



NYS Office For People With Developmental Disabilities

**Putting People First**

## 의료 서비스 선택: 누가 결정할 수 있을까요?



의료적 치료를 위한 정보에 근거한 동의  
의료 케어 위임장  
정신 지체자를 위한 의료 케어 결정법  
유언장

2012년 2월



# 의료 서비스 선택:

## 누가 결정할 수 있을까요?

### 목차

소개 .....	2
의료적 치료를 위한 정보에 근거한 동의 .....	3
의료 케어 위임장 .....	6
의료 케어 위임장 양식 및 지침 .....	9
정신 지체자를 위한 의료 케어 결정법 .....	13
의료케어결정법 - 필수 단계 .....	18
비병원 DNR 명령(DOH 양식) .....	20
유언장 .....	21
용어 .....	22
추가 정보 지원처 .....	24



## 소개

이 소책자는 여러분이 자신의 의료 케어를 더는 스스로 결정할 수 없게 되는 경우 자신이 원하는 케어를 선택하는 데 도움이 될 수 있도록 뉴욕 주에서 제공하고 있는 의료 케어 결정 옵션에 대해 안내해 드립니다.

이 책의 첫 번째 섹션에는 의료적 치료를 위해 정보에 근거한 동의가 필요한 상황, 그리고 해당 개인 스스로 그러한 동의를 할 수 없는 경우 누가 해당 동의를 할 수 있는지에 대한 개괄적인 설명이 나와 있습니다.

이 책의 두 번째 섹션은 의료 케어 위임장에 관한 내용입니다. 의료 케어 위임장은 한 사람(본인)이 다른 어떤 사람을 자신의 의료 케어 대리인으로 지명해 그 사람에게 본인이 스스로 자신의 의료 케어 관련 의사 결정을 내릴 수 없는 상황이라고 결정되었을 때 자신을 대신해 의료 케어 결정을 내릴 수 있는 권한을 주는 내용으로 작성하는 문서를 말합니다. 이 섹션에 바로 뒤이어, 9~12페이지에는 뉴욕 주 보건부(Department of Health) 홈페이지에서 가져온 의료 케어 위임장 양식, 지침 및 추가 정보가 나와 있습니다.

이 책의 세 번째 주제는 정신지체자를 위한 의료케어결정법(Health Care Decisions Act for Persons with Mental Retardation)입니다. 의료 케어 결정법은 2003년 3월 16일에 발효되었으며, 해당 개인의 Article 17-A 보호자가 정신 지체자를 대신해 의료 케어 결정을 내릴 수 있는 권한을 명시적으로 인정하고 있습니다. 최초로, 이러한 권한에 특정 법적 기준이 충족되는 경우 생명 유지 치료를 보류하거나 철회하는 결정을 내릴 수 있는 권한도 구체적으로 포함시켰습니다. 2003년 이후 의료 케어 결정법은 특정 발달 장애를 가진 개인의 보호자뿐 아니라 법인 보호자에게도 적용되도록 개정되었습니다. 이후 또다시 개정되어, 생명 유지 치료의 보류 또는 철회 결정을 내릴 수 있는 권한이 OPWDD 규정 제633.10조에 나와 있는 우선순위 명단에 따라 자격이 충족되는 가족 구성원으로 확대되었습니다. 또 가장 최근의 개정을 통해, HCDA의 지정 대리인 명단에 Willowbrook CAB(Consumer Advisory Board: 소비자 자문 이사회)와 SDMC(Surrogate Decision Making Committee: 대리인 의사 결정 위원회)가 추가되었습니다.

그리고, DNR(Do Not Resuscitate: 심폐 소생술 금지) 명령 발부와 관련한 내용이 변경되었습니다. 2010년 6월 1일부로 DNR 명령을 포함해, 생명 유지 치료의 보류 또는 철회와 관련한 모든 의사 결정은 반드시 HCDA 절차를 따라야 합니다. 그 결과 이제 그러한 의사 결정과 관련해 의료적 기준도 한 가지로 통일되고 대리인 명단도 하나로 통합되었습니다. 2010년 6월 1일 이전에 발부된 DNR 명령은 효력이 유지됩니다.

이 책자에 소개된 마지막 의료 케어 결정 옵션은 유언장(Living Will)입니다. 유언장은 의료 케어 치료와 관련해 구체적인 지시 내용을 담고 있는 문서입니다. 보통 앞으로 발생하게 될 구체적인 몇몇 상황에서 생명 유지 치료를 거부하고자 하는 의사를 밝히는 데에 사용됩니다. 유언장은 “의료 케어 대리인”을 지명하지 않으며, 의료 케어 위임장을 대신하는 문서가 아닙니다. 대개 어떤 사람이 의료 케어와 관련해 자신이 바라는 바를 알리고자 하지만 자신의 의료 케어 대리인 역할을 할 수 있는 사람이 없는 경우에 사용합니다.

## 의료적 치료를 위한 정보에 근거한 동의

### 정보에 근거한 동의는 언제 필요한가요?

14 NYCRR 제633.11조의 OPWDD 규정은 “전문적 의료적 치료”에 대해 정보에 근거한 동의를 얻기 위한 절차가 명시되어 있습니다. “전문적 의료적 치료”라는 표현은 제633.99조에 다음과 같이 정의되어 있습니다. “전신 마취법이 사용되거나 또는 절개가 필요하거나, 상당한 고통, 불편감, 허약화를 초래하거나, 상당한 회복 기간이 필요하거나, 또는 법에 따라 정보에 근거한 동의가 필요한 일체의 전문적 진단 또는 치료를 요하는 의료적, 치과적, 수술적 또는 진단적 중재 또는 시술.”

이 정의에 해당되지 않는 의료적 치료(일반적으로 기본적인 치료 또는 응급 치료로 간주되는 치료)에 대해서는 정보에 근거한 동의가 필요하지 않다는 점을 참고하십시오. 그러나 해당 개인이나 그러한 개인을 대신해 얘기할 수 있는 권한을 가지고 있는 사람이 정보에 근거한 동의를 요하지 않는 의료적 치료를 제안받았을 때 그에 반대하는 경우, 반드시 그 사람에게 제633.12조에 따라 이의 제기 권리가 있다는 사실을 알려 주어야 합니다.

### 응급 상황에서는 어떻게 되나요?

응급 의료 치료 제공과 관련해서는 제633.11조에 다음과 같이 정해져 있습니다. “담당 의사가 판단하기에 의료 조치가 즉각적으로 필요한 응급 상황이 존재하는 경우 정보에 근거한 동의를 구하려 할 필요 없이 일체 연령의 개인에게 의료적, 치과적, 보건 및 병원 서비스를 제공할 수 있다. 이때, 그러한 제안된 전문적 의료적 치료를 제공하는 자는 그러한 전문적 의료적 치료를 제공하기 위해 해당 개인의 거주 시설 최고운영자(CEO)의 허가를 수락할 수 있다.”

이에 따라, 응급 의료 치료 상황이 발생하면 DDSO 국장 또는 해당 개인이 거주하고 있는 시설을 운영하는 기관의 간부 이사는 의료적 치료의 제공을 허가할 수 있습니다. 그러나 국장은 거주자에 대한 비응급 의료적 전문적 치료에 대해 정보에 근거한 동의를 제공할 수 없습니다.

공공보건법(Public Health Law) 제 2504(4) 조에서 “응급 상황”은 “해당 개인이 즉각적인 의료 조치를 필요로 하며, 동의를 구하고자 시도할 경우 치료 지연이 발생해 해당 개인의 생명 또는 건강에 대한 위험이 커질 수 있는 상황”으로 정의하고 있습니다.

### 개인은 언제 자신의 동의를 제공할 수 있나요?

18세 이상이고 제안된 전문적 의료적 치료와 관련해 적절한 공개 내용을 이해할 능력이 있는 경우 그 사람의 정보 근거 동의를 반드시 필요합니다.

저희는 한 개인이 제안된 전문적 의료적 치료와 관련해 정보에 근거한 의사 결정을 내리는 데 필요한 능력을 갖고 있지 않다고 판단된 경우에 한해 지정 대리인에게 그 개인을 대신하여 정보에 근거한 동의를 제공해 줄 것을 요청할 것입니다.

**미성년자의 경우 누가 정보에 근거한 동의를 제공할 수 있나요?**

해당 개인이 18세 미만인 경우, 다음과 같은 대리인들이 그 열거된 순서에 따라 동의할 수 있는 권한을 부여받게 됩니다.

