

말기 환자의 치료 중단

- 법적 측면 -

변 호 사

최 재 천

1. 머리말

그동안 의료인들은 환자의 생명의 연장, 고통의 제거 그리고 보다 나은 사회복귀를 위해 최선을 다해 왔다. 그 결과 인간의 평균수명은 연장되고, 불치의 병으로 빈사상태에 빠진 환자라도 인공호흡기와 심박동기 등의 소생술의 도움으로 생명연장이 가능하게 되었다. 그렇지만 인간은 다른 생명체들과는 달리 단지 '살아있다'는 것만으로는 그 의미가 없으며, 자유의지를 구비한 인격을 지녔기 때문에 자기의 생존방법을 택할 수 있다. 즉 의식적으로 자기의 가치를 추구하고 고도의 정신활동을 영유하는 자유로운 존재이기에 인간은 존엄성을 가지는 것이다. 그래서, 어떻게 죽을 것인가?(죽음을 맞이하는 의학)는 의료의 제4의 사명으로 여겨진다[1].

생명의 회복이 불가능하게 된 시점에서, 일정한 요건하에 생명유지 치료의 중단이 허용된다면 의사는 생명유지 치료를 행하여야 하는 의무가 없다고 할 수 있다. 문제는 이러한 경우에 의사는 모든 치료를 중단할 것인가? 그렇지 않으면 일정한 의료만을 중단할 것인가?이다.

미국 법원은 생명구제 가능성이 없는 환자의 경우 인공호흡기 등의 생명유지 치료는 중단하여도 좋으나 그 이외의 의료 예를 들어 비경구적 영양 공급 또는 감염방지를 위한 항생제의 투여 등은 중지해서는 안된다고 주장하고 있으나, 일부 학자들은 치료의 중단에 한정은 불필요하다고 주장하고 있다.

생명의 회복가능성이 없는 단계에서 의사가 취할 수 있는 조치는 둘로 나누어 볼 수 있을 것이다.

하나는 임종이 임박하였다 하여도 현대 의학상 모든 조치를 취하여 연명시키는 것과, 다른 하나는 인간으로서의 존엄성을 유지하는데 필요한 조치를 취하는 것이다.

말기환자의 치료중단과 관련하여, 위 첫번째 조치는 의료계약상의 문제와 형법상의 문제가 관련되고, 두번째는 안락사문제 또는 그 대안으로써의 호스피스·완화의료와 관계된다고 하겠다.

2. 의료계약법상의 문제

1) 전통적인 사회윤리를 내세워 의사에게 무한책임을 지을 수는 없다. 의사와 환자와의 관계는 계약관계이다. 의료계약의 성격에 대하여 위임, 도급, 도급과 위임의 혼합계약 그리고 의료계약의 특이한 무명계약이라는 여러 주장들이 있다. 의료계약은 환자측이 의료행위라는 사무의 처리를 위탁하고 의사측이 이를 승낙함으로써 성립하는 것으로서, 일종의 준위임 계약이라고 할 수 있다. 그러나 의료계약에 민법의 위임에 관한 규정을 전면적으로 적용하기는 어려울 것이다. 왜냐하면 수임인은 스스로 사무를 처리하여야 하는데(민법 제682조), 의사의 경우에는 상황에 따라 담당의사가 바뀔 수 있다. 또 위임에 있어서는 위임사

무의 처리 상황을 보고하여야하나(제683조), 의료행위에 있어서는 치료목적을 위해서 보고하지 않는 것이 바람직할 때도 있고, 나아가 의사는 의료계약을 해지하지는 못한다고 하여야하며(제689조 제1항), 환자가 파산하더라도 의료계약이 종료하지는 않는다고 할 것이다(제690조)[2].

