

보건의료현장의 윤리적 문제해결에 관한 연구

- 윤리 자문가를 중심으로 -

연세대학교 대학원
의료법윤리학협동과정
의료윤리 전공
전 호 숙

보건의료현장의 윤리적 문제 해결에 관한 연구

- 윤리 자문가를 중심으로 -

지도 이 원 희 교수

이 논문을 박사 학위논문으로 제출함

2005년 12월 일

연세대학교 대학원

의료법윤리학협동과정

의료윤리 전공

전 호 숙

전효숙의 박사 학위논문을 인준함

심사위원 _____ 인

연세대학교 대학원

2005년 12월 일

차 례

제1장 서론	1
1.1. 연구배경	1
1.2. 연구 방법 및 내용	6
제2장 윤리자문의 개관	9
2.1. 윤리자문의 개념.....	9
2.2. 윤리자문의 발달.....	10
2.3. 윤리자문의 이유와 목적.....	15
2.4. 윤리자문의 형태.....	19
2.5. 윤리자문 제공 모델들.....	21
2.5.1. 병원윤리위원회(Full Ethics Committee).....	22
2.5.2. 소규모 자문팀 (Small-Group Consultation Team).....	23
2.5.3. 개인 윤리자문가.....	24
2.5.4. 혼합 모델.....	26
제3장 윤리자문가의 역할에 대한 이해	29
3.1. 윤리자문가와 윤리위원회와의 관계.....	30
3.2. 윤리자문의 절차.....	32
3.2.1. 자문 의뢰	32
3.2.2. 자료수집.....	33

3.2.3. 자문의 기록 및 평가.....	36
3.3. 의료기관의 윤리자문 서비스.....	39
3.4. 사례 자문시 윤리자문가의 역할.....	52
3.4.1. 윤리 촉진자로서의 역할.....	54
3.4.2. 네비게이터로서의 역할	64
3.4.3. 건축가로서의 역할.....	65
3.4.4. 중재자(mediator)로서의 역할.....	67

제4장 윤리 자문가가 갖추어야 할 조건.....75

4.1. 지식.....	76
4.1.1. 윤리관련 지식.....	76
4.1.2. 의료관련 지식.....	81
4.1.3. 정책 및 법 관련 지식.....	82
4.1.4. 갈등 중재에 관한 지식.....	85
4.2. 윤리자문을 위한 기술.....	85
4.2.1. 윤리 사정 기술.....	86
4.2.2. 진행 및 갈등 중재기술.....	87
4.2.3. 대인관계 기술.....	91
4.3. 윤리자문가의 덕목.....	94
4.3.1. 윤리 자문가와 품성과의 관계.....	95
4.3.2. 성공적인 윤리자문과 연관된 품성.....	97

제5장 윤리 자문가 역할 정립을 위한 방안99

5.1. 누가 윤리자문가가 되어야 하는가?.....	100
5.2. 윤리자문가 양성 프로그램.....	105

5.3. 자격 인증 및 승인	108
5.4. 제도적 지원.....	110
5.4.1. 윤리자문 서비스의 법제화	110
5.4.2. 윤리자문 서비스의 인프라 지원	111
5.4.3. 행정 조치상 지원.....	113
5.4.3.1. 윤리자문가 보호 프로그램.....	113
5.4.3.2. 내부고발자 보호 프로그램.....	114
5.5. 윤리자문가와 법적 책임.....	115
5.5.1. 병원윤리위원회의 법적 권한.....	116
5.5.2. 윤리자문가의 법적 책임	120
 제6장 결론	 123
 참고문헌	 127
영문요약	134

표 차 례

표 1. 윤리자문 요청 빈도가 높은 윤리적 딜레마	17
표 2. 윤리자문의 구조들.....	27
표 3. 윤리자문가 구직 관련 정보.....	79
표 4. 윤리자문을 위한 기술들.....	93

국 문 요 약

보건의료현장의 윤리적 문제 해결에 관한 연구

의과학 기술의 급속한 발달과 가치의 다원화, 환자의 권리신장 등으로 인해 의료현장에서는 개인이 결정하기 힘든 문제들이 늘어가고 있다. 이를 해결하기 위해 다학제적 구성원들이 모여 의사결정을 내리는 병원윤리위원회가 제안되어 왔다. 하지만 우리나라에서는 병원윤리위원회가 아직까지 제대로 운영되지 못하고 있는 것이 현실이다. 그 원인들이 많이 지적되고 있지만 위원들의 전문성 부족, 윤리자문을 담당하는 전문 인력의 부재를 들 수 있다. 이에 본 연구에서는 윤리자문의 전문 인력으로서 윤리자문가의 역할에 대해 살펴보고, 그 역할을 토대로 윤리자문가 되기 위한 필수조건들을 모색하며, 이들의 역할이 우리 사회에 정립되기 위한 방안들을 제시하고자 한다. 연구 결과는 다음과 같다.

첫째, 윤리자문은 보건의료윤리 현장에서 발생하는 가치내재적인 이슈들의 불확실함과 갈등을 호소하는 환자, 보호자, 대리인, 의료제공자 또는 그 밖의 관련 당사자들에게 도움을 주기 위해 개인 혹은 집단에 의해 제공되는 서비스이다. 윤리자문을 행하는 전문 인력으로서의 윤리자문가의 역할은 의사결정자가 아닌 윤리촉진자로서의 역할로서, 윤리적 개념과 이론들을 통해 윤리적 문제를 확인하고 분석하며, 당사자들이 그 사안에 대한 도덕적으로 수용가능한 합의를 도출하도록 촉진하는 것이다. 이를 위해 윤리자문가는 윤리적 문제에 대한 사실을 모으고, 도덕 원칙을 확인하며, 당사자들의 상호의견을 파악하여, 의견이 다른 당사자들의 감정, 이익, 권리들을 존중하며 그들이 만족할 수 있는 선택에 도달할 수 있도록 중재해야 한다.

둘째, 윤리전문가가 되기 위한 필요조건으로는 지식, 기술, 덕목으로 세분화 할 수 있다. 지식은 윤리와 의료, 법정책, 중재에 관한 지식인데, 윤리는 가장 기본이 되는 것이고, 의료에 관한 지식으로는 보건의료 시스템, 임상 실무, 해당의료기관의 관한 지식들이 해당된다. 법정책에 관한 지식으로는 의료기관의 방침, 환자들의 신념과 관점에 대한 지식, 전문직 윤리강령과 생명의료윤리 관련 법과 판례에 대한 지식이다. 법과 정책은 윤리적인 갈등의 대안을 찾고자 할 때 반드시 고려되어야 할 사항이기 때문에 중요하다. 그 다음으로 윤리 자문가에게 요구되는 기술로는 윤리 사정 기술, 진행 및 갈등 중재기술, 대인관계 기술이 있다. 윤리사정기술은 윤리적 문제를 확인하고, 분석, 평가하는 기술이고, 진행 및 갈등중재에 관한 기술은 윤리자문의 전반적인 진행과 확인된 윤리적 문제의 대안을 모색하기 위한 중재에 관한 기술이 포함된다. 마지막으로 대인관계 기술은 윤리자문이 다양한 당사자들과의 관계에서 이뤄지기 때문에 중요하다. 세 번째로 윤리 자문가에게 요구되는 것은 덕목이다. 그러나 중요한 것은 그 덕목들은 꾸준히 지속적으로 계발되어야 한다는 것이다.

셋째, 윤리전문가가 우리 사회에서 그 역할을 뿌리내릴 수 있는 방안에 대해 모색하였다. 그 결과 인력측면, 제도적 측면, 법적 측면으로 구분되었다. 먼저 인력측면에서 가장 고려한 사항은 우리의 현재 상황에서 누가 윤리전문가로 양성되는 것이 가장 바람직한지에 대한 논의였다. 그 결과 간호사가 지니는 특성 자체에 윤리 자문가에게 요구되는 지식과 기술 등이 이미 많이 포함되어 있기 때문에 적절하다고 할 수 있다. 제도적 지원에 있어서는 윤리자문 서비스의 법제화와 행정적 차원에서의 지원, 윤리자문 활동을 보호 프로그램 개발 등의 방안이 있다. 윤리전문가의 법적 측면에 대한 논의에서는 윤리자문 절차상 해가 발생한 경우에 있어서는 법적 책임이 요구되고, 동시에 윤리전문가의 법적 권한은 법적으로 확보되어야 할 것이다.

윤리자문가의 역할을 살펴보니 병원윤리위원회의 활동을 통해 우리나라에 소개된 윤리자문과는 상당히 달랐다. 윤리자문가가 윤리자문의 요청에 기민하게 대응하고, 자료수집 단계부터 환자의 동의를 구하면서 환자와 보호자의 참여를 존중하고 궁극적으로 윤리자문가가 윤리적 판단에 근거하여 의사결정을 내리는 역할이 아닌 당사자들이 그들의 스스로 사회적으로 용인되는 윤리적 범위 안에서 만족스러운 대안을 찾을 수 있도록 촉진자로서, 중재자로서의 역할을 한다는 점에서 그러하다. 현재 우리나라 보건의료현장에서의 윤리적 문제를 해결하기 위해서는 윤리자문가 양성이 우선되어야 할 과제이다.

핵심되는 말 : 윤리 자문가, 윤리자문, 역할, 윤리촉진자, 중재, 병원윤리위원회

제1장. 서론

1.1. 연구 배경

2005년 3월 미국의 테리 시아보 사건은 전 세계에 큰 파장을 불러 일으켰다. 15년간 식물인간으로 영양공급 튜브에 의존해 오던 그녀는 법원의 판결로 영양공급 튜브가 제거되어 사망하였다. 일단 그녀의 죽음으로 사건은 일단락되었지만, 식물인간의 연명치료 중단에 대해 사회는 여전히 논쟁 중에 있다. 같은 해 10월에는 영국에서 일명 ‘살럿 와이어트 사건’이 사회적 논란이 되었다¹⁾. 미숙아로 태어나 중환자실에서 2년째 치료를 받고 있는 이 아기에 대해 “숨을 쉬지 않게 될 경우가 오면, 병원은 소생노력을 하지 말라”는 법원의 결정에 부모가 불복하면서 세상에 알려졌다. 의료현장에서 발생하는 이런 사례들은 비단 외국에서만 발생하는 일들이 아니다. 우리나라의 경우, 1997년 뇌수술을 받은 지 얼마 지나지 않은 중환자를 가족의 요구로 퇴원시켰는데, 결국 사망하게 되자, 담당의사가 살인방조죄라는 판결을 받게 된 보라매병원 사건이 사회적으로 공론화되면서 “누가 치료중단을 결정해야 하는지, 어떤 기준을 가지고 판단해야 하는지에 대해서”는 지금까지도 논란 중에 있다. 이렇게 우리는 의료현장에서 해결하기 힘든 심각한 도덕적 갈등에 시시각각 놓이게 되면서 어떻게 결정을 내리는 것이 바람직한지에 대해 관심을 기울이게 되었다.

보건의료현장에서 이러한 문제들이 지속적으로 발생하는 원인은 크게 네 가지로 정리할 수 있다.²⁾ 첫째, 의사결정의 복잡성 때문이다. 그 이유는 의과학 기술의 발달과 그로 인해 예상치 못한 선택을 해야 하는 보건의료현장의 상황과 의사가 환자와 예전과 같은 친밀한 관계를 맺지 못하는 상황, 의사결정과정에 경제적인 요

1) 가디언 2005년 10월 21일자, http://www.guardian.co.uk/uk_news/story/0,,1597810,00.html

2) Mark P. Aulisio, et al., Ethics Consultation: From Theory to Practice, The Johns Hopkins University Press, 2003. P.5-9

인이 중요하게 고려되어야 하는 상황들이 의사결정 과정을 복잡하게 만들었다.

둘째, 가치의 다원성 때문이다. 우리 사회에 다양한 가치관들이 생겨나고 그에 따라 할 수 있는 행동과 해야 하는 행동이 구분되고, 각각의 정당성과 자기 방어를 하게 된다. 그러다 보니 과거에는 의사의 온정적 간섭주의가 지배적이어서 의료현장의 갈등이 단순했다면, 최근에는 다양한 도덕적 견해들과 가치관이 공존하고 있어 더 많은 갈등이 유발되고 있다.

셋째, 환자의 권리 의식 신장 때문이다. 다양한 가치관으로 인해 실제로 가장 우세한 도덕적 입장을 취하지 못하는 게 현실이다. 그러나 중요한 점은 우리 사회에서는 각 개인이 도덕적 견해를 가질 권리가 있다는 것을 인정하고 있다는 것이다. 이러한 배경 속에 환자들이 자신들의 추구하는 가치에 따라 삶의 선택을 하려는 것을 인정하고 있으며, 따라서 환자들도 의사의 의견을 맹목적으로 따르지 않고 자신의 의견을 개진하고자 하므로 갈등이 자주 유발된다.

의료현장에서 윤리적 갈등을 해결하기 위해 과거에는 의료인에게 그 직역에 합당한 윤리적 기준과 의무를 충족시킬 것을 요구하는 정도의 윤리를 강조하는 것만으로 비교적 단순한 형태로 해결되어 왔지만³⁾, 이제는 윤리강령만으로는 발생하는 문제들이 해결되지 않아 구체적인 윤리지침 개발 및 윤리교육을 강화하고 있어도 의료인들이 윤리적인 의사결정을 하기에는 상황이 너무 복잡해졌다. 더구나 치료에 대한 결정이 단순히 의학적 차원이 아닌 법적 차원으로도 확대되고 있어 개인적으로 해결하기 힘든 경우가 많이 있다. 따라서 이러한 변화에 대처하기 위해서는 병원윤리위원회와 같은 제3의 기구가 제안되었다.

1960년대 이후 미국을 중심으로 의료현장에서 발생하는 갈등을 해결하기 위한 모임을 가져왔다. 그러다 본격적으로 병원들이 윤리위원회를 설립할 필요성을 느끼게 된 것은, 1976년 카렌 킨란(Karen Quinlan) 사건에서 대법원의 권고사항⁴⁾과

3) 구영모외, 의료윤리문제에 관한 우리나라 의사들의 의식조사, 한국의료윤리교육학회지 제2권제1호:43

4) 카렌 킨란(Karen Ann Quinlan)은 21살 된 여자로서 1975년 4월에 친구의 생일 파티에서 술과 약물에 중독되어 호흡정지가 있는 다음에 혼수상태에 빠졌고, 병원에서 인공호흡기를 장착하여 지속적

Baby M사건 이후 장애가 심한 신생아의 수술 등 치료여부에 대한 판례에서 병원 윤리위원회가 임상치료에 대한 윤리적인 결정을 내리는데 도움을 주도록 명시하는 판례가 등장하면서 부터이다. 그리고 공식화된 것은 1992년 미국병원인증협회(Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization, 이하 JCAHO로 표기)에서 각 병원과 기타 의료기관은 윤리정책을 입안하고 의료현장에서 발생한 윤리적 갈등을 제기하고 해결할 조직을 운영할 것을 요구함에 따라⁵⁾ 윤리적 의사결정기구로서 병원윤리위원회가 성장해 오고 있다. 그러나 이러한 병원윤리위원회의 초기 형태는 윤리적 문제 해결을 목적으로 한 모임으로서 어떤 위원회의 회의에서는 환자나 보호자들을 배제시킨 채 당사자들이 회의실에 모여 결정하기도 했다. 위원회 중심의 윤리자문이 계속 되면서 위원회가 가지는 한계에 대한 지적들이 제기되기 시작하였다.

병원윤리위원회의 한계로 환자나 그 대리인의 참여가 배제되는 경우가 많아 의사결정이 폐쇄된 채 이루어지고⁶⁾, 의사와 환자관계에 관료적인 제도로 침해할 수 있으며⁷⁾. 위원회의 의사결정과정은 환자의 프라이버시와 비밀유지를 침해할 수 있

식물상태(PVS; persistent vegetative state)를 유지하게 되었다. 퀴란의 아버지는 의사로부터 의식이 회복할 가능성이 없고 인공호흡기 없이는 생존할 수 없다는 설명을 듣고(이 의사의 설명은 잘못되었다. 판결 후에 인공호흡기를 떼었는데도 9년이 넘게 생존하였다), 퀴란에게 자연스러운 죽음을 맞이할 기회를 주겠다고 결심하여 의사에게 생명유지장치를 떼어달라고 요청하였다. 그러나 의사가 이를 거부하자, 퀴란의 후견인으로서 생명유지장치를 뗄 권한을 자기에게 달라는 소송을 법원에 냈다. 뉴저지 고등법원(1975. 11. 10 판결)은 생명유지장치를 뗄지 여부는 어디까지나 의료적인 문제이므로 주치의의 결정에 맡겨야 한다고 하여 퀴란의 아버지가 낸 신청을 기각하였다. 그러나 주 대법원은 1976년 3월 31일에 아버지의 주장을 인정하여 다음과 같은 판결을 내렸다. “① 후견인과 가족이 같은 의견이고, ② 다른 의사가 퀴란은 현재 혼수 상태에서 인식있는 지적 상태로 회복할 가능성이 없다는 판정을 받고 생명유지장치를 정지시켜야 한다는 결론을 내린다면, ③ 입원한 병원의 윤리위원회의 승인을 얻어 장치를 제거해도 된다.”는 것이었다. 법원의 판단에 따라 생명유지장치는 떼었지만 퀴란은 스스로 호흡을 회복하여 지속적 식물상태 환자로 9년 남짓 생존하다가, 1985년 6월 11일에 폐렴으로 사망하였다.

; <http://moral.snu.ac.kr/pds/data/06/005.html>

- 5) 엄영란, 병원윤리위원회 역할의 활성화 방안 탐색 연구, 한국의료윤리교육학회지. 2003년 제6권제1호, 36쪽
- 6) Lo, B., Behind Closed Doors: Promises and Pitfalls of Ethics Committees, New England Journal of Medicine 317, 1987:46-50
- 7) Siegler, M., "ethics Committees: Decisions by Bureaucracy," Hastings Center Report 16, no.3, 1986:263-7

다⁸⁾. 위원회라는 형태의 접근법은 실제로 환자, 가족, 대리인들에게 이익이 된다는 경험적 증거들이 제시되지 못하고 있다⁹⁾는 효과에 대한 의문과 윤리위원회의 기능을 그 의료기관의 법적 책임을 보호하기 위해 대안으로서 윤리적 문제를 다루는 문제점들이 지적되어 본래의 목적에서 벗어나고 있으며¹⁰⁾, 실천적인 측면에서 의료기관의 행정적, 재정적 지원이 부족¹¹⁾과 윤리위원회 위원들의 윤리, 보건의료 관련 법, 임상의학, 자문의 절차상의 기술 등에 관한 교육과 훈련이 부족하여 운영의 미흡함이 제기되고 있다¹²⁾. 그러다보니 위원장의 독단적인 운영이 이뤄지기도 하고, 이상적인 도덕적 합의과정이 이뤄지지 못 한다¹³⁾는 점들이 지적되고 있다. 이러한 비판들에 의해 윤리위원회만의 단독 운영형태에 대한 일종의 변형으로 윤리위원회 위원들로 구성된 자문 팀, 개인 윤리자문가등이 활동하기 시작했고, 그들이 모여 병원윤리위원회 대신 임상윤리자문 서비스를 제공하는 병원들이 증가하고 있다. 윤리자문에 대한 전문가들이 중심이 되어 윤리위원회와 연계하여 윤리자문 활동을 하는 형태로도 변화하고 있다.

여기에서 주목해야 할 사항은 바로 윤리자문에 대한 전문 인력의 존재이다. 이러한 다양한 윤리자문 제공 모델들이 운영되려면 이를 담당할 전문 인력이 있어야 가능하기 때문이다.

실제로 우리나라의 병원윤리위원회 체제에서도 이와 유사한 문제들이 제기되고 있다. 고운석의 연구에서 병원윤리위원회가 가지는 문제들에 대한 응답 결과, 그

-
- 8) Wolf, S.M, "Ethics Committees and Due Process: Nesting Rights in a Community of Caring," Maryland Law Review 50, 1991:798-858
 - 9) Tulskey, J.A.,and Lo, B., "Ethics Consultation: Time to Focus on Patients," American Journal of Medicine 92, 1992: 343-45
 - 10) Annas, G.J., "Ethics Committees:From Ethical Comfort to Ethical Cover," Hastings Center Report 21, no.3, 1991:18-21
 - 11) Hoffman, D.E., "Evaluating Ethics Committees: A view from the Outside," Milbank Quarterly 71, no.4, 1993:677-701
 - 12)Fletcher, J.C., Hoffman, D.E.,"Ethics Committees:Time to Experiment with Standards," Annals of Internal Medicine 120, no.4, 1994:335-38
 - 13) Moreno, J.D., "What Means This Consensus? Ethics Committees and Philosophic Tradition," Journal of Clinical Ethics, 1990

중 여러 원인들이 나타났지만 위원들의 전문성에 대한 문제와 교육 부족, 전담 사무요원의 확보 등 인력과 관련된 문제들이 크게 차지하고 있었다.¹⁴⁾ 1999년도에 이뤄진 이 연구에서는 윤리전문가에 대한 언급이 전혀 없었으나 2002년도의 한 연구에 의하면 의료윤리전문가에 대한 인식도 조사가 이뤄져 전문적인 윤리전문 인력에 대한 관심이 생겨나고 있음을 알 수 있다.

그 연구에 대해 자세하게 살펴보면, 의사를 대상으로 이뤄졌고, 우리사회에 의료윤리전문가의 필요한지 여부에 대한 인식조사를 시행하였다. 조사방법으로는 의학분야의 대상자 119명에게 방문 및 우편조사를 하였다¹⁵⁾. 응답 결과로는 의사로서 진료과정 중 의료윤리전문가의 도움에 대한 필요성에 대해 전체 응답자의 55.5%(66명)가 도움이 필요하다고 느낀 적이 있다고 응답하였다. 이는 대상자들이 의료윤리전문가가 있는지에 대해 알고 있는지 여부를 확인하지 않은 상태에서 나온 결과임을 감안해야 할 것이다. 다음으로는 환자나 환자 가족이 윤리적인 갈등을 겪을 경우 의사로서 어떻게 도와주는 것이 바람직하다고 생각하는지에 대한 질문하였는데, 전체 응답자의 55.1%(70명)이 의료윤리 전문가의 자문을 구하도록 하겠다고 응답하였다. 그리고 3차 의료기관에 윤리적인 갈등을 해결해 줄 환자상담실을 두는 문제에 대해서는 응답자의 90.8%(108명)가 동의하였으며, 이러한 환자상담실에 의료윤리 전문가가 상근하는 것이 바람직한가라는 질문에 대해 48.7%(58명)이 그렇다고 대답하였으나 병원 자율에 맡겨야 한다는 의견도 나왔다. 대상자의 수가 많지 않아 이 결과가 대표성을 갖는다고 단언하기는 힘들지만 보건의료현장에서도 윤리전문가라는 전문 인력에 대한 필요성을 느끼고 있음을 알 수 있는 의미있는 결과이다.

그러나 아쉽게도 아직까지 윤리위원회의 자문 능력이나 윤리전문가에 대한 연구들이 발표되지 않고 있다. 병원윤리위원회의 활성화 방안에 대한 연구들이 발견되

14) 고윤석외, 우리나라의 병원윤리위원회, 한국의료윤리교육학회지, 제2권제1호, 1999년, 78쪽

15) 이종찬,이충열,임종석, 의학과 한의학 분야에서의 인문학의 역할증진을 위한 정책방안, 인문사회연구회 인문정책연구총서, 2002-09, 2002년, 23쪽

고 있지만 윤리전문가에 대한 연구는 거의 찾아 볼 수 없었고, 위에서 언급한 인문사회연구회의 정책보고서에서만 생명윤리 전공자의 필요성 및 역할에 대한 논의를 찾을 수 있었다. 그러나 아쉽게도 그 논의는 필요성만을 제기하는데 그치고 심도있는 논의는 이뤄지지 않았다.

지금까지 살펴 본 바와 같이 최근 보건의료현장에서 윤리적 갈등이 증가함에 따라 이를 해결하고자 하는 노력이 강조되면서 환자, 가족, 의료인들을 비롯한 여러 관련 당사자들의 어려움을 해결하는데 도움을 주기 위한 대안들이 활발하게 논의되고 있지만, 적절한 대안이 제시되지 못하고 있다. 이러한 한계를 극복하기 위해 윤리전문에 대한 새로운 전문 인력의 모색이 필요하고, 그러한 인력 개발을 위한 논의가 진행되어야 할 시점이라고 생각한다.

따라서 본 연구의 목적은 윤리전문에 대한 전문 인력으로서 윤리전문가의 개념과 역할에 대해 살펴보고, 그 역할을 토대로 윤리전문가 되기 위한 필수조건들을 모색하여, 이들의 역할이 우리 사회에 정립될 수 있기 위한 방안들을 제시함으로써 궁극적으로 보건의료 현장에서의 윤리적 문제 해결을 위한 방안에 대한 논의를 제시하는 것이다.

1.2. 연구 방법 및 내용

윤리전문은 우리에게 낯설기는 하지만, 보건의료현장에서 그 필요성이 제기되어 왔고, 실제로 이루어지며 꾸준히 발전하고 있는 분야이다. 그러나 윤리전문이 하나의 독립된 학문이 되는지 아니면 정신과학이나 소아과학 같은 하나의 하위분야인지, 아니면 철학이나 사회윤리학의 한 분야인지, 윤리전문가는 전문직으로 인정받을 수 있는 일을 하는 것인지, 윤리전문에 대한 정당성은 어디에 근거하고 있는지, 윤리전문가가 도덕적 다원주의 사회에서 진정한 윤리 전문가로서 행동할 수 있는지 등에 대한 다양한 물음들이 제기되고 있다. 그 질문 하나하나에 논의가 이뤄지고

답을 찾아나가야 할 것이다. 그러나 본 연구에서는 윤리자문의 메타적 측면보다는 우리 사회에 윤리자문이 잘 행해지며 윤리 자문가들이 활동할 수 있도록 하기 위한 실용적인 측면에 대해 관심을 기울일 것이다.

따라서 이 연구는 윤리자문과 윤리자문가의 역할과 능력을 중심으로 살펴 본 서술적 연구로서 주로 문헌고찰로 이뤄져 있다. 참고한 문헌들은 다음과 같다. 공식적인 보고서로는 1993년 미국병원협회에서 발행한 “Health Care Ethics Committee”와 1998년 미국 ASBH(American Society for Bioethics and Humanities)의 보고서인 “Core Competencies for Health Care Ethics Consultation”, 2004년 영국 UK Clinical Ethics Network에서 발행한 “A practical guide to clinical ethics support”와 주요 서적으로 1994년 Jonh LaPuma와 David Schiedermayer의 『Ethics Consultation :A Practical Guide』와 2003년 Mark P. Aulisio et al.의 『Ethics Consultation: From theory to practice』 등이 있다. 이 책들은 처음 접하는 윤리자문가의 역할을 이해하는데 많은 도움을 주었다. 주요 학술지로는 외국의 경우, MIT press에서 발간하는 American Journal of Bioethics, Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics, 발행된 지 30년이 넘는 Hastings Center Report, 사례 논의를 가장 많이 하고 있는 HEC Forum, 경험적 연구를 주로 다루는 Journal of Clinical Ethics, Kennedy Institute of Ethics Journal, Journal of Law, Medicine and Ethics 등을 중심으로 살펴보았다.

외국의 경우, 윤리자문가에 대한 연구들이 30여년 전 부터 이뤄져 왔고 특히 미국의 경우 윤리자문가는 한 직업으로서 인정받고 있는 상황이다 보니 실천적인 물음에 대한 논의도 많이 진행이 되어 있었다. 반면 우리나라의 경우 병원윤리위원회에 관한 문헌들은 간간히 발견되지만 소수이고, 윤리자문가에 대한 연구는 거의 찾아 볼 수 없어 이런 점에서 본 연구의 의의를 찾을 수 있겠다.

다음은 연구의 내용을 살펴보도록 하겠다.

첫째, 윤리자문에 대한 개관이다. 그래서 윤리자문의 개념과 국내외의 윤리자문의 발달과정, 윤리자문의 필요성을 살펴보았다. 이를 위해 기존의 윤리자문 기구인 병원윤리위원회와 구별하여 윤리자문의 개념을 살펴보고, 병원윤리위원회를 포함한 국내외의 윤리자문의 발달과정에 대해 논한다. 그리고 윤리자문의 목적과 다양한 형태, 윤리자문을 제공하는 모델들을 비교 고찰하여 윤리자문의 개념을 명확히 하였다.

둘째, 윤리자문가의 다양한 활동과 역할을 규명하였다. 윤리자문을 담당하는 전문인력인 윤리자문가에 대해 생소하기 때문에 이를 이해하기 위해, 윤리위원회와의 관계, 윤리자문의 과정, 실제 의료현장에서 윤리자문가의 활동을 통해 윤리자문가를 규명하였고, 가장 중요한 활동인 윤리자문시 어떠한 역할이 바람직한지에 대해 문헌고찰을 통해 비교 고찰하였다.

셋째, 윤리자문가의 역할 분석을 통하여 드러난 주요 능력을 중심으로 윤리자문가를 양성하기 위한 윤리자문가의 필수 자격조건을 고찰하였다. 세분하면 주요 지식과 기술, 덕목의 세 가지 측면에서 고찰하였다.

넷째, 윤리자문가의 역할 정립에 관한 방안을 제시하였다. 이를 위해 세가지 측면에서 고찰하였다. 인력측면, 제도적 지원측면, 법적 측면이다. 먼저 인력 측면에서는 간호사가 윤리자문가로서 양성되기에 적당한지를 그 가능성을 규명하였고, 윤리자문가 양성 프로그램, 자격인증 및 승인에 관하여 검토하였다. 제도적 측면에서 윤리자문가의 활동을 지원하기 위한 다양한 제도적 지원들을 고찰하였으며, 마지막으로 법적 측면으로는 윤리자문가의 법적 권한과 책임을 규명하였다.

제2장 윤리자문의 개관

2.1. 윤리자문의 개념

윤리자문(Ethics Consultation)이란 미국 생명윤리 및 인문학회(American Society for Bioethics and Humanities, 이하 ASBH로 표기)의 윤리자문의 표준화 작업을 위한 task force 팀에서 제출한 보고서에 따르면, “보건의료윤리 자문은 보건의료현장에서 발생하는 가치내재적인 이슈들의 불확실함과 갈등을 호소하는 환자, 보호자, 대리인, 의료제공자, 또는 그 밖에 관련 당사자들에게 도움을 주기 위해 개인 혹은 집단에 의해 제공되는 서비스”¹⁶⁾라고 정의내리고 있다.

윤리자문의 개념을 명확히 하기 위해서는 병원윤리위원회와 구별하여 정리하는 것이 필요하다. 왜냐하면 윤리자문이라는 용어보다는 병원윤리위원회라는 명칭이 우리에게 더 익숙하기 때문에 그러하다. 미국에서도 초창기에는 병원윤리위원회를 주로 사용하였는데, 이 위원회는 사례자문과 교육, 정책형성이라는 주요 기능¹⁷⁾을 담당한다. 그 기능 가운데 의료인이 환자를 돌보면서 부딪치게 되는 윤리문제를 해결하는 윤리자문기능의 확대가 인정되면서 1990년대에 와서 보건의료 윤리자문(Health Care Ethics Consultation)을 더 많이 사용하게 되었다¹⁸⁾.

이 연구에서는 병원윤리위원회는 윤리자문을 시행하는 기구의 형태이고, 윤리자

16) Society for Health and Human Values-society for Bioethics Consultation: Task Force of Standards for Bioethics Consultation, *Core Competencies for Health Care Ethics Consultation: The Report of the American Society for Bioethics and Humanities*(Glenview, Ill.:American Society for Bioethics and Humanites, 1998), p.3

17) 우리나라 병원윤리위원회에 대한 조사연구에서는 위원회의 기능에 대해 이 연구에 의하면, 의료인의 비윤리적 행위(81.3%), 환자의 권리에 대한 사항 검토(68.8%), 의료윤리에 연관된 병원규정 작성 및 검토(66.7%), 직원 대상 의료윤리교육(52.1%), 진료비와 관련된 진료비 지속문제(47.9%), 특정치료 여부에 대한 자문(43.8%), 환자 대상 임상연구의 윤리적 타당성(37.5%), 심폐소생술 수행 여부에 대한 결정(25%) 등의 순이었다. 그러나 이 중 윤리자문, 교육, 정책형성이 주요기능이라 할 수 있다.

18) 엄영란, 위 논문, 36쪽

문은 병원윤리위원회의 주요 기능 중 하나로 보겠다.

보건의료 윤리자문은 대상영역에 따라 임상윤리(clinical ethics)와 조직 윤리(organizational ethics)로 나눌 수 있다¹⁹⁾. 임상윤리는 구체적인 임상 사례에서 발생하는 문제들로서 삶의 시작과 관련된 물음, 삶의 종료와 관련된 물음, 장기 기증과 이식, 유전자 검사, 의료인과 환자와의 관계 등이 포함된다. 그리고 이러한 물음들은 환자의 자율성, 무의미한 치료, 자원분배, 비밀유지등과 같은 윤리적, 법적 측면을 가지게 된다. 이와 달리 조직윤리는 환자, 의료제공자, 단체들에게 그 조직이 제공하는 입장이나 행위들과 관련된 물음을 다룬다. 이러한 입장이나 행위는 그 조직의 사명이나 비전, 정책, 계약 등에 나타나는 것으로 조직윤리는 기업윤리와 일면 유사하다.

2001년 쉬크와 구오(A.C. Schick and L. Guo)가 윤리위원회 위원들을 대상으로 조사한 결과에 따르면, 윤리자문의 주요 경향에 삶의 종료와 관련된 처치에 관한 문제 외에도 자원분배, 관리의료(Managed Care)를 비롯하여 조직윤리가 포함되어 있어 조직윤리에 대한 논의가 중요하고 관심을 가져야 할 영역임에는 분명하다. 그러나 조직 윤리자문 분야는 임상윤리자문 분야에 비해 상대적으로 덜 발달하였기 때문에 자세하게 논의하기에는 아직 미흡하고, 무엇보다 현재 우리나라에서 윤리자문을 수행하는 병원윤리위원회가 주로 다루는 분야도 아직 임상에 중점을 두고 있기 때문에 이 연구에서 임상윤리와 조직윤리를 구체적으로 구분하여 논의를 진행시키지는 않을 것이다.

2.2. 윤리자문의 발달

미국의 경우 윤리자문은 윤리위원회의 발달로 시작되었다. 초창기에는 기관심의위원회(Institutional Review Board, 이하 IRB)의 형태로 나타났는데, 1953년 미국

19) ASBH report, p. 5

국립보건원(National Institutes of Health, 이하 NIH)에서 위험을 수반하는 임상 연구 절차에 대한 지침 검토를 시작으로 하여, 1966년 연방정부로부터 인체를 대상으로 하는 실험의 연구비를 받고자 하는 모든 연구는 소속기관의 윤리위원회의 검토를 거쳤다는 사실을 증명할 것을 요구하는 정책에 따라 발달하기 시작하였다.

1976년 카렌 킨란 판결에서, 뉴저지주 대법원은 삶의 종료와 관련된 결정을 해야 하는 경우 이들을 도와주기 위한 윤리위원회는 환자의 예후를 결정하는 위원회로서의 기능을 시작하게 된다. 이러한 위원회 외에도 임상 윤리자문가들도 동시에 나타나기 시작하였는데 학계에서는 1978년, 1979년 지글러(Sigler)와 펠레그리노(Pellegrino)가 의학의 한 전문분야로서의 임상윤리학자의 역할에 관한 논문들을 발표하기 시작했고, 1980년 존슨(Jonsen)은 “윤리학자가 자문가가 될 수 있는가”라는 물음을 던지는 논문을 발표하여, 자문의 절차와 자문의 장단점을 기술한 첫 논의가 되었다²⁰⁾. 1983년 미국대통령자문위원회(President’s Commission)는 의학 및 생명의학-행동과학연구, 뇌손상 환자에 대한 생명 유지 치료에 대한 결정, 자기결정권이 없는 환자를 대신하여 내리는 결정 등에 대하여 병원윤리위원회가 환자의 이익을 대신하여 자문역할을 맡도록 하였다²¹⁾.

1985년 NIH와 UCSF(University of California at San Francisco)는 공동으로 그들 기관에서 활동할 윤리 자문가들을 위한 회의를 개최하였고, 이때 51명의 윤리 자문가들이 초대되었다. 이 모임 후 1987년 병원에서 윤리자문가 경력이 일년 이상 되는 전문인들의 모임인 생명윤리자문학회(the Society for Bioethics Consultation)가 조직되었다²²⁾. 1992년 JCAHO가 각 병원의 윤리정책을 입안하고 의료현장에서 발생하는 윤리적 갈등을 해결하기 위한 매카니즘을 갖추어야 한다고 요구하면서 윤리자문은 제도화되기 시작하였다.

20) John La Puma, David Schiedermayer, Ethics Consultation: A Practical guide, Jones and Bartlett Publishers, 1994 p.43

21) 한국의료윤리교육학회편, 의과대학 학습목표에 기초한 의료윤리학. 계축문화사. 2001년. p208-19

22) John La Puma, David Schiedermayer, Ibid, p.44

이후 1998년 생명윤리자문학회는 인문학자 중심의 학회였던 Society for Health and Human Values와 철학적 배경을 가진 American Association of Bioethics가 통합되어 ASBH(American Society for Bioethics and Humanities)가 이루어졌다²³⁾. ASBH를 중심으로 생명윤리학자들은 윤리자문가의 제도화를 위해 노력을 해오고 있다.

미국의 윤리자문 발달의 특징은 법적 소송과 연결되어 정책적으로 윤리자문에 대한 지원이 이뤄져 발달하게 되었다는 점이다. 이는 미국이란 국가의 특수성에 기인한다고 볼 수 있다. 의료의 윤리적, 법적 문제에 대해 주정부에서 직접 규제를 하는 오래된 전통과 의료뿐만이 아니라 통상적인 사회전반에 걸쳐 개인의 결정을 중요시하는 의사결정과정을 가진다. 이는 환자의 권리를 적극적으로 국가의 법체계에서 존중하고 있고 또한 국민들이 문제해결을 법적으로 접근하는 데에 적극적이며 접근자체 또한 용이하므로 가능할 수 있을 것이다²⁴⁾. 이러한 맥락에서 윤리위원회 외에도 윤리 자문가들의 대두가 두드러졌다고 볼 수 있다.

프랑스의 경우 1970년대 말, 1980년대 초 미국이 카렌 킨란 사건으로 죽을 권리에 대한 논의가 활발하던 때에, 프랑스에서는 생식의학에 관한 문제들에 대해 논의가 시작되었다. 1980년대에 처음 조직된 윤리위원회는 Kremlin Bicetre 대학병원의 병원윤리위원회였는데, 그 병원은 시험관아기에 관한 실험을 주로 하기 때문에, 윤리위원회는 생물학자와 의사들을 중심으로 만들어 졌다. 1983년 미테랑 대통령은 생명윤리에 관한 국가 위원회(the National Consultive Ethics Committee on Life Sciences and Health)를 두고, 주로 생명과학과 의학 연구 윤리에 관한 논의를 하게 하였고 이는 유럽 국가들에 영향을 미쳤다. 당시 병원윤리위원회의 대부분이 기관심사위원회(Institutional Review Board, IRBs)의 역할을 함께 하고 있었는데, 1988년 이후로 병원윤리위원회와 기관심의위원회는 분리되기 시작하였다. 국

23) 엄영란, 미국 생명의료윤리학의 최근 동향, 한국의료윤리교육학회지, 2001:4(1), 83쪽

24) 안유정, 병원윤리위원회의 역할기대에 기반한 윤리딜레마 해결 모형, 연세대학교 대학원 석사논문, 2002

가생명윤리위원회에서는 생의학에서 인간의 개념에 대한 논의를 하면서 1994년 생명윤리법이 제정되는 데 토대를 마련하였다.

그러나 프랑스는 미국과 철학적 토대에서도 차이가 있었다. 미국은 개인의 자유와 자기결정을 강조하여 개인의 의사결정이 중요한 주제인 반면, 프랑스는 인간의 역할을 사회의 한 맥락으로 보고 있어서 자기결정권, 사전지시 결정 등에는 관심이 없고 그러다보니 윤리자문가의 역할이 요구되지 않았다. 1990년대에 들어서서야 비로소 자율성과 자기결정권에 대한 움직임이 생기고 있으며 법으로도 제정되기 시작하였다.

독일의 경우, 천주교나 개신교 재단의 병원들을 중심으로 어려운 의사결정시 윤리자문을 제공할 수 있는 병원윤리위원회가 제안되었다. 대학병원에서 병원윤리위원회를 설치한 곳은 세 곳으로, 하노버(2000), 에어랑엔(2002), 만하임(2004)이다. 대학병원 중 병원윤리위원회의 형태가 아닌 윤리자문을 제공하는 곳도 마르브룩, 울름, 프라이브룩으로 세 곳이다. 함부르크, 괴팅엔, 프랑크푸르트, 뉘른부르크에서는 병원윤리위원회의 형태가 아닌 새로운 형태의 윤리자문이 이뤄지고 있다. 어쨌든 2003년도 이후로 독일 전국에는 77개의 병원윤리위원회가 존재하고 있다²⁵⁾.

임상윤리에 대한 관심이 증가함에도 불구하고, 미국과 달리 독일에서 윤리자문 서비스가 드문 이유는 세 가지를 들 수 있다. 첫째는 의료윤리 서비스를 어떻게 제공해야 하는지에 대한 논의가 미비하고, 둘째는, 의료윤리 자체가 아직 많은 독일 대학에서 제도화되지 않았기 때문이고, 무엇보다 중요한 이유는 의료윤리가 환자를 돌보는 사람들의 요구에 어떤 상관성이 있는지를 보여주지 못해 왔기 때문이다²⁶⁾.

