

# 연명의료결정에 대한 기독교생명윤리 연구

- 기독교세계관적 접근 -

김형철(백석대 기독교철학 박사과정 수료)

## < 차례 >

I. 서론 .....	1
II. 기독교 세계관적 삶과 죽음의 이해 .....	2
III. 안락사/ 존엄사 개념 .....	4
1. 안락사 .....	4
2. 존엄사 .....	5
IV. 연명의료중단의 찬성 논거 .....	8
1. 환자의 자율성 .....	8
2. 삶의 질에 대한 문제 .....	8
3. 고통의 문제 .....	9
V. 연명의료중단의 반대 논거 .....	9
1. 생명존중원칙의 우선성 .....	9
2. 삶에 대한 책임성 .....	10
3. 고통의 완화 .....	11
VI. 연명의료중단의 기독교 생명윤리적 판단기준 .....	11
1. 죽음의 기준 .....	11
2. 무의미한 치료에 대한 판단기준 .....	12
3. 과도한 의료행위의 기준 .....	13
VII. 연명의료결정에 대한 기독교생명윤리의 실천적 대안 .....	14
1. 사전의료지시서 .....	14
2. 호스피스를 통한 완화치료 .....	14
VIII. 결론 .....	15
참고문헌 .....	17

## I. 서론

최근 의료기술의 발달로 인간의 수명이 평균 100세를 기대할 수 있을 정도로 늘어나게 되었다. 이러한 의료기술과 환경의 발달은 오랫동안 건강하고 행복하게 살기를 바라는 인류의 소망을 상당부분 해결해 주었다는 면에서 볼 때 매우 고무적인 일이라고 하겠다. 이른바 삶의 질을 높이는 일이 가능해 졌기 때문이다. 그러나 아무리 의술이 발달한다고 해도 인간은 언젠가는 죽어야 할 운명을 지닌 존재이다. 그러하기에 우리는 삶뿐만이 아니라 죽음에 대한 진지한 성찰을 하면서 살아야 한다. 삶과 죽음에 대한 문제는 비록 철학적, 의학적, 종교적인 차원에서 논의해야 할 대상일 뿐만 아니라, 모든 인간이 마주치는 구체적인 현실의 문제이기도 하다. 우리에게 잘 살아야 하는 것(well being)과 함께 잘 죽어가는 것(well dying)이 풀어야 할 중요한 문제이다.

현대사회의 의료기술과 장비의 눈부신 발달로 이전의 의학적 기술로는 살릴 수 없었던 죽음을 앞둔 환자에게 생명을 연장 시키는 일이 가능해 졌다. 즉 인공호흡기, 혈액투석, 심폐소생술 등의 시술로 말기 환자에게 생명을 연장시킬 수 있게 되었다. 생명연장 뿐만 아니라 질병으로 괴로워하는 많은 사람들이 의료기술의 발달로 보다 건강하고 오래 살 수 있는 혜택을 누릴 수 있게 되었다. 인류의 오랜 숙원인 질병으로부터 벗어나 건강하고 행복하게 사는 것은 분명 문명의 혜택이요 축복임에는 틀림이 없다. 그런데 현대 의료기술의 발달은 이런 긍정적인 면만이 있는 것이 아니다. 더 이상 회생 가능성이 없고 가까운 시간 내에 죽음에 이를 것으로 보이는 환자에게 생명의 연장을 위하여 계속 연명치료를 해야 하는 것이 옳은지 아니면 중단해야 하는 것이 옳은지 대한 윤리적 문제를 낳게 하였다.

우리나라에서도 이 문제에 관련한 두 사건이 발생하여 세간의 관심과 논쟁의 대상이 되었다. 환자 보호자의 요구에 따라 연명치료를 중단한 의료진에게 살인방조죄 판결을 내린 1997년 ‘보라매병원 사건’과 폐암 조직검사 중 식물인간이 된 할머니의 연명치료 중단을 요구한 자녀들에게 승소판결을 내린 2009년 ‘김 할머니 사건’이 그것이다. 이 두 사건은 연명치료결정과정에 나타난 우리사회의 단면을 그대로 보여주었다. 연명의료결정에 대한 우리사회의 갈등은 10년 넘게 지속되어 왔다. 그동안 수차례 연명의료결정에 관한 국회차원의 공청회와 법안발의가 있었으나, 법조계와 의료계 그리고 종교단체가 합의에 이르지 못한 채, 서로의 의견이 대립되어 법안이 통과되지 못하였다. 그런데 최근 김재원 의원 등 10인이 대표 발의한 “호스피스, 완화의료이용 및 임종과정에 있는 환자의 의료 결정에 관한 법률”<sup>1)</sup>이 국회 본회의에서 마침내 통과되었다. 이 법안은 앞서 발의한 법안에 비하여 호스피스, 완화의료를 확대하고자하는 내용이 포함되어있다. 말기 암환자에게만 이용할 수 있는 호스피스 이용을 다른 질병의 말기환자에게까지 이용할 수 있게 되었다.<sup>2)</sup> 그러나 이 법안에 따르면 자신

1) 김재원 의원 등 10명이 2015년 7월 7일자로 발의한 “호스피스·완화의료의 이용 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률안” (의안번호 15988)

의 의사를 제대로 표현하지 못하거나 경제적인 이유로 자신의 결정을 제대로 할 수 없는 장애인과 사회경제적 약자에 대한 생명권이 위협을 받을 우려가 제기된다.

그러나 우리에게 현실적인 죽음의 문제보다 더 근본적으로 논의를 해야 할 것은 생명과 죽음에 대한 진지한 물음이다. 연명의료결정에 대한 논의를 위하여 우리는 ‘죽음이란 무엇인가?’ 하는 철학적, 의학적, 종교적 물음에 대한 접근을 할 필요가 있다. 왜냐하면 우리가 갖는 삶과 죽음의 세계관은 자신의 연명치료결정의 적용으로 작용할 수 있기 때문이다. ‘죽음은 인간생명의 끝인가?’ 아니면 ‘죽음 이후에는 또 다른 세계가 있는가?’ 여러 종교에서는 사후세계가 있음을 전제하고 있는데, 그 세계는 각각의 종교관에 따라 다르다. 기독교에서는 죽음이 끝이 아니라 죽음을 넘어 하나님의 나라가 있음을 보여준다.<sup>3)</sup> 기독교세계관으로 본 죽음은 영혼과 육체가 분리되는 것으로 끝이 아닌 우리의 영혼이 살아 있어 장차 이 땅에서 예수그리스도가 재림할 때에 우리의 몸과 영혼이 살아나는 것이다. 많은 사람들이 죽음을 두려워하거나 부정적인 것으로 알고 있으나, 기독교적인 죽음은 하나님 나라에 가기위한 필연적인 과정으로 이해한다. 물론 이 세상에서 사랑하는 사람들과 이별을 해야 하는 슬픔과 고통이 있지만, 우리는 죽음 이후에 영원한 천국에서 다시 만날 때를 기다리며 서로 위로를 한다. 죽음에 대한 우리의 생각은 우리가 이 세상에서 어떻게 살아야하며, 어떻게 죽음을 맞이할 것인가 하는 문제의 해결점이 될 수 있다.

필자는 존엄한 죽음을 위해 연명의료결정과정에서 안락사와 존엄사의 내용을 비교해 보고 죽음을 앞둔 말기 환자의 연명의료중단에 대해서 찬성과 반대의 주장을 비교하고자 한다. 그리하여 말기환자의 연명의료결정에 관한 기독교세계관적인 기준을 찾아보려고 한다. 그리고 “호스피스·완화의료의 이용 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률안”의 시행을 앞두고, 제도와 시행령의 보완을 제시하여 보다 많은 사람들이 존엄한 삶과 죽음을 이해하고 맞이할 수 있는 연구가 되도록 하겠다.

## II. 기독교 세계관적 삶과 죽음의 이해

인간의 죽음은 창조 때의 인간의 죄에 대한 결과로 나타난 것이다. 인간은 하나님의 형상으로 창조 되었으나, 인간이 하나님께 불순종하여 죄가 인간과 모든 피조물에 이르기까지 관영하게 되었다. 인간의 죽음은 그 죄에 대한 형벌로써 나타난 것이다.

