

2022 년 한국간호윤리학회

제 6 회 추계학술대회

“존엄한 죽음과 간호에 대한 성찰”

일시: 2022 년 11 월 19 일(토) 09:15~12:40

장소: ZOOM 온라인 실시간 세미나

한국간호윤리학회



한국간호윤리학회

The Korean Society for Nursing Ethics

2022년 한국간호윤리학회 제6회 추계학술대회

○ 주 제: “ 존엄한 죽음과 간호 ” 에 대한 성찰

○ 일 시: 2022년 11월 19일(토) 09:15~12:40

○ 장 소: ZOOM활용 온라인 실시간 세미나

○ 프로그램

시간	내용	비고
09:15~09:30	등록	
09:25~09:30	개회사 및 인사말	이순행 회장(서울아산병원, PI팀)
I 부	기조 강연	사회: 박은준 학술이사(한국방송통신대학교)
9:30~10:10	인간존엄 존중 요청의 윤리적·법적 쟁점	손제연(서울대학교 기초교육원)
10:10~10:50	의사조력자살에 관한 헌법적 고찰	문재완(외국어대학교 법학전문대학원)
10:50~11:30	의사조력자살을 법으로 허용해야 하는가? 연명의료결정법 개정안 검토	김현섭(서울대학교 철학과)
11:30~11:50	질의 응답 및 휴식	
II 부	간호 현장의 이슈	사회: 박은준 학술이사(한국방송통신대학교)
11:50~12:10	연명의료결정 과정에서의 간호 경험	김명옥(서울성모병원 의료윤리행정팀)
12:10~12:30	호스피스 간호사가 경험한 인간다운 죽음	권신영(강동대학교 간호학과)
12:30~12:40	질의 응답 및 폐회	
III 부	2022년도 제5회 정기총회	



한국간호윤리학회
The Korean Society for Nursing Ethics

기조강연 1

인간존엄 존중 요청의 윤리적.법적 쟁점



손제연 교수
서울대학교 기초교육원



한국간호윤리학회
The Korean Society for Nursing Ethics

기조강연 2

의사조력 자살에 관한 헌법적 고찰



문재완 교수
한국외국어대학교 법학전문대학원

의사조력자살에 관한 헌법적 고찰*

문재완

(한국외대 법학전문대학원 교수)

I. 들어가는 글

의사조력자살 또는 의사조력사망(physician-assisted suicide, physician-assisted death)은 최근 세계적으로 큰 관심사다. 의학의 발전으로 인간의 수명이 늘어나면서 ‘잘 죽는 것’(well-dying)에 대한 관심이 높아지고, 잘 죽기 위하여 의사의 도움을 받으려는 사람들이 늘어나고 있다. 의사조력자살은 편안하게 삶을 마감한다는 의미에서 안락사로 불리기도 하고, 인간의 존엄성을 유지한 채 죽음을 맞이한다는 의미에서 존엄사로 불리기도 한다. 하지만 의사조력자살은 생명의 주체가 의사의 도움을 받아 행하는 자살이고, 안락사는 타인이 행하는 의도적인 생명의 종결이라는 점에서 둘은 구분된다고 본다.

의사조력자살을 허용하는 국가도 있다. 스위스, 네덜란드, 벨기에, 룩셈부르크, 캐나다, 호주 빅토리아주, 콜럼비아 등이 의사조력자살을 허용하고 있다. 최근 사례로 뉴질랜드가 있다. 뉴질랜드는 국민투표를 통해서 생명종결선택법(End of Life Choice Act 2019)를 채택하여, 2021년 11월 7일부터 말기질환(terminal illness) 환자에게 조력사망을 허용하고 있다. 미국은 주별로 허용 여부가 다르다. 현재 캘리포니아주, 콜로라도주, 하와이주, 메인주, 뉴저지주, 뉴멕시코, 오리건주, 버몬트주, 워싱턴주와 워싱턴 D.C. 법률로 의사조력자살을 허용하고 있고,¹⁾ 몬태나주는 2009년 주대법원 판결로 의사조력자살이 합법화되었다.²⁾ 뉴욕주와 펜실베이니아주도 현재 입법을 추진 중이다.

우리나라는 의사조력자살을 법적으로 허용하고 있지 않다. 의사가 타인의 자살을 조력할 경우 형법 제252조 제2항(자살방조죄)에 따라 처벌받는다. 의사조력자살에 대한 관심은 최근 크게 늘고 있다. 그동안 죽을 권리에 관한 논의는 연명치료 중단을 중심으로 논의되었지만, 요즘 의사조력자살의 허용을 논증하는 연구가 많아졌다.³⁾ 입법도 추진 중이다. 더불어민주당 안규백 의원은 지난 6월 조력존엄사를 허용

1) Death with Dignity National Center, How Death with Dignity Laws Work (<https://deathwithdignity.org/states/>, 2022.11.03. 방문).

2) Baxter v. Montana, 2009 WL 5155363 [Mont. 2009].

3) 성경숙, “의사조력자살의 허용에 관한 고찰”, 법학연구(경상대학교 법학연구소) 제27권 제4호(2019), 이문호, “적극적 안락사 및 의사조력자살 허용 입법의 필요성 - 실존적 사실 및 통계적 근거를 중심으로 -”, 인권과 정의 제482호(2019); 김선택, “의사조력자살의 합법화: 세계적 동향”, 한국의료법학회지 제26권 제1호(2018); 장한철, “의사조력자살의 허용을 위한 법정책임 고찰”, 법과 정책연구 제18권 제4호(2018); 김하열, “생을 마감할 권리에 관한 헌법적 고찰 - 의사조력사를 중심으로 -” 저스티스 통권 제152권(2016); 이기현, “의사조력자살에 대한 고찰”, 홍익법학 제15권 제1호(2014); 이주

하는 내용의 ‘호스피스·완화치료 및 임종과정에 있는 환자의 연명치료결정에 관한 법률’ 일부개정법률안을 대표발의하였다.⁴⁾

이 발제문은 앞으로 더 거센 논쟁거리로 등장할 의사조력자살을 비교헌법적으로 검토하고 이를 허용하는 방안을 제시하기 위한 목적으로 작성되었다. 이를 위하여 먼저 죽을 권리의 개념을 정의하여 의사조력자살의 위상을 정립하고(제2장), 의사조력자살을 허용하고 있는 국가의 사례를 비교법적으로 검토한 후(제3장), 우리 헌법상 허용가능한 방안을 제시하고자 한다(제4장).

II. 죽을 권리와 의사조력자살

1. 죽을 권리의 내용

죽을 권리(right to die)는 생명권의 주체가 생명의 종결, 즉 죽음의 시기를 스스로 결정할 수 있음을 의미한다. 죽음의 시기를 자신의 의지에 따라 조정하기 위해서는 죽음의 방법을 선택할 수 있어야 하므로, 죽을 권리는 죽음의 시기와 방법을 스스로 선택할 수 있는 권리이다. 모든 사람은 자신의 인생관에 따라 인생의 마감 방식을 선택하고 실현할 수 있는 법적 지위를 보장받아야 한다.⁵⁾ 죽을 권리는 자살의 권리, 연명치료 거부권, 의사의 도움을 받아 죽을 권리 등을 내용으로 한다. 죽을 권리는 자신의 의사대로 죽을 권리를 의미하기 때문에 인간으로서 존엄성을 유지하면서 죽을 권리를 당연히 내포한다.⁶⁾

우리나라에서 죽을 권리에 관한 논의는 소위 ‘세브란스병원 김 할머니 사건’에서 본격화되었다. 2009년 해당 사건에 대한 대법원 판결⁷⁾과 헌법재판소 결정⁸⁾으로 연명치료 중단에 관한 자기결정권이 헌법상 보장된 기본권으로 인정되고, 이 권리에 입각하여 회복 불가능한 사망의 단계에 진입한 환자의 경우 무의미한 연명치료 장치제거가 허용되었다. 그 후 흔히 존엄사법이라고 불리는 ‘호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률’ (이하 ‘연명의료결정법’이라 함)이 2016.02.03. 제정되어(법률 제14013호) 시행 중이다. 입법과정에서 존엄사는 안락사를 아름답게 포장한 개념에 지나지 않는다고 입법에 반대하는 목소리도 적지 않았다.⁹⁾

희, “조력자살과 형법 - 안락사의 일 유형으로서의 조력자살을 중심으로 -”, 법과 정책연구 제11권 제3호(2011).

4) 의안번호 2115986, 제안일자 2022.06.15. 제안자 안규백의원등 12인.

5) 한상수, “존엄하게 죽을 권리에 관한 연구”, 공법학연구 제11권 제3호(2011), 163쪽.

6) 동일한 논지에서 자살은 자신의 의지에 따른 죽음이라는 측면에서 존엄하게 죽을 권리에 포함되는 죽음의 방식이라고 한다. 한상수, 위의 논문, 170쪽.

7) 대법원 2009.05.21. 선고 2009다17417 전원합의체 판결.

8) 헌재 2009.11.26. 2008헌마385, 판례집 21-2하, 647.

9) “[주교회의 성명서] 안락사로 인식되는 존엄사법 제정을 반대합니다.”, 2009.07.08. (<http://www.forlife.or.kr/?m=bbs&bid=0501&p=8&uid=6194>, 2020.08.31. 방문).

(1) 자살의 권리

스스로 죽는 것을 자살이라고 한다. 죽을 권리를 인정한다는 것은 자살의 권리를 인정한다는 것이다. 서구 문명의 기원인 고대 그리스와 로마의 많은 철학자는 자살을 어쩔 수 없는 상황이 닥쳤을 때 인간이 내릴 수 있는 적절하고 이성적인 판단이라고 평가하여 훌륭한 죽음으로 간주하였다.¹⁰⁾ 고대 그리스와 로마에서 조력자살과 안락사는 사회적으로 용인된 평범한 행위였다.¹¹⁾ 하지만 자살은 살인과 마찬가지로 죄악이라고 보는 기독교의 영향이 커지면서¹²⁾ 서구에서 자살과 안락사가 엄격히 금지되었다. 서구에서 자살(suicide)이라는 단어가 사용된 것은 17세기이며,¹³⁾ 그전까지 자살은 ‘자신을 살해하는 행위’ (self-murder)라고 표현되었다. 18세기 계몽주의 철학자들은 자살은 전적으로 개인 자유의 문제이며, 사회적으로도 바람직하다고 주장하였다.¹⁴⁾

생명권의 주체에게 죽을 권리, 즉 자살의 권리가 있는지에 대해서 논란이 있다. 권리는 살아있음을 전제로 하므로 자살처럼 생명을 부정하는 내용은 권리로 인정될 수 없다는 주장도 있다. 하지만 생과 사는 서로 연결된 문제이기 때문에 죽음에 대한 결정은 죽음 그 자체에만 영향을 미치는 것이 아니고 남은 삶에도 영향을 미친다.¹⁵⁾ 인간이 자기 생명을 종결할 수 있는 권리는 인간이기 때문에 당연히 향유하는 권리다. 생을 마감하는 마지막 순간 인간의 존엄성을 유지하기 위하여 존엄한 방법으로 생을 마감할 권리를 인정하는 것이 타당하다. 인간으로 사는 마지막 시간과 장소, 그리고 생을 마감하는 방법을 스스로 결정한다는 것은 인간이기 때문에 가능한 것이고, 인간이 자기 인생에서 할 수 있는 최고의 존엄하고 자율적인 행동이다.

(2) 연명치료 거부권

연명치료 거부는 존엄사 또는 소극적 안락사라고 불리기도 한다. 각각의 개념을 구분해서 사용하는 학자도 있다. 연명치료는 의학적 관점에서 의료행위를 시행하더라도 환자를 치료할 수 없는 상황에서 환자의 생명을 연장하기 위하여 행해지는 치료를 의미한다. 연명치료 중단으로 환자는 짧은 시간 내에 사망에 이를 수 있다. 즉 연명치료 중단은 죽음을 전제로 시행되는 것이다. 따라서 연명치료 중단요구권 또는 연명치료 거부권은 죽을 권리의 한 내용이다. 헌법재판소와 대법원은 헌법 제10조의 인간의 존엄성 및 행복추구권에서 파생되는 자기결정권의 한 모습으로 이해한

10) 이안 다우비긴, 신윤경 역, 안락사의 역사, 섬돌, 2007, 24쪽.

11) 위의 책, 24쪽.

12) 대표적인 인물이 성 아우구스티누스(354~430)이며, 중세 대표적인 신학자 토마스 아퀴나스(1225~1274)는 자살을 정당화하는 모든 의견을 반박하고 자살하는 사람은 신께 죄를 짓는 것이라고 결론을 내렸다. 위의 책, 32-38쪽.

13) 영국의 의사이자 수필가인 토마스 브라운이 1642년 처음 사용하였다. 위의 책, 57쪽.

14) 위의 책, 61-69쪽.

15) 황도수, “‘죽음 문제’에 관한 우리나라와 미국 판례이론의 비교 연구”, 미국헌법연구 제24권 제2호(2013), 402쪽.

다. 개인은 자기 운명을 스스로 결정할 수 있고, 자기 운명을 결정하는 내용에는 연명치료 중단이 포함된다.

헌법재판소는 세브란스병원 김 할머니 사건에서 “환자가 장차 죽음에 임박한 상태에 이를 경우에 대비하여 미리 의료인 등에게 연명치료 거부 또는 중단에 관한 의사를 밝히는 등의 방법으로 죽음에 임박한 상태에서 인간으로서의 존엄과 가치를 지키기 위하여 연명치료의 거부 또는 중단을 결정할 수 있다 할 것이고, 위 결정은 헌법상 기본권인 자기결정권의 한 내용으로서 보장된다 할 것”이라고 판시하였다.¹⁶⁾ 대법원도 같은 사건에서 “회복불가능한 사망의 단계에 이른 후에 환자가 인간으로서의 존엄과 가치 및 행복추구권에 기초하여 자기결정권을 행사하는 것으로 인정되는 경우에는 특별한 사정이 없는 한 연명치료의 중단이 허용될 수 있다.”고 판결하였다.¹⁷⁾

(3) 의사의 조력을 받아 죽을 권리

자살의 권리를 개인의 기본권이라고 인정하더라도, 일반적으로 타인에게 자살의 협조를 구할 권리까지 자살의 권리의 내용으로 보기는 어렵다. 자살을 범죄로 규정하지 않은 국가에서도 자살을 돕거나 권유하는 것을 처벌하는 사례는 많이 있다. 그러나 전문가인 의사의 도움을 받아 죽을 권리는 죽을 권리의 한 내용이다. 의사가 회복가능성 없는 환자에게 죽음을 초래하는 정보와 도구를 제공하고, 환자가 죽음에 이르는 행위를 실행하는 경우를 흔히 의사조력자살(physician-assisted suicide), 또는 의사조력사(physician-assisted death)라고 한다.¹⁸⁾ 의사조력자살에서 의사는 도움을 줄 뿐이고, 생명권의 주체인 환자가 자신의 자유의지로 삶을 종결하겠다고 결심하고 이를 실행하는 경우이므로 의사조력자살은 자살의 한 유형이다.¹⁹⁾

의사조력자살이 일반적인 자살과 구분되는 것은 전문가, 즉 의사의 판단과 조력을 요한다는 데 있다. 의사조력자살을 허용하는 입법에서 의사의 판단과 조력을 받을 수 있는 환자의 요건을 엄격히 설정하고, 조력 절차를 엄격히 설정할 경우 의사조력자살은 일반적인 자살과 달리 생명권 경시의 사회 분위기나 자살의 오남용이라는 부작용을 방지할 수 있다. 그렇기 때문에 자살은 살 수 있는 신체적 조건임에도 불구하고 본인이 살기 싫어서 삶을 포기하고 죽음을 선택하는 것인데 반하여, 의사조력자살은 죽는 과정이 불가역적으로 진행되어 부득이하게 죽음을 수용한 것으로 둘 간의 차이를 설명하는 견해도 있다.²⁰⁾

16) 헌재 2008헌마385, 앞의 판례집, 660.

17) 대법원 2009다17417 전원합의체 판결.

18) 가치중립적 용어로 의사조력사를 선호하는 학자도 있다. 김하열, 앞의 논문, 5-62쪽 참고. 하지만 의사조력자살이 세계적으로 보편적으로 사용되고 있고, 죽을 권리의 내용을 명확하게 표현하고 있어 이 논문에서는 의사조력자살을 사용한다.

19) 강혜경, 회복불가능한 환자의 연명치료 중단에 관한 헌법적 고찰 - 연명치료 중단에 관한 입법적 연구를 중심으로 -, 계명대학교 박사학위논문, 2015, 12쪽.

20) 김선택, 앞의 논문, 30쪽.

2. 의사조력자살과 안락사, 존엄사의 관계

(1) 안락사와 의사조력자살

안락사(euthanasia)는 좋은(eu) 죽음(thanasia)이라는 고대 그리스어에서 유래되었다. 안락사는 일반적으로 극심한 고통을 겪는 사람에게 편안한 죽음을 맞게 해준다는 의미로 사용된다. 고통 완화가 목적이고, 죽음에 대한 의도적인 개입을 요소로 한다. 안락사는 불가역적 죽음이 진행되는 것으로 인식되었을 때 하는 행위로서 합리주의적 발상에 기초하고 있다.²¹⁾ 하지만 안락사는 생명의 인위적 단축을 생명권 주체가 아닌 타인이 행한다는 점에서 형사적으로 문제가 크다.

광의의 안락사는 죽음의 시기를 인위적으로 앞당기는 모든 행위를 의미한다. 안락사는 죽음에 이르게 하는 조치를 시행하는 적극적(active) 안락사와 죽음을 지연할 수 있는 조치를 시행하지 않는 소극적(passive) 안락사로 구분한다. 연명치료 중단, 환기 회생 불가능한 단계에 있는 환자에게 생명연장장치를 사용하지 않음으로써(부작위) 환자가 편안한 죽음을 맞을 수 있게 한다는 의미에서 소극적 안락사라고 불리기도 한다.

의사조력자살에서 의사는 단지 환자가 자살할 수 있는 수단을 제공할 뿐이고, 의사가 직접 생명의 종결을 실행하지 않는다. 죽음의 수단을 제공한 것이 곧 죽음을 제공하는 것을 의미하지 않는다.²²⁾ 의사조력자살은 환자가 생의 마지막 순간까지 의사결정권을 행사하기 때문에 남용의 우려를 방지할 수 있으며, 이 점에서 안락사와 차이가 있다.²³⁾

(2) 존엄사와 의사조력자살

존엄사의 사전적 의미는 인간으로서 지녀야 할 최소한의 품위와 가치를 지키면서 생을 마감하도록 하는 행위이다.²⁴⁾ 존엄사를 권리로 이해하면 인간이 자신이 원하는 시기에 스스로 존엄하다고 생각하는 방식으로 자신의 죽음을 맞이할 수 있는 권리라고 할 수 있다.²⁵⁾ 우리나라에서 안락사는 역사적으로 오용된 전력 때문에 부정적 의미로, 존엄사는 죽고자 하는 사람의 선택과 결정을 존중한다는 의미를 내포하여 긍정적 의미로 사용되는 경향이 있다.²⁶⁾

언론은 세브란스병원 김 할머니 사건에서 대법원이 무의미한 연명치료 장치제거 중단을 결정한 것을 존엄사를 허용한 것으로 이해한다.²⁷⁾ 오랜 논란 끝에 제정된 연명의료결정법도 흔히 존엄사법이라고 불린다.²⁸⁾ 학계에서도 존엄사를 죽음에 직

21) 허일태, 안락사에 관한 연구, 한국형사정책연구원 연구보고서, 1994, 49쪽.

22) 제럴드 드워킨 외, 석기용 정기도 역, 안락사논쟁, 책세상, 1998, 50쪽.

