발 간 등 록 번 호
32-9741568-001977-01

연 구 보 고 서

의료조력사 법제화에 관한 연구



Judicial Policy Research Institute

사법정책연구원

사 법 정 책 연 구 원
연구총서 2026-14

의료조력사 법제화에 관한 연구

Research on the Legalization of Medical Assistance in Dying (MAID)

연구책임자: 김 성 돈 (사법정책연구원 초빙연구위원,
성균관대학교 법학전문대학원 교수)

사법정책연구원은 미래의 사법부가 추구해야 할 바람직한 모습을 정책적으로 설계하기 위하여 2014. 1. 1. 대법원 산하에 설립된 연구기관으로서, 사법제도 및 재판제도의 개선에 관한 연구를 수행하고 있습니다.

이 연구보고서는 2025년도에 선정된 연구과제 중 하나인『의료조력사 법제화에 관한 연구』의 결과물입니다. 연구의 진행 단계에 따라 연구원의 내부 검토 및 연구과제심의위원회의 심의 절차를 거쳤고, 관련 분야의 전문가로부터 객관적이고 충실한 자문과 평가를 받았습니다.

앞으로 이 연구보고서가 국민을 위한 사법정책의 수립 및 제도의 개선에 좋은 참고자료로 널리 활용되기를 기대합니다.

내용 목차

국문 요약 ····· xiii

Abstract ····· xvi

제1장 서론 ····· 1

제1절 연구배경 및 목적 ····· 3

Ⅰ. 연구의 배경 ····· 3

Ⅱ. 연구의 목적 ····· 5

제2절 연구의 범위 및 방법 ····· 6

Ⅰ. 연구의 범위 ····· 6

Ⅱ. 연구의 방법 ····· 8

제2장 의료조력사 법제화를 위한 논의의 출발점 ····· 11

제1절 의료조력사의 의의 ····· 13

Ⅰ. 의료조력사 용어의 변화 ····· 13

1. 의료조력사 정의 ····· 13

2. 용어사용의 변화: 의사조력자살→의료조력사 ····· 14

3. 소결: 용어 사용('의료조력사')과 정의(구성요소) ····· 15

Ⅱ. 구별개념 ····· 16

1. 연명의료중단과 구별 ····· 16

2. 호스피스 · 완화의료와의 구별 ····· 17

3. 완화의료의 최후수단인 '완화 진정'과 의료조력사의 구별 ····· 18

4. 존엄사와 의료조력사의 관계 ····· 19

5. 안락사와의 의료조력사의 구별 ····· 20

Ⅲ. 의료조력사와 안락사 용어사용의 혼선 ····· 21

1. 의료조력사를 안락사의 하위유형으로 취급하는 예 ····· 22

2. 의료조력사와 안락사가 용어적으로 서로 충돌되고 있는 예 ····· 23

3. 입법례 소개에 대한 부정확 ····· 23

제2절 형법적 개념과의 조응을 통한 용어의 정리 ····· 25

Ⅰ. '안락사'라는 용어의 다의성과 다맥락성 ····· 25

1. 안락사 용어의 다의적 사용례 ····· 25
2. 안락사 용어의 문제점과 대안적 용어의 등장 ····· 26
3. 한국에서의 안락사와 사망조력이라는 용어 및 그 다맥락성 ····· 27
Ⅱ. 의사의 개입 양태를 기준으로 한 생애 말기의 사망 유형화 ····· 29
1. 요청에 따른 적극적 사망조력(Active Sterbehilfe/Assisted Dying) ····· 30
2. 요청에 따른 소극적 사망조력(Passive Sterbehilfe/Assisted Dying) ···· 32
3. 간접적 사망조력(=간접적 안락사) ····· 33
4. 소결: '의료조력사'의 체계적 지위와 의의 ····· 34
Ⅲ. 안락사와 의료조력사의 개념적 구별을 전제로 한 법제화 논의 ····· 35
Ⅳ. 소결 ····· 38
1. 의료조력사망(MAID)의 독자성과 최종 행위 주체의 문제 ····· 38
2. 개입 시기와 환자 상태에 따른 구별 ····· 39

제3장 의료조력사 도입배경과 찬반론 ····· 41

제1절 의료조력사 법제화 논의 등장 배경 ····· 44
Ⅰ. 의학기술의 발전에 따른 '의료화된 죽음'에 대한 부정적 사회적 담론 ····· 44
Ⅱ. 완화의료의 한계(경험) 극복을 위한 돌파구 모색 ····· 46
Ⅲ. 임종기 요건과 관련하여 '수동적 죽음'과 '능동적 죽음'의 형평성 문제 ····· 47
Ⅳ. 헌법적 자기결정권의 확장논리와 예외상황에서의 의료조력에 대한 비범죄화 요구 ····· 48

제2절 의료조력사 법제화 찬반론 ····· 50
Ⅰ. 의료조력사 찬성론 ····· 51
1. 의료조력사 제도는 말기 환자들의 '좋은 죽음(good death)'을 선택할 권리를 보장한다. ····· 51
2. 현행법상 완화의료를 통해서는 고통제거에 한계가 있다. ····· 53
3. 의료조력사는 고통당하지 않을 권리를 포함한 자기결정권과 인간의 존엄성을 보장한다. ····· 55
4. 의료조력사는 의료재정 및 의료자원을 절감하는 효과가 있다. ····· 57
Ⅱ. 의료조력사 반대론 ····· 58
1. 의료조력사는 자살을 정상화 내지 법제화한다. ····· 58
2. 의료조력사 법제화는 의사의 직업윤리와 상충한다. ····· 59
3. 의료조력사의 성급한 도입 보다 호스피스·완화의료의 확충이 선결과제이다. ····· 60
4. 의료조력사는 노인, 장애인 등을 포함한 취약 집단을 위험에 빠뜨린다. ·· 61

5. 의료조력사의 법제화는 안락사 또는 그보다 더 나쁜 상황으로 이어지는 미끄러운 경사면 또는 도덕적 벼랑을 만든다. ····· 62
6. 아직 사회적 논의와 합의과정을 거치지도 않았다. ····· 63
Ⅲ. 소결: 반대론에 대한 반박 ····· 64
1. 의료조력사의 법제화는 자살의 제도화가 아니다. ····· 64
2. 의료조력사는 의료윤리와 의사의 직업윤리를 거스르지 않는다. ····· 66
3. 호스피스·완화의료와 의료조력사는 선후관계가 아니라 보충관계에 있다. 73
4. 잠재적 남용 우려와 확산 위험은 강력한 통제장치를 통해 막을 수 있다. 81
5. 종교적 차원의 반대론도 극복 불가능하지 않다. ····· 87
6. 소결: 제도적 필요성과 규범적 정당화 요구의 충족 ····· 89

제4장 자기결정권의 헌법적 지위와 인정 범위 ····· 91

제1절 삶의 종말기 환자의 권리 확장에 기초한 자기결정권 ····· 93
Ⅰ. 자기결정권의 정의, 의의, 한계 ····· 93
1. 정의 ····· 93
2. 의의 ····· 93
3. 한계 ····· 94
Ⅱ. 의료조력사 법제화와 자기결정권의 관계 ····· 94
1. 생명에 대한 자기결정권의 일보전진과 의료조력사 법제화와의 접점 ····· 94
2. 자살과 자살방조죄, 의료조력사망 ····· 95
제2절 생명에 대한 자기결정권에 관한 다양한 법리들 ····· 97
Ⅰ. 미국 연방대법원(1997) – 죽을 권리 및 조력을 받아 죽을 권리의 부정 ····· 97
1. 경과 ····· 97
2. 연방대법원의 논증구조와 판시 내용 ····· 97
3. 미국 연방대법원 판결에 대한 평가 ····· 99
4. Glucksberg 사건에 대한 연방대법원 판결의 의의 ····· 100
5. Glucksberg 판결에 대한 비판론 ····· 100
Ⅱ. 독일의 헌법재판소(2020) – 자살권, 조력자살권 등 포괄적 자기결정권 인정 102
1. 개요 ····· 102
2. 연방헌법재판소의 결정에 나타난 자기결정적 죽을 권리의 내용 ····· 103
3. 국가의 생명보호의무와 자기결정권의 관계 ····· 104
4. 자기결정권의 인정 범위에 관한 논란 ····· 105
Ⅲ. 오스트리아 헌법재판소(2020) – 죽음을 선택할 자기결정권 인정 ····· 106
1. 개요 ····· 106

2. 자기결정적 죽을 권리에 대한 헌법재판소 판결 내용 ····· 106
3. 헌법재판소 판결의 의의 ····· 108
Ⅳ. 캐나다의 연방대법원(2014) ····· 110
1. 개요 ····· 110
2. Carter v. Canada 사건의 판결 요약 ····· 111
3. 판결의 결론 ····· 113
4. 판결의 의의 ····· 114
Ⅴ. 스위스 연방재판소(2006) – 죽음을 선택할 자기결정권 인정 ····· 115
1. 개요 ····· 115
2. 2006년 연방재판소 판결 내용 ····· 115
3. 판결의 의의 ····· 117
Ⅵ. 이탈리아 헌법재판소(2018/2019) ····· 118
1. 종래의 규범상황 ····· 118
2. 전환점: 헌법재판소 판결(207/2018→242/2019 소위 '카파토 판결') ··· 119
3. 이탈리아 헌법재판소 판결의 논리와 자기결정권의 연결 ····· 121
4. 평가 및 시사점 ····· 122
5. 판결의 의의 ····· 123
Ⅶ. 콜롬비아 헌법재판소 ····· 124
1. 안락사 합법화의 헌법적 근거(C－239/97/C-233/21) ····· 125
2. 의료조력사 허용 판결(C－164/2022) ····· 126
3. 안락사와 조력사망의 요건을 동일하게 설정한 헌법적 논거 ····· 127
4. 평가 및 의의 ····· 128
Ⅷ. 프랑스 헌법위원회(2017/2022) ····· 128
1. 자기결정권의 인정 범위에 관한 헌법위원회 결정 ····· 129
2. 프랑스 헌법위원회 결정의 의의 ····· 130
Ⅸ. 한국의 대법원(2009/2014년)과 헌법재판소(2009년) ····· 130
1. 2009년 대법원 전원합의체 판결 ····· 131
2. 2009년 헌법재판소 결정 ····· 133
3. 2014년 대법원 판결 – 대법원 2014. 6. 26. 2009도14407 ····· 135
제3절 헌법적 자기결정권과 국가 생명보호 의무의 관계 ····· 139
Ⅰ. 생명에 관한 자기결정권에 관한 법리 비교 ····· 139
1. 자기결정권의 헌법적 근거 및 인정 범위 비교 ····· 139
2. 생명에 대한 자기결정권의 인정 범위 ····· 141
3. 각국의 헌법해석과 자기결정권의 인정 범위 편차 ····· 144
4. 생명에 대한 자기결정권의 발전 방향 ····· 147
Ⅱ. 자기결정권의 인정 범위와 국가의 생명보호 의무의 관계 ····· 149

1. 자기결정권의 인정 범위 편차의 이유 ····· 149
2. 생명권 보호를 위한 입법정책적 변화의 기류 ····· 150
3. 자살방조죄의 입법정책 변화와 의료조력사 법제화 요구의 접점 ····· 150

제5장 의료조력사 허용 입법례와 생명 보호 패러다임의 전환 ····· 153

제1절 자살방조 금지 국가에서의 의료조력사 법제화 ····· 156
Ⅰ. 미국의 의료조력사법 ····· 156
1. 오리건 주의 존엄사법 ····· 157
2. 델라웨어 주의 의료조력사법 ····· 161
Ⅱ. 캐나다의 의료조력사법(MAID) ····· 166
1. 입법배경 및 의의 ····· 166
2. 현행 캐나다 의료조력제도 ····· 169
Ⅲ. 호주 ····· 175
1. 의의 및 배경 ····· 175
2. 호주 6개 주의 합법화 연혁과 개별 법률의 특징 ····· 176
3. 각 주의 자발적 조력사망법의 공통된 핵심 특징과 문제점 ····· 178
4. 호주 모델의 입법정책적 함의 평가 ····· 178
Ⅳ. 오스트리아: 조력사망의향서에 관한 법률(Sterbeverfügungsgesetz: StVfG) 180
1. 입법배경 ····· 180
2. StVfG에 규정된 의료조력사제도 내용 ····· 181
3. StVfG의 입법정책적 의의 ····· 185
Ⅴ. 프랑스 ····· 187
1. 입법 배경과 경과 ····· 187
2. 법률안의 내용 ····· 195
3. 입법정책적 함의 ····· 200
제2절 자살방조 허용 국가에서의 의료조력사 법제화 ····· 203
Ⅰ. 독일: 허용과 금지 사이를 오가며 ····· 203
1. 개관: '자율성 보장'의 패러다임 전환 ····· 203
2. 2020년 헌법재판소 결정 이후의 법적 · 사회적 논의의 전개 ····· 203
3. 독일 입법 초안들에 나타난 생명보호의무의 입법정책적 구상 ····· 205
4. 독일 입법 구상의 비교법적 특징(타국 법제와의 차이점) ····· 208
Ⅱ. 스위스의 의료조력사를 규율하는 법제 ····· 209
1. 개관 ····· 209
2. 일부에서 제정된 법률 ····· 210

3. 예상되는 법제화 ····· 211
4. 독일 모델과 스위스 모델 비교 ····· 212
제3절 '적극적 안락사' 허용 국가 ····· 213
Ⅰ. 네덜란드 안락사법 ····· 213
1. 입법배경 ····· 213
2. 허용 요건 ····· 214
3. 제도적 운영 구조 및 절차 ····· 216
4. 제도의 법리적 특징 및 국제적 영향 ····· 217
5. 네덜란드 안락사 제도의 최근 변화(2020년, 2023~2024년) ····· 218
6. 입법정책적 의의 ····· 219
7. 운용현황 ····· 219
Ⅱ. 벨기에 안락사법 ····· 220
1. 배경 ····· 220
2. 「안락사에 관한 법률」의 구체적 내용
(2022년 5월 30일까지의 개정 사항 반영) ····· 221
3. 해석 및 적용범위 ····· 227
4. 입법정책적 의의 ····· 230
Ⅲ. 룩셈부르크 안락사법 ····· 231
1. 배경 ····· 231
2. 법률의 내용: 적극적 안락사 및 의료조력사의 포괄적 합법화 ····· 232
3. 입법정책적 평가 ····· 233
Ⅳ. 우루과이의 「안락사법(Ley de Eutanasia)」
– 의료조력사 불허 입법례(2025년) ····· 235
1. 배경 ····· 235
2. 법률의 내용 ····· 238
3. 입법정책적 내용 평가 ····· 239
제4절 국가 생명보호 패러다임 전환과 의료조력사 법제화 ····· 243
Ⅰ. 패러다임 전환의 신호탄: 연명의료 중단(소극적 안락사) ····· 243
Ⅱ. 생명에 대한 자기결정권과 국가 생명보호 의무의 관계 재설정 ····· 254
1. 국가 생명보호의무 패러다임의 전환 ····· 254
2. 패러다임 전환을 추동시킨 철학적 프레임 워크 ····· 256
제5절 패러다임 전환의 구체적 모습들: 입법모델론 ····· 259
Ⅰ. 법률적 · 의료적 통제로 이원화된 사전 통제 모델 (미국, 호주, 오스트리아 등) 260
Ⅱ. 권리 중심의 통합 및 사후통제 모델 (베네룩스 3국, 캐나다) ····· 261
Ⅲ. 특별법의 보호구역 설정을 통한 의료적 돌봄체계 모델 ····· 261

제6장 의료조력사 법제화 필요성과 정당성 ····· 263

제1절 생애 말기 환자의 의료적 선택에 관한 한국 법제 현황과 문제점 ····· 266
Ⅰ. 한국법제 현황 ····· 266
1. 허용되어 있는 선택지 ····· 266
2. 금지된 선택지 ····· 267
Ⅱ. 현행 법제의 문제점 ····· 269
1. '말기'와 '임종과정'의 인위적 구획에 따른 규범적 사각지대 ····· 269
2. 말기 환자의 선택권 공백과 고통의 강요 ····· 270
3. 의료조력사 법제화 필요성 ····· 271
Ⅲ. 한국에서의 의료조력사 법제화 시도 및 경과 현황 ····· 271
1. 개관 ····· 271
2. 조력존엄사 법제화를 위해 발의된 법률안 ····· 273
3. 헌법재판소 헌법소원(형법의 자살방조죄에 관한 헌법소원) ····· 283

제2절 한국 헌법재판소의 생명에 대한 자기결정권의 인정 범위에 관한 검토 ····· 286
Ⅰ. 생명에 대한 자기결정권의 인정 범위와 자살방조죄의 관계 ····· 286
1. 가장 진보적 헌법해석(독일의 헌법재판소) ····· 286
2. 가장 보수적 헌법해석(미국의 연방대법원 등) ····· 287
3. 중도적 헌법해석(이탈리아 헌법재판소, 콜롬비아 헌법재판소) ····· 287
4. 요약 정리 ····· 288
Ⅱ. 한국 헌법재판소의 종래 입장과 자기결정권의 인정 범위 확장론 ····· 290
1. 종래 입장과 문제점 ····· 290
2. 현행 연명의료결정법의 한계와 의료조력사망 요구의 등장 배경 ····· 291
3. 생명처분권 부정론 도그마를 넘어설 수 있는 규범적 조건의 변화
: 자기결정권에 대한 새로운 헌법해석의 가능성 ····· 292
4. 보론: 이탈리아 헌법재판소(2019/2024)가 구성한 자기결정권 이론 ····· 297
Ⅲ. 소결: 자기결정권 인정 범위 확장론 ····· 299

제3절 의료조력사 법제화를 위한 입법론 ····· 302
Ⅰ. 의료조력사 법제화의 논리적 · 규범적 · 철학적 기초 ····· 302
1. 논리적 기초 ····· 302
2. 규범적 기초: 평등권과 생명보호 의무의 재해석 ····· 304
3. 철학적 관점의 분석: 조에(Zoe)에서 비오스(Bios)로 ····· 305
4. 소결: 불가피한 귀결로서의 의료조력사 법제화 ····· 306
Ⅱ. 의료조력사 법제화를 위한 입법모델론 ····· 306
1. 형법체계의 전면개정 방식 vs. 독립된 특별법을 통한
보호구역 설정 방식 ····· 307

2. '자살' 합법화 모델 vs. 합법적 '의료' 모델 ····· 309
3. 사후통제 모델 vs. 사전통제 모델 ····· 313
4. 실체적 권리 보장(확장)형 모델 vs 절차적 통제 모델 ····· 317
5. 사전의료지시서의 규범적 지위
: 전통적 방어모델 vs. 선행적 자율성 모델 ····· 319
6. 엄격한 기대 여명 요구 모델 vs 고통 중심 모델 vs 이원화 모델 ····· 323

제7장 의료조력사 법제화 방안 ····· 325

Ⅰ. 의료조력사 허용여부는 더 이상 입법형성의 자유영역이 아니다. ····· 327
Ⅱ. 의료조력사 허용의 법제화는 기본적으로 '권리모델'에 입각하여야 한다. ····· 327
Ⅲ. 권리모델에 기초한 의료조력사망제도는 의료적 절차 모델과 결합되어야 한다. 328
Ⅳ. 절차적 안전장치는 '사전통제'를 주로 하고 '사후통제'로 보완되는
이원적 통제 체계로 최적화되어야 한다. ····· 329
1. 사전통제(법률적 통제+의료적 통제) ····· 329
2. 사후통제: 보건복지부 임종지원과 ····· 333
Ⅴ. 전환된 국가 생명보호 의무 패러다임하에서 사전통제와
사후통제를 담당할 조직의 구성과 운영에 관한 규정을 둔다. ····· 333
1. 사전통제: 임종지원심사위원회 ····· 333
2. 사후통제: 보건복지부 임종지원과 ····· 333
Ⅵ. 의료조력사망의 요건과 절차에 관한 모든 내용은
형법 자살방조죄와 독립된 특별법에 담는다. ····· 334

제8장 결론 ····· 335

참고문헌 ····· 339

부록 ····· 344

[부록 1] 의료조력사 법제화를 향하여 진행된 주요 사건 ····· 344
[부록 2] 전 세계 의료조력사(MAID) 허용 관할 및 법적 근거 일람표 ····· 347

표 목차

〈표 1〉 의료조력사의 체계적 지위 ····· 35
〈표 2〉 생애 말기 의료적 개입의 형태 및 쟁점 비교 ····· 37
〈표 3〉 시간적 흐름에 따른 환자의 선택지 및 의사의 개입양태별 사례 구조 분석 ·· 40
〈표 4〉 의료조력사 선택 동기에 관한 실증연구 국제 비교 ····· 53
〈표 5〉 생명에 대한 자기결정권 인정 범위에 관한
이탈리아 헌법재판소의 두 판결 비교 ····· 124
〈표 6〉 한국의 헌법 해석상 자기결정권 인정 범위 ····· 138
〈표 7〉 주요국 헌법 해석상 생명에 대한 자기결정권 인정 근거 및 범위 비교 ····· 139
〈표 8〉 주요국 최고재판소의 단계별 생명에 대한 자기결정권의 인정 법리 비교 ···· 142
〈표 9〉 각국 최고법원에 의한 생명에 대한 자기결정권 인정 범위 비교 ····· 146
〈표 10〉 캐나다 MAID 제도의 변화 ····· 172
〈표 11〉 자살방조가 비범죄화된 국가들 간의 의료조력사 허용 방식 비교 ····· 212
〈표 12〉 의료조력사 허용 국가에서의 환자의 선택지 비교 ····· 245
〈표 13〉 의료조력사 금지 국가에서의 환자의 선택지 비교 ····· 251
〈표 14〉 한국 현행법상 환자의 질환 상태별 의료적 개입 허용 매트릭스 ····· 269
〈표 15〉 자기결정권 인정 범위와 자살방조죄의 위헌여부 관계 비교 ····· 289

국문 요약

1. 연구 배경 및 목적

현대 의학의 발달로 생명 연장이 가능해졌으나, 이는 질병의 만성화와 고통의 연장 등 '의료화된 죽음'이라는 부작용을 낳았다. 한국은 2018년 연명의료결정법을 통해 '임종 과정에 있는 환자'의 '연명의료 중단(소극적 안락사)'을 합법화했으나, 호스피스 · 완화의료만 허용되어 있는 '말기 환자'의 육체적 · 정신적 고통은 여전히 해소되지 않는 한계가 있다. 이 연구는 생애 말기 환자가 죽음의 시기와 방식을 능동적으로 결정할 수 있도록 하는 '의료조력사(Medical Assistance in Dying)'를 법제화함으로써 '말기 환자'의 생명에 대한 자기결정권을 실현하는 방안을 마련하는데 목적이 있다.

2. 개념의 명확화(안락사 vs. 의료조력사)

'의료조력사'는 의사가 치사 약물을 처방 및 지원하고, 환자가 스스로 약물을 투여하여 사망에 이르는 방식으로, 의사가 직접 치사 약물을 환자에게 주입(작위)하거나 치료중단 등(부작위)을 통해 환자를 죽음에 이르게 하는 '안락사'와는 다르다. 의료조력사는 특히 최종 사망 유도 주체가 환자 본인이므로 형법상 살인죄나 촉탁살인죄가 문제되는 안락사의 경우와는 달리 '자살방조죄'의 성립 여부가 쟁점이 되는 등 사례 구조적 특성이 다르므로 안락사와 개념적으로 명확히 구별되어야 한다.

3. 의료조력사 제도 도입 배경 및 찬반론

의학 기술 발달로 인한 생명 연장은 질병의 만성화와 중환자실 중심의 '의료화된 죽음'을 초래하여 개인의 자율성을 침해한다는 비판이 대두되었다. 완화의료와 지속적 심층 진정 등 현행의 법제도나 의료관행만으로는 환자의 실존적 · 정신적 고통(전인적 고통)을 완전히 통제할 수 없다는 임상적 한계도 드러나고 있다. 인공호흡기 등 기계에 의존하는 환자는 연명

의료중단을 통해 죽을 수 있으나, 기계에 의존하지 않는 말기 환자는 자기결정적 선택권이 차단되어 있어 형평성 문제도 제기되고 있다.

그럼에도 자살의 법제화로 인한 생명 경시 풍조 조장, 의사의 직업윤리와 상충, 호스피스 등 완화의료 확충이 선결 과제, 취약 계층의 비자발적 죽음 강요 우려, '미끄러운 경사길'에 따른 제도 남용 등을 논거로 하는 반대론도 꾸준히 제기되고 있다.

하지만, 의료조력사는 일반적 자살이 아니라 죽음의 방식을 선택하는 의료적 절차이므로 자살과 구별되고, 자율성 존중이라는 현대 의료윤리에 부합하며, 미국 및 캐나다, 네덜란드 통계에 따르면 이용자의 대다수는 고학력, 중산층 백인 암 환자로 밝혀지고 있어서 빈곤층이나 취약 계층이 남용에 의해 희생된다는 증거도 희박하고, 철저한 사전 · 사후 통제 절차를 통해 미끄러운 경사길의 위험을 충분히 차단되고 있다. 이뿐만 아니라 의료조력사는 기존의 호스피스 · 완화의료 제도를 대체하거나 상충하는 것이 아니라, 이를 보완하는 최후의 선택지로 기능하고 있다.

4. 헌법적 정당성(생명에 대한 자기결정권의 확장)

의료조력사 법제화의 헌법적 정당성은 환자의 '자기결정권'에서 도출된다. 전통적인 국가의 생명보호의무는 '절대적 생명 보존'을 뜻했으나, 독일 연방헌법재판소(2020년) 등 해외 최고법원들은 이를 '자율적 죽음의 존중과 보호'로 패러다임을 전환하며 조력사망을 헌법적 권리로 인정하는 추세이다. 한국의 대법원 역시 2014년 수혈거부 판례를 통해 종교적 신념 등 인격적 정체성을 지키기 위한 생명 포기를 자기결정권으로 인정하는 등 국가의 생명보호의무와 대등하게 형량할 수 있는 법리적 길을 열어두었다.

5. 해외 입법 모델 비교

국제적으로 의료조력사 법제화 모델은 헌법적 권리 인정 범위에 따라 국가의 '안전장치(Safeguards)'설계 방식이 다르다. 각국의 헌법적 해석에 따라 국가의 '절대적 생명보호' 패러다임이 환자의 '자율적 죽음 존중' 패러다임으로 전환되고 있으며, 입법 모델은 크게 세 가지로 분류될 수 있다.

- 사전 통제 모델 (미국, 호주, 오스트리아 등): 엄격한 기대 여명(말기 환자) 기준과 이성적 판단 능력을 요구하며, 교차 검증 및 대기 기간을 두어 남용을 방지하는 데 초점을 맞춘다.

- 권리 중심 사후 통제 모델 (네덜란드, 벨기에, 캐나다 등): 환자의 주관적이고 견딜 수 없는 고통 해소를 중시하여 비말기 환자나 정신질환자에게까지 범위를 넓히고, 사후에 위원회가 의사의 주의의무를 엄격히 통제한다.
- 자율성 보장 모델 (스위스, 독일): 의료조력사가 법제화되어 있지는 않지만, 자살방조 자체를 폭넓게 처벌하지 않는 법체계를 바탕으로, 국가 주도의 특별법 제정보다는 민간 조력 단체와 의료 가이드라인을 통해 사실상 제도를 운영하는 모델이다.

6. 한국형 의료조력사 법제화 방안 제안 (결론)

한국 실정에 맞는 제도는 '중도적 권리 모델'과 '의료적 절차(사전 · 사후 통제) 모델'을 결합하는 방안이다. 형법(자살방조죄)을 직접 개정하는 대신, 독립된 특별법인 「생애 말기 환자의 임종지원에 관한 법률(가칭)」을 제정하여 합법적 보호구역(Safe Harbor)을 설정해야 한다. 이를 통해 복수의 의사 교차 검증, 임종지원 심사위원회의 사전 · 사후 통제, 의료인의 양심적 거부권 보장 등 촘촘한 안전장치를 마련하여 생명보호의무와 환자의 자율적 존엄성을 조화시켜야 한다.

주제어: 의료조력사, 안락사, 존엄사, 자기결정권, 국가의 생명보호의무, 자살방조죄

Abstract

Research on the Legalization of Medical Assistance in Dying (MAID)

Kim Seong Don
Professional Researcher

Background and Purpose: Advances in modern medicine have made it possible to prolong human life; however, they have also produced unintended consequences, including the chronicization of illness and the prolongation of suffering, resulting in what has been described as the “medicalization of death.” In 2018, South Korea legalized the withholding or withdrawal of life-sustaining treatment (passive euthanasia) for patients in the end-of-life process through the Act on Decisions on Life-Sustaining Treatment. Nevertheless, because only hospice and palliative care are available for terminally ill patients, significant limitations remain in alleviating their physical and psychological suffering. This study aims to propose a legal framework for realizing the right to self-determination over life for terminally ill patients by introducing Medical Assistance in Dying (MAID), thereby enabling them to make autonomous decisions regarding the timing and manner of their death.

Clarification of Concepts: Medical Assistance in Dying (MAID) refers to a practice in which a physician prescribes and provides a lethal medication, while the patient voluntarily self-administers the medication, thereby bringing about his or her own death. It is therefore distinct from euthanasia, in which a physician intentionally causes the patient's death either by directly administering a lethal substance (an act of commission) or by bringing about death through the withdrawal or withholding of life-sustaining treatment (an omission). In particular,

because the patient's own act constitutes the immediate cause of death in MAID, it should be conceptually distinguished from euthanasia. Unlike euthanasia, where criminal liability typically centers on homicide or homicide upon request, the principal legal issue in MAID is whether assisting the patient's suicide constitutes the offense of aiding or assisting suicide. Accordingly, the two practices differ fundamentally in both their legal structure and the nature of the criminal law issues they raise.

Constitutional Justification: The legalization of MAID is fundamentally justified by the expansion of a patient's constitutional "right to self-determination". Supreme courts in major countries, such as Germany, Austria, and Canada, are shifting the paradigm of the state's duty to protect life from "absolute preservation of life" to the "respect and protection of autonomous death", recognizing assisted dying as a constitutional right.

Rebuttal to Counterarguments: Addressing concerns that MAID might promote suicide or lead to a "slippery slope" of abuse among vulnerable populations, the report argues that such risks can be effectively controlled through strict procedural safeguards. Furthermore, MAID does not conflict with existing hospice and palliative care systems; rather, it serves as a complementary, final option.

Comparison of Global Legislative Models: Global legislative models are broadly divided into two categories. The "pre-control model" (e.g., US, Australia) requires strict life expectancy criteria (terminal illness) and rational decision-making capacity, focusing on preventing abuse through cross-verification and waiting periods. The "rights-based post-control model" (e.g., Netherlands, Canada) prioritizes the relief of unbearable subjective suffering, extending eligibility to non-terminal patients and emphasizing strict post-review by committees.

Legislative Proposal for Korea (Conclusion): The report proposes combining a "moderate rights model" with a "medical procedure (pre- and post-control) model" suitable for the Korean context. Instead of directly amending the Criminal Act (aiding and abetting suicide), a separate special law tentatively named the "Act on End-of-Life Support for Terminally Ill

Patients” should be enacted to establish a legal Safe Harbor. To achieve this, rigorous safety measures must be implemented, including cross-verification by multiple doctors, a dual pre- and post-control system through an “End-of-Life Support Review Committee”, and the guarantee of medical professionals' right to conscientious objection, thereby harmonizing the patient's autonomy with the state's duty to protect life.

Keywords: Medical Assistance in Dying (MAID), euthanasia, death with dignity, right to self-determination, the state's obligation to protect life, aiding suicide

제1장

서 론

JPRI
Judicial Policy
Research Institute

제1절 연구배경 및 목적

I. 연구의 배경

생애 말기 환자의 바람은 다양하다. 모든 의료적 수단과 그에 따른 부담을 감수하면서 최대한의 수명을 원할 수도 있고, 가능한 한 최소한의 의료적 조치만 받고 자연사(自然死)하기를 바랄 수도 있다. 환자의 삶의 질을 매개 변수로 넣으면 이 두 가지 바람 사이에 수 많은 다양한 바람이 있을 수 있다. 가능한 한 최상의 삶의 질과 가능한 한 긴 수명을 동시에 원하는 경우와 병으로 인한 고통을 완화 · 제거하기 위해 스스로 죽음의 시기를 앞당기기를 원하면서 이를 스스로 실현하거나 제3자가 자신의 생명을 마감해 주기를 바라는 경우 두 가가지 대표적이다.

현행 법질서하에서는 이러한 다양한 바람에 상응한 선택지 가운데 환자가 자율적으로 결정을 내릴 수 있는 것도 있지만, 자율적 결정이 금지되어 있는 것도 있다. 행위주체의 개입 양태에 따라 살인죄, 촉탁 · 승낙살인죄 또는 자살방조죄 등 형법적 금지가 법제화되어 있기 때문이다. 그러나 자율적 결정에 걸림돌이 되는 형법적 금지를 완화하려는 움직임은 헌법적으로 보장되는 '자기결정권'의 신장 추세와 맞물려 지속적으로 이루어져 왔고 지금도 계속되고 있다.

한국 사회에서 2008년 '김할머니 사건'에 따른 대법원 판결(2009년)[1]과 「호스피스 · 완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(이하 '연명의료결정법'이라 한다) 제정(2016년)은 환자에게 무의미한 생명연장을 거부할 환자의 '자기결정권'을 법적 · 제도적 권리로 확립한 획기적인 이정표라고 할 수 있다.

하지만 연명의료결정법이 시행 된 후 얼마되지 않은 시점부터 '죽음의 시기와 방식'에 관해 환자 스스로가 적극적인 의미의 자기결정권을 행사할 수 있을 것을 요구하는 목소리가 불거져 나오기 시작했다. 연명의료결정법은 '이미' 죽음의 과정이 시작된 '임종과정에 있는 환자'에게 무의미한 생명연장을 거부할 수 있는 소극적 차원의 자기결정권만 인정하고 있기 때문이다. 이에 따르면 '아직' 임종과정에 있지는 않지만 치료가 불가능한 중증 질환으로 인해 신체적으로나 정신적으로 감당하기 어려운 고통을 겪으면서 자

1) 대법원 2009. 5. 21. 선고 2009다17417 전원합의체 판결.

기 통제력을 잃어가고 있는 환자(특히 '말기 환자')는 '호스피스나 완화의료'의 대상이 될 수 있을 뿐, 스스로 죽을 권리는 물론이고 의료적 지원 등 조력을 받아 죽을 수 있는 권리를 행사할 수 없다. 즉 '말기 환자'에게는 스스로 존엄한 죽음을 맞이하기 위해 죽음의 시기와 방식을 정할 수 있는 적극적 차원의 자기결정권은 인정하고 있지 않은 것이다.

하지만 오늘날 말기 환자에게 죽음의 시기와 방식을 스스로 결정하도록 하고, 그러한 '적극적' 자기결정(죽을 권리)을 의료적으로 지원받을 수 있는 권리(조력을 받아죽을 권리)를 허용함으로써 환자에게 보다 적극적인 의미의 자기결정권을 부여하려는 움직임은 전 세계적으로 확산일로에 있다. '의사조력자살', '조력존엄사' 또는 '의료조력사' 등으로 불리는 이 선택지(이하에서는 이들을 통칭하여 '의료조력사'라 한다)가 말기 환자 등에게 법제화되어 허용되기 시작한 것은 1990년 말부터 였지만, 최근까지 의료조력사 법제화에 도달한 입법례의 목록은 지속적으로 확장 일로에 있다.[2)]

한국에서는 2019. 3. 5. 서울신문이 스위스의 조력자살단체를 통해 2016년과 2018년 한국인 2명이 죽음을 맞이했다는 사실을 보도한 것[3)]을 계기로 의료조력사가 공론의 장에 급부상하면서 이에 관해 대중의 관심도 높아지기 시작했다.[4)] 2020년에는 스위스에서 의사조력자살로 죽음을 맞은 일본인을 밀착 취재한 논픽션[5)]도 번역되어 출판된바 있고, 2022년에는 스위스의 조력자살단체를 통해 죽음을 맞은 한국인과 동행한 작가의 수기[6)]도 출판되는 등 외국인을 대상으로 한 의사조력자살도 허용하는 스위스의 단체(Dignitas, Exit 등)에 대한 관심도 높아지고 있다.

2022년에는 의료조력사 법제화를 위한 법안이 연명의료결정법 개정 형식으로 21

---

2) 현재 네덜란드, 독일, 미국의 12개 주와 워싱턴 D.C., 벨기에, 스위스, 오스트리아, 우루과이, 이탈리아, 룩셈부르크, 캐나다, 호주 등에서 의료조력사가 제도적으로 허용되어 있고, 프랑스, 영국 등 다수의 국가도 이 대열에 합류를 눈앞에 두고 있다. 특히 프랑스는 의료조력사를 합법화하는 법안이 세 번의 하원 통과과 세 번의 상원부결 끝에 2026년 7월 15일 마침내 의회를 최종 통과하였다.

3) 서울신문(2019. 3. 5.자 기사), "[단독] 한국인 2명 스위스서 안락사… '존엄한 죽음' 화두를 던지다", 기획연재 존엄한 죽음을 말하다[https://www.seoul.co.kr (2026. 6. 17. 최종확인)].

4) 언론이나 관련 문헌들은 물론 경우에 따라 관련 분야의 전문가들도 의료조력사를 '안락사' 이슈로 취급하는 경향성이 농후하다. 가장 최근까지도 언론에서는 의료조력사가 문제 되는 경우를 '안락사' 이슈로 취급하고 있다. 예를 들어 조력자살을 위해 스위스로 출국하려는 환자의 가족이 이를 만류하는 과정에서 경찰에 신고가 접수되어 전개된 사건과 관련하여 2026년 2월 10일자 MBC 뉴스의 제목은 "안락사를 위해 출국하려던 60대, 경찰이 설득해 이륙 직전 제지"였다[MBC NEWS(2006/2/10.자 기사), "안락사를 위해 출국하려던 60대, 경찰이 설득해 이륙 직전 제지"(http://imnews.imbc.com/news/2026/society/article/6800043_36918.html)]. 하지만 후술하듯이 의료조력사와 안락사는 사례 구조와 본질면에서 개념적으로 차이가 있다. 의료조력사를 안락사와 같이 취급하는 저간의 용어 혼용은 의료조력사 법제화에 걸림돌로 작용하는 측면이 적지 않다. 따라서 이 연구는 의료조력사가 개념적으로 안락사와 분명히 구분되어야 하는 것임을 논의의 출발점으로 삼는다.

5) 미야시타 요이치 지음/박제이 옮김, 「11월 28일, 조력자살 – 나는 안락사를 선택합니다」, 아토포스 (2020).

6) 신아연, 「스위스 안락사 현장에 다녀왔습니다」, 책과나무 (2022).

대 국회에 발의되었다가 국회 회기 만료로 폐기되었고,[7] 같은 내용의 법안이 법률안명을 달리하여 2024년 22대 국회에 다시 재발의되어 있는 상태다.[8] 각종 여론 조사에서 의료조력사 합법화를 찬성하는 비율이 80%를 넘어서고 있다.[9] 특히 2024. 1. 16.에는 헌법재판소가 의료조력사를 법제화하지 않은 입법부작위와 이를 금지하는 형법상 자살방조죄의 위헌성 여부에 대한 본안 심리를 개시[10]함으로써 의료조력사 제도의 도입에 대한 기대가 고조되고 있다.

II. 연구의 목적

연명의료중단(내지 치료거부)이라는 '소극적' 차원의 자기결정권에서 더 나아가 의료조력사(내지 사망 결정)라는 보다 '적극적' 차원의 자기결정권까지 인정하는 의료조력사 법제화에 반대하는 목소리도 뚜렷하고 강력하다. 소극적 안락사를 허용하는 연명의료결정법이 시행된 지 10년도 지나지 않은 시점에 호스피스 · 완화의료 체계를 내실화하고 보완하는 것이 급선무이지, 적극적 의료조력사 허용은 시기상조라는 취지의 반대도 의료계 발(發) 반대 목소리다. 법제도적 차원에서는 의료조력사 허용은 '자살'의 합법화, 의료적 조력자인 의사 등의 자살방조죄 처벌 불가등으로 이어지므로 국가가 생명보호의무를 저버리게 된다는 비판론도 거세다.

이 연구는 한국 사회에서 법제화 가능성을 타진하고, 한국 사회에서 의료조력사를 허용하는 법제가 나아가야 할 구체적인 방향성을 제시함으로써 한국 실정에 부합하는 의료조력사 입법모델을 모색하는 것을 목표로 한다. 이 목표를 달성하기 위해 이 연구는 특히 '말기 환자' 등이 사망의 시기와 방식에 관한 자기결정권을 행사함으로써 존엄한 죽음을 맞이할 수 있도록 의료적 지원을 받는 것을 내용으로 하는 '의료조력사'가

7) 안규백 의원 등 12인 발의, 호스피스 · 완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 일부개정법률안, 의안번호 2115986 (2022. 6. 15. 발의).
8) 안규백 의원 등 11인 발의, 조력존엄사에 관한 법률안, 의안번호 1412 (2024. 7. 5. 발의).
9) 2023년 7월 1일 서울신문기사에 따르면 서울신문과 한국사회여론연구소가 2023년 3월 14~15일 전국 만 19세 이상 남녀 1000명을 대상으로 여론조사를 한 결과 81%가 의사조력사망 도입에 찬성한다고 답했다(95% 신뢰수준에서 표본오차 ±3.1% 포인트). 6.7%는 반대했으며 12.3%는 잘 모르겠다고 응답했다. 찬성하는 가장 큰 이유는 '자기 결정권 보장'(29.0%)으로 꼽혔다. 2025년 보건사회연구원 등이 발표한 조사결과에 따르더라도 약 82%가 조력존엄사에 찬성한다.
10) 동아일보(2024. 3. 11.자), "내 삶의 마감, 내가 정할 수 있게…조력 존엄사 헌법소원 낸 이명식 씨", https://www.donga.com/news/Society/article/all/20240308/123884613/1 (2026. 3. 31. 최종확인).

헌법적으로 보장되어야 할 자기결정권의 인정범위 속에 포섭될 수 있는지를 논의의 중심자리에 두고서, 의료조력사의 허용여부에 결정적인 헌법이론적 근거가 될 '생명에 대한 개인의 자기결정권'과 '국가의 '국가의 생명보호의무'의 관계를 어떻게 재설정할 수 있는지에 초점을 맞춘다.

제2절 연구의 범위 및 방법

I. 연구의 범위

이 연구는 의료조력사 법제화 여부를 검토함에 있어 다음과 같은 내용을 중심으로 삼아 논의를 전개한다.

첫째, 논의의 출발점으로서 생애 말기 환자의 의사결정과 관련한 개념들을 정의하면서 소극적 안락사, 적극적 안락사, 간접적 안락사, 존엄사 등 의료조력사와 인접해 있거나 중첩적으로 사용되고 있는 용어들과 '의료조력사'를 개념적으로 구분한다. 이러한 개념적 구별을 하는 이유는 의료조력사가 사례 구조적 측면에서 안락사와 구별되는 뚜렷한 특징점을 가지고 있으므로 의료조력사 허용여부를 둘러싼 사회적 담론이나 법적 논의과정에서 중요한 역할을 하기 때문이다. 용어 사용의 난립상은 어떤 제도의 법제화 과정에서 필연적으로 거치게 될 사회적 공론의 장에서 불필요한 오해와 혼선을 초래하고, 쟁점을 흐리게 할 우려가 있다.

둘째, 의료조력사의 개념정의 및 사례 구조적 특징을 출발점으로 삼아 세계적으로 의료조력사 법제화가 추동되고 있는 배경을 살펴보고, 의료조력사 허용에 찬성하는 논거들과 반대하는 논거들을 대비시킨 후, 반대 논거들을 재논박함으로써 의료조력사 법제화의 현실적 필요성을 부각시킨다.

셋째, 의료조력사는 현실적 필요성만으로 법제화되기에 충분하지 못하다. 의료조력사를 허용할 수 있는 실질적인 내용적 정당성도 있어야 한다. 의료조력사를 법제화하도록 입법자를 압박할 수 있는 가장 강력하고도 결정적인 정당성의 근거는 생명에 대한 자기결정권에 관한 헌법이론에서 나온다. 따라서 이 연구는 오늘날 의료조력사 법제화

가 실현된 각국의 헌법재판소에서 구체화되고 있는 생명에 대한 자기결정권 스펙트럼(생명에 대한 환자의 자유로운 처분권에서 시작하여 그러한 처분권을 행사함에 있어 조력을 받을 권리, 치료거부권, 치료방법의 선택권 등)이 국가별로 어떤 헌법(이론)적 근거에서 그리고 어느 정도의 범위로 인정되고 있는지를 살펴본다.[11]

넷째, 헌법적으로 생명에 대한 자기결정권의 인정 범위 내지 구체화 정도는 생애말기 상황에 있는 환자의 '사망 시기와 방식'에 관한 입법정책을 구체화하는 일과 직접적으로 관계되어 있다. 이 때문에 의료조력사 법제화에 성공하였거나 법제화를 눈앞에 두고 있는 중요 입법례가 자기결정권에 관한 헌법적 요구를 입법정책적으로 반영하고 있는지를 점검하지 않으면 안 된다. 만약 헌법이 명령하고 있는 환자의 자기결정권이 의료조력사를 허용해야 할 정도의 자기결정권(예, 일정한 조건하에서 의료적 도움을 받아 죽음의 방식과 시기를 환자가 스스로 결정할 권리를 가지는 정도)에 해당한다면, 의료조력사 법제화를 허용하지 않는 것은 그 한도 내에서 환자가 헌법적 기본권을 침해(또는 제한)당하고 있는 상태가 방치된다는 결론을 내릴 수 있기 때문이다.

다섯째, 이 연구는 해외 입법례를 검토함에 있어서 의료조력사 허용국가의 입법례를 평면적으로 나열하여 소개하는 방식을 취하지 않는다. 의료조력사를 허용하는 입법례가 헌법적 자기결정권과 국가의 생명보호 의무에 관한 그동안의 관계를 구체적으로 어떻게 재설정하고 있는지에 초점을 맞추어 의료조력사 입법모델적 특징을 추출해 낸다. 뿐만 아니라 이 연구는 의료조력사와 함께 적극적 안락사도 허용하는 입법례도 동시에 살펴보면서 의료조력사보다 더 적극적 양태로 이루어지는 넓은 의미의 '사망조력'도 자기결정권의 인정 범위에 관한 헌법해석론과 관련되어 있음을 확인한다. 더 나아가 이 연구는 가장 최근(2025년 2월) 적극적 안락사를 합법화하면서도 의료조력사 합법화에는 실패한 우루과이 입법례도 검토한다. 해당 국가에서 법안의 최종 의회의 의결 단계에서 끝내 의료조력사 허용까지 나아가지 못한 구체적 이유를 추적하여 의료조력사의 제도적 허용을 위해 보충되어야 할 내용을 사전에 점검하기 위함이다.

더 나아가 이 연구는 한국 헌법재판소와 대법원이 개인의 생명에 대한 자기결정권을 인정하는지의 여부 및 자기결정권의 인정 범위 등에 관한 사법적 견해에 대한 분석

11) 뒤에서 살펴보겠지만 의료조력사 법제화를 목전에 두고 있는 많은 국가들의 경우와 마찬가지로 한국도 시민들의 현실적 요구 수준에 관한 한 의료조력사 법제화 요구가 압도적으로 높다. 이러한 현실적 필요성을 기초로 한다면, 의료조력사 법제화에 결정적인 것은 이론적 정당화, 그것도 헌법적 차원의 정당화가 가장 결정적이면서도 마지막 남은 퍼즐이라고 할 수 있다.

을 기초로 삼아 환자의 치료거부 및 치료방법에 있어서의 자기결정권 및 고통당하지 말아야 할 환자의 권리를 인정하는 결론을 도출한다. 더 나아가 그에 상응하는 '죽음의 의료적 절차화'를 법제화하는 작업의 헌법적 구속성을 강조하면서 의료조력사 법제화에 관한 입법부작위가 고통 없는 치료방법을 선택할 환자의 헌법적 권리에 대한 침해이자 환자에게 고통을 의무화하는 일임을 분명히 함으로써 의료조력사 법제화의 헌법적 정당성을 기초 지운다.

마지막으로 이 연구는 한국형 의료조력사 법제화를 위한 구체적 방안을 제시한다. 이 단계에서는 특히 안락사 논의와 차별화될 의료조력사 고유의 쟁점들을 정리하면서 의료조력사 법제화를 통해 합법화되는 의사의 조력행위의 법적 성격을 규명한다. 이뿐만 아니라 법제화될 의료조력사제도하에서 의료조력 주체인 의사가 의료 윤리적 차원에서 의사의 독립성을 보장하기 위해 거부권 인정을 위한 특별조항(이른바 양심조항: clause de conscience), 자기결정권과 길항관계에 있는 국가의 공익적 과제(국가의 생명보호의무, 일반적 의미의 자살 예방, 취약한 계층의 생명권 보호 등) 등을 구체화하여 한국의 규범상황에 적합한 입법안을 제안한다.

물론 이 연구는 삶의 종말기 환자의 선택지 전체를 다루지는 않는다. 생애 말기 환자에 대해 제공될 수 있는 가장 넓은 의미에서의 '돌봄의료'까지 포함하는 광범위한 환자의 선택지를 모두 다루는 일은 국가의 보건위생 의료정책을 넘어 복지정책까지 다루게 됨으로써 법제화될 필요성과 정당성을 가진 의료조력사 제도의 범위를 뛰어넘는 일이기 때문이다. 다만 연명의료결정법상 등장하는 호스피스 또는 완화의료(Palliative Care)가 의료조력사와 접점을 이루는 한도 내에서 특별히 취급할 필요가 있는 경우 이와 의료조력사와의 관계에 대한 설명까지 배제하지는 않는다. 의료조력사 법제화 반대론에서는 줄기차게 의료조력사 허용 보다는 호스피스 또는 완화의료의 확충이 급선무라고 주장하고 있다. 이러한 상황에서 이 연구는 양자가 서로 상충되는 관계에 있는 것이 아니라 서로 보완관계에 있는 것임을 밝힌다.

II. 연구의 방법

의료조력사 법제화 필요성 여부 및 구체적 법제화 방안 연구를 위해서는 누가 어

떤 경우에 조력사망을 원하는지, 조력을 제공해야 할 의사 등이 조력제공을 원하는지 꺼려하는지 등 수많은 경험적 사실에 대한 구체적 데이터를 수집 · 분석해야 한다. 이러한 데이터 기반 연구는 설문 조사 등을 통해 기초자료의 수집 및 통계처리 등 실증적 연구 자료를 분석할 것을 요한다. 하지만 이 연구에서 데이터를 수집하는 차원의 실증연구는 최근 조사기관 등에 의해 도출된 2차 자료를 이용하고 이를 분석 평가하는 데 그친다.

이뿐만 아니라 이 연구는 여건상 의료조력사를 원하는 환자의 고통스러운 삶의 현장이나 의료적 조력에 관여하는 의료진의 번민 가득한 업무현장으로 들어가 그들의 언행을 관찰하고 생각을 경청하는 참여관찰 방법도 수행하지 못한다. 그 대신 이 연구는 기존 참여관찰자들의 관찰 결과를 생생하게 기록한 문헌들을 참고로 삼아 그 관찰자의 시각을 반영하는 것으로 참여관찰 방법에 갈음한다. 이러한 차원의 참여관찰에 관한 문헌 중 이 연구가 특히 중요하게 참고한 것은 미국의 문화인류학자 애니타 해닉의 관찰 보고서, 「내가 죽는 날 – 존엄사의 최전선에서, 문화인류학자의 기록」이다.[12] 이 책은 미국의 의료조력사 제도의 운용과 관련하여 노출되는 세세한 현실적 문제점까지 통찰력 있는 관찰을 통해 집어내고 있을 뿐만 아니라, 오늘날 의료적 돌봄체계에서 중요한 위상을 가지고 있는 호스피스 및 완화의료와 의료조력사 제도의 관계에 관한 의미있는 정보를 제공해 주고 있다.

의료조력사는 모든 인간에게 보편적인 삶과 죽음의 문제와 관계되어 있지만, 이와 관련한 법제화 문제는 해당 사회의 정치, 경제 또는 문화적 조건 및 법제도 전반에 따라 달리 이해되어야 할 문제이다. 따라서 이 연구는 한국의 사회적 법적 조건들을 가능한 한 객관적인 차원에서 정리하여 의료조력사망이라는 이슈를 이 조건들에 부합되는 방향으로 법제화할 가능성을 타진한다. 이뿐만 아니라 이 연구는 한국의 현행 규범현실에 맞는 의료조력사 모델을 찾거나 만드는 일을 목표로 하기 때문에 이미 의료조력사를 법제화한 입법례들을 대상으로 각 입법례들을 비교하면서 그 법률의 집행으로부터 나온 실증적 자료까지 동시에 반영하는 시도를 한다.

무엇보다도 이 연구의 목표는 현행 법질서에 안착시킬 수 있는 의료조력사제도를 설계하는 일이므로 말기 환자에 대한 호스피스 · 완화의료의 허용 및 임종과정에 있는

12) 애니타 해닉 지음/신소희 옮김, 「내가 죽는 날 – 존엄사의 최전선에서, 문화인류학자의 기록」, 수오서재 (2025).

환자에 대한 연명의료중단 허용에 관한 「연명의료결정법」과 자살방조에 대한 전면적 금지를 표명하고 있는 「형법」의 태도 등을 생명에 관한 자기결정권에 관한 한국 사법기관의 헌법해석의 관점에서 조명하고, 이미 의료조력사를 허용한 국가의 헌법재판소나 최고 재판소가 취한 생명에 대한 자기결정권에 관한 진보된 이론을 참고 삼아 생애 말기 자기결정적으로 고통 없이 존엄한 죽음을 선택하려는 환자의 자기결정권과 국가의 생명보호 의무 간의 관계를 재설정하는 일이 현대 헌법적 명령임을 밝히는데 주력한다.

제2장

의료조력사 법제화를 위한 논의의 출발점

JPRI
Judicial Policy
Research Institute

제1절 의료조력사의 의의

I. 의료조력사 용어의 변화

1. 의료조력사 정의

한국 사회에서 특히 의료계 또는 법학계에서 의료조력사라는 용어가 (의식적으로) 본격 사용된 것은 극히 최근의 일이다. 내용상 의료조력사를 의미하면서도 명칭상 다른 용어(예 의사조력자살, 의료조력자살 또는 조력존엄사 또는 심지어 안락사 등)가 사용되기 시작된 것조차도 그리 오래된 일이 아니다. 이뿐만 아니라 의료조력사로 특정될 수 있다고 해도 그에 대한 합치된 정의가 있는 것도 아니다. 국제적으로도 의료조력사 사례를 지칭하는 용어와 그 용어의 내포가 일관성을 가지고 합의 수준에 도달된 상태라고 보기는 어렵다.

가. 의사조력자살(Physician-assisted suicide: PAS)

의료조력사는 오랫동안 의사조력자살로 불려왔다. 의사조력자살은 치료가 불가능한 질병으로 고통을 겪는 환자가 자기결정권에 따라 죽음을 선택하기 위해 의사(physician)의 도움을 받아 사망하는 경우를 의미하는 것으로 이해되어 왔다. 환자가 스스로 죽음에 이르는 최종 행위를 하고, 의사는 사망에 이르는 수단(약물)을 제공하는 것이 이 용어에 내포된 핵심 사항이다. 이러한 용어 사용법의 특징은 의사의 조력을 받은 환자의 죽음을 '자살'로 이해하는 점에 있다.[13] 국내에서 관련 초기 연구들에서도 최근 사용되고 있는 의료조력사에 상응하는 용어로 '의사조력자살'이라는 용어가 관행적으로 사용되어 왔다.[14]

'자살'이라는 용어가 전면에 등장해 있는 입법례도 있다. 대표적으로 네덜란드 법률(요청에 의한 조력사망 및 안락사에 관한 법률)[15]에서는 다른 사람의 자살을 도와주

13) Encyclopaedia Britannica: "assisted suicide"의 정의는 환자가 다른 사람, 주로 의료인의 도움을 받아 스스로 죽음을 선택하는 절차를 말하는 것으로 되어 있다[Encyclopaedia Britannica, MAID: Medical Aid in Dying (2026. 2. 18.), https://www.britannica.com/topic/assisted-suicide (2026. 3. 23. 최종확인)].

14) 예를 들어 성경숙, "의사조력자살에 대한 형법적 고찰", 성균관대학교 석사학위청구논문 (2004).

거나 자살 수단을 제공하는 행위를 “조력자살(hulp bij zelfdoding)”이라는 용어로 표기하고 있다.

나. 사망 시 의료 조력 (Medical Aid-in-Dying/Medical Assistance in Dying: MAID)

최근에는 의료조력사를 ‘사망 시 의료 조력’ 또는 ‘사망 시 의료 지원’으로 부르고 있다. 이를 더 축약하면 의료조력사(망)라고 하기도 한다. 이에 따르면 의료조력사망은 치명적 질환을 가진 환자가 스스로 생명을 끝내고자 할 때, 의료인이 일정한 법적 요건 아래 그 과정을 돕는 것을 의미한다.

이 용어사용법에는 환자를 돕는 주체를 의사로 특정하지 않고 간호사 등 의사 이외의 의료인을 포함하고, 일부 국가에서는 환자 뿐 아니라 의료인이 약물을 직접 투여하는 것[16]까지 이 범주에 포함하기도 한다.

미국 보건의료 맥락에서 “physician-assisted death”(PAD)라는 용어도 사용된다. 이 용어는 환자의 요구에 따라 의료인이 치사 약물을 처방하여 환자가 스스로 복용하도록 하는 것으로 설명된다.

이와 같은 용어사용법은 ‘자살’이라는 용어를 사용하지 않고 죽음 또는 사망(Death, Dying)이라는 용어를 사용하고 있고, 그 조력의 주체도 의사 외에 의료인 등으로 확장되어 있는 것이 특징이다.[17] 대표적으로 캐나다의 의료조력사에 관한 법률은 명시적으로 사망 시 의료적 조력(Medical Aid in Dying: MAID)이라는 용어를 사용하고 있다.

2. 용어사용의 변화: 의사조력자살 → 의료조력사

종래 사용되어 왔던 의사조력자살(PAS: physician-assisted suicide) 또는 의료조력자살이라는 용어가 최근 의사조력사망(PAD: physician-assisted death/dy-

15) Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, BWBR0012410 (2021. 10. 1. 기준), https://wetten.overheid.nl/BWBR0012410/2021-10-01 (2026. 3. 31. 최종확인).

16) 물론 의료인의 직접적 약물 투여도 의료조력사에 포함시키는 것은 환자의 신체적 상태가 치사약물의 환자 자기 투여를 불가능하게 하는 상태일 경우 보충적으로 의료인이 환자 자기 투여를 대행해 주는 것을 포함시키는 것을 의미한다.

17) 일부 논의에서는 단순 처방행위뿐 아니라 생명유지조치(life-sustaining treatment)의 종료, 완화의료 강화 등 다양한 말기 의료 선택까지 포함할 수 있다는 보다 확장된 의미로 사용되기도 한다.

ing) 또는 사망 시 의료적 조력(MAID: Medical Aid in Dying) 또는 사망 시 의료적 지원(Medical Assistance in Dying) 등과 같은 용어로 서서히 바뀌고 있는 현상에는 다양한 의미가 부여될 수 있다.

자살이라는 용어에 내포된 부정적 뉘앙스나 문화적 낙인을 없애는 동시에 문제되는 사례나 이슈를 보다 중립적으로 표현하기 위한 의도의 반영이기도 하고, 의료조력사 이슈의 무게 중심의 이동현상을 나타내는 측면도 있다. 즉 의료조력사망을 원하는 환자의 생명에 대한 자기결정권의 인정은 일반적 의미의 자살이 아니라 의료적 선택권의 인정이고, 그에 조력하는 의사의 행위도 의료행위로서의 성격을 부여하려는 패러다임의 전환이 일어나고 있다고 볼 수 있다. 2022년 11월 '세계 죽을 권리 연맹(World Federation of Right to Die Societies)'은 총회에서 이러한 의료 행위의 의미를 정확하게 나타내기 위한 용어로 "자발적 조력 사망(voluntary assisted dying)"이라는 문구를 채택하였다. 빅토리아 주에서 시작된 의료조력사 법제화가 도미노 효과를 보이면서 호주의 모든 주에서 법제화된 의료조력사 법안 명칭도 자발적 조력사망법(Voluntary Assisted Dying Act: VAD Act)이다. 의료조력사 이슈가 오늘날 보다 넓은 차원에서 환자의 생애 말기 선택지("end-of-life option")라는 지평에서 취급되고 있음도 같은 맥락에서 이해될 수 있다.

3. 소결: 용어 사용('의료조력사')과 정의(구성요소)

치료 불가능한 중증 질환 내지 말기 환자가 스스로 사망할 것을 요청하고 이에 따른 의료적 조력을 받아 사망하는 사례는 법적 · 문화적 맥락에 따라 정의가 달라질 수도 있고, 다른 용어로 지칭되기도 한다. 한국에서도 연명의료결정법 시행 후 같거나 유사한 의미를 갖는 여러 용어(조력존엄사, 의료조력자살 등)가 사용되고 있다.

존엄사는 자기결정권에 기초된 연명의료중단 등 소극적 안락사나 심지어 적극적 안락사의 경우에도 자기결정권에 따른 주체적 죽음을 존엄하게 죽을 권리의 실현이라는 의미차원에서 널리 사용될 수 있다. 의료조력자살이라는 용어도 그것이 가지는 문화적 낙인 효과 때문이기도 하지만, 조력사망의 무게 중심이 자기결정권에 기초한 의료적 선택권으로 옮겨가고 있기 때문에 가급적이면 사용하지 않는 것이 바람직하다. 따라서 이하에서는 의료조력자살이라는 용어 대신 보다 중립적인 용어인 '의료조력사'라는 용어를 사용하기로 한다. 헌법적 자기결정권의 관점에서 볼 때 한국형 의료조력사 제도하에서

보장되는 환자의 선택지는 자살이 아니라 고통을 제거하는 차원의 인도적 의료행위의 일환으로 자리매김하는 것이 타당하기 때문이다.

다른 한편 의료조력사를 허용한 각국의 입법례에서나 허용하려고 하는 국가들에서 의료조력사 이슈에서 거론되는 사례들이 정도의 차이는 있으나 의료조력사라는 용어로 포섭되는 사례는 회복불가능한 말기 질환(terminal illness)[18] 상태에 있는 정신적으로 의사결정을 내릴 수 있는 능력을 가진 성인 환자가, 고통을 종식하고 평화로운 죽음을 맞이하기 위해 의사와 상담하고 의사로부터 충분한 설명을 들은 후 치사 약물을 처방받고, 그 처방받은 약물을 스스로 투여하여 사망에 이르게 되는 경우로 지칭된다. 이에 따르면 ① 회복불가능한 말기 질환, ② 책임 있는 의사결정능력, ③ 상담, 설명, 처방 등 의료적 조력, ④ 치사약물의 자가투여 등이 의료조력사를 구성하는 '최소한의 공통적 본질적 요소'라고 할 수 있다.

II. 구별개념

1. 연명의료중단과 구별

앞서 살펴본 네 가지 요소를 본질적 구성요소로 하는 의료조력사 개념은 '대상자' 측면에서 연명의료결정법에서 허용되고 있는 연명의료중단과 다르다. 연명의료중단은 '임종과정에 있는 환자'가 주로 사전연명의료의향서에 따라 또는 환자가 의사표시를 할 수 없는 경우 환자 가족의 요구에 따라 연명의료를 중단할 것을 결정 · 요구하고, 의사가 그에 따라 연명의료를 중단하는 경우를 말한다. 이와는 달리 의료조력사는 아직 임종과정에 이르지('자연적 소생불가능성') 않은 말기 상태('회복불가능성')를 전제로 한다. '의사의 개입 시기'적 측면에서도 의료조력사는 연명의료중단에 비해 앞선 단계가 된다.[19] 의료조

18) '말기 질환'이란 일반적으로 여명기가 6개월 이내의 중증질환을 의미한다. 후술하듯이 전 세계적으로 의료조력사망(MAID)을 합법화한 국가들의 입법례는 환자의 자격 요건 중 특히 '기대여명(시한부)'여부를 두고 크게 세 가지 모델로 명확히 구분될 수 있다. '임박한 죽음'을 요건으로 하는 모델(엄격한 기대여명 요구 모델: 말기 모델)과 죽음의 임박성보다는 '고통의 크기와 불치성'을 중시하는 모델(고통 중심 모델: 비말기 확장형) 그리고 이 두 가지 모델을 결합한 '이원화 모델'이다. 두 번째, 세 번째 모델도 첫 번째 모델 요건은 당연히 포함시키고 있으므로 기대여명 6개월 이내의 말기질환은 최소한의 공통분모라고 할 수 있다. 이 점에 관해서는 제6장 제3절의 Ⅱ. 이하 참조.

19) 물론 연명의료중단 대상인 '임종과정에 있는 환자'도 연명의료중단 후 의료조력사 허용대상에 포함시킨다면, 대상자 측면에서 중첩부분도 생긴다. 하지만 연명의료결정법은 말기 환자를 연명의료중단 허용 대상에 포함

력사가 연명의료중단과 결정적으로 다른 지점은 사망에 이르게 하는 '행위를 지배하는 주체'의 차이에 있다. 의료조력사의 경우는 행위지배의 주체가 환자 자신이지만, 연명의료 중단의 행위 주체는 환자의 요구를 받은 의사이기 때문이다. 의사의 중단을 부작위로 보거나 연명의료중단을 넓은 의미의 소극적 '치료중단'으로 보면서 이를 '소극적 안락사'로 분류하는 것도 연명의료중단의 이러한 특성 때문인 것으로 보인다.[20] 반면 의료조력사의 경우는 환자가 의료진의 조력을 받긴 하지만 죽음의 시기와 방식을 스스로 결정하여 '적극적'으로 사망을 초래하므로 '적극적' 조력사망(사망조력)의 범주에 포함된다.

2. 호스피스 · 완화의료와의 구별[21]

「연명의료결정법」을 통해 도입된 말기 환자에 대한 '호스피스 · 완화의료'도 모두 말기 · 중증 환자의 정신적 고통의 치유 및 진정제를 통해 고통 완화를 도모하는 등 의료적 조력이 이루어지므로 의료조력사와 유사성이 있다. 하지만 목적 · 방법 · 의료인의 역할 · 법적 성격면에서는 의료조력사와 호스피스 · 완화의료는 근본적으로 차이가 있다. 호스피스 · 완화의료는 죽음을 앞당기거나 연장하는 것이 아니라, 남은 삶의 질(Quality of Life)을 최대한 높이는 것을 목적으로 하고, 통증 · 호흡곤란 · 불안 · 우울 등 신체

시키지 않기 때문에 양자의 차이는 분명히 드러난다.

20) 엄밀한 의미에서 연명의료중단은 일반적인 의미의 '소극적 안락사'와는 다르다. 환자가 임종과정에 있는 것으로 진단을 받은 경우는 의학적으로 건강의 회복을 지향하는 '치료'가 무의미한 단계를 의미하기 때문이다. 따라서 연명의료중단은 '치료중단'이 아니라 단순히 '의료행위의 중단'이고, 인위적으로 생명이 단축되는 것이 아니라 일종의 자연사라고 할 수 있고, 사인(死因)도 환자의 기저질환이다.

21) 호스피스(Hospice care)와 완화의료(Palliative care)는 생명 연장 자체가 아니라 고통 완화와 존엄 유지가 중심이라는 점에서 유사한 측면도 있지만 서로 다른 부분도 있다. 완화의료는 초기 암 환자나 만성 중증질환자에게도 적용 가능하고, 호스피스는 보통 임종이 가까운 단계에 집중된다. 호스피스는 1960년대 영국에서 시작되어, 삶의 마지막 단계에서 신체적 고통 뿐 아니라 심리 · 사회 · 영적 어려움까지 통합적으로 돌보는 전인적(全人的) 케어를 말하는 것으로서 개인의 삶의 질을 중시하며, 환자뿐만 아니라 가족도 함께 돌봄의 주체가 된다. 환자가 시한부 판정을 받고 치료를 중단하면 그 이후는 호스피스의 몫이 된다. 1970년대 캐나다에서 발전된 완화의료도 임종돌봄의 일종으로 중증 환자의 증상을 완화하는 데 중점을 둔 비치료성 전문의료 서비스를 아우르는 명칭이다. 병에 따르는 증상 뿐 아니라 치료에 따르는 고통도 줄여준다. 완화 의료 전문의는 병원에서 질병의 단계에 따라 환자에게 협조하며, 이 과정은 종종 실제 치료와 병행한다. 오늘날 두 용어는 엄격히 구분되기보다는 서비스 제공 형태, 다직종 팀 구성, 자원봉사 활용 등에서 유사하게 운영되는 측면이 많다. 한국에서 '호스피스 · 완화의료'라는 통합 용어가 사용되고 있는 것도 이 때문이다. 굳이 구분하자면, 완화의료는 상위개념이고, 호스피스는 완화의료의 특정한 적용 형태이다. 예컨대 프랑스는 1999년 「완화의료 접근권 보장에 관한 1999년 6월 9일 제99-477호 법률」에서 완화의료(soin palliatif)에 접근할 환자의 권리를 「공중보건법전」(Code de la santé publique) 제L.1A조(현행 제L.1110-9조)에 규정하고 있다. 이 법전 제L.1B조(현행 제L.1110-10조)에서 완화의료를 "기관 또는 자택에서 다학제 팀이 시행하는 적극적이고 지속적인 치료"라 정의하고, 완화의료는 "통증을 경감하고 정신적 고통을 완화하며 환자의 존엄을 지키고 그 주변인을 지원하는 것"을 목적으로 한다고 규정하고 있다.

적 · 정신적 · 사회적 · 영적 고통을 완화하며, 죽음은 자연적 과정으로 받아들여지고, 사망 시점은 치료 과정의 부수적 결과일 뿐 의도된 목표가 아니다. 하지만, 의료조력사는 환자의 요청에 따라 참을 수 없는 고통 상태에서 죽음의 시기를 환자의 자기결정하에서 의도적으로 앞당기기 때문에 사망은 의도되고 설계된 결과이다. 요컨대 호스피스 · 완화의료는 '남은 삶을 어떻게 살것인가'의 문제이지만, 의료조력사는 '언제 어떻게 죽을 것인가의 문제'라는 점에서 결정적으로 다르다.

하지만 후술하듯이 호스피스 · 완화의료와 의료조력사는 서로 상충하는 선택지가 아니다. 예컨대 미국의 오리건 주 존엄사법을 이용한 사람들의 약 95퍼센트가 호스피스 프로그램의 일환으로 조력 사망을 선택했으므로 두 가지 선택지가 양자 택일의 문제가 아니라는 실증적 자료도 있다.[22] 의료조력사를 호스피스 · 완화의료의 대안이 아니라 보완책으로 보면, 의료조력사는 기존의 호스피스 완화의료에서 구할 수 없는 무언가를 삶의 종말기에 있는 환자에게 제공한다. 이 때문에 호스피스 · 완화의료의 확충이 의료조력사 법제화를 위한 선결조건이라는 반대론의 입장도 반박될 수 있다.

3. 완화의료의 최후수단인 '완화 진정'과 의료조력사의 구별

완화 진정(pilliative sedation)이란 다른 모든 적절한 치료에도 반응하지 않는 난치성 증상(refractory symptoms)을 완화하기 위해 약물을 사용하여 의도적으로 의식 수준을 낮추는 의료행위를 말한다.[23] 유럽완화의료학회(EAPC)는 완화 진정을 "환자의 고통을 완화하기 위해 의도적으로 의식을 감소시키는 약물 사용"이라고 정의한다.

실제 임상에서 완화 진정은 통상적 통증 조절 → 고용량 약물 조절 → 다학제적(多學際的) 평가 → 간헐적 진정 → 지속적 심층 완화 진정 (최후수단)이라는 단계적 접근을 취한다. 이에 따르면 완화 진정 내지 지속적 심층 진정(Continuous Deep Sedation until death: CDC)이란 완화의료의 전체 체계 내에서 최후적 치료수단(ultima ratio)에 해당한다.

---

22) 애니타 해닉 지음/신소희 옮김, 「내가 죽는 날 – 존엄사의 최전선에서, 문화인류학자의 기록」, 수오서재 (2025) 참조.

23) 유럽완화의료학회(EAPC) 프레임워크는 난치성 증상을 "현저히 고통스럽고 적절한 시간 내에 만족스러운 완화가 어렵다"고 정의하고, 가장 흔한 신체적 난치성 증상으로 섬망, 호흡곤란, 통증, 경련을 명시하고 있다 [Cherny, Nathan I., and Lukas Radbruch. "European Association for Palliative Care (EAPC) Recommended Framework for the Use of Sedation in Palliative Care." BMC Palliative Care, vol. 8, no. 1, 2009, p. 9(https://doi.org/10.1186/1472-684X-8-9)].

이에 따르면 완화 진정(내지 지속적 심층 진정)은 기능적으로 의료조력사와도 유사하여 양자의 경계가 모호한 측면이 있다.[24] 환자가 '의식 없는 상태로 수일 유지되는 것'을 거부하는 경우, 의료조력사를 금지하는 것은 환자를 형식적으로 차별하는 결과가 될 수도 있다.[25] 즉 수일간에 걸쳐 강력한 진정제를 통해 의식을 소실시키는 결과를 가져오다가 마침내 사망하게 만드는 완화 진정은 현재 연명의료결정법상 완화의료 체계 내에서 명시적 규정이 없음에도 불구하고, 사실상 의료계에서 합법적 의료행위로서 허용되고 있다. 그럼에도 불구하고 환자가 분명한 의식상태하에서 자기 결정을 통해 자신이 원하는 방식과 시간대에 자신의 삶의 종기를 맞이할 수 있는 의료 조력사망을 일정한 통제하에 실시하는 것을 금지하는 국가의 처사에 대한 윤리적 차원의 문제가 제기될 수 있다.

이와 같이 완화 진정의 법적 지위에 관한 문제점 및 특히 후술하듯이 통증제거라는 완화 진정의 목표가 사실상 한계에 부딪치는 사례가 밝혀짐에 따라 완화 진정 대신에 오히려 의료조력사를 최후수단으로 인정하려는 차원의 의료조력사 법제화 논의를 부상시키는데 배경이 되고 있다.

4. 존엄사와 의료조력사의 관계

의료조력사는 존엄사 또는 조력존엄사 등으로 불려지기도 한다. 존엄사법은 현재 국회에 발의 중인 의료조력사 법률안의 명칭이기도 하고, 미국 최초로 의료조력사를 합법화한 오리건 주의 의료조력사의 정식 법명도 존엄사법(Act of Death with Dignity)이다.

그러나 존엄사라는 용어는 안락사와 함께 환자가 자기결정권을 행사하면서 감내

---

24) 의사가 약물을 사용하여 환자의 의식을 잃게 한 후, 수 일내에 사망을 초래하게 하는 지속적 심층 진정(국내에서는 말기 진정 또는 말기 강한 진정, 깊은 진정 등 다양한 명칭으로 불리운다)은 개념적으로 적극적 안락사와의 구별까지 어렵게 한다. 물론 안락사(또는 의사조력자살까지 포함)와 말기 진정은 목적하는 바가 현저히 다르다. 즉 전자가 임종을 앞당기고자 하는 의도로 시행하는 데 반해 후자는 임종이 임박한 상태에서 환자의 고통을 경감시키기 위함이 목적이지 환자의 임종이 아니라는 점에서 분명히 다르다고 한다[김두식, "말기 진정", 한국 호스피스 · 완화의료학회지 제13권 제3호(2010), 140쪽]. 죽음의 '예견'과 '의도'는 다르므로 양자가 개념적으로 구별된다고 할 수도 있을 것이다. 지속적 심층진정(완화 진정)의 경우 생명단축이 '예견'된 상태에서 의사가 강력한 진정제를 사용하여 의식을 소실시키는 결과를 가져오다가 마침내 환자를 사망케 하는 것이므로 환자의 죽음을 '의도'하지 않았다는 점에서 개념적으로 안락사와 구별된다고 할 수 있는 것이다. 하지만 지속적 심층 진정이 인공영양 · 수분 중단과 결합될 경우 결과적으로 사망을 단축시키는 점에서 보면, 생명단축(사망)의 예견과 의도의 구분이 무너질 수 있다. 지속적 심층 진정은 사망에 이를 때 까지 환자의 의식을 소실시키는 점에서 안락사와 실질적 차이를 찾아내기 어려운 측면이 있으므로 완화의료 차원에서 지속적 심층진정을 사실상 허용한다면, 안락사 허용, 그리고 더 나아가 의료조력사도 허용하는 방향으로 나아가는 것이 오히려 자연스러울 수 있다.

25) Rietjens et al., 2009 (Journal of Medical Ethics; Materstvedt & Bosshard, 2009 (The Lancet Oncology).

할 수 없는 고통을 통제하면서 품위 있게 인간존엄성을 지키면서 사망하는 경우를 지칭하는 용어로서 생명주체의 죽음에 대한 철학적 의미를 부여하는 차원의 일반적 포괄적 상위개념이다. 2017년 연명의료결정법이 입법화될 경우에도 연명의료중단 결정을 통해 사망하는 경우를 널리 '존엄사'로 불렀고, 의료조력사 법제화를 포함한 2024년 연명의료결정법 개정안의 공식명칭도 '조력존엄사법'이었음이 이 점을 말해준다. 일본에서 소극적 안락사도 존엄사로 불려지고 있음도 같은 맥락이라고 할 수 있다. 요컨대 소극적 안락사든 적극적 안락사든, 연명의료중단을 통한 자연사든, 아니면 심지어 '의료조력사'든 그 사례 구조가 서로 다른 죽음이지만, 그 죽음 앞에 '존엄한'이라는 수식어를 붙일 수 있는 조건이 붙을 수 있는 한 모두 '존엄사'라고 부를 수 있다.

5. 안락사와의 의료조력사의 구별

의료조력사와 안락사는 그 사례 구조상의 차이 때문에 법적 성격도 다르게 파악되어야 하므로 개념적으로 엄격하게 구별되어야 한다.[26] 2001년 세계 최초로 안락사법을 통과시킨 네덜란드 법에서는 안락사의 법적 정의가 "누군가의 요청에 의해 제3자가 생명을 박탈하는 것"으로 되어 있고, 그 밖의 다른 입법례에서의 안락사 정의 조항도 이와 유사하게 의료조력사와 명백히 구별되는 용어로 사용하고 있다. 이러한 정의에 따르면 안락사는 사망에 이르게 하는 행위 주체가 의사 또는 제3자인 반면, 의료조력사의 경우에는 사망에 이르게 하는 행위 주체는 자기결정권을 행사하는 환자 자신이다. 이 때문에 의료조력사의 경우 의료적으로 개입하는 의사에게 적용될 수 있는 죄책은 자살방조죄인 반면, 안락사의 경우 환자의 요청에 따라 환자를 죽이거나 죽도록 하는 의사(또는 제3자)의 의료적 개입이 문제 되는 경우에는 촉탁 · 승낙살인죄가 주로 문제된다.

그럼에도 불구하고 특히 의료조력사 법제화를 둘러싼 논의가 한참 진행 중인 한국 사회에서 일반인은 물론 심지어 전문가들에 의해서 조차도 의료조력사 사례를 지칭할 경우 안락사, 존엄사 등의 용어가 무차별적으로 혼용되고 있다.[27] 이러한 용어의 혼

26) 이승준, "의사조력자살에 가담한 의사의 자살방조행위는 면책될 수 있는가?", 「형사정책연구」 제33권 제4호 (2022); 정민아 등, "생애말기 자기결정 관련 제도 동향", 「보건복지포럼」 (2024); 한국보건사회연구원(KIHASA), 연구보고서 (2024) 등.

27) 의료조력사를 사회적인 이슈로 부각시키는데 지대한 영향을 미쳤던 스위스로의 '자살여행' 내지 '조력자살'을 다룬 방송 프로그램은 물론이고, 스위스로 조력자살에 동행기(신아연, 「스위스 안락사 현장에 다녀왔습니다」) 또는 이 주제를 깊숙이 파헤친 국민일보 기자들의 책(유영규 등 5인, 「그것은 죽고 싶어서가 아니다. – 논쟁으로 읽는 존엄사」)에서도 의료조력사를 '안락사'로 부르고 있다. 심지어 가장 최근 인기리에 방영된 법조드라

재로 인해 야기되는 문제는 단순한 용어 표기에 따른 언어적 차이를 조정하는 차원에 그치지 않는다. 불필요한 오해와 논란의 소지가 되어 커뮤니케이션에 장애를 일으킨다.

이러한 장애 현상은 국내의 많은 윤리학, 사회학 논문이나 정책 보고서, 대중 서적에서는 '안락사(Euthanasia)'라는 용어를 맥락에 따라 '의료조력사망(MAID)' 전체를 아우르는 넓은 의미로 사용하는데 기인한다. 특히 스위스의 자살조력 단체인 '디그니타스(Dignitas)'를 통한 한국인의 이른바 '원정 사망' 사례가 알려지면서, 스위스를 네덜란드, 벨기에와 함께 대표적인 안락사 국가로 묶어 서술하는 경향은 대중들에게 의료조력사에 대한 부정적 인식을 강화하는 작용을 하기도 한다.

III. 의료조력사와 안락사 용어사용의 혼선

의료조력사 이슈에서 안락사라는 용어를 전면에 등장시키면서, 의료조력사를 말하면서 '안락사'라는 용어를 선호함에 따른 바벨탑의 언어혼란과 같은 상태를 야기하여 의료조력사 허용에 걸림돌이 될 수도 있다. 예컨대 '안락사'에 대한 부정적 생각을 가진 사람에게 의료조력사 허용을 안락사 허용으로 설명하면, 그자는 필경 의료조력사 허용 반대론의 입장에서 서게 될 것이다.[28] 특히 의사들에 대한 의료윤리 교육에서 각인된 '안락사 금지'가 의료조력사라는 독자적인 사망형태까지 '금지'된다는 사고를 고착시키게 만든다. 이러한 점에서 볼 때 의료조력사와 안락사 용어의 혼용을 바로잡아야 함은 간과되어서는 안 될 정도로 중요한 문제이다. 여기서는 적지 않은 문헌에서 양자가 혼용되고 있는 예를 몇 가지 들어봄으로써 혼란스러운 용어사용을 바로잡아야 할 필요성을 확인해 본다.

마 '에스콰이어'에서 법조인들의 감수를 받았다고는 하지만 조력자살이 문제된 사건을 다루면서 이를 '안락사'로 부르고 있다. 캐나다에서 방영된 드라마 '메리 킬즈 피플'을 각색하여 한국 드라마로 만든 동명의 드라마에서도 사안은 분명히 의료조력사임에도 '안락사'라는 용어가 지속적으로 사용되고 있다. 가장 최근의 넷플릭스 드라마 "은중과 상연"에서도 말기암 환자인 '상연'이 어릴적 친구 '은중'에게 스위스 동행을 부탁하는 과정에서 '안락사'라는 용어가 지속적으로 등장한다.

28) 심지어 의료조력사 허용을 옹호하는 저자들에 의해 최근 펴낸 탐사기획물에서도 "우리나라에서는 아직 안락사에 대한 미세한 구분이 없기에 이 책에서는 조력자살 역시 안락사와 같은 개념으로 쓰기로 한다"고 밝히고 있다. 유영규 등 5인, 「그것은 죽고 싶어서가 아니다. 논쟁으로 읽는 존엄사」, 북콤마 (2024), 17쪽.

1. 의료조력사를 안락사의 하위유형으로 취급하는 예

의료조력사를 안락사의 하위유형으로 취급하는 학술 문헌은 다음과 같이 적고 있다. “소생할 가망이 없는 사람을 마취약 주사 등 고통이 없는 방법으로 사망하게 하는 ‘안락사’(필자에 의한 강조)는 최종적으로 치사약을 누가 투여하느냐에 따라 두 가지로 나눌 수 있다. 하나는 의사가 직접 환자에게 치사약을 투여하여 죽음에 이르게 하는 ‘적극적 안락사’이고, 다른 하나는 의사가 처방한 약을 환자 스스로 투약하여 사망하는 ‘의사조력자살(Physician-assisted suicide, PAS)’이다. 이미 안락사를 법제화한 국가들에서 허용하고 있는 형태도 이 두 가지이다.”[29]

대중 매체에 연재된 한 의료윤리학자의 기고문에서도 마찬가지이다. “안락사의 형태는 두 가지가 있다. 하나는 해당하는 상황에 처한 환자가 의사에게 약물 처방을 요청하여 처방받은 약을 복용하여 사망에 이르는 것으로, 이를 의사 조력자살(physician-assisted suicide) 또는 조력자살이라 부른다. 다른 하나는 같은 상황의 환자가 의사에게 요청, 의사가 직접 환자에게 약물이나 가스 등을 주입하여 환자를 사망에 이르게 하는 것이다. 후자만을 안락사라고 부르는 경우도 있으나, 조력자살도 안락사에 포함된다.”[30]

위 두 가지 인용문에서처럼 환자 스스로가 치사 약을 투약하여 사망하는 ‘의료조력사’가 사망에 이르게 하는 행위지배를 의사가 하는 경우를 일컫는 ‘안락사’의 일종으로 취급되고 있음은 의료조력사 허용에 상당한 장애물로 작용할 수 있다. 하지만 의료조력사를 허용하면서도 안락사는 여전히 허용되고 있지 않는 다수의 입법례에서와 마찬가지로 의료조력사와 안락사는 다른 차원의 문제로 취급되어야 한다. 심지어 프랑스에는 최근 의료조력사 법제화에 우호적인 여론을 조성하기 위해 안락사라는 용어 사용을 명시적으로 배제하였음을 입법이유에서 밝히고 있다.[31]

---

29) 김율리, “의사조력자살을 둘러싼 윤리적 쟁점: ‘조력존엄사’ 개정안을 중심으로”, 「한국의료윤리학회지」 제25권 제4호, 한국의료윤리학회 (2022), 326쪽 이하.

30) 한겨레 신문의 ‘의학과 서사’라는 고정코너에 쓴 칼럼의 한 대목인 위 인용문은 2022년 21대 국회에서 발의된 최초의 조력존엄사법(「연명의료결정법」개정안의 형식)에 반대하면서 “이번 개정 입법은 안락사 중 조력자살을 도입하겠다는 것”으로 못박고 있다. 치과의사이자 교수이면서 의료윤리학자인 저자가 대중매체(한겨레) 기고문(“조력존엄사법 이름은 틀렸다”)에서 의료조력사를 안락사의 한 종류로 본 잘못된 용어사용의 파급효는 학술논문에서의 그것보다 훨씬 크다는 점에서 문제의 심각성이 있다.

31) 2025년 하원을 통과한 프랑스 의료조력사법의 입법취지에서 ‘안락사’라는 용어가 – ‘조력자살’이라는 용어와 함께 – 부정적인 의미가 내포되어 있다는 이유로 법안 본문에는 명시되지 않았음을 분명히 밝히고 있다. 해당 법안의 발의자는 안락사라는 용어 대신 상대적으로 덜 자극적이고 분열적이지 않은 조력사망(aide a mourir)과 자가투약(auto-administarion)이라는 표현을 선택하였음을 강조하고 있다.

2. 의료조력사와 안락사가 용어적으로 서로 충돌되고 있는 예

일부 문헌에서는 의료조력사 입법례를 분류하면서 '안락사'라는 용어에서 출발하고 있기 때문에 의료조력사와 안락사를 상호교환가능한 개념으로 보고 있다. "현재(2000년) 안락사에 관한 법률이 제정되어 공식적으로 안락사를 허용하고 있는 나라는 미국의 오레곤 주와 네덜란드 뿐이다"라고 하면서 구체적인 법률의 내용을 소개하면서도 "안락사와 관련된 법 조항만 임의로 선택"하였다는 전제하에 (의료조력사가 법제화된) 오리건 주 존엄사법을 안락사 허용법률의 차원에서 소개하고 있다. 그러면서 다시 위 문헌에서는 "존엄사법은 구두 요청 2회, 15일간의 유예기간 후 서면요청, 48시간의 유예기간 후 처방서 작성 등의 조건을 규정하고, 치사량의 약물투여, 자비로운 살인, 적극적인 안락사 등은 금지하고 있다"고 한다.[32]

이 문헌은 오리건 주의 존엄사법이 치사량의 약물 투여, 자비로운 살인, 적극적인 안락사 등은 금지하고 있다고 하면서도 의료조력사만 허용하고 안락사는 금지하고 있는 미국 오리건 주의 존엄사법에서 안락사도 허용되고 있다고 설명한다. 이러한 설명방식은 오리건 주 존엄사법에 대한 오정보를 제공하고 있을 뿐만 아니라 안락사에 관한 한 통일된 용어사용에도 실패하고 있다. 20여년 전 당시 위 문헌에서 안락사 허용법률로 취급된 미국의 오리곤주 존엄사법은 지금까지 그 내용에 아무런 변화가 없기 때문이다. 미국 오리곤주 존엄사법은 '안락사 금지, 의료조력사 허용' 입법례로, 2001년 네덜란드 안락사법(2002년 시행)은 '적극적 안락사와 의료조력사 모두 허용'한 최초의 입법례로 엄격하게 구분하는 것이 사실에 부합하는 설명이다.

3. 입법례 소개에 대한 부정확

안락사라는 용어의 광범위한 사용 내지 무차별적 사용 때문에 입법례 분류에서 의료조력사와 안락사와의 관계 설정에 혼선을 야기할 오정보가 제공되고 있는 경우도 있다. 의료조력사 내지 조력존엄사 허용문제를 헌법불합치 결정을 통하여 적절한 해법을 촉구할 것을 제안하는 법률전문가의 칼럼에서도 의료조력사는 안락사와 구별되지 않고 있음은 물론이고, 그러한 개념적 혼선은 입법례 소개에서도 여과 없이 드러나고 있

32) 손명세 · 김상득 · 김소윤, "안락사 기준에 관한 국제 비교연구", 의료윤리교육 제3권 제3권 제1호(통권 제3호) (2000. 5.), 115-116쪽.

다: “최근 헌법재판소의 심판대에 오르는 단골 이슈 중 하나가 존엄사이다. 불치병으로 심각한 고통을 받고 있거나 회복할 수 없는 상태로 연명의료에 의존하고 있다면, 한번쯤 안락사를 떠올리는 건 자연스럽다. 스위스의 안락사 조력단체를 방문하여 삶을 마감하는 한국인도 점점 많아지고 있다고 알려진다. (중략) 연명의료 중단에서 한 발짝 더 나아간 적극적 안락사를 허용할 것인가. (중략) 어쨌거나 최근 세계적으로 안락사를 허용하는 나라가 급속히 늘고 있다. 이미 안락사가 합법화된 스위스, 네덜란드, 벨기에, 미국의 일부 주 등 외에, 2020년대 들어 스페인, 포르투갈이 안락사에 관한 입법을 하였고, 호주에서는 모든 주에서 안락사를 허용하게 되었다.”[33]

스위스 입법례에 대한 소개에서 특히 오정보가 많다. 1942년 스위스 형법(제115조)은 이기적 목적을 가진 자살방조만 처벌하기 때문에 의료조력사는 원칙적으로 자살방조죄의 구성요건에 포섭되지 않는다. 그 결과 스위스에서는 의료조력사가 법제화되어 있지 않지만, 의료조력사는 일종의 ‘법으로부터 자유로운 영역’으로 비범죄화되어 있으므로 의료조력사가 널리 허용된다. 한국은 물론 전 세계적으로 스위스를 ‘자살여행국’으로 유명하게 한 것도 이와 같은 규범현실 때문이기도 하다. 그러나 스위스에서도 법상 ‘(적극적) 안락사’는 엄격하게 금지되어 있다.

그럼에도 아직도 일부 문헌에서는 스위스를 여전히 ‘안락사 합법화 국가’로 분류하고 있다.[34] 안락사가 금지되어 있는 스위스에 의료조력자살을 가는 경우를 ‘안락사 여행’으로 표현하는 일은 후술하듯이 다반사이다. 이뿐만 아니라 프랑스에서 최근 하원을 통과한 의료조력사 허용법안을 소개하면서 ‘안락사’를 허용하는 입법이 추진 중이라고 평가하는 매체도 있었다.

다른 한편 벨기에는 네덜란드와 같이 의사에 의한 적극적 안락사는 법제화되어 있지만, 환자 스스로가 치사 약물을 투입하여 사망하는 의료조력사에 대해서는 아무런 명문의 규정도 없고, 단지 해석상으로만 의료조력사가 허용되어 있을 뿐이다.[35] 그럼에도 많은 문헌에서는 벨기에가 의료조력사가 허용되는 법적 근거에 관한 정확한 정보 제공 없이 적극적 안락사 허용과 함께 의료조력사가 법제화되어 있는 국가로 분류한다.

33) 홍기태, “존엄한 죽음, 존엄한 삶”, 법률신문(2025. 5. 7.자), https://www.lawtimes.co.kr
34) 신아연, 『스위스 안락사 현장에 다녀왔습니다』, 책과나무 (2022); 보험연구원, 「존엄사 법제화 해외사례와 시사점」 (2015).
35) 이에 관해서는 의료조력사 합법화 입법례 참조.

제2절 형법적 개념과의 조응을 통한 용어의 정리

I. '안락사'라는 용어의 다의성과 다맥락성

위와 같은 의료조력사에 대한 오정보, 부정확 또는 안락사와의 관계에서 분류상의 혼선 등은 '안락사' 용어의 다의성과 다맥락성에 기인하는 것 같다.

1. 안락사 용어의 다의적 사용례

안락사(eutanasie)라는 용어는 그리스어 eu(=좋은)과 thanatos(죽음)의 합성어이고 좋은, 편안한 죽음을 뜻한다. 이러한 의미의 안락사는 그 용어 자체에 부정적 가치판단이 내포되어 있지는 않다. 안락사는 어떤 경우이든지 환자가 고통 없이 편안하게 죽음을 맞이하는 현상 형태를 묘사한 표현이므로 존엄사라는 용어와 마찬가지로 사실상 오늘날 의료현장에서 환자가 사망하게 되는 다양한 사례들을 포괄할 수 있는 함의를 가질 수 있다. 안락사가 다양한 맥락에서 사용될 수 있는 것은 용어자체에 내포된 '의미'에 기인한다.

그러나 안락사 용어라는 자체에는 의료조력사라는 용어와 마찬가지로 사망에 영향을 미치거나 직접 사망을 초래하게 하는 행위 주체가 누구인지가 드러내는 사례 구조적 특징이 드러나 있지 않다. 전자는 고통 없는 편안한 죽음이라는 의미만 표시되어 의료조력사에는 의료적 조력을 받은 죽음이라는 사례 구조적 특성 한 가지만 표현 되어 있다. 이 때문에 법률적 용어가 아닌 안락사는 '강학상' 환자의 사망과 관계되어 있는 행위 주체(환자가 아닌 '의사 또는 제3자'), 그 개입 형태 및 개입정도를 안락사 앞에 붙이는 수식어를 통해 드러내 왔다. 이러한 맥락에서 안락사는 '직접적' 안락사와 '간접적' 안락사로 대별되고, 직접적 안락사는 다시 적극적 안락사와 소극적 안락사로 분류되는 것이 일반적이다.

가. 적극적 안락사

환자의 요청에 따라 의사가 환자의 사망을 의도하면서 치사 약물 등을 주입시키

는 조치를 하는 경우(작위)를 일컫는다.[36]

나. 소극적 안락사

환자의 요청에 따라 의사가 치료를 중단하는 결단을 내리는 경우(부작위)를 말한다.[37]

다. 간접적 안락사

환자의 요청에 따라 치사약물이 아닌 고통을 완화하는 약물(진통제 등)을 의사가 직접 투여하긴 한다. 하지만 이로 인해 '간접적으로' 생명단축의 효과를 가져오는 경우를 말한다. 간접적 안락사의 경우 생명단축은 환자에게도 의사에게도 의도되지 않은 효과로서 이는 고통완화제의 부수적 결과일 뿐이다.[38]

2. 안락사 용어의 문제점과 대안적 용어의 등장

하지만 안락사라는 용어는 그 본래적 의미와는 달리 역사적 경험사실 때문에 부정적 의미를 가지게 되었다. 주지하듯이 독일 제3제국(나찌)은 안락사 프로그램에 기초하여 약 275,000명의 정신병자와 장애인을 살해하였다. 이 때문에 살해행위를 대위장 내지 미화하기 위해 선택된 용어인 안락사(Eutanisie)는 독일에서 뿐만 아니라 일반인에게도 부담스러운 용어가 되었고 사회적 담론이나 학문적 논의에서 그 사용이 회피되는 경향이 생겨났다. 오늘날 안락사라는 용어는 오히려 '동물의학'에서 널리 사용되고 있다.

1966년 독일에서 법정신의학자 헬무츠 에르하르트(Helmut Ehrhardt)에 의해 안락사를 대체하는 용어로 "Sterbehilfe"이 제안되었다.[39] '사망조력'(조력사망) 또는 '임종조력' 등으로 번역되고 있는 이 용어는 치사 물질 주입에서 시작하여 (완화적) 임종돌봄(Sterbebegleitung)에 이르기까지 다양한 사례유형들을 포함하는 포괄적 용어로 사용되고 있다.

---

36) 한국 형법을 기준으로 하면 의사의 행위에 대해 형법상 '촉탁살인죄'의 성립여부가 문제된다.
37) 한국 형법상 의사의 치료 중단에 대해 형법상 촉탁살인죄 또는 자살방조죄의 성립여부가 문제된다.
38) 따라서 이에 대응하는 형법적 개념은 없고, 의사는 형사처벌의 대상이 되지 않는다.
39) Ehrhardt, Euthanasie, in: Göppinger (Hrsg.), Arzt und Recht, Medizinisch-juristische Grenzprobleme unserer Zeit, 1966, S. 96-124.

이후 오늘날 독일어권에서는 삶의 종기에 처한 환자에 대해 취할 수 있는 다양한 의료적 조치를 일컫는 용어로 안락사라는 용어보다 '사망조력'이라는 용어가 널리 사용되고 있다.[40] 이 용어는 '의료적 조력을 통한 사망', '사망 시 의료적 조력(Medical Assistance in Dying)' 또는 의료조력사까지 포함하는 넓은 의미로 사용되었다. 이처럼 의료조력사가 안락사의 대체어인 '사망조력'에 포함된다면, 사망조력이라는 대체어를 사용하지 않고 안락사라는 용어를 그대로 사용할 경우 의료조력사는 안락사의 하위 개념으로 분류될 수 있게 되는 것이다.

3. 한국에서의 안락사와 사망조력이라는 용어 및 그 다맥락성

한국에서 사용되는 안락사라는 용어의 의미 및 그 안락사의 유형적 분류가 사망조력에 해당하는 독일어 Sterbehilfe를 대상으로 하는 것인지, 그리스 어원을 가지고 있는 안락사를 가리키는 것인지는 분명하지 않다. 독한 사전에 독일어 Sterbehilfe가 '안락사'로 표기되어 있는 점에서 볼 때, 안락사라는 용어의 한국적 표기가 어떤 어휘론적 계보를 가지고 있는 것인지는 더욱 확인되기 어렵다. 다만 용어상 혼선이 야기되고 있는 사정의 원인은 앞에서 살펴보았듯이 한국 사회에서 의료조력사를 지칭하기도 하는 등 다양한 맥락에서 사용되고 있는 안락사가 그리스어 안락사를 의미하기 보다는 독일어 Sterbehife의 번역어로 사용하고 있다는 추정 내지 선해(善解)가 가능할 수도 있다.

독일어권 국가인 스위스와 오스트리아에서 안락사와 사망조력을 구별하지 않고 사용되듯이 한국에서도 안락사와 그 대체어로 고안된 독일어 Sterbehife을 '안락사'로 번역하여 사용한다면, 의료조력사와 안락사를 혼용하여 사용하는 언어관행과 맥락성을 십분 이해할 수는 있다. 하지만 사망조력이라는 용어에 안락사와 의료조력사를 포함시킬 수 있는 것과 의료조력사와 안락사를 동의어로 사용하는 것과는 차이가 크다.[41] 학문적으로 볼 때 어떤 언어가 가리키는 실제 사례의 구조가 다른 언어로 칭해지는 사례구조와 다르다면, 그것은 다른 용어로 표현되어야 한다. 이러한 점에서 보면 번역의 문

40) 물론 같은 독일어권 내의 스위스나 오스트리아 등에서는 사망조력(Sterbehilfe)과 안락사(Eutanasie)라는 용어를 동일한 의미로 사용하기도 한다.

41) 한국에서의 상황과는 달리 일본에서는 Sterbehilfe를 임사개조(臨死介助)로 번역하면서 이 유형에 안락사 뿐만 아니라 의료조력사도 포함시킨다. 대표적으로 上田健二, "臨死介助と自死への権利——西ドイツにおける最近の法政策的論議を中心として", 『刑法雑誌』第29巻 第1号, 日本刑法学会 1988, 95-130頁; 松宮孝明, "西ドイツの『臨死介助対案』とその基本的な考え方", 『刑法雑誌』第29巻 第1号, 日本刑法学会 1988, 167-191頁.

제로 회피함으로써 용어 사용의 혼선이 빚어내는 문제까지 회피할 수는 없다. 이 때문에 사례 구조상 사망에 이르게 하는 행위지배적 주체면에서 분명한 차이가 있는 안락사와 의료조력사는 용어적으로 분명하게 구분되어야 한다.

용어의 혼선을 차단하기 위해 잠정적으로 그리스어에 기원을 둔 안락사를 '진정 안락사'라고 하고, 의료조력사까지 포함하는 독일어 사망조력에 기원을 둔 안락사를 '부진정 안락사'라고 하더라도 '안락사'라는 용어가 가진 사례 구조적 특징을 전적으로 배제할 수는 없다.

더 큰 문제는 입법론이나 형법적 범죄 성립 여부와 관련하여 그동안 학설과 판례에서 사용되어 왔던 '진정 안락사'도 그 의미 그대로 사용된 것은 아니었다. 한국 사회에서 최초의 '안락사' 사건으로 불릴 만한 사건에서 등장한 '안락사'라는 용어가 그 예이다. 1981년 당시 사형선고와 다름없는 간암진단을 받은 남편을 의사인 부인이 수면제, 진정제 등 약물을 주입하여 사망하게 하고 자살한 사건이 있었다. 중증 질병 환자가 사망한 이 사건에 대해 당시 언론도 '안락사'라고 보도하였지만,[42] 그러나 이 사건의 사례는 환자의 동의하에 부인이 의사라는 우연한 요소가 개입되어 있고 동반자살의 형식을 띠고 있어 제3자로서의 의사에 의해 일정한 조건과 절차에 따라 시행될 경우 그 위법성조각 여부가 논의되고 있는 '안락사' 사례와도 상당한 차이가 있다.

사회적으로 더 크게 취급되었고, 다수의 문헌이나 대중 매체에서 '안락사' 사건을 다룰 때 빠짐없이 등장한 '보라매 병원 사건'도 진정한 의미의 안락사 사례와는 거리가 있다. 이 사건은 술을 마시고 뒤로 넘어지는 사고를 당해 생명이 위급한 환자가 수술을 받고 응급실에서 의식을 회복하지 못한 채 인공호흡 장치에 의존해 치료를 받던 중이었으나 의사에 의해 '회복할 가능성이 있다고 판정된 상태'에서 그 환자 가족(부인)의 '의학적 충고에 반하는 요청'에 의사가 퇴원을 허락함으로써 집으로 이송직전 인공호흡 장치를 뗀 후 사망한 사건이다. 이 사건은 대법원에서 환자의 부인에게 부작위에 의한 살인죄, 의사에게 살인죄의 방조범이 인정되었지만, 그 판결의 내용이나 의의 등을 검토 해보면, 일반적인 의미로 사용되는 진정 안락사와는 법적 평가의 조건 등과 거리가 멀었다.

진정 안락사의 의미에 가장 부합하는 '안락사' 관련 사건은 2008년 소생불가능한 환자의 인공호흡 장치를 떼내느냐가 쟁점이 된 사건인 일명 '김할머니 사건'을 꼽을 수

42) "간암 선고받은 박희범 씨(충남대 전 총장) 부인 남편 안락사 시키고 자살"(조선일보 1981. 9. 25.), "안락사로 사회에 큰 파문을 일으킨 박사 부부"(경향신문 1981. 9. 26.)라는 제목이 달렸다.

있다. 이 사건에 대해 대법원은 환자(나 그 가족)의 요청에 따른 연명의료중단이 허용될 수 있는 요건을 명시하는 판결을 내렸고, 이 판결은 의사의 연명의료중단을 형법상 촉탁 · 승낙살인죄의 형사처벌에서 벗어나게 하는 것을 내용으로 하는 연명의료결정법의 제정에 결정적인 기여를 하였다. 이 사건에서 대법원이 사법적극주의적 관점에서 설시한 연명치료중단 요건이나 그에 기초하여 연명의료결정법상 규정된 연명의료중단 요건을 보면, 연명의료중단 사례도 '소극적 안락사' 사례의 일종으로 분류할 수는 있다.

하지만 현행법을 기준으로 하면 연명의료중단 사례는 살인죄의 위법성조각여부로 취급되는 안락사 사례와는 허용 요건부터 일정부분 다르다. 예컨대 환자의 직접적인 신체적 '고통'을 요건으로 하는 안락사와는 달리 연명의료중단의 경우는 환자의 신체적 고통을 필요불가결한 요건으로 하지도 않는다. 그 대상자를 말기환자까지 포함되는 안락사의 경우와는 달리 연명의료중단은 오직 소생불가능한 임종과정에 있는 환자만을 대상으로 한다.

II. 의사의 개입 양태를 기준으로 한 생애 말기의 사망 유형화

안락사라는 용어의 다의성과 다맥락성을 고려할 때 종래 의료조력사와 안락사를 용어적으로 혼용함으로써 초래되는 오해와 불필요한 논란을 제거하기 위해서는 가급적 '안락사'라는 용어는 제한적으로 엄격하게 사용하는 것이 바람직할 수 있다. 오히려 안락사라는 용어 대신에 사람의 생의 종기(사망)에 영향을 주는 다양한 처분을 일컫는 '사망조력'(또는 '조력사망')이라는 용어가 학문적으로 보다 중립적인 태도를 견지하는 용어이기 때문이다. 사망조력(Sterbehilfe)이라는 독일어 번역어는 특히 2000년대 이후 영미에서 의료조력사 합법화 논의에서 등장한 "Assited Dying"과도 동일한 의미를 내포한다.[43]

특히 사망에 개입하는 의사의 행위를 규율하는 형법의 행위규범적 성격에 비추어 볼 때도 사망조력 내지 조력사망이라는 용어의 장점은 분명하다. 생애 말기 환자의 최후 결단에 영향을 주는 의사의 진단, 상담, 처방 등 다양한 단계에서의 의료적 조력행위에

43) 최근 영미에서 의료조력사는 조력의 주체적 측면을 부각시켜 Medical Assitance in Dying으로 표기되는 경우가 많다.

대한 의학적/윤리적/법적 판단이 안락사와는 서로 다른 측면과 층위를 가지고 있음이 분명하게 부각시켜주기 때문이다.

이 때문에 이 연구에서는 한편으로는 의료조력사 이슈가 종래의 논의와 사회적 담론과의 연속성을 가진 것임을 인정하는 차원에서 종래의 안락사 분류법(의사의 개입양태에 따른 적극적 안락사/소극적 안락사로 구분)을 기본으로 하면서도, 다른 한편 안락사와 의료조력사 간의 사례 구조적 차이가 분명히 드러날 수 있도록 하기 위해 생애 말기 환자의 사망에 개입한 의사의 조력양태의 차이를 고려하여 의료조력사를 안락사와는 개념적으로 구분하는 입장을 견지하기로 한다. 물론 안락사와 의료조력사의 상위개념으로서 안락사의 대체어인 사망조력(Sterbehilfe) 또는 조력사망(Assistence in Dying)이라는 용어를 전면에 내세우기로 한다.[44]

1. 요청에 따른 적극적 사망조력(Active Sterbehilfe/Assisted Dying)

적극적 사망조력은 사망을 원하는 환자[45]의 죽음에 의사의 적극적 조력행위가 개입하는 경우를 말하는데, 그 직접적 조력은 다시 두 가지 경우로 구분된다. 하나는 의사가 직접 치사약물을 환자에게 투여하여 사망하게 하는 경우(적극적 안락사)이고, 다른 하나는 의사가 환자가 원하는 치사약물 등을 직접 처방하는 등의 조력을 받아 환자가 그 약물을 스스로 투여하여 사망하는 경우(의료조력사)이다.

가. 적극적 안락사

적극적 안락사를 오스트리아에서는 부진정 안락사라고 부르고, 스위스에서는 직접적 적극적 안락사로 분류한다. 이 사례유형에서 환자의 사망에 개입하는 의사의 조력은 예컨대 진통제 또는 진정제, 마취제, 근육이완제, 인슐린 등을 과다 복용하도록 하거나 칼륨주사 또는 이들의 조합을 통해 이루어진다.

적극적 안락사의 경우 의사의 행위에 대해 문제될 수 있는 형법상 구성요건은 '촉

44) 두 개의 용어는 같은 의미이지만, 환자의 사망에 개입하여 조력하는 행위 주체의 '행위'의 법적 성격이 문제될 경우에는 '사망조력'이라는 용어가 합당하고, 환자에게 생명에 대한 자기결정권, 즉 환자에게 죽을 권리 내지 조력을 받아 사망할 권리의 인정 여부가 문제될 경우에는 '조력사망'의 허용이라는 용어가 적절하다. 다만, 이 연구 보고서에서 널리 사용하는 '의료조력사 법제화'라는 용어는 환자의 권리와 의사의 조력에 대한 면책 문제 두 가지 모두를 담는 내용의 '입법'적 차원에서 사용한다.

45) 환자의 실제 의사를 확인할 수 없는 경우, 환자가 작성한 사전의료지시서(사전의향서)나 과거에 표현한 의지가 단서가 될 수 있다.

탁살해'이다. 이 때문에 형법상 살해(killing)에 해당하는 '적극적' 안락사는 치료 등의 중단을 통해 죽게 내버려둠(let die)에 해당하는 '소극적' 안락사와 대비된다.

요청에 따른 촉탁살해가 처벌되지 않는 국가(즉 적극적 안락사가 비범죄화된 국가)는 네덜란드, 벨기에, 룩셈부르크, 캐나다와 같은 국가들에 국한되어 있었다.[46] 2021년 3월에는 스페인이 적극적 안락사 합법화 국가에 포함되었다. 2023년 5월 포르투갈 의회도 우여곡절 끝에 수정된 적극적 안락사를 합법화하였으며,[47] 2025년 2월에는 우루과이도 적극적 안락사를 합법화하였다.[48] 콜롬비아는 1997년 헌법재판소에 의해 적극적 안락사가 합법화되었다.

나. 의료조력사

의료조력사는 환자의 요청에 따라 환자가 사망하는 과정에서 처방전의 발부 등 의료적 조력을 받는 점에서는 안락사와 마찬가지로 '조력사망'의 한 유형에 포함될 수 있다. 하지만 의료조력사는 그 사망에 이르는 최종 행위가 반드시 환자 본인에 의해 이루어져야 한다는 점에서는 안락사의 대안적 용어로 개발된 '조력사망'이라는 상위개념에는 속할 수 있지만, 안락사 유형 중 어디에도 포함되지 않는 독립된 사례로 취급될 수 있고, 또 그렇게 되어야 한다.

의료조력사의 경우 자기 손으로 치사약물을 투여하여 죽음에 이르는 환자의 행위가 종래 '자살'로 평가되어 그에 대한 형법적 평가가 유보되는 것과는 별개로 – 환자의 상태에 대한 진단하고 설명하고 환자가 원하는 약물을 처방하는 – 환자의 요청을 도와주는 의사의 조력행위에 대해서는 '자살방조죄'의 성립가능성이 인정될 수 있다.[49]

---

46) 2001년 네덜란드 안락사 및 의료조력사 허용법이 최초였고, 2002년 네덜란드 안락사법의 영향을 받은 벨기에가 적극적 안락사를 허용하는 법률을 제정하였다. 캐나다는 Carter v. Canada 판결에서 조력자살 전면 금지를 위헌으로 판단한 후 2016년 6월 Bill C-14시행에 따라 법적으로 Medical Assistance in Dying (MAID)제도 도입됨으로써 의료조력사와 적극적 안락사가 모두 허용되었다.

47) 포르투갈은 의회에서 적극적 안락사의 도입법안을 통과시켰으나 대통령에 의해 두 번이나 거부되었고, 헌법재판소도 해당 법률안을 현행 형태로는 거부하고, 적극적 안락사(적극적 사망조력)가 가능한 조건을 보다 명확히 규정할 것을 요구한 바가 있었다. 특히 포르투갈에서는 "환자가 신체적 불능으로 의학적 '조력자살'을 하지 못하는 경우"로서 보충적으로만 안락사를 인정으로 하고 있어서 진정한 의미의 적극적 안락사를 합법화한 것은 아니다.

48) 우루과이는 포르투갈과 반대로 의료조력사는 금지하고 적극적 안락사만 허용하였다.

49) 여기서 만약 환자가 스스로 약물을 투약할 수 없는 사정이 있어서 의사나 제3자의 도움을 받거나 이들의 손을 빌어 약물을 투약하여 사망한 경우에는 사례 구조는 의료조력사의 전형적 사례 구조가 변형되고, 형법상 그 성립이 문제 되는 구성요건도 자살방조가 아니라 촉탁살인죄가 되며, 이러한 경우는 전통적으로 '적극적 안락사'의 문제로 취급된다. 후술하듯이 의료조력사와 함께 적극적 안락사를 모두 법제화하여 이 두 가지 사례의 경우 조력행위를 한 의사의 행위를 합법화하고 있다(예, 네덜란드).

2. 요청에 따른 소극적 사망조력(Passive Sterbehilfe/Assisted Dying)

‘요청에 따른 소극적 사망조력’은 생명을 연장하는 치료를 유보하거나 중단 또는 축소하여 환자의 사망 과정이 진행되는 것을 허용하는 것을 의미한다. 여기에 해당하는 조력사망의 유형은 전통적 용어사용법에 따르면 광의의 소극적 안락사와 협의의 소극적 안락사로 다시 구분될 수 있다. 전자는 말기 환자에 대해 치료중단을 통한 죽게 내버려 둠으로써 인위적 생명단축을 가져오게 하는 모든 경우를 포함하고, 후자는 ‘임종과정에 있는 환자’의 자연사를 유도하는 경우, 즉 치료와는 차원이 다른 특정 의료행위(인공호흡장치의 가동, 혈액 투석 등)의 중단를 말한다. 분류상 연명의료중단의 경우는 협의의 소극적 안락사에 해당하지만, 안락사라는 용어가 가진 부정적 뉘앙스 때문에 ‘존엄사’로 불러오기도 했다(특히 일본도 그러하다).

소극적 사망조력의 경우 조력의 구체적 예로는 인공호흡기와 같은 생명유지장치의 중단, 심폐소생술 시도 포기 등이 있다. 이 경우에도 적극적 사망조력의 경우와 마찬가지로 환자의 사전의료지시서가 중요한 의미를 가진다.

소극적 사망조력의 경우는 광의의 안락사든 협의의 안락사든 무게중심은 치료 목표의 전환에 주어진다. 즉, 더 이상 삶을 연장하려는 노력이 이루어지지는 않지만, 남은 삶의 질을 개선하는 치료는 계속된다. 이 경우 치료의 목적은 치유(curativ)가 아니라 완화(palliativ)로 바뀌며, 환자의 제한된 기대 수명에 맞춘 치료가 제공된다. 완화의료의 중요한 부분은 환자와 가족과의 시간에 쫓기지 않는 충분한 대화이다. 이를 통해 특정 치료 시행 여부나 치료 중단 여부가 합의적으로 결정되며, 의료진도 더 큰 법적 윤리적 안전성을 확보하게 된다.

비록 ‘소극적 안락사’라는 용어가 국제적으로 널리 쓰이고 있지만, 이 용어가 오해의 소지가 있는 불행한 용어라고 하는 비판도 있다. 대신 보다 명확히 ‘죽도록 내버려 두기(let die=Sterbenlassen)’라고 표현해야 한다는 주장이다. 왜냐하면 소극적 안락사(소극적 사망조력)가 논의되는 모든 상황은 이미 환자가 심각한 질병으로 삶의 기대가 매우 짧은 경우에 한정되기 때문이다.

좁은 의미의 소극적 안락사, 즉 ‘연명의료’를 중단하는 의사의 사망조력은 한국 등 다수의 국가(프랑스, 이탈리아 등)에서 입법적으로 허용되고 있지만, 연명의료중단을 위한 엄격한 요건을 완화하여 예컨대 말기의 불치 환자에 대한 의사의 적극적 사망조력은 적극적 안락사가 합법화되어 있는 국가를 제외하고는 엄격히 금지된다.

이 때문에 연명의료중단과 의사의 사망조력 간에 그어져 있는 엄격한 규범적 경계선을 허물고 삶의 종기에 다달아 죽기를 바라는 말기의 불치 환자에게 고통을 제거하는 차원의 의료적 조력행위를 합법화하려는 입법적 노력이 '의료조력사' 이슈의 전면에 등장해 있다. 특히 연명의료중단의 관점에서 조력사망의 범위를 넓혀 – 적극적 안락사의 허용까지는 아니더라도 – 의료조력사까지는 허용해야 한다는 주장을 전개하는 입장은 의학적으로 임종과정의 환자와 말기 환자의 경계선을 엄격하게 구분하는 것이 어렵다는 점을 논거로 내세우기도 한다.

3. 간접적 사망조력(= 간접적 안락사)

간접적 사망조력이란 삶의 질 향상을 목적으로 하면서도 생명 단축을 수반할 수 있는 행위를 의미한다. 고통(예: 통증, 불안)을 줄이기 위해 약물을 투여하면서 조기 사망 가능성을 감수하는 경우를 의미한다. 말기 환자의 극심한 통증을 조절하기 위해 마약성 진통제 등을 투여하는 행위가, 의도치 않게 부수적으로 환자의 생명 단축을 초래하는 경우이다. 이 사례유형은 이중효과의 원리(Doctrine of double effect)에 따라 법과 윤리사이에 있는 경계 사례로서 이론적으로 흥미롭지만, 실제 임상에서는 주목할 정도의 비중을 차지하지 못한다. 특히 증상 완화를 위한 아편 투여가 17세기 이후 반복적으로 논의되어 왔다. 대부분의 법질서에서는 형사 처벌의 대상에서 제외되며, 호스피스 · 완화의료 현장에서 폭넓게 수용되고 있다.

오스트리아에서는 불완전한 간접적 사망조력(간접적 안락사), 스위스에서는 간접적 적극적 사망조력(간접적 적극적 안락사)으로 불리우고, 벨기에에서는 간접적 안락사(euthanasie indirecte)로 불리운다.

말기 환자가 호흡곤란, 극심한 불안, 통증과 같은 고통스러운 증상으로 시달릴 때, 특정 마취제나 진정제를 통해 증상을 완화할 수 있다(자세한 내용은 아래 완화 진정 참조). 이때 약물 투여로 인해 환자의 의식이 저하될 수 있으며, 동일하거나 더 높은 용량으로 투여가 지속될 경우 죽음에 이를 때까지 진정 상태가 유지될 수 있다. 이러한 조치가 환자의 의사에 따른 것이라면, 이를 완화(또는 임종기) 진정(palliative/terminal sedation)이라 부른다.

약물의 과다 투여가 우연히 발생할 경우에도 환자의 사망은 예상보다 앞당겨질 수 있다. 이러한 상황에 대해 독일 형사법학계의 다수 견해는 의사가 긴급피난(Notstand)과

의무충돌(Pflichtenkollision)의 조합에 의해 정당화된다고 본다. 즉, 의사가 필요한 주의의무 범위를 벗어나지 않았으며 허용된 위험 범위 안에 있다는 것이다. 다른 한편 소수 견해는 애초에 고통 경감을 목적으로 한 행위에는 살인 관련성이 없다고 주장한다. 어느 경우든 간접적 안락사의 경우 형법적 개입이 적극적으로 필요하지 않다는 점에서는 견해가 일치되어 있고, 실제로 형사처벌이 문제된 사례가 보고되고 있지는 않다.

4. 소결: '의료조력사'의 체계적 지위와 의의

의료조력사는 의료적 조력을 받아 사망에 이르기 때문에 안락사와 함께 사망조력(조력사망)의 하위 유형에는 속하지만, 사망에 이르는 최종 행위가 반드시 환자 본인에 의해 이루어져야 한다는 점에서 사망에 의한 행위가 의사(또는 제3자)에 의해 이루어지는 안락사 유형 중 어디에도 포함되지 않는다.

의료조력사는 안락사의 경우와 같이 타자 살해가 문제되지 않고 자기 살해가 문제되고, 바로 이 점 때문에 의료조력사가 이슈화된 초창기에는 의사조력'자살'이라는 용어가 특히 사용되었다. 하지만 후술하듯이 의료조력사의 경우 환자의 자기결정은 일반적인 의미의 '자살'과 달리 이해되어야 하고 또 그렇게 이해될 수 있다.

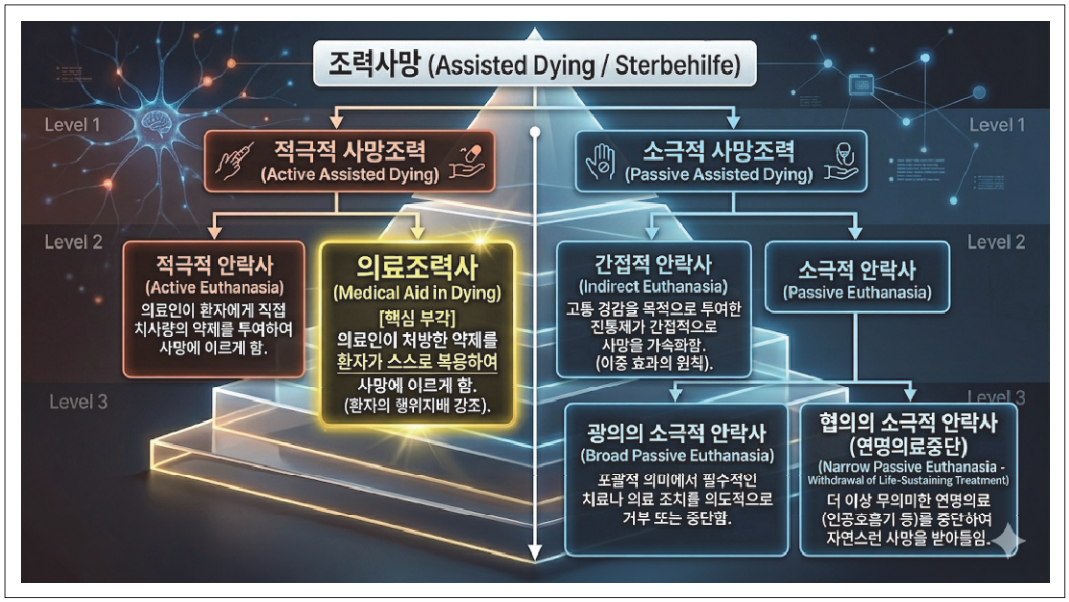
의료조력사의 경우 의사가 치명적 약물을 처방함으로써 사망의 시기와 방식에 관한 환자의 생애 마지막 결정을 지원(조력)하지만, 처방된 약물을 제공받은 환자가 자기결단에 의해 직접 행하는 투약을 통해 사망하는 사례 구조적 특성 때문에 의사의 조력과 환자의 사망 간에 '인과관계'가 단절된다고 말할 수도 있다. 의료조력사의 경우 의사의 조력행위를 처음부터 합법의 영역에 두는 법제는 조력행위를 한 의사에게 자살방조죄의 구성요건해당성부터 배제된다는 법리구성을 근거로 한다.

