

Vol. 32

존엄사 입법화의 쟁점과 과제

N a t i o n a l A s s e m b l y R e s e a r c h S e r v i c e



Vol . 32

존엄사 입법화의 쟁점과 과제

N a t i o n a l A s s e m b l y R e s e a r c h S e r v i c e



국회입법조사처

National Assembly Research Service

사회문화조사실 보건복지여성팀

팀장 이만우

Tel:788-4720 / Fax:788-4729

E-mail: manwooisj@assembly.go.kr

정치행정조사실 법제사법팀

입법조사관 조규범

Tel:788-4541 / Fax:788-4549

E-mail: kbcho@nars.go.kr

요 약

- 존엄사의 개념은 논자의 입장에 따라 유사 개념인 ‘치료중단’, ‘의사조력자살’ 등과 혼재되면서, 종래의 개념인 안락사의 일반적 분류유형과 정확하게 합치하지 못하고 그 의미도 변함에 따라 유형화 및 입법적 대책 마련의 어려움을 가중시키고 있음
 - ‘존엄사(death with dignity)’란 “죽음에 직면한 환자가 품위 있는 죽음을 맞도록 하기 위하여 생명유지조치를 중지하는 것” 또는 이와 유사하게 “의식회복의 가능성 없는 식물인간에 대하여 그에 부착된 생명유지장치를 제거하여 인간으로서의 존엄을 유지하면서 죽음을 맞게 하는 것”이라고 정의됨
 - 안락사 또는 존엄사 개념의 모호성에도 불구하고 존엄사의 인정을 위한 법절차적 방안을 마련하기 위해서는 “말기환자의 자기결정권을 최대한 존중하고 그가 선택할 수 있는 최고의 존엄성을 보장하기 위하여 무의미한 연명치료를 중단”하는 측면으로만 논의의 범위를 제한할 필요가 있음
- 기존의 안락사의 찬성론의 입장에서는 무조건적인 생명유지가 인간존엄에 상응하는 것이 아니라, 죽음에 임박한 환자의 견딜 수 없는 고통을 덜어주는 것도 존엄하게 죽을 수 있는 권리를 보장하는 것이라고 주장하는 반면, 안락사 반대론자들은 사회빈곤층, 노인들과 같은 의료의 사각지대에 있는 사람들이 자신들의 의도와는 달리 가족들의 의사나 경제적 부담으로 인해 죽어갈 것이라는 점에서 우려를 표함
- 현행 형법에 따르면 촉탁 또는 승낙을 받아 사람을 자연적 사기(死期)에 앞서 사망에 이르게 한 자는 촉탁·승낙살인죄로 처벌받게 되지만, 형법학계에서는 안락사라는 개념을 통하여 일정한 요건하의 치료중단행위는 위법성이 조각되는 행위로 파악되고 있음
 - 그러나 형법학계에서 주장하는 요건을 충족하는 안락사는 실제 의료현장에서는 별반 활용되지 않는 것으로 판단되며, 이러한 요건을 충족하는 안락사가 논리적으로 모호하기 때문에 ‘존엄사’ 혹은 ‘연명치료중단’에 대한 전면적 금지보다는 합리적인 기준을 마련할 필요성이 제기됨
- 제18대 국회에서 발의된 ‘존엄사’ 관련 법률은 「존엄사법안」(신상진의원 대표발의), 「삶의 마지막 단계에서 자연스러운 죽음을 맞이할 권리에 관한 법률안」(김세연의원 대표발의), 「호스피스·완화의료에 관한 법률안」(김충환의원 대표발의)이 있음
 - ‘존엄사법안’에서의 존엄사 허용행위는 “연명치료 보류 또는 중단, 응급의료

처치의 보류 또는 중단"이고, '삶의 마지막 단계에서 자연스러운 죽음을 맞이할 권리에 관한 법률안'의 존엄사 관련 허용행위는 "생명연장조치의 중단"이며, '호스피스·완화의료에 관한 법률안'의 존엄사 관련 허용행위는 "심폐소생술 등 생명연장치료 거부 의사표시의 존중 및 호스피스 완화의료기관의 이용"이라 할 수 있음

□ 안락사 또는 존엄사와 관련한 외국의 주요 입법례는 다음과 같음

- 미국 오레곤 주와 워싱턴 주에서 '존엄사법'은 일명 '의사조력자살법'으로 환자의 자살조력 요청은 유효하고 합법적이므로 법적 책임의 부담 없이 그 요청에 응할 수 있음을 허용한 법이지만, 미국에서도 여전히 강한 반대 의견이 존재하고 있는 법임
- 네덜란드의 '생명의 종료에 대한 요청과 조력자살에 관한 법률'의 경우 미국의 경우와 같이 환자는 자유로운 상태에서 충분한 설명을 받은 후에 명백한 요청이 있어야 함을 요건으로 하지만, 의사조력자살 허용시 구두요청과 서면요청과의 유예기간을 가지고 있어야 한다는 점에서 미국과 차이가 있음
- 독일과 일본에서는 안락사 입법이 여러 차례 논의되어 오고 있지만, 아직은 법제화되지 못하고 있으며 판례를 통하여만 예외적으로 허용하고 있음

□ 존엄사 입법화를 위하여는 다음의 입법방향 및 정책과제를 고려하여야 할 것임

- 첫째, '회복불능상태의 환자' 또는 '말기상태의 환자'의 판정은 그 근거가 될 수 있는 의학적 판단의 기준을 명확한 절차와 함께 규정할 필요가 있음
- 둘째, 치료중단의 허용여부를 둘러싼 논의도 중요하지만, 허용한다면 어떠한 기준과 요건 및 절차하에 치료중단을 인정할 것인가를 판단하기 위한 심의 기구의 설치 및 그 기구의 책무 및 지원사항에 대하여도 구체적으로 논의할 필요가 있음
- 셋째, 의식불능의 환자의 의사를 대행하기 위한 대리인의 동의권에 대한 법적 근거의 마련이 필요하고, 말기환자가 아니더라도 의식불능이 될 경우를 대비하여 의사표시의 기회를 부여할 필요가 있음
- 넷째, 무의미한 치료를 중단하는 경우에도 '치료중지의 범위'에 대한 구체적인 규정이 필요하며, '뇌사판정기준', '명확한 회복불능의 판정기준', '무의미한 연명치료의 판정기준' 등을 먼저 확립하여야 할 것임
- 다섯째, 존엄사 허용 이전에 치료중단의 관행을 제도적으로 인정하는 것도 하나의 방안이 될 수 있을 것이며, 치료목적보다도 '삶을 마감하는 과정'을 도와주는 호스피스에 대한 제도화 방안도 존엄사 입법과 더불어 검토해야 할 중요한 과제임

차 례

□ 요약

I. 문제의 제기 / 1

II. 존엄사의 개념과 안락사의 유형 / 3

- 1. 존엄사의 정의 3
- 2. 안락사에 대한 인식의 변천 5
- 3. 안락사의 태양 7
- 4. 안락사의 유형분류와 존엄사 입법의 필요성 9

III. 안락사에 대한 찬·반론과 법적 쟁점 / 12

- 1. 안락사 찬·반론 12
- 2. 존엄사와 생명에 대한 자기결정권 15
- 3. 형법 제252조 제1항과 존엄사 관련 논의 17
- 4. 존엄사 관련 법안의 발의와 그 주요내용 검토 19
 - 가. 「존엄사법안」(신상진 의원 대표발의, 2009.2.5) 19
 - 나. 「삶의 마지막 단계에서 자연스러운 죽음을 맞이할 권리에 관한 법률안」
(김세연 의원 대표발의, 2009.6.22) 22
 - 다. 「호스피스·완화의료에 관한 법률안」(김충환 의원 대표발의, 2008.12.9) 25

IV. 주요국의 존엄사 입법례와 정책적 대응 / 29

- 1. 미국 29
- 2. 네덜란드 33
- 3. 독일 38
- 4. 일본 39

V. 결론 : 존엄사법의 입법방향과 향후 과제 / 44

- 1. 말기환자의 정의 및 판단기준의 명확화 44
- 2. 심의기구의 설치 및 책무 명시 45
- 3. 말기환자의 동의와 의사표시 47
- 4. 치료중지의 범위의 구체화 48
- 5. 기타 고려사항 48

□ 참고문헌

I. 문제의 제기

대법원 전원합의체는 2009년 5월 21일 식물인간 상태에 빠진 김모(77, 여) 씨의 가족이 연세대학교 세브란스병원을 상대로 낸 ‘무의미한 연명치료 장치의 제거 등 청구소송’에서 인공호흡기를 떼라고 판결한 원심을 다수의견으로 확정하여 국내 처음으로 존엄사 인정 판결을 내렸다. 대법원은 “환자의 생명과 직결되는 진료행위 중단 여부는 생명권 존중의 헌법적 이념에 비춰 신중하게 판단해야 하나 짧은 시간 내에 사망에 이를 것이 명백한 경우에는 회복 불가능한 사망의 단계로 진입한 것으로 평가된다”고 판결하면서 “이 경우 연명 치료를 강요하는 것은 인간의 존엄성을 해치는 것”이라고 밝히고 있다. 그러나 전체 13명의 대법관중 2명은 김씨가 현재 시점에서 연명치료 중단을 바라고 있는지 추정하는 것이 어렵다는 이유로 반대의견을 냈고, 또 다른 2명의 대법관은 환자가 회복 불가능한 사망상태에 이르렀다는 판단을 할 수 없다면 소수의견을 제출하였다.

이러한 판결은 대법원이 지난 2004년 ‘보라매병원사건’¹⁾에서 경제적 이유를 내세운 가족의 요구에 따라 치료를 중단한 의료진에 살인방조죄를 적용했던 것과는 다른 입장의 판결이다. 대법원의 존엄사에 관한 이러한 입장의 변화에 따라 입법부인 국회는 대법원 판결의 취지에 맞도록 기준 마련 등 필요한 입법적 과제 수행을 위한 치밀한 검토가 필요할 것으로 생각된다.

원래 안락사는 분류하는 기준에 따라 그 적법여부에 대한 판단이 달라질

1) ‘보라매병원사건’에서는 피해자의 처는 담당의사의 의학적 충고에 반하는 희생가능성이 있는 피해자의 퇴원을 신청하였으며, 병원 신경외과 전담의사는 이를 승낙하여 3년차 수련의에게 피해자의 퇴원을 지시하였다. 그 수련의는 이에 따라 퇴원수속을 마치고 1년차 수련의에게 피해자를 집까지 호송하도록 지시하였으며, 그는 피해자의 집까지 동행한 후 피해자 처의 동의를 받아 피해자에게 부착하여 수동 작동 중이던 인공호흡 보조장치와 기관에 삽입된 관을 제거하여 가져감으로써 피해자를 호흡정지로 사망케 한 사건이다. 대법원 2004.6.24 선고 2002도995판결.

수 있다. 예컨대, 안락사의 분류 기준으로는 환자의 생명을 단축하는가 아닌
가, 또 생명단축을 직접적인 목적으로 하는가 아닌가, 행위방식이 적극적인가
소극적인가, 사망자 본인의 동의가 있는가 없는가 등의 유형에 따라 그 적법
여부에 관한 논의를 달리할 수 있는 것이다.²⁾ 즉, 안락사는 직접적 안락사, 간
접적 안락사, 적극적 안락사, 소극적 안락사 등의 유형으로 나뉘어 논의되고
있으며, 여기서 의사의 환자에 대한 치료의무 내지 생명유지의무를 이행하지
않는다는 의미의 ‘소극적 안락사’가 일명 ‘존엄사’로 분류되기도 한다.³⁾

안락사의 허용여부에 대한 논쟁은 그 역사가 꽤 길며, 지금도 세계 각국
은 안락사 허용 여부를 놓고 열띤 논쟁을 벌이고 있다. ‘환자의 고통 없이 죽
을 권리’를 존중하는 안락사 옹호론자들과 ‘생명은 신성불가침’이라는 안락사
반대론자들의 주장이 팽팽히 맞서 있다. 특히 어떠한 경우를 안락사라고 말하
고 어느 범위 또는 유형의 안락사가 현행법상 허용될 수 있는 ‘존엄사’인가에
대해서는 견해가 일치하지 않고 있다.

따라서 이 보고서에서는 ‘소극적 안락사’로서의 존엄사의 개념과 안락사
의 유형 및 법적 쟁점을 검토하고, 주요국에서의 존엄사 논의 및 입법례를 검
토한 후, 존엄사가 입법화 되지 못한 우리사회에서 이를 어떻게 법제화시켜
나갈 것인지에 대한 방향제시 및 정책과제를 제언하고자 한다.

2) 이상용, 치료중단과 안락사, 한국형사정책연구원 연구보고서 01-24, 2001, 49~53면
참조.

3) 임웅, “안락사의 정당화”, 고시연구, 1999.12., 45면 참조. 그러나 존엄사의 경우에는
환자가 의식불명의 상태이므로 고통이 문제되지 않고, 또한 환자의 자기결정권이 없
다는 점에서 소극적 안락사와 구분된다는 주장도 있다. 이에 관하여는 최우찬, “안
락사와 존엄사”, 고시계, 1989. 2., 42면 참조; 이러한 반론에 대하여 소극적 안락사
의 개념이 환자의 자기결정권을 배제하는 것이 아니라, 오히려 미리 소정의 절차로
제출되어 있던 본인의 의사에 의거하여 생명의 연장만이 목적인 적극적인 의료행위
를 중단하는 것이 존엄사라는 의견도 있다. 전지연, “안락사에 대한 형법적 고찰”,
한림법학Forum 제4권, 1994/95, 120면 참조.

II. 존엄사의 개념과 안락사의 유형

1. 존엄사의 정의

우리나라의 안락사와 관련한 논쟁은 약 30여년간 지속되어 오고 있음에도 불구하고 그 개념정의에 대하여는 아직까지 합의점을 찾지 못한 채 많은 논란이 있는 실정이다. 그리고 최근에는 ‘안락사’ 대신 ‘존엄사’라는 용어가 사용되면서 안락사 또는 존엄사가 무엇인지에 대한 개념과 용어의 혼란이 가중되고 있으므로, 용어에 대한 개념정의와 적용대상 등에 대한 명확한 기준 마련이 요청되고 있다.⁴⁾

일반적으로 안락사는 불치의 질병에 걸려 죽음의 단계에 들어선 환자의 고통을 덜어주기 위하여 그 환자가 죽음을 맞이하도록 해주는 것을 의미한다. 안락사라는 용어는 ‘아름다운 죽음’이라는 뜻을 가진 Enthanatos라는 그리스어에서 유래하는데 영어로는 Euthanasia, 독일어로는 Euthanasie라고 표기한다. 독일어권에서는 ‘임종원조’라는 의미에서 Sterbehilfe, 영미권에서는 ‘자비로운 죽음’이라는 뜻으로 Mercy-Killing이라고 부르기도 한다. 오늘날 안락사는 때때로 도움을 받은 죽음의 모든 형태를 뜻하는 포괄적 용어로도 쓰이지만, 가장 자주 의미하는 것은 치명적인 주사를 놓는 것과 같이 다른 사람의 생명을 끊는 직접적인 행동이다.⁵⁾ 최근 의학의 놀라운 발달은 수많은 형태의 식물인간을 낳게 되어, ‘무의미한 연명의 거부’, ‘인간답게 살려는 욕망’ 등의 요구가 나오게 되었고, 이러한 요구를 안락사와 결부시키기에 이르렀다. 따라서 안락사는 “합리주의적 발상에 기초하여 인간의 생명이 불가역적인 죽음으로 인식되었을 때 이를 인위적으로 단축시키는 행위”라고 정의할 수 있다.⁶⁾

4) 고시면, “‘존엄사’(논자에 따라서는 ‘소극적 안락사’ 등)에 관한 연구 - (가칭) ‘존엄사법’안을 중심으로 -, 사법행정 제50권 제4호, 2009.4., 2면 참조.

5) 이상용, 앞의 보고서, 23~24면 참조.

