

안락사 기준에 관한 국제 비교 연구*

손명세** · 김상득*** · 김소윤**

들어가는 말 : 연구의 필요성, 목적 그리고 연구방법

생명공학과 의학은 인간 삶의 환경을 바꾸어 놓았을 뿐만 아니라 생명 자체의 개념을 근본적으로 바꾸어 놓고 있다. 인간 생명에 대한 관여는 크게 생명의 시작에 관한 관여와 생명의 종료에 관한 관여로 나눌 수 있다. 뇌사/심폐사 논쟁과 안락사 논쟁이 바로 생명의 종료에 관한 물음에 속한다. 국내의 경우 이런 물음은 이미 임상 현장에서는 하나의 현실임에도 불구하고 이에 대한 학문적 논의는 터부시되어 왔다. <장기등 이식에 관한 법률>의 시행으로 뇌사가 소극적으로 인정되고 있지만, 안락사에 대한 논의는 아직 미진한 실정이다. 무엇보다 삶의 질 및 환자의 권리 운동이 고조됨에 따라 안락사에 대한 논의는 발등에 떨어진 불이라 해도 과언이 아니다.

미국, 호주, 네덜란드 등 OECD의 일부 국가에서는 이미 안락사와 관련된 존엄사법이 제정되어 시행되고 있으며 가까운 일본에서도 법원의 판례를 통해 안락사를 인정하고 있는 실정이다. 국제적인 추세가 이러함에도 불구하고 국내의 경우 안락사에 관한 법학적, 윤리학적 논의가 미진할 뿐만 아니라 안락사에 관한 판례조차 찾아보기 어렵다. 따라서 이 논문은 안락사의 이론적 토대를 제공하고자 다음 몇 가지 목적을 염두에 두고 있다.

- 1) 미국, 네덜란드 등 각국의 존엄사법에 함축된 윤리적 표준을 밝히고자 한다.
- 2) 국내의 안락사 실태를 파악하고, 실태에 함축된 윤리적 의미를 도출하고자 한다.
- 3) 윤리적으로 정당화 가능한 안락사 유형을 찾고자 한다.
- 4) 한국 현실에 적용될 수 있는 안락사에 관한 윤리지침을 제시하고자 한다.

* 본 연구는 연세대학교 의과대학 1993년도 교수연구비에 의하여 이루어졌음(1993-24)

** 연세대학교 의과대학 예방의학교실

*** 연세대학교 의과대학 의료법윤리학과

이 논문은 크게 세 부분으로 이루어져 있다. I부에서는 일차적으로 미국 등 외국의 안락사에 관한 법률을 문헌과 인터넷을 통해 밝히고자 한다. 그런 다음 각 법률의 공통사항과 차이점이 무엇인지 드러내고자 한다. 논의의 효율성을 위해 여기서 우리는 미국 오레곤 주, 네덜란드, 호주, 일본 등 4개 나라를 분석 대상으로 삼았다.

II부에서 우리는 한국에서의 안락사 실태를 파악하기 위해 국내 한 대학병원에서 사망한 환자 42명(1995년 8월 1일-8월 31일)의 담당 주치의의 설문 조사하였다." 환자 42명의 의무기록을 열람하고 치료의 진행 과정을 요약 정리하여 결과에 제시한 대로 사망 사례를 정리하였다. 또한 연구자들은 사망한 환자의 치료 결정 과정—치료 결정 형태, 결정에 영향을 미친 요소, 결정의 갈등 등—과 죽음의 여러 유형에 대해 의사가 가지고 있는 윤리와 가치관을 파악할 수 있도록 고안한 질문과, 안락사 일반에 대한 의사들의 의견과 전망을 묻는 질문을 포함한 설문지를 만들어 의사들을 만나 직접 면접 조사하였다. 설문은 폐쇄형 질문 9 문항과 개방형 질문 14 문항이었다. 총 42명 환자의 주치의는 25명이었으며, 이들의 전문과목은 암 전공의사 4명, 내과 의사 10명, 소아과 의사 6명, 일반외과 의사 2명, 신경외과, 정형외과, 산부인과 의사 각 1명 등이다. 실제 사례에 관한 연구는 의사들이 다른 사례가 각각 달라 안락사에 관한 의사들의 견해를 비교 고찰하는 데 한계가 있었다. 이를 보완하기 위해 연구자들은 가상 사례를 만들어, 의사와 심층 면접하여 각 사례에 대한 의사들의 의견을 조사하였다. 이 조사시 각각의 가상 사례에 대해 의학적 결정의 타당성을 묻는 개방형 질문 2 문항과 1개의 폐쇄형 문항이 사용되었다.

III부는 안락사가 윤리적으로 정당화될 수 있는지의 물음을 다루고자 한다. 여기서는 안락사 개념 정의와 안락사의 유형 구분을 의료윤리학적인 관점에서 논의하고, 각 유형의 안락사 정당화에 대한 의사들의 찬반 논거가 무엇인지 설문조사 결과를 통해 해명할 것이다. 따라서 III부는 철학적 분석의 방법과 설문 결과에 의거해서 논의될 것이다. 그리고 마지막 IV부에서 우리는 한국 사회에 적용될 수 있는 안락사 관련 윤리지침을 제시하고자 한다.

I. 안락사에 관한 외국의 법률 비교 분석

1906년 미국 오하이오 주에서 안락사에 관한 법률안이 제안되어 부결된 이래, 지금까지 안락사 및 의사조력 자살 혹은 존엄사에 관한 법률 제정이 세계 각국에서 수많은

1) 1998년 보라매병원 사건 이후 생명 종료 환자에 대한 의사들의 태도가 많이 달라졌지만, 이에 대한 물음은 논외로 하였음을 밝혀 둔다.

시도되었지만, 현재 안락사에 관한 법률이 제정되어 공식적으로 안락사를 허용하고 있는 나라는 미국의 오레곤 주와 네덜란드뿐이다. 물론 세계 최초로 안락사를 법으로 허용한 나라는 호주이다. 호주 북 테리토리 주는 1995년 <말기환자의 권리에 관한 법률>을 제정하여 안락사를 인정하였으나 1997년 호주 상원에서는 이를 폐기하였다. 동양권에서 일본은 이른바 나고야 고등법원 판결을 통해 판례로서 일정 요건을 갖춘 안락사를 법적으로 인정하고 있다.

1. 미국 오레곤 주 <존엄사법>

미국 오레곤 주(Oregon)는 1997년 주민투표를 통해 인간에게 존엄하게 죽을 권리를 규정한 <존엄사법>(The Oregon Death with Dignity Law)을 제정하였다.²⁾ 이 법은 18세 이상 오레곤 주 성인에, 그리고 회복 불가능한 질병에 걸려 현대의학으로 6개월 이내에 죽음에 이르게 될 환자에게만 적용되며, 오레곤 주에서 의사 면허를 취득한 의사만이 안락사를 실행할 수 있다고 규정하고 있다. 특히 존엄사법 3.01조는 담당 의사의 책임을 아래와 같이 규정하고 있다.

