

연명치료 행위의 중단에 관한 윤리적 고찰*

(서울서부지방법원 민사 제12부의 2008년 11월 28일 판결을 중심으로)

이동익**

2008년 11월 28일 서울 서부지방법원 민사 제12부(재판장 김천수)는 10개월 가까이 식물 상태의 환자로 인공호흡기에 의존해 연명하는 김 모(76세, 여)씨¹⁾와 관련한 소송에서 “회복 가능성이 없어 치료가 의학적으로 무의미하고 환자가 치료 중단을 원하는 것으로 추정된다면, 환자의 자기 결정권에 의해 병원은 인공호흡기를 제거해 달라는 요구에 응할 의무가 있다.”²⁾고 판결하였다.³⁾

이 판결 이후 국내의 거의 모든 언론은 매우 신속하게 법원이 의학적으로 회생 가능성이 없는 환자의 생명 연장 치료를 중단하고 존엄하게 죽을 권리를 인정했다는

취지의 기사를 매우 비중 있게 다루었고, 의학계에서는 이를 계기로 회생 불가능한 환자의 치료 중단에 관한 법적, 제도적 장치 필요성을 제기하고 나섰다.

그러나 이번 판결이 일부 언론이 보도하고 있는 것처럼 재판부가 소극적 안락사를 인정했다거나 환자의 죽을 권리가 받아들여졌다거나 하는 식의 의미로 사회 여론을 끌고 간다면, 사실상 많은 혼란과 논란이 예상된다. 뿐만 아니라 ‘인간의 생명을 인간이 끝나게 할 수 있는가?’에 대한 논란도 크다. 환자가 자신의 의사를 명확히 밝히지 않은 상태에서 재판부가 환자의 청구권을 인정한 근거로

* 이 논문은 경동송천재단의 지원으로 작성되었으며, 2008년 12월 22일 국회의원 변웅전, 이영애 의원이 주최한 국회 세미나 ‘안락사와 존엄사’에서 필자가 발표한 내용을 일부 보완하여 작성된 논문이다.

** 가톨릭대학교 의과대학 인문사회학과 교수. 신부. 02-590-7840. donglee@catholic.ac.kr

1) 이 환자는 2008년 2월 서울의 한 병원에서 폐암 진단을 받기 위해 기관지 내시경으로 조직검사를 받다가 출혈로 인한 뇌 손상으로 식물인간 상태에 빠졌고, 그로부터 석달 후 자녀들은 이 환자에게서 수분이라든가 영양을 공급하는 행위, 정상적인 간호, 일상적인 투약 등의 기본적인 치료 행위는 물론 생명연장치료행위로서의 인공호흡기를 제거해 달라며 해당 병원을 상대로 소송을 청구하였다.

2) 「사건 2008가합6977 무의미한 연명치료장치제거 등」에 대한 서울서부지방법원 제12민사부 판결문 참조.

3) 다음은 소송 일지이다.

△2008년 2월 18일 김 모(여·75) 할머니, 폐렴 여부 확인 위해 기관지 내시경 검사 중 식물인간 상태에 빠짐

△5월 9일 가족, 서울서부지법에 무의미한 연명치료 중지 가처분 신청

△5월 10일 가족, 존엄사 관련법이 없는 것은 헌법 위배라는 헌법소원 제기

△6월 2일 가족, 병원을 상대로 서울서부지법에 민사소송 제기

△7월 10일 서울서부지법 민사 21부(부장판사 김건수) 가족의 연명치료 중지 가처분 신청에 대해 기각 결정

△9월 1일 서울 서부지방법원 민사 12부(부장판사 김천수), 병원 현장 검증

△10월 8일 재판부, 서울대병원과 서울아산병원에 환자 신체에 대한 감정을 의뢰

△11월 6일 공개 변론

△11월 28일 1심 선고공판

한국의료윤리학회지 제12권 제1호(통권 제21호): 2009년 3월

삼은 것이 “김씨가 현재 의식이 없더라도 ‘안 좋은 일이 생겨 소생하기 힘들더라도 호흡기는 끼우지 말라’는 김씨의 평소 발언이나 생활 태도, 기대 생존기간 등을 종합해 볼 때, 의식이 있었다면 치료를 거부했을 것으로 추정할 수 있다.”⁴⁾는 것인데, 이런 경우 추정 동의에 따른 인공호흡기 제거 명령은 윤리적으로 가능한가에 대해서도 의견이 분분하다.

이번 판결이 우리 사회에 고통 중에 있는 말기 환자에게 진정으로 필요한 것이 무엇인가에 대한 관심을 불러일으킨 것만은 사실이다. 유감스럽게도 오늘날 난치성-만성적 질환이나 말기 질환의 환자들이 겪는 심각한 고통 앞에서 무엇이 그들에게 인간적인 품위를 제공하는 것이며, 그들에게 인간적 삶은 과연 무엇인가라는 진지한 성찰은 소홀한 채, 단지 의료 현실, 경제적 사정과도 같이 환자 외의 조건들에 의해 이러한 논의가 진행되는 것이라면 이 논의는 일고의 가치도 없을 것이다.

우리의 논의는 위 재판부의 판결이 우리 사회에 던져준 파장과 관련하여 몇 가지 쟁점 사안에 대한 윤리적 입장을 밝히는 데에 집중할 것이다. 물론 이 논문은 의료사고에 대한 의료인의 직업윤리를 다루는 것은 아니다.⁵⁾ 무엇보다도 존엄사, 소극적 안락사, 연명치료 중단 등과 같이 판결 내용과 관련하여 논란이 되고 있는 용어들의 정확한 의미, 환자의 치료받을 권리와 치료를 거부할 권리에 대한 자기 결정권의 윤리적 의미에 대해 다룰 것이다. 그리고 이와 관련한 추정동의 수용에 대한 윤리적 문제들을 다루는 가운데, 환자의 인간적인 품위가 존중되는 죽음이 어떠한 죽음이며, 이를 위해 무의미한 연명치

료의 중단이 어떠한 윤리적 의미를 갖는가에 대해서 다루게 될 것이다.

1. 용어 문제

이번 판결을 이끈 김천수 부장판사는 한 언론과의 인터뷰에서 이렇게 말한다. “이번 판결은 전체적인 안락사를 인정한 것이 아니라 무의미한 생명연장 장치의 제거에 손을 들어준 것이다.”⁶⁾ 그러나 일부 언론에서는 이에 대해 ‘소극적 안락사’를 허용한 판결,⁷⁾ 자기운명결정권을 생명권보다 우선시한 판결⁸⁾이라고 기사화하면서 이번 판결을 안락사를 허용한 판결으로 호도하고 있는 듯한 인상을 주기도 한다. 자칫 이번 판결을 둘러싸고 논란이 되고 있는 개념들의 오해로 인해 우리 사회가 안락사 등 생명에 대한 잘못된 판단을 허용할 것이라는 우려를 갖게 한다. 재판부의 판결 의도는 명백히 연명치료의 중단이지 안락사에 대한 어떠한 의도도 갖고 있지 않기 때문에 이를 설명하기 위해 무엇보다도 용어에 대한 정확한 이해가 우선이다.

1) 안락사 개념 이해

안락사의 본래 개념은 어원적으로 ‘편안한 죽음’ 혹은 ‘행복한 죽음’⁹⁾의 의미를 지니지만 오늘날에는 노령이나 어떤 신체적인 장애 혹은 불치의 병으로 고통받는 사람들이 의도적으로, 주위의 도움을 받아 죽음에 이르는

4) 「사건 2008가합6977 무의미한 연명치료장치제거 등」에 대한 서울서부지방법원 제12민사부 판결문.

5) 이 사건의 소송 일지에 따르면 환자의 폐결 여부를 확인하기 위하여 내시경 검사를 하던 중에 의식을 잃고 식물 상태에 빠졌다고 한다. 이에 대해 의료사고에 여부에 대한 논란도 크다. 그러나 이 논문에서는 의료사고와 관련한 윤리 문제를 다루지는 않는다.

6) 중앙일보 2008년 11월 29일.

7) 연합뉴스 2008년 11월 28일자 참조.

8) 서울신문, 2008년 11월 29일자 참조.

9) ‘안락사’(Euthanasia)라는 단어는 희랍어 ‘eu’(아름다운, 기쁜)와 ‘thanatos’(죽음)의 합성어로서 ‘아름답고 존엄한 죽음’, ‘고통 없이 빠른 죽음’, ‘잠자는 것과 같은 평화로운 죽음’, ‘기쁜 죽음’ 등의 뜻을 내포하고 있다. 문국진, 생명윤리와 안락사. 어문각, 1982 : 131 참조.

행위로 이해된다.¹⁰⁾ 곧 안락사 개념은 고통 중에 있는 사람이 겪고 있는 고통을 종식시키기 위한 '안락 살해'와 동일한 의미가 되어 버린 것이다. 안락사에 대한 어떤 사회 분석은 생물학적 생명이 회복 불가능한 상태에서 의식이 없는 경우나, 또는 불치이면서 인내하기 어려운 육체적 고통으로 사회생활이 의미 없고 불가능하게 되면서 삶의 의미조차 느낄 수 없을 정도의 절망적인 경우에, 혹은 어떤 신체적 결핍 때문에 가족이나 주위 사람들에게 과도한 부담을 주면서 공동체적 존재로서의 자격이 상실될 경우에는 스스로 죽음을 앞당기더라도 전혀 문제 되지 않는다는 합리주의적 사상이 발단이 되어 구체적인 행동으로 옮겨진 것이라고 결론 내리기도 한다.¹¹⁾ 따라서 오늘날 이해되는 안락사의 개념은 이전과는 달리 "모든 고통을 제거하기 위하여, 의도를 가지고 죽음을 초래하는 행위 또는 부작위(不作爲)"¹²⁾로 이해된다. 곧 안락사의 관계조건은 사용된 방법과 지향 의지에서 인지되는 것이다.

일반적 의미에서의 안락사는 통상적으로 적극적 안락사와 소극적 안락사, 두 가지로 구분할 수 있다. 전자는 물리적 혹은 화학적 방법으로 직접 죽음을 초래케 하는 것이고, 후자는 환자에게는 누구에게나 통상적으로 시행되어야 하는 일반 주지(周知)의 의료 행위를 중지함으로써 환자를 죽음에 이르게 하는 소극적인 방법으로 이루어진다.¹³⁾

2) 소극적 안락사

이 용어의 올바른 이해가 이번 판결을 안락사로 간주할 것인가 아닌가를 판단하는 핵심적인 열쇠가 될 것이다.