25) UK Clinical Ethics Network, A practical guide to clinical ethics support, Appendix A2, 2004

26) Stella Reiter-Theil, Ethics Consultation on demand: concepts, practical experiences and a case study, Journal of Medical Ethics 2000;26:298-203

일본의 경우 최초의 병원윤리위원회는 1982년 12월 토쿠시마 의과대학에 세워진 것인데, 당시 논란이었던 기술인 체외수정(IVF)의 윤리적 논의를 하기 위한 것이었다. UCSF(University of California, San Francisco)의 인간 실험대상자들의 보호를 위한 윤리위원회에 참여했었던 타카오 사이토 박사가 그 경험을 살려 위원회를 만들게 된 것이다. 위원회는 8명의 위원으로 구성되었고, 그 중 6명은 의사, 나머지 2명은 철학자와 변호사였다. 8번의 모임에서는 체외수정기술에 대한 다양한 사회문화적, 윤리-종교적 문제들을 파악하고 그 후 2번의 모임을 통해 기술을 시행하기로 하되 제한적인 조건들을 제시하였다. 이 위원회의 활동은 언론매체를 통해 사회에 알려졌고 온정적 간섭주의가 지배적인 일본의 의료현장에서 상징적인 변화로 대두되었다. 그러나 첫 번째 시험관 아기는 이 대학이 아닌 토호쿠 대학(Tohoku University)에서 태어났고 이에 대해 언론에서는 체외수정이라는 신기술에 대해 이 두 대학의 접근법을 비교하며 토쿠시마 대학과 그 윤리위원회가 더 긍정적인 평가를 받게 되었다. 그리고 나서 신의료기술을 검토하기 위한 윤리위원회들이 생겨나기 시작하였다. 윤리위원회 설립에 관한 일본 정부의 규제가 없었음에도 불구하고 1987년에는 정부지원을 받는 42개의 의과대학 중 41군데에서 윤리위원회를 설치하였고, 29개의 사립의과대학에서는 12군데에서 위원회를 설치하게 된다. 그러나 윤리위원회의 운영방식이 온정적 간섭주의를 그대로 답습하고 있다는 지적들이 있다.

우리나라의 경우 1980년대 이전부터 병원윤리위원회가 설립되기 시작했다는 보고²⁷⁾가 있기는 하지만, 1990년 이후 대부분 설립되었고, 병원윤리위원회에 대한 논의가 활발해지기 시작한 것은 1998년 보라매병원 사건 때문이라고 할 수 있다. 만약 보라매병원사건 당시 병원윤리위원회가 활성화되어 있어 의료진과 가족들간의 충분한 토의와 적절한 조언을 제공되었더라면 주치의가 다르게 판단 할 수도 있었을 것이고, 판결에도 영향을 미칠 수 있었을 것이라는 의견들이 제시되었다.

27) 고윤석외, 위 논문, 63쪽

병원윤리위원회는 이러한 사회적, 의료적 필요성과 함께 의료윤리에 관심이 있는 의학교육자들이 의료윤리의 활용과 교육에 많은 관심을 보이면서 국내 대학병원을 중심으로 운영되기 시작하였다. 대한병원협회의 병원 표준화심사 항목 중에 병원윤리위원회의 구성 및 회의에 관한 심사항목이 포함되어 있다는 사실이 고무적이거나, 위원회를 의무적으로 설치해야 하거나, 설치를 하지 않는 경우의 조치가 명시되어 있지 않아 아직 제도화되지 못한 상태이다.

2.3. 윤리자문의 이유와 목적

윤리자문의 현황은 여러 범주들이 있고 그 내용이 방대하다. 이를 이해하기 위해서는 보건의료현장에서 윤리자문을 요청하는 이유를 파악하는 것이 도움이 될 것이다. 먼저 『생명윤리 백과사전(Encyclopedia of Bioethics)』²⁸⁾에서는 (1) 환자, 의료진, 가족들 간의 갈등 해결-이미 내려진 결정에 대한 도전, (2) 어려운 결정들에 대한 정서적 지지, (3) 논쟁의 중재, (4) 도덕적으로 수용 가능한 대안 확인, (5) 의료분쟁의 예방 때문이라고 제시하였다.

실제 우리나라의 경우는 고윤석 외 연구에 의하면²⁹⁾, 의료인들을 윤리적 및 법적 부담으로부터 보호(81.8%), 진료행위에 대한 법적 규제와 같은 최근의 의료환경(63.6%), 의료직 및 비의료직 직원들의 의료윤리에 대한 인식부족(각 45.5%), 보호자와 의료진의 잦은 마찰(36.4%)등으로 나타나 우리나라의 경우 의료분쟁을 예방하기 위해서 혹은 법으로부터의 보호 수단으로 선호되고 있음을 알 수 있다.

미국의 경우에는 윤리적 측면과 감정적 측면이 더 강조되고 있다. 2001년도 미국의 조사 연구³⁰⁾에 의하면, 딜레마 상황에서 요청하는 경우가 (1) 갈등 해결에

28) Encyclopedia of Bioethics revised ed. Macmillan Library Reference USA, pp406

29) 고윤석외, 위 논문

30) Gordon DuVal, et. al. What triggers requests for ethics consultation?, Journal of Medical Ethics 2001;27suppl I:i24-129, 미국 전지역의 내과 의사 344명을 대상으로 했으나 190명이 응답함.

도움을 받고자, (2) 어려운 환자나 가족과의 관계에 도움을 받고자, (3) 감정적인 동요, 예를 들어 두려움, 혼란스러움, 불편한 느낌 등으로 요청하게 되었다고 한다. 이에 대해 구체적으로는 의사결정시 도움을 받고 싶어서, 법과 관련하여 물어보고자, 윤리적 문제를 생각하기 위해서, 의사소통상 문제에 도움을 받기위해, 의사결정의 공정함을 위하여 등의 이유를 들었다. 우리나라와 같이 법적인 보호나 절차에 관한 문의를 하기 위해 윤리자문을 받길 원하지만 환자와 가족과의 의사소통시 도움을 받거나 자신의 감정을 위해 도움을 요청한다는 요인들도 있다는 것이 흥미롭다.

윤리자문이 윤리적 갈등을 윤리적으로 해결하기 위한 것이지만 그 뿐 아니라 당사자들의 가치와 정서를 다루는 것에도 주목할 필요가 있다. 실제로 조지타운 대학의 윤리자문 서비스에서도 윤리자문의 요청시 단순한 의사소통상의 문제들인 경우가 많아 개인이 해결하고 윤리적 갈등상황인 경우에 팀접근을 활용한다고 한다³¹⁾. 이와 관련하여 알더슨(Priscilla Alderson)³²⁾은 윤리적 문제를 윤리이론에 근거하여 다룰 때 너무 이론적이고 중립적이라는 한계가 있고, 관계와 도덕 감정들도 중요한 측면으로 고려해야 한다고 지적하고 있다.

다음으로 윤리자문을 요청하는 딜레마 유형에 대해 살펴보겠다(표 참조). 미국과 영국, 한국을 비교해 보았는데, 윤리자문 요청 빈도수에 따라 순서를 매긴 결과, 치료중단이 가장 높게 나타났고, 죽음과 관련된 이슈들이 주로 차지하고 있음을 알 수 있다. 그 외에는 특수한 이슈들, 환자 대리결정 등의 순으로 나타났다. 미국의 경우 종교, 문화와 관련된 문제, 진실말하기, 비밀유지, 환자에게 무엇이 최선의 이익인지 파악하는 문제들에 대해서도 요청하였지만 그 빈도수는 현저히 낮았다.

31) <http://clinicalbioethics.georgetown.edu/consult>

32) Priscilla Alderson, Abstract bioethics ignores human emotions, *Bulletin of Medical Ethics*, 1991(May):13

표 1. 윤리자문 요청 빈도가 높은 윤리적 딜레마

미국 ³³⁾	영국 ³⁴⁾	한국 ³⁵⁾
죽음과 관련된 이슈 :무의한 치료, 치료중단	치료 중단 및 보류	신생아 치료중단
환자의 자율성: 환자대신 결정하는 경우	치료에 대한 동의	소아, 성인 치료중단
관련 당사자간의 갈등	DNR	장기이식
특수한 이슈들: 유전학, 낙태, 약물남용	사전 지시	무의미한 치료
종교와 문화 관련 이슈	의사결정 능력의 문제	환자불만
전문직 행동	치료 거부	위원회운영
진실말하기와 비밀유지		
정의관련 이슈들		
선행: 환자의 최선의 이익을 증진하는 방법		

현재 보건의료 현장에서 윤리자문을 위해 주로 다루게 되는 분야가 증대한 이슈들이다 보니 다른 중요한 문제들은 상대적으로 다른 이슈들은 소홀하게 다루기 쉽다. 이 점을 여성주의 학자 워렌(Virginia Warren)이 지적하였는데, 그는 의료현장에서 발생하는 갈등을 위기 이슈(crisis issues)와 평범한 이슈(housekeeping issues)로 구분하면서, 생명윤리 분야에서는 치료 중단, 장기이식 등 굵직한 위기

33) Gordon DuVal, et. al. Ibid.

34) UK Clinical Ethics Network, A practical guide to clinical ethics support, 2004, p.3

35) 서울아산병원의 병원윤리위원회 운영; 구영모, 우리나라 병원윤리위원회의 운영현황, 제30차 종합 학술대회 자료집, 대한의사협회, 2003년, 28쪽-우리나라에서는 비교가능한 동일 연구가 없어 한 종합병원의 윤리위원회 안건 내용을 참조하였다. 안건상정의 빈도수를 토대로 우선순위가 매겨져 있음.

이슈에는 관심을 많이 가지는데, 평범한 이슈들인 의사-간호사의 관계에 따른 문제, 의사에게 사전 지시에 관한 내용을 어떻게 말해야 하는가 등의 문제들은 대체로 무시되고 있다고 주장한다³⁶⁾. 위기 이슈인 경우에 해결할 적절한 지점이 존재하는데 비해, 평범한 이슈들은 계속 지속이 되기 때문에 방치해서는 안 될 부분이고, 윤리위원회가 도덕 공동체로서의 기구라면 이 부분에 관심을 가지는 것이 바람직하다.

지금까지 윤리자문을 요청하는 이유와 주요 이슈들이 무엇인지 살펴보았는데, 아쉬운 점은 모두 의료인들의 관점에서 바라 본 것들이라는 것이다. 윤리자문의 목적을 파악하는데 환자의 인식이나 평가에 대한 논의는 상당히 중요함에도 불구하고 환자나 보호자들이 요청하는 경우에 대한 연구조사들은 거의 찾아 볼 수 없었다. 실제로 윤리자문을 요청하지 않은 환자나 보호자들은 의료인이 요청하여 윤리자문을 받게 되는 경우, 이에 대해 환자나 가족들이 윤리자문에 대해 긍정적으로만 받아들이지 않을 가능성이 많다. 그러나 이러한 연구들도 거의 발견할 수 없었다.

지금까지 윤리자문을 요청하는 이유들을 살펴보았는데, 이러한 요구들을 충족시키는 것이 윤리자문의 목적이 될 것이다. 윤리자문의 목적은 학자들마다 의견이 분분하다. 푸마(John La Puma)와 프리스트(E. Rush Priest)³⁷⁾는 윤리자문의 일차 목적은 각 사안마다 윤리적인 결과를 가져와야 하고 의사들에게 윤리적인 의사결정을 내리기 위한 그들 자신만의 틀을 구성하도록 교육하는 것이라고 주장했다. 이에 반해 환자 권리 옹호자들은 윤리자문의 일차 목적은 의사결정을 공유하면서 환자의 자율성을 증진시키는 것이라고 주장하는데, 플레처(John Fletcher)는 중도적 입장으로서는 다음과 같이 제시하고 있다.

36) Warren, V.L. Feminist directions in medical ethics, In Holmes HB, Purdy LM(eds). *Feminist Perspectives in Medical Ethics*. Bloomington, IN: Indiana University Press ;1992:p.33

37) La Puma, E. Rush Priest, *Medical Staff Privileges for ethics consultants: An Institutional Model*, *Quality Review Bulletin* 18, 1:17-20

- (1) 윤리적 문제들을 해결함에 있어 의사결정을 공유하고 보호하는 것
- (2) 안 좋은 결과를 예방하는 것
- (3) 임상윤리의 지식을 증대시키는 것
- (4) 갈등을 해결해 나가는 과정에 참여하여 자아와 타아에 대한 지식을 쌓기³⁸⁾.

그러나 무엇보다 윤리자문이 가지는 궁극적인 목적은 의료현장에서 환자 돌봄의 질을 높이는 데 있겠다. 이는 싱어(Peter A. Singer)와 펠레그리노(Pellegrino), 지글러(Siegler)가 주장하였는데³⁹⁾, 그들은 의료현장의 질을 높이기 위해서 임상윤리학자는 환자와 함께 시간을 오래 보내고, 그들의 관심사를 이해하며, 그것을 의료인들에게 피드백해주고, 질 향상을 위한 매니지먼트 하는 것을 제안했다.

윤리자문의 목적에 대해 ASBH에서는 “의료 기관에서 발생하는 임상 사례들로부터 윤리적 이슈를 확인하고, 분석, 해결하는 과정을 통해 의료의 질과 그 결과를 증진시키기 위한 것이라고 정하였다. 성공적인 윤리자문을 통해 윤리문제의 원인을 확인하고 윤리적 규범과 기준이 임상 실무와 함께 증진되어 정책 개발, 의료의 질 향상, 적절한 자원 개발에 대한 의료기관이 관심을 기울이게 되고 임상윤리에 관한 교육을 제공하면서 현재와 미래의 윤리 문제들을 다루는 개인들을 지원하려는 분위기가 조성될 수 있다고 제안한다⁴⁰⁾.

2.4. 윤리자문의 형태

윤리자문은 보건의료현장에서 발생하는 윤리적 갈등이나 가치의 모호함들에 대해 관련 당사자들인 환자, 보호자, 의료인들에게 도움을 주기 위한 활동으로 이는 세 단계로 구분될 수 있다. 첫째, 특정 사안과 상관없이 윤리적 문제를 명료화시켜

38) Encyclopedia of Bioethics revised ed. Macmillan Library Reference USA, pp406

39) Peter A. Singer, Edmund D Pellegrino, Ma가 Siegler, Clinical ethics revisited, BMC Medical Ethics 2001 2:1

40) ASBH, Core competencies for health care ethics consultation,

주는 작업, 둘째 특정 사안에 대한 윤리적 딜레마에 대한 논의를 촉진시키는 작업, 셋째, 윤리적 논쟁을 해결하기 위한 작업이다⁴¹⁾. 세부 내용은 다음과 같다.

첫째, 특정 사안과 관계없이 윤리적 문제를 명료화 해주는 것은 당사자들에게 교육을 제공하는 윤리자문의 형태를 말한다. 많은 측면에서 이는 윤리위원회의 교육기능과 같은 맥락이다. 이런 자문을 의뢰하는 자는 어떤 업무나 사안들에 대해 불편함을 느끼는 경우인데, 가령 병원의 DNR지침이 효과적인지, 혹은 의사결정 능력이 없는 환자의 자율성을 어떻게 존중하는지에 대해 알고 싶어 한다. 그래서 윤리자문을 통해 보건의료인들이 윤리적 이슈들을 논의하는데 편안함을 느낄 수 있는 "반성적 공간(reflective space)"⁴²⁾을 제공하여야 한다. 이를 제공하는 복도식 자문(hallway consult)은 중대한 이슈들과 그 해결을 위한 다소 중압적인 자문이 아니어서 격식을 차리지 않는 편안함을 제공할 수 있어 정형적이지 않은 윤리적 이슈들에 대해서도 다른 의료윤리 이슈들과 동등하게 논의할 수 있게 해준다는 점이다.

둘째, 특정 사안의 윤리적 딜레마에 대한 논의를 촉진시키는 윤리자문의 형태는 당사자들이 수용가능한 일련의 행위들이 무엇인지 모르는 상태에서 이들에게 행위할 수 있는 방안을 찾도록 해주는 것이다. 예를 들어, 대리인과 치료팀은 환자의 치료를 중단하는 것이 윤리적으로 옳은지 모르는 상황이다. 이런 경우 논의를 하도록 도와주면서 선택할 수 있는 방안들의 범위를 명확하게 해준다. 다시 말해, 윤리자문서비스는 다양한 견해들이 인정되고 이해될 수 있도록, 그리고 그 제안이 무엇이 되었든 간에 그 집단의 자유를 존중할 수 있도록 도와줘야 하는 것이다.

셋째, 윤리자문의 세 번째 형태는 진정한 윤리적 논쟁으로서, 갈등 중에 있는 윤리적 입장들 간의 논란을 해결하는 것이다. 예를 들어 치료팀이 한 환자에 대해

41) AMA CEJA(Council on Ethical and Judicial Affairs)Report 1997 Dec.
http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/369/ceja_3i97.pdf

42) Margaret Urban Walker, "Keeping Moral Space Open." Hastings Center Report, 1993, 23(2):33-20

심폐소생술이 무의미하다고 판단하지만 가족들은 지속적인 노력을 해달고 요구하는 경우에 윤리자문은 양 당사자들의 주장에 대한 윤리적 토대를 평가하기 위해 작업을 시작하게 되는데 이 상황에서 다양한 신념들을 따르기 위해서는 신중해야 한다. 그리고 우선보다 윤리적 논쟁이 실제로 존재하는지를 따져봐야 한다. 가끔 갈등유발의 원인이 당사자들 간의 의사소통 부족이나 오해로 생기는 경우들이 있기 때문이다.

하지만 이러한 윤리자문의 형태들은 명백하게 구분되지 않는 것이 현실이다. 그럼에도 불구하고 이러한 구분 작업은 앞으로 논의하게 될 윤리자문가의 역할을 명료하게 하는데 도움을 줄 수 있다고 생각한다. 윤리자문으로 비교적 비공식적인 토대에서 의료인에게 정보를 제공하는 경우, 그 상황에서는 특별히 고려될 사항이 없기 때문에 다른 당사자들은 그 논의에 참석할 필요가 없어도 되고, 공식적인 서면작업도 필요가 없다. 이러한 윤리자문 활동은 정보 제공을 하는데 유리하고, 이는 교육 확산이나 기관 방침의 개발을 증진시키는데 도움이 된다.

2.5. 윤리자문 제공 모델들

윤리자문이 활발해지면서 각 의료기관의 특성에 맞게 선호하는 다양한 모델들이 개발되었고 소개되고 있다. 그러나 윤리자문을 하기에 가장 이상적인 모델이 무엇인지는 정해져 있지 않다. 여기에서는 그 모델들의 특징과 장단점을 중심으로 자세하게 살펴보도록 하겠다. 우선 윤리자문 제공 모델은 크게 세 가지로 나눌 수 있다⁴³⁾. 병원윤리위원회, 소규모 자문팀, 개인 윤리자문가이다.

43) Cynda Rushton, Stuart J. Youngner, Models for Ethics Consultation: Individual, Team, or Committee?, Ethics Consultation, The Johns Hopkins University Press, 2003, p.88-93

2.5.1. 병원윤리위원회(Full Ethics Committee)

이 모델은 전체윤리위원회가 함께 모여 자문을 수행하는 것으로 가장 대표적이며 널리 알려진 윤리자문의 모델이다. 위원회의 위원장이 촉진자로서의 역할을 수행하고 윤리전문가나 윤리학에 관심을 가지고 있는 존경받는 의료인들이 수행하게 된다. 이 위원회는 다양한 전공배경, 가치, 기술, 지식을 가진 다학제적 집단이다. 의학, 간호학, 철학, 신학, 사회사업, 법, 행정분야의 사람들이 모인다. 일반인이 포함되기도 한다. 따라서 이 모델은 윤리적 논의를 하는데 있어 다양한 사람들의 가치와 배경이 반영되어 소위 “철학대왕(Philosopher King)”이라는 사람의 독단적인 견해만이 반영될 가능성이 줄어들게 된다. 그러다 보니 자문에 대한 확실한 수단으로 인정받고 있다.

이 모델의 단점은 우선적으로 인원 규모와 밀접하다. 대규모일수록 환자나 가족, 심지어 의료인들에게도 위협적으로 느껴질 수 있다. 그리고 환자나 그 가족이 위원회 모임에 참여하게 되면, 의사소통을 하기에 최적의 상황이라고 보기 힘들다. 대부분의 환자 보호자들이나 의료인들은 위원회 모임 같은 곳에서 자신의 의견을 표현하는데 거리감을 가지고 있기 때문이다. 침상 옆이 아닌 회의실에서의 모임은 위원회가 가지는 임무와 의도 자체가 법정역할이 아님에도 불구하고 강력한 법정과 같은 모습으로 비춰지게 된다. 그리고 지원 시스템이기보다는 관리구조의 일부나 의료기관 내 한 과정으로 보여 질 수 있다. 병원윤리위원회의 모든 위원들이 일차적으로 환자, 보호자, 의료인, 진료기록 등에 직접적인 접근권을 가지는 것이 아니고 주로 위원회 모임에서 나눠준 2차, 3차 자료에 의지해야 한다. 게다가 윤리자문에서 언급되는 문제들은 주로 새로운 사실이 수집되고 그 과정에 새로운 인물이 개입되면 참여자들이 다시 모일 수 있어야 하는 진행되는 과정을 요하기 때문에 수시로 모여야 하는데, 이 위원회의 규모가 크다면 모임이 지연되게 된다. 또한 위원들간의 책임소재가 분산되기 때문에 한 번 모이기가 더 어렵게 된다. 그래서 몇몇 학자들은 “집단사고(group think)”의 위험성을 지적해 왔다⁴⁴⁾. 예를 들어, 카셀Cassel은⁴⁵⁾ “위원회는 어느 누구도 궁극적인 책임을 지지 않도록 하기 위

해서 비도덕적 결정을 할 수 있는 환경을 제공할 수도 있다”고 지적했다. 이런 경우는 위원회의 구성원들이 임상과는 거리가 먼 경우, 행정적 요구가 존재하는 이익 갈등, 집단의 역동성이 관료적인 경우일 때 그러하다. 특히 위원들이 의료기관의 조직 위계질서나 성격에 의해 다른 사람들에게 자신들의 입장을 강요하고 논의를 주도한다면 결국 병원윤리위원회의 더 민주적인 절차와 관련된 장점이 상실될 것이다.

2.5.2. 소규모 자문팀 (Small-Group Consultation Team)

이 모델은 윤리 자문가들로 구성된 팀으로 2-4명이 모여 자문을 수행한다. 이 구성원들은 종종 병원윤리위원회의 위원들이나 경우와 있고, 위원들이 아닌 윤리 자문가로서만 활동하는 경우도 있다. 이상적으로는 이 팀은 다양한 학문과 관점 가치, 자문과정시 다양한 지식과 기술을 가진 자들로 대표되는 자들을 포함시켜야 한다. 팀 모델은 의료기관에서 활용할 때, 한 개 이상의 팀을 두어, 소위 말해 “on call” 제도를 두고 주마다 혹은 달마다 팀이 교대로 활동 할 수 있도록 한다. 영국에서는 주로 특정 이슈, 예를 들어 병원정책 수행을 논의하거나 정책 및 가이드라인을 고려하거나 형성하기 위한 논의들을 고려하기 위해 구성되는 형태도 있다. 이 형태의 장점은 조직이 유연하며, 소규모의 형태라 전문분야마다 빠르게 구성될 수 있다. 따라서 정책이나 가이드라인 개발시 효과적이다.

이 모델의 장점은 병원윤리위원회에 비해 효율성, 환자, 가족 및 의료인들이 편안해 함, 정보의 직접적 접근이 용이함을 들 수 있다. 이는 개인 모델보다는 자문과정에서 다양한 관점이나 가치들이 포함될 수 있어 개인의 독단성이 줄어든다.

다학제적 팀이 구성되면, 지식이나 기술에 있어 개인이 하는 것보다 더 전문적일 수 있고, 팀이다 보니 기관에서도 더 책임을 가지고 관리를 하게 된다. 또한 전문

44) Singer et al., "Ethics Committees and Consultants", *Journal of Clinical Ethics*, 1990(4), p:263-7

45) Cassel, C., "Deciding to Forego Life Sustaining Treatment : Implications for Policy in 1984," *Cordoba Law Review* 6(May 1985):287-302.

가 집단이기 때문에 서로 동료평가를 통해 특히 윤리자문시 의사소통에 문제가 없는지, 판단에 미흡한 점은 없는지 등에 대해 평가가 수시로 이뤄져 자문의 질을 향상시킬 수 있다. 무엇보다 팀 구성원으로서의 자문가들은 의사결정과정에 참여할 때 편견이 드러나고, 정제되지 않은 가정이나 의견들에 대해 질문을 받는 과정을 거치면서 공정성(impartiality)을 추구할 수 있게 된다.

단점으로는 개인 윤리자문가 유형보다는 덜 유연하고 덜 효율적이라는 점이다. 의료기관내에서 팀들이 교대된다면, 자문에 대한 그들의 능력과 접근방법은 다양할 것이다. 그러나 한 팀의 팀원들이 자주 변경되면, 오히려 자문의 질이 떨어질 것이다. 또한 이 모델은 윤리 자문가들의 자문기회가 적어질 것이고 그로인해 전문성도 더디게 발전할 수도 있다. 윤리위원들이 팀의 구성원으로 활동하는 경우 병원의 경영현실에 비추어볼 때, 그들이 자신들의 본래 업무 외에 윤리자문에 많은 시간을 빼앗기는 것에 대해 불만을 가지게 될 수 있다. 팀 내 여러 개인 윤리자문가들이 책임을 지게 되면서 분산될 수 있다. 책임이 적어지면, 활동이 개인 윤리자문가 유형보다 소극적으로 될 수 있기 때문에 덜 선호할 수 있다.

2.5.3. 개인 윤리자문가

개인 윤리자문가⁴⁶⁾는 혼자서 일련의 전체 자문과정을 도맡아 한다. 즉, 도입

46) 우리가 윤리자문가(Ethics Consultant)라는 용어를 사용하기에 앞서 다음 용어들과 구분지를 필요가 있다. 윤리자문가와 임상윤리학자(Clinical Ethicist), 윤리전문가(Ethical Expert)이다. 먼저 윤리전문가와 임상윤리학자를 비교 해보면, 윤리전문가는 숙련된 합리자(reasoner)일 필요가 있다. 윤리 전문기술, 논리적으로 사고하기, 오류와 모순피하기, 개념을 명확히 해석하고 분석하고 유용한 새 개념을 만들기, 논증과 입장들을 구성할 것 등을 필요로 한다. 이러한 기술은 독점 능력이 있는 것은 아니지만, 다른 분야보다 철학이 가장 많이 관련되어 있다. 이는 변호사에 비유가 된다. 변호사는 여러 분야의 사건에 관여하지만 그들에게 중요한 것은 법을 잘 적용하는 기량이다. 이에 비해 임상윤리학자는 해당분야의 윤리성과 관련된 행동에 대한 정보를 잘 이해할 수 있을 만큼, 관련 분야에 대한 충분한 지식이 있어야 한다. 즉, 임상윤리학자는 사례자문에 혼자서 해내며, 해당분야의 교육도 담당할 수 있는 사람으로 정의된다. 이러한 행위를 하는 자가 윤리자문가가 된다. 그러므로 임상윤리학자는 보건의료 윤리자문을 수행할 수 있는 윤리자문가가 된다. 실제로 윤리자문가와 임상윤리학자가 혼용되어서 사용되고 있는데, 이 연구에서는 윤리 자문가와 임상윤리학자를 같은 개념으로 사용해도 하겠다.

(intake), 선별(screening), 모임 조정, 권고, 추적관리, 문서화, 보고의 과정을 전담한다. 이들은 그가 속한 의료기관의 기관윤리위원회에 보고를 하는 관계이기도 하고 아닐 수도 있다. 또한 그 의료기관내에서의 자발적인 지원자이기도 하고 월급을 받는 자이기도 하다. 그 외에도 그 외부인으로 윤리자문을 하기 위해 고용되기도 한다. 많은 개인 윤리자문가의 전공은 철학, 신학, 법, 의학, 간호학이다. 이들이 개인윤리자문가가 되기 위해 필요한 지식이나 학위 등 조건에 대한 부분은 다음장에서 자세하게 논의하도록 하겠다.

먼저 이 모델의 장점은 효율성과 요청자가 편안해 한다는 점이다. 단 한명만을 만나게 되므로 접근성이 더 용이하며 유용하다. 자료를 직접 수집하기 때문에 여러 사람이 수집하는 경우보다 훨씬 효과적이다. 특히 위원회의 경우 여러 사람을 거쳐 자료를 얻게 되므로 잠재적인 편견이 개입될 수 있다. 혼자서 일관적으로 환자, 가족, 의료인들을 상대하는 개인 윤리자문가는 연속성과 신뢰를 갖게 한다. 물론 이들이 다양한 당사자들 간에 협력과 의사소통을 증진시키는 대인관계 기술을 습득한 경우에 그러하다.

어려운 문제를 논의할 때 대규모 집단과 하는 것보다 한 개인과 논의하는 것이 더 쉽기 때문에 윤리자문을 요청하는 사람들에게 덜 위협적이다. 이는 의료인들과의 관계를 발전시키는 데에도 도움이 된다. 또한 자문과정에 지식과 기술이 일관적으로 적용되며 나아가 그 의료기관에서 윤리자문의 이용도가 더 높아질 것이다.

게다가 점점 많은 사례를 다루게 되면서 개인 윤리자문가는 경험이 풍부해지고 이는 윤리자문의 질과 일관성을 향상시키게 된다. 성공한다면 이 모델은 의료기관의 윤리자문 서비스의 활동이 명백하게 증가할 것이다. 개인의 경우 자문에 대한 책임 소재가 명백하기 때문에 책무가 강화될 것이다.

그러나 이 모델의 단점을 살펴보면, 오로지 단 한명이 사례에 대한 자료를 수집하고 자문을 할 때, 그의 개인적인 가치나 의견이 자문과정에 강요될 수 있고, 아니면 관련 당사자들에게 강요될 수도 있다.

보건의료 기술이 빠르게 발전하는 상황에서 단독으로 활동하는 개인 윤리자문가는 보건의료 현장 모든 분야에서 발생하는 문제들을 다뤄야 하는데 임상에 대한 부분에 대해 충분한 이해를 하고 있다고 보기 힘들다. 전문 병원이나 소규모 지역 병원이 아닌 종합병원에서는 문제가 될 수 있다. 두 번째로는 일의 양이 많다는 점이다. 윤리자문을 비롯하여 교육이나 연구 등에도 관여를 해야 하는 상황이 많다. 참여해야 하는 활동으로는 자문서비스, 윤리학 실습(Ethics Rounds), 각종 윤리위원회 위원장으로 활동하거나 지원함, 강의, 관련 연구 등이 있다⁴⁷⁾. 세 번째로는 제일 중요한 문제로 평가가 안 된다는 점이다. 만약 개인 윤리자문가가 전체 윤리위원회에 보고를 한다면 자문의 과정과 결과에 대한 평가가 될 수 있겠다. 과정, 지식, 기술에 대한 지속적인 동료평가가 도움이 된다. 문제는 개인 윤리자문가가 기본적으로 요구되는 지식이나 기술이 부족할 때 발생한다. 이 모델은 그들을 대신할 다른 대안이 없다는 것이 문제이다. 그렇기 때문에 이 모델은 윤리자문가의 개인적인 능력과 지식이 더 중요하게 요구된다.

2.5.4. 혼합 모델

위의 세 가지 모델을 토대로 하여 실제 의료기관에서 자신들의 상황에 적합한 모델을 선택하기도 하고 개발하기도 한다. 윤리위원회를 두려면, 위원들의 윤리교육을 제대로 시켜야 하기 때문에 그 대안으로 외부의 개인 윤리자문가를 고용할 수 있고, 소규모 집단이나 팀을 교육하여 활동시킬 수도 있다. 그래서 제안된 여러 모델을 정리해 보면 다음과 같다.

첫째, 윤리위원회 위원들로 구성된 팀으로 위원회 위원들로 구성되거나 위원장에 의해 소집된 소위원회로 특별 팀이라고 볼 수 있다. 그래서 특정 사안에 따라 조직되어 활동하게 된다. 둘째, 윤리자문 서비스 형태이다. 소규모 팀을 이뤄 윤리

47) Susan MacRae, et. al., Clinical Bioethics Integration, Sustainability and Accountability: The Hub and Spokes Strategy, The University of Toronto Joint Centre for Bioethics Clinical Ethics Group, Journal of Medical Ethics 2005:31:260

자문을 전달한다. 구성은 윤리위원회 위원들과 외부인사들로 구성되기도 하고, 위원회의 위원이 아닌 사람들로 구성되기도 한다. 중요한 점은 이들의 활동은 위원회나 혹은 관리 부서에 보고를 해야 한다는 것이다. 셋째, 개인 윤리자문가 형태이다. 단독으로 활동하기도 하고 주로 윤리위원회와 연계되어 활동한다. 그래서 의료기관이나 윤리위원회와 계약하에 근무하는 경우와 의료기관과 계약을 맺은 회사에 속하여 파견 근무하는 경우가 있다.

표 2. 윤리자문의 구조들

1. 윤리위원회 위원들로 구성된 팀에 의한 자문
 - 1) 위원회 위원들의 다학제간 팀
 - 2) 위원들의 특별 다학제간 팀(ad hoc interdisciplinary team), 위원장에 의해 소집된 팀으로 사안의 특징이나 유동성에 따라 달라짐
2. 윤리자문 서비스
 - 1) 위원들과 외부인사들로 구성되며 윤리위원회에 보고를 해야한다.
 - 2) 위원회의 위원이 아닌 사람들로 구성, 위원회나 혹은 관리 부서에 보고를 해야한다.
3. 개인 컨설턴트
 - 1) 의료기관이나 윤리위원회와 계약하에 근무
 - 2) 의료기관과 계약을 맺은 회사에 속하여 파견 근무

*출처: Mark P. Aulisio, et al., Ethics Consultation: From Theory to Practice, The Johns Hopkins University Press, 2003. p. 98

위의 세 가지 모델이 병원윤리위원회와 어떠한 관계를 맺는지에 대해 살펴보면, 첫째 개인 윤리자문가나 소규모 팀은 그들의 활동에 대해 병원윤리위원회와 연계하여 정기적으로 보고하는 경우와 둘째, 개인 윤리자문가나 소규모팀이 환자로부터 직접 자료를 수집하기 위해 파견되고, 그 사례에 대한 논의는 전체 위원회에서

하는 방법도 있다. 셋째, 개인 윤리자문가와 소규모 팀이 활동을 하고 위원회에서 다루어야 할 사안들만 위원회로 넘기는 방법이 있다. 그런 사안들로는 (1) 개인 윤리자문가가 확신하지 못하거나 소규모 집단의 구성원들이 합의하지 못하는 사안 (2) 고차원적으로 논란의 여지가 있거나 개인이나 의료기관에 중대한 함의들을 가지는 사안 (3) 환자가 특별한 보호를 필요로 하는 사안(예, 대리인이 없는 의사 무능력환자) (4) 가족구성원들이 법적 혹은 도덕적 대리인으로서 의심스러운 사안 (5) 윤리적, 법적, 사회적 결과들이 기관에 복잡한 위험이나 책임을 발생시키는 사안 들이 해당된다.

최근에는 개인 윤리자문가들이 늘어나면서 병원윤리위원회를 따로 두지 않은 상태에서 여러 의료기관들과 연계해서 활동하는 모델이 영국과 캐나다를 중심으로 생겨나고 있다. 이를 허브와 스포크 모델(the Hub and Spokes model)⁴⁸⁾이라 한다. 이 모델의 목적은 보건의료 기관내 윤리자문가의 윤리적 능력을 강화하고 환자 돌봄의 질에 영향을 미칠 수 있게 하기 위함이다. 그 형태를 자세히 살펴 보면, 허브에 핵심이 되는 임상윤리 전문 지도부를 두고, 스포크라는 인력으로는 의료인과 윤리를 담당할 수 있는 윤리자원의 담당자들로 구성되어 허브를 중심으로 하여 연결되어 있는 조직이다. 이는 지역의 윤리 네트워크를 확산시킬 수 있고, 이는 윤리위원회보다는 더 큰 조직으로 확장될 수 있다. 캐나다의 경우 토론토 대학에 생명의료윤리 집단을 위한 합동 센터(The Joint Centre for Bioethics, 이하 JCB)인데, 병원에 근무하는 임상윤리학자들의 집단으로는 가장 큰 조직이다. 이 센터의 임상윤리학자들은 다양한 의료기관에서 풀타임 혹은 파트타임으로 근무를 한다. 그래서 이들은 서로 동료평가가 이뤄지고 개인윤리자문가가 가지는 어려운 점들에 대해 지원받을 수 있게 된다.

이들 중 모든 사안을 최적으로 해결할 수 있는 유형은 없다. 모든 것이 동등하다고 가정할 때, 대규모의 위원회보다 작은 팀이 윤리자문 서비스를 제공함에 있

48) Susan MacRae, et. al., Ibid. p.260-64

어 더 책임감이 있다고 할 수 있다. 이 유형은 최대한 폭넓은 참여자와 책임감을 가지고 유연하면서 동시에 사용자에게 친숙함을 고루 갖추어야 한다. 그러나 우리 사회에 적용시킬 수 있는 적절한 모델들이 개발되어야 하고 그를 위해서 이와 연관된 다양한 연구들이 우선되어야 할 것이다.

무엇보다도 새로운 모델 개발이 이루어지려면 이를 담당할 윤리자문에 관한 전문 능력을 갖춘 인력들이 많이 배출되어야함이 전제되어야 한다. 따라서 다음 장에서는 윤리자문가에 대해 심층적으로 살펴보고 윤리자문가의 역할을 수행하기 위해 필요한 능력들에 대해 고찰해 보고자 한다.

제3장 윤리자문가의 역할에 대한 이해

의료기술의 발달로 새로운 윤리적 문제들이 끊임없이 제기되고 있는 의료현장에서 해를 거듭할수록 예기치 못한 사건들이 대두되고 있으며 향후 그러한 조짐은 더욱 가속화 될 전망이다. 그러한 윤리적인 문제들을 해결해야 한다는 시대적 요청에 부응하여 생명의료윤리 분야에 대한 관심이 고조되고 있으며 그 관심도가 날로 높아지고 있다. 그리고 반세기동안 생명의료윤리학을 주도한 미국의 경우를 살펴보았을 때, 지난 수 년 동안 생명의료윤리분야가 양적으로 팽창되고 있음을 알 수 있다. 미국의 모든 대학병원에서 생명의료윤리학을 전공한 윤리학자를 채용하고 있으며 대학부속 그리고 독립 센터에서 의료윤리학자들이 활동할 수 있는 프로그램을 늘려가고 있다⁴⁹⁾.

우리나라의 경우 윤리자문 활동을 하는 전문 인력인 윤리자문가가 존재하지 않기 때문에 이들의 역할을 이해하기 위해서 문헌과 외국의 윤리 자문가들의 활동을 살펴보는 방법이 가장 효과적이다. 이에 본 장에서는 윤리자문의 절차와 윤리자문 제공 모델과 윤리자문 구조에서 설명된 위원회나 팀들과 윤리자문가가 어떠

49) 이종찬외, 위의 책, 54쪽

한 관계를 맺으며, 의료기관내에서 구체적으로 어떤 업무를 수행하는지를 살펴볼 것이고, 개별 사례에 대한 윤리 자문시에 윤리자문가의 역할은 문헌고찰을 통해 학자들과 그들의 경험을 통해 드러나 역할모델을 중심으로 살펴 보고자 한다.

3.1. 윤리자문가와 윤리위원회와의 관계

윤리자문가의 역할이해를 위해 윤리자문을 담당하는 대표적인 집단인 병원윤리위원회와의 관계를 살펴보고자 하는데, 그 이유는 둘 다 윤리자문을 제공하기 때문에 어떻게 업무분담을 하며 서로 지지해주는지, 어떤 갈등이 있는지를 보는 것이 필요하다. 미국의 경우, 윤리 자문가들의 극적인 성장으로 실제로 윤리자문이 발달하기 시작한 초창기에는 주로 병원윤리위원회 자체에 대한 설명과 그 기능에 대한 설명들이 주류였다면 실제 병원윤리위원회의 경험이 축적이 되어감에 따라 윤리위원회와 윤리자문가나 윤리자문팀과의 관계를 명확히 하려는 노력들이 생겨나고 있어⁵⁰⁾ 의의가 있다고 할 수 있다.

초기의 관계는 플레처(Fletcher)의 연구⁵¹⁾에서 알 수 있는데, 그들은 1985년 윤리자문 컨퍼런스에 참석한 모든 윤리자문가⁵²⁾에게 설문조사를 시행한 결과, 38명이 응답하였고, 응답자의 단지 1/3이 병원윤리위원회의 일을 하고 있었고, 그들 대부분은 위원회의 의장이 아닌 위원으로 활동하였다. 이 당시에는 개인 윤리자문들은 병원윤리위원회에 깊이 연루되지 않았다고 볼 수 있다. 1990년 『Ethics at the Bedside』 라는 책⁵³⁾에서는 서로 다른 기관에 종사하는 12명의 윤리 자문가들 중 단 2명만이 사례 자문시 위원회와 함께 해결하였다. 4명은 윤리위원회 위원 1-2명을 사례자문절차를 감시하거나 관여할 수 있도록 초빙한다고 했다. 이런 개

50) Ross, J.W. et.al. Healthcare Ethics Committee, AHA, 1993, pp.145

51) Fletcher, J.C., Quist, N., and Jonsen, A.R., editors. A survey of ethics consultants: appendix. In Ethics Consultation in Health Care. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1989, p.199

52) 그들의 용어로서 윤리컨설턴트

53) Culver, C.M., editor, Ethics at the Bedside, Hanover, NH: University Press of New England, 1990

입도 주된 것은 아니다. 나머지 6명은 위원회를 전혀 언급하지 않거나 자문시에는 위원회의 위원들을 개입시키지 않는다고 응답하였다. 이 사실들로 윤리 자문가는 윤리위원회와는 독립적으로 활동한다는 것을 알 수 있다.