그러나 인간의 영혼은 육체적인 죽음에도 살아있다. 주님께서서는 “몸은 죽여도 영혼은 능히 죽이지 못하는 자들을 두려워하지 말고 오직 몸과 영혼을 능히 지옥에 멸하실 수 있는 이를 두려워하라”(마10:28)고 말씀하셨다. 이 구절은 사람이 영혼과 몸의 두 부분으로 구성되어 있음을 확인해 준다.<sup>4)</sup> 우리는 사람이 살아 있는 동안에 영혼과

2) 2016년 1월8일 <호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률>이 국회 본회의에서 통과되어 암환자에게 국한되어 있던 호스피스·완화의료로 일정한 범위의 말기 환자에게까지 확대 적용하고 호스피스·완화의료에 대한 체계적이고 종합적인 지원을 위한 법률적인 근거가 마련되었다.

3) 사도행전 28 : 23~31

몸이 어떻게 연합되어 있는지를 설명하기가 어려우나, 우리가 분명히 알 수 있는 것은 우리의 육체 안에는 영혼이 함께 있다는 것이다. 그런데 사람이 죽게 되면 그 몸과 영혼이 분리되게 된다.<sup>5)</sup> 그래서 예수 그리스도를 믿어 구원에 이른 자는 몸이 더 이상 제 기능을 하지 못하게 되면 영혼은 그 안에 있지 않고 하나님 면전에 있게 된다고 표현하는 것이다. 그러므로 우리의 물리적 죽음은 몸의 죽음 일 뿐이다. 영혼은 창조된 후에는 소멸되지 않고, 영속성을 가지고 있다. 영혼은 그 자체의 능력으로 영원히 사는 것이 아니라, 하나님의 창조방식으로 영속성을 지니게 된 것이다.

이렇게 죽음 이후에 잔존하는 인간의 한 부분인 영혼은 신자들의 경우에는 하늘에서 하나님과 지속적으로 교제하는 기쁘고 즐거운 상태에 있게 된다. 그러하기에 바울 사도는 “내게 사는 것이 그리스도니 죽는 것도 유익함이라”(빌 1:23)고 말하고 있다. 그는 죽음 이후에도 주와 함께 함을 확신 하였기에 죽음 자체도 유익한 것이고 복된 것으로 표현하고 있다. 그런가 하면 사는 동안에 하나님을 믿지 않는 사람들은 영혼과 몸이 모두 지옥에 멸하게 된다. 이 때 멸하게 된다는 뜻은 “우리가 더 이상 존재하기를 그치게 된다는 뜻으로 말한 것이 아니고, 풍성하고 의미 있는 삶을 이루는 모든 것의 파멸을 뜻하는”<sup>6)</sup>것이다. 마태복음에서 지옥은 최후의 심판에 따라 나오는 불타오르는 형벌의 장소를 뜻한다.<sup>7)</sup>

인간의 육체적 죽음으로 몸과 영혼은 분리된다. 이것은 희랍적 개념의 몸과 혼의 분리를 말한 다는 점에서 비슷하나 실질적으로는 전혀 다른 이해라고 할 수 있다. 죽음을 몸과 영혼을 몸과 영혼의 분리로 말하는 희랍적 개념은 기본적으로 몸 자체를 열등한 것으로 여기고, 영혼을 더 높고 고귀한 것으로 여기는 측면이 있다. 그러나 성경적 기독교는 몸과 영혼을 다 하나님께서 귀하게 창조하신 것으로 여긴다. 어느 하나를 더 높여서 영혼이 몸으로부터 분리되는 것은 해방으로 이해하는 것은 성경적 기독교에는 없는 것이다. 이것이 희랍적 이해와 성경적 기독교 이해의 근본적 차이점의 하나이다.<sup>8)</sup>

구약에서도 죽음을 염두해 두면서 “흠은 여전히 땅으로 돌아가고 신은 그 주신 하나님께로 돌아가기 전에 기억하라”(전 12:7)고 하면서 우리가 죽어 땅에 묻혀도 잔존하는 것이 있음을 분명히 하고, 그것을 “영(the spirit)”이라고 칭하고 있는 것이다.

그러므로 물리적 죽음은 영혼과 몸이 분리되는 일 뿐이고, 물리적 죽음에서 영혼이 떠나가므로 그 이후에는 몸의 생명작용이 그쳐지게 된다. 여기에 인간의 독특한 모습이 있다. 영혼이 함께 있는 한 몸은 인간적인 생명작용을 하지만, 영혼이 떠나가면 인간은 그런 생명작용을 더 이상 하지 않게 되는 것이다. 따라서 소위 말하는 생기

4) 이를 분명히 하는 논의로 Craig L. Bloomberg, *Matthew*, The New American Commentary 22(Nashville, Tennessee, Broadman Press Press, 1992),177(“‘Body’ and ‘soul’ point to a fundamental dualism in human beings”)를 보라.

5) 특히 이 점을 분명히 언급하는 Blomberg, 178을 보라, 그는 눅 23:43; 고후 5:1-10; 빌 1:23-24을 같이 언급하고 있다.

6) Leon Moris, *The Gospel According to Matthew*,(Grand Rapids:Eerdmans, 1992),263

7) 마 18:8; 25:41, 46. 단 12:2

8) 이승구, “죽어가는 환자를 어떻게 이해해야 하는가? - 신학적, 윤리적 관점”, 2009, 성산생명윤리연구소 창립 12주년 기념세미나 자료집, 8

(vitality)를 점검하는 것은 인간의 몸의 생명활동을 점검하는 것이지만, 기독교세계관적으로 보면 그 몸 안에 영혼이 있는지 알아보는 것이라고 할 수 있다. 따라서 전혀 생기가 측정되지 않는 몸은 몸이 아니라 시체로 여겨진다. 이런 의미에서 생기가 전혀 감지되지 않을 때만 시체로 여겨져야 한다. 그러므로 뇌사 상태에 있는 사람들이라도 그들의 생기가 측정되므로 그 사람이 죽은 것이라고 할 수는 없다.

### Ⅲ. 안락사/존엄사 개념

죽음은 생물학적 기능이 다하여 죽음에 이르는 자연사와 그 생물학적 기능의 정지에 인간의 간섭이 들어간 비자연사로 나누어진다. 비자연사는 다시 인간의 의도가 들어간 의도적인 죽음과 인간의 의도와 상관없이 우연적인 죽음인 사고사로 나누어진다.<sup>9)</sup>

<표 1>

죽음의 구분				
자연사	비자연사			
질병사, 노화사	비의도적인 죽음	의도적인 죽음		
	사고사	자살	타살	안락사

이중 안락사는 연명의료결정에 나타나는 비자연사이며 의도적인 죽음의 한 형태이다. 필자는 이 장에서 <표1>의 죽음의 구분 가운데 안락사에 대한 개념과 유형을 분석하고, 각각의 유형에 대한 문제점과 허용가능성에 대해서도 진지하게 성찰해 보자 한다.

#### 1. 안락사

안락사(euthanasia)란 어원은 그리스어 ‘euthanatos’에서 기원한다. 이는 ‘eu’(좋은)와 ‘thanatos’(죽음)의 합성어로 어원적으로는 ‘좋은 죽음’을 의미한다. 안락사는 고통에서 벗어나기 위하여 의도적으로 삶을 마감하는 시도라고 볼 수 있다.<sup>10)</sup> 일반적으로 안락사는 불치병이나 만성질환의 말기상태에 있는 환자의 고통에 마침표를 찍어주고자 통증 없이 사망에 이르게 하는 조치다.<sup>11)</sup>

극심한 통증으로 인해 고통을 받고 있는 환자의 요청에 따라 의사가 독극물을 투여하거나 다른 수단을 제공하여 환자의 자살을 돕는 이른바 의사조력자살(Physician Assisted Suicide)은 안락사의 또 다른 형태다.

