

# 조력사망(Aid in Dying)에 대한 고찰

이 지 은\*

## I. 들어가며

### II. 미국의 조력사망 제도

1. 조력사망과 적극적 안락사
2. 조력사망에 대한 논의
3. 조력사망의 법제화

### III. 캘리포니아 주의 임종선택법(End of Life Option Act)

1. 조력사망의 허용요건
2. 환자의 요건
3. 의사의 조력
4. 임종선택법 시행 이후의 현황

### IV. 결어 - 개정안의 검토를 곁하여

## I. 들어가며

의학의 발전은 이전에 불가능했던 질병의 진단과 치료를 가능하게 하는 눈부신 성과를 거두었지만, 한편으로 죽음의 과정을 장시간 연장시키는 것을 가능하게 하였다는 점에서 비극일 수도 있다. 많은 사람들이 병원의 중환자실에서 인공호흡기, 투석, 영양공급 튜브 등의 의료기기에 의존한 환자로서 생의 마지막을 맞고 있는데, 과연 이 환자들이 자연적인 죽음을 연기시킬 뿐인 “의학의 기적”을 원하고 있는지는 의심스럽다. 이러한 현실에서 치료가 불가능한 병으로 죽음이 예견되는 환자의 고통을 덜기 위해 생명을 인위적으로 단축시키는 죽음, 소위 안락사나 존엄사를 제도적으로 허용해야 하는가? 이 문제는

\* 논문접수: 2022. 6. 13. \* 심사개시: 2022. 6. 20. \* 게재확정: 2022. 6. 30.

\* 숭실대학교 법과대학 부교수.

지난 세기부터 침해한 법적·윤리적 논쟁의 대상이 되었다.

안락사는 고통이 없도록 환자의 생명을 단축하는 것을 의미하는 바, 직접적 안락사, 간접적 안락사, 소극적 안락사로 분류될 수 있다.<sup>1)2)</sup> 그리고 의사의 환자에 대한 치료의무 내지 생명유지의무를 이행하지 않는다는 의미의 소극적 안락사를 일명 존엄사로 지칭하기도 한다.<sup>3)</sup> 우리나라에서 존엄사에 관해 본격적으로 논의하기 시작한 것은 1997년 12월의 보라매병원 사건이 그 시초였다.<sup>4)</sup> 그리고 ‘김할머니 사건’ 등 일련의 사건에 대한 대법원 판결<sup>5)</sup> 이후 논의는 더욱 진전되어 2016년에 ‘호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(이하 ‘연명의료결정법’)<sup>6)</sup>이 제정되었다.<sup>6)7)</sup> 그리고 최근에는 연명의료결정법의 개정을 통해 ‘조력존엄사’를 합법화하려는 내용의 개정안이 발의되었다.<sup>8)</sup> 연명의료결정법 개정안은 “말기환자로서 수용하기 어려운 고통을 겪는 환자들의 경우에는 본인이 희망하는 경우 담당의사의 조력을 받아 자신이 스스로 삶을 종결할 수 있도록 하는 조력존엄사를 도입

1) 이재상, 형법각론, 박영사(2009), 22면.

2) 행위양태를 중심으로 적극적 안락사와 소극적 안락사로 나눌 수 있고, 환자의 자발적 의사 여부를 중심으로 자발적 안락사, 비자발적 안락사, 무자발적 안락사로 나눌 수 있다. 김선택, “의사조력자살의 합법화: 세계적 동향”, 한국의료법학회지(제26권 1호), 2018, 29-30면 참조.

3) 주호노, “존엄사의 허용요건과 법제화의 방향”, 한국의료법학회지(제21권 1호), 2013, 173면.

4) 대법원 2004. 6. 24. 선고 2002도995 판결. 환자는 퇴원 후 집으로 옮겨지는 과정에서 사망하였는데, 대법원은 “인간의 생명과 관련된 의료행위는 법의 중 최고의 가치를 가지는 인간의 생명을 이유 여하를 불문하고 보호해야 한다는 원칙을 포기해서는 안된다”고 하였다.

5) 대법원 2009.05.21. 선고 2009다17417 전원합의체 판결. 이 판결의 다수의견은, 이미 의식의 회복가능성을 상실하여 더 이상 인격체로서의 활동을 기대할 수 없고 자연적으로는 이미 죽음의 과정이 시작되었다고 볼 수 있는 회복불가능한 사망의 단계에 이른 후에는, 의학적으로 무의미한 신체침체 행위에 해당하는 연명의료를 환자에게 강요하는 것이 오히려 인간의 존엄과 가치를 해하게 되는 것으로 판단하였다.

6) 이윤성, 연명의료결정 법제화 백서, 국가생명윤리정책원, 2018, 3면.

7) 이 법은 연명의료결정에 관한 부분과 호스피스 완화의료에 관한 부분으로 구분된다. 연명의료 결정에 관한 부분의 제정이유는 연명의료에 대한 기본원칙, 연명의료결정의 관리체계, 연명의료의 결정 및 그 이행 등에 필요한 사항을 정해 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정을 제도화함으로써 환자의 자기결정을 존중하고 환자의 존엄과 가치를 보장하려는 것을 그 목적으로 한다(연명의료결정법 제3조 제1항).

8) 의안번호 2115986, 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 일부개정법률안(2022.6.15.안규백의원 대표발의).

함으로써 삶에 대한 자기 결정권을 증진하려는 것”을 목적으로 하며 그 대상과 절차에 일정한 제한을 두고 있다.<sup>9)</sup> 이 개정안에서 ‘조력존엄사’란 ‘조력존엄사 대상자’가 본인의 의사로 담당의사의 조력을 통해 스스로 삶을 종결하는 것을 말한다(개정안 제2조 제10호).

사망시기를 인위적으로 앞당겨 생을 마치고자 하는 환자에게 의사가 치명적 약물의 종류와 치사량을 알려주거나 직접 약물을 처방하거나 또는 약물을 환자가 이용가능한 상태에 둬으로써 환자의 자살을 용이하게 하는 행위를 지칭하기 위해 종래 ‘의사조력자살(Physician-Assisted Dying)’, ‘임종을 위한 의료적 조력(Medical Aide in Dying)’, ‘생명 종기의 선택(End of Life Choice)’, ‘조력사망(Aid in Dying)’ 등 다양한 용어가 쓰였는데,<sup>10)</sup> 이 중 ‘의사조력자살(Physician-Assisted Dying)’이라는 용어가 가장 널리 사용되었다. 그런데 ‘의사조력자살’은 “의사가 삶을 마치기를 희망하는 환자에게 자살의 수단과 방법을 제공하여 환자의 자살을 도와주는 행위를 하는 것”으로 폭넓게 정의되기도 하고,<sup>11)</sup> “불치의 질병으로 참을 수 없는 고통 하에 있을 때 그의 요청으로 의사가 치명적인 약물을 처방하고 환자가 그 약물을 복용하거나 스스로 주사를 놓아 사망하는 것”으로 정의되기도 한다.<sup>12)</sup> 한편 호주나 영국에서는 의사조력자살 중 특히 말기환자에게 시행되는 의사조력자살을 가리켜 ‘조력사망’이라는 용어를 사용한다.<sup>13)</sup>

현재 미국에서 조력사망은 “말기질환자인 성인이 의사결정능력이 있는 상

9) [http://likms.assembly.go.kr/bill/billDetail.do?billId=PRC\\_D2T2G0V5I2T6C1U1L3E1I2D8W5Y4Z2](http://likms.assembly.go.kr/bill/billDetail.do?billId=PRC_D2T2G0V5I2T6C1U1L3E1I2D8W5Y4Z2).

10) 성경숙, “의사조력자살의 허용에 관한 고찰”, 법학연구(제27권 4호), 2019, 213면; 엄주희 6면.

11) 성경숙(주 10), 213면.

12) 김선택(주 2), 28면; 같은 의미에서 장한철, “의사조력자살의 허용을 위한 법정정책 고찰”, 법과 정책연구(제18권 4호), 2018, 58-59면에서는 의사조력자살을 “일반적으로 말기상태의 환자가 극심한 통증에 시달리고 있는 상태에서 환자 스스로가 존엄성을 유지하면서 생명을 끊는 데 필요한 수단이나 그것에 관한 정보를 의사가 제공함으로써 환자의 죽음을 용이하게 하는 것”으로 정의한다.

13) 엄주희·김명희, “호스피스·완화의료와 의사조력자살 간 경계에 관한 규범적 고찰”, 법학연구(제28권 2호), 2018, 7면.

