

# 안락사의 윤리적 문제\*

— 의사조력자살을 중심으로 —

이 종 원 (송실대)

**주제분류** 윤리학 생명윤리

**주요어** 안락사, 의사조력자살, 죽음의 권리, 유용성의 원리, 자기 결정권, 이중효과의 원리, 호스피스

**요약문**

본 논문의 목적은 안락사의 시술방법과 형태에 따른 여러 종류를 개괄적으로 소개하면서 안락사에 대한 찬성논의와 반대논의를 고찰하고, 최근 안락사논쟁의 핵심이 되는 의사조력자살의 윤리적 문제를 비판적으로 고찰하면서, 안락사에 대한 현실적인 해결책을 모색하고자 함에 있다.

의료기술의 놀라운 발전으로 말미암아 과거에는 치료가 불가능하던 환자들을 치료할 수 있게 되었고, 지극히 허약한 환자의 생명도 인공적인 생명 유지장치를 통해 생명을 인위적으로 연장시킬 수 있게 되었다. 이러한 의료환경의 변화는 안락사와 연관된 다양한 윤리적 문제를 야기시킨다.

최근의 경향을 보면, 안락사의 허용범위가 점점 확장되고 시술방법도 소극적인 면에서 적극적인 면으로 진행되고 있다. 즉 안락사는 종래의 소극적 안락사의 합법화를 넘어 의사조력자살 또는 적극적 안락사까지 확대되어 합법화하려는 방향으로 전개되고 있다. 또한 과거에는 육체적 고통제거에 중점을 두었던 반면 오늘날에는 존엄하게 죽을 환자의 권리에 초점을 두고 있다.

안락사는 시술방법에 따라 적극적 안락사와 소극적 안락사로 분류되고, 환자의 의지에 따라 자의적인 안락사, 비자의적인 안락사, 반자의적인 안락사로 분류된다. 의사조력자살은 의사가 환자에게 스스로 자살하는데 필요한 수단이나 정보를 제공하여 환자 스스로 죽음을 유도하는 행위나 약물을 주입하도록 돕는 행위이다. 의사조력자살은 환자의 생명을 인위적으로 단축시키는 결과를 적극적으로 야기한다는 점에서 적극적 안락사에 포함되며 윤

\* 본 연구는 송실대학교 교내연구비 지원으로 이루어졌음.

리적으로 논란이 된다.

안락사의 찬성론으로는 공리주의의 유용성 원칙이 있다. 환자의 고통이 극심하고 회복의 희망이 없을 때 유용성의 원리는 환자를 죽음에 이르도록 자극한다. 유용성의 원칙에서 볼 때 죽음만이 고통을 종식시키고 행복이 불행을 능가하는 상태로 만들 수 있기 때문이다.

또한 자율성 존중의 원칙은 인간은 자기운명의 주인으로서 죽음까지도 스스로 결정할 권리를 가지고 있기에, 의사는 죽음을 결정하는 환자의 자율성을 존중해야 한다는 것이다. 또한 극심한 고통으로 신음하는 환자의 고통을 줄여주는 것은 사랑이 동기가 된 자비로운 행위라고 해석될 수 있다. 삶의 질에 기반을 둘 때 무의식 환자의 생명은 더 이상 가치가 없으며 그러한 환자를 죽이는 것은 해악이기 보다는 혜택으로 판단할 수 있다. 이중효과의 원리는 고통의 경감을 위하여 환자에게 투약한 간접적인 결과로 인해 환자의 생명을 단축시키더라도 투약이나 약물치료를 도덕적으로 허용한다. 투약행위의 의도는 환자의 죽음이 아니라 고통의 경감이기 때문이다.

안락사 논쟁에 있어서 우리가 주목하고 경계해야 할 점들은 남용의 우려와 오류의 가능성과 환자와 의사 간의 전통적 신뢰관계가 무너질 것이라는 점이다. 또한 안락사가 합법화될 경우 강요의 가능성을 배제할 수 없다.

따라서 안락사는 생명존엄성에 근거하여 신중하게 판단해야 한다. 안락사 논쟁의 저변에 가려진 비인간적인 면을 직시하고 그 뒤에 가려진 소중한 가치들을 재발견할 수 있어야 한다.

안락사문제를 해결할 현실적인 대안들로는 첫째, 의료보장제도와 같은 사회보장제도를 강화함으로써 환자 가족의 경제적 부담을 덜어주는 제도적인 뒷받침이 이루어져야 한다. 둘째, 말기질환으로 죽어가는 자의 고통을 완화시키는 완화의학의 적극적인 도입과 고통에 동참하거나 분담하는 전문적인 간병인 제도나 호스피스 시스템의 체계적인 확립이 요청된다.

## 1. 들어가는 말

죽음은 유한한 인간이 통제할 수 없는 자연스러운 삶의 한 영역이었다. 그러나 의료기술의 놀라운 발전으로 인해 죽음은 인간이 이용가능한 모든 자원을 총동원하여 싸워야 할 대상이 되었다.<sup>1)</sup> 첨단 의료장비를 이용하면 과거에는 치료가 불가능하던 환자들을 치료할 수 있게 되었고, 지극히 허약한 환자의 생명도 인공장치를 통해 생명을 유지하거나 인위적으로 연장시킬 수 있게 되었다.<sup>2)</sup> 이러한 의료 환경의 변화는 안락사와 연관된 다양한 윤리적 문제를 야기시켰다.

안락사(euthanasia)는 eu(좋은 good, well 또는 쉽게 easy)라는 말과 thanatos(죽음)의 결합어로서 좋은 죽음, 수월한 죽음, 또는 편안한 죽음을 뜻하는데, 회복될 수 없거나 불치병으로 고통을 받고 있는 환자를 고통에서 벗어나게 하기 위하여 환자의 죽음을 유발시키거나 허용하는 관행이나 행위를 의미한다. 웹스터 사전에는 “치유될 수 없는 상황이나 질병으로 커다란 고통이나 어려움을 안고 있는 사람을 아무런 고통을 주지 않고 죽여주는 행위나 관행”으로 정의한다.<sup>3)</sup>

안락사는 동·서양을 막론하고 오래 전부터 시행되어 왔으며, 그 허용

- 1) 이는 현대의학의 과학기술적 성향에서 잘 드러난다. 현대의학은 자연과학적 기술에 의존하며, 이는 서구 문화의 거대한 과학과 기술에 대한 신뢰의 표출이다. 오늘날 과학기술은 거의 무한한 가능성을 가지고 인간의 생명마저 조작할 수 있고 변형시킬 수 있게 되었다. 유전생물학에서 인간의 실체는 손상되지 않지만, 인간은 임의로 변화될 수 있다. 이는 인간의 물질적 정신적 모든 구조들이 유전인자로 환원될 수 있기 때문이다. 이로 말미암아 인간을 새롭게 만드는 일이 가능하게 되었으며, 질병과 죽음에 없는 세계가 예고되고 있다. 자연과학과 의학의 이러한 발전 속에서 죽음은 인간이 싸워 이겨야 할 마지막 한계와 과제로 간주된다. 김균진, 『죽음의 신학』 (서울: 대한기독교서회, 2003), 458쪽 참고.
- 2) 의료기술의 발달은 죽어가는 환자를 돌보는 일을 지난 과거보다 더욱 어렵게 만들었다. 의료기술의 발달로 인해 삶의 질은 점점 떨어지고 있는데도 환자의 생명을 인위적으로 연장하는 일은 가능하게 되었기 때문이다. S. B. Rae, & P. M. Cox, 김상득, 『생명윤리학』 (서울: 살림, 2004), 348쪽.
- 3) 김상득, 『생명의료 윤리학』 (서울: 철학과현실사, 2001), 292쪽.

여부에 대한 논란은 고대 그리스시대로 거슬러 올라간다.<sup>4)</sup> 오늘날 의료 장비와 기술의 발달은 생존능력을 상실한 환자의 생명을 인위적으로 연장시키는 다양한 방법들을 가능하게 만들었다. 그리하여 안락사의 허용여부와 범위에 대한 뜨거운 논란을 일으키게 되었다.

네덜란드는 2000년 11월 28일 안락사법안이 하원을 통과하게 됨으로 세계 최초로 안락사를 합법화하는 나라가 되었다. ‘치유가망이 없고’, ‘참을 수 없는 고통’이 죽을 때까지 계속되는 상황에서 환자가 이성적으로 본인의 의사를 거듭 반복하여 밝힌 경우에, 의사는 다른 의사와 상의하고 난 뒤에 안락사를 허용할 수 있도록 법안을 통과시켰다.<sup>5)</sup> 또한 미 연방 대법원은 말기 불치병 환자들의 자살을 도운 의사를 처벌하는 법무장관의 행정명령을 폐기하도록 결정하여 오레건 주의 안락사법을 옹호하는 입장에 서게 되었다.<sup>6)</sup>

2006년 네덜란드 정부는 “불치병에 걸려 고통을 받다 죽음에 이르는 영유아의 고통을 덜어주기 위해” 영유아의 안락사를 법적으로 허용하는 문제를 검토할 전문가 위원회를 구성하여 활동을 시작하였다.<sup>7)</sup> 그러나 자신의

4) 임종식, 「안락사 정당화될 수 있는가」, 『과학사상』 28호, 1999년 봄, 107쪽. 고대 스파르타나 희랍에서는 기형아나 지능이 낮은 아이들을 도태시키기 위해 기아(棄兒)의 형식으로 안락사 시켰으며, 고대 로마에서는 기형아를 출생 후 즉시 죽이는 것을 법률로 허가했다. 이동익, 『생명의 관리자』, (서울: 가톨릭출판사, 2003), 237쪽.

5) 네덜란드는 1970년부터 안락사에 대한 논의가 진행되었고, 1984년 8월 네덜란드국립 의료협회는 안락사에 대한 공식의견을 발표하여, 환자의 요청이 자의적이고, 환자가 자신의 요청에 대하여 숙고하여야 하며, 죽음에 대한 의사가 확고하고, 환자는 참을 수 없는 고통을 겪으며, 의사는 다른 의사와 상의하여 안락사시술을 확인받아야 한다는 것 등의 요건이 충족되면 안락사는 허용된다고 보았다. 2002년 9월 벨기에가 네덜란드에 이어 안락사를 합법화하였다. 한상훈, 「안락사의 허용성에 대한 비교법적 고찰 - 미국 네덜란드 독일 일본을 중심으로」, 한국형사법학회, 『형사법연구』 21권 2004년 6월, 168쪽 참고.

