

Part 6 - Signing the Form

Part 7 - Instructions to Emergency Medical Services (Ambulance Crews)

DO NOT RESUSCITATE (DNR) DIRECTIVE

FOR CATEGORY TO COMPLETE AND CONSULTATION WITH YOUR HEALTH CARE PROVIDER

FOR PROFESSIONAL, PHYSICIAN ASSISTANT OR NURSE PRACTITIONER USE ONLY

THIS FORM IS DESIGNED BY MAINE EMERGENCY MEDICAL SERVICES

DNR

Attachment 1: Resuscitation Plan – Adult (SMR020.056)

	FAMILY NAME	MRN
	GIVEN NAME	<input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE
Facility:	D.O.B. ____/____/____	M.O.
RESUSCITATION PLAN - ADULT For patients aged 18 years and over Refer to PD2014_030	ADDRESS	
	LOCATION / WARD	
	COMPLETE ALL DETAILS OR AFFIX PATIENT LABEL HERE	
Patient Name:	(PRINT)	
This Plan was discussed with and authorised by the Attending Medical Officer		
..... (PRINT NAME) on ____/____/____ (DATE).		
Diagnoses		
.....		
Planning for end of life does not indicate a withdrawal of care, but the provision of symptom management, psychosocial and spiritual support after a compassionate discussion to allow appropriate care in the location of the patient or Person Responsible's* choice.		
Has the patient's Advance Care Plan/Directive been considered in completing this form? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>		
The Goals of Care negotiated through conversations with the doctor/patient/family/Person Responsible* are:		
.....		
.....		
Aside from an intense focus on comfort, in the event of deterioration the following may be appropriate:		
Respiratory Support:		
Pharyngeal suction	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Supplemental oxygen	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Non-invasive ventilation	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Bag & mask ventilation	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Intubation	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
• Referral to ICU	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
• Are other non-urgent interventions appropriate? (e.g. Vascular access, blood products, antibiotics, NG feeds/fluids, imaging, Pathology, IV fluids.) Detail in patient record.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Additional details, if required:		



SMR020056

unchanged as per AS2928.1: 2012
NO MARGIN - NO WRITING



NSW

	한국	일본	대만
의사추정 (제17조)	가족 2명 이상의 일치하는 진술	추정 의사 존중	<u>安寧緩和醫療條例 (2000)</u>
대리결정 (제18조)	가족전원합의	환자입장에서 무엇이 최선인지에 대해 의료care team과 가족이 상의해서 결정	1. 배우자 2. 직계 존속 및 비속 3. 부모 4. 형제자매 5. 조부모 6. 증조부 및 3촌이내 방계 혈족 7. 1촌이내 직계의 인척
가족 범위 (제17조)	가. 배우자 나. 직계비속 다. 직계존속 라. 가목부터 다목까지에 해당하는 사람이 없는 경 우 형제자매	친족관계만을 뜻하지 않고, 보다 넓은 범위의 사람 포함	가장 가까운 친척이 제출한 동의서 <u>病人自主權利法 (2019)</u> 醫療委任代理人
가족이 없는 경우	결정불가	의료care team	

	식물상태	말기
		Best Interests
자기결정권		
미국, 영국, 독일, 호주 등	Patient Self-Determination Act	POLST, DNR
대만	病人自主權利法 (2019)	자연사법 (2000)
일본	X	인생의 마지막 단계에서 의료 결정 프로세스 지침 (2007)
한국	X	연명의료결정법 (2018)

연명의료결정법

	연명의료결정법	Global standards
적용대상	윤리위원회를 구성한 의료기관	모든 의료기관 + 요양시설 + 가정
추정/대리	추정: 가족 2인 이상 대리: 전원 동의	구분하지 않음
가족 범위	직계가족	친족관계만을 뜻하지 않고, 보다 넓은 범위(대리인 등)
원칙	자기결정권	Best Interests (환자입장에서 최선)