서강법률논총 제12권 제1호 DOI : 10.35505/slj.2023.02.12.1.91

조력존엄사법안에 대한 헌법적 검토

최 인 화*

Ⅰ. 서론
Ⅱ. 조력존엄사 등 죽을 권리에 대한 국내 논의
Ⅲ. 조력존엄사에 대한 해외입법례
Ⅳ. 조력존엄사 법안의 한계 및 개선방안
Ⅴ. 결론

국문초록

최근 국회에서 일명 조력존엄사법안이 발의되었다. 좋은 죽음(well-dying)은 고령화 시대를 맞이하여 큰 사회적 이슈가 되고 있다. 그러면 존엄하게 죽는다는 것은 무엇을 의미하는 것일까?

의사조력자살에 대한 찬반양론이 뜨겁게 주장되고 있다. 의사조력자살을 부정하는 쪽의 주장은 생명존중을 그 논거로 들고 있으며, 특히 생명은 인간이 마음대로 할 수 없는 신의 영역이라 주장한다. 그리고 가족의 경제적 부담이 환자의 생명보다 중하지 않다고도 한다. 반면 이를 긍정하는 쪽은 생명유지만이 인간의 존엄에 상응하는 것은 아니며 죽음에 임박한 환자가 존엄하게 생을 마감할 수 있는 자기결정권을 존중하는 것이 환자의 권리를 보호하는 것이라고 한다, 또한 환자의 단순한 생명연장이 환자의 가족에게 정신적 고통과 경제적 부담을 가중시킨다면 무의미한 생명연장이 될 수도 있다고 한다.

* 서강대학교 법학연구소 선임연구원, 법학박사(헌법 전공)

이에 대해 의사조력자살은 아직 시기상조라고 생각한다. 김 할머니 사건을 계기로 연명의료결정법이 시행되고 있고 연명의료중단의 요건은 엄격하게 적용되고 있다. 연명의료결정법에서 환자의 의사를 확인할 때 의사가 불명확할 경우 환자의 의사를 추정하는 것도 문제로 제기되고 있다. 연명의료중단을 넘어 의사조력자살이 우리 사회에서 용인되기 위해서는 사회적 합의가 도출되고 사회적 승인이 확립된 이후의 문제일 것이다. 인간이 존엄하게 죽을 권리와 죽음을 선택할 권리는 인간의 존엄과 가치에서 파생되는 자기결정권의 문제인 것은 부정할 수 없다. 그러나 의사조력자살이라는 용어에서 암시하고 있듯이 의사가 환자의 자살에 조력하는 것은 의사의 환자생명보호의무와도 배치될 뿐만 아니라 생명경시풍조가 만연될 가능성도 있으므로 사회적 논의가 성숙된 이후 단계적으로 시행되어야 할 것이다. 의사조력자살에 대한 사전동의의 경우에도 추후에 변경가능성도 있을 뿐만 아니라 환자 본인이 제대로 된 판단을 하기 어려울 경우도 있을 수 있으므로 재고될 필요가 있다.

의사조력자살은 생명이라는 가치와 자기결정권이라는 가치가 충돌하는 문제이다. 이를 조화롭게 해석할 필요가 있으며 앞으로 고령화 시대에 우리에게 판단을 요구하는 중요한 문제가 될 것이다. 의사조력자살의 문제는 가치의 문제이므로 사람마다 존엄의 가치가 다를 수 있다. 비교법적으로 해외의 입법례에서 의사조력자살이 허용되고 있다고 하더라도 이를 우리나라에 수용하는데 한계가 있다고 생각한다.

• 핵심어 의사조력자살, 웰다잉, 자기결정권, 조력존엄사, 존엄하게 죽을 권리

Ⅰ. 서 론

의료기술 발달에 따라 인구 고령화가 가속화되어 생명연장이 가능하고 삶과 죽음을 선택할 수 있게 되면서 '웰다잉(Well-Dying)'이 문제되고 있다. 죽음을 바라보는 시각도 변화되면서 우리나라에서도 존엄사 허용여부에 대한 논란이 있었다.[1] 프랑스 배우 알랭 들롱(Alain Delon)은 2019년 뇌졸중 수술을 받은 뒤 투병생활을 이어오다가 2022년 3월 스위스에서 존엄사로 생을 마감하기로 결정했다는 뉴스보

1) 홍완식, 『법과 사회-사회적 쟁점과 법적 접근(제3판)』, 법문사, 2021, 417~421면.

도가 나온 바 있다.

통계청의 2021 고령자 통계[2]에 따르면, 우리나라는 2021년 65세 이상 고령인구는 전체 인구의 16.5%로, 향후에도 계속 증가하여 2025년에는 20.3%에 이르러 우리나라가 초고령사회로 진입할 것으로 전망된다. 김 할머니 사건[3]을 계기로 2018년 2월 「호스피스·완화치료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(이하 '「연명의료결정법」'이라 한다)이 도입되어 시행 중이다. 2022년 4월 기준 21만여 명이 연명의료중단을 선택해 세상을 떠났고, 19세 이상인 사람이 추후 자신이 의사 결정을 할 수 없을 때를 대비해 미리 연명치료 중단 의사를 밝혀두는 사전연명의료의향서 등록 건수는 2022년 5월 기준 130여만 건에 달한다.[4]

초고령사회, 고통 없이 존엄하게 죽을 권리가 있는지 아니면 이러한 존엄사는 생명을 경시하는, 다시 말하면 살인 행위를 죽음을 선택할 권리로 포장하고 있는 것은 아닌지 생각해 볼 필요가 있다. 과연 '죽을 자유'가 어디까지 허용되어야 할 것이며 인간에게 죽음을 앞당길 자유가 과연 있는가 하는 점이다. 삶의 마지막 순간을 자신의 신념에 기반하여 결정하는 것은 우리에게 주어진 기본권이라고 볼 수 있는가? 특히 고통이 극심하고 회복 가능성이 없는 단계인 말기 환자의 경우 최소한의 존엄한 죽음이 보장되어야 하는가?

최근 국회에서 안규백 더불어민주당 의원은 극심한 고통을 겪는 말기환자가 본

---

2) 통계청, 2021 고령자 통계
https://www.kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/1/index.board?bmode=read&aSeq=403253

3) 김 할머니(당시 76세)는 2008년 2월 신촌 세브란스 병원에서 폐암 조직 검사를 받던 중 과다출혈로 저산소증에 의한 뇌손상을 입어 식물인간이 되었다. 자녀들은 병원을 상대로 김할머니의 인공호흡기 등 연명치료의 중단을 요구하였고 이 요청이 받아들여지지 않자, 병원을 상대로 소송을 제기하였다. 대법원 판결에서, "생명이 가장 중요한 기본권이라고 하더라도 인간의 생명 역시 인간으로서의 존엄성이라는 인간 존재의 근원적인 가치에 부합하는 방식으로 보호되어야 할 것이다. 식물인간 상태인 고령의 환자를 인공 호흡기로 연명하는 것에 대하여 질병의 호전을 포기한 상태에서 현 상태만을 유지하기 위하여 이루어지는 연명치료는 무의미한 신체침해 행위로서 오히려 인간의 존엄과 가치를 해하는 것이며, 회복 불가능한 사망의 단계에 이른 환자가 인간으로서의 존엄과 가치 및 행복추구권에 기초하여 자기결정권을 행사하는 것으로 인정되는 경우에는 연명치료 중단을 허용할 수 있다."고 판시한 바 있다. 대법원 2009.5.21. 2009다17417 판결.

4) 알랭 들롱도 '존엄한 죽음' 택했지만…국내선 갈 길 먼 '웰 다잉', 아시아경제, 2022.06.16.
https://view.asiae.co.kr/article/2022061610352082591 (2023. 1 2. 최종 방문)

인이 희망하는 경우 의사의 도움을 받아 스스로 삶을 마감할 수 있도록 하는「연명의료결정법」개정안 일명 '조력존엄사법안'[5]을 대표 발의했다. 이 법안에 따르면, 말기환자가 수용하기 어려운 고통이 발생하고 신청인이 자신의 의사에 따라 조력존엄사를 희망할 경우 조력존엄사를 인정하고 있다.

현행「연명의료결정법」제1조에서 "환자의 최선의 이익을 보장하고, 자기결정을 존중하며, 인간으로서 존엄과 가치를 보호하는 것"이 목적이라고 밝히고 있다. 의미 없는 생명 지속을 단축해서라도 환자의 존엄을 지켜주는 것이 환자에게 최선의 이익이 되는지 아니면 생명을 단축하는 일은 건전한 사회윤리에 반하는 것인지 살펴볼 필요가 있다.

본 논문에서는 인간답게 죽을 권리에 대한 국내의 논의(II)를 살펴보고 해외입법례(III)를 검토한 후 조력존엄사법안의 문제점을 헌법적 측면에서 검토하고 개선방안(IV)을 도출해 보고자 한다.

II. 조력존엄사 등 죽을 권리에 대한 국내 논의

1. 인간답게 죽을 권리에 대한 찬반 논쟁

인간답게 죽을 권리에 대한 찬반 논쟁은 계속되고 있다. 특히 연명의료중단과 관련하여, 연명의료중단을 반대하는 입장은 생명존중을 이유로, 찬성하는 입장은 환자의 자기결정권 존중을 그 주요 논거로 들고 있다.