이뿐만 아니라 입법례에 따라 환자가 처방받은 치사약물을 제공받은 후 그 약물 투약을 수일 또는 수개월 미룰 수도 있고, 그 과정에서 환자가 사망할 수 있고, 담당의사의 처방에 따라 조제된 치사약물이 의사에 의해 환자에게 전달된 후에도 환자가 자기투여를 포기할 수도 있기 때문에 의사의 조력행위와 환자의 사망간의 인과관계의 직접성이 존재하지 않거나 멀어질 수 있다.

의료조력사의 체계적 지위와 의료조력사의 사례 구조의 독자적 특성을 이렇게 이해하는 이상, 의료조력사는 더 이상 안락사와 동의어로 사용되거나 안락사의 한 유형으로 포함시켜서는 안 된다. 생애말기 환자의 선택지 중의 하나로서 의료조력사의 허용여

부와 안락사 허용여부가 별개의 문제라는 점을 이해하는 출발점이 바로 의료조력사를 안락사라는 용어의 늪에서 구출해 내는 일에서 시작한다. 생애 말기 환자의 선택지 중에 의료조력사가 가지는 독립된 의미는 특히 후술하는 바와 같이 생명에 대한 자기결정권과 국가의 생명 보호 의무 간의 관계 재설정으로 이어져 종래의 국가 생명보호에 관한 입법정책의 변화를 초래하기 때문이다.

<표 1> 의료조력사의 체계적 지위



III. 안락사와 의료조력사의 개념적 구별을 전제로 한 법제화 논의

의료조력사는 환자의 관점에서 보면 환자가 죽음의 시기와 방식에 관해 자기결정권을 행사할 수 있는 일정한 요건 및 그 자기결정권의 남용 여지를 차단할 수 있는 안전장치 및 사후통제 절차를 정하는 것을 내용으로 하는 '법제화'가 필요하고, 의사의 관점에서 보면 그러한 환자의 자기결정권 행사에 조력 내지 지원을 하는 의사 등의 행위가 형법상 자살방조 또는 촉탁살해에 해당하지 않도록 정당화하여 '합법화'가 필요하다.

의료조력사는 그 죽음의 '시간적' 측면에서 보면 연명의료중단이라는 의미의 소극

적 안락사보다 앞당겨지는 반면, 타인에 의해 살해되거나 사망에 이르게 되는 것이 아니라 자기가 스스로 치사에 이르는 행위를 할 것이 요구되므로 죽음의 '방식'에 관한 한, 소극적 안락사뿐만 아니라 적극적 안락사의 경우에 비해 환자의 사망에 대한 의사의 개입이 간접적이다.

행위규범과 제재규범으로 이루어진 형법 규범의 관점에서 볼 때 형법적 제재인 형벌부과의 대상이 되는 행위 주체는 '환자'가 아니라 환자의 다양한 형식과 내용을 가진 죽음에 개입하는 '의사(또는 의료인)'이다. 환자의 자기결정권이 문제 되는 사례에 적용될 행위규범의 관점에서 볼 때 의사의 행위는 다음과 같이 구분될 수 있다.

▲ 안락사에 관여하는 의사의 행위: 진단하고 처방하여 약물을 직접적으로 투입하거나(적극적 안락사), 치료를 중단함으로써 죽음에 이르게 함(소극적 안락사)

▲ 의료조력사에 관여하는 의사의 행위: 진단행위, 상담행위, 처방행위 등 조력 내지 지원행위→환자가 스스로 약물을 투입하여 사망함

▲ 말기 환자에 대한 의료행위: 호스피스 · 완화의료 허용됨 + 완화 진정(고통을 진정제를 사용하여 의식을 잃게 한 후 사망을 초래하는 완화의료의 일종인 의료행위) 허용됨

▲ 임종과정에 있는 환자에 대한 의료행위: 연명의료의 유보(김수환 추기경의 경우), 연명의료의 중단(김할머니 사건)[50]

현행법제하에서 의료조력사 법제화 논의에서의 핵심 쟁점 및 추가 쟁점(예시)
- 조력사망을 원하는 환자의 선택지가 헌법적 자기결정권으로 인정될 수 있는가
- 환자의 요청에 따라 치사약물을 처방하는 의사의 조력행위가 정당화될 수 있는가
- 말기 환자 뿐만 아니라 연명의료가 진행 중인 임종과정에 있는 환자에 대해서도 적극적인 조력사망을 허용할 수 있는가
- 성년이 아닌 미성년자에게도 의료조력사망을 허용할 수 있는가

50) 김수환 추기경의 사망은 자연사로 추앙받고, 김할머니 사건의 경우는 존엄사 허용여부를 둘러싼 논쟁의 대상이 되었다.

- 연명의료의향서 등 사전의료지시서의 법적 효력을 의료조력사의 경우에도 인정할 수 있도록 할 것인가/있다면 언제까지 그리고 어떤 경우에 인정할 수 있는가
- 말기 환자이면서 중증 치매상태에 있거나 정신적 장애가 있는 경우 의료조력사의 일반적 요건을 완화하는 입법정책을 사용할 것인가 아니면 사전의료지시서의 효력범위와 관련한 입법정책을 사용할 것인가(적극적 안락사와의 구별 또는 경계설정의 필요성)
- 말기 환자가 의료조력사 요건 중 자가 투약 요건을 충족할 수 없을 경우 보충적으로 의사가 환자의 자가투약을 대신해 줄 수 있는가(적극적 안락사와의 구별 또는 경계설정의 필요성)

이와 같은 쟁점이 문제 되는 의료조력사 이슈가 위치하는 지점은 아래 표 2에서와 같다.

<표 2> 생애 말기 의료적 개입의 형태 및 쟁점 비교

	구분	환자의 상태	의사의 개입 양태	사망 시 행위 주체	형법적 쟁점
1	적극적 안락사	말기 환자	치사 약물의 직접 주입 (작위)	의사	촉탁 · 승낙살인죄 적용
2	의료조력사	말기 환자	치사 약물 처방 및 지원	환자 (자가 투약)	자살방조죄 적용대상
3	소극적 안락사 (연명의료중단)	임종 과정	무의미한 생명유지장치 중단 (부작위)	자연 경과 (Let die)	합법 (연명의료결정법)
4	간접적 안락사	말기 및 임종기	고통 완화 목적의 진통제 투여	자연 경과 + 부수적 결과	일반적으로 처벌 제외

시간적 경과를 기준으로 의료적 개입은 말기 환자 단계에서 임종과정에 있는 환자 단계로 이행되며, 회생불가능한 상태에 있는 임종과정에 있는 환자에 대해서는 연명의료중단이 허용된다. 인공호흡기, 혈액투석 등 무의미한 생명유지장치를 제거하여 자

연스러운 죽음을 맞이하게 하는 연명의료중단은 소극적 안락사 유형에 분류될 수 있고, 치유(Curative)가 아닌 완화(Palliative)를 목적으로 통증 조절 및 환자와 가족의 심리적 케어 지원, 삶의 질 개선에 무게를 두는 호스피스 · 완화의료와 개념적으로 구별된다.

호스피스 · 완화의료는 말기단계의 환자에 대해서도 인정되고, 연명의료가 진행되는 환자 및 연명의료가 중단된 환자에 대해서도 인정될 수 있다. 특히 완화의료(체계 내에서 최후수단인 완화 진정 내지 지속적 심층진정)도 동시에 병행되는 경우가 있다. 따라서 '호스피스 · 완화의료는 말기환자, 연명의료중단은 임종과정에 있는 환자'라는 이분법적 도식으로 설명될 수 있는 것은 아니다.

요컨대, 한국 사회에서 연명의료중단 뿐 아니라 의료조력사와도 혼용되고 있는 안락사 개념을 형법적 관점 및 의사의 개입 양태, 환자의 상태, 최종 행위 주체에 따라 비교하면 위 표에서와 같이 구분될 수 있다. 특히 위 표에서 의료조력사는 다른 사망유형과 구별되는 독립된 영역임이 분명히 드러나기 때문에 안락사의 유형에 포함시키기보다는 독립된 '사망조력'의 영역으로 취급하는 것이 바람직하다.

Ⅳ. 소결

1. 의료조력사망(MAID)의 독자성과 최종 행위 주체의 문제

한국 사회에서는 생애 말기 환자에 대한 다양한 의료적 개입이 '안락사'라는 포괄적이고 다의적인 용어로 구획되고 있어 법적 · 윤리적 혼란을 가중시키고 있다. 따라서 생명에 대한 권리와 형법적 쟁점을 명확히 논하기 위해서는, 의사의 개입 양태(작위와 부작위) 및 환자의 상태를 기준으로 각 개념을 엄격히 구별할 필요가 있다. 적극적 안락사와 의료조력사망을 가르는 결정적 차이는 바로 '최종적인 사망 시 행위 주체가 누구인가'에 있고, 소극적 안락사와 의료조력사망의 차이는 환자의 자기결정권이 소극적 수동적인 차원에서만 인정되는가 아니면 적극적 능동적인 차원까지 헌법적으로 승인되는가에 있다. 규범적인 관점에서 볼 때 현대적 입법 논의에서 의료조력사망(Medical Aid in Dying, MAID) 컨셉을 단순히 적극적 안락사의 한 유형으로 포섭하는 것은 입법자에게 과중한 부담을 줄 수도 있다.

적극적 안락사는 의사가 약물을 직접 주입하여 죽음을 완성(최종 주체: 의사)하므

로 타인에 의한 생명 침해(살인)의 외관을 띠게 된다. 반면, 의료조력사망은 의사가 치사 약물을 처방하고 지원하되, 환자가 자신의 손으로 직접 약물을 투약(최종 주체: 환자)하여 생을 마감한다. 즉, 의료조력사망은 환자의 자기결정권이 가장 극대화된 형태이며,[51] 형법상으로도 촉탁살인이 아닌 '자살방조죄'의 쟁점으로 다루어지게 된다.

2. 개입 시기와 환자 상태에 따른 구별

이러한 개념들은 환자의 임상적 상태, 즉 '개입 시기'와 밀접하게 연관된다. 한국의 현행법상 소극적 안락사(연명의료중단)는 회생 가능성이 없고 사망이 임박한 '임종과정'에 진입한 환자에게만 엄격하게 허용된다. 반면에, 세계적으로 허용여부가 이슈화되고 있는 의료조력사망은 임종이 임박하지 않더라도 치유 불가능한 질환으로 극심한 고통을 겪고 있는 '말기'환자 단계를 주요 대상으로 삼고 있다는 점에서, 법적 권리의 적용 범위에서 소극적 안락사 및 적극적 안락사와 차이가 존재한다.

아래 표는 안락사 개념이 의료조력사와 다양한 관점에서 차이가 있음을 보여주는 비교표이다. 의사의 개입 양태, 환자의 질환 상태, 최종 행위 주체에 따라 적극적 안락사, 의료조력사, 연명의료중단 등으로 구분하고, 특히 의료조력사가 안락사의 유형이 아닌 독립된 영역임을 시각적으로 보여준다.

51) 연명의료중단에 따른 사망과 같은 소극적 수동적 차원과는 달리 적극적인 의료적 조력을 통한 사망에 초점을 맞추면 의료조력사도 적극적 안락사의 범주로 들어갈 수도 있다. 하지만 의료조력사의 경우 사망에 이르는 행위를 하는 주체가 의사가 아니라 환자이며, 그 행위양태도 의료적 조력이 아니라 환자의 자가투약이다. 이와 같은 사례 구조적 측면에 초점을 맞추면 의료조력사는 안락사의 유형이 아니므로 '적극적 안락사'로도 분류될 수 없다. 다만, 치료중단이라는 소극적 차원에 머물지 않고, 사망에 이르는 적극적 능동적 행위를 요구하는 차원에서 보면, 그리고 안락사라는 용어 보다는 그 대안적 용어인 조력사망(Sterbehilfe)의 용어를 가용하면 '적극적' 조력사망이라는 용어를 사용하는 것은 여전히 가능하다. 후술하듯이 프랑스에서 의료조력사 법제화 논의과정에서 '적극적 조력사망(aide active à mourir)'이라는 용어가 등장하는 것도 이 때문이라고 할 수 있다.

<표 3> 시간적 흐름에 따른 환자의 선택지 및 의사의 개입양태별 사례 구조 분석



통합 개념도: 타임라인 및 환자 · 의사 개입양태 맵핑

제3장

의료조력사 도입배경과 찬반론

JPRI
Judicial Policy
Research Institute

앞에서 살펴본 바와 같이 한국의 현행법제는 환자의 자기결정권 행사 차원에서 허용되는 의료적 선택지 및 그에 개입하는 의사의 조력행위에 대한 규범적 경계선을 분명히 긋고 있다. 이에 따르면 임종과정에 있는 환자의 연명의료중단결정에 따라 그 결정을 존중하여 개입하는 의사의 연명의료중단을 통해 환자는 의료적 기술 내지 기계적 수단에 의존하는 삶을 종식하는 것이므로, 연명의료중단은 마치 자연사처럼 받아들여진다. 현행법제하에서 연명의료중단에 관한 환자의 자기결정은 권리로 인정되고 그에 따르는 의사의 연명의료 중단은 법적으로 허용(정당화)된다.

반면에 의료조력사의 경우는 환자가 아직 임종과정이 도래되지 않은 상태, 즉 회복치료가 불가능한 말기 상태의 환자가 고통을 제거하기 위해 죽음의 시기와 방식을 스스로 결정하여 그 결행을 위해 치사약물의 처방 등 의사의 의료적 조력을 요구하고, 의사가 환자의 자기결정을 돕기 위해 의료적 조력을 행하고 환자가 처방받은 치사약물을 스스로 투여하여 사망에 이르게 되는 경우를 말한다. 현행법에 따르면 의료조력사의 경우 스스로 죽음을 결행하는 환자의 행위는 '자살'로 평가되고, 의료적 조력을 행하는 의사의 개입은 환자의 자살을 돕는 '자살방조'로 평가된다. 자살방조는 현행 형법상 형사처벌의 대상이 되어 있으므로 의료조력사를 법제화하여 의사의 조력행위를 합법화할 것인지는 연명의료중단과 의료조력사의 경계가 무너지느냐 유지되느냐의 문제이고, 현재 의료조력사를 둘러싼 입법논쟁의 핵심이다.

한국에서 임종과정 환자에 대한 연명의료중단제도가 도입된 지 10년도 지나지 않은 무렵부터 말기 환자에 대한 의료조력사를 허용하라는 요구가 서서히 등장한 배경은 무엇인가? 다양한 배경이 있겠지만, 그 다양한 배경을 관통하는 하나의 뚜렷한 변화가 있다. 미리 말해 두자면, 그것은 생명에 대한 자기결정권에 관한 요구내용의 변화이고, 그 변화된 요구의 핵심은 '연명의료를 중단함으로써 생명을 포기할 권리(소극적 차원의 자기결정권)'에서 '죽음의 시기와 방식을 결정함으로써 생명을 포기할 권리(적극적 차원의 자기결정권)'를 위한 투쟁이라고 요약할 수 있다.

제1절 의료조력사 법제화 논의 등장 배경

후술하듯이 의료조력사 허용 요구는 한국은 물론이고 세계 각국에서도 소극적 차원의 자기결정권인 연명의료중단이 허용된 이후 불거져 나오게 되었다. 연명의료중단제도 도입 이후 환자가 죽음의 시기와 방식에 관해 보다 적극적 차원의 자기결정권을 행사하려는 요구가 선명성과 함께 구체성을 띠게 되었기 때문이다. 의료조력사 허용 요구는 다양한 배경을 가지고 전개되어 왔다. 의료조력사 법제화 논의를 확산시킨 아래 배경들은 한국적 상황을 넘어서 국제사회에서도 전개된 다양한 변화에 의해 추동되었다. 국가별로 어느 정도 시간적 편차는 있지만 큰 흐름에서는 공통된다.

I. 의학기술의 발전에 따른 '의료화된 죽음'에 대한 부정적 사회적 담론

20세기 후반 이후 인공호흡기, 체외막산소공급(ECMO), 항암치료, 신대체요법, 집중치료기술의 발전은 인간의 생물학적 생존기간을 획기적으로 연장시켰다. 세계보건기구(WHO) 통계에 따르면 인간의 기대수명은 전 세계적으로 꾸준히 상승하였고, 한국은 OECD 국가 중에서도 가장 빠른 속도로 고령화가 진행되고 있다. 그러나 이러한 생명연장은 질병의 만성화, 임종의 장기화, 중환자실 중심의 의료화된 죽음 등 구조적 변화를 초래하였다. 과거에는 자연적 사망이 일반적이었다면, 오늘날에는 의료기술에 의해 사망 시점이 '관리'되고 '지연'되는 구조가 형성된 것이다.

초고령화 사회의 부정적 단면은 다양하게 드러났다. 고령 인구가 증가함에 따라 동반된 만성질환이 증가하고, 말기암 · 신부전 · 심부전 환자의 집중치료 비용 등 장기요양 및 의료비 부담이 급증하였고, 가족돌봄 부담이 증가하였다. 임종 전 1년간 의료비 지출이 전체 생애 의료비의 상당 부분을 차지하는 것으로 보고될 정도이다. 이러한 현상은 단순한 개인 문제가 아니라 사회적 비용 문제로 전환된다. 특히 '회복 가능성 없는 상태에서의 연명치료'는 환자의 고통 연장, 가족의 심리적 · 경제적 부담, 의료 자원의 비효율적 사용 등이 문제되었다.

현대 사회에서 죽음은 병원 중심, 의료인의 통제, 기계 장치 의존 상태로 특징지워진다. 이는 오늘날 '의료화된 죽음(Medicalization of Death)'이라는 비판적 조어를 만들어내는 배경이 되었다. 즉, 현대 사회의 의학적 기술 발전에 따라 죽음이 더 이상 개인의 자연적 삶의 일부가 아니라, 의료시스템에 의해 '관리'되는 사건으로 변모했다는 것이다.[52]

의학기술이 죽음을 지연시키는 능력을 획득함에 따라, 삶을 연장할 수 있다는 것이 반드시 연장해야 한다는 의미인가라는 물음이 물어지기 시작했다. 이러한 물음은 존엄하게 죽을 권리(Right to Die with Dignity)에 관한 사회적 담론을 확산시켰다. 존엄한 죽음이라는 개념은 단순한 생물학적 생존이 아니라 의식의 유지, 자율성 보존 및 인간다운 상태의 유지를 포함한다.

의료기술이 삶의 종결 시점을 지연 · 조정할 수 있게 되면서, 죽음 역시 개인의 결정 영역에 포함되어야 한다는 주장이 등장하였다. 다른 한편, 의료기술이 인간을 기계에 연결된 존재, 치료 대상 객체, 통계적 생존율의 일부로 전환시키는 상황에 대한 비판이 '의료화된 죽음'에 대한 거부로 확산되었다. 이에 따라 '치료 중심 의료에서 돌봄 중심 의료체계로' 전환해야 한다는 주장과 함께, 극심한 고통 속에서의 죽음 선택권 보장이 논의되기 시작하였다.

이 지점에서 전 세계의 국가들이 가장 많이 수용한 일반적인 해법이 있었다. 그것은 환자의 질환 상태가 치료가 불가능하고 회복할 가능성이 없어 기계장치에 의존되어 있는 경우 무의미한 생명연장을 환자의 자기결정권에 따라 종식시키는 일(연명의료중단)을 합법화하는 방안이었다. 이로써 연명의료중단과 더불어 돌봄의료 체계의 일환으로 호스피스와 완화의료가 병행적으로 허용되는 시대가 열린 것이다.[53]

그러나 연명의료중단 결정만으로는 환자의 자기결정권이 '죽음의 시기와 방식'에까지 나아가지 못하는 점에 대한 문제의식이 노출되기 시작했다. 특히 연명의료중단 결정이 수용된 환자도 사망에 이르기까지 돌봄의료 체계 속에 편입되어 호스피스 완화의료의 대상은 되고 있지만, 고통은 지속되는 등의 이유로 환자가 자신의 신체에 대한 통제권을 상실한 상태에서 죽음을 기다리고 있을 뿐이었기 때문이었다. 이러한 맥락에서

52) '의료화된 죽음' 또는 '죽음의 의료화'에 관해서는 후술할 의료조력사 허용 찬성론 참조.

53) 한국 사회에서의 의료조력사 논의도 이와 유사한 과정으로 전개되고 있다. 2009년 김할머니 사건에서 연명의료중단 결정 문제가 전면에 등장하였고, 이 사건에 대한 대법원 판결은 이러한 문제의식을 제도 안으로 들어오게 만든 상징적 판결이었다. 이 판결을 계기로 한국에서도 2016년 「호스피스 완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료중단 결정에 관한 법률」이 제정되었다. 자세한 내용은 후술한다.

연명의료중단 보다는 의료조력사(의료조력자살)를 '최후의 선택지'로 제도화하려는 주장이 급부상하게 되었다.[54]

의료기술 발전이 역설적으로 '생명에 관한 자기결정권'의 약진 및 더 나아가 '죽을 권리' 담론 확산을 야기한 점은 다음과 같이 요약될 수 있다. '의학기술 발전 → 초고령사회 구조 및 변화 의료화된 죽음의 확산 → 자기결정권 담론의 강화.'

연명의료중단은 자기결정권의 한 단면만 수용했을 뿐, 의료화된 죽음의 어두운 그림자 전체를 없애는 해결책이 되지 못했다는 인식이 확산됨에 따라 보다 적극적인 차원의 자기결정권을 인정하라는 요구 즉 의료조력사를 허용하라는 요구로 변환된 것이다.

II. 완화의료의 한계(경험) 극복을 위한 돌파구 모색

각국에서 연명의료 중단이 허용됨으로써 말기환자에 대해 완화의료(palliative care)가 시행될 수 있게 되었지만, 완화의료에 내재하는 한계 및 문제점도 의료조력사를 법제화할 현실적 필요성을 뒷받침하게 되었다. 이는 특히 완화의료의 한 기법인 완화진정(내지 지속적 깊은 진정)의 경우에도 마찬가지이다. 최근 난치성 증상의 경우는 완화 진정이 예외적 · 최후수단적 고통 종결 방식이 될 수 없다는 말기 환자의 경험 및 의학적 보고 때문이다. 특히 유럽 5개국에서 진행된 전향 관찰연구에서 완화 진정을 전후로 하여 환자의 불편감(discomfort)이 유의하게 감소했지만, 정신적 · 심리적 고통에 해당하는 전인적 고통(Total Pain)의 경우(실존적 절망, 삶의 의미 상실, 통제력 상실, 질식 공포 등)의 완전제거는 보장되지 않음을 시사하는 보고가 있다.[55] 이러한 맥락에서 완화 진정의 효과는 여전히 논쟁 중이다.

환자의 의식을 잃게 만드는 완화 진정과 적극적 안락사 간의 구별 경계선도 불분명하다는 문제의식에 기초한 의료윤리적 차원의 의문도 생겨나고 있다. 완화 진정(특히 지속적 깊은 진정)의 차원에서 약물을 투여하여 며칠에 걸쳐 죽게 하는 것은 허용하면

54) 미국에서는 일찍이 1997년 Washington v. Glucksberg 판결 이후 각 주가 의료조력자살 허용 여부를 자율적으로 결정하게 되었고, 오리건 주에서 「존엄사법(Death with Dignity Act)」이 제정된 이후 의료조력사를 법제화하는 주가 하나 둘 늘어 가고 있다.

55) Rijpstra, M., Vissers, K., Belar, A.et al.Assessment of the efficacy of palliative sedation in advanced cancer patients by evaluating discomfort levels: a prospective, international, multicenter observational study. BMC Med22, 608 (2024)(https://doi.org/10.1186/s12916-024-03829-7).

서, 왜 짧고 명확한 의료조력은 금지하는가라는 물음이 의료조력사 허용 요구 목소리를 더욱 높일 수 있게 만들었다. 완화 진정의 문제는 2020년 독일 연방헌법재판소(Bundesverfassungsgericht)의 자살조력 판결에서도 자기결정적 죽음 선택권을 폭넓게 인정하는 논의로 이어진 바 있다. 당시 독일의 입법부와 조력자살을 금지하는 법률 옹호 측은 '환자에게는 완화 진정과 같이 고통을 통제할 수 있는 의학적 대안이 존재하므로, 조력자살을 금지하더라도 기본권 침해가 아니다'라고 주장했다. 그러나 독일 연방헌법재판소는 국가가 완화 진정과 같은 통증 완화 조치를 대안으로 제시하더라도, 환자가 의식상실을 동반하는 해당 의학적 조치를 감내할지 아니면 명료한 의사로 생명을 종결할지 결정하는 것은 전적으로 개인의 '자기결정권'에 속한다고 보았다. 더 나아가 "이러한 자기결정적 죽음에 대한 권리는 완화의료로 해결되지 않는 극단적 고통의 상황에만 제한되는 것이 아니라, 개인의 주관적인 삶의 질(Lebensqualität)에 대한 자율적 평가 그 자체로 확장된다"[56]고 판시하였다.

III. 임종기 요건과 관련하여 '수동적 죽음'과 '능동적 죽음'의 형평성 문제

연명의료중단은 이미 기계화된 의료에 의존하고 있는 임종과정 환자에게 그 의료를 제거하는 방식으로 허용되고, 기계적 의료장치의 제거를 통해 이르게 되는 사망은 질병 경과의 결과이다. 그러나 말기 환자는 호스피스·완화의료만 제공받을 수 있고, 환자는 원하는 시기에 원하는 방식으로 죽음을 맞이할 수가 없다. 이러한 환자 상태에 대한 형식적 분류 및 그에 따른 단계적 접근방식 때문에 의료적 개입의 차등화와 관련한 형평성 문제가 제기되었다. 즉 인공호흡기에 의존하는 환자는 연명의료중단이 가능하지만 같은 고통 상태지만, 기계에 의존하지 않는 환자는 자기결정적 선택권이 없다는 점에 대한 문제제기가 이루어졌다. 의료적 처치를 받고 있는 사람은 죽을 수 있고, 더 이상 치료가 불가능하여 치료를 받지 않는 사람은 죽을 수도 없다는 역설이 생기기 때문이다. 여기서 근본적인 물음은 '소극적 치료중단(의료중단)에 의한 죽음은 허용되면서 적극적 조력을 받은 죽음은 왜 금지되는가' 하는 물음이다.

56) BVerfG, 2 BvR 2347/15, Rn. 210.

이 물음을 둘러싼 논쟁은 루게릭병, 근위축성 질환, 극심한 신경통 · 만성 통증, 진행성 신경퇴행성 질환 등 말기 질환을 앓고 있지만 의학적으로 임종과정에 있는 환자로 평가될 수 없는 환자 사례에서 발생한다. 이들은 지속적 고통을 겪고 있고, 현대 의학상 회복 치료가 불가능하지만, 자기결정능력이 있고, 자기 의사를 표현할 능력이 있으면서 아직 임종과정에 도달하지 않았다는 이유로 죽음의 시기와 방식에 관한 자기결정권이 전적으로 차단되어 있다. 연명의료중단 제도의 사각지대다. 이 사각지대에서 환자의 생명에 대한 자기결정권에 대한 새로운 정립을 위한 요구가 제기되고 있는 바, 이것이 의료조력자살 입법 논의의 직접적 촉발 요인이 되고 있다.

Ⅳ. 헌법적 자기결정권의 확장논리와 예외상황에서의 의료조력에 대한 비범죄화 요구

연명의료중단은 헌법적 논리상 '환자의 자기결정권에 기초한 치료거부권'에 근거한 것으로 평가된다. 연명의료중단이 허용된 후 환자의 생명에 관한 자기결정권과 관련하여 다음과 같은 질문을 낳고 있다. 환자의 치료거부가 자기결정권의 인정 범위 속에 포함된다면, 치료거부가 사망의 결과가 초래될 경우 죽음을 선택하는 결정권도 인정되어야 하지 않는가? 이와 같은 논리적 차원에서의 자기결정권 인정 범위의 확장은 역설적으로 생명권 보호라는 국가의 과제 영역에도 변화를 가져올 수 있다. 환자의 자율성 보장이 오히려 환자의 생명을 더 연장하고 보호할 수 있기 때문이다. 치료를 거부할 자기결정권을 인정하면서도 사망에 대한 자율적 선택권을 금지함으로써 오히려 일부 환자에게 조기자살 상황으로 내몰 수 있다. "이러한 금지상황에 직면한 사람은 두 가지 선택권을 갖는다. 즉, 종종 폭력적이거나 위험한 방법을 통해 조기에 자신의 목숨을 끊거나, 아니면 자연사할 때까지 고통을 겪어야 한다. 이는 잔인한 선택이다.", "(의료조력사망에 대한) 금지는 일부 개인의 생명권을 박탈한다. 왜냐하면 고통이 참을 수 없는 지점에 이르렀을 때 스스로 목숨을 끊을 육체적 능력이 상실될 것을 두려워한 나머지, 일부 개인들로 하여금 조기에 자신의 목숨을 끊도록 강제하는 결과를 낳기 때문이다"라는 것이다.[57] 이러한 점을 확인한 2015년 캐나다의 연방 대법원(Supreme Court of Canada)

57) *Carter v. Canada (Attorney General)*, 2015 SCC 5, [2015] 1 S.C.R. 331.

은 Carter 판결을 통해 전 세계적으로 자기결정권 확대 논의를 촉발하였다.[58]

이로써 한국 등 다수의 국가에서 자살방조를 예외 없이 처벌하는 법제하에서 환자가 치료거부권 행사의 일환으로 자율적으로 사망을 선택할 경우 그 환자의 자기결정에 대한 의사의 의료적 조력행위를 가벌성의 영역에서 배제해야 할 예외상황을 법제화할 필요성과 정당성이 대두되고 있다. 각국의 헌법재판소도 바로 이러한 차원에서 자살방조에 대한 예외없는 처벌을 인정하는 형법의 구성요건에 대한 위헌여부를 심판대에 올렸고,[59] 한국의 헌법재판소도 마찬가지의 과정을 거쳐 최종 결정을 앞두고 있다.[60]

58) 자살방조죄의 위헌성을 심사한 캐나다 연방대법원의 카터 판결의 내용 및 의의에 관해서는 제4장 제2절의 Ⅳ 참조.

59) 가장 급진적인 의미에서 독일 연방헌법재판소는 2020년 결정에서 '자기결정에 기초한 죽음 선택권'을 기본권의 하나로 인정하였다. 이로써 독일 연방헌법재판소는 자살방조영역에서 예외적으로 처벌하고자 했던 영업적 자살방조죄 구성요건까지 위헌선언을 함으로써 자살방조를 형법의 영역에서 완전히 추방하였다.

60) 2023년 12월 헌법재판소가 의료조력사 입법부재에 대한 입법부작위 및 자살방조죄 위헌 여부를 다투는 헌법소원을 인용하여 2023헌마1396 사건에서 심리 중이다.

제2절 의료조력사 법제화 찬반론

한국 사회에서 의료조력사 이슈가 사회적 공론의 장에서 본격적 논의를 거친 것은 아니다. 연명의료법의 제정을 촉발시킨 것과 같이 사회적 파장을 가져올 만한 사건이 의료조력사 법제화 요구로 이어지고 있는 것도 아니다.

한국 사회에서 서구에 비하면 의료조력사 이슈가 사회적 담론을 형성하고 의학계와 법학계에서 증폭되어 입법자를 압박한 경로를 밟은 것은 아니지만, 수면 아래에서는 2008년 김할머니 사건이후부터, 그리고 2018년 연명의료결정법 시행 전후에 걸쳐 서서히 움직이고 있었다.[61]

한국에서 의료조력사 이슈가 수면 위로 떠오른 것은 연명의료결정법 개정안에 '조력존엄사'라는 이름으로 말기환자가 사망의 시기와 방법을 결정함에 있어 제공된 의사의 조력을 합법화하는 내용이 포함되어 있었기 때문이었다. 이를 계기로 의료계를 중심으로 찬성론과 반대론이 대립하였고, 그 이후 의학계 법학계 또는 사회복지 학계, 신학계 등 학계에서는 이미 의료조력사가 법제화된 외국입법례를 소개하는 문헌들이 드물지 않게 생겨나고 있고, 언론에서도 간헐적으로 기사거리로 보도되고 있지만, 법제화 여부 및 방법에 관한 논의가 본격화 된 것은 아니다.

이 장에서는 한국 사회 전반에 걸쳐 전개되어 온 의료조력사 찬반 논거들을 모아 소개한 후, 의료조력사 법제화에 반대하는 논거를 논박하면서 반대 논거가 가진 한계와 문제점을 들추어 낸다. 특히 의료조력사 뿐 만 아니라 연명의료 유보나 결정 그리고 더 넓게 안락사의 합법화 내지 법제화에 가장 강력한 법이론적 근거가 되는 생명에 대한 환자의 자기결정권 관련 논의는 장을 바꾸어 살펴보기로 한다.

61) 한국 사회에서 의료조력사 이슈가 사실상 전면에 등장하지 않은 것은 동양의 다른 문화권에서와 마찬가지로 죽음에 관한 이야기를 회피하는 문화가 자리잡고 있는 것도 그 이유 중 하나일 수 있다.

I. 의료조력사 찬성론

1. 의료조력사 제도는 말기 환자들의 '좋은 죽음(good death)'을 선택할 권리를 보장한다.

말기암 환자들이 의료조력사를 선택하는 주된 동기는 '좋은 죽음'이다. 무엇이 '좋은 죽음'인지에 대해서는 환자가 처한 상황과 관점에 따라 다를 수 있지만, 각국의 설문조사 결과에 대한 보고 내용은 좋은 죽음이 어떤 것인지를 말해주고 있다.[62]

가. 극심한 신체적, 정신적 · 심리적 고통의 회피

말기암 환자 대부분은 통증, 호흡곤란, 구토, 식욕부진, 체중감소등으로 극심한 신체적 고통을 경험한다. 의료조력사망을 원하는 이유 중 가장 큰 비중을 차지하는 것 중의 하나가 통제 불가능한 통증을 끝내고 싶은 마음이다. 이뿐만 아니라 말기암 환자들은 불안, 우울, 절망감 등 정신적 · 심리적 고통을 경험한다. 이러한 상황에서 '존엄성 있는 죽음'이 없으면 그 고통이 더 커질 수 있다.

아래 캐나다, 스위스 등 보고서에 의하면 "죽음을 선택할 수 없으면 하루하루가 고문 같다"고 한다. 아래 각국의 연구사례에서는 의료조력사를 신청한 환자의 절반 이상이 삶에 대한 절망감이 동기라고 한다.

나. 삶의 질 저하 방지와 자기결정권, 삶의 주도권 및 존엄성 유지

말기암이 진행할 경우 신체적 기능 상실, 독립성 상실, 배설 · 음식조차 스스로 섭취할 수 없어서 삶의 질(Quality of Life)이 극심하게 저하된다. 자기 연명이 어려운 환자들은 존엄성 상실을 느끼게 된다. 아래 각국의 안락사 사례 조사에서는 삶의 질 저하가 의료 조력사 선택 이유 중 80% 이상을 차한다. 한국 환자 인터뷰에서도 "내 몸이 내 뜻과 상관없이 고장 나는 걸 견딜 수 없다"는 표현이 많다.

---

62) 의료조력사를 좋은 죽음, 편안한 죽음을 의미하는 안락사(euthanasie)와 결부지우는 경향성은 의료조력사와 안락사가 가치적으로 공통의 지향점을 가지고 있기 때문인 것으로 보인다. 영어에서 '안락사'는 17세기 초 프랜시스 베이컨(Francis Bacon)이 "친절하고 쾌적한 잠의 모습과 모양"으로 묘사한 이래로 '좋은 죽음'을 의미해 왔다. Bacon, Francis. The Works of Francis Bacon. Edited by James Spedding, Robert Leslie Ellis, and Douglas Denon Heath. Vol. 4 (Translations of the Philosophical Works). London: Longman and Co., 1858.

말기환자는 삶의 끝까지 자기결정을 하고 싶다는 욕구가 강하다. 의료조력사망을 통해 죽음의 시간, 장소, 방법까지 스스로 선택할 수 있다는 점이 주된 동기가 된다. 다수의 사례들에서 “남이 결정하는 삶이 아니라, 내 삶의 마지막은 내가 결정하고 싶다”는 환자들이 늘어가고 있다. 말기 암 환자의 경우 몸과 마음을 모두 타인에게 의존할 수밖에 없으므로 환자는 자율성을 상실한 느낌을 가진다. 이 경우 삶의 마지막 순간 ‘자기 통제권’ 확보수단으로 의료조력사를 선택한다. 나의 마지막 선택조차 남이 정하도록 하고 싶지 않다는 생각이 내 삶의 마지막은 내가 결정하고 싶다는 생각과 같은 맥락이다.

다. 치료의 한계와 무익함에 기인한 가족에 대한 부담 경감

현대의학의 발전에도 불구하고 말기암 환자의 경우 치료를 해도 완치될 가능성 없고 연명만 가능할 뿐이고, 치료 부담과 고통만 증가한다. 환자들은 이 때문에 치료를 계속 받는 것이 의미가 없다고 생각한다. 치료가 무의미하며 고통만 증가되고 있다는 생각은 현대의학기술의 어두운 일면으로 평가되고 있다. 이 때문에 말기암 환자의 경우 장기 병원입원, 간병 필요성 등으로 가족이 감당하기 어려운 부담을 겪게 된다. 일부 환자는 자신이 남기고 떠날 가족의 경제적 · 정서적 부담을 최소화하려는 이유 때문에 의료조력사를 선택한다고 보고되고 있다. “더 이상 가족에게 고통과 돌봄 부담을 주기 싫다”라는 생각을 가지고 있는 환자가 늘어가고 있다.

라. 주요 동기별 국제 연구 요약과 한국의 조사보고

각국이 실제 사례에서 어떤 동기로 의료조력사를 선택하는지에 관한 답을 얻기 위해 행한 인터뷰에서 나온 동기의 빈도 요약은 아래와 같다. 물론 단일한 이유로 의료조력사가 선택되는 경우는 드물고 여러 동기가 복합적으로 작용할 것으로 보인다.

<표 4> 의료조력사 선택 동기에 관한 실증연구 국제 비교

동기	대표연구 사례	비율/빈도
극심한 신체적 고통	캐나다 MAID,[63] 네덜란드 안락사[64]	70-80%
삶의 질 저하	네덜란드,[65] 스위스 사례	70-80%
자기결정권 자율성	스위스 Dignitas, Exit 사례[66]	60-75%
정신적 고통	캐나다 MAID	50-60%
가족부담 경감	스위스 사례	30-50%
치료무익	캐나다 MAID	40-50%
통제력 상실과 존엄성유지	스위스 사례	60-70%

의료조력사 법제화에 찬성하는 동기에 대한 국제적 연구 결과는 한국 사회에서의 현실과도 다르지 않다. 2025년 2월 발표된 한국보건사회연구원 보고서에서도 조사 대상 1천 21명 중 82%가 조력 존엄사 합법화에 찬성하면서 그 찬성 이유로 '무의미한 치료를 계속하는 게 불필요'(41.2%), '자기 죽음을 결정할 권리'(27.3%), '죽음의 고통 경감'(19.0%) 등으로 보고되고 있다.[67]

2. 현행법상 완화의료를 통해서는 고통제거에 한계가 있다.

연명의료결정법의 시행에 따라 말기환자에 대해 완화의료(palliative care)가 시

63) Government of Canada, *Third Annual Report on Medical Assistance in Dying in Canada, 2022* (Ottawa: Health Canada, 2023), Table 3.2.(https://www.canada.ca/en/health-canada/services/medical-assistance-dying.html).

64) Regional Euthanasia Review Committees Annual Reports(2019-2023).

65) Rurup et al., "Experiences of euthanasia and physician-assisted suicide in the Netherlands: A systematic review", Patient Education and Counseling, 2005.

66) Bosshard, G. et al., "Reasons given for requesting assisted suicide in Switzerland: cross sectional survey of assisted suicides", BMJ, 2008; 337: a1825.

67) 물론 2022년 연명의료결정법 개정안을 통해 도입하고자 했던 조력존엄사 제도 도입취지에서 인용된 '대다수 한국인은 안락사 법제화에 찬성한다'라는 여론 조사결과의 해석이 잘못되었다는 의견도 있다. 안락사 법제화에 찬성하는 이유는 '남은 삶이 무의미'(30.8%), '가족 고통과 부담'(14.8%), '의료비 및 돌봄으로 인한 사회적 부담'(4.6%) 등인데, 이는 "조력자살 또는 안락사에 찬성한 것이 아니라, 노화나 질병(또는 장애) 상태에서 그저 자살하고 싶다는 의견을 표명한 것으로 읽어야 한다"는 것이다(김준혁, "조력존엄사법이라는 이름은 틀렸다", https://www.hani.co.kr/arti/science/science_general/1047809.html).

행될 수 있게 되었지만, 완화의료에 내재하는 한계 및 문제점이 의료조력사를 법제화할 현실적 필요성을 뒷받침하고 있다. 이는 특히 완화의료의 최종단계인 완화 진정의 경우에도 마찬가지이다. 앞서 의료조력사 법제화 논의 등장배경에서 살펴보았듯이 완화 진정이 초점을 맞추고 있는 난치성 증상의 경우는 완화 진정이 고통 종결 방식이 될 수 없는 예외적 경우가 있음이 말기 환자의 경험 및 의학적 보고도 있다.[68]

난치성 증상의 대표적 유형인 조절되지 않는 통증(Intractable Pain)의 경우[말기 암의 신경병증성 통증, 광범위 골전이 통증, 마약성 진통제(오피오이드) 내성 또는 부작용으로 인한 증량이 불가한 경우 등]는 고용량 진통제와 진정제 병용에도 통증의 완전 소실이 아니라 부분적 완화에 그치는 사례가 있음이 일부 연구[69]에서 보고되고 있다. 난치성 호흡곤란(Refractory Dyspnea)의 경우(말기 폐암 중증, 만성 폐쇄성 폐질환[70] 말기, 근위축성 측색경화증[71] 등 신경근 질환 등)에도 완화 진정을 시행해도 불안과 공포 반응이 지속되거나 얕은 진정 상태에서 공황 반응이 나오고 있음이 반복적으로 보고되고 있다. 말기 암 환자의 80% 이상에서 발생하는 난치성 섬망(Terminal Delirium)의 경우는 벤조디아제핀 · 항정신병약에도 반응하지 않는다고 한다(BMJ Supportive & Palliative Care). 특히 완화 진정은 신체 증상에는 작용하지만 실존적 고통에 대해서는 효과가 불완전하므로 정신적 · 심리적 고통에 해당하는 전인적 고통 (Total Pain)의 경우(실존적 절망, 삶의 의미 상실, 통제력 상실, 질식 공포 등) 완화 진정의 효과가 가장 논쟁적인 영역으로 손꼽힌다.

앞서 의료조력사 법제화 논의의 배경에서 설명하였듯이 한국의 연명의료결정법에는 완화의료에 관해서만 규정하고 있고, 완화 진정에 관해서는 명시적 규정이 없지만, 호스피스 완화의료의 범위 내에서 정당화된 의료행위로 인정되고 있다. 완화 진정에 관한 국내 연구에서는 의료현장에서 실시되고 있는 완화 진정에 관한 임상사례들을 보고하면서 완화 진정에 관한 국가적 가이드라인과 지속적 교육의 필요성이 강조되고 있다.[72]

---

68) 네덜란드에서는 전체 사망자의 약 18~20%에서 완화 진정을 시행하지만, 그중 일부 사례에서 '증상의 완전 조절이 실패'한 것으로 보고되고 있고, 네덜란드 왕립의사회(KNMG) 가이드라인에 따르면 일부 환자에서 기대만큼 깊은 진정이 이루어지지 않는 경우도 존재한다고 한다. 벨기에서는 완화 진정 시행 환자 중 약 5~10%에서 진정 깊이가 불충분하여 각성이 반복되었고, 가족의 고통이 지속되고 있다는 보고가 있다. 캐나다에서는 의료조력사(MAID)가 합법화 된 이후 일부 환자들이 "완화 진정이 가능하다는 설명을 들었지만 의식 상실 상태로 며칠을 보내는 것을 원치 않아" 의료조력사를 선택했다는 보고(Health CanadaMAID 연례 보고서)가 있다.

69) Journal of Pain and Symptom Management, The Lancet Oncology.

70) COPD: Chronic Obstructive Pulmonary Disease.

71) ALS: Amyotrophic Lateral Sclerosis.

이러한 상황에서 완화 진정을 포함하는 완화의료의 경계선을 새롭게 그을 필요가 있고, 완화 진정과의 연장선상에 있는 다양한 의료적 개입과의 비교를 위해 한편으로는 안락사와의 구별을 분명히 하고, 다른 한편으로는 의료조력사의 경우 의료적 개입을 인정하지 않으면 형평성 내지 윤리적 관점에서 문제가 있다는 지적이 제기되고 있다.[73] 완화 진정과 의료조력사의 경계 논증이 구조적으로 약화되었기 때문이다.

특히 완화 진정이 실패하게 되는 명백한 영역의 경우, 특히 약물로 해결하는 데 한계가 존재하는 실존적 고통의 경우(관련 학술지: Palliative Medicine Annals of Oncology)나 환자가 약리적 반응으로 수일 간 의식 상실 상태에 빠지는 것 자체를 거부하는 경우에는 의료조력사 법제화의 필요성이 더욱 강하게 대두된다.

3. 의료조력사는 고통당하지 않을 권리를 포함한 자기결정권과 인간의 존엄성을 보장한다.

생명 관련 자기결정권의 실현은 연명의료결정법의 제정 과정에서 뿐만 아니라 의료조력사 법제화 논의에서도 가장 강력한 지지논거가 되고 있다. 자기결정권의 완벽한 실현은 인간에게 자신의 삶의 형성과 종료에 대해 근본적 자율권을 부여하기 때문이다. 이 논리는 캐나다의 연방대법원(Supreme Court of Canada)이 2015년 Carter v. Canada 판결에서 명확히 인정한 바 있다.[74] 해당 판결은 형법상 자살방조죄가 심각한 질병으로 고통받는 환자의 자율성 및 생명 · 자유 · 신체의 안전권을 침해한다고 보았다. 독일에서도 연방헌법재판소(Bundesverfassungsgericht)는 2020년 판결에서 “자기결정적 죽음 선택권은 인격권의 표현”이라고 판시하였다.[75]

특히 환자의 치료거부권을 인정하면 그로 인해 죽음의 결과가 발생할 가능성을 받아들이는 것이다. 이에 따르면 치료거부권을 자기결정권의 한 내용으로 인정하는 이상 죽음을 직접 선택하는 결정도 보호해야 논리적 일관성을 유지한다. 의료조력사를 법제화하려는 이론적 근거로 가장 강력한 논거는 바로 이 점에서 출발한다. 신체적으로

---

72) Kim, Y. S., Song, H.-N., Ahn, J. S. et al., *Sedation for terminally ill cancer patients: A multi-center retrospective cohort study in South Korea*. Medicine (Baltimore). 2019 Feb;98(5):e14278. doi: 10.1097/MD.0000000000014278. PMID: 30702591; PMCID: PMC6380862.

73) 연명의료 중단 중에도 통증 및 생명말기 증상에 대한 완화적 처치가 진행된다면, 완화 진정이 간접적으로 연명의료 맥락에서 법적 안전장치를 받는다는 해석을 가능하게 한다.

74) 자세한 내용은 제4장 참조.

75) 자세한 내용은 제4장 참조.

엄청난 고통을 겪은 후 죽게 될 상태에 이르기까지 계속 고통스럽게 살고 싶지 않다고 결정할 수 있는 개인의 자율성을 보호하는 것이 바로 의료조력사를 법제화하는 방안이기 때문이다.

의료조력사를 법제화해야 한다는 주장은 자율적 자기결정은 자기 통치 또는 진정으로 자신의 이유, 가치, 욕구에 따라 삶을 이끌어가는 상태를 말하고, 신체적 자율성은 자신의 신체적 존재에 대한 통제권을 의미하며, 따라서 의료조력사를 법제화하게 되면 고통, 굴욕, 수치심 대신 생애 최종 단계에서 자기 통제적 주체성과 자율성을 부여받을 수 있게 된다는 주장으로 이어진다.

의료조력사 법제화에 찬성하는 입장은 삶과 죽음에 관한 자율적 자기결정권 보장이 결국 존엄하게 죽을 권리의 보장과 동일한 것으로 본다. 찬성론자들은 극심한 통증 · 전신마비 · 질식 공포 등은 인간의 존엄한 삶의 조건을 파괴하므로, 강제적 생명연장은 오히려 존엄 침해가 될 수 있다고 한다. 이러한 논리는 특히 의료조력사 법제화에 성공한 국가들(네덜란드, 캐나다 등)에서 입법 정당화 근거로 사용된 바 있다.

말기 환자가 치사 약물을 손에 넣는 것, 즉 말기 환자가 자기결정권의 내용인 죽음의 방식과 시기를 스스로 결정하는 권리를 실현하는 현실적 방안 중 하나는 치사 약물을 손에 넣는 것이다.[76] 말기 환자는 이것만으로 극심한 고통을 겪으면서 죽음을 맞이한다는 점에 대해서 뿐만 아니라 남겨진 삶과 좋은 순간들에 대한 불안과 두려움을 해소시킬 수 있다고 한다. 이 때문에 많은 환자들이 가족, 친구, 그리고 의료 전문가의 지지를 받아 얼마 동안 더 삶을 영위하는 경우도 많고, 실제로, 일부 환자들이 처방 약물을 복용하지 않고 대신 말기 질환 자체로 사망하지만, 종결할 선택권을 가졌다는 사실 덕분에 마음의 안정을 얻은 상태에서 더 평화롭게 사망할 수 있다.

후술하듯이 한국의 헌법뿐 아니라 전 세계의 헌법은 환자가 어떤 의료적 치료를 받아들일지 결정할 권리가 있음을 인정하고 있는 것으로 해석되고 있다. 이에 따르면 인간은 어떤 고통을 견딜 것인지 결정할 권리를 가져야 하며, 피하고 싶은 고통을 피하기 위해 필요한 의료적 도움을 받을 권리가 있다. 물론 후술하듯이 한국의 헌법 해석상 환자가 원치 않는 고통에 직면했을 때 스스로 생명을 끊을 수 있는 권리, 즉 생명에 대한 자기결정권이 있다고 할 수 있는지, 더 나아가 조력을 받아 사망할 권리(즉 조력자살

76) 오리건 주 존엄사법이 통과된 후 23년간 2,895명이 법에 따라 처방전을 받았고 그중 1,905명이 치사 약물로 사망했다고 한다(Oregon Death With Dignity Act: 2020 Data Summary 참조).

권)까지 인정할 수 있는지에 관해서는 헌법 해석상 이견이 있을 수 있다. 하지만 오늘날 조력을 받아 사망할 수 있는 권리, 즉 죽음의 방식과 시기를 스스로 결정할 수 있는 권리의 존재가 전 세계적으로 확산되고 있음은 의료조력사 법제화를 요구하는 주장에 가장 강력한 힘을 실어주고 있다.[77]

4. 의료조력사는 의료재정 및 의료자원을 절감하는 효과가 있다.

2017년 고령사회에 진입한 한국에서는 고령 인구의 건강보험 지출이 급격히 증가하고 있다.[78] OECD 및 다수 국가 연구 공통 결론은 '평생 의료비의 약 20~30%가 생애 마지막 1년에 집중된다'고 한다. 국가별 편차가 존재하지만 이 수치는 OECD · 미국 Medicare 연구에서 반복 확인되고 있다. 특히 말기암환자 의료비는 마지막 1개월에 폭발적으로 집중되며, 이 구간이 전체 비용 구조를 결정한다고 한다. 한국 보험연구원의 실증 연구(2024년 건강보험 자료)에 의하면 말기 암환자의 생애 말기 의료비는 사망 전 1년 총의료비는 2,700만 원~2,800만 원이고 그중 임종 직전 마지막 1~3개월 내에 급격히 상승한다고 한다.[79]

그러나 말기 환자에게 요구되는 고액의 의료비는 본인 및 가족에게 부담이 될 뿐 아니라, 사회 전체의 입장에서 보면 한정된 의료자원의 공정한 분배라는 문제와 연관된다. 소생 가망성이 거의 없거나 병의 근원적인 치료가 불가능한 경우, 상태의 호전을 기대할 수 없는 경우의 환자들의 케어를 위해서 한정된 의료자원이 소모되어 다른 시급한 곳에 쓰일 수 없는 경우가 생겨날 수 있다. 따라서 공리주의적 관점에서 보면 한정된 의료자원을 더 많은 수의 환자의 생명을 살리기 위해 사용하는 것이 윤리적으로도 옳다는 것이다.[80] 이러한 관점에서 의료조력사 법제화를 찬성하는 이들은 한정된 의료자원을 보다 효율적으로 활용할 수 있게 촉진하는 역할을 할 수 있다고 평가한다.

---

77) 이 때문에 각국의 입법자가 의료조력사를 법제화할 것인지의 여부 및 어떤 이론적 근거하에서 인정할 것인지에 관한 결단을 위해서는 헌법 해석상 자기결정권의 인정 범위를 어디까지 인정할 것인지가 관건이 된다. 이에 관해서는 후술한다.

78) 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단통계에 따르면 외래환자 중 노인 비율은 약 40%이고, 입원환자 중 노인 비율은 약 50% 이상이며, 노인 의료비 비중은 약 43% 초반대로 전체 의료비의 40%대를 상회한다고 한다.

79) 국립암센터에 따르면 사망 전 1년 총비용 약 2,780만 원(그중 직접 의료비 약 1,499만 원)이고, 마지막 1개월에 약 36%가 집중된다고 한다.

80) 한국의료윤리학회지, 논문 참조.

II. 의료조력사 반대론

1. 의료조력사는 자살을 정상화 내지 법제화한다.

의사의 조력에 의한 사망은 자신의 생명을 끝내기 위해 치사량의 약물을 복용하는 행위이므로 고의로 자신의 생명을 끊는 '자살'의 성격을 가지는 것으로 평가된다. 종래 의료조력사를 의사조력자살 또는 의료조력자살로 불려왔던 것도 이 때문이다. 이러한 점은 의료조력사 법제화에 반대론자들이 의료조력사 법제화(합법화)로 인해 죽음에 대한 사회 규범을 변화시켜 자살을 부추기는 결과를 낳을 수 있다는 우려를 만들어낸다.[81] 현재의 의료기술로는 완치가 불가능하며 참기 어려운 고통이 수반되어 환자의 삶의 질이 현저하게 낮을 때 최종적으로 삶을 종결하는 해결책이 바로 의료의 힘을 빌린 자살을 선택하게 될 것이라는 예측을 하는 것이다. 즉 의사의 조력에 의한 사망을 통해 일부 자살을 합법화하는 것은, 말기 환자가 아니지만 정신적 또는 신체적 질환, 약물 중독 또는 기타 어려움으로 고통받는 사람들에게 자살이 그들이 이용할 수 있는 허용 가능한 해결책이라는 메시지를 보낼 수 있기 때문이라는 것이다.

호스피스 · 완화의료학회는 의료조력사를 법제화하려는 움직임에 대해 "의사조력을 통한 자살이라는 용어를 조력 존엄사라는 용어로 순화시켰을 뿐 치료하기 어려운 병에 걸린 환자가 의사의 도움을 받아 자살하는 것을 합법화"하는 것이라고 비판하며, "존엄한 죽음을 위해서는 질 높은 생애말기 돌봄이 선행"되어야 한다고 입장문을 발표한 바 있다. 또한 대한의사협회도 조력존엄사의 법제화는 시기상조임을 지적하였다.

이러한 주장은 어떤 사회에서라도 자살에 대한 금기(taboo)는 자살 예방의 도구적인 기능을 하므로 국가는 어떤 종류의 자살이든 그것을 조장하는 대신 자살 예방, 효과적인 의료 서비스, 그리고 자비로운 완화 돌봄에 초점을 맞춰야 한다는 주장으로 이어진다.

실제로 한국에서는 2022년 8월 24일 의료조력사 도입을 내용으로 하는 연명의료결정법 일부 개정안에 대한 국회 토론회에서 발제 '의사의 자살조력을 법으로 허용해야 하는가'라는 주제로 발제를 한 김현섭 교수는 2022년 발표된 Girma & Paton의 연구결과를 인용하면서 "의사조력자살이나 자발적 안락사의 합법화가 총 자살, 비조력자살에 미치는 영향은 논쟁 중인 이슈"라고 하면서도 "최근 미국 여러 주에서 조력자살의 합법화

81) 대한의사협회 KMA POLICY 초청 특강 '안락사 논쟁의 전제 조건'에 관한 허대석 교수의 강연 내용이다. 이 입장은 의사조력자살 합법화에 대한 여론이 실제 환자의 진정한 의사와 괴리가 있다고 설명하기도 한다.

이후 자살이 약 18% 증가했으며 특히 64세 이상과 여성에서 많이 늘어났고", "비조력자살도 함께 증가한 결과도 나타났다"고 하면서 의료계의 반대론에 힘을 실은 바 있다.[82]

2. 의료조력사 법제화는 의사의 직업윤리와 상충한다.

의사가 의료조력사에 참여하는 것은 의사의 전문직업윤리와 충돌할 수 있다는 반대의 목소리도 있다. 의사가 환자를 죽음에 이르게 하는 행위는 의사의 역할과 배치된다는 목소리는 종래 의료계의 입장이다.

예컨대, 미국의사협회(American Medical Association: AMA)는 전통적으로 의사조력자살(physician-assisted suicide)이 "의사의 역할과 근본적으로 양립하기 어렵다(fundamentally incompatible with the physician's role as healer)"는 입장을 유지하였고,[83] 2019년 윤리위원회 재검토 이후에도 기존 반대 입장을 고수하고 있다. 세계의사회(World Medical Association: WMA)도 2019년 제70차 총회에서 안락사와 의사조력자살('Euthanasia and Physician-Assisted Suicide') 선언을 채택하며, 조력자살과 안락사를 명백히 반대하였다.

WMA 선언에서는 조력사 · 안락사가 의학의 기본 윤리원칙에 위배되며, 의사직업의 윤리에 어긋난다고 명시하면서, 단순히 치료 거부(불요 치료 중단)는 환자 권리로 인정하되, 의학적 개입으로 사망을 초래하는 행위는 윤리적이지 않다는 입장을 표명했다.[84]

한국의 의료윤리연구회도 의사의 사망조력을 합법화하는 2022년 연명의료결정법 일부 개정안에 반대하면서 개정안이 "의료윤리를 훼손하고, 국민의 존엄한 삶을 위협한다"고 밝혔고, 대한의사협회는 의사 직업윤리 및 생명존중 원칙을 강조하면서 의료조력사 법제화에 원칙적으로 반대하는 입장이고.[85] 대한의사회는 연명의료결정법의 안정적 정착이 우선이며, 의료조력사 논의는 신중해야 한다는 입장을 표명하고 있다.[86]

한국에서 의료조력사 허용 반대론에서 말하는 의료윤리가 무엇을 말하는지는 분

82) 의협신문(http://www.doctorsnews.co.kr).
83) American Medical Association. (2023). *Code of Medical Ethics Opinion 5.7 – Physician-Assisted Suicide.* Chicago: AMA.
84) World Medical Association. (2019). *Declaration on Euthanasia and Physician-Assisted Suicide.* Adopted at the 70th WMA General Assembly, Tbilisi, Georgia. https://www.wma.net/policies/post/declaration-on-euthanasia-and-physician-assisted-suicide/
85) 대한의사협회, 「의료조력자살 법제화 관련 대한의사협회 입장문」 (2023).
86) 대한의학회, 「연명의료 및 존엄사 관련 대한의학회 입장」 (2022).

명하지 않다. 다만 대한의사협회 의사윤리지침 제36조는 '안락사 등 금지'에 관한 규정인데, 이 규정은 삶의 종말기에 처한 환자에 대해 의사가 직업으로서 해서는 안 되는 직업윤리 내지 행동가이드라인의 역할을 하는 것으로 보인다. 이에 따르면 ① 의사는 감내할 수 없고 치료와 조절이 불가능한 고통을 겪는 환자에게 사망을 목적으로 물질을 투여하는 등 인위적, 적극적인 방법으로 자연적인 경과보다 앞서 환자가 사망에 이르게 하는 행위를 하여서는 안 된다. ② 의사는 환자가 자신의 생명을 끊는데 필요한 수단을 제공함으로써 환자의 자살을 도와주는 행위를 하여서는 안 된다고 한다.

의료윤리연구회도 특히 이 지침에 의거하여 "의사가 환자의 자살을 방조하거나 관여하는 것은 의사윤리지침이 엄격히 금지하고 있다"면서 "의사가 담당하던 환자에게 자살약을 처방하고 주입하는 행위는 치료자라는 의사의 정체성을 훼손하는 심각한 윤리 위반"이며, "의사의 전문직 윤리를 무너뜨리"는 행위라고 단정한다.[87]

3. 의료조력사의 성급한 도입 보다 호스피스 · 완화의료의 확충이 선결과제이다.

국외에서는 물론이고 한국에서 의료조력사 법제화 움직임에 대해 의료계 다수 견해는 호스피스 · 완화의료 등 돌봄체계를 우선적으로 강화해야 한다고 하면서 의료조력사 법제화는 그 다음 순위라고 한다. 특히 "한국 의료윤리 연구회에서는 죽기를 원하는 사람은 아무도 없다"고 지적하면서 "과도한 간병비로 가족에게 짐이 될 것 같은 두려움과 존엄한 돌봄을 받지 못하게 될 것 같은 걱정이 조력자살을 해야 할 것 같은 생각으로 몰아간다는 것을 명심하라"면서 "먼저 존엄한 돌봄을 위한 호스피스 시설과 인력확충을 위한 정책을 마련"할 것을 촉구했다.[88]

설문조사 결과 실제로 환자가 원하는 임종 장소는 가정 57.2%, 호스피스 19.5%, 의료기관 16.3%로 나타났지만, 각종 통계치는 한국인의 사망 장소는 의료기관이 평균 74%에서 77.1% 사이에서 가장 많은 것도 의료조력사 법제화 보다 돌봄체계를 강화해야 할 이유로 꼽힌다.

이러한 주장은 특히 한국의 연명의료 형태가 기술중심의 의료집착 형태이고, 이로 인해 첨단기술이 도입된 상급종합병원은 발전되고 있는 반면, 그 만큼 돌봄체계는 상대

87) 따라서 의료조력사의 법제화가 위 의료직의 윤리지침에 반하는지는 이 보다 상위의 원칙인 생명의료윤리에 관한 원칙과의 조화여부를 보다 정밀하게 검토할 필요가 있다. 자세한 내용은 이 절 Ⅲ. 소결: 반대론에 대한 반박논리 참조.

88) 의협신문(http://www.doctorsnews.co.kr)

적으로 취약해진다는 진단으로 이어진다. 호스피스의 취약도 같은 사정에서 기인하는 것으로 평가된다. 건강보험이 적용되는 질환은 암, 후천성면역결핍증, 만성폐쇄성호흡기질환, 만성호흡부전 등인데, 이 가운데 호스피스를 이용하는 비율은 암환자가 23%, 나머지는 극소수에 불과하다는 점[89]도 이러한 현실의 반영이라고 한다. 다른 만성질환 역시 건강보험을 적용받지 못해 의료기관에서 임종을 맞이하는 경우가 많다는 것이다.[90]

4. 의료조력사는 노인, 장애인 등을 포함한 취약 집단을 위험에 빠뜨린다.

의료조력사 법제화 반대론자들은 사회적으로 취약한 사람들을 사망 시기를 앞당기는 일에 악용될 위험을 경고한다. 반대론자들은 의료조력사가 허용되어 있는 스위스에서 '단순 고령'을 이유로 한 조력자살이 시행된 점을 의료조력사 법제화가 사회적 취약 계층의 경우 생명보호가 경시될 수 있다는 우려를 뒷받침하는 근거로 내세운다.

반대론자들은 의료조력사가 보험제도와 연계될 경우 의료조력사의 확대경향에 부채질을 할 수도 있음을 경고한다. 합법적인 의료조력사가 강압 및 학대의 심각한 위험에 처한 공동체를 위험에 빠뜨리면서 보험 회사가 그들의 순이익을 높일 기회를 만들 가능성을 열어주기 때문이라는 것이다.

자발성이 없는 강요된 상태에서 의료조력사로 내몰아지는 경우도 생길 수 있다. 특히 학대적이거나 참을성 없는 상속인 및 간병인이 노인들로 하여금 필요한 절차를 완료하도록 돕거나, 약을 가져오거나, 심지어 사망 시점에 증인이 요구되지 않을 경우 치사 약물을 잠재적으로 투여함으로써 노인들을 자살로 이끌 수 있기 때문이다. 이러한 위험성은 취약 집단을 위험에 빠뜨리지 않는 효과적이고 자비로운 해결책으로서 의료조력사 대신 호스피스나 완화의료적 돌봄(palliative care)이 선결과제라는 의료계의 주장의 타당성을 뒷받침해 준다.

---

89) 한국 National Hospice and Palliative Care registry를 이용한 분석에 따르면, 암 말기 환자의 호스피스 이용률은 2018년 22.9%, 2019년 24.3%, 2020년 23.0% 수준으로 보고되고 있는데(Epidemiol Health. 2022 Sep 21;44:e2022079. doi:10.4178/epih.e2022079), 이 수치는 말기 암 사망자 1/4 정도만 호스피스를 이용함을 의미한다. 2025년 Cancers저널에 발표된 국내 연구에서도 50,574명의 말기 암 환자 중 10,530명(20.8%)이 호스피스 서비스를 이용했다고 보고되고 있다[Woorim Kim, et.al., The Impact of Advanced Care Planning on Hospice Utilization in Patients with Cancer: A Nationwide Analysis in Korea, Cancers (Basel). 2025 Apr. 27;17(9):1471(doi: 10.3390/cancers17091471)].

90) 하지만 호스피스 · 완화 의료 등 돌봄체계의 강화는 의료조력사와 대척관계에 있는 것이 아니라 상호보완 관계로 파악되어야 한다. 이러한 관점에서 의료조력사 법제화가 호스피스 완화의료 등의 확충에 장애물이 되는 것은 아니라는 점에 관해서는 후술할 반박논거에서 다룬다.

5. 의료조력사의 법제화는 안락사 또는 그보다 더 나쁜 상황으로 이어지는 미끄러운 경사면 또는 도덕적 벼랑을 만든다.

미끄러운 경사길 논거(slippery slope argument)는 안락사뿐만 아니라 의료조력사 법제화에 대한 반대론에서도 직관적으로 가장 설득력을 가진 논거로 작용하고 있다. 한 사안을 합법적으로 허용하게 되면 다른 것을 허용하게 되고 경사 길을 내려가듯이 진행되어 결과적으로 당초에 수용할 수 없었던 것까지 허용하게 된다는 것이다. 특히 말기질환이 아닌 질병이나 장애만을 이유로 한 안락사도 허용한 캐나다의 파격적인 개정안에 대해서는 나치가 장애인을 다룬 방식을 떠올리게 한다는 비판까지 제기된다.

미국의 콜슨 센터(Colson Center for Christian Worldview)의 존 스톤스트리트(John Stonestreet)와 셰인 모리스(Shane Morris)는 합법적인 MAID를 미끄러운 경사면이라기보다는 “도덕적 벼랑(moral cliff)”이라고 묘사하며, “환자는 죽음을 요청할 수 있지만, 환자가 자격이 있는지는 여전히 의사가 결정한다”는 사실을 강조한다.

미끄러운 경사길 논거가 현실화되고 있는 사례, 즉 적용대상자의 확대경향성은 안락사가 금지되고 있는 국가에서도 나타나지만, 특히 적극적 안락사가 합법화된 입법례(네덜란드, 벨기에 등)에서 두드러진다.

- 2022년 오리건 주는 MAID를 요청하는 환자에 대한 주 거주 요건을 폐지함으로써 미국의 전역에서 의료조력사가 허용되는 것과 같은 효과를 가져왔다.
- 2021년, MAID와 안락사를 동시에 합법화한 캐나다는 환자가 죽어가고 있거나 말기 질환을 앓고 있어야 한다는 기준을 제거함으로써, “심각하고 회복 불가능한 의학적 상태(grievous and irremediable medical condition)”를 가진 환자는 MAID나 안락사를 요청할 수 있게 되었다.
- 2002년 네덜란드, 벨기에는 법 제정 당시에는 참을 수 없는 육체적인 고통을 가진 불치의 성인 환자만을 대상으로 하였지만, 그 이후 개정을 통해 육체적 고통이 아닌 정신적 고통, 더 나아가서는 단순히 고령을 이유로 하는 안락사까지 가능하게 되었고, 성인뿐 아니라 미성년자, 어린이까지 연령층이 확대되었다. 특히 2022년 벨기에는 안락사를 12세 이상의 아동에게까지 확대했으며, 이 법을 모든 아동에게까지 확대하려는 시도도 있었다.

안락사 합법화가 하나의 윤리적 난제를 해결할 수 있지만, 그 한계를 어디에 두어야 하는가와 같은 난제가 새롭게 기다린다는 지적이 많다. 특히 말기 암 환자의 고통 완화를 위해 도입된 조치가 근위축증(muscular dystrophy)과 같은 질병을 앓는 사람부터 치매를 앓는 60대 노인, 심지어 정신 질환을 앓는 젊은이들까지 포함하여 수년 더 살 수 있는 사람들에게까지 확대되고 있는 현상에 대한 우려가 사실로 나타나고 있다는 것이다.

6. 아직 사회적 논의와 합의과정을 거치지도 않았다.

2022년 의료조력사 법제화를 내용으로 하는 법안이 발의되었을 당시 반대론자들은 연명의료를 유보하거나 중단하는 환자의 선택지 보다 임종시기를 더 앞당기는 컨셉에 대해 사회적 논의가 없었고, 합의과정을 거치지도 않았음을 지적하였다.

실제로 의료조력사를 법제화한 입법례 중의 대부분은 의료조력사를 법제화하는 데 찬성하는 여론이 월등히 높지만(예, 오리건 주에서는 1994년에 이은 1997년의 주민투표에서는 대부분의 주민이 찬성), 반대론자들의 목소리도 여전히 무시되기 어렵고, 관련법 시행 후에도 조직적 감시가 작동하므로 의사들과 약사들은 위험을 감수하면서 은밀하게 법을 집행하거나 처방 및 조제 자체를 거부하는 의사와 약사도 있다고 한다.

강한 반대론을 행동으로도 표명하는 이들의 주된 반대 이유는 종교적 이유('영적 논거')이다. 이들은 생명과 삶은 신의 선물이며, 따라서 인간은 그 생명에 대해 처분할 수 없다고 한다. 삶과 죽음에 관한 종교계(특히 개신교와 가톨릭)의 도그마와 타협할 수 있는 사회적 합의과정은 거의 불가능한 것처럼 보인다.

생명윤리를 연구하며 실천하고 있는 한국기독교생명윤리협회는 연명의료결정법 일부 개정안에 대해 "인간의 생명을 자의적으로 종결시키는 반생명적인 위험한 법안"이라며 "소위 조력존엄사(안락사)는 인간이 자의적으로 인간의 생명을 종결시키는 행위이므로 윤리적으로 심각한 문제가 된다"고 지적한 기독교생명윤리협회는 "인간의 생명의 종결권은 하나님께 있다. 따라서 환자가 자기 생명에 대한 자기 결정권이 있다는 주장은 하나님의 생명 주권을 침해하는 행위"라고 비판했다.[91]

가톨릭의 본산 바티칸은 조력자살을 요청하는 사람들에게 종교적 성사(병자성사, 고해성사, 영성체) 제공을 거부하고 있다. 조력자살은 "인간 생명에 대한 범죄"이며 "모

91) 의협신문(http://www.doctorsnews.co.kr)

든 상황에서, 어떤 경우에도 악한 행위"[92]라면서 심지어 강제영양공급을 중단하는 것도 금지하는 것이 확고한 가톨릭계의 입장이다.

III. 소결: 반대론에 대한 반박

1. 의료조력사의 법제화는 자살의 제도화가 아니다.

의사에 의한 조력사망을 선택하는 환자들의 선택은 여명기를 인위적으로 앞당겨 스스로 죽음에 이르는 행위를 하는 것이므로 사실상 '자살'에 해당하는 것임을 부인할 수 없다. 의료조력사 허용 논의에서 의료조력사망을 의료조력 '자살'이라고 명명한 것도 이러한 생명단축의 '사실적' 차원을 묘사한 것이라고 볼 수 있다. 그러나 말기 환자가 자기결정 하에서 선택하는 '의료적 조력에 따른 사망'의 '규범적' 차원의 의미를 평가하면 의료조력사를 일반적인 자살과 동일시할 수는 없다.

이 점은 2017년 10월 30일 미국자살학회(American Association of Suicidology) 성명에서도 확인할 수 있다. 이 성명에서는 자살과 의료조력 사망은 개념적, 의학적, 법적으로 다른 현상이므로 의료조력사망은 자살학회의 초점을 벗어나는 문제로 간주하였다. 의료조력사 법제화를 추진하는 운동가들은 이 성명에서 조력사망을 자살관련 용어와 윤리에 결부시키려는 대중적 담론을 바꿔놓을 가능성을 읽고 있다.

최근 의료조력사 연구자들에 의하면 의료조력사와 자살은 다음과 같이 구별되고 있다. "조력 사망을 추구하는 말기 환자들은 자살 충동이 있는 것이 아니다. 말기 예후가 없다면, 그들은 스스로 삶을 끝내려는 독립적인 욕구가 없다. … MAID 법이 있는 주에서 조력 사망 자격을 얻으려면, 그들은 이미 죽음의 문턱에 있어야 한다. 즉, 삶의 끝이 6개월 이내여야 한다. 이 환자들은 삶과 죽음 사이의 의미 있는 결정을 마주하는 것이 아니라, 한 종류의 죽음과 다른 종류의 죽음 사이에서 선택하는 것이다". "MAID 법률이 강제하는 대기 기간 때문에 환자들은 자신의 의료 선택과 도덕적 또는 영적 의무에 대해 신중하게 고려할 시간을 가진다. MAID를 선택하는 환자들은 일반적으로 평화롭고 편안한 환경에서 사망할 때 가족, 친구, 그리고 다른 사랑하는 사람들에게 둘러싸

92) https://katholisch.de/artikel/26962-vatikan-aktive-sterbehilfe-und-assistierter-suizid-ethisch-verboten.

여 있다. 그들은 삶 속의 다른 사람들에게 작별 인사를 할 시간을 가진다."[93]

의료조력사를 헌법적 자기결정권의 실현을 의료적 조력을 받는 차원에서 평가하면 규범적으로 '자살'로 의미평가하기 어렵다. 오히려 환자에게 인정되는 치료거부권의 일환으로서 고통제거를 위한 의료적 방법의 선택권을 행사하는 것으로 본다면, 헌법적 권리의 실현으로 그 의미가 재평가되어야 한다.[94]

더 나아가 의료조력사의 경우 고통을 제거하는 의료적 처치를 선택할 환자의 자기결정을 자살로 분류하지 않으면 그 자기결정을 조력하는 의료적 개입행위도 법적으로도 자살 방조로 평가되어서는 안 된다. 법률해석은 법률의 문언 그 자체에 대한 문리적 해석을 넘어 사안의 본질에 대한 이해(의미 파악)와 결부되어 있다(후성법학적 법발견방법). 범죄체계론적 관점에서 말하면 의료조력행위는 자살방조죄의 구성요건에 해당하지만 위법성이 조각되는 행위가 아니라 처음부터 구성요건에 해당하지 않는 행위로 평가될 수 있는 것이다.

예컨대 오리건 주 존엄사법에는 "법에 따라 취한 조치는 어떤 목적이든 법률상 자살, 조력자살, 안락사 또는 살인으로 간주되지 않는다"고 명시하고 있다. 환자의 사망진단서에도 환자의 기저질환이 기재되고, 조력사망이나 자살을 언급하지 않는다고 한다. 이외에 미국에서 의료조력사를 법제화하고 있는 주에서는 조력사망은 규정에 따라 의료시스템 안에서 이루어지기 때문에 자살과는 다르게 취급되고 있다.[95]

각국의 의료조력사 법에는 의료진들로 하여금 정신질환, 특히 우울증 환자를 선별해 임상적으로 조력사망과 자살을 구분할 책임을 인정하기도 한다. 이에 따르면 의사들은 말기진단을 받고 합법적 사망을 신청한 환자 중에서 자살 충동이 있는 이들을 가려내야 하고, 정신장애 징후를 보이는 환자는 정신건강 전문가의 추가 검사를 받도록 한다.[96]

의학과 환자의 인간관계가 개입한다는 점도 의료조력사망과 자살이 다른 차원의 것임을 말해준다. 의료조력사에 의사와 의료기관이 개입하는 것은 환자의 사망에 사회적 · 도덕적 정당성을 부여할 수 있는 중요한 척도의 하나가 될 수 있다. 또한 전문의료

---

93) *Britannica Editors(2026)*. MAID: Medical aid in dying | Pros, cons, debate. In Britannica Pro & Con. Encyclopedia Britannica. Retrieved February 15, 2026(from https://www.britannica.com/procon/MAID-medical-aid-in-dying-debate). [브랜다이스 대학교 인류학 교수 애니타 해닉(Anita Hannig) 집필].

94) 이 점에 관해서는 제4장 제3절 자기결정권의 인정 범위 참조.

95) 애니타 해닉 지음/신소희 옮김, 「내가 죽는 날 – 존엄사의 최전선에서, 문화인류학자의 기록」, 수오서재 (2025), 126쪽.

96) 「내가 죽는 날」, 127쪽.

인의 참여는 실패할 확률이 상당한 과업에서 불확실성을 배제하고 성공 가능성을 높여 줄 수도 있다. 의료조력사에서 죽음을 의료적 절차화하면 그 이용이 까다롭기는 하겠지만, 환자는 의학적 · 법적으로 승인받는 죽음의 방식을 선택할 수 있게 된다.

이와 같이 조력사망의 과정이 은밀하게 전개되는 것이 아니라 협력과 사회적 승인을 거쳐 이루어지도록 설계되고 있는 것은 오늘날 의료조력사가 더 이상 '자살'로 관념되어서는 안 된다는 점을 말해준다. 임종의 시기와 방법에 관한 환자의 결정에 대한 의료협력과 사회적 승인으로서 의료행위의 일종을 '선택'하는 행위인 것이다.

"예후가 불투명한 상황에서 조력사망을 원하는 환자는 자신의 삶을 끝내고 싶은 것이 아니다. 그들이 끝내려는 것은 지속가능한 삶이 아니라 결코 오래가지 못하는 삶이다."[97] 죽고 싶어 하는 것이 아니라 그 병의 결과가 어떻게 될지를 알고 있는 것이다. 자살하고 싶을 경우 자살할 다른 방법은 얼마든지 있다. 어렵고 복잡하고 관료제에 따른 감독과 규제를 거쳐야 하는 존엄사법을 이용할 필요조차 없다. 혼자 골방에서 고독하게 스스로 세상과 하직하는 것이 아니라 협력과 사회적 승인, 축복과 위로를 받으면서 마지막 순간에 동행자를 가지는 것이 의료조력사이다.

의료 인류학자 마라 부흐빈더(Mara Buchbinder)도 의료조력사가 끝없는 의료개입과 고통스럽고 심하게 진정된 죽음으로부터 환자를 해방시킨다는 점을 강조했다: "MAID는 사망 시점뿐만 아니라 죽음의 더 넓은 풍경까지 인간의 통제하에 둔다. MAID는 말기 환자들이 자신의 죽음을 안무(choreograph)할 수 있게 하여, 언제, 어디서, 어떻게, 누구와 함께 죽을지 결정하게 한다. 매력적인 부분은, 죽음의 순간까지 살아가야 한다는 것이다. 모든 계획을 실행하는 데는 노력이 필요하며, 이는 환자를 활기차고 바쁘게 유지시킨다. 전화를 걸 사람, 서류를 제출할 것, 장면을 설정할 것 등이 있으며, [이는] … 죽음을 삶의 능동적인 연장으로 바꾼다."[98]

2. 의료조력사는 의료윤리와 의사의 직업윤리를 거스르지 않는다.

의료조력사가 의료윤리와 의사의 직업윤리에 반한다고 하는 의료계에서의 반대론은 국가의 생명보호의무의 최첨병에 있는 의사의 직업상의 양심에 기초하고 있는 것으로

97) 「내가 죽는 날」, 129쪽.
98) Buchbinder, M. (2021, April 8). *Death as something we make*. SAPIENS. Retrieved from https://www.sapiens.org/culture/medical-aid-in-dying-ethics/

보인다. 하지만 의료조력사가 '의료윤리와 의사로서의 직업윤리에 반한다'는 반대논거에는 그 의료윤리가 구체적으로 무엇인지가 분명하게 표명되어 있지 않다. 반대론이 의료조력사 법제화가 충돌한다고 하는 의사로서의 직업윤리의 규범적 근거는 '안락사 등 금지'를 규정한 대한의사협회 의사윤리지침 제36조 제2항으로 보인다. 이 지침 제1항은 의사에게 적극적 안락사에 관여하는 것을 금지하는 것을 내용으로 하고 있다.[99] 의료조력사에 대한 조력행위를 금지하는 것은 제2항의 내용이다. 제2항에서 의사는 환자가 자신의 생명을 끊는 데 필요한 수단을 제공함으로써 환자의 자살을 도와주는 행위를 하여서는 안 된다고 규정하고 있기 때문이다. 하지만 후술하듯이 직업적 의료윤리지침은 환자의 자기결정권 등을 고려하고 있지 않을 뿐 아니라 의료조력사 법제화에서 규율된 절차적 안전장치 등이 없는 상태에서 의사의 관점에서 환자의 생명보호를 의무지우고 있다. 생명윤리위원회도 의사는 "환자가 죽는 날까지 고통을 돌보고 존엄한 삶을 살 수 있게 도와주는 존재"라는 전제하에 있다. 이러한 관점에서 이하에서는 생명에 대한 환자의 자기결정권을 중요하게 고려하면서 의사에 대한 기본적 의료윤리가 의료조력사와 충돌하는지의 여부를 먼저 판단해 보기로 한다. 의료조력사를 선택하는 환자에 대한 조력을 금지하는 의사의 직업 윤리지침 제36조 제2항이 기본적 의료윤리의 내용으로서 타당성과 정당성을 가지는지는 항목을 바꾸어 평가한다.

가. 의료조력사와 의료 윤리(생명윤리) 원칙

생의학적 실천에서 행위의 평가를 위한 널리 수용 가능한 기반이 되어온 고전적인 네 가지 의료윤리 원칙이 있다. 선행의 원칙(beneficence), 무해의 원칙(nonmaleficence), 자율성 존중의 원칙, 정의의 원칙이 그것이다.[100] 이 원칙들은 보건의료인의 도덕적 의무를 정의하며, 조기사망을 원하는 말기 환자에 대한 의료적 조력행위의 윤리적 허용 가능성 평가에 있어 평가기준이 되어 왔다. 이 가운데 앞의 두가 지 윤리 원칙은 이미 고대 의학의 히포크라테스 선서에 포함되어 있었는데, 권력의 비대칭이 존재하는 상황에서, 의사와 환자 사이에 신뢰할 수 있는 상호작용이 이루어지려면 이 원칙들이

99) "의사는 감내할 수 없고 치료와 조절이 불가능한 고통을 겪는 환자에게 사망을 목적으로 물질을 투여하는 등 인위적, 적극적인 방법으로 자연적인 경과보다 앞서 환자가 사망에 이르게 하는 행위를 하여서는 안 된다."

100) Tom Beauchamp, James Childress, *Principles of Biomedical Ethics: Marking Its Fortieth Anniversary,* The American Journal of Bioethics, 2019 Nov;19(11): 9-12(doi: 10.1080/15265161.2019.1665402).

반드시 필요한 것으로 인정되어 왔다.

선행의 원칙은 보건의료 종사자 모두가 환자의 안녕을 최대한 증진해야 할 의무를 부과한다. 이는 환자에게 이로움을 주는 것을 의미하는데, 질병을 치료하거나 예방하고, 고통을 완화하는 의무가 포함된다. 무해의 원칙은 가능한 한, 환자에게 해를 끼쳐서는 안 될 것을 요구한다. 자율성 존중의 원칙은 환자의 개별적인 의사와 소망을 적절하게 고려해야 함을 요구하는 바, 이 원칙은 '설명에 기반한 동의(informed consent)'에서 실현되며, 최근에는 자율성이 단순한 정보 제공 이상의 것으로 인식되기 시작했다. 즉, 이해 가능한 정보 제공 외에도 의사결정 과정에서의 지원이 요구되며, 이는 공동의사결정을 통해 가장 잘 실현될 수 있는 것으로 평가되고 있다. 마지막으로 정의의 원칙은 유사한 상황에 있는 사람들을 동등하게 대우하고, 제한된 자원을 공정하게 배분할 것을 요구한다. 여기에는 의료서비스에 대한 평등한 접근도 포함된다.[101]

의료조력사가 의료윤리에 상충된다는 반대론이 타당하려면, 의사가 인간 생명을 보존(보호)해야 한다는 독립적인 윤리 명령이 존재해야 한다. 하지만 그러한 윤리적 명령이나 지침은 존재하지 않는다. 선행의 원칙에 생명보존도 포함되지만, 생명보존이 선행의 원칙에 부합하려면 그것이 환자의 안녕에 기여하거나 환자의 안녕을 최선으로 증진시켜야 할 것이 요구된다. 예를 들어 생명연장이 고통만을 증가시키고 개선의 가능성이 없는 경우에는 생명유지 의무가 뒤로 물러나게 된다. 환자로 하여금 고통을 참아낼 것을 요구하며 그 환자의 생명을 '무조건' 유지해야 한다는 주장은 윤리적으로 정당화되기 어렵다.

앞에서 제시된 의료윤리 원칙들은 타인을 사망에 이르게 하는 것에 대한 절대적인 금지도 포함하고 있지 않는 것으로 보인다. 의료 행위 중 사망 위험이 수반되거나, 특정한 경우 환자의 사망을 의도적으로 초래할 수 있는 상황에서 환자를 죽이지 않아야 한다는 의무는 무해의 원칙에 포함되지만, 이 역시 절대적인 금지가 아니라, 죽음이 해당 환자에게 실제로 해가 되는 경우에만 적용된다. 더구나 환자가 더 이상 살고 싶지 않다는 주관적인 입장을 명확히 하고 있는 경우에는 무해의 원칙을 근거로 의료조력사를 반대하는 윤리적 주장은 구성되기 어렵다.

다른 한편 자율성 존중의 원칙은 오히려 의료적 조력행위 합법화를 지지하는 가장

101) Georg Marckmann, Assistierter Suizid: Perspektiven für eine ethisch verantwortete Praxis, in: Assistierter Suizid, Rechtliche Debatte und klinische Praxis aus interdisziplinärer Sicht, Matthias Thöns (Hrsg.), W . Kohlhamm,1. Auflage 2025, SS. 55-71.

강력한 윤리적 논거로 제공된다. 환자의 자기결정권은 후술하듯이 자신의 죽음 방식과 시점에 대한 결정권을 포함하는 것으로 해석될 수 있기 때문이다. 이러한 자기결정권을 단지 의학적 조치에 의해 생명이 유지되는 경우로 제한하는 것은 자율성의 관점에서 설득력이 떨어진다. 이는 독일 연방헌법재판소(BVerfG)의 2020년 2월 26일 판결(2020)과도 일치하는데, 이 판결은 일반적 인격권이 자살 시 타인의 도움을 받을 자유도 포함한다고 보고 있다. 다만, 자살조력은 정보에 입각하고 숙고된 결정, 즉 결정능력이 있는 자의 진정한 자기결정에 기초해야 할 것이 요구될 수 있다.

선행의 원칙은 자살조력 외에도 환자의 고통을 경감하고 삶의 질을 개선할 수 있는 더 나은 대안적 행위가 있는지 검토할 것을 요구한다. 향상된 완화의료 제공이나 사회적 지원의 개선 등이 그 예이다. 그러나 설령 그러한 대안이 존재하더라도, 이는 환자가 의료조력사를 선택하는 것을 거부할 충분한 이유가 되기는 어렵다. 환자가 전문가의 관점에서는 최선이 아닐 수 있는 치료를 선택하는 경우와 유사한 윤리적 판단이다.

의사가 죽기를 바라는 환자에게 치사 약물을 제공함으로써 환자에게 해를 끼친다면 이는 무해의 원칙에 반할 수 있다. 하지만 치사약물 제공이 환자에게 해를 끼치는지의 여부는 궁극적으로 환자 본인이 모든 대안을 공감적으로 설명받은 후에도 여전히 삶의 유지를 원치 않는지에 달려 있다. 만약 환자가 죽기를 원한다면, 자살조력이 오히려 자신에게 더 이상 받아들일 수 없는 삶을 끝내는 데 긍정적으로 기여하는 것으로 간주될 수도 있다.

요컨대 네 가지 고전적 의료윤리 원칙으로부터 의료조력사를 전면적으로 금지할 수 있는 윤리적 논거는 도출되지 않는다고 말할 수 있다. 다른 한편 위 네 가지 의료윤리 원칙은 의료조력사를 법제화할 경우 그 기초로서 의료조력사를 정당화하기 위한 윤리적 평가의 토대로 제공될 수 있다. 이 경우 윤리적 평가는 개별 상황의 구체적인 실행 방식을 어떻게 법제화해야 할 것인지에 대한 정보를 제공해 주는 측면이 있는 것으로 보인다. 즉 법제화될 의료조력사가 기본적 의료 윤리와 조화를 이루려면, 다음과 같은 물음에 긍정적으로 답할 수 있어야 하고, 이를 법안의 실체요건이나 절차요건에 적극적으로 포함시켜야 한다: 해당 환자가 결정 능력을 지니고 있는가? 죽음 외의 대안적 선택지가 충분히 설명되었는가? 숙고된 판단에 따른 자기결정인가? 죽음이 해당 인물에게 해를 끼치지 않는다는 충분한 확신이 있는가?

나. 조력자살과 의사의 직업윤리의 양립 가능성

의료윤리 원칙들이 의료조력사를 반대하는 절대적인 논거가 될 수 없는 상황에서 핵심적인 질문은 의사들이 조력자살에 적극적으로 참여하는 것이 직업윤리적으로 정당화될 수 있는지, 더 나아가 의료적 조력을 위한 개입이 의사에게 적극적으로 요구되는 것인지에 관한 질문이다.

우선 주목되는 점은, 의료조력사에 대한 의료계의 기본 입장은 문화적 · 지리적 맥락에 따라 달라지며, 의사 개인 간에도 차이를 보인다는 점이다. 이러한 편차를 알기 위해서는 각국의 의사협회 등의 실무 지침이 검토되어야 할 필요가 있다.

예컨대, 독일에서는 조력자살이 의사의 윤리에 위배된다는 주장은 이미 2011년 독일의사협회(Bundesärztekammer)가 발표한 말기치료 원칙으로 폐기되었다. 독일의사협회는 2004년 이전 버전에서는 "자살에 대한 의사의 관여는 의사의 윤리에 반하며, 형사처벌될 수 있다"고 했지만, 2021년 독일 연방헌법재판소 판결 이후 발표된 독일의사협회의 '자살과 사망의향 처리 지침'에서 다음과 같은 기본 윤리 입장을 표명한 바 있다. 즉 의사는 자살 욕구 · 죽음 욕구에 대해 환자와의 신뢰 관계 속에서 대화하고 원인을 파악하며 지원하는 것이 의료자의 의무이지만, 의료인이 자살을 수행하도록 돕는 것 자체는 "의사의 직업적 과업이 아니며 참여해서는 안 된다"라고 명시함으로써 어떤 의사도 자살조력에 강제되지 않는 것이 의료윤리의 원칙이며, 자신의 양심에 따라 판단할 자유가 있음을 분명히 하였다.[102] 즉 독일의 의료계에서는 다원주의 사회에서 조력자살에 대해 다양한 도덕적 견해가 존재함을 인정하고 있는 것이다.

영국의사회(British Medical Association)는 전통적으로 조력사 반대 입장을 유지해 왔으나, 2021년 총회에서 의료조력사 및 안락사 법제화 논의에 대해 '중립(neutral)' 입장을 채택했다. 이러한 변화는 의사 회원들의 다양한 견해를 반영하려는 것으로, BMA는 법 개정 논의 자체에 대해 지지 · 반대 어느 쪽도 명시하지 않음을 선언하면서도, 향후 법이 개정될 경우 양심적 거부권(conscientious objection)의 보호 필요성을 강조하고 있다.[103]

---

102) Bundesärztekammer, *Hinweise der Bundesärztekammer zum ärztlichen Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu §217 StGB,* Deutsches Ärzteblatt118(29-30), 2020, A1428-1432.

103) British Medical Association, *Policy on physician-assisted dying(BMA official guidance),* 2021, (https://www.bma.org.uk/advice-and-support/ethics/end-of-life/physician-assisted-dying).

캐나다 의사회(Canadian Medical Association: CMA)는 2015년 연방대법원 Carter 판결 이후, MAID 합법화에 따라 의사 양심권 보장과 환자 접근권의 균형을 강조하고 있고,[104] 캐나다 온타리오 의과대학(College of Physicians and Surgeons of Ontario)은 MAID 시행 시 의사의 의무, 절차, 양심적 거부와 '유효한 전원(effective referral)'을 의무화하는 규정을 두고 있다.[105]

일본 의사협회(Japan Medical Association: JMA)는 안락사 및 조력자살에 대해 명확한 입법 근거 부재를 지적하며 "연명의료 중단은 허용될 수 있으나 적극적 생명종결은 신중해야 한다"는 입장으로 원칙적으로 중립적이다.[106]

미국의사협회의 반대입장과는 달리 미국 호스피스 · 완화의료 아카데미(American Academy of Hospice and Palliative Medicine: AAHPM)는 회원 내 다양한 견해 존재를 인정하면서, 의료조력사 제도 자체에 대해 중립적(Studied Neutrality)입장을 취하고 있다.[107]

이러한 관점에서 볼 때 대한의사협회의 윤리지침 제36조 제2항은 의료조력사 참여에 관한 의사의 도덕적 견해의 다양성을 차단하고 있을 뿐 아니라 의사의 과업과 관련한 시대적 변화를 담아내지 못하고 있는 것으로 평가되지 않을 수 없다.

누구든 생명을 유지하는 치료의 중단을 요구할 수 있으며, 위험한 수술의 경우 생명을 구할 수 있는 수혈을 양심에 따라 거부하는 환자의 결단에 반대하여 강제수혈을 할 수는 없다. 한국의 대법원이 후술할 종교적 '수혈거부사건'에 대한 판결에서 환자의 자기결정권보다 의사의 생명보호의무가 항상 우위에 있지 않다는 점을 확인한 판결의 취지[108]를 고려할 때 대한의사협회의 윤리지침 제36조 제2항은 환자의 자기결정권에 대한 과도한 제약이고, 의사의 직업윤리관을 획일적으로 강요하고 있는 것으로 보인다.

의사의 활동은 일반적으로 특정한 목적, 즉 질병에 걸렸거나 질병에 위협받는 사람들을 돕는다는 목표에 따라 정의된다. 그런데 환자가 원해서 생명 연장 치료를 중단하

104) Canadian Medical Association. (2017, updated 2020). *CMA Policy: Medical Assistance in Dying*. Ottawa: CMA.
105) College of Physicians and Surgeons of Ontario(2016, updated 2023). *Policy: Medical Assistance in Dying*.
106) Japan Medical Association,(2007, revised 2018). Guidelines on End-of-Life Medical Care. Tokyo: JMA. 특히 일본은 안락사의 위법성조각여부에 관해 판례 중심(요코하마 지방법원 1995)으로 엄격한 요건을 제시하고 있으며, 의료조력사에 관한 논의는 전면에 등장해 있지 않다.
107) American Academy of Hospice and Palliative Medicine. (2016, reaffirmed 2023). *Position Statement on Physician-Assisted Death*.Chicago: AAHPM.
108) 이에 관해서는 후술할 생명에 대한 자기결정권의 인정 범위 부분 참조.

는 상황처럼, 자율적인 죽음을 돕는 것이 의사의 정당한 도움의 형태가 될 수 있는지가 문제될 수 있다. 더불어, 조력자살을 고려하는 환자를 적절히 지원하는 일은 의학적 전문성이 요구되는 과업이다. 죽음의 시기와 방식을 자율적으로 정하고 싶은 환자도 지원을 받을 권리가 있으며, 이런 사람들을 도울 수 있는 최적의 위치에 있는 이들이 바로 죽음에 대한 소망을 다룰 수 있는 경험과 훈련을 갖춘 의사들이다. 또한, 인공임신중절 수술의 경우 의사의 상담 및 조언적 참여가 필수적으로 요구되는 것임을 고려할 때, 의사의 과업은 오늘날 의료의 고전적 목표를 넘어서기도 한다는 점은 널리 수용되어 있다.

다. 의사의 의료조력사 참여를 지지하는 논거

법체계는 자발적이고 책임 있는 결정의 형식적 조건을 확보하는 데 초점을 맞추는 반면, 윤리적 의무는 그 이상을 요구한다. 첫째, 자율성 원칙은 단지 존중뿐 아니라 자율성의 촉진 및 의사결정 과정에서의 능동적 지원을 포함한다. 둘째, 자비(beneficence) 및 무해(non-maleficence) 원칙은 자율적 결정의 보장을 넘어, 당사자의 복지에 대한 전면적 돌봄을 요구한다. 따라서 단순한 보호 개념이 아니라, 조력사망을 고려하는 사람들에 대한 포괄적인 지원 개념이 필요하며, 이 과정에서 의사는 그들의 고유한 전문성을 바탕으로 중심적인 역할을 맡을 수 있다.[109]

무엇보다도, 의료조력사망을 선택할 경우 필수적인 자기결정 능력과 책임 있는 결정 능력의 판단에도 의학적 전문성이 요구된다. 특히 자살 의사가 질병과 연관되어 있을 경우, 현재의 의학적 상태와 가능한 치료 대안을 설명하는 것은 의사의 책무이다. 심리사회적 지원이 필요한 경우, 다른 전문직군의 참여도 고려되어야 하며, 정신질환의 징후가 있는 경우에는 정신의학적 전문성이 추가적으로 요구된다.

의사결정 지원은 당사자가 자신의 삶의 선호와 계획에 부합하는 신중한 결정을 내릴 수 있도록 공동 숙려를 통해 이루어져야 한다. 이는 흔히 말하는 '공유된 의사결정' 과정과 유사한 수준의 대화가 요구되므로, 의사는 의학적 전문성과 소통 능력의 결합을 통해 특히 적절한 대화 상대가 될 수 있다. 단, 죽음을 희망하는 사람들과의 대화에 필요한 역량과 경험이 전제되어야 한다.

---

109) "환자의 죽음을 돕는 것은 해로운 일이 아니라 자비로운 일일 수 있다. 의사들 다수는 구체적인 도덕적 이유로 의료조력사에 반대하는 것이 아니라, 단지 환자의 죽음을 직접 초래한 사람이 되고 싶지 않은 것일 뿐이다"고 한다(「내가 죽는 날」, 166쪽).

복지에 대한 윤리적 관점은 자살을 희망하는 사람들에 대한 전면적인 지원을 요구한다. 이들을 돌보는 일은 정신의학 및 심리치료 분야의 전문가들뿐만 아니라, 의사의 핵심적 과업이다. 이러한 과업은 일반적 의미의 자살충동을 막고 자살을 예방하는 차원의 과업과도 연결된다.

의료조력사망을 결정한 환자가 자가투약을 할 경우에도 의사가 의료적 지원을 해야 할 정당한 이유들이 존재한다. 먼저, 안전한 임종을 위해 약물 선택, 정확한 복용량, 올바른 투약 방식(경우에 따라 정맥주사 설치와 조절 포함) 등에서 의학적 전문성이 요구된다. 또한 그 과정에서 당사자와 그 가족을 적절히 동반하는 것도 중요하다. 물론 이 역할을 심리학적 훈련을 받은 인력에게 위임할 수도 있으나, 임종 시 환자 및 가족을 동반하는 일은 전통적으로 의사의 고유한 과업이다. 특히 만약 의사를 임종과정에 참여하게 한다면 의사에게도 심리적 부담이 될 수 있으므로, 이 부담을 적절히 처리할 수 있는 경험과 자원을 가진 의사를 참여하게 하는 것이 바람직하다. 이러한 관점에서 보면 존재론적 위기에 놓인 이들이 간절히 요청하는 도움을 제공하는 것이 오히려 직업윤리적 책무가 되도록 윤리지침을 변경해야 할 것으로 보인다.

3. 호스피스 · 완화의료와 의료조력사는 선후관계가 아니라 보충관계에 있다.

가. 한국 호스피스 · 완화의료제도의 현황

한국의 호스피스와 완화의료(palliative care)는 연명의료결정법을 통해 말기 환자에 대해 허용된 돌봄 의료 체계에 속한다. 앞서 살펴보았듯이 두 용어는 엄격히 구분되기보다, 서비스 제공 형태, 다직종 팀 구성, 자원봉사 활용 등에서 유사하게 운영되므로 한국에서는 “호스피스 · 완화의료”라는 통합 용어로 사용된다. 위 법률에 따라 보건복지부는 5년 단위의 호스피스 · 연명의료 종합계획을 수립하며, 연명의료 중단 대상 환자는 담당의사 및 전문의가 판단하도록 규정하고 있으므로 호스피스 완화의료가 충분히 제자리를 잡았다고 보기에는 이른감이 있다.

보건복지부 지정 ‘호스피스 · 완화의료 전문병원’은 2020년 6월에는 전국에 87개였으나, 2024년 4월 자료 기준으로는 195개 호스피스 · 완화의료 전문기관이 운영 중이다.

이들 기관은 다직종 팀 기반 전문 인력이 구성되어 있으며, 통증 완화, 초기 평가 및 돌봄계획, 임종관리, 가족 교육, 음악 · 미술 요법 등 심리 · 사회 · 영적 지원 프로그

램을 제공하고 있다.

2020년까지 호스피스 · 완화의료기관 이용률 목표가 25%였으나, 2019년 기준으로는 전체 암 사망자의 22.1%만이 호스피스 · 완화의료를 한 번이라도 이용했으며, 77.9%는 미이용 상태였다고 한다. 이용 형태로는 대부분이 입원형 서비스를 단독 이용(67.0%)했고, 입원형 + 자문형 혼합이용은 11.2%, 자문형 단독은 11.1%였다고 한다.[110]

호스피스 · 완화의료 이용자가 기관 내 입원한 경우뿐 아니라 가정 내에서 이용하는 경우도 건강보험이 적용되지만,[111] 입원형이 압도적으로 높다는 현실은 돌봄 의료체계가 가정 내에서 이루어지기를 바라는 환자들의 실제적 바람과 다르게 작동되고 있음을 말해준다.[112]

나. 말기 환자의 자기결정권과 관련한 호스피스 · 완화의료제도의 기여

호스피스 · 완화의료의 법제화가 현대인이 죽음을 생각하고 관리하는 방법을 바꿔놓은 것은 부인하기 어렵다. 불필요할 뿐 아니라 경우에 따라 해로울 수도 있는 무익한 연명의료과정에서 죽음의 과정을 수용하고 완화하는 방향으로 패러다임을 전환하는데 기여하였기 때문이다. 특히 완화의료는 의학적 기술개입으로 생명 연장 범위가 점점 더 넓어지면서 무조건 오래 살수록 좋다는 현대 의학의 폭거에 맞설 해독제로 등장했다. 인공호흡기를 비롯한 특수 연명의료 기술은 본래 수술실 내 전신마취 환자나 급성기 응급환자의 단기적 소생을 목적으로 도입된 제한적 조치였다. 그러나 오늘날 이러한 기술은 중환자실을 넘어 일반병실과 가정에까지 광범위하게 보급되었으며, 그 결과 회복 불가능한 말기 환자의 임종 과정을 단순히 연장하는 일상적 의료 행위로 자리 잡게 되었다.[113]

이처럼 현대 의학의 발전에 따라 오늘날 환자는 일상적인 침습 의료 단계에 따라

---

110) 박수경 외, “암 사망자의 호스피스 · 완화의료 이용과 관련 요인”, 「보건경제와 정책연구」, 한국보건경제정책학회 (2021), vol.27, no.3, p. 1-19 참조.

111) 호스피스전문 요양보호사를 포함한 간병서비스도 급여 대상이며, 환자는 본인부담률 5%만 부담하고 나머지는 건강보험이 지원한다. 말기 암환자에게는 산정 특례 제도를 통해 본인 부담률이 5%로 낮춰지는 혜택도 제공된다.

112) 말기 환자와 임종과정 환자의 자기결정권을 보장하고, 호스피스 서비스를 확대하기 위한 국가(보건복지부)가 수립 발표한 중장기 정책인 「제1차 호스피스 · 연명의료 종합계획(2019~2023)에 이은 「제2차 호스피스 · 연명의료 종합계획(2024~2028)」은 기존 암 중심에서 만성질환(심부전, COPD 등), 신경퇴행성 질환(루게릭병 등)으로 확대하고, 소아 호스피스 확대하며, 가정형 호스피스를 활성화하고, 병원 중심에서 지역사회 중심으로 구조 전환을 도모하고 있으며, 2024년 기준 24.2%의 호스피스 이용률을 2028년에는 50.0%로 상향하는 것을 목표로 하고 있다.

113) 허대석, “연명 치료 중단: 의학적 접근”, 제86권 제6호, 대한내과학회지 (2014), 660쪽; 홍승범, “중환자의학의 역사와 미래”, 대한내과학회지, 제90권 제1호, 대한내과학회 (2016), 12-16쪽.

움직이는 “빠른 의료의 컨베이어 벨트”[114]에서 벗어나기 어려워졌다. 임종 단계에 따라 첨단 의료기술을 동원하면 며칠이나 몇 주를 더 살 수 있겠지만, 환자의 삶의 질이나 개인적 의사와 상관없이, 일단 의료 시스템에 발을 들이면 치료와 검사가 중단 없이 이어지고 그에 따라 불필요한 고통도 연장된다.

이러한 상황에서 등장한 완화의료제도는 중증 환자의 증상을 완화하는 데 중점을 둔 비치료성 전문의료 서비스를 아우르는 명칭이다. 병에 따르는 증상뿐 아니라 치료에 따르는 고통도 줄여준다. 완화 의료 전문의는 병원에서 질병의 단계에 따라 환자에게 협조하며, 이 과정은 종종 실제 치료와 병행한다. 환자가 시한부 판정을 받고 치료를 중단하면 그 이후는 호스피스의 몫이다. 완화의료의 일종인 호스피스는 삶의 마지막 단계에서 고통을 줄여주는 다양한 방법을 활용한다. “호스피스의 핵심은 건물이 아니라 철학”이기 때문이다.[115]

예컨대 호스피스를 신청하려면 말기환자(미국 6개월 이하) 판정을 받은 환자이고, 증상 완화 외의 실제 질병 치료(화학 요법이나 투석 등)를 중단했어야 한다. 호스피스는 환자가 얼마나 더 사는지는 아무도 모르지만, 얼마나 잘 살 수 있는지를 우선시하며, 죽어가는 환자와 가족의 심리, 신체, 감성, 종교문제를 보살핀다. 호스피스 팀은 대체로 의사, 간호사, 사회복지사, 물리치료사, 종교상담사 등을 포함한다. 환자 대부분은 호스피스 등록 기간이 길지 않다. 미국에서는 환자들이 평균 20일 정도 만에 사망한 것으로 보고된다.[116]

다. 호스피스 · 완화의료와 의료조력사의 관계

연명의료결정법은 ‘호스피스 · 완화의료’와 ‘연명의료 중단결정’을 동일 법률 안에서 다루고 있고, 환자의 자기결정권을 존중하고, 인간의 존엄과 가치의 보호라는 공통의 입법목적을 가지고 있다. 이 때문에 호스피스 · 완화의료는 연명의료중단 결정과 긴밀한 관계 속에 있다. 호스피스 · 완화의료는 환자가 연명의료중단을 결정한 이후 또는 그와

114) 케이트 버틀러(고주미 역), 「아무도 가르쳐 주지 않는 괜찮은 죽음에 대하여」, 메가스터디북스 (2021), 17-25쪽 참조. 버틀러(Katy Butler)는 ‘컨베이어 벨트’(Medical Conveyor Belt)에서 내려와 환자 중심의 돌봄을 실천하는 대안으로 ‘슬로 메디슨(Slow Medicine)’ 운동을 제안하고 있다.

115) 「아무도 가르쳐 주지 않는 괜찮은 죽음에 대하여」, 제10장 ‘좋은 죽음(A Good Death)’ 참조.

116) NHPCO(National Hospice and Palliative Care Organization: 미국 국립 호스피스 · 완화의료 협회)가 매년 발행하는 「Hospice Facts and Figures」보고서 및 MedPAC(Medicare Payment Advisory Commission: 미국 메디케어 지불자문위원회)가 매년 미국 의회에 제출하는 메디케어 데이터 보고서에 따른 중간값 평균값임.

동시에 선택가능한 의료 서비스이기 때문이다. 이러한 관점에서 보면, 연명의료 중단 결정이 있다고 해서 환자에 대한 의료 내지 치료가 전적으로 중단되는 것이 아니라 호스피스 · 완화의료 체계가 연계되어 작동하면서 환자 중심의 완화적 돌봄으로 전환된다. 이와 같이 호스피스 · 완화의료는 이미 제도설계적 측면에서부터 연명의료중단 결정과 긴밀한 관계를 가지는 것으로 만들어졌으므로, 말기환자에 대해 적용될 의료조력사 제도와 호스피스 · 완화의료 체계의 관계도 양자를 다른 차원에서 파악해서는 안 된다. 즉 호스피스 · 완화의료의 확충 및 제도 정비를 의료조력사의 법제화와 상충되는 관계로 파악하기 보다는 양자를 결합시키는 상호보완적 관계로 파악해야 할 필요가 있다. 미국 내에서는 심지어 직접적으로 환자의 조력사망 과정을 지원하는 호스피스도 존재한다고 한다. 이들은 환자와 가족이 조력 사망을 선택할 수 있게 돕는 자원봉사 단체인 '앤드 오브 라이프 초이스 오리건'과도 긴밀한 협력관계를 유지한다고 한다.[117]

말기 환자에 대해서는 통상적으로 호스피스가 의료조력사 제도와 상충하는 선택지가 아님을 말해주는 실증자료도 있다. 2020년 오리건 주 존엄사법을 이용한 사람들의 약 95퍼센트가 호스피스 프로그램의 일환으로 조력 사망을 선택했다고 한다.[118] 이는 호스피스와 조력사망이 양자택일의 문제가 아님을 말해준다. 조력사망을 호스피스의 대안이 아니라 보완책으로 보면, 임종환자가 기존의 호스피스에서 구할 수 없는 무언가를 의료조력사가 제공한다는 점이 드러난다.[119] 호스피스 · 완화의료가 제공해주지 못하는 그 무엇으로 의료조력사가 제공해줄 수 있는 '그 무엇'이 무엇인지는 후술한다.

이뿐만 아니라 미국 내 존엄사법이 통과된 1997년 이후 오리건 주 내의 호스피스 이용이 대폭 증가했다는 점도 양자가 충돌하는 것이 아님을 말해준다. 2013년 메디케어 환자의 호스피스 이용률은 전국적으로 20퍼센트 미만이었으나 오리건 주에서는 40퍼센트까지 늘어났다고 한다.[120] 이러한 이용 증가는 오리건 주 의료계와 보건 당국은 의료조력사 제도가 임종 돌봄 전반을 대체하는 사태를 원하지 않았기에 의료조력사가 법제화되면서 호스피스 · 완화의료가 환자의 필요를 최대한 존중하려는 '선의의 경쟁' 차원에

117) 물론 미국 내에서 가톨릭계 호스피스는 대부분 조력 사망에 절대 반대하며, 어떤 형태로든 관여하지 않는다고 한다. 가톨릭계에서 운영하는 호스피스는 직원의 조력 사망 관여를 공식 금지하고 있으며, 임종 환자의 조력사망 신청을 방해하기도 하므로 의료조력사 제도를 이용하려는 환자들은 한시가 중요한 상황에서 호스피스의 지원 거부로 심각한 지체를 겪는 경우도 있다고 한다. 「내가 죽는 날」, 88쪽.

118) Oregon Death with Dignity Act: 2020 Data Summary; 「내가 죽는 날」, 89쪽 참조.

119) 「내가 죽는 날」, 89쪽 참조.

120) Aleccia JoNel, "Where You Live May Determine How You Die, Study Suggests," Kaiser Health News, March 15, 2017, https://www.statnews.com/2017/03/15/death-end-of-life-states/

서 호스피스 인력에 많은 자원을 투자한 결과로 평가될 수 있다.[121] 호스피스 서비스 확대가 조력사망법 제정에 따른 부수효과로 평가되고 있는 것이다. 이에 따르면 의료조력사 제도는 환자의 돌봄체계를 모든 면에서 개선하는 동력이 되는 측면이 있다고 볼 수 있다.[122]

라. 호스피스 · 완화의료의 한계를 넘어서는 보충적 수단으로서의 의료조력사

더 이상 시도할 치료법이 없는 말기 환자에게는 통상적으로 호스피스가 기본 선택지이거나 호스피스와 함께 완화의료도 병행할 수 있다. 호스피스 · 완화의료가 환자가 절실히 원하는 단 하나를 제공해 주지 못하는 그 무엇이 있다. 무력하게만 느껴지는 상황 속에서도 주체성을 가지고, 자아가 스러져 가는 와중에도 유지되어야 할 '일말의 통제권과 인간으로서의 존엄성 유지'가 그것이다.

참여 관찰자 애니타 해닉은 다음과 같이 말한다. "삶이 끝나가는 환자가 스스로 어떻게 임종할지 결정하기 어려울 수는 있다. 간신히 병원에서 죽는 상황은 면했더라도, 인생은 순식간에 흘러가고, 사건은 그 자체의 과정과 논리에 따라 전개되며, 죽어가는 사람은 스스로 절대 선택하지 않았을 상황에 놓이게 된다. 호스피스는 고통과 불안을 덜어주고 죽음을 받아들이게 도와줄 수는 있다. 그러나 호스피스를 이용한 임종이 모든 개인의 자율성과 존엄성을 지켜주지는 못한다. 더구나 죽어가는 사람을 돌봐야 하는 가족에게는 그 과정이 힘겨울 수 있다."[123]

모든 권한을 넘겨주고 무력하게 죽어가며 어떤 방편도 없이 가족이나 호스피스 · 완화의료에 내맡겨지는 과정에서 환자에게 주어지는 또 하나의 선택지로서 의료조력사는 개인의 자율성, 존엄성, 자신에 대한 통제권을 행사하게 할 수 있다.

미국 오리건 보건과학대학교(OHSU) 나이트 암 연구소의 종양내과 교수이자, 조력사망(MAID) 분야의 세계적 권위자로서 오리건 주의 존엄사법 시행 이후 18년간의 데이터를 추적 연구한 찰스 블랭크(Charles Blanke)가 지적하는 현대의 호스피스 · 완화의료 기술의

121) 「내가 죽는 날」, 89쪽.

122) 의료조력사와 호스피스(완화의료 포함)가 '대체관계가 아니라 병존 · 보완관계'라는 점은 오리건 주 외에도 의료조력사가 합법화된 국가들의 통계에서도 실증되고 있다. 예컨대 캐나다에는 의료조력사(MAID) 이용자 중 약 70~80%가 이미 완화의료(호스피스 포함)를 이용한 것으로 드러났다. Ramona Coelho, John Maher, K, Sonu Gaind, Trudo Lemmens, The realities of Medical Assistance in Dying in Canada, Published online by Cambridge University Press: 18 July 2023 참조.

123) 「내가 죽는 날」, 89-90쪽.

진정한 한계는 “환자들이 조력사망을 선택하는 결정적 이유는 육체적 통증이 아니라, 완화의료 기술로는 결코 치유해 줄 수 없는 실존적 · 인격적 고통(Existential Suffering)에 있다.”고 한다. 환자들이 “조력사망을 선택하는 이유는 고전적인 의학적 이유(육체적 고통)가 아니며, 완화의료로 쉽게 해결될 수 있는 성질의 것도 아니다.” “환자들이 진정으로 원하는 것은 독립성(independence), 통제력(control), 그리고 존엄성(dignity)이다.”[124] 현대의학이 훌륭한 완화의료를 제공하더라도, 환자가 느끼는 ‘자율성 상실’이나 ‘삶의 즐거움 상실’이라는 주관적인 고통은 의사가 약물로 덜어줄 수 없는 영역이라는 것이다. 즉, 아무리 질 높은 완화의료를 제공하여 신체적 고통을 0으로 만든다 할지라도, 타인에게 배변을 의존해야 하는 등 ‘자율성과 존엄성이 파괴되는 데서 오는 고통’은 완화의료의 메커니즘 밖의 문제라는 것이다.

바로 이 지점에서 호스피스 · 완화의료를 통해서는 그 해답을 찾기 어려운 환자에게 의료조력사가 보다 의미있는 선택지가 될 수 있다는 점에서 제도적 보완의 강력한 필요성이 등장한다. 이 때문에 특히 미국 내에서는 호스피스 기관에 속한 의사들 중 소수이긴 해도 완화의료와 호스피스가 모든 고통을 해소할 수 있는지에 대해 의문을 제기하며 조력사망이라는 선택지가 생기는 것을 환영하는 의사들도 있다고 한다.[125] 앞서 살펴보았듯이 미국 호스피스와 완화의료 아카데미(AAHPM)는 의료조력사 법제화와 관련하여 신중한 중립입장(studied neutrality)을 채택한 것도 이러한 사정을 현장에서 경험하였기 때문인 것으로 보인다. 그러면서도 AAHPM은 의사조력사망(PAD)을 완화의료를 포함한 일상적인 의료 관행에 포함시키는 방향으로의 전환에 대해 제기되는 우려와 의도치 않은 장기적 결과를 초래할 위험을 해결해야 할 사회정책적 과제를 강조한다. 이러한 차원에서 의사조력사망 허용법안에는 예컨대 결정능력이 있는 개인이면서 기대여명이 제한된 사람으로 자격을 한정하는 것과 같은 안전장치를 포함시켜야 하며, PAD가 법적으로 허용된 관할 구역에서도 진료하는 의사로 하여금 PAD에 참여하도록 결코 강요되어서는 안 되고, 동시에 관련 법률과 고용 조건에 의해 정해진 범위 내에서 참여하는 것이 금지되어서도 안 된다고 한다. PAD 요청에 적극적으로 응답하는 의사는 자신의 행위가 임종 과정에서 피할 수 있는 고통을 최소화하는 최선의 가용한 진료 기준

124) Charles Blanke et al., “Characterizing 18 Years of the Death With Dignity Act in Oregon,” *JAMA Oncology*3, no. 10 (2017),1403-1406에서는 오리건 주에서 조력사망을 택한 환자들 중 ‘통증 조절 실패(25.2%)’를 이유로 삼았던 반면, 압도적인 다수는 ‘자율성 상실(91.6%)’과 ‘존엄성 상실(78.7%)’ 때문이었음을 실증적으로 증명함으로써 통증 중심의 완화의료가 가진 한계를 보여주었다.

125) 「내가 죽는 날」, 87쪽.

에 부합하도록 보장할 의무가 있고, 특히 말기 환자가 PAD를 요청하는 경우, 의료인은 그 문의를 촉발한 환자의 우려를 신중하게 평가하고 그 근원을 해결하는 과정에서 가족으로부터 비롯된 요청은 환자와의 직접적인 논의 없이 진행되어서는 안 되고, 의사결정 능력이 없는 환자의 대리인(surrogate)이 제기하는 PAD 요청은 대리의사결정 윤리의 복잡성 때문에 고려되어서는 안 된다는 점을 환기시키고 있다.[126]

마. 완화의료 체계 속의 완화 진정(palliative sedation)의 문제점과 한계

물론 오늘날 호스피스 · 완화의료는 말기 환자가 다양한 원인에서 비롯되는 고통에 대한 다학제적 돌봄체계로 발전되고 있다. 이 돌봄체계가 커버하는 영역은 자아 정체성의 상실, 통제력의 상실, 미래에 대한 두려움, 타인에게 부담이 되는 것에 대한 두려움, 그리고 난치성 신체적 · 비신체적 증상 등이 포함된다. 그러나 이 돌봄체계가 말기 환자에 대해 제공해 줄 수 없는 것들이 있다. 첨단의료기관에 맡겨진 환자 중에서는 현대 의학을 동원해도 증상이 나아지지 않는 경우가 그 예이다. 아무리 모르핀을 투여해도, 극심한 물리적 통증에 시달리는 말기 환자, 배설물을 뿜어내는 환자, 더 이상 음식을 소화할 수 없어 계속 구토하는 환자, 아찔한 신경통 탓에 살아갈 낙을 잃은 환자 등이 겪는 고통이 그 예이다. 호스피스 · 완화의료 체계 내에서 이런 극단적 상황을 위한 최후 수단이자 비장의 카드인 '완화 진정(palliative sedation)'이 이러한 고통을 모두 완전히 제거할 수 없음은 앞서 살펴보았다.

완화 진정은 혼수 상태나 그 직전까지 가야만 통증을 달랠 수 있는 환자를 위해 환자의 동의하에 의사가 고용량의 마약을 투여해 통증을 완화시킨다. 단계별로 그 효과가 높아지는 진정제를 놓다가 환자가 의식을 잃기도 한다. 의식을 잃을 정도의 소위 완전 진정(total sedation)은 보통 임종 예정일 하루에서 열흘 전부터 시행하는 최후의 수단이다. 음식물 공급을 전면 중단하면서 환자는 쇠약해서 죽거나 탈수로 사망한다.