- (1) 의료 케어에 동의할 권한을 가지고 있는 법적 보호자
- (2) 적극적인 역할을 하는 배우자<sup>1</sup>
- (3) 부모
- (4) 적극적인 역할을 하는 성인 형제자매
- (5) 적극적인 역할을 하는 성인 가족 구성원<sup>2</sup>
- (6) 사회보장법 또는 가정법원법(해당되는 경우)에 따라 해당 개인에 대해 양육권을 가지고 있는 지역 사회복지 서비스 커미셔너, 또는
- (7) SDMC(surrogate decision-making committee: 대리인 의사 결정 위원회) 또는 법원

**본인 스스로 동의할 수 있는 능력이 없는 성인의 경우 누가 대신해 정보에 근거한 동의를 제공할 수 있는 권한을 가지나요?**

해당 개인이 18세 이상이지만 제안된 전문적 의료적 치료와 관련해 적절한 공개 내용을 이해할 수 있는 능력이 없는 경우, 다음과 같은 대리인 중 한 사람(그 열거된 순서에 따라)으로부터 정보에 근거한 동의를 구하게 됩니다.

- (1) 의료 케어에 동의할 권한을 가진 법적 보호자 또는 정식으로 지정된 해당 개인의 의료 케어 대리인 또는 대체 대리인
- (2) 적극적인 역할을 하는 배우자
- (3) 적극적인 역할을 하는 부모
- (4) 적극적인 역할을 하는 성인 자녀
- (5) 적극적인 역할을 하는 성인 형제자매
- (6) 적극적인 역할을 하는 성인 가족 구성원
- (7) 윌로우브룩 클래스(Willowbrook Class) 소비자 자문 이사회(Consumer Advisory Board) (전적으로 대표하는 클래스 구성원에 한함), 또는
- (8) SDMC(surrogate decision-making committee: 대리인 의사 결정 위원회) 또는 법원

이 두 가지 명단에 열거된 순서에 따라 대리인에게 동의를 요청하게 됩니다.

**권한을 부여받은 지정 대리인이 없는 경우 어떻게 하나요?**

양쪽 명단에 열거되어 있는 첫 번째 대리인이 모두 합리적인 범위 내에서 연락할 수 없고 대리인 역할을 할 의사가 없는 경우, 그리고 그 대리인이 해당 개인의 의료적 상황을 감안할 때 합리적인 범위 내에서 적절한 시간 내에 연락 가능하거나 대리인 역할을 할 의사가 없는 경우, 명단에 열거된 순서대로 바로 다음 대리인에게 동의를 구하게 됩니다.

**범주 내에 대리인이 두 명 이상인 경우 어떻게 하나요?**

적극적인 역할의 기준을 사용하는 목록의 범주 내에 대리인이 두 명 이상 존재하는 경우, 높은 수준으로 적극적인 역할을 하는 당사자에게 먼저 동의를 구해야 합니다. 범주 내 당사자의 역할 정도가 같은 경우, 그러한 당사자 모두에게 동의를 구해야 합니다.

1. 적극적인 역할의 정의: “한 개인이 필요로 하는 사항을 충분히 알만큼 개인의 생활에 중요하고 지속적인 참여”

2. 가족 구성원의 정의: 혈연, 결혼 또는 법적인 입양과 관련된 모든 당사자

### 지정 대리인이 제안된 치료에 반대하는 경우 어떻게 되나요?

명단에 있는 대리인 중 합리적인 범위에서 연락 가능하고 대리인 역할을 할 의사가 있는 대리인이 제안된 치료에 반대하는 경우 명단에 있는 다른 대리인들에게 동의를 구하지 않습니다. 기관이 제안된 치료가 해당 개인의 최선의 이해에 부합된다고 판단하는 경우 법원에 신청서를 낼 수 있고, 아니면, 대리인이 SDMC 절차에 반대하지 않는 경우 SDMC에 신청서를 낼 수 있습니다. 그러한 신청을 할 경우 반드시 반대하는 당사자에게 통지해 주어야 합니다.

### 제안된 치료에 대한 해당 개인의 동의 능력이 불명확한 경우 어떻게 하나요?

특정 개인이 제안된 전문적 의료적 치료와 관련해 적절한 공개 내용을 이해할 수 있는 능력이 있는지 여부가 불명확한 경우, 해당 시설의 CEO는:

- (1) 진술서를 작성해 SDMC에 제출하거나,
- (2) 제안된 전문적 의료적 치료와 관련해 적절한 공개 내용을 이해할 수 있는 해당 개인의 능력에 대해 서면 형식으로 독립적 의견을 받고 그에 대해 정보에 근거한 동의를 하거나 보류해야 합니다. 전문 조연자는 현재 유효하며 적절한 면허를 보유하고 있는 뉴욕 주 면허 소지 임상심리사 또는 정신분석 의이고, 발달 장애가 있는 환자를 치료해 본 경험이 있으며, 해당 시설의 피고용인이 아니어야 합니다. CEO는 전문 조연자 의견을 고려한 후 반드시 해당 개인이 적절한 공개 내용을 이해할 수 있는 능력과 그에 대한 정보에 근거한 동의를 하거나 보류할 수 있는 능력을 가지고 있는지 여부를 판단해야 합니다. 전문 조연자의 의견과 CEO의 결정은 모두 해당 개인의 기록에 포함되며, 해당 개인과 그 부모, 다른 최근친, 보호자 또는 연락 담당자에게 전달되어야 합니다.





## 의료 케어 위임장

### 의료 케어 위임장이란?

의료 케어 위임장은 한 사람(본인)이 다른 어떤 사람을 자신의 의료 케어 대리인으로 지명해 그 사람에게 본인이 스스로 자신의 의료 케어 관련 의사 결정을 내릴 수 없는 상황이라고 결정되었을 때 자신을 대신해 의료 케어 결정을 내릴 수 있는 권한을 주는 내용으로 작성하는 문서를 말합니다.

### 의료 케어 위임장은 누가 작성할 수 있나요?

어떤 사람이 의료 케어 위임장을 만들기 위해 반드시 자신을 위한 의료 케어 의사 결정을 모두 스스로 내리고 그 내용을 완전히 이해할 수 있는 능력을 갖출 필요는 없습니다. 단순히 자신이 의료 케어 의사 결정을 내릴 수 없는 상황이 될 경우 자신을 대신해 결정을 내릴 수 있는 권한을 다른 사람(의료 케어 대리인)에게 부여하는 것이라는 사실만 이해하면 됩니다.

그 사람이 이해했는지 여부는 그 사람의 기록에 포함되어야 하며, 임상 심리사가 실시하는 평가 또는 감정의 형태로 이루어지는 것이 바람직합니다. 해당 개인의 보호자가 지명되어 있는 경우, 같은 사람(보호자)을 의료 케어 대리인으로 지명하는 것을 고려해 보아야 합니다.

**의료 케어 위임장은 절대 다른 사람이 대신 작성해 줄 수 없습니다!**

### 의료 케어 위임장은 어떻게 작성하나요?

의료 케어 위임장은 반드시 두 명의 성인이 증인으로 참석한 가운데 해당 개인이 서명하고 날짜를 적어야 하며, 참석한 증인 두 사람도 반드시 위임장에서 서명해야 합니다. 해당 개인이 의료 케어 위임장 양식을 작성하는 데 도움을 받을 수 있습니다. 해당 개인이 위임장에 직접 서명하고 날짜를 적을 수 없는 경우에는 두 명의 성인이 증인으로 참석한 자리에서 다른 사람에게 대신 그렇게 해달라고 지시하면 그 사람이 대신 서명하고 날짜를 적을 수 있습니다. 이 경우, 증인들도 위임장에 서명하고 해당 개인이 자발적으로, 강요 없이 그 위임장을 이행하는 것으로 보였다고 진술해야 합니다.

대리인으로 지명된 사람은 의료 케어 위임장 이행에 증인 역할을 할 수 없습니다.

해당 개인이 OPWDD 운영 또는 인증 시설에 거주하는 경우, 증인 중 최소 한 사람은 반드시 그 사람이 거주하는 시설과 연관 없는 사람이어야 합니다. 또한, 증인 중 최소 한 사람은 반드시 다음 조건 중 하나를 충족하는 뉴욕 주 발급 면허를 소지한 의사 또는 임상심리사여야 합니다.

