



# 연명치료중지에 관한 외국의 입법례

## The Withdrawal of Life-sustaining Management for Dying Patients - A Study in Judicial Precedents Worldwide -

김 장 한 | 울산의대 인문사회의학교실 | Jang Han Kim, MD

Department of Medical Humanities and Social Sciences, Ulsan University College of Medicine

E-mail : jhk@amc.seoul.kr

J Korean Med Assoc 2009; 52(9): 856 - 864

### Abstract

The decision to withdrawal of life-sustaining management for dying patients is one of the most difficult challenges in modern medical ethics. Due to the advances in medical science and technology, terminally ill patients can survive longer than ever expected before. More specifically, artificial ventilation, nutrition, and recently developed drugs constitute the cores of life-sustaining management for dying patients. The issues of patients' autonomy, medical paternalism and sanctity of life are related with this particular problem. Korean Supreme Court recently approved the request of a permanent vegetative status patients' family to terminate the artificial ventilation and allow the patient to die. Korean Medical Association is currently seeking to establish the guideline. Korean government and parliament are also looking for a way to enact the law. However, religious sector including Catholic Church and a significant proportion of the population have opposed the legalization of euthanasia. A careful study in other countries' legislations related to the care for dying patients would help to establish the consensus in the nation.

**Keywords:** Advance directives; Death with dignity; End-of-life care; Euthanasia; Terminal Patients

### 서 론

우리가 이 글에서 논의하고자 하는 행위는 그 명칭(Nomenclature)과 분류에 대한 논쟁이 존재하는 복잡한 문제이다. 안락사, 존엄사, 연명치료중단 등, 그 외 소극적, 적극적, 자의적, 비자의적, 비자의적 등등 많은 분류와 명칭이 존재한다. 대상 행위의 중첩성으로 인하여 이러한 명칭들이 동일한 행위를 가르키는 것인지? 다르다면 얼마나 다른 행위를 가르키는 것인지 명확하지 않다. 예컨대 “안락사(euthanasia)”라는 용어는 나치의 인종청소 악행을 생각하게 하는 것으로 인하여, 또는 과연 통증을 느끼지 않는가라

는 과학적 의문으로 인하여 사용하는 것을 반대하는 의견이 많다. “존엄사(death with dignity)”라는 용어에 대하여는 “존엄”이라는 개념을 인간 죽음에 연관시키는 것 자체에 대하여 반대하는 의견, 또는 의사조력자살과 같은 행위에 대하여 “존엄사”라는 용어를 사용하는 것에 때문에 그 사용을 반대하는 의견이 있다. 일반적으로 죽음을 앞둔 말기 환자에 대하여 연명치료를 중단하는 것은 “인간으로의 존엄”을 지켜주는 것이라고 한다. 하지만 김수환 추기경의 선종에 대하여 “존엄사를 선택하였다”고 보도하는 것에 대하여는 이를 부인하는 공식적인 천주교의 반대 성명이 있었다.<sup>1)</sup> 구체적으로 연명치료중단에 대한 요건들을 정리하기 시작하

면, 실제적 요건에 대하여 다른 시각이 존재한다는 것을 알 수 있다. 이러한 시각 차이가 결국 행위에 대한 명칭 문제에 서부터 시시비비를 가져오는 것이다. 이러한 분류에 대하여 외국의 입법례를 정리하는 것이 얼마나 이론적 정합성을 가질지는 의문이다. 이 글에서는 ‘연명치료중단’이라는 객관적·의료적 행위에 중점을 둔 명칭을 사용하며, 이를 시행하기 위한 절차를 세가지로 구분한다. 첫째는 환자의 상태로서, 소위 “말기 환자, 지속적 식물 상태 등과 같은 상황을 포함”하는 연명치료중단에 대한 객관적인 요건이다. 둘째는 이러한 연명치료를 시행하기 위하여 요구하고 있는 말기 환자의 의사(意思)를 확정하기 위한 주관적 요건이다. 셋째는 객관적 요건과 주관적 요건이 충족되었을 때 연명치료중단을 시행하기 위하여 법이 요구하고 있는 요건 판정 및 시행 절차에 대한 요건이다. 입법례에서 심한 대립을 보이는 부분은 첫 번째 객관적 요건과 두 번째 주관적 요건이다.

### 주관적 요건으로서 환자의 자율성과 사전지시서의 문제

연명치료의 중단(인공호흡기, 급식 등)은 환자의 생명에 위협을 초래할 수 있는데, 이러한 위협을 알면서 고의적으로 의사 또는 가족이 이러한 행위를 한다는 것이 주관적 요건을 이루는 핵심 개념에 해당한다. 물론 죽음을 의도하고 연명치료를 중단하였는데, 환자가 가까운 시기에 사망하지 않는 경우도 종종 존재한다. 가장 흔한 예가 인공호흡기의 제거이다. 1970년대 문제가 되었던 미국의 카렌 킴란(Karen Quinlan)은 인공호흡기 제거 후 10년을 더 살았다. 우리나라의 연세대학교 세브란스병원 사건의 경우에도 “김씨 할머니”께서는 인공호흡기를 제거한 이후 이미 한 달 이상 생존하고 있다. 하지만 결과적으로 죽음이 초래되지 않았다고 하여 인공호흡기를 제거하는 행위가 환자의 죽음을