그럼에도 완화 진정은 의료조력사 또는 안락사와는 달리 별다른 논란이나 조사조차 없이 의료행위로 받아들여져 있다. 현재 완화 진정은 표준 진료에 따라 행해지는데, 이는 의사들이 법적 규정을 따르는 대신 자체 지침을 만들었다는 의미이다. 미국 내에는 실제로 가톨릭계 호스피스에서도 '완 화진정'은 일반적 관행이라고 한다.[127] 이러한 완

126) 성명서 전문은 http://aanpm.org/positions/pad 참조.
127) 미국 의료계에서 완화 진정의 역할과 법적 기준 등에 관한 쉬운 설명은 애니타 해닉(신소희 역), 「내가 죽는

화 진정은 간접적 안락사의 경우와 같이 이중효과(double effect)라는 법적 원칙에 기대어 시행되고 있다. 이중효과 원칙은 해로운 부작용이 따를 수 있는 행위도 더 큰 선의를 위해서라면 허용할 수 있다는 원칙이다. 완화 진정에서 의사의 주된 목표는 통증을 완화하는 것이 환자를 사망에 이르게 하는 것이 아니다.

완화 진정의 문제는 환자가 사망하기까지 십중팔구 병원에서 일주일까지도 의식을 잃은 채로 지내야 하며, 그러는 동안 가족은 계속 철야를 이어가야 한다는 점이다. 완화 진정이 이런 선택지임을 안다면, 환자와 가족은 선택하지 않을 수도 있다. 더구나 완화 진정은 발작, 구토, 호흡곤란, 장폐색 등 통증을 조절할 수 없는 예외적인 경우에만 쓰이는데, 말기(시한부) 환자는 대부분 이 범주에 속하지도 않는다. 그럼에도 불구하고 의료현장에서 암묵적으로 사용되고 있는 완화 진정은 명목상으로는 합법화된 호스피스 · 완화의료 체계 내에서 작동하지만, 실제로는 호스피스 · 완화의료의 이름을 빌어 적극적 안락사를 시행하는 것과 다를 바 없다. 완화 진정(지속적 심층 진정, 또는 완전 진정)이 가진 한계를 보충 또는 대체하여 환자의 진정한 니즈와 요구를 제공해 주기 위해서는 – 오히려 자율적 책임성 있는 결정 및 남용의 우려를 방지할 수 있는 전제조건 하에서 – 법제화된 의료조력사 제도이어야 한다는 주장에 힘이 실리는 이유도 여기에 있다. 특히 말기 암 환자의 난치성 통증(intractable pain)과 섬망(delirium)에 대한 진정제 적용을 설명한 후향적 연구에 따르면, 기존의 표준 약물인 미다졸람(midazolam)의 지속 주입만으로는 환자의 의식상실 상태만 계속되기 때문에 '의식을 유지하면서 통증을 줄이는 완화 진정 약물'인 덱스메데토미딘(dexmedetomidine)을 통한 연구를 통해 기존 완화 진정의 패러다임을 바꿀 가능성을 점치기도 한다.[128] 그럼에도 종래 완화 진정의 문제점을 극복하려는 연구는 죽음 이전 의식 상실이라는 완화 진정의 윤리적 문제점을 해소하려는 방향으로 전개되고 있고, 이러한 방향성은 환자가 의식 있는 상태에서 택할 수 있는 의료적 선택지를 넓히려는 의료조력사 허용과도 연계될 수 있음을 말해주고 있다.

날」, 94쪽, 각주 9 참조.

128) Yu, S.-Y. et al., *Dexmedetomidine use for palliative care with intractable pain and delirium,* PLOS ONE, (2023), 18(9)에서는 약 45% 환자에서 "깨울 수 있는 진정(rousable sedation)"을 유지하는 등 긍정적 효과를 이끌어내고 있긴 하지만 이 연구에서도 덱스메데토미딘이 표준치료로 확립되기에는 추가 연구가 필요하다는 입장이다(https://doi.org/10.1371/journal.pone.0292016).

4. 잠재적 남용 우려와 확산 위험은 강력한 통제장치를 통해 막을 수 있다.

가. 미끄러운 경사길 논거에 대한 반론

의료조력사 법제화 반대론의 가장 강력한 무기인 미끄러운 경사길 논거에는 사회적 약자가 경제적 압박이나 돌봄 부담 때문에 죽음을 강요당할 것이라는 우려가 자리잡고 있다. 하지만 이 논변은 '잠재적 위험'을 지적하는 데에는 유효하나, 이를 이유로 제도 도입 자체를 막는 것은 타당하지 않다.

'A를 허용하면 반드시 B라는 파국으로 치닫는다'는 미끄러운 경사길 논증은 규범적으로 볼 때 논리적 비약이며, 법치주의 시스템을 과소평가하는 전제에서만 일리를 가질 수 있다. 경사길에는 계단을 만들 수 있고, 자동차 운전에 사고의 위험을 증대시키는 경사길에는 운전을 금지하는 대신, 신호등, 면허 제도, 속도 제한이라는 규범적 통제 장치를 둘 수 있듯이 의료조력사의 경우 적절한 법적 요건과 절차적 안전장치(Safeguards)를 통해 경사길에서 미끄러지지 않도록 통제할 수 있기 때문이다. 법제화의 진정한 규범적 가치는 '음성적 관행의 양성화'에 있다. 법의 테두리 밖에 방치되어 있을 때 '미끄러운 경사길 논거'의 위험(의료조력사 남용 및 오용의 위험)이 오히려 현실화될 수 있는 여지가 커진다. 이 때문에 오히려 법제화를 통해 국가가 엄격한 기준을 제시하여 생명 보호 의무를 더 효과적으로 수행할 수 있게 하는 것이 합리적 입법정책이다. 특히 후술하듯이 오늘날 헌법이론적으로 자기결정권의 인정 범위가 넓어질수록 생명보호의무를 수행하는 국가의 입법정책에도 패러다임의 전환(보다 적극적인 차원의 돌봄 의료체계의 구축)이 뒤따라야 한다.

실제로 다수의 법제화 국가를 보면, 미끄러운 경사길을 차단하기 위해 촘촘한 이중 삼중의 잠금장치를 마련해 두고 있다. 단순히 '죽고 싶다'는 이유로 의료조력사를 허용하지 않는다. 의학적으로 가망이 없는 상태, 지속적이고 참을 수 없는 고통이 입증되어야 하고, 요청은 '자발적이고, 숙고되었으며, 반복적이어야 하며, 외부 압력이 없는 자율적 자기결정일 것이 복수의 심사자에 의해 교차검증되어야 한다. 이 때문에 환자의 선택지를 담당 의사 혼자 결정할 수 없고, 반드시 독립적인 제2의 의사(자문 의사)의 검토를 거치거나, 환자의 사망이 임박하지 않은 경우에는 정신과 전문의 등 제3자의 자문을 거쳐야 한다. 요청 후 일정한 숙려 기간을 의무화하여 충동적 결정을 막아야 하고, 모든 절차를 기록해 두는 등 절차적 안전장치를 두어야 하며, 기록을 전수 조사하는 등

의 역할을 하는 국가 통제 및 평가 위원회를 설치하여 오남용 여부를 사후 통제하는 시스템을 구축하는 것이 의료조력사를 허용하는 입법례에서 발견되는 최대공약수이다.

가톨릭 성직자들조차도 도덕적으로는 의료조력사에 동의하지 않으면서도 규제된 죽음의 필요성을 인정하고 있다. 페고라로(Msgr. Renzo Pegoraro) 신부는 2022년 2월 프랑스 가톨릭지 La Croix(La Croix International)에서 의료조력사가 위와 같은 엄격한 요건을 갖춘 것임을 인정하면서 "의료조력사와 안락사 중 두 가지 선택 가능한 옵션 중에서, 조력 자살(의료조력사)이 남용을 가장 많이 제한하는 것이다. … [따라서] 이는 어떤 법이 악을 최소화할 수 있는지를 보는 문제"라고 밝힌 바 있다.[129]

나. 미끄러운 경사길 논거에 관한 통계 기반 반박

이미 의료조력사 제도를 장기간 운영해 온 국가들의 데이터는 반대론자들의 우려가 사실이 아님을 보여준다.

(1) 미국의 존엄사법(오리건 주와 워싱턴 주)

1997년부터 세계 최초로 의료조력사를 법제화한 미국 오리건 주(Oregon) 존엄사법의 경우 1999-2015년 동안 1,545명에게 처방, 991명 사망이 집계되었지만, 남용 사례에 대한 공식적인 보고는 없었다. 2024년 오리건 주 데이터[130]에 따르면, 의료조력사를 선택한 환자의 기저질환 중 가장 높은 비중을 차지하는 것은 암(Cancer)이지만, 과거(초기 약 80%)에 비해 그 비중이 점차 감소하고 신경계 질환의 비중이 늘어나는 추세이다.[131] 연령별로 보면, 제도 이용자의 압도적 다수는 65세 이상의 고령층이다.[132] 이와 같은 오리건 주의 데이터는 제도가 정착됨에 따라 말기 암 환자뿐만 아니라, 신경계 질환이나 복합적인 만성 질환을 가진 고령층의 이용이 점진적으로 증가하고 있음을 보여준다.

---

129) https://stream.org/pope-leo-xiv-picks-priest-who-supports-assisted-suicide-to-head-papal-pro-life-academy/?utm_source=chatgpt.com

130) Oregon Health Authority, Public Health Division. Oregon Death with Dignity Act 2023 Data Summary (Published March 2024)(Oregon Health Authority Official PDF).

131) 암(Cancer): 57%(2023년 66%에서 감소), 신경계 질환(Neurological Disease): 15%[루게릭병(ALS) 등 포함, 2023년 11%에서 증가], 심장 질환(Heart Disease): 11%(2023년 10%와 유사), 호흡기 질환 및 기타: 나머지 비율 차지함.

132) 65세 이상: 전체의 83%(2023년 82%), 중앙값(Median Age): 75세(2022년 기준 데이터, 연도별로 큰 차이 없이 70대 중반 유지), 65세 미만: 17% 임.

미국 오리건 주(2023년 보고서)에 의하면 조력사망 이용자의 약 80%가 대학 교육(Some college) 이상을 받은 고학력자이고(학사 학위 이상 소지자가 과반수), 이용 환자의 99% 이상이 건강보험(공적/사적)에 가입되어 있다. 경제적 이유로 치료를 못 받아 죽음을 택한다는 증거는 발견되지 않았다. 워싱턴 주 보고서[133]도 오리건 주(Oregon)의 데이터와도 매우 유사한 패턴을 보이며, 의료조력사망이 주로 고령의 말기 암 환자들에 의해 선택되고 있다.[134]

반대론자들의 우려(빈곤층이 치료비 부담 때문에 죽음을 택할 것이다)와 달리, 오리건 주와 워싱턴 주의 실제 통계에 따르면 의료조력사의 수요자가 적어도 '저소득층 내지 소외계층'은 아닌 것으로 확인되고 있다.

인종과 성별에 따른 뚜렷한 쏠림 현상은 없으나, 이용자의 약 90~95%가 백인(White)이고 히스패닉, 흑인, 아시아계의 이용률은 인구 비례보다 현저히 낮다. 이는 문화적/종교적 배경 및 의료 시스템에 대한 접근성 차이 등이 원인으로 분석된다. 남성과 여성의 비율은 대체로 50:50에 가깝게 균형을 이룬다(연도에 따라 남성이 약간 많거나 여성이 약간 많은 정도의 미세한 차이만 있음).

(2) 2016년 캐나다 의료조력사법(MAID)

2016년 의료조력사를 법제화한 캐나다에서 발행되는 연방 보건부(Health Canada)의 제5차 연례 보고서[135]를 보더라도 미국과 유사한 양상을 보인다. 2021년 의료조력사법 개정을 단행하여 의료조력사 대상범위를 자연적 죽음이 예견되지 않는 환자(장애인, 만성질환자 등)에 대해서까지 넓혔지만(Track 2),[136] 캐나다에서 조력사망을 선택하는 비율이 과거의 폭발적인 증가율(매년 30% 이상)에 비해서는 둔화되고 있지만, 여전히 증가추세에 있고 2023년 한 해에는 15,280명이 조력사망을 선택했다고 한다(전년 대비 15.4%

133) Washington State Department of Health, 2022 Death with Dignity Act Report(Published July 2023)(Washington State Dept. of Health Official PDF).

134) 의료조력사를 선택한 환자들의 기저 질환 통계를 보면 압도적인 다수는 암(Malignant Neoplasms; 74%)이었고, 그 외 신경계 질[Neuro-degenerative Diseases: 루게릭병(ALS) 등 포함; 약 8%], 호흡기 질환[Respiratory Diseases: 만성 폐쇄성 폐질환(COPD) 등: 약 6%], 심장 질환(Heart Diseases: 6%), 기타 질환(약 6%) 등이다. 연령별 통계에 따르면, 이용자의 대부분은 65세 이상의 고령층(전체의 약 81%), 85세 이상(약 23%), 75세~84세(약 33%), 65세~74세(약 25%), 65세 미만(전체의 약 19%), 55세~64세(약 13%), 45세~54세(약 4%), 35세~44세(약 1%), 18세~34세(1% 미만)인 것으로 보고된다.

135) Health Canada Official Report. Fifth Annual Report on Medical Assistance in Dying in Canada 2023 (Published October 2024).

136) 캐나다의 의료조력사(MAID) 제도의 구체적 변화 내용에 관해서는 후술한다.

증가). 이는 캐나다 전체 사망자(약 32만 명)의 4.1%를 차지한다(오리건 주 0.6~0.9% 대비 매우 높은 수치임).

자연적 죽음이 예견되는 환자(Track 1) 중 의료조력사 이용자의 기저질환을 보면, 미국 데이터와 유사하게 암 환자가 다수이나, 신경계 질환의 비중이 더 높다.[137] 캐나다의 경우에도 사회적 취약계층이 내몰린다는 우려와는 달리, 백인 · 고령층이 주 이용층임이 확인되고 있다. 평균 연령 77세(Track 1 기준) 중 65세 이상이 전체의 80% 이상이며, 이용자의 96%가 백인으로 나타나고 있다. 원주민은 1.1%, 아시아계 등 다른 인종의 비율은 인구 대비 매우 낮고, 남성(51.9%)이 여성(48.1%)보다 약간 많다.

캐나다에서는 특히 반대론자들의 우려(빈곤층의 비자발적 선택)를 검증하기 위해 소득 수준과 주거 지역을 분석했다. 이에 따르면 소득 최하위 계층부터 최상위 계층까지 조력사망 이용률에 유의미한 차이가 없거나, 오히려 고소득층에서 약간 더 높은 경향이 나타났다. 결론적으로 위 보고서는 '사회경제적으로 취약한 계층이 조력사망을 더 많이 선택한다는 증거는 없다(disproportionately form lower income)'고 밝혔다.

자연적 죽음이 예견되지 않는 경우(Track 2: 장애/만성질환 등의 경우) 의료조력사 이용자는 전체의 2.2%(약 336명) 수준으로 보고되고 있다. Track 2 환자의 경우 암보다는 신경계 질환(45%)이나 만성 통증을 이유로 선택하는 비율이 훨씬 높았다. Track 1과 달리 Track 2에서는 여성(59%)의 비율이 남성보다 높게 나타났다.

시술 직전(약물 복용 시점)에 환자가 명료한 정신(Mentally Competent)이어야 하므로, 의사결정능력을 상실한 치매 환자는 조력사망을 선택할 수 없는 미국 모델 등 다수의 입법례와는 달리 캐나다에서는 '치매(Dementia)' 환자도 조력사망을 선택할 수 있다.[138] 그러나 '의사결정능력' 요건 때문에 실제 시행은 매우 제한적이다.[139] 다만 2021년 법 개정으로 '최종 동의 면제(Waiver of Final Consent)'가 가능해지면서, 사전에 동의한 초기 치매 환자의 시행 사례가 일부 보고되고 있었다(구체적 치매 단독 수치는 '신경계' 통계에 포함되어 발표됨).

요컨대 캐나다의 최신 데이터 역시 '사회적 약자나 빈곤층이 죽음으로 내몰린다'

137) 암(Cancer): 63.0%(압도적 1위), 심혈관 질환: 18.7%, 호흡기 질환: 13.2%, 신경계 질환(Neurological): 12.6%(파킨슨병, ALS, 다발성 경화증 등)

138) 2021년 법 개정(Bill C-7) 전까지는 자연적 죽음이 예견되지 않는 치매 환자는 대상이 아니었다. 현재는 '트랙 2(Track 2)'를 통해 신청 가능하지만, 시술 시점까지 의사결정능력이 있거나, 트랙 1(자연적 죽음이 예견되어 임박)의 경우 '최종 동의 면제' 요건을 갖춰야 한다. 아직 치매 환자 비율은 매우 낮다(1% 미만).

139) 특히 캐나다 보고서는 '치매'를 별도 카테고리보다는 '신경계 질환'의 하위 분류나 '기타'로 집계한다.

는 가설을 뒷받침하지 않으며, 오히려 백인 · 고령 · 중산층 이상에서 자율적 선택권의 하나로 활용되는 경향이 뚜렷하게 나타났다.

(3) 2002년 네덜란드 안락사법

네덜란드는 세계 최초로 의료조력사와 함께 안락사를 합법화한 국가인 만큼 미끄러운 경사길 논거를 검증할 수 있는 가장 방대한 데이터를 보유하고 있다. 네덜란드 정부 산하 안락사 심사 위원회(RTE, Regional Euthanasia Review Committees)가 발행한 2023년 연례 보고서(Annual Report 2023)[140]에 따르면 2023년 전체 사망자 중 안락사 시행 건수 9,068건(전체 사망자의 약 5.4%)은 전년(8,720건) 대비 약 4% 증가한 과거의 급격한 증가세보다는 다소 안정화되는 추세이다. 안락사 시행자의 압도적 다수는 60세 이상의 고령자다.[141] 젊은 층의 비율은 극히 낮아, '삶을 비관한 젊은이들이 쉽게 죽음을 택할 것'이라는 우려와는 다른 양상을 보인다.

가장 논쟁이 되는 치매와 정신 질환자의 비율은 여전히 전체의 소수에 불과하며, 대다수는 말기 암 환자로 보고 된다.[142] 치매환자의 안락사의 경우 대부분(약 90% 이상)은 환자의 의사소통이 가능한 초기 단계에서 이루어지고, 의사 능력을 상실한 후 사전의료지시서에 의존해 시행하는 경우는 매우 드물다고 보고되고 있다. 정신적 고통만을 이유로 한 안락사는 심사 기준이 극도로 엄격하여, 2023년 및 2024년에는 전체 9,068건 중 138건(1.5%) 및 전체 9,958건 중 219건(2.2%) 수준에 머물고 있다.[143]

네덜란드 RTE 보고서의 데이터가 보여주는 것은 안락사나 의료조력사 제도가 남용되지 않고 신중히 관리되고 있음을 시사한다. 전체의 절반 이상이 '말기 암' 환자인 점은 안락사가 '사회적 취약자 제거'가 아닌 '극심한 신체적 고통 해소' 수단으로 활용됨을 보여준다. 우려와 달리 정신질환(1.5%)이나 치매(3.7%) 환자의 안락사 비율은 급증

---

140) Regional Euthanasia Review Committees, RTE Annual Report 2023(Published April 2024) 참조.

141) 90세 이상: 881명(9.7%), 80~90세: 2,453명(27.1%), 70~80세: 3,129명(34.5%), 60~70세: 1,662(18.3%), 60세 미만 전체: 약 10.4%, 40세 미만은 전체의 1.1%(약 105명)이다.

142) 암(Cancer): 5,105건(56.3%), 주로 고령으로 인한 다발성 · 복합 질환(Combination of conditions): 1,599건(17.6%). 신경계 질환(Neurological disorders; 파킨슨병, 루게릭병 등): 605건(6.7%), 치매(Dementia): 336건(3.7%), 정신질환(Psychiatric disorders): 138건(1.5%)이다.

143) 2025. 3. 25.자 국내 KBS 뉴스 기사 등은 '2023년 네덜란드의 경우 정신적 고통에 의한 안락사가 전년 대비 58%나 증가했다고 하면서, 자국 내에서도 비판적 시각과 여론이 있다'고 보도하고 있지만, 이는 네덜란드 RTE 공식 연례보고서의 내용과 일치하지 않는 것으로 보인다. 2022년에는 전체 안락사 8,720건 중 정신적 고통(정신질환만을 주된 원인으로 한 경우) 115건으로 1.3%에 달한다(RTE Annual Report 2023 2022).

하지 않고 일정한 수준(소수)으로 통제되고 있다. 특히 2023년 전체 9,068건 중 자격 요건 불충족 등으로 인해 '주의(Due care criteria not met)' 판정을 받은 사례가 0.1% 미만인 점은 의료진이 법적 절차를 철저히 준수하고 있음을 말해준다. 이처럼 네덜란드의 경우도 사회적 취약 집단(노인, 장애인, 빈자 등)에 대한 차별적 · 불균형적 시행의 증거는 발견되지 않았다.

(4) 소결

미끄러운 경사길 논거 검증을 위한 각국의 공식 보고서 및 그 속의 통계 자료는 의료조력사 논쟁이 막연한 공포가 아닌, 구체적인 데이터에 기반하여 이루어져야 함을 보여준다. 북미의 경우 조력사망을 선택하는 주류 그룹이 '저소득층 · 소외계층'이 아니라 오히려 고학력자, 백인, 의료보험 소지자가 압도적 다수를 차지하는 것으로 평가된다. 앞에서 보았듯이 각종 설문조사 등의 결과 의료조력사망을 선택하는 주된 이유가 '비용 부담'이나 '통증'보다 '자율성 상실'과 '삶을 즐길 능력의 상실'에 대한 두려움 때문인 것으로 나타나 있는 것도 이러한 통계 수치와 무관하지 않다. 이러한 점을 염두에 두면, 타의에 의한 강요가 아니라 자신의 삶을 통제하려는 강한 의지를 가진 계층이 조력사망 제도를 이용할 것임을 알 수 있다.

특히 주요 국가의 공식 통계 자료들이 말해주는 바가 있다. 이용자가 주로 고학력의 백인 계층이며, 보험가입자이므로 '가난해서 죽는 것이 아님'을 보여주고, 환자들이 조력사망을 선택하는 중요한 이유가 삶의 질 저하와 자율성 상실임을 알 수 있다.

물론 의료 조력 사망 건수에 대한 통계는 '제도 자체의 확산'과 '적용 대상 확대' 등을 보여주지만, 그것만으로 남용을 증명하지는 않는다. 하지만 예컨대 캐나다에서와 같이 의료조력사의 대상을 '자연적 죽음이 예견되는 말기 환자'에서 2021년 관련법 개정으로 '만성 질환자 · 장애인'도 그 대상범위 속으로 포함된 사정을 고려하면, 충분한 돌봄 · 완화의료 대안이 없는 상황에서 의료조력사망의 선택으로 이어지기도 했다고 볼 수 있고 절차적 안전장치가 약화될 수 있는 가능성도 배제하기 어렵다.

남용이 체계적으로 존재한다는 명백한 실증적 증거는 현재까지 드물다는 것이 주요 국가의 공식 통계 분석 결론이지만, 보고 체계의 질적 한계로 인해 남용 사례가 발견되었는지 여부를 정확하게 판단하기는 어렵다. 이 때문에 실증자료와 논쟁 소재는 구분되어야 한다. 특히 제도 확대 과정에서 요건 완화 및 대상 확장을 둘러싼 논쟁이 끊이지

않고, 사회적 압력, 돌봄 자원 부족이 환자들의 선택에 영향을 줄 수 있을 우려도 여전히 존재하기 때문이다. 제도 운영에 대한 보고 · 감시 체계가 완전치 않고 제도적으로 독립된 외부감사 · 감시가 제한적인 한도내에서는, 남용 가능성을 전면 배제하기 어렵다는 점은 계속해서 논의되고 있다.

각국의 연례 통계들의 수치는 남용에 관한 정량적 통계는 아니지만 제도 설계와 가치 판단의 측면에서 남용 위험에 대한 경고는 언제나 유효하다. 이 때문에 의료조력사의 사회취약계층으로의 확산 위험 등 남용 우려를 불식시키기 위해서는 법제화 내용에 보고 감독체계를 탄탄하게 구축하고, 연례 통계를 낼 경우에도 환자에 대한 정신적 압력 여부, 대체치료 가능성 여부, 환자가 처한 사회경제적 여건 등을 데이터화함으로써 남용 여부에 대한 정밀한 판별이 가능하도록 제도 설계를 할 필요가 있어 보인다.

5. 종교적 차원의 반대론도 극복 불가능하지 않다.

의료조력사는 종교계, 특히 가톨릭에 의해 강력한 저항에 부딪치고 있다. 그러나 삶과 죽음이 신의 손에 달려 있다고 하는 신앙 및 종교적 교리와 세속적 법과 윤리 차원의 문제와 일치시킬 수 없음은 차치하더라도, 종교적 전통은 개인의 자율성에 기초한 의료조력사 법제화에 찬성하는 세속적 정치세력의 연대에 의해 극복될 수 있는 문제라는 점을 보여주는 실례도 존재한다. 예컨대 벨기에와 콜롬비아는 모두 역사적으로 가톨릭 전통이 깊은 국가임에도 불구하고, 의사조력사 뿐 아니라 적극적 안락사까지 허용하고 있다. 물론 두 국가 모두에서 문화적, 종교적 차원의 강력한 저항이 있었고, 지금도 계속되고 있다. 그러나 구체적 방식에는 차이가 있지만 이 저항을 양국이 극복한 점에서는 종교적 전통이 후순위로 밀려날 수 있다는 교훈을 주고 있다.

먼저 벨기에는 인구의 다수가 가톨릭 신자(세례 기준)이지만, 실제 미사 참석률은 매우 낮은 '문화적 가톨릭(Cultural Catholic)'국으로서의 변모만 보여온 특징이 있었다. 이러한 상황에서 2002년 안락사법 통과 당시, 벨기에 정치는 기독교민주당이 40년만에 정권에서 배제되고, 자유당(Liberal), 사회당(Socialist), 녹색당(Green)이 연합한 이른 바 '무지개 연립정부'가 집권 중이었다. 이 정부가 가톨릭 교회의 영향력에서 벗어나 개인의 자율성을 강조하는 입법을 추진했을 당시 가톨릭 교회와 기독교 정당에 의한 격렬한 반대가 있었다. 하지만 의회 내 다수를 점한 세속주의 정당들의 연대가 통과시킨 안락사법은 그 상징적인 결과물로 평가된다.

그러나 의료 기관 40% 이상의 운용주체가 가톨릭 재단인 벨기에에서 가톨릭 병원들은 안락사법이 통과된 후 '교리에 반하는 행위를 거부할 권리(기관의 양심)'와 '환자의 법적 권리' 사이에서 갈등이 없지 않았지만, 대다수 가톨릭 병원은 '안락사를 적극 권장하지는 않되, 환자의 요청이 있고 법적 요건이 충족되면 (외부 의사를 초빙해서라도) 허용한다'는 식의 절충안을 택했다(교황청은 이에 대해 벨기에 가톨릭 병원들을 강하게 비판하기도 했다).

다른 한편 콜롬비아는 벨기에보다 종교적 색채가 훨씬 강하며 국민 정서도 보수적이지만, 안락사 허용을 둘러싼 사회적 갈등이 종교계와 비종교계로 표출되지 않고, '진보적인 헌법재판소'와 '보수적인 의회/의료계'의 대립으로 나타났다. 콜롬비아의 안락사 허용이 국민 투표나 의회 입법이 아닌, 헌법재판소의 판결(1997년)로 시작되었기 때문이었다. 당시 헌법재판소는 헌법상 '인간의 존엄성'을 최우선 가치로 내세워, 가톨릭적 생명관을 뛰어넘는 판결을 내렸다. 가톨릭 신자인 많은 의사들이 종교적 신념을 이유로 안락사 시행을 거부했지만, 헌법재판소는 의사 개인의 '양심적 거부권'을 인정하되, 병원(기관) 자체는 거부할 수 없으며 대체할 의사를 찾아줄 의무가 있다고 판시함으로써 종교적 자유와 환자의 권리 사이의 균형을 맞췄다.

이에 대해 가톨릭 교회와 보수 의회는 약 18년 동안이나 후속 입법을 거부하며 버틴 결과 법적으로는 허용되었으나 현실에서는 실행되지 못하는 '진공 상태'를 겪은 후 2015년에야 안락사가 실질적으로 허용되었다.

이와 같이 강력한 종교적 저항에 부딪친 두 국가에서 사용된 공통적인 극복 논리를 보면 장차 한국에서도 본격 전개될 의료조력사 법제화 논의에서 표출될 찬반 진영 간의 갈등을 중화시킬 중요한 단서를 찾아 낼 수 있다. 양국 모두 환자의 자기결정권 행사를 '자살'이 아니라 '의료 행위' 차원으로 프레임화 한 점이 그것이다. 두 국가 모두 '자살은 죄악(Sin)'이라는 가톨릭 교리에 맞서기 위해, 법적 · 사회적 용어를 재정의했다. 법률과 판결문에서 환자의 자기결정적 선택지는 '자살'이나 '살인'이 아니라, '생애 말기 의료적 조력' 또는 '존엄한 죽음'으로 프레임화되었던 것이다. 종교적 관점에서도 '고통받는 이에게 자비를 베푸는 행위' 내지 '연대의 논리'가 개발되어, 일부 진보적 신학자나 신자들의 지지를 얻어낸 바 있다.

요컨대 벨기에에서 사회 전체의 세속화와 정치적 협상력으로 인해 종교적 저항을 무기력하게 만든 것이 사회 전체의 세속화였다면, 콜롬비아에서는 종교적 저항을 뚫어

낸 것이 헌법재판소의 강력한 법적 권위였다고 할 수 있다. 생명윤리에 대한 확고한 도그마에 기초한 종교계의 방패만으로는 의료조력사를 허용할 수밖에 없는 현실적 필요성과 헌법이론의 날카롭고 강한 공격을 막아내기는 역부족일 수 있다.

6. 소결: 제도적 필요성과 규범적 정당화 요구의 충족

의료조력사 법제화란 무조건적 생명처분권의 인정이 아니라 자율적이고 고통 없는 존엄한 죽음을 보장하기 위한 '규제된' 의료조력사를 전제로 한다. 의료조력사 법제화는 자율적 죽음을 의료적 절차화를 통해 통제하려는 것이지 아무런 형식도 절차도 없는 단순 자살의 법제화를 지향하는 것이 아니다. 의료적 조력을 받은 사망은 일반적 의미의 자살과는 달리 자기 신체와 정신에 대한 절제된 통제력을 발휘하여 고통을 제거하는 '선택'된 의료적 처지를 제공받을 권리 실현의 의미를 가진다.

의료조력사 법제화는 연명의료결정법 시행 이후 특히 완화의료 체계의 최후수단인 완화 진정과 의료조력사가 단절된 것이 아니라 서로 연속선상에 놓여 있음을 인정하는 전제하에서 양자 간에 설정되어 있었던 인위적 경계선을 재설정하는 의미를 가진다. 완화 진정은 사례 구조적으로 안락사에 가깝지만, 기능적으로는 의료조력사와 유사하다. 완화 진정이 의료적 임상절차에서 법적 테두리 속에 들어와 있는 반면, 의료조력사는 법적 보호 바깥에 있다. 양자의 균형을 맞추려면 의료조력사도 법의 테두리 속에 편입시켜야 한다. 고통의 완벽한 제거와 환자의 의식상실 등 한계를 가지는 완화 진정을 죽음의 방식과 시기를 자율적으로 결정하는 의료조력사 법제화를 통해 보충되기 위해서라도 그러하다. 완화 진정을 정당화된 의료행위의 일환으로 보면서 의료조력사를 허용하지 않는 태도는 논리적으로나 윤리적 차원에서 오히려 문제 있는 태도라고 보지 않을 수 없기 때문이다. 의료의 산업화에 대한 굴복이라는 의심도 있다.

현실적 차원에서 의료조력사 법제화의 필요성이 논증되었다면, 이제 남은 문제는 의료조력사의 정당화를 위해서 요구되는 헌법적 자기결정권의 인정 범위를 보다 선명하게 구획하는 작업이다. 연명의료결정 중단의 허용 등 생애 말기 환자에 대한 의료적 개입의 정당화에 기초되어 있는 결정적 논거가 자기결정권이었듯이 의료조력사를 법제화하는 일의 정당화 작업에 결정적 이론적 기초도 헌법적 자기결정권이다. 헌법적으로 인정되어야 할 구체적 자기결정권이 의료조력사를 정당화하는 것이라면, 의료조력사를 법제화하지 않는 국가는 오히려 환자에 대한 헌법적 권리를 제한 내지 침해하는 불법적

상태를 방치하는 결과가 될 수도 있기 때문이다. 이 때문에 의료조력사 법제화를 앞두고 헌법 이론적 차원에서 물어야 할 물음은 이것이다. 의료조력사 법제화를 헌법적으로 정당화하기 위한 구체적 자기결정권은 어떤 내용의 자기결정권인가?

..... 제4장

자기결정권의 헌법적 지위와 인정 범위

JPRI
Judicial Policy
Research Institute

제1절 삶의 종말기 환자의 권리 확장에 기초한 자기결정권

I. 자기결정권의 정의, 의의, 한계

1. 정의

자기결정권(Right to self-determination)은 '타인의 간섭을 받지 아니하고 누구나 자기 운명을 스스로 결정할 수 있는 권리'로 정의된다.[144] 즉 개인이 국가 권력이나 타인의 강요에 의하지 않고, 자신의 이성적 판단과 책임하에 자신의 삶에 중대한 영향을 미치는 사항들을 스스로 선택하고 결정할 수 있는 권리를 의미하는 자기결정권은 헌법국가를 표방하는 세계 각국에서 헌법상의 기본권으로 인정되고 있다. 자기결정권의 헌법적 근거도 국가별로 다소 차이는 있지만 인간의 존엄과 가치 및 행복추구권 또는 일반적 행동의 자유권 등에서 찾고 있는 점에서 어느 정도 공통된다.[145]

2. 의의

이러한 의미의 자기결정권은 개인의 삶의 다양한 영역에서 구체적인 형태로 발현되며, 각국의 헌법재판소 등 헌법해석을 담당하는 사법기관(미국의 연방대법원 등)은 주요 판례들을 통해 그 구체적인 내용과 범위를 확립해 왔다. 의료조력사 법제화 이슈와 관련하여 문제가 되는 자기결정권은 생명 · 신체에 대한 자기결정권(이하 '생명에 대한 자기결정권'이라 한다)이다.

생명에 대한 자기결정권은 삶의 종말기에 있는 환자들의 선택지를 넓히는 일에 있어 이론적 기초로서 결정적인 역할을 해 왔다. 이미 대다수의 국가에서 허용되고 있는 연명의료중단(소극적 안락사)에서는 물론이고, 더 넓게는 적극적 안락사 합법화 논의에

144) "헌법 제10조가 정하고 있는 행복추구권에서 파생되는 자기결정권 내지 일반적 행동자유권은 이성적이고 책임감 있는 사람의 자기의 운명에 대한 결정 · 선택을 존중하되 그에 대한 책임은 스스로 부담함을 전제로 한다."[헌법재판소 2010. 3. 25. 선고 2009헌마170 전원재판부 결정(공직선거법 제265조 본문 위헌확인)].

145) 특히 헌법재판소가 국가의 후견주의적 간섭을 배제하고 개인이 자율적인 인격체로서 주체적인 선택을 할 수 있는 헌법상 최고 가치(제10조)의 발현으로 인정하는 자기결정권 정의(개인의 자기 운명을 스스로 결정할 권리)에 따르면, 의료조력사 사례 구조에 부합하는 삶과 죽음의 귀로에 서 있는 말기 환자가 존엄한 죽음을 선택할 권리를 포함시켜야 하는 것이 논리적임을 알 수 있다. 이에 관해서는 후술한다.

서도 그 저변에 기초가 되어 있는 법이론적 논거가 생명에 대한 자기결정권이다. 최근 의료조력사 법제화 논의에서도 생명에 대한 자기결정권이 견인차 역할을 하고 있다.

3. 한계

그러나 어느 영역에서의 자기결정권이든 어떤 법질서하에서의 자기결정권이든 헌법적 권리인 자기결정권이 절대적인 자유와 권리가 아니며, 합목적적인 이유 내지 공익(예, 한국 헌법 제37조 제2항의 국가안보, 질서유지 또는 공공복리)을 위해 법률로써 제한될 수 있다. 하지만 자기결정권이 제한되더라도 필요한 한도 내에서 제한되어야 하며, 그 본질적 내용을 침해할 수 없다는 비례성의 원칙이 엄격히 적용되어야 한다. 이러한 차원의 '제한' 및 '제한의 한계'는 생명에 대한 자기결정권의 경우에도 마찬가지로 타당하다. 이뿐만 아니라 국가로 하여금 모든 국민의 자유와 권리를 보호할 것을 의무지우고 있는 헌법적 요구에 따라 국가는 개인의 생명권이 타인 또는 자기의 자의적 생명처분의 대상이 되지 않도록 하기 위한 생명보호의무를 부담한다. 각국의 형법률은 이러한 국가의 생명보호의무를 관철하기 위해 타인 또는 자기의 자유로운 생명처분을 엄격하게 금지하는 규정들(살인죄, 촉탁 · 승낙살인죄, 자살방조죄 등)을 두고 있다. 이러한 형법규정들은 이를 통해 실현하고자 하는 국가의 생명보호의무와 개인의 생명에 대한 헌법적 자기결정권과 충돌을 일으키는 지점을 형성하고 있다.

이 때문에 생명에 대한 자기결정권이 생명보호를 지향하는 국가의 후견주의적 간섭을 배제하고 개인이 자율적인 인격체로서 생명처분에 대한 주체적인 선택을 할 수 있는 수준(죽을 권리)까지 헌법적으로 보장되고 있는가라는 물음은 최근 의료조력사 법제화를 둘러싼 논의에서도 핵심 중의 핵심적 물음이 되고 있다.

II. 의료조력사 법제화와 자기결정권의 관계

1. 생명에 대한 자기결정권의 일보전진과 의료조력사 법제화와의 접점

의학의 발전은 임종기에 과도한 연명치료, 삶의 마지막 시기를 기계적 장치에 의존함, 고통의 불필요한 연장, 그리고 자기 통제력 상실에 대한 두려움을 증대시켰다. 이

러한 '통제 상실'에 대한 공포는, 1980년대와 1990년대에 들어 생명 · 신체에 대한 자기결정권이 사회적 · 법적 관심의 초점으로 부각되게 된 주요한 이유 중 하나라고 할 수 있다.

뒤에서 살펴보겠지만 "2009년 한국의 대법원과 헌법재판소는 '죽음에 임박한 환자가 연명치료를 거부하는 것은 인간으로서의 존엄과 가치 및 행복추구권에서 유래하는 '자기결정권'에 속한다"고 판시함으로써, 질병의 호전을 포기하고 죽음을 맞이하려는 상태에서 무의미한 생명 연장 조치를 중단해 달라고 요구할 수 있는 권리(생명에 대한 자기결정권)가 헌법 제10조에 근거함을 확인하였다.[146]

이로써 환자가 생명을 연장할 수 있는 치료를 거부할 권리가 자기결정권의 내용으로 확립되었다. 환자의 자기결정적 치료 거부권은 비록 예후가 상대적으로 양호하더라도 허용된다. 그러나 자기결정권이 개인이 원하는 모든 의료 행위를 제한 없이 요구할 수 있는 권리와 동일한 의미는 아니다. 자기결정권이 환자가 더 이상 삶을 원하지 않아 의도적으로 죽음의 시기를 앞당기거나 죽음을 적극적으로 유도하기 위한 의료적 행위를 요구할 권리까지 인정하는지가 문제된다. 다시 말해 자기결정권이 환자의 죽을 권리 내지 의료적 조력을 받아 죽을 권리, 단적으로 자살할 권리 내지 조력을 받아 자살할 권리까지 포섭할 수 있는지가 문제된다.

2. 자살과 자살방조죄, 의료조력사망

생명에 대한 자기결정권 행사가 그 생명주체의 자살로 나타나더라도 그 '자살자'를 형사처벌하는 입법례는 극히 예외적인 경우를 제외하고는 오늘날 더 이상 존재하지 않는다. 하지만 자살방조를 전면적으로 가벌성의 대상으로 삼지 않는 독일 형법과 이기적인 동기의 자살방조만 처벌하고 그 밖의 모든 자살방조를 비범죄화하고 있는 스위스 형법을 제외하면, 대부분의 현대 법질서에서 자살을 도와주는 방조행위는 형법적으로 엄격히 금지하고 있다.

자살방조를 형사처벌하고 있는 법질서에서는 의료적 지원을 받아 자신의 삶을 마감하려고 할 때, 그 의료적 도움을 주는 의사의 행위도 자살자를 도와주는 행위를 형사처벌의 대상으로 삼고 있는 형법상 자살방조죄가 될 수 있다. 그러나 자살할 권리 내지

146) 헌법재판소 2009. 11. 26. 선고 2008헌마385 전원재판부 결정(연명치료 중단에 관한 입법부작위 위헌확인).

조력을 받아 자살할 권리까지 환자의 자기결정권의 인정 범위 속에 포함시킬 수 있다면, 의사의 의료적 조력행위는 더 이상 범죄를 도우는 행위가 아니라 환자의 권리실현에 대한 조력이므로 형법적 금지의 대상이 되어서는 안 된다. 다른 한편 전면적으로 또는 극히 예외적인 경우만 제외하고 자살방조를 가벌성의 대상으로 삼지 않는 법질서에서도 국가의 생명보호의무에 근거한 자살예방 차원에서 자살 방조를 일정부분 규제할 필요가 있음을 인정해야 할 것이다.

자살방조가 금지되어 있는 법질서에서는 환자의 자기결정권에 근거하여 의료조력사 사례를 자살방조의 영역에서 배제하여 허용하려는 태도를 입법정책의 기본방향으로 삼을 것이고, 자살방조가 허용되어 있는 법질서에서는 의료조력사의 경우 자살 오남용을 방지하기 위한 규제중심의 입법정책을 전개할 것이다. 이 장에서는 한국 법질서에서 의료조력사 법제화의 기본방향을 설정하기 위해 전제적 고찰로서 헌법적으로 자기결정권의 인정 범위를 어느 수준까지 인정할 수 있는가라는 물음에 답하기를 시도한다. 자기결정권의 범위를 어디까지 인정할 수 있고 그 한계가 있는지는 기본적으로 헌법해석의 문제이지만, 헌법해석은 각국의 문화적 사회적 정치경제적 상황에 따라 달라진다. 이하에서는 서로 다른 역사와 전통을 가진 법질서에서의 헌법재판소 등이 내놓은 서로 다른 답변을 검토해 본다.

제2절 생명에 대한 자기결정권에 관한 다양한 법리들

I. 미국 연방대법원(1997)[147] – 죽을 권리 및 조력을 받아 죽을 권리의 부정

1. 경과

말기 환자를 돌보는 몇몇 의사 · 환자들이 자살방조를 처벌하는 미국 워싱턴 주 형법상 자살방조 · 야기죄("Promoting a suicide attempt"[148])에 대해 위헌심사를 청구했다. 이 심판에서 쟁점은 '자기 자신의 죽음을 앞당기길 원하는, 의사능력이 있는 말기환자인 성년자에게 특정한 의료적 조력을 제공하는 것을 금지하는 워싱턴 주 법이 수정헌법 제14조의 실체적 적법절차조항(Substantive Due Process Clause)을 위반한 것인지'의 여부였다. 즉 말기 환자가 의사의 조력을 받아 자살할 권리가 미국 헌법 제14차 수정조항의 실체적 적법절차(due process)에 의해 보장되는지가 쟁점이었다.

하급심(연방지방법원)은 조력자살 금지가 실체적 적법절차 조항에 반한다고 보았고, 제2심 제9순회항소법원(En banc) 3인 합의부도 적법절차 조항에 위반된다고 판결했다.[149]

그러나 1997년 6월 26일, 연방대법원은 워싱턴 주법이 규정한 조력자살 금지조항이 수정헌법 제14조의 실체적 적법절차를 침해하지 않는다고 판결하여, '조력자살을 할 권리'는 헌법상 보호되는 기본적 자유(fundamental liberty interest)가 아니다고 결론 내렸다.

2. 연방대법원의 논증구조와 판시 내용

연방대법원(주심: Chief Justice Rehnquist)은 이러한 결론을 내림에 있어 수정

147) *Washington v. Glucksberg*, 521 U.S. 702 (1997), https://supreme.justia.com/cases/federal/us/521/702/ (2026. 3. 23. 최종확인).

148) Wash. Rev. Code §9A.36.060, https://app.leg.wa.gov/rcw/default.aspx?cite=9A.36.060 (2026. 3. 23. 최종확인).

149) 미국의 연방항소법원은 지역별로 13개가 있다. 알래스카부터 하와이까지 서부지역 9개 주, 6,000만 명을 관할하는 제9순회항소법원은 관할지역이 광대할 뿐 아니라 논쟁거리가 되는 진보적인 판결로도 유명하다.

헌법 제14조의 위배 여부를 판단하는 전통적인 심사 틀 속에서 다음과 같은 단계적 접근 방식을 취했다. 첫째, 자신의 죽음의 시간과 방식을 선택할 자유권(자유의 이익, liberty interest)이 존재하는가를 결정하여야 하고, 이것이 긍정될 경우, 둘째, 죽기를 원하는 말기환자에 의하여 사용될 생명종결 약물을 처방하지 못하도록 의사에게 금지하는 것이 그러한 환자의 적법절차상의 권리(due process rights)를 침해한 것이냐 여부가 문제되었던 것이다.

즉 먼저 권리의 존재 여부 판단('기본권' 여부), 다시 말해, 조력을 받아 자살하는 것이 실체적 적법절차상 보호되는 '기본적 자유(fundamental liberty interests)'인지 먼저 물어, 이 물음에서 만약 기본권이라면 엄격심사(strict scrutiny)를 적용하고, 기본권이 아니면 통상적 합리성 심사(rational-basis)를 적용한다는 점을 확인했다.[150]

합리성 심사단계에서 연방대법원은 "적법절차조항은 단지 공정한 절차만을 보장하는 것이 아니며, 그것이 보호하는 '자유'는 단순히 신체적 구속의 부재 이상을 포함한다"고 하면서 이 조항이 보호하는 권리는 "객관적으로 우리의 역사와 전통에 깊이 뿌리내린(deeply rooted in this Nation's history and tradition)"권리여야 한다는 기준을 강조했다.

이와 관련하여 연방대법원은 조력자살이 미국의 '역사 · 전통'에 뿌리내린 권리인지 여부 판단함에 있어, 영미법 · 주법의 전통을 검토한 결과, 조력자살(혹은 타인의 조력을 받아 생명을 종료하는 권리)은 오랜 법적 · 사회적 전통상 보호되어 온 권리가 아니며 오히려 대부분의 주에서 오래도록 범죄로 규정되어 왔다고 보았다. 따라서 '조력자살의 권리'는 기본적 자유로 인정될 수 없다고 판단했다.[151]

요컨대 연방대법원은 (a) 조력자살을 헌법상 '기본권'으로 보지 않았고, (b) 따라서 주(州)의 입법 · 규제(금지)는 엄격성 심사 방식이 아니라 합리성 심사하에서 정당화될 수 있으며, (c) 워싱턴 주의 금지조항은 정당한 공익목적과 합리적인 관계에 있다고 함으로써 적법절차 조항에 대한 위반이 아니라 합헌이라고 한 것이다.

합리성 심사에서 연방대법원은 주(州)가 주장하는 정당한 이익으로 "고의적 살해의 금지와 생명 보존, 의료전문직의 윤리 · 청렴성 보호, 그리고 자발적 · 비자발적 안락

150) 합리성 심사(의미심사, 자의금지원칙에 따른 심사)는 차별취급에 객관적이고 합리적인 이유가 있는지를 묻는 심사 방식으로, 주로 경미한 기본권 제한이나 차별에 적용된다. 반면, 엄격심사(과잉금지원칙에 따른 심사)는 차별 취급이 비례성 원칙(목적의 정당성, 수단의 적합성, 침해의 최소성, 법익의 균형성)을 충족하는지 면밀하게 따지는 심사 방식으로, 인종이나 성별 등 소수자 차별이나 중대한 기본권 침해 사안에 적용된다.

151) *Washington v. Glucksberg*, 521 U.S. 702 (1997) at 720-21.

사로 미끄러져 가는 위험성 방지" 등을 명시적으로 열거했다.

3. 미국 연방대법원 판결에 대한 평가

가. 권리의 범위 한정

연방대법원은 헌법이 보호하는 기본권은 역사와 전통에 깊이 뿌리내린 것에 한정되고, 따라서 환자가 의사의 조력으로 자살할 권리는 그러한 범주에 속하지 않는다고 판시했다.

나. 자살방조 금지의 역사적 전통 강조

연방대법원은 자살과 조력자살에 대한 금지와 형사처벌이 700여년 이상 장기간에 걸쳐 앵글로 아메리카의 커먼로의 일관된 요소였음을 강조하면서, 조력을 받아 자살할 권리를 헌법적 권리로 인정하기 어렵다고 보았다.[152]

다. 자기결정권 인정 범위의 협소성

연방대법원은 Cruzan v. Director, Missouri Dept. of Health (1990)에서 확인된 바에 따라 환자가 치료를 거부할 권리, 즉 치료거부권이 인정된다는 점을 분명히 했지만(Glucksberg, 521 U.S. at 725), 조력자살의 권리는 전통적으로 인정된 바 없다고 선을 그었다.

라. 국가이익 강조

법원은 생명 말기 자기결정권보다 인간 생명의 보호, 의료직 윤리의 유지, 취약계층(노인 · 장애인 등) 보호, 자살 일반에 대한 사회적 반대 유지 등과 같은 합법적 국가이익을 강조하면서 자살방조를 금지하는 워싱턴 주법은 이러한 정당화된 국가이익과 적어도 합리적으로 연관되어 있다고 판시하였다.[153]

---

152) *Washington v. Glucksberg*, 521 U.S. 702 (1997) at 711.
153) *Washington v. Glucksberg*, 521 U.S. 702 (1997) at 735.

마. 평등조항의 위배여부

같은 날(1997. 6. 26.) 연방대법원은 *Vacco v. Quill, 521 U.S. 793 (1997)*에서 뉴욕 주의 조력자살 금지가 수정헌법 제14조 평등보호조항(Equal Protection)에 위반되는지에 대해서도 판결을 내렸다. 이 사건의 쟁점은 연명의료중단 결정을 합법화하면서도 의료조력자살을 합법화하지 않는 것이 같은 사례를 다르게 취급하는 것인지의 여부였다. 연방대법원은 결론적으로 연명의료중단과 조력자살은 첫째, 인과관계의 측면 둘째, 의도의 측면에서 서로 다른 것이어서 다르게 취급할 수 있다고 보았다.

미연방대법원은 Glucksberg(실체적 적법절차조항) 판결과 Vacco(평등보호조항) 판결을 통해 연방헌법이 조력자살에 대한 '보호적 권리'의 신설까지 보장하지 않는 것은 아님을 분명히 했다.

4. Glucksberg 사건에 대한 연방대법원 판결의 의의

연방대법원은 연방헌법이 조력자살을 보장하지는 않는다고 판시했지만, 그 판결은 국가[주(州)]가 조력자살을 입법적으로 허용하는 것을 금지하는 것은 아니다. 즉 판결은 '금지의 합헌성'을 확인했을 뿐, 주가 허용하는 입법정책을 금지한 것은 아니다. 이 때문에 연방대법원 판결 이후에도 각 주는 의회 또는 주민투표를 통해 조력자살 또는 '의사조력자살 · 의사조력형 사망(Aid in Dying/Death with Dignity)'을 허용하기 시작했다. 이에 관해서는 후술한다.

5. Glucksberg 판결에 대한 비판론

조력자살권 내지 생명에 대한 자기결정권을 헌법상의 권리(기본권)로 인정하지 않은 연방대법원의 판결에 대해서는 학계를 중심으로 비판적인 목소리가 나왔다. 비판의 초점은 헌법적 권리의 인정여부에 관한 Rehnquist의 '역사 · 전통(deeply rooted)' 기준[154]에 대해 맞추어졌다. 비판의 내용은 연방대법원의 Rehnquist가 제시한 기준이 첫째, 권리의 발전을 역사적 현상에 고정(freeze)시키고, 둘째, 과거의 억압적 · 차별적

154) 이는 "헌법적 권리는 이 나라의 역사와 전통에 깊이 뿌리내려져 있어야 한다(constitutional rights must be deeply rooted in this Nation's history and tradition)."는 기준을 말한다. *Washington v. Glucksberg*, 521 U.S. 702 (1997) at 703.

관행을 정당화할 위험이 있으며, 셋째, 현대적 의미의 자율성과 존엄성(autonomy & dignity)을 충분히 수용하지 못한다는 등으로 요약될 수 있다. 구체적으로 분설하면 다음과 같다.

가. '역사 · 전통' 기준은 권리를 '고정'시킨다는 비판

이 비판은 법원이 권리의 보호 여부를 "역사적으로 오래된 관행(오랜 형사화 여부 등)"에 지나치게 의존하면, 과거에 금지되었던 권리(예: 간통 · 간단한 면에서의 혼인 선택 · 흑백 결혼 등)가 후대에 보호받기 어려워짐을 지적한다. 즉 판결 기준 자체가 '역사적 억압'을 반복 · 정당화할 위험이 있다는 것이다.

Glucksberg 판결에 기초된 헌법적 권리 여부를 판단하는 '역사 · 전통 기준'에 따르면, 한 때 금지되었지만 사법적 · 사회적 난관을 극복함으로써 결국 기본권으로 인정된 Griswold · Loving 판결(기혼부부간 피임권 · 인종간 혼인 관련) · Roe 판결(임신중절) 등에서 확장된 '사생활 · 자율' 개념과 충돌할 수 있다는 것이다.[155]

나. 기준의 선택성(selectivity) – 역사해석의 순환성 · 편향성

연방대법원은 오래된 금지 관행(예: 700여년의 영미법상 자살 · 자살조력 비난 기록)을 권리부정의 근거로 삼았지만, '역사와 전통'을 헌법적 권리인정 여부의 판단기준으로 삼을 때 어떤 역사적 자료를 선택하느냐가 결론을 좌우할 수 있음을 강조하면서 이러한 접근이 '선택적 역사해석'이며 동일한 방식으로 다른 권리(예: 인종차별적 법률으로부터의 보호)를 부정할 수도 있다는 비판도 나왔다.[156]

다. 자율성 · 존엄성 주장('dignity and autonomy')의 형식적 배제

연방대법원이 '자율성(dignity/autonomy)'에 대한 주장을 비교적 경계하고, 개인의 자기결정권을 가족 · 결혼 등 전통적으로 보호된 사례와 동등선상에 놓지 않았던 점에 대해 현대 의학윤리 · 환자권리 논의에서 중심인 개인자율성의 법적 · 도덕적 가치를 경시

155) Lois Sherpherd, "Dignity and Autonomy after Washington v. Glucksberg: An Essay about abortion, death, and Crime", Cornell Journal of Law and Public Policy, Vol. 7 Issue 2 (1998), p. 433.
156) Michael W. McConnell, "The Right to Die And the Jurisprundenc of Tradition," 1997 Utah Law Review 665(1997), pp. 683-684, p. 687.

하는 태도라는 비판이 있다. 이러한 비판은 Glucksberg 판결이 Cruzan · Casey 등 판결에서 말한 '자율성 · 존엄성' 함의를 축소 · 재해석했다고 보며, 이는 곧 말기환자의 자기결정권을 축소 해석하는 결과로 이어졌다고 한다.[157]

라. 소수자 보호에 취약 – 역사에 의해 소외된 집단의 권리 소거 우려

역사를 기준으로 권리의 기본성을 판단하게 되면 역사적으로 억압받은 집단(예: 흑인, 성소수자, 여성 등)의 권리가 보호받기 어렵기 때문에 평등보호 원칙과 충돌하거나 소수자 권리를 후퇴시킬 위험이 크다는 비판이다. 특히 역사적 금지가 곧 현행 헌법적 금지를 의미한다고 단정하는 방법은 과거의 관습적 차별을 헌법적 정당성으로 둔갑시킬 수 있다는 오류적 논리라고 한다.[158]

마. 미끄러운 경사길('slippery-slope') 논거에 근거한 정책의 실증적 근거 취약

연방대법원 판결이 '자발성'이 '강압적 안락사'로 이행되는 것을 막기 위해 자살조력에 대한 금지가 필요하다고 한 점에 대해 학자들은 PAS(physician-assisted suicide)를 허용한 주들이 비가역적 악영향을 막기 위한 안전장치를 마련한 사례를 거론하면서 '미끄러운 경사길' 논증이 실증적 근거로 충분히 뒷받침되지 않고 있다고 지적한다.[159]

II. 독일의 헌법재판소(2020) – 자살권, 조력자살권 등 포괄적 자기결정권 인정

1. 개요

독일은 1872년 제국 독일형법전이 만들어졌을 때부터 형법에 자살방조를 처벌하는 구성요건이 없었다. 이에 따르면 어떤 형태의 자살조력도 가벌성의 대상이 되지

157) Lois Sherpherd, ibid.
158) Cary Franklin, "History and Tradition's Equality Problem" 133 Yale L.J. 946 (2024), pp. 962-965에서는 법원이 이러한 방식으로 역사와 전통에 의존할 경우, 헌법이 본래 해체하고자 했던 바로 그 불평등을 오히려 헌법 속에 고착시킬 위험이 있다고 한다.
159) Melissa Legault, "I Don't Want to Die, But I Am Dying": Reexamining Physician-Assisted Suicide in a New Age of Substantive Due Process, 60 ARIZ. L. REV. 509 (2018).

않았다. 하지만 2017년 독일 입법자는 영업적 자살방조를 처벌하는 형법규정을 신설하여 2018년부터 시행함으로써 스위스 형법(제115조)이 이기적 동기의 자살방조를 처벌하는 것과 동일한 맥락에서 자살방조에 대한 전면적 허용에서 제한적 금지로 입법적 변화를 보였다.

영업적 자살방조를 형사처벌하는 형법규정은 입법단계를 넘어 시행이후에도 줄곧 반대에 부딪쳤다. 2020년 2월 독일 헌법재판소는 영업적 자살방조를 금지하는 형법규정이 '생명에 대한 환자의 자기결정권'에 반한다는 것을 내용으로 한 헌법소원 사건에서 – 자살권 자체가 아니라 조력자살권을 헌법상 기본권으로 인정할 것인지를 쟁점으로 삼았던 – 미국의 연방대법원과는 달리 자기결정적 죽을 권리 일반을 쟁점으로 취급하였다. 최종적으로 형법 제217조 영업적 자살방조(geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung)[160]에 의한 포괄적 · 영구적 금지 규정이 위헌임을 선언하였다.[161]

2. 연방헌법재판소의 결정에 나타난 자기결정적 죽을 권리의 내용

독일 연방헌법재판소는 '자기결정적으로 죽을 권리(Recht auf selbstbestimmtes Sterben)'가 기본법 제2조 제1항(일반적 인격권의 표현)과 제1조 1항(인간의 존엄성)의 결합에서 도출된다고 판시하였고, 이 권리는 "개인적 자율성(Willens- und Selbstbestimmungsfreiheit)"의 표현으로서 보호된다고 보면서 "일반적 인격권은 개인적 자율성의 표현으로서 자기결정적(자율적) 사망의 권리 및 그 과정에서 제3자의 자발적 도움을 구하고 이용할 자유도 포함"한다고 하였다.[162]

"일반적 인격권(기본법 제2조 제1항, 제1조 제1항과 결합)은 개인적 자율성의 표현으로서 자기결정적 사망권을 포함한다. 이 권리는 스스로 생명을 끊을 자유, 이를 위해 제3자에게 도움을 요청할 자유, 그리고 제3자가 이를 제공할 경우 그 도움을 받아들일 자유를 포함한다. 개인이 자신의 삶의 질 및 존재의 의미에 대한 이해에 따라 생을 끝내려는 결정은 자율적 자기결정의 행위로서 원칙적으로 국가와 사회에 의해 존중되어야 한다."[163]

이뿐만 아니라 연방헌법재판소는 이 권리가 특정 질병상태(예: 말기 · 불치병)에만

160) '영업적'으로 자살을 촉진하거나 제공하는 행위를 3년 이하의 자유형 또는 벌금형으로 처벌하는 규정이었음.
161) BVerfG, Urteil vom 26.2.2020 – 2 BvR 2347/15=BVerfGE 153, 182.
162) BVerfGE 153, 182, Rn. 204 ff.
163) BVerfGE 153, 182, Rn. 210.

한정되지 않는다고 명확히 하였다. 즉, 자기결정적 사망권은 “모든 생활단계에 존재”하며, 입법자가 그 범위를 사전에 좁혀 동기의 정당성 · 질병의 심각성 등으로 미리 제한해서는 안 된다고 판시했다(판결에서는 특정한 동기 · 사정에 따라 권리를 박탈하는 것은 자유의 근본원리에 반한다고 보았다). 이 판결의 취지는 자유로운 자기결정(freiverantwortliche Entscheidung)을 전제로 하는 한, 행위자가 어떤 동기 · 상태를 가졌는지를 입법이 외형적으로 미리 판단하여 권리를 박탈해서는 안 된다는 취지로 요약할 수 있다.

이러한 전제하에서 독일 연방헌법재판소는 신설된 독일 형법 제217조(영업적 자살방조죄)가 조력자살을 포괄적으로 금지함으로써 기본권을 과도하게 제한하고 비례성 원칙에 위배된다고 보아 이를 위헌무효로 선언하였다.

후술하듯이 이 판결은 독일 사회의 생명윤리와 법체계에 거대한 지각변동을 일으켰다. 이 판결에 따라 재정립된 ‘생명에 대한 자기결정권’과 ‘국가의 생명보호의무’의 관계를 독일 의회와 시민사회가 입법적으로 구현하기 위해 다양한 관점에서 여러 방안을 모색하고 있다.

3. 국가의 생명보호의무와 자기결정권의 관계

독일 연방헌법재판소는 국가는 생명보호라는 보호의무를 가지지만, 그 의무를 근거로 모든 형태의 자살조력을 포괄적 · 총체적으로 금지하는 것은 설득력이 없고, 자유보장(자기결정권)을 실질적으로 무력화한다는 입장을 취했다.

“입법자는 남용을 방지하기 위한 조치를 취할 수 있다. 특히 자살조력을 이용하려는 결정이 자율적인 의사결정에 기초하도록 보장할 수 있다. … 그러나 입법자는 모든 형태의 조직적 자살조력을 원칙적으로, 예외 없이 배제할 수는 없다. 그러한 포괄적 · 일률적 금지는 자기결정적 사망권의 실질적 효력을 박탈한다.”[164]

그러나 독일 연방헌법재판소는 자살조력의 전면적 영구적 금지는 위헌이라고 하면서도 입법자에게 국가의 생명보호 의무를 다하기 위해서는 일정한 규제 수단을 마련해야 할 의무를 인정하고 있다.

즉 (a) 입법자가 취약계층(예: 심리적 압력 · 일시적 위기 · 정신질환 등)의 자유의사 형성에 미치는 영향을 방지하기 위한 규제를 도입할 수 있고, (b) 절차적 · 전문적

164) BVerfGE 153, 182, Rn. 233, 235.

안전장치(의사상담 · 심리평가 · 대기기간 등)를 요구할 수 있다고 하였다. 그러나 (c) 그러한 규제가 개인의 자기결정권을 사실상 없애는 방식으로 되어서는 안 된다고 판시함으로써, 보호와 자유의 균형(비례성)을 엄격히 요구했다.

"형법 제217조가 규정한 제한은 정당한 목표를 달성하기 위하여 필요한 수단이 아니다. 상담 및 숙려의무, 행정적 인가 등과 같은 덜 침해적인 대안적 수단이 존재한다. 모든 형태의 영업적 자살조력을 전면적으로 형사처벌하는 것은 좁은 의미의 비례성에도 위배된다. 이는 자기결정적 사망권을 사실상 공허하게 만든다."[165]

독일의 헌법재판소는 비례성원칙을 적용하여, 자살조력을 형법적으로 금지하는 독일형법 제217조가 생명보호 · 남용방지라는 목적의 정당성이 인정되고, 형사처벌이 그러한 목적 달성에 기여할 수 있음도 인정하였다. 그러나 덜 침해적 대안(상담, 대기기간 등)을 마련할 수 있다는 의미에서 필요성이 결여된다고 하였고, 자기결정적 사망권이라는 기본권의 본질적 내용을 잠식할 정도로 과도하다고 함으로써 최종적으로 위헌선언을 한 것이다.

이뿐만 아니라 헌법재판소는 '자기결정적 사망권'을 의사의 자유 및 자기결정의 자유(Willens- und Selbstbestimmungsfreiheit)의 일종으로 파악하였으나, 이는 곧바로 '의무적 허용'이나 '의료인의 강제 참여'로 보지는 않고 있다. 법원은 개인의 권리를 강조하면서도 제3자의 양심의 자유 · 직업선택의 자유 등과의 충돌을 고려할 여지도 남겼다.

4. 자기결정권의 인정 범위에 관한 논란

독일의 헌법재판소는 생명에 대한 자기결정권을 질병 · 연령 · 동기와 무관하게 포괄적으로 보장하는 출발점에 서서 국가 · 사회가 사전적 · 실질적 판단으로 이를 제한해서는 안 된다고 보았지만, 실무적 · 정책적 쟁점(어떤 보호장치가 적절한가, 정신적 취약성 판단기준, 의사의 역할 등)은 입법자의 과제로 남겨 두었다.[166]

형법 제217조와 같이 자기결정적 사망권이라는 권리 자체에 대한 전면적 · 영구적 금지는 과도하여 위헌이지만, 입법자가 이를 제한하고 절차적 규제 등을 할 수 있음을 인정하였다. 하지만 헌법재판소 위헌결정에 따라 독일법제하에서 자살조력행위를 처

165) BVerfGE 153, 182, Rn. 277, 280, 285.
166) BVerfGE 153, 182, Rn. 232 ff., 281 ff.

벌하는 어떤 형벌법규도 없지만 자기결정적 조력사망권을 어느 정도 제한하고, 어떤 방식의 절차적 규제를 할 수 있는지에 관해서는 의회 입법단계에서는 여전히 논란이 되고 있다. 이에 관해서는 후술한다.

III. 오스트리아 헌법재판소(2020) – 죽음을 선택할 자기결정권 인정

1. 개요

오스트리아는 자살방조죄를 처벌하는 형법규정을 두고 있지 않은 독일과는 달리 자살방조죄에 관한 포괄적 처벌규정을 두고 있었다. 이 때문에 오스트리아에서는 의사에 의한 사망 조력이나 적극적 안락사는 당연히 형사처벌의 대상이 되는 금지된 행위로 취급되었다.

이러한 상황에서 오스트리아 형법 제77조(촉탁살인) 및 제78조(자살교사 · 방조)가 헌법상 기본권을 침해하는지를 쟁점으로 삼은 헌법소원이 이루어졌다. 특히 형법 제78조 중 "자살에 도움을 제공하는 자" 문구가 헌법위반이라고 주장[167]되었다.

오스트리아 헌법재판소(Verfassungsgerichtshof: VfGH)는 2020년 12월 11일 이 사건이 단순한 '자살의 조력 여부' 문제가 아니라, '자기결정에 의한 사망'이 헌법상 보호되는가의 문제임을 출발점으로 삼아 형법의 자살방조죄에 관한 규정에 대한 위헌결정을 내렸다.[168]

2. 자기결정적 죽을 권리에 대한 헌법재판소 판결 내용

오스트리아 헌법재판소는 헌법적 자기결정권의 근거를 독일과 같이 인간의 존엄 및 일반적인 인격권에서 도출하지 않고, 생명권(Art. 2 EMRK), 개인의 자유권(Art. 8 EMRK = 사생활권), 평등원칙(오스트리아 연방헌법) 등을 근거로 삼아 '자유로운 자기

167) 형법이 모든 형태의 자살조력행위를 일률적으로 금지하여, (a) 생애의 마지막 단계에서 스스로 죽음을 선택할 자기결정권을 침해하며, (b) 타인의 합법적 도움(예: 약물 준비, 동반)을 불가능하게 만들어 헌법상 자유권을 과도하게 제한한다.

168) VfGH 11.12.2020, G 139/2019-71, https://www.vfgh.gv.at/downloads/VfGH-Erkenntnis_G_139_2019_vom_11.12.2020.pdf (2026. 3. 23. 최종확인).

결정'이 헌법적으로 보장되어야 함을 선언하였다. 특히 헌법재판소는 인간의 존엄이 타인으로부터의 보호뿐 아니라 '자기 자신에 대한 결정 가능성'을 포함하기 때문에 이것이 '언제 · 어떻게 죽음을 맞이할지'에 관한 결정 역시 자기결정권의 한 표현으로 보호되어야 한다는 논리를 다음과 같이 전개하였다:[169]

"자유로운 자기결정에는 우선 개인이 자신의 삶을 어떠한 방식으로 형성하고 영위할 것인지를 결정할 권리가 포함된다. 그러나 자유로운 자기결정에는 또한 개인이 자신의 삶을 존엄하게 종료할 것인지, 그리고 어떠한 이유로 그렇게 할 것인지를 결정할 권리도 포함된다. 이러한 모든 것은 각 개인의 신념과 가치관에 달려 있으며, 그의 자율성의 영역에 속한다"(Rz.73). "연방헌법으로부터 도출되는 자유로운 자기결정권은 자살을 희망하는 사람 자신의 결정과 행위만을 포괄하는 것이 아니라, 그가 이를 위해 준비된 제3자의 도움을 이용할 권리까지도 포함한다. 자살을 희망하는 사람은 자신의 자기결정에 따른 자살의 결정을 실제로 실행하고, 자신이 선택한 방식으로 이를 수행하기 위해 제3자의 도움에 의존해야 하는 경우가 적지 않다. 따라서 자살을 희망하는 사람은 존엄한 자기결정적 죽음을 맞이할 권리를 가지며, 이를 위해서는 그러한 도움을 제공할 의사가 있는 제3자의 도움을 이용할 수 있는 가능성이 보장되어야 한다"(Rz. 74).

그러면서도 오스트리아 헌법재판소는 자살과 관련된 자기결정권을 논함에 있어서는, 현실의 사회적 여건을 고려할 때 그러한 결정을 내리게 되는 실제의 삶의 조건들이 사람마다 결코 동일하지 않다는 점을 결코 간과해서는 안 된다고 하면서 "그와 같은 결단에는 자살을 희망하는 사람의 영역이나 처분 가능성에만 전적으로 속하지 않는 여러 사정들이 결정적인 역할을 할 수도 있다. 예컨대 그의 가족관계, 소득 및 재산 상태, 돌봄(간병) 환경, 타인의 도움이 필요한 정도, 제한된 활동 가능 범위, 현실적으로 예상되는 임종 과정과 그에 대한 동행 · 지원(Begleitung), 그리고 그 밖의 생활환경과 예상 가능한 결과 등이 이에 해당한다. 따라서 이러한 영향을 받는 사람들의 생활조건의 차이를 완화하고, 모든 사람이 완화의료(palliative care)를 받을 수 있도록 보장하기 위하여, 입법적 조치와 그 밖의 국가적 조치가 필요하다"고 한다(Rz.101-102).

특히 헌법재판소는 '자기결정의 자유'와 '국가 의 보호의무' 간의 충돌을 조정해야 함을 강조하면서, 입법자는 자기결정권의 오용을 방지하기 위한 규제를 마련해야 하며,

169) VfGH 11.12.2020, G 139/2019-71. 오스트리아 헌법재판소는 이러한 논증구조가 유럽인권재판소(EGMR)의 Pretty v. UK(2002) 판결 및 Haas v. Switzerland(2011) 판결의 입장과 일치함을 인정하였다.

특히 의무적 상담과 설명절차, 문서화 및 감독 절차를 통하여야 한다고 하였다. 생명 보호라는 목적은 압력과 남용을 방지하는 법적 보호장치를 마련할 것을 촉구하였다(Rz.70, 85, 99).

이러한 판단을 기초로 삼아 오스트리아 헌법재판소는 자살을 돕는 모든 행위를 일반적으로 금지하는 것은 형법 제78조 후단의 규정이 이러한 권리를 침해한다고 한다: "제3자의 도움을 받아 자살하는 것을 금지하는 것은 개인의 권리에 대한 매우 중대한 침해가 될 수 있다. 형법 제78조 제2구성요건은 제3자의 도움을 받는 자살을 어떠한 예외도 없이 금지하고 있기 때문에, 이 규정은 경우에 따라 개인으로 하여금 인간의 존엄에 반하는 방식으로 자살하도록 내몰 수 있다. 즉, 개인이 자유로운 결단에 따라 자신의 인격적 완전성(integrität)과 정체성(Identität)에 기초한 자기결정적인 삶, 다시 말해 존엄 있는 삶이 더 이상 보장되지 않는 상황에 처해 있는 경우에도 그러하다."(Rz.80).

결론적으로 오스트리아 헌법재판소는 촉탁살인죄(형법 제77조)의 폐지에 관해서는 일반살인죄를 적용하는 모순이 발생할 우려가 있음을 근거로 폐지청구를 기각하면서, 자살관여죄(형법 제78조)의 문언 중 자살을 유인 내지 교사(verleiten)한 문언을 제외한 자살방조, 즉 "자살을 하도록 조력한(oder ihm dazu Hilfe leistet)"이라는 문언은 위헌 · 폐지하였고, 폐지 효력 발생을 1년 후인 2021년 12월 31일 이후로 유예하였다.[170] 이로써 입법자는 그 기간 내에 새로운 규율체계를 마련할 의무를 지게 되었다(사실상 입법촉구형 결정).

3. 헌법재판소 판결의 의의

가. 자기결정권 인정 범위의 확장

오스트리아 헌법재판소 판결은 독일 헌법재판소와 마찬가지로 헌법상 '자기결정권'이 인정되는 범위를 스스로 죽을 권리와 함께 타인의 조력을 받아 죽을 권리로까지 확장한 판결로 자리매김될 수 있다.[171]

---

170) VfGH 11.12.2020, G 139/2019-71, Rz. 116 ff.

171) 다만 오스트리아 헌법재판소는 이러한 권리를 헌법상 일반적 인격권에서 도출한 독일 헌법재판소와는 달리 유럽인권협약(EMRK) 제8조(사생활의 존중을 받을 권리)에서 그 주된 근거를 찾고 있다. 오스트리아 헌법재판소는 오스트리아 헌법에 통합된 기본권장전인 유럽인권협약 제2조(생명권)에서 "생명을 보호할 국가의 의무"를 규정한 점을 고려하였지만, 제2조가 국가가 개인의 자기결정권에 반하는 '생명 유지의무'까지 포함하지 않는다고 해석하였고, 재판관 일부 의견은 EMRK 제9조(양심 · 종교의 자유)에 근거하여 종교적 · 윤리적 신념에 따라 죽음을 선택할 권리도 제9조에 연결된다고 주장하였으나 죽음을 선택할 권리의 주된 근거

독일 헌법재판소와 마찬가지로 오스트리아 헌법재판소가 자기결정권에 관한 헌법이론적 법리를 한걸음 더 진전한 부분은 죽음에 대한 자기결정권이 단순히 스스로 목숨을 끊을 자유에 그치지 않고, 이를 실행하기 위해 '자발적으로 도우려는 제3자(의사 등)의 조력을 구할 권리'까지 포괄한다고 선언한 점이다.

나. 국가 생명보호의무와 자기결정권의 관계 재설정

오스트리아 헌법재판소는 개인의 자기결정권의 확장이 국가 생명보호의무의 절대성을 크게 완화시킨다는 점을 인정하였다. 비례성심사를 통해 국가의 생명보호 의무가 타인의 압력 없이 온전한 이성적 판단으로 죽음을 결정한 사람의 조력사망까지 예외 없이 형벌로 금지할 수 없음을 인정하였기 때문이다. 오스트리아 헌법재판소는 국가 생명보호 의무가 개인의 자유로운 의사결정을 '보호'하는 데 목적이 있는 것이지, 이성적 개인의 결정을 무시하고 '생존을 강제'하는 수단이 될 수 없음을 명확히 하였다. 이 때문에 오스트리아 헌법재판소는 독일의 헌법재판소와 마찬가지로 국가의 맹목적인 생명 유지 의무가 확고하고 자율적인 개인의 자기결정권을 압도할 수 없다는 중대한 전환점을 제시한 것으로 평가될 수 있다.

다. 의료조력사 법제화를 위한 구체적 가이드라인을 제공함

특히 오스트리아 헌법재판소는 자살방조의 전면금지를 완화하고 절차적 규제로 대체할 것으로 제안함으로써 생명보호의무와 자기결정권을 조화시키는 절충모델 하에서 입법자가 수용할 수 있는 구체적 입법정책적 가이드라인을 제공하였다.[172] 즉 자살은 비가역적 행위이므로, 자살을 결심한 자의 자유로운 자기결정은 단지 일시적 충동이 아니라 지속적이고 숙고된 결단에 근거해야 한다. 오용 방지가 확보되는 것은, 그 결정이 자유롭고 진지하며 지속적인 의사형성에 기초함이 보장될 때에만 가능하다고 하는 판시에서의 '지속성' 요건을 통해, 충동적 자살 시도나 외압 · 심리적 불안정 상태에서의 결정을 헌법적 보호영역 밖에 있는 것으로 판단하였다. 이에 따라 오스트리아 헌법재판소는 '숙려기간', '전문상담', '정신건강 평가' 등의 요건을 통해 이러한 지속성을 보장해야 할 것

는 EMRK 제8조(개인 및 사생활의 존중)에서 찾았다. 즉 "삶의 방식과 죽음에 관한 결정"은 사생활의 핵심 부분에 속하고 따라서 죽음을 선택할 권리는 제8조에 의해 보장되는 자기결정권의 일부로 해석하였다.

172) VfGH 11.12.2020, G 139/2019-71, Rz 70, 85, 99.

을 입법자에게 요구하였다. 이러한 헌법재판소 판결은 그로부터 1년 후 의료조력사를 합법화하는 법률에 해당하는 「조력사망의향서에 관한 법률: Sterbeverfügungsgesetz (StVfG 2021)」의 탄생에 결정적 기여를 한 것으로 평가된다.[173]

IV. 캐나다의 연방대법원(2014)

1. 개요

캐나다에서는 커먼로 전통에 따라 자살시도 자체를 형사처벌의 대상으로 인정하여 왔다. 캐나다에서 자살 금지조항이 형법전에서 삭제된 것은 1972년에 와서야 이루어졌다. 그러나 자살관여죄는 여전히 형법(제241조)에 남아 있으므로 그에 따라 자살조력이나 적극적 안락사도 형법적 금지의 대상이 되어왔다. 1990년대 초 근위축성측색경화증(ALS)을 앓고 있는 여성이 안락사에 대한 요청이 있었고, 이에 형법의 자살방조 규정(제341조 b)의 합헌성을 심리하는 재판이 진행되었다.[174] 캐나다 연방대법원은 5대 4의 근소한 차이로 이 여성의 주장을 배척하였다(Rodriguez 판결).[175]

그로부터 25년이 지난 2015년, 다시 한번 자살방조죄 규정 위헌성을 심리한 캐나다 연방대법원은 전원일치로 이를 위헌으로 판단하고, 1년 이내라는 기한 내 법 개정을 입법부에 요구했다.[176] 입법자는 이에 대응하여 2016년, “사망 시 의료조력(Medical Assistance in Dying)”을 합법화하는 형법 등의 개정을 단행하였다. 캐나다 개정형법에는 적극적 안락사도 허용되었다. 그러나 2019년 퀘벡 주 고등법원에서 의료조력사 법에 대한 위헌 판결이 내려진 것에 대응하여 현재 법 개정 작업이 진행 중이다.

---

173) 오스트리아 헌법재판소가 국가는 취약한 개인이 외부의 압력이나 일시적 충동에 의해 자살하는 것을 막을 생명보호의무가 있다고 하면서 의회에 안전장치를 마련할 것을 주문하였지만, 죽음에 대한 포괄적 권리를 인정한 것은 독일 헌법재판소의 판결과 같은 취지이다. 하지만 후술하듯이 오스트리아 의회는 2021년 조력사망법을 제정(조력사망의향서에 관한 법률: Sterbeverfügungsgesetz, StVfG)하는 과정에서 헌법재판소가 인정한 폭넓은 권리가 특정 환자(말기 환자)로 대폭 축소되었다. 이에 관해서는 후술한다.

174) Rodriguez v. British Columbia (Attorney General) [1993] 3 SCR 519.

175) 이 판결은 미국의 여러 주(州)에 자살방조규정의 합헌성을 심리하는 재판과 자살방조 및 안락사의 합헌성을 둘러싼 운동에까지 큰 영향을 주었고 이후 세계 각지에서 일어난 자살방조 및 안락사 합법화의 운동전개에 많은 영향을 주었다.

176) Carter v. Canada (Attorney General) [2015] 1 SCR 331.

2. Carter v. Canada 사건의 판결 요약

연방대법원은 2014년 카터 사건에서 위헌심사 대상이 된 조항은 자살을 방조하는 행위를 금지하는 형법 제241조(b)항과 누구도 자신에게 사망을 가하도록 동의할 수 없다고 규정한 형법 제14조였다. 연방대법원은 조력사망을 절대적으로 금지하는 형사법 조항들이 「캐나다 권리와 자유 헌장(이하 '헌장'이라 한다)」 제7조가 보장하는 생명, 자유 및 신체의 안전에 대한 권리를 합리적으로 제한하는지, 그리고 그 제한이 헌장 제1조에 따라 입증가능하게 정당화하는지를 심사하였다.

연방대법원은 먼저 1993년의 Rodriguez 판결[177]과 마찬가지로 의사조력사를 금지하는 형법조항(자살방조죄)이 해당 개인이 자신의 신체적 온전성과 의료처치에 관한 결정을 내릴 자유를 제약함으로써 자유를 침해하고, 또한 해당 개인으로 하여금 참을 수 없는 고통을 겪게 함으로써 헌장 제7조, 즉 개인의 자유와 신체의 안전을 침해한다고 판시하였다.[178] 연방대법원은 또한 형법의 자살방조죄와 제14조 동의 금지조항이 일부 사람들로 하여금, 고통이 참을 수 없는 수준에 이르렀을 때 스스로 생을 마감할 능력을 잃을 것이라는 두려움 때문에, 조기 자살을 강요함으로써 생명을 박탈한다고도 보았다.

캐나다 연방대법원은 형법의 자살방조 금지가 헌장 제7조에 부합하려면, 생명 · 자유 · 신체 안전의 박탈이 기본적 정의의 원칙(Principles of Fundamental Justice)에 부합해야 하는데, 그 부합성 심사를 위해서 자의금지원칙(arbitrariness), 과잉포섭금지원칙(overbreadth), 현저한 불균형금지원칙(gross disproportionality)에 합치성 여부를 심사해야 한다고 한다.

자의적인 법률이란 "그 법률이 뒷받침하는 목적과 아무런 관련이 없거나 그와 모순되는" 법률을 말하지만,[179] 자살방조의 절대적 금지를 통한 의료조력사망 금지는 자의적이지 않다고 한다. 조력사망 금지는 "취약한 사람들이 나약함의 순간에 자살을 하도록 유도되는 것을 방지한다는 목적과 합리적으로 연결되어 있어서", "금지와 그 목적 사이의 연결이 분명"함을 근거로 한다.[180] 조력사망 금지가 "취약한 사람들로 하여금 일시적 나약함의 순간에 자살로 내몰리는 것을 방지한다"는 입법 목적을 "분명히 달성하는 데 기여하기 때문"이라는 것이다.

177) Rodriguez v British Columbia (Attorney General), [1993] 3 SCR 519.
178) Carter v. Canada (Attorney General) [2015] 1 SCR 331 at para 127.
179) Carter v. Canada (Attorney General) [2015] 1 SCR 331 at para 83.
180) Carter v. Canada (Attorney General) [2015] 1 SCR 331 at para 86.

연방대법원은 그러나 형법을 통한 자살조력 금지가 과잉포섭적 법률이라고 한다. 과잉포섭적 법률은 일반적으로는 합리적일 수 있어도 특정 개인들의 권리를 입법 목적과 무관하게 박탈하는 법을 의미하는 바, 조력사망 금지는 취약하지 않은 개인에게까지 적용되어, 입법 목적과 무관하게 권리를 박탈하기 때문임을 근거로 하였다.

마지막으로 연방대법원은 조력 사망금지가 현저한 불균형성 원칙에 반하는지에 대해서는 판단을 유보하였다. 현저히 불균형한 법률이란 입법 목적을 달성하더라도, 생명 · 자유 · 신체 안전에 미치는 부정적 효과가 "입법 목적과 완전히 동떨어진" 정도로 극단적인 경우를 의미[181]하는 바, 조력사망의 절대적 금지가 과잉포섭금지원칙에 위배된다는 결론으로 충분하다는 이유에서였다. 다시 말해 연방대법원은 조력사망에 대한 절대적 금지가 시급하고 중대한 입법 목적을 달성한다는 점은 인정했지만, 그 절대적 금지가 입법 목적을 달성하는 데 합리적으로 필요한 범위를 넘어선다고 판단하였다.

더 나아가 연방대법원은 카터 사건에서는 제7조의 제한이 헌장 제1조의 요건, 즉 헌장 제7조의 권리에 대한 제한의 합헌성 요건인 "입증가능하게 정당화"되지도 못한다고 판시하였다. 취약한 사람들을 남용과 오류로부터 보호할 수 있으려면 적절히 설계되고 관리되는 안전장치를 갖추는 등 구제조치를 취하지 못하고 있기 때문임을 근거로 하였다. "증거에 따르면, 엄격한 한계를 부과하고 세심하게 감독 · 집행하는, 신중하게 설계되고 관리된 제도는 취약한 사람들을 남용이나 오류로부터 보호한다는 목적을 실질적으로 달성할 수 있음을 뒷받침한다."[182] "따라서 조력사망에 대한 전면적 금지는 취약한 사람들을 보호한다는 목적을 달성하는 데 필요하지 않다. 적절히 설계되고 관리되는 안전장치를 갖춘 허용적 제도도 취약한 사람들을 남용과 오류로부터 보호할 수 있다"[183] 고 판시하고 있기 때문이다.

결론적으로 연방대법원은 형법 제241조(b)항과 제14조는 다음의 요건을 충족하는 경우 의사조력사망을 금지하는 한도에서 무효라고 하였다. a) 생명 종료에 대해 명확히 동의하는 의사결정능력 있는 성인, b) 질병 · 장애를 포함한 중대하고 회복 불가능한 의학적 상태로 인해, 해당 개인의 상황에서 그가 참을 수 없는 지속적 고통을 겪는 경우.[184]

이뿐만 아니라 연방대법원은 이러한 선언의 범위가 "본 사건의 사실적 상황에 대

181) Carter v. Canada (Attorney General) [2015] 1 SCR 331 at para 89.
182) Carter v. Canada (Attorney General) [2015] 1 SCR 331 at para 97.
183) Carter v. Canada (Attorney General) [2015] 1 SCR 331 at para 98.
184) Carter v. Canada (Attorney General) [2015] 1 SCR 331 at para 127.

응하려는 것"임을 명시하면서, "의사조력사망이 요청될 수 있는 다른 상황들에 대해서는 아무런 판단을 내리지 않는다"고 강조하였다.[185]

연방대법원이 중점적으로 분석한 사실적 상황은 근위축성측색경화증이라는 치명적 신경퇴행성 질환을 앓고 있던 글로리아 테일러(Gloria Taylor) 사례였다.[186] 그러나 연방대법원은 다른 상황, 예컨대 "미성년자, 정신질환자 또는 경미한 의학적 상태에 있는 자의 조력사망"은 판시된 범위에 포함되지 않는다고 언급하였다.[187]

법원은 무효 선언의 효력을 12개월간 정지시켜, 연방 의회와 주 의회가 대응할 시간을 주었다. 또한 입법적 대응은 "복잡한 규제 체계"를 수반할 가능성이 크며, 의회는 허용적 제도에서 발생할 수 있는 위험에 처할 수 있는 사람들의 사회적 이익과, 조력사망을 원하는 사람들의 사회적 이익 간의 균형이라는 "어려운 과제"에 직면한다고 언급하였다.[188] 나아가 법원은 의회가 최종적으로 채택하는 제도에 대해 높은 수준의 존중(deference)이 부여되어야 한다고 제시하였다.[189]

2016년 1월 15일, 법원은 무효 선언 정지를 4개월 연장하여, 새로운 입법이 마련되지 않는 한 2016년 6월 6일에 무효 선언의 효력이 발생하도록 하였다.[190]

3. 판결의 결론

캐나다 연방대법원은 2015년 2월 6일, 전원일치로 연방형법전 제241조(b) 및 제14조를 위헌으로 판단하고, 1년간의 유예 기간 후 무효가 된다는 취지의 판결을 내렸다. 연방대법원은 연방형법전 제241조(b) 및 제14조의 헌장 제7조 위반에 관한 논의를 "치명적이고 치유 불가능한 병세로 인한 고통을 가진 자"로 한정하면서도, 개인의 생명, 자유 및 안전에 대한 침해성을 인정하였다. 이뿐만 아니라 헌장 제7조의 기본적 정의 원칙에 관해, 여기에서도 입법 목적을 "상처받기 쉬운 약자가 그 취약성을 이용해 자살로 유도되는 것으로부터의 보호"로 설정하면서도, 연방 형법전의 포괄적인 자살방조 금지규정

185) *Ibid*
186) 원고는 여러 명이었으나, 글로리아 테일러가 유일하게 의사조력사망을 요청한 원고였다. Kay Carter의 상황도 법원이 고려했는데, 그녀의 딸 Lee와 사위 역시 원고로 소송에 참여하였다.
187) Carter v. Canada (Attorney General) [2015] 1 SCR 331 at para 111.
188) Carter v. Canada (Attorney General) [2015] 1 SCR 331 at paras 95, 98.
189) Carter v. Canada (Attorney General) [2015] 1 SCR 331 at paras 97-98.
190) 2016년 1월 15일 판결에서, 캐나다 대법원은 퀘벡 주에 대해서는 4개월 연장의 효력을 적용하지 않았으며, 권리를 행사하기 원하는 사람들에 대해, Carter 판결 제127항의 요건에 따라 해당 관할 고등법원에 구제를 청구할 수 있는 예외를 인정하였다.

이, 보호를 필요로 하지 않는 사람으로부터도 의사의 방조를 받아 죽을 기회를 박탈하고 있으며 이 입법 목적에 비추어 볼 때 현저한 불균형의 점에까지 이르지 않더라도 과도한 광범위성의 점에서 부당하다고 하여 헌장 제1조의 고찰로 나아간다. 그리고 해당 규제의 최소한도성 측면에서, 미끄러운 경사면에 대한 효과적이고 덜 침해적인 안전장치는 찾을 수 있다고 한 원심 재판관의 판단을 지지하며 엄격한 요건과 절차에 의한 충분한 안전장치를 구축함으로써 입법 목적을 보다 제한적이지 않은 방법으로 달성하는 것도 가능하다고 인정하였다.

4. 판결의 의의

카터 판결에서 캐나다 연방대법원은 자살방조에 대한 현행 형법의 금지범위가 과잉적 대응임을 확인하는 동시에 적절한 구제책까지 제시하고 있다. 즉 연방대법원은 연방형법전 제241조(b) 및 제14조는 동의 능력이 있는 성인으로, (1) 생명 종결에 관한 명확한 동의를 부여하고, (2) 중증이며 치유 불가능한 증상(질병, 질환, 장애 포함)이 해당 환자가 처한 상황에서 본인에게 견딜 수 없는 지속적인 고통을 초래하는 경우에도 의사의 조력에 의한 죽음을 금지하는 한도 내에서 무효라고 선언[191]함으로써, 향후 의료조력사 법제화에 있어 환자의 자격요건에 관한 입법 가이드라인을 제시하고 있다. 특기할 만한 것은 캐나다 연방대법원은 형법적 금지의 위헌적 결정이 적용되는 범위를 해당사건의 사안에만 대응시킬 것을 요구하고 있다는 점이다: "우리는 의사조력사망이 요청될 수 있는 다른 상황들에 대해서는 어떠한 판단도 내리지 않는다. 예컨대, 미성년자, 정신질환자 또는 경미한 의학적 상태에 있는 사람들과 관련된 상황은 본 판결 이유의 범위를 벗어난다."[192]

의사에 의한 사망조력이 예상되는 다른 상황들에 대한 자기결정권의 타당 여부에 대한 판단을 유보한 연방대법원의 취지는 해당 판결의 효력이 확대 적용되는 것에 대한 경고를 통해 반대론자들의 미끄러운 경사길 논거를 염두에 둔 것일 수도 있다. 이러한 이유 탓인지 캐나다 의료조력사법(MAID)는 후술하듯이 의료조력사의 법제화 초점을 인간의 생명을 종결시키는 행위 자체의 옳고 그름에 대해 맞추지 않고, 취약한 사람들을 보호하기 위한 안전장치가 충분히 마련되었는가 하는 점에 맞추고 있다. 캐나다에서는

191) Carter v. Canada (Attorney General) [2015] 1 SCR 331 at para 127.
192) Carter v. Canada (Attorney General) [2015] 1 SCR 331 at para 111.

실제 이 법률 시행 후, 그 안전장치의 유효성 검증을 위해 MAID 시행에 관한 보고와 지속적인 모니터링 제도가 도입되었다.

V. 스위스 연방재판소(2006) – 죽음을 선택할 자기결정권 인정

1. 개요

스위스 형법(연방형법)은 자살 방조를 전면 금지하지도 않고 전면 허용하지도 않는다. 형법 제115조는 "도움(또는 교사)이 '사리사욕(이기적)적 동기'에서 이루어졌을 경우에만 처벌"한다고 규정하여, 비이기적(이타적) 동기에 기한 등 자살방조는 원칙적으로 처벌 대상에서 제외해 왔기 때문이다. 스위스는 이와 같이 자살방조를 처벌하는 규정이 부재한 빈틈하에서 자살조력에 관한 '관용적 불처벌' 체계를 오래동안 유지해왔고, 이에 따라 의료조력사를 위한 자살여행 국가로 알려져왔다.

2006년 11월 스위스 연방재판소(Schweizerisches Bundesgericht)는 치사약물인 '나트륨 판토바르비탈' 처방 요청이 스위스 보건당국에 의해 기각되었다는 이유로 제기된 헌법소원 사건에 대해 신청인의 청구를 인용하였다. 신청인은 정신적 질병으로 고통받고 있었지만 신체적으로는 건강한 고령자가 스스로 생을 마감하고자 규제 약제인 나트륨 펜토바르비탈(Natrium-Pentobarbital)의 처방을 스위스 보건당국(Bundesamt für Gesundheit)에 신청하였다. 그러나 정신적 질환만으로는 약물 처방의 법적 요건을 충족하지 못한다는 이유로 거부당하자, 이러한 처분이 자신의 자기결정권 및 인간의 존엄(Art. 10 Abs. 2 BV, Art. 8 EMRK)이 침해되었다며 헌법소원을 제기하였다.

이 사건에서는 스위스 헌법 제10조 제2항(개인적 자유)이 "자기 생명에 대한 처분 및 자살의 결정"을 포함하는지, 그리고 자살을 방지하기 위한 특정 약물의 접근 제한의 가능성 및 그 한계는 어디까지인지가 쟁점이었다.

2. 2006년 연방재판소 판결[193] 내용

스위스 연방재판소는 이 사건 판결에서 "스위스 헌법 제10조 제2항의 '자기결정

193) BGE 133 I 58 S. 59ff.

권'은 개인이 자신의 생을 마감할지 여부를 자유롭고 자율적으로 결정할 수 있는 권리를 포함한다"고 하면서 다만 그러한 결정을 내릴 수 있을 만큼 자기책임적 판단능력이 있어야 한다"고 판시하였다.[194] 즉 스위스 최고재판소는 헌법상의 개인자유 · 사생활 권리의 연장선에서 사망에 대한 자기결정권. 즉 개인이 언제 · 어떻게 자신의 삶을 끝낼지 결정할 권리, 즉 '죽을 권리' 인정하고, 이러한 권리 실현에 조력하는 조력자가 처벌되지 않기 위해서는 요청자가 스스로 죽음을 실행했을 것, 요청자가 자기결정 능력(판단능력)을 갖추었을 것을 중요한 기준으로 제시한다. 즉 조력은 '도구 제공' 수준에 그쳐야 하고, 외부인이 실질적으로 죽음을 집행해서는 안 된다는 의미에서 '판단능력'과 '행위지배력' 요건을 요구하였다.[195]

이뿐만 아니라 연방재판소는 "국가는 생명을 보호할 의무를 지지만, 그 보호가 판단능력을 가진 개인의 자율적인 생명종결 결정을 금지하는 수준으로까지 확대되어서는 안 된다."고 함으로써 자기결정권과 국가의 생명보호의무와의 조화를 도모하였다.[196]

이와 같이 연방재판소는 기본권으로서의 자기결정권을 폭넓게 인정하면서도, 충동 · 압력 · 심각한 정신질환으로 인한 판단능력 부족 등 취약성을 보호할 필요가 있을 때는 제한을 정당화할 수 있다고 보았다. 다만 이 경우 제한은 비(非)자의적 · 비차별적이어야 하고, 입법 · 사법 · 행정적 보완 장치가 요구된다고 한다.

더 나아가 연방재판소는 자살자의 약물접근을 확장하면서도 이 접근이 무제한으로 허용되는 것이 아니라 다음과 같은 판시를 통해 분명히 하였다. "자살을 위한 약물 접근은 단지 그 사람이 신체적 질환이 아닌 정신적 질환을 앓고 있다는 이유만으로 거부되어서는 안 된다. 다만 그가 판단능력을 갖추고 있는 경우에 한한다"는 점을 확인하였다.[197] 연방재판소는 의약품(예: 나트륨 펜토바비탈) 제공 등 의사가 관여하는 경우에는 스위스 의학아카데미 가이드라인(SAMW: Medizin-ethische Richtlinie der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften)[198]을 준수해야 한다고 파악해 왔는데, 2006년 판결(및 이후 판례 · 행정문서)에서도 이 가이드라인을 사실상 준거기준으로 삼아 실무상 의사의 처방 가능성과 조건을 제한했다.[199]

194) BGE 133 I 58, E. 6.1.
195) BGE 133 I 58, E. 6.2.1, E. 6.3.2.
196) BGE 133 I 58, E. 6.2.1.
197) BGE 133 I 58, E. 6.3.
198) 위 가이드라인의 2005년판 영문본으로는, Swiss Academy of Medical Sciences, Medical-ethical Guidelines (2025), https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html (2026. 3. 23. 최종확인).

3. 판결의 의의

가. 조력자살을 허용하는 헌법적 근거

연방재판소는 헌법상 보장된 '자기결정권'의 범위 내에 개인이 자신의 '죽음의 시기와 방법'을 결정할 권리(죽을 권리)가 포함됨을 법리적으로 확립했다. 이 판결의 법리는 스위스에서 조력자살이 비이기적 동기하에서 불처벌로 남을 수 있는 법적 · 판례적 근거가 되었다. 특히 이 판결은 정신질환자(중증 양극성장애 등)에 대해서도 '스스로의 죽음에 관한 권리'를 인정함으로써 자기결정권의 폭을 확장한 중요한 분기점으로 평가된다. 동시에 재판소는 정상적 판단을 위한 정신적 능력 · 자발성 · 행위지배력의 요건과 의료윤리 지침(예: SAMS)을 중시하며, 취약자를 보호하기 위한 합리적 제한을 허용하는 균형적 태도를 취했다.[200]

이 판결은 이후 스위스의 조력자살 단체(Dignitas, Exit)의 합법적 활동을 뒷받침하는 핵심 근거가 되었으며, 유럽인권재판소(EGMR, Gross v. Switzerland, 2013)에서도 자주 인용된다. 특히 유럽인권재판소는 이 판결에서 스위스 판례와 상호작용하면서 환자에게 사망수단(예: 수면 · 진정제 처방)을 제공할 수 있는 의료인의 권한 · 의무에 관해 논의함으로써, 유럽인권법 관점에서도 사생활권(Art. 8 EGMR)을 근거로 조력된 자살에 대한 일부 보호적 접근을 확인하면서, 스위스 연방재판소의 넓은 자기결정권 해석을 뒷받침했다.

결과적으로 스위스는 '의료조력사를 사실상 허용(관용)'하는 전제하에서 판례 · 지침에 의한 규율 상태를 유지하고 있고, 이러한 규율 체계는 실무의 유연성을 제공하지만 입법적 명확성 · 감독 필요성을 남긴다(최근 Sarco 사건[201] 등은 이 긴장을 보여 주고 있음).

---

199) BGE 133 I 58, E. 6.3.4.

200) 제네바 지역 의사가 건강한 고령 여성을 도와 자살하도록 한 사건에서 2021년 12월 9일 연방재판소가 일부 위법 판단을 뒤집어 무죄 취지로 한 사례가 언론에 보도되었다[이 사건의 판결은 TF, Arrêt du 9 décembre 2021 (6B_646/2020)]. 이 판결은 법원이 조력의 구체적 사실관계 · 동기 · 피의자의 행위 형태를 주의 깊게 심사한 사례로서 '비이기적 동기', '행위지배력'에 관한 판례 기준의 현실적 적용을 보여 준다. 이 판결에 대한 연방재판소 보도자료로는, Suizidhilfe für gesunde Frau: Urteil gegen Arzt aufgehoben – Kantonsgericht Genf muss neu entscheiden: Urteil vom 9. Dezember 2021 (6B_646/2020), Medienmitteilung des Bundesgerichts (2021. 12. 9.), https://www.bger.ch/files/live/sites/tfl/files/pdf/de/6b_0646_2020_yyyy_mm_dd_T_d_13_32_23.pdf (2026. 3. 23. 최종확인). 연방재판소가 파기환송한 이 사건에 대해 제네바 법원 형사부도 2023. 2. 6. 무죄를 선고하자, 제네바 검찰이 다시 연방재판소에 상소하였고, 연방재판소는 2024. 3. 13. 이를 기각하였다[TF, Arrêt du 13 mars 2024 (6B_646/2020)].

201) 2024년 9월 23일 스위스 샤프하우젠(Schaffhausen) 주 메리스하우젠(Merishausen)의 숲속 오두막에서 64세의 미국인 여성이 'Sarco(자살캡슐)'을 이용해 사망하였고, 검찰은 관련자들에 대해서 스위스 형법 제115조의 자살교사 및 방조죄 혐의로 수사를 개시하였다. Sarcos는 외국 단체 · 활동가(Philip Nitschke)가 개발

나. 판결의 문제점

스위스는 (의료조력사를 법제화한 다른 국가와는 달리) '조력자살을 형식적으로 허용하거나 포괄적으로 규율'하는 특별법이 존재하지 않음에도, 형법 제115조의 예외 조항과 연방재판소 해석 · 의료지침의 결합으로 인해 실무상 조력자살이 허용되어 왔다. 결과적으로 민간 '조력기관(예: Dignitas, Exit 등)'이 활동할 수 있었고 외국인에 대한 조력(의료조력 여행) 사례도 많이 생겨났다.

그러나 '사법적(판례) · 윤리적(지침)' 규범에 의존하는 체계는 불확실성 · 지역적 편차 · 논쟁을 초래한다. 따라서 입법을 통해 명확한 절차 · 평가요건 · 감독기구 등을 마련해야 한다는 요구가 지속적으로 제기되어 왔다. SAMS 지침[FM H(의사협회) 채택 포함]은 임상적 표준을 제공하지만, 이는 입법적 규율(형사법 · 보건법 등)을 완전히 대체하지는 못한다.

VI. 이탈리아 헌법재판소(2018/2019)

이탈리아는 전통적으로 가톨릭의 영향이 강해 생명 윤리 문제에 보수적인 입장을 취해왔으나, 헌법재판소의 주도적인 판결을 통해 의료조력사가 '제한적 허용(비범죄화)'되는 방향으로 규범상황이 변화하고 있다.

1. 종래의 규범상황

이탈리아는 법체계는 의회가 제정한 별도의 '의료조력법'을 가지고 있지 않다. 따

한 장치로, 사용자가 내부에서 질소를 흡입해 의식을 잃고 사망에 이르는 방식을 말한다. 사르코 사용을 통한 사망은 전통적인 의사 처방 약물 대신 기계가 죽음 과정 수행하는 것이므로 법적으로 조력행위의 범위 확대 문제가 발생한다. 이 사건에 대한 수사가 실제로 진행되면서(일부 인물 체포 · 조사), 스위스 국내에서 법 · 윤리적 경계(기술적 수단으로 '조력'하는 경우의 적법성)가 다시 공론화된 사건이다. 수사에서 핵심은 '외부인이 실질적 개입을 했는지', 그리고 조력자의 동기가 '이기적인지 아닌지' 여부였다. 샤프하우젠 검찰은 사망자가 자살이라는 점을 인정함으로써 체포되었던 조력자(단체 관계자 등)에 대해 살인(고의적 타살) 혐의는 배제하였지만, 자살 교사 및 방조에 대한 강한 혐의는 존재하는 것으로 보고, 수사 및 형사절차는 여전히 진행 중이다. 이 사건을 정리한 최근 언론기사로는 SWI(2025. 2. 6.), "After the first 'Sarco pod' death, will Switzerland introduce stricter rules for assisted suicide?", https://www.swissinfo.ch/eng/assisted-suicide/after-the-first-sarco-pod-death-will-switzerland-introduce-stricter-rules-for-assisted-suicide/88824081 (2026. 3. 23. 최종확인).

라서 종래 조력사망에 개입하는 의사는 형법(Codice Penale)의 자살방조죄[202]에 의해 형사처벌의 대상이 되어왔다. 종래 형법의 자살방조죄 조항이 예외 없이 적용되어왔다. 따라서 의사가 불치병 환자에게 치사 약물을 처방하거나 전달하는 행위는 명백한 범죄로 취급되었으며, 이에 따라 많은 이탈리아인들이 스위스로 건너가 조력사망을 선택하는 '죽음의 망명' 현상이 존재하였다.

이러한 종래의 법체계에 균열을 낸 것은 '마르코 카파토(Marco Cappato)' 사건이었다. 급진당 정치인인 카파토는 2017년, 교통사고로 전신마비와 시각장애를 입고 극심한 고통을 겪던 DJ 파보(Fabiano Antoniani)를 스위스로 데려가 자살하는 데 도움을 제공하였다. 이후 그는 귀국하여 스스로 자수하면서 형법 제580조의 위헌성을 다투기 위해 헌법소원을 제기했다. 이 사건에 대해 이탈리아 헌법재판소(Corte Costituzionale)는 두 차례의 역사적인 판결을 내리게 된다.

2. 전환점: 헌법재판소 판결(207/2018→242/2019 소위 '카파토 판결')

가. 2018년 헌법재판소 판결(207/2018)[203]

먼저 2018년 헌법재판소 판결(207/2018 결정)은 형법 제580조가 특정한 예외적 상황[204]에 대해 적용될 때 헌법에 위반된다는 것을 확인했다. 그 결정적인 논거는 다음과 같다.

"따라서 자살 조력에 대한 절대적 금지는, 헌법 제2조, 제13조 및 제32조에서 도출되는 고통으로부터 해방되기 위한 치료법(수단)을 포함하여, 환자가 치료법을 선택할 자기결정의 자유(libertà di autodeterminazione)를 제한하는 결과를 초래한다. 이는 헌법적으로 보호받을 가치가 있는 다른 이익을 보호하기 위한 목적이라고 볼 수도 없으

202) 이탈리아 형법 제580조 (자살방조 및 교사죄) 타인의 자살을 결정하게 하거나, 타인의 자살 의사를 강화하거나, 또는 어떤 방식으로든 자살의 실행을 용이하게 한 자는, 자살이 행해진 경우, 5년 이상 12년 이하의 징역에 처한다. 자살이 행해지지 않은 때에도, 자살시도로 인하여 중상해 또는 매우 중한 상해가 발생한 때에는 1년 이상 5년 이하의 징역에 처한다.

203) Corte costituzionale, ord. n. 207 del 16 novembre 2018.

204) 즉 특수한 예외상황은 '형벌규정이 도입되던 당시에는 상상할 수 없었지만, 의학 및 기술의 발전으로 인해 비로소 그 적용 범위에 편입되게 된 상황들, 즉 극도로 위중한 상태에 있는 환자들을 사망으로부터 일시적으로 구해낼 수는 있지만, 그들의 생명 기능을 충분히 회복시키지는 못하는 경우'라고 한다. 이어서 헌법재판소는 구체적으로 ① 회복불가능한 질환, ② 그 질환으로 인한 인내할 수 없는 신체적 또는 심리적 고통, ③ 연명치료에 대한 의존, ④ 자유롭고 의식적인 결정능력이라는 요건을 구비한 자에게 동일하게 형법 제580조를 전면적으로 적용하는 것에 대해서는 헌법적 문제를 야기할 수 있음을 지적하였다. Corte costituzionale, ord. n. 207 del 16 novembre 2018, *Considerato in diritto*, para 8.

면서, 환자에게 삶을 마감하는 단 하나의 방식만을 강요하는 것이다….”[205]

하지만 헌법재판소는 바로 ‘단순 위헌’ 결정을 내리는 대신, 이 문제는 헌법적 가치의 충돌(자기결정권 vs. 생명보호)이므로, 국민의 대표인 의회가 민주적 토론을 통해 세부 절차를 만드는 것이 가장 바람직하다고 하면서 의회(입법부)에 2019년 9월 24일까지 관련 법을 개정할 것을 촉구하는 ‘잠정 결정(Ordinanza)’을 내렸다. 형법의 자살방조죄 조항을 단순 무효 선언하면, 아무런 통제 장치 없이 누구나 자살을 도울 수 있는 ‘법적 공백’이 생겨 취약계층이 위험해질 수 있기 때문임을 이유로 하였다.

나. 2019년 헌법재판소 판결(242/2019)[206]

유예한 입법기한이 지났음에도 이탈리아 의회가 정치적 갈등으로 인해 법안을 통과시키지 못하자 헌법재판소는 다시 심리를 재개했고, 207/2018 결정을 통해 예고한 대로 위헌 결정을 내렸다. 따라서 242/2019 판결은 207/2018 결정의 논리적 귀결이자 집행이라고 할 수 있다.

헌법재판소는 이 판결을 통해 의회가 법을 만들지 않았으므로, 입법부의 부작위로 인해 국민의 기본권(자기결정권)이 계속 침해받는 것을 방치할 수 없다고 보았다. 따라서 헌법재판소는 형법 제580조가 특정한 조건을 갖춘 환자의 자살을 돕는 경우까지 처벌하는 범위 내에서는 위헌이라고 판결하면서(Sentenza), 의료조력사를 허용할 수 있는 헌법적 기준(특수한 예외 상황에서의 의료조력사의 4가지 허용 요건[207]과 절차로서의 공공의료 윤리위원회 검토)을 판결문에 명시하여 사실상 입법자의 역할을 수행했다.[208]

---

205) Corte costituzionale, ord. n. 207 del 16 novembre 2018, *Considerato in diritto*, para 9.

206) Corte costituzionale, sentenza n. 242 del 22 novembre 2019.

207) ① 불가역적 병리 상태(Patologia irreversibile): 회복 불가능한 질병일 것, ② 견딜 수 없는 고통(Sofferenze intollerabili): 환자가 주관적으로 인내하기 힘든 신체적 · 정신적 고통이 있을 것, ③ 생명유지치료 의존(Trattamenti di sostegno vitale): 인공호흡기, 인공영양 등 기계적 장치나 약물에 의해 생명이 유지되고 있을 것, ④ 자유로운 의사 능력(Capacità di prendere decisioni) : 환자가 명확하고 자유로운 의사결정 능력을 갖추고 있을 것.

208) 이탈리아 헌법재판소(Corte costituzionale)의 결정 형식은 크게 sentenza와 ordinanza로 나뉜다. 전자는 법률의 위헌 여부나 권한쟁의의 결론을 실질적으로 확정하는 형식이고(본안판단), 후자는 주로 절차적 문제나 사건의 진행에 관한 결정을 의미한다(절차결정). 이하에서는 편의상 전자의 경우는 판결, 후자의 경우는 결정이라고 부르기로 한다.

다. 2024년 헌법재판소 판결(135/2024)[209]

의료조력사를 허용하기 위해 2019년 헌법재판소가 제시한 네 가지 요건 중의 하나(생명유지 장치 의존)에 관한 엄격한 해석 때문에 기계에 의존하지는 않지만 타인의 지속적인 처치 없이는 생존할 수 없는 중증 환자들이 조력사망에서 배제되는 문제가 발생했다. 이에 이탈리아 헌법재판소는 2024년 7.18. 135호 판결(Sentenza 135/2024)을 통해 '생명유지 장치의존' 여부에 대한 판단 척도로서 '기술적 복잡성'이나 '기계 장치의 유무'가 중요한 것이 아니라, '해당 처치나 지원을 중단했을 때 환자가 단기간 내에 사망에 이르게 되는가'하는 기능적 결과가 판단의 핵심 기준이 되는 것임을 인정했다. 즉 헌법재판소는 기계장치뿐만 아니라, 주기적인 수동 장 비우기(수지 관장), 인공 도뇨관 삽입, 기관지 점액(가래) 흡입, 필수 생명 유지 약물 투여 등 일상적인 의료 · 간병 행위라 할지라도, 그것이 생명 유지에 필수불가결하다면 모두 '생명유지를 위한 치료'에 해당한다고 판시했다.

3. 이탈리아 헌법재판소 판결의 논리와 자기결정권의 연결

헌법재판소는 위 세 개의 판결에서 국가의 '생명 보호의 의무와 개인의 자기결정권(헌법 제2조, 제13조, 제32조)' 사이의 충돌을 다루며 다음과 같은 정교한 논리를 전개했다.

가. 치료거부권과 조력자살의 모순 해결 (합리성 제고)

이탈리아 법질서는 2017년부터 환자가 생명유지장치를 거부하거나 중단하여 자연사할 권리를 인정하고 있었다.[210] 이러한 전제하에서 환자가 생명유지장치를 떼고 죽음을 맞이하려면, 기아, 탈수, 호흡곤란 등으로 이어지는 길고 고통스러운 과정을 겪어야 한다.[211] 이미 죽음의 과정에 진입한 환자에게 '장치를 떼고 고통스럽게 죽을 자유'는 주면서, '약물을 통해 즉각적이고 고통 없이 죽을 자유'를 처벌하는 것은 불합리하다. 이는 환자의 존엄을 해치는 것이라는 것이다.

---

209) Corte costituzionale, sentenza 18 luglio 2024, n. 135.
210) 「생전유언 및 동의 · 치료거부 의향에 관한 법률(Legge 22 dicembre 2017, n. 219)」 참조.
211) 한국의 연명의료결정법은 연명의료를 중단하더라도 통증 완화를 위한 의료행위와 영양분 공급, 물 공급, 산소의 단순 공급은 시행하지 않거나 중단해서는 안 된다고 규정하고 있다(제19조 제2항 참조).

나. 자살방조의 절대적 금지의 위헌 범위 확정

위 판결에서 헌법재판소는 무제한적인 자기결정권을 인정한 것이 아니다. “생명유지치료에 의존하고 있는 환자”라는 특수한 상황에서의 자기결정권만을 인정했다. 헌법재판소는 주문(Dispositivo)에서 직접 형법 제580조(자살방조죄)의 위헌 범위를 다음과 같이 확정했다. “형법 제580조가, 2017년 12월 22일 법률 제219호 제1조 및 제2조에 규정된 방식에 따라, 생명유지치료에 의존하고 있고, 가역적이지 않은 병리 상태(불치병)에 있으며, 자신이 견딜 수 없다고 판단하는 신체적 또는 심리적 고통의 원인이 되는 질환을 앓고 있으나, 자유롭고 인식 있는 결정을 내릴 능력이 충분한 사람의 자율적이고 자유롭게 형성된 자살 의도의 실행을 조력하는 자에 대하여, 그 처벌을 배제하지 않는 범위 내에서 헌법에 위반된다고 선언한다.”[212] 형법 제580조를 위헌으로 만드는 구체적인 4가지 요건은 이를 모두 충족해야 형법 제580조의 처벌을 면할 수 있게 된다는 의미이다.

더 나아가 헌법재판소는 환자에게 헌법상 어떠한 의료 처치도 ‘거부할 권리’가 있음을 출발점으로 삼았다. 이에 따르면 가래 흡입이나 수동 관장 같은 단순 처치도 환자가 거부하면 결국 사망에 이르므로, ‘이러한 처치를 거부하고 고통스럽게 굶어 죽거나 질식해 죽을 권리’가 인정된다면, 동등한 조건에서 ‘조력사망을 통해 평온하게 죽음을 앞당길 권리’ 역시 부여해야 한다는 논리를 전개했다. 이 점은 특히 135/2024 판결에서 생명유지 치료라는 개념의 확장을 통해 더욱 분명히 했다.

다. 사회적 취약자의 보호와 절차적 통제

헌법재판소는 자기결정권이 남용되어 취약계층(우울증 환자, 노인 등)이 죽음으로 내몰리는 것을 막기 위해, 반드시 공공 의료 서비스(SSN: Servizio Sanitario Nazionale)의 윤리위원회의 사전 검토를 거쳐야 한다는 절차적 요건까지 둘 것을 요구하였다.

4. 평가 및 시사점

자기결정권의 인정 범위에 관한 한, 이탈리아 헌법재판소의 242/2019 판결은 죽

212) Corte costituzionale, sentenza n. 242 del 22 novembre 2019, https://www.cortecostituzionale.it/scheda-pronuncia/2019/242 (2026. 3. 23. 최종확인).

을 권리가 아닌 죽음의 방식에 대한 선택권을 인정한 것으로 평가될 수 있다.[213] 즉 헌법재판소는 헌법상 '죽을 권리'를 전면적으로 인정한 것이 아니라, 이미 의학적 기술에 의해 생명이 강제로 연장되고 있는 상태(생명유지치료 의존)에서, 그 연장을 중단하고 죽음을 맞이하는 '방식'을 선택할 자기결정권을 인정한 것이다. 이는 소극적 안락사(치료중단)와 적극적 의료조력사 사이의 도덕적 · 법적 간극을 메운 판결로 평가될 수 있다.

이탈리아의 헌법재판소의 전향적 판결은 '치료 중단이 가능한 환자에게 조력자살을 금지하는 것이 과연 합리적인가?'라는 질문에 대해, '고통스러운 과정을 강요하는 것은 위헌'이라는 명확한 답을 제시했다는 점에서 연명의료중단이 허용되어 있는 한국의 법질서 속에서 의료조력사에 관한 논의가 무르익지 않은 단계에 있는 한국의 법체계에 대해 이론적 관점이나 현실적 관점에서 매우 중요한 시사점을 제공해 주는 것으로 평가될 수 있다. 후술하겠지만, 치료거부권이 자기결정권의 일환으로 인정되어 있으면서도 고통 없는 치료 방법을 선택하여 죽을 자기결정의 자유를 인정하지 않으면 고통을 의무화하는 것과 다름없기 때문에 결국 자기결정권의 침해로 평가될 수밖에 없기 때문이다.

5. 판결의 의의

위 242/2019 판결을 통해 이탈리아의 법체계는 형법 제580조의 '원칙적 금지' 위에 헌법재판소가 제시한 헌법적 기준을 충족시킬 경우 '예외적 허용'이 결합된 이중 구조를 가지게 되었다.[214] 두 가지 헌법재판소 판결에 관통하는 핵심 논리는 자기결정권의 '확장'과 '구체화'라고 할 수 있다. 헌법재판소는 208/2018 판결을 통해 의료 기술의 발달로 인해 '자연스러운 죽음'의 개념이 바뀌었다고 본 것이다. 생명유지장치로 인해 죽음의 과정이 인위적으로 지연되는 상황에서, 환자가 치료를 중단하고 죽음을 맞이할 권리(소극적 결정)와 조력을 받아 죽음을 맞이할 권리(적극적 결정) 사이에 "합리적인 이유 없는 차별"이 존재한다고 지적했기 때문이다. 242/2019 판결은 자기결정권이 단

213) 그 외 위 판결은 이탈리아 헌법재판소가 입법부작위에 대한 사법적 개입, 즉 사법적극주의적 입장을 표방한 것으로 평가될 수 있다. 즉 가톨릭 정서로 인해 의회가 입법을 미루는 상황에서, 헌법재판소가 헌법적 가치(존엄성, 자기결정권)를 수호하기 위해 형법 조항에 대한 조작적 판단(Manipulative Judgment)을 통해 직접 제도의 기준을 제공한 것이다. 이탈리아 헌법재판소가 입법부의 부작위로 인해 국민의 기본권(자기결정권)이 계속 침해받는 것을 방치할 수 없다고 하면서 직접 헌법적 기준을 제시하여 그 공백을 메운 방식은 입법자의 입법부작위에 대한 무기력으로 일관하는 한국 헌법재판소의 태도에 대해서도 시사하는 바가 크다.

214) 위 헌법재판소 판결에 따르면 조력사망을 도운 의사는 원칙적으로 형법상 자살방조죄에 해당하지만, 위 특정 요건 하에서는 '위법성이 조각된다.'는 위법성조각사유를 창설한 것으로 평가될 수 있다.

순히 '치료를 거부할 권리'에 머무르는 것이 아니라, '자신의 존엄성을 훼손하는 방식의 생존을 강요받지 않고, 자신이 선택한 방식으로 삶을 마무리할 권리'까지 포함함을 명확히 했다. 단, 그 주체는 독일헌법재판소의 입장과 같이 '모든 사람'이 아니라 '생명유지치료에 의존적이고 고통받는 환자'로 한정했다.

<표 5> 생명에 대한 자기결정권 인정 범위에 관한 이탈리아 헌법재판소의 두 판결 비교

구분	2018년 판결 (207/2018: Ordinanza)	2019년/2024년 판결 (242/2019; 135/2024: Sentenza)
성격	잠정 명령, 입법 촉구 (경고)	최종 판결, 위헌 확인 (집행)
핵심 내용	위헌성 인정 하지만 혼란을 막기 위해 1년간 의회에 입법 기회를 줌	의회의 실패 인정 헌법재판소가 직접 4가지 요건을 정하여 제한적으로 허용함 4가지 요건 중 생명유지치료에의 의존 요건에 대한 확장
의의	입법부 존중 (사법 자제)	기본권 수호 (사법적극주의)

VII. 콜롬비아 헌법재판소

콜롬비아는 중남미 국가 중 유일하게 헌법재판소의 주도로 안락사와 의사조력자살을 폭넓게 허용하고 있다. 일찍이 1997년 헌법재판소 판결로 적극적 안락사를 '존엄하게 죽을 권리(El derecho a morir dignamente)'라는 기본권의 일환으로 인정하며 합법화의 근거를 마련한 후, 2022년에는 다시 의료조력자살의 합법화를 선언했다.