먼저, 연명의료중단을 반대하는 입장에 따르면, 연명의료중단은 인간생명 존엄에 대한 명백한 위협이며 생명경시 풍조의 반영이라고 한다. 또한 종교계에서는 생명은 신의 선물이기 때문에 존엄사는 신에 대한 도전이므로 연명치료중단을 허용할

5) 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 일부개정법률안(안규백의원 등 12인) (의안번호 15986)
http://likms.assembly.go.kr/bill/billDetail.do?billId=PRC_D2T2G0V5I2T6C1U1L3E1I2D8W5Y4Z2 (2023. 1. 2. 최종방문)

수 없다고 한다. 뿐만 아니라 생명의 소생 가능성이 별로 없다거나 고통스럽다는 이유로, 또는 경제적인 이유로 생명을 유지하는 치료를 포기하는 것은 환자의 당연한 권리가 아니라고도 한다. 따라서 반대하는 입장은 연명의료중단을 합법화할 경우 의료의 사각지대에 있는 사람들에게 자신의 의도와 달리 가족의 강압이나 경제적 부담으로 죽어갈 우려가 있다고 주장한다. 특히 말기환자의 죽음이 임박한 경우 존엄사의 문제는 환자, 가족, 의사와 병원 등 다양한 이익이 고려되어야 하기 때문에 섣불리 존엄사를 허용해서는 안된다는 주장이다.[6)]

반면 연명의료중단을 허용하는 입장은 무조건 생명유지만이 인간존엄에 상응하는 것은 아니며 죽음에 임박한 환자의 견딜 수 없는 고통을 덜어주는 것이 환자가 존엄하게 죽을 수 있는 권리를 보장하는 것이라고 한다. 또한 연명의료중단은 죽어가는 환자가 자신이 언제, 어떤 방법으로 죽을 것인가를 결정할 권리를 인정하는 것이며, 치료가 아닌 생명연장을 위한 의료적인 조치들은 환자가족들의 정신적·경제적 부담이 된다고 주장한다.

2. 국내의 논의

(1) 헌법재판소 결정에 나타난 연명치료 중단의 의미

김 할머니 사건과 관련하여 헌법재판소에 청구되었던 헌법소원심판[7)]에서 죽음에 임박한 환자에게 연명치료 중단에 관한 자기결정권이 헌법상 보장된 기본권인지 쟁점이 되었다. 청구인들은 죽음이 임박한 환자가 무의미한 연명치료 거부에 관한 본인의 의사를 확인할 수 있는 경우 헌법상 기본권으로서 무의미한 연명치료에서 벗어나 자연스럽게 죽음을 맞이할 권리가 있다고 주장하였다. 이에 대해 헌법재판소는 결정을 통해 어떤 환자가 연명치료중단의 대상이 되는지, 연명치료중단의 헌법상 의미에 대하여 다음과 같이 판시하였다.

---

6) 홍완식, 앞의 책, 421~423면.
7) 헌재 2009. 11. 26. 2008헌마385, 판례집 21-2하, 647, 649.

첫째, 연명치료 중단에 관한 자기결정은 생명권 보호의 헌법적 가치와 충돌하며 연명치료 중단에서 죽음에 임박한 환자는 회복 불가능한 사망의 단계에 이른 경우이다. 따라서 이러한 환자에 대한 연명치료는 의학적으로 치료목적을 상실한 계속적 신체침해행위이며 자연적으로 죽음의 과정이 시작된 것을 인위적으로 연장하는 것으로 볼 수 있다. 그러므로 연명치료중단결정이 환자의 생명을 단축한다고 하더라도 자살이라고 볼 수 없으며 인위적인 신체 침해행위를 벗어나고자 한 것으로 인간의 존엄과 가치에 부합하므로 이러한 결정은 헌법상 자기결정권의 내용으로 보장된다.

둘째, 연명치료 중단 문제는 생명권 보호라는 헌법적 가치질서와 관련된 것으로 법학, 의학뿐만 아니라 종교, 윤리, 철학적 문제와 연결되는 중대한 문제이므로 충분한 사회적 합의가 필요한 사항이다. 따라서 이에 관한 입법은 사회적 논의가 성숙된 후 국회가 입법을 추진할 사항이다.

이외 재판관 이공현의 별개의견에 있었는데, 연명치료중단결정에 대한 다른 측면을 고려해 볼 수 있다는 점에서 참고할 만하다고 생각한다. 이에 따르면, 첫째, 연명치료 중단결정은 자기결정권과 무관한 문제라고 한다. 즉 헌법 제10조에서 도출하는 자기결정권은 자신이 선택가능한 것의 의미를 이해할 수 있는 자율을 핵심적 요소로 하므로 회복불가능한 사망의 단계에 있는 환자는 연명치료 중단결정에 대하여 결정을 할 수 없거나 환자 본인이 죽음의 의미를 이해하고 결정을 할 수 없다는 것이다. 또한 이러한 경우 환자의 평소 가치관이나 신념 등에 비추어 연명치료 중단이 객관적으로 환자의 최선의 이익에 부합하는지 문제될 뿐만 아니라 죽음에 임박한 환자의 연명치료 중단은 사전에 연명치료의향이 있다고 하더라고 헌법상의 자기결정권과는 무관한 문제라고 한다.

둘째, 회복불가능한 사망의 단계에 진입한 환자의 연명치료 중단에 관한 문제는 사회적 합의의 대상이다. 따라서 환자의 의사뿐만 아니라 환자 가족의 경제적·정신적 부담을 해결하기 위한 의료보호제도와 사회보험제도 및 연명치료 중단의 오·남용을 막을 수 있는 기준과 절차 도 신중하게 고려하여야 하며 사회공동체 구성원

들의 공감대를 바탕으로 국회가 입법을 통하여 해결해야 할 문제이다.

헌법재판소 결정을 통해 연명의료 중단 결정은 생명권이라는 헌법상 가치와 충돌하지만 인간답게 죽을 권리는 헌법상 보장된 자기결정권의 내용이라 할 수 있을 것이다.[8] 반면 헌법재판소 별개의견에서 나타난 연명치료 중단 결정단계에서 환자의 의사가 불명확할 경우나 자율적으로 결정을 할 수 없는 경우 자기결정권이라 할 수 있을지 모호한 부분이 있다고 생각한다.

(2) 「연명의료결정법」상의 연명의료중단

「연명의료결정법」에 따른 연명의료결정제도는 임종과정에 있는 환자의 연명의료와 연명의료중단 등의 결정을 통해 환자의 자기결정권을 존중하여 인간으로서의 존엄과 가치를 보호하고 암환자에게 국한된 호스피스 서비스를 말기환자에게 확대 적용하기 위해 제정되었다.[9]

「연명의료결정법」 제2조에 따르면, “연명의료”란 임종과정에 있는 환자에게 하는 심폐소생술, 혈액 투석, 항암제 투여, 인공호흡기 착용 및 그 밖에 대통령령으로 정하는 의학적 시술로서 치료효과 없이 임종과정의 기간만을 연장하는 것을 말하며, “연명의료중단등결정”은 임종과정에 있는 환자에 대한 연명의료를 시행하지 아니하거나 중단하기로 하는 결정을 의미한다. 회생의 가능성이 없고, 급속도로 증상이 악화되어 사망에 임박한 상태에 있는 임종과정에 있는 환자는 제16조에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 임종과정에 있다는 의학적 판단을 받은 자를 말한다.

연명치료 중단(거부)의 권리는 죽을 권리의 내용을 이룬다. 죽을 권리는 사람이 자신의 인생관에 따라 죽음의 시기와 방법을 스스로 선택할 수 있는 권리이다. 죽을 권리에는 자살의 권리, 연명치료 거부의 권리, 의사의 도움을 받아 죽을 권리가

---

8) 백수원, “죽음, 안락사, 생애마무리에 관한 헌법적 논의-‘생애마무리 지원 법안’에 관한 내용을 중심으로”, 『미국헌법연구』 제30권 제3호, 미국헌법학회, 2019. 12, 86~87면.

9) 홍완식, “「연명의료결정법」에 대한 입법평론”, 『입법학연구』 제14집 제1호, 한국입법학회, 2017. 2. 16면.

포함된다.[10] 연명의료 중단(거부) 결정을 할 경우 환자의 자기결정권 뿐만 아니라 환자가족의 경제적 문제가 고려되어야 하며, 전문가인 의사의 의학적 판단에 따르는 의사의 부담 문제 등 당사자들의 의견이 중요하다. 따라서 복잡하고 민감한 문제인 연명의료중단 결정 이후 국가가 적극적으로 개입하여 국가책임제로 운영되어야 한다고 주장도 있다.[11] 이에 따르면, 연명의료 결정은 최종적으로 전문가인 의료인이 하므로 기준과 대상이 명확하여 다른 복지제도에서 나타나는 탈락자의 불만, 대상자의 악용, 사각지대의 문제가 발생하지 않는다고 주장하나, 의학적 오판의 경우 돌이킬 수 없는 결과를 초래할 수도 있다고 생각한다.

(3) 연명의료결정법의 문제점

1) 환자의 자기결정권

실제로 「연명의료결정법」이 환자의 자기결정권을 존중하고 있는지, 환자가족이 악용할 소지는 없는지 문제된다.[12] 환자가 의사능력이 있는 경우 연명의료중단결정에서 환자의 의사(意思)가 가장 우선되어야 한다. 「연명의료결정법」 제17조에 나타난 환자의 의사확인은 과거에 환자가 이미 작성한 사전연명의료의향서에 따른 환자의 의사이며 실제 임종과정에 있는 환자의 의사를 존중하고 최종확인하는 연명의료중단결정을 보장하여야 한다.[13]

2) 환자의 추정적 의사의 확인

「연명의료결정법」 제18조에 따르면, 환자의 의사를 확인할 수 없는 경우 미성년자는 그 법정대리인이, 환자가족은 제18조 제1항 제2호에 명시된 전원의 합의로,

---

10) 문재완, “죽을 권리에 관한 연구-의사조력자살을 중심으로”, 『헌법학연구』 제26권 제3호, 한국헌법학회, 2020. 9, 4면.
11) 이공주, “연명의료중단 환자의 국가책임제에 관한 연구”, 『법학연구』 제21권 제1호(통권 81호), 2021. 3, 223~231면.
12) 홍완식, 앞의 논문, 23면.
13) 이부하, “연명의료결정법의 법적 쟁점 및 개선방안”, 『법제』 688호, 법제처, 2020. 3, 239면.