23) R. Cohen-Almagor, *An Argument for Physician-Assisted Suicide and Against Euthanasia*, Ethics, Medicine and Public Health (2015), p 435.

24) 두산백과 (http://www.doopedia.co.kr/search/encyber/new_totalSearch.jsp, 2020.08.31. 방문).

25) 한상수, 앞의 논문, 165쪽.

26) 위의 논문, 164쪽.

27) “대법, 존엄사 첫 인정”, 동아일보, 2009.5.22. 등.

28) “존엄사법 19년 만에 통과”, 중앙일보, 2016.1.9. 등. 이 법을 웰다잉법이라고 부르는 사람도 있다.

면한 환자가 품위 있는 죽음을 맞을 수 있도록 생명유지장치를 중단하는 것으로 이해하는 견해가 많다.²⁹⁾

미국에서 존엄사법이라고 하면 흔히 의사조력자살을 허용하는 법을 의미한다.³⁰⁾ 우리의 존엄사에 해당하는 법률은 자연사법이라고 한다. 오리건주와 워싱턴주의 존엄사법(the Death with Dignity Act)은 의사조력자살을 허용하고 있다. 하지만 사우스캐롤라이나(South Carolina)주는 존엄사법이라는 동일한 명칭 아래 연명치료의 중단·보류만 허용하고, 의사가 자살을 조력할 경우 면허 취소 등 제재를 받게 된다.³¹⁾

III. 의사조력자살의 비교법적 검토

1. 미국

(1) 입법

미국에서 의사조력자살을 처음 허용한 지역은 오리건주이다. 오리건주는 1997년 존엄사법(the Oregon Death with Dignity Act)³²⁾을 제정해서 일정한 조건을 충족하는 말기증상 환자에게 의사조력자살을 허용한다.³³⁾ 워싱턴주 역시 2008년 존엄사법(the Washington Death with Dignity Act)³⁴⁾을 제정해서 2009년부터 시행 중이다. 오리건주와 워싱턴주는 주민투표로 입법한 데 반하여 버몬트주는 의회입법으로 법을 마련하였다. 캘리포니아주는 2015년 생명종결선택법(End of Life Option Act)을 제정하였다. 2018년 형법을 개정하여 생명종결선택법을 준수한 경우 고의로 자살을 조력(aiding), 조언(advising) 및 독려(encouraging)하더라도 기소되지 않는다.³⁵⁾ 몬태나주의 경우 입법에 실패하였으나, 주 대법원이 2009년 12월 의사가 환자의 사망을 조력하는 것이 공공정책에 어긋나지 않는다고 판시하여³⁶⁾ 의사조력자살이 허용되고 있다.

맹주만, “안락사와 존엄사, 그리고 웰다잉법”, 철학탐구 제44집(2016), 186쪽.

29) 김성돈, 형법각론, SKKUP, 2018, 49쪽; 오영근, 형법각론, 박영사, 2017, 37쪽; 이재상·장영민·강동범, 형법각론, 박영사, 2019, 22쪽; 정영일, 형법각론, 박영사, 2011, 22쪽.

30) 미국에서 존엄사라는 처음부터 의사조력자살 내지 사망을 의미하는 개념으로 출발하였다. 엄주희·김명희, “호스피스·완화의료와 의사조력자살 간 경계에 관한 규범적 고찰”, 법학연구(연세대학교 법학연구원) 제28권 제2호(2018), 7쪽.

31) South Carolina Code 44-77-20, Chapter 77 - DEATH WITH DIGNITY ACT (<https://law.justia.com/codes/south-carolina/2013/title-44/chapter-77/>, 2020.08.31. 방문).

32) Chapter 127.800-995 (https://www.oregonlegislature.gov/bills_laws/ors/ors127.html, 2020.08.31. 방문).

33) 오리건주의 존엄사법 입법은 1994.11.08. 주민투표의 결과물이다. 당시 유효투표총수(627,980표)의 51.3% 찬성으로 법 제정이 가결되었으나, 금지가처분 등으로 지연되어 존엄사법은 1997.10.27. 시행되었다.

34) Chapter 70.245 RCW (<https://app.leg.wa.gov/rcw/default.aspx?cite=70.245>, 2020.08.31. 방문).

35) AB-282 Aiding, Advising, or Encouraging Suicide: Exemption from Prosecution.(2017-2018) (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/billTextClient.xhtml?bill_id=201720180AB282, 2020.08.31. 방문).

36) Baxter, et al., v. Montana, et al., MT DA 09-0051, 2009 MT 449.

(2) 판례

미국에서 연명치료 거부권은 수정헌법 제14조 적법절차조항(due process clause)에 근거한 프라이버시권(right to privacy)의 내용으로 이해된다. 그러나 의사의 조력을 받아 죽을 권리는 프라이버시권의 내용으로 이해하고 있지 않다. 미국 연방대법원은 1997년 Washington v. Glucksberg 사건³⁷⁾ 및 Vacco v. Quill 사건³⁸⁾에서 의사의 조력을 받아 죽을 권리는 수정헌법 제14조의 적법절차조항을 통해 보호받을 수 있는 근본적 권리(fundamental right)가 아니라고 판시하였다. 미 연방대법원에 따르면, 연명치료 거부권과 의사조력자살의 권리는 서로 다른 것으로 구별되어야 한다.

그렇다고 미국 연방대법원이 의사조력자살을 허용하는 주의 법률이 연방 헌법에 위반된다고 보는 것은 아니다. 미국 연방대법원은 2006년 Gonzales v. Oregon 사건³⁹⁾에서 오리건주의 존엄사법(Oregon Death with Dignity Act)에 근거해서 말기증상 환자의 자살을 조력하는 의사를 연방 법률로 기소하려는 연방검찰총장의 권한 행사가 월권이라고 판시하였다. 연방검찰총장은 안락사를 막기 위해서 의사가 말기증상 환자에게 독극물을 처방하는 것이 정당한 치료목적에 해당하지 않는다는 규칙을 제정하였는데, 연방대법원은 이 규칙을 위법이라고 결정한 것이다.

2. 캐나다

(1) 입법

캐나다 의회는 2016년 6월 일정한 요건을 갖춘 캐나다 시민의 경우 의사에게 죽음의 의료지원(Medical Assistance in Dying, MAID)을 요청할 수 있도록 형법을 개정하였다.⁴⁰⁾ 개정 형법은 MAiD를 상세히 규정한 후 의사나 간호사가 이에 따라 자살을 조력한 경우 처벌을 면제하는 내용을 담고 있다. MAID는 요건이 상당히 엄격하다. 최근 캐나다는 법을 개정하여, 2021년 3월 17일부터는 자연적 사망이 임박하지 않은 사람에게도 의사조력자살을 허용하고 있다.⁴¹⁾

37) 521 U.S. 702 (1997). 판례의 자세한 내용은 김선택, 앞의 논문, 32-45쪽 참고.

38) 521 U.S. 793 (1997). 판례의 자세한 내용은, 김선택, 앞의 논문, 45-46쪽 참고.

39) 546 U.S. 243 (2006).

40) Criminal Code 241.1~241.4 (<https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/C-46/page-53.html#h-79>, 2020.06.15. 방문).

41) Canada's new medical assistance in dying(MAID) law (<https://www.justice.gc.ca/eng/cj-jp/ad-am/bk-di.html>, 2022.11.04. 방문). MAID 요건은 다음과 같다. ①be 18 years of age or older and have decision-making capacity; ②be eligible for publicly funded health care services; ③make a voluntary request that is not the result of external pressure; ④give informed consent to receive MAID, meaning that the person has consented to receiving MAID after they have received all information needed to make this decision; ⑤have a serious and incurable illness, disease or disability (excluding a mental illness until March 17, 2023); ⑥be in an advanced state of irreversible decline in capability; ⑦have enduring and intolerable physical or psychological suffering that cannot be alleviated under conditions the person considers acceptable

(2) 판례

캐나다는 1972년 형법의 자살금지 조항을 삭제하였으나, 자살을 조력(aid)하거나 교사(abet)하는 행위는 여전히 금지하고 있다(형법 제241(b)조). 또 형법 제14조는 누구도 자신을 살해하는 것을 승낙할 수 없으며, 그러한 동의는 승낙을 받고 살인한 가해자의 형사책임에 영향을 미치지 않는다고 규정하고 있다.

캐나다 연방대법원은 1993년 Rodriguez 사건⁴²⁾에서 조력자살의 권리를 부인한 바 있다. 그러나 2015년 2월 Carter 사건에서 캐나다 연방대법원은 의사의 조력을 받아 자살할 권리를 금지하는 것은 캐나다 권리장전(Canadian Charter of Rights and Freedoms) 제7조에 보장된 개인의 생명·자유·안전권을 침해하여 위헌이며, 2016년 6월 6일까지 이를 허용하는 법을 마련하라고 결정하였다.⁴³⁾ 캐나다 연방대법원에 따르면, 형법 제241(b)조와 제14조가 생명의 종결에 명확하게 동의하고, 고통스럽고 치료불능의 질병에 걸린 의사능력 있는 성인의 의사조력자살에 적용하는 한 권리장전을 침해하여 효력이 없다.

3. 유럽연합

(1) 죽을 권리를 인정하고 있는 국가들

유럽평의회(Council of Europe) 회원국 중 적극적 안락사 및 의사조력자살을 허용하고 있는 나라는 네덜란드, 벨기에, 룩셈부르크 3개국이며, 스위스는 의사조력자살을 허용하고 있다.

1) 스위스

스위스는 의사조력자살을 처벌하지 않는다. 스위스 1937년 형법 제115조는 ‘이기적 동기에서’ 자살을 교사 또는 조력하는 행위를 처벌하고 있다.⁴⁴⁾ 따라서 이기적 동기가 아니라면 자살을 돕는 것은 처벌대상이 아니다. 의사는 이기적 동기가 아니라면 환자에게 치사량의 약물을 합법적으로 처방할 수 있다. 스위스에서는 1980년대부터 독극물을 관리하는 비영리단체가 설립되어 자살을 조력하고 있다. 대표적인 단체가 1998년 설립된 디그니타스(Dignitas)로, 의사조력자살을 희망하는 우리나라 사람들도 이 단체를 찾고 있다.⁴⁵⁾

42) *Rodriguez v. British Columbia (Attorney General)*, [1993] 3 S.C.R. 519. 로드리게즈 사건의 판시내용에 대해서 홍태석, “캐나다에 있어 안락사 논의의 현재와 미래”, 의생명과학과 법 제21권 (2019), 58-63쪽 참고.

43) *Carter v. Canada (Attorney General)*, 2015 SCC 5, [2015] 1 S.C.R. 331. 카터 사건의 판시내용에 대해서는 홍태석, 위의 논문, 63-67쪽 참고.

44) 스위스 형법 제115조 Whoever, from selfish motives, induces another to commit suicide or assists him therein shall be punished, if the suicide was successful or attempted, by confinement in a penitentiary for not more than five years or by imprisonment.

45) “한국인 2명, 스위스서 디그니타스 도움 받아 안락사 선택”, 서울경제 온라인판, 2019.03.05. (<https://www.sedaily.com/NewsView/1VGH23XDMU>, 2020.08.31. 방문)

스위스는 의사조력자살의 요건이 엄격하지 않다. 의사조력자살을 허용하는 다른 나라들과 달리 스위스는 환자가 자국민일 것을 요구하지 않고, 항구적인 질병에 걸렸을 것을 요구하지 않고, 기대수명이 6개월 이내일 것을 요구하지도 않는다.

2) 네덜란드

네덜란드는 유럽 최초로 안락사를 허용한 국가이다. 네덜란드는 1970년대부터 안락사를 시행한 의사에 대하여 면책해온 판례를 대폭 수용하여 실제적·절차적 요건을 마련하였다.⁴⁶⁾ 네덜란드는 2001년 4월 ‘요청에 의한 생명종결 및 조력자살(심의 절차)법’을 제정하여⁴⁷⁾ 2002년 4월부터 시행하고 있다. 이 법은 의사가 일정한 요건과 절차에 따라 안락사 및 자살조력을 수행하는 것을 허용한다.⁴⁸⁾ 이 법은 의사가 환자의 요청이 자발적이고 신중하게 숙고한 것이라는 점에 대하여 확신하도록 요구하고 있다. 안락사가 허용되는 연령은 12세 이상으로 상대적으로 낮다.

3) 벨기에

벨기에는 2002년 안락사법(Belgian Euthanasia Act of 2002)을 제정하여,⁴⁹⁾ 자발적 안락사를 비범죄화하였다. 이 법은 의사조력자살을 명시적으로 규정하고 있지 않지만, 의사조력자살은 안락사와 마찬가지로 취급된다.⁵⁰⁾ 벨기에 안락사법은 네덜란드 법보다 더 신중한 절차를 요구하고 있다. 법은 제3조에서 안락사의 조건과 절차에 대하여 상세한 내용을 규정하고 있다. 지속적이고 참을 수 없는 육체적·정신적 고통에 시달리는 환자가, 자발적으로 충분히 고려했던 후 반복해서 문서로 요청할 경우, 의사는 환자에게 치료가가능성·잔존기대수명 등을 설명해야 하고, 환자가 곧 사망할 것으로 생각되지 않는 경우 다른 의사의 자문을 받아, 1개월 이상 숙려기간을 거쳐, 안락사를 시행할 수 있다. 2002년 법에서는 18세 이상만 가능하였으나, 2014년 법 개정으로 불치병으로 심한 고통을 받는 미성년자도 부모의 동의를 받아 안락사할 수 있도록 허용하였다.

4) 룩셈부르크

룩셈부르크는 2009년 3월 자발적 안락사와 조력자살을 비범죄화하였다.⁵¹⁾ 룩셈부

46) 네덜란드의 안락사 입법과정 및 내용에 대해서는, 문성체, “연명중단에 관한 관련법 제정에서의 주요내용과 방향성을 위한 소고 - 네덜란드 「연명중단 및 자살방조를 위한 심사법」의 내용을 중심으로 -”, 법조 통권 제641호(2010), 166-211쪽 참고.

47) The World Federation of Right to Die Society, Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedure) Act (<https://www.worldrtd.net/dutch-law-termination-life-request-and-assisted-suicide-complete-text>, 2020.08.31. 방문).

48) 네덜란드 법의 내용 및 실제 운용에 대해서는, 네덜란드 외무부 발간 The Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedure) Act in practice 참고 (http://www.patientsrightscouncil.org/site/wp-content/uploads/2012/03/Netherlands_Ministry_of_Justice_FAQ_Euthanasia_2010.pdf, 2020.08.31. 방문)

49) Belgian Euthanasia Act of 2002 (<https://apmonline.org/wp-content/uploads/2019/01/belgium-act-on-euthanasia.pdf>, 2020.08.31. 방문).

50) 김선택, 앞의 논문, 55쪽.

르크 법도 네덜란드 법, 벨기에 법과 유사하다.⁵²⁾

(2) 유럽인권재판소(ECtHR) 판례

1) *Pretty v United Kingdom* (2002)⁵³⁾

유럽인권재판소가 생의 마감과 관련하여 다룬 첫 사건이다. 청구인은 유럽인권협약 제2조가 생명권(right to life)뿐 아니라 생명의 종결권도 보호한다고 주장하였다. 그러나 유럽인권재판소는 생명권을 보장한 제2조가 언어의 왜곡 없이 정반대의 권리, 즉 죽을 권리를 부여하는 것으로 해석할 수 없다고 판시하였다.⁵⁴⁾ 반면에 자살의 조력을 받고자 하는 소망은 유럽인권협약 제8조(사생활 및 가족생활 존중의 권리)의 보호범위 안에 있다고 밝혀,⁵⁵⁾ 그러한 선택의 행사를 방해하는 것은 정당화 사정이 있는 경우에만 적법하다고 보았다.

2) *Haas v Switzerland* (2011)⁵⁶⁾

유럽인권재판소는 Haas 사건에서도 자신의 생명을 어떤 방식으로 그리고 어떤 시점에 종결할 것인지 결정할 수 있는 권리가 유럽인권협약 제8조의 보호범위 안에 있다는 점은 인정하였으나,⁵⁷⁾ 그러한 권리가 침해되었는지 여부는 개인의 이익과 공동체의 이익을 비교형량해서 결정된다고 판시하였다.⁵⁸⁾ 유럽인권재판소는 이러한 비교형량에 있어서 회원국은 광범위한 재량을 갖는다고 하였다.⁵⁹⁾ Haas 판결에 의하면, 자살할 권리는 사생활의 권리로 보호될 수 있어도, 조력을 받아 자살할 권리는 유럽인권협약에 의해서 보호되지 않는다. 또 국가는 조력자살을 합법화하거나 자살을 조력할 의무를 갖지 않는다. 오히려 국가는 생명을 보호할 의무를 갖는다.

4. 뉴질랜드·호주

뉴질랜드 의회는 2019년 11월 생명종결선택법(End of Life Choice Bill)을 찬성 69표 대 반대 51표로 통과시켰다. 2020년 총선거 때 이 법의 시행 여부에 대한 국민

51) Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide (<https://www.ieb-eib.org/fr/loi/fin-de-vie/euthanasie-et-suicide-assiste/loi-luxembourgeoise-euthanasie-assistance-au-suicide-154.html>, 2020.08.31. 방문).

52) Ministry of Health & Ministry of Social Security, Euthanasia and Assisted Suicide Law of 16 March 2009 (<https://sante.public.lu/fr/publications/e/euthanasie-assistance-suicide-questions-reponses-fr-de-pt-en/euthanasie-assistance-suicide-questions-en.pdf>, 2020.08.31. 방문).

53) *Pretty v the United Kingdom*, App no 2346/02 (ECtHR, 29 April 2002).

54) *Pretty* para 39.

55) *Pretty* para 67.

56) *Haas v Switzerland*, App no 31322/07 (ECtHR, 20 January 2011).

57) *Haas* para 51.

58) *Haas* para 51.

59) *Haas* para 55.

투표(referendum)을 실시하여 과반수 찬성으로 통과되었다. 2021년 11월 7일부터 시행되고 있다. 생명종결선택법은 18세 이상의 뉴질랜드 국민 또는 영주권자로 6개월 이내 사망할 것으로 예상되는 말기질환환자가 참기 힘든 고통을 겪고 있을 경우 조력사망에 대한 설명을 들은 후 동의하면 이를 허용하는 내용이다.⁶⁰⁾

호주의 경우 빅토리아주가 조력자살을 허용하는 법을 2017년 제정하여 2019년 6월 19일부터 시행하고 있다.⁶¹⁾ 생의 마지막 단계에 있는 빅토리아주 주민은 엄격한 조건을 충족하는 경우 조력사망을 요청할 수 있다.

5. 소결

세계적으로 보면, 의사조력자살을 허용하는 국가가 늘어나는 추세에 있다. 의사조력자살은 보통 입법으로 허용되는데, 캐나다·네덜란드처럼 법원의 판결이 선도하는 경우도 있다. 의사조력자살은 안락사와 동일한 개념이 아니지만, 일정한 조건과 절차를 거친 경우에만 안락사를 허용할 경우 의사조력자살과의 구별은 사실상 무의미하다.

의사조력자살은 허용 여부에 대한 논의 못지않게 법률에서 어떠한 조건과 절차를 규정할 것이냐가 중요하다. 쟁점은 크게 환자의 상태, 동의의 방식, 치명적인 약물 처방에 이르기 전의 절차 등이다. 환자는 불치의 병으로 고통받고 있는 경우에만 허용할 것인가, 미성년자에게도 허용할 것인가, 국민 또는 거주자에 한할 것인가 등이 세부 쟁점이다. 입법례를 보면, 의사조력자살의 대상을 말기환자로 제한하는 경우도 있고, 그렇지 않는 경우도 있다. 정신질환자에게도 의사조력자살을 허용하거나 허용 가능성을 열어 둔 국가도 있다. 벨기에, 네덜란드, 룩셈부르크, 스위스는 다른 질병이 없더라도 치료불가능한 정신질환자에 대해서 의사조력자살을 허용한다. 하지만 정신질환자가 의사조력자살을 실행하는 사례는 드물다고 한다.⁶²⁾ 스위스의 경우 회복불가능한 말기환자임을 요구하지 않는다.