그러나 윤리 자문가와 위원회가 각자 윤리자문 활동을 할 때, 의료인들의 윤리 자문에 대해 일종의 쇼핑처럼 그들의 권고에 대해 못 미더워하며 다른 사람을 찾아다니게 될 위험이 있다. 이에 대한 대안으로 라푼마와 로위는 개인 윤리자문가를 병원윤리위원회보다 강조하면서 다른 노선을 취하고 있다. 루테란 종합병원(Lutheran General Hospital)의 의사이자 임상윤리학자인 라푼마(John LaPuma)는 윤리자문가만 자문을 해야 하고, 윤리위원회는 정책결정에만 참여해야 한다고 강하게 주장 한다⁵⁴). 반면 일리노이 대학 병원의 임상윤리학자이자 내과의사인 로위(Eric Loewy)는 윤리위원회는 의료팀이 임상윤리학자의 개입을 원하지 않을 경우, 의사가 환자치료에 대한 책임으로 자문을 요청하지 않는 경우, 임상윤리학자가 혼자서 해결하기 힘든 상황인 경우에는 윤리위원회가 자문을 수행해야 한다고 설명한다. 게다가 그는 위원회가 자문가가 자문한 사례에 대해 회고적인 관점에서 비판적인 감사기능을 할 수 있다고 제안하였다. 이런 과정은 윤리 자문가가 위원회를 교육하듯이 자문가의 교육에 도움이 된다고 덧붙였다⁵⁵).

이와 달리 영너(younger)는 윤리 자문가는 윤리위원회의 한 두명과 함께 자문팀으로 활동하는 것이 이들의 관계를 잘 조화시키는 것이라고 제안하였다⁵⁶). 그 이유는 윤리 자문가가 이 분야의 전문가라고 한다면, 적합한 전문가뿐만 아니라 다른 몇몇 분야의 도움을 받을 수 있기 때문이다. 윤리자문가 혼자서 의료현장의 윤리적 문제를 주장하기에는 충분하지 못하고, 더 많은 전문성이 요구된다. 이런 협력체제는 윤리자문가가 팀 접근법을 원하지 않는다면 어렵기는 하지만 현재 미국

54) La Puma, J.,toulmin, S.E. Ethics committees and ethics consultants. Archives of Internal Medicine 149(5):1109-12,1989,p.356

55) Loewy, E.H. Ethics Consultation and ethics committees, HEC Forum2(6):351-59, 1990

56) Younger, S. I've changed my mind. In: Ethics at the Bedside, Hanover, NH: University Press of New England, 1990

과 독일, 호주 등지에서는 이런 체제를 취하는 병원들도 많이 있다. 이러한 관계에 대해 논란은 많지만 의료기관마다 기관의 특징에 맞게 다양한 관계를 맺고 있어 어느 형태가 가장 낫다는 결론은 내려져 있지 않다.

3.2. 윤리자문의 절차

윤리자문의 절차는 크게 자문 의뢰, 자료수집, 자문, 평가의 단계로 나뉜다. 이 단계에 구체적인 절차들이 포함되고, 윤리자문이 발달해 감에 따라 절차와 관련하여 새로운 규범들이 생겨나고 있다. 여기에서는 윤리자문 절차와 그 과정에서 필수적인 요소들을 중심으로 살펴보도록 하겠다.

3.2.1. 자문 의뢰

자문 의뢰는 누가 하는가에 대한 부분으로 일반적으로 누구나 할 수 있도록 하는 것이 원칙이다. 보통 의학 자문의뢰는 의사가 하는 것과 달리, 윤리자문의 경우 그 목적 자체가 갈등을 겪는 당사자들의 이익, 권리, 책임 등을 존중하는 분위기 속에서 갈등을 해결하고자 하는 것인데, 의사나 특정인만이 자문을 의뢰한다면 그 목적에 위배되는 것이므로 모순된다⁵⁷⁾. 그렇다고 의료진들이 자문 의뢰시 제한을 받아야 한다는 것은 아니다. 특히 의료인들간에 갈등이 발생한 경우도 생기기 때문이다. 이는 의대, 간호대 학생들에게도 적용될 수 있다. 따라서 환자나 보호자, 의료진, 사회사업가 등 누구나 자문을 의뢰할 수 있다. JCAHO에서는 간호사들로 하여금 윤리자문을 요청할 것을 지시하는데 그 이유는 환자의 일차적인 의료제공자로서 의료 상황에 대한 판단이 적절하기 때문이다. 가령 의사의 행동이 비윤리적이어서 환자에게 해가 발생할 경우, 환자도 그 사실을 모르는 경우가 많다. 이때 간호사가 바로 자문을 요청하고, 윤리자문가는 의사와 직접 문제에 대해 논의하거

57) Fletcher, J.C., Moseley K.L, The structure and process of ethics consultation services, Ethics Consultation, Johns Hopkins, 2003, pp.99

나, 병원행정가나 그 부서의 책임자가 의사에게 문제에 대해 말할 수 있도록 하는 조치를 취할 수 있게 되어 환자에게 발생할 해가 예방될 수 있다⁵⁸⁾.

현재 윤리자문 서비스를 제공하는 대부분의 의료기관에서는 누구나 자문을 요청할 수 있음을 명시하고 있다. 중요한 점은 윤리자문가는 의뢰된 사안에 대해 그 이유를 신중하게 검토하고 도움을 줄 수 있는 범위내의 문제인 경우에 한해 채택하는 것이 바람직하다.

3.2.2. 자료수집

자문 요청이 접수되면 윤리자문가는 당사자들을 모두 만나서 자료를 수집한다는 설명이 대부분이다. 자료수집에 대한 내용에 대해서는 구체적인 설명이 많지 않다. 라푼마는 환자를 만나기 전 사안을 파악하기 위한 자료 수집이 필요하고, 이를 위해 먼저 주치의와 관련 의사들을 만나 의학적으로 문제가 무엇인지, 윤리자문이 요청된 이유가 무엇인지를 확인하고 그 사안의 윤리적 이슈들을 뽑아 핵심 질문들을 정리해야 한다고 한다. 그는 윤리자문가가 다른 의사들과 마찬가지로 입장에서 의학자문을 하는 것으로 이해하고 있고, 윤리자문을 요청하는 경우에 있어 적어도 주치의가 인정하여야 효과적인 자문이 이뤄진다고 보았기 때문에 먼저 의사를 만나는 것을 중요하게 제시하였다. 그래서 담당 의사들과 간호사들, 환자 진료기록부 등을 통해 환자에 대해 객관적인 사실들을 수집한다. 환자의 대변인은 누구인지, 얼마나 자주 찾아오는지, 그리고 사안에 대해 의료인들의 견해도 물어본다. 그러나 이렇게 절차를 정하기보다는 누구나 윤리자문을 요청할 수 있다면, 자문 요청을 한 자를 먼저 만나서 요청 사유를 듣고 그 후에 관련 당사자들을 만나는 것으로 이뤄져야 할 것이다.

의료인들이 자문을 요청한 경우, 환자나 대리인에게 윤리자문을 의뢰한 사실을

58) John La Puma, Ibid, P.5

알리고 그 과정에 동참할지 동의를 받는 것은 매우 중요하다. 플레처에 따르면 이는 당연한 사실임에도 불구하고 실제 의료현장에서는 잘 이뤄지지 못하고 있다고 지적한다. 병원윤리위원회에 회부될 사안으로 결정이 되기 전까지는 알리지 않고 진행되는 경우가 많기 때문이다. 그러나 자문을 위한 환자의 진료기록 등에 대한 자료 검토는 환자나 대리인이 동의하고 허락하기 전에는 절대 이뤄져서는 안 될 것이다⁵⁹⁾.

따라서 환자나 대리인이 모르는 윤리자문이 시작될 경우, 그들에게 윤리자문과 그 과정, 자료 접근 허용에 대한 충분한 설명을 하고 동의를 받아야 한다. 그렇지 않다면, 이는 그들의 프라이버시를 침해하게 되는 것이고, 이와 관련하여 미국 판례들을 찾아 볼 수 있다⁶⁰⁾⁶¹⁾. 특히 주치의가 설명을 잘 한 경우, 자문시에 환자와

59) Fletcher, J.C. Ibid., p.101

60) **Bland, James Davis(Estate of) v. Cigna Healthplan of Texas, Inc.** 내용은 다음과 같다.

환자는 간호사로 AIDS에 걸렸고, 자신이 병의 말기단계로 곧 죽게 될 것을 알고 있었다. 1993년 Huston's Park Plaza병원의 중환자실에 입원해서 인공호흡기를 달고 있었으며, 자발적인 호흡을 억제하는 마비제가 투여되었다. 그는 숨을 쉬는 동안에 편하게 죽을 수 있게 해달라고 요청해왔고 의사도 이에 동의했으며, 곧 혼수상태에 빠지게 되었다. 의사는 환자의 계획을 가족들에게 설명했고, 가족들은 DNR지시를 이해하고 받아들였다. 그러나 이 주치의는 이를 반복하고 Cigna 병원으로 위임했다. 이 병원 담당자는 이 환자의 상태에 대해 병원윤리위원회의 위원장인 호흡기내과전문의에게 자문을 의뢰하여 중환자실에 머물러도 되는 상황인지 여부를 물어보았다. 위원회의 위원장이 가족들에게 말도 하지 않은 채 환자를 살펴보고 주치의와 진료계획을 논의하였다. 그 결과 환자는 인공호흡기가 제거되었고 사망하였다. 이런 모든 상황에서 가족들의 참여는 전혀 없었다. 가족들이 이에 소송을 제기하였다. 이 사례에서는 윤리자문 요청방법도 공식적인 절차를 따르지 않았고, 자료를 얻는 과정에서도 가족들에게 전혀 알리지 않아 문제가 되었다. 마침 당사자가 윤리위원회 위원장이자 호흡기내과 의사여서 두 가지 역할을 모두 하였기 때문에 더 소홀하게 되었다.

61) **Rideout v. Hershey Medical Center**

두 살된 브리안 라이멧은 뇌종양으로 존스홉킨스병원에서 수술을 받았다. 1992년 4월6일 Hershey Medical Center 응급실로 입원하게 되었는데, 호흡곤란으로 4월13일 인공호흡기를 달게 되었다. 의사들은 환자 상태는 회복되기 힘들다고 보았지만 부모는 강력하게 치료를 요구했다. 협상이 시작되었지만 결정을 내리지 못하고 있다가 병원윤리위원회에서 환자부모도 없이 담당의사들과 상의하여 DNR을 하기로 결정을 내렸다. 5월22일 부모에게 설명하였으나 그들은 반대하였다. 7월 12일 환자의 동공이 풀렸고 그 다음날 주치의는 윤리위원회와 상의하여 호흡기를 제거하기로 했다. 14일 위원장이 부모를 만나 제거하는 것에 대해 설명하고 확인을 받으려했으나 부모는 반대하고 법원에 호흡기를 떼지 못하게 하기 위한 요청을 하였다. 부모들이 변호인과 전화통화를 하는 중에 의사는 호흡기를 제거하였고 부모들은 의사가 살인자라며 울면서 호흡기를 다시 연결하라고 요구했지만 의사는 하지 않았고 이틀 뒤 환자는 사망하였다. 이 사례에서 윤리위원회는 두 가지 문제점을 가지는데, 첫째, 처음 모임에서 부모에게 알리지도 않고 참여시키지 않은 점과 둘째, 나중에 위원장이 부모를 따로 만나 호흡기제거를 하는 것이 좋겠다고 설명한 점이다. 위원장은 윤리

가족들의 참여도가 훨씬 높아진다고 한다. 라푼마도 개인적으로 환자를 만나게 되면 1차적으로 정보를 얻을 수 있고, 환자와 대화를 하는 것도 일종의 돌봄을 할 수 있고, 환자에게 교육할 기회가 되며, 환자를 격려하여 의사결정에 참여시키면 온정적 간섭주의를 피할 수 있음을 강조한다⁶²⁾.

윤리자문을 위해 윤리자문가가 알아야 할 자료들이 무엇인지 플레처가 제시한 내용을 중심으로 살펴보면, 10개의 영역으로 나눌 수 있다⁶³⁾.

첫째, 환자의 의학적 상태 영역이다. 환자의 의학적 문제들, 진단이나, 진단적 가정들, 예후에 대한 예측과 불확실성-가령 완전 회복인지 부분 회복인지, 환자가 말기 상태인지 여부, 치료와 간호의 목적, 합당한 대안들이 포함된다.

둘째, 문제와 관련성이 있는 상황적 요소영역이다. 환자의 일반적 특성으로 아니, 성별, 교육정도, 환자의 생활 수준과 방식, 가족 관계, 치료받는 장소, 사회경제적 요소, 가령 보험적용 여부, 사용하는 언어, 문화적 요소들, 종교가 포함된다.

셋째, 환자의 의사결정 능력 유무 영역으로서 법적으로 무능한지(아이인지 한정치산자나 금치산자인지), 확실히 의사결정능력이 없는지(의식이 없는지), 의사결정능력이 감소되었는지(이해나 판단에 영향을 미치는 우울증이나 기타 정신질환을 가졌는지), 의사결정능력이 변동되는지, 의사결정능력을 다시 갖출수 있는지 등에 대한 내용이 포함된다.

넷째, 환자의 선호영역이다. 환자의 상태에 대한 이해정도, 삶의 질에 대한 견해, 치료에 관한 의사결정과 관련된 환자의 가치들, 치료에 대한 현재 바람, 사전지시, 의학적으로 부적절한 치료를 원하거나 의학적으로 요구되는 치료를 거부하는 이유가 있는지를 모두 조사한다.

다섯째, 환자의 기본적 요구영역으로, 정신적 고통과 안정을 위한 가능한 대안들이 무엇인지, 대인관계, 환자의 대응을 돕기 위한 전략이나 자원들이 무엇이 있는지, 환자를 돌보는데 집안 환경이 적절한지, 죽음을 준비하는 태도는 어떠한지

자문가로서가 아니라 의사로서 행동한 것이다. 그리고 처음부터 부모들을 의사결정에서 배제시킨 것이 문제를 더 크게 만들었다고 볼 수 있겠다.

62) John LaPuma, Ibid., p. 13

63) Flechter J.C. Ibid., p.106-8

에 대한 내용들이 포함된다.

여섯째, 의사결정자로서의 환자 대리인이나 가족들의 선호영역이다. 이 영역에는 대리 의사결정자로서의 의사결정능력이 있는지, 환자의 선호와 연관되는 지식이 무엇인지, 환자의 삶의 질에 대한 의견, 환자의 최선의 이익에 대한 의견, 의학적으로 부적절한 치료를 원하거나 의학적으로 요구되는 치료를 거부하는 이유가 있는지를 모두 파악하도록 한다.

일곱째, 환자 외의 당사자들의 이익관계를 살펴본다. 먼저 가족으로서 환자를 돌보는데 드는 비용을 누가 부담하는지, 환자의 선호와 다른 견해를 가지는자가 누구인지 파악하고, 태아의 이익, 의료인의 이익, 의료기관의 이익, 자원의 희소성 문제들을 살펴 본다.

여덟째, 사안의 주요 인물들간의 권력관계를 따져보아야 한다. 먼저 의료인과 환자 및 가족간의 관계, 환자와 가족간의 관계, 가족 구성원들간의 관계, 의료팀 내의 관계들을 분석하여 힘의 위치를 살펴본다.

아홉째, 당사자들이 모두 발언할 기회를 가졌는지 살펴본다.

열 번째, 발생한 사안에 관련된 병원의 요소로서, 일상 업무, 의료과오와 방어의 학에 대한 두려움, 과잉치료나 치료받을 상황을 무시하는 태도들과 관련된 편견들, 비용등 경제적 요인들을 함께 따져보아야 한다. 이는 윤리자문가가 환자와 당사자들의 견해에 초점을 두는 미시적 관점은 물론 병원정책과 구조 전체를 바라보는 거시적 관점을 동시에 가져야 함을 요구하는 것이다.

3.2.3. 자문의 기록 및 평가

윤리 자문에 대한 기록과 평가의 단계이다. 윤리자문을 기록하고 문서화하는 목적은 해당 환자를 돌보는 모든 병원 직원들이 그 이슈와 중요한 세부사항들을 충분히 알 수 있고, 둘째, 환자 돌봄의 모든 단계의 정확한 기록을 가지게 되며, 임상윤리와 보건의료법에서 교육을 위한 자료로 활용되고, 병원 질 관리를 돕기 위함이다.

윤리자문의 문서는 차트 기록과 자문 보고서로 나눌 수 있다. 첫째, 차트 기록이란 의학적 기록들과 마찬가지로 접수된 사안이 해결되는 과정을 기록해 두는 것이다. 구체적인 내용으로는 요청자와 요청시각, 요청자가 신경을 쓰는 문제나 윤리적 문제들, 환자의 의학적 상태에 대한 개요, 환자나 대리인, 의료인중 누구에게 알렸는지, 이 사안에 대한 윤리자문가의 윤리적 견해, 환자의 의사결정능력과 사전 지시등이 있는지 여부, 법적, 도덕적 견지에서 의사결정자, 만약 없다면 그런 노력을 할 수 있는 자, 모임의 시간과 날짜, 장소, 참석자, 고려되는 도덕적 선택들과 합의가 이뤄졌는지 여부, 합의가 안됐다면, 법적 관계자가 문제를 해결했는지, 아니라면, 그 이유는 무엇인지, 합의가 이뤄졌다면, 합의를 도출하기 위한 과정에 대해 윤리자문가의 권고사항들이 포함될 수 있다⁶⁴⁾. 이는 윤리자문이 종료된 후 평가를 하기 위한 기본적인 사항들로서 이 자료를 통해 교육 자료로 활용될 수 있지만 병원의 질관리에는 도움이 되지 못한다.

둘째, 자문 보고서는 이보다는 상세한 내용을 담고 있는 문서이다. 자문보고서의 내용은 크게 네 영역으로 구분된다. 첫째, 자문가의 사정(assessment), 둘째, 자문가의 도덕적 진단과 교육 목표, 셋째, 목적, 의사결정, 실행, 넷째, 평가영역이다.

첫째, 둘째 영역은 윤리자문가가 당사자들을 통해 직접적으로 얻는 내용들이고 셋째, 넷째 영역은 윤리자문 모임을 가진 후에 자문가가 회고하여 작성하게 된다. 구체적인 내용으로는 우선 자문가의 사정은 앞서 자료수집단계에서 언급되었기 때문에 생략하고 둘째 영역부터 살펴보겠다. 둘째 영역은 윤리자문가의 도덕적 진단과 교육 목표에 관한 내용들로서, 사안과 관련된 도덕적 고려들을 확인하고 순서매김을 한다. 관련 병원 정책들, 관련 윤리적 기준이나 가이드라인들, 문헌상에 이와 유사한 사례들이 있는지 어떤 해결책을 가졌는지, 사안에 대한 도덕적으로 가능한 선택지에 대한 내용들을 기록한다.

셋째 영역은 의사결정과 실행영역으로 환자의 치료와 간호 목적을 고려하는 주요 결정자, 환자의 요구를 충족시키면서 도덕적 문제를 해결할 수 있는 이상적인 대

64) Fletcher J.C., Ibid., p.104

안들, 각 대안들의 장단점을 기술하고, 도덕적 합의가 이뤄졌는지, 그 합의는 도덕적으로 수용가능한 범위내에 있는지, 그 합의내용은 실행으로 옮겨졌는지, 합의가 이뤄지지 않았다면 윤리자문가는 해결하기 위해서 무엇을 해야 하는지를 기록해야 한다.

넷째 영역은 평가부분인데 단기 평가와 장기평가로 볼 수 있다. 단기평가는 합의한 결정사항이 이뤄졌는지, 아니라면 그 이유는 무엇인지, 계획을 다시 생각해보아야 할 상황의 변화가 있는지, 환자의 요구를 충족시키고 환자를 존중하는데 돕고자 하는 의료진과 환자나 대리인간의 상호작용이 있는지, 환자를 돌보는 계획에 방해가 되는 문제들이 있는지를 평가 영역에 기록해야 한다. 장기평가로서는 도덕문제를 해결하기 위해 놓친 사항들은 없었는지, 합의된 결정사항이 최적의 해결책이 아니라면 그 이유는 무엇 때문인지, 해결과정에 대해 만족할만한지, 당사자들의 만족도, 이 과정을 통해 환자의 돌봄의 질이 향상되었는지, 윤리자문을 통해 병원정책, 진료환경, 유사한 문제들을 더 잘 해결하거나 예방할 수 있는 교육적 효과가 있는지 등에 대한 내용들이 포함된다. 윤리자문의 평가에 대해서는 좀 더 자세하게 살펴 보도록 하겠다.

윤리자문가가 활동을 하게 되면 반드시 필요한 작업이 평가이다. 우리나라의 병원윤리위원회 운영에 있어서도 평가에 대해서는 전혀 논의가 이뤄지지 않고 있다. 외국의 경우도 교육 프로그램에서 평가 부분이 점점 중요하게 부각되고 있다.

윤리자문가의 평가는 크게 세 영역으로 이뤄지는데, 윤리자문가에 대한 평가, 윤리자문의 과정, 자문의 결과이다.

첫째, 윤리자문가에 대한 평가는 윤리 자문가들이 숙지하며 지니고 있어야 할 능력들을 평가하는 것이다. 이는 윤리자문 훈련 프로그램에 결정적이다. 윤리자문에 관한 능력이 중요시되는 한, 그들의 교육 학습목적이 관련 능력을 포함해야 하며, 그 목적을 성취되었는지를 측정가능한 도구들을 가져야 한다. 진행기술이나 대인관계기술은 에세이나, 단답형 문제 등 객관식 질문으로는 측정하기 힘들기 때

문이다. 예를 들어 다른 사람이 자문을 하는 것을 관찰하는 것은 어떻게 자문을 해야 하는지 서술하는 방법보다는 더 효과적인 방법일 것이다.

둘째, 진행에 관한 평가이다. 자문 과정에 대한 평가는 반드시 이뤄져야 한다. 윤리자문 서비스는 구체화된 절차가 있고, 그 절차를 잘 따랐는지 여부를 확인해야 한다. 예를 들어 윤리자문에 대한 기록지 등 차트 리뷰가 좋은 방법이 될 수 있고, 환자나 가족들에게 설문조사를 하는 것도 좋은 방법이 된다.

셋째, 결과에 대한 평가이다. 윤리자문의 결과들도 평가되어야 하는데, 이 영역이 가장 중요할 뿐 아니라 가장 어렵다. 결과 평가는 위에서 언급한 윤리 자문가와 진행이 옳은 것인지, 정당성을 가질 수 있기 때문이다. 그러나 의료에 관한 질 관리가 요즘 대세임에도 불구하고, 윤리자문에 대한 그러한 노력들은 거의 이뤄지지 않았다. 윤리자문의 목적에 대한 구체적인 명시가 없기 때문에 평가에 대한 관심이 더 적었다고 할 수 있다. 이에 관해 ASBH 보고서에서는 다음과 같은 질문들에 대한 답들이 평가되어야 한다고 권고하고 있다.

- (1) 합의에 도출되었는가?
- (2) 사회적 가치, 법, 조직내 방침이 설정한 범위 내에서 협의가 이뤄졌는가?
- (3) 합의는 실행되었는가?
- (4) 당사자간의 만족도⁶⁵⁾는 어떠한가?

3.3. 의료기관의 윤리자문 서비스

우리나라의 윤리자문에 대한 실제 운영 사례 보고는 병원윤리위원회 중심인데, 공식적으로 보고된 자료는 구하기 힘들었다. 우리나라에 1999년 기준으로 59개의

65) 만족만으로는 윤리자문의 질 측정에 있어 불충분하다. 가령, 의사결정능력이 있는 성인 환자가 자신의 의지에 반하는 치료를 계속 받으라는 결정에 대해 당사자는 만족하지 못하겠지만 치료가 반드시 필요한 상황일 때가 그러하다.

대학병원과 종합병원 중 48개 병원에서 병원윤리위원회를 두고 있다는 연구 결과가 있지만 전체 30병상 이상의 병원이 995개(2002년 기준)라고 볼 때 그 설립정도는 낮은 편이라고 볼 수 있고⁶⁶⁾, 또한 설립된 병원윤리위원회가 잘 운영되고 있는지도 의문이다. 실제로 외국 병원들의 홈페이지에서 임상윤리자문서비스를 쉽게 찾을 수 있고, 누구에게 자문요청을 할 수 있는지가 명확하게 기재되어 있는 반면, 병원윤리위원회의 활동이 그나마 활발한 우리나라 몇몇 대학병원들의 홈페이지에서 윤리위원회에 대한 소개는 찾아볼 수 없었다. 이에 더해 개인 윤리자문가에 대해서는 전혀 언급이 전혀 없다. 그리고 윤리위원회 운영과 관련하여 보고되는 내용들도 자문 과정에 대한 구체적인 내용을 찾아보기 힘들다.

그래서 1999년 우리나라 병원윤리위원회 현황 연구와 달리 2004년 김중호의 연구⁶⁷⁾에서 우리나라의 대표적인 5개 병원(가톨릭대학교 성모병원, 서울대학교 병원, 서울아산병원, 세브란스 병원, 아주대학교병원)들의 병원윤리위원회 운영 규정을 직접 비교하였기에 그 내용을 토대로 살펴보고자 한다.

그 내용을 요약해보면, 먼저 병원윤리위원회의 기능에 대해 가톨릭대학교 성모병원, 서울 아산병원은 회부된 의료분쟁에 대한 윤리적 자문과 권고사항을 심의하는 것이고, 서울대학교 병원은 의료분쟁시 뿐 아니라 예방을 위한 계획 수립에 관한 사항, 환자와 의료인의 권리 신장 및 의무, 의료분쟁 발생시 진상조사, 의료분쟁 관련 진료비 감면사항, 입퇴원 결정에 관한 사항들을 심의하는 기능을 하고 있으며, 아주대학교 병원은 직원들의 윤리의식 제고에 관한 사항, 의료부조리의 예방, 진료서비스 개선에 관한 사항들을 심의하는 기능을 하고 있어 윤리적인 사례에 대한 자문 기능은 담당하지 않고 있다. 그리고 공통적으로 윤리위원회는 의료현장에서의 윤리적 물음에 대한 사항을 심의하는 기능만을 하며, 의료분쟁에 대해서도 밀접한 관계를 맺고 있음을 알 수 있다.

66) 최규옥, 병원윤리위원회 비교연구 및 그 활성화 방안, 제30차 종합학술대회 자료집, 대한의사협회, 2003년, 35쪽

67) 김중호외, 위 논문

구성으로는 위원장과 위원의 구성요건, 임기, 위원 수 등에 관한 내용들로서 위원수는 대체로 10명에서 20명 이내이다. 서울대학교병원은 위원장, 위원, 소위원회 의 위원장을 구체적인 직책을 들어 서술했으며, 이 병원과 세브란스병원은 소위원회를 운영하는 규정을 두고 있으며, 강남성모병원과 서울아산병원, 아주대학교병원에서는 당연직에 관한 설명도 포함되어 있다. 당연직에는 강남성모병원과 서울아산병원에서 의료윤리 교육 담당교수를 포함시키고 있는데, 이들이 위원회에서 어떠한 역할을 하는지는 구체적으로 언급되어 있지 않다. 대신 병원장과 간사의 역할에 대한 부분을 찾을 수 있는데, 위원장은 위원회를 대표하며, 회의를 총괄하는 기능을 하며, 이들의 자격요건은 없고, 아주대학교병원을 제외하고는 병원장이 임명하는 것으로 명시되어 있다.

간사의 주요 역할은 위원회의 사무 처리를 위해, 회의록을 작성하고 그 기록을 보관하며, 위원회의 소집을 위한 연락 임무를 하게 된다. 이렇게 행정적 업무에 중점을 두다 보니 아산병원은 총무팀장이 간사가 되고, 세브란스병원은 서무팀장이 된다. 서울대학교 병원은 간사를 2인을 두고 의사직 간사는 해당 진료과의 의무장, 행정직 간사는 원무과장으로 하고 있다. 그런데 강남성모병원과 아산병원에서는 간사가 회부된 의료분쟁 관련 보호자들을 면담하고 연관된 문제점들을 파악하여 위원장에게 보고하는 일을 명시하고 있다. 이러한 절차를 두고 있다는 것이 자문 과정에 대한 이해가 수반되어 있음을 알 수 있지만, 앞서 언급하였듯이 환자를 직접 만나서 면담하고 자료를 얻는 과정은 윤리자문과정에서 윤리전문가의 굉장히 중요한 활동인데, 이를 행정업무를 주로 하는 간사의 일로 둔다는 것은 환자 면담을 통한 자료 수집을 행정적인 절차로 간주하고 있다고 해석할 수 있겠다.

회의 소집, 의결, 보고에 대해 살펴보면, 회의는 병원장 또는 위원장이 필요하다고 인정되는 경우에 위원회가 소집되며, 강남성모병원과 서울 아산병원에서는 위원장, 간사 및 의료윤리담당 교수가 사전에 회부된 사안을 검토하고 위원장이 필요하다고 인정할 때 소집한다고 되어 있다. 인정 기준에 대한 내용은 명시되어 있지 않다. 여러 사람이 모여야 하는 회의소집의 특성상 사안 선별은 필수적이며 중

요하다. 외국의 경우처럼, 임상윤리자문서비스가 24시간 이뤄지며 모든 윤리적 문제들이 자문될 수 있는 것에 비해 우리나라의 시스템으로는 해결되지 못하는 윤리적 문제들이 많이 생길 것이다.

의결은 모든 병원들이 재적위원 과반수 이상의 출석으로 개최하고 출석위원 과반수의 찬성으로 의결하게 된다는 규정을 두고 있다. 정책결정 등 이렇게 다수결 원칙에 의해 의결되어야 할 사항들이 있다. 그러나 이러한 방법은 의료진, 직원, 환자와 가족들의 입장에서 윤리적 판단과 결정이 올바르게 수행되도록 하는 것이라는 윤리자문, 즉 병원윤리위원회의 목적을 이루기에는 한계가 있다. 그리고 모든 병원에서 가부동수인 경우에는 위원장이 결정한다는 규정을 두고 있는데, 실제 생명유지 장치 제거나 의학적으로 요구되는 치료를 거부하는 환자들을 다루는 윤리자문 사례들이 이렇게 위원들의 다수결 원칙과, 가부동수일 때에는 위원장이 결정하는 방식이 윤리적인지에 대한 논의는 필요할 것이다.

마지막으로 보고에 대해서는 모든 병원에서 위원회의 결과를 간사가 기록하여 병원장에게 보고하는 규정을 두고 있고, 윤리자문에 대한 평가에 대한 언급은 찾아볼 수 없었다.

다섯 개 병원의 윤리위원회 운영규정에 대해 살펴보면, 우리나라의 경우 상당히 관료체제와 유사하다고 볼 수 있고, 윤리자문의 중요한 과정인 환자와의 면담을 비롯한 자료수집에 대한 부분이 상대적으로 작은 비중이며, 이를 담당하는 인력에 대한 부분들도 제대로 규정되어 있지 않다. 지금 살펴본 것은 운영규정이기 때문에 이러한 지적들이 적절하지 못할 수 있다. 하지만 운영규정이 위원회가 운영됨에 있어 가장 필수적인 내용들이라고 본다면, 이 규정들에는 윤리자문의 기본적인 요소와 고려들이 덜 포함되어 있다고 할 수 있다.

우리나라와 달리 윤리자문가에 의한 윤리자문 서비스가 발달한 외국의 의료기관들의 윤리자문 서비스를 고찰하여 윤리자문가가 어떤 역할을 하는지, 앞서 논의한

병원윤리위원회와 어떤 관계를 맺고 있는지에 대해 살펴보고자 한다.

(1) 클리브랜드 클리닉의 윤리자문 서비스⁶⁸⁾

클리브랜드 클리닉의 경우 윤리자문은 윤리위원회내 소위원회와 훈련된 자문가에 의해 이뤄지고 있다. 이들은 생명윤리학과에 소속된 임상 생명윤리학자들이다.

윤리자문 서비스는 환자, 보호자, 의료인들이 윤리적 물음을 해결하기에 힘든 경우에 이용하게 되며 클리브랜드 클리닉 재단에서 무료로 요청자들에게 서비스를 제공한다. CCF(Cleveland Clinic Foundation) 윤리위원회는 특별소위원회를 다음과 같은 경우에 소집한다.

- 위원회의 의장이 윤리위원회의 위원들로 구성된 팀이 조언하는 것이 더 도움이 될 정도로 복잡한 사안이라고 판단할 때
- 윤리자문을 요청한 자가 이를 요구할 때
- 윤리위원회나 재단의 방침이 요구할 때
- 외부기관에서 사례에 대해 정식 분석이나 권고를 요청할 때

(2) 조지타운 대학⁶⁹⁾

조지타운대학의 임상윤리센터에서는 병원윤리위원회를 두는 대신에 윤리자문 서비스를 운영해왔다. 이 센터의 운영위원들과 다른 의료센터 관계자들은 직원, 환자, 가족, 대리인이 도덕적으로 힘들어 한 사례들을 정기적으로 자문한다. 자문위원들은 매일, 24시간 동안 호출기로 연락이 가능하다. 3-4명으로 구성된 소규모의 자문팀은 관련 당사자들을 모두 만나 윤리적 이슈와 선택사항을 명확히 하고, 의사결정과정을 촉진시켜주는 일을 한다. 이 서비스는 무료로 이뤄진다.

임상윤리학자는 매주 "on-call"상태로, 일단 자문 요청을 받으면, 일차 조사를 하고 전체팀 회의를 할지 여부를 판단한다. 왜냐하면, 자문을 의뢰하는 경우에 단지

68) <http://www.clevelandclinic.org/bioethics/policies/consult.html>, modified:08/16/2005

69) <http://clinicalbioethics.georgetown.edu/consult>

의사소통상의 문제일 때가 많기 때문이다. 전체 팀회의는 일반적으로 윤리학자들과, 관련 환자, 가족, 의료인들이 모여 이뤄진다.

(3) 텍사스대 의과대학(UTMB, University of Texas Medical Branch)⁷⁰⁾

이곳에는 임상윤리자문서비스, 연구 자문서비스로 구분되고, 임상윤리자문서비스는 4명의 윤리 자문가들에 의해 이뤄진다. 다루는 주요문제들은 환자의 최선의 이익이나 삶의 질에 대한 문제를 두고 의료진들이 합의하지 못하는 경우, 환자가 의사소통을 할 수 없고 스스로 결정을 내릴 수 없는 상황이라면 누가 결정을 내려야 하는지, 말기환자의 경우 윤리적으로 옳은 결정을 어떻게 내려야 하는지, 윤리적으로 타당한 충분한 설명에 의한 동의를 받는 절차가 되기 위해 필요한 요소들은 무엇인지, 환자의 비밀을 효과적으로 보호할 의무에 대한 갈등은 어떻게 해야 하는지에 대한 것들이다. 이러한 문제들에 대해 윤리자문서비스는 누구나 신청할 수 있고, 무료로 행해진다. 윤리자문가는 윤리적 문제가 존재하는지를 명료화시키고, 윤리자문과 관련없는 문제들에 도움이 되는 방법이 있는지 확인하며, 환자 돌봄에 있어 윤리적 기준, 의무, 전문적 책임에 대해 논의하고, 의료진들간의 의사결정을 공유할 수 있도록 장려하고 필요하다면 윤리적으로 적절한 권고 사항들을 제공한다.

윤리자문가들에 의한 윤리자문서비스 외에 기관윤리위원회도 두고 있는데, 이 윤리위원회는 환자 치료, 전문적 교육과 지역사회 이익에 영향을 주는 윤리적 기준들에 대한 분석과 토의를 위한 다학제적 포럼을 제공하기 위한 것으로 위원회의 조언, 교육, 정책 개발을 주요 활동으로 한다. 그러기 위해서 관련 단과 대학들과 기관들을 조화롭게 잘 조정하는 역할을 한다. 이 위원회는 두명의 의장을 두는데, 한명은 의료인이고 다른 한명은 윤리학자로서, 이들은 동등한 의무와 책임을 가진다. 이들은 임상윤리자문 서비스를 담당하는 윤리 자문가들과는 다른 인물들

70) <http://www.utmb.edu/imh/ethics/clinical.asp>

이다. 임상윤리자문을 담당하는 윤리자문가들과 기관윤리위원회는 각각 독립된 활동을 하고 있음을 알 수 있다.

(4) 반더빌트 의학센터(Vanderbilt Medical Center)⁷¹⁾

임상윤리자문서비스는 1982년 제너(Richard M. Zaner)에 의해 임상 및 연구윤리센터가 설립되면서 2년 뒤인 1984년부터 시작된 서비스로서 환자와 관련된 상황에서 도덕적으로 적절하고 효과적인 결정을 내릴 수 있도록 장려하는 것이 일차 목적이다. 윤리자문서비스는 두 가지 종류가 있는데, 공식(formal)윤리자문은 윤리자문가, 환자, 가족, 의사들 간에 실질적인 논의에 관여함으로써 환자 치료에 대한 의사결정에 직접적으로 여러 측면에 관여한다. 그런 논의들은 공식적인 권고사항들이 되고 차트에 기록된다. 두 번째는 비공식 윤리자문으로 환자 치료에 대한 윤리적 문제들을 제기하고 고려하는 논의들로서, 이 논의들은 윤리자문가들이 의사, 간호사, 다른 보건 의료인력들과 함께 대화를 나누면서 일차적으로 그들이 제기하는 도덕적 관심들을 확인하고 명료화하는 것이다. 비공식 윤리자문에서 공식 윤리자문으로 발달해 가는 것은 의료인들 간의 논의에서 환자들을 포함하는 논의로 변해가고 있다는 해석이 가능하다.

윤리자문을 요청하기 위해서는 서면, 전화, 호출, 직접 방문으로 할 수 있으며 담당 윤리자문가는 2명으로 환자, 보호자, 가족이나 의료인이나 환자에 관해 연관된 사람은 누구든지 자문 요청이 가능하다. 윤리자문 요청이 접수되면, 윤리자문가는 요청자를 만나고, 면담직후에 환자 차트를 검토한다. 문제를 확인하고 자문 방법을 결정하기 위해서이다.

71) <http://www.mc.vanderbilt.edu/root/vumc.php?site=ethics&doc=2328>

(5) 로올라 대학의 Neiswanger Institute for Bioethics and Health Policy⁷²⁾

이 기관에서 윤리자문 서비스의 목적은 윤리적으로 수용가능한 일련의 행위들이 무엇인지 확인하고, 윤리적 이슈에 대해 교육하고, 법적 정책과 병원정책을 명료화 하며, 윤리적 문제의 해결을 용이하게 하기 위함이다.

윤리자문은 윤리자문가가 의료관련 기록을 검토하고, 당사자들간의 모임을 촉진 시키며, 진료기록에 권고사항을 기록해두는 절차로 이뤄진다.

LUHS 의료인들은 Neiswanger 연구소의 운영위원들에 의해 정보를 얻을 수 있지만, 공적인 자문은 위에서 언급된 절차로 이뤄진다. 공적인 자문이 요청되지 않는다면, 제공되는 정보는 비공식적인 것으로 단지 교육을 목적으로 한 정보인 것이다. 개인적인 대화의 내용은 진료기록에 기록되지 못한다.

윤리자문서비스는 오전 9시부터 오후 4시까지, 월요일부터 금요일까지 이뤄진다. 그리고 요청한 뒤 24시간 이내로 대응을 하게 된다. 두명의 윤리학자가 매달 한 팀을 이뤄 자문을 수행한다. 이 팀은 한명은 의료인, 다른 한명은 비의료인으로 이뤄지게 된다. 자문은 다른 팀 구성원이 없다면 혼자서 진행할 수도 있다. 윤리자문가는 총 6명이다.

(6) SUNY Upstate Medical University :Center for Bioethics and Humanities⁷³⁾

이곳에는 대학병원 윤리위원회가 있어 환자, 가족, 의료인들이 치료에 대한 의사결정시 발생하는 의견차이나 해결하기 힘든 문제들인 경우에 도움을 주고 있다. 이 위원회는 의사, 간호사, 사회사업가, 변호사, 병원행정가, 종교인, 의료윤리의 경험이나 훈련을 받은 지역주민대표들로 구성되어 있고, 정기적으로 회의를 한다.

주로 다루는 문제들은 인공호흡기를 비롯한 생명 유지장치를 시작할지 중단할지, DNR지시, 치료거부, 최선의 의학적 치료가 무엇인지 최종결정은 누가하는지,

72) http://www.meddean.luc.edu/depts/bioethics/ecs/consult_overview.htm

73) <http://www.upstate.edu/bioethics/ethicsconsult.shtml>

생전유언(Living will), 옳지 않아 보이는 치료권유와 관련된다.

그러나 이런 문제들을 다룰 때에는 임상윤리자문서비스 팀이 있어 자문을 요청하는 사람들은 일차적으로 이 팀에 연락을 하게 된다. 환자나 보호자인 경우 의사나 간호사, 사회사업가를 통하기도 하고 직접 전화를 하기도 한다. 접수가 되면 윤리자문가 직접 자문 요청자를 만나러 간다. 이러한 접수는 매일 가능하다. 그리고 나면 이 팀에서 사안을 검토하고 환자, 가족, 의료인들과 문제를 논의한다. 그리고 윤리자문이 요구되는 경우, 진료기록에 기록을 할 것이다. 윤리자문서비스의 실장이 있고 윤리자문가들이 2006년 2월 현재 5명이 있고 이들의 근무일정과 연락처, 최종학위가 홈페이지에 소개되어 있다. 윤리자문 서비스 팀의 자문과 매달 정기적으로 열리는 윤리위원회가 어떻게 사안을 관리하는 지는 정확하게 언급되어 있지 않다.

(7) 미국의 윤리자문서비스에 대한 경험보고서

이는 임페리얼 칼리지의 교수인 뉴슨(Ainsley Newson)이 2004년 5월 미국 소재의 대형 비영리 병원의 임상윤리담당부서에 한달 가량 가 있으면서, 윤리자문을 직접 관찰하고 다양한 인력들이 어떻게 윤리자문서비스를 제공하고 있는지에 대한 보고서로서 영국의 임상윤리지원에 대한 가이드라는 책에 실려 있다⁷⁴⁾.

