

소극적 안락사 대안은 없는가

오진탁 편 (생사학연구소)

한림대학교출판부



목 차

서언

성숙한 죽음문화의 형성을 위하여

1부

소극적 안락사 논란의 현황

1. 소극적 안락사의 법률적 검토 | 신현호 (변호사) 15
2. '무의미한 치료중단' 의 의학적 검토 | 허대석 (서울대 의대 임연구소 소장) 35
3. 말기환자 관리의 현황과 윤리 | 윤영호 (국립암센터 암관리사업부장) 45
4. 소극적 안락사에 대한 간호사의 입장 | 안성희 (가톨릭대 간호대 교수) 61

2부

소극적 안락사의 대안 모색

1. 소극적 안락사의 3가지 대안 | 오진탁 (한림대 생사학 연구소 소장) 77
2. 존엄사의 법률적 검토 | 이인영 (한림대 법학부 교수) 107
3. 소극적 안락사의 대안, 호스피스 | 정극규 (모현 완화의료센터 진료원장) 147

서언 : 성숙한 죽음문화의 형성을 위하여

우리 사회에서 평소 죽음을 준비했다가 편안하고 여유있는 모습으로 죽음을 맞이하는 사람은 얼마나 될까. 죽음은 누구에게나, 언제나, 어디서나 찾아올 수 있으므로, 평소에 충분히 준비하지 않는다면, 갑자기 찾아오는 죽음 앞에서 한없이 무너지기 십상이다. 우리 사회에 과연 죽음문화가 있느냐 라고 묻는다면, 어떤 답을 할 수 있을까. 아무런 영적인 도움도 없이 극심한 압박감과 미몽 속에 외로움에 지쳐 죽는 사람들의 이야기를 우리는 자주 접한다. 한 생명이 죽음을 맞는 것은 결코 가벼이 대할 수 없는 일이다. 그가 어떻게 죽음을 맞이하는가 하는 문제는 그의 삶을 마감하는 일이기도 하므로 연명치료를 계속할 것인가 말 것인가에만 초점을 맞추는 것은 너무 피상적인 접근이 아닐까. 안락사에 대한 찬반 여부를 떠나 죽음을 맞는 방식, 죽어가는 환자를 돌보는 방식, 나아가 삶을 영위하는 방식에 대한 공개적이고도 철학적인 성찰이 우리 사회에는 정말 너무도 부족하다. 아니, 죽음문화가 거의 없다고 말해도 될 정도이다.

세계보건기구는 ‘건강’의 개념에 대해 4가지 측면을 제시한 바 있다. 첫째 육체적 건강, 둘째 사회적 건강, 셋째 정신적 건강, 마지막으로 영적 건강. 이처럼 건강에 4가지 측면이 있다면, 죽음에도 당연히 육체적·사회적·정신적·영적 죽음의 4가지 측면이 있다. 따라서 오로지 육체적 죽음에만 초점을 맞추어 죽음을 생각하는 것은 바람직하지 못하다. 안락사 논란도 마찬가지로 육체적·사회적·정신적·영적 측면 4가지 방향에서 논의를 진행하는 것이 마땅하다. 의학적·법적인 접근은 단지 죽음의 육체적 측면에만 초점을 맞추는, 즉 죽음 전체를 보지 않고 일부분만 다루는 접근 방식이다. 사람들은 소극적 안락사 문제를 단지 법적인 차원, 의료적인 문

제로 한정해 생각하는 경향이 있다. 어떻게 인간의 죽음이 겨우 법적인 혹은 의학적인 문제로만 취급될 수 있겠는가. 소극적 안락사 논란이나 연명 치료 여부의 문제가 쉽게 해결되지 않는 이유도 바로 여기에 있다. 물론 의학적·법적 측면의 논의도 필요할 것이다. 하지만 그런 논의에 앞서 ‘인간의 삶과 죽음, 생명 혹은 영혼의 문제’라는 보다 큰 차원에서 인간의 존엄한 죽음에 대한 심사숙고가 먼저 이뤄져야 한다.

이런 부분적 접근방식 때문에 사람들은 불행하게도 자신의 죽음이 임박해서야 비로소 죽음을 생각하고 지나간 삶을 후회하는 경우가 많다. 인간으로서 존엄하게 밝은 미소 속에서 죽는 사람이 거의 없는 우리 현실, 자살 사망률까지 급증하고 있는 최근의 상황을 감안해 볼 때, 죽음에 대한 인식 전환보다 시급한 일은 없다. 죽음준비 교육이 무엇보다 빨리 실시되어야 하는 이유가 여기에 있다. 죽음준비 교육은 죽음을 바르게 이해하도록 함으로써 삶을 보다 의미 있게 살도록 하고, 죽음을 한층 편안하게 맞이할 수 있도록 돕는 삶의 준비교육이자 자살예방 교육이기도 하다. 따라서 죽음준비 교육은 초등학교에서부터 대학까지, 또 성인과 노인에 이르기까지 학교교육과 평생교육의 형태로 눈높이에 맞게 다양한 방식으로 실시되어야 한다.

죽음준비 교육과 함께 반드시 고려되어야 하는 문제가 ‘죽음의 정의’이다. 죽음을 어떻게 이해하고 개념 규정을 어떻게 내리느냐에 따라 죽음에 대한 거부감 또는 터부가 생길 수 있고, 삶과 죽음의 방식도 달라질 수 있기 때문이다. ‘죽음의 정의’ 문제는 오늘날 한층 어려운 과제가 되고 있다. 의학기술의 발달로 뇌의 기능이 정지된 사람도 호흡과 심장박동을 일정 기간 유지시켜주는 일이 가능해짐에 따라, 환자의 어떤 상태를 죽음으로 봐야 하는지가 이론적 차원에서나 실용적 차원에서 한층 복잡한 양상을 띠게 되었기 때문이다. 전통적으로는 심장의 기능 여부가 사망 판단의 기준이 되어왔다. 그러나 죽음의 기준이 심폐사에서 뇌사로 바뀐다면, 뇌의

모든 기능이 회복 불가능하지만 생명보조 장치에 의해 심장박동을 유지하고 있는 경우 이미 사망한 것으로 봐야 한다는 결론이 도출된다. 이렇게 심폐사에서 뇌사로 사망 기준이 바뀐다면 장기이식 문제와 관련해서도 중요한 변화가 생길 수 있다. 뇌사자를 사망한 사람으로 간주하게 되면 뇌사자로부터 장기를 적출하는 행위도 정당화될 수 있다. 우리나라에서도 뇌사자가 장기이식에 동의한 경우, 장기 적출이 법적으로 허용되고 있다. 또 뇌의 기능이 회복 불가능한 환자의 경우, 생명 보조장치 사용 여부에 따른 안락사 논란도 없어지게 된다. 그러나 뇌사에 대한 공감대는 아직 충분하게 형성되지 않은 상황이다. 죽음을 그 자체로 정의해야지 실용적 관점에서 규정하는 것이 이치에 맞는가 하는 반론이 제기되고 있다.

이러한 논란은 그 결론이 어떻든 간에 본질적으로 한계가 있는 논쟁일 수밖에 없다. 왜냐하면 죽음을 어떻게 이해하고 정의하느냐에 관한 ‘죽음의 정의’ 문제는 ‘죽음의 판정 기준’ 내지 ‘죽음의 판정기준에 대한 충족 여부(의학적 검사)’와는 전혀 다른 문제이기 때문이다. 죽음의 개념이 자꾸 혼란을 빚어내는 것도 이 세 가지 개념이 혼동되고 있기 때문이다. 사실 우리 사회에서 사람들이 그토록 죽음에 대한 거부감이 심한 이유나, 불행하게 죽어가는 사람이 왜 그렇게 많고 최근 자살사망률도 왜 급증하는지 원인을 규명해보니, 그 근원에는 왜곡된 죽음 정의, 육체 중심의 인간 이해가 자리 잡고 있음을 알 수 있었다.

‘죽음의 정의’ 문제는 기본적으로 철학적인 문제이지만, ‘죽음판정의 육체적 기준’과 ‘죽음의 판정 기준 충족 여부’ 문제는 의학적인 문제이다. 죽음정의 문제를 의학적 측면에만 의존하여 판단하려고 할 경우 문제가 생길 수밖에 없다. 심폐사나 뇌사 등 죽음판정의 육체적 기준과 관련되는 문제가 마치 죽음의 정의인 양 논의됨에 따라, 영혼의 존재라든가 사후세계 문제 등에 대한 철학적·종교적 접근을 통해 죽음을 폭넓게 규정하지 못하

고, 인간을 물리적인 유기체로만 판단하는 우를 범하기 때문이다. 이러한 죽음의 정의로는 불행한 죽음의 모습이나 자살 문제를 전혀 해결할 수가 없다. 이런 의미에서 우리 사회에서 죽음에 대한 올바른 정의나 죽음에 대한 바른 이해는 전혀 이뤄지지 못하고 있다고 해도 과언이 아니다.

죽음의 정의와 관련해 물론 의학적·법적인 문제도 논의에 포함되어야 하겠지만, 그러한 논의에 앞서 인간의 삶과 죽음, 생명 혹은 영혼의 문제라는 보다 큰 차원에서 죽음이 진정 무엇을 의미하는지, 인간으로서 존엄한 죽음은 어떤 죽음이어야 하는지를 심사숙고해야 한다. 미국에서 생사학을 창시한 퀴블러 로스도 인간의 존재는 육체적·감정적·지적·영적인 4가지 측면으로 구성되어 있다고 정의하면서 “진짜 문제는 우리가 죽음에 대한 참된 정의를 갖고 있지 못하기 때문”이라고 말한다. 그는 죽어가는 사람들은 대부분 불행하게 죽어가고 있고, 또 의사와 간호사, 가족이 죽어가는 사람을 병실 한 구석에 방치하는 현실 역시 죽음 이해와 정의에 문제가 있기 때문이라고 생각했다.

인간의 죽음은 뇌사나 심폐사처럼 죽음판정의 육체적 기준만으로 정의될 수 없고 그렇게 되어서도 안 된다. 육체 중심의 죽음 판정 기준이 죽음 정의를 대신하는 그런 사회에서는 결코 죽음 문화가 성숙할 수 없고, 자살처럼 불행한 죽음만 양산될 뿐이다. 사후의 삶에 대한 연구 결과, 인간에게는 영혼이 있고 단순히 이 세상에서의 생존 그 이상의 이유가 있다고 퀴블러 로스는 말한다. 이제 죽음에 대한 정의도 물질적이며 육체적인 측면을 넘어 영혼, 정신, 삶의 의미같이 생존 이상의 무언가 영원히 지속되는 것이 있음을 고려해야 한다는 것이다. 결국 ‘죽음의 정의’ 문제는 ‘죽음 이후’의 문제를 고민하지 않고서는 해결될 수 없다. 죽음은 우리의 삶과 죽음 이후를 연결시켜 주는 매듭의 역할을 하므로 삶, 죽음 그리고 죽음 이후를 항상 연관시켜서 심사숙고하지 않으면 안 된다.

그래서 퀴블러 로스도 소아암 등으로 죽음에 직면한 어린아이들에게 “우리 몸은 형겅으로 만든 번데기와 마찬가지로 죽으면 영혼은 육신으로부터 벗어나 나비처럼 하늘을 향해 날아 올라간다”고 말했던 것이다. 달라이라마도 “죽음이란 육신의 옷을 벗는 행위”라고 규정한 바 있다. 죽음을 육체로부터 영혼이 분리되는 과정으로 본다면, 죽음에 대한 거부감도 어렵지 않게 바뀔 수 있지 않을까. 또한 이렇게 죽음을 육체적 관점만이 아닌 영혼과 영성의 문제로 바라볼 때 사회적으로 팽배해 있는 세속주의나 물질주의를 치유할 수 있는 계기도 마련될 수 있다. 그렇게 될 때 ‘삶의 질’(Quality of Life)과 ‘죽음의 질’(Quality of Death)이 한층 고양된 사회를 자연스럽게 이룰 수 있을 것이다.

최근 우리 사회뿐만 아니라 전 세계적으로 안락사라든가 연명치료의 중단에 대한 관심과 논란이 계속되고 있다. 하지만 이 논란은 죽음을 눈앞에 둔 말기 환자를 더 이상 치료할 수단도 없고 환자가 극심한 고통을 받고 있을 때 육체적 연명만을 위해 치료를 계속할 것인지, 중단할 것인지 여부에만 초점이 맞춰져 있을 뿐이다. 필자는 이와 같이 뚜렷한 해결책 없이 논란만 거듭되고 있는 안락사 문제와 관련해, 이 문제를 보다 바람직한 방향으로 해결하기 위해 다음과 같은 세 가지 대안을 제시하고자 한다.

첫째, 남녀노소 가릴 것 없이 누구에게나 죽음준비의 중요성과 시급성을 널리 알리고, 죽음에 대한 인식 전환을 도모하기 위해 ‘죽음준비 교육’의 실시를 제안한다. 이를 위해서 사회 각계각층에서 모두 함께 머리를 맞대고 어떻게 죽는 것이 과연 인간다운 죽음인지 하는 문제와 ‘죽음의 질’에 대해 심사숙고해야만 소극적 안락사 문제와 연명치료 논란은 해결될 수 있을 것이다. 죽음의 질이 향상되어야만 사회가 보다 성숙될 수 있고 삶의 질 역시 향상될 수 있다.

둘째, 언제든지 닥칠 수 있는 죽음을 평소에 대비하고, 치료가능성이 더

이상 1%도 없을 경우에는 무의미한 연명치료를 중단하고 죽음을 편안히 수용하고자 하는 자기 의사를 분명히 밝히기 위해 <존엄한 죽음을 위한 선언서>이나 <사전의료지시서>에 서명할 것을 제안한다. 단순히 ‘리빙 윌’에 서명만하는 것이 아니라 이를 계기로 자신의 삶, 죽음, 그리고 죽음의 방식에 대해 평소에 미리 심사숙고하자는 것이다.

셋째, 호스피스 제도는 그 본질상 죽음을 패배가 아닌 인생의 자연스러운 과정으로 이해하는 철학에서 출발한 것이므로, 누구나 편안한 죽음을 맞이할 수 있도록 하기 위해서 호스피스 제도의 정착과 활성화가 필연적으로 이루어져야 한다.

얼마 전 수녀원에서 운영하는 유료양로원에서 ‘죽음준비’를 주제로 특강을 한 적이 있다. 노인들은 평균 연령이 80세였으므로, 죽음이 바로 눈앞에 닥친 현실이었다. 노인들을 상대로 조심스럽게 “죽음은 절망이 아니다, 죽을 때 자기 자신의 값어치가 남김없이 드러난다, 그러니 가능하면 밝은 모습으로 죽을 수 있도록 충분히 준비하자”는 취지로 1시간 넘게 이야기했다. 마지막으로 소극적 안락사의 대안으로 죽음에 대한 인식 전환, 호스피스 제도의 활성화와 함께 리빙 윌을 제시했더니, 이구동성으로 찬성의 뜻을 표했다. 소극적 안락사가 법으로 금지되어 있는 상황에서, 연명치료를 원하지 않는 노인들은 어떻게 해야 자기가 원하는 죽음을 맞을 수 있는지를 의사나 변호사에게 물어보는 등 자구책을 강구하고 있던 중이었다. 그러던 차에, 갑자기 존엄사에 대한 이야기를 들으니 귀가 번쩍 뜨였던 것이다. 존엄한 죽음을 위한 선언의 내용이 바로 자신들이 원하던 내용이라는 것이다.

이 책에 수록된 글들은 한림대 생사학연구소가 2005년 4월2일 서울 세종문화회관에서 주최한 세미나 ‘소극적 안락사, 어떻게 해야 하는가’에서 발표되었다. 발표자들도 법 전문가(신현호 변호사, 이인영 한림대 법학부

교수), 의학 전문가(허대석 서울대 의대 암연구소 소장, 윤영호 국립암센터 암관리사업부장), 간호학 전공 수녀(안성희 가톨릭대 간호대 교수), 호스피스 활동가(정극규 모현완화의료센터 진료원장), 생사학 연구자(오진탁 한림대 생사학연구소 소장) 등 다양한 분야의 전공자를 섭외했다. 아직 안락사나 존엄사 논의가 초기 단계에 있어서 용어의 통일이나 어떤 합의된 내용을 도출할 수는 없었지만, 앞으로 다양한 분야의 전문가들이 보다 많은 논의를 진행해야할 것이다.

대만의 경우 자연사법 논의를 시작한 이후 법제정에 이르기까지 7년이 소요되었다. 죽음이 무엇을 의미하는지 바람직한 죽음정의를 모색하기 위한 공동의 노력은 시작도 하지 않으면서, 안락사나 존엄사 혹은 무의미한 연명치료의 법제화를 주장하는 것은 조금 성급하다는 느낌을 지울 수 없다. 그에 앞서 죽음준비교육을 학교와 사회 교육 차원에서 실시할 수 있도록 준비하는 것이 선행되어야 하지 않을까. 올바른 죽음이해의 정립을 위한 모색, 죽음준비 교육의 실시, 그리고 죽음문화의 성숙은 존엄사의 제도화를 위한 토대작업이기 때문이다. 그런 기초 작업 없이 조급하게 법제화를 서두른다면 커다란 혼란이 야기될 가능성이 크다. 신현호 변호사가 지적했듯이 인구 증가가 경제발전에 걸림돌이 된다는 이유로, 모자보건법이 낙태허용 요건을 애매하게 표현함으로써 매년 약 백오십만 건(낙태가 실제로 얼마 발생하는지 아무도 모른다)이 넘는 낙태가 이루어지고 있고, 이로 인한 생명경시 풍조가 심각한 상황에 처해있는 사실을 결코 잊어서는 안될 것이다.

2008년 가을

봄내마을에서 오진탁



1부

소극적 안락사 논란의 현황

1. 소극적 안락사의 법률적 검토 | 신현호 (변호사)
15
2. ‘무의미한 치료중단’의 의학적 검토 | 허대석 (서울대 의대 암연구소 소장)
35
3. 말기환자 관리의 현황과 윤리 | 윤영호 (국립암센터 암관리사업부장)
45
4. 소극적 안락사에 대한 간호사의 입장 | 안성희 (가톨릭대 간호대 교수)
61

1. 소극적 안락사의 법률적 검토

신 현 호
(변호사)

소극적 안락사의 법률적 검토

1. 죽을 권리와 치료의무의 갈등

살아있는 사람을 죽이는 경우는 작위에 의한 살인, 치료를 거부하거나 치료를 중단하여 사망에 이르게 하는 경우는 부작위에 의한 살인죄를 물을 수 있다. 그러나 무조건 끝까지 살려야 한다는 주장을 하게 될 경우에 분쟁이 발생한다. 환자입장에서는 “입원실이 비워있으니 환자를 볼모로 잡고 치료비나 벌어들이려는 것 아니냐?”고 오해하고, 일반인도 치료중단을 거절하는 의사들의 행동에 대하여 선뜻 동의하지 않는다. 반면 의사들의 입장에서서는 “1%의 생존 가능성이 있다면 끝까지 최선을 다하는 것이 의사의 기본의무”라면서 치료중단을 거절하기도 한다. 특히 의사들은 부인의 요구에 따라 인공호흡기를 달고 있는 뇌수술환자를 퇴원시켜 사망에 이르게 했다는 이유로 살인방조죄의 책임을 지게 된 보라매병원판결 이후 더욱 몸을 사리면서 치료중단에 소극적이다.

이 때문에 대형병원에서는 한달에 1~2번씩 병원윤리위원회를 열어 항의하는 환자나 그 가족들을 설득하고 이해시키려고 노력하지만, 가족들이 윤리위원회 회의장에 쳐들어와 항의나 욕설을 하는 경우도 있다. 윤리위원회 참석 당시에는 수긍하는 듯 하면서도 돌아서서는 ‘그래도 더 이상 치료하는 것은 의미가 없지 않느냐?’며 이해할 수 없다는 표정을 짓는 경우를 드

물지 않게 본다.

과연 사람에게 죽을 권리가 있는가? 고통스러우니까 죽여 달라고 요구할 수 있는 권리가 있는가? 의사는 이러한 환자의 요구를 거부할 경우 진료 거부죄로 처벌받을 수 있는가, 아니면 이러한 요구를 받아들여 사망에 이르게 한 경우 살인죄로 처벌받아야 하는가? 우리는 이러한 논의를 안락사 내지 존엄사 문제라고 한다.

안락사문제는 환자입장에서는 ‘인간에게 자연스럽게 죽을 권리(Recht auf einen naturelichen Tod)’, 즉 존엄사(death with dignity)의 권리가 있는가?’¹⁾의 문제이고, 의사입장에서는 ‘환자에 대한 치료 의무는 언제 · 어떤 조건하에서 면제 되는가?’²⁾의 문제로 논의되기 시작하였다.

의학의 급진적 발전과 초고령화사회로 진입되면서 삶의 질이 유지되지 아니한 채 무의미한 생명연장 치료환자가 늘어나고 있고, 이와 함께 적극적인 방법으로 생명을 조기에 단축시킬 수 있는가라는 논란이 부상하고 있다.³⁾ 특히 통증을 억제하는 의학기술의 발달은 ‘죽음보다 더한 통증으로부터 환자의 고통을 해방시킨다.’는 안락사의 목적을 무색하게 만들고 있으므로, 의학적인 면에서나 법학적인 면에서나 안락사를 바로 보는 시각을 근본적으로 바꿀 수밖에 없게 되었다.⁴⁾ 이는 안락사 용어의 유래를 보더라도 쉽게 알 수 있다. 안락사란 말은 ‘고통 없이 죽는다’는 것을 의미한다. 그리스어로 Euthanasia(Eu는 ‘좋은’이란 의미이고, Thanatos는 ‘죽음’을 의미한다)는 ‘아름답고 존엄한 죽음’, ‘행복하고 품위 있는 죽음’, ‘고통이 없는 죽음’, ‘잠자는 것과 같은 평화로운 죽음’, ‘깨끗한 죽음’⁵⁾, ‘조용하고 안락한 죽음을 야기 시키는 행위’, ‘치료 할 수 없는 상황이나 질병으로 인하여 고통 받고 있는 사람을 아무런 고통도 주지 않고 죽여주는 관행’⁶⁾이라고 정의하고 있다.⁷⁾ 여기서 이야기하는 고통이란 ‘육체적 고통’을 의미하지, ‘정신적 고통’은 아니라는 것이 통설적인 입장이다.

따라서 안락사를 고통으로부터의 해방이라는 전제조건을 달 경우에는 논의의 진전이 더 없어질 수도 있게 되었다. 그러나 임상현실에서는 육체적 고통이 없는 환자들 중에 더 이상 삶의 연장을 원하지 않는 경우가 있고, 이에 대한 의사 조력자살도 알게 모르게 이루어지고 있는 실정이다. 공식적으로 밝혀진 것으로는 네덜란드 의사 게르트루이다 포스트마, 미국의 잭 케보키언 등이 환자를 적극적인 방법으로 사망에 이르게 한 사건이 있다.⁸⁾

2. 소극적 안락사의 법률적 검토

가. 안락사의 분류

우선 안락사를 형법상 어떻게 구분하고 개념을 정의하고 있는지를 살펴보자. 안락사를 여러 유형으로 분류하는 데는 현실적으로 이루어지는 안락사에 대하여 어떤 경우에 형사처벌을 면제할 수 있는가 하는 논의와도 관계있다. 종교적 혹은 윤리적인 측면에서는 인류사회의 유지와 그 변형을 위한 ‘생명의 불가침성’이 강조되고 있고, 이를 침해하는 경우에는 법적 제재를 가하고 있다. 그러나 단순한 ‘삶의 양(인위적인 생명연장)’이 과연 인간의 존엄과 가치권을 보장해주는 것인가에 대한 회의와 반성이 제기되면서, ‘삶의 질’에 대한 의문이 제기되기도 한다. 안락사에 관계되는 당사자, 예를 들어 죽어가는 환자, 의사, 가족, 판사, 검사, 변호사는 각자의 입장에서 서로 다른 윤리와 이해관계가 얹혀 있다.

삶의 질이나 삶의 양이나, 생명이 절대적 가치를 지니느냐, 삶보다 죽음이 더 가치있는 어떤 분기점이 존재하지 않느냐 하는 어려운 논의를 제외하더라도, 인류 역사가 시작되면서 안락사가 필요한 환자가 존재하고 있는 현실을 우리는 인정하지 않을 수 없다. 안락사의 문제는 인정할 것인가 말

것인가에 초점을 맞추기 보다, 어떤 경우에 어떤 기준과 절차에 의하여 시행할 것인가에 논의의 중점이 모아져야 한다.

(1) 행위에 의한 분류

안락사를 최초로 구분한 학자는 독일의 엥기쉬(K. Englisch)이다. 엥기쉬는 행위의 적극성 여부를 중심으로 ① 생명의 단축을 초래하지 않는 ‘순수 안락사’, ② 바람직하지 못한 부작용으로 생명의 단축을 초래하는 ‘협의의 안락사’, ‘치료형 안락사’, ‘간접적 안락사’, ③ 연명조치를 시행하지 않는다는 의미에서의 ‘소극적 안락사’, ‘부작위에 의한 안락사’, ④ 생명의 단축을 수단으로 하는 ‘적극적 안락사’, ⑤ 살 가치가 없는 정신장애자나 중증의 기형아에 대하여 자비심에서 이루어지는 ‘강제에 의한 안락사’ 등 5가지로 구별하였다. ①과 ②는 치료행위와 같으므로 합법적인 행위이고, ③도 환자의 의사에 의하는 경우 의사에게는 치료계속의 의무는 없으므로 합법적이고(환자의 의사에 반하는 경우는 불법), 그러나 ④와 ⑤는 살인 혹은 촉탁살인죄에 해당한다고 하였다.⁹⁾

(2) 당사자의 의사에 의한 분류¹⁰⁾

자발적 의사(적극적인 의사든 소극적 의사든 모두 포함)에 의한 안락사를 ‘자의적 안락사’ (Voluntary Euthanasia), 당사자가 의사를 표시할 수 없거나 그 결정이 가능하지 못한 경우, 또는 가능하더라도 외부에서 이를 이해할 수 없는 상황에서 시행되는 안락사를 ‘비임의적 안락사’ (Nonvoluntary Euthanasia), 사람이 적극적으로 반대하는데도 불구하고 시행되는 안락사를 ‘강제적 안락사’ (Involuntary Euthanasia)로 분류한다.

우리가 논하고 있는 소극적 안락사는 자의적 안락사, 비임의적 안락사,

강제적 안락사 어느 경우에도 해당될 수 있다. 예를 들어 생전 유언(Living Will)을 표시하지 않은 환자가 뇌사상태에 빠진 경우, 추정적 의사에 의하여 안락사를 결정하여야 하고, 환자는 살려달라고 요구함에도 고통에 몸부림치는 것을 곁에서 눈뜨고 보지 못하겠고, 어차피 오래 살지 못하는 환자에 대하여 동정심에서 안락사를 시행한다면 강제적 안락사에도 해당될 수 있다.

(3) 생존의 윤리성에 의한 분류

도저히 견딜 수 없는 육체적 고통으로 인해 삶은 더이상 무의미하기 때문에 고통으로부터의 해방을 위해 그 생명을 단축시키는 안락사를 ‘자비적 안락사’(Beneficent Euthanasia)라고 이른다. 육체적, 정신적 활동 없이 ‘살아있는 송장’으로서의 비인격적, 비이성적 생존은 무의미하기 때문에 인간의 존엄성을 지키기 위한 안락사를 ‘존엄사’(Euthanasia with Dignity)라고 일컫는다. 사회공동체의 어떤 구성원이 사회공동체의 부담이 되어 공동체 입장에서 존재의 의미가 없을 때 생명주체의 제거적인 안락사를 ‘선택적 안락사’(Selective Euthanasia)라고 분류한다.

하지만 생존의 윤리성이라는 것이 계량화되기 어려워 이를 함부로 인정하는 경우에는 소극적 안락사 뿐 아니라 간접적 안락사, 나아가 적극적 안락사도 존엄사로 포장될 위험성이 있다.

나. 소극적 안락사의 법적 평가

(1) 소극적 안락사란 무엇인가

소극적 안락사란 회복의 가능성이 없는 환자에게 무익한 연명조치를 중지하고 생명연장 수단을 사용하지 않음¹⁾으로 인간으로서의 존엄을 유지하면서 죽음을 맞게 하는 것을 말하며, ‘자연사’(natural death)라고도 한

다.¹²⁾ 소극적 안락사를 존엄사와 같은 의미로 사용하는 것이 다수설의 입장이고, 입상에서도 소극적 안락사와 존엄사를 동일개념으로 사용하고 있는 것이 일반적이다.¹³⁾ 실무상 이를 구별할 실익도 없으므로 같은 개념으로 이해하여도 큰 문제는 없다고 본다.

(2) 치료중단도 치료방법의 하나이다.

자연스럽게 죽음을 맞이하게 하는 치료중단은 치료의 한 형태로 보는 것이 옳지 않을까 생각한다. ‘소극적 안락사’라고 호칭함으로써 마치 죽음을 적극적으로 개입하는 인상을 주는 것이 적절한지 의문이다.

카렌 퀸란사건에 대하여 미국 법원¹⁴⁾은 ‘치료의 중단이 곧 죽음을 촉진시킨다는 것을 우리는 잘 알고 있다. 그러나 그로 인한 사망은 타살이라기 보다는 자연스럽게 죽음을 맞이하는 것을 뜻한다. 사람을 불법적으로 살해하는 것과 스스로의 결정으로 생명유지 장치의 작동을 중단시키는 것은 결정적 차이가 있다.’고 하여 인공호흡기 제거를 허락하였다.

의학의 비약적인 발전은 수명 100세를 현실로 만들었지만, 무익한 연명 치료도 가능케 하는 부작용을 낳았다. 삶의 질이 유지되는 생명연장치료(Prolongation of life)는 불가역적 상태로 접어들어 죽어가는 과정의 연장(Prolongation of dying process)과는 구별하여야 한다. 전자에 대한 치료중단은 적극적 안락사로서 살인죄에 해당한다. 그러나 후자의 경우는 치료의 한 형태로 치료중단을 취함으로써 자연스럽게 죽을 수 있도록 하여야 한다. 어느 누구에게나 ‘인공생명장치를 이용해서라도 마지막 숨을 쉴 수 있을 때까지 생존하라’고 강요할 수는 없다. 현대의학으로서 더 이상 치료방법이 없고, 죽음이 눈앞으로 다가온 환자에게 무익한 치료를 중단함으로써 자연스럽게 죽을 수 있게 하는 것이 인간으로서의 존엄과 가치를 유지시킬 수 있다. 평생 침팬지를 연구한 제인 구달은 생물 중 인간만이 죽음

의 의미를 알고, 이를 자율적으로 선택할 수 있다는 결론을 얻었다. 치료중단도 치료방법의 하나이다. 물론 환자의 자율적인 결정에 따라야 한다.

다. 간접적 안락사는 적법한가

보라매병원 사건 이전에 소극적 안락사는 물론이고, 간접적 안락사도 형법적 관점에서 검토한 적은 없는 것 같다. 암의 고통으로 정신을 잃을 정도로 고통스러운 환자의 경우, ‘마지막 모르핀’ 한 방울이 죽음을 재촉하지만¹⁵⁾, 통증을 억제할 수 있다면 모르핀을 투여하는 것이 의사로서의 의무이기 때문이다. 아무리 주의 깊게 모르핀을 사용한다고 하더라도 호흡중추를 약화시키고 기관지염 등이 발생하게 됨으로써 ‘마지막 투여되는 모르핀’이 고통의 감소와 생명의 종말을 동시에 가지고 오게 된다고 하여 살인죄로 의사를 처벌할 수 있을까. 어쩌면 보라매병원 사건이 잘못 알려지면 서 안락사의 논쟁이 엉뚱한 방향으로 흐르게 된 아쉬움이 있다.

라. 적극적 안락사는 적법한가

우리가 심각하게 논의해야 할 문제는 적극적 안락사를 허용할 것인가 하는 문제라고 생각한다. 허용한다면 어떤 환자를 어떤 기준과 절차에 따라 허용하여야 하는가에 관한 것으로 좁히는 것도 무익한 사회적 논쟁을 최소화하는 것이라고 생각한다. 형법학에서는 환자의 집요한 요구가 있더라도 불법행위에 해당되고, 살인동기는 양형에서만 고려될 뿐이라고 한다.¹⁶⁾

반대론에도 불구하고 적극적 안락사의 허용여부를 제기하는 이유는 소극적 안락사의 적법성에 대한 논거와 마찬가지로 현실적으로 필요성이 있기 때문이다. 그렇지 않을 경우 지금 이 순간에도 현실적으로 시행되고 있는 안락사 관련자들, 특히 가족과 의사 모두를 범법자로 만들면서 구조적으로 범죄를 확대 재생산할 수밖에 없기 때문이다.

따라서 소극적이든 적극적이든, 존엄사든 자연사든 행위행태나 윤리성보다는 환자의 자기결정권과 의사의 치료의무(생명유지 의무)를 중심으로 안락사를 접근하는 것도 생각해 보아야 한다. 다만 이러한 논쟁은 본 주제의 논점을 흐릴 수 있으므로 문제를 제기하는 선에서 그치기로 한다.

3. 소극적 안락사는 언제 어떻게 허용될까

안락사는 사람의 죽음을 전제로 하는 것이므로 엄격한 기준과 절차가 적용되어야 한다. 치료의무가 있는 의사에게 치료중단을 하여도 아무런 책임이 없기 위하여서는 실체적 요건과 절차적 요건이 갖추어져야 하고, 해석 또한 극히 제한적이어야 한다.

가. 언제 가능한가

(1) 실체적 요건

실체적 요건으로서는 환자의 상태가 회복이 불가능하고, 죽음을 눈앞에 두고 있어야 한다. 이 때 주의할 점은 ‘회복불가능’이란 ‘의식’의 회복불가능성이 아니라, ‘생명’의 회복불가능성을 의미한다. 따라서 식물인간이라고 하더라도 생명의 회복가능성이 있는 한 소극적 안락사를 시행하여서는 안된다. 죽음을 눈앞에 두었다는 의미는 ‘죽음이 불가피하고, 병상에 누워서 3~6개월 이내에 사망할 것이 확실한 경우’를 말한다.¹⁷⁾ 연명조치를 취하여도 죽음을 조금 연기하는 것뿐인 경우에 한하여 연명 조치를 중단하거나 포기하는 것이 허용된다. 이에 관한 요건심사는 순수하게 의학적인 면에서 평가되어야 한다. 환자의 정치적·사회적·경제적 여러 지위에 따라 기준이 달라져서는 안된다. 예를 들어 치료비가 없거나 전과자라는 이

유로 연명치료를 중지하는 것은 위법이다.

(2) 절차적 요건

절차적인 요건으로서 첫째 환자의 자기결정권과 의사의 설명 의무가 충실히 행해져야 한다. 의사는 환자에게 충분한 설명을 하여야 상세한 정보가 제공되어야 하고, 이를 이해한 환자는 명시적이고 자발적으로 의사를 표시하여야 한다. 다만 예외적으로 환자의 추정적인 의사를 객관적으로 알 수 있는 경우에는 가족들이 대신하여 표시할 수 있다. 추정적 의사는 어디까지나 환자의 개인적인 입장에서 판단하여야 하고, 생전유언(living will)을 객관적으로 확인할 수 있는 경우에 한정적으로 인정하여야 한다.

둘째 실체적 요건을 갖추었는지에 관하여 2명 이상의 의사들이 환자의 상태가 불가역적이라는 진단에 합의하여야 한다. 셋째 치료중단 여부에 대한 결정은 병원 윤리위원회 등 합의체 기구에 의한 심의를 거쳐 소집단이지만 토론을 한 이후 합의를 이루도록 하여야 한다. 넷째 소극적 안락사는 의사에 의하여 윤리적으로 타당한 방법으로 시행되어야 한다. 다섯째 요건에 대한 최종심사권은 법원이 가져야 한다. 미국 매사추세츠 주의 대법원은 Saikewicz 판결¹⁸⁾에서 존엄사를 시행하기 위한 조건은 실체적인 요건과 절차적인 요건이 모두 충족되어야 하고, 그 요건충족 여부에 관한 심사권은 법원이 최종적으로 가지며, 병원 윤리위원회에 위임할 수 없다는 취지의 선고를 하였다. 이러한 일반적인 견해에 대하여 의사의 생명유지 의무와 환자의 자기 결정권 사이에서 접합점을 찾기 어려우므로, 실체적인 요건에 대하여는 의사들에게 맡기고, 법은 절차적인 요건에 대하여만 규제를 하자는 견해¹⁹⁾가 있고, 이와 관련된 판결로는 앞서 살핀 카렌 켈란 판결이 있다. 뉴저지주 대법원은 의사들이 병원윤리위원회의 동의를 얻어 연명 조치를 중단하고 인공호흡기를 제거할 수 있다고 하면서, 카렌이 회복 불

가능한 상태에 있는지 여부에 대한 판단은 의사에게 위임하였다.

나. 소극적 안락사 어떻게 행해야 하나

치료중단의 방법은 연명치료장치 뿐 아니라 물, 수액 등의 공급 뿐 아니라 지혈, 감염방지 등 치료행위를 중지하는 것을 허용하여야 할 것이다. 일본 동해대 부속병원 판결²⁰⁾에서는 “치료행위 중지의 대상이 되는 조치는 약물투여, 화학요법, 인공투석, 인공호흡기, 수혈, 영양·수분보급 등 질병을 치료하기 위한 치료조치 및 대증요법인 치료조치, 그리고 생명유지를 위한 치료조치 등 모두가 대상으로 되어도 좋다고 생각한다. 그러나 어떠한 조치를 언제 어느 시점에서 중지하느냐 하는 것은 임종의 임박정도, 해당 조치의 중지로 인한 임종예의 영향 정도 등을 고려하여 의학적으로도 이미 무의미하다고 하는 적정함을 판단하고, 자연사에 이르게 한다는 목적에 따라서 결정되어야 할 것이다.”고 하여 원칙적으로 사망에 이를 무렵에는 일체의 치료행위를 중지하여도 된다고 하였다.

그러나 카렌 켈란 사건에서는 연명조치를 중단 또는 포기가 허용된다고 하더라도, 환자에 대해서 모든 의료처치를 단절하여서는 안되고, 물과 영양보급, 지혈, 상처부위의 소독 등의 최소한의 치료는 계속되어야 한다고 반대 의견이 제시되기도 하였다.

4. 안락사법의 입법에 관한 문제

가. 세계 각국의 동향은 어떤가?

(1) 미국

미국에서는 20세기에 들어서면서 안락사 입법화운동이 시작되었다. 초

기에는 그 대상을 유괴범·상습범·중증 정신병자까지 확대하는 등 급진적인 주장이 있었으나, 제2차 세계대전 후에는 인권의식의 성장으로 불치의 질환 이외에 환자의 동의를 추가하여 안락사운동이 전개되었다. 카렌 켈란사건을 계기로 오하이오, 몬태나, 위스콘신, 델웨어, 하와이, 워싱턴 주 등에서 존엄사를 포함한 안락사 법안이 제출되었다.

1998년 3월에는 오리건 주에서 입법이 되었다.²⁰⁾ 오레곤 주의 존엄사법(The Oregon Death with Dignity Act) 내용은 ① 환자는 반드시 불치의 말기질환으로 극심한 육체적 고통을 받고 있어야 하고, ② 죽음이 임박하여 그 시기가 6개월 이내라는 2명 이상의 의사의 진단이 있어야 하고, ③ 환자 본인의 자기결정권에 의한 진지한 요청을 서면으로, 단 부득이 한 경우에는 구두로 할 수 있으나 이 때에는 반드시 2명의 증인(의사와 가족 중 1인)이 있어야 하고, ④ 환자의 예후를 판단한 병원의 윤리위원회를 통해 환자의 의사결정에 대한 평가가 이루어져야 하고, ⑤ 그 결정은 환자의 치료에 관여한 의료팀과 환자의 가족으로 구성된 팀에 의해 이루어져야 하고, ⑥ 안락사가 반드시 병원에서 이루어질 필요는 없으나 그 시술은 반드시 의사에 의해 이루어져야 하며, 이 때 또 다른 1인 이상의 의사의 입회 하에 이루어져야 하고, ⑦ 안락사를 실행하기로 결정되었어도 반드시 15일 기다려 환자의 의사를 한번 더 확인하고 실행하여야 하고, ⑧ 안락사의 방법은 반드시 인도적인 방법이어야 한다고 규정되어 있다. 1998년 3월 26일 2개월 시한부 말기 유방암환자가 최초의 합법적인 자살이 시행되었고, 같은 해 7월까지 2건이 더 발생했다.²²⁾

(2) 독일

독일은 1981년의 비티히 사건²³⁾과 1984년의 학케탈 사건²⁴⁾이 계기가 되어 안락사의 정당성과 환자의 자기결정권, 의사의 치료의무, 입법론 등이

논의되게 되었다. 독일연방법원은 소극적 안락사를 '죽음에 있어서의 도움(Hilfe beim Sterben)' 이라고 하고, 이런 도움은 해당 환자의 의지에 따라 받을 수 있다고 한다. 환자의 의지는 신체불가침권의 표현으로서 제한을 받지 않으며, 따라서 생명을 연장시키는 조치(예를 들어 호흡을 돕는 심장박동기, 혈액공급, 인공부양 영양식)를 중단할 권리가 의사에게 있다고 본다.²⁵⁾

(3) 호주

세계최초의 안락사 법으로는 1996년 7월 1일 호주의 노던 테리토리(Northern Territory) 주에서 정신과 의사를 포함한 의사 3명의 동의를 얻어 말기환자의 안락사를 허용하는 법안을 채택하여 제안되었다. 안락사 허용요건으로 환자의 치료가 불가능하고, 회생가능성이 전혀 없다고 증명되어야 하고, 환자는 죽음의 순간까지 의사표시능력이 있어야 하고 단순한 우울증 때문이어서는 안되며, 환자는 공식 청약서에 서명한 뒤 48시간 기다릴 것 등을 들고 있다. 그 이유는 의사의 조치가 있기 전 다시 한 번 생각할 여유를 주기 위해서이다.