IV. 의사조력자살의 헌법적 검토

1. 의사조력자살 관련 현행법

60) New Zealand Government, End of Life Choice Act 2019 (<https://www.legislation.govt.nz/act/public/2019/0067/latest/DLM7285950.html>, 2022.11.07. 방문).

61) Authorised Version No. 004, Voluntary Assisted Dying Act 2017, No. 61 of 2017 (<https://content.legislation.vic.gov.au/sites/default/files/2020-06/17-61aa004%20authorised.pdf>, 2020.08.31. 방문).

62) Shaffer, C.S., Cook, A.N., & Connolly, D.A. (2016), *A Conceptual Framework for Thinking about Physician-Assisted Death for Persons with a Mental Disorder*, Psychology, Public Policy, and Law, 22(2), 141-157.

현행법은 자살을 범죄로 규정하고 있지 않다. 자살미수자는 처벌받지 않는다. 하지만 의사조력자살은 허용되지 않는다. 의사가 환자의 촉탁 또는 승낙을 받아 적극적인 안락사를 시행한 경우 형법 제252조 제1항(촉탁·승낙에 의한 살인죄)에 해당하고, 의사가 환자에게 치명적인 의약품이나 사망에 이르게 할 수 있는 장치를 제공할 경우 형법 제252조 제2항(자살방조죄)에 해당한다. 자살방조죄의 법정형은 1년 이상 10년 이하의 징역이다. 판례에 따르면, 형법 제252조 제2항의 자살방조죄는 자살하려는 사람의 자살행위를 도와주어 용이하게 실행하도록 함으로써 성립되는 것으로서, 그 방법에는 자살도구인 총, 칼 등을 빌려주거나 독약을 만들어 주거나 조언 또는 격려를 한다거나 기타 적극적, 소극적, 물질적, 정신적 방법이 모두 포함된다.⁶³⁾

의사의 자살조력이 형법 제20조 정당행위에 해당한다고 보아 자살방조죄의 위법성이 조각될 여지는 없는지 검토할 필요가 있다. 학설로는 엄격한 조건이 충족될 경우 사회상규에 반하지 아니하는 정당행위로서 위법성이 조각된다고 보고 있으나,⁶⁴⁾ 법원은 자살방조죄를 폭넓게 인정하고 있어 실무상 위법성조각가능성이 받아들여질 가능성은 크지 않다. 대표적으로 1997년 서울 보라매병원 사건 판례가 있다. 보호자가 의학적 권고에도 불구하고 치료를 요하는 환자의 퇴원을 간청하여 담당 전문의와 주치의가 치료중단 및 퇴원을 허용하는 조치를 취함으로써 환자를 사망에 이르게 한 행위에 대하여 보호자, 담당 전문의 및 주치의가 부작위에 의한 살인죄의 공동정범으로 기소된 사안에서, 대법원은 담당 전문의와 주치의에게 환자의 사망이라는 결과 발생에 대한 정범의 고의는 인정되나 환자의 사망이라는 결과나 그에 이르는 사태의 핵심적 경과를 계획적으로 조종하거나 저지·촉진하는 등으로 지배하고 있었다고 보기는 어려워 공동정범의 객관적 요건인 이른바 기능적 행위지배가 흠결되어 있다는 이유로 작위에 의한 살인방조죄만 성립한다고 판단하였다.⁶⁵⁾

2. 의사조력자살의 헌법적 근거

의사조력자살은 죽을 권리의 한 내용이므로 죽을 권리의 헌법적 근거를 먼저 살펴본다.

(1) 죽을 권리의 헌법적 근거

63) 대법원 2005.06.10. 선고 2005도1373 판결.

64) 대표적으로 임웅, 형법각론, 법문사, 2018, 26-28쪽; 이재상·장영민·강동범, 앞의 책, 22쪽.

65) 대법원 2004.06.24. 선고 2002도995 판결. 1심인 서울지법 남부지원은 부작위에 의한 살인죄를 인정하여 처에 대해서는 징역 3년에 집행유예 4년을, 담당 의사에게는 징역 2년6월에 집행유예 3년을 선고하였다(서울지법 남부지원 1998. 5. 15. 선고 98고합9). 그 후 서울고등법원은 담당 의사는 작위에 의한 방조에 지나지 않는다고 불구하고 부작위에 의한 정범으로 인정한 잘못이 있다고 보아 담당 의사에 대한 부작위에 의한 살인죄 부분은 파기하되 살인방조죄를 인정하여 징역 1년6월에 집행유예 2년을 선고하였다(서울고등법원 2002. 2. 7. 선고 98노1310 판결). 대법원은 담당 의사의 상고를 기각하고 원심을 확정하였다.

1) 생명권

생명권은 인간의 생명에 대한 권리를 의미한다. 우리 헌법에 명시되어 있지 않으나, 생명에 대한 권리는 “인간의 생존본능과 존재목적에 바탕을 둔 선택적이고 자연법적인 권리로서 헌법에 규정된 모든 기본권의 전제로서 기능하는 기본권 중의 기본권”이다.⁶⁶⁾ 생명권의 실정헌법상 근거는 인간의 존엄성을 규정한 헌법 제10조에서 찾는 것이 일반적이다. 생명권의 헌법적 근거는 절대적 기본권인 인간 존엄성이 아니라 제한이 가능한 신체의 자유에 있다는 전제 아래 생명권도 제한 가능하므로 죽을 권리의 헌법적 근거가 된다고 설명하는 견해도 있다.⁶⁷⁾ 또 사람의 생명에 대한 권리는 사람의 죽음에 대한 권리를 포함하고 있다는 견해도 있다.⁶⁸⁾

생각건대 생명권은 죽을 권리의 근거가 될 수 없다. 죽음은 생명의 단절로서, 생명에 대한 권리가 생명의 인위적인 단절에 대한 권리까지 포함한다고 보기 어렵다. 생명권은 불가양의 권리이기 때문에 생명권의 주체라고 하더라도 이 권리의 처분과 관련하여 어떠한 결정권도 갖지 못한다는 견해도⁶⁹⁾ 일리가 있다. 헌법재판소 역시 “생명권의 주체라도 자신의 생명을 임의로 처분하는 것은 정당화될 수 없다.”고 판시한 바 있다.⁷⁰⁾ 모든 인간은 생명을 존중할 의무가 있는데 자살은 이에 위배되는 행위라는 견해도 있다. 유럽인권재판소(ECtHR)도 생명권을 보장한 유럽인권협약 제2조가 정반대의 권리, 즉 죽을 권리를 부여하는 것으로 해석할 수 없다고 판시하였다.⁷¹⁾ 이러한 점을 고려할 때 죽을 권리의 헌법적 근거를 생명권에서 찾는 것은 무리라고 본다.

2) 자기결정권

죽을지 말지의 결정, 즉 자기 생명에 대한 자기결정권은 자기 운명을 스스로 결정할 수 있는 결정권이다. 자기 운명에 대한 자기결정권은 인간의 존엄성과 행복추구권을 규정하고 있는 헌법 제10조에서 도출된다. 헌법재판소는 헌법 제10조의 인간의 존엄성에서 ‘자유로운 인격발현의 기본조건을 포괄적으로 보호’하는 일반적 인격권이 파생된다고 본다. 헌법재판소는 자기 운명에 대한 자기결정권의 헌법적 근거를 일반적 인격권 및 행복추구권에서 찾기도 하고,⁷²⁾ 개인의 일반적 인격권에서 찾기도 한다.⁷³⁾ 자기 운명에 대한 자기결정권 또는 자기결정권에서 결정의 대상은 성행위일 수 있고,⁷⁴⁾ 임신과 출산일 수 있고,⁷⁵⁾ 연명치료의 거부 또는 중단일 수

66) 헌재 1996.11.28. 95헌바1, 판례집 8-2, 537, 545.

67) 백수원, “죽음, 안락사, 생애마무리에 관한 헌법적 논의 - ‘생애마무리 지원 법안’에 관한 내용을 중심으로 -”, 미국헌법연구 제30권 제3호(2019), 90-92쪽.

68) 한상수, 앞의 논문, 168쪽; 이재상·장영민·강동범, 앞의 책, 22-23쪽.

69) 조한상, “안락사에 관한 헌법학적 고찰”, 동아법학 제53호(2011), 54쪽. Joel Feinberg, *Voluntary Euthanasia and the Inalienable Right to Life*, Philosophy & Public Affairs Vol. 7, No. 2 (Winter, 1978), pp 93-123.

70) 헌재 2009.11.26. 2008헌마385, 앞의 판례집, 658.

71) *Pretty* para 39.

72) 헌재 1990.09.10. 89헌마82, 판례집 2, 306, 310.

73) 헌재 2019.04.11. 2017헌바127, 판례집 31-1, 404, 416.

74) 헌재 2016.03.31. 2013헌가2, 판례집 28-1상, 259, 272.

있고,⁷⁶⁾ 사후 시체의 처분일 수 있다.⁷⁷⁾

이에 반하여 생명의 종결은 자기결정권의 대상이 될 수 없다고 보는 견해도 있다. 자기결정권도 인간의 존엄성을 침해하여 행사될 수 없는 한계가 있는데, 자살은 인간의 존엄성을 침해하는 행위라고 보는 것이다.⁷⁸⁾ 헌법이 상정하는 인간은 자율적 주체이자 다른 사람과 더불어 살아가는 공동체의 일원이기 때문에 타인의 생명뿐만 아니라 자신의 생명도 존중할 의무가 있다고 설명하기도 한다.⁷⁹⁾

그러나 자기결정권은 인간이 향유하는 가장 기본적인 권리이다. 타인의 결정에 의해서 자신의 운명이 좌우되는 삶은 인간의 존엄성이 유지되는 삶이 아니다. 자기 운명에 대한 자기결정권은 인간의 존엄성을 유지하기 위하여 반드시 필요하다. 자기 운명에 대한 자기결정권은 살아있는 동안 자신의 운명에 영향을 미치는 모든 사안에 대해서 스스로 결정할 수 있는 권리를 의미한다. 유한한 생명체인 인간이 생의 마지막 순간을 언제 어떻게 맞이할 것인지에 대한 결정은 자기 인생에서 가장 중요한 결정이므로 죽을 권리는 자기 운명에 대한 자기결정권에 포함된다고 본다.

3) 프라이버시권

외국에서는 자기결정권의 헌법적 근거를 프라이버시권(right to privacy)에서 찾는 경우가 많다. 미국 연방대법원은 1965년 피임약 판매를 처벌하는 코네티컷주의 법이 프라이버시권을 침해하였다고 판결하였고,⁸⁰⁾ 그 후 일련의 판결에서 자기결정의 권리를 프라이버시권이라고 하고 그 헌법적 근거를 수정헌법 제14조에서 찾았다. 미국에서는 환자가 치료를 거부할 권리 역시 프라이버시권의 내용으로 이해한다. 의사조력자살을 헌법상 권리라고 할 경우 그 헌법적 근거는 프라이버시권이다. 유럽인권재판소 역시 자살의 조력을 받고자 하는 소망은 유럽인권협약 제8조(사생활 및 가족생활 존중의 권리)의 보호범위 안에 있다고 판시하여⁸¹⁾ 의사조력자살의 헌법적 근거를 프라이버시권에서 찾는다. 미국과 유럽에서 논의되고 있는 프라이버시권은 우리 헌법 제17조의 사생활의 자유보다 더 넓은 개념이다. 헌법 제10조의 인간 존엄성 조항에서 파생되는 일반적 인격권이 서구의 프라이버시권에 가깝다.

4) 평등권 등 기타

죽을 권리의 헌법적 근거를 평등권에서 찾는 견해도 있다. 즉 국가가 안락사를 허용하지 않음으로써 스스로 죽을 수 없는 신체적 장애인과 자살할 수 있는 정상적인 사람을 부당하게 차별한다거나,⁸²⁾ 희생 불가능한 환자의 경우 연명장치 제거는

75) 헌재 2012.08.23. 2010헌바402, 판례집 24-2상, 471, 480.

76) 헌재 2009.11.26. 2008헌마385, 앞의 판례집, 660.

77) 헌재 2015.11.26. 2012헌마940, 판례집 27-2하, 335, 340-341.

78) 김은철·김태일, “죽음에 관한 자기결정권과 존엄사”, 미국헌법연구 제24권 제1호(2013), 103쪽.

79) 위의 논문, 104쪽.

80) Griswold v. Connecticut, 381 U.S. 479 (1965).

81) *Pretty* para 67.

82) 조한상, 앞의 논문, 51쪽.

허용하면서 안락사를 허용하지 않는 것은 부당한 차별이라는 주장 등이다.⁸³⁾ 장애인 환자의 자기결정권을 존중하면서도 의사결정을 조력하는 방안에 대해서는 제도적 정책적 방안을 모색하여야 한다.⁸⁴⁾ 다만 죽을 권리는 특정 집단에 대한 차별보다는 모든 인간에게 인정되는 자유권으로 접근하는 것이 타당하다고 본다. 의사의 자살조력과 연명장치 제거는 본질적으로 환자의 자기결정권을 존중한다는 점에서 본질적으로 동일한 것이라고 본다. 개별사안에서 의사조력자살의 허용 여부를 검토할 때는 평등원칙 위반을 살펴봐야 하나, 죽을 권리의 헌법적 근거를 평등권에서 찾을 필요는 없다고 본다.

이상에서 본 바와 같이 죽을 권리의 헌법적 근거는 자기결정권이다. 자기결정권의 실정헌법상 근거는 인간의 존엄성 및 행복추구권을 규정한 헌법 제10조에 있다. 미국의 경우 수정헌법 제14조의 적법절차 조항에서 프라이버시권을 도출하고, 여기에서 연명치료 거부권의 법적 근거를 찾는다. 이는 기본권조항이 많지 않은 미국 헌법의 특성에서 나온 해석으로 우리와 다르다.

(2) 죽을 권리의 내용으로 의사조력자살

죽을 권리에 타인의 적극적인 조력을 요구할 수 있는 권리가 포함되는지 여부에 대해서는 여러 견해가 있을 수 있다. 의사조력자살을 허용하는 법제는 죽을 권리에 의사조력자살이 포함된다는 것을 전제로 하고 있다.⁸⁵⁾ 하지만 죽을 권리를 인정한다고 해서 조력요구권이 인정되는 것은 아니라는 견해가 유력하다.⁸⁶⁾ 죽을 권리는 스스로 죽음을 선택할 수 있다는 자유권이지, 다른 사람의 도움을 청구할 수 있는 권리는 아니라고 볼 수도 있다.

하지만 죽을 권리를 헌법상 권리로 인정한 이상 의사의 조력을 받아 죽을 권리도 헌법상 권리로 인정하는 것이 타당하다고 본다.⁸⁷⁾ 죽을 권리는 인간의 존엄성 보장을 위하여 필요한 것인데, 인간의 존엄성을 유지하면서 죽기 위해서는 의사라는 전문가의 도움이 꼭 필요하다. 의사의 조력이 없이 죽을 권리를 보장한다는 것은 인간의 존엄성을 유지하지 못하는 채 사망하도록 방치하는 것이다. 의사의 조력을 받도록 허용함으로써 죽을 권리를 인간의 존엄성을 유지한 채 실행할 수 있게 한다. 의사의 조력을 받는 과정에서 죽을 권리를 신중하게 실행하게 함은 사회적으로도 큰 이익이다.

3. 의사조력자살 입법의 헌법적 쟁점

83) 조한상, 앞의 논문, 51쪽.

84) 장애인 환자의 의사결정 조력에 대해서는 유수정·박소연, “장애인 환자의 연명의료결정 시 자기결정권 존중과 의사결정 조력”, *한국의료윤리학회지* 제20권 제1호(2017), 91-107쪽 참고.

85) 한상수, 앞의 논문, 172쪽.

86) 한상수, 앞의 논문, 172쪽.

87) 이에 대하여 권리는 권리를 어떻게 행사하고 실현할지에 관한 방법의 선택권도 포함하므로 환자가 자신의 의사와 능력으로 생을 마감하는 것이 기본권이라면 자발적으로 협조하려는 의사의 도움을 받는 것 또한 권리의 내용으로 헌법상 보장된다는 견해가 있다. 김하열, 앞의 논문, 17-18쪽.

(1) 자살방조죄는 위헌인가?

의사가 자살자를 조력하는 것은 형법 제252조 제2항의 자살방조행위에 해당하여 처벌대상이다. 자살방조에 대한 처벌규정은 정범과 종범에 관한 형법 제32조가 적용되지 않고, 독립된 공범처벌규정으로 자살방조행위 그 자체가 위법하다고 보아 처벌하는 것이다.⁸⁸⁾ 자살방조행위는 자살의 영역을 벗어나 타인의 생명에 대한 침해에 관여하는 행위로서 범규범의 허용범위를 넘어서 형법적 제재의 대상이 되어야 한다고 보는 견해가 있다.⁸⁹⁾ 또 죽은 자는 말이 없기 때문에 자살교사나 방조를 처벌하지 않는다면 자살로 위장한 살인행위가 발생할 위험성이 크다고 한다.⁹⁰⁾ 비교법적으로 보아도 자살 또는 자살미수를 처벌하지 않아도, 자살방조행위를 처벌하는 입법례는 많이 있다.⁹¹⁾

이에 대하여 자살방조행위에 대한 처벌은 범죄로서 구성요건을 규정할 수 없는 것을 처벌하는 것으로 형벌권의 남용이라는 반론이 있다.⁹²⁾ 자살은 개인의 자유로운 의사결정에 따라 자신의 생명을 포기하는 행위이므로 방조행위는 자살에 영향력에 미칠 수 없는 행위이고, 이러한 행위는 범죄의 구성요건으로 규정할 수 없다는 것이다.⁹³⁾

생각건대 의사의 자살조력은 일반적인 자살방조행위와 달리 보아야 한다. 의사조력자살은 생을 마감하기로 결정한 개인이 전문가인 의사의 판단과 조언을 구해서 자신의 존엄성을 유지할 수 있는 방법을 찾아서 행하는 것이다. 일반적인 자살방조행위와 달리 의사의 자살조력을 금지하는 것은 개인의 자기결정권을 침해하여 위헌이라고 본다. 즉 자살방조행위를 처벌하는 형법 제252조 제2항은 환자의 자살을 조력하는 의사에 적용하는 한 위헌이다.

과잉금지원칙을 적용하여 위 조항의 위헌성을 검토하면, 자살에 있어서 의사의 조력을 처벌하는 규정은 생명권을 보호한다는 측면에서 입법목적의 정당성을 인정할 수 있고, 수단의 적합성도 인정할 수 있다. 하지만 위 조항을 자살을 결심한 환자의 명시적인 요청에 따라 인간의 존엄성을 유지하는 방법으로 자살을 조력한 의사에게 적용하는 한 침해의 최소성 및 범익의 균형성 요건을 충족하지 못하여 환자의 죽을 권리를 침해한다. 환자의 죽을 권리에 대한 과도한 제한인지 여부를 판단하는 데 있어서 중점적으로 검토되어야 할 요건은 침해의 최소성이다. 침해의 최소성은 입법목적을 동일하게 달성하면서도 덜 제한적인 방법이 있는 경우 충족되지

88) 송승현, “자살교사·방조죄의 인정여부”, 법학연구(연세대학교 법학연구원) 제25권 제1호(2015), 356쪽.