의학계에서는 일반적으로 소극적 안락사를 존엄적 안락사(Euthanasia with Dignity) 혹은 존엄사(Dying with Dignity)와 같은 의미로 사용하기도 한다. 곧 죽음을 앞둔 말기 환자에게 적극적인 치료 행위를 중지함으로써 죽음이 초래되는 경우를 말하는데, 이 경우는 환자의 죽음이 확실하게 예상될 때 단지 더 이상 치료를 하지 않는다는 의미이지, 죽도록 그대로 방치해 둔다는 의미는 아니라는 것이다.¹⁴⁾

그러나 이미 언급했듯이 안락사라는 개념을 정의하는데 있어서 '행위자가 죽음을 의도했는가'에 초점이 맞춘다고 할 때, 치료의 수단이 적극적인 것이든 혹은 소극적인 것이든 환자의 죽음이라는 의도를 가지고 치료를 중단한다고 한다면 그것은 엄밀한 의미에서 안락사의 범주에 속한다고 보아야 할 것이다. 그러나 환자의 치료를 위하여 최선의 의료적 노력을 다했지만 결국 회피할 수 없는 죽음이 임박했다면, 다시 말해 이제 또 다른 치료 방법이 없다는 의료적 및 양심적 판단 아래 이제 더 이상의 적극적인 치료를 받지 않겠다는 환자의 결정은 안락사로 이해되어서는 안된다.¹⁵⁾ 그러므로 다음과 같은 행위들을 안락사 개념에 포함시켜 이해해서는 절대로 안된다.¹⁶⁾

10) Cfr. Jeremiah J McCarthy & Judith A Caron, Medical Ethics: A Catholic Guide to Healthcare Decisions, St.Louis, 1990 : 73~74. 곧 안락사 개념은 고통 중에 있는 사람이 겪고 있는 고통을 종식시키기 위한 '안락 살해'와 동일한 의미가 되어 버렸다. 참조: 교황청 신앙교리성, 「안락사에 관한 선언」(1980, 5, 5), 사목 1980 : 71 : 127; 김학중, 안락사, 한국가톨릭의사협회 편, 의학윤리, 수문사, 1984 : 248 ; 교황청 사회복지평의회(이하 COR UNUM), 중환자와 임종환자에 관한 윤리문제, 사목 1981 : 78 : 127.

11) 문국진, 앞의 책, 1982 : 250 참조.

12) 교황청 신앙교리성, 앞의 글, 1980 : 129 참조; 문국진, 앞의 책, 1982 : 114. "인간 생명이 불가역적인 죽음의 방향에서 인식되었을 때 합리주의적인 발상에 의해 이를 인위적으로 단축시켜 죽음에 이르게 하는 인간 행위"

13) 김학중, 앞의 책, 1984 : 250 참조.

14) 김학중, 앞의 책, 1984 : 250 참조.

15) 「안락사에 관한 선언」은 이와 관련하여 이렇게 언급한다 : "사용되는 수단에도 불구하고 회피할 수 없는 죽음이 임박할 때, 불확실하고 고통스러운 생명의 연장을 보호해 줄 뿐인 치료법을 거부할 수 있는 결정은 양심 안에서 허용된다. 단, 유사한 병증의 환자에게 요구되는 정상적인 간호는 중단되지 않아야 한다. 이러한 상황 안에서, 위험 중에 있는 사람을 돕지 못한 일로 의사가 자책할 이유는 없다." 물론 이 경우에서 결정의 주체는 의사가 아니라 환자 자신이다.

16) Cfr. COR UNUM.

한국의료윤리학회지 제12권 제1호(통권 제21호): 2009년 3월

a. 환자의 조건으로 보아 이미 필요하지 않은 것으로 보이는 특정한 의료행위들을 그만두기로 하는 환자의 결정. 전통적 표현으로 말하자면 '예외적 요법을 포기하는 결정'이라고 하겠다. 이것은 그러므로 환자가 자신의 죽음을 선택하는 결정을 의미하는 것이 아니라, 사려와 분별에 근거한 합리적인 과정에 따라 적절하게 기술적인 수단을 사용하는 것을 배제하는 것은 아니다.

b. 환자의 생명을 단축할지도 모르는 위험이 있으나 환자의 고통을 덜어주기 위하여 취하는 행위. 이런 성격의 행위는 의사의 사명에 속하는 행위다. 질병을 치료하거나 생명을 연장하는 것만이 아니라 또한 - 훨씬 더 일반적으로 - 환자를 돌보아주고 고통을 덜어주는 것도 의사의 소명인 것이다.

그러나 환자가 병환의 마지막 단계를 잘 견뎌낼 수 있도록 도와주는, 마지막 배려에 포함되는 행위들, 예컨대 수분공급, 영양공급, 간호, 마사지, 일상적 투약, 환자와의 대화 등은 중단되어서는 안된다. 이러한 행위들을 중단하는 것은 최소한의 인간적 품위를 거스르는 것으로밖에 여겨지지 않으며, 이러한 행위들의 중단이 곧 의도적, 부작위에 의한 죽음이라는 관점에서 소극적 안락사로 분류될 수 있을 것이다.

3) 존엄사

최근 이 용어의 사용이 매우 혼란스럽다. 앞에서 언급했듯이 존엄사는 때로는 존엄적 안락사 혹은 소극적 안락사를 포함하는 의미로도 사용되었지만, 최근의 논의

에서는 소극적 안락사의 의미를 배제하고 오직 희생 불가능한 환자에게 사용되는 공격적 치료, 혹은 연명치료를 중단함으로써 결과되는 자연적인 죽음을 의미하는 것으로도 사용되기도 한다.

치료 수단의 중단 혹은 포기 문제는 당연히 인간 존엄성에 대한 강조와 직접 관련된다. 곧 인간은 이 지상에서 특별한 존재로서 다른 존재와는 달리 단순히 '살아 있다'는 것만으로는 의미가 없으며, 오히려 자유 의지와 이성을 지닌 인격체로서 자기의 생존 또는 행위의 의미를 이해하고 자유로이 자기 나름대로의 생존 방법을 택할 수 있다는 데 인간으로서의 의미를 갖는다는 관점이다. 따라서 인간 생명은 단지 생명이 붙어있기 때문에 가치가 있는 것이 아니라 인격적인 삶을 실현하는 능력이 있기 때문에 의미가 있고 존중할 가치가 있다는 것이다. 따라서 만일 그러한 능력이 없고 인격의 표지는 찾아볼 수 없는, 단순한 생물학적 생명만을 지닌 식물인간¹⁷⁾과 같은 존재라면 비록 인간의 외형을 지녔으나 특별한 가치는 부여하기 어렵고, 인간적인 존엄을 가졌다고 할 수 없기 때문에 그러한 상태를 계속 유지하는 것이 오히려 인간으로서의 존엄성을 거스른다는 것이다.¹⁸⁾

존엄사를 이러한 관점에서, 식물 상태의 환자에 대한 치료를 중단하는 것으로 이해한다면 이는 명백히 존엄사도 안락사의 범주에 속한다고 보아야 한다.¹⁹⁾ 그러나 단순히 희생 불가능한 환자의 회피할 수 없는 죽음이라는 인간적 조건을 수용하는 관점에서의 기계 장치에 의한 연명치료의 중단 행위라면 이는 안락사와는 다르게 이해되어야 한다.

17) '식물인간'이라는 표현은 '식물상태의 환자'의 잘못된 표현이다. 그러나 여기서는 우리 사회에서 일반적으로 사용하고 있는 그대로의 용어를 사용하겠다.

18) 문국진, 앞의 책, 1982 : 121-122 참조.

19) 식물인간의 경우, 비록 의식은 없지만 자발적 호흡이 가능하고, 생리적 기능으로서 자발적인 소화 기능이 있으면, 곧 기계 장치에만 의존하여 생명을 유지하는 경우가 아니라면, 영양 공급이라든가 정상적인 투약을 비롯한 정상적인 간호 행위는 중단되어서는 안된다. 식물인간이기 때문에 영양분 공급을 중단한다면 이는 환자를 굶어 죽게 하는 것과 다를 바 없다.

2. 환자의 치료받을 권리와 자율성 존중

환자의 사망을 직접적으로 초래하는 치료 중단에 관한 의사의 의무와 관련한 재판부의 판결 요지를 들여다 보면 “인공호흡기를 제거하면 곧바로 사망에 이르게 되는 환자가 인공호흡기를 제거할 것을 요구하는 경우, 의사는 원칙적으로 생명의 보호를 위한 응급 의료에 관한 법률 등 관계 법령에 의하여 호흡기를 제거하여서는 아니될 의무가 있으므로 의사는 환자의 인공호흡기 제거 요구에 원칙적으로 응할 의무가 없다”²⁰⁾고 명시되어 있다. 곧 우리나라의 실정법이 의사에게 우선적으로 환자의 생명을 보호할 것을 의무적으로 요구하고 있으며, 이는 환자의 생명권이라는 기본적인 권리에서 연유된다. 이는 무의미한 생명연장이라는 특수한 상황에 대해 언급하는 것이 아니고, 일반적인 의미에서 환자는 자신의 생명권 유지를 위해 치료받을 권리를 갖는다는 기본 인식에서 의사의 의무를 언급한 것으로 여겨진다.

그렇지만 실제로 우리들 논의에서 핵심적 쟁점은 환자의 치료받을 권리가 존중되었는가에 관한 것이다. 재판부의 인공호흡기 제거 판결이 환자의 기본권이라고 할 수 있는 생명권, 치료받을 권리를 침해했는가에 대한 논란을 제기하고 있기 때문이다.

1) 환자의 치료받을 권리와 인간적 죽음²¹⁾

안락사의 문제는 결국 어떠한 죽음이 품위 있는 죽음이며, 또한 인간적 죽음인가의 문제로 귀결된다. 죽음을 기다리는 말기 환자가 겪는 고통이 환자 자신의 인간적 품위를 떨어뜨리고 그러한 고통 중에 맞게 되는 죽음이 지극히 비인간적이기 때문에, 그 고통을 없이함으로써

품위를 유지하는 가운데 인간적 죽음을 맞도록 할 수 있다는 것은 실로 자명하다. 그렇지만 그 고통을 없애는 방법이 곧 안락사라는 의견에는 결코 동의할 수 없다.

인간은 모든 살아 있는 생명체와 같이 죽음을 앞에 두고 살아가는 존재이며, 또한 그 ‘죽음’ 속에 있는 존재이다. 이러한 죽음이라는 피할 수 없는 실존 앞에서 인간은 ‘인격적 존재’로서 불림을 받았으며, 양심과 자유, 책임감이라는 사람됨의 조건을 실현해 나가면서 각자에게 주어질 삶을 사는 존재이다. 이런 의미에서 ‘인간적 품위’를 지니고 죽는다는 것은 인간 존재에 있어서 매우 중요하고 거절할 수 없는 요소이며, 이는 곧 인간 생명 전체를 요약하는 것이다. 따라서 죽음은 책임성을 갖춘 자유와 의식을 통해서 받아들여져야 하며, 나아가 각자의 고유한 삶을 통해서 받아들여져야 한다. 이러한 의미에서 죽음이란 인간으로서의 존엄성을 지니는 죽음이어야 하며, 죽음에 대해 순응하면서 살아가기를 요구받는 일종의 신앙 행위로까지 이해될 수 있는 것이다.