- (1) DDSO에서 일하고 있거나, 또는
- (2) OPWDD 운영 또는 인증 시설에서 최소 2년 동안 일했거나, 또는
- (3) 발달 장애인 치료 분야 특수 훈련을 받고 2년 동안 발달 장애인들을 치료한 경험이 있거나, 또는
- (4) 최소 3년 동안 발달 장애인들을 치료한 경험이 있음

작성된 의료 케어 위임장에는 작성자와 대리인의 신분이 충분히 명확하게 밝혀져 있어야 하며, 반드시 의료 케어 의사 결정을 내릴 수 있는 권한을 해당 대리인에게 부여하고자 하는 작성자의 의도가 명확히 나타나 있어야 합니다. 위임장은 반드시 그럴 필요는 없지만 본 섹션 다음에 나오는 의료 케어 위임장 견본 양식을 따를 수 있습니다.

1 임상심리사의 경우 이러한 두 범주에서 자격을 얻기 위해서는 NYS 면허가 필요합니다.

2 이 책자의 10~13페이지에는 NYS DOH 웹사이트에서 가져온 의료 케어 위임장 양식, 지침 및 안내가 나와 있습니다.

### 의료 케어 대리인은 어떤 권한을 갖게 되나요?

의료 케어 대리인은 작성자를 대신해 작성자 본인이 그렇게 할 능력이 있었다면 스스로 내렸을 일체의 모든 의료 케어 관련 의사 결정을 내릴 수 있는 권한을 갖습니다. 이러한 권한은 의료 케어 위임장에 명시적 한정을 추가함으로써 제한할 수 있습니다.

작성자는(필요한 경우 도움을 받아) 의료 케어 위임장에 구체적인 의료 케어 의사 결정과 관련해 자신이 바라는 바를 적을 수 있습니다. 아니면, 단순히 의료 케어 대리인만 지명하고, 그 대리인이 작성자의 바람에 따라, 또는 작성자의 바람을 모르는 경우 작성자의 최선의 이해에 부합되는 방식으로 모든 의료 케어 의사 결정을 대신 내리도록 믿고 맡길 수도 있습니다.

작성자는 위임장에 한정 없이 다음과 같은 내용에 대해 자신의 의료 케어 관련 바람을 적을 수 있습니다.

- (1) 인공 영양 및 수분 공급
- (2) 수혈
- (3) 인공 호흡
- (4) 항정신성 약물 투여
- (5) 수술적 시술
- (6) 투석

대리인의 전체적인 의료 케어 의사 결정 관련 권한에서 유일한 예외 사항은, 작성자가 대리인에게 인공 영양 및 수분 공급(주입관을 통한 영양분 및 물 공급)에 관해 자신이 바라는 바를 알려 주지 않는 경우 그 의료 케어 대리인은 그 작성자를 대신해 영양 및 수분 공급에 동의하거나 거부할 권한이 없다는 것입니다.

### 의료 케어 대리인의 권한은 언제 시작되나요?

능력이 있는 사람은 아무 때나 의료 케어 위임장을 이행할 수 있습니다. 그러나 의료 케어 대리인의 권한은 작성자가 의료 케어 의사 결정을 내릴 능력이 없다는 결정이 내려진 순간부터 시작됩니다.

그러한 결정은 타당한 정도의 의료적 확실성을 가지고 담당 의사가 내리게 됩니다. 또한 결정은 반드시 서면으로 기재되어야 하며, 작성자의 능력 상실 원인과 성격, 그 정도와 예상 지속 기간 등과 관련해 담당 의사의 의견도 반드시 포함되어야 합니다. 그리고 결정은 작성자의 의료 기록에 반드시 포함되어야 합니다.

생명 유지 치료를 철회 또는 보류하는 결정에 있어서는, 작성자가 의료 케어 의사 결정을 내릴 능력이 없다고 판단하는 담당 의사는 반드시 다른 의사와 상의해 그러한 결정을 확정해야 합니다. 그러한 상의 또한 반드시 작성자의 의료 기록에 포함되어야 합니다.

또한, 담당 의사가 발달 장애를 이유로 작성자에게 의사 결정 능력이 없다고 판단하는 경우, 그 담당 의사는 이러한 판단을 확정하기 위해 반드시 본인이 다음과 같은 조건을 충족하는 면허를 보유한 의사 또는 임상심리사이거나 그러한 전문가와 상의를 해서 결정해야 합니다.

- (1) DDSO에서 일하고 있거나, 또는
- (2) OPWDD 운영 또는 인증 시설에서 최소 2년 동안 일하면서 서비스를 제공했거나, 또는

3 임상심리사의 경우 이러한 범주에서 자격을 얻기 위해서는 NYS 면허가 필요합니다.



(3) 발달 장애 분야에서 특수 훈련을 받았고 발달 장애인 치료 분야에서 최소 2년 동안 일한 경험이 있거나, 또는

(4) 최소 3년 동안 발달 장애인들을 치료한 경험이 있음<sup>3</sup>

작성자의 대리인으로 지명된 의사는 의료 케어 의사 결정을 내릴 수 있는 작성자의 능력 유무에 대해 판단을 내릴 수 없습니다.

작성자가 의료 케어 의사 결정을 내릴 능력이 없다는 판단이 내려지면 그러한 결정은 신속하게 다음 당사자들에게 전달되어야 합니다.

(1) 작성자가 그러한 전달 내용을 이해할 수 있는 능력이 있다는 징후가 조금이라도 있는 경우 구두 및 서면으로 해당 작성자

(2) 해당 대리인

(3) 작성자가 OPWDD 운영 또는 인증 시설에 있거나 그러한 시설로부터 옮겨 온 경우 DDSO 국장 또는 해당 시설을 운영하는 기관의 간부 이사

(4) 작성자의 보호자 또는 위원회 또는 재산관리인

담당 의사는 최초 판단 시점 또는 그즈음에 내려진 결정을 제외하고, 대리인의 의료 케어 의사 결정에 따르기 전에 작성자의 의사 결정 능력 결여 상태가 지속되고 있는지를 반드시 확인해야 합니다. 그러한 확정적 판단은 반드시 작성자의 의료 기록에 서면으로 진술되어야 합니다.

작성자가 의사 결정 능력을 회복했다고 담당 의사가 판단하는 경우 대리인의 권한은 중단되지만 그 이후에 작성자가 더는 의료 케어 의사 결정을 내릴 수 없다는 판단이 다시 내려지는 경우 권한은 재개됩니다.

### 대리인의 의료 케어 의사 결정에 반대할 수 있는 사람이 있나요?

예, 작성자가 반대할 수 있습니다. 작성자가 의료 케어 의사 결정을 내릴 수 있는 능력이 없다는 판단이 내려졌다 하더라도, 작성자가 무능력 결정 또는 대리인이 내린 의료 케어 의사 결정에 반대하는 경우, 법원에서 그 작성자에게 의료 케어 의사 결정을 내릴 수 있는 능력이 없다고 판결한 경우를 제외하고는 작성자의 반대 또는 결정이 우선합니다.

### 누가 의료 케어 대리인이 될 수 있는지에 제한이 있나요?

있습니다. 보통 OPWDD 인증 또는 운영 시설에 사는 사람의 경우 해당 시설의 운영 조직(이사회) 구성원, 간부, CEO 또는 직원, 또는 해당 시설에 소속된 의사는 일체 자신의 의료 케어 대리인으로 지명할 수 없습니다.

### 그 사람이 이사를 가더라도 의료 케어 위임장은 유효한가요?

유효합니다. 위임장은 작성자가 철회할 때까지 계속 유효합니다. 작성자는 구두 또는 서면으로, 또는 위임장을 철회하고자 하는 의사를 표시하는 일체 다른 행동을 통해 대리인 또는 의료 케어 제공자에게 의사를 전달함으로써 의료 케어 위임장을 취소할 수 있습니다. 또 의료 케어 위임장은 작성자가 이후 다른 의료 케어 위임장을 이행하는 경우에도 취소됩니다.

<sup>3</sup> 임상심리사의 경우 이러한 범주에서 자격을 얻기 위해서는 NYS 면허가 필요합니다.

## 의료 케어 위임장

**(1) 본인** \_\_\_\_\_

본인의 의료 케어 대리인으로서 \_\_\_\_\_  
(이름, 집 주소 및 전화번호)

달리 명시하지 않는 한, 본인을 대신하여 모든 의료 케어 결정을 내릴 대리인으로 지정합니다.  
이 위임장은 본인이 스스로 의료 케어 결정을 내릴 수 없게 되는 경우에만 유효합니다.

**(2) 선택사항: 대체 대리인**

본인이 지명한 대리인이 본인의 의료 케어 대리인으로서 역할을 수행할 수 없거나 그럴 의지가 없는 경우,

\_\_\_\_\_ (이름, 집 주소 및 전화번호)

달리 명시하지 않는 한, 본인을 대신하여 모든 의료 케어 결정을 내릴 대리인으로 지정합니다.