89) 권오걸, “생명보호의 관점에서 본 자살 교사·방조죄의 검토”, 형사법연구 제19권 제3호(2007), 430쪽.

90) 권오걸, 위의 논문, 430쪽.

91) 독일의 경우 자살방조를 범죄로 규정하지 않고 있었으나, 2015년 11월 6일 연방의회에서 형법 제217조에 영업적으로 자살을 방조할 경우 처벌하는 조항을 신설하였다. 독일에서의 의사조력자살과 관련한 내용은, 김선택, 앞의 논문, 57-59쪽 참고.

92) 송승현, 앞의 논문, 354-360쪽.

93) 송승현, 앞의 논문, 359쪽.

않는다. 호스피스·완화의료는 환자의 고통을 완화하고 삶의 질을 향상한다는 의미에서 의사의 자살조력보다 덜 제한적인 대안이라고 볼 수도 있다. 하지만 완화의료와 의사조력자살 간 경계는 상대적인 데 불과하고, 의사조력자살 역시 완화치료의 한 종류라고 이해하면 덜 제한적인 방법이라는 견해는 수용하기 어렵다.⁹⁴⁾ 더구나 통증의 완화가 자기가 원하는 시간과 방법으로 죽는 결정과 동일한 입법목적을 달성하는 수단이라고 보기 어렵다. 침해의 최소성 요건은 충족될 수 없다.

모든 자살방조행위에 대한 처벌을 금지할 경우 생명권 경시 풍조가 우려되어 생명권 보호라는 공익이 자살자의 죽을 권리보다 크다고 평가할 수 있겠지만, 의사의 조력자살에 한하여 처벌을 금지하는 것은 환자의 자율적인 의사결정에 따른 인간의 존엄성 유지가 생명권 보호의 공익적 가치보다 큰 경우다. 결론적으로 형법 제252조 제2항을 의사의 자살조력에 적용하는 한 환자의 죽을 권리를 과도하게 제한하여 위헌이다.⁹⁵⁾

(2) 의사조력자살 입법은 헌법적으로 정당화될 수 있는가?

현행 형법 제252조 제2항에 따라 의사의 자살조력을 처벌하는 것이 헌법적으로 정당하다고 하더라도, 의사조력자살의 입법이 헌법상 금지되는 것은 아니다. 더 나아가 적극적 안락사의 법률적 금지가 헌법상 반드시 요구되는 것도 아니다. 국가는 어떤 종류의 반사회적 행위를 범죄로 규정하여 처벌할 것인지에 대해서 광범위한 재량을 갖는다.

의사조력자살 입법을 반대하는 논거로 국가의 생명권 보호의무, 미끄럼틀 효과(slippery slope effect) 우려, 비합리적 결정의 가능성 등이 있다. 이에 대하여 차례로 검토한다. 국가는 국민의 생명을 보호할 의무가 있다. 헌법 제10조 후문은 국가의 기본권보호의무를 규정하고 있다. 여기에서 기본권 보호의무란 기본권적 법익을 기본권 주체인 사인에 의한 위법한 침해 또는 침해의 위협으로부터 보호하여야 하는 국가의 의무를 말하며, 주로 사인인 제3자에 의한 개인의 생명이나 신체의 훼손에서 문제되는 것이다.⁹⁶⁾ 개인이 자율적인 의사로 자신의 생명을 종결하는 것을 국가가 생명권 보호의무를 들어 방지할 수는 없다. 국가는 생명권 보호를 위하여 정책 수립 등 노력 의무를 질 뿐이다.⁹⁷⁾ EU의 경우 유럽인권협약 제2조가 생명권을 보호하고 있다. 협약 제2조 역시 다른 사람의 생명을 침해하는 행위를 효과적으로 형사처벌하는 조치를 취할 의무, 생명이 위협에 처한 개인을 보호해야 하는 의무 등 적극적 의무를 회원국에 부과하며,⁹⁸⁾ 자율적인 의사로 자기 생명을 종결하는 경

94) 완화의료와 의사조력자살의 관계에 대해서는 엄주희·김명희, 앞의 논문, 17-24쪽 참고.

95) 같은 견해이지만, 한정위헌·한정합헌 결정이 권력분립원리상 바람직하지 않으므로 헌법불합치결정을 내려야 한다는 주장으로 김하열, 앞의 논문 참고.

96) 헌재 2009. 2. 26. 2005헌마764, 판례집 21-1 상, 156, 177.

97) ‘자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률’이 2011. 3. 30. 제정되어 시행 중이다. 이 법에 따라 국가 및 지방자치단체는 자살위험자를 위험으로부터 적극 구조하기 위하여 필요한 정책을 수립하여야 한다.

98) Daria Sartori, *End-of-life issues and the European Court of Human Rights. The value of personal autonomy within a ‘proceduralized’ review*, QIL, Zoom-in 52 (2018) pp 23-43.

우를 금지할 의무를 부과하는 것은 아니다.

의사조력자살을 반대하는 사람은 이를 인정할 경우 미끄럼틀 효과가 발생하여 적극 안락사도 허용하게 되고 궁극적으로 생명을 경시하는 사회 분위기가 형성되어 자살이 급증할 것으로 우려한다. 그러나 경제협력개발기구(OECD) 회원국 중 의사조력자살을 허용하고 있는 국가의 자살률은 그렇지 않은 국가의 자살률과 비슷하다.⁹⁹⁾ 의사조력자살은 생을 마감하기로 이미 결심한 인간에게 인간의 존엄성을 유지하는 방법을 제공하는 것으로 이를 허용한다고 하여 자살의 급증할 것이라고 단정할 수 없다.

마지막으로 비합리적 의사결정의 가능성은 모든 의사결정에 수반되는 부작용이다. 개인의 자기결정권은 그 결과에 대해서 자신이 책임지는 자기책임원칙을 동반한다. 사형제도와 같이 국가공권력에 의한 생명권의 박탈의 경우도 헌법재판소는 오판가능성을 부득이한 부작용으로 보아 “제도적 장치 및 그에 대한 개선을 통하여 오판가능성을 최소화함으로써 해결할 문제”라고 판시하였다.¹⁰⁰⁾ 자살은 자율적인 개인이 스스로 한 결정으로 설사 성급한 결정이었다고 하더라도 그 결과는 자신이 수용하는 것으로 자기책임원칙에 부합한다. 국가는 의사의 자살조력에 숙려기간을 도입하는 등 제도를 정교하게 마련하여 비합리적인 결정을 줄이는 노력을 기울일 필요가 있다.

4. 의사조력자살의 입법

의사조력자살을 허용하는 법률을 제정할 경우 찬반논란이 클 것이 명확하다. 법률의 내용은 외국의 입법례를 참고하여 가장 보편적인 기준을 설정하고, 논란이 있는 내용은 보수적으로 제정하는 것이 도입가능한 현실적인 방법이다. 주요 쟁점을 살펴본다.

(1) 실체적 요건

1) 기본설정: 환자의 명시적인 요청

의사조력자살은 자살을 전제로 하는 것이지만, 의사조력자살 입법의 기본설정(default position)은 환자는 살고 싶어 한다는 것에 두어야 한다. 의사는 환자의 병을 치료하는 것을 사명으로 하고, 환자에게 생명을 연장할 수 있는 가능한 수단을 제공하여야 한다는 것 역시 기본적인 전제이다. 그렇기 때문에 환자가 의사조력자살의 분명한 의사표시를 하지 않는 한 의사는 환자가 생명의 종결을 희망한다고 추정해서 안 된다. 환자가 생을 마감하고자 하는 분명한 의사표시를 문서로 할 때 비로소 의사조력자살은 허용된다. 미국 오리건주의 경우 죽기 원한다는 자발적인 의

99) 이에 대해서는 ‘IV. 맺는 글’에서 상술함.

100) 헌재 2010. 2. 25. 2008헌가23, 판례집 22-1상, 36, 60.

사표현을 한 성인이 인도적이고 존엄한 방식으로 생명을 종결하기 위한 약물을 서면으로 요청하여야 하고, 환자의 서면요청서에는 2인 이상의 증인이 환자가 의사능력이 있고, 자발적으로 행동하며, 요청서에 서명하도록 강요받지 않았음을 입증할 것을 요구한다.¹⁰¹⁾

논의가 더 필요한 문제는 환자의 명시적인 의사표시가 없거나, 미성년자나 질병장애 노령 그 밖의 사유로 인한 정신적 제약으로 사무를 처리할 능력이 지속적으로 결여된 사람의 경우 법정대리인의 동의를 얻어서(민법 제5조 제1항) 또는 성년후견인의 의사표시로 의사의 자살조력을 얻을 수 있는지에 있다. 미성년자의 쟁점과 관련, 존엄사의 근본조건은 인간의 존엄한 죽음에 있지 단순한 물리적 연령에 있는 것이 아니므로¹⁰²⁾ 죽음의 의미를 이해하고 그에 따른 합리적 판단을 내릴 수 있는 사람이라면 연령에 관계없이 존엄사는 허용되어야 한다는 견해가 있다. 벨기에의 경우 미성년자에게도 허용한다. 네덜란드의 경우 12세~16세의 환자는 부모 및 법적 후견인의 동의가 요구되고, 17세~18세의 환자는 부모 및 법적 후견인의 참여가 요구된다.¹⁰³⁾ 그러나 미성년자의 경우 정신적·신체적으로 미성숙한 단계이므로 허용하지 않는 것이 타당하다.

정신적 제약인 있는 성인의 경우 성년후견인의 의사표시 외에 환자가 의사능력이 있었던 시점에 본인이 작성한 사전지시서 등 본인의 의사가 분명히 나타나는 문건이 있어야 한다. 연명치료 중단인 경우 대법원은 환자의 의사를 추정할 수 있다고 인정하는 것이 합리적이고 사회상규에 부합된다고 하였으나,¹⁰⁴⁾ 의사의 적극적 행위가 수반되는 의사조력자살에서는 추정을 인정할 수 없다.¹⁰⁵⁾ 의사조력자살은 환자가 스스로 자신의 생명을 종결하는 경우이므로 연명치료 중단보다 더 신중하게 본인의 의사를 확인할 필요가 있다.¹⁰⁶⁾

2) 환자의 상태

의사조력자살의 허용범위는 환자의 상태를 어떻게 규정하느냐에 따라 크게 달라진다. 환자가 더 이상 회복가능성이 없는 말기상태의 환자에 한정하여 인정할 것인지, 여기에 더하여 또는 이와 상관없이, 환자가 참을 수 없는 지속적인 고통을 겪고 있는 경우 등을 요건으로 할 것인지가 쟁점이다. 연명의료결정법에 따르면, 연명의료 중단인 경우 ‘임종과정에 있는 환자’에게 허용되며 임종과정이란 “회생의 가능성이 없고, 치료에도 불구하고 회복되지 아니하며, 급속도로 증상이 악화되어 사망에 임박한 상태”를 말하며(제2조 제1호), 임종과정에 있는 환자 여부는 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명의 의학적 판단에 따른다. 의사조력자살의 경우 환자의 자기결정권을 존중하여 이보다 완화된 말기환자에게 인정하는 것이 바람직하다고

101) 김선택, 앞의 논문, 49쪽.

102) 맹주만, 앞의 논문, 207쪽.

103) 성경숙, 앞의 논문, 221쪽.

104) 대법원 2009.5.21. 선고 2009다17417 전원합의체 판결.

105) 김하열, 앞의 논문, 12쪽.

106) 성경숙, 앞의 논문, 233쪽.

본다. 연명의료결정법에 따르면, 말기환자란 “적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 ... 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는” 환자를 말한다(제2조 제3호).

의사조력자살의 경우 연명치료 중단보다 허용대상을 엄격하게 제한하여야 사회적 합의를 도출하기 쉽다는 견해도 있으나,¹⁰⁷⁾ 연명치료 중단의 경우 임종과정이라는 극히 제한된 상황에서 인정되고 있으므로 오히려 이보다 허용범위를 확대하여야 의사조력자살의 도입 의의를 살릴 수 있다. 더 나아가 불가능한 사망의 단계에 이르지 않았더라도, 환자가 참을 수 없는 지속적인 고통을 겪고 있어 인간의 존엄성을 유지하기 어려운 경우 이를 허용하는 문제도 긍정적으로 검토할 필요가 있다. 외국의 입법례를 보면, 스위스는 환자의 질병 상태에 대하여 아무런 조건이 없고, 네덜란드의 경우 지속적이고 참을 수 없는 고통에 고생하는 환자에게 허용하고, 미국의 의사조력자살을 인정하는 대부분 주는 고통 여부와 별도로 회복 불가능한 불치의 질병으로 기대수명이 6개월 이내의 환자에게 의사조력자살을 허용하고 있다.

(2) 절차적 요건

1) 의사의 환자 상담

의사는 환자의 질병에 적합한 치료가 무엇인지 아는 전문가이다. 환자가 치료 불가능한 단계에 진입하였고, 기대수명이 얼마 되지 않는다는 판단을 내릴 수 있는 주체도 의사다. 회복 불가능하면서 극심한 고통 상태에 있으며 장차 인간적 삶을 도모할 수 있는 존재로서의 삶이 불가능하다는 본인의 확신에 의거해서 당사자가 안락사를 원한다고 해서 그것이 올바른 판단인지 여부를 확정하는 데는 고도의 전문적인 지식이 요구된다.¹⁰⁸⁾ 의사는 의사조력자살을 요청하는 환자에게 호스피스·완화치료 등 다른 대안이 있음을 알려야 하고, 환자가 자신의 상태와 향후 전망에 관하여 충분히 합리적인 정보에 기초하여 결정하도록 도와야 한다.

연명의료결정법은 환자가 임종과정에 있는지 여부를 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명이 판단하도록 하고 있다(제16조). 또 연명의료중단등결정을 원하는 환자의 의사를 확인하는 방법도 규정하고 있다(제17조). 네덜란드의 경우 2인 이상의 의사가 협의하여 환자의 상태를 판단하고 진료상황을 문서화할 것이 요구된다.

2) 숙려기간

스위스는 숙려기간을 특별히 요구하지 않는다. 하지만 미국의 의사조력자살을 인정하는 주는 대부분 구두요청 후 대기기간(waiting period)을 두고 있다. 오리건주의 존엄사법은 환자가 의사에게 사망에 대한 조력을 구두요청하면 의사는 환자를 진찰한 후 이를 승낙한 후 최소 15일의 유예기간이 지난 뒤 2차로 구두신청을 하도록

107) 장한철, “의사조력자살의 허용을 위한 법정책적 고찰”, 법과 정책연구 제18집 제4호(2018), 73쪽.

108) 맹주만, 앞의 논문, 206쪽.

요구하고 있다. 2차 구두요청시 담당의사는 환자에게 요청을 철회할 기회를 제공하여야 한다. 오리건주는 2020년 1월부터 기대수명이 15일 이내의 환자의 경우 대기기간의 예외를 인정하였다. 환자가 신중하게 자신의 운명을 결정하도록 대기기간 또는 숙려기간을 두되, 임종과정에 있는 경우 예외를 인정하는 것이 타당하다.

3) 행정절차

연명의료결정법의 경우 연명의료중단등결정을 이행하는 경우 담당의사는 그 과정 및 결과를 기록하도록 규정하고 있다(제19조 제4항). 또 해당 의료기관의 장은 그 결과를 지체없이 관리기관의 장에게 통보하도록 하고(동조 제5항), 관련 기록을 10년 동안 보존하도록 하고 있다(제20조). 의사조력자살의 경우 역시 사후 통보 및 기록 보존 등이 필요하다. 여기에 더하여 네덜란드처럼 심의위원회에서 의사조력자살의 사례를 사후심의하도록 하여 의사조력자살의 오남용을 통제하는 방안도 필요하다. 연명의료결정법에서는 보건복지부장관 또는 관리기관의 장이 필요하다고 인정하는 경우 관련 서류의 제출을 명하고, 제출된 서류 등을 관계 공무원에게 조사하게 할 수 있도록 규정하고 있다(제34조 제1항 및 제2항).

V. 맺는 글

우리나라 자살률은 경제협력개발기구(OECD) 회원국 36개국 중 1위다.¹⁰⁹⁾ 2018년 자살에 의한 사망자 수는 총 13,670명으로 전년 대비 9.7% 증가했다. 1일 평균 자살 사망자 수는 37.5명이다. 표준인구 10만 명당 자살률을 보면 OECD 평균이 11.5명인데 반하여 우리나라는 24.7명으로 두 배 이상 높다. 우리나라 자살률은 2011년 33.3명에서 지속적으로 감소하였지만, 여전히 주요 선진국 중 최고 수준이다.¹¹⁰⁾ 특히 심각한 것은 65세 이상 노인 자살률이다. 최근 연도기준 OECD 회원국의 노인 자살률은 평균 18.4명인데, 우리나라는 그보다 2.9배 높은 53.3명(2016년 기준)으로 월등하게 높다.¹¹¹⁾

이에 반하여 의사조력자살을 인정하고 있는 국가의 자살률은 OECD 평균(11.5명) 수준이다. 2016년의 경우 네덜란드 10.5명, 룩셈부르크 7.2명, 벨기에 15.9명, 스위스 11.2명, 캐나다 11.8명(2015년), 뉴질랜드 11.5명(2014년)이고, 일부 주에서 의사조력자살을 인정하고 있는 미국의 경우 13.9명이다. 65세 이상 노인 자살률도 네덜란드

109) 통계청, 2018년 사망원인통계 보도자료 (2019. 9. 23.) 참고(file:///C:/Users/user/Downloads/2018%EB%85%84_%EC%82%AC%EB%A7%9D%EC%9B%90%EC%9D%B8%ED%86%B5%EA%B3%84_%EA%B2%B0%EA%B3%BC_vf.pdf, 2020. 8. 31. 방문).

110) OECD 회원국 중 자살률 1위는 2011년 한국, 2012~2016년 리투아니아이다. 2017년 리투아니아 자살률은 24.4%로 낮아져 우리나라가 다시 자살률 1위 국가의 오명을 쓰게 되었다. 보건복지부·중앙자살예방센터, 2020 자살예방백서, 101-103쪽.

111) 2020 자살예방백서, 109-111쪽.

14.4명(2016년), 룩셈부르크 24.7명(2015년), 벨기에 22.2명(2015년), 스위스 22.2명(2013년)으로 우리보다 월등하게 낮다. OECD 통계는 의사조력자살을 법으로 허용한다고 해서 생명경시 현상으로 인하여 자살이 늘어날 것이라는 가정이 반드시 타당한 것은 아니라는 것을 보여준다. 자살의 증가는 법보다 사회 환경의 영향이 더 크다.

자살을 예방하기 위한 국가의 노력도 필요하지만, 품위 있는 죽음을 보장할 필요도 있다. 2018년 자살자가 선택한 수단을 살펴보면 목매이 7,125명(52.1%)으로 압도적으로 많고, 추락 2,273명(16.6%), 가스 중독 2,152명(15.7%), 농약 음독 806명(5.9%) 순으로 나타난다. 의사조력자살을 금지함으로써 자살자는 생의 마지막 순간에 인간의 존엄성을 유지하지 못하도록 내몰리고 있다. 자살자의 가족, 또 자살자의 시신을 발견한 사람이 겪게 되는 고통 역시 인간의 존엄성을 훼손할 만큼 가혹하다.

자살은 현실이다. 자살을 근절하기 위해서 자살자를 처벌한다고 엄포를 놓아도, 자살을 돕는 사람을 처벌한다고 해도 자살은 발생한다. 의사조력자살은 전면금지가 아니라 허용하되 남용을 방지하는 구체적인 입법을 연구할 때가 되었다. 의사조력자살을 허용하는 법제는 의사조력의 방법과 절차를 규정함으로써 자살의 즉흥적인 유혹을 통제하고, 자살을 불가피하게 선택한 사람이 인간의 존엄성을 유지하면서 생을 마감할 수 있도록 지원한다고 본다.

