[요약본]

의료조력사 법제화에 관한 연구

발행일 : 2026. 8. 19.
사법정책연구원 초빙연구위원 김성돈

사법정책연구원은 2026. 8. 19.「의료조력사 법제화에 관한 연구」보고서를 발간하였습니다. 이 요약본은 사법정책연구원의 연구 성과를 보다 널리 알리기 위해 위 연구보고서의 핵심적인 내용을 알기 쉽게 요약한 것입니다. 자세한 정보를 원하시는 분은 연구보고서를 참조해 주시기 바랍니다. 요약본에는 각주와 참고문헌이 생략되어 있으므로, 관련 내용을 인용하실 때는 본 요약본이 아니라 연구보고서의 해당 페이지를 인용해 주시기 바랍니다. 연구보고서 전문은 사법정책연구원 홈페이지(https://jpri.scourt.go.kr)에 PDF 파일 형태로 게시되어 있습니다.

제1장 서론

현대 의학의 발달로 인간의 생물학적 생존 기간은 획기적으로 연장되었으나, 이는 질병의 만성화와 임종의 장기화 등 이른바 '의료화된 죽음(Medicalization of Death)'이라는 구조적 부작용을 낳았다. 한국은 2008년 '김할머니 사건'을 계기로 사회적 논의를 거쳐 2018년 「연명의료결정법」을 시행하며 임종 과정에 있는 환자의 무의미한 연명의료 중단(소극적 안락사)을 합법화하는 진전을 이루어냈다.

그러나 현행 제도는 오직 소생 불가능한 '임종 과정에 있는 환자'만을 대상으로 하는 엄격한 한계를 가진다. 이로 인해 임종 과정의 단계에 이르지 않았고 생명유지 장치에 의존하지도 않으면서 회복 불가능한 질병으로 극심한 고통을 겪는 '말기 환자'의 고통을 덜어주지 못하는 규범적 사각지대가 생기게 되었다.

이러한 상황을 종식시키기 위해 '말기 환자'가 자신의 인격적 가치를 지키며 죽음의 시기와 방식을 능동적으로 결정하는 것을 내용으로 하는 의료조력사 제도(Medical Assistance in Dying, MAID) 허용 요구가 한국사회에서 강력하게 대두되고 있다. 전 세계적으로 의료조력사는 이미 다수의 국가에서 법제화되어 있고 최근까지 의료조력사 허용 입법례 목록은 날로 늘어가고 있다.

이에 본 연구는 의료조력사 도입의 헌법적 정당성을 모색하는 동시에 기존 제도의 한계를 극복하고 생명보호와 환자의 자율성을 조화시키는 '한국형 입법 모델'을 제안하는 것을 목표로 한다.

이를 위해 행위 주체 등 사례구조적 측면에서 의료조력사와 구별되지만 용어적으로 널리 혼용되고 있는 안락사, 존엄사, 연명의료중단 등을 개념적으로 구별함으로써 의료조력사 법제화에 대한 논의에서 불필요한 오해를 제거하고, 의료조력사 허용을 둘러싼 찬반론의 논거를 살펴보면서 반대론의 논거를 논파하고 찬성론을 지지한다. 의료조력사 허용을 이론적으로 근거지우기 위해 각국의 헌법재판소 판례를 통해 생명에 대한 자기결정권의 인정 범위를 분석하고, 이를 바탕으로 의료조력사 합법화의 헌법적 정당성을 도출한다. 해외 입법례를 단순히 나열하는 대신, 각 국가가 헌법적 요구를 입법 정책에 어떻게 반영했는지에 초점을 맞춰 특징적 입법 모델을 추출하고 비교 · 분석한다.

제2장 의료조력사 법제화를 위한 논의의 출발점

제1절 의료조력사의 의의

I. 의료조력사의 의의 및 용어사용의 변화

의료조력사는 회복 불가능한 말기 질환을 가진 환자가 스스로 생을 마감하고자 할 때, 의료인이 일정한 법적 요건하에 치사 약물을 처방하거나 투여를 지원하는 행위를 의미한다.

과거에는 의료조력사를 '의사조력자살(Physician Assisted Suicide, PAS)'로 명명하여 환자의 죽음을 '자살'이라는 범죄적 · 부정적 낙인으로 규정했다. 그러나 최근 글로벌 트렌드는 이를 환자의 권리인 '의료적 선택권'이자 인도적 차원의 '의료적 지원'으로 재정의하며, 자살 방조의 영역에서 의료 시스템 내부의 자율적 선택 영역으로 취급하는 경향성이 강하다.

의료조력사의 4대 핵심 구성 요소는 ① 회복 불가능한 말기 질환, ② 책임 있는 의사결정능력, ③ 의사의 상담 및 치사 약물 처방 등 의료적 조력, ④ 치사 약물의 자가 투여이다.

