죽음의 기준 : 뇌사/심폐사 논쟁

김상득
철학 박사, 서울교대 강사, 본회 연구위원

1. 들어가는 말

먼저 다음 사례를 눈여겨보자.

부르스 터커라는 흑인 노동자가 공사장에서 추락하여 머리에 중상을 입었다. 그는 즉시 대학병원으로 옮겨져 두개골 골절과 경뇌막하혈종(Subdural hematoma), 뇌간좌상(Brain Stem Contusion)이라는 진단을 받고, 뇌수술한 다음 다시 호흡곤란을 막기 위한 기관절개술이 시행되었다. 그는 인공호흡기로 생명을 유지하고 있었다. 담당 의사는 그가 소생할 가능성이 전혀 없으며 죽음에 임박하였다고 하였다. 당시 병원에는 심장 이식 수술을 기다리고 있는 환자 J. 크랠이 입원하고 있었다. 뇌파검사 결과 뇌파가 편평하였으며, 따라서 뇌피질의 기능이 완전히 정지된 것으로 판명되었다. 뇌파가 편평하면 대량의 약물 또는 저온에 의한 경우를 제외하고는 그것이 여러 시간 동안 되풀이해서 계속적으로 나타난다면 의식이 다시 회복되지 않을 것이라는 대부분의 신경과 의사들의 의견이었다.

> 터커는 심장과 양쪽 콩팥을 제거하기 위해 수술실로 옮겨졌으며, 인공호흡기가 제거되고, 5분 뒤 죽음이 선고되었다. 그의 심장은 크렐에게 이식되었다. 의사들은 그의 동생 전화 번호를 알고서도 보호자의 승낙 없이 일방적으로 심장을 제거한 것이다. 또한 죽음이란 '모든 신체 기능의 정지'라고 정의하고 있는 버지니아주의 법이 있는데도, 의사들은 독자적으로 심장을 제거한 것이다. 그후 심장 공여자의 동생인 W. 터커는 심장이식 수술을 시행한 외과의사를 상대로 소송을 제기했다.[1]

이 사건은 1968년 5월에 미국 버지니아주에서 실제로 일어난 사건이다. 의사들은 법원에서, 장기이식에 적합한 장기적출의 필요성과, 이런 환자의 경우 더 이상 심폐 소생술을 이용한다 하지라도 회복될 가능성이 없기에 죽음을 방지할 수 없다는 점을 이유로 들어 자기 입장을 변호하였다. 버지니아주 법원은 의사들에게 유리한 판결을 내렸다. 이를 두고 미국 언론들은 '뇌사는 곧 죽음'이란 배심원들의 판시를 대대적으로 보도하였다. 이 사건 이후 의학계를 비롯하여 법학 및 철학에서 죽음의 정의와 죽음의 기준에 관한 논쟁이 가열되었다. 그해 8월 하버드 의과대학의 특별위원회는 뇌사를 죽음으로 인정한다고 하면서 구체적인 뇌사 판정 시험조건들을 발표하였다.[2] 논쟁이 계속되다가 1981년 의료윤리문제 대통령 자문 위원회에서 이를 법령화할 것을 제안하였다.[3] 이에 따라 대체로 의학계는 뇌사를 죽음으로 인정하는 편이며, 종교계는 이에 반대하고 있다. 반면에 법률은 다소 중도적인 입장을 취하고 있다. 그래서 현재는 의학적으로는 한국을 포함하여 거의 대부분의 나라에서 뇌사를 죽음으로 인정하고 있으며, 법률적으로 뇌사를 인정한 나라도 제법 있다.[4] 뇌사에

---

1) 이 사례는 김중호, 「의학윤리란 무엇인가?」 (서울:바오로딸, 1996), pp.105-6에서 부분 발췌하였다.

2) 이 위원회(Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death)의 위원은 총 13명인데, 법률가, 역사가, 신학자가 각 1명이고 나머지는 모두 의사이다. 위원장은 내과의사인 헨리 비처(Henry Beecher) 박사이다. 위원 구성에서 알 수 있듯이, 이 보고서에는 죽음의 정의에 관한 철학적 논의는 찾아볼 수 없고, 다만 의학의 발전에 관한 교황 Pius 12세의 회칙을 인용하고 있다.

3) 이 위원회(the President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine)에서는 죽음에 관한 새로운 정의가 안고 있는 개념적 문제점을 연구한 다음 "Defining Death"라는 꽤 긴 논문을 갈은 해 발표하고, "Uniform Declaration of Death Act"라는 법령 안을 제출하였다. 일부 국가에서는 이 법령을 수정 보완하여 채택하고 있다.

4) 미국(45개 주), 프랑스, 호주, 이탈리아, 그리스, 노르웨이, 스페인 등의 나라에서는 뇌사를 법률적으로 인정하고 있다. 아직 한국은 법률적으로 뇌사를 인정하지 않고 있다. 뇌사 인정에 관한 자세한

대한 기독교의 표준적인 입장이 무엇인지는 아직 분명하지 않으나, 카톨릭은 수용하는 입장이다.

이 사례에서 알 수 있듯이, 죽음에 관한 뇌사/심폐사 물음이 하나의 논쟁거리로 인구에 회자된 것은 다분히 실용주의적 고려 탓이라는 점을 우리는 부인할 수 없다. 특히 장기이식 수술의 발달이 뇌사 주장의 촉매제 역할을 하였다. 신장이나 골수는 살아있는 사람으로부터 적출이 가능하고, 뼈, 혈관, 각막 등은 사체로부터 이식시킬 수 있지만, 심장, 간, 폐, 췌장 등과 같은 중요한 장기는 뇌사상태에 빠진 사람으로부터 취하는 것이 현재로서는 유일한 방법이다. 뿐만 아니라 소생가능성이 없는 뇌사자에게 혈액순환을 통한 인공구급 소생술로 생명을 연장시키는데 드는 비용이 엄청나 가족들은 경제적 부담을 안게 되는데 뇌사를 죽음으로 인정하게 되면 이런 부담을 줄일 수 있는 이점이 있다.

