

# 병원윤리위원회 활성화 방안에 관한 연구

연세대학교 대학원

의료법윤리학협동과정

보건학전공

강 현 희



# 병원윤리위원회 활성화 방안에 관한 연구

지도 손 명 세 교수

이 논문을 박사 학위논문으로 제출함

2009년 12월 일

연세대학교 대학원

의료법윤리학협동과정

보건학전공

강 현 희



# 강현희의 박사 학위논문을 인준함

심사위원 \_\_\_\_\_ 인

심사위원 \_\_\_\_\_ 인

심사위원 \_\_\_\_\_ 인

심사위원 \_\_\_\_\_ 인

심사위원 \_\_\_\_\_ 인

연세대학교 대학원

2009년 12월



## 감사의 글

가라! 명하신 그 길에 무엇이 있을 지 어떤 기대조차 하지 않고, 망설임으로 한 발 내딛던 그때의 두려움이 여전히 생생한데, 벌써 가라하신 곳에서의 삶을 마무리 지을 때가 된 것 같습니다. 그 분이 예비하신 광야 같던 그 길에도 날마다 주어지는 맛나와 준비해 주신 좋으신 분들도 있었기에 지금 이 순간에는 가슴 한편에 아쉬움이 자리 합니다. 이 자리를 빌어 그 길에 동행해 주셨던 많은 분들에게 작은 감사의 마음을 전합니다.

삶에서 지혜를 보여주시고, 기본적인 것에 충실하다는 것이 무엇인지를 가르쳐 주신 박길준 교수님, 어떻게 감사의 말씀을 드려야 하는지 모르지만, 여러 가지 면에서 좋은 충고로 챙겨주심을 감사드립니다. 부족했던 한 학생을 받아주시고 이런 저런 부족함을 메워 주시느라 많은 고생을 하셨던 손명세 교수님, 배풀어 주셨던 것들 오래 기억에 남을 것 같습니다. 앞으로도 시온의 대로가 있길 기도드립니다. 오랜 인연으로 가슴에 안겨 울어도 아무렇지도 않게 받아주시는 김인숙 교수님께도 감사의 말씀을 드립니다. 석사학위 논문 때부터 지금까지 이어져온 김소운 교수님과의 인연도 4계절을 거치면서 더 맛깔스러워진 것 같습니다. 늘 노력하시는 선배님으로, 좋은 얘기 많이 해주시고 이것저것 받아주시는 언니로, 그리고 윤리학에 대해 많은 생각을 할 수 있도록 해주셨던 강명신 교수님께도 죄송하고 감사한 마음뿐입니다.

긴긴 석·박사 과정을 함께 지내며, 같이 울고 웃고 하다 보니 이제는 한 가족처럼 되어버린 의료법윤리학과 미진과 은영, 성우, 준구, 막내 연호, 늦게 다시 합류한 오락샘, 학교생활을 참 따스한 날들로 기억할 수 있게 해주어서 고맙습니다. 같은 사무실에서 마주보고 앉아 있으면서 이런저런 얘기를 많이 했던, 같이 졸업

할 수 있게 되었다면 좋아라 하던 경석쌤.. 막판까지 도와줘서 고마워요. 그리고 모든 것을 나누고 함께 하며 좋은 동반자가 되어 주고 있는 윤덕! 고맙다.

늘 옆에 있으면서, 힘들 때마다 나타나서 힘내라고 북돋아 주는 윤선, 멀리 있지만 늘 응원해주고 챙겨주던 동미부부, 오빠·언니로서 이런저런 조언해주시던 강진일 선생님과 장희정 선생님께도 감사를 드립니다.

작은 씨앗이 열매 맺을 수 있도록 기도와 격려를 아끼지 않았던 이한길 목사님과 서지영순장님께도 감사의 말씀을 전합니다. 그리고 정임언니, 상희언니, 은녀자매님.. 가장 어렵고 힘들 때 힘이 돼 주셔서 고맙습니다.

가족이란 이름으로 모든 것을 용납해주시고 품어주셨던 저희 가족들. 오래 기다려 주시느라 많이 힘들었을 텐데, 죄송하다는 말과 감사하다는 말만 전하게 됩니다. 그리고 한동안 전하지 못했던 말 사랑한다라는 말로 그 동안의 감사함을 표해 봅니다. 사랑합니다. 그리고 앞으로도 갈 길이 멀지만, 늘 같은 자리에서 기다려줄 가족이 있기에 행복한 것 같습니다.

마지막으로, 제가 걸었던 그 길은 힘들긴 했지만 그래도 행복했던 것 같습니다. 좋은 것들이 많았고 열매도 풍성한.... 그 길을 걸을 수 있도록 해주신 하나님 감사합니다.

강현희 올림



# 차 례

그림 차례 .....	v
표 차례 .....	vi
국문 요약 .....	vii
제1장 서론 .....	1
1.1 연구의 배경 및 필요성 .....	1
1.2 연구의 목적 .....	3
1.3 연구의 방법 및 내용 .....	4
제2장 병원윤리위원회의 의의·기능 및 필요성 .....	7
2.1 병원윤리위원회의 의의 및 기능 .....	7
2.2 병원윤리위원회의 설치 필요성 검토 .....	8
2.2.1 임상에서의 윤리적 갈등 해결 수단 .....	8
2.2.2 연명치료중단에 관한 절차적 정당성 확보수단 .....	10
2.2.3 우리나라 판례상의 요건 .....	13
2.3 병원윤리위원회의 설치 필요성 추가 논의 .....	15
제3장 외국의 병원윤리위원회 운영현황 .....	22
3.1 미국 .....	22
3.1.1 개관 .....	22
3.1.2 병원윤리위원회의 기능 .....	25
3.1.3 병원윤리위원회의 구조 .....	25
3.1.4 병원윤리위원회의 운영 및 운영사례 .....	25
3.1.5 소결 .....	28
3.2 영국 .....	31
3.2.1 개관 .....	31
3.2.2 병원윤리위원회의 기능 .....	33

3.2.3 병원윤리위원회의 구조 .....	34
3.2.4 병원윤리위원회의 운영 및 운영사례 .....	34
3.2.5 소결 .....	36
3.3 프랑스 .....	37
3.3.1 개관 .....	37
3.3.2 병원윤리위원회의 기능 .....	40
3.3.3 병원윤리위원회의 구조 .....	41
3.3.4 병원윤리위원회의 운영 및 운영사례 .....	42
3.3.5 소결 .....	43
3.4 독일 .....	46
3.4.1 개관 .....	46
3.4.2 병원윤리위원회의 기능 .....	47
3.4.3 병원윤리위원회의 구조 .....	48
3.4.4 병원윤리위원회의 운영 및 운영사례 .....	48
3.4.5 소결 .....	50
3.5 노르웨이 .....	52
3.5.1 개관 .....	52
3.5.2 병원윤리위원회의 기능 .....	54
3.5.3 병원윤리위원회의 구조 .....	54
3.5.4 병원윤리위원회의 운영 및 운영사례 .....	54
3.5.5 소결 .....	56
3.6 일본 .....	58
3.6.1 개관 .....	58
3.6.2 병원윤리위원회의 기능 .....	59
3.6.3 병원윤리위원회의 구조 .....	59
3.6.4 병원윤리위원회의 운영 및 운영사례 .....	60
3.6.5 소결 .....	60
3.7 외국의 병원윤리위원회 운영현황 소결 .....	61

제4장 우리나라 병원윤리위원회 운영현황 및 문제점 .....	67
4.1 우리나라의 병원윤리위원회의 운영현황 및 문제점 .....	67
4.1.1 병원윤리위원회에 대한 중환자 전담의사의 인식도 조사 .....	67
4.1.2 우리나라 병원윤리위원회의 설치 현황 .....	70
4.1.3 병원윤리위원회의 규정 분석 .....	71
4.2 우리나라 A 병원윤리위원회 운영사례 검토 .....	86
4.2.1 A 병원윤리위원회의 기능 .....	86
4.2.2 A 병원윤리위원회의 구조 .....	86
4.2.3 A 병원윤리위원회의 운영 .....	88
4.2.4 A 병원윤리위원회의 장점과 단점 .....	105
제5장 우리나라의 바람직한 병원윤리위원회 .....	109
5.1 병원윤리위원회의 기능 .....	109
5.2 병원윤리위원회의 구조 .....	113
5.2.1 병원윤리위원회의 조직형태 .....	113
5.2.2 병원윤리위원회의 위원구성 .....	115
5.3 병원윤리위원회의 운영 .....	118
5.3.1 병원윤리위원회의 운영방식 .....	118
5.3.2 병원윤리위원회의 심의절차 .....	119
5.3.3 병원윤리위원회의 평가시스템 .....	120
5.3.4 병원윤리위원회의 예산 .....	121
5.3.5 병원윤리위원회의 간사 .....	123
5.3.6 병원윤리위원회의 관리 .....	125
5.3.7 소결 .....	126
제6장 병원윤리위원회의 입법례와 입법론 .....	129
6.1 병원윤리위원회 관련 미국 입법례 .....	129
6.1.1 텍사스 주 .....	130
6.1.2 메릴랜드 주 .....	131
6.1.3 뉴저지 주 .....	132

6.1.4 플로리다 주 .....	132
6.1.5 기타 주 .....	134
6.1.6 소결 .....	135
6.2 병원윤리위원회 관련 우리나라 입법론 .....	137
6.2.1 법제화 방향 .....	137
6.2.2 위원회 설치 및 명칭 .....	140
6.2.3 위원회 심의 사항 .....	143
6.2.4 위원 구성 및 운영 .....	144
6.2.5 기록 및 보존의무 .....	145
6.2.6 면책 요건 .....	146
6.2.7 보고의무 .....	148
6.2.8 소결 .....	148
제7장 결 론 .....	154
참고 문헌 .....	161
부 록 .....	166
부록1. 병원윤리위원회 홍보 브로슈어 .....	166
부록2. 병원윤리위원회 내규 초안 .....	172
부록3. 병원윤리위원회 관련 법률 초안 .....	177
부록4. 텍사스 주 Health Safety Code-166 Advance Directive .....	180
부록5. 메릴랜드 주 Hospital Ethics Committee Act .....	186
부록6. 뉴저지 주 New Jersey Admin. Code Tit. 8, § 43G-5.1 .....	190
부록7. 플로리다 주 Health Care Advance Directives .....	193
부록8. 아리조나 주 Living Wills and Health Care Directives Act .....	194
부록9. 하와이 주 Hawaii Revised Statutes .....	196
ABSTRACT .....	199

## 그림 차례

<그림1> 연구의 틀 .....	6
<그림2> 영국 병원윤리위원회 분포도 .....	32
<그림3> 노르웨이의 병원윤리위원회 분포도 .....	52
<그림4> 심의 처리 과정 .....	90
<그림5> A 병원윤리위원회의 의료진의 사례검토 의뢰서 .....	92
<그림6> A 병원윤리위원회의 환자측의 사례검토 의뢰서 .....	93
<그림7> 의사결정 틀 .....	103

## 표 차례

〈표1〉 연명치료 판단 주체 .....	11
〈표2〉 임상윤리위원회와 연구윤리위원회의 비교 .....	31
〈표3〉 노르웨이 일부 병원윤리위원회의 특성 .....	57
〈표4〉 연구대상자 수 및 의료기관 수 .....	67
〈표5〉 우리나라 병원윤리위원회 운영규정-목적 비교 .....	72
〈표6〉 우리나라 병원윤리위원회 운영규정-목적, 기능 비교 .....	76
〈표7〉 우리나라 병원윤리위원회 운영규정-기능, 위원구성 비교 .....	78
〈표8〉 병원윤리위원회별 설치목적 및 위원구성 .....	79
〈표9〉 우리나라 병원윤리위원회 운영규정-간사 .....	81
〈표10〉 우리나라 병원윤리위원회 운영규정-회의 소집 .....	83
〈표11〉 우리나라 병원윤리위원회 운영규정-위원회 의결 .....	84
〈표12〉 우리나라 병원윤리위원회 운영규정-기록 및 보고 .....	85
〈표13〉 Andrea Dörries의 병원윤리위원회의 단계별 심의과정 .....	96
〈표14〉 윤리위원회의 상담/결정사항의 강제집행여부에 따른 기능 구분 .....	111
〈표15〉 병원윤리위원회 기능별 조직형태 .....	114
〈표16〉 플로리다 사전의료지시에 관한 법률 .....	134
〈표17〉 병원윤리위원회 명칭 비교 .....	141

## 국 문 요 약

### 병원윤리위원회 활성화 방안에 관한 연구

본 논문은 병원윤리위원회의 운영 및 활성화 전략을 제시함으로써 임상현장에서 무의미한 연명치료 중단과 같은 딜레마 상황을 해결하는데 목적이 있다. 연구 내용은 병원윤리위원회의 적정기능을 위한 운영방안과 제도적 정착을 위한 활성화 전략을 제시하는데 중점을 두었으며, 연구결과는 다음과 같다.

첫째, 우리나라 병원윤리위원회는 자문기능이 강한 위원회로, 기존 자문·심의기능을 그대로 유지하는 경우, 위원회의 결정 사항에 구속력이 없어, 형식적으로 흐를 가능성이 많다. 그러므로 위원회의 결정사항에 대해 일정 정도의 구속력을 갖출 수 있도록 심의·의결 기능을 보강할 필요가 있다. 이 때 관련 당사자들이 병원윤리위원회의 결정과 견해를 달리하는 경우, 다른 의료기관 또는 의료인을 선택할 수 있도록 조치를 취할 기간과 이를 위해 노력할 의료기관의 의무를 함께 규정하는 것이 아울러 요구된다.

둘째, 연명치료중단과 같은 안건을 심의·의결하기 위한 기능을 강화하는 경우, 병원윤리위원회의 형태는 다학제 방식이 적합하다. 다학제는 의학적 의사결정 시 새롭고 가치 있는 대화를 조장하는 것뿐만 아니라, 법적 관점에서 볼 때 책임을 공유하고 분담한다는 측면도 갖는다고 볼 수 있으므로 다학제를 원칙으로 한다. 그러나 실질적인 사례 분석은 위원회 형태보다 팀 접근 방식이 보다 효율적이므로, 전문성과 의사결정의 충실성을 기하기 위해 전체위원회 내에 전문위원으로 구성된 소위원회에서 이를 심사하고 이차적으로 전체위원회로 회부되는 방식으로 병원윤리위원회가 운영될 필요가 있다.

셋째, 병원윤리위원회의 운영내규는 향후 위원회의 운영에 관한 일정 요건을 충족시켜, 운영상 발생하는 의료기관간, 지역간 격차를 최소화 시킬 수 있으므로, 표준화된 운영내규가 마련되어야 한다.

넷째, 병원윤리위원회의 결정과 관련하여 구속력 있는 결정을 이끌어내기 위해 위원회의 설치 및 운영절차에 관한 법적 근거가 마련되어야 한다. 병원윤리위원회 관련 법률에는 총칙에 위원회의 설치목적 및 용어의 정의, 기본원칙 및 국가 공공단체의 책임에 관한 사항을 포함시키며, 그 외에 위원회의 설치 및 설치형태, 위원회 구성, 책임면제에 관한 사항이 포함되어야 한다. 병원윤리위원회의 면책 규정은 병원윤리위원회가 효과적으로 기능하도록 하는데 본질적인 것이라 할 수 있으므로 위원들을 포함하여 병원윤리위원회와 연관된 의료 기관과 이러한 기전에 따라 행한 의사의 경우에도 민·형사상의 책임을 지지 않도록 규정하는 것이 필요하다.

다섯째, 연명치료중단과 같은 가치중립적인 안건들은 심의·의결로만 끝나는 것이 아니라, 선순환을 거쳐 개별 병원내의 정책뿐만 아니라 국가적 정책 및 지침개발로 이어질 필요가 있다. 전체사회가 각종 임상윤리문제를 이해하고 해결해 나가기 위해 국가적 차원의 기금마련과 각 병원윤리위원회 및 지역사회를 대상으로 한 교육 프로그램 개발 및 시행과 병원윤리위원회의 설치 및 운영을 보조할 필요가 있다.

마지막으로, 환자의 의사결정능력이 없는 상황에서도 환자가 원하는 바를 가족과 의료인간의 의사소통을 통해 최대한 반영되도록 함으로써 환자의 자기결정권이 올바르게 행사되도록 해야 한다. 현재 우리나라의 말기환자의 자기결정권이 행사되도록 하는 법규정이 없는 상황에서 병원윤리위원회가 환자의 안전과 자기결정권의 행사를 가능케 하는 기제로 작용할 수 있으므로, 법제정 이전이라도 의료기관차원에서 지침을 마련하고 병원윤리위원회에서 이러한 기능이 실행될 수 있도록 하여야 한다.

---

병원윤리위원회, 위원회의 적정기능, 활성화 전략, 운영내규, 입법례



# 제1장 서론

## 1.1 연구의 배경 및 필요성

회복 불가능한 말기 환자들이 인공호흡기, 인공영양, 수분공급 등 연명치료로 인해 장기간에 걸쳐 생명연장이 가능해졌다. 그러나 연명치료의 지속으로 인해 육체적, 정신적 고통도 야기되어 새로운 문제로 등장하고 있다. 특히, 우리나라의 경우 보라매 사건으로 인해 연명치료의 중단에 관한 논의가 끊임없이 이어지고 있으나, 말기 환자의 치료중단 및 보류에 관한 법률이나 지침이 없어 임상현장에서도 여전히 혼란스러움을 겪고 있다.

이러한 상황속에서 기존 연명치료중단에 대한 논의는 최근 세브란스 병원 사건으로 인해 변화의 바람이 불고 있다. 세브란스병원 사건을 계기로 2008년 서울지법의 판결례를 위시하여 2009년 2월 신상진 의원의 존엄사법안 발의, 2009년 5월 대법원의 연명치료 중단 요건 및 내용 판시, 2009년 8월 한국보건의료연구원의 토론회를 통해 도출된 「무의미한 연명치료의 중단에 관한 사회적 합의사항」 발표 등 연명치료중단 관련 지침 제시로 이어지고 있다.

‘세브란스병원의 연명치료중단 지침(안)’ 과 ‘대법원의 연명치료중단 요건’ 에 이어, 이를 보다 명확히 하기 위한 노력은 의료분야의 합의 도출 필요성을 불러 일으켜 2009년 의학계의 합의안인 ‘연명치료 중지에 관한 지침’ 도 제시되었다. 연명치료 중지에 관한 지침은 2009년 9월 대한의사협회, 대한의학회, 대한병원협회의 연명치료 중지에 관한 지침 제정 특별위원회가 회복 가능성이 없는 환자의 품위 있는 삶을 위하여 연명치료를 적용하거나 중지할 상황에 있는 의료인에게 행위의 범위와 기준을 제시하는데 목적을 두고 마련 된 것이다.

이러한 일련의 연명치료 중단 관련 지침의 제시는 국내의 혼선을 초래하고 있는 생의 말기 치료의 방향성을 결정해주는데 있어 큰 의의가 있으나, 의료현장에서는 연명치료중단에 관한 문제를 완전히 해결해 주지 못한다는 문제를 여전히

안고 있다. 임상에서 널리 권고되는 지침들과 법적 허용 한계들이 알려져 있지만 실제 임상에서 시행되고 있는 연명치료중단 상황과는 차이가 있기 때문이다<sup>1) 2)</sup>.

국내 대법원 판결은 연명치료중단 요건을 제시하고 있으나, 세부적인 명확한 기준은 제시하고 있지 못하며, 의료계에서도 연명치료중단에 관한 지침을 제시하고 있으나, 아직은 각계의 합의가 이루어지지 않은 상황이다. 또한 대법원이 연명치료중단 결정을 의료인과 병원윤리위원회의 역할로 넘김에 따라 의료인뿐만 아니라 각 의료기관 자체적으로, 또는 의료관련 단체의 공통된 그리고 합의된 기준 마련뿐만 아니라, 절차적 정당성을 확보하는 측면에서 병원윤리위원회의 운영에 관한 구체적인 실행방안을 마련해야 하는 과제가 남아 있다.

의과학기술의 발달로 연명치료의 가능성이 더 많아지고, 이의 중단을 둘러싼 논쟁은 의료기관이나 의료인들뿐만 아니라 환자 및 가족들에게도 위협적인 요인이 되며, 지속적으로 이와 관련된 갈등이 증가할 것으로 예상되므로, 이러한 경향을 반영하여 문제를 해결하기 위한 방안이 필요하다. 외국의 경우 환자의 건강에 대한 관리뿐만 아니라 의료의 질 보장을 위한 차원에서 임상현장에서 발생하는 윤리적 갈등 요소들을 해결하고, 위험을 지속적으로 관리하기 위해 병원윤리위원회를 적극 활용하고 있다.

이에 이 논문에서는 생의 말기 연명치료의 중단과 유보의 실행을 위한 절차적인 측면에서의 정당성 확보 방안으로서 병원윤리위원회의 필요성 및 국내외 사례 등을 검토하고 이의 구체적인 실행방안 모색과 제도의 정착 및 활성화를 위한 전략을 제시함으로써 향후 연명치료중단 관련 법제 및 정책형성에 기초자료로 제시하고자 한다.

- 
- 1) Rydall A, Lynoe N. 2007. Withholding and Withdrawing Life Sustaining Treatment: A Comparative Study of Ethical Reasoning of Physicians and General Public. *Crit Care*, 12: R13
  - 2) Giannini A, Pessina A, Tacchi EM. 2003. End of Life Decisions in Intensive Care Units: Attitude of Physicians in an Italian Urban Setting. *Intensive Care Med*, 29: 1902-1910.

## 1.2 연구의 목적

이 연구의 목적은 임상현장에서의 생의 말기의 무의미한 연명치료 중단 및 유보와 같은 가치가 개입된 윤리적 딜레마 상황을 해결하고 의료인과 환자 또는 보호자와 의사소통을 증진함으로써, 생의 말기 환자의 권리를 보호하고 환자가족과 의료인간의 혼란과 갈등을 줄이기 위한 방안으로 병원윤리위원회의 설치 및 운영과 활성화 전략을 제시함에 있다.

이러한 목적을 달성하기 위한 구체적인 연구 목적은 다음과 같다.

첫째, 병원윤리위원회의 설치 필요성을 검토한다.

둘째, 외국의 병원윤리위원회의 운영현황을 파악한다.

셋째, 우리나라의 병원윤리위원회의 운영현황 및 문제점을 파악한다.

넷째, 우리나라 병원윤리위원회의 적정기능을 위한 운영방안을 제시한다.

다섯째, 병원윤리위원회의 제도적 정착을 위한 활성화 전략을 제시한다.

### 1.3 연구의 방법 및 내용

이 연구는 문헌고찰을 중심으로 한 서술적 연구이다.

연구방법은 인터넷 검색과 관련 문헌 고찰을 주로 하였으며, 그 외 우리나라 일개 병원의 A 병원윤리위원회 위원과 법률 전문가와의 인터뷰에서 질의응답 방식을 통해 논문의 내용을 보완하였다.

문헌고찰은 본 연구 주제와 관련된 국내 및 국외에서 발간된 문헌들과 인터넷을 통해 얻을 수 있는 자료들을 중심으로 분석하였다. 문헌고찰은 HEC 포럼과 MEDLINE에서 검색어 ‘병원윤리위원회’를 넣어 검색된 아티클을 중심으로 살펴 보았으며, 아티클에서 제공되고 있는 참고문헌을 이차적으로 검토하였다. 그 외 병원윤리위원회 관련 각국의 정책자료, 운영지침, 설치 가이드라인 등을 참조하였다.

병원윤리위원회의 이해와 연구의 질적 수준을 향상시키기 위해 A 병원윤리위원회의 위원을 대상으로 위원회의 필요성과 문제점, 활성화 방안에 관해 인터뷰를 실시하였다. A 병원윤리위원회의 위원회 구조와 운영방식은 회의의 직접 배석을 통해 확인하였고, 위원으로 활동하고 있는 위원과의 인터뷰를 통해 불충분한 점들을 보완하였다.

병원윤리위원회의 법률규정과 입법화 방안을 논의하기 위해 법률 전문가에게 자문을 구하였다.

연구 내용은 병원윤리위원회의 적정기능을 위한 위원회 운영방식 및 활성화를 위한 법·정책적 방안을 제시하는데 중점을 두었으며, 다음과 같이 수행하였다.

먼저 우리나라에서의 병원윤리위원회의 설치 필요성을 검토한다. 병원윤리위원

회의 설치 필요성은 연명치료 중단 관련 최근 대법원 판례를 중심으로 하여 검토한다.

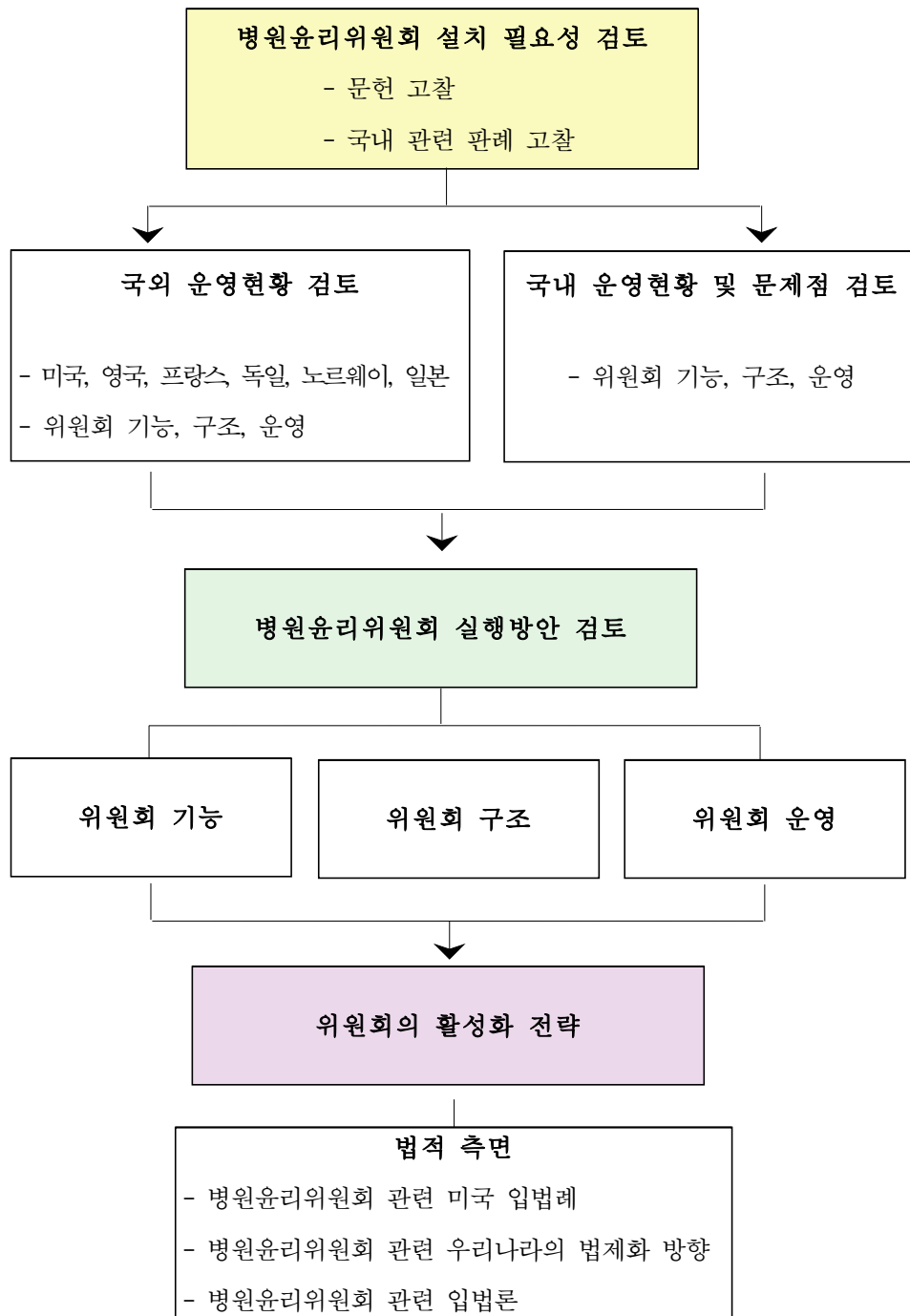
연구의 두 번째 단계에서는 문헌고찰을 통해 미국, 영국, 프랑스, 독일, 노르웨이, 일본 6개국의 병원윤리위원회 운영현황을 살펴보고 시사점을 도출한다. 또한 국내 병원윤리위원회의 운영실태와 A 병원윤리위원회의 기능, 구조, 운영에 관해 살펴보고 외국의 관련 운영 사례와의 비교 검토를 통해 제도 실행을 위한 제반 문제점을 검토한다.

A 병원윤리위원회의 기능과 운영은 운영내규, 회의록, 실제 회의 참석 등을 통해 위원회의 기능과 운영방식을 파악한다.

또한 일 병원의 병원윤리위원회의 운영은, 위원회에 소속된 경험이 풍부한 위원을 대상으로 인터뷰를 시행하고, 위원회 제도의 활성화를 위한 운영방안에 관한 의견을 수렴한다.

세 번째 단계에서 병원윤리위원회의 실행 및 활성화를 위한 기능, 구조, 운영안에 대한 고찰과 외국의 입법례를 살펴보고, 병원윤리위원회 제도의 정착 및 지속적인 시행을 위한 병원윤리위원회 관련 입법방향과 법률에 포함되어야 할 사항을 제시한다.

위와 같은 내용을 바탕으로 도출된 연명치료 중단 관련 병원윤리위원회 제도의 실행방안은 포괄적이며, 선진적인 정책 수립의 근거 틀을 마련하기 위한 기초자료로 제시하고자 한다.



<그림 1> 연구의 틀

## 제2장 병원윤리위원회의 의의·기능 및 필요성

### 2.1 병원윤리위원회의 의의 및 기능

병원윤리위원회는 임상에서 당면하는 윤리적 딜레마의 해결, 윤리적 정책 수립과 평가 및 윤리교육을 통해 의료환경에서 윤리적인 측면을 좀 더 고려할 수 있도록 많은 측면에서 기여해 왔다. 특히 윤리적 딜레마 상황의 해결방법을 제시하는 협의기구로서의 병원윤리위원회의 기능은 다양한 병원윤리위원회의 기능 중 핵심적인 기능이라 할 수 있다.

병원윤리위원회는 각 의료기관의 규정에 의해 절차들이 정해지며, 통상적으로 병원윤리위원회의 사례의뢰, 논의, 의사결정 합의 및 전달 과정이 포함된다. 즉 의사나 환자 또는 보호자 중에 문제가 되는 사안을 병원윤리위원회에 의뢰하게 되면 일주일 내에 다양한 전문가들이 모여 이에 대한 논의를 거친 후 문제를 제시한 의사나 환자 또는 보호자에게 해결방안을 전달하는 과정을 의미한다.

이렇듯 한 명 이상의 다양한 전문직 구성원의 의견을 종합하여 해결하는 병원윤리위원회의 딜레마 해결 구조는 고전적인 단일 의사에게 그 결정을 맡기는 방법보다 더 타당하고 윤리적인 해결방안으로 인식된다.

병원윤리위원회의 기능은 첫째, 환자의 질환 상태에 대한 주치의의 진단과 경과를 확인하기 위한 심사기능, 둘째, 특정 환자로 인해 야기된 사회적 윤리적 관심사를 토의하기 위한 포럼 개최 및 전문가들에게 윤리적 문제를 찾아내고 윤곽을 잡고 해결하는 방법을 교육하는 기능, 셋째, 이러한 결정을 내리기 위한 정책과 지침을 마련하는 기능, 넷째, 특정한 환자의 치료에 대해 내려진 다른 의사의 결정을 심사하거나 치료의 적절성 여부에 대한 결정을 하는 기능을 한다.

## 2.2 병원윤리위원회의 설치 필요성 검토

병원윤리위원회의 설치 필요성 검토는 기존 설치되어 있는 병원윤리위원회의 활성화 방안을 모색하기 위한 근거 사유가 되므로 중요하다. 병원윤리위원회의 설치 필요성을 검토하면서, 병원윤리위원회가 현재 우리나라에서 어떠한 방향으로 위원회가 기능해야 하는지에 대한 시사점도 얻을 수 있다. 따라서 이 장에서는 병원윤리위원회의 일반적인 이점과 최근 연명치료중단에 관해 대법원이 판시한 내용들을 살펴보고, 우리나라에서 어떠한 차원에서 병원윤리위원회의 설치가 요구되는지를 검토해 보고, 향후 병원윤리위원회의 운영방향을 가늠해 보고자 한다.

### 2.2.1 임상에서의 윤리적 갈등 해결수단

임상에서 접하는 윤리적 갈등사례는 의료의 질 관리에 있어서 매우 중요하며, 이것을 적시에 해소하는 것은 의료진이나 환자 및 가족들을 위해 매우 중요할 수 있다<sup>3)</sup>. 윤리상담은 갈등 해결을 주된 목적으로 하는 연명치료중단과 관련하여 발생하는 갈등을 해결하기 위한 방안으로 병원윤리위원회의 자문을 구하게 된다. 또한 병원윤리위원회의 활용<sup>4)</sup>은 중환자실에서 의료진과 환자 또는 가족과의 의사소통장애를 해소하기 위한 방편으로도 활용된다. 임상에서 의사소통 장애로 의료팀과 환자와 가족들간의 갈등이 야기될 경우<sup>5)</sup>, 이러한 상황에서의 병원윤리위원회의 자문은 실질적으로 환자와 가족의 만족도를 높여준다<sup>6)</sup>. 이러한 측면에서 볼 때, 환자 및 가족과 의료진간의 갈등을 미연에 방지하고 원활한 의사소통을 위한 병원윤리위원회의 개입은 매우 중요하다 하겠다. Emily Ramshaw<sup>7)</sup>의 연

3) Dipanjan Banerjee. 2007. Principles and Procedures of Medical Ethics Case Consultation. British Journal of Hospital Medicine, 68(3): 140-144.

4) Lilly C et al. 2000. An Intensive Communication Intervention for the Critically Ill. Am J Med, 109: 469-575.

5) Curtis Jr et al. 2005. Communication about Palliative Care for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. J Palliat Care, 21: 157-164.

6) Lilly C et al. 2000. Ibid

7) Emily Ramshaaw. 2007. Bills Challenge Care Limits for Terminal Patients: Some Say 10



구에서도 평균 4년 동안 16개의 병원에서 974건의 무의미한 연명치료에 관한 논쟁이 발생했으며, 이들 논쟁의 대부분이 내부의 공식적인 경로를 통해 효과적인 의사소통과 중재과정을 거쳐 해결되었음을 보고하고 있다.

임상현장에서 발생하고 있는 윤리적 갈등들은 미국의사협회에서 제시하고 있는 6단계<sup>8)</sup>로 이루어진 갈등해결 단계 중 대부분 5단계 이전에 해결이 되고 있다. 갈등해결 단계는 먼저, 의료팀이 효과적으로 의사소통이 이루어지도록 하는 단계, 두 번째는 의료팀이 의사결정을 내릴 수 없는 경우, 윤리자문가로부터 도움을 받는 단계로 윤리자문가의 중재를 통해 치료목표와 우선순위를 확인하고 의사결정을 내릴 수 있다. 세 번째 단계는 병원윤리위원회로 회부하는 단계이다. 네 번째는 의사결정자를 바꾸는 것이며, 다섯 번째가 이송 시도, 여섯 번째가 내려진 결정에 의거해 행동하는 단계이다.

이 중 병원윤리위원회의 회부를 통해 윤리적 갈등을 해결하는 세 번째 단계는 연명치료중단과 같은 사안에 있어 병원윤리위원회의 사례 깊은 논의를 통해 얻어진 논의결과가 대리인들의 의사결정에 대한 부담감을 줄여주기도 한다. 의료인이 대리인과 의견일치를 여전히 갖지 못한 경우, 병원윤리위원회의 자문요청과 위원회의 논의를 거쳐 내려진 결정이, 1차적으로 의료팀이 내린 결정과 동일한 경우 대리인이 치료의 종결에 동의하는 경우들이 그러한 예라 할 수 있다.

세브란스 사건처럼 연명치료중단에 관한 사안이 의료진과 환자 및 가족간의 관점 차이로 갈등이 야기되어 법적 분쟁으로까지 확대될 수 있으며, 의학의 발달로 미국에서와 마찬가지로 우리나라에서도 연명치료 중단과 관련된 윤리적 갈등상황이 증가할 것이 예상되므로, 이들 갈등을 해결하기 위한 하나의 과정으로 병원윤리위원회의 활용을 고려할 필요가 있다.

---

Days to Transfer Isn't Enough Before Treatment Ends. Dallas Morning News, Feb. 15, 8) AMA Council on Ethical and Judicial Affairs. Code of Medical Ethics

## 2.2.2 연명치료중단에 관한 절차적 정당성 확보수단

우리나라의 1심, 2심, 3심에서 판시하고 있는 사항들을 종합하여 볼 때, 연명치료의 중단에 관한 우리나라 법원의 입장은 무의미한 연명치료인 경우 중단을 인정하는 입장이라 할 수 있다. 각 판결에서 제시하고 있는 연명치료의 중단 근거는 무의미한 치료를 받고 있는 환자의 자기 결정을 존중해야 한다는 환자의 자기결정권 이론과 의미가 없는 치료 행위까지 행하는 것은 의무가 아니라는 의사의 치료의무의 한계로 요약할 수 있다. 연명치료 중단 근거는 일정한 요건 하에 시행되어야 하며, 허용되기 위한 요건은 환자가 회복 불가능의 말기 상태여야 하며, 치료 행위의 중지를 요구하는 환자의 의사표시가 있어, 행위를 중단하는 시점에서 명확한 의사표시가 존재해야 한다는 것이다. 또한 치료 중단을 검토할 단계에서 환자의 명확한 의사표시가 존재하지 않을 때, 환자의 추정적 의사를 통한 판단도 허용하고 있다. 또한 환자의 추정적 의사를 확인하는 것이 불가능 한 경우, 가족의 의사표시에 의한 환자의 의사 추정도 용인된다고 보고 있다.

연명치료의 중단, 특히 중환자실에서의 치료중단은 환자의 상태, 환자의 바람(wishes), 합리적으로 예측할 수 있는 결과를 총체적으로 평가한 후 임상적 의사결정이 내려질 필요가 있다<sup>9)</sup>. 그리고 가족 구성원들은 각각 종교, 의미 있는 삶에 대한 생각, 자신의 삶에 대한 지원시스템, 가용시간, 자신의 정서적 요구정도가 다르며, 제공되고 있는 의료서비스에 대해 재정적으로 감수할 수 있는 능력과 환자가 무엇을 원하는지에 관한 생각도 다르다<sup>10)</sup>. 연명치료의 중단에 관한 사항은 환자 또는 가족, 의료진 및 다른 제3자의 연명치료에 관한 견해가 개개인의 가치관 등에 따라 달라지며, 인간생명과 직접적으로 관련된 행위가 되므로, 신중하고 객관적인 판단에 의하여 이루어져야 할 필요가 있다. 그러나 대법원, 고등법원을 포함하여 각계 각 층에서 제시하고 있는 연명치료의 정의, 허용기준 등에 관해 제

9) Nereo Zamperetti, Rodolfo Proietti. 2006. End of Life in the ICU: Laws, Rules and Practices: The Situation in Italy. *Intensive Care Med*, 32: 1620-1622

10) Stephen P. Kiernan. 2007. *Last Rights*. St. Martin's Griffin.

시하고 있는 지침들은 그 내용이 조금씩 상이하며, 특히 무의미한 연명치료의 중단 또는 유보와 관련된 지침에 대한 논쟁은 어떠한 기준에 따라 치료중단 결정을 내릴 것인가에 대부분 초점이 가 있다.

연명치료의 중단에 관한 견해는 환자 또는 가족, 의료진 및 다른 제3자 개개인의 가치관 등에 따라 달라지므로 현재 제시되고 있는 연명치료에 관한 지침 이외에도 실제 현장에서 적용할 수 있는 서로간의 의견 차이를 좁힐 수 있는 방식이 필요하다. 이러한 시각을 반영하여 연명치료의 중단에 관한 우리나라 관례는 연명치료의 중단에 대한 판단에 좀 더 신중을 기하기 위해, 상당한 기간을 통한 신중한 관찰과 진단의 결과를 통한 전문 의료인의 판단과 더불어 병원윤리위원회의 심의를 거치도록 제안하고 있다.

<표 1> 연명치료 판단 주체

	서울서부지법 2008카합822	서울서부지법 2008가합6977	서울고등법원 2008나116869	대법원 2009다17417
판단 주체	주치의 및 다른 의사의 의학적 진단	환자의 치료 담당 병원 + 제3의 중 립적 의료기관의 의학적 진단	1. 상당기간동안의 신중한 관찰과 진단결과를 토 대로 전문의(담 당의사)가 평가 2. 제3의 중립적인 의료기관의 판단 3. 병원윤리위원회의 심의	환자가 회복불가 능한 사망의 단계 에 이르렀는지 여 부에 관하여 전문 의사 등으로 구성 된 위원회 등의 판단을 거침

국회입법조사처<sup>11)</sup>에서도 우리나라에서 논의되고 있는 연명치료중단 논의는 치료중단 허용여부를 둘러싼 논의가 아니라 어떤 기준과 요건, 그리고 어떠한 절차

11) 국회입법조사처. 존엄사 입법화의 쟁점과 과제. 현안보고서 제32호. 2009.8.13

에 따라 치료중단을 인정할 것인가가 더 중요한 문제임을 언급하였으며, 개별 의사의 치료중단 판단보다 제반 사항의 검토와 가족에 대한 권고, 결정을 담당하기 위한 기구로 병원내의 윤리위원회의 설치를 제안하고 있다.

손명세 외의 연구<sup>12)</sup>에서도 연명치료 중단 결정의 절차적 정당성을 기하기 위한 방식으로 연명치료의 중단을 위한 의사결정 절차, 병원윤리위원회의 활성화를 통한 투명한 의사결정과정, 의사의 설명의무에 연명치료 중단이 필요한 것으로 판단되는 경우 이를 소개하도록 의사의 설명의무 명시, 환자의 견해를 반영할 수 있는 사전 의사결정, 적법 대리인 선정 등에 관한 절차를 언급하였으며, 이 중 병원윤리위원회의 구성과 운영원칙은 절차적 정당성을 기하기 위한 중요한 방식으로 보았다.

미국의 병원인증기구 (JCAHO, Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations)에서도 보건의료기관이 환자에게 의료서비스를 제공할 때, 환자의 권리를 보장하기 위한 표준 충족 여부를 병원평가 항목으로 지정하고 윤리적 문제를 다루도록 요구하고 있다. 특히 JCAHO Standard RI 1<sup>13)</sup>은 윤리적 문제를 다루기 위해 절차적 측면의 기준을 충족시킬 것을 규정하고 있으며, 이러한 기준 충족은 병원윤리위원회의 설치, 공식적인 윤리 포럼 개최, 윤리 상담 등과 같은 방식을 통해 이루어지며, 결과적으로 환자의 권리를 보장하는 방안이 되도록 하고 있다.