II. 안락사 등 인접 개념과의 구별

의료조력사 법제화 논의의 첫걸음은 다의적으로 혼용되는 용어들을 정확히 구별하는 것이다. 특히 의료조력사는 안락사 등 인접 용어들과 사례구조적 측면에서 차이가 크므로 법이론적 쟁점을 분명히 하기 위해서뿐만 아니라 의료조력사 법제화를 위한 사회적 논의에서 불필요한 오해 불식을 위해서도 인접 용어들과 개념적으로 분명히 구별할 것이 요구된다.

먼저 의료조력사는 행위 주체면에서 안락사(적극적 안락사)와 구별된다. 안락사는 의사가 직접 치사 약물을 환자에게 주입하는 방식(작위)으로 최종 행위 주체가 의사이다. 반면 의료조력사는 의사가 처방을 지원하고 환자가 스스로 투여하므로 최종 사망 유도 주체가 환자이다. 형법상 안락사는 촉탁 · 승낙살인죄가 문제 되며, 의료조력사는 자살방조죄가 문제 된다.

의료조력사는 소극적 안락사로 분류되는 '연명의료중단'과도 구별 된다. 연명의료 중단은 임종 과정에 진입한 환자의 기계적 장치를 떼어 자연사하게 하는 것인 반면, 의료조력사는 아직 임종 과정에 이르지 않은 말기 환자가 의사와의 상담 및 처방에 따라 인도받은 치사약물을 자기투여함으로써 적극적으로 죽음을 초래하는 것이다.

의료조력사는 말기 환자가 선택할 수 있는 호스피스 · 완화의료와도 다르다. 호스피스 · 완화의료는 죽음을 앞당기지 않고 남은 여생의 삶의 질을 높이는 것을 목적으로 하지만, 의료조력사는 환자의 요청에 따라 의도적으로 죽음의 시기를 앞당긴다는 점에서 구별된다.

의료조력사는 호스피스 · 완화의료의 최후 수단으로 쓰이는 완화 진정(Palliative Sedation)과도 엄격히 구별된다. '완화 진정(지속적 심층 진정)'은 고통 완화를 위해 환자의 의식을 잃게 만들고 종국적으로 사망을 가속화하지만, 실존적 · 정신적 고통(Total Pain)을 완전히 제거하지 못하는 한계가 있다, 완화진정은 며칠간 의식 상실 상태로 죽음을 기다리게 한다는 점에서, 명료한 의식 상태에서 자신이 원하는 방식과 시간에 임종을 맞이하는 의료조력사와 구별된다.

III. 사망 유형별 개념 비교

의료조력사를 안락사 등 인접 용어들을 형법적 개념과 조응시키면서 비교하면 다음과 같다.

비교 항목	연명의료중단 (소극적 안락사)	의료조력사	적극적 안락사	호스피스 · 완화의료	완화진정 (지속적 심층 진정)
정의	무의미한 연명치료를 중단하여 자연사에 이르게 함	의사의 조력을 받아 환자가 스스로 약물을 투약함	의사가 직접 환자에게 치사 약물을 주입함	말기 환자의 통증 완화 및 전인적 돌봄 제공	난치성 증상 완화를 위해 의도적으로 의식을 낮춤
행위지배 주체	의사 (요청에 따름)	환자 본인	의사	의료팀 등	의사
목적	무의미한 생명 연장 거부	고통 종식 및 존엄한 죽음 선택	고통 종식 및 즉각적 사망 유도	남은 삶의 질 극대화	난치성 고통의 최후수단적 완화
법적 성격 (현행)	합법화된 행위 (연명의료결정법)	자살방조죄 성립 쟁점 (법제화 대상)	촉탁 · 승낙살인죄 (형법)	합법적 의료행위 (연명의료결정법)	의료적 최후수단으로 실질적 합법 (연명의료결정법에 명문의 규정없음)

제3장 의료조력사 제도 도입 배경과 찬반론

제1절 의료조력사 제도의 도입배경

의료조력사(MAID) 제도의 도입과 법제화 논의가 전 세계적으로 등장하게 된 배경은 크게 네 가지 측면으로 요약할 수 있다.

I. 의학 기술 발전에 따른 '의료화된 죽음'에 대한 거부와 존엄성 요구

현대 의학의 발달은 인간의 생존 기간을 획기적으로 연장했지만, 동시에 질병의 만성화, 임종의 장기화, 환자가 기계 장치에 의존한 채 중환자실에서 생을 마감하는 등 죽음이 의료 시스템에 의해 관리되고 지연되는 '의료화된 죽음'이라는 부작용을 낳았다. 이에 따라 단순한 생물학적 연명(조에, Zoe)을 거부하고, 환자가 주도권을 쥐고 자신의 가치관에 따라 존엄하게 죽을 권리(비오스, Bios)를 보장해야 한다는 사회적 담론이 점차 확산되고 있다.