뇌사를 죽음으로 인정하자는 주장이 설사 실용주의적 이유에서 발생하였다 손치더라도 우리는 뇌사의 정당성 물음을 물을 수 있다. 발견의 경위와 정당화의 맥락은 분명 구분되어야 하기 때문이다. 실제로 뇌사를 장기에 이용하는 물음과 뇌사를 인정하는 물음은 전혀 다른 별개의 물음으로 이를 혼동하여서는 안될 것이다. 따라서 우리 기독교인들이, 실용주의적 고려에서 뇌사설이 대두되었다고 해서 무조건 뇌사는 생명경시 풍조를 낳고 하나님의 섭리에 반하는 반기독교적 입장으로 매도하는 것은 학자적인 자세도 아니요 신앙인의 자세도 아니다. 신앙인은 성경에 근거하여 신앙적 양심에 따라 어느 입장이 옳은지를 기도하는 마음으로 찾아나가야 할 것이다. 기독교 세계관에 비추어 볼 때 어느 입장이 성경과 부합하는 지의 물음을 다루기에 앞서, 뇌사/심폐사 논쟁에서 핵심적인 문제가 무엇이며 각각이 주장하는 바가 무엇인지 살펴보자.

2. 죽음의 정의와 기준

앞의 사례가 왜 문제시되는가? 그것은 바로 죽음을 어떻게 이해하느냐에 따라 의사의 장기이식 수술에 대해 우리는 다른 윤리적 평가를 내릴 수 있기 때문이다. 다

사항은 김중호, 「의학윤리란 무엇인가?」, p. 98.을 참조하라.

시 말해, 부르스 터커씨는 살아있다고 말할 수 있는가? 심장박동의 정지 내지 호흡의 정지를 죽음으로 보는 전통적인 심폐사에 따르면 분명 터커씨는 아직 심장이 박동하고 또 호흡하고 있기에 살아있다고 말할 수 있다. 이렇게 되면 의사는 살인죄를 저지른 셈이 된다. 그러나 뇌의 기능은 정지되었기에, 뇌사를 받아들이게 되면, 의사는 터커씨를 죽인 것이 아니라 그 시체를 임의로 사용한 셈이 된다. 이런 상황이 벌어진 것은 바로 인공호흡기가 개발되었기 때문이다. 인공호흡기의 도움이 없다면, 터커씨의 뇌기능 정진는 곧 심장박동과 호흡이 정지로 이어졌을 것이다. 즉, 심폐소생술을 비롯한 생명유지 의술의 발달로 인하여 뇌 기능은 정지되었지만, 인공적인 호흡과 심장은 그 기능을 정상적으로 유지할 수 있는 환자가 자주 발생하게 되었다.[5]

물론 심장이 멈추고 뇌기능이 정지되는 경우도 있지만 대부분의 경우에는 뇌기능이 정지되고 2시간에서 14일이 지나면 심폐사에 이른다고 한다. 이것은 하나의 과정을 그린다고 말할 수 있다. 그래서 모리슨(Morison)은 죽음이란 일련의 변화과정(process)인가 아니면 하나의 사건(event)인가의 물음을 제기한다. 물론 생물학적으로 보면 죽음이란 한 순간에 갑작스럽게 일어나는 하나의 사건이 아닐 것이다. 그러나 유기체 기능의 일부 파괴에서 시작되어 심장박동이나 호흡의 정지에 이르는 일련을 과정을 우리는 죽음(death)이라 부르지 않고 '죽어 가는 과정'(dying process)이라 부른다.[6] 다시 말해, 죽음은 이런 죽어 가는 과정의 최종점이라 말할 수 있다. 무엇보다 죽음을 하나의 과정으로 간주하게 되면, 죽음의 시점을 어느 정도 정확하게 선포하는 일이 불가능하게 된다. 그런데 죽음의 명확한 시점 설정은 의학적, 법적, 사회적, 종교적 이유-예를 들어, 유언의 집행, 장례일과 장례절차, 임종예배 등-

---

5) 법률적으로는 이는 아주 민감한 문제를 야기한다. 예를 들어, 갑이란 사람이 을을 자동차로 치여 머리를 심하게 다치게 하여, 을이 혼수상태로 병원에 입원하였다고 하자. 병원에서 뇌사판정을 하고 보호자의 동의를 얻어 을의 장기로 심장이식 수술을 하였다. 그런데 갑은 을을 다치게 한 적은 있지만 죽게는 하지 않았다고 주장하면서, 병원이 을을 죽였다고 고소하였다. 자동차 사고 관련 법률에 따르면, 사고 피해자가 사고 후 72시간 전에 사망하면, 가해자는 살인치사죄가 성립하고, 그 이후 사망하면 과실치상죄가 성립되어, 처벌이 달라진다. 즉, 뇌사설을 인정하게 되면 갑은 과실치사죄를 범한 셈이 된다. 김원옥, "뇌사의 판정", 「의료윤리자료집」, 연세대학교의과대학 편집(서울: 연세대학교 의과대학, 1988), p. 295.에서 원용하였다.

6) C. M. Culver & B. Gert, "The Definion and Criterion of Death", Biomedical Ethics, ed. by T. A. Mapps & J. S. Zembaty(3rd. ed., N.Y.: McGraw-Hill, Inc.), p. 391.

에서 아주 중요한 의미를 지닌다. 죽음의 시점을 명확하게 설정하지 못하면 이런 일이 자의에 맡겨지게 되어 사회적 혼란이 가중될 것이다.

이런 의미에서 죽음은 과정이 아니라 하나의 사건으로 보아야 할 것이다. 문제는 그 사건이 언제 일어나는가 이다. 이를 이해하자면 '죽음'이란 개념에 대한 철학적 분석이 요구된다. 일상적으로 우리는 죽음이란 단어를 흔하게 사용하지만, 막상 "죽음이 무엇이냐"고 묻으면 선뜻 대답하는 이가 그리 많지 않다. 로버트 비취(R. Veatch)는 죽음을 정의하는 데 필요한 세 가지 차원을 끌어들여 죽음을 설명하고 있다. 즉, 그는 죽음의 개념(concept of death), 죽음의 부위(locus of death), 죽음의 기준(the criteria of death)이란 세 차원을 구분하여 죽음을 정의하고 있다.[7] 죽음이란 형식적으로 "생명체에 있어서 완전한 변화를 의미하는데, 이 변화의 특징은 그 생명에 본질적으로 중요한 특성들이 회복될 수 없을 정도로 상실된 것"으로 정의된다. 그러나 이 정의에서 '완전한 변화' '생명에 본질적으로 중요한 특성' 등이 무엇인지 구체적으로 해명되지 않으면, 이 정의는 우리의 실천에 아무런 유익을 주지 못한다. 따라서 이에 대한 실질적인 규정이 필요한데, 이 물음이 바로 죽음의 개념이 밝혀야 할 부분이다. 즉, 죽었을 때 일어나는 본질적으로 의미 있는 변화가 무엇이냐에 대한 신학적 철학적 판단이 죽음의 개념에 해당된다. 또한 우리는 어떤 사람이 죽었는지의 여부를 실제로 확인할 수 있어야 한다. 인간 신체 전부에 걸쳐서 죽었는지를 조사하기는 어려울 것이다. 그래서 인간 죽음을 확인할 수 있는 결정적인 신체 부위를 우리는 규정하지 않을 수 없는데, 이 물음이 죽음의 부위 물음이다. 그리고 특정 신체 부위가 선정되면, 우리는 다시 그 부위의 어떤 변화를 죽음의 징후로 볼 것인가의 물음이 제기된다. 이것이 비취가 말하는 죽음의 기준이 된다.