위에서 본 것처럼 연명치료의 중단 결정에 관한 사안은 허용기준과 요건뿐만 아니라 어떠한 절차에 의거해 치료중단을 인정할 것인가가 매우 중요하므로 개별 의사에게 치료중단 판단을 맡기는 것 이외에도, 다학제로 구성된 위원들의 다양한 견해를 반영함으로써 연명치료중단의 과정을 절차적으로 통제하는 것이 필요하다. 즉, 병원윤리위원회와 같은 기구의 심의를 통한 보완이 필요하다.

12) 손명세외. 2006. 선진국 사례 등 의료법 체계 연구. 연세대학교 의료법윤리학연구소 연구보고서. 연세대학교 의료법윤리학연구소, 2006.5

13) JCAHO Standard RI 1 The organization addresses and respect patient rights in providing patient care or services

### 2.2.3 우리나라 판례상의 요건

우리나라 판례는 연명치료중단 등과 같은 안건을 다룰 때 병원윤리위원회의 활용을 권장하고 있다. 예컨대, 서울고등법원은 ‘환자가 회생가능성이 없는 비가역적인 사망과정에 진입한 상태인가에 대한 판단은 연명치료를 시행하면서 환자를 진료·관찰해 온 담당의사의 의견을 존중하고, ‘병원윤리위원회’와 같은 기구의 심의를 통한 보완’의 필요성을 언급하고 있다<sup>14)</sup>. 대법원의 판결 또한 치료중단이 생명을 임의로 단축하는 행위가 될 수 있어 상당한 기간을 통한 신중한 관찰과 진단의 결과를 통한 전문 의료인의 판단과 더불어 ‘병원윤리위원회의 심의를 통해 연명치료의 중단에 대한 판단에 좀 더 신중을 기할 것’을 요구하고 있다<sup>15)</sup>.

그러나 병원윤리위원회의 심의를 통해 연명치료의 중단을 신중하게 시행하도록 요구하고 있는 반면, 보건의료에 관한 의사결정의 법적 권한을 병원윤리위원회에 부여하거나, 병원윤리위원회 위원들에게 요구되는 기본적인 자격요건, 적법한 절차에 따른 위원회 운영절차, 의사결정에 따른 의료진과 병원윤리위원회 위원들의 면책에 관한 사항은 언급하고 있지 않다. 또한 우리나라 관련법에서도 이에 관한 사항들은 규정되고 있지 않아, 환자 또는 가족들이 결정해야 할 지극히 사적인 갈등들을 법원의 판단을 받을 수 밖에 없는 상황이다.

따라서 현재 제시되고 있는 연명치료에 관한 지침들이 실제 현장에서 적용되기 위해서는 서로간의 의견 차이를 좁힐 수 있는 방식이 요구된다. 윤리적 문제가 발생했을 때 적절한 해결책이 의료진에게 제시되지 않는다면, 차후 관련 의료행위에 부정적 영향을 미칠 수 있으며, 적절한 해결책이 제시되지 않은 윤리적 문제들 때문에 결국 의료진이 소극적 내지는 방임적 진료를 행할 수 있다. 그러므로 의료진과 환자 및 환자 가족 사이의 갈등이나 의료진 내의 갈등이 발생하는 경우, 갈등 해결을 위해 윤리적이고 합리적인 결정과 중재를 할 수 있는 기구가 필요하며, 병

14) 서울고등법원 2008나116869 판결

15) 대법원 2009.05.21 선고 2009다17417

원윤리위원회는 이러한 요청에 따라 구성·운영되고 있음<sup>16)</sup>을 볼 때, 국내 현실에 따른 병원윤리위원회의 설치가 요구된다.

병원윤리위원회에 의한 갈등해결은 부담스런 재판절차와 다루기 힘든 소송을 겪지 않아도 된다는 이점이 있다<sup>17)</sup>. 관료주의적 접근방식과 당사자주의의 접근방식을 지향하는 사법시스템은 연명치료와 관련된 논쟁으로 고군분투하는 보건의료 전문가들과 환자들이 직면한 정서적 이슈를 해결하도록 고안되어 있지 않다<sup>18)</sup>. 이러한 측면에서 병원윤리위원회는 사법적 개입을 가시적으로 대체하는 수단이 되며, 법원은 혁신적이고 유연한 절차를 만들어 내는 것이라 할 수 있다. 법원과 달리 병원윤리위원회는 의학적 사실에 대한 외부 기관의 전문가 평가가 요구되지는 않는다는 측면에서의 이점이 있다. 또한 재판절차를 거치는 경우보다, 갈등이 해결되는 시간이 훨씬 적게 소요된다.

비용-효과, 갈등해결 시간, 프라이버시 유지 등을 토대로 재판절차와 병원윤리위원회를 비교해 볼 때, 비용-효과적인 측면과 소요되는 시간측면에서 재판을 거치는 경우보다 비교적 우위에 있다. 개별 사안에 대한 윤리위원회의 심의는 재판보다 비용이 적게 들며, 변호사비용, 재판비용을 포함하여, 재판을 진행하면서 드는 시간소모까지 포함한다면 굉장히 많은 비용이 절감될 수 있다.

---

16) 김중호 외. 2004. 병원윤리위원회 조직과 기능 및 활성화 방안 연구. 한국의료윤리교육학회지, 7(1): 47-63.

17) Janet Fleetwood, Stephanie S. Unger. 1994. Institutional Ethics Committees and the Shield of Immunity. *Annals of Internal Medicine*, 120(4): 320-325.

18) Janet E et al. 1989. Giving Answers or Raising Questions?: The Problematic Role of Institutional Ethics Committees. *Journal of Medical Ethics*, 15(3): 137-142

## 2.3 병원윤리위원회의 설치 필요성 추가 논의

미국의 1976년 카렌 퀴란(Karen Quinlan) 사건<sup>19)</sup>에서 윤리위원회의 활용을 처음으로 언급<sup>20)</sup>한 뉴저지 주 대법원 판결은 사실상 Bayer Law Review의 Karen Teel의 논문에 많은 영향을 받았다. Karen Teel은 “나는 의료기관 경영자, 의사, 간호사와 그 외 다른 사람들은 생명의 존엄성에 대한 경외심을 갖고 있으며, 가능성이 조금이라도 있다고 보는 경우 생명을 보존하기 위한 모든 노력을 기울인다. 그러나 이들도 승리할 수 없는 상황에도 직면한다. ... 나는 개별적인 상황에서 정보제공 및 대화를 위해서 규칙적으로 포럼을 제공하고, 의사, 사회사업가, 변호사, 신학자, 환자와 가족으로 구성된 윤리위원회가 논의를 거쳐 판단결과를 도출하고 이에 대한 책임을 지는 것이 바람직하다고 본다. 보통 이들 위원회의 권한은 일차적으로 병원내로 한정되며, 이 기구는 강제성을 갖는 기구라기보다 자문기구로서의 역할을 하는 것이 적절하다.”<sup>21)</sup>고 언급하였다.

Teel은 다학제 위원회는 의학적 의사결정 시 새롭고 가치 있는 대화를 조장하는 것뿐만 아니라, 법적 관점에서 볼 때, 책임을 공유하고 분담한다는 측면도 갖는다고 보았으며, 위원회가 강제할 수 있는 기구라기보다 자문기구로서의 위원회를 언급하였으나, 뉴저지 주 대법원은 위원회에 더 많은 역할을 부여하였다.

뉴저지 대법원은 퀴란의 후견인이나 가족들이 개인의 프라이버시권에 근거하여 연명치료의 중단을 요청하는 경우, 퀴란의 주치의가 환자가 회복 가능성이 더 이상 없다고 판단하고, 병원윤리위원회가 이러한 예후 판단에 동의한 경우, 생명유지 장치를 제거할 수 있다. 이러한 기전에 따라 행한 의사는 민사 또는 형사상의

19) In re Quinlan, 355 A.2d 647, 668 (N.J.) (1976)

20) “후견인과 가족이 같은 의견이고, 다른 의사가 퀴란이 현재 혼수 상태에서 인식있는 지적 상태로 회복할 가능성이 없다는 판정을 받고 생명유지장치를 중지시켜야 한다는 결론을 내린다면, 입원한 병원의 윤리위원회의 승인을 얻어 장치를 제거해도 된다.” 뉴저지 주에 있는 각 병원에 개인의 윤리적 딜레마 상황을 심사하고, 환자와 보호자들을 위해 안전장치와 보호수단을 제공하기 위해 의사, 사회사업가, 변호사, 신학자로 구성된 윤리위원회를 설치할 것을 권고하였다.

21) Karen Teel, 1975. The Physician's Dilemma: A Doctor's View—What the Law Should Be. Baylor Law Review, 27: 6-9.

책임을 지지 않음을 실시하고 있다.

이처럼 미국의 병원윤리위원회의 기원이 Karen Teel을 비롯하여 의료인들을 중심으로 시작되었으며, 자원배분의 문제를 포함하여 임상에서 발생하는 각종 윤리적인 문제를 다루기 위한 실질적인 목적이 큰 기구라 할 수 있다.

이에 비해 우리나라에서의 병원윤리위원회는 보라매 병원사건의 발발로 처음 설치되기 시작하였으나, 임상윤리 문제 해결을 위한 것이라기보다, 의료분쟁으로 화할 가능성이 있는 사안을 해결하기 위한 목적이 더 컸다 할 수 있다. 특히, 외국의 경우 현대 의학이 의학교육과 임상현장에서 습득할 수 있는 전문지식 및 기술을 넘어서는 문제들을 야기한다는 사실에 대한 인식이 의료인들이 주도적으로 병원윤리위원회를 설치하도록 추진하는 동인이 되었으나<sup>22)</sup>, 우리나라의 경우 최근 연명치료중단 판결을 언도한 대법원이 병원윤리위원회의 활용을 언급한 것은, 의료인들의 자발적인 참여가 아니라 반 강제적으로 설치 및 운영토록 하여 형식적으로 흐를 가능성이 더 많아 진다.

또한 대법원이 임상에서 병원윤리위원회가 연명치료중단과 같은 복잡한 사안에 대해 자문역할과 의사결정을 하도록 촉구한 최근 연명치료중단 판결은 자칫하면 우리나라의 의료윤리문제가 연명치료중단과 같은 특정 이슈로만 한정되고, 일상적으로 접하는 의료인들의 의료윤리문제는 여전히 개인이 해결해야 할 문제로 인식하도록 우리사회를 방향 지을 수 있다.

“... 통상적인 소송절차는 엄격한 절차를 준수하여야 하고 그로 인하여 상당한 비용과 시간이 소요될 수 있으므로 연명치료의 중단을 위하여 반드시 소송절차를 거쳐야 한다면 객관적으로 연명치료의 중단이 허용되는 경우에 해당한다 하더라도 환자의 인간으로서의 존엄과 가치가 침해되는 상

---

22) A. Slowther, C. Johnston, J. Goodall, T. Hope. 2004. Development of Clinical Ethics Committees. *BMJ*, 329; 950-952; D.E. Hoffman. 1991. Regulating Ethics Committees in Health Care Institutions-Is It Time?. *Maryland Law Review*, 50: 746-797



태가 장기간 방치되는 결과에 이를 수 있다. 이는 환자의 생명권을 최대한 보호하되 환자의 인간으로서의 존엄과 가치를 해하는 연명치료에 관하여는 보다 적정하고 신속한 절차를 통하여 법원의 사전판단을 받음으로써 침해 상태를 배제할 것을 구하는 환자들이나 병원 측의 요청을 외면하는 결과가 될 수 있다. .... 그러나 연명치료 중단에 허용 여부에 대한 법적 불안정을 제거하고 환자가 적정하고 신속하게 인간으로서의 존엄과 가치에 대한 침해로부터 구제받기 위해서는 소송절차에 의하지 아니하고도 법원의 판단을 구할 수 있는 절차가 있다면 이에 관하여도 명시할 필요가 있다. 그러므로 현행법의 해석상 가능한 범위 내에서 적정하고 신속하게 법적 판단을 받을 수 있는 절차에 관하여 살펴보고자 한다. .... 민법 제947조 제1항, 제2항에 따라 연명치료 중단에 허용 여부에 관한 법원의 사전판단을 받게 하면, 의료인 측의 판단절차에 맡기는 것에 비하여 적정하고 법적 구속력 있는 판단을 받을 수 있고, 소송절차에 의하는 것보다 간이하고 신속한 절차를 통하여 연명치료 중단에 관한 당사자의 법적 불안정을 제거할 수 있다. .... 연명치료 중단이 문제되는 많은 사건에서 가정법원이 이러한 역할을 담당하는 것이 ... 의료인이 법적 책임에 대한 부담감으로 인하여 법원의 사전판단을 받기를 선호하는 경우에는 더욱 문제될 수 있다. ... 이러한 연명치료 중단 요구에 대한 허가는 현행법상 인정되는 가정법원의 후견적 기능이 가장 필요한 법적 영역이라고 할 것이다. 뿐만 아니라, 연명치료 중단에 대한 요구를 충족하였는지 여부에 대하여 환자 측과 의료인 및 위원회의 판단이 일치하는 경우 회복 불가능한 사망 단계에 이르렀는지 여부 등 객관적인 요건에 대한 심리의 부담이 그리 크지 않을 것이며, 환자 측과 의료인의 판단이 서로 다른 경우에는 어차피 쟁송절차에 의한 법원의 판단을 요할 것이므로 전체적으로 법원의 부담도 크게 증가되지 않을 것으로 보인다.” 23)

23) 연명치료 중단에 관한 법적 판단절차에 대한 대법관 김지형, 박일환의 별개 의견. 2009다17417 무의미한 연명치료장치제거 등

의료현장에서 일상적으로 접하는 것들은 단순히 연명치료 중단, 낙태와 같은 특정 사안들만이 아니라 의사를 포함한 의료인과 환자관계(이하 의사-환자관계라 한다)에서 발생하는 지극히 사적이고 개인적인 문제들이라 할 수 있다. 의사-환자관계에서 발생하는 개인적인 문제들이란 단순히 딜레마가 발생한 상황만을 의미하는 것이 아니라, 의사와 환자가 교호하는 가운데 어떠한 가치를 더 중요하게 볼 것인가를 결정하는 의료윤리 시각이 반영되는 상황들이 포함된다. 이러한 측면에서 볼 때, 임상에서 일상적으로 접하는 가치가 개입된 상황에 대한 것이 아니라, 우리나라의 병원윤리위원회가 연명치료 중단에 관한 안전을 심의하기 위한 조직으로서만 출발하는 것은 의사-환자관계에 있어서의 철학적, 이론적 정당성을 갖추고 충분한 논의를 통해 이루어진 가치판단이 배제되는 결과를 가져올 수 있다. 사실상 가치가 개입되는 상황에서 어떠한 결론을 내린다는 것은 관련된 당사자들이 자신이 처한 상황을 인지하고, 그러한 상황에서 어떠한 역할을 하는지에 대해 알고 있음을 뜻한다. 이러한 측면에서 가치라는 것은 환자-의사관계에서 곤혹스런 윤리적인 문제를 해결하는데 매우 중요하게 작용한다.

다른 어떤 가치들보다 의사의 온정주의를 강조하는 온정적 간섭주의는 현대 의학의 발달로 과학적 발견이나 치료방법들을 통해 질병치유 가능성이 많아짐에 따라 환자가 갖고 있는 판단보다 전문가 지식이 더 우위에 있게 됨에 따라 채택된 것으로 환자의 동의가 없음에도 다른 사람의 선을 위해 행동하게끔 한다. 이러한 현상은 응급의료상황에서 자주 접하게 된다. 즉, 의사가 환자에게 가장 좋은 것을 알고 있으므로, 환자를 위해 의사결정을 하게 된다. 이에 비해 환자보다 전문적 지식을 더 많이 갖고 있어 환자를 위해 더 나은 판단을 할 수 있다는 측면에서 채택된 온정적 간섭주의의 경우, 환자가 의존적이 되고, 자율성이 최소화된다는 측면도 동전의 양면처럼 있다. 그러나 환자가 의사에게 자신을 위해 의사결정을 내려달라는 요청이 있는 경우, 자율성을 최소화시키는 온정적 간섭주의라기보다 신뢰를 기반으로 하여 선행의 원칙을 이행하는 형태로 의사-환자 관계가 구축이 된다.

진단과 치료에 있어 신뢰관계를 형성하고, 환자의 최선의 이익을 대변하는 자로

서의 역할 이행은 진단과 치료방식이 반복적이고 예측이 가능한 경우가 많아, 주도적으로 이러한 역할을 이행하는 것은 가능하다. 그러나 임상에서 직면하는 상당수의 윤리적 문제를 해결함에 있어서는 어려움이 있다. 보통 윤리적 문제를 해결하기 위해 연역적 방법론, 특히 윤리이론을 적용하여 해결하는 방식이나, 특정 이론이나 표준 이론을 적용하지 않고 가능한 한 많은 가치들을 보호하고자 하는 밸런싱 방법(balancing method)들을 사용하나, 임상에서 실제 접하는 사례에 적용 시 의학교육에서 배운 이들 원칙과 적용해 나가는 과정들이 딱 맞아 떨어지지 않고, 대부분 불확실성이 존재하기 때문이다. 윤리적 측면에서의 불확실성이 존재한다는 것은 의학교육에서 고전적 사례에 특정 윤리원칙들을 적용해 보면서 의사결정을 해 나가는 과정을 습득하게 되나, 특정 윤리원칙들은 관련된 다른 가치와 결합하는 경우 본래적 원칙에 예외가 발생하게 된다. 이러한 상황에서 표명된 가치들간의 균형을 잡아가는 과정을 거치게 되나, 어떠한 것에 가중치를 더 둘 것인가에 대한 판단은 고스란히 남게 되는 것이다<sup>24)</sup>.

다른 한편 윤리적 딜레마를 해결하기 위한 노력이나 시도는 의료현장에서는 일상적인 일임에도 불구하고, 대부분의 의료인들이 무엇이 윤리적인 문제이며, 또한 법적인 문제와 순수하게 의학적 문제가 무엇인지를 항상 명확하게 인식하고 있지 못하고 간과하는 경우가 많다. 그리고 경력과 상관없이 의료인들이 윤리에 대해 포괄적으로 교육받는 경우가 그리 많지 않으며, 윤리적 통찰력을 가질 수 있도록 해주는 수단들이 없는 것이 현실이라 할 수 있다<sup>25)</sup>. 이러한 현실들은 온정적 간섭주의 측면에서 볼 때, 또 하나의 권위주의적 역할이 필요함을 의미한다.

이러한 측면에서 볼 때, 의사-환자 관계에서 발생하는 가치가 개입된 문제들에 대해 많은 의사와 가족들이 자율적으로 독자적인 판단을 내려야 하는 위치에 놓이고, 스스로 그렇게 해야 한다는 부담감을 안고 있으므로, 다학제적 위원들로 구

---

24) Edward M. Hundert. 2003. A Model for Ethical Problem Solving in Medicine, with Practical Application. *The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 1(4): 427-435

25) Sokol D. 2009. The Unpalatable Truth about Ethics Committees. *BMJ*, 339: b4179

성된 병원윤리위원회는 환자 또는 가족들이 각자 문제해결을 위한 대안을 제시하는 것보다 더 많은 가능한 대안들을 제시해 줄 수 있을 것이다.

통상적으로 의료인들은 윤리강령과 전문가 협회에서 제시한 최근 가이드라인에 대해 인식하고 있으나, 이들 윤리강령과 가이드라인들은 윤리자문이 굉장한 가치를 지니게 되는 민감한 사안에서 발생할 수 있는 윤리적 문제들의 단편적인 측면만을 제시하고 있다. 이러한 측면에서 볼 때, 윤리적 숙고가 기본적인 원칙과 가치에 대해 철학적인 인식이 요구되므로 전문가들로 구성된 위원회에서 이들 전문가들이 제안하는 권고가 더 나올 수 있다<sup>26)</sup>. 문제가 발생하였을 때 어떻게 다룰 것인지에 대한 자문이나 권고를 제공해 줄 수 있는 윤리위원회의 설치에 의료인들이 직면할 수 있는 복잡한 딜레마에 대한 인식을 하도록 이끔으로서 더 민감하고 어려운 문제를 해결하는 능력을 지속적으로 확장시켜 줄 수 있다<sup>27)</sup>.

그렇다면, 임상에서 직면하는 상당수의 가치가 개입된 윤리문제들이 지극히 개인적이고 사적인 문제들임에도 불구하고 의사-환자 관계에 병원윤리위원회의 개입이 요구되는 상황에서, 병원윤리위원회가 이러한 역할을 잘 감당하고 있는가?

사실상, 기존의 병원윤리위원회는 조직 내에 부속된 하나의 부속물로, 위원회가 어떠한 기능을 하고 있는지 대부분의 사람들이 명확하게 알지 못하는 정도로 기능하고 있거나, 조직의 본질적인 절차에 영향을 주지 않고 없애버릴 수 있는 정도의 것으로 인식되고 있다<sup>28)</sup>. 또한 국가적 차원에서 강제하거나 지원해주고 있지 않으며, 위원회의 설치나 구성, 보상에 대한 공식적인 요구도 없다. 또한 병원윤리위원회의 자문을 받아야 한다는 법적 의무나 전문가 의무가 없고, 위원회에 회부된 결정에 대해 따라야 한다는 사항도 없으며, 위원 위촉이 보통 위원장의 재량으로 위촉되어 불안정해질 수 있다.

---

26) Sheila A.M. McLean. 2009. Clinical Ethics Consultation in the United Kingdom. *Diametros*, 22: 76-89

27) 앞의 글

28) Janis Rueping, Daniel O. Dugan, 2000. A Next-Generation Ethics Program in Progress: Lessons From Experience, *HEC Forum*, 12(1): 49-56

따라서 다음 장에서는 병원윤리위원회가 환자의 최선의 이익을 대변하는 자로 윤리 판단의 기반이 되는 실천적 역할을 하기 위해<sup>29)</sup> 외국의 병원윤리위원회 운영사례를 살펴보고 우리나라 병원윤리위원회의 적정기능을 위한 시사점을 도출하고자 한다.

---

29) 강현희 외. 2008. 연명치료 중단 관련 법·정책 방향. 한국의료법학회지, 16(1): 53-76.

## 제3장 외국의 병원윤리위원회 운영현황

이 장은 우리나라의 병원윤리위원회의 적정기능을 위한 위원회 운영방식 및 활성화를 위한 전략을 모색하고자 외국의 병원윤리위원회 운영현황을 살펴보고자 한다. 국가별 운영현황은 미국, 영국, 프랑스, 독일, 노르웨이, 일본을 대상으로 하며, 이들 국가의 병원윤리위원회 설치 및 운영현황 실태를 파악함으로써, 우리나라의 병원윤리위원회의 적정기능을 위한 시사점을 도출하고자 한다.

### 3.1 미국

#### 3.1.1 개관

미국에서 병원윤리위원회가 처음 발족 된 것은 1962년 시애틀 스웨덴병원(Seattle's Swedish Hospital)에 투석기를 어떻게 할당할 것인가를 결정하기 위해 설치된 것이 시초였다. 그 후 1960·1970년대 생명연장술의 광범위한 사용으로 삶과 죽음에 관한 의사결정 관례들이 나오면서, 병원윤리위원회가 범원을 대신하여 의사결정을 하는 대안으로 떠올랐다.

1970년대 초 매사추세츠 병원 경영자는 정신과의, 의사 2명, 간호관리자, 일반인, 법적 자문가를 지명하여 특별위원회를 구성하였다. 이 위원회는 가망 없는 환자를 어떻게 하면 잘 관리할 수 있을 것인가를 연구하기 위한 업무를 수행했다. 이 위원회는 예후분류시스템을 제안했으며, 특히 뇌사 또는 환자가 회복될 가능성이 없는 경우에 대해 제안했다.

이 특별위원회의 설치로 의사가 회복 불가능하고 불치병에 걸린 환자가 사망이 임박하였다고 판단한 경우, 의사는 의사들로만 구성되어 있는 특별위원회와 사망이 확실하며, 소생술을 시행해야 할 목적이 없는지의 여부를 논의할 수 있었다.

특별위원회 위원들은 만장일치로 동의하고, 환자가 충분한 동의에 의해 작성해 둔 경우, 심폐소생술(DNR) 요구는 허용되고 환자의 의무기록에 포함되었다. 환자가 의사결정 능력이 없는 경우, 의사는 가족의 승낙을 받고 시행되도록 하였다.

그러나 이러한 기구를 활용하는 방식은 많은 반대에 부딪혀 즉각적으로 채택되지 않았으며, 특별위원회에서 제시한 가이드라인도 대부분의 병원에서 채택하지 않았으며, 병원윤리위원회의 설치에 반대를 표시하였다.

1974년 보스턴 매사추세츠(Boston Massachusetts)병원은 특별 위원회를 적정진료위원회(Optimum Care Committee)라고도 부르는 기관윤리위원회(Institutional Ethics Committee)로 바꾸었다. 이 위원회는 중환자에 대한 지속적인 치료가 적정한지를 결정함에 있어 어려움이 발생한 경우의 생의 말기 의학적 중재를 다루었다. 기관윤리위원회는 위원장을 포함하여 외과의사, 변호사이자 의사인 인턴, 신학을 전공한 정신과의사, 간호사로 구성되었다. 기관윤리위원회의 간호사는 환자의 상태에 관한 정보, 가족 구성원의 태도, 치료의 한계와 중단에 관한 간호 관리자의 견해와 같은 정보를 수집하였다<sup>30)</sup>. 기관윤리위원회는 단지 환자의 예후를 진단하고 기록한 주치의의 요청이 있는 경우에만 회의가 소집되었다. 위원회의 기능은 자문 기능이며, 개인 또는 그룹으로 상담에 응하는 방식을 취했으며, 간혹 전화로 사례 상담이 이루어지기도 했다. 이들 기관윤리위원회는 선행의 원칙에 근거해 상담을 시행했으며, 위원회의 권고사항은 의사에게 통보되며, 위원회의 결정사항은 의사가 자유롭게 받아들일 수도, 따르지 않을 수도 있었다.

1976년 카렌 퀸란(Karen Quinlan) 사건에서 뉴저지 대법원은 “후견인과 가족이 같은 의견이고, 다른 의사가 퀸란이 현재 혼수상태에서 인식 있는 지적 상태로 회복할 가능성이 없다는 판정을 받고 생명유지장치를 중지시켜야 한다는 결론을 내린다면, 입원한 병원의 윤리위원회의 승인을 얻어 장치를 제거해도 된다.”고 판시함으로써 윤리위원회의 활용을 처음으로 언급하였으며, 뉴저지 주에 있는 각 병원

---

30) Brennan, Toyean A. 1988. Ethics Committees and Decisions to Limit Care. The Experience at the Massachusetts General Hospital. JAMA, 260(6): 803

에 개인의 윤리적 딜레마 상황을 심의하고, 환자와 보호자들에게 안전장치와 보호 수단을 제공하기 위해 의사, 사회사업가, 변호사, 신학자로 구성된 윤리위원회를 설치할 것을 권고하였다<sup>31)</sup>.

1983년 대통령 자문위원회는 권익보호와 복지, 자기결정권 등을 보호하기 위해 의사결정 능력이 없는 환자의 말기 생명유지 장치의 중단과 관련된 사안 심사 및 자문을 위한 윤리위원회와 같은 조직을 둘 것을 권고하였다<sup>32)</sup>. 대통령 자문위원회가 권고한 병원윤리위원회의 4가지 역할은 진단과 예후 평가, 윤리적 딜레마를 해결하기 위한 방법론과 윤리적 논의를 위한 포럼 개최를 통해 의료진 교육, 특정 윤리적 이슈에 관한 의료기관 정책과 가이드라인 작성, 의사, 환자, 대리인이 내린 치료에 관한 결정 심사, 특정 사례에 관한 의사결정이다.

대통령 자문위원회는 다양한 위원 구성과 견해를 공유하는 것의 중요성을 강조하였으며, 공동체 논의와 교육에 초점을 두고 위원회가 진행되어야 한다고 하였다<sup>33)</sup>. 또한 대통령 자문위원회는 마지막 대안으로 법원이 의사결정 주체로 활용되어야 함을 언급하였다.

1985년 연방아동학대예방 및 치료법에서도 신생아 치료심의위원회의 설치를 권고하였으며, 1987년 메릴랜드 주의 ‘환자 자문위원회에 관한 법’에서도 자문위원회의 설치를 명시하였고, 1990년 모든 너싱홈(nursing home)에 개설허가 조건으로 설치를 의무화하였다. 1992년 JCAHO는 딜레마 해결 기제로 윤리위원회를 설치할 것을 요건으로 하였다. 이러한 권고사항과 요건들이 미국 병원들이 윤리위원회를 설치하는데 많은 영향을 미쳤고, 현재 90% 정도의 병원에 윤리위원회가 설치되어 있다.

---

31) In re Quinlan, 355 A.2d 647, 668 (N.J.) (1976)

32) President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment: A Report on the Ethical, Medical, and Legal Issues in Treatment Decisions. 2000

33) President's Commission 1983; 160-163



### 3.1.2 병원윤리위원회의 기능

병원윤리위원회는 병원에 어떠한 것들을 위원회가 기여할 수 있을 것인지에 따라 위원회의 기능이 달라지나, 주로 세 가지 기능을 갖고 있다. 첫째, 교육 기능으로 위원회 위원들과 병원내의 의사와 의료진, 환자와 가족, 지역병원을 대상으로 한 교육이 이에 해당한다. 둘째, 정책개발 및 권고로, 분배문제(allocation issues)나 문제시되는 사례의 의사결정과정 에 관한 의료전문가들을 위한 정책이나 가이드라인 개발이 포함된다. 세 번째는 전향적, 후향적으로 사례 상담 및 평가를 한다.

### 3.1.3 병원윤리위원회의 구조

병원윤리위원회는 보통 13명의 위원으로 구성되며, 최소 5명에서 최대 33명까지 구성되기도 한다. 병원윤리위원회의 위원은 중환자의학 전문의, 정신과의, 신경과의, 간호사, 목사, 사회사업가, 행정관리자로 보통 구성하며, 변호사, 생명윤리전문가가 추가적으로 더 포함되기도 한다.

### 3.1.4 병원윤리위원회의 운영 및 운영사례<sup>34)</sup>

병원윤리위원회 운영은 보통 2개월에 한번 개최되며, 1개월에 한번 개최되는 경우는 적은 편이다. 병원윤리위원회 위원의 임기는 위원회에서의 경험을 통해 배울 기회를 더 많은 사람에게 제공하기 위해 제안되고 있으나, 실질적으로 임기에 제한을 두는 경우는 많지 않다. 임기에 제한을 두지 않는 이유는 경험 있는 위원들이 병원윤리위원회 활동에서 배제되는 것을 원치 않거나 많은 사람들이 위원회에 관심을 두지 않음을 이유로 제시하고 있기도 하다.

---

34) Mark P. Aulisio et al, 2009. Clinical Ethics Consultation and Ethics Integration in An Urban Public Hospital. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics, 18: 371-383.

클리블랜드 시에 있는 메트로 보건의료센터(MetroHealth Medical Center)의 병원윤리위원회<sup>35)</sup>는 2001년 이전에는 위원회 모델(full committee model)을 채택하여 윤리상담 서비스를 제공하였다. 당시 위원회는 18명의 위원으로 구성되고, 소아과, 산부인과, 노인 의학과, 신생아학과, 정신과, 중환자 의학과, 내과, 병리학, 물리학, 재활, 신장학, 간호 관리자, 지역사회 대표, 목사, 위험 관리자, 사회사업가, 청소년 의학과 등 다양한 배경을 가진 사람들이 포함되었다. 메트로 보건의료센터(MetroHealth Medical Center)는 환자와 가족 및 대리인을 참석시켜 위원회를 개최했다.

전체 병원윤리위원회 모델을 채택하여 윤리상담 서비스를 제공하던 메트로 보건의료센터는 그간의 운영을 통해 전체 위원회 모델방식의 단점들을 알게 되었다. 하나는 전체 위원회로 윤리상담 요청이 이루어진 경우, 전체 위원들을 대상으로 회의 일정을 잡는데 많은 어려움을 겪었으며, 이로 인해 적시에 윤리상담요청에 반응하지 못하는 결과가 발생했다. 그 결과 윤리상담 서비스의 이용도가 낮아졌다.

전체 위원회 운영방식의 또 다른 단점은 전체 위원회 운영방식이 환자, 가족, 대리인을 포함하여 진료 팀에게도 부담을 안겨주었다는 점이다. 환자, 가족, 대리인의 개입이 요구되는 경우, 전체 위원회는 사례를 논의하기 위해 진료팀 구성원들을 회의에 배석시키고, 그 후 그룹 논의를 진행시키기 위해 환자, 가족, 대리인을 회의 장소에 참석시켰었다. 이러한 공식적이고, 과도하게 사법적인 구조와 유사한 형태의 위원회 운영 방식은 가족이나 대리인들이 편안한 환경에서 의견개진이 이루어지는 것을 막아버리는 것이 되었다.

이러한 문제점들을 극복하기 위해 2001년부터 메트로 보건의료센터는 18명에서 25명으로 위원을 증가시켰으며, 응급의학과, 간호사, 레지던트, 완화의료, 소아

---

35) Mark P. Aulisio et al. 2009. Clinical Ethics Consultation and Ethics Integration in An Urban Public Hospital. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics, 18: 371-383

과, 임상윤리프로그램의 대표자들을 추가로 포함시켰다. 병원윤리위원회는 상담서비스를 재구조화하는 동시에 위원회의 일차적 기능으로 교육을 강화하기로 자체적으로 결정하였다. 임상윤리프로그램과 함께 병원윤리위원회는 자체교육을 시행했으며, 주요 임상영역에 대한 정기윤리교육과 생의 말기 의사결정, 연명치료, 윤리와 전문가주의, 의사결정 능력에 관해 주제별 연차교육을 시행했다.

병원윤리위원회에서 채택한 모델은 소규모 팀 접근 방식으로 윤리학자, 의사, 간호사, 사회사업가를 핵심 팀 구성원으로 구성하였으며, 윤리학자와 의사는 공동 위원장을 맡고, 간호사는 간사역할을 한다. 메트로 보건의료센터가 채용한 소규모 팀 접근 방식은 핵심 인력 이외의 위원들은 안건의 필요에 따라 위원회에 참여하도록 하는 방식을 채용했으며, 임시위원회의 위원은 목사, 변호사, 응급의료, 청소년과, 소아과, 장기요양과의 대표자들이다.

상담절차는 효과적인 상담서비스를 위해 가장 본질적인 것으로 인식하고 변화가 시도되었다. 메트로 보건의료센터 정책상 환자, 가족, 대리인, 병원직원들 모두 윤리상담을 요청할 수 있어, 24시간 상담이 이루어지는 방식으로 전환하였다. 일반 정규 근무시간에는 병원윤리위원회의 간사에게 직접 요청할 수 있도록 하였으며, 윤리위원회 간사가 정보를 수집하고, 요청한 사례가 윤리상담에 부합한지의 여부를 판단한 후, 윤리위원회의 상담팀 구성원에게 의뢰하는 등의 역할을 한다. 근무외의 시간에는 병원윤리위원회의 위원들에게 접촉할 수 있도록 연락망을 구성하여 운영하는 방식을 취하였으며, 근무외의 시간의 경우 간사가 1차 접촉자로서의 역할을 하는 것이 아니라 연락망에 따라 1차적으로 연락을 받은 자가 간사 역할을 이행하는 방식이다.

환자, 가족, 대리인의 윤리 상담서비스에 대한 접근도를 높이기 위한 방안으로 병원윤리위원회는 윤리상담서비스의 목적과 병원윤리위원회에 관한 정보가 포함된 브로셔를 개발하고 배포하고 있다. 브로슈어는 입원 시 환자에게 한 장씩 제공하도록 하고, 외래의 경우 시스템을 통해 제공되도록 함으로서 정보제공 및 홍보 효과를 거두고 있다. 윤리상담에 환자 또는 대리인의 개입이 요구될 때, 윤리상담

이 시행됨을 고지하도록 하여 알권리 및 병원윤리위원회의 참여 권리를 보장하고 있다.

윤리 상담 결과는 의무기록과 윤리위원회 회의록 두 곳에 포함시키도록 하고 있으며, 매월 병원윤리위원회 회의에서 윤리상담결과를 논의함으로써 위원들의 반성적 사고를 촉진시키고 있다.

소규모팀 활용방식은 첫 번째 단계에서 정보 수집 후 일차적으로 핵심적인 윤리문제가 무엇인지 파악하고 사례에 개입할 사람들을 정하게 된다. 그 후 윤리상담팀과 진료 팀 간 회의가 소집된다. 이 회의는 환자, 가족, 대리인과 만나기 전 상시 이루어진다. 상담팀과 의료팀간의 회의는 팀 구성원간의 효과적인 의사소통과 사례에서 사실관계의 명확화를 이끄는 요인이 되었으며, 가능한 대안과 수행전략 등을 피할 수 있도록 해주고 있다.

### 3.1.5 소 결

미국의 병원윤리위원회의 특징이라 할 수 있는 것은 병원윤리위원회 위원들이 환자와 직접적으로 일정부분 상담을 할 수 있다는 점이다<sup>36)</sup>. 윤리상담 접근 방식은 보통 팀 내에서 복잡하고 어려운 문제들은 논하나, 윤리상담을 접근하는 방식은 지극히 개별적이다.

또 하나의 특징은 사법 시스템의 과도한 사용을 방지하고, 환자의 이익을 강화하기 위해 설치된 병원윤리위원회가 병원 건립을 위한 인증 및 보험회사와의 계약을 위한 전제조건이 되고 있다. 이러한 점은 공식적이고 체계적인 윤리 활동을

---

36) Ainsley Newson. A first hand account of the experience of ethics support in the United States.  
<http://www.ethics-network.org.uk/educational-resources/a-practical-guide-to-clinical-ethics-support-2/appendix-one>. (accessed on 10/10/2009)

통해 병원에서 제공되는 의료서비스의 질이 보장되는 시스템으로 기능한다는 측면이 있다.

미국은 1970년대 이후부터 설치되어 오던 병원윤리위원회와 임상윤리위원회는 다양한 형태로 임상에서의 윤리에 대한 지원을 하고 있고, 입법규정이나 규칙에서 이들 윤리자문을 이행할 것을 명시함으로써, 의료윤리 자문의 이행을 공식화하고 있다. 병원윤리위원회의 설치와 운영에 관한 사항들을 법률로 규정함으로써, 공식적인 훈련을 받은 많은 윤리자문가들이 전문성을 갖고 의료기관에서 윤리자문을 이행하고 있다.

미국 메트로 보건의료센터의 위원회 모델 운영경험에서 전체 위원회 방식이 전체위원들을 대상으로 하므로 위원회의 참석 요청이 용이하지 않아, 적시에 상담이 이루어지지 못한 단점이 있었다. 또한 환자, 가족, 대리인의 전체위원회의 참석은 의견개진을 하지 못하도록 하여, 보다 편안한 환경에서 의견개진이 이루어질 수 있는 방안이 필요하였다. 전체위원회의 단점을 극복하기 위해 2001년부터 위원회 모델과 운영방식에 변화를 모색하였는데, 18명에서 25명으로 목사, 변호사, 응급의료학과, 청소년과, 소아과, 장기요양서비스, 간호사, 레지던트, 완화의료, 소아과, 임상윤리프로그램의 대표자들을 추가로 포함시켜 전문성을 강화하였다. 병원윤리위원회 운영방식은 소규모 팀 접근 방식에 따라 운영되었으며, 의사, 간호사, 윤리학자, 사회사업가가 핵심 인력으로 활동하고, 나머지 위원들은 안전에 따라 필요시 참석하도록 하는 방식을 취해 탄력적으로 이루어지도록 하고 있다.

소규모팀 운영방식은 첫 번째 단계에서 정보 수집 후 일차적으로 핵심적인 윤리문제가 무엇인지 파악하고 사례에 개입할 사람들을 정하게 된다. 그 후 윤리상담팀과 진료 팀 간 회의가 소집된다. 이 회의는 환자, 가족, 대리인과 만나기 전 일상적으로 이루어지는 것이다. 상담팀과 의료팀간의 회의는 팀 구성원간의 효과적인 의사소통과 사례에서 사실관계의 명확화를 이끄는 요인이 되었으며, 가능한 대안과 수행전략 등을 피할 수 있도록 해주었다.

메트로 보건의료센터는 효과적인 상담서비스를 제공하기 위해 상담절차의 변화를 도모하였다. 환자, 가족, 대리인, 병원직원들 모두 윤리상담을 요청할 수 있도록 24시간 상담운영체제로 전환하였다. 24시간 운영을 위해 일반 정규근무시간과 근무외 시간으로 구분하여 윤리상담에 대한 접근도를 높였다. 소규모 팀 접근 방식을 운용하면서 병원윤리위원회의 간사는 행정적인 업무만을 이행한 것이 아니라 의뢰된 사례에 관한 정보 수집, 위원회의 회부여부 판단, 안전에 따라 병원윤리위원회에 참석할 위원들을 판단하고 각 대상 위원들에게 연락하는 업무를 함으로써, 단순한 행정절차처리만이 아니라 안전에 대해 정보수집과 분석역할을 1차적으로 이행하는 전문가로서의 역할을 하고 있다고 볼 수 있다.

상담절차에 대한 변화 시도 이외에, 환자, 가족, 대리인의 윤리 상담서비스에 대한 접근도를 높이기 위해 메트로 보건의료센터의 윤리위원회는 윤리위원회와 윤리상담서비스의 목적에 관한 정보가 포함된 브로슈어를 개발하고, 입원 시 환자에게 제공하고, 외래환자에게는 시스템을 통해 제공되도록 하고 있다. 윤리상담에 환자 또는 대리인의 개입이 요구될 때, 윤리상담이 요구됨을 고지하도록 하여 환자와 가족들의 병원윤리위원회의 참여를 높이고 있다.

메트로 보건의료센터의 또 하나의 특징적인 개혁은 위원회의 일차적 기능으로 교육기능을 강조하였다는 것이다. 윤리 상담결과를 윤리위원회 회의록 외에 의무기록에 포함시키고, 매월 윤리위원회에서 상담결과를 논의하는 것도 교육기능을 강화하는 하나의 전략으로 사용되고 있다. 그 외 임상윤리프로그램과 함께 위원회의 자체교육 시행과 주요 임상영역에 대한 정기윤리교육, 생의 말기 의사결정, 연명치료, 윤리와 전문가주의, 의사결정 능력에 관해 주제별 연차교육이 이루어져 병원윤리위원회의 위원과 임상현장에서의 의료인들의 윤리 인식도를 높이고 있다.

## 3.2 영국

### 3.2.1 개관

영국에서의 임상윤리위원회<sup>37)</sup>는 1983년 Royal Bethlehem and Maudsley Special Health Authority가 임상윤리위원회(Clinical Ethics Committee)를 설치한 데서 그 기원을 찾을 수 있다<sup>38)</sup>. 1994년에는 West Glamorgan Health Authority가 자원분배에 관한 의사결정을 지원하기 위한 윤리위원회를 설치하였고, 태아진단과 관련된 윤리적 문제에 대해 자문하기 위해 Leeds의 임상윤리위원회가 설치되었다<sup>39)</sup>.