II. 기존 호스피스 · 완화의료 및 완화 진정의 한계 노출

무의미한 연명의료 중단에 대한 대안으로 호스피스와 완화의료가 시행되고 있으나, 이러한 의료적 조치만으로는 환자가 겪는 통제력 상실의 두려움이나 실존적 · 정신적 고통을 완전히 제거할 수 없다는 임상적 한계가 확인되고 있다. 특히 최후의 수단으로 쓰이는 '완화 진정(지속적 심층 진정)'의 경우, 환자를 수일간 의식 불명 상태로 만들어 죽음을 기다리게 한다는 점에서 한계가 지적되었고, 명료한 의식 상태에서 환자 본인의 결단으로 죽음을 맞이할 수 있는 대안적 돌파구가 요구되고 있다.

III. 작위와 부작위의 모순 및 환자 간 형평성 문제

현행 제도는 인공호흡기 등 생명 유지 장치에 의존하는 환자가 의사에게 그 중단을 요청하여 사망에 이르게 되는 경우는 의사의 행위(부작위)가 합법으로 인정되지만, 기계 장치에 의존하지 않으면서 극심한 고통을 겪는 말기 환자가 치사 약물을 처방받아 스스로 죽음을 초래하는 경우, 그 약물을 처방하는 의사의 행위(작위)는 범죄로 취급한다. 결과적으로 '고통 없는 존엄한 죽음'이라는 동일한 목적을 가지면서도 수단에 따라 하나는 권리로, 하나는 자살방조로 취급하는 것은 논리적 일관성이 없으며, 신체적 조건에 따라 죽음을 선택할 권리가 차별받는 점에서 평등권 침해 문제도 제기되고 있다.

IV. 헌법적 '자기결정권'의 확장과 비범죄화 요구

환자의 '치료 거부권'이 헌법상 생명에 대한 자기결정권으로 인정되면서, 그 논리가 자연스럽게 확장되었다. 치료를 거부하여 죽음에 이르는 결정을 존중한다면, 능동적으로 죽음의 시기와 방식을 선택하여 생명을 포기할 권리 역시 논리적 일관성 차원에서 보호되어야 한다는 것이다.

이 논리를 바탕으로 캐나다, 독일, 오스트리아 등의 최고법원들이 자살 방조를 예외 없이 금지하는 형법 규정을 위헌으로 선언했고, 이는 예외적인 상황에서 의료조력사를 합법화하도록 입법자를 압박하는 강력한 이론적 배경이 되었다.

제2절 의료조력사 허용 찬반론

I. 찬성론의 주요논거

– 좋은 죽음(Good Death)의 선택: 환자가 극심한 고통 속에서 자기 통제력을 상실하기 전, 품위 있는 임

종을 맞이할 권리를 보장한다.
- 자기결정권의 본질적 보장: 인간의 존엄성은 생명의 양적 유지뿐 아니라 고통당하지 않을 권리를 포함하여, 생명의 종기에 대한 최후 결정을 스스로 내리는 데서 완성된다.
- 완화의료의 한계 보완: 현대 의학의 완화의료나 심층 진정만으로는 해결되지 않는 실존적 · 신체적 고통에 대한 최종적인 의료적 대안을 제공한다.

II. 반대론의 주요논거
- 자살의 정상화 우려: 의사의 조력을 통한 사망은 결국 자살이며, 이를 합법화하면 자살을 조장할 수 있다.
- 의료 윤리 위반: 환자의 생명을 보호해야 하는 의사의 직업윤리와 상충한다. 세계의사회(WMA)나 대한의사협회는 의료조력사에 원칙적으로 반대한다.
- 선결 과제 부족: 의료조력사 도입보다 호스피스와 완화의료 제도의 확충이 우선되어야 한다.
- 취약 계층의 위험과 미끄러운 경사길 논거: 노인, 장애인, 빈곤층 등 취약 집단이 경제적 압박이나 돌봄 부담 때문에 비자발적으로 죽음으로 내몰릴 수 있으며(도덕적 벼랑), 점차 허용 기준이 느슨해져 제도가 남용될 우려가 있다.