6) 오레건 주는 1997년 주민투표로 통과된 ‘존엄사법(尊嚴死法)’에 따라 미국에서는 유일하게 말기 불치병 환자들에 대한 안락사 지원을 허용하고 있다. 오리건 주의 존엄사법은 ‘2명 이상의 의사가 생존기간이 6개월에 못 미칠 것으로 진단한 불치병 환자들이 안락사를 희망할 경우’, 의사들이 관련 약물을 처방해 안락사를 돕도록 허용했으며, 200명 이상이 이 법에 따라 안락사를 선택했다. 한겨레 2006년 1월 19일.

7) 문화일보 2006년 3월 7일. 네덜란드는 매년 최소 15건의 영유아 안락사가 네덜란드

감정과 의지를 표현할 수 없는 영유아들을 안락사 시키는 것은 환자의 자율권을 침해하는 행위가 되기 때문에 상당한 윤리적 논란이 예상된다.

최근 안락사 논의의 경향을 보면, 안락사의 허용범위가 점점 확장되고 시술방법도 소극적인 면에서 적극적인 면으로 진행되고 있다. 즉 안락사는 “죽을 권리”에 대한 운동으로서 종래의 소극적 안락사의 합법화를 넘어 의사조력자살 또는 적극적 안락사까지 확대되어 합법화하려는 방향으로 전개되고 있다. 또한 안락사는 시대변화에 따라 개념정의가 달라지고 있는데, 과거에는 육체적 고통제거에 중점을 두었던 반면 오늘날에는 존엄하게 죽을 환자의 권리에 초점을 두고 있다.

안락사가 갖는 윤리적 성격과 사회적 파급효과를 고려해 볼 때, 안락사의 윤리적 정당성을 진지하게 고찰할 필요성이 제기된다.<sup>8)</sup> 회복될 가능성 없이 의미 없는 삶을 연장하는 환자를 고통으로부터 해방시키고, 치료과정에서 가족들이 부담하게 될 경제적·심적 부담으로부터 해방시키는 차원에서 본다면 안락사는 윤리적으로 정당화될 수 있는 것처럼 보인다.

그러나 환자를 고통으로부터 해방시키기 위해 죽음을 너무나 쉽게 결정하는 것은 정당한 의료행위로 볼 수 없으며 수많은 윤리적 문제를 야기시킨다.<sup>9)</sup> 또한 안락사를 일단 합법적으로 허용할 경우 비슷한 경우에

에서 비공식적으로 시행되고 있다.

- 8) 일본 도야마 현 시민병원의 아사노이 히데쓰구 원장은 2006년 3월 25일 기자회견을 갖고 최근 5년간 이 병원에 입원했던 환자 7명이 안락사당한 사실을 확인했다. 아사노이 원장은 환자 7명이 회복 가능성이 없다고 판단한 외과 부장이 환자의 목숨을 지탱해왔던 호흡기를 떼어냈다고 밝혔다. 원장은 환자의 뜻이 명확하지 않은 가운데 가족의 구두 동의만 얻었고, 병원과 다른 의사들에게 상담하지도 않았으며 “윤리상 문제가 있었다.”며 사과했다. 다만 아사노이 원장은 의사의 입장에서 보면 소극적 안락사로서 ‘연명치료의 중단 조치’라고 생각한다”며 병원에는 법적 책임이 없음을 강조했다. 일본에서는 환자나 가족의 의사에 따라 연명 치료를 하지 않고, 자연히 죽음을 맞게 하는 행위를 존엄사(尊嚴死)라고 부른다. 서울신문 2006년 3월 27일.
- 9) 허리케인 카트리나가 몰아쳤을 때 고령 환자 등 이송이 어려웠던 환자들을 병원 측이 안락사 시킨 혐의로 루이지애나 주 검찰은 의사와 간호사 2명을 2급 살인혐의로 체포했다. 이들은 고령의 환자들에게 모르핀 등을 과다 주입하여 안락사 시킨 혐의로 체포되었다. 카트리나 직후 34명이 사망한 이 병원에서 14명의 환자들이 치사량의 약물이 투입된 징후를 보였는데, 이 중 4명은 살해되었다. 이들 환자들은 고령에

처한 환자들은 안락사에 쉽게 노출될 가능성이 많다.

본 소고에서는 의사조력자살을 중심으로 안락사의 윤리적 정당성 문제를 고찰하고자 한다. 이를 위해 안락사의 시술방법과 형태에 따른 여러 종류를 소개하면서 안락사에 대한 찬성논의와 반대논의를 고찰하고, 최근 안락사논쟁의 핵심이 되는 의사조력자살의 윤리적 문제를 비판적으로 고찰하면서, 안락사에 대한 해결책을 모색하고자 한다.

## 2. 안락사의 종류<sup>10)</sup>

### 1) 시술방법에 따른 분류

안락사는 시술방법에 따라 적극적 안락사와 소극적 안락사로 분류되는데, 이 둘을 구분하는 기준은 의료수단에서 일반수단과 특수수단을 사용하느냐 사용하지 않느냐에 있다.<sup>11)</sup>

다 몸무게가 많이 나가 이송이 힘든 환자들이었다. 만약 이들이 살해되지 않았다면 허리케인을 대피해서 살아남았을 것이므로 이것은 안락사가 아니라 명백한 살인이라고 보았다. 서울신문 2006년 7월 20일.

- 10) 안락사는 적극적 행위으로써 생명을 단절시키는 직접적 안락사(active / direct euthanasia)와, 고통제거의 목적으로 행하나 간접적으로 생명을 단축하는 간접적 안락사(indirect euthanasia), 그리고 생명유지장치를 중단하여 사망에 이르게 하는 소극적 안락사(passive euthanasia) 등으로 구별할 수 있다. 즉, “죽이는 것”(killing) 또는 “죽게 만드는 것”(making die)과 “죽게 내버려두는 것”(letting die)으로 구별할 수 있다. 통상 안락사라고 하면 적극적 안락사만을 의미하는 경우가 많고, 소극적 안락사는 생명연장치료의 중단(withdrawal of life sustaining treatment)이라는 개념을 사용하기도 한다. 또한 의사에 의한 조력자살(Physician Assisted Suicide, PAS)도 안락사의 한 형태라고 할 수 있다. 필자는 안락사의 종류를 환자의 의지에 따라 자의적 안락사, 비자의적 안락사, 반자의적 안락사로, 시술방법에 따라 적극적 안락사와 소극적 안락사로 구분하기로 한다.

- 11) 특수수단은 기술의 복잡성으로 인해 복잡하고 고도의 기술적 개입을 동반하는데, 이는 심한 고통을 안겨주는 동시에 지나치게 비용이 많이 들고, 큰 위험부담을 안고 있으며 환자에게 유익하리라는 보장이 없는 치료법을 말한다. 의료 윤리학자들은 일반수단과 특수수단이라는 용어보다는 도덕적으로 요구되는 치료(morally requires treatment - ordinary)와 도덕적으로 소모적인 치료(morally expendable treatment - extraordinary)라는 용어를 더욱 선호한다. R. M. Veatch, *The Basics of Bioethics*

① 적극적 안락사(능동적 active euthanasia) - 죽음(killing)

적극적 능동적 안락사는 생명을 단축시키는 특수수단을 사용하거나 또는 생명을 연장시키는 일반수단을 사용하지 않음으로 환자의 죽음을 의도하는 경우이다. 즉 죽음 이외에 고통을 극복할 만한 다른 방법이 없을 때 고통을 종식시키기 위해 모르핀과 같은 치사량의 극약을 주입하거나 치사량의 수면제를 복용시키는 약물과용이 이에 해당된다.<sup>12)</sup> 소극적 안락사보다 적극적 안락사에 대해 더욱 반대하는 이유는 죽음을 초래하는 어떤 적극적인 행위가 포함되기 때문이다.<sup>13)</sup> 적극적인 안락사를 반대하는 또 다른 이유로는 남용의 우려 때문이다.

② 소극적 안락사(수동적 passive euthanasia) - 죽게 방치함(letting die)

소극적인 안락사는 생명을 단축시키는 일반수단을 사용하거나 혹은 생명을 연장시키는 특수수단을 사용하지 않아 환자를 죽음에 이르게 하는 것을 말한다. 즉 환자의 생명을 연장하기 위한 치료 행위를 중단하거나 의료 보조 장치를 제거함으로써 자연스럽게 생을 마감하도록 하는 것이다. 빈사에 허덕이거나 회복의 가능성 없는 환자에 대하여 더 이상 의미 없는 치료를 중단하여 결국 사망에 이르게 하는 경우가 이에 해당한다. 이는 어떤 의학적인 치료도 죽음을 지연시킬 뿐 참다운 인간의 삶을 연장시키는 것이라고 보기 힘든 상황에서 정당화될 수 있다.<sup>14)</sup> 소극적인 안락사는 환자의 죽음의 과정에서 인위적인 수단을 배제한다는 점에서 소극적이라고 할 수 있다.

(New Jersey: Prentice Hall, 2000), 95쪽.

12) 적극적 안락사의 대표적인 예로서 커보키안을 들 수 있는데, 커보키안은 삶에 대한 자기결정권을 주장하면서, 감당할 수 없을 정도로 심한 통증과 고통으로 인해 죽기를 원하는 환자에게 독극물을 주사하여 죽음을 앞당겼다.

13) Louis P. Pojman, *Life and Death* (Belmont: Wadworth Publishing Company, 2000), 88쪽.

14) 지적활동이나 의사소통이 불가능하며 치유될 희망이 전혀 없고 삶을 살아가는 최소한의 만족도 느낄 수 없는 말기 환자의 경우와 뇌의 일부 또는 전체가 없는 상태로 태어난 무뇌아의 경우 생명 보조 장치를 부착해도 곧 죽을 수밖에 없는 무뇌아의 경우가 이에 해당한다.

적극적 안락사(killing)와 소극적인 안락사(letting die)의 차이를 명확하게 구분 짓지 않을 때 다음과 같은 혼란스러운 상황이 발생할 수 있다. 첫째 환자가 죽게 되거나 의사가 치료를 계속하는 것이 무익하기 때문에 치료를 중단하게 될 때 초래되는 죽음에 대해 많은 의사들은 책임의식을 느끼게 되며 이러한 책임으로 인해 지나친 부담을 안겨줄 수 있다는 점이다. 그러나 이러한 책임은 의사들에게 불필요하고도 잘못된 부담을 안겨주기에 폐기되어야 한다. 둘째로, 의사가 생명을 지속시키는 의료적 치료가 더 이상 효과가 없다고 판단하는 모든 경우에 있어서 환자에 대한 빠르고도 직접적인 죽음은 인도주의적이고 경제적인 근거에서 가장 합리적인 단계로 정당화될 가능성이 있다.<sup>15)</sup> 따라서 우리는 적극적인 안락사와 소극적 안락사를 명확하게 구분할 필요가 있다.