여기서 비록 죽음을 눈앞에 둔 말기 환자일지라도 정상적인 치료를 받을 권리가 생겨나는 것이며, 이 치료 과정 역시 죽음에 이르는 과정에서의 고유한 인간적 영역을 도와주는 행위가 되는 것이다. 따라서 죽어 가는 사람을 돌본다는 것은 그 사람이 인간적인 품위를 지니고 삶을 마칠 수 있도록 통상적인 치료 행위를 배제하지 않는 도움을 의미하는 것이다. 이러한 의미에서 로마 교황청의 신앙교리성은 다음과 같이 말한다: “모든 사람은 자기 자신의 건강을 돌보아야 할 책임이 있고 다른 사람의 간호를 요구할 의무가 있다. 병자를 돌볼 임무를 지닌 사람들은 양심적으로 간호해야 하며, 필요하고 유용한 의약을 투여해야만 한다. 그러나 모든 경우에 가능한 모든 의약을 사용할 의무는 없다.”²²⁾

20) 「사건 2008가합6977 무의미한 연명치료장치제거 등」에 대한 서울서부지방법원 제12민사부 판결문.

21) 이동익, 안락사와 무의미한 치료행위의 중지, 이동익, 김정우 외 편, 생명공학과 가톨릭윤리, 가톨릭대학교출판부, 2004 : 273-274.

22) 교황청 신앙교리성, 앞의 글, 1980 : 129.

『한국의료윤리학회지』 제12권 제1호(통권 제21호): 2009년 3월

곧 환자는 건강에 도움을 받기 위하여 치료받을 권리가 있다는 점이 제시된다. 모든 인간은 항상 자신의 건강 유지에 필요한 것에 대해서는 으뜸의 권리를 가지므로, 적합한 의료적 도움을 받는 것은 기본적으로 인간의 권리에 속한다는 점을 강조한다.²³⁾

고통 중에 있는 말기 환자에 대한 의료적 도움의 핵심적 목표는 고통의 경감이다. 이는 곧 극심한 고통 때문에 인간으로서의 존엄성을 거스르는 극단적 결정을 피할 수 있도록 돕는 가장 중요한 방법이기도 하며, 말기 환자 가 의식을 가지고 죽음을 맞이할 수 있도록 돕기 위한 최소한의 노력이라고 할 수 있다.

중세의 위대한 철학자이며 신학자인 토마스 아퀴나스는 인간의 행위를, 윤리성을 평가할 수 있는 행위와 윤리성이 평가될 수 없는 행위로 나누어 고찰하였다. 곧 윤리성을 평가할 수 있는 행위에만 선과 악이라는 가치를 부여할 수 있으며, 이 가치 평가에 따라 인간 행위에 대한 윤리성을 평가할 수 있다는 이론이다. 토마스 아퀴나스는 이러한 인간 행위를 인간적 행위(Actus humanus)라고 칭하였으며, 인간의 행위는 이 인간적 행위일 때에만 윤리적 가치를 부여할 수 있다는 것이다.²⁴⁾ 곧 고통 중에 있는 말기 환자에게 있어서 현재 그 환자가 겪고 있는 엄청난 고통이 그 환자로 하여금 정상적인 사고 행위를 가로막고 인간적인 자유의지를 빼앗아 버림으로써 인간적이지 못하게 만들어 버리기 때문에, 그러한 상태에 있는 환자가 인간적인 품위를 되찾고 인간다운 정상적인 의식으로 되돌아오기 위해서는 무엇보다도 그 환자의 고

통을 경감시키는 일이 반드시 요구되는 것이다.

2) 치료 거부와 자율성 존중

(1) 환자의 자기결정권과 자율성 존중

환자의 치료받을 권리의 문제는 동시에 치료를 거부할 권리문제도 함께 포함된다. 일부 언론에서는 재판부가 “환자의 생명권보다 자기운명결정권이 우선”한다는 요지의 판결을 내렸다고 보도하고 있으며, 실제로 재판부는 “자기 생명을 스스로 판단할 헌법상 권리를 인정한 판결”이라고 설명하였다.²⁵⁾ 헌법 제 10조가 “모든 국민은 인간으로서 존엄과 가치를 가지며 행복을 추구할 권리를 갖는다”고 규정하는 것처럼 여기에는 개인의 자기 운명결정권이 전제되어 있고, 그 결정권에는 병을 앓고 있는 환자가 치료를 시작할지, 중단할지를 스스로 결정할 수 있는 권리도 포함되며, 따라서 의사는 응급상황이 아니면 환자의 결정에 반해 치료행위를 해서는 안 된다는 것이다.²⁶⁾

일반적으로 환자들은 도덕적, 법률적으로 의학적 치료를 거부할 권리가 있다. 원칙적으로 정상적인 환자들은 자신의 건강에 대해 우선적인 책임이 있고, 자신의 건강에 관해 의사 결정을 할 수 있다는 의미이다. 비록 그 결정이 어리석은 결정이라 하더라도 환자의 권리는 존중되어야 할 것이고, 의료인들은 환자의 선의를 위해 보충된 것으로 여겨지는 의학적 치료를 받아들일도록 환자로 하여금 용기를 북돋아 주어야 한다. 그리고 거부하는 환

23) 참조: 요한 바오로 2세, 『세계 가톨릭 의사 대회에서 행한 훈화』(1992/10/3), Insegnamenti di Giovanni Paolo II, 1992 XV/3, p.673, n.3.

24) Cfr. Thomas Aquinas, Summa Theologica, I-II, q.6-q.21; G. 달 사쓰, R. 꼬지 편, 이재룡, 이동익, 조규만 옮김, 성 토마스 아퀴나스의 신학대전 요약, 가톨릭대학교출판부, 1995 : 140-150. 윤리성 평가의 대상이 되는 인간적 행위는 그 구성 요소로서 의식과 자유의지, 윤리적 판단 능력을 요구한다. 의식이란 인간적 행위의 지적 요소이며, 이러한 지적 요소로서의 인식과 함께 의지는 원하거나 원치 않는 방향으로 결정을 내리게 된다. 두 번째 요소는 의지적 요소로서의 자유의지이다. 인간적 행위는 의지적 행위이기 때문에 자유로운 행위이다. 곧 의지를 충족시키는 행위이며, 이 의지의 작용이 곧 지향이다. 이 지향은 수단들을 목적으로 질서 지운다. 의지는 심사숙고를 통해 수단들을 선택하고, 이 선택에 동의함으로써 수단의 사용으로 나아간다. 인간이 이러한 과정을 거쳐, 즉 자유의지로 동의하여 취한 행동은 책임이 수반되며 윤리적 가치를 지니게 된다. 세 번째 요소는 윤리적 의식과 그에 따르는 판단이다. 인간은 인식과 자유의지를 통하여 윤리적 당위성을 인식하고 스스로에게 윤리적 의무와 책임을 부과하게 된다. 이러한 윤리적 소양은 타고난 것으로, 성장 과정에서의 교육과 표양을 통하여 개발되고 발휘되는 것이다.

25) 인터넷 뉴스 드림위즈, 2008년 11월 29일자 참고.

26) 같은 곳.

자에게 치료를 강요해서는 안된다.

그러나 만일 환자의 거부가 자살적 동기, 곧 죽음을 선택하겠다는 동기에서 비롯된 것이라면 상황은 다르다. 그러한 동기로 치료를 거부하는 사람은 자신의 삶을 끝내려고 적극적으로 개입하는 사람과 마찬가지로 자살적이 되고 마는 것이다. 예를 들어 만일 누군가가 자살을 의도로 약물 과다복용을 했다면, 약물과다복용과 그 이후의 위세적 거부는 둘 다 자살적인 것이다.²⁷⁾

여기서 환자의 권리란 환자의 자율성이 존중되어야 한다는 의미에서의 권리로 해석될 수 있다. 의료윤리의 주요 원리로서의 '자율성 존중의 원리'에 따라 환자는 건강한 삶을 위해 치료받을 권리가 있고, 다른 한편으로 때로는 치료를 거부할 권리도 존중된다는 의미이다.²⁸⁾ 그런데 위에서 언급한 환자의 권리 보호에서 자살적인 동기에서의 치료 거부도 존중되어야 하는가의 문제에서 우리는 자율성의 의미를 숙고함으로써 이 문제에 대한 해답을 찾을 수 있을 것이다.

(2) 자율의 의미²⁹⁾

이 개념은 칸트 윤리학의 중심개념이다. 칸트에 의하면 종래의 윤리학은 도덕률을 신의 의지나 행복을 구하는 자연적 충동이나, 이타적인 도덕적 감각 그리고 자기의 완전성에의 요구 등을 근거로 하고 있으며 의지를 규정하는 법칙을 의욕의 대상에서 주어지는 타율이라고 한

것에 대하여 자율이라는 것은 의지 그 자체가 자기 자신에 대한 법칙인 의지의 성질이며 구조라고 한다.³⁰⁾ 따라서 칸트는 그의 『실천이성비판』에서 “의지의 자율은 모든 도덕률과 여기에 따르는 모든 의무의 유일한 원리가 되며 …… 그러므로 도덕률이란 순수 실천 이상의 자율성, 즉 자유로부터 드러나는 자율성을 표현할 뿐이며, 자율은 그 자체로 모든 준칙의 형식적 조건이고, 이 준칙에 의거, 자율은 오로지 최상의 실천 법칙과 일치할 수 있다.”³¹⁾고 주장하는 것이다.

이러한 의미의 자율 개념에 의해 이루어지는 자율적 행위란 결국 어떠한 외적 강제도 개입되지 않는 행위자 스스로의 결정에 의한 행위가 되며, 행위자 자신의 욕망이나 충동까지도 전혀 개입되지 않는, 합리적이고 자유로운 선택에 의해 이루어지는 행위가 된다. 곧 자율적 행위자는 자신의 행위를 위해 스스로 법을 처방하는 입법자가 되며, 따라서 타자에 의한 강요에 절대로 타협하지 않는 행위이어야만 자율적이라고 할 수 있는 것이다.³²⁾

(3) 자율의 한계³³⁾

위에서 살펴본 바에 의하면 자율 개념에 있어서 중요하게 대두되는 것은 독립성, 선택의 자유, 외적 강제로부터의 자유 등의 측면이라고 할 수 있다. 곧 자율성의 존중이라는 의미는 타자로부터의 절대 독립을 의미하며, 이 의미에 있어서 타자란 자기 자신을 제외한 모든 외적

27) Cfr. The Linacre Center, Response to Making Decisions, Leaflets published by the Lord Chancellor's Department, April 2002.