- ① 환자가 임종 말기인지, 의사표현 능력이 있는지, 그리고 자발적으로 요청하였는지에 관한 첫 결정을 내려야 한다.
- ② 환자에게 다음 사항을 설명해야 한다.
 - ㉠ 환자의 의학적 진단
 - ㉡ 환자의 예상 증후
 - ㉢ 처방된 의학적 지시를 따를 경우 예상되는 잠재적 위험
 - ㉣ 처방된 의학적 지시를 따를 경우 발생할 수 있는 결과
 - ㉤ 편안한 돌봄, 호스피스 돌봄, 고통 조절 등을 포함하는 가능한 대안들
- ③ 환자 요청의 자발성을 확인하기 위해 담당 의사는 환자를 다른 의사에게 보내 그 의사의 소견을 들어야 한다.
- ④ 정신과적으로 정상이 아닌 경우, 환자로 하여금 상담에 응하도록 협진 의의를 해야 한다.
- ⑤ 환자로 하여금 가장 가까운 친척에게 알리도록 요청해야 한다.
- ⑥ 환자에게 어느 때, 어떠한 방식으로든지 요청을 철회할 수 있다는 사실을 설명하고, 15일간의 철회 기간을 주어야 한다.
- ⑦ 의학적 처방에 앞서 환자가 충분한 정보에 의거한 결정을 내렸음을 입증해야 한다.

2) 아래의 오레곤주 존엄사법 조문은 <http://oregonrighttodie.org/safeguards.html>(2000. 2. 17)에서 얻었다. 여기서뿐 아니라 외국 존엄사법을 소개하는 데 있어서 우리는 안락사와 관련된 법 조항만 임의로 선택하였지, 그것도 필요한 경우 발췌한 것이지 이 기록이 법 전문이 아님을 밝혀 둔다.

⑧ 의무기록 서류에 3.09항의 요구조건을 완전하게 작성해야 한다.

이밖에도 존엄사법은 구두 요청 2회, 15일 간의 유예 기간 후 서면 요청, 48시간의 유예 기간 후 처방서 작성 등의 조건을 규정하고, 치사량의 약물투여, 자비로운 살인, 적극적인 안락사 등은 금지하고 있다. 메인(Maine) 주에서도 현재 <존엄사법>(Death with Dignity Act)이 의회에 제안되어 있다. 특히 메인 주 <존엄사법>은 담당의사의 책임 규정에 “환자로 하여금 고통완화 전문가와 상의할 수 있도록 협진 의뢰할 것”을 요구하고 있다.

2. 네덜란드

네덜란드에서는 법이 제정되기 이전에도 네덜란드 의사협회(The Royal Dutch Medical Association)에서 1984년 제안한 기준을 따르면 면책이 되고 안락사에 관련된 모든 행위를 사망 증명서에 기록하고 있었다. 네덜란드 법은 환자의 명시적인 소원에 따라 의사에 의해 이루어지는 생명 종료에 국한하여 허용하고 있다. 동법 8.39가 규정하고 있는 실질적인 요구조건은 다음과 같다.³⁾

- 적극적인 안락사 혹은 의사조력 자살의 요청이 환자에 의해 자발적으로 이루어져야 한다.
- 환자의 요청은 충분히 심사숙고한 후 이루어져야 한다.
- 환자의 요청은 지속적이어야 한다.
- 환자는 치료의 가망이 전혀 없는 가운데 지속적인 고통 상태에 빠져 있다. 그렇다고 이 조건을 충족시키는 데 있어서 환자가 반드시 질병 말기일 필요는 없다.
- 절차상 요구되는 조건은 다음과 같다.
 - 의사만이 안락사를 시행할 수 있다.
 - 의사가 환자를 도와주기 이전에, 의사는 그 환자로 하여금 적어도 다른 두 명 이상의 의사 — 이들 중 적어도 한 명은 정신과의사—의 검증을 받도록 촉구해야 한다.
 - 의사는 그 사례에 관한 모든 사항을 서면기록으로 남겨야 한다.
- 이러한 경우 사망은 자연적 원인에 의한 죽음으로 보고하면 안 되고 안락사 또는 조력 자살의 사례로 검찰에 보고하여야 한다.

3. 호주

호주 북 테리토리 주의 <말기 환자의 권리 시행령> 7조는 18세 이상의 환자에 한해

3) <오스트레일리아 상원의 안락사 법안>(Australian Senate's Euthanasia Laws Bill, 1996)에서 발췌. “화란에서의 안락사”(http://www.euthanasia.org/dutch.html, 2000. 2. 17) 참조

‘의료인이 도움을 줄 수 있는 조건’을 다음과 같이 규정하고 있다. 물론 환자는 생명종료 요청을 언제든지 철회할 수 있다.”

- ⑤ 의료인은 합당한 근거를 바탕으로 다음 사항에 대해 납득할 수 있어야 한다.
 - (i) 현재 환자가 중대한 질병으로 고통받고 있으며, 정상적으로 진행될 경우, 그 환자가 곧 죽음에 이르게 될 것이다.
 - (ii) 의학적 판단에 따르면, 그 질병을 치료할 수 있는 처방이 존재하지 않는다.
 - (iii) 이용 가능한 모든 의학적 처방은 단지 환자의 고통 내지 괴로움의 완화에 불과하다.
- ⑥ 처음의 의료인이 아닌 제2의 의료인은 다음 사항을 확인해야 한다.
 - (i) 환자 질병 상태와 심각함에 관한 처음 의료인의 견해.
 - (ii) 그 질병의 결과로 환자가 죽음에 이르게 될 것이다.
 - (iii) 처음 의료인의 진단.
 - (iv) 환자는 치료 가능한 임상적 우울증으로 고통받고 있지 않다.
- ⑦ 그 질병이 환자에게 중대한 고통 내지 괴로움을 일으키고 있다.
- ⑧ 의료인은 환자에게 질병의 상태, 질병의 진행과정, 의학적 치료책을 알려야 한다.
- ⑨ 환자는 자기 생명이 종료되기를 결정하였다는 사실을 의료인에게 알려 주어야 한다.
- ⑩ 의료인은 환자가 건전한 정신 상태에서, 충분히 심사숙고한 후 자유롭게 그리고 자발적으로 생명종료 결정을 내렸음을 확신할 수 있는 합당한 근거를 가져야 한다.
- ⑪ 생명 종료 요청 후 적어도 7일 이상 경과한 후, 환자 또는 대리결정권자는 요청서에 서명해야 한다.

4. 일본

일본은 아직까지 안락사에 관한 법률이 제정되어 있지 않지만, 나고야 고등법원의 판례를 통해 안락사를 허용하고 있으며, 그 허용조건은 다음과 같다.⁵⁾

- ① 환자가 현대 의학의 지식과 기술면에서 보아 불치의 병에 걸려 더욱이 그 죽음이 눈앞에 다가온 것.

4) 이밖에도 이 시행령은 환자의 서명 과정을 목전에서 의료인이 직접 확인할 것, 제2 의료인의 조사 확인, 안락사로 인한 의료종사자나 친지들의 직간접의 이익 배제, 죽음 순간까지 의사의 배석, 서명 요청 후 48시간의 유예기간 등을 규정하고 있다. <Northern Territory of Australia Rights of the Terminally Ill Act> (<http://www.nt.gov.au/lant/rotti/illregs.shtml>, 2000. 2. 18)

5) 日本 名古屋高裁 昭和 37年 第496號. 여기서는 이덕환. 의료행위와 법. 서울 : 대영사, 1998 : 346-347

- ② 환자의 고통이 심하고 누구라도 진실로 이것을 보고 참을 수 없을 정도의 것일 것.
- ③ 오직 환자의 사고(死苦)에 대한 완화 목적으로 이루어질 것.
- ④ 환자의 의식이 명료하고 의사를 표명할 수 있을 경우에는 본인의 진지한 촉탁 또는 승낙이 있을 것.
- ⑤ 의사로 하여금 행하는 것을 본칙으로 하며, 이에 의할 수 없는 경우에는 의사에 의할 수 없다는 것을 수긍할 수 있는 특별한 사정이 있을 것.
- ⑥ 그 방법이 윤리적으로도 타당한 것으로서 인용될 수 있을 것.