그런데 죽이는 행위와 죽게 방치하는 행위 사이의 구분이 모호한 경우에 소극적인 안락사를 가장한 적극적인 안락사가 빈번하게 발생한다. 그 대표적인 예는 1970년대 중반 미국에서 대다수 다운증후군 신생아의 부모들이 다운증후군이라는 이유로 신생아들을 안락사 시켰던 사실에서 찾을 수 있다. 이들은 다운증후군 신생아에게 독극물을 주입하여 적극적으로 안락사 시키거나 젖을 먹이지 않는 등의 행위를 할 수는 없었다. 그러나 다운증후군 신생아 중에 장폐색(intestinal obstruction)과 같은 선천적 결함을 갖고 태어난 신생아의 경우 수술을 받지 않으면 죽을 수밖에 없다는 것을 이용하였다. 간단한 수술만 거치면 생존할 수 있었음에도 부모와 의사는 수술하지 않기로 결정하였다. 수술을 하지 않는 것은 소극적인 안락사로 분류될 수 있다는 점을 이용했던 것이다. 그리하여 수많은 선천성 장애 신생아들은 수 시간 혹은 수일에 걸쳐 탈수와 감염으로 서서히 고통스럽게 죽었다.<sup>16)</sup>

이는 신생아에만 국한되지 않는다. 안락사란 미명 하에 27만5천명의

15) Daniel Callahan, "When Self-Determinations Runs Amok", Ronald Munson, *Intervention and Reflection* (Belmont: Wadsworth/Thomson Learning, 2004), 714쪽.

16) James Rachels, "Active and Passive Euthanasia", R. Chadwick & D. Schroeder, (ed) *Applied Ethics II* (New York: Routledge, 2002), 254쪽.



정신병자와 불구자, 그리고 지병이 있는 노인들이 나치 당원 의사들에 의해 살해당한 전례를 상기할 때, 안락사를 합법화할 경우 영세민이나 난치병 환자 또는 중증 장애인들에게는 자칫 죽을 권리가 죽어야 할 의무로 변할 수 있다.<sup>17)</sup>

또한 소극적인 안락사를 합법화할 경우 장기 매매와 같은 상업적인 목적으로 악용될 가능성을 배제할 수 없다. 장기부족으로 인한 의료자원의 분배문제는 심각하다. 이러한 상황에서 소극적 안락사를 허용할 경우, 환자를 안락사 시키면서 그의 장기를 적출하여 다른 환자를 위해 장기이식이 가능하다. 의료시장에 상업주의가 개입될 경우, 장기매매를 위한 목적으로 안락사가 악용될 수 있다. 따라서 소극적인 안락사는 악용이나 남용을 방지할 수 있는 엄격한 제도적인 보완책 위에 조심스럽게 허용되어야 한다.

## 2) 환자의 의지에 따른 분류

### ① 자의적인 안락사(voluntary euthanasia)

자의적인 안락사는 환자의 동의를 전제로 시술되는 형태로서 환자가 자신의 삶에 대한 의지를 직접 표명하거나 사전승락이 있는 경우, 또는 환자가 평소 그와 같은 상황을 가정하여 유언을 남긴 경우에 해당된다. 자의적 안락사는 생명윤리의 원칙 중에서 자율성의 원칙을 전제로 시행하게 된다. 가령, 3도 이상의 광범위한 화상으로 회생이 불가능한 상황이 되었을 때 고통이 극심한 환자가 의사에게 극약을 주사해 줄 것을 요청했을 경우이다.<sup>18)</sup>

17) 임종식, 「안락사 논란 핵심 쟁점」, 『과학동아』, 동아사이언스, 2001년 5월호, 119쪽.

18) 살인과 자발적 안락사 사이에는 근본적인 차이점이 있다. 첫째, 살인의 희생자들은 거의 자신들의 의지와는 반대로 죽임당하는 반면 안락사는 환자에 의해 지속적이고 강력하게 요구될 때 자발적 안락사가 이루어진다. 둘째, 살인자들은 처분의 대상으로서 희생자들을 취급하는 방식으로 죽이는 반면, 안락사의 대상은 그들 자신의 요구에 의해 불필요한 고통과 퇴화로부터 구하기 위해서 시행된다. 셋째, 살인은 다른 사람에 대한 해악을 금하는 규칙을 어기는 반면, 안락사를 시행하는 자들은 환자의 이익과 존엄을 존중하는 규칙 내에서 진행된다. Lewis Petrinovich, *Living and Dying Well* (New York : Plenum Press, 1996), 134쪽.

자의적 안락사에서 제기되는 윤리적 정당성은 비록 스스로의 결정에 의한 경우라 하더라도 그 결정이 진정으로 자의적이고 자유선택에 의한 것인지에 대한 논의가 필요하다. 가령 만성질환으로 우울성향이 강해진 환자가 안락사를 요청할 경우 의사가 환자의 결정을 따른다면 자살방조 행위로 간주된다. 우울적 성향으로 인한 자의적인 결정으로 볼 수 없기 때문이다.

또한 고통 중에 있는 환자들은 한편으로는 죽기를 열망하지만 다른 한편으로는 삶을 지속하기를 원하는 경우가 종종 있다는 점이 문제를 복잡하게 만든다.<sup>19)</sup> 만약 환자가 사전에 생명 유지 장치를 지속시키기를 원했다면, 비록 환자가 죽음을 요구하는 심각한 상태에 있더라도 의사는 죽기를 원하는 환자의 요구를 존중하지 않는다. 그러나 의사가 판단하기에 환자의 상태가 회복 불가능할 정도도 매우 심각하고, 이 상황에서 환자가 지속적으로 죽음을 요구했다면, 의사는 환자의 요구를 존중하여 안락사를 결정할 수 있다. 치료를 제공하는 편에서의 이러한 신중한 결정은 생명유지 장치가 분리될 때 돌이킬 수 없는 결과를 낳기 때문에 신중하고도 합리적으로 결정해야 한다.

## ② 비자의적인 안락사(nonvoluntary euthanasia)

비자의적 안락사는 환자가 삶과 죽음을 선택할 수 있는 능력이 없거나 상실되었을 경우 환자가 아닌 환자의 후견인인 가족, 친지의 동의를 얻어 시행된다. 무뇌아, 다운증후군 신생아, 깊은 혼수상태나 지속적 식물인간 상태의 환자, 심각한 상태의 치매환자 등의 경우가 이에 해당된다. 비자의적 안락사는 환자의 자의적인 동의가 없이 시행된다는 점에서, 윤리적 논란이 제기된다. 따라서 비자의적 안락사는 매우 선별적으로 시행되어야 하며 일종의 필요악으로서 최소한의 문만 열어놓아야 한다.

환자의 자발적인 동의를 위한 예비 장치로 생전유언(living will)의 방법이 있다. 생전유언은 환자 자신이 혼수상태의 질병이나 사고, 또는 죽

19) 같은책, 126쪽.

음이 임박한 경우를 예견하여, 생전에 자신의 분명한 의사를 표현하는 방법이다. 환자는 지시서를 미리 작성하여, 기계적인 생명연장 기술을 거절하거나 중단할 수 있도록 요청할 수 있다. 이는 자신에게 필요한 치료에 대한 사전 거부권을 부여함으로써 비록 의식불명이 되어 자신을 통제할 수 없게 될 경우에도 환자의 자율성을 보장할 수 있다. 생전유언은 환자의 연명치료를 언제까지 할 것인가에 대한 의학적인 문제해결의 돌파구로 고안되었으며, 치료중단의 최소요건이라 할 수 있다.<sup>20)</sup> 그런데 생전유언이 환자의 자율성을 존중하기에 충분한지 아니면 “쉬운 죽음”을 오히려 야기시키는 것은 아닌지에 대해서는 논란이 많다.

### ③ 반자의적인 안락사(involuntary euthanasia)

반자의적인 안락사는 환자의 의사와는 무관하게 환자가 안락사에 동의하지도 않고, 죽음을 원치 않음에도 불구하고 시행되는 것이기 때문에 현실적으로 살인에 해당된다. 따라서 반자의적 안락사는 어떤 형태로든 허용되어서는 안 된다.

20) 1969년 미국의 안락사교육협의회(Euthanasia Educational Council)에 의하여 처음 발의되고 기안된 생전유언(Living will)은 죽을 권리의 선언으로 인식되고 있다. 이는 미국의 캘리포니아 주에서 자연사법으로 처음 제정되었으며, 그 내용과 형식의 차이는 있지만 미국의 39개 주에서 채택하고 있다. 통상의 유언은 사망과 함께 효력이 발생하는데 반하여, 생전유언은 말기환자의 의사를 일종의 유언의 형식을 빌린 것으로 생전에 그 효력이 발생한다는 점에서 차이가 난다. 따라서 생전유언은 ‘생전유효 유언’이라는 의미이며, 생존 시의 의사를 문서화한 것이다. 그리하여 의사결정능력이 있을 때 장차 자신이 죽음에 임박한 상황에서 자신에게 시행될 의료의 내용에 대한 가부의 결정을 미리 하는 것이다. 주로 의료행위로 인하여 자신의 죽음이 연장되는 경우에 이러한 연명치료를 거부하는 의사를 사전에 표시하는 형태를 갖는다. 김혁돈, 「환자의 자기결정권과 치료중단」, 한국형사법학회, 『형사법연구』 2006년 6월, 131쪽.

### 3. 의사조력자살

의사조력자살(Doctor Aided Suicide or Physician Assisted Suicide)은 의사가 환자에게 스스로 자살하는데 필요한 수단이나 정보를 제공하여 환자 스스로 죽음을 유도하는 행위나 약물을 주입하도록 돕는 행위이다. 일반적으로 자살은 원치 않는 것으로서 보기에 부정적인 이미지가 강하다. 그런데 의사들의 도움을 구하게 되거나 또는 의사들의 축복이 주어진다면, 그러한 부정적인 이미지를 벗을 수 있고 환자 또한 신중하게 결정하였음을 다른 이들에게 보여줄 수 있기에 어느 정도 정당성을 얻게 된다. 의사들의 관여는 일종의 사회적 인정을 제공하는 셈이다.<sup>21)</sup> 이때 의사는 가능한 수단만을 제공하지만 그럼에도 환자의 요구에 의해 죽음의 실제적 조력자가 된다.<sup>22)</sup> 그런데, 의사조력자살은 환자의 생명을 인위적으로 단축시키는 결과를 적극적으로 야기한다는 점에서 적극적 안락사에 포함되며 윤리적으로 논란이 된다. 의사조력자살의 대표적인 경우는 오레건 주의 존엄사법과 커보키안에 의한 안락사이다.