한편, 존엄사의 정의와 관련하여서도 이러한 기존의 안락사의 개념에 대한 논쟁과 유사한 의견대립이 있고, 안락사와 존엄사의 관계에 대하여도 의견이 분분하다. 예컨대, 안락사와 존엄사를 구분하는 견해의 개념정의에 의하면 ‘존엄사(death with dignity)’란 “죽음에 직면한 환자가 품위 있는 죽음을 맞도록 하기 위하여 생명유지조치를 중지하는 것”⁷⁾을 말한다. 존엄사를 안락사에 포함시키지만 소극적 안락사와 존엄사를 분리하는 견해의 개념정의⁸⁾에서 ‘존엄사’는 “의식회복의 가능성이 없는 식물인간에 대하여 그에 부착된 생명유지장치를 제거하여 인간으로서의 존엄을 유지하면서 죽음을 맞게 하는 것”⁹⁾을 말한다. 이러한 정의로부터 논자에 따라서는 ‘존엄사’를 ‘소극적 안락사’나 ‘부작위에 의한 안락사’¹⁰⁾ 또는 ‘광의의 안락사’라고 표현하는 입장도 있다.

그밖에 유사한 개념으로 ‘치료중단’이란 용어를 사용하는데 이는 연명치료중단을 줄인 용어이다. 연명치료란 의학적으로 무의미하고 단지 생명현상을 유지시킬 뿐인 치료라는 의미를 함축하고 있고, 그러한 연명치료의 중단은 종래 안락사와 다른 것이라는 점을 강조하자는 목적에서 안락사와 구별하여 ‘치료중단’이란 용어가 사용되기도 한다.¹¹⁾ 기존의 안락사 개념과 일부 중복되는

6) 문국진, “안락사의 의학적 측면”, 대한변호사협회지 제93호, 1984, 21면 참조.

7) 이형국, 형법각론, 박영사, 2006, 22면 참조.

8) ‘존엄사’와 ‘소극적 안락사’를 명확히 구분해야 한다는 견해에 따르면 ‘존엄사’는 말기 “환자가 돌이킬 수 없는 죽음이 임박했을 때 생명을 연장하거나 환자의 삶의 질을 향상시키지 못하는 등 의학적으로 무의미하다고 판단된 연명치료를 중단하는 것”이고, ‘소극적 안락사’란 “생명 유지에 필수적인 치료, 영양공급, 약물 투여 등을 중단함으로써 환자의 생명을 단축하는 행위”라고 한다. 여기서 ‘존엄사’에 의한 죽음은 치료의 중단으로 생명이 단축되는 것이 아니라 치료가 불가능한 질병에 의한 자연적인 결과라는 것이다. 이에 관하여 자세한 것은 윤영호, “품위 있는 죽음(존엄사)을 위한 법적, 제도적 장치 마련”, 의료정책포럼 제6권 제3호, 2008, 103면 참조.

9) 정웅석, 형법강의, 대명출판사, 2002, 657면.

10) 배중대, 형법각론, 홍문사, 1994, 62면; 임웅, “안락사의 정당화”, 고시연구, 1999.12., 46면; 오영근, 형법각론, 박영사, 2002, 28면 참조.

11) 김천수, “안락사 내지 치료중단과 불법행위책임”, 의료법학 제6권 제1호, 대한의료

유사한 개념들이 새롭게 등장하면서 종래의 안락사의 일반적 분류와 정확하게 합치하지 못하고 그 의미도 변하기도 한다. 따라서 혼란을 피하기 위하여 구체적인 행위를 표시하는 ‘치료중단’이나 ‘의사조력자살’ 등의 표현을 사용하는 것이 적절할 수 있으며,¹²⁾ 육체적 고통과 사기(死期) 임박이라는 안락사 요건의 결여로 치료중단을 소극적 안락사로 볼 수 없으므로 치료중단 자체의 허용 여부와 허용조건을 제도화할 필요가 있다는 견해도 있다.¹³⁾

2. 안락사에 대한 인식의 변천

역사적으로 서양에서 안락사와 자살에 대한 시비는 기독교와 밀접한 관련을 가진다. 중세 기독교 사회에서는 생명은 하나님께서 주신 것이므로 자살이든 안락사이든 인간이 인간의 생명을 빼앗는 것은 하나님의 뜻에 위배된다고 하여 안락사도 살인의 일종으로 처벌대상이 되었다.¹⁴⁾ 르네상스 시대에서는 일부 긍정론이 있기는 하였으나 역시 자살이나 안락사를 죄악시하는 사고방식이 지배적이었다.

하지만 18세기 말에는 죽음의 고통으로부터 해방되기 위한 적극적 의미의 안락사를 인정하는 사고방식이 일기 시작하였다. 토마스 모어(Thomas More)는 카톨릭 신도이지만 비기독교 사회에서는 본인의 의사에 따른 안락사도 인정될 수 있다고 하였고, 프란시스 베이컨(Francis Bacon)은 노뎀 오르가눔(Novum Organum)에서 ‘유사나지아’라는 말을 사용하여 안락사에 대한 긍정론을 전개하기도 하였다.¹⁵⁾ 그는 모어와 마찬가지로 환자의 자율성을 강조하였고, 비자

법학회, 16면 이하 참조.

12) 이상용, 앞의 보고서, 22면 참조.

13) 이상용, 앞의 보고서, 23면 참조.

14) 이한규, “안락사(euthanasia)에 대한 역사적 해석과 법적 고찰”, 법학논총 제24집 제4호, 한양대학교 출판부, 2007, 156~157면 참조.

15) 이안 다우비긴(신윤경 역), 안락사의 역사, 섬돌, 2007, 23~24면 참조.

윤적 죽음의 위험성에 대해 분명하게 인식하고 있었기에 그것을 거부하였다.

19세기에 대문호 괴테(Goethe)의 주치의였던 크리스티안 라일(Christian Reil)은 그의 일반 치료의 기획(Entwurf einer allgemeinen Therapie)에서 안락사는 “고통스러운 죽음을 돕는 것”이라고 하면서, “인간이 평온하고 자연스러운 죽음에 이르게 하는 것”은 의사의 의무이자 사회적 규범으로 규정했다.¹⁶⁾ 그러나 이와는 달리 안락사를 반대하는 사람들이 능동적 안락사를 허용하면 점점 더 안락사로 죽어가는 환자의 수가 증가할 것이라는 ‘미끄러운 경사길 (slippery slope)’ 논란을 예견이나 한 듯 의사가 환자에 대한 의무를 저버리는 가장 위험스러운 존재가 될 것이라고 경고하는 이들도 생겨나게 되었다.¹⁷⁾

20세기에는 안락사 합법화를 요구하는 움직임이 확대되었고, 1930년대는 영국이나 미국에서 안락사협회가 연이어 발족되어 안락사를 합법화하려는 운동이 활발히 전개되었다.¹⁸⁾ 그러나 제2차 세계대전 후에는 나치스 독일에서 안락사라는 명분아래 정신장애자, 쓸모없는 노인, 열등 종족으로 여겨진 유대인 등 20 여만 명이 넘는 사람들이 학살되는 사태가 발생하였고, 이러한 경험을 겪었기 때문에 안락사를 안이하게 긍정하려는 사고방식에 대해 심각한 반성을 하게 되었다.¹⁹⁾ 오늘날에는 안락사가 형법적으로도 허용된다는 사고방식이 일부에서 주장되기는 하나, 살인죄가 성립되는 것이 일반적인 입장이라 할 것이다.

16) Reil, J.C., Entwurf einer allgemeinen Therapie, Halle, 1816, 45면 참조.

17) Hufeland, C.W., Enchiridion medicum oder Anleitung zur medicinischen Praxis, Berlin, 1836, 734면.

18) 이한규, 앞의 논문, 161면 참조.

19) 이한규, 앞의 논문, 163~164면 참조.

3. 안락사의 태양

안락사에 관한 윤리적 입장을 도출하려면 개념 정의만으로는 부족하고, 안락사의 구성요건에 대한 또 다른 분석이 요구된다. 구성요건으로는 행위자와 환자의 관계, 행위자의 의도, 동기, 결과 등의 몇 가지 요소들이 있지만 행위자의 동기와 관련된 ‘인과성 요건’은 많은 윤리적 의문을 함축하고 있다. 이는 죽음의 원인에 관한 의문인데, 이 원인 개념 속에는 해명되어야 할 두 가지 문제가 내재되어 있다.

첫째는 죽음의 수단이 되는 행위자의 행위형태가 문제시된다. 즉, 환자가 사망에 이르게 되는 행위자의 행위에는 두 종류가 있는데, 하나는 행위자가 무엇을 적극적으로 행하는 것이고, 다른 하나는 행위자가 소극적으로 무엇을 하지 않는 것이다. 이 두 구분이 중요한 이유는 일반적으로 사람들은 작위(action)와 부작위(inaction)를 법적·윤리적으로 구분하고 있기 때문이다. 예를 들어, 어떤 사람 갑이 다리를 건너다가 다른 사람 을을 밀어 강물에 빠뜨려 죽인 경우와 이미 물에 빠져 익사하고 있는 을을 갑이 도와주지 않고 방치하여 죽인 경우는 법적·윤리적으로 분명 구분되기 때문이다.

이러한 일상적인 구분을 안락사에 적용시키면 행위자의 적극적 작위로 인한 안락사와 소극적 부작위로 인한 안락사는 법적·윤리적으로 구분된다고 할 수 있다. 전자는 ‘적극적 안락사(active euthanasia)’로, 후자는 ‘소극적 안락사(passive euthanasia)’로 표현된다. 의사가 응급실에서 소생가망성이 희박하다는 판단 하에 환자에 대한 치료를 거부함으로써 환자가 사망했다면 이는 소극적 안락사에 속하는 반면에, 인공호흡기로 생명을 유지하고 있는 환자에게 의사가 그 호흡기를 적극적으로 제거함으로써 환자를 안락사시켰다면 이는 적극적 안락사에 속한다고 하겠다.

둘째는 행위자의 작위 또는 부작위가 환자 사망의 직접적 원인인지 아니

면 간접적 원인인지의 문제이다. 물론 사망의 직접 원인이 무엇이냐는 법의학에서 아주 중요한 문제이면서 동시에 아주 어려운 문제인데, 실제로 치료거부나 치료중단이 죽음의 직접원인인지 간접원인인지 규정하기 어려운 회색 지대가 분명 존재한다. 이러한 임상실제상의 어려움이 있지만 적어도 이론적으로는 사망의 직접 원인과 간접 원인이 구분됨을 부인할 수 없다.

행위자의 행위가 죽음의 직접 원인이 되는 경우가 ‘직접적 안락사(directive euthanasia)’이고, 간접 원인이 되는 경우가 ‘간접적 안락사(indirective euthanasia)’이다. 예를 들어, 갑이 루케릭 병으로 죽음이 임박한 을에게 수면 주사를 놓아 사망케 하였다면, 을의 사망 원인은 루케릭 병이 아니라 갑이 주사한 약일 것이다. 이렇게 되면 사망의 직접 원인은 갑의 주사 행위가 되어 이는 직접적 안락사에 해당된다.

반면에 이미 말기 췌장암으로 죽어가고 있는 을에게 항암제를 계속 투여하지 않음으로써 을이 죽은 경우에는, 사망의 원인이 항암제 중단이 아니라 췌장암일 것이다. 이렇게 되면 갑의 치료 중단은 을의 죽음에 직접적 원인이 아니라 간접적 원인에 불과하기 때문에 이는 간접적 안락사에 해당된다.

안락사의 개념 정의에는 포함되어 있지 않지만 안락사의 윤리적 허용가능성을 논하는 데 있어서 중요한 또 다른 구성요건은 환자의 동의에 관한 의문이다. 왜냐하면 윤리는 인간행위의 자율성을 전제하므로 그 행위가 타인에게 해악을 끼치지 않는 한 그 행위의 자율성은 언제나 존중되어야 하는데, 자율성 유무 확인이 바로 ‘동의(consent)’이기 때문이다. 실제로 안락사의 윤리성 논란이 불거져 나온 주된 이유 중 하나도 바로 이러한 인간의 자율성이다.

따라서 안락사는 환자의 동의 유무에 따라 자발적 안락사(voluntary euthanasia), 반자발적 안락사(invuntary euthanasia), 비자발적 안락사(non-voluntary euthanasia)로 구분될 수 있다.²⁰⁾ 자발적 안락사는 환자 본인의 자발적 동의가 있는 경우

20) Singer, P., Practical Ethics. 3rd, Cambridge: Cambridge University Press, 2003, p. 32.

의 안락사를 말하고, 반자발적 안락사는 반대의사를 표명한 환자에 대한 안락사를 말하며, 비자발적 안락사는 자신의 의사를 표명할 수 없는 환자를 대상으로 이루어지는 안락사를 말한다. 예를 들어, 루케릭 환자의 요청에 따라 의사가 그 환자를 죽여 준 행위는 자발적 안락사에 속하는 반면에, 그 부모의 요청에 따라 의식 불명의 15세 소녀의 인공호흡기를 떼어 죽게 했다면 이는 비자발적 안락사에 속한다. 그리고 말기 간암으로 사경을 헤매는 70세 노인 환자가 치료를 계속 받겠다고 하는데도, 의사가 환자 보호자의 요청에 의해 항암제 투여를 중단하여 사망케 하였다면, 이는 반자발적 안락사에 속한다.

4. 안락사의 유형분류와 존엄사 입법의 필요성

안락사의 유형분류는 학자마다 상이하고 그 개념에 있어서도 복잡하고 다양한 해석이 내려지고 있다. 허일태 교수는 ‘안락사에 관한 연구’라는 논문에서 안락사의 개념을 ‘허용성의 범위’, ‘시술방식’, ‘환자의 임의성 여부’에 따라 다르게 분류한다.²¹⁾ 허일태 교수는 ‘허용성의 범위’에 따른 안락사는 ‘최광의의 안락사’(도태적 안락사), ‘광의의 안락사’(존엄사), ‘협의의 안락사’(고통해방을 위한 안락사), ‘최협의의 안락사’(진정안락사)로 분류한다. ‘시술방식’에 따른 개념에서는 생명단축의 목적 여부에 따라 ‘직접적 안락사’와 ‘간접적 안락사’로 구분하고, 안락사의 작위·부작위에 따라 ‘적극적 안락사’와 ‘소극적 안락사’로 구분하며, 승낙 내지 방조행위에 따라 ‘승낙 또는 촉탁에 의한 안락사’와 ‘방조적 안락사’로 구분한다. ‘환자의 임의성 여부’에 따른 분류에서는 ‘임의안락사’, ‘비임의안락사’, ‘불임의안락사’로 구분한다.

김일수 교수는 안락사의 분류를 ‘안락사’, ‘존엄사’, ‘자비사’로 나누어 구분²²⁾하고 있고, 이형국 교수는 ‘진정안락사와 간접적 안락사’, ‘적극적 안락

21) 허일태, 안락사에 관한 연구, 한국형사정책연구원 연구보고서, 1994 참조.

22) 김일수, 한국형법 III, 박영사, 1994, 70~72면.

사, ‘소극적 안락사와 존엄사’, ‘기타’로 구분²³⁾한다. 유선경 박사는 안락사의 유형을 ‘행위의 목적’, ‘생명단축의 여부’, ‘행위의 태양’, ‘생명주체의 의사’에 따라 분류하면서, ‘행위의 목적’에 따라 ‘자비적 안락사’, ‘존엄적 안락사’, ‘도태적 안락사’로 구분하고, ‘생명단축의 여부’에 따라서는 ‘진정안락사’와 ‘부진정안락사’로 구분한다. ‘행위의 태양’에 따라서는 ‘간접적 안락사’, ‘소극적 안락사’, ‘적극적 안락사’로 분류하고, ‘생명주체의 의사’에 따라서는 ‘자의적 안락사’, ‘비자의적 안락사’, ‘반자의적 안락사’로 구분²⁴⁾하고 있다.

이처럼 학자들마다 다양한 분류방식을 채택하는 가운데 이러한 분류방식의 무용론도 등장한다. 2006년 6월 13일 독일의 국가윤리위원회에서는 말기의료에 관한 견해에서 적극적 안락사, 소극적 안락사, 직접적 안락사의 용어가 오해의 소지가 있고 오류의 여지가 있기 때문에 이러한 용어의 사용을 포기한다고 하였다.²⁵⁾

이처럼 혼란스러운 용어의 정의 속에서 우리나라 대법원은 2009년 5월 21일 인공호흡기 제거청구사건 판결에서 “국가는 구체적인 입법을 통하여 국민의 기본권을 구체화할 필요가 있는데, 연명치료 중단 등의 문제를 아무런 기준의 제시 없이 당해 의사나 환자 본인, 가족들의 판단에만 맡겨두는 상황이 지속되는 것은 바람직하지 않으며, 개개의 사례들을 모두 소송사건화 하여 일일이 법원의 판단을 받게 하는 것도 비현실적이다”라고 판시하여, 국가의 입법적 노력을 재촉하고 있다. 연명치료의 중단을 요청할 수 있는 권리가 헌법적으로 인정되는 기본권의 성격을 가진다면 어느 정도의 범위에서 어떠한 절차와 방식으로 이를 인정할 것인지에 대한 입법적 기준의 마련이 시급한 것이

23) 이형국, 형법각론, 법문사, 2007, 21~23면.