5. 각국 안락사 법의 공통점과 차이점

각국의 존엄사 내지 안락사에 관한 법률 내지 판례는 환자의 상태, 환자의 요청, 환자에 대한 설명, 안락사 실행자, 요청 철회 등을 규정하고 있다. 각국이 공통적으로 규정하고 있는 사항은 다음과 같다.

- 환자는 참아내기 힘든 고통을 지속적으로 받고 있으며, 현대 의술로 보건대 죽음이 임박하였다.
 - 담당 의사는 환자로부터 충분한 정보에 의거한 자발적 동의를 얻어야 한다.
 - 환자의 요청은 적어도 2회 이상이어야 하며, 1회는 반드시 서면요청이어야 한다.
 - 담당 의사가 아닌 다른 의사가 안락사 요청에 관한 제반사항을 확인해야 한다.
 - 안락사는 자격을 갖춘 의사가 실행하는 것을 원칙으로 한다.
 - 환자는 언제든지 생명 종료 요청을 철회할 수 있다.
- 반면에 다음 사항에 대해서는 나라마다 그 규정이 조금씩 차이를 우리는 알 수 있다.
- 담당의사가 환자에게 설명해야 할 구체적인 내용.
 - 구두 요청, 서면 요청, 안락사 시행 등 사이의 유예기간.
 - 예상되는 임박한 죽음의 기간.
 - 안락사 시행 환자의 연령.

II. 국내 안락사 실태에 관한 설문조사 연구

1. 실제 사례에 대한 설문 결과

먼저 아직까지 우리나라에서는 환자에게 질병의 상태, 예후, 치료과정에 대한 설명은 하고 있으나 직접적으로 죽음을 언급하는 사례는 거의 없고, 소수의 의사만이 삶의 정리가 필요하다고 판단되는 환자에게만 죽음을 준비할 수 있도록 배려한다는 의사들의 언급을 밝혀 두고자 한다.⁶⁾

(1) 질병의 종류에 따른 치료 형태

우리는 삶의 종료에 임박한 환자들을 의사들이 그 질병의 종류에 따라 실제로 어떻게 치료하고 있는가를 물었으며, 이에 관한 결과는 다음과 같다.

질병 종류 치료 형태	질병 종류							
	암	미숙아	폐질환	심혈관 질환	혈액종양	간질환	뇌졸중	기타
최대한의 치료	2		3	1			1	2
기초적 치료					2			
최소한의 도움	9					1		1
최소한의 처치도 없음	1	1						1

위의 표에서 알 수 있듯이, 암 환자의 경우 의사들은 최소한의 치료에 머물고 있는데, 반면에 그밖의 환자 경우에는 대부분 최대한의 치료를 하고 있다. 이는 대부분의 의사가 최소한의 회복 가능성이 있으면 최대한 적극적 치료를 하는 것을 의사의 의무로 받아들이고 있음을 보여 준다. 이 분포는, 의사의 측면에서 보면 의사들이 히포크라테스의 선서에 따라 의사의 의무에 충실하다고 할 수 있으나, 다른 한편으로 환자의 측면에서 보면 아직까지 환자나 보호자는 무조건 최대한의 적극적 치료를 하는 것이 인간의 도리라고 생각하고 있음을 보여 준다.

(2) 치료의 결정자는 누구인가?

우리는 치료방침의 결정자가 누구인지에 대해 관심을 갖고, 누구의 판단에 의해 치료가 결정되는지를 의사들에게 물었으며, 그 결과는 다음과 같다.

치료결정자	치료결정자						
	환자의 요구대로	보호자 요구대로	의사 판단으로	보호자, 의사의 판단	환자, 의사의 판단	환자, 보호자의 요구대로	환자, 보호자, 의사
사례 수	0	1	7	11	0	1	2

위의 표는 보호자와 의사가 공동(50%)으로 환자의 치료방향을 결정함을 보여 준다. 환자가 단독으로 치료방향을 결정한 경우는 하나도 없는 반면에 보호자 단독은 1건(4.5%), 의사 단독은 7건(31.8%)이나 된다. 이것은 환자의 상태가 극도로 좋지 않아 환

6) 설문조사 내용, 방법, 결과 등에 관한 자세한 사항은 정윤철, 삶의 종료와 관련된 의학적 의사결정의 의료윤리학적 연구, 연세대학교 대학원 석사학위논문, 1995를 참조

자가 판단할 수 있는 적절한 상황이 아니므로 의사가 환자의 보호자에게 현재의 상태에 대하여 설명하고 이것을 보호자가 수용함으로써 환자의 치료방향이 결정되었기 때문이라고 생각된다. 환자의 치료에 환자 본인의 의사(3건, 13.6%)가 철저히 배제된 반면에, 20건(90.9%)에 걸쳐 의사가 환자의 치료 결정에 개입한 점은 의사가 여전히 전문지식을 바탕으로 온정적 간섭주의에 따라 결정하고 있음으로 보여진다.⁷⁾

(3) 안락사에 대한 의사들의 견해

우리는 안락사를 적극적 안락사, 존엄사, 소극적 안락사로 나누어 그에 대한 의사들의 의견을 물어보았으며, 그 결과는 다음과 같다.⁸⁾

의사 의견	안락사 분류		
	적극적 안락사	존엄사	소극적 안락사
긍정적	0	3	17
부분적 찬성	3	8	1
부정적	17	10	2
잘 모르겠음	2	1	2
무응답	2	2	2

위의 표는 의사들이 적극적 안락사에 대해서는 부정적이나, 소극적 안락사에 대해서는 긍정적임을 보여 준다. 세부적으로 적극적 안락사에 대해서는 17명(70.8%)이, 존엄사에 대해서는 11명(41.7%)이 각각 부정적으로 답한 반면에, 소극적 안락사에 대해서는 거꾸로 17명(70.8%)이 긍정적으로 생각하고 있다. 또한 소극적 안락사를 보조적 치료의 선택으로 생각하며 안락사의 범주로 생각하지 않는 의사가 몇몇 있었으며, 환자의 사사이에 신뢰 관계가 전제되어야 안락사 논의가 가능하다고 답한 의사가 3명 있었다.

하지만 아직까지 의사들은 안락사 정의 및 개념에 있어 혼동이 있거나 생각해 본 적이 없다고 대부분 답변하였다. 절반 정도의 의사는 앞으로 우리나라에서도 안락사가 확대된다고 본 반면에, 나머지 의사들은 우리나라의 관습, 윤리, 실정법에 비추어 먼 훗날에도 안락사는 인정되지 않을 것이라고 답하였다. 하지만 대부분의 의사는 자신들을 보호하고 환자의 생명 경시를 방지하기 위해 안락사의 법적 제도적 확립이 필요하다고 답하였다.

7) 온정적 간섭주의(paternalism)에 관해서는 Van Deveer D. Paternalistic Intervention. New Jersey : Princeton Univ Press, 1986 : 22를 참조하라

8) 여기서 존엄사란 비이성적인 인간 생명은 산송장이기에 생존가치가 없기에 인격 존엄성을 지키기 위해 생명을 종료하는 것을 의미한다. (문국진. 생명윤리와 안락사. 서울 : 여문각, 1982 : 116-117)

2. 가상 사례 설문조사

다음의 4가지 사례를 19명의 의사들에게 제시한 다음 각 사례에 대한 의사들의 입장을 물었다.

사례 1 : 산부인과 의원에서 임신 32주, 체중 1850gm의 조산아가 출생했다. 종합병원으로 이송 중 이미 뇌손상이 심각했다. 주치의는 2주 동안 인공 호흡기, 미숙아 보육기, 영양 공급 등 모든 처치를 실행했다. 환자의 뇌손상과 예후가 불량함을 부모에게 설명하였고 부모는 인공 호흡기를 제거하고 자퇴하기를 원하였다. 환아는 인공 호흡기 제거시 곧 사망하리라 예상되었다. 부모의 요구에 따라 환아는 퇴원하였다.