영국에서 임상의료윤리를 지원하는 가장 흔한 방식은 개인접근방식이라기 보다 위원회와 팀(group)을 통한 방식이다. 영국의 경우 임상윤리위원회는 연구윤리위원회와는 구분된 역할을 한다.

<표 2> 영국의 임상윤리위원회와 연구윤리위원회의 비교

임상윤리위원회	연구윤리위원회
• 자문	• 의사결정
• 의료윤리	• 인간을 대상으로 한 의학적 연구 윤리
• 규제받지 않음	• 규제 대상
• 훈련-강제성이 없음	• 훈련-위원들에게 강제
• 트러스트 또는 의료기관내에 설치	• 트러스트 외부에 설치
• 기금 지원 없음	• 훈련을 위한 기금 지원 및 행정지원

37) 영국은 병원윤리위원회라는 명칭보다 임상윤리위원회란 명칭을 사용하고 있다.

38) Eric M.M et al. 1996. Julian Savulescu. Hospital Ethics Committees in the United Kingdom. HEC Forum, 8(5): 301-315

39) Thornton J.G., Liford R.J. 1995. Clinical Ethics Committee. British Medical Journal, 311: 667

영국의 임상윤리위원회는 특별한 권한이 없으며, 위원회에서 제공하는 자문이나 권고 사항은 전문가가 제공하는 상담과 동일하게 다루어진다.

Anne Slowther et al<sup>40)</sup>에 의하면, 2001년에는 영국은 NHS 트러스트의 4%(20개)만이 의료윤리위원회를 설치하고 있었으며, 20개의 트러스트가 위원회의 설치를 고려하고 있었다. 영국은 2001년 20여개의 NHS 트러스트 내의 임상윤리위원회 대표자들이 향후의 임상윤리위원회와 임상윤리를 지원하기 위한 형태의 임상윤리기구의 발족을 위해 회합을 가졌다. 이 회합으로 의료윤리위원회를 지원하는 영국 임상윤리 네트워크(UK Clinical Ethics Network)가 설치되었다. 임상윤리 네트워크는 기존에 설치된 임상윤리위원회와 새로 개설하는 임상윤리위원회를 지원하고 정보를 제공하는데 그 목적이 있다. 의료윤리 네트워크의 설치로 임상윤리위원회(Clinical Ethics Committees)와 임상윤리단체의 수는 20개에서 70개로 증가하였고, 지속적으로 증가추세에 있다.



<그림 2> 영국 임상윤리위원회 분포도

40) Anne Slowther, Carolyn Johnston, Jane Goodall, Tony Hope. 2004. Development of Clinical Ethics Committees. BMJ, 328(7445): 950-953



이들 임상윤리위원회의 증가는 보건의료의 윤리적 측면에 대한 인식과 어려운 윤리적 딜레마 상황에 직면했을 때, 의사, 환자, 가족, 보건의료행정가들에 대한 지원의 필요성을 절감한데서 기인한다. 임상윤리네트워크의 위원은 위원장, 부위원장, 그리고 영국의 임상윤리위원회의 대표자나 위원장 11인으로 구성되어 있다. 네트워크 위원회는 네트워크의 모든 회원을 대상으로 1년에 한번 정기회합을 갖는다. 임상윤리 네트워크는 설치된 임상윤리그룹과 개발중인 임상윤리그룹을 위한 자문과 지원을 하며, 뉴스레터, 전자메일, 네트워크 웹사이트를 통해 협력 조장, 임상윤리그룹의 위원들을 대상으로 훈련 프로그램 실시, 지역차원의 개발지원, 컨퍼런스 개최, 임상윤리그룹을 위한 정보 데이터베이스 구축, 국제적 차원의 임상윤리그룹과의 연계를 도모한다.

### 3.2.2 병원윤리위원회의 기능

영국의 임상윤리위원회의 기능은 개별사례에서 의료인에게 윤리자문을 이행하거나 환자 치료와 관련된 가이드라인이나 트러스트에서 정하고 있는 정책에 윤리를 반영하거나 보건의료인들을 위한 윤리교육이 촉진되도록 하는 역할을 한다.

정책 및 지침 개발을 위한 위원회의 기능은 전문가 가이드라인이나 국가적 차원의 가이드라인 검토 후 환자 치료에 관한 허용 가능한 가이드라인 작성 및 정책 형성 시 윤리적 측면을 반영하여 트러스트 내에서 사용가능한 미시적 차원의 가이드라인을 개발하는 것을 주로 한다. 가이드라인 개발과 관련된 위원회의 또 다른 역할은 트러스트 내의 의료진이나 다른 위원회가 제안한 가이드라인에 대해 윤리적 검토를 시행하는 것이다. 그리고 현행 국가 정책이나 가이드라인을 명확히 하고 이에 대한 이해를 도모하는 역할을 한다.

임상윤리위원회의 교육기능은 의료전문가들을 대상으로 윤리교육을 시행하는 것이다. 교육의 목적은 교육을 통해 임상현장에서 발생하고 있는 윤리적 문제에 관한 인식도를 높이고, 어렵고 복잡한 영역에서의 의사결정을 지원하기 위함이다.

교육지원 방식은 새로 위촉된 위원을 위해 윤리적 의사결정 방식과 틀에 대한 개요가 포함된 책자 제공, 윤리적 문제가 제기되어 임상윤리위원회의 위원들이 다루었던 임상 사례 분석, 임상윤리위원회의 업무와 공통적으로 다루어지는 윤리사례 및 이들을 해결한 방법을 소개하는 세미나 개최, 보건의료전문가를 대상으로 한 워크숍이나 세미나 개최이다.

### 3.2.3 병원윤리위원회의 구조

2003년 행해진 설문조사에 의하면, 35개의 임상윤리위원회 중 위원 수는 가장 많은 경우가 26명이었으며, 가장 위원수가 적은 곳은 6명으로, 평균적으로 13명이다. 대부분의 임상윤리위원회는 법조인, 종교인, 일반인을 위촉하고 있었으며, 21개의 위원회가 법조인을, 26개 위원회가 종교인을, 29개 위원회가 일반인을 위원으로 포함하고 있다. 의사는 간호사보다 2배 더 많이 위원으로 위촉되고 있다<sup>41)</sup>.

### 3.2.4 병원윤리위원회의 운영 및 운영 사례<sup>42)</sup>

임상윤리위원회 개최는 35개의 위원회가 월 0.5회, 7개 위원회는 분기별, 5개 위원회는 격월로 회의를 개최하며, 위원회 회의는 1시간에서 2시간 동안 이루어진다.

올몬드 아동병원의 경우 병원윤리위원회는 제기되는 윤리문제를 해결하기 위해 임상윤리포럼의 형태로 설치되었다. 임상윤리포럼 자체는 하나의 위원회가 아니라, 임상윤리위원회와 필적할만한 역할을 하고 있다. 올몬드병원의 윤리포럼은 1992년 설치된 것으로, 소아영역에서 발생하는 윤리문제를 다루기 위한 실무그룹

41) <http://www.ethics-network.org.uk/committees/a-brief-introduction-to-cecs>. (Accessed on 15/10/2009)

42) Eric M.M, Claire Rayner, Vic Larcher, Tony Hope. Ibid

구성의 필요성을 느껴 병원내의 의사들로 구성된 의료진 위원회(Medical Staff Committee)에서 이를 설치하였다.

올몬드병원의 윤리포럼은 비공개적으로 윤리적 이슈와 딜레마를 논의하기 위한 포럼 개최, 윤리적 딜레마에 관한 자문을 구할 수 있도록 상담 제공, 바람직한 윤리행위의 특성 분석, 바람직한 진료행위 및 윤리적 의사결정을 위한 가이드라인 작성, 바람직한 윤리행위가 이루어져야 한다는 원칙에 따라 모든 부서의 의료전문가들을 대상으로 한 교육, 연구윤리위원회와의 협력 하에 의료윤리분야에서의 연구를 지원함을 목적으로 하고 있다.

처음 실무그룹은 10명의 위원으로 구성되었으며, 이들 위원의 반 이상이 도덕적·윤리적 분석 훈련과 경험을 갖고 있다. 위원은 내·외과 의사간호사로 구성된 의료인 3인, 일반인 4인, 도덕철학 전문가 3인으로 구성되었으며, 포럼 개최는 2개월에 1회, 60분에서 90분간 개최되었다.

윤리포럼의 실무진은 이종이식, 동의(consent), 치료중단과 같은 이슈에 관해서 논의를 진행하나, 주로 임상현장에서 윤리적 딜레마 사례가 얼마나 자주 발생하는지를 파악하고, 이러한 윤리 딜레마를 해결하기 위해 요구되는 방법과 절차들은 무엇이 있는지, 다른 기관에서는 이러한 사례들을 어떻게 다루는지, 임상윤리가 교육·훈련·연구·전략 개발에 임상윤리가 차지하는 부분이 어느 정도인지를 평가한다.

1993년 이후 올몬드 병원윤리위원회 실무진은 포럼이 윤리적 이슈를 논의하기 위한 포럼으로 기능하고, 임상전문가의 자율성이 저하되는 것을 보완하기 위해 일반 의료진 위원회(General Medical Staff Committee)에 내에 임상윤리포럼을 두었고, 규범적인 역할이 아닌 자문역할을 이행하는 것으로 전환했다.

병원윤리위원회의 위원은 다학제로 구성하고, 위원장, 부위원장을 선출하고 이들 중 한 명은 의료인이 아닌 자를 위촉하도록 하였으며, 위원은 선임, 후임 의사와 간호사를 포함하며, 일반의, 사회사업가, 목사, 비전문가가 포함되도록 했다. 포

럼의 운영은 비공개를 원칙으로 하고, 월 1회 포럼 개최하며, 기존의 역할에 심폐 소생술중단처방(DNR order), 의사결정 능력 판단, 치료중단 및 보류에 관한 사항도 추가로 논의한다.

올몬드 병원의 윤리포럼은 포럼 개최 및 운영을 위한 예산편성과 포럼의 절차와 진행에 관한 사항을 관리 및 심사(audit)의 대상으로 삼고 있으며, 트러스트 위원회(Trust Board)에 연차보고서를 제출한다.

### 3.2.5 소 결

영국의 특징은 개인이 아닌 위원회와 팀 접근 방식으로 임상의료윤리 상담 서비스를 제공한다. 병원윤리위원회는 특별한 권한이 없으며, 위원회에서 제공하는 자문이나 권고 사항은 전문가가 제공하는 상담과 동일하게 다루어진다. 올몬드병원의 경우 위원회 위원 구성은 다학제로 이루어지며, 의사, 간호사를 포함하여 일반의, 사회사업가, 목사, 비전문가가 포함되며, 비공개를 원칙으로 하여 월 1회 포럼을 개최한다. 포럼의 절차와 진행에 관한 사항은 관리 및 심사의 대상이 되고, 트러스트 위원회에 연차보고서를 제출한다.

또 하나의 특성은 영국 NHS가 의료윤리지원을 촉진시키기 위한 방편으로 국가적 차원에서 의료윤리위원회를 지원하는 의료윤리 네트워크를 설치하고 있다는 점이다. 임상윤리 네트워크는 기존에 설치된 임상윤리위원회와 새로 개설하는 임상윤리위원회를 지원하고 정보를 제공하는데 그 목적이 있다. 임상윤리그룹을 위한 자문과 지원을 제공하며, 뉴스레터, 전자메일, 네트워크 웹사이트를 통해 협력 조장, 임상윤리그룹의 위원들을 대상으로 한 훈련 프로그램 실시, 컨퍼런스 개최, 임상윤리그룹을 위한 정보 데이터베이스 구축, 국제적 차원의 임상윤리그룹과의 연계를 도모한다.

### 3.3 프랑스<sup>43)</sup>

#### 3.3.1 개관

프랑스의 윤리위원회는 1980년대 두 가지 움직임에 따라 설치되었다. 하나는 정책적 움직임에 의해 창설된 국가단위의 국가윤리위원회(Comité Consultatif National d'Éthique; CCNE, National Ethics Committee. 이하 CCNE)이고, 다른 하나는 전문가 움직임에 의해 만들어진 지역단위의 윤리위원회이다. CCNE는 1983년 생물학, 의학, 보건 분야에서의 연구로 인해 발생하는 윤리적 이슈에 관한 자신들의 입장을 표명하기 위해 대통령의 권고로 설치하였다. CCNE는 보조생식, 배아, 인간, 유전학에 관한 연구에 관한 의견을 주로 표명한다.

CCNE와 퀘를 같이 하여, 국제적 차원의 요건에 부합하게 연구프로토콜 관리를 하기 위해 대학병원에 윤리위원회가 설치되었다.

윤리위원회의 역할에 대한 많은 논쟁 끝에 프랑스 의회는 Huriet-Sérusclat law를 1988년 제정하고, 연구 틀을 규정하는 Comités Consultatifs pour la Protection des Personnes dans la Recherche Biomédicale (CCPPRB<sup>44)</sup>, Institutional Review Boards, 이하 CCPPRB)를 설치하였다. 1990년대 이 법을 적용하면서 이전에 설치되었던 거의 대부분의 지역윤리위원회가 사라졌으며, 새롭게 설치된 CCPPRB로 대체되었다.

프랑스에서의 생명윤리와 윤리위원회의 발달은 많은 중요한 특성들을 갖고 있다. 첫 번째, 생명윤리의 탄생의 가장 독보적인 분야는 생명공학분야, 특히 의학에서의 보조생식과 유전학에 기여를 하였다. CCNE의 설치로 프랑스 의사협회(Conseil de l'Ordre des Médecins)가 공식 대표로서의 역할이 부정된 것으로 해

---

43) Jean-Christophe Mino, Laure Copel, Jean-Michel Zucker. 2008. A French Perspective on Hospital Ethics Committees. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics, 17: 300-307

44) 현재 CCP로 불리움.

석될 수 있지만, 일상적인 의료현장에서의 의견을 구하는 것은 아니었다. CCNE의 설치 이후 생명공학 부문을 다루었으며, 주로 연구와 관련된 논쟁에 초점을 두었다면, 병원윤리위원회는 임상연구프로토콜을 규제하기 위해 설치된 것이라 할 수 있다.

두 번째는, 생명윤리 운동으로 인해 의학에 대한 비판이 없다는 점이다. CCNE와 지역윤리위원회는 주로 의사와 과학자로 구성되며, 이들 위원의 합법성은 그 분야에서의 지식과 전문성(professional status)에 근거한다. 이들의 역할은 과학이나 의학에 대한 질문을 하는 것이 아니다. 프랑스에서의 생명윤리운동은 의사와 인문학자에 의해 주도되었다. 병원윤리위원회 또한 본질적으로 의사와 과학자로 구성된다.

세 번째 중요한 점은, 프랑스의 생명윤리는 생명윤리 연구를 통제하기 위한 법적 규제 장치에 기초를 두고 개발되었다. 생명윤리 운동은 1994년 제정된 생명윤리법으로 이어졌다. 생명윤리법은 의사와 연구자들에 대한 지원 내용을 포함하고 있으며, ‘윤리에서 법으로’가 프랑스의 생명윤리를 특징지운다. 이 법은 인간의 존엄성 존중 원칙을 기초로 하나, 개인의 ‘자율성’을 보호하기 위해 제정된 것은 아니며, 프랑스 법정은 환자와 가족들이 의학적 의사결정에 대해 소송을 취하도록 허용하고 있지 않다.

네 번째로 전문가의 독립성을 중요한 점으로 들 수 있다. 독립성은 개업의의 권리이자 의무이다. 의사는 자신의 전문적인 독립성을 어떠한 방법으로든 부정할 수 없으며, 개인의 책임은 프랑스 의료윤리의 핵심 요소라 할 수 있다. 또한 책임(책무)은 의료행위는 개인적인 것이며, 각각의 의사들은 자신의 판단과 행위에 대한 책임을 진다(의료윤리강령 제69조)고 법률에 명시되어 있다. 의사들은 환자가 처한 복잡한 상황을 다루는 경우 윤리적인 독립성을 포함하여 자신의 독자적인 의사결정에 대해 개별책임을 지는 것으로 간주한다. 즉 전통적으로 윤리에 대한 기량(skill)들은 의료기술의 한 부분으로 본다.

중요한 마지막 특성은 새로운 형태의 지역윤리위원회의 출현이라 할 수 있다. 이 위원회는 의사결정이라기 보다 논의에 중점을 두며, 의학적 책임을 직시한 결과로 인해 형성된 것이다. 프랑스에서 1980년대 CCPPRB로 대체되면서 윤리위원회가 사라졌으나, 그 이후 ‘윤리를 논하는 그룹(ethics discussion groups)이 특정 병원에 자연적으로 형성됨으로써, 프랑스 생명윤리의 역사에 새로운 장을 형성했다. 이들 그룹들은 이전에 존재하던 위원회와는 다른 역할을 한다. 즉, 연구에 관한 것이 아니라 임상에서 일상적으로 접하는 문제들을 다루며, 하나의 견해를 제안하는데 목적을 두지 않는다. 이들은 단순히 병원 전문가들 간의 논의를 위한 포럼을 개최하며, 새로운 형태의 포럼은 규범적 의사결정을 내리기 위해 고안된 것이 아니라 병원에서 서비스를 제공할 때, 윤리적 판단을 고려하도록 전문가를 위한 하나의 장으로 제공된 것이라 할 수 있다.

프랑스는 포럼을 개최하면서 이들 포럼에 대한 실질적인 가치에 대한 물음과 어떠한 형태의 위원회가 프랑스의 의료와 생명윤리의 문화적 상황을 반영하고 보존하면서 임상현장을 다룰 수 있는가라는 물음이 제기되면서, 새로운 형태의 위원회의 구성을 고심하게 되었다.

프랑스의 병원윤리위원회 모델은 Ethics Project<sup>45)</sup>로 두 가지 원칙에 기초를 두고 있으며, 하나는 의사와 간호사는 다학제팀 구성원으로서 올바르게 행동해야 한다는 전문가 책임을 강조하며, 다른 하나는 전문가 책임을 이행하는 요건으로 자기반성과 임상의료서비스에 대한 심사를 한다고 보는 것이다. 프랑스의 특징은 도적책임은 개인에게 지워져 있으나, 의료기관은 최선의 의사결정이 이루어질 수 있도록 지원해야 할 책임이 있다고 보는 것이다.

---

45) 파리의 가장 오래된 암 치료 및 연구센터인 Institut Curie에 설치된 윤리위원회이다.

### 3.3.2 병원윤리위원회의 기능

프랑스의 병원윤리위원회라 할 수 있는 포럼은 윤리적 판단을 고려하도록 전문가를 위한 논의의 장으로 제공된다. 미국의 윤리위원회와는 달리 이들은 실제 사례를 다루지 않으며, 또한 이들이 다루는 논의는 즉각적으로 결정이 내려지지 않는다. 이들 포럼의 목적은 의사결정을 내리거나 견해를 제안하는 것이 아니라 병원과 의학적 상황에서 직면하는 이슈들을 논의하기 위한 것이라 할 수 있다.

큐리(Curie)재단의 윤리 프로젝트는 보건의료전문가들의 추론을 대체하는 수단으로 이루어져서는 안 된다고 보나, 자신들의 행동을 평가하는데 도움을 주는 도구로서 중요한 가치가 있다는 두 가지 신념에서 비롯되었다. 또한 윤리프로젝트는 자원과 절차를 제안함으로써 큐리(Curie)기관의 모든 구성원이 자신의 행위와 결정에 대해 도덕적 측면을 평가할 수 있도록 설계되었다. 이것은 엄밀히 말하면, 의사결정과정을 가이드 하는 것이 아니라, 좋은 임상서비스를 제공하는 것과 관련하여 숙고하는데 도움을 주기 위함이다. 윤리프로젝트는 특정 대안을 처방하기보다 의견을 교환하도록 조장하는 절차를 마련하며, 비판적 사고력을 장려하고 이것이 보건의료전문가들이 대안을 분석하고 자신의 견해로 형상화시키는데 그 목적이 있다. 이들 과정은 세미나, 조직의 의사결정에 대한 논의, 어려운 임상적 상황에 직면한 의료부서에 소속된 개인에 대한 지원과 같은 세 가지 방식으로 달성하고 있다.

프랑스의 윤리포럼의 기능은 특정사안에 대한 의사결정 기능을 이행한다기 보다 어려운 임상윤리문제에 직면하는 의료진들의 윤리적 역량을 향상시키는 측면에서 기능하고 있다고 볼 수 있다.



### 3.3.3 병원윤리위원회의 구조

Ethics Project는 간호사, 의사, 기관의 의사결정자와 같은 보건의료전문가들로 구성되어, 지역윤리위원회<sup>46)</sup>와 유사하게 전문가 집단의 형태로 논의가 진행된다.

프랑스의 윤리프로젝트 구조는 단계별 프로젝트 운영방식에 따라 달라진다. 제1단계는 세미나 형식, 제2단계는 본회의 형식, 제3단계는 중재팀으로 구성된 소위원회 형식이다.

세미나 형태로 개최되는 윤리프로젝트의 제1단계는 의료윤리의 대가인 정신과 의사를 초청하여 매 6개월마다 개최하며, 기관내의 모든 직원, 의료진, 행정 관리자, 봉사자들에게 열려 있다.

제2단계는 20명의 위원으로 구성된 본회의(Plenary Group) 형태로 본회의 위원은 행정부처 장이 지명하며 2년의 임기를 갖으며, 업종별 기관별 대표자로 구성된다. 위원은 의사, 과학자, 간호사, 정신과의사, 사회사업가, 변호사, 환자 대표자, 철학자, 사회학자, 신학자, 관리자를 대표하는 자가 포함된다. 이들 위원중 절반은 외부 인사이다. 이들 위원회의 역할은 Curie의 구성원이 요청하거나 환자협회, 자원봉사자가 요청한 기관의 문제, 의학적 문제, 행정적 문제를 다룬다. 논의할 질문들은 회의 소집 전에 문제 중심으로 문서에 기술되어 배포된다.

제3단계는 의료진이 어려운 임상적 상황에 관해 문제해결을 요청한 경우 중재팀(intervention team)이라 불리는 소위원회가 이를 해결하는 형태이다. 중재 소위원회는 본회의의 위원 중 6명으로 구성되며, 4년의 임기를 갖는다. 위원은 의사 2인, 간호사 1인, 정신과의사 1인, 변호사 1인, 사회사업가 1인으로 구성된다. 모든 소위원회 위원은 임상윤리 훈련프로그램에 따라 규칙적으로 회합을 가진다.

---

46) 지역 윤리위원회는 윤리프로젝트를 도입하기 전에 운영되었던 방식으로 책임간호사를 포함한 다수의 간호사와 일부 의사들로 구성되었다. 위원회는 전문가 집단의 형태로 구성되어 논의가 진행되며, 일상적으로 행하는 의료와 임상 의사결정에 직접적으로 연계되지는 않는다.

큐리재단의 중재팀은 의사 1인, 의사가 아닌 자 2인 총 세 명씩 그룹을 나누어 업무를 수행한다. 규칙상 위원은 환자를 직접적으로 진찰 또는 관련된 자가 아니어야 하며, 관련 부서에 소속되지도 않아야 하며, 비밀유지 책임이 있다.

### 3.3.4 병원윤리위원회의 운영 및 운영 사례

윤리 포럼은 국가 차원의 통제 하에 운영되지 않고, 각 병원의 여건에 따라 운영방식을 달리한다. 큐리재단(Institute Curie)의 윤리프로젝트(Ethics Project)의 경우 세미나, 조직의 의사결정에 대한 논의, 어려운 임상적 상황에 직면한 의료부서에 소속된 개인에 대한 지원과 같은 세 가지 단계로 운영되고 있다.

첫 번째 단계는 세미나로, 의료윤리의 대가인 정신과의사를 초청하여 매 6개월마다 개최한다. 사례에 직접적으로 관련된 자가 설명하고, 세미나 참석자들이 실질적인 질문과 답변을 하는 방식으로 진행된다. 참석자들은 여러 그룹으로 구분하여 문제를 논의하고 자신들의 해결방법을 제안한다. 마지막 세션에서는 다양한 그룹들이 결과를 발표하고 논의하며, 직접 개입되었던 팀이 사례의 실제 결과를 설명한다.

두 번째 단계는 본회의(Plenary Group)로 기관의 의사결정을 논하게 되며, 3개월마다 소집한다. 회의에서 논의할 질문들은 회의 소집 전에 문제 중심으로 문서에 기술되어 배포된다. 본회의에서의 토론은 논의를 조망하는 중재자가 토론을 이끌며, 질문을 작성한 자가 질문 사항들을 설명한다. 그 후 유전학자, 역학자, 경제학자 등 주제와 관련된 전문가가 문제를 명확히 규명할 수 있도록 설명한다. 그 후 자유롭게 자신의 견해를 표명하면서 논의를 하게 된다. 이들 논의는 합의에 도달하거나 중요한 의사결정을 내리는데 있는 것이 아니라 다양한 견해와 논쟁이 가능하도록 토론이 열려 있다. 이 회의의 목적은 요청자가 질문한 물음에 대해 숙고

하며, 정당화된 자신의 견해를 피력하고, 문제에 관한 다양한 측면을 제안하는 것이다. 중재자는 논의의 중요점을 요약하고 논의를 마치며, 회의를 요청한 자는 자유롭게 자신의 결정을 내리게 된다. 논의는 기록되며, 기관 인트라넷에 게시된다.

세 번째 단계는 중재팀(intervention team)으로서 의료진이 어려운 임상적 상황에 관해 문제해결을 요청한 경우 해결하도록 하는 것이다. 중재 요청이 있는 경우, 팀은 관련 당사자와 함께 문제를 확인하고, 사태의 긴박성을 평가하고, 요구되는 시간을 측정한다. 중재는 당일에 이루어지는 것을 원칙으로 하며, 필요시 가능한 한 빨리 다음날 해결될 수 있도록 조처한다. 팀은 역량을 벗어난 문제이거나 중재를 할 만한 상황이 아닐 때에는 중재를 철회할 수 있다. 이러한 결정은 모든 팀 구성원이 만장일치로 찬성해야 한다. 중재절차는 명확하게 규정되어 있으며, 먼저 중재팀의 세 명의 구성원은 중재를 요구한 자, 주치의, 팀 구대표하는 준의료팀의 구성원, 팀와 가족, 그리고 기타 적절한 자 중 누구를 인터뷰할 것인지를 결정한다. 그 다음 중재팀원 모두가 인터뷰를 시행하고 자신들의 견해와 관찰한 것들을 논의한다. 그 이후 주치의를 포함하여 적절한 관련 당사자와 함께 회의를 개최하며, 이때 이들의 역할은 논의를 촉진시키고, 관점이 변화되도록 허용하는 것이다. 중재 팀 중 한명은 논쟁을 중재하며, 중재팀원은 자신의 견해를 피력하거나 조언을 하지 않는다. 중재팀이 접촉했다는 것과 회의에 참석한 자의 명단을 제외하고 다른 사항은 환자의 의무기록에는 기록되지 않는다.

### 3.3.5 소 결

프랑스의 윤리위원회는 윤리 프로젝트(Ethics Project)인 포럼방식으로 개최되며, 규범적 의사결정을 내리기 위해 고안된 것이 아니라 윤리적 판단을 고려하도록 전문가를 위한 하나의 장으로 제공된다. 윤리 프로젝트(Ethics Project)는 전문가 책임을 강조하고 다학제팀 구성원으로서 의료인이 행동해야한다고 보며, 자기숙고와 임상의료서비스에 대해 심사가 전문가 책임을 이행하는 방식이라고 본다.

프랑스는 도덕책임은 개인에게 지워져 있으며, 의료기관은 최선의 의사결정이 이루어질 수 있도록 지원해야 할 책임이 있다고 본다.

프랑스의 윤리 프로젝트(Ethics Project) 운영방식은 세 가지 형태로 순차적으로 이루어진다. 먼저, 세미나를 개최하는 방식으로, 의료윤리학자를 초청하여 매 6개월마다 개최되며, 기관내의 모든 직원, 의료진, 행정관리자, 봉사자들에게 열려 있으며 실제 윤리적 사례를 분석한다. 윤리세미나에 참석한 자들이 그룹별 논의를 거쳐 문제해결방식을 제안하고 실제사례의 결과와 비교하여 윤리사례의 해결을 위한 역량을 키우고 있다.

두 번째 단계는 20명의 위원으로 구성된 본회의(Plenary Group) 형태로 기관의 의사결정을 논의하며, 3개월마다 소집한다. 본회의 위원은 의료기관의 장이 지명하며 2년의 임기를 갖으며, 기관 및 부서 대표자로 구성된다. 위원은 의사, 과학자, 간호사, 정신과 의사, 사회사업가, 변호사, 환자 대표자, 철학자, 사회학자, 신학자, 관리자를 대표하는 자가 포함된다. 주로 의료기관의 문제, 의학적 문제, 행정적 문제를 다루며, 논의 사항은 회의 소집 전에 문제 중심으로 작성되어 배포된다.

본회의에서 이루어지는 논의는 주제와 관련된 전문가의 문제의 사실관계를 설명하고 이후 본회의 위원들이 자신의 견해를 표명하고 논의의 과정을 거친다. 이들 논의는 합의에 도달하거나 중요한 의사결정을 내리는데 있는 것이 아니라 다양한 견해와 논쟁이 가능하도록 열려 있다. 논의의 과정을 통해 본회의를 요청한 자가 질문한 물음에 대해 숙고하고, 자유롭게 자신의 결정을 내리게 된다. 논의는 기록되며, 기관 인트라넷에 게시됨으로써, 의료기관 전반적으로 본회의에 상정되는 주제에 대한 이해를 도모하고, 의사결정에 반영하도록 하고 있다.

세 번째 단계는 중재팀인 소위원회가 임상적 상황에서의 어려운 문제해결을 하는 단계로, 소위원회 위원들은 본회의의 위원 6인으로 구성되며, 의사2인, 간호

사 1인, 정신과 의사 1인, 변호사 1인, 사회사업가 1인이 포함되며, 4년의 임기를 갖는다. 위원은 된다. 모든 소위원회 위원은 임상윤리 훈련프로그램에 따라 규칙적으로 회합을 가진다. 소위원회는 의사 1인, 의사가 아닌 자 2인 총 세 명씩 그룹을 나누어 업무를 수행하며, 중재는 당일에 이루어지는 것을 원칙으로 하고, 가능한 한 빨리 다음날 해결될 수 있도록 조치한다. 팀은 역량을 벗어난 문제이거나 중재를 할 만한 상황이 아닐 때에는 만장일치로 찬성이 있어야 중재를 철회할 수 있다.

중재절차는 세 명의 구성원으로 이루어진 중재팀이 관련자 중 인터뷰 대상자를 선정하며 중재팀원이 함께 인터뷰를 시행하고 자신들의 견해를 나눈다. 그 후 주치의의 포함하여 적절한 관련 당사자와 함께 회의를 개최하며, 이때 이들의 역할은 논의를 촉진시키고, 관점이 변화되도록 허용하는 것으로, 중재팀은 자신의 견해를 피력하거나 충고를 하지 않는다. 중재팀이 접촉했다는 것과 회의에 참석한 자의 명단을 제외하고 다른 사항은 환자의 의무기록에는 기록되지 않는다.

## 3.4 독일

### 3.4.1 개관

독일의 병원윤리위원회는 독일 병원과 너싱홈(Nursing Home)에서 의료윤리를 이행하는 새로운 기구이다. 대부분의 병원윤리위원회는 기독교와 가톨릭 병원협회의 회원들로 이루어져 있다. 독일의 경우 인간을 대상으로 하는 연구윤리위원회는 거의 모든 병원에 설치되어 있으나, 윤리위원회의 설치를 통한 윤리자문현황은 임상에서의 윤리적 이슈에 대한 요구가 점차 증가하여 윤리 전문가가 요구되고 있음에도 불구하고 다른 국가에 비해 저조한 편이라 할 수 있다.

독일의 병원윤리위원회의 특징은 1980년대 미국의 병원윤리위원회 모델을 기반으로 설치되었으며, 교육, 정책 개발, 사례 상담 세 가지 기능을 한다. 미국 병원윤리위원회와 유사한 모델을 채택한 독일의 경우 병원윤리위원회 활용 및 활성화 방안에서도 유사한 방식을 취하고 있다. 1997년 처음 병원윤리위원회를 설치할 때, 독일 기독교 병원협회와 가톨릭 병원협회가 공동으로 브로슈어를 발간하였으며, 미국의 위원회 모델과 동일한 위원회를 설치할 것을 권고하고 있다. 기독교 병원협회의 권고에 따라 협회에 가입한 회원들이 병원윤리위원회를 설치하였으며, 2000년에 조사한 한 연구<sup>47)</sup>에 따르면, 기독교 협회 795 회원중 30개 병원이 사례 상담을 위한 윤리위원회나 이와 유사한 위원회를 설치하고 있었다.

독일의 윤리위원회의 또 하나의 특징은 미국과 유사하게 질관리 및 병원 내의 윤리적 문제를 다루기 위한 병원 정책과 이에 관한 절차를 마련하도록 의료기관 인증기구에서 요구하고 있다는 점이다<sup>48)</sup>.

47) Simon, Alfred. 2000. Klinische Ethik-Komitees in Deutschland. Erfahrungen aus dem Krankenhaus Neu-Mariahilf in Göttingen. Berliner Medizinethische Schriften, 36. Dortmund.

48) Kettner, Matthias. 2005. Ethik-Komitees in Kliniken-Bestandsaufnahme und Zukunftsperspektiven. Ethik in der Medizin, 14(4): 295-297

독일의 경우 병원윤리위원회의 설치는 국가정책 차원에서 병원윤리위원회의 설치권고 및 이행을 촉구하고 있을뿐만 아니라, 독일 의사협회에서도 병원윤리위원회의 설치를 요구하는 권고안을 제시하고 있다. 독일 의사협회의 권고안에는 각 병원의 구조와 운영방식은 병원의 상황에 따라 상이하지만, 표준화된 지침에 따라 설치 및 운영할 것을 권고하고 있다<sup>49)</sup>.

독일 병원윤리위원회는 병원윤리위원회 설치 준비 기간동안 외부의 지원을 받는 경우가 절반 이상이 넘으며, 주로 교회 또는 비종교단체, 학식과 경험이 많은 개인으로부터 지원을 받으며, 기존에 윤리위원회가 설치되어 있는 병원으로부터 자문을 받기도 한다.

### 3.4.2 병원윤리위원회의 기능

모든 독일 병원의 윤리위원회는 윤리적 갈등 상황에 처한 사람들에게 자문을 제공하기 위해 설치되었다. 병원윤리위원회가 설치되어 있는 대다수의 기독교와 가톨릭 병원은 의료진들이 병원에서의 의사소통 촉진과 윤리적 의사결정 시의 지원, 병원행정 관리자들의 윤리적 각성, 윤리적 이슈에 대한 민감성 유지, 스태프들의 윤리적 역량강화를 위한 지원을 통해 자 병원의 기독교적 사명을 완수하기 위한 측면에서 병원윤리위원회를 설치하고 있다. 병원윤리위원회의 설치 목적과 이들 목적을 달성하기 위한 방법은 각 병원마다 다양한 편이나, 독일 병원윤리위원회의 기능은 윤리적 의사결정 시 상담과 지원, 권고안과 가이드라인 개발, 내부 직원 교육이라 할 수 있다<sup>50)</sup>.

---

49) Wiesing, Urban. 2006. Ethikberatung in der Klinischen Medizin: Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission zur Wahrung Ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten. Deutsches Ärzteblatt, 103(24): A1703-1707

50) Alfred Simon. 2001. Ethics Committees in Germany: An empirical Survey of Christian Hospitals. HEC Forum, 13(3): 225-231

### 3.4.3 병원윤리위원회의 구조

독일 병원윤리위원회의 위원 구성은 5명에서 20명 정도로 평균 10명의 위원으로 구성된다. 모든 윤리위원회는 의사, 간호사, 목사를 포함하고 있다. 그 외에 병원윤리위원회의 약 3분의2가 병원경영자와 윤리위원회를 지원하는 기관을 대표하는 자를 위촉하고 있으며, 반 이상의 위원회가 변호사, 사회사업가, 시민대표를 위촉하고 있고, 의료윤리 전문가를 위촉하고 있는 위원회는 거의 없는 편이다<sup>51)</sup>.

보통 병원 경영자나 지원기관이 위원을 위촉하며, 일부 병원은 윤리위원회 위원들을 호선(互選)하기도 한다. 위원의 임기는 기간 제한이 없거나, 2년, 3년, 5년의 기간을 두기도 한다. 대부분의 병원이 임기와 관련된 특별한 규정은 없으며, 관심 있는 모든 의료진이 참여할 수 있도록 한 실무그룹(Ethics Working Group) 방식으로 윤리자문이 수행되기도 한다. 또 다른 위원회는 15명으로 위원을 구성하고 이들 중 4~6명이 사례 상담을 하는 경우도 있다. 원칙상 위원회 위원들은 병원 내외부에서 제공하는 특별 훈련 프로그램을 이수하도록 하고 있다.

위원장은 대부분 임상목회 자격을 가진 자가 되며, 이외에 의학, 경영, 윤리, 신학 등을 전공한 자가 지명되기도 한다. 위원장은 병원경영자가 지명하거나 병원윤리위원 중에 호선 또는 지원기관에 의해 위촉된다.

### 3.4.4 병원윤리위원회의 운영 및 운영 사례<sup>52)</sup>

독일 병원윤리위원회 내규는 병원협회의 권고에 의거해 작성되며, 병원에서 운영하고 있는 위원회 모델에 따라 적합한 방식으로 규정하고 있다. 그러나 대부분의 위원회는 내규를 개발 중에 있다.

---

51) Alfred Simon. Ibid.

52) Heldn Kohlen. Ibid.



독일 병원윤리위원회의 회의는 보통 년 6회 정기적으로 개최되며, 필요에 따라 수시로 개최되기도 한다. 윤리위원회의 자문 요청은 의료진, 병원관리자, 지원기관, 환자, 가족들이 요청할 수 있다. 일부 위원회는 의료진이 요구하고, 상급 의사가 책임을 지는 경우 환자가 요청할 수 있도록 규정하고 있기도 하다. 또 다른 위원회의 경우 윤리위원회의 역할은 병원 정책에 관한 병원관리자의 자문에 응하는 것으로 제한되기도 한다.

독일 병원윤리위원회가 다루는 주제는 치료중단 및 보류, 환자의 자기결정권, 사전의료지시서에 관한 것이다. 이 외에도 장기이식, 말기간호 또는 치료, 리더십의 윤리, 임신중절, 임상연구, 사산과 유산, 부검, 현행 병원 모델 개혁방안 등을 다룬다<sup>53)</sup>.

독일 기독교 병원 A는 병원내의 전문가 집단간 의사소통 부족으로 환자 치료에 영향을 미치고 있음을 발견하고, 기관내 의사소통 문화를 변모시키고자 위원회가 설치되었다. 포럼형식의 위원회 회의는 공식적으로 병원내에서 근무하고 있는 모든 사람에게 열려 있으며, 자격을 제한하지는 않고 있다. 약 12~16명의 사람들이 참석하여 논의를 하며, 매달 보통 오후에 2시간 정도 진행된다. 포럼참석은 근무시간에 포함되며, 근무시간외에 참석하는 경우 초과근무 시간으로 계산한다. 병원 윤리위원회 위원장은 신학자와 변호사 두 명을 임명하고 있으며, 신학자는 보건의료윤리센터에서 근무하는 자이며, 변호사는 사내변호사이다. 위원장은 분기별 회의도 계획하고 주관한다.

가톨릭병원 B는 윤리위원회 건물이 완화의료 병동이 있는 곳 앞에 위치하여 완화병동과 밀접한 관계를 갖도록 하고 있다. 이 병원의 윤리위원회는 치료중단과 관련하여 언제, 어떻게 할 것인가에 관한 문제가 중환자실에서 근무하고 있는 의

---

53) Heldn Kohlen. 2009. Conflicts of Care: Hospital Ethics Committees in the USA and Germany. Campus.

료진들 사이에 발생하고 있음을 보고, 병원윤리위원회가 이러한 문제해결에 도움을 줄 수 있을 것이라는 판단에 따라 설치하게 되었다. 위원회는 병원장과 의사, 간호관리자의 지원을 받아 설치되었으며, 위원회는 위원 자격에 제한을 두고, 전문성과 개인의 자발적인 의사에 따라 위촉하고 있다. 위원구성은 의사 4명, 간호사 5명, 목사 2명, 행정지원 1명으로 구성되어 있고, 의사, 간호사, 임상목회자가 공동위원장을 한다. 위원회 회의는 매달 규칙적으로 개최되며, 90분 동안 지속된다.

종합병원 C는 질관리와 목회상담(quality management and pastoral care)을 제공하기 위해 병원윤리위원회를 설치하였다. 위원회의 위원은 자격제한이 있으며, 의사 2명, 간호사 4명, 목사 3명, 호스피스 대표자 1명, 정신-종양학자(psycho-oncology) 1명, 퇴임변호사 1명, 관리자 1명으로 구성되어 있다. 병원윤리위원회는 매달 개최되며, 약 2시간 동안 이루어진다.

### 3.4.5 소 결

독일의 윤리위원회의 설치는 다른 국가에 비해 저조한 편이며, 1980년대 미국의 병원윤리위원회 모델을 기반으로 설치되었으며, 교육, 정책 개발, 사례 상담 세 가지 기능을 한다. 미국과 유사하게 질관리 및 병원 내의 윤리적 문제를 다루기 위한 병원 정책과 이에 대한 절차를 마련할 것을 의료기관 인증기구에서 요구하고 있다.

독일은 국가정책 차원에서뿐만 아니라 독일 의사협회에서도 병원윤리위원회의 설치 및 이행에 관한 권고안을 마련하고 있다. 독일 의사협회의 권고안에는 각 병원의 구조와 운영방식은 병원의 상황에 따라 다르지만, 표준화된 지침을 개발할 것을 제안하고 있다. 절반 이상의 병원이 병원윤리위원회 설치 준비 기간 동안 외부의 지원을 받는다.

보통 병원 경영자나 지원기관이 위원을 위촉하며, 일부 병원윤리위원회 위원들

이 호선(互選)하기도 한다. 위원의 임기는 기간 제한이 없거나, 2년, 3년, 5년의 기간을 두기도 한다. 대부분 임기와 관련된 특별한 규정이 없으며, 관심 있는 모든 의료진이 참여할 수 있도록 한 실무그룹(Ethics Working Group) 방식으로 윤리자문이 수행되기도 한다.