24) 유선경, 형법상 안락사존엄사에 관한 연구, 단국대학교 대학원 박사학위논문, 2001, 14~21면 참조.

25) 이인영, “주요국가의 ‘존엄사’법 분석과 평가”, ‘존엄사’의 올바른 법제화를 위한 토론회 자료집, 국회입법조사처 외, 2009.7.16., 49~50면.

다. 이러한 입법상의 기준은 먼저 헌법상에서 명시하고 있는 인간의 존엄과 가치의 보장규정에 적합하면서도, 안락사의 남용을 최대한 방지하는 제도적 장치의 마련으로 이어져야 할 것이다.²⁶⁾

용어의 정의에 있어서도 안락사를 미화 내지 포장하는 의미로 오용할 수 있다는 시각에서 존엄사라는 용어사용을 무조건 배척할 것이 아니라, 대법원이 허용한 범위내에서 존엄사의 의미를 받아들이는 것이 이 시점에서 보다 합리적이라 할 것이다.²⁷⁾ 다만, 이러한 의미의 존엄사를 인정하더라도 그것을 제도화하기 위한 법절차적 방안을 마련하는 과정에서는 “말기환자의 자기결정권을 최대한 존중하여 그가 선택할 수 있는 최고의 존엄성 보장을 위하여 무의미한 연명치료를 중단”하는 측면으로만 논의의 범위를 제한할 필요가 있을 것이다.

26) 허일태, 앞의 논문, 47면 참조.

27) 이인영, 앞의 토론회 자료집, 9면 참조.

Ⅲ. 안락사에 대한 찬·반론과 법적 쟁점

1. 안락사 찬·반론

안락사 찬성론은 무조건적인 생명유지가 인간존엄에 상응하는 것이 아니라, 죽음에 임박한 환자의 견딜 수 없는 고통을 덜어주는 것도 존엄하게 죽을 수 있는 권리를 보장하는 것이라는 견해이다. 안락사는 치료가능성이 전혀 없는 환자의 고통을 줄여준다고 하는 측면에서 인간에 대한 애정에서 비롯되었다는 것이며, 본인의 진지한 요청에 의한 안락사는 환자자신을 위하는 일이라는 것이다. 이러한 입장은 환자 자신의 생명에 대한 ‘자기결정권’과 ‘자율성 존중의 의무’를 근거로 한 자유주의자들의 입장이다. 즉, 안락사 찬성론은 인간은 죽음을 선택할 ‘자율성’과 ‘고통으로부터 해방될 권리’가 개개인에게 있다는 관점을 중요하게 여기고 있으며, 나아가 환자의 소망을 존중하고 고통을 덜어주는 것이 의료행위가 추구하는 이상의 근간이며 이는 의사의 임무이기도 하다는 논리를 펴고 있다.²⁸⁾ 이러한 입장에서는 환자가 원한다면 의사는 환자에게 자살할 수 있는 지식이나 수단을 제공하는 것이 도덕적인 측면에서뿐만 아니라 법적으로도 허용되어야 하며, 이는 안락사를 ‘의사조력자살’로 보아 합법화시켜야 한다고 주장할 수 있는 것이다.

안락사를 찬성하는 입장의 또 하나의 논거는 불치의 질병으로 고통받고 있는 환자에게 삶이란 단지 고통의 연장일 뿐이므로 안락사는 환자를 고통에서 벗어나도록 하는 일종의 이타적인 자비행위로서 정당하다고 주장한다.²⁹⁾ 특히, 의사와 의료직 전문가는 전문직으로서 환자의 최선의 이익을 위해서 헌신해야 할 특별한 책임과 의무를 가지고 있다는 점에서, 환자가 자발적으로 고통을 벗

28) 류지한, “안락사”, 비교문화연구 제15집, 부산외국어대학교 비교문화연구소, 2003, 96면 참조.

29) 류지한, 앞의 논문, 98면 이하 참조.

어나길 원하는 경우 의사는 이를 도와주어야 할 책임이 있다는 것이다.³⁰⁾

또한 안락사에 찬성하는 입장에서는 안락사의 허용이 가져오는 긍정적 결과에 근거한 공리주의를 주장한다. 이 입장에서의 안락사는 환자의 불필요한 고통을 덜어줄 뿐만 아니라, 환자가족의 경제적인 부담과 감정적 갈등을 덜어주고, 사회의 부족한 의료자원의 낭비를 막는다는 점에서 ‘공리적 효과’를 가진다는 것이다.³¹⁾

[표 1] 불치병환자에 대한 치료중단 및 안락사에 대한 태도³²⁾

구분		빈도(명)	비율(%)
불치병환자에 대한 담당의료진의 치료중단	동의함	707	69.3
	동의하지 않음	281	27.5
	모르겠다	32	3.1
	합계	1020	100.0
불치병환자에 대한 적극적 안락사	동의함	573	56.2
	동의하지 않음	398	39.1
	모르겠다	48	4.7
	합계	1019	100.0
사전치료거부의 의사표시존중	동의함	721	70.8
	동의하지 않음	258	25.3
	모르겠다	39	3.8
	합계	1018	100.0

이러한 안락사 찬성론에 대한 반대론의 입장도 만만치 않게 제기된다. 안락사 반대론은 안락사의 공리주의적인 측면만을 강조하는 주장에 반대하여,

30) 앞의 주 참조.

31) 앞의 주 참조.

32) 이인영, “소극적 안락사의 대안, 존엄사”, 소극적 안락사 논란, 어떻게 해야하나? 토론회 자료집, 밝은 죽음을 준비하는 포럼, 2005. 4. 2., 76면 <표-1> 인용.

안락사는 인간생명의 존엄성에 대한 명백한 위협이요 도전이며, 이는 생명경시 풍조를 반영하는 것이라고 한다. 특히 종교계는 모든 생명을 신의 선물이라고 보며, 안락사의 긍정은 신이 부여한 생명의 존엄성을 부인하는 것이자 신에 대한 도전으로서 절대 허용할 수 없다는 입장을 보이고 있다.³³⁾

또한 안락사 반대론에 대한 전통적 입장은 안락사를 ‘적극적 안락사’와 ‘소극적 안락사’로 구분하여, 환자를 ‘죽도록 방치하는’ 소극적 안락사의 허용은 가능할 수 있지만, 환자를 의도적으로 ‘죽이는’ 적극적 안락사는 허용될 수 없다고 하면서, 적극적 안락사를 살인, 즉 ‘의사주도적 살인(physician initiated murder)’으로 간주한다.³⁴⁾

보다 현실적으로 안락사 반대론자들은 안락사를 합법화할 경우, 의료보험 혜택이 모두에게 공평히 돌아가지 않는 지금과 같은 상황에서 소수계층, 빈곤층, 노인들과 같은 의료의 사각지대에 있는 사람들이 자신의 의사와는 달리 가족들의 의사나 경제적 부담으로 인해 죽어갈 것이라는 점에서도 심각한 우려를 표명한다. 안락사가 허용되는 경우에는, 말기 암환자의 가족들이 심리적인 고통과 경제적 부담을 줄이기 위해 이를 악용할 소지가 있다는 점이 우려된다는 것이다. 이러한 입장은 비록 자의적 안락사가 ‘정당한’ 안락사라고 할지라도 일단 그것을 허용하게 되면 안락사를 빙자한 대량의 살인이 일어날 것이라는 우려에 근거를 두는 것이다.³⁵⁾

33) 종교적 입장에서는 생명 신성성의 원리(principle of the sanctity of human life)에 근거를 두면서, 신이 모든 생명의 원천이기 때문에 삶과 죽음을 결정할 권한은 신에게 속한다고 전제한다. 류지한, 앞의 논문, 87면 참조.

34) 앞의 주, 88면 참조.

35) 석기용·정기도(역), 안락사 논쟁, 책세상, 74~79면에서는 ‘미끄러운 경사길’ 논란을 설명하면서, 안락사를 일단 인정하면 미끄러운 경사면에 서 있는 것과 같아서 곧바로 부당한 안락사와 안락사를 빙자한 대량의 살인을 정당화하는 방향으로 미끄러질 가능성이 높다고 지적하고 있다.

[표 2] 안락사에 대한 찬반론

찬성론	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 생명연장도구에 의지해 삶을 유지하는 것보다 죽음을 택하는 것이 더 존엄함 <ul style="list-style-type: none"> - 인내하기 힘든 육체적 고통이 있는 생존은 무의미하기 때문에 품위있는 죽음을 인정해야 함 ▶ 죽음은 숙명이 아닌 인간주체의 권한임 <ul style="list-style-type: none"> - 생명을 가진 주체가 죽음에 대한 자기결정권 및 고통으로부터 해방될 권리를 가짐 ▶ 환자의 소망을 존중하고 고통을 덜어주는 것이 의료행위가 추구하는 이상의 근간이며 의사의 의무이기도 함 <ul style="list-style-type: none"> - 안락사를 ‘의사조력자살’로 보아 이를 합법화하는 것이 타당함
반대론	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 생명의 결정권은 인간에게 없기 때문에 죽을 권리를 인정할 수 없음 <ul style="list-style-type: none"> - 자살을 비롯하여 인간이 인간의 생명을 빼앗는 행위는 신의 뜻에 위배되며 생명윤리에 어긋남 ▶ 삶은 누구에게나 가치가 있으며 환자의 고통이 죽음보다 못하다는 판단의 근거가 없기 때문에 안락사는 용인 불가함 <ul style="list-style-type: none"> - 특히 적극적 안락사는 ‘의사주도적 살인’에 불과한 것임 ▶ 의료보험 혜택이 아직 보편적이지 않은 상황에서 의료사각지대에 처해 있는 사회적 약자들이 경제적 부담 때문에 안락사를 강요받거나 선택할 가능성이 높음 <ul style="list-style-type: none"> - 특히, 말기 암환자의 가족들이 심리적 고통과 경제적 부담을 줄이기 위해 안락사를 악용할 소지가 있음(‘미끄러운 경사길’ 논란 가중)

2. 존엄사와 생명에 대한 자기결정권

자기결정권이라고 하는 것은 개인에게 속한 권리나 의무를 그 자신의 책임 하에 자율적으로 결정하게 하고, 국가는 그에 관해 간섭을 지양한다는 것을 말한다. 이는 현행 형법에서 기본적으로 인정되고 있는 개념으로서 이에 따르면 피해자의 승낙에 의한 간음은 죄가 될 수 없고, 승낙에 의한 상해도 처벌할 수 없으며, 그리고 자살과 자살미수는 전혀 범죄가 되지 않게 된다.³⁶⁾

자기결정권을 어떠한 상황에서 인정한다고 하더라도 스스로의 자유로운 판단에 의하여야 하며, 이러한 자기결정권을 안락사와 관련지을 때는 극심한 고통에 시달리는 환자가 스스로 죽음을 택하는 것이 인간답다고 생각하여 내리는 결정을 의미한다.³⁷⁾

생명주체의 동의 하에서 이루어진 존엄사의 경우는 인간생명의 존중과 인격의 존중이라는 근본적인 원칙에는 반하지 않을 것이다. 의식불능의 환자에게는 자유로운 의사를 표명할 기회가 없기 때문에 특정한 타인에게 의사를 대행하게 하고 그 사람의 의사결정을 생명주체의 의사결정으로 대신하는 방법인 대리인의 동의를 고려할 수 있다. 이 경우 대리인의 생명에 대한 결정이 환자 자신의 결정권과 동일한 가치로 볼 수 있느냐가 문제되는데, 이러한 난점을 극복하기 위해서는 대리인의 동의의 경우 동의에 대한 법적 근거가 뒷받침되어야 한다. 해석적 동의란 불가역적인 혼수상태에 빠져 의식불명인 환자의 경우 그의 의사를 추정적으로 확인하는 것을 말한다.³⁸⁾

반면, 안락사 반대론에서는 안락사를 비범죄화할 경우 이를 남용할 위험성이 있으며, 인간의 생명을 경시하는 풍조를 조장할 우려가 있다는 이유로 비범죄화에 반대하고 있다. 하지만 이러한 위험성은 안락사 자체를 금지함으로써 해결할 수 있는 문제가 아니라 ‘무의미한 연명치료의 중단’이라는 의미의 존엄사 남용 방지를 위한 보장책을 통하여 해결하는 방안을 강구해야 할

36) 허일태, 안락사에 관한 연구, 한국형사정책연구원, 1994, 54면 참조.

37) 그러나 자기결정권은 개인이 처분할 수 있는 개인적 법익이나 권리에 국한되며, 그것도 얼마만큼 사회나 국가에 이해관계를 갖고 있느냐에 따라 제한될 수 있다. 허일태, 앞의 보고서, 55면 참조.

38) 의식이 불명이면서 사전의사, 추정의사 모두 확인되지 않는 상태의 환자의 경우에 논리적으로는 소극적 안락사가 허용되지 않을 것이다. 다만, 의학적 무의미성이 매우 강하게 인정되고 의식불명인 환자에게 최선의 이익이라는 관점에서 확인되는 객관적이며 추상적인 추정 의사가 치료의 중단 내지 거부라고 인정될 가능성이 매우 높은 것이 현실이라는 의견도 있다. 김천수, “안락사 내지 치료중단과 불법행위 책임”, 의료법학 제6권 제1호, 2005, 35면 참조.

것이며, 남용의 위험성을 방지하기 위하여 안락사심사위원회나 법원의 판단을 요하도록 하는 입법론을 강구할 수 있을 것이다. 또한 환자의 안락사 선택권을 무제한으로 허용할 것이 아니라 네덜란드와 독일의 사례³⁹⁾와 같이 환자의 자기결정권에 일정한 제한을 가하는 방법을 고려할 수도 있을 것이다.

3. 형법 제252조 제1항과 존엄사 관련 논의

현행 형법 제252조 제1항은 “사람의 촉탁 또는 승낙을 받아 그를 살해한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다”고 규정하고 있다. 이에 따르면 환자의 촉탁을 받아 자연적 시기에 앞서 사망에 이르게 한 경우, 혹은 환자의 동의를 얻어 치료를 중단함으로써 자연적 시기에 앞서 환자를 사망에 이르게 한 자는 형사적 처벌을 받게 된다. 이 규정에 의하면 촉탁 혹은 승낙을 받아 사람을 자연적 시기에 앞서 사망에 이르게 한 모든 의사들이 촉탁·승낙살인죄로 처벌받게 되지만, 형법학계에서는 안락사라는 개념을 통하여 일정한 요건하의 치료중단행위는 위법성이 조각되는 행위로 파악하고자 한다.⁴⁰⁾

형법학계에서는 안락사를 “죽음의 고통에 시달리는 불치 또는 빈사상태의 환자에게 고통을 제거하거나 덜어주는 방법으로 생명을 단축시키는 조치”,⁴¹⁾ “격렬한 고통에 허덕이는 불치 또는 빈사의 환자에게 그 고통을 제거 또는 감경하기 위하여 그를 살해하는 것”,⁴²⁾ “심한 육체적 고통에 시달리는 불치 또는 빈사의 환자에 대하여 그 고통을 덜어주기 위한 목적으로 사기를 앞당기는 의학적 조치”,⁴³⁾ “심한 육체적 고통에 시달리며 사기가 임박한 불치 또는 난

39) 네덜란드와 독일에서의 환자의 자기결정권에 제한을 가하는 방법에 대하여는 뒤의 “제IV장 주요국의 존엄사 입법례와 정책적 대응” 참조.

40) 정규원, “연명치료중단”, 의료법학 제6권 제1호, 2005, 52면 참조.

41) 김일수·서보학, 새로 쓴 형법각론, 박영사, 2004, 25면.

42) 이재상, 형법각론, 박영사, 2004, 22면.

43) 배종대, 형법각론, 홍문사, 2003, 65면.

치의 환자의 촉탁·승낙을 받아 그 고통을 제거하거나 완화하기 위한 의료적 조치가 생명의 단축을 가져오는 경우”⁴⁴⁾ 등으로 정의하면서, 살인죄의 위법성 조각사유로 논의하고 있다.