그런데 의학계에서는 안락사를 적극적 안락사와 소극적 안락사로 구분하고 있다. 적극적 안락사는 질병으로 고통 받는 환자가 요구할 경우 인위적 방법-통상 치사량의

9) 김상득 · 손명세, “안락사 : 정의, 분류 그리고 윤리적 정당화”, 한국생명윤리학회, 2000, 98

10) 출처 <https://en.Wikipedia.org/wiki/Euthanasia>(2013. 4)

11) 곽혜원, 『존엄한 삶, 존엄한 죽음』, 새물결플러스, 253

약물을 사용함-으로 죽음에 이르게 하는 행위인데 반해 소극적 안락사는 환자의 생명유지에 필수적인 영양공급 및 약물투여와 같은 의료를 중단함으로써 죽음에 이르게 하는 행위다.<sup>12)</sup>

그렇다면 안락사는 어떻게 세분할 수 있는가? 안락사는 이론상 세 가지 차원에서 분류가 가능하다. 첫째, 본인의 동의 여부와 관련하여 ‘자의적/반자의적/비자의적 안락사’로 구분된다. 이중 비자의적 안락사는 의사표현이 능력이 없는 혼수상태나 식물인간의 상태의 환자의 경우에 해당한다. 둘째, 행위주체의 행위형태에 따라 ‘적극적 안락사/소극적 안락사’로 구분된다. 적극적 안락사는 행위자가 무엇을 적극적으로 행하는 것이고, 소극적 안락사는 무엇을 적극적으로 하지 않는 것이다. 셋째, 죽음을 야기한 수단의 ‘직접성 혹은 간접성’(directive/indirective euthanasia)에 따라 구분된다. 직접성은 죽음의 원인을 직접적으로 제공하는 방법으로 예를 들면 혈관에 약물을 주입하여 죽음에 이르게 하는 방법이다. 이 경우는 보통 처음부터 생명을 단축시킬 목적으로 이루어지는 안락사이다. 간접성은 병을 치료하지 않거나 생명유지장치의 보류나 철회<sup>13)</sup>를 시행하는 것이며, 이 경우에 환자는 질병으로 죽는 것이다. 안락사의 분류 기준이 되는 동의 여부, 행위의 주체, 죽음의 수단을 조합하면 안락사는 모두 12가지로 구분 할 수 있다. 여기서는 형식적인 구분을 생략하고 실질적인 분류로 논하길 원한다.

<표2> 안락사에 대한 실질적 분류

자의적	적극적 (직접적)	(1) 자의적 적극적 안락사	환자의 뜻에 의하여 의사가 적극적인 안락사를 시행하는 경우이다. 의사조력자살이 여기에 해당된다.
	소극적 (간접적)	(2) 자의적 소극적 안락사	환자의 뜻에 의거 치료를 중단하거나 생명유지장치를 제거하는 것이다. 이 경우는 자연사로 본다.
비자의적	적극적 (직접적)	(3) 비자의적 적극적 안락사	자비로운 살인 또는 자비적 안락사라고도 불려진다. 환자의 고통경감과 심각한 장애회피를 위해 죽이는 경우이다. 자의적 적극적 안락사와 함께 좁은 의미의 안락사로 사용된다.
	소극적 (간접적)	(4) 비자의적 소극적 안락사	생명유지장치를 철회하여 죽게 내버려 두는 경우이다. 최근의 연명의료결정과정에서 존엄사라는 용어를 사용한다.

## 2. 존엄사

안락사, 존엄사, 의사조력자살, 무의미한 연명의료 중단 등 최근 죽음과 관련된 용어들이 서로 개념에 대한 규정과 구분이 없이 사용되고 있다. 이 용어들에 대한 이해

12) 광혜원, 『존엄한 삶, 존엄한 죽음』, 253

13) 치료의 보류(withholding treatment)는 치료를 시작하지 않은 것이며, 치료의 중지(withdrawing treatment)는 이미 시작된 치료를 더 이상 하지 않는 것이다. 치료의 중지가 치료의 보류보다 심리적으로는 더 어려울 수 있지만 실제적으로 도덕적인 차이는 없다. Mark W. foreman, 『Christianity & Bioethictics Confronting Clinical Issues』, Wipf and Stock Publishers, 2011, 117

의 부족과 오용이 죽음을 대하는 우리나라의 사회적, 제도적 취약성을 드러내고 있다고 볼 수 있다. 이들을 제대로 이해하기 위해 함께 논의해 나가는 노력이야말로 우리 국민의 죽음의 질 개선을 향한 가장 확실한 출발점일 것이다.

존엄사는 혼수상태의 환자뿐만 아니라 소생이 불가능한 모든 환자에게 의미 없는 연명치료를 더 이상 시행하지 않는 것이다. 종종 안락사와 혼동되어 사용되어온 존엄사의 공식적인 용어는 ‘말기환자의 무의미한 ‘연명치료의 중단’<sup>14)</sup>이다. 그러면 안락사와 존엄사의 관계는 어떻게 볼 수 있을까? 그것은 안락사를 어떻게 보는가에 따라 달라질 수 있다. 안락사와 존엄사의 차이는 죽음에 이르는 상태에서 인위성의 여부에 따라 달라진다. 인위적 죽음은 치료가 불가능한 질병으로 고통 받는 환자가 요구할 때 직접적 또는 간접적인 방법으로 죽음에 이르게 하는 행위이다. 그에 반해 존엄사는 자연스런 죽음에 이르도록 돕는 것이다. 안락사 중에서 자의적 소극적 안락사는 임종기의 환자가 치료거부로 자연스런 죽음에 이르는 것에 해당하므로 자연사라라고 볼 수 있다. 다만 소극적 안락사는 환자의 생명유지에 필수적인 영양공급을 중단하는 반면, 존엄사는 수분과 영양공급을 유지하면서 환자가 자연사하도록 유도하는 것이다.<sup>15)</sup> 존엄사 논쟁에 가장 문제가 되는 경우는 비자의적 소극적 안락사인데 식물인간의 상태에 있는 환자의 경우이다. 식물인간은 의식은 없으나 몸은 살아 있는 상태다. 식물인간은 생명유지장치를 중단하면 곧 죽음에 이를 수밖에 없는 경우이다.

일반적으로 말하는 존엄사(death with dignity)란 불치의 병이나 장애로 인해 의식 불명이나 심한 고통 상태에 있는 환자에 대하여 연명만을 목적으로 하는 치료를 중지하고, 인간으로서의 명예를 유지하면서 죽을 수 있게 해야 한다고 하는 견해 또는 그와 같은 죽음이라고 할 수 있다. 이 말은 미국의 카렌 킴란<sup>16)</sup>의 치료 중단을 요구한 부모의 주장이 인정된 재판에서 생겨난 말이다. 위의 <표2> 안락사 유형에서 존엄사에 해당하는 것은 (2)와 (4)이다. (2)는 환자본인이 더 이상 무의미한 치료를 요구하는 경우이며 이 경우는 자연사에 해당한다. 왜냐하면 죽음의 원인이 질병이기 때문이다.

14) 지금까지는 ‘말기환자의 무의미한 연명치료의 중단’이라는 말을 써 왔는데, 2013년 8월1일 국가생명윤리위원회가 ‘임종기 환자의 연명치료결정’이라는 표현을 사용할 것을 권고하였다. 그 이유는 ‘말기’보다 ‘임종기’가 더 정확한 표현이고, ‘무의미한’이라는 단어 자체가 가치중립적이지 않기 때문이다. 또한 긍정의 이미지를 지닌 ‘치료’를 하지 않겠다는 것이 비윤리적인 것으로 잘못 받아들여질 소지가 있으며, 의사 입장이 일방적으로 반영된 ‘중단’이라는 표현보다는 환자의 입장이 반영된 ‘결정’이라는 용어가 더 적합하기 때문이다.

15) 곽혜원, 『존엄한 삶, 존엄한 죽음』, 253

16) 1975년 4월 11일 ‘카렌 킴란’ Karen Quinlan(21세)은 몇 알의 약을 먹은 뒤 친구의 생일 파티에 참석해 술을 마시고 혼수상태에 빠졌다. 그녀는 뉴저지에 있는 성 클라라 병원에서 6개월 간 정맥 주사와 인공 호흡기로 연명하는 식물 상태가 되었다. 그의 부모는 소생이 불가능하다는 의사의 판단과, 가톨릭 전통에서는 희망이 없는 환자에게 인공호흡기를 사용하는 예외적 수단을 쓰면서 연명해야 할 윤리적 의무가 없다는 본당 신부의 윤리 신학적 해석에 고무되어 품위와 존엄 속에 죽을 수 있도록 인공호흡기의 제거를 요청했다. 그러나 담당의사는 인공호흡기 제거를 거절하였다. 이 문제는 법정으로 옮겨졌고 지방 법원은 인공호흡기 제거는 명백한 살인 행위라고 판결하였다. 그 후 1976년 3월 31일, 뉴저지주 대법원은 헌법에 보장된 사생활 보호권의 관점에서 의사와 병원 당국이 찬성한다면 가족들의 뜻에 따라 인공 호흡기를 제거해도 좋다는 판결을 내렸다. 1976년 5월 23일 인공호흡기가 제거되었다. 그러나 카렌 킴란은 인공호흡기의 도움 없이 10여 년을 살아 있다가 1986년 6월 13일에 사망하였다.