태에서 사망을 앞당길 의도로 주치의에게 약물 처방을 부탁하여 실행할 수 있는 것”이라고 정의된다.<sup>14)</sup> 최근 미국에서는 자살과 연결된 부정적인 암시를 피하기 위하여 ‘의사조력자살’ 대신 ‘조력사망’이라는 용어의 사용이 증가되고 있다.<sup>15)16)</sup>

생각건대, 자살에 대한 조력은 자살방조로서 원칙적으로 법에 의해 허용되지 않는다는 점, 그리고 환자의 요청에 의해 의사가 약물을 처방 또는 공급한 후 환자가 실제로 생명을 단축하고자 하는 의도로 약을 복용하여야 ‘자살’이라는 결과가 발생한다는 점을 고려할 때,<sup>17)</sup> 결과 발생 이전 단계에서 의사의 조력행위의 허용여부 및 그 허용범위를 논할 때에는 ‘조력사망’이 더 적합하다고 생각한다.<sup>18)19)</sup>

이 논문에서는 우리 나라보다 앞서 존엄한 죽음에 대한 논의를 시작하여 환자의 자기결정권을 제도화하였으며 2000년대 이후 여러 주에서 조력사망의 법제화를 진행한 미국에서 어떤 논쟁이 있었는지를 살펴보고 캘리포니아의 입

- 14) Cindy Cain, Implementing Aid in Dying in California: Experiences from Other States Indicates the Need for Strong Implementation Guidance. Policy Brief UCLA Cent Health Policy Res. (2016), p.1.
- 15) Alan Meisel, A History of the Law of Assisted Dying in the United States, SMU Law Review, Forthcoming (2020), p.73.
- 16) 조력사망에 있어 의사는 약을 처방해줄 뿐 자살에 조력하는 것이 아니므로 의사조력자살이라는 용어가 부당하다고 지적된다. Donna J. Jackson, Michael A. Kirtland, Getting Started with Advance Directives, American Bar Association (2020), p.33.
- 17) 오리건 주와 캘리포니아 주의 보고서를 보면 실제 사망조력 약물을 처방 받은 환자 중 약 3분의 1정도는 약물을 복용하지 않았다. <https://www.oregon.gov/oha/PH/Pages/index.aspx>; <https://www.cdph.ca.gov/Programs/CHSI/Pages/End-of-Life-Option-Act-.aspx>.
- 18) 반면 의사조력자살이 환자 본인에 의한 직접적 사망조력라는 중요한 개념적 표지를 쉽게 나타내고 환자요청에 의하지 않은 안락사와 구분할 필요가 있기 때문에 ‘의사조력자살’이라는 용어를 선택한 논문으로, 김선택(주 2); 의사의 자살방조의 합법화 여부에 관해 논의하면서 ‘일반인’이 아닌 조력주체를 의사에 한정한다는 점을 강조하여 ‘의사자살방조’의 용어를 사용한 논문에, 이인영, “미국의 의사자살방조에 관한 법리 논쟁과 입법에 관한 고찰”, 법학연구(제33권 1호), 2022; 조력사망이나 존엄사라는 용어는 호스피스·완화의료나 적극적 안락사를 칭하는 의미로 모두 사용될 수 있어서 그 의미가 애매하고 윤리적 경계도 흐릴 수 있기에 ‘의사조력자살’이라는 용어를 사용한 논문에, 엄주희·김명희(주 13).
- 19) 따라서 이 논문에서는 연혁적으로 또는 법적인 용어로 사용되는 경우를 제외하고는 삶이 얼마 남지 않은 환자에게 의사들이 자살의 수단과 방법을 제공하는 행위에 대해 ‘조력사망’이라는 용어를 사용하기로 한다.

중선택법 및 법 시행 이후의 결과를 분석하기로 한다.

## II. 미국의 조력사망 제도

### 1. 조력사망과 적극적 안락사

생명을 종결하는 모종의 행위가 개입되는 안락사를 적극적 안락사라고 하는데, 가령 의사가 말기환자의 고통을 덜기 위해 치명적인 약물을 직접 주입하는 행위는 여기에 해당할 것이다. 그런데 동일한 상황에서 환자에게 약물을 처방하고 환자가 그것을 스스로 복용하도록 하는 것이 적극적 안락사에 해당할 것인가? 조력사망은 환자의 고통을 제거하기 위해 적극적으로 환자의 생명기간을 단축시키는 처치로서 환자의 자살에 대한 조력이 자살에 유용한 정보나 수단을 제공하는 적극적 작위형태라는 점에서 자발적·적극적 안락사의 특징을 가진다.<sup>20)</sup> 그러나 조력사망의 경우에는 의사가 직접 사망의 실행행위를 수행하는 것이 아니라 자살의 궁극적 수단과 기회를 제공함으로써 환자의 사망에 도움을 줄 뿐 죽음에 이르는 결정적 행위는 환자가 이행한다. 요컨대 환자의 행위가 사망의 직접적 원인이 되므로 조력사망은 적극적 안락사와는 구분하여야 한다.<sup>21)</sup>

현재 조력사망을 합법화한 지역으로는 네덜란드, 벨기에, 룩셈부르크, 스위스, 독일, 캐나다 이외에 미국의 캘리포니아 주 콜로라도 주, 하와이 주, 메인 주, 몬타나 주, 뉴저지 주, 오리건 주, 버몬트 주, 워싱턴 주, 뉴멕시코 주, 워싱턴 DC가 있다.<sup>22)</sup> 스위스에서는 1941년부터 조력사망이 합법화되었고, 네덜

20) 안락사를 사망의 양태로 분류하면 자발적/비자발적 안락사, 직접적/간접적 안락사, 적극적/소극적 안락사로 분류할 수 있다. 조력사망은 자발적/직접적/적극적 안락사에 해당할 수 있다. 김선택(주 2), 29면; 엄주희·김명희(주 13), 6면.

21) Alan Meisel(주 15), pp.121-122.

22) <https://compassionandchoices.org/resources/states-or-territories-where-medical-aid-in-dying-is-authorized>.

란드(2002년), 벨기에(2002년), 룩셈부르크(2009년)에서도 관련 법률이 시행 중이다. 이들 유럽 국가에서는 신체적 고통뿐 아니라 심리·정신적 고통을 겪는 환자들도 조력사망을 요청할 수 있어,<sup>23)</sup> 조력사망의 대상이 되는 환자의 범위가 미국보다 광범위하고 일정한 요건 하에 적극적 안락사도 합법화하고 있다.<sup>24)</sup> 스위스에서는 의사 아닌 제3자가 환자의 사망에 조력할 수 있고<sup>25)</sup> 네덜란드와 벨기에에서 법률은 의사가 직접 약물을 투여하는 것이 허용된다. 벨기에의 법률은 안락사에 관하여 가장 급진적이라고 평가되는 바, 의사는 말기환자뿐 아니라 우울증, 말기질환의 어린이환자에게까지도 의사에 의한 안락사를 허용한다.<sup>26)</sup> 그러나 조력사망을 인정하는 미국의 각 주는 적극적 안락사를 허용하지 않고, 사망이 임박한 말기질환의 환자에게 의사가 치명적 약물의 종류와 치사량을 알려주거나 직접 약물을 처방하거나 또는 약물을 환자가 이용가능한 상태에 둬으로써 환자의 자살을 용이하게 하는 행위만을 허용하고 있다. 미국 전역에서 환자가 아닌 다른사람이 약물을 주입하는 행위 등 적극적 안락사에 의한 생명종료는 엄격히 금지된다.<sup>27)</sup>

조력사망은 적극적 안락사와는 다르지만 인위적인 생명의 단축을 의도한 행위이기 때문에 범죄행위로 취급될 가능성이 있고, 실행에 있어 의사의 행위가 개입되기 때문에 의료윤리적으로 정당하지 못하다는 비판의 대상이 될 수 있다. 다음에서는 조력사망의 법제화에 이르기까지 이와 관련하여 미국에서의 논의된 사항을 살펴본다.

23) Amanda M. Thyden, *Death with Dignity and Assistance: A Critique of the Self-Administration Requirement in California's End of Life Option Act*, 20 *Chap. L. Rev.* 421 (2017), pp.428-430.

24) 김선택(주 2), 221-223면.

25) 단, 스위스에서는 캘리포니아 등 미국의 주들과 마찬가지로 약물을 직접 복용하는 행위는 환자 스스로 할 것을 요한다. 스위스에서는 'EXIT'라고 알려진 단체의 직원과 자원봉사자들이 환자의 조력사망을 돕고 있으며 스위스 외 다른 국적의 환자도 도움을 받을 수 있다. Amanda M. Thyden(주 24), p. 429.

26) 현재 미국에는 유럽 일부 국가와 같은 급진적 입법의 지지자가 매우 소수일 것이라고 한다. Amanda M. Thyden(주 24), p. 430.

27) Oregon Death with Dignity Act 127.880.section 3.14.; California Health and Safety Code, part 1.85, sections 443.18 등.

## 2. 조력사망에 대한 논의

미국에서 이전까지 금기시되던 주제인 죽음이 사회의 쟁점으로 부상한 것은 1970년대였다. 1970년대 초반에 자발적인 안락사를 허용하는 법안들이 일부 주에서 제안되었으나 입법화되지는 못했다.<sup>28)</sup> 그러나 지속적 식물상태에 빠진 환자의 연명의료장치 제거를 둘러싼 논란을 일으켰던 퀴란(Quinlan) 사건<sup>29)</sup>은 사회의 관심을 높여 1980년대 ‘죽을 권리 운동(right-to-die movement)’을 고조시켰다. 이로써 생전유언(Living Will)’에 대한 일반인들의 이해와 관심도 높아졌다.<sup>30)</sup> 1976년 캘리포니아 주는 자연사법(Natural Death Act)을 제정하여 말기질환의 경우 일정한 치료를 환자가 원하거나 거부할 수 있는 권리를 부여한 첫 번째 주가 되었다. 이후 자연사법의 예를 따라 동일한 종류의 법률이 다른 주에서도 제정되었다.<sup>31)</sup> 퀴란 사건에 이어 미국 연방대법원에서는 크루잔(Cruzan) 사건에서 처음으로 환자의 의사가 분명하고 설득력 있게 표현되었다면 연명의료장치를 제거할 수 있다고 판단하였다.<sup>32)</sup> 1986년까지 50개 주 모두에서 자신이 의사능력을 상실했을 때를 대비하여 의료행위 관련 결정권을 대리할 수 있는 사람을 지정하는 문서(durable power of attorney for health care, health care proxy)가 법적인 효력을 인정

28) Alan Meisel(주 15), pp.133-134.

29) In Re Quinlan, 355 A.2d 647,1976. 이 판결에서 법원은 식물인간 상태의 환자의 부모가 환자를 대신하여 연명장치를 제거하는 것을 허용하였다.

30) 생전유언은 가족과 의료진에게 판단의 지침으로 제시되었으나, 당시에는 법적으로 효력이 있는 것이 아니었다. 뉴저지 주의 의료진과 의료시설들은 후견주의에 입각하여 또는 법적 책임을 우려하여 생전 유언을 따르지 않았다. 최초로 생전 유언(living will)의 개념을 주장하였다고 여겨지는 루이스 커트너는 “환자의 신체적 상태가 완전히 식물상태에 이르고, 그가 그의 정신적 신체적 능력을 회복할 수 없을 것이 명백하다면, 의학적치료는 중단되어야 한다”고 주장했다. Luis Kutner, Due process to Euthanasia: The living will: A proposal, 44 IND. L.J.551(1969).