사례 2 : 33세 여자 환자는 급성 림프구성 백혈병(ALL)을 진단 받았다. 약물 치료, 방사선 치료 등 치료에 필요한 가능한 모든 진료를 받았고 환자 자신과 가족도 협조적이었다. 그러나 폐렴 등 중복된 합병증으로 증상은 악화되었고 환자는 몹시 고통스러워했다. 주치의는 병의 예후가 불량하고 앞으로 약물 치료, 방사선 치료의 고통스러움과 위험성에 대하여 자세히 설명해 주었다. 주치의는 계속 치료를 설득하였으나 환자는 가족과 합의하여 더 이상의 치료를 받지 않고 퇴원하겠다고 요청하여, 자의퇴원 후 한달만에 사망하였다.

사례 3 : 20세 여자가 자살 목적으로 약물을 과다 복용하여 혼수상태에 빠져 있다. 인공 호흡기, 튜브 영양 공급, 수액 공급 등 생명 유지를 위한 여러 치료를 받고 있었다. 환자는 지속적 식물인간 상태(persistent vegetative state)로 가끔씩 자가 호흡도 할 수 있고 신음소리도 내곤 하였다. 환자는 이 상태로 5년을 있었으나 상태가 좋아지지 않자, 가족들은 환자가 편안하게 죽을 수 있도록 의사에게 도움을 청했다. 가족들은 심리적, 경제적 어려움과 심각한 갈등을 겪었다. 환자는 가족의 뜻에 따라 퇴원하였다.

사례 4 : 폐암 말기 68세의 남자 환자는 호흡곤란, 전신 동통 등으로 많은 고통을 받고 있었다. 환자는 약물과 방사선 치료, 보존적 치료, 임상병리검사 등 모든 검사와 치료를 거부하면서 의사에게 죽고 싶다고 도와 달라고 했다. 환자의 남은 생애는 3-6개월 이내로 예상되며 가족들도 경제적, 정신적으로 어려워했다. 의사는 환자의 자살 위험 가능성이 있다고 생각하였으나 그에 대한 정신과 의뢰나 호스피스 돌봄(hospice care)을 계획하지 않았다. 의사는 환자

의 고통스러운 삶보다 편안한 죽음에 대한 요구에 긍정적인 의견을 가지고 있었다. 환자는 퇴원 후 가족, 친구들과 시간을 보냈으며 한달 뒤 자살을 시도하여 사망했다.

(1) 사례에 대한 질문과 의사들의 설문 결과 분석

물음 ①: 안락사에 대한 개념 이해를 알아보기 위해, 위의 각 사례에 대해 각각의 의사에게 이 사례가 안락사에 해당되는지를 질문하였으며, 그 결과는 다음과 같다.

사례번호	안락사		
	안락사이다	안락사가 아니다	잘 모르겠다
1	13	4	2
2	8	10	1
3	13	5	1
4	13	6	0

사례 2만 제외하고 나머지 세 가지 사례에 대해 대부분의 의사들(68.4%)이 소극적 안락사에 해당된다고 응답하였다. 이는 의사들이 의학적 충고에 반하는 퇴원을 소극적 안락사 범주에 포함시키고 있음을 보여 준다.

물음 ②: 가상 사례에서 의사가 환자의 죽음에 관련되어서 내린 결정이 적절한가의 질문에 대한 의사들의 응답 결과는 아래와 같다.

사례번호	의사태도		
	적절하다	부적절하다	모르겠다
1	10	4	5
2	13	2	4
3	13	4	2
4	5	13	1

사례 4를 제외하고는 의사가 환자에 대하여 내린 결정이 적절하다는 쪽에 50% 이상이 답하였다. 이는 환자 내지 그 보호자의 결정을 의사들이 존중함을 보여 준다.

물음 ③: 물음 ②에서 의사의 결정이 적절하다고 대답한 의사들과 적절하지 않다고 대답한 각각의 의사들에게 그 이유를 물었으며, 그 응답 결과는 아래 표와 같다.

근거		
사례 번호	의사의 태도가 적절한 이유	의사의 태도가 부적절한 이유
1	1) 부모의 결정권 인정 2) 가족의 경제적, 정신적 어려움 이해 3) 환자의 뇌손상 예측정도의 심각함 4) 사회복지 시설의 전무	1) 생명의 존엄성 무시(종교적 차원) 2) 보호자에 대한 설명, 이해 부족은 의사의 책임 3) 적극적인 치료 대안을 모색하지 않았음
2	1) 환자의 자기 결정권 인정 2) 남은 생애를 가족과 보내는 것이 더 큰 의미 3) 치료의 한계	1) 의사의 책임 회피 - 퇴원시키는 것 2) 최선의 치료 계획을 모색하지 않았음
3	1) 가족의 결정권 인정 2) 가족의 생활권 중요 3) 인간다운 죽음의 의미 4) 병원서 사망케 하는 것은 실정법 위배 - 자퇴하는 형식	1) 끝까지 최선의 치료를 하지 않았음 2) 가족이 환자의 생명에 대한 결정을 할 수 없다.
4	1) 환자의 결정까지 의사의 책임은 아니다.	1) 좀 더 다른 치료 계획을 모색하지 않았음 2) 가족까지 포함된 정신적 지지 필요 (전도, 사회사업과, 정신과, hospice 의뢰)

의사의 판단이 적절하다고 대답한 대부분의 의사들은 환자의 자기 결정권에 대하여 상당히 많은 부분을 인정하고 있음을 위의 표에서 알 수 있다. 또한 위의 표는 의사들은 환자 자신의 삶의 질뿐만 아니라 환자 가족에 대한 경제적 상황까지도 임상 결정을 내리는 데 중요한 고려사항으로 참조하고 있음을 보여 준다. 특히 사례 2에서 의사의 의학적 결정이 왜 부적절한가의 질문에 대해 대다수 의사는 환자에 대한 의사의 치료 회피는 그 어떠한 이유에서도 정당화될 수 없는, 명백한 의사의 직무 유기라고 답하였다. 또한 환자 본인뿐 아니라 가족에게도 환자의 상태와 그 의학적 결정을 이해시키기 위해 최선의 노력을 하여야 한다는 점을 의사들은 지적하고 있다.

3. 종합적 분석

환자의 자기 결정권을 긍정적으로 수용하면서도 의사들은 안락사나 의사조력 자살에 대해서는 부정적인 태도를 보이고 있다. 이는 아마 환자-의사 관계에 대해 선행 모델과 자율성 모델이 혼재함을 보여 준다고 하겠다.” 그러면서 의사들은 환자의 자기 결정권을 수용하는 쪽으로 환자와 의사 관계가 방향 잡아 나가는 것이 바람직하다고 보고

9) Beauchamp TL, McCullough LB. Two Models of Moral Responsibility in Medicine. Mapps TA & Zembaty JS(ed). Biomedical Ethics, 3rd ed. NY : McGraw-Hill, 1991 : 59

있다. 또한 의사들은 환자의 존엄사를 긍정하면서도 의사의 책임을 강조하는 이중성을 보여 주고 있다. 이는 의사들이 환자를 배려하면서도 현행 법에 따른 책임 추궁을 염려하고 있음을 잘 보여 준다.