반면에 컬버와 거트는 죽음이란 개념을 죽음의 정의(the definition of death), 죽음의 기준(the criterion of death), 죽음의 테스트(the tests of death)라는 세 요소로 나누어 설명하고 있다. "죽음이 무엇이냐"에 대한 답이 죽음의 정의이고, 그러면 "죽은 자와 산 자를 구분시켜주는 표준이 무엇이냐"에 대한 답이 죽음의 기준이고, 나아가 "그 기준이 충족되었다는 것을 입증해주는 시험조건들은 무엇이냐"에 대한 답변이 바로 죽음의 테스트이다. "죽음을 정의하는 일은 주로 철학적 과제요, 죽음

---

7) 이에 관한 자세한 논의는, T. 사논 & J. 디지아코모 지음/황경식 · 김상득 옮김, 「생의윤리학이란?」 (서울:서광사, 1988), pp. 64-69.를 참조하라.

의 기준을 제시하는 일은 주로 의학적인 과제요, 이 기준의 충족되었는지는 입증하는 시험조건들을 선택하는 일은 전적으로 의학적인 일이다."[8] 여기서도 전적으로 의학적 과제에 속하는 죽음의 시험조건들 물음은 논외로 하고자 한다.

대체로 비취의 죽음의 기준은 컬버와 거트의 죽음의 테스트에 해당되고, 비취의 죽음의 부위는 컬버와 거트의 죽음의 기준에 해당된다. 반면에 비취의 죽음의 개념은 컬버와 거트의 죽음의 정의에 해당된다. 그러나 비취는 죽음에 대해서 하나의 형식적 정의를 제시하고, 죽음의 개념은 여럿이라는 견해를 취하는 반면에, 컬버와 거트는 죽음의 정의는 하나이며, 죽음의 기준이 여럿일 수 있다는 견해는 취한다. 이런 점에서 보면, 죽음에 대한 비취의 형식적 정의와 죽음의 개념은 컬버와 거트의 죽음의 정의에 해당된다고 볼 수 있다. 이런 분석적 도구를 사용하게 되면, 죽음에 대한 정의는 하나일 수밖에 없다. 따라서 "환자는 뇌사 상태이기는 하지만 아직 죽은 것은 아니다"라는 말은 잘못되었다. 왜냐하면 뇌사란 개념에서의 '죽음'과 '죽은 것은 아니다'에서의 죽음이란 개념 정의가 서로 다르기 때문이다.

그러면 뇌사/심폐사 논쟁은 어느 차원에서의 논쟁인가? 컬버와 거트에 따르면 이 논쟁은 죽음의 기준 차원에서 일어나는 물음이다. 하나의 정의 하에서도 죽은 자와 살아있는 자를 구분하는 기준이 서로 다를 수 있다는 것이다. 그것은 앞에서 진술했듯이, 죽음이란 죽어 가는 과정 중 어느 하나의 시점에서 일어나는 사건이기 때문이다. 그러면 우리는 죽음을 어떻게 정의할 것인가? 컬버와 거트는 죽음을 전체로서의 유기체 기능이 영원히 멈춘 상태로 정의하고 있다.[9] 여기서 전체로서의 유기체란 유기체의 세포조직과 신체 기관의 총합을 의미하는 전 유기체(the whole organism)와는 그 의미가 다르다. 오히려 유기체 신체 기관들의 하위체계들이 맺고 있는 꽤 복잡한 상호작용을 뜻한다. 전체로서의 유기체 기능이란 모든 혹은 대부분의 하위체계들 전체가 하나의 통합체를 이루어 자발적으로 그리고 내재적으로 활동하는 것과 외부 환경에 대해 적어도 제한적으로나마 반응하는 것을 의미한다. 그러나 모든 하위 체계가 통합될 필요까지는 없다. 개별적인 하위체계들은 전체로서의 유기체 기능이 영원히 정지된 후에도 얼마동안은 기능할 수 있다. 자발적인 호흡은 전체로서의

8) C. M. Culver & B. Gert, "The Definition and Criterion of Death", Biomedical Ethics, p. 391.
9) C. M. Culver & B. Gert, of Death", Biomedical Ethics, p. 392.
"We define death as the permanent cessation of functioning of the organism as a whole."

유기체 기능이 영원히 정지된 직후나 직전에 멈추게 된다.

전체로서의 유기체 기능이 불가역적으로 완전히 정지된 상태를 죽음으로 정의한다면 이의 기준은 무엇인가? 죽어 가는 과정이 뇌의 정지에서 심폐의 정지를 거쳐 세포의 활동 정지에로 이른다는 점을 염두에 둔다면, 우리는 죽음의 기준으로 세 가지를 쉽게 생각할 수 있다. 그 첫 번째가 전통적인 입장으로 심폐사이다. 심폐사 주창자들은 심장이나 폐의 기능이 불가역적으로 완전히 정지된 상태를 죽음의 기준으로 제시한다. 둘째로 뇌사론자들은 죽음을 뇌 기능이 불가역적으로 완전히 정지된 상태로 규정한다. 셋째로 세포사설은 인간 유기체의 모든 세포의 활동이 정지된 상태를 죽음의 기준으로 삼자는 입장이다. 이밖에도 죽음의 기준으로 우리는 영혼이 육체로부터 이탈하는 것을 들 수도 있다. 일단 여기서는 뇌사설에 초점을 맞추어 어느 주장이 합당한지 살펴보자.