호주의 노던 테리토리 주는 이 법에 의하여 4명을 안락사 하였으나, 1996년 12월 하원에서 무효화하는 법안을 통과시켰고, 1997년 3월 25일 상원도 통과시켰고 3월 27일 총독이 폐지법안에 서명함으로써 안락사 허용법은 1년도 되지 않아 폐기되었다.

(4) 네덜란드

네덜란드는 2002년 4월 1일 세계최초로 안락사법을 시행하여 집행하고 있다. 환자들이 치유될 수 없고, 환자가 건강한 정신을 잃지 않은 상태에서 안락사에 동의하며, 환자의 고통이 견딜 수 없을 정도로 클 경우 등 3가지

기준에 부합할 경우, 의사들이 환자들을 안락사시킬 수 있도록 허용하고 있다. 위 요건에 충족될 경우 성인은 물론이고, 16~18세도 부모로부터 완전히 독립하여 안락사를 결정할 수 있다. 12~15세는 부모의 동의가 필요하고, 12세 이하라도 부모와 의사가 모두 동의하면 안락사를 시행할 수 있다. 안락사를 시행한 후 담당의사는 검시관과 5개 지역심사 위원회(변호사, 의사, 윤리전문가로 구성)중 하나에 통보해야 한다. 사후평가에서 이러한 규정을 위반한 의사에게는 12년 이하의 징역형에 처할 수 있도록 하였다.²⁶⁾

나. 우리나라의 경우는 어떤가?

(1) 논의 경과

우리나라에서는 1983년 11월 19일 대한의학협회와 대한변호사협회가 안락사를 주제로 공동세미나를 가진바 있다. 뇌사자 심장이식의 필요성이 제기되자 1989년 뇌사판정 기준안이 발표되었고, 1993년 대한의사협회가 ‘뇌사에 관한 선언’을 함으로써 뇌사를 의학적으로 인정하였다.

대한의사협회는 보라매병원 사건 이후 환자의 퇴원문제 등에서 야기되는 혼란을 방지하기 위해서 1999년 6월경 본문 10쪽으로 된 ‘환자의 진료시작이나 중단(퇴원)시 유의하여야 할 사항’이라는 제목으로 치료중단의 요건에 대하여 가이드라인을 발간 배포하였다. 그러나 각 언론에서는 소극적 안락사에 대하여도 거부반응을 보였다. 대한병원협회가 ‘회복 가능성이 없는 환자의 퇴원 결정 기준에 대한 구체적인 방법 및 절차 등을 알려달라’는 요청에 대하여 보건복지부는 ‘의료서비스 제공의 단절이 사망의 원인이 될 가능성이 있는 환자에 대하여는 퇴원조치를 취해서는 안된다.’고 유권해석을 내린 바 있다.

(2) 입법화에 대한 의견

안락사의 입법화문제는 우리나라 특유의 역사, 문화, 종교, 사회복지 제도 등이 복합적으로 고려되어야 한다. 우리나라에서는 아직 안락사법 제정 논의는 시기상조라고 생각한다. 안락사법은 우리나라의 생명관을 결정짓는 중요한 법률이다. 사회 안정망이 제대로 구축되지 않고, 빈부격차와 가정 붕괴가 심화되는 현상이 나타나고 있고, 역사적으로도 고려장 풍습이 존재하였던 경험이 있어 자칫 사회적 집단살인 행위가 합법화될 개연성이 있기 때문이다.

향후 의료가 발달하고, 초고령화 사회를 진입되면 될수록 소극적 안락사 내지 존엄사의 문제는 더욱 심각하게 대두될 것이다. 말기 암 환자나 미숙아 문제를 개인적인 관점에서부터 눈을 돌려 사회적인 차원에서의 대책을 강구하면서 안락사 문제를 천천히 논의되어야 한다. 말기환자의 치료를 지금과 같이 더 이상 개인의 부담으로 돌려서는 안락사를 강요당할 수 있고, 이런 경우 우리 사회의 통합 기반이 송두리채 무너지게 된다. 환자를 가정의 책임으로 돌리게 될 경우 위에서 지적한 바와 같이 가정이 파괴될 것이고, 가정의 파괴는 사회의 파괴, 나아가 인류 공동체의 파괴로 이어질 것이다. 소극적 안락사 문제는 현대 의료와 그것을 낳은 사회의 책임이기 때문에 우리 사회가 말기환자에 대한 치료책임을 공동으로 부담해야한다는 주장이 논리적으로 설득력을 갖는 이유가 여기에 있다.

특히 우리나라에서는 모자보건법을 잘못 제정하여 악용한 경험이 있다. 개발독제 시절 급격한 인구증가가 경제발전에 걸림돌이 된다는 이유로 모자보건법을 만들면서 낙태허용 요건에 '임신의 지속이 보건 의학적 이유로 모체의 건강을 심히 해하고 있거나 해할 우려가 있는 경우'(모자보건법 제14조 제1항 제5호)라는 조항을 삽입하였다. 제대로 된 법률이라면 '산모의 생명이 위험할 때'로 분명히 표기하였어야 한다. 산모의 생명과 태아의 생

명이 충돌할 때 법익교량의 원칙상 산모의 법익(생명)을 우선 하도록 되어야 법익이 조화를 이룬다. 그런데 '산모의 건강을 해할 우려가 있을 때'로 하여 태아의 생명보다 산모의 건강을 우선하고 있고, 더욱이 '산모의 건강을 해할 우려가 있을 때'를 지나치게 넓게 인정하여 낙태를 사실상 허용하고 형법상 낙태죄를 사문화시켰다. 연간 100만 건이 넘는 낙태가 이루어져도 사회가 방치하고 있고, 이로 인한 생명경시 풍조는 참으로 심각한 지경에 이르게 되었다.

이런 경험에 비추어 안락사법을 만들 경우 안락사 요건을 가볍게 하거나, 해석 자체를 폭넓게 함으로써 제2의 모자보건법과 같은 사태를 불러오지 않으리라는 보장이 없다. 옛말에 '긴병에 효자 없다'고 한다. 정신적으로 지치고, 경제적으로 궁핍하게 되면 곧 죽을 목숨을 '편하게 모신다'는 명분이 앞설 수 있다.

다른 예로 장기이식에 관한 법률의 운용 예를 참고로 삼을 필요가 있다. 1999년 이 법을 만든 이래 뇌사자 장기제공이 급격히 줄어들었다는 비난이 일자 뇌사판정 요건완화 및 동의절차 간소화 등 효율성을 강조하는 방향으로 법률 및 시행규칙 등을 바꾸고 있다. 이러한 우리나라의 법문화 하에서 자칫 안락사법을 만들면 시간이 지나면서 존엄사를 표방한 정책적 안락사로 악용될 개연성도 부인하지 못할 것으로 우려된다.

따라서 안락사 시행은 의사와 그 가족이 형법상 살인죄나 촉탁·동의살인죄를 질 수도 있다는 위험부담을 감수하고라도, 시행될 수 있을 정도로 명백하고 객관적이 요건을 갖춘 경우에 개별적으로 판단하여 시행하는 것이 바람직하지 않을까 한다.

5. 사회 구성원의 합의가 필요하다

살아있는 사람을 죽게 하는 것은 살인이다. 인간의 이성에 비추어 안락사는 절대로 시행되어서는 아니 된다는 주장은 어찌면 가장 명확하고 간결하고 논리적일 수 있다. 그러나 현실적으로 안락사가 필요한 사례, 또는 안락사를 진심으로 바라는 환자가 있다. 안락사를 허용할 수 있는 계량화된 기준을 마련할 수 있다면 그 보다 좋을 수 없겠지만, 인류가 존재하는 한 영원히 이 문제는 해결되지 않을 것이다. 죽어가는 과정에 접어들었는지에 대한 객관적인 평가기준은 무엇이며, 누가 어떤 절차에 의하여 할 것인가, 환자의 자율적인 의사를 어떻게 파악할 것인가에 관한 문제는 결국 사회 구성원간의 합의가 전제되어야 한다.

차선책이지만 합의가 이루어지기 전이라도, 안락사는 개개의 사건마다 의사, 가족 등이 살인죄를 뒤집어 쓸 각오로 아주 예외적으로 - 치료의 한 방법으로 - 시행되어야 할 것이다. 시행에 대한 사전 혹은 사후적인 평가가 제대로 이루어져 안락사 판례나 관행으로 형성되어야 한다. 이를 은폐하고 쉬쉬하며 지하에 숨어 시행될 될 경우에는 우리 모두가 살인, 살인미수의 잠재적 피해자 혹은 가해자로 두려움에 떨게 될 수 있다. 환자의 존엄한 죽음도 보장되어야 하지만, 어떤 경우라도 안락사라는 미명 아래 사회적 집단살인이 보편화되는 것을 막기 위한 제도와 법률적용을 전제하고서 안락사 논의가 이루어져야 한다.

- 1) 신현호 『의료소송총론』, 육법사, 1997. 554쪽
- 2) 이상돈 「안락사의 절차적 정당화」, 한일법학회 제17회 국제학술회의 자료집, 1999. 211쪽 각 참조
- 3) 이인영 「존엄사에 관한 고찰」, 『한림법학포럼』 제14호, 2004. 153쪽, 160쪽, 존엄사를 소극적 안락사와 동일시하는 다수설과는 달리, 적극적이라거나 소극적이라는 형식적 방법론으로 구별하지 말고, 인간의 존엄성을 유지하면서 품위있는 죽음을 맞게 하는 것이라면 존엄사로 보자는 견해를 제시하고 있다.
- 4) 신현호, 「중환자의학에서 의료법의 적용」, 1999. 11. 27. 제19차 대한중환자의학회 학술대회 세미나 발표문 5쪽
- 5) M. Kohl, *Beneficent Euthanasia*, Prometheus Books, 1st Ed., Baffolo, 1975.
- 6) Websters, 1979, p.391.
- 7) 최병용 「안락사에 관한 고찰」, 고대 법무대학원 의료법학과 석사학위논문, 1998. 4쪽
- 8) Gregory E. Pence, 전게서, 163쪽, 168쪽
- 9) K. Engisch, *Euthanasie und Vernichtung Lebensunwerten Lebens im strafrechtlicher Beleuchtung*. 1948. ss 4~17
- 10) P. Aries, *Western Attitudes Towards Death*, 1st Ed, Johns Hopkins Uni. Press, Baltimore, p.74.
- 11) 김일수 「형법각론」, 1997. 25쪽, 배종대 「형법각론」, 홍문각, 1997. 59쪽, 이재상 「형법각론」, 박영사, 1996. 21쪽,
- 12) 신현호, 전게서, 533쪽, 佐々木養二 「醫療と刑法」, 南窓社, 平成 6年, 155頁
- 13) 배종대, 전게서, 60쪽, 오영근 「형법각론」, 대명출판사, 2004, 27쪽
- 14) In re Quinlan., 137 N. J. Super. 227, 348 A. 2d 801(Ch. Div. 1975). 다만 이 사건은 인공호흡기를 제거했음에도 불구하고 카렌 퀴란이 1985. 6. 11.경에서야 패혈증으로 사망하였는바, 말기상태에 대한 의사의 진단에 의구심을 갖게 한 사례가 되기도 하였다.
- 15) 일반적으로 같은 정도의 고통을 제거하기 위해서는 1개월 후에는 처음보다 18배의 물핀이 필요하다고 하는데, 더 많은 양을 사용하게 되면 결국은 치사량에 이르게 된다.
- 16) 이재상 「형법총론」, 박영사, 1999. 276쪽. 박상기, 「형법총론」, 박영사, 164쪽, 김일수교수는 '적극적 안락사는 어떠한 상황하에서도 위법성이 조각될 수 없다' 고 단언하고 있다(김일수, 「형법각론」, 박영사, 1997. 25쪽). 불법설의 근거는 오남용의 위험성이 있고(배종대, 「형법총론」, 홍문각, 1997. 62쪽), 환자의 자기결정권보다는 의사의 생명유지 의무가 더 중요하기 때문이라고 한다(이상돈, 「의료형법」, 법문사, 1998. 212쪽).
- 17) 佐々木養二, 전게서, 157頁; 日本醫師會 第 3次 生命倫理懇談會 報告書 「末期醫療に臨む醫師の在り方について」(平成 4年 3月 18日)

- 18) Superintendent of belchertown v. Saikewicz, 1977 Mass. Adv. Sch. 2461, 370 N. E.2d 417(1977).
- 19) 이상돈, 「안락사의 절차적 정당화」, 한일법학회 제17회 국제학술회의 자료집, 1999. 219쪽
- 20) 横濱地裁 平成 7. 3. 28.判決(判時 1530호 28頁, 判タ 877호 148頁), 암말기환자에 대하여 의사가 심정지 약물을 주입, 적극적으로 사망에 이르게 한 사건으로서, 의사에게 살인죄를 인정 징역 2년에 집행유예 2년이 선고되었다. 의사가 항소하지 않아 위 형이 확정되었고, 대학병원에서 징계되고 되었다. 안락사를 강요한 아들은 기소조차 되지 않았다.
- 21) Gregory E. Pence, 전계서, 180쪽 이하
- 22) Gregory E. Pence, 전계서, 182쪽
- 23) Vgl. BGHSt 32, 367ff(369). 1981년 76세의 동맥경화증, 관절염환자A가 자살목적으로 몰핀과 수면제를 복용, 의식을 잃은 채 누워있는 것을 발견한 의사B가 A를 병원으로 옮기지 않고 지켜보다가 사망을 확인한 사건에 대하여 검찰이 B를 촉탁살인죄로 기소하자, 독일대법원은 '한계상황하에서 B의 생명보호의무와 이미 중대한 불가역적인 상해를 당한 환자의 자기결정권과의 충돌을 치료시설에 운송하는 방법을 선택하지 않은 것을 법의 입장에서도 시인할 수밖에 없는 의사로서의 양심의 결단에 기인한 것으로 볼 수밖에 없다'고 하여 무죄를 선고하였다.
- 24) OLG München, Beschl. v. 31.7.1987 - 1 Ws23/87. NJW 1987, S.2940. 1984년 암말기환자에게 독물을 주어 자살을 도운 의사 학계탈에 대하여 검찰이 촉탁살인죄로 기소하였으나, 법원은 공판개시를 인정하지 않고, 기각시켜 버렸다.
- 25) 최병용, 전계논문, 99쪽
- 26) 구영모, 전계서, 59쪽

2. '무의미한 치료 중단'의 의학적 검토

허 대 석

(서울대 의대 암연구소 소장)

2. ‘희생 가능성’은 ‘의미 있는 치료’ 여부를 판단하는 적절한 기준인가?

의료의 패러다임이 바뀌고 있음을 의료현장에서 종사하는 사람 이외에는 이해하지 못하고 있다. 폐렴환자에게 항생제는 필수적이다. 항생제를 사용하지 않을 경우 치명적(희생 불가능)이지만, 항생제를 적절히 사용할 경우 환자를 희생시킬 수 있다. 물론 항생제의 부작용으로 손해를 보는 경우도 있으나, 이는 지극히 드문 현상이다. 달리 표현하면, 항생제의 사용으로 환자에게 끼치는 영향은 99.999%이상의 이득과 0.001%에도 미치지 못하는 손해볼 가능성을 비교하여 결정하게 되는 절대적인 의료행위이다. 따라서 이 같은 상황에서 의사의 결정과 행동은 ‘절대적’이고, 무한 책임을 지닌다. 이 같은 의학적 결정은 흑백논리로 판단이 가능하며, ‘희생가능’, ‘희생불가능’으로 이원화시킬 수 있다.

표 1. 15%의 확률로 일시적으로 호전시킬 치료법적용에 대한 찬반

		가족		총 계
		찬 성	반 대	
담당의사	찬 성	20	18	38
	반 대	37	20	57
총 계		57	38	95

※ concordance between physician and family : 40/95 (42.1%)

암 같은 중병에서 10%의 호전 가능성을 전제로 치료를 권유하지만, 상당수의 환자와 보호자는 완치가 보장된 것도 아니고 오히려 육체적 고통과

치료비 부담을 더 받을 우려가 있음을 문제로 의사의 권유를 거부한다. 반대로 1%미만의 호전 가능성이 있는 경우, 추가적인 치료가 부작용으로 오히려 환자의 생명을 단축시킬 수도 있음을 경고하지만 보호자가 환자에게 사실을 숨기고 끝까지 치료를 요구하는 경우도 있다. 이 같은 판단은 의료인의 일방적인 결정으로 이루어질 수 없으며, 환자나 보호자의 생명에 대한 가치관이 고려된 결정이 필수적이다. (informed shared decision)

과학의 발달은 수년 전만 해도 같은 상황에서 사망했을 환자들의 생명을 인위적으로 며칠에서 몇년까지 연장할 수 있는 첨단의료 기계들을 만들었다. 이로 인해 지금 의료 현장에서는 적절한 치료가 이루어지지 못해 일어나는 인명 경시문제보다 오히려 소생 가능성이 거의 없는 환자에게 행해지는 의료 집착적 과잉진료의 폐해가 의료 윤리문제로 부각되고 있다.

보호자의 입장에서 환자를 병원 응급실에 모시고 오지 않았더라면, 2-3일 끝다가 집에서 가족들 속에서 임종했을 환자를 병원에 입원시킴으로써 연장된 35일의 의미는 무엇인가? 의미 있는 삶의 연장시킨 것인지? 아니면 고통 받는 기간만 연장시킨 것은 아닌지? 그 의미에 대하여 신중한 평가가 필요하다. 그러면 응급실 담당 의사나 중환자실 담당의사는 왜 치료를 중단하지 못하였는가? 그것은 가능한 모든 치료법에 대한 적용이 의사의 의무라는 생각과 함께, ‘호전가능성’을 포기할 경우, 법적인 제재를 당할 위험이 있다는 압박감도 함께 작용했을 가능성이 있다.

3. ‘무의미한 치료 중단’에 대한 선진국의 제도화 과정

- 1976년: 미국 자연사법 (Natural Death Act)
- 1980년: 로마 교황청 존엄사 인정
- 1992년: 일본 의사협회 존엄사 허용

- 1994년: 미국개신교 존엄사찬성/안락사 반대
- 1997년: 미국 연방대법원 PAS금지
- 1999년: 미국 의사협회 PAS반대
- 2000년: 대만 자연사법 통과

4. 미국의 경우

이 같은 복잡한 의료현장의 문제를 해결하기 위해 선진국에서는 이에 대한 법적장치를 정비해 놓고 있으며, 돈 때문에 치료를 포기하는 일이 없도록 의료 복지 시스템을 구축하였다. 이에 비해 우리는 보라매 사건 이후 7년이라는 세월이 흘렀지만 그 사건이 제시하고 있는 임종문제와 관련된 법제도의 정비와 저소득층 환자를 위한 의료복지 시스템 구축이라는 두 가지 문제에 대해서는 논의조차도 제대로 하지 않고 있다.

최근 연명치료 기술이 발전하면서, 이 같은 문제는 여러 나라에서 논란을 야기한 바 있다. 그런데 연명치료의 중단문제를 해결해 나가는 과정에는 과학적인 판단만이 작용하는 것이 아니고, 그 사회의 도덕 및 문화, 가치관 등이 함께 고려되었다.

과거 필수 의료만을 대상으로 논의하던 시대와 달리, 연명장치의 중단과 같은 문제는 고도의 전문성과 함께, 환자 및 보호자의 생명에 대한 가치관을 반영한 가치중심의 판단 (informed shared decision)이 요구된다. 의료진이 혼자서 판단하는 것은 균형을 잃을 위험이 있기 때문에, 필요시 병원 윤리위원회를 통한 해결이 바람직하다.

5. '무의미한 치료 중단' 이 '안락사' 와 다른 점

안락사는 환자의 생명을 끊기 위한 목적으로 환자에게 약물, 의료기를 보조해 주거나 의료인이 직접 약물, 의료기를 사용하는 경우를 말하는 것으로, 생명을 살릴 수 없는 환자의 생명 보조 장치 철회는 안락사가 아니다.

표 2. '무의미한 연명 치료 중단'과 '소극적 안락사' 의 비교

	무의미한 연명 치료중단	안락사
1) 의도	환자의 불필요한 고통을 줄이기 위한 노력	환자의 죽음을 목적으로 한 특정 치료행위의 중단
2) 더이상 치료를 받지않고 혼자 있고자 하는 환자의 권리	의사의 치료를 거부하는 권리	안락사하기 위해 의사의 적극적인 개입을 요구
3) 계속 치료할 가능성	언제든지 치료중단 결정을 철회하고 치료를 계속할 수 있다	다시 치료를 계속 할 수 없다.
4) 의사의 역할	의미있는 생존의 연장	환자의 죽음에 관여

6. 우리나라에 필요한 제도들

이 같은 결정들은 환자 자신의 생명에 대한 가치관에 근거한 판단이어야 하며, 환자를 제외한 채 보호자와 의사만이 상의해서 결정한다면 많은 문제를 야기할 것이다. 불치병 환자 본인에게 병의 진행 상황을 사실 그대로 알리는 일이 정착되어야 한다. 따라서 법으로서만 모든 문제가 해결할 수 있다는 생각은 잘못된 것이며, 죽음과 관련해 우리 사회가 문화적으로도 한층 성숙되어야 한다.

‘무의미한 치료 중단’은 ‘자연사법’ 혹은 ‘존엄사법’의 형태로 1976년 미국에서 합법화되었으며, 1980년 교황청도 인정하였고, 이웃나라 일본은 1992년, 대만은 2000년도에 합법화하였다. 그런데 우리나라에서는 ‘무의미한 치료 중단’을 ‘소극적 안락사’로 잘못 받아들이고 있다. 또, 희생 가능성이 희박한 환자를 의사들이 포기할 수 있게 하기 위한 시도로 오해하고 있다. 그러나 ‘무의미한 치료의 중단’의 근본 취지는 희생이 희박한 환자가 무의미한 치료를 거부하는 의사를 밝힐 때, 이에 상응해서 의사가 연명치료를 하지 않을지라도 죄를 묻지 않는다는 것이다.

임종과 관련된 의료문제들을 개선하기 위해, 우리나라에 필요한 제도들을 요약하면 다음과 같다.

- 사회복지 제도
- 호스피스-완화의료 제도
- 의료조직내에서 자율적으로 의사결정이 가능하게 할 조직과 지침
- 임종과 관련된 법제도의 정비
- 죽음준비 교육을 통한 성숙한 죽음문화의 형성

〈참고문헌〉

1. 대한의사협회 정책협의회 「보라매 병원 사건의 의학적 검토 보고서」, 1998
2. 허 대석 「무의미한 치료의 중단」, 대한의사협회지 2001; 44: 956-962
3. 이동익, 「말기 환자의 치료 중단-가톨릭 윤리신학의 측면」, 『한국 호스피스-완화의료학회지』 1999; 2: 172-178
4. Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical

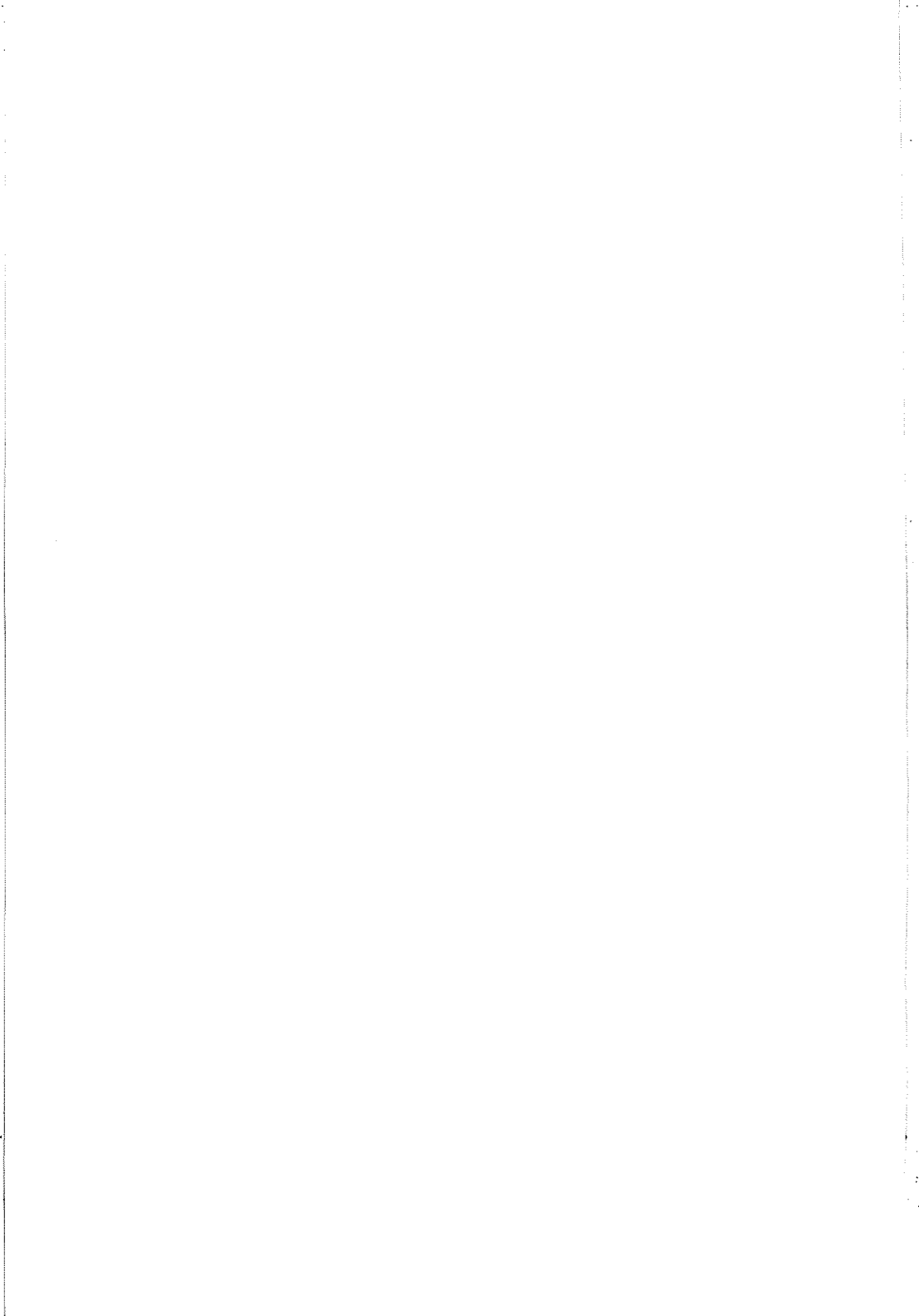
Association, Medical Futility in End-of-Life Care, Report of the Council on Ethical and Judicial Affairs. JAMA 1999 281: 937-941

5. 윤영호 「임종환자의 연명치료 중단에 대한 대한의학회 의료윤리지침 작성의 배경」. 대한의사협회 제30차 종합학술대회 심포지엄, 2002
6. 고윤석 「임종환자의 연명치료 중단에 대한 대한의학회 의료윤리지침」. 대한의사협회 제30차 종합학술대회 심포지엄, 2002
7. Oh DY, Kim JE, Lee CH, Lim JS, Jung KH, Heo DS, Bang YJ, Kim NK. *Discrepancies among patients, family members, and physicians in Korea in terms of values regarding the withholding of treatment from patients with terminal malignancies*. Cancer. 2004 May 1;100 (9):1961-6.
8. 정효성, 보라매병원사건 판결의 의미와 과제 - '치료 중단' 정당한 절차' 성문화 마당. 의협신문 (2004. 7. 19)
9. 고윤석: 보라매병원 사건 이후 의료현장에서의 법, 윤리적 대비 방안. 의협신문 (2004. 7. 29)

3. 말기환자 관리의 현황과 윤리

윤 영 호

(국립암센터 암관리사업부장)



I. 말기환자 관리의 현황과 윤리

I. 말기환자 관리의 현황

1. 의료 환경의 변화

과거 항생제가 개발되기 전에는 감염성 질환이나 사고로 사망하는 경우가 많았으나, 의료기술이 발전하면서 암, 고혈압, 당뇨병 등의 만성질환의 증가로 의료의 역할이 완치에서 케어로 패러다임이 변화하게 되었다. 환자의 질병 치유와 생명 연장은 의료인의 의무이기 때문에 전통적으로 의료기관에 근무하는 의료인은 환자의 질병을 치유하거나 생명을 연장하며 고통으로부터 환자를 구함으로써 선을 행하도록 교육받아 왔다. 최근에는 새로운 의료기술의 발전과 함께 인공영양, 인공호흡기 사용, 심폐소생술, 신투석 등 새로운 생명유지 기술을 통해서 죽음에 이르는 과정 역시 지연시킬 수 있게 됨으로써, 의학은 말기상태에 있는 환자들의 질병을 완치하거나 제거하지 못하기는 하지만, 환자와 그 가족에게 비인간적인 경험을 겪게 하는 치료일지라도 임종환자의 생명을 연장할 수 있기 때문에 그 역시 선으로 인식되어 왔다. 그러나 최근 죽음에 대한 지식과 관심이 늘어나면서 죽음의 과정에 있는 말기 환자에게 이러한 생명유지 장치는, 오히려 환자의 고통과 죽음을 연장할 뿐이며 가족들에게도 고통과 부담만을 가중시킬 뿐이기 때문에 무의미하며 비인간적이라는 점 역시 윤리적인 측면에서 지적되어 왔다.

2. 말기환자 관리 현황

우리나라는 매년 사망자가 약 25만 명에 이르는데 그 중 약 6만여 명은 암으로 인한 사망이다. 또한 환자뿐만 아니라 가족까지를 포함하면 약 20만에서 30만 명이 암으로 인한 통증 및 죽음의 고통 등으로 삶의 질에 심각한 위기를 겪고 있다고 할 수 있다. 암은 치명적인 질병이고 사망률이 높기 때문에 지금까지 주된 관심사는 완치율을 높이고 생존기간을 연장하는데 있었으나, 최근 들어 치료가 불가능한 말기 암 환자들의 삶의 질에 대한 관심이 고조되면서 삶의 질 향상을 위한 의료를 제공해야 한다는 목소리도 높아지고 있다.

대부분의 암 환자들이 3차 의료기관을 포함한 종합병원에서 치료를 받고 있으며 적극적인 항암치료에도 불구하고 더 이상 생명연장에 도움이 되지 않은 시점에 이르렀을 때에도 많은 말기 암 환자들이 3차 의료기관을 이용하고 있다. 이러한 3차 의료기관은 보건의료 서비스의 전달체계 안에서 전문적이고 고도의 치료를 요하는 의료적 문제를 해결하는 기능을 담당하고 있기 때문에, 말기 암 환자에게 필요한 통증 및 증상조절과 정서적·영적 지지를 제공하기에는 적합하지 않다. 그러나 말기 암 환자에 대한 의료인의 무관심과 지속적이고 체계적인 의료의 제공을 뒷받침해 줄 수 있는 의료제도의 부족으로, 퇴원후의 계획이나 조치가 없이 병원에서 조기퇴원을 권유받게 되는 등 환자나 그 가족에게 책임이 넘겨지고 방관되어져 있다. 말기 암 환자들에 대한 국가적인 의료전달 체계 및 관리를 위한 보험수가 인정, 전문인력 육성, 호스피스 기관의 표준화 등 제도적 장치가 미비함으로 인해, 환자들과 그 가족들은 필요에 따라 병원외래를 방문하거나, 위급한 경우는 응급실을 찾거나 자의적으로 병원에 입원하기도 한다. 혹은 가정에서 상황버섯 등 임상적으로 치료효과가 입증되지 않은 민간요법을 시도 하는 등 비정상적인 치료행태를 주위에서 어렵지않게 목격할 수 있다.

뿐만 아니라 말기 암 환자들이 여생을 가정에서 가족들과 함께 보내고자 할지라도, 말기 암 환자들에 적절한 보건의료 제도의 부족, 핵가족화와 여성의 사회진출로 인한 가정 내 간병 인력의 부족 등으로 어려움을 겪고 있다.

3. 죽음의 의료화

노인들은 결국 육체적으로 쇠퇴의 과정을 겪으며, 점차 무표정하게 되고 음식 섭취의 의지를 상실함으로써 결과적으로 죽음에 이르게 된다. 임종은 인간 삶의 전체에서 자연적으로 발생하는 마지막 사건이라는 사실을 누구도 부인할 수 없다. 그러나 죽음의 문제와 관련하여 가장 해결하기 어려운 점은 과거 자연적으로 받아지던 임종이 의료화되고 있는 점이다. 현대 의학은 생명유지 기술을 계속 시행하거나 중지하는 것이 가능하기 때문에 죽음의 속도와 형태를 조절할 수 있으며 죽음의 시각과 장소를 정확하게 결정할 수도 있다. 이렇게 죽음이 사회적이고 문화적인 중요성을 갖는 자연적인 과정으로부터 이젠 치료가 불가능하거나 부적절하게 치료된 질병의 종말로 변형되고 있다. 죽음은 의학적 진단과 관리의 한계를 상기시키는 의학의 적이 되고 있다. 임종과 죽음을 단순히 진단과 치료의 실패로 보는 견해는 우리 삶의 마지막 사건을 무의미한 종말로 격하시키고 있다.

미국의 경우, 이러한 죽음의 의료화로 인해 말기환자에게 지출되는 의료비용이 의료재정에 상당한 재정적 부담이 되고 있으므로, 죽음의 과정에 있는 환자에게 치료를 제공하는 것이 유익한가 하는 문제가 제기되기 시작하였다. 사망 전 일년 동안에 말기환자에게 지출되는 의료비용이 전체의료비의 10~12%에 그리고 메디케어 비용의 27%에 해당되고 있어 임종과 관련된 고비용의 문제가 심각한 재정적 부담이 되고 있고 있다.

과거나 현재, 동서양을 떠나서 가장 이상적인 임종장소는 가정이다. 그

러나 임종장소의 변화를 보면 미국의 경우 100년 전에는 병원에는 사망하는 경우가 거의 없었으며 50년 전에는 약 50%가, 최근에는 80%가 의료기관에서 사망하고 있어 이상과 현실의 괴리의 폭이 점점 커지고 있는 것을 알 수 있다. 임종장소가 병원으로 옮겨짐에 따라 삶의 마지막 순간에 들어선 환자에게 특수한 조치를 취하지 않으면 환자들이 방치되고 있다고 느끼게 할 수도 있다. 만약 집에서 죽음을 맞이했다면 사용하지 않았을 인공호흡기와 같은 최신의 의학기술들이 병원에서 삶의 마지막 순간에 많이 사용되고 있다. 이러한 현실을 반영하듯이 우리나라 병원 사망률은 1989년 12.8%에서 2002년 43.5%로 급격히 증가하였다. 또한 사망에 가까워질수록, 특히 사망 2개월 전부터 의료비 지출이 크게 급증하는 현상을 보이고 있다. 말기 암환자의 의료비 중 총 진료비의 64.4%가 3차 의료기관에서 발생하고 특히 총 입원 진료비의 79.4%가 3차 의료기관에서 발생하고 있다.

4. 죽음의 질 문제 제기

최근 임종의 과정에 대한 지식과 관심이 늘어나면서 임종의 과정에 있는 말기 환자에게 생명유지 장치는, 삶의 연장이 아니라 오히려 환자의 고통과 죽음을 연장할 뿐이며, 중환자실과 같이 고립된 공간에서 기계에 매달려 죽음을 맞이하는 것은 ‘죽음의 비인간화’라는 지적이 미국을 비롯한 선진국에서 제기되어 품위 있는 죽음에 대한 권리가 강조되고 있다. 또한 이것은 가족들에게도 정신적 고통과 경제적 부담만을 가중시킬 뿐이라는 주장이 설득력을 갖기 시작하였다. 그러나 대부분의 의사들은 임종환자를 돌보는 완화의료적인 기술이 부족하다. 더구나 대부분의 의사들은 임종환자를 보기 꺼려하고 있다. 특히 의료가 세분화되고 전문화됨으로써, 환자를 전혀 모르는 낯선 의사의 손에 임종환자의 치료가 맡겨지는 문제가 생길

수 있다. 뿐만 아니라 젊은 의사들은 임종환자 관리에 대한 교육과 훈련을 전혀 받지 못하고 있으며 개개인의 경험과 동료의 경험, 선배의 충고에 의지하여 환자의 죽음과 부딪치고 있다. 그러므로 과연 환자의 임종의 현장에 있는 의사들에 의해 환자의 죽음의 질, 즉 품위 있는 인간적 죽음이 보장될 수 있는지 의문이 제기되고 있다.

희망이 없는 환자를 위해 설사 행위가 아무런 이득을 가져오지 못하거나 오히려 해가 될 수 있다고 할지라도, 아무 것도 하지 않는 것보다는 무엇인가를 하는 것이 더 가치 있다는 생각으로 인해 죽어 가는 말기 환자의 임종 직전 상황에서도 검사와 치료를 계속하게 된다. 그러나 이러한 검사나 치료가 환자의 죽음의 고통을 연장하거나, 더 큰 고통을 유발하기 때문에, 삶의 마지막 순간을 인공적으로 유지함으로써 품위 있게 죽을 권리를 박탈하는 해로운 행위일 수 있기 때문에 중단하는 것이 옳을 것이다.

인간적 삶을 살 수 있도록 최선의 의학적인 치료를 다 하였음에도 불구하고, 죽음이 임박할 때 불확실하고 고통스럽게 생명을 연장해줄 뿐인 치료법을 거부할 수 있도록 해야 하지 않을까. 무의미한 치료를 중단한다는 것은 단지 무의미한 치료를 하지 않는다는 의미이지 죽도록 내버려두자는 의미는 아니다. 말기 환자에게 필요한 유익한 치료는 오히려 중단되지 않으며 환자의 남은 삶의 질 향상을 위해 최선을 다할 뿐만 아니라 인간 존엄성의 유지와 사랑의 나눔은 계속되어야 한다.

가톨릭의 빌로 추기경이 이에 대해 남긴 말은 음미할 만하다. “의사가 사람을 죽이는 것은 금지되어 있으며 동시에 의사에게는 죽음과 싸우기 위해 자기 의술의 모든 수단을 다 이용할 의무가 있다는 것은 생명의 신성성에 연유한다는 것이 강조되어야 하겠습니까. 그러나 그렇다고 해서 의사에게 과학의 끊임없는 창의적 활동에 의하여 주어지고 있는 생명유지 기술을 하나하나 모두 사용할 의무가 지워져 있다는 말은 아닙니다. 불치의 병에

걸려 마지막 단계에 처한 식물적 생명을 거듭 되살릴 의무가 부과된다면 그것은 많은 경우에 있어서 무의미한 하나의 고문이 아니겠습니까?”