28) 자율성의 원리에 의해 지명되는 지배적인 가치는 자기결정(自己決定)이다. 그것은 당신이나 내가 스스로의 행복한 삶의 개념에 따라 살아갈 수 있다는 것을 의미하기 때문에 최상의 가치로 여겨지는 것이다. 궁극적으로 나는 나의 생명에 대해 책임을 져야 하며 당신도 역시 그렇다. 자기 결정의 자유와 연관된 인간의 품위는 자신의 삶뿐만 아니라 언제 그리고 어떻게 죽을지를 통제하고 선택할 자유에 대한 존중까지도 요구한다. 이러한 관점에서 “죽을 권리”와 “안락사”는 다음과 같이 문장으로 표현할 수 있을 것이다. “그것은 내 몸이에요, 내 자유이고요, 그것은 내 삶이며 죽음입니다. 내 멋대로 하게 내버려 두세요” 이처럼 자율성을 절대화하는 것은 “안락사”를 우리를 각자가 언제든지 어떤 방식이든지 그리고 누구의 손에 죽든지 결정할 수 있어야 한다는 것을 의미하게 한다. 아무도 자기결정이 중요한 가치라는 것에 대해 의문을 품는 사람이 없지만, 치료 중단 논쟁에 있어서의 문제는 “자율성이 어느 정도까지 확장되느냐” 하는 것이다. Cfr. Richard M Gula, Euthanasia, New York, 1994 : 8-20.

29) 참조 : 이동익, 그리스도인의 자유와 자율에 관한 윤리신학적 연구, 가톨릭 신학과사상 1998 ; 25(여름) : 68-73.

30) 참조 : 한국철학사상연구회 편, 철학대사전, 도서출판 동녘, 1990(2) : 1121.

31) E. Kant, Kritik der praktischen Vernunft, I, §8

32) Cfr. Susan Mendus, Toloration the Limits of Liberalism, Macmillan, 1989 : 53-56.

33) 참조 : 이동익, 앞의 글, 1998 : 70-71.

『한국의료윤리학회지』 제12권 제1호(통권 제21호): 2009년 3월

요인을 충족하는 것이다. 여기서 우리는 자율적으로 행위한다는 의미를 과연 자발적이고 독립적이며, 외적 강제로부터 자유롭고, 또한 온전히 행위자 스스로에 의해 결정된 행위이며, 순수하게 합리적이고 자유로운 선택에 의해 이루어진 행위라고 할 수 있겠는가?하는 질문을 제기하지 않을 수 없다.

실제로 인간의 행위는 그 행위의 주체자가 속해 있는 사회와 인간관계에 결코 영향을 받지 않는다고 말할 수 없다. 주변 환경이나 여건들에 의해 영향을 받는 인간의 행위이기 때문에 인간 행위를 순수 이성적이고 의지적인 순수성에 입각하여 이해한다는 것은 불가능하다. 어떤 의미에서는 인간의 행위 안에는 비합리적 영역이 반드시 함께 자리 잡고 있다고 보아야 하기 때문이다.³⁴⁾ 또한 인간 행위는 어떠한 측면으로든 직·간접으로 사회와의 연관성을 드러내고 있기에 사회와 결코 독립적일 수 없고 따라서 행위자의 결정은 그 사회와의 연관성 때문에라도 사회적 통제가 필요하다. 인간은 사회와의 관계에 있어서 유기적 존재이며, 이는 구조적 및 기능적으로 서로 긴밀히 연결되어 있음을 의미한다. 유기적 실재란 그 실재 안에 포함되어 있는 여러 요소들이 전체 실재와 긴밀한 연관을 갖고 있으며, 또한 전체 실재 역시 각각의 요소들과 상호 긴밀한 협조 관계에 있음을 의미하는 것이다.³⁵⁾ 이 때문에 인간 행위에 있어서의 자유의 제한은 이따금 불가피할 수밖에 없으며, 인간의 행위가 자율에 맡겨져 있다하더라도 그 행위가 반드시 자발적이라고 할 수는 없다.³⁶⁾

이제 이렇게 정리할 수 있겠다. 인간적 자유에 기초하는 자율성은 명백히 자기결정권이라는 가치를 부여한다. 그러나 참된 의미의 인간적 자유란 반드시 책임이 따

르는 자유, 선을 향하는 자유이며, 이는 자율성 역시 유기적 존재로서의 인간성을 벗어나지 않는다고 보아야 할 것이다. 따라서 환자의 치료와 관련한 자율성의 문제 역시 인간성의 존중이라는 차원에서 고려되어야 한다. 환자의 건강한 삶을 위해 치료받을 권리가 존중되어야 하는 것이며, 또한 환자의 선익을 위해 치료의 거부도 존중되어야 한다는 의미이다. 당연히 죽음도 자율적인 결정에 따라 선택할 수 있다는 의미의 무제한적 자율성까지 존중되어야 한다는 의미로 이해되어서는 안될 것이다.

3. 추정동의 문제

재판부가 보호자가 환자에게 부착된 인공호흡기 제거 요구를 수용한 것은 환자의 자율성 존중을 근거로 한 추정동의에 기초한다. 환자의 자유로운 동의란 인간다움의 가장 직접적인 표현으로서의 자유에 근거하며, 이는 당연히 환자 자신이 그러한 동의라는 행위가 어떠한 것인지를 잘 알고 있는 가운데 행해지는 의지적 행위라는 의미이다. 그렇지만 환자는 10개월 가까이 자신의 의사를 표현할 수 없을 정도로 의식이 없는 상태였고, 재판부는 그러한 환자 자신의 치료 중단에 대한 명시적인 서면 동의가 없었기 때문에 환자의 자율성에 입각한 판단을 내리는 데에 고심한 것으로 사료된다.

여기서 재판부가 판단의 근거로 삼는 것이 추정동의이다. 재판부는 환자 가족들의 진술서 내용과 변론의 취지를 환자 자신의 의사로 추정할 수 있다는 판결을 내린 것이다. “환자는 독실한 기독교 신자로서 3년 전 남편이 심장질환으로 임종을 맞게 될 무렵 며칠 더 생명을 연장

34) 비달(Marciano Vidal)은 인간의 행위에 영향을 미치는 인간학적 요소로서 다음의 다섯 가지를 들고 있다. 1) 시간: 인간의 행위는 인간의 역사성의 이해를 반드시 전제해야 한다. 2) 공간: 인간 행위를 지배하는 사회-문화적, 정치-경제적 요소들, 3) 단체: 곧 인간 행위에서 드러나는 개인과 공동체 사이의 긴장관계, 4) 성(性): 인간의 본능적 요소들이 인간 행위에 미치는 영향과 관련, 5) 성: 각 개인이 지니는 개인적 특성과 인간 행위와의 관계; Cfr. Vidal M, Manuale di etica teologica : 349-382.

35) Cfr. Thomas Aquinas, Summa Theologica, I-II, q.81, a.1.

36) Cfr. Willard Gaylin, Worshiping autonomy, Hastings Center Reoprt 1996 : nov-dec : 43-44; Joseph Raz, Autonomy, toleration, and the harm principle, in Susan Mendus(ed.), Justifying Toleration, Cambridge, 1988 : 165-174.

할 수 있는 기관절개술을 거부하고 그대로 임종을 맞게 하였고, 가족들에게 '내가 병원에서 안 좋은 일이 생겨 소생하기 힘들 때 호흡기는 끼우지 말라. 기계에 의하여 연명하는 것은 바라지 않는다'고 말하였으며, 환자가 병석에 누워 간호를 받으며 살아가는 장면 등을 텔레비전을 통하여 볼 때 '나는 저렇게까지 남에게 누를 끼치며 살고 싶지 않고 깨끗이 이생을 떠나고 싶다'라고 말하였다"고 하는 가족들의 증언을 토대로, 환자가 평소 생명 연장장치 치료를 받지 아니하고 자연스러운 죽음을 맞이하고 싶다는 의사를 표시하였다고 추정할 수 있다는 것이 재판부의 판단이다.³⁷⁾

재판부의 이러한 판단에 대해 환자의 서면 동의가 없는 가운데 과연 추정동의를 이를 대체할 수 있는가의 문제가 주요 논쟁거리가 되었다. 추정동의를 당연히 양심의 판단의 한 형태이다. 그렇기 때문에 그러한 판단이 법적으로 보편적인 효력을 갖는가에 대한 문제는 또 다른 문제이다. 다만 추정동의를 양심의 판단이 윤리적으로 정당한가의 문제가 핵심이 된다. 우리는 이에 대해 '윤리적으로 정당할 수 있다'는 입장에 서 있으며, 이를 위한 다음의 몇 가지 이론적 근거를 제시하고자 한다.

1) 반성(反省)의 원리(Principium Reflexum)

반성의 원리란 지혜의 규범으로서 윤리적 원칙 등에 대한 의심이 있을 때 선택해야 할 행동이 어느 쪽인지를 가리켜 주는 원리이다. 이 원리를 지탱해주는 가장 중요한 규칙은 '의심스러울 때는 추정되는 쪽을 선택해야 한다'는 규칙이다. 곧 추정은 의심이 생길 경우에 일반적으로 더 옳은 행동이 어디에 있고 두려워해야 할 불의가 어디에 있는지를 추측하는 것이다. 추정되는 쪽을 선택

하는 것은 반대편의 진리가 증명되기 전까지는 자기의 권리로 생각할 수 있다는 것이다.³⁸⁾ 예를 들어 권리문제에 갈등이 생길 때에는 공동선이 개인의 선의보다는 우선하며, 어떤 물건에 대한 소유권에 시비가 있을 경우 현재의 소유자에게 우선권이 있으며, 의심스러운 법은 구속력을 상실한다는 측면이 이 반성의 원리에서 끌어낼 수 있는 규칙들이다.³⁹⁾

이 원리를 우리의 사례에 적용할 때, 환자가 비록 서면으로는 아니더라도 의식이 있는 동안에 가족들에게 연명치료의 거부에 대해 명확한 의사 표현을 하였다는 것이 인정된다면 이를 환자의 의사를 추정할 수 있는 근거로 삼아 추정동위에 따른 인공호흡기 제거에 대해 윤리적 정당성을 이끌 수 있을 것이다.

2) 개연론(蓋然論, Probabilismus)

개연론에 대한 논쟁은 16세기에 대두되기 시작하여 17~18세기에 신학적으로 많은 논란을 일으켰던 이론으로, 법과 인간의 자유가 대치될 때 어느 쪽을 따라야 하는 것과 관계된다.⁴⁰⁾

개연론을 한 마디로 말하자면 의심이 있는 경우에 어떻게 확실성에 도달할 수 있는지에 대한 윤리적 반성의 문제로서 반성의 원리의 일종이다. 이는 법의 의무에 관해서 석연치 않은 의심이 남아있는 경우에 행위자가 자기 최선의 지식과 소신에 의거하여 안전하게 행동할 수 있게 하자는 데 의의가 있다. 따라서 확실히 죄가 되거나 확실히 안전한 분야는 여기에 해당되지 않는다. 개연론의 주장에 의하면 자유의 편에 우선권을 줄 건전한 이유가 있고, 법을 우대해야 한다는 통념적 확실성도 없을 때에는 자유로이 행동해도 좋다고 하고 있다. 곧 구속력을

37) 참조 : 「사건 2008가합6977 무의미한 연명치료장치제거 등」에 대한 서울서부지방법원 제12민사부 판결문.