여기서 한가지 주목할 점은 심폐사든 뇌사든, 이 두 입장은 모두 관련 기능의 완전한 정지와 그 정지의 불가역성을 전제한다는 사실이다. 이 두 기준은 모두 기능을 수행하는 신체기관이 아니라 기능에 의해 규정된다. 즉, 특정 신체 부위의 세포 파괴가 아니라, 그 신체 기관의 특정 기능 상실이 중요하다.[10] 그 기능을 수행하는 기관의 세포 활동이 모두 정지된 것을 죽음의 기준으로 주장하지는 않는다. 만약에 뇌 기능의 상실이 아니라 뇌 자체의 파괴를 죽음의 표준으로 삼는다면, 심장 정지가 이루어지기 전에는 이런 파괴를 입증할 수 있는 임상시험조건은 불가능할 것이기 때문이다. 이런 의미에서 심폐사나 뇌사는 모두 기능사라 할 수 있다. 그리고 심폐나 뇌의 기능이 정지되었다고 해서 다른 모든 인간 기능이 정지되었다는 말은 아니다. 뇌사의 경우에도 심장과 호흡은 작동할 수 있다. 심지어 심폐의 기능이 완전히 정지된 다음에도 머리카락이나 손톱은 여전히 자란다고 한다. 완전한 세포사를 주장하지 않는 한, 인간 죽음은 결국 인간 신체의 어느 기능의 정지로 볼 것이냐의 물음으로 귀착된다고 하겠다.

3. 뇌사

10) Alexander Morgan Capron, "Definition of Death", Encyclopedia of Applied Ethics Vol. 2 (New York: Academic Press, 1998) p. 722.

뇌사가 무엇을 의미하는지를 이해하자면, 뇌와 뇌 기능에 대한 해부학적인 지식이 필요하다. 뇌는 크게 대뇌, 소뇌, 뇌간 세 부분으로 구성되어 있다. 대뇌에는 운동과 감각을 지배하는 중추 신경이 있다. 기억, 사고, 의지, 정서, 언어 등의 정신활동이 이루어지는 기관 역시 대뇌이다. 소뇌는 운동조절중추가 있어 몸의 평형을 유지하고 운동을 원활하게 하는 기능을 한다. 뇌간에는 온몸의 모든 장기기능을 통합 조절하는 신경중추와 반사의 중추가 있다. 그래서 뇌간이 의식유지의 중심이 된다. 특히 생명 유지에 가장 중요한 호흡과 순환의 중추가 있는 곳 역시 뇌간이다. 뇌에 질환이나 외상으로 말미암아 뇌가 장애를 받기 시작하여 점차로 그 기능이 상실되면, 그 사람은 의식을 잃어 혼수상태에 빠지게 된다. 또한 자발 운동이 불가능하게 되고 자발 호흡까지 어렵게 된다. 뇌간으로부터 전달되는 신경자극에 의해 움직여지는 호흡기 체계와는 달리 심장은 외적 통제 없이도 자동적으로 피를 순환시킨다. 따라서 뇌 기능이 상실되어도 심장은 본래대로 박동 할 수 있다.

우리는 뇌사를 일의적인 의미로 사용하고 있지만, 위에서 보았듯이, 뇌가 세 부분으로 구성되어 있기에 몇 가지 형태의 뇌사가 있을 수 있다. 일반적으로는 대뇌, 소뇌, 뇌간 모두의 불가역적인 기능 정지를 뇌사라 한다. 엄밀하게 말해, 이는 뇌간을 포함하여 전뇌의 기능이 불가역적으로 완전히 정지된 상태를 말하는 것으로서, 우리는 이를 전뇌사(whole-brain death)라 부른다.[11] 반면에 죽음의 기준으로 대뇌의 활동 정지를 주장하는 이도 있다. 이는 대뇌사 혹은 고등뇌사(cerebrium death or higher brain death)라 부른다. 마지막으로 뇌간의 기능 정지를 뇌사로 주장하는 이도 있다. 이는 뇌간사(brain stem death)에 해당된다.

가장 급진적인 입장은 대뇌사이다. 인간의 정신활동인 인식, 느낌, 기억, 의식 등을 가능케 하는 뇌의 부분이 바로 대뇌와 피질이다. 이 둘을 합쳐 우리는 고등뇌(higher brain)라 부른다. 이 고등뇌의 기능이 정지되면 우리는 의식이 없게 되고 기억이나 인식 내지 느낌이 없어지게 된다. 이를 인간의 본질적인 기능으로 보는 일부 학자들은 이런 능력의 상실은 곧, 전체로서의 유기체 기능의 정지라고 보고 대뇌사를 주장한다.[12] 영원한 무의식 상태가 바로 대뇌사에 해당된다. 그러나 대뇌사 상태

---

11) Alexender M. Capron, "Definition of Death", Encyclopedia of Applied Ethics Vol. 2, p. 717.

12) 엄밀히 말해, 이는 고등뇌사 내지 뇌피질사(neocortical death)이고, 또 그 개념이 의미하는 바는 조금씩 다르지만, 여기서는 일상인들의 이해를 돕기 위해 그냥 대뇌사라 이름하고자 한다. D. Lamb,

에서도 뇌간은 여전히 기능을 발휘하기에 호흡이나 자극에 대한 무의식적인 반응은 일어난다. 대뇌사를 인정하게 되면 우리의 상식적 직관으로는 살아있다고 여기는 환자도 죽은 자가 되고 만다. 그 좋은 예가 식물인간이다.

인간은 뇌반구나 뇌피질이 심한 손상을 입게되는 경우가 있다. 그 손상이 중대할 경우 때로 인간은 영원히 무의식 상태에 빠지게 된다. 이런 임상 상태를 일컬어 우리는 식물인간상태(Persistent Vegetative State, PVS)라 부른다. 식물인간의 특징은 의식은 없으나 깨어 있다(chronical wakefulness)는 점이다. 식물인간은 눈은 뜨고 있으나 자기 시야에서 대상이 움직이는 것을 눈동자가 따라가지 못한다. 뇌간의 기능은 어느 정도 정상적이기에, 호흡, 혈액순환, 체온 등은 인공적인 보조장치의 도움 없이도 정상적으로 유지할 수 있으나, 식물인간은 자극에 적절하게 반응하지 못한다. 간호를 잘 하고 인공 영양과 수액을 공급한다면, 식물인간은 뇌사자와는 달리 수개월 아니 수십 년을 살아갈 수도 있다.[13] 일부 학자들은 이런 PVS 환자를 죽음에 포함시키도록 죽음의 외연을 넓게 잡는 기준을 하나의 사고 실험으로 주장하기도 한다.[14]

"한 개인이 된다는 것은 개인의 자아 정체성을 가진다는 것을 의미한다"는 존재론적인 명제를 받아들이면 우리는 이러한 대뇌사에 이르게 될 것이다. 자아 정체성은 자의식뿐만 아니라 개인 역사의 연속성에 그 토대를 두고 있다. 만약에 의식의 손실이 이런 정체성을 파괴한다면, 비록 신체가 생명을 유지한다 할 지라도, 이것은 그 사람이 죽었다는 것을 의미하지 않는가? 개인적 자아 정체성 상실을 이유로 대뇌사를 인정하게 되면, 자발적으로 호흡하는 자-PVS 환자-를 매장하게 하는 결과를 가져다 줄 것이다. 한 걸음 더 나아가 대뇌사는 적극적 안락사 행위를 취할 것을 강요할 수 있다. 이런 실천적 함축의 문제점뿐만 아니라, 대뇌사설은 전뇌나 심폐기능의 상실만큼 확실하게 고등뇌 기능의 영원한 상실을 진단하는 데에는 훨씬 더 어

"Medical Aspects of Death", Encyclopedia of Applied Ethics Vol. 2, p. 732.