출처 <http://cafe.daum.net/ajounursing3team>(2013년 4월 5일)

(4)가 일반적으로 말하는 존엄사에 해당한다. 식물인간처럼 의식이 없고 단지 몸만 살아 있는 상태에서 연명의료장치를 제거하고 죽게 내버려 두는 경우를 말한다. 존엄사는 환자에 따라서 인공호흡기로 인한 고통을 덜어 주고 환자가 자연스럽게 죽음에 이를 수 있도록 하는 조치이다.<sup>17)</sup> 실질적 안락사의 경우 관련한 용어를 정리하면 <표2>와 같이 정리할 수 있다. (1)의 경우엔 케보키언<sup>18)</sup>의 경우처럼 의사의 도움으로 죽음에 이르게 하는 경우로 의사조력자살에 해당한다. 이것은 환자가 행위자가 되므로 형식적으로는 자살에 해당하나 실질적으로는 적극적 안락사에 해당한다. 의사조력자살은 다음절에서 별도로 논의하겠다. (3)의 경우는 자비로운 살인(mercy killing)으로 위의 안락사의 요건 5가지 조건을 충족시킨다는 점에 있어서 안락사와 같으나, 그 행위자가 누구인가에 따라 다르다. 즉, 가족이나 친척에 의해 이루어진 죽음은 자비로운 살인에 해당하고, 의사에 의해서 이루어진 죽음은 안락사에 해당된다.<sup>19)</sup>

존엄사는 안락사의 한 형태로 일반적으로 소극적 안락사를 미화시키는 용어로 사용되어 왔다. 그러나 존엄사는 그 의미와 의도에서 안락사와는 다른 개념이다. 종종 안락사와 혼용되는 존엄사를 가리키는 공식적인 용어는 ‘말기환자의 무의미한 연명치료 중단’<sup>20)</sup>이다. 존엄사는 말기 환자가 돌이킬 수 없는 죽음에 임박했을 때 생명을 연장하거나 환자의 삶의 질을 높이는데 의학적인 행위가 의미가 없다고 판단되는 경우 연명적 의료행위를 중단하는 것이다. 존엄사는 인간적인 삶을 살 수 있도록 의학적 치료에 최선을 다했음에도 불구하고 돌이킬 수 없는 죽음이 임박했을 때 의학적으로 무의미한 연명의료를 중단함으로써 질병에 의한 자연적인 죽음을 받아들이는 것이다. 일반적으로 소극적 안락사와 존엄사의 차이는 인위적인 죽음의 여부에 달려 있다. 죽음이란 자연적 질서에 따르는 것이지, 인간의 선택사항이 아니라는 것이 존엄사가 견지하는 입장이다.<sup>21)</sup> 그런데 식물인간의 경우에도 안락사의 개념의 사용이 가능한 것인가? 안락사가 편안한 죽음만을 상징한다면 식물인간에게도 적용할 수 있을 것이다. 왜냐하면 식물인간은 고통에 대한 의식이 없기에 어떤 죽음도 편안한 죽음으로 맞이할 수가 있기 때문이다. 그러나 ‘최선의 이익’이란 관점에서 본다면 식물인간의 가족

17) 곽혜원은 소극적 안락사와 존엄사의 차이를 영영공급의 유무로 보고 있다. 소극적 안락사는 영양공급을 중단하는 것이며, 존엄사는 생명유지에 필요한 영양은 공급해야 한다고 말한다. 그러나 오히려 영양공급이 상태를 악화 시키는 경우에는 조심스럽고 세심하게 대처해야 한다고 본다. 곽혜원, 『존엄한 삶, 존엄한 죽음』, 253

18) ‘잭 케보키언’ J. Kevorkian은 ‘머스트론’mercitron(환자가 스스로 치사량의 약물을 주입하여 자살을 돕는 기계)을 발명하여 1990-1998년에 130여명의 환자를 안락사시킴으로써 ‘죽음의 의사’로 불렸다. 이후 그는 네 차례나 살인혐의로 기소되었지만, 번번이 증거 불충분으로 석방되었다. 구치소에 수감당할 때마다 그는 “나는 인간의 존엄성을 위해 나의 일생을 바쳤다”면서 자신의 행위가 신념에 바탕을 둔 정당한 행위임을 주장하기도 했다. 곽혜원, 『존엄한 삶, 존엄한 죽음』, (새물결 플러스, 2014), 261

19) 김상득, 『생명의료 윤리학』, 294

20) 지금까지는 ‘말기환자의 무의미한 연명치료의 중단’이라는 말을 써 왔는데, 2013년 8월 1일 국가생명윤리위원회가 ‘임종기 환자의 연명의료 결정’이라는 표현을 사용할 것을 권고하였다. 그 이유는 오해의 소지가 많은 ‘말기’보다 ‘임종기’가 더 정확한 표현이고, ‘무의미한’이라는 단어 자체가 가치중립적이지 않기 때문이다. 또한 긍정적 의미를 지닌 ‘치료’를 하지 않겠다는 것이 비윤리적인 것으로 잘못 받아들여질 소지가 있으며, 의사 입장이 일방적으로 반영된 ‘중단’이라는 표현보다는 환자 입장이 반영된 ‘결정’이라는 용어가 더 적합하기 때문이다. 곽혜원, 『존엄한 삶, 존엄한 죽음』, 250

21) 곽혜원, 『존엄한 삶, 존엄한 죽음』, 267



과 주변사람들에게는 최선의 이익이 될지 모르나, 식물인간에게 무엇이 최선의 이익인지 물을 수는 없기에 안락사가 최선의 이익이 되는지 판단 할 수가 없다. 따라서 식물인간의 경우는 본인의 최선의 이익을 가족이나 의사 등 주변사람이 대리해야 하는데 그 것이 식물인간 자신에게도 최선인지는 알 수 없으므로 안락사가 허용되어야 하는지에 대한 문제가 남는다.

#### IV. 연명의료중단의 찬성 논거

##### 1. 환자의 자율성

존엄사와 관련된 윤리적 정당성 문제는 자율성 존중의 원칙과 연관성이 있다. 자율성 존중의 원칙은 자기 신체에 발생하는 모든 일에 대하여 자신이 결정할 권리를 지니고 있으며 그러한 권리는 존중되어야 한다는 원칙이다. 자율성 존중의 원리에 따르면 모든 인간은 존엄하게 죽을 권리가 있다는 것을 인정하게 된다.<sup>22)</sup>

그런데 환자의 자율성은 환자에게 이익이 되는 경우에 한하여 존중되어야 한다. 의사는 환자의 자율성을 존중해야 하는 의무 뿐 아니라 환자의 이익을 최우선적으로 고려하는 의무가 있기 때문이다.<sup>23)</sup> 그런데 이 두 의무가 서로 충돌하는 경우 의사는 자율성의 존중보다 환자의 이익을 더 우선적으로 고려해야 한다.

자율성에 대한 판단기준이 모호한 경우가 있다 자율성은 자유롭고 합리적인 결정이 되려면 누구의 간섭도 받지 않고, 오직 자신의 신념에 따르는 결정이 되어야 한다. 그러나 환자의 자율권이란 더 살고 싶지만 가족에 대한 경제적 심리적 부담 등으로 스스로 희생하는 쪽으로 선택할 수 있다. 그리고 환자는 심신이 약해져 있는 상태에서 판단을 내려야 하므로 자율적 판단으로 보기 어려운 점도 있다.

따라서 자율성 존중의 원칙은 인간은 스스로 책임지는 인격이라는 기초위에서 생명 존엄이라는 보다 큰 가치의 실현을 위하여 행사될 때에만 정당화 될 수 있다. 죽기 위한 권리가 아니라 살기 위한 권리가 우선시 되어야 한다.<sup>24)</sup> 죽음에 대한 자기 결정권은 자신의 생명이 존엄성과 유일성을 고려한 최종적인 판단이 되어야 한다.