이 부서는 생긴지 20년이 넘었고 미국에서도 초기에 생긴 곳들 중의 하나이다⁷⁵⁾. 3명의 임상윤리학자가 있으며, 이들은 연구와 윤리자문서비스를 제공하는데, 일주일에 5건 정도를 다루고 있다. 동시에 정책 개발, 교육, 학문적 연구도 함께 수행하고 있다. 이 윤리 자문가들은 대략 3주마다 교대근무를 한다.

여기에서 다루는 문제들은 DNR지시, 무의미한 치료, 치료 중단, 의사결정 능력

74) Ethox Centre, A practical guide to clinical ethics support, UK Clinical Ethics Network, 2004,

75) 아쉽게도 어느 병원인지 나와 있지 않다.

의 문제, 치료거부, 환자 및 보호자와 의료진간의 의견차이등이다. 그러나 실제로는 더 다양한 범위의 문제들이 제기되고 있었다. 예를 들면, 죽어가는 아이의 부모가 종교적 행위를 하고자 할 때 윤리자문가가 개입해야 하는가? 실천적 수준에서, 장기기증시 잠재적인 유전 질환이 발견되면 윤리자문가는 무엇을 해야 하는가? 환자가 수술시 동의할 경우 단순히 법률적 묵낙이 아니라 충분한 설명에 근거한 동의가 되려면 수술과 그 예후, 부작용등에 대해 어떻게, 어느 정도로 설명해야 되는가? 보호자들이 없는 정신질환자는 위험한 수술을 받아서는 안 되는가? 말기 단계의 신생아에게 이뤄지는 치료들이 무의미한 것일지라도 부모가 무조건적으로 원한다면 해야 하는가? 난리를 치는 가족들의 요구는 어떻게 관리해야 하는가? 에 대한 문제들을 다룬다.

윤리 자문가들은 정기적으로 의료팀에게 조언을 제공하고, 환자나 가족들과의 만남 시에 촉진하는 역할을 하며, 교육을 하고, 기관윤리위원회에 사안을 넘기기도 한다. 영국의 대부분의 윤리위원회와 달리, 윤리 자문가들은 그들 자문의 상당한 부분을 환자들의 문제로 다루고 있다. 종종 윤리 자문가들은 임상 윤리 외에도 다양한 분야의 자문을 수행하고 있는데, 생명윤리에 대한 문제들도 병원의 음부즈맨이나 사회 사업팀이 다룰 수 없는 경우 의료팀에 의해 요청되어 다루고 있다. 연구 윤리에 대한 자문도 하는데, 동의서 개발이나 실험과 관련된 민감한 윤리적 문제들에 대한 자문도 하고 있다⁷⁶⁾.

이러한 자문들은 개인차원의 접근들이다. 그래서 자문된 사례들은 근처 대학의 생명윤리나 의료윤리에 관심이 있는 다른 의료인들과 함께 2주마다 검토를 하게 된다. 이 부서는 기관윤리위원회의 지원을 받고 있는데, 이 위원회는 팔길이 원칙 (arm's length principle)이라고 하여 예산 등의 지원을 하지만 운영에 대해서는 간섭을 하지 않는 형태를 취하고 있다. 그래서 병원 정책 결정에 대한 관여하거나 매우 어려운 사안들, 가령 모태관계 들을 다루기만 한다.

76) IRB(기관심사위원회)와는 개별적인 활동이다.

이 부서에서는 중환자실을 2주마다 라운딩을 하면서 병원 부서마다 정기적인 윤리서비스를 제공하며, 장기이식 후보자 사정방법, 생체장기기증과 파킨슨 질환이나 간질 수술에 대한 수술 전 자문 등에 관한 많은 임상프로그램들을 제공한다. 이렇게 윤리자문에 대한 예방차원의 접근은 다음 세 목적을 가진다. 첫째, 환자, 가족, 의료인들에 의해 발생하는 구체적인 윤리적 문제들을 다루기 위해서, 둘째, 의료현장에서 윤리적으로 금기(contra-indication)되는 것들이 있는지를 판단하기 위해서 셋째, 환자가 자신이 받는 치료방법들의 장단점을 판단할 수 있는 능력을 가지도록 하고 그 중재들이 환자의 바람과 일치되도록 하는 것을 지키기 위해서이다.

뉴슨은 이 부서의 방문동안 생명윤리가 의료현장에서의 업무에 잘 융합되어 있는 것을 보고 감명 받았다고 하는데, 의료인들은 윤리자문 서비스에 대해 잘 알고 있었고, 조언을 요구하는데 주저함이 없었으며, 이 부서의 업무 내용은 병원의 책자로 잘 볼 수 있게 되어 있고, 이는 환자들을 위한 것도 준비가 되어있었다. 근무 외 시간에도 이 서비스를 받을 수 있게 되어있다.

그리고 뉴슨은 무엇보다 이 서비스가 잘 되기 위해서는 윤리자문가의 자질을 중요함을 지적하고 있다. 윤리자문이 한 가지 특정 이슈만을 다루는 것이 아니기 때문에 다양한 주제들에 대한 지식이 요구된다. 그러나 사안에 대한 폭넓고 창조적인 접근을 할 수 있는 능력이 더 중요하며 이는 윤리자문 절차에서 발휘되는 것이고, 또한 다양한 사람들을 대하고, 경청하고, 촉진자로, 공감을 표현할 수 있는 능력이 요구된다는 점을 배웠다고 한다.

(8) 독일의 프라이브룩(Freiburg)의 예

누가 윤리자문서비스를 요청하는지 살펴보면, 개인적으로 의사나 간호사가, 임상팀이, 임상부서의 장이 의료윤리와 법 연구소(Center for Ethics and Law in Medicine, ZERM)의 위원에게 윤리자문을 요청한다. 병원내에 Grand round에서 연구소 위원들과 관심있는 사람들과 함께 논의하는 경우(이를 Ethik-Tag이라 함)

도 있다. 여러 상황들은 자문가에게 체계화된 틀을 사용함을 요구하고 있고, 관점의 교환, 도덕적 추론과 선택들의 평가의 과정을 거쳐야 한다.

(9) 옥스퍼드 대학

마이클 파커(Michael Parker)교수는 최근 학문적 윤리학자들이 임상분야와 밀접한 관계를 발전시키는, 소위 “임상윤리학자”의 역할이 발전하고 있음을 소개하고 있다⁷⁷⁾. 이들의 활동은 의사결정보다는 지원이나 충고의 형태를 취한다. 이 교수는 옥스퍼드 레드클리프병원(Oxford Radcliffe Hospitals Trust, ORHT)에서 임상윤리학자로 활동하고 있는데, 크게 4가지의 역할에 대해 설명한다. 첫째, 임상윤리위원회를 지원하는 업무이다. 그는 임상윤리위원회의 위원으로서 윤리적 투입을 하고, 아젠다를 세우는데 도움을 준다. 임상과 가까운 관계로서 윤리적 이슈를 확인하고 집합점으로서 활동을 할 수 있다. 임상윤리학자는 임상윤리위원회가 보건 의료인들에게 시기적절하게 유연한 반응을 보일 수 있도록 가능하게 한다. 또한 이들의 임상적 업무는 정책 개발이나 교육에 대한 요구가 있는 현장의 유용한 척도가 되기도 한다.

두 번째는 사례 자문이다. 파커교수는 임상유전학분야에서 한 달 동안 발생한 윤리적 이슈나 사례에 대해 한 달에 한 번씩 한 시간 정도 의사, 간호사, 유전상담자로 구성된 다양한 구성원들과 함께 논의를 한다. 심장 유전학 파트에서도 정기적인 모임이 있고, 그 외에도 간헐적으로 어느 임상분야에서도 이와 유사한 모임을 가진다. 많은 경우 특정 문제에 관한 단 한번뿐인 논의를 용이하게 해 줄 수 있는 인력을 원하기 때문에 그러하다. 위의 두 파트 외에도 중환자실, 소생술팀, 산전검사, 여성센터, 신경과중환자실, 소아과 등에서도 참여해오고 있다. 많은 경우 윤리적 이슈가 해결되는 경우들이 있고 어떤 경우들에서는 임상윤리위원회를 이어주는 연결고리로서 활동하기도 한다.

77) UK Clinical Ethics Network, A practical guide to clinical ethics support, Appendix A8, 2004

세 번째 활동은 교육이다. 윤리학자의 임상팀을 위한 장기간의 인풋은 특정 사례 해결을 위한 도움 외에도 교육적이며 발전적인 기능을 하는 것이다. 즉 그들 스스로 윤리문제를 확인하고 주장할 수 있도록 도와주는 일이다. 뿐만 아니라 윤리위원회의 교육활동에 참여하고 격려하는 것도 포함된다. 예를 들어 동의나 비밀유지와 같은 윤리적 이슈들에 대해 그 기관내 직원들에게 1시간정도 공개강좌를 개최하기도 한다. 마지막으로 정책과 가이드라인을 형성하는 것이다. 많은 경우, 임상팀들은 임상에서 발생하는 어려운 윤리적 이슈들에 대해 새로운 정책을 개발하는 방법으로 해결하려고도 한다. 이때 윤리학자는 발생한 사안에 의해 대표되는 폭넓은 윤리적 이슈들과 새 정책이 지니는 윤리적 함의들을 고려할 수 있도록 도와주는 역할을 하고 임상현장에서 새로운 정책을 정착시키도록 하게 한다. 이처럼 외부에서 정해진 새로운 정책이나 가이드라인들에 대해서도 고려해 볼 수 있는 장을 만들어준다.

외국의 병원들과 우리나라 병원들의 윤리자문을 하는 과정을 중심으로 살펴보았다. 우리나라 병원들이 병원윤리위원회만으로 윤리자문을 하고 있는 반면, 외국 병원들에서는 병원윤리위원회를 두고 있지만 윤리자문가들이 일차적으로 윤리자문 서비스를 담당하고 있다. 중요한 차이점은 윤리자문가가 윤리자문에 관련된 당사자들 특히 환자나 보호자들을 직접 만나고 자료를 수집하여 문제를 확인한다는 것이다. 두 번째는 누구나 윤리자문을 요청할 수 있고, 그들은 전문가인 윤리자문가로부터는 문제 해결에 대한 도움을 받을 수 있다는 점이다. 즉 윤리자문가가 윤리자문의 핵심 역할을 하고 있다는 점이다.

지금부터는 병원윤리위원회를 비롯하여 윤리 자문가들이 사례 윤리자문시 어떠한 역할을 수행하는 것이 바람직한지에 대해 문헌을 통해 구체적으로 살펴보려고 한다.

3.4. 사례 자문시 윤리자문가의 역할

사례자문시 윤리자문가의 역할은 윤리자문이 떠한 개념을 따르느냐에 따라 구분된다. 이러한 사례자문 모델은 크게 첫째, 의학 모델은 사례자문이 다른 의학 자문과 유사하다고 보는 입장으로 전문성을 강조한다. 다학제간 관점을 중요시하기 보다는 윤리학자 개인이 문제를 풀어가려고 한다. 실제 사례 검토를 위해 적극적인 태도를 취하면서 문제 해결을 위한 촉진자, 선동자(instigator)로서의 역할을 하고자 한다. 1990년대 초 『윤리자문』이라는 책을 낸 퓨마(John La Puma)와 쉬더마이어(David Schiedermayer)⁷⁸⁾는 의학모델을 선호하고 있어 윤리자문가로서 의사나 간호사가 적절함을 주장하고 있다. 그들의 책에서 나타나는 윤리자문가의 모습은 흰 가운을 입고 환자의 침상곁에서 의사처럼 진찰을 하고 차트를 보며 윤리적 문제가 무엇인지 진단내리고 수집된 정보와 환자의 웰빙이 무엇인지에 대한 그들의 지식과 신념에 따라 치료적 해결책을 제시한다. 이들은 윤리자문의 목적이 환자 치료의 질을 증진하고 윤리적 결과를 낳기 위한 것으로 두고 있기 때문이다.

둘째, 법적 모델은 윤리위원회의 사례자문시 나타나는데, 사례 검토시에 법적 hearing증언청취 같은 형태에 기초한다. 위원회 전체 인원이 다 모이고 관련당사자들의 자기 입장을 말하는 과정을 거쳐야 한다. 이 때 위원회의 역할은 판사나 배심원처럼 서로 다른 견해를 가진 당사자들간에 갈등을 해결하는 것으로 이해된다. 구체적인 결정이나 권고가 흔하다. 위원들은 윤리적 관점에 대한 적절한 행동을 결정하기 위해 투표하기도 한다. 이러한 견해는 윤리적 의사 결정시에 명백한 기준이 있다고 가정한다. 문제는 이런 모델은 무엇이 윤리적으로 허용가능한지, 적절한지에 대한 논의보다 법적으로 가능한 것이 무엇인지를 결정하는 것으로 보인다. 법과 윤리가 생명윤리 분야의 곳곳에서 서로 얽여있지만 법적 포맷을 사용하다보니 법적 판단이 우세해지는 것은 불가피하다. 의학적 모델이 문제를 해결하기 위한 전문가가 있음을 가정하듯이, 이 모델에서는 문제에는 서로 다른 두입장

78) John La Puma, David Schiedermayer, Ibid.,p.52

이 있고, 이에 대해 더 나은 주장이 무엇인지 결정자로서의 윤리자문가나 윤리위원회가 필요함을 가정한다.

셋째, 복합 모델⁷⁹⁾은 사안 해결만을 목적으로 위의 모델들과 달리 폭넓고 포괄적이다. 그러다보니 이 모델에서는 결과보다는 과정을 중시하여 사례자문을 통해 교육, 촉진, 갈등 해결, 분석 등의 다양한 목적들을 성취하고자 윤리 자문가들은 여러 기능을 함께 수행하게 된다. 그러다보니 중재자, 분석가의 역할이 주로 강조된다.

이 세 모델들을 토대로 사례자문시 윤리자문가의 구체적인 역할을 ASBH에서는 다섯 가지로 소개하고 있다⁸⁰⁾.

첫째, 분석가, 조언자, 반대자(adversary)이다. 윤리자문가는 중립적 입장을 취하면서 구체적인 사례에 윤리 이론을 적용시키는 자로서 분석가, 윤리적 조언을 제공하면서 종파와 같은 윤리적 전통에 대한 권위를 가지고 말할 수 있는 조언자, 통상적인 지혜에 의문을 제기하며, 윤리적 이슈에 대한 논의를 깊이있게 해주는 역할을 하는 반대자의 역할을 하게 된다. 그러나 분석가의 역할이 과연 지지받을 만한 역할인지에 대해 논란의 여지가 있다.

둘째, 전문가, 교육자, 상담자, 옹호자이다. 소위 어려운 윤리 문제들에 대해 윤리적인 의사결정을 할 수 있는 특별 전문가로 보는 견해와 윤리적 이슈를 분석하며 문제 제기를 하면서 보건의료인들을 교육시키는 교육자로서의 역할, 보건의료인들을 위한 상담자로서의 역할, 환자의 옹호자로서의 역할이 있다.

셋째, 동료, 협상가, 사례관리자이다. 윤리자문가가 교육자와 환자 옹호자로서의 역할을 강조하면서도 의사들의 의학적 판단에 도움을 주는 동료로서의 역할과 중재자나 촉진자로 불리는 협상가로서 갈등관계에 있는 자들로 하여금 윤리적으로 허용가능한 결론에 도달할 수 있게 도와주는 역할, 제한적이기는 하지만 어려운

79) Baylis F.(ed.)/The Health Care Ethics Consultant, Totowa, New Jersey: Humana Press. 1994, p. 56

80) Gerard Magill, et.al., ASBH task force report on ethics consultation liability, ASBH Board, 2004, pp.12-3

사안들을 관리하는 역할을 하기도 한다.

넷째, 권고나 촉진으로 보는 견해이다. 권고형태는 윤리자문가를 전통적인 의료인처럼 보는 견해로 환자를 검진하고 면담하는 독립적인 조사활동과 권고를 하는 역할이고, 촉진은 관련 당사자들을 사실을 구분짓고, 문제를 명확히 하며, 중요한 이슈들을 제기하고, 유용한 특징들을 지적하는데 도움을 주는 역할이다.

다섯째, 교육이나 중재이다. 교육은 절차에 해당하고 중재는 결과에 해당한다. 교육의 견해에서는, 윤리자문가는 일차적으로 윤리적 담론의 촉진자이며 윤리적 지식의 우월함을 주장하지 않는 역할을 하다보니 절차를 강조한다. 중재의 견지에서는, 윤리자문가는 윤리적 지식의 가치를 강조하며, 해결책을 제시할 수 있는 전문성을 주장한다. 이 경우 자문가들은 의사결정에 대한 책임을 받아들이는데, 결과를 중요시한다고 볼 수 있다.

지금부터는 윤리자문가의 주요 역할 세 가지를 중심으로 윤리 자문시에 어떻게 나타나는지 살펴보도록 하겠다.

3.4.1. 윤리 촉진자로서의 역할

ASBH의 보고서에는 윤리자문가의 역할을 바람직한 역할로서 윤리 촉진자(ethics facilitator)를 제시하고 있다. 이를 명확히 하기 위해서는 다른 두 가지의 극단적 역할인, 의사결정자로서, 순수 촉진자로서의 윤리자문가를 살펴보는 것이 도움이 될 것이다.

먼저 의사결정자로서의 윤리적 갈등상황에서 일차적인 의사결정자로서 자문을 한다. 이 때 윤리자문가는 권위주의적 접근법(Authoritarian approach)을 주로 사용한다. 권위주의적 접근법은 결과중심과 절차중심으로 나누어 살펴 볼 수 있다.

첫째, 결과중심의 권위주의적 접근법은 절차는 윤리적으로 하지만 결과를 결정할 때 권위주의적 요소가 포함된 것이다. 이를 이해하기 위해 다음 예를 살펴보자.

의사결정능력이 있고 의사로부터 설명을 충분히 들은 환자가 수혈받기를 거부하

고 있다. 환자는 여호와의 증인이라는 종교적 신념 때문에 거부하고 있다. 자문가는 절차를 중요하게 생각하며 당사자들과 대화를 나눈다. 그래서 제기된 사실적, 개념적, 규범적 이슈들을 확인한다. 그리고 나서 자문가는 환자의 믿음이 잘못된 것이라며 그의 바램과는 다른 대안을 제안한다. 이것이 바로 결과 중심 권위주의적 접근으로, 자문가는 자신이 환자 대신 일차 도덕 결정자로서 결정을 내린다. 윤리자문의 근본적인 토대는 개인의 권리를 중시하는 것이다. 그러므로 윤리자문가가 환자의 자기결정권을 침해하는 이러한 역할은 윤리자문의 근본 정신에 위배되는 것이다.

다음으로 절차 중심의 권위주의적 윤리자문인데, 이는 절차상에 권위주의적 요소가 포함된 것이다. 관련된 예는 다음과 같다. 말기 상태에 놓인 청소년 환자를 두고 가족과 의료진이 계속 치료를 해야 할지 여부에 대해 서로 의견을 달리하고 있는 상황을 상상해 보자. 의료진은 계속적인 치료가 무의미하다고 생각하고, 가족들은 기적이 생길지도 모르기 때문에 치료를 계속하길 바라고 있다. 이때 윤리자문가는 주치의와 상담하고 차트를 리뷰하며 의료진의 측면에 치우쳐 치료를 중단하라는 결정을 내린다. 이 자문가는 개인의 도덕적 견해에 기초를 둔 결정을 내린 것이 아니라 오히려 문헌에 나오는 “무의미함”이라는 논란거리인 개념에 대한 이해에 기초를 두고 결정을 내린 것이다. 이들이 의사결정과정에서 당사자들을 배제시키기 때문에 절차 권위주의 접근이라 한다. 이는 당연히 환자 가족과 의료진의 의사소통의 장을 만들어 주지 못하고 그래서 사회적 가치, 법, 병원 방침에 따라 정해진 범위 안에 이미 빠져버린 합의를 향하는 것이 된다. 상황에 대해 윤리원칙이나 이론을 강조하고 개념만을 중요시하며 너무 이론적 접근만을 강조하는 것에 대해 아서 카플란(Arthur Caplan)은 이를 윤리공학모델(ethics engineering model)이라 부르면서 이 모델의 특징을 다음과 같이 설명하고 있다⁸¹⁾.

“공학모델은 질병과 환자 및 환자 가족이 겪는 아픔의 진상을 제대로 보지 못하

81) 스콧 레, 폴콕스, 김상득역, 생명윤리학, 살림, 2004. 129쪽

게 한다. 또한 공학모델은 의학에서 발생하는 문제를 이해하는데 매우 중요한 부분인 환자의 역할, 두려움에 대한 대처능력 부족, 고통의 경험등과 같은 실상을 간과한다. 도덕적 전문지식은 도덕의 실제모습으로부터 유리되어 있다”. 카플란의 요점은 공학 패러다임을 보건의료에 적용할 경우 발생하는 한계를 지적하는데 있기도 하지만, 이를 통해 일반적인 윤리이론이나 일련의 원칙 등으로 파악할 수 없는 그 무엇이 의료 영역에서 존재한다는 사실을 강하게 암시하고 있다.

윤리자문시 윤리자문가가 의사결정자의 역할을 하는 경우는 실제로 많이 있다. 많은 사례를 접하지는 못했지만, 특히 우리나라의 병원윤리위원회 사례보고에서도 이러한 윤리자문의 역할이 찾아 볼 수 있다⁸²⁾. 이는 윤리자문에 대해 환자들의 반응이 결정에 도움을 받는 것이 아니라 병원이 이미 내려진 결정을 자신들에게 설득시키려는 것으로 생각되어 거부감을 가진다고 생각하는 측면이 많다는 사실이 이를 뒷받침해준다.

이러한 윤리자문가의 역할은 치료중단과 같은 어려운 문제를 앞둔 환자나 가족들에게 이미 제안된 결정에 동의하게 하는 것이 윤리자문가의 역할로 변질될 우려가 있기 때문에 윤리자문에 대한 인식을 악화시킨다. 또 다른 문제는 이러한 태도는 윤리자문가가 윤리경찰(ethics police)이나 도덕 해병(moral marines)과 같이

82) “2002년 3월 이 대학 부속병원에서 다음과 같은 내용으로 윤리위원회가 열렸다. 40세의 여성 환자가 폐결핵이 심해 1986년 우측 폐절제수술을 받았다. 그 후 병세가 호전되었다가 2001년 12월 오랫동안 지속된 기침과 호흡곤란으로 흉부외과에 입원하였다. 환자의 호흡이 점점 힘들어져 기관 절개술을 실시하였다. 흉부X선 사진에 우하엽에 폐렴이 의심되어 항생제 및 기타 약제를 투여한 후 기침 및 호흡곤란증은 다소 호전되었으나 인공호흡기의 도움을 계속 받아야 했다. 환자가 몇 달전부터 하복부의 팽만이 있다고 하여 부인과 검사를 한 결과 임신20주임이 확인되었다. 의료진의 의견은 환자가 점차 위급한 상태로 가고 있으며, 환자와 태아의 상태 및 여러 상황을 고려하여 치료중에 위험한 경우가 생기면 즉각적으로 산모의 생명을 구하기 위해 인공유산할 것을 요구하였다. 윤리위원회 위원 중 가톨릭 신부들은 가톨릭 교회의 가르침에 따라 환자의 생명을 구하기 위하여 임신된 태아를 인공유산하는 것을 절대로 용납할 수 없다고 주장하였다. 위원회는 가톨릭 신부들의 의견을 받아들여 지속적인 대증 치료를 하면서 분만을 기다리기로 하였다. 2002년 6월 의료진은 환자의 정상분만을 유도하였으나 자궁경부가 열리지 않아 제왕절개로 2.52kg의 건강한 아이를 얻었다.” :김중호외, 병원윤리위원회 조직과 기능 및 활성화 방안연구, 한국의료윤리교육학회 지 제7권제1호(통권 제11호) 2004년 54쪽 : 환자의 의사는 전혀 고려하지 않은 채 의사결정과정에서 진행되었고, 결국 윤리위원회의 위원인 신부들이 일차적인 의사결정자가 된 것으로, 여기에서는 권위주의 접근법이 사용되었음을 알 수 있다.

인식되고 의료진들에게 자신들의 결정에 대해 검열하는 것으로 이식하게 할 수 있다. 결론적으로 윤리자문가 의사결정자로서의 역할을 하는 것은 위험하다.

다음은 의사결정자와는 양극단의 입장을 취하는 순수 촉진자로서의 역할을 살펴보자. 카사렛과 다스칼(Casarett and Daskal)은 하버마스의 담론윤리를 합의와 의사소통을 기초로 적용시켰다. 그들은 촉진자를 도덕적 논변들을 촉진하기 위해 무대를 세우고 연극 소도구들을 정리하는 사람으로 묘사한다. 그들의 역할은 합의를 유도할 수 있는 대화를 위한 해석학적이고, 융화적인 태도를 취하는 것이다. 그래서 자료를 수집하고, 의사소통을 증진시키고, 윤리적으로 불편한 부분을 확인하며 당사자들의 목적을 명료하게 해주는 것이 이들의 주요 임무이다⁸³⁾.

그런데 순수촉진자는 관련 당사자들간의 합의를 서서히 이끌어 내는 것이 유일한 목적인데, 그러다보니 다음과 같은 문제들이 발생할 수 있다.

의식이 없는 남자가 있고, 그는 유효한 생전유언을 남겼다. 그러나 그 경우 환자의 유언에 대해 전혀 살펴보지 않은 채, 당사자들인 의료진과 가족들 간의 합의를 유도해 결정내리는 경우가 발생할 수 있다.

자율성이라든지 대리결정에 대한 개념을 전혀 검토하지 않은 채 합의만을 유도하는 것은 위험한 일이다. 합의를 도출하는 과정에서의 정당성에 대한 논의가 부족하다는 것이 즉, 합의만을 위한 합의를 유도하기 때문에 순수촉진자로서의 역할 만으로는 부족하다.

ASBH 보고서에서는 이런 문제점들을 모두 보완할 수 있는 의사결정자와 순수촉진자의 중도를 지킬 수 있는 윤리자문가의 역할로서 윤리촉진자(ethics facilitator)를 제안하고 있다. ASBH 보고서는 보건의료윤리, 정책, 환자 케어의 각 분야의 전문가 21명이 모여 만들었기 때문에 이 역할은 상당히 많은 학자들에 의해 지지 받고 있다. 이는 가치 다원화 시대에 발생하는 복잡한 문제를 윤리전문가가 윤리

83) Casarett, D.J, Daskal, F.,The Authority of Clinical Ethicist, Hasting Center Report 23, 1998, p.8

이론, 윤리원칙 등을 사용한 윤리적 논증에 능숙하기 때문에 그 해결책을 제공해 줄 것이라는 전제가 깔려있다. 그 내용은 다음과 같다⁸⁴⁾.

우리는 윤리촉진 접근법이 현대 사회의 의료현장에서 가장 적절하다고 믿는다. 이는 윤리자문이 행해지는 맥락에 따라 잘 설명이 되는데 이는 두 가지 특징으로 설명할 수 있다. 첫째, 가치의 불확실함의 본질을 확인하고 분석하는 능력, 둘째, 합의에 도달하기 위해 촉진하는 능력이다.

먼저 윤리 자문시 주된 갈등이나 모호한 가치들의 본질을 확인하고 분석하기 위해서는 윤리자문가들은 관련당사자들을 만나고 진료기록부나 다른 자료들을 통해 관련 자료를 모으고, 비밀유지와 프라이버시 등 관련 개념들을 명료화하며, 사안과 관련된 규범적 이슈들, 가령 사회적 가치가 지니는 합의, 법, 윤리 병원 방침 등을 명료화 하고, 도덕적으로 수용가능한 범위에서의 선택지들을 확인할 수 있도록 도와야만 한다.

다음으로 윤리자문가는 합의 도출을 위한 촉진을 통해 관련 당사자들이 가치의 불확실성과 갈등을 주장하도록 도와줘야 한다. 그렇게 하기 위해서는 당사자들이 그들의 요구를 확실하게 해야 하고, 그들 자신이 원하는 가치를 명료하게 할 수 있도록 도움을 주어야 한다. 그리고 도덕적으로 수용가능하게 공유할 수 있는 의무나 이해사항들을 만들도록 도와줘야 한다.

이 접근법은 다른 접근법들과 달리 사안의 맥락상 도덕적으로 허용가능한 해결책들을 위한 한계를 인정한다. 그리고 의사결정자로서의 역할과 달리 의사결정시에 포괄적인 합의도출 절차를 강조하며, 의사결정자로서 당사자들의 개인적인 권리를 존중하고 윤리자문가의 사적인 도덕 관점을 우선시 하지 않는다. 순수 촉진자와 달리 생명윤리 문헌에 나오는 여러 가치들과 개념을 인지하고

84) ASBH report "Core Competencies for Health Care Ethics Consultation", 1998

도덕적으로 수용가능한 합의를 도출하도록 한다. 이 접근은 근본적으로 자신의 도덕 가치를 추구하며 사는 개인들의 권리들과 상통한다. 고로 윤리촉진자로서의 윤리자문가의 역할은 우리사회에서 요구하는 윤리자문이다.

ASBH보고서의 윤리촉진자로서의 윤리자문가 역할은 간단명료하게 설명되어 있다. 그러나 이 역할은 윤리자문가의 역할을 이해하고, 나아가 필요한 능력에 대해 파악하기 위해서는 더 자세하게 살펴볼 필요가 있겠다.

먼저 윤리촉진의 말을 풀어 보면, 윤리와 촉진으로 이뤄졌다. 이는 위에서 언급한 두 가지의 특징을 대표하는 용어라고 할 수 있다. 첫 번째 갈등문제의 확인 및 분석은 일종의 윤리적 의사결정과정과 유사하듯이 윤리가 강조되고, 두 번째 갈등에 대한 해결책의 합의도출을 위한 촉진은 말 그대로 촉진자로서의 역할이 강조된다. 즉, 의사결정정보다는 촉진자의 역할이 요구되고, 순수촉진자보다는 윤리가 강조되어 윤리촉진자는 이 두 역할의 중간단계라고 이해할 수 있다.

임상윤리자문에서의 윤리는 윤리학의 학문적 고찰과는 매우 다르다. 교실이라는 편안한 환경에서, 하나의 특정 도덕 견해를 선택하고, 그것의 합의를 고려하고, 특정 결론을 주장할 수 있다. 또한 의료현장에서 발생하는 윤리적 딜레마에 대해 교실에서 삶의 질이나 생명의 존엄성 등의 가치를 가지고 도덕적 견해에 따라 이론적 차원에서 의료팀이나 가족이나 환자를 지지하기 위해 충분히 논의할 수 있다. 그러나 임상 윤리자문에서 윤리는 바로 환원불가능한 상황적 측면들(contextual dimensions) 때문에 이론적 차원에서의 윤리와는 전혀 다르다. 어떤 사회적 혹은 정치적 현실들이 교실 속 논의에서는 쉽게 무시될 수 있는 것들이지만 현실적인 의사결정과정에서는 아주 중요하게 고려되어야 한다. 사회적이나 정치적인 현실들이란 ASBH보고서에서 언급한 사회적 가치가 지니는 합의, 법, 윤리 병원 방침들을 일컫는다. 이것들 중 가장 중요한 것은 우리의 자유민주주의적 틀에 기초한 특정 도덕적, 정치적 권리들에 대한 “사실”이다.

당사자들이 “사실”이 아니라 그 사실의 측면에서 볼 때 무엇을 해야 하는지에 대

해서 합의가 안 될 때에는, 주어진 사회적 맥락상 누가 권리를 가지느냐가 누가 옳은가보다 중요하게 된다. 그래서 실제 윤리자문에서 가장 중요한 기초가 되는 윤리적 질문은 누가 가장 적절한 의사결정자인가라는 것이다. 이는 다른 말로 하면 의사결정시 누구의 가치가 반영되어야 하는가라고 할 수 있다. 자신의 의사를 표현할 수 있다면 그 사람의 의견이 제일 존중되어야 한다. 그가 정말로 옳은 결정을 하는지 아닌지에 대한 판단이 중요한 게 아니라 그가 결정할 권리를 가지고 있다는 것이 중요하다. 이는 자율성이라는 사회적 가치에서 도출된 것이다.

이러한 내용들은 윤리자문시에 환자가 의사표현 능력이 있는지, 충분히 이해할 수 있는 능력이 있는지, 의식이 없다면 유효한 사전지시를 남겼는지가 우선적으로 검토되고, 그렇지 않다면 적절한 대리인이 누구인지 선정하는 것이 문제가 된다. 이는 적절한 대리인이 누구인지 확인하고, 그 개념을 정하는 것을 도와준다. 다음의 예를 통해 윤리촉진자로서의 역할을 구체적으로 살펴보도록 하겠다.

72세의 남자환자는 외과중환자실에 대동맥류 파열로 입원하였다. 입원 초에는 잘 지내서 얼마 후 장기요양원에 보내졌다가 소화기계의 대량 출혈로 곧 재입원했다. 수술을 받았지만 재출혈이 되고 결국 뇌손상을 크게 입었다. 인공호흡기에 의존해야 하고, 신장과 간 기능이 모두 파괴되며, 결국 패혈증으로 이어져서 신장투석을 받는 상황에 이르렀다. 그 환자의 가족으로는 남자동생과 누나였는데, 누나가 결정자였다. 그녀는 치료를 고집했고 할 수 있는 모든 치료는 다 해달고 했다. 환자 상태에 진전없이 몇 주 쯤 치료는 진행이 되었다. 그러던 중 기관제삽관을 하는 과정에서 환자는 이 치료를 받지 않겠다고 화를 냈다고 간호사는 이를 보고했다. 이 상황에 이르자 의료진은 더 이상 치료를 진행하는 것은 부적절하다는데 동의했고 윤리자문을 요청하였다. 윤리자문팀이 먼저 의료진들을 만난 뒤 보호자인 환자의 누나를 만났다. 그때 그녀가 말하길, “나는 알아요. 왜 당신들이 여기 왔는지... 의사들이 내 동생을 포기하라고 나를 설득시켜달라고 한 거죠, 하지만 맥들은 날 이해 못해. 난 내 동생을 포기할 수 없어요, 난 내 동생을 정말로 사랑해요”⁸⁵⁾

이 사례는 먼저 간호사에 의해 의뢰되었다. 자문을 위해 처음 시작한 것은 가능한 한 정확한 “사실들”을 수집하는 것이었다. 제일 처음 만난 사람은 수간호사인 데, 그녀는 환자 누나가 너무 이기적이고 환자를 힘들게 한다면 분노했다. 담당 간호사들은 환자에게 가래 흡인을 할 때마다 환자는 얼굴을 찡그리고 피로운 표정을 짓는다고 진술했다. 그들은 환자의 누나가 환자를 진심으로 아끼는 것을 알겠지만 환자가 떠날 수 있게 할 수 있는 인물은 아니라고 했다. 또한 환자의 누나가 이제는 포기하고 떠날 때라고 생각한다고 강조했다. 반면 환자의 남동생은 30년 동안이나 환자와 함께 살았는데 지금은 누나에 비해 표현을 거의 안하고 있음을 알려줬다.

간호사들과의 면담 후 의사들을 만났다. 그들은 환자의 예후와 치료방법에 대해서로 의견이 달랐다고 한다. 하지만 자문을 하는 동안 환자 치료에 관련된 모든 의사들은 지금 상황이 무의미하고 치료는 철회되어야 한다고 생각했다. 지속되는 적극적인(aggressive) 치료는 단지 환자 누나가 환자를 떠나보내기 위해 마음먹을 준비를 하는 시간을 주는 것 밖에 안된다고 말했다. 또한 그들도 간호사들과 마찬가지로 환자의 남동생이 정기적으로 찾아오는데도 불구하고 침묵만 지킨다는 사실을 알렸다. 사회사업가도 만났는데, 간호사와 의사들과 유사한 의견을 내놓았다.

이후에 윤리자문가들은 환자의 누나와 남동생과 함께 모임을 가졌다. 상황에 대해 간단히 요약해 해주었고 그들과 얘기하면서 다음과 같은 설명을 하였다. 어느 누구도 당신에게 동생을 포기하라고 말할 수 있는 사람은 없지만, 자문가의 역할은 지금 어떻게 진행되고 있는지를 이해할 수 있도록 돕는 것과 가능하다면 해야 하는 일과 그 이유에 대해 사람들이 합의할 수 있도록 돕는 것임을 설명했다. 그리고 나서 의사와 간호사들과 이야기를 나눴고 보호자들과도 이야기를 나누고 싶으며 생각하고 있는 바를 이해할 수 있음을 설명하였다. 또한 모든 사람들이 환자의 최선의 이익이 무엇인지에 대해 생각할 필요가 있고, 특히 환자의 누나가 동생

85) Mark P. Aulisio, Meeting the need today, Ethics Consultation, Johns Hopkins, 2003, p.3

이 환자의 상태에 대해 어떻게 생각하는지 알 필요가 있음을 설명하였다. 이제야 환자의 누나는 경계심을 약간은 풀고 환자의 상태에 대해 얘기하기 시작하였다. 그녀는 환자가 매우 아픈 상태이고, 간호사들은 그가 나아지고 있다고 생각하지 않는다고 말했다. 하지만 의사 한 분이 환자 상태가 나아질 수도 있다고 말했다고 했다. 그녀는 다시 흥분하면서 자신에게 어떻게 동생을 포기하고 살라고 하는지, 그들은 환자를 포기할 것을 요구한다고 말했다. 그녀가 계속 얘기를 하면서 두 가지 특징이 발견되는데, 첫째, 환자의 예후에 대한 누나의 이해와 둘째, 환자의 대리인으로서 그녀의 역할에 대한 견해이다.

먼저 의사가 말한 나아질 수 있는 기회에 대해 환자의 누나의 생각을 명확히 하기 시작하였다. 기회라 함은 의미심장한 기회이고, 나아진다는 것은 거의 완전한 회복을 의미하는 것이었다. 그래서 자문가들은 의사들로부터 환자는 그 상태로 회복될 수 없다고 들었으며 이를 명확하게 하기 위해 자리를 만들어 주겠다고 하였다. 대화는 점차 대리인의 역할로 옮겨갔다. 자문가들은 다시한번 그녀에게 어느 누구도 환자를 포기하라고 말해서는 안되지만, 누구라도 환자가 원했을 것이 무엇인지에 대해 누구라도 이해할만한 것이어야 함을 설명하고, 그의 바램이 존중되어야 함을 강조하였다. 그래서 결정은 다른 누구의 것이 아닌 환자의 것이어야 하고, 환자의 누나와 동생은 의료진들에게 환자의 바램이 무엇이었는지를 알 수 있도록 도와줄 수 있다면 그렇게 해야 함을 설명하였다. 이런 얘기를 하는 과정에서 환자의 누나는 결정에 대해 덜 부담을 느끼는 것처럼 보였고 약간은 더 편안해보였다.

자문가들은 누나에게 이런 상황에 대해 환자와 얘기를 나눈 적이 있는지와 환자가 원하는 것이 무엇이라고 생각하는지, 환자가 말을 할 수 있다면 뭐라고 할 것 같은지에 대해 물어보았다. 그리고 구체적으로 환자가 이런 상황에서 치료를 계속 받길 원하는 것 같은지 질문하였다. 이때 지금까지 침묵으로 일관하던 환자의 남동생이 말하기 시작하였다. “절대 아니야, 절대 아니야, 형이 얼마나 병원과 요양원을 싫어했는데...”라며 다시 침묵했다. 누나는 너무 놀라서 말을 하지 못했다. 잠

시동안 침묵이 흐르고, 환자의 누나는 생각할 시간이 필요하다고 했다. 그리고 우리에게 그 다음날 의사들과 함께 얘기할 자리를 마련해줄 수 있는지 물어보았다. 환자는 며칠 뒤 사망하였다.⁸⁶⁾

이 사례는 환자의 의사를 알 수 없는 상황에서 치료 중단과 관련된 문제에 대한 보호자와 의료진과 의견이 다른 경우에 윤리자문가들이 어떠한 구체적인 역할을 하는지 자세하게 묘사하였다. 단계적으로 살펴 보면, 윤리자문가들은 간호사, 의사, 사회사업가들을 미리 만나 면담한 뒤 환자 및 상황에 대한 구체적인 사실들을 수집하였다. 그리고 나서 환자의 보호자인 누나와 남동생을 만나 왜 의료진들과 갈등을 겪는지에 대한 문제들을 파악하기 시작하였다. 대화를 하면서 의료진들과 환자의 대리결정자인 누나는 사실에 대해 서로 다른 생각을 하고 있었음이 문제가 되었다. 환자의 명확한 의사를 알지 못했고, 대리인은 환자의 상태에 대해 이해를 하고 있었다. 대리인 선정에 대해서도 문제가 있었는데, 환자의 누나와 남동생이 있었고 남동생이 환자와 많은 시간을 보냈고 정기적으로 면회를 옴에도 불구하고 말을 하지 않아 환자의 누나가 대리인으로 행동하였다. 그러나 누나 또한 대리인으로서 역할을 잘못 파악하고 있어 지금까지의 문제들을 환자의 누나와 남동생에게 설명하였고, 결국 남동생이 환자의 생전의 바람에 대해 얘기해줌으로써 다함께 모여 논의할 기회를 마련하여 결정하는 것으로 마무리 되었다.

여기에서 윤리자문가의 역할은 우리가 살펴본 의사결정자와 순수촉진자와는 다른 접근을 시도하고 있다. 윤리자문을 하기 전에 환자의 누나가 윤리자문에 대해 자신들의 권리를 침해하려는 제도로서 인식하고 거부하던 모습을 상기하는 것이 도움된다. 권위주의적 접근으로 의사결정을 내리려는 자문가의 모습이 아니라 의료진들과의 치료결정에 대한 합의를 촉진하는 역할을 수행하고, 이에 앞서 단순히 합의만을 유도하는 것이 아니라 그 사안의 윤리적 문제들을 짚어가며, 서로 다른 해석을 하고 있는 가치와 사실을 명확하게 하며 윤리적인 측면을 중시하는 역할

86) Mark P. Aulisio, Ibid, p.16-8.