III. 소결: 반대론에 대한 반박 및 찬성론
- 자살과 의료조력사의 분리: 의료조력사는 단순한 자살 충동이 아니라, 이미 죽음이 예정된 환자가 강요된 고통의 연장 대신 평화로운 죽음을 '선택'하는 의료적 절차이므로 일반적 자살과 다르다.
- 의료 윤리와의 조화: 환자의 자율성을 존중하고 고통을 덜어주는 '선행의 원칙'에 비추어 볼 때, 환자가 원치 않는 연명을 강요하는 것이 오히려 윤리적이지 않을 수 있다.
- 호스피스 · 완화의료와의 보완 관계: 의료조력사는 호스피스 · 완화의료 대안이 아니라 보완재이다. 미국 오리건주 통계에 따르면 의료조력사 이용자의 95%가 호스피스를 함께 이용했다.
- 미끄러운 경사길 논거에 대한 통계적 반박: 오리건, 캐나다, 네덜란드의 공식 통계를 보면 조력사망 이용자의 절대 다수는 고학력, 백인, 중산층, 암 환자이며, 사회 · 경제적 취약계층이 불균형적으로 내몰린다는 증거는 없다. 절차적 안전장치(복수 의사 검증, 정신 감정, 대기 기간 등)를 통해 남용을 통제할 수 있다.

제4장 생명에 대한 자기결정권의 헌법적 지위와 인정범위

제1절 헌법해석과 자기결정권의 인정범위

I. 세계 각국의 헌법해석과 생명에 대한 자기결정권 인정 범위

자기결정권의 인정범위는 각국 최고법원의 헌법 해석에 따라 다르게 나타나고 있으며, 이는 의료조력사 입법의 핵심 근거가 된다.
- 미국 연방대법원 (1997년 Glucksberg 판결): 조력자살은 미국의 역사와 전통에 깊이 뿌리내린 기본권이 아니라고 판단하여 헌법적 권리로 인정하지 않았다. 다만, 주(州) 단위에서 입법적으로 허용하는 것은 금지하지 않았다.
- 독일 연방헌법재판소 (2020년): 일반적 인격권에 기초하여 '자기결정적으로 죽을 권리'를 포괄적 기본권으로 인정했다. 이 권리는 특정 질병 상태(말기)에 한정되지 않으며, 제3자의 조력을 받을 자유를

포함한다고 판시하여 영업적 자살방조 금지 조항을 위헌으로 선언했다(전면적 승인).

- 오스트리아 헌법재판소 (2020년): 자유로운 자기결정권에는 생의 종결 시점과 방식을 결정할 자유가 포함된다고 보았다. 자살방조를 전면 금지하는 것은 위헌이며, 국가의 생명보호 의무는 절차적 안전장치를 통해 달성해야 한다고 판시했다.
- 캐나다 연방대법원 (2015년 Carter 판결): 치유 불가능한 질병으로 극심한 고통을 겪는 환자에게 자살방조를 절대적으로 금지하는 것은 헌장 제7조(생명, 자유, 신체 안전에 대한 권리)에 위배된다며 위헌을 선언했다(적극적 확장). 이는 캐나다의 의료조력사(MAID) 합법화의 결정적 계기가 되었다.
- 이탈리아 헌법재판소 (2019/2024년 카파토 판결): 생명유지 치료에 의존하며 극심한 고통을 겪는 불치병 환자의 자살을 돕는 행위를 처벌하는 것은 위헌이라고 판시했다(조건부 인정). 치료 거부로 고통스럽게 죽을 권리는 인정하면서 약물로 평온하게 죽을 권리를 처벌하는 것은 불합리하다고 보았다.
- 콜롬비아 헌법재판소 (1997/2022년): 생명권은 단순한 생물학적 생존이 아니라 존엄한 조건을 의미한다고 보아 1997년 안락사를 합법화했고, 2022년에는 의료조력사망 역시 형사 처벌 대상에서 제외했다.

II. 한국 헌법재판소와 대법원과 자기결정권의 인정범위

2009년 한국의 대법원과 헌법재판소는 회복 불가능한 임종기에 한해 '소극적 연명의료 중단'을 허용했지만, 환자의 치료거부권을 인정하면서도 환자에게 생명의 처분권을 부정함으로써 죽을 권리뿐만 아니라 조력을 받아 죽을 권리까지 부정하는 등 국가의 생명보호의무를 우위에 두었다. 이 때문에 자살방조는 여전히 형사처벌의 대상이고, 의료조력사도 환자의 권리의 일환으로 허용될 가능성이 차단되어 있다.

그러나 2014년 대법원 판결(종교적 수혈거부 사건)에서는 생존 가능성이 있더라도 개인의 종교적 · 인격적 정체성을 지키기 위한 진지한 치료 거부권을 국가의 생명보호의무와 대등하게 형량할 수 있을 가능성이 열리게 되었다. 이 판례는 생물학적 생명 연장보다 '인격적 정체성'에 우위를 둘 수 있음을 인정한 것으로, 향후 헌법재판소가 적극적 의료조력사를 헌법적 권리로 포섭할 수 있는 강력한 논리적 지렛대로 삼을 수 있을 것으로 평가된다.