31) Donald Smith, Right-to-Die Policies in the American States: Judicial and Legislative Innovation (American Legal Institutions), Lfb Scholarly Pub Llc (2002), p.14.

32) Cruzan v. Director, Missouri Department of Health, 497 U.S.160. 크루잔 판결은 죽어가는 환자의 권리를 연방대법원에서 명시적으로 인정한 최초의 판결이었으며 원치 않는 연명치료를 거부할 권리를 법제도 내에 공고하게 성립시켰다고 평가된다. David Orentlicher, Cruzan and Surrogate Decision-Making, 73SMU L. REV. 155(2020), p. 156.

받았다.<sup>33)</sup> 1990년에 환자자기결정법(Patient Self Determination Act)이 제정되기 전에도 대부분의 법률이 임종기의 처치에 관한 자신의 소망을 미리 표현하고 그러한 의료적 처치를 중단시키기를 표현하는 것이 판례법에 의해 허용되었다.<sup>34)</sup>

1990년대 들어, 죽을 권리에 관한 논의는 연명의료 중단에 관한 논쟁에서 좀더 적극적인 행위, 즉 조력사망에 대한 논의로 이어졌다. 조력사망에 대한 대중적 관심을 고조시킨 몇 가지 사건이 있었는데, 대표적인 것이 뉴욕주 의사인 켈(Timothy Quill) 박사가 백혈병 환자에게 바르비 투르산염을 제공하여 환자를 사망하게 한 사건과<sup>35)</sup> 환자에게 치명적 약물이나 일산화탄소를 주입하는 자살기계를 만든 케보키언(Jack Kevorkian) 사건이다.<sup>36)</sup> 이후 의사조력자살의 합법화를 지지하는 관련 단체들이 의사, 말기환자 등과 함께 소송을 제기하였다. 미국 연방대법원의 의사조력자살의 합법화와 관련된 중요한 판결로는 1997년의 Washington v. Glucksber 판결과 Vacco v. Quill 판결이 있다.

Washington v. Glucksber 판결에서<sup>37)</sup> 의사조력자살의 합법화를 반대한 연방대법원의 논리를 보면, 일단 자살을 금지하는 입법은 국가의 역사와 법적 전

33) Capron, A. M., "Should Some Morally Acceptable Actions of Killing and Letting Die be Legally Prohibited and Punished?", Tom L. Beauchamp(ed), *Intending Death - The Ethics of Assisted Suicide and Euthanasia*, Prentice Hall, 2005, pp.55~56.

34) Donna J. Jackson, Michael A. Kirtland(주 16), p.7.

35) 켈 박사는 의사조력자살에 대한 공개적 토론을 하기 위해서 자신의 이름을 밝히고 기사를 의학저널에 게재하였다. 검사는 기소 여부를 결정하는 대배심에 켈 박사 사건을 회부하였으나 배심원들을 기소를 인정하지 않았다. Alan Meisel(주 15), p.141.

36) 케보키언은 법원에서 2급 살인죄로 유죄판결을 받고 징역형을 선고받았다. Alan Meisel(주 15), p.142.

37) 의사, 단체, 말기환자로 구성된 청구인은 심각하고 고통스러운 말기질환 상태에서 의사에게 자살에의 조력을 요청하는 것은 수정헌법 제14조에 의해 보호되는 자유이익에 근거하며, 이에 따라 조력자살을 중범죄로 처벌하는 워싱턴주 법률이 위헌이라는 주장을 하면서 소송을 제기했다. 제1심법원은 주법률이 위헌이라고 판단했고 연방항소법원 또한 제1심법원의 판결을 인정했으며 개인이 자신이 죽을 시간과 방법을 통제할 수 있는 자유권이 헌법의 적법절차조항에 의해 보호될 수 있다는 결론을 내렸다. Glucksberg, 521 U.S. at 724-726. 그러나 연방대법원은 주법률이 인간의 생명을 보존하고 자살을 방지하게 하고 의사라는 전문직의 고결성을 보호하고 취약계층을 보호하는 것을 포함하여 주의 이익인 공익보호와 합리적으로 연결되어 있으므로 수정헌법 제14조의 적법절차 조항을 위반하지 않는다고 하였다. 이 사건의 1심판결부터의 상세한 내용은 김선택(주 2), 32-43면 참조.

통과 관행에 뿌리내린 것으로 자살을 조력할 권리는 적법절차조항(Due Process Clause)에 의해 보호되는 근본적인 자유이익이 아니라고 보았다. 그리고 조력자살을 금지하는 주법률은 설득력 있는 이익(compelling state interest)을 가지고 있는 바, 첫째, 생명의 보존의 이익을 반영하고, 둘째, 의료 전문직의 무결성과 윤리를 보호하려는 이익을 가지고 있으며, 셋째, 취약한 계층을 보호해야 하는 정부의 이익이 있다. 넷째, 소위 ‘미끄러운 비탈길’ 논리에 근거하여,<sup>38)</sup> 의사조력자살을 허용함으로써 자발적 안락사로, 나아가 비자발적인 안락사로 미끄러져 내려가는 것로부터 사회를 보호하는 이익이 있다. 다섯째, 환자의 말기진단과 예후에는 불확실성이 있으므로 불확실한 진단에 근거한 환자의 사망조력 요청은 진정한 자발적 의사가 아닐 수 있다. 이와 같은 논리에서 연방대법원은 의사조력자살을 금지하는 주법률이 정당화될 수 있다고 보았다.<sup>39)</sup>

연방대법원은 또한 *Vacco v. Quill* 판결에서 연명의료중단을 인정하면서도 의사조력자살을 금지하는 뉴욕주 법률이 수정헌법 제14조를 위반하지 않는다고 하였다. 의사가 적극적으로 환자를 죽이는 것과 의도적으로 환자를 죽게 내버려 두는 것에는 차이가 있고 공격적인 완화의료는 정당하다고 규정한 법조항도 헌법에 합치한다고 해석하였다.<sup>40)</sup>

그러나 2009년 몬타나 주 대법원은 *Baxter v. State* 판결에서<sup>41)</sup> 말기환자의 생명종결에 대한 자율적인 동의는 환자의 자살에 조력하는 의사를 살인혐의로부터 벗어날 수 있게 한다고 보았다. 그리고 살인죄 처벌의 규정은 생명보존의 이익에 기여하지만 말기환자의 사생활 보호와 존엄성에 대한 헌법적 권리와 균형을 이루어야 하며, 의료전문직의 무결성을 보호하기 위해서는 조력사망에 참여하는 의사를 면책시키고 참여하지 않는 의사를 이행에서 배제하

38) 조력사망을 입법화하는 것은 우울증이나 노령인구의 안락사, 또는 신체적 장애를 가지고 있고 책임능력이 없으며 사회가 삶이 무가치하다고 판단하는 사람들의 비자발적인 안락사를 초래할 가능성이 있다는 지적이다. 성경숙(주 10), 226면.

39) *Whashington v. Glucksberg*, 521 U.S.702(1997).

40) *Vacco v. Quill*, 521 U.S. at 802.

41) *Baxter v. State*, 2009 MT 449.

도록 하면 된다고 보았다. 또한 말기환자의 의사결정능력의 적격 여부의 문제는 의료계 안에서 해결할 수 있을 것으로 예상하였다.<sup>42)</sup>

조력사망과 관련한 연방대법원의 판결을 보면, 조력사망이 생명의 종결을 인위적으로 앞당긴다는 데에서 기인하는 문제 이외에도 의사의 윤리적 문제와 비자발적 안락사의 위협에 대한 우려가 드러나 있다. 국가 또는 주(州)는 생명 보호 의무와 의료의 남용으로부터 취약층을 보호해야 할 기본권 보호의무가 있다고 판단하면서, 청구인들이 죽을 권리(right to die)라고 주장하는 의사조력자살의 권리는 헌법적 권리가 아니기 때문에 헌법상 보장되지 않는다고 결론지었으나, 결국 말기환자의 고통과 필요를 해결해주는 문제를 입법에 맡겨 해결할 수 있다고, 즉 법률의 문제라고 판시하였다.<sup>43)</sup>

### 3. 조력사망의 법제화

한편에서는 시민단체의 주도 하에 주민투표의 방식인 유권자 이니셔티브(voter initiatives)가 시도되었다. 유권자 이니셔티브의 지지자들은 1994년 오리건주의 법률을 존엄사법(Death with Dignity Act)라는 이름으로 주민투표에 부쳐 승인되기에 이르렀다.<sup>44)</sup> 이러한 노력의 결실으로 1997년에 오리건주에서 의사조력자살을 허용하는 존엄사법이 통과되었다. 이 법은 환자의 조력사망 요청은 유효하고 합법적이므로 의사는 법적 책임의 부담 없이 그 요청에 응할 수 있다고 허용한 것이다. 이 법률에 따른 의사의 행위는 어떤 의도이든 법적 자살이나 조력자살, 또는 살인에 해당하지 않는다.<sup>45)</sup> 또한 이 법에 따라 선의로 참여한 자는 민사적, 형사적 책임이나 직업적 징계를 받지 아니하고 선의의 참여자에 대하여 비난, 징계, 자격정지, 자격박탈, 권한 정지 등이나 또 다른 처벌을 과할 수 없다.<sup>46)</sup> 환자는 의사결정 능력이 있는 오리건 주의 주민

42) Baxter v. State, 2009 MT 449. pp.252-253.

43) 오코너 대법관은 환자가 죽을 권리(right to die)를 가지고 있다고 결정하는 것은 주의 입법정책에 달려있다고 보았다. Amanda M. Thyden(주 24), pp.424-425.