**(3) 본인**이 본 위임장을 철회하거나 만료일 또는 만료될 상황을 명시하지 않는 한, 본 위임장은 무기한 유효합니다.  
(선택사항: 이 위임장을 만료시키고 싶은 경우, 여기에 만료일 또는 조건을 명시하십시오.) 이 위임장은 다음의  
경우 만료됩니다(날짜 또는 조건 명시). \_\_\_\_\_

**(4) 선택사항:** 본인은 의료 케어 대리인이 아는 것처럼 또는 아래 명시된 것처럼 본인의 바람과 조건에 따라 의료 케어 결정을 내리도록 지정합니다. (의료 케어 결정에 대해 대리인의 권한을 제한하거나 특정 지침을 제공하고 싶은 경우, 바람이나 조건을 여기에 명시할 수 있습니다.) 본인은 의료 케어 대리인이 다음 조건 및/또는 지침에 따라 의료 케어 결정을 내리도록 지정합니다(필요한 경우 추가 페이지 첨부).

대리인에게 인공 영양 및 수분 공급(주입관 또는 정맥 주사를 통한 영양분 및 물 공급)에 대한 의료 케어 결정을 내리도록 하려는 경우, 대리인이 귀하의 의사를 정확하게 알고 있어야 합니다. 귀하가 원하는 것을 대리인에게 말하거나 이 섹션에 포함시킬 수 있습니다. 인공 영양 및 수분 공급에 대해 바라는 점을 비롯하여 이 양식에 귀하가 원하는 사항을 포함시키려는 경우 사용할 수 있는 견본 문구에 대한 지침을 참조하십시오.

(5) 귀하의 신분 증명 (인쇄체로 기재해 주십시오)

이름 \_\_\_\_\_  
서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_  
주소 \_\_\_\_\_

(6) 선택사항: 장기 및/또는 조직 기증

본인은 사망 시 다음과 같이 장기 및/또는 조직을 기증합니다.  
(해당 사항에 모두 표시)

필요한 모든 장기 및/또는 조직

다음 장기 및/또는 조직 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

제한 사항 \_\_\_\_\_

이 양식에 장기 및/또는 조직 기증에 대한 귀하의 바람이나 지시 사항을 명시하지 않는 경우, 귀하가 기증을 원하지 않거나 귀하를 대신하여 법적인 권한이 있는 다른 사람이 기증에 동의하는 것을 막는 것으로 해석되지 않습니다.

서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

(7) 증인 성명 (증인은 18세 이상이어야 하며 의료 케어 대리인 또는 대체 대리인일 수 없습니다.)

본인은 이 문서에 서명한 사람이 개인적으로 본인을 알고 있으며 온전한 정신으로 자유 의지에 따라 행동하는 것처럼 보인다고 선언합니다. 그 사람은 제 앞에서 이 문서에 서명했습니다. (또는 자신을 위해 서명하도록 다른 사람에게 부탁했습니다.)

날짜 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

증인 이름 1 \_\_\_\_\_ 증인 이름 2 \_\_\_\_\_  
(인쇄체) (인쇄체)

서명 \_\_\_\_\_ 서명 \_\_\_\_\_

주소 \_\_\_\_\_ 주소 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

뉴욕주  
보건부

## 의료 케어 위임장 양식 지침

### 항목 (1)

대리인으로 선택한 사람의 이름, 집 주소 및 전화번호를 기재합니다.

### 항목 (2)

대체 대리인을 지정하고 싶은 경우, 대체 대리인으로 선택한 사람의 이름, 집 주소 및 전화번호를 기재합니다.

### 항목 (3)

만료 날짜 또는 만료 조건을 명시하지 않으면 의료 케어 위임장은 무기한 유효합니다. 이 섹션은 선택사항이며 의료 케어 위임장을 만료시키고 싶은 경우에만 기재합니다.

### 항목 (4)

대리인에게 특별한 지시 사항이 있는 경우 여기에 기재합니다. 또한 대리인의 권한을 제한하고 싶은 경우, 여기에 기재하거나 의료 케어 대리인과 논의할 수 있습니다. 제한 사항을 명시하지 않은 경우, 대리인은 생명 유지 치료에 대한 동의 또는 거부 결정을 비롯하여 모든 의료 케어 결정을 내릴 수 있습니다.

대리인에게 전반적인 권한을 부여하고 싶은 경우, 양식에 기재할 수 있습니다. 다음과 같이 기재하십시오. 의료 케어 대리인 및 대체 대리인과 바라는 사항을 논의하였으며, 대리인은 인공 영양 및 수분 공급을 비롯하여 본인이 원하는 사항을 알고 있습니다.

더욱 구체적인 지시 사항을 제공하고 싶은 경우, 다음과 같이 기재할 수 있습니다.

*본인이 위독하게 되는 경우, 다음과 같은 유형의 치료를 받고 싶습니다/받고 싶지 않습니다....*

*혼수상태에 빠지거나 의식이 거의 없으며 회복에 대한 희망이 없는 경우, 다음과 같은 유형의 치료를 받고 싶습니다/받고 싶지 않습니다....*

*뇌 손상이 있거나 사람을 알아볼 수 없거나 말을 할 수 없는 뇌질환에 걸리고 상태가 개선될 희망이 없는 경우, 다음과 같은 유형의 치료를 받고 싶습니다/받고 싶지 않습니다....*

의료 케어 대리인과 \_\_\_\_\_에 대해 논의하였으며, 본인은 이러한 조치에 대한 모든 결정을 대리인이 내리기를 원합니다.

대리인에게 특별한 지시 사항을 제공하기를 바랄 수 있는 의료적 치료에 대한 예입니다. 완전한 목록은 아닙니다.

- 인공 호흡
- 인공 영양 및 수분 공급  
(주입관을 통한 영양분 및 물 공급)
- 심폐소생물(CPR)
- 항경신성 약물 투여
- 전기 충격 요법
- 항생제
- 수술적 시술
- 투석
- 이식
- 수혈
- 낙태
- 불임 수술

### 항목 (5)

이 의료 케어 위임장 양식에 날짜를 적고 서명해야 합니다. 스스로 서명할 수 없는 경우, 귀하 앞에서 다른 사람이 서명하도록 지시할 수 있습니다. 주소를 잊지 마십시오.

### 항목 (6)

이 양식에 장기 및/또는 조직 기증에 대한 바람이나 지시 사항을 명시할 수 있습니다. 뉴욕주 법에 의해, 귀하를 대신하여 다음 사람에게 장기 및/또는 조직 기증에 동의할 우선 권한이 부여됩니다. 의료 케어 대리인, 피상속인의 대리인, 법적으로 헤어지지 않은 경우 배우자 또는 동거 파트너, 18세 이상의 자녀, 부모, 18세 이상의 형제 또는 자매, 기증자 사망 전 법원에서 지정한 보호자.

### 항목 (7)

18세 이상의 증인 2명이 이 의료 케어 위임장 양식에 서명해야 합니다. 대리인 또는 대체 대리인으로 지정된 사람은 증인으로 서명할 수 없습니다.

## 의료 케어 위임장 양식 정보

이 양식은 중요한 법적 문서입니다.

서명하기 전에 다음과 같은 사실을 이해해야 합니다.