제2절 헌법적 자기결정권과 국가 생명보호의무의 관계

개인의 자기결정권 보장 범위가 확장됨에 따라 국가의 생명보호 의무는 '무조건적 생존 강요'가 아니라 개인의 자율적 의사결정을 오류와 남용으로부터 보호하는 '절차적 보장'으로 재설정되고 있음을 확인할 수 있다.

이러한 변화는 생명보호 패러다임의 전환을 가져와 세계 각국에서 생명보호를 위한 국가의 입법정책의 변화– 특히 자살방조죄의 비범죄화 –로 이어지고 있다.

제5장 의료조력사 허용 입법례와 생명보호 패러다임 전환

제1절 의료조력사 허용 입법례

I. 자살방조 금지 국가

- 미국 (오리건주 등) 및 호주, 뉴질랜드: 엄격한 기대여명(주로 6개월 이내 사망 예상)을 요구하는 말기 환자 모델이다. 환자의 자가 복용을 원칙으로 하며, 강력한 교차 검증과 대기 기간을 두는 사전 통제 중심 모델이다.

– 캐나다: 도입 초기에는 자연적 죽음이 예견되는 자로 한정했으나, 2021년 개정을 통해 만성 질환 등 비말기 환자에게까지 범위를 확장하며 고통 해소 중심의 권리 모델로 진화하였다.

II. 자살방조 허용 국가

– 스위스, 독일: 자살방조가 널리 비범죄화되어 민간 조력 단체의 주도 하에 실무적 가이드라인을 통해 의료조력사가 허용되고 있다. 그러나 자살방조를 허용하는 다른 국가의 입법례처럼 의료조력사가 법제화되어 있는 것은 아니다.

III. 적극적 안락사 허용 국가

– 네덜란드, 벨기에: 적극적 안락사와 의료조력사를 모두 허용하며, 기대여명 요건 없이 '견딜 수 없는 극심한 고통'을 기준으로 삼아 정신질환 등에도 확대 적용이 가능한 사후 통제 중심 모델이다.

– 우루과이: 2025년 입법을 통해 이례적으로 적극적 안락사만 합법화하고 환자의 자가 투약을 요구하는 의료조력사는 배제하였다.

제2절 의료조력사 입법모델

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.

I. 법률적 의료적 이원화된 사전 통제 모델 (미국, 호주, 오스트리아)

국가가 개입하여 조력사망 '실행 이전'에 요건을 철저히 검증한다. 기대 여명(주로 6개월 이하의 말기 환자)을 엄격히 요구하며, 복수의 의사에 의한 교차 검증, 정신건강 전문가의 평가, 엄격한 숙려기간을 두어 취약계층의 남용을 원천 차단한다.

II. 권리 중심 사후 통제 모델 (네덜란드, 벨기에, 캐나다)

적극적 안락사와 의료조력사를 모두 허용하는 모델이다. 생명의 임박성보다는 환자의 '견딜 수 없는 주관적 고통' 해소에 중점을 두어 비말기 환자나 정신질환자에게까지 요건을 확장하는 경향이 있다. 사전 절차 외에도 시행 후 위원회가 적법성을 검토하는 '사후 통제'를 강하게 작동시킨다. 캐나다의 경우 만성질환자나 장애인에게도 문을 넓히는 대신(Track 2), 실행 후 지역심사위원회를 통해 의사의 주의의무를 엄격히 사후 통제한다,

III. 자율성 보장 모델(스위스, 독일)

자살방조 자체를 폭넓게 처벌하지 않는 법체계를 바탕으로, 국가 주도의 특별법 제정보다는 민간 조력 단체와 의료 가이드라인을 통해 사실상 제도를 운영하는 모델이다.

제6장 한국에서의 법제화 필요성과 정당성

제1절 한국 법제의 현황과 문제점

I. 허용된 선택지와 금지된 선택지

– 허용된 선택지: 「연명의료결정법」에 따라 담당 의사 2인에 의해 수일 내 사망이 임박했다고 판정받은 '임종과정' 환자의 무의미한 연명의료 중단(소극적 안락사)은 합법적으로 실행 가능하다. 또한, '말기 환자'에 대해서는 통증 완화와 심리적 돌봄을 위한

호스피스 · 완화의료가 허용된다.

– 금지된 선택지: 임종기 및 말기 환자 모두에게 의사가 적극적으로 개입하여 생명을 단축하는 '적극적 안락사'와 치사 약물을 처방하는 '의료조력사'는 전면 금지되어 있다. 이를 실행할 경우 형법상 촉탁살인죄나 자살방조죄의 적용 대상이 된다.