또한 형법학계는 생명연장장치를 중단하여 사망에 이르게 하는 존엄사의 경우에는 일정한 요건 하에서 허용될 수 있다고 보는 것이 다수설의 입장이다.⁴⁵⁾ 여기서의 일정한 요건에는 일본名古屋高等법원의 1962년 12월 12일의 판결이 자주 원용된다. 즉, ① 현대의학의 견지에서 판단할 때 환자가 불치의 질병에 걸려있고 사기가 임박해 있을 것, ② 환자의 육체적 고통이 심할 것, ③ 안락사가 오로지 환자의 육체적 고통을 완화할 목적으로 행해질 것, ④ 환자의 의사표명이 가능한 경우에는 환자의 진지하고도 명시적인 촉탁 또는 승낙이 있을 것, ⑤ 안락사를 시행하는 자가 원칙적으로 의사일 것, ⑥ 안락사를 시행하는 방법이 윤리적으로 타당할 것 등의 요건이 충족된 경우에는 적법한 행위라는 것이다.

반면에 일정한 요건 하에 존엄사가 형법적으로 정당화 될 수 있다는 점을 인정하더라도 그와 같은 법적 논의는 현실을 거의 반영하지 못한다는 비판도 따른다. 왜냐하면 의료현실에서 발생하는 대다수의 치료중단은 상당한 기간 치료를 계속하였지만 회생의 가능성이 거의 없는 경우로서 의식불명이 되기 이전에 치료 계속 여부에 대한 명확한 의사표시가 없었던 경우가 많기 때문이다. 따라서 위의 요건을 충족하는 존엄사만이 법적으로 정당하다는 견해는 실제 의료현장에서는 별반 기능하지 않는 것으로 평가된다는 의견도 있다.⁴⁶⁾

나아가 앞서 언급한 요건을 충족하는 존엄사가 논리적으로 모호할 뿐만 아니라 현실적으로 별반 기능을 못하기 때문에 존엄사를 전면적으로 금지하여

44) 임웅, 형법각론, 법문사, 2003, 23면.

45) 임웅, “안락사의 정당화”, 고시연구, 1999.12., 43~44면 참조.

46) 정규원, 앞의 논문, 53면 참조.

야 한다는 주장도 있지만, 이러한 주장은 그다지 설득력을 가지지 못할 것으로 생각된다. 왜냐하면 존엄사를 전면적으로 금지하는 것은 연명치료의 발달로 인하여 이미 의학적으로 의미가 없는 치료를 지속하여 경우에 따라서는 환자의 의사에 반하는 치료가 될 수 있고, 환자 가족에게도 정신적·육체적 고통뿐만 아니라 경제적 고통을 가하기도 하기 때문이다. 따라서 존엄사 혹은 연명치료중단에 대한 전면적 금지 보다는 보다 합리적인 기준을 마련할 필요가 있을 것이다.

4. 존엄사 관련 법안의 발의와 그 주요내용 검토

안락사 찬반에 관한 그동안의 논의와 더불어 제18대 국회에 들어서 존엄사 관련 법안들로는 신상진 의원 대표발의의 「존엄사법안」(2009.2.5)과 김세연 의원 대표발의의 「삶의 마지막 단계에서 자연스러운 죽음을 맞이할 권리에 관한 법률안」(2009.6.22) 및 김충환 의원 대표발의의 「호스피스·완화의료에 관한 법률안」(2008.12.9)을 들 수 있다.

가. 「존엄사법안」(신상진 의원 대표발의, 2009.2.5)

(1) 제안이유

먼저 신상진 의원의 「존엄사법안」은 존엄사는 안락사와는 명확히 구분되는 것으로 현대 의학으로 회복가능성이 거의 없고 치료할 수 없는 환자에 한정하여, 단지 인위적으로 생명만 연장하는데 불과한 생명유지 장치를 환자 스스로가 보류하거나 중단할 수 있도록 자기결정권을 행사할 수 있게 하고, 이러한 의사결정을 존중하고 보호할 수 있도록 하는데 그 목적을 두고, 변화된 우리 사회의 실정과 인식을 반영하여 말기환자에 대한 인권보호의 차원에서 존엄한 죽음과 관련된 말기환자의 자기결정권을 존중하기 위해 존엄사에 대한 개념, 절차, 요건 등을 법제화하기 위함이 그 제안이유이다.

(2) 주요내용

첫째, 법안 제2조의 말기환자·말기상태의 정의에서는 1) 의학적 기준에 따라 2인 이상의 의사에 의하여 말기상태임을 진단받은 환자를 ‘말기환자’로 하고, 2) 상해나 질병으로 인하여 의학적 판단으로 회복가능성이 없고 치료가 불가능하여, 연명치료가 없는 경우 단기간 내에 사망에 이르게 되는 상태로서, 이 상태에서의 연명치료의 적용이 단지 죽음의 과정을 연장하는데 기여하고 있는 상태를 ‘말기상태’로 규정하고 있다.

둘째, 법안 제6조에서는 말기환자의 자기결정권 보호와 의료지원에 관한 사항을 심의하기 위하여 보건복지가족부장관 소속으로 국가의료윤리심의위원회를 설치하도록 규정하고 있다.

셋째, 법안 제11조는 말기환자는 연명치료 시술 여부에 대한 선택권, 연명치료 거부 및 중단 요구에 관한 의사결정권이 있음을 규정하고 있다.

넷째, 법안 제20조는 담당의사 및 해당 의료기관의 종사자는 말기환자의 연명치료의 보류 또는 중단의 의사표시에 반하여 연명치료를 하여서는 아니 되고, 담당의사 또는 해당 의료기관의 종사자가 정당한 이유 없이 연명치료의 보류 또는 중단을 거부하는 때에는 해당 의료기관의 장은 즉시 담당의사 등을 교체하여 연명치료를 보류 하거나 중단하도록 규정하고 있다.

다섯째, 법안 제23조는 말기환자의 의료지시서에 따라 연명치료를 보류·중단하거나 응급의료처치의 보류에 참여한 의사 또는 의료기관의 종사자에게 민사·형사적 책임을 물을 수 없게 함으로써 연명치료 등에 참여한 의사 또는 의료기관 종사자의 책임을 면제하는 규정을 두고 있다.

여섯째, 말기환자의 자살을 조력하거나 말기환자의 의사에 반하여 연명치료를 중단하거나 보류한 자는 3년 이상의 징역에 처하도록 규정하여 적극적 안락사 등의 처벌규정을 두고 있다.

일곱째, 말기환자의 의사에 반하는 연명치료를 하는 담당의사와 의료기관

의 장은 5년 이하의 징역 또는 1,000만원 이하의 벌금에, 말기환자의 자기결정에 따른 연명치료의 중단을 방해하는 자는 3년 이하의 징역 또는 1,000만원 이하의 벌금에 처하도록 규정하여 말기환자의 자기결정에 반하는 연명치료에 관한 처벌규정을 두고 있다.

(3) 법안의 검토

신상진 의원이 대표발의한 「존엄사법안」은 우선 ‘존엄사’에 관한 명확한 용어의 정의가 확정되지 않은 상태에서 ‘존엄사’라는 용어를 쓰고 있고, 법안의 내용에서도 무엇이 ‘존엄사’인지에 대한 정의를 밝히고 있지 않다는 지적이 나올 수 있다. 이 법안은 제1조에서 “말기환자의 인간의 존엄과 가치에 위해를 주는 것을 방지하고, 말기상태에서 말기환자의 의사표시를 존중하여 자기결정권에 따른 의료처치를 가능하게 함으로써 말기환자의 권익을 보장하고 그 적정성을 유지함”을 그 목적으로 하고 있다고 밝히고 있다. 이 조항에서 ‘말기환자의 인간의 존엄과 가치’를 보장하고, ‘말기환자의 자기결정권’을 인정하기 위한 ‘소극적 안락사’ 또는 ‘존엄사’의 시행을 유추할 수 있지만, 궁극적으로 상기에서 논의한 안락사의 복잡한 구분 및 용어의 정비가 없는 상태에서 ‘존엄사’라는 용어의 정의를 유추하는 것이 사회적 공감대를 이끌어 낼 수 있을지에 대하여는 의문이다. 더욱이 ‘존엄사’(death with dignity)라는 용어는 미국 오레건 주의 ‘존엄사법’(Death with Dignity Act)를 바로 연상시킬 수 있는데, 이 법이 의도하는 존엄사의 범위는 미국 오레건 주의 존엄사 범위와 같지 않기 때문에 개념의 혼란을 유도할 수도 있을 것으로 생각된다.⁴⁷⁾

법안의 제2조의 정의규정에서 ‘말기환자’와 ‘말기상태’의 정의부분도 좀 더 구체적으로 정의될 필요가 있다. 법안 제2조는 ‘말기환자’를 “의학적 기준에 따라 2인 이상의 의사에 의하여 말기상태임을 진단받은 환자”라고 정의하

47) 김현철, “‘존엄사’법안의 분석과 평가 -생명윤리적 관점-”, ‘존엄사’의 올바른 법제화를 위한 토론회 자료집, 국회입법조사처 외, 2009.7.16., 56면 참조.

고 있는데, 과연 어떠한 의학적 기준을 의미하는 것이고 2인 이상의 의사의 관정이 명확하게 말기상태를 파악할 수 있는지에 대한 사회적 합의를 도출하기 위하여 추가적인 논의가 필요할 것이다.

한편, 법안은 제2장에서 국가의료윤리심의위원회와 기관의료윤리심의위원회를 구성하도록 하여 의료현장에서 연명치료 중단 등의 이른바 ‘존엄사’ 시행의 결정주체에 대한 절차를 규정하고 있다. 이러한 위원회를 통해 치료중단의 과정을 절차적으로 통제할 수 있게 된다면, 치료중단의 기준에 대한 사회적인 합의를 이루어나갈 수 있을 것이다. 뿐만 아니라 불분명한 기준 아래 개별 의사와 가족 간의 합의로 이루어지는 지금까지의 관행에서도 벗어날 수 있는 방안이 될 수 있을 것이다. 치료중단의 제도화의 수준은 사회적 공론화를 통해 합의에 이르기 위하여 법률안에서의 규정과 같이 규율하는 것이 바람직하다고 생각된다. 또한 법안은 말기환자의 치료중단에 관한 결정을 심의할 뿐만 아니라, 말기환자의 자기결정권을 보호하기 위한 국가의 책무 및 지원사항에 관한 내용을 보다 구체적으로 규정하는 방안을 추가적으로 검토할 필요가 있을 것으로 사료된다.

나. 「삶의 마지막 단계에서 자연스러운 죽음을 맞이할 권리에 관한 법률안」
(김세연 의원 대표발의, 2009.6.22)

(1) 제안이유

김세연 의원이 대표발의한 「삶의 마지막 단계에서 자연스러운 죽음을 맞이할 권리에 관한 법률안」의 제안이유는 환자가 삶의 마지막 단계에서 자신의 의지대로 자연스럽게 죽음을 맞이할 수 있는 권리를 보장하기 위해 환자 본인에게 행하는 의학적 치료방법 및 생명연장조치 등을 대리인의 본인의사 추정가능성을 배제한 상태에서 스스로 수용, 선택 또는 거부하는데 필요한 사항을 정함으로써 환자가 가지는 인간으로서의 존엄성을 보호하되, ‘안락사(euthanasia)’

라는 용어와 안락사를 미화한 용어인 ‘존엄사(death with dignity)’의 사용도 배제하여 적극적 안락사는 물론 수분, 영양공급 중단에 의한 소극적 안락사도 금지시키고자 하는 것이라고 하고 있다.

(2) 주요내용

김세연 의원 대표발의법률안의 주요 내용은 다음과 같다.

첫째, 이 법률안 제1조는 환자가 삶의 마지막 단계에서 자신의 의지대로 자연스럽게 죽음을 맞이할 수 있는 권리를 보장하기 위해 환자 본인에게 하는 의학적 치료방법 및 생명연장조치 등을 스스로 수용, 선택 또는 거부하는데 필요한 사항을 정함으로써 환자가 가지는 인간으로서의 존엄성을 보호하는 것을 목적으로 하고 있다.

둘째, 법률안 제3조에서는 모든 말기환자는 치료 및 생명연장조치에 관한 중지 여부를 스스로 결정할 수 있도록 하고 있다.

셋째, 법률안 제4조는 의료인은 환자의 생명을 적극적으로 정지하거나 자살을 도와서는 아니 되며, 환자는 이러한 내용을 생명연장조치거부 사전결정서에 포함되도록 요구할 수 없도록 규정하고 있다.

넷째, 법률안 제8조부터 제11조까지는 무의미한 생명연장조치의 중단 등에 관한 요건 및 상담, 생명연장조치거부 사전결정서의 작성에 필요한 사항을 정하고 있다.

다섯째, 법률안 제9조에서는 사전결정서를 본인·담당의사·증인 2명이 작성하고 공증인 면전에서 공증받은 문서에 의하도록 하여 환자의 자기생명결정권에 대한 대리인에 의한 의사추정을 금지하고 있다.

여섯째, 법률안 제13조에서는 이 법안에 따라 사망이 임박한 말기환자에 대하여 생명연장조치를 보류하거나 중단한 의사 또는 의료기관에게 민사상 또는 형사상 책임을 물을 수 없으며, 손해배상청구나 행정기관에 대한 이의신청 등을 할 수 없도록 규정하고 있다.

(3) 법률안의 검토

김세연 의원이 대표발의한 「삶의 마지막 단계에서 자연스러운 죽음을 맞이할 권리에 관한 법률안」은 ‘존엄사’라는 용어 대신에 ‘삶의 마지막 단계에서 자연스러운 죽음을 맞이할 권리’라는 표현을 사용하여 생명을 인위적으로 단축시키지 않는 자연스러운 죽음을 허용하자는 의미를 강조함과 동시에 ‘존엄사’의 개념 논란에 대한 모호성에 대한 비판을 비껴나갈 수 있는 용어를 채택하고 있다. 이는 미국에서의 ‘자연사’(Natural Death) 또는 ‘자연사권’(Right to Natural Death)의 의미와도 일맥상통할 것으로 생각된다.

김세연 의원안은 제9조의 ‘생명연장조치거부 사전결정서’와 관련하여 연명치료 중단은 본인의 사전결정서만이 역할을 할 수 있도록 규정하고 있는데, 이는 ‘경제적 사정’ 등의 이유로 가족이나 후견인이 생명연장조치를 거부하는 등의 부작용이나 신청의 오남용을 미연에 방지할 수 있는 대책이 될 수 있을 것이다. 그러나 사전결정서가 없는 무의식의 환자 혹은 18세 미만의 경우에는 연명치료의 중단이나 보류가 불가능하기 때문에 이에 대한 검토가 보충적으로 필요할 것으로 보인다.

한편, 김세연 의원안은 제2조 정의규정에서 ‘생명연장조치’를 ‘심폐소생술, 인공호흡기 사용 등의 의학적 치료’로 정의하고, 생명연장조치의 범위는 ‘의학 및 과학의 발전 정도를 반영하여 국가생명윤리심의위원회’에서 정하도록 하여 의학 및 과학의 발전에 유동적으로 대처할 수 있도록 그 범위의 추가적 확장 가능성을 열어두고 있다.

또한, 김세연 의원안은 제4조 제1항에서 환자에게 의도적으로 약물의 주사 등 물리적 또는 화학적 방법을 사용하여 환자의 생명을 정지하게 하거나 환자가 자살하도록 도울 수 없도록 규정하여, 소위 ‘적극적 안락사’와 ‘의사조력자살’을 명문으로 금지하는 방식을 채택하여 ‘생명보호’의 관점에 보다 접근하고 있는 것으로 평가된다.⁴⁸⁾

다. 「호스피스·완화의료에 관한 법률안」(김충환 의원 대표발의, 2008.12.9)

(1) 제안이유

김충환 의원 대표발의의 「호스피스·완화의료에 관한 법률안」은 말기암 환자와 가족을 위한 호스피스·완화의료에 관한 법률을 제정하여 말기암 환자에 대한 전인적이고 종합적인 지원을 위한 근거법령을 마련하기 위한 것이 그 제정이유라고 밝히고 있다.

(2) 주요내용

김충환 의원 대표발의법률안의 주요내용은 다음과 같다.

첫째, 법률안 제4조는 호스피스·완화의료에 대한 국민들의 인식을 높이기 위해 매년 10월 6일을 “호스피스·완화의료의 날”로 지정하도록 규정하고 있다.