의사의 과오로 환자에게 피해를 준 때에는 채무불이행을 이유로 손해배상을 청구할 수 있지만, 환자측은 거의 불법행위를 이유로 손해배상 책임을 묻는 것이 보통이다. 의사가 환자에게 부담하는 진료의무는 물건의 급부와 같은 일정한 결과를 이루는 결과채무가 아니라 환자의 치료를 위하여 적절한 조치를 다하면 되는 수단채무에 그치므로, 환자의 입장에서는 수단채무의 불이행을 입증하는 것이 불법행위에 있어서는 의사측의 과실을 입증하는 것과 별반 차이가 없고, 한편 불법행위를 청구원인으로 하는 경우에는 위자료에 관한 명문의 규정(제751조·제752조)을 근거로 그 적용이 용이하기 때문이다.

2) 말기환자의 치료중단의 경우에는 환자나 그 보호자의 해지의 의사표시로 위임계약이 해지되는 경우가 대부분이고 이러한 경우에는 의료계약의 해지로 의사측에 그 책임을 물을 수 없다. 또한 이 경우에는 응급환자의 경우에 적용되는 긴급사무관리규정(제734조 이하)도 해당되지 않는다고 하겠다.

3) 만약, 의료계약이 해지되지 않은 상태에서 의사가 임의적으로 말기환자의 연명에 적절한 조치를 하지 않은 경우에는 의료계약법상의 채무불이행이나 불법행위에 기한 책임을 지게됨은 당연하다고 할 것이다.

3. 형법상의 문제

말기환자의 치료중단으로 인한 사망의 경우에 의사에게 살인죄의 죄책을 물을 수 있는가? 안락사는 정당화될 수 있는가? 안락사의 대안은 있는가?의 문제가 형법상 말기환자의 치료중단과 관련하여 문제될 수 있겠다.

범죄가 성립되기 위해서는 구성요건 해당성, 위법성, 책임의 3요소를 갖추어야 한다. 그러나, 논의의 초점을 맞추기 위해 의사의 치료계속의무와 관련해서는 의사가 말기환자의 치료중단을 한 경우에 과연 살인죄의 구성요건 해당성이 있는지에 관해서만 살펴 보기로 하고, 치료중단과 문제구조가 유사한 안락사 문제를 논의해 보겠다.

1) 의사의 치료계속의무

(1) 보증인적 지위

의사가 말기환자의 치료를 중단하여 사망에 이르게 한 행위는 부작위에 의해 살인죄의 구성요건을 실현시킨 경우라고 할 수 있을 것이다. 부작위는 단순한 무위가 아니라 기대되는 특정한 행위를 하지 않는 것, 즉 무엇인가를 하지 않는 것이다[3]. 부작위범은 진정부작위범과 부진정부작위범으로 나누어진다. 통설에 따르면, 진정부작위범은 법률에 부작위범의 형태로 규정된 다중불해산죄, 퇴거불응죄, 전시군수계약 불이행죄 등이 속한다. 부진정부작위범은 작위의 형식으로 규정된 구성요건을 부작위에 의하여 실현하는 것이다[4]. 말기환자의 치료중단이 형법 제250조 제1항의 '살해'에 해당하려면 의사에게 환자를 작위에 의하여 살해한 것과 같은 '부작위의 동가치성'과 '보증인의 지위'의 두가지 요소를 갖추어야 한다. '부작위의 동가치성'은 부작위에 의한 구성요건적 결과가 구성요건에서 요구하는 수단과 방법에 의하여 행하여 질 것을 요한다는 의미에 지나지 않는다. 따라서 살인죄와 같이 결과가 발생하면 처벌하는 범죄에 있어서는 행위정형의 동가치성은 특별한 의미를 갖는 것은 아니다[5]. 그러므로 보증인의 지위만 살펴보면 될 것이다.

가) 법령상의 작위의무

의료법 제16조 제1항은 “의료인은 진료 또는 조산의 요구를 받은 때에는 정당한 이유없이 이를 거부하지 못한다.”고 규정하고 있으나, 환자나 보호자의 요구로 인한 치료중단의 경우에는 적용될 수 없을 것이다. 오늘날의 의료관계가 윤리적 관계가 아니라 의료계약관계로 파악되어 가고 있는 것을 고려할 때 결과방지의 보증인 의무는 의료관계에 대한 민사법적 이해관계처럼 진료계약에 의해서만 비로소 발생할 수 있다고 보아야 하기 때문이다[6].