44) Alan Meisel(주 15), p.146.

45) Oregon Death with Dignity Act 127.880 section.3.14..

이면서 담당의사와 자문의사에게 말기질환의 진단을 받은 환자여야 한다.<sup>47)</sup> 이러한 환자가 인간적이고 존엄한 방법으로 생을 종결하기 위해 서면으로 약물 처방을 요청해야 한다. 담당의사는 환자가 말기질환자인지, 의사결정능력이 있는지, 자발적으로 요청한 것인지를 확인하고 약물에 대한 정보를 제공해야 하며 환자가 언제든지 철회할 수 있음을 환자에게 설명해야 한다.<sup>48)</sup> 만약 의료인이 환자의 요구를 이행할 수 없거나 이행하기를 원치 않는다면, 새로운 의료인에게 전환시키고 요구가 있으면 의료기록의 사본을 제공해야 한다.<sup>49)</sup>

오리건 주의 존엄사법(Death with Dignity Act)이 1997년에 제정된 후, 워싱턴 주의 존엄사법(Death with Dignity Act)은 2009년에, 버몬트 주의 임종시 환자 선택 및 통제법(Patient Choice and Control at End of Life Act)이 2013년에, 캘리포니아 주의 임종선택법(AB-15 End of Life Option Act)이 2016년에, 콜로라도 주의 임종선택법(End of Life Option Act)이 2016년에, 워싱턴 DC의 존엄사법(Death with Dignity Act)이 2017년에, 뉴저지 주의 말기질환자를 위한 조력사망법(Aid in Dying for the Terminally Ill Act)이 2019년에 각각 제정되었다. 대부분의 법률이 오리건 주의 존엄사법을 모델로 하여 제정되었는데, 조력사망을 요청한 환자 스스로 약을 관리하고 복용할 수 있는 능력이 요구된다.<sup>50)</sup> 따라서 의사가 환자에게 투약하는 것은 허용되지 않으므로, 이 점에서 미국의 조력사망은 적극적 안락사와 분명히 구분된다.<sup>51)</sup> 의사는 환자에게 직접 투약하지는 않지만 환자의 요청이 있을 때 환자가 말기 환자이며 자발적 요청임을 확인해야 하며 환자에게 일정한 사항에 대해 설명을 해야 할 의무가 있다.

46) Oregon Death with Dignity Act 127.815.section 3.14.

47) 여기서 말기질환이란 치유불가능하고 회복불가능한 질병으로서, 합리적인 의학적 판단에 의해 6개월 이내 사망할 것이 의학적으로 진단되고 예측되어야 한다. Oregon Death with Dignity Act 127.805 section 1.01.

48) Oregon Death with Dignity Act 127.815.section 3.01.

49) Oregon Death with Dignity Act 127.885 section 4.01.

50) Megan Wright, Equality of Autonomy? Physician Aid in Dying and Supported Decision Making (March 02, 2021). 63 Arizona Law Review 157 (2021), p.164.

51) Megan Wright(주 51), pp.164-165.

워싱턴 주는 존엄사법(Death with Dignity Act)을 제정하여 미국에서 두 번째로 조력사망을 법제화하였다. 이때 법률명칭도 동일하였지만 법률의 구성과 내용도 오리건 주의 법률과 거의 차이가 없었다. 존엄사의 허용요건은 거의 일치하고 있다.

캘리포니아 주에서는 임종선택법(End of Life Option)을 2015년에 국회에서 통과시켰다.<sup>52)</sup> 18세 이상의 캘리포니아 주민으로서 말기 질환 환자일 것, 6개월 이내의 사망이 예견될 것, 설명을 들은 후의 동의(informed consent)를 할 수 있는 정신적 능력이 있을 것, 약물을 관리할 수 있는 신체적 능력이 있을 것을 환자의 요건으로 정하고 있다.<sup>53)</sup> 또한 2회의 구두 요청과 1회의 서면 요청이 필요하다.<sup>54)</sup> 그리고 단순히 노령이나 장애를 이유로는 조력사망을 실행할 자격이 없음을 특별히 언급하였다.<sup>55)</sup> 주치의, 자문의사(consulting physician)의 참석이 있어야 하며 환자가 설명 후 동의를 할 수 있도록 충분한 의료적 정보를 제공해야 한다.

그 외 버몬트 주의 환자의 임종선택 및 통제법, 콜로라도 주의 임종선택법, 워싱턴 DC의 존엄사법, 뉴저지 주의 말기질환자를 위한 조력사망법의 각 내용을 보면 조력사망의 허용요건은 대체로 유사하다. 이처럼 미국의 여러 주는 오리건 주의 존엄사법을 모델로 하여 유사한 내용의 조력사망제도를 법제화하였다.

### III. 캘리포니아 주의 임종선택법(End of Life Option Act)

#### 1. 조력사망의 허용요건

조력사망의 법제화 과정과 관련하여, 정책적 측면의 주요 반대논거를 요약

52) California Health and Safety Code, part 1.85, sections 443 to 443.9.

53) Washington Death with Dignity Act section 1–section 3.

54) California Health and Safety Code, part 1.85, section 443.3.

55) California Health and Safety Code, part 1.85, section 443.2 (b).

하면 다음과 같다. 첫째, 조력사망을 법제화할 경우에는 장애인과 같은 사회 취약계층이 조력사망을 선택할 수밖에 없는 분위기에서 사실상 비자발적 안락사를 택하게 될 부작용이 발생할 수 있다. 둘째, 질병의 고통 하에서 환자가 오랜 기간 고통을 감수하는 임종기를 보내기보다는 사망시기를 인위적으로 앞당기는 경향이 발생할 수 있어 완화의료의 수준이 저하될 수 있다. 셋째, 의사가 환자의 사망에 조력함으로써 의료윤리에 반하는 행위를 강제받을 수 있다.

미국에서 조력사망을 인정하는 각 주의 법률은 공통적으로 다음과 같은 규정을 두어 위와 같은 가능성을 완화하고자 한 것으로 보인다. 첫째, 조력사망의 대상이 되는 환자의 범위를 엄격하게 제한하고 있다. 환자는 말기질환의 환자로서 여명이 6개월 이하라는 진단을 받은 18세 이상의 성인이어야 한다. 둘째, 환자는 의사결정을 할 수 있는 정신능력과 약을 복용할 수 있는 신체적 능력이 있어야 한다. 미국에서 사전지시 또는 지정대리인을 통해 시행되는 연명의료 결정의 대상이 되는 환자의 범위와 비교하여 볼 때 조력사망의 대상이 되는 환자에게 훨씬 엄격한 요건을 두고 있다.<sup>56)</sup> 조력사망의 경우 약물의 주입 또는 섭취라는 직접적이고 확실한 수단을 통해 환자가 죽음에 이르게 되므로 연명의료중단의 경우보다 그 대상을 엄격하게 제한하고 있는 것으로 보인다. 셋째, 환자는 일정한 시간적 간격을 두고 구두와 서면의 요청을 해야 하며 이와 같은 요청은 언제나 철회할 수 있다. 넷째, 의사는 환자의 의사결정능력유무를 확인하고 정보를 제공한다. 다섯째, 의사의 무결성과 윤리를 보호하는 측면에서, 의사는 약물을 처방하지 않고 다른 의료기관에 환자를 전원시킬 수 있다. 요컨대 조력사망이 허용되는 환자의 요건 및 요청절차를 엄격하게 하는 한편 의사의 조력행위가 약물의 처방에 그치지 않고 환자의 신중한 결정에 기여하도록 하여 조력사망의 법제화가 가져올 수 있는 부작용을 완화하

---

56) 미국의 사전의료지시(advance directive) 제도에서 임종기(terminology)의 정의는 일반적으로 환자가 질병의 말기(terminal illness)에 있거나 지속적인 식물인간 상태에 있는 것을 요건으로 하지만 각주마다 다양한 범위의 대상 범위를 두고 있다. 오리건주는 효력요건을 가장 광범위하게 인정하는데, "질병의 말기, 영속적 무의식상태, 중증 질병, 특별한 고통"까지도 포함하고 있다. Donna J. Jackson, Michael A. Kirtland(주 16), p.417.

려한 것으로 보인다.

2015년 후반기에 캘리포니아 주는 임종선택법을 국회에서 통과시켜 미국에서 조력사망을 합법화한 다섯 번째 주가 되었다. 인구나 의료전달체계, 의료보험체계가 오리건 주와 다르지만 임종선택법은 오리건 주의 존엄사법 모델을 대체로 따랐다. 1997년 오리건의 존엄사법 이후 상당한 시간이 흘렀음에도 내용적으로 동일한 내용을 답습하고 있다는 점에서 비판이 있으나,<sup>57)</sup> 캘리포니아 주의 조력사망 합법화는 소위 ‘미끄러운 비탈길’ 효과의 발생 유무에 관해 관심을 모았다. 조력사망의 합법화가 사회적 취약집단에 속하는 사람들의 자살을 앞당기는가 여부를 확인하기 위해서는 캘리포니아 주의 법시행 이후의 결과가 중요한 의미를 가질 것이기 때문이다. 이미 오리건 주와 워싱턴 주에서 법 시행 이후의 결과가 축적되어 왔지만<sup>58)</sup> 그보다 더 다양한 인종적 민족적 구성을 가진 캘리포니아 주에서 좀 더 의미있는 정보를 얻을 것으로 예상되었다.<sup>59)</sup>

다음에서는 캘리포니아의 임종선택법을 중심으로 조력사망이 허용되기 위하여 환자가 갖추어야 할 요건과 절차, 그리고 의사의 조력행위의 내용을 살펴보기로 한다.