독일병원윤리위원회는 15명으로 위원을 구성하고 이들 중 4~6명이 사례 상담을 하는 경우도 있다. 원칙상 위원회 위원들은 병원 내외부에서 제공하는 특별 훈련 프로그램을 이수하도록 하고 있다. 위원장은 병원경영자가 지명하거나 병원윤리위원 중에 호선, 또는 지원기관에 의해 위촉된다. 병원윤리위원회 위원들은 원칙상 병원내·외부에서 제공하는 특별훈련 프로그램을 이수하도록 하고 있다.

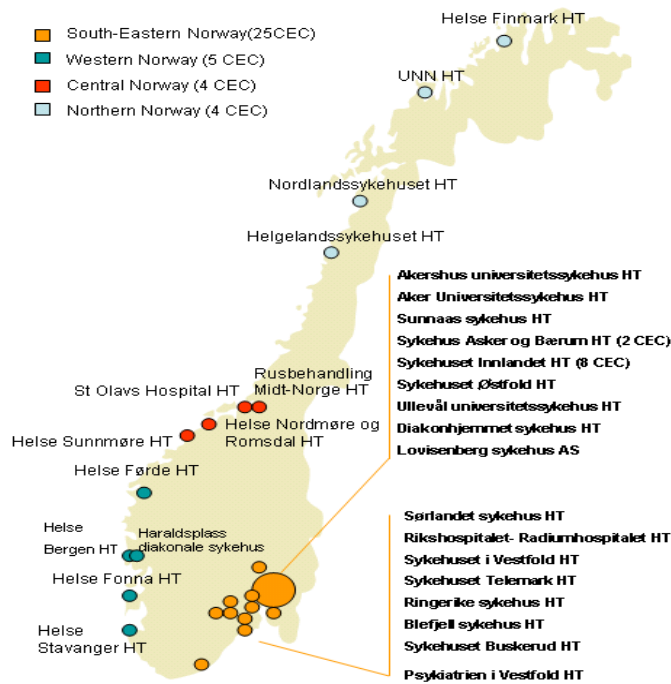
사례 대상이 독일 병원윤리위원회의 경우 매달 병원윤리위원회를 개최하며, 윤리위원회의 자문 요청은 의료진, 병원관리자, 지원기관, 환자, 가족들이 요청할 수 있다.

독일 병원윤리위원회에서 다루는 안건은 치료중단 및 보류, 환자의 자기결정권, 사전의료지시서에 관한 것으로, 이 외에도 장기이식, 말기간호 또는 치료, 리더십의 윤리, 임신중절, 임상연구, 사산과 유산, 부검, 현행 병원 모델 개혁방안 등을 다룬다. 병원윤리위원회 내규는 병원협회의 권고에 의거해 작성되며, 병원에서 운영하고 있는 위원회 모델에 따라 적합한 방식으로 작성하고 있다.

### 3.5 노르웨이<sup>54)</sup>

#### 3.5.1 개관

노르웨이의 보건의료시스템은 4개 지역으로 구분되어 각 지역보건국이 있으며, 각 지역에는 다수의 병원 트러스트들이 있고, 이들 모든 병원 트러스트들은 의무적으로 병원윤리위원회를 설치하고 있다. 2008년 현재 38개의 병원윤리위원회가 설치되어 있으며, 위원회의 상당수가 인구밀집도가 높은 노르웨이의 동부에 위치하고 있다<sup>55)</sup>.



<그림 3> 노르웨이의 병원윤리위원회 분포도

54) <http://www.med.uio.no/iasam/sme/kek/english/>

55) [http://www.med.uio.no/iasam/sme/kek/english/map\\_cec\\_uk.html](http://www.med.uio.no/iasam/sme/kek/english/map_cec_uk.html)

노르웨이 병원윤리위원회는 보건복지부(the Ministry of Welfare and Health)와의 협력으로 1993년 노르웨이 3개 병원(Gjøvik, Ullevål, Rikshospitalet)을 대상으로 시범사업을 시작한 것이 시초라 할 수 있다. 임상윤리위원회의 설치가 효과적인지, 가시화될 것인지를 평가하기 위해 시범사업을 시작으로 이루어졌다. 시범사업은 국립병원, 지방자치병원, 지역병원으로 규모를 달리하여 세 개의 병원이 선정되었다.

시범사업은 몇 가지 전제에서 출발하였으며, 그 중 하나는 재정지원을 가늠하기 위해 병원윤리위원회가 병원행정부처의 지원을 받아야 하며, 그 외에 다학제로 위원구성을 해야 하며, 자문기능을 이행하도록 요구되었다. 또한 위원회는 연구를 다루어서는 안되며, 임상윤리위원회와 유사한 기능과 성격을 갖는 질보장, 고충처리부처, 임종에 관한 자문 위원회 등과 같은 부처와 일부 중복되는 부분을 어떻게 다룰 것인지를 결정해야 했다.

시범사업결과는 1998년 긍정적인 평가가 이루어져 모든 노르웨이 병원과 너싱홈(Nursing Home)에 병원윤리위원회를 설치할 것을 권고하였다. 이 권고는 2000년 보건복지부가 권고사항을 받아들였고, 노르웨이 의회의 승인을 받았다. 이 시기에 노르웨이 보건의료시스템이 지역병원트러스트로 재조직되었다.

2003년 정부의 공식 문서에서, 모든 병원 트러스트는 2004년까지 병원윤리위원회를 설치할 것을 밝힘으로써, 병원윤리위원회 설치 의무가 공식화되었다. 트러스트 당 한 개의 병원윤리위원회를 설치하는 경우 트러스트 위원회는 적어도 하나 이상의 병원을 커버하며, 트러스트가 위원회의 설치와 관리에 대한 책임을 진다.

노르웨이의 경우 병원윤리위원회의 일차적인 역할에 대한 정책적 합의가 있었는데, 위원회는 직원들의 의료윤리 수준을 고취시키며, 윤리적 문제를 확인하고 분석하며, 가능한 해결하도록 노력해야 한다는 것이었다.

### 3.5.2 병원윤리위원회의 기능

노르웨이 병원윤리위원회의 기능도 위원회별 다양하나, 위원회 모두 윤리적 문제를 안고 있는 사안 심사, DNR 정책과 같은 정책 개발, 병원에서의 윤리교육을 기획하고 교육하는 기능을 한다.

### 3.5.3 병원윤리위원회의 구조

노르웨이 병원윤리위원회의 구성은 트러스트별 약간씩 상이하나 모든 병원윤리위원회는 8~10명의 위원으로 구성되어 있으며, 대부분 의사와 간호사를 포함하고 있고, 대체적으로 목사도 포함하고 있다. 일부 위원회는 변호사, 윤리학자, 일반인, 병원행정직 대표자를 포함하고 있다.

### 3.5.4 병원윤리위원회의 운영 및 운영 사례<sup>56)</sup>

노르웨이 병원윤리위원회의 심의는 서면으로 제시된 정보에 기초하여 심의가 이루어지며, 심의과정에 사례와 관련된 모든 당사자를 참석시키지 않은 채 위원회가 개척되거나, 사례 상담을 요청한 의사만은 배석시키는 경우가 있다<sup>57)</sup>

노르웨이의 거의 모든 병원트러스트의 윤리위원회는 근무 시간외에 시간을 할애하여 위원회가 운영되고 있으며, 위원장이나 간사 또한 근무시간에 위원회 업무를 할 시간이 없는 것이 노르웨이 윤리위원회의 전반적인 경향이다.

---

56) Reidun Fjørde, Thor Willy Ruud Hansen. 2009. Involving patients and relatives in a Norwegian Clinical Ethics Committee: What have we learned?. *Clinical Ethics* 4: 125-130

57) Reidar Pedersen, Victoria Akre, Reidun Fjørde. 2009. Barriers and challenges in clinical ethics consultations: the experiences of nine clinical ethics committees. *Bioethics*, 23(8): 460-469

노르웨이 병원윤리위원회 회의 결과의 기록 방식은 위원회의 결과보고만을 위해 작성되거나, 환자의 의무기록에 포함시키기 위해 기록하거나, 확인 가능한 사실만을 간단하게 열거하는 경우 등 유사한 사례에 대해서도 기록 방식이 다르다.

릭스병원윤리위원회(Riks hospitalet's CEC)는 12명의 위원으로 구성되어 있으며, 의사 3명, 간호사 3명, 목사, 사회사업가, 물리치료사, 변호사, 간사, 의사이자 윤리학자 각각 1명이다. 사례심의는 단계별 이루어지며, 우선, 사실관계 파악 및 사실(Facts)과 관련된 불확실성과 불일치성이 무엇인지 파악하며, 두 번째로는 윤리적 문제를 파악하고, 세 번째는 관련 당사자가 누구인지 확인한다. 네 번째는 관련된 가치와 법 규정 및 위협요인을 확인하고, 전 단계에 기초하여 가능한 해결 방안을 고안해 내고, 평가 및 추후평가를 한다.

사례가 위원회로 회부되기 전, 사전평가 단계에서 사실 확인을 위해 많은 사람들이 참여하도록 하고, 이들을 위원회 회의에 참석하도록 요청하여 자문을 구한다. 복잡한 문제가 의뢰된 경우 의료팀을 포함하여, 다양한 전문가들이 참여하도록 하며, 특히 환자를 직접 담당하고 있는 간호사를 참석시켜, 중요 사실과 견해를 밝힐 수 있도록 한다.

사례는 익명으로 논의하는 것을 원칙으로 하며, 논의가 이루어질 때, 환자에게 병원윤리위원회에서 사례를 다룰 것이라는 정보를 제공해야 하고, 위원회 내에서 정보를 공유할 수 있도록 동의가 필요하며, 위원회 회의에 환자가 직접 참여할 기회가 주어짐을 알리도록 위원회 방침(policy)으로 정해 놓고 있다.

환자가 병원윤리위원회의 참석이 불가능한 경우 환자가 자신을 대리해서 참석할 가족이나, 친구 또는 의료진을 선택할 수 있도록 하고 있으며, 환자가 다른 사람과 같이 위원회 참석을 원하는 경우 이를 허용하고 있다. 병원윤리위원회에 참석하는 모든 사람은 미리 위원회가 어떻게 진행되는지에 관해 서술된 정보를 제공받는다. 사례논의는 보통 60분에서 90분간 이루어진다.

병원윤리위원회의 권고는 법적으로 구속력이 없으며, 최종 결정은 의사에게 주어진다. 의사록은 처음 위원회 간사가 작성하며, 그 후 위원회 위원장이 내용 검

토 후, 예비회의록 형태로 위원회에 참석하였던 위원들에게 배포된다. 참석하였던 위원들이 예비회의록을 검토 및 수정한 후 최종 의사록이 병원윤리위원회 회의록으로 보관되고, 또한 환자의 의무기록에도 포함시킨다.

### 3.5.5 소 결

노르웨이는 모든 병원 트러스트 내에 병원윤리위원회를 설치하도록 의무화하고 있다. 트러스트 당 한 개의 병원윤리위원회를 설치하는 경우 트러스트 위원회는 적어도 하나 이상의 병원을 커버하며, 트러스트가 위원회의 설치와 관리에 대한 책임을 진다.

노르웨이의 윤리자문은 단독으로 윤리자문을 하거나, 소규모 팀으로 구성되어 윤리자문을 이행하는 미국의 윤리자문형태는 없으며, 위원회의 형태로만 운영된다. 위원회 모두 윤리적 문제를 안고 있는 사안 심사, DNR 정책과 같은 정책 개발, 병원에서의 윤리교육을 기획하고 교육하는 기능을 한다.

위원회의 심의는 서면으로 제시된 정보에 기초하여 심의가 이루어지며, 심의과정의 참석대상자는 사례와 관련된 모든 당사자를 참석시키지 않은 채 위원회가 개최되거나, 사례 상담을 요청한 의사만을 배석시키는 경우가 있다.

릭스(Riks)병원윤리위원회의 경우 위원회로 회부되기 전 사전평가 단계를 두고 다양한 전문가들의 의견을 구한다. 위원회에 회부되는 경우 환자에게 사실을 알리고 정보가 공유될 수 있도록 동의를 받도록 하고 있으며, 회의에 환자가 직접 참여할 권리가 있음을 알리도록 하고 있다. 안전심의가 이루어지기 전 위원회에 참석할 모든 사람에게 사례관련 정보를 미리 배포한다.

위원회의 결정은 법적 구속력이 없고, 최종결정은 의사에게 주어지며, 의사록은 회의록과 환자의 의무기록 두가지 방식으로 기록·보관된다.



< 표 3 > 노르웨이 일부 병원윤리위원회의 특성

위원회	설립 년도	위원	장람요청 가능한 자	정보수집 및 참여	가이드라인 개발	구조화된 세미나
A 위원회	1996	의사(5명-위원장 포함), 간호사(2명), 병원원목(2명), 물리치료사(1명), 사내변호사(1), 간호사(1)	병원직원	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 구두 또는 서면 요청 후</li> <li>• 모든 관련 당사자와 함께 사례 심의</li> </ul>	○	○
B 위원회	1997	의사(5명-위원장 포함), 원목(1명), 사내변호사(1), 간호사(1), 환자대표자(1명), 외부윤리학자(1)	병원직원	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 구두 또는 서면 요청 후</li> <li>• 모든 관련 당사자와 함께 사례 심의</li> </ul>	○	○
C 위원회	1999	의사(4), 간호사(3-간사 포함), 사회사업가(1), 원목(1), 외부 윤리학자(1)	아무나	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 구두 또는 서면으로 제출된 정보에 근거하여 사례 심의</li> <li>• 간혹, 관련 당사자 위원회에 참석 조정</li> </ul>	○	○
D 위원회	2002	의사(4-위원장 포함), 간호사(4명), 원목(1), 물리치료사(1)	병원직원	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 구두 또는 서면으로 제출된 정보에 근거하여 위원들이 사례 심의</li> </ul>	○	○
E 위원회	2002	의사(4-위원장 포함), 간호사(3명), 원목(1), 사회사업가(1), 인체공학가(1)	병원직원	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 간혹, 관련 당사자 위원회에 참석 조정</li> </ul>	○	○
F 위원회	2002	의사(3-위원장 포함), 간호사(1), 원목(1), 사회사업가(1), 사회교육자(1), 일반인(1)	아무나	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 모든 관련 당사자 면담 후 위원들이 사례 심의</li> </ul>	×	○
G 위원회	2003	의사(5-위원장, 외부 일반인 1명 포함), 간호사(1), 보조간호사(1), 원목(1), 물리치료사(1), 간호사(1)	아무나	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 서면으로 제출된 정보에 근거하여 사례 심의</li> </ul>	○	○
H 위원회	2003	의사(3), 간호사(3-위원장 포함), 사회교육자(1), 원목(1)	병원직원	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 서면으로 제출된 정보에 근거하여 위원회 위원들이 사례 심의</li> </ul>	×	○
I 위원회	2004	의사(5-위원장 포함), 간호사(2), 원목(1), 정신과의(1), 사회사업가(1), 외부 윤리학자(1)	병원직원	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 아직 없음</li> </ul>	○	○

참고: Reidar Pedersen, Victoria Akre and Reidun Fjårde. Barriers and challenges in clinical ethics consultations: the experiences of nine clinical ethics committees. Bioethics 2009; 23(8): 460-469

## 3.6 일본

### 3.6.1 개관

일본의 윤리위원회는(Ethics Committees, EC)는 IRB로 칭하기도 하나, 미국에서 운영되고 있는 IRB와는 다르다. 의과대학과 주요 병원에는 두 가지 형태의 윤리위원회가 있으며, 하나는 약품에 대한 임상시험 심의위원회(chiken-shinsa-iinkai, a review and monitoring committee; RMC, 이하 RMC)이고, 다른 하나는 rinri-iinkai로 불리는 윤리위원회(ethics committee)이다. RMCs는 단지 약품 임상시험 프로토콜만을 심의하고, 이들 임상시험을 모니터 한다. RMCs는 MHLW의 규제를 받으며, ICH-GCP에 따라 기능한다. 이와는 달리, 윤리위원회는 각 의료기관이 설치한 자체 규제 기구로 MHL나 MEXT의 규제범위에 해당하지 않는다. 윤리위원회는 보통 의과대학과 병원에서 이루어지는 연구 프로토콜을 심의하고, 병원정책과 임상윤리 자문을 포함하여 병원에서 이루어지는 업무와 관련된 것들을 다룬다<sup>58)</sup>.

일본의 병원윤리위원회는 복지부와 같은 기관의 규제 영역에 해당하지 않지만, 2000년대에 작성된 가이드라인에는 각 병원에 병원윤리위원회를 설치할 것을 권고하고 있다.

일본 의과대학에 설치된 윤리위원회는 1982년 도쿠시마(Tokushima) 의과대학으로 체외수정(IVF, in vitro fertilization)과 관련된 윤리적 측면의 심각성을 인식하고 설치하게 되었다. 도쿠시마 윤리위원회는 8명의 위원으로 구성되었으며, 6명은 의과대학의 학장, 병원장, 생화학자, 정신과의, 마취과의, 방사선의로 의과대학 내지 부속병원에 소속된 자들이었으며, 나머지 2명은 의학분야 이외의 분야인 인문학 분야의 철학자와 다른 기관의 변호사를 위촉하였다. 1992년 전체 80개의 의

---

58) Brian T et al. 2004. Administrative Legislation in Japan: Guidelines on Scientific and Ethical Standards. Cambridge Quarterly of Health Ethics, 13: 245-253

과대학에 정부의 규제없이 자발적으로 윤리위원회가 설치되었으며, 일반병원에서도 동일한 방식으로 설치되었다. 300명상 이상의 병원에 윤리위원회가 설치된 것은 1996년 24.6%에서 2002년 52.2%이다. 병원윤리위원회의 설치는 1996년에 비해 증가추세에 있으나, 미국을 위시하여 다른 국가와 비교했을 때 상대적으로 낮은 편이다. 그러나 2003년까지 설치된 기관을 포함하여 아직 설치하지 않은 거의 모든 의료기관들은 윤리적 문제를 해결하기 위해 병원윤리위원회의 설치 필요성을 인식하고 있다<sup>59)</sup>.

### 3.6.2 병원윤리위원회의 기능

일본의 윤리위원회는 연구윤리심의와 병원윤리심의 기능을 둘 다 이행한다. 위원회의 주된 기능은 연구 프로토콜 심의, 정책개발, 교육, 상담, 학술지에 게재된 원고 심사이다. 정책개발은 병원내의 윤리위원회보다 의과대학내의 윤리위원회가 더 적극적으로 이행하고 있으며, 일본의 경우 윤리 정책 개발 시 의과대학내의 윤리위원회가 더 리더로서 주도적인 역할을 하기 때문이다.

### 3.6.3 병원윤리위원회의 구조

의과대학(대학병원 포함)과 병원에 설치된 윤리위원회들은 각 병원과 의과대학에서 자발적으로 설치하고 있으나 위원회의 구조는 굉장히 유사한 형태를 띠고 있다. 병원윤리위원회의 위원은 평균 10명으로 구성되어 있으며, 윤리위원회마다 기관이외의 인사와 의학분야 이외의 다른 분야 전문가를 포함시키고 있다. 표준화된 형태는 1988년 모든 의과대학의 윤리위원회들간의 정보교환 및 의사소통을 위해 설치된 의과대학 윤리위원회를 위한 협의회(Liaison Society for Ethics Committees of Medical Schools)의 부산물이라 할 수 있다. 위원회의 구조에 있

---

59) Akira Akabayashi et al. 2008. A Five Year Follow-Up National Study of Ethics Committees in Medical Organizations in Japan. HEC Forum, 20(1): 49-60.

어서의 동질성은 정부가 제시하는 윤리 가이드라인을 지속적으로 이어나가는 결과를 안겨주고 있다.

병원내의 윤리위원회의 경우 의사 또는 간호사가 주를 이루며 보통 임상 의사 또는 기초 의학분야의 의사와 병원내의 위원들로 구성되며, 대부분 남성이 위촉되어 있다. 의과대학내의 윤리위원회에는 법조인을 포함하고 있으며, 윤리학 및 인문학 교수를 포함하고 있다.

### 3.6.4 병원윤리위원회의 운영 및 운영 사례

의과대학 윤리위원회는 연간 평균 7.7회, 일반병원윤리위원회는 2002년 기준 연간 3.3회 위원회를 소집한다. Yasuko Shirai의 연구<sup>60)</sup>에 의하면 회의는 약 2시간에서 3시간 동안 지속하며, 평균 5건을 심의한다. 위원회 운영예산은 대학병원 급인 경우 반 이상이 운영예산이 책정되어 있으며, 200병상에서 500병상의 병원 급인 경우 약 28% 정도만 예산이 편성되어 있다. 예산은 위원회의 외부위원을 위한 것으로 상당부분 할당하고 있다.

### 3.6.5 소 결

일본의 윤리위원회는 연구윤리심의와 병원윤리심의 기능을 둘 다 이행하며, 주로 연구 프로토콜 심의, 정책개발, 교육, 상담, 학술지에 게재된 원고 심사이다. 일본인 경우 병원내의 윤리위원회보다 의과대학내의 윤리위원회가 정책개발에 더 적극적으로 참여하며, 리더로서의 역할을 하고 있다.

의과대학과 병원에 설치된 병원윤리위원회들은 각 병원과 의과대학에서 자발적으로 설치하고 있으나, 각 위원회별 위원회의 구조는 굉장히 유사하다. 윤리위원

---

60) Yasuko Shirai. 2003. The Status of Ethics Committees in Japan. Eubios Journal of Asian and International Bioethics, 13: 130-134

회별 표준화된 형태는 1988년 모든 의과대학의 윤리위원회들간의 정보교환 및 의사소통을 위해 설치된 의과대학 윤리위원회를 위한 협의회(Liaison Society for Ethics Committees of Medical Schools)의 권고안에 따른 결과물로, 위원회 구조의 동질성은 정부가 제시하는 윤리 가이드라인을 지속적으로 이어나가는데 많은 영향을 미치고 있다.

일본의 병원윤리위원회의 위원은 평균 10명으로 구성되며, 특징적인 것은 모든 윤리위원회마다 기관이외의 인사와 의학분야 이외의 다른 분야 전문가를 포함시키고 있다는 점이다.

### 3.7 외국의 병원윤리위원회 운영현황 소결

미국, 영국, 프랑스, 독일, 노르웨이, 일본 6개국의 병원윤리위원회의 기능, 구조, 운영에 대해 간단히 살펴보았다.

미국의 병원윤리위원회는 일정부분 윤리위원회 위원들이 환자와 직접적으로 상담할 수 있으며, 병원건립을 위한 인증과 보험회사와의 계약을 위한 전제조건으로서 공식적이고 체계적인 윤리활동을 통해 의료서비스의 질을 보장하는 시스템으로 작용하고 있었다.

미국 메트로 보건의료센터의 경우 25명으로 구성된 위원 중 의사, 간호사, 윤리학자, 사회사업가를 소규모 팀을 구성하여 핵심인력으로, 나머지 위원들은 안전에 따라 참석하는 방식을 통해 병원윤리위원회의 접근성을 높이고 있었다. 메트로 보건의료센터의 운영사례는 적시에 상담이 이루어지지 못하고, 환자 또는 가족들이 병원윤리위원회의 경직된 분위기 속에서의 의사표현을 자유롭게 하지 못한다는 전체위원회의 운영상의 단점을 보완할 수 있는 전략을 제시해 준다.

미국 메트로 보건의료센터는 효과적인 상담서비스를 가장 본질적인 것으로 인

식하고 병원윤리위원회의 접근도를 높이기 위해 일반 정규 근무시간에는 간사에게 직접 상담을 요청하고, 비정규시간에는 연락망에 따라 1차적으로 연락을 받은 자가 간사역할을 하도록 하는 24시간 상담방식을 취하고 있다. 간사는 단순한 행정적인 업무만을 처리하는 것이 아니라 정보를 수집하고, 요청한 사례가 윤리상담에 부합한지에 대한 판단, 안전에 따른 위원 선별과 해당위원에게 의뢰하는 것이다.

미국 메트로 보건의료센터의 정보 수집과 윤리문제가 무엇인지 파악하고, 사례 분석 대상 위원들을 선정 한 후, 환자, 가족, 대리인과 만나기 전 일상적으로 이루어지는 윤리상담팀과 진료팀간 회의는 윤리상담팀과 의료팀간의 효과적인 의사소통과 사례에 대한 사실관계를 명확하게 파악할 수 있는 동인이 되었으며, 보다 적절하게 가능한 대안과 수행전략을 도모할 수 있었다. 병원윤리위원회의 실질적인 접근도를 높이는 또 다른 방식은 병원윤리위원회와 윤리상담의 목적을 명시한 브로슈어를 입원 시 환자에게 제공하고, 외래환자에게는 시스템을 통해 제공하는 것이었다.

미국 메트로 보건의료센터의 특징적인 또 하나의 개혁은 교육기능을 일차적 기능으로 강조하였다는 것이다. 교육기능의 강조는 위원회의 자체교육과 주요 임상 영역에 대한 정기윤리교육, 생의 말기 의사결정·연명치료, 윤리와 전문가주의, 의사결정 능력에 관해 주제별 연차교육을 통해 임상현장에서의 윤리적 인식도를 높이는 결과를 낳았다. 또한 윤리 상담 결과는 단지 의무기록과 윤리위원회 회의록으로만 남겨두는 것이 아니라 매달 개최되는 정기회의 때, 사례분석 자료로 활용하여 질적인 성장을 도모하고 있다.

프랑스의 윤리위원회는 전문가들이 윤리적 판단을 도모하도록 하기 위한 장으로 운영되고 있으며, 전문가 책임을 강조하고 다학제팀 구성원으로서 의료인이 행동해야한다고 본다. 프랑스의 경우 도덕책임은 개인에게 지워져 있으며, 의료기관은 최선의 의사결정이 이루어질 수 있도록 지원해야 할 책임이 있다고 본다.

프랑스의 윤리 프로젝트(Ethics Project)는 세 가지 단계별 운영이 되는데, 먼저 6개월마다 기관내의 모든 사람들이 참석할 수 있는 세미나를 개최하며, 실질적인

윤리 사례를 갖고 그룹별 해결방안을 모색해 보고, 실제 위원회에서 다른 방식과의 비교를 통해 윤리적 문제 해결방식들을 배우도록 하고 있다.

프랑스의 윤리위원회의 두 번째 단계는 2년의 임기를 갖는 20명의 위원으로 구성된 본회의(Plenary Group)로 기관의 의사결정을 논의하며, 3개월마다 소집한다. 위원은 의사, 과학자, 간호사, 정신과의사, 사회사업가, 변호사, 환자 대표자, 철학자, 사회학자, 신학자, 관리자를 대표하는 자가 포함된다. 본회의에서의 논의는 합의에 도달하거나 중요한 의사결정을 내리는데 있는 것이 아니라 다양한 견해와 논쟁이 가능하도록 열린 방식을 취하고 있다. 회의의 목적은 요청자가 질문한 물음에 대해 숙고를 하고, 자신의 견해를 피력하고, 문제에 관한 다양한 측면을 제안하도록 하는데 있다. 논의 후 회의를 요청한 자가 회의 과정에서 얻은 내용들을 토대로 자유롭게 자신의 결정을 내리게 된다.

프랑스의 윤리위원회의 세 번째 단계는 의료진이 어려운 임상적 상황에 관해 문제해결을 요청한 경우 중재팀(intervention team)이라 불리는 소위원회가 이를 해결하도록 하는 것이다. 중재 소위원회는 본회의의 위원 중 6명으로 구성되며, 4년의 임기를 갖는다. 소위원회는 의사 1인, 의사가 아닌 자 2인 총 세 명씩 그룹을 나누어 업무를 수행한다. 중재는 당일에 이루어지는 것을 원칙으로 하며, 필요시 가능한 한 빨리 다음날 해결될 수 있도록 조처한다. 팀은 역량을 벗어난 문제이거나 중재를 할 만한 상황이 아닐 때에는 만장일치로 찬성이 있어야 중재를 철회할 수 있도록 하고 있다.

프랑스의 윤리위원회의 중재절차는 세 명의 구성원으로 이루어진 중재팀이 관련자 중 인터뷰 대상자를 선정하고 중재팀원이 함께 인터뷰를 시행하고 자신들의 견해를 나눈다. 그 후 주치의를 포함하여 적절한 관련 당사자와 함께 회의를 개최하며, 이때 이들의 역할은 논의를 촉진시키고, 관점이 변화되도록 하는 것이다. 중재 팀 중 한명은 논쟁을 중재하며, 중재팀은 자신의 견해를 피력하거나 충고를 하지 않는다. 중재팀이 접촉했다는 것과 회의에 참석한 자의 명단을 제외하고 다른

사항은 환자의 의무기록에는 기록되지 않는다.

독일은 미국과 유사하게 질관리 및 병원 내의 윤리적 문제를 다루기 위한 병원 정책과 이에 대한 절차를 마련할 것을 의료기관 인증기구에서 요구하고 있다. 국가정책 차원에서뿐만 아니라 독일 의사협회에서도 병원윤리위원회의 설치권고 및 이행을 위한 권고안을 마련하고 있다. 독일 의사협회의 권고안에는 각 병원의 구조와 운영방식은 병원의 상황에 따라 다르지만, 표준화된 지침을 개발할 것을 제안하고 있다. 절반 이상의 병원이 병원윤리위원회 설치 준비 기간 동안 외부의 지원을 받는다.

노르웨이는 모든 병원 트러스트 내에 병원윤리위원회를 설치하도록 의무화하고 있으며, 트러스트가 위원회의 설치와 관리에 대한 책임을 진다. 노르웨이의 윤리 자문은 위원회의 형태로만 운영되며, 윤리적 문제를 안고 있는 사안 심사, DNR 정책과 같은 정책 개발, 병원에서의 윤리교육을 기획하고 교육하는 기능을 한다.

노르웨이의 릭스(Riks)병원윤리위원회는 위원회로 회부되기 전 사전평가 단계를 두고 다양한 전문가들의 의견을 구한다. 위원회에 회부되는 경우 환자에게 사실을 알리고 정보가 공유될 수 있도록 동의를 받도록 하고 있으며, 회의에 환자가 직접 참여할 권리가 있음을 알리도록 하고 있다. 안전심의회가 이루어지기 전 위원회에 참석할 모든 사람에게 사례관련 정보를 미리 배포한다. 위원회의 결정은 법적 구속력이 없고, 최종결정은 의사에게 주어진다. 의사록은 회의록으로 작성되어 보관되기도 하고, 환자의 의무기록에도 포함시키고 있다.

일본은 연구윤리심의와 병원윤리심의 기능을 둘 다 이행하며, 주로 연구 프로토콜 심의, 정책개발, 교육, 상담, 학술지에 게재된 원고를 심사한다. 의과대학과 병원에 설치된 위원회들은 각 병원과 의과대학에서 자발적으로 설치하고 있으나, 각 위원회별 위원회의 구조는 굉장히 유사하며, 위원회별 표준화된 형태는 의과대학 윤리위원회를 위한 협의회(Liaison Society for Ethics Committees of Medical



Schools)의 권고안에 따른 결과라 할 수 있다.

병원윤리위원회는 병원에 기여할 수 있는 바가 무엇인지에 따라 기능이 달라지나, 주로 세 가지 기능을 갖고 있었다. 위원회 위원들, 병원내의 의사와 의료진, 환자와 가족, 지역병원을 대상으로 교육을 시행하는 교육기능, 분배문제(allocation issues)나 문제시 되는 사례의 의사결정과 관련된 의료전문가들을 위한 정책이나 가이드라인을 개발하는 정책개발 기능, 사례 상담 및 자문기능이다.

각 국가의 병원윤리위원회마다 특정한 한 가지 기능만을 이행하고 있지는 않으며, 대체적으로 세 가지 기능이 서로 상보적인 역할을 하도록 도모하고 있었다. 임상현장에서의 윤리적 문제 해결을 위한 상담은 병원윤리위원회의 본질적인 기능이었으며, 다양한 가치가 개입된 문제를 해결하기 위해 다학제적 접근 방식을 통해 윤리적 숙고과정을 거치고 있었다. 병원윤리위원회의 심의만을 통해 임상에서의 윤리적 문제를 해결하는 데만 그치는 것이 아니라, 병원윤리위원회의 자체교육을 통해 병원윤리위원회 위원들의 전문성 확보와 숙고를 거친 의사결정을 하도록 도모하도록 하고 있었으며, 병원내 직원들을 위한 임상의료윤리 교육 시행을 통해, 자주 발생하는 윤리문제에 대한 이해와 해결방식을 습득하도록 하고 있었다. 또한 사례분석, 교육을 통해 얻어진 경험을 토대로 각 병원에 부합한 관련 병원정책을 개발하여, 병원내의 실질적인 지침 부재로 초래될 수 있는 혼란스러움을 줄이도록 하고 있었다.

이러한 측면에서 본다면, 병원윤리위원회의 적정기능은 교육, 정책개발, 사례상담 기능 중 어느 한가지만을 이행하는 것이 아니라 세 가지 기능이 서로 상보적으로 작용하도록 하는 것이라 할 수 있다.

의료기관 차원에서 뿐만 아니라 병원윤리위원회를 활성화 시키는데 중요한 것은 영국과 노르웨이의 경우를 볼 때 국가적 차원의 지원이었다. 다른 국가와는 달리 영국의 경우, 의료윤리위원회를 지원하기 위해 국가적 차원에서 의료윤리 네트

워크를 설치하고 있다. 임상윤리 네트워크는 임상윤리그룹을 위한 자문과 지원을 제공하며, 뉴스레터, 전자메일, 네트워크 웹사이트를 통해 협력 조장, 임상윤리그룹의 위원들을 대상으로 한 훈련 프로그램 실시, 컨퍼런스 개최, 임상윤리그룹을 위한 정보 데이터 베이스 구축, 국제적 차원의 임상윤리그룹과의 연계를 도모함으로써 기존에 설치된 임상윤리위원회와 새로 개설하는 임상윤리위원회를 지원·육성하고 있다.

## 제4장 우리나라 병원윤리위원회 운영현황 및 문제점

### 4.1 우리나라 병원윤리위원회의 운영현황 및 문제점

#### 4.1.1 병원윤리위원회에 대한 중환자 전담의사의 인식도 조사<sup>61)</sup>

병원윤리위원회에 대한 중환자 전담의사의 인식도 조사는 대한중환자의학회 회원 100명을 대상으로 연명치료중단에 관한 전반적인 이메일을 통해 설문지를 배포하였으며, 조사기간은 2007년 10월 10일부터 10월 31일까지 시행되었다.

<표 4> 연구대상자 수 및 의료기관 수

특성	대상자수	기관수
참여기관	88	53
기관별 참여대상자수	6인	1
	5인	2
	4인	3
	3인	4
	2인	5
	1인	38

중환자 전담의사를 대상으로 연명치료중단과 유보결정에 대한 인식과 실행에 관한 조사에서 연구에 참여한 대상자는 전체 88명으로, 각 대상자가 근무하고 있는 기관수는 53개 기관이었고, 250병상 이상 병원이었다. 이들 응답자 중 81%가 근무 병원에 병원윤리위원회가 설치되어 있다고 응답하였다.

61) 연구에 대한 자세한 내용은 김소윤외. 2009. 연명치료중단과 유보 결정에 대한 한국 중환자 전담의사 인식과 실행. 한국의료윤리학회지, 12(1): 15-28 참조하라.

많은 중환자실 전담의사들은 연명치료중단과 관련된 의사결정의 어려움을 환자 치료와 관련된 ICU 팀 구성원에게 정보를 제공하고 주관적인 요소를 최소화하는 팀 접근방식의 논의를 통해 의사결정이 이루어져야 한다고 인식하고 있다<sup>62)</sup>. 팀 접근방식의 논의가 의사결정 시 좋은 방법이며 자신의 환자치료에 대한 궁극적인 법적 책임은 주치의에게 있으므로 병원윤리위원회와 같은 자문기구의 견해를 반영할 필요가 있다. 신현호의 연구에서도 환자중심의 의사결정이 이루어지기 위해서는 병원윤리위원회와 같은 합의체기구의 심의를 거쳐 합의에 이루도록 할 필요가 있음을 언급하고 있다. 또한 연명치료중단여부에 대한 결정은 의료진과 환자 및 환자 가족사이의 갈등이나 의료진 내의 갈등이 발생하는 경우 갈등 해결을 위해 윤리적이고 합리적인 결정과 중재를 할 수 있는 기구<sup>63)</sup>인 병원윤리위원회와 같은 합의체기구에 의한 심의를 거쳐 사회적 합의를 이루도록 하는 것이 바람직하다.

그러나 실제 병원윤리위원회로 의뢰되는 경우는 많지 않으며<sup>64)</sup>, Duval et al의 연구<sup>65)</sup>에서도 병원윤리위원회는 어려운 윤리적 갈등 상황을 해결하고자 설치되었으나, 임상의들이 병원윤리위원회의 자격에 대한 의구심으로 병원윤리위원회의 이용도가 떨어짐을 언급하고 있다.

중환자 전담의사를 대상으로 한 본 설문에서도 93.8%의 중환자 전담의사가 윤리위원회의 필요성을 인식하고 있었다. 그러나 환자 또는 보호자와의 연명치료 중단 논의 시, 이견이 발생한 경우 보호자와 합의될 때까지 지속한다고 하는 경우가 68.2%였으며, 병원윤리위원회에 자문을 요청하는 경우는 28.2%에 불과하였다.

62) Jean-Louis Vincent. 2001. Cultural differences in end-of-life care. *Critical Care Med*, 29(2): 52-55

63) 김중호 외. 2004. 병원윤리위원회 조직과 기능 및 활성화 방안 연구. *한국의료윤리교육학회지*, 7(1)

64) 강정민, 고윤석. 2005. 한 대학병원 의료윤리 위원회에 의뢰된 치료중단 예들의 분석. *대한중환자의학회지*, 20(1): 68-75

65) Duval G et al. 2001. What triggers requests for ethics consultations?. *J Med Ethics*, 27(suppl 1):24~29

연명치료 중단 결정 참여주체에서도 주치의 98%, 가족 97.7%, 환자 95.5%, 병원윤리위원회 94.3%가 참여가 필요하다고 보았으나, 실질적인 참여는 주치의 93.8%, 가족 92.6%, 환자 63.8%, 병원윤리위원회 40.0% 순으로 병원윤리위원회의 실질적인 참여는 다른 주체에 비해 저조하였다.

93.8%의 중환자실 전담의사가 의사결정에 병원윤리위원회가 도움이 될 것이라 여기고, 그러한 측면에서 병원윤리위원회 필요성을 인식하고 있었으나, 응답자의 64.5%가 병원윤리위원회가 실질적으로 연명치료 중단 의사결정에 기여하지 않고 있다고 응답하였다.

이것은 논의가 필요한 사안에 대해 개인의 가치관이나 선배나 동료 의료인들의 조언을 통해 개별적으로 해결하는 경우가 많아<sup>66)</sup> 연명치료중단과 관련된 사안에 대해 병원윤리위원회에까지 상정되지 않는 것으로 보인다. 또한 기존 병원윤리위원회는 직원의 윤리적 행위에 대한 검토<sup>67)</sup>, 의료분쟁의 대책 수립 및 조정에 관한 사항, 의료부조리의 예방 및 대책에 관한 사항, 진료서비스 및 질서개선에 관한 사항 등을 주로 심의<sup>68)</sup>하고 있어 연명치료와 관련된 의사결정에 병원윤리위원회가 실질적인 도움을 주고 있지 못하는 것이라 판단된다.

따라서 향후 연명치료중단과 같은 사안에 대해 윤리위원회의 개입과 더불어 환자중심의 의사결정이 이루어지기 위해서는 현행 위원회의 역할 강화와 실질적으로 임상에서 활용 가능할 수 있도록 구체적인 기능정립이 이루어질 필요가 있다.

---

66) 강정민, 고윤석. 2005. 한 대학병원 의료윤리 위원회에 의뢰된 치료중단 예들의 분석. 대한중환자의학회지, 20(1)

67) 박연옥 외. 2001. 퇴원 심의 Task Force Team 운영분석. 의료·윤리·교육, 4(1).

68) 김중호 외. 2004. 앞의 논문

#### 4.1.2 우리나라 병원윤리위원회의 설치 현황<sup>69)</sup>

1999년 전국 76개 전공의 수련병원(대학병원 34개, 종합병원 42개)을 대상으로 실시된 고윤석의 연구에 의하면 대학병원은 90.3%, 종합병원은 71.4%가 윤리위원회가 구성되어 있다(수련병원 59개중 48개로 총 81%).

병원윤리위원회의 운영은 필요시 소집하는 경우(66.7%)가 많았으며, 정기적으로 회의를 소집하는 경우는 31.3%에 불과했다. 회의소집은 한달에 1회 이상이 10.4%, 1년에 1~2회만 소집하는 경우는 41.7%에 달했다. 병원지휘부로부터 적극적인 지원을 받는 경우는 33.3%에 불과하며, 25%는 전혀 지원이 없다.

병원윤리위원회의 주된 활동은 의료인의 비윤리적 행위, 환자의 권리에 관한 사항, 의료윤리에 연관된 병원 규정 작성 및 검토, 직원대상 의료윤리교육(52.1%), 진료비와 관련된 진료 지속문제, 특정 치료 여부에 대한 자문, 환자 대상 임상연구의 윤리적 타당성, 심폐소생술 수행여부에 대한 결정 등의 순이었다.

의사들이 병원윤리위원회에 자문을 구하는 빈도는 1년에 12회 이상이 4.2%, 6~1회가 10.4%, 1~5회가 47.9%의 병원이 해당되었으며, 33.3%의 병원에서는 전혀 없었다고 응답하여, 대부분의 병원윤리위원회는 조직만 되어 있는 실정이다.

자문을 받을 경우 37%의 위원회는 회의 소집 후 문제가 해결될 때까지 적극적으로 관여하며, 33.4%의 위원회는 회의 소집과 상황에 대한 보고나 조사만을 하며, 22.9%의 위원회는 회의 소집 없이 보고서만 제출받는다.

병원윤리위원회의 영향력은 전체 응답의 27.1%가 위원회의 결정이 절대적인 영향력을 미친다고 하였으며, 52.1%는 참고 정도의 영향력이 있다고 보았으며, 10.4%는 전혀 영향력이 없다고 하였다.

병원윤리위원회의 활동에 어려운 점과 개선사항으로, 위원들의 위원회 활동에 할애하는 시간 부족(72.9%), 관련의료법의 지식부족(43.8%), 위원들의 의료윤리 관련 전문지식 부족(29.2%) 및 재정적 어려움(12.5%) 등이 윤리위원회 활동에

69) 고윤석 외. 1999. 우리나라의 병원윤리위원회. 의료·윤리·교육, 2(1): 63-78

제약을 초래하고 있다고 보았다.

운영을 개선하기 위한 사항으로 의료윤리 전문가의 참여(60.4%), 위원회 활동에 대한 병원 내 홍보(52.1%), 위원 대상 전문 교육의 필요(52.1%), 위원회 활동에 대한 제도적 지원(50.0%), 법적 자문이 가능하도록 위원회와 지역 법원과의 연계(47.9%), 전담 사무요원의 확보(45.8%) 및 병원의 재정적 지원(37.5%) 등이었다.