을 수행하였다. 특히 대리인의 역할이 무엇인지에 대해 설정해주고 환자의 의사를 반영할 수 있는 방법을 택할 수 있도록 도움을 주는 역할을 한 것이 중요하다.

3.4.2. 네비게이터로서의 역할

도르프만과 수잔(Laurie Zoloth-dorfman, Susan B. Rubin)⁸⁷⁾은 도덕 공동체의 네비게이터로서의 윤리자문가의 역할을 제시하고 있다. 이들은 다양한 의료 환경에서 윤리자문가로서의 경험을 바탕으로 이론을 전개하고 있는데 주로 독립적인 활동을 하는 윤리자문가보다는 딜레마를 다루는 권위있는 기구인 윤리위원회와 함께 활동하며 이 위원회의 네비게이터로서 활동에 초점을 둔다.

이때 윤리자문의 목적이나 본질은 단순히 갈등 중에 있는 한 당사자에게 최선이 무엇인지 답을 찾거나 단순히 문제에 대한 해답만을 찾는 것이 아니라 사안에 대한 보건의료인들, 환자, 보호자, 윤리위원회의 위원들로 이뤄진 하나의 도덕 공동체에서 각 구성원들의 삶의 경험과 신념들을 토대로 역동적인 활동을 하는 것이다. 이는 개인적인 윤리 자문시에도 마찬가지로 적용될 수 있다.

이러한 도덕공동체를 만드는 목적은 발생한 도덕적 고뇌는 개인의 책임이 아닌 공동의 책임으로 인식되고, 갈등의 원인에 대한 공개적인 논의가 이뤄지며, 의사결정 절차는 고도의 심사숙고과정을 거치며 이뤄질 수 있는 장을 마련하기 위함이다. 의료현장에서 흔히 의사들은 선장으로 비유된다. 이와 마찬가지로 이들은 윤리 자문가들을 네비게이터에 비유하는데, 그 이유는 지도를 알고, 지형, 지세에 익숙하며, 그것의 복잡성을 이해하며 주어진 사안에 대한 밀접성, 일시성, 특수성에 의해 과정이 어떻게 변화되는지를 주목하며, 무엇보다 그 과정을 조절하기 보다는 안내하는 역할을 담당하는 것이 유사하기 때문이다. 네비게이터와 선장이 구분되는 가장 중요한 부분은 선장은 키를 잡고 움직이며 결정권자로서 활동하지만 네비게이터는 결정자가 아닌 안내자로서 활동하는 것이다. 그러다보니 각 사안에 대

87) Laurie Zoloth-Dorfman, Susan B. Rubin, Navigators and captains: Expertise in clinical ethics consultations, *Theoretical Medicine*, 18:421-432, 1997

해 제 3자로서 객관성을 중시하고 있다.

3.4.3. 건축가로서의 역할

워렌(Virginia L. Warren)은 보건의료현장에서의 윤리자문과정에서 발생하는 많은 문제들을 지적하였는데⁸⁸⁾, 첫째, 주로 발생하는 문제는 힘, 지위나 권위와 관련된 문제들로서 가령, 의식이 없는 환자의 경우, 누가 그를 위해 결정할 것인지, 최종 결정자는 누구인지에 대해 결정하는 문제들이다. 이는 사안을 바라보는 초점이 주로 결정자가 누구인지에만 맞춰져 있다는 점과, 둘째, 도덕 맥락의 형태가 중립성에 맞춰져 있다는 점이다. 그러다 보면, 당사자들의 특정한 상황을 비롯하여 시간, 장소, 가족이나 공동체에 대한 고려를 배제하는 것이 강조되는데, 이는 도덕적인 판단을 내리는데 있어 당사자의 역사적인 경험은 중요함에도 불구하고 이를 부정하는 것이며, 무엇보다 윤리적 문제와 관련하여 당사자들의 정신적 웰빙이나 특정 상황이나 잠재적 해결책을 가지는 여러 특징들을 부정하게 될 수 있다. 셋째, 전통적인 도덕의 틀로서는 다룰 수 없는 문제들이 많이 있음에도 불구하고 이 문제들을 외면한다는 점이다. 그동안 불평등함, 관계, 직업적 역할에 대한 문에 대해 도덕적 관심의 대상이 되지 못해 왔다. 하지만 병원 문화 속에서 환자의 선호와 보건의료팀이 결합된 해결책들이 모색되어야 한다.

이런 문제들과 관련하여 여러 페미니스트들이 윤리자문가의 역할을 제시하고 있는데, 워커(Margaret Urban Walker)는 1993년 『Keeping Moral Space Open』에서 윤리자문가의 업무가 윤리적 문제를 해결하는 자체보다는 보건의료 서비스를 제공하는 복잡하고 관료적인 기관내에서 도덕적 숙고의 과정이 적절하게 이뤄질 수 있도록 절차에 중점을 두는 것이기 때문에 건축가로서의 역할을 강조하였다⁸⁹⁾. 웨린과 베일리스(Susan Sherwin & Francoise Baylis)도 페미니즘은 사회 제도나

88) Warren VL. Ibid, p.33

89) Walker, MU, In keeping moral space: New images of ethics consulting? Hasting Center Report, 1993, vol.23. no.2, 33

공공 정책, 일상생활에서의 불공정한 형태들을 찾아내고 그것들을 제거하거나 그렇지 못하다면 적어도 감소시키는 사회 변화를 꾀하는데, 생명의료윤리도 도덕적으로 정의롭지 못한 상황을 찾아내고 고치는 것이라 보기 때문에 이를 실현하기 위해서 건축가로서의 윤리자문가 역할을 지지하고 있다⁹⁰⁾.

건축가로서의 윤리자문가의 역할을 살펴보면, 윤리자문가는 도덕적 숙고를 하기 위한 협력적이고 공정하며 포괄적이며 윤리적 절차를 지킬 수 있는 공간을 디자인하여 당사자들이 의미있는 대화를 나눌 수 있고 그에 따라 의사결정을 내릴 수 있는 필수적인 공간과 과정을 개발한다. 이 과정의 특징은 주요 참여자들이 그들의 가치와 숙고하는 방식을 존중해야 하고 추상적이고 공적이며 보편화가능한 원칙들의 독점적인 사용을 자제하고 윤리적 문제에 대한 유연하며 상황중심의, 창조적인 해결책을 찾으려고 해야 한다는 데 있다. 이때 윤리자문가가 중점을 두어야 할 점은 권력관계를 잘 살피는 것이다. 워커도 도덕적 숙고를 왜곡시키는 여러 관계의 움직임과 권위의 위치에 민감해 져야 한다고 지적한다. 어떠한 해결책으로의 결론도출 보다는 협력의 공정한 절차를 지키기 위해서 신경을 써야 한다. 그래서 당사자간의 관계에서 부정의한(injustice) 양상들이 존재한다면 이를 인지하며 지적하여 발생하지 못하도록 하여야 한다. 그러나 권력관계의 문제를 지적해야 함에도 권력관계의 문제로 인해 협력적인 문제 해결의 장이 이뤄지기 힘든 것이 현실이다.

모든 당사자들 특히 의료현장에서 약자의 입장에 놓인 환자들의 경우 실제적인 힘을 가진 사회적 권위를 따르려는 마음이 내재화되어 있고, 상황적으로 미약한 힘을 가진 자들의 경험적 지식을 절하시키려는 경향이 있기 때문이다. 이러한 억압적인 요소들은 환자나 보호자들은 자신들이 진정으로 원하는 선택을 하지 못하게 하며, 그들 자신의 웰빙을 가장 잘 추구하는 선택들을 확인하거나 명료화시키는 것조차 어렵게 만든다. 그러므로 윤리자문가는 논의 과정에서 힘의 재분배가

90) Sherwin S., Baylis F., The Feminist health care ethics consultant as architect and advocate, Public Affairs Quarterly vol 17, No.2, April 2003

이뤄지는 장을 만들도록 노력하여 한다. 약자의 입장에서 가능한 선택들을 왜곡시키는 억압의 요소들이 무엇인지 확인하고 지적하도록 할 필요가 있다. 이렇게 당사자들을 위해 안전하고 협력적이며 합리적인 논의의 장을 만들기 위한 활동을 하는 것이 건축가로서의 윤리자문가 역할이라고 할 수 있다.

3.4.4. 중재자(mediator)로서의 역할

중재자로서의 윤리자문가 역할은 건축가의 역할과 유사하지만 다르다. 윤리자문가는 건축가로서의 역할과 중재자로서의 역할을 해야 한다고 주장하는 위커의 구분에 의하면⁹¹⁾, 건축가로서의 윤리자문가는 모든 당사자들이 특정 의료기관의 제한범위 안에서 그들의 입장과 견해를 말할 수 있는 도덕적 공간을 유지시키는 업무를 담당하고 있고, 중재자로서의 윤리자문가들은 성공적인 갈등 해결과정이어야 한다는 일차적 임무를 수행하기 위해 적극적으로 참여하는 역할을 한다는 것이다. 당사자 간의 논의의 장을 만들어주는 역할과 유사하지만 중재자는 중재의 과정과 기술을 중요시하고 있다. 이제 중재자로서의 윤리자문가 역할을 살펴보도록 하겠다.

중재자로서의 역할이 중요한 이유는 현대 사회의 갈등과 무엇보다 의료현장의 갈등이 지니는 특징에 기인한다고 생각된다. 현 세상에서 발생하는 복잡하고 어려운 갈등에 대한 합의를 도출하는 것은 가능하지 않을 수 있다. 이에 대해 왕(David Wang)은 심각한 도덕적 갈등이란 당사자들이 생각했던 것처럼 가치관이나 궁극적인 도덕 원칙들간의 불일치 때문만으로 일어나는 것은 아니라고 지적한다. 오히려 실질적인 갈등은 합의된 도덕 원칙이 있음에도 불구하고 그 원칙의 적용가능성에 대한 서로 다른 의견 차이 때문에 일어난다는 것이다. 그러므로 도덕에 대한 기본적인 합의를 설사 발견한다하더라도 그것만으로는 문제가 없어지지 않는다는 것이다⁹²⁾. 의료현장에서 발생하는 갈등들은 이러한 종류의 갈등이 많기 때문에 한

91) Walker, MU, In keeping moral space: New images of ethics consulting? Hasting Center Report, 1993, vol.23. no.2, p.40

짓대로는 쉽게 해결하기 힘들다. 실제로 Du Val et al. 연구⁹³⁾에서 의사들이 윤리 자문을 의뢰하는 제일 많은 이유가 갈등을 해결하기 위함이라는 결과를 통해 알 수 있었다. 그러다보니 이런 상황에 많은 학자들은 중재기술의 중요성을 강조한다.

중재는 일종의 피스메이킹(peacemaking)이다. 병원에서는 의료소송을 줄이기 위해 조정을 담당하는 변호사들이 있고 이들을 당사자간의 갈등을 해소시켜주는 역할을 한다고 하여 피스메이커(peacemaker)라고 부른다. 이들은 의견이 서로 다른 당사자들이 만족할 수 있는 선택에 도달하기 위해 이익에 근거한 중재를 하게 된다. 치료과정에서 결정을 내리기 어려운 문제들, 주로 삶과 죽음을 결정해야 하는 문제들을 다루어야 하는 경우, 모든 당사자들의 이익을 고려하여 결정을 내리게 되는데, 이 때 결정은 모든 당사자들을 존중하고, 그들의 이익을 존중하고, 환자와 가족들의 권리를 존중하는 것에 근거한다. 이러한 윤리 자문가들의 중재는 순수한 이익에 근거한 중재와는 몇 가지 차이점이 있다.

첫째, 윤리자문가들은 대부분 병원에 고용된 자들로서 순수하게 중립적일 수 없다. 그러나 모든 당사자들이 환자와 가족들의 안녕을 추구하고자 하는 데에는 동의하게 된다. 둘째, 시간이 중요하다. 이들의 주요 갈등은 삶과 죽음에 관한 이슈이기 때문에 당사자들의 감정적이고 개인적인 스트레스는 엄청나다. 그래서 중재는 낮과 밤을 가리지 않고 하게 된다⁹⁴⁾.

윤리자문가의 중재과정에 대해 살펴보자. 앞서 논의한 윤리촉진자의 역할에서 윤리촉진의 과정은 크게 두 단계를 거치는데, 첫째 단계에서는 사실에 대한 자료 수집 및 차트 검토와 인터뷰를 하고 자문가의 윤리적 지식을 토대로 갈등 해결을

92) David Wang, Coping with moral conflict and Ambiguity, Ethics, 102, July, 1992, p.768-773

93) Du Val G, et. al, Ibid, p.i25

94) Noll D., Bioethical Mediation: Peacemaking and End of Life Conflicts

<http://www.mediate.com/pfriendly.cfm?id=1549>

위한 윤리적 선택의 범위를 정한다. 둘째 단계에서는 당사자들이 그 선택들에 대해 그들의 입장을 주장하게 한다. 이때 윤리자문가는 상호촉진 기술을 사용하여 당사자들의 가치와 선택에 대한 견해를 명확히 하고 한 가지 선택을 하기 위한 합의도출을 유도한다. 생명윤리의 중재라는 책을 내기도 한 더블러와 마커스(Nancy Dubler and Leonard Marcus)⁹⁵⁾가 주장한 중재 과정도 이와 유사하며 4단계로 이뤄진다. 중재가 요구되는 갈등을 확인하고 분석하기 전에, 중재자들은 중재 절차와 기본 규칙을 설명한다. 그리고 나서 중재자들은 각 당사자들이 인지하는 갈등에 대한 내용을 듣고, 의사소통 기술을 사용하여 그 갈등의 기저에 있는 감정들을 파악한다. 그런 단계를 통해 우선 중재자와 당사자들 간의 라포(rapport)와 공감대가 형성되고 나아가서 당사자들 간에도 형성된다는 것이다.

지금부터는 중재자로서의 역할을 어떻게 수행하는지에 대해 구체적인 사례를 중심으로 살펴 보도록 하겠다. 다음은 알렉스 바로우(Alex Barlow) 사례로 말기환자와 의료의 재분배 문제에 대한 사례로서 중재하는 과정을 가능한 한 자세하게 제시하고자 한다⁹⁶⁾.

알렉스는 19세의 흑인남자아이로, 17세의 뇌종양진단을 받았고 현재 1년도 채 살지 못할 것이라는 진단을 받았다. 알렉스는 소아중환자실(PICU)에서 지내며 수술, 방사선치료, 화학요법을 다 했음에도 불구하고 지속적으로 두통과 경련을 하며 오른쪽 편마비, 의식장애등이 나타났다. 그러나 그와 가족들은 할 수 있는 처치는 모두 하기를 원하고 있었다. 그는 의사결정 대리인으로 누나와 여자친구를 두었다. 윤리자문 의뢰당시 알렉스는 인공호흡기를 달았으며 그는 다장기 기능부전이 나타났고, 반응을 보이지 않았다. 두달 가량 그런 상태로 지내다 결국 패혈증과 만성폐렴이 발생했다.

95) Dubler, N.N, Marcus, L.J. Mediating Biomedical Disputes: A Practical Guide. New York:United Hospital Fund.

96) Dubler, NN. Bioethics: Mediating Conflict in the Hospital Environment, Dispute Resolution Journal, May-Jul 2004, http://www.findarticles.com/p/articles/mi_qa3923/is_200405/ai_n9377...

그는 어릴 적에 생모에게서 버림받고 누나와 함께 입양되었으나, 사춘기때 입양부모마저 그들을 다시 입양기관으로 돌려보냈다. 그후 16세에 생모와 연락을 하며 지냈고 현재 여자친구는 그가 병에 걸리자, 학교를 그만두면서 돌봐주었다. 누나와 여자친구는 매일 병원에 왔고 환자가 자신들이 병원에 와서 좋아하는 반응을 보인다고 믿고 있다. 의료진은 환자의 가족들에게 그가 죽어가고 있다고 설명하였다. 이는 결국 가족들의 반감을 사게 했고 문제가 되어 사회사업가가 이를 해결하기 위해 윤리자문을 의뢰하였다.

이 사안과 관련하여 다음과 같은 윤리적 물음이 제기되었다.

- (1) 의료진은 환자의 안녕과 해악으로부터 피하기 위해 어떠한 의무를 지니는가, 또한 가족들에게 어떤 의무를 지니는가?
- (2) 의학적으로 무의미한 치료를 할 때, 의료자원의 희소성에 대한 문제와 관련하여 환자에게 어떤 의무를 가지는가?
- (3) 의료진은 환자와 그의 법적 대리인의 의지에 반하는 결정이 환자에게 발생하는 해와 고통을 막아준다면, 그들의 의지에 반하는 결정을 내려야 하는가?

이 사안을 다루기 위해 윤리자문가는 환자에 대한 병력과 의학적 선택들에 관해 이해하기 위해 의료진들과 먼저 만났다. 그리고 나서 가족들과의 모임을 하기 전에 완화의료 자문을 요청했다. 그리고 나서 사회사업가, 담당의료진, 완화의료전문의와 가족이 함께 모였다.

윤리자문가는 자신에 대해 소개하면서 모임을 시작하였다. 소개 내용은 자신은 병원에 고용된 자로서 자신의 임무는 의료진과 가족들이 환자의 치료계획에 대해 함께 공유할 수 있기 위한 토대를 찾는 것으로 자신은 의사결정자가 아니라 당사자들이 서로에 대해 더 잘 알 수 있도록 도와주며 그래서 합의에 도달할 수 있도록 해주는 역할임을 설명했다.

이어서 환자의 누나가 환자가 치료받으면서 겪은 의료시스템의 문제점을 지적

하며 특히 처치에 대한 선택들과 가능한 결과들에 대해 충분히 설명을 듣지 못했다고 하며 예를 들어 화학요법을 받는데, 그로인해 수혈을 받아야만 한다는 사실을 알았다면 마지막 화학요법을 받기로 동의하지 않았을 것이라고 했다. 그러면서 자신과 남동생은 서로가 전부이며 어떤 순간에도 동생의 생명을 단축시키는 일은 하지 않겠다고 강조했다. 몇몇 의료진들이 동생을 앞에 두고 그가 듣지도 못하는 듯이 함부로 얘기하고 옷이나 기저귀를 갈아준 후에도 정리정돈을 해주지 않아 화가 났음을 지적하기도 했다.

이에 대해 윤리자문가는 누나의 지적들에 대해 강한 인상을 받았음을 인정하고 이 사안에서 자신의 임무는 잘 듣고 공유할 내용들을 찾아가는 것 뿐 만 아니라 가능한 결정의 범위를 제한하는 것이라고 설명하며 “회소성”과 “고가”의 차이에 대해 언급하였다. 혈소판 수혈은 자원의 회소성과 관련된 것으로 회소한 자원의 분배는 일반적으로 다음 세 가지 원칙에 따라 이뤄지는데, 선착순, 제비뽑기, 의료진의 의학적 판단이다. 모든 병원은 주로 세 번째 원칙을 따르며, 알렉스의 경우 수혈할 혈소판은 제한되어 있기 때문에 그가 회복될 가능성이 없다면 수혈받지 못할 것이라고 설명했다.

가족 중 한명이 알렉스가 회복되지 못하기 때문에 받을 수 없다는 것이냐며 항의했다. 윤리자문가는 그렇다고 대답했고 이후 분배의 문제에 대해 한참동안 이야기를 나눴다. 그 후 가족들은 알렉스가 혈소판 수혈을 받지 못하는 것을 받아들였다. 마지막으로 환자의 누나는 이러한 시스템을 알려줘서 고맙지만, 그가 죽어가고 있다는 말은 하지 말라고 듣고 싶지 않다고 말했다. 그리고 소아중환자실을 떠나라는 말도 하지 말라고 했다.

주치의는 그가 중환자실에 입원하여서 이익이 될 것이 없기 때문에 다른 곳으로 옮기는 문제를 이미 꺼냈고, 그래서 가족들과도 얘기했었다. 그러나 가족들은 여전히 반대를 하고 있었다. 윤리자문가는 환자를 다른 곳으로 보내는 문제에 대해 이는 환자와 가족들을 고립시키는 일이며 현재 소아중환자실은 환자를

수용할 수 있는 자리가 있고 의료진은 그곳에서 그를 돌보는 것이 환자와 가족들에 대한 의무임을 지적했다. 의료진들은 이를 달가워하지 않았지만 받아들였다. 그리고 윤리자문가는 가족들에게 그 중환자실에 입원해야 하는 다수의 희생자들이 생기거나 한 번에 소아환자들이 많아지는 경우에는 의료진이 환자를 다른 곳으로 전원시키자는 말을 꺼낼 수 있음을 주지시켰다.

윤리자문가는 환자 앞에서 죽어간다는 얘기를 해서 가족들을 화나게 한 점을 다시 꺼내었고, 그 의사는 그런 일은 이제 안 할 것임에 동의했다. 그들이 동의한 부분은 차트에 기록을 남겨두었다.

마지막으로 완화의학 담당자는 생리학적으로 무의미한 상태(physiologic futility)라는 협의의 개념에 기초하여 DNR지시를 받을 계획임을 말했다. 이는 가족들의 선택에 대한 부담을 덜어주는 것이라며 현재 환자의 상태에 대해 다시 한번 설명하였다. 그리고 환자의 누나도 DNR 지시에 동의하였다.

지금까지 윤리자문가가 윤리자문시 어떻게 중재하는지에 대해 살펴보면 몇 가지 특징을 찾아 낼 수 있다. 첫째, 중재는 환자 보호자들과 의료진간의 관계가 회복되는 계기를 마련해주는 논의의 장이 된다는 점이다. 우선 환자 가족들은 그들의 분노와 두려움을 표현했고 병원에 대한 불만들을 풀어갔고 의료진들도 그들의 입장과 타협이 이뤄져 서로간의 관계가 전보다는 더 좋아지게 되었다. 이런 논의를 통해서 환자가족들은 병원에 대한 깨졌던 신뢰가 다시 회복하는 계기가 되었다.

의료진들은 치료에만 신경을 쓰고 환자와 가족들과의 관계는 신경을 쓰지 못하는 경우가 많은데 그들과 편안한 관계가 될 수 있도록 하는 계기를 마련해주었다. 중재는 이렇게 서로에게 필요한 논의들을 할 수 있도록 해주는 것이다. 이러한 과정이 의학적 상황이 가져올 결과를 바꾸는 것은 아니지만 가족들의 관심과 요구가 확인되고 존중받을 수 있게 된다는 점에 의의가 있다.

중재자의 관점에 선다는 것은 “갈등 당사자들의 옳고 그름을 결정하는 것보다 인간적인 관계의 분열을 치료하는데 관심을 갖는다”는 것이다. 따라서 이런 관점에서 양 당사자들로 하여금 그들이 한 공동체 안에서 상호작용하는 구성원들임을 서로 인정하고 배려토록 하는 것이 목표이다. 이는 동양의 유교에서도 잘 설명되는데, 유교는 옳고 그름을 구체화하는 객관적 원칙에 호소하는 것은 갈등 당사자들로 하여금 그들의 관계를 유지하고 발전시키도록 격려하는 것이 아니라 오히려 그들로 하여금 서로 소외되도록 하기 쉬운 것으로 본다고 말한다. 옳고 그름의 원리는 중재가 실패했을 때 이차적으로 적용되어질 원리로 발전시킬 필요가 있는 것이지 판결이 일차적인 것은 아니라고 본다는 것이다. 무엇이 옳은 것인가 못지 않게 반대자와의 관계를 악화시키지 않으면서 자신의 입장을 유지할 수 있는 능력이 중요하다.⁹⁷⁾ 그래서 왕은 수용의 원리를 적용해야 할 갈등 상황에서는 풍부한 기지와 창조력의 덕목들이 필요하다고 말하고 있다. 반대편에 있는 사람들과의 불가피한 관계 훼손을 최소화하면서도 자신의 도덕적 입장에 따라 행위할 수 있는 능력에서만 아니라 자신의 윤리체계와 갈등하는 체계가 갖는 어떤 요소를 나의 체계와 융합할 수 있는 능력을 위해서도 기지적인 탁월성과 창조적 탁월성이 필수적이라고 주장한다.⁹⁸⁾ 위 사례에서 환자 가족들과 의료진과의 갈등 중에 하나가 환자를 중환자실에서 나가라는 의료진의 제안을 가족들이 받아들이지 못하는 것이었는데, 가족들의 요구를 받아들여, 치료 받아야 할 새로운 환자들이 많아진다면 나간다는 조건을 제안하는 방법들이 이에 해당한다고 할 수 있다.

둘째, 중재의 과정에서 핵심은 바로 서술(narrative)에 있다. 중재과정의 참여자들은 어떠한 개입없이 그 상황에 대해 자신들의 언어로 설명한다. 이 때 중재자는 그런 이야기들 속에서 감정적인 내용들을 파악해 내고 의사소통 기술을 통해 그 이야기의 실체를 다른 참여자들이 듣고 자신에게 비추어 볼 수 있도록 해야 한다. 그래야만 모든 당사자들이 그 상황에 대해 모두가 공유할 수 있게 되기 때문이다. 서술을 이미 도덕적 사고에서 중요한 부분을 차지하고 있다. 이야기는 감정과 합

97) 허라금, 도덕적 갈등과 다원주의, 철학 제68집, 2001년 가을, 278쪽

98) 허라금, 위의 책, 278쪽

리성과 인식 내용과 판단이 모두 합쳐져 우리의 도덕 경험들을 서술하는 것이다. 앞서 언급한 워커도 윤리자문에서의 서술이 중재와 관련이 있음을 설명한다.⁹⁹⁾

특히 환자나 가족들은 일반적인 의료 환경에서 외적, 내적 요인들로 인해 이렇게 자신들의 의사들을 개선하기 어려운 경우가 많다. 그런데 자신들의 속 얘기를 풀어놓을 수 있도록 도와주므로 당사자들 간의 이해할 수 있는 계기가 마련된다.

초창기 윤리자문이 사안을 검토하여 윤리적인 기준들을 고려하여 대안을 제시하여 문제를 해결하는 데 중점을 두고 있다면 중재자로서 윤리자문가의 역할은 당사자들의 감정, 이익, 권리들을 존중하는 선택의 과정을 이끌어 문제 해결을 하는 것이다. 그리고 중재자로서의 역할은 우리나라의 윤리자문에서 중요하게 다뤄지지 않고 있으나 앞으로 더 강조되어야 할 역할이라고 할 수 있다.

지금까지 윤리자문가의 다양한 역할들을 살펴보았다. 윤리촉진자, 네비게이터, 건축가, 중재자로서의 윤리자문가의 역할의 중심은 의료현장에서의 윤리문제를 해결하는 과정에서 의사결정자가 아닌 윤리적으로 합당한 결정을 내리도록 도와주는 역할이라고 할 수 있다. 이러한 역할을 하기 위해서는 윤리자문가는 사실을 모으고, 도덕 원칙을 확인하며, 논의에서 모든 당사자들을 고려하고, 당사자들의 상호 의견을 파악하여, 그들 이익의 공통된 부분을 찾고, 당사자 간에 서로를 존중하고 함께 문제를 풀어 나갈 수 있도록 중재하는 역할로 요약할 수 있겠다. 그러기 위해서는 윤리자문가는 촉진자이며 윤리전문가이고, 동시에 의료현장에서 상대적으로 약자인 환자와 가족들의 권리와 자율성을 존중하기 위한 대화의 자리를 마련하고, 그 토대 속에서 서로가 존중하며 서로의 이익을 존중하는 결과에 도달하는 중재자로서의 역할이 동시에 필요하다고 할 수 있다.

99) Walker, MU, In keeping moral space: New images of ethics consulting? Hasting Center Report, 1993, vol.23. no.2, 33

제4장 윤리 자문가가 갖추어야 할 조건

지금까지 살펴 본 윤리자문가의 역할은 의료현장에서 발생하는 문제들의 윤리적 요소를 확인하고 이를 분석하며, 당사자들 간의 이익과 권리를 존중하면서 문제의 해결책을 찾도록 중재하는 것이라 할 수 있는데, 이러한 역할을 수행하기 위해 윤리자문가가 누가 되어야 하는가에 대해서는 의견이 분분하다. 그러나 그것을 논의하기 이전에 윤리자문가가 되기 위해서 요구되는 조건이 무엇인지를 살펴보는 것이 윤리자문가 양성을 논의하는 데 의의가 있을 것이다. 사회학자들이 말하길 전문직의 특징들 중 하나가 전문인들이 소지하는 숙련된 지식이나 기술이라고 한다¹⁰⁰⁾. 의사는 인체에 대한 지식을 가지고 치료하는 특별한 기술을 습득하고 있고, 법률가들의 경우 법에 대한 지식과 의뢰인의 이익을 위해 지식을 활용하는 기술을 가지는 것이다.

그렇다면 윤리자문가의 경우 특별히 요구되는 지식과 기술은 무엇이 있는가? 윤리적 전문성이라는 것은 존재하지 않는다는 비판도 있고 실제로 윤리전문가로서의 철학자의 역할은 윤리학사에서는 수용된 바가 없기 때문에 철학자들에게도 커다란 부담이 되었지만, 이제는 윤리의 응용이 비교적 제도화된 분야인 의료윤리, 생명윤리의 도덕 문제는 대단히 복잡하고 전문적인 경험과 지식과 정보 없이는 결정 뿐 아니라 이해하기 어려운 이들이 많이 있어서 일반인의 논의에서는 대단히 제한적일 정도로 전문성을 띄는 것이기 때문에 윤리 자문가에게 요구되는 지식과 기술을 논의하는 의의가 있을 뿐 아니라 현실적으로 요청되는 물음이기도 하다¹⁰¹⁾. 특히 보건의료 현장에서 윤리자문은 개별적인 사안에 따라 자문이 이뤄지기 때문에 자문가의 학문적 배경, 관점, 스타일에 따라 영향을 받기 때문에¹⁰²⁾

100) William M. Sullivan, *Work and Integrity: The crisis and Promise of Professionalism in America*, New York: Harper Collins, 1995, p.8

101) 김영수, 위 논문, p.6

102) Linda Farber Post, *Clinical consulting: The search for resolution at the intersection of medicine, law, and ethics*, HEC Forum, 2003:14(4), p.338

이들을 결정짓는 윤리 자문가에게 요구되는 지식과 기술을 논의하는 것은 그 자체로 의의가 있다.

이와 관련하여 베일리스(Baylis F.)는 The Health Care Ethics Consultant 책에서 윤리자문가의 조건을 제시함으로써 윤리자문가의 책임자를 설명하는데, 임상윤리학자로서의 지식, 능력, 성품을 강조하였고, 대인관계 기술 등 구체적인 자문 기술을 가진 자가 윤리자문가가 되어야 한다고 주장하였다¹⁰³⁾. 그리고 1998년 ASBH에서는 생명윤리 자문의 기준을 세우기 위한 태스크 포스팀이 결성되어 보건 의료 윤리자문을 위한 핵심 능력이 무엇인지에 대한 보고서를 냈고, 그 능력으로 핵심 지식, 기술, 덕목을 들어 제안하였다. 이에 연구자도 이 세 가지 기준을 중심으로 윤리자문가의 필수 조건을 살펴보고자 한다.

4.1. 지식

지식은 윤리자문가가 반드시 알고 있어야 할 내용들이다. ASBH 보고서에 의하면 9개의 분야에 대한 지식¹⁰⁴⁾을 갖추어야 한다고 하는데, 이 9개 분야는 크게 윤리, 의료, 정책 및 법 분야로 세분화될 수 있다. 그러나 이 분야 외에도 윤리자문가의 갈등 중재역할이 중시되면서 중재에 관한 지식 또한 요구되고 있다. 이에 대해 구체적으로 살펴보도록 하겠다.

4.1.1. 윤리관련 지식

윤리자문가의 중요한 활동 중의 하나가 의료현장에서 발생하는 갈등이나 모호한

103) Laurie Zoloth-Dorfman, Susan B. Ribin, Navigators and Captains: Expertise in clinical ethics consultation, *Theoretical Medicine* 18 1997, p.426

104) Moral reasoning and ethical theory, Common bioethical issues and concepts, Health care systems, clinical context, The local health care institution, The local health care institution's policies, Beliefs and perspectives of local patient and staff population, Relevant codes of ethics and professional conduct and guidelines of accrediting organizations, Relevant health law

가치들의 문제에 대해 윤리적 문제를 확인하고 윤리 이론과 규칙들을 통해 윤리적 분석을 하게 된다. 그러기 위해서 윤리자문가는 의료현장의 윤리적 문제들을 다루는데 있어 숙련된 합리가일 필요가 있고 해당 분야의 윤리성과 관련된 행동에 대한 정보를 잘 이해할 수 있을 만큼 관련 분야에 대한 충분한 지식이 있어야 한다. 그리고 행위의 윤리성여부 판단과 윤리적 선택을 위한 상황을 분석 검토하는데 능숙한 사람이어야 한다¹⁰⁵⁾. C.E. Harris는 도덕 원리를 응용할 때 일어나는 문제들을 두 가지 유형으로 분류한다. 첫째 적합성문제(relevance problem)와 둘째 충돌문제(conflict problem)가 그것이다. 적합성 문제란 어떤 도덕 원리에 위배되는지 여부가 애매한 경계사례의 처리 문제이다. 사례가 애매하면 할수록 이 특수한 상황들에 대한 더 많은 이해가 필요하다. 그러나 분명한 선을 어디에 그을지가 불가능하다고 판정될 경우가 흔히 있다. 충돌문제란 서로 상반되는 두 개 이상의 도덕적 요구들이 있을 때, 한 원리를 선택하면 다른 원리를 위배하게 되는 상황에서 어떤 원리를 선택할 것인지, 또는 둘 다를 위배하지 않는 제3의 방법이 있는지를 결정해야 하는 문제이다. 이 문제가 의료현장에서 발생하는 문제의 핵심이 될 것이다¹⁰⁶⁾.

생명의료 윤리자문은 일반적인 윤리학에 대한 지식과 생명의료윤리학에 대한 지식이 요구된다. 카사렛과 다스칼도 “자문의 목적은 합의되지 않는 그 원인에 대한 이해와 해결을 위한 과정을 이해하는 것이어야 한다. 도덕 이론의 이해는 이러한 임무를 수행하는데 필수적인 것이다”라고 강조하였다¹⁰⁷⁾. 문헌상에서 윤리 이론이 강조되는 네 가지 이유는 다음과 같다. 첫째, 윤리자문의 초기에는 사안의 이론적 측면과 해결에 있어 윤리 이론의 중요성을 강조하였다. 이후 생명윤리의 발달은 문제를 확인하고 구별짓기 위한 다양한 방법론들이 나타나면서, 윤리 이론에 대한 중요성은 더욱 강조되고 있다. 둘째, 윤리 이론을 통한 교육은 효과적이다. 셋째, 의료현장에서 다른 의학자문들과 차별화되는 것이 바로 윤리적 측면을 강조하는

105) 김영수, 위 논문, p.8-9

106) Harris, Jr, C.R. Applying Moral Theories(4th), Wadsworth, 2002, p.66-67

107) Casarett and Daskal, Ibid., pp.10

것이기 때문에 윤리 이론 습득은 중요하고 넷째, 윤리자문가가 되려는 의료인들의 경우 윤리이론이 취약하기 때문에 그들의 수가 증가하면서 윤리 이론의 중요성도 증대되고 있다¹⁰⁸⁾.

윤리 이론들로는 결과주의, 의무론, 덕 이론, 자연법, 권리 이론, 돌봄의 윤리, 책임 윤리, 협동 윤리 등이 포함된다. 그리고 도덕적 추론의 방법으로는 원칙 중심 추론, 사례중심 추론, 반성적 평형 추론들에 대한 내용이 포함된다. 이외에도 자원 분배나 의료현장에서의 권리들을 다루는 정의 이론 등에 대한 지식이 요구된다.

일반적인 윤리학에 대한 지식 외에도 의료현장에서 주로 발생하는 생명의료윤리에 대한 지식으로는 생명윤리에 관한 주요 이슈들과 주요 개념들이 있다. 구체적인 내용은 다음과 같다¹⁰⁹⁾.

- (1) 환자의 권리, 건강권, 자기결정권, 치료 거부, 사생활보호권으로 적극적인 권리와 소극적 권리로 구분된다.
- (2) 자율성과 충분한 설명에 근거한 동의(informed consent): 적절한 정보, 자발성, 비자발성, 의사결정 능력, 합리성, 온정적 간섭주의
- (3)비밀유지 : 의료인과 환자간의 신용 관계의 개념, 비밀유지의 예외, 경고를 줄 의무, 프라이버시권
- (4) 의료인의 권리와 의무, 이와 관련된 양심적 거부권, 돌봄에 대한 의무
- (5)사전지시(advanced directives), 생전유언(living will), 대리인 선정
- (6) 대리의사결정; 미성년자, 의사무능력자인 성인의 의사결정 문제
- (7) 생명 종료와 관련된 의사결정: DNR지시, 생명유지치료의 중단, 수액 및 영양 공급의 중단에 대한 이해, 무의미한 치료, 죽음, 인간, 삶의 질, 안락사, 의사조력자살, 이중효과의 원리 등에 대한 개념 이해
- (8) 생명 시작과 관련된 의사결정: 생식 기술, 대리모 문제, 시험과 아기, 불임시

108) Robert M. Arnold, Melanie H. Wilson Silver, Techniques for training ethics consultant, ethics consultation, The Johns Hopkins University Press, 2003, p.74

109) Ibid, p.185

술, 인공유산에 대한 이해, 인간에 대한 개념

(9) 유전자 검사와 상담: 이와 관련된 충분한 설명에 근거한 동의(Informed consent), 온정적 간섭주의, 비밀유지, 보험과의 관계, 생식관련 이슈

(10) 보건관련 조직, 의료인, 환자간들 간의 이익갈등

(11) 의학 연구, 혁신적 치료나 실험적 치료와 충분한 설명에 근거한 동의, 환자에 대한 이익, 사회에 대한 이익, 사회적 책임.

(12) 장기 기증 및 이식: 장기 조달, 후보자 리스트, 분배 문제

(13) 자원 분배: 응급환자 치료순서, rationing, 사회적 책임, 사회에 대한 의무

윤리이론, 도덕추론방법과 생명의료윤리에 관한 지식들은 의과대학, 간호대학의 학부과정의 교과과정이나 관련 학회, 세미나, 보수교육을 통해 얻을 수 있다. 그러나 그런 과정에서 얻을 수 있는 지식의 수준은 기본 지식정도이기 때문에 윤리자문가에게 요구되는 지식으로는 적당하지 않다. 그래서 외국의 경우 그러한 수준의 지식은 대학원과정이나 관련 연구소나 기관에서의 펠로우쉽 프로그램을 통해서 가능하다. 그리고 의료기관에서 윤리자문가 채용정보를 살펴보면, 그들에게 생명의료윤리 관련 박사학위 소지자나 적어도 석사학위를 요구하고 있음을 알 수 있다. 다음 표는 미국 저널인 The American Journal of Bioethics과 연계된 Bioethics.net라는 인터넷 사이트에 실린 구인정보 중 윤리자문을 담당하는 자를 뽑는 정보들을 정리한 것이다¹¹⁰⁾.

표 3. 윤리자문가 구직 관련 정보

110) http://www.bioethics.net/bioethics_jobs.php, 2005년 1월부터 2006년 2월까지 구인정보에서 발췌한 것으로 윤리자문가라는 명칭으로 뽑는 기관은 없었고 주요 업무에서 임상 윤리자문서비스를 담당하는 내용이 포함된 것들을 정리하였는데 주요 명칭은 임상윤리학자였다.

기관명	세부 사항
The University of Texas M. D. Anderson Cancer Center	직위: Chief, Clinical Ethics Service &Critical Care, Section of Cancer Bioethics
	주요업무: 윤리자문, 교육활동. 정책 제언, 연구 활동
	자격조건: 철학박사나 관련분야의 박사, 의사, 변호사(J.D)로 임상 윤리자문 분야에서 5년간 경험이 있는 자
Center for Ethics, Washington Hospital Center	직위: Clinical Bioethicist
	주요 업무: 윤리 자문과 중재를 담당, 병원윤리위원회 활동, 다양한 소위원회에 지원과 윤리적 조언 제공업무, 생명의료윤리 관련 정책 개발, 생명의료윤리 교육
	자격 조건: 생명윤리분야의 석사학위, 또는 철학, 그 외 관련 분야의 석사학위 혹은 그에 준하는 학위를 가진 자로, 최소한 석사학위 소지자여야 함.
Center for Health Policy and Ethics & School of Nursing Creighton Univ. Medical Center	직 위: Bioethicist
	주요업무: 윤리자문, 교육, 연구, 보건 정책과 생명윤리분야 이슈들에 대한 다학제적 프로젝트 수행
	자격조건: 간호학사 소지자로, 간호, 철학, 전문직 윤리, 도덕 신학 등 보건의료 윤리와 정책에 관련된 분야의 박사
The Cleveland Clinic Foundation	직 위: professional staff position of Nurse Ethicist.
	주요업무: 윤리자문, 교육, 연구, 생명의료윤리 이슈에 대한 의료진들 지원업무
	자격조건: 이 분야의 박사학위 소지자로 3년간의 연구경력과 출판경험을 가진 자 여야 함.
National Center for Ethics in Health Care, VA New York Harbor medical center	직 위: Medical Ethicist
	주요업무: 임상윤리자문 서비스 센터 지원으로 센터에 접수된 개별 사례들과 이슈에 대한 문제 확인, 분석, 대응을 담당, 윤리자문에 관련 방법, 접근법등을 개발, 연구윤리
	자격조건: 보건의료 윤리관련 학위 및 경험, 특히 임상, 연구 윤리에 관한 경험 요구됨 (J.D. 혹은 관련 분야 석사학위 소지자)

4.1.2. 의료관련 지식

전문 분야의 사람이 그 분야의 윤리를 논하는 것에 대해 비판적인 의견들이 있는데 첫째, 전문가들이 윤리를 이야기 한다면 분야이기주의에 빠질 것이 우려되는데, 그 이유는 그들 대부분은 자기 전문 분야 외 윤리학, 철학 등의 배경지식이 그 전공자들에 비해서는 상대적으로 약할 것이기 때문이다. 둘째, 분야별 종사자들의 윤리는 자신들의, 특히 고위직 종사자나 동료들의 이익을 옹호하는 결론을 내릴 수 있다는 이유를 들고 있다. 즉 윤리의 비편파성 전제(principle of impartiality)¹¹¹⁾ 때문이다. 그러나 2005년 소위 '황우석 사태'와 관련하여 재밌는 이슈 중 하나는 생명공학 연구에 대해 언론이 과연 비판하고 검증할 수 있겠는가였다. 즉 많은 사람들은 전문 분야의 윤리를 그 전문 분야인에게 맡겨두어, 전문 분야의 사람들이 그 윤리를 교육하거나 연구할 수 있다고 생각하는 경향이 있다. 물론 위에 언급한 바대로 문제를 포함하겠지만, 그보다 앞서는 것은 실제 의료 업무와 의료 환경에 대한 지식을 가지는 것이 전제되어야 한다는 데에 일반적인 합의가 있다고 생각된다. 그렇지 않은 상태에서 윤리적 잣대로 상황을 판단한다면, 단지 이론으로서만 의미가 있을 뿐 현실과 괴리된 결과가 나올 수 있기 때문이다.