대부분의 의사가 적극적인 안락사에 대해서는 반대하면서 소극적 안락사에 대해서는 찬성하고 있다. 이는 의료 현장에서는 이미 무의미한 진료에 대해 의사들이 부정적인 입장을 가지고 있음을 잘 반영하고 있다고 하겠다. 이를 좀더 적극적으로 해석하면 의사들이 소생 가능성이 없는 환자에게 대한 치료 중단을 통한 소극적 안락사를 환자 그 보호자의 묵시적 동의를 얻어 이미 시행하고 있는 것으로 볼 수 있다.

치료 결정에 결정적인 영향을 미치는 주체는 의사와 보호자임을 이 설문조사는 보여 준다. 이는 환자의 의사표명 능력 부재의 탓도 있지만, 근본적으로 아직까지 한국 의료 현장에서는 의사들이 의료비의 실질적 책임자인 보호자의 의견을 더 존중함을 보여 준다. 이는 환자의 자기결정권이 윤리적으로 우선시 되어야 함에도 불구하고 여전히 치료 결정에 있어서는 아직 그 후진성을 벗어나지 못함을 보여 준다.

III. 안락사의 윤리적 정당화

지금까지 우리는 본 논문에서 사용되고 있는 용어를 철학적으로 명료화하지 않은 채 그대로 사용하였다. 이는 지금까지의 논의는 사실 분석에 근거한 연구이기 때문이다. 안락사 기준을 비교 고찰하자면 먼저 안락사의 개념 정의와 안락사의 유형을 범주화해야 할 것이기에, 우리는 의료윤리에 관한 철학적 논의를 바탕으로 이 물음에 접근하고자 한다.

1. 안락사의 정의와 유형

안락사(euthanasia)란 개념에 대한 정의는 학자들에 따라 조금씩 다르나, 우리는 드레이퍼(Draper H)의 견해에 따라 "어떤 사람이 가능한 한 편안한 수단을 이용하여 다른 사람을 죽이려는 의도에서 파생된 죽음"으로 정의하고자 한다.¹⁰⁾ 물론 여기에는 안락사의 선결 조건으로 환자가 현대의학으로 치료가 불가능하다는 판단을 받고서 현재 정신적, 신체적으로 참아내기 힘든 고통을 경험하고 있는 요소가 전제됨은 두말할 나위 없다. 이 정의에 따를 경우 안락사가 성립되기 위해 갖추어야 할 5가지 요소는 다음과 같다.

10) Draper H. Euthanasia. Encyclopedia of Applied Ethics. Vol. 2. New York : Academic Press, 1998 : 176

- ① 행위자와 환자(agent and subject) : 안락사는 한 사람이 다른 사람에게 행하는 것이다.
- ② 행위자의 의도(intention of agent) : 행위자는 환자의 죽음을 야기하려는 의도를 지닌다.
- ③ 행위자의 동기(motive of agent) : 행위자는 오직 환자에게 최선의 이익을 베풀려는 동기에서 행동한다.
- ④ 인과적 근접성(casual proximity) : 행위자가 행한 것 혹은 하지 않으려고 선택한 것이 그 환자 죽음의 원인이다.
- ⑤ 결과(outcome) : 그 행위의 결과로 그 환자가 죽는다.

①은 안락사 시행자와 환자가 동일인이 아니어야 한다는 규정이다. 행위자가 어떤 행위나 사건에 대해 도덕적 책임을 지는 데에는 두 가지 조건이 요구된다. 도덕적 책임을 물을 수 있으려면 행위자가 원인 제공자이어야 하고 또 그 행위자가 그 행위를 하려는 의도를 지녀야 하기 때문에, 안락사의 경우에도 ②와 ④의 요소가 요구된다. 안락사는 어디까지나 환자 본인의 이익이란 선의에서 이루어지는 것이기에 ③과 ⑤가 요구된다. 이러한 개념 정의에 따를 경우, 그 의도가 환자 본인의 편안한 죽음이라면, 의사조력 자살, 가망 없는 환자의 퇴원, 의학적 충고에 반하는 퇴원, 자비적 살인 등도 넓은 의미로 안락사에 포함된다고 볼 수 있다.¹¹⁾ 연구 의도가 허용 가능한 안락사 유형을 찾는 작업 이기에, 우리는 일단 논리적으로 생명 종료의 유형 가운데 안락사에 포함될 수 있는 것들을 망라하였다.

안락사 구성요소 가운데 행위자의 의도, 동기 그리고 그 결과는 더 이상의 세부 구분이 불가능하다. 또한 행위자와 환자가 달라야 한다는 구성 요소 역시 그 해석을 달리할 수 없을 것이다. 그럼에도 불구하고 우리는 행위의 근접성과 구성 요소에 나타나지 않은 환자의 동의 여부에 따라 안락사를 몇 가지 유형으로 구분할 수 있다.

첫째, 환자의 동의 여부에 따라 안락사는 '자의적 안락사/반자의적 안락사'로 세분된다.¹²⁾ '자의적 안락사'(voluntary euthanasia)는 죽음을 당하는 당사자의 의사에 따라 수행되는 안락사 유형을 말한다. 이때 당사자는 명령, 의뢰, 신청 등과 같은 방식으로 안락사를 요청하거나 단지 소극적인 방식으로 안락사를 승인할 수 있다. 반자의적 안락사는 다시 둘로 나눌 수 있다. 하나는 '반자의적 안락사'(involuntary euthanasia)이고, 다른

11) 안락사의 개념 정의에 관한 자세한 논의는 김상득, 『생명의료윤리학』, 서울 : 철학파현실사, 2000 : 291-295

12) 피터 싱어 지음(황경식 김성동 옮김), 『실천윤리학』, 서울 : 철학파현실사, 1991 : 177-180

하나는 '자의와 무관한 안락사' (nonvoluntary euthanasia)이다. 전자는 죽임을 당하는 당사자가 동의 능력을 지니지만 동의하지 않은 사람에 대해 행해지는 안락사이며, 후자는 죽임을 당하는 당사자가 동의할 능력을 지니지 않아 동의 표명이 불분명한 경우에 행해지는 안락사이다. 둘째, 죽음을 야기한 수단의 직접성 혹은 간접성에 따라, 적극적으로 편안하게 죽게 한 것인지 아니면 소극적으로 안락사 시킨 것인지에 따라 안락사는 '적극적 안락사/소극적 안락사' (active/passive euthanasia)로 구분된다.¹³⁾

어떤 사람이 인공 호흡기로 생명을 연장하면서 말기 암으로 죽어간다고 하자. 누가 죽이는가의 물음을 제외하면, 이 경우 환자를 죽이는 길은 두 가지이다. 하나는 직접 죽이는(to kill) 방법이고, 다른 하나는 죽도록 내버려두는(to let it die) 방법이다. 예를 들어, 누군가가 이 환자를 총을 쏘아 죽인다면, 그것은 직접 죽이는 방법이라 할 수 있는 반면에, 의사가 인공호흡기를 제거해 환자를 죽인다면, 그것은 죽도록 내버려 주는 방법이라 할 수 있다. 전자의 경우 환자 죽음의 원인은 '총에 맞음' 인 반면에, 후자의 경우 죽음의 원인은 '암' 이라 할 수 있다. 전자를 적극적 안락사라 하고, 후자는 소극적 안락사라 한다. 특히 후자의 소극적 안락사에는 치료의 거부나 이미 시작된 치료의 중단 내지 퇴원 등도 포함된다.

그래서 이 2가지 요소를 중심 축으로 하여 조합하면, 안락사는 크게 4가지 유형으로 구분 가능하다: 소극적 자발적 안락사, 소극적 비자발적 안락사, 적극적 자발적 안락사, 적극적 비자발적 안락사.