의도하지 않는다고 볼 수는 없다. 이러한 행위는 환자의 요구에 의하여도 행하여 질 수 있다. 환자가 죽음에 임박하기 전에 사전에 미리 이러한 상황을 예상하여 의사가 시행하여야 할 행위에 대해 구체적인 의사(意思)를 표시하였다면, 이것은 환자의 죽음에 대한 선택권을 인정하는 것이다. 환자가 자신이 의식을 잃게 되었을 때 그 기간이 얼마 정도 길어지게 되면 인공호흡기를 제거하여 달라고 서면에 표시하였고 의사가 이를 존중하여야 한다면, 의사로서는 인공호흡기를 달지 않으면 사망할 수도 있다는 것을 알면서도 인공호흡기를 제거하는 것이 되므로 이것은 죽음을 의도한 행위가 된다. 연명치료중단의 논의 중심에는 이러한 죽음에 대한 인위적 결정을 허용할 것인가 라는 것이며, 그 중에서도 중요한 핵심 내용은 사망에 대한 환자의 자기결정권을 인정할 것인가라는 것이다. 환자의 사전지시서와 같은 환자의 의사를 확인하는 도구는 이러한 환자의 자기결정을 확인하는 절차로서 고안된 것이다. 이러한 제도적 고안의 실용성에 의문을 표시하는 견해도 있지만, 환자의 죽음에 대한 자기결정권에 대한 당부의 태도는 연명치료중단에 대한 각국의 입법 태도를 보여주는 가장 정확한 표지자가 된다. 환자의 자율성은 반드시 존중되어야 하는 가치인가? 그렇다면 그 가치는 환자 자신의 죽음에 대한 결정에도 적용되는 것인가? 라는 질문은 이 문제에 바닥에 깔린 가치 논쟁이다. 자율성에 대한 철학적 입장은 서양에서 시작된 혁명 투쟁의 산물로 보아야 한다. 유럽에서 영국의 명예혁명, 프랑스 대혁명을 거치면서 정치적 자율성이 확립되었고, 산업혁명과 계몽주의가 바탕이 되어 시민들의 자율성은 노동계약의 자율성으로 나타났다. 철학적으로는 밀(John Stuart Mill)의 자유론(On Liberty)도 언급되며, 독일의 관념론의 칸트에 의한 정언명령의 하나로 언급하기도 한다. 생명의료윤리(biomedical ethics)에서 4원칙 중의 하나로 정리한 비침(Beauchamp)과 칠드레스(Childress)를 언급하기도 한다.

1) 2009년 3월 19일 한국천주교 주교회의 생명윤리위원회, 위원장 장봉훈 주교의 명의로 “김수환 추기경의 선종은 결코 존엄사가 아닙니다”라는 성명서가 발표되었고, 거기에 의하며 “...김 추기경께서는 노환으로 인해 이제 더 이상 회피할 수 없는 죽음이 다가오는 것에 대해 겸손하게 순응하셨습니다. ... 이런 죽음을 추기경님께서 죽음을 선택하셨다는 논조로 오해하는 것은 어차구니 없는 일입니다. 하느님께서 선사하는 영원한 생명을 믿는 모든 그리스도인에게 죽음은 결코 선택할 수 있는 것이 아니라 겸손하게 받아들이는 것이며, 그럼으로써 영원한 생명으로 나아가는 것이기 때문입니다”라고 하고 있다. 천주교의 입장은 “존엄사”라는 개념은 죽음을 선택하는 것으로서 받아들일 수 없다는 것이다.

결국 의료행위에 대한 자율성도 이러한 철학적 전통의 한 줄기로 보아야 한다. 하지만 의료행위에 대한 환자 자신의 자율성은 다른 영역보다는 좀 늦게 등장한다. 왜냐하면 의료는 전통적으로 간섭주의(paternalism)가 선호되는 전문가 행위 영역이기 때문이다. 죽음을 선택하는 자율성에 대하여는 천주교를 비롯한 종교적 반대 입장이 존재한다. 천주교의 입장은 죽음에 관한 인간의 선택권을 부정하고, 인간은 이를 받아들이는 존재라고 보는 것이다. 객관적인 질서 속에서 인간은 죽음을 선택하는 것이 아니며, 몇 가지의 선택을 할 수 있다면 그것은 죽음을 초래하는 것이 아니라 죽음을 받아들이는 입장에서 가능한 선택에 불과하다. 그러므로 표면적으로 객관적 요건에서 일부분 연명치료를 중단하는 기존 입장과 동조하는 부분이 있는 것처럼 보일지 모르지만, 주관적 요건에 관련한 천주교의 입장은 기존의 연명치료중단 논의에 완전히 대립된다고 보아야 한다.

연명치료중단에 대한 환자의 자기결정권으로서 환자의 사전지시서(advance directives)를 표지지로 보면, 이를 인정하는 입법의 태도에 따라 세 가지로 분류할 수 있다. 첫째는 사전 지시서를 폭넓게 인정하는 나라들이다. 입법을 통하여 근거, 절차, 환자의 권리, 의사의 의무에 대하여 명확한 규정하거나, 또는 보통법(common law) 상의 전통에 입각하여 이에 반하는 조치들을 불법화 할 수 있는 나라들이다. 이러한 나라들은 대개 영미법계에 속하고 있다. 이 문제를 최초로 인정한 나라는 미국이다. 미국의 경우, 1070년대에 카렌 킨란 사건에서 뉴저지주 최고법원은 카렌의 평소 의사를 추정하여 가족들이 요구한 인공호흡기 제거를 인정하였다. 이 때 대체 판단(substituted judgement)에 의하여 카렌의 평소 의사를 추정한 것에 대하여 당시 미국 사회에서는 인공호흡기의 제거라는 행위와 함께 과연 환자의 명시적