따라서 의료에 관한 지식이 요구가 되는데, 이는 의사나 간호사가 가지는 수준의 의학적 지식이 아니라 윤리자문을 위해 필요한 내용들이 있다. 그 내용이 무엇인지에 대해 살펴보고자 한다¹¹²⁾.

첫째, 보건의료 시스템에 대한 지식이다. 우리나라의 전반적인 의료체계와 보험체계에 대한 지식으로서, 보건의료현장에서 일하는 대부분의 사람들은 이를 자연스럽게 체득하고 있어 문제가 되지 않지만 임상경험이 없는 윤리자문가라면 이를 파악하고 있어야 한다.

둘째, 임상 실무에 관한 지식으로, 개별 사안에 대한 윤리 자문시 환자의 상태에 대한 좀 더 객관적인 정보를 얻을 수 있고, 의료현장의 관행 및 분위기를 알고 있

111) 김영수, 위 논문, p.13

112) Mark Aulisio, Ibid, p.185-7

는 것이 문제 해결을 위한 과정에 도움이 되기 때문이다. 구체적으로는 기본적인 인체 해부용어와 병의 진단, 치료법, 통상의 의료문제에 대한 예후를 설명하는데 사용되는 용어는 알고 있어야 한다. 건강과 질병에 대한 다양한 이해, 일반적인 질환의 자연적 변화과정과 질환에 대한 대처단계, 정신적 반응에 대한 이해, 의료인이 질환을 확인하고 평가하기 위한 절차 인지, 의료 결정에 영향을 미치는 현재 혹은 미래의 기술들에 대한 파악, 다양한 의료제공자들의 역할과 관계, 전문성 등에 대한 지식, 중환자 치료나 재활, 장기간 요양, 완화치료, 호스피스 케어, 응급의료, 가정간호 등 다양한 의료 서비스가 어떻게 제공되는지에 대한 기본적인 이해가 수반되어야 한다.

셋째, 해당 의료기관에 대한 부분으로서 기본적으로 해당병원에 대한 일반적 특성인 병원의 사명과 비전, 조직도, 외래 환자를 비롯한 의료 전달 체계등에 대한 지식이다. 이는 앞서 언급한 의료체계와 겹치기도 하지만 중요한 점은 소속 병원의 체계를 파악한다는 것이다. 그리고 해당 의료기관에서 윤리자문을 효율적으로 하기 위한 지식들로서 그 병원의 윤리자문 체계나 자원에 대한 부분인 윤리자문에 대한 경제적 지원, 법적 지원, 인력지원에 대한 사항들과 의학연구와 관련된 기관심사위원회(IRB)의 역할이나 의학연구와 새로운 기술 시도와의 차이에 대한 지식, 환자 의료기록을 볼 수 있는 방법이나 장소에 대한 사항들이 포함된다.

위 세 가지 중 세 번째는 의료기관에 근무하면서 습득할 수 있지만 의료인 출신이 아닌 다른 학문의 전공자들에게는 의료체계에 대한 지식과 임상 실무에 관한 지식은 자가 학습으로는 한계가 있다. 따라서 대학원 과정에 철학과와 의대, 간호대학이 공동으로 과목을 개설하거나 관련 연구소에서 펠로우쉽 과정을 두어 습득할 수 있도록 하는 것도 방법이 될 수 있다.

4.1.3. 정책 및 법 관련 지식

윤리자문이 의료현장에서 발생한 문제들을 확인하고 분석과 함께 문제 해결방법

으로서 대안 선택이 중요하다. 대안 선택에 있어서 당사자들간의 합의가 제일 중요하지만 반드시 고려되어야 할 사항이 사회적으로 용인될 수 있는 결정인지 여부이다. 이는 이슈에 관한 정책이나 법, 전문직 윤리 강령이라는 사회적 기준을 통해 결정할 수 있는 것이다. 그렇기 때문에 이 부분도 상당히 중요하다. 흔히들 윤리와 법은 별개라고 생각을 많이 하지만 윤리자문의 결과로 시행되는 행위들은 사회적으로나 법적으로 문제가 될 수 있기 때문에 이들에 대한 지식 없이 결정을 내리는 것은 상당히 위험하다. 실제로 미국의 '테리 시아보 사건'에서 처럼 식물인간 상태의 환자에게 무의미한 치료를 지속할지 여부, 무의미함의 정의에 대한 문제들은 윤리적인 관점에서 시작된 갈등이지만 법적문제로 이어지는 것을 볼 수 있다. 따라서 윤리자문이라도 문제에 관련된 법적, 정책적 고려는 반드시 이뤄져야 한다. 그 세부 내용들은 다음과 같다¹¹³⁾.

첫째, 의료기관의 방침들에 대한 지식이다. 이는 충분한 설명에 근거한 동의, 생명유지 장치의 중단 및 보류, 안락사, 사전 지식, 대리인 의사결정, DNR지시, 의학 적 무의미함, 비밀유지와 프라이버시, 장기 이식과 분배, 인체 실험, 이익갈등, 입퇴원, 전원 절차, 양심적 거부등에 관련된 사항들로써 이는 앞서 언급한 이론적 내용이 아닌 해당 의료기관의 방침에 대한 지식을 일컫는다.

둘째, 환자와 의료진들의 신념과 관점에 대한 지식이다. 이는 지역적 특성이나 종교, 문화적 특성에 따른 지역주민들과 의료진들의 중요한 신념이나 견해들에 알고 있어야 하고, 이러한 것들을 설명해 줄 수 있는 사람들이 누구인지를 알아두는 것이 도움이 된다. 가령, 원목, 사회사업가, 환자 대표자, 정신과 의사들, 사회학자, 인류학자들이 될 것이다. 다양한 문화배경을 지닌 환자들과 의료진들의 특성을 파악하는 것은 윤리자문시에 많은 도움이 되기 때문이다.

셋째, 전문직 윤리강령들에 대한 지식이다. 의사, 간호사들의 윤리강령 및 각 학

113)Mark Aulisio, Ibid, p.187-8

회별 윤리적 기준들과 환자의 권리장전, 미국의 경우 JCAHO의 윤리 기준에 대한 지식이 갖춰져야 한다. 거윈(J.V. Gerwen)은 이해 충돌 상황에서 결단을 내리기 위한 방법으로 전문직의 윤리강령 개발을 제안하고 있다. 윤리강령 개발은 기존 윤리를 응용하는데 관한 지침과 기존윤리에 위배되지 않는 행위를 하기 위한 윤리강령을 새로 제정하거나 기존에 있다하더라도 윤리강령의 제정원칙, 이념, 구성원리 등에 관한 연구를 통해 전문 분야의 특수한 윤리 문제에 대처할 수 있도록 만들어 가기 위함이다¹¹⁴⁾. 그렇기 때문에 윤리 자문가들은 그 결과물인 많은 기관이나 협회에서 제정한 윤리강령에 대해 숙지하고 있어야 하고, 실무 경험을 통해 윤리강령을 발전시킬 수 있는 제언을 해야 하는 의무를 지녀야 한다.

넷째, 법에 관한 사항으로 의료관련 법 규정과 윤리적 이슈에 대한 법적 검토에 대한 지식이다. 표. 윤리자문가 구직 정보에서도 알 수 있지만 의료기관에서는 윤리자문가로 법학박사 소지자를 우대하기도 한다. 윤리적 이슈와 관련된 유명한 판례인 카렌 킨란, 낸시 크루잔, BABY M사건 등을 파악할 때 미국의 법 구조를 반드시 이해해야만 하듯이 생명의료 윤리이슈들은 법과 밀접한 관계를 가진다. 그리고 이는 생명윤리에 관한 교과서들이나 전문적인 생명윤리 관련 조직기구에서도 관련 법에 대한 지식을 생명윤리 분야를 이해하는데 중요한 요소로 인정하고 있다¹¹⁵⁾. 우리나라의 경우도 병원윤리위원회에 주로 회부되는 사례들이 치료중단, 치료거부 등 그 결과가 실정법과 관련이 있는 주제들이 많고 더구나 의료분쟁에 대한 윤리적 자문을 다루고 있기 때문에 윤리위원회에 변호사가 위원으로 있다하더라도 윤리 자문가에게 관련 법에 대한 기본적인 지식은 필수적인 부분이라고 할 수 있다. 구체적인 내용으로는 의료관련 법체계, 의료분쟁 관련 지식, 생명윤리 이슈와 관련된 법적 개념과 판례들로서 사생활보호권, 인공 유산할 권리, 새로운 생식기술과 관련된 문제들, 의사-환자 관계, 설명 동의에 관한 문제, 인체실험 및 연구에 대한 문제, 치료를 거부할 권리, 죽을 권리, 무의미한 치료, 유전학 및 생명공

114) Gerwen J.V. Three methods in applied Ethics: A critical review, Ethical Perspectives3(3), 1996, p.2

115) Jerry Menikoff, Law and Bioethics, Georgetown University Press:Washington, D.C., 2001, p.1

학 관련 문제들, 장기이식 등 다양한 주제와 관련된 국내외의 입법례나 법원의 판결태도, 그와 관련한 법·정책들에 대한 지식이 요구된다.

4.1.4. 갈등 중재에 관한 지식

갈등 중재는 다음에서 다루어질 윤리자문을 위한 기술에서 중요한 부분이다. 그러나 그러한 기술을 습득하기 이전에 갈등을 중재하기 위해 필요한 지식들이 있다. 외과의사가 수술방법과 인체 해부에 대한 지식없이 단지 께매는 기술만이 좋다고 해서 되는 것이 아닌 이유와 마찬가지로이다. 그래서 갈등중재에 관한 지식들은 사람들이 결정을 어떻게 내리며, 갈등이 발생하는 이유는 주로 무엇이며, 그 원인에 대한 인지적, 감정적 원인들은 무엇인지, 그것들의 상관관계는 어떻게 되는지 등이라고 할 수 있다. 많은 문헌들에서 갈등 중재에 대한 방법론과 어려운 상황에서 성공적인 중재를 하기 위한 방법들이 발견되는데 이러한 내용들이 기술과 달리 이론적인 지식으로서 습득되어야 하는 것이다.

윤리자문은 일대일의 관계보다는 집단 토의의 형태가 자주 이뤄진다. 그러다 보니, 윤리자문가들은 윤리적 이슈에 대한 좀 더 안전한 논의를 위해 의료진들간의 파워게임이나 의료진과 환자들과의 관계가 대화에 어떻게 영향을 미치는지 이해하고 있어야 하며, 적극적인 경청, 따라하기(mirroring), 브레인스토밍(brainstorming)에 대한 개념들과 집단토의와 의사결정 과정에 어떤 관계를 가지는지에 대한 지식들이 요구된다.

4.2. 윤리자문을 위한 기술

윤리자문을 위한 지식은 생명의료윤리에 관심이 있는 사람이라면 여러 방법들을 통해 습득이 가능하다. 의료인이나 사회사업가, 목사, 변호사 등 관련 분야 종사자들이 그러한 지식을 갖추고 있다고 해서 윤리자문가가 되는 것은 아니다. 윤리자

문가가 그들과 차별화될 수 있는 것은 윤리적 분석 기술과 합의를 이루기 위한 능력을 갖추고 있다는 점이다. 즉 의료현장에서 발생한 문제에 대해 윤리적 측면에서의 분석을 할 수 있는 것도 요구되지만 윤리자문가라면 능력있는 촉진자, 중재자로서의 역할을 수행할 수 있는 능력이 요구된다. 이러한 능력에 대해 ASBH 보고서에서는 윤리 자문가들의 핵심 기술은 윤리 사정(ethical assessment)기술, 진행 및 갈등 중재(process & Conflict mediation) 기술, 대인관계(interpersonal) 기술로 크게 구분하여 설명하고 있어 이를 중심으로 살펴보고자 한다¹¹⁶⁾.

4.2.1. 윤리 사정 기술

윤리 사정기술은 윤리적 문제를 확인하고, 분석, 평가에 대한 기술을 말한다. 먼저 자문이 필요한 상황에서 모호한 갈등과 가치들의 본질을 명확하게 하기 위해서는 윤리 자문가에게 요구되는 기술은 (1) 관련 자료들을 확인하고 수집하는 능력(예-임상적, 정신사회적), (2) 사안에 관련된 사회적이며 대인관계의 역동성의 측면을 사정하는 능력(인종, 문화, 종교의 차이), (3) 사안의 윤리적 측면과 다른 측면 구분할 수 있는 능력으로 법적, 의학적, 정신적 측면을 구분 지을 수 있는 능력과 (4) 관련 당사자들이 제기한 사안에 숨겨진 여러 의미들을 찾아내는 능력, (5) 당사자들의 유관한 가치들을 확인하는 능력이 포함된다.

둘째, 불명확한 가치나 갈등을 분석하기 위해 필요한 기술은 (1) 유관한 지식에 접근하는 방법(예-생명윤리학, 법, 기관 정책, 직업윤리 강령, 종교의 지침)과 (2) 유관한 개념들을 명료화시키는 법(예-충분한 설명에 근거한 동의등), (3) 관련된 지식을 사용하고 비판적으로 평가하는 능력이라 할 수 있다.

셋째, 관련 지식을 사용하고 비판하기 위한 기술로는 (1) 사안을 분석하는데 필요한 도덕적 고려사항들을 활용하는 능력, (2) 도덕적으로 허용가능한 선택의 범주

116) Mark Aulisio, Ibid, p.77-84

와 그 선택에 따른 결과를 파악하고 정당화 시킬 수 있는 능력, (3) 각기 다른 선택들에 대한 찬반 논증과 증거를 평가하는 능력, (4) 자신의 도덕적 관점과 자문가로서의 역할간의 갈등에 대해 개인적 제한점들과 가능한 영역들을 파악하고 인정할 수 있는 능력으로 요약될 수 있다.

이러한 윤리 사정에 대한 기본 기술을 습득하기 위해서는, 윤리적 이슈를 확인하고 분석하는 훈련과 경험이 요구된다. 생명윤리 집중과정, 생명윤리관련 회의와 세미나, 의료기관의 자문서비스 사례보고, 생명윤리학, 윤리학, 도덕 신학에 대한 학위과정, 구조화된 멘토링 과정, 독립연구, 지역별 생명윤리 네트워크에서 제공되는 교육프로그램 등으로 통해서 가능하다¹¹⁷⁾.

또한 윤리사정에 대한 고급 기술을 습득하기 위해서는 장기간의 교육과 훈련이 요구되는데, 그 구체적인 내용은 다음과 같다. 임상현장에서 그런 기술을 강조하는 펠로우쉽 프로그램, 지역 네트워크에서 제공하는 생명윤리 고급과정, 실제 사례자문 담당자로부터의 교육, 윤리적 분석을 강조하는 윤리학, 생명윤리학, 의료인문학 등의 고급 프로그램으로 부터 습득이 가능하다¹¹⁸⁾. 일반적으로 생명윤리 및 철학, 신학, 종교 관련 학과에서는 윤리 분석에 관한 특별과정을 개설하므로 개별적으로 과정이수를 하거나 학위과정을 이수하면 된다.

4.2.2. 진행 및 갈등 중재기술

진행 및 갈등 중재기술은 윤리자문의 전반적인 진행과 윤리 사정을 통해 확인문제를 해결하기 위한 합의 도출을 유도하기 위한 기술이라 할 수 있다. 윤리자문의 전반적인 진행과 관련된 구체적인 능력으로는 (1) 주요 의사결정자와 관련 당사자들을 확인하고 논의에 그들을 모두 포함시킬 수 있고, (2) 공식 모임을 위한

117) Thornton and Callahan, Expanding the circle of participants. A report of The hastings center on bioethics education. Briarcliff Manor, NY: The Hastings Center, 1993, p.102

118) Thornton and Callahan, Ibid. p.102

기본 규칙들을 정하며, (예-회의시간, 참여자, 모임의 목적, 구조), (3) 모임동안 윤리전문가의 역할의 범위 내에서 잘 표현하고, (4) 당사자들이 그들의 의견을 자유롭게 표현하기 위한 프라이버시와 비밀유지를 중요시하는 분위기를 만드는 능력들이 포함된다.

갈등 중재 기술은 다양한 가치와 입장을 주장하는 당사자들이 서로 합의를 하여 결과를 도출해 내는 과정에 필요한 기술이다. 갈등을 중재하기 위해서는 (1) 당사자들 각자의 가정, 결정, 그 결정에 대한 가능한 결과에 근본이 되는 가치를 그들이 각자가 비판적으로 분석할 수 있도록 도와주고, (2) 대립되는 도덕적 관점들에 대해 협상할 수 있으며, (3) 새로운 문제 해결을 따를 수 있도록 하는 능력들이 요구된다. 그러나 갈등중재를 잘 하기 위한 여러 조건들을 자세하게 살펴보고자 한다.

합의도출과정은 두 단계를 거쳐 이뤄진다. 예비단계와 실행단계인데, 예비단계는 당사자들이 모여 논의하기 이전에 이뤄지는 것으로 약간의 배경이나 사전 작업들이 이뤄져야 한다. 첫째, 모든 의학적 사실이 공개되어야 한다. 환자의 상태, 예후, 치료의 목적 등이 가능한 한 명확하게 전달되어야 하는데, 이는 환자의 담당 의료진들을 통해 정보를 얻을 수 있다. 그리고 우선 이 사실들이 당사자들간에 합의가 이뤄져야 한다는 점이 중요하다. 그리고 이 사안에 관련된 윤리적 분석이 끝나 있어야 한다.

이 준비가 끝나면 두 번째 단계인 실행단계로 넘어간다. 실행 단계에서는 갈등의 해결책에 대한 합의가 이뤄지기 위한 단계로서 합의 도출을 위한 가이드라인은 다음과 같다¹¹⁹⁾.

119) Diane LaMear-Tucker, Judy Friedson, Resolving Moral Conflict: the critical care nurse's role, Critical Care Nurse, 1997 Apr;17(2)p.55-63

- (1) 서로에게 위협감을 주지 않는 환경을 만들어 편하게 대화하도록 유도한다.
- (2) 각 당사자들에게 자신이 인식하고 있는 바에 대해 설명을 하게 한다.
- (3) 가능한 한 중립적인 태도를 유지한다. 그리고 신뢰감을 주게 한다.
- (4) 감정을 절제하도록 한다.
- (5) 공통 토대를 찾으려고 노력하고 그들이 동의하는 부분에 대해 당사자들에게 확인시켜준다.
- (6) 당사자들간에 권력 관계에 대해 민감하게 파악을 한다.
- (7) 현재와 미래에만 신경을 쓰게 한다.
- (8) 실천적인 대안을 찾기 위해서 브레인 스토밍을 한다.

첫째, 위협감을 주지 않는 환경이라 함은 의료현장에서는 나쁜 환경에서 논의를 하게 되는 경우가 종종 생기게 되는데, 이 과정에서는 환자와 보호자들의 참여가 필수적이고, 프라이버시가 존중될 수 있는 밀폐된 방이 좋다. 그렇지 않은 공간에서는 당사자들이 감정적으로 피해를 볼 수도 있기 때문이다. 가령 당사자들이 모여 앉는 자리도 신경을 써야 한다. 가령 의사가 테이블의 위쪽에 앉는다면 그것으로 인해 권위주의적인 느낌이 들게 하기 때문이다. 의료인들이 환자를 존중하고 있다는 느낌이 들도록 자리 배치를 하는 것이 중요하다. 갈등은 한 당사자가 다른 사람에게 밀리면서 발생하게 되는 것이다. 의사는 의사와 환자와의 관계에서 권력자의 위치에 있어왔기 때문에 중재자로서 윤리자문가는 이런 느낌이 발생하지 않도록 환자와 가족들을 배려하는 것이 중요하다.

둘째, 서로의 견해를 공유하는 단계이다. 중재에 있어서 중요한 단계로서 서로 자신들의 입장을 피력하는 시간이다. 오해가 발생하였다면 이를 명확하게 교정해 주고, 서로 확인하도록 해준다. 의사소통의 문제가 윤리적 딜레마로 변형되어서 나타나는 경우가 많기 때문에 두려움, 고려사항, 바램들이 충분히 드러나야 하고 서로간의 존중과 이해를 증진시키기 위한 논의가 이뤄져야 한다.

셋째, 중립적 태도이다. 윤리자문가는 가능한 한 중립적인 태도를 유지해야 한다. 하지만 윤리자문의 경우 순수하게 중립적인 태도보다는 형평성을 유지하는 것

이 요구된다.

넷째, 감정의 문제이다. 갈등을 겪는 당사자들은 그들의 감정이 어떤 영향을 받는지 표현하지 못한다. 그래서 중재자가 당사자들의 감정을 재확인할 때 비로소 인지하게 된다. 사안의 실체를 파악하기 위해서는 감정을 제대로 확인하는 것이 중요하다.

다섯째, 공통의 토대인데, 갈등중인 당사자들이 합의를 도출하기 위해서는 공통적인 토대가 있어야 한다. 그 공통의 토대가 되는 것이 바로 환자의 최선의 이익이다. 의료진이나 의사결정자들이 환자의 최선의 이익을 진심으로 바라지만 이것이 인정되는 것이 어렵다. 그래서 중재자는 이들이 생각하는 환자의 최선의 이익에 대해 당사자들이 합의할 수 있도록 이끌어야 한다. 계속 표현하고 해석하고 하는 과정을 반복하다보면 공통적인 토대를 찾아낼 수 있고 중재자는 이를 찾아내야 하는 것이다.

여섯째, 신뢰와 힘이다. 신뢰는 합의도출 과정에서 생겨날 것이다. 당사자들이 서로간에 믿을 수 있는 토대를 발견하면 그 토대를 통해 신뢰관계가 만들어 지는 것이다. 믿음직스러운 중재자가 중립적인 태도를 지키며 공정하게 판단하고 사려 깊은 모습이라면 그의 말은 합의도출을 위한 하나의 원동력이 될 것이다.

일곱째, 시간의 문제이다. 갈등은 시간을 넘어서는 불일치의 결과이다. 주로 당사자들은 이미 의견의 불일치로 불쾌한 경험을 하고 이 과정에 들어왔을 것이다. 중재자는 논의의 핵심의 과거의 의견충돌로 넘어가게 해서는 안 되고 오히려 현재의 문제를 그리고 미래의 선택을 무엇으로 할지에 대해 논의를 초점을 두어야 한다.

마지막으로 브레인스토밍에 대한 것이다. 흑백논리를 넘어서서 두 당사자 집단이 모두 만족할 수 있는 대안을 모색하는 것이다. 열린 마음과 창조적인 기지는

다양한 대안들을 떠오르게 할 것이다. 그래서 가능한 한 모든 대안들을 검토할 필요가 있다. 오히려 관행을 따르기 보다는 통상적이지 않은 해결책이 대안이 될 수 있기 때문에 이 작업을 매우 중요하다. 이 작업을 원활하게 이뤄지게 하는 것이 중재자로서의 윤리전문가가 갖춰야 할 중요한 능력이 된다.

이러한 갈등중재과정에서 문제가 되는 것은 바로 시간의 제약이다. 서로 자신들의 얘기를 하다보면 시간이 부족한 경우가 많이 생긴다. 또 하나는 진정한 합의가 아닌 몰아주기 식 즉 한 사람의 입장을 그냥 따라가는 경우가 생긴다. 이러한 문제들을 대처하는 것도 윤리 전문가에게 요구되는 능력이 될 것이다.

이러한 기술을 습득하기 위해서는 가장 좋은 방법이 직접 경험해 보는 것이다. 그래서 윤리전문에 관한 역할극이나 작은 의료기관에서 직접 경험을 해 보는 것이 방법이다. 단기 연수과정을 통해서도 이 기술과 관련된 심리학, 의사소통론, 사회학, 사회사업, 교육학 등을 통해 이론적인 습득은 가능하다. 실제로 갈등이 심한 상황에서는 환자나 가족들이 상당히 공격적이며 분노에 차있기 때문에 그들을 다루기 위해서는 상당한 실습이 요구된다.

4.2.3. 대인관계 기술

대인관계 기술은 개별적인 환자 사례의 윤리전문에 대한 거의 모든 측면에 있어 핵심적인 기술이다. 윤리전문이 상대방과의 대화를 통해서 이뤄지기 때문이다. 대인관계 기술은 크게 다섯 가지 기술로 요약된다¹²⁰⁾.

첫째 명료화 기술이다. 의견이나 질문을 명료하게 해주는 것은 화자의 생각이나 느낌을 파악해서 다른 사람들로 하여금 화자의 입장을 명확하게 해주는 것이다. 예를 들어 “당신과 당신 가족에게 이것은 구체적으로 무엇을 의미합니까?” 라는

120) Ibid., p. 60-63

질문이 명료화 작업을 도와주는 질문이 된다.

둘째, 적극적인 경청이다. 적극적인 경청을 할 때, 윤리자문가는 화자의 표현에 대해 그의 언어로 다시 한번 재설명을 하게 된다. "내가 들은 바로는 당신이 말한 것이 ...을 의미하고 있는 게 맞나요?"라고 질문을 던져 확인한다. 만약 듣는 사람이 잘 못 이해하고 있다면, 화자는 그 부분을 교정해 줄 것이다. 이는 굉장히 중요한 과정이다.

셋째, 반복이다. 반복은 화자의 말을 윤리자문가가 감정의 톤을 정리하거나 혹은 더 적극적인 방식으로 의미 전달을 하기 위해 사용하는 기술이다. 이것의 효과는 대화시에 덜 위협적인 분위기를 만들어 준다는 것이다.

넷째, 공감과 긍정이다. 한 개인의 고통을 윤리자문가가 그 상황을 이해함을 표현함으로써 상황을 인정하는 것은 믿음을 생기게 해준다. 그래서 이는 대화에서 중요한 기법이다. 감정이 폭발했을 때에나 심하게 말로 표현할 때에는 잠시 침묵을 지키는 것이 그 상황을 인정한다는 의미이다.

다섯째, 요약이다. 요약은 논의의 내용을 이해한 것을 확인하는 것이고, 논의를 한 곳으로 집중시키는 역할을 한다. 즉 딴 곳으로 빠지지 않고 논의를 충실히 할 수 있게 해준다. 이것은 논의를 중단시키는 역할을 하기 때문에 신중하게 사용해야 한다. 윤리자문가가 효과적인 의사소통을 하기 위해서 이 기술들에 대해서는 잘 알고 잘 사용할 수 있어야 한다.

앞서 살펴본 진행 및 갈등 중재기술과 마찬가지로 대인관계기술도 직접 해봄으로써 습득된다. 그러나 아쉽게도 이러한 교육프로그램은 윤리자문이 발달한 미국에서도 흔하지 않다고 한다. 그 이유에 대해 아놀드(Robert M. Arnold)는 윤리자문이 윤리적 분석을 잘하고 윤리적 대안을 찾는 것이지 당사자들의 갈등을 풀어주고 협상하는 것을 중요하게 인식하고 있지 못해서라고 지적한다. 중재로 인해 당

사자에게 윤리적으로 옳지 않은 선택을 하도록 유도할 수 있는 상황이 발생할 수 있다. 그러나 그것은 잘못된 중재의 적용이지 중재가 그러한 역할을 한다고 생각하는 것은 잘못된 것이다. 중재는 윤리적으로 정당화된 합의를 증진하기 위해 사용되는 기술일 뿐이다. 또 다른 이유는 의과대학에서는 대화기술이나 중재에 대해 교육하지 않는다. 사실 의사들의 의사소통 기술의 문제는 많이 지적이 되어왔다. 그나마 간호대학이나 사회사업학과에서는 의사소통 기술에 대해 교육을 많이 하고 있다. 하지만 협상이나 중재에 대한 기술에 대한 교육은 거의 없다. 이는 철학과에서도 마찬가지이다. 따라서 윤리자문가가 되기 위한 조건으로 대인관계의 기술 뿐 아니라 협상의 기술도 중요하게 다뤄져야 할 것이다.

다음의 표는 지금까지 살펴본 윤리자문가에게 요구되는 기술에 대해 ASBH보고서에서 제안한 내용을 토대로 윤리자문가의 종류에 따라 요구되는 기술의 정도를 정리한 것이다.

표 4. 윤리자문을 위한 기술들¹²¹⁾¹²²⁾

	개인 자문가 /자문팀이나 회의 구성원중 어도 1명	자문팀의 구성원 적 모두	윤리위원회의 위원 모두
1. 윤리자문을 요하는 사안의 갈등이나 가치의 본질을 파악하는 기술	고급	기본	기본
2. 가치와 갈등을 분석하는 기술	고급	기본	기본
3. 공식, 비공식 모임을 촉진하는 기술	고급	기본	기본
4. 도덕적 합의를 도출하는 기술	고급	기본	기본
5. 선택한 대안을 실행하기위한 병원내 조직과 자원을 활용하는 기술	기본	요구안됨	요구안됨

121) 기술을 기본기술과 고급기술로 구분함.

122)M. Aulisio, et.al, Ethics Consultation:From theory to practice, Johns Hopkins, 2003. p.182

6. 자문 절차를 평가하기 위한 문서화와 피드백을 도출하는 능력	기본	요구안됨	요구안됨
7. 당사자들의 의견을 경청하고 그들에게 관심, 지지, 공감을 전하는 기술	고급	기본	기본
8. 사안의 윤리적 측면에 대해 당사자들을 교육하는 능력	기본	요구안됨	요구안됨
9. 당사자들의 도덕적 견해를 도출시키는 능력	고급	기본	기본
10. 당사자들의 견해를 타인에게 설명하는 능력	고급	기본	기본
11. 당사자들이 효과적으로 대화하고 타인의 의견을 경청하도록 하는 능력	고급	기본	기본
12. 의사소통을 어렵게 만드는 장애 요인들을 파악하고 주의하는 능력	기본	기본	기본

4.3. 윤리자문가의 덕목

윤리자문가가 되기 위한 조건으로 지식과 기술 외에도 덕목이 중요함을 주장하고자 한다. 이 주장을 뒷받침하기 위해서는 맥킨타이어의 덕윤리가 가장 효과적이다. 맥킨타이어에 따르면 “덕은 습득된 인간의 자질로서, 우리가 그것을 소유하고 실패하면 대체로 어떤 실천에 내재된 선들을 성취할 수 있고, 그것이 없으면 그런 선을 성취하는 것이 제지된다”고 하였다. 예를 들어 덕이 없으면 윤리자문의 실천적 지식인 기술적 숙련성과 인간과 상황에 대한 이해의 기술과 윤리적 판단 능력 등을 제대로 습득할 수 없다. 설사 숙지하고 있더라도 행위로 나타나지 않을 수 있다. 즉 덕은 내적인 선과 탁월성의 기준을 갖는 모든 실천의 필수불가결한 구성요소이다¹²³⁾. 그렇기 때문에 윤리자문가에게 덕은 필수적인 조건이라고 할 수 있

다. 그렇다면 윤리자문가와 덕의 관계에 대해 더 자세하게 살펴보고, 이들에게 요구되는 덕들은 구체적으로 무엇이 있는지 알아보기로 하겠다.

4.3.1. 윤리 자문가와 품성과의 관계

ASBH 보고서에서는 윤리자문과 품성과의 관계를 “모든 윤리자문가들이 나열한 품성을 다 갖추어야만 하는 것은 아니고, 그 품성이 다른 의사, 간호사, 사회사업 등 다른 분야의, 다른 직종의 사람들보다 덜 중요하게 여기는 것도 아니다. 윤리자문가가 품성들을 갖추면 갖추수록, 윤리자문은 더 효과적으로 이뤄질 것이다.”라며 품성을 강조하고 있다. 윤리 자문가들이 모두 좋은 사람이 되기 위해 노력해야 하는 것에 동의함에도 불구하고 의료인, 환자, 가족 등 자문을 의뢰하는 사람들도 윤리자문가들을 덕의 역할모델이나 본보기로서 바라봐야 한다고 생각하지 않는다. 그들 자신도 본보기처럼 되어서 사람들로 하여금 어떻게 좋은 사람이 되어야 하는지를 가르쳐주려고 생각하지 않는다. 오히려, ASBH 보고서에 제안하듯이, 윤리자문가는 의료현장에서 불가피하게 발생하는 문제들과 갈등을 확인하고 분석하는데 도움을 주려는 목적을 가진 존재로 보여져야 한다. 윤리자문가가 덕을 실천하는 본보기로서 보이는 것에 대해서는 이해하지만, 그들의 목적이 본보기가 되어야 하는 것이 아니라는 점이 중요하다. 하지만 품성이 좋은 윤리자문의 결과를 가져온다는 데에는 이견이 없을 것이다.

베일리스(Francoise Baylis)¹²⁴⁾도 윤리자문가의 품성을 주장한 대표적인 학자인데, 그는 1989년 논문에서 도덕적으로 전문가적 지식을 가진 사람(persons with moral expertise)과 도덕전문가(moral expert)를 구분하고 했는데, 그 둘 간의 명확한 선을 내리기는 어렵지만, 가장 확실한 차이는 있고, 그 차이는 도덕적 지식을 가진 사람과 달리 도덕 전문가는 윤리 지식을 습득하고 보유하는데 있어 숙련될

123) A. MacIntyre, *After virtue, A study in moral theory*, University of Notre Dame Press, Indiana, 1984; 이진우 역, *덕의 상실*, 문예출판사, 282쪽; 공병혜, *덕윤리의 관점에서 본 간호실천과 보살핌의 태도*, 범한철학회논문집, 제34집 2004년 가을, 90쪽

124) Baylis F. *Health Care Ethics Consultation: Training in Virtue*, *Human Studies* 1999(22), p. 26

뿐만 아니라 이 지식을 이용하는 데에도 정통하다는 점이다. 그래서 복잡한 도덕적 문제를 효과적으로 구성하고 해결할 수 있다. 그러나 베일리스는 여전히 “그 사례가 무엇인지를 아는 것과 어떻게 해야 하는 것을 아는 것”¹²⁵⁾과의 차이에 의문을 제기했다. 이는 보건의료윤리 자문가들이 그들이 해야 하는 지식이 잘 습득되어 있는 사람들 중 좋은 자문가가 누구인지를 확인하는데 도움을 줄 수 있다. 라일의 글을 인용하면,

어떻게 해야 하는지 아는 것은 적절한 행동에 의해 나타난다. 이는 마치 어떻게 요리하는지 아는 것은 접시에 의해 나타나듯이...당신은 비튼씨의 요리법을 인용하는 경우, 좋은 요리사라고 단정지을 수 없다. 그 이유는 요리법은 훌륭한 요리사가 어떻게 요리하는지를 묘사하는 것이고, 요리사의 탁월함은 그의 인용이 아니라 요리에 있기 때문이다¹²⁶⁾.

이와 마찬가지로 좋은 윤리자문가는 윤리 규칙, 원칙, 이론, 의사결정모델들을 인용하여 그의 기술을 행하는 것이 아니라 이들을 재치있게 적용함으로써 나타나게 된다. 더 중요한 것은 도덕적으로 가능한 선택들을, 그 사회와 그 병원이 수용할만한 범위 내에서 추구하는 것이다.

또 베일리스는 윤리자문이 의무에 대한 딜레마와 주장들을 유의해야 하는 분야이고, 그렇기 때문에 덕목이나 품성이 중요한 것이라고 주장한다. 벤자민 프리드만의 모델을 인용하는데, 프리드만의 모델은 권리 대신에 의무에 근거한 보건의료윤리자문 모델을 제시하였다. 그는 윤리자문은 일종의 사회공동체의 의무에 대한 요구로 묘사한다. 그가 표현하길, “윤리자문은 환자에 대한 의무들과 그 의무가 어떻게 환자에게 만족될 수 있는지를 밝히기 위한 환자를 돌보는 사람들의 노력으로 이해하는 것이 가장 바람직하다.”¹²⁷⁾ 이 모델은 3가지 중요한 결론을 도출한다. 첫

125) Ryle, Knowing How and Knowing That. In G.Ryle(Ed.),Collected Papers Vol.II:Collected Essay1929-1968.New York:Barnes & Noble Inc, 1971 p.215.; Ibid.

126) Ryle, Ibid, p.222

127) Freedman, B., Duty and healing: Foundations of jewish Bioethics, New York:Routledge, 1999,

째, 이 의무관점은 옳은 일이 행해져야 하고, 옳은 방식으로 행해져야 하며, 옳은 사람에게 의해 이뤄져야 한다는 점을 강조한다. 둘째, 윤리자문가는 윤리자문을 원하는 사람 못지 않게 의무의 대상이 된다. 즉, 자문가 자신도 관련 대상자들처럼 그의 의무를 다해야 한다. 셋째, 이 관점에 의하면, 일생을 각기 새로운 상황에서도 덕이 있도록 행동하는 사람이 되도록 노력하는 것이고, 시간이 지나면 끊임없이 노력하지 않고도 된다. 따라서 개인의 품성을 계발하는 것은 윤리자문 활동과 밀접해진다. 그리고 좋은 윤리자문은 좋은 품성을 가진 윤리 자문가에 의해 이뤄진다.

4.3.2. 성공적인 윤리자문과 연관된 품성

병원윤리위원회가 잘 운영되기 위한 조건에 관한 연구들의 주요 내용은 행정적 지원내용, 위원회의 리더십, 구조 및 절차, 구성원들의 다양한 참여 등과 같은 외적인 측면이 강조¹²⁸⁾되었지만 위원들의 사회적, 정신적 지혜 또한 주요한 요인으로 인식되고 있다.

로저스(Carl Rogers)¹²⁹⁾의 심리요법에서 치료자 측에 요구되는 조건 중 무조건적인 긍정적 관심과 공감적 이해가 윤리자문가에도 필수 덕목으로 적용될 수 있다. 무조건적인 긍정적 관심은 타인을 존중하는 태도를 말하는데 그 사람의 교육이나 능력, 지위, 신념에 상관없이 인간 그 자체로서 인정하고 존중하는 것이다. 이는 인간관계에 있어 가장 기본적인 태도이다. 따라서 사람은 의견차이가 있고 화를 내며 다른 사람과 싸우기도 한다는 사실을 인정하고 이해하게 되고, 이러한 인간에 대한 존중감은 사람들 간의 갈등을 다뤄야 하는 윤리자문에서 당사자들, 특히 환자나 보호자들의 자율성을 존중하는 가장 기본적인 덕목이 된다고 할 수 있다. 다음으로 공감적 이해는 상담자의 기본 태도이기도 한데, 자신이 상대방의 입장에

p.69

128) Ida Critelli Schick, Fache Lin Guo, Ethics Committees identify success factors: A national survey, HEC Forum, 2001:13(4), p.344

129) Rogers, C. Personal Power. New York City:Dell Publishing Co., 1977

서 바라보는 것과 공감적으로 이해한 것을 전달하는 것으로 이뤄진다. 이 또한 인간 중심적 태도에서 비롯되는 것으로 상호 존중이 전제되는 것이고 이러한 상호 존중없이 진정한 윤리자문이 될 수 없기 때문에 오래전부터 윤리위원회의 위원을 선발할 때 강조되어 왔을 정도로 중요한 덕목으로 인정되고 있다.

ASBH 보고서에서는 위 두 덕목보다는 구체적으로 윤리 자문가에게 필요한 덕목들을 제시하고 있는데, 관용, 인내, 측은지심, 정직, 솔직함, 지식연마(self-knowledge), 용기, 신중함(prudence), 겸손, 통합성(Integrity)이 그것이다.

첫째, 관용, 인내, 측은지심(compassion)은 윤리자문가로 하여금 잘 듣고, 관심, 존중, 지지, 공감하며 대화할 수 있게 해준다. 관용과 인내는 어려움을 가져 감정적으로 괴로워하는 사람들이나 소수자로서 살아야 하는 사람들을 환영하며 맞이할 수 있게 한다. 그래서 충분히, 존중하며 경청할 수 있게 된다. 측은지심은 상대방의 비극적인 상황에 대한 느낌을 추정할 수 있게 해준다.

둘째, 정직, 솔직함, 지식연마는 정보를 조작하지 않고 신뢰하도록 만들어준다. 윤리자문가는 자신의 한계에 대해서, 더 많은 지식에 대한 그들의 요구에 있어서도 정직해야 한다. 그들의 의견이나 가치가 자문에 어떻게 형성되는지와 제안된 대안들의 불명확함에 대해서도 솔직히 말해야 한다.

셋째, 용기는 다양한 당사자들, 특히 정치적으로 미약한 자들을 효과적으로 의사소통할 수 있게 하고 다른 사람들도 그들의 목소리를 잘 듣게 하기 위해서 요구된다. 또한 단 한명의 고용주나 다른 힘있는 개인의 이익에 반하는 경우나 호감이 없는 견해를 취하도록 요청받기도 한다.