#### 4.1.3 병원윤리위원회의 규정 분석

의료기관에서의 윤리적 문제를 해결하기 위한 방편으로 병원윤리위원회의 활용은 환자와 의료진간의 의사소통을 향상시킴으로써 궁극적으로 의료의 질 향상을 도모하게 되므로 중요하다 할 수 있다. 그러나 위에서 보았듯이 우리나라의 병원별 위원회의 설치와 운영이 달랐으며, 이러한 점은 향후 병원윤리위원회를 활용하여 환자와 의료진간 갈등을 해소함에 있어 병원간 편차가 심해 만족도뿐만 아니라 의료의 질에 있어서도 격차를 보일 가능성이 많다. 이러한 측면에서 병원윤리위원회의 운영규정의 분석은 향후 위원회의 운영과 관련된 사항들을 일정 요건을 충족시켜, 운영상 발생하는 의료기관간, 지역간 격차를 최소화 시킬 수 있는 방안을 모색하는데 일정 부분 도움이 될 수 있다.

여기에서는 병원윤리위원회를 운영하고 있는 일부 병원의 운영규정을 비교분석함으로써 위원회 운영을 위한 제 규정의 문제점과 향후 병원윤리위원회의 설치 및 운영을 위해 병원내규에 포함되어야 할 기본적인 사항들이 무엇인지 가늠해보고자 한다. 운영규정의 분석대상은 김중호 외의 연구<sup>70)</sup>와 엄영란<sup>71)</sup>의 연구에서 제시되고 있는 국내 5개 병원의 내규를 그 대상으로 하였다.

---

70) 김중호 외. 2004. 병원윤리위원회 조직과 기능 및 활성화 방안 연구. 한국의료윤리교육학회지, 7(1)

71) 엄영란. 2003. 병원윤리위원회 역할의 활성화 방안 탐색 연구. 의료·윤리·교육, 6(1): 35-53

#### 4.1.3.1 병원윤리위원회의 설치 목적

병원윤리위원회의 설치 목적은 5개 병원 대부분이 ‘의료윤리문제의 해결’을 그 목적으로 정하고 있었다. 서울대학교병원과 아주대학교 병원은 의료인과 교직원의 윤리의식 제고 및 의료윤리를 준수할 것을 명시함으로써, 의료인에 대한 윤리를 강조하고 있었으며, 서울아산병원은 의료진, 직원, 환자와 가족들에 대한 자문과 결정사항에 대한 권고를, 세브란스병원은 환자의 권익향상을 목적으로 하고 있다.

<표 5> 우리나라 병원윤리위원회 운영규정-목적 비교

병원	목적
가톨릭대학교 강남성모병원	제2조 (목적) 이 위원회는 병원에서 진료와 관련하여 발생하는 의료 윤리적 문제들에 대하여 의료진, 직원 및 환자와 그 가족들의 자문에 응하고 그 결정사항들을 권고함으로써 윤리적 판단과 결정이 올바르게 수행될 수 있도록 함을 목적으로 한다.
서울대학교 병원	제1조 (목적) 이 규정은 서울대학교병원에서 시행하는 의료 행위에 있어 의료인의 윤리의식제고와 의료분쟁의 대책수립 및 조정에 관한 사항을 심의하기 위한 의료윤리위원회(이하 “위원회”라 한다)의 기능 및 구성 등에 관하여 필요한 사항을 목적으로 한다.
서울아산 병원	제2조 (목적) 이 위원회는 본원에서 진료와 관련하여 발생하는 의료 윤리적 문제들에 대하여 의료진, 직원 및 환자와 그 가족들의 자문에 응하고 그 결정 사항을 권고함으로써 윤리적 판단과 결정이 올바르게 수행될 수 있도록 함을 목적으로 한다.
세브란스 병원	제1조 (기능) 본 위원회는 세브란스병원(이하 “병원”이라 한다)에 내원하는 환자 및 보호자 등의 병원 이용 시 윤리적 사항 및 의료서비스 개선 사항 등을 심의하여 환자 권익을 향상시키는 것을 목적으로 하며, 병원장에게 건의한다.
아주대학교 병원	제1조 (목적) 이 규칙은 아주대학교 병원(이하 “병원”이라고 한다) 교직원으로써 의료인의 윤리를 준수하게 함으로서 건전한 의료관의 확립과 의권의 정립으로 의료계 발전에 기여하고자 병원장의 자문 기구로 병원윤리위원회(이하 “위원회”라 한다)의 설치 및 운영에 관한 필요한 사항을 정함을 목적으로 한다.

출처: 김중호 외. 2004. 병원윤리위원회 조직과 기능 및 활성화 방안 연구. 한국의료윤리교육학회지, 7(1)



그러나 서울대학교 병원의 경우 의료분쟁 대책수립 및 조정에 관한 사항을 심의함을 목적으로 하고 아주대학병원의 경우 병원장의 자문기구로서 의료인의 윤리준수나 의권정립을 목적으로 하고 있어, ‘의료윤리문제해결’이라는 측면에선 병원별 설치목적이 유사하나 세부목적은 볼 때 차이가 있다.

따라서 연명치료와 같은 사안을 중점적으로 다루기 위해서는 각 병원내규에 병원윤리위원회의 설치 목적을 어느 정도 일원화하여 규정할 필요가 있다.

#### 4.1.3.2 설치목적에 따른 병원별 위원회 유형

병원윤리위원회의 유형은 자문·심의기능을 하는 제1유형과, 구속력 있는 의결기능을 행하는 제2유형, 그리고 구속력 있는 의결기능을 행하되 준사법적 권한 등 강한 권한을 가지고 있어 중립성이 강하게 요구되는 제3유형으로 구분할 수 있다.

자문은 특정 개인 또는 조직 전체의 자문에 응할 목적으로 설치되며, 그 방면의 전문가들로 위원회를 구성하는 것이 자문의 기능을 충실히 이행할 수 있다. 자문위원회의 결정은 법적 구속력을 가지지 못하는 경우가 많으며, 임의적 절차에 해당한다.

심의는 자문과 유사한 기능을 하나, 자문이 임의적 절차에 해당한다면, 심의는 보통 필수적으로 거치도록 되어 있다. 심의는 위원회의 심의를 거쳐야 하지만, 그 심의결과에 기속되는 것은 아니므로 심의결과와 다른 처분을 할 수도 있다. 심의의 경우 다른 처분을 하여도 법률적으로는 그 효과에 있어서 문제가 없고, 다만 심의위원회를 열지 않은 경우 법률적 하자가 있다고 할 수 있다.

의결은 그 결정에 따른 구속력이 있어, 위원회의 의결과 다른 처분을 할 수 없고, 만약 다른 처분을 하였을 경우 그 처분은 법률상 무효 또는 취소할 수 있는 처분이 된다.

병원윤리위원회의 성격에 따라 분석대상인 5개 병원의 윤리위원회 유형은 제1 유형에 속하며, 자문과 심의기구의 성격을 갖는다.

병원윤리위원회의 설치목적에 따른 위원회의 성격은 5개 병원 모두 자문·심의의 성격을 가지며, 병원별 구체적으로 살펴보면 서울대학교병원은 의료분쟁조정에 관한 사항을 심의하고<sup>72)</sup>, 세브란스병원은 환자 및 보호자의 병원이용시의 윤리적 사항과 의료서비스 개선사항을 심의한다. 서울대학교병원과 세브란스병원은 심의기구로서 병원윤리위원회의 성격은 같으나 심의대상에 있어 차이가 있다.

가톨릭대학교 강남성모병원과 서울아산병원, 아주대학교병원의 병원윤리위원회는 의료윤리 문제에 대해 자문에 응할 목적으로 설치된 자문조직의 성격을 가진 위원회이다. 가톨릭대학교 강남성모병원과 서울아산병원은 의료인과 환자 및 가족에 대한 자문을 하는 것에 비해, 아주대학교병원은 병원장의 자문에 응하기 위한 기구로, 병원간 자문대상이 차이가 있다.

따라서 위원회 내규에 위원회의 유형과 심의대상을 어느 정도 일원화하여 규정할 필요가 있다.

#### 4.1.3.3 병원윤리위원회 설치 목적과 기능과의 비교

병원윤리위원회는 설치목적에 따라 위원회의 기능과 역할이 결정되며, 위원 구성 및 위원회 운영방식은 그러한 목적을 달성하기 적합한 방식으로 구성된다. 설치목적에 따른 병원윤리위원회의 기능 규정과 위원 구성들을 살펴보는 것은 현재 운영되고 있는 윤리위원회의 적절성도 함께 가늠해 볼 수 있는 방식이 될 수 있다. 예컨대, 병원윤리위원회의 특정 역할이 위원회가 설치목적 이외의 많은 업무를 시행

72) 서울대학교 병원 제1조(목적) 이 규정은 서울대학교병원에서 시행하는 의료행위에 있어 의료인의 윤리의식 제고와 의료분쟁의 대책 수립 및 조정에 관한 사항을 심의하기 위한 의료윤리위원회(이하 “위원회”라 한다)의 기능 및 구성 등에 관하여 필요한 사항을 목적으로 한다.

하고 있는 경우, 위원회 운영상의 효율은 떨어지며, 궁극적으로 지향하고자 하는 목적은 상당부분 달성될 수 없다.

가톨릭대학교 강남성모병원과 서울아산병원의 위원회는 의료윤리 문제의 해결을 위한 자문기능을 이행하기 위해 설치되었으며, 이의 목적을 달성하기 위해 교육, 정책, 의료분쟁에 대한 자문 기능을 하도록 명시하고 있다. 특히 병원윤리위원회가 의료분쟁의 윤리적 측면에 대한 자문도 이행하도록 하고 있다.

서울대학교병원은 주로 의료분쟁 발생 시 진상조사 및 원인규명과 이의 해결방안을 심의하는 기구로, 병원윤리위원회 내에 의료분쟁조정 소위원회를 두고 있고, 의료분쟁에 관한 사항을 주로 관장하고 있다. 서울대학교병원의 윤리위원회는 다른 병원의 윤리위원회가 윤리적 문제를 해결하기 위한 측면에서 위원회가 개최되는 것에 비해 의료분쟁 예방 및 해결을 위한 기능에 보다 주안점을 주고 있다는 것이 특징적이다.

세브란스병원은 윤리적 사항 및 의료서비스 개선 사항에 대한 심의를 통해 궁극적으로 환자의 권익을 향상시키는 것을 목적으로 하고 있다.

<표 6> 우리나라 병원윤리위원회 운영규정-목적, 기능 비교

기관	항목	목적	기능
가톨릭대학교 강남성모병원		<ul style="list-style-type: none"> <li>의료윤리적 문제들에 대해 윤리적 판단과 결정이 올바르게 수행될 수 있도록 함</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>위원회에 회부된 의료분쟁에 대한 윤리적 자문과 권고</li> <li>직원대상 의료윤리 교육관련 업무 자문</li> <li>병원의 정책 중 의료윤리관련 부분에 대한 자문</li> <li>병원장이 필요하다고 인정하여 위원회에 시달하는 사항</li> </ul>
서울대학교 병원		<ul style="list-style-type: none"> <li>의료인의 윤리의식 제고</li> <li>의료분쟁 대책 수립</li> <li>의료분쟁 조정</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>의료윤리의식 제고와 의료분쟁 예방을 위한 계획수립에 관한 사항 심의</li> <li>환자와 의료인의 권리신장 및 의무에 관한 사항 심의</li> <li>의료분쟁 발생시 진상조사, 원인규명 및 해결방안에 관한 사항 심의</li> <li>의료분쟁과 관련한 진료비 감면에 관한 사항 심의</li> <li>환자의 입·퇴원 결정과 관련된 의료윤리적 사항 심의</li> <li>기타 의료윤리 및 의료분쟁 조정에 관한 사항 심의</li> </ul>
서울아산병원		<ul style="list-style-type: none"> <li>의료윤리적 문제들에 대해 윤리적 판단과 결정이 올바르게 수행될 수 있도록 함</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>위원회에 회부된 의료분쟁에 대한 윤리적 자문과 권고</li> <li>직원대상 의료윤리 교육관련 업무자문</li> <li>병원의 정책 중 의료윤리관련 부분에 대한 자문</li> <li>병원장이 필요하다고 인정하여 위원회에 시달하는 사항</li> </ul>
세브란스병원		<ul style="list-style-type: none"> <li>환자의 권익 향상</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>환자 및 보호자의 병원 이용 시 윤리적 사항 및 의료서비스 개선사항 심의</li> </ul>
아주대학교 병원		<ul style="list-style-type: none"> <li>의료인의 의료윤리 준수를 통해 건전한 의료관 확립 및 의권 정립</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>병원교직원의 윤리의식 제고에 관한 사항</li> <li>의료부조리의 예방 및 대책에 관한 사항</li> <li>진료서비스 및 질서개선에 관한 사항</li> <li>기타 병원장이 필요하다고 인정되는 사항</li> </ul>

출처: 김중호 외, 2004. 병원윤리위원회 조직과 기능 및 활성화 방안 연구. 한국의료윤리교육학회지, 7(1)

5개의 국내병원 내규의 기능관련 규정은 의료윤리문제 해결을 위해 자문 및 심의기구로서의 역할을 명시하고 있으나, 의료윤리문제 해결을 위한 정책개발이나 병원 직원 및 의료진들을 위한 윤리교육에 관한 역할은 거의 규정하고 있지 않다.

정책개발은 병원에서 자주 발생하는 사례와 관련하여 병원이 지향 또는 지양해야 할 지침이나 가이드라인 설정을 위해 요구되는 기능이라 할 수 있다. 또한 교육기능은 윤리위원회에 상정되었던 안전에 대한 포럼이나 직원을 대상으로 한 윤리사례의 교육 등은 직원의 임상현장에서의 윤리적 역량을 높임으로써, 병원내부에서 선순환을 가져올 수 있는 기능이라 할 수 있다. 그러므로 통상적으로 병원윤리위원회의 기능이라 할 수 있는 사례심의, 정책개발, 교육기능을 내규에 포함시키는 것이 바람직하다.

#### 4.1.3.4 병원윤리위원회 위원구성

5개 병원의 병원윤리위원회 위원구성은 10명에서 20명 내외였으며, 가톨릭대학교 강남성모병원과 서울아산병원, 아주대학교병원은 10명 이내, 서울대학교병원은 16인, 세브란스병원은 20명 이내였다. 위원구성뿐만 아니라, 위촉되는 위원의 자격도 병원별로 상이하다. 가톨릭대학교 강남성모병원은 의사(수련교육부장), 변호사, 의료윤리교수가 당연직 위원으로 위촉되며, 서울아산병원도 의사, 관리상무, 의료윤리교수를 당연직으로 하고 있다. 서울대학교병원의 경우, 의료분쟁의 예방 및 조정을 위한 심의기구로서의 성격으로 인해, 의사 8명을 당연직 위원으로 하고 있으며, 그 외 3명의 겸직교원과 고문변호사, 외부인사 2인으로 위원구성이 된다.

변호사를 당연직 위원 또는 위원으로 위촉해야 함을 명시한 곳은 가톨릭대학교 강남성모병원과 서울대학교병원이었으며, 의료윤리 교육 담당교수를 위원으로 위촉함을 규정한 곳은 가톨릭대학교 강남성모병원, 서울아산병원 두 곳이다.

<표 7> 우리나라 병원윤리위원회 운영규정-기능, 위원 구성 비교

	기능	위원 구성
가톨릭대학교 강남성모병원	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 위원회에 회부된 의료분쟁에 대한 윤리적 자문과 권고</li> <li>• 직원대상 의료윤리 교육관련 업무 지문</li> <li>• 병원의 정책 중 의료윤리관련 부분에 대한 자문</li> <li>• 병원장이 필요하다고 인정하여 위원회에 시달하는 사항</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 병원장이 위촉한 위원 10명</li> <li>✓ 당연직 : 수련교육부장, 병원 고문변호사 및 의료윤리교육 담당 교수(또는 원목실장)</li> </ul>
서울대학교 병원	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 의료윤리의식 제고</li> <li>• 환자와 의료인의 권리신장 및 의무 심의</li> <li>• 의료분쟁 예방계획 심의</li> <li>• 의료분쟁 발생시 진상조사, 원인 규명 및 해결방안, 진료비 감면 심의</li> <li>• 환자의 입·퇴원 결정과 관련된 의료윤리 사항 심의</li> <li>• 기타 의료윤리 및 의료분쟁 조정에 관한 사항 심의</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 위원 16명</li> <li>✓ 진료부원장, 소아진료부원장, 행정차장, 기획조정실장, 교육연구부장, 내과과장, 일반외과과장, 미취과과장, 치과진료부원장, 원무부장</li> <li>✓ 겸직교원 3인</li> <li>✓ 외부인사 3인(고문변호사 포함)</li> </ul>
서울아산병원	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 위원회에 회부된 의료분쟁에 대한 윤리적 자문과 권고</li> <li>• 직원대상 의료윤리 교육관련 업무 지문</li> <li>• 병원의 정책 중 의료윤리관련 부분에 대한 자문</li> <li>• 병원장이 필요하다고 인정하여 위원회에 시달하는 사항</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 위원 10명 내외</li> <li>✓ 당연직 : 수련교육부장, 병원 고문변호사 및 의료윤리교육 담당 교수(또는 원목실장)</li> </ul>
세브란스병원	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 환자 및 보호자의 병원 이용 시 윤리적 사항 및 의료서비스 개선사항 심의</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 위원 20명 내외</li> </ul>
아주대학교 병원	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 병원교직원의 윤리의식 제고에 관한 사항</li> <li>• 의료부조리의 예방 및 대책에 관한 사항</li> <li>• 진료서비스 및 질서개선에 관한 사항</li> <li>• 기타 병원장이 필요하다고 인정되는 사항</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 위원 10명 이하</li> <li>✓ 당연직 : 제1진료부원장, 제2진료부원장, 행정부원장, 교육수련부장</li> </ul>

출처: 김종호 외. 2004. 병원윤리위원회 조직과 기능 및 활성화 방안 연구. 한국의료윤리교육학회지, 7(1)

<표 8> 병원윤리위원회별 설치목적 및 위원구성

병원	설치목적	기능	위원구성		
			계	위원장	위원
가톨릭대학교 강남성모병원	의료윤리문제에 관한 자문	심의	10	1	9
서울대학교 병원	의료분쟁 조정에 관한 심의	심의	16	1	15
서울아산 병원	의료윤리문제에 관한 자문	심의	10	1	9
세브란스 병원	윤리문제 및 의료서비스 개선사항 심의	심의	21	1	20
아주대학교 병원	병원장에 대한 자문	심의	10	1	9

향후 본래적 의미의 병원윤리위원회의 기능이라 할 수 있는 자문, 교육, 정책과 지침 개발에 역점을 두고 운영이 된다면, 병원윤리위원회가 병원정책과 의료윤리가 개입된 사안을 다룸에 있어 병원의 입장에서 이를 해결하기 위한 구도로 되어 있는 현재의 병원윤리위원회 구도를 바꿀 필요가 있다. 병원윤리위원회의 자문기능은 의학적 자문이 아니라 윤리적 측면의 자문을 의미하며, 환자와 가족, 또는 임상현장에서 발생하는 사안들에 대해 의사결정을 쉽게 내릴 수 없는 의료인들의 요청에 응하기 위한 것이라 할 수 있다.

이러한 측면에서 볼 때 연명치료 중단과 같은 사안을 다루기 위해 병원윤리위원회 위원 구성은 다학제 위원으로 전환할 필요가 있다. 위원회가 교육기능에 보다 중점을 두는 경우 위원구성은 많을수록 좋은 반면, 심의의결을 위한 위원회 구성은 그리 많지 않아야 한다. 위원구성에 대한 논의를 거쳐 병원윤리위원회의 내규에 위원의 수를 어느 정도 한정시켜 명시하는 것이 필요하다.

병원윤리위원회 구성 시 위원장의 역할은 매우 중요하다. 병원윤리위원회 위원장은 위원회의 회의를 중립적인 위치에서 위원들의 의견을 종합하거나, 간단하게 정리하여 제시해 주고, 토론을 이끌어 갈 수 있는 회의 진행 능력뿐만 아니라 윤

리적·법적 측면의 전문적인 지식도 아울러 필요하다. 그러나 5개 병원의 운영 내규를 보면, 위원장의 임명 또는 지정에 관한 사항은, 서울대학교는 진료부원장이 당연직 위원장이 됨을 명시하고 있다. 그 외의 병원에서도 아주대학교병원이 위원장의 위촉이 의료원장에 의해 이루어짐을 명시하고 있으나, 자격에 대한 언급은 없으며, 그 외 다른 병원에서도 위원장의 자격이나 선출 방식에 대한 언급이 없다.

위원장이 보직에 의거해 당연적용을 받는 경우, 직위가 해제된 후 새롭게 임명된 자가 위원회 위원장을 겸하게 되면, 위원회 운영상의 질에 영향을 미칠 수 있다. 그러므로 병원내규에 위원장에 관한 내용이 포함될 필요가 있으며, 이와 더불어 위원에 대한 자격도 다학제에 맞추어 명시할 필요가 있다.

#### 4.1.3.5 간사

우리나라 각 병원윤리위원회는 모두 간사에 관한 규정을 두고 있다. 서울대학교병원 은 해당 진료과의 의무장과 원무과장 2인을 간사로 둘 것을 규정하고 있으며, 서울아산 병원은 총무팀장, 세브란스병원은 사무팀장이 간사가 되도록 하고, 그 외 병원은 특정인을 지정하지 않고 위원회 내에 간사를 둘 것만을 규정하고 있다. 간사의 자격은 병원별 상이하나, 위원회의 회무관장 및 보고업무를 원활히 수행하기 위해 대체적으로 행정직의 팀장급에 해당하는 자를 간사로 임명하고 있다.

행정직 대표자가 간사직을 역임하는 경우, 의학적 측면에서의 전문성 부족으로 회의록 작성의 어려움뿐만 아니라, 위원회가 적정기능을 하기 위해 요구되는 사전 사례 분석을 위한 역할을 수행하기에는 부적절한 것으로 보인다. 우리나라에 설치된 병원윤리위원회의 간사는 아예 없거나, 행정업무를 대리할 자를 지명하고 있어, 연명치료중단과 같은 사례 상담을 요청하는 경우 어떤 곳으로 연락을 취해야 하는지 불분명하다.

따라서 병원윤리위원회 간사는 위원회 개최 공지, 업무연락, 회의결과 보고 등 단순히 행정적 업무만을 위해서 필요한 것이 아니라, 환자 또는 의료인들이 윤리



문제로 사례 상담을 요청하는 경우 제1차 접촉자가 되고, 사례분석, 회의록 작성 및 보관의 업무를 이행할 자로 간사를 새롭게 규정하는 것이 요구된다.

<표 9> 우리나라 병원윤리위원회 운영규정-간사

대상 병원	간사 규정
가톨릭대학교 강남성모병원	제6조 (간사) ① 이 위원회의 사무를 처리하기 위하여 간사 1인을 둔다. ② 간사는 회의록을 작성하고 그 기록을 보관하여야 한다. ③ 간사는 회부된 의료분쟁 관련 보호자들을 면담하고 연관된 문제 점들을 파악하여 위원장에게 보고하여야 한다. ④ 간사는 위원회의 소집을 위한 연락업무를 수행한다.
서울대학교 병원	제3조 (위원회의 구성) ③ 위원회에 간사 2인을 두되 의사직 간사는 의당 진료과의 의무장으로 하고 행정직 간사는 원무과장으로 한다.
서울아산 병원	제6조 (간사) ① 이 위원회의 사무를 처리하기 위하여 간사 1인을 두되 총무팀장이 된다. ② 간사는 회의록을 작성하고 그 기록을 보관하여야 한다. ③ 간사는 회부된 의료분쟁 관련 보호자들을 면담하고 연관된 문제 점들을 파악하여 위원장에게 보고하여야 한다. ④ 간사는 위원회의 소집을 위한 제 연락업무를 수행한다.
세브란스 병원	제2조 (조직) ② 간사는 병원 사무팀장으로 하며 위원장을 보좌하고 회무를 관장하며 회의록을 작성 보관한다.
아주대학교 병원	제4조 (위촉 및 임기) ④ 위원회에는 위원 중 간사 1인을 둔다. 제5조 (위원장 등) ② 간사는 위원장의 명을 받아 회무를 보조한다.

출처: 김중호 외. 2004. 병원윤리위원회 조직과 기능 및 활성화 방안 연구. 한국의료윤리교육학회지, 7(1)

#### 4.1.3.6 병원윤리위원회의 회의 소집

병원윤리위원회 회의소집 방식은 위원회별 다르며, 5개의 병원윤리위원회는 대부분 임시위원회로 운영하고 있으며, 아주대학교병원의 경우 정기회의를 년 2회 개최하고 그

외 임시회의로 운영하도록 명시하고 있다.

병원윤리위원회는 윤리사례의 심의, 정책개발, 교육기능을 위해서는 월1회 정기적으로 소집될 필요가 있으며, 그 외 사례상담 요청이 있는 경우 사안에 따른 수시회의로 운영하는 것이 바람직하다. 현행 국내 위원회의 회의 소집이 특정 사안에 대한 심의기능이 강조되어, 정기회의보다 수시회의로 운영되고 있으므로 정기회의 개최를 원칙으로 하고 추가적으로 수시회의를 개최하는 방향으로 규정이 이루어질 필요가 있다.

이 이외에도 병원윤리위원회의 규정에 회의소집 통보 방식과 사례 심의요청 가능한 자의 심의절차에 대한 규정도 각 병원내규에 포함되어 있지 않다. 일부 병원의 경우 소집방식만 명시되어 있을 뿐이다. 또한 회의 비공개 원칙과 가족, 환자가 참석 요청이 있는 경우의 방식에 관해 명시되어 있지 않으므로 이에 관한 규정들이 포함될 필요가 있다.

<표 10> 우리나라 병원윤리위원회 운영규정-회의 소집

대상 병원	회의 소집
가톨릭대학교 강남성모병원	<p>제7조 (회의의 소집) ① 이 위원회의 소집은 위원장, 간사 및 의료윤리담당교수(원목신부)가 사전에 회부된 사안 검토하고 위원장이 필요하다고 인정할 때 소집한다.</p> <p>② 위원장은 위원 과반수 이상의 회의 소집이 있을 때 이에 응해야 한다.</p>
서울대학교 병원	<p>제6조 (회의) ① 위원회의 회의는 원장의 소집 요구가 있거나 위원장이 필요하다고 인정할 때 소집한다.</p> <p>② 위원회의 회의는 재적 위원 과반수의 출석으로 개최하고 출석 위원 과반수의 찬성으로 의결한다.</p> <p>제7조 (조정신청 및 의결) ① 의료 분쟁 등이 발생하여 조정이 필요한 경우에 당해 의료인은 의료분쟁조정신청서를 작성하여 소속 진료과장을 거쳐 위원장에게 조정을 신청한다.</p> <p>② 위원장은 사안에 따라 위원회 또는 소위원회를 소집하여 신청받은 의료분쟁 등을 심의·의결한다.</p>
서울아산 병원	<p>제7조 (회의의 소집) ① 이 위원회의 소집은 위원장, 간사 및 의료윤리담당교수(원목신부)가 사전에 회부된 사안 검토하고 위원장이 필요하다고 인정할 때 소집한다.</p> <p>② 위원장은 위원 과반수 이상의 회의 소집이 있을 때 이에 응해야 한다.</p>
세브란스 병원	<p>제4조 (회의) ① 위원회의 회의는 분기에 1회 개최하는 것을 원칙으로 하고 필요시 임시회의를 개최할 수 있다.</p> <p>② 회의에는 필요에 따라 병원 간부가 배석하여 자문에 응할 수 있으나 의사결정에는 관여하지 않는다.</p>
아주대학교 병원	<p>제6조 (회의의 소집 및 심의) ① 정기회의는 연2회 개최함을 원칙으로 하며 병원장 또는 위원장이 필요하다고 인정하는 경우 위원장이 임시회의를 소집한다.</p> <p>② 회의는 재적위원 과반수 출석으로 성회하고 출석위원 과반수 찬성으로 의결한다.</p>

출처: 김종호 외. 2004. 병원윤리위원회 조직과 기능 및 활성화 방안 연구. 한국의료윤리교육학회지, 7(1)

#### 4.1.3.7 위원회 의결

각 병원윤리위원회의 의결은 재적위원 과반수의 출석으로 개최하고, 출석위원 과반수의 찬성으로 의결함을 명시하고 있다. 또한 가부동수인 경우 위원장이 결정하도록 규정하고 있는데, 연명치료중단과 같은 사안을 결정 시 위와 같은 방식으로 결정되는 경우 위원장에게 많은 부담이 지워지고, 위원회가 단일안을 내 놓는 측면으로 흐를 가능성이 많아지므로, 위원회에서 결정된 사항을 위원회에 요청한 자에게 그 결과를 그대로 제시해 주는 것이 바람직한 것으로 생각된다. 이러한 측면에서 가부동수인 경우 위원장이 결정하는 것이 아니라, 부결된 것으로 규정하는 것이 적절하다.

<표 11> 우리나라 병원윤리위원회 운영규정-위원회 의결

대상 병원	위원회 의결
가톨릭대학교 강남성모병원	제8조 (회의의 의결) ① 이 위원회는 재적 위원 과반수의 출석으로 개최하며, 출석 위원 과반수의 찬성으로 의결한다. ② 가부동수인 경우에는 위원장이 결정한다.
서울대학교 병원	제6조 (회의) ② 위원회의 회의는 재적 위원 과반수의 출석으로 개최하고 출석 위원 과반수의 찬성으로 의결한다. 제7조 (조정신청 및 의결) ② 위원장은 사안에 따라 위원회 또는 소위원회를 소집하여 신청받은 의료분쟁 등을 심의의결한다. 다만, 그 성격상 긴급을 요할 경우에는 서면으로 의결할 수 있다.
서울아산 병원	제8조 (회의의 의결) ① 이 위원회는 재적 위원 과반수의 출석으로 개최하며, 출석 위원 과반수의 찬성으로 의결한다. ② 가부동수인 경우에는 위원장이 결정한다.
세브란스 병원	제6조 (의결) 위원회는 재적위원 과반수 이상의 출석으로 개최하고 출석위원 과반수 이상의 찬성으로 의결한다. 다만 가부동수일 경우에는 위원장이 결정한다.
아주대학교 병원	제6조 (회의의 소집 및 심의) ② 회의는 재적위원 과반수 출석으로 성회하고 출석위원 과반수 찬성으로 의결한다. 단, 가부동수일 경우에는 위원장이 결정권을 갖는다.

출처: 김중호 외. 2004. 병원윤리위원회 조직과 기능 및 활성화 방안 연구. 한국의료윤리교육학회지, 7(1)

#### 4.1.3.8 기록 및 보고

국내 5개 병원윤리위원회는 모두 의결된 사항에 대해 병원장에게 보고하도록 규정하고 있는 반면, 병원윤리위원회의 심의를 요청한 자에 대한 고지방식에 대한 규정이 없으므로 이에 대해 명시하는 것이 요구된다.

<표 12> 우리나라 병원윤리위원회 운영규정-기록 및 보고

대상 병원	기록 및 보고
가톨릭대학교 강남성모병원	제9조 (보고) 이 위원회에서 심의한 중요 사항을 병원장에게 보고하여야 한다.
서울대학교 병원	제10조 (보고) 간사는 위원회 및 소위원회에서 심의된 사항을 회의록으로 작성하여 위원장의 결재를 받아 원장에게 보고하여야 한다.
서울아산 병원	제9조 (회의의 보고) 이 위원회에서 심의한 중요 사항을 병원장에게 보고하여야 하며 그 회의록 사본은 기획관리실로 제출하여야 한다.
세브란스 병원	제7조 (보고) 간사는 위원회의 회의 결과를 회의록으로 작성하여 원장에게 보고한다.
아주대학교 병원	제7조 (회의록 및 보고) 위원장은 위원회에서 심의한 사항에 대하여 회의록을 작성, 보관하며 중요한 사항은 병원장에게 보고한다.

출처: 김중호 외. 2004. 병원윤리위원회 조직과 기능 및 활성화 방안 연구. 한국의료윤리교육학회지, 7(1)

## 4.2 우리나라 A 병원윤리위원회 운영사례 검토

### 4.2.1 A 병원윤리위원회의 기능

일 병원의 병원윤리위원회(이하 A 병원윤리위원회)는 환자 및 보호자 등이 병원 이용 시 윤리적 사항 및 의료서비스 개선사항 등을 심의하여 환자 권익을 향상시키는 것을 목적으로 한다. A 병원윤리위원회의 기능은 운영내규 제1조의 기능에 관한 규정에 따라 심의·의결 기능을 갖고 있으며, 위원회에 상정된 안건 심의 뿐만 아니라, 병원 제위원회에서 상정한 안건 심의, 병원윤리위원회 규정 개정 등의 병원 정책 개발, 제위원을 대상으로 한 법·윤리교육 등을 수행하고 있다. 병원에서의 윤리적·법적 이슈를 해결하기 위한 다양한 활동을 하고 있는 반면, 운영내규에는 심의기능만이 명시되어 있다<sup>73)</sup>.

A 병원윤리위원회에 주로 상정되었던 안건들은 진료내용결정서 양식 검토, 사전의사결정제도 도입에 관한 심의, 자의퇴원 심의, 병원윤리소위원회 구성, 병원윤리위원회 내규 정비, 윤리와 관련된 타 위원회의 활동 모니터링 방안 수립 등이다. 병원윤리위원회의 기능이 보통 사례심의, 관련 정책 개발, 교육으로 문헌상 언급되고 있는 점에 비추어 볼 때, A 병원윤리위원회는 사례심의 및 정책개발 기능은 어느 정도 이루어지고 있으나 교육기능은 부족한 편이라 할 수 있다.

### 4.2.2 A 병원윤리위원회의 구조

A 병원윤리위원회는 위원 구성을 다학제 참여로 이루어지도록 하고 있으며 20명 내외로 구성하고 있다. 병원윤리위원회 위원 중 위원장외에 제1진료부원장, 제2진료부원장, 간호담당부원장, 교육수련부장, 응급진료센터소장, 사무국장, 인사팀

73) A 병원윤리위원회 운영내규 제1조 (기능) 본 위원회는 병원에 내원하는 환자 및 보호자 등의 병원 이용시 윤리적 사항 및 의료서비스 개선 사항 등을 심의하여 환자 권익을 향상시키는 것을 목적으로 하며, 병원장에게 건의한다.

장, 사회사업팀장, 원목 등은 당연직으로 하고 있다. 그 외에 중환자실장, 의료윤리학자, 법무팀장, 변호사, 적정진료관리팀장이 위원으로 위촉되고 있다. 사안에 따라 위원회 개최 요청과 관련된 전문의, 철학자, 입원원무팀장, 외부위원을 추가로 위원회에 참석하도록 요청하여 논의 진행을 하며, 의결시에도 위원은 아니나 표결 가능한 위원에 포함시키고 있다.

A 병원윤리위원회의 위원구조는 당연직인 경우 의사 6인, 간호직 대표자 1인, 행정관리팀 대표자 2인, 사회사업가, 원목 각각 1인으로 의사가 많은 편이나 법적, 윤리적, 경제적 측면에 대한 판단에 신중을 기하기 위해 변호사와 의료윤리전문가, 철학자 등을 추가로 구성하고 있다.

A 병원윤리위원회 위원의 임기는 2년이며, 5년 이상의 실무경력이나 연구경력을 갖춘 자를 위촉하는 것을 내부원칙으로 하고 있으나 병원윤리위원회에 관심을 가진 자는 위원회 활동이 가능하도록 열려있는 편이다.

A 병원윤리위원회 위원장은 병원장이 임명하며, 위원회의 업무를 총괄하고 의장이 되며, 위원회에서 1년 이상 활동한 경험이 있는 자를 주로 임명하고 있다. 현재 A 병원윤리위원회 위원장은 의료와 법 전문가로 다년간의 병원윤리위원회 운영경험을 갖고 있는 자가 하고 있다. 위원은 위원장의 추천에 의해 병원장이 위촉하며, 간사는 사무 처리를 위해 행정간사와 상정된 안전에 대한 내용 분석을 위해 행정간사 이외에 사례검토 간사를 두고 있다. A 병원윤리위원회의 경우 행정간사는 사무팀장이, 사례검토 간사는 의학·철학을 전공한 자가 담당하고 있다.

A 병원윤리위원회는 자주 발생하는 특정 분야의 윤리 문제를 다루기 위해 소위원회를 둘 수 있도록 하며, 소위원회 위원장과 위원은 병원윤리위원회 위원장이 위촉하도록 하고 있으나 병원윤리위원회 내규상 이에 관한 규정은 없다.

### 4.2.3 A 병원윤리위원회의 운영

#### 4.2.3.1 A 병원윤리위원회 운영의 형식적 측면

회의 소집은 정기회의와 임시회의로 구성하여 진행되며, 정기회의는 반기별로 1회 개최하며, 임시회의는 위원장이 필요하다고 인정할 때, 또는 위원 반수 이상의 요청이 있을 때 소집하고 있다. A 병원윤리위원회의 경우, 정기회의보다 임시회의 위주로 위원회가 주로 개최되고 있는 실정이다. 회의 일정은 특별한 사정이 없는 한 각 위원에게 적어도 5일 전까지는 서면으로 통보하도록 하고 있다.

윤리사례 심의 요청은 의료진, 환자 및 환자의 직계존비속 또는 환자의 법정 대리인, 병원 경영진, 병원 행정직에 있는 자들이 할 수 있으며, 심의사례는 입원환자의 치료중단 요구사례, 환자 및 환자의 법정대리인이 치료중단을 요구하는 사례, 위원장이 심의할 필요가 있다고 인정하는 사례들이다. 환자의 치료와 관련된 사례를 심의하는 경우, 환자의 생존가능성을 포함한 상태, 환자의 현재 또는 향후 삶의 질, 환자의 가족이 가지는 정신적, 경제적 부담 및 영향, 사회상규에 근거한 사회적 가능성들을 심의한다.

A 병원윤리위원회 회의는 비공개를 원칙으로 하고 있으며, 환자 또는 환자를 대리한 측의 요청이 있을 경우 위원장이 위원 과반수이상의 동의를 얻어 공개로 진행할 수 있도록 하고 있다. 심의 시는 주치의와 환자 또는 환자를 대리한 측은 참여하지 아니함을 원칙으로 하며, 회의에 참고가 될 경우 전문가의 참석을 허가할 수 있도록 하고 있다.

회의의 의결은 재적과반수의 출석과 출석과반수의 찬성으로 의결하고, 가부동수인 경우 위원장이 결정하는 것으로 하고, 심의결과와 권고사항은 심의를 요청한 자 및 해당 주치의에게 서면으로 알려 주고 있다. 그러나 이에 관한 사항은 내규



에 명시되어 있지 않다.

소위원회는 본회의에서 사례를 검토하기 전 본회의 위원장의 지시에 따라 소위원회에서 사례에 대한 조사 및 심사를 할 수 있다. 소위원회는 조사 및 심의에 필요한 경우 해당사례와 관련된 교수와 전공의 등 내부 전문가에게 자문을 구하거나 소위원회 회의에 참석할 것을 요구할 수 있다.

소위원회 운영은 사례심의 요청이 있을 후 48시간 이내에 회의를 소집하도록 하고 있으며, 해당 환자가 치료제공에 있어 직접적으로 연관된 병원직원이나 가족은 모두 회의에 참석할 수 있다. 또한 소위원회에 포함되지 않은 다른 위원들에게도 자문역할을 위해 가능하면 참석하도록 고지한다.

소위원회는 일차 의사결정 기능을 가지며, 환자의 주치의나 다른 의료진에게 환자의 병력, 현재 상태 및 예후와 그 밖에 관련 사항을 파악하기 위해 참석하도록 요청할 수 있다. 환자 및 환자 가족 또는 해당 사례와 관련된 자가 참석하였을 경우 윤리문제 등에 대해 질문할 수 있다. 의사결정 시 필요한 경우 해당위원만 참석하고 비공개로 진행할 수 있으며, 사안에 따라 전 위원이 참석하는 병원윤리위원회로 회부 또는 긴급회의 요청 등을 결정할 수 있다. 병원윤리위원회의 본회의로의 회부결정은 소위원회의 위원장이 해당 사례의 검토 후 위원회에 회부함이 적절하다고 판단한 경우 소위원회 위원장이 당해 주치의에게 그 사실을 알리고 심의의견서를 작성하여 윤리위원회의 개최를 요구할 수 있다.

소위원회의 위원장이 해당 사례의 검토 후 위원회 회부가 부적절하다고 판단하는 경우 위원장에게 보고하고 위원장 입회하에 해당 사례의 검토를 요청한 자에게 그 내용을 알려 주도록 하고 있다.

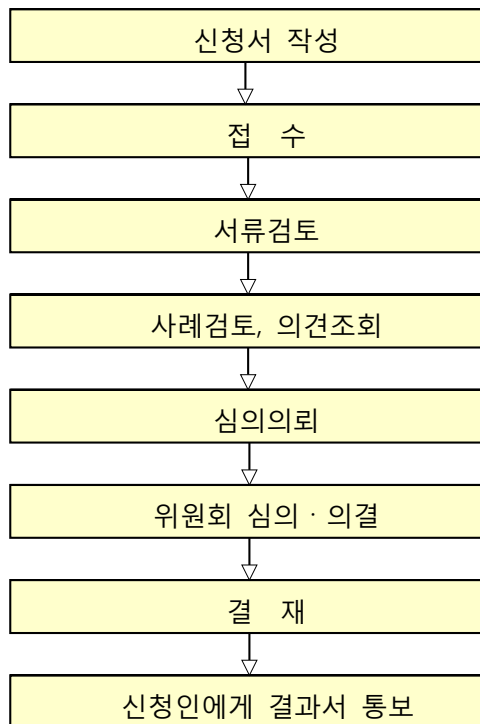
안건에 따라 소위원회는 개최되기도 하고, 바로 병원윤리위원회 본회의로 상정되기도 한다.

의사록은 모든 사례 검토의 요약 및 권고를 포함하는 모든 회의의 의사록을 작성하도록 하고 있으며, 의사록은 위원회의 승인을 거쳐 위원장이 병원장에게 보고

하도록 하고 있다. 의사록은 병원정책과 기록의 비밀유지를 규정한 해당 법규에 따라 보존하도록 하고 있으며, 사례검토가 끝난 후 주치의가 요청할 경우 윤리위원회 위원장이 환자의 의무기록에 윤리사례검토 결과를 기록할 수 있도록 하고 있다. 위원회의 자료나 의사록은 비공개를 원칙으로 하고 있다.

행정지원 및 위원에 대한 수당은 병원 사무팀에서 담당하고, 병원 직원이 아닌 위원에 대해 내부결재를 거쳐 수당을 지급할 수 있도록 하고 있다.

A 병원의 윤리위원회 심의 신청 방법은 먼저 의뢰인이 심의 신청서를 작성한 후, 병원윤리위원회에 신청서를 접수하게 된다<그림 4>.