II. 말기환자 관리의 윤리

1. 의료윤리 기본개념

말기 환자를 진료하는 의료 현장에서 연명치료에 대한 윤리적 판단을 위해서는 몇 가지 의료윤리의 기본적인 개념을 이해하고 익숙해질 필요가 있으며 이를 실제 적용할 수 있어야 한다. 가장 중요한 원칙으로 개인이 자기의 개인적인 운명에 영향을 미치는 선택을 스스로 할 수 있도록 허용되어야 한다는 ‘자율성 존중의 원칙’이다. 둘째, 의사는 환자와 신뢰 관계가 있기 때문에 정확한 정보를 제공해야 할 의무가 있다는 ‘정직의 원칙’으로 이것은 또한 개인이 의사결정을 하기 위해서 매우 중요하다. 셋째, 다른 사람을 위해 선을 행하여야 한다는, 의사는 환자에게 이로운 의료행위를 해야 한다는 ‘선행의 원칙’과 환자에게 악을 행해서는 안 된다는 ‘악행금지의 원칙’이 있다. 그러나 의료 행위에는 빈번히 제기되는 곤란한 상황 중의 하나는 계획한 행위가 두 가지 효과, 즉 하나는 좋고 다른 하나는 바람직하지 않는 나쁜 효과를 낳을 수 있기 때문에 문제를 해결하기 위해서는 선(이득)과 악(손해)을 평가하여야 하며 균형있는 판단이 중요하다. 이것이 바로 네 번째 원칙인 ‘이중효과의 원리’이다. 다섯째, ‘일상 치료(ordinary treatment)와 예외적인 치료(extraordinary treatment)의 구분’이다. 일상적인 치료란 환자에게 어느 정도의 이익을 가져다주거나 지나친 비용

이나 고통 혹은 다른 불편함 등을 야기시키지 않고 사용될 수도 있는 약이나 치료 및 수술 등을 말한다. 반면에 예외적인 치료는 환자나 그와 관련된 다른 사람에게 지나친 비용이나 고통 혹은 다른 불편함을 야기시키지 않고서는 얻어질 수도 사용될 수도 없거나, 아니면 사용된다 해도 기대한 바의 효과를 얻을 수 없는 약이나 치료 및 수술 등을 말한다. 그의 구분은 종교적, 법적 영향, 경제수준, 사회적 관습, 문화적 배경, 의료기술 정도 등에 따라 다를 수 있다. 마지막으로 환자의 자율성을 존중해야 하나 환자의 자율성 존중과 선(이득)이 충돌할 때, 환자의 선택을 존중하기보다는 환자의 선을 보호하기 위해 간섭할 의무가 있다는 ‘선의의 간섭주의’이다.

2. 임종이 임박한 상황에서의 무의미한 치료의 중단

말기 환자의 의미 있는 통증 관리 및 완화의료 제공에도 불구하고 죽음이 임박한 상황에 이를 경우, 의사는 환자가 품위 있고 인간적 죽음을 맞이할 수 있도록 준비해야 한다. 설사 행위가 아무런 이득을 가져오지 못하거나 오히려 해가 될 수 있다고 할지라도, 아무것도 하지 않는 것보다는 무엇인가를 하는 것이 더 가치 있다는 생각으로 인해 죽어 가는 말기 환자의 임종 직전 상황에서도 검사와 치료를 계속하는 경우가 있다. 그러나 이러한 검사나 치료가 환자의 죽음의 고통을 연장하거나, 더 큰 고통을 유발하기 때문에, 선행이라기보다는 삶의 마지막 순간을 인공적으로 유지함으로써 품위 있게 죽을 권리를 박탈할 수도 있다. 그러므로 이러한 검사와 치료가 말기 환자에게 유익하지 않고 오히려 해가 된다면 품위 있는 인간적 죽음을 지향하는 입장에서 오히려 중단하는 것이 바람직하지 않을까.

임종 환자에게 심폐소생술, 인공호흡기의 사용, 고 영양 주사액의 주사 등과 같은 특수치료가 이미 환자의 삶의 질의 개선, 특히 품위 있는 인간적

죽음에 아무런 의미가 없으며 해가 될 수 있기 때문에 죽음이 임박한 임종 상황에서는 시행되지 않아야 한다. 죽음이 임박한 상황에서 임종환자에게 인위적인 음식의 공급과 수액 주사는 기도 흡입, 수분 과부하, 호흡 곤란, 하지 부종, 기침, 분비물 증가 등으로 환자에게 오히려 해가 될 수 있기 때문에 중단되어야 하지 않을까.

말기 환자들의 마지막 여생을 편안하게 인도하는 호스피스 of 총체적 보살핌이 인도적이면서도 현명한 대안으로서 의료진, 환자와 그 가족들에 의해 널리 수용되고 있다. 호스피스는 일반적으로 의료기관의 입원보다는 가정 진료를 강조하고 있으며 말기환자 뿐만 아니라 전 가족의 정신적, 사회적, 영적 그리고 신체적 요구를 보살핀다. 최근 미국 호스피스 의사 212명을 대상으로 수행한 연구는 호스피스 의사들이 환자들의 생명유지 치료를 거부할 권리가 있다는 점을 인정하였다는 점을 밝혔다. 그러나 호스피스 의사들은 안락사나 의사조력 자살은 강하게 반대하였으며 연명치료 거부권과 안락사를 분명하게 구분짓고 있었다. 또한, 의사결정을 할 수 있는 말기환자가 요구할 때 어떠한 생명유지 치료가 철회될 수 있는지를 물었을 때, 호스피스 의사들은 인공호흡기, 투석, 항생제, 수액 및 영양공급 등의 차이를 거의 두지 않았다. 조사에 응한 호스피스 의사들 85%가 임종상태에 있는 환자들은 인위적인 수액 공급이 없는 상태가 더 편안해 한다고 생각했다. 수액요법 철회에 반대하는 의사들은 소수이기는 하나 이것이 고통스러운 죽음, 즉 갈증과 기아를 유발한다고 믿고 있다.

그러므로 말기환자 진료에서 이루어지는 모든 의학적 치료를 재평가할 필요가 있는데 외적 표준이 아닌 환자의 편안, 삶의 질 혹은 죽음의 질에 도움이 되는지를 기준으로 하여 판단되어야 한다. 환자 개개인에 대한 치료의 시도는 단순히 환자의 생명을 연장하는 것이 아니라 환자의 편안한 죽음을 이끄는지에 따라 고려되어야 한다. 실제로 말기환자들은 일반 의료

시설에서 집중적 치료를 받기보다는 통증관리와 같이 완화적 치료를 필요로 하고 있다. 지나친 검사와 치료가 죽어가는 환자의 죽음을 역전시킬 수 있는 것이 아니라 단지 그 순간을 잠시 연기시켜 오히려 환자에게 해를 가할 수도 있다는 사실을, 의사는 환자와 그 가족들에게 충분히 설명함으로써 그들의 의사결정에 따른 짐을 덜어줄 필요가 있다.

따라서 인간적 삶을 살 수 있도록 의학적인 치료를 다함에도 불구하고 죽음이 임박할 때 죽음의 시간만 뒤로 미룰뿐인 치료법을 거부할 수 있는 권리가 임종환자에게 부여되어야 하지 않을까. 무의미한 치료를 중단한다는 것은 단지 무의미한 치료를 하지 않는다는 의미이지 사실상 죽도록 내버려두려는 의미는 아니다. 임종 환자에게 필요한 의미있는 치료는 오히려 중단되지 않으며 인간 존엄성의 유지와 사랑의 나눔은 계속되어야 한다. 보호자가 없는 중환자실과 같이 여러 기계들과 선으로 꽂 채워진 환경보다는 임종자가 가족들과 삶의 마지막 순간을 공유할 수 있는 인간적 분위기에서 죽음을 맞이할 수 있도록 하는 인도주의적인 배려를 해야 한다.

당당하게 죽음을 맞이하는 것은 사랑하는 사람들 뿐만 아니라 낯선 사람들을 모두 하나로 묶을 수 있는 힘을 발휘하며 그 힘으로 그들의 삶에 커다란 변화를 가져옴으로써 그들과 후손들에게 남길 수 있는 가장 강력한 기억이 될 수 있다. 또한 환자가 느끼고 있는 죽음이나 빈민에 가족이나 의료진이 함께 참여하고 있다는 확실한 느낌을 환자에게 줄 수 있다면, 그의 삶의 마지막을 도와주는 힘이 된다.

의학적 판단에 따라 임종 상황에서의 무의미한 연명치료를 중단하거나 시행하지 않는 것이 바람직하다는 설명에도 불구하고 환자나 가족이 이에 동의하지 않을 경우, 의사는 개인의 판단보다는 다른 관련 집단의 자문 혹은 병원의료윤리 위원회 등 공정한 방법을 통해 해결하여야 한다. 임종 상황을 합리적으로 해결할 수 있는 능력을 함양하기 위해, 의과 대학의 교육

및 전공의 수련과정을 통해 어떠한 상황에서도 환자의 선을 추구하는 전문인으로서의 자세와 윤리적 판단력, 그리고 환자와 가족들에 대한 대화 기술을 습득하도록 교육하여야 한다.

Ⅲ. 해결해야 할 과제

말기환자의 적절한 관리가 의료현장에 올바르게 적용되고 사회가 수용할 수 있도록 하기 위해서는 지속적이면서도 체계적인 노력을 통해 다음과 같은 과제를 해결해야 할 것이다.

첫째, 우리 한국인 죽음관 및 임종의 이해에 근거한 임종 진료에 대한 지침이 시급히 만들어져야 한다. 외국인의 죽음관과는 다른 우리 한국인만의 독특한 죽음관이 있으며, 의료정보의 전달과정이나 의사 결정과정에서 가족을 중시하는 우리의 현실을 감안하여 합당한 임종 진료가 될 수 있도록 구체적인 방법과 절차에 관한 지침이 만들어져야 한다. 이러한 지침은 통일된 ‘사전 의료지시서’(Advance directive), 및 ‘심폐소생술 금지 요청서’의 마련, 의사결정 대리인 결정 절차, 병원의료윤리 위원회의 활용 등의 연명치료의 중단과 관련된 구체적인 의사결정 과정에 대한 제시가 포함되어야 한다. 또한 단순히 연명치료의 중단과 관련된 의사결정과정 뿐만 아니라, 임종 환자의 고통 감소를 통한 삶의 질 향상과 함께, 인생을 정리함으로써 유종의 미를 거둘 수 있는 인간적 배려와 노력에 대한 내용이 지침에 포함되어야 할 것이다. 환자가 느끼고 있는 죽음이나 번민에 가족이나 의료진이 함께 참여하고 있다는 확실한 느낌을 환자에게 줄 수 있다면, 마

음의 평정과 존엄성의 유지, 죽어 가는 환자와 인간관계를 조성하는 것은 그의 삶의 마지막을 도와주는 큰 힘이 될 뿐만 아니라, 가족이나 의료진, 낯선 사람들을 모두 하나로 묶을 수 있는 힘을 발휘한다. 그 힘으로 그들의 삶에 커다란 변화를 가져올 수 있기 때문에 이러한 지침은 환자나 가족, 그리고 의료인 모두에게 중요하다.

둘째, 품위 있는 인간적 죽음을 위한 임종환자의 연명치료 중단에 대한 사회적 공감대가 형성되도록 해야 한다. 무의미한 연명 치료의 중단이 수동적 안락사로 인식되어서는 안 된다. 죽음이 임박하였다는 의학적 판단이 이루어졌을 때, 무의미한 연명치료는 오히려 환자의 고통스러운 죽음을 연장시킬 뿐이다. 무의미한 연명치료의 중단은 죽음에 이르도록 환자를 방치하는 것이 아니라 품위 있는 인간적 죽음을 위한 포괄적-신체적·정서적·사회적·영적-배려와 인간적 나눔은 오히려 지속되며 강화된다. 그러므로 무의미한 연명치료의 중단을 논하기 전에 먼저 이러한 케어가 제공될 수 있는 의료적·사회적 여건이 성숙되도록 의료계가 나서서 힘을 모아야 할 것이다. 먼저 임상 현장에서 임종 환자의 관리 결정을 의사 개개인의 가치관과 판단에만 맡길 것이 아니라 의과대학이나 전공의 수련과정에서 의사소통 및 임종환자 관리에 관한 교육이 체계적으로 이루어져야 한다. 뿐만 아니라 의료계의 일방적인 선언이 아니라, 일반 국민들이 임종 과정을 이해하고 무의미한 연명치료의 중단을 수용할 수 있도록 정보를 공유하고 여건을 성숙시켜 나감으로써 임종 환자의 무의미한 연명치료 중단에 대한 사회적 공감대가 형성되도록 하여야 한다.

셋째, 임종 환자의 삶의 질 향상을 위한 제도적 장치가 마련되어야 한다. 세계보건기구 및 선진국들은 호스피스·완화의료를 맡기 암 환자의 삶의 질 향상을 위한 가장 이상적인 대안으로 제시하고 있으며 미국, 영국, 호주, 일본 등은 이미 호스피스·완화의료가 제도적으로 정착되어 호스피스

수가, 국가적인 관리체계, 호스피스 서비스와 인력에 대한 표준화가 되어 있다. 우리나라에서는 인간존중과 삶의 질 향상이라는 호스피스의 철학적 배경에도 불구하고, 아직까지 국민들에게 꼭 필요한 제도라고 인식되고 있지 못하다. 의료정책 입안자들에게는 의료비의 재정적 부담을 줄일 수 있는 대안보다는 오히려 재정적 부담을 가저올 것으로 인식되어 의료제도 내에 정착되어 있지 못하고 있다. 임종환자의 삶의 질 향상을 위한 관리를 위해서는 호스피스·완화의료에 대한 사회적 공감대가 형성되고 우리 현실에 적합한 표준화 모델을 개발하여 제도적으로 정착할 필요가 있다. 이를 통해 국민들에게 호스피스·완화의료가 임종환자의 연명치료 중단의 대안으로 선택될 수 있어야 한다.

마지막으로, 임종환자의 연명치료 중단에 대한 법적 뒷받침이 되어야 한다. 우리 현실에 적합한 임종환자의 연명치료 중단을 포함한 임종환자 관리지침의 개발, 품위 있는 인간적 죽음을 위한 임종환자의 연명치료 중단에 대한 사회적 공감대의 형성, 그리고 말기 환자의 삶의 질 향상을 도모하기 위한 제도적 장치가 마련된 다음에는 이를 선택할 수 있고 제도적인 절차가 있으며 이를 법적으로 보장할 수 있는 근거가 마련되어야 한다. 우리 의료 현실에 적합한 말기환자의 적정 진료를 보장하고, 사전의사결정제도(Advanced directives), 호스피스법(Hospice Act), 자연사법(Natural Death Act) 등과 같이 기존 의료체계내의 진료와 호스피스·완화의료중 환자가 서비스를 선택할 수 있는 권리를 보장하는 제도의 마련이 필요하다. 이러한 법적 뒷받침은 비윤리적인 안락사, 의사보조자살을 합법화하는 것이 아니면서도 생전유언(Living Will)과 같이 환자의 자율성을 존중하고 품위 있는 죽음을 보장할 수 있는 방향으로 이루어져야 할 것이다. 환자들이 임종상황에서 품위 있는 죽음을 맞이할 수 있도록 하기 위해서는 말기 환자들의 신체적·정신적·사회적 고통을 해결하고 품위 있는 죽음을 맞

이할 수 있는 임종 관리에 대한 사회적 합의가 뒷받침되어야 한다.

〈參考文獻〉

이동익 『생명의 관리자 : 인간의 죽음과 의료집착』 서울 :

가톨릭대학교 출판부, 1994 : (pp.361-369)

대한의학회 『2001년 임상의학 심포지엄- 안락사 · 존엄사에 대한 의학적 접근』

윤영호 「무익한 치료중단 관련 논란(상)」 2001년 6월 7일(p.21)

윤영호 「무익한 치료중단 관련 논란(하)」 2001년 6월 11일(p.23)

허대석 「무의미한 치료의 중단」 대한의사협회지 2001 ; 44 : 956-962.

대한의사협회 「의사윤리지침」 2001년 4월 19일.

윤영호 「임종환자의 연명치료중단에 관한 대한의학회 의료윤리지침 작성의 배경」

지재근 「임종환자의 연명치료중단에 관한 대한의학회 의료윤리지침 제 1보」

대한의학회 2002.

Berger A, Portenoy eds. *Principle and practice of supportive oncology*.

Lippincott-Raven Publishers, New York, 1998.

McCue JD. *Naturalness of dying*. JAMA 1995 ; 273 : 1039-1043. Council on

Ethical and Judicial Affairs, AMA. Medical futility in end of life

care :Report of the Council on Ethical and Judicial Affairs, JAMA

1999 ; 281 : 937-941.

Rakel RE, Storey P. *Care of the dying patient*. In : Rakel RE editor. Textbook

of family practice. 4th ed. Philadelphia : W.B.Saunders Company,

1990 : 181-197.

Davison GW. *The Hospice-development and administration*. 2nd Ed. 1985.

Barnard D. *Withholding and withdrawing treatment- the doctor-patient*

relationship and the changing goals of care. In : Berger A, Portenoy

RK, Weissman DE, Editor. *Principles and practice of supportive oncology*. New York: Lipincott-Raven press, 1998 : 809-17.

Herth K. *Fostering hope in terminally ill people*. J Adv Nurs 1990 ; 15 : 1250.

Oratz R. Commentary. In : Cohen CB, ed. *Casebook on the termination of life-sustaining treatment and the care of the dying*. Bloomington: Indiana University Press, 1988 : 77.

Brescia FJ. *Specialized care of the terminally ill*. In : Devita VT, Hellman S, Rosenberg SA editor. *Cancer-principles & practice of oncology* 4th ed. Philadelphia: J.B.Lippincott Company, 1993 : 2501-2513.

Doyle D, Hanks G, McDonald. *Oxford textbook of palliative medicine*.
Oxford : Oxford university press 1993 : 1-8.

Beauchamp TL, Walters L eds. *Contemporary issues in bioethics*.
Belmont : Wadsworth publishing company 1978.

Levine C ed. *Taking sides: clashing views on controversial Bioethical issues*. Dushkin : McGraw-Hill 1997.

4. 소극적 안락사에 대한 간호사의 입장

안 성 희

(가톨릭대학교 간호대 교수)

소극적 안락사에 대한 간호사의 입장

1. 소극적 안락사에 동참할 것인가

의학과 생명공학이 발달하면서 인간이 살아가는 환경이 급속도로 변화되어가고 있고, 인간생명에 대한 의학과 생명공학의 관여(간섭)범위는 생명의 시작부터 종료되는 순간에까지 이르고 있다. 치료 및 생명유지 장치 등의 첨단기술의 발달로 인하여 과거에는 사망했을 수도 있는 경우에도 생명유지의 기간은 길어지게 되었다. 이러한 이유로 치료 및 회복이 불가능한 환자가 무의미해 보이는 치료를 계속적으로 받게 되고 이로 인해서 환자나 보호자의 입장에서는 빨리 고통에서 벗어나려는 바람을 갖게 되는 상황 즉, 안락사를 요구하게 되는 지경에 이를 수 있다. 최근 죽음의 정의를 뇌사로 할 것인가 심폐사로 할 것인가의 논란과 함께 안락사를 정당화하기 위한 방편으로 환자의 삶의 질 및 환자의 권리, 자율성 등이 강조되는 가운데 찬반 논쟁의 대상이 되고 있다.

안락사는 회복될 수 없거나 불치병으로 고통을 받고 있는 환자를 고통에서 벗어나게 하기 위하여 환자의 죽음을 유발시키거나 허용하는 행위로 정의할 수 있다.¹⁾ 안락사는 당사자의 의사(意思), 시행자의 시행방법, 및 윤리적인 관점에 따라 분류된다. 당사자의 의사에 따라 자의적 안락사(voluntary euthanasia), 비자의적 안락사(nonvoluntary euthanasia),

반자의적 안락사(involuntary euthanasia)로 구분된다. 시행자의 행위방법에 따라 소극적 안락사(passive euthanasia), 간접적 안락사(indirective euthanasia), 적극적 안락사(active euthanasia)로 구분된다. 생존의 윤리성에 따라 자비적 안락사(beneficient euthanasia), 존엄적 안락사(euthanasia with dignity), 도태적 안락사(selective euthanasia)로 분류한다.²⁾

이러한 안락사 중에서 소극적 안락사는 생명유지에 필요한 치료를 제공하지 않음으로써 생명을 끝내느냐, 어떤 적극적인 행위로 생명을 끝내느냐에 따라 적극적 안락사와 차이를 보이지만, 모든 경우에 있어서 그 구분을 명확히 할 수 있는 것은 아니다. 왜냐하면 안락사의 내용과 수단을 윤리적으로 구분하는 것이 옳은지에 대한 논쟁이 나타나면서 모든 형태의 안락사는 그 내용은 같으며, 단지 수단이 다르다는 이유만으로는 소극적 안락사를 받아들일 수 없다는 견해도 있기 때문이다.³⁾ 그러나 다수의 사람들이 적극적 안락사에 대해서는 부정적인 태도를 취하고 있으나, 소극적인 안락사에 대해서는 긍정적으로 받아들이는 경향이 확산되어 있어 그에 대한 인정여부, 인정범위 등이 논란의 대상이 되기에 이르렀다. 우리나라의 의료정서에도 소생가능성이 없는 환자 본인이나 가족이 퇴원을 요청하면 묵시적 동의에 의해 이에 응하는 방식(hopeless discharge)으로 사실상의 소극적 안락사가 관행적으로 시행되어왔음은 주지의 사실이다.⁴⁾

2001년에 대한의사협회가 의사윤리지침에 회복 불가능한 환자에 대해 환자나 가족이 요청할 경우 연명치료를 중단하는 것이 윤리에 어긋나지 않는다고 하여 소극적인 안락사를 인정하는 내용을 발표하여 논란이 있었다. 이러한 움직임은 1998년 보라매병원에서 있었던 일련의 사건 이후에 일어난 움직임으로 이해할 수 있다.

이러한 의료상황에서 의사와 간호사는 역시 소생 불가능한 환자를 적극

적으로 치료하는 경우, 연명 치료를 중단하게 되는 경우와 같은 상반되는 상황에 종종 직면하게 된다. 간호사가 소생 불가능하다고 보는 환자의 치료에 동참할 때, 환자, 보호자 혹은 의료진이 어떤 이유로든지 연명치료를 중단하려고 한다면 간호사는 어떻게 해야 하는가? 간호사들은 죽어가는 환자를 간호할 때, 환자와 보호자가 소극적 안락사를 선택하게 되는 경우 어떻게 해야 하는가? 아니면 마지막까지 연명을 위한 돌봄의 행위를 제공해야 하는지 윤리적 딜레마를 경험하게 되고, 이에 대한 의사와 간호사의 입장은 개인에 따라 달라질 수 있다. 따라서 소생 불가능한 환자의 소극적 안락사에 대한 의사와 간호사의 입장에 대한 검토가 이루어져야 하겠다. 이에 본 고에서는 첫째 간호사들은 물론 의사, 의료소비자들이 소극적 안락사에 대해 어떻게 인식하고 있는가를 고찰하고, 둘째 간호사가 임상 실무를 통하여 경험한 실제사례를 들어 논의해봄으로써, 이를 바탕으로 하여 간호사의 입장을 어떻게 세워야 하는가에 대한 문제를 제기 해보고자 한다.

2. 소극적 안락사에 대한 인식 및 태도

소극적 안락사에 관련된 문제가 연구 및 문헌을 통해 다양한 측면에서 계속적으로 논란이 이루어지는 것은 의료인은 물론 일반 소비자들의 삶에서 간과할 수 없는 시급하고 중요한 과제로 인식되기 때문인 것으로 생각된다. 이에 대한 문제는 간호사와 환자 및 의료인이 함께 겪고 생각하고 논의할 과제이므로, 간호사, 의사는 물론 일반 의료소비자들이 소극적 안락사에 대해 어떻게 생각하고 있고, 실제 상황에 직면하게 되면 어떠한 태도를 취하는지를 문헌을 통해 간략하게 알아보고자 한다.

가. 의사

의사 117명을 대상으로 소극적 안락사의 태도를 조사한 연구결과에서, 대상자의 59%가 소극적 안락사는 인공호흡기를 제거하는 것이라고 하였고, 65%가 소극적 안락사는 심폐소생술을 시행하지 않는 것이라고 하였다. 소극적 안락사의 정의가 제시된 상태에서 응답했는지는 알 수 없지만, 단순히 소극적 안락사가 윤리적으로 정당하다고 한 경우가 57%였으며, 소극적 안락사만 필요하다고 한 경우가 42%, 적극적 안락사가 필요하다고 한 경우도 34%였다.⁵⁾

또한, 회복가능성이 전혀 없는 말기환자의 경우에는 연명을 위한 생명유지 장치의 사용이 필요하지 않다고 한 경우가 56.9%이며, 환자의 상태로 보아 죽음이 임박했는데도 환자의 가족이 적극적인 치료를 요구할 때는 환자가족이 원하는 대로 한다고 한 의사가 52.3%였다. 말기환자에게 죽음을 촉진하기 위한 행위는 하지 않으나 적극적인 치료를 중단한다는 소극적 안락사에 대한 찬성이 50%, 반대가 49%를 보인 연구결과도 있다.⁶⁾ 이러한 연구결과로 볼 때, 회복이 불가능한 환자 치료에 대한 의사들의 태도는 죽음이 임박한 말기환자에게도 적극적인 치료를 하는 것, 단지 연명을 위한 생명유지 장치의 사용이 불필요하다는 것, 소극적 안락사는 정당하다는 점, 적극적인 안락사도 필요하다는 등으로 다양하게 나타난 것을 알 수 있다.

나. 간호사

최근 대한간호협회는 한국간호사윤리강령 개정 및 간호윤리 지침 제정을 위한 기초자료 수집을 목적으로 회원간호사 2,543명을 대상으로 하여 근무현장에서 직면하는 간호윤리문제의 경험정도, 중요성에 대한 인식정도 및 각 윤리문제에 대한 윤리지침 요구정도를 조사하였다. 그 결과 안락사와 관련된 문제에 대한 경험정도는 3점 만점에 0.98로 낮은 정도였으나,

중요성의 인식정도는 2.44점으로 안락사에 대해서 민감하게 인식하고 있음을 미루어 알 수 있다. 또한 안락사와 관련된 문제에 대한 윤리지침 요구정도도 2.63으로 근무현장에서 참고가 될 수 있는 지침의 부재로 어려움을 느끼는 것으로 이해할 수 있다.⁷⁾

위의 프로젝트와 연결해서 대한간호협회는 2005년도의 사업계획의 하나로 간호윤리지침의 제정을 계획하고 있다. 이러한 시점에서 소극적 안락사에 대한 간호사의 입장에 대해서 논란의 과정을 거친다는 것은 참으로 시의 적절한 것으로 생각된다. 간호사들은 의사보다 더 빈번하게 임종말기에 있는 환자와 그의 가족으로부터 직접 안락사의 요청을 받게 되는데, 이는 의사보다 간호사가 환자 및 가족과 더 많은 상호작용을 갖기 때문으로 볼 수 있다.⁸⁾

간호사를 대상으로 하여 소극적 안락사를 주제로 한 연구는 그리 많지 않다. 시행된 연구에서 그 대상을 일부 간호사로 하였으므로, 연구 결과를 전체 간호사의 것으로 확대하여 이해하기에는 제한점을 갖고 있음에도, 이를 전제로 하여 논의하고자 한다. 일부 간호사들을 대상으로 시행된 연구에서 간호사들의 절반정도에서 생명유지 기구를 제거한 경험이 있었다고 하였다. 이는 임상현장에서 실제로 소극적 안락사를 시행한 것으로 볼 수 있다. 소극적 안락사의 결정은 환자 또는 가족이 해야 하고, 법적으로 허용되어야 한다는 데에 비중을 두었다. 또한 소극적 안락사에 대한 결정을 지지할 때 우선 대상자의 죽음에 대한 선택의 권리와 삶의 질을 고려하였고, 생명존중과 생명윤리 측면에서는 그 결정에 대해 심사숙고하는 경향을 나타냈다.⁹⁾ 다시 말하면 간호사들은 대상자의 자율성과 삶의 질을 고려하여 소극적 안락사를 지지하게 되는 반면에 생명존중과 생명윤리 차원에서 생각하게 될 때는 과연 긍정적으로 이를 인정해야하는가에 대해서 윤리적으로 딜레마를 느끼게 됨을 미루어 알 수 있다. 이는 소극적 안락사에 대한

결정이 용이하지도 단순하지도 않은 과제임을 대변해준다.

따라서 간호사는 소극적 안락사가 이루어지는 상황에서 환자의 대변자, 옹호자로서의 역할 수행을 위해 실제적 상황, 환자의 가치체계, 가족의 바람 및 법률적 고려를 통해 전문적이고 법률적인 책임을 수용하는 다면적인 대응해야 하고¹⁰⁾ 또한 생명윤리의 차원에서도 적극적으로 검토하는 자세가 필요하다고 본다

다. 의료 소비자

일반 의료 소비자들은 보라매 병원 사건으로 인해 안락사에 대한 관심을 기울이기 시작하였고, 2000년부터 장기이식을 전제로 한 뇌사가 법적으로 인정되면서 이러한 관심이 더욱 증가되었다.

일반인 413명을 대상으로 안락사에 대한 인식도를 조사한 연구결과에서 안락사의 법제화 필요성 여부를 묻는 질문에 대해서 응답자의 73.6%가 찬성하였고, 적극적 안락사를 허용한다는 응답자가 37.8%, 소극적 안락사를 허용한다는 응답자가 56.6%였다. 안락사의 대상이 본인이 되는 경우에는 소극적 안락사에 대해 경제력이 낮을수록 더 많이 허용하는 경향을 보였다. 안락사를 찬성하는 이유로는 “통증 때문에, 삶의 의미 상실 때문에, 가족들에게 미안하다” 순으로 나타났고, 반대하는 이유는 “생명은 존엄하고 귀한 것이기 때문에, 비도덕적이기 때문에, 기적을 믿음으로, 종교적으로 옳지 않으므로, 불법이기 때문”의 순으로 나타났다.¹¹⁾

이러한 연구결과 대다수의 일반인들이 안락사에 대한 법제정이 필요하다고 하였고, 연령과 교육정도, 경제력에 따라 안락사 결정 및 시행 여부에 영향을 주는 것으로 볼 수 있다.

대도시지역 의료소비자 400명을 대상으로 안락사에 대한 지식 및 태도를 알아보는 연구에서, 안락사에 대한 기본적 입장은 찬성이 83.1%에 달하

였다. 유형별로 응답한 것을 보면, 환자의 자발적 의사에 의한 가망 없는 퇴원에 찬성하는 경우가 86.9%, 의식 없는 환자 보호자의 의사에 의한 가망 없는 퇴원 77.4%, 환자의 자발적 의사에 의한 소극적 안락사가 83.6%, 의식 없는 환자 보호자의 의사에 의한 소극적 안락사 68.7%로 나타났다. 이는 보호자의 입장에서는 환자의 의사를 중시하려는 경향이 있으면서 동시에 끝까지 치료하려는 의지가 강함을 알 수 있다. 응답자 본인이 말기환자라고 가정할 때 퇴원 등 치료중지를 선택한다고 한 응답자가 39.3%, 안락사를 선택한다는 응답자가 37.8%로, 가망성이 없는 경우에 연명치료의 중단을 선택하려는 경향이 있었다.¹²⁾

3. 소극적 안락사에 대한 간호사의 입장 설정 및 제언

적극적 안락사는 어떠한 이유로든 허용되어서는 안 되지만 소극적 안락사에 대해서는 기본적인 치료가 지속되는 가운데 신중하게 생각하고 처리되어 허용될 수 있다고 보는 견해가 있다.¹³⁾ 여기에서 소극적 안락사에 해당하는 인간의 조건을 어떤 기준으로 판단할 것이며, 기본적인 치료의 한계를 어떻게 정할 것인가? 기본적인 치료에 기본적인 간호를 제외시킬 것인가? 아니면 포함시킬 것인가? 앞의 사례를 바탕으로 하여 간호사의 입장을 가정해 보도록 하자.

첫째, 말기환자와 가족 등의 의료소비자는 매우 심각한 육체적, 정신적, 경제적 고통을 겪게 되며 예측할 수 없는 상황에 직면하게 되어 많은 어려움을 겪게 된다. 그러나 현재의 의료전달체계 내에서 임종을 앞둔 대부분의 말기환자들은 통증 등 여러 증상에 대한 적당한 의료서비스를 제공받을 수 없는 경우에 처하게 된다. 단지 가정으로 퇴원하든지 중환자실이나 처

치실에서 인간으로서의 존엄을 지키지 못하면서 임종을 맞게 되는 경우가 허다하다. 따라서 생물학적으로 죽음을 목전에 두고 있다는 확고한 증거가 있는 경우, 환자의 생명을 연장시켜주는 특수 수단을 사용하지 않는 것이 환자의 죽음을 의도한다고 볼 수 없을 때에 소극적 안락사는 허용될 수 있다는 입장에 심정적으로 동의하게 된다.

앞의 사례에서 응급실에서 임종이 임박한 말기환자에게 CPR을 시행하게 되는 경우, 간호사의 입장에서 어떻게 해야 하는가? 환자의 옹호자, 지지자, 대변자로서 환자의 행복한 마지막 순간을 지켜주기 위해서 어떻게 해야 하는가? 간호사는 무엇에 가치기준을 두고, 실제상황에서 환자를 위해 무엇을 하며, 어떤 간호사가 되어야 하는지를 중요한 과제로 검토해야 되지 않겠는가? 그러나 대부분의 임상현장은 물론 응급상황에서 환자의 치료에 대한 의사결정은 의사가 내리고, 마지막 순간의 결정은 보호자와 함께 하게 되므로, 간호사는 그 결정에 따른 결과를 지켜보게 되는 경우가 많다. 이러한 상황의 바람직한 변화를 위해서 제안하는 것은 위의 사례와 같은 상황에 처하게 될 때를 대비해서 윤리적, 법적으로 인정되어 활용될 수 있는 말기환자 치료 및 간호 지침이 필요하다는 것이다.

둘째, 간호사가 말기환자에게 통상적인 치료 및 간호를 보류 혹은 중단해야 하는 경우가 있다. 특히 환자에게 필요한 기본적인 돌봄이라고 할 수 있는 영양공급이 환자에게는 더없이 받아들이기 어려운 고통으로 다가오는 경우에, 간호사는 어떻게 대처해야 하는가의 문제가 제기된다. 이러한 경우에도 환자의 인간적 조건을 고려하여 연명을 위한 돌봄마저도 보류 혹은 중단할 수 있겠는가? 논란의 여지가 있는 이러한 문제들을 윤리위원회 등을 통하여 논의 내지는 검토해볼 필요가 있다.

앞에서 기술한 내용과 사례의 분석을 통해서 소극적 안락사와 관련해 다

음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 소극적 안락사에 대한 용어선택, 개념 및 판단기준을 합의하여 설정하는 작업이 이루어져야 하겠다. 소극적 안락사의 용어와 개념이 모호하여 각 분야에서 다르게 이해되고 있다. 예를 들면, 가톨릭에서는 적극적 안락사는 단호하게 반대하지만 소극적 안락사로 구분되는 경우에는 그 용어 사용이 적절하지는 않지만, 품위있는 죽음을 맞이하고자 하는 인간적 권리의 존중과 존엄사라는 측면에서, 또한 인간적 품위를 지니는 죽음이라는 측면에서 ‘소극적 안락사’라는 용어는 피하면서 허용하고 있다.¹⁴⁾ 또한, 대한의사협회가 의사윤리지침에서 회생 불가능한 환자에 대해 무용한 치료의 철회를 허용한다고 선언하였는데, 여기에 소극적 안락사라고 이름을 붙임으로써 의사윤리지침이 안락사를 요구한다는 오해를 불러 일으켰다. 이러한 이유로 임종의 결정은 치료중단, 생명 보조장치 철회, 의사조력자살, 직접적 안락사 등 네 단계로 분류하는 것이 타당하다¹⁵⁾는 견해도 제시된 바가 있어서 용어에 대한 합의가 필요하다고 본다.

둘째, 병원 및 지역사회의 학제간적인 전문가로 구성된 윤리위원회를 통하여 임상현장에서 발생하는 연명치료 및 간호에 대한 윤리적, 사회적, 법적인 문제들의 합의과정과 연구가 필요하다.

셋째, 간호사의 윤리적 민감성을 강조하는 것은 아무리해도 부족함이 없다. 윤리적 민감성의 특성은 철학적 개념적인 동시에 사회적, 정치적이기도 하므로, 간호사들이 실제상황에서 윤리적이고 책임감 있는 의사결정을 하는데 도움이 될 수 있다¹⁶⁾ 따라서 윤리적 의사결정 과정에서 윤리적 사고를 하기 위한 윤리적 민감성의 중요성에 대한 교육이 요구된다.

4. 말기환자 간호지침 재정되어야

소극적 안락사에 대한 간호사의 입장을 설정하는 것은 그리 단순하지가 않다. 여러차례 조사한 결과 의료인과 의료 소비자 대다수가 소극적 안락사를 찬성하고 있지만, 과연 안락사에 대한 정확하고 동일한 개념에 의해 받아들였는지가 명확하지 않다. 간호사가 의료현장에서 접하는 실제 사례에서 바람직한 입장을 세우기 위해서는 다면적이고 신중한 논의가 필요하다. 따라서 말기환자 치료에 관련된 용어 및 개념에 대한 학제간적인 합의가 이루어지고, 이를 기본으로 하여 말기환자 간호지침이 재정되어야 한다.

- 1) 임종식 (1999) 『생명의 시작과 끝』 도서출판 로렐나무, p299
- 2) 김중호(2003) 『의학윤리란 무엇인가?』 바오로딸 출판사, p118
- 3) N 포션, 김일순(1989) 『의료윤리 강의』 연세대학교 의과대학
- 4) 구영모(2004), 「안락사를 어떻게 볼 것인가」, 『생명의료윤리』, 동녘선서 96, p 50
손명세, 김상득, 김소운 (2000), 「안락사 기준에 관한 국제 비교 연구」, 의료.윤리.교육 3(1), 113-134
- 5) 남미영, 이수찬, 서영성, 김대현, 신동학 (1995). 「소극적 안락사에 대한 의료인의 태도」, 『가정의학회지』 16(12), 874-879
- 6) 최운선, 김장욱, 신승욱, 이영미, 이태호, 홍명호 (1998). 「말기환자관리에 대한 의사들의 태도」, 『호스피스 논집』 제 3권, 25-32
- 7) 안성희, 김용순, 조갑출, 엄영란, 이순행 (2003). 「간호사가 경험한 간호윤리문제 및 윤리지침요구도」, 대한간호협회. 본 논문은 대한간호협회 .법제위원회 윤리소위원회에서 진행한 연구프로젝트에 대한 보고서임.
- 8) 한정석 (1988) 「간호윤리 측면에서의 안락사」, 「간호전문직 : 발전과 전망」, 대한간호협회 출판부, pp35-356
- 9) 김애정 (2002) 「간호사의 소극적 안락사에 대한 태도조사」, 『기본간호학회지』 9(1) 76-85.
- 10) 오상은 (1997) 「간호전문직에 있어서 윤리적 쟁점」, 『간호과학』 논집 2(1), 전남대학교 출판부
- 11) 김선현, 이혜리(2003), 「안락사에 대한 일반인들의 인식도」, 『한국호스피스·완화의료학회지』 6(2), 133-143.
- 12) 김난도, 이운성, 백대일 (2002), 「대도시지역 의료소비자의 권리와 의무에 대한 지식과 태도 연구:안락사를 중심으로」, 『한국의료법학회지』 10(1), pp97-121
- 13) 김중호, 「안락사」, p160, 한성숙 외 8인 (2004). 간호윤리학 2판
- 14) 이동익, 같은책, p246
- 15) 홍영선, 이경식 (2001). 「『의사윤리지침』 중 불필요한 치료중단에 대한 견해」, 한국호스피스.완화의료학회지 4(1), p 1-3
- 16) Jaeger, S M (2001), *Teaching health care ethics : the importance of moral sensitivity for moral reasoning*, Nursing philosophy, 2, pp131-142



2부

소극적 안락사의 대안 모색

1. 소극적 안락사의 3가지 대안 | 오진탁 (한림대 생사학 연구소 소장) _ 77
2. 존엄사의 법률적 검토 | 이인영 (한림대 법학부 교수) _ 107
3. 소극적 안락사의 대안, 호스피스 | 정극규 (모현 완화의료센터 진료원장) _ 147

1. 소극적 안락사의 3가지 대안

오진탁

(한림대 철학과 교수, 생사학 연구소 소장)

소극적 안락사의 3가지 대안

죽음문화가 없는 사회는 불행하다

의학과 의료기기가 발달하면서 확실히 예전보다는 더 많은 생명이 구제를 받고 환자의 고통도 크게 줄어든 것이 사실이다. 하지만 그와 동시에 죽어가는 환자, 가족 그리고 의료진은 더 많은 윤리적 딜레마에 직면하게 되었다. 예를 들면, 죽어가는 환자의 생명연장을 위해서 생명유지 장치의 도움을 받아야 할까, 연명치료 장치를 제거해야 할까. 또는 길고도 고통스런 죽음을 선고받은 이에게 생명을 이어가도록 용기를 북돋워야 할까, 아니면 스스로 죽음을 선택하도록 곁에서 도와주어야 할까. 죽어가는 사람이 겪는 극심한 고통을 막기 위해서 의사는 과연 어떤 결정을 내려야 할까.