넷째, 신중함(prudence), 겸손은 성급하거나 처음 겪는 일련의 행위들을 고려해야 할 때 행동을 알려주며, 자문가들이 자문에 대한 그들의 역할의 범위에서 벗어나지 않도록 해준다. 이 성품들은 그들의 개인적인 도덕 견해와 자문시 역할간에

갈등 영역을 인지하도록 도와준다.

마지막으로 통합성(Integrity)은 관행을 따르기보다 윤리적으로 요청된 대안을 택하도록 하는 것이다. 좋은 품성과 함께 특히 통합성은 윤리자문을 하는데 있어 그 자체로 중요하며, 윤리자문가의 진실성을 확보하는데 있어서도 중요하다.

이러한 품성들이 요구된다는 것은 윤리자문가들이 이러한 품성을 성취하도록 노력해야 한다는 것을 의미한다. 앞서 언급하였듯이 윤리자문가가 이러한 품성들을 실천하는 본보기가 되는 것이 목적이 아니지만, 덕의 결여는 현재 구현되는 자신들의 삶을 도출하는 제도들과 실천들을 부패시키는 것과 마찬가지로 전통들 역시 부패시키기 때문에 맥킨타이어는 성격의 덕성은 습관적인 연습을 통해 지적인 덕성은 교육을 통해 획득하고 유지되어야 한다고 주장한다¹³⁰⁾. 그래서 ASBH 보고서에서는 윤리자문가 양성을 위한 교육 프로그램을 통해 품성 계발, 품성과 윤리자문과의 관계 연구에 대해 지속적으로 고찰하여야 하고, 이러한 품성을 갖춘 윤리자문가들이 역할 모델이 되어야 하며 품성이 과거 성공한 윤리자문과 실패한 윤리자문을 비교하면서 어떠한 요인 때문인지 분석하고 자문가들에게 그들의 행동에 대해 책임질 수 있는 교육을 시켜야 한다고 강조한다¹³¹⁾.

제5장 윤리 자문가 역할 정립을 위한 방안

지금까지 윤리자문가의 역할과 그 역할을 수행하기 위해 요구되는 조건으로서 지식, 기술, 덕목에 관해 살펴보았다. 그러나 우리나라에는 윤리위원회만이 윤리자문을 담당하고 있어 윤리위원회의 위원으로 활동하는 윤리학자들이 있기는 하지만 윤리자문가로서 전문적인 활동을 하고 있는 사람들이 없기 때문에 이제부터

130) 공병혜, 위논문, 94쪽

131) ASBH report, p.28-9

윤리자문가가 우리나라의 의료현장에서 활동하기 위해 어떻게 양성하며 그 역할을 의료현장에 정립시키기 위한 여러 방안들을 모색하고자 한다. 그 방안으로는 인력양성 방안, 제도적, 행정적 지원방안, 법적 지원방안으로 구분된다. 인력 양성 방안에는 우리나라 현실에서 윤리자문가가 되기에 좋은 인력집단은 누구인지, 양성 프로그램 및 자격인증에 대해서, 제도적, 행정적 지원방안의 구체적인 지원내용들을 제안하고, 법적 지원방안에는 윤리자문가와 병원윤리위원회의 법적 권한 및 책임에 대해 살펴 볼 것이다.

5.1. 누가 윤리자문가가 되어야 하는가?

누가 윤리자문을 하기에 적절한지 적절하지 못한지에 대해 의견이 분분하다¹³²⁾. 일반적으로 윤리자문가는 제4장에서 살펴본 윤리자문가가 되기 위한 조건에서 알 수 있듯이, 임상 경험 가진 자가 윤리에 관한 교육을 받거나 아니면 철학, 신학, 법학을 공부한 자가 임상 경험을 가지면 가능하다. 철학자나 신학자, 변호사들이 논리적 분석에 탁월하지만 오랫동안의 충분한 임상 훈련을 받아야만 능력있는 윤리자문가가 될 수 있다. 그래서 철학자가 윤리자문을 하게 되면 의료에 대한 지식이 부족하여 너무 이론적인 접근을 하게 된다는 우려도 있다.

이에 대해 라퐼마와 쉬더마이어는 임상의 중요성을 잘 알고 있는 의사나 간호사들은 환자 치료 환경에 대해 편안하게 받아들이고 의료 용어를 자유자재로 사용할 수 있어 윤리자문가로서 양성되기에 가장 적절하다고 주장한다¹³³⁾. 특히 환자나 윤리자문을 요청하는 자들이 윤리자문가가 임상에 있어서도 잘 알고 준비되어있기를 기대하기 때문이다. 구체적으로 좀 더 폭넓은 지식을 가진 가정의학과 의사나 소아과 의사, 내과 의사들은 윤리자문가들이 접하게 되는 다양한 사례들을 자주 접하게 되어 잘 알 수 있을 것이고, 좀 더 전문분야의 의사들, 가령, 정신과, 산

132) Hoffman D, Tarzian A, O'Neil JA. Are ethics committee members competent to consult? *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 2000;28:30

133) John LaPuma, David Schiedermayer, *Ibid*, p.46

부인과, 외과, 응급의학과 의사들은 일반적인 윤리자문가보다 특수 사례에 대한 중요한 관점들을 알 수 있기 때문에 적절하다는 것이다.

그러나 이들의 이러한 주장과 달리 의사가 윤리자문가가 되는 것에 대한 비판은 오래전부터 있어 왔다¹³⁴⁾. 그 이유는 첫째, 의사가 윤리자문을 하게 되면 같은 분야의 전문가가 하기 때문에 카드 게임을 할 때 속임수를 써도 발견하기 어려운 것처럼 그런 의심이 들게 되기 때문이다. 둘째, 우리가 윤리자문가로부터 기대하는 것은 발생한 문제에 대해 세세한 나무를 보기보다는 전체적인 숲을 보길 원하기 때문에 굳이 의사가 윤리자문을 해야만 한다고 생각하지 않는다. 셋째, 병원은 위계질서를 가진 구조이고, 병원에서 의사는 상당히 높은 지위를 가지고 있다. 그러다보니 환자나 보호자들, 심지어 다른 의료종사자들도 의사에게 윤리자문을 요청하는 것이 힘들고, 편안하게 대화할 수 있는 자리가 되기 힘들 수도 있다.

윤리자문가 양성 인력으로서 의료인이면서 동시에 의사가 가지는 문제들을 보완할 수 있는 인력이 바로 간호사이다. 이에 관한 논문들이 많이 있는데, 그 중 새비지(Savage TA.)¹³⁵⁾는 윤리위원회의 위원으로서 나아가 윤리자문가로서 간호사의 역할이 중요함을 강조하였다. 그 이유는 간호사가 가지는 특별한 통찰력(special insight) 때문인데, 간호사가 다른 의료인들이나 신학자, 철학자, 변호사들과 달리 그런 견해를 제시할 수 있는 이유는 다음과 같다.

첫째, 간호사는 의료기관에 종사하는 의료인들 중 그 수가 가장 많다. 그리고 의료팀들 간에 중요한 위치를 차지하고 있다. 그러다 보니 치료에 관한 의사결정과정에 포함되는 경우가 많아지게 된다.

둘째, 간호사는 의료현장에서 환자와 직접적인 관계를 맺는 시간이 제일 많은

134) Mark Bernstein, Kerry Bowman, Should a medical/surgical specialist with formal training in bioethics provide health care ethics consultation in his/her own area of speciality?, HEC Forum 2003:15(3), p.274

135) Savage TA. The nurse's role on ethics committees and as ethics consultant, Seminars for Nurse Managers 1994 Mar.2(1) p.41-7

의료인이다. 그래서 환자와의 관계를 중요시 해 왔기 때문에 환자에 대한 파악을 잘 하고 있다.

셋째, 간호사는 환자와의 관계가 밀접하다보니 대인관계기술에 대한 교육을 많이 받았고 그 기술이 다른 의료집단보다 탁월하다. 그래서 간호사가 가족들과 의료진간의 의사소통이 잘 이뤄질 수 있도록 격려해서 병원윤리위원회로 회부되는 사안들이 예방되어 졌다고 한다¹³⁶⁾.

넷째, 간호사 집단은 병원의 권력구조와 여성이 다수인 직업인으로 인해 도덕적 딜레마 뿐 아니라 도덕적 고뇌¹³⁷⁾를 많이 경험해 온 집단이다. 그러다 보니 의료 현장에서 발생하는 윤리적 문제에 관심이 높아왔다.

다섯째, 옹호자로서의 간호사의 역할 때문이다. 이 역할은 국제간호협회(ICN)의 간호규약(Code of Ethics)에서도 “위험한 개인을 보호하기 위해 적절한 행동을 취해야 한다”고 규정하고 있듯이 중요한 역할로 인정되어 오고 있다. 옹호자로서의 간호사는 우선 환자를 인간으로서 기본적인 가치를 고려하고 인간적 존엄성, 사생활, 선택들을 보호하도록 행동한다. 만약 아무도 환자의 안녕을 규정할 수 없다면 간호사는 최대한의 능력을 발휘하여 환자가 최대한의 이익을 얻을 수 있도록 하여야 한다¹³⁸⁾. 이러한 역할은 간호사들에게 중요한 역할로 인식되어 왔다. 윤리자문가가 윤리자문사 환자나 보호자가 약자의 입장이기 때문에 그들을 존중하며 이익을 고려하며 중재하는 역할을 수행하는데 있어 요구되는 옹호자로서의 역할을 간호사는 이미 수행해 오고 있다고 할 수 있다.

간호사가 윤리자문가로 양성되는 것이 적절한 이유로는 간호가 가지는 학문적 특성 때문이기도 하다. 간호학자들 사이에서 간호는 과학적, 예술적, 도덕적 요소를 모두 포괄하는 전문적인 보살핌의 실천이라는 이해가 설득력을 지니게 되었다.

136) Sheryl Feutz-Harter, Nursing and the law(6th ed.) PES Health Care, 1997, p.371

137) 도덕적 딜레마가 둘 혹은 더 많은 윤리적 기준을 적용해도 상호간에 행동의 모순을 보여주는 경우를 의미한다면 도덕적 고뇌란 많은 경우 간호사가 환자를 간호하는 상황에서 어떻게 하는 것이 환자의 최선의 이익을 위해 옳은 것인지 잘 알고 있지만 여러 가지 제약에 의해 그 옳은 길을 따르는 것이 불가능할 때 어려움을 겪게 되는 현상을 말한다.

138) 김모임, 이원희, 간호윤리와 실무, 현문사, 1997, 38쪽

에즈워드(Edwards)는 간호실천의 탁월성을 성취하기 위해 간호사가 전문적으로 습득하고 실현되어야 하는 내적인 선들에 대해 실천적 지식으로서 기술적 숙련성은 물론 인간에 대한 이해의 기술과 도덕적 차원으로 구분하여 설명하고 있다¹³⁹⁾. 첫째, 간호의 실천적 지식으로서의 기술적 숙련성은 환자의 간호문제를 파악하여 진단하는 기술, 간호를 중재하는 기능, 효율적인 병동관리기술, 치유적 중재들이 해당한다. 그런데 여기에는 공격적인 사람을 다루는 방법, 의사소통하는 방법 등도 속해서 윤리 자문가에게 요구되는 기술들이 포함된다고 할 수 있다. 둘째, 임상상황에 처한 인간에 대한 이해의 기술은 탁월한 간호실천을 위해서 요구되는 것으로 환자의 증상을 직관적으로 파악하여 해석하는 기술을 말한다. 특히 간호학자 벤너는 이 실무의 본성이 절차적인 방법에 따른 것에 있기 보다는 환자가 처한 상황을 전체적으로 직관하여 해석하는 기술에 있다고 말하여서 이러한 자질 또한 윤리 자문가처럼 사안에 대해 전체적인 조망을 할 줄 알아야 하는 사람에게 필요하다. 마지막으로 간호실천의 도덕적 차원은 덕으로 표현될 수 있다. 이는 바로 보살핌의 태도이다. 즉 인간관계 속에서 표현되는 일종의 내적 태도라고 말할 수 있는데, 보살피는 자의 덕은 바로 고통받는 타자로서의 인간을 이해하는 방식이다. 보살핌의 인간이해의 차원을 넘어서 의도적인 돌봄의 행위로 나아가기 위해 요구되는 태도가 바로 타자의 곤경에 대한 공감적 인식과 그들의 요구에 응답하는 태도인 것이다. 이것 또한 윤리 자문가에게 요구되는 덕목에 해당하므로 간호사들의 간호실천의 탁월성을 이루기 위한 노력들이 동시에 윤리자문가가 되기 위한 노력이 될 수 있기 때문에 간호사가 윤리자문가가 되기에 적당하다고 주장할 수 있다.

그 외의 이유로 라푸마와 쉬더마이어에 의하면¹⁴⁰⁾, 간호사가 윤리자문가가 되기에 적합한 이유는 전문 간호사 제도가 있기 때문이라고 보았다. 즉 임상 전문간호사는 의료인, 자문가, 교육자, 리더, 연구자, 변화추진자 등 다양한 역할에 익숙한 간호사로서 이 모델을 통해 교육이나 기타 부가적인 경험을 한 간호사가 윤리자문가가 되기에 딱 들어맞는다고 설명한다.

139) 공병혜, 위 논문, 97쪽

140) John LaPuma, David Schiedermayer, Ibid, p.54

두 번째로는 간호사가 요청한 윤리적 갈등을 해결하는데 도움을 주는 윤리자문가는 간호사 출신 윤리자문가가 유일하다는 것이다. 앞서 언급하였다시피 간호사는 병원에서 제일 많은 인력집단이고 동시에 많은 도덕적 갈등과 도덕적 고뇌를 느끼고 있다. 그런데 병원에서 열리는 윤리 포럼이나 특히 윤리위원회, 다양한 윤리 세미나들이 간호사들이 참여하기에 제한적이고 간호사들의 고민을 다루지 못하는 것이 대부분이다. 그래서 몇몇 병원에서는 간호윤리위원회가 개별적으로 조직되기도 한다. 따라서 간호윤리학자들만이 간호사들만의 문제들도 해결하는데 도움을 줄 수 있기 때문에 간호사들이 윤리자문가가 되어야 할 필요가 있다고 주장한다.

간호윤리학자인 윤리자문가들은 의료기관에 따라 다양하게 활동하는데, 대규모 수련병원에서 근무할 경우, 2-3명으로 이뤄진 윤리자문서비스팀의 일원으로 교대 근무 및 “on call” 근무를 하면서 활동하고, 독립적으로 활동하거나 병원윤리위원회내의 소위원회의 위원으로 활동할 수도 있다. 장기요양병원 같은 경우에는 전화로 의뢰를 받거나 다른 동료로부터 백업을 받아 활동하기도 한다¹⁴¹⁾.

유타대학교의 간호대학(College of Nursing, The University of Utah) 소속의 간호윤리학자는 의과대학과 LDS 병원의 의료윤리학교실에 동시에 소속되어 교육, 임상윤리자문, 연구, 행정가와 정책형성자로서 활동을 하고 있다. 그리고 보건의료인들과 지역사회주민들을 위한 보건의료윤리 프로그램을 개발하고 간담회를 개최하기도 한다¹⁴²⁾. 클리브랜드 클리닉의 경우에도 간호윤리학자가 교육, 윤리자문, 연구, 생명윤리 이슈들에 대해 보건의료인들에게 지원을 하는 역할을 수행하고 있다¹⁴³⁾.

지금까지 살펴본 바대로 간호사들이 윤리자문가가 되기에 적절하다는 근거를 찾아보았지만, 윤리자문가의 활동이 활발한 외국과 달리 우리나라의 경우, 윤리위원

141) John LaPuma, David Schiedermayer, Ibid, p.56

142) <http://www.nurs.utah.edu/events/ethicist.htm>

143) http://bioethics.net/bioethics_jobs.php?view=222

회만이 윤리자문의 역할을 수행하고 있어 윤리자문가에 대한 인식이 부족한 상황이다. 그런데 윤리자문가의 역할이 의료현장에서 자리 잡고 인정받기 위해서는 앞서 제시한 이유에 근거하여 윤리교육과 윤리자문 기술을 습득한 간호사들이 윤리자문가로서 활동하는 것이 가장 적당하다고 생각된다. 즉 윤리위원회의 위원으로서 윤리자문을 담당하는데, 일차적으로 환자들과 의료진들을 만나 정보를 수집하며 의사소통상의 문제나 윤리적 갈등들인 경우에는 직접 중재를 하도록 하고, 당사자들을 교육시키기도 한다. 또 의료윤리 연구도 함께 하여 정책이나 교육 자료로 활용하기도 하고, 병원윤리위원회의 위원들의 교육도 담당하는 다양한 역할을 수행할 수 있다. 그리고 병원윤리위원회는 위원회에서 결정해야 할 중요한 사안들만 다루거나 정책결정들을 위한 기구이자 윤리자문가의 평가기구로서 활동하는 것이 바람직하다고 생각한다.

5.2. 윤리자문가 양성 프로그램

윤리자문가가 활성화되고 의료현장에서 잘 활동할 수 있기 위해서는 무엇보다도 윤리자문가를 양성할 수 있는 프로그램이 얼마나 개발되어 있느냐가 중요한 요인이라 할 수 있다. 우리나라의 경우 생명의료윤리를 가르치고 있는 대학원 기관으로는 연세대학교 대학원 의료법윤리학 협동과정, 가톨릭대학교 대학원 생명윤리협동과정이 있고, 관련학회로는 한국의료윤리교육학회, 한국생명윤리학회가 활발한 활동을 해오고 있으며, 연구소로는 가톨릭 생명윤리연구소, 성산생명윤리연구소, 이화여대 생명윤리정책연구소, 연세대 의료법윤리학연구소가 있다¹⁴⁴⁾. 그 중 성산생명윤리연구소에서는 연 1회에 걸쳐 13주 과정의 「생명의료 윤리 단기연수과정」을 개설하여 의료인과 일반인을 대상으로 집중적으로 교육하고 있다. 그 외에 대학내 교과과정으로 생명윤리에 관한 강의가 이뤄지고 있지만, 윤리자문가를 양성하기에는 아직 미비한 상태이다.

144) 보고된 자료는 아니고 인터넷으로 검색한 결과임.

윤리 자문가들이 활발하게 활동하고 있는 미국을 중심으로 외국에는 어떠한 프로그램들이 개설되어 있는지를 살펴보면, 윤리자문 훈련 프로그램은 다양한 형태로 제공되는데, 우선 대학원 학위 프로그램으로 석사, 박사과정이 있다. 박사후 펠로우쉽 프로그램과 단기간 연수과정, 자가 학습 프로그램들이 있다.

먼저 1990년 이후로 미국에서는 생명윤리와 의료인문학에 대한 대학원과정이 급속도로 증가하였다. ASBH의 2001년 보고서¹⁴⁵⁾에 의하면 182%의 신장이라고 한다. 많은 대학원에서 학위 프로그램, 펠로우쉽, 자격인증 프로그램들을 만들었는데, 총 47개 기관에서 104개의 프로그램이 제공하고 있다. 이는 62개의 석사과정, 13개의 펠로우쉽 프로그램, 11개의 자격인증 프로그램, 1개의 개별심화학습 프로그램으로 구성된다. 학위과정의 경우 1년에서 6년, 혹은 그 이상도 걸리며, 자문서비스는 참여할 수는 있으나 참여가 의무적이지는 않다. 이 과정의 주요 목적은 대학과 의과대학, 간호대학의 생명윤리 프로그램의 리더들을 양성해 내는 것으로 연구나 의학적, 철학적, 의료인문학적 문헌들을 만들어내는 데 주력하고 있다. 주요 기관은 Georgetown University의 Kennedy Institute of Ethics, Loyola University of Chicago, Michigan State University in East Lansing, the Medical college of Wisconsin, Rice University in Huston, the University of Texas in Glveston, the University of Pittsburgh's Center for Health Sciences, the University of Washington in Seattle이 있다.

펠로우쉽 프로그램은 1년에서 2년 정도 윤리자문에 대한 훈련을 받는 것으로 지식이 풍부한 지도교수로부터 받게 된다. 의사나 간호사가 참여하게 되면 병원의 윤리자문 서비스에 참여하게 된다. 이 과정의 주요 목적은 그들 분야에서의 임상윤리에 관한 학문적 경력을 준비시키기 위한 것이다. 이 과정을 통해 이론적 접근

145) American Society for Bioethics and Humanities, North American Graduate Bioethics and Medical Humanities Training Program Survey. Glenview, Ill:ASBH Status of field Committee, October 2001.

에서 그치지 않고 윤리자문 기술개발, 품성 개발, 임상윤리학자로서의 역할과 역할에 대한 통찰력들을 키우게 된다¹⁴⁶⁾. 이러한 실제적인 업무와 논의들을 경험하기 때문에 졸업을 하게 되면 바로 그들이 속한 기관에서 교육, 윤리자문 서비스, 연구 프로그램들을 담당하게 된다. 펠로우쉽 프로그램을 제공하는 주요 기관으로는 The University of British Columbia, University of Pennsylvania, University of Pittsburgh, American Medical Association, The Cleveland Clinic, The Johns Hopkins University, National Institutes of Health 등이 있다.

단기연수과정들로는 기간에 따라 다양하게 개설된다¹⁴⁷⁾. 클리브랜드 클리닉의 경우 하루 프로그램으로, 윤리적 의사결정과정, 윤리자문의 기본 구성요소, 윤리자문의 절차들에 관해 강의를 듣고 그리고 소규모의 집단으로 모여 사례를 가지고 토론을 하게 된다. 그리고 나서 기록 작성법, 추후관리, 평가등에 관한 교육을 받는 것으로 마무리 된다. 3-4일 과정, 4-5일 과정 등 다양하게 개설되고, 피츠버그 대학의 경우, 컨소시엄 윤리 프로그램이라 하여 장기간 개설되는 과정이 있다. 이는 45개 기관이 함께 제공하는 프로그램으로 3년 동안 단계별 강좌를 개설한다. 첫 번째 해는 윤리와 임상 현장(Ethics and Clinical Practice)으로 생명윤리에 관한 기본적인 이슈들을 다루고, 두 번째 해에는 법과 보건의료 윤리(Law and Health Care Ethics)로 기초과정을 위한 생명윤리에 관한 법적 이슈를, 고급과정을 위한 법과 생명윤리의 특수 이슈들을 다루게 된다. 마지막 해에는 인문학과 생명윤리(The Humanities and Bioethics) 하고 하여 보건의료윤리와 관련된 문학, 역사, 철학등 다양한 주제들을 배우게 된다. 윤리위원회 위원들과 병원 행정가들에게 효과적인 이 프로그램은 윤리자문 절차와 평가에 대해 특강을 하기도 한다.

그 외에 자가 학습프로그램들로 웹 기반 교육과정, CD-ROM등이 개발되고 있다. 그래서 학교 홈페이지에 윤리자문가 윤리자문을 하는 모습이나 강의 들을 영상으

146) Paula Chidwick, et.al. Clinical education of ethicists:the role of a clinical ethics fellowship, BMC Medical Ethics, 2004,5:6, p.4-5

147) Jacqueline J. Glover, William Nelson, Innovative Educational Program, Ethics Consultation, The Johns Hopkins University Press, P.63

로 제공하기도 한다. 이는 윤리자문가들의 자체적인 질 관리를 위한 방법들로서 그들의 개인적인 책임이기도 하다. 그리고 주목할 점은 다양한 방법의 교육 프로그램들이 개발되고 있고, 한 연구소만이 아니라 관련 연구소들이 그 내용을 공유하면서 함께 작업을 해서 네트워크가 잘 형성되어 있다는 점이다. 각 기관 별로 차별화 전략을 가지는 것도 방법이지만 네트워크를 이루면서 교육 뿐 아니라 사회적인 합의를 위한 공론의 장을 만들고 있다는 것이 주목할 만하다.

5.3. 자격 인증 및 승인

윤리자문은 임상과 직접적으로 연결되어 있어 환자치료에 영향을 미치게 된다. 그러다 보니 환자를 보호하기 위해 윤리 자문가들의 능력을 검증할 방법들에 대해 논의가 시작되었다. 그 방안으로 자격 인증(certification)은 임상윤리에 대한 전문지식이 부족한 사람으로부터 환자를 보호하는데 유용할 수 있는¹⁴⁸⁾, 보건의료 윤리자문에 관한 ASBH 보고서에서는 이를 거부하는 결론을 내리고 있다. 자격인증 제도는 거부하면서 자발적 가이드라인의 형태로 두자는 것인데, 그 내용을 요약하면 다음과 같다.

“우리는 자격 인증기구를 두지 않기를 원하며, 개인이나 집단의 윤리자문에 대한 자격부여는 아직 미숙한 상태라고 생각한다. 우리의 보고서는 윤리자문에 관해 사용될 합법적인 국가 자격 기준을 만드는 것이 아니다.”라며 자발적 가이드라인을 제안하였다. 이를 제안한 이유는 윤리자문의 현황에 대한 자료가 복잡하며 부족하고, 윤리자문이 이뤄지는 형태가 너무나 다양하여서 다루기에 민감하며, 자발적 가이드라인은 이 문제에 대해 공론화시킬 수 있는 수단이 되고, 단계적으로 발전이 가능하기 때문이라고 하였다.

148) John LaPuma, David Schiedermayer, Ethics Consultaion:A practical guide, John and Bartlete publishers, 1994, p.60

구체적으로 자격인증과 승인(accreditation)을 거부하는 근거는 다섯 가지이다.

첫째, 자격 인증은 의료제공자와 환자가 치료에 관한 일차적인 도덕의사결정자로서의 위치를 잃게 만들 위험이 있다. 왜냐하면, 윤리자문에 대한 자격을 부여받은 자들은 의사결정과정에서 특별한 지위를 지닌다고 생각할 수 있기 때문이다. 이와 같은 행동은 권위주의적 자문가의 형태로 나타나기 쉽다.

둘째, 자격인증은 다학제적 특성을 침해할 수 있다. 각 분야의 사람들이 의사결정과정에서 자신들의 특색을 나타내는 것이 좋다. 예를 들어 철학자는 사안의 윤리적 분석에 강할 것이고, 사회사업가는 탁월한 촉진 기술(facilitation skill)을 가진다. 그러나 자문가의 경우 특정 직업이나 특정 학문 분야에서 생기는 능력보다는 사안에 연관된 능력들을 가져야 한다. 윤리자문에 있어 다양한 학문이 결합하여 균형된 이해를 할 수 있는 능력이 필요하기 때문에 자격 부여는 이러한 특징을 침해할 여지가 커진다. 셋째, 자격인증은 도덕성에 관한 특정 견해에 대해 제도화를 가져올 우려가 있다. 윤리 이론과 실제의 관계에 관한 특정 견해와 윤리자문에서 중요시하는 기술의 개념에 대한 특정 견해들이 제도화될 수 있다. 넷째, 자격인증이 표준화된 시험에 기초한다면, 그 시험은 문제의 능력들을 검증할 수 있어야 한다. 자료의 부족과 불명확성을 고려해볼 때, 요구되는 능력들을 측정하기에 충분히 신뢰할만한 시험을 개발하기에 어려움이 많다. 마지막으로, 자격부여는 그것을 관리하기 위한 새로운 관료제를 필요로 하게 된다. 이는 비용과 어려움을 동반할 것이다. 그래서 강력한 정당성과 강한 요구가 있지 않다면 심각한 정치적인, 실천적인 어려움이 발생할 것이다.

승인도 자격인증과 마찬가지로 이유들로 윤리자문에 대한 개인이나 집단을 훈련시키는 교육 승인프로그램을 거부하고 있다. 승인 교육 프로그램의 등장은 특정 도덕적 견해나 기술적 접근의 우위를 증진할 수 있고, 이는 다학제적 접근을 침해할 여지가 크며, ASBH 보고서의 의견대로 아직 전문화 수준이 미달되어 있기 때문이다.

이러한 이유들로 거부를 하고 있지만 앞으로 윤리자문가가 전문적으로 인정받기 위해서는 자격인증이나 승인 과정은 필요하다고 생각된다. 우리나라의 경우 아직

시기상조의 논의지만 미래에는 검토될 주제라고 생각된다.

5.4. 제도적 지원

윤리자문가의 역할이 정립되기 위해서는 윤리자문의 효과가 갈등을 해소시켜 병원의 의료분쟁비용을 감소시킨다던가 환자의 병원에 대한 만족도가 상승하였다는 결과가 많이 보고되는 것이 필요하다. 그러나 그것과는 상관없이 윤리자문가가 인정받기 위해서는 병원윤리위원회의 위원으로 활동하는 것이 중요하다. 그러기 위해서는 병원윤리위원회가 제도적으로 인정을 받아야 한다.

병원윤리위원회가 제도적으로 인정받기 위해서는 세 가지 측면에서의 지원이 요구된다. 첫째 윤리자문 서비스의 법제화, 윤리자문 서비스를 위한 인프라지원, 윤리자문으로 인해 발생한 논란들을 관리하는 행정적 지원이다¹⁴⁹⁾.

5.4.1. 윤리자문 서비스의 법제화

보건의료기관의 윤리자문서비스를 법제화해야 한다. 행정가들은 윤리자문을 명시적이고 명확한 메시지를 전달함으로써 법제화해야 하는데, 윤리자문이 양질의 보건활동 및 사회에서 병원의 광의의 개념의 역할을 달성하기 위해 필요하다는 내용을 포함해야 한다. 이러한 권위적인 지원이 부족할 때에는 자문위원들이 아무리 노력해도 윤리자문의 역할이 축소될 수 밖에 없다. 행정가들은 윤리자문의 역할 및 중요성을 반드시 이해해야 하며 이에 따라 자문서비스가 가능하고 제대로 작동하며 다른 직원들로 적절히 사용할 수 있도록 명확히 해야 한다. 이에 대한 구체적인 내용은 다음과 같다.

첫째, 윤리자문 서비스가 의료기관의 정관 등에 포함되어야 한다.

149) Aulisio, M.P. et.al, Ethics Consultation: From theory to practice, Johns Hopkins, 2003. p.121-128

둘째, 윤리자문 서비스 위원장을 상위경영층과 같은 레벨로 하여 책임을 지우되 권한을 강화한다.

셋째, 윤리자문기능을 다른 기능들과 함께 조직도상에 나타나도록 한다. 즉 한 부서의 기능 중 하나로서 역할을 약화/축소하지 않는다. 이것이 CEO나 경영위원회 등에 직접 보고 하는 것을 의미하는 것은 아니지만, 조직 구조상 명확한 자기 자리를 가지고 있어야 한다.

5.4.2. 윤리자문 서비스의 인프라 지원

의료기관은 윤리위원회가 제 기능을 하기 위해서 적절한 인프라를 제공해야 한다. 인프라는 시간, 공간, 주요 활동 지원비, 직원 연수비용, 기본 자원, 의사소통 서비스(호출기, 도서관 출입증, 인터넷 사용료..)등이 포함된다.

(1) 시간

사전 교육, 자가교육, 회의. 윤리자문 자체는 사례를 익히고, 대상자들을 만나서 얘기하고, 이슈를 중재하고, 기록하고 권고하는 과정이 많은 시간이 걸린다. 위원회 업무평가도 일이다. 위원들은 윤리자문이나 윤리적 문제 해결방법 등에 관한 교육을 직원들을 대상으로 해야 한다. 이들의 시간에 대한 보상이 필요하다.

(2) 공간

윤리서비스는 공간이 필요하다. 비밀이 보장되는 공간이 제공되어야 한다. 기록을 보관할 공간과 책과 잡지등을 보관할 자리도 있어야 한다.

(3) 재정지원

윤리자문은 청구할 수 있는 활동이 거의 없다. 의료시설들은 생산에 근거한 보상을 해야 하는데, 윤리자문에 참여한 자들은 보상과는 상관이 없게 된다. 또한 사적 비용이 든다. 주차요금, 외근, 강의비, 저널 등재비. 이런 것들은 행정비용으로 환

급되어야 한다. 또한 지역사회 강연이나 사전 지시에 대한 분배에 있어 자문가가 책임을 지는 것이라면 당연히 지원이 이뤄져야 한다.

(4) 행정적 지원

의료기관은 윤리자문 서비스를 on-call 스케줄로 시행하고 교환원, 원목실, 병동에서는 자문가를 어떻게 연결해야 하는지 알고 있도록 해야 한다. 안내 브로셔를 두는 곳과 교육하는 곳을 알려야 한다. 윤리자문이 시간이 드는 활동이기 때문에, 스케줄을 준비하고, 사람들을 모으고, 호출기를 모아서 배당하고, 의료인들과 교환원에게 스케줄을 알려주는 일을 도와주는 사람이 필요하다. 행정부서에서는 윤리자문시 기록을 해두고, 보건 의료 증진을 위해 윤리자문의 진행과 요구를 기술하여 QA부서에 보고하고 파일로 남겨둔다. 이 보고서들은 자문 서비스의 미션에 근거해야 한다. 초기 보고서는 자문이 병원 방침과 어떻게 일치하는지 상세한 감사가 동반되어야 한다. 윤리자문 서비스에 대한 홍보도 매우 중요해서 이에 대한 지원이 함께 이뤄져야 한다. 영국의 BBC 라디오 방송에서는 *Rado 4* 라는 과학채널에서는 “Inside the Ethics Committee”라는 제목으로 실제 사례를 가지고 사회자와 병원윤리위원회의 전문가 패널이 나와서 함께 진행하는 프로그램이 방송되었다¹⁵⁰⁾. 2005년 5월11일, 18일, 28일에 여호와의 증인인 환자의 치료, 일시적인 장기 이식, 생의 종료의 3가지의 주제를 다루었고, 진행과정은 윤리 컨설턴트가 사례를 소개하고 윤리적 이슈들을 지적하면서 각각에 대해 설명을 하는 것이다. 이에 대해 청취자들은 자신의 의견을 담당자 이메일로 보내고, 타인의 글을 읽을 수 있도록 되어있다. 그리고 각 사안에 따라 정보를 얻을 수 있도록 홈페이지를 링크해 놓고 있다. 이는 대중매체를 통해 단시간에 많은 사람들에게 의료에 관한 윤리적 딜레마의 교육과 동시에 병원윤리위원회 및 윤리자문서비스의 홍보 효과를 가져다준다.

150) http://www.bbc.co.uk/radio4/science/ethicscommittee_20050511.shtml

(5) 정보에 대한 접근

윤리자문 서비스의 주요 구성원들은 많은 생명의료윤리센터에서 제공하는 집중 단기과정 등을 반드시 수강해야 한다. 주요 생명윤리학회에 적어도 한명은 회원으로 가입하는 것이 현재 뜨고 있는 이슈를 파악하고 전체 그림을 볼 수 있는 기회가 된다. 이러한 정보접근에 대한 비용도 지급이 되어야 한다.

5.4.3. 행정 조치상 지원¹⁵¹⁾

5.4.3.1. 윤리자문가 보호 프로그램

윤리자문을 요청하는 경우 중에는 의료기관의 이익에 대한 도전으로 보이는 것들이 있다. 윤리자문을 법제화한 행정가들은 윤리자문 절차에 대해 방어적인 입장에 서기 쉽다. 이는 누구에게나 괴로운 일이다. 그런 이익갈등이 윤리자문의 충고에 부적절하게 영향을 끼치는 조직 압력이 나타나면 윤리 자문서비스는 계속 타협할 수도 있다. 윤리자문 서비스의 미션은 자문은 환자의 이익을 최우선으로 한다고 명시해야 한다. 그러므로 이때 이에 대한 그들의 행동을 기관 내에서 인정해 주어야 하는 보호프로그램이 필요하다.

또 다른 경우는 윤리자문 결과에 대해 불운하게 발생한 상황에 관한 것이다. 병원이 병원의 이익과 임상 제공자로서의 의무간의 갈등을 조율하는데 실패한다면 이는 심각한 반격에 부딪힐 것이다.

잘 알려진 사례로, 리나 사례(Linares case)가 있다. 윤리자문가는 아버지가 그의 자식의 삶을 끝낼 권한이 없다고 자문하여 아들의 치료를 중단하길 원하였지만 받아들여지지 않았다. 아버지는 자신의 아들을 방치해 두는 것에 괴로워 하다가, 몇 달 후에 아들을 장기요양 시설로 옮기기 전날, 의료진에게 충을 들이대고 아들로부터 생명유지 장치를 제거하였고, 아들은 죽었다¹⁵²⁾.

151) Aulisio, M.P. et.al, Ethics Consultation:From theory to practice, Johns Hopkins, 2003. p.125

152) Miles, S., "Taking Hostages: The Linares Case" Hasting Center Report 19, no.4, 1989:4

언론들은 그 병원을 강하게 찼었다. 윤리자문 위원들이 보복으로부터 보호받기 위한 방침이 필요했다. 행정가들은 윤리 서비스에 대해 관련 위원들과 실제이거나 잠재적이거나 발생하는 이익갈등들에 대해 논의했어야만 한다. 이 접근에 따라, 경영진은 병원 이익이 위협에 처할 때조차도 솔직하게 논의하는 분위기를 확산시키게 되었다.

5.4.3.2. 내부고발자¹⁵³⁾ 보호 프로그램

내부자 고발은 조직의 구성원으로서 조직의 명예와 장기적 이익을 위하여 경우에 따라서는 해야 하고, 그것은 이론적으로 기관에 대한 충성심과 배척되지 않는다. 그러나 현실적으로 고발자는 보복당할 위험을 고려해야 한다. 현실적으로 내부자 고발이 보호받을 수 있는 제도적 장치로 되어 있지 않기 때문에 내부고발자 특히 의료집단은 매우 폐쇄적인 성격을 가지고 있으며 외부의 비판이나 개입에 대해서 민감하게 반응하는 경향이 있다. 따라서 이 집단내에 잘못된 일이 있어도 덮어두는 것이 미덕이 되고, 내부고발자는 배신자나 의리없는 인간이라는 가혹한 사회적 비난을 감수해야 하기 때문에 어지간한 경우 존재하기 어렵다¹⁵⁴⁾.들은 병원을 그만두어야 하는 등 보복이나 불이익 처분을 받는 사례들이 있다.

먼저 내부자고발이 정당화 될 수 있는가? 이를 판단하기 위해 드 조지(Richard Y. De George)¹⁵⁵⁾는 다음 다섯 가지 조건을 기준으로 정하였다.

- (1) 병원의 의료서비스나 정책 때문에 환자나 가족들, 일반 대중들에게 중대한 해를 끼칠 염려가 있는 경우에 해당한다.
- (2) 그 의료행위가 환자에게 중대한 해가 있을 것이라고 확인되면 의료인은 자기

153) 내부고발자는 영어로 Whistleblowing으로서 축구경기 중 도중에 반칙을 했을 경우 호각(Whistle)을 불어서(blow) 위반 사실을 공개한다는 뜻에서 유래하였다.

154) 한성숙외8인, 간호윤리학, 대한간호협회 출판부, 1999년, 93쪽

155) 이 교수는 캔사스 대학의 기업윤리학자로서 용어를 사용하였기 때문에 회사, 제품이라는 용어는 임의로 바꿔 기재하였다. 예) 회사→병원, 제품→의료서비스, 사용자→환자; 김성수, 지식경영사회의 기업경영윤리론, 삼영사, 2000년, 213쪽

상사에게 그 사실을 말하여야 한다.

(3) 이 보고에 대해서 직속상사가 아무런 조치를 취하지 않으면 병원 내의 상위자, 또는 필요하면 관련 위원회에까지 보고하여 처리하도록 해야 한다.

(4) 병원의 의료행위가 환자에게 제공될 때 중대한 해를 끼칠 수 있다고 제3자가 믿을 수 있을 정도의 문서상의 증거가 있는지 확인한다.

(5) 이 사실을 외부에 공개함으로써 필요한 조치가 취해질 것이라고 생각되는 적절한 이유가 있어야 한다. 본인의 신상에 해로울 수 있는 위험을 무릅쓰고라도 고발하여 성공시킬 가치가 있어야 한다.

이러한 행위는 고발자의 동기가 객관적으로 보아서 순수하게 사회의 공익을 위한 것이라야 한다. 그래야만 윤리적으로 정당화될 수 있다.

5.5. 윤리자문가와 법적 책임

현재 우리나라의 의료 현장에서는 의료소송을 비롯하여 생명윤리 관련 이슈들과 연관된 법에 대한 관심이 상당히 고조되고 있다. 이러한 현상은 우리나라 뿐 아니라 미국을 비롯한 대부분의 국가에서도 나타나고 있다. 치료중단 등 죽음과 관련된 문제들은 윤리적 판단이 우선적으로 고려되어야 하나, 그 행위로 인해 사회나 구성원들의 기본적이고 중대한 이해들에 영향을 미치는 경우에는 법이 개입되기 때문이다¹⁵⁶⁾. 그래서 윤리적 갈등에 대한 대안들이 그 사안이 속한 사회와 조직의 법적 테두리 안에서 이뤄져야 하기 때문에 윤리 자문과 법은 밀접한 관계에 있다. 나아가 이러한 정황 속에서 윤리자문가들이 윤리자문에 관한 그들의 잠재적인 법적책임에 대한 논의가 제기되고 있다¹⁵⁷⁾. 윤리자문가는 윤리위원회의 위원으로서도 많이 활동하고 있기 때문에 개인 윤리자문가와 윤리위원회를 구별하여 살펴보고자 한다.

156) 유호중외, 의료문제에 대한 윤리와 법의 통합적 접근:의료법윤리학 서설, 연세의료법윤리학 총서, 동림사, 2002, 15쪽

157) Hendrick J. Legal aspects of clinical ethics committees, Journal of Medical Ethics 2001;27 suppl:i50

5.5.1. 병원윤리위원회의 법적 권한

병원윤리위원회의 조언을 받아들여 따르는 보건의료인들을 어디까지 보호하느냐의 문제는 논란이 분분하다. 미국의 경우, 메릴랜드 주에서는 1987년 윤리위원회를 법적으로 의무화해야 한다고 하면서도 위원회의 충고를 따르는 의료인들을 법적으로 보호하는 규정은 두지 않고 있다. 반대로 하와이 주에서는 1989년 위원회의 의무화규정을 두면서, 윤리위원회를 의사결정자로서 인정하였으며, 위원회에 참여한 의사들에게는 법적 보호를 보장하였다.