연명의료중단의 의사표시를 하고 담당의사와 해당 분야 전문의 1명이 확인한 경우 연명의료중단등결정이 있는 것으로 본다. 그런데 환자의 의사를 확인할 수 없는 경우 환자가족 전원의 합의로 환자의 의사를 대신 할 수 있는지 의문이며 환자 가족에게 많은 권한을 부여하고 있다고 생각한다.[14] 따라서 환자가족 전원의 합의에 따른 환자의 의사를 추정하기보다는 환자의 의사를 확인할 수 있는 구체적인 자료를 통하여 환자의 의사를 추정하여야 할 것이다. 더욱이 환자가족 전원의 합의가 이루어지지 못할 경우는 환자의 의사를 추정할 수 없다는 것도 문제라고 생각한다. 환자의 의사를 추정할 수 없거나 불분명할 경우 중립기관을 통해 판단할 수 있도록 할 필요가 있다.[15] 또한 법 규정에 담당의사와 해당분야 전문의의 관계에 대해 명확히 규정되어 있지 않을 뿐만 아니라 절차에 대해 상세히 규정되어 있지 않다.[16] 지속적 식물상태의 경우도 환자의 의사를 피력할 수 없는 경우이므로 연명의료결정의 대상에 포함시켜야 한다는 견해가 있다. 이 견해에 따르면, 연명의료결정법의 제정 배경이 된 김할머니 사건은 지속적 식물상태의 경우였으나, 이 경우는 연명의료결정법에 포함되지 않은 한계가 있다고 한다.[17]

3) 연명의료중단결정의 이행주체

「연명의료결정법」 제19조에 따르면, 담당의사는 제15조[18] 각 호의 어느 하나에 해당하는 환자에 대하여 즉시 연명의료중단등결정을 이행하여야 한다고 규정되어

---

14) 안원하, “연명의료결정법의 한계와 개정 방향”, 『법학연구』 제63권 제1호, 부산대학교 법학연구소, 2022. 2, 133~134면.
15) 이부하, 앞의 논문, 240~242면.
16) 홍완식, 앞의 논문, 18~19면.
17) 손경찬, “연명의료결정법의 개정방안”, 『법학연구』 제20권 제3호(통권 79호), 한국법학회, 2020, 9, 275면.
18) 「연명의료결정법」 제15조(연명의료중단등결정 이행의 대상) 담당의사는 임종과정에 있는 환자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에만 연명의료중단등결정을 이행할 수 있다.
1. 제17조에 따라 연명의료계획서, 사전연명의료의향서 또는 환자가족의 진술을 통하여 환자의 의사로 보는 의사가 연명의료중단등결정을 원하는 것이고, 임종과정에 있는 환자의 의사에도 반하지 아니하는 경우
2. 제18조에 따라 연명의료중단등결정이 있는 것으로 보는 경우

있다. 첫째, 제17조에 따라 연명의료계획서, 사전연명의료의향서 또는 환자가족의 진술을 통하여 환자의 의사로 보는 의사가 연명의료중단등결정을 원하는 것이고, 임종과정에 있는 환자의 의사에도 반하지 아니하는 경우이거나 둘째, 제18조에 따라 연명의료중단등결정이 있는 것으로 보는 경우에 해당하는 환자이다. 위 규정에서 의사가 연명의료중단결정의 이행주체로 되어 있는데, 환자에게 중대한 변경에 대한 이행주체는 의학적 전문가인 의사가 되어야 하는 것은 타당하나, 단순한 영양공급 등 의료행위가 아닌 경우는 구분하여야 할 필요가 있다고 본다.[19]

4) 임종과정 판단주체 및 중단가능한 의료행위의 범위와 기준

「연명의료결정법」 제16조에 따르면, 환자가 임종과정에 있는지 판단은 담당의사와 해당분야의 전문의 1명이 함께 판단하도록 규정되어 있다. 그런데 그 판단이 객관적으로 정확한 판단인지 명확하지 않다. 또한 그 판단기준에 대해 「연명의료결정법」은 침묵하고 있으므로 이에 대한 구분기준을 명확히 할 필요가 있다.[20]

환자의 자기결정권를 존중하여 연명의료중단을 할 수 있는 의료행위의 범위는 「연명의료결정법」 제2조 제4호의 심폐소생술, 혈액 투석, 항암제 투여, 인공호흡기 착용의 4가지 경우인데, 그 범위가 좁다는 것이다.[21]

허대석 교수에 따르면, 매년 만성질환으로 투병하다 죽은 사람은 20만 명으로 추정되고 있지만, 이 중 연명의료중단 등 결정이행서를 작성한 비율은 27.3%에 불과하다고 한다. 연명의료결정을 하려면 환자가 임종기 상태여야 하는데, 암 환자의 경우 비교적 예후가 예측 가능하지만, 그 외 환자는 상태가 개선되었다가 악화되었다를 반복하기 때문에 의사가 임종기와 말기를 구분해 행위를 결정하는 것은 굉장히 어려운 문제이다. 또한 호스피스 완화의료 결정을 임종하기 2~3달 전인 말기에 하는데, 연명의료결정은 임종기에 가능하기에 혼선이 있으므로 연명의료결정을 말

19) 홍완식, 앞의 논문, 21면.
20) 이부하, 앞의 논문, 240~242면.
21) 안원하, 앞의 논문, 131~132면.

기에 하도록 하면 모순이 해결된다고 한다.[22)]

3. 소결

치료가 불가능한 환자, 인공호흡기 등의 생명 보조장치를 제거하여 고통 없이 죽음을 맞이할 수 있도록 해주는 행위를 의미하는 용어는 안락사, 존엄사, 연명치료 중단, 의사조력자살 등 다양한 용어로 사용되고 있다.[23)] 안락사의 사전적 의미는 회복의 가망이 없는 중환자의 고통을 덜어주기 위하여 인위적으로 생명을 단축시켜 사망케 하는 의료행위이다.[24)] 반면 존엄사는 회생 가능성이 없는 사망 임박 단계의 환자가 연명 목적의 치료를 받지 않고 인간의 존엄과 가치를 지키며 생을 마감하는 행위로 정의된다.[25)] 안락사는 사람을 대상으로 사용되었으나 김 할머니 사건을 계기로 사람을 대상으로 하는 경우는 존엄사라는 용어가 사용되고 있지만, 안락사보다 존엄사가 논란의 여지가 적은 개념은 아니며 안락사를 미화한다는 주장도 있다.[26)] 「연명의료결정법」 시행 후에는 존엄사와 연명의료중단이라는 용어는 혼용되어 사용되고 있다. 그리고 의사조력자살(physician-assisted suicide) 즉, "조력존엄사"란 그 대상자가 본인의 의사로 담당의사의 조력을 통해 스스로 삶을 종결하는 것을 말한다.[27)] 이후 살펴볼 해외의 입법례에서는 자살이라는 단어의 부정적인 의미를 피하기 위하여 의사조력자살 대신 의사조력사(physician -assisted death, PAD). 의사조력 임종과정(physician-assisted dying), 임종과정에서의 의료적 조력(medical aide in dying, MAID) 등 다양한 용어들이 혼용되고 있다. 이러한 용어 선택은 각국의 역사적 배경, 사회적 분위기에 따라 선호도가 다르며 의사들은 의사

---

22) "안락사, 존엄사 등 중구난방…조력존엄사법안 앞서 용어부터 정립", 청년의사, 2022. 9. 17. http://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=2027182 (2023. 1 2. 최종 방문)
23) 홍완식, 앞의 책, 419~421면.
24) https://terms.naver.com/entry.naver?docId=572600&cid=46625&categoryId=46625
25) https://terms.naver.com/entry.naver?docId=1315212&cid=40942&categoryId=31611
26) 홍완식, 앞의 책, 420면.
27) 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 일부개정법률안(안규백의원 등 12인) (의안번호 15986) 제2조 제11호.

의 조력에 중점을 두어 죽음을 시사하는 용어 사용은 선호하지 않는다.[28] 의사조력자살은 편안하게 생을 마감한다는 점에서 존엄사로 볼 수도 있고 인간의 존엄성을 존중한다는 점에서 존엄사로 볼 수도 있으나 타인의 생명을 의도적으로 종결하는 안락사나 의사의 도움을 받는 의사조력자살의 개념은 구분된다.[29]

최근 조력존엄사법안이 발의되어 고통없는 죽음이 다시 화두가 되었는데, 연명의료중단에 대한 사회적 논의에 앞서 국회 법률안에서 사용하는 용어와 의료계에서 사용하는 용어의 차이가 있으므로 의료계를 중심으로 의료행위의 관점에서 용어를 정리하고 이를 정착시켜야 한다는 주장도 있다.[30] 이 의견에 따르면, 의료행위에 초점을 맞춰 연명의료결정과 관련하여 임종기, 말기, 식물상태·치매 등의 단계가 있으며, 이후에는 의사조력자살과 안락사 등 5가지 단계가 있다고 한다. 현재 우리나라는 임종기에서의 연명의료결정을 허용하고 있으며, 다른 나라와 비교했을 때 가장 보수적인 기준을 가지고 있으므로 말기환자로 완화되어야 한다. 이하에서 조력존엄사에 대한 해외입법례를 살펴보고자 한다.