인 의사가 없는 상황에서 가족들의 증언에 의하여 환자 의사를 추정하는 것이 타당한가라는 점이 논쟁거리가 되었다. 이 법원의 결정은 돌이킬 수 없이 한 환자의 생명을 끊으려는 의도가 있는 행위였기에 문제가 될 수 밖에 없었다. 이 문제를 해결하기 위하여 환자의 “생명에 관한 결정(living will)”을 미리 문서로 작성하여야 한다는 제안이 나왔고(1)<sup>2)</sup>, 이 제안은 수 년이 지나 1976년 미국 캘리포니아 주의 자연사법(Natural Death Act)에서 치료에 관한 지시(Treatment Directive)로 구체화 되었다. 연방입법으로는 메디케어(Medicare), 메디케이드(Medicaid) 적용 의료기관에서 대상 환자에게 사전지시서<sup>3)</sup>를 받도록 하는 환자자기결정법(Patient-Self Determination Act, PSDA)이 1995년에 이루어졌다. 이러한 입법의 영향에는 연방 대법원에서 급식관 제거에 대한 인정 기준을 판시한 크루잔(Cruzan) 판결의 영향이 있었다. 미국에서 논의된 생명에 관한 기준은 이후 전 세계로 확산되는데 영국과 웨일즈, 캐나다와 같은 영미법계 국가들은 개별 판례의 구속력을 이용하여 쉽게 받아들였고, 대륙법계로서 네덜란드, 덴마크, 스페인과 벨기에에는 입법을 통하여 미국과 동일한 입장을 채택하였다. 이들 나라들은 환자의 의사(意思)에 대하여 구속력을 부여하고 의사가 이를 따르도록 하고 있다. 이에 반하여 독일권 문화의 영향을 받고 있는 중부 유럽 나라로서 독일, 오스트리아, 스위스, 북구의 노르웨이, 스웨덴의 경우는 주로 의사협회의 자체 규정으로서 환자의 사전지시서를 인정하고 있으며, 입법이 되지 않은 상황에서 아직 사회적 논의가 진행되고 있다. 이 경우는 의사가 환자의 죽음에 관한 의사 결정에 따르지 않더라도 법적인 책임을 지지 않고 있다. 프랑스, 이태리, 일본 등은 명시적으로 환자의 사전지시서를 인정하지 않고 있다. 이상의 각국 입법례를 살펴보면 결국 환자의 자율성

2) 당시 주장한 living will의 내용은 다음과 같다. “...자신을 표현할 수 있는 능력과 정신적 능력이 온전한 개인이 어느 정도까지 치료해 줄 것을 기제한 경우라면, 이러한 동의를 기제한 문서는 living will이라고 할 수 있다...” Kutner는 이 명칭을 제안하면서 그 내용을 “declaration determining the termination of life”, “testament permitting death”, “declaration of bodily autonomy”, “declaration of ending treatment” 및 “body trust”로 설명하고 있다. 풀어보면 치료 포기에 관한 선언을 의미하는 것이다.

3) 본 글에서는 생명에 관한 포기를 선언하는 형태의 living will, 그에 더하여 환자가 주체적으로 자신에게 시행하여야 할 치료를 구체적으로 정할 수 있도록 하는 형태로 발전한 treatment directive, 더 나아가 대리인에 의하여 이러한 결정이 가능하도록 한 것을 advance directive로 구분한다.

을 인정하는 국가가 상당수이며, 천주교 입장이 강한 나라에서는 죽음을 의도한 환자의 사전 지시는 인정하지 않고 있다. 하지만, 이러한 나라에서도 법원의 판결에 의하여 환자 자율성이 죽음에 대한 결정에까지 넓혀지고 있다는 것을 알 수 있다.

### 객관적인 요건에 관한 비교

환자의 상태가 어떠한 경우에 연명치료 중단을 허용할 것인가라는 객관적인 요건은 의학적으로 판정되는 기술적인 측면이 강하다. 두 가지 측면에서 보아야 한다. 첫째는 연명치료중단을 통하여 환자의 무의미한 생명 연장이 단축되는 것이다. 현재 형법의 해석에 의하면 이것은 명백한 살인죄에 해당하며, 구체적인 경우에 위법성 조각사유에 해당하면 적법한 행위가 되는 것이다. 둘째는 말기 환자로서 이미 죽음의 단계에 직접적으로 진입하였기 때문에 연명치료중단이 과연 환자의 생명 연장을 단축되는가라는 사실 확정이 불확실한 경우이다. 이러한 행위에 대하여는 일반적으로 연명치료중단, 존엄사, 안락사라는 용어를 사용하지 않으며, 환자가 “임종”을 맞이 직전이라는 이야기를 한다. 예컨대 말기 암환자가 사기가 임박하여 의식을 잃은 상태에서 집으로 퇴원을 하고, 거기에서 인공호흡기를 제거한다면, 그것은 자연스러운 죽음의 과정으로 받아들이게 된다. 이러한 두 번째 경우에 해당하는 경우에 대하여만 연명치료중단이 가능하다고 주장한다면, 사실은 그것은 죽음에 관한 환자의 자율권에 바탕을 둔 연명치료중단을 반대하는 주장과 다름이 없다. 본 글에서 다루는 내용은 주로 첫 번째 문제에 관한 것이며, 객관적 요건에 대한 논자의 기본적인 시각은 객관적인 요건들이 주관적인 요건에 대한 윤리적, 법적 한계를 설정하는 기능을 한다고 본다. 예컨대 만약 우리가 객관적 요건으로 1년 이상 지속적 식물 상태의 인공호흡기 제거를 허용한다면, 환자가 사전지시서로 자신은 6개월만 관찰하고 인공호흡기를 제거해 달라고 하는 내용을 인정할 수 없기 때문이다. 연명치료중단을 위한 객관적인 요건은 어떠한 환자를 대상으로 할 것인가라는 문제와 어떠한 치료를 중단할 것인가라는 두 가지 문제로 나누어진다. 하