13) 뇌사보다 PVS 진단이 더 어렵다. 숙련된 임상 전문의 장시간-이 기간이 얼마 정도인지 논쟁거리인데, 질병으로 인한 경우(etiology)에는, 대체로 3달 정도면 충분하나, 다른 원인에 기인하는 경우에는 6달에서 12달이 요구되기도 한다-에 걸친 주의 깊은 관찰만이 이를 확인할 수 있는 최선의 방법이다. 왜냐하면 깨어있음과 의식 있음의 구분이 어렵기 때문이다.

14) D. Wikler, "The Definition of Death and Persistent Vegetative State", Biomedical Ethics, pp. 397-400. 참조 바람.

렵다는 문제점을 지닌다(심지어 어떤 학자는 이는 불가능하다고 주장하기도 한다). 더 근본적으로는 어떤 기능이 고등 뇌와 연관되어 있는지의 물음은 아직도 학자들 사이에 상당한 논쟁거리이다. 따라서 대뇌사는 수용하기 어렵다.

반면에 영국왕립 의과대학(Royal Colleges of British Physicians and Surgeons) 의사들은 뇌간사를 주장한다. 뇌간에는 온몸의 모든 신체기관을 통합 조절하는 신경 중추와 반사의 중추가 있으며, 뿐만 아니라 생명 유지에 가장 중요한 호흡과 순환의 중추가 있는 곳 역시 뇌간이다. 따라서 뇌간의 기능이 불가역적으로 정지하게 되면, 뇌 기능 전체를 통합하는 기능이 상실되게 된다. 이렇게 되면 전체로서의 유기체 기능 역시 활동하기 어렵기 때문에, 뇌간의 기능 정지가 곧 죽음의 기준이 된다고 이들은 주장한다. 다시 말해, 뇌반구를 척수와 연결시켜주는 부분이 바로 뇌간이기에, 인간의 의식 능력과 호흡 활동에 있어서 뇌간의 생존이 하나의 필요조건을 형성하기 때문에, 뇌간사는 전뇌사와 동등하다는 것이다. 한마디로 말해, 뇌간사가 전뇌사의 '생리학적인 정수'(physiological kernel)로 여겨진다.[15] 이러한 뇌간사 주장의 배후에는, 죽음을 확인하기 위해서는 뇌반구 기능의 완전한 정지를 점검해야 하는데, 임상의사들에게 있어서 이를 입증하는 일이 불가능하다는 명제와 한 걸음 더 나아가 뇌반구 기능 전체의 정지를 확인하는 일이 죽음의 기준에 본질적이지도 않다는 명제가 함축되어 있다. 하지만 아직까지 뇌의 모든 기능에 대한 정확한 해부학적 지식이 부족하다. 다시 말해, 대뇌와 뇌간의 상호작용을 인정한다 해도, 뇌간의 기능은 완전히 정지하였는데도 불구하고 대뇌나 뇌피질은 그 기능을 여전히 발휘하는 경우가 가능하다면, 뇌간사는 대뇌사에 비해서도 더 급진적인 주장이 될 수 있을 것이다. 따라서 전뇌사를 뇌간사와 동등하게 여기는 주장은 아직 이론적으로 그 토대가 확고하다고 보기 어렵다.

그러면 실용주의 이유 외에 전뇌사를 옹호하는 논거는 무엇인가? 첫 번째 옹호논변은 주요 기관의 손실로부터 논증이다. 뇌는 인간의 중추 기관이다. 즉, 유기체를 통합하는 중추가 바로 뇌에 있다. 따라서 뇌 기능이 완전히 정지하였다면, 그 유기체는 이제 더 이상 유기체로 기능하지 못하게 된다. 뿐만 아니라 뇌는 심장이나 호흡과는 달리 그 기능이 정지되면 회복이 불가능하다고 할 수 있다. 두 번 째 옹호논변은 신체적 통합 기능의 상실로부터 논증이다. 생명이란 전체로서 유기체 기능이

15) D. Lamb, "Medical Aspects of Death", Encyclopedia of Applied Ethics Vol. 2, p. 733.

통합된 것이데, 뇌, 심장, 폐의 상호작용이 이 통합 기능을 결정하는 핵심적 요인이다. 그러므로 인공호흡기로 호흡하고 있는 중환자실 환자의 경우 뇌기능의 정지는 곧 전체로서의 유기체의 통합 기능 상실을 의미한다. 따라서 이런 환자의 뇌기능 정지는 곧 죽었다는 충분한 표시가 된다. 셋째로 인간 존엄성에 대한 새로운 이해를 들 수 있다. 뇌의 모든 기능이 정지되었다면 이미 죽은 자이기에, 이러한 몸에다 인공호흡을 시키는 것이 오히려 인간 존엄성을 말살하는 비윤리적 행위라고 할 수 있다. 사실 인간 존엄성 물음은 죽음의 기준 물음과 논리적으로 전혀 관계가 없다. 왜냐하면 인간 존엄성은 일차적으로 생명을 가진 인간에 대한 존중의 물음이기에, 죽음의 기준을 어느 시점으로 잡을 것인가의 물음과 전혀 상관이 없기 때문이다. 전뇌사를 인정한다고 해서, 뇌사론자들이 심폐사를 부인하는 것은 아니다. 대부분의 경우에는 심폐사가 타당한 죽음의 기준임을 뇌사론자들은 인정한다. 다만 인공호흡기나 심폐소생술에 의해 심장박동과 호흡이 유지되는 경우에는 뇌사를 인정하자는 것이다.