Ⅲ. 조력존엄사에 대한 해외입법례

1. 미국

미국에서 의사조력자살을 허용하는 7개 주는 버몬트, 콜럼비아, 하와이, 오레곤, 워싱턴, 콜로라도, 몬태나이다.[31] 특히 의사조력자살을 인정하는 미국 오레곤(Oregon)주 존엄사법(The Oregon Death with Dignity Act)[32]에 따르면, 첫째, 의

28) 김선택, “의사조력자살의 합법화: 세계적 동향”, 『한국의료법학회지』 제26권 제1호, 한국의료법학회, 2018. 6, 30면.
29) 문재완, 앞의 논문, 3면.
30) “안락사, 존엄사 등 중구난방…조력존엄사법안 앞서 용어부터 정립”, 2022.09.17. http://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=2027182 (2023. 1. 2. 최종방문)
31) 이문호, “적극적 안락사 및 의사조력자살 허용 입법의 필요성-실존적 사실 및 통계적 근거를 중심으로”, 『인권과 정의』 제482호, 2019, 148면 참조.
32) https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DE

사능력이 있고, 오레곤 주 주민일 것, 둘째, 담당 의사(attending physician)와 상담 의사(consulting physician)로부터 말기질환(terminal disease)을 앓고 있다는 진단을 받았을 것. 셋째, 죽기 원한다는 자발적인 의사표현(voluntarily expressed)을 한 만 18세 이상의 성인이 서면(written request)으로 인간적이고 존엄한 방식으로(in a humane and dignified manner) 생명을 종결하기 위한 약물을 요청할 것을 의사조력자살의 요건으로 하고 있다.[33] 여기에서 말기질환은 의학적으로 확인되어 합리적인 의학적 판단 하에 6개월 이내에 사망에 이르게 되는 불치의 돌이킬 수 없는 질병을 의미한다.[34]

약물 요청서에는 환자가 서명하고 날짜를 기록하며, 환자 이외에 최소 2명의 증인이 환자가 의사능력이 있고 자발적으로 행동하며 서명을 강요받지 않았음을 증명하여야 한다. 혈연, 혼인 또는 입양에 의한 환자의 친족, 요청서에 서명할 당시 유언이나 법의 효력(operation of law)에 의해 사망했을 때 환자의 재산 일부를 받을 권리가 있는 자, 환자가 치료를 받고 있거나 거주하고 있는 의료 시설의 소유자, 운영자 또는 직원, 요청서에 서명할 당시 환자의 담당 의사는 증인이 될 수 없다.[35]

ATHWITHDIGNITYACT/Pages/ors.aspx (2022. 12. 30. 최종방문)

33) The Oregon Death with Dignity Act 127.805 § 2.01. Who may initiate a written request for medication(오레곤주 존엄사법 127.805 § 2.01. 서면 약물처방을 개시할 수 있는 자)
(1) An adult who is capable, is a resident of Oregon, and has been determined by the attending physician and consulting physician to be suffering from a terminal disease, and who has voluntarily expressed his or her wish to die, may make a written request for medication for the purpose of ending his or her life in a humane and dignified manner in accordance with ORS 127.800 to 127.897. (의사능력이 있고 오레곤에 거주자이며 담당의사와 상담의사에 의해 말기질환을 앓고 있다는 진단을 받았으며 죽기를 원하는 자발적 의사표시를 한 성인은 오레곤주 존엄사법 127.800에서 127.897 규정에 따라 인간적이고 존엄한 방식으로 생명을 종결하기 위한 약물을 서면으로 요청하여야 한다.)

34) The Oregon Death with Dignity Act 127.800 § 1.01. Definitions(오레곤주 존엄사법 127.800 § 1.01. 정의).
The following words and phrases, whenever used in ORS 127.800 to 127.897, have the following meanings: (오레곤주 존엄사법 127.800에서 127.897에 사용된 다음 용어는 다음과 같은 의미로 사용된다.)
(12) "Terminal disease" means an incurable and irreversible disease that has been medically confirmed and will, within reasonable medical judgment, produce death within six months. ("말기질환"은 의학적으로 확인되어 합리적인 의학적 판단하에 6개월 이내에 사망에 이르게 되는 불치의 돌이킬 수 없는 질병을 의미한다)

35) The Oregon Death with Dignity Act 127.810 § 2.02. Form of the written request.

담당 의사는 환자의 의사능력, 시한부 질병, 자의적 의사 등을 일차적으로 확인한다. 환자의 상태, 치료 방법, 처방할 극약의 위험성, 호스피스의료와 통증 완화를 포함한 대안 등에 대하여 설명하여야 한다.[36)]

환자의 첫 구두 요청과 처방전 작성 사이 15일 이상, 그리고 서면 요청과 처방전 작성 사이 48시간 이상 일정한 대기시간이 준수되어야 한다.[37)] 담당 의사는 환자에게 철회의 기회를 부여하여야 하고, 문서로 약물 요청서를 작성·제출해야 한다.[38)]

---

(1) A valid request for medication under ORS 127.800 to 127.897 shall be in substantially the form described in ORS 127.897, signed and dated by the patient and witnessed by at least two individuals who, in the presence of the patient, attest that to the best of their knowledge and belief the patient is capable, acting voluntarily, and is not being coerced to sign the request.(오레곤주 존엄사법 127.800에서 127.897에 따른 유효한 약물요청은 실질적으로 동법 127.897에 기재되어 환자가 서명하고 날짜가 지정되어 환자 앞에서 환자의 지식과 신념의 최대한 범위 내에서 환자가 자발적으로 행동할 수 있고 서명을 강요받지 않았음을 증명하는 적어도 2명의 증인이 있어야 한다.)

(2) One of the witnesses shall be a person who is not: 증인은 다음 중 어느 하나에 해당되지 않는 자여야 한다.

(a) A relative of the patient by blood, marriage or adoption; (혈연, 결혼 및 입양에 따른 환자의 친족)

(b) A person who at the time the request is signed would be entitled to any portion of the estate of the qualified patient upon death under any will or by operation of law; or (요청서에 서명할 당시 유언이나 법의 효력에 의해 사망했을 때 환자의 재산 일부를 받을 권리가 있는 자)

(c) An owner, operator or employee of a health care facility where the qualified patient is receiving medical treatment or is a resident. (환자가 치료를 받고 있거나 거주하고 있는 의료 시설의 소유자, 운영자 또는 직원)

(3) The patient's attending physician at the time the request is signed shall not be a witness (요청서에 서명할 당시 환자의 담당 의사는 증인이 되지 않는다).

36) The Oregon Death with Dignity Act 127.815 § 3.01. Attending physician responsibilities. (담당의사의 책임)

37) The Oregon Death with Dignity Act 127.840 § 3.06. Written and oral requests.(서면요청과 구두요청)

(1) In order to receive a prescription for medication to end his or her life in a humane and dignified manner, a qualified patient shall have made an oral request and a written request, and reiterate the oral request to his or her attending physician no less than 15 days after making the initial oral request. (대상 환자는 인간적이고 품위 있게 생을 마감할 수 있는 약물처방을 받기 위하여 구술요구서와 서면요구서를 작성하고, 최초 구술요구서를 작성한 날로부터 15일 이상 경과한 후 담당의사에게 구술요구서를 반복하여 제출하여야 한다.)

38) The Oregon Death with Dignity Act 127.845 § 3.07. Right to rescind request.

A patient may rescind his or her request at any time and in any manner without regard to his or her mental state. No prescription for medication under ORS 127.800 to 127.897 may be written without the attending physician offering the qualified patient an opportunity to

2. 네덜란드

세계 최초로 의사조력자살 허용한 네덜란드는 의사조력자살의 요건을 준수하지 않은 의사는 12년 이하의 징역에 처하도록 하고 있다. 여기에서 의사조력자살의 요건은 환자가 개선될 전망이 없고, 고통이 극심할 뿐만 아니라 환자가 건강한 정신 상태에서 의사조력 자살에 동의하였고, 의사는 환자에게 그의 상황에 대하여 정보를 제공하며, 최소 1인 이상의 다른 의사와 협의하여 그 다른 의사는 환자를 직접 문진하여 위 요건에 대한 서면의견서를 작성하는 것이다.[39]

3. 오스트리아

오스트리아의 조력존엄사의 적용대상자는 18세 이상 오스트리아에 상주하거나 오스트리아 국민으로서 사망으로 이어지는 난치병, 심각하고 영구적인 질병이 있는 환자가 자발적 의사에 의한 요청에 따라 의사 2인의 확인을 받아야 한다. 필요시 상담도 가능하며 의사와 함께 작성한 사망의사서에 따라 공공 약국에서 약물을 제공한다.

4. 호주

호주는 일부 주에서 조력존엄사를 허용하고 있는데, 빅토리아 주는 기대수명이 6개월 정도인 말기환자들이 투약할 수 있는 치명적 약물을 얻을 수 있도록 허용하고 환자가 스스로 약물을 투약할 수 없는 경우 의사가 투약할 수 있도록 하고 있다.[40]

뉴사우스웨일스 주는 성인(거주 요건 있으나 위원회 결정에 따라 면제 가능)인

---

rescind the request. [1995 c.3 § 3.07] (환자는 그 정신 상태에 관계없이 언제든지 어떤 방법으로든 요청을 취소할 수 있다. ORS127.800~127.897에 따른 의약품 처방은 해당환자에게 요구를 취소할 수 있는 담당의사에 의해 작성할 수 있다.)

39) 김선택, 앞의 논문, 52~55면.

40) 김선택, 위의 논문, 67면.