법원 판결로 살펴보면, 환자 치료에 있어 윤리위원회의 참여를 처음으로 제안한 법원은 뉴저지 대법원으로 1976년 카렌 킨란에 대한 판결을 내리면서였다. 판결문에서 혼수상태인 여성의 가족들이 그녀의 삶의 지지 장치를 종료하기를 원하는 경우 의사는 윤리위원회에 자문을 구하라고 하였다¹⁵⁸⁾. 그리고 법원은 윤리위원회에서 동의한다면, 가족, 주치의의 민사상, 형사상 책임없이 인공호흡기를 제거할 수 있다고 판결을 내렸고, 이는 위원회의 권고사항만으로도 의료인이나 병원이 법적 책임으로부터 피해질 수 있었다. 그러나 조지아주에서는 법원이나 위원회의 권고없이 환자의 가족이나 보호자들이 결정내릴 수 있다고 했고, 미네소타에서는 윤리위원회의 결정이 증거로서 채택되었다. 위원회에서 작성한 문서가 유효한 결정으로 받아들여진 것이다. 이렇게 법원마다 위원회의 결정을 받아들이는 것이 일치가 되지 않으면 위원회의 결정을 따르는 의료인들을 보호하는 법규정 또한 통일적으로 만들 수 없게 된다.

그런데 카렌 킨란 판결 이후로 환자 치료에 있어 윤리적으로 법적으로 문제가 되는 사안들은 법원으로 가는 방법도 쓰이게 되었다. 하지만 위원회의 제안자들은

158) In re Quinlan 70 N.J.10, 355A.2d 647(N.J.), cert.denied, 429 U.S.922, 50 L.Ed.2d 289, 97 S.Ct.319(1976)

위원회의 자문이 소송보다 더 효과적인 방법이라고 주장한다. 그들은 위원회가 법원의 권한을 가지고 위원회의 권고에 따른 의료인들이 법적 면책을 받는다면, 다루기 어렵고, 비싸고 관료적인 법원 절차를 벗어날 수 있을 것이기 때문에서 그러하다¹⁵⁹⁾¹⁶⁰⁾. 그렇다면 과연 윤리위원회는 의사결정의 주체라는 권위적인 역할을 수행할 정도로 위원회 위원들이 충분한 자격을 갖추고 있는지, 엄격한 절차로 진행되는지를 고찰할 필요가 있다.

5.5.1.1. 엄격한 절차인지 여부

법원 진행절차와 달리 위원회의 사례검토는 엄격하다기 보다 민주적인 절차에 해당한다. 사법체계에서는 원칙들과 판례들로 사안을 분석하는 정당한 절차(due process)에 따라 진행되고, 환자와 주치의들 비롯한 당사자들이 참석하고, 토의가 이뤄진다. 또한 법원에서 인정하는 변호인이 있어 당사자들의 권리를 보호한다. 반면에 윤리위원회는 통일된 운영 및 진행에 대한 규정이 없고, 환자의 이익은 명시적으로 나타나지 않는다. 법원의 경우 진행이 언론이나 대중들에 의해 검토를 받지만, 위원회는 같은 대중 분석 과정을 거치지 않는다. 위원회의 책임에 대한 중요성이 강조됨에도 불구하고 비밀유지 때문에 공개되지 못한다.

5.5.1.2. 온전한 권고(sound recommendation)인지 여부

윤리위원회의 권고사항에 대한 온전성을 보여주는 연구들이 많이 있지 않다. 또한 우리가 기대하는 바만큼 절차가 민주적이지도 못하다는 지적이 있다. 위원회의 위원들은 합의에 도달하기 위해 서로 간에 제압하려 하고 그래서 대안을 찾는 데 실패하기도 하고, 논란의 여지가 큰 문제들은 피할 수 없게 된다. 또한 결정을 빨리 내리도록 재촉당하기도 하고 위계질서의 영향을 받기도 한다¹⁶¹⁾.

159) Fleetwood J., Unger S.S. Institutional Ethics Committees and the Shield of Immunity, *Annals of Internal Medicine*, 1994 120(4):322

160) Robertson JA. Ethics committees in hospitals: alternative structures and responsibilities. *Issues Law Med*. 1991;7:83-91

5.5.1.3. 환자를 위한 옹호자인지 여부

윤리위원회의 권고사항이 환자에게 최선인지 여부는 위원회의 권한을 결정하는데 있어 중요하다. 그런데 표면적으로는 환자를 위하고 그들을 보호하기 위한 것인데, 환자들은 그렇게 생각하지 않는 경우가 있다. 외래환자들 120명을 대상으로 조사한 연구에서는, 그중 76%가 위원회가 유용하다고 생각하며, 12%가 최종 결정을 할 수 있다고 생각한다는 결과가 나왔다.

또한 위원회의 위원들이 의료기관에 고용된 자들이기 때문에, 환자보다는 고용기관의 이익을 먼저 생각할 우려가 있다.

5.5.1.4. 전문가인지 여부

윤리위원회의 윤리자문은 의학자문과 종종 비교된다. 하지만 이 둘 간에는 몇 가지 차이점이 있다. 의학 자문시에 자문가들은 충분한 실습 조건들을 갖추었고, 전문위원회로부터 자격인정을 받은 사람들인 반면, 윤리위원회의 위원들의 경우에는 그렇지 못하다. 그러나 전문성을 갖추며 활동하는 윤리 자문가들이 활동을 하고 있으므로 전문가로서 인정받고 있는 추세이다. 그러나 의학자문에도 그들의 자문 결과가 의사의 법적 책임으로부터 자유로워지는 것이 아닌 것처럼, 윤리자문도 마찬가지이다.

이와 관련된 미국의사협회의 사법위원회의 성명에서는, “보건의료기관내 윤리위원회는 의사와 환자간의 일차적인 책임과 그들의 관계에 개입하지 않으면서 그들의 목적대로 자발적이며, 교육적이며 조언 제공의 역할을 해야 한다. 윤리위원회의 권고사항은 해당 의료기관, 의료인들, 주치의 등의 입장을 수용해야 할 의무가 없는 상태에서 이뤄져야 한다.”고 명시하였다¹⁶²⁾. 미국병원협회의 가이드라인에서도

161) Lo B. Behind closed doors. Promises and pitfalls of ethics committees. New England Journal of Medicine 1987;317:46-50

이와 유사하게 발표하였는데, “윤리위원회는 전문직 윤리심사위원회나 법적, 사법 심사의 대체기구로서, 혹은 생명의료윤리 딜레마들의 의사결정자로서 활동을 해서는 안된다. 윤리위원회는 이런 문제들의 의사결정에 있어 전통적인 장소들 대신해서는 안된다.”라고 하였다¹⁶³⁾.

병원윤리위원회의 법원과 같은 절차적 엄격함이나 의학자문가들과 같은 정도의 전문성이 부족하기 하다. 그럼에도 불구하고 이 위원회는 환자 치료에 있어 중요한 역할을 할 수 있고, 문제가 되는 이슈에 대해 다학제적 논의를 제공하며 환자, 가족 뿐 아니라 의료인들에게 선택가능한 대안을 제안해 줄 수 있다. 그러나 이러한 병원윤리위원회의 권고사항만으로 그 내용은 면책이 허용되기 힘들다. 하지만, 윤리위원회는 환자와 가족, 의료인들에게 충분히 가치있는 윤리자문 서비스를 제공하는 기구이다.

그들의 진정한 가치는 절차상에 놓여 있는 것이지, 그 자문의 결과에만 있는 것은 아니다. 그리고 절차에 있어 전문적 표준이 제시되어야 하고 위원회 각 위원들의 자격조건이 더 상세하게 요구되어야 할 것이다¹⁶⁴⁾. 그리고 이와 관련된 1998년도에 발표된 ASBH보고서를 비롯하여 윤리자문의 체계 및 전문성을 명확하게 하려는 단계에 있다. 또한 윤리위원회가 공정하며, 일관성이 있고, 합당한 권고에 도달하는데 효과적이라는 검증 결과들이 계속 해서 발표를 통해서 진정한 가치가 인정받을 수 있다.

162) Guidelines for ethics committees in health care institutions. Judicial Council. JAMA. 1985;253:2698-9

163) American Hospital Association. Guidelines:Hospital Committees on Biomedical Ethics. In:Ross JW,ed. Handbook for Hospital Ethics Committees. Chicago, Illinois:American hospital Publishing ;1986:57,110-11

164) Fleetwood J.,Unger S.S.Ibid. p.325

5.5.2. 윤리전문가의 법적 책임

윤리전문가에 대한 법적 책임을 살펴보도록 하겠다. 구체적으로 문제가 되는 윤리전문가의 기능은 교육이나 정책 형성보다는 사례검토에 국한되어 있다. 우리나라에서는 윤리전문가의 법적 책임에 대한 논의를 살펴보기 힘들다. 그 이유를 외국의 상황을 통해 유추해보면, 대체로 윤리위원회의 활동에는 법적인 책임이 있지 않을 것이라고 생각하기 때문이다¹⁶⁵⁾. 그러나 윤리전문가에 대한 악결과에 대한 법적 책임에 대한 논의가 진지하게 이뤄지고 있다¹⁶⁶⁾.

윤리전문가 활성화된 미국의 경우 1986년 윤리전문가에 대한 법적책임이 대두된 대표적인 사건이 처음 나타났는데, 바로 굶어죽기를 요구한 부비아 사례(*Bouvia v Glenchur case*)¹⁶⁷⁾이다. 이 사례는 안락사와 관련된 대표적이지만, 윤리위원회와 관련된 유명한 사례이기도 하다. 1983년 부비아는 25세의 사지마비 환자로, 그녀는

165) Staubach SM. What legal protection should a hospital provide, if any to its ethics committee and individual member? HEC Forum 1989;1:209-20

166) Hendrick J. Legal aspects of clinical ethics committees, Journal of Medical Ethics 2001;27 suppl:i:52

167) 1983년 9월3일 부비아 부인은 자신의 의지로 캘리포니아의 리버사이드 종합병원에 입원했다. 그녀는 자신의 삶을 마감할 장소를 찾아온 것이다. 25세의 뇌성마비 환자인 그녀는 팔을 약간 움직이거나 겨우 말을 할 수 있을 정도의 중증이었고 누군가 떠먹여 주어야만 삼킬 수 있었다. 더구나 지속적인 전신의 관절 통증으로 고통받고 있었다. 입원 후 부인은 담당의사에게 자신은 죽기를 원하며 따라서 음식을 먹지 않겠다고 선언하였다. 그녀는 단지 청결을 유지하고 통증을 없애 줄것만을 요구하였다. 그녀는 친구나 친지들로부터 방해받지 않고 혼자 남겨질 공간으로써 병원을 택하였다고 설명하고 결국 굶어죽음으로써 구차한 육신으로부터 벗어나길 원한다고 말했다. 부인은 단단한 음식은 거부하였고 마침내 담당의사는 그녀의 정신상태가 정상이 아니라고 판단하고 강제급식을 시도하겠다고 결정하였다. 그녀는 지역 신문에 전화로 법적인 도움을 요청하였고, 미국 시민자유연합의 주선으로 스콧이라는 변호사가 선임되었다. 스콧 변호사는 그녀에게 자기가 법원으로부터 병원이 그녀를 퇴원시키거나 강제급식을 시도하지 못하도록 하는 판결을 얻어낼 때까지는 식사를 계속하도록 설득하였다. 법원에서 그녀는 자신의 음식거부 이유를 다음과 같이 설명하였다. “나는 나의 모든 개인적인 필요를 해결하기 위해 누군가의 도움을 받아야만 한다는 사실이 싫습니다. 지긋지긋합니다...나는 더 이상 이러한 의존적인 삶을 살지 않기로 결정했습니다. 나의 장애와 육체적인 제한이 이러한 선택을 한 것입니다.” 이에 대해 존 휴즈 판사는 병원 강제권을 인정하지 않았고 환자가 매우 이성적이고 진지한 태도라 자기결정권을 중요시했다. 하지만 그녀의 상태가 가망이 없는 상태가 아니므로 자기결정권에 선행해야 한다고 판결했다. 즉 자살을 시도할 권리는 있지만 다른 사람이 그녀의 죽음을 돕도록 할 권리는 없다는 점이 존 휴즈판사의 판결 요지이다. 이후 1986년 2월 부비아 부인은 다시 법정에 섰고 4월 급식튜브관이 제거되었다.

인공적인 수단으로 영양공급을 받기를 거부하였다. 지방법원에서는 의사들에게 강제급식을 하도록 판시하였다. 그리고 그녀는 1985년 로스앤젤레스의 병원(Los Angeles County High Desert Hospital)에 입원하였다. 윤리위원회는 명백하게 환자의 동의를 받지 않고 위관 튜브를 통해 강제급식을 하려는 의사의 의견을 지지하였다. 담당의사는 더 많이 먹지 못하게 되는 것은 환자 자신을 굶어 죽게 하려는 일종의 자살시도라고 생각했다. 그녀는 자신이 너무 많이 먹는다고 주장하였고, 정신과 의사가 그녀를 검사를 하였는데 정상적인 의사결정을 내릴 수 있는 상태라고 하였다. 1986년 캘리포니아 항소법원에서는 초기의 결정을 뒤집고 원하지 않는 처치를 거부할 헌법상 권리를 인정하였다. 급식튜브를 제거한 후 그녀는 병원과 담당 의사를 고소하였다. 이에 주치의는 윤리위원회에 책임이 있다고 주장하였고, 그녀는 윤리위원회의 각 위원들을 피고로 하여 다시 고소장을 제출하였다. 그러나 이후에 자발적으로 소송을 취하하였다.

이 사례에서 윤리위원회는 소송이 취하되기 하였지만 피고인으로 지목되었기 때문에 법적 책임의 논의가 시작되었다. 그들의 책임으로는 윤리자문에 대해 당사자인 환자에게 알릴 의무를 소홀하였다는 점과 의사결정능력이 있는 환자의 권리에 대해서 잘 알고 있지 못한 상태로 대처하였다는 점이다.

이후에도 IRB 위원들의 법적 책임에 대한 *Weiss v Solomon*(1989)와 생명윤리학자에 대한 *Robertson v McGee* (1997, University of Oklahoma Health Sciences Center-Tulsa), *Gilgunn v Massachusetts General Hospital case*, University of Pennsylvania Institute for Gene Therapy에서 생명윤리학자와 관련된 *Gelsinger v Univ. of Pa case*(1999)와 시애틀 소재의 Hutchison Cancer Research Center에서의 Wright 사례(2001)등이 있다.

메릴랜드(Maryland)주에서는 선의로 윤리자문을 한 이들에게 면책(statutory immunity)을 부여하는 법을 제정하기는 하였다¹⁶⁸). 하지만 일반적으로 윤리자문에 대한 법적 책임의 위험은 존재하고 있다.

관련 소송들은 대체로 태만에 관련된 것으로, 조언을 하고 권고하는 과정에서 당연히 치러져야 할 행위들이 누락되거나 그 조언의 결과로 환자가 권리침해를 받은 경우가 포함된다. 과실이 성립하려면 다음 4가지 조건을 따져 보아야 한다. 첫째, 주의의무(a duty of care)의 성립이다. 주의의무는 자문의 주체가 되는 환자가 받아야 한다는 주장이 대표적이다. 그러나 Merritt는 의료인이 윤리자문을 요청하는 경우 환자보다는 의료인에게 두어야 한다며 상황에 따라 달라진다는 의견도 있다. 이에 대해 법원에서는 환자가 윤리자문을 요청한 경우와 그렇지 않으면 환자의 최선의 이익을 따르는 경우에 환자에게 주의의무를 다해야 하는 것으로 인정하고 있다¹⁶⁹⁾.

두 번째는 표준 지침(standard of care)의 위반이다. 윤리자문의 경우 필요한 기술과 능력에 관해 승인, 자격인증에 관한 공식적인 자료가 없기 때문에 법원에서 기대하는 내용에 대해 많은 고찰이 있어왔다. 그 내용은 임상윤리문제를 확인하고, 분석하는 능력, 합당한 임상판단 내리기, 팀, 의료인, 환자, 가족들과의 의사소통, 교육, 협상기술, 문제 해결에 대한 교육 및 보조가 포함된다.

세 번째는 손해발생이다. 어렵지만 의학적 증거가 동반되어야 한다.

네 번째는 인과관계이다. 피고인의 행위만 없었더라면 발생할지 않았을 피해라면, 그 피해의 원인은 바로 피고의 의무 위반이다. 그리고 만약 윤리자문가의 권고가 없었다면 의사가 그런 행위를 하지 않았을 것이라고 한다면, 그 행위의 원인은 윤리자문가의 자문이 되므로 책임을 져야 한다.

윤리자문가의 수가 증가하면서 윤리자문가의 법적 책임에 대한 논의가 증가하고 이는 윤리자문가의 배상책임보험과도 연관되어 이뤄지고 있다.

168) <http://www.dhmd.state.md.us/ohcq/download/11272002.pdf>

169) Merritt Al. The Tort Liability of Hospital ethics committees, Southern California Law Review 1987;60:1239-97; J.Hendrix, Legal aspects of Clinical ethics committees, Journal of Medical Ethics 2001;27 suppl:i:53

제6장 결론

의과학 기술은 매우 놀라운 속도로 발전하고 있다. 이러한 발전은 예기치 못했던 문제를 우리에게 제기하고 있다. 그리고 가치의 다원화와 환자들의 권리 신장 등의 요인들로 의료현장에서는 윤리적 갈등이 심화되고 있으며 이러한 갈등은 당사자들간에 해결되지 못한 채 사회적인 문제로 까지 확대되고 있다.

의료현장에서 발생하는 윤리적 갈등과 가치들의 충돌을 해결하기 위한 기구로서 병원윤리위원회가 발달해 왔다. 하지만 우리 사회에서는 아직 활성화되지 못한 채 제 역할을 하지 못하고 있다. 그 이유로는 법적, 제도적인 지원이 미비하다는 점이 크겠지만, 의료인들이 제기하는 문제로는 윤리위원회 위원들의 전문성 문제와 교육 부족, 전담 요원의 부족 등 인력 문제를 들고 있다.

외국의 경우를 살펴보니, 윤리위원회가 활성화되어 있어도 위원회라는 조직의 관료적 특징, 시기적절하지 못한 대응, 위원들의 자질 부족 등의 문제점들이 계속해서 제기되어 왔다. 그리고 그 대안들로서 다양한 윤리자문의 형태들이 개발되었고, 현재에는 미국의 대부분의 병원에서는 윤리 자문가들을 중심으로 한 임상윤리자문서비스가 제공되고 있다. 이와 관련하여 우리나라에서는 윤리위원회가 안고 있는 인력문제에 관한 대책방안의 논의는 거의 이뤄지지 않은 채 제도적인 접근만을 시도하고 있는 것이 현실이다. 이제 우리나라도 다양한 형태의 윤리자문에 대한 논의가 필요하고, 나아가 윤리자문의 전문 인력인 윤리자문가의 역할도입을 검토할 시점이라고 생각된다.

윤리자문가는 윤리자문 활동을 하는 윤리 전문가로서 의료현장에서 개인적으로 활동을 하기도 하지만 소규모의 팀으로 활동하기도 한다. 그리고 윤리위원회와 관계를 맺으며 활동하기도 하는데, 병원윤리위원회가 유일한 윤리자문 형태인 우리나라의 경우 가장 효과적인 형태는 윤리위원회에 1-2명의 윤리자문가를 두는 것

이다. 윤리자문가가 위원으로 소속되어 개인적으로 윤리자문 활동을 하고 윤리자문가가 윤리위원회에서 해결해야 할 사안이라고 판단되는 경우 위원회에서 자문을 하게 되는 것이다. 외국 병원들을 조사한 결과 많은 병원에서 3-4명의 윤리자문가들이 소규모 팀을 이루고 임상윤리자문서비스를 제공하며 환자나 의료인 누구든지 윤리자문 서비스를 요청하게 되면 바로 대응을 할 수 있는 체계를 갖추고 있었다. 그렇다면 외국의 경우 많은 윤리자문가들이 활발하게 활동을 하고 있는데, 윤리자문시에 구체적으로 어떠한 역할을 하는지에 대해 살펴보았다.

과거에는 윤리자문이 권위적이고 조언을 제공하는 의사결정자로서 역할이었지만 최근에는 윤리촉진가로서의 역할이 중시되고 있다. ASBH 보고서에서도 주장되었는데, 윤리촉진가로서의 역할은 의사결정자가 아닌 윤리촉진가로서의 역할로서, 윤리적 개념과 이론들을 통해 윤리적 문제를 확인하고 분석하며, 당사자들이 그 사안에 대한 도덕적으로 수용가능한 합의를 도출하도록 촉진하는 것이다. 이를 위해 윤리자문가는 윤리적 문제에 대한 사실을 모으고, 도덕 원칙을 확인하며, 당사자들의 상호의견을 파악하여, 의견이 다른 당사자들의 감정, 이익, 권리들을 존중하며 그들이 만족할 수 있는 선택에 도달할 수 있도록 중재해야 한다.

이 역할을 수행하기 위해 윤리자문가에게 요구되는 조건들이 있다. 이 조건은 크게 지식, 기술, 덕목으로 세분된다. 먼저 지식은 윤리, 의료, 법정책, 중재에 관한 지식들로서, 윤리는 윤리자문가에게 제일 중요하게 요구되는 지식으로 일반적인 윤리 이론과 생명의료윤리 이슈에 관한 내용이다. 둘째, 의료에 관한 지식으로는 보건의료 시스템, 임상 실무, 해당의료기관의 관한 지식들이 해당된다. 셋째, 법정책에 관한 지식은 의료기관의 방침, 환자들의 신념과 관점에 대한 지식, 전문직 윤리강령과 생명의료윤리 관련 법과 판례에 대한 지식을 요구된다. 법과 정책은 윤리적인 대안을 찾을 때 반드시 고려되어야 할 사항이기 때문에 중요하다.

그 다음으로 윤리자문가에게 요구되는 기술로는 윤리사정 기술, 진행 및 갈등 중재기술, 대인관계 기술이 있다. 윤리사정기술은 윤리적 문제를 확인하고, 분석, 평가하는 기술이고, 진행 및 갈등중재에 관한 기술은 윤리자문의 전반적인 진행과

확인된 윤리적 문제의 대안을 모색하기 위한 중재에 관한 기술이 포함된다. 마지막으로 대인관계 기술은 윤리자문이 다양한 당사자들과의 관계에서 이뤄지기 때문에 중요하고 뿐만 아니라 중재를 효과적으로 하기에 필수적으로 수반되어야 할 기술이다. 세 번째로 윤리 자문가에게 요구되는 것은 덕목이다. 인간 존중, 관용, 정직, 용기 등 다양한 품성들이 나열되었다. 그러나 중요한 것은 그 덕목들은 꾸준히 지속적으로 계발되어야 한다는 것이다.

마지막으로 지금까지 살펴본 윤리자문가가 우리 사회에서 그 역할을 뿌리내릴 수 있는 방안에 대해 모색하였다. 이 방안도 세 가지 측면으로 구분된다. 인력측면, 제도적 측면, 법적 측면이다. 먼저 인력 측면에서 가장 고려한 사항은 우리의 현재 상황에서 누가 윤리자문가로 양성되는 것이 가장 바람직한지에 대한 논의였다. 그 결과 간호사가 지니는 특성 자체에 윤리 자문가에게 요구되는 지식과 기술 등이 이미 많이 포함되어 있기 때문에 적절하다고 할 수 있다. 그리고 윤리자문가들을 양성하기 위한 다양한 프로그램들이 개발되어야 한다는 점을 지적하였고, 다음으로 제도적 차원에 있어서는 윤리자문 서비스의 법제화와 의료기관에서의 인정이 요구되고, 행정적 차원에서의 지원들도 요구되고 있다. 윤리자문가의 윤리자문 활동을 보호해 주기 위한 프로그램도 중요하다. 이러한 보호프로그램이 없다면 윤리자문의 윤리가 보장되지 못할 것이다. 그리고 윤리자문가의 법적 측면에 대한 논의에서는 법적 권한과 윤리자문 절차와 결과에 대한 법적 책임에 대해 살펴보았다.

윤리자문가의 역할을 살펴보니 병원윤리위원회의 활동을 통해 우리나라에 소개된 윤리자문과는 상당히 달랐다. 윤리자문가가 윤리자문의 요청에 기민하게 대응하고, 자료수집 단계부터 환자의 동의를 구하면서 환자와 보호자의 참여를 존중하고 궁극적으로 윤리자문가가 윤리적 판단에 근거하여 의사결정을 내리는 역할이 아닌 당사자들이 그들의 스스로 사회적으로 용인되는 윤리적 범위 안에서 만족스러운 대안을 찾을 수 있도록 촉진자로서, 중재자로서의 역할을 한다는 점에서 그러하다. 그리고 무엇보다 윤리 자문가들의 활동을 통해 사회적으로 논란의 여지가 큰 문

제들인 안락사, 연명치료 중단 등의 문제들도 다뤄지겠지만, 그 외에도 의료현장에서 제기되는 사소한 갈등들, 의사와 간호사간의 갈등, 간호사만이 느끼는 윤리적 갈등들도 윤리적 문제로써 다뤄질 수 있다는 점과 윤리적 갈등의 대부분이 의사소통의 문제에서 비롯된다고 하지만 우리의 의료현장에서는 이러한 문제들을 다룰 담당자가 없어 방치되어 왔는데 윤리 자문가들의 활동으로 이 문제들도 해결될 수 있다는 점에서 윤리자문가의 도입은 중요하다고 본다. 그리고 나아가 이러한 윤리자문가의 활동은 환자들과 의료인들이 만족하는 윤리적인 의료현장을 조성하는데 중요한 초석이 될 것이다.

참고문헌

- 고윤석 외, 우리나라의 병원윤리위원회, 한국의료윤리교육학회지, 제2권제1호, 1999년
- 구영모, 우리나라 병원윤리위원회의 운영현황, 제30차 종합학술대회 자료집, 대한 의사협회, 2003년
- 구영모 외, 의료윤리문제에 관한 우리나라 의사들의 의식조사, 한국의료윤리교육 학회지 제2권제1호:43
- 공병혜, 덕윤리의 관점에서 본 간호실천과 보살핌의 태도, 범한철학회논문집, 제 34집 2004년 가을
- 김모임, 이원희, 간호윤리와 실무, 현문사, 1997년
- 김성수, 지식경영사회의 기업경영윤리론, 삼영사, 2000년
- 김중호 외, 병원윤리위원회 조직과 기능 및 활성화 방안연구, 한국의료윤리교육학 회지 제7권제1호(통권 제11호) 2004년
- 스콧 래, 폴콕스, 김상득역, 생명윤리학, 살림, 2004년
- 안유정, 병원윤리위원회의 역할기대에 기반한 윤리딜레마 해결 모형, 연세대학교 대학원 석사논문, 2002년
- 엄영란, 병원윤리위원회 역할의 활성화 방안 탐색 연구, 한국의료윤리교육학회지. 2003년 제6권제1호
- 엄영란, 미국 생명의료윤리학의 최근 동향, 한국의료윤리교육학회지, 2001:4(1)
- 유호종 손명세, 이경환, 의료문제에 대한 윤리와 법의 통합적 접근:의료법윤리학 서설, 연세의료법윤리학 총서, 동림사, 2002년
- 이종찬, 이충열, 임종식, 의학과 한의학 분야에서의 인문학의 역할증진을 위한 정 책방안, 인문사회연구회 인문정책연구총서, 2002-09, 2002년
- 이진우 역, 덕의 상실, 문예출판사, 1997년

최규옥, 병원윤리위원회 비교연구 및 그 활성화 방안, 제30차 종합학술대회 자료
집, 대한의사협회, 2003년
한국의료윤리교육학회편, 의과대학 학습목표에 기초한 의료윤리학. 계축문화사.
2001년
한성숙 외, 간호윤리학, 대한간호협회 출판부, 1999년
허라금, 도덕적 갈등과 다원주의, 철학 제68집, 2001년 가을

American Hospital Association. Guidelines: Hospital Committees on
Biomedical Ethics. In:Ross JW,ed. Handbook for Hospital Ethics
Committees. Chicago, Illinois:American hospital Publishing ;1986:57,110-11
AMA CEJA(Council on Ethical and Judicial Affairs)Report 1997 Dec.
American Society for Bioethics and Humanities, North American Graduate
Bioethics and Medical Humanities Training Program Survey. Glenview,
Ill:ASBH Status of field Committee, October 2001.
Annas, G.J., "Ethics Committees:From Ethical Comfort to Ethical
Cover,"Hastings Center Report 21, no.3, 1991:18-21
Baylis F.(ed.)The Health Care Ethics Consultant, Totowa, New Jersey:
Humana Press. 1994
Baylis F. Health Care Ethics Consultation: Training in Virtue, Human
Studies 1999(22)
Casarett, D.J, Daskal, F.,The Authority of Clinical Ethicist, Hasting Center
Report 23, 1998
Cassel, C. ,"Deciding to Forego Life Sustaining Treatment : Implications for
Policy in 1984,"Cordoza Law Review 6(May 1985)
Culver, C.M., editor, Ethics at the Bedside, Hanover, NH: University Press
of New England, 1990
David Wang, Coping with moral conflict and Ambiguity, Ethics, 102, July,

1992

- Dubler, N.N, Marcus, L.J. *Mediating Biomedical Disputes: A Practical Guide*.
New York:United Hospital Fund.
- Dubler, NN. *Bioethics: Mediating Conflict in the Hospital Environment*,
Dispute Resolution Journal, May-Jul 2004
- Encyclopedia of Bioethics* revised ed. Macmillan Library Reference USA
- Ethox Centre, *A practical guide to clinical ethics support*, UK Clinical
Ethics Network, 2004
- Fleetwood J.,Unger S.S. *Institutional Ethics Committees and the Shield of
Immunity*, *Annals of Internal Medicine*, 1994 120(4)
- Fletcher, J.C., Quist,N.,and Jonsen, A.R., editors. *A survey of ethics
consultants: appendix*. In *Ethics Consultation in Health Care*. Ann
Arbor, MI: Health Administration Press, 1989
- Freedman, B., *Duty and healing: Foundations of jewish Bioethics*, New
York:Routledge, 1999
- Gerwen J.V. *Three methods in applied Ethics: A critical review*, *Ethical
Perspectives*3(3), 1996
- Gordon DuVal, et. al. *What triggers requests for ethics consultation?*,
Journal of Medical Ethics 2001;27 suppl I:i24-129
- Guidelines for ethics committees in health care institutions*. Judicial Council.
JAMA. 1985;253:2698-9
- Harris, Jr, C.R. *Applying Moral Theories*(4th), Wadsworth, 2002
- Hendrick J. *Legal aspects of clinical ethics committees*, *Journal of Medical
Ethics* 2001;27 supplI:i50
- Hoffman, D.E., "Evaluating Ethics Committees: A view from the Outside,"
Milbank Quarterly 71, no.4, 1993:677-701
- Hoffman, D, Tarzian A, O'Neil JA. *Are ethics committee members
competent to consult?* *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 2000;28:30

Hoffman, D.E. Fletcher, J.C., "Ethics Committees: Time to Experiment with Standards," *Annals of Internal Medicine* 120, no.4, 1994:335-38

Ida Critelli Schick, Fache Lin Guo, Ethics Committees identify success factors: A national survey, *HEC Forum*, 2001:13(4)

Jacqueline J. Glover, William Nelson, Innovative Educational Program, Ethics Consultation, The Johns Hopkins University Press

Jerry Menikoff, Law and Bioethics, Georgetown University Press: Washington, D.C., 2001

John La Puma, David Schiedermayer, Ethics Consultation: A Practical guide, Jones and Bartlett Publishers, 1994

John La Puma, E. Rush Priest, Medical Staff Privileges for ethics consultants: An Institutional Model, *Quality Review Bulletin* 18, 1:17-20

John La Puma, J. Toulmin, S.E. Ethics committees and ethics consultants. *Archives of Internal Medicine* 149(5):1109-12, 1989

La Mear-Tucker, Judy Friedson, Resolving Moral Conflict: the critical care nurse's role, *Critical Care Nurse*, 1997 Apr;17(2)p.55-63

Laurie Zoloth-Dorfman, Susan B. Ribin, Navigators and Captains: Expertise in clinical ethics consultation, *Theoretical Medicine* 18 1997

Linda Farber Post, Clinical consulting: The search for resolution at the intersection of medicine, law, and ethics, *HEC Forum*, 2003:14(4)

Lo, B., Behind Closed Doors: Promises and Pitfalls of Ethics Committees, *New England Journal of Medicine* 317, 1987:46-50

Loewy, E.H. Ethics Consultation and ethics committees, *HEC Forum* 2(6):351-59, 1990

Mark Bernstein, Kerry Bowman, Should a medical/surgical specialist with formal training in bioethics provide health care ethics consultation in his/her own area of speciality?, *HEC Forum* 2003:15(3), p.274

- Mark P. Aulisio, et al., *Ethics Consultation: From Theory to Practice*, The Johns Hopkins University Press, 2003.
- Margaret Urban Walker, "Keeping Moral Space Open." *Hastings Center Report*, 23(2):33-20, 1993
- Merritt Al. The Tort Liability of Hospital ethics committees, *Southern California Law Review* 1987;60:1239-97
- Miles, S., "Taking Hostages: The Linares Case" *Hasting Center Report* 19, no.4, 1989:4
- Moreno, J.D., "What Means This Consensus? Ethics Committees and Philosophiic Tradition," *Journal of Clinical Ethics*, 1990
- Noll D., *Bioethical Mediation: Peacemaking and End of Life Conflicts*
- Paula Chidwick, et.al. Clinical education of ethicists:the role of a clinical ethics fellowship, *BMC Medical Ethics*, 2004,5:6, p.4-5
- Peter A. Singer, Edmund D Pellegrino, Mark Siegler, *Ethics Committees and Consultants*, *Journal of Clinical Ethics*, 1990 winter 1(4):263-7
- Peter A. Singer, Edmund D Pellegrino, Mark Siegler, *Clinical ethics revisited*, *BMC Medical Ethics* 2001 2:1
- Priscilla Alderson, *Abstract bioethics ignores human emotions*, *Bulletin of Medical Ethics*, 1991(May):13
- Robert M. Arnold, Melanie H. Wilson Silver, *Techniques for training ethics consultant, ethics consultation*, The Johns Hopkins University Press, 2003, p.74
- Robertson JA. *Ethics committees in hospitals: alternative structures and responsibilities*. *Issues Law Med*. 1991;7:83-91
- Rogers, C. *Personal Power*. New York City:Dell Publishing Co., 1977
- Ross, J.W. et.al. *Healthcare Ethics Committee*, AHA, 1993, pp.145
- Ryle, *Knowing How and Knowing That*. In G.Ryle(Ed.),*Collected Papers Vol.II:Collected Essay1929-1968*.New York:Barnes & Noble Inc,

- 1971 p.215.
- Savage TA. The nurse's role on ethics committees and as ethics consultant, *Seminars for Nurse Managers* 1994 Mar.2(1) p.41-7
- Sherwin S., Baylis F., The Feminist health care ethics consultant as architect and advocate, *Public Affairs Quarterly* vol 17, No.2, April 2003
- Sheryl Feutz-Harter, *Nursing and the law*(6th ed.) PES Health Care, 1997
- Siegler, M., "ethics Committees: Decisions by Bureaucracy," *Hastings Center Report* 16, no.3, 1986:263-7
- Society for Health and Human Values-society for Bioethics Consultation: Task Force of Standards for Bioethics Consultation, *Core Competencies for Health Care Ethics Consultation: The Report of the American Society for Bioethics and Humanities* (Glenview, Ill.:American Society for Bioethics and Humanites, 1998), p.3
- Staubach SM. What legal protection should a hospital provide, if any to its ethics committee and individual member? *HEC Forum* 1989;1:209-20
- Stella Reiter-Theil, Ethics Consultation on demand: concepts, practical experiences and a case study, *Journal of Medical Ethics* 2000;26:298-203
- Susan MacRae, et. al., Clinical Bioethics Integration, Sustainability and Accountability: The Hub and Spokes Strategy, The University of Toronto Joint Centre for Bioethics Clinical Ethics Group, *Journal of Medical Ethics* 2005;31:260
- Thornton and Callahan, Expanding the circle of participants. A report of The Hastings Center on bioethics education. Briarcliff Manor, NY: The Hastings Center, 1993, p.102
- Tulsky, J.A., and Lo, B., "Ethics Consultation: Time to Focus on Patients," *American Journal of Medicine* 92, 1992: 343-45
- Warren, V.L. Feminist directions in medical ethics, In Holmes HB, Purdy

LM(eds). *Feminist Perspectives in Medical Ethics*. Bloomington, IN: Indiana University Press ;1992;p.33

William M. Sullivan, *Work and Integrity: The crisis and Promise of Professionalism in America*, New York: Harper Collins, 1995, p.8

Wolf, S.M, "Ethics Committees and Due Process: Nesting Rights in a Community of Caring," *Maryland Law Review*50, 1991:798-858

Bland, James Davis(Estate of) v. Cigna Healthplan of Texas, Inc.

Rideout v. Hershey Medical Center

In re Quinlan 70 N.J.10, 355A.2d 647(N.J.), cert.denied, 429 U.S.922, 50 L.Ed.2d 289, 97 S.Ct.319(1976)

http://www.guardian.co.uk/uk_news/story/0,,1597810,00.html

<http://moral.snu.ac.kr/pds/data/06/005.html>

<http://clinicalbioethics.georgetown.edu/consult>

<http://www.clevelandclinic.org/bioethics/policies/consult.html>,

modified:08/16/2005

<http://clinicalbioethics.georgetown.edu/consult>

<http://www.utmb.edu/imh/ethics/clinical.asp>

<http://www.mc.vanderbilt.edu/root/vumc.php?site=ethics&doc=2328>

http://www.meddean.luc.edu/depts/bioethics/ecs/consult_overview.htm

<http://www.upstate.edu/bioethics/ethicsconsult.shtml>

<http://www.nurs.utah.edu/events/ethicist.htm>

http://bioethics.net/bioethics_jobs.php?view=222

<http://www.dhmq.state.md.us/ohcq/download/11272002.pdf>

http://www.findarticles.com/p/articles/mi_qa3923/is_200405/ai_n9377...

http://www.bioethics.net/bioethics_jobs.php,

http://www.bbc.co.uk/radio4/science/ethicscommittee_20050511.shtml

Abstract

A Study on Decision making process of Ethical dilemmas in Health Care

Jeon, Hyo Suk

Dept. of Bioethics & Health Law

The Graduate School

Yonsei University

With the rapid development of medical technology, pluralization of values and increase of patients' rights, more problems are arising in the health care field that are hard to decide by oneself. A hospital ethics committee, in which multidisciplinary members come together to make decisions, has been proposed as an alternative to this phenomena. However, in reality, hospital ethics committee in Korea are not being operated properly. Many reasons for this are argued, lack of professionalism from members and absence of professionals responsible for ethical consultation being a few examples. This research focuses on the role of ethics consultant as professionals, examines conditions required for them to become ethics consultants based on these roles, and proposes plans for these roles to take place in Korean society. Results are as follows.

First, ethics consultation is a service provided by individuals or group in order to help patients, family, representatives, health care providers or other related persons that are struggling with insecurities and dilemmas that arise in

the health care. The role of an ethics consultant as a professional practicing ethics consultation is not that of a moral decision maker, but an ethics facilitator. Therefore, they identify and analyze ethical dilemmas through moral reasoning and ethical theory, then help the party concerned come to an ethically acceptable decision on the subject in question. In order to do this, the ethics consultant must gather facts about the ethical problem, identify and analyze the nature of the value uncertainty or conflict that underlies the consultation and facilitate resolution of conflicts in a respectful atmosphere with attention to the interests, rights, and responsibilities of those involved.

Second, the core competencies to become an ethics consultant can be divided into knowledge, skills and virtues. Knowledge is related to ethics and medicine, law and policies, ethics being the most fundamental. Knowledge of health and medical systems, clinical context, and that related to the specific health care institution are included in knowledge of medicine. The specific health care institutions's policies, beliefs and perspectives of patient and staff population, and knowledge of laws and precedents related to professional ethical principles and medical ethics are included in knowledge related to law. Laws and policies are important because they are items that must be taken into consideration when searching for a solution to ethical dilemmas. Next, skills required to an ethics consultant include ethical assessment skills, process and mediation skills, and interpersonal skills. Ethical assessment identifies, analyzes and evaluates the ethical problem, while process and mediation includes techniques related to intervention for searching for decision making to the overall process of ethics consultation and identifies ethical problems. Lastly, interpersonal skills are important because they are used by the ethics consultant in various relationships with related parties. The third thing required of an ethics consultant is good character. However, the more important thing is to

continuously and diligently develop these virtues.

Third, a method in which ethics consultants could take root in Korean society was searched for. The results were divided into aspects of human resources, institution and law. In human resources, the item most considered was who, in Korea's current situation, would be the most desirable to train as an ethics consultant. The answer can be found in nurses, who, by nature of profession, already possess such knowledge and skills that are required of ethics consultants. In institutional support, there are such supports as legalization of ethics consultation, infrastructure support, and development of programs to protect ethics consultant's activities. In the legal aspect of ethics consultation, legal responsibility is required in case of damage occurring in the ethics consultation process. At the same time, an ethics consultant's legal authority must be insured by law.

The role of ethics consultant is very different from the ethics consultation introduced to Korea through the activities of the hospital ethics committee. This is because an ethics consultant must promptly confront the needs of ethics consultation and respect the patient's and family's participation by seeking for the patient's consent starting with the data collecting phase. Based on ethical judgement, the ethics consultant must act as a facilitator and mediator that helps the party concerned find a satisfactory solution, within the ethical boundary acceptable by social standards, on their own. In order to resolve Korea's current ethical dilemma in health care, the task of training of ethics consultants must be given priority.

Key words : ethics consultant, ethics consultation, role, ethics facilitator, mediation, hospital ethics committee