## 2. 환자의 요건

### 가. 말기환자

캘리포니아의 임종선택법은 사망을 앞당길 수 있는 치명적 약물을 요구하고 처방받아 사용하는 과정에서 요구되는 절차와 문서에 대해 규정한다. 이 법

57) Amanda M. Thyden(주 24), pp.430-432.

58) 오리건과 워싱턴에서 법 시행 이후 결과를 축적한 데이터는 그와 같은 염려가 실현되었다고 보기에는 어렵다는 것을 보여준다. 1996년 존엄사법을 제정한 오리건주의 보고서를 살펴보면, 인종별로는 백인이 97%로 가장 높고 교육의 정도는 대학 졸업 이상이 72%, 보험에 가입된 환자는 98%에 달했다.

59) Petrillo, Laura A et al. "California's End of Life Option Act: Opportunities and Challenges Ahead." *Journal of general internal medicine* vol. 31,8 (2016), p.829.

에서 사망조력 약물(aid in dying drug)이란 “의사의 자격이 있는 사람에 의해 처방되기로 결정되었으며 말기질환의 환자가 그의 죽음과 관련하여 스스로 관리하고 복용할 수 있는 약”이다.<sup>60)</sup> 여기서 조력사망이 가능하기 위해 요구하는 “말기의 질환(terminal disease)”요건은<sup>61)</sup> 의학적으로 치료불가능하고 비가역적인 질병으로 확인되었고 합리적인 의학적 판단 하에 6개월 내 사망을 야기할 질병을 의미한다.<sup>62)</sup>

### 나. 환자의 자발적 의사

임종선택법은 부당한 압박 없이 완전하게 설명을 듣고 환자 스스로 선택을 할 수 있는 사람들에게만 조력사망이 실행되도록 한다. 환자가 임종선택을 할 수 있는 요건으로서의 “의료결정을 할 능력”이란 환자의 주치의, 고문 의사, 정신과 의사 또는 심리전문의의 견해에서 환자가 의료결정의 본질과 결과를 이해할 수 있는 능력과 그 중요한 이득, 위험, 대안을 이해할 능력, 의료인과 설명에 의한 결정을 소통할 능력이 있음을 의미한다.<sup>63)</sup>

이러한 요건을 돕으로써 말기질환의 영향으로 의사결정능력이 약화된 환자와 그렇지 않은 환자 사이에 불평등을 야기한다는 견해가 있다. 치매 등 의사능력이 부족한 환자의 임종시에도 환자의 자율성을 존중하여 조력사망이 가능하도록 해야 한다는 것이다.<sup>64)</sup> 그러나 의사결정능력이 약화된 환자의 의사를 확인하기는 실질적으로 어렵고, 사망시기를 인위적으로 앞당기는 조력사망절차에서 환자의 자발적 의사가 명확하지 않으면 자칫 비자발적 안락사를 초래할 수도 있다.

조력사망에 필요한 약물을 요구하는 환자가 우울증 또는 다른 정신건강상

60) California Health and Safety Code, part 1.85, section 443.1.(a)

61) California Health and Safety Code, part 1.85, section 442.5(a).

62) California Health and Safety Code, part 1.85, section 443.1

63) California Health and Safety Code, part 1.85, section 443.22.

64) 미국의 사전지시(advance directive)제도에서 환자가 의사결정능력이 없는 경우에도 서면, 구두의 사전지시와 대리인을 통해 환자 본인의 의사에 근거하여 연명의료 중단을 할 수 있는 것과 비교하여 조력사망에서도 환자가 의사결정능력 상실 이전에 가졌던 자율성을 존중해야 한다는 견해에, Megan Wright(주 51), 165.

의 장애로 인하여 그러한 선택을 하는 경우도 있다. 이 경우 그와 같은 정신적, 심리적 상황에 치료가 행해진다면 조력사망을 선택하지 않을 수도 있다.<sup>65)</sup> 따라서 캘리포니아 주의 임종선택법은 의사의 우려가 있을 때는 정신건강에 대한 감정을 할 것을 요구하도록 하였다. 주치의는 환자의 정신능력을 평가해야 하고 환자가 자유롭게 의도적으로 선택하고 있음을 확실히 해야 하며, 조력사망의 대안이 될 수 있는 선택에 관해 설명해야 한다. 사망조력 약물이 환자의 관리하에 들어가기 전에, 환자의 약물 요청이 환자의 정신상태로부터 영향받았다는 우려가 있으면, 의사는 심리전문가나 정신과의사로부터 환자의 정신적 건강상태를 측정받을 것을 요구할 수 있다.<sup>66)</sup>

말기질환의 환자로 진단받은 성인은 주치의에게 두 번의 구두 요청과 한 번의 서면 요청을 해야 한다. 약물 처방의 요청은 최소한 15일의 간격을 두어야 하며, 그 외에도 법률에서 제시한 형식을 갖춘 서면의 형식을 의사에게 제시하여야 한다. 이 서면에는 증인 2인의 참석과 서명이 필요하다.

#### <환자의 약물 요청 서식><sup>67)</sup>

인간적이고 존엄한 상태에서 임종하기 위한 사망조력 약물을 요청함

나, \_\_\_\_\_는 의식이 분명한 성인이며 캘리포니아의 거주민으로서

\_\_\_\_\_으로 고통받고 있으며 주치의는 이것이 말기에 이르렀다고 판단하고 의학적으로 확인하였다

나는 내 병의 진단과 예상, 처방될 약물의 성질과 잠재적 부작용의 위험, 약물복용의 결과, 그리고 임종돌봄(comfort care), 호스피스, 완화치료, 고통 조절과 같은 가능한 대안 혹은 선택적인 부가적 조치에 대해 설명을 들었다.

65) Appelbaum P.S. 2016, Physician-assisted Death for Patient with Mental Disorders—REasons for Concern. JAMA Psychiatry 73(4), pp.325-326.

66) California Health and Safety Code, part 1.85, section 443.5(a).(1).

67) California Health and Safety Code, part 1.85, section 443.11.(a) 서식의 형태와 기술 내용은 오리건 주 존엄사법에서 제시된 서식(Oregon Death with Dignity Act 127.897 section 6.01.)과 거의 유사하다. 다른 주의 법률에서도 조력사망의 요청을 위한 서식을 제시하고 있는데, 지엽적인 부분에서는 차이를 보이지만 주요내용은 공통된다.

나는 복용시에 존엄하게 임종할 수 있는 사망조력 약물을 처방할 것을 주치의에게 요청하였고 주치의가 내 요청에 관하여 약사와 연락하는 것을 허용한다.<sup>68)</sup>

다음 중 하나에 표시할 것

- 나는 가족 구성원 중 한 명 이상에게 나의 결정을 알렸고 그들의 견해를 고려하였다.
- 나는 가족에게 나의 결정을 알리지 않기로 결정하였다.
- 나는 나의 결정을 알릴 가족이 없다.

나는 이 요청을 언제나 철회하거나 무효화할 수 있음을 알고 있다

나는 이 요청의 완전한 의미를 이해하며 처방될 약물을 복용하면 죽을 것임을 알고 있다.

나의 주치의는 약물 복용 후 즉각적으로 사망하지 않을 가능성에 대해 나와 상담하였다.

나는 자발적으로 억압 없는 상태에서 조건 없이 이 요청을 한다.<sup>69)</sup>

서명 \_\_\_\_\_

날짜 \_\_\_\_\_

증인 서약

우리는 다음 사항에 대해 서약한다. 이 요청을 한 사람은

- (a) 개인적으로 우리와 친분이 있거나 또는 우리에게 신원 증명을 하였다.
- (b) 우리가 출석한 앞에서 이 요청에 자발적으로 서명하였다.
- (c) 험박, 기망, 또는 부당한 압력 없이 정신이 분명한 상태로 보이는 사람이다.
- (d) 우리는 이 사람의 주치의, 자문의 또는 정신건강전문가 중 누구에도 해당되지 않는다.

\_\_\_\_\_ 증인 1/날짜

\_\_\_\_\_ 증인 2/날짜

68) 오리건 주의 서식에서는 약사에의 통지를 언급하지 않는다.

69) 오리건 주의 서식에서는 환자가 자발적으로 요청을 하고 있음을 밝히면서, 본인의 행위에 대한 도덕적 책임을 완전히 지겠다는 진술도 함께 한다.

### 다. 환자의 약물복용 능력

캘리포니아 주의 임종선택법은 오리건 주, 버몬트 주, 워싱턴 주가 그러했듯이 환자가 스스로 약을 복용할 능력이 있을 것을 요구하고 있다. 환자는 의사의 의해 처방된 방법으로 자신의 죽음을 결정할 사망조력 약물을 관리하고 섭취하는 의식적이고 신체적인 행위를 할 수 있어야 한다.<sup>70)</sup> 그러나 오리건의 존엄사법 이래 환자의 ‘자기복용(self-administration)’이 정확히 의미하는 바가 무엇인지 아직 기준이 제시된 바 없고, 캘리포니아 임종선택법의 법제화과정에서도 결국 그 의미를 분명히 밝히지 않았다.<sup>71)</sup> 다만 약물의 복용을 위한 마지막 명시적 행위는 환자가 해야 하는 것은 분명하다.

그런데 조력사망을 제도화하는 취지가 일정한 환자로 하여금 고통에서 벗어나 존엄하게 그들의 생명을 통제하고 종결할 수 있도록 허용하는 것이라면, 그러한 의사가 분명하고 의사결정능력이 있으나 약물을 복용할 신체적 능력을 상실한 환자에게까지 그러한 요건을 요구하는 것은 일견 불합리하다고 볼 수도 있다. 사실상 말기질환으로 고통을 겪고 있는 상태의 환자는 그와 같은 신체적 능력을 유지하기 어려울 가능성도 크다. 그러나 약물을 스스로 복용할 능력을 요구하는 목적은 본래 임종의 현실이 다가왔을 때 환자가 마음을 바꾸는 경우 사망이 강제되지 않도록 하기 위한 것이다.<sup>72)</sup> 또한 적극적 안락사와 조력사망을 구분하는 결정적인 기준은 사실상 사망을 직접적으로 야기하는 행위를 누가 하는가에 달려있기에, 적극적 안락사를 금하는 한 조력사망의 요건으로서 환자의 약물복용능력을 요구하는 것은 불가피하다고 할 것이다.