안규백 의원이 대표발의한 조력존엄사법이 충분한 논의를 거쳐 입법되기를 희망한다.

<참고문헌>

이안 다우비긴, 신윤경 역, 안락사의 역사, 섬돌, 2007

제럴드 드워킨 외, 석기용·정기도 역, 안락사논쟁, 책세상, 1998

김선태, “의사조력자살의 합법화: 세계적 동향”, 한국의료법학회지 제26권 제1호(2018)

김은철·김태일, “죽음에 관한 자기결정권과 존엄사”, 미국헌법연구 제24권 제1호(2013)

김하열, “생을 마감할 권리에 관한 헌법적 고찰 - 의사조력사를 중심으로”, 저스티스 통권 제152권(2016)

맹주만, “안락사와 존엄사, 그리고 웰다잉법”, 철학탐구 제44집(2016)

백수원, “죽음, 안락사, 생애마무리에 관한 헌법적 논의 - ‘생애마무리 지원 법안’에 관한 내용을 중심으로 -”, 미국헌법연구 제30권 제3호(2019)

송승현, “자살교사·방조죄의 인정여부”, 법학연구(연세대학교 법학연구원) 제25권 제1호(2015)

성경숙, “의사조력자살의 허용에 관한 고찰”, 법학연구 제27권 제4호(2019)

엄주희·김명희, “호스피스·완화의료와 의사조력자살 간 경계에 관한 규범적 고찰”, 법학연구(연세대학교 법학연구원) 제28권 제2호(2018)

이기현, “의사조력자살에 대한 고찰”, 홍익법학 제15권 제1호(2014)

이문호, “적극적 안락사 및 의사조력자살 허용 입법의 필요성 - 실존적 사실 및 통계적 근거를 중심으로 -”, 인권과 정의 제482호(2019)

이주희, “조력자살과 형법 - 안락사의 일 유형으로서의 조력자살을 중심으로 -”, 법과 정책연구 제11집 제3호(2011)

장한철, “의사조력자살의 허용을 위한 법정정책적 고찰”, 법과 정책연구 제18권 제4호(2018)

조한상, “안락사에 관한 헌법학적 고찰”, 동아법학 제53호(2011)

한상수, “존엄하게 죽을 권리에 관한 연구”, 공법학연구 제11권 제3호(2011)



한국간호윤리학회
The Korean Society for Nursing Ethics

기조강연 3

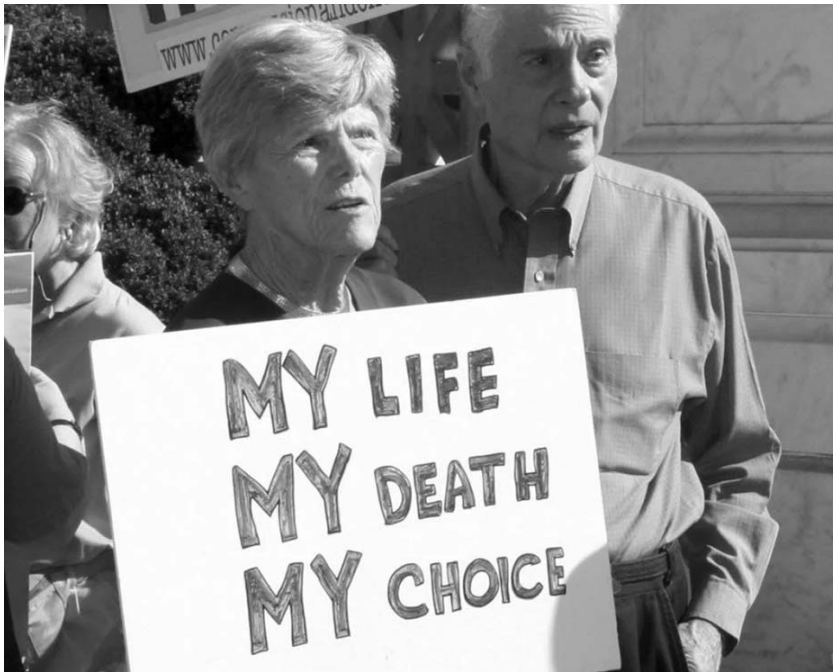
의사조력 자살을 법으로 허용해야 하는가? : 연명의료결정법 개정안 검토



김현섭 교수
서울대학교 철학과

한국간호윤리학회 2022. 11. 19

의사의 자살조력을 법으로 허용해야 하는가?



김 현 섭
서울대 철학과

죽임(killing)의 분류

- 자살(自殺, suicide): 자신의 삶을 의도적으로 끝냄. 죽이는 사람=죽는 사람, 죽음을 의도.
- 안락사(安樂死, euthanasia): 다른 사람의 삶을 그의 이익을 위해 의도적으로 끝냄. 죽이는 사람≠죽는 사람, 죽음을 의도, 죽는 사람의 이익을 위해 (예: 죽지 않으면 겪을 극심한 고통을 면하도록).
- 죽음을 의도(intending death): 죽음이 행위로 야기하려는 목적이거나, 목적 달성을 위해 필요한 수단. 예: 죽음이 고통을 면하거나, 주위 사람들에게 재정적, 돌봄의 부담을 주지 않거나, 생명보험금을 수령하는 수단.
- ↔ 죽음이 단지 예견된 결과(merely foreseen consequence): 죽음이 행위의 목적 달성에 기여하지 않는 부작용(side effect). 예: 환자의 고통을 경감시키려 죽음의 위험을 무릅쓰고 모르핀을 투약.
- ※ 구분법: 죽음을 피하며 행위할 방법을 모색하는가? 아니오. 죽지 않을 것이면 행위하지 않을 것인가? 죽지 않으면 죽음을 야기하는 다른 방안을 모색하고 적절하면 실행할 것인가? 예 → 죽음을 의도한 증거

개념 구별

- 죽음: 유기체(organism)가 소멸하는 실체적 변화(↔질적 변화)
- 유기체는 자신을 유지, 생존시키는 내재적 성향, 힘을 가짐(대사)
- **적극적**(active) 자살, 안락사: 유기체의 생존 활동을 방해하여 죽음을 야기. 죽음의 주원인. 예: 독약을 복용하거나 주사.
- ↔ **소극적**(passive) 자살, 안락사: 유기체가 스스로 생존하기 어려운 상황에서 죽음이 발생하도록 내버려 두거나, 이를 막는 것을 제거하는 행위. 예: 연명에 필요한 인공호흡기를 부착하지 않거나 제거.
- ≠ 행위(action)↔부작위(omission)
- 자발적(voluntary) 안락사, 자살조력: 죽는 사람의 죽으려는 의사, 요청에 따라 ※ 질문: 의사, 요청이 자율적, 합리적 숙고의 산물인가?
- ≠ 반자발적(involuntary) 안락사: 죽는 사람의 의사에 반하거나, 이를 묻지 않고
- ≠ 비자발적(non-voluntary) 안락사: 죽는 사람의 의사가 없고, 죽음에 대한 의사를 결정할 능력이 없거나 확인할 수 없을 때

현행 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률

- 임종과정에 있는 환자를, 자발적(17조) 또는 비자발적(18조)으로, **소극적** 안락사시키거나 죽음을 예견하며 연명의료를 시행하지 않거나 중단하는 행위를, (촉탁)살인으로 처벌하지 않고, 환자가 의사에게 이를 요구할 권리를 규정(19조 1,3항)
 - 질문: 연명의료결정법의 취지가 인공호흡기 착용을 비롯한 인위적인 연명의료가 신체의 온전성을 침해하지 않도록, 설령 죽음을 초래할 수 있더라도, 이를 시행하지 않거나 중단하는 행위를 허용하는 것인가? 아니면 환자의 죽음을 통해 치료 비용과 돌봄의 부담을 덜기 위해, 죽음을 의도하며 연명치료를 중단하거나 시행하지 않음을 허용하는 것인가? 실제 제도가 어떻게 운용되고 있는가?
- ※ 예를 들어, 인공호흡기 제거 이후 환자가 생존한 경우 연명의료 중단 행위의 목표가 달성된 것인가?

연명의료결정법 개정안

- 수용하기 어려운 고통을 겪고 있는 말기 환자가 본인의 의사로 스스로 삶을 종결하는 것을, 담당의사가 돕는 행위를 형법 252조 2항 자살방조로 처벌하지 않고 (20조의7), 담당의사가 조력을 거부하면 의료기관의 장은 윤리위원회 심의를 거쳐 담당의사를 교체할 의무를 짐 (20조의 5 2항)

※ 형법 252조 2항: 사람을 교사하거나 방조하여 자살하게 한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.

- 대통령령에 위임하고 있어 명확하진 않으나(20조의5 1항), 환자가 소극적으로 연명의료를 중단하는 것만이 아니라, 적극적인 자살 즉 죽음을 의도하여 자신의 생존 활동을 방해해 삶을 단축하는 자발적 행위도 도울 수 있게 하려는 것으로 보임. 예: 치사량의 바르비투르산염을 스스로 복용, 주사할 수 있게 제공, 준비하고 용법과 효과를 안내

조력존엄사라는 표현이 적합하지 않은 이유

- 법률이 정한 조건 하에 절차를 거친 경우 의사가 말기환자의 적극적 자살을 돕는 행위에 자살방조죄를 적용하지 않고, 나아가 사실상 말기환자에게 의사의 자살조력을 요구할 권리를 부여한다는 개정안의 핵심 내용을 불분명하게 만듦.
 - 의사의 자살 방조가 그르다고 생각하는 사람은 해당 행위를 지칭하는 표현으로 쓰기 어려움 (조력"존엄"사).
 - '...는 인간 존엄의 요구', '...는 존엄에 반한다'는 표현은 존엄의 의미가 무엇이고 왜 그에 해당하는지 설명하지 않으면 '...가 옳다', '...가 그르다'는 결론을 선취하며 근거를 제시하지 않게 되어, 규범적 논의의 합리적, 생산적 진행을 저해
 - '연명의료중단'이라는 표현에 가치 판단을 전제하지 않은 것과 대비. 연명의료중단은 존엄과 무관한가? 자살이 아닌 죽음은 존엄하지 않은가?
- ⇒ "의사조력자살"(physician-assisted suicide)이라는 표현이 명실상부

의사조력자살의 허용 논거

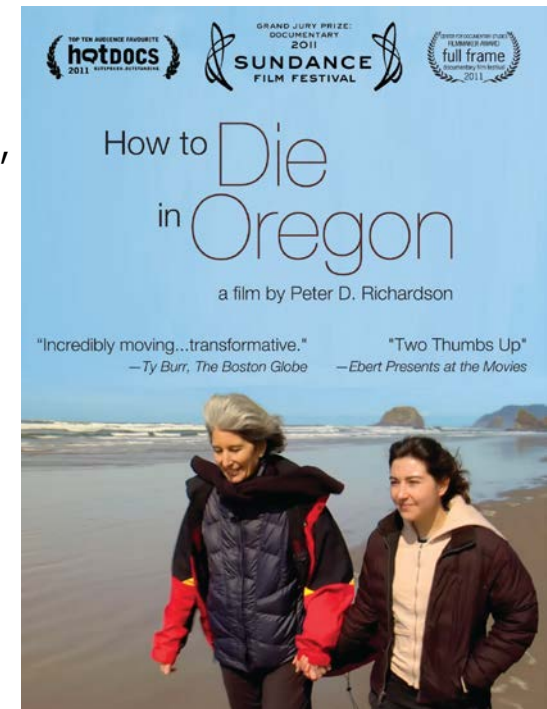
- 고통 감소: 생존하면 수개월 간 곱을 질병으로 인한 고통, 자살하는 과정에서 곱을 고통을 피할 수 있음.
- 품위 유지: 강건하지 못하고 병약해 힘겹게 고통을 겪거나 다른 사람의 돌봄에 의존하는 모습을 보이지 않을 수 있음.
- 자율 존중: 합리적 의사결정능력을 지닌 개인이, 강압이나 무지에 의하지 않고, 자신의 가치와 계획에 따라 선택한 행위는 간섭하지 말아야 하므로, 환자가 자살하고 의사가 이를 돕기로 하는 결정도 제재하지 말아야 함. 죽음의 시점과 방식은 삶 전체의 모습에 큰 영향을 줄 수 있으므로 특히 존중되어야 함.
- 부담 경감: 말기환자를 돌보기 위해 가족과 사회가 들어야 할 의료비, 시간과 노력 등의 부담을 줄일 수 있음.

예외적 상황에서 허용 ≠ 일반적으로 인정하고 돕는 법률을 제정

신체적 통증이 극심해 그로부터 주의를 돌리기 어렵고 이를 줄이는데 모든 심적 능력을 소진하여 가치있는 활동을 계획, 실현하는 능력을 발휘하는 것이 불가능하고, 의료 기구와 타인의 돌봄을 받아야 생존에 필요한 기초적 활동을 할 수 있는 의존적 삶이 자신이 살아온 방식과 신념에 어긋나며, 충분한 정보를 가지고 주변의 압력 없이 자신의 가치관에 따라 확고하고 일관되게 자살하려는 사람에 대해, 그의 판단을 존중해 의사실현을 도우려는 사람의 자발적 조력을 금지하는 것은 바람직하지 않을 수 있음.

그런데 이러한 이상적 사례를 염두에 두고, 법률로 의사의 자살 조력을 일반적으로 허용하고 사실상 요구할 수 있도록 하는 절차를 만드는 것이 바람직한지는 더 생각해 볼 문제.

"Great cases like hard cases make bad law"



수용하기 어려운 고통이 발생하고 있을 것 (20조의3 2항 2호)

- 고통(苦痛): 발을 문에 찢어 느끼는 육체적 통증(pain)부터 삶의 무상함으로 인한 실존적 고뇌(suffering)까지 포괄.
예: 사는 게 모두 고통(Leiden)이다(쇼펜하우어).
- 객관적 판단의 어려움: 어느 동물이 고통을 느끼는가? 언제부터 태아가 고통을 느끼는가? 고통의 정도 판단?
- 수용하기 어려운(≠수용할 수 없는): 객관적으로 얼마나 큰 고통인가가 아니라, 고통받는 사람의 주관적 판단을 기준으로
질문: 공무원, 의료인, 윤리·심리 전문가(20조의3 4항)는 무엇이 '수용하기 어려운 고통'인지 누구나 승복할 수 있는 명확한 기준을 마련할 수 있을까? 신청한 사람은 모두 '수용하기 어려운 고통'을 겪는다고 보거나, 아니면 자의적 결정이 되지 않을까?
- ✓ '고통이 감소할 것으로 예상되지 않고', '호스피스, 완화의료 등을 통해 고통을 완화시킬 수 없을 때 마지막 방책으로' 조건이 없음.

고통을 줄이기 위해 사람을 없애는 것이 합리적인가?

❖ 고통을 면하기 위해 사람이 자신의 생명을 소멸시키는, 즉 사람을 고통감소라는 목적을 위해 수단으로 희생시키는 행위가 합리적인가?

질문: 왜 사람의 고통은 나빠서 없애야 하고, 쾌락은 증진해야 하는가?

답변: 쾌고를 느끼는 사람, 그의 인격이 가치있기 때문 (∴ 스스로를 가치없는 사람이라 (잘못) 생각하면, 고통을 겪어도 상관없고 즐거움을 줄 필요가 없다고 생각하게 됨)

⇒ 고통을 면함이 좋은 이유가 그 사람의 가치 때문이라면, 그 사람을 죽여 고통을 면하려는 것은 근본적 가치를 희생하여 파생적 가치 즉 그것 때문에 가치 있는 대상을 추구하는 것으로, 본말을 전도한 것은 아닌가? 합리적 인격체인 사람을 고통을 줄이고 쾌락을 증대하는 수단으로 삼고, 그 목적에 반하면 버릴 수 있는 대상으로 여기는 것은 합당한가? 참고: David Velleman, "A right of self-termination?," *Ethics* 109, 1999.

반론: 도덕적으로 그르더라도, 그에 대해 의견불일치가 있고 타인을 해하지 않을 때, 이를 법으로 금지하는 것이 합당한가? ※ 능력개발의무

자기결정권은 자살 허용의 좋은 근거인가?

- 자기결정권의 의의: 원칙적으로, 다른 사람들에게 해를 끼치지 않아 모든 사람이 같은 자유를 누릴 수 있는 한, 자신의 삶의 방식과 목표를 자율적으로 정하고 그에 따라 행위할 수 있음. 반후견주의(anti-paternalism): 설령 그 결정이 자신을 해하(는 것처럼 보이더)라도, 특히 정부 권력은, 간섭하지 말고 존중해야.
- 자기결정권의 한계: 장래 자신의 자기결정권을 돌이킬 수 없이 박탈하는 자발적 노예계약이 인정되어야 하는가? 그렇지 않다면 합리적, 자율적 주체인 자신을 돌이킬 수 없이 소멸시키는 자살은 왜 허용되어야 하는가? 말기환자만 예외적으로 허용?

자기결정권은 자살 허용의 좋은 근거인가?

- 질문: 연명의료결정법 상 '말기환자'의 기준은 명확한가? 자기결정권의 일환으로 자살이 허용되어야 한다면, 왜 이를 말기환자에 한정해야 하는가?
- 응답: 비말기환자의 자살은 본인의 이익에 심히 반하므로, 필로폰 복용 금지와 마찬가지로, 반후견주의의 예외로 금지될 수 있다. 반면 말기환자가 죽음을 선택하는 것은 그의 이익에 크게 반하지 않으므로, 반후견주의 원칙에 따라 허용되어야 한다.
- 재질문: 그렇다면 수개월 내에 죽는 것은 아니지만, 오랜 기간 상당한 고통을 주는 만성 질환을 앓거나 장애를 겪는 것이 불가피한 사람에게도 자살을 허용하고 조력해야 하는가?

의사조력자살 신청의 합리성

- 온전한 의사결정의 이상: 합리적으로 선택할 능력을 지닌 개인이, 다른 사람의 강압, 기망, 교묘한 조종 등을 받지 않고, 관련된 경험적 정보를 충분히 인지하며, 차분히 숙고하여 내린 결정
- 딜레마: 온전히 의사를 결정할 수 있는 상황이라면 자살할 필요가 있을까? 자살이 이로우 만큼 신체적, 심리적으로 악화된 상태라면 그 의사를 진정한 것으로 신뢰할 수 있을까?

말기환자의 의사조력자살 신청은 합리적일까?

- 20조의4 1항: 심사위원회의 결정 후 1개월 경과한 다음 시행, 담당의사 및 전문의 2인에게 자살을 희망하는 의사를 표시
- ✓ 일반적 의사결정능력: 미성년자, 피성년후견인, 피한정후견인, 뇌혈관질환, 치매증, 우울증 환자도 신청할 수 있는가?
- ✓ 충분한 고지: 환자의 질병 상태와 예후, 치료로 회복할 가능성이 없음, 의사조력자살의 시행방법 등에 관한 사항을 설명하고 이해를 확인하는 절차 부재(10조 3항과 비교)

의사조력자살 허용의 영향

질문: 말기환자 진단을 받고 괴로워할 환자에게, 자살을 희망하면 의사의 조력을 받을 수 있다는 소식이 어떻게 받아들여질까? 원하면 의사의 조력을 받아 힘든 고통을 겪지 않고 자살할 수 있도록 하는 법이, 가족과 사회에 부담을 주지 않기 위해 자살을 고려해 보라는 권유로 해석되진 않을까?