##### 2. 삶의 질에 대한 문제

의료기술의 발달은 질병의 치료뿐만 아니라 인간의 수명도 연장시키면서 삶의 질도 크게 향상 시켰다. 그런데 의료기술의 개입은 고통스러운 죽음의 연장이라는 새로운 딜레마를 안겨 주었다. 삶의 질로 판단해 볼 때, 어떤 의미도 부여할 수 없는 힘들고 고통스러운 삶을 단순히 연장시키는 치료를 계속하는 것은 환자의 삶의 질을 떨어뜨

22) Noman L. Geisler, Christian Ethics (Michigan: Baker Book House Company, 1989), 158

23) 김익현은 도덕적 행위자에 의한 자의적 안락사는 생명권의 포기가 자신의 최선의 이익이 되는 특정한 조건 하에서는 도덕적 행위자가 갖는 기존의 권리로써의 생명권과 충돌 없이 행해질 수 있다고 보았다. 김익현, “도덕적 지위와 안락사”, 한국철학사상연구회, 『시대와 철학』, 2006.68

24) 모든 인간 존재는 삶을 지속하려는 자연적 경향을 가지고 있는데, 삶을 종결시키는 행위는 이러한 자연적 생존목적에 파괴하는 것이다. J. Gray-Williams, “The Wrongfulness of Euthanasia”, Daniel Bonevaced. Today’s Moral Issues (Boston: Mc-Graw-Hill Companies), 367

릴 뿐 아니라 비인간화시킬 가능성이 있다. 환자가 지속적으로 당할 극심한 고통과 비인격화의 과정을 고려할 때 환자 자신과 그의 가족이 원할 경우 생명을 인위적으로 지속시키는 특수 장치들을 제거하고 자연스럽게 죽음을 맞이하도록 하는 것이 오히려 바람직할 수 있다.

또한 삶의 질로만 판단할 경우 무의식 환자의 생명은 더 이상 가치가 없으며 그러한 환자를 죽이거나 죽도록 방치하는 것은 해악이기 보다는 혜택일 수 있다는 것이다.<sup>25)</sup> 그러나 이는 생명 존엄성을 무시하게 될 위험성이 있다.

### 3. 고통의 문제

의사는 환자의 육체적 통증뿐만 아니라 정신적 고통까지도 고려해야한다. 환자들이 느끼는 고통은 복합적이고 지속적이다. 슬픔, 외로움 같은 감정적인 고통, 막대한 치료비로 인한 경제적인 및 가족들에 대한 정신적 부담감이나 죄책감 등의 여러 가지 복합적인 고통에 환자들은 지속적으로 노출된다. 이러한 여건에서 말기환자들은 존엄사를 심각하게 고려하게 된다.<sup>26)</sup>

이러한 상황에서 극심한 고통이 지속되는 불가피한 죽음의 과정을 조금 더 앞당겨 환자의 고통을 단축시키고 품위 있게 죽도록 허용하는 일은 사랑이 동기가 된 자비로운 행동 일 수 있다. 환자의 입장에서 보더라도 견딜 수 없는 극심한 고통을 당하면서 인위적으로 생명을 연장하여 다른 이들에게 부담이 환영받지 못하는 존재가 되기를 원치 않는다.

그러나 견딜 수 없는 고통이라는 말은 쉽게 정의내릴 수 없으며, 매우 주관적인 개념이다. 신경생리학자 및 심리학자들에 의하면 통증의 정도는 상대적이며 누구에게나 적용될 수 있는 객관적인 통증지수는 없다.<sup>27)</sup> 또한 현대 의학의 발달로 극심한 통증을 유발하는 수많은 질병들이 치유가능하게 되었고, 말기 환자의 통증도 조절할 수 있는 시점에 이르렀다.<sup>28)</sup> 말기암 환자를 대상으로 한 조사에서 장기간 진통제를 투여 받은 환자 중 50% 이상이 플라시보(placebo)효과로도 통증이 적절히 조절될 수 있었다.<sup>29)</sup>

따라서 고통을 제거하는 행위가 생명보다 더 상위의 개념의 선이라고 할 수는 없다. 비록 의사가 환자의 고통을 덜어주려는 순수한 마음으로 존엄사를 선택했다고 하더라도, 생명을 단축시키면서 고통을 덜어주는 것은 윤리적으로 허용될 수가 없다. 고통에 대한 진정한 해결책은 존엄사의 합법화가 아니라 더 나은 고통완화방법을 통한 환자에 대한 배려와 관심이 되어야 한다.

---

25) William E. May, *Catholic Bioethics and the Gift of Human Life*, (Huntington: Our Sunday Visitor, Inc, 2000), 243

26) 원준희, 『생명윤리의 고민: 삶과 죽음의 문제』, 생명의 말씀사, 1997. 209

27) 임종식, “안락사는 정당화 될 수 있는가?”, 『과학사상』28호, 범양사, 1999년 봄(2월), 113

28) 고통완화를 위한 효과적인 방법으로는 약물치료법 외에 방사선, 렌트젠선, X선 치료법, 호르몬 투여법 등의 다양한 방법이 있다. 문성학, 『현대인의 삶과 윤리』, 242~243

29) 구영모, 「안락사의 도덕성 허용여부」, 153~154

## V. 연명의료결정의 반대 논거

### 1. 생명존중원칙의 우선성

존엄사와 관련된 윤리적 판단은 환자입장에서 존중 받아야 할 자율성 존중의 원칙과 의사의 입장에서 환자의 존엄한 죽음을 도와 주어야 할 선행의 원칙과 생명존중의 원칙 사이의 대립과 긴장관계에서 발생한다. 자율성 존중의 원칙은 존엄사찬성의 논거로 제시되며, 생명존중의 원칙은 존엄사 반대의 주요 논거로 제시된다. 이러한 원칙들이 서로 충돌할 경우 어떤 원칙이 우선하는지 판단하는 것은 쉽지 않은 일이다. 그러나 이 가운데서 가장 우선되어야 할 원칙은 생명존중의 원칙이다. 아무리 고통 가운데 있는 환자가 죽음을 원하고(자율성 존중의 원칙), 그의 간절한 소망을 들어 주어야 하는 의무(선행의 원칙)가 있다고 할지라도 그 도움이 결과적으로 환자의 생명을 종결시키는 상황으로 이끌어 진다면 이는 생명존중의 원칙에 위배된다. 따라서 생명존중의 원칙은 생명종결에 대한 자율권보다 더 근본적이며 본질적인 가치로 판단되어야 한다.

기독교생명윤리는 생명은 신성하며 결코 침해될 수 없다는 성서적 가르침에 기초하고 있다. 인간생명의 존엄성은 하나님의 형상으로 인간이 창조되었다는 사실에 근거한다(창 1:27). 하나님의 형상으로 창조된 인간은 본성 자체에 본질적으로 부여된 내재적 존엄성(intrinsic dignity)을 갖는다. 이 존엄성은 인간 자신의 노력과 성취에 의해 주어진 것이 아니라 본래부터 하나님께로부터 부여된 것이다. 따라서 인간생명은 그 어떤 가치와도 비교될 수 없는 존엄한 가치를 지닌다.<sup>30)</sup>

그러므로 생명의 존엄성이 생명종결에 대한 자기결정권보다 더 상위개념으로 판단되어야 한다. 따라서 인간 스스로 자신의 생명을 포기하거나 종식시킬 권리는 없다.

### 2. 삶에 대한 책임성

성서적 관점에 따르면 인간의 생사여탈권은 오직 하나님에게만 있다. 생명주권사상은 인간 생명의 신성성과 불가침성을 강조한다. 인간은 단지 생명을 관리하는 청지기에 지나지 않는다. 따라서 인간 스스로 생명의 주인이 되어 죽음을 인위적으로 재촉하거나 죽도록 방치하는 행위는 용납할 수 없다.

우리는 생명주권사상을 통해서 생명에 대한 진정한 책임의식을 갖게 된다. 생명종결에 관한 결정은 오직 하나님께 속한 영역이며, 인간에게는 하나님의 뜻을 존중하고 수용할 책임과 의무만 있을 뿐이다.

그런데 치유 불가능한 상태로 급격히 악화되어가는 환자의 경우, 특수한 연명장치가 죽어가는 상황을 역전시킬 수 없고 오히려 고통만 증가시키거나 지속시킨다면, 인위적인 특수 연명장치의 중단을 신중하게 고려할 필요가 있다.