II. 현행 법제의 문제점과 의료조력사 법제화 필요성

– 인위적 구획에 따른 규범적 사각지대: 현행법은 환자의 상태를 '말기'와 '임종과정'으로 엄격히 분단하여, 오직 '임종과정'에 진입한 환자에게만 연명장치 제거를 허용함으로써 헌법상 자기결정권 행사를 협소하게 제한하고 있다.

– 말기 환자의 선택권 공백과 고통 강요: 완화의료로도 통제되지 않는 극심한 육체적 · 실존적 고통을 겪는 말기 환자는 연명장치를 뗄 권리도, 약물을 처방받을 권리도 없어 국가로부터 무의미한 생물학적 생명 연장을 강요당하는 상황에 놓인다.

– 법제화의 필요성: 죽음이 임박하지 않았다는 이유만으로 기약 없는 고통을 견뎌야 하는 말기 환자 등에게 의료조력사망이라는 주체적 선택지를 개방하는 것은, 국가의 과도한 후견주의를 축소하고 환자의 자기결정권과 평등권을 실질적으로 보장하기 위해 반드시 필요한 규범적 요청이다.

III. 한국에서의 의료조력사 법제화 시도 및 현황

– 조력존엄사 법률안 발의: 제22대 국회에 「조력존엄사에 관한 법률」이 발의되어, 말기 환자가 수용하기 어려운 고통 속에서 '조력존엄사심사위원회'의 승인을 거쳐 스스로 삶을 종결할 수 있도록 하는 방안이 추진되고 있다.

– 조력존엄사 법률안의 한계: 이 법안은 국가(보건복지부) 주도의 과도한 행정 통제 모델에 치우쳐 있으며, 치매 등 정신적 장애 환자와 미성년자를 대상에서 원천 배제한 점, 사전의료지시서의 효력에 대한 규정이 전무한 점, 임종과정에 있는 환자를 대상에서 누락한 점, 그리고 절차적 안전장치와 같은 핵심적 규범을 하위 법령(대통령령)에 위임한 점 등 입법체계상 많은 문제점과 한계를 지니고 있다.

– 자살방조죄에 대한 헌법소원 진행: 2023년 극심한 고통을 겪는 척수염 환자 등의 연명의료 중단은 허용하면서 의료조력사를 자살방조죄로 금지하는 것은 자기결정권과 행복추구권을 침해한다며 헌법소원을 제기하였고, 현재 헌법재판소에서 본안 심리가 진행 중이다. 이 결정은 향후 한국형 의료조력사 제도의 설계와 입법에 중대한 영향을 미칠 전망이다.

제2절 한국 헌법재판소와 생명에 대한 자기결정권의 인정범위 검토

I. 생명에 대한 자기결정권의 인정범위와 자살방조죄의 관계

– 미국 (보수적): 1997년 연방대법원(Glucksberg 판결)은 조력을 받아 죽을 권리를 헌법상 기본권으로 인정하지 않고 주(州) 단위의 입법 영역으로 남겨두었다.

– 독일 · 오스트리아 (전보적): 2020년 양국 헌법재판소는 '자기결정적 죽음을 선택할 권리'를 포괄적 기본권으로 인정하며, 국가의 생명보호의무가 환자의 자율성을 압도할 수 없음을 명시했다.

– 캐나다 · 이탈리아 (중도적): 참을 수 없는 고통 등 일정한 요건 하에서 의료적 조력을 받을 권리를 권리 중심 모델로 인정하고 있다.

II. 한국의 헌법재판소의 입장과 전망(헌법적 정당화의 기초)

한국의 대법원은 2014년 종교적 신념에 따른 수혈 거부 판례에서, 환자의 생명 포기 결정을 인격적 정체성을 지키기 위한 권리로 인정할 수 있는 여지를 보여주었고, 국가의 생명보호의무가 환자의 자기결정권보다 항상 우위에 있는 것이 아님을 인정했다.

이를 논리적으로 확장하면, 말기 환자가 고통 없는 죽음의 방식과 시기를 결정하는 권리 역시 국가가 보호하고 지원해야 할 헌법적 권리로 보아야 하므로 자살방조를 전면 금지하고 있는 형법규정은 재고되어야 하고, 형법의 자살방조죄 적용을 예외적으로 할 수 있는 여지를 두는 등 국가의 생명보호의무에 관한 입법정책에 패러다임의 전환을 가져와야 한다.