둘째, 법률안 제6조는 호스피스·완화의료 대상자 선정기준을 마련하도록 하고 있다.

셋째, 법률안 제7조는 호스피스·완화의료에 대한 설명의무제도 도입을 규정하고 있다.

넷째, 법률안 제8조는 말기암환자가 의식을 잃어버려 스스로 치료를 선택할 수 없는 경우에 대비하여, 심폐소생술 등 본인에게 행해질 생명연장치료에 대해 시행 여부를 미리 서면으로 작성하여 치료결정에 반영하도록 하는 제도(‘사전의사결정서’)를 도입하도록 규정하고 있다.

다섯째, 법률안 제9조는 말기판정의 정확성 확보를 위해 담당 주치의 및 호스피스 담당의사 2명에게서 받은 호스피스·완화의료 대상자임을 증명하는 ‘의사소견서’와 환자의 호스피스·완화의료 서비스에 대한 선택권 보장을 위해 환자 또는 대리인에 의한 ‘이용신청서’를 제출하는 절차를 규정하고 있다.

48) 김현철, 앞의 자료, 58~59면 참조.

여섯째, 법률안 제9조는 말기암 환자가 의사결정능력이 없는 경우에 대비해 환자의 의사를 대신할 대리인을 선임하여 환자 개인의 자기결정권행사를 돕는 제도를 도입한다. 또한, 말기암 환자가 의사결정능력이 없는 경우 말기암 환자가 호스피스 이용에 대한 사전의사표시를 한 경우에 한하여 말기암 환자가 사전에 지정한 대리인이 이용을 신청할 수 있게 하는 제도를 도입하도록 규정하고 있다.

일곱째, 법률안 제10조는 호스피스·완화의료 기관의 인력·시설 등의 기준에 대한 표준화 및 서비스 질적 차이 해소를 위해 시설 및 인력 등 자격을 갖춘 기관을 적정한 평가 절차를 거쳐 호스피스·완화의료 기관으로 지정하도록 규정하고 있다.

여덟째, 법률안 제11조는 말기암환자와 보호자가 호스피스·완화의료 기관에서 최선의 서비스를 제공받을 수 있도록 호스피스·완화의료 기관이 말기질환자 및 가족에게 호스피스·완화의료 서비스를 제공해야 할 의무를 규정하고 있다.

아홉째, 법률안 제15조는 거짓이나 부정한 방법으로 호스피스·완화의료 기관으로 지정받은 경우 또는 기준에 미달하거나 의무 불이행시 지정을 취소하는 제도를 도입하도록 규정하고 있다.

그리고 마지막으로 법률안 제15조는 호스피스·완화의료 기관 평가 및 재정지원 제도를 도입하도록 규정하고 있다.

(3) 법률안의 검토

김충환 의원이 대표발의한 「호스피스·완화의료에 관한 법률안」은 연명치료를 보류하고 완화치료 혹은 호스피스로 갈 수 있는 방법을 모색하는 것이 법안의 주요내용이다. 호스피스·완화의료에 초점을 둔 관계로 이 법안은 연명치료의 중단을 인정하는가에 대하여는 불분명한 측면이 있으며, 보류할 수 있는 연명치료의 내용도 의사 및 의료관행에 따르게 될 소지가 있다. 따라서 연명치료 중단의 범위에 대한 보다 구체적인 논의가 보완될 필요가 있을 것으로

보인다.

김충환 의원안은 존엄사 또는 의사조력자살을 허용하거나 입법화하는 데에는 더 많은 사회적 합의가 필요함을 인식하고, 존엄사의 적극적 도입 이전에 치료중단의 관행을 제도적으로 인정하는 방안을 채택하고 있는 것으로 보인다. 또한 이 법률안은 일단 환자의 생명을 인위적으로 단축시키지 않는 면에서 윤리적으로 비판이 적을 것이고, 그 방법이 건전하다고 판단되기 때문에 ‘존엄사’ 입법과 병행하여 긍정적으로 검토할 필요가 있는 법률안이라 생각된다.

[표 3] 제18대 국회 ‘ 존엄사 ’ 관련 법률안의 비교⁴⁹⁾

구 분	신상진 의원 발의안	김세연 의원 발의안	김충환 의원 발의안
법률의 명칭	존엄사법안 (2009.2.5)	삶의 마지막 단계에서 자연스러운 죽음을 맞이할 권리에 관한 법률안 (2009.6.22)	호스피스·완화의료에 관한 법률안(2008.12.9)
허용행위	연명치료 보류 또는 중단 응급료 처치의 보류 중단	생명연장조치의 중단	심폐소생술 등 생명연장 치료 거부 의사표시의 존 중 및 호스피스 완화의 료기관의 이용
허용조건	1) 말기환자의 의료지시서 작성 2) 의료지시서 작성시 의사의 설명의무, 의무적 상담절차, 의사의 자발성 확인	1) 생명연장조치거부 사전결정서 2) 의학적 판단으로 회복가능성이 없고 치료불가능성	1) 말기암환자 2) 사전의사결정서 작성

49) 이인영, “주요국가의 ‘존엄사’법 분석과 평가”, ‘존엄사’의 올바른 법제화를 위한 토론회 자료집, 국회입법조사처 외, 2009.7.16., 49~50면 ‘법안 비교 분석표’ 재구성.

구 분	신상진 의원 발의안	김세연 의원 발의안	김충환 의원 발의안
	3) 서면 작성시 2주간의 숙려기간 경과 4) 2인의 의사의 말기상 태의 진단 5) 의사표시의 추정 : 기관의료윤리위원회의 심의 6) 의사표시에 의문이 있는 경우 : 기관윤리위 원회의 심의	3) 비가역적 사망과정 진입 4) 사전결정서 작성시 환자의 상담요청 및 의 사의 설명의무 5) 사전결정서 작성시 15일의 숙려기간 경과	3) 호스피스·완화의료에 대한 의사의 설명의무 4) 말기암환자가 의식불 명인 경우 사전의사결정 서를 미리 작성한 경우 대리인이 호스피스 완화 의료 이용 신청
검증절차	1) 의사의 기록의무 2) 기관의료윤리위원회 에 보고서 제출의무 3) 기관의료윤리위원회 의 국가의료윤리심의위 원회에 대한 보고의무 4) 국가의료윤리심의위 원회는 분기별 보건복지 가족부장관에게 보고 5) 보건복지부장관의 조 사	1) 의료기관윤리위원회 의 연명치료중단 등의 이행에 관한 기록 작성 및 보존 2) 분기별로 보건복지가 족부장관에게 보고	1) 호스피스·완화의료 기 관에 대한 기관평가 2) 호스피스 완화의료기 관에 대한 보건복지가족 부장관의 감독

IV. 주요국의 존엄사 입법례와 정책적 대응

1. 미국

미국에서 이전까지 금기시되던 주제인 죽음이 사회의 쟁점으로 부상한 것은 1970년대였다. 70년대 초반에 자발적인 안락사를 허용하는 법안들이 몇개 주에서 제안되었으나 입법화되지는 못했다. 그러나 1975-6년에 지속적 식물상태에 빠진 환자의 생명연장장치 제거를 둘러싼 논란을 일으켰던 ‘퀸란 사건’⁵⁰⁾은 사회의 관심을 고조시켜 역사적으로 1980년대 ‘죽을 권리 운동(right-to-die movement)’의 기초가 되었다.⁵¹⁾

‘퀸란 사건’의 직접적인 결과로 그 이전에는 잘 몰랐고, 활용도 미미했던 ‘사망선택의사확인서(Living Will: 이하 Living Will)’에 대한 일반인들의 이해가 높아졌다. Living Will은 가족과 의료진에게 판단의 지침으로 제시되었으나,

50) 카렌 앤 퀸란(Karen Ann Quinlan)은 21살된 여자로서 1975년 4월에 친구의 생일 파티에서 술과 약물에 중독되어 호흡정지가 있는 다음에 혼수상태에 빠졌고, 병원에서 인공호흡기를 장착하여 지속적 식물상태를 유지하고 있었다. 퀸란의 아버지는 의사로부터 의식이 회복할 가능성이 없고 인공호흡기 없이는 생존할 수 없다는 설명을 듣고, 퀸란에게 자연스러운 죽음을 맞이할 기회를 주겠다고 결심하여 의사에게 생명유지장치를 떼어달라고 요청하였으나 의사가 이를 거부하자 퀸란의 후견인으로서 생명유지장치를 떼 권한을 자기에게 달라는 소송을 법원에 내었다. 뉴저지 고등법원(1975.11.10 판결)은 생명유지장치를 떼지 여부는 어디까지나 의료적인 문제이므로 주치의의 결정에 맡겨야 한다고 하여 퀸란의 아버지가 낸 신청을 기각하였으나 주대법원은 1976년 3월 31일 아버지의 주장을 인정하여 다음과 같은 판결을 내렸다. “①후견인과 가족이 같은 의견이고, ②다른 의사가 퀸란은 현재 혼수상태에서 인식 있는 지적 상태로 회복할 가능성이 없다는 판정을 하고 생명유지장치를 정지시켜야 한다는 결론을 내린다면, ③입원한 병원의 윤리위원회의 승인을 얻어 장치를 제거해도 된다.”

51) Yount, L., Physician-Assisted Suicide and Euthanasia Facts On File, Inc., 2000, p.12 참조.

당시에는 법적으로 효력이 있는 것이 아니었다. 의료진과 의료시설들은 온정주의 또는 법적인 책임의 문제를 우려하여 Living Will을 종종 무시했다.

1970년대 초에 Living Will을 지지했던 '죽을 권리를 옹호하는 협회(The Society for the Right to Die)[이전의 미국안락사협회(The Euthanasia Society of America)]같은 단체는 이 Living Will에 법적인 효력을 부여하기 위한 운동을 시작했다. 이에 호응을 얻어 1976년 캘리포니아에서 최초로 「자연사법」(Natural Death Act)⁵²⁾이 입법화되었다. 이후 캘리포니아의 이 「자연사법」의 예를 따라 동일한 종류의 법률이 다른 주에서도 제정되었다.⁵³⁾

또한 킨란 사건은 ‘병원윤리위원회’에 대한 사람들의 인식을 높여, 뉴저지 법원은 킨란의 가족들에게 인공호흡기를 제거하기 전에 의사, 사회사업가, 변호사, 신학자 등으로 구성된 위원회와 협의할 것을 요구했었고, 이후 많은 병원에서 윤리위원회가 구성되었다.⁵⁴⁾

그 결과, 안락사의 합법화 활동과 입법 관련 논쟁을 통하여 대부분의 사람들이 어떤 환자들의 경우에는 생명유지 치료를 중단함으로써 죽게 하는 것을 허용하는 것이 비도덕적이 아님을 일반적으로 받아 들였고, 판례에서도 이러한 결론이 구체화되었다.⁵⁵⁾

52) 이 법에서 강조하고 있는 것은 인간의 생존유효유언에 대한 존중이며, 현대의 의료기술의 진보에 따른 생명연장에 대한 무의미한 의료를 거부할 권리를 인정하는데 그 초점을 두고 있다.

53) 주(州) 마다 차이가 있지만 약 40여개 주에서 환자가족의 동의 등 엄격한 요건 아래 생명보조장치를 제거하는 수준의 소극적 안락사(존엄사) 행위는 대체로 인정하고 있다. 그러나 적극적 안락사는 인정하지 않고 있는 것으로 보인다. 캘리포니아 주(州)에서는 ‘1988년 및 1992년 안락사법제화를 위한 주민투표가 시행되었으나 부결되었고, 워싱턴 주(州)에서는 ‘1991년 ‘죽을 때 의사의 도움을 받을 수 있는 권리’를 인정한 법안을 주민투표에 붙였으나 역시 부결된 바 있다.

54) Yount, 앞의 책, p.34 참조.

55) Beauchamp, T. L. and Veatch, R. M., Ethical Issues in death and dying, Prentice Hall, 1996; Melvin I. Urofsky and Philip E. Urofsky (ed.), The Right to Die, 1&2, Garland Publishing, Inc., 2006, pp.36-37 참조.

1980년대 미국에서는 ‘죽을 권리 운동’이 진행된 시기인데, 이 운동의 지지자들은 사전유언장에 Living Will만이 아니라 자신이 의사능력을 상실했을 때를 대비하여 “의료행위 관련 결정권을 대리행사할 수 있는 대리인을 지정하는 문서(durable power of attorney for health care, health care proxy)”까지 포함시켰다.⁵⁶⁾

아칸소 주 등 몇 개 주에서는 Living Will과 같이 환자가 안락사를 원한다는 명백하고 확실한 증거없이도 대리인이 생명유지치료의 중단을 요구할 수는 없도록 했지만, 1986년까지 50개주 모두에서 이 대리인 지정문서는 법적인 효력을 인정받았다. 1986년에 미국의사협회는 지속적 식물상태에 있는 환자에 대한 이전의 입장을 수정하여, 의사가 환자의 인공호흡기와 급식관을 그 가족의 요구에 의해 제거하는 것은 윤리적으로 허용된다는 입장을 표명했다. 사전유언장에 의한 의료조치의 거부에서 나아가 죽음의 권리를 주장한 ‘헴록 협회(Hemlock Society)’가 창설됐는데, 이 협회의 목적은 질병의 말기상태에 있는 사람들의 자발적인 안락사와 의사조력자살을 합법화하는 것이었다.⁵⁷⁾

1990년대 들어, 죽을 권리에 관한 논의는 이전의 의료조치의 중단에 관한 논쟁에서 죽음을 돕는 적극적인 형식인 의사조력자살의 형태로 이행되었다. ‘헴록협회’ 등 지지자들의 노력은 일정한 결실을 거두어 1997년에 오레곤 주에서 의사조력자살을 허용하는 「존엄사법」(Death with Dignity Act)⁵⁸⁾이 통과

56) Capron, A. M., “Should Some Morally Acceptable Actions of Killing and Letting Die be Legally Prohibited and Punished?”, Tom L. Beauchamp(ed), *Intending Death - The Ethics of Assisted Suicide and Euthanasia*, Prentice Hall, 2005, pp.55~56 참조.

57) Yount, 앞의 책, p.79 참조.

58) 말기환자가 의사로부터 극약을 처방받아 스스로 복용해 자살할 수 있게 하는 오레곤 주 「존엄사법」은 지속적 식물상태 환자의 생명유지장치를 제거하는 ‘존엄사’와 더불어 ‘의사조력자살’까지를 인정한 세계 최초의 법률이다. 하지만 공화당을 중심으로 이 「존엄사법」에 대한 비판론이 거세지면서 1999년 10월 연방하원은 극약을 자살용으로 처방하는 것을 금지하는 「고통경감법안」을 통과시켜 「존엄사법」이 무력화되기도 하였다.

되어, 1998년에는 16명이, 1999년에는 27명이 이 법에 따라 죽음을 선택했다.

이 오레곤 주의 「존엄사법」은 환자의 자살조력 요청은 유효하고 합법적이므로 의사는 법적 책임의 부담 없이 그 요청에 응할 수 있다고 허용한 것이다. 이 법률에 따른 의사의 행위는 어떤 의도이든 법적 자살이나 조력자살, 또는 살인을 구성하지 않는다. 또한 이 법에 따라 선의로 참여한 자는 민사적, 형사적 책임이나 직업적 징계를 받지 아니라고 선의의 참여자에 대하여 비난, 징계, 자격정지, 자격박탈, 권한 정지 등이나 또 다른 처벌을 과할 수 없다.⁵⁹⁾ 만약 의료제공자가 적격 환자의 요구를 이행할 수 없거나 이행하기를 원치 않는다면, 새로운 의료제공자에게 전환시키고 요구가 있으면 의료기록의 사본을 제공해야 한다.

오레건 주에서 「존엄사법」이 제정된 후, 미국에서 두 번째로 워싱턴 주에서 의사조력자살을 인정한 - 법률명칭도 동일하게 - 「존엄사법」이 제정되었다. 이 법률의 구성과 내용은 오레곤 주의 법률과 거의 유사하다. 존엄사의 허용 조건은 거의 일치하고 있으나, 전제조건은 「자연사법」 입법유형과 비교하면 매우 엄격한 조건을 구비할 것을 요구한다는 점에서 약간의 차이가 있다. 특히 치료불가능하고 회복불가능한 말기상태이어야 할 뿐만 아니라 고통이 극심하여야 하며, 6개월 이내의 기대여명의 상태이어야 한다는 점에서 적격 환자의 요건이 제한적임을 알 수 있다. 죽을 의사를 자발적으로 표시하여야 하고 구두로 또는 서면으로 직접 요청하여야 한다는 점에서 사전의료지시서에 의한 의사의 추정이 전혀 인정되지 않는다는 차이점을 가지고 있다.⁶⁰⁾

59) 의사조력자살의 형태로 이루어지는 의사의 말기 처치가 형사적인 처벌을 면하기 위해서는 ①존엄한 죽음을 위한 투약에 대한 서면요청, ②적격 환자의 요건이 구비되어 있어야 하고, ③담당의사의 투약 처방이 있으며, ④의료제공자의 책임 면제규정에 따라 처벌받지 아니한다(The Oregon Death with Dignity Act, 127.880 §3.14 Construction of Act).