얼마 전만 해도 사람들은 대부분 집에서 죽음을 맞이하였다. 그러나 이젠 병원에서 마지막 순간을 맞이하는 사람이 대부분이다. 죽어가는 사람의 생명을 무의미한 연명치료로 연장시킨다는 것은, 생각해보면 참으로 기이한 일이다. 현대 의학의 눈부신 발전은 이처럼 개인의 생명을 필요 이상으로 연장시킬 수 있는 기술을 확보하였다. 그 결과 생명의 불필요한 연장보다는 인간적이고 존귀한 죽음을 택하려는 사람의 경우, 의료와 법이 충돌하는 등 복잡한 갈등이 빚어지고 있다.

티베트에서는 죽어가는 사람을 위해 기도하고 그를 영적으로 돌보는 일이 아주 자연스럽게 이루어진다. 다른 사회에서는 임종자를 위해 주변 사

람이 갖는 유일한 관심이란 그의 장례식에 참석하는 것뿐인지도 모른다. 말기환자는 병실을 찾는 문병객도 갈수록 줄어 결국은 외로움과 두려움에 탈진한 상태에서 죽게 된다. 하지만 우리 사회에서 죽은 뒤 찾아오는 문병객 숫자는 살아생전의 문병객 보다 훨씬 많다. 이 얼마나 모순된 현상인가.

죽어가는 사람을 돕는 일은 쓰러진 사람을 향해 손을 뻗어주는 일과도 같다. 죽음은 너무나도 예민하고 극적인 순간이다. 이때에 우리가 죽어가는 당사자에게 어떤 자세로 임하느냐는 매우 중요한 문제이다. 우리 삶에서 가장 중요한 시점, 가장 상처받기 쉬운 순간, 삶으로부터 떠나는 마지막 순간, 이런 순간에 대개의 사람들은 아무런 보살핌이나 아무런 통찰도 제공받지 못한 채 차가운 병실 한 쪽에 내팽개쳐진다. 너무나 비극적이고 치욕적인 상황이 아닐 수 없다.

죽어가는 사람에 대한 육체적 도움이나 치료 외에, 영적인 보살핌에 대한 관심은 전혀 없는 것이 우리 사회 초라한 죽음문화의 현주소이다. 아무런 영적인 도움도 없이 극심한 압박감과 미몽 속에 외로움에 지쳐 죽는 사람들의 모습을 우리는 수도 없이 접한다. 마음의 평화를 유지하는 죽음이나 적어도 이런 죽음을 성취하기 위한 아무런 노력도 없이, 세속적 성공만을 지향하는 우리 사회의 허세는 공허할 뿐이다.

또한 환자의 죽음을 가장 가까이에서 지켜보는 의료인들이 죽음에 대해, 그리고 죽어가는 이를 돌보는 방식에 대해 얼마나 진지하게 관심을 쏟고 있는지도 꼭 생각해볼 과제이다. 얼마 전 대학병원 응급실과 중환자실에서 오랫동안 근무한 간호사가 필자의 연구실을 방문한 일이 있다. 그는 의사나 간호사가 죽음을 맞이하는 임종환자를 위해 아무런 준비 없이, 마지막 순간까지도 환자를 차가운 병실 한 구석에 방치해두고 있는데 과연 이런 방식으로 죽어가도록 내버려두어도 되는 건지 현재의 상황이 너무나 안타깝다고 말했다.

한 생명이 죽음을 맞는 것은 결코 가벼이 대할 수 없는 일이다. 삶을 마감하는 마지막 순간에 그가 어떻게 죽음을 맞이하는가는 그의 삶과도 관계되는 일이다. 그런 생명을 두고, 연명치료를 계속할 것인가 말 것인가에만 관심을 갖는 것은 너무나 피상적인 접근이다. 안락사에 대한 찬반 여부를 떠나 죽음을 맞는 방식, 죽어가는 환자를 돌보는 방식, 나아가 삶을 영위하는 방식에 대한 공개적이고도 철학적인 성찰이 정말이지 너무도 절실하다.

새로운 죽음문화 형성을 위한 모색

최근 우리 사회뿐만 아니라 전 세계적으로 안락사라든가 연명치료의 중단에 대한 관심과 논란이 계속되고 있다. 하지만 이 논란은 죽음을 눈앞에 둔 말기 환자를 더 이상 치료할 수단도 없고 환자가 극심한 고통을 받고 있을 때 육체적 연명만을 위해 연명치료를 계속할 것인지, 중단할 것인지 여부에만 초점이 맞춰져 있을 뿐이다. 더구나 안락사가 법적으로 인정되지 않는 상황이지만, 의료현장에서는 소극적 안락사의 경우가 실제로 일어나고 있다고 한다.

2003년 10월 18일, 서울 용산경찰서에는 초췌한 얼굴에 남루하게 차려입은 한 남자가 눈물을 떨구며 경찰 앞에서 조사를 받았다. 그는 '반식물인간' 상태로 불치의 병에 시달리던 딸의 생명선이었던 인공호흡기를 떼어내 숨지게 한 전모 씨(49세)였다.

그는 “아무래도 더 이상 버틸 수 없었다. 다른 가족들이 너무 불행해진 데다가, 끝없는 치료비 때문에 쌓인 빚은 감당할 수 있는 수준을 벗어났다. 딸을 죽인 아버지가 무슨 할 말이 있겠는가? 그냥 죄값을 치르게 해달라”고 경찰에게 말했다.

그는 지난 12일 밤 9시 40분쯤 서울 용산구 후암동 자신의 집에서 가정용 인공호흡기의 전원코드를 콘센트에서 뽑아버렸다. 그것은 곧 전신마비에 폐색전증까지 겹쳐 실낱처럼 이어져오던 20살 난 딸의 짧은 생이 종말을 맞이하는 것을 의미했다. 전씨 딸이 앓던 병은 경추(목등뼈) 일부가 탈골돼 신경을 눌러 온몸에 마비가 오는 희귀병이었다. 전씨는 지금까지 딸 치료비로 약 2억여 원 정도를 쏟아부었다. 6,000만 원 상당의 상계동 자택을 팔고 보증금 500만 원에 월세 60만 원의 현 거주지로 이사했지만 역부족이었다. 전씨는 범행 전날 밤, 금전 문제로 부인과 심하게 말다툼을 했다. 부인은 친절으로 가버렸고, 전씨는 이튿날 밤, 딸 앞에서 소주를 들이켜다가 그만 범행을 저지르고 말았다. 전원코드를 뽑고 쫓기듯이 집을 뛰쳐나간 전씨는 20여 분 만에 다시 집으로 돌아왔다. 하지만 그때 이미 딸의 심장박동은 멈춰 있었고, 동공도 풀려 있었다. 급하게 119 구조대에 신고한 뒤, 전씨는 부인에게 자신의 범행을 고백했다.

경찰에 따르면, 부인은 전씨의 말을 듣고 심한 마음의 동요를 느꼈다고 한다. 벼랑에 몰린 남편의 심정이 이해가 되기도 했지만 죽음을 눈앞에 둔 딸의 모습을 보면서 용서할 수 없다는 생각도 동시에 들었다고 한다. 결국 부인은 경찰을 찾아가 “딸이 공식적인 사망판정을 받을 때까지만 연행을 미뤄달라”고 부탁한 뒤, 남편의 범행 사실을 털어놓았다고 한다. 전씨 딸은 몸을 움직이지는 못하지만, 입을 병긋거리 의사소통할 수 있고 음식도 씹어먹을 수 있었던 상태였다. 합병증으로 폐색전증(허파의 모세혈관이 막히는 증세)을 앓은 뒤부터 인공호흡기에 의존해왔다고 한다. 경찰은 “전씨 딸이 죽음에 동의하지는 않았다”고 말했다. 갑작스러운 아버지의 행동에 그녀의 머릿속에는 어떤 생각이 스쳤을까. 또한 도저히 어쩔 수가 없어서 자기 자식을 죽여야 하는 부모의 심정은 또 어떻게 말로 표현하겠는가.”

최근 국립암센터에서 호스피스 제도와 관련한 설문조사를 한 결과, ‘의

학적으로 무의미한 생명연장 치료 중단', '사전 의사결정 제도'에 대해 각각 국민의 84퍼센트, 81퍼센트가 '필요하다'고 응답한 바 있다.

의미 없는 생명연장이 죽음보다 더 잔인하다는 주장도 있는 반면, 의료현장의 생명경시 풍조를 크게 우려하는 안락사 반대론자들의 목소리도 있다. 특히 사회·경제적으로 어려운 처지에 있는 사람을 보호해야 한다는 주장은 무시할 수 없는 중요한 발언이다. 이미 제2차 세계대전 중 게르만 민족의 순수성을 지키기 위해 안락사를 촉진시킨다는 명목으로 나치정권이 신체장애자와 정신병자를 말살시키는 형법을 제정한 적이 있고, 또 유대인을 대량 학살하는 참극을 일으킨 바도 있다. 따라서 사회·경제적으로 어려운 장애인이나 극빈자의 경우 '죽을 권리'가 '죽어야 하는 의무'로 변질될 수도 있기 때문에, 이들을 보호하기 위한 제도적 장치가 마련되어야 한다. 안락사를 법적으로 제도화하기 어려운 것도 이 때문이다. 일본에서도 안락사의 법제화를 추진하다가 이런 이유로 움직임을 중단한 바 있다. 그러다가 최근에 다시 존엄사의 법제화를 연립여당에서 준비하고 있다고 한다.²⁾

필자는 이와 같이 뚜렷한 해결책 없이 논란만 거듭되고 있는 안락사 문제와 관련해, 이 문제를 보다 바람직한 방향으로 해결하기 위해 다음과 같은 세 가지 대안을 제시하고자 한다.

첫째, 남녀노소 가릴 것 없이 누구에게나 죽음준비의 중요성과 시급성을 널리 알리고, 죽음에 대한 인식 전환을 도모하기 위해 '죽음준비 교육'(Death Education)의 실시를 제안한다. 이를 위해서 사회 각계각층에서 모두 함께 머리를 맞대고 어떻게 죽는 것이 과연 인간다운 죽음인지 하는 문제와 죽음의 질(Quality of Death)에 대해 심사숙고해야만 소극적 안락사 문제와 연명치료 논란은 해결될 수 있을 것이다.

둘째, 언제든지 닥칠 수 있는 죽음을 평소에 대비하고, 치료가능성이 더

이상 1%도 없을 경우에는 무의미한 연명치료를 중단하고 죽음을 편안히 수용하고자 하는 자기 의사를 분명히 밝히기 위해 <존엄한 죽음을 위한 선언서>이나 <사전의료지시서>에 서명할 것을 제안한다. 단순히 '리빙 윌'에 서명만하는 것이 아니라 이를 계기로 자신의 삶, 죽음, 그리고 죽음의 방식에 대해 평소에 미리 심사숙고하자는 것이다.

셋째, 호스피스 제도는 그 본질상 죽음을 패배가 아닌 인생의 자연스러운 과정으로 이해하는 철학에서 출발한 것이므로, 누구나 편안한 죽음을 맞이할 수 있도록 하기 위해서 호스피스 제도의 정착과 활성화가 필연적으로 이루어져야 한다.

세 가지 대안이 우리 사회에서 충분히 논의되어 실행에 옮겨진다면 안락사 논란도 어느 정도 가닥이 잡힐 것이고, 죽음의 질과 함께 삶의 질 역시 점차적으로 향상될 수 있지 않을까 생각한다.

첫 번째 제안 : 웰다잉 교육

사람들은 소극적 안락사 문제를 단지 법적인 차원, 의료적인 문제로 한정해 생각하는 경향이 있다. 이 문제를 다루는 전문가들조차 대부분 이 문제를 법적인 난제, 의학적인 골칫덩어리로만 보는 경향이 있다. 하지만 어떻게 인간의 죽음이 겨우 법적인 혹은 의학적인 문제로만 취급될 수 있겠는가. 소극적 안락사 논란이나 연명치료 여부의 문제가 쉽게 해결되지 않는 이유도 바로 여기에 있다. 물론 의학적·법적 측면의 논의도 필요할 것이다. 하지만 그런 논의에 앞서 '인간의 삶과 죽음, 생명 혹은 영혼의 문제'라는 보다 큰 차원에서 인간의 존엄한 죽음에 대한 심사숙고가 먼저 이뤄져야 한다.

"대통령 각하, 저는 삶을 사랑합니다. 삶이란 사랑하는 여인과의 삶과, 머릿결을 스

치는 바람과도 같으며, 얼굴을 비추는 햇살과도 같습니다. 하지만 삶은 자신을 떠나는 여인 같기도 하며, 비오는 날이기도 하고, 당신을 속이는 친구일 때도 있습니다.”

40년 넘게 앓아온 근위축증으로 병상에 누운 이탈리아의 웰비씨(60세). “내게 남은 건 더 이상 삶이 아니고 고통스럽게 죽어가는 것뿐”이라며 안락사를 허용해달라고 이탈리아 대통령에게 청원서를 보낸 웰비 씨 사연은 가톨릭 국가 이탈리아에 뜨거운 논쟁을 불러일으켰다. 웰비 씨는 10대 때 근위축증을 앓기 시작해 33세부터 휠체어에 몸을 의지해 살아왔다. 9년 전부터는 더 이상 몸을 움직일 수가 없어 튜브로 음식을 공급받고 인공호흡기로 생명을 유지하며, 음성합성장치를 이용해 의사소통했다.

“인공호흡기로 유지하는 생명이 무슨 의미가 있느냐?”며 2006년 9월 웰비 씨는 대통령에게 안락사 청원서를 보냈다. 이에 따라 로마 법원이 웰비 씨의 청원을 검토했다. 교황 베네딕토 16세는 “안락사에 반대한다”는 입장을 밝히면서 “고통스럽게 죽어가는 병자들이 존엄하게 죽음을 맞이해야 한다”고 말했다. 시인이자 작가인 웰비 씨는 자연사를 주장하는 바티칸 입장에 이렇게 되물었다. “배에 구멍을 내고 호스로 단백질과 지방을 공급하는 게 자연적인 건가요? 인위적으로 먹여주고, 숨 쉬게 하고, 죽음을 지연시키는 지금의 상태가 자연적인 건가요?” 웰비 씨는 결국 인공호흡기를 떼는 ‘치료 거부’ 권한을 택했고 곧 숨졌다. 담당의사인 마리오 리치오는 자신이 인공호흡기를 떼어냈다고 말했다. 그러면서 리치오는 자신이 택한 조치는 “안락사가 아닌, 치료의 중단”이라며, “치료 거부는 환자의 권리”라고 말했다.³⁾

인생의 마지막 순간에 우리가 스스로를 존엄하게 지킬 수 있는 유일한 방법은, 피할 수 없는 잔이라면 기꺼이 받아들일 수 있는 지혜로운 용기를 갖추는 일이다. 죽음을 피할 수 없는 숙명적인 상황이라면, 그 상황을 정직하게 받아들이고 어떤 자세로 의연하게 죽음을 맞이할 수 있을지를 곰곰이 생각해봐야 한다. 정직하고 떳떳하게 있는 그대로를 자신의 상황으로 받아들이면서, 자신을 바라보는 가족, 친지들과 함께 지금까지 살아온 날들에 감사하고 서로에게 용서와 이해를 구하는 거룩한 순간으로 죽음의 자리를 승화시켜야 한다.

이제, 우리 시대의 비인간적이고 기계적인 마지막 장면은 그만 사라져야 할 때가 되었다. 누구를 위한 치료인지도 모른 채 환자의 고통을 무작정 늘

리지만 하는 의미 없는 ‘생명연장’ 행위가 이어지고 있고, 다른 한편에서는 단순히 이런 고통을 끝내고 싶다는 ‘안락사’ 주장이 끊임없이 제기되고 있다. 우리는 비인간적인 생명연장이 과연 누구를 위한 것인지 진지하게 물어보아야 한다. 기실 ‘존엄한 죽음’이란 무리한 생명연장술보다 훨씬 훌륭한 죽음방식이며, 단순한 안락사보다 더 가치 있는 선택이다. 죽음에 임해 올바른 자세는 과연 어떠해야 하는지, 유한한 존재로서 어떤 죽음이 보다 더 의미 있고 값진 죽음의 방식인지 심사숙고해야 한다. 그것을 묻고 모색하는 것이 바로 죽음준비 교육의 출발점이다.

(1) 죽음준비 교육

세계보건기구는 ‘건강’의 개념에 대해 4가지 측면을 제시한 바 있다. 첫째 육체적 건강, 둘째 사회적 건강, 셋째 정신적 건강, 마지막으로 영적 건강. 이처럼 건강에 4가지 측면이 있다면, 죽음에도 당연히 육체적·사회적·정신적·영적 죽음의 4가지 측면이 있다. 따라서 오로지 육체적 죽음에만 초점을 맞추어 죽음을 생각하는 것은 바람직하지 못하다. 또한 안락사 논란도 마찬가지로 육체적·사회적·정신적·영적 측면 4가지 방향에서 논의를 진행하는 것이 마땅하다. 의학적·법적인 접근은 단지 죽음의 육체적 측면과 사회적 측면만을 고려하는, 즉 죽음 전체를 보지 않고 일부만 다루는 접근방식이다.

이런 부분적 접근방식 때문에 사람들은 불행하게도 자신의 죽음이 임박해서야 비로소 죽음을 생각하고 지나간 삶을 후회하는 경우가 많다. 인간으로서 존엄하게 밝은 미소 속에서 죽는 사람이 거의 없는 우리 현실, 자살 사망률까지 급증하고 있는 최근의 상황을 감안해 볼 때, 죽음에 대한 인식 전환보다 시급한 일은 없다. 죽음준비 교육이 무엇보다 빨리 실시되어야 하는 이유가 여기에 있다. 죽음준비 교육은 죽음을 바르게 이해하도록 함

으로써 삶을 보다 의미 있게 살도록 하고, 죽음을 한층 편안하게 맞이할 수 있도록 돕는 삶의 준비교육이자 자살예방 교육이기도 하다. 따라서 죽음준비 교육은 초등학교에서부터 대학까지, 또 성인과 노인에 이르기까지 학교 교육과 평생교육의 형태로 눈높이에 맞게 다양한 방식으로 실시되어야 한다. 이에 대해서 세계의 생사학 전문가들은 다음과 같은 구체적인 실천방안과 제도마련을 이야기하고 있다.

알폰스 데켄 교수는 죽음준비 교육의 목표를 다음과 같은 15가지로 제시하고 있다. 1. 임종과정에 대한 이해, 2. 죽음에 대해 더 많이 생각하기, 3. 상실과 슬픔에 대한 교육, 4. 죽음에 대한 두려움 줄이기, 5. 죽음에 대한 금기 없애기, 6. 자살 예방하기, 7. 암환자에게 사실 그대로 말해주기, 8. 죽어가는 과정에서 야기되는 윤리문제 다루기, 9. 법의학적인 문제 파악하기, 10. 장례방식 미리 생각하기, 11. 삶의 시간의 소중함 발견하기, 12. 죽음을 긍정적으로 바라보기, 13. 죽음에 대한 자기 철학 형성하기, 14. 죽음에 대해 종교적으로 해석하기, 15. 사후세계의 가능성 생각하기.

레비턴 교수는 이와는 약간 다른 시각으로 죽음준비 교육의 목표로 다음의 7가지를 제시한다. 1. 죽음에 대한 터부 해소, 2. 죽음을 앞둔 사람들과의 의미 있는 교류, 3. 죽음에 대한 두려움 해소, 4. 유가족의 슬픔을 이해하고 위로, 5. 자살충동의 예방, 6. 사회가 생사관을 어떻게 형성하는지 공부, 7. 다른 문화의 생사관 이해.

베커 교수는 초등학교, 중등학교, 대학의 죽음준비 교육과 평생교육으로서의 죽음준비 교육, 전문가를 위한 죽음준비 교육으로 나누어 교육을 실시할 필요가 있다고 주장하며, 이 교육을 통해서 사전 의사결정 제도, 리빙 윌에 대한 선택 문제도 폭넓게 다루어져야 한다고 주장한다.⁴⁾ 일본에서도 학교교육에 죽음준비 교육이 2002년부터 포함되었으며, 죽음준비 교육의 연구를 위해 2006년 예산에 400만 달러를 책정했다고 한다.

(2) 죽음의 개념 정의

죽음준비 교육과 함께 반드시 고려되어야 하는 문제가 ‘죽음의 정의’이다. 죽음을 어떻게 이해하고 개념 규정을 어떻게 내리느냐에 따라 죽음에 대한 거부감 또는 터부가 생길 수 있고, 삶과 죽음의 방식도 달라질 수 있기 때문이다. 이 문제의 중요성은 더 이상 말할 필요조차 없다.

‘죽음의 정의’ 문제는 오늘날 한층 어려운 과제가 되고 있다. 의학기술의 발달로 뇌의 기능이 정지된 사람도 호흡과 심장박동을 일정 기간 유지시켜 주는 일이 가능해짐에 따라, 환자의 어떤 상태를 죽음으로 봐야 하는지가 이론적 차원에서나 실용적 차원에서 한층 복잡한 양상을 띠게 되었기 때문이다. 전통적으로는 심장의 기능 여부가 사망 판단의 기준이 되어왔다. 그러나 죽음의 기준이 심폐사에서 뇌사로 바뀐다면, 뇌의 모든 기능이 회복 불가능하지만 생명보조 장치에 의해 심장박동을 유지하고 있는 혼수상태의 경우 이미 사망한 것으로 봐야 한다는 결론이 도출된다. 이렇게 심폐사에서 뇌사로 사망 기준이 바뀐다면 장기이식 문제와 관련해서도 중요한 변화가 생길 수 있다. 뇌사자를 사망한 사람으로 간주하게 되면 뇌사자로부터 장기를 적출하는 행위도 정당화될 수 있다(우리나라에서도 뇌사자가 장기이식에 동의한 경우, 장기 적출이 법적으로 허용됨). 또 뇌의 기능이 회복 불가능한 환자의 경우, 생명 보조장치 사용 여부에 따른 안락사 논란도 없어지게 된다.

그러나 실용적 측면에서 이와 같은 이점이 있음에도 불구하고 뇌사에 대한 공감대는 아직 충분하게 형성되지 않은 상황이다.⁵⁾ 죽음을 그 자체로 정의해야지 실용적 관점에서 규정하는 것이 이치에 맞는가 하는 반론이 제기되고 있는 것이다. 뇌가 작동하지 않는다는 것은 마치 귀나 눈이 손상된 것과 마찬가지로 단지 신체기관의 일부가 손상된 것뿐이라는 주장이다. 뇌가 신체기관을 통제하는 기능을 지녔지만, 인간 존재가 뇌로 환원되거나

뇌와 동일시될 수는 없다. 그러므로 죽음의 과정에서 뇌의 중요성은 인정되지만, 뇌사가 바로 죽음을 의미한다는 입장에는 동의할 수가 없다고 한다. 인간 존재의 죽음이란 그 일부의 죽음이 아니라 전체 유기체의 죽음이어야 하기 때문이다.

그런데 이러한 논란은 그 결론이 어떻든 간에 본질적으로 한계가 있는 논쟁일 수밖에 없다. 왜냐하면 죽음을 어떻게 이해하고 정의하느냐에 관한 ‘죽음의 정의’ 문제는 ‘죽음의 판정 기준’ 내지 ‘죽음의 판정 기준에 대한 충족 여부(의학적 검사)’와는 전혀 다른 문제이기 때문이다. 죽음의 개념이 자꾸 혼란을 빚어내는 것도 이 세 가지 개념이 혼동되고 있기 때문이다. 사실 우리 사회에서 사람들이 그토록 죽음에 대한 거부감이 심한 이유나, 불행하게 죽어가는 사람이 왜 그렇게 많고 최근 자살사망률도 왜 급증하는지 원인을 규명해보니, 그 근원에는 왜곡된 죽음 정의, 육체 중심의 인간 이해가 자리 잡고 있음을 알 수 있었다.⁶⁾

‘죽음의 정의’ 문제는 기본적으로 철학적인 문제이지만, ‘죽음판정의 육체적 기준’과 ‘죽음의 판정 기준 충족 여부’ 문제는 의학적인 문제이다.⁷⁾ 모든 것을 의학적 측면에만 의존하여 판단하려고 할 경우 문제가 생길 수밖에 없다. 심폐사나 뇌사 등 죽음판정의 육체적 기준과 관련되는 문제가 마치 죽음의 정의인 양 논의됨에 따라, 영혼의 존재라든가 사후세계 문제 등에 대한 철학적·종교적 접근을 통해 죽음을 폭넓게 규정하지 못하고, 인간을 물리적인 유기체로만 판단하는 우를 범하기 때문이다.⁸⁾ 이러한 죽음의 정의로는 불행한 죽음의 모습이나 자살 문제를 전혀 해결할 수가 없다.⁹⁾ 이런 의미에서 우리 사회에서 죽음에 대한 올바른 정의나 죽음에 대한 바른 이해는 전혀 이뤄지지 못하고 있다고 해도 과언이 아니다.

죽음의 정의와 관련해 물론 의학적·법적인 문제도 논의에 포함되어야 하겠지만, 그러한 논의에 앞서 인간의 삶과 죽음, 생명 혹은 영혼의 문제라

는 보다 큰 차원에서 죽음이 진정 무엇을 의미하는지, 인간으로서 존엄한 죽음은 어떤 죽음이어야 하는지를 심사숙고해야 한다.

퀴블러 로스도 인간의 존재는 육체적·감정적·지적·영적인 4가지 측면으로 구성되어 있다고 정의하면서 “진짜 문제는 우리가 죽음에 대한 참된 정의를 갖고 있지 못하기 때문”이라고 말한다.¹⁰⁾ 죽어가는 환자들을 돌보고 의대생과 신학생들을 가르치면서 그녀는 죽음에 대한 새로운 정의, 포괄적인 정의를 내리는 일에 부딪혀보고자 했다. 그녀는 죽어가는 사람들은 대부분 불행하게 죽어가고 있고, 또 의사와 간호사, 가족이 죽어가는 사람을 병실 한 구석에 방치하는 현실 역시 죽음 이해와 정의에 문제가 있기 때문이라고 생각했다.

죽어가는 환자들을 돌보면서 자기 환자와 항상 깊은 인간적 관계를 유지했던 퀴블러 로스는 사람이 죽을 때 무슨 일이 일어나는지, 사람은 죽으면 어떻게 되는지 제대로 알고 싶어했다. 죽는 사람들은 마지막 순간에 분노와 욕설, 좌절의 상태에서 죽었음에도 불구하고 죽은 직후의 얼굴 표정에는 평온함이 깃들여 있음을 자주 목격하면서, 퀴블러 로스에게 죽은 사람들의 육신은 마치 봄을 맞아 더 이상 필요 없게 돼 벗어던진 겨울 외투처럼 보였다. 죽어가는 사람을 많이 보살핀 경험이 있는 그녀는, 죽어가는 사람들의 육신은 껍질에 불과하고 자기가 사랑했던 사람은 더 이상 그 껍질 안에 있지 않다는 것을 아주 확실하게 알았다.¹¹⁾ 죽음이 찾아오면 시신만 남지만, 시신은 바로 그 사람이 아니다, 사람은 죽더라도 존재의 양식만 바뀔 뿐 계속 존재하는 것이라고 그녀는 확신에 찬 결론을 내렸던 것이다.¹²⁾

이처럼 생사학 전문가나 종교지도자들의 ‘죽음’에 관한 정의에 비추어볼 때, 인간의 죽음은 뇌사나 심폐사처럼 죽음판정 의 육체적 기준만으로 정의될 수 없고 그렇게 되어서도 안 된다. 육체 중심의 죽음 판정 기준이 죽음 정의를 대신하는 그런 사회에서는 결코 죽음 문화가 성숙할 수 없고, 자

살처럼 불행한 죽음만 양산될 뿐이다. 사후의 삶에 대한 연구 결과, 인간에게는 영혼이 있고 단순히 이 세상에서의 생존 그 이상의 이유가 있다고 퀴블러 로스는 말한다. 그녀는 우리가 지금까지 정의한 것과 같은 그런 죽음은 존재하지 않는다고 힘주어 강조한다. 따라서 이제 죽음에 대한 정의도 물질적이며 육체적인 측면을 넘어 영혼, 정신, 삶의 의미같이 생존 이상의 무언가 영원히 지속되는 것이 있음을 고려해야 한다는 것이다.¹³⁾ 결국 ‘죽음의 정의’ 문제는 ‘죽음 이후’의 문제를 고민하지 않고서는 해결될 수 없다. 죽음은 우리의 삶과 죽음 이후를¹⁴⁾ 연결시켜 주는 매듭의 역할을 하므로 삶, 죽음 그리고 죽음 이후를 항상 연관시켜서 심사숙고하지 않으면 안 된다. 그래서 퀴블러 로스도 소아암 등으로 죽음에 직면한 어린아이들에게 “우리 몸은 형짚으로 만든 번데기와 마찬가지로 죽으면 영혼은 육신으로부터 벗어나 나비처럼 하늘을 향해 날아 올라간다”고 말했던 것이다.

달라이 라마도 “죽음이란 육신의 옷을 벗는 행위”라고 규정한 바 있다.¹⁵⁾ 죽음을 다만 육체로부터 영혼이 분리되는 과정으로 본다면, 죽음에 대한 거부감도 어렵지 않게 바뀔 수 있지 않을까. 또한 이렇게 죽음을 육체적 관점만이 아닌 영혼과 영성의 문제로 바라볼 때 사회적으로 팽배해 있는 세속주의나 물질주의를 치유할 수 있는 계기도 마련될 수 있다. 그렇게 될 때 삶의 질(Quality of Life)과 죽음의 질(Quality of Death)이 한층 고양된 사회를 자연스럽게 이룰 수 있을 것이다.¹⁶⁾

죽음을 육체의 측면에서 본다면, 육체의 죽음은 분명 있다. 그러나 영적인 차원에서 죽음을 바라보면 죽음은 육체의 죽음일 뿐이고, 육체로부터 영혼이 떠나는 것이다. 사실, 퀴블러 로스가 생사학의 연구 가치를 인정하지 않는 남편과 이혼하면서까지 생사학 연구에 몰두한 것도, 또 생사학이라는 분야를 창시하게 된 이유도 역시 “죽음은 끝이 아니므로 죽음은 존재하지 않는다”는 메시지를 전하고 싶어서였다.¹⁷⁾

죽음이란 존재하지 않는다는 것, 죽음이 끝이 아니라는 것을 아는 것은 매우 중요한 일이다. 죽음에 대한 바른 이해는 우리 자신의 삶의 방식과 죽음의 방식에 결정적인 영향을 미치기 때문이다. 임사체험자들은 사후세계에 대해서 증언하면서 “죽음의 순간 마치 허물을 벗듯이 육체의 옷을 벗어 버렸다”고 말하곤 한다. 이처럼 죽음은 흡사 나비가 고치를 벗어던지는 것처럼 육신을 벗는 것에 불과하다. 죽음은 보다 높은 의식 상태로의 변화일 뿐이다. 죽음의 순간에 유일하게 잃어버린 것이 있다면 육신이란 허물이다. 그것은 봄이 와서 겨울코트를 벗어버리는 것과 같다. 따라서 죽음이라 일컬을 수 있는 것은 실제로 존재하지 않는다.¹⁸⁾

그러므로 죽음은 두 가지 이유에서 존재하지 않는다.

첫째, 죽음 정의에 대한 논의를 심폐사나 뇌사 같은 죽음 판정 기준이 대신하고 있으므로, 우리 사회에 죽음판정의 육체적 기준에 대한 논의만 있을 뿐 죽음(죽음 정의, 죽음에 대한 바른 이해)은 존재하지 않는다.

둘째, 죽음이란 육체의 죽음에 불과하고, 죽음의 순간 육체로부터 영혼이 분리되어 다른 세상으로 여행을 떠나므로, 영혼은 죽는 것이 아니다. 육체의 차원에서 보면 죽음은 존재하지만, 영혼의 차원에서 보면 죽음은 존재하지 않는다. 죽음은 육체의 죽음일 뿐 끝이 아니므로, 죽음은 더 이상 존재하지 않는다.

두 번째 제안 : 존엄한 죽음

(1) 리빙 윌, 존엄한 죽음을 위한 선언

필자는 평소에 소극적 안락사의 적극적인 대안으로 리빙 윌(Living Will) 즉 ‘존엄한 죽음을 위한 선언’을 제안해왔다. 적극적 안락사뿐만 아니라 소극적 안락사 역시 논란의 소지가 많지만, 리빙 윌을 토대로 하는 존엄사는 소극적 안락사와 차이가 있다. 소극적 안락사 문제에 대해, 개인의

기본권이라는 점에서도 당연히 허용돼야 한다는 대구지법 박영호 판사의 안락사 지지 입장은 안락사에 관한 국내의 관심을 촉구시키는 중요한 발언이다. 박 판사는 2006년 6월 2일, 대구시 기독교사회가 주최한 ‘연명치료, 어떻게 생각하십니까?’라는 심포지엄에서 「테리 시아보 사건과 보라매병원 사건을 통해서 본 소극적 안락사」라는 논문을 발표했다.

개인적으로는 회복 불가능한 환자의 경우에, 건전한 의식이 있을 때 정한 본인의 의사에 따라 불필요한 생명연장 조치를 회피하는 진정한 의미의 소극적 안락사는 아무런 종교적 논쟁거리가 될 수 없다고 본다. 소극적 안락사야말로 인간의 생명에 대한 인위적 조작 자체를 거부하고 자연적인 수명만 그대로 누리겠다는 환자의 의사 표시이다. 이러한 소극적 안락사가 비종교적이고 비윤리적이기 때문에 시행되어서는 안 된다는 주장은 세계 각국에서 소극적 안락사를 합법화하고 있는 추세에 비추어보더라도 문제가 있다. 특히 미국에서는 생전에 작성한 유언장 ‘Living Will’이 있거나 의사능력이 있는 상태에서 결정한 소극적 안락사를 종교의 자유와 동등한 가치를 가지는 개인의 프라이버시권에서 유래하는 것으로 인정한다. 인공적인 생명장치를 떼어내는 것이 아니라 영양공급 조치를 중단하여 사실상 굶어죽은 ‘테리 시아보 사건’에 있어서도 연방법원 판사에 의해 다시 한 번 신중하게 소극적 안락사의 요건이 갖춰졌는지 검토해달라고 청원하였을 뿐, 소극적 안락사를 허용해선 안 된다는 주장은 종교인 사이에서 거의 제기되지 않았다.

우리나라의 경우에는 아직 생명의 인위적 단축과는 무관하고 오히려 자연적인 사망을 맞는 개념에 가까운 소극적 안락사조차 구체적 논의가 거의 이뤄지지 않고 있는 상태이다. 인간의 행복하게 살 권리에는 행복하게 자신에게 주어진 수명만을 다할 권리도 포함되어야 한다. 의사결정 능력이 정상적인 상태인 환자의 간곡한 부탁으로 일정한 요건 하에 이루어지는 소극적 안락사는 개인의 기본권에 의하더라도 당연히 허용되어야 한다고 본다. 소극적 안락사의 절차나 요건에 있어서는..... 신중하고 확실하게 환자 본인의 안락사 의사를 확인할 수 있는 방법을 마련해야 한다. 그러한 절차나 방법을 위반한 경우에 대한 처벌 규정까지도 마련하여 그 실시요건을 엄격히 할 필요성이 있다. 우리나라에서의 소극적 안락사 논의도 그 허용요건 및 허용요건 심사를 철저히 해야 하고, 현재 아무런 기준 없이 암묵적으로 행해지고 있는 소극적 안락사를 모두 공개적으로 통제할 수 있도록 하느냐로 그 논의의 중심이 옮겨가야 한다. 소극적 안락사의

논의가 앞으로 활발히 진행되어 입법적으로 안락사에 대한 논쟁이 해결될 날이 조만간 도래할 것으로 기대한다.¹⁹⁾

박 판사는, “회복 불가능한 환자의 경우 건전한 의식이 있을 때 정한 본인의 의사에 따라 불필요한 생명연장 조치를 회피하는 소극적 안락사”는 더 이상 논쟁거리가 될 수 없다고 주장한다. 다만 당사자가 평소 건강할 때 무의미한 연명치료를 원하지 않는다고 서명한 리빙윌에 의한 존엄사는 소극적 안락사와는 구분할 필요가 있다. 더 이상 치료될 가능성이 없을 때에는 무의미한 치료행위를 중단하고 자연스럽게 죽음을 맞이하겠다는 존엄사는 자연사이지 결코 안락사일 수 없기 때문이다. 미국에서는 50개 주 가운데 49개 주에서 건강할 때 존엄한 죽음을 원한다는 의사표시를 해두는 ‘리빙 윌’을 이미 법제화했다.²⁰⁾ 최근 일본에서도 존엄한 죽음에 대한 관심이 늘어나고 있다. 일본 후생성(厚生省)에서 1998년 6월 말기의료를 집중 검토한 결과 리빙 윌을 존중해야 한다는 결론을 내린 바 있고, 의료 현장에서는 환자 자신의 의사를 중시하는 경향이 늘어나고 있는 추세다. 존엄한 죽음을 실천하기 위해 리빙 윌에 서명해두었다가, 의료기관에서 치료 받게 되는 경우 이 선언서를 제시하는 방식으로 실행되고 있다. ‘존엄한 죽음을 위한 선언서’에 따라 품위 있는 죽음을 원하는 환자의 뜻은 대부분 수용되고 있는 상황이다. 또한 미국, 일본만이 아니라 호주, 영국, 네덜란드, 프랑스, 캐나다, 스코틀랜드 등의 관계자들이 모여 인간의 존엄한 죽음에 관해 국제회의를 10여 차례 열고 있다.

죽음은 누구에게나, 언제든지, 어디에서나 일어날 수 있으므로, 죽음에 대비하기 위해 자기가 원하는 죽음의 방식을 미리 가족과 협의할 필요가 있고, 이를 유서 형식으로 문서화해두면 만약의 사태에 대비할 수 있을 것이다. 단순히 유서만 써두자는 말이 아니라, 리빙 윌에 서명함으로써 자기 자신의 삶을 되새겨보면서 인간다운 삶과 품위 있는 죽음맞이는 어떠한

하는지 깊이 성찰해보자는 뜻이다. <존엄한 죽음을 위한 선언서>의 내용은 다음과 같다.

존엄한 죽음을 위한 선언

제가 병에 걸려 치료가 불가능하고 죽음이 임박할 경우를 대비하여 저의 가족, 친척, 그리고 저의 치료를 맡고 있는 분들께 다음과 같은 저의 희망을 밝혀두고자 합니다. 이 선언서는 저의 정신이 아직 온전한 상태에 있을 때 적어놓은 것입니다. 따라서 저의 정신이 온전할 때에는 이 선언서를 파기할 수도 있겠지만, 철회하겠다는 문서를 제차 작성하지 않는 한 유효합니다.

(1) 저의 병이 현대의학으로 치료할 수 없고 곧 죽음이 임박하리라는 진단을 받은 경우, 죽는 시간을 뒤로 미루기 위한 연명조치는 일체 거부합니다.

(2) 다만 그런 경우 저의 고통을 완화하기 위한 조치는 최대한 취해주시기 바랍니다. 이로 인한 부작용으로 죽음을 일찍 맞는다 해도 상관없습니다.

(3) 제가 오랫동안 혼수상태에 빠졌을 때는 생명을 인위적으로 유지하기 위한 연명조치를 중단해주시기 바랍니다.

이와 같은 저의 선언서를 통해 제가 바라는 사항을 충실히 실행해주신 분들께 깊은 감사를 드립니다. 아울러 저의 요청에 따라 진행된 모든 행위의 책임은 저 자신에게 있음을 분명히 밝히고자 합니다.²¹⁾

200 년 월 일

본인 성명

가족 성명

공증인 성명

(2) 사전의료지시서

〈사전의료지시서(事前醫療指示書)〉란 우리가 사고를 당했거나 불치의 병에 걸려 의식불명이 됐을 때를 대비해서 품위 있는 죽음을 맞이하기 위해 의료진에게 자기가 원하는 치료와 그렇지 않는 치료를 미리 밝혀두는 것이다. 의식불명 상태가 되었을 때 연명치료가 의미가 없을 경우라 해도, 본인의 동의가 없으면 법적으로 치료를 중단할 수가 없다. 그때를 대비해서 본인이 원하는 사항과 원하지 않는 사항을 미리 적어놓은 것이다. 출처는 김건열 박사의 저서 『존엄사』를 참조하였다. 이 서류를 공증받아 놓아야 하는 이유는 이 서류가 본인의 것이라는 것이 증명되어야 법적 기능을 유지할 수 있기 때문이다. 앞으로 존엄사와 웰다잉에 대한 논의가 보다 활발하게 진행되어 〈존엄한 죽음을 위한 선언〉이나 〈사전의료지시서〉 표준양식이 마련되어 우리 사회에 널리 보급되었으면 한다.