자살을 선택할 수 있는 권리를 주는 것이고 강제하는 것은 아니므로, 환자가 스스로 판단하여 죽음이 생존보다 자신에게 나을 때만 자살할 것이어서 그에게 해가 될 리는 없음. (생존 > 죽음) → 생존; (죽음 > 생존) → 자살 → 죽음. 권리를 행사해 자살하는 경우 (죽음-생존)의 효용을 얻고, 행사하지 않으면 권리를 갖지 않았을 때와 마찬가지로 ⇒ 근시안적

의사조력자살 허용의 영향

✓ 자살을 선택할 권리를 제공함으로써, 선택하지 않고 생존할 수 없게 됨.

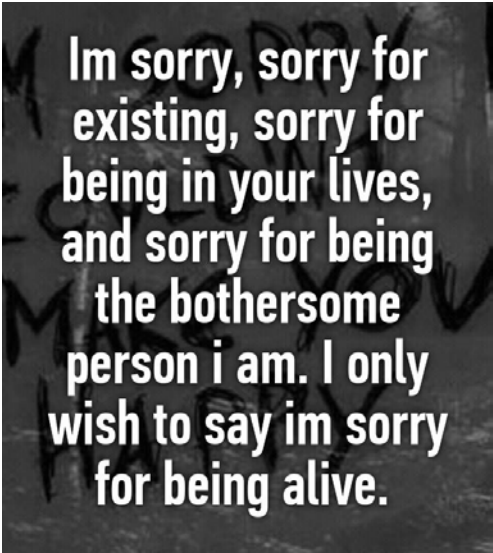
질문: 말기환자가 생존할지, 자살할지 선택하게 만드는 것이 바람직한가? 감당하기 어려운 책임과 부담을 지우는 것은 아닌가?

참고: David Velleman, "Against the right to die," *Journal of Medicine and Philosophy* 17, 1992

비유: 상사가 부하 직원들에게 주말에 부서 단합을 위한 등산을 갈지, 가지 않아도 좋다고 하면서, 단톡방에서 물어봄.

시나리오 1

- 수개월 이내에 사망할 것이라는 의사의 진단을 받으면, “내게 주어진 삶을 어떻게 잘 살까?”가 아니라 “자살하지 않고 더 살아야 하나? 왜 (주변에 재정적, 돌봄의 부담을 주면서) 살아야 하나?”에 대해 고민하게 됨
- 설령 주변 사람들이 아무 말 하지 않아도, 늘 가족이나 돌보는 사람에게 자살하지 않고 살아야 할 이유를 설명하고 생존을 정당화해야 할 부담을 느낌
→ 주변 사람과의 관계, 상호 작용을 통해 삶의 의미를 얻기 어려워짐 → “이런 시선, 대접을 받으며 내가 왜 살고 있나?” 자문하게 됨 → 수용하기 어려운 고통 발생 → 자살할 권리가 자살할 이유를 생성
- 자살한 말기환자들에 대한 소문이 모이면 (33조 기록 열람권) → 일정한 병세, 가계형편에서 자살하리라는 기대 형성 → 자살 압력 → 자살 증가 → 기대 강화



Im sorry, sorry for existing, sorry for being in your lives, and sorry for being the bothersome person i am. I only wish to say im sorry for being alive.

시나리오 2

- 다른 사람들의 선택을 참고하되 추종할 압력은 받지 않고, 각자 자신의 상황과 가치관에 따라 주체적으로 적절히 선택
- 살아야 할 이유, 남은 삶을 어떻게 살지에 대해 성찰하는 계기가 되어, 선택한 삶을 소중히 여기고 책임감 있게 살게 됨
- 죽고자 하는데 이를 금지하는 법 때문에 억지로 살아야 하는 상황을 염려할 필요가 없고 자신의 삶에 대한 통제감 확보
- 정부가 강제로 자살을 금지해서가 아니라, 가족과 주변 사람들의 자발적 돌봄으로 생을 지속하여 유대가 오히려 강화되며, 생의 조속한 종결을 진심으로 원하는 사람들만 의사를 관철

질문: 법률을 개정하면 결과가 어떤 시나리오에 가까울까?

국민이 각자 현명하게 권리를 행사할 것으로 기대해도 좋을까?

호스피스·완화의료 조건부 허용

- 질문: 오·남용의 우려를 배제할 수 없더라도, 그 가능성이 의사조력자살을 허용하지 않을 충분한 이유인가? 일단 의사조력자살을 허용해 보고, 우려한 문제가 실제 발생하면 그 방지를 위한 대책을 모색하되, 대처 방안이 없을 때 의사조력자살을 폐지해도 되지 않을까?
- 응답: 살고 싶은데, 완화되지 않아 극심한 통증, 가족이 부담해야 할 치료비 등의 압박에 의해 자살로 내몰리지 않도록, 호스피스·완화의료의 접근성을 높이고, 호스피스·완화医료를 이용하면서도 자살을 희망하는 경우에만 의사조력자살을 허용해야 한다.
- 의문: 호스피스 돌봄의 일환으로 의사조력자살을 허용하면, 생존하는 환자의 삶의 질을 높이는 호스피스·완화의료 문화를 저해하지 않을까?

“우리 사회에 생명경시 풍조를 확산시킬 우려”

- 생명 경시: 사람의 생명을 고통보다 큰 쾌락을 얻기 위한 수단, 그 목적에 어긋나면 버릴 수 있는 대상에 불과한 것으로 여김.
- 행위가 품성에 미치는 영향: 용감한 행위를 함으로써 용감한 사람이 되고, 모든 것을 두려워하고 회피하면 비겁해진다.
(아리스토텔레스)
- 일반적으로, 부작용보다 행위가, 결과의 발생을 막지 않는 것보다 결과를 야기하는 것이, 부작용으로 결과를 발생시킨 행위보다 의도적으로 결과를 야기한 행위가 – 행위자의 바람, 생각, 노력이 더 깊이 결부되어 – 행위자의 품성, 가치관에 미치는 영향이 클 것
- 고통을 피하기 위해 죽음을 의도적, 적극적으로 야기하는 자살을 의사가 돕도록 법으로 국민이 공연히 승인하면, 치료로 인명을 지키는 의료 문화와 자살에 대한 금기를 약화시켜, 용기있게 이겨내야 할 고통을 면하려 생명을 버리는 행위를 증가시키지 않을까?

반론: 말기환자가 명시적으로 희망하는 예외적 상황에 한정된 행위이므로 그렇지 않은 영역에 전이될 것이라는 염려는 기우

※ 의사조력자살의 합법화가 자살을 증가시키는가?

- 경험 연구가 많지 않으며, 의사조력자살이나 자발적 안락사의 합법화가 총 자살, 비조력자살에 미치는 영향은 논쟁 중인 이슈.
- Girma & Paton (2022): 미국 여러 주에서 조력자살의 합법화 이후 총 자살이 약 18% 증가 (특히 64세 이상과 여성), 비조력자살도 증가. ("Is assisted suicide a substitute for unassisted suicide?," *European Economic Review* 145)

반론: 설령 의사조력자살의 합법화로 인해 비말기환자의 자살이 증가하더라도, 이는 의도하지 않은 영향을 받은 사람의 책임이고, 의사조력자살이 야기한 해악(harm)이라 할 수 없으므로, 이를 근거로 환자의 자유를 제한하는 것은 부당하다.

재반론: 사회의 건전한 근로관념을 보호하기 위해 도박을 처벌하는 것과 마찬가지로, 생명을 존중하는 사회 관념을 보호하기 위해 의사조력자살을 금지해야 한다.

재재반론: 일시오락 정도에 불과한 도박은 예외적으로 처벌하지 않는 것과 마찬가지로, 자살방조를 일반적으로 처벌하더라도, (호스피스·완화의료를 받으면서도 자살을 원하는) 말기환자에게 예외적으로 의사조력자살을 허용하는 것은 생명을 존중하는 사회 문화를 저해하지 않을 것이다.

질문: 만약 그렇다면, 어느 범위까지 의사조력자살이나 자발적 안락사를 허용하는 것이 생명을 존중하는 사회 문화와 양립할 수 있을까?

※ 의사조력자살, 자발적 안락사의 대상 확대: 네덜란드의 사례

- 2016. 10. 제안된 '완성된 삶(voltooid leven)' 입법안은 일정 나이에 이르면, 의학적으로 건강하더라도, 삶에 지치고 무감정해져(예를 들어, 사랑하는 사람을 잃거나 유의미한 관계, 추구하는 목표가 없어) 고통받는 사람들이 진지하게 생을 종결하고자 하면, 그의 자살을 존중하여, 의사가 아닌 상담사의 안내에 따라, 죽도록 도움을 받을 수 있게 함

말기환자에 대한 의사조력자살에 그칠까?

- 연명의료결정법의 확장: 제정 후 5년 동안, 유보·중단할 수 있는 의학적 기술의 범위 확대, 법에 따라 연명의료를 유보·중단할 대상이 아닌 사람에게 연명의료를 유보·중단한 담당의사에 대한 처벌 완화 등 법률 개정
- 소극적으로 연명의료를 유보·중단하는 것을 넘어 환자의 적극적 자살을 의사가 조력할 수 있게 하는 개정안 발의.
- **의사조력자살 허용의 논거는 무엇인가? 자기결정권?** 이는 비말기환자에 대한 의사의 자살 조력도 허용할 이유는 아닌가? 그렇다면 조만간 자살 조력이 만성 지병 환자, 나아가 실존적 고통을 겪는 '삶에 지친' 사람들에게도 허용되지 않을까? 같은 이유로 조만간 환자의 요청에 따라 의사가 환자를 안락사시키는 자발적 안락사도 허용되지 않을까? (자살을 조력할 이유는 있는데 스스로 독약을 복용할 힘이 없는 환자는 "도와야" 하지 않을까?) 이처럼 폭넓게 의사조력자살과 자발적 안락사가 허용되면 삶에 대한 우리의 태도는 어떻게 변할까?



한국간호윤리학회
The Korean Society for Nursing Ethics

간호현장의 이슈 1

연명의료결정 과정에서의 간호경험



김명옥 코디네이터
서울성모병원 의료윤리행정팀

연명의료결정 과정에서의 간호 경험

가톨릭대학교 서울성모병원
의료윤리행정팀 김명옥

목차

1. 연명의료결정제도 관련 질의
2. 연명의료결정 및 임종기 환자 돌봄 경험
3. 마무리

1. 연명의료결정제도 관련 질의

연명의료결정제도 관련 질의

- 연명의료중단등결정 절차 질의
 - 서식 선택, 작성법, 작성 시점 등
 - 외국인 대상자, 가족범위, 철회 절차 등
- 절차는 이해하나 상황에 따른 질의
 - 가족 부재 상황
 - 연명의료결정 대상 여부(연명의료 중단, 응급환자 등)
- 사전연명의료의향서 관련 질의



연명의료결정제도 관련 질의

- 연명의료의 범위?
 - 임종과정에 있는 환자에게 하는 '심폐소생술, 혈액투석, 항암제 투여, 인공호흡기 착용, 체외생명유지술, 수혈, 혈압상승제, 그 밖에 담당의사가 환자의 최선의 이익을 보장하기 위해 시행하지 않거나 중단할 필요가 있다고 의학적으로 판단하는 시술'로 치료효과 없이 임종과정의 기간만을 연장하는 것
 - High flow, 항생제, 혈액검사, 기도삽관
- 사전연명의료의향서의 효력?
 - 환자의 의사와 관계없이 가족의 요구가 있는 경우
 - 환자의 자기결정 요구 증가

연명의료결정제도 관련 질의

- 균형적 치료와 연명의료결정?
 - 회생가능성에 대한 의료진과 가족의 인식 차이
- 의사결정에 참여하지 못하는 가족?
 - 고령 가족, 관계 단절
- 심폐소생술하지 않기와 연명의료결정법?

2. 연명의료결정 및 임종기 환자 돌봄 경험

1) 환자, 가족의 이야기

- 환자
 - 진단과 질병에 대한 정보 결여
 - 의료와 간호 체계의 복잡함
 - 희망과 절망의 경계
 - 결정을 미루고 싶어함
 - 편안함을 느낌

1) 환자, 가족의 이야기

- 연명의료가 예견되는 시점에서 환자 가족의 역할
 - 환자의 질병상태에 대한 ‘진실 알리기’ 경험
 - 환자의 치료방법 결정방식에 대한 가족의 경험
 - 환자를 돌보는 과정에서 경험한 고통
 - 환자를 돌보는 과정에서 경험한 가족들 사이의 관계의 변화
 - 가족의 의미
 - 연명의료에 대한 생각

1) 환자, 가족의 이야기

- 가족

- 의사결정에 과도한 책임감 ↔ 환자 선호에 대한 나눔 부족
- 연명의료결정을 하는 것 자체, 그 결과에 대한 상당한 심적 부담
- 죄책감
- 가족합의가 되지 않은 가족 간 어려움
- 연명의료결정법에 대한 이해 정도 상이

2) 중환자실 환자의 연명의료결정 및 임종기 돌봄 경험

“연명의료결정법 시행 이후 간호업무에 어떤 변화가 있으신지요?”

“중환자실 간호사로서 연명의료결정, 임종간호에서 어떠한 어려움이 있으신지요?” 등

- 5개 주제, 10개 하위, 27개 코드

주제	하위 영역
1. 연명의료결정법 시행 이후 중환자실 간호사가 겪는 업무상 갈등	1) 법적 요건 충족을 위한 까다로운 절차에서 오는 스트레스 2) 연명의료중단결정 과정에서 중환자실 간호사의 역할에 대한 혼란
2. 연명의료결정을 위한 의사소통에 서 겪는 관계적 갈등	1) 의료진과의 갈등 2) 환자 및 환자가족과의 갈등

2) 중환자실 환자의 연명의료결정 및 임종기 돌봄 경험(계속)

주제	하위 영역
3. 연명의료결정 제도의 딜레마에서 오는 갈등	1) 회생가능성 판단의 불확실성으로 사전연명의료의향서를 작성하지 않은 환자 측에 연명의료중단 절차 개시 및 진행의 부담감 2) 동법에서 연명의료중단 결정에 영향을 미칠 수 있는 전문 의료인으로서 간호사 역할 누락
4. 중환자실 임종기 돌봄과정에서 경험하는 어려움	1) 임종기 환자에 대한 돌봄 가이드라인 부재로 인한 혼란과 내적 갈등 2) 임종기 돌봄의 물리적 환경에서 오는 갈등
5. 환자 임종기 영적 돌봄 및 죽음에 대한 상이한 인식으로 생기는 갈등	1) 임종기 영적 돌봄에 대한 상이한 인식에서 생기는 갈등 2) 환자 죽음 대비 교육이나 심리 상담 등 지원 부족으로 인한 어려움

3) 암환자를 돌보는 간호사의 임종간호 경험

‘연명의료결정 과정에서 겪게 되는 갈등’

- 체계적이지 않은 임종상황에서의 윤리적 갈등
 - 임종기 실무지침이 구체적이지 않거나 치료계획이 결정되지 않은 상황에서 치료를 시작하거나 시작하지 못하고 지연되는 상황
- 가족의 흔들리는 감정
 - 결정 이후에 감정의 변화로 계획을 철회, 부정적인 감정을 표출

김래희, 김수연, 김신, 김현아, 양화정 ...& 김정혜.(2021)

4)-① 현장에서의 경험(일반적 생각, 참여, 변화 등)

- 연명의료결정 절차를 따르는 과정에서의 경험
 - 의사결정 과정의 복잡함
 - 서식 여부로 논의 과정을 파악하기는 어려움
 - 자신감/부담감/(-)
- 질병 경로, 의식 수준, 간호 환경 등에 따른 경험 차이
- 연명의료결정 논의가 되지 않은 생애 말 환자 돌봄에 대한 부담
- 간호사를 보호할 수 있는 체계
- 의사-간호사 협력 관계 형성
- 환자와 가족을 위한 생애 말기 돌봄에 집중

4)-② 연명의료결정 과정에서 간호사의 바람

- 환자의 자기결정을 존중해주고 싶음
- 사전연명의료의향서가 환자가 현재 원하는 것을 반영하는지 검토 과정의 필요성
- 연명의료결정 논의가 시작되기를 바람
 - 다양한 의료 환경에서 연명의료결정제도를 포함한 사전돌봄계획에 대한 적절한 훈련
- 연명의료결정과 함께 생애 말기 돌봄 가이드라인 마련 필요성
 - 목표의 변화와 연관되도록 돌봄 계획을 변경

4)-③ 연명의료결정 과정에서 간호 활동

- 환자의 의사결정을 지원하는 소통 통로
- 연명의료결정제도의 의미 모색
 - 생애 말기 돌봄으로 전환할 수 있는 시작점
 - 의사, 간호사 간 의사소통 방법으로 활용
- 연명의료결정 과정에 참여한 의료진을 지지
- 환자와 가족을 지지

5) 연명의료결정 과정에 대한 간호사의 인식

- 의사결정을 다루는 다양한 방법 : 의사결정 지원, 정보 전달자, 실행자
- 의사-간호사 협업의 부족 : 부적절한 의사소통, 설명 부족, 의견을 묻지 않음
- 의료진 확신 부족 : 의사결정 두려움, 의료진 간 합의 부족, 실행 부족
- 환자 참여 제한 : 정보 없음, 의사결정에 참여할 수 없는 상태
- 가족 역할에 대한 양가감정 : 과도한 책임, 너무 많은 권한

Silén M, Svantesson M, Ahlström G.(2008)

6) 환자와 가족을 통해 보기: 연명의료결정 경험

- From Novice to Expert : 연명의료결정을 논의하면서 생애 말 환자와 가족을 돌봄을 배움
- Ensuring Ethical Care : 옳은 일을 한다는 것에 개인적, 직업적 만족감 제공
- Uncertainty to Certainty : 임종기 돌봄으로의 Turning Point로 작동
- Facilitating the Process : 환경 마련, 대화 시작을 준비
- Preparing and Supporting Families : 임종 준비



Figure 1. Seeing the Patient and Family Through: Main Categories and Themes.

3. 마무리

연명의료결정 과정에서의 간호 돌봄

- Different ways of handling the decision
 - Questioning of decisions : 결정에 관한 질문
 - Support for physicians in their decisions making : 의사의 결정을 지원
 - Someone patients and physicians can talk to : 이야기할 수 있는 사람
 - Conveyor of information : 정보 전달자
 - The one who carries out the decisions : 결정 수행자

Silén M, Svantesson M, Ahlström G.(2008)

연명의료결정 과정에서의 간호 돌봄

- 생애 말기 돌봄 중 하나의 과정으로 이해
- 연명의료결정 이후 환자와 가족 돌봄
 - 자신의 결정이 옳다는 확신이 필요하며 결정에 대한 부담을 덜어주는 것이 윤리적으로 적절
 - 어떠한 결정을 내린다 하더라도 남은 시간 동안 완화 돌봄을 받을 수 있음을 안내
- 의료기관 윤리위원회 활용

참고문헌

- Nancy Berlinger, Bruce Jennings, Susan M. Wolf. (2015). 임종기 연명의료 결정을 위한 지침. 김신미, 김진실, 고수진 공역, 정담미디어.
- 김래희, 김수연, 김신, 김현아, 양화정, 이경민, 이수연, 이경희, 김정혜. (2020). 암 환자를 돌보는 간호사의 임종간호의 어려움과 임종간호역량 탐색을 위한 혼합연구. *Asian Oncol Nurs*, 21(2), 98-109.
- 안경진, 공병혜, 송윤진. (2020). '연명의료결정법' 시행 이후 중환자실 간호사의 환자 연명의료결정 및 임종기 돌봄 경험 연구. *생명윤리*, 21(2), 31-53.
- 장원경, 안경진, 김민영, 김유리, 한유정. (2015). 연명의료가 예견되는 시점에서 환자 가족의 역할: 말기암 환자 가족의 돌봄 경험에 대한 내러티브 분석. *한국의료윤리학회지*, 18(2), 172-189.
- Silén M, Svantesson M, Ahlström G. (2008). Nurses' Conceptions of Decision Making Concerning Life-Sustaining Treatment. *Nursing Ethics*, 15(2), 160-173.
- Wiegand DL, Cheon J, Netzer G. (2019). Seeing the Patient and Family Through: Nurses and Physicians Experiences With Withdrawal of Life-Sustaining Therapy in the ICU. *Am J Hosp Palliat Care*, 36(1), 13-23.