말기환자로서 기대수명 6개월 이내(신경퇴행성 말기환자는 12개월 이내)인 경우 담당 의사(또는 조정 의사) 확인에 의한 자발적 조력 사망의 적격자를 평가한다. 단, 장애, 치매만으로 적용 대상이 될 수 없다. 투여 약물에 대한 승인을 위원회에 신청하고 처방, 투여 결정, 사망 5일 이내에 위원회에 자료를 제출하고 통지하여 사후 관리를 하도록 되어 있다.[41]

5. 소결

의사가 직접 투약하는 방식을 규정하지 않은 입법례는 미국 오리건 주가 있고 이를 허용한 입법례로는 네덜란드, 오스트리아, 호주 뉴사우스웨일스 주가 있다.

미국은 의사조력자살이라는 용어보다는 존엄사라는 용어를 선호하고 있는 것으로 보인다. 네덜란드는 의사조력자살의 요건이 엄격하지 않아 우울증에서 정신분열증까지 다양한 정신 질환까지도 의사조력자살이 허용된다는 점에서 비판을 받고 있다.[42]

[표 1] 해외입법례의 비교[43]

구분		미국 (오리건 주)	네덜란드	오스트리아	호주 (뉴사우스웨일스 주)
의사 조력 양태	환자요청에 의한 약물처방	○	○	○	○
	의사 직접투약	X	○	○	○
적용 대상	연령/ 거주지	18세 이상 오리건 주 주민	만 12세 이상	18세 이상 오스트리아에 상주 or 오스트리아 국민	성인 (거주 요건 있으나 위원회 결정에 따라 면제 가능)

41) 안규백의원 대표발의, 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 일부개정법률안(의안번호 제15986호) 검토보고서, 2022. 11, 27면 참고.
42) 이문호, 앞의 논문, 146~150면.
43) 안규백의원 대표발의, 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 일부개정법률안(의안번호 제15986호) 검토보고서, 2022. 11, 27면 참고.

구분		미국 (오리건 주)	네덜란드	오스트리아	호주 (뉴사우스웨일스 주)
	증상	치료 및 회복 불가능 6개월 이내 사망 말기환자 자발적 의사	치료 불가 및 참을 수 없는 고통 자발적 요청	사망으로 이어지는 난치병 심각하고 영구적인 질병 자발적 의사	말기환자 기대수명 6개월 이내(신경퇴행성 말기환자는 12개월 이내) 장애, 치매만으로 적용 대상 불가
환자 상태 확인		주치의와 상담의사 확인 (필요시 정신과 상담)	담당의사 확신 (소견서 제출)	의사 2인의 확인 (필요시 상담)	주치의(또는 조정의사) 확인에 의한 자발적 조력 사망의 적격자 평가
철회 가능 여부		○	X	○	○
의료진의 투약 거부 권리 규정		○	X	○	○
이행		환자의 요청과 이행일 사이 대기기간 필요 (최초 구두요청 후 15일, 서면 요청 후 48시간)	담당의사가 주의의무를 다하여 절차 이행	의사와 함께 작성한 사망의사서에 따라 공공 약국에서 제공	투여 약물에 대한 승인을 위원회에 신청
사후 보고 등 관리		처방전 등 서류 제출 보건당국에서 연례보고서 작성 후 일반인에게 공개	지역심의위원회를 통한 평가, 심사 등 관리	사망조사관은 보건부 장관에게 보고 약물제공 약사는 사망 의사서 등록부에 보고	처방, 투여 결정, 사망 5일 이내에 위원회에 자료 제출 및 통지

Ⅳ. 조력존엄사 법안의 한계 및 개선방안

안규백 의원이 대표발의한 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 일부개정법률안(이하 '조력존엄사법안'이라 한다)의 제안이유에 따르면, 최근 여론조사에서도 80% 정도의 성인들이 안락사에 찬성한다는 응답을 하였고 '존엄한 죽음'에 대한 관심이 증대되고 있다고 한다. 임종과정에 있지 않은 환자라고 하더라도 근원적인 회복 가능성이 없는 경우 본인의 의사로 자신의 삶을 종결할 수 있는 권리를 부여할 필요가 있다. 따라서 말기환자로서 수용하기 어

려운 고통을 겪는 환자들의 경우에는 본인이 희망하는 경우 담당의사의 조력을 받아 자신이 스스로 삶을 종결할 수 있도록 하는 조력존엄사를 도입함으로써 삶에 대한 자기 결정권을 증진할 필요가 있다고 한다.

개정안에서 말기환자로 수용하기 어려운 고통을 겪는 환자들이 담당의사의 조력을 받아 자신이 스스로 삶을 종결할 수 있도록 하는 조력존엄사를 도입을 제안하면서, 조력존엄사 대상자와 조력존엄사 정의 규정을 신설하였고 조력존엄사 심의 결정을 위한 보건복지부장관 소속 조력존엄사심사위원회 구성 규정을 두고 있다. 특히 조력존업사 대상자 결정일부터 1개월이 경과하고 대상자 본인이 담당의사와 전문의 2인에게 조력존엄사를 희망한다는 의사표시를 한 경우에 한해 '조력존엄사 이행'이라는 구체적인 절차가 명시되어 있다. 또한 조력존엄사를 도운 담당의사에 대해서는 「형법」에 따른 자살방조죄 적용을 배제하는 의료진 보호 조항도 포함됐다. 마지막으로 관리기관 등에 종사하거나 종사했던 사람과 조력존엄사심사위원회에 근무하거나 근무했던 사람이 업무상 알게 된 정보를 유출하지 못하도록 하고 위반할 경우 3년 이하 징역 또는 3,000만원 이하 벌금에 처하도록 했다.

조력존엄사법안이 발의되었으나 이 법안은 아직 사회적 논의가 성숙되지 않은 상황에서 제안된 것으로 생각되며 법안에서 다음과 같은 문제점이 있다고 판단된다. 이하에서 법안의 문제점을 헌법적 측면에서 살펴보고자 한다.

1. 명확성의 원칙에 반하는 조력존엄사 개념 및 조력존엄사대상자

조력존엄사법안 제2조 제10호에 따르면, "조력존엄사대상자"란 말기환자에 해당하는 사람으로서 조력존엄사심사위원회의 심사를 거쳐 신청이 인용된 사람을 말한다. 또한 같은 조 제2항에 따르면, 심사위원회는 조력존엄사대상자 결정을 신청한 사람이 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 경우 조력존엄사대상자로 결정한다.

1. 말기환자에 해당할 것 2. 수용하기 어려운 고통이 발생하고 있을 것 3. 신청인이 자신의 의사에 따라 조력존엄사를 희망하고 있을 것

법치국가원리를 근거로 하는 법률의 명확성은 법률을 제정할 때 명확한 용어로 규율사항을 규정함으로써 법의 규율내용을 예측할 수 있도록 법률 수범자에게 행동기준을 제공하고, 자의적인 법의 해석·법집행자에게 객관적인 판단기준을 주어 차별적이거나 자의적인 법의 해석·집행을 방지하게 한다.[44]

그런데 조력존엄사법안의 조력존엄사 개념 및 조력존엄사대상자의 범위가 매우 넓으며 지나치게 개방되어 있다.[45] 의사조력자살은 전문가인 의사의 판단을 요하므로 그 요건을 엄격히 설정하여 제한적으로 적용되어야 한다.[46] 이것은 생명권 경시 및 자살 오남용의 부작용을 우려하여 의사의 판단과 의사조력자살에서 조력을 받을 수 있는 환자의 범위를 제한하여야 하기 때문이다. 의사조력자살의 경우 의사는 환자에게 죽음의 수단을 제공할 뿐이며 죽음의 결정권은 환자에게 있다.[47] 의사조력자살을 인정하기 위해서는 실체적 요건과 절차적 요건을 명확하게 규정해야 한다.

실체적 요건으로 첫째, 환자의 명시적 요청이 있어야 한다. 환자가 의사조력자살의 명시적 의사표시를 하지 않는 경우 의사는 환자의 생명종결을 추정하지 말아야 한다. 만약 명시적인 의사표시나 요청이 불가능한 경우는 어떻게 해야 할까? 예를 들어 미성년자나 노령자의 경우, 죽음을 제대로 이해할 수 없는 경우는 어떻게 해야 할까? 환자가 의사능력이 있었던 시점에 환자의 의사를 분명히 알 수 있는 서류가 있어야 하며 이를 바탕으로 환자의 의사를 종합적으로 고려하여야 할 것이다.

---

44) 이상경, “명확성의 원칙과 포괄위임입법금지원칙”, 『서울法學』 제22권 제3호, 서울시립대학교 법학연구소, 2015. 2, 448면.

45) 이승준, “조력자살에 가담한 의사의 형사책임을 면제하는 연명의료결정법 개정안의 검토 - 프로토콜에 초점을 맞추어”, 『형사법의 신동향』 통권 제77호, 2022. 12, 313면.

46) 장한철, “의사조력자살의 허용을 위한 법정책적 고찰”, 『법과 정책연구』 제18권 제4호, 한국법정책학회, 2018, 12, 73면.

47) 문재완, 앞의 논문, 7~8면.

특히 의사조력자살을 도입할 경우 현실적으로 우려되는 것은 환자의 선택이 자발적인가 하는 문제이다. 고통으로 의사결정능력이 온전하지 못한 상태에서 의사조력자살을 선택할 수 있기 때문이다.[48]

둘째, 연명의료결정법은 임종과정에 있는 환자를 대상으로 한다. 의사조력사법안에서 의사조력자살의 허용범위와 관련하여 조력존엄사 대상자는 말기환자에 해당하는 사람이다. 그런데 말기환자라는 용어 자체가 사전적, 사회적, 의학적 정의가 없는 용어이며 존엄사, 안락사, 연명의료 중지, 조력 사망 등 죽을 권리를 존중하는 다양한 용어의 정의가 혼재되어 있어 용어를 통일하고 구체화할 필요가 있다.[49] 조력존엄사법안에서는 수용하기 어려운 고통이 발생하고 있을 것이라는 요건을 요하고 있다. 수용하기 어려운 고통의 개념 자체가 불명확하며 고통을 겪어 인간존엄성 유지가 어려운 경우에 대한 판단기준이 필요하다.