사전의료지시서

제가 스스로 의사표시를 할 수 없을 경우를 대비해서, 담당의사와 가족들에게 다음과 같은 '사전의료지시서'를 문서로 작성합니다. 저의 소망대로 실행해주시기를 바랍니다.

(1) 제가 의식이 없어도되더라도, 기도 삽관이나 기관지 절개술 및 인공기계 호흡 치료법은 시행하지 말 것.

(2) 제게 '항암치료'가 필요하다는 의료진의 판단이 있더라도 항암치료는 시행하지 말 것.(항암치료의 효과를 불신해서가 아니라 저의 연령과 체력의 한계 때문)

(3) 그 외 인공영양법, 혈액투석, 더 침습적인 치료술도 시행하지 말 것.

(4) 탈수와 혈압유지를 위한 수액요법과 통증관리 및 생리기능 유지를 위한 완화의료는 치료받기를 바라며 임종시 혈압상승제나 심폐소생술은 시행하지 말 것.

(5) 그 외 여기에 기술되지 않은 의료 내용은 '대한의학회'에서 공포하고 있는 최근의 '임종환자 연명치료 중단에 관한 의료지침'에 따라 결정하기를 바랍니다.

사전의료지시서를 통해 제가 바라는 사항을 충실하게 실행해주신 분들께 깊은 감사를 드립니다. 아울러 저의 요청에 따라 진행된 모든 행위의 책임은 저 자신에게 있음을 분명히 밝히고자 합니다

200 년 월 일

본인 성명

가족 성명

공증인 성명

(3) 소극적 안락사와 존엄사의 차이

얼마 전 수녀원에서 운영하는 유료양로원에서 ‘죽음준비’를 주제로 특강을 한 적이 있다. 노인들은 평균 연령이 80세였으므로, 죽음이 바로 눈앞에 닥친 현실이었다. 노인들을 상대로 조심스럽게 “죽음은 절망이 아니다, 죽을 때 자기 자신의 값어치가 남김없이 드러난다, 그러니 가능하면 밝은 모습으로 죽을 수 있도록 충분히 준비하자”는 취지로 1시간 넘게 이야기했다. 마지막으로 소극적 안락사의 대안으로 죽음에 대한 인식 전환, 호스피스 제도의 활성화와 함께 리빙 윌을 제시했더니, 이구동성으로 찬성의 뜻을 표했다.

소극적 안락사가 법으로 금지되어 있는 상황에서, 연명치료를 원하지 않는 노인들은 어떻게 해야 자기가 원하는 죽음을 맞을 수 있는지를 의사나 변호사에게 물어보는 등 자기 나름대로 방법을 찾아 자구책을 강구하고 있던 중이었다. 그러던 차에, 갑자기 존엄사에 대한 이야기를 들으니 귀가 번쩍 뜨였던 것이다. 존엄한 죽음을 위한 선언의 내용이 바로 자신들이 원하던 내용이라는 것이다.

필자가 생각하기에 지금 우리의 실정으로는 소극적 안락사의 대안으로서 ‘리빙 윌’이 가장 바람직한 죽음의 방식이라고 본다. 평소에 건강할 때 리빙 윌이나 사전의료지시서에 서명해두고 자기 의사를 가족에게도 분명하게 알려놓는다면, 갑자기 위급한 상황이 닥쳤을 때 본인이나 가족이 담당 의사에게 관련서류를 제시할 경우 당사자의 뜻이 수용될 수 있을 것이다.

그런데 소극적 안락사와 존엄사, 두 가지를 서로 혼동하거나 같은 것으로 이해하는 사람이 많은 것 같다. 두 사안은 일부 유사한 점도 있지만, 근본적으로는 엄연히 다른 죽음 방식이다. 공통점은 생명이 죽는 것을 억지로 막는 연명치료를 거부한다는 것뿐이지만, 차이점은 여섯 가지나 된다. 안락사와 존엄사의 차이점은 다음과 같다.

(1) 행위와 판단의 주체

소극적 안락사가 법으로 합법화될 경우, 소극적 안락사 시행 여부를 결정하는 판단의 주체는 당연히 의료인이다. 법으로 보장되었으므로 의사는 소극적 안락사를 행할 권리를 지닌 것이다. 상황에 따라 당사자와 가족, 혹은 당사자와 의료인 사이에 의견 차이가 있을 수 있으므로, 당사자가 원하지 않음에도 불구하고 의료인 또는 가족의 뜻에 따라 죽게 되는 상황도 야기될 수 있다. 그러다보면 당사자의 뜻이 전적으로 무시되는 상황도 초래될 수 있다. 하지만 존엄사의 경우, 행위와 판단의 주체는 의료인이 아니라 당연히 죽어가는 당사자이다. 의사는 환자에게 병의 진행상황을 정확하게 알려주는 역할을 할 뿐이다. 자기 생명을 자기 자신이 주체적으로 판단하느냐 아니면 의사 혹은 가족이 결정하느냐 하는 판단 주체의 차이, 또 의사가 판단의 주체가 되느냐 혹은 병의 진행과정을 알려주는 역할만 하느냐 하는 의사 역할의 차이는 매우 중요하다.

(2) 죽음관

소극적 안락사의 경우, 당사자는 평소 죽음에 대해 아무런 생각도 하지 않았을 것이고, 죽음준비나 생사관도 명확하게 확립되지 않았을 가능성이 높다. 별 탈 없이 살아가던 중 어느 날 갑자기 소극적 안락사를 해야 하나 말아야 하나 하는 여부를 고민하게 되는 상황에 처하게 된 것뿐이다. 단지 의사가 주어진 상황을 판단하는 주체가 되어 소극적 안락사를 행하게 되는 것이다. 반면에 리빙 윌에 미리 서명해둘 정도의 사람이라면 평소 죽음에 관심을 갖고서 죽음을 자기 삶의 일부로 수용하고 준비한 사람이다. 그러므로 그는 어느 정도 뚜렷한 생사관을 정립하고서 존엄사의 방식으로 죽음을 맞이하겠다고 결심한 것이다. 이럴 경우 소극적 안락사의 경우와 비교되는 생사관의 차이는 더 말할 나위 없이 크다.

(3) 삶의 태도

갑자기 소극적 안락사의 여부에 직면한 사람은 죽음에 대해 평소 심사숙고하지 않았듯이, 삶의 방식에 대해 또 삶의 시간이 제한되어 있음에 대해 깊이 생각해보지 않았을 것이다. 하지만 리빙 윌에 서명한 사람은 죽음의 수용과 준비를 통해 자기가 삶을 영위하는 방식을 되새기면서, 제한된 삶의 시간을 보다 의미 있게 사는 방식을 모색한다. 이처럼 두 사안은 삶의 방식 측면에서 서로 큰 차이가 있는 것이다.

(4) 죽음의 방식

소극적 안락사 문제에 봉착한 사람은 죽음을 전혀 생각하지 않다가 예기치 않게, 어쩔 수 없이 죽음에 직면해 떠밀려가듯이 소극적 안락사를 선택하게 된다. 당사자의 의사는 전적으로 무시되는 상황이 일어날 가능성이 있다. 하지만 리빙 윌에 서명한 사람은 자기가 죽음을 맞이하는 방식, 즉 존엄사를 평소 건강할 때 능동적으로 결정해놓는다. 어느 날 죽음이 찾아와 더 이상 생명을 유지할 가능성이 전혀 없을 때, 아무런 흔들림 없이 평소에 준비한 대로 밝은 모습으로 죽음에 임하게 된다. 따라서 죽음의 방식 역시 양자 사이에 큰 차이가 있다.

(5) 리빙 윌과 사전의료지시서

소극적 안락사 문제에 직면한 사람은 평소에 ‘리빙 윌’ ‘사전의료지시서’ 제도가 있는지, 리빙 윌 혹은 존엄사가 무엇을 의미하는지, 또 삶의 시간이 제한되어 있다는 사실이나 죽음을 평소에 준비해야 되는 이유에 대해 생각해본 적이 없을 것이다. 하지만 존엄사에 뜻을 둔 사람은 리빙 윌에 서명함으로써 삶과 죽음에 대해, 또 자기가 죽음을 맞이하는 방식 역시 평소에 깊이 성찰하며 인생에 더욱 충실하며 살게 된다.

(6) 작별인사

소극적 안락사 여부에 직면한 사람은 갑작스럽게 작별인사를 하게 되고, 심지어 마지막 작별인사를 나누지도 못한 채 죽을 수도 있다. 실제로 그런 식으로 죽는 사례를 주위에서 어렵지 않게 발견할 수 있다. 그러나 리빙 윌에 서명해둔 사람은 미리 준비해두었듯이 가족을 향해 편안하게 마지막 말을 던지고 가벼운 마음으로 여행을 떠난다. 마지막 작별의 방식 역시 양자 사이에 커다란 차이가 난다.

소극적 안락사와 존엄사는 죽음을 바라보는 방식이나 임종 방식에 있어서 많은 차이가 난다. 총괄적으로 볼 때, 소극적 안락사는 소극적, 수동적, 부정적, 어두운 이미지라고 한다면, 존엄사는 적극적, 능동적, 긍정적, 밝은 이미지라고 말할 수 있다. 이런 차이는 결국 죽음의 방식뿐만 아니라 삶의 방식, 나아가 죽음 이후에까지 영향을 미친다. 그러므로 연명치료 여부에만 초점을 맞추는 소극적 안락사의 합법화보다는, 리빙 윌 등에 서명하는 것을 계기로 해서 죽음의 방식만이 아니라 삶의 방식까지 심사숙고하도록 유도하는 것이 사회적으로도 바람직하다는 것은 두말할 나위가 없다.

세 번째 제안 : 호스피스 제도의 정착과 활성화

소극적 안락사의 세 번째 대안으로 호스피스의 활성화를 제안한다. 호스피스는 죽음을 삶의 자연스러운 과정으로 간주하고 마지막 순간까지 삶과 죽음의 질을 함께 생각하면서, 말기환자가 인간답게 편안한 방식으로 죽음을 맞이할 수 있도록 보살피는 프로그램의 총칭이다.

서양의학은 치료를 통해 환자를 단 1분이라도 더 연명시키는 것을 우선으로 한다. 환자의 생명을 구하는 일이 의사의 첫 번째 임무이므로, 환자의 죽음은 패배로 간주된다. 현대 사회에서는 죽음을 이런 식으로 보는 사고

방식이 주류를 이루어왔다. 의사와 간호사는 치료에만 신경 쓸 뿐, 더 이상 치료할 수 없는 말기환자들이 겪는 정신적 불안과 고통을 어떻게 해야 덜어줄 수 있는지에 대해서는 구체적인 방법을 알지 못한다. 더 이상 죽음을 피할 수 없는 상태에서 환자를 편안하게 죽을 수 있도록 돌보는 일은 무시되는 경우가 많다. 또 의사와 간호사들은 환자가 죽는 마지막 순간까지 보살피는 교육을 받아본 일도 거의 없다.

그러나 삶의 질은 단지 '살아있는 시간의 길이'라는 양적인 측면으로만 측정될 수는 없다. 호스피스는 더 이상 치유될 가능성이 없는 사람이 마지막 순간까지 풍요로운 마음으로 충실한 삶을 살 수 있도록, 보다 참되고 의미 있게 살아가게 하기 위해 시행하는 활동 전부를 일컫는다. 차가운 의료 기계에 둘러싸인 채 단지 육체적으로만 오래 연명하는 것보다, 마지막 순간까지 인간으로서의 존엄을 유지하면서 인간다운 삶을 영위하는 일이 다른 무엇보다 중요하다. 남은 인생을 덜 고통스럽게 보내면서 자기 인생을 정리하고 정신적으로 평온하게 죽음을 맞이하는 것이 임종환자들의 가장 큰 바람일지도 모른다. 말기환자의 극단적인 불안심리, 주위 사람들에 대한 분노를 진정시키고 얼마 남지 않은 인생을 가치 있게 정리할 수 있도록 도와주는 것이 바로 호스피스의 철학이다.

시한부 말기환자에게는 죽음의 공포와 함께 '왜 하필이면 나인가?' '왜 나만 죽어야 하는가?'라는 분노의 감정이 밀려들게 마련이다. 이런 감정을 가라앉히고 마음의 문을 열게 하는 것이 가족이나 호스피스 봉사자의 몫이다. 몇 개월밖에 남지 않은 임종환자들을 대하기란 쉬운 일이 아니다. 죽음의 문턱에 홀로 선 말기환자의 공포와 고독, 그리고 분노를 함께 나누는 호스피스 봉사는 '고통스러운 활동'이라고 어느 자원봉사자는 말한다. 호스피스는 죽음의 길에 들어선 말기환자들이 죽는 그 순간까지 육체의 통증뿐 아니라 심리적 불안, 심지어는 죽음에 대한 두려움까지 보살펴준다. 임종

환자가 맞는 삶의 마지막 시간 동안 최선을 다해 육체적·정신적 고통을 완화해 삶의 질을 높이하고자 하는 것이 호스피스에 지향하는 바이다. 임종 환자가 인간으로서의 존엄성을 유지한 채 죽음을 맞이할 수 있도록 호스피스는 최대한의 관심과 배려를 제공한다. 삶의 마지막 과정에 있는 사람은 누구든지 자신이 원하는 곳에서, 원하는 사람과 함께, 원하는 방식으로 남은 시간을 영위하다가 편안하게 죽음을 맞이하도록 하는 것이 바람직하다.

호주의 호스피스 병동에서 젊은 여성 환자가 밝게 웃으면서 말했다.

“내가 처음 입원했던 병원에서 부작용이 심한 화학요법 치료를 받았는데 좋아지지는커녕 정신적으로 크게 고통스러웠다. 마침 어느 친절한 의사가 화학요법을 계속 써도 거의 효과가 없다고 설명해주었고 호스피스에 관한 이야기도 들려주었다. 어느 쪽을 선택하든 나의 자유라고 말해서 나는 호스피스 병동에 들어가기를 원했다.”

죽음을 며칠 앞두고 그녀는 “나는 정말 행복해”라고 몇 번이나 말했다. 그녀의 밝은 미소는 주위 사람의 마음에 깊이 새겨졌다.²²⁾ 영어로 터미널 케어(terminal care)란 말이 있다. 이 말은 대개 말기환자를 돌보는 일을 뜻하는데, 특히 환자가 더 이상 나아질 수 없는 상태에 들어갈 때부터 실제로 죽을 때까지 담당하는 의료 활동을 가리킨다. 여기서 문제가 되는 것은 마지막 순간까지 환자의 육체적 연명만을 목적으로 하여 환자 본인의 의사는 거의 무시하는 의료 행태가 바로 현대 말기환자를 돌보는 방식이라는 것이다. ‘과연 지금 이런 식의 의료서비스가 임종을 앞둔 사람들에게 필요한 행위인가?’ 라는 비난의 목소리가 여기저기서 높아지고 있다. 이런 상황을 다시 한 번 차분하게 생각할 필요가 있다.

지금까지의 의료라 하면, 외과적인 기술과 투약에 의해 치료 효과를 제고해 환자를 1분이라도 더 연명시키는 행위였다. 이는 의학교육의 기본원리로서 ‘히포크라테스의 선서’가 내걸고 있는 주장이기도 하다. 기원전 5

세기, 그리스의 의사 히포크라테스는 근대에 이르기까지 의학의 아버지로써 받아들여졌다. ‘히포크라테스의 선서’란 그가 “자신의 힘이 미치는 한 아픈 사람을 돕기 위한 치료에 전념한다. 누구도 차별함이 없이 신념을 지니고서 의술에 정진한다”고 의술의 신 아폴론과 다른 신들 앞에서 맹세했던 말이다. 이런 사고방식에는 사실 환자의 죽음을 의술의 패배로 받아들이는 생각이 숨어 있다. 하지만 이제부터라도 의학은 ‘환자의 죽을 권리’라는 측면에도 관심을 기울여야 한다. 지금까지의 의료행위는 환자를 죽지 않게 하는 데만 안간힘을 쓴 나머지, 환자의 죽음을 돌보는 일을 전혀 의료행위 안에 포함시키지 못했다. 인간의 일생이란 생명의 양, 즉 생명이 살아 있는 시간의 길이만으로 계산되는 것이 아니다. 따라서 호스피스 제도는 의학의 사각지대에서 중요한 역할을 담당하고 있는 의미 있는 활동이라고 볼 수 있다. 호스피스는 마지막 순간까지 생명과 생활의 질을 제고하면서 인간답게 죽음을 맞이할 수 있도록 말기환자를 돌보는 일을 중시하고 있다. 이제 우리 사회도 삶의 질과 똑같은 비중으로 죽음의 질에 대해서도 진지하게 논의해야 할 시기가 되었다.

- 1) 《조선일보》 2003년 10월 19일자
- 2) 《중앙일보》 2004년 1월 4일자
- 3) 《조선일보》 2006년 12월 22일자
- 4) '밝은죽음을 준비하는 포럼' 자료집, 『죽음준비 교육, 왜 실시해야 하는가』, 2004. 2. 28. 한림대 한림과학원, pp.8-13
- 5) 혼수상태에 있는 환자들에게 들어가는 엄청난 부담으로 인해 미국에서는 죽음에 대한 새로운 정의가 필요했다, 1968년 미국 하버드 대학 뇌사위원회는 비록 뇌는 죽었지만, 다른 장기는 유효한 상태인 한 시점을 선택하는 것이 최선이므로 죽음에 대한 새로운 정의로 뇌사를 제시했다. 이 이후 다른 선진국에서는 뇌사를 죽음 판정기준으로 수용했지만, 일본은 뇌사를 기준으로 받아들이지 않고 있다. 피터 싱어, 장동익 옮김, 『삶과 죽음』, 철학과 현실사, 2003. pp.37-57 참조
- 6) 현직 간호사들을 대상으로 죽음준비교육을 가르치기 전에 죽음과 자살에 대해 의식조사를 한번 했다. “죽으면 아무것도 없는 끝이므로, 자살하면 고통으로부터 벗어날 수 있다고 생각하는가?”라고 물었더니, 그렇다고 단정적으로 답하면서 죽으면 무미, 무취, 무감각, 무통해진다는 답이 많이 나왔다. 의과대학에서 죽음정의를 심폐사 혹은 뇌사 중심으로 가르치고 있으니까, 죽어가는 환자들을 보살피는 의사와 간호사들은 육체에만 초점을 맞추고 있는 것이다.
- 7) 임종식, 『생명의 시작과 끝』, 로템나루, 1999. pp.247-248
- 8) 퀴블러 로스, 박충구 옮김, 『THE WHEEL OF LIFE - 삶과 죽음에 대한 기억』, 가치창조, 2001. p.201 참조
 죽음정의 문제를 다루는 생명윤리, 의료윤리 관련문헌을 조사했더니 심폐사와 뇌사 등 죽음 판정기준만을 논의하고 있었다. 우리 사회 성숙한 죽음문화 부재 현상과 죽음에 대한 오해, 그리고 자살사망률 급증은 육체 중심의 죽음정의와 관계된다. 죽음 판정 기준 제시와 죽음판정 기준충족 검사 문제에만 초점을 맞추기보다, 보다 큰 틀에서 죽음정의 문제를 원점에서부터 다시 차분히 논의를 시작할 필요가 있다. 모두가 동의할 수 있는 죽음정의가 도출될 수 있으면 좋겠지만, 영혼의 존재 여부같은 문제는 현실적으로 의견차이로 인해 결론을 도출하기 어려울 수 있으므로, 의견 차이를 있는 그대로 드러내놓고 다양한 의견을 폭넓게 제시하기만 하는 것도 한 가지 방법이 될 것이다.
- 9) 우리나라가 OECD회원국 가운데 자살사망률이 1위, 자살사망률 증가는 다른 나라와 비교가 되지 않는다. 자살률 높은 일본을 몇 년 전부터 추월했다. 더구나 자살충동 비율을 여러 차례 조사한 결과, 약 50%가 충동을 느끼고 있고 노인 자살충동률은 80%가 넘는다. 또한 자살권을 주장하는 사람이 10명 중 4명이나 된다는 조사결과가 발표되기도 했다. 그러나 자살예방을 위한 대책은 크게 부족하거나 혹은 거의 없다고 말해도 되는 상황이다.
- 10) 퀴블러 로스, 『THE WHEEL OF LIFE - 삶과 죽음에 대한 기억』p.201
- 11) 퀴블러 로스, 앞의 책 225-226쪽.
 퀴블러 로스, 『사후생』(대화출판사, 1996년) 최준식역, 54-55쪽

- 12) 다치바나 다카시, 윤대석 옮김 『임사체험(상)』, 청어람미디어, 2003. p.411 참조
- 13) 퀴블러 로스, 『THE WHEEL OF LIFE - 삶과 죽음에 대한 기억』 pp.225-226
- 14) 죽음 이후 사후세계에 대한 구체적 논의는 이 글에서는 논의하지 않고 다음 기회로 남겨두고자 한다. 다만, 사후세계 논의와 관련해 엄밀한 과학주의와 사후세계에 대한 지나친 몰입, 모두를 비판하는 무디의 합리적인 태도는 귀 기울여 경청할 만하다. “극단적으로 회의적이 되어 과학적으로 엄격하게 증명되지 않은 것은 일체 믿지 않는 사람도 곤란하지만, 반대로 아무 것이나 다 믿어버리는 사람도 곤란하다. 나는 진리에 가장 가까이 다가가기 위한 건전한 태도는 양쪽의 중간 지점에 있다고 생각한다…… 현대사회는 세계 어느 분야라도 과학주의의 기반 위에 있다. 그러나 엄밀한 과학주의는 세계를 너무 작게 축소해버린다. 이 세계에는 엄밀한 과학적 방법론을 적용할 수 없는 현상이 아직 많다. 그런 현상을 무시할 수는 없다. 무시하면 그것 역시 잘못된 세계인식이 된다. 그러나 동시에 과학적 방법론을 적용할 수 없는 대상에 대해 말할 때에는, 자기가 아직은 확실하게는 무엇 하나 말할 수 없다는 것을 항상 인식해둘 필요가 있다.” 다치바나 다카시, 윤대석 옮김 『임사체험(하)』, 청어람미디어, 2003. pp.50-58 참조
- 15) 소갈 린포체, 『티베트의 지혜』, 민음사, 1999. pp.7-9 참조
- 16) 생사학 전문가들은 죽음문제를 영혼이나 영성과 결부시켜 연구하고 있다. Kenneth J. Doka와 John D. Morgan은 *Death and Spirituality* (Baywood, 1993)을 펴낸 바 있고, 영성적 관심, 사별과 영성적 위기, 영성적 보살핌, 영성과 상담 등등에 관해 연구가 계속 나오고 있다.
- 17) 『티베트의 지혜』의 저자 소갈 린포체는 죽은 뒤에 영혼이 있느냐 하는 문제는 증명이나 논증 여부의 문제라기보다, 지금 이 삶에서 자기 자신을 얼마나 깊이 이해하느냐의 여부에 달려 있다고 말한 것은 시사하는 바가 있다. Gary Doore ed, *What survives?* (Tarcher Putnam Book, 1990), p.203 참조.
- 18) 퀴블러 로스, 『사후생』, 1996. p.39 참조
- 19) 《쿠키뉴스》 2006년 6월 3일자
- 20) 알폰스 데켄, 앞의 책, 2002. pp.106-107 참조
- 21) 앞의 책, pp.96-97
- 22) 앞의 책, pp.202-203

2. 존엄사의 법률적 검토

이 인 영

(한림대학교 법학부 교수)

존엄사의 법률적 검토

1. 서설

지난 50년 동안의 의학의 발전은 이제 죽음에 대한 우리의 생각을 달라지게 만들었다. 의학은 오랫동안 사람을 단시간에 죽게 하였던 급성질병에 대한 치료방법을 주로 개발하였고, 이제는 암, 심장질환과 같이 천천히 사람을 죽이는 만성질환이 상당수 남게 되었다. 과거에 사람들은 만성질환에 수반되는 장애와 기능저하를 경험하지 못하였기 때문에 가능한 한 오래 살 고자 하였다. 그러나 이제 대부분의 사람들은 너무 오래 살면 삶의 질이 비참한 지경에 이를 수 있다는 것을 알게 되면서, 대부분의 사람들에게 중요하게 여겨진 것이 삶의 길이가 아니라 삶의 질이 되었다.

“의료가 무엇을 위하여 존재하는가”라는 물음이 있다. 환자들은 ‘환자들이 바라는 대로 도움을 주는 것’ 이라고 대답한다. 의사들은 ‘치료하는 것’ 이라고 대답할 수도 있고, 여기에 ‘전문가로서 의사의 이상을 증진시키고, 직업적 규칙을 준수하는 것’이라고 덧붙일 수도 있다. 환자와 의사의 대답이 어떤 경우에 있어서는 동일한 결과를 낼 수 있지만, 항상 그런 것은 아니다. 삶의 질과 삶의 길이의 문제에 대한 대답이 의사와 환자 사이에 항상 일치하지 않는 경우가 있을 수 있다. 예를 들어 의료의 최고 가치인 생명의 존엄성을 보호하는 것은 말기환자를 죽도록 도와주는 안락사와 언제든지 충돌하게 된다.

본 연구에서는 존엄하게 죽을 권리와 관련되어 있는 쟁점 중 특히 존엄사의 개념을 정의하고 이와 유사한 개념인 안락사와 의사조력자살을 살펴보고자 한다. 존엄사 내지 의사조력자살을 허용하는 외국의 입법현황과 관련 법원의 결정을 살펴보고, 이와 관련된 가장 중요한 쟁점이 되는 환자의 자율적 동의 및 사전 유언 및 사전지시제도에 관해서 고찰하여 향후 우리나라의 입법방향성을 제안하고자 한다.

2. 존엄사는 안락사와 다르다

가. 존엄사는 안락사와 다르다

존엄사(death with dignity)란 식물인간상태와 같이 환자에게 의식이 없고 그의 생명이 단지 인공심폐기에 의하여 연장되고 있는 경우에 품위 있는 죽음을 위하여 생명연장조치를 중단하는 것으로 정의하고 있다.¹⁾ 말기의 환자들은 통증이나 육체적 고통보다는 오히려 존엄성과 자아상실과 같은 인격성을 위협하는 증상들을 두려워하기 때문에 인간다운 죽음에 대한 권리 이면에 환자들은 존엄성을 요구하여 치료의 중단, 보류를 요구하는 것이다. 회복의 가망이 없는 불치의 질병으로 사경을 헤매는 환자에 대하여 그가 의식이 있는 경우에는 그 의사에 따라, 의식이 없는 경우에는 그의 추정적 의사나 환자 보호자의 의사에 따라 그가 인간다운 죽음을 맞이할 수 있도록 인위적으로 그의 생명을 단축케 하는 행위라고 할 수 있다. 그러므로 식물인간 상태에 있는 경우만이 아니라 의식이 있는 경우에도 인공적인 생명 연장조치를 계속하지 않고 인간으로서의 존엄성을 유지하면서 죽음을 맞도록 하는 행위를 의미한다. 단지 의식이 없는 상태의 환자의 경우에만 제한되는 것이 아니라 의식여부와 관계없이 불치의 질병으로 죽음

에 직면한 환자가 자발적인 의사로서 죽을 권리를 요구하며, 이에 따라 인위적인 생명 연장조치를 중단하는 경우를 존엄사라고 넓게 해석할 수 있다.

인간의 존엄성을 유지하면서 품위 있는 죽음을 맞게 하기 위한 것이라는 점에서 사기에 임박한 환자의 극심한 고통 제거에 초점을 두고 있는 안락사 개념과 구분될 수 있다.²⁾ 또한 인위적인 생명연장조치의 중단 내지 보류라는 행위의 성격에 따라 의사의 약물처방, 도구제공 등의 행위가 개입되어 있는 의사조력자살과 구분된다. 치료의 중단과 조력자살의 구별은 원하지 않는 물리적 접촉(unwanted physical touching)에 대한 법의 전통적인 보호원리를 반영하고 있으며, 원하지 않는 의료처치를 행하는 것은 비합법적인 침습행위(unlawful battery)이라는 견해가 있다.³⁾ 생명유지 치료를 거부할 권리는 원하지 않는 신체접촉이라는 폭행으로부터 자유로울 권리를 내포하고 있다고 볼 수 있으며, 원하지 않는 접촉으로부터 자유로울 권리는 개인의 자신의 신체를 통제하고 자기결정에 따라 움직일 수 있도록 지켜준다는 의미로 이해할 수 있다.⁴⁾ 이와 같이 존엄사를 인정하는 논거로서 환자의 의사에 반하는 의료진의 결정에 따른 생명연장시술은 환자가 갖는 신체에 대한 자기통제권과 인격적 존엄성에 대한 자기결정권을 침해하는 것이라는 점에서 죽음을 원하는 말기환자에게 적극적인 의료행위를 하지 않고 생명연장 시술을 중단, 보류하더라도 정당화된다고 할 수 있다.

나. 안락사는 무엇인가

(1) 적극적 안락사

안락사(euthanasia)는 그리스어로는 좋은 죽음(good death)이란 뜻이고⁵⁾, 영어로는 편안한 죽음(easy death)에 더 가까운 뜻을 가진 용어이다. 안락사의 문제는 1960년대 이후 '인간답게 살 권리'에 대응하여 '인간답

게 죽을 권리'라는 주장에서 시작되었다.⁶⁾ 생명단축을 가져오는 안락사는 통상 적극적 안락사와 소극적 안락사로 구분한다.

적극적 안락사(Active euthanasia)는 고통제거의 방법으로 적극적 생명단절의 방법을 사용하는 경우를 말한다. 적극적 안락사는 죽음에 임박한 환자의 극심한 고통을 덜어주기 위하여 약물 투여 또는 치명적 주사약을 주사하는 것과 같이 적극적 작위행위(killing someone: direct killing of a patient)에 의해서 이루어진다는 점에서 아무런 치료적 조치를 취하지 않고 죽도록 방치하는(let someone die) 소극적 안락사(passive euthanasia)와 구별된다.⁷⁾

형법상 적극적인 안락사는 살인죄에 해당하며, 특히 환자의 부탁이나 승낙을 받아 살해한 경우에는 촉탁·승낙살인죄(제252조 제1항)에 해당하고 말기 환자의 자살을 도운 경우에도 자살방조죄(제252조 제2항)를 적용해야 한다는 것이 다수설이다.⁸⁾ 우리나라의 판례도 적극적 안락사를 인정하지 않고 있다.⁹⁾ 적극적 안락사는 어떠한 상황에서도 생명의 불가치분성, 불가교량성 및 형법상 절대적 생명보호의 원칙에 위배되어 위법성이 조각될 수 없고, 또한 생명의 신성불가침성이 무너지게 되고 남용의 위험¹⁰⁾이 있으므로 허용될 수 없다는 주장이다.¹¹⁾ 또한 법치국가의 형법은 목적과 수단의 비례성을 요구하는데, 아무리 고통제거의 목적을 달성하기 위한 것이라 할지라도 그것을 위해 투입되는 수단이 적극적인 생명단절이라는 형태로 나타난다면 적합성, 균형성이 없어 정당하다고 할 수 없다.¹²⁾ 더욱이 고통을 제거하기 위해서 적극적 동작으로 직접 사람을 살해하는 것은 부득이한 사정에서 치료행위를 하지 않는 경우보다 일반적으로 비난의 정도가 크다고 할 수 있다.

이에 반해서 제한적 범위 내에서만 적극적 안락사를 허용하는 견해가 있다. 즉, 일본의 나고야 고등법원은 1962년 12월 22일 판결은 일정한 요건

하에서 시행된 안락사가 정당화된다고 보았는데, 적극적 안락사를 허용하는 입장에서는 이 판결에서 제시하고 있는 요건들을 수용하고 있다. 그 허용요건은 환자가 현대의학에 비추어 치료불가능하고 죽음에 임박해 있다는 의사의 판단이 있을 것, 환자의 극심한 육체적 고통이 있을 것, 오로지 환자의 고통 완화목적으로 행해졌을 것, 본인의 진지한 촉탁이나 승낙이 있을 것, 의사에 의하여 윤리적으로 용인될 수 있는 방법으로 시행될 것 등이다. 또한 적극적인 안락사의 경우 ‘고통에 의한 死’ 인가 ‘고통에서 해방된 死’ 인가를 선택한다는 관점에서 고통을 제거해주는 일종의 치료행위로 취급하여 엄격한 요건 하에서만 위법성이 조각된다고 보는 견해¹³⁾가 있으며, 또한 적극적 안락사를 사회상규에 위배되지 않는 행위로 보는 견해¹⁴⁾, 피해자의 승낙에 의한 행위라는 견해¹⁵⁾도 있다.

(2) 소극적 안락사

소극적 안락사란 부작용에 의한 안락사로서 회복이 불가능한 환자에게 적극적인 생명연장의 수단을 사용하지 않는 경우를 말한다.¹⁶⁾ 즉, 사기가 임박하고 현대의학의 견지에서 불치의 환자, 특히 식물인간의 상태에 있는 환자에 대하여 치료중단 등 생명연장을 위한 더 이상의 조치를 하지 않으므로써 예상보다 빨리 죽음에 이르게 하는 경우이다. 일부 학자들의 경우 소극적 안락사를 존엄사(death with dignity)의 용어와 동일하게 사용하고 있다.¹⁷⁾ 존엄사를 소극적 안락사의 유형으로 보거나 소극적 안락사는 존엄사의 문제로 다루어진다고 보는 견해가 대부분이다.

우리나라의 형법상의 다수설은 환자의 명시적 의사 또는 추정적 승낙에 기하여 행해진 소극적 안락사만 허용하는 입장이다. 그 논거로는 환자의 의사에 따라서 생명연장의 적극적 수단을 취하지 않으면 환자의 진료거부권 행사로서 적법행위로 보아야 하며, 의사에게는 환자의 의사에 반하여 그의 생명과 고통의 연장을 강제할 수 있는 권리가 없기 때문이라는 지적

이다.¹⁸⁾ 의사는 환자의 요구에 따라 독극물을 주사하여서는 안 되는 것과 마찬가지로 환자의 치료거부의사를 무시한 채 환자의 생명연장과 이에 따르는 고통연장을 하여서는 안된다는 논거이다.¹⁹⁾ 즉, 환자의 자기결정권 내지 치료거부권을 존중하고 생명권의 내용으로서 자연적인 죽음의 권리와 인간으로서의 존엄성을 유지하는 사망의 권리를 존중해야 한다는 의미를 말한다.²⁰⁾ 이와 같이 소극적 안락사의 경우 '사회상규에 위배되지 않는 행위(형법 제20조)'로서 위법성이 조각된다는 견해가 있으며,²¹⁾ 회복이 불가능한 환자에 대한 인공적인 생명연장이 의학적으로 더 이상 의미를 가질 수 없는 정도에 이르렀을 때에만 정당화된다는 견해²²⁾가 있다. 특히 환자의 의식이 없는 때에는 생명 연장조치의 제거에 대한 환자의 추정적 승낙이 인정되고 환자의 법정대리인이나 가족의 촉탁·승낙이 있는 경우에만 2인 이상의 전문의들의 신중한 판단으로 의식회복이 불가능한 환자의 사망시기가 임박하여 더 이상 치료하는 것이 의학적으로 하등의 의미를 갖지 않을 정도의 단계에 들어섰을 때에 허용된다는 견해가 제기되고 있다.²³⁾ 또한 사안에 따라 개별적으로 허용여부를 판단해야 한다는 견해로서 먼저 환자가 죽음을 지연시켜 줄 것을 요구했음에도 불구하고 의사가 생명 연장 조치를 취하지 않았을 때에는 부작용에 의한 살인죄의 불법비난을 면할 수 없는데, 뇌사상태에 있는 환자에 대해서는 더 이상의 치료가 불필요할 뿐만 아니라 반드시 요구되는 것도 아니기 때문에 치료를 담당했던 의사에게 보충인적 의무가 없고 따라서 부작용에 의한 살인죄의 구성요건에 해당하지 않는다는 견해도 있다.²⁴⁾

(3) 간접적 안락사

간접적 안락사는 생명단축의 결과발생을 예상하면서도 고통을 완화시킬 목적으로 처치했던 결과 예상된 부작용으로 자연적 사망 시기를 앞당기게

되는 경우를 말한다.²⁵⁾ 회복할 수 없는 중환자의 고통을 감소시키기 위한 의사의 치료행위가 예상했던 생명단축의 부작용을 초래하는 것을 말하며, 예를 들어 환자의 고통을 경감시켜줄 목적으로 의사가 모르핀을 투여하였는데, 필요한 모르핀의 단위용량이 점차 증가할 수밖에 없었고 이러한 처치의 부작용으로 불가피하게 환자의 생명단축이라는 결과를 초래한 경우가 이에 해당한다.²⁶⁾ 간접적 안락사는 일정한 요건이 구비된 경우에 사회상규에 위배되지 아니하는 행위로 정당화된다고 보는 것 다수설이며²⁷⁾, 그 근거로 구체적 안락사의 시술상황을 고려하여 피해자의 승낙에 의하여 정당화될 수도 있고 피해자의 승낙이 없는 경우에는 제반 정황을 고려하여 사회상규에 위배되지 않는 행위로서 허용된다고 볼 수 있다.²⁸⁾

(4) 의사조력자살

엄밀한 의미에서 안락사와 의사조력자살(physician-assisted suicide)은 구분된다. 의사조력자살은 환자 스스로가 생명을 끊는 것을 의사가 도와주는 것을 의미하기 때문에 본질적으로 자살에 해당한다. 안락사는 행위자와 환자가 구분되나, 의사조력 자살의 경우 행위자와 환자가 구분되지 않고 일치한다. 통상 의사조력자살은 불치의 질병으로 회복가능이 없는 환자가 죽음을 희망하여 자살을 고려한다는 것을 알고 있는 의사가 환자에게 다량의 수면제나 진통제를 제공하든가 그 밖의 치명적 약에 관한 정보를 알려주는 방식으로, 직접적 죽음을 초래하는 행위는 환자 혼자서 스스로 실행하고 의사는 직접 개입하지 않는 경우를 말한다. 의사조력자살은 치료 중단 내지 보류와 구별되는데 치료 중단이 환자의 질병을 그 자체의 자연적인 과정으로 이어지도록 허용한데 반해 의사조력자살은 죽임의 행위(an act of killing)가 포함된다고 할 수 있다. 그러므로 의사조력자살에서의 중요한 요소는 조력자살이 죽음을 야기했다는 것에 있는 것이 아니라 죽음

을 초래한 정당화된 방법이 있었는지에 달려있다.²⁹⁾ 현행 형법에 의하면 의사조력자살은 면허증을 가진 의사가 죽을 수 있도록 의약품을 처방을 하거나 죽을 수 있도록 어떤 장치를 주는 것은 적극적 안락사에 해당한다고 할 수 있으며, 정보를 제공하는 경우에는 자살교사 방조행위(형법 제252조 2항)에 해당한다고 볼 수 있다.

의료윤리학에서는 죽임(killing)과 죽게 놔두는 것(letting die)이 의사에게 도덕적으로 중요한 차이가 있는지에 대해서 오랫동안 논쟁해왔다. 의료계에서는 의학적인 치료를 중단함으로써 환자들이 죽도록 하는 것은 때때로 허용될 수 있지만, 죽음을 초래하기 위해서 더 적극적인 방법을 취하는 것은 결코 허용될 수 없다고 하였다. 의사조력자살을 반대하는 학자들에 의하면 살아있는 육체의 생명은 바로 그 자체로 의사에게 존중과 외경심을 일으킨다고 지적한다. 그래서 생명의 존중가능성은 인간적 합의나 환자의 동의에 달려있는 것은 아니므로, 누군가 살고 싶지 않다고 선언한다고 해서 그 사람의 살아있는 육체가 존중받을 수 없는 것으로 판단해서는 안될 것이다. 의사의 능력의 사용에 한계를 찾거나 정해야 한다는 것은 그 능력이 위험한 것일 때 특히 중요한 의미를 가질 수 있다. 의사의 능력을 제한하는 가장 근본적인 윤리원칙은 환자의 자율성이나 자유도 아니고, 의사 자신의 선한 의도나 동정에서 나온 것이 아니며, 오직 인간 생명자체의 존엄성과 신비로운 힘에 의해서 결정되어야 한다고 지적할 수 있다.³⁰⁾

3. 존엄사에서의 중요한 요소들

가. 적극적 작위와 소극적 부작위의 구분상의 문제점

소극적 안락사와 관련해서 의사의 행위를 중심으로 “적극적”과 “소극적”으로 구분하는 것은 매우 혼란스럽고 정확한 구분이 아니라고 할 수 있다.