1997년에는 '말기환자'에 대한 안락사만 비범죄화하였으나 1997년 판결(C-239/97 판결)에서 한걸음 더 나아가 2021년 헌법재판소는 비말기 환자(신체적 · 정신적 고통이 극심한 불치병 환자)에게까지 확대했다(C-233/21 판결).

2022년 5월 헌법재판소는 다시 의사조력자살(Suicidio Médicamente Asistido)을 처벌하는 형법 조항에 대해서도 위헌 결정을 내림(C-164/2022 판결)으로써 환자는 안락사와 의료조력사 중 임의로 선택할 수 있을 정도로 생명에 대한 자기결정권을 폭넓게 행사할 수 있게 되었다.

1. 안락사 합법화의 헌법적 근거(C-239/97/C-233/21)

콜롬비아 헌법재판소는 1997. 5. 20. 판결에서 헌법상 인간의 존엄성 존중(제1조), 생명권(제11조), 잔인하고 비인도적인 대우를 받지 않을 권리(제12조), 자유로운 인격의 발현권(제16조) 등을 넓게 해석함으로써 적극적 안락사를 조건부로 비범죄화(합법화)하며 '생명에 대한 자기결정권'을 헌법적으로 구체화한 판결을 내렸다.[215]

"생명권은 단순한 (생물학적) 생존으로 축소될 수 없으며, 존엄한 조건 속에서 적절하게 살아가는 것을 의미한다." 이 문구는 생명권이 단순히 숨을 쉬고 있는 상태를 보호하는 것이 아니라, 존엄하게 살아갈 권리를 의미함을 명확히 하여 죽음을 선택할 수 있는 논리적 길을 열어 주었다. 단순한 생물학적 생명의 양적 연장보다 질적 존엄성과 개인의 자율성을 우위에 둔 것이다.

헌법재판소는 또 "국가의 생명보호의무는 인간의 존엄성 및 자유로운 인격발현권에 대한 존중과 양립해야 한다. 따라서 우리 재판소는 극심한 고통을 겪고 있는 말기 환자들의 경우, 이러한 국가의 의무는 존엄하게 죽기를 원하는 환자의 정보에 입각한 동의(사전동의) 앞에서 양보(후퇴)되어야 한다"고 판단하였다.

이 판시내용에서는 국가가 형법을 통해 생명을 강제로 보호하려는 의무가 개인의 '자유로운 인격발현권' 앞에서 양보되어야 함을 천명함으로써 국가의 생명보호의무에 비해 자유로운 인격발현권(자기결정권)이 우위에 있음을 인정하였다.

콜롬비아 헌법재판소는 이 판결을 통해 "죽음에 직면하는 방식을 결정하는 것은 도덕적 주체에게 결정적인 중요성을 가지며, 이것이 바로 헌법이 보호하는 자유의 차원"이라는 취지의 판시를 한 것이다.

더 나아가 헌법재판소는 "원하지 않음에도 깊은 고통을 겪고 있는 사람에게 짧은 시간이나마 그 존재(생존)를 연장하도록 강요하는 것은 잔혹하고 비인도적인 대우에 해당할 뿐만 아니라... 도덕적 주체로서의 그의 존엄성과 자율성을 말살하는 것과 같다. 이는 개인을 추상적 가치로서의 생명을 보존하기 위한 한낱 도구로 전락시키는 것"으로 보았다. 국가가 생명보호라는 명목으로 환자에게 연명의료나 생물학적 생존을 강요하는 것은 단순한 권리 침해를 넘어 '도덕적 주체로서의 인격 말살'로 평가한 것이다.

마지막으로 헌법재판소는 종교적 관점(생명은 신의 구속력 있는 선물)과 세속적

215) Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-239/97(M.P. Carlos Gaviria Díaz; 20 de mayo de 1997.

헌법 관점(생명은 자율적 처분의 대상)을 명확히 분리하여, 자기결정권의 본질을 환자 개인의 양심과 신념에 따른 죽음의 방식을 선택한 것이라는 취지의 판시를 하였다. 즉 헌법재판소는 "세속적이고 다원주의적인 국가에서… 죽음을 어떻게 맞이할 것인가에 대한 결정은 개인이 자신의 확신과 신념에 따라 내려야 하는 결정이다. 국가는 스스로 존엄하지 않다고 판단하는 조건 속에서 더 이상 삶을 이어가지 않겠다는 개인의 결정에 반대(개입)할 수 없다."고 판시하였다.

다른 한편 콜롬비아 헌법재판소는 타인의 죽음을 앞당기는 행위가 무분별한 범죄로 전락하는 것을 막기 위해, 환자가 극심한 고통을 야기하는 말기 질환[216]을 앓고 있어야 하고, 환자의 자유롭고, 정보에 입각한, 명백한(의심의 여지 없는) 동의가 있어야 하며, 행위 주체가 오직 의료 전문가이어야 한다는 세 가지 요건이 모두 충족되는 의료적 맥락에서만 의사에 대한 형사책임이 인정되지 않는다고 하였다.

2. 의료조력사 허용 판결(C-164/2022)[217]

콜롬비아 헌법재판소는 2022. 5. 11. 재판관 6대 3의 결정으로 형법 제107조(자살 유도 및 방조죄)에 대해 조건부 합헌 결정(Exequibilidad Condicionada)을 내렸다. 이로써 환자가 스스로 약물을 복용하여 생을 마감하는 것 또한 '존엄하게 죽을 권리'의 실현 방식 중 하나로 인정되어 의사조력사도 허용되었다.

헌법재판소는 안락사 허용 판결과 유사하게 이 판결을 통해서도 "국가의 생명보호의무는 절대적인 것이 아니며, 환자가 신체적 상해나 심각하고 불치인 질병으로 인해 극심한 신체적 또는 정신적 고통을 겪고 있을 때, 이는 개인의 자율성과 존엄성 앞에서 양보(후퇴)되어야 한다. 이러한 상황에서 개인에게 존재(생존)의 연장을 강요하는 것은, 헌법 제12조에 의해 금지된 잔혹하고 비인도적이며 굴욕적인 대우를 받게 하는 것을 의미한다"고 판시하였다.

헌법재판소는 또 "생명에 대한 보호는 개인의 주관적 차원을 무시한 채 단순한 생물학적 차원으로 축소될 수 없다. 생명권은 생명이 환자 자신의 존엄성 개념과 더 이상 양립할 수 없게 되었을 때, 자신의 존재를 어떻게 그리고 언제 끝낼 것인지에 관하여

216) 다만 1997년 판결에서 안락사 허용요건은 '말기 환자'로 제한되었으나, 앞서 본 2021년 판결을 통해 '비말기 불치병 환자'까지 요건이 확장되었다.

217) Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-164/22(M.P. Antonio José Lizarazo Ocampo; 11 de mayo de 2022).

자유로운 인격발현권의 행사로서 내린 개인의 결정을 존중할 것을 요구한다"고 판시하였다.

다만 헌법재판소는 의료조력사의 경우에도 적극적 안락사의 경우와 본질적으로 동일한 다음 세 가지 요건(조력행위가 의사에 의해 수행되고, 진단 전이나 후에 이루어진 행위 객체(환자)의 자유롭고 의식적이며 정보에 입각한 동의가 있을 것, 환자가 신체적 상해나 심각하고 불치인 질병에서 비롯된 극심한 신체적 또는 정신적 고통[218]을 겪고 있을 것)을 갖춘 경우에 한하여 의사에게 형사책임(자살방조죄)이 인정되지 않는다고 하였다.

이로써 콜롬비아에서는 안락사와 의료조력사라는 두 가지 죽음의 방식을 모두 '존엄한 죽음'이라는 헌법적 권리의 보호 아래 놓이게 되었고, 환자들은 의료진이 약물을 투여해 주기를 원하면 안락사를, 스스로 약물을 복용하기를 원하면 의사조력사를 선택할 수 있게 되었다.

3. 안락사와 조력사망의 요건을 동일하게 설정한 헌법적 논거

콜롬비아 헌법재판소는 환자가 '자신의 손으로 직접 약물을 마시는 것(의료조력사)'과 '의사가 주사해 주는 것(안락사)'은 단지 동일한 기본권(존엄하게 죽을 권리)을 실현하는 '수단(행위 양태)의 차이'일 뿐이라고 판시했다. 헌법재판소는 "본 재판부는 의료조력사와 안락사가 존엄한 죽음에 대한 권리를 보장하기 위한 수단이라고 결론 내린다…. 어느 한 메커니즘에 접근하기 위해 (다른 메커니즘과) 서로 다른 요건을 요구하는 것은 헌법적 정당성이 결여되어 있으며, 평등권 및 자유로운 인격발현권을 침해한다. 이는 환자가 자신의 존엄성에 가장 부합한다고 여기는 방법을 선택할 자율성을 부당하게 제한하기 때문이다"이라고 판시하였다.

이 판결을 통해 콜롬비아 헌법재판소는 적극적 안락사와 의료조력사를 모두 '의료적 조력사망'이라는 하나의 포괄적 권리로 묶었으며, 두 방식 사이에 자격 요건의 차이를 두는 것은 평등 원칙에 위배된다고 보았다.

218) 1997년 초기 안락사 판결에서는 '말기(Terminal)' 환자일 것을 요구했으나, 2021년 안락사 요건 완화 판결(C-233/21)에 따라 '말기' 요건이 삭제되었고, 2022년 의료조력사 역시 이 완화된 기준을 그대로 준용했다.

4. 평가 및 의의

콜롬비아에서는 1997년 판결 이후에도 의회가 후속 입법을 방치하는 상태가 계속되자 보건부가 가이드라인(결의안 1216호)을 제정하면서 실제 의료현장에서 2015년에 와서야 합법적인 안락사 시술이 본격적으로 이루어졌다. 콜롬비아 헌법재판소가 극심한 고통을 겪는 말기 환자가 명시적으로 동의한 경우, 의사가 환자의 생명을 단축하는 행위(자비 살인)를 처벌하는 형법 조항이 '존엄하게 죽을 권리(자유로운 인격 발현 및 인간의 존엄성)'를 침해한다고 보아 위헌 결정을 내린 것은 '국가의 후견주의적 생명보호'가 '환자의 자율적 자기결정권'을 억압하는 수단으로 전락해서는 안 된다는 점을 확인하였으며, 의사(제3자)의 조력 행위를 처벌하는 형법 조항이 결과적으로 환자의 권리를 실현 불가능하게 막는 과잉 금지 원칙 위반이라는 입장을 취한 것으로 평가된다.

특히 콜롬비아 헌법재판소의 2022년 판결(C-164/22)은 국가의 생명보호의무와 개인의 '생명에 대한 자기결정권(자유로운 인격발현권)' 사이의 충돌을 어떻게 조율하고 양자의 관계를 재설정해야 하는지에 관한 합리적이고 정당한 법리를 제시한 것으로 평가할 수 있다.

VIII. 프랑스 헌법위원회(2017/2022)

프랑스 헌법위원회(Conseil constitutionnel)[219]는 인접한 유럽의 다른 국가들과는 달리 '죽을 권리'를 헌법상의 기본권으로 직접 인정한 적은 없으며, 오히려 조력자살을 금지하고 있는 촉탁살인죄나 자살방조죄 등 현행 형법의 금지 조항이 합헌임을 확인하는 보수적인 입장을 취하고 있다.

그러나 헌법위원회는 이보다 앞선 결정(2017년)에서 의회를 거쳐 합법화되어 있는 '인위적인 생명 연장(무의미한 연명치료)을 중단할 권리' 내지 '치료를 거부할 권리'는 개인의 자유(liberté personnelle)의 일환이라고 하면서 합헌이라고 하였다.

---

219) 프랑스도 2008년 헌법개정 이후 QPC(Question prioritaire de constitutionnalité)제도를 도입하여 재판 중 위헌 문제 제기가 가능해졌고, 이를 최종적으로 헌법위원회가 판단한다. 그러나 구조는 여전히 일반법원이 필터 역할을 하고 있을 뿐 아니라 개인의 직접 접근이 제한적이다. 따라서 프랑스 헌법위원회는 사법기관으로 보기 어렵고, 완전한 헌법재판소 모델과는 차이가 존재한다. 이하에서는 사전통제 중심 + 제한적 사후통제(QPC)의 혼합형이 제도화되어 있는 프랑스 헌법통제구조를 여전히 '헌법위원회'라고 부르기로 한다.

1. 자기결정권의 인정 범위에 관한 헌법위원회 결정

가. 2017년 헌법위원회: 치료거부권 및 심층 진정의 헌법적 근거

2017년 프랑스 헌법위원회는 의사표현 불능 환자의 치료 중단 결정에 관한 사전 협의 절차 사건에서 프랑스 현행 존엄사법(연명의료중단에 관한 법률: 일명 클레이-레오네티법)의 핵심인 '치료 중단'과 '심층 진정'이 헌법적 가치에 부합함을 확인하였다.[220]

이 결정에서 헌법위원회는 인간의 존엄성 보호(sauvegarde de la dignité de la personne humaine)가 헌법적 가치임을 재확인하면서 이 경우 '존엄'은 안락사를 요구할 권리가 아니라, 무의미한 연명치료(l'obstination déraisonnable)로 인해 환자의 존엄이 훼손되는 것을 방지하는 것으로 해석하였다(인간의 존엄성 보호 원칙: Considérant 10).

이뿐만 아니라 헌법위원회는 "모든 사람은 자신의 건강 상태에 대해 알 권리가 있으며, 자신이 받을 치료에 대해 동의하거나 거부할 권리가 있다. 이는 인권선언 제2조의 개인의 자유에서 도출된다."고 함으로써(치료 거부 및 중단에 관한 자기결정권: Considérant 11) 환자의 치료거부권(le droit de refuser un traitement)을 헌법상 기본권인 '개인의 자유'의 구체적 내용으로 격상시켰다.

여기서 더 나아가 헌법재판소는 법률이 규정한 '죽을 때까지 지속되는 심층 진정(sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès)'은 환자의 고통을 덜어주기 위한 수단으로서, 환자에 대한 생명권을 침해하는 것이 아니라 "고통 없이 존엄하게 삶을 마감할 수 있도록 하는 헌법적 균형점"으로 인정했다(고통받지 않을 권리의 실현: Considérant 12).

나. 2022년 사전의료지시서와 자기결정권의 관계에 관한 결정[221]

2022년 프랑스 헌법위원회는 사전의료지시가 명백히 부적절하거나 의료상황에 부합하지 않는 것으로 보일 때 의사가 이를 따르지 않을 수 있다는 공중보건법 제L1111-11조 제3항이 합헌 결정을 내렸다. 이 결정에서 헌법위원회는 인간의 존엄(dignité de la personne humaine)이 헌법적 가치를 가지고 개인의 자유(liberté personnelle)도 보호 대상이 되지만, 생명유지치료의 지속 · 중단 조건은 여전히 입법자가 정할 수 있는

220) Conseil constitutionnel, décision n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017, Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et de cérébro-lésés.
221) Décision n° 2022-1022 QPC- 선고 일자: 2022년 11월 10일.

영역으로 보고 있다.

의사가 환자의 사전의료지시를 예외적으로 배제 가능하다는 헌법소원 대상 법률에 따르더라도 의료진의 협의 절차를 따라야 하며, 기록 및 통지 의무를 부담하고 있고, 사법적 통제 가능성이 존재하므로 자의적 결정이 아니라 충분한 절차적 보장이 있다고 한다. 따라서 해당 규정은 인간 존엄, 자유 평등 등을 침해하지 않는다고 한다.

2. 프랑스 헌법위원회 결정의 의의

헌법위원회는 2017년 결정에서 치료를 거부할 권리, 무의미한 연명치료를 중단할 권리. 고통 완화를 위한 심층 진정을 받을 권리는 헌법적 가치(인간의 존엄 및 개인의 자유)에 부합한다고 보았다.

헌법위원회는 2022년 결정을 통해, 헌법상 개인의 자유(liberté personnelle)와 '자기결정'이 인정된다 하더라도, 환자 자기결정권 인정이 의학적 판단에 의해 제한가능하므로 절대적 권리가 아니라고 하는 입장에 서서 자기결정권과 의료전문성을 결합하는 모델을 기초로 삼고 있을 뿐, 환자에게 '죽음을 선택할 권리'를 인정한 것은 아니며 의료조력사와 직접적 관련성을 가진 판시내용을 보여주고 있지도 않다.

자기결정권의 범위에 관한 헌법위원회의 이러한 보수적 입장은 프랑스가 현재(2025-2026) 하원을 통과한 후 상원표결을 앞두고 있는 의료조력사 법제화 법안인 「생의 마지막에 관한 법률안(Projet de loi sur la fin de vie)」이 상원을 통과하더라도 이 법률안에 대한 위헌시비에 휘말렸을 경우 프랑스 헌법위원회가 자기결정권에 관한 어떤 이론에 입각할 것인지 귀추가 주목된다.

IX. 한국의 대법원(2009/2014년)과 헌법재판소(2009년)

한국의 법질서에서 환자의 자기결정권 인정 범위에 관해서는 헌법재판소 외에도 대법원의 판결이 있다. 시간적 순으로 보면, 김할머니 사건에서 연명의료중단 요청에 대한 2009년 5월 대법원의 판결[222]과 그에 뒤이어 같은 해 11월 연명의료중단법률 입

222) 대법원 2009. 5. 21. 선고 2009다17417 전원합의체 판결.

법 부작위에 관한 헌법재판소 결정[223]이 먼저 있었다. 그 후 2014년 종교적 수혈거부 사건에서 대법원은 환자의 자기결정권과 국가의 생명보호의무와의 관계를 새롭게 설정할 수 있는 가능성을 열어주는 법리로 발전될 가능성을 열어두었다.[224]

1. 2009년 대법원 전원합의체 판결[225]

가. 자기결정권의 헌법적 근거와 연명치료 중단을 결정할 환자의 권리

한국 의료법 및 헌법 체계에서 연명의료 중단과 환자의 자기결정권에 관한 가장 핵심적인 리딩 케이스라고 할 수 있는 세브란스 병원 김할머니 사건에 대한 판결에서 대법원은 환자가 무의미한 연명치료를 거부할 권리가 헌법 제10조(인간의 존엄과 가치, 행복추구권)에서 파생되는 '자기결정권'의 핵심 내용임을 명확히 인정했다. 즉 대법원은 "환자가 회복불가능한 사망의 단계에 진입하였고 연명치료가 의학적으로 무의미하다고 판단되는 경우, 환자는 자신의 가치관에 따라 연명치료의 중단을 결정할 수 있고, 이는 헌법 제10조에서 보장하는 개인의 인격권과 행복추구권에 전제된 자기결정권에 기초하는 것이다"고 판시하였다.

나. 연명치료 강요의 헌법위반 선언

이 때문에 대법원은 "죽음에 임박한 환자에게 의학적으로 무의미한 신체 침해 행위(연명치료)를 강요하는 것"은 오히려 "환자의 인간으로서의 존엄과 가치를 해하는 것"이라고 판시했다. 즉 대법원은 회복 불가능한 환자에게 본인의 의사에 반하여 생명 연장만을 위한 치료를 강요하는 것은 헌법적 가치를 훼손한다고 보았다. 대법원은 자연스러운 죽음을 맞이하고자 하는 환자의 자기결정권을 존중하지 않고 기계적 장치로 생명만을 연장하는 것은 헌법상 보호되는 인격권에 대한 중대한 침해로 해석한 것이다.

이뿐만 아니라 대법원은 연명치료 중단결정을 통해 사망하는 환자의 자기결정권 행사가 일반적인 의미의 '자살'과 명백히 구분된다고 선을 그었다. 자살은 자신의 생명을 인위적이고 적극적으로 끊는 행위인 반면, 이 사건에서의 연명치료 중단은 "이미 시작된 자연적인 죽음의 과정(사망의 단계)을 수용하고, 의학적으로 무의미한 개입을 철회

223) 헌법재판소 2009. 11. 26. 선고 2008헌마385 결정 [입법부작위위헌확인].
224) 대법원 2014. 6. 26. 선고 2009도14407 판결.
225) 대법원 2009. 5.21. 선고 2009다17417 전원합의체 판결.

하여 자연스러운 죽음을 맞이하는 것"이기 때문임을 근거로 했다. 이에 따라 대법원은 연명치료중단이 생명을 임의로 처분하는 자살이 아니라, 죽음의 과정에서 인간의 존엄을 지키기 위한 정당한 권리 행사로 보았다.

하지만 대법원은 이러한 범위 내의 환자의 자기결정권을 행사하는 단계에서 개입할 수 있는 의사의 역할은 매우 엄격하게 제한하였다. "의학적으로 무의미한 연명치료(인공호흡기 등)를 중단(제거)하는 행위"만을 적법한 의사의 행위로 제한하였다.

대법원의 이러한 판결의 취지에 따르면 연명치료의 중단은 자연적인 사망의 진행을 가로막고 있던 의료적 개입을 거두어들이는 소극적 조력일 뿐이며, 따라서 이를 넘어서는 의사의 적극적 조력, 즉 의사가 환자의 생명을 단축시키기 위해 적극적으로 치사약물을 투여하거나(적극적 안락사), 스스로 죽을 수 있도록 약물을 제공하는 행위(의사조력자살) 등의 의료적 조력은 여전히 형법상 촉탁살인죄 또는 자살방조죄에 해당하여 허용되지 않게 된다.

다. 생명처분에 대한 헌법적 자기결정권의 한계

대법원은 이 판결에서 "생명은 헌법적 보호의 절대적 전제로서 임의적 처분의 대상이 될 수 없다"고 전제하면서, 생명에 대한 자기결정권이 무제한적으로 인정될 수 없음을 밝히면서 그 엄격한 한계를 설정했다.

대법원은 환자가 ① '회복불가능한 사망의 단계'에 이르렀고, ② 치료가 '의학적으로 무의미'해진 예외적인 상황이 객관적으로 확인된 후, ③ 환자의 명시적 의사 또는 '추정적 의사(객관적 정황상 환자가 치료 중단을 원했을 것이라고 인정되는 경우)'에만 자기결정권이 생명권에 우선하여 인정될 수 있다고 한계를 지웠다.

라. 2009년 대법원 판결의 의의

대법원은 생명과 관련된 자기결정권의 충돌(생명권 절대주의 vs. 개인의 자율성)을 해결하기 위해 객관적 요건과 주관적 요건의 결합 모델을 채택하여 그 범위를 확정했다. 자기결정권이 발동되기 위한 전제 조건으로 '회복불가능한 사망의 단계'라는 객관적 의학 상태를 요구했다. 이는 자기결정권의 행사를 '죽음이 임박한 시점'으로 가두어 남용(일반적 자살이나 조기 안락사)을 원천 차단하는 장치이다. 다음으로 대법원은 객관적 상태가 충족된 후에는, 환자의 명시적 의사 또는 '추정적 의사'를 통해 자기결정권의 실

질적 행사를 인정했다. 즉, 한국 대법원은 생명을 단축할 권리(조력자살)는 부정하되, 자연스러운 죽음의 과정을 방해받지 않을 권리(존엄사/연명의료중단)만을 자기결정권의 내용으로 제한적으로 포섭하는 방식으로 규범적 경계를 확정하였다. 이는 이후 2016년 제정된 「연명의료결정법」의 기본 골격이 되었다.

일반적인 상황에서의 생명 포기(자살)나 적극적 안락사는 자기결정권의 범위에 포함될 수 없다는 대법원 판결의 취지에 따르면 대법원이 인정하는 자기결정권은 생명에 대한 자기결정권(즉 자살할 권리) 또는 조력을 받아 자살할 권리를 인정한 것이 아니다. 대법원은 자기결정권이 생명에 대한 임의적 처분이나 자살을 의미하는 것이 아니라, 자연스러운 죽음의 과정(즉 자연사)을 수용할 권리에 국한됨을 명확히 하여 그 헌법적 한계를 설정한 것이다.

2. 2009년 헌법재판소 결정[226)]

가. 자기결정권의 인정 범위와 그 한계

헌법재판소의 위 결정은 앞선 대법원 판결이 일종의 사법적극주의적 차원에서 연명의료중단의 헌법적 요건을 제시하였음에도 불구하고, 여전히 관련 법률을 제정하지 않고 있는 입법부의 입법 부작위에 대한 헌법위반을 다투는 헌법소원에 대한 판결이다.

헌법재판소는 대법원과 마찬가지로 환자가 죽음에 임박한 상태에서 무의미한 연명치료를 거부할 권리가 헌법 제10조(인간의 존엄과 가치, 행복추구권)에서 파생되는 '자기결정권'에 포함된다고 명시적으로 확인했다. 여기서 헌법재판소는 "연명치료 중단, 즉 생명단축에 관한 자기결정은 생명권 보호의 헌법적 가치와 충돌하므로 연명치료 중단에 관한 자기결정권은 '죽음에 임박한 환자'에 대해서만 인정"될 수 있다고 하였다. 특히 헌법재판소는 '죽음에 임박한 환자'에 대한 연명치료는 의학적인 의미에서 치료의 목적을 상실한 신체침해 행위가 계속적으로 이루어지는 것이라 할 수 있고, 죽음의 과정이 시작되는 것을 막는 것이 아니라 자연적으로는 이미 시작된 죽음의 과정에서의 종기를 인위적으로 연장시키는 것으로 볼 수 있다고 한다. 따라서 연명치료 중단에 관한 결정 및 그 실행이 환자의 생명단축을 초래한다 하더라도 이를 생명에 대한 임의적 처분으로서 자살이라고 평가할 수 없고, 오히려 인위적인 신체침해 행위에서 벗어나서 자신의

226) 헌법재판소 2009. 11. 26. 선고 2008헌마385 결정 [입법부작위위헌확인].

생명을 자연적인 상태에 맡기고자 하는 것으로서 인간의 존엄과 가치에 부합한다는 입장을 보였다.

그러나 헌법재판소는 자기결정권은 인정하지만, 국가가 반드시 이를 보장하는 '개별 법률(일명 존엄사법)'을 당장 제정해야 할 헌법상 작위의무가 도출되는 것은 아니라고 보았다. 즉, 명문의 법률이 없더라도 해석을 통해 권리를 보장받을 수 있으므로, 법률 미제정이 곧바로 헌법위반은 아니라고 판단하였다.

이 결정에서 헌법재판소는 환자의 자기결정권 행사에 개입하는 의사의 조력이 정당화되는 범위도 대법원과 동일하게 '의학적으로 무의미한 생명유지장치의 제거 등 소극적 조치'에 국한되는 것임을 확인하였고, "생명권은 헌법상 최고의 절대적 가치이므로 생명에 대한 임의적 처분(자살 등)은 예외 없이 금지된다"고 선언하면서 자기결정권이 생명권에 우선하는 예외적 상황은 오직 '회복 불가능한 사망의 단계'라는 극히 제한적인 조건 하에서만 성립함을 못 박았다.

나. 헌법재판소 결정의 의의

헌법재판소는 위 결정에서 연명치료 중단에 관한 환자의 자기결정권을 헌법 제10조에 근거한 기본권으로 인정하면서도, 생명은 임의적 처분의 대상이 될 수 없음을 명확히 하여 조력자살 등을 포함하는 이른바 '죽을 권리'나 '조력을 받아 죽을 권리'는 헌법상 인정될 수 없음을 분명히 하였다. 대법원과 마찬가지로 생명에 관한 자기결정권을 제한적으로만 인정한 것이다.

이러한 한계를 직시한다면, 이 헌법재판소 결정의 의의에 대해 '생명에 대한 자기결정권' 또는 '존엄하게 죽을 권리가 인정되었다'는 평가는 정밀성이 떨어지는 문제성 있는 평가[227]라고 하겠다. '생명에 대한 자기결정권 = 죽을 권리'라는 등식화는 생명에 대한 자기결정권의 인정 범위에 관한 2004년 대법원의 입장은 물론이고 2009년 헌법재판소의 입장과 상당한 거리가 있다. 환자에게 있는 기저질환의 상태에 따른 환자의 신체적 정신적 고통의 정도 및 단계별 의료행위의 특징을 고려한 환자의 선택지 확장 및 그에

227) 예컨대 최혜지, "죽음에 대한 자기결정권 낯설게 보기: 죽음의 통치성과 은폐된 욕구", 『보건사회연구』 제44권 제3호, 한국보건사회연구원 (2024), 19쪽에서는 2009년 헌법재판소 결정이 "죽음의 방식과 시기에 대하여 내린 결정"이라고 보면서, "자기결정권의 헌법적 권리가 죽음에 대해서도 예외일 수 없고, 존엄한 죽음에 대한 헌법적 권리의 핵심이 죽음에 대한 자기결정권에 있음"을 인정함으로써 헌법재판소가 죽음에 대한 자기결정권, 즉 죽을 권리를 인정한 취지의 결정을 내린 것으로 평가하고 있다.

따른 의료적 조력행위의 정당화 여부에 관한 헌법적 판단을 위해서는 생명에 대한 자기결정권의 스펙트럼을 보다 정밀하게 분석할 것이 요구된다.

다른 한편, 헌법재판소는 2023년 12월 불치병 척수염 진단을 받은 환자가 사망에 이르는 의료적 조력을 받을 기회를 전면 차단하고 있는 자살방조죄 위헌을 다투는 헌법소원 사건에 대해 2025년부터 본안심리를 진행 중이다. 이 심리를 통해 헌법재판소가 그동안 죽을 권리를 전면적으로 부정하는 제한된 의미의 헌법적 자기결정권에 대한 보수적 입장을 일정 부분 변경하여 의료조력사 법제화를 위한 헌법적 공간을 만들어내는 결단을 내릴 것인지의 귀추가 세간의 주목을 받고 있다. 이에 관해서는 후술한다.

3. 2014년 대법원 판결 – 대법원 2014. 6. 26. 2009도14407

가. 자기결정권 한계선의 변화

종교적 수혈거부 사건을 다룬 위 대법원 판결에서는 회복 가능성이 있는 상태(생존 가능)임에도 불구하고, 종교적 신념(여호와의 증인)에 따라 수혈을 거부하여 사망에 이른 환자에 대해 의사의 업무상과실치사죄 성립 여부가 쟁점이었다. 대법원은 이 판결에서 수혈거부 의사를 통해 생명권에 대한 자기결정을 하는 환자의 '신념에 따른 자기결정권'과 '국가의 생명보호의무 및 그에 따른 의사의 치료의무'의 관계에 관한 판단을 하였다.

대법원은 이 판시에서도 자기결정권에 관한 종래의 태도를 기본적으로 유지하였다. 즉 환자가 수혈을 거부하는 것은 헌법 제10조(인간의 존엄과 가치, 행복추구권) 및 제20조 제1항(종교의 자유)에 근거한 자기결정권의 행사임을 확인했다. 그러나 대법원은 이 판결에서 자기결정권의 헌법적 지위에 관해 2009년 판결에 비해 한걸음 진전된 태도를 보였다. "생명권은 절대적 가치이지만, 생명 유지 자체보다 자신의 종교적 신념이나 인격적 정체성을 지키는 것을 더 우위에 두는 환자의 '명시적이고 진지한 의사결정(진지한 자기결정권)'이 존재한다면, 의사는 이를 존중할 의무가 있다"고 판시함으로써, 자기결정권이 생명권(국가의 생명보호의무)이 대등한 가치를 가진 것으로 비교형량의 대상이 될 수 있음을 인정하였기 때문이다.[228]

228) "어느 경우에 수혈을 거부하는 환자의 자기결정권이 생명과 대등한 가치가 있다고 평가될 것인지는 환자의 나이, 지적 능력, 가족관계, 수혈 거부라는 자기결정권을 행사하게 된 배경과 경위 및 목적, 수혈 거부 의사가 일시적인 것인지 아니면 상당한 기간 동안 지속되어 온 확고한 종교적 또는 양심적 신념에 기초한 것인지,

물론 대법원도 이러한 수준의 자기결정권이 인정되려면 환자의 결정이 생명의 위험을 정확히 인식한 상태에서 이루어진 '사전의료지시'와 같이 명확하고 확고해야 함을 전제로 하였다. 또한 이 판결에서도 대법원은 원칙적으로 생명에 대한 환자의 자기결정권은 한계가 있음을 인정하였다. 생명권을 존중하는 국가의 생명보호의무에 근거하여 의사는 환자의 수혈거부의사에 따를 경우 환자의 생명이 위험에 처하게 된다면, 의사에게 치료의무가 있다고 하였다. 하지만 일정한 조건하에서 환자의 자기결정권과 의사의 생명보호의무에 따른 수혈치료할 의무 중 어느 것에도 상대적 우위를 인정하지는 않았다. 다만 환자의 자기결정권의 행사가 특정한 예외적인 상황을 충족시키는 조건하에서만 의사가 무수혈방식을 취하여 환자가 사망하게 되더라도 의사에게 형사책임을 물을 수 없다는 점만 확인하고 있을 뿐이다.

나. 2014년 대법원 판결의 의의: 자기결정권의 인정 범위 확장가능성에 대한 파란불

(1) '인격적 생명'의 가치와 진지한 자기결정권의 존중

대법원은 2014년 2009도14407 판결을 통해, 자기결정적 치료거부권이 인정될 수 있는 경우를 '생명 임박 단계' 이외에도 생존가능성이 인정되는 일정한 상황으로 확장하였다.[229] 단순히 생물학적 생명을 연장하는 것만이 절대적 선이 아니며, 환자의 확고한 신념에 기초한 결정이라면 회복 및 생존 가능한 상태에서도 치료거부권이 인정된다고 판단한 것이다.

2009년 (대법원/헌법재판소) 판결/결정들이 '어차피 죽을 환자가 편안한 상태에서 죽음을 맞이할 권리'를 다루었다면, 2014년 대법원 판결은 살 수 있는 환자라도 '자

환자가 수혈을 거부하는 것이 실질적으로 자살을 목적으로 하는 것으로 평가될 수 있는지 및 수혈을 거부하는 것이 다른 제3자의 이익을 침해할 여지는 없는 것인지 등 제반 사정을 종합적으로 고려하여 판단하여야 할 것이다. 다만 환자의 생명과 자기결정권을 비교형량하기 어려운 특별한 사정이 있다고 인정되는 경우에 의사가 자신의 직업적 양심에 따라 환자의 양립할 수 없는 두 개의 가치 중 어느 하나를 존중하는 방향으로 행위하였다면, 이러한 행위는 처벌할 수 없다고 할 것이다."(대법원 2014. 6. 26. 선고 2009도14407 판결).

229) 생존 가능성이 있는 환자라 할지라도 자신의 종교적 신념 등 인격적 정체성을 지키기 위해 생명의 위험을 감수하고서라도 특정 치료(수혈)를 거부하겠다는 '명시적이고 진지한 의사표시'를 헌법상 보장된 자기결정권의 행사(치료거부를 통한 사망)로서 존중되어야 한다는 입장을 취한 이상, 치료가능성이 없고 극심한 고통을 겪고 있는 환자의 사망에 대한 자율적 자기결정권을 인정하지 않는 것은 '캐나다 카터 판결'의 입장과 같이 환자에게 고통을 참으면서 서서히 죽어가는 길을 선택할 것인지 아니면 비정상적인 자살의 방법으로 죽는 길을 선택할 것인지를 강요하는 잔인한 선택을 강요하는 것이 될 수도 있다. 이러한 논리전개에 기초하여 장차 한국의 헌법재판소도 특정한 예외적 조건하에서 환자의 생명에 대한 자기결정권에 대한 보수적 입장을 변경할 것이라는 점에 관해서는 후술한다.

신의 정체성과 신념(종교 등)에 반하는 생명 연장(수혈)을 거부할 권리'를 자기결정권으로 인정했다는 점에서 자기결정권의 구체적 인정 범위(더 정확하게 말하면, 대상자 범위)를 일정부분 넓힌 판결로 평가할 수 있다.[230]

물론 대법원의 이러한 판결의 취지도 2009년 판결과 마찬가지로 '생명에 대한 처분권(자살할 권리)'까지 인정한 것은 아니다. 위 판결에서 대법원은 환자가 무수혈방식의 치료 방법을 선택할 자유를 자기결정권의 내용으로 인정하기는 했지만, 일반적인 의미의 죽을 권리(자살권)을 인정하거나 조력을 받아 죽을 권리까지 인정한 것은 아니었기 때문이다. 즉 대법원은 특정 치료 방법의 거부가 실질적으로 자살을 목적으로 하는 것으로 평가될 수 있는 경우에는 개인의 자기결정권(치료 방법의 선택권)이 후퇴하고 국가의 생명보호의무가 우위에 서게 되는 것임을 인정하였기 때문인 것이다.

이뿐만 아니라 2014년 판결에서도 대법원은 어떠한 형태의 '적극적인 생명 처분권'도 헌법적 보호범위 속에 넣고 있지 않다. 대법원은 환자의 주관적 의도 내지 동기가 '죽는 것(자살)'이 아니라 '자신의 종교적 신념과 양심을 지키는 것'이며, 죽음은 그로 인한 안타깝지만 불가피한 '결과'인 경우에만 자기결정권(치료 방법의 선택권)의 가치를 국가의 생명보호의무의 가치와 동가치한 것으로 보고 있을 뿐인 것이다.

지금까지 생명에 대한 자기결정권의 헌법적 지위에 관한 한국의 대법원과 헌법재판소의 법정의견을 정리하면 아래 표와 같다.

230) 그러나 생명에 대한 자기결정권의 인정 범위에 관한 한국의 대법원과 헌법재판소의 태도에 대해 지나치게 보수적으로 평가하는 입장도 문제가 있다. 예컨대 이석배, "인간의 존엄, 생명권 그리고 연명의료", 『형사법연구』 제31권 제3호, 한국형사법학회 (2019), 119-120쪽에서는 "이제까지 우리 대법원과 헌법재판소가 보여주는 해석의 핵심은 물론, 소위 연명의료결정법도 인간의 생명은 모든 기본권 주체로서 존엄한 인간의 지위를 유지시켜주는 생물학적 기초가 되기 때문에 비록 환자가 치료행위를 거부하더라도 만약 생명에 위험을 초래할 수 있는 경우에는 환자의 의사에 반하더라도 치료를 중단해서는 안 된다는 입장에서 사안을 바라보는 것이다. 이러한 입장은 후견적인 관점에서 시민의 생명을 보호하겠다는 취지로 이해된다."고 하고 있다.

<표 6> 한국의 헌법 해석상 자기결정권 인정 범위

구분	2009년 판결/결정(대법원/헌법재판소) 연명의료 중단	2014년 판결(대법원) 수혈 거부
환자 상태	회복 불가능한 사망 임박 단계	수혈 시 생존 및 회복가능한 단계
권리의 성격	자연적 죽음을 수용할 권리 (존엄사)	신념에 따른 특정 치료 거부권 (종교/양심)
생명처분권 인정 여부	부정 (생명 처분이 아닌 자연적 죽음의 수용임)	부정 (죽음을 목적으로 한 처분이 아님이 강조됨)
자기결정권의 인정 범위	사망 임박 단계에서의 '소극적 권리' 인정	생명 위험에도 불구하고 '신념에 따른 치료 거부' 인정

(2) 헌법적 자기결정권의 확장여부 전망

2009년 연명치료 중단 판결(김할머니 사건)이 '객관적 상태(회복 불가능한 사망 단계)'에 초점을 맞추었다면, 2014년 수혈거부 사건은 '주관적 가치(환자의 신념과 인격적 정체성)'로 무게 중심을 이동시켰다. 이러한 진보적 태도는 향후 헌법적 보호 대상인 자기결정권의 스펙트럼을 확장하는 규범적 토대가 될 수도 있다. 장차 대법원이나 헌법재판소에 의해 승인될 헌법적 자기결정권은 단순히 '죽음의 과정이 시작되었는가'를 넘어, '환자가 자신의 삶을 주관적으로 어떻게 평가하는가'를 기준으로 확장될 것으로 예상되기 때문이다. 즉, 루게릭병(근위축성 측색 경화증: ALS)이나 치매 초기, 극심한 만성 통증 환자처럼 당장 사망에 이르지는 않지만 '질병으로 인해 자신의 인격적 정체성과 존엄이 완전히 파괴'되어 자신의 신체에 대한 통제권을 상실하였다고 진지하게 느끼는 환자의 '고통을 멈출 권리'를 포섭하는 방향으로 그 내포를 확장시킬 가능성이 열려 있는 것이다. 이뿐만 아니라 원치 않는 기계장치에 의존된 의료적 개입을 밀어내는 방어적 차원의 자기결정적 권리(치료 거부)를 넘어, 자신의 존엄을 지키기 위해 죽음의 시기와 방식을 스스로 기획하고 통제하는 권리(적극적 의료조력의 요구) 거부(소극적 거부에서 적극적 통제)로 논리적 외연을 확장할 가능성도 열려 있다. 이에 관한 전망은 다음 장에서 다루기로 한다.

제3절 헌법적 자기결정권과 국가 생명보호 의무의 관계

I. 생명에 관한 자기결정권에 관한 법리 비교

1. 자기결정권의 헌법적 근거 및 인정 범위 비교

의료조력사가 법제화되어 있거나 법제화를 앞두고 있는 국가 중 대표적인 국가의 헌법 해석 권한이 있는 헌법기관이 생명에 대한 자기결정권의 헌법적 근거 및 인정 범위를 살펴보았다. 그 결과 자기결정권이 도출되는 헌법적 근거가 일치하지도 않았고(인간의 존엄과 가치, 행복추구권, 일반적 행동의 자유, 사생활의 자유 등), 자기결정권의 인정 범위도 달랐고, 특히 자기결정권이 인정되는 환자의 상태조건(사례)도 국가별로 편차가 있었다. 아래 표는 이에 관한 각국 헌법재판소 입장에 대한 비교표이다.

<표 7> 주요국 헌법 해석상 생명에 대한 자기결정권 인정 근거 및 범위 비교

국가	헌법/최고재판소 주요 판결 및 자기결정권 인정 근거	생명에 대한 자기결정권 인정 범위
독일	연방헌법재판소 (2020) 일반적 인격권(기본법 제2조)	**[포괄적 · 절대적 인정]** 질병의 유무나 종류(말기 여부)와 무관하게 모든 단계에서 스스로 죽음을 결정하고 타인의 조력을 구할 권리로 인정.
캐나다	대법원 (Carter, 2015) 퀘벡고등법원 (Truchon, 2019) 생명 · 자유 · 신체의 안전권(헌장 제7조) 및 평등권(제15조)	**[적극적 · 확장적 인정]** - '참을 수 없는 고통'을 핵심 기준으로 인정 - 말기 환자뿐만 아니라 자연적 죽음이 예견되지 않는 만성질환/장애인 환자도 권리 주체로 인정 (2-Track 시스템으로 발전).[231]
스위스	연방재판소 (2006) 연방헌법 제10조(인격적 자유) 개인의 죽음 방식을 결정할 권리	**[관습적 · 광범위 인정]** - 불치병이 아니더라도 '분별력'이 있고 '지속적 의지'가 있다면 권리 인정 - 정신질환자도 엄격한 요건 하에 예외적 허용 가능성 열어둠.

국가	헌법/최고재판소 주요 판결 및 자기결정권 인정 근거	생명에 대한 자기결정권 인정 범위
오스트리아	헌법재판소(2020) 사생활의 자유 자살방조죄 위헌 선언	**[적극적 인정 + 절차적 제한]** - 이성적 판단 능력이 있는 자의 죽을 권리 인정. - 단, 입법을 통해 중증 질환자로 대상을 한정하고 공증 등 절차를 강화함
이탈리아	헌법재판소(2019/2024) 헌법상 건강권 자살방조죄 '제한적 위헌'	**[조건부 인정]** ① 생명유지치료 의존 ② 비가역적 병리 ③ 참을 수 없는 고통 ④ 판단능력 보유 등 4가지 요건을 모두 충족해야만 권리 인정
콜롬비아	헌법재판소(1997/2021/2022) 인간존엄성, 생명권, 자유로운 인격발현권, 비인도적이고 가혹한 처우 금지(1997년 안락사가 먼저 허용된 후, 2022년 의료조력사도 허용)	**[조건부 인정]** 의회 법률을 통해서가 아니라 헌법재판소에 의해 적극적 안락사 및 의료조력사가 일정한 조건 하에서 허용됨
미국	연방대법원(1997) 조력사망은 연방 헌법상 권리로 승인되지 않음(각 주 입법 재량) (※ 오리건 주 등 주법에 의존)	**[제한적 인정 (입법 의존)]** - 입법된 주(State)에서만 '기대여명 6개월 이내 말기 환자'에 한해 제한적으로 자기결정권 인정
한국	대법원(2009/2014) 헌법 제10조(인간의 존엄, 행복추구권) - 연명의료 중단 및 수혈 거부 인정	**[소극적 인정 (방어권)]** - 무의미한 생명 연장을 거부할 권리(치료거부) 인정 - 적극적인 생명 단축(조력사망) 요청 권리는 헌법적으로 불승인
프랑스	헌법위원회 (2017) 생명 존중 원칙 강조 적극적 조력사망 금지 합헌 선언	**[소극적 인정 (치료거부권)]** 죽음을 앞당길 권리는 부정하되, 죽을 때까지 깊게 잠들 권리(심층진정)를 인격권의 내용으로 보장함

231) 후술하듯이 캐나다 의료조력사법(171면 이하)중에서 중증장애인, 정신질환자에 대한 규정은 2027년 3월 이후에 시행되고, 이 가운데에서도 특히 인지장애, 발달장애는 제외된다.

위 표가 분명히 말해주는 것은 생명에 대한 자기결정권의 인정 범위는 확산되어 가는 추세에 있다는 점이다. 질병 여부 및 질병의 종류를 초월하여 생명에 대한 자기결정권이 인정되는 국가는 독일과 스위스이다. 특히 스위스 연방재판소는 일찍부터 의료조력사망을 신청자격을 말기 환자로 제한하지 않고 '정신질환이 있는 사람이라 할지라도, 그 질환이 판단 능력을 완전히 상실시킨 상태가 아니라면(엄격한 감정 필요), 스스로 죽음을 선택할 헌법적 권리가 있음'을 인정했다. 2020년 독일 헌법재판소는 생명에 대한 자기결정권이 포괄적으로 인정되는 차원의 일반적 자살권 내지 조력자살권까지 인정함으로써 '모든 사람'이 조력을 받아 사망하는 것을 헌법상의 권리로 승인하는 기념비적인 판결을 내렸다.

이와 같이 생명에 대한 자기결정권을 '질병의 객관적 상태(말기/비말기)'에 종속되는 것이 아니라 '개인의 주체적 판단 능력(자율성)'을 기초로 삼는 태도는 향후 한국의 헌법재판소가 자살방조죄 위헌 여부를 심사할 때, 의료조력사망의 허용 범위를 어디까지 설정할 것인가(말기에 국한할 것인가, 비말기 고통까지 포함할 것인가)에 대한 중요한 비교법적 기준이 될 수 있다.

2. 생명에 대한 자기결정권의 인정 범위

위 8개국의 헌법 해석상 '생명에 대한 자기결정권' 인정 법리에 초점을 맞춰 그 인정되고 있는 구체적 권리 스펙트럼을 구분하면, 헌법적 권리 '전면 부정 및 국가 재량(가장 좁음)'에서 출발하여 '조건부 권리 인정(중도)', 그리고 '일반적 인격권에 기한 전면적 · 포괄적 권리 인정(가장 넓음)'으로 나아가는 점진적 확장 단계를 명확히 보여준다. 아래 표에 따르면 한국 헌법재판소가 나아가야 할 방향은 현재 2.5단계에서 최소 3단계인 이탈리아 모델로 발전될 가능성이 높고, 궁극적으로 4~5단계 수준의 권리 모델로 나아가야 할 것으로 예상된다.

<표 8> 주요국 최고재판소의 단계별 생명에 대한 자기결정권의 인정 법리 비교

스펙트럼 단계	각국 최고재판소 및 주요 판례	헌법상 생명에 대한 자기결정권 인정 법리
1단계 연방 헌법상 권리 부정 (입법 재량 존중)	미국 연방대법원 (*Washington v. Glucksberg*, 1997)	[전면 부정] 조력사망을 요구할 권리는 연방헌법(적법절차조항)이 보장하는 기본권이 아니라고 판시함 생명 보호와 자살 방지는 주(State) 정부의 정당한 이익이므로, 합법화 여부는 각 주의 입법 재량에 맡김
2단계 소극적 · 우회적 권리 보장 (진정완화 및 연명중단)	프랑스 헌법위원회 (클레이-레오네티법 합헌 결정 등)	[소극적/우회적 인정] 적극적 조력사망을 금지하는 것은 헌법에 위반되지 않으며 입법자의 재량에 속함. 대신, 자기결정권의 행사로서 '무의미한 연명의료 거부'와 극심한 고통 시 '지속적인 심층 진정(Palliative Sedation)'을 받을 권리를 헌법적으로 타협 · 보장함
2.5단계 치료 거부권의 제한적 인정 (사각지대 존재)	한국 대법원/헌법재판소 (2009년 김할머니 사건/2014년 수혈 거부 사건)	[소극적/제한적 인정] 2009년 대법원과 헌법재판소는 생명처분권을 부정하고, 임종기 환자의 연명의료 중단권만 인정하였으나 이는 기계적 장치 제거(부작위)에 국한되며, 적극적 처방(작위)은 여전히 금지되는 자살방조로 보아 허용과 금지 사이의 간극이 큼 다만 2014년 대법원은 종교적 신념에 따른 수혈 거부를 자기결정권의 행사로 인정함으로써 그 간극을 메우는 경향성을 보이고 있음
3단계 기계적 장치 의존자 대상 (조건부 위헌 선언)	이탈리아 헌법재판소 (Sentenza 242/2019 및 135/2024)	[조건부/제한적 인정] - 자살조력의 원칙적 금지는 합헌이나, ① 생명유지장치에 의존하고, ② 견딜 수 없는 고통을 겪는 판단 능력 있는 환자의 자기결정권 행사를 돕는 것까지 처벌하는 것은 비례성 원칙 위반이라며 제한적 위헌 선언 - 135/2024 판결에서는 생명유지장치의 개념을 확장하여 연명의료장치에의 의존을 넘어서 '해당 처치를 누락할 경우 단기간 내에 환자의 사망이 예견되는 상황에서 환자의 수동 장 비우기(관장), 요도 카테터 삽입, 기관지 점액(가래) 흡입과 같은 절차도 포함시킴.

스펙트럼 단계	각국 최고재판소 및 주요 판례	헌법상 생명에 대한 자기결정권 인정 법리
4단계 고통 받는 자의 적극적 권리 (의료적 조력의 헌법적 권리로 인정)	콜롬비아 헌법재판소 (Sentencia C-164/22) 캐나다 연방대법원/ 퀘벡 고등법원 (*Carter*, 2015/ Truchon, 2019)	**[의료적 범위의 적극적 확장]** - 절대적 금지는 환자에게 '참을 수 없는 고통'과 '조기 자살' 중 하나를 강요하므로 말기 환자뿐만 아니라 회복 불가능한 고통을 겪는 환자(콜롬비아) 또는 모든 비말기 환자(캐나다: 장애인 포함)에게 자기결정권 확장 인정 - 평등권 논거
5단계 일반적 인격권 및 자유권에 기한 전면적 승인	스위스 연방재판소 (BGE 133 I 58 등)	**[죽음선택권을 기본권으로 인정, 단 청구권은 부정]** - 스위스 연방헌법 제10조 제2항(개인의 자유)에 근거하여 '자신의 죽음의 시기와 방식을 결정할 권리'를 기본권으로 인정 - 다만, 이 권리가 국가에 대해 치사약물 처방을 무조건 요구할 수 있는 '적극적 청구권(Positive obligation)'을 의미하지는 않는다고 선을 그음
5단계	오스트리아 헌법재판소 (*VfGH* 139/2019, 2020)	**[포괄적 기본권 인정]** - 사생활의 자유에는 존엄한 죽음을 선택할 권리뿐만 아니라, 이를 위해 '제3자의 조력을 구할 권리'가 포함됨 - 이성적 판단이 가능한 자의 조력사망까지 예외 없이 형벌로 금지하는 것은 위헌이라며 자살방조 조항 삭제
5단계	독일 연방헌법재판소 (*BVerfG*, 2BvR 2347/15, 2020)	**[가장 광범위한 절대적 기본권 선언]** - 헌법상 일반적 인격권에서 도출되는 '자기결정적 죽음에 대한 권리'를 선언 - 이 권리는 질병의 종류나 말기 여부에 국한되지 않는 인간의 자유 그 자체이며, 개인은 이 권리를 행사하기 위해 제3자(의사, 조력단체 등)의 도움을 구하고 제공받을 자유가 있음을 헌법적으로 가장 광범위하게 확립

위 비교표에서 한국, 프랑스와 달리 독일, 오스트리아, 스위스, 캐나다 등은 자기결정권을 적극적 생명 종결의 영역까지 확장하였다. 특히 스위스 연방재판소의 입장은 한국의 헌법해석론 전개에 있어 매우 중요한 시사점을 제공해 줄 수 있다. 스위스 연방재판소는 연방헌법 제10조 제2항(개인의 자유)에서 '자신의 삶을 어떻게 마감할 것인지 결정할 권리'를 도출해 내고 있다. 이는 단순히 형법 제115조(이기적 동기 없는 자살방조 불처벌)라는 법률 조항에 기대는 것이 아니라, 이를 상위 헌법상의 기본권으로 격상시켰다는 데 의의가 있다. 이후 독일 헌법재판소도 일반적 인격권에서 자기결정권을 도출해 내고 이러한 차원의 자기결정권은 조력을 받아 사망할 권리까지 확장함으로써, 이러한 권리 확장이 1872년 제정형법 당시부터 지금까지의 자살방조죄 처벌규정 부재로부터 근거 지우지 않아도 될 수 있는 헌법이론적 기반을 조성하였다.

3. 각국의 헌법해석과 자기결정권의 인정 범위 편차

각국의 사법기관의 헌법 해석 및 자기결정권 인정 범위 편차를 종합하면, 생명처분에 관한 개인의 자기결정권의 구체적 인정 범위는 각기 다르지만 세 개의 그룹으로 분류할 수 있다.

가. 적극적 자기결정권의 전면적 승인(독일 · 오스트리아[232] · 스위스[233]: 표① 그룹)

생명에 대한 자기결정권을 가장 폭넓게 해석하는 국가들이다. 말기 질환자뿐만 아니라, 자율적이고 명료한 판단 능력을 갖춘 개인이라면 누구나 자신의 삶을 마감할 시기와 방식을 스스로 결정하고 제3자의 조력(조력자살)을 받을 권리가 헌법상 기본권(인격권)으로 두텁게 보호된다고 판시했다.

---

232) 오스트리아의 경우에는 헌법재판소는 죽을 권리 및 조력을 받아 사망할 권리 등 포괄적 권리를 인정하였지만, 이듬해 의회입법에서는 특정 환자에게만 조력사망권이 인정되는 것으로 제한되었다.

233) 스위스 연방대법원은 스위스 연방 헌법 제10조 제2항(개인의 자유)과 유럽인권조약 제8조에 근거하여, "자신의 죽음의 시기와 방식을 스스로 결정할 권리"가 모든 개인에게 있음을 명확히 승인했지만, 치사 약물(NaP)에 대한 적극적 청구권을 일반화하는 것을 부정함으로써 특정 환자에 대한 권리로 제한하였다. 즉 치사 약물은 의사의 처방을 통해서만 얻을 수 있으며, 의사는 직업윤리상 의학적 근거(중증 질환, 감당할 수 없는 고통 등)가 있는 '환자'에게만 약물을 처방할 수 있게 함으로써 결과적으로 스위스에서 조력사망은 '형법상'으로는 누구에게나 열려 있지만, 실무적 · 행정적으로는 '특정 질환자(환자)'에게만 국한하여 인정되고 있다.

나. 고통 완화를 위한 예외적 · 제한적 승인(캐나다 · 이탈리아 · 콜롬비아: 표② 그룹)

생명보호 의무를 원칙으로 하되, 참을 수 없는 고통 속에 있는 특정 조건의 환자에 대해서는 존엄한 죽음의 선택권을 우선시했다. 캐나다 대법원(Carter 판결)은 '중증 질환과 견딜 수 없는 고통'을 기준으로 폭넓게 인정했고, 이탈리아 헌재(Cappato 판결)는 '생명유지장치 의존 및 극심한 고통' 등 3가지 엄격한 요건 하에 예외적으로 자살방조의 위법성조각 가능성을 열었다. 그 이후 판결에서는 생명유지 장치라는 요건을 완화하여 규범적으로 생명유지 장치에 갈음할 수 있는 수준의 의료적 처치를 받고 있는 말기 환자에게도 존엄하게 죽을 권리를 인정하는 취지로 발전되고 있다.

다. 소극적 거부권만 인정/적극적 생명처분 부정(한국 · 미국 · 프랑스: 표③+④ 그룹)

타인의 개입을 통해 인위적으로 생명을 단축하는 적극적 안락사나 조력사망은 헌법상 기본권으로 인정하지 않는다. 다만, 환자의 신체적 완전성과 인격권을 존중하여 의료적 개입을 거부할 수 있는 '소극적 자기결정권'은 보장한다.

특히 한국 대법원(2014 전원합의체 수혈거부사건)은 환자가 종교적 · 양심적 신념에 따라 수혈 등 생명 유지에 직결되는 필수적 치료를 거부하여 사망에 이르더라도, 그것이 진지하고 확고한 자기결정권의 행사라면 존중해야 한다고 보아 소극적 자기결정권의 보호 범위를 확고히 다졌다. 그러나 이는 어디까지나 '치료의 거부'일 뿐, 조력사망에 대한 헌법적 승인을 의미하지는 않는다.

특히 위 모든 국가는 소극적 차원의 연명의료를 거부할 권리는 예외 없이 인정하고 있음이 드러난다(아래 표 ③ 그룹 참조). 이러한 규범상황은 장차의 헌법 해석상 적극적 조력사망까지도 허용하는 방향으로 전개될 가능성을 시사한다. 자세한 내용은 후술한다.

<표 9> 각국 최고법원에 의한 생명에 대한 자기결정권 인정 범위 비교[234]

대상 국가 및 최고법원(연도)	① 포괄적 전면적 권리	② 제한적 조력사망 (적극적 권리)	③ 치료·연명 의료 중단 (소극적 권리)	④ 적극적 생명처분권 전면 부정
독일 연방헌법재판소(2020)	O	O	O	해당없음
오스트리아 헌법재판소(2020)	X	O	O	해당없음
스위스 연방재판소(2006)	X	O	O	해당없음
캐나다 연방대법원(2015)	X	O	O	해당없음
이탈리아 헌법재판소(2019)	X	O	O	해당없음
콜롬비아 헌법재판소 (1997/2021/2022)	X	O	O	해당없음
프랑스 헌법위원회(2015 등)	X	X	O	**해당있음**
미국 연방대법원(1997)	X	X	O	**해당있음**
한국 헌법재판소(2009)/ 대법원(2009/2014)	X	X	O	**해당있음**

234) [표의 평가 기준(열 제목) 설명] ① 포괄적 조력사망: 질병 유무나 임종기 여부와 무관하게, 포괄적으로 죽음을 결정하고 타인의 조력을 받을 수 있는 권리 ② 제한적 조력사망: 엄격한 조건(극심한 고통, 치유 불가능한 질환 등)이 일부 완화된 상태의 환자가 고통 없이 존엄한 죽음을 선택할 권리 ③ 치료·연명의료 중단: 기계적 생명유지 장치에 의존하는 임종 임박 환자의 연명의료 중단 요구 또는 생명과 직결되는 필수적 치료(수혈 등)를 거부할 소극적 권리 ④ 적극적 처분권 전면 부정: 어떠한 조건이나 방식이든, 생명을 의도적·적극적으로 단축하는 행위의 헌법적 권리성을 부정함(범례: O = 헌법상 기본권으로 인정 / X = 헌법상 기본권 내지 권리로 불인정).

4. 생명에 대한 자기결정권의 발전 방향

이와 같이 편차는 기본적으로 각국의 최고재판소가 국가의 '생명보호의무'와 개인의 '자기결정권'의 관계에 대한 입장 차에서 비롯된다. 전 세계적으로 볼 때 자기결정권의 인정 범위가 소극적 치료 거부에서 적극적으로 죽을 권리 내지 조력을 받을 받을 권리로 점진적으로 확장되어 오고 있는 단계적 발전 경향성을 보이고 있다. 각국에서 인정되는 자기결정권 법리의 발전 단계를 평가하면 다음과 같다.

가. 독일(일반적 인격권에 기한 전면적 인정)

2020년 연방헌법재판소는 일반적 인격권에서 도출되는 '자기결정적 죽음에 대한 권리'를 포괄적 기본권으로 선언했다. 이는 단순히 치료를 거부할 권리를 넘어, '자신의 생명을 스스로 종결할 권리' 및 이를 위해 '제3자(의사 등)의 조력을 구할 권리'를 명시적으로 포함하는 가장 진보적인 해석이다. 이에 따라 상업적 자살방조를 금지한 형법 제217조를 위헌 · 무효로 선언하였다.

나. 스위스(개인의 소극적 방어권과 국가의 적극적 작위의무의 한계설정)

스위스 연방재판소는 일찍이 판례를 통해 개인이 어떻게, 언제 죽을지 결정할 권리가 헌법이 보장하는 개인의 자유의 핵심 요소임을 인정해 왔고, 이에 따라 이기적 동기가 없는 자살방조는 형벌의 대상으로 여기지 않았다(디그니타스 조력사망의 법적 근거).

그러나 연방재판소(및 이후 유럽인권재판소의 Haas v. Switzerland판결)는 자기결정권이 존재한다고 해서, 국가가 의학적 적응증이나 의사의 처방 없이 누구에게나 치사 약물(펜토바르비탈 등)을 내어주어야 할 적극적 '헌법상 의무'까지 지는 것은 아니라고 판시했다.

스위스 연방재판소는 국가가 개인의 자율적 죽음선택권에 기초하여 민간 단체의 조력을 받는 것을 형법으로 '방해하지 않을 의무(소극적 방어권)'는 철저히 지키되, 공중보건 체계를 우회하여 약물을 무제한 제공할 '작위 의무'는 부정함으로써, 자기결정권 존중과 약물 오남용 방지(국가의 보호 의무) 사이의 독특한 규범적 균형을 맞추고 있다.

다. 오스트리아(조력을 구할 권리의 적극적 인정)

2020년 헌법재판소는 사생활의 자유를 근거로, 타인의 압력 없이 이성적으로 판단한 개인의 조력사망까지 형벌로 예외 없이 금지하는 것은 비례성 원칙에 반한다고 판시했다. 자살 '방조' 문구를 형법 제78조에서 전면 삭제함으로써, 이성적 판단 능력이 있는 자가 조력을 받아 생을 마감할 권리를 기본권의 영역으로 포섭했다.

라. 캐나다(생명권 및 평등권 관점의 적극적 확장)

2015년 대법원(*Carter* 판결)은 조력사망의 절대적 금지가 환자에게 '참을 수 없는 고통'과 '폭력적인 조기 자살' 중 하나를 강요하는 잔혹한 선택이므로, 오히려 헌법상 생명, 자유, 신체의 안전권(제7조)을 침해한다고 보았다.

2019년 퀘벡 고등법원(*Truchon* 판결)은 임박한 죽음(말기)을 요건으로 하는 제도가 비말기 장애인의 평등권(제15조)을 침해한다고 선언하여, 자기결정권의 주체를 모든 극심한 고통을 겪는 자로 확장했다.

마. 이탈리아(비례성 원칙에 따른 조건부 · 제한적 인정)

2019년 헌법재판소(Sentenza 242/2019)는 생명유지장치에 의존하며 참을 수 없는 고통을 겪는 판단 능력 있는 환자에게까지 자살방조를 처벌하는 것은 헌법 위반이라고 판시했고, 2024년 판결(Sentenza 135/2024)에서는 '생명유지치료'의 개념을 기계적 장치뿐만 아니라 필수적인 간병 및 의료 지원 전반으로 확장 해석하여, 제거할 장치가 없는 환자의 평등권 침해 문제를 일부 해소하며 자기결정권의 범위를 넓혔다.

바. 프랑스(입법재량의 존중과 타협)

헌법위원회는 형법의 자살방조죄 및 그에 따른 적극적 조력사망 금지 자체는 입법자의 재량 범위 내에 있다며 합헌 결정을 유지하고 있다. 대신, 클레에-레오네티법을 통한 '지속적이고 심층적 진정(Palliative Sedation)'을 법적 권리로 보장하여 자기결정권과 생명보호의무를 타협적으로 조율하고 있다.

사. 한국(소극적 · 제한적 인정의 과도기)

2009년 대법원과 헌법재판소는 생명을 헌법상 최고의 절대적 가치로 보아 자기결정권에 기한 생명 처분권을 전면 부정하면서도 예외적으로 임종 과정에서의 연명의료 중단(소극적 안락사)을 자기결정권의 행사로 인정했다.

그러나 2014년 대법원 전원합의체 판결을 통해 종교적 신념에 따른 수혈 거부도 자기결정권의 행사로 인정하며, 이를 국가의 생명보호의무와 대등하게 형량할 수 있는 길을 열었다.

II. 자기결정권의 인정 범위와 국가의 생명보호 의무의 관계

1. 자기결정권의 인정 범위 편차의 이유

각국의 헌법 해석상 개인의 생명 처분권의 구체적 범위가 다르게 해석되고 있는 것은 무엇 때문인가? 각국의 사회문화적 전통과 정치경제적 기반의 차이 및 그에 기인한 법감정 및 자살에 대한 법적 태도의 차이 등 때문일 수 있을 것이다. 각국이 어느 정도로 생명보호의무를 입법정책적 과제로 설정하고 있는지도 – 거꾸로 – 자기결정권의 인정 범위에 영향을 미쳤을 것으로 보인다.

어느 국가의 헌법해석에서도 공통적으로 발견되는 것은 생명에 대한 개인의 자기결정권을 절대적 우위에 두고 있지 않다는 점이다. 개인의 자발적 요청 내지 동의가 있는 경우에도 그에 개입한 행위를 형사처벌하는 촉탁 · 승낙살인죄의 존재가 그 증거이다. 개인의 자살을 도와주는 조력행위의 가벌성을 인정하는 다수의 국가에서도 생명에 관한 한 국가 생명보호의무가 개인의 자기결정권에 비해 우위에 있음을 인정하는 규범적 시각을 유지하고 있다. 심지어 독일과 같이 '자살방조죄'가 형사처벌되지 않는 입법례에서도 국가의 생명보호의무는 등한시 되지 않는다. 예컨대 독일 헌법재판소나 오스트리아 헌법재판소 등 다수의 헌법해석 기관이 입법자로 하여금 자살예방을 위해 자살에 대한 제3자의 일정한 개입 양태에 대한 법적 규제가 필요하고, 이를 위해 일정한 가이드라인을 제시하고 있기 때문이다.

2. 생명권 보호를 위한 입법정책적 변화의 기류

오늘날 개인의 생명권을 법익으로 삼아 형벌로 이를 보호하려는 입법정책에는 생명권과 관련한 헌법 해석의 변화에 따라 변화의 기류가 뚜렷하게 감지되고 있다. 이러한 변화는 '죽을 권리'를 단순한 생명권의 포기가 아닌, 인간 존엄성의 궁극적 완성으로 재해석하려는 시도로 나타나고 있다.

자기결정권을 인간의 존엄을 유지하는 수단으로 이해한다면, 존엄하게 죽을 권리가 자기결정권의 핵심으로 떠오르지 않을 수 없는 것이다. 존엄사라는 용어도 이러한 맥락에서 이해될 수 있다. 이러한 이해는 특히 현대 사회에서 의학기술의 발전에 따라 삶에 대한 자기 통제권을 상실한 무의미한 생명연장이 환자 개인의 인간으로서의 존엄가치를 위협하는 많은 특수한 상황에서 국가의 생명보호 의무는 극심한 고통에 처한 자의 생명을 무조건 연장하는 데 있는 것이 아니라, '남용을 방지하는 엄격한 절차적 안전장치(자율적 자기결정에 따른 생명포기 요건에 대한 엄격한 심사 및 의료절차 속에서 다중적 교차검증, 국가의 사후통제 등)'를 두는 입법정책을 현실화하는 방향으로 바뀌어 가고 있다.

이러한 방향성은 가장 좁게 연명의료중단 결정 요구에서 시작하여, 가장 넓게는 적극적 안락사 허용 요구를 장기목표(촉탁살인죄를 통한 생명보호의무의 후퇴)로 삼고 있다. 이러한 방향전환은 국가가 촉탁살인죄를 통해 생명보호의무를 다하려는 종래의 입장을 일정 부분 후퇴시키고 있다. 그 중간 지대에 있는 것이 의료조력사의 법제화이다. 의료조력사 사례 구조 속에 들어올 수 있는 죽음의 양태들의 경우 환자가 삶의 종기에 죽음의 시기와 방식을 자기결정적으로 선택할 적극적 권리로 인정할 것이 요구된다. 이러한 차원에서 존엄한 죽음 선택에 관한 자기결정권의 헌법적 보장을 실현하는 차원의 의료조력사 법제화는 국가가 생명보호의무를 다하기 위한 입법정책적 수단으로 오랫동안 활용해 왔던 자살방조죄 구성요건이 생명권 보호를 위해 전면적으로 무용하거나 부분적으로 한계가 있음을 드러내고 있다.

3. 자살방조죄의 입법정책 변화와 의료조력사 법제화 요구의 접점

앞서 살펴보았듯이 오늘날 많은 법질서에서 다양한 주체에 의해 요구되는 서로 다른 층위의 자기결정권의 목소리 앞에서 조력자살의 전면적 거부를 표방하는 자살방조

죄를 그대로 유지하기 어려운 상황이 되고 있다.

세계 각국은 헌법재판소의 판결에 근거하여 형법의 절대적 금지를 전면 해체하든 부분적으로 해제하든 아니면 전통적 생명보호의무 수단인 자살방조죄를 그대로 존치시키든 입법정책적으로 공통의 지향점을 가지고 있다. 자살방조죄라는 형법적 금지의 틀에 변경을 가하여 의료조력사를 허용하는 방안이 그것이다.

합리적인 의료조력사 허용을 위한 입법적 결단을 구체화하기 위해 요구되는 점은 무수히 많다. 의료조력사 허용의 이론적 근거가 될 헌법적 자기결정권의 인정 범위의 확정, 국가생명보호의무 이행 수단으로서의 자살방조죄의 현실적 기능 수행의 한계의 인식 및 그 한계를 보충하기 위한 대안적 입법정책의 수립 등이 중요한 입법적 과제일 것이다. 의료조력사 허용을 위한 법제화 작업에서 중심축으로 삼아야 할 내용이 있다. 그것은 생명에 대한 자기결정권의 인정 범위를 가장 넓게 인정하면서 자살방조죄의 전면적 폐지를 선언하고 있는 법질서(예, 독일), 생명에 대한 자기결정권의 인정 범위를 가장 좁게 인정하면서 자살방조죄를 그대로 유지하고 있는 법질서(예, 미국), 그리고 양자의 중간지대에 있는 법질서, 즉 조건부 죽음 선택까지 자기결정권의 인정 범위 속에 포함시키면서 자살방조죄의 일부 위헌을 선언하고 있는 법질서(예, 이탈리아)의 경우 의료조력사 허용을 위한 입법정책의 전개에서 나타나고 있는 공통의 관심사이다.

무엇이 공통분모인가? 그것은 다름 아닌 자살방조의 전면적 금지의 변화(금지의 전면 해체, 부분 해체)에 따른 규범상황을 대체 또는 보완하는 차원의 입법정책적 관심사이다. 이러한 관심사는 개인이 생명권을 포기할 경우 그 포기권이 정상적으로 행사될 수 있는 '안전장치(Safeguards)'로 요약될 수 있다.

요컨대 오늘날 의료조력사 법제화 모델은 어떤 경우든 과거 전면적/절대적 생명보호가 해체된 빈자리에 국가 통제하의 '엄격한 (실체적/절차적) 안전장치'를 채워넣음으로써 국가의 생명보호의무를 새로운 방식으로 이행하려고 하고 있다. 이러한 입법방식 속에서 국가는 더 이상 '생물학적 차원만의 생명연장'을 강제하지 않고, 죽음 선택에 관한 환자의 자기결정이 외부의 압력이나 일시적 충동이 아닌 진정한 자율성에 기한 것인지 검증하는 '보호자' 역할을 수행하게 된다.

이와 같은 국가 역할의 변화는 종래 형법의 자살방조죄를 둘러싸고 형성되어 왔던 생명에 대한 자기결정권과 국가 생명보호 의무 간의 관계를 재설정하게 되는 중대한 변화를 가져오고, 이는 다시 국가 생명보호 의무의 패러다임의 전환을 가져오게 된다.

이러한 차원의 패러다임의 전환을 의료조력사 제도 설계에 반영하는 것이 한국형 의료조력사 법제화를 위한 입법정책적 과제의 핵심이다.

생명에 대한 개인의 자기결정권과 국가생명보호 의무의 관계 재설정 및 국가 생명보호 의무 패러다임의 전환에 관해서는 '의료조력사'(또는 적극적 안락사)를 허용한 각국 입법례들의 구체적 면면을 먼저 살펴본 후에 재론하기로 한다.

제5장
의료조력사 허용 입법례와 생명 보호 패러다임의 전환

JPRI
Judicial Policy
Research Institute

생명에 대한 자기결정권과 국가생명 보호 의무는 종래 대등한 관계에서 서로 대립 · 충돌하는 지점을 만들어왔다. 헌법적 자기결정권 인정 범위가 확장됨에 따라 제한된 범위에서 '소극적' 연명의료중단을 허용하는 방식의 해법이 양자의 관계를 조화롭게 조정해 왔지만, 생명에 대한 자기결정권은 초고령화사회를 맞이하여 삶과 죽음에 대한 의미를 다르게 이해하게 되었다. 이를 철학적 관점에서 포착하여 생명정치학적 개념으로 설명한 이탈리아 철학자 조르주 아감벤(Giorgio Agamben)의 이론 내지 생명철학적 시각은 생명에 대한 자기결정권에 관한 헌법해석에도 변화를 가져왔고, 이러한 변화는 다시 국가 생명보호의무에 대한 패러다임 전환을 가져오게 했다.

오늘날 세계적으로 확산되고 있는 의료조력사 법제화 요구는 생명에 대한 자기결정권 인정 범위 확장에 따른 헌법이론적 귀결이기도 하지만, 확장된 개인의 자기결정권과 국가 생명보호의 관계가 재설정되어야 할 필요의 산물이기도 하다. 이하에서는 양자의 관계가 재설정되는 지점에서 이루어진 규범적 결단으로서 각국에서 법제화된(될) 의료조력사제도의 구체적 내용을 살펴본다. 이하에서는 해외입법례를 평면적으로 나열하기 보다는 전통적으로 국가 생명보호 의무의 첨병 역할을 해 왔던 자살방조죄를 기준으로 삼아 국가 생명보호 의무가 입법정책적으로 어느 정도로 어떤 방식으로 구체화되고 있는지를 관전 포인트로 삼아 살펴본다.

제1절 자살방조 금지 국가에서의 의료조력사 법제화

오늘날 세계의 법질서에서 자살은 더 이상 범죄시 되고 있지 않지만,[235] 자살을 도우는 행위는 여전히 범죄(자살방조죄)로 취급되고 있다.[236] 이러한 법제하에서 생명에 대한 환자의 자기결정권이 헌법적 기본권으로 인정되는지와 무관하게 그리고 그 자기결정권이 구체적으로 어느 범위까지 인정되든 사망의 시기와 방식에 관한 환자의 자기결정권을 조력하는 의사의 행위를 일정한 조건하에서 합법화할 수 있는지가 중요한 논의의 대상이 되고 있다.

I. 미국의 의료조력사법

앞서 살펴보았듯이 조력자살권 내지 사망에 대한 자기결정권이 헌법적 권리로 승인되고 있지 않은 미국의 연방대법원은 1997년 *Vacco v. Quill*, *Washington v. Glucksberg* 판결에서 형법적으로 자살방조를 금지하는 것을 합헌이라고 한다. 하지만 자살조력 그 자체의 허용성 여부는 주별 입법이나 판결에 맡겨야 함을 확인하였다. 이에

235) 아랍 에미리트는 여전히 자살을 범죄화하고 있다. 즉 아랍 에미리트 형법(UAE Federal Decree-Law No. 31 of 2021 Promulgating the Crimes and Penalties Law) 제386조 제1항은 자살을 시도한 자에 대해서 6개월 이하의 구금형 또는 5,000 AED 이하의 벌금형에 처하도록 규정하고 있다. 반면 인도 형법 제309조는 자살시도행위에 대해 1년 이하의 단순금고 또는 벌금형으로 처벌하고 있었으나, 이후 제정된 정신건강법(Mental Healthcare Act 2017) 제115조에서 자살을 시도한 자는 다른 증명이 없는 한 심한 스트레스 하에 있는 것으로 추정하면서 형법 제309조에 따라 기소되거나 처벌되지 않는다고 규정함으로써, 실질적으로 자살을 비범죄화하고 있다.

236) 미국 워싱턴 주 2심 전원합의체 판결[Compassion in Dying v. Washington, 79 F.3d 790 (9th Cir. 1996) (en banc)]은 자유권(자유의 이익), 즉 '죽을 권리'가 있느냐에 대하여, 법원은 중요한 권리의 존재 여부를 결정할 때 역사와 경험을 검토해왔다고 하면서, 먼저 자살에 관한 태도가 역사적으로 어떻게 변천되어 왔는지를, 고대 그리스(긍정적), 로마(긍정적, 특히 스토아학파가 긍정적, 다만 재산몰수를 회피할 목적으로 유죄 확정 전에 자살하는 경우 형사처벌 대상이 됨), 초기 기독교(순교와 관련하여 긍정적이었으나 순교와 자살 사이에 혼동 존재), 아우구스티누스 이후 거의 1000년간(다시 부정적으로 바뀌어 자살은 경우를 불문하고 범죄로 취급됨)의 압축적 역사, 그리고 자살에 대한 부정적이었던 견해에 몽테스키외, 볼테르, 디드로, 베이컨, 흄, 토마스 모어 등 철학자와 시인들의 이견이 제시되었던 것까지 살펴보고 있다. 그리고 영국 보통법 하에서 자살이 계속 범죄로 인정되었지만, 자살을 금기시하던 영국인들의 태도가 미국으로 건너와 바뀌었다고 한다. 1798년 미국 13개주 중 6개주에서 자살에 대한 모든 처벌규정을 폐지하였고, 수정헌법 제14조가 채택된 1868년에는 자살은 일반적으로 처벌대상이 아니게 되었고, 37개 주 중 단 9개 주에만 자살방조를 금지하는 규정이 있었다고 한다. 오늘날에는 자살이나 자살기도를 금지하는 주는 전혀 없고, 다만 대다수의 주에 자살방조를 금지하는 규정이 명문상 여전히 존재함을 확인해 주고 있다.

따르면 미국 내에서 의료 조력사를 허용하는 입법 자체가 금지되고 있는 것은 아니다.

2025년 현재 미국에서 의사 등의 '의료조력사망(medical aid in dying)' 내지 '의사조력자살(physician-assisted suicide)'이 허용되는 주들은 다음과 같다.

오리건(Oregon, 1997), 워싱턴(Washington, 2008), 몬태나(Montana),[237] 버몬트(Vermont, 2013), 캘리포니아(California, 2016), 콜로라도(Colorado, 2016), 워싱턴 D.C.(2017), 하와이(Hawaii, 2018), 뉴저지(New Jersey, 2019), 메인(Maine, 2020 – 일부에서는 2019에 입법, 2020 발효), 뉴멕시코(New Mexico, 2021), 델라웨어(Delaware, 법안 서명 2025. 5월부터 시행). 이로써 총 12개 주(판결에 의해 합법화된 몬태나 포함)와 워싱턴 D.C.에서 의료인의 자살방조가 합법적이다.

미국에서 자살방조를 합법화하는 주의 법률들은 대부분 미국의 오리건 주 존엄사법을 모델로 삼고 있다. 미국 내 최초의 합법화 사례인 오리건 주의 「존엄사법(Death with Dignity Act, 1994년 제정/1997년 시행)」은 전 세계 의료조력사 법제화에서 이른바 '오리건 모델(Oregon Model)'로 불리며 영미권 입법의 표준이 된 독자적인 규율 방식을 확립하였다.

이하에서는 미국 최초의 의료조력사법인 오리건 주의 존엄사법과, 가장 최근에 시행되어 현행 입법 트랜드를 담고 있는 델라웨어 주 의료조력사법에 관해 간략하게 살펴본다.

미국 내 의료조력사가 법제화된 주를 제외한 나머지 주들의 경우 자살방조 관련 법률 또는 커먼로에 따라 자살방조에 대한 명시적인 형사처벌 규정(statute)이 존재하는 주(42개 주)와 명시적인 규정은 없더라도 커먼로에 따라 자살방조가 처벌될 수 있는 주(그 외 6개 주 및 D.C.)가 있다.[238]

1. 오리건 주의 존엄사법

가. 개념과 법적 근거

오리건 주의 존엄사법(Death with Dignity Act)은 환자가 스스로 약물을 복용

237) 주 입법이 아닌 주 대법원 판결[Baxter v. Montana, 224 P.3d 1211, 354 Mont. 234, 2009 MT 449 (Mont. 2009)]에 근거하고 있다.

238) 예컨대 플로리다 주 형법 제782.08조는 자살을 의도적으로 돕는 자에 대해서 제2급 중범죄인 고살죄(second-degree felony manslaughter)로 처벌하고 있다. 와이오밍 주는 자살방조 행위 자체는 특정 범죄로 명문화되어 있지 않으며, 보통법으로도 이를 처벌할 수 없다. 매사추세츠 주와 노스캐롤라이나 주는 형법상 명시적인 처벌규정은 없지만, 보통법에 따라 자살방조를 처벌할 수 있다. 웨스트버지니아 주는 2024. 11. 5. 헌법 개정으로 자살방조 자체를 금지하는 규정(West Virginia Constitution art. III § 23)을 마련하였다.

함으로써 죽음을 선택하는 자가투여 방식을 채택하고 있으므로 오리건 주에서 적극적 안락사는 허용되어 있지 않다. 오리건 주민들은 1994년 11월 국민투표를 통해 51% 대 49%의 근소한 차이로 이 법을 통과시켰다. 그러나 법적 명령(injunction)으로 인해 즉각적인 시행이 지연되었고, 1997년 제9순회항소법원이 이 명령을 해제하고 나서야 의료조력사가 오리건 주의 말기 환자들에게 합법적인 선택지가 되었다.

오리건 주 존엄사법은 오리건 주 개정법률(Oregon Revised Statutes: ORS) 제127장(Chapter 127)에 편입되어 있다. ORS 제127장은 '건강관리에 관한 위임장 및 사전의료지시서(Advance Directives)'를 다루는 보건 · 민사규범이다.[239]

나. 기본 요건 및 절차

일정한 요건을 충족하는 환자가 존엄하게 생명을 종결하기 위한 약물 투입을 요청할 경우, 해당 약물을 처방해주는 의사의 의료행위에 대해 법적 책임을 면제하는 것을 내용으로 하는 오리건 주 존엄사법은 1997년 기준으로 다음의 요건과 절차에 따를 것을 요구한다.

① 약물 처방을 요청한 환자가 의사능력이 있고, 오리건 주 주민이어야 한다. 담당 의사와 상담 의사로부터 말기질환[240]을 앓고 있다는 진단을 받았고, 죽기 원한다는 자발적인 의사 표현을 한 만 18세 이상의 성인이 인도적이고 존엄한 방식으로 생명을 종결하기 위한 약물을 서면으로 요청하여야 한다(127.805 §2.01.).

② 약물 요청서에는 환자가 서명하고 날짜를 기록하며, 환자 이외에 최소 2명의 증인이 환자가 의사 능력이 있고 자발적으로 행동하며 서명을 강요받지 않았음을 증명하여야 한다(127.810 §2.02.).

③ 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(127.815 §3.01.).

④ 환자의 첫 극약처방 요청은 구두로 이루어지고, 최소 15일이 지난 후 재차의 요청

239) 오리건 주에서는 안락사법 시행을 두고 연방 정부와의 갈등도 있었고, 오리건 주법이 연방법(특히 마약통제법 등)과 충돌할 여지가 있다는 주장도 있었다. 2006년 미국 대법원 판결을 통해 주 정부가 조력 자살을 허용하는 것을 차단할 연방 권한은 제한된다는 판례[Gonzales v. Oregon, 546 U.S. 243 (2006)]가 확립됨으로써 일단락되었다.

240) 말기질환(terminal disease)이란 합리적인 의학적 판단으로, 6개월 이내에 사망할 것으로 확인된, 치유될 수 없고 회복 불가능한 질병을 의미한다[127.800 §1.01(12)].

을 해야 한다(127.840 §3.06.). 담당 의사는 환자에게 의사를 철회할 기회를 부여하여야 하고(127.845 §3.07.), 환자의 약물 요청서는 서면으로 작성 · 제출되어야 한다. 약물 요청서가 제출된 후 48시간의 대기기간이 경과 되어야 의사가 극약처방을 할 수 있다(127.850 §3.08.).

⑤ 담당 의사는 극약처방에 대해 가족에게 사전에 통지하고 관련 서류를 기록 · 보관하며, 의료기관에 보고하여야 한다(127.855 §3.09.).

⑥ 조력 자살에 사용되는 약물은 일반적으로 바비투르산계 약물 등이며, 처방된 약은 환자가 스스로 복용해야 한다(즉, 의료인이 직접 주사 등을 투여하는 것은 허용되지 않음).

⑦ 법이 정한 요건을 충족한 경우, 의사 및 관련 의료행위자는 형사책임 또는 민사책임으로부터 보호된다.

⑧ 주 보건 당국(Oregon Health Authority, OHA)은 해당 사망 사례에 대해 통계 및 보고서를 작성해야 하고, 데이터를 수집하고 매년 공개 보고한다.

다. 남용 방지

오리건 주 존엄사법은 위 요건과 절차의 남용을 방지하기 위해 다음과 같은 형사처벌 규정을 두고 있다. 즉 환자를 사망케 할 의도를 가지거나 그러한 결과를 초래하기 위하여 환자의 허가 없이 약물 요청서를 고의로 변조 또는 위조하거나 요청 철회서를 은닉하거나 파기한 자, 환자를 사망케 할 목적으로 약물 요청을 하도록 강요하거나 부당한 영향력을 행사한 자의 경우 A급 중범죄자로 처벌된다(127.890 §4.02.).

라. 최근 개정 동향 및 입법 변화

오리건 주는 최근 몇 년간 이 법을 일부 개정해 접근성을 높이거나 절차를 조정하는 움직임이 있었다. 생명이 임박한 경우 숙려기간(15일)을 면제할 수 있는 조항을 허용한 법안이 2019년 개정되어 2020년부터 적용되었고, 2023년 HB 2279(House Bill 2279) 법안에 의해 신청 요건인 오리건 주 거주 요건(Residency Requirement)이 삭제됨으로써 비거주자도 이 법을 이용할 수 있게 되었다.[241]

241) 오리건 주는 2023. 5.에 거주자 요건을 삭제한 버몬트 주에 이어 비거주자도 본 법에 따라 의료적 조력을 받을 수 있는 미국 내 두 번째 주가 되었다.

2025년 환자가 조력사망에 접근하는 과정의 장벽을 낮추고, 의료 및 행정 절차를 현대화하는 데 초점을 맞춘 SB 1003(Senate Bill 1003)이 제안되었다. 기존 법률에서는 오직 '의사(Physician)'만이 환자의 말기 상태를 진단하고 치사 약물을 처방할 수 있었다. SB 1003은 이 명칭을 '의료종사자(Practitioner)'로 포괄적으로 변경하여, 전문간호사(Nurse Practitioners)와 진료보조사(Physician Assistants)도 환자의 적격성을 평가(2차 소견 포함)하고 약물을 처방할 수 있도록 권한을 대폭 확대하고자 했다. 최초 발의 시 최소 15일의 대기 기간을 '48시간'으로 대폭 줄이려 했으며, 이후 위원회 수정안을 통해 '7일'로 단축하는 방안이 논의되었다. 이뿐만 아니라 모든 병원과 호스피스 시설이 존엄사(의료조력사망) 정책에 참여하는지, 혹은 종교적 · 윤리적 이유로 거부하는지에 대한 방침을 환자가 쉽게 알 수 있도록 웹사이트 등에 의무적으로 공개하게 하는 조항이 포함되었고, 서면(종이)으로만 제출해야 했던 각종 보고서와 약물 처방전을 전자적으로 처리할 수 있도록 허용하여 행정 시스템을 간소화하려 했다.

그러나 2025년 오리건 주 SB 1003 개정안은 상원 법위원회(Senate Judiciary Committee)와 규칙위원회(Rules Committee) 등에서 논의되는 동안, 환자의 권리 확대를 주장하는 찬성 측과 보호 장치(Safeguards)를 무력화하여 취약계층의 오남용 위험을 높인다고 비판하는 반대 측(생명존중 단체, 일부 의료진 등) 간의 거센 공방과 수정작업이 이루어졌으나 결국 2025년 정기 의회 회기가 종료되는 시점(2025년 6월 27일)까지 최종 표결 문턱을 넘지 못하고 자동 폐기되었다.

마. 입법정책적 함의

(1) 규율방식: 형법 우회 및 보건법(사전의료지시서) 체계로의 편입

오리건 주의 존엄사법은 형법(Criminal Code)에 규정된 살인죄나 자살방조죄의 조문을 직접 개정하여 면책 사유를 신설하는 방식을 취하지 않았다. 즉 의료조력사망을 범죄의 예외가 아니라, 환자가 임종기에 행사할 수 있는 '사전의료결정권의 최고 단계(정상적인 의료행위)'로 프레이밍하여 규율하고 있다. 이러한 접근법은 형법을 개정하지 않았기 때문에 발생할 수 있는 법적 충돌을 막기 위해, 법률 내에 강력한 적용 배제 조항(ORS 127.880)[242]을 두어 합법적 보호구역을 설정했다.

242) "이 법에 따른 어떠한 행위도 어떠한 목적에서든 자살(suicide), 조력자살(assisted suicide), 자비살(mercy killing) 또는 살인(homicide)을 구성하지 아니한다."

자살과의 단절을 법문에 명시하는 이 조항을 통해 환자는 전통적인 '자살'의 굴레에서 벗어날 수 있고, 참여하는 의료인과 약사들은 형사소송이나 민사상 손해배상, 면허 취소 등의 위험으로부터 완벽하게 분리 · 보호된다.

(2) 절차적 안전장치: 엄격한 '사전 통제' 체계의 구축

오리건 주 존엄사법은 유럽 국가들이 의사의 사후보고 및 위원회 심사(ex-post)에 무게를 두는 것과 달리, 오리건 주는 처방 및 자가투여행위가 발생하기 전 복수검증 내지 상호교차적 의료적 게이트키핑(Gatekeeping)을 규율의 중심에 두고 있다.

접근 요건으로는 주관적인 '참을 수 없는 고통'만으로는 부족하며, 객관적으로 '기대여명이 6개월 이하로 남은 말기 환자(Terminal illness)'임이 입증될 것을 요건으로 하고 있다.

이뿐만 아니라 2명의 의사(담당 의사 및 자문 의사)가 말기 상태와 환자의 온전한 판단 능력을 교차 검증할 것이 요구되고(복수검증), 구두 요청과 서면 요청 사이에 일정한 숙려기간(원칙적 15일)을 거치도록 강제하여 충동적인 결정을 사전에 차단하고 있다(숙려기간). 더 나아가 모든 처방 내역은 오리건 주 보건청(OHA)에 의무적으로 보고되어야 하며, 보건청은 매년 매우 상세한 통계 연례 보고서를 대중에 공개하여 제도의 투명성을 유지하고 있다.

2. 델라웨어 주의 의료조력사법[243]

가. 경과 및 기본 취지

델라웨어 주에서는 과거 의료조력사 법안이 만들어지려는 시도가 여러 차례 있었으나 본격적으로 법안이 제도권 안으로 들어온 것은 2015년 이후였다. 2024년 생애 말기 선택법(Ron Silverio/Heather Block End of Life Options Act, HB 140)이라는 이름의 법안이 하원과 상원을 모두 통과했지만 당시 주지사인 존 카니(John Carney)가 의료윤리 및 의사의 치유자 역할 충돌 가능성 등을 이유로 거부권 행사를 하였다. 2025년 이 법안이 재발의되어 하원(21 대 17)과 상원(11 대 8)을 통과하였고, 같은 해 5월 20일 바뀐 주지사 맷 마이어(Matt Meyer)에 의해 서명되어 법률로 확정되었고, 이로써 델라

243) Ron Silverio/Heather Block End-of-Life Options Act: HB 140.

웨어는 미국 내에서 12번째로 의료조력사망을 합법화한 관할 구역이 되었다.

2026년 1월 1일 발효를 앞둔 법 시행을 불과 몇 주 전인 2025년 12월, 장애인 권리 단체 등이 해당 법안이 헌법에 위배되며 장애인에게 차별적이라며 연방 법원에 시행 중지 가처분 소송을 제기했다. 그러나 2025년 12월 30일, 연방 판사가 이 소송을 기각[244]함에 따라 법은 2026년 1월 1일에 정상적으로 발효되었다.[245]

나. 법안의 주요 내용

HB 140 법안(델라웨어 코드 Title 16, Chapter 25B로 새로 삽입됨)은 인간의 존엄성과 자율적 선택권을 존중한다는 윤리적 취지를 반영하고 있으며, 기대 여명이 6개월 이하인 말기 환자가 특정 요건을 충족할 경우, 자신이 복용할 수 있는 형태의 약물을 처방받아 스스로 복용함으로써 생을 마감할 수 있도록 허용하고, 적극적 안락사는 허용되지 않는다. 법안의 주요 내용은 다음과 같다.

(1) 자격요건

성인(adult) 이어야 하고, 의사결정능력(decision-making capacity)이 있어야 하며, 말기 질환 (terminal illness)으로 6개월 이하 생존 전망 진단(prognosis of six months or less)을 받았어야 한다. 신청은 자발적이어야 하고, 강요나 압력이 없어야 하며, 델라웨어 거주자(Delaware residency)를 입증해야 한다(운전면허증, 신분증 등으로 거주 증명가능).

(2) 요청 절차 등

의료조력사망 요청을 위해서는 2회의 구두 요청, 1회의 서면 요청이 요구되고, 두 번째 구두 요청은 첫 번째 요청 후 최소 15일 이후에 이루어져야 한다(숙려기간). 서면 요청에는 본인 서명, 날짜, 2명의 증인 서명 등이 필요하며, 증인 한 명은 신청인의 친족(혈연 · 혼인관계)일 수 없는 등 제한 조항이 있다. 서면 요청 이후 처방 전에도

244) Curran et al. v. Meyer et al., C.A. No. 1:25-cv-01475-GBW (D. Del.).

245) 원고 측은 1심 기각 판결에 불복하여 제3순회항소법원(Third Circuit Court of Appeals)에 항소를 제기한 상태이다. 이와 관련해 2026년 1월 29일, 법안 지지 단체 측에서도 항소심에 개입하기 위한 신청서를 제출하는 등 법적 공방은 이어지고 있지만, 법의 효력 자체는 유지되고 있다. 이에 관해서는 Death with Dignity, Timeline of Death with Dignity in Delaware (2026. 1.), https://deathwithdignity.org/states/delaware (2026. 3.23. 최종확인).

최소 48시간 대기기간을 두어야 한다 (서면 요청과 처방 간 최소 시간 조항). 첫 번째 구두 요청은 1년 동안 유효하며, 그 기간 내에 처방되지 않으면 요청이 만료되고 새 요청 절차를 거쳐야 한다.

(3) 의료인(provider) 역할 및 책임

의료인은 환자의 요청 요건 충족 여부(말기진단, 의사결정능력, 자발성 등)를 확인해야 하고, 환자에게 해당 질병 상태 및 예후, 대체 치료 옵션(완화의료, 통증 완화, 호스피스 등)을 충분히 설명해야 한다 (설명의무). 처방 전 다른 의사 또는 전문 간호사(APRN)를 컨설팅 의사 또는 전문간호사(consulting physician or APRN)로 지정하여 진단과 예후 동의 여부를 확인해야 한다(교차 진단 요건).

처방 시 안전 조치 (약물 폐기, 복약 방법, 부작용 설명 등) 및 요청 철회 가능성 고지 등의 절차를 준수해야 한다. 처방된 약물은 환자 자신이 복용해야 하며, 의료인이 직접 투여하거나 주사하는 방식은 허용되지 않는다(self-administration 조건).

(4) 면책 및 보호 조항

절차를 준수한 경우 의료인(의사 또는 APRN)이나 의료기관은 형사 책임 또는 민사책임, 전문가 징계 책임을 지지 않는다. 보험사나 의료 서비스 제공자는 이 법에 따른 조치를 이유로 보험 혜택을 거부하거나 변경할 수 없고, 환자에게 신청을 강요할 수 없고, 이 법 조항에 근거한 약물 복용은 생명보험 또는 연금(annuity) 계약의 효력에 영향을 미치지 않는다.

다. 다른 법률과 비교되는 특징 및 쟁점

(1) 의료인 범위 확대 (APRN 포함)

델라웨어 주의 의료조력사망 법안은 진단, 처방, 상담을 수행할 수 있는 의료진의 자격을 '의사'에만 국한하지 않고 '전문간호사(APRN, Advanced Practice Registered Nurse)'까지 확대한 것이 가장 큰 입법적 특징이다.

해당 법안은 의료조력사망 절차에 개입하는 의료진을 역할에 따라 크게 3가지로 구분하고, 각각의 자격 요건을 법률 조항(Definitions 및 Safeguards 섹션)에 구체적으로 명시하고 있다.

(가) 처방 및 1차 진단을 담당하는 '담당 의료진(Attending Provider)'

조력사망의 적격요건을 1차적으로 진단하고, 모든 대안적 치료법을 설명(Informed consent)한 뒤, 최종적으로 치사 약물을 처방하는 담당 의사(Attending Physician) 및 담당 전문간호사(Attending APRN)이다. 환자의 말기 질환에 대하여 '1차적인 책임(primary responsibility)을 지도록 환자가 지정한 의사 또는 전문간호사'여야 한다.

법안은 이 요건에 관해 "환자에게 인도적이고 존엄한 방식으로 삶을 마감하기 위한 약물을 처방하거나 조제하는 것으로만 제한되거나 주로 구성된 치료를 제공하는 의사/전문간호사는 담당 의료진이 될 수 없다"고 명시하고 있다(제2501A조 제2항 및 제3항). 이 규정은 평소 환자의 치료를 담당하지 않다가 오직 '조력사망 약물 처방만을 위해 일시적으로 고용된 의료진', 조력사망만을 목적으로 고용된 이른바 '처방 자판기' 역할을 하는 의료진의 개입을 법적으로 원천 차단하기 위한 장치이다.

(나) 2차 소견 및 교차 검증을 담당하는 '자문 의료진(Consulting Provider)'

담당 의료진이 내린 말기 질환 진단, 기대여명, 환자의 의사결정 능력 및 자발성을 독립적으로 재확인하고 상담하는 주체로서 자문 의사(Consulting Physician) 및 자문 전문간호사(Consulting APRN)를 말한다.

법안은 해당 환자의 말기 질환에 관하여 전문적인 진단과 예후 판정을 내릴 수 있는 "전문과목 자격(qualified by specialty) 또는 경험(experience)을 갖춘 자"여야 한다고 명시하고 있다(제2501A조 제4항).

이 규정은 자문의료진이 환자의 건강관리에 1차적인 책임을 지도록 지정되지 않은 사람, 즉 담당 의료진과 직무상 분리된 독립된 제3자일 것을 요구하고 있다.

(다) 의사결정 능력을 평가하는 '정신건강 전문가(Mental Health Professional)'

환자가 우울증 등 정신 질환으로 인해 이성적 판단이 흐려졌거나 외부의 강압이 의심될 경우, 환자의 '의사결정 능력'을 심층 상담[246]하고 진단하는 주체이다. 법안은 담당 의료진이나 자문 의료진 중 어느 한 명이라도 환자의 판단 능력에 의문을 제기할 경우, 반드시 '정신과 전문의(Psychiatrist)' 또는 '임상 심리학자(Psychologist)'에게 평가를 의

246) '상담'이란 환자가 의사결정 능력을 갖추고 있으며 판단력을 손상시키는 정신적 · 심리적 장애나 우울증을 앓고 있지 않음을 판단할 목적으로, 정신과 전문의(psychiatrist) 또는 심리학자(psychologist)와 환자 사이에 필요한 만큼 1회 이상 이루어지는 진료를 말한다고 규정한다[H.B. 140, 153d Gen. Assemb., §2503A (4) (Del. 2025)].

뢰하도록 규정하고 있다(제2501A조 제6항). 일반 상담사나 사회복지사가 아닌 최고 수준의 정신건강 전문가로 자격을 한정하여 평가의 엄밀성을 담보하기 위한 안전장치다.

이와 같이 가장 최근에 입법화된 델라웨어 주의 HB 140 법안은 미국 내 의료조력사망 제도의 최신 입법 트렌드를 정확히 반영하고 있다. 의사 수 부족 문제를 해결하고 환자의 의료 접근성을 높이기 위해 전문간호사(APRN)에게 처방 및 진단 권한을 동등하게 부여하면서도, 자문 의료진의 '해당 질환에 대한 전문성'을 법문으로 강제하고 '처방 목적만의 의료 관계'를 금지함으로써, 오남용을 막기 위한 매우 정교한 절차적 안전장치를 법안에 구현하고 있기 때문이다.

(2) 거주 요건 포함

법안은 일부 주(예: 오리건)에서 비거주자 허용 등 거주 요건을 완화하는 추세와 대조적으로 델라웨어 거주자(residency)이어야 한다는 요건을 두고 있으며, 이를 증명할 수 있는 공식 문서 등을 요구한다.

(3) 대기 기간 및 요청 유효기간 규제

두 차례의 구두 요청 사이 최소 15일 대기, 서면 요청 이후 최소 48시간 대기 등 절차 지연 장치를 두고 있으며, 첫 구두 요청은 1년간 유효하나 그 기간 내 처방이 이루어지지 않으면 요청 만료 규정이 있다. 이러한 규제는 환자의 충동적 결정 가능성을 낮추려는 안전장치 의도로 볼 수 있다.

(4) 면책 조항 및 보험 보호

의료인에 대한 면책 조항이 명시되어 있고, 보험사 등이 이 법의 존재를 이유로 보험 혜택을 거부하거나 변경할 수 없다는 조항이 포함되어 있다. 또한 이 법 조항하에서의 사망이 생명보험 또는 연금 계약에 영향을 미치지 않도록 규정하고 있다.

라. 규범적 통합모델의 입법정책적 의의

(1) 규율형식

델라웨어 주 의료조력사 제도를 담고 있는 「생애 말기 선택에 관한 법」은 독립된

특별법(완전히 별개의 법률)의 형식으로 존재하는 것이 아니라, 기존 델라웨어 주 보건 및 안전법(Title 16) 체계 내부에 새로운 장(Chapter 25A 등)을 신설하여 편입되는 형식을 취하고 있다. 특히 델라웨어 주 보건법 제16편 제25장(Chapter 25)이 '사전의료지시서 및 의료결정(Health-Care Decisions)'을 다루고 있는데, HB 140은 이와 밀접하게 연계된 후속 장(Chapter 25B 등)의 형태로 편입되었다. 따라서 호주 등의 일부 국가처럼 일반 법전과 동떨어진 '독립된 특별법(Standalone Act)'으로 존재하는 것이 아니라 주 보건법전 전체의 일부로 기능한다.

(2) 입법정책적 함의

델라웨어 주도 오리건 주와 마찬가지로 이러한 입법 형식을 통해 의료조력사 제도에 관한 규범적 지위에 관한 중요한 메시지를 표현하고 있다. 즉 조력사망을 형법상 살인죄나 자살방조죄의 '예외적인 면책 사유'로 다루지 않고, 공중 보건법의 테두리 안으로 끌어들임으로써, 국가가 조력사망을 호스피스, 연명의료중단, 사전의료지시서 등과 나란히 '보건의료 시스템 내에서 환자가 선택할 수 있는 정상적이고 합법적인 의료적 돌봄 서비스의 하나'로 공식화했음을 의미한다.

이뿐만 아니라 의료조력사제도가 보건법(Title 16)에 편입됨으로써, 조력사망에 대한 관리 · 감독, 의료진의 징계, 통계 보고 등의 행정 절차가 기존 델라웨어 주 보건복지부(DHSS) 및 전문직 규제국(Division of Professional Regulation)의 기존 통제 시스템 안에서 자연스럽게 맞물려 작동하게 되는 실무적 장점을 발휘할 수 있게 되었다.

II. 캐나다의 의료조력사법(MAID)

1. 입법배경 및 의의

가. 카터사건 판결에 대한 연방대법원의 영향

2015년 2월 연방대법원은 카터 사건(Carter v. Canada, 2015)에 대한 판결에서 조력사망에 대한 국가의 전면적 금지가 환자의 '생명, 자유, 신체의 안전에 관한 권리(캐나다 권리자유헌장 제7조)'를 침해한다고 선언하면서,[247] 의회가 새로운 제도를 입법할

수 있도록 12개월의 유예기간을 부여했다.

앞서 살펴보았듯이 위 판결에서 연방대법원은 조력사망의 전면적 금지는 환자를 보호하는 것이 아니라, 오히려 환자가 신체 능력이 남아 있을 때 스스로 목숨을 끊도록 (조기 자살) 강제하는 결과를 낳는 것이고, 고통받는 환자에게 '참을 수 없는 고통 속에서 계속 살 것인가, 아니면 더 늦기 전에 폭력적인 방식으로 자살할 것인가'라는 잔혹한 선택(Cruel Choice)을 강요하는 것은 생명권과 신체의 안전에 대한 중대한 침해라고 보았다. 이뿐만 아니라 연방대법원은 국가의 생명보호 의무의 관점에서 취약계층을 보호할 필요는 있지만, 전면 금지라는 수단은 비례성 원칙에 어긋난다고 보았다. 조력사망을 합법화하되, 엄격한 안전 장치(Safeguards)를 통해 취약계층을 충분히 보호할 수 있다고 판시한 것이었다.

다른 한편 퀘벡 주에서는 이미 2009년부터 주 의회(the National Assembly of Quebec) 차원에서 완화 의료나 완화 진정, 환자의 사전 의료지시서, 그리고 의료조력사(medical aid in dying)를 포함한 생애 말기 돌봄체계의 방향에 대해 제언을 하는 특별위원회를 설치하여 의료조력사 입법안을 마련하는 작업을 해 왔다. 2014년 6월 5일 퀘벡 주 의회는 특정 환자에 대한 의료조력사를 허용하기 위해 연방정부 차원에서 만들어진 법안(Bill C14, 2016년) 보다 2년 앞서 「생애말기 돌봄에 관한 법률(An Act Respecting End-of-Life Care: ARELC)을 만들어 통과시켰다.

그 동안 2015년 말 연방 총선으로 인해 보수당 정부에서 쥐스탱 트뤼도(Justin Trudeau) 총리가 이끄는 자유당 정부로 정권이 교체되며 입법 공백이 발생했다. 새 정부의 트뤼도 총리는 연방대법원이 제시한 유예 기간내 연방법 개정작업의 완료가 어려울 것으로 예상되자 연방대법원에 6개월 연장을 요청했고, 이에 연방대법원은 입법 기한을 4개월 연장(2016년 6월 6일까지)해 주었다.

2016년 4월 정부는 의료조력사망을 합법화하기 위해 형법 개정을 내용으로 하는 법안 C-14(Bill C-14, 의료조력사망에 관한 형법 및 관련 법률 개정안)를 발의했다. 하지만 이 법안은 대법원의 카터 판결보다 훨씬 보수적이고 엄격한 요건(조력사망의 적용대상을 자연사가 합리적으로 예측가능한 자, 즉 말기 환자로 축소함)을 담고 있어 상원과 인권 단체의 거센 반발에 직면했다. 상원은 이 독소 조항을 삭제하려 했으나, 하원은 원래의 엄격한 정부안을 밀어붙여 결국 2016년 6월 17일 형법의 일부를 개정하는

247) *Carter v. Canada (Attorney General)*, [2015] 1 SCR 331.

법률 C-14(이하 MAID 법으로 약칭한다)가 의회를 통과하였다.

나. MAID 법의 적용범위

MAID에 관한 여러 개념의 정의를 규정하는 연방형법 제224.1조 제1항에 따르면, MAID란 의사(medical practitioner) 또는 진료 간호사(nurse practitioner)가 본인의 요청에 근거하여 그 사람의 죽음을 초래하게 되는 규제 약물을 (a) 투여하는 것, 또는 (b) 본인이 스스로 복용할 것으로 예상되는 규제 약물을 처방하는 것으로 정의되어 있다. 이 정의에 따르면 캐나다 사망 시 의료조력(MAID)은 '의사에 의한 자살 방조(PAS)' 유형 뿐만 아니라 '적극적 안락사' 유형까지 포괄하고 있다. 의료조력사가 넓은 의미로, 그리고 적극적 안락사까지 포함하는 용어로 사용되고 있는 것이다.

이로써 캐나다 연방법에 따라 전국적인 수준에서 합법적으로 적극적 안락사 및 의사의 조력을 받은 자살(PAS)를 시행할 수 있는 국가가 되었고, 캐나다 의료조력사 입법모델은 후술할 베네룩스 3국과 동일한 수준의 입법모델로 분류될 수 있다.

다. 연방대법원 판결 취지의 입법적 축소에 대한 트뤼숑 판결(Truchon, 2019)의 반격

2016년 법안 C-14에 포함된 MAID 제도는 그 적용 대상을 "자연적 죽음이 합리적으로 예견 가능한 자(Reasonably Foreseeable Natural Death, RFND)"로 엄격히 제한함으로써 2015년 카터사건에 대한 연방대법원 판결의 취지를 축소하여 입법화한 것이었다. 이 때문에 심각한 장애와 고통을 겪고 있으나 당장 죽을 병은 아니었던 트뤼숑(Truchon) 등이 2016년 의료조력사법에 대한 퀘벡 주 법원에 위헌 소송을 제기했다.

이에 퀘벡 고등법원은 2019년 트뤼숑 판결에서 죽음이 임박하지 않았다는 이유로 MAID를 거부하는 것은 권리장전 제15조(평등권) 위반이라고 선언했다.[248] 참을 수 없는 고통을 겪는 것은 말기 환자나 비말기 장애인이나 동일한데, 오직 '남은 수명(기대여명)'을 기준으로 자율권 행사 여부를 차별하는 것은 자의적이며 장애인에 대한 평등권 침해라는 이유에서였다.

이 판결은 헌법상 존엄하게 죽을 권리의 규범적 의미를 규범적으로 한 단계 더

248) *Truchon c. Procureur général du Canada*, 2019 QCCS 3792.

진전시킨 것으로 평가될 수 있다. 존엄하게 죽을 권리가 단순히 '죽음의 시기가 도래한 자의 생명을 연장시키는 것을 거부하는 소극적 차원의 것'이 아니라, '개인의 실존적 고통을 종식하고 자율성을 회복한다는 적극적 권리'에 있음을 확인한 것이기 때문이다.

라. 법안 C-7[249](2021)의 통과
: 말기 환자→비말기 환자로의 확장(이른바 투-트랙 모델)

2020년 10월 5일, 캐나다 법무부는 그동안의 MAID 시행 경험, 2020년 1~2월간 30만 명 이상의 국민 · 전문가 · 이해관계자 · 주와 준주가 참여한 공청회 의견, 하원 및 상원 심사에서 청문한 120명 이상의 전문가 증언 등을 반영하여 법안 C-7(MAID에 관한 형법 개정법)을 의회에 제출했다.

트뤼숑 판결을 수용한 캐나다 연방 의회는 2021년 3월 17일 법안 C-7(Bill C-7)를 통과시켜, "자연적 죽음이 합리적으로 예견 가능해야 한다(RFND)"는 조항을 형법에서 삭제하였다.[250] 이로써 캐나다 MAID 제도를 투-트랙(Two-Track) 시스템으로 전환시켰다. 이에 따르면 죽음이 임박한 환자(자연사가 합리적으로 예측가능한 경우)에 대해서는 숙려기간 10일 폐지 등 기존과 동일한 절차로 신속한 절차로 진행되고(트랙 1), 비말기적 만성질환이나 중증 장애로 극심한 고통을 겪는 환자 등 죽음이 임박하지 않은 환자에 대해서는 오남용을 막기 위해 최소 90일의 평가 기간과 추가적인 전문가 심사가 있어야 조력사망 절차가 진행된다(트랙 2).

2. 현행 캐나다 의료조력제도

역동적인 헌법적 논쟁 과정과 연계되어 변화를 거듭해 온 캐나다 의료조력사(MAID, Medical Assistance in Dying) 제도는 2016년 처음 법제화된 이후, 2021년 법안 C-7(Bill C-7)의 통과를 통해 대상 요건이 대폭 완화되었다. 대상 요건을 완화한 입법 변화의 핵심은 '자연적 죽음이 합리적으로 예측 가능해야 한다'는 필수 조건을 폐지한 것이다. 이로써 자연적 죽음이 임박하지 않은 만성 질환자나 장애인도 견딜 수 없는 고통

249) *An Act to amend the Criminal Code (medical assistance in dying)*, S.C. 2021, c. 2. (Bill C-7).
250) 다른 한편 2024년 2월 29일 정신질환을 유일한 기저질환으로 가진 자들의 MAID 자격을 3년 더 유예하는 것을 내용으로 하는 법안 C-62[An Act to amend the Criminal Code (medical assistance in dying), No. 2, S.C. 2024, c. 1 (Bill C-62)]가 2027년 3월 17일부터 시행될 예정이다.

이 있고 회복 불가능한 상태라면 조력사망을 신청할 수 있게 되었다(트랙 2).

가. 일반적 자격 기준

환자가 만 18세 이상이며 의사결정 능력이 있을 것, 공적 자금으로 운영되는 의료서비스를 받을 자격이 있을 것,[251] 외부 압력에 의하지 않은 자발적 요청을 할 것, 충분한 정보를 제공받은 후 MAID에 대해 사전 동의(informed consent)할 것, 심각하고 불치의 질병 · 장애가 있을 것, 회복할 수 없을 정도로 능력이 쇠퇴 상태에 있을 것, 완화될 수 없는 지속적이고 참기 힘든 신체적 · 정신적 고통을 겪을 것이다.

나. 정신질환자(2027년 3월 17일 이후)에 대한 자격 요건

현재는 정신질환(Mental Illness)이 유일한 기저 질환인 경우는 대상에서 제외되어 있다. 당초에는 2023년 3월까지 한시적으로 제외하고 이후 허용할 예정이었으나, 준비 부족과 우려로 인해 2027년 3월 17일까지 시행이 다시 연기된 상태이므로(법안 C-62), 이 후에는 정신질환 요건만으로도 의료조력사망 신청을 할 수 있다. 이 경우 정신질환에는 우울증 · 인격장애 등 주로 정신의학에서 치료되는 질환은 포함되지만, 인지장애 · 발달장애 등은 제외된다.

다. 절차적 안전장치(트랙의 분리)

2021년 개정법에 따르면 자연사가 합리적으로 예측 가능한 경우와 그렇지 않은 경우 각기 절차적 안전장치가 달리 적용된다. 죽음이 합리적으로 예견되는 환자들(트랙 1)에 대해서는 기존의 엄격했던 절차가 간소화되었다.

(1) 자연사가 합리적으로 예측 가능한 경우(트랙 1)

- 요청은 서면이어야 하며, 독립적인 증인 1명이 서명해야 함(유급 간병인 · 의료인도 가능)
- 독립된 의사 · 간호사 2명이 심사 후 자격 충족을 확인해야 함
- 환자는 언제든 요청을 철회할 수 있음

251) 타국 국민의 조력사망 관광을 원천 차단하기 위한 장치이다.

– 시행 직전 최종 동의를 명시적으로 확인해야 함(단, 특정 상황에서는 최종 동의 요건 면제 가능[252]하지만, 환자가 이후에 언어나 행동으로 거부 · 저항을 나타내면 무효가 되고, 반사적 움직임은 거부로 보지 않음[253])
– 10일 대기 기간 요건 폐지 → 의료진의 승인이 있으면 즉시 MAID를 받을 수 있음

(2) 자연사가 합리적으로 예측되지 않는 경우(트랙 2)

개정법은 대상을 확대하는 대신, 죽음이 임박하지 않은 환자들(트랙 2)에게는 남용을 막기 위해 더 강화된 안전장치를 마련하였다. 아래 내용 중 신청 후 최소 90일 평가 기간, 해당 질환에 대한 전문가 자문 필수, 상담 의무화 등이 여기에 해당한다.

– 요청은 서면이어야 하며, 독립적인 증인 1명이 서명해야 함
– 독립된 의사 · 간호사 2명이 심사 후 자격 충족을 확인해야 함
– 두 심사자가 해당 의학적 전문성을 갖추지 못한 경우, 반드시 전문가에게 자문해야 함
– 환자는 언제든 요청을 철회할 수 있음
– 환자는 상담 · 정신건강 지원 · 장애 지원 · 지역사회 서비스 · 완화의료 등 이용 가능한 지원 방안에 대해 안내받고, 전문가와 상담 기회를 제공받아야 함
– 환자와 의료인은 고통 완화의 합리적 방법에 대해 논의해야 하며, 환자가 이를 충분히 고려했다는 합의가 있어야 함
– 심사 기간은 최소 90일 이상이어야 함(단, 환자가 의사결정 능력을 상실하기 직전이면 단축 가능)
– 시행 직전 반드시 최종 동의를 확인해야 하고, 환자가 자가 복용을 선택한 경우 환자가 스스로 MAID 약물을 복용하다가 합병증으로 사망하지 않고 의사결정 능력을 상실할 경우를 대비해, 사전 서면 동의를 통해 의료진이 대리 투여할 수 있도록 허용함

252) 2016년 법에 따르면 시술 직전에 환자가 다시 한 번 명확하게 동의 의사를 밝혀야 했다(최종 동의). 이 때문에 환자들은 진통제를 충분히 쓰지 못하거나, 의식을 잃기 전에 서둘러 죽음을 선택해야 하는 문제가 있었다. 개정법은 자연적 죽음이 예견되는 환자(트랙 1)가 사전에 서면으로 동의했다면, 시술 당일 의식 능력을 상실하더라도 조력사망을 이행할 수 있도록 '최종 동의 면제(Waiver of Final Consent)'가 허용된다[Criminal Code, s. 241.2(3.2)]. 그밖에 2명의 독립 증인이 필요하던 것이 1명으로 줄었다[241.2(3)(c)].
253) 이 규정[Criminal Code, s. 241.2(3.2)]은 "Audrey's Amendment"라 불리며, 이는 능력 상실을 우려해 원치 않게 일찍 MAID를 선택한 Audrey Parker의 사례를 반영한 것이다.

<표 10> 캐나다 MAID 제도의 변화

구분	초기 법안 (Bill C-14, 2016)	개정 법안 (Bill C-7, 2021)
핵심 요건	자연적 죽음이 합리적으로 예견되어야 함	합리적 예견 가능성 요건 폐지
대상자	말기 환자 중심	만성 중증 질환자 및 장애인 포함 (트랙 2 신설)
대기 기간	10일 의무 대기	(트랙 1) 대기 기간 없음 (트랙 2) 90일 평가 기간
최종 동의	시술 직전 동의 필수	(트랙 1) 사전 서면 동의 시 면제 가능
정신질환	(명시적 규정 없음)	2027년까지 대상에서 제외 (Bill C-62)

라. 자료 모니터링 및 수집 제도

2021년 개정법은 MAID 시행에 대한 데이터 수집과 보고 체계를 강화했다. 즉 모든 MAID 심사 자료를 수집할 수 있도록 확대하고, 보건부 장관의 인종 · 원주민 신분 · 장애 여부 등 데이터 수집 권한을 강화함으로써 개인적 · 제도적 불평등을 규명하기 위한 데이터 확보를 가능하게 했다.

정부는 2018년 공식 모니터링 체계 시행 이후, 단순히 서면 요청만으로는 전체 상황을 파악하기 어렵다는 점을 확인했다. 따라서 구두 요청 · 초기 상담 단계의 데이터도 수집하도록 개정했다. 2022년 11월 9일, 「의료조력자살 모니터링 규정 개정안」과 그 영향평가서가 공포되었고, 2023년 1월 1일부터 발효시킴으로써 MAID가 어떻게 시행되고 있는지, 확대 자격 하에서 어떻게 운영되는지에 대해 더 완전한 그림을 제공할 수 있게 만들었다.

마. 캐나다 조력사망제도의 입법정책적 의의

(1) 연방 MAID 법의 입법정책적 의의

캐나다의 MAID 법은 캐나다 연방 형법(Criminal Code)을 직접 개정하는 방식을 취했다. MAID 법은 입법의 이념 등을 표방하는 전문에 이어, 제1조는 피해자의 동의가 살인죄의 항변이 되지 않는다는 취지를 규정한 연방형법 제14조 문언 수정을 가하면

서, 제2조에서는 살인죄의 예외 규정으로 형법 제227조[254]를 추가하였다.

이러한 입법방식은 의료조력사망을 합법화하기 위해 형법과 완전히 분리된 독립적인 특별법을 제정하는 방식을 택하는 대신, 범죄와 형벌을 규정하는 기본법인 '형법'의 틀 안으로 들어가 타인의 죽음을 초래하거나 돕는 행위를 원칙적으로 범죄로 규정하는 기존 형법 체계를 유지하되, 특정한 요건을 갖춘 의료조력사망에 대해서만 형벌의 적용을 배제하는 '위법성 조각 사유(면책 조항)'를 형법전 내에 신설하는 방식이라고 할 수 있다.

연방형법 제241조 제2항도 개정하여 MAID 법이 정한 요건을 갖춘 환자에게 '사망 시 의료적 지원(Medical Assistance in Dying: MAID)'을 한 면책대상 범위도 명확히 규정함으로써,[255] 의료진의 행위가 합법적인 의료 행위로 인정받을 수 있는 확고한 보호구역을 형법체계 내에 마련한 것으로 평가될 수 있다.