60) Menikoff, J., Law and Bioethics: An Introduction, Georgetown University Press, 2001, pp. 340~346 참조.

그러나 오늘날까지 이와 같은 오레곤 주와 워싱턴 주의 「존엄사법」에 대해 여전히 강한 반대의견이 존재하며, 미국의사협회는 의사조력자살이 적극적 안락사와 마찬가지로 비윤리적이며 환자를 치료해야 하는 의사의 역할에 위배되는 행위라고 규정짓고 있다.⁶¹⁾

2. 네덜란드

대부분의 서구 여러 나라가 미국과 같이 의사조력자살과 적극적 안락사에 대해 보수적인 반면에 네덜란드는 그 예외인 나라이다.⁶²⁾ 네덜란드에서는 안락사라는 것을 환자의 요구에 의해 의사가 생명을 종결시키는 것으로 이해하며, 이러한 행위의 발생에 정면으로 대처하기 위하여 입법을 하였다. 이러한 관행이 사회적으로 승인받고 입법화될 수 있는 바탕에는 비교적 충실한 사회보장체제가 구축되어 있기 때문에 치료비 부담으로 안락사를 요구하는 사람 없다는 사실이 깔려 있다.⁶³⁾

안락사에 관한 광범위한 논의가 이루어진 것은 1973년에 포스트마(Postma)라는 의사가 말기 증상으로 고통받는 자신의 어머니에게 모르핀을 주사하여 살해한 사건⁶⁴⁾부터이다. 그 의사는 「형법」 제293조 위반으로 유죄판결을 받았으나⁶⁵⁾, 그 형은 1주일 구금을 1년간 유예받는 것이었는데 법원이 이와 같은

61) 미국의사협회의 「의사윤리지침」, E-2.211 Physician-Assisted Suicide 참조.

62) Yount, 앞의 책, p. 82 참조.

63) 네덜란드 외무부의 자국의 입법에 대한 소개, <http://www.minbuza.nl/english/cinfo.htm>

64) Pool, R., Negotiating a Good Death - Euthanasia in the Netherlands, The Haworth Press, 2000, xi~xii면 참조.

65) 네덜란드에서도 「형법」상 촉탁살인과 자살방조는 처벌받고 있다. 네덜란드 「형법」 제293조에 따르면, 타인의 명백하고도 진지한 요청에 의해 그를 살해한 자는 12년 이하의 징역 또는 5등급 벌금(10만 길더=5만 달러)에 처한다고 하고, 제294조에 따르면 “타인에게 의도적으로 자살을 부추기거나 자살을 돕거나, 수단을 제공하는 자는, 자살이 성공하면 3년 이하의 징역에 처한다”고 명시되어 있다(Pool, 앞의 책, p.13

대단히 상징적인 형을 선고함으로써 의사의 행동이 일정한 기준에 적합하다면, 명백한 안락사 요청에 응하는 것이 정당화된다는 것을 시인한 셈이다.

그 이후 정치가, 법률가, 로비스트, 언론 사이에 안락사 허용여부에 대한 논쟁이 일어났고, 여러 법률 초안이 의회에서 검토되었으며 안락사의 가능성을 조사하고 권고하기 위하여 위원회가 조직되었다.

이후에도 의사조력자살과 안락사가 여전히 불법인 상태에도 불구하고 1984년 네덜란드 대법원의 판결은 네덜란드의사회에서 내린 지침을 의사가 따랐다면, 이러한 행위를 한 의사들을 기소하지 않는다는 데에 비공식적으로 동의하였다. 법무부는 1990년 이를 공식화했고, 1993년 의회는 그 지침에 따른 보고체계를 승인하였다.

네덜란드의 「안락사 지침」은 미국 오레곤 주의 「존엄사법」이 요구하는 것과 대체로 유사하다. 두 경우 모두 환자는 자유로운 상태에서 충분한 설명을 받은 후에 명백히 요청해야 하며, 그 요청은 일정 기간 후 반복될 것이 요구된다.⁶⁶⁾

네덜란드에서의 의사조력자살과 안락사의 실태를 알려주는 중요한 「레머링크 보고서」(Remmelink Report, 2000)에 따르면, 2000년에 발생한 약 130,000명의 사망수 가운데 약 2,300명(1.8%)이 안락사라고 한다. 이 숫자는 고통완화를 위한 진통제 투여로 사망한 경우인 1,350명(1%)을 제외한 것이다.

네덜란드에서는 임종을 앞당기는 의료행위를 여러 방식으로 분류하고, 지난 300년 동안 서로 다른 정의들이 시도되어 왔다. 1985년 ‘레머링크위원회’(안락사 관련 국가위원회)가 제시한 “안락사는 타인의 요청에 의해서 그의 생명에 대해 사려 깊은 종결을 하는 것이다(Euthanasia is the deliberate termination of a person's life by another person at the former's request)”라는 정의가 최근

참조).

66) Yount, 앞의 책, p.93 참조.

에 공식적인 것으로 받아들여지고 있다. 공식적 개념을 제시한 이유는 네덜란드에서 안락사 규율에 관한 법적인 틀을 발전시키고자 하는 희망에서 유래한 것이다.

현재 네덜란드의 입법상황을 살펴 보면, 소극적 안락사는 이미 오래 전부터 인정되어 왔다. 적극적 안락사에 해당하는 행위도 의사들은 1984년에 네덜란드 의사협회가 제안한 기준에 따라 안락사에 관한 모든 행위를 사망증명서에 기록하고 보고하면, 기소에서 면제되고 있으며 그 기준은 다음과 같다⁶⁷⁾

- ① 의사만 안락사를 수행할 수 있음
- ② 의사소통능력이 있는 환자만 안락사를 요청할 수 있음
- ③ 환자의 결정은 의심의 여지가 없어야 하고 문서로 증명될 수 있어야 하며 재확인 받을 수 있어야 함
- ④ 의사는 혼자서 결정하지 말고 다른 동료의사의 자문을 받아야 함
- ⑤ 환자는 안락사를 결정하도록 압력을 받아서는 안됨
- ⑥ 안락사가 고려되기 위해서는 환자가 참을 수 없는 통증이나 회복될 가망이 없는 고통을 받고 있어야 함
- ⑦ 환자의 상태를 호전시키거나 통증을 경감시킬 수 있는 방법이 없다는 것이 증명되어야 함

이처럼 네덜란드에서는 안락사가 엄격히 통제된 상황에서 환자가 진정한 의사(意思)로 죽기를 원하여 의사가 시행한 경우에는 이를 처벌하지도 않으며 기소하지 않는다. 이후 네덜란드는 국가 차원에서 세계 최초로 안락사를 입법화하였고 이 「생명의 종료에 대한 요청과 조력자살법」(Termination of Life on Request and Assisted Suicide Act)은 「형법」을 개정하는 형식으로 이루어졌는데, 정식 명칭에는 안락사라는 표현이 아니라 ‘요청에 의한 생명종결’과 ‘조력

67) Baumgarten, M-O, The Right to Die? - Rechtliche Probleme um Sterbenund Tod, Peter Lang, 2006, S.44 참조.

자살'이라는 표현이 들어 있다.⁶⁸⁾ 따라서 이 법의 적용범위는 환자의 고통이 지속적이고 참을 수 없이 지속되며 치유가능성이 없는 환자여야 하며, 의사는 환자의 고통이 참을 수 없을 정도라는 것을 입증할 수 있어야 한다.

또한 네덜란드의 이 법은 의사조력자살 허용시 구두요청과 서면요청과의 사이에 유예기간을 가지고 있어야 한다는 점에서 미국의 오레곤과 워싱턴, 두 주의 「존엄사법」과 분명한 차이가 존재한다.

[표 4] 미국 오레곤 주 및 워싱턴 주와 네델란드의 ' 존엄사법 ' 비교⁶⁹⁾

	미국 오레곤 주	미국 워싱턴 주	네델란드
법률의 명칭	·존엄사법(1998)	·존엄사법(2008) ·제70편 공중보건 및 안전 ·제70.245장 워싱턴존엄사법	·생명의 종료에 대한 요청과 조력자살에 관한 법률(2002)
허용 행위	환자의 요청에 의한 약물처방	환자의 요청에 의한 약물처방	요청에 의한 생명 종결과 조력자살 (형법상 불처벌)
허용 조건	1) 판단능력이 있는 18세 이상의 성인, 오레곤주 주민 2) 치료불가능하고 회복불가능한 6개월 이내에 죽음에 이르는 말기질병으로 고통을	1) 18세 이상의 성인, 워싱턴주 주민 2) 치료불가능하고 회복불가능한 6개월 이내에 죽음을 이르는 말기질병으로 고통을 받고 있음	1) 환자의 요청의 자발성, 심사숙고성 확인 2) 환자의 고통 극심, 치료불가능

68) Review procedures for the termination of life on request and assisted suicide and amendment of the Criminal and the Burial and Cremation Act(Termination of Life on Request and Assisted Suicide(Review Procedures)Act) http://www.minbuza.nl/OriginalDocuments/c_55024.pdf

69) 이인영, 앞의 발표문, 32~33면 '각 국의 존엄사법 비교' 재구성.

	<p>받고 있음이 의사와 자문의사에 의해 확인되고</p> <p>3) 죽을 의사를 자발적으로 표시</p> <p>4) 서면으로 약물 처방을 요청</p> <p>5) 의사는 환자에게 충분한 설명과 상담을 전제로 함.</p> <p>6) 자문의사가 환자와 그의 의무기록을 조사하고 의사의 진단을 확인하고 환자의 의사의 자발성과 심사숙고성을 심사함</p> <p>7) 적어도 구두요청과 약물처방 사이에 15일 유예기간</p> <p>8) 서명요청과 약물처방 사이에 48시간 유예기간</p> <p>9) 정신적이거나 심리적인 장애가 없을 것</p>	<p>이 의사와 자문의사에 의해 확인되고</p> <p>3) 죽을 의사를 자발적으로 표시</p> <p>4) 서면으로 약물처방에 대한 요청</p> <p>5) 의사는 환자에게 충분한 설명과 상담을 전제로 함</p> <p>6) 자문의사가 환자와 그의 의무기록을 조사하고 의사의 진단을 확인하고 환자의 의사의 자발성과 심사숙고성을 심사함</p> <p>7) 적어도 구두요청과 약물처방 사이에 15일 유예기간</p> <p>8) 서명요청과 약물처방 사이에 48시간 유예기간</p> <p>9) 정신적이거나 심리적인 장애가 없을 것</p>	<p>3) 의사가 환자에게 예상되는 상황을 알리고</p> <p>4) 다른 합리적 해결책이 없음을 확인</p> <p>5) 의사가 앞의 내용을 환자와 상담</p> <p>6) 의사의 말기처치</p> <p>7) 매장법에 따라 신고</p>
<p>검증 절차</p>	<p>1) 의사의 기록의무</p> <p>2) 보건부는 매년 기록 샘플을 심사</p> <p>3) 의사는 처방전 사본을 보건부에 제출</p> <p>4) 보건부는 수집된 정보의 연간통계보고서를 발간</p>	<p>1) 의사의 기록의무</p> <p>2) 보건부는 매년 기록 샘플을 심사</p> <p>3) 의사는 처방전 사본을 보건부에 제출</p> <p>4) 보건부는 수집된 정보의 연간통계보고서를 발간</p>	<p>1) 의사의 기록 의무</p> <p>2) 매장법에 따라 신고 의무</p> <p>3) 위 신고된 사례를 지역위원회에서 심의</p> <p>4) 장관에게 위원회 연례보고서 제출</p> <p>5) 예산심의에서 의회에서 위원회 관련 규정 제정</p>

3. 독일

독일에서의 안락사 논쟁은 국가사회주의 시대의 ‘도태적 안락사’ 주장으로 거슬러 올라가는데, 이것은 단지 합법을 가장한 살인에 지나지 않은 것이었다. 이로 인하여 안락사는 인간 존엄성을 침해하는 것이라고 생각하게 되었다.

독일에서 본격적인 안락사 논의는 1970년대에 들어와 시작되었으며⁷⁰⁾, 특히 1981년의 ‘비티히 사건’과 1984년의 ‘학케탈 사건’이 계기가 되어 안락사의 정당성과 환자의 자기결정권, 의사의 치료의무, 입법론 등이 활발히 논의되었다. 1986년에는 「안락사입법안」(AE-Sterbehilfe)⁷¹⁾이 제안되었으나 법제화되지는 못하였다.

독일에서 환자의 명시적 요청에 의해 치료를 중단한 사례로서 1986년의 라벤스부르크(Ravensburg) 지방법원의 판결이 있다. 이 판결은 부인의 명시적이고도 지속적인 요청에 따라 인공호흡기를 제거한 남편에 대해 법원은 촉탁

70) 제2차 세계대전 당시 나치가 ‘안락사 프로그램’에 따라 정신질환자와 신체장애인 7만명을 살해한 역사가 있는 독일에서는 오랫동안 안락사에 대한 논의 자체가 금기시되어 왔다.

71) 독일의 「안락사입법안」 가운데 치료중단에 관한 것은 제214조인데, 그 내용은 다음과 같다. 제214조 (생명유지조치의 중단 또는 불개시) (1)생명유지조치를 중단하거나 또는 개시하지 않는 자는 다음의 경우 위법한 행위를 한 것이 아니다. 1.본인이 이를 명시적으로 진지하게 요구한 경우 2.의사의 판단에 의할 때 본인이 회복불가능한 정도로 의식을 상실한 경우, 또는 중한 장애를 가진 신생아로서 의식을 획득할 수 없는 경우 3.전 호 이외의 경우에 의사의 판단에 의할 때 본인이 치료의 개시 또는 계속에 관하여 영속적으로 의사표명이 불가능하고 또한 신뢰할 만한 근거에 의하여 그가 예상할 수 없는 고통상태의 계속 및 경과에 있어 눈앞에 닥친 죽음을 감지하고 있으며, 상당한 치료를 거절한다는 것을 상정할 수 있는 경우 4.죽음이 눈앞에 닥친 경우에 본인의 고통상태와 치료의 예상에서 보아 생명유지조치의 개시 또는 계속이 의사의 판단에 의해 적당하지 않은 경우. (2)제1항은 본인의 상태가 자살기도에 의하여 야기된 경우에도 적용한다(허일태, 2005, 89-90면 참조).

살인이 아니라 자살방조로 보아 무죄를 선고한 것이다.⁷²⁾ 학설상으로는 이른바 일방적인 치료중단도 좁은 범위에선 지지되고 있는데, 이 경우는 생명유지와 고통완화의 이익이 형량된다.⁷³⁾

독일 연방법원은 의식불명상태 환자에 대한 영양공급을 중단한 사건에 대해 이미 죽음의 과정이 개시된 환자의 경우, 생명연장 조치를 제거하는 것은 ‘죽음에서의 도움(Hilfe beim Sterben)’으로서 허용되며, 아직 죽음이 개시되기 전의 의식불명환자를 죽음으로 유도하는 ‘죽음으로의 도움(Hilfe zum Sterben)’은 그 환자의 추정적 의사에 의해 예외적으로 허용된다고 판시하였다.⁷⁴⁾

4. 일본

일본에서도 안락사를 소극적 안락사와 적극적 안락사로 나누는 것이 일반적이다. 그러나 실제로 문제된 것은 적극적 안락사이며, 1950년대 이후 말기 환자의 촉탁에 의해 근친자가 직접 환자를 살해한 사건이 수건 발생했는데 재판에선 모두 유죄가 선고되었다.⁷⁵⁾ 다만 일정한 요건 하에 안락사가 허용될 수 있다는 것을 전제로 그 요건을 밝히고 있어서 주목을 받고 있다.