## 3. 의사의 조력

주치의(attending physician)란 환자의 말기질환 치료에 있어 주된 책임이

70) California Health and Safety Code, part 1.85, section 443.1.

71) 오리건 주 존엄사법 상 ‘자기복용’은 넓게 해석되어, 제3자가 환자의 약을 건네주고 처방된 약을 물에 혼합하는 행위도 허용되었다고 한다. Amanda M. Thyden(주 24), p.433.

72) Amanda M. Thyden(주 24), p.432.

있는 의사이다.<sup>73)</sup> 자문의사(consulting physician)란 주치의와 독립적으로 환자의 말기질환에 관해 전문적 진단과 예측을 할 전문성 및 경험이 있는 자격이 있는 의사이다.

환자의 조력사망 요청이 있을 때 의사는 조력약물의 처방전을 작성하기 전에 먼저 그 요청에 영향을 주었을 환자의 신체적 심리적 정신적 문제를 파악하고 만약 정신적 문제가 있다고 판단될 경우에는 이를 진단하기 위해 면허 있는 심리학자 또는 정신과의사에게 환자를 보내야 한다.<sup>74)</sup> 뿐만 아니라 의사는 일정한 사항에 대해 정보를 환자에게 제공하여야 한다. 캘리포니아 주의 임종선택법에서 환자에게는 “임종선택에 관해 의사로부터 정보를 제공받을 법적인 권리”가 인정된다.<sup>75)</sup> 이 법은 의사가 환자에게 알려야 하는 임종선택 관한 정보의 상세한 목록을 특정하고 있는데, 이는 의료적인 정보에 국한되지 않고 환자 자신이 가지는 법적 권리와 같은 것도 포함된다. 말하자면, 이 법에서 의사의 조력이란 조력사망의 실행을 위한 조력뿐 아니라 환자의 자발적이고 신중한 결정을 위한 정보제공까지 포함한다고 할 수 있을 것이다.

환자는 임종까지 환자 스스로 관리할 약물의 처방을 요구하고 획득하고자 약물을 요청하는 결정을 하는 것인데, 이것은 그와 관련된 이해와 지식에 기초하여야 한다. 따라서 주치의는 환자에게 ① 환자에 대한 의학적 진단과 예측, ② 처방된 약물을 복용하는 것과 관련된 잠재적 위험, ③ 처방된 약물을 복용함으로써 발생 가능한 결과, ④ 환자가 약물을 획득하지 않기를 선택할 수 있고 또는 약물을 획득하지만 그것을 섭취하지 않기로 결정할 수도 있다는 가능성, ⑤ 임종돌봄(comfort care), 호스피스, 완화치료, 고통 조절과 같이, 실현가능한 대안 혹은 부가적인 치료의 기회에 대한 완전한 정보를 제공해야 한다.<sup>76)</sup>

73) California Health and Safety Code, part 1.85, section 443.22.(c).

74) California Health and Safety Code, part 1.85, section 443.5(a).(1).

75) 그런데 환자가 임종선택에 관한 대화를 요구해야 하는 것이고, 의사는 환자로부터 요청을 받지 않으면 임종선택에 관해 알려야 할 의무가 없다. California Health and Safety Code, part 1.85, section 442.5(a)(2).

76) California Health and Safety Code, part 1.85, section 443.1.(j) 그러므로 조력사망을 요청한 환자는 그들이 호스피스·완화의료 등을 받고 있지 않은 경우에도 그에 대한 정보를 제공받

그 외에도 의사는 실무에 있어서 환자로부터 조력사망의 문의가 있는 경우에 이에 어떻게 응답하는지, 그리고 환자의 의사결정능력을 어떻게 평가할 수 있는지를 알 필요가 있다.<sup>77)</sup>

위와 같은 규정은 의료적 결정을 내릴 때 환자의 자율성을 보장하기 위해 '설명에 의한 동의(informed consent)'일 것을 요구하는 미국의 판례 및 입법 원칙과 같은 맥락에서 볼 수 있다.<sup>78)</sup> 이 개념에 따르면 의사는 환자에 대한 특별한 과정의 수행을 설명하도록 요구되는데, 개념의 도입 초기에 이것은 의사가 최선이라고 판단한 과정에 대해 환자의 동의를 얻기 위한 설득의 수단으로 사용되었다. 따라서 이때 설명에 의한 동의라는 개념은 의료적 후견주의 혹은 환자의 무지라는 사고를 바탕으로 하였다.<sup>79)</sup> 그러나 현재 설명에 의한 동의란 환자의 동의가 진정한 자기결정의 실현이 되기 위해 의사가 충분한 정보를 표시했는가 여부에 관한 것으로 초점이 이동하였고, 의사가 단순히 정보를 밝히는 것으로는 충분하지 않고 환자와 의사 간의 의사소통을 요구하게 되었다.<sup>80)</sup> 한편 임종기의 선택에 있어 환자는 의사, 의료인들과의 더 나은 소통을 원하며 그러한 소통이 관계의 기초를 이루기 때문에 의사가 임종시의 선택에 관한 대화를 하는 것은 환자의 복지 및 환자 사망 이후 가족의 적응에 큰 도움이 된다고 한다.<sup>81)</sup>

의사는 조력사망을 원하는 환자에게 정보를 제공하는 것을 자살에 대한 조

계 된다.

77) Orentlicher D, Pope TM, Rich BA. Clinical Criteria for Physician Aid in Dying. *J Palliat Med.* 2016 Mar;19(3) (2016), pp.259-260.

78) 벤자민 카도조 판사가 "성년으로서 온전한 정신을 가진 사람은 모두 그의 신체에 무엇이 행해질 것인지를 결정할 권리를 가진다"고 한 판결(Schloendorff v Soc'y of N.Y./hosp., 105 N.E.92,93(N.Y.1914)에서 처음으로 '설명에 의한 동의'의 개념이 도입되었다고 한다. Mary Rose Shelley, Talking About the Taboo Topic of Death: State and Federal Initiatives to Reach Informed Consent at the End of Life Through Advance Care Planning, *Drake Law REview* vol.65 (2017), p.586.

79) Jaime Staples King & Benjamin W. Moulton. Rethinking Informed Consent: The Case for Shared Medical Decision-Making, 32 *AM. J.L.&MED.* (2006), p.437.

80) Jaime Staples King & Benjamin W. Moulton(wn 79), p.438.

81) Megan Wright, End of Life and Autonomy: The Case for Relational Nudges in End-of-Life Decision-Making *Law and Policy*, 77 *Md. L. Rev.* (2018), pp.1087-1088.

력으로 여겨 의료인의 직업윤리의 핵심에 반한다고 판단할 수도 있다. 이와 같은 경우, 캘리포니아의 임종선택법을 비롯한 각 주의 법률은 의사는 이러한 정보를 기꺼이 제공할 수 있는 다른 의료인에게 환자를 전원시킬 수 있도록 하고 있다.<sup>82)</sup>

#### 4. 임종선택법 시행 이후의 현황

캘리포니아 주에서 임종선택법이 효력을 발생한 이후, 사망을 앞당길 수 있는 약물을 처방 받은 받은 환자에 대한 데이터가 수집되어 보고서가 작성되어 왔다. 보고서에 따르면 법이 발효된 2016년 6월 9일 이후 2020년 12월 31일 까지 사망조력 약물의 처방은 총 2858명에게 이루어졌고, 63.5%에 해당하는 1816명이 약물의 복용을 통해 사망했다. 2858명 중 87.4%에 해당하는 환자가 호스피스나 완화의료를 받고 있었다.<sup>83)</sup> 임종선택법상 권한 있는 의사가 2020년 1월 1일부터 12월 31일 사이에 받은 데이터를 통해 사망조력 약물을 처방받고 사망한 사람에 관한 정보에 대한 보고서의 주요 내용은 다음과 같다.<sup>84)</sup>

1년간 캘리포니아에서 사망조력 약물을 처방받은 환자 중 435명의 환자가 실제로 약물을 이용하여 사망에 이르렀다. 환자 대부분은 노령이었으며 보험에 가입된 환자였다. 2020년 1년간 677명의 환자가 이 법에 따라 처방을 받아 435명의 환자가 처방받은 사망조력 약물을 이용하여 사망했다.<sup>85)</sup> 이들 중 401명이 그해 처방받은 약물을 복용함으로써 사망했고 112명은 진행중인 질병 또는 다른 원인으로 사망했으며 164명은 복용 여부가 불분명하다. 435명 중 90.8%가 60세 이상으로서, 77.9%가 60세-89세였고 12.9%가 90세 이상

82) Oregon Death with Dignity Act 127.885 section 4.01; California Health and Safety Code, part 1.85, section 443.14.(e)(4) 등.

83) 조력사망제도를 합법화하면 환자의 임종기에 삶의 질을 높일 수 있는 완화의료의 이용을 감소시킬 것으로 예상하여 이를 우려하는 견해도 있었다. Cindy Cain(주 14), pp.3-4.

84) <https://www.cdph.ca.gov/Programs/CHSI/Pages/End-of-Life-Option-Act-.aspx>

85) 여기에는 2020년 이전에 처방받은 환자 34명이 포함되어 있다.