제3절 의료조력사 법제화의 논리적 · 규범적 · 철학적 기초

I. 논리적 기초 (작위와 부작위의 모순 극복)

치료거부의 일환으로 인공호흡기를 제거하도록 하는 '연명의료중단' 결정은 합법적 권리로 인정하면서 그에 관여된 의사의 '부작위(연명의료중단)'는 합법화하는 반면, 치사약물을 처방받아 고통없이 죽기를 원하는 말기 환자의 자기결정권 행사를 도와주기 위해 상담하고 치사약물을 처방하는 의사의 '작위(의료조력사)'를 범죄로 처벌하는 것은 모순이다. 목적(존엄한 죽음)과 결과(사망)가 같다면 수단의 형태만으로 불법성을 가르는 것은 논리적 설득력이 없다.

II. 규범적 기초 (평등권과 생명보호 의무의 재해석)

생명유지장치에 의존하는 환자는 이를 제거해 죽음을 맞을 수 있으나, 장치 없이 극심한 고통을 겪는 환자는 제거할 장치가 없어 죽음을 선택할 수 없는 것은 신체적 조건에 따른 불합리한 차별(평등권 위반)이다. 따라서 국가의 생명보호 의무는 단순한 생물학적 생명 연장에서 벗어나, 환자의 자율적이고 존엄한 선택을 보호하는 절차적 안전장치를 마련하는 방향으로 전환되어야 한다.

III. 철학적 기초 (조에에서 비오스로의 전환)

의료 기술에 의해 통제 대상인 '조에(Zoe, 벌거벗은 생물학적 생명)'로 전락하는 것을 거부하고, 자신의 서사를 스스로 종결짓는 주체적인 삶인 '비오스(Bios)'를 완성하려는 실존적 자율성의 발현이다.

제4절 의료조력사 법제화를 위한 입법모델론

I. 형법 개정 vs. 특별법 제정

형법의 살인죄나 자살방조죄를 직접 개정하는 정면돌파 방식(캐나다, 네덜란드)보다는, 독립된 특별법(보건의료 규범)을 제정하여 합법적인 보호구역을 설정하는 방식이 형법의 기본 이념을 보존하면서도 이념 논쟁을 최소화할 수 있는 현실적 방안이다.

II. '자살' 합법화 vs. 합법적 '의료' 모델

의료조력사를 '조력자살'로 부르며 자살의 연장선으로 보는 유럽식 모델과 달리, 영미권 국가들처럼 자살이라는 용어와 철저히 단절하고 보건의료 시스템이 제공하는 '의료적 돌봄(Medical Care)'의 일환으로 재규정하는 입법 기술이 타당하다

III. 사후통제 vs. 사전통제

조력사망 실행 후 위원회가 심사하는 사후통제 모델(베네룩스 3국 등)보다는, 치사 약물 처방 전 복수의

의료진이 실체적 · 절차적 요건을 교차 검증하고 대기기간을 강제하는 엄격한 사전통제 모델(미국 오리건주 등)이 남용 방지와 생명보호 의무 이행에 더 적합하다.

IV. 권리 확장형 vs. 절차적 통제 모델

헌법적 자기결정권을 폭넓게 보장하는 권리 모델을 취하더라도, 남용과 역기능을 차단하기 위해서는 포괄적 허용이 아닌 엄격한 절차적 안전장치(Safeguards)와 결합된 절충적 모델로 설계해야 한다.

V. 사전의료지시서의 지위 (선행적 자율성)

단순한 연명치료 거부(방어적 역할)를 넘어, 환자가 의사 능력이 명료할 때 내린 결정이 인지능력 상실 후(중증 치매 등)에도 절대적 효력을 갖는 '선행적 자율성 보장 모델'로 발전되어 갈 것으로 보인다. 하지만 사전의료지시서에만 근거하여 '타인(가족 포함)에 의한 대리 신청이나 이행 요청'을 인정하게 하면 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 사전의료지시서의 동의의 효력을 인정하여 최종 동의를 면제해 주는 수준에서 (개인의 자기결정권과 국가 생명보호의무간의) 절충안이 바람직하다.

VI. 기대 여명(시한부) 요구 vs. 고통 중심

남은 수명과 무관하게 극심한 고통을 기준으로 삼는 모델과 달리, 한국 사회의 국민 감정과 생명보호 의무를 고려할 때 6개월 등의 엄격한 기대 여명을 명시하여 말기 및 임종 과정 환자로 대상을 한정하는 모델을 우선적으로 채택하는 것이 타당하다.

제7장 한국형 의료조력사 법제화 방안 제안

초고령화 시대에 존엄한 죽음을 맞이할 권리는 더 이상 입법 형성의 자유 영역에만 머물 수 없으며, 권리 침해를 구제하기 위한 헌법적 · 입법적 결단이 필수적이다. 현재 22대 국회에 발의된 「조력존엄사법안」은 긍정적 시도이나, 권리 보장 모델의 철학적 빈곤과 절차적 안전장치의 미비 등의 한계를 지니고 있다, 이에 본 보고서는 다음과 같은 입법 방안을 제안한다.