일본에서는 소극적 안락사를 존엄사라고 하며, 대체로 1980년대 이후 관심이 모아지고 있다. 이 존엄사 문제에서 의사능력이 없는 식물상태 환자에 대한 치료의 한계, 연명치료를 거부하는 Living Will의 효력과 가족에 의한 대행의 거부, 정지가 가능한 생명유지 치료의 종류와 정지의 시기 등의 법적인 문제가 거론되지만, 고령화사회의 도래와 함께 말기의료의 방향에 대한 일반적인 관심이 보다 현실적인 것이 되고 있다.

72) LG Ravensburg in NStZ 1987 S.229 참조.

73) Baumgarten, M-O, The Right to Die? - Rechtliche Probleme um Sterben und Tod, Peter Lang, Bern, 1998, S.277 참조.

74) 김재봉, “치료중단과 소극적 안락사”, 형사법연구, 제12호, 1999, 161면 참조.

75) 中山研一, 安樂死와 尊嚴死, 成文堂, 1999, 71면 참조.

한편 적극적 안락사에 관해서는 많은 사례가 있었음에도 불구하고 실제로 허용된 예가 없고, 그 허용을 요구하는 운동도 독립적으로 존재하지 않는다.

1994년의 「존엄사에 관한 보고」에 따르면, “존엄사란 회복 가능성이 없는 말기환자에게 연명치료를 시행하지 않고 인간으로서의 존엄을 갖춘 죽음을 맞게 하는 것”⁷⁶⁾이라고 말한다. 그것은 말기상태 환자의 의사에 반해서까지 적극적으로 연명치료를 행하는 상황에서, 특히 환자의 의사를 존중해서 과잉 연명치료의 정지를 인정하는 점에서 의미가 있다.

다만, 생명의 존중과 환자 의사의 존중이라는 양면의 배려가 필요하고, 근친자의 부담경감이나 의료경제의 효율성을 근거로 해서는 아니된다고 한다.⁷⁷⁾ 그러나 연명치료의 정지에 대하여는 비록 생명의 단축을 초래하는 것이라도 의사는 환자의 거절의사에 따라야 하고, 그것이 의사의 윤리에 반하지 않고 자연의 죽음에 맡기는 행위이며 의사의 손에 의한 살인이 아니라는 것이다. 다만 연명치료의 정지 외에 약물 등을 써서 환자를 살해하는 행위는 비록 고통완화를 목적으로 하는 것이라도 자연의 생명을 빼앗는 것으로서 허용되지 아니한다고 한다.⁷⁸⁾

1979년 일본안락사협회가 존엄사의 법제화운동을 전개하여 미국의 「자연사법」을 모델로 하여 「말기의료의 특별조치법초안」을 발표했다. 이 법안은 불치이며 말기상태에서 과잉의 연명조치를 희망하지 않는 자의 의사에 의거하여 연명조치를 정지하는 절차 등을 규정하는 것을 목적으로 한다. 본인 의사의 사전 표시와 철회의 절차, 의사가 행하는 행위의 면책과 문서보관의 의무 등을 정하고 있으며, 개인의 의사결정권은 다른 자가 대행할 수 없다고 함으로써 개인의 자기결정권을 강조하고 있다.⁷⁹⁾

76) 中山研一, 앞의 책, 80면 참조.

77) 中山研一, 앞의 책, 81면 참조.

78) 中山研一, 앞의 책, 73-4면 참조.

79) 中山研一, 앞의 책, 93면 참조.

그러나 이러한 법제화 운동은 현대 의학이 환자의 사기(死期)를 확실하게 예측할 수 있는가에 대한 의문과 더불어 살고 싶다는 인간의 희망을 말살하고 안락사를 긍정하는 것은 환자에게 압력을 가하여 주위의 사람들을 위해 안락사를 선택하게 할 위험이 있다고 지적되었기 때문에 성공하지 못했다. 이후에도 존엄사의 입법화 요구가 다양하게 있었지만 입법이 포괄적으로 될 수밖에 없고, 남용을 초래할 우려도 있다는 이유로 입법화에 부정적이지만, 환자의 의사에 따라 과잉 연명치료의 중지를 허용해야 한다는 것이 일반화되어 있다.

현재도 일본존엄사협회는 안락사의 법제화를 목표로 하고 있지만, 중점은 오히려 미국의 Living Will 보급운동에 있다.⁸⁰⁾ 이와 같은 활동이 가능한 것은 존엄사라고 불리는 무의미한 연명치료의 중단에 대한 사회적 합의가 바탕이 되고 있기 때문이라고 생각된다.

일본의 경우, 안락사에 대한 판례는 모두 적극적 안락사에 관한 것인데, 이것은 일본사회에서 생명유지 치료의 중단이라는 현상이 발생하지 않기 때문이 아니라 그것이 이미 사회적으로 승인되고 있기 때문이다.⁸¹⁾

최초의 안락사에 관한 판례는 1950년의 동경지방법원판결로서, 이 판결은 안락사에 관한 최초의 판결이란 점에서 뿐 아니라 격심한 육체적 고통을 안락사의 요건으로 지적하고 있고, 안락사가 경우에 따라서는 위법성이 조각된다는 점을 암시하였다는 점에서 형법적 의의가 크다고 할 수 있다.

적극적 안락사에 관한 또 다른 판례로서 나고야 고등법원의 1962년 판결이 있다. 뇌출혈로 수년간 병석에 누워있던 부친이 전신 불수가 되고 의사로부터 회복이 불가능하다는 통고를 받아 장남이 부친의 소원을 받아 들여 극약을 먹여서 부친을 사망케 한 사건으로 이 판결에서 안락사로서 행위의 위법성이 조각될 수 있는 요건이 제시되었다. 그 요건은 다음과 같다.⁸²⁾

80) 立山龍彦, 自己決定權と死の權利, 東海大學, 2004, 15면 참조.

81) 立山龍彦, 앞의 책, 102면 참조.

- ① 환자가 현대의학의 지식과 기술로 보아 불치의 병에 걸려있고, 또한 그 죽음이 목전에 근접해 있을 것
- ② 환자의 고통이 심하여 누구도 이것을 보아 넘기기 어려운 정도일 것
- ③ 오로지 환자의 고통을 완화하기 위한 목적으로 행하여 질 것
- ④ 환자의 의식이 아직 흐리지 않아서 의사를 표명할 수 있는 경우에는 본인의 진지한 촉탁 또는 승낙이 있을 것
- ⑤ 의사에 의하여 행해질 것을 원칙으로 하고, 그렇지 않은 경우에는 수긍할 만한 특별한 사정이 있을 것
- ⑥ 그 방법이 윤리적으로도 적당한 것으로 허용할 수 있을 것

이 사건과 관련하여 법원은 ⑤와 ⑥의 요건이 결여되어 있으므로 안락사로서 위법성이 조각되지 않는다고 판시하고 촉탁살인죄에 해당한다고 보았다.

나고야 법원이 인정한 사실에 따르면, 환자는 적극적 시술 당시에 이미 의식을 잃고 통증반응도 없었으며, 육체적 고통을 느끼는 상태도 아니었고 안락사를 요청한 본인의 의사표시도 없었다. 따라서 살인죄에 해당한다고 하였는데, 이 판결은 안락사가 허용되는 일반적 요건에 대하여 새로운 사법판단을 제시한 것으로 평가된다.⁸³⁾

그 이후 1995년 요코하마 지방법원은 적극적 안락사의 전단계인 치료행위의 중지와 간접적 안락사의 허용요건에 대해 판시하였는데, 의료의 발전, 의료현장의 현실, 죽음에 대한 인식의 변화, 안락사에 관한 세계적인 새로운 사조를 고려하여 종래의 선도적 판례인 나고야 고등법원이 제시한 안락사의 6가지 요건을 수정하여 다음과 같은 네 가지 요건을 제시하였다.⁸⁴⁾

82)名古屋高裁 1962. 12. 22 判決, 犬塚仁, “安樂死”, JURIST臨時増刊: 刑法判例百選. 1964. 10, 38면(立山龍彦, 앞의 책, 105면 참조).

83) 이윤성, “치료중단에 관한 외국 사례”, 대한의사협회 제41권 7호, 1998, 71-72면; 판결은 피고인인 의사에게 징역 2년에 2년간의 집행유예를 선고하였다.

84) 다만 이에 대해서는 방론에 지나지 않을 뿐이라며 그 판시의 필요성에 의문이 제기

- ① 환자에게 참기 어려운 격심한 육체적 고통이 있을 것
- ② 환자의 죽음이 불가피하고, 사망시기가 임박하였을 것
- ③ 환자의 명시적인 의사표시가 있을 것
- ④ 다른 대체수단이 없을 것

되기도 한다. 立山龍彦, 앞의 책, 102면 이하; 横浜地裁 1995. 3. 28 判決, 甲斐克則, “治療行爲中止および安樂死の許容要件: 東洋大學病院 「安樂死」 事件判決”, 法學教室, 제178호, 1995, 7.

V. 결론 : 존엄사법의 입법방향과 향후 과제

1. 말기환자의 정의 및 판단기준의 명확화

대한의사협회는 2001년 4월 19일 ‘의사윤리지침’을 선포하여 소극적 안락사를 인정하고자 하였는데, 그 내용과 효력면에서 법조계 및 종교계로부터 많은 비판이 있었다. 의사윤리지침에서는 인정되는 존엄사의 허용요건 중 ‘회생가능성이 없는 환자’와 관련하여 “이러한 환자의 경우 가족 등 대리인이 생명유지치료의 중단이나 퇴원을 문서로 요구할 경우 의사가 이를 수용할 수 있다”고 명시하고 있는데 ‘회복불능상태’에 대한 판단이 모호하다는 비판이 제기되었다.

이러한 비판은 제18대 국회에서 발의된 「존엄사법안」에서의 말기환자·말기상태에 대한 정의 규정(제2조)에도 그대로 이어질 수 있다. 이 법안은 의학적 기준에 따라 2인 이상에 의하여 말기상태임을 진단받은 환자를 ‘말기환자’로 규정하면서, 상해나 질병으로 인하여 의학적 판단으로 회복가능성이 없고, 치료가 불가능하여 연명치료가 없는 경우 단기간 내에 사망에 이르게 되는 상태로서 이 상태에서 연명치료의 적용이 단지 죽음의 과정을 연장하는데 기여하고 있는 상태를 ‘말기상태’로 정의한다. 그러나 과연 2인 이상에 의하여 진단받게 되는 것이 말기상태를 명확히 제대로 판단하는 것일 수 있는 것인지에 대한 의문이 제기될 수 있으며, ‘단기간’이라는 기간이 어느 정도의 기간이 될 것인지에 대하여는 판단자의 자의적 해석이 따를 우려가 있기 때문에 논란의 소지가 있다 할 것이다.

따라서 ‘회복불능상태의 환자’ 또는 ‘말기상태의 환자’의 판단여부의 결정은 판단의 근거가 될 수 있는 의학적 판단의 기준이 되는 명확한 절차를 포함하면서 최소한 2인 이상의 의사가 참여하는 방안을 고려할 수 있을 것이다. 예컨대, “최상급인 의료기관 2개 이상을 포함하여 3개 이상의 병원에서 정규

적 장비관리규정을 통과한 최첨단장비로 정밀확인한 결과를 바탕으로 각각의 병원에서 담당의사가 최신의 의학적 기준에 근거하여 이의 없이 명백한 말기 상태임을 진단받은 환자”만을 ‘말기환자’로 규정하는 방안⁸⁵⁾과 같이 실무적으로 명확한 절차를 포함하는 방안을 고려할 수 있을 것이다. 또한 ‘단기간’이라는 기간의 추상성을 해소하기 위하여 의료 실무진을 포함한 전문가들의 논의를 통하여 ‘어느 정도의 기간’이 필요한 지에 대한 추가적인 검토와 더불어서 명문화하는 방안을 모색하여야 할 것이다.

2. 심의기구의 설치 및 책무 명시

우리 사회에서 치료중단은 의료현장에서는 이미 시행중이면서도 사회적으로는 그 정당성을 공인받지는 못한 모호한 위치에 있다. 한편으로는 그에 관한 일종의 관행이 형성되어 있다고 생각하면서도, 그것이 사회적으로 공론화될 때는 소극적 안락사의 허용여부라는 문제에 부딪치면서 그 허용성조차 재검토되는 상황이 발생하기도 한다. 회복불가능한 의식불명 환자의 치료중단에 관해 형법학설상으로는 이를 허용하려는 것이 다수설이다.⁸⁶⁾

의료현장에서의 치료중단 상황의 특수성을 고려한다면, 그것이 절대적으로 허용되어서는 안된다는 주장을 할 시기는 이미 지났다고 판단된다. 지속적 식물상태와 같이 장기간 의식불명 상태에 빠져있는 환자의 생명을 유지하는 의료기술의 발전은 우리에게 곤혹스러운 선택을 강요하고 있으며, 외국의 예를 보더라도 환자의 상태가 치료중단을 선택할 수 밖에 없는 수준에 다다랐을 때 존엄사의 인정은 사회적으로 받아들여지지 않을 수 없다.

법률에서는 존엄사 시술의 실체적 요건을 말할 수 없기 때문에 그 시술을 위한 일정한 절차를 마련하고, 그 절차의 준수를 통하여 관련 당사자들의 합

85) 고시면, 앞의 논문, 16면 참조.

86) 정규원, 앞의 논문, 52면 참조.

리적인 결정을 내릴 수 있도록 유도할 수 밖에 없다. 결국 치료중단의 허용여부를 둘러싼 논의가 아니라, 우리 사회에서 어떤 기준과 요건, 그리고 절차 하에 치료중단을 인정할 것인가라는 것이 더 중요한 문제일 것이다. 어떠한 기준에 의하든 치료중단의 판단을 개별 의사에게 맡기는 것은 불합리하다고 생각된다. 따라서 이러한 제반 사항의 검토와 가족에 대한 권고, 결정을 담당하는 기구의 설립이 필요할 것이고, 이를 위해서 작게는 병원 내에 윤리위원회를 구성하고 국가차원에서의 (가칭)생명윤리심의위원회를 구성하는 방안 등을 고려할 수 있을 것이다.

어느 정도의 규모의 위원회이던 이러한 위원회를 통해 치료중단의 과정을 절차적으로 통제할 수 있게 된다면, 치료중단의 기준에 대한 사회적인 합의를 이루어나갈 수 있을 것이며, 불분명한 기준 아래 개별 의사와 가족 간의 합의로 이루어지는 지금까지의 관행에서 벗어날 수 있을 것이다. 또한, 위원회는 치료중단 결정에 관여한 가족과 의료진의 윤리적 부담과 법률적 불안정성을 해소시켜줄 수도 있을 것이다.⁸⁷⁾ 치료중단의 제도화의 수준은 의사단체의 자율적 지침에 따르는 방법도 있겠지만, 사회적 공론화를 통해 합의에 이르기 위하여는 법률로 규정하는 것이 바람직하다고 생각된다. 또한 법률로 규정하는데 있어서는 말기환자의 치료중단에 관한 결정을 심의할 뿐만 아니라, 말기환자의 자기결정권을 보호하기 위한 국가의 책무 및 지원사항에 관한 내용을 구체적으로 규정하는 방안이 보다 바람직할 것으로 사료된다.

87) 치료중단의 절차적 정당화를 제안하는 주장으로서 그 입법의 골격으로 다음과 같은 것이 제시된다. 곧, 결정의 주체는 원칙적으로 보호자와 의사가 되어야하며, 보호자에게 상담절차가 제공되어야 하고, 의사들 역시 동료의사 및 경영진과 협의를 거쳐 자율적으로 결정을 내릴 수 있어야 한다는 것이다. 그리고 이러한 상담과 협의 및 결정의 내용은 기록으로 남겨져야 하며, 이러한 절차를 준수하지 않은 점에 대해서는 형법적 제재를 두어야 한다(이상돈, 2004). 그러나 이러한 주장은 현실적인 여건을 고려하여 경제적 곤궁을 이유로 한 치료중단 결정을 시인하는 것으로 보일 수도 있다.