지만 주관적으로 죽음을 의도하는 환자 또는 행위자의 의사(意思)를 고려한다면, 결국 어떤 환자에게 어떤 치료를 중단할 것인가를 결정하는 것은 결국 대상 환자가 해당 치료를 중단할 경우에 사망할 것인가라는 죽음에 대한 예견의 문제로 귀착된다. 인공호흡기를 제거하는 문제를 살펴보자. 예를 들어 노환으로 임종 직전의 환자에 대하여 자연스러운 죽음을 맞게 하기 위하여 퇴원시킨 이후에 집에서 인공호흡기를 제거하였고, 얼마 있다가 환자가 사망하였다면 인공호흡기 제거는 죽음의 과정 자체로 보아야 한다. 20세의 젊은 남자가 지속적 식물 상태에 빠진 경우에 인공호흡기를 제거한다면 이 남자는 인공호흡기를 제거하여도 살 가능성이 높다. 하지만 의료진은 인공호흡기를 제거하면 죽을 수도 있기 때문에 제거할 수 없다고 주장한다. 이런 경우에 인공호흡기를 제거하는 행위가 객관적으로 죽음을 초래할 것인가라는 점은 불분명하다. 물론 죽지 않을 수도 있다. 하지만 의료진의 입장에서 이 경우 연명치료중단은 사망을 초래할 수 있다는 가능성을 예견하는 상황이 된다. 하지만 루게릭 병(근육위축기쪽경화증, Amyotrophic Lateral Sclerosis)에 걸려서 자발 호흡이 되지 않는 환자의 인공호흡기를 제거하는 것은 명백하게 죽음을 의도한 행위가 된다. 두 번째와 세 번째 사례를 구별하는 기준은 인공호흡기를 제거하는 행위에 대한 규범적 판단에는 인공호흡기를 제거하는 행위의 의도, 목적이라는 주관적인 요소와 이러한 죽음의 주관적 요소를 정당화하여 주는 “삶의 질(quality of life)”, “인간이 존엄하게 죽을 권리(death with dignity)”라고 하는 가치적 기준들이다. 연명치료중단을 반대하는 입장이라면 두 번째, 세 번째 사례는 해악 금지의 원칙(Do-no-harm principle)에 기하여 반대하게 된다. 이론적으로는 다시 두 가지 논변이 가능하다. 첫째는 “죽음”을 초래하는 행위에 대하여는 죽음 자체가 다른 가치와 비교할 수 없는 절대적인 것이므로 행위자의 의도를 어떠한 이유로도 인정할 수 없다는 입장이다. 둘째는 두 번째 사례에 대하여 의도는 없다고 할지라도 예견되는 나쁜 결과(foreseen bad effect)를 능가하는 좋은 결과(good effect)가 나타나지 않기 때문에 인정할 수 없다는 입장이다. 이에 대하여 “삶의 질(quality of life)”, “인간이 존엄하게 죽을 권리

(Death with dignity)” 라고 하는 가치적 기준들에 비추어 환자가 원하는 경우라면 자율성(autonomy) 존중의 원칙에 의하여 해악의 원칙이 후퇴할 수도 있지 않는가 라는 반론이 연명치료중단을 허용하는 입장이 된다. 일반적으로 보면 첫 번째 사례에 대하여는 “연명치료중단 반대 나라 + (천주교의 입장)”에서도 이를 인정할 것으로 판단된다. 그 외의 범위로 나가게 되면 말기암과 같은 환자로서 여러 가지 육체적, 정신적 고통을 겪으면서 죽음이 멀지 않은 경우, 지속적 식물 상태에서 침상에서 불가역적으로 머물러야 하는 경우, 척수를 포함한 중추신경계 손상으로 인한 사지 마비와 호흡 근육의 마비(루게릭 병 등), 진행성 뇌질환으로 인한 인격의 파괴(예컨대 알츠하이머, 헌팅톤씨병 등), 심각한 통증과 운동의 제한을 초래하는 극심한 관절염 등이 문제가 될 것이며, 인공호흡기 제거(환자의 상태에 따라 죽음이 초래되지 않을 수 있음)나 급식관의 제거(반드시 가까운 시간 내에 죽음이 발생함)가 문제가 되는 죽음을 의도한 연명치료의 중단에 해당할 것이며, 이러한 행위들은 소극적 안락사가 된다. 실제로 소극적 안락사 문제에서 가장 논란이 되었던 부분은 지속적 식물상태이며 루게릭 병, 알츠하이머 병 등과 같은 부분은 의식이 있는 한도에서는 의사조력 자살이나 적극적 안락사의 문제로 취급되었다.

의식이 없는 말기 환자들에 대하여 생명에 대한 사전지시서를 인정하는 나라의 입법례는 거의 대부분 인공호흡기 제거와 급식관의 제거를 할 수 있도록 하고 있다. 다만 예외로서 해당 환자가 임신을 한 경우라면 태어날 아기를 위하여 죽음을 의도한 사전지시서의 집행을 인정하지 않고 있는 경우가 있다. 일반적으로 연명치료가 문제되는 경우로서 그 나라에서 윤리적 문제를 야기한 사례라면 그 개별 사건에 대한 법원의 태도는 일정한 객관적 요건(환자의 상태가 누구라도 인정할 만큼 중한 상태)과 환자의 의사(비록 추정적일 지라도)가 인정되는 경우라면, 이를 처벌하지 않고 관대하게 넘어가는 편이다. 영미법계 나라들은 제정법이 만들어지지 않아도, 선행례 구속의 원칙에 의하여 구체적인 사건에 대한 법원의 판결이 먼저 나타나면 이에 대한 후속 조치로서 법률이 제정되고 있다. 미국은 연방 법의 특성에 의하