1. 이 양식에 달리 명시하지 않는 한, 이 양식은 귀하가 대리인으로 선택한 사람에게 생명 유지 치료에 대한 동의 또는 거부 결정을 비롯하여 귀하를 위해 모든 의료 케어 결정을 내릴 권한을 부여합니다. “의료 케어”란 신체 또는 정신 상태를 진단하거나 치료하기 위한 치료, 서비스 또는 시술을 의미합니다.
2. 대리인이 인공 영양 및 수분 공급(주입관 또는 정맥 주사를 통한 영양분 및 물 공급)에 대해 귀하가 원하는 바를 정확하게 알고 있지 않는 한, 대리인은 그러한 조치에 대해 거부하거나 동의할 수 없습니다.
3. 귀하가 스스로 의료 케어 결정을 내릴 수 없다고 의사 판단할 때 대리인이 귀하를 위해 결정을 내리기 시작합니다.
4. 이 양식에 원하지 않거나 확실히 받기를 원하는 치료 유형의 예를 기재할 수 있습니다. 지시 사항은 대리인의 의사 결정 권한을 제한하는 데 사용될 수 있습니다. 대리인은 귀하를 위해 의사 결정을 내릴 때 귀하의 지시 사항을 따라야 합니다.
5. 이 양식을 작성하기 위해 변호사는 필요하지 않습니다.
6. 가족 구성원이나 가까운 친구 등 성인(18세 이상)을 대리인으로 선택할 수 있습니다. 의사를 대리인으로 선택하는 경우, 의사가 동시에 두 역할을 수행할 수 없으므로 대리인이나 담당 의사의 역할 중 하나를 선택해야 합니다. 또한 병원, 양로원 또는 정신 건강 시설에 입원하거나 입실하는 경우, 해당 시설에서 일하는 누군가를 대리인으로 지정하는 것에 대한 제한이 있습니다. 그러한 제한에 대한 설명은 해당 시설의 직원에게 문의하십시오.
7. 누군가를 의료 케어 대리인으로 지정하기 전에 그 사람이 대리인으로서 역할을 수행할 의지가 있는지 논의하십시오. 선택한 사람에게 의료 케어 대리인이 될 것이라고 말하십시오. 대리인과 의료 케어에 대해 바라는 사항과 이 양식에 대해 논의하십시오. 대리인에게 서명한 사본 한 부를 제출하십시오. 대리인은 선의로 내린 의료 케어 결정에 대해 고소를 당할 수 없습니다.
8. 배우자를 의료 케어 대리인으로 지정했다가 이후 이혼하거나 법적으로 헤어진 경우, 귀하가 달리 명시하지 않는 한 이전 배우자는 법에 따라 대리인이 될 수 없습니다. 이전 배우자를 대리인으로 유지하고 싶은 경우, 현재 양식에 그러한 내용과 날짜를 기재하거나 이전 배우자를 대리인으로 지정하는 새 양식을 작성하십시오.
9. 이 양식에 서명을 했더라도 귀하가 의료 케어 결정을 내릴 수 있는 한 의료 케어 결정을 직접 내릴 권한이 있으며, 귀하가 반대하는 경우 치료를 받지 않거나 중단할 수 있으며 대리인은 반대할 권한이 없습니다.
10. 귀하는 서면이나 구두로 대리인 또는 의료 케어 제공자에게 의사를 전달하여 대리인에게 부여한 권한을 취소할 수 있습니다.
11. 의료 케어 대리인 지명은 자발적입니다. 누구도 귀하에게 대리인을 지정하도록 요구할 수 없습니다.
12. 이 양식에 장기 및/또는 조직 기증에 대한 바람이나 지시 사항을 명시할 수 있습니다.

## 정신 지체자를 위한 의료 케어 결정법

### 의료 케어 결정법이란?

의료 케어 결정법은 2003년 3월에 발효된 법으로, 특정 법적 기준이 충족되는 경우 생명 유지 치료를 보류 또는 철회하는 결정을 포함해, Article 17-A 보호자가 정신 지체자를 대신해 의료 케어 결정을 내릴 수 있는 권한을 명시적으로 인정하는 내용으로 되어 있습니다.

이전에는, 정신 지체자 또는 발달 장애인을 위해 Article 17-A 보호자를 지명하기 전에 정식(면허 보유) 의사 1인과 정식 임상심리사 1인, 또는 정식 의사 2인이 해당 개인이 정신 지체 또는 발달 장애 때문에 자신 또는 자신의 일을 돌볼 능력이 없으며 해당 개인의 상태가 영구적이거나 무한정 지속될 가능성이 높다는 사실을 증명해야 했습니다.

의료 케어 결정법에 따르면, 의사와 임상심리사 또는 의사 2인이 정신 지체자 또는 발달 장애인이 의료 케어 의사 결정을 내릴 수 있는 능력이 있는지 여부도 판단해야 합니다. 이는 일체의 제안된 의료 케어에 대한 대안적 방법의 이점과 위험 요소를 포함해 의료 케어 의사 결정의 성격과 영향을 이해하고 그 정도를 인지하며, 정보를 근거로 한 의사 결정에 도달할 수 있는 능력을 갖고 있다는 의미입니다.

법원이 구체적으로 금지하는 경우를 제외하고, 정신 지체자 또는 발달 장애인의 Article 17-A 보호자는 그러한 개인이 능력이 있었다면 내릴 수 있는 모든 의료 케어 의사 결정을 내릴 권한을 갖게 됩니다. 여기에는 생명 유지 치료의 보류 또는 철회 결정도 포함됩니다.

또한, 고등법원이 의료 케어 결정법은 그 지명 시기에 관계없이 Article 17-A 보호자에게 적용된다고 판결한 바 있습니다. 따라서, 발효 이전에 지명된 보호자들은 자신들의 보호자 권한에 의료 케어 결정법에서 정하는 권한이 포함되도록 보호자 권한을 수정할 필요가 없습니다.

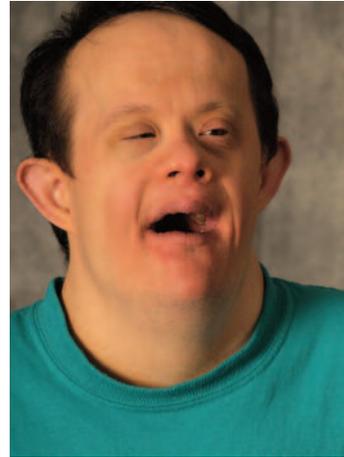
### 원래 법의 어떤 내용이 개정되었나요?

원래 법에서는 기업 보호자는 생명 유지 치료를 보류 또는 철회하는 의사 결정을 내리지 못하도록 금지되어 있었습니다. 그러나 이러한 금지 조항이 삭제되면서, 기업 보호자들도 다른 17-A 보호자들과 동일한 권한을 갖게 되었습니다.

두 번째로, 원래 법은 그 적용 범위가 정신 지체자를 대신하는 Article 17-A 보호자로 한정되어 있었습니다. 이후 법이 개정되면서 정신 지체를 포함하거나 지적 기능 또는 적응성 행동 면에서 그와 유사한 장애를 초래하는 발달 장애를 가진 사람에게도 적용하게 되었습니다.

개정된 부분 중 가장 중요한 부분은 생명 유지 치료를 보류 또는 철회하는 결정을 내리는 것과 관련해 권한을 부여받은 대리인들의 목록이 확대되었다는 것입니다. 권한을 부여받은 대리인의 현재 목록은 다음과 같습니다.

- (1) Article 17-A 보호자
- (2) 적극적인 역할을 하는 배우자<sup>1</sup>
- (3) 적극적인 역할을 하는 부모
- (4) 적극적인 역할을 하는 성인 자녀



(1) 적극적인 역할의 정의: “한 개인이 필요로 하는 사항을 충분히 알만큼 개인의 생활에 중요하고 지속적인 참여”

- (5) 적극적인 역할을 하는 성인 형제자매
- (6) 적극적인 역할을 하는 성인 가족 구성원<sup>2</sup>
- (7) 윌로우브룩 클래스(Willowbrook Class) 소비자 자문 이사회(Consumer Advisory Board) (전적으로 대표하는 클래스 구성원에 한함) 또는
- (8) SDMC (surrogate decision-making committee: 대리인 의사 결정 위원회) 또는 법원

반드시 명단에 열거된 순서대로 적절한 대리인의 동의를 구해야 합니다.

**대리인이 따라야 할 표준이 있습니까?**

대리인은 도덕적, 종교적 신념을 포함해, 해당 정신 지체자 또는 발달 장애인이 바라는 바에 대해 합리적으로 알려져 있거나 합리적인 수준의 주의를 기울여 확인할 수 있는 경우 모든 옹호 및 의료 케어 의사 결정을 내릴 때 해당 정신 지체자 또는 발달 장애인에 대한 최선의 이해만을 고려해 결정해야 할 의무가 있습니다.

정신 지체자 또는 발달 장애인의 최선의 이해를 가능하게 하는 데는 다음과 같은 다섯 가지 요소를 고려하는 것도 포함됩니다.

- (1) 모든 사람의 존엄성 및 고유성
- (2) 해당 개인의 건강 유지, 개선 또는 회복
- (3) 경감 치료(환자의 고통을 줄여 주는 치료)와 통증 관리를 통한 해당 개인의 고통 해소
- (4) 인공적으로 제공되는 영양분 또는 수분의 고유한 성격, 그리고 그것이 해당 개인에게 미치는 영향
- (5) 해당 개인의 전체적 의료적 상황

또한, 대리인의 의료 케어 의사 결정에는 해당 정신 지체자 또는 발달 장애인이 다른 사람들에게 인정되는 것과 동일한 완전한 권리, 동등한 보호, 존중, 의료 케어 및 존엄성을 인정받을 자격이 없다는 단정, 또는 대리인의 재정적 상황이 영향을 미쳐서는 안 됩니다.