생존에 대한 욕심에서 벗어나지 못해 첨단 의료기술을 동원하여 수단과 방법을 가리지 않고 생명을 연장시키려고 발버둥치는 것은 자칫 생명의 청지기가 아니라 생명

30) 우재명, “안락사와 연명의료중단의 윤리”, 132 ; 『기독교사회윤리』 제17집, 2009, 176. 재인용

의 주인이 되고자 하는 잘못을 범할 수 있기 때문이다.<sup>31)</sup>

연명의료중단과 연관된 특수한 상황에서는 하나님의 뜻인 자연적인 죽음을 어느 시점부터 정해야 할 것인지 모호한 경우가 있다. 비록 생명주권사상을 인정하더라도 회복 불가능한 환자에게서 생명연장장치를 통해 인위적으로 계속 연장시킬 것인가 아니면 특수장치들을 제거하여 자연스러운 죽음을 맞이할 것인가에 대한 의학적인 판단은 의사가 할 수 밖에 없다. 의사들의 판단은 임상적인 것이며, 의사도 한계를 지닌 인간이기에 오류를 범할 수가 있다. 최종적인 결정은 사전에 의사의 충분한 설명을 들은 환자 자신이 해야 하나, 환자가 의사표현을 못할 경우, 가족들의 동의를 얻어 ‘병원 윤리위원회’에서 내려져야 한다. 이 위원회는 종교인, 윤리학자, 의사, 변호사 등으로 구성되어 연명의료중단에 대해 환자의 입장에서 판단을 해야 할 것이다. 이는 무엇이 환자에게 최선의 이익이 될 것인지, 무엇이 하나님의 뜻과 섭리인지에 대한 합리적이고 합의된 의견을 반영할 수 있다는 장점이 있다.

### 3. 고통의 완화

환자의 고통은 크게 육체적인 고통과 정신적 고통으로 나누어 볼 수 있다. 환자의 육체적인 고통이 의료행위를 중단해야 하는 강력한 근거라면 우리는 사람들이 고통을 끝내도록 반드시 그들을 죽여야 할 만하다.<sup>32)</sup> 하지만 진통제의 사용으로 고통은 줄일 수가 있다. 우리나라의 진통제 사용은 다른 선진국보다 현저하게 적은 양을 사용한다. 우리는 호스피스 완화의료의 확대로 육체적 고통을 경감시키고 정신적인 고통까지도 돌보는 길을 택해야 할 것이다. 그리스도인은 ‘고통으로부터의 자비적인 구원’으로 묘사하는 주장에 더 끌리는 경향이 있다. 우리 모두는 사랑하는 사람들의 고통을 충분히 해결해 주지 못하는 한계를 알고 있다. 그러나 그리스도인들의 동정심을 지배하는 원칙은 “고통의 최소화”가 아니고 “보살핌의 극대화”이다. 우리의 임무는 고통받는 사람들을 포기하는 것이 아니라 그들이 그들 자신의 이야기를 살아낼 수 있도록 그들을 위해 “보살핌의 극대화”하는 것이다. 고통 받는 사람들을 포기하지 않으려는 바로 그 깊은 헌신이 현대 의학 발전의 강력한 동력이 되어왔음을 상기할 필요가 있다.

## VI. 연명의료중단의 기독교 생명윤리적 판단기준

### 1. 죽음의 기준

의학적으로 죽음의 기준은 뇌사와 심폐사로 나누어 볼 수 있다. 뇌사는 뇌의 기능이 완전히 정지된 상태와 뇌의 일부가 손상된 소위 말하는 식물인간의 상태가 있다.

31) 생기론(vitalism)은 환자의 생명을 단축시키는 것은 인간생명이 지닌 절대적 도덕 가치를 훼손하는 것이기 때문에 잘못이라는 주장이다. 그들은 생명을 연장시키는 치료에 뒤따르는 환자의 고통과 초과 비용에도 불구하고 생명은 계속 유지되어야 한다고 주장한다. 생명주권사상은 생기론이 주장하는 생명지상주의와는 분명히 구분되어야 한다. John Keown, 『Euthanasia, Ethics and Public Policy』, (Cambridge University Press Press, 2002), 39

32) Gilbert Meilaender, 박재현, 이일학 옮김, 『기독교적 관점에서 본 생명윤리』, 킹덤 북스, 2014, 111

임상적으로 뇌사는 최대한 2주안에 심폐사에 이른다라는 것을 알게 되었다. 식물인간은 의식은 없지만 몸의 자율적인 기능을 하는 경우를 말한다. 심폐사는 호흡, 심장, 뇌가 죽은 상태로 의학적으로 죽음으로 본다. 기독교윤리적으로는 볼 때 심폐사는 영혼과 몸이 죽은 완전한 죽음의 상태이나, 뇌사 상태는 아직 물리적으로 살아있는 상태이다. 엄밀히 말하면 뇌사는 죽어가는 과정의 일부분이다. 현대 의학이 밝혀낸 바와 뇌사에 이르면 최대한 2주내에 심폐사에 이르게 된다. 그런 점에서 뇌사는 어떤 사람에게서는 죽음에 이르는 과정의 하나인 것이다. 어떤 이들은 뇌사 단계를 거쳐 생물학적인 죽음에 이르고, 또 어떤 이들은 뇌사 단계를 거치지 않고 심폐사와 함께 뇌기능의 정지를 경험하게 되는 것이다. 그런데 뇌의 기능 일부만이 정지된 사람은 뇌사 상태에 있는 것도 아니다. 더 나아가 이런 뇌사자와는 다른 소위 말하는 식물인간 상태에 있는 사람은 전혀 죽은 것이다.

## 2. 무의미한 치료에 대한 판단기준

무의미하게 생명을 인위적 방법으로 연장시키기 위해 특수한 의료장치에만 의존하는 것은 생명존중이라기 보다는 의료집착에 가깝고, 삶의 연장이 아니라 오히려 죽음의 과정만을 연장시켜 결과적으로 환자의 고통과 지나친 의료비용만을 초래하게 될 수도 있다.<sup>33)</sup>

연명의료결정에서 무의미한 치료인지 아닌지의 여부에 대한 첫째 판단기준은 일반적 치료수단(ordinary mean)과 특수한 치료수단(extraordinary mean)의 구분이다. 일반적 치료수단이란 ‘그것을 행함으로써 환자의 예후에 어느 정도의 도움이 되며 경제적 부담 및 불편을 주지 않는 모든 약제 치료 혹은 수술’이며, 특수한 치료수단이란 ‘상당한 통증이나 비용 혹은 불편이 반드시 포함되며 환자에게 상당한 이익이 된다고 기대하기 어려운 모든 약제치료 및 수술’을 의미한다.<sup>34)</sup> 따라서 일반적 치료수단에 의지해서 살 수 있는 환자에게서 그러한 수단을 의도적으로 제거함으로 인해 환자가 사망에 이르렀다면 이는 의료사고에 해당되며 의료진에게 그 책임을 물을 수 있다. 반면 부자연스럽고 특수한 치료수단에 의해 생명을 인위적으로 연장시키는 환자에게서 그러한 수단을 제거함으로써 환자가 사망하게 된다면 자연사로 간주된다.<sup>35)</sup>

그러나 최근 의료기술의 발달에 따라 이러한 구별은 연명치료중단을 위한 하나의 객관적인 기준이 되지 못한다. 산소조절(administration of oxygen)이나 링거주사에 의한 영양공급(intravenous fluids), 산소호흡기와 심폐기구(heart-lung machine)

33) 한사람이 평생 쓰는 의료비 중에서 30% 내지 50%를 생애의 마지막 순간에 써 버리는 것으로 보고 되고 있다. 이종원, 「기독교 생명윤리적 관점에서 본 소극적 안락사」, 한국대학선교학회, 『대학과 선교』 12집, 2007, 277

34) 정유석, 「의사가 말하는 존엄사」, 41. 전통적인 입장에 따르면 일반적인 치료 수단을 사용할 도덕적 의무가 있으며 특수 치료 수단의 사용을 거부할 수 있다. 특수치료 수단이란 지나친 비용이나 고통 혹은 불편함을 야기 시키며 비록 사용하더라도 효과가 확실하지 않은 약, 치료, 수술 등을 의미한다. 치료거부의 경우 죽음의 원인은 질병과 그에 따른 수많은 부수현상들이다.

35) 문성학, 『현대인의 삶과 윤리』, 233. 칼라한(D. Callahan)은 우리가 환자의 자연적 삶의 기간을 존중해야 하지만 인위적으로 환자의 생명을 연장시키기 위해 인공호흡장치(respirator)와 영양 튜브(feeding tubes)와 같은 강제저긴 수단을 사용하는 것은 바람직하지 못하다고 보았다.

등은 과거에는 특수한 치료방법이지만 지금은 일반적인 치료방법이 되었다.<sup>36)</sup> 또한 현시점에서는 특수한 치료방법이지만 의료기술이 발달에 따른 일반화로 말미암아 평범하고 일상적인 치료방법이 될 가능성이 높다. 따라서 특수한 치료법과 일반적인 치료법은 치료의 무의미성을 판단하는 하나의 기준에 불과하다.<sup>37)</sup>

둘째 판단기준은 환자에게 어떤 치료방법이 보다 더 적합한지를 고려하는 방법이다. 환자 개인의 형편이나 상황에 따른 치료의 편리성, 치료로 인해 산출되는 고통과 비용은 다르다. 따라서 사용될 치료법의 유형, 그 복합성과 위험성의 정도, 사용 가능성과 비용을 검토하고, 이러한 요소들을 통해 기대될 수 있는 결과와 비교하여 치료수단을 결정하는 것이 바람직하다.