그러나 자기결정권과 국가의 생명보호의무 간의 규범적 관계 설정에서 캐나다 MAID 법은 매우 분명한 변화를 드러냈다. 2016년 법안 C-14에서 입법자는 국가의 생명보호의무를 강조하여, 자격 요건 중 하나로 환자의 자연사가 합리적으로 예측가능해야 한다는 엄격한 기준을 삽입함으로써 개인의 '자율성(자기결정권)'과 헌법상 국가의 '생명보호의무(취약계층 보호)' 사이에서 보수적인 타협점을 찾았다. 이 기준은 단순히 '고통'만으로는 부족하고 죽음이 임박한 '말기 환자' 위주로 그 대상을 축소하는 것을 의미하고, 비말기 환자나 장애인이 사회적 압력에 의해 충동적으로 생을 마감하는 것을 막고자 한 규범적 안전장치(생명보호의무의 발현)이라고 할 수 있기 때문이다. 하지만 이 기준은 트뤼숑 사건 판결에서 위헌 판결을 받고 2021년 법안 C-7을 통해 폐지됨으

254) 사망 시 의료조력(Medical Assistance in Dying, MAID)과 관련하여 의료 전문가 및 그들을 돕는 사람을 형사 책임으로부터 면제하는 내용을 담고 있는 캐나다 형법 제227조의 주요내용은 다음과 같다: (1) 의료 전문가에 대한 면제: 캐나다 형법 제241.2조에 따라 조력사망을 제공하는 의사 또는 전문간호사에게는 책임 있는 살인(culpable homicide)에 대한 형사 책임을 묻지 않는다. (2) 의료 전문가 조력자에 대한 면제: 의사 또는 전문간호사가 제241.2조에 따라 조력사망을 제공하는 것을 돕는 모든 사람도 책임 있는 살인의 공범이 아니다.

255) 캐나다 형법 제241조 (자살 교사 및 방조) (1) 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람은, 자살이 실제로 일어났는지 여부와 관계없이, 기소 가능한 범죄(indictable offence)를 범한 자로서 14년 이하의 징역형에 처한다.
(a) 다른 사람에게 자살을 하도록 교사(counsel)하거나, 자살을 방조(abet)하는 경우,
(b) 다른 사람의 자살을 돕는(aid) 경우.
(2) 다음의 경우 의사(medical practitioner) 또는 간호사(nurse practitioner)는 제1항 (b)에 따른 범죄를 저지른 것으로 보지 않는다.
1. 그들이 제241.2조에 따라 사망 시 의료조력(medical assistance in dying)을 제공하는 경우.

로써 국가 생명보호 의무에 의해 후퇴된 자기결정권이 다시 헌법적 지위를 만회하였다. 여기서 캐나다 연방법상의 MAID는 그 대상범위를 넓히는 대신 실행 전 남용을 막기 위해 오리건 주 모델과 유사한 엄격한 사전 통제 장치를 두고 있음은 앞서 살펴본 바와 같다. 예컨대 절차적 안전장치(Safeguards)로서 환자의 조력사망 요청서가 자발적인지를 점검하기 위해 그 요청서가 2명의 독립적인 증인 앞에서 서명되어야 하고, 담당 의료진과 독립된 제3의 자문 의료진 등 최소 2명의 의료인이 환자가 모든 적격성 요건을 충족하는지 서면으로 확인하도록 하고 있는 것(교차검증)이 그 예이다. 서면 요청서를 제출한 날로부터 실제 조력사망이 실행되기까지 최소 10일이 경과(숙려기간/대기기간)할 것을 요구하고 있는 것도 마찬가지의 이유이지만, 사망이 임박했거나 의사결정 능력을 곧 상실할 위험이 있는 경우 단축 가능한 것을 예외성을 인정한 것은 조력사망을 요청하는 환자들의 구체적 사례 구조 및 개별적 사정에 대한 면밀한 대응책을 마련한 것으로 평가될 수 있다.

(2) 퀘벡 주 ARELC법상의 조력사망제도

카터 사건에 대한 캐나다 연방 대법원 판결이 내려지기 전에 만들어져 2015년 12월 10일에 정식 발효된 이 법(ARELC)은 의료조력사망을 캐나다에서 최초로 '합법화된 보건의료 서비스'의 틀 안으로 포섭한 법이라는 역사적인 의미를 가진다. 오리건 주가 사전의료결정의 차원에서 접근했다면, 퀘벡 주는 이를 보건행정 체계가 시민에게 제공해야 할 '정당한 의료적 권리'(보건의료 시스템내의 권리)로 승격시키고 있다. 특히 퀘벡 주 조력사망제도는 그 법률 명칭에서 보듯, 이 법은 호스피스 완화의료와 더불어 '사망 시의 의료적 조력(Medical Aid in Dying, MAID)'을 예외적인 행위가 아닌 생애 말기 의료 서비스의 한 형태로 공적 의료 체계 속으로 통합시켰다. 특히 이 법은 영미권에서 흔히 쓰던 '조력자살(Assisted Suicide)'이나 '안락사(Euthanasia)' 대신 '의학적 조력 사망(Medical Aid in Dying / Aide médicale à mourir)'이라는 용어를 캐나다에서 사실상 처음으로 법문화하여, 이 용어는 이후 캐나다 연방 입법(C-14)의 핵심 용어로 정착되었다.

(3) 두 입법례의 비교

두 법률 모두 의료조력사망을 합법화했지만, 그 철학적 출발점과 접근 방식(프레임)에 다음과 같은 차이를 보인다. 먼저 연방법(C-14)은 기본적으로 형법 개정안 방식

을 통하여 형사면책 효과를 부여한다. 즉 환자의 사망 시 의료적 조력은 원칙적으로는 범죄이지만, 예외적으로 처벌하지 않는 행위라는 형사법적인 프레임에서 접근하고 있다. 반면에 퀘벡 주 ARELC 법은 주의 관할인 '보건행정' 차원의 보건의료서비스 접근방식을 택했다. 이로써 의료조력사망은 형벌의 예외가 아니라, 호스피스 완화의료와 마찬가지로 환자가 마땅히 누려야 할 '생애 말기 돌봄(End-of-Life Care)'이라는 공적 의료 서비스의 일환으로 자리매김되었다.

이러한 접근방식의 차이는 다음과 같은 규범적 컨셉의 차이를 만들어낸다. 연방법이 의사를 감옥에 가지 않게 해주는 '면책'에 방점을 찍었다면, 퀘벡 주의 법률은 환자의 고통을 경감하기 위해 보건의료 시스템이 제공해야 하는 적극적인 '권리이자 돌봄의 연장선'으로서 이른바 '의료화된 조력사망'을 개념화했다.[256]

III. 호주

1. 의의 및 배경

호주는 전 세계적으로 의료조력사(Voluntary Assisted Dying ; 이하 VAD 약칭) 법제화의 가장 역동적인 변화를 보여준 국가이다. 2017년 빅토리아주를 시작으로 마치 도미노처럼 입법이 이어져, 현재 호주의 6개 주(State) 전체에서 자발적 조력사망이 합법화되어 있다.

호주에서는 현재 6개의 주(State) 전체와 1개의 준주(Territory)에서 '자발적 조력사망(Voluntary Assisted Dying, VAD)'이라는 법적 테두리 안에서 적극적 안락사도 허용되고 있다. 특히 호주의 조력사망 제도는 환자 스스로 약물을 복용하는 '자가 투여(Self-administration, 의료조력자살)'와 의료진이 직접 치사 약물을 주입하는 '의료진 투여(Practitioner administration, 적극적 안락사)'를 모두 포함한다. 다만, 관할 지역의 법률에 따라 적극적 안락사(의료진 투여)를 허용하는 기준에 뚜렷한 차이가 있다.

뉴사우스웨일스(New South Wales, NSW), 퀸즐랜드(Queensland, QLD), 서호주

256) 퀘벡 주의 보건 및 사회 서비스 기관(병원 등)은 환자가 이 법에 따른 의료조력사망을 원할 경우 이를 제공할 수 있는 체계를 의무적으로 갖추도록 규정했다[Act respecting end-of-life care, CQLR c. S-32.0001, ss. 8, 9, 31, 33.]. 이는 국가의 공중 보건 시스템(보편적 건강보장)이 조력사망을 시민의 권리로서 실질적으로 뒷받침해야 한다는 것을 의미한다.

(Western Australia, WA), 태즈메이니아(Tasmania, TAS), 호주 수도 준주(Australian Capital Territory, ACT) 등에서는 환자가 자신의 상태에 따라 '자가 투여'와 의료진이 직접 개입하는 '의료진 투여(적극적 안락사)' 중 원하는 방식을 비교적 자유롭게 선택할 수 있다.[257] 2017년 호주 최초로 관련 법안을 통과시킨 빅토리아(Victoria, VIC)와 남호주(South Australia, SA)에서는 원칙적으로 환자 스스로 약물을 복용하는 '자가 투여'를 법적 기본값으로 두고 있지만, 의료진 투여 방식의 적극적 안락사는 환자가 신체적 마비 등으로 인해 약물을 스스로 삼키거나 소화할 수 없는 예외적인 신체적 장애가 증명된 경우에 한해서만 엄격하게 승인된다. 노던 준주(Northern Territory, NT)는 1997년 세계 최초로 안락사를 합법화했으나 연방정부의 개입으로 법이 무효화되었다가, 2022년 말 연방정부의 입법 금지 조치가 해제되면서 현재 자체적인 합법화 논의가 다시 진행 중이나,[258] 아직 공식적으로 합법화가 선언되어 있지 되지 않아 현재 호주에서 유일하게 조력사망을 이용할 수 없는 지역이다.

호주 모델은 후술할 베네룩스 3국이나 캐나다 모델과 달리, 매우 엄격한 안전장치와 '말기(Terminal)' 요건을 고수하는 이른바 '호주 모델(Australian Model)'이라는 독자적인 규범 체계를 형성하고 있다. 각주에서 합법화된 자발적 조력사망법의 서로 다른 내용적 특징을 요약하면 다음과 같다.

2. 호주 6개 주의 합법화 연혁과 개별 법률의 특징

가. 빅토리아 주(Victoria)[259]: 가장 엄격한 선구자

호주 최초로 의료조력사를 법제화하여 자발적 조력사망을 합법화한 주이다. 빅토리주는 의사가 환자에게 VAD를 먼저 제안하는 것(개시 권유)을 형사처벌 대상으로 삼을 만큼 매우 보수적이다. 환자가 100% 자발적으로 먼저 말을 꺼내야만 절차가 시작되며, 철저히 환자의 '자기투여'의 경우에만 합법화된다.

257) 이 관할에서는 적극적 안락사의 실행 비율이 높게 나타나고 있다고 한다.
258) 호주의 노던준주(NT)는 1997년 안락사법(Euthanasia Laws Act 1997)에 의해 VAD 입법이 금지되어 있었다. 그러나 2022. 12. 13. 연방의회가 준주권리회복법(Restoring Territory Rights Act 2022)을 통해 1997년 안락사법 중 VAD 입법을 금지한 제한을 폐지하였다. 이에 따라 2024년 수도특별자치구(ACT)에서도 준주권리회복법에 따라 2025. 11. 3.부터 조력사망제도가 시행되고 있다.
259) 「자발적 조력사망법 2017(Voluntary Assisted Dying Act 2017)」(2019. 6. 19. 시행).

나. 서호주(Western Australia)[260]: 환자의 선택권 확대

서호주의 자발적 조력사망법은 빅토리아주의 과도한 엄격성을 완화하여 의사가 진료 중 VAD라는 선택지가 있음을 환자에게 먼저 정보로서 제공하는 것을 허용했다. 또한, 환자가 원한다면 신체적 능력이 남아 있더라도 처음부터 '의사 투여'를 선택할 수 있도록 자율성을 넓혔다.

다. 태즈메이니아주(Tasmania)[261]: 가장 긴 숙려 및 심사 과정

총 3번의 요청과 다수의 심사를 거쳐야 하며, 모든 과정이 주 정부의 'VAD 위원회(VAD Commission)'의 승인을 거쳐야 다음 단계로 넘어갈 수 있도록 행정적 통제를 극대화한 특징을 가지고 있다.

라. 남호주(South Australia)[262]: 시설의 거부권 제한

종교적 신념에 따라 특정 병원이나 요양원이 VAD 시행을 거부할 수는 있으나, 환자가 VAD를 원할 경우 해당 기관은 다른 전문가가 시설로 들어와서 평가를 진행하거나 환자를 안전하게 이송하는 것을 방해해서는 안 된다는 규정을 명문화하고 있다.

마. 퀸즐랜드 주(Queensland)[263]: 가장 넓은 기대 여명 기준

환자의 접근성을 호주 내에서 가장 폭넓게 인정하고 있는 입법례에 해당한다. 질환의 종류, 즉 일반 말기 질환이냐 아니면 신경퇴행성 질환에만 국한하느냐를 구분하지 않고, 모든 적격 질환에 대해 기대 여명 기준을 일괄적으로 '12개월 이내'로 확대하고 있기 때문이다. 간호사(Nurse Practitioners)의 VAD 시술 참여도 적극 허용한다.

바. 뉴사우스웨일스 주(New South Wales)[264]: 호주 전역 합법화의 완성

호주에서 가장 인구가 많은 주로서 가장 마지막에 법안을 통과시킨 경우에 해당

260) 「자발적 조력사망법 2019(Voluntary Assisted Dying Act 2019)」(2021. 7. 1. 시행).
261) 「생애말기선택(자발적 조력사망)법 2021(End-of-Life Choices (Voluntary Assisted Dying) Act 2021)」(2022. 10. 23. 시행).
262) 「자발적 조력사망법 2021(Voluntary Assisted Dying Act 2021)」(2023. 1. 31. 시행).
263) 「자발적 조력사망법 2021(Voluntary Assisted Dying Act 2021)」(2023. 1. 1. 시행).
264) 「자발적 조력사망법 2022(Voluntary Assisted Dying Act 2022)」(2023. 11. 28. 시행).

한다. 서호주 및 퀸즐랜드 모델과 유사하게 환자의 투여 방식 선택권을 보장하며, 의료기관의 방해를 금지하는 조항을 두었다.

3. 각 주의 자발적 조력사망법의 공통된 핵심 특징과 문제점

호주 6개 주가 공유하는 헌법적 · 의료적 전제조건은 엄격한 '말기(Terminal)' 요건이다. 이 점은 호주 의료조력사법이 베네룩스3국(벨기에, 네덜란드, 룩셈부르크) · 캐나다의 의료조력사 제도와 결정적 차이를 보인다. 단순한 고통이나 비말기적 만성질환으로는 불가능하고, 원칙적으로 '기대 여명 6개월 이내'(신경퇴행성 질환의 경우 12개월 이내)라는 명확한 의학적 시한부 진단이 필수적이다.

호주 6개 주의 의료조력사 제도는 환자가 조력사망을 요청하는 시점부터 약물이 투여되는 마지막 순간까지 지속적으로 '의사결정 능력'을 유지해야 할 것을 요구한다. 따라서 사전의료지시서(Advance Directives)의 구속적인 적용은 배제된다. 예컨대 치매 환자 등이 사전에 지시서를 작성해 두었다가 나중에 집행하는 것은 전면 금지된다.

호주 모델은 원칙적으로 치사약물의 환자 '자기투여'를 우선으로 하는 원칙에 입각해 있다. 즉 환자가 스스로 치사 약물을 복용하는 '조력자살'을 기본 원칙으로 하며, 주 별로 신체적 마비 등으로 스스로 투여할 수 없는 예외적인 경우에만 의사의 직접 투여(적극적 안락사)를 허용한다.

그러나 호주의 의료조력사제도도 다른 많은 입법례의 경우와 같이 일정한 한계에 부딪친다. 기대 여명을 6~12개월로 고정시키고 치매 환자의 사전 지시를 인정하지 않음으로써, '수년간 극심한 고통을 겪지만 당장 사망하지는 않는 환자들'은 – 일부 입법례의 경우에만 예외적으로 의료조력사가 허용되고 – 여전히 자기결정권이 인정되고 있지 않다. 이는 향후 호주 내에서도 지속적인 헌법적 소송과 법 개정 요구(캐나다 카터 판결과 같은 논리)에 직면할 가능성이 높음을 시사한다.

4. 호주 모델의 입법정책적 함의 평가

호주의 6개 주가 채택한 '자발적 조력사망(VAD)' 법률에도 불구하고 기존 형법상 자살방조의 원칙적 금지는 여전히 유지된다. 즉 호주에서 VAD가 합법화되었다고 해서 일반적인 의미의 '자살방조(Assisted Suicide)'가 비범죄화된 것은 아니다. 호주의 각

주 의회는 일반 형법의 자살방조죄를 그대로 둔 채, '자발적 조력사망법(VAD Act)'이라는 특별법을 제정하여 의료진과 참여자들을 보호하는 강력한 면책 조항(Protection from Liability)을 창설했다.[265]

자발적 조력사법에서 의료진 등의 면책을 위해 의사, 약사, 간호사 등 의료진이 VAD법에 명시된 엄격한 요건(말기 진단, 다중 심사, 서면 요청 등)에 따라 선의(in good faith)로 합리적인 주의를 기울여 조력사망을 실행한 것이라는 요건을 충족시킬 것을 요구한다. 이 면책 조항은 형사 책임뿐만 아니라 민사 책임, 그리고 의사협회 등의 직업적 징계 책임까지 포괄적으로 면제해 준다.

호주 입법자들이 범죄적 의미의 '자살(Suicide)'과 합법적 의료 과정인 '자발적 조력사망(VAD)'을 규범적으로 분리하고 있음은 법이 정한 요건과 절차를 단 하나라도 벗어난 조력 행위는 곧바로 일반 형법상의 자살방조죄 또는 살인죄로 기소된다는 것을 의미한다. 그러나 다른 한편 호주 VAD 법률은 일반 자살방조와 의료조력사망을 구분하기 위해 사용하는 가장 독특하고 강력한 법적 장치를 두고 있다. 사망진단서 기록 방식의 명문화이다. 호주의 VAD 법률들은 환자가 치사 약물을 복용(또는 투여)받아 사망했더라도, 법적으로 그 죽음을 '자살'이나 자발적 조력사망(VAD)로 기록하는 것을 엄격히 금지한다. 그 대신 사망진단서의 공식 사인(Cause of death) 란에는 환자가 앓고 있던 '기저질환'을 적도록 법으로 강제한다.[266]

이는 조력사망(VAD)을 생명을 단축하는 인위적 자살이 아니라, '피할 수 없는 질병으로 인한 사망 과정의 통제권 행사' 또는 '일반적인 생명 훼손 범죄와 단절시키고 존엄한 의료적 돌봄의 연장선으로 편입시키려는 확고한 규범적 의지'로 의미부여하려는 법적 결단이라고 볼 수 있다. 사인을 자살로 기록하지 않음으로써, 생명보험금 지급 거부나 가족들이 겪을 사회적 낙인(Stigma)을 방지하는 실무적 효과도 동시에 달성할 수 있다.

이처럼 형법 체계를 전면 개정하는 부담을 피하면서도, '독립된 특별법을 통한 보호구역 설정'이라는 기술적 방식을 통해 조력사망을 제도화한 호주 모델은 한국의 연명의료결정법 개정이나 새로운 조력사망 특별법 제정 시 유용한 참고자료가 될 수 있다.

---

265) 이는 캐나다(및 네덜란드)와 유사한 메커니즘이지만, 호주는 이를 일반 형법 개정이 아닌 독립된 특별법 제정을 통해 규율한다는 점에서 특징적이다. 예컨대 빅토리아 VAD법[Voluntary Assisted Dying Act 2017(Vic)] 제79조(형사책임으로부터의 보호) 및 제80조(민사 및 행정책임으로부터의 보호)가 이에 해당한다.

266) 예컨대 등록 의사 및 검시관에 대한 질병, 질환 또는 의학적 상태의 고지(Notification of disease, illness or medical condition of person to the Registrar and Coroner)에 관한 내용을 규정하고 있는 빅토리아 VAD법 제67조 참조.

Ⅳ. 오스트리아: 조력사망의향서에 관한 법률 (Sterbeverfügungsgesetz: StVfG)

1. 입법배경

2020년 12월 11일, 오스트리아 헌법재판소(Österreichischer Verfassungsgerichtshof, VfGH)는 여러 명의 죽음을 원한 신청자들, 그 가족들, 그리고 한 의사가 제기한 헌법소원 사건에서,[267] 모든 형태의 자살조력을 금지[268]하는 형법 제78조를 헌법상 자기결정권에 반하는 과도한 규제로 보아 그 부분을 위헌으로 판결했다.[269] 이 판결은 입법자가 자살조력을 완전히 금지할 수는 없고, 합리적 안전장치를 둔 규율을 마련해야 한다고 지적했다(2021년 12월 31일 이후에 효력이 발생하는 것으로 정해짐). 연방헌법재판소 판결에 따라 입법자는 조력사망의향서에 관한 법률(이하 StVfG라 표기)을 입법화(2022년 12월 16일)하고, 형법 제78조를 개정하여 자살교사죄는 그대로 두고, 자살방조 부분은 종래 전면적 금지를 해체하여 명시된 예외적인 경우에 한하여 처벌할 수 있도록 함으로써,[270] StVfG의 요건을 충족한 의료조력사망의 경우 의사는 가벌성의 대상에서 제외되었다.

이로써 오스트리아에서는 의료조력사제도가 형법규정속에 연계되게 되었고, 이와 함께 호스피스 · 완화의료 확충을 위한 「호스피스 완화의료 기금에 관한 법률(Hospiz- und Palliativfondsgesetz)」 등 보완 입법도 추진되었다.

---

267) 2019년 오스트리아 인도적 생애말기 협회(Österreichische Gesellschaft für ein humanes Lebensende, ÖGHL)가 설립되었으며, 이 협회는 특히 오스트리아 헌법재판소에 안락사 비범죄화, 특히 형법 제78조 '자살방조'(자살 지원) 및 제77조 '촉탁살인죄'(적극적 안락사)의 자유화를 위한 청원도 지지하고 있다. 이 협회의 홈페이지로는, https://www.oeghl.at (2026. 3. 31. 최종확인). 이 협회는 스위스의 DIGNITAS와 함께 오스트리아 형법 제78조의 헌법소원을 추진하였다.

268) 예컨대 스위스의 안락사 단체에 가기 위한 기차표 구입과 같은 사소한 지원 행위조차 처벌 대상에 포함되었다. 가까운 가족이나 (배우자) 파트너 혹은 다른 친밀한 관계의 사람들에 의해 이루어진 경우에도 마찬가지였다.

269) VfGH, Erkenntnis vom 11. Dezember 2020, G 139/2019-71.

270) 개정된 오스트리아 형법 제78조(자살에 대한 가담) (1) 타인이 자살하도록 교사한 자는 6개월 이상 5년 이하의 자유형에 처한다.
(2) 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에 상대방이 자살하도록 도움을 제공한 자도 전항과 동일하게 처벌한다.
1. 상대방이 미성년자인 경우
2. 행위자에게 비난받을 만한 동기가 있는 경우
3. 상대방이 「조력사망의향서법(StVfG)」(연방관보 BGBl. I 제242/2021호) 제6조 제3항에서 정한 질병을 앓고 있지 않거나, 동법 제7조에 따른 의학적 설명을 받지 않은 사람인 경우

다른 한편 오스트리아에서는 환자가 임종 시 생명 연장 조치를 포기하는 행위는 처벌 대상이 아니지만, 타인의 죽음을 직접적으로 살해하는 촉탁살해죄(형법 제77조)는 변함없이 유지되고 있다. 따라서 오스트리아에서도 적극적 안락사는 여전히 금지되어 있다.

2. StVfG에 규정된 의료조력사제도 내용

가. 자격요건 (동법 제6조)

성년(성인)이어야 하고, 의사에 의해 결정능력이 확실히 있음이 확인되어야 하며, 사망의사표시는 ① 불치로 사망에 이르는 질병이거나 ② 삶의 전반을 영구적으로 침해하는 중대한 · 지속적 질병(anhaltende Symptome)에 해당하는 경우에만 허용된다.

나. 의학적 사전설명 의무 – 두 의사 원칙 (동법 제7조)

두 명의 독립적인 의사가 설명을 해야 하고, 그중 한 명은 완화의료 자격을 가져야한다. 두 의사는 독립적으로 죽을 의사를 가진 사람의 결정능력을 확인하고 '자유롭고 자주적인 결심'임을 확인해야 한다. 만약 의사들이 정신질환 등 의심을 발견하면 정신과 의사 · 임상심리사에 의한 추가 진단 · 상담이 요구된다.

다. 대기기간 · 설치절차 (동법 제8조)

첫 번째 의사 설명 후 최소 12주가 지나야 조력사망의향서(Sterbeverfügung)를 작성할 수 있다('지속적 결심' 보장 목적). 단, 말기단계(의학적으로 6개월 이내 사망 예상)로 확인된 경우에는 2주로 단축하는 것이 가능하다.

조력사망의향서는 공증인(또는 환자대리기구의 법률담당자) 앞에서 작성 · 문서화되어야 하며, 문서화할 때 기존의 등록 확인 등 절차가 요구된다.

라. 조력사망 의향서 전자등록 및 보관 (동법 제9조, 제10조)

문서화 즉시 전자 등록(register)으로 신고되어야 하고(담당 장관이 관리), 다중 처방 · 중복 수령 방지 등 준수여부가 감시되어야 한다. 데이터는 보안식별자(보건분야 개인식별자)를 통해 처리되며, 연구 · 통계 목적으로 비식별화된 집계자료 활용이 허용

된다. 법은 또한 어떤 경우에 사본을 폐기해야 하는지도 규정한다.

마. 조력사망용 의약품(Präparat) · 약국의 역할 (동법 제11조)

치명적 용량의 약물[예: 나트륨 펜토바르비탈(Na-pentobarbital)]은 공공약국(public pharmacy)만 교부할 수 있다. 이 경우 교부는 조력사망의향서를 제시한 경우에만 이루어지고, 문서에 기재된 용량 · 동반약과 함께 교부할 수 있다. 약국은 신분증 확인 · 레지스트리 조회를 통해 이전 교부 여부를 확인해야 하며, 이미 교부된 약이 있으면 추가 교부는 제한된다. 약물 분실 · 반납 · 유골검사 관련 규정도 포함되어 있다.

바. 자발성 · 양심의 자유 (동법 제2조)

누구든지 도움을 제공할 의무는 없고(양심적 거부자 보호), 돕거나 돕지 않은 이유로 불이익을 받아서는 안 된다는 보장 규정이 있다.

사. 실무 흐름(요약된 단계별 절차) – 실제 진행경과

죽을 의사를 가진 환자가 의사의 상담(1차)을 받고 최초 정보 · 결정능력 검사→의사와 독립된 제3의 의사(또는 완화의료 자격 의사 포함)가 환자의 의사와 결정능력별도 확인(이 경우 환자의 정신상태가 의심될 경우 정신과 진단에 회부한다)→대기기간(원칙 12주, 말기 2주) 경과 후 문서화 작업[271](공증인/문서화 담당자 앞에서 서면 작성)→문서화 직후 전자 레지스트리 신고(문서화 담당자)→조력사망의향서를 제시에 따른 공공약국의 약물 교부(약사에 의한 신분증 · 레지스트리 확인)→약물 보관 · 반납 · 유산 처리 등 안전장치 이행(분실 · 반납 시 절차 규정).[272]

---

271) 이전에 등록된 문서가 있으면 철회절차를 이행한다(동법 제8조 제2항 제3문).

272) 현장에선 위 절차의 해석 · 의료인 참여의사 · 약물 조달 가능성 등에서 실무적 어려움 · 윤리적 논쟁이 계속 제기되고 있다. 절차상의 관료제적 장애물의 문제를 지적하고 있는 언론보도로는, Salzburg Nachrichten, Sterbeverfügung: Warum in Salzburg nach dem Tod der Patienten die Polizei kommt (2023. 12. 21.), https://www.sn.at/salzburg/chronik/sterbeverfuegung-warum-in-salzburg-nach-dem-tod-der-patienten-die-polizei-kommt-art-523791 (2026. 3.23. 최종확인). 의사들의 참여의사가 저조하다는 지적으로는, Lenhart/Weixler/Schaden/Fruhwald/Friesenecker, Assistierter Suizid ist noch keine „area of interest" für Ärzt:innen, PALLIATIVMEDIZIN Volume 6 (2024), p. 1-14, https://link.springer.com/article/10.1007/s44179-024-00203-z?utm (2026. 3. 23. 최종확인). 약물조달가능성의 문제를 지적하고 있는 오스트리아 헌법재판소 결정으로는, Verfassungsgerichtshof (VfGH), Erkenntnis vom 12. Dezember 2024, G 229-230/2023-57 ua., https://www.vfgh.gv.at/downloads/VfGH-Erkenntnis_G_2272-2273_2023-vom-12.12.24.pdf (2026. 3. 23. 최종확인).

아. StVfG 제정 이후의 최신 동향

연방헌법재판소는 2024년 12월 20일 결정에서 StVfG 자체의 기본 골격(요건 · 의사설명 등)은 헌법에 부합한다고 보면서도, (i) '1년 경과 시 전면적 재절차를 요구하는 규정'은 과도하여 위헌이라 판단(법문구 일부 효력상실, 해당 무효 조항의 효력상실 일자 지정 → 2026년 6월 1 발효 예정), 그리고 (ii) 광고금지 조항(StVfG 제12조)의 일부 표현도 표현의 자유침해로 일부 위헌이라고 판단했다. 즉 법은 유지되지만 일부 조항은 수정 필요성을 인정했다.[273]

가톨릭 · 종교계 · 일부 의료윤리 단체는 여전히 의료조력사에 반대하고 있는 반면, 인권 · 자기결정 옹호 그룹은 의료조력사의 법제화를 환영하고 있다. 완화의료 · 자살예방 측은 '동시적 강화(호스피스 · 정신보건 · 연속적 지원)'를 요구함에 따라 정부는 호스피스 · 완화의료 재정지원책(호스피스 펀드)을 마련했다.

자. 실무적 · 입법정책적 함의

법은 '자기결정권 존중'과 '오용 방지(안전장치)'의 균형을 목표로 삼고 있다. 실제로는 의사 참여 · 완화의료 자격 의사 확보, 치사약물 공급망, 레지스트리 운영과 개인정보 보호, 자살예방과의 긴장 등 다층적 행정 · 의료적 준비가 필요하다. 다양한 연구 · 현장보고서가 도입 이후의 경험 · 문제점이 보고되고 있어(의료인 인식 · 간호사 · 학생 연구 등) 제도적 보완이 계속 논의 중이다. 물론 완화의료협회는 현행 규정을 비판하고 있다.

사회보건부는 2022년 12월 말 기준으로 111건의 조력사 유언이 (공증인 사무소에서) 작성되었다고 보고했고, 90건의 약물이 지급되었지만 10건 미만이 사용되었고 10건 미만이 반환되었다고 한다.[274]

오스트리아 의료조력사제도는 2020년 헌법재판소 판결에 따라 2022년부터 조력사망을 합법화하였으며, 전 세계에서 가장 정교하고 엄격한 수준의 '법률적 사전통제 시

273) vfgh.gv.at

274) 오스트리아에서 사용되지 않은 조력자살 약물은 약국 등으로 반환되어 회수되고 이후 전문적인 위험물 폐기 절차(소각 등)로 처리된다. 조력사망의향서에는 관리 및 처리규정이 없지만, 의약품법(Arzneimittelgesetz, 약국법(Apothekengesetz), 마약류법(Suchtmittelgesetz) 등에서 규정하고 있다. 1997년 미국 오리건 주 존엄사법 시행 23년간 2,895명이 법에 따라 처방전을 받았지만, 약을 섭취하지 않은 비율이 조력사망을 신청한 환자 중 3분의 1에 해당한다고 한다(Origon Death With Dignity Act: 2020 Data Summary 참조).

스템'을 구축한 입법례로 평가된다. 따라서 이하에서는 해당 법률의 전문을 소개한다.

[오스트리아 조력사망의향서에 관한 법률(Sterbeverfügungsgesetz) 전문]

제1조(목적 및 적용범위) (1) 이 연방법률은 '조력사망의향서(Sterbeverfügung)'의 작성 절차를 규율하며, 이를 통해 조력사망을 원하고자 하는 사람은 이 법의 규정에 따라 자신의 자유롭고 자기결정적인 의사에 기초하여 생을 마감할 수 있는 가능성을 가진다.
(2) 조력사망의향서는 국내에 통상 거주지를 두고 있거나, 오스트리아 국민인 사람만이 작성할 수 있다.
(3) 조력사망의향서의 작성은 '일신전속적 행위(höchstpersönlich)'이다. 대리나 대표에 의한 작성은 배제된다.

제2조(자발성) 어느 누구도 조력사망의향서의 작성이나 실행에 협력할 의무를 지지 않는다. 이 이유로 어떠한 불이익도 받아서는 안 된다.

제3조(개념정의) 이 법률에서 사용하는 주요 용어는 다음과 같이 정의된다.
1. „조력사망의향서(Sterbeverfügung)": 이 법률에 따라 작성된 문서로, 생명종결을 원하고자 하는 사람이 약물을 교부받을 권리를 증명하는 것.
2. „조력사망 희망자(sterbewillige Person)": 조력사망의향서를 작성하려는 사람.
3. „조력사망용 의약품(Präparat)": 사망을 위해 자가투여용으로 교부되는 의약품.

제4조 (작성 및 효력) 조력사망의향서는 이 법의 규정에 따라 작성되고 문서화된 경우에만 효력을 가진다.

제5조(유효기간) 조력사망의향서는 원칙적으로 1년간 유효하다. 그 기간이 지난 후에는 새로운 의사표시를 작성할 수 있다.[275]

제6조(작성 전제조건) 조력사망의향서는 조력사망을 원하고자 하는 사람이 성년에 도달하고 결정능력을 가지고 있는 경우에만 작성될 수 있다. 죽음에 이르게 하는 불치의 질병에 걸려 있거나, 삶 전반을 영구적으로 중대하게 침해하는 증상을 가진 중대하고 지속적인 질병에 걸려 있어야 한다. 결정능력은 제7조에 언급된 의사들에 의해 확인되어야 한다.

제7조(의사의 설명 및 확인) 조력사망의향서를 작성하기에 앞서, 생명종결을 원하고자

275) 2024년 헌법재판소 결정으로 이 1년 제한 조항 일부가 위헌으로 판정되어 2026년 6월 1일부로 효력 상실 예정이다.

하는 사람은 서로 독립적인 두 명의 의사를 찾아가야 한다. 그중 한 명은 완화의료(palliativmedizin) 자격을 갖추어야 한다. 이 의사들은 환자에게 진단과 가능한 치료 선택지, 특히 완화의료적 대안에 대해 포괄적으로 설명해야 하며, 또한 그의 결정능력을 확인해야 한다. 결정능력에 의심이 있는 경우, 임상심리학적 또는 정신과적 추가 진단이 요구된다.

제8조(작성 절차 및 대기 기간) 조력사망의향서는 최초 의학적 설명 상담 후 최소 12주가 지나야 작성될 수 있다. 그러나 생명종결을 원하고자 하는 사람이 말기 질환 단계에 있는 경우, 해당 의사표시는 2주 후에도 작성할 수 있다.

제9조[문서화 및 등록(Register)] (1) 조력사망의향서는 공증인 또는 환자대리기구의 법률담당자 앞에서 작성되어야 한다.
(2) 해당 의사표시는 조력사망의향서 등록부에 등재되어야 한다.

제10조(등록부열람) 등록부의 열람은 특정한 권한을 가진 사람들과 기관에만 허용된다.[276]

제11조(약국에 의한 약제의 교부) 조력사망용 의약품(Präparat)는 공공약국에서만 조력사망의향서에 명시된 당사자에게 직접 교부될 수 있다. 교부는 조력사망의향서의 열람과 신원 확인을 거친 후에만 가능하다. 동일한 목적의 약제에 대한 중복 교부는 금지된다.

제12조(광고금지) 조력사망의향서의 작성이나 실행에 대해 광고하는 것은 허용되지 않는다[277]

제13조(벌칙) 이 법률의 규정, 특히 허용되지 않는 약물 교부나 광고를 위반하는 경우, 행정법상 제재를 받을 수 있다.

3. StVfG의 입법정책적 의의

오스트리아의 의료조력사망 법제는 죽을 권리를 인정하고 조력사망을 전면적으로 금지한 형법의 자살방조죄 위헌을 선언한 헌법재판소 판결과 그에 따라 제정된 2022년 StVfG를 통해 구축되었다.

276) 예컨대 약국이나 설명의무를 수행하는 의사들이 이에 해당한다.
277) 헌법재판소는 2024년 판결에서 이 조항의 일부가 표현의 자유를 침해한다는 이유로 위헌으로 결정하였다.

가. 생명에 대한 자기결정권과 국가의 생명보호 의무의 관계 재설정

StVfG에서 입법자는 헌법재판소 판결을 수용하여 생명에 대한 자기결정권과 국가의 생명보호 의무의 관계를 '절차적 조화'의 관계로 재설정하였다. 과거 오스트리아 국가의 생명보호 의무는 개인의 의사와 무관하게 생명을 절대적으로 보호하는 것을 지향하였다. 그러나 새로운 입법정책에서는 생명보호 의무의 핵심이 '개인의 결정이 외부의 압력, 일시적인 절망, 또는 정신 질환에 의한 것이 아닌지 검증하고 보호하는 것'으로 전환되었다(국가 생명보호의무 패러다임의 전환). 즉, 이성적 주체의 확고한 자기결정권은 존중하되, 취약한 상태에서의 충동적 죽음은 막겠다는 취지가 반영되었다.

이러한 입법정책을 기초로 삼아 StVfG은 엄격한 사전 통제 절차를 입법화했다. 환자는 반드시 2명의 의사(그중 1명은 완화의료 전문가)와 상담해야 하며, 원칙적으로 12주(말기 환자는 2주)의 숙려기간을 거쳐야 하고, 최종적으로 공증인이나 환자권리옹호관 앞에서 '조력사망의향서'를 법적으로 공증받아야 치사 약물에 접근할 수 있다. 이처럼 겹겹이 쌓인 '엄격한 절차적 안전장치' 자체가 바로 국가가 생명보호 의무를 이행하는 입법적 수단이며, 이 절차를 통과한 자에게 약물을 허용하는 것이 자기결정권을 실현하는 수단으로 설계된 것이다.

나. StVfG과 형법상 자살방조죄의 관계

오스트리아 입법자는 형법전 내부만 고친 캐나다 또는 형법을 우회한 미국 오리건 주 입법례와는 달리, '형법(일반 금지)과 특별법(예외적 허용)의 엄격한 이원화 및 상호 보완 구조'를 취하였다.

2020년 헌법재판소가 오스트리아 형법(StGB) 제78조에서 전면적으로 금지되어 있는 자발적 결정을 돕는 '방조(Hilfeleistung)' 부분이 위헌으로 선언된 후 의회는 형법 제78조를 개정하여, 법률이 정한 요건을 갖추지 않은 상태에서의 자살방조는 여전히 범죄로 처벌하도록 규정했다. 미성년자의 자살 조력, 영리적 목적의 조력이나 보호 절차를 무시한 음성적인 자살 조력을 막는 강력한 형사적 통제망이 이에 해당한다.

이처럼 국가생명보호의무 과제 이행을 위해 형법의 원칙적 금지선을 치고 있는 반면, 특별법인 StVfG는 개인의 '자기결정권'을 실현하기 위해 마련된 합법적이고 엄격한 절차적 통로 역할을 한다. 그 금지선 내부에 안전한 합법공간을 창설하는 역할을 한다. 의사나 제3자는 오직 StVfG가 정한 까다로운 공증 절차 및 엄격한 의료적 절차(질

병 요건 충족 및 의사의 사전 설명 등)를 밟고 조력한 경우라는 다리를 건널 때만 형법의 처벌망(자살방조죄)에서 벗어날 수 있도록 규범적 관계가 설정되어 있다. 자기결정권 이행을 위해 설정된 상의 보호구역이 자살방조죄의 위법성조각사유에 해당하는지 아니면 형법의 자살방조죄의 구성요건해당성조각에 해당하는지는 논란이 있을 수 있다. 하지만 형법 규정의 문언 자체가 StVfG의 요건을 충족하지 아니한 경우에만 처벌하는 예외조항의 형식으로 되어 있기 때문에 다른 입법례와 같이 '원칙적 금지 · 예외적 허용' 프레임이 아니라 '원칙적 허용 · 예외적 금지' 프레임으로 볼 수 있다. 따라서 오스트리아 형법 제78조 제2항의 해석상 조력사망에 의료적 조력을 통해 방조한 의사 등은 자살방조죄의 구성요건해당성이 배제되는 것으로 설계되어 있다고 보는 것이 타당할 것 같다.

V. 프랑스

1. 입법 배경과 경과

가. 2024년 이전

프랑스에서 의료조력사 법제화 등 생명에 대한 환자의 자기결정권 확충은 생애말기 치료에 관한 몇 가지 법제의 발전을 거치면서 진행되어 왔다. 1999년 "통증을 경감하고 정신적 고통을 완화하며 환자의 존엄을 지키고 그 주변인을 지원하는 것"을 목적으로 만들어진 「완화의료 접근권 보장에 관한 법률(Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs)」을 통해 완화의료(soin palliatif)에 접근할 환자의 권리가 먼저 보장되었다.[278]

2002년 이른바 '쿠슈네르 법'(Loi Kouchner)[279]은 의료행위의 정당성 근거를 '환자 동의'와 '정보 제공'으로 명문화하였고, 환자를 의료의 대상이 아니라 권리 주체로 재정의함으로써 치료와 검사에 앞서 환자에게 충분한 정보가 제공되는 전제로 환자가

278) 이 법률은 「공중보건법전」(Code de la santé publique) 제L.1A조(현행 제L.1110-9조)에 규정되었다.
279) 정식명칭은 「환자의 권리와 보건의료체계의 질에 관한 2002년 3월 4일 제2002-303호 법률(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé)」로 「공중보건법전」(제L.1111-1조 내지 제L.1111-27)에 편입되었다.

결정에 참여한다는 원칙을 정착시켜 나갔다.

2005년 무의미한 연명치료 중단에 관한 '레오네티 법'(Loi Leonetti)[280]을 통해서는 환자에 대한 무의미한 연명치료가 중단될 수 있는 경우를 규정하였다.[281] 즉, 치료가 무익하고 인공적인 생명유지에 불과한 경우, 치료를 중단 또는 비개시 가능하다는 원칙을 명문화하고 환자가 어떠한 치료도 거부할 수 있다는 권리를 명확히 하였다. 환자가 연명치료의 제한 · 중단에 대한 의사를 표현할 수 없는 경우를 대비하여 환자가 사전의향서(directives anticipées) 작성을 통해 자신의 의사를 미리 밝힐 수 있도록 하였다.[282]

2016년에 제정된 일명 '클레이-레오네티 법'(Loi Claeys-Leonetti)[283]을 통해서는 '사망까지 지속되는 고도의 진정치료'(sédation profonde et continue jusqu'au décès, SPCJD)[284]에 대한 권리를 환자에게 부여하였다. 이 법률에서는 환자가 특정 요건 충족하에 연명치료 중단을 선택하거나, 의사표현 불능 상태에서 의사가 무의미한 연명치료를 중단하는 경우, 의사가 환자의 사망 시까지 의식의 변화를 유발하는 고도의 지속적인 진정치료를 적용하도록 규정되었다. 동법에서는 이러한 고도의 지속적인 진정치료의 목적이 '사망을 초래하거나 앞당기는 것'이 아닌 '고통의 제거'임을 확인하였다.[285]

나. 의료조력사 법제화를 위한 입법 과정

프랑스 현행 법제하에서는 연명의료중단(소극적 안락사)과 '중증의 치료불가능한'

---

280) 정식명칭은 「환자의 권리와 생애말기에 관한 2005년 4월 22일 제2005-370호 법률(Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie)」로, 「공중보건법전」 L.1110-5(무의미한 연명 · 과잉치료금지와 고통완화 원칙), L1111-4(환자의 치료거부와 의사의 설명절차), L.1111-10(중증 · 불치 상태에서의 치료제한 · 중단), L.1111-11(사전의료지시) 등에 편입되었다.

281) '레오네티 법'은 의사이자 국회의원이었던 장 레오네티(Jean Leonetti)가 발의한 것으로, 「공중보건법전」상의 환자의 권리에 관한 규정을 대폭 개정하는 것을 그 내용으로 한다. 레오네티 법에 관한 상세로는, 이지은, "조력사망에 관한 프랑스의 입법 동향", 『의료법학』 제25권 제1호, 대한의료법학회 (2024), 198쪽 이하 참조.

282) 이러한 내용들은 모두 「공중보건법전」 제L.1110-5-1, L.1111-4조 제2항, 제L.1111-4조 제6항 등의 기초가 되었다.

283) 정식명칭은 「환자와 생애말기에 처한 사람들의 권리를 신설하는 2016년 2월 2일 제2016-87호 법률(Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie)」이다.

284) 'sedation profonde et continue'는 직역하면 '심층적이고 지속적인 진정'이나, 번역례에 따라 '고도의 지속적인 진정치료'로 번역함. 번역례로는, 이지은, "조력사망에 관한 프랑스의 입법 동향", 『의료법학』 제25권 제1호, 대한의료법학회 (2024), 199쪽 참조.

285) 현행 「공중보건법전」 제1110-5-2조의 기초가 되었다. 전국의사협회 웹페이지, Conseil national de l'Ordre des médecins, "Code de déontologie médicale, Article 37-3 - Sédation profonde", Commentaire, Mise à jour le 8 septembre 2025, https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-37-3-sedation-profonde 참조 (2025. 12. 31. 최종확인).

환자에 대한 '고도의 지속적인 진정치료'까지 허용하지만 '적극적 안락사'와 '조력사망(aide à mourir)'은 여전히 불법으로 인정되어 있다. 타인의 자살을 유도하거나 부추기는 행위를 형사처벌의 대상을 삼고 있는 「형법전」 제223-13조 때문이다. 클레이-레오네티 법 이후에도 생명에 대한 자기결정권의 확장, 고통받지 않을 권리 등의 확보를 둘러싸고 사회적 논란을 계속해오던 중 의료조력사 법제화에 결정적인 전기가 마련된 것은 2022년 이후 마크롱 정부 주도로 추진된 조력사망을 합법화하려는 노력 때문이었다.[286]

2022. 9. 13. 마크롱 대통령이 '생애말기에 관한 시민회의'의 출범을 발표하고, 총리는 사전질의서(lettre de mission)를 통해 경제사회환경위원회에 시민회의의 전체 운영을 공식적으로 의뢰함에 따라 184명의 시민[287]이 2022. 11. 3.부터 2023. 4. 2.까지 총 9차례의 실무회의와 27일간의 토론 끝에 최종적으로 시민회의 구성원의 75.6%[288]가 적극적 조력사망을 찬성하였다. 이에 시민회의는 조건부로 조력사망을 허용하고 완화의료를 강화하는 방안을 정부에 권고하였다.[289]

2024. 4. 10. 정부는 완화의료를 강화하고 엄격한 요건하에 조력사망을 허용하는 내용을 담고 있는 「환자 보호와 생애말기 지원에 관한 법률안」[290]을 국무회의에 상정하였고, 해당 법률은 국민의회(Assemblée nationale, 이하에서는 '하원'이라 한다) 특별위원회(commission spéciale)에 회부되어 법안심사가 진행된 후, 위원회 보고서 및

---

286) 이지은, "조력사망에 관한 프랑스의 입법 동향", 『의료법학』 제25권 제1호, 대한의료법학회 (2024), 193쪽 이하의 글은 프랑스의 의료조력사 법제화 과정을 설명한다.

287) 시민회의는 기본적으로 무작위 전화번호 추출(휴대전화 약 85%, 유선전화 약 15%)을 통해 구성되었다. 성별 · 연령 · 거주형태 · 지역 · 학력 · 직업 등 6개 기준으로 프랑스 인구 구조를 최대한 반영하는 층화 샘플링을 하였다. 저학력자, 25세 미만 청년, 65세 이상 고령층, 육체노동직 · 노동자 계층 등 모집이 어려웠던 취약계층을 포함하기 위해 보정표집을 하였다. 참여 장벽을 낮추기 위해 참여수당, 소득손실보상, 교통비 · 숙박비 · 식비 전액 지원, 육아 등 생활상 지원 등의 보상 및 지원이 제공되었다. 정부는 애초에 150명의 시민으로 구성하는 것을 계획하였는데, 실제 운영에서는 이탈자 발생에 대비하기 위해 여유 있게 선정하여, 실제 회의에 참여한 인원은 184명이었다. 시민회의 구성 방식에 관해서는 Conseil économique social et environnemental, "Convention citoyenne sur la fin de vie", https://www.lecese.fr/convention-citoyenne-sur-la-fin-de-vie; Gouvernement, "Une convention citoyenne sur la fin de vie" (2022. 12. 9.), https://www.info.gouv.fr/actualite/une-convention-citoyenne-sur-la-fin-de-vie; Vie publique, "Fin de vie : remise des conclusions de la Convention citoyenne" (2023. 4. 3.), https://www.vie-publique.fr/en-bref/288862-fin-de-vie-remise-des-conclusions-de-la-convention-citoyenne (2025. 12. 31. 최종확인) 참조.

288) CESE · Convention Citoyenne Cese sur la fin de vie, Rapport de la Convention Citoyenne sur la fin de vie, avril 2023, p. 39.

289) Vie publique, "Fin de vie: remise des conclusions de la Convention citoyenne" (2023. 4. 3.), https://www.vie-publique.fr/en-bref/288862-fin-de-vie-remise-des-conclusions-de-la-convention-citoyenne (2025. 12. 31. 최종확인).

290) Projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie, n° 2462.

수정안(texte de la commission)을 제출받은 본회의에서 1차 독회 심의 절차에 들어갔으나, 2024. 6. 9. 제16대 하원 해산으로 자동 폐기되고 말았다.

2025. 1. 프랑수아 바이루(François BAYROU) 총리가 '완화의료'와 '적극적 조력사망'이 하나의 법안이 아닌 두 개의 별도 법안으로 검토되기를 원한다고 밝힘[291]에 따라 완화의료 강화 관련 법률안[292]과 적극적 조력사망 관련 법률안[올리비에 팔로르니(Olivier FALORNI) 의원 주도][293]이 분리되어 하원에 제출되었다. 이 두 법률안은 하원 본회의 1차 독회(2025. 5. 12. ~ 5. 24.)에서 심사되면서 2,600개 이상의 수정안이 논의되는 과정을 거쳐, 2025. 5. 27. 하원 본회의에서 표결이 진행되었다. 그 결과 완화의료 강화 관련 법률안의 경우 찬성 560명(기권 3명) 만장일치로, 적극적 조력사망 관련 법률안의 경우 찬성 305명(출석의원의 54.4%), 반대 199명, 기권 57명으로 가결되었다[294](하원 첫번째 통과).

다. 법률안의 하원 통과 후 프랑스 의학계 · 시민사회의 반응

프랑스 의학계와 시민사회의 반응은, 같은 날 함께 표결된 ① 완화의료 강화 관련 법률안에 대해서는 '원칙적으로 환영하되 실효성(재원 · 인력)이 관건'이라는 평가가 많았고, ② 적극적 조력사망 관련 법률안에 대해서는 찬반이 사회 전반(의료계 내부 포함)에서 뚜렷하게 갈리는 양상을 보였다.

(1) 의학계

완화의료계는 완화의료 강화 관련 법안은 환영하나, 적극적 조력사망 관련 법률안에 대하여는 강한 우려를 나타냈고, 프랑스 완화의료 및 동반 학회(SFAP)는 하원 표결 직후, 보도자료를 통해 위와 같은 취지의 입장을 표명하였다.[295] 가톨릭계뿐만 아니라

291) Vie publique, "Proposition de loi relative au droit à l'aide à mourir" (2025. 5. 27.), https://www.vie-publique.fr/loi/298544-fin-de-vie-droit-laide-mourir-proposition-de-loi-falorni (2025. 12. 31. 최종확인).

292) Proposition de loi relative aux soins palliatifs et d'accompagnement, n° 1102.

293) Proposition de loi relative à la fin de vie, n° 1100[=「죽음에 대한 조력을 받을 권리에 관한 법률안(Proposition de loi relative au droit à l'aide à mourir)」].

294) Gouvernement, "Dans l'actu: les soins palliatifs et la fin de vie" (2025. 5. 14.), https://www.info.gouv.fr/actualite/dans-lactu-les-soins-palliatifs-et-la-fin-de-vie (2025. 12. 31. 최종확인).

295) SFAP, "Réaction de la SFAP suite aux votes des propositions de loi sur la fin de vie : « dans les mois et les années à venir, la SFAP continuera de porter la parole des soignants de soins palliatifs »", La Veille Acteurs de Santé (2025. 5. 27), https://toute-la.veille-acteurs-sante.fr/2

프랑스 종교지도자회의(Conférence des responsables de culte en France, CRCF)도 2025. 5. 15. 적극적 조력사망을 도입하는 법률안에 반대하는 공동성명을 발표하였다.[296] 특히 의료계는 각 입장의 비율은 공식적으로 정확히 확인된 바는 없지만, 「환자 보호와 생애말기 지원에 관한 법률안」에 반대하는 입장과 조건부로 찬성하는 입장으로 나뉘어졌다고 한다.[297]

프랑스의사협회(Conseil national de l'Ordre des médecins)는 어떤 논거를 들어 찬반의견을 표명하기보다는, 의사의 역할과 직업윤리에 비추어 적극적 조력사망 제도 도입에 대한 우려를 표하고 해당 제도가 합법화될 경우의 요구사항을 제시하였다. 찬성 측 의료인은 결정의 주체가 환자이어야 하며, 의사가 대신 결정하는 구조를 피하여야 한다는 주장하면서 '죽음에 대한 조력을 받을 권리'의 법제화를 인권과 자율성의 진전으로 옹호하였다.[298]

33988/point-presse-de-la-sfap-suite-aux-votes-sur-le-texte-fin-de-vie-paris (2025. 12. 31. 최종확인).

296) Église catholique en France, "Tribune de la Conférence des responsables de culte en France (CRCF) sur la fin de vie : les dangers d'une rupture anthropologique" (2025. 5. 15.), https://eglise.catholique.fr/espace-presse/communiques-de-presse/563926-fin-de-vie-crcf-dangers-rupture-anthropologique (2025. 12. 31. 최종확인).

297) 프랑스여론연구소(Institut Français d'Opinion Publique, IFOP)는 존엄사권리협회(ADMD)의 의뢰를 받아 2025. 4. 7.부터 4. 16.까지 400명의 의사(일반의와 전문의)를 대상으로 온라인 인식조사를 수행한 바 있다. 그에 따르면 의사 중 74% 이상이 적극적 조력사망의 합법화를 지지하고, 73%가 환자가 적극적 조력사망을 받을 수 있도록 요청할 경우 절차진행 지원은 할 의향이 있으나 직접적인(능동적) 역할을 하지는 않겠다고 답하였다. 반면, 생애말기에 이르렀고 이를 명시적 · 반복적으로 요청하는 환자에 대하여 의사로서 적극적으로 참여할 의향이 있다고 답한 비율은 과반(58%)이지만, 그 정도는 앞의 '동반 · 지원'보다 상대적으로 더 낮게 나타나, '직접 개입'보다는 '동반 · 지원 역할'을 선호하는 것으로 나타났다. IFOP, "Les médecins et la fin de vie" (2025. 5. 12.), https://www.ifop.com/article/les-medecins-et-la-fin-de-vie (2025. 12. 31. 최종확인). 한편, 프랑스 노인병학회(Société Française de Gériatrie et Gérontologie, SFGG)가 회원(약 1,600명)을 대상으로 한 설문에서 471개의 답변(90%가 의사)을 받았는데, 그에 따르면 7.2%가 안락사를 지지하며 25.9%가 의료진에 의한 조력자살에 찬성하였다. 또한 적극적 조력사망의 합법화 가능성은 큰 우려를 불러일으키고 있는 것으로 확인되었다. 구체적으로, 응답자의 48.2%는 양심조항을 발동하는 것을 고려할 의향이 있다고 답하였으며, 24%는 직장을 그만둘 수도 있다고 답한 것으로 나타났다. 21.9%는 새로운 법률이 제정될 경우 시행할 준비가 되어 있다고 답하였으며, 8.5%는 그것이 자신의 업무 수행에 어떠한 영향을 미칠지 모르겠다고 답하였다. 이러한 조사결과는 특정 분야 의학계의 입장을 나타내고 있으나, 프랑스 여론연구소의 조사 결과와 큰 차이를 보이고 있다. SFGG, "Fin de vie : la SFGG dévoile les résultats de son enquête et appelle à un débat structuré et éthique" (2025. 5. 21.), https://sfgg.org/espace-presse/communiques-de-presse/fin-de-vie-la-sfgg-devoile-les-resultats-de-son-enquete-et-appelle-a-un-debat-structure-et-ethique/ (2025. 12. 31. 최종확인).

298) Le Monde, "François Blot et Bernard Kouchner: 《Faisons que le patient soit libre de décider sa fin, et non le médecin à sa place》", (2025. 5. 18), https://www.lemonde.fr/idees/article/2025/05/18/francois-blot-et-bernard-kouchner-faisons-que-le-patient-soit-libre-de-decider-sa-fin-et-non-le-medecin-a-sa-place_6606893_3232.html (2025. 12. 31. 최종확인).

(2) 시민사회(시민단체 · 종교계 · 장애계 등)

시민사회의 반응은 찬성 측과 반대 측으로 뚜렷하게 구분되는 양상을 보였다.

(가) 시민단체 등 찬성 측

프랑스 존엄사권리협회(Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité, ADMD) 등 적극적 조력사망 관련 법률안에 찬성하는 단체들은 하원 가결을 '역사적인 표결'로 환영하며 상원 심의 과정에서도 입법 완결을 촉구하였다.

존엄사권리협회 회장 조나탕 드니(Jonathan Denis)는 "견딜 수 없는 고통과 불필요한 장시간 임종 과정 없이, 스스로 통제할 수 있는 임종에 대한 희망을 느끼는 우리에게 지금은 기쁨의 시간"이라고 환영하였고, 시민회의 운영위원회 의장이자 경제사회환경위원회 위원인 클레르 투리(Claire Thoury)는 "민주주의적 관점에서 역사적인 순간"이라 하며 환영하였다.[299] 일부 시민단체도 하원 통과로 논의가 제도권에서 한 단계 진전하였다는 취지로 동향을 알렸다.[300]

(나) 종교계 등 반대 측

종교계, 특히 가톨릭계는 완화의료 강화 관련 법률안 가결은 환영하면서도, 적극적 조력사망 관련 법률안 가결에 대해 강한 우려를 표명하였다. 가톨릭 주교회의는 그 공식 웹페이지 게시물을 통해 법률안의 하원 통과 직후 강력한 반대 의견[301]을 표명하였다.

---

299) Le Monde, "L'Assemblée nationale adopte la proposition de loi créant un « droit à l'aide à mourir » : revivez la journée de votes sur la fin de vie" (2025. 6. 2.), https://www.lemonde.fr/societe/live/2025/05/27/en-direct-fin-de-vie-l-assemblee-nationale-adopte-la-proposition-de-loi-creant-un-droit-a-l-aide-a-mourir-suivez-les-dernieres-reactions_6608812_3224.html (2025. 12. 31. 최종확인).

300) AIDES, "L'actu vue par remaides: « L'Assemblée nationale a voté en faveur du « droit à l'aide à mourir »" (2025. 6. 2.), https://www.aides.org/actualite/lactu-remaides-assemblee-nationale-vote-droit-aide-mourir (2025. 12. 31. 최종확인).

301) 2025년 5월 27일(화) 하원 표결에 대한 프랑스 주교회의(CEF)의 반응(2025. 5. 27. 게시): "프랑스 주교회의(이하 'CEF')는 「동반 및 완화의료」에 관한 법률안이 표결로 통과된 것을 환영하며, 그 시행을 주의 깊게 지켜볼 것이다. 또한 CEF는 「죽음에 대한 조력을 받을 권리」에 관한 법률안이 표결로 통과된 것에 대해 다시 한 번 깊은 우려를 표명한다. (중략) 주교들은 프랑스 사회에 미칠 결과와, 특히 프랑스의 가장 취약한 사람들을 「죽을 권리」라는 것에 노출시키게 될 경고할 만한 전망들에 대해 깊이 우려하면서, 취약한 사람들을 보호하는 정의롭고 형제애적인 사회의 목소리를 대변하겠다는 결의를 재확인한다. 또한 주교들은 현재 시행 중이지만 여전히 대체로 적용되지 못하고 있는 2016년의 클레이-레오네티 법에 대한 전폭적인 지지를 다시 밝힌다. 더 나아가 프랑스 전체 도(道)의 20% 이상, 즉 5분의 1은 완화의료가 전혀 갖추어져 있지 않다. 마지막으로 CEF는, 이미 2년 반이 넘는 기간 동안, 사회적 계약과 지금까지 전 세계적으로 찬사와 인정을 받아 온 프랑스의 의료 모델을 근본적으로 훼손할 수 있는 법률안에 맞서 목소리를 높여 온 수많은 의료인, 심리학자, 정신과 의사 및 심리치료사, 윤리학자, 법률가, 고위 공무원, 그리고 그 밖의 많은 시민사

장애 관련 당사자 및 활동가들은 표결 직전부터 공개서한 등을 통해, 사회경제적 취약성, 즉 돌봄 및 의료 접근성 격차, 빈곤, 고립 등의 요인으로 장애인들이 적극적 조력사망을 '선택'하게 될 위험을 경고하였고,[302] 반(反)존엄사 캠페인 단체들도 하원 통과 이후 반대 목소리의 확산을 부각하며 여론전을 이어가고 있다.[303] '모두를 위한 시위(La Manif pour tous)'의 전(前) 활동가들이 결성한 가족권익단체(Le Syndicat de la famille)에서는 "살해 금지의 금기"가 제거되는 것이라고 비난하면서 이를 "중대한 금기 위반"으로 규정하며 강력히 규탄하였다.[304]

라. 2026년 1월 이후의 경과 및 향후 전망

하원을 통과한 임종지원법안은 완화의료 확대법안과 함께 상원 심의를 거쳐 2026년 1월에 상원 본회의에서 표결에 부쳐졌다. 하지만 이 법안은 상원 보수 진영 의원들의 강한 반대에 부딪혀, 조력사망에 접근할 수 있는 환자의 자격 요건을 규정한 핵심 조항(안 제4조)이 찬성 123표, 반대 144표로 부결되었다(상원 제1차 부결). 결국 상원은 조력사망을 허용하는 내용을 삭제하고 완화의료 확대만을 강조하는 방향으로 법안을 대폭 수정하여 하원으로 돌려보냈다.

상원의 거부로 무산될 위기에 처했던 위 법안은 2026년 2월 25일 하원에서 다시 표결에 부쳐진 결과 하원 의원 찬성 299표, 반대 226표로 수정이 거부되어 의료조력사망을 허용하는 원안으로 재의결되었다(하원 두 번째 통과).

그 후 다시 상원으로 넘어가 재심의된 위 법안은 2026년 5월 12일 다시 부결되었다(상원 제2차 부결). 2026년 6월 2일 양원은 헌법 제45조에 따른 구성된 혼합위원회

회 구성원들에게 지지의 메시지를 전하고자 한다." 이에 관해서는 CEF, "Fin de vie : réaction de la CEF aux votes à l'Assemblée nationale de ce mardi 27 mai 2025" (2025. 5. 27.), https://eglise.catholique.fr/espace-presse/communiques-de-presse/564181-fin-de-vie-reaction-de-la-cef-aux-votes-a-lassemblee-nationale-de-ce-mardi-27-mai-2025 (2025. 12. 31. 최종확인) 참조.

302) La Vie, "Le vent de révolte antivalidiste contre « l'aide à mourir »", (2025. 5. 23.), https://www.lavie.fr/actualite/societe/le-vent-de-revolte-antivalidiste-contre-laide-a-mourir-99651.php (2025. 12. 31. 최종확인).

303) Alliance VITA, "Prétendue « Aide à mourir » : Les oppositions se multiplient" (2025. 5. 28.), https://www.alliancevita.org/2025/05/aide-a-mourir-oppositions (2025. 12. 31. 최종확인).

304) Le Monde, "L'Assemblée nationale adopte la proposition de loi créant un « droit à l'aide à mourir » : revivez la journée de votes sur la fin de vie" (2025. 6. 2.), https://www.lemonde.fr/societe/live/2025/05/27/en-direct-fin-de-vie-l-assemblee-nationale-adopte-la-proposition-de-loi-creant-un-droit-a-l-aide-a-mourir-suivez-les-dernieres-reactions_6608812_3224.html (2025. 12. 31. 최종확인).

(Commission mixte paritaire, CMP)를 개최하였지만, 여기서도 위 법안에 대한 절충안을 마련하는데 실패하였다.[305] 이에 따라 헌법 제45조 제4항에 따라 정부로부터 최종 결정권을 부여받은 하원이 2026년 6월 30일 위 법안을 다시 심의하여 찬성 295표 반대 232표로 재가결하였다(하원 세 번째 통과).

정부가 하원에 최종결정권을 주기로 하였지만, 헌법상 절차에 따라 상원이 마지막으로 위 법안을 다시 심의한 결과 2026년 7월 7일 상원은 다시 위 죽음을 도울 권리를 거부하였고(상원 제3차 부결), 이로써 최종 결정은 하원으로 넘어가게 되었다. 이에 따라 2026년 7월 15일 하원은 찬성 291표 반대 241표로 「죽음에 대한 조력을 받을 권리에 관한 법률안(Proposition de loi relative au droit à l'aide à mourir)」을 최종 의결하였다.[306]

이와 같이 프랑스에서는 의료조력사 제도는 2000년 교통사고로 사지마비와 시력 · 언어장애를 겪게 된 청년 빈센트 움베르 사건을 계기로 '죽을 권리' 인정 여부를 둘러싼 사회적 논의가 전환점을 맞게 된 이후, 20여년에 걸친 사회적 논쟁 및 의회에서의 다이니믹한 과정을 통해 마침내 확정되었다. 2005년 연명의료중단 허용('레오네티 법'), 2016년 사망까지 지속되는 진정치료에 대한 환자의 권리인정('클레이-레오네니 법')을 거쳐, 2024년 완화의료 강화 및 조력사망을 허용하는 정부 법안('환자 보호와 생애말기 지원에 관한 법률안')은 상원에서 3번 부결되었음에도 하원의 네 번째 표결이자 세 번째 실질적 재의결을 거친 최종 확정 표결을 거쳐는 등 의회에서 최종 의결되었다. 위 법안은 – 반대 여론을 고려하여 – 프랑스 헌법위원회(Conseil constitutionnel)의 위헌심사를 거친 뒤 공포되어 시행될 예정이라고 한다.

---

305) 프랑스에서 의히 내 양원 간 왕복심사 과정은 양원의 합의가 있을 때까지 반복되다가 양원이 끝내 합의하지 못할 경우, 상·하원 각 7명으로 구성된 혼합위원회(Commission mixte paritaire, CMP)가 구성되며, 이 위원회에서 합의안 도출 시 양원이 재표결한다. 혼합위원회 합의도 실패할 경우, 헌법 제45조 제4항에 따라 하원이 최종 결정권을 가진다(이러한 점에서 제5공화국의 양원제는 완전히 평등한 체제가 아니며, 대부분의 사안에서 직접·보통선거로 선출된 하원의 우월성이 인정된다).

306) https://www.lemonde.fr/politique/article/2026/07/15/fin-de-vie-le-parlement-approuve-definitivement-le-droit-a-l-aide-a-mourir_6723602_823448.html?lmd_medium=al&lmd_campaign=envoye-par-appli&lmd_creation=ios&lmd_source=default (2026. 7. 16. 최종 확인) 참조.

2. 법률안의 내용[307]

「환자 동반 및 생애 말기에 관한 법률안(Projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie) 이하 '임종지원법안'이라 한다」이라는 이름의 이 법률안의 조력사망은 환자가 치명적 물질을 스스로 투여하는 경우뿐 아니라 그 직접적 투여가 불가능한 경우 의사 또는 간호사가 투여하는 것도 허용하므로 환자의 직접적 자가 투여만을 요건으로 하는 일반적 의미의 의료조력사보다 합법화의 범위가 넓다. 이 때문에 이 법률안이 예외적으로 안락사도 합법화하고 있는 입법례(콜롬비아, 우루과이 등)의 하나로 분류될 수는 있다. 하지만 의사 등 제3자에 의한 생명종결을 원칙적으로 허용하는 적극적 안락사를 합법화한 입법모델(네덜란드, 캐나다)은 아니다. 프랑스 임종지원법안에서 합법화되어 있는 의료조력사를 '적극적' 사망 조력(aide active à mourir)이라고도 부르는 것도 이 때문이다.

Ⅰ. 조력사망(aide à mourir)의 정의, 인정 범위, 법적 성격

1. 프랑스 임종지원법안에서 조력사망은 "당사자가 요청을 명시적으로 표현한 경우, 당사자가 치명적 물질(substance létale)을 사용하여 스스로 투여하거나, 신체적으로 직접 투여할 수 없는 경우 의사 또는 간호사가 이를 투여하도록 허용하고 이를 지원하는 것"으로 정의되어 있다. 여기서 전반부는 의료조력사를 의미하지만, 후반부는 적극적 안락사를 가리킨다. 하지만 안락사가 허용되는 경우는 환자가 직접 치사약물을 투입할 수 없는 경우 보충적으로만 인정된다.
2. 이 법안에서 의료조력사는 「형법전(Code pénal)」 제122-4조의 의미에서 법률로 허용된 행위로 인정되고 있고, 조력사망을 받을 수 있는 가능성은 생애말기의 환자가 행사할 수 있는 '권리'들의 하나로 인정되고 있다.

Ⅱ. 접근 요건

환자가 의료조력사 또는 보충적 안락사에 접근하기 위해서는 다음의 모든 요건을 충족하여야 한다: 환자가 18세 이상일 것, 프랑스 국적자이거나 프랑스에 안정적·합법적으로 거주할 것, 생명을 위협하는 중증·불치 질환에 걸려 있고 그 질환이 진행기 또는 말기일

307) 이 법률안도 「공중보건법전(Code de la santé publique)」 제1부 제1편 제1장 제2절 뒤에 제2절의 2(Section 2 bis)[조력사망(Aide à mourir)]을 신설하는 형식을 취하고 있다. 이하에서는 조문형식 체계의 복잡성을 고려하여 법안의 주요 내용을 별도로 항목화하여 소개한다. 아래 요지 내용은 2026. 2. 25.에 채택된 내용을 중심으로 한 것이다.

것, 해당 질환에 기인한 신체적 또는 정신적 고통이 치료에도 효과가 없거나(refractaire), 또는 당사자가 치료를 받지 않거나 중단하기로 선택한 경우, 본인이 참기 어려운 수준일 것, 자유롭고 충분히 숙고된 의사를 표현할 능력이 있을 것 등이다.

Ⅲ. 조력 사망 절차

1. 당사자가 조력사망을 원할 경우, 현직 의사에게 명시적으로 신청해야 하며, 그 의사는 당사자의 친족(혈족 · 인척), 배우자, 사실혼 배우자, 시민연대계약(PACS) 파트너, 상속승계인(ayant droit)이어서는 안 된다. 원격진료(화상진료) 중에는 신청할 수 없다. 동일인이 동시에 여러 신청을 할 수 없다. 의사는 신청인에게, 그가 법적 보호조치(assistance ou représentation) 대상인지 여부를 묻고, 「민법전」 제427-1조에 규정된 등록부를 조회하여 이를 확인할 수 있다.
2. 조력사망 신청이 있을 경우 해당 의사는 다음을 수행한다.
   (1) 환자에게 건강 상태, 예후, 이용 가능한 치료 및 지원 장치에 대해 알리고, 장애가 있는 경우 의학적 · 물질적 · 심리적 · 사회적 필요를 보장하는 모든 제도와 권리에 대해 안내하며, 물질적 · 사회적 지원은 장애인종합지원센터(MDPH)로 연계한다.
   (2) 완화의료를 포함한 지원 치료 이용을 제안하고, 필요한 경우 이를 받을 수 있도록 보장한다.
   (3) 임상심리사 또는 정신과 전문의와의 상담을 제안한다.
   (4) 신청은 언제든 철회할 수 있음을 고지한다.
   (5) 조력사망 접근 요건과 실행 절차를 설명한다.
3. 의사는 신청인이 조력사망의 접근요건(제L.1111-12-2조의 요건)을 충족하는지 확인한다. 질병이 의사결정능력을 심각하게 훼손한 경우, 자유롭고 충분히 숙고된 의사로 볼 수 없다.
4. 위 접근요건 제3호~제5호 요건 평가는 다직종 합동 절차로 이루어지며, 의사는 다음 의견을 수렴한다.
   (1) 해당 분야 전문의 1인 신청인의 치료에 직접 관여하지 않고, 의사 간에 상하관계가 없어야 하며, 필요시 직접 진찰 후 의견 제시
   (2) 신청인 치료에 참여하는 의료보조인 또는 간호보조원, 없으면 다른 의료보조인
   (3) 필요시 기타 전문가(심리사, 간호사 등) 의견, 시설 거주자의 경우 해당 시설의 주치의 또는 동행 사회복지 · 의료복지 전문가 의견
5. 법적 보호조치가 있는 경우, 보호 담당자에게 알리고 의견을 고려한다. 회의는 원격

으로 가능하다.

6. 의사는 신청일로부터 15일 이내에 결정하여 구두·서면으로 통보한다. 필요시 보호 담당자에게도 알린다.
7. 결정 통보 후 최소 2일의 숙고 기간을 거쳐, 신청인은 물질 투여를 재확인한다. 단, 환자가 존엄성 보존을 위해 원하면 의사가 기간을 단축할 수 있다. 3개월 내 재확인이 없으면, 의사는 다시 의사결정능력을 평가한다. 원격진료 업체를 통한 절차는 불가하다.
8. 재확인 후, 의사는 치명적 물질의 작용·투여 방법을 안내하고, 투여를 동행할 의사 또는 간호사를 환자와 합의하여 지정한다.
9. 의사는 사회보장법전 제L.161-37조 제23호에 따른 권고에 따라 치명적 물질을 처방하고, 지정 병원약국에 송부한다.
10. 환자는 지정된 의사 또는 간호사와 협의하여 투여 날짜를 정한다. 결정 통보일로부터 1년이 지난 날짜를 선택한 경우, 의사는 다시 의사결정능력을 평가한다.
11. 합의된 조건에 따라, 환자가 원하면 자택 외 장소에서도 투여 가능하다. 투여 시 환자는 원하는 사람들과 함께할 수 있다.
12. 치명적 물질의 투여 날짜가 정해지면, 위 관련 조항에 명시된 병원 내 전용 약국이 치명적 조제 의약품을 제조하고, 해당 조제 의약품을 해당인과 합의한 동반 의사 또는 간호사가 지정한 일반 약국(약국업소)에 전달한다. 일반 약국은 치명적 조제 의약품을 의사 또는 간호사에게 교부한다.
13. 환자가 병원 내 전용 약국을 갖춘 기관에 입원하거나 거주하는 경우, 해당 전용 약국이 제8조 제1항에 규정된 일반 약국의 임무를 수행한다.
14. 치명적 물질 투여 당일, 환자를 동반하는 의사 또는 간호사는 다음을 수행한다.
    (1) 환자가 치명적 물질 투여를 진행하고자 하는 의사를 재확인하는지 여부 확인
    (2) 필요한 경우, 치명적 물질의 투여 준비
    (3) 치명적 물질 투여 과정의 감독
15. 의사를 재확인한 환자가 투여 연기를 요청하는 경우, 의료인은 절차를 중단하고 제L.1111-12-5조에 따라 새로운 날짜를 정한다.
16. 의료인이 치명적 물질을 직접 투여하지 않는 경우, 의료인이 환자 곁에 있는 것은 의무가 아니다. 그러나 위 관련 조항에서 규정한 권고사항에 따라 문제 발생 시 개입할 수 있을 만큼 충분히 가까운 거리에 있어야 한다.
17. 사망확인서는 지방자치법전 제L.2223-42조에 따라 작성한다.

18. 환자를 동반하는 의사 또는 간호사는 사용되지 않거나 일부만 사용된 치명적 조제 의약품을 제L.1111-12-6조에 명시된 일반 약국에 반환한다. 해당 약국이 회수한 의약품은 제L.4211-2조에 따라 안전하게 폐기한다.
19. 위 조치를 시행한 의료인은 그에 대한 보고서를 작성한다.
20. 다음의 경우 절차를 종료한다.
    (1) 환자가 의사 또는 동반 의사·간호사에게 조력죽음 요청을 철회한다고 알린 경우
    (2) 의사가 조력죽음 요청 승인 후, 접근 조건이 충족되지 않았거나 더 이상 충족되지 않는다는 정보를 입수한 경우. 이 경우 의사는 서면으로 동 결정을 환자에게 통보하고, 환자가 법적 보호조치(보조 또는 대리)를 받는 경우에는 보호 담당자에게도 서면 통보한다.
    (3) 환자가 치명적 물질 투여를 거부한 경우
21. 새로운 요청은 제L.1111-12-3조에 따른 절차로 제출해야 한다.
22. 본 장에서 언급된 각 행위는 해당 전문인에 의해 정보시스템에 기록된다.
23. 조력사망 요청에 대한 의사의 결정은 해당 요청을 제기한 환자만이 행정법원에 일반 규정에 따라 불복할 수 있다.
24. 하위 법령에 본 장의 적용 조건을 다음 사항을 포함하여 구체적으로 규정한다.
    (1) 조력죽음을 요청하는 사람에 대한 정보 제공 방식
    (2) 요청 및 확인의 형식과 내용
    (3) 조건 검증과 의견 수집 절차

Ⅳ. 양심 조항

1. 이 법에 언급된 보건의료인은 이 법에 정한 조력사망 절차의 이행에 참여할 의무가 없다. 참여를 원하지 않는 의료인은 즉시 해당 환자에게 거부 의사를 알리고, 절차 이행에 동의하는 다른 의료인의 이름을 알려야 한다.
2. 환자가 의료기관에 입원하거나, 사회복지 및 가족법에 명시된 시설이나 서비스에 거주하는 경우, 해당 기관 또는 서비스의 책임자는 다음을 허용해야 한다.
    (1) 이 법에 명시된 의료인의 개입
    (2) 이 법에 명시된 사람들의 접근
3. 이 법상 조력사망 절차 이행에 참여할 의사가 있는 의료인은 이 법에 명시된 위원회에 등록한다.

V. 통제 및 평가

1. 보건부 장관 소속의 통제 · 평가 위원회는 다음의 임무를 수행한다.
   (1) 이 법에 명시된 정보시스템에 기록된 자료를 포함하여, 각 존엄사 지원 절차에 대해 법상 규정된 요건이 준수되었는지를 사후적으로 점검한다.
   (2) 집계되고 익명화된 자료를 활용하여 본 절의 적용 상황을 추적 · 평가하고, 매년 정부와 국회에 보고하며 권고안을 제시한다.
   (3) 보건전문가가 제출하는 신고를 의사만 접근할 수 있는 등록부에 기록한다. 해당 조건은 국무회의에서 제정한 시행령으로, 국가정보자유위원회의 의견을 받은 후 정한다.
2. 전항에 따른 점검 결과, 위원회가 보건전문가가 이 법의 관련 규정 이행 과정에서 저지른 행위가 윤리규정 또는 직업규정 위반에 해당할 가능성이 있다고 판단하는 경우, 관할 전문직 단체의 징계위원회에 회부할 수 있다.
3. 위원회는 이 법에 명시된 정보시스템을 관리 · 운영한다. 이 정보시스템에 기록된 자료는 이 절의 규정의 추적 · 통제 · 평가만을 목적으로, 국가정보자유위원회의 의견을 거쳐 국무회의에서 제정한 시행령에 따라 처리 · 공유된다.
4. 위원회의 의사 구성원은 사명 수행에 엄격히 필요한 범위 내에서 존엄사 물질을 직접 또는 간접적으로 투여한 사람의 진료기록에 접근할 수 있다.
5. 위원회의 구성, 독립성과 공정성을 보장하는 운영규칙, 그리고 조력사망을 요청한 각 사람에 대해 이 법의 요건 준수 여부를 심사하는 절차는 국무회의에서 제정한 시행령으로 정한다. 위원회에는 최소 2명 이상의 의사가 포함되어야 한다.

VI. 벌칙조항

1. 다음 행위를 한 경우 1년 이하의 징역 또는 15,000유로의 벌금에 처한다. 이는 전자적 · 온라인 수단을 포함하여, 존엄사 지원의 특성이나 의학적 결과에 대해 의도적으로 잘못된 정보나 주장 · 지시를 유포 · 전달하여 회피를 목적으로 오도하는 행위를 포함한다.
   (1) 존엄사 지원이 허용된 시설 또는 정당하게 시행될 수 있는 장소, 또는 대상자가 치사성 물질 투여를 위해 선택한 장소에서의 접근, 내부 이동, 의료 · 비의료 인력의 근무 조건을 방해하거나, 해당 장소의 평온을 해치는 경우
   (2) 존엄사 지원 정보를 얻으려는 사람, 존엄사 지원이 허용된 시설의 의료 · 비의료 인력, 존엄사 지원을 원한 환자 또는 그 주변인에 대해 정신적 · 심리적 압박, 위

협, 기타 협박 행위를 하는 경우

2. 존엄사 지원 접근권 보호를 목적으로 설립되어 사건 발생일 기준 최소 5년 이상 정식 등록된 단체는, 본 항의 위반행위에 대해 피해자 측 민사당사자 권리를 행사할 수 있다.

3. 입법정책적 함의

조력사망을 합법화하는 위 프랑스 법률안의 내용은 기존의 영미권이나 베네룩스 3국의 선행 입법과는 궤를 달리하는 프랑스 특유의 철학적 · 법리적 결단을 담고 있다.

가. 헌법적 자기결정권과 국가의 생명보호 의무의 관계 재설정

위 법률안의 내용에 따르면 프랑스 입법자(정부/하원)는 개인의 절대적 자율성(자기결정권)을 전면적으로 긍정하기보다는, '연대성(Solidarité/Fraternité)'이라는 프랑스 공화국의 헌법적 가치를 매개로 생명보호 의무와 자기결정권을 절충하는 입법정책을 취했다.

독일이나 캐나다가 조력사망을 헌법상 '죽을 권리(right to die)'라는 '생명에 대한 포괄적 권리'의 행사로 격상시킨 것과 달리, 프랑스에서는 이 제도가 '새로운 보편적 권리나 자유의 창설이 아님'을 명확히 했다. 환자가 원할 때 즉각적으로 권리가 발생하는 것이 아니라 국가의 생명보호 의무를 철저히 유지하여 객관적 한계 상황에서 예외적으로만 그 권리의 발생을 인정하기 때문이다. 즉 위 법률안은 환자가 '단기 또는 중기적으로 생명에 위협이 있는(pronostic vital engagé à court ou moyen terme)' 불치병에 걸려 있고 '통제할 수 없는 극심한 고통'을 겪는다는 의학적 · 객관적 사실이 증명될 때에만, 국가가 연대성(자비)의 차원에서 생명보호 의무의 예외를 인정하고 환자의 자율적 선택을 수용하도록 조력사망제도를 규범화하고 있는 것이다.

나. 입법모델적 성격: 의료적 돌봄모델＋사전통제모델

위 법률안은 조력사망제도를 권리모델에 입각하여 설계하기보다는 '완화의료(Palliative care)'의 연장선상에 위치시키고 있는 '의료적 돌봄 모델(Medical/Care Model)'에 입각하여 조력사망제도를 구체화하고 있다. 이 법안의 제1부가 완화의료에 대한 전폭

적인 지원과 접근성 보장을 다루고, 제2부가 '죽음에 대한 조력'을 다루고 있기 때문이다. 즉, 프랑스 조력사망제도는 의료조력사망을 독립된 권리(Rights-centric)로 보는 캐나다 투-트랙 모델과 달리, '모든 의료적 돌봄과 완화의료가 실패했을 때 국가 보건 시스템이 제공하는 최후의 의료적 돌봄'으로 프레이밍되어 있는 것이다.

이 때문에 위 법안은 네덜란드나 벨기에의 안락사법 처럼 사후에 위원회가 심사하는 사후통제 방식이 아니라, 엄격한 사전통제 방식을 취하고 있다. 환자의 요청이 있으면 의사가 반드시 다른 의사(전문의 포함) 및 간호사 등과 의무적으로 합의체(collégialité)를 구성하여 심사해야 하고, 15일의 숙려기간을 거친 후, 최종적으로 조력사망을 승인할 권한은 환자가 아닌 '의사'에게 부여되고 있기 때문이다. 이 방식은 의료진의 사전 게이트키핑(Gatekeeping) 역할을 오리건 주 방식보다 한층 더 강하게 설정한 것으로 평가된다.

다. 형법상 자살방조죄와의 관계

프랑스의 조력사망법제는 캐나다 MAID(C-14)처럼 형법전 속에 들어가 자살방조죄 등의 면책 조항을 직접 신설하는 형법 개정 형식을 취하지 않고 있다. 대신 오리건 주 등과 유사하게 특별법인 보건의료 규범(공중보건법전: Code de la santé publique) 내에서 새로운 의료행위의 장을 신설함으로써 '독자적 보호구역'을 창설하는 입법 형식을 취했다.

이뿐만 아니라 프랑스 법안은 전통적인 형법상 범죄를 연상시키는 '안락사(Euthanasia)'나 '자살방조(Assisted Suicide)'라는 용어를 의도적으로 철저히 배제하고, 대신 이 법률이 정한 요건과 절차를 준수하여 수행된 행위는 공중보건법상 합법적인 '의료 행위'로 의제되도록 하였다. "사망조력은 형법 제122-4조의 의미에서 법률로 허용된 행위로 본다"는 조력사망법안 제L.1111-12-1조 Ⅱ가 제122-4조 제2항인 "법률 규정에 의해 명령되거나 허가된(autorisé) 행위를 한 자는 형사책임을 지지 아니한다(N'est pas pénalement responsable)"는 규정과 연결되도록 만들어져 있기 때문이다. 이에 따르면 형법이론상 조력사망에 참여한 의사의 행위는 형법상 살인이나 자살 교사 · 방조의 구성요건에 해당하더라도, 특별법인 공중보건법령에 의한 '정당행위(법령에 의한 행위)'로서 위법성이 조각되는 것으로 해석될 수 있다. 물론 이러한 구조 설계가 조력사망을 범죄의 프레임에서 완전히 빼내어 일상적인 보건행정 체계와 의료법의 영역

으로 안착시키는 설계로 볼 수 있는지에는 입법정책적 평가측면에서 다소 논란이 있을 수 있다.

의료조력사를 형법의 그늘에서 완전히 벗어나게 하려면 사망조력을 자살방조죄의 구성요건해당성부터 배제시켜 엄밀한 의미의 '의료행위'로서의 법적 성격을 부여하는 것이 바람직하다. 이러한 관점에서 보면, "이 법에 따른 어떠한 행위도 자살(suicide), 조력자살(assisted suicide), 자비살 또는 살인을 구성하지 아니한다."고 규정한 미국 오리건 주 존엄사법(ORS 127.880)의 입법기술이 의료조력사제도를 의료모델에 근접해 가는 방식이라고 볼 수 있다.[308]

다른 한편 조력사망제도의 위치를 보건법으로 옮긴 것은 법집행의 주도권을 통째로 바꾸는 실체적 차이를 만들어 낸다는 점은 부인하기 어렵다. 제도의 관할권이 경찰과 검찰(형사사법 시스템)에서 보건부와 의료윤리위원회(보건행정 시스템)로 넘어가고, 행위의 정당성을 평가하는 기준도 형법의 '고의나 과실'이 아니라, 의료법의 '임상 가이드라인과 사전 동의 절차 준수 여부'로 바뀌게 되기 때문이다.

308) 물론 형법상의 범죄 용어를 법조문에 직접 끌고 와서 '사망조력이 형법적 범죄가 아니다.'라고 선언하는 오리건 주의 '방어적 선긋기' 입법 방식이 법리적으로는 가장 확실한 면책을 제공하기는 한다. 하지만 이 방식도 여전히 '자살방조죄'라는 형법적 개념을 의식하고 있음을 드러내고 있다.

제2절 자살방조 허용 국가에서의 의료조력사 법제화

I. 독일: 허용과 금지 사이를 오가며

1. 개관: '자율성 보장'의 패러다임 전환

독일 연방헌법재판소의 2020년 2월 26일 판결(BVerfG,2 BvR 2347/15 등)은 상업적 · 영업적 자살방조를 금지했던 형법 제217조를 위헌으로 선언하며, 일반적 인격권(기본법 제2조 제1항 및 제1조 제1항)에서 도출되는 '자기결정적 죽음에 대한 권리'를 포괄적인 기본권으로 승인했다.

이 판결 이후 독일 의회와 법학계는 국가의 생명보호의무와 죽을 권리(자기결정권)가 상호 배타적으로 충돌하는 것이 아니라, '자율성 보장'라는 틀 안에서 양립해야 하는 것으로 파악했다. 종래에는 국가의 생명보호의무가 '물리적 · 생물학적 생명의 절대적 보존(죽음의 방지)'을 의미했다면, 헌법재판소 판결 이후에는 '결정의 자율성 보장'으로 그 의미가 전환되었다.

이에 따르면 헌법상 생명보호의무의 현대적 과제도 다음과 같이 변화되었다. 즉 국가가 막아야 할 것은 이성적이고 확고한 개인의 자율적 죽음이 아니라, '비자율적인 죽음'이다. 따라서 외부의 압력이나 강요, 순간적인 절망이나 심리적 위기 또는 치료 가능한 정신 질환(우울증 등)으로 인해 이성적 판단이 흐려진 상태에서의 충동적인 자살을 막고 예방하는 것이다. 자기결정권 보장과 생명보호의무 이행의 관계가 재설정되었다.

2. 2020년 헌법재판소 결정 이후의 법적 · 사회적 논의의 전개

헌법재판소 판결이 선고된 당일, 자유민주당(FDP) 의원 카트린 헬링-플라어(Katrin Helling-Plahr)는 상담모델에 관한 제안과 기본원칙에 관한 문건을 독일 연방하원에 제출하였다. 이 문건에서는 의사나 안락사 협회의 도움을 받아 자살을 원하고자 하는 사람들에게, 임신중절 절차에 준하는 다단계 상담이 규정되어야 한다고 보고 있다. 이 과정에서 의사와 상담기관은 자살 희망자가 자유롭고 자율적으로, 그리고 온전한 정신능력을 가진 상태에서 결정을 내렸는지 확인해야 한다. 상담과 조력자살 사이에 일정한

대기기간을 의무적으로 설정하도록 되어 있다.

2020년 4월 15일 옌스 슈판(Jens Spahn) 연방보건부 장관은 의사단체 대표, 협회 및 교회들에 대해 자살조력의 새로운 규율 마련을 위한 핵심 원칙 제안서를 요청하였다. 그동안 자살의 확산을 막으려는 규제적 차원의 입법정책, 즉 자살조력을 규율하기 위한 세 개의 법안 초안이 제시되었다. 독일 인본주의연합(HVD)의 법안, 독일 환자보호재단(Deutsche Stiftung Patientenschutz)의 초안, 그리고 의료법 · 의학윤리 · 완화의료 분야의 4인 학자들의 공동초안이 그것이다.

첫째, 인본주의연합(HVD)이 제안한 법안에는 형법을 통해 자살조력을 범죄화하려는 새로운 규정이 신설되지도 않고, 의사 · 협회 · 비(非)의료적 조력자들에 대한 자살조력 금지도 도입하지 않았다. 대신에 정신과적 감정이나 의무 상담 대신, '자살(갈등)상담소'에서 자발적이고 결과를 정해 두지 않은 상담에 대한 자발적 제공을 제안한다. 그러나 영리적으로 '안락사'를 조력하는 것은 여전히 형벌로 금지하고자 하였다. 특히 HVD에 따르면, 자살 희망자가 대안에 대한 무지, 의지의 약화, 위기 상황, 강압적 처지 등에 놓여 있는 것을 악용하는 경우는 특히 중대한 사안으로 간주하고 있었다.

둘째, 독일 환자보호재단이 제출한 법안은 자살 희망자의 자기결정권을 보호하기 위한 취지에서 형법에 새로운 제217조 자살조장(Förderung der Selbsttötung) 금지규정(영리를 목적으로 한 자살조력을 5년 이하의 징역형으로 처벌하는 규정)의 신설을 제안하고 있다. 연방헌법재판소가 허용한 조직적 · 영업적 차원의 조력에 대해서는, 헌법재판소 판결에 따라 자살 희망자가 충분히 대안적 수단에 대해 정보를 얻고 강압이나 압력 없이 자살을 선택했음이 보장되어야 하고, 조력자는 이를 확인하고 서면으로 문서화해야 한다. 조력자가 이 요건을 위반한 경우에는 형사처벌(3년 이하의 자유형)의 대상으로 삼았다. 그러나 위 법안은 자살 희망자의 가족이 제공하는 지원은 형사처벌의 대상에서 제외하고 있다.

셋째, 조력자살에 관한 4인의 의학자가 발의한 공동초안은 의사가 중심이 되어 가족이나 가까운 지인들이 하는 지원은 허용하면서도, 안락사 협회의 참여는 배제한다. 공동초안에 따르면, 의사는 교육을 통해 치료 의지의 자율성을 평가하고, 의료적 대안에 대해 알리며, 치명적 약물의 처방을 내릴 자격을 가진다. 결정은 자율적 · 지속적 정보에 입각하여 내려져야 하며, 매번 복수의 의사에 의해 이루어져야 한다. 의사 상담과 치명적 약물 처방 사이에는 최소 10일의 간격이 있어야 한다. 또한 어떠한 의사도 자살조력 제공을

강제받아서는 안 된다. 이 법안은 '죽음의 자기결정 – 삶에 대한 배려(Selfbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben)'라는 이름 아래, 조력자살에 관한 위 내용을 형법과 의료법 모두에 위 조력자살에 관한 주요사항들을 규정하는데 목표를 두었다.

다른 한편 연방하원은 2021년 4월, 형법 제 217조 폐지와 관련하여 연방헌법재판소 판결의 입법적 이행 방안을 논의하기 위해 '기본방향 설정을 위한 논의'을 진행했다. 2021년 여름, 연방의사협회는 자살 성향 및 죽음에 대한 의사들의 대처 방식에 관한 지침을 발표했고, 중병 환자의 지속적 자살 의도에 대처하는 실무 지침도 공개했다. 2021년 9월, 독일 완화의학회(DGP)는 호스피스 및 완화의료에서의 자살조력 요청에 대한 대처 권고를 발표했고, 헤센주 의사협회는 직업 관련 규정 개정을 통해, "의사는 자살조력을 해서는 안 된다"라는 문구를 삭제하면서도 '촉탁살해'는 금지됨을 재차 강조하였다.

3. 독일 입법 초안들에 나타난 생명보호의무의 입법정책적 구상

2020년 이후 독일 연방하원에서는 헌법재판소가 설정한 새로운 패러다임인 '자율성 보장'을 어떻게 제도화할 것인지를 두고 다양한 입법적 논의가 전개되었다. 소속 정당을 초월한 의원 연합들에 의해 여러 입법 초안이 제안되었다. 2022년 5월 연방하원은 '기본방향 설정에 관한 논의' 이후, 그 해 6월 자살조력 개혁 관련 입법안을 1차 심의했다. 이 과정에서 카스텔루치(Castellucci) 의원 초안, 퀴나스트(Künast) 의원안, 헬링-플라르(Helling-Plahr) 의원안 등 3건의 법안과 공동발의된 자살 예방안(Castellucci 등)이 논의되었다.

위 3건의 법안 중 마지막 두 개의 법안은 하나의 안으로 통합되었다. 연방의회에서 충돌한 두 가지 흐름의 입법안을 간략하게 살펴보면 다음과 같다.

가. 형법적 규제 중심 모델 (카스텔루치 안, Castellucci-Entwurf)

이 초안은 형법 제217조를 부활시켜 '원칙적 금지, 예외적 허용'구조를 구축하려는 보수적 접근방법을 취하고 있다. 자살조력을 원칙적으로 형벌로 금지하되, 정신과 전문의의 감정을 거쳐 환자의 '자율적 의사'가 입증된 경우에만 예외적으로 처벌하지 않음으로써, 형법의 위하력(억제력)을 통해 생명을 보호하려고 한다.

나. 절차법적 권리 보장 모델 (헬링-플라/퀴나스트/헬링-플라 안, Künast/Helling-Plahr-Entwurf)

이 초안은 형법이 아닌 별도의 「자살조력법」을 제정하여 '원칙적 자유, 절차적 규제' 구조를 취한다. 이를 위해 국가 공인 '상담 네트워크'를 구축하여, 자살을 원하는 사람이 전문가 상담을 의무적으로 거치게 함으로써 충동적 자살을 걸러내고, 정보 제공을 통해 진정한 자율적 결정을 돕는 '절차적 보호'방식을 채택하고 있다.

다. 두 가지 초안의 공통적 방향성

위 두 가지 초안은 다음과 같은 입법 구상을 통해 생명보호의무를 구현하려 한다.

(1) 독립적인 '의무 상담제도(Beratungspflicht)'의 도입:

국가의 생명보호의무를 '형법상 처벌'이 아닌 '절차적 지원과 검증'을 통해 실현하고자 한다. 각 초안들은 조력사망을 원하는 자가 치사 약물을 처방받기 전에 반드시 국가가 공인하고 독립된 상담소(Beratungsstelle)를 거치도록 구상하고 있다. 이는 독일이 낙태죄 예외 요건으로 채택하고 있는 '임신갈등상담' 시스템을 모델로 한 것으로, 환자에게 대안적 치료법과 심리적 지원을 제공하여 생명에 대한 숙고를 유도하는 장치이다.

(2) 엄격한 숙려기간과 정신의학적 평가:

순간적 충동을 배제하기 위해 두 번의 요청 사이에 의무적인 대기 기간(예:3주~12주)을 설정하고, 정신 질환이 의심될 경우 정신과 전문의의 감정을 의무화하는 등 사전 통제를 생명보호의 핵심 수단으로 삼는다.

(3) 자살 예방(Suizidprävention) 법안과의 결합

조력사망의 합법적 통로를 열어주면서도, 생명보호의무의 균형을 맞추기 위해 국가적인 자살 예방 네트워크 구축과 완화의료 지원 확대를 담은 특별법을 조력사망법과 쌍둥이 법안으로 묶어 함께 통과시키려는 정책적 구상을 전개하고 있다.

라. 최종 경과 및 현재상태

2023년 7월 6일 연방하원 2 · 3차 독회에서 치열한 토론을 거치면서 어느 것도 과반을 얻지 못해 위 두 법안은 모두 부결되었다(다만, 자살예방안은 통과됨). 결과적으로 독일에서는 자살방조의 실체적 요건을 규율하는 법률이 제정되지 못하여, 현재 헌법재판소 판결의 법리에 의존한 채 일반 마약법(BtMG)과 의사윤리강령의 틈새에서 조력사망이 합법도 불법도 아닌 '입법 공백' 상태로 남아있는 독특한 상황에 놓여 있다.

현재 독일에서 자살조력은 의사 개인과의 직접적 접촉을 통해서만 가능하지만, 자살조력자인 의사의 심사는 법적으로 규율되지 않았고, 의사와 환자의 접촉을 중개해주는 조력자살협의의 중개방식은 통일되어 있지도 않은 상태이다.[309]

이러한 입법공백 상태가 진행되던 중 2024년 봄, 조력의사가 각기 다른 사건에서 간접정범에 의한 살인죄(Totschlag in mittelbarer Täterschaft)로 각각 3년의 징역형을 선고받은 일이 있었다. 첫 번째 사건은 도르스텐(Dorsten)의 신경과 의사 요제프 슈피틀러(Joseph Spittler)가 조현병을 앓고 있는 42세 여성의 자살을 도운 사건이다. 법원은 해당 환자가 자유로운 자기결정 상태에서 행동하지 않았으며, 또한 심각한 안과질환이 있다고 잘못 판단하여 올바르게 고지받지 못했다고 보았다. 두 번째 사건은 베를린의 가정의 크리스토프 투로브스키(Christoph Turowski)가 심각한 우울증을 앓는 37세 환자의 자살을 도운 사건이다. 이 의사는 처음에 치명적 약물을 처방했으나, 환자가 복용 후 구토하여 사망하지 않았다. 이후 호텔방에서 환자에게 주사 주입기를 설치했고, 환자가 이를 스스로 개방하여 빠르고 평화롭게 사망했다. 첫 번째 약물 시도에 대해서는 자유로운 자기결정 결여가 증명되지 않아 기소가 취하되었다. 그러나 두 번째 주사 방식의 자살조력과 관련해서는, 사망 당일 환자와 의사 간의 이메일 교신이 결정적 증거가 되었다. 법원은 이 교신에서 환자가 생과 사 사이에서 심각하게 동요하는 정황이 드러났다고 판단하였다.

법원은 두 사건에 대해 단순한 자살방조가 문제 되는 것이 아니라, 피해자들을

309) 2023년 중반 현재 협회들은 1인당 최소 4,000유로의 비용을 요구한다. 그밖에 2022년에는 DGHS(Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben)의 자살조력 서비스가 229건 활용되었으며, 이는 2022년 독일 전체 자살자 10,119명과 비교할 때 자살 사례 44건 중 약 1건의 비율(약 2.3%)을 점하는 것으로 보인다. 이에 관해서는 DHGS, Vermittlung von Freitodbegleitung, https://www.dghs.de/vermittlung-von-freitodbegleitung (2026. 3. 23. 최종확인); DHGS, DGHS veröffentlicht weiteres Weißbuch zu Freitodbegleitungen (Jahr 2022), (2024. 10. 28), https://www.dghs.de/fileadmin/content/06_presse/pdfs/DGHS-PE-28102024_Wei%C3%9Fbuch_erschienen.pdf (2026. 3. 23. 최종확인).

'자기 자신에 대한 도구'로 만든 살인죄의 간접정범 성립성립이 인정되는 것으로 판단하였다. 슈피틀러 사건은 연방대법원(BGH)의 상고기각으로 판결이 확정되었고, 투로브스키 사건은 상고심이 아직 계류 중이다.

이 사건들은 독일에서 자유로운 자기결정이 명확하지 않은 사람들에 대한 자살조력이 사실적 측면에서도 상당한 장애가 있을 뿐 아니라,[310] 법적으로 형사처벌의 위험성에 노출되어 있음을 보여주고 있다.

4. 독일 입법 구상의 비교법적 특징(타국 법제와의 차이점)

독일의 이러한 입법 구상은 현재 조력사망을 합법화한 영미권(미국 오리건, 캐나다)이나 베네룩스, 심지어 최근의 프랑스 모델과 비교할 때 매우 이질적이고 독특한 특징을 갖는다.

가. 질병 요건으로부터의 완전한 탈피(의료 모델 vs 순수 자율성 모델)

비교법적으로 볼 때, 예컨대 미국 오리건 주는 '기대여명 6개월(말기)', 캐나다는 '회복 불가능한 질병(조력사망법 개정을 통해 비말기 환자에게도 확대하는 투트랙시스템이 도입됨)', 이탈리아나 오스트리아는 '중증 질환과 기계적 의존', 프랑스는 '중단기적 생명 위협' 등 타국 법제는 의학적 질환 상태를 조력사망을 허용하기 위한 조건으로 삼고 있다. 즉 고통을 제거하기 위한 의료적 개입(Medical Model)모델에 기초하고 있다.

반면에 독일 연방헌법재판소는 "자기결정적 죽음에 대한 권리는 인생의 모든 단계(in jeder Lebensphase)에서 보장되며, 불치병의 존재 여부에 국한되지 않는다"고 못 박았다. 따라서 독일의 입법 초안들은 노화에 따른 삶의 피로도나 순수한 실존적 결단에 의한 조력사망까지도 포섭해야 하는 '진정한 권리 모델 내지 순수 자율성 모델'의 성격을 강하게 띠고 있다.

나. 의료적 패터널리즘(온정주의)의 배제

타국 법제에서는 '의사(Physician)'가 환자의 적격성과 고통의 정도를 심사하고

310) 심지어 스위스에서 사용되는 펜토바르비탈을 복용하더라도 약 10%의 경우 구토가 발생하고, 최대 4%의 환자는 다시 깨어나는 등 죽음에 이르는 과정은 최대 7일이 소요될 수 있다는 보고도 있다.

승인하는 독점적 게이트키퍼(Gatekeeper) 역할을 한다. 반면에 독일의 입법구상에서는 조력사망을 순수한 의료 행위로만 보지 않기 때문에, 의학적 판단 이전에 다학제적 전문가로 구성된 '독립 상담소'의 역할을 권리 행사의 핵심 절차로 설계하고 있다.

II. 스위스의 의료조력사를 규율하는 법제

1. 개관

스위스에서는 '이기적인 동기'가 없는 한, 자살조력이 형사처벌의 대상이 되지 않는다(스위스 형법 제115조 참조). 이에 따르면 스위스에서 의료인의 조력을 통하든 비의료인의 조력을 통하든 자살자의 자살을 돕은 행위는 형사처벌의 대상이 되지 않는다. 그러면서도 스위스 법질서는 – 일부 주(Canton)를 제외하고는 – 의료조력사를 합법화하는 명문의 규정을 두고 있지 않다. 그러나 앞서 살펴보았듯이 스위스 연방재판소가 취하고 있는 자기결정권에 관한 법리는 생명에 대한 개인의 자기결정권을 보호하되, 취약자 보호를 위한 절차 · 판단능력 심사 · 전문가 가이드라인 준수를 요구하는 이른바 '절충적' 입장을 취한다.

이에 따라 '의료조력사의 성지'로 알려져 있는 스위스에서 의료조력사를 규율하는 입법의 공백은 판례 · 원칙(예: 스위스의학아카데미 가이드라인: SAMS: Schwiss Academy of Medical Science)이 메우고 있다. 따라서 장차 사법기관은 의료조력사망 사건에 관여한 조력자들에 대한 책임소재와 관련한 개별적 법적 분쟁의 해결을 위한 기준 및 한계설정(예: 정신질환자의 사례, 고령 · 비질환자의 요청 등)을 보완해 나갈 것으로 예상된다.

그러나 다른 한편, 스위스의학아카데미는 자살조력에 관한 가이드라인에서 자살조력은 "의사의 업무의 일부가 아니"라고 강조한다. 또한 개인에게는 자살조력에 대한 법적 청구권도 인정되고 있지 않다. 스위스에서 자살조력에 의한 죽음은 '비정상적 사망사례(außergewöhnlicher Todesfall, AGT)'로 분류되며 반드시 관할 당국에 보고되어야 한다. 일부 주(칸톤)에서는 이러한 사건의 사후 조사를 위해 스위스 법의학 연구소(IRM)가 경찰 당국의 요청으로 관여한다.

스위스에서 자살조력을 지원하는 잘 알려진 민간단체로는 약 9만 명의 회원을 보유한 엑시트(EXIT: 로망디 EXIT, 독일어권 EXIT), 약 5,500명의 회원을 가진 디그니

타스(Dignitas)가 있다. 이 단체들은 명확한 지침에 따라 회원들에게 자살을 돕는 데 필요한 조언과 지원을 제공하며, 세계 존엄사협회(World Federation of Right-to-Die-Societies)의 회원이기도 하다. 이 외에도 외국인의 자살 희망자에 집중하는 엑스 인터네셔널(Ex International), 그리고 라이프 서클(Life Circle)과 같은 단체들이 있다.

스위스에서 원칙적으로는 성년의 판단능력을 가진 사람이라면 누구나 의사에게 필요한 약품의 처방 및 구입을 요청할 수 있으나, 모든 의사나 약국이 이러한 요청에 응하는 것은 아니다. 그러나 안락사 단체의 회원들은 구조화된 절차와 체계를 통해 혜택을 얻는다. 예컨대, 의료 · 심리학적 면담을 통해 임종 의지가 검토 · 기록되는 절차가 마련되어 있다.

2. 일부에서 제정된 법률

2012년 6월부터 일부 주(Canton)에서는 최초로 의료조력사를 법제화하는 법률이 제정되었다. 주 차원에서 의료조력사(조력자살, Suicide assisté)의 허용 조건과 절차를 마련한 스위스 최초의 관할구역은 보(Vaud) 주이다. 보 주는 2012년 주민투표를 거쳐 「공중보건법(Loi sur la santé publique, LSP)」 제27d조를 신설하여 공공 지원을 받는 요양시설(EMS)과 병원 내에서의 조력사망 실행 조건을 구체적으로 규정하고 이를 시설의 책임의사가 공식적으로 확인하도록 하고 있다. 그 조건은 다음과 같다. 첫째, 환자는 조력사망을 선택함에 있어 사리분별 능력과 법적 판단 능력을 명확히 갖추고 있어야 한다. 정신질환이나 외부의 압력(강압)이 조금이라도 의심될 경우, 반드시 독립적인 정신과 전문의의 심층 평가를 거쳐야 한다(온전한 의사결정능력: Capacité de discernement). 둘째, 죽음에 대한 환자의 요구가 일시적인 우울감이나 충동적인 감정 상태가 아니라, 이성적이고 지속적이며 확고한 의지임이 증명되어야 한다(확고하고 지속적인 의지: Volonté persistante). 셋째, 환자가 심각하고 치료가 불가능한 질병, 또는 심각한 사고 후유증으로 고통받고 있어야 한다. 반드시 임종이 임박한 '말기' 환자일 필요는 없으나, 신체적 기능 상실이나 질환의 중대성은 의학적으로 입증되어야 한다(심각하고 회복 불가능한 질환: Maladie grave et incurable). 넷째, 환자에게 호스피스 · 완화의료를 포함한 다른 모든 치료 및 돌봄 대안이 충분히 제시되고 설명되어야 한다. 환자가 이러한 대안들을 명확히 인지한 상태에서 의료조력사를 '최후의 수단(dernier recours)'으로 선택한 것이어야 한다(완화의료 등 대안의 충분한 검토: Alternatives et soins palliatifs).

조력사망 입법례에서 보 주의 규정이 중요한 이유는 이 규정이 '의료기관의 권리'와 '환자의 권리'사이의 충돌을 정리하고 있기 때문이다. 즉 이 법에 따르면 주 정부의 재정 지원을 받는 공공 또는 인가 요양시설(EMS)이나 병원은 위 4가지 요건을 충족한 환자에 대해 기관의 종교적 · 윤리적 이념을 이유로 시설 내 조력사망 실행을 전면 금지할 수 없다.[311] 의료진 '개인'은 자신의 신념에 따라 조력행위 참여를 거부할 권리가 완벽하게 보장되지만, '기관' 차원에서는 환자가 원할 경우 외부의 조력사망 단체(예: Exit) 소속 의사나 자원봉사자가 시설로 들어와 환자를 돕는 것을 방해해선 안 된다는 취지이다. 주 정부의 재정 지원을 받거나 공익기관으로 인정된 병원 및 EMS는 의료조력사망의 법정 요건이 충족되면 기관의 종교적 · 윤리적 신념을 이유로 시설 전체에서 이를 금지할 수 없다는 규정(기관의 양심 조항 불인정 조항)은 '기관 자체'에 관한 규정으로서 개별 의사나 간호사에게 의료조력에 직접 참여할 의무를 부과하는 것은 아니며, 실제 운영에서는 다른 의료진이나 외부 조력단체(예: EXIT)가 절차를 수행할 수 있도록 보장하는 방식으로 시행된다고 한다.[312]

이 때문에 보 주의 「공중보건법」 제27d조가 '기관의 양심의 자유보다 환자의 자기결정권을 우선시한 최초의 스위스 주법'으로 평가되며, 이후 제네바(Geneva)나 뇌샤텔(Neuchâtel) 등 프랑스어권 다른 주의 입법에도 중요한 영향을 미쳐 이들 주도 보 주와 유사한 법률을 도입하여 의료기관의 의무를 규정하고 있다.

3. 예상되는 법제화

연방 형법 및 연방재판소 법리에 따르면, 스위스에서 자기결정권을 전면 차단하는 입법(예: 모든 형태의 조력 자살을 금지하고 이를 일률처벌하는 규정)은 헌법상 기본권(개인자유 · 사생활)에 대해 과도한 침해로 받아들여질 것이 거의 확실시 된다. 따라서 장차

311) 보 주의 「공중보건법(LSP)」 제27d조(공익인정 의료기관에서의 자살조력)는 다음과 같다.
① 공익기관으로 인정받는 의료기관은 환자 또는 입소자가 요청한 자살조력이 다음의 요건을 충족하는 경우에는 그 기관 내에서 이루어지는 자살조력을 거부할 수 없다.
가. 병원의 책임의사 또는 의료 · 요양시설(EMS)의 책임의사는 의료진, 주치의 및 환자 또는 입소자가 지정한 가까운 사람들과 협의하여 다음 사항을 확인하여야 한다.
1. 환자가 자살을 결정하는 데 필요한 판단능력을 가지고 있고 그 의사를 지속적으로 유지하고 있을 것.
2. 중대하고 불치의 질병 또는 사고 후유증으로 고통받고 있을 것.
나. 특히 완화의료를 포함한 가능한 대체수단이 환자 또는 입소자와 충분히 논의되었을 것.

312) 이러한 절차는 보 주 정부가 제정한 「공익인정 의료기관에서의 자살조력에 관한 시행지침(Directives d'application de la loi sur la santé publique sur l'assistance au suicide en établissement sanitaire reconnu d'intérêt public)」에서 구체화되어 있다

스위스에서 의료조력사 법제화는 '자율적 허용 + 규제' 모델에 따라 추진될 것으로 보인다.

스위스 연방재판소의 지침에 따르면 스위스에서 의료조력사가 법제화될 경우 입법자가 채워야 할 핵심요소는 다음과 같다.

- 의사결정능력 · 자발성 평가 절차(정신과/독립 전문가 포함)
- 행위지배력(자기주도성) 보장 — 조력이 단순한 도구 제공 수준인지 확인
- 조력자의 동기 규율 — '사리사욕적 동기'에 대한 처벌과 비(非)이기적 조력의 조건 명확화(스위스 형법 제115조의 취지 계승)
- 보고 · 감독 · 투명성(데이터 수집) — 기관 · 의료인의 활동을 감시 · 평가할 독립적 기구
- 대체적 · 보완적 조치(연계서비스) — 충분한 정보 제공, 상담 · 정신건강 · 완화의료 접근 보장.

4. 독일 모델과 스위스 모델 비교

독일과 스위스는 형법상 자살방조죄가 원칙적으로 금지되어 있지 않다는 점에서 양국의 의료조력사는 공통된 법적 토대 위에 서 있다. 독일 모델은 헌법적 자기결정권을 중심축으로 삼고 있고, 스위스 모델은 비형사화 + 비국가통제형으로 구성되어 있다고 평가할 수 있다. 양국 모델을 비교하면 다음과 같다.

<표 11> 자살방조가 비범죄화된 국가들 간의 의료조력사 허용 방식 비교

구분	독일 모델	스위스 모델
법적 근거	2020년 연방헌법재판소 판례 (자살방조의 전면적 허용: BVerfGE 153, 182)	형법 제115조 (자살방조의 예외적 금지) + 스위스 연방재판소 판례(BGE 133 I 58)
핵심 원리	자기결정권 (Selbstbestimmungsrecht)	자기책임성 (Eigenverantwortung)
의사 참여	제한적 허용(의료행위로서 가능)	민간단체(Dignitas 등)에 의한 비의료형태
통제 방식	국가 개입 최소화, 절차적 자율	사전 통제 없음, 사후 사법적 검토
주요 요건	숙고 · 반복적 의사 + 정보 제공	판단능력, 자율성, 행위지배력
핵심 가치	죽을 자유/조력을 받아 죽을 자유	책임을 전제로 한 자율

제3절 '적극적 안락사' 허용 국가

의료조력사를 법제화한 국가에서 적극적 안락사까지 합법화한 국가(베네룩스 3국)도 있고, 적극적 안락사를 합법화하면서도 최종적으로 의료조력사는 배제한 국가(우루과이)도 있다. 전자에 속하는 입법례는 의료조력사를 법제화하면서 치사약물을 환자가 직접 투여하는 것이 불가능할 예외적 사정이 있을 때 보충적으로만 의사의 대행이 인정되는 경우와는 달리 적극적 안락사와 의료조력사가 환자의 동등한 선택지로 인정한다. 후자에 속하는 입법례는 환자의 안전 보장을 위해 의사의 직접적 투약만 인정하고 환자의 자가투약을 요구하는 의료조력사는 최종적으로 입법화되지 않았다.

I. 네덜란드 안락사법[313]

1. 입법배경

네덜란드는 형법 제293조와 제294조에서 안락사와 자살방조를 모두 형사처벌의 대상으로 삼고 있었다. 그러나 일찍이 1970년대부터 환자의 자기결정권과 의료인의 윤리적 책임을 중심으로 한 존엄한 죽음(waardig sterven) 논의가 활발히 전개되었다. 특히 1973년 Postma 사건,[314] 1983년 Alkmaar 사건[315]에 대한 1984년 Schoonheim 판결,[316] 1993년 Chabot 사건[317] 등에서 판례 법리가 축적되면서, 말기 환자에 대한 의사의 조력행위가 사회적으로 묵시적 용인의 대상이 되었다. 이러한 과정을 거친 네덜란드

313) 정식명칭은「요청에 따른 생명종결 및 자살조력 심사 절차에 관한 법률(Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding)」으로, 영어로는 Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act이다.

314) Rb. Leeuwarden 21 februari 1973, NJ 1973, 183. 이 사건에서 법원은 의사가 치매환자인 어머니의 요청에 따라 치명적 약물 투여한 경우 유죄이긴 하지만, "의학적 · 윤리적 갈등 상황을" 인정하여 집행유예 판결을 하였다.

315) Rb. Alkmaar 10 mei 1983, NJ 1983, 407. 이 사건에서 제1심 법원은 검사 측이 불가피성과 전문가적 판단을 근거로 기소유예를 결정함으로써 실질적인 최초의 관용적 처분을 했다.

316) HR 27 november 1984, NJ 1985, 106, nr. 77091. 이 사건에서 네덜란드 대법원은 엄격한 요건을 충족한 경우 긴급피난을 이유로 위법성이 조각될 수 있음을 판시하였다.

317) HR 21 juni 1994, NJ 1994, 656, nr. 96.972. 이 사건에서 네덜란드 대법원은 "신체적 질환이 없는 경우에도 극심한 정신적 고통이 지속될 때 조력자살 가능"이라는 논리를 확립하였다.

는 2001년 4월 12일 「요청에 따른 생명종결 및 자살조력 심사 절차에 관한 법률」 제정(2002년 4월 1일 시행)을 통해 의료조력사와 적극적 안락사를 모두 합법화한 세계 최초의 국가가 되었다.[318]

2. 허용 요건

가. 안락사와 의료조력사 요건의 동일성

네덜란드 안락사법은 안락사와 의료조력사를 구분하여 규정하고 있지만, 양자에 대해 적용되는 허용 요건(주의의무 기준)은 전적으로 동일하다.

나. 의사의 주의의무

의사가 환자의 요청에 따라 안락사나 조력자살을 시행하기 위해 충족해야 하는 요건을 규정하고 있는 제2장 중 의사의 주의의무(Hoofdstuk II. Zorgvuldigheidseisen)는 형법 제293조 제2항 또는 제294조 제2항 제2호의 목적을 위해, 의사가 충족해야 하는 주의의무 요건을 말한다. 그 요건은 다음과 같다(제1항).

a. 환자의 요청이 자발적이고 심사숙고한 끝에(vrijwillig en weloverwogen) 이루어졌다는 확신을 가져야 한다.
b. 환자의 고통이 지속적이고 견딜 수 없는(uitzichtloos en ondragelijk) 상태라는 확신을 가져야 한다.
c. 환자에게 그의 현재 상황과 향후 전망에 대해 충분히 설명해야 한다.
d. 환자와 함께, 현재 상황에서 다른 합리적인 해결책이 없다는 점에 대해 상호 확신에 도달해야 한다.
e. 환자를 직접 진찰한 적어도 한 명 이상의 독립된 다른 의사와 상담해야 하며, 해당 의사는 위 a항부터 d항까지의 주의의무 요건에 대한 서면 의견서를 제출해야 한다.
f. 의학적으로 적절한 주의(medisch zorgvuldige wijze)를 기울여 생명종결 또는 조력자살을 실행해야 한다.

318) 법률의 제목뿐만 아니라 본문에서도 '요청에 따른 생명종결(안락사, Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek)'과 '조력자살(hulp bij zelfdoding)'을 나란히 명시하고 있다. 즉 네덜란드에서는 의사조력자살이 '해석상' 허용되는 것이 아니라, '입법적으로' 안락사와 동등한 지위를 가지며 명확하게 허용되고 있다. 네덜란드와 같이 2002년 안락사를 합법화한 벨기에가 '안락사'만을 법문에 명시하고 의사조력자살은 해석을 통해 안락사에 포함하고 있는 것과 대조를 이룬다. 이에 관해서는 후술한다.

다. 환자의 요청과 의사의 수용

환자가 16세 이상이고 상황을 합리적으로 평가할 능력이 있으나 의사표시 능력을 상실한 경우, 의사표시 능력을 상실하기 전에 작성된 서면 요청서(사전의료지시서)가 있다면 의사는 그 요청에 따를 수 있다. 이 경우 제1항의 요건이 준용된다(제2항).

환자가 16세에서 18세 사이의 미성년자인 경우, 환자가 자신의 이익을 합리적으로 평가할 수 있다면 부모 또는 보호자의 논의 참여 하에 요청을 수용할 수 있고(제3항), 환자가 12세에서 16세 사이의 미성년자인 경우, 환자가 합리적 평가 능력이 있고 부모 또는 보호자가 동의하는 경우에만 요청을 수용할 수 있다(제4항).

라. 의사행위에 대한 형법적 평가

네덜란드 안락사법 제4장(제20조)은 기존 네덜란드 형법(Wetboek van Strafrecht)을 개정하여 안락사를 제도권 안으로 포섭한 핵심 조항이 들어 있다. 개정된 형법 제293조(촉탁살인/적극적 안락사) 및 형법 제294조 (자살방조/조력자살)의 내용은 다음과 같다.

> **형법 제293조(안락사)** ① 타인의 명시적이고 진지한 요청에 의해 그의 생명을 고의로 종결시킨 자는 12년 이하의 징역 또는 제5범주의 벌금에 처한다.
> ② 제1항에 규정된 행위는, 이를 행한 의사가 「요청에 의한 생명종결 및 조력자살 심사절차법」 제2조에 규정된 주의의무를 준수하였고, 지방자치단체의 검시관에게 「시신처리법」 제7조 제2항에 따라 이에 관하여 보고한 때에는 벌하지 아니한다.
> **형법 제294조(자살교사 · 방조)** ① 타인을 자살하도록 고의로 교사한 자는, 그 자살이 실행된 경우 3년 이하의 징역 또는 제4범주의 벌금에 처한다.
> ② 타인의 자살을 고의로 돕거나 또는 이를 위해 필요한 수단을 제공한 자는, 그 자살이 실행된 경우, 3년 이하의 징역 또는 제4범주의 벌금에 처한다. 제293조 제2항은 준용한다.