38) KH 페쉬케, 그리스도교 윤리학: 제 2차 바티칸 공의회 정신에 의한 가톨릭 윤리신학 제1권, 김창훈 옮김, 기초윤리신학, 분도출판사, 1991 : 309 참조.

39) 최창무, 윤리신학 I, 가톨릭대학교 출판부, 1989 : 85-86 참조; F. 비클레, 기초윤리신학, 분도출판사, 1975 : 118-119 참조.

40) 최창무, 앞의 책, 1989 : 86 참조.

『한국의료윤리학회지』 제12권 제1호(통권 제21호): 2009년 3월

갖는 법이 의심스러운 경우에는 자기 자유를 활용하여 진정 자유롭고 책임감있는 선(善)을 모색하자는 것이다. 이런 책임감이 있는 한, 개연론의 원리를 따르는 것은 무방할 것이다. 이 원리는 인간의 자유를 회피하지 않으면서도 법의 참된 의미를 훼손하지 않으려는 노력에서 나온 것으로 평가된다. 요컨대 법은 인간에게 최대한의 자유를 허용하고 필요한 경우에 한해서 필요한 정도로만 그 자유를 제한함으로써 사회 안에서 완전한 자유가 보장되도록 해야 하기 때문이다.⁴¹⁾

개연론의 이론으로 우리의 사례에 대한 윤리적 판단을 내려 보자. 환자 본인이 서면동의서를 작성하지 않았다는 사실이 부각될 때 개연론은 주위 사람들에게 ‘인공호흡기 제거 불가’의 입장만을 따르도록 의무를 부과하지는 않는다는 것이다. 왜냐하면 법을 더 개연적으로 선택하여 거기에 고착되어 버리면 다른 개연적인 의견들을 선택할 수 있는 가능성을 잃어버릴 위험이 항상 도사리고 있기 때문이다. 이러한 상황에서 기독교 신앙을 가진 환자에게 양자택일의 자유가 허락되어 있다면 어떤 선택이 환자가 믿는 하느님의 뜻에 더 적합한가를 숙고하여 선택할 수 있는 가능성을 더 중요시해야 한다.⁴²⁾ 곧 개연론은 ‘의심스러운 문제에 있어서는 자유롭게 선택하라’(in dubio libertas)는 원칙을 활용할 수 있기 때문이다. 환자 자신이 서면동의서를 작성하지 않았기 때문에

인공호흡기 제거가 불가능하다는 입장은 엄격주의이론⁴³⁾의 입장으로 볼 수 있을 것이다.

3) 선택 규칙

선택 규칙이란 양심의 판단이 어려울 때 도움을 줄 수 있는, 다시 말해 윤리 문제의 해결을 위한 내적 기준을 제공해 주는 규칙이다. 이 선택 규칙은 윤리학에 의하여 연구된 여러 가지 구체적인 규범들을 포함하는데⁴⁴⁾ 가장 기초적인 규칙은 ‘더 중요한 가치들은 덜 중요한 가치들보다 먼저 선택되어야 한다’는 원칙이다. 그러나 여기서의 문제는 어떤 것이 더 중요하고 덜 중요한지에 대한 가치 질서와 서열의 등급 문제이기도 하다. 예컨대 오토 실링(Otto Schilling)과 같은 윤리학자는 이 가치 질서를 영원한 구원, 생명, 건강, 자유, 명예, 물질적 선(善)의 순서로 놓고 있는데,⁴⁵⁾ 이 순서는 경우에 따라 바뀔 수도 있겠지만 이 가치의 체계와 서열은 근본적으로 인간의 궁극 목적에 의해 결정되어야 할 것이다.

선택규칙에서 무엇보다 강조되는 것은 무엇보다도 한 인간의 개별적 선은 그 인격 전체의 총체적 선을 따라야 한다는 것이며, 나아가 한 개인의 선은 그가 속하는 단체나 공동체 전체의 선과 조화를 이루어야 한다는 것이다.⁴⁶⁾

우리의 사례에서 우리가 고민해야 할 부분은 진정한

41) 최창무, 앞의 책, 1989 : 86-87 참조; 제 2차 바티칸 공의회, 종교 자유에 관한 선언, 7항. 개연론은 윤리신학 이론의 한 방법론으로서, 법을 따르는 의견이 더 개연적이라 하더라도 윤리 질서는 법만을 따르도록 사람에게 의무를 지우지는 않는다는 입장을 지지한다. 인간에게 양자택일의 자유가 허락되어 있다면 하느님의 뜻에 더 맞는 길을 택할 수 있는 가능성을 더 중요시해야 한다는 입장이다. 법을 더 개연적으로 선택하여 거기에 고착되어 버리면 다른 개연적인 의견들을 선택할 수 있는 가능성을 잃어버리게 될 위험성이 있기 때문이다. 곧 인간은 “의심스러운 문제에 있어서는 자유롭게 선택하라”는 원칙을 활용할 수 있도록 허락되어 있다면 여러 가능성 가운데서 선택할 수 있어야 한다는 것이 개연론의 정신이며, 건전하고 타당한 주장이다. 참조 : KH 페쉬케, 앞의 책, 1991 : 317.

42) 참조 : KH 페쉬케, 앞의 책, 1991 : 317.

43) 개연론과는 그 의미가 다른 몇 가지 윤리체계 중에는 엄격주의(Rigorism)와 이완주의(Laxism)가 있는데 전자의 이론은 법에 상치되는 이론적 근거가 상당히 확실할 때에도 법을 따라야 한다고 주장하는 이론이고, 후자의 이론은 엄격주의와는 반대로 약간의 개연성만 있어도 자유행동이 허용될 뿐 아니라 그 행동은 또한 법 의무의 준수로부터 면제된다고 주장하는 이론. 이 이론들은 가톨릭 윤리에서 받아들여지지 않았다. 참조 : 최창무, 앞의 책, 1989 : 86; 유봉준, 기초윤리신학, 가톨릭출판사, 1978 : 159-161.

44) Cfr. Reiner, Die Grundlagen der Sittlichkeit (Meisenheim am Glan : Anton Hain 1974, 2nd ed.) : 168-176; Die Ausdruckshandlung, Dusseldorf, patmos 1976, pp.92-95.

45) Cfr. Otto Schilling, Handbuch der Moralthologie vol. I, Stuttgart, 1952 : 161.

46) 이 외에도 다음의 다섯 가지 규칙 또한 가치 선택을 위한 훌륭한 길잡이가 된다: ① 어떤 일을 실천하는 것이 어떤 개인에게만 필요하거나 바람직한 것이라면 그 일은 그 사람에게만 의무를 지우며, 어떤 일에 더 적합한 사람은 그 일에 대한 우선적 의무가 있다. ② 성공의 개연성이

의미에서 환자의 선(善)은 무엇인가에 대한 것이다. 출생에서 죽음에 이르기까지의 인간 삶의 과정에서 죽음이란 과연 무엇이며, 나아가 실존적으로 다가오는 죽음에 대해 온갖 인위적인 방법으로라도 거부하는 것이 환자의 인간성을 존중하는 것인가? 그것인 환자를 위한 총체적 선을 실현시킬 수 있는 방법이라고 생각지는 않는다. 다만 인간적 삶을 위한 도움을 회피해서는 안 되겠지만 인간 실존을 수용하는 차원에서, 기계에만 의존하는 삶이라고 한다면 그 의존 상태를 벗어나게 하는 것이 그 환자의 선을 거스르는 것은 아닐 것이다.

이는 선택이 인간 자유의 진전과 인간의 정체성에 대한 존중 아래 선(善)의 차원에서 이루어져야 한다는 의미이며, 이러한 측면에서 한 가지 유의할 점은 추정동의를 환자가 속한 가정이나 공동체 전체의 선을 거스르는 것이어서는 안 된다는 것이다. 제2차 바티칸 공의회 다음의 문장은 추정동의를 공동체성의 중요성을 강조하는 의미 있는 문장이다 제 2차 바티칸 공의회도 이 점에 대해서 다음과 같이 언급하고 있다. “모든 자유의 사용에 있어서는 개인적 및 사회적 책임의 도덕적 원리가 준수되어야 한다. 즉, 자기 권리 행사에 있어서는 개인이나 사회적 단체에 있어서나 타인의 권리와 타인에 대한 자기의 의무와 모든 이의 공동 이익을 고려해야 할 도덕적 의무가 있는 것이다.”⁴⁷⁾

이 선택 규칙은 엄밀히 말해서 추정동의를 보조해주는 규칙이라고 할 수는 없지만, 넓은 의미에서는 자유로운 양심에 따르는 윤리적 결정을 내릴 수 있는 내적 기준의 역할을 함으로써 자유로운 양심에 의한 동의를 떠받

쳐주는 역할을 한다고 볼 수 있다. 곧 이러한 내적 기준이 자유로운 양심에 의한 올바른 판단을 내리는 데 도움을 줄 것이다.⁴⁸⁾

4. 무의미한 치료 행위의 중단에 관한 윤리적 평가

이제 말기 환자의 품위있는 죽음을 위해 필연적으로 제기되는 문제는 무의미한 치료행위의 중단 문제이다. 곧, 동원할 수 있는 치료 수단을 모두 사용한 다음에 의사 자신도 어찌할 수 없는 막다른 길에 와 있다고 할 때, 오로지 죽음의 시간만을 연장시키는 의료 집착적 행위 혹은 연명치료 행위에 대한 윤리적 평가의 문제라고 할 수 있다.

우리의 사례에서 제기된 인공호흡기 제거와 직접 관련된 이 문제는 무엇보다도 인간으로서의 품위있는 죽음⁴⁹⁾과 관련된다. 주지하는 바와 같이 현대의 급속히 발전된 의료기술은 이제 고도의 생명유지기술을 통해 죽음의 시간을 연장시킬 수 있는 놀라운 경지에까지 이르렀다. 의료인들은 환자의 질병을 치료하는 직무에서 한 걸음 더 나아가 말기 환자의 생명을 연장함으로써 자신의 직무에 더욱 충실하고 있다는 착각에 빠지기도 한다. 심폐소생술이나 인공호흡기 등의 생명연장을 위한 기계 장치를 통해 죽음의 과정을 지연시키는 것이, 의사들은 이제껏 자신들이 배워온, 죽음과 싸우기 위해 동원되는 의술의 한 방법으로 여겨지기도 한다는 것이다.