4. 뇌사에 대한 비판적 고찰

이 세 입장 중 가장 온건한 입장이 전뇌사이다. 하지만 이 전뇌사설 기준에 대해서도 반론이 만만찮다. 뇌의 모든 기능이 불가역적으로 정지하였다는 것을 검증하는 일은 실천적으로 불가능하다는 반론이 있다. 최근의 경험적 데이터에 따르면, 뇌사 상태의 사람을 수주 내지는 몇 달 동안 생물학적으로 살아있게 하는 것이 가능하다. 최근 자료는 미국 의학계가 제시한 엄격한 뇌사 판정 기준에 따라 뇌사 판정을 받은 많은 사람들에게서 일부의 뇌는 여전히 활동하고 있음이 관찰되었다. 예를 들면, 자율적 반사나 호르몬 분비는 전뇌의 기능이 정지된 다음에도 일어난다. 물론 이는 의식이 유지되고 있다거나 혹은 죽을 운명이 아니라는 것을 의미하지 않는다. 다만 이런 사례는 세계적으로 적용되고 있는 뇌사의 임상적 기준과 전뇌사에 대한 개념적 정의-전뇌의 모든 기능이 불가역적으로 상실됨- 사이에 간격이 있음을 보여준다.

근래에 와서 외과적 수술 기술의 발달, 심폐소생술 및 집중치료 기술의 향상으로 인해, 비록 그 성공률은 얼마 되지 않지만, 유아나 신생아에서 얻어진 장기를 성인

에게 성공적으로 이식시킬 수 있게 되었다. 유아나 신생아는 일반적으로 성인에 비해 뇌가 유연성이 뛰어나 더 오래 동안 생존할 수 있는 가능성이 높다. 무뇌아는 인공적으로 호흡을 유지하지 않으면 대부분은 수 시간 내지 수일만에 죽는다. 그러나 의료기기의 도움을 받으면 몇 달, 심지어 수년간 생명을 유지할 수 있다. 무뇌아는 뇌간을 지니나 신피질이 없다. 그래서 스스로 호흡할 수도 있고 심지어는 일부 반사활동도 자율적으로 한다. 이런 점에서 보면 무뇌아는 PVS와 유사하다.[16] 이런 무뇌아의 출생은 미국의 경우 1/2000 정도이며, 우리 한국도 이와 비슷한 실정이라고 한다. 따라서 성인에 적용되는 뇌사 판정 기준을 신생아에게 적용시키게 되면 장기이식을 위한 아이 생산이란 웃지 못할 일이 발생할 수 있다.[17] 무엇보다 태중에 유전자 조작을 통해, 무뇌아 출산을 인위적으로 조작할 수 있게 된다면, 정말로 '장기이식을 위한 아기 생산 공장'이 세워질지도 모르는 일이다. 이런 부작용을 피하자면 영국과 같은 대뇌사가 아니라 미국과 같은 전뇌사를 법제화할 필요가 있다. 왜냐하면 무뇌아란 대뇌가 없는 아이이지, 뇌간은 여전히 그 기능을 발휘하기 때문이다. 실제로 미국 플로리다주 대법원은 무뇌아에게는 특별한 종류의 죽음 표준이 적용되어야 한다는 판결을 내렸다. 따라서 전뇌사를 받아들이면 무뇌아는 죽은 자가 아니라 살아있는 자로 분류된다.

전뇌사를 죽음의 기준으로 인정하게 되면, "뇌사자를 어떻게 대할 것인가?"라는 또 다른 윤리적 물음이 제기된다.[18] 우리는 3가지 대안을 생각할 수 있다.[19] 첫째는

---

16) 무뇌아와 PVS 환자는 다음 3가지 점에 있어서 서로 구분된다. (1) PVS 환자는 역사를 지닌, 이전에 의식을 지닌 개인이었으나, 무뇌아는 결코 그렇지 못하다. (2) 무뇌아보다 PVS 환자의 생명을 유지하기가 훨씬 더 쉽다. 무뇌아는 대부분 기계적인 호흡 보조 장치가가 필요하다. (3)PVS 환자보다 무뇌아의 진단이 더 쉽다. C. A. Defanti, "Brain Death", Encyclopedia of Applied Ethics Vol. 2, p. 373.

17) 실제로 1987-1988년 미국 캘리포니아주에 있는 로마 린다 의료센타는 무뇌아로부터 심장을 추출하려고 시도하였다. 내과의사는 인공호흡기에 무뇌아를 두고 죽기를 기다렸으나 2주 이내에 죽지 않아 장기 획득은 실패로 끝났다. 다른 몇몇의 경우 산모는 무뇌아 아기 출산을 예상하고 출산하자마자 아이의 장기를 다른 아이에게 이식시켜주도록 권위 있는 전문가에게 공개적으로 요구하기도 하였다. Alexender M. Capron, "Definition of Death", Encyclopedia of Applied Ethics Vol. 2, p. 717.와 p. 723.를 참조하라.

18) D. Lamb, "Medical Aspects of Death", Encyclopedia of Applied Ethics Vol. 2, p. 733.

19) C. M. Culver & B. Gert, "The Definion and Criterion of Death", Biomedical Ethics, p. 393.

하나의 인격체로 간주하여 그 사람을 살리려고 모든 노력을 다 기울이는 방안이다. 둘째는 돌봄을 중단하고 죽도록 내버려두는 방안이다. 셋째는 그 환자를 적극적으로 죽이는 일이다. 전뇌사를 수용하게 되면, 첫 번째 태도는 인격 존중이 아니라 오히려 인격 모독에 해당될 것이다. 왜냐하면 전뇌사 기준에 따르면 뇌사자는 이미 죽은 자이기에 하나의 시체에 불과하기 때문이다. 세 번째 태도 역시 우리가 취할 입장은 못된다. 뇌사자는 이미 죽은 자이기에 적극적으로 죽인다는 말은 의미가 없기 때문이다. 이 세 번째 태도를 뇌사에서 심폐사에 이르는 시간을 단축하기 위해서 적극적인 간섭을 하자는 의미로 받아들인다면, 필자는 중도적인 입장이다. 이는 결국 시체에 대한 권리를 누가 갖느냐의 물음으로 해석될 수 있다. 그 시체의 주인은 어디까지나 죽은 당사자 자신이다. 본인의 승낙 없이 시체는, 원칙상으로는 함부로 다른 목적에 이용될 수 없다. 필자 자신이 뇌사 상태라면 나의 보호자가 적극적으로 인공호흡기를 제거하고, 나의 심장이나 다른 장기를 이식하는 조치를 취하는 데 찬성할 것이다. 하지만 본인의 의사표명이 없는 뇌사자의 경우 우리는 그 이용에 신중을 기해야 할 것이다. 두 번째 입장처럼 우리는 뇌사자에게 돌봄을 중지하고 자연스럽게 죽도록 내버려두는 것이 바람직할 것이다. 하지만 여기서도 다시 언제 죽도록 내버려 둘 것인가의 물음이 제기된다. 정책적 관점에서뿐만 아니라 윤리적 관점에서 보아도, "언제 죽도록 내버려 둘 것인가"의 물음은 "언제 죽었다고 선포할 것인가"의 물음과는 다른 전혀 별개의 물음으로 우리에게 답을 요구한다. 뇌사 선포 즉시부터 돌봄과 간호를 중단할 것인지, 아니면 몇 시간 후부터 그렇게 할 것인지의 물음은 여전히 남아 있다.