나) 계약에 의한 작위의무

의료계약이 성립한 경우에 의사가 계약상의 의무를 지는 경우에는 그 의무가 형법상의 보증인의 의무로 인정된다는 점은 의문의 여지가 없다. 이 경우에 의사가 의료계약에 위반하여 치료를 중단하면 살인죄의 책임을 질 수 있다. 그렇지만 환자나 보호자의 요구로 인한 계약해지의 경우에는 더 이상 계약에 의한 보증인 의무는 존재하지 않는다고 하겠다.

2) 인과관계 및 객관적 귀속

(1) 인과관계

가) 설령 말기환자를 치료하고 있던 의사에게 치료를 중단없이 계속하여야 할 보증인적 지위를 인정하더라도, 사망의 결과만으로 의사에게 살인죄를 물을 수는 없다. 치료중단과 환자의 사망사이에 인과관계가 인정되어야 살인죄의 기수범이 될 수 있다.

나) 인과관계 이론에는 조건설, 원인설, 상당인과 관계설, 합법칙적 조건설 등이 있다. 이중 우리나라의 다수설과 판례는 상당인과설에 입각하고 있다고 할 수 있다[7]. 그렇지만 인과관계에 관한 이론으로는 합법칙적 조건설이 타당하다고 생각한다[8]. 합법칙적 조건설은 인과관계의 확정에 관한 이론에 불과하다. 합법칙적 조건설에 의하여 인과관계가 인정된다고 하여 결과 귀속을 인정할 수는 없다. 인과관계에 있어서 동가치를 가지는 모든 조건은 다시 법적·규범적 측면에서 귀속의 기준이 검토되어야 하는 것이다. 여기에 합법칙적 조건설이 객관적 귀속이론과 결부되어야 할 필요성이 제기된다.

다) 말기환자의 치료중단이 의료계약이 해지되지 않은 상태에서 이루어졌다면 합법칙적 인과관계설에 의해 인과관계는 인정될 수 있다.

(2) 객관적 귀속

가) 인과관계가 인정되는 결과를 행위자의 행위에 객관적으로 귀속시킬 수 있는가의 구체적 판단 기준은 위험의 창출, 위험의 실현, 규범의 보호 목적이 있다.

나) 법률상 허용될 수 없는 위험이 발생하지 않은 때에는 객관적 귀속이 부정되고 행위자가 위험을 창출한 경우도 결과가 그 위험의 실현으로 발생한 것이 아니라 우연에 의하여 발생한 때에는 행위자에게 귀속될 수 없다. 그 예로 피해자의 치료·수혈거부로 인한 사망은 귀속이 부정된다.

다) 말기환자의 치료중단이 의료계약이 해지되지 않은 상태에서 의사에 의해 자의적으로 이루어진 경우에는 사망의 결과를 객관적으로 예견할 수 있고 지배할 수 있었으며, 의사가 환자의 생명에 대한 허용되지 않는 결과를 실현시켰다는 점에서 그 결과를 의사에게 귀속시킬 수 있다.

3) 의사의 고의

(1) 환자를 치료했던 의사에게 과연 살인의 고의를 인정할 수 있을 것인가? 치료중단행위를 살인행위

로 인정할 수 있기 위해서는 의사에게 살인의 고의가 인정되어야 한다. 치료를 중단하면 환자가 사망하게 될 가능성을 인식하고 그 사망을 의욕한 경우에는 의사는 살인의 고의를 가졌다고 할 수 있다[9]. 환자가 사망하게 되리라는 것을 인식하였고, 비록 그것을 의도하는 것은 아니라도, 사망해도 좋다는 의사를 가진 경우에는 '미필적 고의'라 하여 역시 살인의 고의를 인정할 수 있다.