<그림 4> 심의 처리 과정

자의퇴원 등과 같은 사안에 대한 자문의 경우, 담당 주치의가 병원윤리위원회에 의료진의 <사례검토 의뢰서>와 보호자의 <자의퇴원 요청서> 등을 첨부하여 신청서를 작성한 후 병원윤리위원회에 제출한다. 의료진의 사례검토 의뢰서에는 의뢰인성명, 환자성명, 의뢰날짜, 진료과목, 진료개시일, 진료 및 입원기간, 진단 및 치료, 의사소견 및 예후, 의뢰사유 및 의뢰인의 서명 날인란으로 구성된다.

신청서가 A 병원윤리위원회에 접수되면 병원윤리위원회 내용간사가 내용을 검토한 후 병원윤리위원회 상정여부를 위원장과 검토한다. 병원윤리위원회의 회부여부가 결정되면 각 위원들에게 위원회 개최일정을 공지하고, 위원회의 심의·의결과정을 거친다.

병원윤리위원회의 심의·의결과정은 정책개발을 제외하고 거의 대부분 다수결방식보다 전체위원들의 심의(deliberation)를 거쳐 의견들이 좁혀지고, 최적대안이 나오도록 충분한 논의와 의견수렴 과정을 거치고 있다.

A 병원윤리위원회의 최종 결정이 이루어지고 난 후 병원윤리위원회의 회의록 작성과 함께 내부결재 및 심의요청 대상자에게 심의결과를 통보한다.

### 의료진의 사례검토 의뢰서

의뢰인 성명		환자 성명	
의뢰 날짜		진료 과목	
진료 개시일		진료 및 입원기간	
진단 및 치료			
의사소견 및 예후			
의뢰사유			

첨부서류: 1.

2.

날짜:

의뢰인: \_\_\_\_\_

〈그림 5〉 A 병원윤리위원회의 의료진의 사례검토 의뢰서

### 환자측의 사례검토 의뢰서

의뢰인 성명		환자와의 관계	
의뢰 날짜		환자 성명	
담당 주치의		진료 과목	
진료 개시일		진료 및 입원기간	
사례 개요			
의뢰사유			

날짜:

의뢰인: \_\_\_\_\_

〈그림 6〉 A 병원윤리위원회의 환자측의 사례검토 의뢰서

#### 4.2.3.2 A 병원윤리위원회 운영의 실질적 측면

A 병원윤리위원회 운영의 실질적 측면은 위원회에 상정되었던 실질 사례를 통해 위원회 심의 과정을 살펴보고, 심의 과정의 실질적인 측면에서의 문제점이 무엇인지 살펴보고자 한다. 의사결정 방식이 어떻게 이루어지고 있는지 살펴보고 이를 도식화하여 하나의 틀을 도출하고자 한다. 의사결정 틀은 향후 관련 유사 사례에 대해 안건 심의할 때, 유용한 틀로 사용할 수 있을 것이다.

##### 4.2.3.2.1 A 병원윤리위원회의 실질적 심의 과정

<사례>

A 병원윤리위원회에 상정된 사례(이하 B사례)는 김\*\* 환자가 말판 증후군으로 대동맥에 문제가 있어 5월 12일 내원해서 벤탈씨 수술을 앞둔 상황에서, 5월 13일 김\*\* 환자가 작성해 놓은 것으로 보이는 문건에 수술 후 의식이 완전하지 않은 상황이 발생하였을 경우 치료중단이 본인의 의사임을 밝히고 구체적인 치료중단 절차를 부인 강\*\*이 진행하도록 의사표명을 하였다. 김\*\* 환자는 5월 16일 벤탈씨 수술을 하였고, 경과 과정을 지켜보는 도중 5월 19일 심폐정지가 발생하여 심폐소생술을 시행하였으며, 5월 20일 응급수술을 진행하고 중환자실에서 기관절개 및 호흡기를 부착한 상태로 약물투여를 받고 있는 상황이다. 위원회에 사례를 의뢰한 시점의 김\*\* 환자의 용태는 뇌간 반사가 거의 관찰되지 않고, 뇌로 가는 혈액이 부족해서 허혈 상태를 보이고 있으며, 신장투석을 지속하지 않은 경우 생명에 직·간접적으로 영향을 미칠 것으로 신장내과에서 판단하고 있었다. 부인 강\*\*이 병원윤리위원회에 안건 심의를 요청하였으며, 남편이 작성한 문건(이하 사전의료지시서)에 따라 남편 김\*\*의 혈액투석을 중지해 달라는 것이 의뢰 사유이다.

#### <위원회 소집 전 단계>

B 사례는 7월 20일/21일 환자측과 의료진이 사례검토 의뢰서를 작성하고 위원회에 접수되었으며, 7월 27일 위원회가 소집되었다. 위원회가 소집되기까지 약 6일이 소요되었다. 사례 심의 요청은 김\*\* 환자 부인인 강\*\*이 주치의에게 치료중단 요청을 하고, 7월 21일 주치의 송\*\*과 부인 강\*\*이 사례검토 의뢰서를 작성하고, 위원회 행정간사 Y에게 접수하였다.

A 병원윤리위원회 행정간사 Y는 내용 검토 담당 간사 K에게 사례검토 의뢰서와 관련 자료를 송부하였고, 내용검토 담당 간사 K가 내용 검토 후, 병원윤리위원회 위원장과 위원회의 회부 여부를 결정하였다. B사례의 경우 연명치료의 중단에 관한 것으로 위원회의 심의를 거치는 것이 적절하다는 판단에 따라 병원윤리위원회에 상정하기로 결정되었다. 이후 각 병원윤리위원회 소속 위원들에게 회의 개최 일정을 공지하였고, 위원회에 접수된 후 6일 후 위원회가 소집되었다.

병원윤리위원회 회의는 점심시간을 이용하여 이루어졌으며, 회의 장소는 병원 내 회의실에게 이루어졌다. 이 회의실은 다른 회의 용도로도 사용되기도 하나, 이 장소에서 주로 병원윤리위원회가 개최된다.

#### <위원회 심의 과정>

A 병원윤리위원회의 심의를 위한 논의 과정은 Andrea Dörries<sup>74)</sup>가 제안한 4단계의 접근 방식에 실질 사례를 적용하여 심의가 이루어지는 과정을 살펴해보도록 하겠다.

---

74) Andrea Dörries. 2009. The 4-Step Approach—Ethics Case Discussion in Hospitals. *Diametros*, 20: 39-46

〈표 13〉 Andrea Dörries의 병원윤리위원회의 단계별 심의과정

윤리 사례 논의	내용	절차	세부사항
1단계	현재 상황	사례 설명	의학적 측면의 사실관계
			간호학적 측면의 사실관계
			법적 의무
		추가 질문	질문사항 논의
		윤리 관련 질문	윤리적 측면의 문제 정의 및 논의
2단계	분석	윤리적 딜레마 논의	실질적 측면에서 논의
			윤리적 측면에서 논의 (판단, 추론)
3단계	대안	다른 대안 논의	다양한 대안 논의
			대안 결정
4단계	결과	논의 결과	
		의결안 권고	

출처: Andrea Dörries, 2009. The 4-Step Approach—Ethics Case Discussion in Hospitals. *Diametros*, 20: 39-46

① 1단계

윤리 사례 심의 1단계에서는 위원장의 개회선언 및 위원회에서 다룰 안전내용과 회의 진행 방식을 간단하게 소개하고, 병원윤리위원회가 시작되었다. 이후 간사 K의 안전 상정 사유와 간단한 사례설명이 있었으며, 주치의 C가 의학적 측면의 환자 상태를 설명하였다. B 사례의 1단계에서 담당 주치의의 배석은 병원윤리위원회에 상정될 때 간단하게 작성되어 제출된 의료진의 사례검토 의뢰서에서 파악할 수 없는 환자의 상태를 파악하기 위한 것으로 연명치료중단과 같은 사안에 있어서는 담당주치의의 배석과 설명을 필수적인 요건으로 하고 있다.

병원윤리위원회 위원들은 의료진의 사례검토 의뢰서 이외에 입원부터 현재까지



의 환자 경과과정을 간략하게 설명한 주치의 C의 진술을 통해 현재 환자가 처한 상황을 더 쉽게 이해할 수 있었으며, B 사례의 경우 의료진의 사례검토 의뢰서 이외에 병원윤리위원회에 배석한 주치의로부터 추가적으로 얻은 의학적 사실은 다음과 같다.

환자 김\*\*은 현재 수술 후 흉벽 소동맥 출혈로 인한 심정지로 응급심폐소생술을 시행했으며, 수술 이후 중환자실에 있는 상태로, 수술 2일째부터 뇌손상을 의심할 소견이 있어 4주 정도 환자상태를 지켜보고 있었다. 4주 정도 환자를 지켜본 결과와 MRI 검사 소견 등을 종합하면 현재 뇌사에 준하는 상태이고, 혈압상승제의 소량 사용으로 혈압이 유지되고 있으며, 자발호흡없이 인공호흡기를 달고 있다. 신기능 손상으로 혈액투석중이었고, 당시 혈액투석이 주 3회 필요한 상황이었고, 병원윤리위원회 회부되기 전 1주일 전부터 혈액투석을 중지할 수 있는 상태가 되어 투석없이 환자의 경과를 관찰하고 있는 상황이었다. 인공호흡기 중단 상태에서는 자발호흡은 없는 상태이다.

B 사례의 경우 1단계에서 위원회 심의 요청 사유와 의학적 사실에 대한 진술을 통해 병원윤리위원회에 상정된 쟁점 사항이 무엇인지 다시 한 번 더 확인하였다. 이외에, 전반적인 가족사항과 경제적 상황, 종교, 가족력 등에 관해 추가적으로 사회사업팀의 소견을 들었으며, 사회사업팀이 제공한 정보를 토대로 가족들이 경제적인 어려움으로 인해 연명치료중단 요청을 하지 않았는지의 여부가 검토되었다.

1단계의 〈쟁점 확인 및 문제정의 단계〉에서 가족이 환자 본인의 강력한 의사에 따라 인공호흡기, 투석, 약물투여는 중지하기를 원하고, 수액이나 영양공급은 유지하기를 원한 B 사례의 경우, 이를 받아들여 연명치료를 중단할 것인지의 여부가 안건의 쟁점이 되었다.

환자가 작성하고 그에 따라 환자 가족이 치료중단을 요청한 B 사례의 문제정의는 환자 상태가 중단할만한 상황인지의 여부, 환자 본인의 진정한 의사표현인지

의 여부, 환자 본인이 작성한 것인지의 여부, 사전의료지시서의 작성시점과 발견 시점 및 주치의에게 제출된 시점간의 간극 정도와 간극이 발생한 사유의 타당성으로 구분되었다.

## ② 2단계(분석)

2단계는 윤리적 딜레마 사례에 대해 실질적 측면과 윤리적 측면에서의 논의를 하는 분석단계로, B 사례의 경우 크게 3가지로 정의된 쟁점에 대해 논의하였다.

### i. 실질적 측면

먼저, 환자 상태에 대한 판단은 입원시점부터 현재까지의 환자 상태에 대한 주치의의 진술과 더불어, 말판 신드롬에 대한 전반적인 설명, 수술 합병증 및 예후 등에 관해 추가적인 설명을 듣고, 환자가 현재 뇌사에 준하는 상태임을 확인했다.

질문1. 말판 신드롬이 어떤 질환인가?

질문2. 수술을 하지 않았을 경우와 수술을 하였을 경우의 예후는?

질문3. 환자의 현재 상태는 어떠한가?

‘말판 신드롬의 경우 보통 혈관의 변형으로 응급수술을 요하게 되며, 대동맥이나 대혈관에 문제가 생겨 2~3cm 혈관이 배 이상으로 확장된 경우, 약해진 벽이 파열되어 급사하게 되는 경우가 있다. 환자의 경우에도 상행 대동맥의 확장증이 있어 수술을 하게 되었다.....’

‘MRI 결과나 뇌간 반사 같은 것을 확인해 보았을 때 전혀 반응이 없고, 자발 뇌파는 거의 관찰되지 않는다. 이러한 측면에서 뇌사에 준한다고 볼 수 있다.’

두 번째, 환자 본인의 진정한 의사표현인지의 여부에 관해서는, 우선 환자가 진정으로 자신의 질환에 대해 알고 그를 토대로 작성하였을지의 여부가 검토되었다.

자신의 질환에 대한 환자의 인식 정도는, 환자가 평소 자신의 질환에 대해 알고 있었는지와 사전의료지시서의 작성일이 수술전인 5월 16일인 점을 토대로 수술과 관련된 주치의의 설명을 듣고 작성되었을 가능성에 대한 질문을 통해 검토되었다.

질문3. 수술을 설명하는 과정 중 환자 본인이 작성한 것으로 보이는데, 의사와 상의하지 않은 이유는 무엇이라고 보는가?

‘환자에게는 수술 안했을 때의 위험성, 사망률, 자연경과, 수술을 하게 되는 이유, 수술 했을 때의 위험성 등을 설명해서 알고 있었을 것이다.’

질문4. 법적인 측면에서 의사가 입회하지 않은 상태에서 작성한 것에 대해 어떻게 판단해야 하는가?

‘대법원 판결의 취지는 평소 어떤 질환과 무관하게 막연하게 서면으로 작성해 놓는 경우가 있을 수 있고, 어떤 구체적인 치료의 진행에서 의료진으로부터 어떤 위험성의 설명을 듣고 그것을 반영하여 작성한 문서를 구별한다는 것이 판결 취지이다. 의사가 입회하는 것이 중요하나 실질적으로 자기결정권을 제대로 행사했느냐, 즉 위험성을 고지 받고 위험을 이해한 상태에서 자기결정권을 행사했느냐가 중요하다고 본다. ... 내용 자체는 수술에 직면해 수술에 대한 여러 가지 이야기를 듣고 정말로 본인이 작성한 것이라면, 수술 중에 나타날 문제 상황에 대해 듣고 작성하였을 것으로 생각된다. 본인이 말판신드롬이라는 것에 대해서도 알고 있으므로 여러 가지 상황에서의 위험성과 같은 것들은 충분히 인지하고 작성한 문서라고 본다.’

세 번째, 환자 본인이 작성한 것인지의 여부에 대해서는 자필문서와 필적을 대

조하고 진위여부를 가리기로 의견일치를 보았다.

질문5. 다른 사람의 입회하에 쓴 것도 아니고, 왜 지금에야 발견되었는가?

‘문서에 대한 글씨는 필적 감정을 해보면 진위여부를 가릴 수 있다’  
‘문서를 위조한다는 것은 상당히 높은 수준의 처벌 대상이 된다는 것은 상식이다. 자필인지 아닌지에 대한 것은 금방 판명이 난다. 자필이라는 전제하에 토의가 이루어져야...’

네 번째, 사전의료지시서의 작성시점과 발견시점 및 주치의에게 제출된 시점간의 간극 정도와 간극이 발생한 사유의 타당성 여부는 배우자의 입장에 대한 의견 개진과 필적감정 진위여부가 쉽게 판별될 수 있다는 점이 위조의 가능성이 없을 것이며, 다른 친족에게 미리 알렸지만 의료진에게 늦게 제출되었다는 정황을 통해 사전의료지시서가 늦게 제출된 사유에 대한 정당성을 인정하였다.

질문6. 사전의료지시서가 늦게 제출된 이유는?

‘문서가 지금에야 나온 이유는 부인입장에서 이런 것을 일찍 내놓는 것이 의료진에게 너무 일찍 포기하는 것으로 비춰지지 않을까 하는 선입관과 배우자에 대한 도리가 아니라고 생각으로 빚어진 듯하다.’

‘저의 뜻은 확고하니 혹시 가족 특히 부인이 망설임이 있을 경우 큰 삼촌, 작은 삼촌, 이모가 회의를 하여 진행하여 주십시오라고 하였는데, 부인이 큰 삼촌, 작은 삼촌, 이모 이 사람들과 무슨 협의를 거쳐서 지금 이걸 내놓은 건지, 아니면 그냥 그분들과 상관없이 한 건지 확인이 필요하다.’

## ii. 윤리적 측면

윤리적 측면은 자신의 의견이 분명한 경우 그에 반해 원치 않는 것을 시행하는 것은 비윤리적인가라는 측면에 대한 논의가 있었다.

‘환자가 모호하지 않고 정확하게 자신의 의견을 써줬기 때문에 결정 내리는데 훨씬 분명해진다. 일주일 이상 지속 시 등과 같은 구체적인 숫자까지 제시한 것은 환자가 뭘 원하는지가 너무 분명해지는 상황이기 때문에 환자가 원하지 않는 것을 계속적으로 해줄 근거가 없다. 본인의 의사를 무시하거나 또는 그것을 넘어설 수 있는 경우는 본인이 자신에게서 유지할 수 있는 정보가 전혀 정상적이고 합리적인 의사결정을 내릴 수가 없는 상황이 분명한 경우에는 고민을 해야 하나, 현재까지는 환자 본인이 하지 말아달라는 것을 계속 해주고 있는 상황이고, 그동안 보호자들이 이 문건을 공개하지 않았기 때문에 인지시점이 늦어 본의 아니게 환자 본인이 원하지 않는 것을 해주는 것이 이제까지는 괜찮았다고 해도, 이제부터는 환자 본인의 의사를 분명히 인지한 이후에는 하지 말아달라는 것을 계속해 주는 것은 비윤리적인 것이라 생각한다.’

## ③ 3단계(대안)

3단계는 여러 가지 대안에 대해 논의하고 논의된 결과를 토대로 가능한 결론을 짓는 단계라 할 수 있다. B 사례의 경우, 환자의 현 상태에서 본인이 명시적으로 의사표현을 한 경우, 자필확인의 단계를 거쳐 중지할 수 있다는데 의견일치를 보았다. 자필확인은 병원에서 사용하고 있는 몇 가지 동의서 양식에 환자가 사인한 것을 참조로 위원회에서 1차 필적 대조를 하나, 수술 동의서와 같은 양식에 환자가 전부 사인을 하지 않고 보호자가 하는 경우가 있어, 환자가 근무하던 회사에서 작성했던 문서를 통해 2차적으로 다시 환자의 필적 감정을 의뢰하기로 결정하였고, 부인의 협조를 통해 회사에서 작성했던 문서를 입수하여 검증절차를 거치도록 결정되었다.

환자 본인의 의사결정을 존중하는 것 이외에, 생명경시 문제발생 가능성을 줄이기 위해, B 사례와 같이 병원에 입원하였으나 의료인의 입회하에 이루어진 것도 아니고, 공증도 없는 경우 법규정이나 병원내규에 관련 사항을 규정하는 것이 요구되며, 병원의무기록지에 환자가 작성한 사전의료지시서를 포함시키도록 하자는 의견들이 모아져, 병원정책으로 반영하기 위한 추가 안들이 논의되었다.

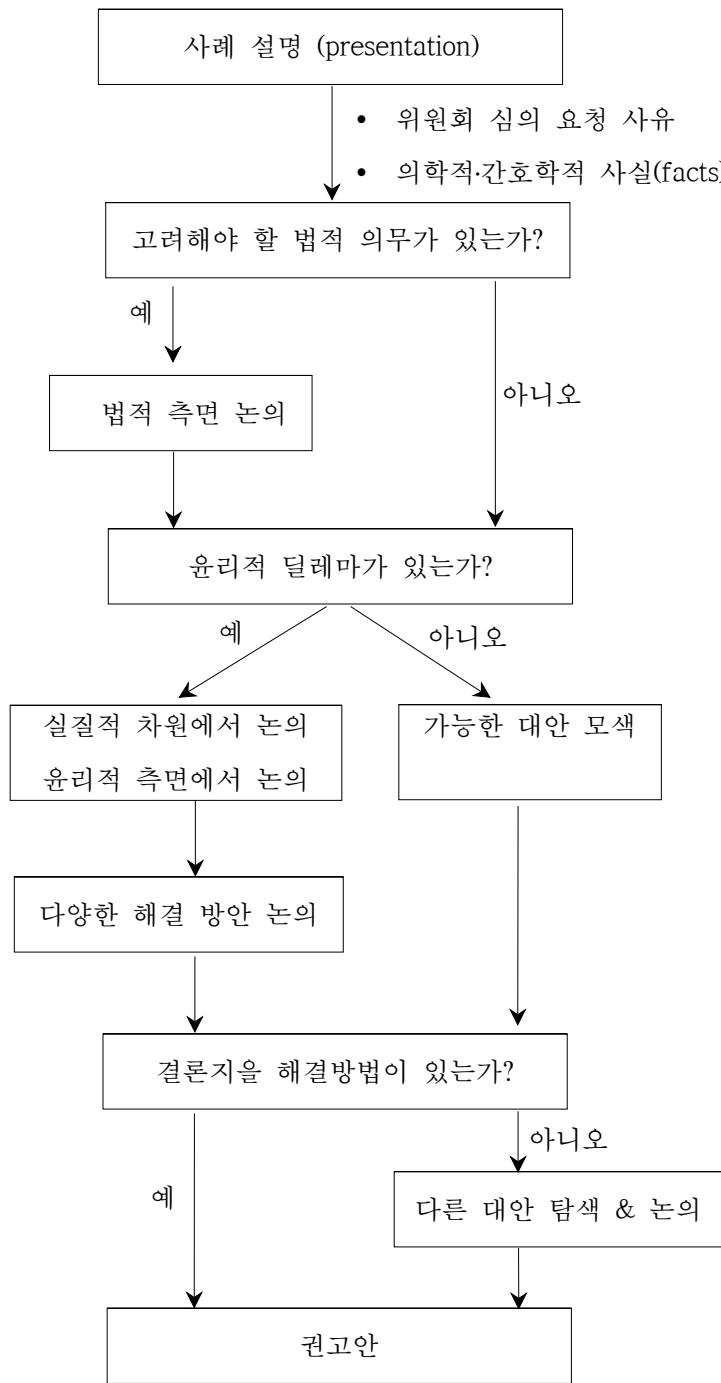
#### ④ 4단계(결과)

최종 단계인 4단계에서는 논의되었던 안건에 대해 최종적으로 의견수렴이 된 사항을 결정하고 간단하게 요약하여 각 위원들에게 병원윤리위원회의 의결된 사항을 다시 한번 확인하고 병원윤리위원회 회의를 종결하게 된다. 환자의 보호자에게 필적감정과정을 거쳐 치료중단이 가능하다고 병원윤리위원회의 결정사항을 고지하기로 하고 폐회되었다. 보호자와의 고지는 위원장이 이행했으며, 문서대조 및 필적감정은 위원장, 법조인 2인, 행정직 대표자 1인, 간사가 참여하여 확인절차를 거쳤다.

#### 4.2.3.2.2 A 병원윤리위원회의 실질적 심의과정에 대한 평가

Andrea Dörries가 제안한 4단계의 접근 방식에 따라 실질적으로 이루어진 과정을 살펴 볼 때, A 병원윤리위원회의 심의과정은 적절하게 제시하고 있는 심의과정을 충실히 이행하고 있다고 볼 수 있다. 각 단계별 고려해야 할 사항들을 묵과하지 않고 단계별 의학적, 법적, 윤리적 측면들에 대한 논의가 적절하게 이루어졌다. 다만 1단계에서 사실관계의 파악을 위해 의학적·간호학적 측면의 사실관계 파악을 권고하고 있으나, B 사례의 경우 간호학적 측면의 사실에 대한 진술은 없었다.

Andrea Dörries가 제안한 4단계의 심의과정은 안건과 관련하여 특정 단계를 건너뛰어 의사결정이 내려지는 것을 방지하고 각 단계별 고려해야 할 사항을 언급하고 있는 것이므로, A 병원윤리위원회의 B 사례의 심의는 단계별로 적절하게 진행되었다고 할 수 있다. B 사례의 심의과정에서 도출된 의사결정과정을 도식화하면 다음과 같다.



<그림 7> 의사결정 틀

실질적 운영에 있어서의 심의(deliberation)정도에 대한 평가는 다음과 같다.

A 병원윤리위원회의 B 사례의 경우 위원회의 출석률은 65%였으나, 의사, 간호사, 원목, 사회사업가, 변호사, 철학자, 의료윤리교수, 행정직 대표자들이 다양하게 참석하여, 다학제적 논의가 충분히 이루어 질 수 있는 구조였다.

위원들이 회의에 참석하여 어느 정도 활발하게 참여했는지에 대한 평가도 병원윤리위원회가 충분한 논의를 시행하고 있음을 입증해주는 것이라 할 수 있다. A 사례에서 볼 때, 병원윤리위원회 회의에 참석한 위원 중 발언자 수는 참석 위원 12명 전원이 발언을 하였으며, 발언회수는 최소 3회 이상으로 발언자 개인의 중복발언을 고려한다면, 모든 위원에게 각각에게 발언의 기회가 1회 이상은 주어졌고, 강압적인 분위기가 아니라 자율적으로 의문사항이나 의견개진을 할 수 있도록 기회가 주어지고 있었다. 병원윤리위원회의 회의가 형식적으로 안건 설명 및 단순한 의결에 치중했다면 참석한 위원들의 1인당 발언횟수가 적을 수 있다. 이러한 측면에서 볼 때, A 병원윤리위원회의 A사례에서의 1인당 발언횟수는 적어도 3회 이상이었으며, 10회 이상이 대부분이어서 높은 발언빈도라고 할 수 있다. 회의가 활발하게 진행되었다면 참석한 위원들끼리 다양한 토론과 의견교환이 있었을 것이므로, B사례의 경우 회의가 활발하게 진행되었고 참석한 위원들끼리 다양한 토론과 의견교환이 있었다고 할 수 있다.

A 사례를 통해서 살펴본 A 병원윤리위원회의 실질적인 측면의 운영은 안건심의 결과는 표결중심의 다수결에 따라 이루어진 것이 아니라, 토론을 거쳐 합의에 이르는 방식으로 이루어지고 있으며, 단순히 결정을 위한 안건 심의가 아니라, 전문가적 지식을 토대로, 일정한 토론 단계에 따라 안건에 대한 분석과 대안을 내놓는 방식을 취하고 있었으며, 충분한 논의를 통한 합의 즉, 심의(Deliberation)를 통한 합의를 이끌어 내고 있었다. 대부분의 위원회가 표결중심으로 운용되거나 위원장의 권한으로 의결이 이루어지고 있는 것에 비해, A 병원윤리위원회의 실질적인 운영방식은 적절하였다고 할 수 있다. 특히, 토론에도 불구하고 합의점을 찾지 못한 경우 결국 참석 위원들의 표결로 결정하게 되나, A 사례의 경우 표결에 의한 방법이 아니라 충분한 논의를 통해 의사결정이 이루어졌음을 알 수 있다.



## 4.2.4 A 병원윤리위원회의 장점과 단점

### 4.2.4.1 장점

A 병원윤리위원회의 운영상의 장점은 첫 번째, 입원환자의 치료중단과 같은 안건이 상정된 경우 병원내의 다른 전문위원회 또는 다른 전문위원과의 공동 논의를 시행한다는 점이다. 타 전문위원회와의 긴밀한 협조체계를 구축할 수 있도록 한 병원경영 방침에 따라 타 전문위원회의 협조를 구하기가 쉬운 편이라 할 수 있다. 최근 이슈가 되었던 연명치료중단 사례에서도 뇌사판정위원회, 중환자실 위원회, 신경과 전문의, 외부 전문변호사들을 영입하여 전체위원회에서 의사결정을 하기 전 환자의 상태 파악과 간과해서는 안 되는 측면들을 심도 있게 논의를 하고, 이렇게 논의된 사항들을 토대로 전체위원회에서 중점적으로 다시 논의를 시행함으로써, 의료진이 아닌 다른 위원들의 사례에 대한 이해를 도모할 수 있었다.

두 번째 장점은 1차 의사결정 주체로 병원윤리위원회 내에 소위원회를 두고 있다는 점이다. 소위원회 위원은 전체 위원회 위원중 의학적 전문성을 갖춘 자와 의료윤리전문가로 구성하여 운영하며, 전체회의에서 사례를 검토하기 전, 사례에 대한 조사 및 심사를 시행한다. 소위원회는 필요시 해당사례와 관련된 교수와 전공의 등 내부 전문가에게 자문을 구하거나 소위원회 회의에 참석할 것을 요구할 수 있도록 하고 있다. 그리고 소위원회에 포함되지 않은 다른 위원들에게도 자문역할을 위해 가능하면 참석할 수 있도록 어느 정도 개방되어 있어, 특정분야의 전문가가 없는 경우 사안심의에 어려움을 겪을 수 있는 소규모로 운영되는 팀 접근방식의 단점이 보완되고 있다고 할 수 있다.

A 위원회내의 소위원회는 심의사례 요청이 있는 경우, 지체되지 않고 해결될 수 있도록 적어도 48시간 내에 회의가 소집될 수 있도록 방침을 정함으로써, 불필요하게 지연되는 시간을 줄이고 있다. 또한 사례검토에서도 해당 환자의 치료와 직접적으로 연관된 의료인이나 가족들이 회의에 참석하여 의견을 개진할 수 있도록

특 하여, 대체적으로 비공개적으로 이루어지는 전체위원회의 특성 상 배제될 수 있는 환자나 가족들의 실질적인 참여를 보장해 주고 있다고 할 수 있다.

세 번째는 동일 재단 내에 있는 의과대학의 의료법윤리학과와의 연계를 통해 의료법윤리에 대한 자문뿐만 아니라, 의료인을 위한 상담창구로도 활용하고 있다. 의료법윤리학과를 통한 의료인의 상담이용 건수가 많은 편은 아니지만, 의료현장에서 간간히 발생하나 전체위원회로 상정되기에는 부적절한 문제들에 대해 자문이 이루어진다. AIDS에 걸린 환자가 자신의 병적 상태에 대해 부모님이 알기를 원치 않는다면, 비밀을 유지해 줄 것을 요청한 상황에서, 환자의 상태는 갈수록 악화되어 부모님들이 환자의 용태를 알기를 원하는 경우 이를 어떻게 처리해야 하는지에 대한 것이 일 예라 할 수 있다. A 병원윤리위원회가 의료윤리 문제에 관해 의과대학내의 의료윤리관련 부서를 또 하나의 1차 상담 창구로 활용하고 있는 점은 병원윤리위원회에서의 의사결정에 직접적으로 영향을 미치지 않는으나, 일선에서 의료인들의 의사결정 능력을 향상시키기 위한 하나의 조력기구가 되고 있다. 의료기관내의 의료법윤리 관련 부서는 의사결정자로서의 역할보다 의료윤리 관련 이론·법·정책에 관한 연구와 사례분석 결과와 환자와 의료인간의 관계에서 무엇을 가장 중요하게 볼 것인가에 대한 원칙적인 측면을 제시해 주고, 이를 토대로 의료인이 실제 임상현장에서 의료윤리 측면을 고려하여 직접 의료윤리문제 해결을 위한 행동전략을 모색하고 환자 치료에 반영하고 있다.

임상에서 발생하고 있는, 그러나 병원윤리위원회로 상정될만한 정도의 사례가 아닌 경우 묵과될 수 있는 경향이 있고, 이러한 것들이 축적되어 의료서비스의 질적인 측면을 저하시켜 결과적으로 환자-의료인간의 관계에 치명적인 결함을 남기게 될 수 있다. 이러한 측면에서 의료인이 의료행위에 관해 전문적인 지식을 통해 직접 의사결정을 내리듯, 직접적으로 단일한 해답을 제공하는 방식이 아닌 의료윤리의 역량을 증가시킬 수 있는 기제를 형성해 주는 것이 결과적으로 전문가 책임감을 고취시키고, 윤리적 문제에 대해서도 직접적으로 의사결정을 내릴 수 있는 역량을 갖추는 것이 될 수 있다.

#### 4.2.4.2 단점

A 병원윤리위원회의 단점으로 언급할 수 있는 부분은 국내 다른 병원에서도 거의 비슷한 것이라 사료된다. 첫째, 병원윤리위원회의 의사록은 작성하고 있는 반면, 환자의 의무기록에 포함되도록 하고 있지는 못하다는 점이다. 특히 A 병원의 경우 의료정보화 수준이 타 병원에 비해 상당부분 앞서 있는 수준임에도 불구하고, 위원회의 의사록이 행정적인 절차측면에서 기록되는 수준으로 머물러 있어서, 전자의무기록으로의 편입이 이루어질 필요가 있다. 이것은 단순히 위원회의 결정 또는 환자권고사항을 의무기록에 포함시켜야 한다는 것이 아니라, 위원회의 사례 상담 및 심의과정에 대한 전반적인 사항을 정보화시킴으로써 의료인뿐만 아니라 병원직원에게 대한 교육 자료로 활용하거나, 후향적 사례분석을 통해 동일하거나 유사한 사례에 관한 의료기관내 정책이나 지침개발에 활용할 수 있다. 영국, 프랑스를 위시한 외국의 위원회 운영에서 자주 볼 수 있는, 사례분석을 위한 포럼 개최 등을 통해 의료인들이 실질적으로 참여해서 사례분석과 실질적으로 위원회에서 내려진 결정과의 비교를 통해 윤리적 역량을 키워나갈 수 있다. 이러한 측면에서 볼 때, 위원회를 포함하여 소위원회 심의요청이 있는 사례에 대해 의료정보화 시스템내로의 편입이 요구된다.

둘째, 병원윤리위원회의 심의·의결 과정 및 결과에 대한 평가시스템이 결여되어 있다. A 병원윤리위원회의 회의 개최는 어느 정도 개방적이긴 하나, 병원윤리위원회의 동의를 필한자로 한정되고, 위원회의 자료나 의사록은 비공개를 원칙으로 하고 있어, 병원윤리위원회에서 심의를 거쳐 간 사례에 대한 평가체계는 전무한 상황이라 할 수 있다.

그간 자율규제시스템과 전문가적 책임에 의거해 위원회가 운영되어 왔으나, 병원윤리위원회에 연명치료중단과 같은 사안에 대한 심의 및 이에 대한 책임을 지우고, 위원회의 안전처리과정에 대한 국가심의위원회로의 보고 의무 등을 두었을 때, 의료기관내에서 이루어지고 있는 많은 부분이 국가기관의 감시체계내로 편입

되게 된다. 병원윤리위원회의 위원들이 대부분 명예직임을 볼 때, 국가규율 대상으로 정해지는 경우, 위원회의 활동에 제약이 있을 뿐만 아니라 위원위촉에도 많은 어려움이 발생할 것이라는 예측은 그리 어려운 일이 아니다. 전문가적 책임만을 강조함으로써 위원회에서 내려진 결정에 대해 책임을 질 것을 요구하는 것은 상당히 무리가 있어 보인다. 이러한 측면에서 볼 때 전문가 책임을 일정정도 부여하고, 위원회의 외부평가를 통해 이를 관리하는 방식의 자율규제시스템으로 가동될 필요가 있다.

그러므로 병원윤리위원회에서 이루어지는 제반 활동들이 의사결정에 대한 전문가 책임부여와 일정부분 규율영역으로 편입시키기 위해 자율규제시스템을 원칙으로 하고, 사례에 대한 외부 전문가의 평가(일명, 동료평가)를 거치는 방식으로 평가시스템을 구축할 것이 요구된다. 이것은 국가적 측면에서의 예산 낭비를 줄일 수 있고, 의료기관 측면에서도 좀 더 숙고된 의사결정이 이루어질 수 있고, 불필요한 보고의무를 이행하지 않아도 된다는 이점이 있다. 그리고 병원윤리위원회의 심의과정을 한 번 더 평가과정을 거치는 경우 병원윤리위원회의 의사결정과정이나 판단기준에 대한 숙고를 하게 되고, 병원윤리위원회의 의사결정에 다시 환원되어 반영되므로 환자와 가족들에게 보다 안전한 환경을 제공하는 것이 될 수 있다.

세 번째, 병원윤리위원회의 상정 과정이 불분명하여, 병원윤리위원회가 환자와 의료진들이 쉽게 접근할 수 있는 이점이 있음에도 불구하고, A 병원윤리위원회의 접근 시 1차 장벽으로 작용한다는 점이다. A 병원윤리위원회의 경우 병원에서 공식화되어 있으나, 병원윤리위원회의 존재 정도는 특정인들만이 알고 있는 정도이며, 접수 절차나 1차 접촉자에 대한 정보제공이 이루어지고 있지 않아, 여러 경로를 거쳐 위원회에 이르게 됨으로써, 불필요한 불편감을 안겨주고 있다. 병원윤리위원회가 활성화되고 임상현장에서의 윤리적 문제를 해결하기 위한 기제로 작용하기 위해서는 위원회의 턱을 낮추는 것이 우선적으로 요구된다.

## 제5장 우리나라의 바람직한 병원윤리위원회

이 장에서는 병원윤리위원회의 기능 및 구조, 운영적 측면에서의 실행방안을 모색하고, 마지막으로 향후 병원윤리위원회가 어떠한 방향으로 나아가야 하는지를 제안해 보고자 한다.

병원윤리위원회의 기능은 현재 설치·운영되고 있는 위원회가 현재 기능하고 있는 방식에 연명치료중단 관련 사안을 심의하기 위한 측면에서 추가로 요구되거나 강화해야 할 기능이 무엇인지 제시하고자 한다.

병원윤리위원회의 구조는 강화해야 할 기능에 따라 위원회의 구조가 어떠한 방식으로 변해야 하는지, 기존 위원회 구조를 그대로 유지해도 되는지를 검토하고, 적절한 위원회 구조를 제시하고자 한다.

병원윤리위원회 운영방식은 위원회 운영을 위한 제반 사항들을 제시하고, A 병원윤리위원회의 위원회 운영상의 강점 활용과 단점을 보완하기 위한 방안을 중심으로 제시하고자 한다.

위에 언급된 사항을 토대로, 향후 위원회가 지향해야 할 위원회 운영모델을 제시하고자 한다.

### 5.1 병원윤리위원회의 기능

병원윤리위원회의 기능은 위원회의 성격과 기능에 맞추어 위원회가 구성되고 운영될 필요가 있으므로, 매우 중요하다. 통상적으로 병원윤리위원회의 기능은 교육, 정책개발 및 심의, 사례상담 및 분석기능을 갖는다.

우리나라 병원윤리위원회의 기능을 구분해 보면 크게 병원정책의 조정 및 심의 기능, 병원윤리위원회에 상정된 안전에 대한 의결기능, 의료기관 및 의료인, 환자 및 보호자에 대한 상담 및 자문기능, 의료진과 환자 및 보호자간 갈등 조정 및 중재기능, 자체 위원과 직원들을 위한 교육 기능이라 할 수 있다.

A 병원윤리위원회의 경우에도 위원회의 기능은 자문기능과 심의·의결기능(운영 내규 제1조)을 갖고 있으며, 위원회에 상정된 안건 심의뿐만 아니라, 병원 제위원회에서 상정한 안건을 심의하고 있다. A 병원윤리위원회에 주로 상정되는 안건들은 진료내용결정서 양식 검토, 사전의사결정제도 도입에 관한 심의, 자의퇴원 심의, 병원윤리소위원회 구성, 병원윤리위원회 내규 정비, 윤리와 관련된 타 위원회의 활동 모니터링 방안 수립 등으로 A 병원윤리위원회의 운영내규에서 규정하고 있는 기능대로 위원회가 운영되고 있음을 볼 수 있다.

그러나 행정기관의 조직과 정원에 관한 통칙 제20조<sup>75)</sup> 자문기관의 설치에 관한 규정을 볼 때, 자문기구는 전문적인 지식이나 경험이 있는 자의 의견을 들어 결정할 필요가 있고, 내용이 다자와 관련되어 의견을 조정할 필요가 있고, 업무의 성질상 특히 신중한 절차를 거쳐 처리할 필요가 있는 경우 설치된다. 이때 자문은 특정 개인 또는 조직 전체의 자문에 응할 목적으로 설치되며, 그 방면의 전문가들로 위원회를 구성하는 것이 자문의 기능을 충실히 이행할 수 있다. 자문위원회의 결정은 법적 구속력을 가지지 못하는 경우가 많으며, 임의적 절차에 해당한다.

심의는 자문과 유사한 기능을 하나, 자문이 임의적 절차에 해당하고, 심의는 보통 필수적으로 거치도록 되어 있다. 심의는 위원회의 심의를 거쳐야 하지만, 그 심의결과에 기속되는 것은 아니므로 심의결과와 다른 처분을 할 수도 있다. 심의의 경우 다른 처분을 하여도 법률적으로는 그 효과에 있어서 문제가 없고, 다만 심의위원회를 열지 않은 경우 법률적 하자가 있다고 할 수 있다.

이에 비해 의결은 그 결정에 따른 구속력이 있어, 위원회의 의결과 다른 처분을 할 수 없고, 만약 다른 처분을 하였을 경우 그 처분은 법률상 무효 또는 취소할 수 있는 처분이 된다.

---

75) 행정기관의 조직과 정원에 관한 통칙. 대통령령 제21406호. 2009.4.6. 행정기관의 조직과 정원에 관한 통칙 제20조(자문기관의 설치) 제19조제1항에 따라 행정기관의 부속기관으로 위원회 또는 심의회 등 자문기관을 두는 경우에는 행정기관 소속 위원회의 설치·운영에 관한 법률 및 같은 법 시행령에서 정하는 바에 따른다.

이를 토대로 볼 때, 병원윤리위원회의 자문 및 의결기능은 상담과 의결사항을 강제하지 않는 선택사항인 경우, 자문기능이 강하다고 할 수 있다. 또한 윤리위원회의 상담을 반드시 거치도록 강제하나 의결사항은 선택적으로 결정할 수 있도록 하는 경우 자문·심의의 기능이 강하다. 이에 비해, 상담은 선택적이나 의결사항대로 이행해야 하는 경우 위원회의 기능은 의결기능이 강하다고 할 수 있다. 윤리위원회 상담과 권고사항을 반드시 거치고 이행해야 하는 경우에도 의결기능을 갖는다고 볼 수 있다<표14 참조>.

<표 14> 윤리위원회의 상담/의결사항의 강제집행여부에 따른 기능 구분

방식		결정사항	의결사항	
			선택	강제
상담	선택		자문	의결
	강제		자문	의결

출처: Norman Fost, Ronald E, Cranford. 1985. Hospital Ethics Committees: Administrative Aspects. JAMA, 253(18): 2687-2692

위의 표에 따라 우리나라 병원윤리위원회의 기능을 볼 때, 현재 상담과 의결사항이 선택적이어서 자문기능이 강하다고 할 수 있다. 또한 위원회의 유형을 자문·심의기능을 하는 제1유형과, 구속력 있는 의결기능을 행하는 제2유형, 그리고 구속력 있는 의결기능을 행하되 준사법적 권한 등 강한 권한을 가지고 있어 중립성이 강하게 요구되는 제3유형으로 구분<sup>76)</sup>할 때, 엄밀한 의미에서 A 병원윤리위원회를 포함하여 우리나라 병원윤리위원회는 구속력 있는 결정권이 있는 것이 아닌 자문과 심의기능을 하는 제1유형에 속한다 할 수 있다.