#### 1) 오레건 주의 존엄사법

오레건 주는 일정한 요건 하에서 의사에 의한 자살조력(Physician-Assisted Suicide, PAS)을 합법화함으로써 존엄사법(Oregon Death with Dignity Act)을 확립하였다.<sup>23)</sup> 그리하여 1998년 3월 존엄사법에 의한 최

21) Dan W. Brock, "Voluntary Active Euthanasia", Ronald Munson, *Intervention and Reflection* (Belmont: Wadsworth/Thomson Learning, 2004), 729쪽.

22) 안락사는 타인이 죽음의 직접적 원인이 되지만, 조력 자살의 경우에는 바로 자신이 죽음의 원인이 된다. 조력자살에서 의사는 형식적으로 협력자이며 즉 도구적 원인이 라 할 수 있다. William E. May, *Catholic Bioethics and the Gift of Human Life* (Huntington: Our Sunday Visitor, Inc, 2000), 239쪽.

23) 오레건 주의 존엄사법은 1994년 12월에 통과되어 많은 반대에도 불구하고 의사조력 자살을 허용하고 있다. 험록협회(Hemlock Society)는 자살을 계획하고 실행하려는 사람에게 지원과 정보를 제공하기 위해 설립되어 의사조력자살을 합법화하기 위해 많

초의 안락사가 시행되어<sup>24)</sup> 16명의 환자가 의사조력안락사로 사망했고, 1999년 27명, 2000년 27명, 2001년 21명, 2002년 38명이 사망하여, 2002년 12월 31일까지 총 129명의 오레건 주민이 안락사시술을 받았으며 점점 증가하는 추세에 있다.<sup>25)</sup>

오레건 주의 존엄사법은 오·남용을 방지하기 위하여 다음과 같은 여러 안전장치를 마련해놓고 있다.<sup>26)</sup> 첫째, 투약요청서의 형식은 법으로 정해져 있으며, 요청서에는 환자가 서명하고 날짜를 기록하며, 환자 이외에 2명의 증인이 서명하여야 한다. 둘째, 주치의는 환자의 의사능력, 시한부 질병, 자의적 의사 등을 확인하고 환자의 상태, 치료방법, 처방할 극약의 효과 등에 대하여 상세히 설명하는 등의 책임을 진다. 셋째, 자문의사(consulting doctor)의 확인이 요구되고 환자의 철회권은 철저히 보장된다. 넷째, 일정한 대기기간이 준수되어야 한다. 환자는 먼저 극약처방을 구두로 최초요청(initial oral request)해야 하며, 최소 15일이 지난 후 그러한 요청을 반복해야 한다. 이때 주치의는 환자에게 철회의 기회를 부여해야 하며, 환자는 문서로 극약처방요청서를 작성, 제출해야 한다. 극약처방요

은 시도를 하였다. 커보키안 박사가 최초로 안락사를 도운 환자인 애드킨스가 남편과 함께 헬름협회의 회원이었다. 김명식, 「미국헌법상 죽을 권리의 근거에 관한 일고찰」, 『성균관법학』 16권 1호, 성균관대학교 비교법연구소, 2004년 6월, 343쪽. 헬름협회의 창시자였던 데렉 험프리(D. Humphry)가 스스로 목숨을 끊는 것과 조력 자살 방법들에 대한 정보를 담은 『Final Exit(1991)』를 출판하자 50만부가 팔려나갔다. 이 책은 실제로 자살역학에 영향을 주는 것으로 보고되고 있다. Lewis Petrinovich, *Living and Dying Well*, 111쪽, Robert Orr, 「Physician-Assisted Death」, J. hollman, 박재형, 『의료윤리의 새로운 문제들』 (서울: 예영커뮤니케이션, 1997), 348쪽.

24) 1998년 3월 24일 80대 중반의 한 여인이 처음으로 오레건 법 하에서 의사조력자살을 선택했다. 그녀는 말기 유방암으로 고통을 겪고 있었으며, 생존기한을 두 달 남짓 남겨두고 있었다. 그녀는 처방받은 약물을 복용한 후 30분 이내에 사망했다. Ronald Munson, *Intervention and Reflection* (Belmont: Wadsworth/Thomson Learning, 2004), 697쪽.

25) 한상운, 「안락사의 허용성에 대한 비교법적 고찰 - 미국 네덜란드 독일 일본을 중심으로」, 168쪽.

26) 오레건 주의 존엄사법은 환자는 의사능력이 있는(capable), 18세 이상의 오레건 주민이어야 하며, 시한부질병(terminal disease)에 걸려 있어야 하며, 자살조력의 요청은 자의적인(voluntary) 것이어야 함을 규정하고 있다. 이에 대한 자세한 내용은 Louis P. Pojman, *Life and Death*, 93-94쪽을 참고하시오.

청서가 제출된 후 48시간이 경과하여야만 극약처방이 이루어질 수 있다. 다섯째, 가족에게 사전에 통지하고 관련서류는 의료기록으로 편철하며, 의료기관에 보고하여야 한다. 이러한 요건과 절차에 따라 말기환자에 대한 극약처방으로 환자가 사망한 경우에 의사, 약사, 병원 등은 민형사상의 책임을 지지 않으며, 설사 의사가 환자의 임종 시에 환자 곁에 있었다고 하여도 마찬가지이다.<sup>27)</sup>

존엄사법에 따르면 의사는 죽음을 초래할 수 있는 극약을 처방하고 사용할 수 있는 방법을 설명하는 것 이상으로 다른 수단으로 환자의 죽음을 돕는 것은 허용되지 않는다. 그리하여 치사량의 약물투여는 이전과 마찬가지로 불법으로 남는다.<sup>28)</sup>

## 2) 커보키안의 자살조력

죽음의 의사로 잘 알려진 병리학자인 커보키안(Jack Kevorkian)은 직접 자살기계(merciton)를 고안하였을 뿐만 아니라 공공연히 그 대상자를 모집하여 그가 구속되기 전까지 무려 9년간 130여명이 넘는 사람들의 자살을 도왔다.<sup>29)</sup> 그는 회복될 가능성이 없이 고통 받는 환자들에게 죽음이 허용될 수 있다면 신속하게 고통 없이 죽을 수 있도록 하는 것이 윤리적인 방법이라고 주장하였다. 그러나 실제로 그의 행위에는 환자에 대한 충분한 상담이 없었거나 불치병환자가 아님에도 자살을 도와주었던 경우 등이 속속 발견되고 있다.<sup>30)</sup> 이러한 점들은 그의 행위의 진정한 의도가 무엇인지 의문시된다.

27) 한상운, 「안락사의 허용성에 대한 비교법적 고찰 - 미국 네덜란드 독일 일본을 중심으로」, 166-167쪽. 오레건 주의 존엄사법과 네덜란드안락사법의 가장 큰 차이점은 적극적 안락사에 대한 태도이다. 오레건 주의 존엄사법에 의하면, 의사조력자살만이 허용되며, 적극적 안락사는 명시적으로 금지되고 처벌된다. 따라서 의사는 환자의 요청에 따라 극약처방전을 발급할 수 있을 뿐이며, 환자가 스스로 극약을 투약할 것인지 여부를 최종적으로 결정하게 된다. 이에 반하여, 네덜란드의 안락사법은 의사조력자살과 적극적 안락사를 모두 합법화하고 있다. 의사는 직접 안락사를 시술해야 하며 타인에게 이를 위임할 수 없고, 의사조력자살인 경우에는 환자가 자살을 직접 시행하여 사망할 때까지 그 자리에 입회하여야 한다. 같은책, 177쪽.

28) Ronald Munson, *Intervention and Reflection*, 698쪽.

29) 문시영, 『생명복제에서 생명윤리로』, 대한기독교서회, 2001. 96쪽.

### 3) 네덜란드의 안락사법

네덜란드는 2000년에 안락사를 합법화했으며, 다음과 같은 안전장치를 마련해 놓고 있다.<sup>31)</sup> 첫째, 환자가 주도한 요구여야 한다. 의사는 환자의 안락사 요구가 자발적이며 충분히 고려한 것이라는 확신이 있어야 한다. 안락사 요구는 가족이나 친구 또는 의사를 포함한 타인의 강요 하에서가 아니라 전적으로 환자 자신의 자유의지로 결정되어야 한다. 둘째, 환자는 자각력(competence)이 있어야 한다. 결정시에 환자는 정신이 온전한 상태여야 하며, 충분한 정보에 의한 결정(informed decision)이어야 한다. 치매로 고통 받거나 혼수상태에 있는 자는 안락사의 대상이 될 수 없다. 셋째, 환자의 이해가 있어야 한다. 환자는 그의 상태와 예후에 대해 정확하고도 명확하게 이해해야 한다. 넷째, 대안에 대한 공지가 있어야 한다. 환자에게 조력 자살 또는 안락사에 대한 대안이 공지되어야 한다. 환자는 의사와 가족 그리고 조언자들과 대안을 토론하도록 고무되어야 한다. 다섯째, 지속적인 결정이 있어야 한다. 일시적 충동이나 의기소침한 결정이 되어서는 안 된다. 여섯째, 환자의 참을 수 없는 고통이 있어야 한다. 일곱째, 전문적 상담이 있어야 한다. 의사는 최소한 다른 의사들과 상담해야 한다. 여덟째, 의료적으로 적절해야 한다. 의사는 의료적으로 적절한 방법으로 환자의 생명을 종결시켜야 한다. 아홉째, 의사는 정부에 보고해야 한다.

## 4. 의사조력자살의 윤리적 정당성

### 1) 공리주의적 유용성의 원칙

공리주의는 모든 형태의 안락사를 찬성한다. 공리주의의 유용성 원칙은 고통은 줄이고 행복을 증진시키는 것을 선으로 본다. 고통이 극심하고 환자의 상태가 의학적으로 희망이 없을 때 유용성의 원리는 환자를

30) 같은책, 97쪽.

31) Ronald Munson, *Intervention and Reflection*, 706-707쪽.