(2) 그러나, 말기환자를 치료하고 있던 의사가 개인적인 원한관계가 없는 한 환자의 사망을 의도하는 경우는 거의 없을 것이다. 오히려 의료인의 입장에서는 낮은 확률의 생존가능성조차도 현실화하려고 의도하는 것이 일반적이라고 볼 때 살인의 고의를 인정하기는 어려울 것이다.

2) 안락사

(1) 뇌사설을 인정할 경우

가) 형법상으로 사람의 終期를 판단함에 있어서는 전적으로 생물학적·의학적 기준에 따를 것이 아니고 형법이 사람의 생명을 보호하는 근본 취지에 따라 판단하는 것이 타당하다. 우리 형법의 사망시기에 관해서는 종래 호흡중지설과 맥박중지설이 있었는데 이는 모두 사람의 사망시기를 생물학적·의학적 기준에 의하여 판단하려고 하는 점에서 공통점을 가졌다. 그렇지만 일부 유력설은 뇌의 기능이 완전히 죽은 때에는 사람의 생명을 보호하기 위한 전제가 소멸되었다는 점, 호흡이나 심장은 정지된 뒤에도 회복될 수 있고 인공장치에 의하여 유지될 수 있지만 뇌기능이 중지된 때에는 더 이상 치료가 불가능하다는 이유로 뇌사설을 지지하고 있었다.

나) 뇌사판정과 장기이식을 둘러싼 본격적 논의의 결정으로 장기 등 이식에 관한 법률이 1999. 2. 8.에 공포되어 2000. 2. 9.부터 시행되게 되었다. 이에 따라 장기 이식자의 경우에 한정하여 뇌사설을 인정하게 되었지만 말기환자의 경우에도 뇌사설을 전반적으로 채용할 수 있을지에 대해서는 논의의 과정을 더 거쳐야 할 것이다.

다) 그런데 안락사와 관련하여 뇌사를 전면적으로 인정하게 되면 뇌의 모든 기능은 소실하였지만 인공 호흡기에 의존하여 심폐기능만을 유지하고 있는 환자는 이미 사망한 환자이다. 따라서, 별도의 기준에 의하여 안락사 시술 여부에 관한 결정을 내릴 필요가 없을 것이다[10]. 뇌사를 사망 개념으로 인정한다면, 뇌의 기능이 소실된 환자를 대상으로 생명보조장치의 사용여부를 판단하는데 있어서 그 자체가 논란의 대상이 될 수 없게 된다.

라) 이렇듯 죽음을 재정의 하는데 따르는 이점에도 불구하고 이에 대한 공감대가 형성되어 있지 않으며, 그 필요성을 인식하는 측에서도 그 방법에 대해서는 의견이 통일되어 있지 않다.

(2) 안락사의 유형

안락사란 격렬한 고통에 시달리는 불치 또는 빈사의 환자에게 그 고통을 제거 또는 감경하기 위하여 그를 살해하는 것을 말한다[11]. 안락사를 일반적으로 세 유형으로 분류할 수 있다.

첫째, 불치의 병으로 극심한 고통을 받고 있는 환자에게 고통을 제거하기 위해 그 생명을 단절시켜 고통에서 벗어나게 하는 '적극적 안락사'와 둘째, 생명을 단축시킬 염려가 있음에도 불구하고 고통을 완화시킬 목적으로 처치를 한 결과, 의도하지는 않았지만 예상되었던 부작용 때문에 환자가 사망한 경우인 '간접적 안락사' 그리고 셋째, 죽음에 직면한 환자에 대한 치료를 중지하거나 생명유지장치를 제거함으로써 환자가 죽게 내 버려 두는 경우인 '소극적 안락사'의 세가지 경우이다.