어떤 환경에서는 “적극적”과 “소극적”이라는 용어가 의미를 줄 수 있겠지만, 의료에 적용되는 경우에는 분명하게 구분되지 않을 경우가 있기 때문이다.³¹⁾ 즉, 대부분의 경우 죽이는 것이 죽게 방치하는 것보다 더 나쁘지만, 또 어떤 경우에는 죽게 방치하는 것이 죽이는 것보다 더 나쁠 수도 있기 때문이며, 의료 현실에서 이제 인공호흡기가 특수치료가 아니라 일상치료방법이 되었다면 더욱 그러할 것이다.³²⁾ 미국의 뉴저지주의 대법원은 콘로이(Conroy) 사건³³⁾에서 아래와 같은 문제점을 제기하였다. 의사가 튜브를 통한 영양공급을 중단하였다면, 그것은 중요한 영양공급원을 차단하여 적극적으로 죽음을 야기한 것인가 또는 단순히 인공적인 형태의 치료를 중단하여 환자가 삼키지 못하는 것을 포함하는 의학적 상황에 따르는 자연적인 죽음을 소극적으로 허락한 것인가라는 점을 규명해야 할 것이다. 예를 들어 “적극적”으로 환자로부터 인공호흡기를 제거한 것이 “소극적”으로 환자가 호흡지지를 받지 않는 것을 허용하는 것으로 여겨질 수도 있고, “소극적”으로 환자의 심폐소생술을 시행하지 않는 것이 “적극적”인 “소생술을 하지 말라”는 것으로 여겨질 수도 있다는 점이다.³⁴⁾ 따라서 이미 진료중인 환자의 인공호흡기 제거는 소극적 안락사라기보다는 엄밀히 말해서 그 결과의 확실성으로 말미암아 적극적 안락사로 분류되어야 할 것이다. 따라서 의사의 행위를 중심으로 적극적 내지 소극적 안락사의 구분은 오히려 정당화된 죽음(justified killing)과 정당화되지 않는 죽음(unjustified killing)으로 구분하는 것이 유용할 수 있다.

한편 안락사를 적극적과 소극적 내지 능동적과 수동적으로 구분하는 것은 법적으로 뿐만 아니라 도덕적으로도 합당하지 않다는 지적이 있다.³⁵⁾ 행동이 적극적이고 소극적인지에 초점을 맞추는 것은 우리 판단에 혼란을 초래하며, 느리게 수동적으로 죽는 것이 빠르고 고통 없이 적극적으로 죽는 것보다 도덕적으로 우위에 있다고 생각하게 만들 수 있기 때문이다. 양

자 모두 죽음의 원인이 되는데, 도덕적으로 중요한 것은 죽음을 가지고 온 방법이 문제가 아니라 죽음을 초래한 상황이 중요한 판단근거가 된다고 할 수 있다. 오히려 도덕성과 비도덕성은 그런 행동의 맥락에서 동기와 결과들에 의해 결정된다고 볼 수 있다. 그러므로 존엄사에서 가장 중요한 것은 의사의 행위가 있을 수밖에 없었던 죽음을 초래한 상황이며, 그 과정에 놓여있는 의사와 환자 사이의 합의이며, 삶의 질을 고려할 때 환자 자신이 받는 이득과 피해에 대한 정확하고도 과학적인 분석을 통한 균형적이고 신중한 결정이라고 할 수 있다.³⁶⁾

1983년 미국 대통령 윤리문제 자문위원회(The President's Commission for the Study of Ethical Problem in medicine and Biomedical and Behavior Research)의 생명유지 치료의 보류결정(Deciding to Forgo Life-Sustaining Treatment)에 대한 보고서에서 행위(acting)와 무위(omitting)의 구분을 통해 죽이는 것과 죽게 방치하는 것을 구분하는 것에 상당히 유보적인 평가를 내렸다. 위원회는 물론 치료를 보류하거나 생략하여 죽음을 허용하는 모든 의료행위가 수용될 수 있는 것은 아니지만, 환자나 그 대리인이 그러한 선택을 할 경우 도덕적으로 수용되고 그것은 살인죄에 저촉되지 않는다는 것을 인정하였다. 또한 위원회는 직접 죽이는 것(direct killing)을 금지함으로써 사람의 생명을 보호하기 위한 안전장치로 개인의 자기결정권에 대한 제한이 받아들여질 수 있다고 보았다. 그럼에도 불구하고 위원회는 행위와 무위의 단순한 차이가 결코 무엇이 도덕적으로 바람직한 행위인지를 결정해주지 못한다고 지적하였다. 오히려 어떤 특정한 행위나 무위의 도덕적 수용가능성은 다른 중대한 고려사항들, 즉 달성해야 할 이익과 예상되는 피해의 균형, 죽어가는 사람에 대한 다른 사람들의 의무, 행위와 부작용에 관련된 위험성, 결과의 확실성 등에 의해서 평가되어야 한다고 권고하였다.³⁷⁾

나. 자의적 안락사로서의 존엄사

자의적 안락사(voluntary euthanasia)는 환자의 명시적 의사 또는 추정적 승낙에 기하여 행해지는 것을 말한다. 자의적 안락사는 죽임을 당하는 당사자의 의사에 따라 수행되기 때문에, 이 때 당사자는 명령, 의뢰, 신청 등과 같은 방식으로 안락사를 요청하는 것이다.³⁸⁾ 이와 비교되는 개념으로 ‘비자의적 안락사’(involuntary euthanasia)와 ‘자의와 무관한 안락사’(반자의적 안락사:nonvoluntary euthanasia)가 있다.³⁹⁾ ‘비자의적 안락사’는 죽임을 당하는 당사자가 동의능력을 지녔지만 동의하지 않은 사람에 대해 행해지는 안락사이며, 통상 환자의 의사에 반해서 죽음의 결정을 환자가 아닌 가족, 의사들에 의해 이루어지는 경우에 해당한다.⁴⁰⁾ 비자의적 안락사는 식물인간의 상태나 임종을 앞두고 극심한 고통에 시달리고 있는 상태에서 환자의 사전의사표시인 생전 유언(living will)이 없기 때문에 환자의 의사를 알 수 없는 경우에 주로 이루어지며, 환자 가족의 동의만으로 치료를 중단하는 것은 살인의 수단으로 악용될 위험성이 있기 때문에 환자의 추정적 의사를 심사하여 그에 합치할 경우에만 허용된다고 할 수 있다.⁴¹⁾ ‘자의와 무관한 안락사’는 죽임을 당하는 당사자가 동의능력을 지니지 않아 동의표명이 불분명한 경우에 행해지는 안락사를 말한다.

존엄사의 경우 자신의 의지로 삶을 직접적으로 치료를 거부 또는 중단을 요구함으로써 이루어지기 때문에 반드시 자의적 안락사이어야만 한다. 실제 네덜란드의 안락사에 대한 1991년 9월의 정부 공식보고서인 렘멜링크 보고서(Remmelink Report)에 의하면 적어도 매년 1,040명의 사람들이 비자발적인 안락사로 죽어갔다고 한다. 이 환자들의 담당 의사들은 동정심에 사로잡힌 나머지 환자를 혼란에 빠뜨리지 않기 위해서 안락사에 대한 그들의 의견을 묻지 않았다고 밝히고 있다.⁴²⁾ 자의적 안락사에서 자발성이란 질병으로 고통을 받고 있는 환자가 안락사에 대해서 진지하게 요청하였

다는 것을 의미한다. 존엄사에서 의 요청은 단순히 환자 본인이 명시적으로 표현한 동의서의 존재여부가 아니라 그렇게 표명된 동의가 진정한 동의인가가 문제된다. 동의자가 동의능력을 갖추고, 해당 본인이 실제로 결정을 내려야 하며 환자인 동의자가 안락사를 요구한다는 또는 안락사를 받아들이겠다는 명시적인 동의서가 필요하다.⁴³⁾

다. 환자의 죽을 권리에 대한 자기결정권

개인의 자율성이라는 개념은 환자의 권리운동(patient right movement)에서 매우 중요한 것이었다. 환자들은 각자 자신의 신체와 생명을 통제할 권리가 있으며, 이에겐 생명을 끝낼 권리도 포함되어 있다. 즉, 죽을 권리에 대하여 자율성의 원칙을 적용하면 환자의 의사무능력이 증명되지 않는 한 자신의 생명을 마칠 시기와 관련된 결정을 내릴 권리가 있다.⁴⁴⁾ 죽을 권리의 이면에는 환자들은 존엄성을 요구하고 있다. 환자들은 통증이나 육체적 고통보다는 오히려 존엄성과 자아상실과 같은 인격성을 위협하는 증상들을 두려워한다. 환자들이 자신의 존엄성을 지키기 위한 대안으로서 안락사 등의 구체적인 권리를 요구하는 것이다. 그러나 자율적으로 행동한다는 것은 스스로 무엇을 할지 결정하는 것이기 때문에 속박으로부터의 자유 그 이상의 개념으로서 실체적으로 여러 가지 대안 중에서 고를 수 있어야 한다. 존엄사와 관련된 최선의 결정을 내리기 위해 환자와 가족들에게 정보가 필요하다는 것을 강조할 필요가 있다. 누군가 하나밖에 없는 것 중에서 골라야만 하는 상황이라면 자율적 결정권이 있다거나 자유로운 선택을 할 수 있다고 말할 수 없기 때문이다. 의사는 환자의 치료를 거부할 권리를 존중해야 하고, 이러한 환자의 결정을 쓸모없는 것으로 간주해서는 안된다.⁴⁵⁾ 이와 아울러 의사는 환자에게 의료처치 또는 수술과 관련된 대안들을 설명해야 하고 의료적 사실과 견해의 혼동 상태에 환자를

두게 해서는 안된다.⁴⁶⁾ 의사들이 죽어가는 환자들에게 대안의 선택에 대해 거의 이야기 하지 않는 게 현실이다. 대안의 내용 중에 특히 실험적 약물이 나 수술이 포함되어 있을 때 말기환자들은 다른 결과와 다른 죽음의 방식에 대해서도 정보를 제공받아서 그들이 ‘가장 덜 나쁜 죽음’을 선택할 수 있어야 한다. 미국 오리곤주의 Death with Dignity Act에 의하면 의사는 환자에게 그의 증세, 예후, 처방되어진 대로 행한 투약에 따른 잠재적인 위험, 투약에 따르는 가능한 결과, 통증완화 간호, 호스피스간호, 통증 통제 등의 실행 가능한 대안들에 대하여 정보를 제공하여야 한다.⁴⁷⁾ 이러한 정보에 근거해서 다른 대안들에 대한 심사숙고한 거부(A considered rejection of alternatives)가 존엄사를 정당화하는 요건이 된다.⁴⁸⁾

하지만 현실에서 죽음을 선택해야 하는 상황에서 환자의 진정한 의사결정을 파악하는 것 또한 쉽지 않다. 존엄하게 죽을 권리의 요구는 기본적으로 현재 놓여져 있는 상황을 이해하고 해석할 수 있으며, 나아가 의사를 결정할 수 있는 능력을 전제한다. 충분한 정보에 근거한 동의를 얻기 위한 첫 단계는 환자가 이러한 능력을 갖고 있는지를 확인하는 일이다. 물론 이 과정이 쉽지는 않을 것이다. 예를 들어 환자의 가족들 사이에서 환자에 대한 보호의지나 이해관계가 다른 경우에는 의견이 일치하기가 어려울 뿐만 아니라, 치료비 부담이나 상속 등의 경제적 문제로 인해 갈등구조가 생기다면 온전한 정신상태에서 결정을 하는 것을 기대하기 어려울 것이다. 가족들의 입장을 생각해서 진의 아닌 의사표시로 죽을 권리를 요구할 수도 있고, 그런 상황 하에서 환자가 막연히 판단능력이 상실되었을 것이라고 판단하여 환자의 진의 의사표시가 가족들에 의해서 무시당할 수 있다. 이런 경우 환자가 합리적인 사유능력, 올바른 판단력, 비교형량에 따른 판단력 등을 지니고 있는지를 측정할 수 있는 객관적인 기준이 존재하지 않을 뿐 아니라 실제로 환자가 그러한 능력을 소유하고 있는지 확인할 만한 테스트

기준도 존재하지 않는다. 하지만 대체로 의료윤리학에서는 치료나 실험과정을 이해할 수 있고, 그와 관련된 주요한 이해득실을 따질 수 있고, 이러한 심사숙고에 의해서 결정을 내릴 수 있는 사람을 의사결정능력이 있는 자로 간주하고 있다.⁴⁹⁾

환자에게 이러한 능력을 지녔다는 의심이 있을 경우에는 의사는 반드시 정신과 전문의에게 환자의 정신능력에 대해 문의해야 한다. 협진의 결과 의사결정능력에 이상이 없다고 판단된 환자에게 의사는 환자가 이해할 수 있는 용어를 선택하여 죽음의 선택과 그에 따른 처방책, 예상 징후 등을 충분히 설명하고 경우에 따라서는 환자에게 질문의 기회를 주면서 언제든지 동의를 취소할 수 있다는 사실도 알려주어야 한다.

존엄사를 정당화하기 위해서는 죽음의 지속적인 선택(durable preference for death)에 대한 환자의 표현(patient's expression)이 필요하다.⁵⁰⁾ 그러므로 죽을 권리와 관련된 의사결정의 표현에는 동의 그 자체도 중요하지만 동의의 횟수 역시 충분히 고려해야 한다. 실제로 죽음을 앞둔 환자가 내리는 심폐소생술 반대 의사표시나 치료거부와 같은 환자 생명과 직결되는 의사결정의 경우 환자로부터 1회의 동의만으로 부족하다고 할 수 있다. 그래서 2-3회의 동의가 요구될 때에는 반드시 1주일이나 3-4일 정도의 시간적 여유를 두고 환자로부터 동의를 얻어야 할 것이다. 이때의 동의는 환자가 자기의 의사를 말이나 글로 '예'라고 분명히 나타내는 명시적 동의(explicit consent)를 의미하며, 최종 의사표시의 경우 서면동의가 필요하며, 경우에 따라서는 동의의 객관성을 확보하기 위해서 환자의 보호자 또는 의료진의 입회도 필요할 것이다.

라. 생명에 대한 사전 유언제도

오랫동안 안락사가 광범위하게 공개적으로 논의됨으로써 의사 혼자서 암

목적으로 결정을 내리던 관행은 있을 수 없는 것이 되었다. 안락사와 관련된 소송사례에서 합법적으로 허용할 수 있는 행위의 범위를 넓혔으며, 사람들이 생명연장 치료를 거부하거나 중지할 수 있는 권리가 있다는 주장을 확고히 해주었다. 존엄사와 관련된 상황은 의료가 해줄 수 있는 이득에는 어느 정도 한계가 있다는 점을 명백히 하였다. 즉, 어떤 경우에는 기술적으로 취할 수 있는 모든 조치를 다 취하지 않고 중단하는 것이 더 좋을 수 있다는 것을 의미한다. 점차적으로 사람들은 만일 자신에게 가망 없는 사고나 질병이 닥쳤을 때를 대비하여 자신의 의사를 밝혀 둘 필요성을 느끼게 되었다. 자신의 생명에 대한 유언(the living will)은 자신의 의사를 표현할 수 없는 상황에 대비하여 자신의 죽음과 신체기관의 이식, 치료방법의 결정에 대해서 남기는 의사표시이다. 이러한 생전 유언은 대부분 서면으로 작성되며, 환자가 인지하고, 선택을 할 수 있을 때 상황을 고려해서 그러한 상황이 실현된다고 하더라도 미리 환자가 작성한 선택방안대로 실행되어 질 수 있도록 작성하는 것을 말한다.⁵¹⁾

생명에 대한 사전유언의 장점은 개인이 명백한 형태로 자신이 어떻게 치료를 받겠다는 의사를 표시하도록 한 점이다. 이렇게 함으로써 비록 의식 불명인 상태이거나 혼수상태가 된다고 하더라도 환자는 계속해서 자신의 삶에 대한 통제력을 행사할 수 있게 된 것이다. 반면 사전 유언은 특별한 의료장비의사용 혹은 치료계속의 의사결정을 하는데 의사들이 개입할 필요가 없으며, 개입해서도 안된다는 의미를 내포하고 있다. 현재 우리나라의 경우 생명에 대한 유언에 대한 입법을 마련하고 있지 않지만, "자신의 생명에 대한 사전 유언"을 합법화한 미국의 주가 40개 이상으로 증가하였다. 미국에서 생명에 대한 사전 유언의 최초의 입법은 1977년 8월 30일에 캘리포니아에서 통과된 '자연사(natural death) 조례'였으며, 이는 다른 주의 유사한 입법의 모델이 되었다. 이 법은 온전한 성인은 의사에게 자신

이 ‘말기’ 이거나 ‘죽음이 임박’ 하였다고 진단되는 경우에는 기계적인 또는 인공적인 생명연장 기술을 보류하거나 중단할 수 있도록 허용하는 사전 유언장을 작성할 수 있도록 허용하는 것이다.

그러나 환자에게 예측하지 못하는 상황이 닥쳐올 때 이에 대한 의사결정이 요구되는 시점에 환자가 의식불명 또는 식물인간상태에 빠진다면 기존의 이와 무관한 사전 의사표시는 예측 못한 상황에 아무런 소용이 없게 된다. 이러한 한계점이 있기 때문에 의사표시를 대신해 줄 대리인을 지정하는 事前指示(advanced directives) 제도가 있다. 사전지시란 의사결정을 가진 어떤 사람이 환자 자신이 법적으로 온전하게 행위할 수 없을 때인 미래의 상황을 대비하여 자신을 대신하여 행위할 사람을 지정하거나 자신에 대해 어떠한 진료행위를 시행할 것을 결정하여 문서(written documents)를 말한다.⁵²⁾ 만약 자신이 의사결정능력이 없게 될 경우 재정적인 그리고 의학적 결정을 내릴 지속적 대리권(durable power of attorney)을 다른 사람에게 부여하는 것이다. 생명에 대한 사전유언과는 달리 대리 의사결정권자(surrogate decision-maker)가 새로운 혹은 예기치 않은 상황에서도 통제력을 행사할 수 있도록 허용하는 것이다. 예를 들면 대리 의사결정권자는 인공생명연장 장치를 사용하지 않고 있는 환자의 인공영양 공급의 중단에 대한 의사표시를 할 수 있는데, 이는 생명에 대한 사전유언으로는 가능할 수 없는 영역인 것이다. 치료중단시점에서 환자의 의사를 추정하는 것마저도 불가능한 경우에는 최후의 수단으로서 생명을 유지하기 위한 치료를 개시하거나 계속하는데 따르는 손실이 그에 따르는 이익에 비하여 명백히 우월하고, 환자의 생명유지로 인한 극심한 고통으로 인하여 환자의 생명을 유지하는 것이 비인도적이라고 판단되는 경우 치료를 중단하는 ‘환자에게 최선의 이익이 되는 판단방법(best interests of patient standard)’ 이 제시되고 있다.⁵³⁾

마. 의학적 미란다고지의 정책적 필요

환자들의 삶의 마지막을 조절하고자 하는 자기 결정권에 관한 움직임들은 1990년에 발효된 미국 연방법 “환자 자기결정권법”(Patient Self-Determination Act)에 반영되었다. 이 법상의 자기결정권에 관한 규정을 ‘의학적 미란다고지’로 불리기도 한다. 이 법은 연방정부의 보조를 받는 병원이나 양로원, 기타 요양기관들은 환자가 입원할 때 해당 주의 법과 이 법에 따라 치료의 거절이나 거부를 할 수 있는 환자의 권리를 서면으로 알려주어야 한다. 환자가 자기의 결정을 집행해줄 기관을 선택할 수 있도록 그리고 환자에게 그 기관이 취하고 있는 관행과 정책을 설명해 주어야 한다. 해당 기관은 환자가 죽음에 대한 합리적인 결정을 할 수 없는 상황에 대비하여 특정한 사람을 대리 의사결정권자(surrogate decision-maker)로 지정해야 하는 등 대리인지정에 대한 사전지시를 하였는지 여부를 기록해야 한다. 이러한 의학적 미란다 고지는 사전 지시서의 사용을 증가하기 위한 의도이고, 병원이 환자의 사전지시를 존중한다는 것을 명시하고 환자들에게 이를 알려주기 위한 것이다. 이러한 의사결정권자를 지정하는 대리법(the surrogacy law)은 미국의 전체 주 중 2/3 정도가 채택하여 시행하고 있다.

4. 미국에서 존엄사 및 의사조력자살과 관련된 법원의 결정

가. 존엄하게 죽을 권리에 관한 미국연방 대법원의 결정

(1) 낸시 크루젠 사건 개요

25세의 낸시 크루젠(Nancy Cruzan)은 1983년 1월 늦은 저녁에 교통사고로 상처를 입었다. 그녀는 아마도 12-14 분 동안 무산소상태로 있었고,

곧 깊고 회생할 수 없는 두뇌 능력의 상실로 진단되었다. 의료진은 그녀의 조건에 대해서 불확실했기 때문에 크루젠을 적극적으로 치료했다. 이러한 치료에도 불구하고, 그녀는 지속적인 식물인간 상태(persistent vegetative state)⁵⁴⁾로 진단되었다. 다만 그녀는 자발적인 호흡이 가능했기 때문에 인공호흡기가 필요 없었지만 그녀의 복부에 영양공급을 위한 튜브가 삽입되었다.

교통사고 후 6년간 그녀의 부모는 주 병원에게 영양과 수액 공급을 중단하고 그녀를 죽게 해달라고 요청했다. 병원의 의료진은 이것은 도덕적으로나 의학적으로 부적절한 행동이라고 생각했거나, 혹은 잠재적인 책임 때문에 그들은 그러한 행위를 지지하는 법정의 명령없이 영양과 수액을 제거하는 것을 거절했다. 낸시의 부모는 법에 이를 호소하였다.

(2) 법원의 결정

1988년 6월 재스퍼 카운티 순회법원의 판사는 낸시의 인위적인 생명연장술이 그녀의 헌법적인 권리를 침해하는 것이라고 선고했다. 판결문에서 “헌법이 보장한 자유권은 어떤 개인이 인위적인 생명연장 기술을 거부할 수 있는 권한을 포함한다”고 주장하였다. 법정은 그녀 자신의 최선의 이익과 그녀의 가족의 희망뿐만 아니라 그녀는 적어도 반이 정상적이지 않다면 삶을 지속하지 않았을 것이라고 그녀의 친구에게 말한 그녀의 일반적인 주장에 근거하여 결정을 내렸다.

검사가 제기한 상고에 따라 미주리주의 대법원은 불완전한 환자의 경우에 삶을 유지하려는 치료를 종료하기 위한 새롭고 매우 엄격한 과정을 세우려는 결정에 따라 순회법원의 결정을 파기했다. 미주리주 대법원은 생명을 유지하려는 치료는 환자가 직면한 환경 하에서 문제가 되는 특별한 치료를 제거하기를 원한다는 명백하고 확실한 증거에 의해서 환자 자신에 의해서 주장된 증거가 표현되는 경우에 한해서 치료중단이나 영양공급의 튜

브가 제거되어야 한다고 주장하였다. 미주리 주 대법원의 판결문에서는 “후견인에게 크루젠의 죽음을 선택하게 할 아무런 원칙적인 법적 근거를 발견하지 못했다”고 하면서 “생명권을 강력하게 선언한 주의 정책에 따라 심각하게 저하된 삶의 질에도 불구하고 살기를 원할지 모르는 사람들의 권리를 존중하여, 차라리 생명 쪽을 선택한다”고 판시하였다.⁵⁶⁾

이에 낸시 가족 측의 변호사가 이 사건을 연방대법원에 상고하였으며, 대법원은 1990년 6월 5일 이사건의 상고를 5:4로 기각하였다. 크루젠 사건은 연방대법원이 최초로 죽을 권리에 대한 심의에 동의하였다는 점에서 중요한 의미를 가진다.⁵⁶⁾ 연방대법원의 판결은 로 대 웨이드나 켈란 사건처럼 헌법상의 사생활 보호권에 초점을 두지 않고 헌법 제14조의 자유권에 근거하였다. 치료를 거부할 합법적인 권리- 영양과 수액공급을 포함하는-는 미국 수정헌법 제14조에서 보호된 자유이익(protected liberty interest)라는 원리 하에 있으며, 크루젠 사건이 그러한 헌법상의 권리가 있음을 인정하였다는 점이다.⁵⁷⁾ 크루젠 사건에서 연방대법원은 의사결정 능력이 있는 환자가 원하기 않는 의료시술을 거부하는데 자유권(liberty interest)을 가지고 있고, 의료장비에 의한 인공적인 영양과 수액의 공급은 다른 형태의 치료와 같이 다루어지는 의료적 처치의 한 형태라는데 동의했다. 이에 따라 환자에게 의료시술을 할 때 동의서를 받아야 하는 것이 의무의 기초라고 보았다. 하지만 환자가 동의서를 작성할 수 없는 상황에서 환자가 무엇을 바랐는지 어떻게 알 수 있느냐에 문제의 초점이 맞추어져 있다.⁵⁸⁾

연방대법원은 치료의 종료를 허락하기 이전에 환자가 영양과 수액공급을 중단하기를 원한다는 명백하고 확실한 증거가 있어야 된다는 미주리 주의 요구가 미국 헌법의 적정절차(due process)조항을 침해한 것이 아니며 이 과정은 주의 재량권에 있어야한다고 주장했다. 반면에 그러한 과정은 헌법

상으로 요구되어서 안되고, 금지되어서도 안된다고 판시하였다. 따라서 연방대법원은 다수의견에서 헌법은 각 주법에서 개별적으로 혼수상태에 있는 환자의 의지를 결정하는데 필요한 기준을 정할 권리를 허용하고 있다고 판결하였으며, 미주리 주법이 환자의 의지라고 하는 '명백하고도 확실한 증거'를 요구하는 엄격한 기준은 합헌이라고 하였다. 왜냐하면 치료를 종결시키지 않기로 한 잘못된 결정은 적어도 현 상태를 지속시키는 데 반해, 치료를 종결시키기로 한 잘못된 결정은 돌이킬 수 없기 때문이며, 이에 따라 각 주가 지나치게 조심을 하다가 실수를 하는 것은 합법적이라고 본다는 의견을 제시하였다.

그러나 소수의견은 이러한 법리해석에 강하게 반발하며, 혼수상태에 있는 환자의 의지를 잘못 알고 치료를 계속하는 것도 마찬가지로 심각한 문제를 일으킨다고 주장하였다. 이렇게 되면 “원하지 않는 치료를 거부할 수 있는 권리에 의하여 보호되어야 할 삶의 질을 빼앗는 행위”라고 하였다.⁵⁹⁾

사실 크루젠 사건은 일련의 문제를 해결하는 데는 실패했다. 헌법이 치료를 종료하도록 하는 의사결정능력이 있는 사람의 권리를 인정할지, 그리고 어떻게 그런 권리가 자살을 하도록 혹은 도우거나 선동을 하는 법과 일치하는지는 직접적으로 다루지 않았다.

법원은 이 사건에서 죽을 권리에 대한 헌법적 문제의 분석적 근거를 제시하거나 사생활권에 기초한 심도있는 논거도 논쟁하지 않았다. 오히려 크루젠 사건은 이 영역에서 법이 주의 기초에 의해 주(state)위에 발전되어야 한다고 요구하였다.⁶⁰⁾ 그리고 이것은 주 법의 다양성의 기원이었다. 한 주에서 삶을 유지하려는 치료를 제거하도록 요구된 증거가 다음에도 그러한 목적으로 작용할 것이라는 것은 충분하지 못할지도 모른다. 크루젠 사건은 가족이나 대리인이 삶을 유지하려는 치료를 종료하게 하는 두 번째 주의 법을 이용하려고 환자를 한 주에서 다른 주로 옮기는 것을 허락할 것인지

는 언급하지 않는다. 예를 들면, 가족은 치료의 제거에 관해 매우 보수적인 법을 가진 미주리주에서 그러한 종료를 쉽게 허락하는 미네소타 주로 환자를 옮기는 것을 원할지도 모른다. 또 다른 접근으로 환자의 가족은 미네소타주의 의사들이 환자의 자유권(liberty interest)의 존중에 따라 너무 빨리 치료를 그만둘지도 모른다는 두려움의 결과로 환자를 미네소타주에서 미주리주로 옮기는 것을 선택할지도 모른다. 크루젠 사건은 그러한 이동이 법적으로 용인되는지에 관한 지침을 제공하지는 않았다.

나. 의사조력자살에 관한 미국 대법원의 태도

존엄사 및 의사조력자살을 합법화하려는 법안들은 미국의 카톨릭 교회가 강력하게 공식적인 반대가 있는 직후 1989년 캘리포니아 주와 1991년 워싱턴 주 의회에서 근소한 표차로 부결되어 무효화되었다. 1993년 미시간 주에서 의사조력자살을 불법화하는 법안이 통과되었다. 그러나 미시간 항소법원은 1994년 그 법안을 폐기시켰다. 1994년 5월 연방판사 바바라 로스타인(Barbara Rothstein)은 조력자살을 금하는 워싱턴주법을 위헌이라고 판결하였다. 그 논거는 자유에 대한 평등한 보호를 보장하는 수정헌법 제14조는 임신상태를 중지한 여성의 권리와 말기환자가 의사의 도움을 받아 죽을 권리 모두를 포함시킬 수 있을 만큼 포괄적인 것이라고 주장하였다.⁶¹⁾

1996년 3월 제9, 제2순회항소법원(Circuit Court of Appeals)은 의사조력자살을 금지하는 워싱턴과 뉴욕 주법률을 위헌이라고 판결하였다. *Vacco v. Quill* 사건에서 뉴욕의 의사들은 인공호흡기나 급식기에 의존하는 환자들이 그것을 제거하는 방법으로 죽기를 결정할 수 있지만, 인공호흡기나 급식관에 의존하지 않는 말기환자는 소극적 안락사의 방법을 사용할 수 없다는 점에서 죽어가는 환자들에 대한 차별대우가 존재한다는 주장을 하였다. 의사들이 치료를 포기함으로써 환자를 죽이는 것은 허용하면서

보다 적극적으로 자살에의 도움을 제공하는 것을 금지하는 것은 불합리하다는 근거에서이다. 제2항소법원은 말기의 환자에게 치명적인 약물을 처방해주는 것은 금지하는 한에서는 의사의 자살조력을 범죄로 규정하는 것은 헌법에 반한다고 판시하였다.⁶²⁾ 1997년 6월 *Vacco v. Quill* 사건의 연방대법원은 삶을 지탱시켜주는 치료를 거부하는 것은 허용하고, 조력자살은 허용하지 않은 것은 일관성이 없다는 주장에 대하여 그 구별이 임의적이거나 불합리하지 않다고 밝히면서 항소법원의 판결을 기각하였다. 의사조력자살과 치료중단의 소극적 안락사 사이의 구별은 의료계와 미국의 법 전통에서 광범위하게 인정되고 지지된 것으로서 이 구별은 합리적이며 논리적이라고 판결하였다.⁶³⁾

Washington v. Glucksberg 사건⁶⁴⁾에서 제9순회항소법원은 헌법의 기본적 자유권은 의사조력자살을 처벌하지 않는 법을 허용할 만큼 포괄적이라고 하여 의사조력자살에 우호적인 판결을 내렸다. 이 사건의 연방대법원은 의사조력자살의 권리는 미국의 법전통에 깊이 뿌리박고 있지 않다고 하면서 수정헌법 제14조의 적법절차조항에서 보호된 자유권은 의사의 조력을 받을 권리가 미국의 역사와 전통에 깊이 뿌리박고 있을 때에 한하여 허용되고 인정될 수 있다고 판단하였다. 연방대법원은 의사조력자살을 합법화하는 경우에는 의료의 존엄성이 위협받을 수 있다는 의료계의 주장과 장애인과 가난한 사람들이 피해를 입을 수 있다는 주장에 대해서 이를 긍정적으로 평가하였다. 즉, 의사조력자살이 남용될 수 있으며 그러한 위험성이 현실화될 수 있다는 점을 주목한 것이다. 그러나 연방대법원의 위 두 판결은 의사조력자살을 금지하는 주법이 죽을 수 있는 권리를 침해하고 있지만, 그 기본적인 권리가 헌법상으로 존재하지 않는다는 점만 판시하고 있어, 한편으로 주차원에서 입법으로 의사조력자살을 합법화할 수 있는 여지를 남겨두고 있다.⁶⁵⁾

5. 네덜란드와 미국의 존엄사 및 의사조력자살에 관한 입법

외국의 경우 존엄사 내지 안락사를 법률로서 허용하고 있는 주목할만한 국가는 네덜란드와 미국의 오리건주가 있다.

가. 네덜란드에서의 안락사 입법

1993년 네덜란드는 의사가 말기환자의 자살을 돕거나 환자의 명백한 요구에 따라 환자를 사망케 하여도 형사처벌을 받지 않도록 하는 법안을 통과시켰다. 이 법은 10년 이상 네덜란드에서 행해져 왔던 진료관행에 법적 효력을 부여하였다. 환자의 생명을 끊거나 자살을 돕는 것은 여전히 불법으로 남아 있지만, 1972년 한 의사가 자기 어머니의 요청에 의해서 사망하게 한 사건에서 법원은 그 의사를 형사처벌하지 않았다. 그에 따라 1984년의 여러 주요법원의 판결들에 의해 자의적이고 능동적인 의사조력 안락사의 경우 실정법의 테두리 안에서 관행적으로 허용되었다.⁶⁶⁾

네덜란드 법에 의해서 의사가 형사처벌을 면하려면 28개의 점검리스트를 따르도록 요구하고 있다. 법률안에 장치된 안전장치들은 다음과 같다.⁶⁷⁾

(1) 환자가 주도한 요구: 안락사에 대한 요청은 '전적으로 환자 자신의 자유의지에 의한 것이어야 한다. 가족, 친구 혹은 의사를 포함하는 타인으로부터 압력이 있어서는 안된다. 환자가 직접 요청해야 하며, 친척이나 가족이 환자를 위하여 대리 요청해서는 안된다.

(2) 환자의 판단능력: 결정을 내릴 당시 환자는 이성적으로 사고할 수 있는 상태여야 하며, 정보에 따른 결정을 내릴 능력이 있어야 한다. 치매나 의식불명상태와 같은 경우에는 안락사의 대상이 될 수 없다.

(3) 다른 가능성에 대한 고지: 환자는 안락사나 의사 조력사망 외에 다른 방도에 대하여 정보를 제공받아야 한다. 이 가능성들에 대하여 의사, 가족, 친지 등과 의논을 거쳐야 한다.

(4) 결심의 지속성: 환자의 죽으려는 결심은 변치않고 지속되어야 한다. 충동에 의한 요구나 우울증의 결과로 의사에게 요청을 한 경우는 합법적이지 아니다.

(5) 참을 수 없는 고통: 참을 수 없는 고통이 지속되며 치유가능성이 없는 환자여야만 한다. 의사는 환자의 고통이 참을 수 없는 정도라는 것을 입증할 수 있어야 한다.

(6) 전문가에 의한 자문: 주치의는 최소한 한 명이상의 안락사 혹은 조력자살 요청을 다루어본 경험이 있는 의사의 자문을 구하여야 한다.

(7) 공시보고서 제출: 의사는 정부에 환자의 병력과 함께 의사조력 사망이나 안락사에 대한 모든 요건을 만족시켰다는 것을 확인하는 보고서를 제출해야 한다. 환자는 공증된 공식허가서에 서명을 해야만 한다. 안락사의 전형적인 방법은 의사가 수면제를 주사하여 잠들게 한 후 모든 근육을 마비시키는 약물인 큐라레를 주입하여 사망하게 하는 것이다.⁶⁸⁾

1990년 네덜란드왕립협회와 법무부는 안락사의 신고절차에 합의했는데, 다음과 같은 순서로 이루어진다.

(1) 안락사 혹은 조력자살을 수행하는 의사는 자연사 증명서를 발급하지 않는다. 그 의사는 상세한 질의서를 통해서 지역의 의료감시관에게 통지한다.

(2) 그 의료감시관은 사망사실을 관할 검사에게 보고한다.

(3) 그 관할의사는 관련의사의 기소여부를 결정한다. 만약 그 의사가 위

에서 언급한 점검리스트를 지켰다면 검사는 기소하지 않을 것이다.

위와 같은 안락사의 신고절차는 1993년에 장례법에 포함됨으로써 법률적 효력을 갖게 되었다.

나. 미국 오리건 주의 의사조력자살입법

미국의 오리건 주에서는 시민이 발의한 법안이 주민투표에 의해 법률로 확정될 수 있는데, 1994년 11월 오리건주 시민들은 ‘존엄한 죽음에 관한 오리건 주법’을 승인했다.⁶⁹⁾ 오리건주의 ‘존엄한 죽음에 관한 오리건 주법(Death with Dignity Act; 의사조력자살법)’은 환자의 자살조력에의 유효한 요청은 합법적이며, 그러므로 의사는 법적 책임의 부담없이 그러한 요청에 응할 수 있다고 허용한 것이며,⁷⁰⁾ 의사와 환자가 따라야 할 규칙은 다음과 같다.

(1) 말기의 질병(Section 1.01): 주치의와 자문의사 모두가 6개월 이상 살 수 없다는 사실에 동의해야 한다.

(2) 환자는 삶을 마감하기 위한 투약을 해달라는 요청을 최소한 48시간의 간격을 두고 두 번 구두로 해야 한다.⁷¹⁾

(3) 첫 구두요청 이후 최소한 15일을 기다려야 하고, 그 이후 서면요청(written request)을 하여야 한다.

(4) 의사는 환자가 정신질환이 있거나 우울증으로 생각되는 경우 자문을 요청해야 한다.

(5) 환자는 언제든지 자신의 요청을 취소할 수 있다.

오리건 주법이 통과된 다음날 연방지방법원은 그 법이 미국 헌법의 평등

보호조항에 위배된다고 판단하여, 그 법의 시행에 대한 금지명령을 내렸다. 제9순회항소법원은 그 금지명령에 대한 항소를 받아들여 금지명령을 취소하였다. 그러나 1997년 6월 26일 연방대법원은 의사의 조력을 받는 자살에 관한 기본권은 적법절차에 관한 헌법조항이나 평등한 보호에 관한 헌법조항에서 도출될 수 없다고 판결하였다. 연방대법원은 헌법의 어떤 사항에 대한 기본적인 권리가 없다고 하여 어떤 주라도 그러한 권리를 허용할 수 없다는 것을 의미하지는 않으며, 연방대법원은 오리건 주와 같이 각주가 원하는 경우에는 그러한 권리를 허용할 수 있다는 점을 지적하였다. 이 판결 이후 오리건주 의회는 시민들이 19개월 전에 통과시킨 법을 폐지했다. 존엄한 죽음에 관한 오리건 주법의 합법화에 대한 찬성과 반대의 논쟁이 격렬하게 일어났으며, 마침내 1997년 11월에는 60 대 40으로 이 법을 승인하였다. 1998년 3월 26일 2개월 시한부 말기 유방암환자가 최초의 합법적 의사조력자살의 방법으로 사마하였다.

6. 우리나라의 안락사, 치료중단에 대한 인식도 조사⁷²⁾

일반국민을 대상으로 안락사에 대해서 두 가지 접근방법을 가지고 설문조사를 실시하였다. 첫 번째로 소극적 안락사에 대한 인식도 문항이다. 고통이 극심한 불치병의 환자가 죽을 권리를 요구하며 치료중단을 호소하는 경우에 이에 대해서 담당 의료진이 인공생명연장장치 등의 처치를 하지 않고 치료중단을 해야 하는지에 대한 질문으로 존엄사에 대한 선택권한이 환자에게 있고 이를 의료진이 받아들여 가능하게 할 수 있는 지를 물었다. 불치병환자가 죽을 권리를 요구하며 더 이상의 치료를 받지 않겠다고 호소하는 경우 담당 의료진이 그 환자에게 치료를 하지 않고 중단하는 것의 찬성 여부를 묻는 질문에 69.3%가 동의한다는 응답을 하였으며, 상당히 긍정적

인 반응을 보였다. 치료중단에 동의하지 않는다는 응답은 27.5%이다.

두 번째로 적극적인 안락사에 대한 인식도 문항이다. 안락사를 논의하는 학자들 중에서도 적극적인 안락사에 대해서는 상당수 이를 인정하지 않는 태도를 가지고 있으며, 형법상으로도 살인죄에 해당한다고 보는 것이 통설적인 입장이다. 불치병환자가 의사에게 죽여 달라고 호소하였고, 의사는 환자의 호소를 받아들여 약물이나 의료 기구를 사용하여 환자를 죽게 하는 시술을 한 경우 이러한 시술에 동의하는지 여부에 대한 질문에서 조사대상자 중 56.2%가 찬성한다는 응답을 하였다. 의사의 적극적 시술에는 동의하지 않는다는 응답은 39.1%로 나타났다.