뇌사 개념은 안락사 물음과도 연관된다. 미국 하버드의과대학 특별위원회의 뇌사 판정 기준을 미국이 수용한 일차적인 주된 이유가 안락사에 대한 대중의 압력을 누그러뜨리려는 희망이었다고 여겨진다. 심폐사 기준을 받아들이면, 뇌 기능이 완전히 정지된 환자를 안락사 시킬 것인가의 물음이 제기되지만, 뇌사 기준을 받아들이면, 이런 환자는 죽은 자이기 때문에 안락사 물음 자체가 제기되지 않는다. 한 걸음 더 나아가 전뇌사가 아니라 대뇌사 기준을 받아들이면, 식물인간 상태의 환자 역시 이미 죽은 자이기에 안락사 물음이 일어나지 않는다.

뇌 사망 개념은 무엇보다 임신 중 태아 발달에 있어서 뇌 생명이 언제 시작되는가의 물음과 밀접하게 연관되어 있다. 왜냐하면 모든 살아있는 유기체는 그리고 오

직 살아있는 유기체만이 실제로 죽음에 이르기에, 생명과 죽음은 모종의 관계가 있어 보이기 때문이다. 이는 임신중절 물음에 중요한 실천적 함축을 지닐 것이다. 개체발생학적으로 뇌가 언제 형성되는가에 관한 생물학적 사실에 따라, 태아의 존재론적 지위가 임신 시기에 따라 달라질 것이기 때문이다. 뇌 사망 개념을 뇌 생명 개념과 대칭적으로 보게되면, 임신중절에 관한 입장은 절충주의적 입장으로 귀결될 가능이 농후하다. 물론 아직 뇌 사망이란 개념과 뇌 생명이란 개념이 대칭적인지 아닌지의 물음은 여전히 하나의 숙제로 남아있다.[20]

신장이식수술의 필요성이 뇌사 결정에 영향을 미치지 않는가? 즉, 오용의 가능성은 얼마든지 있다. 이는 근본적으로 의사들의 도덕적 양심에 맡길 수밖에 없을 것이다. 하지만, 가능한 한 오용가능성을 줄이기 위해, 이식수술 담당 의사는 환자의 뇌사판정 위원이 될 수 없게 하는 법적인 장치가 필요할 것이다. 이를 '죽은 기증자 규칙'(dead doner rule) 또는 '장기이식의 분리 원칙'(seperation principle of organ transplantation)이라 부른다.[21] 뇌사판정을 입증하는 시험조건들을 객관적으로 확립하는 것도 중요하지만, 무엇보다 의사들이 인간 생명에 대한 경외심을 갖고 뇌사 판정에 신중을 기해야 할 것이다.

5. 기독교 세계관적 접근

일반적으로 생명의 고귀함과 하나님의 절대 주권을 들어 신학자들은 안락사에 반대한다. 다시 말해, 인간이 죽음을 결정할 수 없다는 말이다. 이를 그대로 받아들여 보자. 그러면 회복 불가능한 치명적인 질병에 걸린 환자의 모든 뇌 기능이 불가역적으로 정지되었는데 인공호흡기를 통해 생명을 연장하는 것은 어떠한가? 만약 인공호흡기가 개발되지 않았다면 이 사람은 이미 죽었을 것이다. 이 경우 죽도록 내버려 두는 것이 하나님의 섭리에 호응하는 것이 아닌가? 하나님께서 하나님 나라로 부르는데 우리 인간이 인간적인 정에 이끌려 하나님의 주권에 도전하는 것이 아닌가?

기독교에서는 순교를 신앙의 절정으로 칭찬한다. 복음을 위한 희생은 아름답다. 반면에 자살은 금지된다. 생존시의 장기이식은 이제 이웃 사랑의 차원에서 허용되고

20) C. A. Defanti, "Brain Death", Encyclopedia of Applied Ethics Vol. 2, p. 370.
21) C. M. Culver & B. Gert, "The Definition and Criterin of Death", Biomedical Ethics, p. 734.

있으며, 심지어 장려된다. 그러면 신체의 일부분이 아니라 내 몸 전체, 즉 생명을 이웃을 사랑하는 데 바칠 수 있는가? 아마 우리는 긍정적으로 답할 수밖에 없을 것이다. 그렇다면 뇌사 상태 혹은 식물인간 상태의 기독교인이 죽음을 선택하는 것은 허용가능한가? 만약 심폐사 기준을 받아들이면, 이 사람이 죽음을 선택하는 것은 안락사 내지 자살에 해당될 것이다. 다른 한편, 뇌사를 인정하게 되면 뇌의 모든 기능이 정지된 '환자'는 자기 신체에 대한 유언을 통해 장기를 기증할 수 있는 길이 열린다. 하지만 식물인간은 여전히 살아있기에 장기를 기증하는 행위는 자살에 해당된다. 뇌기증이 정지된 '환자'나 식물인간의 장기기증은 허용되고, 자살은 금지되는 오늘날 우리들의 기독교 현실은 일종의 내적 부정합성을 드러낸다. 내적 정합성을 유지할 수 있는 길이 바로 뇌사를 죽음의 기준으로 인정하자는 것이다. 여기서도 전뇌사를 주장하면, 식물인간의 장기는 기증하기 어렵게 된다. 그렇다고 대뇌사를 인정하여, 식물인간도 죽은 자로 간주하는 데에는 아직 어려움이 없다. 앞에서 언급했듯이, 식물인간상태인지 아닌지를 확인하는 길이 어렵고, 비록 그 확률은 적지만 식물인간이 소생할 가능성이 있으며 또 실제로 소생한 자도 제법 된다. 하지만 전세계적으로 전뇌사 판정을 받은 자가 소생한 기록은 아직 보고되지 않고 있다.