I. 입법 모델 및 형식

순수한 권리 확장형보다는 한국적 정서와 헌법 수용성을 고려한 '중도적 권리 모델과 의료적 절차 모델을 결합하는 입법 컨셉'을 취하는 것이 바람직하다,

형법의 자살방조죄 구성요건을 직접 개정하여 이념 논쟁을 촉발하기보다는, 「생애 말기 환자의 임종지원에 관한 법률」이라는 독립된 특별법을 제정하여 합법적인 보호구역을 설정하는 방안이 타당하다,

II. 이원적 통제 시스템 구축

의료조력사를 법제화할 경우 절차 모델은 기본적으로 사전통제를 근간으로 하면서도 국가의 사후통제를 결합하는 이원적 통제 시스템으로 구축되는 것이 바람직하다.

사전통제를 위해서는 환자의 자발성을 훼손하는 외부 압력을 막기 위해, 최소 2명 이상의 독립된 전문의 교차 검증, 정신건강 평가 의무화, 대기기간과 별도로 최소 14일 이상의 숙려기간 부여 등 명확한 법률적 · 의료적 사전 통제를 구축한다. 예외적으로 환자가 자가 투약이 완전히 불가능한 경우(예: 루게릭병 등 물리적 능력 상실)에만 의사의 대리 투약을 보충적으로 허용하여 평등권을 보장하도록 한다.

국가가 주도하는 사후 통제 방안으로는 '보건복지부 산하에 임종지원과'를 신설하고 권역별 '임종지원심사위원회'를 두어 승인 절차를 관리 · 감독하도록 하며, 사망 후 의사의 철저한 이행 보고를 통해 오남용 데이터를 감시하는 체계를 병행한다.

III. 사전의료지시서의 법적 효력 강화

연명의료중단의 연명의료의향서를 확대하는 것을 내용으로 하는 환자의 사전의료지시서제도를 구축하여 그 효력을 강화한다. 치매 등 의사능력 상실 상황을 대비해, 환자가 온전한 판단력을 가졌을 때 내린 조력사망에 대한 선행적 결단(선행적 자율성)의 법적 구속력을 일정 요건 하에 존중하는 방향으로 사전의료지시서제도를 발전시켜야 하는 것이 자기결정권의 인정 범위 확장에 따른 논리적 귀결일 것이다. 하지만 국가 개인의 자기결정권과 국가 생명보호의무를 조화시켜야 할 현실 여건을 고려할 때 캐나다 입법례(오드리 수정)와 같이 일정한 제한이 두는 것이 바람직하다.

제8장 결론

고령화 및 의료 기술의 발전에 따라 발생하는 '의료화된 죽음'의 부작용을 극복하기 위해 생애 말기 환자의 자기결정권은 보장되어야 한다. 의료조력사의 허용 여부는 이제 더 이상 입법자의 선택적 재량인 '입법형성의 자유' 영역이 아니라, 환자의 인간다운 죽음을 보장해야 하는 '헌법적 명령'이다.

의료조력사 법제화는 국가의 생명보호 의무를 포기하는 것이 아니라, 자율적이고 존엄한 죽음을 절차적으로 보호하는 진화된 형태의 생명 존중이자 돌봄 정책의 완성이다.

입법자는 해외 입법례의 장단점을 비판적으로 수용하여, 오남용을 철저히 막는 안전장치(사전/사후 위원회)와 환자의 고통 해소 권리를 조화시킨 한국형 특별법 체계를 조속히 마련해야 한다.

국가의 생명보호의무는 단순히 물리적 생존을 강요하는 것이 아니라, 환자가 고통 속에서도 인격적 정체성과 존엄성을 유지하며 삶을 마무리할 수 있도록 지원하는 것까지 포함해야 한다.

이 때문에 이 연구는 의료조력사망의 본질을 자살의 합법화가 아닌 '환자 중심의 의료적 돌봄 체계 확립'으로 규정하고, 국가의 생명보호의무는 단순히 숨을 쉬게 하는 것이 아니라, 환자가 존엄성과 자율성을 지니고 평화롭게 생을 마감할 수 있도록 안전한 절차적 울타리를 제공하는 패러다임으로 전환되어야 하는 것이 바람직함을 논증하였다.

따라서 이 보고서가 제시한 특별법 기반의 의료조력사 모델은 '고통받지 않을 권리'와 '자기결정권'을 실질화하고, 생명 존중의 가치와 개인의 자율성을 가장 높은 수준에서 조화시킬 수 있을 것으로 기대한다.