**생명 유지 치료와 관련한 의사 결정은 어떤가요?**

구체적으로 LST(life-sustaining treatment: 생명 유지 치료)와 관련해서, 대리인에게서는 생명 유지 치료를 포함해 완전하며 유효한 의료 케어를 받도록 환자의 권리를 적극적으로 옹호해야 할 의무가 있습니다. LST란 **의료적 치료 수단으로 제공되는 심폐 소생술 및 영양분-수분 공급** 등의 의료적 치료로, 생명 유지 기능을 가지고 있어 합리적인 의료적 판단에 따르면 이를 공급하지 않을 경우 환자가 상대적으로 짧은 기간 내에 사망하게 될 것으로 예상되는 치료를 말합니다. 심폐소생술은 담당 의사의 의료적 판단을 요하지 않는 생명 유지 치료로 간주됩니다.

BOLD 표시로 알 수 있듯이, HCDA 목적상 LST의 정의는 DNR을 포함하도록 수정되었습니다. 그 결과 DNR 명령을 받는 데는 별도의 절차가 더는 필요하지 않습니다. LST의 보류 또는 철회와 관련한 모든 결정은 반드시 아래에 요약되어 있는 HCDA 지정 절차를 준수해야 합니다. 또한, 필요한 절차를 개괄적으로 보여주는 체크리스트가 본 책자 18-19페이지에 나와 있습니다.

2. 가족 구성원의 정의, 혈연, 결혼 또는 법적인 입양과 관련된 모든 당사자

**대리인이 LST와 관련한 결정을 내리는 데는 무엇이 필요한가요?**

대리인이 정신 지체자 또는 발달 장애인에 대해 LST (DNR 포함) 를 보류 또는 철회하는 결정을 내릴 때는 담당 의사가 반드시 그 사람이 의료적 케어 결정을 내릴 수 있는 능력이 없다고 확인해야 합니다. 또 확인하는 담당 의사는 반드시 다른 의사 또는 정식(면허 보유) 임상심리사에 의견을 물어 해당 개인의 무능력을 재차 확인해야 합니다. 담당의사나 의견을 주는 의사 또는 임상심리사는 반드시 모두 정신 지체자 또는 발달 장애인에게 서비스를 제공하는 데 있어 전문 훈련을 받았거나 경험이 있는 사람이어야 합니다.

또한, 담당 의사는 다음과 같은 두 가지 조건이 모두 충족될 수 있는 의료적 확실성에 대해 그 타당한 정도를 결정하고 다른 의사도 이에 동의해야 합니다.

- (1) 해당 정신 지체자 또는 발달 장애인이 다음과 같은 의료적 상태이다.
  - (a) 불치병, 즉, 회복할 수 없는 질병 또는 부상을 갖고 있으며 이로 인해 1년 이내에 사망할 것으로 합리적인 예상이 가능한 상태. 또는,
  - (b) 영구적인 무의식 상태. 또는,
  - (c) 해당 개인의 정신 지체 또는 발달 장애 외에 LST를 요하며, 회복이 불가능하고, 무한정 지속될 것으로 예상되는 다른 의료적 상태. 그리고,
- (2) LST가 다음 측면을 감안할 때 해당 개인에게 보통 이상의 부담을 가할 것으로 예상된다.
  - (a) 정신 지체 또는 발달 장애 외에 해당 개인의 의료적 상태. 그리고,
  - (b) 해당 개인의 정신 지체 또는 발달 장애와 무관하게 LST가 예상되는 결과.

인공적으로 제공되는 영양분 또는 수분을 보류 또는 철회하는 결정을 내리는 경우, 반드시 다음과 같은 추가적 요인 중 하나가 충족되어야 합니다.

- (1) 생명을 유지할 수 있는 타당한 희망이 전혀 없다. 또는,
- (2) 인공적으로 제공되는 영양분 또는 수분이 보통 이상의 부담을 가한다.

대리인은 LST를 철회 또는 보류하고자 하는 결정을 구두 또는 서면 방식으로 전달할 수 있습니다. 구두로 전달하는 경우 반드시 18세 이상 성인 두 사람에게 전달해야 하며, 그 두 사람 중 최소 한 사람은 해당 개인의 담당 의사여야 합니다. 서면으로 전달하는 경우 18세 이상의 증인 한 사람이 참석한 가운데 서명하고 날짜를 기재해야 하며, 참석한 증인도 그러한 문서에 서명하여 담당 의사에게 전달해야 합니다.

결정을 전달받은 담당 의사는 그러한 대리인의 결정에 따라 명령을 발부하거나, 담당 직원에게 지시하거나 또는 대리인의 그러한 결정에 즉시 반대해야 합니다.



**생명 유지 치료와 관련한 의사 결정은 누가 전달받게 되나요?**

담당 의사는 법에 따라 LST 철회 결정을 이행하기 최소 48시간 전, 또는 LST 보류 결정을 이행하기 전 최대한 빠른 시점에 다음 당사자들에게 통지해야 합니다.

- (1) 정신 지체 또는 발달 장애를 가진 해당 개인. 단, 다른 의사 또는 정식 임상심리사와 상의한 결과 타당한 수준의 의료적 확실성을 가지고 그러한 통지를 할 경우 해당 개인이 즉각적인 중증의 부상을 당할 위험이 있다고 서면으로 결정하는 경우는 예외입니다.
- (2) 작성자가 OPWDD 운영 또는 인증 거주 시설에 있거나 그러한 시설로부터 옮겨 온 경우 해당 시설을 운영하는 기관의 간부 이사 및 MHLS (Mental Hygiene Legal Service: 정신 위생 법률 서비스).
- (3) 해당 개인이 그러한 시설에 거주하거나 그러한 시설로부터 옮겨온 것이 아닌 경우, OPWDD의 커미셔너 또는 커미셔너가 지정한 자<sup>1</sup>.

**생명 유지 치료와 관련한 보호자 또는 유자격 가족 구성원의 결정에 반대할 수 있는 사람은 누구입니까?**

법에 따르면 LST를 철회 또는 보류하고자 하는 대리인의 결정에 반대할 수 있는 사람은 7가지로 분류됩니다.

- (1) 그 대리인이 대리하는 당사자인 지체 장애자 또는 발달 장애인<sup>2</sup>.
- (2) 해당 정신 지체자 또는 발달 장애인과 동거하고 있거나 상당한 수준의 지속적인 접촉을 유지하고 있는 부모 또는 성인 형제자매.
- (3) 담당 의사.
- (4) 해당 정신 지체자 또는 발달 장애인에게 서비스를 제공하고 있는 일체의 다른 의료 케어 전문가.
- (5) 해당 개인이 거주하는 시설을 운영하는 기관의 간부 이사.
- (6) 해당 개인이 OPWDD 운영 또는 인증 거주 시설에 거주하고 있거나 그곳으로부터 옮겨온 경우 MHLS.
- (7) 해당 개인이 OPWDD 운영 또는 인증 거주 시설에 거주하거나 그곳에서 옮겨오지 않은 경우 OPWDD의 커미셔너 또는 커미셔너가 지정한 자.

위에 열거되어 있는 당사자라면 누구나 구두 또는 서면 형식으로 반대할 수 있습니다.

위에 열거된 당사자 중 누구라도 반대할 경우 해당 대리인의 결정은 일시 정지되고 사법 기관의 검토를 기다리게 됩니다. 단, 그러한 일시 정지가 해당 정신 지체자 또는 발달 장애인의 사망을 초래할 가능성이 높은 경우는 예외입니다. 해당 대리인의 결정에 반대가 있어 그 이행이 일시 정지되는 경우, 반대 당사자는 반드시 해당 대리인, 그리고 그러한 결정에 반대할 수 있었던 다른 당사자들에게 그 사실을 알려야 합니다.

<sup>1</sup> OPWDD 규정 제633.10(a)(7)(iii)항에 따라, 커미셔너는 이러한 통지를 받을 DDSO 국장을 지명했습니다.

<sup>2</sup> 입법 기관에서 반대를 원하는 사람을 지원하는 절차를 지정하지 않았음에도 불구하고, 당사자는 반대하는 사람에게 말할 수 있으며 다른 사람이 담당 의사, 보호자 또는 자격이 있는 가족 구성원 및 모든 다른 당사자에게 반대를 알리도록 지원해야 합니다.

**의료 케어 제공자들의 의무 사항으로는 어떤 것이 있나요?**

의료 케어 제공자는 해당 정신 지체자 또는 발달 장애인이 의사 결정 능력이 있었다면 내렸을 결정과 동일한 정도까지, 법에 따라 성실하게 대리인이 내린 의료 케어 결정을 따라야 합니다.