더 큰 행위를 조건을 덜 큰 행위를 조건보다 먼저 선택해야 한다. 그 행위는 물론 도덕성에 위배되지 않는 것을 전제로 한다. ③ 당장에 보호해야 할 필요가 있는 위태로운 가치는 나중에라도 구할 수 있는 위태로운 가치보다 먼저 선택해야 한다. ④ 같은 사정에서라면, 개인적인 필요성보다는 공동체의 확실한 필요성을 먼저 채워야 한다. ⑤ 기존 가치에 대한 비(非) 침해는 새로운 가치의 창조보다 우선한다. 참조 : KH 페쉬케, 앞의 책 : 1991 : 319-320.

47) 제 2차 바티칸 공의회, 종교 자유에 관한 선언 7항.

48) 참조 : 이동익, 保健福祉部가 1997년 8월에 立法 豫告한 「臟器 등 移植에 관한 法律案」 제 16조에 나타난 뇌사자의 장기 적출에 대한 遺族 同意(추정 동의: Presumed Consent)의 倫理神學的 研究. 가톨릭신학과 사상 1998 : 23(1998년 봄호) : 99-114.

49) 다시 한 번 강조하지만, 사회 일부에서는 이를 존엄사라는 용어로 표현하기도 하지만, 필자는 '존엄사'라는 용어가 혹시 안락사의 의미를 포함하고자 하는 의도를 포함하여 사용하고자 하는 시도도 있다고 사료되어, '품위있는 죽음'이라는 용어로 표현하였다. 여기에는 당연히 소극적 안락사의 내용도 전혀 포함되어서는 안된다.

한국의료윤리학회지 제12권 제1호(통권 제21호): 2009년 3월

그러나 이러한 생명연장을 위한 기계 장치가 진정으로 환자들의 선익을 위한 것인가? 하는 근본적인 물음이 제기되기 시작하였다. 말기환자에게 가해지는 연명 장치들이 오히려 환자에게 고통만 가중시키고, 어떠한 인간적인 표지도 회복하지 못한 가운데 기계에만 의존하다가 결국 죽어가는 것이 환자에게 어떠한 의미가 있는가 하는 반성이 뒤따르기 시작한 것이다. 심폐소생술, 인공 호흡기 등의 연명 장치들이 오히려 환자에게 고통을 가중시키고 그 고통의 시간이 연속되는 죽음의 과정이 환자 자신에게는 오히려 비인간적이며, 인간으로서의 진정한 품위를 오히려 상실케 한다는 반성이다.

1) 인간적 품위를 지닌 죽음⁵⁰⁾

인간적 품위를 지닌 죽음이란 무엇인가? 죽음이란 모든 인간에게 있어서 '피할 수 없는 사건'이다. 인간은 반드시 죽어야만 하고 따라서 이러한 피할 수 없는 사건 앞에서 죽음으로 운명 지워진 존재이다. 인간은 죽음을 앞에 두고 있는 존재이며, 또한 그 죽음 속에 있는 존재이다. 이러한 피할 수 없는 사실을 안고 살아가는 인간 존재는 이 세상에서 '인격적 존재'로 불림을 받았으며, 또한 양심을 가지고, 자유롭게, 책임감을 가지고 인간됨을 실현해 가면서 자기에게 주어진 삶을 살아가는 존재이기도 하다. 죽음 또한 이러한 삶을 살아가는 인간에게 예외 없이 피할 수 없는 인간 실존의 한 영역이며, 이러한 차

원에서 죽음이란 삶에 있어서 유보될 수 있는 그 어떤 것이 아니라 오히려 적극적으로 받아들여져야만 하는, 삶의 또 다른 형태인 것이다.

따라서 죽음이 인간적이고 또 품위를 갖는다는 것은 자연스레 다가오는 죽음에 대해 순응하는 것이다. 그렇다고 해서 인간적 품위를 갖춘 죽음을 위해 자연적인 죽음이 다가오는 상태에서 모든 치료를 거부해야 한다는 의미는 결코 아니다. 어떤 때에는 죽어가는 사람들을 정성스레 보살핌으로써 평화롭게 임종할 수 있도록 돕는 주위 사람들의 노력이 더 요구되기도 한다. 이는 기본적으로 요구되는 윤리적 요청이며, 임종 과정에서의 고유한 인간적 영역을 도와주는 것이다. 따라서 죽어가는 사람을 돌본다는 것은 그 사람이 인간적인 품위를 지니고 임종할 수 있도록 도와줌을 의미한다.⁵¹⁾

오늘날 인간적인 품위를 지닌 죽음을 방해하는 한 요소로 지적되는 것은 죽음의 의료화이다. 죽음이 인간 실존의 한 영역으로서 삶의 자연적 진행에서의 마지막 사건이라고 할 때 오늘날에는 자연적인 죽음까지도 극복하고자 하는 시도들이 자연적으로 받아들여지던 죽음을 기계 장치로 묶어 두면서 죽음을 비인간화시키는 측면이 없지 않다. 현대 의학의 생명유지 기술들이 이제는 죽음의 속도까지도 조절하면서 환자의 선익은 고려하지 않는 채 오히려 고통만 가중시키는 등, 죽음을 의료화 시키고, 죽음의 본질을 왜곡한다는 것이다.⁵²⁾

삶의 마지막 단계에 실존적으로 다가오는 고통과 죽

50) 참조 : 이동익, 「사전의료지시서」 논의와 내용에 관한 윤리적 고찰, 가톨릭철학 2008 ; 제10호 : 417-420.

51) 참조 : 이동익, 말기환자의 치료종단, 한국원화의료학회 학술대회논문집(1999년 12월) : 172-174쪽, 이에 대해 가톨릭교회는 매우 풍성한 가르침을 제공한다. 교황청 신앙교리성이 1980년 발표한 「안락사에 관한 선언」에서는 이렇게 언급한다: "모든 사람은 자기 자신의 건강을 돌보아야 할 책임이 있고 다른 사람의 간호를 요구할 의무가 있다. 병자를 돌볼 임무를 지닌 사람들은 양심적으로 간호해야 하며, 필요하고 유용한 의약을 투여해야만 한다. 그러나 모든 경우에 가능한 모든 의약을 사용할 의무가 있겠는가?"(1980년 5월 5일). 한국천주교중앙협의회, 생명과 가정 2004 : 245.

52) 죽음의 의료화는 사망 장소의 변화나 의료비 지출의 형태를 볼 때 매우 빠른 속도로 진행되고 있음을 알 수 있다. 임종장소의 변화를 보면 미국의 경우 100년 전에는 병원에 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. 우리나라 병원 사망률 역시 1989년 12.8%에서 2003년 45.1%로 급격히 증가하였다. 만약 집에서 죽음을 맞이했다면 사용하지 않았을, 인공호흡기와 같은 최신의 의학기술들이 병원에서 삶의 마지막 순간에 많이 사용되고 있다. 실제로 미국의 자료를 보면 임종 전 1년 동안에 지출되는 의료비의 약 50%가 임종 전 2개월 동안에 지출되고 임종 전 1개월 동안에는 약 40%가 지출되고 있다. 말기 암환자의 의료비 중 총 진료비의 64.4%가 3차 의료기관에서 발생하고 특히 총 입원 진료비의 79.4%가 3차 의료기관에서 발생하고 있다. 이러한 의료비의 많은 부분들이 불필요한 입원과 소모적인 의료-중환자실 입원, 인공호흡기 사용, 심폐소생술

음을 인간 실존의 일부로 받아들이면서, 지금까지의 삶 전체를 되돌아보고 요약하는 가장 중요한 시기가 바로 죽음이라는 사건이 진행되는 시기이며, 여기서 삶의 인위적 거부는 있을 수 없다. 중요한 것은 각자가 자신의 삶을 얼마나 잘 정리하고, 용기와 평화를 지니고 죽음을 맞이할 수 있는가의 문제이다. 이것이 곧 인간적 죽음이고 인간적 품위를 갖춘 죽음이다. 이를 위해 가장 긴요하게 요청되는 것은 죽음을 당당하게 맞이하기 위한 책임감 있는 의식과 자유이며, 이를 통해 올바른 판단력을 가지고 자신에게 가해질 치료 방법의 수용 여부를 미리 밝혀 둘 필요가 있을지도 모른다. 특히 기계 장치에만 의존하여 임종의 시간을 미루는 생명유지기술에 대한 거부와도 같은 의사 표현도 삶에 대해 스스로 선택할 수 있는 권리를 주장하는 안락사적 사고와는 같지 않으며, 오히려 인간적 죽음의 수용을 위한 준비라고 평가할 수 있겠다.⁵³⁾

2) 말기 환자의 치료 중단에 대한 윤리 문제

이 문제에 대해 가톨릭교회는 이미 오래전부터 의료계에 매우 중요한 윤리 원칙을 제공해 왔다. 따라서 가톨릭의 윤리가 치료 중단에 대해 어떠한 윤리적 판단을 가

지는지를 살펴 봄으로써 우리의 사례에 대한 윤리적 평가를 할 수 있을 것이다.⁵⁴⁾

1957년 비오 12세 교황은 의사들과의 담화에서 말기 환자에게 정상적인 간호 행위라든가 영양 공급 등 일반적인 치료 수단을 사용하는 것은 의무이지만, 특수한 수단의 사용은 비록 정당하기는 하지만 항상 의무는 아니라고 가르친다.⁵⁵⁾ 비오 12세의 이러한 언급은 일반적인 치료 수단에 의한 통상적 방법(Ordinary means)과 특수한 치료 방법에 의한 예외적 방법(Extraordinary means)의 구분이며, 신학자들은 적용할 윤리적 의무가 없는 방법이다 “예외적”이라는 개념을 사용하고 있다.⁵⁶⁾ 비오 12세의 이러한 개념 구분은 교황청 보건사목평의회가 발표한 「의료인 헌장」(1995년)에서는 균형적 방법과 불균형적 방법으로 언급되고 있다. 곧 “환자의 상태를 고려하여, 그와 같은 치료 방법들을 사용할 때에 사용된 수단과 의도한 목적 사이에 적절한 균형이 존재할 때에 균형적이라고 판단하며, 균형이 존재하지 않을 때에는 불균형적이라고 간주한다.”⁵⁷⁾는 구분이다.

이 두 가지 개념의 구분, 즉 통상적 혹은 균형적 방법 그리고 예외적 혹은 불균형적 방법의 구분에서 가톨릭 윤리신학은 후자의 방법으로서의 치료 방법을 중단하는

등-의 이용에 따른 것으로 분석되었다. 참조 : 윤영호, 의학의 입장에서 본 품위있는 죽음에 관한 고찰, 한국죽음학회지 죽음연구 2005 ; 1 : 12-14. 참조 : 박노래, 윤영호, 신순애, 정은경, 암환자 사망 전 6개월의 의료비용, 한국호스피스·완화의료학회지 1999 ; 109-113.