감사합니다



한국간호윤리학회
The Korean Society for Nursing Ethics

간호현장의 이슈 2

호스피스 간호사가 경험한 인간다운 죽음



권신영 교수
강동대학교 간호학과

호스피스 간호사가 경험한 인간다운 죽음

강동대학교
권신영

호스피스 간호사가 경험한 인간다운 죽음



존엄한 죽음과 간호에 대한 성찰



간호사가 인간의 품위 있는 죽음을 보장하기 위해
임종과정에 대한 이해와 죽음의 질 향상 노력

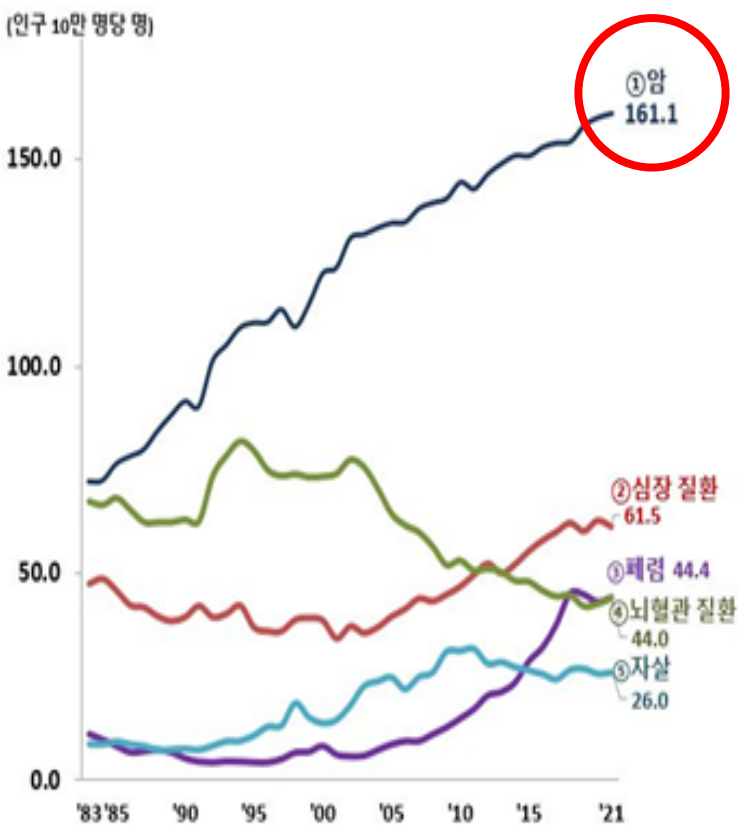
- 품위 있는 죽음을 보장하기 위해서 죽음의 질 문제가 제기되어야 함
 - ➡ 한 사람의 삶에서 삶의 마지막 시기는 가장 중요한 시기
- 임종과정에 대한 정확한 이해가 필요함
- 무의미하고 불필요한 연명치료가 말기 환자에게 주는 고통에 대해 이해가 필요함
 - ➡ 환자와 가족의 고통과 부담을 고려
- '인간다운 죽음', '품위 있는 죽음'에 대한 성찰
 - ➡ 인간은 자신의 존엄성을 유지하면서 품위 있는 죽음을 맞이할 권리가 있음

암 사망률 및 고령인구 증가

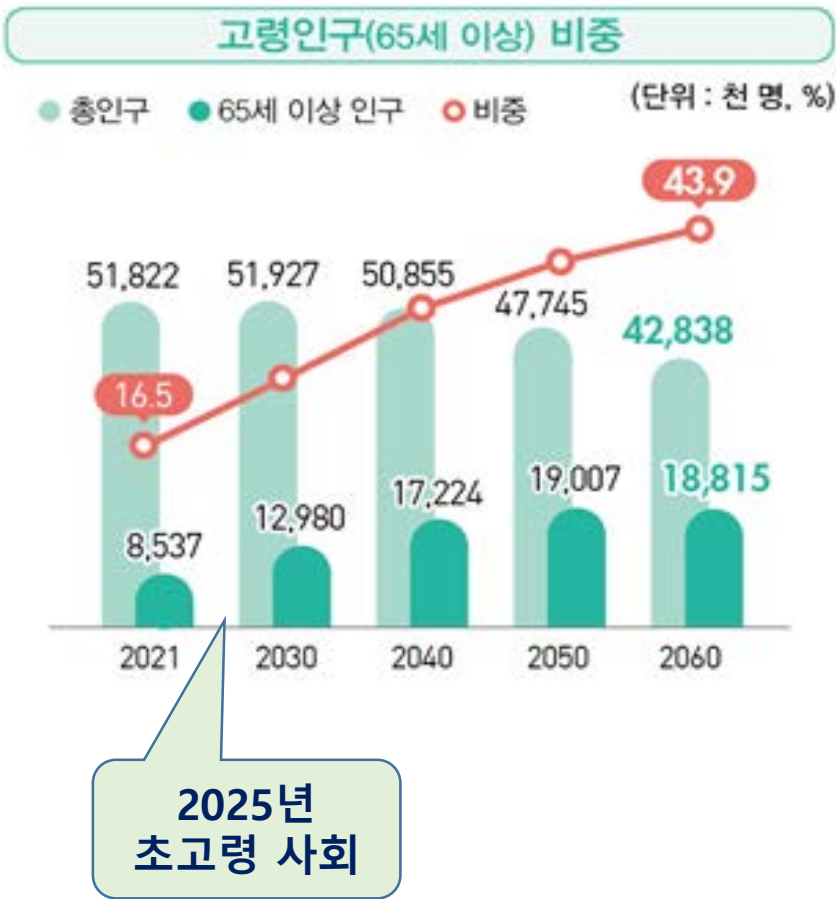
사망원인 순위 추이

(단위: 인구 10만 명당 명)

순위	사망원인	사망률	'20년 순위 대비
1	악성신생물(암)	161.1	-
2	심장 질환	61.5	-
3	폐렴	44.4	-
4	뇌혈관 질환	44.0	-
5	고의적 자해(자살)	26.0	-
6	당뇨병	17.5	-
7	알츠하이머병	15.6	-
8	간질환	13.9	-
9	패혈증	12.5	↑(+1)
10	고혈압성 질환	12.1	↓(-1)



고령사회로 진입



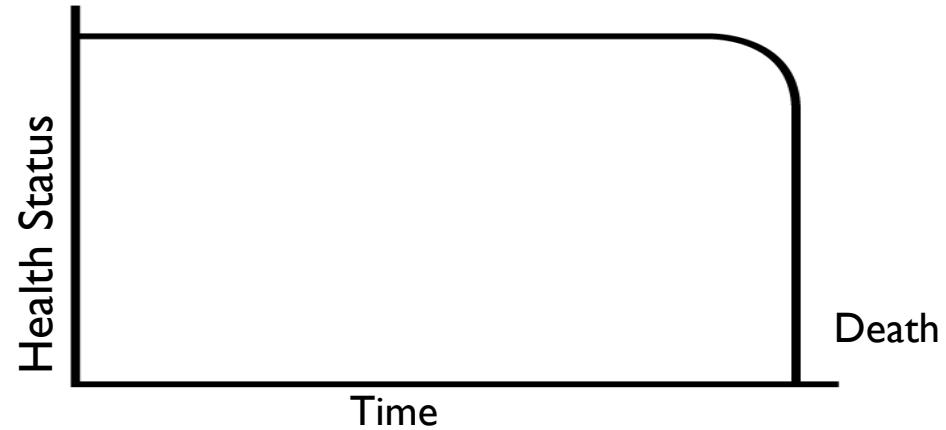
출처: 2021년 사망원인통계(통계청, 2022)

출처: 2020년도 노인실태조사(보건복지부, 2021)

임종의 형태

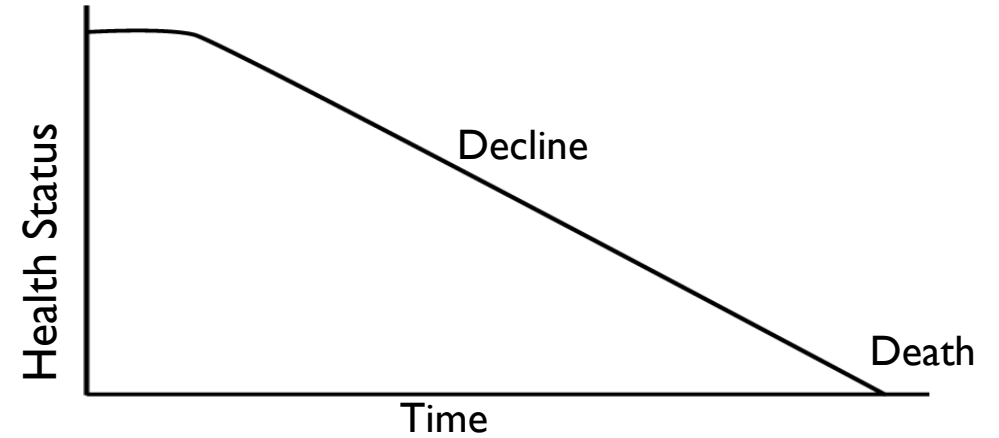
[갑작스런 죽음, 예상치 못한 경우]

- 사망인구의 10%(심근경색증, 사고 등)



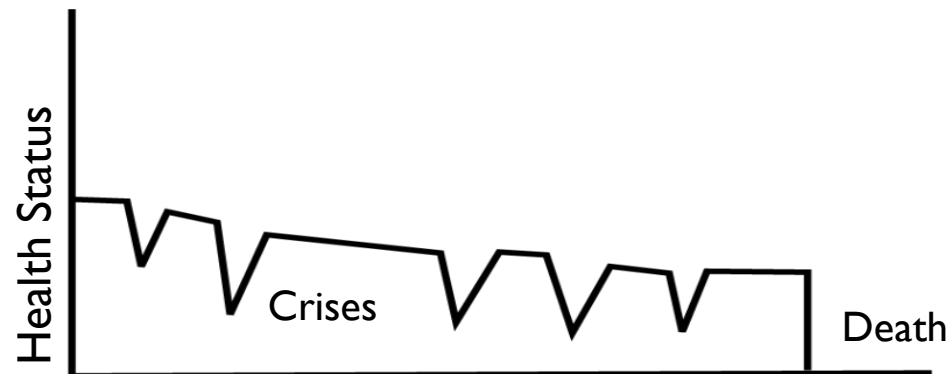
[예상된 건강 악화, 말기가 짧은 질병]

- 예 : 췌장암



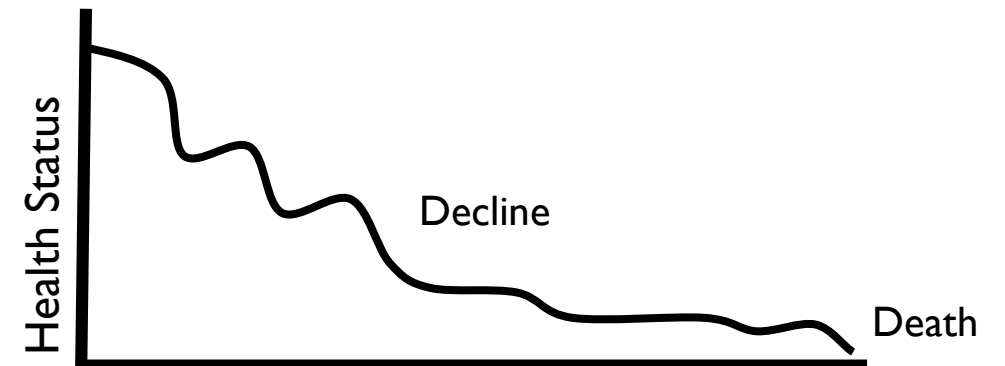
[서서히 감퇴하고 때로는 위기상태가 있다가 사망하는 경우]

- 예 : 울혈성 심부전, 만성폐쇄성폐질환(COPD)



[오래가나 예기되는 사망]

- 예 : 허약



노인의 생애 말기 좋은 죽음에 대한 인지 정도

- 임종 전후에 스스로 정리
- 고통 없이 임종을 맞이하는 것
- 임종 시 가족, 지인과 함께 하는 것
- 가족이나 지인에게 부담을 주지 않는 것

(단위: %, 명)

구분	매우 중요	중요	그저 그렇다	중요하지 않다	전혀 중요하지 않다	계 ¹⁾ (명)
1) 임종 전후의 상황을 스스로 정리한 후 임종을 맞이 하는 것	38.8	50.2	9.8	1.1	0.1	100.0 (9,930)
2) 신체적, 정신적 고통없이 임종을 맞이 하는 것	56.4	34.1	8.3	1.0	0.1	100.0 (9,930)
3) 임종시 가족이나 가까운 지인이 함께 하는 것	39.4	47.5	11.0	1.9	0.2	100.0 (9,930)
4) 가족이나 지인에게 부담을 주지 않는것	45.3	45.3	8.8	0.5	0.0	100.0 (9,930)

1) 본인응답자를 대상으로 한 분석결과임.

좋은 죽음(Good Death)

**존경과 존엄성을 가진
한 개인으로 대해지는 것**

(being treated as an individual, with
dignity and respect)

**통증이나 다른
증상에서 해방되는 것**

(being free from pain and other symptoms)

**좋은 죽음
(Good Death)**

친근한 환경 안에 있는 것

(being in familiar surroundings)

**가까운 가족이나
친구와 함께 있는 것**

(being in the company of close family
and/or friends)

호스피스완화의료의 필요성

암, 비암질환

호스피스
완화의료

삶의 질

Today's Issue

- 인간다운 죽음, 품위 있는 죽음이 시대의 중요한 쟁점
- 존엄한 죽음을 위해 질 높은 생애말기 돌봄이 선행되어야 함
- 호스피스완화의료의 주요 대상이 되는 말기 질병은 '임종'에 초점을 맞추는 것이 아니라 **환자와 가족의 '삶'에 초점**
- 2018년 2월부터 「호스피스 완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법」 (연명의료결정법) 시행
- 호스피스완화의료는 "환자와 가족들이 질병의 마지막 과정과 사별기간에 겪는 총체적인 문제들을 예방, 해소하기 위해 구성된 호스피스완화의료 팀에 의해 제공되는 통합적이고 전인적인 완화의료와 돌봄"을 말함

호스피스 어원

- 라틴어의 'hospitium'에서 유래
 - '수도원 내 접대소' 혹은 '방문객이 머물 수 있도록 마련된 공간'으로 순례의 과정 동안 허약하거나 몸이 불편한 여행자에게 쉼터를 제공하는 장소라는 의미
- 웨스턴 사전
 - 종교적 사명감으로 여행자들의 숙소 혹은 생의 마지막 순간에 있는 사람의 신체적, 정서적 요구를 충족시키는 환경을 제공하는 시설이나 프로그램

호스피스완화의료 철학

호스피스완화의료 기본 철학

인본주의(humanitarianism)

호스피스완화의료는 생명존중, 인간의 존엄성, 자기결정권을 존중에 바탕
질병치료보다는 질병을 가진 사람과 그 가족의 삶의 질 향상을 목표로 한 돌봄 강조

총체주의(holism)

호스피스완화의료에서는 인간을 신체, 사회·심리, 영적 측면의 합 이상의 존재
신체적 고통, 심리사회적 고통, 영적 고통을 별개로 겪는 것이 아니라, 그 모든 고통을 한 존재로서 겪음

- 생명은 조건 없이 존중 받아야 한다.
- 죽음은 자연스러운 것이며 정상적인 것이다.
- 호스피스완화의료는 죽음을 연장하거나 재촉하지 않는다.
- 무리한 연명이나 의도적 죽음을 선택하지 않는다.
- 생의 말기에 있는 인간은 고통과 괴로움으로부터 자유로워야 한다.
- 삶의 마지막까지 인간은 인간으로서의 존엄성을 유지할 수 있다.
- 가족은 사별과정에서 적극적인 지지를 받아야 한다.

말기 환자의 전인적 간호

신체적



- 통증, 피로
- 구역·구토
- 호흡곤란
- 수면장애

→ 안위에 초점, 통증 및 증상 완화, 신속한 중재

정서·심리적

- 현재의 기분(우울, 슬픔, 불안 등)
 - 질병에 대한 정서적 반응(부정, 분노, 타협, 우울, 수용)
 - 두려움
 - 고독감, 노여움
- 공감적 경청/지지상담, 삶의 희망 고취

사회적

- 사회적 위치의 상실
- 수입의 단절
- 친지 및 친구방문 중단
- 삶의 만족 저하
- 가족문제/ 유산상속

→ 정보적 지지, 실제적 도움, 지역사회 자원연계

영적

- 인생의 의미에 대한 의문
 - 고통의 의미, 죄의식
 - 신의 존재 추구
 - 미래의 불확실성
 - 생사관에 대한 고민
- 영적 요구 파악, 삶과 죽음의 의미 찾기, 종교의식 지원, 인간관계 회복 중재



생애말기 돌봄을 위한 간호사의 역할

- 신체적 증상 및 고통의 최소화로 안위 증진
- 죽음에 대한 두려움을 극복할 수 있도록 지지
- 준비된 죽음으로 삶을 마무리할 수 있도록 지원
- 남은 기간 동안 삶의 의미를 발견하고 실현할 수 있도록 도움

호스피스전문기관 지정현황

호스피스 전문기관 지정 현황 (2022.10.12 기준)

구분	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
입원형 호스피스 기관수(개소)	19	40	42	46	56	54	57	66	77	81	84	88	86	88	88
입원형 호스피스 병상수	282	633	675	755	893	867	950	1,100	1,293	1,337	1,358	1,416	1,405	1,470	1,501
요양병원 호스피스 기관수(개소)*	-	-	-	-	-	-	-	-	12	11	14	12	11	11	8
요양병원 호스피스 병상수*	-	-	-	-	-	-	-	-	132	124	184	161	141	140	94
가정형 호스피스 기관수(개소)	-	-	-	-	-	-	-	-	21	25	33	39	38	39	37
자문형 호스피스 기관수(개소)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20	25	27	33	33	37
소아청소년 완화의료 기관수(개소)*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	4	7	9	10
총 기관수(개소) (중복제거)	19	40	42	46	56	54	57	66	110 (89)	138 (98)	157 (105)	168 (109)	168 (107)	171 (109)	170 (107)

* 시범사업시행 중

호스피스 서비스 이용률

연도별 호스피스 서비스 이용률

해당년도	연 신규 이용 전체 환자수 (1)	연 신규 이용 암 환자수 (1)	국내 암사망자수 (2)	암사망자 대비 호스피스 서비스 이용률 (3)	호스피스사업 대상질환 사망자수 (2)	호스피스사업 대상질환 사망자 대비 호스피스 이용률 (4)
2008	5,046	5,046	68,912	7.3%	68,912	7.3%
2009	6,365	6,365	69,780	9.1%	69,780	9.1%
2010	7,654	7,654	72,046	10.6%	72,046	10.6%
2011	8,494	8,494	71,579	11.9%	71,579	11.9%
2012	8,742	8,742	73,759	11.9%	73,759	11.9%
2013	9,573	9,573	75,334	12.7%	75,334	12.7%
2014	10,559	10,559	76,611	13.8%	76,611	13.8%
2015	11,504	11,504	76,855	15.0%	76,855	15.0%
2016	13,662	13,662	78,194	17.5%	78,194	17.5%
2017	17,333	17,317	78,863	22.0%	86,593	20.0%
2018	18,120	18,091	79,153	22.9%	86,791	20.9%
2019	19,795	19,772	81,203	24.3%	88,348	22.4%
2020	18,925	18,893	82,204	23.0%	88,975	21.3%

호스피스완화의료_돌봄의 연속성 강조

세계적인 경향(institute of Medicine의 정의) : 돌봄의 연속성 강조



참고: Amanda, Briseboris, & Puneeta (2015). Working with palliative care services.