2. 안락사 유형에 따른 윤리적 정당화 논변

유형에 따라 안락사 찬반 논거가 조금씩 다르지만, 일반적인 찬반 논거를 먼저 제시한 다음, 안락사의 각 유형에 대하여 의사들이 실제로 거론한 논거들을 비판적 관점에서 분석하고자 한다.

안락사 옹호 논거:

- ① 기본적으로 개인은 그 자신의 신체와 생명, 그리고 죽음에 관해 자기결정권을 지닌다.
- ② 소생 가망이 없는 환자의 불필요한 고통을 경감시킬 수 있다.
- ③ 안락한 죽음이 환자의 인간존엄성을 실현하는 일이다.

안락사 반대 논거:

- ① '치료' 와 '돌봄' 을 구별할 수 있음에도 불구하고, 안락사 허용은 의사들로 하

13) Rachels J. Active and Passive Euthanasia. May L(ed). Applied Ethics. New Jersey : Prentice Hall, 1994 : 491-495

여금 죽음에 임박한 환자를 돌보지 않고 방치하도록 하여 결국 생명경시 풍조가 일어난다.

- ② 새로운 치료법이 발견되거나 기적이 일어날 수 있다.
- ③ 의학과 의학은 생명 종료가 아니라 생명을 구하는 데 그 목적이 있다.
- ④ 이는 인간이 신 노릇하는 것이다.

(1) 소극적, 자발적 안락사

실제 의사들의 답변은 안락사에 대한 이런 일반적인 찬반 논거와 상당한 거리가 있었다. 극소수의 반대자를 제외하고, 대부분의 의사는 소극적 자발적 안락사에 대하여 긍정적이었다. 대다수 의사들이 의료현장에서 이런 유형의 안락사가 실행되고 있음을 인정하였고, 실제로 다수의 의사가 직접 경험한 사례가 많다고 대답했다. 따라서 이 문제에 관한 한 윤리적 갈등을 느끼는 의사들은 많지 않다고 볼 수 있다. 의사들은 ① 회복 불가능한 환자의 고통 완화, ② 가족의 경제적 부담 감소, ③ 의료 자원의 공정한 분배, ④ 장기이식의 필요성, ⑤ 인간 존엄성을 유지하면서 죽을 권리 등을 찬성의 논거로 제시하였다. 흥미로운 점은 의료윤리에서 일반적으로 인정되고 있는 환자 본인의 자기 결정권¹⁴⁾을 안락사 옹호 논거로 제시한 의사는 단 한명밖에 없었다는 점이다.

한편 의사들은 ① 최선의 치료만이 의사의 의무라는 점, ② 인간의 삶과 죽음은 오직 신만이 결정할 수 있다는 점, ③ 생명 경시 풍조가 반영된 제도가 확립될 위험성이 있다는 점 등을 안락사 반대 논거로 제시하였다. 그러나 새로운 치료법이 발견될 가능성이 있다는 점이 논거로 제시되지는 않았다. 즉, 소극적 자발적 안락사를 반대하는 이유가 환자의 복지에 대한 배려라기보다는 의사 자신의 윤리적 의무나 사회에 미칠 결과에 대한 고려로부터 나오고 있다.

(2) 소극적, 비자발적 안락사

소극적, 비자발적 안락사 찬성론자는, 안락사 찬성 일반 논거 외에, 신체 및 생명에 대한 환자의 자기결정권을 보호자가 대신할 수 있다는 점을 들고 있으나, 반대자들은 이를 거부한다. 비자발적 안락사는 의사표현 능력이 없는 신생아 등 환아와 관련된 물음기에 설문은 주로 소아과 의사들에게 국한되었다. 대부분 의사들은 안락사 일반에 단호하게 반대하기에 소아과에서 비자발적 안락사를 찾아 보기 어렵다고 답한 반면에, 한 두명의 의사는 사회복지 시설이 전무한 상황에서 부모와 가족의 경제적 어려움이 크다는 이유에서 보호자의 판단에 따라 기형아의 안락사를 실행하는 데 긍정적인 입장을 취했다. 또 소생 가망이 없는 환자에 대한 심폐소생술에는 많은 의사가 반대하였다. 한명

14) Brody H, Campbell ML et al. Withdrawing intensive life-sustaining treatment — recommendations for compassionate clinical management. New England J Med 1997 ; 336(9) : 652-657

의 의사는 미숙아의 안락사에 대한 필요성을 느끼나 이로 인해 미끄러운 급경사의 논리에 빠지게 될 수 있음을 경고하였다.

(3) 적극적, 자발적 안락사

안락사에 대한 일반적인 찬반 논거 외에, 적극적 자발적 안락사 반대론자들은, 미끄러운 급경사 논증에 의거하여, 만일 적극적, 자발적 안락사 허용이 곧바로 적극적, 비자발적 안락사까지 정당화하지 않을까 우려하고 있다. 또 이들은 안락사대안으로 호스피스 제도를 제안하고 있다. 조사에 응한 의사들 중 적극적, 자발적 안락사를 실행한 경험이 있다고 답한 사람은 아무도 없었으나, 현재 실행되고 있다고 생각하는 의사가 극소수 있었으며, 또 그 요구가 증가하고 있다는 의견을 보인 의사도 있었다. 또 자신이 그런 입장에 처할 경우에는 적극적 안락사를 요구하겠다고 답한 의사도 있다. 그리고 대부분은 이런 유형의 안락사에 반대하였으며, 소수만이 그것도 엄격한 조건 하에서만 필요하다고 답하면서도 실행은 절대 안 된다고 단정하고 있다. 어떤 이유에서 이런 유형의 안락사가 허용될 수 있느냐의 질문에 의사들은 ① 환자의 고통 완화, ② 인간다운 죽음, ③ 가족의 경제적 어려움 등을 답하였으나, 환자의 자기결정권을 이유로 든 자는 거의 없었다. 이는 의료윤리적인 측면에서 의사들이 환자의 자기결정권보다 온정적 간섭주의적 입장을 견지함을 보여준다.

의사들이 제시한 반대 논거로는 ① 삶과 죽음은 신만의 결정 사항, ② 의사로서 도저히 할 수 없는 일이라는 견해가 압도적으로 많았다. 상당수 의사들은 현행 실정법 위반을 이유로 제시하였으며, 우리의 관습과 윤리에 맞지 않는다는 주장도 있었다. 이는, 의사들이 안락사에 대한 환자들의 요청은 증가하고 있으나 이를 공적 담론의 장으로 이끌어 가야 한다고 느끼지 않을 뿐더러, 그렇게 하는 것이 시기상조라고 생각하고 있는 것으로 분석될 수 있다.

(4) 적극적, 비자발적 안락사

적극적, 비자발적 안락사 반대자는 특히 제3자가 외부에서 환자의 삶의 질과 가치를 평가하는 것은 주체넘은 일이며, 사회적으로 가치가 없다고 생각되는 이들을 제거하는 나쁜 선례가 될 수 있다고 주장한다.

상당수 의사들은 적극적, 비자발적 안락사에 대하여, ① 삶과 죽음은 신의 결정사항, ② 삶의 질보다 환자의 생존 자체가 더 가치로움, ③ 의사의 해악 금지의 의무 등의 이유를 들어 반대하면서도, 최종 순간에 가족들이 의견을 굽히지 않을 경우 가족들의 결정권을 인정한다는 일관성이 결여된 듯한 입장을 취하고 있다. 또 적극적, 비자발적 안락사를 병원에서 실행할 경우 의사가 아닌 다른 사람이 그 일을 하여야 한다는 견해를 표명한 의사가 상당수 있었다. 적극적, 비자발적 안락사에 대한 가족의 요구가 많았다고 보고한 의사도 있다.