뇌사 논쟁은 신학적으로 영혼이 신체와 어느 순간에 이탈하는가의 물음으로 집약된다. 어떻게 보면 이는 영혼의 존재 부위 물음과 연관될 것이다. 고전적 조직신학은 막연하게 생기, 프뉴마(영혼) 등의 개념이 호흡과 연관되어 있다고 하여 심장박동 및 호흡과 영혼의 존재가 관련 있다고 보았다. 그러나 이는 어디까지나 하나의 가설이다. 하나의 가상으로서 예수 믿는 사람 A와 믿지 않는 사람 B의 머리를 서로 바꾸었다고 하자. 그러면 어느 사람이 계속 예수를 믿어 구원에 이르는가? 원숭이 실험의 결과는 머리에 의해 달라진다는 것이다. 이러한 임상실험은 적어도 인간의 영혼이 심장에만 존재하는 것이 아니라는 사실을 우리에게 알려준다. 따라서 영혼의 존재 부위를 들어서, 심폐사를 주장하는 것은 근거가 없게 된다. 심장과 호흡만큼이나 인간 뇌도 영혼을 지닌다.

생기나 프뉴마는 인간 신체의 어느 특정 부위에 존재하는 것이 아니라 인간 신체 전체에 존재한다. 조직신학에서 말하는 인간에 관한 이분설 내지 삼분설은 헬라 철학에 근거한 하나의 인식론적 구분에 불과하다. 구약에 나타난 히브리적 사유에 있어서는 몸과 정신 및 영혼은 존재론적으로 분리 불가능한 하나의 전인이었다. 사람

을 두 개 혹은 세 개의 독립된 요소로 쪼개어, 각 요소가 별도의 정체성을 가지고 활동한다고 보는 입장은 아무래도 성경적인 견해로 보기 어렵다. 즉, 철학적 범주로 말한다면 몸이나 영혼은 하나의 실체(substance)가 아니라 인간의 양상(aspects) 내지 측면 혹은 요소에 지나지 않는다. 이 요소들은 존재론적으로 하나의 덩어리를 형성하고 있기에 분리불가능하나, 다만 인식론적으로 우리가 여러 가지 요소로 구분하고 있다고 하겠다. 따라서 우리들 각자는 하나의 실체이면서 동시에 물질적인 측면, 영적인 측면, 혼적인 측면 등 다양한 측면을 지닐 따름이다. 하나님이 흙으로 사람을 빚으시고 그 코에 생기를 불어넣음으로 생령이 되었다는 인간 창조기사(창 2:7)에서 알 수 있듯이, 인간 몸에 생기가 퍼져있는 것이지 어느 한 부위에 위치한다고 말하기는 어렵다. 한 마디로 말해서 인간 존재는 상이한 존재 양상과 작용들이 모여서 하나의 단일성을 형성하고 있는 복합적인 전체의 성격을 지닌다고 하겠다. 사람은 영, 혼, 몸이란 세 요소의 삼위일체적 존재이다.

그렇다고 전뇌사를 죽음의 기준으로 법제화할 필요까지는 없다. 살아있는 자도 자기가 원하는 장기를 기증하듯이, 뇌사상태나 식물인간 상태의 '환자'도 사전에 장기기증 의사를 밝혀두면 현행의 심폐사 하에서도 장기이식에 필요한 장기는 충분히 확보할 수 있기 때문이다. 그러나 기독교 세계관적으로 내적 일관성을 유지하자면 우리는 자살과 소극적인 안락사를 윤리적으로 구분해야 할 것이다. 앞에서 지적했듯이, 소극적 안락사마저 자살의 범주로 분류하면, 죽음을 낳는 모든 종류의 장기기증은 자살에 해당될 것이기 때문이다. 즉, 뇌사자와 식물인간의 장기이용을 가능하게 하자면, 적어도 이는 자살과 구분되어야 할 것이다. 그래서 필자는 소극적 안락사는 기독교 윤리학적으로 허용 가능하다는 입장을 밝혔다.[22] 전뇌사나 대뇌사의 인정보다 심폐사를 유지하면서 예외적으로 간접적인 안락사를 선택적으로 허용하는 것이 실천적으로 문제가 더 적다고 할 수 있다. 전뇌나 대뇌사를 인정하게 되면, 뇌사자나 식물인간은 인간에 대한 태도가 아니라 시체에 대한 태도에 의해 그 운명이 달라지기 때문이다. 논리적으로 보아, 뇌사를 인정하게 되면 뇌사자의 장기기증은 사랑의 실천으로 보기 어렵다. 왜냐하면 이미 그 사람은 죽은 자이며, 시체에 대한 권리를 사자(死者)에게 귀속시킨다고 해도, 죽은 자는 엄밀한 의미에서 의지적으로 타인에게 사랑을 베풀 수 없기 때문이다.

---

22) 김상득, "안락사는 성경에 어긋나는가", 「신앙과 학문」, 1권 3호(1996, 가을), pp. 113-30.

법제화할 경우 생기는 악용의 문제가 우리들의 상상 이상으로 엄청날 수 있다. 무엇보다 인간의 영혼이 언제 신체로부터 이탈하는지 우리 인간의 인식능력으로는 알 길이 없다. 모르는 경우 우리는 가장 안전한 방법을 선택해야 한다. 그것은 바로 심폐사를 법으로 고수하고, 인간의 의식을 바꾸어 자발적으로 장기를 기증하는 방법이다. 법을 바꾸기에 앞서 우리들의 의식을 먼저 바꾸어야 한다. 특히 하나님 사랑과 이웃 사랑을 외치는 우리 기독교인의 의식이 먼저 바꾸어야 한다. 죽음은 인생의 끝이 아니라, 새로운 인생의 시작이기 때문이다. 하나님의 부르심에 순응하는 마음으로 건강한 신앙을 가진 채 우리는 죽음을 준비해야 할 것이다. 내가 식물인간 상태나 뇌의 모든 기능이 정지된 상태가 될 경우, 나의 장기나 시신을 어떻게 할 것인지 물음을 지금 기도하는 마음으로 준비해야 하지 않을까? 이를 사전 지시(advanced directives)를 통해 문서화 내지 가족에게 알려준다면, 가족과 의사의 부담을 줄어주고 또 내 장기를 통해 사랑하는 이웃의 생명을 건질 수 있을 것이다.