세 번째로 어떤 사람이 의식불명이 될 경우를 대비하여 사전에 치료거부 또는 치료중단의 의사표시를 하였다면 이러한 의사표시의 존중에 대한 생각을 물었다. 즉, 존엄사와 관련해서 불치의 의식불명의 환자에게 생전에 표시된 치료거부 또는 치료중단의 의사가 있는 경우에 이를 존중하여 치료중단을 할 것인지 아니면 본인의 의사와 관계없이 인공생명연장장치를 사용해서라도 지속적인 치료를 할 것인지에 대해 최근에 사회적으로 문제가 되고 있는 의료 윤리적 상황에 대한 일반국민의 인식도를 묻는 문항이다. 상당수의 환자가 본인의 의사와는 관계없이 가족의 의사로 같음하여 치료중단의 결정을 하든지 또는 이전의 환자의 의사에 배치되게 생존가능성이 전혀 없는 경우에도 인공생명연장장치로 지속적인 의료처치를 받는 경우가 빈번하게 발생하고 있다. 우리나라의 경우 생전유언인 living will에 대해 등록하는 제도적 장치를 마련하고 있지 않는 현실에서 이를 어떻게 평가해야 하는지에 대한 질문과도 연계되어 있다. 조사결과 환자가 의식불명이 될 경우를 대비하여 사전에 치료거부 또는 치료중단의 의사표시를 하였다면 어떠한 경우에도 존중하여야 한다는 응답이 70.8%로 나타났으며, 동의하지 않는다는 응답이 25.3%를 차지하였다.

표 1. 불치병환자에 대한 치료중단 및 안락사에 대한 태도

구 분		빈 도(명)	비 율(%)
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

7. 적극적 안락사는 금지, 존엄사는 허용해야

안락사 허용을 주장하는 견해들의 대부분은 인간의 존엄성이 훼손되지 않도록 엄격한 요건하에 제한적으로만 인정되어야 한다고 주장한다. 그러나 그러한 전제조건을 충족여부의 판단은 매우 어렵고도 애매한 것이 아닐 수 없다. 성급한 판단의 실수는 치명적 결과를 낳을 수도 있기 때문에 신중해야 할 수밖에 없다. 만약 환자들의 삶의 질이 낮기 때문에 살 만한 가치가 없다는 이유로 환자들을 적극적으로 안락사하는 것이 허용된다면, 우리 사회는 다른 상황에 있어서도 비슷한 생각을 할 수도 있는 것이 아니라 그러한 논리를 동일하게 적용하고 확대 재생산할 수도 있을 것이다. 그래서 장기간 의식불명인 신생아의 죽음을 허용할 것이고, 또다시 요양원에 있는 말기 알츠하이머 환자의 자살에 대한 조력을 허용하는 것이고, 결국은 미끄러운 비탈길을 내려가면서 수많은 공격받기 쉽고 의사결정능력이 없는 환자들의 죽음이 허용될 것이라는 전망을 해볼 수 있다. 따라서 죽음에 임박한 환자의 극심한 고통을 덜어주기 위하여 능동적이고 직접적인 방법으로 그 환자의 생명을 단축시키는 적극적인 안락사는 허용해서는 안된다. 특히 말

기 환자의 치료를 위해서 호스피스 완화의료가 보급되고 있고 이에 대한 인식도도 높아지고 있으며, 또한 통증완화의 의료기술의 발전이 이루어지고 있기 때문에 말기 암환자에서도 환자의 삶의 질을 높이면서 생을 마감할 수 있는 기회를 제공받을 수 있기 때문이다. 그러나 회복의 가망이 없는 불치의 질병으로 사경을 헤매는 환자에 대하여 환자의 의사결정에 따라서 그가 인간다운 죽음을 맞이할 수 있도록 인위적인 생명연장 조치를 제거하거나 중단, 보류하는 행위에 의해서 이루어지는 존엄사(death with dignity)에 대해서는 이를 허용하는 것이 필요하다고 본다. 이는 환자의 자기결정권과 존엄하게 죽을 권리를 존중하는 것으로 평가할 수 있기 때문이다.

그리고 존엄사와 관련된 환자의 자기결정권을 행사하기 위해서 환자에게 정보를 제공하는 것이 필요하다는 것을 강조해야 한다. 누군가 하나 밖에 없는 것 중에서 골라야만 하는 상황이라면 자율적 결정권이 있거나 자유로운 선택을 할 수 있다고 말할 수 없기 때문이다. 의사는 환자에게 의료처치 또는 수술과 관련된 대안들을 설명해야 하고 대안의 내용 중에 특히 실험적 약물이나 수술이 포함되어 있을 때 말기환자들은 다른 결과와 다른 죽음의 방식에 대해서도 정보를 제공받아서 그들이 '가장 덜 나쁜 죽음'을 선택할 수 있도록 해야 할 것이다. 사실 의료가 해줄 수 있는 이득에는 한계가 있다는 점을 지적하고 싶다. 즉, 어떤 경우에는 기술적으로 취할 수 있는 모든 조치를 다 취하지 않고 중단하는 것이 더 좋을 수 있다는 것이다. 이러한 선택을 하는 전제로서 환자의 진지한 자기 의사표시가 명백하게 드러나 있어야 한다. 죽을 권리에 대한 의사표시는 죽음의 과정에 대한 자기지배권, 신체에 대한 자기 결정권, 어느 누구에게도 침습 받지 않을 자유권의 표출로 이해할 수 있다. 존엄사를 인정한다고 해서 적극적인 의사조력자살까지 허용하는 입장을 견지하고 싶지는 않다.

우리나라의 경우 형법학자의 상당수가 소극적 안락사의 허용한다는 입장

을 가지고 있지만 이를 단지 개념적 차원에서만 언급할 것이 아니라 보다 가시적이고 객관적인 판단기준들을 가지고 구체적인 절차규정의 형태로 논의하는 것이 필요하다고 본다. 이제는 환자들의 죽을 권리에 대한 논의와 이러한 권리 요청에의 신중한 심사, 충분한 설명에 근거한 동의 의사표시의 절차와 방식, 서식의 형태들에 대한 제도적 장치에 대한 논의가 구체화 되어야 할 단계이기 때문이다. 한편 안락사를 소극적 안락사 내지 적극적 안락사의 구분하는 것 역시 첨단의료기술이 개발되고, 환자에게 인공호흡기 내지 영양튜브의 부착이 특수치료가 아닌 일상적인 의료로서 인정되는 단계에서는 이를 중단, 보류하는 것을 작위로 볼 것이냐, 소극적 부작용으로 볼 것이냐는 기준은 그 경계가 모호해서 그다지 적절한 구분이라고 볼 수 없다. 존엄사는 먼저 존엄하게 죽을 권리에의 요청이라는 정당화 근거를 가지고 있어야 하며, 소극적·자의적 안락사의 형태로써 이루어져야 한다. 앞으로 존엄사를 우리 사회가 받아들이고 허용할 수 있는 전제조건들을 합리적으로 제시하는 것이 필요하며, 계속되는 연구에서 이 과제가 다루어져야 할 것으로 생각한다.

또한 생전의 사전유언제도나 사전지시제도를 제도화하고 있지 않는 우리나라의 경우 환자의 의사표시를 직접 확인하거나 추정적으로 의사의 존재를 확인하기 전에는 선풍리 치료를 중단하거나 보류할 수는 없는 것이다. 자의적 안락사의 성격을 가지고 있는 존엄사를 제도적으로 허용하기 위해서는 무엇보다 환자의 자기의 죽을 권리에 대한 의사표시를 미리 등록하게 하고 이를 기록, 보존하는 제도적 장치를 마련하는 것이 선결과제라고 본다. 생명에 대한 사전유언제도의 취지는 개인이 명백한 형태로 자신이 어떻게 치료를 받겠다는 의사를 표시하도록 한 점이다. 이렇게 함으로써 삶과 죽음 그 자체에 대한 개인의 자율성을 보장하는 것이다. 비록 의식불명인 상태이거나 혼수상태가 된다고 하더라도 환자는 계속해서 자신의 삶에

대한 통제력을 행사할 수 있도록 하는 것이다. 이러한 진지한 환자 본인의 의사표시가 있어야만 인공적인 생명연장조치를 계속하지 않고 인간으로서의 존엄성을 유지하면서 죽음을 맞도록 하는 과정들이 정당화될 수 있으리라 생각한다. 즉, 죽음에 직면한 환자가 자발적인 의사로서 죽을 권리를 요청하며 이러한 명백한 의사표현이 지속적으로 철회 없이 유지된다면, 이에 따라 인위적인 생명 연장조치를 중단하는 의료진의 행위들이 정당화될 수 있다. 이와 같이 존엄사의 정당성을 유지하는 중요한 요소로서 존엄한 죽음의 지속적인 선택(durable preference for death)에 대한 환자의 요청(patient's request)이 중요한 의미를 가질 수밖에 없다.

- 1) 이형국, 「형법각론연구I」, 법문사, 1997, 21면; 오영근, 「형법각론」, 대명출판사, 2002, 28면; 박상기, 「형법각론」, 박영사, 2004, 26면.
- 2) 안락사에는 고통완화의 목적(for the relieving the patient's intolerable and incurable suffering)으로 행하는 것이 중요한 개념요소이다. 존엄사라는 별도의 용어로 사용하지 않고 소극적 안락사 내지 부작위에 의한 안락사라는 개념으로 보는 것이 일반적이다.
- 3) David Orentlicher, "The Legalization of Physician Assisted Suicide: A very Modest Revolution", 「A Health Law Reader -An Interdisciplinary Approach」, Carolina Academic Press, 1999, pp. 394-395.
- 4) 일반적으로, 삶을 유지하는 치료를 거부하는 보통법 권리는 충분한 설명동의원칙의 종속 범주에 속한다. 사람들이 그의 혹은 그녀 자신의 운명을 통제할 권리를 가지고 있고 자신의 죽음을 결정할 수 있다고 주장하는 한에서는 이 권리는 침습과 과실의 원리(the law of battery and negligence)에 기초하고 있다. 모든 성년이 된 인간과 건장한 마음을 가진 사람은 누구나 그 자신의 신체에 무슨 일이 일어날지를 결정할 권리를 가지고 있다. 미국의 법원은 적어도 의사결정능력이 있는 성인에게 있어서 삶을 유지하려는 원하지 않는 치료를 제공하는 것은 침습행위를 구성한다고 인정하였다. Furrow/Greaney/Johnson/Jost, Health law, West Publishing Co., 1995., pp.749-750.
- 5) 안락사(enthanasia)라는 말은 그리스에서 생겼다. 이 말은 eu(좋은)와 thanatos(죽음)이라는 두 그리스 단어에서 나왔다. 그런 의미에서 안락사라는 말은 가장 중립적인 의미로 좋은 죽음을 뜻한다. 피터 애드미랄/김완구 · 이상현 · 이원봉 역, "안락사와 조력자살", 「탄생에서 죽음까지:과학과 생명윤리」, 문예출판사, 2003, 352면.
- 6) 박상기, 앞의 책, 26면.
- 7) Aaron Ridley, Beginning Bioethics, Bedford/St., Martin's, p.164; Bette-Jane Crigger(editor), Cases in Bioethics, Bedford:St. Martine's, 1998, p.292.
- 8) 이재상, 「형법각론」, 박영사, 2003, 22면; 배종대, 「형법각론」, 홍문사, 2003, 68면; 박상기, 앞의 책, 26면.
- 9) 대판 1957. 7. 26., 4290형상126.
- 10) 안락사의 남용의 위험성은 나치의 안락사 프로그램에서 역사적으로 살펴볼 수 있다. 당시 나치 지배하의 독일의 의사들은 정신지체와 같은 정신적 신체적 열등을 이유로 안락사라는 미명 아래, 90,000명의 환자를 살해했다. 법적으로 안락사를 허용하는 경우에는 이와 같이 정치적이거나 그 외의 나쁜 목적으로 악용될 가능성이 있다는 주장이다. Gregory E. Pence 저/ 구영모 · 김장한 · 이재담 역, 「의료윤리 I」, 광연제출판사, 2003, 161-163면.
- 11) 김일수, "안락사 문제의 실정법적 연구", 현대사회, 1984 봄, 187면; 이재상, "안락사의 형태와 허용한계", 김종원교수화갑기념논문집, 1991, 578면; 허일태, "안락사에 관

- 한 연구”, 형법연구(I), 428, 436면; 배종대, 앞의 책, 67면.
- 12) 배종대, 앞의 책, 67-68면.
 - 13) 정성근/박광민, 『형법각론』, 삼지원, 2002년, 24면.
 - 14) 오영근, 『형법각론』, 대명출판사, 2004년, 28면.
 - 15) 임웅, 『형법각론』, 법문사, 2003, 28면.
 - 16) 배종대, 앞의 책, 66면; 이정원, 형법각론, 법지사, 1999, 43면.
 - 17) 오영근, 앞의 책, 27면.
 - 18) 배종대, 앞의 책, 66면.
 - 19) 박상기, 앞의 책, 26면.
 - 20) 이재상, 앞의 책, 22면.
 - 21) 이재상, 앞의 논문, 583-584면; 임웅, “적극적 안락사의 비범죄화론”, 우범 이수성선 생화갑기념논문집, 동성사, 2000, 150면.
 - 22) 생존가망성이 없는 환자에 대한 치료중단의 사회적 의미가 있는 호흡기 제거는 허용된다고 주장하면서, 목적이 없어진 치료중단은 환자가 자연스럽게 죽을 수 있는 길을 열어주는 것이기 때문에 그것은 생명유지의무의 부작위와 구별된다고 한다. 배종대, 앞의 책, 66면
 - 23) 이형국, “안락사의 형법적 의미에 관한 소고”, 『현대법학의 이론』(이명구박사 화갑기념논문집), 고시연구사, 1996, 508-509면
 - 24) 김재봉, “치료중단과 소극적 안락사”, 형사법연구 제12호(1999), 171면; 같은 견해로 소극적 안락사가 뇌사자나 식물인간에 대하여 행하여진 경우에는 환자의 생존시의 의사가 있고 또는 환자의 추정적 의사에 합치하는 환자가족의 승낙이 있어 환자가 더 이상 되돌릴 수 없는 의식상실의 상태에 이른 경우라면 살인죄의 구성요건에 해당하지 않는다. 이상돈, 『치료중단과 형사책임』, 법문사, 2002, 25면.
 - 25) 김일수, 앞의 책, 24면; 임웅, 앞의 책, 26면
 - 26) 적극적 안락사 중에서 생명을 연장하기 위한 조치를 취하다가 성공하지 못하여 생명이 단축되는 경우를 간접적 안락사로 보는 견해가 있다. 오영근, 앞의 책, 27면.
 - 27) 간접적 안락사의 정당화요건으로는 1)불치병으로 인한 사기임박, 2)환자의 극심한 고통, 3) 고통제거 또는 완화의 목적, 4)환자의 진지한 촉탁과 승낙, 5)원칙적으로 의사의 시술 그리고 6)방법의 윤리적 정당성을 든다. 배종대, 앞의 책, 66면
 - 28) 김일수, 앞의 책, 24면.
 - 29) David Orentlicher, *supra* note 3, at 389.
 - 30) 레온 카스, 김원규·이상현·이원봉 역, “나는 결코 치명적인 약을 주지 않겠다:왜 의사는 죽이지 않아야 하는가”, 『탄생에서 죽음까지:과학과 생명윤리』, 문예출판사, 2003, 406-407면,
 - 31) 미국의 레이첼교수(James Rachels)에 의하면 적극적·소극적 안락사의 구분은 틀린 것이라고 지적하고 있다. 상당수의 사례에서 치료를 보류하거나 죽도록 방치하는 소극

적 안락사가 적극적 안락사보다 더 허용적이라는 믿음은 타당하지 않다. 양자사이에 도덕적인 차이가 있을 수 없으며, 그 구분이 명확한 것도 아니기 때문이다. Aaron Ridley, *supra* note 7, at 165.

- 32) 한국의료윤리교육학회에서 편찬한 『의료윤리학』교재에서는 1) 생명을 단축시키는 특수수단을 사용하는 경우(예, 독극물을 주입하여 생명을 단축시키는 방법), 2) 생명을 연장시키는 일반수단을 사용하지 않는 경우(예, 생명을 유지하기 위하여 영양공급이 필요한 환자에게 영양공급 방법을 취하지 않은 경우를 적극적 안락사로 보고, 3) 생명의 단축시키는 일반수단을 사용하는 경우(예, 마약성 진통제의 반복사용이 환자의 생명을 단축시키는 줄은 알지만 통증을 해소시키기 위하여 몰핀을 투여하는 행위), 4) 생명을 연장시키는 특수수단을 사용하지 않는 경우(호흡기능의 저하가 있는 무뇌아에서 인공호흡기를 사용하지 않는 경우)를 소극적인 안락사로 분류하고 있다. 한국의료윤리교육학회 편, 앞의 책, 299면.
- 33) *In re Conroy*, 486 A 2d 1209, 1224(N.J. 1985); David Orentlicher, *supra* note 3, at 389.
- 34) Furrow et al., *supra* note 4, at 693.
- 35) R. Munson 저, 박석진·정유석 외 옮김, 『의료문제의 윤리적 성찰』, 단국대학교 출판부, 2001, 166면.
- 36) 죽음에의 조력을 요청할 수 있는 개인의 자유를 제한하는 것은 어떠한 도덕적 근거가 존재하지 않는 것으로 생각될 수 있다. 그러나 더욱 심각한 도덕적 문제는 환자의 요청이 있다고 하더라도 의사가 이러한 요청을 받아들이려 한다는 의무가 부과되어 있지 않다는 점이다. 의사의 경우 경우에 따라서는 환자의 요청을 거절할 충분한 도덕적 근거가 있을 수 있고, 다른 한편으로 환자의 요청에 응할 충분한 이유를 가질 수 있다. Tom L. Beauchamp & James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, 2001, p.148.
- 37) 미국의 대통령윤리문제위원회의 보고서 결론은 다음과 같다. 1) 자격있고 충분한 설명에 근거한 동의를 한 환자는 생명유지 처치를 할 것인지 아닌지를 자의적인 선택에 따라 결정할 수 있다. 2)의료진은 생명을 유지한다는 추정하에 환자가 어떠한 처치도 거부한다는 선택을 하였다는 것을 인지하였더라도 환자에게 최선을 다해야 한다. 그러한 기본적인 지위는 대리결정권자, 제도상의 정책, 법의 개정 등의 많은 다른 제한들에 의해서 보충되어야 한다. 병원윤리위원회는 특수한 사례들의 어려운 논쟁에 참여하여야 하고, 이러한 어려운 결정에 참여하는 수단으로서 생전유언의 법적 장치와 대리인의 지속적인 권한들이 권고될 수 있다고 결론을 내렸다. Albert R. Jonsen, *The Birth of Bioethics*, Oxford University Press, 1998, pp. 259-261.
- 38) 자의적 안락사의 중심개념이 *done with person's consent*이다. 그에 반해 비자의적 안락사는 *done to a competent person without that person's consent*이며, 자의와 무관한 안락사의 경우에는 *performed in circumstances such that a person*

cannot give consent이다. Peter Horn, Clinical ethics Case book, Wadsworth, 2003, p.113; Bette-Jane Crigger(editor), Cases in Bioethics, Bedford:St. Martine's, 1998, p.292.

- 39) 자의적 안락사는 사회적 변화를 반자의적 안락사로 아마 더 나아가서 비자의적 안락사로 이끌도록 유도할 수 있다. 이러한 결론이 가능한 것은 죽음에 이르게 하는 적극적인 조력의 다양한 형태가 작위와 부작위 모두에서 일어날 수 있다는 점을 생각할 때 납득할 수 있다. 치료를 거부하거나 보류하는 것도 죽음을 초래할 수 있고, 치명적인 약물의 주입도 죽음을 초래할 수 있다. Tom L. Beauchamp/ James F. Childress, supra note 36, at 145.
- 40) 피터싱어 저, 황경식·김상득 역, 『실천윤리학』, 철학과 현실사, 1991, 177-180면.
- 41) 사전지시나 사전유언도 없는 경우에는 의사능력 상실 이전에 가족, 친구, 건강관리인에 대한 구두 의사표현, 타인에 대한 치료를 보고 환자가 보인 반응, 환자의 종교, 의학적 처치에 대한 환자의 태도 등에 대한 명백하고 확신을 줄 정도의 증거를 토대로 환자의 의사를 추정하는 '주관적 판단방법'(subjective standard)으로 환자의 의사를 추정한다. 킨란 사건(In re Quinlan, 70 N. J. 10, 355 A. 2d 647)에서 이러한 방법을 사용하였다.
- 42) Gregory E. Pence 저, 구영모·김장한·이재담 역, 『의료윤리 I』, 광연제출판사, 2003, 201면.
- 43) 명시적인 동의서가 있다는 것만으로 안락사에 대한 진정한 동의라는 것이 보증되지 않는다. 충분한 정보에 의거한 동의가 되어야 하며, 그 전제조건으로 동의자가 동의능력을 지녔을 뿐만 아니라 자발적으로 동의를 해야 하며, 동의에 필요한 실질적인 정보의 공개 등의 정보요소가 요구된다. 마지막으로 동의자 본인이 실제로 결정하여야 한다. 김상득, 앞의 책, 300-303면.
- 44) 치료를 거부하려는 선택에 대한 환자의 권리의 본질적인 속성은 판례법의 범위를 벗어난 것으로 인정되어 진다. 비록 그것의 형태가 완전히 발전되지 않았더라도 미국의 대통령자문위원회의 연구보고서 (President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research)에 의하여 명백히 인정되었고 1983년에 다음과 같이 결론 내렸다. 「자격이 있고 지식이 있는 환자의 자발적인 선택은 그러한 선택이 의료처치에 대한 다른 결정의 기초를 제공하는 것처럼 삶을 유지하는 치료가 시작되어질지 아닌지를 결정해야한다. 의사결정능력이 있는 환자가 삶을 유지하려고 하든지 혹은 다른 치료를 거부하려는 선택의 권리를 주는 것을 인정하는 한은 의료진은 삶을 유지하는데 우호적인 입장을 유지함으로써 환자를 최선의 상태로 두려고 해야 한다.」Furrow et al., supra note 4, at 694.
- 45) 자율성의 개념과 관련된 또 다른 비판은 중증장애인에게도 그대로 적용할 수 있는지의 문제이다. 미국의 롱모어 교수는 심한 장애인들의 자발적 죽음에 대해서 반대하면서, 사회적 편견이 어떻게 장애인들의 독립성을 파괴하고, 소위 자발적으로 죽을 결정이라

는 위선을 만드는지 보여주는 것이라고 지적하고 있다. 장애인을 말기질환자와 하나로 묶어서 자발적인 조력자살과 강제된 안락사 상화에 처하게 하고, 사회적 평가 절하와 기회의 차단, 경제적 궁핍, 사회적 무능력의 강요라는 강압적 조건들에 둘러싸여있는 상황에서 그들의 합리적 자발적 의사는 하나의 단순한 기만성 발언에 불과하다고 비판하고 있다. 즉, 조력자살을 주장하는 학자들은 이 경우 실존하지 않는 자율성을 강조하고 있다고 한다. Gregory E. Pence 저, 구영모 외 역, 앞의 책, 146면.

- 46) George P. Smith, 「Human Rights and Biomedicine」, Kluwer International, 2000, p. 207.
- 47) Oregon Death With Dignity Act, Section 3.01(2) (Attending Physician responsibilities); Jerry Menikoff, 「Law and Bioethics」, Georgetown University Press, 2001, p. 352.
- 48) Tom L. Beauchamp/ James F. Childress, supra note 36, at 151.
- 49) 한국의료윤리교육학회 편, 앞의 책, 42-43면.
- 50) Tom L. Beauchamp & James F. Childress, supra note 36, at 151.
- 51) Aaron Ridley, supra note 7, at 173.
- 52) Jerry Menikoff, supra note 47, at 269.
- 53) 김재봉, 앞의 논문, 163-164면.
- 54) 연방대법원은 크루젠의 상태를 "a condition in which a person exhibits motor reflexes but evinces no indications of significant cognitive function"으로 정의했다.
- 55) 결국 미조리주 대법원은 본질적인 문제(substantive matter)로서 치료의 종료를 허락하지만, 과정의 문제(matter of procedure)로서 그것을 효과적으로 차단하였다고 평가된다.
- 56) Jerry Menikoff, supra note 47, at 323.
- 57) Ronald Dworkin/Thomas Nagel/ Robert Nozick/John Rawls/ Thomas Scanlan/ Judith Jarvis, "Assisted Suicide: The Philosopher's Brief Amici Curiae in Support of Respondents, 「A Heath Law Reader -An Interdisciplinary Approach」, Carolina Academic Press, 1999, pp. 397-399.
- 58) Furrow et. al., supra note 4, at 688-689.
- 59) 반대의견을 낸 판사 Brennan은 주 의회에 의해 만들어진 정책의 선택에 대한 대다수의 복종의 표현은 자격이 없는 사람은 그들이 의사결정 기능을 할 수 없기 때문에 실질적으로 자유권(liberty interest)이 없다는 것을 반영한다. 판사 Stevens는 그와 같은 결정은 명백히 위헌적(patently unconstitutional)이고 미조리주가 삶을 선호하는 것과 같은 방식으로 주가 죽음을 선호할 수도 있기 때문에 위험하다고 첨가했다. Jerry Menikoff, supra note 47, at 337.
- 60) 크루젠 사건에서 삶을 지속하려는 치료를 거부하는 결정에 대한 미국 헌법의 매우 제

한된 적용은 주 법정이 그런 권리에 대한 다른 법적인 근원을 찾는 여지를 남겨두었다. 몇몇 주의 입법부는 실정법에 의해서 그 문제를 제기하도록 선택했다. 다른 주는 치료를 종료하려는 시민의 권리에 영향을 주는 방법으로 주 헌법을 수정하는데 성공적이었다. 주 정부에 의해 시민에게서 과도한 강요를 제거하도록 설계된 주 헌법의 규정은 이미 몇몇의 죽을 권리 결정의 기초가 되었다. 예를 들면 캘리포니아주 헌법에 간직된 사생활보호의 권리는 죽을 권리를 인정한 Bouvia 사건의 결정의 기초가 되었고, 모든 자연인(natural person)은 혼자 있을 권리가 있고 그의 개인의 삶에 대한 정부의 침입을 제거할 권리를 가진다는 플로리다 헌법의 규정은 그 주에서 삶을 유지하는 치료를 거부한 결정에 참여하는 몇몇의 사건에서 인용되었다. 법의 권위가 없이 침해된 사적인 일에서 혹은 그의 가정에서 불안하지 않아야 한다는 아리조나의 헌법은 또한 삶을 유지하는 치료를 거부할 권리를 다루는데 인용되었다. Furrow et. al., supra note 4,

- 61) Furrow et. al., supra note 4, at 760.
- 62) Quill v. Vacco, 117 S. Ct. 2293. 자세한 내용은 Jerry Menikoff, supra note 47, at. 349-351.
- 63) John H. Robinson, "Physician Assisted Suicide: A Constitutional Crisis Resolved", A Heath Law Reader -An Interdisciplinary Approach], Carolina Academic Press, 1999, pp. 422-423.
- 64) Washington v. Glucksberg 117 S. Ct. 2258; 자세한 내용은 Jerry Menikoff, supra note 47, at 340-346.
- 65) 헌법의 어떤 사항에 대한 기본적인 권리가 없다고 하여 어떠한 주라도 그러한 권리를 허용할 수 없다는 것을 의미하지는 않으며, 연방대법원은 오리건 주와 같이 각 주가 원하는 경우에 그러한 권리를 허용할 수 있다는 점을 지적하였다. David Orentlicher, supra note 3, at 388.
- 66) 네덜란드의 안락사 논쟁에 가장 큰 영향을 끼친 단체는 네덜란드왕립의학협회이다. 이 협회는 1973년에 이미 안락사에 대한 임시성명서에서 "법률상으로 안락사는 범죄로 남아 있어야 한다. 그러나 만약 의사가 모든 상황을 숙고한 다음 치료불가능한 병으로 죽어가고 있는 환자의 생명을 단축하였다면, 법원은 의사의 그러한 행위를 정당화할 수 있는 의무의 갈등이 있었는지 판단해야만 할 것이다"라고 발표하였다. 이 협회는 1984년에 이런 관점을 새롭게 하여 임종을 돕는 의사가 기소를 면하기 위해서 요구되는 사항들을 공표하였다. 피터 애드미랄, 김완구 · 이상현 · 이원봉 역, 앞의 논문, 363면.
- 67) R. Munson, 박석건 역, 앞의 책, 170-171면.
- 68) 1993년에 네덜란드에서 시행된 여론조사에서 응답자의 78%가 가망없는 환자에 대한 안락사의 요구를 찬성하였다. 응답자의 10%는 반대하였고, 71%의 응답자가 이 법을 따른 의사들을 법정에 세울 필요가 없다고 하였다. 또한 네덜란드의 의사들 모두가 새로운 법안에 찬성한 것은 아니었다. 전체 의사 중 약 11%는 자신은 안락사 요청을 거

부할 것이라고 응답하였다. R. Munson, 박석건 역, 앞의 책, 171면.

- 69) 1999년 1월 1일 기준으로 미국의 37개 주는 자살방조(assisting in a suicide)를 명시적으로 범죄로 규정하고 있고, 7개 주는 조력자살(assisted suicide)을 보통법(common law)근거로 범죄로 규정하고 있으며, 5개 주는 조력자살에 관하여 명백한 법조항이 없는 상황이다.
- 70) Tom L. Beauchamp & James F. Childress, *supra* note 36, at 148.
- 71) 오리건 주법에서는 죽음을 야기할 수 있는 약을 처방하고 그 사용법을 알려주는 이외의 방법으로 의사가 환자의 죽음을 돕는 것은 허락되지 않는다.
- 72) 일반국민 인식도 조사에서 조사대상자 1020명은 16개 시, 도시지역에서 인구 대 비율에 따라 표본을 추출하였고, 조사대상자 1020명 중 남자는 46.6%, 여자는 53.4%로 전국 인구 대 비율을 맞추고자 하였다. 그리고 연령대별로 인구 대 비율을 고려하였다. 조사기간은 2003년 4월 15일에서 5월 14일이다.

3. 소극적 안락사의 대안, 호스피스

정 극 규

(모현 완화의료센터 진료원장)

소극적 안락사의 대안, 호스피스

1. 의학적 견지에서 본 소극적 안락사

말기 상태에 있는 환자들 중 극심한 고통을 호소하거나 더 이상 삶의 목적을 상실했을 때 그들이 가지고 있는 고통을 종식시키기 위해 더 이상의 연명을 목적으로 하는 치료를 하지 않도록 하는 것이 의료적 소극적 안락사이다. 여기에서 필연적으로 대두되는 다음과 같은 문제점들을 고려하여야 한다.

가. 말기 환자들에 대한 의학 윤리

사회가 발전해 감에 따라 의료의 내용도 복잡해져서 윤리적 결정이 더 이상 의료인이나 종교인의 영역에 국한되지 않고 사회적 문제로 대두함에 따라 1980년대에 다음의 4가지 원칙들을 설정하였다.

(1) 선행의 원리

선행의 원리에 따라 의료인들은 항상 환자에게 최선의 이익을 가져 줄 수 있는 행동을 해야만 한다. 즉 환자에게 좋은 일을 해야 한다는 것이다. 호스피스 완화의학에서는 선행의 원칙에 따르면 최상의 의료 기술을 제공하여야 하며 효과적인 통증과 증상의 조절을 해주고 정신 사회적인 도움과

영적 지지, 그리고 항상 존엄성을 유지할 수 있도록 도와주어야 한다. 이것은 동정을 베푸는 차원의 친절한 행위가 아닌 반드시 지켜야 할 의료인의 의무 사항으로 인식되어야 한다.

(2) 무해성의 원리

이 원칙은 환자에게 해를 끼치는 행위를 해서는 안 된다는 책임감이다. 완화 의료에서 희망을 파괴하는 것, 적절한 마약성 진통제의 사용을 잘 못 하는 것, 만일 이익보다 부담이 더 많은 치료를 제공하는 것 등이 이 원칙에 어긋나는 행동에 해당한다.

(3) 자율성의 원칙

이 원칙은 환자 자신의 믿음이나 문화적 배경, 가치관, 인생의 계획 등에 관한 중대한 결정을 내리기 위한 환자 자신의 권리를 말한다. 다시 말해서 누구도 당사자의 허락 없이 다른 사람들이 환자에 대한 의학적 판단을 내릴 권리가 없다는 것이다. 이 자율성의 권리에 의하여 환자의 결정과 의사 권유가 다를 때라도 환자의 자율성은 존중되어야 한다. 그러나 자율성의 원칙은 예상되는 효과나 비용 등을 전혀 무시한 채 환자나 가족이 요구하는 모든 치료 또는 어떠한 치료라도 제공되어야 된다는 확대된 해석을 뒷받침 하지는 않는다. 그리고 자율성은 그의 적용이 다른 사람들의 권리와 자유를 침해하지 않는 범위에서 이루어져야 한다.

(4) 정의의 원리

정의의 원칙이란 의사들은 비슷한 상황의 환자에게 동일한 종류의 치료를 제공해야 한다는 의무이다. 한정된 자원을 공정하고 정의롭게 분배하는 것이 중요하다.

나. 무의미한 연명치료

이것은 한마디로 정의하기는 어려우나 거의 모두 비슷한 상황에서 바람직한 결과를 얻을 수 없을 때 적용된 치료라고 할 수 있다. 환자나 가족들은 그들이 비현실적인 목표를 가지고 있을 때, 죄책감을 느낄 때, 마땅한 치료의 계획이 어려운 상황이나 의사에 대한 불신감이 있을 때, 인종이나 경제적 괴리감을 느낄 때, 환자가 말기 상태를 부인할 경우 또는 여러 가지의 이유로 환자나 가족과의 의사 소통의 어려움이 있을 때 이런 종류의 헛된 치료를 요구할 수 있다. 의료인들은 이런 헛된 치료를 반드시 제공해야 된다는 의무를 지킬 필요는 없다. 의료인들은 의료 원칙 또는 올바른 소신에 반대되는 치료를 꼭 제공해야 될 필요도 없다. 그러나 육체적으로는 아무런 도움을 줄 수 없는 헛된 치료도 때로는 정신적인 위안이나 도움을 줄 수도 있다는 것을 생각해야 한다.

다. 생명 유지 치료의 시도 중지 및 치료의 중단

일반적으로 알려진 것과는 달리 생명 유지 치료의 시도 중지와 치료의 중단 사이에는 확연한 윤리적 차이는 없다. 더구나 이런 조치는 유익함과 무해함의 윤리적 바탕에 어긋나지 않는다. 판단 능력이 있는 환자가 어떤 종류의 치료를 더 이상 하지 않기를 바랄 때 이것을 허용하는 것은 의료 윤리에 벗어나지 않지만 판단 능력이 없는 상태에서 생명 유지 치료를 중지 혹은 중단하는 것은 윤리적, 법적 논란을 야기할 수 있다. 그러나 치료의 이로운 점이 모호할 때는 치료를 시작해서 중단해야 될 걱정 때문에 시도 자체를 하지 않는 것 보다 일단은 그 치료를 제공하고 나서 그 효과가 없을 때에 그 치료를 중단하는 편이 더 낫다. 이런 치료의 중단을 결정하는 과정에는 다음의 4가지 요소가 요구된다.

- 1) 환자의 의사 또는 바람.
- 2) 의료의 적응증.
- 3) 치료의 잇점과 부담.
- 4) 치료가 가져다 줄 삶의 질.

인공영양이나 수액의 공급을 중단한다는 것은 환자의 입에 숟가락으로 음식을 주거나 주사기로 물이나 음료수를 넣어주는 것을 중단한다는 것은 아니다. 현실적으로 환자의 판단 능력이 저하된 상태에서 환자의 대리인이 인공영양이나 수액 공급을 중단하도록 요구하는 것은 상황에 따라서 용납될 수 있다. 또한 임종이 임박한 상태에서 인공영양이나 수액의 지속적인 공급은 반드시 그 치료의 목적이 명확해야만 한다. 음식물이나 수액 공급의 중단은 저 나트륨증, 고 삼투압증(hyperosmolarity), 질소 과잉 혈증(azotemia)등을 초래하는데 이런 것들은 오히려 임종의 과정에서 진정 효과를 나타내기 때문에 긍정적인 결과를 가져다 준다.

라. 심폐 소생술의 거부(Do Not Resuscitate)

심폐 소생술은 회복될 수 있는 급성 질환을 가진 환자들을 대상으로 하는 것이 원칙이다. 그러므로 전혀 회복될 수 없는 말기 환자들에게 적용되는 것은 옳지 않다. 그러나 현실적으로 말기 암으로 생명이 제한된 경우에 가족들이 심폐 소생술을 원하는 경우가 간혹 있다. 예를 들자면 비교적 건강한 생활을 영위하다가 최근에 갑자기 말기 암으로 진단 받은 젊은 환자가 암이 급격하게 악화되는 경우, 가족들의 준비는 전혀 되어 있지 않고 환자 자신이나 가족들은 오로지 암에 대한 적극적인 치료에만 집중하고 있고 담당 의사들도 정확한 판단을 내려 주지 못하고 단지 고식적인 치료만 하고 있는 과정에서 환자의 체력의 급격한 감퇴와 주요 장기의 기능 저하가 초래되어 응급실을 통하여 중환자실로 바로 옮겨져 심폐 소생술이나 침습

적인 말기 치료를 받으면서 임종을 하는 경우가 있다. 또는 심리적으로 환자와 가족의 일부 구성원간의 친밀도나 의존도가 지나칠 만큼 심할 경우, 환자를 잃는다는 것은 상상조차도 할 수도 없을 때 가족들은 그들이 베푸는 마지막 정성으로써 기계적인 중환자실 치료를 요구하고 심지어는 심폐소생술까지 요구하는 경우가 있다. 이런 예는 가족들이 가지고 있는 환자에 대한 부족함, 미안함 등에 대한 보상 심리로써 적극적인 불필요한 치료를 요구하는 경우가 허다하다. 이런 결과를 초래하는 근본적인 이유는 환자 자신이나 가족들에게 병의 경과나 앞으로 닥쳐올 결과에 대한 정보 제공과 적절한 교육의 결여에 있다. 그러므로 무엇보다도 중요한 것은 정확한 현실 감각을 심어 줌으로써 죽음을 자연스럽게 준비하고 맞을 수 있게 교육시키는 것이다.

마. 의사 결정의 능력

의사 결정 능력이란 주어진 정보를 이해하고 치료의 선택을 할 수 있는 환자의 능력을 말한다. 이 능력은 일시적으로 저해될 수 있고 시시각각으로 변화할 수 있으며 영구적으로 능력이 없어질 수도 있다. 이 능력은 약물이나 정신적 문제(불안, 우울), 질병의 진행 등으로 저해될 수 있다. 환자의 의사결정 능력은 다음의 요소들로 결정된다.

- (1) 주치의나 가족, 대리인 그리고 다른 의료전문가들이 수시로 관찰한다.
- (2) 환자에게 논란이 된 부분에 대해 질문을 한다.
- (3) 정신과 전문의사의 자문을 구한다.
- (4) Folstein Mini-Mental Status Exam, 검사

그러나 비록 인지 능력이 떨어졌더라도 말기 치료나 의학적 가료에 대한 의사 결정 능력이 정상적으로 유지될 수도 있기 때문에 이런 검사에만 완

전하게 의존하는 것은 옳지 않다. 의료인들은 단지 동정적인 마음에서 일방적으로 정신 상태의 검사나 개인적인 경험적 관찰만으로 환자의 의사 결정 능력이 소실되었다고 판단해서는 안 된다. 환자의 상태가 모호할 때는 반드시 정신과 전문 의사나 다른 경험 있는 의사의 자문을 구하고 윤리 위원회의 의견을 수렴해야 한다. 환자의 의사 결정 능력이 소실되었을 때는 환자가 이전에 표현했던 요구사항이나 바람을 존중해 주어야 한다. 물론 사전 의료지시서가 작성된 경우는 말할 것도 없이 이에 따른 결정을 해야 한다. 만일 대리인이 결정을 내려야 할 경우에는 환자가 평소에 한 말이나 행동을 존중해서 환자에게 최대한의 이익을 가져다 줄 수 있는 의학적 결정을 내리게 해야 한다.

바. 환자의 동의

동의를 받는 것의 목적은 이성적인 사람이 자율적인 치료의 선택을 할 수 있도록 허용하는 것이다. 이 때는 두 가지 요건이 필요하다.

- (1) 환자나 그의 대리인이 법적인 판단력이 완전해야 한다. 즉 동의의 결과를 잘 이해하고 그 결정을 하는데 있어서 어떠한 외부로의 강요나 영향을 받지 않아야 한다.
- (2) 의료 전문가들은 적절한 판단을 내릴 수 있게 환자나 대리인이 잘 알아들을 수 있게 필요한 정보를 제공해야 한다.