그러나 개인 병원의 경우 명시적으로 병원의 운영 원칙에 핵심이 되는 종교적 믿음이나 진정으로 믿는 윤리적 신념을 바탕으로 하는 정식으로 채택된 병원의 서면 형식 정책에 반하는 결정은 반드시 따르지 않아도 됩니다.

**보호자와 유자격 가족 구성원은 면책권을 갖나요?**

면책권을 갖습니다. 대리인은 합리적으로 타당하며 법에 따른 성실한 의료 케어 결정을 내리는 경우 형사 또는 민사적 책임의 대상이 될 수 없습니다.

## HCDA - 지정 절차

의사 결정 능력이 없고 의료 케어 위임장이 없는 발달 장애인에 대해 LST를 철회 또는 보류하는 것과 관련한 의료적 의사 결정은 반드시 정신 지체자를 위한 의료 케어 결정법(Health Care Decisions Act: HCDA)에 정해져 있는 절차를 준수해야 합니다[SCPA § 1750-b (4)]. 2010년 6월 1일자로, 여기에는 DNR 명령서 발부가 포함됩니다. 명령서에는 HCDA 준수에 필요한 절차가 명시되어 있습니다. 각 단계별 기록 서류는 반드시 작성자의 의료 기록에 포함되어야 합니다.

### 1단계-우선 순위 명단에서 적절한 1750-b 대리인을 식별합니다.

- (1) 17-A 보호자
- (2) 적극적인 역할을 하는 배우자
- (3) 적극적인 역할을 하는 부모
- (4) 적극적인 역할을 하는 성인 자녀
- (5) 적극적인 역할을 하는 성인 형제자매
- (6) 적극적인 역할을 하는 가족 구성원
- (7) Willowbrook CAB(윌로우브룩 소비자 자문 이사회, 전적인 대표권)
- (8) SDMC(Surrogate Decision Making Committee: 대리인 의사 결정 위원회)(MHLArticle 80)

### 2단계-1750-b 대리인이 구두 또는 서면 방식으로 LST의 보류 또는 철회 결정을 내립니다.

**참고:** 의사 결정에는 철회 또는 보류 요청 대상 LST가 명확히 명시되어 있어야 합니다.

구두로 전달되는 의사 결정(담당 의사와 다른 18세 이상 성인 1명에게 전달).

서면으로 전달되는 의사 결정(대리인이 서명하고 날짜를 기재해야 하며 증인 1명이 서명하여 담당 의사에게 전달).

### 3단계-해당 개인이 의료 케어 결정을 내릴 능력이 없음을 확인합니다.

담당 의사의 판단에는 해당 개인의 무능력의 원인과 성격, 그 정도 및 예상 지속 기간과 관련한 자신의 의견이 반드시 포함되어야 합니다. 담당 의사, 또는 그에 동의하는 의사 또는 정식 임상심리사는 반드시 다음과 같아야 합니다: (a) DDSO의 직원이거나, (b) OPWDD가 운영, 허가 또는 지정하는 시설 또는 프로그램에서 최소 2년 동안 일해 왔거나, 또는 (c) 발달 장애인 서비스 제공 분야에서 특수 훈련을 받았거나 3년간의 경험이 있다고 OPWDD 커미셔너가 인정하는 사람이어야 합니다.

**4단계- 필요한 의료적 기준을 결정합니다.**

두 명의 의사가 타당한 수준의 의료적 확실성을 가지고 다음 조건들이 충족된다고 결정해야 합니다.

- (1) 해당 개인의 의료적 상태가 다음 중 하나에 해당됩니다.
  - (a) 불치병. 또는
  - (b) 영구적인 무의식 상태. 또는,
  - (c) 발달 장애가 아닌, LST를 요하는 의료적 상태로 회복 불가능하고 무한적 계속되는 상태.

그리고

- (2) LST가 다음 사항을 감안할 때 해당 개인에게 보통 이상의 부담을 가할 것으로 예상되는 경우:
  - (a) 발달 장애가 아닌 해당 개인의 의학적 상태. 그리고
  - (b) 해당 개인의 발달 장애와 무관하게 LST의 예상 결과.

1750-b 대리인이 인공적으로 제공되는 영양분 또는 수분 공급을 철회 또는 보류해 줄 것을 요청한 경우, 다음과 같은 추가적 요인 중 하나도 반드시 충족되어야 합니다.

- (a) 생명을 유지할 수 있는 타당한 희망이 전혀 없다. 또는,
- (b) 인공적으로 제공되는 영양분 또는 수분이 보통 이상의 부담을 가한다.

**5단계 - 통지.**

담당 의사는 LST 철회 결정을 이행하기 최소 48시간 전, 또는 LST 보류 결정을 이행하기 전 최대한 빠른 시점에 다음 당사자들에게 통지해야 합니다.

해당 발달 장애인(치료적인 예외가 적용되는 경우 제외)

해당 개인이 OPWDD 거주 시설에 거주하고 있거나 그곳으로부터 옮겨온 경우: 시설 책임자 및 MHLS

해당 개인이 OPWDD 거주 시설에 거주하고 있지 않거나 그곳으로부터 옮겨오지 않은 경우: 지역

DDSO 국장

**6단계 - 반대**

(1) 반대가 없거나 통지를 받은 모든 당사자가 반대하지 않는다고 응답하는 경우, 대리인의 결정이 이행됩니다.

(2) 반대가 있는 경우(구두 또는 서면), 대리인의 결정은 보류되며

- (a) 분쟁 중재 - 반대하는 당사자 또는 (SDMC 이외의) 대리인에 의해 요청될 수 있습니다. 이 중재는 구속력이 없습니다. 중재를 요청하는 당사자는 통지를 해야 합니다. 반대가 철회되는 경우 대리인의 결정이 이행됩니다.
- (b) 법원 검토는 - 대리인, 담당 의사, 거주 시설 책임자, MHLS 또는 OPWDD 커미셔너 또는 지정자가 요청할 수 있습니다. 법원에서 대리인의 결정을 이행해야 할지 판단합니다.

## 뉴욕주 보건부

### 심폐소생술을 금지하는 비병원 명령 (DNR 명령)

이름 \_\_\_\_\_

생년월일 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

상기 사람에게 심폐소생술을 하지 마시오.

의사 서명 \_\_\_\_\_

이름(인쇄체) \_\_\_\_\_

면허 번호 \_\_\_\_\_

날짜 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

최소 90일 전 이 명령을 계속하기 적합한지 결정하고 당사자의 의료 차트에 메모하여 이를 알리는 것은 의사의 책임입니다. 새 양식은 발행하지 않아도 되며, 철회되지 않는 한, 법에 따라 이 명령은 유효한 것으로 간주되어야 합니다. 이 명령은 90일 내에 검토되지 않은 경우에도 유효하며 준수되어야 합니다.

## 유언장

### 유언장이란?

유언장은 의료 케어 치료와 관련해 구체적인 지시 내용을 담고 있는 문서입니다. 보통 앞으로 발생하게 될 구체적인 몇몇 상황에서 생명 유지 치료를 거부하고자 하는 의사를 밝히는 데에 사용됩니다. 유언장은 “의료 케어 대리인”을 지명하지 않으며, 의료 케어 위임장을 대신하는 문서가 아닙니다. 대개 어떤 사람이 의료 케어와 관련해 자신이 바라는 바를 알고하고자 하지만 자신의 의료 케어 대리인 역할을 할 수 있는 사람이 없는 경우에 사용됩니다.

반대로 의료 케어 위임장은 자신을 대신하여 치료 결정을 내리기 위해 신뢰하는 누군가를 선택할 수 있습니다. 유언장과 달리 의료 케어 위임장은 미래에 발생할 수 있는 모든 유형의 결정을 미리 알 필요는 없습니다. 대신 의료 케어 대리인은 의료 상황이 변할 때 위임한 사람이 원하는 바를 해석하고 위임한 사람이 모르는 사항을 결정할 수 있어야 합니다. 그러나 원하는 경우 의료 케어 위임장에 지시 사항을 포함시킬 수 있습니다. 의료 케어 위임장은 치료를 중단하는 결정과 같이 치료를 받는 결정에도 유용합니다. 의료 케어 위임장이 있지만 유언장도 있는 경우, 유언장은 의료 케어 대리인에게 지시 사항을 제공할 수 있으며 결정의 지침이 됩니다.