위 형법 제293조(안락사)에서는 안락사가 원칙적으로는 여전히 범죄임을 명시하면서, 특별한 예외를 창설하는 규범 구조를 취하고 있고, 형법 제294조(자살교사 · 방조)에서는 안락사에 관한 규정 제293조 제2항과 완전히 동일한 조건(의사 시행, 주의의무 준수, 사후 보고)을 충족할 경우 처벌받지 않는다는 조항을 신설하였다.

형법에 촉탁살인죄(제293조)와 자살방조죄(제294조)를 그대로 두고 원칙적으로

이를 범죄로 규정하지만, 안락사의 경우 위 법률의 '주의의무(Due Care Criteria)'를 준수한 의사에 한해 처벌하지 않는다는 예외 조항을 두고 있다. 의사조력자살도 안락사와 동일하게 법적 면책 사유로 명시되어 있는 것이다. 형법규정과 법제화된 안락사 및 의료조력사의 관계상 의사의 조력행위에 대한 형법적 평가는 범죄성립요건 중 위법성을 조각시키는 것으로 평가될 수 있다. 이러한 관계설정은 생명에 대한 자기결정권을 포괄적으로 인정하면서 의료조력사 등을 헌법적 권리실현의 차원에서 합법의 영역에 두어 처음부터 범죄가 되지 않는 것(구성요건해당성배제사유)으로 취급하는 입법례와 다르다.

이와 같은 네덜란드 입법모델은 안락사를 단순히 '비범죄화'하여 법망 밖으로 밀어낸 것이 아니라, '특별 위법성조각사유'를 형법에 명문화한 것으로 평가될 수 있다. 즉, 절차를 이탈한 안락사는 여전히 중대 범죄로 처벌하겠다는 국가의 생명보호 의무를 강력히 유지하는 구조이다.

3. 제도적 운영 구조 및 절차

네덜란드 안락사법의 가장 큰 특징은 '사전 승인'이 아니라 '사후 심사' 방식을 채택했다는 점이다. 안락사법 제3장(제3조~제19조)은 특히 사후 심사를 담당하는 지역심사위원회(RTE)의 구성과 역할을 상세히 규정하고 있다.

RTE는 5개 지역에 설치되며, 법적 전문성과 다학제적 관점을 보장하기 위해 반드시 3인 1조[법률가(위원장), 의사, 윤리학자(또는 도덕철학자)]로 구성되고(제3조), 각 위원회는 매년 활동보고서를 공개하여 투명성을 확보한다.

심사는 의사가 안락사 또는 조력자살을 시행한 후 해당 지역 검시관(Municipal Pathologist)에게 서면 보고서를 제출하면, 검시관이 이를 RTE에 회부하는 순서로 진행된다. 이 경우 RTE는 해당 의사가 제2장의 '주의의무 요건(Zorgvuldigheidseisen)'을 제대로 준수했는지를 심사한다(제8조, 제9조).

이 심사과정에서 RTE가 주의의무를 준수했다고 판단하면, 케이스는 종결되며 의사는 면책되지만, 미준수로 판단될 경우 RTE는 해당 사건을 검찰청(College van procureurs-generaal)과 의료보건감사원(Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd)에 통보하여 형사처벌 및 징계 절차가 개시되도록 한다.

4. 제도의 법리적 특징 및 국제적 영향

가. 제도의 법리적 특징

네덜란드가 세계 최초로 안락사와 의사조력사를 동시에 합법화한 이유는 단순한 법적 결정이 아니라, 20세기 중반부터 이어진 네덜란드 특유의 윤리문화, 법문화, 의료문화의 상호작용의 결과였다고 평가될 수 있다. 특히 네덜란드는 수십 년간의 판례[의사의 '의무의 충돌(Force Majeure)' 인정]가 축적된 후 이를 성문법으로 추인한 실용주의적 입법의 대표적 사례로 이해될 수 있다.

특히 네덜란드의 사후 통제 시스템은 의사와 환자 간의 신뢰 관계(사전 결정권)를 최대한 존중하면서도, 국가가 법률가와 윤리학자를 통해 절차적 통제를 가하는 것을 내용으로 하는 '신뢰와 검증의 조화(Trust and Verify)' 모델로 평가받는다.

네덜란드 법체계가 안락사(및 의료조력사)를 규율하는 기본입장을 형법과 안락사법의 규범체계적 관계에서 정리하면, '원칙적 금지와 예외적 허용' 프레임으로 자리매김할 수 있다. 형법적 금지 속의 합법적 예외구조, 즉 생명침해를 원칙적으로 금지하되, 자율성과 고통완화를 목적으로 한 경우 예외적으로 의사의 안락사 및 의료조력 행위를 정당화하고 있기 때문이다.

환자의 요청이 중심이 되는 자기결정권 모델을 취하는 전제하에서 의료인에게는 조력자로서의 역할을 부여하고, 국가는 보고 및 심사 절차를 통해 사후적 통제를 수행하도록 제도화함으로써 국가의 감독 책임을 강화함으로써 생명보호의무를 충실히 수행하도록 하고 있다.[319]

나. 국제적 영향

세계 최초로 적극적 안락사 및 조력자살을 합법화한 네덜란드 입법모델은 이후 벨기에(2002), 룩셈부르크(2009), 캐나다(2016), 스페인(2021) 등 유럽 국가들의 입법에 영향을 미쳤다.

---

319) 네덜란드 사후 통제시스템의 주체인 지역심사위원회에 관해서는 Buiting, H. et al., "Reporting of euthanasia and physician-assisted suicide in the Netherlands: descriptive study", BMC Medical Ethics, volum 10 issue 1(2009), p. 18, https://www.biomedcentral.com/1472-6939-10-18 (2026. 3. 23. 최종확인).

5. 네덜란드 안락사 제도의 최근 변화(2020년, 2023~2024년)

가. 2020년 대법원 판결 및 가이드라인 개정(중증 치매 환자의 안락사 명확화)

2020. 4. 21. 네덜란드 대법원(Hoge Raad)은 사전의료지시서를 작성해 둔 환자가 이후 중증 치매에 걸려 의사소통 능력을 상실하고 심지어 안락사 시점에 (병적 반사작용 등으로) 저항하는 듯한 모습을 보이더라도, 의사가 사전 지시서에 근거하여 안락사를 시행하는 것이 합법이라고 판결했다.[320] 이후 국가의 공식 '안락사 실행 규범(Euthanasia Code 2020)'이 이에 맞추어 개정되었다.

이처럼 네덜란드는 2002년 안락사법(법률) 자체의 뼈대를 고치기보다는, 최고법원의 해석을 통해 법률내용의 구체화 및 명확화를 도모하는 동시에 특별 하위 법령의 확대를 통해 제도를 보완해오고 있다.

나. 2023~2024년 규정 확대(1세~12세 아동 대상 생명종결 허용)

기존 네덜란드 법 체계하에서 1세 미만 영아는 '흐로닝언 프로토콜(Groningen Protocol)'로, 12세 이상은 '2002년 안락사법'으로 보호받았으나, 1~12세 아동은 법적 근거가 없어 의사들이 처벌을 우려해 개입을 기피해왔다. 이러한 사각지대의 존재 때문에 매년 5~10명의 불치병 아동이 완화의료로도 통제되지 않는 끔찍한 고통 속에 서서히 죽어가야 한다는 소아과 전문의들의 절박한 호소가 이어졌다. 이에 정부는 2023년 논의를 거쳐 2024년 2월부터 '1세에서 12세 사이'의 극심한 고통을 겪는 불치병 아동에 대해서도 의사의 생명종결을 예외적으로 면책하는 규정(LZA/LP 장관령 개정)을 시행했다.[321]

---

320) HR 21 april 2020, ECLI:NL:HR:2020:712. 2016년 한 요양원 의사가 사전지시서를 남긴 중증 치매 환자에게 진정제를 섞은 커피를 마시고 난 후 안락사를 시도하다 환자가 깨어나 움찔거리자 가족이 환자를 붙잡은 상태에서 주사를 놓은 사건에 대해 네덜란드 대법원은 "환자가 이미 능력을 상실한 상태에서는 과거의 맑은 정신으로 작성한 문서(사전지시서)가 현재의 이해할 수 없는 행동보다 우선한다"고 하면서 의사에게 무죄를 선고하여 법적 불확실성을 해소했다.

321) 중앙일보(2026. 6. 25.자)기사에 따르면 네덜란드에서 관련 법이 개정된 뒤 처음으로 12세 미만 아동에게 안락사가 시행된 사례가 2025. 말에 있었던 것으로 확인되었다. 이 기사는 2026년 6월 22일(현지시간) 네덜란드 공영 NOS 등에 따르면 소피 헤르만스 네덜란드 보건장관이 최근 의회에 보낸 서한을 통해 지난해 말 안락사 감독위원회에 12세 미만 아동 안락사 사례 1건을 보고했다고 밝혔다[https://www.joongang.co.kr/article/25439665 (2026. 6. 30. 최종접속)].

6. 입법정책적 의의

가. 자기결정권과 생명보호의무 간의 관계 재설정

네덜란드 법제는 생명에 대한 자기결정권을 '절대적이고 무제한적인 권리'로 인정하는 대신에 환자의 자발적이고 심사숙고한 요청(자기결정권)이 '나아질 가망이 없고 견딜 수 없는 고통'이라는 객관적 · 의학적 상황과 결합할 때, 비로소 자기결정권이 국가의 원칙적인 생명보호의무보다 우위에 설 수 있다고 관계를 재설정했다(조건부 자기결정권의 우위).

이러한 조건하에서 국가는 생명을 무조건적으로 연장해야 한다는 절대적 의무에서 물러나, 환자의 취약한 상태가 남용되지 않도록 보호할 의무로 그 성격을 전환했다. 즉, 의사가 6가지 엄격한 '주의의무 요건(Due care criteria)'을 준수했는지를 사후적으로 심사하는 지역심사위원회(RTE)제도를 통해 절차적 생명보호의무를 수행하도록 하고 있다. 생명보호가 입법정책적으로 '형법적 금지'에서 '절차적 통제' 내지 '절차적 보장'으로 바뀌었음을 보여주고 있다.

나. 국가 생명보호 패러다임 전환 및 입법정책적 특징

네덜란드 안락사법의 가장 큰 입법정책적 특징은 적극적 안락사(의사의 직접 투여)와 자살방조/의료조력사망(환자의 자가 투여)을 법적으로 엄격히 구분하여 차별하지 않는다는 점이다. 법률 명칭에서부터 두 가지를 나란히 병기하며, 동일한 주의의무 요건 체계 내에서 규율하고 있다. 이점은 행위 형식(수단)보다 고통 해소(목적)를 입법정책의 중심자리에 두고 있음을 말해준다.

이점은 동시에 국가가 '누가 최종적으로 약물을 주입했는가'라는 행위의 기계적 주체보다는, '환자의 극심한 고통을 어떻게 자율적이고 인도적으로 종식할 것인가'라는 실질적 결과에 집중하는 실용주의적 패러다임의 면모를 보여준다. 입법자가 환자의 신체적 마비 상태 등에 따라 가장 적합하고 안전한 의료적 방식을 선택할 수 있는 유연성을 의사와 환자에게 부여한 것이다.

7. 운용현황

네덜란드에서는 2024년 지역심사위원회(Regionale Toetsingscommissies

Euthanasie, RTE)에 9,958건의 안락사 관련 사례가 보고되었으며, 이는 전체 사망자의 5.8%에 해당한다. 이 가운데 의사에 의한 생명종결이 9,753건(97.94%)으로 대부분을 차지하였고, 조력자살은 187건(1.88%), 양자의 혼합형은 18건(0.18%)이었다.[322]

II. 벨기에 안락사법[323]

1. 배경

벨기에서는 2002년 안락사법이 제정되기 전에도 의료 현장에서는 이른바 '음성적 안락사(clandestine euthanasia)'가 관행적으로 이루어지고 있었다. 의사들은 환자의 고통을 덜어주기 위해 치사량의 진통제를 투여하면서도 살인죄로 기소될 위험에 노출되어 있었고 환자들 역시 법의 보호 바깥에 있었다. 이러한 음성적 관행에 종지부를 찍고 의사들에게 법적 확실성을 제공하는 동시에 특히 환자 보호 차원에서 양성화가 절실하게 요구되었다.

이러한 요구는 특히 현대 의료 기술의 발달로 죽음의 과정이 길어지면서, 고통 속에서 연장되는 무의미한 생명보다 '개인의 자율성과 존엄성'을 중시하는 사회적 인식이 확산되는 사회적 상황 및 환자가 자신의 삶의 마지막을 통제할 수 있어야 한다는 권리 의식의 신장에 의해 법제화의 요구로 이어졌다.

당시 국내 정치 지형의 변화도 안락사법을 제정하는데 크게 한몫했다. 전통적으로 벨기에는 가톨릭의 영향력이 강한 국가였으나, 1999년 선거에서 역사적인 변화, 즉 가톨릭 민주당이 실각하고 자유당, 사회당, 녹색당이 연합한 이른바 '보라색 연정(Purple Coalition)'이 출범했다. 종교적 교리보다 세속주의와 개인의 자유를 중시하는 이 정치 연합은 윤리적 민감성이 높은 법안들(안락사법, 동성혼 합법화 등)을 강력하게 추진할 수 있는 정치적 토대를 마련했다.[324]

---

322) Regionale Toetsingscommissies Euthanasie, Annual Report 2024 (2025), p. 14, 16, https://www.euthanasiecommissie.nl/site/binaries/site-content/collections/documents/2024/03/24/index/rte-annual-report-2024.pdf (2026. 3. 23. 최종확인).

323) 「안락사에 관한 법률(Loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie Moniteur Belge)」로 이는 2024. 3. 29. 현재 시행되고 있는 법률이다.

324) Toni C. Saad, "Euthanasia in Belgium: Legal, Historical and Political Review," Issues in Law & Medicine 32(2) (2017), pp. 189-190, https://issuesinlawandmedicine.com/wp-content/uploads

2. 「안락사에 관한 법률」의 구체적 내용(2022년 5월 30일까지의 개정 사항 반영)

벨기에 안락사법은 안락사를 정의하는 규정(제2조)에 이어 안락사의 조건, 절차, 미성년자 적용, 사전 연명의료 의향서(사전 선언), (사전) 통제 위원회의 역할, 그리고 의료진의 권리와 의무 등을 포괄적으로 규정하고 있다.

가. 안락사 요건

이 법률 제3조 제1항 안락사를 시행하는 의사가 다음 각 호의 사항을 확인한 경우 범죄를 범한 것이 아닌 것으로 본다:

환자가 성인이거나 법적으로 해방된 미성년자[325]로서 의사 능력이 있거나, 분별 능력을 갖춘 미성년자이며[326]; 요청 당시 의식이 명료할 것; 그 요청이 자발적이고 심사숙고하였으며 반복적으로 이루어졌고, 외부의 압력에 기인한 것이 아닐 것; 환자가 의학적으로 가망이 없는(출구 없는) 상태에 있고, 심각하고 치유 불가능한 사고나 병리적 질환으로 인해 완화될 수 없는, 지속적이고 참을 수 없는 신체적 또는 정신적 고통을 호소할 것.

/2025/07/V32_2_Fall_17-Saad-Article.pdf (2026. 3. 31. 최종확인); Paul Borghs & Bart Eeckhout, "LGB Rights in Belgium, 1999-2007: A Historical Survey of a Velvet Revolution," International Journal of Law, Policy and the Family 24(1) (2010), pp. 1-3. 한편 벨기에의 안락사법 제정은 1999년 기독민주당이 실각하고 세속적 성향의 연합 정부가 들어선 정치적 지형 변화에 크게 기인하며, 의료 현장에서 암암리에 이루어지던 음성적 안락사를 통제 가능한 법적 영역으로 끌어올리기 위한 목적을 지닌다. 이에 관해서는 Maurice Adams & Herman Nys, "Comparative Reflections on the Belgian Euthanasia Act 2002," Medical Law Review 11(3) (2003), pp. 353-354, https://doi.org/10.1093/medlaw/11.3.353 (2026. 3. 31. 최종확인); Herman Nys, "Euthanasia legislation in the Netherlands and Belgium: More to it than meets the eye," Laennec 2013/2, p. 72, https://stm.cairn.info/journal-laennec-2013-2-page-69?lang=en (2026. 3. 31. 최종확인); Toni C. Saad, "Euthanasia in Belgium: Legal, Historical and Political Review," Issues in Law & Medicine 32(2) (2017), pp. 185, 189-190 참조.

325) 벨기에 안락사법 조문에 등장하는 "해방된 미성년자"(프랑스어: mineur émancipé, 영어: emancipated minor)라는 용어는 법정 성년 연령(벨기에의 경우 만 18세)에 도달하지 않았음에도 불구하고, 법적 절차(혼인, 법원 판결)를 통해 성인과 동등한 완전한 행위능력을 부여받은 미성년자를 뜻한다. 이 제도의 법적 효력은 첫째, 부모나 법정대리인의 보호와 통제(친권)에서 완전히 벗어나고, 둘째, 상당한 범위에서 독자적 법률행위를 할 수 있으며, 셋째, 의료결정에 관하여는 일반적으로 해방 여부만으로 일률적으로 결정되는 것이 아니라, 환자권리법(Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient) 제12조에 따라 해당 미성년자가 자신의 이익을 합리적으로 평가할 수 있는지 여부가 기준이 된다. 다만 안락사법은 해방된 미성년자와 해방되지 않은 미성년자를 구분하여 후자에 대해서는 추가적 보호요건, 특히 의사 또는 심리학자의 확인, 법정대리인의 서면 동의를 요구한다(안락사법 제3조 제2항 제7호 및 제4항 참조).

326) 2002년 제정 당시에는 성인과 해방된 미성년자로 대상을 한정했으나, 2014년 제3조 제1항 첫 번째 항목(article 3, §1er, alinéa 1er)의 문언 개정을 통해 객관적인 질병 상태와 성숙도를 입증할 수 있다면 연령의 하한선 없이 '분별 능력을 갖춘 미성년자'도 안락사를 요청할 수 있도록 자기결정권의 주체를 확대하였다.

나. 절차

제3조 제2항에서는 의사가 자신의 개입에 대해 추가적인 조건을 설정할 수 있음을 전제로, 의사는 사전에 반드시 다음을 수행해야 하는 것으로 규정하고 있다:

환자에게 그의 건강 상태와 기대 수명에 대해 알리고, 안락사 요청에 대해 환자와 상의하며, 환자와 함께 여전히 고려할 수 있는 치료 가능성 및 완화 치료(호스피스)가 제공하는 가능성과 그 결과에 대해 논의해야 한다; 의사는 환자와 함께 현재 상황에서 다른 합리적인 해결책이 없으며 환자의 요청이 전적으로 자발적이라는 확신에 도달해야 한다; 환자의 신체적 또는 정신적 고통이 지속되고 있는지, 그리고 그의 의지가 반복적인지 확인해야 한다; 이를 위해 의사는 환자의 상태 변화를 고려하여 합리적인 간격을 두고 환자와 여러 차례 면담을 진행한다; 질환의 심각성과 불치성에 대해 다른 의사에게 자문해야 하며, 자문의 이유를 명시해야 한다; 자문 의사는 진료 기록을 검토하고 환자를 진찰하며, 신체적 또는 정신적 고통이 지속적이고 참을 수 없으며 진정될 수 없는지 확인한다; 자문 의사는 자신의 소견에 대한 보고서를 작성한다. 자문 의사는 환자 및 담당 의사와 독립적이어야 하며 해당 병리학에 유능해야 한다; 담당 의사는 이 자문 결과를 환자에게 알린다; 환자와 정기적으로 접촉하는 간호팀이 있는 경우, 해당 팀 또는 팀원들과 환자의 요청에 대해 논의한다; 환자가 원할 경우, 환자가 지명한 가까운 사람들과 그의 요청에 대해 논의한다. 환자가 만나기를 원했던 사람들과 자신의 요청에 대해 논의할 기회를 가졌는지 확인한다; 환자가 해방되지 않은 미성년자인 경우 소아정신과 의사 또는 심리학자에게 자문하며, 자문의 이유를 명시해야 한다; 자문 전문가는 진료 기록을 검토하고 환자를 진찰하며, 미성년자의 식별 능력을 확인하고 이를 서면으로 증명한다; 담당 의사는 환자와 그의 법정 대리인에게 이 자문 결과를 알린다; 담당 의사는 미성년자의 법정 대리인과 면담하여 제2항 제1호에 규정된 모든 정보를 제공하고, 그들이 미성년 환자의 요청에 동의하는지 확인한다.

의사가 환자(성인 또는 해방된 미성년자)의 사망이 명백히 단기간 내에 발생하지 않을 것이라고 판단하는 경우, 의사가 추가로 다음을 수행해야 하도록 규정한다(제3항): 정신과 의사 또는 해당 질환 전문의인 제2의 의사에게 자문하며, 자문의 이유를 명시해야 한다; 자문 의사는 진료 기록을 검토하고 환자를 진찰하며, 신체적 또는 정신적 고통이 지속적이고 참을 수 없으며 진정될 수 없는지, 그리고 요청이 자발적이고 숙고되었으며 반복적인지 확인한다; 자신의 소견에 대한 보고서를 작성한다; 자문 의사는 환자, 담당

의사 및 첫 번째 자문 의사와 독립적이어야 한다; 담당 의사는 이 자문 결과를 환자에게 알린다; 환자의 서면 요청과 안락사 시행 사이에 최소 1개월의 기간을 두어야 한다.

다. 미성년자 등의 경우 특칙

환자의 요청이 있는 경우 및 환자가 미성년자인 경우 법정 대리인의 동의는 서면으로 기록된다. 이 문서는 환자가 직접 작성하고, 날짜를 기입하고 서명한다. 환자가 이를 수행할 수 없는 상태인 경우, 환자의 요청은 환자에 의해 지정된 성인으로서 환자의 사망에 금전적 이해관계가 없는 사람의 서면으로 기록된다. 대리 서명자는 환자가 서면으로 요청을 작성할 수 없는 상태임을 명시하고 그 이유를 기재한다. 이 경우, 요청서는 의사가 입회한 상태에서 서면으로 기록되며, 해당 대리 서명자는 문서에 의사의 이름을 기재한다. 이 문서는 진료 기록에 첨부되어야 한다.

환자는 언제든지 요청을 철회할 수 있으며, 이 경우 문서는 진료 기록에서 회수되어 환자에게 반환된다(제4항). 의사가 환자의 요청을 처리한 후, 관련 당사자들에게 심리적 지원의 기회가 제공된다(제4-1항). 제5항에서는 환자가 제기한 모든 요청, 담당 의사의 조치 및 그 결과, 자문 의사(들)의 보고서를 포함한 모든 사항은 환자의 진료 기록에 정기적으로 기록될 것이 요구된다(법률 2014-02-28/03, 제2조, 003에 의해 개정; 2014-03-22 발효됨).

라. 약물 조제 약사에 관한 특칙(제3bis조)

안락사 약물을 조제하는 약사의 조제행위는 의사가 처방전에 본 법에 따른 것임을 명시적으로 기재한 경우 이를 근거로 범죄를 구성하지 않는 것으로 된다. 약사는 처방된 안락사 약물을 환자가 아니라 의사에게 직접 전달한다. 국왕은 안락사 약물로 사용될 의약품의 처방 및 조제에 충족되어야 할 신중함의 기준과 조건을 정한다. 국왕은 대중에게 개방된 약국을 포함하여 안락사 약물의 가용성을 보장하기 위해 필요한 조치를 취한다(법률 2005-11-10/68, 제2조에 의해 삽입; 2005-12-23 발효됨).

마. 안락사에 관한 사전의사선언(Déclaration anticipée relative à l'euthanasie: 제4조)

모든 성인 또는 해방된 미성년자는 자신이 더 이상 의사를 표명할 수 없게 될 경

우를 대비하여, 의사가 다음 사항을 확인할 때 안락사를 시행해 달라는 의지를 선언서에 서면으로 남길 수 있다(제1항): 자신이 심각하고 불치인 우발적 또는 병리적 질환을 앓고 있을 것; 자신이 의식이 없을 것; 그리고 이 상태가 현재의 과학 수준에서 되돌릴 수 없을 것(비가역적).

선언서에는 담당 의사에게 환자의 의지를 알릴, 우선 순위가 정해진 한 명 이상의 신뢰할 수 있는 성인(personnes de confiance)을 지정할 수 있다. 각 신뢰할 수 있는 사람은 거부, 방해, 무능력 또는 사망의 경우 선언서상의 앞 순위자를 대체한다. 환자의 담당 의사, 자문 의사 및 간호팀 구성원은 신뢰할 수 있는 사람으로 지정될 수 없다.

선언은 언제든지 할 수 있다. 선언은 서면으로 확인되어야 하며, 두 명의 성인 증인(그중 적어도 한 명은 선언자의 사망에 금전적 이해관계가 없어야 함)이 입회한 가운데 작성되고, 선언자, 증인, 그리고 해당되는 경우 신뢰할 수 있는 사람(들)에 의해 날짜가 기입되고 서명되어야 한다.

사전 선언을 하고자 하는 사람이 영구적으로 작성 및 서명이 불가능한 신체적 상태인 경우, 그의 선언은 선언자가 선택한 성인으로서 선언자의 사망에 금전적 이해관계가 없는 사람에 의해, 두 명의 성인 증인(그중 적어도 한 명은 선언자의 사망에 금전적 이해관계가 없어야 함)이 입회한 가운데 서면으로 기록될 수 있다. 이 경우 선언서는 선언자가 작성 및 서명할 수 없음을 명시하고 그 이유를 진술해야 한다. 선언서는 선언을 서면으로 기록한 사람, 증인, 그리고 해당되는 경우 신뢰할 수 있는 사람(들)에 의해 날짜가 기입되고 서명되어야 한다.

선언서에는 영구적 신체 불능을 증명하는 진단서가 첨부된다. 선언은 무기한 유효하지만, 언제든지 철회하거나 수정할 수 있다. 국왕은 국가 등록부(Registre national) 서비스를 통해 관련 의사들에게 선언의 제출, 보관, 확인, 철회 및 전달에 관한 세부 사항을 결정한다.

제1항에 규정된 사전 선언에 따라 안락사를 시행하는 의사는 환자가 다음 상태임을 확인할 경우 범죄를 저지르지 않은 것으로 본다(제2항): 심각하고 불치인 우발적 또는 병리적 질환을 앓고 있음; 의식이 없음; 이 상태가 현재의 과학 수준에서 되돌릴 수 없음; 그리고 의사가 본 법에 규정된 조건과 절차를 준수한 경우 등.

의사가 자신의 개입에 대해 추가적인 조건을 설정할 수 있음을 전제로, 그리고 지정된 유일한 또는 마지막 신뢰할 수 있는 사람이 제1항 제2단락, 두 번째 문장에 명시

된 네 가지 경우(거부, 방해, 무능력, 사망) 중 어느 하나에 해당하지 않는 한, 의사는 사전에 반드시 다음을 수행해야 한다: 환자의 의학적 상태의 비가역성에 대해 다른 의사에게 자문하며, 자문의 이유를 알린다.

자문 의사는 진료 기록을 검토하고 환자를 진찰한다. 자문의사는 자신의 소견에 대한 보고서를 작성한다. 의사표시 선언서에 신뢰할 수 있는 사람이 지정된 경우, 담당 의사는 신뢰할 수 있는 사람에게 이 자문 결과를 알린다. 자문 의사는 환자 및 담당 의사와 독립적이어야 하며 해당 병리학에 유능해야 한다.

환자와 정기적으로 접촉하는 간호팀이 있는 경우, 사전 선언의 내용에 대해 간호팀 또는 팀원들과 논의한다. 선언서에 신뢰할 수 있는 사람이 지정된 경우, 그와 환자의 의지에 대해 논의한다. 선언서에 신뢰할 수 있는 사람이 지정된 경우, 신뢰할 수 있는 사람이 지정한 환자의 가까운 사람들과 사전 선언의 내용에 대해 논의한다.

사전 선언과 담당 의사의 모든 조치 및 그 결과, 자문 의사의 보고서를 포함한 사항은 환자의 진료 기록에 정기적으로 기록된다(법률 2020-03-15/02, 제2조, 005에 의해 개정; 2020-04-02 발효됨). 안락사를 시행한 의사는 영업일 기준 4일 이내에, 정해진 바에 따라 작성된 제7조의 등록 문서를 본 법 제6조에 규정된 연방 통제 및 평가 위원회에 제출한다(제5조).

바. 통제위원회의 역할(제5장 연방 통제 및 평가 위원회)

이 법의 적용을 위해 설치된 연방 통제 및 평가 위원회(이하 '위원회'라 한다)는 그 권한에 속하는 문제에 대한 지식과 경험을 바탕으로 지명된 16명의 위원으로 구성된다.[327]

위원회는 의사가 전달한 정식으로 작성된 등록 문서를 검토한다. 위원회는 등록 문서의 두 번째 부분을 토대로 안락사가 법적 조건과 절차에 따라 수행되었는지 확인한다. 의심스러운 경우, 위원회는 단순 과반수 결정으로 익명성을 해제할 수 있다. 그 후 등록 문서의 첫 번째 부분을 열람한다. 위원회는 담당 의사에게 안락사와 관련된 진료 기록의 모든 요소를 전달하도록 요청할 수 있다. 위원회는 2개월 이내에 판단을 내린다. 위원회가 3분의 2 다수결로 본 법에 규정된 조건이 준수되지 않았다고 판단하는 경우, 위원회는

327) 법 제6조 ① 이 법의 적용을 통제 · 평가하기 위한 연방통제 및 평가위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다. ② 위원회는 위원회의 권한사항에 속하는 분야에 관한 지식과 경험을 바탕으로 지명되는 16명의 위원으로 구성된다. 위원 8명은 의학박사이며, 그중 적어도 4명은 벨기에 대학의 교수여야 한다. 위원 4명은 벨기에 대학의 법학 교수 또는 변호사이다. 위원 4명은 불치병 환자 문제를 담당하는 분야 출신이어야 한다.

환자의 사망 장소를 관할하는 검사(Procureur du Roi)에게 파일을 송부한다.익명성 해제 결과 위원회 위원의 독립성이나 판단의 공정성에 영향을 미칠 수 있는 사실이나 상황이 드러나는 경우, 해당 위원은 이 사건의 검토를 회피하거나 기피될 수 있다(제8조).

위원회는 본 법 발효 후 2년 이내에 최초로, 그 후 2년마다 의회를 위하여 다음을 작성한다: a) 제8조에 따라 의사가 제출한 등록 문서의 두 번째 부분에서 수집된 정보에 기초한 통계 보고서; b) 본 법의 적용에 대한 설명 및 평가를 포함한 보고서; c) 해당되는 경우, 본 법의 시행과 관련된 입법 발의 및/또는 기타 조치로 이어질 수 있는 권고 사항. 이러한 임무 수행을 위해 위원회는 다양한 당국 및 기관으로부터 모든 유용한 정보를 수집할 수 있다. 위원회가 수집한 정보는 기밀이다. 어떠한 문서도 제8조에 규정된 통제 범위 내에서 위원회에 제출된 파일에 언급된 어떤 사람의 신원도 포함할 수 없다. 위원회는 이유를 명시하여 요청하는 대학 연구팀에게 개인 데이터를 제외한 통계적 및 순수 기술적 정보를 전달하기로 결정할 수 있다. 위원회는 전문가를 청취할 수 있다(제9조).

자격을 불문하고 본 법의 적용에 협력하는 모든 사람은 임무 수행 중 위탁받은 데이터 및 그 수행과 관련된 데이터의 기밀을 준수해야 한다. 형법 제458조[328]가 적용된다(제12조).

사. 의료진의 권리와 의무(제14조)

이 법 제3조 및 제4조에 규정된 요청 및 사전 의사 선언은 강제력이 없다. 어떤 의사도 안락사를 시행하도록 강요받지 않는다. 어떤 다른 사람도 안락사에 참여하도록 강요받지 않는다. [어떠한 서면 또는 비서면 조항도 의사가 법적 조건 내에서 안락사를 시행하는 것을 막을 수 없다.] [자문 의사가 양심의 자유에 근거하여 안락사 시행을 거부하는 경우, 그는 요청이 처음 제기된 날로부터 7일 이내에 적시에 환자 또는 신뢰할 수 있는 사람에게 그 이유를 명시하여 알리고, 환자 또는 신뢰할 수 있는 사람을 그들이 지정한 다른 의사에게 연결해 주어야 한다. 자문 의사가 의학적 이유로 안락사 시행을 거부하는 경우, 그는 적시에 환자 또는 신뢰할 수 있는 사람에게 그 이유를 명시하여 알려야 한다. 이 경우 해당 의학적 이유는 환자의 진료 기록에 기록된다.] [안락사 요청

328) 의사, 외과의사, 보건의료인, 약사, 조산사 및 그 밖에 신분 또는 직업상 자신에게 맡겨진 비밀을 보관하는 자가, 법원(또는 의회 조사위원회)에서 증언하도록 요구받은 경우와, 법률이 그 비밀을 공개하도록 의무를 부과한 경우를 제외하고, 자신에게 맡겨진 비밀을 누설한 때에는 8일 이상 6개월 이하의 징역100유로 이상 500유로 이하의 벌금에 처한다.

에 응하기를 거부하는 의사는 모든 경우에 환자 또는 신뢰할 수 있는 사람에게 안락사 권리 분야의 전문 센터 또는 협회의 연락처를 전달해야 하며, 환자 또는 신뢰할 수 있는 사람의 요청이 있을 경우 그 요청일로부터 4일 이내에 환자 또는 신뢰할 수 있는 사람이 지정한 의사에게 환자의 진료 기록을 전달해야 한다.]

아. 자연사 간주규정(제15조)

본 법이 부과한 조건을 준수하여 안락사로 사망한 사람은, 특히 보험 계약을 포함하여 당사자가 체결한 계약의 이행과 관련하여 자연사한 것으로 간주한다. 민법 제909조의 규정은 제3조에 명시된 간호팀 구성원에게 적용된다.

3. 해석 및 적용범위

가. 벨기에 안락사법상 안락사의 정의

안락사법 제2조는 안락사를 "환자의 요청에 따라 제3자(의사)가 의도적으로 환자의 생명을 종결시키는 행위"로 정의하고 있다. 이는 의사가 직접 약물을 주입하는 적극적 안락사(Active Euthanasia)를 의미하며, 법문의 문언상으로는 환자가 스스로 약물을 복용하는 의사조력자살과 구별된다.

나. 의사조력자살의 포함 여부 및 관계

벨기에 안락사법은 텍스트상으로 '의사조력자살'을 명시적으로 규정하거나 별도의 장을 두어 취급하고 있지 않다. 그러나 벨기에 연방 통제 및 평가 위원회(Commission fédérale de contrôle et d'évaluation)와 의료계의 해석 및 관행에 따라 의사조력자살도 이 법의 적용 범위에 포함되는 것으로 해석되고 있다. 즉 의사가 약물을 건네주고 환자가 이를 섭취하는 행위도 넓은 의미의 안락사 범주에 포함된다고 해석하고 있고, 이에 따라 벨기에에서는 의료조력사도 금지되지 않고 허용된다. 이 때문에 벨기에도 단일한 안락사법 체계 내에서 두 행위 모두를 포괄하여 관리하고 있다고 평가될 수 있다.[329]

329) 반면에 네덜란드 안락사법에는 법률 텍스트 자체에 두 행위가 모두 명시적으로 규정되어 있다. 이에 따라 안락사법 및 실무지침에 따라 환자와 의사는 환자의 상태와 선호에 따라 약물을 직접 주사할지(안락사) 아니면 마시게 할지(의사조력자살)를 선택할 수 있으며 특히 실무지침에 따르면 조력자살이 실패하면 안락사 방식으로 전환함으로써 두 방법을 혼합(환자가 마시다가 실패하면 주사)할 수 있다. 이 모든 과정이 안락사법 및

이에 따르면 벨기법제하에서는 의사가 치명적인 약물을 처방하고 환자가 이를 스스로 복용하더라도, 의사가 그 과정에 입회하여 감독하고 필요시 개입할 준비가 되어 있다면 이는 안락사를 시행하는 하나의 방법(method)으로 간주되어, 안락사법의 규제와 보호를 동일하게 받는다.

다. 면책 구조의 명문화

벨기에 안락사법에는 안락사 요건을 충족한 "의사는 범죄를 구성하지 않는다(ne commet pas d'infraction)"라고 선언함으로써, 형법의 살인죄 규정에 대한 특별법적 면책 구역을 명확히 설정하고 있다. 치사약물을 처방한 약사의 면책에 관해서도 동일한 규정을 명시하고 있다. 이들 규정에 따르면 의료조력사의 경우에도 의사 및 약사의 조력은 살인죄나 자살방조죄의 위법성이 조각되는 행위로 평가될 수 있다.[330]

(1) "참을 수 없는 고통"의 해석 범위

벨기에 안락사법 제3조 제1항은 안락사의 실체적 요건으로 환자가 "경감할 수 없는 지속적이고 참을 수 없는 신체적 또는 정신적 고통(souffrance physique ou psychique constante et insupportable qui ne peut être apaisée)"상태에 있을 것을 요구하고 있는데, 이 규정 자체 및 이 규정에 대한 벨기에의 법적 · 의학적 해석 범위는 세계에서 가장 넓고 진보적인 것으로 학계의 주목을 받고 있다.[331]

실무지침으로 명시적으로 규율된다. 이에 관한 실무지침으로는, NHG/KNMG, Stappenplan euthanasie, https://www.nhg.org/wp-content/uploads/2024/05/NHG_stappenplan_euthanasie_mei2021.pdf (2026. 3. 31. 최종확인); KNMG/KNMP, Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding (2025); 안락사법 제1조 및 제2조 제1항. 2024년에는 환자가 의사가 준 음료를 마신 뒤 합의한 시간 내에 사망하지 않으면 주사로 전환하는 혼합형이 18건 시행되었다고 한다. 이 경우 의사는 혼수 유도제를 정맥에 투여하고 이어서 근이완제를 투여하는 방식으로 환자의 요청에 따른 생명종결을 추가로 시행한다. 이에 관해서는 Regionale Toetsingscommissie Euthanasie, Jaarverslag 2004 (2025), p. 18 참조.

330) "안락사를 시행한 의사는 … 법이 정한 조건과 절차를 준수한 경우 범죄를 저지르지 않는다("ne commet pas d'infraction")." 2002년 안락사법(「Loi relative à l'euthanasie」) 제3조 제1항의 법적 성격을 한국 형법도그마틱의 개념으로 보면 구성요건해당성배제보다는 위법성조각으로 이해될 수 있다. 특히 2024년 개정 벨기에 형법 총칙은 제10조가 "정당화사유" 일반을 규정하고, 제11조가 그 첫 번째 유형으로 "법률의 명령 또는 허가(l'ordre ou l'autorisation de la loi)"를 명시적 정당화사유(cause de justification)로 규정하고 있기 때문이다.

331) 관련 문헌으로는 대표적으로 Thienpont, L., et al. (2015). "Euthanasia requests, procedures and outcomes for 100 Belgian patients suffering from psychiatric disorders: a retrospective, descriptive study", BMJ Open, 5(7), pp. 1–8, https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/5/7/e007454.full.pdf (2026. 3. 23. 최종확인).

(2) '정신적 고통'의 명시적 포함

벨기에 안락사법은 신체적 질환(말기 암 등)에 수반되는 심리적 고통뿐만 아니라, '순수한 정신질환(예: 치료 불가능한 중증 우울증, 조현병, 성격장애 등)'으로 인한 고통까지도 안락사의 합법적 사유로 인정한다. 이는 신체적 말기 상태를 요구하는 타 국가들의 입법례와 가장 크게 구별되는 지점이다.

(3) 해석상 고통의 '주관성' 인정

고통이 '참을 수 없는지(insupportable)'에 대한 평가는 철저히 환자의 주관적 관점에 의존한다. 의사는 객관적인 질병의 상태를 진단하지만, 그 질병으로 인한 고통이 감내할 만한 것인지 판단하는 주체는 환자 자신이다. 이는 환자의 자기결정권을 극대화한 해석이다.

(4) 비말기 환자(Non-terminal patients)로의 대상 확대

벨기에 법은 환자의 상태가 "심각하고 치료 불가능한 사고나 병리학적 상태"일 것을 요구하지만, 당장 죽음이 임박한 '말기'일 것을 요구하지 않는다. 대신, 환자가 당장 사망할 것으로 예상되지 않는 경우(비말기 환자)에는 오남용을 막기 위해 추가적인 안전장치를 두고 있다. 해당 질병의 전문의(또는 정신과 의사) 등 총 3명의 의사가 교차 검증해야 하고, 환자의 서면 요청 후 실행까지 최소 1개월의 숙려 기간을 거쳐야 한다는 것이 안전장치의 내용이다.

라. 벨기에 안락사법의 주요 개정 내용의 배경

벨기에는 의회 입법을 통해 법률의 조문을 직접 개정하는 방식으로 제도를 정비해 왔다.

(1) '연령 제한 없는' 미성년자 안락사 허용(2014년)

안락사법이 제정된 후 불치병을 앓는 아동도 자신의 상황을 이해하고 죽음을 선택할 수 있는 충분한 성숙도를 가질 수 있다는 소아과 전문의들의 지속적인 요구가 있었다. 이로써 아동이라는 이유만으로 극심한 고통 속에 방치하는 것은 연령에 따른 불합리

한 차별이라는 인식이 공감대를 형성하였다. 이에 따라 입법자는 안락사 신청 자격을 성인에서 '판별 능력(capacity for discernment)을 갖춘 모든 미성년자'로 확대함으로써 연령의 하한선을 없앴다.

그러나 성인과 달리 미성년자의 경우 정신적 고통은 제외되며 '단기간 내에 사망이 예견되는 극심한 신체적 고통'으로 요건을 엄격히 제한했고, 부모(법정대리인)의 동의와 소아정신과 의사의 평가를 필수요건으로 규정했다.

(2) 안락사에 관한 사전의사선언의 무기한 유효 및 기관의 거부권 제한(2020년)

2002년 제정된 안락사법에는 치매 등을 대비해 작성한 안락사를 요청하는 사전선언서가 5년마다 갱신되지 않으면 효력을 상실했으나, 이를 '영구적으로(무기한) 유효'하도록 개정했다. 의사 개인의 양심적 거부권(안락사 거부권)은 인정하되, 거부 시 7일 이내에 환자를 다른 의사에게 인계하도록 의무화했다. 특히, 종교적 요양원이나 병원 등 '의료 기관'이 자신의 시설 내에서 소속 의사가 합법적인 안락사를 시행하는 것을 규정으로 금지할 수 없도록 명문화했다.

사전의사선언서의 유효기한을 없앤 것은 많은 환자가 치매 악화 등으로 5년 갱신 기한을 놓쳐 안락사 권리를 박탈당하는 행정적 비극이 발생한 점에 대한 입법적 조치였고, 의료기관의 방해 금지(Institutional Gag Ban)를 명문화한 것은 가톨릭계 요양원들이 시설 내 안락사를 전면 금지하여 환자들이 임종 직전에 구급차에 실려 밖으로 쫓겨나듯 이송되는 인권 침해 사례가 공론화되면서 이를 원천 차단하기 위한 개정이었다.

4. 입법정책적 의의

벨기에는 네덜란드와 달리 판례의 축적보다는, 앞서 찬반론에서 살펴보았듯이 환자의 권리 신장과 자율성을 중시하는 세속주의적이고 자유주의적인 정치 · 사회적 합의를 바탕으로 전격적인 입법을 단행했다.

가. 자기결정권과 생명보호의무 간의 관계 재설정

벨기에는 자기결정권을 인간 존엄성의 근간으로 보며, 네덜란드보다 개인의 자율성을 훨씬 더 강하게 보장하는 방향으로 관계를 설정했다. 환자가 견딜 수 없는 고통

속에 방치되어 인간으로서의 품위를 잃어가는 것을 강요하는 것은 오히려 국가의 기본권 침해라고 해석한다.

네덜란드 안락사법에는 의사의 객관적 판단을 중시하는 경향이 반영되어 있다면, 벨기에 안락사법에는 환자가 느끼는 고통의 '주관적 성격'이 상대적으로 더 존중되어 있다. 신체적 질환뿐만 아니라 치료 불가능한 정신적 고통(Psychiatric suffering)에 대해서도 자기결정권의 범위를 넓게 인정하여 생명보호의무의 예외 영역을 더 폭넓게 설정하고 있기 때문이다.

나. 국가 생명보호 패러다임 전환 및 입법정책적 특징

벨기에 입법의 핵심적 특징은 안락사를 형법상의 '범죄에 대한 예외적 면책' 차원을 넘어, 보건의료 체계 내의 '정상적인 의료 행위'이자 합법적인 '환자의 권리'로 패러다임의 전환을 도모했다는 점이다. 안락사법 제정과 같은 해에 제정된 '환자권리법'이 이를 뒷받침한다.

벨기에 안락사법은 특히 제2조에서 안락사를 "당사자 본인의 요청에 따라 제3자가 의도적으로 생명을 종식시키는 행위"로 정의함으로써 적극적 안락사만을 명시하고 있지만, 입법정책의 실행을 담당하는 '연방 통제 및 평가 위원회(FCEC)'는 해석을 통해 환자가 직접 약물을 복용하는 의료조력사망 역시 안락사의 범주에 포함시켜 동일한 보호 요건하에 합법적으로 집행되도록 실무적 통합을 이루어냈다. 이는 정책적으로 의사와 환자 간의 신뢰를 바탕으로 하여 환자의 의료적 선택지를 제한하지 않으려는 취지의 반영으로 평가될 수 있다.

III. 룩셈부르크 안락사법[332]

1. 배경

2009년 룩셈부르크는 네덜란드와 벨기에에 이어 세계에서 세 번째로 적극적 안락사와 의료조력사를 합법화한 국가가 되었다. 룩셈부르크가 이러한 입법대열에 끼게 된

332) 2009. 3. 16.자 「안락사 및 조력자살에 관한 법률(*Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide*)」.

것은 위 두 이웃 국가의 입법례에 영향을 받은 탓이 컸지만, 결정적으로는 이를 위해 헌법개정을 거치는 진통까지 감수한 룩셈부르크 의회의 비상한 결단에 힘입은 것이었다.

불치병 환자의 견딜 수 없는 고통을 방치하는 것이 오히려 비인도적이라는 공감대가 형성되면서, 환자의 진지한 자기결정권 행사에 응답하는 의사의 의료적 개입을 형법의 처벌 대상에서 제외해야 한다는 의료계와 법조계, 그리고 시민사회의 요구에 응답한 의회가 2008년 안락사 법안을 통과시키려고 하였다. 그러나 국가 원수인 앙리 대공(Grand Duke Henri)이 자신의 가톨릭 신앙과 양심을 이유로 법안에 대한 서명(재가)을 거부하는 헌법적 위기가 발생했다. 이에 의회는 대공의 권한을 규정한 헌법 제34조를 즉각 개정하여, 대공의 '법률 승인권(sanctionner)'을 박탈하고 단순한 '공포권(promulguer)'만 남겼다. 이는 특정 종교적 신념이나 전통적인 국가의 생명 절대주의가 개인의 '존엄하게 죽을 헌법적 자기결정권'을 더 이상 가로막을 수 없음을 선언한 상징적인 헌법적 결단으로 평가된다.

다른 국가의 합법화 과정[선(先) 연명의료중단 허용 법제화 → 후(後)의료조력사 합법화]과는 달리 룩셈부르크 의회는 「안락사 및 조력자살에 관한 법률」(이하 '안락사법'이라 한다)을 제정하는 바로 그날, 「완화의료, 사전지시서 및 임종 동행에 관한 법률」[333]을 동시에 통과시키는 진기록을 남겼다.

이 '쌍둥이 법률' 체계는 적극적 안락사와 의료조력사가 완화의료나 연명의료중단의 실패가 아니라, 환자의 자기결정권을 보장하는 동등한 선택지임을 천명한 것이다. 이러한 입법설계로 인해 환자는 하나의 '사전의료지시서(Directive anticipée)'를 통해 무의미한 연명의료의 중단(소극적 안락사)을 요구할 수도 있고, 특정 조건에 이를 경우 조력사망이나 적극적 안락사을 요구할 수도 있게 되었다. 이로써 룩셈부르크에서는 생명에 대한 자기결정권을 둘러싼 세 가지 선택지가 한꺼번에 환자에게 주어지게 되었다.

2. 법률의 내용: 적극적 안락사 및 의료조력사의 포괄적 합법화

가. 공통의 요건

룩셈부르크의 '안락사법'은 적극적 안락사(Euthanasia, 의사가 치사 약물 투여)

333) 이 법률명은 *Loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie*이다.

와 조력자살(Assisted Suicide, 환자가 스스로 복용)을 모두 합법적인 자기결정권의 내용으로 규정하면서 다음 요건을 충족할 경우 의사는 민 · 형사 책임을지지 않는다고 한다(제2조).

- 환자가 성인이며, 요청이 외부의 압력 없이 자발적이고 심사숙고하여 반복적으로 이루어졌을 것.
- 사고나 불치병으로 인해 의학적으로 희망이 없는 상태(sans issue médicale)일 것.
- 환자가 완화할 수 없는 지속적이고 견딜 수 없는 신체적 또는 정신적 고통을 겪고 있을 것.

나. 적극적 통제와 사후 심사

룩셈부르크 안락사법은 네덜란드 모델을 차용하여, 사전 승인이 아닌 '국가 통제 및 평가 위원회(Commission nationale de contrôle et d'évaluation)'를 통한 엄격한 사후 검토 시스템을 채택하고 있다. 의사는 안락사 등을 실행한 후 '국가 통제 및 평가 위원회'에 보고해야 하며, 위원회가 법적 요건이 준수되었다고 판단해야만 형사 면책이 확정된다.

3. 입법정책적 평가

네덜란드와 벨기에에 이어 적극적 안락사와 의료조력사망(조력자살)을 모두 합법화한 룩셈부르크 쌍둥이 법률의 제정으로 '고통해소와 자기결정권 존중'이라는 이른바 '베네룩스(Benelux) 모델'로 불릴 만한 가치와 형식을 공유한 입법모델이 형성되었다. 그러나 룩셈부르크는 선행 국가들의 법률이 운영되는 과정을 참고하여, 자국의 법체계에 맞게 몇 가지 안전장치를 더 보수적으로 강화하는 방향으로 나아갔다. 이는 선행 국가들에서 제기된 '미끄러운 비탈길' 비판을 방어하고, 생명에 대한 자기결정권의 행사가 진정으로 자율적이고 최후의 수단으로만 작동하도록 하기 위함이었다. 네덜란드 · 벨기에와 비교할 때 두드러지는 룩셈부르크 안락사법만의 입법정책적 특징은 다음과 같다.

가. 적용 대상의 엄격한 연령 제한 (성인 한정)

룩셈부르크 안락사법은 환자의 자격 요건을 '의사능력을 갖춘 성인(만 18세 이

상)'으로 매우 엄격하게 제한하였다. 이러한 입법태도는 부모의 동의하에 12세 이상 미성년자에게 허용한 네덜란드[334] 및 2014년 법 개정을 통해 '판단능력을 갖춘 미성년자'에 대한 연령 제한을 아예 철폐한 벨기에와 대조된다.

룩셈부르크의 연령제한 정책은 미성년자라는 취약한 지위에 있는 환자가 외부의 압력이나 미성숙한 판단으로 돌이킬 수 없는 생명처분의 결정을 내리는 것을 원천적으로 차단하여, 국가의 생명보호의무를 더 강하게 관철할 수 있는 장점이 있다. 반면에 극심하고 치유 불가능한 고통을 겪고 있으며 충분한 판단능력을 갖춘 '성숙한 미성년자'의 자기결정권과 고통에서 벗어날 권리를 제도적으로 배제한다는 비판이 제기될 수 있다.

나. 입법을 통한 완화의료(호스피스) 권리와의 연계

룩셈부르크는 완화의료에 대한 보편적 접근권을 국가가 보장하는 법적 권리로 격상시키기 위해, 안락사법을 제정함과 동시에 같은 날 「완화의료 및 생애 말기 돌봄에 관한 법률(Law on palliative care)」을 통과시켜 두 제도를 강력하게 연계시켰다. 이에 따르면 의사는 안락사 요청을 받으면 반드시 환자에게 완화의료의 가능성과 결과를 상세히 설명하고, 이를 먼저 시도하거나 충분히 검토해야 한다.

두 제도간의 이러한 연계는 환자가 통증 조절이나 돌봄의 부재로 인해 '어쩔 수 없이' 안락사를 선택하는 상황을 방지할 수 있는 장점이 있다. 즉, 의사의 개입양태와 환자의 선택지를 논의할 때 안락사가 진정한 의미의 '최후수단'이 되도록 국가가 완화의료 인프라를 책임진다는 실질적 장점이 있다. 물론 안락사 실행 전 완화의료 옵션을 필수적으로 거치거나 검토하는 과정이 자칫 환자의 극심한 고통 상황에서 절차적 지연을 초래할 수도 있다.

다. 사전의료의향서(종말기 사전결정)의 국가 등록 및 관리

베네룩스 3국 모두 치매나 의식상실 상태에 대비해 미리 작성해 두는 '사전의향서'를 통한 안락사 요청을 인정하고 있다. 룩셈부르크는 사전의료의향서 제도를 가장 체계적이고 관료적인 사후 통제 시스템 속에 편입시키고 있다. 이 의향서를 국가기구인

334) 네덜란드 안락사법은 12~15세의 경우 부모 동의하에, 16~17세의 경우 부모 관여(동의는 필수 아님)에 기반하여 안락사가 허용된다. 하지만, **0~1세 (신생아)의 경우는 의료 프로토콜**(Groningen Protocol)로 제한적으로 허용되는 등 별도 관리가 되고 있고, 1세에서 11세까지는 2023년부터 정책적 지침에 따라 허용확대되고 있다.

'국가통제 및 평가위원회'에 의무적으로 공식 등록하도록 하고 있기 때문이다.

이러한 시스템은 문서의 위조나 변조를 막고, 환자가 의식을 잃었을 때 의사가 환자의 진의(의향서 존재 여부)를 국가 데이터베이스를 통해 신속하고 확실하게 확인할 수 있어 법적 안정성을 높일 수 있다. 하지만 국가 기관에 등록하고 정기적으로 갱신해야 하는 등 행정적 절차가 까다로워, 실질적으로 이 제도를 활용하려는 환자에게 심리적 · 절차적 문턱이 높게 작용할 수 있는 측면도 없지 않다.

라. 종합적 평가

네덜란드가 의사의 '정당한 의료적 개입(의무의 충돌 해결)'의 관점에서 안락사와 의료조력사라는 두 제도의 실용적 통합을 이루어냈고, 벨기에는 '환자의 주권적 권리(인격적 자율성)'의 관점에서 안락사를 포괄적인 정상 의료 행위로 편입시키는 입법 모델을 취하였다면, 룩셈부르크는 헌법 개정(대공의 권한 축소)이라는 진통을 감수하면서까지 의회가 법안을 통과시킴으로써 '생명의 연장'이라는 객관적 가치보다 '개인의 실존적 자율성과 존엄(비오스의 실현)'이라는 주관적 가치가 규범적으로 우위에 있음을 확인하였다. 특히 룩셈부르크 입법자는 완화의료 지원 확대와 사전의료지시서 제도를 동시에 법제화하는 '패키지 입법'을 단행함으로써, 의료조력사망이 사회적 소외계층의 등 떠밀린 죽음으로 악용될 것이라는 미끄러운 경사길 논거의 우려를 제도적으로 불식시킬 수 있는 장치를 마련했다는 점에서 국가 생명보호의무에 관한 입법정책을 전개함에 있어 네덜란드와 벨기에의 입법자에 비해 종합적이고 포괄적이었다고 평가할 수 있다.

IV. 우루과이의 「안락사법(Ley de Eutanasia)」 – 의료조력사 불허 입법례(2025년)

1. 배경

가. 입법에 의한 안락사 허용

우루과이는 안락사를 합법화하고 있는 중남미 국가 중 콜롬비아나 에코도르와는 달리 사법부의 판결이 아닌 의회의 '입법'을 통해 안락사를 허용한 최초의 국가이다. 우

루과이 「안락사법(Ley de Eutanasia)」은 2025년 8월 하원을 통과한 후 2025년 10월 15일 상원에서 최종 통과되었다.[335] 그러나 최종적으로 제정된 안락사법에서는 성인 불치병 환자에 대한 의료진의 적극적 안락사를 허용하되 조력자살은 합법화 대상에서 제외되었다.[336] 이 법안은 대통령의 공포와 세부 시행령 제정(약 6개월 소요 예상)을 거쳐 2026년 중반부터 실제 의료 현장에 적용될 예정이다.

나. 의료조력사가 최종적으로 배제된 이유

우루과이 의회가 안락사(적극적 안락사)를 허용하면서 의료조력사(의사조력자살)를 법안에서 배제한 데에는 여러 가지 이유가 있었다. 의료적 안전성, 남용 방지, 신체적 능력에 따른 차별 배제, 입법 전략이라는 구체적이고 실질적인 이유들이 작용했다.[337]

(1) 의료적 통제와 안전성 확보

위 이유들 중 가장 결정적인 이유는 실패확률의 차이 및 '시행 과정의 완벽한 통제'를 손꼽을 수 있다. 의료조력사의 경우 환자가 경구용 약물을 직접 복용할 때, 구토를 하거나 약물 흡수가 제대로 되지 않아 혼수상태에 빠졌다가 다시 깨어나는 등 실패하거나 심각한 뇌손상 등 합병증이 발생할 위험이 존재하기 때문이라는 것이다(오리건 주 통계 등에서 확인됨). 안락사의 경우는 의사가 정맥 주사(IV)를 통해 약물을 직접 투여하므로, 효과가 즉각적이고 확실하며 고통 없이 사망에 이르게 된다.

우루과이 의회는 이러한 이유 때문에 국가가 국민의 죽음을 보장하는 제도라면, 불확실한 방법(조력자살)보다는 의사가 처음부터 끝까지 책임지고 관리하는 가장 안전하고 확실한 방법(안락사)만을 허용하는 것이 타당하다고 보았다.[338]

---

335) 의회 내에서 논의될 때 공식 명칭은 '안락사 및 조력자살에 관한 법률안(Proyecto de Ley sobre Eutanasia y Suicidio Médicamente Asistido)'이었지만, 2025. 10. 15. 상원을 통과한 최종안은 안락사법(Ley de Eutanasia)이다. 언론에서는 이 법률을 존엄사법(Ley de Muerte Digna)으로도 부른다.

336) 우루과이 안락사법 제2조, 제3조 참조.

337) 우루과이 하원 및 상원 보건위원회의 논의 기록과 법률안제안이유서(Exposición de Motivos), 그리고 주요 입법자인 오페 파스켓(Ope Pasquet) 의원의 논리가 뒷받침되었다.

338) "Cámara de Representantes, Comisión de Salud Pública y Asistencia Social, 'Informe sobre el Proyecto de Ley de Eutanasia', Montevideo, 2022/2023."(우루과이 하원 보건복지위원회 보고서). 해당 보고서는 "경구 투여(Vía oral)의 가변성을 배제하고, 의료진에 의한 정맥 주사(Vía intravenosa)만이 고통 없고 즉각적인 결과를 100% 보장할 수 있다."는 의료계(Sindicato Médico del Uruguay)의 자문을 핵심 근거로 채택하였다.

(2) 남용 및 강요 방지

의료조력사의 경우, 환자가 약을 처방받아 집으로 가져간 뒤의 진행경과가 사적 영역에서 이루어진다. 이 때문에 누가 약을 먹이는지, 혹은 강요에 의해 먹게 되는지를 의료진이 통제할 수 없는 사각지대가 발생할 수 있다. 환자가 집에서 약을 먹는 '사적 영역'이 생기게 되면 환자가 가족의 압력에 의해 원치 않는 시점에 약을 먹게 되거나, 마음이 바뀌었는데도 약을 먹어야 하는 상황이 발생할 수 있기 때문이다. 반면 안락사는 의사가 투약 직전(Last Minute)에 환자의 눈을 보고 동의를 재확인하므로, 강요를 방지하는 가장 강력한 안전장치가 된다고 한다. 안락사는 의사가 약물을 투여하기 직전에 환자의 진정한 의사를 다시 한번 확인하는 절차를 거칠 수 있고, 이 과정에서 환자의 의식이 명료한지 최종적으로 확인할 수 있기 때문이다.

우루과이 입법자들은 이러한 차이를 고려할 때 '마지막 순간의 자발성 확인'이라는 측면에서 안락사가 더 안전하고, 특히 안락사의 경우 의사 입회를 의무화 하고, 이를 사회적 약자에 대한 강요를 막는 강력한 안전장치라고 보았다. 다시 말해 안락사의 경우 의사가 투약 직전(Last Minute)에 환자의 눈을 보고 동의를 재확인하므로, 강요를 방지하는 가장 강력한 안전장치가 된다는 것이다.[339]

(3) 신체적 능력에 따른 차별 배제

신체적 장애 유무에 관계없이 모든 국민에게 동일한 의료 서비스를 제공하기 위함이다. 조력자살을 허용할 경우, 손을 쓸 수 없는 루게릭병(ALS) 환자나 전신마비 환자는 이 방법을 이용할 수 없다. 결국 이들은 안락사를 선택해야 하는데, 법이 두 가지를 구분하면 환자의 신체 능력에 따라 이용 가능한 제도가 달라지는 불평등이 발생한다. 안락사로 단일화하면 신체 능력과 무관하게 누구나 동일한 절차를 밟을 수 있다.[340]

---

339) Pasquet, Ope (Diputado), 'Intervención en la discusión general del proyecto de ley de eutanasia', Diario de Sesiones de la Cámara de Representantes(오페 파스켓 의원의 하원 토론 발언록), 2022 참조. 파스켓 의원의 발언 중 핵심 문구는 다음과 같다. "마지막 순간까지 의사가 존재하는 것만이 환자의 자유가 끝까지 존중됨을 보장하는 유일한 길이다(La presencia del médico hasta el último instante es la única garantía de que la libertad del paciente se respeta hasta el final)."

340) Proyecto de Ley unificado (Frente Amplio y Partido Colorado), Exposición de Motivos, 2022 참조. 이 법률안제안이유서에 따르면, 법안은 환자의 신체적 자율성(Autonomía física)이 아닌, 의사결정의 자율성(Autonomía decisoria)에 초점을 맞추어야 하므로, 실행 행위를 전적으로 의료 전문가에게 맡기는 것이 형평성에 부합하는 것으로 평가되고 있다.

(4) 입법 전략과 국가의 책임성을 강조하는 문화적 배경

우루과이는 전통적으로 복지국가 모델이 강하여, 국민의 생명과 안전에 대해 국가(공공 의료 시스템)가 적극적으로 개입하는 것을 선호한다. 이에 따르면 환자에게 치사약에 대한 접근을 허용하여 행위지배에 대한 전적인 통제권을 맡기는 조력사망 방식보다는, 공공 의료 시스템 안에서 의료 행위로서 관리되는 안락사 방식이 국민 정서에 더 부합하는 측면이 있다. 이뿐만 아니라 법안 논의 과정에서 '약물이 시중에 유출될 우려'나 '오남용 가능성'에 대한 반대파의 공격을 방어하기 위해, 의료진이 독점적으로 약물을 관리하는 방식으로 범위를 좁히는 것이 법안 통과에 유리한 측면이 있었다.

2. 법률의 내용

이 법은 적극적 안락사(Euthanasia)는 허용하되, 환자가 직접 약물을 투여하는 조력자살 내지 의료조력사는 허용하지 않는 것이 특징이다. 안락사 합법화를 위한 실체적 요건과 절차적 요건은 다음과 같다.

가. 실체적 요건

(1) 기본적 요건

우루과이 국적자 또는 합법적 거주자이어야 한다. 정신적으로 온전한 의사결정 능력을 갖춘 18세 이상의 성인이어야 한다. 만성적이고 불치이며, 되돌릴 수 없는 건강 상태로 인해 견딜 수 없는 고통을 겪고 있어야 하며, 기대 수명이 얼마 남지 않은 말기 환자뿐만 아니라, 극심한 고통을 겪는 비말기 환자도 포함한다.

(2) 치매 환자 및 정신 질환자에 대한 허용 여부(의사결정 능력의 절대화)

우루과이 안락사법의 가장 두드러진 특징은 현재의 명료한 의사결정 능력을 절대적인 전제 조건으로 삼고 있다는 점이다. 이 때문에 우루과이는 안락사를 허용하는 베네룩스 3국(사전의료지시서의 영구적 구속력 인정)과는 달리, 인지능력을 상실한 치매 환자에게 안락사를 실행하는 것이 원칙적으로 불가능하다. 환자가 절차의 전 과정에서 자발적인 의사소통을 유지해야 하므로, 과거에 지시서를 작성해 두었더라도 안락사 실행 시점에 동의 능력을 상실했다면 법적 보호를 받을 수 없는 것이다.

그러나 우루과이 안락사법은 우울증과 같은 정신적 장애를 겪는 환자의 안락사를 전적으로 금지하지는 않는다. 다만, 이들이 안락사를 신청할 경우, 2명의 의사를 통해 해당 정신 질환이 환자의 이성적이고 합리적인 판단 능력(심리적 적합성)을 훼손하지 않았음을 매우 엄격하게 입증할 경우에 한해서만 예외적 접근이 허용된다. 이 점은 정신적 질환 자체를 안락사의 적법한 사유로 폭넓게 포섭하는 벨기에식 해석과는 차이를 보인다.

나. 절차적 요건(남용방지를 위한 의료적 교차 검증 및 숙려기간 등)

우루과이 안락사법이 마련하고 있는 안락사 실행의 남용을 막기위한 주요 통제장치는 다음과 같다.

(1) 복수의 의료진 검증

안락사를 요청하는 환자는 반드시 2명 이상의 의사로부터 자신의 상태에 대해 교차 검증을 받아야 한다. 만약 두 의사 간에 의학적 이견이 발생할 경우, 절차는 즉시 중단되며 반드시 정신과 전문의가 포함된 '특별의료위원회(Medical Board)'에 회부되어 추가적인 심사를 거쳐야 한다.

(2) 독립된 증인 및 명시적 동의

환자는 서면을 통해 안락사에 대한 명시적이고 반복적인 동의를 표명해야 한다. 특히 절차 진행 시에는 환자와의 유산 상속권 등 재정적 이해관계가 전혀 없는 2명의 독립된 증인이 반드시 입회하여 서명해야만 유효성이 인정된다.

(3) 법정 숙려기간

의학적 요건이 모두 충족되어 승인이 떨어진 이후에도 환자가 자신의 결정을 되돌아볼 수 있도록 최소 10일 간의 숙려기간을 거쳐야만 최종적인 실행이 가능하다.

3. 입법정책적 내용 평가

가. 입법적 의의

우루과이는 중남미 최초로 의회의 민주적 입법 절차를 통해 안락사를 제도화했다

는 점에서 법적 안정성과 정당성을 확보한 사례로 평가받는다. 이뿐만 아니라 국가가 보장하는 제도는 '실패의 위험'을 원천적으로 배제해야 한다는 취지에서 환자가 사적 영역에서 자가투여를 해야 하는 의료조력사를 허용하지 않음으로써 환자의 죽음을 마지막 순간까지 공적 의료 시스템 안에서 통제하기 위해 안락사 제도만 합법화하였다.

이와 같이 의사가 직접 시행하는 안락사만을 허용하는 입법을 선택한 우루과이의 입법적 접근법은 '개인의 자유'를 중시하면서도, 실제 국가운용에 있어서는 '국가 책임'과 '절차적 완결성'을 최우선으로 고려했음을 보여준다. 즉 우루과이 의회는 종교적 이유가 아니라 '의료적 통제(Control Médico)'와 '절차적 안전성(Seguridad Procesal)'에 기반하여, 환자의 '자율성(자가 투약의 권리)'보다는 '절차의 안전성'과 '국가의 관리 책임'을 더 중시하였다.

우루과이 안락사법은 생명을 종결하는 비가역적인 결과가 발생하기 이전에 전문의들의 심사, 이해관계가 단절된 증인의 확보, 그리고 10일의 숙려기간(대기 시간) 등 법률이 요구하는 모든 방어적 규범 요건이 사전에 완벽하게 충족되어야만 의료진의 처방 및 실행이 허용되도록 설계되어 있다. 이 때문에 우루과이 안락사법은 행정 기관이 직접 개입하는 허가제는 아니지만, 의료 시스템 내의 강력한 게이트키핑을 통해 타살이나 강요로 인한 취약계층의 오남용 위험을 실행 전에 원천 차단하려는 확고한 입법적 결단으로 평가할 수 있다.[341]

나. 안락사에 개입한 의사의 행위에 대한 법적 평가

종래 우루과이 법체계하에서 안락사는 우루과이 형법의 독특한 조항인 제37조(재판상의 면제)[342]의 대상이 될 수 있는지가 문제되었다. 이 조항이 적용되면 안락사에 대한 참작할 만한 이유가 있더라도 의사의 행위는 살인죄 또는 촉탁살인죄의 성립이 인정되지만, 안락사를 이유로 한 처벌면제 여부만 문제될 수 있었다. 하지만 새로 제정된 안락사법에 따르면 환자를 안락사시킨 의사의 행위는 범죄성립이 부정되어 무죄가 선고된다. 다만 범죄불성립의 근거로 구성요건해당성이 배제되는지 위법성이 조각되는지는

341) 후술하듯이 우루과이 입법례는 적극적 안락사를 합법화한 네덜란드나 벨기에가 채택한 '사후심사위원회 중심의 사후검증' 방식보다는, 오리건 주 등 미국 법제와 유사한 '의료적 사전통제 시스템'의 성격을 띠고 있는 것으로 분류할 수 있다.

342) 우루과이 형법 제37조(연민에 의한 살인) 명예로운 전력을 가진 자가 피해자의 반복된 간청에 응하여 연민의 동기에서 살해를 한 때에는, 판사는 그 형을 면제할 수 있다.

여전히 논란거리가 될 수 있다.

우루과이 안락사법은 규범구조상 의사의 행위를 처음부터 형법 적용 대상에서 제외하는 것이 아니라, 형법상 살인죄의 구성요건에는 해당하지만 특별법(안락사법)이 우선 적용되어 그 행위를 정당화시켜준다고 평가할 수도 있고, 처음부터 살인죄 또는 촉탁살인죄의 구성요건해당성부터 배제된다고 평가할 수도 있다. 안락사를 「법률의 이행(Cumplimiento de la Ley)」 또는 「권리의 정당한 행사(Ejercicio Legítimo de un Derecho)」로 분류하는 입장에서는 전자의 주장을 할 수 있고,[343] 안락사법 제10조의 '자연사 간주' 규정[344]과 제8조의 '범죄 불성립 선언'에 관한 규정[345]을 근거로 삼으면 후자의 주장을 할 수 있다.

다. 우루과이에서 의료조력사가 행해질 경우 의사의 형사책임

실제로 안락사법이 통과되기 전에는 우루과이 형법상 매우 독특하고 인도주의적인 조항인 제37조(가칭 '자비로운 살인' 또는 '재판상 면제 조항')를 근거로 '안락사'를 시행한 의사들이 처벌을 면제받기도 했다. 하지만 안락사법이 제정된 이후에는 상황이 달라졌다. 이 법이 의사에게 '안락사 절차만 따르라'고 명확히 규정했으므로, 의사가 굳이 금지된 '의료조력사' 방식을 택했다면 제37조에 의한 선처를 받기가 어려워질 수 있기 때문이다. 합법적 절차(안락사)가 마련된 이상 불법적 방식(조력자살)에 대한 선처 가능성은 낮다. 법적 절차를 무시한 것으로 평가될 수 있기 때문이다.

이러한 규범상황은 형평의 측면에서 문제가 있다고 평가할 수 있다. 의사가 환자가 처한 상황에 대해 제공한 의료적 조력의 측면에서 보면 안락사와 의료조력사의 경우 질적인 차이를 인정하기 어렵다. 그러나 단지 진단과 처방을 통해 인도적 차원의 조력을 베풀었을 뿐이고, 사망에 이르는 직접적 행위도 하지 않은 의사를 형사처벌하는 것은 형법이론적으로도 근거지우기 어렵다. 불법의 양적인 측면에서도 의료조력사가 안락사의 경우가 더 크다고 볼 수 없기 때문이다. 환자의 사망 초래라는 결과반가치 측면은

343) 이 주장의 법적 근거는 안락사법 제1조의 권리규정이다. "본법은 본법이 정한 상황 하에서 사람이 존엄하게 사망의 과정을 겪을 권리(Derecho)를 규율하고 보장하는 것을 목적으로 한다."

344) 법 제10조(사망진단서) 2018. 6. 26.에 제정된 법률 제19.628호 제4조를 다음과 같이 개정한다. "제4조 사망진단서에는 환자의 고통을 초래한 병리를 기본 사인(死因)으로 기재하여야 한다. 또한 최종 사인으로서 안락사를 기재하여야 한다. 모든 법률효과에 있어서 안락사에 의한 사망은 자연사로 본다."

345) 법 제8조(책임의 면제) 사망하기 위해 도움을 요청한 사람에게 조력을 제공하고 이 법의 규정에 따라 행동한 의사 및 그 밖의 진료팀 구성원은 범죄를 구성하지 아니하며, 형사 · 민사 및 그 밖의 어떠한 종류의 책임도 면제한다.

안락사와 의료조력사의 경우는 동일하지만, 환자가 생명에 대한 자기결정권의 실현에 대한 최소한의 의료적 조력행위는 행위반가치적 측면에서 의료조력사가 안락사의 경우에 비해 현저하게 줄어들어 거의 제로에 수렴해 간다고 말할 수도 있다.

전 세계적으로 볼 때 적극적 안락사를 허용하는 국가는 거의 대부분 의료조력사도 허용하고 있다. 반가치적 측면에서 볼 때 적극적 안락사의 크기가 의료조력사의 크기에 비해 크다면, 적극적 안락사(대)는 소(의료조력사)를 포함하기 때문에 적극적 안락사가 허용된다면 논리적으로 의료조력사도 허용되어야 한다. 의료조력사를 허용하는 입법례 중에 다수는 아직 적극적 안락사를 허용하고 있지는 않다. 반대로 적극적 안락사를 허용하고 있는 입법례는 대부분 의료조력사도 허용하고 있다. 이러한 관점에서 보면 의료조력사를 합법화하지 않고 적극적 안락사만 합법화하고 있는 우루과이 안락사법은 – 우루과이적 특수사정을 배경으로 한 – 매우 예외적인 입법이라고 할 수 있다.

제4절 국가 생명보호 패러다임 전환과 의료조력사 법제화

I. 패러다임 전환의 신호탄: 연명의료 중단(소극적 안락사)

전 세계적으로 의료조력사가 법제화되고 있는 진행경과와 양상을 보면 가시적으로 분명히 확인될 수 있는 한 가지 사실이 있다. 의료조력사 법제화가 개인의 자기결정권(현대적 헌법 가치)과 국가의 생명보호 의무(전통적 가치)가 정면으로 충돌하는 지점에서 갑자기 생겨난 트랜드나 일시적 유행이 아니라는 것이다. 생명에 대한 자기결정권의 약진을 추동시킨 현실적 이론적 차원의 다양한 변화와 발전이 집적된 결과물이라고 할 수 있다.

다시 말해 의료조력사 허용이 법제화되고 있음은 초고령사회에서 치료불가능한 중증 말기 환자들이 의학기술의 발전으로 연장된 삶속에서 겪게 되는 체험(육체적 고통과 정신적 좌절), 이러한 환자들에게서 점차 자라나고 있는 웰다잉에 대한 바람(수동적인 삶을 거부하고 자기통제적으로 죽고 싶은 소망), 이러한 현실에 대한 객관적 관찰보고 등을 통해 더해져 가고 있는 죽음에 대한 사회적 담론, 이 모든 것들에 의해 객관적으로 동기화된 헌법적 이념(인간의 존엄성)과 헌법적 자기결정권 인정 범위의 확장 등에서 나오는 뜨거운 열기가 생명보호 절대주의라는 얼어붙은 빙하를 녹여 '적극적 조력사망'이라는 형태의 강을 이루고 있다고 말할 수 있다.

의료조력사 법제화 강줄기의 원류를 따라 올라가보면 이 강물로 흘러들어오는 다양한 지류들 중에서 가장 눈에 두드러지는 물줄기를 하나를 만날 수 있다. 그것은 다름 아닌 존엄한 죽음이라는 슬로건하에서 다수의 국가들에서 합법화되어 온 연명의료중단 내지 소극적 안락사의 허용이라는 물줄기이다.

주지하듯이 기계장치에 의존하여 무의미한 생명을 연장하고 있는 환자의 요청에 따라 연명의료중단(소극적 안락사의 일종)을 허용함으로써 '자연사'할 권리가 부여된 것은 의료조력사 법제화 요구가 있기 전 부터 이미 세계적인 현상이 되었다. 연명의료 중단은 법률적 틀속에서 그리고 특히 사전의료지시서(Advance Directives) – 한국의 경우 사전연명의료의향서 – 에 의거하여 합법화되었다. 이로써 죽음이 임박하여 임종과정에 있는 환자에게 법적으로 승인된 연명의료중단 결정권은 – 비록 소극적 치료중단을

요구할 권리로 인정되었지만 – 헌법적으로 생명에 대한 자기결정권의 인정 범위가 적극적 조력사망을 허용할 수 있을 정도로 커져갈 수 있도록 물꼬를 틔어주었다.[346] 앞에서 의료조력사 법제화 배경에서 살펴보았듯이 연명의료결정법이 커버하지 못하는 한계 상황에 대해 보다 존엄한 방식으로 생명에 대한 자기결정권을 행사하여 죽음을 맞이하려는 환자의 요구가 생명에 대한 자기결정권의 인정 범위를 확장하기 위한 사회적 · 법적 담론을 형성하게 만들었기 때문이다.

연명의료가 중단되더라도 환자는 곧바로 죽음에 이르지 않는다. 연명의료가 중단되는 것과 함께 호스피스 · 완화의료가 병렬적으로 개시되는 경우가 많다. 이 과정에서 환자의 고통이 제거되지 않고 계속되는 경우가 많다. 심지어 완화의료의 일환으로 진행되는 심층 진정의 경우에도 고통이 완전히 제거되지 않는다. 이러한 상황에서 신체에 대한 자기통제력을 잃어가고 있는 환자에게 존엄한 죽음을 맞이하도록 하기 위해서는 소극적 차원의 연명의료 중단의 차원을 넘어 적극적으로 죽음의 시기와 방식을 정할 수 있도록 해야 할 필요성이 의료조력사를 합법화를 향한 입법 행진으로 이어지게 된 것이다.

아래 **〈표 12〉**에서 확인될 수 있듯이 타임라인상 일부 예외는 있지만, 의료조력사가 허용되어 있는 국가는 시간적으로 볼 때 소극적 차원의 연명의료중단의 합법화가 선행되고, 그 이후 보다 적극적인 차원의 자기결정권을 내용으로 하는 의료조력사 법제화로 이어지거나 그와 동시에 또는 그 이후 적극적 안락사 허용까지 나아갔다(특히 콜롬비아는 적극적 안락사가 먼저 허용된 후 의료조력사가 허용됨).

346) 연명의료중단의 합법화는 서구권과 아시아권에서 각기 다른 형태로 인정되었다. 서구권에서는 철저한 개인주의적 자기결정권(권리행사)에 기반하여 법제화를 완성했다면, 일본이나 중국 같은 동아시아 국가는 '가족의 합의'와 '의료팀의 절차적 정당성'을 중시하는 연성 규범(가이드라인, 지방조례 등)의 형태로 소극적 안락사를 수용해 나가고 있다. 이와는 달리 한국은 아시아권에 속해 있으면서도 서구권에서와 같이 개인주의적 자기결정권에 기반하여 연명의료결정법이 제정되었다.

<표 12> 의료조력사 허용 국가에서의 환자의 선택지 비교

국가/구분	적극적 안락사	연명의료 중단	의료 조력사	의료조력사 법제화 특징 및 현황
미국	불법[347]	합법[348]	주별로 다름[349]	- 오리건 주의 '존엄사 법'(1997년)을 모델로 하며, 환자 자가 투여가 필수요건임. - 2024년 오리건 주 등 2개주에서 거주민 요건 제한함으로써 사실상 미국의 모든 시민이 의료조력사 선택 가능해짐.
호주	불법 (주별로 상이)	합법[350]	주별로 다름[351]	- 말기 환자(대부분 6개월 여명)의 자가 투여 또는 의사 투여(환자가 불가 시) 허용.
캐나다	합법	합법[352]	합법	- 2015년 연방대법원이 형법의 자살방조가 의료조력사 등을 허용하지 않는 한도내에서 부분 위헌이라는 판결의 후속 이행입법으로 2016년 형법개정을 통해 의료조력사(MAID)가 합법화됨. - 2021년 말기 질환 기준 삭제됨에 따라 현재 '심각하고 회복 불가능한 의학적 상태'의 18세 이상 영주권자 또는 시민권자에게 적용.

347) 미국 연방대법원은 죽을 권리 또는 자살조력권을 헌법적 권리로 인정하지 않는다. 즉 미국 연방대법원은 Washington v. Glucksberg, 521 U.S. 702 (1997)에서 워싱턴 주의 조력자살 금지법은 적법절차에 관한 미국 수정헌법 제14조에 위반되지 않는다고 하여 조력자살권을 헌법상 기본권으로 인정하지 않았다.

348) 미국은 각 주에서 개별적으로 캘리포니아 주의 '자연사법(Natural Death Act)'과 유사한 법을 시행하고 있다. 연방 차원에서는 1990년에 제정한 「환자자기결정법 (Patient Self-Determination Act, PSDA)」에 따라 메디케어(Medicare)나 메디케이드(Medicaid)의 지원을 받는 모든 의료기관이 환자 입원 시 반드시 사전의료지시서(Living Will 및 Health Care Proxy)를 작성할 권리가 있음을 서면으로 고지해야 한다[42 U.S.C. §1395cc(f)(1)(A)].

349) 미국은 13개 주 및 워싱턴 D.C.에서 의료조력사를 합법화하고 있다. 다만 몬태나 주는 입법이 아니라 판례를 통해 합법화하고 있다[Baxter v. State, 354 Mont. 234, 224 P.3d 1211 (Mont. 2009)]. 특히 뉴욕 주는 2026. 2. 6. 의료조력사를 법제화하였다. 이에 관해서는 Death With Dignity, "New York is Now the 14th Jurisdiction to Pass Medical Aid in Dying" (2026. 2. 6.), https://deathwithdignity.org/news/2026/02/new-york-medical-aid-in-dying (2026. 3. 23. 최종확인).

350) 호주에서 연명의료결정은 주 및 준주법의 관할 사항이며, 6개 주와 2개 준주 모두 연명의료 중단을 보장하는 법률을 두고 있다. 예컨대 빅토리아 주의 경우 「의료치료계획 및 결정법(Medical Treatment Planning and Decisions Act 2016)」이 그 근거이다. 호주의 연명의료중단 결정법들은 사전돌봄계획을 법제화한 것으로 평가된다. 관련법들은 구속력 있는 '사전돌봄지시서(Advance Care Directives)'의 작성 요건을 규정한다. 예를 들어 빅토리아 주에서는 환자가 '가치 지시(Values Directive: 자신의 신념과 선호도 기술)'와 '지시적 결정(Instructional Directive: 특정 치료의 명시적 거부)'을 모두 남길 수 있으며, 의료진은 이 지시적 결정(예: 심폐소생술 거부)에 반드시 법적으로 구속된다[의료치료계획 및 결정법 제6조 제1항, 제2항, 제60조(a), 제60조(c)].

국가/구분	적극적 안락사	연명의료중단	의료조력사	의료조력사 법제화 특징 및 현황
오스트리아	불법	합법[353]	합법	- 2020년 헌법재판소에서 자살방조죄에 관한 형법규정의 위헌결정에 따른 후속조치로서 2022년 제정된 「조력사망 의향서에 관한 법률」을 통해 합법화됨. - 12주 대기 기간 적용 (말기 환자 제외), 두 명의 의사(완화 돌봄 전문가 포함) 검토 필요.
스위스	불법	합법[354]	합법	- 1942년 '이기적인 동기'를 가진 자살방조를 처벌하는 형법규정 신설됨에 따라 이기적 동기가 아닌 자살 방조가 전면 허용됨. - 의료조력사를 허용하는 명문의 규정없지만 디그니타스 클리닉(Dignitas Clinic) 등에서 조력 자살시행이 허용되고 있음. - 의사가 약물을 직접 투여하는 행위는 적극적 안락사로서 엄격히 금지됨.

351) 호주의 6개 주 및 호주수도 준주에서 의료조력사가 합법화되어 있다.

352) 캐나다는 각 주별로 그 법적 근거가 다르다. 예컨대 온타리오 주의 경우 「의료동의법(Health Care Consent Act, 1996)」과 「대체의사결정법(Substitute Decisions Act, 1992)」은 보통법에서 인정된 신체 자율성(캐나다 대법원 판례)을 근거로 모든 인지 능력 있는 성인에 대해서 생명유지치료를 포함한 어떠한 의료 행위도 거부할 절대적 권리를 인정한다. 각 주법은 환자가 의사능력을 상실했을 때를 대비해 '사전의료지시서(Advance Directives)'를 작성하거나 '대체의사결정권자(Substitute Decision Maker, SDM)'를 지정하는 절차를 명확히 규정하여 소극적 안락사를 실무적으로 완벽히 보장하고 있다. 이처럼 캐나다는 연명의료중단과 같은 의료 행위 동의 및 거부에 관한 사항은 각 주에서 주법으로 규율하는 반면, 적극적 의료조력사(MAID)는 연방형법으로 규율한다(연방형법 제227조 참조).

353) 법적 근거는 「환자사전지시법(Patientenverfügungs-Gesetz, PatVG)」(2006. 3. 29. 제정, 2018. 9. 4. 개정)이다. 오스트리아는 연명의료중단과 관련하여 세계에서 가장 정교하고 엄격한 독립 법률을 가진 국가 중 하나로 구속력을 이원화하고 있다. 즉 사전의료지시서를 '구속력 있는 지시서(Verbindliche Patientenverfügung)'와 '참고용 지시서(Beachtliche Patientenverfügung)'의 두 가지로 엄격히 구분한다. 의사에게 절대적 법적 구속력을 가지려면 반드시 의사와의 상세한 사전 상담을 거치고(제5조), 변호사나 공증인 앞에서 서명 인증을 받아야 하며(제6조 제1항), 그 효력 기한도 8년(2018년 개정 전 5년)으로 제한된다(제7조 제1항). 이 요건을 하나라도 충족하지 못하면 환자의 의사를 추정하는 '참고 자료'로만 효력을 가진다(제8조).

354) 법적 근거는 2008. 12. 19. 개정되어 2013. 1. 1.부터 시행된 환자사전지시서(Patientenverfügung)에 관한 「스위스 민법전(Schweizerisches Zivilgesetzbuch, ZGB)」 제370조 내지 제373조이다. 스위스는 별도의 의료법이 아닌 민법전을 개정하여 연명의료거부권을 명문화하였다. 이에 따르면 환자가 판단 능력을 상실할 경우를 대비해 치료 동의나 거부에 관한 지시서를 작성하거나 대리인을 지정할 수 있으며(제370조 제1항 및 제2항), 의사는 응급 상황이 아닌 한 반드시 환자의 지시서가 존재하는지 확인하고 이를 따라야 하는 법적 의무를 부담한다(제372조 제1항 및 제2항).

국가/구분	적극적 안락사	연명의료 중단	의료 조력사	의료조력사 법제화 특징 및 현황
독일	불법	- 민법의 사전의료지시[355] - 2014년 헌법재판소의 결정으로 합법화	합법	- 1872년 제국형법전에서부터 자살방조죄에 대한 처벌규정이 없어서 자살방조 전면 허용 - 형법상 2015년 '영업적 자살방조' 금지조항 신설됨으로 예외적 자살금지영역 생김. - 2020년 연방헌법재판소에 의한 형법의 영업적 자살방조 규정에 대한 위헌결정이 내려짐. - 생명에 대한 자기결정권을 가장 폭넓게 헌법적 기본권으로 인정. - 질병의 종류나 임종 임박 여부와 상관없이, 성인이 서면으로 작성한 사전의료의향서(Patientenverfügung)가 있다면 의사와 후견인은 이에 절대적으로 구속된다는 민법 규정에 따름.
네덜란드	합법	1994년 의사협회와 검찰의 협의로 인정, 2002년 안락사법	합법	- 2002년 유럽 최초로 적극적 안락사를 합법화함. - 안락사와 의료조력사를 명문으로 인정 환자에 대해 요구되는 요건은 양자 동일. - 말기 질환 요건이 없음 "지속적이고 견딜 수 없는 신체적 또는 정신적 고통"이 기준. - 12세 이상의 네덜란드 시민에게 적용됨. - 1세-11세까지는 2023년부터 정책적 지침으로 안락사가 허용되고, 신생아 안락사도 가능함(Groningen Protocol).

355) 2009. 7. 29.자 제3차 성년후견법 개정법률(Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts)을 통해 신설한 민법(BGB) 제1901a조에서 사전의료지시서의 법적 구속력을 명문화하였다. 이후 2017. 7. 22.에 같은 조 제4항을 신설하여 후견인이 적절한 경우에 사전의료지시가 가능하다는 사실을 피성년후견인에게 고지하고 피성년후견인이 원하는 때에는 사전의료지시서의 작성을 지원하는 것을 원칙으로 하고 있다. 이후 2021. 6. 4.자 「미성년후견 및 성년후견개혁법(Gesetz zur Reform des Vormundschafts– und Betreuungsrechts)」을 통해 제1901a조는 내용 변경 없이 제1827조로 이동하여 2023. 1. 1.부터 시행되고 있다.

국가/ 구분	적극적 안락사	연명의료 중단	의료 조력사	의료조력사 법제화 특징 및 현황
벨기에	합법	합법[356]	합법	- 2002년 네덜란드의 영향을 받아 안락사법이 발효. - 의료조력사는 네덜란드의 경우와는 달리 명문의 규정이 없지만 해석상 인정되어 임상현장에서 실시 허용됨. - '치료 거부(소극적)'와 '사망 요청(적극적)'을 명확히 구분하여 입법화함으로써, 의료 현장의 혼란을 최소화한 대표적인 입법례임. - 소극적 안락사(환자권리법 제8조)에서 환자는 어떤 의료 행위든 거부하거나 철회할 절대적인 권리(Droit de refuser ou de retirer son consentement) 인정. - 의사는 이 거부 의사에 반드시 따라야 하며, 이로 인해 환자가 사망하더라도 의사는 법적 책임을 지지 않음. - 미성년자(2014년 확대)에게도 적용.
룩셈부르크	합법	합법[357]	합법	- 2009년 안락사와 의료조력사가 양자택일의 방식으로 허용됨. - 심각하고 치료 불가능한 상태의 환자가 반복적으로 요청 시 적용됨. - 네덜란드, 벨기에에 이어 세계에서 3번째로 안락사를 합법화한 국가임. - 연명의료 중단과 안락사, 완화의료를 하나의 법률 패키지로 다룸.

356) 법적 근거는 「환자의 권리에 관한 법률(Loi relative aux droits du patient / Wet betreffende de rechten van de patiënt)」(2002년 8월 22일 제정) 및 그 병행 법률 「안락사에 관한 법률(Loi relative à l'euthanasie)」(2002년 5월 28일 제정)이다.

357) 「안락사 및 조력자살에 관한 법률(Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide)」 및 그 병행 법률인 「완화의료, 사전지시서 및 임종 동행에 관한 법률(Loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie)」이 법적 근거이다. 룩셈부르크는 2009. 3. 16. 안락사법을 제정하면서 동시에 '완화의료법'을 같은 날 제정했다. 이는 연명의료 중단이나 안락사가 단순히 죽음을 앞당기는 것이 아니라, 환자의 고통을 완화하고 삶의 마지막을 동행하는 '총체적 임종 돌봄(End-of-life Care)'의 일부라는 입법 철학의 반영이라고 할 수 있다.

국가/구분	적극적 안락사	연명의료 중단	의료 조력사	의료조력사 법제화 특징 및 현황
이탈리아	불법	합법[358]	합법[359]	- 생명유지장치에 의존하고 있고,[360] 완전한 정신 능력을 가져야 하며, 치료 불가능한 질병으로 견딜 수 없는 고통을 겪고 생명유지치료로 연명하고 있어야 함. - 영양과 수분 공급(DAT)을 포함한 모든 생명유지치료를 거부하거나 중단할 권리를 법으로 보장. - 2022년 첫 합법적 MAID 사례 발생.
콜럼비아	합법[361]	합법[362]	합법[363]	- 중남미 최초로 적극적 안락사를 허용한 국가이지만, 그 기반은 의회의 법률이 아닌 헌법재판소(1997)의 판결과 보건복지부의 행정명령(Resolution 1216호)에서 가이드라인을 설정함. - 2021년 비말기 환자에 대한 안락사도 헌법재판소판결 (Sentencia C-233/21)에 의해 허용됨으로서 그 허용 범위가 대폭 확대됨.[364] - 의료조력사(조력자살)의 경우에는 2022년 헌법재판소에 의해 허용됨.

358) 이탈리아에서 연명의료중단의 법적 근거는 「사전동의 및 사전의료지시에 관한 법률」(Legge 22 dicembre 2017, n. 219 – Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento)」이다.

359) 2019년 형법 제580조의 자살교사 · 방조죄를 위헌이라고 한 헌법재판소 판결(Corte costituzionale, sent. n. 242/2019)로 일정한 요건 하에서 MAID가 합법화되었으나, 아직 의회를 통해 법제화되어 있지는 않다. 다만 토스카나 주는 2025년 지역법 제16호(legge regionale n. 16 del 2025)를 제정하여 헌법재판소가 제시한 허용요건을 전제로 MAID 신청절차, 보건서비스의 심사, 윤리위원회 의견 및 처리기간 등을 지역 차원에서 규율하였다. 이는 전국적 입법의 공백을 메우려는 최초의 지역적 시도라고 평가할 수 있다. 실제로 이 지역법에 따라 파킨슨병 환자인 작가 Daniele Pieroni가 2025. 5. 17. 생을 마감하였다고 한다[Agenzia Nazionale Stampa Associata(ANSA), "First assisted suicide in Tuscany under new regional law" (2025. 6. 11.), https://www.ansa.it/english/news/2025/06/11/first-assisted-suicide-in-tuscany-under-new-regional-law_59946e6b-44bb-4117-bae8-13c2ffc536a2.html (2026. 3. 23. 최종확인) 참조.]. 그러나 국가는 입법권 침해를 이유로 헌법재판소에 권한쟁의심판을 청구하였고, 헌법재판소는 다수의 조항에 대해서 위헌결정을 선고하였다(Corte costituzionale, sent. n. 204/2025).

360) 해석상 그 요건의 엄격성이 완화되면서 기계장치에 의존하지 않고 생명이 유지되고 있는 환자에게도 적용되는 것으로 해석되고 있다.

361) 중남미 국가중 최초로 안락사를 헌법재판소 판결 Sentencia C-239/97(기본권 확인) 및 Sentencia T-970/14(규제 명령)+「보건사회보호부 결의안 제971호(Resolución 971 de 2021)」를 통해 비범죄화하였다.

362) 콜롬비아에서 연명의료 중단 및 조력사망은 '존엄하게 죽을 권리(Derecho a Morir Dignamente)'라는 헌법상 기본권으로 확립되어 있다. 법률(Ley)의 부재를 보건부 결의안(Resolución)이 메우고 있으며, 이를

국가/구분	적극적 안락사	연명의료 중단	의료 조력사	의료조력사 법제화 특징 및 현황
뉴질랜드	불법	합법[365]	합법	- 2021년 11월 7일 '생애 마지막 선택 법(End of Life Choices Act)'에 따라 MAID 합법화. - 적극적인 조력사망은 「생애말기선택법」에 따르지만, 환자가 단순히 인공호흡기 등을 거부하는 소극적 연명의료 중단은 1996년의 「권리 규약(Code of Rights)」에 따라 보장된다. - 이 두 가지 권리가 충돌하지 않고 상호 보완적으로 환자의 선택권을 보장하도록 설계됨. - 영미법 전통에 따라 연명의료 거부권을 인정해 오다가, 2019년 법 제정 및 2020년 국민투표를 통해 이를 성문법으로 확정됨.
스페인	합법	합법[366]	합법	- 2021년 6월 24일 합법화. - "심각하거나 불치병" 또는 "만성적이거나 무력화시키는" 상태로 "참을 수 없는 고통"을 겪는 성인 시민 및 법적 거주자에게 적용. - 2002년 법률을 통해 '사전의료지시서(Instrucciones Previas)'를 법제화했으며, 이를 국가 차원의 등록 시스템(Registro Nacional)과 연동하여 어느 병원에서든 환자의 연명의료 중단 의사를 확인할 수 있도록 체계화함. - 2021년 법은 이 기반 위에 적극적 조력사망 절차를 얹은 입법형식을 취함.

통해 사전의료지시서(Documento de Voluntad Anticipada)의 작성과 이행 절차를 상세히 규정하고 있다.

363) **2022년 5월 11일** 헌법재판소는 재판관 6 대 3의 결정으로 형법 제107조(자살 유도 및 방조죄)에 대해 조건부 위헌 결정을 내렸다(Sentencia C-164/22).

364) 2022년 1월, 비말기 질환자에게도 합법적인 안락사가 적용되는 첫 사례가 발생하였다(퇴행성 질환, ALS 환자).

365) 공식 법률 명칭은 「생애말기선택법(End of Life Choice Act 2019)」이고, 연명의료 거부권의 법적 근거가 된 것은 「보건 및 장애 서비스 소비자의 권리에 관한 규약 (Code of Health and Disability Services Consumers' Rights 1996)」(Right 7: 서비스 거부 및 선택권)이다.

366) 스페인은 종래 「환자의 자율성 및 권리와 의무에 관한 기본법(Ley 41/2002)」(제11조 사전의료지시서)을 통해 연명의료 중단을 허용해 오다가, 2021년 포괄적인 안락사법인 「안락사 규제에 관한 기본법(Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia – LORE)」을 제정하여 의료조력사도 허용하고 있다.

하지만 아래 〈표 13〉의 '의료조력사 금지 국가' 입법례에서는 소극적 차원의 연명의료중단은 허용되고 있을 뿐이고, 적극적 안락사는 우루과이를 제외하고는 모두 금지되어 있다.

<표 13> 의료조력사 금지 국가에서의 환자의 선택지 비교

국가/구분	적극적 안락사	연명의료 중단	의료 조력사	의료조력사 법제화 특징 및 현황
프랑스	불법	합법[367]	법제화 진행 중 (2025년 하원 통과)	- 2016년 법률로 의사의 영구 진정(sedation) 허용(질병 또는 굶주림으로 사망할 때까지). - 연명의료 중단 시 환자의 고통을 덜기 위해 사망에 이를 때까지 지속되는 '심층적이고 지속적인 진정(Sédation profonde et continue)'을 받을 권리를 법제화함. - 적극적 의료조력사 허용법안이 2025년 하원에서 통과되었으나, 2026년 2월 상원에서 부결됨. - 현재 상하원 협의조정 절차 전행 중임.
영국[368]	불법	합법[369]	법제화 진행 중	- 안락사는 정황에 따라 살인 또는 과실치사로 분류되며, 의료조력사도 자살방조죄로 처벌됨(최고 14년 징역). - 전통적인 판례법 국가이나, 「정신건강법」을 통해 의사결정능력을 상실하기 전 특정 치료(생명유지치료 포함)를 거부할 권리를 명시함. - 2024년 11월 30일 하원에서 여명 6개월 이하의 말기 환자(성인)을 대상으로 하는 의료조력사(MAID) 법안이 다수(330 대 274)로 찬성되어 다음 단계 심의로 넘어갔으며, 법제화가 가까워지고 있음.

367) 법적 근거는 2016. 2. 2. 제정된 「환자 및 임종기 환자를 위한 새로운 권리 창설에 관한 법률(Loi n° 2016-87 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie)」. 학계와 실무에서의 통칭은 클레이-레오네티법(Loi Claeys-Leonetti)이다.

368) 잉글랜드/웨일스/스코틀랜드/북아일랜드 포함.

369) 2005. 4. 7. 제정된 「정신능력법(Mental Capacity Act 2005)」는 2007. 4. 1.부터 제24조 내지 26조를 시행하여 사전치료거부결정(Advance Decisions to Refuse Treatment, ADRT) 제도를 법제화하였다.

국가/구분	적극적 안락사	연명의료 중단	의료 조력사	의료조력사 법제화 특징 및 현황
우루과이	합법	합법[370]	금지	- 종래 형법에 '자비 살해(mercy killing)'조항이 있어, 경건한 동기로 반복적인 요청에 의해 살해한 경우 판사가 형벌을 면제할 수 있는 권한을 가짐. - 2025년 11월 안락사법 상원 통과되었지만 의료조력사는 의학적 이유 및 통제의 곤란을 이유로 허용대상에서 최종 배제됨. - 새로운 안락사법에 따르면 의료조력사에 관여한 의사에게 자비살해라는 면책 혜택을 받기 어려움. - '소극적 존엄사법(2009)'을 먼저 정착시킨 후, 최근(2025)에야 '적극적 안락사법'을 별도로 제정하는 단계적 입법 과정을 거친 대표적인 국가임.
대만	불법	합법 (아시아 최초 존엄사법[371])	금지	- 의료조력사를 허용하려는 분위기가 무르익지 않음. - 연명의료중단을 허용하는 법률(존엄사법)이 종래 말기 환자에게만 적용되었던 한계를 극복하고, '환자자주권리법'을 통해 비가역적 혼수상태, 영구적 식물인간 상태, 중증 치매 환자에게까지 연명의료 거부권이 확대됨.

370) 최초의 법적 근거는 2009. 4. 3. 제정된 「사전의료지시(생전유언)에 관한 법률(Ley N으 18.473 – Voluntad Anticipada)」이며, 2013. 12. 4. 시행령(Decreto N으 385/013)이 마련되었다. 이 법은 제1조에서 "자연적인 죽음의 과정을 인위적으로 연장하는 치료를 거부할 권리"를 보장하였지만, 적극적 안락사(적극적 생명 단축)를 허용하지는 않았으며, 2025년 안락사법을 통해 비로소 적극적 생명단축이 허용되었다.

371) 대만에서 연명의료중단에 관한 최초의 법적 근거는 「안녕완화의료조례(安寧緩和醫療條例, Hospice Palliative Care Act)」(2000. 6. 7. 시행)이다. 동 조례는 말기환자의 의료의향을 존중하고 그 권익을 보장하는 것을 목적으로 하며, 말기환자에 대한 심폐소생술 및 연명의료의 불시행 · 중지 · 철회를 허용하는 기본적 틀을 마련하였다. 이후 제정된 「환자자주권리법(病人自主權利法, Patient Right to Autonomy Act)」(2016. 1. 6. 제정, 2019. 1. 6. 시행)은 환자의 자기결정권을 의사결정능력을 상실한 이후까지 연장하고, 사전의료돌봄상담(Advance Care Planning)과 사전의료결정을 통해 환자의 의사를 법적으로 구속력 있게 구현한 후속적인 보완입법이다. 특히 안녕완화의료조례에서 연명치료중단의 대상은 말기환자로 제한된다(제7조 제1항 제1호 및 제5항). 반면, 「환자자주권리법」은 말기환자뿐만 아니라, 비가역적인 혼수상태에 있는 자, 영구적인 식물인간 상태인 자, 극히 중한 치매환자 등으로 적용 대상을 확장하였고(제14조), 환자 또는 의료기관의 사전결정 이행을 관계인(법정대리인, 배우자, 친족 등)이 방해할 수 없도록 하였다(제4조 제2항).

국가/구분	적극적 안락사	연명의료 중단	의료조력사	의료조력사 법제화 특징 및 현황
한국	불법	합법 (연명의료결정법)372)	금지	- 의료조력사를 합법화하는 법안이 조력존엄사법 등의 이름으로 국회에 발의되어 있음 - 자살방조죄 위헌여부가 헌법재판소에 의해 심리되고 있음.
일본 373)	일정한 요건 하에 범죄성립배제 가능성374)	법제화 되어 있지 않지만 실무상 인정375)	금지	- 의료조력사를 허용하는 외국법제를 소개하는 문헌은 보이지만, 의료조력사 허용을 둘러싼 논의가 적극 개진되고 있지는 않음. - 의료조력사는 적극적 안락사까지 포함하는 '임사개조(臨死介助)'의 일종으로 취급하고 있고, 소극적 안락사는 '존엄사(songenshi)'로 불리고 있음.
중국	불법	선전특구 합법화376)	금지	살인죄 및 과실치사죄로 금지.

372) 「호스피스 · 완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(2016. 2. 3. 제정, 2017. 8. 4. 시행)이 법적 근거이다.

373) 일본은 초고령 사회임에도 불구하고 연명의료 중단이나 존엄사에 관한 '공식적인 단일 국가 법률(성문법)'이 존재하지 않다. 입법 시도가 여러 차례 있었으나 사회적 합의 도출에 실패했다.

374) 1991년 도카이 대학 의학부 부속병원에서 의사가 입원 중인 말기 암환자에게 염화칼륨을 투여하여 사망에 이르게 한 사건(도카이 대학 안락사 사건)에 대해 1995. 3. 28. 요코하마 지방법원은 적극적 안락사가 허용되기 위한 요건으로 ① 환자가 참기 어려운 격렬한 육체적 고통을 겪고 있을 것, ② 죽음이 불가피하고 임종이 임박해 있을 것, ③ 육체적 고통을 제거 · 완화하기 위한 수단을 다했음에도 다른 대체수단이 없을 것, ④ 생명 단축을 승낙하는 환자의 명시적 의사표시가 있을 것을 제시하였다(横浜地判 平成7年 3月 28日 判例時報 1530号 28頁). 다만 이 사건에서 요코하마 지방법원은 의사에게 징역 2년, 집행유예 2년의 유죄판결을 선고하였고, 피고인인 의사는 항소하지 않아 판결이 확정되었다.

375) 일본은 연명의료 중단에 관한 명문화된 법률규정이 없기 때문에, 연명의료를 중단한 의사가 살인죄로 수사를 받을 우려가 항상 존재해 왔다. 이를 막기 위해 일본 후생노동성은 「인생의 최종단계에서의 의료 · 돌봄 결정 과정에 관한 가이드라인(人生の最終段階における医療 · ケアの決定プロセスに関するガイドライン)을 2007년에 제정하였고, 이후 2018. 3. 13.에 개정하였다. 이에 따르면 ① 의료진과 환자 · 가족 간의 반복적인 논의(ACP, Advance Care Planning), ② 다학제 의료팀에 의한 신중한 결정이라는 '절차'를 준수하도록 권고하고 있다. 따라서 일본의 의료 현장에서는 연명의료중단이 사실상 허용되고 있다고 할 수 있다. 厚生勞動省, 人生の最終段階における医. 療 · ケアの決定プロセスに関するガイドライン (2018. 3. 14.), https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197665.html (2026. 3. 23. 최종확인).

376) 중국내 선전(Shenzhen) 시 「선전경제특구 의료조례(深圳经济特区医疗条例)」(2022년 개정, 2023년 1월 시행) 제78조를 통해 최초로 합법화되었다. '생전유언(生前预嘱, Living Wills)'의 법적 효력을 명문화한 것으로 환자가 회복 불가능한 말기 상태일 때, 과도한 구급 소생술이나 생명유지장치를 거부한다는 생전유언을 남겼다면 의료기관이 이를 존중하여 연명의료를 유보하거나 중단할 수 있다. 중국은 전통적으로 유교적 효(孝) 사상으로 인해 연명의료 중단이 금기시되었고 국가적 차원의 안락사법은 없다. 그러나 중국에서도 최근 법적 패러다임이 급변하고 있다. 「중화인민공화국 민법전(中华人民共和国民法典)」(2021. 1. 1. 시행) 제33조에서 후견(意定监护, 사전지정후견제도) 조항을 신설하여, 성인이 자신의 인지 능력 상실을 대비해 향후 의료 결정을 대신할 후견인을 서면으로 지정할 수 있는 법적 근거를 마련하였다.

II. 생명에 대한 자기결정권과 국가 생명보호 의무의 관계 재설정

1. 국가 생명보호의무 패러다임의 전환

가. 전통적 패러다임: 절대적 생명보호

전통적으로 국가의 기본권 보장 책무에 관한 헌법규정으로부터 도출되는 '국가의 생명보호 의무'는 전통적으로 국민의 생명을 끝까지 유지시키는 차원의 단순 '수량적 · 생물학적 생명연장 의무'로 이해되었다. 절대적 '생명'보호라는 도그마도 이와 같은 전통적 이해와 맞닿아 있다. 그러나 오늘날 전세계 법질서의 면면이나 사회적 담론의 진행 경과를 보면, 생명보호의 절대성이 전통적 의미 그대로 유지되지 못하는 방향으로 변화하고 있다. 한국 법제도만 보더라도 '최대한의 생명보호', '상대적 생명보호'라고 평가할 수 있을 정도로 그 절대성이 이미 약화되어 있다.[377] 이러한 변화를 이끌어가는 핵심적인 동력은 생명권에 대한 개인의 '자기결정권의 신장'이고, 이는 인간의 존엄과 가치에서 도출되는 것임은 앞서 살펴보았다.

나. 자기결정권의 신장과 변화의 첫걸음

이러한 변화는 오늘날 생명권 보호를 위한 국가의 '의무'에도 변화를 가져왔다. 생명에 대한 무조건적 절대적 보호에서 '인간으로서의 존엄성이 유지되는 범위 내에서 상대적인 방법으로 생명'을 보호하는 것이다. 환자가 견딜 수 없는 극심한 고통 속에서 자신의 존엄성이 더 이상 유지되고 있지 않다고 호소할 때, 국가가 형벌권을 동원하여 생물학적 생존만을 강제하는 것은 생명보호 의무를 명분으로 삼아 오히려 인간의 존엄을 유린하는 결과를 낳기 때문이다. 이 때문에 세계 각국에서는 일정한 전제조건하에서 환자가 생명에 대한 자기결정권을 행사함에 있어서 존엄한 죽음을 자율적으로 선택할 수 있도록 생명보호를 위한 형법적 금지의 빗장을 일부 여는 동시에 자율적 죽음에서 남용과 부작용이 생기지 않도록 일정한 '의료적 절차'를 거치도록 하는 식으로 방법의 전환을 도모하였다.

이러한 차원의 생명보호의무 이행의 패러다임의 전환이 입법정책적으로 가장 먼저 현실화된 영역은 한국도 포함되는 다수의 국가에서 허용된 '협의의 소극적 안락사',

377) 김성돈, 「형법각론(제10판)」, 박영사 (2025), §5/3 이하 참조.

즉 환자에 대한 '연명의료중단' 결정의 허용이고, 이로써 이 결정에 개입한 의사에 대해 촉탁살인죄라는 형법적 금지의 빗장이 벗겨지게 되었다.

다. 생명보호의무 패러다임의 전환
: 형법적 금지를 통한 보호에서 의료적 절차를 통한 보호

생명보호의무의 패러다임의 전환은 이제 의료조력사로 지칭되는 영역에서 실현되려는 입법정책의 변화를 추동하고 있다. 헌법적 자기결정권이 임종과정에 있는 환자의 치료거부를 통한 죽음을 허용하게 한 이상, 생애 말기 환자가 죽음의 시기와 방식을 스스로 결정하는 것을 허용하여야 하고, 이 과정에서 의료적 조력을 제공한 의사 등에 대해 드리워져 있는 자살방조죄의 그림자를 없애야 한다는 것이다. 소극적 차원에서 치료거부를 통한 죽음이 허용된다면 보다 적극적 차원에서 의료적 조력을 통한 죽음도 허용되어야 하고, 이러한 허용을 위해 국가는 의료조력사라는 영역에서도 생명보호 방식을 형법적 금지 대신에 의료적 절차라는 안전장치를 두는 방식의 입법정책적 패러다임의 변화를 가져와야 한다는 것이 의료조력사 법제화론의 핵심 요체이다.

이러한 차원에서 개인의 헌법적 자기결정권과 국가 생명보호 의무를 재해석한 기념적인 판례는 2020년 독일의 헌법재판소 판결이라고 할 수 있다.[378] 앞서 살펴보았듯이 독일 연방헌법재판소는 기본법(Grundgesetz) 제1조 제1항(인간의 존엄성)과 제2조 제1항(일반적 인격권)을 결합하여, 죽음의 방식과 시기를 스스로 결정할 권리가 헌법상 기본권임을 분명히 선언했다.[379] 헌법재판소는 국가가 생명을 보호할 의무(기본법 제2조 제2항)를 가지고 있음을 인정하면서도, 그 '보호의 방식'을 완전히 새롭게 정의내렸다.[380]

---

378) BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020 – 2 BvR 2347/15 –, Rn. 1–343(독일 연방헌법재판소 2020. 2. 26. 선고 2 BvR 2347/15 등 판결).

379) "일반적 인격권(Allgemeines Persönlichkeitsrecht)은 자기결정적 죽음에 대한 권리(ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben)를 포함한다. 이 권리는 자신의 생명을 스스로 끊을 자유와, 이를 위해 제3자의 조력을 구하고 제공받은 조력을 이용할 자유를 포괄한다. […] 스스로 죽음을 선택할 권리는 불치병 등 특정한 질병의 단계나 특정 생활 상황에 국한되지 않으며, 개인의 전 생애에 걸쳐 존재한다."(BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020 – 2 BvR 2347/15 ua, Leitsatz 1, Rn. 210).

380) 독일 연방헌법재판소는 '국가의 생명보호 의무가 개인의 자기결정권을 부정하는 근거가 될 수는 없다. 국가는 자살을 방지하기 위해 개인의 결정이 진정으로 자유로운 의사에 기반한 것인지(자율성)를 담보할 절차적 보호 장치(상담, 숙려기간 등)를 마련할 의무가 있을 뿐, 개인의 자유롭고 진지한 결정을 거슬러 생명 유지를 강제할 권한은 없다.'는 취지의 판시를 하였다. 이에 관해서는 BVerfG, Urt. v. 26.2.2020 – 2 BvR 2347/15 u.a., insb. Rn. 203 ff., 210, 338 참조.

이와 같이 독일 연방헌법재판소가 일반적 인격권의 보장 영역에 '자기결정적 죽음에 대한 권리'가 포함됨을 선언함으로써, 그리고 특히 이 권리가 말기 환자라는 의학적 전제조건에 결부되지 않는 인간 고유의 권리임을 명시함으로써, 국가의 생명보호 의무가 개인의 자유로운 의사에 반하여 생물학적 생존을 강제하는 명분이 될 수 없음을 분명히 하였다. 이러한 논리 전개는 헌법 해석상 '죽을 권리'를 단순한 생명권의 포기가 아닌, 인간 존엄성의 궁극적 완성으로 재해석하려는 태도와 궤를 같이 하게 된다

생명에 대한 자기결정권의 이러한 이해는 국가의 생명보호 의무가 극심한 고통에 처한 자의 생명을 무조건 연장하는 데 있는 것이 아니라, 생명주체의 생명권 남용을 방지하는 엄격한 절차적 안전장치(심사위원회, 복수의사 교차검증 등)를 마련하는 데 집중되어야 한다는 것이다. 이 절차가 보장된다면, '의료조력사'를 허용하는 입법정책이 헌법 제10조의 인간의 존엄을 최후까지 실현하는 수단으로서 헌법적 정당성을 획득할 수 있다는 논리를 전개할 수 있다. 이러한 논리를 더욱 급진적으로 밀어붙이면 '적극적 안락사'를 허용하는 입법정책까지도 헌법적 정당성을 가질 수 있게 된다.

2. 패러다임 전환을 추동시킨 철학적 프레임 워크

가. 아감벤의 생명정치학적 개념구분: 조에(Zoe)와 비오스(Bios)

생명에 대한 자기결정권과 국가의 생명보호의무가 이렇게 재설정되면서 양자 모두에 대해 나타난 패러다임 전환을 철학적으로 뒷받침하는 강력한 프레임 워크가 있다.[381] 이탈리아의 철학자인 조르조 아감벤(Giorgio Agamben)의 생명정치학(Biopolitics)적 개념인 – 고대 그리스어에서 따온 – '조에(Zoe)'와 '비오스(Bios)'의 구분이 그것이다.

아감벤의 구분에 따르면 조에(Zoe)란 '벌거벗은 생명(호모 사케르: Bare Life)'으로서 동물, 식물, 인간 모두가 공유하는 '단순히 생물학적으로 살아 있음'을 뜻하는 자연적 생명이다. 이와는 달리 '가치 있는 삶'을 의미하는 비오스(Bios)란 특정한 개인이나 집단이 고유한 의미와 목적을 가지고 살아가는 '정치적 · 인격적 · 전기적(biographical) 삶'을 뜻한다.

아감벤은 이 두 가지 개념을 차용하여 말기 환자가 겪는 무의미한 생물학적 연명 상태와(조에) 자기결정권을 행사하여 존엄하게 죽음을 맞이하는 것(비오스)의 차이를 분

381) 의학적 배경 및 헌법이론적 차원의 배경에 관해서는 앞의 의료조력사 이슈 등장 배경 참조.

석하였다. 단순한 생물학적 생명 유지 상태를 의미하는 '조에'라는 개념을 연명의료에 의존하고 있는 임종과정에 있는 환자에게 적용하면, 이들은 본인의 의지와 무관하게 인공호흡기, 영양 공급관 등 첨단 의료 기계에 의해 심장 박동과 호흡만 유지되는 상태에 있게 된다. 주체적이고 가치 있는 전기적 · 인격적 삶으로 요약될 수 있는 비오스라는 개념을 존엄을 지키기 위한 자기결정권 행사에 적용하면, 환자가 '이런 식의 고통스러운 연장은 나의 인격과 존엄성에 위배된다'고 판단하여 연명의료를 거부하거나 조력을 받아 죽음을 선택하는 것을 정당화한다.

아감벤은 현대 의학이 환자의 인격과 존엄은 배제한 채, 환자를 오직 통제 가능한 '조에(생물학적 덩어리)'로 환원시켜 버렸다고 비판한다.[382] 자기결정권을 행사하여 존엄한 죽음을 선택하는 것은 단순한 생존(조에)을 거부하고, 자신의 삶을 스스로 통제하는 인간 고유의 주체적이고 가치 있는 삶(비오스)을 마지막 순간까지 지켜내려는 의지의 발현으로 해석될 수 있기 때문이다.[383]

나. 아감벤의 프레임 워크를 적용할 수 있는 사례들

아감벤의 구분에 따르면, '자기결정권에 의한 존엄한 죽음의 선택은 의료 권력에 의해 '조에'로 전락할 위기에 처한 개인이 자신의 '비오스'를 방어하고 완성하려는 헌법적 권리 행사'로 설명할 수 있다.[384] 이 때문에 아감벤의 '생명정치' 이론은 각국의 헌법재판에서 전개되고 있는 생명에 대한 자기결정권의 구체적 인정 범위의 변화를 설득력 있게 설명하기 위해 자주 인용되는 텍스트 중의 하나로 되어 있다.[385] 독일 헌법재판소,

---

382) 현대 의학의 연명 기술은 죽음의 경계를 모호하게 만들었으며, 뇌사자나 말기 환자는 정치적 권리(비오스)를 상실한 채 오로지 의학적 통제의 대상이 되는 순수한 생물학적 생명(조에)으로 축소된 현대판 호모 사케르(벌거벗은 생명)가 되었다고 한다. 조르조 아감벤 저/박진우 역, 『호모 사케르: 주권 권력과 벌거벗은 생명』, 새물결 (2001). (원제: *Homo Sacer: Il potere sovrano e la nuda vita*, 1995) 참조.

383) 조르조 아감벤 저/박진우 역, 『호모 사케르: 주권 권력과 벌거벗은 생명』 제3부(수용소) 제6장 '죽음을 앞당길 권리와 가치 없는 생명' 부분 참조.

384) 그러나 한국의 기독교 윤리학계(예: 샬롬나비 등 조력존엄사 반대 단체)에서는 이 용어를 정반대로 해석하여 조력사망을 반대하기도 한다. 이 입장은 성경적 관점을 차용해 '조에(Zoe)'를 하나님이 부여한 영원하고 절대적인 생명의 본질로, '비오스(Bios)'를 지상에서의 일시적이고 외형적인 삶의 기간으로 재해석한다. 따라서 '육체적 고통(비오스의 영역)을 이유로 절대적 가치인 생명(조에)을 인위적으로 끊는 존엄사는 잘못되었다'고 주장한다. 이에 관해서는 기독일보, "현대판 고려장에 불과… 조력존엄사법안 반대" (2025. 9. 15.), https://www.christiandaily.co.kr/news/151465 (2026. 3. 23. 최종확인) 참조.

385) 아감벤의 조에/비오스 개념을 한국의 연명의료결정 및 안락사 문제에 직접 대입하여 분석한 문헌으로는 양운덕, "미시권력들의 작용과 생명 정치 : 푸꼬의 권력분석틀과 아감벤의 근대 생명정치학 비판", 『철학연구』 제36호, 고려대학교 철학연구소 (2008) 참조[특히 204쪽 이하에서는 미국의 퀸란(Quinlan) 사건 등을 예로 들고 있다.]

오스트리아 헌법재판소, 캐나다 연방대법원 판결, 콜롬비아 헌법재판소 판결 등도 아감벤식 생명 구분 프레임 워크가 적용된 사례로 평가할 수 있다.

한국 대법원의 2014년 수혈거부 판결(대법원 2014. 6. 26. 선고 2009도14407 전원합의체 판결)도 조에와 비오스의 구분 프레임 워크에 의해 설명가능하다. 이 판결에서 환자가 자신의 종교적 · 인격적 정체성을 위해 생존가능한 삶을 포기한 것을 자기결정권의 정당한 행사로 승인한 것을 두고, '비오스'를 수호하기 위해 의료적 기계장치에 의해 유지되는 생물학적 차원의 '조에'적 삶의 인위적 연장을 거부한 것으로 평가할 수 있기 때문이다. 2009년 연명의료중단을 합법화한 대법원 판결이나 그에 기초한 연명의료결정법도 동일한 프레임 워크로 설명될 수 있다. 단순히 숨을 쉬는 기계적 생명의 양(量)적 연장보다, 환자의 고유한 삶의 서사가 갖는 질(質)적 존엄에 우위를 인정한 사법적/입법적 결단으로 읽을 수 있기 때문이다.