죽음에 이르도록 자극한다. 유용성의 원칙에서 볼 때 죽음만이 고통을 종식시키고 행복이 불행을 능가하는 상태로 만들 수 있기 때문이다.<sup>32)</sup>

또한 영구적인 혼수상태의 환자의 경우, 정상적인 성인과 같이 완전한 도덕적 고려를 받을 수 없다. 혼수상태의 환자는 행복이나 불행을 경험할 수 없고, 어떤 사회적 가치도 갖지 못하기 때문이다. 만약 환자가 치명적인 질병으로 극심한 고통 가운데서 죽음을 요구한다면, 결과주의자들은 안락사는 세상에서 불행의 총계를 줄이므로 도덕적으로 옳다고 주장할 것이다.<sup>33)</sup> 심지어 그러한 환경 속에서도 환자가 죽기를 원치 않더라도, 엄격한 결과주의자는 비참한 삶을 종결시키도록 안락사를 적극적으로 추천하는 경향이 있다. 이로 볼 때 유용성의 원리는 안락사를 도덕적으로 정당하고 합법적인 행위로 간주한다.

그런데, 유용성의 원리는 하나의 척도가 될 수 있을 뿐 안락사의 타당한 기준은 될 수 없다. 유용성의 원리가 지닌 가장 큰 문제점은 고통의 종식만이 행복의 척도라는데 있다. 고통이나 삶의 질 보다 생명 그 자체는 어떤 가치와도 비교할 수 없는 고유한 가치를 갖는다. 생명 자체는 개개인에게 있어서 중요한 선이며, 그 자체로 가치 있을 뿐 아니라 생명 안에 있는 모든 다른 선의 추구를 위한 필수요소라고 할 수 있다.

칸트에 따르면 자율적인 합리적 존재는 그의 생명을 보존할 의무를 갖는다. 그러므로 필요한 의료처치를 거부해서는 안 되며 생명을 종결시켜서도 안 된다. 자율적인 합리적 존재라는 지위는 우리에게 내재적인 존엄성을 제공하기 때문이다.<sup>34)</sup> 생명은 내재적 존엄성을 가지며 행복을 위한 필수조건이 된다. 따라서 고통을 해결하기 위해 생명을 종결시키는 행위는 행복의 모든 가능성을 단번에 앗아가는 결과를 초래한다. 죽음은 유일회적이며 되돌이킬 수 없기에 안락사는 윤리적으로 많은 문제점을 내포하고 있다고 판단된다.

32) 같은책, 696쪽.

33) Lewis Petrinovich, *Living and Dying Well*, 127쪽.

34) Ronald Munson, *Intervention and Reflection*, 696쪽.



## 2) 환자의 자율성 존중

의사조력자살과 연관된 윤리적 정당성 문제는 자율성 존중의 원칙과 깊은 연관성이 있다. 자율성 존중의 원칙은 자기 신체에 발생하는 모든 일에 대하여 자신이 결정할 권리를 지니고 있으며 그러한 권리는 존중되어야 한다는 원칙이다. 즉 인간은 자기운명의 주인으로서 죽음까지도 스스로 결정할 권리를 가지고 있기에, 의사는 죽음을 결정하는 환자의 자율성을 존중해야 한다는 것이다.<sup>35)</sup>

단 브록은 자발적 안락사와 자살 조력을 합법화하는 가능한 결과들을 고찰하면서 자기 결정과 개인의 삶의 질은 안락사가 초래할 수 있는 나쁜 결과를 능가한다고 주장한다. 그는 의료의 도덕적 중심은 환자의 자기결정을 존중하는데 있으며 삶의 질을 높이는데 있다고 주장한다. 따라서 그는 자발적 안락사는 의료의 중요한 가치들과 양립가능하다고 보았다.<sup>36)</sup>

임종식은 다음과 같은 경우에는 자율성 존중의 원리에 따라 안락사에 대한 지지 입장을 취하는 것이 용이하다고 보았다.<sup>37)</sup> 즉 회복이 불가능한 환자가 정신적 육체적 고통이 심각할 경우, 자율적 판단능력을 갖춘 환자가 생을 마감하고 싶다는 의사를 강요가 아닌 이성적인 판단 하에 요청할 경우, 환자의 요구를 들어주는 것이 다른 사람에게 해가 되지 않는 경우 자율성 존중의 원리에 따라 환자의 안락사 요구를 들어주는 것이 바람직하다고 보았다.<sup>38)</sup>

35) 살 권리(right to life)는 죽을 권리(right to die)도 포함한다. 즉 살 권리를 갖고 있다면 타인에게 해를 끼치지 않는 한, 살 권리를 포기하고 스스로 죽을 수 있다는 것이다. 만약 치명적인 질병으로 고통 받는 환자가 의사의 도움 없이 스스로 죽을 수 없다면, 의사는 그 환자의 죽음을 도울 의무가 있다는 것이다. 그러나 이러한 주장은 부분적으로만 옳다. 나의 죽을 권리는 의사가 나의 죽음에 도울 의무를 갖고 있다는 것을 요구하기 때문이다. 그러나 나의 죽을 권리는 타인이 나의 죽음을 도울 의무를 필연적으로 수반하지는 않는다. Louis P. Pojman, *Life and Death*, 92쪽, 참고.

36) Dan W. Brock, "Voluntary Active Euthanasia", 723쪽.

37) 임종식, 「안락사 정당화될 수 있는가」, 118쪽.

38) 같은책, 119-120쪽.

그러나 자율성 존중의 원칙이 간섭주의와 충돌할 경우 환자의 이익을 위하여 간섭주의의 원칙이 우선되어야 한다. 가령 환자가 안락사 요청을 해왔을 경우, 의사는 환자의 자율성을 존중하여 환자의 요청에 응할 수 있다. 그런데, 의사가 판단하기에 환자가 일시적인 감정동요로 판단능력이 결여된 상태에서 내린 결정이라고 판단된다면, 의사는 선의의 간섭주의를 적용하여 안락사를 시행하지 않는 것이 바람직하다. 의사가 판단하기에 환자의 도덕적인 결정은 온전하지 못하므로, 자율성 존중의 원칙 보다는 환자의 이익을 위한 선의의 간섭주의가 적용되는 것이 바람직하기 때문이다. 또한 환자의 판단능력이 결여되지 않는 상태에서 그러한 요청을 해왔을 경우라도, 의사는 환자를 안락사 시키는 것이 환자에게 해가 된다고 판단될 때 선의의 간섭주의에 입각하여 선행의 원리를 적용할 수 있다. 이러한 경우 의사는 환자의 자율성을 존중할 수 없게 된다. 이러한 상황들은 자율권 존중의 원칙 보다 선의의 간섭주의가 더 우선하는 상황들이라 할 수 있다.<sup>39)</sup>

따라서 환자의 자율성은 환자에게 이익이 되는 경우에 한하여 존중되어야 한다. 의사는 환자의 자율성을 존중해야 하는 의무 뿐 아니라 환자의 이익을 최우선적으로 고려해야 하는 의무가 있기 때문이다. 그런데, 이 두 의무가 서로 충돌할 경우 의사는 환자의 자율성 존중 보다 환자의 이익을 최우선적으로 고려해야 한다. 그런 점에서 자율권 존중의 원칙은 생명의 존엄에 기초한 보다 큰 가치의 실현을 위하여 행사될 때에만 정당화될 수 있다. 따라서 죽음에의 자기결정권은 자신의 생명을 함부로 훼손시켜도 된다는 의미는 아니며, 오히려 역설적으로 인간생명의 존엄성과 고귀함을 의미한다. 인간은 자기책임능력이 있는 인격이라는 점이 강조되기 때문이다.

39) 강한 선의의 간섭주의(*strong paternalism*)는 해를 입게 될 당사자의 동의 없이 그 당사자에게 큰 이익을 주기 위하여 그의 자유를 박탈하는 것이다. 반면 약한 선의의 간섭주의(*weak paternalism*)는 해를 입게 될 당사자의 동의 없이 그 당사자가 해를 입는 것으로부터 보호하기 위하여 그의 자유를 박탈하는 것이다. 같은책, 116쪽.

### 3) 환자의 고통에 대한 동정

말기 암 환자들은 육체적 고통 외에 극심한 정신적인 고통을 느낀다.<sup>40)</sup> 환자들이 겪는 고통은 단순한 육체적 고통 이상이다. 이러한 고통 가운데에는 감정적 고통(슬픔), 사회적 고통(외로움), 경제적 고통(빈곤) 및 정신적 고통(죄책감) 등이 포함된다. 말기 환자들은 이 가운데 한 가지 또는 여러 가지 고통의 복합적 요인으로 인해 안락사를 요구하게 된다.<sup>41)</sup> 의사는 환자의 육체적 통증뿐만 아니라 정신적 고통까지도 고려해야 한다. 따라서 극심한 고통이 수반되는 불가피한 죽음을 앞당기는 것은 환자의 고통을 줄여주는 자비로운 행위일 수 있다. 어느 누구도 극심한 고통을 당하면서 인위적으로 생명을 연장하여 다른 이들에게 부담이 되고 환영받지 않은 존재가 되기를 원치 않는다. 따라서 임종말기 환자의 자살을 도와주는 일은 사랑이 동기가 된 자비로운 행위로 해석될 수 있다. 그런 점에서 볼 때 안락사는 황금률에 충실하다고 할 수 있다.

그러나 참을 수 없는 고통이라는 말은 쉽게 정의내릴 수 없으며, 객관적인 기준이 없는 매우 주관적인 개념이다. 임종말기 환자들의 고통 문제에 대한 유일한 해결책은 안락사가 될 수 없으며, 안락사가 되어서도 안 된다. 고통에 대한 진정한 해결책은 조력자살의 합법화가 아니라 더 나은 고통완화방법을 통한 환자에 대한 배려와 관심이 되어야 한다.

### 4) 삶의 질

삶의 질적인 측면에서 볼 때, 어떤 의미도 부여할 수 없는 힘들고 고통스러운 삶을 단순히 연장시키는 치료를 계속하는 것은 자연스럽지 못하다. 환자의 고통스러운 상태를 고려할 때 환자 자신과 그의 가족이 원할 경우 안락사를 허용하는 것이 오히려 더 인간적으로 보인다. 일단 죽

40) 후두암 환자의 경우, 음식물을 삼키지 못하는 고통은 완화시킬 수 없으며 실제로 많은 말기 암 환자들이 통증, 구토, 구역질, 수면장애, 호흡곤란, 변비, 허약감, 배뇨곤란 등에 시달리게 된다.