여 연방 헌법상의 기본권 조항에 의하여 환자의 자기 결정권을 광범위하게 제한하는 주법의 위헌성이 인정되기도 한다. 그에 반하여 성문법계인 유럽 대륙의 경우에는 연명 치료중단에 해당하는 사건을 비록 법원이 일정 부분 인정하였다고 하여도 제정법이 만들어지지 않는 한, 일반적으로 이러한 행위를 그 사회가 인정하였다고 하기에는 모호함이 있다. 천주교의 영향이 강한 스페인은 비록 환자의 사전지시서를 인정하고 있지만, 그 지시의 내용이 일반적인 의료 관행(good medical practice)에 부합하여야 하며, 이를 어길 경우는 의사가 환자의 사전 지시를 거부할 수 있도록 하고 있다. 덴마크의 경우에는 환자의 상태가 말기 환자여야 한다. 그 외의 경우라면 비록 심한 장애가 있는 경우라도 환자의 사전 지시를 의사가 따를 의무가 없다. 네덜란드의 경우에는 이유가 충분하게 합당한 경우(well founded reasons), (in Dutch: *gegronde redenen*)에는 환자의 사전 지시를 거절할 수 있다. 환자의 사전지시를 인정하지 않는 프랑스, 이태리, 일본의 경우에는 이에 해당하는 적법한 예를 찾아보기 어렵다.

## 절차적 요건들

사전지시서를 작성하기 위한 환자의 능력은 일반적인 의료행위에 대한 동의능력보다 높은 수준을 요구한다. 일반적으로 의료행위에 대한 동의능력은 자신의 신체에 시행되어지는 의료의 성격을 알 수 있어야 하는데, 일반적으로는 이러한 미성년자의 동의능력을 재산상의 동의능력과는 분리하여 생각하며, 미성년자에게 이러한 능력을 인정하는 것을 “성숙한 미성년자(mature minor)” 이론이라고 한다. 이러한 성숙한 미성년자 이론이 말기 환자의 사망을 의도하는 사전지시서에도 적용되는 나라는 현재 뉴질랜드, 캐나다의 마니토바주, 영국과 네덜란드이다. 다른 나라들은 성숙한 미성년자 이론을 인정하더라도 사전지시서에 관하여는 이 이론을 적용하지 않고 있다. 네덜란드의 경우는 16세가 넘는 경우에는 의료행위에 대한 동의능력이 있다고 보는데, 이 나이를 사전지시서를 적성하는 경우에도 동일하게 적용한 바 있다. 그러나 사전지시서를 작성하는 대리인을 지정

하는 경우에는 18세를 넘을 것을 요구하고 있다. 개별 입법에 따라 문서 작성과정에서 요구하는 엄격성에는 차이가 있을 수 있다. 예컨대 미국의 웨스트 버지니아주의 Living Will Act (1994)를 살펴보면, “living will은 환자에 의하여 문서로 작성되어야 하는데, 만약에 환자가 이를 시행할 육체적 능력이 불가능한 경우라면, 환자가 이를 구술하고 이에 대한 내용을 환자와 증인들 앞에서 날짜를 적고 필기하여야 한다. 여기에는 최소한 18세가 넘는 두 명 이상의 증인이 선서를 하고 함께 서명하여야 한다” 이에 반하여 뉴질랜드의 경우에는 특별한 방식을 요구하지 않는다. 환자의 사전지시서는 대개 문서로 작성될 것을 요구하는데, 자필하지 않는 경우도 인정 가능하며, 반드시 1인 이상의 증인이 요구된다. 전문가들의 의견과 달리 대부분의 나라에서는 환자의 의사를 주기적으로 갱신함으로써 최신 의사를 파악하려고 하는 문서 갱신에 대하여는 의무를 부과하고 있지 않다. 증인의 경우에 환자 가족, 환자가 지정한 사람들 중에서 결정하기도 하지만 일정한 재산상의 이해관계가 있는 경우에는 그 자격을 인정하지 않기도 하고, 결정된 사전지시서에 대하여 미국의 일부 주에서는 법원에 공증하여 보관할 것을 요구하기도 한다.

객관적 조건의 확인 절차로서는 룩셈부르크의 입법은 죽음이 가까운 환자와 불치병 환자에 한해 안락사를 허용하되 환자 본인의 지속적인 요청과 의사 2명 및 전문가 패널의 동의를 전제로 한다. 벨기에는 의사가 안락사를 시행한 이후에는 그 결과를 위원회에 보고하여야 하고, 위원회의 3분의 2가 그 허용 조건과 시행 절차의 적법성에 대하여 승인하여야 한다. 룩셈부르크 의회는 2008년 2월 안락사 허용 법안을 승인하였고, 정부가 이 법안의 일부 수정을 요청, 의회에서 재심의를 하는 중으로 연내 재표결한다는 입장이다. 스위스, 네덜란드의 경우 모든 조력자살은 사망 이후에 이상사망례(extraordinary deaths)로 분류되며, 조사 기관에 의하여 검토되어야 한다.

## 개별 국가의 사례 및 입법 내용들

개별 국가들의 연명치료중단에 대한 사례 및 입법은 크게 세부분으로 나눌 수 있다.