이탈리아 헌법재판소가 2019년 의료조력자살을 허용한 판결(Sentenza 242/2019)도 아감벤의 정치생명학적 개념구분에 기초한 판결로 해석될 수 있다. 이탈리아 헌법재판소가 생명유지장치에 결박된 채 견딜 수 없는 고통을 겪는 환자에 대해서도 예외 없이 적용되는 자살방조죄에 대한 위헌 결정을 통해 의료조력사 허용의 길을 틔운 것은 죽음을 향한 맹목적 도피나 생명권의 경시가 결코 아니다. 이는 오히려 환자가 무의미한 '조에' 삶의 굴레를 스스로 벗어던지고, 자신의 전기적 삶(비오스)의 마지막 장을 자신의 이성과 가치관에 따라 온전히 통제하며 존엄하게 완성할 수 있도록 헌법적 주체성을 회복시켜 준 규범적 결단으로 평가될 수 있기 때문이다.

2024년 이탈리아 헌법재판소는 생명유지치료의 개념을 종래의 연명의료장치 보다 더 확장 해석하여 치료를 통해 회복불가능한 상태에 단말마적 고통을 겪고 있는 환자에게도 적용될 수 있는 것으로 보았다. 이러한 환자에게 국가가 형벌권을 동원하여 생존을 강요하는 것은 인간을 권리의 주체에서 의학적 통제 내지 국가후견주의의 대상인 '벌거벗은 생명'으로 전락시킬 수 있는 것으로 이해한 것이다.

제5절 패러다임 전환의 구체적 모습들: 입법모델론

생명에 대한 자기결정권의 인정 범위를 확장시키는 헌법적 이해는 국가 생명보호의무가 미치는 영역 및 생명보호 의무 이행을 위한 입법정책에 직접적으로 영향을 미친다. 생명에 대한 자기결정권의 헌법적 승인 정도가 높아질수록(특히 후술하듯이 권리중심형 입법모델!) 종래 모든 국가가 출발점으로 삼고 있었던 생명보호의무에도 일정한 패러다임의 변화를 가져오기 때문이다. 이러한 패러다임의 변화는 국가 생명보호의무의 중심축으로 기능해 왔던 형법의 금지규정(특히 자살방조죄)의 금지 유무 및 그 정도에도 변경을 수반한다. 후술하겠지만, 한국의 입법자가 자살방조죄의 '전면적 금지', '전면적 폐지', '부분적 금지' 중 어떤 입법정책적 결단을 내릴 것인지도 결국 헌법재판소가 헌법해석상 생명에 대한 자기결정권의 인정 범위를 어디까지 확장할 것인지에 달려 있다.

한국형 의료조력사 입법모델이 나아갈 '기본방향'을 가늠하기 위해, 의료조력사를 법제화하고 있는 해외 입법례가 구체적으로 어떤 입법모델을 취하고 있는지를 검토해 볼 필요가 있다. 이러한 검토에서는 앞에서의 관점, 즉 '헌법적 자기결정권 인정 범위' vs '의료조력사 허용여부'라는 관계구도를 더 구체화시켜 '헌법적 자기결정권의 인정 범위' vs '의료조력사를 허용하는 구체적 입법모델'의 관계구도가 중요하게 취급되어야 한다. 어떤 국가의 헌법재판소나 최고법원이 인정하는 자기결정권의 인정 범위와 해당 국가의 법질서내에서 환자의 생명처분에 개입하는 주체(의사 등 의료진)의 조력행위에 대해 어떤 법적인 의미부여를 해야 할 것인지에 관한 입법정책적 방향성도 가늠해 보기 위함이다.

이하에서는 의료조력사를 허용하는 각국의 입법례가 국가의 생명보호 의무의 이행과 관련하여 패러다임의 전환을 보여주는 부분에 초점을 맞춰 그 특징적 내용을 도출하고, 이를 한국형 의료조력사 법제화가 나아가야 할 입법모델을 결정하는데 중요한 참고자료로 삼으려고 한다.[386]

386) 의료조력사 허용 입법모델의 세부 유형 및 각 유형별 특징에 관해서는 제6장 참조.

I. 법률적 · 의료적 통제로 이원화된 사전 통제 모델 (미국, 호주, 오스트리아 등)

국가의 생명보호의무를 조력사망 '실행 이전'의 엄격한 법적 실체요건을 설정한 후(법률적 통제) 이 요건의 충족여부에 대한 의료적 심사절차를 거치게 함(의료적 통제)으로써 국가 생명보호의무를 달성하려는 입법모델을 말한다.

기대여명 6개월 등 명확한 말기 요건을 법률로 강제하고, 우울증 등 정신질환적 요소를 사전에 스크리닝하여 취약계층의 오남용을 원천 차단하는 데 주력하는 입법례로서 미국과 호주 입법례가 여기에 해당한다.

특히 미국 오리건 주 존엄사법은 엄격한 '사전 통제 모델'의 전형으로 세계 각국의 의료조력사 법제화에 영향을 미쳤다. 유럽 국가들이 의사의 사후 보고 및 위원회 심사(ex-post)에 무게를 두는 것과 달리, 오리건 주는 행위가 발생하기 전의 겹겹의 의료적 게이트키핑을 규율의 핵심으로 삼는다. 주관적인 '참을 수 없는 고통'만으로는 부족하며, 객관적으로 '기대여명이 6개월 이하로 남은 말기 환자(Terminal illness)'임이 입증되어야 한다(말기환자). 2명의 의사(담당 의사 및 자문 의사)가 말기 상태와 환자의 온전한 판단 능력을 교차 검증해야 한다. 또한, 구두 요청과 서면 요청 사이에 일정한 숙려기간(원칙적 15일)을 거치도록 강제하여 충동적인 결정을 사전에 차단한다(복수 검증 및 숙려기간). 모든 처방 내역은 오리건 주 보건청(OHA)에 의무적으로 보고되어야 하며, 보건청은 매년 매우 상세한 통계 연례 보고서를 대중에 공개하여 제도의 투명성을 유지한다(행정적 투명성).

오스트리아도 2020년 헌법재판소 판결의 이행 차원에서 2011년에 제정되어 2022년 시행된 「조력사망의향서에 관한 법률(StVfG)」에서 이원화된 사전 통제 시스템을 구축하였다. 최소 2명의 의사 평가와 원칙적으로 12주의 숙려기간을 거친 후, 반드시 공증인이나 환자권리옹호관 앞에서 '조력사망의향서'를 법적으로 공증받아야만 치사 약물에 접근할 수 있도록 이중의 사전 통제 시스템이 여기에 해당한다.

II. 권리 중심의 통합 및 사후통제 모델 (베네룩스 3국, 캐나다)

권리보장 및 환자의 주관적 고통 경감에 우선시하므로 말기 요건을 두지 않아 의료조력사(및 안락사)에 접근할 수 있는 문을 넓게 여는 대신 사후 심사를 강화함으로써 생명에 대한 개인의 자기결정권과 국가 생명보호의무의 균형을 맞추는 입법정책에 기반한 모델이다.

안락사와 의료조력사를 모두 허용하는 대표적인 입법례를 가진 네덜란드/벨기에/룩셈부르크는 임상적 말기 요건을 두지 않고 환자의 주관적 고통을 존중하며, 의사가 조력사망을 실행한 후 '지역심사위원회'를 통해 법정 주의의무 준수 여부를 엄격히 사후통제한다.

캐나다는 2021년 형법 개정(Bill C-7)을 통해 조력사망 대상을 '죽음이 합리적으로 예견 가능한 자(트랙 1)'와 '죽음이 합리적으로 예견 가능하지 않은 자(트랙 2)'로 나누는 투-트랙(Two-Track) 입법을 단행함으로써 실체적인 자기결정권의 행사를 전면 개방하면서도, 비말기 환자에게는 90일의 평가 기간과 추가 전문가 심사를 강제하여 생명보호의무에 만전을 기하고 있다.

III. 특별법의 보호구역 설정을 통한 의료적 돌봄체계 모델

형법상 살인죄나 자살방조죄의 기본 뼈대는 그대로 유지하여 생명 존중의 규범적 원칙을 지키되, 「존엄사법」이나 「자발적 조력사망법(VAD Act)」 같은 독립된 특별법 형식을 통해 의료조력사를 허용하는 입법모델이다. 이러한 입법모델의 특징은 특별법을 통해 요구된 의학적, 절차적 요건을 충족한 의료진의 조력행위에 대한 형법적 평가의 저편에서 주는 '법적 보호구역'을 설정하는 것이 가장 보편적인 입법적 타협안으로 활용되고 있다.

이러한 입법모델은 생명에 대한 개인의 자기결정권 인정 범위가 점차 확장되어감에 따라 형법적 금지를 통해 일방적 · 절대적 생명 '보호'를 추구했던 방식을 벗어나서 환자의 자기결정적 생명포기를 의료적 돌봄체계 속에 편입시키는 대신 다양한 안전장치를 마련함으로써 절차적 '보장' 방식으로 패러다임의 전환을 가장 극명하게 드러내는 입

법모델이라고 할 수 있다. 한국은 물론이고 의료조력사를 허용하는 대다수 국가에서 생명보호 패러다임 전환의 신호탄을 올린 연명의료중단에 관한 법률도 이러한 입법모델을 채택하고 있다.

제6장

의료조력사 법제화 필요성과 정당성

JPRI
Judicial Policy
Research Institute

의료조력사제도의 한국적 도입을 위해서는 먼저 한국의 현행법질서에서 환자에게 인정되고 있는 자기결정권에 따른 의료적 차원의 선택지 가운데 허용되어 있는 선택지와 금지되어 있는 선택지를 구분하면서 의료조력사라는 선택지를 추가해야 할 '필요성'을 확인하고, 현재 상태에서 허용된 선택지와 금지된 선택지의 경계선을 변경시키려는 입법자의 입법구상(안)을 분석하고 평가한다(제1절). 다음으로 의료조력사라는 선택지를 허용해야 하는 입법정책의 '정당성'을 논증하기 위해 의료조력사 허용론의 타당성을 논리적/규범적/철학적 관점에서 살펴본 후(제2절), 자기결정권에 관한 새로운 헌법해석론을 전개함으로써 의료조력사 허용론의 정당성의 근거를 헌법이론적으로 뒷받침하는 시도를 한다(제3절). 마지막으로 앞에서 각국의 의료조력사 입법례에서 도출될 수 있는 입법정책들을 유형화하면서 각 입법모델을 참고 삼아(제4절), 헌법이론적으로 근거지워진 생명에 대한 자기결정권과 생명보호의무 간의 조화와 균형을 유지할 수 있는 한국적 의료조력사제도의 기본방향을 제안한다(제5절).

제1절 생애 말기 환자의 의료적 선택에 관한 한국 법제 현황과 문제점

I. 한국법제 현황

1. 허용되어 있는 선택지

가. 임종과정에 있는 환자에 대한 소극적 안락사(연명의료중단)

2016년 제정되어 부분별로 2017년/2018년 시행된 한국의 연명의료결정법[387]은 임종과정에 있는 환자에 대해 일정한 조건이 충족될 것을 전제로 연명의료를 중단할 수 있도록 규정하고 있다.

이에 따르면 환자가 생명 연장을 위한 연명의료를 중단할 것을 요구하고, 이에 응한 의사의 치료중단에 따라 환자가 사망하면 – 이를 '소극적 안락사'라고 부를 수 있는 것과는 별개로 – 해당 의사의 행위는 (부작위에 의한) 촉탁살인죄의 죄책을 지지 않는다.

연명의료결정법은 이 법률이 타법령에 우선하여 적용한다고 규정(제4조)하고 있다. 이에 따르면 환자의 연명의료중단 결정 및 그에 따른 의사의 연명의료중단 행위는 형법의 범죄구성요건과 무관한 '의료적 절차'의 일환으로 자리매김될 수 있다. 따라서 이 법률에 따른 의사의 행위는 형법상 촉탁살인죄의 위법성을 조각시키는 것이 아니라 구성요건해당성배제사유로 평가될 수 있다.

387) 「연명의료결정법」은 2009년 연명의료중단과 관련된 대표적인 사례인 세브란스 병원 김할머니 사건에 관한 판결의 영향으로 제정되었다. 이 판결 이후 여러 법률안이 발의되었고, 의료계는 의료계의 공통된 의견과 기준을 마련하기 위해 대한의사협회, 대한의학회, 대한병원협회가 공동으로 2009년 10월 1일 "연명치료중지에 관한 지침"을 마련하였다. 보건복지부는 연명의료중단의 법제화를 위한 사회적 합의체를 2009년 12월부터 2010년 6월까지 운영하였다. 제3기 국가생명윤리심의위원회는 '무의미한 연명치료 중단 제도화 논의를 위한 특별위원회'를 2012년 12월 28일 구성하여 2013년 5월 27일까지 운영하였다. 특별위원회는 연명의료결정에 관한 권고안을 심의하여 제출하였다. 이 권고안 및 국회의원 발의 법률안이 보건복지위원회와 법제사법위원회를 거치다가 2016년 1월 8일 보건복지위원장 대안의 수정안이 본회의에서 통과되어 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」이 제정되었다. 이에 관해서는 김명희, "연명의료 결정에 관한 권고안의 배경과 향후 과제 – 연명의료 결정 제도화 마련을 위한 특별위원회 활동 경과를 중심으로", 『의료정책포럼』 제11권 제3호, 대한의사협회 의료정책연구원 (2013), 9쪽 참조.

나. 말기 환자에 대한 호스피스 · 완화의료

연명의료결정법은 '말기 환자'에 대해 호스피스 또는 완화의료를 선택할 수 있도록 하고 있다. 또 이 법에 따르면 호스피스 또는 완화의료는 연명의료중단결정에 따라 연명의료가 중단된 환자도 선택할 수 있다.

완화의료의 경우에는 고통을 완화하기 위해 투입하는 약물이 간접적으로 생명단축의 효과를 가져오지만, 이를 안락사의 문제로 취급하지도 않는다. 엄격히 보면 간접적 안락사의 범주에 포함될 수 있지만, 관행상 시행되고 있는 완화의료에 대한 형법적 개입 여부에 대한 논의는 전개되고 있지 않다.

호스피스의 경우 환자가 편안한 죽음을 맞이할 수 있도록 의료적, 심리학적, 종교적 차원에서 환자를 배려한다. 이 경우도 임종에 임박해 있는 '환자에 대한 돌봄'에 해당할 뿐 형법 구성요건과 접촉점이 없다.

2. 금지된 선택지

가. 임종기 환자 및 말기 환자에 대한 '적극적 안락사'

연명의료결정법은 말기 환자 또는 임종기 환자가 연명의료 중단 요구, 소극적 안락사는 허용되지만, 적극적으로 의사 또는 제3자가 개입하여 환자의 생명단축을 초래하는 행위, 즉 적극적 안락사는 허용하지 않는다. 이 점은 정신적으로 의사결정능력있는 환자의 자발적인 요청에 기한 경우라도 마찬가지이다.

이 때문에 현행법제하에서 의사나 제3자의 적극적 사망조력은 형법상 촉탁살인죄나 살인죄(환자의 요청이 없는 경우)를 구성하게 된다.

학설상 적극적 안락사를 일정한 요건하에서 촉탁살인죄의 위법성조각사유로 인정하는 견해와 이를 부정하는 견해가 대립하지만 이에 관한 판례는 아직 없다.

나. 말기 환자에 또는 임종기 환자에 대한 '의료조력사'

한국의 현행법제하에서는 임종기 환자는 물론이고 말기환자가 고통제거를 위해서는 존엄한 죽음을 맞이하기 위해 사망할 의도로 의사 등에게 치사약물을 처방할 것을 요구하는 등 '적극적으로' 개입을 요구하는 의료조력사는 허용되지 않는다. 특히 임종기 환자의 경우 요청에 따라 연명의료가 중단되었더라도 난치성 고통의 경우는 완화의료의

최후선택지는 '완화 진정 내지 지속적 심층 진정'[388]을 통하더라도 환자의 고통은 제거되지 않고 지속되므로 환자의 의료적 선택지가 더욱 확장될 필요성이 인정되지만, 한국의 현행법제상 환자에게 더 이상의 의료적 선택지는 허용되어 있지 않다.

이에 따르면 의사 등이 위와 같은 다양한 상황에 처한 환자가 죽음의 방식과 시기를 주체적으로 결정하는 내용에 부합하는 의료조력을 한 경우 형법상 자살방조죄를 구성하게 된다.

소극적 안락사의 경우나 적극적 안락사의 경우 의사의 개입행위에 대해서는 학설상 일정한 요건하에서 촉탁살인죄의 위법성조각이 인정되는지에 관한 논의가 오래전부터 전개되어 왔다. 반면에 적극적 의료조력사에 개입한 의사의 조력행위에 대해서는 자살방조죄의 위법성조각여부가 논의조차 되어오지 않았다.

이처럼 한국법질서하에서 임종과정에 있는 환자나 말기 환자에게는 의료조력사가 선택지로 허용되어 있지 않기 때문에 의료조력사망을 원하는 환자들이 스위스로 자살여행을 계획하거나 실행에 옮기는 경우가 점차 늘어가고 있는 추세이다.[389]

다. 그 밖의 사례

말기 환자 또는 임종기 환자가 겪는 신체적 고통이 아닌 존재론적 고통을 제거하기 위해 의사에게 치사약물의 처방을 구하는 경우 등 사망의 시기와 방법을 결정함에 있어 더 완화된 옵션 및 이른 시기에 선택할 수 있는 옵션을 요구할 경우도 있다.

의료조력사가 합법화된 국가에서 사망조력의 허용범위를 더 넓히려는 차원에서 의료조력사 또는 안락사의 허용범위를 '비말기 환자'에 대해서도 넓히려는 시도가 있고, 이미 이러한 시도가 성공한 입법례도 있다. 하지만 의료조력사가 허용되어 있지 않은 입법례에서 논의는 아직 이 단계까지 전개되고 있지는 않다.

이하에서는 한국의 현행법제하에서 생애 말기에 도달에 있는 환자에게 단계별로 허용되어 있는 선택지와 금지되어 있는 선택지를 개관하면 아래 표와 같이 정리될 수 있다.

---

388) 이에 관해서는 제2장 제1절 Ⅱ. 3.

389) 서울신문(2023. 7. 9.자)에 따르면, 스위스 조력사망 단체의 도움을 받아 사망한 한국인이 최소 10명인 것으로 확인됐다. 또 서울신문이 2019년 3월 최초로 조력사망관련 내용을 특집으로 보도했을 당시 한국인이 조력사망을 돕는 스위스 4개 단체(디그니타스 · 라이프서클 · 엑시트인터내셔널 · 페가소스 등)에 가입한 수는 107명이었으나 2023년에는 약 300명이 가입한 것으로 추정된다고 한다. 특히 디그니타스에서는 한국이 아시아 국가 중 가입자 수가 가장 많았다고 한다(https://www.seoul.co.kr/SpecialEdition/euthanasia/).

<표 14> 한국 현행법상 환자의 질환 상태별 의료적 개입 허용 매트릭스

환자의 질환 상태 / 의사의 의료적 개입	말기환자 (회복 불가능, 수개월 내 사망 예상)	임종과정에 있는 환자 (소생불가능, 사망 임박 상태)
① 호스피스·완화의료 (통증 완화 및 심리적 돌봄)	[허용 / 선택 가능] 암 등 법정 질환 말기 진단 시 이용 가능	[허용/ 선택 가능] 지속적인 통증 조절 및 임종 돌봄 제공
② 지속적 심층 진정 (완화할 수 없는 극심한 고통 통제)	[제한적 허용] 극심한 고통 시 의료진 판단하에 제한적 투여	[허용 / 선택 가능] 임종기 섬망, 호흡곤란 등 불응성 고통 통제
③ 연명의료 유보 및 중단 (소극적 안락사, 기계적 장치 제거)	[현행법상 실행 불가] (※ 사전의향서 '작성'은 가능하나, 장치 제거 '실행'은 불법)	[합법 / 실행 가능] 담당의사 2인의 임종과정 판단 후 적법절차로 중단 가능
④ 의료조력사 (MAID) (의사 처방에 의한 자발적 치사약물 투여)	[금지] 형법상 자살방조죄 적용 대상	[금지] 형법상 자살방조죄 적용 대상
⑤ 적극적 안락사	[금지] 형법상 촉탁살인죄 적용 대상	[금지] 형법상 촉탁살인죄 적용 대상

II. 현행 법제의 문제점

생애말기의 환자가 선택할 수 있는 의료적 선택지에 관해 현행법이 만들고 있는 규범적 경계선은 다음과 같은 문제를 제기한다.

1. '말기'와 '임종과정'의 인위적 구획에 따른 규범적 사각지대

위 〈표〉에서 가장 뚜렷하게 드러나는 현행 「연명의료결정법」의 규범적 한계는,

환자의 상태를 '말기'와 '임종과정'으로 엄격히 분단하고, 후자의 경우에만 소극적 안락사(연명의료 유보 및 중단)의 실행 요건을 열어두었다는 점이다. 현행법 체계 하에서 말기 환자는 '사전연명의료의향서'를 작성하여 미래의 뜻을 밝혀둘 수는 있으나, 실제로 무의미한 연명장치를 제거하는 '실행'은 오직 담당 의사 2인에 의해 사망이 임박했다고 판정받은 '임종과정'에 진입한 이후에만 합법화된다.[390]

그러나 헌법상 보장된 자기결정권의 행사 시점을 '사망의 임박성' 이라는 협소한 의학적 잣대로 제한하고 있는 규범상황은 헌법상 보장된 자기결정권 행사에 지나친 제한이 된다. 회복 불가능한 질환으로 극심한 고통을 겪고 있는 말기 환자가 주체적으로 자신의 임종 시기를 통제할 수 있는 권리를 지나치게 제한하거나 경우에 따라 원천 차단하는 것과 다를 바 없기 때문이다.

2. 말기 환자의 선택권 공백과 고통의 강요

위 표에서 보듯이 '말기환자' 칸은 호스피스 · 완화의료를 제외하면 환자가 주도적으로 선택할 수 있는 자기결정권의 영역이 매우 제한적이다. 연명의료 중단은 물론이고 조력사망도 선택지로 삼는 것이 금지되어 있기 때문이다. 이러한 규범적 설계는 결국 '말기 환자'의 영역에 심각한 권리의 공백, 즉 사각지대를 발생시킨다.

위 표에서 보듯, 말기 환자가 선택할 수 있는 합법적 개입은 기본적으로 호스피스 · 완화의료에 국한된다. 그러나 현행법상 호스피스의 진입 요건은 암, 후천성면역결핍증, 만성 폐쇄성 호흡기질환, 만성 간경화 등 일부 법정 질환으로 제한되어 있어 모든 말기 환자를 포섭하지 못한다. 또한 지속적 심층 진정의 경우, 한국의 연명의료결정법은 프랑스의 연명의료결정법인 일명 「클레이-레오네티법」에서처럼 환자의 명시적 권리로 법제화되어 있지 않고 의료진의 임상적 재량에 맡겨져 있을 뿐이다.

결과적으로, 완화의료로도 통제되지 않는 육체적 고통이나 실존적 고통을 겪는 말기 환자는 연명장치를 뗄 권리(③)도, 적극적으로 치사 약물을 처방받을 권리(④)도

390) 「연명의료결정법」 제16조(환자가 임종과정에 있는지 여부에 대한 판단) ① 담당의사는 환자에 대한 연명의료중단 등 결정을 이행하기 전에 해당 환자가 임종과정에 있는지 여부를 해당 분야의 전문의 1명과 함께 판단하고 그 결과를 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 기록(전자문서로 된 기록을 포함한다)하여야 한다. 〈개정 2018. 3. 27.〉
② 제1항에도 불구하고 제25조에 따른 호스피스전문기관에서 호스피스를 이용하는 말기환자가 임종과정에 있는지 여부에 대한 판단은 담당의사의 판단으로 갈음할 수 있다. 〈신설 2018. 3. 27.〉

행사하지 못한 채, 무의미한 생물학적 생명의 연장(Zoe)을 국가로부터 강요당하는 참담한 상황에 놓이게 된다. 이러한 상황을 종식시키기 위해서는 신체와 생명에 대한 자기통제력하에서 존엄하게 죽음을 선택한다는 의미의 자기결정권을 보장할 필요성이 요구된다. 바로 이 지점에서 의료조력사망(④) 도입 요구가 발생한다.

3. 의료조력사 법제화 필요성

결론적으로, 현행법상 금지된 선택지(원천 불법)로 묶여 있는 의료조력사망(④)의 영역은 생명 경시의 결과가 아니라, 현행법이 만들어낸 ①, ②, ③의 사각지대에서 불가피하게 분출되는 환자들의 최후의 인격적 호소이다. 앞서 2014년 대법원 수혈 거부 판례에서 천명되었듯이, 개인의 존엄한 가치관에 따른 생애 말기의 결단은 국가의 생명보호 의무와 대등하게 형량되어야 할 헌법적 가치를 지닌다. 따라서 죽음이 임박하지 않았다는 이유만으로 기약 없는 고통의 시간을 견뎌야 하는 말기 환자들에게(심지어 특수한 상황에 처해 있는 비말기 환자들에게), 의료조력사망이라는 주체적 선택지를 입법적으로 개방하는 것은 국가의 과도한 후견주의를 축소시키고 헌법상 생명에 대한 자기결정권과 평등권을 실질적으로 보장하기 위한 불가피한 규범적 요구라 할 것이다.

III. 한국에서의 의료조력사 법제화 시도 및 경과 현황

1. 개관

전 세계적으로 말기 환자의 자기결정권 확장 요구가 의료조력사 법제화로 결실을 맺은 국가들에서는 말기 환자의 권리의 사각지대를 메우기 위한 노력이 다각도로 전개되어 왔던 반면, 한국에서는 연명의료결정법이 시행을 전후하여 특히 2008년 김할머니 사건을 계기로 존엄하게 죽을 권리라는 용어가 널리 확산되었지만, 법학계나 의료계에서 의료조력사와 연명의료중단 사이의 연속성과 단절성에 관한 문제의식이 전면에 등장하지는 않았다. 의료조력사로 지칭되는 사례의 구조적 특징을 정확하게 포착하여 안락사 유형과의 비교 분석이 가시적으로 전개되지도 않았다. 형법 교과서 등 관련 문헌에서도 의료조력사가 소극적 안락사(연명의료중단)나 적극적 안락사 유형론과 관련

하여 개념정의가 이루어지거나 안락사 허용론(위법성조각사유)과 함께 중요하게 다루어지지도 않았다.

2017년 헌법재판소에 '안락사'를 원하는 환자가 제기한 입법부작위 위헌확인 헌법소원을 제기한 적이 있었다.[391] 하지만 한국의 헌법재판소는 이에 대해 진정입법부작위가 헌법재판소법 제68조 제1항의 '공권력의 불행사'에 해당하지 않음을 근거로 각하결정을 내렸다. 2018년 헌법소원에 대해서도 헌법재판소는 동일한 이유로 각하결정을 내렸다.[392]

이미 서구에서는 유사한 사례를 지칭하는 전문용어가 적극적 안락사와는 구별되는 의료조력사로 논의되고 있었고, 이미 법제화에 성공한 입법례도 다수 있었음에도 불구하고 청구인(특히 법률전문가인 변호인)은 물론이고 헌법재판소도 여전히 이 이슈를 안락사의 문제로 취급하였음은 한국에서의 의료조력사 이슈에 대한 인식 수준의 후발성을 확인할 수 있는 대목이다.[393]

---

391) "치료할 수 없는 심각한 신체적, 정신적 고통으로 죽을 때까지 불행한 삶을 살아야 하는 상태가 되면, 오직 안락사 시술만이 행복을 추구할 수 있는 유일한 방법이므로, 청구인에게는 헌법 제10조에 의해 안락사 시술을 받을 불가침의 권리가 있고, 국회는 안락사 시술에 관한 절차와 조건을 법률로 규정하여 보장할 의무가 있음에도, 지금까지 이를 이행하지 않고 있다. 이러한 부작위로 인해 청구인의 행복추구권이 침해되었다." 는 주장에 대해 헌법재판소는 "헌법 어느 규정도 '안락사 시술에 관한 절차와 조건'에 관한 법률을 제정하여야 한다는 것을 명시적으로 위임하였다고 보이지 않는다. 나아가 입법부작위에 대한 헌법재판소의 재판관할권은 극히 한정적으로 인정할 수밖에 없으므로, 입법의무 위반은 국가가 기본권을 효율적으로 보호하기 위해 입법이 유일한 수단인데도 입법자가 전혀 입법을 하지 않고 있을 때에 한하여 확인할 수 있다. 안락사 시술에 관한 문제는 생명권 보호라는 헌법적 가치질서와 관련된 것으로 법학과 의학만의 문제가 아니라 종교, 윤리, 나아가 인간의 실존에 관한 철학적 문제까지도 연결되는 중대한 문제이므로 충분한 사회적 합의가 필요한 사항이며, 그 보장 방법은 입법정책의 문제로서 국회의 재량에 속한다고 할 수 있다. 따라서 헌법해석상으로도 안락사 시술에 관한 절차와 조건'에 관한 법률을 제정할 입법의무가 명백하다고 볼 수 없[다]."고 하였다(헌법재판소 2017. 12. 26. 선고 2017헌마1351 결정).

392) 헌법재판소 2018. 2.6. 선고 2018헌마61 결정.

393) 이뿐만 아니라 헌법재판소는 2017년 결정에서 안락사 시술을 보장하는 것을 내용으로 하는 입법이 국가의 의무에 해당하지 않는다고 하면서 안락사 시술의 "보장 방법은 입법정책의 문제로서 국회의 재량에 속한다고 할 수 있다. 따라서 헌법 해석상으로도 '안락사 시술에 관한 절차와 조건'에 관한 법률을 제정할 입법의무가 명백하다고 볼 수 없(다)"고 함(헌법재판소 2017. 12. 26. 선고 2017헌마1351 결정)으로써 본안 심사로 나아가지 않은 점은 문제가 없지 않다. 헌법재판소가 입법의무가 명백하다고 볼 수 없다는 소극적 워딩으로 생명에 대한 자기결정권의 보장 정도에 관한 헌법해석을 부작위한 것은 당시 유럽 국가들에서는 헌법 해석상 생명에 대한 자기결정권의 인정 범위를 둘러싼 헌법적 논의가 상당한 수준으로 진척되었고, 그 이듬해인 이탈리아에서는 심지어 이러한 상태의 방치가 개인에 대한 기본권 침해에 대한 방치라는 취지의 헌법재판소의 결정이 있었기 때문이다. 헌법적으로 생명에 대한 자기결정권이 어느 범위까지 인정될 것인지에 따라 그 권리 보장을 위한 수단의 입법은 더 이상 입법자의 재량사항이 아니라 의무사항이 될 수도 있기 때문이다. 하지만 헌법재판소는 2018년 결정에서도 유사 헌법소원 사건에 대해 2017년 판결을 그대로 반복하였다(헌법재판소 2018. 2. 6. 선고 2018헌마61 결정). 한국 헌법재판소는 그로부터 7여년 후 2025년에 와서야 비로소 사건의 쟁점이 안락사 문제로 취급될 것이 아니라 '의료조력사' 이슈가 문제된다는 올바른 인식하에 헌법적 자기결정권과 자살방조죄의 위헌성에 대한 본안심리를 시작하였다. 이에 관해서는 후술한다.

하지만 이 무렵부터 의료조력사에 관한 해외 사례들이 – 여전히 안락사 이슈로 포장된 채 – 언론을 통하여 소개되기 시작하였다. 이에 발맞추어 학계에서도 해외 입법례를 소개하는 등 관련 문헌들이 늘어가기 시작하였고, 이 이슈를 의사조력자살이라는 이름으로 다루는 연구들이 시작되었다.

2022년에는 한국에서는 최초로 의료조력사를 합법화는 것을 내용으로 하는 법률안이 '조력존엄사'라는 이름으로 기존의 연명의료결정법 일부 개정안에 넣는 방식으로 제안되었다. 하지만 이 법률안은 국회안밖에서 더 이상의 관심을 이끌어내지 못하고 21대 국회 회기만료로 폐기되고 말았다.

2023년 안규백 국회의원실이 KBS와 서울신문과 공동으로 21대 국회의원 299명을 대상으로 실시한 조사에서 국회의원 100명 중 87명이 조력존엄사법에 찬성한다고 응답한 여론조사 결과가 발표되었고, 그 이후의 여론조사에서도 국민의 약 82%가 조력존엄사 입법에 찬성하는 것으로 발표되었다. 이와 함께 대다수 국민들이 극심한 고통을 겪고 있는 말기환자들이 존엄하게 죽음을 맞이할 수 있는 선택권을 원하고 있음이 의료조력사 법제화 요구와 맞물리면서 사회적 관심이 고조되기 시작하였다.

이에 2024년 7월 22대 국회에서는 21대 국회에서 제안되었던 연명의료결정법 개정안의 취지 및 내용을 그대로 승계하여 「조력존엄사에 관한 법률」이라는 이름의 단행 법률안이 국회에 다시 제출되었다(이하 2).

다른 한편, 2023년 12월 의료조력사망을 원하는 척수염 환자 등에 의해 제기된 자살방조죄의 위헌성을 다투는 헌법소원이 제기되었고, 헌법재판소는 이 사건을 2025년 1월 본안 심판에 회부하였다. 헌법재판소는 2026년 3월 현재 의료조력사를 형법상 금지되는 자살방조의 예외 사례로 취급할 것인지가 검토 중이다(이하 3).

2. 조력존엄사 법제화를 위해 발의된 법률안

「조력존엄사에 관한 법률」이라는 이름의 단행 법률안은 연명의료결정법에 규정된 연명의료중단이 단순히 임종과정 기간만을 연장하는 연명의료를 중단한 소극적 차원에 그치고 있다는 문제의식을 공유한다. 이 법률안이 설계하고 있는 조력존엄사 제도는 말기 환자들이 극심한 고통하에서 오랜시간을 보내야 하는 현실을 고려하기 위해 환자 스스로의 의사에 따라 자신의 삶의 존엄한 마무리, 고통의 해방, 환자의 마지막 선택을 존중하는 인도적 차원, 환자들의 삶의 질 향상을 목표로 하면서 다음의 내용을 담고 있다.

가. 주요내용

(1) 목적 조항

제1조(목적) 이 법은 회복의 가능성이 없는 환자의 조력존엄사 및 그 이행에 필요한 사항을 규정함으로써 환자의 죽음과 관련한 자기결정을 존중하고 인간으로서의 존엄과 가치를 보호하는 것을 목적으로 한다.

(2) 정의조항

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. “말기환자(末期患者)”란 「호스피스 · 완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 따른 말기환자를 말한다.
2. “담당의사”란 「의료법」에 따른 의사로서 말기환자를 직접 진료하는 의사를 말한다.
3. “조력존엄사대상자”란 말기환자에 해당하는 사람으로서 제11조에 따른 조력존엄사심사위원회의 심사를 거쳐 신청이 인용된 사람을 말한다.
4. “조력존엄사”란 조력존엄사대상자가 본인의 의사로 담당의사의 조력을 통해 스스로 삶을 종결하는 것을 말한다.

(3) 조력존엄사 신청

제10조(조력존엄사대상자신청) ① 이 법에 따른 조력존엄사의 이행을 희망하는 사람은 다음 각 호의 서류를 첨부하여 제11조에 따른 조력존엄사심사위원회에 조력존엄사대상자 결정을 신청하여야 한다.

1. 말기환자임을 증명할 수 있는 서류
2. 수용하기 어려운 고통이 발생하고 있음을 증명할 수 있는 서류
3. 정신과 전문의와의 상담 서류
4. 그 밖에 대통령령으로 정하는 서류

② 조력존엄사대상자 결정을 신청한 사람은 언제든지 직접 또는 대리인을 통하여 조력존엄사대상자 결정의 신청을 철회할 수 있다.

③ 제1항 및 제2항에 따른 신청에 필요한 서류 및 신청·철회 절차 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

(4) 조력존엄사 대상자 요건심사, 심의, 결정

제11조(조력존엄사심사위원회) ① 조력존엄사대상자 해당 여부를 심의·결정하기 위하여 보건복지부장관 소속으로 조력존엄사심사위원회(이하 "심사위원회"라 한다)를 둔다.
② 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

③ 심사위원회는 위원장 1명을 포함한 25명 이내의 위원으로 구성하되, 제4항제2호에 해당하는 위원이 과반수가 되도록 하여야 한다.
④ 위원장은 보건복지부장관이 되고, 위원은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람 중에서 보건복지부장관이 임명하거나 위촉한다.
1. 관계 중앙행정기관 소속 고위공무원단에 속하는 공무원
2. 「의료법」에 따른 의료인으로서 조력존엄사 관련 전문지식과 경험이 풍부한 사람
3. 윤리 분야 전문가 또는 심리 분야 전문가

⑤ 공무원이 아닌 위원의 임기는 2년으로 하며, 한 차례만 연임할 수 있다.
⑥ 심사위원회에는 회의에 상정할 안건에 대한 사전 검토 및 조정, 심사위원회에서 위임한 업무 처리 등을 위하여 실무위원회를 둔다.
⑦ 제1항부터 제6항까지에서 정한 사항 외에 심사위원회 및 실무위원회의 조직 및 운영 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

(5) 조력존엄사 이행대상의 확정

제12조(조력존엄사 이행의 대상) ① 담당의사는 조력존엄사대상자가 다음 각 호에 모두 해당하는 경우에만 조력존엄사 이행을 도울 수 있다.
1. 제11조 제2항에 따라 조력존엄사대상자로 결정된 날부터 1개월이 경과한 경우

2. 조력존엄사대상자 본인이 담당의사 및 전문의 2명에게 조력존엄사를 희망한다는 의사표시를 한 경우

② 담당의사는 조력존엄사대상자가 제1항제1호 및 제2호에 해당하는지 여부를 해당 분야의 전문의 2명과 함께 판단하고 그 결과를 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 기록(전자문서로 된 기록을 포함한다)하여야 한다.

(6) 이행 및 담당의사의 조력

제13조(조력존엄사의 이행 및 담당의사의 조력) ① 담당의사는 제12조 제1항에 해당하는 환자가 조력존엄사를 이행하는 경우 이를 도울 수 있다. 이 경우 이행을 돕는 방법에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

② 담당의사가 조력존엄사의 이행을 돕기를 거부할 때에는 해당 의료기관의 장은 윤리위원회의 심의를 거쳐 담당의사를 교체하여야 한다. 이 경우 의료기관의 장은 조력존엄사의 이행 거부를 이유로 담당의사에게 해고나 그 밖에 불리한 처우를 하여서는 아니 된다.

③ 담당의사는 자신의 조력으로 조력존엄사대상자가 조력존엄사를 이행하는 경우 그 과정 및 결과를 기록(전자문서로 된 기록을 포함한다)하여야 한다.

(7) 조력 존엄사에 조력한 의사의 형사책임 관련

제15조(「형법」의 적용 배제) 제13조 제1항에 따라 조력존엄사대상자의 조력존엄사를 도운 담당의사에 대해서는 「형법」 제252조 제2항에도 불구하고 처벌하지 아니한다.

(8) 조력존엄사 관련 위원회 등

보건복지부는 조력존엄사 종합계획 및 시행계획을 심의하기 위하여 보건복지부장관 소속으로 국가조력존엄사위원회를 둔다(안 제7조) 조력존엄사 및 그 이행에 관한 업무를 수행하려는 의료기관은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 해당 의료기관에 의료기관윤리위원회[394]를 설치하고 이를 보건복지부장관에게 등록하여야 한다(안 제9조).

나. 법안 분석 및 평가

이 법안에 대해 국회입법조사처의 분석 및 각종 언론의 논평 등이 있었다. 세계 각국의 의료조력사 입법례에 나타난 국가 생명보호 의무에 관한 변화된 패러다임을 분석 도구 및 평가 기준으로 삼을때 현재 국회에 발의된 조력존엄사 법안의 내용 및 문제점과 한계는 다음과 같다.

(1) 내용 평가

① 극심한 고통에 시달리는 말기환자가 스스로 삶을 마감할 수 있는 선택권을 부여하여 개인의 존엄성을 보호하는 것을 목적조항에 두고 있음은 헌법적 자기결정권의 인정 범위를 연명의료결정법상의 소극차원의 치료거부권 인정에 비해 한걸음 더 확장하려는 것이 입법의도임을 알 수 있다.

② '조력존엄사심사위원회'를 통한 대상자 자격 심사, 대기 기간, 의사의 확인 절차 등을 통해 신중한 결정을 유도함으로써 자기결정권이 남용되지 않게 하기 위한 절차적 안전장치를 두고 있는 점은 국가의 생명보호의무의 패러다임이 전환되고 있는 면모를 보여주고 있다.

③ '조력존엄사심사위원회' 방식은 일종의 사전통제 시스템으로 볼 수 있지만, 의료화된 사전통제가 아니라 행정 중심 사전통제적 측면이 강하게 엿보인다. 특히 대상자 결정을 '의사'나 '의료기관'에게 일임하지 않고 '국가(보건복지부 장관 아래)' 차원의 조력존엄사심사위원회가 결정하도록 하고 있는 점이 그러하다. 의사나 의료기관에 대해서는 대상자 및 이행결정이 내려진 후 의료조력을 집행하는 기관으로서의 역할이 주된 역할로 설정되어 있다.

④ 조력존엄사심사위원회 구성위원으로 되어 있는 조력존엄사 관련 전문성을 가진 의료인과 담당의사의 구분한 것은 의료조력사 허용여부를 '심의결정'하는 주체와

394) 제9조(의료기관윤리위원회의 설치 및 운영 등) ② 윤리위원회는 다음 각 호의 활동을 수행한다.
1. 조력존엄사 및 그 이행에 관하여 임종과정에 있는 환자와 그 환자가족 또는 의료인이 요청한 사항에 관한 심의
2. 제13조 제2항에 따른 담당의사의 교체에 관한 심의
3. 환자와 환자가족에 대한 조력존엄사 관련 상담
4. 해당 의료기관의 의료인에 대한 의료윤리교육
5. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 사항

'이행' 주체를 형식적 구분한 것처럼 보이지만, 기능적으로 복수의 교차검증 체계가 갖추어 졌다고 보기는 어렵다. 위원회의 윤리 분야 전문가 또는 심리 분야 전문가의 역할이 구체적으로 무엇인지 특정되어 있지는 않다.

⑤ 조력존엄사를 이행 주체로 예정된 담당의사에게 거부권이 인정되어 있어 의사의 개인 윤리 및 양심에 반하여 조력이 강요되지 않도록 하고 있고(양심조항), 이행 결정 후 조력이행이 진행되기 까지의 1개월의 기간을 두고 있는 바, 이 기간은 조력존엄사를 이행의 신중을 기하기 위한 숙려기간인지 대기기간인지 성격이 불분명할 뿐만 아니라, 조력존엄사를 신청하는 신청자의 절박함에 비하면 지나치게 긴 기간이라고 할 수도 있다.

⑥ 사전통제 시스템 후 국가의 연례적 데이터 집계 의무, 의사의 기록의무 및 보존의무 등 가벼운 사후통제 시스템을 마련하고 있어 사전통제 시스템과 사후통제 시스템을 결합시킨 통합형 입법모델로 평가할 수 있다.[395]

⑦ "조력존엄사대상자의 조력존엄사를 도운 담당의사에 대해서는「형법」제252조 제2항에도 불구하고 처벌하지 아니한다"는 규정을 통해서는 담당의사의 조력이 형법상 자살방조죄의 위법성을 조각시키는지 구성요건해당성부터 배제하는 것인지가 분명하지 않지만, 해석상 위법성조각사유로 이해될 가능성이 높다.

⑧ 후술하듯이 헌법적 권리 모델에 부합한 입법모델이 되기 위해서는 형법에 비해 우선 적용을 선언하고 있는「연명의료결정법」제4조와 유사하게 규정하여 의료조력사망에 관여한 의사의 조력행위에 대해 자살방조죄의 구성요건해당성이 배제되는 것으로 이해될 수 있도록 하는 것이 바람직할 것으로 보인다.[396]

---

395) 제13조(조력존엄사의 이행 및 담당의사의 조력) ③ 담당의사는 자신의 조력으로 조력존엄사대상자가 조력존엄사를 이행하는 경우 그 과정 및 결과를 기록(전자문서로 된 기록을 포함한다)하여야 한다.
제6조(종합계획의 수립 · 시행 등) ④ 보건복지부장관은 종합계획에 따라 매년 시행계획을 수립 · 시행하고 그 추진실적을 평가하여야 한다.
⑤ 보건복지부장관은 종합계획을 수립하거나 주요 사항을 변경한 경우 지체 없이 국회에 보고하여야 한다.

396) 필자는 종래 국내 다수견해와 같이 연명의료중단을 이행한 의사의 행위를 법령에 의한 행위로서 촉탁 · 승낙살인죄의 위법성이 조각되는 것으로 이해하였으나(김성돈,「형법각론」제10판, §5/76),「연명의료결정법」의 내용[제4조(다른 법률과의 관계) 이 법은 호스피스와 연명의료, 연명의료중단 등결정 및 그 이행에 관하여 다른 법률에 우선하여 적용한다]상 연명의료결정법이 적용되면 형법적용이 '배제'되는 것을 볼 수 있으므로 위 규정을 촉탁 · 승낙살인죄의 구성요건해당성배제사유로 이해하는 것이 타당하다는 입장으로 견해를 바꾼다. 구체적인 입법형식의 제안은 제7장 Ⅵ. 참조.

(2) 문제점과 한계

① 환자의 존엄성과 자기결정권을 존중하려는 긍정적인 시도를 담고 있다. 특히 법률안 제1조에서 환자의 선택권, 삶을 존엄하게 마무리할 수 있는 권리를 보장하는 제도 등이라는 용어를 사용함으로써 표현상 권리형에 접근하고 있긴하다. 하지만 법률안이 내용에서 죽음에 관한 자기결정권의 구체적 내용이 무엇인지에 대해서는 말하고 있지 않다.

② 조력존엄사라는 용어가 미국 오리건 주 등 일부 입법례에서 사용되고 있긴 하다. 하지만 존엄사라는 용어는 죽음의 윤리적 철학적 의미 차원을 가리키는 용어로서 의료조력사, 연명의료중단, 심지어 적극적 안락사의 경우에도 환자가 자기결정권의 행사의 일환으로 선택하는 죽음에 대한 '존엄'이라는 의미를 부여할 수 있다. 따라서 위 다양한 사례 구조를 구분하는 용어로 적합하지 않다.

③ 이뿐만 아니라 '조력'이라는 용어 역시 그 조력이 적극적인지 소극적인지를 의료적인지 비의료적인지를 구별하지 않고 사용될 수 있는 포괄적 용어이다. 환자의 연명의료중단결정에 응하여 연명의료를 중단하는 의사의 소극적 개입도 조력이고, 환자의 요청에 의해 환자의 생명을 단축시키는 치사약물을 직접 주입하는 의사의 적극적 개입도 조력이며, 치사약물을 처방해 주는 의사의 개입도 조력이다. 따라서 다양한 사례 구조속에서 존재하는 차이를 드러내지 못하고 있는 개념은 법적 용어로 사용하기에 전적으로 부적합하다.

④ 법률안에는 취약계층 보호나 오남용을 통제하기 위한 절차적 안전장치 등을 특별히 규율하고 있는 부분이 없다. 자체 통제로 걸러질 것으로 막연한 기대를 하고 있다고 볼 수 밖에 없다.

⑤ 사전통제시스템 중에 조력존엄사심사위원회라는 명칭의 '국가 위원회'가 실체요건을 심사하고 있어서 의료조력사 법제화의 무게중심이 의학적 차원의 '의료적 돌봄체계'의 구축의 일환이 되어야 하는 현대적 동향을 반영하고 있지 못하다. 다른 한편 앞에서 지적했듯이 자기결정과 인간 존엄 등이 입법취지 등에서 등장하고 있으나, 진정한 의미의 권리 모델에 입각해 있지도 않고, 오히려 환자가 국가의 '관리'의 대상 정도로 취급되고 있음에 그치고 있다.

⑥ 의료적 돌봄체계에 행정적 개입이 과도하면 다양한 측면에서 의료화 절차를 통한

자율적 죽음을 보장하는데 한계를 노출시킬 수 있다. 특히 조력존엄사심사위원회를 통한 국가 주도 결정의 구조화는 의사와 환자 간의 윤리적 소통 기회를 제한할 우려도 있다. 따라서 조력존엄사심사위원회의 기능을 사후감독으로 제한하고, 의사와 환자 간의 윤리적 소통을 중심으로 한 결정 구조로 재설계할 필요가 있어 보인다.

⑦ 법률안이 심사 및 이행 절차를 양분화하여 운용하고 있음은 의료조력사 자체를 직업으로 하는 의사의 개입을 차단하는 등 남용 방지에 장점을 발휘할 수 있다. 하지만 제도의 효율적 운용에 장애를 초래할 수 있다. 즉 조력존엄사심사위원회의 심사 결정에 뒤이어 담당의사 + 전문의 2인이 조력사망을 이행하는 이원화된 구조는 조력사망이 헌법적으로 보장되는 환자의 자율적 자기결정권의 영역에서 이루어지는 것이 아니라 여전히 국가의 관할 체계 속에서 통제되고 있음을 말해주고, 조력사망 신청 후 환자가 의식을 잃은 상태에 빠지거나 환자의 장애 상태가 급격히 진행되어 시기를 놓칠 경우 자가투여가 불가능하게 될 사정이 있는 등 이행결정이 신속하게 이루어지 않을 경우 절차 지연을 초래할 수도 있다.

⑧ 법률안은 정신적 장애(특히 치매)가 있는 환자나 미성년 환자의 경우는 애초부터 조력존엄사 대상으로 고려에 넣고 있지 않다. 이러한 환자들이 조력존엄사를 신청할 경우 실체요건을 갖춘 경우에도 조력사망의 대상으로 무조건적으로 배제한다면, 자의적 차별의 위험이 있으므로 제도설계 시 더 면밀한 검토가 필요하다.

⑨ 말기 환자의 경우 신체적 정신적 고통이 지속적으로 이루어져 조력존엄사 신청시에는 통제능력이 상실되어 있는 경우가 대부분이다. 이러한 사정들을 고려하기 위해 연명의료중단의 경우와 같이 사전의료지시서를 통해 자기결정권의 행사를 현실화할 필요가 크다. 그러나 법률안은 사전의료지시서의 효력범위를 규율하는 규정이 전무하다. 이 점은 법률안의 설계자가 현대적 의미에서 생명에 대한 자기결정권의 헌법적 보장이 사전의료지시서와 긴밀하게 연동되어 작동하는 것임을 간과한 것으로 보인다.

⑩ 법률안에는 조력존엄사의 주체를 말기 환자로만 규정하고 있을 뿐, 임종과정에 있는 환자의 의료조력사망 선택권에 관한 아무런 규정을 두고 있지 않다. 하지만 앞에서 살펴보았듯이 '말기 환자' 뿐만 아니라 연명의료중단 결정을 한 '임종과정에 있는 환자'에게도 의료조력사망이 허용되는 선택지로 승인해야 할 필요성과

정당성이 의료현장에서 다각도로 증명되고 있다. 이러한 점을 감안하면, 의료조력사를 법제화할 경우 의료조력의 대상을 말기 환자뿐만 아니라 임종과정에 있는 환자도 포함될 수 있도록 규정하는 것이 바람직하다. 이 경우 임종과정에 있는 환자가 이미 연명의료가 유보되어 있거나 중단된 상태에서도 의료조력사망을 선택할 수 있도록 하여야 할 것이다.

⑪ 법률안은 숙려기간을 1개월로 획일적으로 정하고 있지만 진정한 의미의 숙려기간은 조력존엄사 이행결정 후 의사의 조력절차 사이의 기간이 아니라, 의사에게 진단 및 상담을 받은 후 처방전을 발급받을 때까지의 숙려기간이 보다 의미있는 기간일 수 있다. 각기 다른 기능을 하는 대기기간과 숙려기간을 정교하게 구분할 필요가 있어 보인다.

⑫ 법률안의 조력사망의 절차과정에서 조력존엄사심사위원회가 개입하는 시기와 방식에 관한 규정을 보면 조력존엄사 법안이 사전통제 모델에 입각하고 있음을 말해준다. 사전통제 시스템의 작동을 위해서는 공적 차원의 외부통제와 함께 복수의 의료전문가의 교차승인 등이 요구된다. 하지만 법률안에는 복수의 교차승인보다는 복수의 공동 승인 제도로 입안되어 있는 것이어서 재고될 필요가 있다.

⑬ 법률안에는 환자의 진정한 의사 및 가족 간의 협의 내용이 무엇인지를 확인하는 절차나, 조력존엄사 신청 이후 환자에게 정신적 이상징후가 발견될 때 정신과 이첩을 의무화하는 등 다수의 외국 입법례에서 투입되어 있는 절차적 안전장치가 미비되어 있다.

⑭ 법률안이 가지고 있는 다수의 문제점과 한계는 절차적 안전장치를 규정하는 입법기술에도 나타난다. 법률안은 의사조력의 구체적 방법을 법률에 규정하지 않고 대통령령에 위임하고 있다. 헌법적 차원의 자기결정권의 문제뿐 아니라 형법과의 관계 등 중요한 규범적 결단이 포함되어 있는 사항들, 특히 절차적 안전장치에 관한 세부규정들을 하위 법령에 위임하는 방식은 그 규율내용의 중요성을 반감시킬 우려가 있다.

⑮ 특히 조력존엄사 사례 구조의 핵심이 의사의 진단→상담→처방이라는 '의료조력'과 환자의 '자가투여'에 있는데, 핵심적 구성분자가 법률에 있지 않고 대통령령에서 규정하도록 위임한 입법기술은 조력존엄사 법제화가 터잡아야 할 권리 보장 모델의 헌법적 정당성을 고려할 때 수용되기 어려운 입법기술이다.

⑯ 그 밖에 의료조력사망을 이행하는 단계에서 절차적 안전을 확보하기 위해 미리 규범화하여야 할 다수의 쟁점들이 있다. 환자의 자가투약 시 의사나 간호사 등 입회할 의무를 부여할 자가 있는지, 만약 환자가 호스피스병원에 있으면서 의료조력사망을 신청할 경우 호스피스의 조력만으로 충분한지, 환자가 치사약물을 복용한 후 곧바로 사망하지 않거나 부작용이 수반될 경우에 누가 어떤 조치를 취할 것인지 등의 다양한 물음에 대한 답을 규율해야 할 것이다. 법률안에는 이러한 다양한 집행 관련 사항들을 어떻게 규율한 것인지에 대한 고민의 흔적이 보이지 않는다.

⑰ 법률안은 입법형식 내지 전체 조문의 체계상의 문제점도 안고 있다. 환자에게 의료조력사를 허용하고 허용된 의료조력사망을 위해 치사약물을 처방하는 등 의료적 조력을 하는 의사 등 의료인의 행위를 합법화하는 내용의 의료조력사제도를 설계할 경우 규율내용은 크게 의료조력사를 허용할 수 있는 실체요건과 의료조력사망을 진행하는 절차 요건 및 실체요건의 충족여부를 심사하거나 절차요건의 준수를 담보하는 통제시스템으로 3분화할 수 있다.

⑱ 그러나 법률안의 규율내용을 보면 환자의 신청 → 심사(조력존엄사심사위원회) → 의료조력사 대상자 결정 → 조력절차의 이행의 순으로 체계화되어 있으면서도 절차의 뒷부분에서 조력사망의 이행을 관장하는 담당의사 등을 통제하는 주체인 의료기관(윤리위원회)을 조문 체계상 앞부분에 배치시켜 두고 있다. 이러한 조문 배열 방식에는 실체요건과 대상자 심사절차 및 심사주체(위원회)의 조직 및 운영이 체계적으로 구분되어 있지 않고 한데 뒤섞여 있어서 환자나 그 가족이 의료조력사제도를 이용할 경우 한눈에 파악하기 어렵고 쉽게 이해하기 어려운 구조양식을 띠고 있다.

⑲ 이용 주체가 절차 과정에 대한 이해를 쉽게 하기 위해서는 조문 배열상 의료조력사 제도의 두 축인 실체요건의 확정이 먼저 이루어진 후에 절차가 진행되는 순으로 규율하는 것이 바람직하고, 사전통제 모델, 사후통제 모델, 또는 법률적 통제 및 의료적 통제의 이원 모델 중 어떤 모델에 입각할 것인지에 대한 태도를 분명히 한 후, 각 통제 주체가 실체요건에 대한 심사에 개입할 것인지 절차요건에 대한 심사에 개입할 것인지를 일목요연하게 설계하여야 할 것이다.

⑳ 이러한 기본 설계에서 출발하여 각 위원회 설치, 조직, 운용에 관한 사항은 별도

로 장을 만들어 규율하는 것이 바람직할 것임에도 법률안은 조력존엄사심사위원회 조직 및 운용에 관한 규정들을 전체 규정 체계의 전반부에 배치함으로써 환자의 자기결정권 행사의 권리적 측면을 후퇴시키고 있다. 이뿐만 아니라 법률안은 헌법적 자기결정권에 기초한 환자의 자율적 자기결정을 의료적 돌봄 서비스와 결합시킴으로써 의료조력사제도를 사망주체의 권리 장전의 성격을 띠도록 만들어야 함에도 환자를 국가 통제망의 관리 대상격으로 전락시키고 있다. 법률안은 기본설계 면에서 생명에 대한 자기결정권과 국가의 생명보호의무 간의 종래 관계를 재설정하는 입법정책적 방향성을 드러내지 못하고 있는 것으로 평가될 수 있다.

㉑ 법률안이 다양한 문제점을 노출시키고 있는 이유는 무엇 때문인가. 입법자가 한국형 의료조력사 법제화에 성공하기 위해 참고해야 할 다양한 입법정책적 모델들에 대한 충분한 분석과정을 거치지 못했기 때문일 수도 있고, 헌법적 자기결정권에 관한 현대적 해석론을 의료조력사 허용을 위한 이론적 기초로 삼으려는 시도를 하지 않은 탓일 수도 있다. 무엇보다도 자기결정권의 인정 범위에 관한 헌법해석이론의 발전이 국가 생명보호의무에 관한 패러다임의 변화를 요구하고 있다는 점을 충분히 반영하지 않은 채 의료조력사 법제화를 위한 성급한 발걸음을 옮긴 점에도 원인이 있는 것으로 보인다.

㉒ 의료조력사 법제화를 위한 본격적인 행보를 시작하기 위해서는 연명의료중단결정제도를 입법화하는 과정에서 그 중단 결정이 환자의 헌법적 권리인 점이 논증되었듯이 의료조력사제도를 입법화함에 있어서도 의료조력사 허용을 위한 기초작업으로서 의료조력사망이 헌법적으로 구체화된 권리에 포함될 수 있도록 하는 이론적 근거지움이 선행되어야 한다. 이를 위한 헌법재판소의 역할이 기대된다.

3. 헌법재판소 헌법소원(형법의 자살방조죄에 관한 헌법소원)

가. 경과

의료조력사 허용 법안이 21대 국회에 발의되어 있긴 하지만, 국회 양당 간의 정치투쟁이 과열되어 있어 관심의 대상이 되지 못하고 방치되고 있는 동안에 2023년 12월 의료조력사 이슈가 재점화된 계기가 있었다. 의료조력사 허용에 걸림돌이 되는 형법의 자살방조죄가 위헌이라는 취지의 헌법소원이 제기되었기 때문이다. 청구인[397]은 조력

존엄사 입법 부재는 입법부작위로 기본권을 침해하고, 연명의료 중단은 허용(연명의료결정법)하지만, 의료인이 환자의 요청에 따라 사망을 유도하는 약물을 처방/제공해 돕는 것을 형법의 자살방조죄(형법 제252조 제2항등)로 금지하고 있는 규범상태가 환자의 자기결정권 · 행복추구권 · 사생활의 자유 등을 침해한다는 주장을 전개하였다.[398]

2025년 초 위 헌법소원 심판 청구사건은 본안 심리로 전환되어 사건번호 2023헌마1396으로 심리가 진행 중이고,[399] 전문가 의견수렴(학술발표회 · 서면의견)을 이어가고 있다. 자살방조죄의 위헌여부에 대한 헌법재판소의 최종 결정이 △합헌 △헌법불합치(유예입법명령) △단순 위헌 △각하 등 다양한 선택지 중에 어느 것이 될지 논자마다 각기 다른 근거를 가지고 예측할 수는 있지만, 만약 헌법불합치나 (일부)위헌 결정이 내려질 경우 헌법재판소는 동시에 의료조력사 기준 요건을 제시(예: 의사능력, 질병범위, 절차적 안전장치)할 수도 있을 것으로 점쳐진다.

나. 정부 · 국회 등 공식 입장 동향

- 헌법재판소로부터 의견조회를 받은 정부(법무부 등)는 한국 사회에서의 조력존엄사 허용여부에 대해 생명 경시 풍조 우려, 의료윤리와의 충돌, 사회적 합의 미흡 등의 이유로 신중 · 반대 의견을 제출하면서 먼저 호스피스 · 완화의료 확충이 필요하다는 의견을 내놓았다. 국회 보건복지위는 헌법재판소의 의견요청에 대해 다수 의원이 '의견 없음'으로 회신하는 등 국회에서의 입법 논의와 마찬가지로 철저히 외면하고 있다.
- 헌법재판소가 형법의 자살방조죄 (일부)위헌을 선언하기 위해 의료조력사를 허용할 정도로 자기결정권을 구체화할 수 있는가? 있다면, 헌법재판소는 생명에 대한 자기

397) 불치성 척수염 진단을 받고 중증 통증 · 기능저하 상태에 있는 환자가 시민단체 · 전문가들과 함께 헌법소원 심판을 청구하였다. 이에 관해서는 법조신문(2024. 2. 2.자), "삶의 마지막 스스로 선택하게 해달라 … 헌재, '존엄사' 첫 정식 심판", https://news.koreanbar.or.kr/news/articleView.html?idxno=30073 참조.

398) 자살방조죄의 위헌성을 다투는 헌법소원은 일찍이 다른 맥락에서 헌법재판소의 문을 두드린 적이 있었다. 2008. 2. 13. 청구인은 형법 제252조 제2항이 '사람을 교사 또는 방조하여 자살하게 하는 경우'를 형법상의 범죄로 규정함으로써 타인에게 무심코 혹은 홧김에 '죽어라'라고 말한 경우까지도 그 상대방의 자살에 대한 자살방조죄의 책임을 물어 처벌할 수 있도록 하는 것은, 청구인의 '죽어라'라고 말할 권리를 침해하여 헌법 제10조 인간의 존엄과 가치 규정에 위반한다고 주장하면서 헌법소원심판을 청구하였다. 하지만 헌법재판소는 2008. 2. 26. 선고 2008헌마182 결정을 통해 이 사건 청구가 자기관련성과 현재성을 갖추지 못한 점을 근거로 부적법각하 결정을 내렸다.

399) 2017년에도 암 환자와 가족들이 같은 취지로 헌법소원을 제기했으나, 헌법재판소는 이를 각하했고(2017헌마1351), 헌법재판소는 2024년 10월 29일에도 유사한 사건에 대해 각하하였다(2024헌마885).

결정권의 구체적 범위에 관해 어떤 헌법해석론을 전개할 것인가? 이 보고서는 의료조력사를 허용하는 입법적 차원의 제도설계를 하기 전에 먼저 헌법재판소에 대해 제기되는 이 사법적 차원의 물음에 대해 답해보기로 한다.

제2절 한국 헌법재판소의 생명에 대한 자기결정권의 인정 범위에 관한 검토

I. 생명에 대한 자기결정권의 인정 범위와 자살방조죄의 관계

앞서 살펴보았듯이 형법상 자살방조죄의 위헌여부 및 그 위헌 정도는 생명에 대한 자기결정권의 인정 범위와 직접적으로 관련되어 있다.

1. 가장 진보적 헌법해석(독일의 헌법재판소)

생명에 대한 자기결정권을 가장 넓게 인정하는 헌법해석 태도이다. 앞서 언급했듯이 2020년 2월 26일 독일 연방헌법재판소는 기본법(Grundgesetz, GG) 제1조 제1항(인간의 존엄성)과 제2조 제1항(일반적 인격권)을 결합하여, 죽음의 방식과 시기를 스스로 결정할 권리가 헌법상 기본권임을 명확히 하였다. 또한 독일 헌법재판소는 국가가 생명을 보호할 의무(기본법 제2조 제2항)를 지니고 있음은 인정했으나, 국가의 생명보호의무가 개인의 자기결정적 죽음에 대한 권리를 부정하는 근거가 될 수는 없다고 하였다. 즉 국가는 자살을 방지하기 위해 개인의 결정이 진정으로 자유로운 의사에 기반한 것인지(자율성)를 담보할 절차적 보호 장치(상담, 숙려기간 등)를 마련할 의무가 있을 뿐, 개인의 자유롭고 진지한 결정을 거슬러 생명 유지를 강제할 권한은 없다고 판시하였다.[400]

이러한 헌법해석은 죽을 권리나 조력을 받아 죽을 권리, 즉 자살권도 헌법적 기본권으로 이해한다. 이에 따르면 자살방조를 처벌하게 되면 위헌이 될 가능성이 높아진다.[401]

---

400) '자기결정적 죽음에 대한 권리'를 헌법상 기본권으로 명시적으로 선언한 이 판결은 '국가의 생명보호 의무'와 '개인의 자기결정권'간의 관계를 완전히 새롭게 정립하였다. 연방헌법재판소장 Andreas Voßkuhle는 2020. 2. 26. 수요일에 위 판결을 선고하면서 "우리는 그의 결정을 안타까워할 수 있고, 그의 마음을 바꾸게 하려고 모든 노력을 기울일 수도 있지만, 결국에는 그의 자유로운 결정을 받아들여야 합니다."라고 마무리 발언을 하였다. Legal Tribune Online, "Die freie Ent-schei-dung in letzter Kon-se-quenz akzep-tieren" (2020. 2. 26.), https://www.lto.de/recht/hintergruende/h/bverfg-2-bvr-2347-15-verbot-geschaeftsmaessige-foerderung-selbsttoetung-verfassungswidirg-selbstbestimmung-letzte-konsequenz (2026. 3. 23. 최종확인).

401) 독일 형법은 이미 1871년 제국형법 제정 시부터 자살방조를 처벌하는 구성요건 자체가 없다. 자살이 불가벌이므로 행위자(정범)의 자살행위에 가담하는 가담자의 공범성립의 가능성이 부정된다는 공범종속이론의 귀결로 설명되기도 한다.

이 때문에 독일은 스위스와 함께 의료조력사 법제화 단계를 거치지 않고서도 의료현장에서 의료조력사가 관행상 허용되는 것으로 취급되어 왔다.[402]

그러나 누구나 어떤 이유로 타인(환자를 포함한 모든 사람)의 자살을 방조하는 행위를 하더라도 원칙적으로 형사처벌의 대상이 되지 않는 독일에서도 국가 생명보호의무 차원에서 자살예방이나 자살권 남용 등을 방지하기 위한 입법정책의 필요성은 여전히 존재한다. 따라서 말기 환자 등의 자기결정권에 기초하여 안전한 절차 속에서 조력사망을 선택할 수 있도록 하기 위한 생명보호 안전망을 구축할 필요성도 여전히 인정된다. 독일에서 의료조력사 법제화 논의의 문이 닫히지 않은 것도 이 때문이다. 물론 독일과 같이 생명에 대한 포괄적 자기결정권이 헌법적으로 승인되어 있는 법질서하에서 의료조력사가 법제화될 경우에는 후술할 '권리 모델'과 '절차적 안전장치 모델'이 결합되는 통합모델에 따를 가능성이 높다.

2. 가장 보수적 헌법해석(미국의 연방대법원 등)

생명에 대한 자기결정권을 가장 좁게 인정하는 헌법 해석태도이다. 죽을 권리나 조력을 받아 죽을 권리를 헌법상 인정하지 않는 헌법해석에 따르면 자살방조죄는 그 자체 합헌이라고 하게 된다. 그러나 이 법질서에서도 의료조력사 법제화의 가능성은 전적으로 입법자의 입법형성의 자유에 달려 있는 문제로 파악한다(보수적 입장). 2009년 한국 헌법재판소의 입장도 이러한 헌법해석에 기초하고 있다.

3. 중도적 헌법해석(이탈리아 헌법재판소, 콜롬비아 헌법재판소)

앞의 두 입장의 중간지점에서 생명에 대한 자기결정권의 인정 범위를 일정 부분 확장하는 해석태도이다. 입법을 통해서가 아니라 헌법해석을 통해 의료조력사를 허용한 이탈리아 헌법재판소는 환자의 소극적 치료거부권에 대한 논리적 · 합리적 접근을 통해 생명에 대한 자기결정권의 인정 범위를 일정 부분 확장하는 헌법해석을 시도하였다. 이 입장은 국가의 생명보호의무 차원에서 자살방조를 처벌하는 형법규정은 그 자체 합헌이지만, 특정한 예외상황에 대한 자살방조행위를 처벌하는 형법의 태도는 헌법적 자기결

402) 자살 및 자살방조에 대한 이러한 현행법제의 입장은 법문화적 역사적 조건 등 다양한 배경을 가지고 있고, 그러한 배경적 요소가 헌법 해석상 생명에 대한 자기결정권의 인정 범위를 넓게 잡고 있는 것인지, 그 역인지는 장차 더 연구해야 할 과제이다.

정권 제한 내지 침해를 구성할 수 있다고 한다.

특히 연명의료중단권이 헌법적 자기결정권의 내용이라면 그와 유사한 예외상황에 처한 환자의 자기결정권을 부정하는 것은 평등권에 반할 수 있다. 따라서 예외상황에 처해 있는 자를 의료적으로 조력하는 의사를 자살방조로 처벌하는 자살방조죄는 일부위헌이 인정될 수 있다. 이러한 시각에서 보면 자살방조의 전면적 금지로 인해 예외상황에 있는 환자의 헌법적 자기결정권이 침해될 수 있다. 이에 따르면 예외상황에 대한 환자의 헌법적 권리 보호를 위해 국가의 생명보호의무를 일정부분 후퇴시키는 것을 내용으로 하는 의료조력사 법제화는 논리필연적으로 요구되고, 단순한 입법자의 형성의 자유에 속하는 것이라고 말할 수 없게 된다. 의료조력사를 허용하는 것을 내용으로 하는 입법을 부작위하는 것은 해당 환자의 기본권(권리) 침해 상태가 방치되는 결과를 가져오기 때문이다.

콜롬비아 헌법재판소는 연명의료중단의 관점에서 조력사망권을 인정하는 논리를 전개하면서 자살방조죄를 무력화시키는 접근 방법을 취하는 이탈리아 헌법재판소와는 달리 보다 적극적으로 생명에 대한 자기결정권을 헌법적 권리로 인정하고 있다. 특히 콜롬비아 헌법재판소는 생명권(제11조)을 인간의 존엄성(제1조) 및 자유로운 인격발현권(제16조)과 결합하여 생명의 양적 연장보다 질적 존엄성과 개인의 자율성을 우위에 두는 논리를 전개함으로써, 의사의 시술에 의한 적극적 안락사뿐 아니라 의사의 조력을 받아 사망할 권리까지 인정하는 등 죽음의 시기와 방식을 선택할 환자의 권리 확장을 도모하는 동시에 국가의 생명보호의무에 새로운 방향을 제시하고 있다.

4. 요약 정리

헌법재판소가 자기결정권의 범위를 어디까지 인정하느냐에 따라 한국, 독일, 이탈리아, 그리고 콜롬비아 등은 국가생명보호의무 및 형법적 자살방조죄에 대한 위헌여부 및 정도 면에서 다음과 같은 스펙트럼을 보여주고 있다.

<표 15> 자기결정권 인정 범위와 자살방조죄의 위헌여부 관계 비교

비교 항목	한국 헌법재판소 (2009)	이탈리아 헌법재판소 (2019/2024)	콜롬비아 헌법재판소 (2022)	독일 연방헌법재판소 (2020)
자기결정권 인정 범위	자연적 죽음을 수용할 권리 (연명치료 중단)	고통을 끝낼 방식을 선택할 권리 (조력자살)	존엄하게 죽을 권리 및 조력을 받아 죽을 권리	**자기결정적 죽음에 대한 권리** (조력자살 포함)
의학적 전제조건	**사망 임박 단계** (회복 불가능) 필수	생명유지장치 (기계장치에 한정하지 않음) 의존 **및 극심한 고통필수**	극심한 신체적·정신적 고통과 심각하고 불치인 질병(또는 상해)	**조건 없음** (건강한 사람도 자유의사로 가능)
국가 생명 보호의무 해석	생명의 절대성 우위 (자살 및 조력은 훼손행위로 엄격 금지)	존엄성과의 형량 (비인도적 고통 강요 불가)	잔혹하고 비인도적이며 굴욕적인 대우를 국가가 환자에게 강요하지 않도록 하기 위해서는 생명보호의무가 환자의 존엄성 앞에서 반드시 '후퇴(ceder)'해야 한다는 실체적 가치 교량	**자율성 보호의 우위** (자유의사에 반하는 생명 연장 불가)
위헌여부 및 정도	자살방조죄 전면 적용 (단, 연명치료 중단은 범죄 아님)	특정요건하에서 자살방조죄 **위헌(부분 위헌)**	특정요건하에서 자살방조죄 위헌 (부분 위헌)	조력자살을 사실상 불가능하게 만드는 처벌 조항은 **전면 위헌**

II. 한국 헌법재판소의 종래 입장과 자기결정권의 인정 범위 확장론

1. 종래 입장과 문제점

생명에 대한 자기결정권의 인정 범위에 관해 한국의 헌법재판소는 장차 어떤 결정을 내릴 것인가? 급진적인 독일 헌법재판소의 입장까지는 아니어도 적어도 중도적 입장을 취함으로써 환자의 의료조력사 허용을 헌법적 권리로 인정하는 헌법해석을 전개할 수 있는가? 이에 답하기 위해서는 헌법재판소가 생명에 관한 자기결정권의 구체적 인정 범위를 어떻게 설정하고 있는지로 다시 돌아가 볼 필요가 있다.

종래 한국 헌법재판소는 2009년 결정(2008헌마385)에서 '생명권은 헌법상 최고의 절대적 가치이므로 생명에 대한 임의적 처분은 예외 없이 금지된다'고 전제하며, 자기결정권이 생명 처분권(죽을 권리)을 포괄할 수 없다는 입장에 서 있었다.[403]

그러나 헌법재판소의 이러한 '생명 절대주의' 논리에는 두 가지 측면에서 무시될 수 없는 문제점과 한계가 있는 것으로 보인다. 첫째, 생명정치학적 관점이 결여되어 있다. 재판부의 입장은 극한의 고통 속에서 인격적 주체성이 철저히 파괴된 환자에게도 국가가 형벌권을 동원하여 생물학적 생존만을 강제하고 있다. 이같이 아무리 고통스럽고 인간성을 상실한 것과 같은 상황에서도 생명처분권을 허용하지 않는 재판부의 태도는 인간의 '생명'을 오직 생물학적 차원의 생명, 즉 '조에(Zoe)'적 삶으로 환원하여 파악하고 있는 것으로 평가될 수 있다. 이 같은 생명절대주의는 헌법 제10조가 보장하는 인간의 존엄성을 보호하는 것이 아니라 오히려 국가의 후견주의적 폭력을 지지하는 것과 다름없어 보인다. 둘째, 비례성 원칙 위반의 소지가 있다. 국가의 생명보호 의무는 인정되나, 회복 불가능한 질환으로 인해 생명 유지의 이익이 환자 본인에게 철저히 무가치해진 예외적 상황에서조차 '생명 처분 금지'라는 추상적 공익을 앞세워 환자의 구체적이고 실존적인 고통 해방의 권리를 전면 차단하는 것은 법익 균형성의 관점에서 볼 때 불비례적인 해석으로 보지 않을 수 없기 때문이다.

2026년 현재 한국 사회의 정치사회경제적 환경을 고려할 때 한국의 헌법재판소가 17여년 전의 보수적 입장에서 한걸음 더 진전된 결정을 내릴 가능성은 없는가? 2009년 김할머니 사건을 통해 확립된 연명의료중단의 헌법적 근거가 한국 사회에 '존엄한

403) 헌법재판소 2009. 11. 26. 선고 2008헌마385 결정.

죽음'이라는 화두를 던져 생명에 대한 자기결정권의 중요성이 사회적 담론 수준으로 확산되었고, 이는 다시 2016년 「연명의료결정법」의 제정으로 이어졌다. 그러나 이 법은 헌법재판소가 만들어 놓은 자체 브레이크 때문에 자기결정권을 기계적 생명 연장의 '소극적 거부'에만 국한함으로써 여전히 규범적 사각지대를 제거하지 못하고 있다. 이러한 불만족 상태는 그 이후 전개된 현실변화와 규범적 조건의 변화에도 불구하고 헌법재판소에 의해 정리되는 기회를 맞이하지 못하고 있다.

2. 현행 연명의료결정법의 한계와 의료조력사망 요구의 등장 배경

'소극적 치료거부권' 중심의 한국의 연명의료중단 제도는 예외적 상황에 처해 있는 말기 환자가 생명에 대한 자기결정권을 행사할 가능성을 전적으로 차단하고 있다. 이 때문에 2017/2018년 연명의료결정법이 시행된 이후부터는 의료조력사를 허용함으로써 적극적인 의미의 자기결정권 인정을 제도화하려는 사회적 요구가 지속적으로 있어 왔고, 그 목소리의 절실함도 계속해서 커지고 있다.

가. 진정완화로도 통제되지 않는 실존적 고통의 해결 요구

연명의료결정법은 말기 환자의 고통을 호스피스 · 완화의료로 해결할 수 있다고 전제한다. 그러나 현대 의학의 심층 진정으로도 신체적 부패, 배설 등 통제력 상실에서 오는 수치심이나, 인격적 주체성이 해체되어 단순히 숨만 쉬는 생물학적 생명으로 전락한 상태에서 겪는 실존적 · 정신적 고통은 결코 제거되지 않는다. 의료조력사망은 이러한 잔존하는 고통을 종식시킬 유일한 대안으로 요구된다.

나. 작위와 부작위의 규범적 · 논리적 동일성 인정 논리의 부상

현행법에 따르면 연명의료중단차원에서 인공호흡기를 떼어내어 환자를 죽음에 이르게 하는 '부작위(또는 소극적 작위)'는 합법적 권리가 되지만, 치사 약물을 처방하여 고통 없이 죽음에 이르게 하는 '작위'(능동적 행위)는 살인 또는 자살방조로 형사처벌의 대상이 된다. 그러나 환자의 고통을 덜어주기 위해 죽음을 수용한다는 '목적'과 사망이라는 '결과'에 있어서 양자는 완전히 동일하다. 수단이 다르다는 이유만으로 하나를 형벌로 다스리는 것은 논리적 일관성을 상실한 낡은 이분법에 불과하다는 비판이 제기될 수 있다.

다. 초고령화 시대, 생명과 존엄에 대한 가치관의 근본적 전환 요구

초고령화 사회 진입으로 인해 '유병장수(有病長壽)'가 일상화되는 현상이 더욱 늘어났다. 과거에는 생명의 '양적 연장' 자체가 축복이자 국가의 보호 목적이었으나, 이제 시민들은 생명의 '질'과 '자신의 서사를 스스로 완성할 수 있는 존엄한 마무리'를 생명의 본질적 가치로 인식하기 시작했다. 생물학적 생존만을 강요하는 국가의 후견주의는 더 이상 시민들의 동의나 헌법적 승인을 얻기 어렵게 되고 있다.

3. 생명처분권 부정론 도그마를 넘어설 수 있는 규범적 조건의 변화 : 자기결정권에 대한 새로운 헌법해석의 가능성

2026년 의료조력사망을 원하는 환자에 의해 제기된 자살방조죄 위헌 여부 결정을 앞둔 헌법재판소가 종래의 입장을 바꾸어 일보 진전된 헌법해석을 할 수 있는 가능성이 이미 10여년 전 열리게 되었다고 볼 수 있는 측면이 있다. 헌법재판소가 종교적 수혈거부사건에 대한 2014년 대법원 판결의 취지를 지렛대로 삼을 수 있기 때문이다. 앞서 살펴본 바와 같이 이 판결에서 대법원은 생명에 대한 개인의 자기결정권이 생명권(국가의 생명보호의무)과 대등한 가치를 가질 수 있고, 양자가 비교형량의 대상이 될 수 있음을 인정함으로써, 헌법 해석상 생명에 대한 자기결정권의 인정 범위를 확장할 가능성을 열었기 때문이다.

가. 2014년 종교적 수혈거부 사건에 대한 대법원 판결의 의의

2014년 대법원 전원합의체(2009도14407)는 종교적 신념에 의한 수혈 거부로 사망한 사건에서, 환자의 자기결정권을 '국가의 생명보호 의무'와 대등하게 형량될 수 있는 헌법적 가치로 격상시켰다. 이는 생명이 무조건적으로 보호되어야 하는 객관적 가치일 뿐만 아니라, 개인의 인격적 정체성과 직결될 때는 (형벌을 통한)국가의 강제적 생명유지를 배제할 수 있는 주관적 권리로 작동할 수 있음을 선언한 것을 의미한다.

2009년 김할머니 사건(대법원 2009다17417)이 '회복 불가능한 임종과정'이라는 극히 제한된 의학적 상황에서만 기계적 연명의료의 중단을 허용했다면, 2014년 종교적 수혈거부 사건(대법원 2009도14407 전원합의체 판결)은 헌법상 자기결정권의 지위를 생물학적 생명 자체와 대등하게 저울질할 수 있는 수준으로 격상시키고 있다.

이러한 2014년 대법원 판결의 법리를 논리적 지렛대로 삼으면, 생명에 대한 환자의 자기결정권은 무의미한 연명의료중단 요구라는 소극적 차원에 머물게 하지 않고, 자기통제력을 잃고 고통속에서 존엄성을 상실하게 만드는 현재의 삶을 종결할 것을 요구할 수 있는 적극적 차원으로 확장해 갈 수 있게 된다. 더 나아가 이러한 의미의 헌법적 자기결정권은 의료조력사(MAID) 법제화에 대한 입법정책의 헌법이론적 근거가 될 수 있다. 2014년 대법원 판결이 두 가지 후방연관효과(자기결정권의 인정 범위 확장 + 의료조력사 법제화의 이론적 근거)를 발휘할 수 있음은 다음과 같이 설명될 수 있다.

(1) 가치형량의 전환: 생물학적 연명→인격적 정체성

2014년 판결에서 대법원이 국가의 생명보호의무와의 비교형량의 저울대에 올린 것은 2009년 판결(또는 2009년 헌법재판소 결정)에서와 같이 연명의료로 연장 중인 '무의미한 (생물학적)생명'의 포기권이 아니었다. 환자의 상태가 죽음이 임박한 '임종과정'이 아니었음에도, 그리고 수혈이라는 '간단한 의학적 조치'로 생존할 수 있던 상태였기 때문이다. 대법원이 비교형량의 대상으로 삼은 것은 국가의 생명보호의무와 종교적 신념과 양심에 따른 수혈거부권, 즉 인격적 정체성을 유지하기 위해 죽음을 초래할 수 있는 수혈거부권에 따른 생명의 포기권이었다.

이러한 비교단위를 가지고 대법원은 2014년 판결에서 인격적 정체성을 유지하기 위한 생명포기권이 국가의 생명보호의무와 대등한 가치를 가진다고 하였다. 이러한 대법원의 입장은 생물학적 생명유지의 포기 앞에서 국가의 생명보호의무를 후퇴시킬 수 있다는 종래(연명의료중단 허용적) 자기결정권 이론에 비해 다음과 같은 발전된 면모를 보여주고 있다: '생물학적 생명 유지와 인격적 정체성을 유지하는 생명 포기는 적어도 대등한 지위에 있고, 따라서 국가의 생명보호의무는 인격적 정체성을 유지하는 생명포기적 자기결정권 앞에서 후퇴될 수 있다.'

이러한 생명에 대한 자기결정권의 헌법적 승인은 적극적 의료조력사망의 허용으로 연결시키는 논리 전개를 가능케 한다. 만약 신앙을 지키기 위해 죽음을 선택하는 자기결정권이 헌법 제10조(인간의 존엄성)에 의해 보호받는다면, 극심한 육체적 · 정신적 고통 속에서 '인간다운 존엄과 품위'를 지키기 위해 죽음을 앞당기려는 말기 환자의 자기결정권 역시 동일한 헌법적 무게로 보호받아야 한다. 종교적 신념만이 인격의 핵심이 아니라, 고통을 통제하고 존엄하게 삶을 마감하려는 이성적 결단 역시 인격권의 가장

본질적인 부분이기 때문이다.

(2) 수단의 등가성: '수혈 거부(부작위)'와 '약물 투여(작위)'의 논리적 모순 극복

2014년 판결에서 대법원은 의사가 수혈을 하지 않아(부작위) 환자가 사망했음에도 의사에게 유죄를 선고하지 않았다. 의사(국가)의 생명보호의무가 환자의 생명을 유지할 수 있는 치료(수혈방식의 수술)를 거부할 자기결정권에 비해 우위에 서 있다고 볼 수 없다고 판단했기 때문이다. 거꾸로 말하면 예외적 상황에 기초한 환자의 자기결정권이 의사의 생명보호의무를 후퇴시킬 수 있다는 점에 따라 의사의 행위가 규범에 반하는 행위가 아니라고 판단했기 때문이라고 볼 수 있다.

이러한 판결의 취지를 헌법적 관점에서 재해석하면, '수혈을 거부하여 과다출혈로 사망하는 것'과 '치사 약물을 투여받아 평화롭게 사망하는 것' 사이에는 본질적 차이가 없다. 두 가지 모두 환자의 '자율적 결단'에 의해 사망이라는 결과에 이르고 있기 때문이다.

이러한 헌법적 관점은 의료조력사망을 요구할 환자의 권리를 헌법 이론적으로 뒷받침할 수 있다. 수혈 거부나 연명의료 장치 제거라는 '부작위'적 죽음과 합법적 권리로 인정받아 치사 약물을 처방받아 사망하는 '작위'적 죽음을 차별화하여 전자는 합법적이고 후자만 불법의 영역에 남겨 자살방조로 처벌하는 것은 논리적 필연성이 결여된 이분법이기 때문이다. 2014년 대법원 판결이 환자의 자율성에 의한 죽음의 선택(결과)을 승인했다면, 그 목적을 달성하기 위해 가장 고통이 적고 인도적인 수단(조력사망)을 선택할 권리 역시 보호되어야 하고, 이러한 권리 실현에 조력하는 의사를 형사처벌하는 것은 헌법상 과잉금지원칙에 반할 소지가 생긴다.

(3) 국가 생명보호의무의 재해석: '절대적 생명보호'→'자율적(상대적) 생명보호'

2014년 대법원 판결은 종래 헌법재판소의 생명에 대한 임의적 처분금지라는 전통적 도그마에 균열을 만들었다. 대법원은 이 판결에서 국가의 생명보호의무가 환자의 명시적이고 진지한 반대에도 불구하고 '강제적 치료를 통해 생물학적 생존을 억지로 연장할 의무를 의미하지는 않는다'는 취지의 판시를 하고 있기 때문이다.

이러한 2014년 대법원 판결의 취지는 2020년 독일 연방헌법재판소가 판시한 논리에 근접해 가고 있다. 이에 따르면 진정한 의미의 헌법상 생명보호의무는 국가가 국민

의 목숨을 기계적으로 연장시키는 것이 아니라, 국민이 외부의 압력 없이 자발적이고 진지하게 자신의 생명 종결을 결정할 수 있도록 자율적 의사결정의 조건을 보장하고 오남용을 막는 절차(Safeguards)를 마련하는 것으로 패러다임이 전환되어야 한다. 국가의 생명보호의무 포기가 아니라, 그 의무를 현대적으로 재해석하여 이행하는 과정, 즉 국가생명보호의무의 패러다임 전환은 의료조력사망의 법제화를 요구한다.

(4) 헌법 제11조 평등권: 질환의 종류 및 환자의 신체적 상태에 따른 차별 금지

수혈 거부 사건에 관한 2014년 대법원 판결을 수용하면서도 예외적 상황에 처한 환자의 조력사망을 금지하게 되면, 헌법상 평등권 침해의 소지가 생긴다. 현행 법제하에서는 인공호흡기를 부착하고 있거나 수혈하지 않으면 생명이 위험한 환자는 인공호흡기 착용거부 및 수혈거부라는 '치료거부'를 통해 합법적으로 존엄한 죽음을 맞이할 수 있다. 반면에 루게릭병이나 치명적인 뇌종양 환자처럼 특별히 떼어낼 연명 장치는 없으나 끔찍한 고통을 겪는 환자가 죽음을 앞당길 합법적 수단은 존재하지 않는다. 의료조력사 법제화 요구는 이러한 '불평등한 규범상황'을 메우는 의미 차원을 가진다.

한국의 현행 법제는 '우연히 걸린 질병의 특성(생명유지장치 의존 여부)'이라는 환자가 통제할 수 없는 신체적 조건에 따라 헌법상 자기결정권의 향유 여부를 차별하는 결과를 만든다. 캐나다 대법원의 *Carter* 판결이나 이탈리아 헌법재판소 판결이 지적했듯이 이러한 불합리한 차별을 해소하고 모든 국민이 동등하게 고통에서 벗어날 권리를 누리기 위해서는 적어도 예외적 상황에 처한 환자의 자기결정권 인정 범위를 일정부분 더 넓히는 전향적 헌법해석이 필요하다.

나. 요약 및 전망: 생명에 대한 자기결정권에 관한 헌법해석의 변곡점

첫째, 2014년 대법원 판결은 한국 헌법 질서 내에서 '생명은 무조건 유지되어야 한다'는 도그마를 깨뜨리고, '존엄한 삶의 마무리는 인간의 권리'라는 새로운 헌법적 패러다임 전환 가능성을 보여준 판결로서의 의의를 가진다.

대법원은 이 판결을 통해, 환자의 인격적 정체성과 결부된 자기결정권이 단순한 생물학적 생존의 가치를 넘어 국가의 생명보호의무와 적어도 대등한 관계에 있을 수 있음을 확인하였다. 또 대법원은 경우에 따라 국가의 생명보호의무가 후퇴할 수 있음을 인정하였다. '국가가 생명 보호라는 미명하에 환자 본인이 원하지 않는 치료를 강제하는

것은 인간의 존엄을 침해한다'는 것이다. 이는 국가의 역할이 생명을 기계적으로 연장시키는 것이 아니라, 국민이 존엄하게 살(그리고 죽을) 권리를 보장하는 것임을 확인한 것이다. 이러한 법리는 죽음의 시기와 방식을 자율적으로 결정하는 것을 내용으로 하는 의료조력사망이 단순한 일탈적 자살 내지 일반적 의미의 자살이 아니라, 헌법 제10조가 보장하는 인격권의 실현이자, 존엄한 죽음을 선택할 수 있는 자기결정권의 행사를 의미하는 것임을 말해준다.

둘째, 2014년 대법원 판결의 취지 속에 들어 있는 생명에 대한 자기결정권 법리는 헌법적으로 인정될 수 있는 자기결정권의 인정 범위를 소극적 치료거부의 차원을 넘어 존엄한 죽음을 맞이할 수 있는 치료(의료)행위를 적극적으로 선택할 수 있는 차원으로 확장시킬 수 있는 발판을 제공한 의의를 가진다. 더 나아가 이 판결의 법리는 '고통받는 환자가 자기통제력을 잃은 무의미한 생존을 이어가는 의미의 생명(Zoe)을 넘어, 자신의 인격적 존엄을 유지하는 생명(Bios)을 지키기 위해 국가에 적극적인 의료적 조력을 요청할 권리'를 헌법적으로 긍정하는 논리적 토대이자, 이를 입법화해야 할 국가의 의무를 뒷받침하는 강력한 논거가 될 수도 있다.

수혈을 거부하여 생을 마감할 권리를 승인하면서도 견딜 수 없는 고통 속에서 약물을 통해 생을 평화롭게 마감할 권리를 부정하는 것은 수단(부작위와 작위)의 차이에만 초점을 맞추고 있으므로 헌법상 평등권과 비례성의 원칙을 위반하는 것이기 때문이다.[404]

이처럼 2014년 대법원 판례를 지렛대 내지 징검다리로 삼으면, 한국 법체계 내에서도 의료조력사의 법제화는 전혀 이질적인 도약이 아니다. 오히려 생명에 관한 자기결정권에 관한 기존 판례 법리의 자연스럽고 논리적인 확장이라고 할 수 있다. 국가가 말기 환자가 겪는 극심한 고통을 방치하면서까지 형벌권(자살방조죄 등)을 동원해 환자의 생존을 강요하는 것은 '과도한 국가 후견주의'의 발로라고 할 수 있다. 의료조력사망의 법제화는 국가가 개인의 삶을 좌지우지하는 지배자가 아니라, 개인의 일생 중 최후로 내린 선택을 돕고 이를 절차적으로 보호하는 조력자의 위치로 물러나게 하는 헌법적 비례성 원칙의 실현이라고 보지 않을 수 없다. 이에 따르면 국가 생명보호 의무를 이행하기 위한 입법정책에도 변화가 수반되어야 한다. 의료조력사 법제화는 그 변화의 중핵에 해당한다.

404) 따라서 2014년 판결이 열어젖힌 '인격적 생명 중심의 자기결정권' 논리는 소극적 연명의료중단을 넘어 적극적 의료조력사망의 법제화를 정당화하는 가장 강력하고도 직접적인 헌법이론적 토대로 삼을 수도 있다.

4. 보론: 이탈리아 헌법재판소(2019/2024)가 구성한 자기결정권 이론

가. 자살방조죄 부분적 위헌 선언

이탈리아 헌법재판소는 2019년 판결(Sentenza 242/2019)에서 특별한 사정이 있는 예외적인 경우, 조력사망을 금지하는 형법의 자살방조죄가 부분적으로 위헌임을 선언하였다. 즉 생명유지치료에 의존하며 참을 수 없는 고통을 겪는 의사능력 있는 환자가 죽음을 선택할 경우 의사의 의료적 조력행위를 자살방조로 처벌하는 것은 회복 불가능한 고통 속에서 이성적으로 내린 환자의 자기결정권에 대한 침해라고 보았기 때문이다.

이탈리아 헌법재판소는 2019년 판결에서 의료조력사망의 허용요건으로 인정했던 '환자의 생명유지치료에의 의존' 중 '생명유지치료' 개념을 확장하여 2024년 판결(Sentenza 135/2024)에서는 기계장치(인공호흡기 등)에 의존하지 않는 경우에도 의료조력사망을 선택할 수 있는 환자의 헌법적 권리를 인정하였다. 기계장치에 의존하여 생명유지를 하고 있는 환자에 대한 소극적 연명의료 중단을 허용함으로써 죽음 선택권을 인정하였고, 더 나아가 기계장치에 의존하지 않고 생명유지치료 중인 중증 말기 환자에게도 죽음 선택권을 인정하지 않으면 환자가 사망에 이르는 시점까지 고통을 겪어야 하는 불합리가 발생한다는 점을 인정한 것이다.

나. 이탈리아 헌법재판소와 2009년 한국 헌법재판소의 자기결정권 이론 비교

한국의 헌법재판소(2009)와 이탈리아 헌법재판소(242/2019 및 135/2024)는 '자기결정권과 생명권의 관계'를 설정하는 규범적 논리 구조에서 결정적인 차이를 보인다.

(1) 규범적 단절(한국) vs 규범적 연속성(이탈리아)

한국헌법재판소는 치료거부(연명치료 중단)와 치사약물복용(의료조력사) 사이에 넘을 수 없는 규범적 벽을 세워놓고 있다. 전자는 '자연의 섭리에 따르는 정당한 행위'이고, 후자는 '생명을 파괴하는 범죄(자살)'로 보고 있다. 한국의 헌법재판소는 생명권의 절대성을 근거로 두 행위를 질적으로 완전히 다른 것으로 취급하고 있다.

반면에 이탈리아 헌법재판소는 치료거부(연명치료 중단)와 치사약물복용(의료조력사)이라는 환자의 두 행위를 '환자의 존엄성 보호'라는 연속선상에 놓는다. 인공호흡기를 떼고 고통 속에서 질식사하는 것은 허용하면서, 그 고통을 피하기 위해 약물을 먹

고 평화롭게 죽는 것을 금지하는 것은 논리적 모순이자 차별이라고 본다. 즉, 목적(존엄한 죽음)이 같다면 수단(치료 중단 vs 조력자살)의 선택도 자기결정권에 포함된다고 보는 것이 타당하다는 논리를 전개한다.

(2) 고통 완화에 대한 관점 (고통수인의무 vs 면제권)

한국의 헌법재판소는 존엄하게 죽기 위해 자연적 과정에서 수반되는 어느 정도의 고통은 환자가 수인해야 할 영역으로 남겨둔다. 반면에 이탈리아 헌법재판소는 환자에게 자신의 존엄성 관념에 반하는 '길고 고통스러운 죽음의 과정'을 강요하는 것 자체가 헌법 위반이라고 본다. '고통받지 않을 권리'를 생명 연장의 의무보다 상위에 두고 있는 것이다.

(3) 생명 처분권에 대한 인식

한국의 헌법재판소는 생명은 나의 것이지만 내 마음대로 처분(폐기)할 수 없는 절대적 가치성을 인정한다. 반면에 이탈리아 헌법재판소는 원칙적으로 국가가 생명을 보호해야 하나, 극심한 고통과 생명유지장치에 갇힌 특수한 상황에서는 생명 보호의 이익보다 '주관적 존엄성(스스로 판단하는 삶의 가치)'이 우선하여 예외적으로 의료조력사(또는 조력자살)가 허용된다고 본다.

(4) 소결: 한국 헌법재판소가 전개할 것으로 기대되는 논리

한국 헌법재판소의 헌법해석은 자기결정권을 '생명의 훼손 없이 자신의 신체와 치료를 통제할 방어적 권리'로 엄격히 통제하고 있는 반면, 이탈리아 헌법재판소는 이를 '존엄성을 위협하는 고통으로부터 벗어나기 위해 적극적으로 삶을 종결할 방식을 선택할 권리'로 확장하고 있다. 한국 헌법재판소도 이탈리아의 헌법해석과 같이 자기결정권에 관한 헌법 규범적 패러다임의 전환을 도모하는 해석론을 전개할 수 있는가?

생각건대 한국의 헌법재판소도 타인의 강압이나 우울증 등에 의한 자살을 막기 위한 형법 자살방조죄의 존재의의 및 취지가 정당하다는 입장에 서면서도, 의료조력사망의 전제조건이 충족되는 특별한 사정이 있는 경우 환자의 죽음 선택권 행사에 대한 의료적 조력 행위를 처벌하는 것은 국가 형벌권의 과잉 행사라는 논리를 전개할 수 있다. 이뿐만 아니라 앞서 주장하였듯이 질환의 특성(물리적 장치의 유무)에 따라 헌법상

자기결정권의 향유 여부가 차별받는 것은 평등권(헌법 제11조) 위반이라는 점을 의료조력사 법제화를 위한 정당성의 근거로 삼을 수도 있다.

환자에게 치료거부권을 인정하면서 환자가 요구하는 의료행위 선택권을 부정하는 것은 논리적 모순이다. 이러한 모순에 빠지지 않으려면 존엄하게 생을 마감할 수 있도록 고통제거적 의료행위, 즉 치사약물의 처방을 구하는 것도 환자가 선택할 수 있는 의료행위에 포함되어야 한다. 소극적 치료거부권과 적극적 의료행위 선택권을 분리하여 전자는 허용하고 후자는 금지하는 국가에 의한 '고통의 의무화'로 귀결될 수 있기 때문이다. 어떤 국가도 개인에게 고통을 의무화할 수는 없다.

III. 소결: 자기결정권 인정 범위 확장론

헌법의 시대적 사명은 헌법적 자기결정권의 인정 범위가 과거의 '소극적 방어'를 넘어 미래의 '적극적 권리 보장'으로 확장되어 가는 지점을 정확하게 포착하는 일이다. 헌법재판소는 이러한 맥락에서 전 세계적으로 확장일로에 있는 생명에 대한 자기결정권이 한국 사회에서 어떻게 자리매김해야 할 것인지에 관한 보고서를 내 놓아야 할 과제 수행을 앞두고 있다. 헌법재판소가 생명에 관한 자기결정권에 대한 어떤 이론을 전개할 것인지에 따라 입법자가 법제화할 의료조력사제도의 구체적 설계가 달라질 수 있다. 헌법재판소가 전개할 수 있는 생명에 관한 자기결정권 이론은 기본적으로 다음과 같이 전개되어야 할 것으로 보인다.

가. 치료거부권과 의료행위 선택권의 분리 불가능성

헌법 제10조에서 도출되는 일반적 인격권과 생명에 대한 자기결정권은, 환자가 자신의 생명과 신체에 대한 침해를 배제할 소극적 권리(치료거부권)뿐만 아니라, 자신의 가치관에 부합하는 존엄한 삶의 마무리를 위해 적절한 의료적 개입을 적극적으로 요구할 권리(의료행위 선택권)를 마땅히 포괄한다. 우리 법제는 이미 연명의료결정법 등을 통해 환자가 생명 연장 치료를 거부하고 죽음을 맞이할 권리를 보장하고 있다. 환자에게 생명 단축을 초래하는 '치료의 거부'는 헌법상 권리로 인정하면서도, 그와 완전히 동일한 목적(극심한 고통으로부터의 해방과 존엄한 임종)을 달성하기 위해 환자가 주체적으

로 '고통 제거적 의료적 조력(치사약물의 처방 등)'을 선택할 권리를 전면 부정하는 것은 중대한 논리적 모순이다. 죽음에 이르는 과정에서 부작위(치료 중단)를 선택할 권리가 인정된다면, 작위(치사약물의 처방과 복용)를 선택할 권리 역시 헌법상 동등한 자기결정권의 발현으로서 보호되어야 함이 논리적으로 타당하다고 하겠다.

나. 고통의 의무화 금지와 인격적 존엄의 침해

자기결정권에 기초하여 치료를 거부할 권리가 환자에게 부여되어 있음에도 불구하고, 생명유지장치에 의존하지 않는다는 우연한 질환적 특성으로 인해 스스로 죽음을 수용할 방법이 없는 환자들에게 치사약물 처방 등의 의료적 조력을 일률적으로 금지하는 것은 심각한 헌법적 문제를 야기한다. 이는 결과적으로 치유 불가능한 질환으로 실존적 고통을 겪는 환자에게, 국가가 형벌권을 동원하여 '기약 없는 극심한 고통을 임종 시까지 무조건 감내할 것'을 법적으로 의무 지우는 것과 다를 바 없다. 개인에게 참을 수 없는 육체적 · 정신적 고통을 강제하는 국가는 헌법 제10조가 규정한 인간의 존엄과 가치를 본질적으로 침해하는 것이다. 진정완화(Palliative Sedation) 등 기존의 의료적 수단만으로 개인의 고통을 덜어줄 수 없는 한계 상황에서, 환자가 자신의 인격적 존엄을 지키기 위해 내린 최후의 결단(조력사망)을 처벌하는 것은 국가의 생명보호의무를 내세워 개인에게 참혹한 고통을 강요하는 '국가 후견주의적 폭력'에 해당한다.

다. 비례성 원칙 및 평등권에 기반한 논거

국가의 생명보호의무는 환자의 구체적이고 실존적인 고통 해방의 권리와 대등하게 형량되어야 한다. 회복 불가능한 고통 속에서 이성적으로 조력사망을 요구하는 환자의 권리 행사를 돕는 의료인마저 일률적으로 자살방조죄로 처벌하는 현행법은 침해의 최소성 및 법익 균형성 원칙에 위배된다.

기계적 연명장치 의존 여부에 따라 존엄한 죽음을 맞이할 권리를 차별하는 것으로서 헌법상 평등권에 위배된다. 질환의 종류가 만들어내는 환자의 우연한 상태(말기 환자냐 아니면 임종과정에 있느냐 또는 기계적 생명유지장치에 의존하고 있느냐 아니면 생명유지장치에 의존없이 회복불가능한 고통을 겪고 있느냐) 내지 남겨진 기간에 따라 실체적 권리(자기결정권)를 합법과 불법으로 구분하거나 차별적으로 인정하기 때문이다.

현행 법질서 하에서 연명의료중단을 허용할 수 있는 임종과정과 의료조력사망을

허용해야 할 말기단계는 삶과 죽음의 연속선상에 놓여 있는 것이므로 인위적으로 구획 지우기 어렵다. 전자의 경우에는 자기결정권이 인정되고, 후자의 경우에는 자기결정권이 부정된다는 논리는 과도한 이분법적 논리이다. 치료거부라는 소극적 수동성에 의존한 사망을 자연스러운 죽음(자연사)으로, 존엄한 죽음을 위해 적극적 능동성을 요구하면서 사망하는 것을 생명권 침해적인 인위적 죽음(자살)로 취급해서도 안 된다. 두 가지 죽음 모두 인격적 주체의 자율적 자기결정권 행사의 결과로서 동가치하기 때문이다. 전자의 죽음에 조력한 행위를 합법적 행위로 후자의 죽음에 조력한 행위를 불법으로 취급하는 것은 전인격적으로 의미 있는 주체적 삶(비오스)보다는 고통을 견디면서 생물학적으로만 유지되는 삶(조에)에 우선적 가치를 부여하라는 불합리한 요구이다.

제3절 의료조력사 법제화를 위한 입법론

I. 의료조력사 법제화의 논리적 · 규범적 · 철학적 기초

소극적 안락사(연명의료 중단)의 합법화를 넘어 적극적 의료조력사를 법제화하는 국가가 증가하는 현상은 단순한 의료 제도의 변화가 아니라 '생명과 죽음에 대한 인류의 패러다임 전환'을 의미한다. '생명에 대한 자기결정권'이라는 헌법적 가치가 현대 의학 기술의 발달과 맞물려 필연적으로 확장될 수밖에 없는 문명사적 전환을 의미하기도 한다.

현대 의학의 발달로 죽어가는 과정이 전례 없이 길어지면서, 단순히 생명을 연장하는 것보다 '삶의 질과 존엄한 죽음'을 중시하는 방향으로 시대적 요구가 달라졌다. 이러한 배경 속에서 생명에 대한 자기결정권의 인정 범위가 확장됨에 따라 의료조력사를 헌법적 차원의 권리로 격상시키는 결론이 자연스러운 논리 전개로 받아들여지고 있다.

이하에서는 헌법적 권리 차원에서 의료조력사 허용을 통해 ① 현행 소극적 안락사 허용과의 논리적 모순을 치유하고, ② 유사한 상황에 처해있는 환자에게 차별 없는 자기결정권을 보장하는 규범적 평등을 실현하며, ③ 기술에 예속된 육체를 넘어 인간의 고유한 존엄성(서사적 주체성)을 보장할 수 있음을 논증해 본다.

1. 논리적 기초

가. 논리적 모순의 치유(소극적 방어에서 적극적 요청으로)

종래 의학 기술의 발달로 인해 '죽음'이 자연스러운 사건이 아니라 기계와 약물로 유예 가능한 '관리되는 과정(Managed Process)'이 된 상황에서 헌법적 자기결정권이 인정한 최대 한계치는 '자연스러운 죽음'을 인위적으로 막지 않는 소극적 안락사(Passive Euthanasia)였다. 특히 한국에서는 김할머니 사건 등에 관한 2009년 대법원과 헌법재판소의 입장도 이 지점까지 도달해 있다. 그러나 생명에 대한 자기결정권에 관한 각국의 전향적 헌법 해석의 경향성[405]은 이 한계선이 점차 무너지고 있음을 보여주고 있다.

405) 특히 2015년 캐나다 연방대법원 판결(Carter v. Canada (Attorney General) [2015] 1 SCR 331), 2019년 이탈리아 헌법재판소 판결(Corte cost., sent. 25 settembre 2019, n. 242), 2020년 독일 헌법재판소 판결(BVerfG, Urteil vom 26.2.2020 – 2 BvR 2347/15 ua), 2020년 오스트리아 헌법재판소 판결

이러한 변화된 헌법해석은 국가마다 조금씩 편차가 있긴 하다. 하지만 의료권력에 종속된 죽음의 시기와 방식에 순응하기보다는 개인의 존엄을 지키기 위해 단순한 치료 거부를 넘어선 '적극적인 조력(Active Aid)' 요구에 부응할 수 있는 헌법적 공간을 만들고 있는 점에서 공통된다. 이러한 헌법적 공간은 의료조력사의 법제화 요구의 이론적 근거로 작용하고 있다. 이에 따른 의료조력사 법제화는 다음과 같은 이유에서 기존 연명의료중단 제도가 안고 있는 논리적 불합리성을 해소할 수 있게 해 준다.

나. 작위와 부작위 간의 모순 극복

법적으로는 인공호흡기를 제거하는 행위(부작위/소극적)와 치사 약물을 투여하는 행위(작위/적극적)를 엄격히 구분하려 하지만, '의사가 개입하여 환자의 사망 시기를 앞당긴다'는 본질적 결과와 인과관계는 동일하다. 특히 작위와 부작위 판별에 관한 형법이론에 따르면 호흡기를 떼는 행위 역시 물리적인 '작위'로 볼 수 있다.[406] 동일한 결과(죽음)를 의도하면서 수단의 형태만으로 하나는 권리로, 하나는 범죄로 규정하는 것은 논리적 설득력이 없다.

다. 선택지로서의 의료조력사와 적극적 안락사의 차이

고통 없는 존엄한 죽음을 원하는 환자에 대한 자기결정권 측면에서는 적극적인 의료조력에 의한 사망과 적극적 안락사에 의한 사망이 차이가 없다. 적극적 안락사를 허용하는 일부 입법례에서 의료조력사도 허용되고 있는 것도 이 때문이다. 그럼에도 불구하고 (적극적)의료조력사는 허용하지만 적극적 안락사는 금지하는 입법례가 더 많다. 의료조력사와 적극적 안락사는 모두 생애 말기 환자의 고통을 덜고 자기결정권을 존중한다는 공통점이 있으나, 양자의 결정적인 차이가 세 가지 있다.

먼저 사망을 유도하는 최종 주체와 행위지배의 차이이다. 적극적 안락사는 의사가 환자에게 직접 치사 약물을 주입하여 죽음을 완성하는 방식인 반면, 의료조력사는 의사가 약물을 처방 및 지원하되, 환자가 자신의 손으로 직접 약물을 투약하여 생을 마감한다. 즉, 의료조력사는 사망에 이르는 최종 행위를 환자 본인이 지배하므로, 환자가 마지막 순간에 마음을 바꾸어 투약을 포기할 수도 있다는 점에서 환자의 자기결정권이

(VfGH 11.12.2020, G 139/2019-71) 등 참조.

406) 김성돈, 「형법총론(제10판)」, 2025, §18/69.

가장 극대화된 형태로 평가될 수 있다. 둘째, 의사의 개입과 사망 간의 인과관계 단절여부이다. 적극적 안락사는 의사가 직접 환자의 생명을 종결시키므로 '타인에 의한 생명침해(타자 살해)'의 외관을 띠게 되는 반면, 의료조력사는 환자의 자기 결단에 의한 직접 투약이 개입되므로, 의사의 조력 행위와 환자의 사망 사이에 '인과관계가 단절'되는 것으로 평가될 여지가 더 많다. 셋째, 형법상 적용되는 범죄 구성요건의 차이다. 사례의 구조적 특성이 법적 쟁점을 다르게 만들기 때문이다. 적극적 안락사는 의사(제3자)가 타인을 살해하는 구조이므로 형법상 '촉탁 · 승낙살인죄'가 문제 되는 반면, 의료조력사는 환자 스스로 목숨을 끊는 행위를 의사가 돕는 것이므로 '자살방조죄'가 쟁점이 된다.

이러한 차이 때문에 환자의 자기결정권을 존중하더라도 국가의 생명보호 의무 및 형법의 근간을 유지하기 위해, 타인이 직접 생명을 박탈하는 타자 살해(적극적 안락사)의 합법화까지 나아가기는 어렵다. 따라서 환자 스스로 자기결정권을 온전히 행사하여 사망에 이르는 행위를 돕는 의료조력사만을 합법적 의료 절차나 면책 사유로 수용하는 것이 바람직하다. 다만 의료조력사를 합법화하더라도 환자의 질환 종류 및 상태에 따라 환자가 자기결정권을 사실상 행사할 수 없는 경우에는 보충적으로 대리 투약을 가능하게 하는 것이 바람직할 수도 있다.[407]

라. 수단 선택의 합리성

연명의료중단만 허용하는 것은 환자에게 "굶어 죽거나(예컨대 영양공급 중단까지 인정될 경우), 질식해 죽는(호흡기 제거)" 고통스러운 방식만 선택하라고 강요하는 것과 같다. 환자의 목적이 '고통 없는 존엄한 죽음'이라면, 이를 달성하기 위해 가장 덜 고통스럽고 인도적인 수단(약물)을 선택하는 것이 논리적으로 타당하다. 고통스러운 죽음은 합법이고, 평화로운 죽음은 불법이라는 이분법은 논리적 모순이다.

2. 규범적 기초: 평등권과 생명보호 의무의 재해석

헌법적 차원에서 의료조력사망의 합법화는 '평등의 원칙'과 '국가의 기본권 보호의무'가 재해석된 결과라고 할 수 있다.

---

407) 하지만 이러한 차원의 '보충적' 대리투약의 허용은 의료조력사와 적극적 안락사가 모두 합법화되어 있는 전제하에서 환자에게 양자택일의 권리가 부여되어 있는 경우와는 차이가 있다. 이에 관해서는 후술한다.

가. 신체적 조건에 따른 차별 금지 (평등권)

이탈리아(2019)와 캐나다(2015 카터 판결)의 판례가 지적했듯, 생명유지장치에 의존하는 환자는 장치를 제거함으로써 죽음을 맞이할 수 있다(소극적 안락사 가능). 반면에 말기 암 환자처럼 기계에 의존하지 않지만 극심한 고통을 겪는 환자는 제거할 장치가 없어 죽음을 선택할 수 없다. 이는 '우연한 질병의 종류와 신체적 상태'에 따라 자기결정권의 향유 여부가 달라지는 것으로, 헌법상 평등의 원칙에 위배될 수 있다. 따라서 의료조력사망은 이러한 차별을 시정하기 위한 규범적 요청이라고 할 수 있다.

나. 국가의 생명보호 의무의 패러다임 전환

독일 연방헌법재판소(2020)가 천명했듯이 국가의 의무는 생물학적 생명을 무조건 연장시키는 것이 아니다. 진정한 생명 보호는 개인이 '자신의 삶을 스스로 평가하고 결정한 존엄한 선택'을 존중하고 보호하는 것이다. 따라서 국가는 조력을 무조건 금지할 것이 아니라, 조력이 자발적이고 신중하게 이루어지도록 '절차적 안전장치(Procedural Safeguards)'를 마련함으로써 생명보호 의무를 이행해야 한다.

3. 철학적 관점의 분석: 조에(Zoe)에서 비오스(Bios)로

철학적으로 의료조력사망의 법제화는 현대인이 '벌거벗은 생명'으로 전락하는 것을 거부하고, '전기적(biographical) 삶의 주체'로 복귀하려는 실존적 투쟁이다.

가. 조에(Zoe)적 삶에 대한 거부

조르조 아감벤이 지적했듯, 현대의 중환자실은 인간을 인격체(Person)가 아닌 단순한 생체 데이터의 집합인 '조에'로 환원시킨다. 의료조력사망 요구는 내 삶이 무의미한 생물학적 연명 상태로 전락하는 것을 거부하고, 나의 인격과 가치관이 살아있는 상태에서 삶을 마감하겠다는 선언이다.

나. 선행적 자율성의 실현

인간은 자신이 의식을 잃거나 통제 불능 상태가 되었을 때 남겨진 육체가 어떻게 다루어질지 미리 결정함으로써 자신의 정체성을 미래까지 투사하려는 욕구가 있다. 이

러한 욕구의 진실성은 율리시스 계약(Ulysses contract)[408]이 말해준다. 의료조력사 법제화는 죽음이라는 절대적 한계 상황 앞에서도 인간이 자율적 이성의 끈을 놓지 않고, 자신의 서사를 스스로 종결짓는 '비오스(Bios)'의 완성을 법적으로 보장하는 철학적 의의를 가진다. 이러한 자율성의 선행적 실현은 '사전의료지시서'의 규범적 의미 확장과 연계되어 구체화된다.

4. 소결: 불가피한 귀결로서의 의료조력사 법제화

세계적인 추세로 볼 때 의료조력사 법제화 흐름은 일시적인 유행도 아니고, 생명경시 풍조는 더더욱 아니다. 논리적으로는 작위와 부작위의 모순된 이분법을 극복하여 고통 감소라는 실질적 목적을 달성하려는 합리성의 발현이고, 규범적으로는 질환의 종류나 환자의 상태에 따른 차별을 해소하고 국가의 후견주의적 간섭을 최소화하고 헌법적 권리(기본권)를 최대한 확장하는 과정이며, 철학적으로는 의료 기술에 의해 객체화된 생명(Zoe)을 주체적인 삶(Bios)으로 회복시키려는 인간 존엄성의 확인 과정이다.

따라서 생명에 대한 자기결정권의 확장세는 소극적 단계를 넘어 적극적 의료조력사의 법제화로 귀결될 수밖에 없다는 결론은 논리적인 의미에서는 물론이고 헌법이론적 차원 및 현대 생명윤리에 대한 철학적 차원에서 필연적인 결론이라고 할 수 있다.

II. 의료조력사 법제화를 위한 입법모델론

의료조력사 필요성과 정당성의 토대가 되는 논리적, 규범적, 철학적 논변을 수용하는 문제와 의료조력사 허용을 법제화하는 구체적인 입법기술의 문제는 다르다. 이하에서는 한국형 의료조력사 법제화 프레임을 만드는 데 바람직한 입법정책적 방향성을 찾아내기 위해 각국의 의료조력사 입법례들을 다음과 같은 몇 가지 기준에 따라 분류하여 각각의 분류 속에서 일정한 시사점을 찾아내는 시도를 해 보기로 한다.

---

408) 미래의 충동이나 유혹에 빠지지 않도록, 현재의 자신이 스스로에게 구속력 있는 제약을 설정하는 심리학 및 행동경제학 용어로서 그리스 신화 영웅 율리시스(오디세우스)가 아름다운 노랫소리로 뱃사람을 홀리는 요정 '세이렌'의 유혹을 이겨내기 위해, 자신을 돛대에 꽁꽁 묶고 부하들의 귀는 밀랍으로 막게 한 일화에서 유래한다.

1. 형법체계의 전면개정 방식 vs. 독립된 특별법을 통한 보호구역 설정 방식

전 세계적으로 의료조력사망(MAID)을 합법화한 국가들은 기존 법질서, 특히 '절대적 생명 보호' 도그마에 기초되어 있는 형법 체계와의 충돌을 피하기 위해 각국에서 나름의 입법 기술을 동원하고 있음을 확인해 보았다.

이러한 입법 방식은 크게 기존 형법의 조문을 직접 건드려 예외를 창설하는 '형법 개정 방식'과, 형법은 그대로 둔 채 별도의 법률을 제정하여 합법적 테두리를 만들어주는 '독립된 특별법(보호구역) 제정 방식'으로 양분될 수 있다.

가. 형법 개정 방식: 형법 체계 내 위법성조각사유 신설

이 방식은 국가의 형벌권을 규정하는 기본법인 형법을 직접 개정하여, 특정한 요건을 갖춘 의료진의 조력사망 행위를 범죄(살인 또는 자살방조)의 영역에서 명시적으로 제외하거나 가벌성을 배제하는 방식이다.

(1) 캐나다: 형법의 직접적 구조 변경

캐나다는 의료조력사망 법제화를 위해 별도의 안락사법을 제정하는 대신, 연방 형법(Criminal Code)을 직접 개정하는 가장 명확한 방식을 취했다.

이를 위해 캐나다는 2016년 법안 C-14 및 2021년 법안 C-7을 통해 형법 제241조(자살상담 및 방조)와 제227조(과실치사 등)에 '의료조력사망에 대한 면책(Exemptions for medical assistance in dying)' 조항을 신설했다. 형법 제241.1조 이하에 의료조력사망(MAID)의 정의, 적격성 요건, 절차적 안전장치를 모두 직접 규정함으로써,[409] 형법전 자체가 조력사망의 허용 기준과 처벌 기준을 동시에 제시하는 규범 체계를 갖추게 되었다.

(2) 네덜란드: 특별법 제정과 형법 개정의 결합

네덜란드의 의료조력사 제도는 형식적으로 안락사법(2002)으로 약칭되는 특별법 속에 포함되어 있으나, 형법체계와의 관계에 따른 규범구조적 측면에서 보면 형법에 위법성조각사유를 신설하는 형식을 취하고 있다. 즉 안락사법 제4장과 연계된 네덜란드

409) *An Act to amend the Criminal Code and to make related amendments to other Acts (medical assistance in dying)*, S.C. 2016, c. 3. 참조.

형법(Wetboek van Strafrecht) 제293조(촉탁살인) 제2항 및 제294조(자살방조) 제2항에서 “의사가 주의의무를 다한 경우 처벌하지 아니한다”고 명문하고 있기 때문이다. 이는 안락사가 원칙적으로는 여전히 형법상 범죄의 구성요건에 해당하지만, 국가가 정한 절차를 따를 경우에만 예외적으로 정당화된다는 점을 구조화한 것으로 볼 수 있다.

이와 같은 입법방식은 어떤 행위가 범죄이고 어떤 행위가 합법적 의료행위인지 법적 경계를 가장 투명하게 제시한다는 장점이 있다. 그러나 생명을 보호하는 최후의 보루인 형법을 직접 수정해야 하므로, 입법 과정에서 종교계나 보수 진영의 극심한 정치적 · 도덕적 저항을 초래할 수도 있다.

나. 독립된 특별법 제정 방식: 특별 ‘보호구역’ 설정

일반 형법의 살인죄나 자살방조죄 조항을 수정하지 않은 채 그대로 존치시키는 방식이다. 대신 별도의 ‘특별법’을 제정하여, 이 특별법이 정한 절차의 울타리 안으로 들어온 의료진에게는 형법의 적용을 차단해 주는 이른바 보호구역(Safe Harbor)을 형성하는 규범구조를 가진다.