세 번째 판단 기준은 무엇이 환자에게 이익이 되는가하는 것이다. 이에 대한 기준으로는 첫째, 생명유지를 지속하거나 새로운 특수 의료장치나 처방을 새롭게 시작하게 될 때 손실보다 얻게 될 환자의 유익이 우월하다고 예상될 경우이며 둘째, 생명유지에 뒤따르는 부작용이 없어야 하며, 고통이 줄어들 것으로 예견되는 경우에 해당된다. 그러나 생명유지치료 자체가 비인도적이라고 판단되는 경우 연명치료의 중단여부를 심각하게 고려해 보아야 한다.

### 3. 과도한 의료행위의 기준

지나친 의술의 개입은 자연스럽게 죽어가는 과정을 인위적으로 연장시킴으로써 의료행위의 본래의 목적과는 상반되는 결과를 빚을 수도 있다.<sup>38)</sup> 의료기술이 개입되지 않았다면 이미 자연 상태로 죽음에 이르렀을 상황인데, 오히려 의미 없는 고통만을 지속시키는 결과를 발생시켰다면 애초에 개입하지 않는 것이 더 나을 것이다. 편안한 죽음이 아니라 의미 없는 고통만을 연상시킬 뿐이기 때문이다. 과도한 의료행위란 시행되는 치료행위부터 얻어지는 예상되는 결과가 부적절할 뿐만 아니라 그러한 치료행위가 환자나 가족에게 지나친 부담을 주기 때문에 더 이상 환자가 처한 실제적인 의료상황에 도움을 주지 못하는 경우를 말한다.<sup>39)</sup> 이동익은 임종환자에게 과도한 의료장치로 생명을 인위적으로 연장시키는 것은 치료의 한계를 넘어서는 의료집착으로 보았다.<sup>40)</sup> 필요 이상의 과도한 의료행위를 포기하는 의미에서의 연명치료의 중단은 환자로 하여금 자연스러운 죽음을 맞도록 이끈다는 점에서 치료의 포기라기보다는 의료집착 행위의 유보 내지 포기로 보아야 할 것이다.

36) F. A. Schaeffer & C. E. Koop, 김재영 옮김 『그리스도인의 생명윤리』(한국로고스연구원), 1995, 125

37) 이종원, 「기독교 생명윤리적 관점에서 본 소극적 안락사」, 283, 치료가 무의미하다는 말은 회복불가능하다는 말이며, 의학적으로는 돌이킬 수 없는 죽음의 단계에 가까이 들어섰다는 의미이다. 그러나 이러한 판단은 현재의 의료수준을 기준으로 할 수밖에 없으며, 의사의 주관적 판단이 개입될 수밖에 없다.

38) G. Dworkin, R. G. Frey, Sissela Bok, *Euthanasia and Physician-Assisted Suicide* (Cambridge: Cambridge University Press, 1980, 118.

39) 우재명, 「안락사와 연명치료중단의 윤리」, 132; 『기독교사회윤리』 제17집, 2009, 176. 재인용

40) 이동익, 『생명의 관리자』(가톨릭출판사, 2003), 266~267, 이동익은 더 나아가 치료 불가능한 환자에 대한 지나친 의료장비를 통한 집착은 의료폭력이라고 보았다. 이동익, 같은 책, 271

따라서 회복이 불가능한 질환을 가진 환자가 중환자실에서 인공호흡기와 각종 생명 유지 장치에 몸을 맡긴 채 무의미한 생명연장을 지속하는 것 보다는 가족들이 지켜보는 가운데 하늘나라로 가게 하는 것이 더 성서적이다.<sup>41)</sup> 그러나 이 경우에도 환자의 생명유지를 위한 수분과 영양공급, 그리고 환자로 하여금 청결한 위생 상태를 유지하도록 배려하고, 통증을 경감시키기 위한 완화치료와 인격적인 돌봄은 계속 유지되어야 한다.

## VII. 연명의료결정에 대한 기독교생명윤리의 실천적 대안

### 1. 사전의료지시서

사전의료지시서(advance directive)는 판단능력을 상실한 경우를 대비해 소생이 불가능할 경우 무의미한 연명 치료를 하지 말되 통증을 완화시키기 위한 조치는 최대한 해 줄 것 등 진료와 치료 내용에 대한 자신의 소망을 문서에 적고 서명을 해두는 것이다. 사전의료지시서는 연명치료술과 심폐소생술 등의 불필요한 의료조치를 회복가능성이 없는 환자에게는 하지 않도록 미리 조치한다. 의료계에서는 환자의 자율적인 선택에 의해 불필요한 의료행위를 줄이고, 더 나아가 임종 시 발생할 수 있는 법적 갈등을 피할 수 있다.<sup>42)</sup>

사전 의료지시서를 작성하기에 앞서 먼저 죽음에 대한 교육이 이루어져야 한다. 죽음에 대한 교육이 이루어진 후에 품위 있게 죽음을 맞이하는 방법을 미리유서형태로 작성해 두는 것이 좋다. 죽음이 임박한 환자를 눈앞에 두고 연명치료를 계속할 것인지 아니면 중지할 것인지 의료관계자와 가족이 고민에 빠지게 하기보다, 당사자가 평소에 자신이 원하는 죽음과 삶에 대해 명확한 입장을 세우고 주위 사람들에게 분명하게 의사표시를 해 두고, 이를 문서로 작성해 두면 혼란이 줄어들게 될 것이다.<sup>43)</sup>

장기적으로 미래세대에게 죽음에 대한 교육을 해야 앞으로 죽음에 대한 혼란이 줄어들고 바람직한 죽음의 문화를 열어갈 수 있을 것이다. 이를 위해 초·중등학교 교육과정에 죽음의 이해와 죽음을 맞이하는 방법에 대한 내용을 포함시켜야 한다.

사전의료지시서의 도입과 생전유서를 작성하는 것은 죽음에 임박해 혼란을 줄이는데 좋은 방법이지만 이와 별도로 존엄사와 연관된 연명의료중단의 무분별한 오남용을 방지하기 위한 현실적인 조치들이 필요하다. 이를 위해서는 미국의 자연사법등 외국의 사례들을 참고하여 우리의 현실에 맞는 가이드라인과 지침들을 마련하는 것이 바람직하다.

41) 정유석, 「의사가 말하는 존엄사」, 44-45. 『기독교사회윤리』 제17집, 2009, 176. 재인용

42) 의사결정능력이 있는 말기환자가 생명연장 의료처치를 거부할 수 있는 권리를 보호하기 위하여 미국의 많은 주에서는 생전유언(living will)의 규정을 포함하는 자연사법(natural death act)을 제정하였다. 이인영, 「비교법논문 : 미국의 자연사법 규범과 의료인의 면책규정이 주는 시사점」, 한국비교형사법학회, 『비교형사법연구』, 2008, 488

43) 오진탁, 「죽음을 맞이하는 방식」, 중국철학회, 『중국철학』, 2002, 250

## 2. 호스피스를 통한 완화치료

환자의 고통에 대한 대안은 존엄사가 아니라 최대한의 통증조절과 환자의 심적, 정신적 슬픔과 고통을 덜어주려고 애쓰는 호스피스를 통한 통증완화치료라고 할 수 있다. 적절한 호스피스를 통한 접근은 전문적인 상담을 통해 말기 환자의 육체적 정신적 고통을 완화시킴으로써 환자로 하여금 자연스럽게 죽음을 맞이하도록 도울 수 있다.