절차적 요건으로 의사조력자살을 인정하려면 고도의 전문성을 갖춘 의사가 환자를 상담하여 의사조력자살이 필요한지 검토되어야 할 것이다. 의사조력자살을 허용하더라도 숙려기간을 통해 의사조력자살을 철회할 기회가 부여되어야 한다.[50]

또한 의사조력사법안에서 의사의 조력행위의 범위가 명확하게 명시되어 있지 않은 것도 문제이다. 그 범위가 구체적으로 약물의 처방, 지급 등 어느 범위까지 규정할 필요가 있다.[51]

앞에서 살펴본 해외 입법례를 보면 말기환자의 요건으로 치료가 불가능하거나 난치명이라는 요건을 규정하고 있는 경우도 있고 기대수명을 규정하고 있는 경우도 있으므로 말기환자의 범위를 명확성의 원칙에 따라 구체적으로 규정할 필요가 있다. 그리고 '수용하기 어려운 고통' 이라는 요건은 법률적으로나 의학적으로 모호하여 객관적인 평가가 어려울 수 있으므로 이러한 고통이 어느 정도의 범위인지 구체

48) 이지은, "조력사망(Aid in Dying)에 대한 고찰", 『의료법학』 제23권 제2호, 대한의료법학회, 2022, 89면.
49) 의협, '조력존엄사법안' 제정 반대…"합법적 자살 허용 위험 높아", 청년의사, 2022.07.08. http://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=2024859 (2023. 1 2. 최종 방문)
50) 문재완, 앞의 논문, 30~31면.
51) 이지은, 앞의 논문, 91면.

적으로 사회적 합의가 도출되어 할 것으로 보인다.

2. 자기결정권과 생명권의 충돌

의사조력자살(physician-assisted suicide)은 의사의 조력에 의해 환자가 직접 생명을 종결한다는 점에서 자발적 · 직접적 · 적극적 안락사의 형태라 할 수 있다. 의사조력자살은 치명적인 약물이나 수단 등 자살의 수단을 의사로부터 제공받는 것이다. 엄밀히 말하면 의사조력자살은 외형적으로 안락사와 다른 형태이지만 적극적 안락사 문제와 동반하여 많이 논의되고 있다. 의사조력자살은 의사가 처방하고 지급하는 약물 또는 주사제의 도움을 받아 죽음의 실행은 환자 본인이 직접 시행하는 것이다. 즉 의사조력자살은 의사의 의학적 조력과 안락사하는 본인에 의한 생명 종결이라는 자살의 형태를 취하나 적극적 안락사는 의사에 의한 타살의 형태를 취하며 둘 다 적극적인 방식으로 안락사를 지향한다는 점에서는 같다.[52] 또한 의사조력자살은 의사의 의학적 조력과 환자 스스로의 생명 종결이라는 자살로 구성되는 용어인 반면, 호스피스 · 완화의료는 임종기에 생명을 단축하지 않고 품위 있게 삶을 마무리하는 것이다.[53]

우리나라에서 연명의료중단과 존엄사가 혼용되어 사용되는 있고 의사조력자살에서 자살이라는 용어가 사용되고 생명의 인위적인 종결이라는 점에서 논쟁이 되고 있다.[54] 의사조력자살과 관련한 적극적 안락사 허용의 문제는 헌법상 생명과 신체의 기능에 대한 자기결정권의 구체적 실현 문제라 할 수 있다.[55]

의사의 조력을 받을 권리는 적극적 권리로서의 성격을 가지므로 의사에게 환자가 삶을 끝낼 수 있도록 도와주어야 할 의무가 있다.[56] 의사조력자살과 관련하여

52) 이문호, 앞의 논문, 146면.
53) 엄주희 · 김명희, “호스피스 · 완화의료와 의사조력자살 간 경계에 관한 규범적 고찰”, 『법학연구』 제28권 제2호, 연세대학교 법학연구원, 2018. 6, 6~7면.
54) 엄주희, “의사조력자살에 대한 헌법적 고찰”, 『헌법학연구』 제27권 제2호, 한국헌법학회, 2021. 6, 93~94면.
55) 김하열, “생을 마감할 권리에 관한 헌법적 고찰－의사조력사를 중심으로” 『저스티스』 통권 제152권, 한국법학원, 2016, 5면; 이문호, 앞의 논문, 145면.

헌법적으로 먼저 자기결정권의 문제를 생각해 볼 수 있다. 사람이 존엄하게 죽을 권리를 행사하기 위해서는 죽음의 방법을 선택할 권리가 있어야 한다. 이러한 점에서 의사의 조력을 받을 권리는 죽음의 방법을 선택할 수 있는 헌법상 자기결정권의 한 내용이라 할 수 있을 것이다.[57] 자기생명에 대한 자기결정권은 헌법 제10조의 인간의 존엄과 행복추구권에서 도출된다.[58]

의사조력자살은 헌법상 생명권과 관련하여 생각해 볼 수 있다. 헌법재판소는 생명권은 헌법에 명문 규정이 없더라도 인간의 생존본능과 존재목적에 바탕을 둔 선험적이고 자연법적인 권리로서 헌법에 규정된 모든 기본권의 전제로서 기능하는 기본권 중의 기본권이라고 판시한 바 있다.[59] 우리 헌법상 생명권의 명문 규정이 없고 인정근거를 인간의 존엄성을 규정한 헌법 제10조에서 찾는 것이 일반적이나 헌법 제12조의 신체의 자유에서 그 근거를 찾기도 한다. 죽을 권리와 관련하여 인간의 존엄에 기초하여 생명권을 이해한다면 자신의 생명을 자유롭게 처분할 수 없기 때문에 죽을 권리를 인정할 여지가 매우 적으므로 생명권을 신체의 자유에서 찾아야 제한이 가능하다는 견해가 있다.[60] 이에 대해 생명권은 생명의 인위적 단절은 포함하지 않으므로 연명의료중단의 근거로 볼 수 없다고 하면서 생명권은 양도할 수 없는 권리이므로 생명권의 주체라도 생명권을 처분할 결정권을 없다는 견해도 있다.[61] 그 외에 의사조력자살이 평등권과 관련된다는 견해가 있다.[62] 이에 따르면, 정상인은 타인의 도움 없이도 자살을 실행할 수 있지만, 중증 장애인이나 말기환자는 타인의 도움 없이는 의사조력자살을 실행할 수 없기 때문에 의사조력자살을 허용하지 않는 것은 불평등하다는 것이다. 그리고 연명장치 제거는 허용하면서 의사조력자살를 허용하지 않는 것은 부당한 차별이라는 주장도 있다.[63] 헌법 제11조

56) 엄주희, 앞의 논문, 96면.
57) 엄주희 · 김명희, 앞의 논문, 6-7면.
58) 헌재 2015.11.26.,2012헌마940, 판례집 27-2하, 335, 340~341.
59) 헌재 1996.11.28. 95헌바1, 판례집 8-2, 537, 545.
60) 백수원, 앞의 논문, 91면.
61) 문재완, 앞의 논문, 20면.
62) 엄주희, 앞의 논문, 97~101면.
63) 조한상, “안락사에 관한 헌법학적 고찰”, 『동아법학』 제53호, 동아대학교 법학연구소, 2011. 11,

에서 말하는 평등은 자의적이지 않고, 합리적 이유가 있는 차별은 허용된다는 상대적 평등이며 평등권 침해 판단기준인 '자의성', '합리성' 자체가 가치판단이 필요한 추상적 개념에 해당하여, 같은 차별도 시대상황에 따라 평등권 침해여부가 다르게 판단될 수 있다. 의사조력자살과 관련된 죽을 권리도 가치판단의 문제라고 생각되며 상황에 따라 달리 판단될 수 있는 문제이므로 차별에 대한 문제로 보기 보다는 자유권의 측면에서 고려하는 것이 타당하리라 본다.

유럽인권재판소는 유럽인권협약 제8조에 따라 생의 마감 문제(End of life issues)를 프라이버시권에서 찾는다.[64] Pretty v. the United Kingdom 사건에서 재판소는 자신이 죽을 방식을 결정할 권리가 제8조가 의미하는 사생활의 한 요소라는 판결을 내렸다. 이후 판례에서도 개인이 자유롭게 판단을 내리고 그에 따라 행동할 수 있음을 전제로 자신의 생애를 마무리할 방법과 시점을 결정할 권리가 협약 제8조에서 의미하는 사생활을 존중받을 권리의 한 측면임을 명확히 밝혔다. 재판소는 Haas v. Switzerland 사건에서 회원국이 조력 자살에 관한 문제에서 폭넓은 판단재량을 가진다고 판결했는데, 조력 자살을 허용하는 법령에는 삶을 마감할 수 있는 약물의 제공은 오로지 의사의 처방이 있는 경우에 한정된다는 요건이 포함된다.[65] 재판소는 조력자살금지가 사생활 및 가족생활에 대한 권리를 침해하는지에 대해 국내 법원들이 본안판단을 하도록 요구하는 절차를 마련할 의무를 협약 회원국에게 부과하는 정도까지 제8조를 확대하는 것은 적절하지 않다고 판단했다.[66]

3. 사회적 합의

우리나라 65세 이상 노인 자살률이 10만 명당 46.6명으로 경제협력개발기구(OECD) 평균의 2.6배이다. 의사조력자살을 허용하지 않는다면 환자와 가족의 동반

51~54면.