41) Robert Orr, D. L. Schiedermayer, D. B. Biebel, 원준희, 『생명윤리의 고민: 삶과 죽음의 문제』, 생명의말씀사, 1997. 209쪽.

음이 받아들여진다면 즉각적이고 평화롭게 죽음을 맞는 것은 더욱 인간적일 수 있다. 그러한 죽음은 생명을 인위적으로 지속시키는 것보다 낫다고 할 수 있다. 실제로 빨리 죽거나 잠자는 중에 심장 발작으로 죽게 되면, 이를 종종 행운으로 간주한다.<sup>42)</sup> 극심한 고통 없이 자연적으로 죽게 되었기 때문이다.

삶의 질로 판단해 볼 때 무의식 환자의 생명은 더 이상 가치가 없으며 그러한 환자를 죽이는 것은 해악이기 보다는 혜택으로 판단할 수 있다. 또한 장애 신생아에 대한 안락사도 “혜택적인” 자비로운 살인이 될 것이다.<sup>43)</sup> 레이첼스는 소극적인 안락사는 죽는 과정을 연장시켜 천천히 고통스럽게 죽게 함으로써 환자에게 불필요한 고통을 준다는 점에서 적극적인 안락사 보다 더욱 비인간적인 행위로 보았다. 단지 치료를 중단하는 것은 좀 더 직접적인 행위를 취하여 치사량의 독극물을 주입하는 것(적극적 안락사)에 비해 고통스럽게 죽어가는 과정을 무의미하게 연장시키는 것에 불과하다는 것이다.<sup>44)</sup> 레이첼스는 환자를 불필요한 고통에서 벗어나게 하는 것이 바람직하다는 점에서 적극적인 안락사를 도덕적으로 더욱 선호하였다.<sup>45)</sup> 레이첼스가 주장하는 강조점은 고통의 경감이 곧 선이기 때문에 소극적으로 죽게 방치하기 보다는 보다 적극적으로 삶을 종결시키는 것이 바람직하다는 것이다.

그러나 고통보다 더 중요한 가치는 환자의 생명이라고 할 수 있다. 말기암 환자들은 극심한 고통 속에서 자신의 생명을 종결시켜 달라고 호소

42) Dan W. Brock, “Voluntary Active Euthanasia”, 726쪽.

43) William E. May, *Catholic Bioethics and the Gift of Human Life*, 243쪽.

44) James Rachels, “Active and Passive Euthanasia”, 254쪽. 레이첼스와 마찬가지로 피터 싱어도 죽이는 직접적인 안락사와 죽도록 방치하는 소극적인 안락사 사이에는 행위의 동기와 결과의 측면에서 볼 때 도덕적으로 본질적 차이가 없다고 보면서, 죽도록 방치하는 것이 어떤 경우에는 이미 자비롭고 적합한 행위로 받아들여진다면, 적극적 안락사 또한 어떤 경우에는 자비롭고 적합한 것으로 받아들여져야 할 것이라고 주장한다. Peter Singer, 황경식 & 김성동, 『실천윤리학』 (서울: 철학과현실사, 1991), 207쪽.

45) 같은책, 256쪽.

하는데 이러한 호소를 그대로 받아들여서는 안 된다. 환자는 극심한 통증과 오랜 투병생활로 가족들에게 돌아갈 경제적인 부담 등으로 인해 자포자기한 심정으로 죽음을 요청하는 경우가 많다. 이때 환자에게 필요한 것은 애정 어린 접촉과 따뜻한 격려를 동반한 인격적인 돌봄이다.

신경생리학자 및 심리학자들에 의하면 통증을 느끼는 정도는 상대적이며 누구에게나 적용될 수 있는 객관적인 통증지수는 없다.<sup>46)</sup> 현대의학의 발달로 극심한 통증을 유발하는 수많은 질병들이 치유가능하게 되었고, 말기 암환자의 통증도 조절할 수 있는 시점에 이르렀다. 또한 전문적인 상담을 통해 말기 환자의 육체적 정신적 고통을 완화시킴으로써 평안한 임종을 맞도록 돕는 호스피스와 같은 전문통증치료 프로그램이 안락사에 대한 대안으로 제시되고 있다.

#### 5) 이중효과의 원리

의사조력자살은 이중효과의 원리에 근거하여 윤리적 정당성을 옹호한다. 이중효과의 원리는 A라는 결과를 기대하고 어떤 행위를 했는데, 예상치 못했던 B라는 결과가 나타나는 행위에 대하여 판단하는 윤리적 원리이다. 이때 의도했던 A라는 결과가 선한 결과이고 의도와는 달리 실제로 나타난 B라는 결과가 악한 결과라면 이 행위는 도덕적으로 악한 행위로 판단되지 않는다.<sup>47)</sup>

이중효과의 원리는 고통의 경감을 위하여 비록 투약의 간접적인 결과가 환자의 생명을 단축시키더라도 투약이나 약물치료를 도덕적으로 허용한다. 의도된 결과는 환자의 죽음이 아니라 고통의 경감이기 때문이다.<sup>48)</sup> 가령 의사가 단지 환자의 고통을 완화할 목적으로 모르핀과 같은 약물을 투입했는데 어떤 부작용이 일어나 환자가 사망하게 되면 의사에게 책임을 물을 수 없다.<sup>49)</sup> 그러나 의사가 치사에 이를 정도의 약이나 의료기술

46) 임종식, 「안락사 정당화될 수 있는가」, 113쪽.

47) 이상원, 「안락사는 정당한가」, 『신학지남』 2001년 겨울호(12월), 256-257쪽.

48) Ronald Munson, *Intervention and Reflection*, 695쪽.

을 제공하여 환자가 이를 이용하여 자살했다면, 의사는 자신의 행위에 대한 책임을 면할 수 없다.

커보키안은 자신의 행동을 이중효과의 원리에 의거하여 변호했다.<sup>50)</sup> 즉 자신은 살인하고자 하는 의도 없이 단지 고통완화만을 의도한 행동이었다고 주장했다. 그러나 그가 사용했던 일산화탄소는 모르핀과는 달리 사람을 죽이지 않고는 고통을 제거할 수 없는 물질이기 때문에 그의 변호의 진실성이 의문시된다.<sup>51)</sup> 또한 그의 행위의 분명한 의도는 죽음을 유발함으로써 환자의 고통스러운 상태를 끝내려는데 있었기 때문에 그의 변호는 타당하지 못하며, 그의 행동에 대한 도덕적인 책임을 피할 수 없다고 판단된다.

## 5. 경계해야 할 점

안락사와 관련하여 우리가 주목하고 경계해야 할 점들은 다음과 같다.

### 1) 남용의 우려

누군가의 생명을 죽일 수 있는 것이 권리로서 한번 고려되면, 치매나 혼수상태에 빠진 환자의 요청이 그만큼 용이해질 것이다. 세계 최초로 안락사를 합법화한 네덜란드에서는 안락사당하는 환자들의 분명한 사전 허락(informed consent) 없이 안락사가 실행되었는데, 이는 비자의적 안락

49) 땡건(J. Mangan)에 따르면 좋고 나쁜 두 가지의 결과를 초래하는 행위는 행위자가 나쁜 결과를 예견했을 경우에도 다음 네 가지 조건을 동시에 만족시키면 도덕적으로 허용될 수 있다고 보았다. 1) 행위 자체가 도덕적으로 선한 행위이거나 적어도 중립적이어야 한다. 2) 행위자의 의도가 나쁜 결과에 있지 않고 좋은 결과에 있어야 한다. 3) 나쁜 결과가 좋은 결과의 수단으로 쓰여져서는 안 된다. 4) 나쁜 결과를 허용하는 것이 불가피한만큼 중대한 이유가 있어야 한다.

50) 커보키안은 직접 자살기계(Mercitron)를 고안했을 뿐 아니라 공공연히 그 대상자를 모집하여 구속되기 전까지 9년간 130여명의 자살을 도왔다. 문시영, 『생명복제에서 생명윤리로』, 96쪽.

51) 이상원, 「안락사는 정당한가」, 257쪽.

사의 실제적 사례로서 여러 차례 보고되고 있다.<sup>52)</sup> 다른 법들과 마찬가지로 안락사의 남용에 대한 엄격하고도 자발적인 적용이 없다면 위반은 일상화될 가능성이 많다. 네덜란드에서는 안락사 행위에 대한 의사의 보고가 10%이하이며, 거의 완전하게 법적인 처벌 없이 진행되고 있다.<sup>53)</sup>

안락사에 대한 결정과정에서 환자 가족이 부담해야 할 경제적인 이해득실을 따져 유용성의 원리를 적용하다보면 환자의 ‘죽을 권리’는 남은 가족들을 위해 ‘죽을 의무’로 변할 수 있다.<sup>54)</sup> 또한 안락사는 환자의 살려는 의지를 좌절하게 만들고 쉽게 포기하게 만드는 경향이 있다. 일단 안락사가 합법화될 경우 이러한 강요의 가능성을 배제할 수 없게 된다.

또한 생명권과 반대되는 개념으로 죽음의 권리는 오해의 소지가 많다. 안락사를 일종의 죽음의 권리로 이해하게 되면 마땅히 안락사를 선택해야 할 의무사항으로 여겨지기 쉽다. 안락사가 합법화되면 보다 간편하고 쉬운 방법으로 안락사를 선택하도록 요구하는 교묘하면서도 직접적인 강요를 받게 될 가능성이 많다. 특히 불치병이나 정신적, 신체적 결함을 지닌 장애인의 경우 삶의 질과 연관된 죽음의 권리는 이들에게 죽음을 선택하도록 강요하는 잘못을 범할 수 있다.<sup>55)</sup> 좋은 동기든 나쁜 동기든 간에 가족들의 압력에 의한 강요로 자발적 안락사가 이루어지게 된다면 이는 생명존엄에 역행하는 심각한 문제라 하지 않을 수 없다.<sup>56)</sup>

안락사에 대한 동기적인 측면에서 보더라도 남용의 가능성은 많다. 따라서 남용의 결과를 장기적인 안목에서 보면 인류의 행복을 저해하게 되

52) Daniel Callahan, "When Self-Determinations Runs Amok", 714쪽.

53) 같은책, 715쪽.

54) 경제적 이해득실만 따져 쉽게 결정하는 것은 바람직하지 못하다. 치료는 비용 효과적 측면이나 실용주의적으로만 취급될 수 없으며 그렇게 되어서도 안 된다. 자신에게 이익이 있을 때만 사랑하는 것은 표면적이며 냉정한 사랑이라 할 수 있다. J. hollman, 박재형, 『의료윤리의 새로운 문제들』, 373쪽, 참고.