A 병원윤리위원회의 경우 대법원 사례인 연명치료중단과 같은 ‘입원환자의 치

76) 국회법제실. 2008. 입법이론과 법제실무. 국회법제실

료중단 요구사례'가 상정되는 경우 환자의 생존가능성을 포함한 상태, 환자의 현재 또는 향후 삶의 질, 환자의 가족이 가지는 정신적, 경제적 부담 및 영향, 사회상규에 근거한 사회적 가능성, 사례심의를 위해 필요한 그 밖의 사항들을 심의하게 된다.

이때, 위원회의 심의·의결기능에 의거해 위원회에서 안건을 표결에 부치고 표결 결과에 의거해 의사결정을 내릴 때, A 병원윤리위원회를 포함하여 기존 우리나라 병원윤리위원회의 경우 상담과 권고사항이 강제적으로 집행해야 하는 것이 아니라 관련 당사자가 결정 사항을 선택할 수 있는 기존 자문·심의기능을 그대로 유지하는 경우, 위원회의 결정 사항에 구속력이 없어, 형식적으로 흐를 가능성이 많아 지므로, 위원회의 결정사항에 대해 일정 정도의 구속력을 갖출 수 있도록 기능을 보강할 필요가 있다. 즉, 상담은 선택적이나 의결사항은 어느 정도 강제할 수 있는 의결기능을 강화할 필요가 있다. 즉, 병원윤리위원회가 연명치료중단에 관한 사항 등을 결정하기 위해 요구되는 적정기능은 기존 자문기구로서의 역할뿐만 아니라 위원회 유형 중 제2 유형에 해당하는 심의·의결 기구로서의 기능이 무엇보다 요구된다.

위원회 유형 중 구속력 있는 결정을 내릴 수 있는 제2유형으로 현행 위원회의 기능을 강화하는 경우, 연명치료중단과 같은 사안을 다룰 때, 관련 당사자들이 위원회의 결정을 받아들일 수 없는 경우를 예상할 수 있으므로, 텍사스 주법<sup>77)</sup>에서 약 10일 정도의 유예기간을 주고, 환자와 가족들이 다른 의료기관으로의 이송 또는 다른 대안 치료법을 구할 수 있는 기간과 이를 위해 노력할 의료기관의 의무를 규정하고 있는 것처럼 의료인과 의료기관의 의무를 명시하는 것이 필요하다.

---

77) Sec. 166.046. PROCEDURE IF NOT EFFECTUATING A DIRECTIVE OR TREATMENT DECISION. 치료결정 또는 지시를 이행하지 않는 경우의 조치

(e) 환자 또는 환자의 의학적 의사결정에 대해 책임을 지는 자가, 주치의와 위원회의 심의과정에서 적절하지 않은 치료라고 확정된 생명연장치료를 요구하는 경우, subsection (d)에 의거해 전원이 이루어지기까지 환자에게 가능한 생명연장치료를 제공해야 한다. 환자는 다른 시설로 환자가 이송될 때 발생하는 모든 비용에 대해 책임을 진다. subsection (g)에 의거해 그렇게 하도록 요청되었음에도 불구하고, 의사와 보건의료시설은 subsection (b)에 의거해 요구된 서면화된 의사결정 설명서를 환자 또는 환자의 의료에 관해 의사결정 책임을 지는 자에게 제공한 후 10일 이후에는 생명연장치료를 제공할 의무를 지지 않는다.



## 5.2 병원윤리위원회의 구조

### 5.2.1 병원윤리위원회의 조직형태

보통 의료기관에서 이루어지고 있는 윤리 자문은 개인, 소규모 팀, 위원회의 형태로 제공되며, 이 중 소규모의 팀 형태가 가장 많으며(68%), 그 다음이 위원회 형태 23%, 그 외 개인 컨설턴트 9% 순이다<sup>78)</sup>.

개인 컨설턴트 형태의 컨설트는 위원회보다 유연하고, 밀접한 관계를 형성함으로써, 환자와 가족과 친밀감을 형성하여 더 빨리 상담을 처리할 수 있다. 시간을 절약할 수 있다는 측면에서는 개인 상담 방식이 이점이 있다. 팀 접근 방식은 전문인력으로 구성되어 있어, 어려운 윤리문제를 한 차원 높은 수준에서 해결방안을 제시해 줄 수 있다. 위원회는 다양한 전문가들로 구성되어 있어 한명의 전문가와 비교해 볼 때, 보다 폭넓은 지식을 확보할 수 있다는 이점이 있다<sup>79)</sup>.

병원윤리위원회가 자문기능에 중점을 두고 기능하고자 한다면, 앞에서 보았듯이, 위원회 형태는 소규모의 인력으로 구성되는 팀 접근 방식으로 구성하여 전문적인 지식을 통한 상담에 응하는 것이 보다 효과적이고 효율적이라 할 수 있다.

이에 비해, 현재 국내에서 연명치료중단에 관한 의사결정을 담당 의사를 포함하여 병원윤리위원회에 결정권이 넘겨진 상황에서, 생명연장조치 중단 등의 이행에 관한 사항을 심의 및 의결하기 위한 기능에 좀 더 중점을 두고 위원회의 형태를 갖추어야 한다. 소규모의 팀 접근 방식은 전문인력으로 구성되어 있어, 어려운 윤리문제를 한 차원 높은 수준에서 해결방안을 제시해 줄 수 있다. 그러나 연명치료중단에 관한 사안은 시간이 다소 걸리더라도 담당 의료진, 보호자, 사회복지팀, 원목팀, 법률팀, 생명윤리 전문가 등 디히제로 구성된 위원들이 환자의 안전과 윤리

78) Fox E, Myers S, Pearlman R. 2002. Ethics Consultation in U.S. Hospitals: a national survey. National Meeting of the American Society for Bioethics and Humanities. Baltimore, MD.

79) Meijberg H, Meulen R. 2001. Developing standards for institutional ethics committees: Lessons from the Netherlands. J Med Ethics, 290(suppl I): 136-140

를 확보하는 차원에서 의견을 조정하고 의견일치를 구하는 것이 위원회에서 얻을 수 있는 폭넓은 의견수렴을 통해 국민적 신뢰를 확보하는 방안이 될 수 있다.

또한 소규모의 인력으로 구성되는 팀 접근 방식에 비해 윤리사례를 해결하고 평가하는데 걸리는 시간이 상대적으로 많으므로, 연명치료중단에 관한 사안은 심의를 위해 관련 자료 및 의견을 통해 사례에 대한 전문적인 판단을 거친 후 전체 위원회에서 안건 처리가 이루어지는 것이 전문성과 의사결정의 충실성을 기할 수 있을 것이다.

아래의 표에서 보는 것처럼 심의·의결 기능을 이행하기에는 위원회가 좀 더 바람직하지만, 실질적인 사례 분석을 위해서는 개인 또는 팀 접근 방식이 보다 효율적이라 할 수 있다. 이러한 측면에서 볼 때, 연명치료중단 사안을 직접 전체위원회로 회부하는 단 하나의 방식보다, 전체위원회 내에 전문위원으로 구성된 소위원회를 두고 이차적으로 전체위원회가 개최되는 방식으로 위원회가 형성될 필요가 있다.

〈표 15〉 병원윤리위원회 기능별 조직형태

	개인	팀	위원회
심의·의결	×	△	○
자문	○	○	△
상담	○	○	△
갈등조정 및 중재	△	△	△
정책개발	△	○	○
교육	○	○	△

※ ○이 가장 적절하고, 그 다음이 △, × 순이다.

즉 팀형태의 위원회를 구성하고, 이들 위원회에서 전체위원회의 회부 여부를 포

함하여 일차적으로 안전을 분석하고 이를 평가하는 방식의 위원회 형태가 추가적으로 요구된다.

A 병원윤리위원회의 경우도 전체위원회 하부에 소위원회를 두고, 특정 분야의 윤리문제를 다루도록 하고 있다. 소위원회는 본회의에서 사례를 검토하기 전 본회의 위원장의 지시에 따라 소위원회에서 사례에 대한 조사 및 심사를 하며, 일차 의사결정 기능을 갖고 있다. 소위원회는 사례요청이 있는 후 48시간 이내에 회의를 소집하고 해당 환자를 치료를 할 때 직접적으로 연관된 의료인이나 가족 모두를 회의에 참석 가능하도록 하는 방식을 취하고 있어, 법정과 같은 경직된 분위기에서 환자의 가족들이 의사표현을 제대로 할 수 없는 단점을 무마시킬 수 있다.

또한 A병원윤리소위원회 위원장이 해당 사례의 검토 후 위원회에 회부함이 적절하다고 판단한 경우, 소위원회 위원장이 당해 주치의에게 그 사실을 알리고 심의의견서를 작성하여 병원윤리위원회의 개최를 요구할 수 있도록 하여, 사실상 전체회의로 회부할 수 있는 길도 열어둔 셈이다.

결국, 병원윤리위원회의 형태는 현행 전문위원회 또는 전체 위원회라 할 수 있는 병원윤리위원회의 형태가 아닌, 전체위원회 내에 소위원회를 두어, 전체위원회에서 결여될 수 있는 전문성을 필하는 형태가 적절하다고 본다.

## 5.2.2 병원윤리위원회의 위원구성

병원윤리위원회 위원은 일괄적으로 인원을 제한하고 있지는 않으며, 통상적으로 7~20명으로 구성하고 있다. 위원 구성은 회의운영상의 효율을 기하기 위해 너무 대형화하지 않는 것이 바람직하며, 대표성이 충족되도록 위원구성이 되어야 한다. 위원은 다학제적인 구성과 의료진을 대표하는 위원들로 구성이 되어야 하며, 의료진의 경우 적어도 의사 2인 이상, 간호사 1인은 당연직으로 포함될 필요가 있다. 그 외 사회복지사, 심리학자, 목사(또는 신부), 행정직 등을 포함시키며, 의료가 점점 법률 및 규정에 의해 규율되므로 법률에 관한 전문지식을 가진 회원의 확보

도 위원회의 운영상 매우 유용할 수 있다. 고윤석<sup>80)</sup>도 위원회가 생산적으로 운영되기 위해서는 위원들의 의료윤리에 대한 전문지식과 제시된 문제들에 대한 적극적인 해결 의지가 중요하며, 위원들의 전문성이 결여되면 위원들 개개인의 가치관에 좌우되어 결론 도출이 어렵다고 보았다.

A 병원윤리위원회도 의사4인과 간호직 1인, 행정직 대표자 2인, 사회사업팀 1인, 원목팀 1인은 당연직으로 하고, 의료법윤리 전문가 2인, 변호사 2인, 간사 2인, 철학교수, 법학교수 등을 추가로 위원구성을 하거나 사안에 따라 전문위원을 초청하여 자문을 구하고 있는 방식으로 운영되고 있다. 이들 위원 구성 시, 외부 전문위원회 의견을 참조하고, 기관측면에서의 이익에 따른 의사결정을 어느 정도 배제하기 위해 외부 전문위원을 위촉하고 있다. 전체 위원회의 위원들도, 5년 이상의 실무경력이나 연구경력을 갖춘 자를 위촉하도록 하여 위원회의 전문성을 기하고 있다.

따라서 다학제 위원회는 의학적 의사결정 시 새롭고 가치 있는 대화를 조장하는 것뿐만 아니라, 법적 관점에서 볼 때 책임을 공유하고 분담한다는 측면도 갖는다고 볼 수 있기 때문에 위원회 구성은 다학제를 원칙으로 한다.

병원윤리위원회가 심의·의결 기능에 중점을 둔 경우 의결을 위해 위원수는 홀수로 정하는 것이 바람직하며, 의사, 간호사, 행정직 대표, 사회사업팀, 원목팀은 당연직으로 위원 구성을 하도록 한다. 의사와 간호사는 의학적 측면뿐만 아니라 환자와 직접 접촉을 통해 다양한 의료서비스를 제공함으로써, 환자 및 가족과의 긴밀성을 유지하고, 환자의 입장에서 다양한 측면을 고려해 볼 수 있으므로 당연직으로 위원을 구성하는 것이 바람직하다.

병원윤리위원회는 의료기관의 운영진으로부터의 독립성이 보장될 필요성이 있

---

80) 고윤석, 맹광호, 구영모, 손명세. 1999. 우리나라의 병원윤리위원회. 의료·윤리·교육, 2(1): 63-78

으나, 병원의 행정적 지원뿐만 아니라 병원에서 발생하고 있는 윤리 사례와 무관하게 위원회가 구성·운영된다면 실질적으로 환자와 가족의 의료서비스 질을 향상을 위한 환류기제로 기능할 수 없다. 위원회의 기능이 단순히 사안에 대한 심의·이결만을 하는 것이 아니라, 위원회에 상정된 사안의 분석과 그 결과를 의료진의 교육에 활용하거나 자주 발생하는 사안의 방지를 위한 기관내의 정책과 지침을 개발하는데 활용함으로써, 의료인들의 윤리적 역량을 함양하고, 병원에서 설정한 방침을 벗어난 의사결정을 하지 않도록 유도하는 안전장치로 작동할 수 있다. 이러한 측면에서 병원행정가가 지명한 행정적 대표자의 당연 적용은 위원들에게 해당 기관의 정치적 영향력을 행사하기 위해 구성하는 것이 아니라, 병원정책과 상반된 의사결정 등을 방지하고, 위원회의 지속적인 운영 및 위원회의 활동이 병원시스템 내로 다시 환류되어 병원 전반적으로 의료서비스의 질을 향상시킬 수 있는 주체로서 매우 중요하다.

사회사업팀은 환자가 치료중단 등을 요구하였을 경우, 사회·경제적 측면을 파악하고, 경제적 측면으로 인해 중단요청을 하지 않았는지의 여부를 파악하는데 매우 중요한 역할을 할 수 있다. 또한 지속 치료를 하는 경우 어떠한 어려움이 예상되는지를 파악하여 의료기관이나 외부 기관에서 지원받을 수 있는 방안들을 모색하는데 실질적인 도움을 줄 수 있다. 따라서 사회사업팀도 위원 구성에 있어 당연적으로 구성하는 것이 적절하다고 본다.

원목팀도 종교적 측면뿐만 아니라 정신적·영적 측면을 제고해 볼 수 있도록 언급해 줌으로써, 다양한 시각을 반영한 의사결정이 내려질 수 있도록 하므로 매우 중요하다 할 수 있다.

결론적으로, 병원윤리위원회 위원 구성은 다학제로 구성하고, 의사, 간호사, 행정직 대표, 사회사업팀, 원목팀은 당연적으로 하며, 재적과반수의 출석과 출석과반수의 찬성으로 의결을 위해 위원장 포함 9인 이상으로 한다. 이 외에 의료법윤리전문가, 변호사, 철학자, 법학자 등의 전문위원을 추가로 구성하거나 사안에 따라 이들 전문위원을 초청하여 자문을 구하고, 이들의 의견을 병원윤리위원회 토론에 반영시키는 방식으로 위원구성이 이루어지는 것이 적절한 것으로 보인다.

## 5.3 병원윤리위원회의 운영

병원윤리위원회의 운영은 연명치료중단 등과 같은 사안을 해결함에 있어, 많은 위원으로 구성되어 있어 위원회의 소집이 어려우며, 의사결정이 어려운 경우 위원회가 재 개최될 수도 있어, 환자와 가족의 입장에선 위원회의 심의를 거치는 것이 더 많은 어려움을 안겨 줄 수도 있다. 또한 중소병원을 포함하여 각 병원별 윤리위원회를 설치해야 한다면, 기관에서 요구하는 것이나 활용가능한 자원의 정도가 다르므로 이들 위원회의 운영이 지속될 수 있고, 위원회와 의료기관의 책무를 강조하나, 전적으로 병원윤리위원회에 책임을 전가하지 않는 방식으로 위원회의 운영방식을 고려해야 한다.

위원회의 개별 운영방식은 기존 국내 A 병원윤리위원회의 운영사례에서 상당부분 인용하여 제시하고, A 병원윤리위원회의 운영상의 강점과 약점을 통해 도출된 운영상 좀 더 보완해야 할 부분을 제시하고자 한다.

### 5.3.1 병원윤리위원회의 운영방식

병원윤리위원회는 의료기관내에서 발생하는 윤리적 문제를 해결하고 이를 통해 환자의 권리를 보장하고 의료인의 의사결정을 돕기 위한 측면에서 위원회가 설치된 것이라면, 위원 소집의 어려움 등을 이유로 위원회에 상정된 안건 처리가 지연되어서는 안된다. 미국 메트로 헬스(MetroHealth)병원의 전체 위원회(full committee) 모델을 채택하여 운영한 경험에서도, 윤리상담이 요청된 경우 위원들 간 회의 일정을 조정하는데 어려움이 있어 윤리상담 서비스의 이용도를 낮추는 결과를 가져왔음을 볼 수 있었다<sup>81)</sup>. 따라서 이용도의 제고와 접근성을 향상시키기 위해 윤리상담은 적시에 이루어지는 것을 원칙으로 할 필요가 있다.

우리나라의 경우 병원윤리위원회의 회의소집방식은 정기회의와 수시회의로 구

---

81) Mark P. Aulision et al. 2009. Clinical Ethics Consultation and Ethics Integration in an Urban Public Hospital. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics, 18: 371-383

분하여 운영되며, 대부분 수시회의로 개최되고 있다. A 병원윤리위원회의 경우에도 수시회의로 위원회를 주로 운영하고 있으며, 개최된 위원회는 사안에 대한 의결이 이루어질 때까지 동일한 사안에 대해 위원회가 개최된다. 또한 A 병원윤리위원회는 위원회의 이용도와 유효성을 높이기 위해 회의 시에 선별된 사례에 대한 사례심사 분석을 실시하고, 그 결과를 의료진들의 교육에 활용하고 기존 심의 원칙을 수정하거나 심의기준을 정립하는데 활용하도록 운영방침을 정하고 있으나, 의료인을 포함한 직원 교육은 다른 기능에 비해 저조한 편이라 할 수 있다.

병원윤리위원회의 운영방식은 연명치료중단과 같은 사안이 항상 발생하는 것이 아님을 볼 때, 매달 일정한 날을 정하여 개최하는 정기회의보다 안전에 따라 병원윤리위원회가 개최되는 수시회의로 개최하는 것이 바람직해 보인다. 그러나 연명치료중단과 같은 사안에 대한 심의의결뿐만 아니라, 이와 관련된 병원 내부 정책 수립 및 직원을 대상으로 한 병원정책 및 가이드라인에 대한 교육이 이루어질 필요성이 있으므로, 위원회 운영방식은 1달에 1회 주기로 정기회의로 운영하고, 안전에 따라 수시로 개최하는 것이 바람직하다.

의과학 기술의 지속적인 발달과 기존 단순하게 결정 가능했던 사안이 좀 더 복잡해지고, 다양한 측면에서의 숙고가 요구되는 사례의 발생과 동일한 사안에 대해 여러 번 위원회가 개최된다거나, 의료인들이 어려운 사안에 대해 위원회의 회부에만 의존하는 경우, 어려운 의사결정 사안에 대한 의료인들의 윤리적 역량이 감소될 수 있다. 이러한 현상은 더 많은 윤리적 문제를 야기할 가능성을 안고 있으므로, 의료기관내의 직원을 포함하여, 의료인들의 윤리적 결정을 위한 역량 및 비판적 사고력을 갖추기 위한 교육들이 지속적으로 제공되도록 위원회 소집이 정기적으로 이루어질 필요가 있다.

### 5.3.2 병원윤리위원회의 심의절차

윤리위원회 심의 절차는 먼저 의뢰인이 심의 신청서를 작성한 후, 병원윤리위원회에 신청서를 접수한다. 신청서 접수는 위원회의 간사가 담당하며, 위원회 간사

가 해당 신청서를 검토 후, 위원장에게 보고한다. 즉, 병원윤리위원회는 자문 및 조정·중재의 기능보완과 사안에 대한 판단과 더불어 의사결정의 역할이 크므로 향후 위원회에 안건이 상정되기 전에 임상현장에서 일정한 자문의 요청이 있으면 1차적으로 위원회의 간사인 의료법윤리 전문가의 상담을 거치는 과정이 필요하다고 본다. 의료법윤리전문가는 사안을 검토하여 이와 유사한 사안에 관한 전례와 지식을 바탕으로 병원윤리위원회의 회부여부를 결정하는 방식이 우선적으로 이루어지도록 한다.

현재의 병원윤리위원회의 간사인 의료법윤리전문가의 판단으로 윤리위원회의 결정이 필요한 경우, 병원윤리위원회의 위원장에게 보고하고, 해당 환자의 담당의사와 해당과 전문의 2인 이상, 의료윤리전문가 1인, 의료법 전문가 1인으로 구성된 소위원회로 사례를 의뢰한다. 소위원회는 신청서 접수 후 48시간 내에 소위원회를 소집하여 해당 사례를 검토 및 의견조회를 한다. 소위원회는 5~6명의 전문위원으로 구성된다. 소위원회에서 관련 안건에 대한 사례검토는 전체 위원회로 회부되기 전에 소위원회에서 먼저 검토 및 의결이 이루어질 필요가 있다. 소위원회에서도 의견일치가 이루어지지 않거나, 추가적으로 전체 윤리위원회의 논의가 요구되는 경우 전체 윤리위원회에 안건을 상정하고 위원 3분의2이상이 참석한 회의에서 과반수이상의 찬성으로 결정되도록 하는 방식으로 운영될 필요가 있다. 이것은 위원회의 운영 효율화와 이중적인 안전장치를 필함으로써, 환자의 안전을 보다 더 도모할 수 있고, 전체위원회에서 단순한 의학적 측면만을 검토하여 의사결정이 이루어지는 것이 아니라 법적, 윤리적, 경제적 측면을 모두 통합적으로 검토할 수 있게 된다.

### 5.3.3 병원윤리위원회의 평가시스템

평가 시스템은 필수적인 부분이나 A 병원윤리위원회를 위시하여 각 병원윤리위원회에서 결여되어 있는 것 중 하나라 할 수 있다. 대부분의 병원윤리위원회가 폐



쇄적인 시스템에서 기능하고 있고, 지금까지 위원회의 권고 사항이 선택적이고 이로 인해 위원회의 권한이 굉장히 한정적일 수밖에 없었다. 또한 그간 자율규제시스템과 전문가적 책임에 의거해 위원회가 운영되어 왔으나, 위원회에 연명치료중단과 같은 사안에 대한 심의 및 이에 대한 책임을 지우고, 위원회의 안전처리과정에 대한 국가심의위원회로의 보고 의무 등을 두었을 때, 의료기관내에서 이루어지고 있는 많은 부분이 국가기관의 감시체계내로 편입되게 되어, 그간 유지되어 오던 병원윤리위원회의 기능이 개별 병원의 정책개발 및 지침개발을 위한 위원회로의 전환이 이루어지거나, 병원행정부처의 자문을 이행하는 기관으로서의 기능만을 이행하게 된다. 결국 환자 및 의료인들의 어려운 윤리적 문제를 해결하기 위한 기구는 사라지게 된다.

이러한 예측 가능한 여러 가지 폐단들을 시정하기 위해 일정부분 전문가 책임을 부여하면서, 기관내의 자율규제시스템으로 가동하는 방식이 요구된다. 기관내의 자율규제시스템은 심의사례에 관한 것을 정보시스템내로 편입시키고, 특정 외부인사를 평가위원으로 지명하여 외부전문가가 보안 및 개인정보 보호가 된 사례를 정보망을 통해 접속 후 심의사례를 평가하는 방식으로 평가시스템을 운영하는 경우, 개별 병원에서의 위원회의 의결만을 거치는 경우보다 보다 더 신중을 기할 수 있을 것이며, 각 위원회 위원들도 의사결정에 보다 만전을 기할 수 있을 것이다.

이러한 측면에서 의료기관내의 전문가들의 의견을 존중하고, 환자와 가족들에게 보다 안전한 환경을 제공하는 기제가 될 수 있으므로, 병원윤리위원회의 심의에 이차적으로 외부 전문가의 동료평가를 거치는 평가시스템을 도입하는 것이 요구된다.

#### 5.3.4 병원윤리위원회의 예산

병원윤리위원회 운영예산은 위원회 운영뿐만 아니라 위원을 대상으로 한 세미

나나 병원직원을 위한 교육 활동을 위해 필요하다.

위원장을 포함하여 간사나 위원들은 근무시간외에 위원회 활동을 실시하므로, 업무를 줄일 수 있는 방안을 모색하는 것이 필요하다. 기관내에서 전문직으로서의 업무를 줄이기는 한계가 있으므로, 과외 시간에 위원들이 실질적인 참여를 조장할 수 있는 여건 조성과 예산 지원이 요구된다. 실질적으로 임상현장에서 의료윤리에 관한 전문지식이나 역량을 갖춘 자를 영입하는데 어려움이 있으며, 특히 외부 인사를 영입하는 것은 더 많은 어려움이 있다.

병원윤리위원회에서 다루는 사안들이 병원내에서 발생하는 윤리사례나 관련 정책을 개발한다는 측면에서 볼 때, 위원회의 활동이 병원에서 제공하는 서비스의 질적 수준을 제고시키므로, 병원에서 자체적으로 위원회의 활동을 유지하기 위한 예산을 따로 책정하여, 병원내에서 순기능을 할 수 있도록 노력할 필요가 있다. 그리고 프랑스의 경우처럼<sup>82)</sup>, 도덕책임이 개인에게 지워져 있다면, 의료기관은 최선의 의사결정이 이루어질 수 있도록 지원해야 할 책임이 있으므로, 병원윤리위원회의 설치가 필요에 의한 것이든, 강제적인 것이든, 병원에서 설치해야 한다고 판단한 경우 기대치의 업무를 수행할 수 있도록 예산과 위원들이 충분한 시간을 들여 활동할 수 있도록 충분한 자원을 제공할 의무가 있다 할 수 있다. 충분한 시간과 예산을 투입하는 방식으로는 위원들이 직접적으로 정보를 수집하고, 사례를 분석하는 시간을 일정정도 줄여줄 수 있도록 위원회 간사를 두는 것도 하나의 방법이 될 수 있다.

연명치료중단에 관한 사안을 심의하기 위해 일정 병상 이상 규모의 병원에 병원윤리위원회의 설치를 의무화하는 경우, 법적 강제성은 그에 대한 지원도 아울러 해야 함을 의미하므로, 병원윤리위원회를 운영하기 위한 각 병원 자체내의 예산뿐만 아니라, 위원회가 제대로 기능하기 위한 국가적 차원의 방안도 아울러 필요하다. 특히, 연명치료중단에 관한 심의사항들이 위원회의 심의·의결로만 끝나는 것이

---

82) Jean-Christophe Mino, Laure Copel, Jean-Michel Zucker. 2008. A French Perspective on Hospital Ethics Committees. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 17: 300-307

아니라, 선순환을 거쳐 개별 병원내의 정책뿐만 아니라 국가적 정책 및 지침 개발로 이어지기 위해 각 병원윤리위원회의 위원들 및 지역사회를 대상으로 한 국가 차원의 교육프로그램 개발 및 교육을 시행함으로써, 전체사회가 연명치료를 포함한 각종 임상윤리문제를 이해하고, 해결해 나갈 수 있도록 도모하는 것이 바람직하다.

이러한 측면에서 병원윤리위원회의 질적 향상 및 운영 활성화를 위해, 국가 기관은 각 병원윤리위원회의 운영을 위한 지원 의무가 있다고 할 수 있다. 기관내에서 위원회 운영을 위한 예산편성이 어느 정도 가능하나, 많은 예산을 하나의 위원회에 할당을 할 수 없으므로, 국고 기금으로 의료기관에서의 병원윤리위원회 운영을 위한 일정액과 위원회 설치 시 이를 보조할 필요가 있다. 노르웨이의 경우 연간 미화 30,000~150,000달러를 일반예산으로 편성하여, 세미나 개최, 급여, 회의비, 자문료 형태로 지급하고 있다.

영국의 경우에도 영국 NHS가 의료윤리지원을 촉진시키기 위한 방편으로 국가적 차원에서 의료윤리위원회를 지원하는 의료윤리 네트워크를 설치하고 있다는 점은 우리에게 시사점을 안겨준다. 임상윤리 네트워크는 기존에 설치된 임상윤리위원회와 새로 개설하는 임상윤리위원회를 지원하고 정보를 제공하는데 그 목적이 있다. 특히, 임상윤리 위원들을 위한 교육 및 훈련 프로그램을 개발하고 제공하는 것은 직접 지원방식이 아닌, 개별 병원에서 이루어지기 힘든 교육을 국가적 차원에서 제공해 줄 수 있는 방식이 될 수 있다. 그리고 정보 데이터베이스의 구축을 통해 각종 정보를 제공하는 것은 가장 기본적인 일이 될 것이다.

### 5.3.5 병원윤리위원회 간사

위원회 간사는 위원회 개최 공지, 업무연락, 회의결과 보고 등 단순히 행정적 업무만을 위해서 필요한 것이 아니라, 환자 또는 의료인들이 윤리문제로 사례 상

답을 요청하는 경우 제1차 접촉자가 될 수 있도록 간사를 둘 필요가 있다. 국내 설치된 병원윤리위원회의 간사는 아예 없거나, 행정업무를 대리할 자를 지명하고 있으며, 사례 상담을 요청하는 경우 어떤 곳으로 연락을 취해야 하는지 불분명하다.

A 병원윤리위원회의 경우도 사무직 대표자가 위원회 간사를 역임하고 있어<sup>83)</sup>, 병원내에서 사례 상담 요청이 있는 경우, 위원회 간사에게 연락이 취해진다기 보다 의과대학 의료법윤리관련 부서로 연락이 취해지는 경우도 있다. 사실상 의과대학 의료법윤리관련 부서는 병원윤리위원회의 간사역할을 하는 부서라기보다 자문을 제공하는 역할을 하며, 환자와 의료인들이 사례 상담을 하기 위한 1차 접촉점으로 운영되기에는 적절하지 못하다.

또한 행정직 대표자가 위원회 간사를 역임하는 경우, 병원내의 결재를 이행하기에는 적절해 보이나, 연명치료와 같은 사안을 다룰 때, 의학용어에 관한 이해 없이 참석하여 회의록을 작성한다거나, 사안을 1차적으로 평가하는 역할을 하기에는 다소 무리가 있다.

따라서 병원윤리위원회 간사는 행정직 대표자보다 의학적 측면을 이해할 수 있는 의료인 중에서 지명하여, 1차적으로 정보수집 및 사례검토를 하는 역할을 이행하도록 하는 것이 적절한 것으로 보인다. 또한 대표간사가 정해짐으로써, 병원 내에서 사례 상담을 위한 접수창구로서의 역할과, 소위원회를 포함하여 전체위원회로의 상정할 수 없는 사안에 대해 일정부분 해결할 수 있을 것이다. 병원윤리위원회의 간사와 소위원회의 업무가 정해진 경우, 병원직원과 환자 및 가족들을 대상으로 병원윤리위원회의 존재 및 활동사항들을 홍보 및 교육하는데도 이에 대한 사항을 포함시킴으로서 위원회를 통한 윤리상담 또는 자문을 활성화 시킬 수 있을 것이다.

---

83) A병원윤리위원회 위원회 관련 내규 제2조 (조직) ② 간사는 병원 사무팀장으로 하며 위원장을 보좌하고 회무를 관장하며 회의록을 작성 보관한다.

## 5.3.6 병원윤리위원회 관리

### 5.3.6.1 교육

병원윤리위원회를 설치할 때, 기존 위원회 구성원과 신규 위원의 윤리적 역량을 구축하는 것이 요구된다. 역량구축을 위해 신입위원 오리엔테이션, 개별위원들을 위한 관련 도서의 제공 및 세미나의 참석 등을 통해 도덕적 능력을 향상시킬 수 있다. 의료윤리부문에 대한 정보는 휴대 전화 또는 이메일 등을 통해 정보를 제공할 수 있다.

모든 병원윤리위원들을 위해 위원회 위원들이 경험을 공유하도록 실질적인 문제를 논의하는 세미나를 매년 개최할 필요가 있으며, 기존 위원들을 위해 서로 다른 주제로 세미나를 개최하여 심층적인 논의를 펼 수 있는 장이 마련되어야 하며, 신규 회원을 대상으로 한 입문 과정을 구분하여 개설될 필요가 있다.

병원윤리위원회의 지속적인 교육을 위해 일차적으로 강조해야 할 부분은 자체 교육과 지속적으로 교육이 이루어지도록 기전을 만드는 것이다. 임상윤리는 포괄적이며 빠르게 새로운 모습으로 변화해 가는 분야로, 전문성을 적절한 수준으로 유지시켜 나가기 위해서는, 병원윤리위원회가 위원들에게 임상윤리와 빠르게 확대되고 있는 관련 분야의 학문에 대한 정보를 제공할 수 있는 수단을 개발해야 한다. 교육방식은 신규위원들에 대한 오리엔테이션, 필독서 공급, 세미나, 모의 사례 적용 및 정책 심사, 타 영역 또는 타 지역의 윤리위원회와의 네트워킹에 참석 등이 포함될 수 있다.

Aulisio M et al<sup>84)</sup>은 윤리위원회가 필요로 하는 지식을 9가지 영역으로 제시하고 있다. 도덕적 추론과 윤리 이론에 관한 지식과 생명윤리 이슈와 윤리 상담시

---

84) Aulisio M, Arnold R, Youngner S. 2000. Health Care Ethics Consultation: Nature, Goals and Competencies. *Ann Intern Med*, 133: 59-69.

발생하는 자율성, 사전동의와 같은 개념에 대한 지식, 보건의료시스템 전반에 대한 이해, 해부학, 진단, 처치, 예후, 의료진의 역할과 같은 임상지식, 보건의료조직 구조, 서비스, 자원에 관한 이해, 사전동의, 비밀유지, 연명치료의 보류와 같은 윤리상담과 관련된 의료기관의 정책에 관한 지식, 환자와 직원들의 믿음과 관점에 대한 이해, 관련 윤리강령, 전문직 행동방침과 가이드라인, 생의말기 간호, 대리의 사결정을 포함한 의료법에 대한 지식이 요구된다.

#### 5.3.6.2 홍보

병원윤리위원회의 존재를 알리기 위한 노력이 요구되며, 이를 위해 내부 신문, 병원의 웹사이트 등을 통해 위원회에 대한 홍보가 이루어질 수 있으며, 신규직원 교육 시, 관리자를 위한 포럼, 세미나, 팸플릿 등의 제작을 통해 위원회의 존재를 알릴 수 있다.

교육자료에 포함되어야 할 내용은 ‘병원윤리위원회에 대하여..’ 등과 같은 제목으로 위원회에 관한 기본 내용, 위원회 개최 방법, 절차, 위원회를 통해 기대할 수 있는 바, 정보관리 등을 모두 포함해야 한다.

#### 5.3.7 소 결

임상현장에서의 윤리적 갈등문제를 해결하기 위해서는 현재의 병원윤리위원회는 자문 및 조정·중재의 기능보완과 사안에 대한 판단과 더불어 의사결정의 역할이 크므로 향후 위원회에 안건이 상정되기 전에 임상현장에서 일정한 자문의 요청이 있으면 1차적으로 위원회의 간사인 의료법윤리 전문가의 상담을 거치는 과정이 필요하다고 본다. 의료법윤리전문가는 사안을 검토하여 이와 유사한 사안에 관한 전례와 지식을 바탕으로 병원윤리위원회의 회부여부를 결정하는 방식이 병원윤리위원회의 간사인 의료법윤리전문가의 판단으로 윤리위원회의 결정이 필요

한 경우, 해당 환자의 담당의사와 해당과 전문의 2인 이상, 의료윤리전문가 1인, 의료법 전문가 1인으로 구성된 소위원회 소집이 요구되며, 소위원회에서 관련 안전에 대한 의결이 먼저 이루어질 필요가 있다. 소위원회에서도 의견일치가 이루어지지 않거나, 추가적으로 전체 윤리위원회의 논의가 요구되는 경우 전체 윤리위원회에 안전을 상정하고 위원 3분의2이상이 참석한 회의에서 과반수이상의 찬성으로 결정되도록 하는 것이 바람직 할 것이다.

의료현장에서는 의사-환자 관계를 다루는 미시적 차원의 윤리이외에 병원윤리라는 또 다른 윤리가 존재한다. 병원윤리는 의사-환자 관계와 같은 문제를 다루는 미시적 윤리와 의료서비스의 공정한 분배와 같은 문제를 다루는 거시적 윤리 중간에 위치한다. 병원윤리(기관윤리)가 간과되어 왔기 때문에 우리는 개인적인 삶에서 연유된 것과 유사한 도덕원칙들을 의료기관내에서의 삶속에서 적용하는 경향이 있다. 그러나 개인윤리에서 나온 원칙들은 종종 기관윤리를 왜곡시키기도 한다<sup>85)</sup>.

개개 의사들이 환자의 최선의 이익을 추구해야 하는 것은 의심의 여지가 없으나 의료현장에서 미시적 차원의 윤리와 중환자실 분배 문제와 같은 거시적 차원의 윤리는 늘 접하는 것이라 할 수 있다. 의료인들이 개별 환자들에 대한 자신들의 의무와 중환자실 분배와 같은 공정한 자원배분에 대한 책임의 간극을 어떻게 조정할 것인가에 대한 문제들이 이러한 예라 할 수 있다.

병원 내 명확한 정책이 없는 경우 교대근무방식에 따라 다양한 구성원들이 달리하여 치료와 의사결정에 개입하는 경우가 상당함을 볼 때 비윤리적인 결과가 발생할 수도 있다. 중환자실 배정에 관한 것은 몇몇 병원에 정책적으로 정해진 곳도 있으며, 학계차원에서 권고안을 제안하고 있기도 하나 윤리적 문제 중 하나라는 것은 확실하다. 심폐소생술 중단에 관한 것도 유사한 맥락에서 이해될 수 있다. 이러한 문제들은 단순히 개별 의사나 간호사에게 부담 지워져서는 안 되며, 어떠한 기준에 의거해 이익형량을 판단하든 병원이 이러한 문제에 대해 결정해야

---

85) Dennis R. Thompson. 1992. Hospital Ethics. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics. 3: 203-215

한다. 이들 문제에 관한 병원의 결정도 숙고된 논의(deliberation)를 통해 얻어진 결과로서 공식적인 이해가 뒷받침 되어야 한다.

그렇다면, 의료윤리나 병원윤리 문제를 다루기 위한 병원윤리위원회의 적정기능은 무엇인가? 임상현장에서 의료윤리와 병원윤리문제에 대한 진작은 병원내의 모든 구성원들이 윤리문제의 모든 측면을 인식하고, 이러한 인식이 병원의 윤리 표준을 설정하는데 어떻게 영향을 미치는지 이해하도록 하는 방향으로 이루어져야 한다. 이때 병원윤리 원칙은 병원의 모든 구성원들을 대표하는 자들이 포괄적인 논의를 거쳐 생성한 것이어야 하며, 이러한 기제를 통해 형성된 병원의 원칙들은 병원 구성원들이 더 잘 받아들일 수 있도록 해주며, 의사나 간호사들의 경우 지속적으로 환자의 최선의 이익을 추구할 수 있도록 해주기 때문이다.

병원윤리위원회의 적정기능을 위해 가장 먼저 선행되어야 할 과업은 조직 내의 미션, 가치, 윤리를 통합시켜 지속적으로 성장을 도모할 수 있도록 하는 것이다. 조직의 미션과 가치 및 윤리를 통합시키는 노력은 관리자들을 대상으로 한 오리엔테이션과 교육 프로그램에 연계시킴으로써 경영진, 집행부, 의료진으로 구성된 리더십들이 윤리적 이슈에 관한 인식도를 높이고 병원윤리위원회의 활동에 적극 참여하거나 지원을 증가시켜 줄 수 있다<sup>86)</sup>. 또한 병원현장에서 환자를 대하는 모든 사람들에게 병원내의 윤리적 갈등 상황에 대한 자체교육을 통해 병원내부고객의 윤리적 인식도 향상을 도모하는 것도 아울러 필요하다.

병원윤리위원회 자체도 형식적인 측면에서의 변화가 아니라 실질적인 측면에서의 변화가 요구된다. 병원윤리위원회의 실질적인 책무가 연간 몇 번의 회의에 참석하도록 규정하는 것이 아니라, 병원윤리위원회의 업무 범위 내에서 심의한 사례와 위원회가 제안한 병원정책 및 가이드라인에 대한 교육 활동 효과를 측정하는 방법을 고안해 내도록 병원윤리위원회의 책무를 정할 필요가 있다.

---

86) Janis Rueping. 앞의 글



## 제6장 병원윤리위원회의 입법례와 입법론

이장에서는 병원윤리위원회의 활성화를 위해 법적 측면에서 제시해 보고자 한다. 앞장에서는 위원회 자체의 실행방안을 모색하였다면, 연명치료중단과 같은 사안을 결정하는 기구로서 병원윤리위원회가 실질적으로 연명치료중단과 같은 사안을 심의하기 위해 법적으로 준비되어야 하는 부분을 검토해 보고 이에 관한 전략들을 제시해 보고자 한다. 법적 측면에서의 고려는, 기존 국내 법에 병원윤리위원회에 관한 규정과 위원회의 의결과 관련된 위원들의 책임 등에 관한 규정이 없어, 앞장에 포함시키지 않고 별도의 장으로 구성하여 논의하였다.

### 6.1 병원윤리위원회 관련 미국 입법례

미국의 경우 1990년대 중반 이후, 의학적으로 무의미한 연명치료를 정의하기 위해 시도해 오던 이전의 노력들을 점차 중단하기 시작했다. 무의미한 연명치료에 관한 정의 및 기준을 설정하는 것에 대한 합의가 이루어지지 않고, 포괄적인 기준을 제시하는 것으로 그쳐, 무의미한 치료에 관한 조작적 개념화에 대한 접근방식을 변화시키게 되었다. 미국은 이러한 과정 속에서 의사결정과정에 참여하는 다양한 행위자들의 권한을 규제하기 위한 방식들이 시도된 대표적인 국가라 할 수 있으므로 이를 중심으로 살펴보고자 한다.

이하에서는 병원윤리위원회와 관련하여 규정하고 있는 미국의 입법례들을 통해 연명치료중단 관련 병원윤리위원회의 설치 및 운영을 위한 세부규정들을 살펴보고 시사점을 얻고자 한다.

### 6.1.1 텍사스 주<sup>87)</sup>

텍사스 사전의료지시에 관한 법은 의료팀이 환자에게 행해지고 있는 처치가 의학적으로 무의미하다고 판단되나, 치료의 지속이 요구되는 경우, 병원윤리위원회의 상담을 요청할 수 있도록 규정하고 있다. 이 법에 의하면, 병원 또는 의료인이 가족에게 서면으로 작성된 병원윤리위원회 상담절차에 관한 병원정책을 제공하도록 하고 있으며, 가족들이 위원회에 참여할 수 있도록 48시간 내에 고지하도록 하고 있다.