64) Guide on Article 8 of the Convention – Right to respect for private and family life, p. 39.

65) *HAAS v. SWITZERLAND* § 52. https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-102940

66) *Nicklinson and Lamb v. the United Kingdom* (dec.), § 84

자살, 간병 살인 등 고령화 사회의 문제가 더욱 심각해질 것 수도 있다. 또한 식물인간 상태인 환자의 가족이 연명의료 중단을 병원에 요청했다가 거부당해 법적 다툼이 발생할 수 있으며 의사조력자살 허용 자체를 봉쇄하는 것은 이들의 아픔을 외면하는 것이 될 수 있다.[67]

그러나 조력존엄사법안은 사회적 합의가 부족한 상황에서 발의되어 혼란만 초래할 수 있다. 의료계의 입장에 따르면, 존엄사와 안락사에 대한 사회적 시각은 매우 다양하며 죽음에 대한 권리를 강조하는 측면과 윤리를 강조한 측면에서 사회적 논란이 지속되는 등 사회적 공감대가 형성되지 않았으므로 존력존엄사를 허용하는 법제화는 시기상조라고 한다. 말기암 환자 등의 고통이 극심한 것은 사실이지만, 간병서비스인 호스피스가 크게 낙후되어 있는 국내 현실을 먼저 개선해야 한다고 한다. 연명의료결정법 시행된 지 6년이 지났지만 호스피스 돌봄서비스 이용이 가능한 질환이 암, 후천성면역결핍증, 만성폐쇄성호흡기질환, 만성호흡부전, 만성간경화 등 5가지로 한정되어 있어 문제이다. 따라서 조력존엄사 허용을 위한 법 개정보다는 호스피스·완화의료 대상 질환 확대를 비롯한 환자 삶의 질 개선과 우울증 등 정신의학적, 심리사회적 지원을 위한 관련 제도를 마련해야 할 뿐만 아니라 연명의료 관련 질 높은 상담과 사회저변 확대 관련 개정을 고려할 필요가 있다.[68]

다음으로 의사조력자살을 합법화한 국가들도 고통을 줄여준다는 선한 의도로 엄격하게 대상을 제한하여 허용하고 있으며 의사조력자살을 허용한 나라에서의 생명경시 현상은 도덕적으로 허용할 수 없는 것까지 허락하게 되는 '미끄러운 경사길 논증[69]'의 예가 될 수 있다. 또한 생명을 지키는 의사에게 자살을 위탁시켜서는 안

67) '의사조력 존엄사' 수용할 준비됐나…"호스피스 확대" 귀 기울여야, 한경 오피니언, 2022.07.31. https://www.hankyung.com/opinion/article/2022073165141. (2023. 1 2. 최종 방문)

68) 의협, '조력존엄사법안' 제정 반대…"합법적 자살 허용 위험 높아", 청년의사, 2022.07.08. http://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=2024859

69) 만약 어떤 길이 경사가 급하고 미끄럽기까지 하다면 자칫 발을 잘못 내딛었을 경우 쉽게 미끄러지게 되고, 아래로 미끄러져 내려갈수록 걷잡을 수 없이 속도가 증가하여 방향을 바꾸거나 멈추기 어려운 상황이 되어버린다. 이와 같이 초기의 어떤 사소한 사건이 다른 사건의 원인이 되고 연쇄적으로 또 다른 사건으로 이어지게 되면서 결과적으로 의도하지 않았던 부정적 결과가 발생하게 된다고 주장하는 논리를 가리켜 미끄러운 경사길 논증이라고 한다. [네이버 지식백과] 미끄러운 경사길 논증 [slippery slope argument] (두산백과 두피디아, 두산백과)

되며 대한의사협회 의료윤리지침 제36조에도 '의사는 환자가 자신의 생명을 끊는데 필요한 수단을 제공함으로써 환자의 자살을 도와주는 행위를 하여서는 안 된다'라고 명시되어 있다.[70)]

4. 기타

조력존엄사법안의 헌법적 쟁점 외에 다음과 같은 문제점을 생각해 볼 수 있다.

(1) 조력존엄사심사위원회의 구성의 전문성

조력존엄사법안 제20조의3 제1항에 따르면, 조력존엄사대상자 해당 여부를 심의·결정하기 위하여 보건복지부장관 소속으로 조력존엄사심사위원회(이하 "심사위원회"라 한다)를 두도록 규정하고 있다.

심사위원회는 위원장 1명을 포함한 15명 이내의 위원으로 구성한다. 위원장은 보건복지부장관이 되고, 위원은 관계 중앙행정기관 소속 고위공무원단에 속하는 공무원, 「의료법」에 따른 의료인으로서 조력존엄사 관련 전문지식과 경험이 풍부한 사람, 윤리 분야 전문가 또는 심리 분야 전문가에 해당하는 사람 중에서 보건복지부장관이 임명하거나 위촉한다. 공무원이 아닌 위원의 임기는 2년으로 하며, 한 차례만 연임할 수 있다. 심사위원회에는 회의에 상정할 안건에 대한 사전 검토 및 조정, 심사위원회에서 위임한 업무 처리 등을 위하여 실무위원회를 둔다.

조력존엄사심사위원회는 조력존엄사 대상을 심사해 결정하며 보건복지부 장관을 위원장으로, 고위공무원, 조력존엄사 관련 전문지식과 경험이 풍부한 사람, 윤리·심리 분야 전문가를 위원으로 위촉하도록 되어 있다. 그러나 위 심사위원회에 구성과 관련하여 조력존엄사 관련 경험이 풍부한 전문가가 있을지 의문이며 복지부 장관과 고위공무원이 조력존엄사 대상을 판단할 수 있는 능력이 있는지 문제가 있다

70) "조력존엄사 아닌 안락사, 의사에게 자살 위탁시켜선 안돼" 2022.07.22. http://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=2025375 (2023. 1 2. 최종 방문)

고 본다. 또한 윤리·심리 분야 전문가도 위원이 될 수 있으나 의사가 아닌 해당 전문가가 환자의 현재 상태를 평가하거나 판단할 근거나 자료가 없을 뿐만 아니라 객관적인 평가가 가능한지 의문이다. 이렇게 심사위원회 구성에 많은 문제점이 있는데, 심사위원회에서 의사조력자살에 대한 객관적인 평가를 할 수 없을 것으로 판단되며 합법적인 자살을 허용해 주는 잘못된 결정을 내릴 수 있는 위험성이 존재한다. 사형제도와 같이 오판가능성을 배제할 수 없다.[71]

(2) 자살방조죄 배제 문제

조력존엄사법안 제20조의4에서 조력존엄사 이행의 대상을 규정하고 있는데, 조력존엄사대상자로서 대상자 결정일부터 1개월이 경과하고, 대상자 본인이 담당의사 및 전문의 2인에게 조력존엄사를 희망한다는 의사표시를 한 경우에 한하여 조력존엄사를 이행할 수 있다. 담당의사는 조력존엄사대상자가 그 대상자에 해당하는지 여부를 해당 분야의 전문의 2명과 함께 판단하고 그 결과를 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 기록하여야 한다.

조력존엄사법안 제20조의7에 따르면, 조력존엄사를 도운 담당의사에 대해서는 「형법」에 따른 자살방조죄의 적용을 배제된다. 환자 본인이 의사의 약물처방전에 따른 약물을 복용하고 주도적으로 죽음을 실행한 경우 의사에게 자살방조죄의 구성요건에 해당하나 조력존엄사법안에 따른 요건을 구비한 경우에 한하여 정당행위인 법령에 의한 행위에 해당되어 위법성이 조각되고 자살방조죄가 성립하지 않는다.[72]

조력존엄사법안에서 조력존엄사를 이행한 의사는 「형법」에 따른 자살방조죄의 적용을 배제한다. 그러나 조력존엄사법안은 자살에 대한 국가적 차원의 책무와 예방정책에 관하여 필요한 사항을 규정하여 국민의 소중한 생명을 보호하고 생명존중문화를 조성하는 것으로 목적으로 제정된 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한

71) 문재완, 앞의 논문, 26~27면.
72) 이인영, “미국의 의사자살방조에 관한 법리논쟁과 입법에 관한 고찰”, 『법학연구』 제33권 제1호, 충남대학교 법학연구소, 2022. 2, 140면.

법률」(자살예방법)과 충돌된다고 판단된다. 조력존엄사 허용은 중증질환 등 의료비 및 간병비 등 경제적 부담으로 사회적 취약계층에게 조력자살이 강요될 수도 있는 등 남용의 부작용이 있을 수 있다. 따라서 경제적·사회적 약자들이 의사조력자살이라는 이름으로 죽음을 강요당할 수 있다.

조력존엄사를 이행한 의사에 대해 자살방조죄를 면책해 준다고 해서 의사에 대한 보호가 충분한 것은 아니다. 왜냐하면 자살방조죄를 배제한다고 하나 환자의 죽음에 따른 법적·윤리적·종교적 문제 등 다양한 문제가 발생할 개연성이 높고 이에 대한 다각적인 검토와 대책 마련이 필요하기 때문이다. 앞서 지적한 연명의료결정법이 문제점이 있는데, 이러한 상황에서 조력존엄사까지 추가된다면 의료현장에서 혼란만 가중시킬 것이다.

V. 결 론

최근 국회에서 일명 조력존엄사법안이 발의되었다. 좋은 죽음(well-dying)은 고령화시대를 맞이하여 큰 사회적 이슈가 되고 있다. 그러면 존엄하게 죽는다는 것은 무엇을 의미하는 것일까?