## 용어

**의료 케어 대리인.** 올바르게 작성된 의료 케어 위임장에 따라 의료 케어 결정 권한을 위임받은 성인입니다.

**Article 17-A 보호자.** 대리인의 법적 절차에 관한 법(SCPA)의 Article 17-A에 따라 지정된 보호자입니다. SCPA 제1750조는 정신 지체자의 보호자 권한을 다루며, 제1750조 a항은 기타 발달 장애인의 보호자 권한을 다룹니다. 두 조항에서 대리인의 법원은 당사자의 보호자, 재산의 보호자 또는 당사자와 재산 모두의 보호자를 지명할 수 있습니다. 보호자 권한이 당사자를 대신하여 의료 케어 결정을 내리는 권한을 얻기 위해 필요한 경우, 당사자에 대한 보호자 권한이 필요합니다. 부모에게는 자녀의 보호자로 지정될 기본적인 권리가 있습니다. 부모 외에는 Article 17-A에 따라 누구도 보호자로 지정될 우선권이 없습니다. 보호자는 형제자매, 친척, 친구 또는 자격이 있는 기관(기업 보호자)이 될 수 있습니다.

**합리적인 범위에서 연락 가능.** 연락하려는 대리인은 633.11조의 목적을 위해 정보에 근거한 동의를 구하거나 633.18조에 따라 DNR 결정을 내리려는 담당 의사 또는 다른 당사자가 합리적인 시간 내에 성실한 노력을 통해 연락 가능합니다.

**소비자 자문 이사회(CAB).** Willowbrook Consent Judgment의 요구 사항에 따라 설립된 7명의 이사회입니다.

**능력.** 지각적이고 자발적인 방식으로 결정을 내릴 수 있을만큼 이점과 중요한 위험, 그러한 치료에 대한 대안을 비롯하여 전문적 의료적 치료와 DNR 명령의 성격과 결과를 충분히 이해하고 인식하는 능력입니다. 제안된 전문적 의료적 치료 또는 제안된 DNR 명령과 관련된 당사자의 결정은 능력 확인을 위한 유일한 기준이 될 수 없습니다.

**의료 케어.** 신체 또는 정신 상태를 진단하거나 치료하기 위한 치료, 서비스 또는 시술입니다.

**DDSO.** 발달 장애 서비스 사무소(DDSO)는 OPWDD의 지역 행정 단위입니다. DDSO의 이사회는 OPWDD의 중앙 사무소 관리 직원입니다. DDSO 국장은 최고 운영자(CEO)입니다.

**의료 케어 결정.** 의료 케어에 대한 동의 또는 거부 결정입니다.

**의료 케어 능력 결정.** 일체의 제안된 의료 케어에 대한 대안적 방법의 이점과 위험 요소를 포함해 의료 케어 의사 결정의 성격과 영향을 이해하고 그 정도를 인지하며, 정보를 근거로 한 의사 결정에 도달할 수 있는 능력입니다.

**적극적인 역할.** 한 개인이 필요로 하는 사항을 충분히 알만큼 개인의 생활에 중요하고 지속적인 참여.

**가족 구성원.** 혈연, 결혼 또는 법적인 입양과 관련된 모든 당사자.

**정신 위생 법률 서비스(MHLS).** 정신위생법 제 47조에 따라 발달 장애인에게 법률 서비스, 조언 및 지원을 제공하는 주 대법원의 상소부 기관.

**심폐소생술 금지(DNR) 명령.** 심장 마비 또는 호흡 곤란을 일으키는 경우 심폐소생술을 시도하지 말라는 지시. 이러한 지시는 모든 심폐소생술을 포괄하거나 동의 범위에 따라 제한될 수 있습니다.

**비병원 DNR 명령** 발달 센터에 거주하지 않는 사람이 발행한 심폐소생술 금지 지시, 또는 발달 센터, 병원, 정신 센터 또는 거주 의료 케어 시설에 있는 사람이 발행한 지시로 당사자가 이러한 시설을 떠난 후에만 효력이 발생하는 지시.

**담당 의사.** DNR, 의료 케어 위임장 또는 의료 케어 결정법과 관련하여, 발달 센터, 병원, 정신 센터, 거주 의료 케어 시설 또는 OPWDD에서 인증하거나 운영하는 모든 시설의 당사자가 선택하거나 당사자에게 지정된 의사로, 해당 당사자의 치료와 케어에 대해 기본적인 책임을 집니다. 그러한 책임을 공유하는 의사가 두 명 이상인 경우, 그러한 의사는 이 섹션에 따라 담당 의사로서 역할을 수행할 수 있습니다.

**작성자.** 의료 케어 위임장을 위해 의료 케어 위임장을 작성하는 사람입니다.

**의료 케어 위임장.** 해당 요구 사항에 따라 실행되는 의료 케어 결정에 대한 권한을 위임하는 문서.

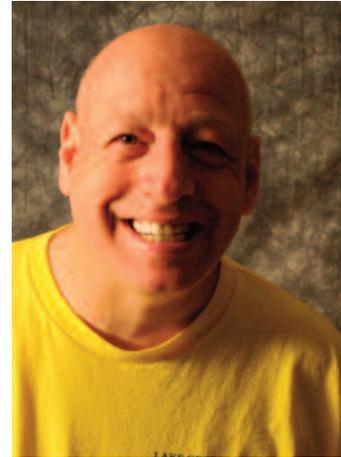
**심폐소생술 금지 명령(DNR 명령).** 심장 마비 또는 호흡 곤란을 일으키는 경우 심폐소생술을 시도하지 말라는 지시. 이러한 지시는 모든 심폐소생술을 포괄하거나 동의 범위에 따라 제한될 수 있습니다.

**심폐소생술(CPR).** 심장 마비 또는 호흡 곤란을 일으키는 경우 수동 흉부 압박, 구강 대 구강 구조 호흡, 삽관법, 직접 주입, 정맥 주사 약물, 전기 제세동, 개흉 심장 마사지 등 심장 기능 또는 폐기능을 복구시키는 방법. 오직 심폐소생술을 제공하려는 목적인 경우, DNR을 위해 심폐소생술에 다른 시설로 당사자 이송이 포함됩니다. 심장 마비를 일으키지 않는 경우, 심폐소생술에 심장 및 폐 기능을 향상시키기 위한 조치가 포함되지 않습니다.

**보호자.** 633.11 및 633.18를 위해, 해당 규정 조항에 따라 서비스를 받는 사람을 대신하여 행동을 수행하도록 지정되는 사람.

**치료, 제안된 전문적 치료와 관련해 적절한 공개 내용을 이해할 수 있는 능력.** 지각적이고 자발적인 방식으로 결정을 내릴 수 있을만큼 이점과 중요한 위험, 그러한 치료에 대한 대안을 비롯하여 전문적 의료적 치료의 성격과 결과를 충분히 이해하고 인식하는 능력입니다. 제안된 전문적 의료적 치료와 관련된 당사자의 결정은 능력 확인을 위한 유일한 기준이 될 수 없습니다.

**전문적 의료적 치료.** 전신 마취법이 사용되거나 또는 절개가 필요하거나, 상당한 고통, 불편감, 허약화를 초래하거나, 상당한 회복 기간이 필요하거나, 또는 법에 따라 정보에 근거한 동의가 필요한 일체의 전문적 진단 또는 치료를 요하는 의료적, 치과적, 수술적 또는 진단적 중재 또는 시술.



## 추가 정보 지원처

- 1) NYS OPWDD(Office For People With Developmental Disabilities)  
44 Holland Avenue  
Albany, New York 12229  
[www.opwdd.ny.gov](http://www.opwdd.ny.gov)
- 2) NYS CQC(Commission on Quality of Care and Advocacy for Persons with Disabilities)
  - a) CQC 법률 서비스 사무소  
401 State Street  
Schenectady, New York 12305  
518-388-1270  
[www.cqc.ny.gov/homepage.htm](http://www.cqc.ny.gov/homepage.htm)
  - b) CQC Surrogate Decision-Making Committee(대리인 의사 결정 위원회)  
401 State Street  
Schenectady, New York 12305  
518-388-2820  
[www.cqc.ny.gov/sdmc.htm](http://www.cqc.ny.gov/sdmc.htm)
- 3) NYS 보건부 [www.health.ny.gov](http://www.health.ny.gov)

다음 문제에 대해 추가 정보가 필요한 발달 장애인은 문의하십시오.

- a) 서비스 코디네이터
- b) 지역 자립협회(Self-Advocacy Association)
- c) 지역 옴부즈맨





자세한 내용은 OPWDD 웹사이트를 확인하십시오.

**[www.opwdd.ny.gov](http://www.opwdd.ny.gov)**

NYS OPWDD 커뮤니케이션국(Communications Office) 발행  
44 Holland Ave., Albany, NY 12229

**(866) 946-9733**

**TTY: (866) 933-4889**