(3) 안락사에 대한 형법적 규율

‘적극적 안락사’를 시술한 의사는 촉탁·승낙살인죄(형법 제252조 제1항)의 책임을 지며, ‘간접적 안락사’를 시술한 의사의 행위는 촉탁·승낙살인죄의 구성요건에 해당하지만

- 가. 환자가 불치의 질병으로 死期가 임박하였고,
- 나. 환자의 고통이 차마 볼 수 없을 정도로 극심하며,
- 다. 환자의 고통을 제거 또는 완화하기 위한 것이고,
- 라. 환자의 진지한 촉탁 또는 승낙이 있고

마. 원칙적으로 의사에 의하여 시행되고 그 방법이 윤리적으로 정당하다고 등의 조건이 충족되는 때에는 안락사가 사회상규에 반하지 아니하는 정당행위(형법 제20조)로서 위법성이 조각된다. ‘소극적 안락사’가 뇌사자나 식물인간에 대하여 행하여 진 경우에는 환자의 생존시의 의사가 있거나 환자가족의 승낙이 있고 환자가 더 이상 되돌이킬 수 없는 상태에 이른 경우라면 살인죄의 구성요건에 해당하지만 사회상규에 위배되지 않는 행위로서 그 위법성이 조각된다고 하겠다.

4. 치료중단절차의 보완

1) 말기환자의 치료중단을 살인죄로 처단함으로써 의사의 생명유지의무를 강화하려는 것은 결코 합리적인 법정책이라고 할 수 없다.

오히려 치료중단의 절차를 구체화하는 것이 바람직 할 것이다. 그래서,

- (1) 먼저, 말기환자를 계속치료를 받아야 하는 환자와 가망이 없어 퇴원을 해야 할 환자로 의학적 기준을 마련하여 구분하여야 한다.
- (2) 생전유효유언제도(Living Will)를 도입하여 입원당시 사전에 동의를 받을 수 있는 제도를 마련하여야 하며 환자가 자기 결정권을 행사할 수 없을 때에는 결정을 대신할 수 있는 자를 정한다.
- (3) 의사의 의학적 소견을 바탕으로 환자 또는 보호자와 상담을 거친후 병원윤리위원회와도 협의할 수 있게 한다.
- (4) 퇴원이 결정된 후에도 호스피스나 가정에서 치료를 계속할 수 있는 프로그램이 마련되어야 한다.

2) 미국에서는 안락사의 입법에서 본인의 자기결정에 기한 의뢰서(Directive to Physician)의 작성을 요한다. 의뢰서에는 본인이 말기상태가 증명된 경우에는 생명유지장치의 이용으로 무의미한 생존이 계속되는 것을 원하지 않기 때문에 자연스럽게 죽을 수 있도록 조치하여 줄 것을 의뢰한다는 내용을 기재한다. 소극적 안락사를 입법화한 것이다.

3) 그러나 죽음이외에 환자를 고통에서 벗어나게 할 수 있다면 오히려 안락사 결정을 하지 않는 것이 바람직하지 않을까? 그래서 고려될 수 있는 것이 바로 호스피스·완화의료이다. 특히 죽음이 가까운 환자의 정신적 육체적 고통을 완화시킴으로써 평안한 임종을 막을 수 있도록 도와주는 호스피스와 같은 전문 통증프로그램이 안락사에 대한 대안이 될 수 있는 것은 아닐까?

5. 호스피스·완화의료

1) 일반적인 의료행위에 의해 치유되지 않는 말기환자의 문제는 육체적인 문제뿐만 아니라 영적, 정서적, 사회적 문제들과 결부되어 있거나 동시에 혼합되어 나타나는 관계로 의사들 단독으로 육체적 측면에

서만 접근해서는 좀처럼 해결되지 않는 어려운 증상들이 대부분이다. 그래서 제창된 것이 전인치료, 호스피스 및 완화의료이다[12].