첫째는 반대의 입장을 가진 나라들이다. 반대 입장을 논함에 있어서는 천주교의 입장을 주목하여야 한다. 유럽에 있어서 특히 스페인, 이태리, 남미의 브라질 등과 같이 천주교 신도가 다수를 차지하는 곳은 바티칸의 입장이 그 나라에 많은 영향을 미치고 있기 때문이다. 교황청의 입장(Congregation for the Doctrine of the Faith, Declaration on Euthanasia, 1980)은 다음과 같다. 1980년 5월 5일 발표한 “안락사에 관한 선언”에 의하면 “모든 사람은 자기 자신의 건강을 돌보아야 할 책임이 있고, 다른 사람의 간호를 요구할 의무가 있다. 병자를 돌볼 의무를 지닌 사람들은 양심적으로 간호해야 하며 필요하고 유용한 의약을 투여하여야 한다”, “사용되는 수단에도 불구하고 회피할 수 없는 죽음이 임박한 때 불확실하고 고통스러운 생명의 연장을 보호해줄 뿐인 치료법을 거부할 수 있는 결정은 양심 안에서 허용된다. 단 유사한 병증의 환자에게 요구되는 정상적인 간호는 중단되지 않아야 한다. 이러한 상황 안에서 위험중에 있는 사람을 돕지 못한 일로 의사가 자책할 이유는 없다.”

이태리는 그 동안 바티칸의 강한 영향을 받아왔다. 그러나 1992년 교통사고를 당해 17년간 식물 상태로 살아온 여성(엘루아나 엔글라로, Englaro)의 가족이 10년의 소송 끝에 2008년 7월 법원으로부터 영양 공급 튜브의 제거 판결을 받았다(3)<sup>4)</sup>. 스페인은 카탈로냐(2000), 엑스트레마두라, 갈라시아, 마드리드(2001), 아라곤(2002)주 입법 후에 2002년 국가 입법을 하게 되는데, 특징은 이러한 입법이 천주교 교회에 의하여 지지되었다는 것이다. 스페인은 환자의 사전지시서를 인정하지만, 동시에 그 지시는 “비례하지 않고 비정상적인 치료(disproportionate and extraordinary treatment)”를 거부하는 것이어야 하고, 또한 “적극적 안락

4) 실비오 베를루스코니(Berlusconi) 총리가 존엄사를 반대하는 로마 교황청과 긴급 협의를 한 뒤, 이를 불허하는 총리령을 발표했다. 교황 베네딕토(Benedict) 16세도 다음날 이를 지지하면서 이탈리아 전역이 존엄사 논쟁에 휩싸였다. 이에 대하여 조르지오 나폴리타노(Napolitano) 이탈리아 대통령은 총리령이 법원의 판결을 거스르는 것이라며, 서명을 거부했다.

사(active euthanasia)”를 요구하는 것이라면 그 환자의 사전 지시는 거부된다. 브라질에서는 현재 낙태와 존엄사가 모두 불법이다. 2009년 2월 교황의 브라질 방문에서도 이러한 태도를 견지해 줄 것을 공식적으로 요구한 바 있다. 천주교 신도가 국민의 대다수를 차지하고 있는 나라들의 경향은 대체로 연명치료중단에 대하여 바티칸의 입장을 따르고 있다. 하지만 이태리와 같은 곳은 구체적인 사건에 있어서 법원의 판례를 통하여 이를 인정하는 입장이 나타나고 있다.

둘째는 의사조력자살 및 적극적 안락사를 허용하는 중부 유럽 나라들이 있다. 네덜란드는 1971년 뇌출혈로 인하여 신체 일부분이 마비되고 청력이 상실한 채 심한 언어 장애를 가진 어머니를 조력 자살하도록 도와준 의사 게르트루이 다 포스트마(Geertuida Posma) 사건에서 집행유예 판결을 내린 이후 비범죄화의 길을 걸었다. 이후 네덜란드 의사 협회와 검찰이 합의한 지침과 1994년의 최고법원 판결에 의하여 그 지침이 정리되면서 30년간 입법이 되지 않은 상태에서 의사조력 자살이 시행되었다. 2001년 4월 안락사법이 정식으로 입법되어 2002년 발효되었다. 이 법에 의하면 안락사는 “누군가(환자)의 요청에 의해 제3자가 의도적으로 생명을 박탈하는 것”으로 규정되어 있다. 벨기에는 2002년 5월 16일 하원이 해당 법안을 승인하였다. 다만 벨기에는 네덜란드와 달리 의사조력 자살은 규율하지 않으며, 미성년자의 안락사를 허용하지 않고 있다. 스위스 형법 제114조는 개인의 요구에 의하여 생명을 끊는 적극적 형태의 안락사 행위를 금지하고 있다. 하지만 제115조에 의하면 정신적으로 온전한 자가 자살하는 경우에 사적인 이익이 없이 자살을 도와주는 것은 적법한 행위이다. 그러므로 약물을 복용할 때 도움을 주거나 복용시키는 것은 자살 조력을 벗어나는 행위이므로 법적으로 금지된다. 자살자에 대한 의학 적 조건이 없기 때문에 말기 환자가 아닌 자에 대한 자살 조력도 가능하다. 현재 대부분의 자살 조력은 민간이 조직한 단체에 의하여 이루어진다. 이들 민간단체들은 자살을 도와 주기 전에 자살을 원하는 사람이 정신적으로 안정된 상태에서 숙고하였는지를 평가하고 불치의 병, 고통이 참을 수 없거나 비합리적인 장애가 있다고 판단하면 자살을 도와준다. 자살은 바비튜레이트(sodium pentobarbital)를 치사량 섭

취하는 방식으로 이루어지는데, 환자의 이성적 능력을 확인하고 의학적 상태를 검토한 뒤 처방을 하는 과정은 의료법에 의하여 의사가 한다(4).