Emanuel, Gunten, & Ferris (2003). The Education for Physicians on End-of-life Care(EPEC) Curriculum.

호스피스 환자와 가족의 의사소통

Mutual pretense :

환자와 가족들이 죽음과 임종에 관한 주제에 대해 나누기를 꺼리는 현상

- 환자와 가족이 예후에 대해 알고 있는 것이 다르고,
- 가족들은 환자의 예후에 대해 이야기 나누는 고통을 줄이기 위한 방법으로 의사소통을 회피

→ 가족은 환자의 의견을 알지 못해 불확실성과 불안 경험

효과적인 의사소통은 역경의 상황에서 더욱 중요!

환자와 가족들이 명확한 의사소통을 할 때

질병 기간동안 더욱 친밀해지고 사별에 더 효과적으로 적응할 수 있음(임종에 대한 계획을 미리 준비)

말기암환자의 버킷 리스트_엔딩노트(Ending Note)

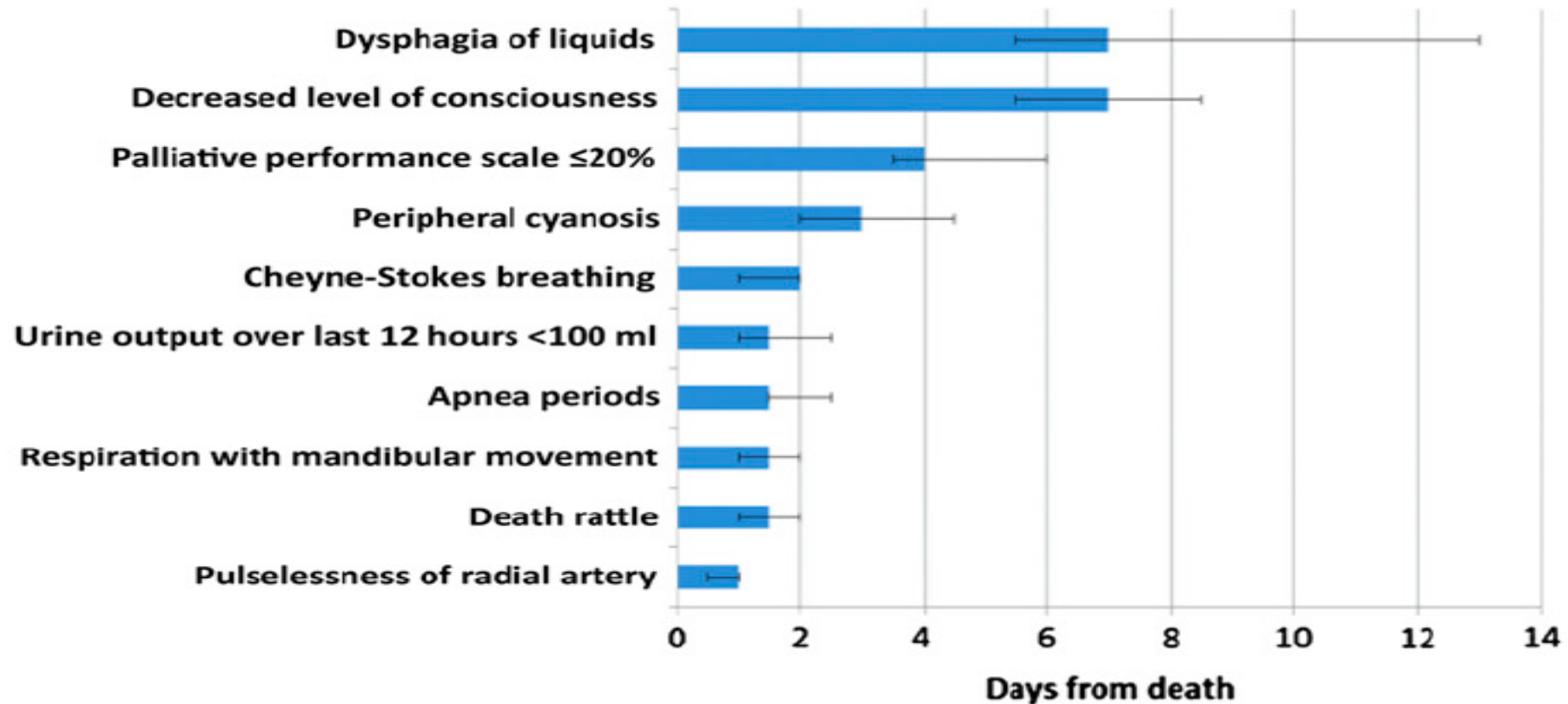


1. 평생 믿지 않았던 신을 한번 믿어보기
2. 손녀들 머슴 노릇 실컷 해주기
3. 찍어주지 않았던 야당에 표 한번 주기
4. 꼼꼼하게 장례식 초청자 명단 작성하기
5. 소홀했던 가족들과 여행가기
6. 장례식장 사전 답사하기
7. 손녀들과 한번 더 힘껏 놀기
8. 나를 닮아 꼼꼼한 아들에게 인수인계하기
9. 이왕 믿은 신에게 세례 받기
10. 쑥스럽지만 아내에게 사랑한다고 말하기

생애말기 돌봄(End of Life Care)_삶의 질 향상

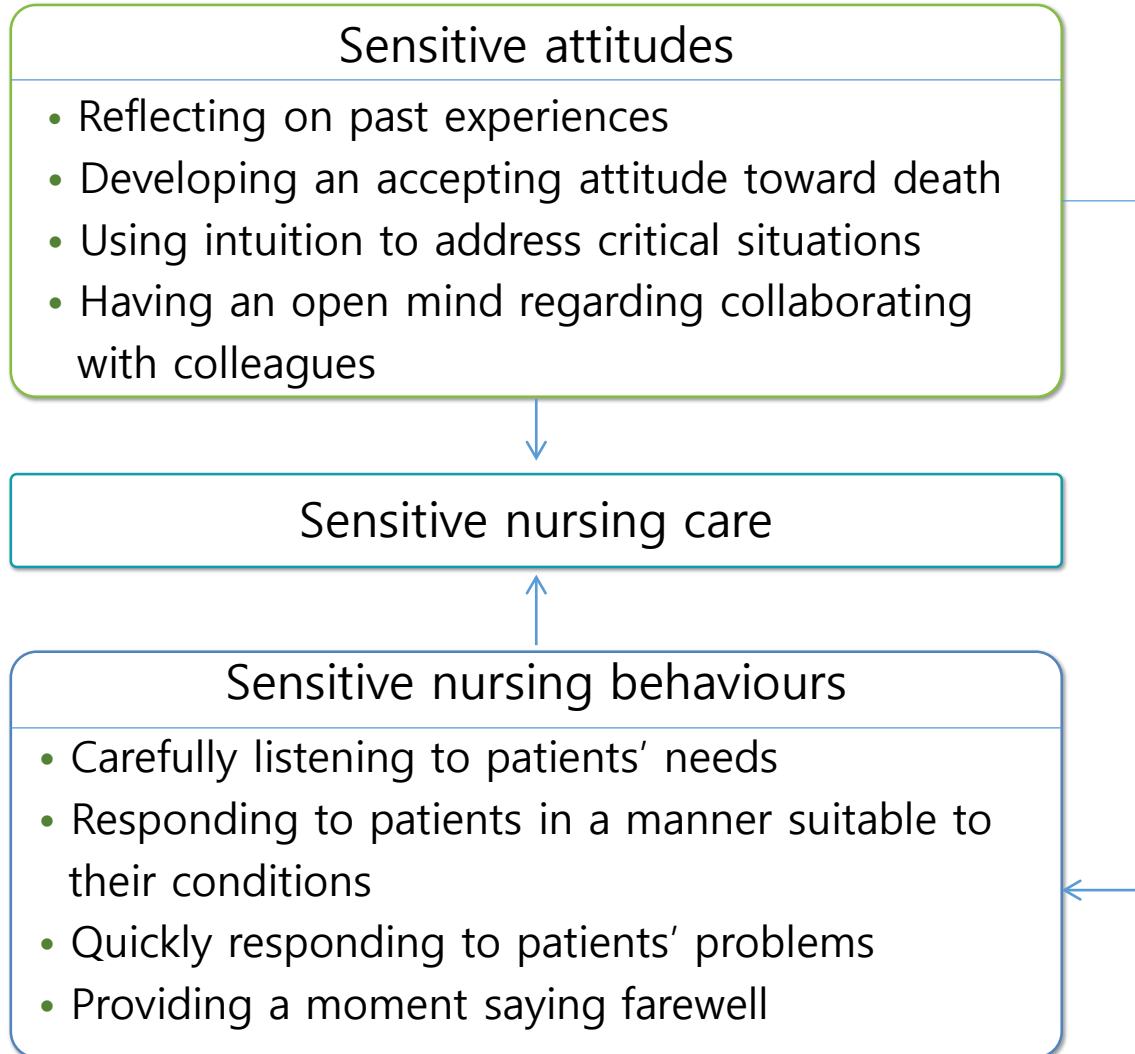
- 사례 1: 구○○(여/90) 식도암
- 사례 2: 한○○(여/83) 폐암
- 사례 3: 오○○(남/61) 폐암, 척추전이

임종기 증상 출현부터 잔여생존기간

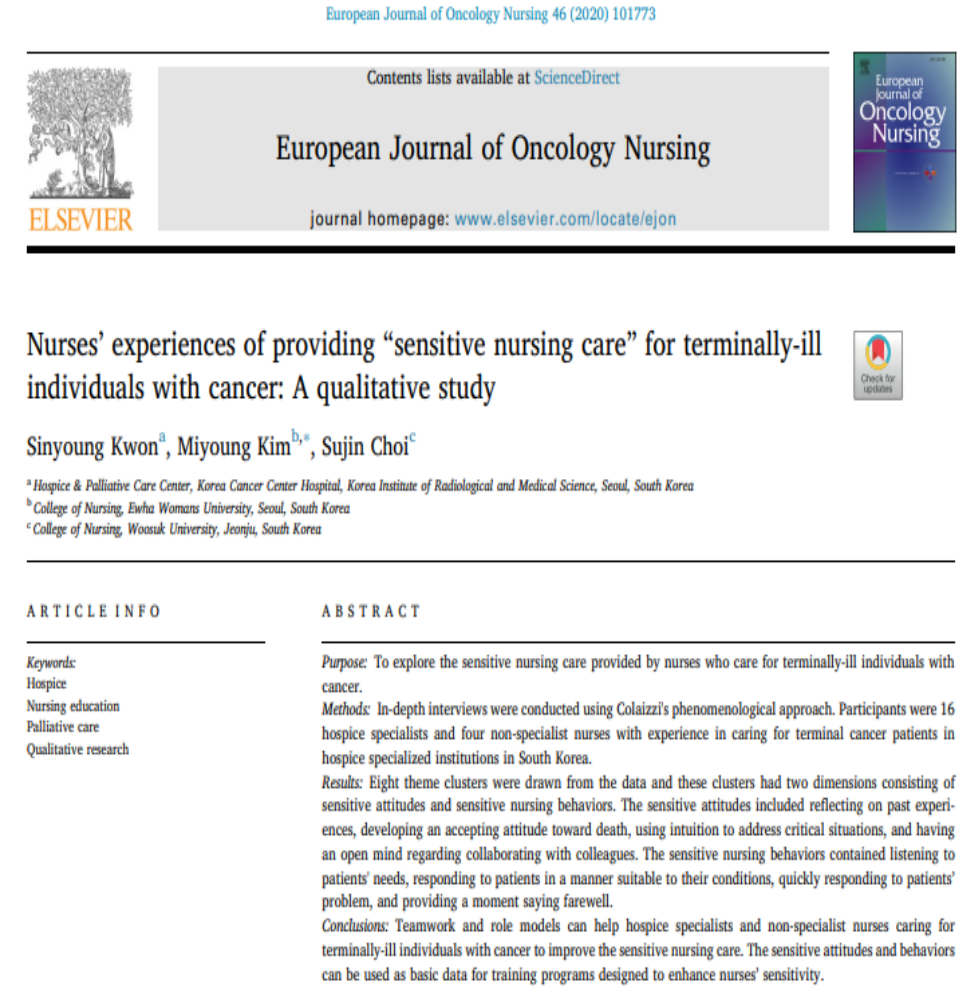


출처: Hui, D., dos Santos, R., Chisholm, G., Bansal, S., Silva, T. B., Kilgore, K., ... & de Almeida Leite, R. (2014). Clinical signs of impending death in cancer patients. *The oncologist*, 19(6), 681-687.

호스피스 간호사의 민감한 간호경험



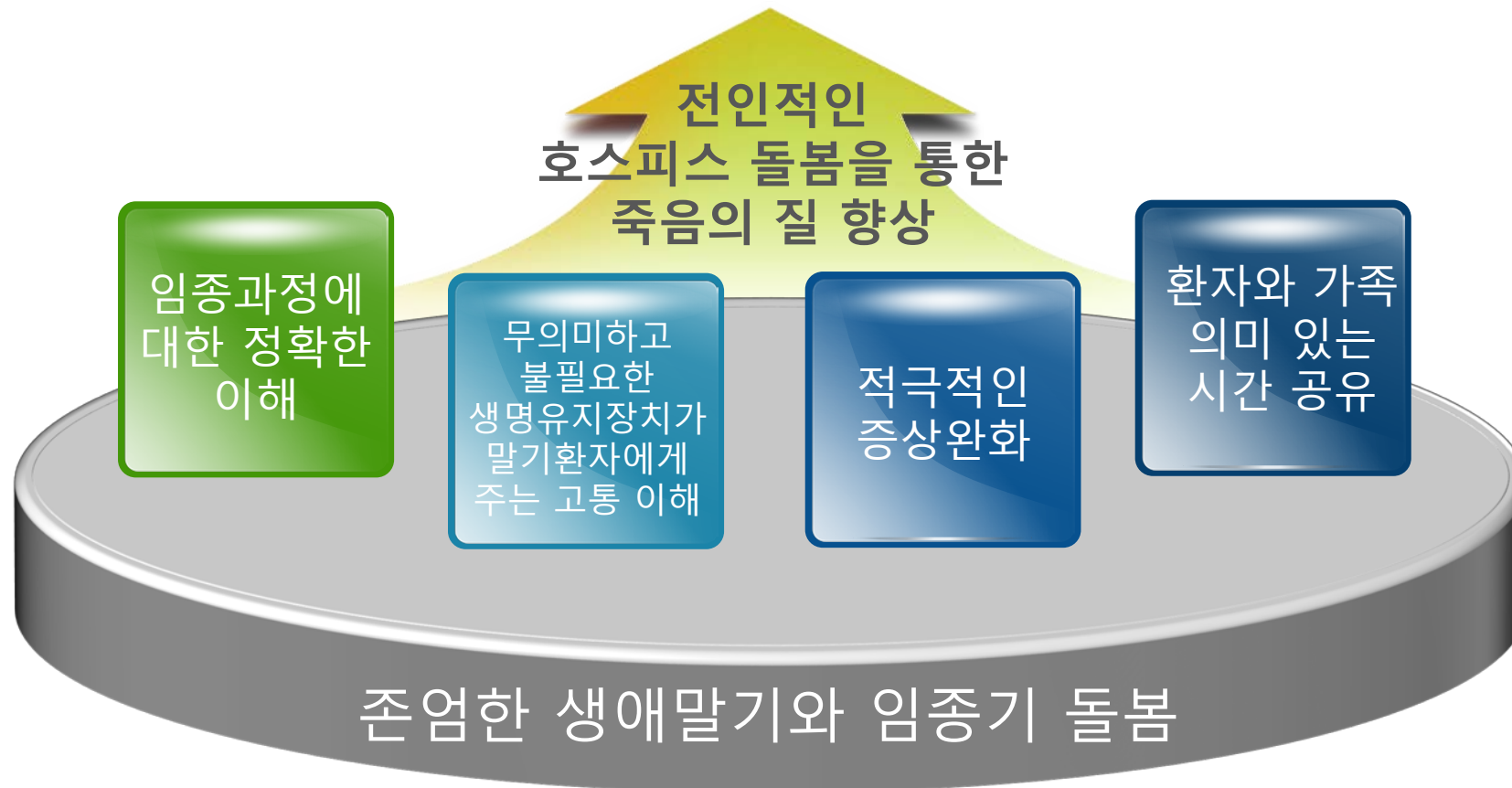
The fundamental structure of the sensitive attitudes and behaviours exhibited by nurse caring for terminally-ill individuals with cancer



출처: Kwon, S., Kim, M., & Choi, S. (2020). Nurses' experiences of providing "sensitive nursing care" for terminally-ill individuals with cancer: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 46, 101773.

인간의 품위 있는 죽음

인간은 자신의 존엄성을 유지하면서 품위 있는 죽음을 맞이할 권리가 있음.
존엄한 죽음을 위해서 질 높은 생애말기 돌봄이 선행되어야 함



Thank You!



Announcement 1



- 학술대회 만족도 조사 링크:

<https://naver.me/Gisy9tQe>



Announcement 2



- **참가확인증과 등록영수증 발급:**
 - **홈페이지 회원** : 학회 홈페이지(<http://nursingethics.co.kr>) 로그인 후 [마이페이지-사전등록현황-영수증 및 참가확인증 - 출력/다운로드]를 통해 개별적으로 발급
 - **홈페이지 비회원** : 행사 종료 후 개별적으로 신청:
<https://naver.me/Fni2aUAZ>
➡ 참석자 명단 확인 ➡ 이메일 발송



Announcement 3



- 한국간호윤리학회지 원고모집 안내
 - 한국간호윤리학회지 2월, 8월 출간
 - 한국간호윤리학회지 제3권 1호에 여러분의 귀한 옥고를 모집하오니 많은 관심과 투고 바랍니다.
 - 원저 논문 뿐 아니라 논평, 종설도 가능합니다.
 - 논문투고사이트 <http://submission.nursingethics.co.kr/Login>



한국간호윤리학회
The Korean Society for Nursing Ethics

폐회



THANK YOU

한국간호윤리학회
(nursingethics.co.kr)



◦ **연명의료결정제도란?** 임종과정에 있는 환자가 무의미한 연명의료를 시행하지 않거나 중단할 수 있는 기준과 절차를 정립하여, 국민이 삶을 존엄하게 마무리 할 수 있도록 도와주는 제도입니다.



◦ 연명의료결정제도 관련 의료인 대상 교육 안내

국립연명의료관리기관에서는 의료기관 종사자를 위한
연명의료결정제도 기본 및 심화교육을 온택트 방식으로 진행하고 있습니다.

※ 국립연명의료관리기관은 대한의사협회 인정 연수교육 기관으로서,
본 교육 수료 시 연수교육 명정이 인정됩니다. (기본교육 2점 / 심화교육 3점)

연명의료결정제도 교육일정, 신청 등 문의

교육포털 www.lst.go.kr/edu
교육문의 02-778-7595



교육포털 QR

연명의료결정제도에 관해 궁금하시다면?  국립연명의료관리기관 ☎ 1855-0075 🏠 www.lst.go.kr