이런 유형의 안락사에 찬성하는 이유가 무엇이나의 물음에 대해 의사들은 ① 가족의 경제적 어려움, ② 환자의 삶의 질, ③ 인간다운 죽음, ④ 장기이식의 필요 등을 그 이유로 들었다. 하지만 만약 환자가 의사 표현 능력이 있었다라면 자발적으로 안락사를 원했으리라는 논거를 제시한 경우는 하나도 없었다. 이는 조사 대상인 의사들이 적극적, 자발적 안락사에 대하여서는 거의 대부분 반대하는 반면, 적극적, 비자발적 안락사에 대하여서는 오히려 찬반양론이 거의 반반이었다는 결과와도 일관된다. 안락사에 대한 의사들의 이러한 태도는 의료윤리적 관점보다는 오히려 다분히 임상 현장에 충실하고 있음을 보여 준다. 즉, 의사표현 능력이 없는 환자의 경우 보호자의 요청에 의사들이 따르고 있다고 하겠다.

3. 종합적 분석

안락사에 대해 의사들은 아직 명확한 입장을 표명하지 않은 경우도 있지만 대부분 자기 나름대로의 입장을 지니고 있다. 하지만 안락사 개념이나 안락사의 유형 구분 등에 대해서 의사들은 아직까지 분명한 이해가 없어 때로 상충된 답변을 하기도 하였다. 예를 들어, 의사들은 적극적 자발적 안락사에 비해 적극적 비자발적 안락사에 대해 더 긍정적인 태도를 표명하고 있다. 이런 상충된 답변은 의사들이 의료윤리적인 관점이 아니라 임상 현장의 실제 관행에 더 무게중심을 두고 있다고 해석될 수 있다. 즉, 말기환자나 어린이 환자는 본인의 의사표현이 불가능하기에, 의사들은 환자의 자기결정권보다 보호자의 결정을 존중하고 있다. 거꾸로 말하면 이는 말기환자나 어린이 환자와 같이 의사표현 능력이 없는 환자들의 생명권이 의료현장에서 심각하게 손상당하고 있음을 보여 준다. 뿐만 아니라 안락사에 대한 찬반 논거에 대해서도 의사들은 일반적으로 인정되는 의료윤리적인 이유보다는 구체적인 임상현장의 어려움—예를 들어, 보호자의 요구, 경제적 부담, 현행 법률 등—에 근거해서 답하고 있다. 더군다나 ‘신 노릇하기’(playing God)와 같은 종교적 이유를 제시하는 의사들은 한 명도 없었다. 그러나 안락사와 같은 삶의 종료에 대해 의사들이 임상 현장에서 윤리적 딜레마에 봉착하고 있음을 엿볼 수 있다. 이는 곧 삶의 종료에 관한 윤리적 가이드 라인이나 법률 등 제도적 장치 마련될 필요성이 있음을 보여 주는 단적인 증거라 할 수 있다.

IV. 안락사에 관한 윤리지침을 만들기 위하여

지금까지 우리는 미국, 네덜란드 등에서 시행되고 있는 안락사 기준을 비교 연구하였으며, 나아가 국내 임상 현장에서 일어나고 있는 안락사 실태와 그에 대한 의사들의 윤리의식을 설문조사를 통해 살펴보았다. 이러한 논의를 통해 우리는 안락사에 대한 국내

의사들의 가치관이 아직 제대로 정립되어 있지 않지만 이미 환자들 혹은 그 보호자들은 명시적 혹은 묵시적으로 안락사를 요청하고 있다는 점을 알 수 있다. 또 의사들은 앞으로 이런 안락사 요청이 더 늘어날 것으로 전망하고 있다. 삶의 종료에 관한 적절한 윤리적 기준이 마련되지 않을 경우 또 다른 의료분쟁이 발생할 수 있다.

지금까지 논의를 통해 안락사와 관련된 쟁점은 크게 다음 5가지임이 드러났다.

첫째는 안락사의 대상인 환자에 대한 규정이다. 그 세부 물음은 다음과 같다.

하나, 연령 물음이다. 즉, 모든 환자가 안락사의 대상이 되는지 아니면 18세 이상 성인에게만 국한시킬지의 물음이 여기에 속한다.

둘, 남은 수명의 물음이다. 6개월 이내의 환자로 할 것인지 아니면 그 이상의 수명이 남은 환자도 안락사 시술의 대상이 되는가?

셋, 고통의 상태에 관한 물음이다. 환자가 어느 정도의 고통을, 얼마나 지속적으로 겪어야 안락사의 대상이 될 수 있는가?

넷, 환자의 의사 표명 능력의 유무 확인 물음이다. 의사 표명 능력이 없는 환자도 안락사 시술의 대상이 되는가? 대리결정, 사전지시의 유효성 등의 물음도 여기에 속한다.¹⁵⁾

다섯째는 환자 요청의 내용에 관한 물음이다. 이는 다음 세부 물음을 함축하고 있다.

하나, 생명의 종료에 관해 의사가 먼저 환자와 상담할 수 있는가, 아니면 환자의 요청이 있기 전에는 의사가 상담할 수 없는가?

둘, 환자 요청의 횟수에 관한 물음이다. 환자의 안락사 요청을 몇회로 할 것인가?

셋, 요청의 형태에 관한 물음이다. 요청을 구두만으로 할 것인가, 아니면 서면 요청을 필수조항으로 넣을 것인가?

넷, 각 요청 사이의 기간 물음이다. 첫 구두 요청 후 다음 요청, 그리고 세번째 요청시 까지 어느 정도 유예 기간을 둘 것인가?

다섯, 요청의 사실 유무 확인에 관한 물음이다. 환자의 안락사 요청의 사실 유무를 담당 의사 단독으로 확인하는가, 제3자 혹은 안락사윤리위원회의 동의를 얻도록 할 것인가?

셋째는 의사가 환자에게 설명해야 할 실질적 내용에 관한 물음이다. 즉, 충분한 설명에 의거한 동의가 이루어지기 위해 의사가 환자에게 최소한 무엇을 설명해야 하는가? 환자의 의학적 진단, 환자의 예상 증후, 처방된 의학적 지시를 따를 경우 예상되는 잠재적 위험, 처방된 의학적 지시를 따를 경우 발생할 수 있는 결과, 편안한 돌봄, 호스피스적 돌봄, 고통 조절 등을 포함하는 가능한 대안들 등에 대한 설명을 외국의 존엄사법은 의무화하고 있다.

15) 사전지시(advance directives)에 관한 논의는 Beauchamp TL & Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. Oxford : Oxford Univ Press. 1994 : 174-179, 241-244 참조

넷째는 안락사 실행자에 관한 물음이다. 누가 안락사 실행자가 될 수 있는가? 환자 보호자나 담당 간호사도 안락사를 실행할 수 있는가? 아니면 담당 의사만이 시행할 수 있는가? 여기에는 의료종사자들의 안락사 요청에 대한 거부권 인정 여부의 물음도 포함된다.

다섯째, 안락사 실행 방법에 관한 물음이다. 환자를 안락사 시키는 방법을 어떤 방법으로 하는 것이 바람직한가의 물음으로써, 다음과 같은 세부 물음을 함축하고 있다.

하나, 방법의 결정 물음이다. 안락사 시행의 구체적인 방법을 누가 어떻게 결정하는가? 즉, 시행방법은 의사 단독, 의사와 환자의 합의 혹은 안락사윤리위원회의 결정에 맡기는가?

둘, 가족의 배석 여부에 관한 물음이다. 안락사 시행시 참석해야 할 대상을 누구로 할 것인가? 안락사 실행의 정당성 확보를 위해 제3자나 가족의 참석을 의무화할 것인가?