55) 김상득, 『생명의료 윤리학』, 325쪽.

56) 이창영은 안락사라는 용어의 엄밀한 개념정립이 시급하다고 보면서, 안락사는 본래의 참뜻인 “편안한 죽음”이 “안락살해”라는 의미로 사용되거나 남용되도록 허용해서는 안 된다고 주장하였다. 이창영, 「안락사」, 『사목』 285집, 2002년 10월, 151쪽.

는 결과를 빚게 된다. 보다 심각한 문제는 남용에 대한 무관심한 태도이다. 따라서 우리는 철저한 감시체계와 제도적인 보완책을 마련하여 안락사의 오·남용을 미연에 방지해야 할 것이다.

## 2) 미끄러운 경사길 논증

안락사 논쟁에서 우리가 주목하고 경계해야 할 점은 미끄러운 경사길 논증에서 잘 드러난다. 경사길 논증의 대표적인 예는 나치 치하에서의 인종 학살을 들 수 있다. 나치 치하에서 안락사와 인간에 대한 의료 실험은 인도적인 의도에서 시작되었다. 그러나 점차적으로 찬성론자들에 의해 치명적인 질병에 대한 자발적인 안락사를 허용하게 되고, 이러한 자발적 안락사로부터 시작되어 반자발적 안락사가 부과되었다. 정신박약자와 같이 사회에 쓸모없는 자들로 간주된 자들에게 부과되거나 유대인과 공산주의자들과 같은 국가의 적들에게 부과되었고, 나중에는 대량학살로 실현되었다.<sup>57)</sup>

이러한 일련을 사건들을 볼 때 안락사는 처음에는 인도적인 차원에서 시작되지만 일단 합법화하게 되면 결과적으로 나쁜 결과를 피할 수 없다. 법에 의해서 아무리 안전조항을 많이 설치해 놓는다고 해도 말기환자들의 자발적인 요청에 의해 시행되는 처음의 의도에서부터 그 대상범위가 확산되는 것을 막을 수 없게 된다. 네덜란드의 경우처럼 한번 입법이 허용되면 비슷한 경우에 처한 환자들의 생명을 자의적으로 종결시키는 범위가 점점 넓어져서 환자들의 인권이 침해당하고 생명의 존엄성이 무너지게 될 가능성이 많다.<sup>58)</sup> 안락사가 입법을 통하여 시민들의 정당한 법적 권리로

57) Lewis Petrinovich, *Living and Dying Well*, 132쪽. 나치 독일치하에서 널리 퍼지게 된 안락사는 더 이상 가치가 없는 삶이라 몰아붙인 정신병자, 불구자, 기형아의 살인을 감추기 위해 오용되었다. W. Lenzen, *Liebe, Leben, Tod*, (배선복, 『사랑·삶·죽음』 [서울: 철학과현실사, 2006]), 248쪽.

58) 네덜란드의 안락사 상황을 보여주는 레멜링크 보고서(The Remelink Report)에 의하면 1990년과 비교해 보았을 때 1995년에 안락사 요구가 37% 증가한 것으로 나타났으며 의사조력자살 가운데 1/10이 환자의 동의 없이 의사의 단독적인 판단에 의해 안락사가 시행되었다. 이상원, 「안락사는 정당한가」, 272쪽.



인정되기 시작하면 자체가 지닌 동력에 의해 그 범위를 확대시켜 이론적 가능성에만 머무는 것이 아니라 현실이 되는 것이다.<sup>59)</sup> 이미 네덜란드에서는 안락사를 넘어서 신체적으로 건강하지만 삶에 지친 사람들이 스스로 목숨을 끊을 수 있도록 하기 위한 자살약 처방을 논의하고 있다.<sup>60)</sup>

안락사는 적극적으로 죽음을 의도하는 행위라는 점에서 동기가 순수하지 못하다고 할 수 있다.<sup>61)</sup> 안락사의 본질적 측면은 그 자신이나 다른 이의 생명을 취하는 것을 함축하는데, 이는 희망이 없는 한 인격의 생명을 의도적으로 취하는 것을 의미한다.<sup>62)</sup> 의료행위는 의사와 환자간의 신뢰관계를 통해 효율적으로 이루어진다. 그런데 안락사는 의사로 하여금 환자의 생명을 살리기 위해서 충분한 최선의 노력을 하지 않고 쉽게 포기해 버리도록 만든다. 또한 의사가 자신을 죽이는데 동의했다는 사실을 환자가 알게 된다면, 환자와 의사간의 전통적 신뢰가 무너지게 될 것이다. 따라서 우리는 안락사에 대한 현실적인 한계를 명확하게 규정할 필요가 있다.

59) 같은책, 270쪽. 헬록협회는 6개월 안에 사망할 것으로 판단되는 질환을 말기질환으로 규정하고, 말기질환자가 안락사를 요구하면 허용해야 한다고 주장했다. 그러나 곧 말기질환 외에도 치매, 골다공증, 사지불수 등과 같이 치유가 불가능한 심각한 육체적 질환에도 대상에 포함시켰으며, 더 나아가 배우자 없이 사는 삶을 견뎌내지 못하는 정신적 고통을 겪는 자까지도 그 대상에 포함시켰다.

60) 문시영, 『생명복제에서 생명윤리로』, 98쪽.

61) 만약 회복의 희망이 없는 환자가 실수에 의한 약물 주사로 죽음에 이르게 되었다면, 이는 잘못된 살인이나 안락사라고 하지 않는다. 만약 그의 질병을 치료하는데 필수적이거나 그의 상태를 호전시킬 것으로 믿고 약물을 투여했다면, 이는 잘못된 살인이나 안락사로 보지 않는다. 그 의도는 환자를 호전시키는데 있지 그를 죽이는데 있지 않기 때문이다. 비슷하게 환자의 상태가 어떤 의료적 과정이나 치료가 그의 생명을 구할 것이라고 희망하는 것이 합리적이 않을 경우에 그 과정이나 치료가 실패하는 것은 안락사가 아니다. 환자의 죽음은 그의 상처나 질병의 결과로 인한 것이지 치료를 제공하는 그의 잘못 때문이 아닌 까닭이다. J. Gay-Williams, "The Wrongfulness of Euthanasia", Ronald Munson, *Intervention and Reflection* (Belmont: Wadsworth/Thomson Learning, 2004), 709쪽.

62) 같은책, 709쪽.

### 3) 생명에 대한 책임윤리의 정립

안락사 찬성론자들은 환자 자신의 자기-결정의 권리와 의사의 환자의 고통에 대한 긍휼이라는 두 가지 동기를 함께 연결시켜 정당화의 근거로 제시한다. 그러나 이 두 측면을 독립적으로 분리시켜보면, 필연적으로 연결될 이유가 없다.<sup>63)</sup> 게이 윌리엄스는 안락사를 한 인격의 생명을 의도적으로 취하는 것으로 정의하면서 안락사는 생명을 보존하려는 자연적 경향을 깨뜨리는 행위로서 자연법에 역행한다고 보았다.<sup>64)</sup> 자연의 모든 과정들은 육체적 생존을 목적으로 향하는 경향이 있다. 또한 인간 육체의 조직과 행동 반응의 경향은 생명을 유지시키는 자연적 목적을 이루는데 있다. 그런데, 안락사는 생명을 인위적으로 종결시켜 인간 존엄성을 파괴한다.<sup>65)</sup> 이는 인간 본성에 반하는 행위인 것이다.

인간의 생명은 선의 근거이며, 신성한 것이므로, 그 누구도 자신의 의지로 생명을 스스로 포기해서는 안 된다. 가톨릭 윤리학자 메이(W. E. May)는 생명을 보존하고 열매 맺도록 부름 받은 하나님의 사랑의 보배로운 선물로서 가장 고상한 것으로 간주하였다.<sup>66)</sup> 인간의 생명이 고귀한 궁극적인 이유는 하나님의 선하고 위대한 선물이며, 인간은 그의 생명 안에서 창조된 참여자라는데 있다. 또한 하나님은 생명을 지키고 보존하도록 우리에게 생명을 주셨고, 생명의 청지기가 되게 하셨다는 점을 강조한다.<sup>67)</sup> 우리는 생명의 청지기일 뿐 아니라 의료기술들의 청지기이기도 하다. 그러므로 우리는 의료기술을 책임 있게 사용해야 한다.

안락사 결정에 있어서 책임윤리가 요청되는 것은 오류의 가능성 때문이다. 오늘날 의료기술은 놀랍게 발전하고 있다. 의료기술의 발전은 괄목할 만큼의 성과를 이루고 있지만 그럼에도 완벽하다고 말할 수는 없다. 의학 자체는 완벽하지 못하며 잘못된 진단을 비롯한 오류의 가능성은 있

63) Daniel Callahan, "When Self-Determinations Runs Amok", 715쪽.

64) J. Gay-Williams, "The Wrongfulness of Euthanasia", 708쪽.

65) 같은책, 710쪽.

66) William E. May, *Catholic Bioethics and the Gift of Human Life*, 42-43쪽 참고.

67) Ibid, 252쪽.

다. 따라서 의학 자체가 지닌 불확실성으로 인해 신중하고도 책임적인 판단이 요청되는 것이다.<sup>68)</sup>

그러므로 안락사에 대한 결정은 책임윤리의 기반 위에서 종합적인 논의를 거칠 필요가 있다. 안락사의 결정에서 전문인 의사들의 역할은 중요하다. 그러나 의사들만이 이러한 문제들을 독단적으로 결정하도록 해서 안 된다. 그러한 결정을 허용하는 것은 남용을 초래하며 의료 직업의 통전성(integrity)을 파괴하게 될지도 모르기 때문이다.<sup>69)</sup> 따라서 안락사와 같은 의료윤리의 문제들은 사회담론의 장을 마련하여 사회 구성원 모두가 함께 진지하게 고민하고 참여하여 결정하도록 해야 한다. 이러한 담론의 장을 통해 안락사의 오·남용을 방지하는 효과적인 감시와 규제가 이루어질 수 있을 것이다.<sup>70)</sup>

## 6. 나오는 말

위에서 안락사의 종류와 특징을 고찰하면서 의사조력자살의 윤리적 정당성을 고찰하면서 우리가 주목하고 경계해야 할 점들을 제시하여 보았다. 안락사의 최근 동향을 보면 허용범위가 점점 확장되고 시술방법도 소극적인 면에서 적극적인 면으로 변모하고 있다. 이러한 추세라면 오·남용을 피할 수 없게 된다. 세계 최초로 안락사를 합법화한 네덜란드에서는 환자 자신의 결정과 상관없이 안락사를 당할 것을 두려워해 살아 있는 동안 “생명선언증” 갖기 운동이 일어나고 있다.<sup>71)</sup> 이러한 현상은

68) 책임적 생명윤리에 대해서는 이종원, 「책임적 생명윤리-생명공학기술시대의 새로운 윤리원칙」, 『철학탐구』 18집, 중앙철학연구소, 2005년 11월, 191-203쪽을 참고하시오.