호스피스란 만성질환이나 또는 불치의 병으로 여생이 6개월 이내로 예견되는 환자와 그 가족을 위해 말기치료와 죽음 및 사별 후 적어도 1년까지를 돌보는 행위이며, 완화의료는 이러한 호스피스 개념위에서 생명연장을 위해 적극적인 치료까지도 포함하는 보다 더 광의의 의미를 지닌다. 호스피스와 완화의료의 대상자인 환자와 그 가족의 전인치료를 위해서는 팀 접근이 필수적이며 의사와 간호사, 사회사업가, 성직자, 봉사자, 영양사, 약사, 물리치료사 등 여러 직종의 전문가들이 서로 조화를 이루어 대상자를 돌보아야 한다.

2) 우리나라의 호스피스는 1960년대에 시작되어 오늘에 이르고 있지만 아직 만족할 만한 성과를 거두지 못하고 있다. 호스피스 도입 초기에는 의사들의 무관심 속에 종교인들과 간호사들의 활동만으로 그 발전의 폭이 좁았으나, 최근들어 대학병원을 중심으로 호스피스 활동이 점점 활발해 지고 있다.

3) 1980년대에 들어서야 비로소 시작된 동남아의 호스피스 운동은 대부분의 국가에서 시작 초기부터 제도와 법령을 먼저 정비하여 출발한 상태이다. 국민의 삶의 질 향상과도 관련되는 호스피스의 제도와 법령정비를 우리도 서둘러야 할 시점이다.

4) 문제는 호스피스 전문의들이 주장하는 바와 같이 과연 현대 의학이 모든 종류의 고통을 완전히 관리할 수 있는 단계에 와 있는가 하는 것이다. 신경생리학자 및 심리학자들에 의하면 통증을 느끼는 정도는 사람마다 상이하며 누구에게나 적용시킬 수 있는 객관화된 통증지수라는 것이 있을 수 없다고 하기 때문이다.

또한 육체적인 통증뿐만 아니라 정신적인 고통도 치료과정에서 고려해야 하는데 객관적인 정신적 고통 지수가 있을 수 없다는 것이 문제된다. 죽음의 의사 키보키언(Jack Kevorkian)에게 자살 도움을 청하여 스스로 목숨을 끊은 애드킨스(Janet Adkins)는 '치매초기의 진단'을 받았음에도 불구하고 가족들과의 정상적인 관계가 유지되지 않는데 대한 정신적 고통을 참아내지 못했던 것이다.

6. 맺는말

1) 말기환자의 치료중단과는 다소 차이가 있지만, 우리는 1998. 5. 15.의 서울 남부지원의 판결을 기억한다. 응급환자의 보호자가 퇴원을 강력히 요구하여, 치료를 중단하고 퇴원을 시킨 보라매병원의 의사들에게 살인죄를 적용한 판결이다. 이 사건은 1999. 12. 현재 항소심이 진행 중에 있다. 이 사건은 1심 판결이 난 후 지금까지도 단순한 의사 몇 명의 신상에 관한 문제가 아니라, 의사의 도덕적 책임과 법률적 책임의 한계 그리고 구체적인 의료현실 속에서 의사의 사회적 지위는 어떠한지에 대한 많은 논란을 가져왔다. 이 사건이 발생했을 때부터 관심을 가지고 지켜 본 필자의 결론은 의사들에게 살인죄의 죄책을 인정한 것은 법률적으로나 현실적으로 잘못된 판결이라는 것이다[13].

그렇지만, 의사들 스스로가 직접 의료현장에서 이런 문제들에 부딪혀 왔던 만큼 먼저 문제를 제기하고 먼저 해결방안 및 법적근거를 마련하는 작업을 주도했어야만 하는데 그러하지 못했음을 반성하여야 한다. 물론 이 책임이 의사만의 책임은 결코 아니다. 하지만 책임의 중심에 있었다는 것을 시인해야 한다. 말기환자의 치료중단의 경우에도 의료인이 중심이 되어 절차의 보완과 제도의 보완 그 대안까지도 제시되어야 할 것이다.

2) 경제적 이유를 원인으로한 말기환자의 퇴원에는 국가보조 또는 의료보험조합의 잉여금을 통한 지원

응급의료기금의 확충을 위한 지원책과 함께 실질적인 의료보호가 되도록 하여야 한다.