이었다. 평균 연령은 74세이다.<sup>86)</sup> 한편 이 환자들 중 89.2%가 보험에 가입되어 있었으며 86.7%가 호스피스 및 완화치료를 받고 있던 중이었다. 약물처방을 받은 환자 중 완화치료를 받고 있는 중인지 여부가 중요한 이유는 다음과 같다. 호스피스 및 완화치료를 받도록 하는 것은 환자로 하여금 사망을 앞당기는 약물 없이도 존엄하고 편안한 죽음을 가능하게 한다.<sup>87)</sup> 완화치료는 환자를 고통으로부터 회복시켜 정상적으로 의사결정하는 것을 돕기 때문에 완화치료를 받는 환자는 고통에서 벗어나려는 목적이 아니라 자신의 자유로운 판단에 근거하여 하나의 선택으로서 조력사망을 결정하는 것으로 볼 수 있다.

사회적으로 소위 취약한 집단으로 여겨지는 사람들, 예를 들면 소수 인종에 해당하는 사람들 또는 저소득층이나 저학력자, 장애인 등에 해당하는 사람들이 조력사망법에 의해 죽음을 앞당기는 유인으로 작용할 수 있다는 염려가 있는데,<sup>88)</sup> 사망조력약물을 처방받은 환자의 대다수가 백인이고 고학력자이며 사보험에 가입되어 있었다는 캘리포니아 주의 보고서는 현실적으로 그와 같은 결과가 나타났을 가능성이 낮음을 보여준다.

한편 오리건 주에서나 캘리포니아 주에서 모두 약물을 요청하여 처방받은 환자 중 일부가 이를 사용하지 않았으며 이는 대체로 처방받은 환자의 3분의 1에 해당하였다. 이에 대하여, 조력사망을 선택한 환자가 약물 처방의 선택을 한 사실만으로도 편안함을 느끼고 그의 삶의 질이 개선되었기 때문이라는 분석이 있다.<sup>89)</sup>

86) 사망자 87.4%가 백인이었고 50.8%는 여성이었다. 사망한 환자의 교육 수준을 보면, 76.1%가 대학졸업 이상의 학력을 가지고 있었으며 이에 더해, 83.4%가 이 법에 따른 선택을 하기 위해 그들의 결정을 가족에게 알렸다. 70.8%는 암환자였고 근위축성질환이나 측면경화증 같은 신경질환 및 파킨슨병은 두 번째로 큰 질병 그룹으로 10.8%를 차지했다. <https://www.cdph.ca.gov/Programs/CHSI/Pages/End-of-Life-Option-Act-.aspx>

87) 사실상 조력사망에 반대하는 의료인이라도 현재 환자가 겪는 신체적 심리적 정서적 고통을 다루는 최대한의 완화치료를 개입시키는 것에는 찬성할 것이기 때문이다. Petrillo, Laura A et al.(주 59), p.828.

88) Petrillo, Laura A et al.(주 59), p.829.

89) Cindy Cain(주 14), p.2.

#### IV. 결어 - 개정안의 검토를 겸하여

인간의 존엄성과 환자의 자율성에 터잡아 연명의료의 중단이 제도화된 이래, 최근에는 현대의 의학수준에서 치료가 불가능한 질병을 가진 환자가 불가역적으로 진행중인 임종과정에서 극심한 고통을 받고 있는 경우, 스스로 존엄하게 죽음에 이르기 위해 자기 생명을 단축시키고자 의료적 도움을 받을 권리가 있는지가 논의되고 있다. 조력사망제도의 도입 여부는 국외에서도 그러하였듯이 국내에서도 첨예한 논쟁을 불러일으킬 것으로 예상된다.<sup>90)</sup> 종교적·철학적 문제를 논외로 하더라도, 조력사망제도의 도입시에 현실적으로 우려되는 바는 무엇보다 환자의 선택이 자발적인가 하는 것이다. 여명이 얼마 남지 않은 말기환자의 고통과 신체능력의 약화로 인해 환자가 의사결정능력이 온전하지 않은 상태에서 불가피하게 조력사망을 선택하는 경우가 예상되기 때문이다. 또한 조력사망을 제도화함으로써 사회적 취약계층이 치료를 받지 않고 여생을 일찍 마감하는 것을 촉진하게 되는 부작용에 대한 우려도 있다. 한편 의료전문직의 입장에서는 환자의 치료가 아니라 사망에 조력하도록 한다는 것이 그들의 직업적 사명에 대한 위반이라고 여길 수 있다.<sup>91)</sup>

1997년 오리건 주 존엄사법 제정 이후 조력사망을 제도화한 미국의 각 주에서는 조력사망을 요청할 수 있는 환자의 요건을 엄격하게 하여, 환자는 완전한 의사결정능력을 가지고 있을 뿐 아니라 약물을 스스로 관리하고 복용할 신체적 능력도 갖추어야 한다고 하였다. 그리고 의사가 환자의 상태를 확인하고 환자에게 약물복용의 결과 및 조력사망의 대안을 구체적으로 설명하도록 하여 환자가 가능한 한 완전한 의사능력을 가지고 자유로운 상태에서 신중하게 결정할 수 있도록 환자의 자발성을 담보하고자 하였다. 제3자에 의한 안락사와 달리 조력사망이 면책대상으로 논의되어 온 이유는 의사가 특별한 지식 및 처

90) 호스피스·완화의료학회 “조력존엄사는 자살 합법화하는 것” <https://www.yna.co.kr/view/AKR2022062109990001?input=1195m>; 주교회의의 “의사 조력 존엄사’ 법안 상정 강력 반대” <https://www.yna.co.kr/view/AKR20220629162600005?input=1195m>.

91) Cindy Cain, (주 14), pp.3-4.

방권한을 가지고 있어 환자의 병세나 잔여수명을 판단하고 통증완화 등 대안을 제시할만한 전문지식을 지니고 있으며 환자의 사망과 이해관계가 없는 제3자에 해당하기 때문이라는 점을 고려하면,<sup>92)</sup> 의사로 하여금 환자의 상태를 확인하고 환자에게 정보를 제공할 의무를 부여하는 것이 적절하고 합리적이다.

최근 우리나라에서 연명의료결정법의 개정을 통한 소위 ‘조력존엄사’의 법제화가 논의되고 있는 바, 이 개정안에서는 첫째, 조력존엄사대상자 및 조력존엄사의 정의를 신설하고(개정안 제2조제10호·제11호), 둘째, 조력존엄사를 희망하는 사람은 조력존엄사심사위원회에 대상자 결정을 신청하도록 하고, 이를 심의·결정하기 위해 보건복지부장관 소속 조력존엄사심사위원회를 두도록 하였다(개정안 제20조의2·제20조의3). 셋째, 조력존엄사대상자로서 대상자 결정일부 1개월이 경과하고, 대상자 본인이 담당의사 및 전문의 2인에게 조력존엄사를 희망한다는 의사표시를 한 경우에 한하여 조력존엄사를 이행할 수 있도록 하였다(개정안 제20조의4). 넷째, 조력존엄사를 도운 담당의사에 대해서는 형법에 따른 자살방조죄의 적용을 배제하며(개정안 제20조의7), 다섯째, 관련 종사자가 조력존엄사 및 그 이행에 관하여 업무상 알게 된 정보를 유출하는 경우 처벌을 받도록 하였다(개정안 제32조).<sup>93)</sup>

개정안은 연명의료결정과 더불어 조력사망의 개념을 현행법에 도입하는 한편, 의사의 조력행위가 형법상 자살방조죄에 해당하지 않도록 한다. 그러나 조력존엄사의 대상이 되는 환자의 범위가 어떠한지 의사의 조력행위는 무엇인지는 개정안에서 구체적으로 밝히지 않고 하위법령에 위임하거나 조력존엄사심사위원회의 판단에 맡기고 있다. 이 개정안의 문제점을 살펴면 다음과 같다.

첫째, 연명의료결정법 개정안에서는 조력사망의 대상이 조력존엄사심사위원회(이하 ‘심사위원회’)에 의해 결정된다. 개정안은 조력사망의 대상이 될 수 있는 환자를 ‘조력존엄사대상자’라 하고 이를 “말기환자에 해당하는 사람으로

92) 이기현, “의사조력자살에 대한 고찰”, *홍익법학*(제15권 1호), 홍익대학교 법학연구소, 2014, 205면.

93) [http://likms.assembly.go.kr/bill/billDetail.do?billId=PRC\\_D2T2G0V5I2T6C1U1L3E1I2D8W5Y4Z2](http://likms.assembly.go.kr/bill/billDetail.do?billId=PRC_D2T2G0V5I2T6C1U1L3E1I2D8W5Y4Z2).

서 제20조의3에 따른 조력존엄사심사위원회의 심사를 거쳐 신청이 인용된 사람”이라고 하고 있다. 그러므로 조력존엄사를 하고자 하는 사람은 말기환자임을 증명하는 서류를 첨부하여 사심사위원회에 신청을 해야 하는데(개정안 제20조의2), 심사위원회는 ① 환자가 말기환자에 해당할 것, ② 수용하기 어려운 고통이 발생하고 있을 것, ③ 신청인이 자신의 의사에 따라 조력존엄사를 희망하고 있을 것이라는 세 가지 요건을 충족하면 신청자를 조력존엄사대상자로 결정한다(개정안 제20조의 3 제2항). 그런데 연명의료결정법상 말기환자란 여명이 수개월 남은 환자인데<sup>94)</sup>, 환자가 의사로부터 약물의 처방을 받기 위해서는 심사위원회의 결정으로부터 다시 1개월이 경과하여야 하므로(개정안 제20조의 4) 제도의 실질적 효과에 의문을 품게 한다.

둘째, 의사의 조력행위가 약물의 처방, 지급 등 구체적으로 어느 범위에서 이루어지는가가 개정안에서는 명확하지 않다. 그러나 분명한 것은 미국의 조력사망제도에 비교해 볼 때 의사의 역할이 보조적이고 수동적인 위치에 제한되어 있다는 것이다. 조력존엄사의 실행절차에 있어 환자의 담당의사는, 심사위원회에 의해 조력존엄사 대상이 된 환자가 신청을 하는 경우, 결정일로부터 1개월이 경과했는지, 전문의 2명에게 의사표시를 했는지를 확인하고 기록한 후 그 이행을 돕는 역할을 할 뿐이다(개정안 제20조의4). 조력의 내용이 될 구체적 실행이 무엇인지는 대통령령으로 정하도록 하는데, 만약 의사가 그 조력행위를 거부하는 경우 윤리위원회의 심의를 거쳐 담당의사가 교체된다(개정안 제20조의 5).