(1) 호주 (각 주별 VAD 법률): 완벽한 규범적 분리와 사인(死因)의 의제

호주의 6개 주는 일반 형법상 타인의 죽음을 돕는 행위를 여전히 중대 범죄로 규정하고 있다. 이러한 전제하에서 「자발적 조력사망법(VAD Act)」이라는 독립된 특별법을 제정하고, 이 법안에 면책(Protection from liability) 조항을 두어 적법한 절차를 따른 의료인에 대해 형사, 민사, 징계 책임을 일괄 면제하는 방식을 취한다.[410]

이 방식은 특히 VAD 특별법을 통해 환자의 사망진단서상 사망 원인을 자살이나 조력사망이 아닌 ‘기저질환(Underlying disease)’으로 기재하도록 법적으로 강제한다.[411] 형법의 범죄 영역(자살/살인)과 특별법의 의료 영역을 완벽하게 단절시키는 입법 기술을 사용하는 방식이다.

(2) 미국 (오리건 주 등): 절차적 권리를 규율한 형식의 존엄사법

미국의 합법화 주들 역시 주 관할 형법의 과실치사나 자살방조죄를 건드리지 않

410) Voluntary Assisted Dying Act 2017 (Vic) pt 7 div 2, ss 79–82.
411) Voluntary Assisted Dying Act 2017 (Vic) pt 5 div 3, s 67.

는다. 예컨대 오리건 주는 특별법인 「존엄사법」을 통해 치사 약물을 처방받을 수 있는 엄격한 사전 절차만을 규정하고, 명시적으로 “이 법에 따른 행위는 자살(suicide), 조력자살(assisted suicide), 자비살(mercy killing) 또는 살인(homicide)을 구성하지 않는다”고 선언하고 있다(예: ORS 127.880). 이러한 특별법 조항은 형법의 해석론적 개입을 원천적으로 차단하는 역할을 한다.

이와 같은 입법 방식은 ‘살인죄/자살방조죄의 면죄부를 준다’는 전통적 형법관의 반발을 우회할 수 있어 정치적 합의를 이끌어내기 유리하다. 이뿐만 아니라 의사의 조력행위를 형법의 위법성조각사유로 구조화할 경우 사후적으로 재판에 연루되어 형법해석 결과에 영향을 받게 될 가능성 및 재판에 개입될 것을 우려한 의사들이 조력을 꺼려할 위축효과도 사전에 차단되는 장점도 있다. 더 나아가 이러한 입법방식은 조력사망을 범죄의 예외가 아닌 국가 생명보호 의무의 패러다임의 전환을 반영하여 ‘환자의 권리에 기반한 새로운 의료적 돌봄의 형태’로 프레이밍할 수 있다는 장점도 있다.

다. 소결: 한국적 모델에 대한 시사점

형법 개정 방식이 불법과 합법의 경계를 형벌 법규 내에서 직접 획정하려는 정면돌파 방식이라면, 특별법 방식은 형법의 기본 이념을 보존한 채 의료적 절차법의 외관을 빌려 실질적인 위법성 조각의 효과를 달성하거나 형법의 적용을 배제하는 우회적이고 실용적인 입법 기술이다.

현행 한국의 「연명의료결정법」 역시 형법상 살인죄(제250조)나 촉탁살인죄(제293조)를 개정하지 않고 특별법을 통해 연명의료 중단 의료진을 보호하고 있다는 점에서 후자(특별법 방식)의 궤적을 따르고 있다. 따라서 향후 한국에서 적극적 의료조력사망을 법제화할 경우, 형법의 직접 개정으로 인한 소모적인 이념 논쟁을 피하고 호주식의 강력한 절차적 특별법(면책 및 사인 의제 조항 포함)을 제정하거나 미국 오리건 주와 같은 구체적 형법조항을 배제하거나, 현행 연명의료결정법과 같이 형법적용 자체를 배제하는 방식을 취하는 것이 입법론적으로 타당하고 현실적인 방안이 될 수 있을 것으로 보인다.

2. ‘자살’ 합법화 모델 vs. 합법적 ‘의료’ 모델

의료조력사망(MAID)을 규율하는 각국의 법률에서 전문 용어(Terminology)의

선택은 단순한 수사적 기교로 치부할 일이 아니다. 여기서 사용하는 용어는 해당 국가가 생명의 종결을 '개인의 절대적 자기결정권 행사(자살)'로 보느냐, 아니면 '고통을 경감하기 위한 의료적 돌봄의 연장선(의료행위)'으로 보느냐를 결정짓는 핵심적인 철학적 · 규범적 잣대가 될 수 있기 때문이다.

각국의 입법례는 조력사망의 본질을 '자살(Suicide)'이라고 보는 입법례와 의료조력사를 일반적 의미의 자살과 명확히 선을 긋고 '독자적 의료행위'로 파악하는 입법례로 구분될 수 있다.

가. '자살' 개념을 유지 · 차용하는 입법례: 자기결정권 중심 모델

이 모델은 조력사망을 '개인이 자신의 생명을 스스로 종결할 헌법적 권리(Right to Suicide)'의 연장선으로 파악한다. 자살 자체가 범죄가 아니므로, 일정한 요건 하에 이를 돕는 행위(방조) 역시 범죄가 될 수 없다는 논리에 기반한다. 이 입법례에서는 법률 명칭이나 조문에 자살이라는 단어를 명시적으로 사용한다.

(1) 네덜란드

법률의 공식 명칭이 「요청에 의한 생명종결 및 조력자살심사절차법 (Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding)」인 네덜란드 입법모델은 의사가 직접 투여하는 '적극적 안락사(levensbeëindiging)'와 환자가 스스로 복용하는 '조력자살(hulp bij zelfdoding)'을 법률 명칭에서부터 명확히 구분하여 병기한다. 환자의 주체적 행위(자살)를 법적으로 승인하고, 의사는 이를 전문적으로 '조력(hulp)'하는 위치에 있음을 분명히 하고 있는 것이다.

(2) 스위스, 독일, 오스트리아 (독일어권 국가)

이 국가들의 헌법재판소 판례와 법제는 인간의 일반적 인격권에서 도출되는 '자유로운 죽음에 대한 권리'를 강조하는 공통의 철학적 배경을 가지고 있다.

스위스 형법 제115조는 '이기적 동기'에 의한 자살방조만을 처벌한다. 역으로 말해 '이타적 동기'에 의한 자살방조는 합법적인 권리 행사로 인정되며, 이를 의료행위로 국한하지도 않는다. 바로 이러한 점 때문에 후술하듯이 스위스에서는 엑시트, 디그니타스 등 민간단체가 자살조력을 위한 지원 활동을 할 수 있다.

오스트리아는 2022년 시행된 「조력사망의향서법(StVfG)」에서 환자가 스스로 생을 마감할 수 있도록 치사 약물을 제공하는 '자살방조'를 합법화하고 있다. 이 모델은 자살을 금기시하거나 병리적 현상으로만 보던 전통적 시각에서 벗어나, 이성적 주체가 내린 실존적 결단으로서의 '이성적 자살'을 법의 테두리 안으로 포용한 입법 형식이라고 할 수 있다.

나. '의료적 돌봄(Medical Care)' 모델: 자살과의 규범적 단절

의료조력사 법제화에 관한 최근의 입법 트랜드는 조력사망을 자살이라는 단어와 철저히 분리하는 방향으로 나아가고 있다. 자살이 내포하는 정신병리적 충동성, 절망, 사회적 낙인(Stigma)으로부터 환자를 보호하고, 이를 완화의료와 같은 합법적이고 존엄한 의료 서비스(Healthcare Service)로 격상시키기 위함이다.

(1) 캐나다

법률의 공식 명칭이 「의료조력사망 (Medical Assistance in Dying, MAID / Aide médicale à mourir)」인 캐나다 법제는 이 절차를 보건의료 시스템이 환자에게 제공해야 할 '의료 서비스'의 하나로 규정한다. 약물 투여의 주체가 의사이든 환자 자신이든 상관없이 모두 포괄적인 '의료조력(Medical Assistance)'이라는 개념으로 묶어 자살의 뉘앙스를 지워내고 있다.

(2) 호주 및 뉴질랜드

호주의 「자발적 조력사망법(Voluntary Assisted Dying Act)」이나 뉴질랜드의 「생애말기선택법(End of Life Choice Act)」에서도 자살이라는 용어가 배제되어 있다. 특히 앞서 살펴본 바와 같이, 호주 법률은 사망진단서에 사인을 '자살'로 기록하는 것을 엄격히 금지하고 '기저질환'으로 적도록 의무화함으로써, 이 죽음이 자살이 아니라 질병에 의한 불가피한 결과에 의료적 통제권을 행사한 것임을 명확히 하고 있다.

(3) 미국 (오리건 주, 워싱턴 주 등)

세계에서 가장 먼저 의료조력사를 법제화한 입법례를 가진 미국에서는 연방대법

원이 조력‘자살’권을 명시적으로 부정하고 있음에 대응하기 위해 법률의 명칭이나 그 내용에서 일찌감치 ‘자살’이라는 용어의 사용을 배제하고 있다

오리건 주와 워싱턴 주 법률의 공식명칭은「존엄사법(Death with Dignity Act)」또는「의료조력사망법(Medical Aid in Dying Act)」이다. 특히 오리건 주 존엄사법 제127.880조는 “이 법에 따른 어떠한 행위도 어떠한 목적에서든 자살(suicide), 조력자살(assisted suicide), 자비살(mercy killing) 또는 살인(homicide)을 구성하지 아니한다”고 명시적으로 못 박고 있다.

미국 의학협회 등은 조력사망을 ‘의사조력자살(Physician-Assisted Suicide)’로 부르는 것을 공식적으로 거부하고, ‘의료조력사망(MAID)’이라는 가치중립적이고 의료적인 용어만을 사용하도록 권고한다.

다. 소결: ‘의료조력사’ 정당화를 위한 규범적 프레이밍(Framing)

위 두 가지 입법모델은 자살이라는 용어의 수용 여부에 따른 분류적 성격을 가지지만, 그 배경에는 헌법이론, 철학적 성찰, 죽음에 대한 의료의 역할 등 다양한 시각과 태도가 기초되어 있다.

네덜란드, 스위스, 오스트리아 등 유럽 중심의 입법례는 헌법상 일반적 인격권과 자기결정권의 극대화라는 측면에서 자살방조(Assisted Suicide)라는 용어를 회피하지 않고 정면으로 수용한다. 이는 국가가 개인의 실존적 생명 처분권을 이성적 자살의 형태로 승인한 것이다.

반면 미국, 캐나다, 호주 등의 영미권 국가들은 해당 행위를 자살과 철저히 단절시키고 의료조력사망(MAID)이나 자발적 조력사망(VAD)이라는 독자적인 의료행위로 재규정한다. 이는 법률에 명시적 적용 배제 조항(오리건 주)이나 사인의 의제 규정(호주)을 둠으로써, 종교적 · 사회적 낙인을 방지하고 보험금 지급 거부 등의 실무적 불이익을 차단하며, 궁극적으로 이를 공적 보건의료시스템의 존엄한 임종 돌봄(End-of-life care) 영역으로 편입시키기 위한 고도의 입법 기술이다.

그러나 이 두 가지 모델이 서로 배척관계에 있는 것으로 볼 필요는 없다. 오늘날 세속화된 법질서 속에서 자살에 대한 사회적 · 종교적 낙인 내지 부정적 인식은 점점 빛이 바래가고 있고, 다른 한편 생명에 대한 자기결정권의 인정이 의료조력사나 안락사를 인정한 특수한 상황에서는 그 생명처분을 필연적으로 ‘자살’이라고 부를 이유도 없기 때

문이다. 논리적인 관점이나 생명 철학적 관점에서 보면 특히 의료조력사를 정당화하는 근거로서 헌법적 자기결정권의 인정 범위는 보수적인 헌법해석에 따르더라도 특수한 예외상황에서의 환자의 자기결정권의 본질을 이루는 부분은 치료거부권의 일환 내지 고통을 당하지 않을 의료행위를 선택할 자유의 관점에서 이해할 수 있고, 이러한 이해에 따르면 환자의 생명처분권의 사회적 의미 · 법적 의미는 더 이상 자기결정적 '자살'이 아니라 자기결정적 '의료 행위의 선택'이라고 할 수 있기 때문이다. 후술하듯이 이러한 맥락에서 보면 한국형 의료조력사 법제화를 이론적으로 근거지움에 있어서도 자기결정권에 대한 이러한 이해가 결정적인 역할을 할 수 있다. 이에 따르면 의료조력사를 통한 죽음은 연명의료중단을 '자살'로 보지 않는 한국 대법원과 헌법재판소의 보수적인 자기결정권 이해와도 배치되지 않는다고 할 수 있다. 문제는 헌법적 자기결정권의 인정 범위를 보다 정밀한 논리전개를 통해 소극적 치료 중단 요구권을 넘어, 보다 적극적인 의료적 조력 요구권으로 보완할 수 있을 것인지에 있다. 이에 관해서는 후술한다.

3. 사후통제 모델 vs. 사전통제 모델

의료조력사를 허용하는 각국 입법례는 헌법적 자기결정권의 신장에 따라 환자의 생명보호를 어느 정도 후퇴시키지만, 전통적인 의미의 방어권 차원에서 생명권이 경시되지 않고 환자의 자기결정권 행사가 남용되지 않도록 엄격한 실체 요건(환자의 의사결정능력, 질환의 중함 등) 및 신중한 절차요건(숙려기간, 대기기간) 등 정밀한 심사체계를 만들고 있다. 이뿐만 아니라 환자가 의료적 조력을 받음에 있어 의료진에 의해 환자의 생명권이 경시되지 않도록 하는 차원에서 조력사망신청 요건 심사에서 전문성이 발휘되도록 하는 것을 넘어 복수의 교차 검증 시스템 등을 두고 있을 뿐만 아니라 사후보고등을 통한 외부 검증체계를 구축하고 있기도 하다. 엄격하게 구분되기는 어렵지만, 이러한 심사 체계 및 검증 체계를 조력사망이 진행되는 절차의 전반부에 배치하느냐 후반부에 배치하느냐에 따라 '사전통제' 시스템과 '사후통제' 시스템으로 구분될 수 있다.

가. 사후통제 모델

사후통제 모델은 의사와 환자 간의 오랜 신뢰 관계와 의사의 전문적 윤리를 존중하여, 절차의 실행을 먼저 허용한 뒤, 국가가 이를 사후에 엄격히 검증하는 '신뢰와 검증

(Trust and Verify)'방식이다.

네덜란드의 경우 안락사 실행 후 의사가 시 검시관에게 보고하면, 법률가 · 의사 · 윤리학자로 구성된 '지역심사위원회(RTE)'가 사후에 주의의무 준수 여부를 심사한다. 위반 시 지역 검찰에 고발된다. 벨기에도 네덜란드와 유사하게 '연방통제평가위원회(FCECE)'를 두고 있으며, 의사는 안락사 시행 후 4일 이내에 상세한 등록 문서를 위원회에 제출하여 사후 심사를 받아야 한다. 룩셈부르크에서는 '국가통제평가위원회(Commission nationale de contrôle et d'évaluation)'가 사후 통제 역할을 수행한다.

나. 사전통제 모델

사전통제 모델은 치사약물 처방 및 투약이 이루어지기 전에 국가나 독립위원회가 개입하여 실체 요건 및 절차적 안전장치 준수 여부를 심사하느냐 아니면, '복수의 의료진에 의한 법정 요건(실체요건 및 절차적 안전장치)'의 사전 충족여부를 처방 및 투약요건으로 하느냐에 따라 다양한 갈래로 나누어질 수 있다.

(1) 사전통제시스템 강화 입법례

사전통제 모델은 국가나 독립된 위원회가 개입하여 요건 충족 여부를 최종 승인해야만 약물 투여나 처방이 가능하도록 하는 '엄격한 게이트 키핑' 방식이다.

사전 승인제를 채택하는 대표적인 입법례에 해당하는 스페인은 2021년 제정된 안락사법(LORE)에 따라, 두 명의 의사가 동의하더라도 실행 전에 반드시 각 자치주의 '보장 및 평가위원회(Comisión de Garantía y Evaluación)'에 회부되어 법률가와 의료진의 사전 승인(Verificación previa)을 얻어야만 절차를 개시할 수 있다.

각 주별 VAD 위원회를 두고 있는 태즈메이니아주 등 호주의 입법례는 다수의 의사 평가를 거친 후 주 정부의 보건 당국이나 VAD 위원회로부터 '공식 허가증(Permit)'을 사전에 발급받아야만 약국에서 치사 약물을 내어주는 고도의 사전 차단 시스템을 가지고 있다.

의료기관 내에 '존엄하게 죽을 권리를 위한 학제간위원회(Comité Científico-Interdisciplinario)'를 구성하여 절차 실행 전에 해당 위원회의 사전 승인을 거치도록 행정명령으로 강제하고 있는 콜롬비아 입법례도 이러한 사전승인제 시스템을 채택하고 있다.

(2) 의료와 법률의 이중적 사전통제(오스트리아 모델)

전 세계에서 가장 정교하고 엄격한 수준의 사전통제 시스템을 채택한 입법례로 오스트리아 모델을 들 수 있다 이 모델의 중심에는 그 법률명칭에서 나타나고 있듯이 환자의 '조력사망의향서(Sterbeverfügung)'가 있다.

오스트리아 모델의 핵심은 의사로부터 약물을 처방받기 위해 반드시 공적으로 인증된 '조력사망의향서'를 사전에 작성해야 한다는 점이다. 이 때문에 오스트리아 모델을 의료적 통제와 법률적 통제가 결합된 강력한 이중적 사전통제장치로 부를 수 있다.

먼저 의료적 사전통제는 최소 2명의 의사(그중 1명은 반드시 완화의료 전문가여야 함)가 환자의 질병(치명적이거나 심각하고 영구적인 질환)과 자유로운 의사결정 능력을 독립적으로 평가하고 정보 제공 의무를 다했음을 사전 증명해야 할 것을 요구한다. 이뿐만 아니라 의사의 평가 후 원칙적으로 12주(죽음이 임박한 말기 환자는 2주)의 엄격한 숙려기간이 지나야만 다음 단계로 넘어갈 수 있다.

다음으로 법률적 사전통제는 위 요건을 모두 충족한 후에 이루어진다. 환자는 공증인(Notary) 또는 환자권리옹호관(Patient advocate) 앞에 출석하여 '조력사망의향서'를 법적으로 공증받아야 한다. 이 과정에서 환자의 자발성을 최종적으로 사전 확인하는 것은 의사가 아니라 법률전문가이다. 이뿐만 아니라 법률은 약국 접근 통제에 관한 규정도 마련하고 있다. 환자는 공증된 서류를 지참해야만 약국에서 치사 약물을 교부받을 수 있으며, 모든 과정은 국가 등록부(Register)에 사전에 기록된다.

(3) 사전통제 방식과 사후통제 방식이 결합된 이원모델 (미국 오리건 주, 워싱턴 주 – 또는 델라웨어 주)

미국의 존엄사법(Death with Dignity Act, DWDA) 모델은 기본적으로 국가 위원회가 직접 개입하지는 않지만, 법률이 정한 엄격한 '의료적 사전 절차'를 완수해야만 약물 처방이 가능하도록 설계된 전형적인 사전통제 시스템이다. 1997년 최초로 시행된 오리건 주의 법률이 2008년 워싱턴 주를 비롯한 미국 내 여러 주(캘리포니아, 콜로라도 등)의 표준 모델이 되었다.

그러나 미국 주법의 사전통제 시스템은 기본적으로 '독립된 정부 위원회의 승인'이 아니라, '복수의 의료진에 의한 법정 요건의 사전 충족' 방식으로 이루어진다. 그 구체적 내용은 실체적 요건의 사전 확정과 엄격한 절차적 요건(숙려기간)으로 구성된다.

전자는 주치의와 독립된 상담의(Consulting physician) 등 최소 2명의 의사가 환자가 '기대 여명 6개월 이내의 말기 질환자'이며 판단 능력이 있음을 사전에 교차 검증할 것을 요구하고 있고, 후자는 환자의 2회의 구두 요청(최소 15일 간격, 최근 일부 주는 이 기간을 단축하는 추세임)과 2명의 증인이 입회한 1회의 서면 요청을 사전에 완료할 것을 요구하고 있다. 이외에 추가적으로 사전통제도 준비되어 있다. 즉 의사가 환자의 판단력에 우울증 등 정신 질환이 영향을 미쳤다고 의심할 경우, 처방전 발급 전에 반드시 정신과 전문의의 심리 평가를 거치도록 사전 스크린 장치를 두고 있다.

다른 한편 미국 내에서 시행 중인 의료조력사법(존엄사법)에 따르면 약물이 처방되고 환자가 사망한 후, 의사는 주 정부의 보건 당국(예: Oregon Health Authority)에 관련 서류를 제출해야 한다. 물론 이는 네덜란드의 사후심사위원회(RTE)처럼 '처벌을 전제로 한 개별 사건의 적법성 심사'가 아니라, 공중보건 차원의 '통계 수집 및 연례 보고서 발간'을 위한 행정적 사후 보고의 성격이 강하다.

따라서 미국의 입법례는 '의료적 사전통제 모델'로 분류할 수도 있지만, '보건 통계적 사후보고'도 넓은 의미에서 사후통제 시스템의 일종으로 볼 수 있다면, 미국의 입법례는 사전통제 모델과 사후통제 모델의 결합모델로 분류할 수 있다.

다. 소결

사전통제시스템이 엄격하면 그만큼 사후통제모델이 보건통제적 차원의 사후보고체계로 바뀔 수 있고, 권리중심 모델과 같이 사전통제 시스템이 완화된다면, 그에 맞추어 엄격한 사후통제시스템이 요구될 수도 있다. 요구되는 것은 양자의 결합이다. 여기서도 법제화의 기본 프레임을 권리 모델에서 출발할 것인지 의료절차적 모델에서 출발할 것인지가 결정적이다. 그러나 이 문제는 입법정책의 문제는 아니다. 기본적으로 권리모델은 헌법 해석상 자기결정권의 인정 범위를 어디까지 확장할 것인지에 달려 있기 때문이다.

앞서 살펴보았듯이 한국의 대법원과 헌법재판소는 개인에게 자유로운 생명 처분권이나 죽을 권리 또는 조력자살권을 인정하지 않는다. 헌법해석에 관한 현재 수준을 엄격하게 유지하는 입장을 고수하면, 원칙적으로 형법의 자살방조죄의 존재는 그 자체로 합헌일 수 있다. 그러나 헌법해석에 관한 현재 수준을 유지하더라도 특별한 예외상황에서 입법정책적으로 의료조력사를 법제화할 경우 미국의 오리건 주 존엄사법과 같이 엄격한 사전통제 시스템을 구축하는 것이 현실적인 방안이라고 할 수 있다.

4. 실체적 권리 보장(확장)형 모델 vs 절차적 통제 모델

의료조력사를 법제화함에 있어 정당성의 기초를 헌법적 자기결정권에 두고 있는 모델은 의료조력사망을 환자의 주관적 고통을 경감하기 위한 적극적 권리 행사의 일환으로 보장한다. 그러면서도 권리 남용 등 부작용이 있을 경우에 대비한 엄격한 '사후통제 시스템'과 결합한다. 반면에 의료조력사망의 본질을 환자의 권리보다는 의료적 돌봄체계 내지 임종기(생애말기) 의료서비스의 일환으로 보는 입법례에서는 권리 확장보다는 의료조력사 허용의 부작용을 방지하기 위한 사전통제 시스템 및 '절차적' 안전 장치를 마련한다.

가. 권리 보장형 통합 모델 (베네룩스 3국, 캐나다 등)

이러한 권리 보장형 통합 모델(권리의 확장 + 사후통제)은 권리남용 등 부작용을 감시하는 통합 시스템을 입법을 통해 구축하는 입법례와 사법부 주도의 헌법적 권리 확인 모델로 나누어질 수 있다.

(1) 입법을 통한 권리보장형 통합모델

특히 네덜란드의 경우 '말기(Terminal)' 요건을 요구하지 않고 대상자를 미성년자에 대해서까지 확장시켰고, 벨기에의 경우 순수한 정신적 고통까지 조력사망의 사유로 포섭하여 평등권적 관점에서 권리의 주체를 극대화하고 있다. 특히 네덜란드는 형법상 살인죄의 예외(위법성조각사유)를 신설하고, 지역심사위원회(RTE)를 통한 사후통제(심사)시스템을 도입하여 의사의 재량과 국가의 통제를 조화시켰다.

캐나다는 2015년 대법원의 Carter 판결을 통해 조력사망의 전면 금지가 헌법 제7조(생명, 자유 및 신체의 안전) 위반임을 확인하였다.[412] 이후 제정된 법률이 대상을 '자연적 죽음이 합리적으로 예견 가능한 자(RFND)'로 한정하자, Truchon 판결은 이를 평등권 위반으로 선언하였다.[413] 이에 따라 캐나다는 2021년 Bill C-7을 통과시켜 비말기 환자에게까지 조력사망을 전면 허용하는 '투-트랙(Two-Track)' 시스템을 완성하였다.[414] 이와 같이 안락사 또는 의료조력사 대상범위의 확장을 근거지우는 권리 모델은 후술한 엄격한 사후 통제 시스템과 결합한다. 특히 캐나다의 의료조력사법은 정교한

412) *Carter v. Canada (Attorney General)*, [2015] 1 SCR 331.
413) *Truchon c. Procureur général du Canada*, 2019 QCCS 3792.
414) *An Act to amend the Criminal Code (medical assistance in dying)*, S.C. 2021, c. 2.

‘사후통제’ 시스템을 갖춘 입법례로 정평이 높다.

(2) 사법부 주도의 헌법적 권리 확인 모델 (독일, 콜롬비아, 이탈리아)

독일 연방헌법재판소는 2020년 결정을 통해 일반적 인격권에서 도출되는 ‘자기결정적 죽음에 대한 권리(ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben)’를 기본권으로 선언하며, 상업적 조력자살을 금지한 형법 제217조를 위헌으로 무효화하였다.[415] 이탈리아 헌법재판소 역시 2019년 판결을 통해, 생명유지장치에 의존하며 극심한 고통을 겪는 환자에게 조력자살을 금지하는 형법 제580조의 제한적 위헌성을 선언하였다.[416] 콜롬비아는 이 보다 일찍 존엄하게 죽을 권리를 헌법적 권리로 인정하는 동시에 평등권의 관점에서 의료조력사와 적극적 안락사를 모두 허용하고 있다.

이러한 헌법재판소의 판결들은 모두 국가의 생명보호의무라는 명분으로 개인의 최후의 자율성을 형법으로 억압할 수 없음을 선언한 결정이라고 할 수 있다.

이러한 국가들에서는 권리남용 방지 차원의 통제시스템에 관한 입법적 정비로 나아가고 있지는 않지만, 사후감시 차원의 규제적 방안을 마련하기 위한 입법논의가 의회의 다양한 시각에서 이루어지고 있다.

나. 엄격한 절차적 통제 모델 (호주)

호주의 6개 주는 권리의 확장보다는 오남용 방지(Safeguards)에 방점을 둔 모델을 채택하였다. 대표적으로 빅토리아주 법률은 ‘기대 여명 6개월 이내(신경퇴행성의 경우 12개월 이내)’라는 엄격한 의학적 시한부 요건을 명시하고 있다.[417] 일반 형법의 자살방조죄를 유지하면서 특별법을 통해 절차를 준수한 의료진에게만 형사 면책(Immunity)을 부여하는 규범적 구조를 취하고 있다. 특히 호주의 자발적 조력사망 법은 환자가 의사능력을 상실할 경우를 대비한 ‘사전’의료지시서의 적용을 전면 배제한다는 점에서 베네룩스 모델과 대비된다.

---

415) BVerfG, Urteil vom 26. Februar 2020 – 2 BvR 2347/15(일반적 인격권에서 도출되는 ‘자기결정적 죽음에 대한 권리’ 선언) 판결 참조.

416) Corte cost., sent. 25 settembre 2019, n. 242; 이탈리아 헌법재판소에서는 2024년 판결에서 생명유지치료 요건(trattamenti di sostegno vitale)을 삭제해야 한다는 주장에 대해서 의료조력사가 적법하기 위해서는 이러한 요건을 유지해야 하며, 그 의미도 단순히 기계적 생명유지장치에 의존하는 것을 넘어서 의료적 지원 전반까지 포괄할 수 있다고 하였다(Corte cost., sent. 18 luglio 2024, n. 135).

417) Voluntary Assisted Dying Act 2017(Vic). ss 9(1)(d)(iii), 9(4).

다. 소결: 공통의 절차적 안전장치로서의 공적 사후검증시스템의 구축

이론적으로 헌법적 자기결정권의 인정 범위를 최대치로 확장하는 권리 모델은 의료조력사를 법제화할 경우 환자의 여명기, 질환의 정도나 종류 등과 관련한 요건을 엄격하게 제한할 수 없다. 기본적으로 헌법적 권리를 '기한'을 정하여 제한하거나 환자의 상태에 따라 차등적으로 인정하는 것은 비례성원칙에 반하기 때문이다. 권리모델이 남용 등 부작용 방지를 위한 사후통제시스템과 결합되는 것은 자기결정권과 국가의 생명보호의무의 정면 충돌을 저지하여 양자의 조화점을 찾아내기 위함이다.

그러나 사후통제 시스템이 결합되어 통합되는 것이 권리 모델에 국한되는 것은 논리필연적인 것은 아니다. 어떤 법질서 내에서의 헌법 해석상 생명에 대한 자기결정권의 인정 범위가 죽을 권리나 조력을 받아 죽을 권리까지 확장되더라도 그 권리의 인정주체가 누구인지에 따라 남용 등 역기능이 여전히 작용될 수 있기 때문이다.

이뿐만 아니라 자기결정권의 인정 범위가 보수적으로 결정되는 법질서하에서 의료조력사에 접근할 주체의 엄격한 제한이나 접근 절차의 강화 등 엄격한 사전 통제 시스템이 작동하더라도, 다른 차원 및 다른 종류의 사후통제시스템, 즉 절차 기록 및 보고체계 등 사후검증시스템이 반드시 불필요한 것은 아니다. 특히 조력사망이 존엄한 죽음의 절차를 의료화하는 차원을 가지고 있는 한 의료화가 상업주의에 빠질 위험은 전적으로 배제되기 어렵기 때문이다. 의료조력사 법제화에 성공한 모든 입법례에서 공통적으로 절차적 안전장치(Safeguards)가 마련되어 있는 것도 이 때문이다. 한국형 의료조력사 법제화에 성공하기 위해서는 바로 이 공통의 절차적 안전장치가 한국의 헌법 해석과 한국의 의료수준에 적합하도록 정교하게 설계되어야 한다. 앞서 살펴보았듯이 한국의 헌법재판소가 자기결정권의 인정 범위에 관해 중도적 입장을 취하여 의료조력사 입법모델을 권리모델[418]에 기초하더라도 사전통제시스템 및 절차적 안전장치를 통합하도록 설계할 필요가 있는 것도 바로 이 때문이다.

5. 사전의료지시서의 규범적 지위: 전통적 방어모델 vs. 선행적 자율성 모델

그동안 연명의료중단(소극적 안락사)은 전 세계적으로 '사전의료지시서(Advance

418) 독일과 같은 포괄적인 의미에서의 자기결정적 권리 모델, 즉 광의의 권리 모델이 아니라 절충적 권리 모델이라고 부를 수 있다.

Directives)'라는 명칭의 법률적 틀 안에서 보장되어 왔다. 즉 연명의료중단(소극적 안락사)이 법적으로 확고하게 보장되어 있는 대부분의 국가들은 그 법적 형식(단일법, 민법, 헌재 판결, 지방자치 규약, 조례 등)은 다르지만, 공통적으로 '사전의료지시서(Advance Directive)'의 법적 구속력을 인정하고 있기 때문이다.[419]

그러나 연명의료중단이라는 소극적 권리를 넘어 적극적으로 조력사망을 요청할 수 있는 권리가 자기결정권 인정 범위를 확장시켰고, 그 귀결로 의료조력사 법제화가 전개되었다. 각국의 입법례에서 나타난 바와 같이 의료조력사 법제화와 궤를 같이 하여 '사전의료지시서'의 규범적 지위도 달라졌다.

각국의 입법례를 보면 사전의료지시서의 법적 효력범위가 확장되어 간 것은 크게 4단계, 즉 단순 방어적 역할 → 엄격한 동시성 요구 → 최종 동의 면제 → 영구적 구속력 보장으로 진화해 가고 있다.

가. 전통적 방어모델

한국의 「연명의료결정법」상의 '사전연명의료의향서'나 독일의 「환자의 의사처분에 관한 법률」에서의 사전의료지시가 이 모델에 속한다. 이 모델하에서 사전의료지시서는 그 효력범위가 극히 제한적이다. 오직 무의미한 생명유지장치를 철회하는 '소극적 거부권'의 근거로만 한정되어 작용하기 때문이다. 따라서 이러한 소극적 차원의 사전의료지시서를 '전통적 방어 모델'이라고 부를 수 있다.

나. 엄격한 동시성 요구 모델

호주의 각 주의 「자발적 조력사망법」상의 사전의료지시서가 이 모델에 속한다. 이 모델은 조력사망을 합법화하면서도 사전의료지시서의 효력은 연명의료중단 결정 시에만 인정되고, 환자가 의료조력사망을 선택할 경우에는 사전의료지시서의 적용이 전면 배제된다.[420] 환자는 약물 투여의 마지막 순간까지 온전한 의사능력을 유지해야만 의료조력사를 이용할 수 있어 이 모델은 환자의 사망의사가 의료조력사망 시에 반드시 존재할 것을 요구하고 있기 때문에 '엄격한 동시성 요구 모델'로 부를 수 있다. 이 모델

419) 연명의료중단을 자기결정권, 즉 환자의 권리 차원에서 인정하는 입법례(예, 벨기에)도 있지만, 환자의 지위에 관한 법률형식 속에서 생전유언(living Will)의 형태로 법적 구속력을 인정하는 입법례(핀란드)도 있다.

420) 빅토리아 VAD 법[Voluntary Assisted Dying Act 2017(Vic)], 제9조는 사전돌봄지시서의 조력사망 적용 금지를 명시하고 있다.

하에서는 환자가 치매 등으로 의사능력을 상실한 경우 사전의료지시서상의 권리는 소멸한다.

다. 최종 동의 면제 모델

캐나다의 「의료조력사법」상의 사전의료지시서가 여기에 해당한다. 2021년 캐나다의료조력사법은 이미 조력사망 승인을 받은 환자가 의료조력사 '실행 대기 중' 의사능력을 상실할 위험에 처한 경우 사전에 의사와 맺은 서면 합의에 의해 사망에 대한 최종 동의를 면제받을 수 있도록 하였다.[421] 이 모델은 환자가 의사능력을 상실한 모든 경우가 아니라 의료조력사 실행 대기 중에 의사능력을 상실할 위험에 처한 경우에만 사전의료지시서를 통한 최종 동의 요건이 면제되어 조력사망 실행 가능성을 인정하는 특징을 가지고 있다. 이 때문에 이 모델에 따른 사전의료지시서는 후술할 '선행적 자율성의 절대적 보장 모델'에 따른 사전의료지시서에 비해 그 효력이 제한적이다. 이 모델은 이다음 단계에 오게 될 모델로 넘어가기 위한 일종의 과도기적 규범이라고 할 수 있다.

라. 선행적 자율성 보장 모델

사전의료지시서의 효력범위와 그 법적 구속력이 가장 강력한 모델은 선행적 자율성을 절대적으로 보장하는 모델이다. 이 모델하에서는 환자가 의사능력이 온전한 정신상태일 때 작성한 사전의료지시서는 의사능력 상실 이후(중증 치매 등)에도 절대적이고 법적 구속력을 인정받는다. 중증 치매 환자 안락사의 적법성을 인정한 2020년 네덜란드 대법원 판결이 이러한 취지에서 선행적 자율성 원칙[422]을 실정법적 법리로 확립하였다.[423] 2020년 안락사법 개정을 통해 사전의료지시서 유효기간(5년마다 갱신) 제한을 철폐한 벨기에도 이 원칙을 취한 사전의료지시서 모델에 따르고 있다. 이에 따라 한번

421) An Act to amend the Criminal Code (medical assistance in dying), S.C. 2021, c. 2.를 통해 위와 같은 내용의 캐나다 형법 제241.2조 제3.2항을 신설하였다.

422) 선행적 자율성 원칙의 철학적 근거는 생명윤리학자 로널드 드워킨(R. Dworkin)이 주창한 '선행적 자율성(Precedent Autonomy)'개념에서 도출된다. 드워킨은 인간의 이익을 순간적인 신체적 만족을 추구하는 '경험적 이익(Experiential Interests)'과 자신의 삶 전체의 서사와 가치관을 관철하려는 '비판적 이익(Critical Interests)'으로 구분하였다. 중증 치매에 걸려 본능만 남은 환자가 조력사망을 거부하는 듯한 태도를 보이더라도, 이는 일시적인 경험적 이익에 불과하며, 과거 온전한 인격체로서 치매의 비참함을 거부하고 존엄한 죽음을 기획했던 비판적 이익(선행적 자율성)이 법적으로 우위에 서야 한다는 것이다(Ronald Dworkin, Life's Dominion: An Argument About Abortion, Euthanasia, and Individual Freedom, Knopf, 1993, pp. 201-213).

423) 네덜란드 대법원 판결(Hoge Raad, 21 april 2020, ECLI:NL:HR:2020:712) 참조.

서명한 사전의료지시서는 작성자가 철회하지 않는 한 영구적으로 유효하게 되었고, 이로써 의사소통이 불가능하거나 혼수상태 등 자발적 의사 표현이 불가능한 경우에 대비하여 작성하며, 치매가 심각해진 경우 등에도 적용될 수 있게 되었다.[424]

환자의 생애 말기 자기결정권을 강화하는 동시에 행정적 절차를 간소화하려는 취지에서 이루어진 이 모델은 네덜란드와 벨기에서는 안락사의 경우뿐만 아니라 의료조력사망의 경우에도 그대로 적용될 수 있다. 양국의 안락사법에서 요구하는 안락사 접근 요건과 의료조력사 접근 요건은 전적으로 동일하기 때문이다.

마. 소결: 의료조력사 법제화의 향방에 맞춘 사전의료지시서의 진화 방향

한국의 현행법제하에서 환자의 생명에 대한 자기결정권은 소극적으로 연명의료 중단 결정에 국한되어 있고, 이에 따라 사전연명의료의향서도 환자가 임종과정에서 의식을 상실한 경우에 사전에 표명된 의사가 유지될 수 있도록 하는 소극적 방어 수단의 역할에 그치고 있다. 그러나 의료조력사가 법제화됨에 따라 사전의료지시서도 적극적 권리 행사 장치로 발전해 가야 한다. 의료조력사 법제화에 맞추어 환자의 사전의료지시서의 규범적 지위가 달라져야 한다. 앞에서 살펴본 각국의 입법례가 취한 규범적 지위의 발전 모델은 한국에서 장차 이루어질 의료조력사 법제화가 나아가야 할 방향성을 지시해주는 이정표가 될 수도 있다.

앞서 살펴보았듯이 의료조력사가 법제화될 경우 의사능력이 상실된 환자의 자기결정권을 보장하기 위해서는 사전의료지시서의 규범적 지위를 선행적 자율성 모델로 파악하는 것이 당연한 귀결로 보이기도 한다. 헌법 해석상 생명에 대한 자기결정권 신장의 중대한 규범적 진보를 반영하기 위해서는 사전의료지시서의 효력을 조력사망의 영역까지 확장하고 의사능력이 상실 이후에도 엄격한 조건하에서 그 구속력을 보장해야 하기 때문이다. 사전의료지시서가 현재 환자의 무능력 상태를 전적으로 대체하는 주권적 권리 행사 문서로 격상된 것이라는 규범적 의미를 가진다면 인간이 '벌거벗은 생명(조에)'으로 전락한 이후에도 '인격적 · 전기적 주체(비오스)'로서의 존엄성을 사후적으로 담보해 줄 수 있을 것으로 보인다.

---

424) 갱신 기간 제한으로 인한 행정적 불편과 유효기간 만료로 인한 환자의 의사 결정권 상실 문제를 해결하기 위해 에콜로-그로엔(Ecolo-Groen) 당의 제안으로 통과되었다. Chambre des représentants de Belgique, DOC 55 0523/012, Proposition de loi de Mmes Creemers et de Laveleye, p. 1. 참조.

물론 이 모델에 따르게 될 때 수반될 의료조력사 허용요건 완화는 동시에 미끄러운 경사길 논거가 설 땅을 마련해 주는 구실로 작용할 수 있다. 따라서 입법정책상 이 미끄러운 경사길 논거에 기초한 비판을 차단하기 위한 엄격한 조건의 설정이 필요불가결하다.

6. 엄격한 기대 여명 요구 모델 vs 고통 중심 모델 vs 이원화 모델

의료조력사(MAID)를 법제화한 국가들이 채택한 다양한 입법모델 중 학술적으로 가장 날카롭게 대립하는 쟁점은 바로 엄격한 기대 여명(Life Expectancy, 임종의 임박성)을 법률로 강제할 것인가의 문제이다.

세계 각국의 입법 태도는 크게 '엄격한 기대 여명 요구 모델'과 임종 시한을 두지 않는 '고통 중심 모델', 그리고 이 둘을 혼합한 '이원화 모델'로 분류할 수 있다.

가. 엄격한 기대 여명 요구 모델 (시한부 요건)

환자가 반드시 가까운 시일 내에 자연사할 것이 의학적으로 명백한 '말기(Terminal)' 상태일 것을 엄격하게 요구하는 입법 형태이다. 주로 영미권 국가들이 채택하고 있다. 의료조력사가 합법화된 **미국의 개별 주(오리건 등 12개 관할)는** 예외 없이 6개월 이내의 기대 여명(6 months or less to live)을 법적 필수 요건으로 명시하고 있다. 뉴질랜드도 마찬가지이다. 이에 따르면 신체적 고통이 아무리 극심하더라도, 의학적으로 6개월 이상 생존할 것으로 예상되는 만성질환자나 루게릭병(ALS) 초기 환자 등은 철저히 배제된다.

호주(6개 주 및 1개 준주)도 원칙적으로 6개월 이내 사망이 예상될 것을 요구하고 있다. 다만 호주는 신경퇴행성 질환(Neurodegenerative disease, 예: 루게릭병 등)의 경우에 한해서만 질병의 특수성을 고려하여 기대 여명 요건을 12개월 이내로 완화하여 적용한다.

나. 고통 중심 모델 (기대 여명 요건 철폐)

환자의 임종이 임박하지 않았더라도(즉, 수년을 더 살 수 있더라도), 질환이 불치이고 그로 인한 고통을 통제할 수 없다면 조력사망을 허용하는 유럽 전통의 자유주의적 입법 형태이다. 예컨대 베네룩스 3국(네덜란드, 벨기에, 룩셈부르크)의 안락사법에는 기

대 여명에 관한 시간적 제한이 전혀 없고, 의학적으로 개선의 여지가 없는 '참을 수 없는 고통'이 유일하고도 절대적인 기준이다. 따라서 신체적 말기 질환뿐만 아니라, 특정 요건을 충족한 중증 정신질환자(우울증 등)에게도 안락사가 허용된다. 스페인, 콜롬비아, 에콰도르에서도 6개월 등의 시한을 두지 않고 있다. 심각하고 불치인 질환 또는 신체적 손상으로 인해 환자의 자율성과 존엄성이 심각하게 훼손되는 지속적 고통을 겪고 있다면 자격이 주어진다.

다. 이원화 및 절충형 모델

제도 도입 초기에는 말기 환자로 제한했다가, 위헌 소송 등을 거치며 비말기 환자에게까지 문을 넓히되 절차적 안전장치를 달리하는 하이브리드 형태의 입법모델이다. 예컨대 캐나다는 2016년 도입 당시에는 '자연사가 합리적으로 예견 가능할 것'이라는 요건이 있었다. 하지만 2019년 위헌 판결(Truchon 사건) 이후 2021년 법 개정을 통해 이 요건이 폐지되어 현재는 자연사가 임박한 말기 환자(Track 1)와 자연사가 임박하지 않은 만성/불치 질환자(Track 2)를 구분하여, Track 2 환자에게는 90일의 숙려 기간을 부여하는 등 절차를 이원화하여 운영하고 있다.

이탈리아는 의료조력사가 법제화되어 있지 않지만, 헌법재판소가 제시하는 가이드라인에 따르면 특정 기대 여명 기간(6개월 등)을 명시하는 대신 '생명유지 치료(처치)에 대한 의존'이라는 독특한 기능적 요건을 설정하여 남용을 통제하고 있다.

라. 소결

각국의 규범을 비교해 보면, 제도의 명칭이나 의사의 개입 양태(적극적 안락사, 의료조력사)뿐만 아니라, 어떤 환자의 선택지를 헌법적으로 보호할 것인가에 대한 국가적 철학 내지 생명보호의무에 관한 입법정책이 '기대 여명 요건'에 반영되어 있음을 알 수 있다.

생명에 대한 국민 감정이나 정치철학적 관점에서 볼 때 유럽 국가들에서와 같이 적극적인 차원의 죽을 권리를 헌법적 권리로 인정하기 어려운 한국 사회의 특성상 살아갈 날이 많이 남은 자의 실존적 고통 해방에 초점을 맞추기보다는 죽음의 과정에 진입한 자(말기 및 임종과정)의 고통단축에 방점을 찍는 입법모델이 타당할 것으로 보인다.

제7장

의료조력사 법제화 방안

JPRI
Judicial Policy
Research Institute

앞의 내용을 종합할 때 의료조력사 법제화[425]를 위해 입법정책적 결단을 요하는 사항은 다음과 같다.

I. 의료조력사 허용여부는 더 이상 입법형성의 자유영역이 아니다.

논리적 · 규범적 · 정치철학적 관점에서 볼 때, 생애 말기 환자의 자기결정권은 소극적 차원을 넘어 적극적 차원으로 확장되어야 한다. 이에 따라 생명에 대한 자기결정권과 국가의 생명 보호 의무 간의 관계도 재설정되어야 한다. 종래 절대적 생명보호 도그마에 기초된 국가 생명보호 의무는 생명 처분권의 전면적 부정에서 예외상태에 있는 환자의 생명처분권이 인정되어야 하고 이를 적극적 의료적 돌봄체계 속에 포함시켜 절차적 보장으로 바뀌어져야 한다. 이와 같은 국가 생명보호의무 패러다임의 전환에 따르면 의료조력사 허용 여부가 더 이상 입법자의 형성의 자유에 속하는 것으로만 보기 어렵다. 고통 없이 존엄한 죽음을 선택하는 환자의 자기결정권을 허용하지 않는 것은 헌법위반적 상태, 특정 조건하에 있는 환자에 대한 기본권 침해 상태를 방치하는 것을 의미하기 때문이다.

II. 의료조력사 허용의 법제화는 기본적으로 '권리모델'에 입각하여야 한다.

헌법적 자기결정권을 임종과정에 있는 환자의 무의미한 연명의료 유보 및 중단이라는 소극적 차원을 넘어 말기 환자의 비가역적 고통을 제거하기 위해 의료적 조력을 받아 죽음을 맞이할 적극적 권리로까지 확장하는 것은 기본적으로 환자의 '권리' 모델에 기초하여 의료조력사 제도를 설계하는 것을 의미한다. 이 경우 환자에게 인정되는 권리는 생명처분에 관한 '모든 사람'에게 인정되는 포괄적 권리(2020년 독일 헌법재판소)와

425) 말기 환자 등 예외적 상황에 있는 환자가 임종 시 의료적 조력을 받아 사망하는 것을 헌법적 자기결정권의 인정 범위에 포함시키는 것을 전제로 의료조력사망을 허용하고 의사 등 의료적 조력을 제공하는 자의 형사책임을 배제하는 것을 내용으로 하는 법안의 명칭에 '조력 존엄사', '의료조력사' 등을 포함시키기보다는 '생애 말기 환자의 임종지원에 관한 법률' 등 중립적인 용어를 사용하는 것이 바람직해 보인다.

생명처분에 관한 절대적 금지(2009년 한국 헌법재판소)의 양극단의 중간영역에 속한다. 이에 기초된 의료조력사를 입법정책적으로 허용하지 않으면 예외상태의 환자에 대한 헌법상의 기본권 침해(고통당하지 않고 존엄한 죽음을 선택할 권리) 상태를 방치할 뿐만 아니라 국가가 치료불가능한 중증 말기 환자에 대해 신체적 · 정신적 고통을 의무화하는 것이 되고 만다.

특정조건하에서 의료적 조력을 받아 고통 없이 존엄한 죽음을 맞이하는 것을 허용하는 차원의 중도적 의미의 자기결정권에 기초한 의료조력사망제도는 구체적으로 어떻게 설계되는 것이 바람직한가?

생명처분권에 대한 절대적 금지를 내용으로 하는 자기결정권 이해가 생명처분권에 대한 봉인을 일부 풀어 연명의료중단을 통해 존엄한 죽음을 선택할 소극적 권리로 구체화되었다면, 중도적 의미의 자기결정권은 적극적으로 의료적 조력을 받아 존엄하게 죽음을 선택할 수 있는 적극적 권리로 구체화될 수 있다. 소극적 의미의 자기결정권을 허용하는 연명의료결정법이 헌법적 자기결정권의 구체화 법이라고 한다면, 중도적 의미의 자기결정권을 허용하는 의료조력사법도 헌법적 자기결정권의 구체화 법으로 해야 마땅함은 앞서 살펴본 바와 같이 논리적 · 규범적 · 철학적 관점에서 논증되었다.

III. 권리모델에 기초한 의료조력사망제도는 의료적 절차 모델과 결합되어야 한다.

국가 생명보호 의무 패러다임의 전환은 의료조력사법을 권리모델과 의료적 절차모델과 결합시켜 설계하도록 한다. 헌법적으로 신장된 개인의 자기결정권(포괄적 자기결정권은 물론이고 중도적 자기결정권이라도)을 전제로 하면, 국가로 하여금 개인의 생명권처분에 대한 전면적 금지만으로 생명권을 '보호'하는 종래의 방식을 뛰어넘어 특정한 조건하에서 생명처분권을 행사하려는 환자를 적극적인 의료적 돌봄체계 속으로 편입시켜 환자의 권리를 '보장'하는 새로운 과제 수행 방식을 요구하기 때문이다. 국가 생명보호의무의 이와 같은 패러다임 전환에 따르면 의료조력사 제도는 환자의 권리 보장을 위한 '의료적 절차모델'에 기초하여 설계될 것이 요구된다.

의료적 돌봄체계로 편입되는 특정환자의 생명처분과정이 존엄한 죽음이 되도록

하려면, 안전한 법적 요건을 마련하는 것에 더해 의료적 안전지대를 만들어야 한다. 국가가 이러한 목표에 도달하기 위해서는 헌법적 자기결정권이 승인된 특정 환자의 생명처분권의 남용, 의료적 조력과정에서 나타나는 역기능 내지 부작용 또는 생명처분권이 사회취약자 등에게 무작위로 확산될 가능성 등을 방지하기 위한 안전장치(Safeguards)를 마련할 입법정책적 과제를 부담한다.

Ⅳ. 절차적 안전장치는 '사전통제'를 주로 하고 '사후통제'로 보완되는 이원적 통제 체계로 최적화되어야 한다.

의료조력사망을 신청하는 단계에서 시작하여 의료조력사가 이행되는 단계에 이르는 과정에 마련되어야 할 절차적 안전장치는 앞서 언급한 남용 및 부작용 방지, 확산의 위험성 방지를 목표로 한다. 사전통제시스템과 사후통제시스템을 적절하게 배분하는 것이 가장 합리적이고 효과적인 방안이다. 사전통제를 위해서는 담당의사의 상담 및 설명, 신청이 요구되고, 사후통제시스템으로는 임종지원심사위원회의 승인, 승인 서류가 담당의사에게 회부되면 의사가 처방전을 작성하여 약사에게 송부하는 절차 및 모든 과정의 서류화 및 보고체계 또는 연례 보고서 발간 등을 둘 수 있다.

1. 사전통제(법률적 통제＋의료적 통제)

가. 자기결정권의 주체적격성

권리 모델과 의료적 절차모델을 결합시켜 의료조력사를 법제화할 경우 입법자의 핵심과제는 정당하고도 효과적으로 작동할 안전장치, 즉 사회적 취약자의 생명권 보호 및 생명처분권 행사과정 및 그에 대한 의료조력 과정에서 발생할 부작용 및 위험 방지책을 규범화하는 일이다. 이 가운데 무게 중심은 무엇보다도 조력사망을 선택할 권리를 가진 주체의 범위를 기초된 헌법적 자기결정권 이론에 부합되게 확정하는 일에 있다.

중도적 자기결정권에 기초된 권리 모델에 입각한다면, 비말기 환자는 조력사망 선택의 자유가 제한되는 것으로 보아야 한다. 누구에게나 인정되는 일반적 · 포괄적 의미의 죽을 권리를 인정하는 전제하에서 본다면, 고통의 정도와 임종 시간의 잔여기간에

따라 권리를 제한해서는 안 된다. 여명 기간을 제한하더라도 비례성원칙에 합당한 입법정책으로 평가받을 수 있으려면, 적어도 캐나다 입법례와 같이 입법정책적으로 투-트랙 제도를 수용하는 것이 바람직할 것이다. 그러나 중도적 의미의 자기결정권은 헌법이론상 처음부터 자기결정적 생명처분의 권리가 예외상태하에 있는 환자에 대해서만 제한되는 것을 내용으로 한다. 따라서 의료조력사망을 선택할 수 있는 자격요건도 비가역적 고통상태에 있는 자기결정 능력 있는 성인 말기 환자로 제한하는 것이 타당할 것으로 보인다.

또한 말기 환자에게 의료조력사망선택권을 부여한다면, 논리적으로 임종과정에 있는 환자 및 이미 소극적으로 연명의료가 유보되어 있거나 중단되어 있는 환자에게도 적극적으로 의료조력사망 선택권이 인정되는 것이 논리적이고 자기결정권이론의 모순성을 없애는 방안이다.

나. 사전의료지시서 효력인정의 조건의 엄격화

권리 모델은 기본적으로 의사능력이 명료할 때 작성한 '사전의료지시서'의 효력이 연명의료중단의 영역을 넘어서 조력사망의 영역까지 확대되는 것을 인정한다. 다만 사전의료지시서의 법적 효력 범위를 어디까지 인정하는 것이 바람직한 입법태도인지에 관해서는 논쟁의 여지가 있다. 예컨대 치매환자의 경우 현재의 의사능력을 절대시하여 환자의 권리를 박탈하는 호주 입법례를 따를 것인지, 의사능력이 온전히 갖추어진 시점에서 내린 선행 결단의 사후적 법적 구속력을 인정하는 네덜란드 입법례를 따를 것인지가 문제된다. 생각건대 권리모델의 기본 취지에 충실히 부합되게 하려면, 연명의료중단의 경우는 물론이고 의료조력사의 경우에도 선행적 자율성 원칙을 수용하는 것이 생애 전반에 걸친 자기결정적 존엄을 보장해 주는 바람직한 방편으로 보인다.

하지만 사전의료지시서의 법적 효력은 국가의 생명보호의무와 개인의 자기결정권 간의 조화를 요구하는 문제이므로 입법정책적 차원에서 이익형량이 요구되는 부분이다. 섣불리 선행적 자율성 원칙을 여과 없이 수용하면 미끄러운 경사길 논거에 근거한 반대론자들에게 비판의 빌미를 제공할 수 있다. 특히 사전의료지시서에만 근거하여 '타인(가족 포함)에 의한 대리 신청이나 이행 요청'을 인정하게 하면 현대판 고려장이나 경제적 이유에 의한 타살로 악용될 위험이 극도로 높아질 수 있다. 따라서 사전의료지시서는 환자가 의식이 명료할 때 스스로 모든 심사를 통과하고 날짜까지 지정해 두었으나 조력사망 이행 직전에 질병의 악화로 의식을 잃은 경우에 한해서만 예외적으로 사전의

료지시서의 동의의 효력을 인정하여 최종 동의를 면제해 주는 기능으로 제한되어야 한다(캐나다 입법례 '오드리 수정' 참조).

다. 의료적 사전통제

(1) 신청 및 승인 절차상 통제

의료조력사 허용 신청 및 승인 절차에서 가동되어야 할 사전통제는 다음과 같이 이루어지는 것이 바람직하다. 먼저 조력사망을 원하는 환자(나 그 가족)가 (비가역적 고통 및 말기여부에 대한)진단을 담당한 담당의사에게 의료조력사를 서면으로 신청한다. 서면신청에 따라 담당의사의 상담, 설명 및 대안 제시 등 절차를 진행하여야 한다. 이후 담당의사는 환자 진료에 직접 관여하지 않는 자문 전문의에게 환자의 서면 신청서류 및 상담 결과서 등을 송부하여 의료조력사 이행 적격여부 심사를 의뢰한다(복수의 독립된 의사 교차검증).

의료조력사 이행(승인)은 신청 후 2주일(14일)이 경과한 후에 가능하도록 한다(숙려기간). 다만 최근의 입법트렌드에 따라 환자의 죽음이나 의사 상실이 임박한 경우 숙려기간을 단축하거나 면제하는 예외 조항을 두는 것이 바람직하다.

담당의사는 교차승인 후 관련 서류를 의료조력사 승인을 책임지는 국가 위원회(이하 '임종심사위원회' 참조)에 송부하여 의료조력사 승인을 받기 위한 신청을 한다. 임종지원심사위원회는 14일 이내에 심사결과(승인/불승인) 통지서와 함께 담당의사에게 관련 서류를 회신한다.

(2) 이행절차

담당의사는 심사결과를 환자에게 통보한 후 환자가 조력사망의사를 철회하지 않을 경우 임종지원심사위원회의 승인에 따라 처방전을 작성한다. 처방전은 의사가 직접 약사에게 송부하고, 약사는 처방약제를 담당의사에게 교부한다. 의사는 환자에게 처방된 약제 도달을 통보한 후, 1주일 후 조력사망을 이행할 수 있음을 통보한다(대기기간). 치사약물 조제 및 의사에게 도달 완료되었음을 통보받은 환자는 1주일 경과 후 담당의사에게 원하는 장소와 일시에 치사약의 자가 투여를 이행할 의사를 밝힌다.[426] 하지만 환

426) 의사의 처방에 따라 약사에 의해 조제된 치사약물의 수령과 관련해서는 환자(또는 대리인)의 직접 수령 모델(예, 미국 오리건 주 존엄사법 등)과 담당 의사 수령 후 투약일 전달 모델(이른바 통제모델: 스위스, 네덜란

자는 언제라도 조력사망 이행 포기의사를 밝힐 수 있다.

의사와 간호사(호스피스 병동의 경우 의사 없이 간호사만), 그리고 가족 입회하에 자기투여의 방식으로 조력사망을 이행한다. 자기투여 직전 담당의사는 환자의 의사를 최종 확인한다.

조력사망 이행시에 환자의 자기투여가 불가능하다는 점이 입증될 경우 보충적으로 의사가 치사약물을 환자에게 대신 투입할 수 있도록 입법화하는 것이 바람직하다. 예컨대 루게릭병 환자처럼 환자 스스로 연하(삼킴) 기능 및 상지 근력을 완전히 상실하여 물리적 자가투여가 절대적으로 불가능하다는 신경과 또는 재활의학과 전문의의 추가 진단서가 첨부된 경우에만 허용되며, 이 경우 이행 과정 전체를 영상으로 녹화하거나, 해당 의료기관 소속이 아닌 독립된 공증인이나 보건 공무원이 입회할 것이 요구된다. 신체에 대한 통제가 전적으로 불가능하여, 자가투약 가능한 행위지배력 행사 불능인 환자에게 이러한 보충적 수단을 활용할 수 있도록 하여야 자기결정권이 평등하게 인정될 수 있기 때문이다.[427]

의사와 간호사는 의료적 조력을 거부할 수 있다(의사는 최초 신청시부터 상담 및 설명을 거부할 수 있다; 이른바 '양심조항'). 담당의사는 법의학적 검시관의 개입을 막고 보험금 지급을 보장하기 위해 일반 사망진단서에는 '자연사(기저질환)'로 적더라도, 보건 당국과 검토위원회에 제출하는 '기밀 공식 보고서'에는 반드시 조력사망에 사용된 약물과 절차를 명시하도록 의무화하는 투-트랙 서류 시스템을 활용한다(네덜란드와 벨기에 입법례 참조).

드, 벨기에, 캐나다 등)이 있다. 환자가 직접 약을 수령하는 방식은 환자 개인의 자율성과 편의를 극대화한다는 철학적 장점이 있지만, 공중보건과 사회 안전망 측면에서는 결함을 안고 있다. 다른 사람의 생명을 쉽게 앗아갈 수 있는 극도의 위험 약물을, 아무런 보안 장치가 없는 일반 가정집에 보관하도록 허용하는 것은 국가의 마약류 관리 책임을 방기하는 것과 같기 때문이다. 따라서 존엄한 죽음을 선택할 환자의 권리를 존중하면서도, 그 제도가 타인이나 사회 전체에 미칠 위험을 완벽히 차단하기 위해서는 의료 전문가가 복용 직전까지 약물의 관리 통제권을 쥐고 있는 방식을 채택하는 것이 현실의 부작용을 최소화하는 방안일 수 있다. 이러한 통제모델에 따르면, 의사는 환자가 약물을 복용하기로 한 날짜에 약을 가지고 환자의 집이나 병실을 방문하여, 환자가 약을 마시고 사망에 이를 때까지 반드시 현장에 함께 머무르는 것을 원칙으로 해야 한다. 이뿐만 아니라 환자가 마음을 바꾸어 약을 마시지 않거나, 구토 등으로 인해 복용에 실패할 경우 남은 약물은 의사가 즉각 전량 회수하여 약국에 반환함으로써 약물이 환자의 가정에 방치되는 일이 없도록 한다.

427) 이와 같이 자가투여가 원천적으로 불가능한 예외적인 경우 보충적으로만 (의사 등의)대리투여를 허용하는 방식을 취한다고 해서, 베네룩스 3국 입법례와 같이 의료조력사와 적극적 안락사를 대등한 차원에 있는 환자의 선택지 중 하나로 인정하는 입법례를 따른 것이 아님을 주의해야 한다.

2. 사후통제: 보건복지부 임종지원과

심사위원회는 환자의 사망이행일로부터 1주일 이내에 송부받은 모든 서류를 편철한 후 보건복지부 임종지원과에 의료조력사망 이행 공식 보고서를 제출해야 한다. 이 보고서에는 반드시 조력사망 사실, 투여 약물, 일시, 입회자 등을 숨김없이 명시하여야 하며, 보고를 누락하거나 허위 기재할 경우 형사 처벌한다는 조항을 두어야 한다. 보건복지부 장관은 제출받은 관련서류 내용과 절차의 합법성을 검증하고, 기록에 남긴다. 해마다 의료조력사 관련 인구학적 통계를 내고 익명처리 후 관련자료를 공개한다.

V. 전환된 국가 생명보호 의무 패러다임하에서 사전통제와 사후통제를 담당할 조직의 구성과 운영에 관한 규정을 둔다.

1. 사전통제: 임종지원심사위원회

환자의 신청과 담당의사의 심사를 거친 의료조력사 허용여부를 심사, 승인 및 윤리적 문제를 점검하기 위해 임종지원심사위원회를 둔다. 임종심사위원회는 광역별로 설치하며, 보건복지부 산하에 둔다. 위원회는 환자의 기저질환 전문의 2인, 법학자나 변호사 자격을 가진 법률전문가 2인, 의료윤리관련 전문가 1인, 정신과 전문의 1인 등 다양한 분야의 전문가로 구성된다.

2. 사후통제: 보건복지부 임종지원과

의료조력사망을 신청하는 환자를 국가 돌봄 의료체계에 편입시키기 위한 일환으로 보건복지부 내에 임종지원과를 둔다. 임종지원과는 환자의 의료조력 사망 절차에 관한 정보를 제공하고, 담당의사나 심사위원회의 임종지원법률의 이행사항을 점검, 임종지원심사위원회의 운용과 활동 감독, 의료조력 사망에 관한 국가통계 및 연례보고서 작성을 담당한다.

VI. 의료조력사망의 요건과 절차에 관한 모든 내용은 형법 자살방조죄와 독립된 특별법에 담는다.

중도적 권리모델과 의료적 절차모델의 결합을 구조화하고 있는 위 입법내용에는 자살방조죄의 전면 금지에 대한 예외적 허용도 포함되어 있지만, 자기결정적 죽음의 과정에서 생길 수 있는 위험성을 제거하기 위한 절차적 안전장치 마련에 초점을 맞추고 있다. 따라서 이러한 내용을 담고 있는 법률은 기본법인 형법과 그 이념과 목적을 달리하는 독립된 특별법 형식으로 만들고 그 법률명칭에도 앞서 언급했듯이 '의료조력사'라는 용어가 직접 들어가는 것 보다는「생애 말기 환자의 임종지원에 관한 법률」등 중립적이고 포괄적인 표현을 사용하는 것이 합리적이다. 이뿐만 아니라 형법의 자살방조죄의 원칙적 처벌 조항의 내용을 전혀 건드리지 않고, "이 법률을 준수한 의사, 간호사, 약사 등의 행위에 대해서는 형법 제○○조(자살방조죄)를 적용하지 않는다"는 규정을 두는 정도로 형법과의 관계를 정립함으로써 불필요한 논란의 소지를 제거하는 것이 바람직하다. 이러한 입법 방식은 의사, 간호사, 약사의 의료적 조력행위를 특별법을 통한 보호영역 속에 둠으로써 이들의 행위가 형법적 자살방조죄의 구성요건해당성 배제냐 위법성조각이냐를 둘러싼 논쟁에 휘말리게 될 것을 차단할 수 있는 장점을 가질 수 있다. 이러한 입법기술을 통해 연명의료결정법에서 의사의 연명의료 중단에 대한 법적 규율과도 체계적으로 정합성을 유지할 수 있다.

제8장

결 론

JPRI
Judicial Policy
Research Institute

세계 각국의 헌법 해석 기관은 생명에 대한 개인의 자기결정권을 소극적 치료거부의 차원에 머물지 않고 적극적 생명포기까지 인정하는 경향성을 보이고 있다. 이러한 추세는 종래 절대적 생명보호를 기조로 삼아 생명권에 대한 절대적 처분금지를 선언한 전통적인 규범적 입장을 더 이상 유지하기 어렵게 만들고 있다. 생명에 대한 자기결정권이 소극적 치료거부를 통한 죽음을 허용하는 이상 적극적으로 죽음의 시기와 방식을 정하는 의료조력사를 허용하지 않는 것은 작위와 부작위의 규범적 동가치성의 관점에서 논리적 모순일 뿐만 아니라, 생물학적 생명의 연장 보다는 인간의 존엄성이 존중되는 생명에 우위를 두어야 한다는 헌법적 요청에도 부합하지 못한다. 국가의 생명보호의무는 절대적이지 않으며, 치유되어 회복할 가능성이 없이 극심한 고통을 겪고 있는 말기 환자 앞에서는 개인의 자율성(자기결정권)과 존엄성 앞에서 양보되어야 한다.

생명에 대한 자기결정권을 이처럼 두텁게 보호하는 헌법해석에 따르면, 극심한 고통 속에서 자율적인 통제력을 행사하면서 존엄하게 죽음을 원하는 환자의 자기결정권에 근거한 사망조력을 무조건적으로 자살방조죄로 처벌하는 국가 생명보호 방식에도 재고를 요한다. 특수한 상태에 있는 환자의 자기결정권에 근거한 생명처분에 대한 조력을 예외 없이 자살방조죄로 처벌하는 입법정책은 환자의 생명에 대한 자기결정권에 대해 국가 생명보호의무에 절대적 우위를 두는 태도로서 국가가 환자에게 고통을 의무지우는 것과 다를 바 없기 때문이다. 특정한 조건을 충족시키는 환자에게 존엄하게 죽을 권리를 헌법적으로 승인하는 이상, 국가 생명보호의무의 패러다임이 '자살방조에 대한 전면적 금지에서 부분적 허용'으로, '실체적 금지를 통한 생명보호에서 남용금지와 제3자에 의한 생명권 제한으로부터 절차적인 생명보호'로 전환될 것을 요구한다.

한국의 헌법재판소가 생명에 대한 자기결정권에 관한 종래의 입장인 생명처분권에 대한 '전면적', '포괄적' 금지 태도를 변경하여 생명에 대한 자기결정권 인정 범위를 확장하는 선진화된 헌법해석 태도를 수용함으로써 일정한 요건하에서 일정한 방식의 생명처분권을 허용한다면, 그에 따라 생명에 대한 자기결정권을 전면 차단하는 입법(예: 모든 형태의 조력 자살을 금지하고 이를 일률 처벌하는 규정)을 헌법상 기본권(개인의 자유 · 인간의 존엄 및 사생활)에 대해 과도한 침해로 받아들일 가능성이 높아 보인다.

이러한 전망을 기초로 삼을 경우, 한국 사회에서의 의료조력사 법제화 성공가능성은 생명에 대한 자기결정권에 관한 헌법재판소의 전향적 태도에 큰 영향을 받을 것으

로 예상된다. 한국형 의료조력사제도는 일정한 전제조건을 갖춘 환자가 사망의 시기와 방법에 관해 행사할 자기결정권을 보호하되, 국가의 생명보호의무 차원의 남용방지를 위한 환자의 능력심사 · 의료적 절차 · 전문가 가이드라인 준수 · 사후통제를 요구하는 '절충적' 모델, 즉 '자기결정권에 기초한 허용 + 국가의 생명보호에 근거한 실체적 · 절차적 규제'라는 균형모델로 추진되는 것이 정당하고도 합리적인 방안으로 보인다.

연명의료중단이 합법화된 이후 세계적인 입법 트렌드는 단순히 죽음을 임박한 상태에서의 '치료 중단'을 넘어서려고 노력하고 있는 다른 한편, 건강할 때 미리 대리인을 지정하고 향후의 돌봄 계획을 포괄적으로 세우는 '사전 돌봄 계획(Advance Care Planning)'을 지원하는 방향으로 발전하고 있다. 2025년 초고령사회[428]에 진입한 한국은 생애 말기 돌봄체계 트렌드화에 발맞추어 2026년 3월부터 「의료 · 요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률」(약칭: 「돌봄 통합지원법」)이 시행되었다. 새로 도입될 한국형 의료조력사 제도도 이러한 통합 돌봄체계의 일환으로 편입되는 것이 바람직할 것으로 보인다.[429]

428) 초고령사회는 인구 10명 중 2명이 65세이상 고령자인 경우를 말한다. 정부는 2036년 10명 중 3명 이상이 65세이상 노인이 될 것으로 예상한다.

429) 그 이유는 돌봄통합지원법의 핵심 이념이 '살던 곳에서 인간다운 삶을 유지하도록 의료 · 요양 · 돌봄을 통합 제공'하는 데 있기 때문이다. 다만 의료조력사 제도는 의료 · 건강관리 · 장기요양 · 일상생활돌봄 · 주거서비스를 통합적으로 연계하는 돌봄통합지원 체계 내부에서 통합돌봄의 '대체수단'이 아니라 '통합돌봄 선행원칙'에 입각한 '최후의 예외적 선택지'가 되어야 한다. 따라서 의료조력사 신청자는 ① 완화의료 ② 재가의료 ③ 방문간호 ④ 정신건강 상담⑤ 가족돌봄 지원 ⑥ 장기요양 서비스 등을 충분히 제공받은 후에만 의료조력사를 신청할 수 있도록 하는 것이 바람직하다. 즉, 이른바 통합돌봄충분한 통합돌봄을 제공받았음에도 불구하고 지속적이고 숙고된 죽음의 의사가 유지되는 경우에 한하여 의료조력사가 허용되도록 하여야 할 것이다. 이와 같이 의료조력사를 통합적 돌봄 체계에 편입시키는 방안은 호스피스 · 완화의료에 대한 보편적 접근권을 국가가 보장하는 법적 권리로 격상시키기 위해, 안락사법을 제정함과 동시에 같은 날 「완화의료 및 생애 말기 돌봄에 관한 법률」을 통과시켜 두 제도를 강력하게 연계시킨 룩셈부르크 입법례를 참조할 만하다. 이에 관해서는 제5장 제3절 Ⅲ 참조.

참 고 문 헌

【국내문헌】

1. 단행본

김성돈, 「형법각론(제10판)」, 박영사 (2025).

_____, 「형법총론(제10판)」, 박영사 (2025).

미야시타 요이치 지음/박제이 옮김, 「11월 28일, 조력자살 – 나는 안락사를 선택합니다」, 아토포스 (2020).

신아연, 「스위스 안락사 현장에 다녀왔습니다」, 책과나무 (2022).

애니타 해닉 지음/신소희 옮김, 「내가 죽는 날 – 존엄사의 최전선에서, 문화인류학자의 기록」, 수오서재 (2025).

유영규 등 5인, 「그것은 죽고 싶어서가 아니다. 논쟁으로 읽는 존엄사」, 북콤마 (2024).

조르조 아감벤 저/박진우 역, 「호모 사케르: 주권 권력과 벌거벗은 생명」, 새물결 (2001).

케이트 버틀러 지음/고주미 역, 「아무도 가르쳐 주지 않는 괜찮은 죽음에 대하여」, 메가스터디북스 (2021).

2. 연구논문

김두식, “말기 진정”, 한국 호스피스 · 완화의료학회지 제13권 제3호 (2010).

김나경, “업무상 자살 지원(조력)에 대한 형법 개입의 정당성”, 형사정책연구 제31권 제4호, 한국형사정책연구원 (2020).

고윤석 · 허대석, “의사조력자살과 연명의료 유보나 중단”, 한국의료윤리학회지 제26권 제1호, 한국의료윤리학회 (2023).

김명희, “연명의료 결정에 관한 권고안의 배경과 향후 과제…”, 의료정책포럼 제11권 제3호 (2013).

김선택, “의료조력자살의 합법화: 세계적 동향”, 한국의료법학회지 제26권 제1호 (2018).

김율리, “의사조력자살을 둘러싼 윤리적 쟁점: ‘조력존엄사’ 개정안을 중심으로”, 한국의료윤리학회지 제25권 제4호 (2022).

박성준 · 변종필, “의료조력자살의 비범죄화에 관한 소고”, 비교법연구 제24권 제1호 (2024).

박수경 외, “암 사망자의 호스피스 · 완화의료 이용과 관련 요인”, 보건경제와 정책연구 제27권 제3호 (2021).

박은호, “한국의 의사조력자살 법제화에 대한 인격주의 생명윤리적 고찰”, 생명윤리 제23권 제2호 (2022).

손명세 · 김상득 · 김소윤, “안락사 기준에 관한 국제 비교연구”, 의료윤리교육 제3권 제1호 (2000).

양운덕, “미시권력들의 작용과 생명 정치 : 푸꼬의 권력분석틀과 아감벤의 근대 생명정치학 비판”, 철학연구 제36호 (2008).

이기헌, “의사조력자살에 대한 고찰”, 홍익법학 제15권 제1호, 홍익대학교 법학연구소 (2014).
이석배, “인간의 존엄, 생명권 그리고 연명의료”, 형사법연구 제31권 제3호 (2019).
_____, “존엄하게 죽을 권리와 의사조력자살”, 한국의료윤리학회지 제25권 제1호, 한국의료윤리학회 (2022).
이성기, “죽음에 있어서 의사의 조력 행위와 자살방조죄의 정당성 논의 – 고령자의 존엄하게 죽을 권리의 관점에서”, 법조 제72권 제6호, 법조협회 (2023).
이승준, “의사조력자살에 가담한 의사의 자살방조행위는 면책될 수 있는가?”, 형사정책연구 제33권 제4호 (2022).
이인영. “미국의 의사자살방조에 관한 법리논쟁과 입법에 관한 고찰”, 법학연구 제33권 제1호 (2022).
이지은, “조력사망에 관한 프랑스의 입법 동향”, 의료법학 제25권 제1호 (2024).
이희훈, “미국의 존엄사법과 영국의 조력자살법안에 대한 비교법적 고찰”, 법학논총 제42권 제3호, 단국대학교 부설 법학연구소 (2018).
정기상, “미국헌법상 ‘죽을 권리’의 근거에 관한 일고찰”, 성균관법학 제20권 제3호, 성균관대학교 비교법연구소 (2008).
정다은, “조력자살에 관한 독일의 사법적 · 입법적 논의”, 생명, 윤리와 정책 제7권 제2호 (2023).
정민아 등, “생애말기 자기결정 관련 제도 동향”, 보건복지포럼 (2024).
최경석, “자기결정권 존중을 위해 선행해야 하는 것들: 의사조력자살과 연명의료 유보나 중단과 관련하여”, 한국의료윤리학회지 제25권 제4호 (2022).
최다정 외, “네덜란드 적극적 안락사 및 의사조력자살 허용 법률의 함의와 의미”, 법학연구 제26권 제3호, 인하대학교 법학연구소 (2023).
최인화, “조력존엄사법안에 대한 헌법적 검토”, 서강법률논총 제12권 제1호, 서강대학교 법학연구소 (2023).
최혜지, “죽음에 대한 자기결정권 낯설게 보기: 죽음의 통치성과 은폐된 욕구”, 보건사회연구 제44권 제3호 (2024).
허대석, “연명 치료 중단: 의학적 접근”, 대한내과학회지 제86권 제6호 (2014).
홍승범, “중환자의학의 역사와 미래”, 대한내과학회지 제90권 제1호 (2016).

3. 학위논문

성경숙, “의사조력자살에 대한 형법적 고찰”, 성균관대학교 석사학위청구논문 (2004).

4. 기타 자료

보험연구원, 「존엄사 법제화 해외사례와 시사점」 (2015).
대한의사협회, 「의료조력자살 법제화 관련 대한의사협회 입장문」 (2023).
대한의학회, 「연명의료 및 존엄사 관련 대한의학회 입장」 (2022).
한국보건사회연구원(KIHASA), 연구보고서 (2024).

【외국문헌】

1. 논문 및 단행본

1) 영어권 문헌

Adams, M./Nys, H., "Comparative reflections on the Belgian Euthanasia Act 2002", Medical Law Review Vol 11 No 3, 2003.

Andorno, R., "Nonphysician-assisted suicide in Switzerland", Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics, Vol 22 No 3, 2013.

Cherny, Nathan I., and Lukas Radbruch. "European Association for Palliative Care (EAPC) Recommended Framework for the Use of Sedation in Palliative Care." BMC Palliative Care(2009).

Rijpstra, M., Vissers, K., Belar, A. et al. "Assessment of the efficacy of palliative sedation…" BMC Med22, 608 (2024).

Bosshard, G. et al. "Reasons given for requesting assisted suicide in Switzerland…" BMJ(2008).

Kim, Y. S., Song, H.-N., Ahn, J. S. et al., "Sedation for terminally ill cancer patients…" Medicine (Baltimore)(2019).

American Medical Association. Code of Medical Ethics Opinion 5.7(2023).

Woorim Kim, et.al. "The Impact of Advanced Care Planning on Hospice Utilization in Patients with Cancer…" Cancers (Basel)(2025).

Buchbinder, M., "Death as something we make." SAPIENS(2021).

College of Physicians and Surgeons of Ontario. Policy: Medical Assistance in Dying(2016, updated 2023).

Japan Medical Association, Guidelines on End-of-Life Medical Care. Tokyo: JMA (2007, revised 2018).

Charles Blanke et al. "Characterizing 18 Years of the Death With Dignity Act in Oregon," JAMA Oncology(2017).

Yu, S.-Y. et al. "Dexmedetomidine use for palliative care with intractable pain and delirium", PLOS ONE(2023).

Lois Shepherd, "Dignity and Autonomy after Washington v. Glucksberg…", Cornell Journal of Law and Public Policy(1998).

Michael W. McConnell, "The Right to Die And the Jurisprudence of Tradition", Utah Law Review(1997).

Cary Franklin, "History and Tradition's Equality Problem," Yale L.J.(2024).

Melissa Legault, "I Don't Want to Die, But I Am Dying"… ARIZ. L. REV.(2018).

Buiting, H. et al. "Reporting of euthanasia and physician-assisted suicide in the

Netherlands…" BMC Medical Ethics(2009).
Toni C. Saad, "Euthanasia in Belgium: Legal, Historical and Political Review," Issues in Law & Medicine(2017).
Paul Borghs & Bart Eeckhout, "LGB Rights in Belgium, 1999–2007…" International Journal of Law, Policy and the Family(2010).
Maurice Adams & Herman Nys, "Comparative Reflections on the Belgian Euthanasia Act 2002," Medical Law Review(2003).
Herman Nys, "Euthanasia legislation in the Netherlands and Belgium…" Laennec(2013).
Mroz, S./Dierickx, S./Deliens, L./Cohen, J./Chambaere, K., "Assisted dying around the world: a status quaestionis", Annals of Palliative Medicine, Vol 10 No 3, 2021.
Thienpont, L., et al. "Euthanasia requests, procedures and outcomes for 100 Belgian patients suffering from psychiatric disorders…" BMJ Open(2015).
Ronald Dworkin, Life's Dominion: An Argument About Abortion, Euthanasia, and Individual Freedom, Knopf, 1993.
Rurup et al. "Experiences of euthanasia and physician–assisted suicide in the Netherlands", Patient Education and Counseling(2005).

2) 독일어권 문헌

Ehrhardt, Euthanasie, in: Göppinger (Hrsg.), Arzt und Recht, Medizinisch–juristische Grenzprobleme unserer Zeit, 1966.
Bundesärztekammer, Hinweise der Bundesärztekammer zum ärztlichen Umgang mit Suizidalität… Deutsches Ärzteblatt, 2020.
Lenhart/Weixler/Schaden/Fruhwald/Friesenecker, Assistierter Suizid ist noch keine „area of interest" für Ärzt: in, PALLIATIVMEDIZIN(2024).
C. Roxin, "Die geschäftsmäßige Förderung einer Selbsttötung als Straftatbestand und der Vorschlag einer Alternative", NStZ 2016, 188.
Deutscher Bundestag, "Verfassungsmäßigkeit der in Berufsordnungen der Ärztekammern normierten Verbote der Beihilfe zum Suizid". WD 3 – 3000 – 215/14. 2014.
E. Hilgendorf, "Sterbehilfe heute", MedR 2018, 733.
_____, "Zur Strafwürdigkeit organisierter Sterbehilfe", JZ 2014, 548.
E. Hoven, "Autonomie versus Lebensschutz? Zur aktuellen Diskussion um die Sterbehilfe", JuS 2015, 47.
_____, "Für eine freie Entscheidung über den eigenen Tod Ein Nachruf auf die straflose Strafe", ZIS 2016, 4.
H. L. Schreiber, "Das ungelöste Problem der Sterbehilfe – Zu den neuen Entwürfen und Vorschlägen", NStZ 2006, 478.

W. Eberbach, “Suizidhilfe zwischen Selbstbestimmung und Bürokratie”, MedR 2022, 461.

3) 프랑스어권 문헌

CESE · Convention Citoyenne Cese sur la fin de vie, Rapport de la Convention Citoyenne sur la fin de vie(2023).

4) 일본어권 문헌

上田健二 (우에다 켄지), “臨死介助と自死への権利”,『刑法雑誌』第29巻 第1号 (1988).

松宮孝明 (마츠미야 타카아키), “西ドイツの『臨死介助対案』とその基本的な考え方”,『刑法雑誌』第29巻 第1号 (1988).

Masako Shibasaki, “On the Decriminalization of Assisting Suicide in Austria”,『國際研究論叢』, 第35巻 第1号 (2021).

Megumi TOYOOKA, “The Struggle for Right to Die with Dignity– Palliative Care in France”,『人文 · 科學 · 人間 研究』, 第45巻 (2023/3).

Megumi TOYOOKA, “Euthanasia and Right to Self–determination With a Focus on the Case Study of Mental Suffering in the Netherlands”,『人文 · 科學 · 人間 研究』, 第45巻 (2021/3).

NISHIMOTO Kana, “安楽死 · 尊厳死 · 治療中止と医師による自殺幇助の関係 —医師による自殺幇助の許容可能性に関する検討—”,『Toyo University Repository for Academic Resources』, 第56巻 (2020/3), http://doi.org/10.34428/00011758.

2. 기타(국외 기관 문서)

American Academy of Hospice and Palliative Medicine, Position Statement on Physician–Assisted Death (2016, reaffirmed 2023).

British Medical Association, Policy on physician–assisted dying (BMA official guidance) (2021).

Canadian Medical Association, CMA Policy: Medical Assistance in Dying. Ottawa: CMA (2017, updated 2020).

Government of Canada, Fourth Annual Report on Medical Assistance in Dying in Canada, 2022 (Ottawa: Health Canada, 2023).

World Medical Association, Declaration on Euthanasia and Physician–Assisted Suicide (2019).

2008년

- **'김할머니 사건' 발생**: 폐암 조직 검사를 받다가 과다출혈로 식물인간이 된 환자에 대해, 가족들이 연명치료 중단을 요구하는 사건이 발생. 이 사건은 무의미한 연명의료 중단과 환자의 자기결정권 문제를 사회적 관심사로 끌어올린 결정적 계기가 됨.

2009년

- **5월 (대법원 전원합의체 판결)**: 대법원은 김할머니 사건에서 환자가 무의미한 연명치료를 중단할 권리가 헌법상 '자기결정권'에 기초한다고 판단하여, 소극적 안락사(연명의료 중단)를 허용하는 상징적 판결을 내림(대법원 2009. 5. 21. 선고 2009다17417 전원합의체 판결).
- **11월 (헌법재판소 결정)**: 헌법재판소 역시 죽음에 임박한 환자가 무의미한 연명치료를 거부할 권리가 헌법 제10조의 자기결정권에 포함됨을 명시적으로 확인함(헌법재판소 2009. 11. 26. 선고 2008헌마385 결정).

2014년

- **6월 (대법원 종교적 수혈거부 사건 판결)**: 대법원은 생존 가능성이 있는 환자라도 종교적 신념 등 인격적 정체성을 지키기 위한 확고한 치료(수혈) 거부를 '진지한 자기결정권의 행사'로 인정. 이를 국가의 생명보호의무와 대등하게 형량될 수 있다고 판시함으로써, 헌법적 자기결정권의 인정 범위를 한 걸음 더 확장할 수 있는 가능성을 열어둠(대법원 2014. 6. 26. 선고 2009도14407 판결).

2016년

- **2월 (연명의료결정법 제정)**: 김할머니 사건의 판결을 계기로 촉발된 사회적 합의 끝에 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(연명의료결정법)이 제정됨.

2017년 ~ 2018년

- **연명의료결정법 시행 (2017년 8월: 호스피스완화의료에 관한 규정)**: 연명의료결정법이 본격 시행(2018년 2월: 연명의료중단 결정에 관한 규정)되면서, 임종과정에 있는 환자의 무의미한 연명의료 중단이 공식적으로 합법화됨.
- **헌법재판소의 입법부작위 헌법소원 각하**: 안락사 시술 절차와 조건을 법률로 규정하지 않은 입법부작위가 위헌이라는 환자의 헌법소원들에 대해, 헌법재판소는 "안락사 시술을 보장할 국가의 입법 의무가 명백하지 않다"며 부적법 각하 결정을 내림.

2019년

- **3월 (스위스 조력자살 국내 언론 보도)**: 스위스의 조력자살 단체를 통해 2016년과 2018년 한국인 2명이 죽음을 맞이했다는 언론 보도가 나오면서, 의료조력사에 대한 대중의 관심이 본격적으로 촉발됨.

2020년 ~ 2022년 초

- **관련 서적 출판 등 관심 고조**: 스위스에서 조력자살한 일본인을 밀착 취재한 논픽션이 번역 출간(2020년)되고, 한국인 조력자살에 동행한 작가의 수기가 출간(2022년)되는 등 외국인을 대상으로 하는 스위스 조력자살 단체에 대한 사회적 관심이 크게 높아짐.

2022년

- **6월 (제21대 국회 최초 법안 발의)**: 한국 사회 최초로 의료조력사 합법화를 내용으로 하는 법률안이 연명의료결정법 개정안 형식(조력존엄사법)으로 21대 국회에 발의됨.
- **8월**: 국회에서 '의사의 자살조력을 법으로 허용해야 하는가'라는 주제로 토론회가 열리는 등 관련 공론화가 진행되었으나, 발의된 법안은 결국 회기 만료로 폐기됨.

2023년

- **조력존엄사 지지 여론의 확인**: 21대 국회의원 대상 설문조사에서 응답자 100

명 중 87명이 조력존엄사법에 찬성한다고 응답했으며, 각종 국민 여론조사에서도 약 82%가 법제화에 찬성하는 등 긍정적 여론이 형성됨.

2024년

- **7월 (제22대 국회 조력존엄사 법안 재발의)**: 21대 국회의 법안 취지를 승계하여, 이번에는 「조력존엄사에 관한 법률」이라는 단행 특별법 형태로 국회에 다시 재발의됨.

2025년

- **1월 (형법상 자살방조죄 위헌 심판 본안 회부)**: 극심한 고통에 처한 척수염 환자 등이 제기한 '자살방조죄 위헌 확인 헌법소원 사건'(2023년 12월)에 대해, 헌법재판소가 이를 본안 심판에 회부하여 본격적인 심리에 돌입함.
- **2월**: 한국보건사회연구원(KIHASA) 보고서에 따르면, 조사 대상의 82%가 '무의미한 치료 불필요' 및 '자기 죽음을 결정할 권리' 등을 이유로 조력존엄사 합법화에 찬성하는 것으로 확인됨.

2026년 현재

- **헌법재판소 위헌 여부 심리 진행 중**: 헌법재판소는 의료조력사를 형법상 금지되는 자살방조죄의 예외로 취급하여 생명에 대한 자기결정권의 범위를 넓힐 것인지에 대해 전문가 의견 수렴 등을 거치며 본안 심리를 계속 진행하고 있음.

[부록 2] 전 세계 의료조력사(MAID) 허용 관할 및 법적 근거 일람표

대륙	국가 (및 세부 관할)	최초 허용 연도	근거 규범(법률명/핵심 판례)	입법 형태
유럽	스위스 (전역)	1942년	스위스 연방 형법 제115조 (Art. 115 StGB)	형법 제정
	네덜란드 (전역)	2001년 (2002년 시행)	요청에 의한 생명종결 및 조력자살에 관한 법률(Wtl)	의회 입법
	벨기에 (전역)	2002년	안락사에 관한 법률 (Loi relative à l'euthanasie)	의회 입법
	룩셈부르크 (전역)	2009년	안락사와 조력자살에 관한 법률	의회 입법
	이탈리아 (제한적)	2019년	헌법재판소 242/2019 판결 (카파토 사건)	헌재 판결
	독일 (전역)	2020년	연방헌법재판소 2 BvR 2347/15 판결	헌재 판결
	스페인 (전역)	2021년	안락사 규율을 위한 기본법(LORE)	의회 입법
	오스트리아 (전역)	2021년	조력사망법 (Sterbeverfügungsgesetz)	의회 입법
	포르투갈 (전역)	2023년	의학적 조력사망의 조건 규율법 (Lei n.º 22/2023)	의회 입법 (시행유보)
북미	캐나다 (전역)	2015년 (2016년 입법)	대법원 카터 판결(Carter v. Canada) 및 형법 개정안(Bill C-14)	대법원+ 입법
	미국 (오리건)	1994년 (1997년 시행)	존엄사법 (Death with Dignity Act)	주민 투표
	미국 (워싱턴)	2008년	존엄사법 (Death with Dignity Act)	주민 투표
	미국 (몬태나)	2009년	주 대법원 판결 (Baxter v. Montana)	대법원 판결

대륙	국가 (및 세부 관할)	최초 허용 연도	근거 규범(법률명/핵심 판례)	입법 형태
	미국 (버몬트)	2013년	생애 말기 환자 선택 및 통제법	의회 입법
	미국 (캘리포니아)	2015년	생애 말기 선택법 (End of Life Option Act)	의회 입법
	미국 (콜로라도)	2016년	생애 말기 선택법 (End of Life Options Act)	주민 투표
	미국 (워싱턴 D.C.)	2016년	존엄사법 (Death with Dignity Act)	시의회 입법
	미국 (하와이)	2018년	우리의 돌봄, 우리의 선택법 (Our Care, Our Choice Act)	의회 입법
	미국 (뉴저지)	2019년	말기 환자를 위한 의료조력사법	의회 입법
	미국 (메인)	2019년	존엄사법 (Death with Dignity Act)	의회 입법
	미국 (뉴멕시코)	2021년	엘리자베스 화이트필드 생애말기선택법	의회 입법
	미국 (델라웨어)	2025년	론 실베리오/헤더 블록 생애말기선택법	의회 입법
	미국 (일리노이)	2026년 (9월 시행 예정)	일명 데브 법(Deb's Law)	의회 입법
남미	**콜롬비아** (전역)	1997년/ 2022년	헌재 C-239/97 판결(안락사)/ C-164/22 판결(조력사)	헌재 판결
	에콰도르 (전역)	2024년	헌법재판소 67-23-IN/24 판결	헌재 판결
오세아니아	**뉴질랜드** (전역)	2019년 (2021년 시행)	생애 말기 선택법 (End of Life Choice Act 2019)	의회+ 국민투표
	호주 (빅토리아)	2017년 (2019년 시행)	자발적 조력사망법 2017(VAD Act)	주 의회 입법
	호주 (서호주)	2019년 (2021년 시행)	자발적 조력사망법 2019(VAD Act)	주 의회 입법

대륙	국가 (및 세부 관할)	최초 허용 연도	근거 규범(법률명/핵심 판례)	입법 형태
	호주 (태즈메이니아)	2021년 (2022년 시행)	생애말기선택(자발적 조력사망)법 2021	주 의회 입법
	호주 (남호주)	2021년 (2023 시행)	자발적 조력사망법 2021(VAD Act)	주 의회 입법
	호주 (퀸즐랜드)	2021년 (2023년 시행)	자발적 조력사망법 2021(VAD Act)	주 의회 입법
	호주 (뉴사우스 웨일스)	2022년 (2023년 시행)	자발적 조력사망법 2022(VAD Act)	주 의회 입법
	호주 (수도 준주 -ACT)	2024년	자발적 조력사망법 2024(VAD Act)	준주 의회 입법

사법정책연구원 발간 연구보고서 목록

▣ 2014년

연번	보고서명	연구책임자	발간일
1	재외국민을 위한 가족관계등록사무 처리절차의 개선 방안에 관한 연구	최은정	2014. 12. 30.
2	국선전담변호사제도의 개선 방안에 관한 연구	양시훈	2014. 12. 30.
3	파산법원 설치에 따른 회생 · 파산절차 관여자에 대한 적정한 관리 · 감독 방안에 관한 연구	강민호	2014. 12. 30.
4	현행 이원적 부동산 공시제도의 발전 방안에 관한 연구	양은상	2014. 12. 30.

▣ 2015년

연번	보고서명	연구책임자	발간일
1	국민의 사법행정 참여 방안에 관한 연구	이재석	2015. 2. 27.
2	중 · 고등학생을 위한 수준별 모의재판 시나리오 개발에 관한 연구 [별책: 모의재판 시나리오 및 지도안]	박원규	2015. 2. 27.
3	오스트리아 司法制度 硏究 – 최고재판소, 행정재판소 및 헌법재판소의 상호 관계에 대한 헌법 규정 분석을 중심으로 –	김태호	2015. 2. 27.
4	법관의 초 · 중 · 고등학생을 위한 수준별 강의안에 관한 연구 [별책: 강의안(PPT 및 해설 자료)]	황승태	2015. 5. 22.
5	부동산 등기제도의 개선 방안에 관한 연구	김상철 양은상	2015. 5. 29.
6	판결에 대한 국민의 이해를 높이고 이를 알릴 수 있는 방안에 관한 연구	양시훈	2015. 5. 30.
7	국민과 함께하는 모의재판 실시 방안에 관한 연구 –「일반국민용 모의재판 시나리오 모음집」 수록 –	최은정	2015. 6. 10.
8	중 · 고등학생을 위한 법원체험 프로그램에 관한 연구 [별책: 프로그램 안내]	황승태	2015. 6. 26.
9	효율적인 증거개시 · 수집을 위한 제도 개선 방안에 관한 연구	김정환	2015. 6. 30.

연번	보고서명	연구책임자	발간일
10	디지털 증거의 증거능력 판단에 관한 연구	손지영 김주석	2015. 6. 30.
11	영국의 양형기준제도 – 양형기준제도의 법령 및 현황 –	변지영	2015. 7. 13.
12	영국과 미국의 법관에 의한 중재 및 그 도입 가능성에 관한 연구	이재석	2015. 7. 17.
13	재판기록 및 조서에 관한 실무 개선 방안 연구 – 재판서 · 조서의 전자화, 법정녹음 시행을 중심으로 –	김형진	2015. 7. 24.
14	커뮤니케이션학에 기초한 바람직한 법정 소통 방안에 관한 연구	정채연	2015. 7. 31.
15	법률문헌 등의 인용방법에 관한 연구 – 첨부: 법률문헌 등의 인용방법 표준안 [시안] –	변지영	2015. 9. 14.
16	가사사건의 상담제도 발전방안에 관한 연구	최은정	2015. 11. 9.
17	북한이탈주민에 대한 사법적 지원 방안에 관한 연구	이학인	2015. 11. 13.
18	국민의 사법절차에 대한 이해도 및 재판에 관한 인식 조사 결과의 분석	장수영 이덕환	2015. 11. 25.
19	각국 법원모욕의 제재 방식에 관한 연구	하민경	2015. 11. 27.
20	각국 법관 징계제도에 관한 연구	양시훈 최유경	2015. 12. 23.

▣ 2016년

연번	보고서명	연구책임자	발간일
1	전문가 감정 및 전문심리위원 제도의 개선 방안에 관한 연구	강성수	2016. 1. 13.
2	원격영상재판에 관한 연구 – 외국의 원격영상재판 이용현황을 중심으로 –	계인국	2016. 1. 14.
3	성폭력 재판절차에서의 피해자 증인신문 재판참고사항에 관한 연구	이재석	2016. 1. 15.
4	바람직한 법관상 구현을 위한 법관 임용 및 평가 방식에 관한 연구 – 미국과 영국의 제도를 중심으로 –	박준선	2016. 2. 16.
5	동산공시제도 및 동산담보제도의 개선 방안에 관한 연구	김정환	2016. 2. 25.
6	한국형 대체적 분쟁 해결(ADR) 제도의 발전 방향에 관한 연구	황승태	2016. 2. 26.
7	압수 · 수색 절차의 개선방안에 관한 연구	손지영 김주석	2016. 3. 28.
8	정식재판청구제도 개선 방안에 관한 연구	김형진 하민경	2016. 3. 28.
9	재산분할의 기준 정립을 위한 방안 연구	최은정 안문희	2016. 4. 4.
10	EU사법재판소(CJEU)와 유럽인권재판소(ECtHR)에 관한 연구	변지영	2016. 8. 26.
11	미국 연방대법원 판결의 유형과 사회적 영향에 대한 연구	이제우	2016. 9. 8.
12	증인신문 절차 및 기법에 관한 연구	김주석	2016. 9. 30.
13	피고인의 형벌감수성이 양형에 미치는 영향에 관한 비교법적 연구	하민경	2016. 10. 17.
14	변호사시험 합격자에 대한 실무연수 방안에 관한 연구	김윤정 양시훈	2016. 10. 21.
15	네덜란드의 사법개혁과 법조인 양성제도에 관한 연구	김주경	2016. 10. 25.
16	미국 특허쟁송실무에 관한 연구 – 연방순회항소법원(CAFC), 연방지방법원, 국제무역위원회(ITC), 특허청(USPTO)을 중심으로 –	송현정	2016. 11. 18.

▣ 2017년

연번	보고서명	연구책임자	발간일
1	민사소액재판의 개선 방안에 관한 연구	표현덕	2017. 1. 24.
2	대형 경제 형사사건의 효율적인 관리 및 증거조사 방법에 관한 연구	홍진표	2017. 2. 23.
3	전자정보의 증거조사 현황과 개선 방안에 관한 기초 연구	강성수	2017. 2. 28.
4	법원의 프로보노 활동 지원 방안에 관한 연구	김상철	2017. 3. 13.
5	공익소송 제도의 현황과 개선방안	김태호 김정환	2017. 3. 30.
6	규제개혁과 사법심사에 관한 연구	계인국	2017. 4. 28.
7	프랑스 민사소송에서의 증거법에 관한 연구	안문희	2017. 5. 17.
8	북한의 신분 · 공민 · 주민등록제도에 관한 연구	이제우	2017. 6. 20.
9	공시송달에 의한 독촉절차 연구	조호성 김주완	2017. 8. 11.
10	법률문헌의 인용방법 표준안 (증보판)	변지영	2017. 8. 30.
11	성년후견제도의 운영에 관한 연구	김윤정	2017. 9. 11.
12	배심원 설명서에 관한 연구	홍진표	2017. 9. 15.
13	각국의 법관 다양화에 관한 연구	김주경	2017. 9. 19.
14	통일 이후 북한지역 토지등기제도의 수립 방안	오세용 박원규 이덕환 장수영	2017. 9. 27.
15	미국 행정법판사제도에 관한 연구	변지영	2017. 11. 21.
16	난민인정과 재판 절차의 개선 방안	이혜영 표현덕	2017. 12. 1.
17	미국의 증거배제신청에 관한 연구: 형사소송에서 Motion in Limine와 Motion to Suppress를 중심으로	송현정	2017. 12. 27.
18	미국의 소각하에 관한 연구	오규성	2017. 12. 28.

▣ 2018년

연번	보고서명	연구책임자	발간일
1	다문화 가족에 대한 사법적 지원 방안에 관한 연구	홍진표	2018. 2. 22.
2	대법원 판결과 사회 변화	하민경	2018. 3. 30.
3	중재 활성화를 위한 법원의 역할	김정환 박준선	2018. 4. 30.
4	입양제도 개선 방안에 관한 연구	안문희	2018. 4. 30.
5	온라인 분쟁해결(ODR)에 관한 연구	계인국	2018. 6. 15.
6	프랑스, 독일, 일본 상고심의 민사 판결서 작성 방식	하상익	2018. 6. 15
7	교사용 법교육 강의안 개발에 관한 연구	이종훈 표현덕	2018. 8. 31.
8	재판 중계방송에 관한 연구	염호준	2018. 9. 20.
9	미국 연방파산관리인(U.S. Bankruptcy Administrator) 제도 연구	김현범 오세용 최유나	2018. 10. 10.
10	법원의 헌법판단을 위한 위헌심사기준 연구	이종엽 김주경	2018. 10. 11.
11	시니어판사 제도에 관한 연구	모성준	2018. 11. 2.
12	[법원 인물사] 조진만 전 대법원장	김봉철 김대홍 양은상 최유나	2018. 11. 20.
13	미국의 복잡소송(Complex Litigation)에 관한 연구 – 광역소송을 중심으로 –	이제우 장지용	2018. 12. 26.
14	미국 해외부패방지법에 관한 연구	오규성	2018. 12. 27.
15	아시아 · 태평양인권법원 설립 전망과 과제 – 지역별 인권법원 설립 경과 중심으로 –	이혜영	2018. 12. 28.
16	국제적인 사법신뢰도 측정방식에 관한 연구	한성수	2018. 12. 28.
17	미국 법관윤리규범에 관한 연구: 외관을 중심으로	송현정	2018. 12. 31.

▣ 2019년

연번	보고서명	연구책임자	발간일
1	입법과 사법의 법률정보협력에 관한 연구	이정은	2019. 1. 28.
2	가정법원 조사관 제도 개선 방안에 관한 연구	안문희	2019. 1. 30.
3	해사쟁송절차 개선에 관한 연구	변지영	2019. 2. 27.
4	각국의 정당방위 판단기준과 국민의 법의식	하민경	2019. 2. 28.
5	외국인 인신구속시 영사 통보에 관한 연구	이선미	2019. 3. 29.
6	임기제공무원제도의 바람직한 운영방안에 관한 연구 – 사법부 임기제공무원을 중심으로 –	서현웅	2019. 6. 13.
7	노동쟁송절차의 개선에 관한 연구	이종훈	2019. 6. 19.
8	소년 형사사법절차의 개선에 관한 연구 – 통합적 운용가능성을 중심으로 –	문선주 김윤정	2019. 7. 24.
9	인지제도 및 실무 개선방안에 관한 연구	이혜정	2019. 7. 29.
10	징벌적 손해배상의 적정한 운영방안에 관한 연구	김정환	2019. 8. 9.
11	사법보좌관제도의 발전적 운영방안에 관한 연구	김경오	2019. 8. 23.
12	당사자주의와 직권주의가 조화된 적정한 재판운영	이종엽	2019. 11. 6.
13	우리나라의 행정형 ADR 개선방안에 관한 연구	김봉철	2019. 11. 25.
14	법인 아닌 사단의 공시방안에 관한 연구	이동선	2019. 12. 18.
15	중국의 사법개혁에 관한 연구 [별책: 중국 인민법원 5개년 개혁요강 전문]	김현범	2019. 12. 27.
16	해외의 전관예우 규제사례와 국내 규제방안 모색(1) – 퇴직법관의 변호사 개업에 대한 해외 규제사례 – 해외의 전관예우 규제사례와 국내 규제방안 모색(2) – 해외사례를 토대로 한 퇴직법관의 변호사 개업 규제방안 –	차성안	2019. 12. 31.
17	사회적 소수자 보호에 관한 미국 연방대법원의 판례 연구	송현정	2019. 12. 31.

▣ 2020년

연번	보고서명	연구책임자	발간일
1	가족관계등록제도의 개선방안에 관한 연구 – 등록사항별 증명서를 중심으로 –	이혜정	2020. 2. 19.
2	스위스 연방의회 제도에 관한 연구 – 입법과정 등을 중심으로 –	최용훈	2020. 2. 28.
3	성폭력 형사사건에서 피해자 진술의 신빙성과 경험칙에 관한 연구	이선미 박용철	2020. 3. 11.
4	미국 통합가정법원(Unified Family Court)에 관한 연구	안문희	2020. 3. 17.
5	외국재판의 승인과 집행에 관한 연구	김효정 장지용	2020. 3. 20.
6	법적판단에 있어 인지적 오류와 극복방안	이종엽	2020. 3. 31.
7	법원의 국제인권조약 적용 현황과 과제	이혜영	2020. 3. 31.
8	형사 전자소송의 바람직한 발전방향	정성민	2020. 4. 10.
9	대형 재난 발생 시 법원의 대응과 조치에 관한 연구	성대규	2020. 4. 27.
10	민사소송 및 집행 절차에서의 개인정보 보호에 관한 연구	박우경	2020. 4. 29.
11	베트남 · 캄보디아 · 라오스의 상업등기제도에 관한 연구	정호경	2020. 5. 14.
12	법조일원화 시대에 걸맞은 바람직한 법관 임용제도	김신유	2020. 6. 18.
13	강제집행의 실효성 확보방안에 관한 연구 – 집행채무자에 대한 재산탐지제도와 간접강제제도를 중심으로 –	김경오	2020. 7. 21.
14	재판연구원 제도의 바람직한 운영방안	문선주	2020. 7. 24.
15	국제상사법원에 관한 연구	김정환	2020. 9. 23.
16	독일 법관법에 관한 연구 – 직업법관의 신분과 법적 지위를 중심으로 –	김봉철	2020. 11. 3.
17	벌금형 양형기준에 관한 연구	백광균	2020. 12. 8.
18	영국 입법과정에 관한 연구 – 이해관계 조정절차를 중심으로 –	이지민	2020. 12. 22.
19	혐오 표현의 판단 기준에 관한 비교법적 연구	송현정	2020. 12. 23.
20	법률서비스 보험제도 연구	이은빈	2020. 12. 31.
현안 1	조정절차에서의 사실조사	정성민 백광균	2020. 11. 6.

▣ 2021년

연번	보고서명	연구책임자	발간일
1	판사 임용을 위한 적정 법조재직연수에 관한 연구	김신유	2021. 2. 26.
2	디지털 증거 압수수색 개선방안에 관한 연구 – 법률 개정에 관한 논의를 중심으로 –	박병민	2021. 3. 12.
3	공정하고 충실한 법원업무 실현을 위한 법원공무원 직급 · 직렬 구조 개편 방안	이학구	2021. 3. 18.
4	상고심 재판의 개선방안에 관한 연구 – 상고이유서 원심법원 제출제도 및 재항고 제한제도 도입을 중심으로 –	강영재	2021. 3. 18.
5	등기관 처분에 대한 이의절차 개선방안 연구	정호경	2021. 3. 23.
6	전자소송 등 업무환경 변화에 따른 법원공무원의 인력운영 방안	박미정	2021. 3. 31.
7	체제 전환기의 국내 · 국제혼합 특별형사법원과 통일 한국에의 함의	이혜영	2021. 3. 31.
8	형사재판절차에서의 개인정보 보호에 관한 연구 [별책: 국제형사재판소 재판실무편람 (2019)]	이민형	2021. 4. 23.
9	도산사건의 실증적 연구와 법원의 역할 – 개인도산사건을 중심으로 –	김동현	2021. 4. 30.
10	법조일원화 시대의 법관전문화 방안	윤찬영	2021. 5. 11.
11	유럽연합(EU)의 통합적 분쟁해결절차에 관한 연구 – 지급명령 및 소액소송 절차를 중심으로 –	성대규	2021. 5. 14.
12	형사재판에서의 회복적 · 치료적 사법에 관한 연구	박기쁨	2021. 5. 24.
13	국제적 전자송달에 관한 연구	김효정	2021. 5. 31.
14	사법절차 및 사법서비스에서 인공지능 기술의 도입 및 수용을 위한 정책 연구	정채연	2021. 8. 26.
15	집행관제도 개선방안 연구 – 부동산 등 인도집행을 중심으로 –	나수경	2021. 9. 17.
16	행정재판과 법의 일반원칙 – 프랑스 행정법상 법의 일반원칙을 중심으로 –	박우경	2021. 9. 30.
17	수사기관 작성 조서의 증거 사용에 관한 연구 : 2020년 개정 형사소송법에 따른 실무 변화 모색	이상훈 정성민 백광균	2021. 10. 1.
18	주민자율조정을 통한 이웃분쟁 해결에 관한 연구	김봉철	2021. 10. 18.
19	법관의 직무상 이해관계 충돌과 그 해소방안에 관한 법적 연구 – 법관의 주식보유 및 거래와 관련 재판의 공정성 담보방안을 중심으로 –	김정환	2021. 10. 29.
20	다중대표소송에 관한 연구	심정희	2021. 10. 29.
21	법관 업무부담 및 그 영향요인에 관한 연구	홍보람	2021. 12. 10.
현안 1	해사법원 설치에 관한 연구	이재찬	2021. 10. 14.

▣ 2022년

연번	보고서명	연구책임자	발간일
1	베트남 · 라오스 · 몽골의 부동산등기제도에 관한 연구	정호경	2022. 1. 10.
2	민사소송절차에서 비밀 보호에 관한 연구 – in camera 심리절차를 중심으로 –	박병민 이주연	2022. 1. 14.
3	각국의 상고심 실질심리 사건 선별 방식에 관한 연구	강영재	2022. 2. 18.
4	공탁제도 및 공탁절차에 관한 개선방안	박미정	2022. 3. 4.
5	문서감정인 자격에 관한 개선방안	김주석	2022. 3. 14.
6	팬데믹 시대 재판의 대응과 과제	이은빈	2022. 3. 17.
7	법정녹음을 활용한 바람직한 재판의 운영 및 기록화 방안 – 녹음제도의 확대 및 개선 방안을 중심으로 –	이민형	2022. 3. 22.
8	결사의 자유에 관한 국제노동기구(ILO) 기본협약 비준과 노동법의 쟁점	김동현 이혜영	2022. 4. 14.
9	조정제도의 합리적 운영을 위한 조정구조 개선방안에 관한 연구	윤찬영	2022. 5. 6.
10	민사전자소송 시행 10년, 그 성과와 전망 – 민사 본안소송을 중심으로 –	전휴재	2022. 5. 20.
11	변호사–의뢰인 간 의사교환의 비밀보장에 관한 연구 – 형사절차에서 증거수집 및 사용을 중심으로 –	이상훈	2022. 7. 15.
12	가상자산에 대한 민사집행 연구	이혜정	2022. 8. 5.
13	미국 연방사법센터(FJC)에 관한 연구	송현정	2022. 8. 16.
14	기일 전 증거개시(pre–trial discovery)로 인한 국제적 사법마찰의 해결에 관한 연구	김효정	2022. 8. 18.
15	성폭력 범죄의 특수성과 국민참여재판에서의 배심원 지침에 관한 연구	박기쁨	2022. 8. 22.
16	사회보장사건의 법원을 통한 구제절차 현황과 개선방안	박우경	2022. 10. 31.
17	공정거래 행정사건의 심급 구조에 관한 연구	김봉철	2022. 10. 31.
18	싱가포르의 사법개혁에 관한 연구	김정환	2022. 11. 3.
19	소송구조제도의 개선방안에 관한 연구	박미정 이학구	2022. 11. 11.
20	재산명시제도의 개선방안에 관한 연구	서현웅	2022. 12. 29.
현안 1	소권 남용 대응방안에 관한 연구	정승연	2022. 7. 8.
현안 2	중대재해 처벌 등에 관한 법률의 재판 실무상 쟁점	정현희	2022. 12. 12.

▣ 2023년

연번	보고서명	연구책임자	발간일
1	이혼절차에서 미성년자녀의 권리보장방안 – 협의이혼과 면접교섭을 중심으로 –	임종미	2023. 2. 10.
2	법원의 구속기간에 관한 연구	김윤선	2023. 2. 13.
3	재판공개원칙의 현대적 의미와 한계	김주석	2023. 2. 28.
4	등기민원안내제도 개선방안 – 등기신청절차안내를 중심으로 –	신명훈	2023. 2. 28.
5	'혁신'과 '탈법'의 관점에서, 신산업 관련 행정형법 해석기준 연구	홍보람	2023. 3. 10.
6	민사건설재판의 개선방안에 관한 연구	한나라	2023. 3. 31.
7	법원의 압수물 보관 · 관리 개선방안	권경선	2023. 4. 21.
8	사법통계의 현황과 개선방안	김두얼	2023. 5. 19.
9	미국과 영국에서의 법관 임용 실태 및 근무 환경에 관한 실증적 연구	진현섭	2023. 5. 30.
10	집행유예 양형요소로서 재범위험성 평가	권미연	2023. 6. 12.
11	형사법관운용에 관한 개선방안	탁상진	2023. 6. 26.
12	경매절차의 개선방안 – 주택임대차관계의 현황조사 절차를 중심으로 –	이혜정	2023. 8. 14.
13	지방자치와 법원의 사법심사에 관한 연구	김봉철	2023. 11. 30.
14	일본 간이재판소에 관한 연구	서현웅	2023. 12. 26.
15	감염병 예방을 위한 집회 및 시위 금지 · 제한에 관한 연구 – 행정소송법상 집행정지 사건을 중심으로 –	송현정	2023. 12. 27.
16	벨기에 사법개혁과 법관임용제도	서용성 이상훈	2023. 12. 28.
17	인터넷에 의한 계약 및 불법행위에 관한 소의 국제재판관할	김효정	2023. 12. 28.
18	법정 내 질서유지의 현황과 개선방안에 관한 연구	전문식	2023. 12. 29.
19	국제적 사법교류의 현황과 과제	이혜영	2023. 12. 30.
20	프랑스 형사배심제에 관한 연구	박우경	2023. 12. 30.
21	법조일원화 시대에 걸맞은 제1심 판결서 작성 방식의 개선방안	정승연	2023. 12. 30.

▣ 2024년

연번	보고서명	연구책임자	발간일
1	법원일반직공무원 근무성적평정제도의 개선방안	김혜진	2024. 2. 22.
2	인간 유전자 편집 규제에 관한 연구	김윤선	2024. 2. 26.
3	공탁금 보관은행 제도의 개선 방안	정현희	2024. 2. 28.
4	공소장일본주의에 관한 연구	김종근	2024. 2. 29.
5	스토킹범죄의 재판실무상 쟁점에 관한 연구	한나라	2024. 2. 29.
6	법원일반직공무원 직무역량 강화 방안	이종구	2024. 3. 11.
7	형사재심의 현황과 운용방안에 관한 연구	권경선	2024. 4. 24.
8	국민참여재판의 현황 및 활성화 방안에 관한 연구 – 실시요건 개선을 중심으로 –	임성민	2024. 5. 20.
9	재판의 지연 실태와 신속화 방안 – 민 · 형사 사실심을 중심으로 –	이영창	2024. 5. 21.
10	변호사강제주의에 관한 연구	진현섭	2024. 6. 3.
11	특수법인 도산절차에 관한 연구 – 비영리법인 및 가상자산거래소에 관한 실무를 중심으로 –	탁상진	2024. 6. 28.
12	형사절차 내 피해자 보호 · 참가 현황 및 개선방안	조미선	2024. 7. 8.
13	금융투자자 보호를 위한 집단적 피해구제절차 개선방안	권미연	2024. 8. 27.
14	스마트계약의 법적 문제에 관한 연구	김정환	2024. 9. 9.
15	아동의 출생등록될 권리의 실효적 보장을 위한 방안	안원주	2024. 9. 10.
16	인공지능에 근거한 행정처분에 대한 사법심사이론 연구	허성욱	2024. 12. 11.
17	민간의 사법참여에 관한 연구	유영국	2024. 12. 26.
18	재개발 · 재건축의 이해와 부동산 경매 – 도시정비법을 중심으로 –	이종구	2024. 12. 27.
19	장애인 등을 위한 이해하기 쉬운(Easy-Read) 판결서 작성방안 [별책: 장애인 등을 위한 이해하기 쉬운(Easy-Read) 판결서 작성방안]	권형관	2024. 12. 31.
20	형사소송에서의 송달제도 개선에 관한 연구	전문식	2024. 12. 31.

▣ 2025년

연번	보고서명	연구책임자	발간일
1	피고인 불출석 재판 개선방안에 관한 연구	고대석	2025. 3. 5.
2	기술 유출 범죄의 심리방식과 양형에 관한 연구	김종근	2025. 3. 5.
3	정신적 장애인에 대한 형사소송절차의 개선방안 연구	이혜림	2025. 4. 23.
4	독일 사회법원에 관한 연구 – 사회법원 소송절차의 특징과 시사점을 중심으로 –	김봉철	2025. 5. 14.
5	강제입원제도와 사법적 통제	신권철	2025. 5. 20.
6	법원 시설에서 장애인 등의 접근권 제고 방안에 관한 연구	류미리	2025. 5. 27.
7	소년법원 설치에 관한 연구	조미선	2025. 7. 10.
8	외교 문제에 대한 사법판단 기준에 관한 연구	박진영	2025. 7. 11.
9	고령자의 사법접근권 제고 방안에 관한 연구	임성민	2025. 7. 17.
10	유아인도집행에 관한 연구 – 헤이그아동탈취법상 아동반환사건과 가사소송법상 유아인도사건을 중심으로 –	심병준	2025. 7. 23.
11	장애인차별금지소송에 관한 연구	박우경	2025. 9. 25.
12	재판 실무현황 및 법관 근무여건에 관한 실증적 연구	이영창 홍보람	2025. 9. 26.
13	선거소송의 심급구조 개선에 관한 연구	박영욱	2025. 12. 29.
현안 1	공판중심주의의 적정한 운영방안 – 복잡한 형사사건을 중심으로 –	남승민	2025. 4. 7.
현안 2	주식매수가액 공탁제도의 개선방안	김효정	2025. 4. 8.
현안 3	감정관리센터 설치에 관한 연구	이정현	2025. 4. 11.
현안 4	몰수제도의 개편방안에 관한 연구	유인규	2025. 8. 20.
현안 5	소송사기 대응방안에 관한 연구 – 독촉절차와 무변론판결을 중심으로 –	안원주	2025. 9. 10.
현안 6	양형기준 도입 전후의 양형판단에 관한 실증적 분석 : 살인범죄를 중심으로	홍보람	2025. 12. 12.
현안 7	형사공탁제도의 운용방안에 관한 연구 – 형사특례공탁을 중심으로 –	서용성	2025. 12. 30.

▣ 2026년

연번	보고서명	연구책임자	발간일
1	사법부의 장애인 공무원 고용 및 근무지원 개선방안	김미란	2026. 1. 29.
2	유언증서 등록 · 보관제도에 관한 연구	정현준	2026. 1. 30.
3	디지털자산의 법적 성질 및 귀속주체 – 가상자산의 물건성과 지배 개념을 중심으로 –	이현호	2026. 2. 5.
4	법조일원화 정착을 위한 법관 보수 체계 개선에 관한 연구	김영하	2026. 2. 12.
5	도산제도의 현안과 개선방안	설동윤	2026. 4. 30.
6	각국의 사법권 독립 침해에 관한 연구 – 동유럽 국가를 중심으로 –	이혜림	2026. 5. 18.
7	비송절차의 개선방안에 관한 연구 – 비송사건절차법 개정방안을 중심으로 –	남승민	2026. 5. 27.
8	형사판결서 적정화 방안에 관한 연구	정우용	2026. 6. 30.
9	유해물질로 인한 손해배상 소송에서의 인과관계 판단기준에 관한 연구	홍보람	2026. 7. 16.
10	준거법의 지정, 조사 및 해석 · 적용에 관한 연구	김효정	2026. 7. 23.
11	법원의 청소년 법교육 활성화 방안에 관한 연구	김봉철	2026. 7. 24.
12	법원보안관리대의 현황과 개선방안에 관한 연구	이규헌	2026. 7. 31.
13	법원의 후견감독실무 현황 및 개선방안에 관한 연구	신유리	2026. 8. 6.
14	의료조력사 법제화에 관한 연구	김성돈	2026. 8. 19.
현안 1	재판부 구성의 유연화에 관한 연구	윤동현	2026. 3. 10.
현안 2	바람직한 판결서 공개 방법과 범위에 관한 연구	이정현	2026. 3. 19.

의료조력사 법제화에 관한 연구

2026년 8월 4일 인쇄
2026년 8월 19일 발행

발 행 처 사법정책연구원
고양시 일산동구 호수로 550
TEL 031-920-3583

인 쇄 처 (주)홍디자인
TEL 02-464-5167

〈비매품〉

1. 본 연구는 사법정책연구원의 연구윤리 기준을 준수하여 수행되었습니다.
2. 본 책자의 무단 복제 및 전재는 삼가주시기 바랍니다.
3. 전문(全文)은 사법정책연구원 홈페이지(https://jpri.scourt.go.kr)에 게시되어 있습니다.

ISBN 979-11-6168-421-5 95360

JPRI Judicial Policy Research Institute



사법정책연구원

10413 경기도 고양시 일산동구 호수로 550 본관동 4, 9, 10층
대표전화 : 031)920-3583 E-mail : jpriga100@scourt.go.kr

비매품
95360
9 791161 684213
ISBN 979-11-6168-421-5