3. 말기환자의 동의와 의사표시

치료중지를 요구하는 ‘환자의 의사표시’와 관련해서는 무엇보다도 환자의 의식이 있었던 때에 명시적인 본인의 동의가 전제되어야 하는데, 이는 생명을 지키려는 의지가 없는 보호자가 치료중단을 결정할 수는 없기 때문이다. 생명주체의 동의 하에서 엄격하고 명확한 절차에 따라 이루어지는 존엄사의 경우는 인간생명의 존중과 인격의 존중이라는 근본적인 원칙에 반하지 않을 수 있다. 의식불능의 환자에게는 자유로운 의사를 표명할 기회가 없으므로 특정한 타인에게 의사를 대행하게 하고 그 자의 의사결정을 생명주체의 의사결정으로 대신하는 방법인 대리인의 동의를 고려할 필요가 있다. 이 경우 대리인의 생명에 대한 결정이 환자 자신의 결정권과 동일한 가치로 볼 수 있는가에 대하여 법적 논란이 제기되는데, 이를 극복하기 위하여 대리인의 동의의 경우에 그 동의에 대한 법적 근거의 마련이 필수적인 것이다. 의식이 있는 말기환자나 말기가 아니더라도 향후 말기의 의식이 없어질 경우에 대비하여 연명치료 시술 여부에 대한 선택을 미리 부여할 수 있도록 의사표시의 기회를 부여하는 방안을 입법적으로 고려할 수 있을 것이다. 이 경우 의사표시의 추정과 대리에 관한 경우도 민법의 추정과 대리 이론을 참조할 수 있을 것이다.

연명치료 중단 의사표시는 절차적으로 진정성을 확보할 수 있는 방안이 강구되어야 한다. 병원 차원에서는 윤리위원회의 심의를 거치도록 하고, 국가 차원에서는 (가칭)생명윤리위원회 등에서의 진정성 조사 등을 할 수 있도록 입법적으로 논의될 필요가 있다. 의사표시의 추정과 대리 경우도 그 사실관계에 관하여는 추가적인 심의 및 조사가 이루어지도록 해야 할 것이다.

4. 치료중지의 범위의 구체화

존엄사 또는 안락사의 절대적인 불가라는 입장을 내세우기 전에, 그것에 대한 정확한 인식을 가져야 하고, 이를 바탕으로 한 논의가 필요할 것이다. 무조건 비현실적인 남용가능성을 우려하기보다는, 존엄사 지지자들이 요구하는 제도가 우리의 인식과 현실에서 어떤 점에서 문제가 있는지를 구체적으로 지적하는 것이 생산적인 논의가 될 것이라고 생각된다.

무의미한 치료를 중단하는 경우에도 그 ‘치료중지의 범위’에 대한 구체적인 언급이 생략되어 있어, 그 허용범위를 둘러싸고 논란이 발생할 수 있다. 따라서 그 구체적인 범위를 연명치료에 필요한 적극적 치료행위만을 중지할 것인지, 아니면 기타의 기본적인 간호행위까지도 중지할 것인지를 명확히 규정해야 할 것이다. 의료의 전문성에 비추어 회생가능성은 없는지 여부에 대한 판단이 의사의 주관에 좌우될 수 있고, 회생불가능으로 보이는 경우에도 구체적인 상황과 불가능에 대한 판단의 차이도 있으므로 어떤 경우든 치료중단이 라는 극단적인 조치는 회피하는 것이 좋을 것이다.⁸⁸⁾

5. 기타 고려사항

존엄사의 입법과 관련하여 우리의 의료현실과 복지체계 운영의 실태, 자살에 대한 사회적 인식 및 가족에게 미치는 정신적 영향, 정신장애인 등 사회적 보호를 요하는 사람들에 대한 인식, 그리고 제도의 도입이 몰고 올 생명가치의 인식에 대한 변화 등을 고려하는 것이 중요하다.

88) 우리 사회의 급속한 변화와 더불어 심화되는 생명경시풍조를 지양하기 위해서라도 안락사의 영역은 형법의 생명보호원칙에 입각하여 엄격한 법해석과 평가가 필요한 부분이라 할 것이다. 정현미, “적극적 안락사와 관련한 법적 논쟁”, 형사정책연구 제18권 제3호, 243면 참조.

존엄사 또는 의사조력자살을 허용하거나 입법화하는 데에는 더 많은 사회적 합의가 필요하며, 이를 가능하게 하는 사회적 여건이 실질적으로 갖추어질 것이 요구된다. 그러나 치료중단의 현상은 이미 존재하는 관행이고, 이러한 현상을 외면하고 존엄사의 불허 입장만을 고수한다는 것은 사회적으로 불필요한 논의를 거듭하는 낭비를 낳게 될 것이다. 따라서 존엄사의 허용 이전에 치료중단의 관행을 제도적으로 인정하면서 보완해 나가는 것도 하나의 방안이 될 수 있을 것이다. 치료중단을 일정한 기준에 의해 사회적으로 적절하게 통제하는 것은 존엄사의 허용문제보다 쉽게 의견수렴에 이를 수 있기 때문이다.

보다 쉬운 의견수렴에 이를 수 있는 또 하나의 제도는 안락사에 대한 대안 중의 하나인 죽어 가는 환자를 편안하게 보살피 주는 일, 즉 호스피스제도(Hospice)의 도입이다.

오늘날 죽음을 선고받은 사람들이 죽음의 순간까지 인간다운 삶을 살도록 하자는 의미에서 시작된 호스피스(Hospice, 安息院)시설 확대 운동이 안락사에 대한 대안으로서 의미를 지니며, 우리나라에서도 폭넓은 지지를 얻고 있다. 즉, 의료계에서도 안락사 옹호론과 불가론이 맞서고 있는 가운데 90년대 들어 국내에 도입된 호스피스(hospice)제도⁸⁹⁾가 하나의 타협안으로 제시되고 있다.

만약 환자가 안락사나 자살에 대한 조력을 요청한다면 왜 그가 그런 요청

89) 호스피스(Hospice)는 라틴어의 어원인 Hospium(손님접대)으로부터 기인되었는데, 주인과 손님이 서로 돌보는 것을 의미하며, 고대후기와 중세초기에 사용하던 Hotel·Hostel·Hospital도 같은 어원에서 기원하였다. 중세기에는 성지 예루살렘으로 가는 순례자나 여행자가 하룻밤 쉬어 가던 휴식처를 호스피스라 하였는데, 이러한 이유로 오늘날에는 호스피스의 개념이 한 생에서 다른 생으로 가는 여행자에게 문이 열려 있다는 것을 의미하는 것으로 해석되기도 한다. 호스피스란 죽음을 앞둔 말기환자와 그 가족을 돌보는 행위로 치료목적보다는 ‘삶을 마감하는 과정’을 도와주는 것이다. 안락사처럼 환자의 죽음을 유도하지 않지만 치료보다는 품위를 유지한 채 자연적인 죽음을 맞이할 수 있도록 해주려는 취지의 활동이며, 죽음의 문턱에 있는 사람들에게는 존엄사 또는 의사조력자살보다는 적절한 보살핌을 제공하는 것이 필요하다는 것이다.

을 했는지 원인을 찾아야 할 것이며, 그 원인을 고치기 위해서 노력해야 한다. 이를 안락사의 대안으로서의 호스피스적 접근이라고 할 수 있으며, 이것은 의료기관의 환자에 대한 법적·윤리적 책임에 대한 건전하고도 온전한 이해에 기초를 두고 있다. 일단 환자의 생명을 인위적으로 단축시키지 않는 면에서 윤리적으로 적절한 방법이며, 그 방법이 건전하다고 판단하기 때문에 종교계 등에서 안락사의 대안으로 제시하고 있는 것이다. 따라서 우리나라에서 호스피스제도의 이해를 높이기 위하여 호스피스 발전에 저해되는 요인을 파악하여 해결해 나가도록 노력해야 할 뿐만 아니라, 호스피스에 대한 교육이 폭넓게 실시되어 안락사에 대한 대안이 될 수 있도록 제도화하는 방안도 향후 존엄사 입법과 더불어 검토해야 할 중요한 과제라고 할 것이다.

참고문헌

- 고시면, “‘존엄사’(논자에 따라서는 ‘소극적 안락사’ 등)에 관한 연구 - (가칭) ‘존엄사법’안을 중심으로 -, 사법행정 제50권 제4호, 2009.4.
- 김명식, “미국헌법상 ‘죽을 권리’의 근거에 관한 일고찰”, 성균관법학 제 16권 제1호, 성균관대학교 비교법연구소, 2004.
- 김재봉, “치료중단과 소극적 안락사”, 형사발전연구, 2007.6.
- 김천수, “안락사 내지 치료중단과 불법행위책임, 의료법학 제6권 제1호, 대한의료법학회, 2005.
- 김학태, “안락사 허용 여부에 관한 법철학적 연구”, 외법논집 제29집, 2008.2.
- 류지한, “안락사”, 비교문화연구 제15집, 부산외국어대학교 비교문화연구소, 2003.
- 윤영호, “품위 있는 죽음(존엄사)을 위한 법적, 제도적 장치 마련”, 의료정책포럼 제6권 제3호, 의료정책연구소, 2008.
- 이상돈, 의료형법, 법문사, 2004.
- 이상용, 치료중단과 안락사, 한국형사정책연구원 연구보고서 01-24, 2001.
- 이안 다우비긴(신윤경 역), 안락사의 역사, 섬돌, 2007.
- 이운성, “치료중단에 관한 외국 사례”, 대한의사협회 제41권 7호, 1998.
- 이존걸, “형법상 존엄사에 관한 연구”, 의료법학 창간호, 대한의료법학회, 2000.
- 이재상, 형법각론, 법문사, 2005.
- 임 용, 비범죄화의 이론, 법문사, 1999.
- _____, “안락사의 정당화”, 고시연구, 1999.12.
- 이인영, “존엄사에 관한 고찰”, 한림법학Forum 제14권, 한림대학교 법학연구소, 2004.
- 이한규, “안락사(euthanasia)에 대한 역사적 해석과 법적 고찰”, 법학논총 제24집 제4호, 한양대학교 출판부, 2007.
- 정규원, “무의미한 치료에 대한 형법적 판단”, 법학논총 제23집 제2호, 한양대학교 출판부, 2006.
- 정현미, “안락사의 형법적 허용한계”, 국제형법학술대회 발표문, 한국형사법학회, 2001.9.

- _____, “적극적 안락사와 관련한 법적 논쟁”, 형사정책연구 제18권 제3호, 한국형사정책연구원, 2007.
- 윤종행, “안락사와 입법정책”, 비교형사법연구 제5권 제1호, 한국비교형사법학회, 2003.7.
- 이동명, “안락사에 관한 연구”, 법학연구 제11집, 한국법학회, 2003.
- 한국의료윤리교육학회 편, 의료윤리학, 계축문화사, 2001.
- 허일태, 안락사에 관한 연구, 계축문화사, 2005.
- 中山研一, 安樂死와 尊嚴死, 成文堂, 1999.
- 立山龍彦, 自己決定權と死の權利, 東海大學, 2004.
- M-O. Baumgarten, *The Right to Die? - Rechtliche Probleme um Sterben und Tod*, Peter Lang, 2006.
- T. L. Beauchamp and R. M. Veatch, *Ethical Issues in death and dying*, Prentice Hall, 1996; Melvin I. Urofsky and Philip E. Urofsky (ed.), *The Right to Die*, 1&2, Garland Publishing, Inc., 2006.
- A. M. Capron, “Should Some Morally Acceptable Actions of Killing and Letting Die be Legally Prohibited and Punished?”, Tom L. Beauchamp(ed), *Intending Death - The Ethics of Assisted Suicide and Euthanasia*, Prentice Hall, 2005.
- C. W. Hufeland, *Enchiridion medicum oder Anleitung zur medicinischen Praxis*, Berlin, 1836.
- J. Menikoff, *Law and Bioethics: An Introduction*, Georgetown University Press, 2001.
- R. Munson(박선건·정유석 공역), *의료문제의 윤리적 성찰*, 단국대학교 출판부, 2001.
- R. Pool, *Negotiating a Good Death - Euthanasia in the Netherlands*, The Haworth Press, 2000.
- J. C. Reil, *Entwurf einer allgemeinen Therapie*, Halle, 1816.
- A. Ridley, *Beginning Bioethics*. Bedford: St. Martin’s Press, 1998
- P. Singer, *Practical Ethics*. 3rd, Cambridge: Cambridge University Press, 2003.
- L. Yount, *Physician-Assisted Suicide and Euthanasia Facts On File*, Inc., 2000.

현안보고서 발간 일람

호 수	제 목	발간일	집필진
제1호	태안 기름누출사건에 따른 국가 위기대응태세점검 및 향후대책	2007.12.18	김종연 최준영
제2호	국제지명표준화 관점에서 바라본 독도표기문제 및 대응방안	2008. 7.31	김종연 최준영
제3호	인터넷 실명제 쟁점	2008. 8.28	김여라
제4호	한·미 방위비 분담의 현황과 쟁점	2008. 8.28	김영일 신종호
제5호	국민연금과 직영연금 간 가입기간 연계제도	2008.10. 6	원시연
제6호	2008 미국 대선의 주요 이슈와 우리나라에 대한 시사점	2008.10. 8	김준 외 7인
제7호	미국의 대북제재현황과 테러지원국 지정 해제의 영향	2008.10.15	이승현
제8호	지방행정체제 개편의 쟁점과 입법부의 과제	2008.10.31	하혜영 외 6인
제9호	오바마시대 개막의 의의와 시사점	2008.11. 6	김준 외 7인
제10호	자전거 이용 활성화를 위한 관련 법률 검토 및 쟁점 분석	2008.12. 8	박준환
제11호	군경력 가산점제 재도입 논의의 쟁점	2008.12.10	조규범
제12호	쇠고기 수입위생조건 국회심의규정의 검토 및 개정방향	2008.12.11	정민정 김남영
제13호	사이버공간에서의 이용자 보호와 인터넷서비스제공자의 역할	2008.12.11	이유주
제14호	인터넷 전화와 번호이동제도의 현황과 발전방향	2008.12.11	박 철
제15호	선진국형 식품안전관리체계 마련 방안	2008.12.12	김 준 배민석
제16호	공무원연금제도 개혁논의와 주요 쟁점	2008.12.22	원시연
제17호	주식 공매도 현황 및 개선방안	2008.12.29	박충렬

호 수	제 목	발간일	집필진
제18호	기초보장 급여체계의 개선 : 개별급여 방식을 중심으로	2008.12.30	유해미
제19호	국가대표선수 은퇴 후 진로 강화를 위한 지원체계의 현황 및 발전방향	2009. 1. 7	김신애
제20호	국회 및 주요국 의회의 질서유지제도	2009. 2. 6	전진영
제21호	선상투표제도 도입관련 쟁점 및 시사점	2009. 2.20	김종갑 외 3인
제22호	강제철거에서의 주거권 보호를 위한 입법적 개선방향	2009. 2.23	조규범
제23호	신·재생에너지 의무할당제 도입관련 쟁점분석	2009. 4. 1	유재국
제24호	「교통사고처리특례법」 일부 위헌 판결에 따른 영향분석 및 후속조치 검토	2009. 4. 1	박준환
제25호	정치자금 소액기부의 현황과 활성화 방안	2009. 4.14	조만수
제26호	헌법재판소 변형결정의 기속력에 관한 입법개선방향	2009. 4.16	김선화
제27호	대량살상무기확산방지구상(PSI)의 현황과 쟁점	2009. 5.11	정민정
제28호	영리병원 도입 논의 및 정책과제	2009. 5.15	이만우
제29호	일자리 나누기 정책의 개선과제	2009. 6. 2	정종선
제30호	LED 조명산업의 현황과 지원정책의 개선방향	2009. 6.30	유재국 이상은
제31호	금융채무불이행자 현황 및 지원정책의 개선방향	2009. 7. 9	임동춘 주규준

현안보고서 제32호

발 간 일	2009년 8월 13일
발 행	임종훈
편 집	정치행정조사실 법제사법팀, 사회문화조사실 보건복지여성팀 기획관리관 기획협력팀
발 행 처	국회입법조사처 서울특별시 영등포구 의사당로 1 TEL 02·788·4524
인 쇄	경성문화사 (TEL 02·786·2999)

1. 본 책자의 무단 복제 및 전제는 삼가주시기 바랍니다.
2. 내용에 관한 자세한 사항은 집필자에게 문의하여 주시기 바랍니다.
3. 전문(全文)은 국회입법조사처 홈페이지(<http://www.nars.go.kr>) 자료마당에 게시되어 있습니다.

ISSN 2005-3215
발간등록번호 31-9735020-000632-14

© 국회입법조사처, 2009

N a t i o n a l A s s e m b l y R e s e a r c h S e r v i c e

NARS 국회입법조사처
150-703 서울시 영등포구 여의도동 1번지
www.nars.go.kr / 02)788-4510

| ISSN 2005-3215 |