셋째는 일정한 조건 하에 연명치료중단을 허용하는 나라들로서 그 입장이 다소 차이를 보이는 나라들이다. 대부분의 국가들이 이러한 입장에 있다. 말기 환자, 지속적 식물 상태 환자의 연명치료중단이 그 대상이며, 사전지시서를 요구하거나 추정적 의사에 기한 연명치료중단을 가능하도록 입법 또는 판결을 하고 있지만 구체적인 조건 및 절차들에서는 차이를 보이고 있다. 미국은 뉴저지주 카렌 사건(1975)에서 인공호흡기 제거, 미주리주 낸시 크루잔 사건(1983)에서 급식관 제거 이후 약 40여개 주에서 연명치료 중단에 관한 사전지시서를 입법화하고 있다. 최근에 플로리다의 테리 시아보 사건에서도 급식관을 제거하였다. 세 사례 모두 지속적 식물 상태였다. 오레곤 주와 워싱턴 주가 의사조력 자살을 인정하고 있다. 오레곤 주는 1994년부터 “존엄사법”으로, 워싱턴주는 2008년부터 “자연사법”으로 시행하고 있다. 6개월 미만의 시한부 인생을 살아가는 말기 환자들에 대해 2명의 의사들 그 상황을 인정한 이후에 자살을 할 수 있는 약물을 처방할 수 있도록 하는 법이 시행되고 있다. 적극적 안락사의 경우는 아직 불법으로 보고 있다. 미시건 주의 케보키언은 1990년 자신이 개발한 자살 보조 장치로 환자 130명 이상의 자살을 유도한 혐의로 기소됐다. 케보키언의 자살 보조 장치를 이용한 사람들은 대부분 불치병 환자나 말기암 환자들이었다. 케보키언은 자살을 원하는 사람들이 장치를 직접 작동했고 자신은 독극물 주사를 놓았을 뿐이라고 주장했으나 당시 TV를 통해 방영된 안락사 장면에 근거, 법원은 살인죄를 적용했다.

영국에서는 수 년간 지속적 식물 상태로 지내왔던 토니 브랜드(Tony Bland)의 부모와 주치의가 인공급식을 끊어 달라는 청구를 하였고, 1993년 최고법원(The House of Lords)은 환자의 추정적 승낙은 문제되지 않으며, 이러한 사례에서 영양공급의 중단은 법적으로 요구된다고 판시하였다. 유사 사례들에 대한 후속 판결들이 내려졌다. 1999년 6월 영국의사협회에서는 인공급식 제거를 포함한 연명치료 중단에 대한 지침을 만들었다. 입법은 두 가지 방향으로 진

행되었다. 1999년 12월 언론에는 영국의사협회 지침으로 인하여 공공 병원에서 노환의 환자들이 굶어서 죽고 있다는 기사가 실렸는데, 당시 이를 막기 위하여 반드시 치료할 것을 요구하는 Medical Treatment Bill이 제출되기도 하였고, 2004년에서 미국의 오레곤 주의 것과 유사한 존엄사법 제출되기도 하였다. 이러한 입법 제안들이 입법화 되지는 않았다. 독일에는 1980년대 “비티히” 사건과 “학켄탈” 사건이 있는 후에 ‘안락사’ 논의가 본격화해 1986년 관련법 제정이 추진됐으나 법제화까지는 이르지 못했다. 1993년 3월 “캠프테너(Kemptoner)” 사건이 연명치료중단에 관한 선판례가 되었다(5). 현재 안락사에 관한 별도의 법률은 없으나 형법의 일부 조항과 판례 등을 통해 실제로는 어느 정도 안락사가 허용되고 있다. 1990년 9월 심장마비 이후 2년반 동안 지속적 식물 상태(Apallisches Syndrome)에 있던 당시 72세의 환자는 뇌파는 존재하고 알츠하이머로 추정되는 상태였는데, 1992년 말부터 위삽관을 통한 영양 공급으로 생존하고 있었다. 주치의는 이런 상황이라면 치료를 중단하는 것이 현행법상 허용된다고 보았고, 환자의 아들도 이에 동의하였다. ‘2~3주 내에 죽음에 이를 것’이라는 추정 하에 간호사에게는 1993년 3월 중순 이후 영양액이 아닌 차(茶)만 공급할 것을 지시하였다. 간호사가 이 사실을 후견법원에 알렸기 때문에 계획이 무산됐다. 환자 아들이 후견 법원에 치료 중단을 청구하였으나 5월 21일 거부되었다. 주치의는 교체되었고, 환자는 1993년 12월 29일 폐수종으로 사망했다. 이후 지방법원(캠프턴 주법원, LG Kempten)은 의사와 아들에게 살인미수죄를 적용해 벌금형을 선고했으나 연방최고법원은 항소심에서 이를 기각하고 지방법원으로 되돌려 보냈다. 최종적으로 아들과 의사는 무죄가 되었다. 프랑스는 2002년, 24세의 “뱅상 뵘베르”는 2000년 발생한 교통사고로 인한 전신마비 상태가 호전되지 않자 자크 시라크 전 대통령에게 편지를 보내 죽을 권리를 달라고 간청하였지만 거절되었고, 그의 어머니는 3년 뒤 의사의 도움을 받아 아들에게 다량의 신경안정제를 주사해 아들을 안락사 시켰다. 이 사건 관련하여 2004년, 2005년 말기환자 치료에 관한 프랑스 공공 보건법(6)의 일부가 개정되었다. 개정 법률은 조력자살이나 안락사 자체를 인정하는 것은 아니었고,