요컨대 개정안에 따르면 환자는 자신이 조력존엄사 대상이 되는가 여부를 먼저 심사위원회의 결정에 맡겨야 하고, 그 실행절차에 있어서는 다시 의사에게 의사표시를 해야 한다. 이 과정에서 의사는 환자의 심리적·정신적 상태를 살펴 의사결정능력 유무를 판단하거나 환자의 결정에 필요한 정보를 제공할

94) 연명의료결정법상 말기환자는 “적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자”를 의미한다(연명의료결정법 제2조 제3호).

의무가 없다. 그러나 의사가 가진 전문성 및 직업윤리를 고려할 때, 그리고 의사는 환자의 사망과 직접적 이해관계는 없되 환자의 병에 대해 심도 있는 이해를 할 수 있는 사람임을 고려할 때, 조력사망에 대한 환자의 자발적이고 신중한 결정을 위한 의사의 역할에 비중을 둘 필요가 있다고 본다.

세계적 추세에서 볼 때, 삶과 죽음의 갈래에 있는 환자의 존엄사에 대한 논의는 연명의료중단에서 조력사망으로, 그리고 다시 안락사의 순서로 진행되고 있다. 우리나라에서도 급격한 고령화가 진행되고 있으므로, 임종과정의 회복 불가능한 질병으로 고통받는 환자를 위한 최후의 수단으로서 조력사망에 관한 논의가 더 진전될 것으로 보인다. 죽음에 대한 논의를 터부로 여기는 사회분위기에서 침묵하기보다는 향후 본격적으로 논의될 수 있는 조력사망제도에 대한 기준 및 그 남용 방지를 위한 요건에 대한 면밀한 검토에 힘을 기울여야 할 것이다.

[ 참고 문헌 ]

- 김선택, “의사조력자살의 합법화: 세계적 동향”, 『한국의료법학회지』 제26권 1호, 2018.
- 성경숙, “의사조력자살의 허용에 관한 고찰”, 『법학연구』 제27권 4호, 2019.
- 엄주희·김명희, “호스피스·완화의료와 의사조력자살 간 경계에 관한 규범적 고찰”, 『법학연구』 제28권 2호, 2018.
- 이기현, “의사조력자살에 대한 고찰”, 『홍익법학』 제15권 1호, 홍익대학교 법학연구소, 2014.
- 이윤성, 『연명의료결정 법제화 백서』, 국가생명윤리정책원, 2018.
- 이인영, “미국의 의사자살방조에 관한 법리 논쟁과 입법에 관한 고찰”, 『법학연구』 제33권 1호, 2022.
- 이재상, 『형법각론』, 박영사, 2009.
- 장한철, “의사조력자살의 허용을 위한 법정정책적 고찰”, 『법과 정책연구』 제18권 4호, 2018.
- 주호노, “존엄사의 허용요건과 법제화의 방향”, 『한국의료법학회지』 제21권 1호, 2013.
- Alan Meisel, A History of the Law of Assisted Dying in the United States, SMU Law Review, Forthcoming (2020).
- Amanda M. Thyden, Death with Dignity and Assistance: A Critique of the Self-Administration Requirement in California’s End of Life Option Act, 20 Chap. L. Rev. 421 (2017).
- Appelbaum P.S., Physician-assisted Death for Patient with Mental Disorders-REasons for Concern. JAMA Psychiatry 73(4) (2016).
- Bourgeois JA, Mariano MT, Wilkins JM, Brendel RW, Kaplan L, Ganzini L. Physician-Assisted Death Psychiatric Assessment: A Standardized Protocol to Conform to the California End of Life Option Act. Psychosomatics (2018).
- Cain CL, Implementing Aid in Dying in California: Experiences from Other States Indicates the Need for Strong Implementation Guidance. Policy Brief UCLA Cent Health Policy Res. (2016).

Donald Smith, Right-to-Die Policies in the American States: Judicial and Legislative Innovation (American Legal Institutions), Lfb Scholarly Pub Llc (2002).

Donna J. Jackson, Michael A. Kirtland, Getting Started with Advance Directives, American Bar Association (2020).

Jaime Staples King & Benjamin W. Moulton, Rethinking Informed Consent: The Case for Shared Medical Decision-Making, 32 AM. J.L.&MED. (2006).

Luis Kutner, Due process to Euthanasia: The living will: A proposal, 44 IND. L.J.551 (1969).

Mary Rose Shelley, Talking About the Taboo Topic of Death: State and Federal Initiatives to Reach Informed Consent at the End of Life Through Advance Care Planning, Drake Law REview vol.65 (2017).

Megan Wright, End of Life and Autonomy: The Case for Relational Nudges in End-of-Life Decision-Making Law and Policy, 77 Md. L. Rev. (2018).

Megan Wright, Equality of Autonomy? Physician Aid in Dying and Supported Decision Making (March 02, 2021). 63 Arizona Law Review 157 (2021).

Orentlicher D, Pope TM, Rich BA. Clinical Criteria for Physician Aid in Dying. J Palliat Med. 2016 Mar;19(3) (2016).

Petrillo, Laura A et al. "California's End of Life Option Act: Opportunities and Challenges Ahead." Journal of general internal medicine vol. 31,8 (2016).

Quill TE. Physicians Should "Assist in Suicide" When it is Appropriate. The Journal of Law, Medicine & Ethics (2012).

[http://likms.assembly.go.kr/bill/billDetail.do?billId=PRC\\_D2T2G0V5I2T6C1U1L3E1I2D8W5Y4Z2](http://likms.assembly.go.kr/bill/billDetail.do?billId=PRC_D2T2G0V5I2T6C1U1L3E1I2D8W5Y4Z2).

<https://www.oregon.gov/oha/PH/Pages/index.aspx>

<https://www.cdph.ca.gov/Programs/CHSI/Pages/End-of-Life-Option-Act-.aspx>

[국문초록]

## 조력사망(Aid in Dying)에 대한 고찰

이지은(숭실대학교 법과대학 부교수)

인간의 존엄성과 환자의 자율성에 터잡아 연명의료의 중단이 제도화된 이래, 최근에는 스스로 존엄하게 죽음에 이르기 위해 환자가 자기 생명을 단축시키고자 의료적 도움을 받을 권리가 있는지, 그러한 행위가 어느 범위에서 정당화될 수 있는지의 문제가 활발하게 논의되고 있다. 우리나라에서는 2016년 연명의료결정법의 제정으로 연명의료중단이 제도화된 이래 여러 차례 개정을 거쳤는데, 최근에는 ‘조력존엄사’를 합법화하기 위한 내용의 연명의료결정법 개정안이 발의되었다.

이번 개정안에서는 조력존엄사를 ‘환자의 의사로 담당의사의 조력을 통해 스스로 삶을 종결하는 것’으로 정의하고 있는데, 이는 네덜란드, 벨기에 등의 유럽 국가와 미국 일부 주에서 시행되고 있는 조력사망(Aid in Dying)에 해당하는 내용으로 보인다. 조력사망이란 의사결정능력이 있는 환자가 치료가 불가능한 질병으로 고통을 받고 있을 때 환자가 사망을 앞당길 수 있는 약물을 의사로부터 처방받아 이를 이용하여 사망에 이르는 것을 의미한다.

존엄사에 대한 논의는 연명의료중단에서 조력사망의 순서로 진행되는 것이 세계적 추세인데, 2000년대에 이르러 일부 국가에서는 조력사망, 나아가 적극적 안락사까지 합법화하였다. 미국에서는 오리건 주를 필두로 여러 주에서 조력사망을 인정하는 법률을 두고 있지만 적극적 안락사에 대해서는 금지하고 있다. 이 논문에서는 일찌기 존엄한 죽음에 관한 논의를 시작하여 환자의 자기결정권을 제도화한 미국의 일부 주에서 조력사망의 입법화가 어떤 과정을 거쳐 이루어졌는지를 살펴보고 캘리포니아의 임종선택법의 주요 내용과 법시행 이후의 결과를 분석하였다.

**주제어:** 조력사망, 임종선택법, 연명의료, 존엄사, 의사조력자살

## A Study on Aid in Dying

Jieun Lee

*Associate Professor, College of Law, Soongsil University*

### =ABSTRACT=

“Aid in Dying” means that when a decision-making patient suffers from an incurable disease, a drug that can speed up death is prescribed by a doctor and used to lead to death. Since the suspension of life-sustaining treatment was institutionalized based on human dignity and patient autonomy, the question of whether assisted death can be legally justified in relation to the right to receive medical help to shorten one's life to die with dignity has recently been actively discussed.

In Korea, since the suspension of life-sustaining treatment was institutionalized by the enactment of the Life-sustaining Treatment Decision Act in 2016, an amendment to the Life-sustaining Treatment Act was recently proposed to legalize Aid in Dying.

The global trend is that human "Right to Die" is discussed in the division of life and death, from the suspension of life-sustaining treatment to assisted death, and again in the order of euthanasia. In this paper, we started discussing dignified death and institutionalized patients' right to self-determination, looked at the controversy in the United States, which legislated assisted death in many states since the 2000s, and analyzed the main contents of California's End of Life Option Act and the data after enforcement. The strict requirements for Aid in Dying, such as voluntary confirmation of patients' intentions and doctors' obligation to provide information, and the results of California's Aid in dying system, composed of relatively diverse races, were reviewed.

Keyword : Aid in Dying, Physician-Assistant Suicide, Right to Die,  
Life-Sustaining Treatment, End of Life Option