53) Cfr. Thomas Aquinas, Summa Theologica, I-II, q.6-q.21; G. 달 사쓰, R. 고지 편, 이재룡, 이동익, 조구만 옮김, 성 토마스 아퀴나스의 신학대전 요약, 가톨릭대학교출판부, 1995 ; 140-150. 가톨릭의 위대한 철학자이며 신학자인 토마스 아퀴나스는 책임감 있는 의식을 통해 자신의 의사를 표명하는 일에 대한 윤리적 정당성의 문제에 대해 우리에게 해안을 제공해 준다. 토마스 아퀴나스는 인간의 모든 행위 가운데 선과 악이라는 가치를 부여할 수 있는 행위를 인간적 행위(Actus humanus)로 분류하여, 인간 행위가 인간적 행위가 될 수 있는 몇 가지 조건을 제시하였다. 그에 따르면 윤리적 평가의 대상이 되는 인간적 행위는 그 구성요소로서 의식과 자유의지, 윤리적 판단 능력을 요구한다. 의식이란 인간적 행위의 지적 요소이며, 이러한 지적 요소로서의 인식과 함께 의지는 원하거나 원치 않는 방향으로 결정을 내리게 된다. 두 번째 요소는 의지적 요소로서의 자유의지이다. 인간적 행위는 의지적 행위이기 때문에 자유로운 행위이다. 곧 의지를 충족시키는 행위이며, 이 의지의 작용이 곧 지향이다. 이 지향은 수단들을 목적으로 질서 지운다. 의지는 심사숙고를 통해 수단들을 선택하고 이 선택에 동의함으로써 수단의 사용으로 나아간다. 인간이 이러한 과정을 거쳐 즉, 자유의지로 동의하여 취한 행동은 책임이 수반되며 윤리적 가치를 지니게 된다. 세 번째 요소는 윤리적 의식과 그에 따르는 판단이다. 인간은 인식과 자유의지를 통하여 윤리적 당위성을 인식하고 스스로에게 윤리적 의무와 책임을 부과하게 된다. 토마스 아퀴나스의 인간적 행위에 대한 윤리적 조건에 대한 사고는 비록 임종 가까이 있는 말기환자라 하더라도 온전한 인식과 자유를 갖춘, 곧 인간적 품위를 갖춘 죽음을 미리 준비하는 것에 대한 윤리적 정당성을 말해주는 것으로 이해할 수 있다.

54) 참조 : 이동익, 「사전의료지시서」(Advance Medical Directive) 논의와 내용에 관한 윤리적 고찰, 2008 ; 425-429.

55) 참조 : 비오 12세, AAS 49(1957) : 1031-1032.

56) 참조 : 교황청 사회복지평의회(COR UNUM), 「중환자와 임종자에 관한 윤리문집」(1981/7/27), 사목 1981 ; 78 : 125.

57) 「의료인 헌장」 64항. 1992년 10월 17일 서강대학교 생명문화연구소에서 개최한 제3차 세미나의 주제 강사로 초대된 로마 알폰소 대학교 대학원의 윤리신학 교수인 윌리엄 비히 신부(William Bueche, C.Ss.R)는 이러한 구분에 대한 현대 윤리신학의 경향을 다음과 같이 상세하게 설명

『한국의료윤리학회지』 제12권 제1호(통권 제21호): 2009년 3월

것이 윤리적으로 가능하다는 것을 밝히고 있으며, 그 가능성에 대한 구체적인 기준을 다음과 같이 제시한다.

먼저 이 기준들은 구체적인 상황에서 각기 개별적으로 적용되는 것이지 보편적인 제도 아래 적용되는 것은 아니다. 그 중의 일부는 객관적 기준이다. 예컨대 주어진 요법의 관용이 얼마나 되느냐, 그런 요법을 이용하는 것이 적당한가, 그런 요법을 이용하는 문제에 있어서 정의의 대안은 무엇이나 등 요법의 본성에 관한 것들이다. 또 다른 기준은 주관적 기준이다. 예컨대 어떤 환자에게는 심리적 충격이나 불안이나 불편을 주어서는 안 된다는 것 등이다. 치료 방법을 결정할 때에 어느 정도로까지 그 수단을 사용하고 그 목적을 추구하는 것이 적정한가를 확정한다는 것은 언제나 문제가 된다.⁵⁸⁾

모든 판단 기준 중에서 특별히 중요하게 고려되어야 할 것은 치료에 따른 회생 가능성 여부이다. 회생 가능성이 조금이라도 있다면 치료의 중단은 당연히 고려 대상이 아니라는 것이다. 가톨릭 의사협회의 국제연맹 총회에 보낸 빌로 추기경의 서한은 이 문제에 관하여 매우 분명하게 지적하고 있다: “의사가 사람을 죽이는 것은 금지되어 있으며, 동시에 의사에게는 죽음과 싸우기 위하여 자기 의술의 모든 수단을 다 이용할 의무가 있다는 것은 생명의 신성성에서 연유한다는 것이 강조되어야 하겠

습니다. 그러나 그렇다고 해서 의사에게 과학의 끊임없는 창의적 활동에 의하여 주어지고 있는 생명 유지 기술을 모두 사용할 의무가 지워져 있다는 말은 아닙니다. 불치병의 마지막 단계 동안에 식물적 생명을 거듭 되살릴 의무가 부과된다면 그것은 많은 경우에 있어서 무용한 하나의 고문이 아니겠습니까?”⁵⁹⁾

그러므로 따라야 할 원칙은 예외적 치료를 실시할 윤리적 의무가 존재하지는 않는다는 것, 그리고 의사는 환자가 그런 요법을 거부할 경우에 환자의 소망을 따라야 한다는 것이다.⁶⁰⁾

반면에 어떠한 상황에서도 이른바 ‘최소한’이라고 부르는 그런 치료 수단을 적용할 의무는 언제나 엄격히 남아 있다. 즉 생명의 유지를 위하여 정상적이며 통상적으로 사용되는 그런 수단(영양 공급, 수혈, 통상적인 주사 등)은 언제나 사용되어야 하는 것이다. 이런 최소한의 처치마저 중단해 버린다는 것은 사실상 환자의 생명이 끝나기를 바라는 것과 마찬가지이다.⁶¹⁾

말기 환자에 대한 무의미한 치료 행위의 중단을 윤리적으로 정당화할 수 있는 이러한 원칙의 적용은 또 다른 측면에서 소위 ‘의료 집착’⁶²⁾ 행위의 포기라는 차원에서 도 이해될 수 있다.

이탈리아의 천주교 밀라노 대교구의 디오니지 테타만

한다: “과거에는 다년간에 걸친 문제의 치료법이 흔히 할 수 있는 치료로 간주될 수 있는지, 또는 특별한 경우에 해당되는지의 여부에 달려 있었습니다. 통상의(ordinary) 방법이란 환자에게 통상적으로(ordinarily) 베풀어 줄 수가 있으며 심각한 비윤리의 부담이나 정신적·육체적 불편을 수반하지 않는 모든 치료법인 것으로 여겨졌습니다. 반면에 예외적 방법이란 새롭고 실험적이며, 값비싸고 구하기가 어렵거나, 또는 환자나 가족에게 심각한 신체적 또는 심리적 부담을 안겨 주는 따위의 모든 치료법을 가리켰습니다. 보다 최근에 와서는 주로 의료 기술의 발전에 따라서 이러한 구별을 유지하기가 더욱 어렵게 되었습니다. 그래서 ‘통상의/예외적’과 같은 용어는 대체로 폐기되었습니다. 그 대신에 ?안락사에 관한 선언?에서는 오늘날의 용어라 할 수 있는 ‘균형’(proportion)이란 말을 사용하고 있는데, 좀 더 부연해서 말씀드리자면, 의도하는 치료 방법에서 부담과 혜택의 비율이 어느 정도인가 하는 뜻입니다. 이런 식으로 한다면, 어떤 치료법이 개인에게 그것에 상응하는(proportionately) 혜택을 주지 못한다면 그 치료법은 거절 내지 중지될 수 있습니다. 그러나 그것은 생명 유지 요법 중지 내지는 제거에 관한 윤리적 결정을 내리는 일을 위해서 타당한 틀을 마련해 줍니다. 많은 실제적 경우에, 신학자들간에는 이러한 원칙을 적용하는 일에 대한 일반적인 의견의 일치가 있는 것으로 여겨집니다.” 참조: 윌리엄 비히, 죽음의 판정에 뇌와 관련되는 기준을 채택하는 경우의 윤리적 과제, 『생명 연구』(생명문화총서 제1집), 서강대학교 생명문화연구소, 1993 : 281-282.

58) 참조: COR UNUM, 앞의 글, 『사목』 1981 ; 78 : 126.

59) 같은 곳.

60) 참조: COR UNUM, 앞의 글, 『사목』 1981 ; 78 : 126.

61) 참조: COR UNUM, 앞의 글, 『사목』 1981 ; 78 : 126. 치료 중단의 주체는 당연히 환자 자신이다. 만일 환자가 ‘예외적 치료’를 요구한다면 의료진은 그 요구에 응할 윤리적 의무가 있다.

62) 테타만 추기경이 사용하는 ‘Accanimento Terapeutico’(Therapeutic obstinacy)를 우리말로 이렇게 표현한 것이다.

치 추기경은 '의료 집착' 행위에 대해 다음과 같이 설명한다.⁶³⁾ 첫째, 의료 집착 행위라는 표현은 반드시 치료의 무용성 혹은 무익성과 관련된다. 곧 회복 불가능한 환자의 경우이며, 이 경우 의료 집착은 이미 치료를 위한 행위는 아니라는 것이다. 둘째, 마지막 고통이라는 상황에 있으면서 어려움을 겪고 있는 환자의 고통 혹은 중병증(重病症)의 기준에서 볼 때, 의료 집착이라는 용어는 병 자체에 대한 집착이라기보다는 환자에 대한 집착을 보여 주는 비극적인 현실을 그대로 드러낸다고 할 수 있다. 이런 의미에서 어떤 사람들은 이를 '의료 폭력'이라고까지 비난하기도 한다.⁶⁴⁾ 셋째, 사용되는 수단의 예외성 때문에 의료 집착 행위라고 정의될 수도 있다. 이는 이미 앞에서 살펴본 것처럼 '예외적 방법' 혹은 '불공평한 방법'이라는 개념으로 이해할 수 있을 것이고, 이러한 예외성이 환자에게는 결국 유익하지 못한 결과로 드러나기 때문에 의료 집착 행위로 간주할 수 있는 것이다.⁶⁵⁾

이렇게 의료 집착이 어떤 것인지를 정의했고, 이제 요구되는 것은 이러한 행위를 포기할 수 있는 객관적 기준의 적용 문제이다. 그러나 사실상 어떠한 의료 행위가 어느 때 가장 유익하고, 또 어느 때 무익한가에 대해 결정하는 것과 또한 의료 행위가 언제부터 의료 집착이라고 정의되는가에 대해 말한다는 것은 매우 어려운 일이다. 단지 이러한 어려운 결정을 위한 가장 중요한 기준이 되는 것이 하나 있다면 그것은 환자의 치료를 담당하고 있는 의사의 '지식과 양심'이 될 것이다.⁶⁶⁾ 의사는 그 결

정에 있어서 전문적이고도 정확한 지식과 인간적인 지혜를 따라야 할 것이며, 경우에 따라서는 진단이나 의학적인 판단에 있어서 실수가 있을 수도 있다는 그 가능성을 항상 염두에 두는 신중한 결정을 내려야 할 것이다. 그러나 환자에게 무익하고 고통을 줄 수 있는 수단들을 일시 중지하는 임의적 결정이 반드시 환자를 포기하는 것을 의미하는 것은 절대 아니라는 것도 받아들여야 할 것이다.⁶⁷⁾

결론

이 글은 10개월 가까이 인공호흡기에 의존해 연명하고 있는 환자(76세, 여성)에게서, 법원이 환자의 연명치료 수단인 인공호흡기를 제거해 달라는 환자 가족들의 요청을 받아 들여 병원은 인공호흡기 제거를 요구하는 가족들의 요청에 응할 의무가 있다고 판결을 내린 것에 대한 윤리적 정당성 여부에 관한 내용이다.