셋, 적극적 안락사와 소극적 안락사의 허용 가능성에 관한 물음이다. 즉, 담당의사가 적극적으로 안락사를 시행할 수 있는가, 아니면 단지 소극적인 방법만이 허용 가능한가?

여섯째, 환자의 요청 철회에 관한 물음이다. 환자가 안락사 요청을 철회할 수 있는 기간 물음과 요청 철회의 방법의 물음이 여기에 속한다.

이러한 물음에 대해 우리는 설문조사에 나타난 의사들의 전문가 윤리, 한국인의 죽음의 가치관, 국민들의 정서 등에 비추어 보건대 자비로운 살인이나 적극적인 안락사 실행 행위는 성급할 뿐만 아니라 비윤리적이라는 판단 아래, 위의 각 물음에 대해 다음과 같은 기준을 제시하고자 한다. 그러나 생명의 종료에 관한 이러한 기준은 곧바로 (가칭) 존엄사법의 형태로 제정되기 이전에, 먼저 대한의사협회 등에서 생명 종료에 관한 윤리지침 속에 이러한 기준을 포함시켜 자율적으로 시행하는 것이 바람직할 것이다. 그렇다고 우리는 안락사가 시행되어야 한다는 적극적인 주장을 펴는 것이 결코 아니다. 또 안락사에 대한 호스피스 제도와 같은 고통완화 돌봄이 안락사에 대한 하나의 훌륭한 대안이 될 수 있음을 우리는 부정하지도 않는다.¹⁶⁾ 다만 현재 의료 현장에서 윤리적으로 보호받기 어려운 안락사 관행을 바람직한 형태로 유도하여, 결국 환자의 자기결정권을 존중하면서 생명권과 건강권을 신장시키고, 나아가 윤리적 딜레마에 처한 의사들의 의사결정을 돕고자 하는 데 이 제안은 그 의미를 두고자 한다.¹⁷⁾

16) Farsides B. Palliative care — euthanasia-free zone? Journal of Medical Ethics 1998 : 24 : 149-150

17) 아래의 제안은 Hemlock Society의 <Guideline for Physician Aid in Dying Legislation>을 일부 참조하였다. (http://www.hemlock.org/changing_laws.htm#guide, 2000. 4. 11)

1. 안락사를 요청할 수 있는 환자의 상태

안락사를 요청할 수 있는 환자는 다음 각 항을 충족시킨 경우에 한한다.

- 1.01. 대한민국 국적을 지닌 자로 18세 이상.
- 1.02. 현대의학으로부터 6개월 이내에 생명이 종료될 것이라고 선고를 받은 자.
- 1.03. 어느 누가 보아도 참을 수 없는 고통을 지속적으로 경험하고 있을 것.
- 1.04. 자기 의사를 구두나 서면으로 표명할 수 있는 능력을 지닌 자.
- 1.05. 사전지시를 서면으로 남긴 자는 동의능력이 있는 자로 간주한다. 단, 이 경우 법정대리인이 환자를 대신한다.

2. 환자의 안락사 요청권

- 2.01. 환자가 안락사 요청을 말하기 전에는, 그 어떠한 경우에도 담당 의사가 먼저 환자에게 생명의 종료에 관해 상담을 하거나 암시를 주어서는 안 된다.
- 2.02. 환자는 일차 구두 요청 후 14일이 경과한 후 다시 구두로 요청해야 한다.
- 2.03. 두번째 요청이 있을 후, 적어도 7일이 경과한 후 세번째 요청이 있어야 한다.
- 2.04. 세번째 요청은 서면으로 이루어져야 한다. 이때 담당 의사와 안락사윤리위원회 위원 1인이 배석해야 한다.
- 2.05. 환자의 안락사 요청의 사실은 일차로 담당 의사가 확인한 다음, 안락사윤리위원회에서 최종적으로 확인한다.

3. 담당의사의 설명의무

- 3.01. 담당의사는 환자에게 다음 사항을 충분히 설명해야 한다.
 - (a) 환자의 의학적 진단
 - (b) 환자의 예상 증후
 - (c) 처방된 의학적 지시를 따를 경우 예상되는 잠재적 위험
 - (d) 처방된 의학적 지시를 따를 경우 발생할 수 있는 결과
 - (e) 편안한 돌봄, 호스피스적 돌봄, 고통 조절 등을 포함하는 가능한 대안들
- 3.02. 담당의사는 환자의 안락사 요청 사실을 가장 가까운 친족에게 고지해야 한다.

4. 안락사 시행자

- 4.01. 담당 의사가 안락사를 시행하는 것을 원칙으로 한다. 단, 이 경우 담당 의사는 간호사를 비롯하여 의료인의 도움을 받을 수 있다.
- 4.02. 담당 의사나 의료인은 환자의 안락사 요청을 신광과 양심에 따라 거부할 수 있다. 단, 이 경우 담당 의사는 지체하지 않고 환자를 다른 의사에게 이송해야 한다.

5. 안락사 시행 방법

- 5.01. 안락사 시행 방법은 담당 의사와 환자의 합의로 결정한 후 안락사윤리위원회의 추인을 받도록 한다.
- 5.02. 안락사 시행시 안락사윤리위원 가운데 1인이 반드시 배석해야 한다.
- 5.03. 환자의 친족이 배석을 요구할 경우 담당 의사는 환자의 허락을 받은 후, 특별한 사정이 없는 한, 이를 허용해야 한다.

6. 요청의 철회

- 6.01. 환자는 어느 때, 어떠한 방법으로든지 안락사 요청을 철회할 수 있다. 이 경우 의사는 즉시 이 사실을 의무기록으로 남겨야 한다.
- 6.02. 요청 철회를 위해 최초 구두 요청에서 서면 요청까지 21일 이상의 유예 기간을 두어야 한다.
- 6.03. 서면 요청 후 안락사 시행 역시 최소한 48시간의 유예기간을 두어야 한다.

색인어 : 안락사 · 존엄사법 · 윤리지침 · 환자의 동의

=ABSTRACT=

Comparative Analysis on the Ethical Guidelines on Euthanasia

SOHN Myong-sei*, Kim Sangdeug**, Kim Sohyoon*

Background : The rapid development of biomedical engineering and medical technology has given us a lot of changes not only on our social environment but also on life itself. Even though legislation of Organ Transplantation Law expanded the discussion on life and death, still the academic discussion on euthanasia has been often prohibited in Korea.

Objectives : This study was performed (1) to identify the ethical standard in laws on euthanasia at other countries such as Netherlands, Australia, and the United States, (2) to understand the current status on euthanasia and its ethical implications in Korea, (3) to search the justified type of euthanasia in the ethical point of views, and finally (4) to suggest the ethical guideline on euthanasia in Korean situation.

Methods : In order to understand the current status on euthanasia in Korea, the survey was conducted to the attending physicians of 42 patients who died from August 1st to August 31st in 1995 at one of university hospitals in Korea. The survey consisted of two parts: general questions on euthanasia and specific questions on the hypothetical situations.

Results : Most of the physicians did not have a clear understanding on euthanasia and even gave conflict answers. Also, their answers were based not on the ethical reasoning but on the difficulties in medical practice. However, the study showed that they all experience the ethical dilemma in medical practice with euthanasia and terminally ill patients.

Conclusion : Overall study shows the actual need to establish the ethical guideline on euthanasia to give the physicians the practical solutions on their ethical dilemma. Therefore, we suggests the ethical guideline on euthanasia which can be effective on the Korean situation.

Key Words : Euthanasia, Death with Dignity Law, Ethical Guideline, Informed Consent

* *Department of Preventive Medicine, College of Medicine, Yonsei University*

** *Department of Medical Law & Ethics, College of Medicine, Yonsei University*