사. 사전 의료지시서

사전 의료지시서는 말기 치료에 대한 환자의 요구 또는 환자가 의식이 떨어져 판단 능력이 없어질 때 예상되는 치료의 내용을 구두로 혹은 문서로 지시한 것이다. 예를 들면 나는 단순히 생명만 연장시킬 목적으로 하는 심폐 소생술, 정맥을 통한 영양 공급, 인공 호흡기 또는 혈액 투석 등을 원

하지 않는다 등등. 사전 의료지시서는 환자의 판단 능력이 완전할 때 작성되어야 한다. 그리고 환자의 판단 능력이 없어지는 시기부터 효력이 발생한다. 이에는 흔히 사용되는 두가지 종류가 있다.

(1) 의료에 대한 법적 대리인으로 지정된 사람이 환자를 대신해서 의료적인 판단을 하게 권한을 부여하는 것. 만일 이것이 없을 경우 대개 환자의 배우자, 성인 자녀, 부모, 형제의 순서로 대신한다.

(2) 유언장 : 이것은 환자가 자연적인 죽음을 원하고 인공적인 수단으로 생명을 연명시키기를 원하지 않는다고 명시한 서류이다. 유언장은 환자가 임종기에 들어설 때 그 효력을 발생한다. 미국에서는 법적으로 다음과 같은 사항들을 의무화시키고 있다.

① 환자의 유언장을 제공받은 의사는 반드시 그것을 의무 기록의 부분으로 첨부해야 한다.

② 환자의 육체적 또는 정신적 상태와 상관없이 유언의 구두 변경은 언제든지 가능하다.

③ 환자가 원하는 것을 따르기를 꺼려하는 의사는 환자에게 그 사실을 즉각 알려주어야 하며 그 환자를 다른 의사에게 진료를 의뢰하는데 노력을 기울여야 한다.

위에 언급한 여러 가지의 논란을 가져올 수 있는 문제들을 충분히 고려하고 나서 말기 환자에게 과연 소극적인 안락사가 적용될 수 있는지를 주의깊게 살펴야 한다. 대개 소극적 안락사를 주장하는 이유는 극심한 고통이나 인간의 가치를 상실한 상태가 지속될 때 등이다. 현재 임상적으로 시행되고 있는 적극적 진정(aggressive sedation)은 대개 극심한 통증, 극도의 호흡곤란, 심각한 섬망 상태의 경우에 적용되고 있다. 호스피스 완화의

료에서는 이런 적극적 진정을 소극적 안락사와는 완전히 다른 개념으로 이해하고 있다. 즉 결과는 동일할지라도 시행의 목적은 완전히 다르기 때문이다. 즉, 소극적 안락사는 의도적으로 사망을 초래하기 위해 하는 행동이지만 적극적 진정은 앞서 말한 견디기 힘든 증상들을 완화시키는 목적으로 여러 가지 비침습적인 치료를 제공하는데 그 치료의 결과로 죽음을 초래할 수도 있다. 이 때에 적용하는 윤리적 기준을, 이중 효과의 원칙, (Principle of double effects)이라고 한다. 이 원칙은 의도적으로 나쁜 결과를 가져오게 하기 위한 것은 아니지만 좋은 목적으로 선택한 행위로 인하여 나쁜 결과도 예상될 때, 그 행위들은 용서가 된다는 윤리적 지침이다. 즉 극한적인 상황에서 두 가지의 상반되는 결과를 가져올 수 있는 조치를 하는 과정에서 좋은 목적에 따르는 나쁜 결과는 용납된다는 것이다. 예를 들면 극도의 고통을 완화시키기 위해 높은 용량의 진정제나 진통제를 투여하는데 그 결과로 조기에 죽음을 초래할 수도 있다. 그러나 이것이 과연 죽음을 빨리 오게 했는지 또는 생명의 무의미한 연장을 예방했는지를 구별한다는 것은 매우 어려운 문제이다. 따라서 아무리 말기 상태라고 해서 또는 아무리 극심한 고통이 있다고 해서 이 이중 효과의 원칙을 남용하거나 혹은 확대 해석해서 적용하는 것은 매우 위험하다. 그러므로 이 원칙을 단순히 적용하는 것 보다 행위에 대한 위험성과 이 점에 대해 충분한 비교 검토가 선행되어야 한다.

실제로 의료 현장에서 말기 환자들이 극심한 고통이나 비인간적인 상태로 연명 치료를 받기 보다는 차라리 죽음을 택하는 편이 낫다는 의견들이 많다. 만일 바람직한 완화 의학과 전인적인 호스피스 치료가 환자와 그의 가족에게 적용된다면 죽음을 요구하는 소리가 훨씬 줄어들 수 있을 것이다. 우선 안락사를 요구하는 사람을 살펴보면 그들의 통증이나 증상들이 잘 조절되지 않는 경우가 대다수이다. 호스피스 치료를 위해 입원하는 환

자들 중 일부는 직접 안락사를 시켜달라고 요구하는 사례가 있다. 그들이 좋은 호스피스 완화 치료를 받은 이후에는 절대 안락사를 요구하지 않는다. 말기 상태에서 극심한 통증, 착각 또는 심각한 우울증으로 인하여 환자가 병의 진전상황을 의사조력이 과연 정확하게 판단했는지가 의심스러울 수 있다. 진단이라든지 죽음에 대한 문제 또는 임종의 시점 등 불확실성이 있을 수 있다. 그리고 경제적 이유가 임상적 판단에 우선할 수 있기 때문에 단순히 환자의 요구에 의해 동정적 안락사나 의사조력 자살은 절대로 있어서는 안된다. 만일 환자의 계속적인 안락사의 요구가 있을 때에는 의료인은 반드시 부드럽고 친절하게 거부의 표명을 명확히 해야 한다. 그리고 통증과 증상의 완화에 최선을 다 해야 하며 환자가 왜 안락사를 요구하는지 그 원인을 찾아내는데 노력을 기울여야 한다.

2. 호스피스 완화 의학과 일반 의학의 비교

안락사와 비교되는 자연사를 추구하기 위해 사용되는 의학의 전문 분야의 하나로 완화의학이 있는데, 이는 전적으로 환자나 가족들이 가지고 있는 통증과 증상의 완화에만 역점을 두는 학문이다. 이 완화 의료를 고통을 받고 있는 말기 상태의 환자들에게 적용함으로써 안락사의 요구를 불식시킬 수 있다. 세계 보건 기구의 완화 의학에 대한 정의는 질환이 적극적인 치료에 전혀 반응을 하지 않을 시점에 환자가 가지고 있는 통증을 조절해 주고, 그들이 가지고 있는 정신적, 사회적 그리고 영적인 문제들을 최소화시켜주는 적극적이고 통합적인 치료이다. 이런 완화치료는 말기 암환자뿐만 아니라 AIDS, 말기 상태의 폐 질환, 심장 질환, 신장, 간, 중추 신경계 질환, 선천성 질환이나 대사 장애 질환 등을 가진 환자에게 모두 적용된다.

흔히 말하는 말기 치료와는 개념적인 차이가 있는데 말기 치료는 실제 임종의 과정에 있는 환자에 적합한 치료로써 단지 증상의 조절만이 중요한 시기의 치료이고 이것은 완화 치료의 일부분에 속한다. 완화 치료는 말기 상태의 시기에 따라 적극적인 완화 치료를 적용시킬 수 있고 또는 임종이 가까워 질 때는 단지 말기 치료에 해당하는 최소한의 증상 조절에 필요한 치료를 제공할 수도 있다. 완화의학의 특징은 다음과 같이 요약할 수 있다.

- (1) 환자 지향적
- (2) 여러 전문가들의 협력
- (3) 삶의 질 추구
- (4) 총체적 통증
- (5) 환자 가료에 목적을 둔 치료 집단이 요구된다
- (6) 환자의 증상을 인식하는데 있다
- (7) 환자를 정확히 평가해야 한다
- (8) 환자의 고통을 경감
- (9) 비 침습적 방법
- (10) 가족을 포함시켜야 한다

완화치료와 일반적으로 완화치료가 소개되기 전에 대학 병원이나 종합병원에서 행해지던 말기 환자 치료와의 차이점은 다음과 같다.

분 류	전통적 종양치료 개념	완화적 치료의 개념
목표	질병의 치료	증상의 완화
과거력	별로 중요하지 않다	증상의 변화에 초점
증상	육체적인 요소가 중요	전체적이고 총체적인 요소
진단	기계적, 과학적인 철저한 검사	최소한의 검사
치료 판단	영상 검사나 종양 지표	전체적인 삶의 질, 활동 능력

치료진	의사, 간호사	환자, 가족, 의료전문가, 봉사자
치료내용	침습적이고 적극적인 치료	비 침습적이고 제한적인 치료
치료의 중단	끝까지 치료에 매달린다	말기의 적극적 치료는 불필요
무익한 치료	가능한 한 시행	가능한 한 시행하지 않는다
치료의 부작용	거의 무시한다	우선적으로 고려한다
영적 문제	거의 무시한다	존중한다
예후	소극적으로 모호하게 알려줌	적극적으로 구체적으로 알려줌
소생술	시행할 때가 많다	거의 시행하지 않는다
죽음	인정하지 않는다	인정하고 받아들인다
죽음의 형태	중환자실에서 의료기계에 둘러싸인채 죽는다	자연사 추구

완화 의학에서 다루는 부분은 주로 환자들이 가지고 있는 통증과 증상이다. 말기 환자들이 가지고 있는 고통들은 질병의 종류나 진행 상태에 따라 다양하게 표출된다. 일반적으로 완화 의학에서 다루고 있는 말기 암을 가진 환자들의 주 증상들을 빈도 순으로 보면 다음과 같다.

- (1) 무기력, 허약감 90%
- (2) 식욕 부진 85%
- (3) 통증 76%
- (4) 구토 68%
- (5) 변비 65%
- (6) 졸리움, 착각 60%
- (7) 호흡곤란 12%

그러나 병의 진행에 계속되어 임종이 가까워짐에 따라 증상들이 악화되어 마지막 48시간 동안에는 주로 호흡기에 관련된 증상, 즉 시끄럽고 힘들고 거친 호흡이라든지 소변이나 대변의 조절 기능 부전, 극심한 통증, 안절

부절 못하는 현상, 환각이나 환청이 나타나거나 경련을 하는 뇌 기능의 이상과 대사 이상으로 인한 증상들이 나타나서 환자 자신은 비록 느끼지 못할지라도, 간호를 하고 있는 가족들에게 심한 고통이나 두려움 또는 깊은 상처를 남기는 경우가 많다. 이렇게 남은 시기에 따른 증상을 면밀히 관찰하고 이에 적절한 최소한의 효과적인 치료를 제공하는 것이 완화 의학의 목적이다. 완화의학에서 임상적으로 반드시 치료를 적극적으로 시행해야 할 증상들은 다음과 같다.

- (1) 통증
- (2) 호흡곤란/말기 호흡 증상
- (3) 연하곤란
- (4) 구역/구토
- (5) 섬망
- (6) 경련
- (7) 소변 조절 기능 마비
- (8) 출혈
- (9) 발열

일부 의료인이나 환자의 가족들은 말기 상태에서의 고통은 당연한 것으로 여기고 적극적인 완화에 소홀히 하는 수가 있는데 이것은 대단히 잘못된 생각이다. 조금만 관심을 가지고 과학적인 완화 방법을 사용하면 안락을 시켜 달라고 요구하는 정도의 고통은 손쉽게 조절할 수 있기 때문에 필요 없이 고통을 참고 견딘다는 것은 너무나 어리석고 무지한 행동이다.

3. 잔여 수명에 따른 호스피스 치료법

흔히 말기 암 환자로 판명된 가족들이 호스피스 치료를 위한 상담을 하는 과정에서 질문하는 것 중의 하나가 호스피스에서는 환자를 그냥 재우기만 한다는 것이다. 호스피스 병실을 방문한 적이 있는 사람들은 누구나 느끼겠지만 많은 환자들이 누워서 잠을 자거나 눈을 감고 있는 경우가 많은 것이 사실이다. 그것은 의료 전문가이건 비전문가들이건 모든 사람들이 호스피스 병동에 입원하고 있는 환자들의 상황을 너무나 모르고 있기 때문에 호스피스 가료에 대한 오해를 하는 부분이 있다. 환자나 그의 가족, 심지어는 전문 의료인들조차 비록 말기 암으로 투병 중이지만 활기가 넘치고 서로 웃으면서 대화하고 잘 먹고 잘 주무시기를 기대하고 있는 모순된 희망을 가지고 있다.

통계적으로 호스피스 병동에 머무는 기간은 대략 3주 내외이다. 그 이전에는 적극적인 항암치료에 매달려 있었거나 다른 대체 의료 혹은 민간 의료에 의존하여 여러 가지의 고통을 견뎌내고 있다가 환자의 통증이나 증상이 더욱 더 심해지고 점점 기운이 없어져서 활동을 못할 정도가 되면 그래서야 호스피스 가료에 관심을 가지게 된다. 이 정도의 상황에서 환자는 대개 3-4주의 여명만을 남겨 놓게 되는데 가장 흔한 고통은 기운이 없고 먹지 못하며 통증을 호소하는 것이다. 이런 종류의 문제점들은 말기 암 환자들에게 대부분 나타나는 것인데도 환자와 그의 가족들은 이런 문제점들을 정상적으로 돌려주길 원하고 있다. 즉 기운을 차리게 해주고 잘 먹게 해주는 것을 바라는 것이다.

물론 일시적으로 증상을 조금은 해소해 줄 수도 있지만 병의 진행에 따라 환자는 급속하게 하루가 다르게 기운이 소진되고 물도 마실 수 없게 되는 것이 정상적인 임종의 과정이다. 이런 정상적인 과정을 환자나 그의 가

죽들은 부정하고 무슨 방법을 쓰던 간에 기운을 차리고 잘 먹게 해주고 정신을 차려서 많은 대화를 가능하게 해 주기를 바란다. 호스피스 완화 치료의 내용 중 많은 사람들, 심지어는 의료 전문가들조차 이해를 잘못하고 있는 부분이 있는데 호스피스 치료는 진통을 위한 마약과 수면을 위한 수면제 투여만 하면 되는 것으로 알고 있다. 자신이 지금까지 쪽 치료해 왔던 암 환자의 증상이 악화되어 더 이상 적극적인 치료에 반응을 하지 않는 말기 상태의 환자에게 대부분의 주치의들은 이제 더 이상 해 줄 것이 없다고 말한다. 그리고 아프면 복용하라고 마약성 진통제를 처방해준다. 이런 환자가 며칠 뒤 약도 삼키지 못하는 상태로 호스피스 병동에 입원하는 경우에 그의 가족들이 하는 말은 며칠 전만 해도 잘 걸어 다니고 밥도 잘 먹었는데 갑자기 누워서 움직이지 못하고 먹지 못하게 되었으니 이런 문제를 해결해 주기를 요구한다. 호스피스에서의 완화적 치료는 시기별로 나누어 구분해야 한다.

(1) 대략 6개월 정도의 여명이 예상되는 환자로써 더 이상 항암 치료에 반응하지 않고 암이 계속 진행되는 경우

대부분의 암 치료 병원에서는 이 시기에서도 항암 치료를 적극적으로 한다. 이때는 적극적 치료의 목적에 의해서 치료적 항암 치료 또는 완화적 항암치료의 목적으로 행해진다. 실제로 환자나 가족들의 상담에 의하면 이런 종류의 적극적 항암 치료를 받지 않으면 금방 생명이 위협할 수 있고 이런 항암 치료를 받으면 2-3 개월의 생명 연장을 기대할 수 있다고 설명을 받았다고 한다. 대부분의 환자나 가족들은 주치의사의 권유에 의해 이후 몇 개월 동안 적극적인 항암 치료를 받게 되는 것이 일반적이다.

(2) 약 2-3개월의 여명이 남았을 때

이 시기에는 대개 기운이 소진되고 활동성이 급격하게 떨어지게 된다.

적극적인 치료를 받던 환자들도 대부분 더 이상 치료에 견디기 힘들게 되고 가족들의 부축에 의해 움직일 수 있게 된다. 대부분 의사들은 암의 치료에 더 이상의 의학적 치료가 도움이 되지 않다고 생각한다. 환자와 가족들에게 치료의 중단을 선고하거나 단지 진통제의 투여만 제공한다. 그러나 일부 매우 공격적인 치료를 행하는 의사들은 이 시기에서도 치료의 방법이나 약제의 종류를 바꿔가면서 적극적이고 공격적인 치료를 감행하는 경우도 있다.

(3) 1개월 미만의 여명이 남았을 때

이 시기에는 환자는 급격히 체력의 저하를 나타내고 식욕이 떨어지며 고통의 정도가 심해진다. 환자는 거의 침대에 누워 있는 시간이 많아지고 수면 상태가 길어지고 오히려 밤에 잠을 이루지 못해 가족들이 힘든 시기를 맞게 된다. 간혹 극심한 고통으로 응급실을 찾으면 여러 가지 검사만 하고 결국은 진통제 주사만 맞고 집으로 오게 된다. 주치의와 상의를 하면 환자가 먹지 못하는 상황이면 붙이는 진통제를 처방해준다.

(4) 임종이 임박했을 때

대개는 집에서 또는 병원에서 임종의 과정을 맞게 되는데 아무런 고통이 없는 경우는 집에서 가족들에 둘러싸여 마지막 시간을 보내는 것이 가장 바람직하다. 병원에서 입원 중에 사망할 경우 마지막 하루 또는 이를 전에 1인실로 옮겨 가족들과 마지막을 같이 할 수 있도록 하는 것이 중요하다. 이 시기에서 중환자실로 보내어 심장 마사지 등의 소생술을 시행하는 것은 매우 바람직하지 못한 행위이다. 만일 마지막까지 고통을 표현할 때는 약물 투여로 끝까지 고통을 경감시키는 노력을 계속해야 한다.

가. 환자의 역할

모든 치료는 환자를 중심으로 이루어져야 하고 환자를 위한 치료가 되어야 한다. 여기서 언급해야 할 점은 환자가 자신의 병을 어떻게 생각하고 있느냐 하는 점이다. 환자의 병에 대한 인식은 어느 정도인지, 또는 치료에 대한 기대감은 어느 정도인지 등. 말기 상태에 있는 환자들은 몇몇을 제외하고는 대개 어렵듯이 그의 병에 대한 심각함을 느끼고 있다. 옆에 입원하고 있는 다른 환자들을 통해서, 또는 심각한 표정으로 대화하는 의료진을 보면서 지금 자기가 직면하고 있는 상황이 예사롭지 않다는 것을 느끼고 있다. 환자들은 대부분이 그들의 상태가 회복될 수 없는 진행된 암이라는 사실을 알고 있다. 이것은 의사나 가족들에게 직접 들은 정보에 의해서 일수도 있고 또는 의료진이나 가족들이 특별한 언급을 하지 않더라도 주위의 상황이나 자신이 느끼는 질병의 진행 상태에 의해서 간접적으로 알고 있다.

그러나 그들이 궁금하게 여기고 있는 문제를 물어 볼 수 있는 용기가 없고 막연한 두려움이 앞서기 때문에 병 자체를 부정하거나 실제로 나타나는 사실에 대한 대책에 집중함으로써 전체적으로 다가오고 있는 현실을 피하고자 한다. 예를 들면 식욕이 떨어지는 문제를 단지 맛이 없는 음식 때문이라고 짜증을 낸다든지 기운이 없는 문제를 먹지 못하기 때문으로 돌려 어쨌든지 먹는 문제에 집중을 하는 것 등이다. 이런 문제는 환자가 취할 수 있는 심리적인 방어기전으로 설명하지만 우선 질병의 특성에 대한 지식이 부족하고 자기 자신의 병의 진행 상태에 대한 정보가 부족하기 때문이다.

또한 말기환자들은 다음의 몇 가지 요소 때문에 많은 갈등을 가지게 된다. 우선 사회적인 요소로써 현대 과학의 무한한 발전으로 미루어 불가능이 없을 정도로 많은 업적을 이루어 냈는데 나의 병 정도는 낮게 하지는 못하겠지만, 적어도 오랫동안 살게 할 수는 있지 않을까 하는 희망을 가지게 한다. 또한 물질주의의 팽배로 인하여 돈을 들이면 최고의 의료기관에서

권위 있는 명의의 진료를 받고 최신식의 치료를 제공 받음으로써 자기가 기대하는 목적을 이룰 수 있다고 생각한다. 이런 기대감과 현실과의 차이가 커지면 커질수록 환자의 삶의 질은 나빠진다. 그러므로 환자는 자신의 상황에 알맞은 기대치를 설정하는 것이 매우 중요하다.

말기 암 환자들이 가장 힘들어 하는 증상 중 하나가 기운이 없고 식욕이 떨어지는 것인데 이 증상들을 제거 할 수 있는 효과적인 방법은 없다. 또한 척추신경의 마비로 인하여 다리를 마음대로 움직일 수 없는 상태에서 그것을 원래의 상태로 돌려주기를 바란다는 것은 이룰 수 없는 희망일 뿐이다. 환자는 무엇보다도 자신의 상황을 잘 인식하고 있어야 하며 그것을 토대로 있는 그대로의 현실을 인정해야만 한다. 이런 과정에서 일련의 정신적 혼란과 갈등을 갖는 것은 전혀 이상한 일이 아니다. 좀 더 명확하게 자신의 병에 대해 알고 확인하기 위해서 유명하다는 병원은 다 방문하는 경우가 보통이다. 그리고 일정한 대상이 없이 분노가 치밀기도 하고 타협하기도 하며 심각한 우울증을 나타내기도 한다. 다양한 심리적, 정신적 과정을 경험하고 난 뒤에야 비로소 모든 것을 받아들이고 정신적으로 안정을 갖게 된다. 물론 모두가 이런 과정을 천편일률적으로 경험하는 것은 아니다. 비교적 젊은 나이에서 빠른 진행을 가진 암 환자는 매우 극심한 분노와 울분을 나타내고 심지어는 신에 대한 원망까지 보이는 경우가 허다하다.

또 다른 측면에서의 환자의 반응은 특히 나이가 많은 노인층에서 많이 볼 수 있는 현상으로써 질병으로 인한 통증이나 증상을 가능한 한 밖으로 표출하지 않으려는 경향을 보인다. 이는 몇 가지 원인을 꼽을 수가 있는데 첫째가 자식이나 배우자에게 부담을 지우지 않으려고 하는 배려에서이다. 오랫동안 투병생활을 해 오면서 경제적인 지출이 늘어나게 되고 그로 인하여 가족 간의 알력이나 마찰이 생겨나게 되면 환자는 심한 자책감에 빠지게 된다. 육체적이나 정신적인 고통을 숨기는 경우가 많은데 이때에 가족

들이 어디가 아프냐고 물으면 괜찮다고 대답하는 것이 보통이다.

또한 노인들은 질병으로 인한 통증이나 증상을 나타내는 것 자체가 병의 심각함을 인정하는 것이고 조만간 죽음이 찾아올 것이라는 막연한 두려움으로 증상을 숨기려 든다. 또 하나의 요소는 통증이나 증상을 호소하면 마약을 쓰고, 이렇게 독한 마약을 사용하면 죽음을 재촉하거나 더 이상 희망이 없다고 생각하기 때문에 가능한 한 억지로 참으려고 노력하는 것이 현실이다. 이런 환자의 감춰진 문제점들을 밖으로 표현하게 하는 것이 매우 중요하다. 요즈음의 사회는 핵가족화가 되어있기 때문에 수직적인 가족개념이 붕괴되고 있는 실정이므로 지극한 관심과 따뜻한 사랑이 없이는 환자의 내재된 고통을 알아내기 힘들다. 그러므로 잦은 가족들의 방문과 가족구성원간의 의견 교환이 이런 문제를 해결하는 지름길이 된다.

나. 가족의 역할

일반인들의 호스피스 치료에 대한 인식 부족으로 말미암아 호스피스 활동이 정상적으로 이루어지고 있지 못하다. 대개의 경우 말기 암을 가진 환자의 가족들은 모든 치료에 대한 의사 결정에 있어서 그들이 가져야 할 권리를 포기하거나 모르고 있는 것이 보통이다. 다시 말해서 환자에 대한 모든 정보, 즉 병의 진행 상태, 치료의 종류, 치료의 목적, 치료의 성과, 장래의 계획 등에 대해서 일방적으로 통보 받는 경우가 대부분이다. 중요한 점은 교과서에 적혀있는 일률적 치료방법이나 질병의 예후를 설명 듣는 것이 보다 환자와 그의 가족이 어떠한 삶을 살아왔는지, 또는 그들이 직면하고 있는 현실적 문제나 질병에 대한 관점이라든지, 종교관 같이 개인이 가진 여러 가지의 요소들의 특수성을 고려해야만 한다.

같은 종류 악성 종양이라도 암 자체의 치료가 목적인 경우, 단지 고통만 완화시키기를 원하는 경우의 접근 방법은 완전히 다르다. 우선 가족들은

주치의로부터 상세한 병의 정보를 알아야 한다. 또한 현대 사회는 정보화 사회이므로 여러 가지의 방송 매체나 인터넷을 통해 많은 정보를 습득할 수 있다. 말기 암 환자의 가족들은 전문가 못지 않게 많은 지식을 가지고 있어야 한다. 우선 가족들이 해야 할 일은 병에 대한 정확한 정보를 가진 뒤 치료의 목적을 확실히 정해야 한다. 목적 설정에서 이랬다 저랬다 하는 것은 앞으로 많은 시행착오를 경험해야 된다는 것을 의미한다. 일단 지나간 시간은 되돌릴 수 없고 잘못 판단해서 시도했던 행동은 다시 시도할 수 없기 때문에 가족들의 정확한 판단은 무엇보다도 중요한 일이다.

말기 암 상태에서 여러 가지 목표들을 세운다는 것은 아무런 목표를 세우지 않는다는 것과 마찬가지로이다. 이를 수 있는 현실적인 목표를 세우고 나서 그 목표를 달성하기 위해 가능한 모든 자원들을 이용하여야 한다. 말기 암 상태에서 끝까지 치료에 매달리는 경우에는 대개가 마지막 순간까지 유명 병원의 응급실이나 중환자실에서 반복되는 여러 가지 검사와 영양 수액제등을 공급 받으며 임종을 맞게 된다. 물론 가족들의 입장에서는 최고의 시설과 명성을 가진 병원에서 끝까지 최선을 다했다는 위안은 가질지 몰라도 과연 편안한 말기치료를 받았는지 의문을 가지지 않을 수 없다.

환자들의 가족들은 그들의 부모들이 현대의학으로 치료가 불가능한 상태의 말기 암 환자로 선고를 받을 때 그들이 지금까지 못 다한 효도를 짧은 시간에 충족시키기 위해 최선을 다하는 것이 보통이다. 그러나 그들이 할 수 있는 부분은 극히 제한되어 있기 때문에 그들의 고통은 매우 답답한 심정을 가지게 된다. 그들은 제한된 상황에서 가장 손쉽게 할 수 있는 재정적 지원으로 모든 지난날의 과오나 불효를 상쇄하고자 한다. 현대 사회와 같이 분주하고 힘든 경쟁 사회에서 건강한 사람들은 일상생활 때문에 좀처럼 충분한 시간을 내어서 아픈 부모와 같이 있기가 쉽지 않다. 과거와 달리 가족의 구성은 대개 핵가족화가 되어 있기 때문에 각기 개개인의 가정생활의

를 속에서 지내게 되는데 부부 관계나 부모 자식과의 관계는 예전의 전통적인 것과는 달리 매우 개인적이고 이기적인 관계가 형성되어 있는 것이 보통이다. 그들은 그들의 환자에게 최고의 치료를 받게 해주기를 원한다.

말기에 가까이 다가옴을 인식하게 될수록 그들은 초조함을 느끼게 되고 상황의 반전을 위해 치료진에게 무리한 요구를 하게 된다. 임종이 가까이 올수록 환자의 기력이 점점 떨어지게 되고 음식물을 삼킬 수 없게 되고 가슴 깊은 곳에서 나오는 가래를 뱉어 내기가 힘들게 되는데 이런 상황을 가족들은 견디지 못한다. 심지어는 억지로 입을 벌리게 해서 미음을 밀어 넣는 일도 있고 움직여야 힘이 빠지지 않는다고 강제로 환체에 태워서 운동을 시키는 경우도 왕왕 볼 수 있는 광경이다.

간암으로 투병하던 78세의 아버지가 임종을 하루 앞둔 날 그의 아들이 제일 좋은 영양제와 알부민을 놓아 달라고 요구했다. 아들은 아버지를 내일이면 다시는 보지 못할 것을 알고 있었다. 의사는 지금의 상황에서 알부민이나 영양제는 아무런 소용이 없고 오히려 몸의 부종만 악화시키고 호흡기능을 저하시킬 것이라고 설명하였으나 그의 아들은 마지막으로 아버지께 비싼 알부민을 드리는 것이 그의 소원이라고 애걸을 하였다. 이 환자는 임종이 가까운 상태에서 호스피스를 찾았기 때문에 본인과 가족들이 죽음에 대해 충분히 준비할 시간이 부족하였다. 아들의 부탁대로 알부민을 투여해 주었고 다음날 환자는 임종을 맞았다. 만일 이 환자의 가족들이 호스피스를 일찍 찾았다면 이렇게 비싼 알부민을 투여하는 것이 먼 길을 떠나는 아버지에 대한 사랑이 아니라는 것을 깨달았을 것이다.

효도라는 것은 사전적 의미로는 아버이를 잘 돌봄 또는 그 도리이다. 과연 어떻게 하는 것이 마지막 길을 떠나는 부모에게 대한 효도인가? 그에 대한 대답은 간단하다. 그것은 부모가 원하는 것을 이룰 수 있도록 도와주고 무엇보다도 항상 곁을 지키며 사랑을 나누는 것이다. 불과 수 주일 또는

수개월 정도의 여명이 남겨져 있을 때 우선적으로 해야 할 일은 가능한 한 모든 욕심을 버리는 것이다. 더이상 정상적인 생존이 불가능하므로 삶에 대한 집착을 버리는 것이 중요하다. 호스피스에서는 매주 가족들과의 대담 시간을 갖는데 이런 기회를 통해 가족들이 가지고 있는 욕심과 집착을 버릴 수 있도록 도와준다. 이것이야말로 중요한 죽음의 준비 과정이기 때문이다. 호스피스 병동에서 환자가 임종을 했을 때 물론 가족들은 슬픔을 표시하지만 다른 병동에서 보는 것과는 달리 무척 조용하고 차분한 정경을 보이는데 이것은 가족들이 죽음의 과정에 대한 충분한 지식을 가지게 되었고 많은 준비 과정을 거쳤기 때문이다.

다. 무의미한 연명치료의 중단

환자나 가족들의 입장에서 치료의 중단은 매우 절망적이고 심각한 결정이다. 그들은 가능한 한 어떠한 종류의 치료이든 간에 지속적으로 의료진과의 연결의 끈을 단절시키는 것을 두려워한다. 만일 의사로부터 앞으로 모든 항암 치료를 중단한다고 설명을 들으면 의사들도 나를 포기하는구나 하는 절망적인 생각에 빠지게 되고 심한 심리적 불안을 초래하는 것이 보통이다. 말기상태에서의 치료 내용은 환자나 그의 가족들이 소상히 알지는 못하지만 대부분의 환자들은 막연하게나마 암을 완전히 고치지는 못하겠지만 적어도 암의 증식을 억제하여 수년, 심지어는 수 십년 동안 생명을 유지할 수 있다고 상상을 하고 있다. 이런 와중에서 항암 치료를 더 이상 할 수 없다고 선고를 받으면 이제까지의 치료 과정이나 내용에 대하여 의료진을 심하게 비난하거나 또는 의기소침하여 심각한 우울증의 증상을 보이게 된다.

4. 인간다운 존엄한 죽음

많은 환자들과 그들의 가족들은 비현실적인 환상과 착각 속에서 귀중한 시간을 허비하는 경우가 많다. 그들의 인생의 사전에서 죽음이라는 단어는 없다. 많은 사람들은 조금이라도 더 많은 생명의 시간을 벌기 위해서는 할 수 있는 최선의 노력을 하는 것이 중요하다고 생각한다. 그러나 이런 생각은 누구나 가지고 있는 죽음의 잠재적 두려움을 떨쳐버리기 위한 처절한 시도으로써 이해하여야 한다. 그렇다고 해서 인생의 시간은 현재에서 머물지는 않는다. 그들은 죽음이 실제로 가까이 다가옴을 느낄 때 더욱 죽음에 대한 거부감을 강하게 나타내게 된다. 그렇기 때문에 환자나 가족들은 그들보다 심각한 상태에 처해 있는 다른 환자들과 같은 병실에 머물기를 꺼려한다.

간암이 진행되어 복막전이가 심하여 대장의 운동이 마비된 64세 된 여자 환자는 아침마다 그야말로 뼈와 가죽만 남은 앙상한 얼굴에 짙은 화장을 하는 것이 중요한 일과였다. 그녀는 침대 맞은편에 있는 말기 신장암 환자가 거의 24시간 자는 것을 보고 그녀를 돌보고 있는 남편에게 왜 이런 지경으로 있게 하는지 알 수 없다고 투덜대곤 한다. 그리고 그녀의 바로 옆에 있는 자궁경부암으로 항암치료를 오랫동안 시행하여 머리카락이 다 빠져서 스카프로 머리를 감싸고 있는 여자 환자에게 심한 거부감을 나타내고 그분을 다른 병실로 옮겨 주기를 요구하였다. 그 이유는 그녀가 다른 대학 병원에 있을 때 항암치료를 받고 머리카락이 빠져서 머리를 수건으로 감싸고 있는 환자들은 어김없이 사망하는 것을 보았기 때문에 자기는 이렇게 죽음을 앞두고 있는 환자들과 어울려 지낸다는 것이 견딜 수 없는 스트레스라고 말했다. 그러나 실제로 그녀는 다른 환자들 보다 더 일찍 임종에 이르게 되는데 마지막까지 죽음을 인정하지 않고 안타깝게 임종하였다. 그녀

의 가족들도 마찬가지로 그녀에게 마지막까지 암이라는 병명을 알려 주지 말도록 부탁하였고 그녀의 임종이 가까워지자 모두들 당황하여 우왕좌왕하는 모습을 보였다. 환자나 그녀의 가족 모두가 죽음에 대한 막연한 두려움으로 당당하게 대응해 나가지 못하고 이런 상황을 피해 진실을 숨기는 행동을 했던 것이다.

죽음을 맞이하는 과정에서 보다 적극적이고 도전적인 자세가 필요하다. 즉, 죽음의 메커니즘을 이해하고 보다 승화된 주제로 의식 활동을 하는 것이 바람직하다. 오늘은 무엇을 먹을까? 오늘은 어디가 아플까? 너무 갑갑한데 어떻게 하면 좋을까? 움직일 수 없는데 견딜 수가 없다 등등 눈앞에 놓여 있는 현실적인 문제와 씨름하는 것 보다, 내가 인생을 어떻게 살아 왔는가? 내가 가족들에게 어떤 역할을 해왔고 얼마나 많은 사랑을 주어왔는가? 나의 친구들은 나를 어떻게 기억할 것인가? 내가 가지고 있는 인생관과 내가 살아온 인생은 만족스러웠나? 죽음은 과연 어떤 것일까? 죽음 다음에 나에게 펼쳐질 세상은 어떤 것일까? 보다 추상적이고 초월적인 사고를 하도록 도와 주어야 한다. 사람들은 죽음에 대해 생각하기를 두려워한다. 일부러 죽음에 대해 고민할 필요가 있는가 라고 생각하는 사람들이 많다. 아무런 생각 없이 하루하루를 살아가고 있다. 삶의 의미와 목표의 상실이 더 큰 문제인 것 같다. 뭔가 소일거리를 하면 좋겠는데 집중이 되지 않고 또 할 수 있는 일도 없는 것 같다. 죽음이 다가 오고 있다는 사실은 인정하면서 죽음의 준비를 어떻게 해야 할지를 모르고 하루하루를 의미 없이 보내는 사람이 대부분이다. 물론 그 중에는 자기 자신의 자서전을 집필한 다든가, 가족들에게 보내는 편지를 작성한다든가 또는 남기고 싶은 글들을 정리하는 일에 매달린 경우도 있다. 그러나 일반적으로 죽음에 대한 준비는 우선 다음의 구체적인 사항들을 준비하는 것이 바람직하다.

(1) 자신이 소장하던 물건들의 처리.

- (2) 재산의 정리 및 분배.
- (3) 남은 가족에 대한 당부 및 배려.
- (4) 장례의식이나 절차 등에 관한 문제.
- (5) 개인적인 뜻의 전달.

이런 일들은, 사전의료 지시서, 또는 유언의 형식을 빌어 준비할 수 있다. 그러나 이런 일들을 마무리 지을 생각을 하지 않거나 심지어는 이런 생각조차 전혀 하지 못하는 경우가 있는데 이것은 비단 본인의 문제뿐 만 아니라 그와 관련된 가족들과의 문제이고, 그리고 사회생활에서의 책임 문제도 야기 될 수 있다. 더 이상의 치료가 불가능하고 얼마 지나지 않아 죽음이 다가올 것이 예견되는 말기 상태에서 극심한 고통을 해소시켜주고 충분히 죽음의 준비가 되어 있으면 구태여 안락사라는 형태의 죽음이 필요할 이유가 없다고 생각한다. 더 이상 치료의 방법이 없고 진행되는 질병으로 더 이상 생존할 수 없는 상태나 혹은 임종 전 상태에서의 적합한 가료는 증상 조절과 삶의 질의 향상을 목표로 하고 있는 완화치료라고 할 수 있다. 특히 호스피스와 정신을 통한 전인적 가료를 동시에 제공하는 것이 말기 상태의 가장 적합한 치료라고 할 수 있다.

죽음의 과정 중에서 가장 강조 되어야 할 부분은 죽음 자체가 아니고 어떻게 종말을 맞이하는가, 즉 어떤 식으로 죽는 것이 인간으로서 바람직한 죽음인가 하는 문제이다. 안락사는 바람직한 형태의 죽음이 아니다. 왜냐하면 안락사를 요구하는 대부분의 이유가 여러 가지 종류의 고통인데 이는 호스피스 완화의료의 도움으로 90%이상 통증을 완화시킬 수 있기 때문이다. 존엄한 죽음이란

첫째 평소에 충분히 준비된 죽음,
둘째 사랑하는 가족들과 함께 맞이하는 죽음,

셋째 정신적으로 편안한 죽음,
그리고 인간의 존엄성을 유지할 수 있는 죽음.

물론 4가지 조건들을 다 충족시키기는 힘들지만, 호스피스 완화의학은 이런 식으로 인간으로서 존엄하게 죽음을 맞이하게 하는 것을 목표로 한다.

〈참고 문헌〉

1. 김 중호 『의학 윤리란 무엇인가?』 1998
2. 백 형구 「안락사의 법적, 의학적 측면」, 대한 변호사 협회지 93호, 1984.
3. AAHPM. *Hospice and Palliative Medicine*. 1998
4. Alexander Waller, Nancy L. Caroline. *Handbook of Palliative care in cancer*. 1996.
5. Beauchamp TL, Childress JF *Principles of Biomedical Ethics*. 4th ed. New York: Oxford University Press, 1994.
6. Byock I. *Ethics from a hospice perspective*. *Am J Hospice Palliat Care*. 1994;11(4):9-11.
7. Christina Faull et al. *Handbook of Palliative care*. 1998.
8. Derek Doyle, Geoffrey W.C. Hanks and Neil MacDonald. *Oxford textbook of Palliative Medicine*. 2nd ed. 1998
9. Janet L. Abraham. *A physician's guide to pain and symptom management in cancer patients*. 2000.
10. Leonard H. Glanz. *Withholding and withdrawing treatment*. *Law, Medicine and health care*, Vol.15;231-232.
11. The Hastings Center. *Guideline on the termination of Life-sustaining treatment and the care of the Dying*. Bloomington, Indiana: Indiana University Press; 1987.

12. Sandra L. Bertman, *Facing Death*, 1991.
13. Storey P, Knight CF, *Ethical and legal decision making when caring for the terminally ill*, Gainesville:AAHPM, 1996.
14. Suresh K. Joishy, *Palliative medicine secrets*, 1999
15. The Hastings Center. *Guideline on the termination of Life-sustaining treatment and the care of the Dying*. Bloomington, Indiana:Indiana University Pres, 1987.
16. Virginia F. Sendor, *Hospice and palliative care*, 1997

소극적 안락사, 대안은 없는가?

초판인쇄	2007년 10월 15일
초판발행	2007년 10월 30일
역은이	한림대학교 인문대학 철학과 오진탁
발행인	김중수
발행처	한림대학교 출판부
인쇄	디자인아이비(033-264-1133)
주소	강원도 춘천시 옥천동 한림대길 39
출판등록	제48호(1983. 3. 10)
전화	033-248-2875~6
팩스	033-248-2879
이메일	press@hallym.ac.kr

ISBN 978-89-87086-88-0 02100

정가 10,000원

잘못된 책은 언제나 교환하여 드립니다.