69) Daniel Callahan, “When Self-Determinations Runs Amok”, 711쪽. 오르는 과학적 사실과 성경적 진리가 잘 통합된 새로운 관점을 강조하였다. Robert Orr, “Physician-Assisted Death”, 365쪽.

70) 생명공학 연구와 연관되어 파생되는 윤리적, 사회적, 법적 문제점(ELSI: Ethic Legal Social Issues)과 이에 대한 해결책에 대해서는 이종원, 「우생학에 대한 생명윤리의 과제」, 『철학탐구』 20집, 중앙철학연구소, 2006년 11월, 203-205쪽을 참고하시오.

안락사의 오·남용에 대한 두려움의 결과이면서도 오·남용에 대한 안전 장치라 할 수 있다.

자율성의 원칙을 존중할 경우, 의사는 환자가 자신의 죽음까지 스스로 결정할 수 있도록 자율성을 존중해야 한다. 유용성의 원칙에서 볼 때, 죽음만이 고통을 종식시키고 행복이 불행을 능가한다고 볼 수 있다. 또한 삶의 질로 판단한다면, 회복이 불가능한 무의식 환자의 삶은 무가치하다고 볼 수도 있다. 그러나 안락사만이 유일한 해결책으로 보는 것은 매우 위험할 발상이다. 안락사는 여러 선택 중에 하나의 대안일 뿐이다.

따라서 안락사는 생명존엄성에 근거하여 신중하게 검토되어야 한다. 최후의 수단으로 안락사를 불가피하게 선택해야 할 경우, 중요한 전제조건은 환자의 이익이 최우선되어야 한다. 만약 환자 자신을 제외한 제 삼자의 이익을 위하여 안락사가 이루어질 경우, 의료적 도구로 사용되는 안락사 이외의 일반적 살인도 안락사라는 명목으로 합리화될 위험성이 있기 때문이다. 또한 환자 및 가족의 소망 내지 바람이 무엇인지 알아내어 그 소망을 존중해야 한다. 이는 환자의 자율성을 존중하는 하나의 방편이 된다.

근본적인 문제는 사람들의 인식과 의식구조의 변화에 있다. 따라서 우리는 안락사 논쟁의 저변에 가려진 비인간적인 면을 직시하고 그 뒤에 가려진 소중한 가치들을 재발견할 수 있어야 한다. 생명은 그 자체로 신성하고 존엄하다. 생명에 대한 종결은 삶의 모든 기회들을 단숨에 박탈하기 때문에 신중하게 숙고하고 판단해야 한다.

의료기술의 목적은 유일회적인 생명을 종결시키기 위한 것이 아니라 생명을 보존하고 유지시키기 위한 것이다. 이러한 목적에 합당하게 우리는 생명을 지키고 보존하는 생명의 청지기가 되어야 한다. 이러한 기초 위에서 우리는 안락사의 문제를 심도 있게 검토하고 대안을 찾아야 한다.

안락사를 시행할 수밖에 없는 불가피한 이유는 환자 가족이 부담해야

---

71) 임성빈, 「최근의 안락사 논쟁과 신앙인의 관점」, 『기독교사상』, 대한기독교서회, 1999년 1월, 119쪽.

할 경제적, 정신적 부담이다. 이를 해결하기 위한 방안으로 의료보장제도를 강화함으로써 환자 가족의 경제적 부담을 덜어줌과 동시에 정신적인 부담을 덜어주는 사회제도적인 보장이 실현되어야 한다. 또한 말기질환으로 죽어가는 환자의 고통을 완화시키는 완화의학의 적극적인 도입과 환자의 고통에 함께 동참하거나 고통을 분담하는 전문 간병인 제도나 호스피스 시스템의 체계적인 확립이 요청된다.

## 참고문헌

- 김균진, 『죽음의 신학』, 서울: 대한기독교서회, 2003.
- 김상득, 『생명의료 윤리학』, 서울: 철학과현실사, 2001.
- 문시영, 『생명복제에서 생명윤리로』, 서울: 대한기독교서회, 2001.
- 이동익, 『생명의 관리자』, 서울: 가톨릭출판사, 2003.
- 김혁돈, 「환자의 자기결정권과 치료중단」, 『형사법연구』, 한국형사법학회, 2006년 6월.
- 이상원, 「안락사는 정당한가」, 『신학지남』 2001년 겨울호(12월).
- 이종원, 「책임적 생명윤리- 생명공학기술시대의 새로운 윤리원칙」, 『철학탐구』 18집, 중앙철학연구소, 2005년 11월
- , 「우생학에 대한 생명윤리의 과제」, 『철학탐구』 20집, 중앙철학연구소, 2006년 11월.
- 이창영, 「안락사」, 『사목』 285집. 2002년 10월.
- 임성빈, 「최근의 안락사 논쟁과 신앙인의 관점」, 『기독교사상』, 대한기독교서회, 1999년 1월.
- 임종식, 「안락사 논란 핵심 쟁점」, 『과학동아』, 동아사이언스, 2001년 5월호.
- 임종식, 「안락사 정당화될 수 있는가」, 『과학사상』 28호, 범양사, 1999년 봄(2월).
- 한상훈, 「안락사의 허용성에 대한 비교법적 고찰 - 미국 네덜란드 독일 일본을 중심으로」, 『형사법연구』 21권, 한국형사법학회, 2004년 6월.
- Brock, Dan W. "Voluntary Active Euthanasia" Ronald Munson, *Intervention and Reflection*, Belmont: Wadsworth/Thomson Learning, 2004.
- Callahan, Daniel, "When Self-Determinations Runs Amok", Ronald Munson, *Intervention and Reflection*, Belmont: Wadsworth/Thomson Learning, 2004.
- Gay-Williams, J. "The Wrongfulness of Euthanasia", Ronald Munson, *Intervention and Reflection*, Belmont: Wadsworth/Thomson

- Learning, 2004.
- Lenzen, W. Liebe, Leben, Tod, (배선복, 『사랑 · 삶 · 죽음』 [서울: 철학과현실사, 2006]), 248쪽.
- May, William E. *Catholic Bioethics and the Gift of Human Life*, Huntington: Our Sunday Visitor, Inc, 2000.
- Munson, Ronald. *Intervention and Reflection*, Belmont: Wadsworth/Thomson Learning, 2004.
- Orr, Robert. “Physician-Assisted Death”, J. hollman, 박재형, 『의료윤리의 새로운 문제들』, (서울: 예영커뮤니케이션, 1997).
- Orr, Robert & Schiedermayer, D. L. & Biebel, D. B. (원준희, 『생명윤리의 고민: 삶과 죽음의 문제』, 생명의말씀사, 1997.
- Petrinovich, Lewis. *Living and Dying Well*, New York : Plenum Press, 1996.
- Pojman, Louis P. *Life and Death*, Belmont: Wadworth Publishing Company, 2000.
- Rachels, James “Active and Passive Euthanasia” Chadwick R. & Schroeder, D. (ed) *Applied Ethics II*, New York: Routledge, 2002.
- Rae, S. B. & Cox, P. M. 김상득, 『생명윤리학』 서울: 살림, 2004.
- Singer, Peter 황경식, 김성동, 『실천윤리학』, 철학과현실사, 1991.
- Veatch, R. M. *The Basics of Bioethics*, New Jersey: Prentice Hall, 2000.

## **A Survey on the Ethical Problems with Euthanasia**

**— focus on the physician-assisted suicide —**

Jong-Won, Lee

The purpose of this article is to survey pro and con arguments of euthanasia introducing several types of euthanasia and to criticize physician-assisted suicide. This article will provide a practical solution to physician-assisted suicide. Recently, the development of medical technology provokes many ethical problems associated with euthanasia. With the development of medicine, not only is the extent of euthanasia enlarged but also the methods of euthanasia move from passive to active. Lastly, protagonists of euthanasia try to legalize active euthanasia including physician-assisted suicide beyond passive euthanasia. Before, the argument of euthanasia used to concentrate on easing the pain of the patient. But now the argument focuses putting the patient right to death.

Euthanasia is divided into active euthanasia and passive euthanasia by the methods used. The different types include voluntary, nonvoluntary, involuntary euthanasia according to a patient's will. Physician-assisted suicide is an action inducing death or helping a patient commit suicide, such as a prescription for lethal barbiturates or the means for a patient to commit suicide. A physician who formally cooperates in the killing acts as instrument of death. So physician-assisted suicide has many ethical problems because it actively takes the life of humans.

The principle of utility would seem to endorse euthanasia. Whenever suffering is great and the condition of a patient is without medical hope, then it would be prudent to approve putting the patient to death. In such a case, we seem to be acting to end suffering and to bring about a state of affairs in which happiness exceeds unhappiness. The principle of autonomy



argues that the values of promoting self-determination and individual well-being outweighs the likely negative consequences. Physicians should respect the autonomy of the patient. Also releasing terrible suffering of a patient is regarded as a beneficial act motivated by love. Based on the quality of life, an incompetent person's life is no longer of any value, and that killing is a benefit rather than letting a patient's suffering continue. The principle of double effect makes it morally acceptable to give medication for the relief of pain, even if the indirect result of the medication will shorten the life of the recipient. The intended result is not the death of the person but the relief of suffering.

From the perspective of bioethics, we must notice and regulate the possibility of abuse and mistakes of euthanasia. If euthanasia is legalized, stricter regulations would need to be enforced. Therefore the decision to terminate a life requires a prudent judgement without abusing the privilege and making mistakes. We must find out an aspect of inhumane element of euthanasia and behind the argument of euthanasia to discover the most valuable factor, such as the dignity of life. At the same time, we must establish the proper social insurance system and hospice system that eases the burden on the family as the alternative effort of euthanasia.

**Key Words:** Euthanasia, Right to Death, The Principle of Utility, Self-determination, The Principle of Double Effect, Hospice.

이종원 e-mail : jwlee@ssu.ac.kr