재판부는 환자의 상태가 만 76세의 고령으로서 식물상태 발생 후 8개월이 경과하였음에도 의학적으로 의미 있는 개선의 변화를 보이지 않았으며, 자발 호흡이 불가능하여 인공호흡기에 전적으로 의지하여 호흡을 하고 있고, 대뇌피질이 파괴되고 뇌가 전반적으로 심한 위축 상태를 보여 통상의 지속적인 식물상태의 환자보다 더 심각하므로 뇌사에 가까운 상태라고 판단하였다. 또한 환자의 신체 상태를 감정한 의사들도 환자가 의식을 회복

63) Cfr. Dionigi Tettamanzi, Bioetica: Nuovo sfide per l'uomo, Casale Monferrato, 1987 : 233-239.

64) 참조: COR UNUM, 앞의 글, 사목 1981 : 78 : 126.

65) 여기서 우리는 생명 연장을 위한 의료적 장치와 관련하여 생각해 볼 측면이 있다. 생명 연장 장치란 일반적으로 죽음을 앞두고 있는 말기 환자의 생명을 유지하는 다양한 의학적 기술들과 처치들을 말한다. 생명 연장 장치의 사용은 보통으로 의학적인 결정에 따르게 되며, 경우에 따라서는 적당한 의학적인 치료 방법을 포함하기도 한다. 예를 들면, 불규칙적인 심장 박동을 돕기 위한 심장 박동기의 사용은 엄격한 의미에서는 생명 연장 장치로서 간주되지는 않지만, 상황에 따라서는 심장이 멎은 사람의 죽음의 시간을 조금만이라도 연장시키기 위한 방법으로 사용 되는 것이라면 이 경우는 생명 연장 장치라고 할 수 있는 것이다. 이러한 이해에서부터 우리는 모든 종류의 생명 연장 장치의 제거는 본질적으로 주치의의 책임적인 의료적 결정이라고 이해할 수 있다. 물론 이러한 결단을 위한 결정은 의학적, 윤리적 및 법적 자료들과 전문가들의 의견, 환자의 회복 가능성 등이 기초가 된다: Cfr. Jeremiah J. McCarthy & Judith A. Caron, Medical Ethics : 56-59.

66) 참조: COR UNUM, 앞의 글, 사목 1981 : 79 : 128-131.

67) 참조: 이동익, 안락사와 무의미한 치료행위의 중지, 이동익, 김정우 외 편, 생명공학과 가톨릭윤리, 가톨릭대학교 출판부, 2004 : 477-479.

■ **한국의료윤리학회지** 제12권 제1호(통권 제21호): 2009년 3월

할 가능성이 없다고 판단하였으며, 또 다른 의사의 증언에 의하면 환자의 기대생존기간도 불과 3~4개월 정도밖에 되지 않는 절망적인 상태라는 것이다. 이러한 환자의 상태를 고려할 때 재판부는 인공호흡기 등의 항시적인 도움 없이 생존이 가능하지 않고, 더욱이 인공호흡기 부착이 환자의 회복 및 개선에 영향을 미치지 못하는 치료로써 의학적으로 무의미하다고 판단하였다. 이러한 판단과 함께 재판부는 환자 자신의 의사를 추정할 수 있는 근거로써 연명치료 거부에 대한 환자의 평소 생각을 증언한 가족들의 주장을 받아들여 병원 측은 인공호흡기 제거를 요구하는 보호자의 요구에 응할 의무가 있다고 판결한 것이다.

이러한 판결 내용을 통해 우리가 살펴본 윤리적 쟁점과 윤리성 평가는 다음과 같다.

첫째, 환자에게서 인공호흡기를 제거하는 것이 안락사인가? 대답은 '그렇지 않다'이다. 적극적이든 소극적이든 안락사 개념에 반드시 포함되는 것은 의도적인 죽음 초래의 문제인데, 이 판결에서 인공호흡기 제거에 죽음을 초래할 의도가 포함되어 있다고 여겨지지 않기 때문이다. 판결문에도 나타나듯이 인공호흡기 제거가 환자의 사망을 직접적으로 초래하는 것이라면 의사는 환자의 인공호흡기 제거 요구에 응할 의무가 없다고 밝히고 있는 것이다. 인공호흡기 제거가 환자의 죽음을 의도하는 것이라기보다는 환자의 인간성 자체를 존중하고, 기계 장치가 오히려 환자의 고통을 가중시키는 행위로서 환자의 인간적 품위를 떨어뜨리는 행위로도 인식될 수 있다는 의미이다.

둘째, 인공호흡기 제거가 환자의 치료받을 권리가 침해되었는가? 대답은 '그렇지 않다'이다. 환자의 가족은 재판부에 인공호흡기의 제거뿐만 아니라, 수분 공급, 영양 공급, 정상적인 간호, 일상적인 투약 등의 모든 치료 행위를 중단할 것을 요청했으나, 재판부가 받아들인 것은 인공호흡기의 제거뿐이었다. 수분이라든가 영양을 공급하는 행위, 정상적인 간호, 일상적인 투약 등의 기본

적인 치료 행위는 환자의 인간적 존엄성 유지를 위해 반드시 필요한 것으로 판단하였고, 이러한 판단 때문에 환자의 치료받을 권리가 침해된 것으로 판단할 수 없다.

셋째, 환자의 서면동의가 없었음에도 환자의 자율성이 존중되었다고 판단할 수 있는가? 대답은 '그렇게 판단할 수도 있다'이다. 곧 추정동의를 윤리적 정당성에 관한 문제인데, 환자의 자율성과 선의이라는 관점에서 판단할 때 인공호흡기 제거에 대한 가족들의 증언을 수용할 수 있기 때문이다. 연명치료를 원하지 않았으리라는 환자의 의사에 대한 추정동의를 자살적인 거부가 아니라는 점을 인정하는 가운데 수용할 수 있다.

넷째, 연명치료의 거부는 환자의 죽을 권리를 인정한 것인가? 대답은 '그렇지 않다'이다. '죽을 권리'라는 용어 자체가 적합하지 않기 때문이다. 삶은 우리 모두에게 요구되는 의무이기 때문에 어느 누구도 죽을 권리를 가지고 있지 않다. 연명치료에 대한 환자의 거부를 환자의 '존엄하게 죽을 권리'로 이해하기보다는 환자의 인간성이 존중될 권리라는 표현이 더 적합할 것이다.

지금까지 연명치료의 중단에 관한 윤리적 판단에 대해 살펴보았다. 논의의 핵심은 '과연 인간적인 품위가 존중되는 가운데 죽는다는 것은 무엇인가?'에 대한 것이다. 죽음이란 모든 인간에게 있어서 절대로 피할 수 없는 유일회적인 사건임에는 틀림이 없다. 인간은 반드시 죽어야만 하고, 따라서 이러한 피할 수 없는 죽음 앞에서 있는 존재이며, 그 죽음과 함께 살아가는 존재가 인간인 것이다. 이렇게 피할 수 없는 '죽음'이라는 사건 앞에서 어떠한 모습이 참으로 인간적인 것이며, 인간적인 품위를 유지한다는 것이 어떤 것인가? 인간적 품위를 갖춘 죽음이 단순히 외적으로 깨끗이 죽음을 맞이하는 것을 의미하는 것은 아닐 것이다. 그보다는 오히려 죽음 앞에서 자신의 삶 전체를 요약하면서 온전한 자유와 책임감을 가지고, 평화로움과 용기를 가지고 죽음을 맞이하는 것이 더 인간적이고 더 품위있는 죽음이 아니겠는가. 이번 사례에서 제기된 무의미한 치료 행위로서의 인공호흡

기를 제거하는 것도 환자의 인간적 품위를 지닌 죽음과 밀접한 관련이 있다. 그것이 단순히 죽음의 시간만을 연장시키기 위한 행위라면 그것은 치료 행위라기보다는 오히려 환자에게 가해지는 고통일 수도 있기 때문에, 그 행위 자체는 인간적이라기보다는 비인간적일 수 있다는 것이다. 그렇지만 이 경우에도 최소한이라고 부르는 통상적인 치료 수단의 사용은 항상 의무로 남아 있다는 것이 간과되어서는 안된다. 여기에 또 하나 매우 중요한 것은 의사의 전문적인 지식과 올바른 양심의 판단이다. 여러

문제에 대한 객관적 기준이 있다 하더라도 그 기준의 적용은 언제나 전문 의료인의 주관적 판단을 배제할 수 없기 때문에 인간의 생명을 다루는 의료인으로서의 전문적인 지식과 올바로 형성된 양심은 매우 중요한 기준이 될 것이다. ^{ME}

색인어

연명치료, 인공호흡기, 추정동의, 사전의료지시서, 식물 인간

Reflections on the Ethics of Withdrawing Life-prolonging Medical Treatment: The Decision of the Seoul Western District Court

LEE Dong-Ik*

◎ Abstract

This article examines the ethical issues involved in a recent decision of the Seoul Western District Court stating that a hospital in Seoul has an obligation to comply with a request made by the family of a 76-year-old female patient to remove the patient from the respirator on which she is dependent. This article defends the following claims concerning this court decision: 1) that removing the respirator from this patient is not a form of euthanasia; 2) that the removal of the respirator does not infringe the patient's right to treatment; 3) that the free will of the patient may have been respected, even though there was no written consent; and 4) that the court's decision does not acknowledge the right to death of the patient. The article also examines the concept of death with dignity, since the removal of a respirator that meaninglessly prolongs a patient's life has implications for a dignified death. When treatment merely delays the time of death, it is more of a source of pain for the patient than it is a form of medical treatment. Hence it is inhumane. However, even in these cases "ordinary treatment" should not be neglected.

◎ Keywords

Life-prolonging treatment, Presumed consent, Vegetative state, Artificial respirator, Advance medical directives

* Department of Medical Humanities and Social Science, Medical College of Catholic University