3) 장기 등 이식에 관한 법률의 시행으로 장기이식자의 경우에는 뇌사를 사망으로 인정할 수 있게 되었다. 장기이식과 관련한 뇌사판정은 장기이식을 함으로써 생명을 살리고자 하는 생명에 대한 존중을 그 목적으로 한다. 그렇지만, 일부에서는 장기이식의 합법화로 오히려 그 부작용이 증가되지 않을까 염려하는 목소리도 높다. 법시행에 그 한계를 분명히 하고, 철저한 감독과 통제가 따라야 할 것이다.

뇌사설이 최근들어 학계에서는 유력하게 주장되어 오고 있었음을 고려하면 그 적용영역이 점차 확대되어 가는 것을 쉽게 예상할 수 있다. 따라서, 뇌사설의 범리를 오해하여 말기환자의 삶의 질을 향상시키는 데는 오히려 역작용을 할 우려가 크다. 뇌사설을 전면적으로 도입하게 되면, 일단 환자가 뇌사로만 인정이 되게되면 안락사 시술여부에 대한 별도의 결정을 내릴 필요가 없게되고 그러한 환자를 대상으로 영양이나 수분공급 등 생명에 관계되는 치료를 중단하는 것이 정당화되기 때문이다. 자칫 생명경시 풍조로 이어질 수 있음을 경계하지 않을 수 없다.

4) 말기환자의 치료와 관련해서는 일반적 의료시설과 의료인만으로는 해결할 수 없는 많은 문제가 있다. 호스피스·완화의료의 몇가지 문제점을 의식하면서도, 인간적 존엄성을 유지하게 하는 환자중심의 프로그램을 가지고 의료인 뿐만 아니라 성직자와 사회사업가 등이 공동으로 전인적인 의료를 하는 호스피스의 제도화의 필요성을 느낀다.

참 고 문 헌

1. 문국진. 생명윤리와 안락사, 여문각 1999:243.
2. 김준호. 민법강의 5판, 법문사 1999:1058.
3. Bockelmann-Weber, Strafrecht, Allgemeiner teil, 1987:9:S133.
4. 이재상. 형법총론, 박영사 1998:107.
5. 이재상. 전계서 p 110.
6. 이상돈. 치료중단과 살인, 한국의료법학회 5월 학술세미나 연제집 1998:5:5.
7. 대법원은 상당인과 관계설을 취하면서도 행위가 피해자의 사망을 발생할 유일한 원인이거나 직접적인 원인이 되어야 하는 것은 아니라는 전제에서(대법원 1982. 12. 28, 82도 2525) 피해자의 과실이 결합하는 경우는 물론(대법원 1994. 3. 22, 93도 3612), 수술지연 등 의사의 과실이 경합하여 발생한 결과에 대하여도 인과관계를 인정하고 있다(대법원 1984. 6. 26. 84도 134).
8. 이재상. 전계서, p 134.; 김일수. 형법총론, 박영사, 1992:153.; 정성근. 인과관계와 객관적 귀속, 월간고시 1988:7:26.
9. 우리나라의 통설이며, 대법원 판례도 용인설의 입장을 분명히 하고 있다. [대법원 1987. 1. 20, 85도 221(공보 796-390); 대법원 1987. 2. 10, 86도 2338(공보 797-482).]
10. 임종식. 생명의 시작과 끝, 도서출판 로템나무 1999:247.
11. Powning AB. Euthanasia and the Right to Death, The Case for Voluntary Euthanasia, 1st Ed., Peter Owen, London, 1969.
12. 제이홀맨 위음(박재형의 옮김), 의료윤리의 새로운 문제들, 예영커뮤니케이션 1997:358; 문국진. 전계서 pp 264-271; 구영모. 생명의료윤리, 도서출판 동녘 1999:63.
13. 최재천. 의사는 살인죄의 주체가 될 수 있다. 의사의 도덕적 책임과 법률적 한계, 의협신보, 1998. 5. 21, p 12.