이러한 상황에서 생명의 단축을 일으킬 수 있는 치료의 중단, 통증 완화를 위한 처방이 가능하도록 하였다. 2008년 3월 샹탈 세비르(52, 여)(Chantal Sebire)은 비강 부위에 생긴 악성 종양이 커져 얼굴이 흉하게 일그러지자 디종(Dijon)법원에 의사의 감독 하에 치사량의 바비추레이트를 먹을 수 있도록 허락해 달라는 청구를 하였으나 기각되었다. 그녀는 안락사를 허용해 달라는 요청이 법원에서 기각된 지 이틀 만에 집에서 숨진 채 발견되었다. 이 법원의 판결에 의하여 위 2005년 법률 개정에서도 이러한 행위가 인정되지 않는다는 것이 확인되었다. 유럽의 경우 법원에 의하여 연명치료중단이 인정된 예가 있고 개별 입법도 만들어져 있지만, 그 적용에 대하여 모호성이 존재한다. 그 때문에 불치병을 앓고 있는 많은 유럽인들은 조력 자살을 허용하는 스위스로 죽음의 여행을 떠나고 있는 것이다. 일본의 경우 몇 개의 관련 판례가 있지만 연명치료중단의 적법성이 직접적으로 인정된 사례는 없어서 그 입장을 정하기가 어렵다. 1962년 나고야에서 말기 암으로 인하여 극심한 통증에 시달리는 아버지의 요청에 의하여 독약이 든 우유를 먹여 숨지게 한 사건에 관한 나고야 고등법원의 판결이 있다. 당시 판결은 위법성 조각 요건으로 ① 불치병에 걸려 죽음이 임박할 것, ② 견딜 수 없을 정도로 육체적 고통이 심할 것, ③ 고통의 제거, 완화가 목적일 것, ④ 환자의 의사표시가 있을 것, ⑤ 의사가 행할 것, ⑥ 윤리적으로 타당한 방법으로 행할 것 등 6개항을 명시했다. 당시 아들이 제공한 독약은 윤리적으로 타당한 방법이 아니며 의사가 시행한 것도 아니므로 유죄라고 하였다. 1991년 발생한 도카이대학병원 사건에서는 다발성 골수종으로 입원, 혼수상태가 지속된 환자에 대해 가족들이 치료 중단 요구에 의하여 의사가 염화칼륨 등을 주사, 사망케 해 1995년 법원으로부터 형법상 살인죄로 징역 2년에 집행유예 2년의 유죄판결을 받았다. 당시 판결에서는 의사에 의한 적극적인 안락사가 허용되는 4가지 요건으로 ① 환자가 참을 수 없을 정도로 극심한 육체적 고통을 겪고 있을 것, ② 죽음을 피할 수 없고 사망이 임박할 것, ③ 환자의 고통을 제거, 완화하기 위한 방법을 다하고 대체 수단이 없을 것, ④ 생명의 단축을 승락하는 환자의 명시적인 의사표시가 있을 것을 제시했다. 법원은 이 사건의 경

우 환자가 혼수상태로 의사표시가 불가능했으며 고통도 느끼지 않았다고 보았다. 현재 일본에서는 존엄사에 대한 법 제화 움직임이 있다(7).

## 결론

인간은 결국 죽을 수 밖에 없다는 변하지 않는 사실로 인하여 우리는 끊임없이 이 문제에 대하여 해답을 찾고자 할 것이다. 우리나라는 현재 연명치료중단에 대한 입법을 만들기 위하여 노력하고 있다. 각국의 입법 과정과 입법례를 살펴보면, 그 내용이 다양하여 연명치료중단에 대하여 하나의 결론을 내리는 것이 불가능하다. 각국의 정치적, 문화적인 요소들의 다양성을 고려하면 도리어 하나의 결론을 내리는 것이 옳지 않다고 할 수도 있다. 본 논문도 그런 이유로 인하여 하나의 결론을 도출하지 않고자 한다. 하지만 본 논문에서 언급한 각국의 태도 중에서 어느 것이 우리나라에서 실현 가능한 정도인지는 어느 정도 제시되었을 것으로 판단한다.

## 참고문헌

1. Kutner L. Due process of euthanasia: the living will, a proposal. *Indiana Law Review* 1969; 44: 539-54. In: Cristiano Vezzoni. *Advance Treatment Directives and Autonomy For Imcompetent Patients: an international comparative survey of la and practice, with special attention to the Netherlands*. New York: The Edwin Mellen Press, 2008: 3-4.
2. Lee DI. Reflections on the Ethics of Withdrawing Life-prolonging Medical Treatment: The Decision of the Seoul Western District Court. *Korean Journal of Medical Ethics* 2009; 12: 43-60.
3. [http://article.joins.com/article/article.asp?total\\_id=3487368 & cloc=rss\[news\]total\\_list](http://article.joins.com/article/article.asp?total_id=3487368 & cloc=rss[news]total_list) Accessed at 26.July 2009.
4. Fischer S, Huber CA, Furter M, Imhof L, Mahrer Imhof R, Schwarzenegger C, Ziegler SJ, Bosshard G. Reasons why people in Switzerland seek assisted suicide: the view of patients and physicians. *Swiss Med Wkly* 2009; 139: 333-338.
5. Andrej Michalsen. Care for dying patients-German legislation. *Intensive Care Med* 2007; 33: 1823-1826.
6. *Code de la sante publique*, Loi n° 2005-370, J.O. 23 avril 2005. In: *Euthanasia and assisted suicide: International Experiences*. Marlisa Tiedemann Dominique Valiquet Law and Government Division Revised 17 July 2008 Parliamentary Information and Research Service [http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/collection\\_2008/lop-bdp/prb/prb0703-1e.pdf](http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/collection_2008/lop-bdp/prb/prb0703-1e.pdf) Accessed at 26.July 2009.
7. 虫明 満, ed. 尊厳死・安樂死と法. In: 人のいのちと法 I. 生命倫理の周辺. 1996. 法律文化社. 167-183. In: Lee YS, Kim JH, Lee IY, You SH. Survey of the People's Understanding on Withdrawal of Life-sustaining Management and proposal of its Legislation. *Health Promotion Research (Policy 08-49)*: 2009: 91-92.