의사조력자살에 대한 찬반양론이 뜨겁게 주장되고 있다. 의사조력자살을 부정하는 입장은 생명존중을 그 논거로 들고 있으며, 특히 생명은 인간이 마음대로 할 수 없는 신의 영역이라 주장한다. 그리고 가족의 경제적 부담이 환자의 생명보다 중하지 않다고도 한다. 반면 이를 긍정하는 입장은 죽음에 임박한 환자가 존엄하게 생을 마감할 수 있는 자기결정권을 존중하는 것이 환자의 권리를 보호하는 것이라고 한다, 또한 환자의 단순한 생명연장이 환자의 가족에게 정신적 고통과 경제적 부담을 가중시킨다면 무의미한 생명연장이 될 수도 있다고 한다.

이에 대해 의사조력자살은 아직 시기상조라고 생각한다. 김 할머니 사건을 계기로 연명의료결정법이 시행되고 있고 연명의료중단의 요건은 엄격하게 적용되고 있

다. 연명의료결정법 또한 환자의 의사를 확인하는 것이 문제이며 의사가 불명확할 경우 환자의 의사를 추정하는 것도 문제로 제기되고 있다. 연명의료중단을 넘어 의사조력자살이 우리 사회에서 용인되기 위해서는 사회적 합의가 도출되고 사회적 승인이 확립된 이후의 문제일 것이다. 인간이 존엄하게 죽을 권리와 죽음을 선택할 권리는 인간의 존엄과 가치에서 파생되는 자기결정권의 문제인 것은 부정할 수 없다. 그러나 의사조력자살이라는 용어에서 암시하고 있듯이 의사가 환자의 자살에 조력하는 것은 의사의 환자생명보호의무와도 배치될 뿐만 아니라 생명경시풍조가 만연될 가능성도 있으므로 사회적 논의가 성숙된 이후 단계적으로 시행되어야 할 것이다. 의사조력자살에 대한 사전동의의 경우에도 추후에 변경가능성도 있을 뿐만 아니라 환자 본인이 제대로 된 판단을 하기 어려울 경우도 있을 수 있으므로 재고될 필요가 있다.

의사조력자살은 생명이라는 가치와 자기결정권이라는 가치가 충돌하는 문제이다. 이를 조화롭게 해석할 필요가 있으며 앞으로 고령화 시대에 우리에게 판단을 요구하는 중요한 문제가 될 것이다. 의사조력자살의 문제는 가치의 문제이므로 사람마다 존엄의 가치가 다를 수 있다. 비교법적으로 해외의 입법례에서 의사조력자살이 허용되고 있다고 하더라도 이를 우리나라에 수용하는데 한계가 있다고 생각한다.

▶ 논문투고일: 2023. 01. 09. 논문심사일: 2023. 01. 12. 게재확정일: 2023. 01. 17.

▮ 참고문헌

1. 단행본

홍완식, 『법과 사회-사회적 쟁점과 법적 접근(제3판)』, 법문사, 2021.

Guide on Article 8 of the Convention – Right to respect for private and family life

2. 논문

김민우, “연명치료중단의 허용요건에 관한 법적 쟁점과 과제”, 『유럽헌법연구』 제24호, 유럽헌법학회, 2017. 8, 357~389면.

김선택, “의사조력자살의 합법화: 세계적 동향”, 『한국의료법학회지』 제26권 제1호, 한국의료법학회, 2018. 6, 27~73면.

김하열, “생을 마감할 권리에 관한 헌법적 고찰 – 의사조력사를 중심으로” 『저스티스』 통권 제152권, 한국법학원, 2016, 5~62면.

문재완, “죽을 권리에 관한 연구 – 의사조력자살을 중심으로”, 『헌법학연구』 제26권 제3호, 한국헌법학회, 2020. 9, 1-34면.

박형욱, “환자연명의료결정법의 제정과 과제”, 『저스티스』 제158-3호, 한국법학원, 2017. 2, , 670~701면.

백수원, “죽음, 안락사, 생애마무리에 관한 헌법적 논의 – ‘생애마무리 지원 법안’에 관한 내용을 중심으로 ”, 『미국헌법연구』 제30권 제3호, 미국헌법학회, 2019. 12, 83~110면.

손경찬, “연명의료결정법의 개정방안”, 『법학연구』 제20권 제3호(통권 79호), 한국법학회, 2020, 9, 259~287면.

성경숙, “의사조력자살의 허용에 관한 고찰”, 『법학연구』 제27권 제4호, 경상대학교 법학연구소, 2019.

안원하, “연명의료결정법의 한계와 개정 방향”, 『법학연구』 제63권 제1호, 부산대학교 법학연구소, 2022. 2, 129~146면.

엄주희 · 김명희, “호스피스 · 완화의료와 의사조력자살 간 경계에 관한 규범적 고찰”, 『법학연구』 제28권 제2호, 연세대학교 법학연구원, 2018. 6, 1~32면.

엄주희, “의사조력자살에 대한 헌법적 고찰”, 『헌법학연구』 제27권 제2호, 한국헌법학회, 2021. 6, 91~138면.

이공주, “연명의료중단 환자의 국가책임제에 관한 연구”, 『법학연구』 제21권 제1호(통권 81호), 2021.3, 221~241면.

이문호, “적극적 안락사 및 의사조력자살 허용 입법의 필요성 - 실존적 사실 및 통계적 근거를 중심으로”, 『인권과 정의』 제482호, 2019, 143~162면.

이봉문, 연명의료결정법에 관한 소고 - 연명의료중단의 허용요건을 중심으로,『법학연구』제23집 제2호, 인하대학교 법학연구소, 2020. 6, 221~256면.

이부하, “연명의료결정법의 법적 쟁점 및 개선방안”,『법제』688호, 법제처, 2020. 3, 231~256면.

이상경, “명확성의 원칙과 포괄위임입법금지원칙”,『서울法學』제22권 제3호, 서울시립대학교 법학연구소, 2015. 2, 447~476면.

이석배, “소위「연명의료결정법」의 주요 내용과 현실적용에서 쟁점과 과제”,『법학논총』제29권 제3호 (통권 제55호), 국민대학교 법학연구소, 2017. 2, 311~340면.

이승준, “조력자살에 가담한 의사의 형사책임을 면제하는 연명의료결정법 개정안의 검토 - 프로토콜에 초점을 맞추어”,『형사법의 신동향』통권 제77호, 2022. 12, 293~333면.

이인영, “미국의 의사자살방조에 관한 법리논쟁과 입법에 관한 고찰”, 『법학연구』제33권 제1호, 충남대학교 법학연구소, 2022. 2, 107~152면.

이지은, “조력사망(Aid in Dying)에 대한 고찰”,『의료법학』제23권 제2호, 대한의료법학회, 2022. 67~96면.

장한철, “의사조력자살의 허용을 위한 법정책적 고찰”,『법과 정책연구』제18권 제4호, 한국법정책학회, 2018. 12, 53~82면.

조한상, “안락사에 관한 헌법학적 고찰”,『동아법학』제53호, 동아대학교 법학연구소, 2011, 11, 41~71면.

홍완식, “「연명의료결정법」에 대한 입법평론”,『입법학연구』제14집 제1호, 한국입법학회, 2017, 2. 5~31면.

3. 기타

안규백의원 대표발의, 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 일부개정법률안(의안번호 제15986호) 검토보고서, 2022. 11.

THE OREGON DEATH WITH DIGNITY ACT 127.800 – 127.995

Abstract

Constitutional Review of the Bill on the Death with Dignity

Choi, Inhwa*

Recently, the National Assembly proposed a bill to die with dignity. Well-dying has become a major social issue in the age of aging. So what does it mean to die with dignity?

There are heated arguments for and against the physician-assisted suicide. Those who deny it cite respect for life as the basis of their argument, especially life as the realm of God that humans cannot do on their own terms. It is also said that the financial burden of the family is not heavier than that of the patient's life. On the other hand, those who affirm this claim that life support is not the only thing that corresponds to human dignity. Respecting the right to self-determination to end death with dignity is protecting patients' rights and it may be meaningless if the simple extension of life of the conversion adds mental pain and economic burden to the patient's family.

In response, I think physician-assisted suicide is too early. In the wake of Grandma Kim's case, the law on decision-making of life-prolonging medical care has been enforced, and the requirements for suspension of life-prolonging medical care have been strictly applied. When confirming a patient's intentions under the Life-Prolonging Medical Decision Act, it is also raised as a problem to estimate the patient's intentions if it is unknown. In order for Korean society to accept the physician-assisted suicide beyond the suspension of life-prolonging medical care, it will be a problem after social consensus is reached and social recognition is established. It cannot be denied that the right of human to die with dignity and the right to choose death are issues of self-determination derived from human dignity and value. However, as the term ‘physician-assisted suicide’ implies, doctors' support for suicide is not only contrary to doctors' obligation to protect patients' lives, but also could lead to a trend of disregard for life. In the case of prior consent to the physician-assisted death, it is necessary to reconsider because there is a possibility of change in the future and it may be difficult for the patient to make a proper judgment.

* Senior Researcher, The Institute for Legal studies of Sogang University, Ph. D. in Law (Constitutional law)

Physician-assisted suicide is a matter of conflict between the value of life and the value of self-determination. This needs to be interpreted in harmony, and it will be an important issue for us to demand judgment in the aging era in the future. Since the problem of medically assisted suicide is a matter of value, the value of dignity may vary from person to person. I think there is a limit to accepting it in Korea even if overseas legislation allows medically assisted suicide.

• **Key Words** Death with dignity, Physician–assisted suicide, Right to die with dignity, Right to self–determination, Well–dying