완화치료는 죽음이 임박한 중환자들의 고통을 덜어주기 위한 소극적 고통완화 치료 방식이다. 이는 라틴어의 'alliare(덜는다)'라는 말에서 유래 되었다.<sup>44)</sup> 말기환자에게 적극적 치료를 중단하고 통증완화조치만을 취하면서 환자가 자연사할 때까지 돕는 방식이다. 완화치료는 삶을 긍정하고, 죽음을 자연스런 과정으로 이해하며, 죽음의 과정을 서두르지도 그렇다고 연장하지도 않는다.<sup>45)</sup>

무의미한 치료를 위한 인위적인 생명연장 장치가 오히려 죽어가는 임종환자에게 고통, 불안, 그리고 혼란의 원인이 될 수 있다. 죽어가는 임종환자는 비록 혼수상태에 빠질지라도 자신에게 무슨 일이 일어나는지 온전하게 의식할 수 있다. 따라서 죽기 전에, 죽어 갈 때, 그리고 몸과 의식이 최종적으로 분리될 때까지 임종환자로 하여금 평온한 분위기 속에 머물게 하는 것이 중요하다.<sup>46)</sup> 완화치료를 병행한 호스피스 같은 전문통증치료 프로그램은 연명의료결정에 대한 효과적인 대안이다.

## VIII. 결론

인간은 하나님의 형상으로 창조되었으며 인간의 죄의 결과로 죽음이 도래하게 되었다. 인간은 누구나 죽음을 맞이해야 하는 존재로 이 땅을 살아간다. 그러나 예수그리스도의 십자가에서의 구속사건으로 믿음으로 말미암아 우리의 영혼은 하나님나라에 가는 소망을 갖게 되었다.

의학의 발달로 건강하고 더 오래살고 싶은 인간의 욕망이 어느 정도 가능해졌다. 그러나 회복할 수 없는 상태의 말기환자에게 의료행위를 계속해야 하는 것이 바람직한 것인가 하는 문제가 등장하게 되었다. 이와 관련하여 우리에게 존엄한 죽음이란 인위적인 죽음이 아닌 하나님께서 허락하신 자연적인 죽음이다. 안락사와 존엄사의 구분은 인위성에 여부에 따라 구분된다. 안락사 유형 중 더 이상 회복할 수 없는 환자가 치료를 거부하거나 중단을 요구하여 죽는 것은 존엄사이다. 이 경우는 환자의 자율성에 따른 판단이며 치료중단으로 죽는 것이 아니라 병으로 인한 자연사에 해당한다. 그리고 의사표현을 못하는 식물인간에게 영양공급과 의료행위를 중단하는 것은 안락사에 해당한다. 단 식물인간에게 영양공급을 환자상태에 따라 적절하게 하면서 자연스러운 죽음을 유도하는 것은 존엄사에 해당한다.<sup>47)</sup>

44) 오진탁, 「죽음을 맞이하는 방식」, 230

45) 완화치료는 의료팀에 의해 수행되며, 주로 통증과 다른 극심한 증상들의 완화와 삶의 질에 주안점을 둔다. Jenny Teichman, 조현아 외, 『사회윤리』(백의, 2001), 112~113

46) 오진탁, 『죽음을 맞이하는 방식』, 238



기독교 생명윤리적 관점에서 죽음의 기준은 몸과 영혼이 완전히 분리되는 심폐사를 원칙적인 죽음으로 본다. 뇌사나 혼수상태, 식물인간은 아직 죽음에 이르지 않은 상태이다. 현행법에 따르면 뇌사환자가 사전에 장기기증의 의사를 밝힌 경우, 미성년자의 대리인이 동의를 한 경우, 본인이 의사표현을 할 수 없는 상태에서 가족들의 일치된 동의와 병원윤리위원회의 합의를 거쳐 죽음을 인정할 수 있다.

생명은 하나님이 주신 것이기에 존엄하며 죽어가는 사람의 생명을 앞당기거나, 연장하는 것은 바람직하지 못하다. 우리는 가까운 시일 내에 죽음이 예견되는 환자라 할지라도 생명존중의 원리에 입각해서 끝까지 돌보아야 할 대상이다. 연명의료중단의 근거로 제시된 자기결정권, 삶의 질, 고통의 문제도 심각하게 고려해야 할 사유가 있으나, 무엇보다도 생명의 존중의 원칙이 우선해야 할 것이다. 단, 연명치료에서 일반적인 치료수단을 넘어 특수한 의료장치에 의존하여 인위적이고 과도하게 생명을 연장하는 것은 바람직하지 못하다. 이 시점에서 일반적인 치료수단과 특수한 치료수단의 구분도 새롭게 규정되어야 할 것이다.

한국사람은 죽음에 대한 결정을 본인이 하지 못하고 의사의 판단과 가족의 동의에 의존하여 시행하는 비율이 여전히 높다.<sup>48)</sup> 이 경우에 자기결정권이 침해될 수 있으므로 사전의료지시서를 통해 죽음에 대한 본인의 의사를 사전에 밝히는 것도 좋은 방법이다. 유언장(living will)을 미리 써 놓는 것도 대안이 될 수 있다.

2017. 8. 4일 시행될 ‘호스피스·완화의료의 이용 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률’<sup>49)</sup>이 존엄한 죽음을 맞이할 수 있도록 제도와 시행령의 보완이 필요하다. 앞으로 기독교계에서 호스피스병원을 설립하고 죽어가는 환자에 대한 통증완화와 영적인 차원으로 돌보는 계획이 수립되길 기대해 본다. 더불어 존엄한 죽음을 맞을 수 있도록 학교 및 병원에서 죽음에 대한 교육이 이루어져야 한다고 생각된다.

---

47)식물인간의 경우 특수장치인 인공호흡기는 제거하고 영양공급을 환자의 상태에 따라 적절히 하는 것은 존엄사에 해당한다. 자발적으로 호흡을 하지 못하는데 인공호흡기에 의존하는 것은 과잉 의료행위에 해당된다. 단 이 경우에도 인공적으로 영양을 공급해야 하는데 영양공급은 특수장치가 아닌 생명을 유지하는데 필수적인 것이기 때문이다. 영양공급이 오히려 환자의 상태를 악화시킬 수도 있으므로 세밀하게 해야 한다. 이렇게 해서 죽음에 이르는 것은 인위성이 아닌 자연사에 해당된다. 자연사는 곧 존엄사이다.

48)곽혜원, 『존엄한 삶, 존엄한 죽음』, 214

49)참고 <http://blog.daum.net/anaham/13510>(2016년 1월 13일)

- 참고문헌 -

- 곽혜원, 『존엄한 삶, 존엄한 죽음』, 새물결플러스, 2014
- 구영모, “안락사의 도덕성 허용여부”, 성산생명윤리연구소 창립 12주년 기념세미나 자료집
- 김상득·손명세, “안락사 : 정의, 분류 그리고 윤리적 정당화”, 한국생명윤리학회, 2000
- 김익현, “도덕적 지위와 안락사”, 한국철학사상연구회, 『시대와 철학』, 2006
- 오진탁, 「죽음을 맞이하는 방식」, 중국철학회, 『중국철학』, 2002
- 우재명, “안락사와 연명치료중단의 윤리” 『기독교사회윤리』 제17집, 2009.
- 이동익, 『생명의 관리자』(가톨릭출판사), 2003
- 이승구, “죽어가는 환자를 어떻게 이해해야 하는가? - 신학적, 윤리적 관점”, 2009
- 이인영, “비교법논문 : 미국의 자연사법 규범과 의료인의 면책규정이 주는 시사점”, 한국비교형사법학회, 『비교형사법연구』, 2008
- 이종원, “기독교 생명윤리적 관점에서 본 소극적 안락사”, 한국대학선교학회, 『대학과 선교』 12집
- 정유석, “의사가 말하는 존엄사”, 『기독교사회윤리』 제17집, 2009
- F. A. Schaeffer & C. E. Koop, 김재영 옮김 『그리스도인의 생명윤리』(한국로고스 연구원), 1995.
- Gilbert Meilaender, 박재현, 이일학 옮김, 『기독교적 관점에서 본 생명윤리』, 킹덤 북스, 2014
- Jenny Teichman, 조현아 외, 『사회윤리』(백의, 2001),
- Craig L. Bloomberg, *Matthew*, The New American Commentary 22(Nashville, Tennessee, Broadman Press Press, 1992), 177(“‘Body’ and ‘soul’ point to a fundamental dualism in human beings”
- G. Dworkin, R. G. Frey, Sissela Bok, *Euthanasia and Physician-Assisted Suicide* (Cambridge: Cambridge University Press, 1980
- John Keown, 『*Euthanasia, Ethics and Public Policy*』, (Cambridge University Press Press, 2002)
- Leon Moris, *The Gospel According to Matthew*, (Grand Rapids: Eerdmans, 1992) (인터넷 자료)
- <https://en.Wikipedia.org/wiki/Eutaanasia>(2013년 4월)
- <http://cafe.daum.net/ajounursing3team>(2013년 4월 5일)
- <http://blog.daum.net/anaham/13510>(2016년 5월 14일)