병원윤리위원회 상담절차에는 병원윤리위원회 심의결과를 가족들에게 서면으로 제시하도록 하고 있으며, 병원윤리위원회 운영 과정 상 갈등이 해소되지 않은 경우, 병원은 병원내의 다른 의료인이나 가족의 요구대로 응하기를 원하는 의료 기관으로 의뢰 또는 이송할 수 있도록 노력할 것을 명시하고 있다. 타 의료인 또는 의료 기관으로 환자를 이송할 수 있는 10일의 대기시간이 지난 후, 병원과 의사들은 독자적으로 무의미한 연명치료라고 결정된 치료인 경우 중단할 수 있도록 하고 있다.

합의가 이루어지지 않은 당사자의 경우, 관련 주법원에 재판을 청구할 수 있으며, 치료를 중단하기 전에 기간을 연장해 줄 것을 승인받을 수 있도록 하고 있다. 가족들이 연장된 기간 동안 본인들의 의견에 부합하는 의료기관이나 의료인을 찾지 못한 경우, 이때 행해진 치료의 중단은 의사, 의료기관, 윤리위원회가 민사 또는 형사상의 소추를 받지 않음을 규정하고 있다. 텍사스 주는 법원이 무의미한 치료에 대한 결정을 하는 것이 아니라, 의료전문가들의 판단을 윤리위원회의 상담절차(자문)를 거쳐 신중한 판단을 할 것을 명하고 있다.

법원은 모든 병원이 윤리위원회를 설치하고 있지 않음을 인식하고 있으나, 연명 치료 관련 사례는 대부분 이차, 삼차 의료기관에서 발생하며, 이들 대부분의 기관

---

87) Texas Advance Directives Acts of 1999.  
<http://www.statutes.legis.state.tx.us/Docs/HS/htm/HS.166.htm#166.001>

은 윤리적 이슈를 다루기 위한 기전을 갖고 있다고 보아, 건강안전에 관한 법률 제166장 사전의료지시서에 윤리위원회에 관한 사항을 제시하고 있다. 법규정에는 윤리위원회를 운영하기 위한 원칙(rules)을 명시하고 있지는 않으며, 참여할 시간, 충분한 설명에 의한 동의 권리, 위원회 회의가 종료된 후 서면으로 회의결과를 받을 권리를 보장하고 있다.

### 6.1.2 메릴랜드 주<sup>88)</sup>

메릴랜드 주는 모든 너싱홈(nursing home)과 병원에 병원윤리위원회(patient care advisory committee)를 설치할 것을 요구하고 있다. 윤리위원의 자격과 적법절차에 관한 요건을 명시하고 있다. 또한 모든 병원과 너싱홈은 적어도 의사, 간호사, 사회사업가, 병원행정가(또는 병원행정가가 지명한 자) 네 명을 포함할 것을 요건으로 하고 있다<sup>89)</sup>. 기타 지역사회 대표자, 윤리 자문가, 목회자 등의 다른 위원들은 병원이 선택적으로 위원에 포함시킬 수 있다. 병원윤리위원회는 환자, 가족 구성원과 만나야 하며, 기본적인 자문을 제공해야 한다. 그리고 위원회는 의사결정에 만전을 기하기 위해 환자, 가족을 포함하여 환자 치료에 참여하는 모든 관련 당사자들을 만나 상담을 해야 한다<sup>90)</sup>.

메릴랜드 주는 병원윤리위원회가 생명이 위급한 상태에 처한 자에 대한 자문이

---

88) Health-General, Title 19. Health Care Facilities. Part IX. Patient Care Advisory Committees. 19-370. Definitions.

<http://michie.lexisnexis.com/maryland/lpext.dll?f=templates&fn=main-h.htm&cp>

89) § 19-372(a)(1). 위원회 구성. (a) 위원 (1) 각 병원자문위원회는 적어도 다음의 4인을 포함시켜야 한다. (i) 환자 치료와 직접적으로 관련되지 않은 의사, (ii) 환자 치료와 직접적으로 관련되지 않은 간호사, (iii) 사회사업가, (iv) 병원행정가 또는 병원행정가가 지명한 자

90) § 19-372. 위원회 구성 (Members; persons accompanying petitioner). (3) 병원윤리위원회는 심의의 일부분으로 다음의 자와 상담해야 한다. (i) 환자의 치료에 참여하는 모든 관련 의료팀, (ii) 환자, (iii) 환자의 가족, (iv) 연명치료를 받고 있는 아동의 치료중단에 관한 결정 시, 관련된 의료전문가가 없을 경우 위원회의 위원(In a case involving the options for medical care and treatment of a child with a life-threatening condition, a medical professional familiar with pediatric end-of-life care, if a medical professional with this expertise is not already a member of the committee.)

행의 의무뿐만 아니라 환자, 가족, 병원관계자에 대한 교육의무, 의학적 치료의 보유와 관련된 기관 정책 및 가이드라인 개발에 대한 부가의무까지 명시하고 있다. 또한 고지의무, 비밀유지 의무, 면책요건, 의무기록에 병원윤리위원회의 권고사항을 포함시킬 의무<sup>91)</sup>에 관해 규정하고 있다.

### 6.1.3 뉴저지 주<sup>92)</sup>

뉴저지(New Jersey)주는 행정법에 다학제로 구성된 위원회 또는(그리고) 예후 판단 위원회(prognosis committee)를 병원에 설치할 것은 강제하고 있다. 또한 병원은 의사, 간호사, 변호사, 사회사업가, 성직자들이 참여할 수 있도록 이를 보장하도록 하고 있다.

뉴저지 주 행정법은 병원윤리위원회의 설치 요구뿐만 아니라 기능 또한 명시하고 있으며, 적어도 4가지의 기능은 이행되어야 함을 명시하고 있다. 병원윤리위원회의 기능은 생명윤리 이슈와 관련된 병원 정책 개발, 사전의료지시서와 관련된 병원정책 개발, 특정 생명윤리 이슈 해결 및 환자의 의사결정 능력과 관련된 갈등 해결에 대한 책임, 사전의료지시서의 해석 및 적용, 환자, 가족, 의료진을 위한 포럼 제공 등을 그 기능으로 하고 있다.

### 6.1.4 플로리다 주

플로리다 주는 사전의료지시법에 관한 법에서 연명치료 중단 및 보류에 관한 결정은 기관 윤리위원회의 심의를 거치도록 규정하고 있다<sup>93)</sup>. 플로리다 사전의료지시법은 임상사회복지사가 대리인이 되는 경우 대리인을 윤리위원회가 선출하도

---

91) 매릴랜드 주 Code Ann., Health-Gen. Title 19 §374 (2) 환자의 의학적 처치와 치료를 고려한 병원윤리위원회의 권고사항은 환자의무기록에 포함되어야 한다.

92) New Jersey Administrative Code Title 8, §43G-5.1(h)

93) Florida Title XLIV, Chapter 765, Health Care Advance Directives: §765.401 The Proxy (1) (h) ...연명치료 중단 및 보류에 관한 결정 절차는 기관의 윤리 위원회에 의해 심의 되어야 한다.

록 하고 있으나, 기관내의 윤리위원회에는 속하지 않도록 명시하고 있다.

‘지속적 식물상태’에 관한 규정에서는 후견인과 주치의가 병원윤리위원회와 상의해서 ‘환자의 상태가 영속적인지, 회복할 가능성이 없는 것인지, 연명치료를 중단하거나 보류하는 것이 환자에게 최선인지의 여부를 결정하도록 하고 있다<sup>94)</sup>. 기관 내 윤리 위원회가 설치되어 있지 않은 경우, 다른 의료기관의 윤리위원회에 의뢰하거나 플로리다 지역사회의 생명윤리 네트워크 윤리위원회에 의뢰해야 한다.

병원윤리위원회의 각 위원들과 윤리 위원회 관련 기관들은 사전의료지시에 관한 법률에 명시되어 있는 사항들을 이행함에 있어 발생한 민사 소송에서 어떠한 책임도 지지 않도록 하고 있다.

---

94) Florida Title XLIV, Chapter 765, Health Care Advance Directives: § 765.404(2) Persistent Vegetative State.

<표 16> 플로리다 사전의료지시에 관한 법률

Florida Title XLIV, Chapter 765, Health Care Advance Directives:

§765.404(2) 지속적인 식물 상태

(2) 후견인과 주치의는 기관의 병원윤리위원회와의 논의에서 환자의 상태가 영속적인지, 회복할 가능성은 없는 것인지, 연명치료를 중단하거나 보류하는 것이 환자에게 최선인 것인지를 결정한다.

기관 내 윤리 위원회가 존재하지 않는 경우, 다른 기관의 윤리 위원회에 의뢰하거나 플로리다 생명윤리 네트워크에서 인정된 지역사회에 기반을 둔 (community-based) 윤리 위원회에 의뢰해야한다.

윤리 위원회는 후견인과 함께 심의하고, 주치사와 상의하여, 식물상태의 영속성 여부 및 회복 가능성에 대해서 결론을 내려야 한다.

위원회의 각 위원들과 윤리 위원회 관련 기관들은 이 장에서 요구되는 의무를 수행하는 데 있어서 발생한 민사 소송에서 어떠한 책임도 지지 않는다.

### 6.1.5 기타 주 법

아리조나 주는 생전유언과 사전의료지시서에 관한 법에서 대리인이 없는 경우, 주치사가 윤리위원회의 상담을 거친 후 환자를 위해 의학적인 의사결정을 할 수 있도록 허용하고 있다<sup>95)</sup>.

95) Arizona Title 36, Chapter 32. Living Wills and Health Care Directives Act: Ariz.. Rev. Stat. Ann §36-3231(B). 의료인이 이 장의 하위규정에 의거해 명시된 어떤 사람도 찾지 못하는 경우, 주치사는 병원 윤리위원회의 상담을 거쳐 자문을 구한 후 환자에 대한 의학적 의사결정을 내릴 수 있다. 이것이 불가능한 경우, 주치사는 다른 의사와 상의한 후 결정을 내릴 수 있다. 이 장의 목적에 따라, “병원 윤리 위원회”는 의학적 처치와 관련된 윤리적 문제에 대해 자문하기 위해 선출되거나 임명된 위원회를 의미한다.

하와이 주에서는 하와이 개정법 § 663-1.7(조<sup>96</sup>)에 병원윤리위원회는 병원행정 관료가 지명한 위원으로 구성된 다학제 위원회로서, 상담, 교육, 심사, 연명치료에 관한 의사결정을 포함하여 윤리적 문제에 관한 의사결정을 하는 위원회로 규정하고 있다. 병원윤리위원회 위원들은 동료심사위원회 위원과 마찬가지로 민사상의 책임을 지지 않도록 규정하고 있다. 하와이 주는 환자치료 시의 의사결정권한은 모두 윤리위원회에 부여하고 있다. 모든 부정적인 결정이 내려진 경우 상무국 (department of commerce and consumer affairs)에 문건으로 보고하도록 하고 있으며, 특정 사례에 대해 마지막 조치를 내리는 조직은 최종 동료심사위원회이다.

### 6.1.6 소결

텍사스주는 법원은 연명치료 관련 사례는 대부분 이차, 삼차 의료기관에서 발생하며, 이들 대부분의 기관은 윤리적 이슈를 다루기 위한 기전을 갖고 있다고 보아, 건강안전에 관한 법률 제166장 사전의료지시서에 병원윤리위원회에 관한 사항을 제시하고 있다. 법규정에는 윤리위원회를 운영하기 위한 원칙(rules)을 명시하고 있지는 않으며, 참여할 시간, 충분한 설명에 의한 동의 권리, 위원회 회의가 종료된 후 서면으로 회의결과를 받을 권리를 보장하고 있다.

텍사스 사전의료지시에 관한 장의 규정에서 병원윤리위원회의 상담은 의료팀이 환자에게 행해지고 있는 처치가 의학적으로 무의미하다고 판단되나, 치료의 지속이 요구되는 경우, 요청할 수 있도록 규정하고 있다. 사전의료지시에 관한 법에는 의료인이 가족에게 서면으로 작성된 병원윤리위원회 상담절차에 관한 병원정책을 제공하도록 하고 있으며, 48시간 이내 고지의무 부여, 심의결과에 대한 서면제시 의무를 정하고 있다. 병원윤리위원회 운영 과정 상 갈등이 해소되지 않은 경우,

---

96) Hawaii Revised Statutes. § 663-1.7 전문가 단체; 동료심사 위원회; 윤리위원회; 병원 또는 클리닉 질보장 위원회; 면책; 예외

병원은 병원내의 다른 의료인이나 가족의 요구대로 응하기를 원하는 의료 기관으로 의뢰 또는 이송할 수 있도록 노력할 것을 명시하고 있다. 타 의료인 또는 의료 기관으로 환자를 이송할 수 있는 10일의 대기시간이 지난 후, 병원과 의사들은 독자적으로 무의미한 연명치료라고 결정된 치료인 경우 중단할 수 있도록 하고 있다. 가족들이 연장된 기간 동안 본인들의 의견에 부합하는 의료기관이나 의료인을 찾지 못한 경우, 이때 행해진 치료의 중단은 의사, 의료기관, 윤리위원회가 민사 또는 형사상의 소추를 받지 않음을 규정하고 있다. 텍사스 주는 법원이 무의미한 치료에 대한 결정을 하는 것이 아니라, 의료전문가들의 판단을 윤리위원회의 상담 절차(자문)를 거쳐 신중한 판단을 할 것을 명하고 있다.

뉴저지(New Jersey)주는 행정법에 다학제로 구성된 위원회를 병원에 설치할 것을 강제하고 있다. 뉴저지 주 행정법은 생명윤리 이슈와 관련된 병원 정책 개발, 사전의료지시서와 관련된 병원정책 개발, 특정 생명윤리 이슈 해결 및 환자의 의사결정 능력과 관련된 갈등 해결에 대한 책임, 사전의료지시서의 해석 및 적용, 환자, 가족, 의료진을 위한 포럼 제공 등을 병원윤리위원회의 기능으로 명시하고 있다.

플로리다 주는 사전의료지시법에 관한 법에서 기관 윤리위원회의 심의를 거쳐 연명치료 중단 및 보류에 관한 결정이 이루어지도록 규정하고 있다<sup>97)</sup>. ‘지속적 식물상태’에 관한 규정에서는 후견인과 주치의가 병원윤리위원회와 상의해서 ‘환자의 상태가 영속적인지, 회복할 가능성이 없는 것인지, 연명치료를 중단하거나 보류하는 것이 환자에게 최선인지의 여부를 결정하도록 하고 있다<sup>98)</sup>. 기관 내 윤리위원회가 설치되어 있지 않은 경우, 다른 의료기관의 윤리위원회에 의뢰하거나 플로리다 지역사회의 생명윤리 네트워크 윤리위원회에 의뢰하도록 명시하고 있다.

---

97) Florida Title XLIV, Chapter 765, Health Care Advance Directives: § 765.401 The Proxy  
(1) (h) ....연명치료 중단 및 보류에 관한 결정 절차는 기관의 윤리 위원회에 의해 심의 되어야 한다.

98) Florida Title XLIV, Chapter 765, Health Care Advance Directives: § 765.404(2)  
Persistent Vegetative State.



그리고 병원윤리위원회의 각 위원들과 윤리 위원회 관련 기관들은 사전의료지시에 관한 법률에 명시되어 있는 사항들을 이행함에 있어 발생한 민사 소송에서 어떠한 책임도 지지 않도록 하고 있다.

애리조나 주는 생전유언과 사전의료지시서에 관한 법에서 대리인이 없는 경우, 주치의가 윤리위원회의 상담을 거친 후 환자를 위해 의학적인 의사결정을 할 수 있도록 허용하고 있다.

하와이 주는 하와이 개정법 § 663-1.7(99)에 병원윤리위원회는 병원행정 관료가 지명한 위원으로 구성된 다학제 위원회로서, 상담, 교육, 심사, 연명치료에 관한 의사결정을 포함하여 윤리적 문제에 관한 의사결정을 하는 위원회로 규정하고 있다. 병원윤리위원회 위원들은 동료심사위원회 위원과 마찬가지로 민사상의 책임을 지지 않도록 규정하고 있으며, 환자치료 시의 의사결정권한은 모두 윤리위원회에 부여하고 있다.

## 6.2 병원윤리위원회 관련 우리나라 입법론

### 6.2.1 법제화 방향

병원윤리위원회가 임상현장에서 발생하는 어려운 윤리적 문제를 해결하는데 기여하나, 병원윤리위원회의 결정과 관련하여 먼저 구속력 있는 결정을 이끌어내기 위해 절차에 관한 법적 근거를 마련하는 것이 요구된다. 병원윤리위원회가 법에 근거에 의해 조직되고 법적 규율가운데 일정한 결정을 내린다면, 그 결정은 단순한 윤리적 측면이 아니라 법의 테두리 내에서 내려진 결정이 될 수 있기 때문이다.

---

99) Hawaii Revised Statutes. § 663-1.7 전문가 단체; 동료심사 위원회; 윤리위원회; 병원 또는 클리닉 질보장 위원회; 면책; 예외

이러한 측면에서 본다면, 병원윤리위원회의 구성이나 위원회의 결정이 윤리적 타당성을 기초로 법적 테두리 내에서 잘 형성되고, 공동체 구성원들 사이에서 함께 이루어진 논의의 결과가 의사결정에 반영된다면, 법적으로 규정된 형식적 기준들이 제공하는 어떤 일정한 해답보다 더 설득력 있고, 일반적으로 수궁할 수 있는 해결책이 제시될 수 있으므로 그러한 과정이 진행될 수 있는 근거나 기본요건들이 마련될 필요가 있다.

또한 병원윤리위원회가 연명치료중단 등에 관한 의사결정뿐만 아니라 의료인과 환자 또는 가족간의 갈등이 발생하거나 임상에서의 윤리적 문제를 해결하기 위한 목적이 강하고, 환자의 최선의 이익을 대변하는 자로 윤리 판단의 기반이 되는 실천적 역할을 하기 위해서는 기존 병원윤리위원회의 역할을 강화할 필요가 있다. 또한 연명치료 등과 같은 사안들을 해결하기 위해, 제한적으로 사법적 기능을 행사할 수 있는 기구의 설치와, 이들 기구의 운영과 의사결정에 만전을 기하기 위해 질 확보 차원에서 병원윤리위원회의 구성과 운영에 관한 기본적인 사항들을 명시한 법률제정이 필요하다.

미국의 경우, 여러 판례에서 병원윤리위원회의 설치를 권장하고 있으며, 각 주에서 병원윤리위원회의 설치를 요건으로 하고 있으나, 법률상 일정 요건을 구비하도록 요구하는 경우는 극히 적어, 주마다 위원회의 구성이나 운영에 있어 많은 차이를 보이고 있다. 그러나 우리나라에서 미국의 그간의 경험을 뛰어넘어, 위원회의 설치 시 일반적이고 기본적인 요건을 충족하여 위원회를 설치하도록 명시하는 규정이 필요하며, 이를 통해 각 의료 기관과 지역사회에 설치된 위원회들 간의 간극을 줄일 수 있을 것이다.

의료계가 최근 내 놓은 지침에서도 ‘합리적인 의사결정을 위한 조정 절차를 따라야 한다’고 정하고 있으나 실제로 조정절차가 어떤 방식으로 이뤄질지에 대한 세부지침이 없어 병원간 윤리위원회 구성원에 따라 격차가 클 수밖에 없음에 대한 우려의 목소리가 높음<sup>100)</sup>을 볼 때, 병원간 윤리위원회의 구성 및 운영상의 간

극을 줄이기 위해 일정 요건을 충족하도록 하는 법률 규정이 요구된다.

대법원의 판결 또한 치료중단이 생명을 임의로 단축하는 행위가 될 수 있어 상당한 기간을 통한 신중한 관찰과 진단의 결과를 통한 전문 의료인의 판단과 더불어 ‘병원윤리위원회의 심의를 통해 연명치료의 중단에 대한 판단에 좀 더 신중을 기할 것’을 요구하고 있다<sup>100)</sup>. 그러나 병원윤리위원회의 심의를 통해 결정되도록 하고 있는 반면, 병원윤리위원회에 연명치료중단에 관한 의사결정의 법적권한을 부여하거나, 병원윤리위원회 위원들에게 요구되는 기본적인 자격요건, 적법한 절차에 따른 위원회 운영절차, 의사결정에 따른 의료진과 병원윤리위원회 위원들의 면책에 관한 사항은 언급하고 있지 않다.

또한 국내 관련법에서도 이에 관한 사항들은 규정되고 있지 않아, 환자 또는 가족들이 결정해야 할 지극히 사적인 갈등들을 법원의 판단을 받을 수밖에 없는 상황이며, 의료인 또한 여전히 법적 제재의 테두리에서 자유롭지 못한 상태이다. 윤리적 문제가 발생했을 때 적절한 해결책이 의료진에게 제시되지 않는다면, 차후에 관련 의료행위에 부정적 영향을 미칠 수 있으며, 적절한 해결책이 제시되지 않은 윤리적 문제들 때문에 결국 의료진이 소극적 내지는 방임적 진료가 이어질 수 있다.

따라서 병원윤리위원회가 법에 근거에 의해 조직되고 법적 규율가운데 일정한 결정을 내린다면, 그 결정은 단순한 윤리적 측면이 아니라 법의 테두리 내에서 내려진 결정이 될 수 있기 때문에, 병원윤리위원회의 결정과 관련하여 먼저 구속력 있는 결정을 이끌어내기 위해 절차에 관한 법적 근거를 마련하는 것이 필요하다.

대법원의 판결이 치료중단이 생명을 임의로 단축하는 행위가 될 수 있어 상당한 기간을 통한 신중한 관찰과 진단의 결과를 통한 전문 의료인의 판단과 더불어

---

100) 매일경제, 2009.10.18. <http://news.mk.co.kr/outside/view.php?year=2009&no=535954>

101) 대법원 2009.05.21 선고 2009다17417

‘병원윤리위원회의 심의를 통해 연명치료의 중단에 대한 판단에 좀 더 신명치료의 중단에 대한 판단에 좀 더 신중을 기할 것’ 을 요구하고 있다. 그러나 병원윤리위원회의 심의를 통해 결정되도록 하고 있는 반면, 위원회에 연명치료중단에 관한 의사결정의 법적권한을 부여하거나, 위원회 위원들에게 요구되는 기본적인 자격요건, 적법한 절차에 따른 위원회 운영절차, 의사결정에 따른 의료진과 위원회 위원들의 면책에 관한 사항들은 국내 관련법에서 규정하고 있지 않다.

이러한 측면으로 인해 여기서는 기존 연명치료중단과 관련하여 18대 국회에서 발의된 ‘존엄사법안<sup>102)</sup>’, ‘삶의 마지막 단계에서 자연스러운 죽음을 맞이할 권리에 관한 법률안<sup>103)</sup>’ 을 중심으로 내용 분석을 하고, 앞에서 본 미국의 입법례와의 비교를 통해 추가로 더 포함되어야 할 사항들을 논의함으로써 병원윤리위원회 관련 법률에 포함되어야 할 구체적인 내용을 도출하고자 한다.

## 6.2.2 위원회 설치 및 명칭

신상진 의원의 「존엄사법안」은 제2장에서 국가의료윤리심의위원회와 기관의료윤리심의위원회를 구성하도록 하여 의료현장에서 연명치료 중단 등의 결정주체에 대한 절차를 규정하고 있다. 이들 위원회는 의료현장에서 발생하는 말기환자의 권익보호와 말기치료과정에서 연명치료의 중단과 보류에 관한 일정한 합의점을 찾아나가고 이에 대한 기준을 정하기 위한 합의체 기구의 필요에 따른 것이다.

김세연 의원안도 제1장 총칙에서 규정하고 있는 의료기관윤리위원회도 환자가 삶의 마지막 단계에서 자신의 의지대로 자연스럽게 죽음을 맞이할 수 있는 권리를 보장하기 위한 하나의 기구로 국가생명윤리심의위원회(제6조)와 의료기관윤리위원회(제7조)를 정하고 있다.

---

102) 존엄사법안. 의안번호 1803730, 발의연월일 2009.2.5, 발의자 신상진 의원 등 22인

103) 삶의 마지막 단계에서 자연스러운 죽음을 맞이할 권리에 관한 법률안. 의안번호 1805232, 발의연월일 2009.6.22, 발의자 김세연 의원 등 28인

병원윤리위원회의 명칭에 대해서는 신상진 의원안 제9조에서는 기관의료윤리심의위원회로, 김세연 의원안은 의료기관윤리위원회로 병원윤리위원회를 칭하고 있다. 두 법안에서 칭하고 있는 각각의 위원회 명칭은 국내의 경우 연구윤리심의를 주로 하는 ‘기관생명윤리심의위원회’와 명칭이 유사하여, 혼동할 우려가 있으므로 병원윤리위원회로 통칭하는 것이 적절하다고 본다.

<표 17> 병원윤리위원회 명칭 비교

명칭	법률안 및 의료기관
기관의료윤리심의위원회	신상진 의원안
의료기관윤리위원회	김세연 의원안
병원윤리위원회	가톨릭대학교 강남성모병원
의료윤리위원회	서울대학교병원
의료윤리위원회	서울아산병원
병원윤리위원회	세브란스병원
병원윤리위원회	아주대학교병원

신상진 의원안은 기관의료윤리심의위원회 규정은 연명치료의 중단에 관한 구체적인 사례에 대한 심의는 말기환자가 입원하고 있는 의료기관에서 이루어져야 하고, 연명치료를 행하고 있는 의료기관은 말기환자가 보류 내지 중단에 대한 요청이 있을 수 있으므로 이에 대한 심의와 관리 감독을 위한 측면에서 기관의료윤리심의위원회의 필요성을 언급하고 있다.

신상진 의원안에서 설치를 명하고 있는 기관의료윤리심의위원회는 말기환자의 연명치료의 중단 내지 보류의 의사표시의 확인, 의사능력이 없는 말기환자의 의사표시의 추정 및 대리 의사표시에 관한 사항, 연명치료의 중단 내지 보류의 이행에 관한 의료진 또는 말기환자 측의 요청이 있는 사항을 심의하는 기구이므로, 연명

치료를 실시하는 해당 의료기관은 위원회의 설치가 강제되도록 하고 있다.

김세연 의원안에서도 생명연장조치를 시행하는 의료기관에 의료기관윤리위원회를 설치하도록 의무화 하고 있다.

두 의원안 모두 연명치료를 시행하는 의료기관은 위원회를 설치하고 연명치료 관련 사안에 대한 심의를 할 것을 명하고 있다. 그러나 국내 250병상 이상의 병원에 국한해 위원회가 설치되어 있다는 점을 볼 때, 250병상 이하 또는 기존에 위원회를 설치하고 있지 못한 250병상 이상의 병원의 경우 전문위원 위촉뿐만 아니라 운영상의 어려움으로 인해 위원회의 설치뿐만 아니라 설치 이후에도 전문성을 가지기 어려울 수 있다.

연명치료를 행하는 의료기관 중에서 기관윤리위원회를 구성하지 못한 경우 보건복지가족부령이 정하는 기준에 따라 기관윤리위원회를 설치한 다른 의료 기관과 심의에 관한 협약을 체결한 경우 기관윤리위원회를 설치한 것으로 본다는 규정을 두고 있다. 이는 중소 병원의 경우 실제 기관윤리위원회를 인원과 운영의 전문성을 가지기 어려우므로 다른 기관의 기관윤리위원회의 심의를 거칠 수 있도록 여지를 둔 것이라 할 수 있다.

이러한 측면에서 신상진 의원안<sup>104)</sup>과 김세연 의원안<sup>105)</sup>은 기관윤리위원회를 설치한 다른 의료기관과의 심의에 관한 협약을 체결한 경우 위원회를 설치한 것으로 본다는 규정을 둠으로서 중소병원의 위원회 운영상의 어려운 점을 해소하고,

---

104) 신상진 의원안 (기관의료윤리심의위원회의 설치) ① 연명치료를 실시하는 의료기관은 해당 기관에 기관의료윤리심의위원회(이하 “기관윤리위원회” 라 한다)를 두어야 한다. ④ 제1항의 의료기관 중에서 기관윤리위원회를 구성하지 못한 의료기관이 보건복지가족부령이 정하는 기준에 따라 기관윤리위원회를 설치한 다른 의료기관과 제2항의 규정에 의한 심의에 관한 협약을 체결한 경우에는 제1항의 규정에 불구하고 기관윤리위원회를 설치한 것으로 본다.

105) 김세연 의원안 (의료기관윤리위원회) ① 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중 생명연장조치를 시행하는 의료기관은 말기환자가 요청하는 다음 각호의 사항을 심의하기 위하여 의료기관윤리위원회(이하 “기관위원회” 라고 한다)를 두어야 한다. ② 의료기관이 기관위원회를 구성할 수 없는 경우에는 기관위원회를 설치한 다른 의료기관과 협약을 체결하여야 한다.

이들 기관에서도 동일하게 연명치료에 관한 의사결정 시 환자의 절차상의 정당성이 확보되도록 하고 있다.

### 6.2.3 위원회 심의 사항

신상진 의원안과 김세연 의원안은 둘다 법률에 위원회의 심의사항을 규정하고 있다. 신상진 의원안은 말기환자의 연명치료의 중단 내지 보류의 의사표시의 확인, 의사능력이 없는 말기환자의 의사표시의 추정 및 대리 의사표시에 관한 사항, 연명치료의 중단 내지 보류의 이행에 관한 의료진 또는 말기환자 측의 요청이 있는 사항에 대해 심의하도록 규정하고 있다(제9조)<sup>106)</sup>.

김세연 의원안은 18세 이상의 의사능력이 있는 말기환자가 작성한 생명연장조치의 중단에 관한 사항에 대한 판단, 의료인의 설명·상담절차 등에 관한 사항, 생명연장조치 중단 등의 이행에 관한 사항, 그밖에 생명연장조치 중단 등 요청에 따른 심의에 필요한 사항에 대해 심의할 것을 규정하고 있다(제7조)<sup>107)</sup>.

---

106) 신상진 의원안 제9조 (기관의료윤리심의위원회의 설치) ② 기관윤리위원회는 해당 의료기관에서 발생하는 다음 각 호의 사항을 심의한다.

1. 말기환자의 연명치료의 중단 내지 보류의 의사표시의 확인에 관한 사항
2. 의사능력이 없는 말기환자의 의사표시의 추정 및 대리 의사표시에 관한 사항
3. 말기환자의 자기결정권 행사를 위한 설명방법과 의료지시서 서식의 작성에 관한 절차에 관한 사항
4. 연명치료의 중단 내지 보류의 이행에 관한 의료진 또는 말기환자 측의 요청이 있는 사항
5. 그 밖에 기관윤리위원회 위원장이 부의하는 사항

107) 김세연 의원안 제7조 (의료기관윤리위원회) ① 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중 생명연장조치를 시행하는 의료기관은 말기환자가 요청하는 다음 각호의 사항을 심의하기 위하여 의료기관윤리위원회(이하 “기관위원회” 라고 한다)를 두어야 한다.

1. 제8조 제1항 각호의 판단에 관한 사항. 다만 기관위원회가 이를 판단하기 어렵거나 이의가 있는 경우에는 제6조에 따른 국가생명윤리심의위원회 또는 법원에 그 판단을 요청할 수 있다.
2. 의료인의 설명·상담절차 등에 관한 사항
3. 생명연장조치 중단 등의 이행에 관한 사항
4. 그 밖에 생명연장조치 중단 등 요청에 따른 심의에 필요한 사항

## 6.2.4 위원구성 및 운영

신상진 의원안과 김세연 의원안은 둘다 위원회의 구성과 운영사항을 명시하고 있다. 신상진 의원의 존엄사법안 제10조<sup>108)</sup>에서는 기관윤리위원회의 구성과 운영 방식을 규정하고 있으며, 위원구성은 위원장을 포함하여 5인 이상의 위원으로 구성하며, 의료윤리 또는 생명철학 분야 전문가와 해당 의료 기관에 종사하지 아니하는 자 1인 이상을 각각 포함하도록 하고 있다.

그러나 이 법안에서는 연명치료 중단에 관한 결정들이 고도의 전문성을 요하는 것으로, 의료윤리 또는 생명철학 분야 전문가를 포함하도록 하고 있으나, 연명치료중단에 관한 사항을 결정할 시 무엇보다 중요한 의사, 간호사를 포함한 의료인들에 대한 언급이 없다. 또한 사회적, 경제적, 법적 측면을 고려한 결정이 이루어지기 위해 사회사업가, 변호사와 같은 자에 대한 규정도 없다.

김세연 의원안<sup>109)</sup>에서도 사회복지사, 종교인, 법조인 등을 포함하여 위원구성이 이루어지도록 규정하고 있으며, 그 외의 기관위원회의 설치기준 및 구성·운영에 필요한 사항은 대통령령에서 정하도록 하고 있다.

신상진 위원안에서 위원구성에 있어 최소인원으로 5명을 명시하고 있으나, 현재 대부분의 병원윤리위원회가 운영되는 방식이 기관내에 설치되어 있음에도 불구하고 임시회의로 주로 소집되고 있고, 근무시간외의 추가적으로 시간을 들여 위원회에 참석하고 있는 실정을 통해 볼 때, 5인으로 구성된 경우 위원의 불참이 예상되

---

108) 제10조 (기관윤리위원회의 구성과 운영) ① 기관위원회는 위원장 1인을 포함하여 5인 이상의 위원으로 구성한다. 이 경우 의료윤리 또는 생명철학 분야 전문가와 해당 의료기관에 종사하지 아니하는 자 1인 이상이 각각 포함되어야 한다. ② 위원은 제9조제1항 각호의 의료기관의 장이 위촉하며, 위원장은 위원 중에서 호선한다. ③ 그 밖에 기관윤리위원회의 구성 및 운영에 관하여 필요한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.

109) 제7조 (의료기관윤리위원회) ⑤ 기관위원회는 사회복지사, 종교인, 법조인 등이 포함되도록 구성되어야 하며 그 밖에 기관위원회의 설치기준 및 구성·운영에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.



어 심의가 어려운 구성이라 할 수 있다.

메릴랜드 주는 윤리위원의 자격과 적법절차에 관한 요건을 명시하고 있으며, 모든 병원과 너싱홈은 적어도 의사, 간호사, 사회사업가, 병원행정가(또는 병원행정가가 지명한 자) 네 명을 포함하도록 하고 있다<sup>110)</sup>.

따라서 위원회는 연명치료중단에 관한 사안이 중차대함을 볼 때, 위원자격은 전문성을 필하고, 의학, 철학, 윤리, 종교, 법학적 측면에서의 자격을 가진 자가 반드시 포함되고, 위원장을 포함하여 9인 이상이 되도록 규정하는 것이 요구된다.

### 6.2.5 기록 및 보존의무

신상진, 김세연 의원안은 둘 다 기록의무를 명시하고 있다. 신상진 의원안인 경우 기록 및 보존의무는 의료기관의 장이 해당 말기환자의 말기상태에 대한 진단 및 연명치료의 보류 중단의 처리과정을 하위법령에서 규정하고 있는 바에 따라 기록 및 보존하도록 명시하고 있다(안 제26조)<sup>111)</sup>.

연명치료의 보류 및 중단에 관해 보다 신중을 기하기 위해 기록 및 보존의 의무를 두고 있는 적절한 것으로 보이나, 의료법 시행규칙 제14조 진료기록부 등의 기재 사항과 제15조 진료에 관한 기록의 보존에 관한 규정에 의거해 연명치료중단과 관련된 사항을 기록 및 보존토록 할 수 있으므로, 이에 관한 것이 아니라 의사 및 병원윤리위원회의 의사결정 절차를 거쳐 이루어진 의결사항들을 기록하고

---

110) § 19-372(a)(1). 위원회 구성. (a) 위원 (1) 각 병원자문위원회는 적어도 다음의 4인을 포함시켜야 한다. (i) 환자 치료와 직접적으로 관련되지 않은 의사, (ii) 환자 치료와 직접적으로 관련되지 않은 간호사, (iii) 사회사업가, (iv) 병원행정가 또는 병원행정가가 지명한 자

111) 제26조 (기록 및 보존의무) ① 의료기관의 장은 해당 말기환자의 말기상태에 대한 진단 및 연명치료의 보류 중단의 처리과정을 보건복지가족부령이 정하는 바에 따라 기록하고 이를 보존하여야 한다.

② 말기환자의 의료지시서의 경우에도 전항의 기록에 첨부하여 보건복지가족부령이 정하는 바에 따라 보존하여야 한다.

보존하도록 의무를 부과하는 것이 보다 적절하다고 사료된다. 김세연 의원안<sup>112)</sup>은 기관위원회가 말기환자의 요청에 따른 생명연장조치 중단 등의 이행에 관한 사항을 기록하고 5년간 보존하도록 하고 있다(안 제7조).

## 6.2.6 면책 요건

신상진 의원안은 위원회의 구성과 운영에 관해서는 명시하고 있으나(안 제23조)<sup>113)</sup>, 위원회의 의무와 책임에 관한 규정과, 면책요건 등에 관해서는 규정하고 있지 않다. 존엄사 법안에서 규정하고 있는 면책규정은 말기환자의 의료지시서에 따라 연명치료를 중단 또는 보류에 참여한 의사나 의료기관 종사자에게 민사·형사상의 책임을 지우지 않는다는 것을 규정하고 있는 것으로, 위원회 위원의 의사표시의 진정성 확인과 대리인의 의사표시에 대한 심의, 의료지시서의 성립여부에 관한 심의를 이행한 위원의 면책과, 위원회의 심의결과에 따른 의사의 면책에 관한 사항은 언급되고 있지 않다.

미국 메릴랜드 주는 위원회의 권고사항을 따른 의료인에 대한 법적 보호를 규정하고 있지 않은 반면, 플로리다 주는 윤리위원회의 심의를 거친 경우, 위원회의 각 위원들과 윤리위원회와 연관된 의료기관은 민사상의 책임을 지지 않도록 규정하고 있다.

뉴저지 주 대법원의 경우도 퀸란의 후견인이나 가족들이 개인의 프라이버시권에 근거하여 연명치료의 중단을 요청하는 경우, 퀸란의 주치의가 환자가 회복 가능성이 더 이상 없다고 판단하고, 병원윤리위원회가 이러한 예후 판단에 동의한 경우, 생명유지 장치를 제거할 수 있으며, 이러한 기전에 따라 행한 의사는 민사

---

112) 제7조 (의료기관윤리위원회) ③ 기관위원회는 말기환자의 요청에 따른 생명연장조치 중단 등의 이행에 관한 기록을 보건복지가족부령으로 정하는 바에 따라 작성하고 이를 작성하고 이를 5년간 보존하여야 한다.

④ 기관위원회는 생명연장조치 중단 등의 이행 및 그 결과를 분기별로 보건복지가족부장관에게 보고하여야 한다.

113) 제23조 (책임면제) 말기환자의 의료지시서에 따라 연명치료의 보류 및 중단하거나 응급의료처치를 보류에 참여한 의사 또는 의료기관의 종사자에게 민사·형사적 책임을 물을 수 없다.

또는 형사상의 책임을 지지 않음을 판시하였다.

이외에도 병원윤리위원회의 위원들에 대한 법적 보호에 관한 논의들의 대부분은 동료심사 규정에 의해 법적 보호를 받는지의 여부에 관한 것<sup>114)</sup>으로, 병원윤리위원회의 위원들에게 민·형사상의 책임을 부여해야 할 것인지의 여부에 관한 것들은 아니다. 병원윤리위원회의 위원이나 병원윤리위원회의 권고에 따라 행동한 의료인들에 대해 민·형사상의 책임을 지지 않도록 해야 한다는데 다수의 공통된 의견들이 있다. 법률상의 면책 조항은 책임감을 갖고 성실하게 행동한 사람들을 보호한다. 또한 사적이익을 보호하는 것을 넘어 사회적 이익을 인식하도록 도모하는 경향이 있다. 이것은 법에 규정된 행위를 하고 법에 부합하게 행동하는 자의 경우 민사·형사상의 책임을 발견할 수 없음을 의미한다. 이러한 측면에서 신의성실하게 행동하는 병원윤리위원회 위원들의 면책 규정은 책임에 대한 지속적인 두려움 없이 적법한 절차에 따라 효과적으로 기능하도록 하는데 본질적인 것이라 할 수 있다<sup>115)</sup>. 따라서 윤리위원회의 심의를 거친 경우, 위원회의 각 위원들과 윤리위원회와 연관된 의료기관은 민사상의 책임을 지지 않도록 규정할 필요가 있다.

또한 다학제 위원회는 의학적 의사결정 시 새롭고 가치 있는 대화를 조장하는 것뿐만 아니라, 법적 관점에서 볼 때 책임을 공유하고 분담한다는 측면도 갖는다고 볼 수 있으므로 주치의가 환자가 회복 가능성이 더 이상 없다고 판단하고, 병원윤리위원회가 이러한 예후 판단에 동의한 경우, 생명유지 장치를 제거할 수 있으며, 이러한 기전에 따라 행한 의사의 경우에도 민사 또는 형사상의 책임을 지지 않도록 명시할 필요가 있다.

---

114) Cohen M, Schwartz R, Hartz J, Shapiro R. 1992. Everything You Always Wanted to Ask a Lawyer about Ethics Committees. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics, 1: 33-39

115) Janet Fleetwood, Stephanie S.

## 6.2.7 보고의무

보고의무는 신상진 의원안인 경우 연명치료를 중단한 담당의사 혹은 의료기관이 말기환자가 사망한 후 1달 이내에 서면으로 작성하여 기관윤리위원회에 보고하도록 하고 있다(법안 제27조 보고의무). 이를 보고 받은 기관윤리위원회는 분기별로 보고사항을 정리하여 국가윤리위원회에 보고토록 하고 있다<sup>116)</sup>. 김세연 의원안은 기관위원회가 분기별로 보건복지가족부장관에게 생명연장조치 중단 등의 이행 및 그 결과를 보고토록 하고 있다(법안 제7조)<sup>117)</sup>.

영국의 경우 연 1회 연차보고서를 국가차원에서 설치한 임상윤리네트워크에 제출하도록 하고 있음을 볼 때, 분기별로 보고토록 의무를 부과하는 것은 국가기관의 과대한 개입이라고 볼 수 있다. 병원윤리위원회의 활동은 병원내에서 자체적으로 관리하도록 하는 것이 바람직하며, 병원평가와 같은 방식으로 위원회의 활동을 평가하여, 의료서비스의 질적 향상을 도모하는 것이 보다 바람직한 것으로 보인다. 따라서 병원윤리위원회 관련 법안 마련 시 국가기관으로의 보고 의무는 포함시키지 않거나, 국가적 차원에서 설치한 국가윤리위원회로의 보고로 한정시켜 규정하도록 한다.

## 6.2.8 소결

법률에 포함되어야 할 사항으로는 연명치료 등과 같은 사안들을 해결하기 위한 기구의 설치와, 이들 기구의 운영과 의사결정에 만전을 기하기 위해 질 확보 차원에서 위원회의 구성과 운영에 관한 기본적인 사항들이 규정되어야 한다. 윤리위원

---

116) 제27조 (보고의무) ① 이 법에 따라 연명치료를 중단한 담당의사 혹은 의료기관은 말기환자가 사망한 후 1달 이내에 서면으로 작성하여 기관윤리위원회에 보고하여야 한다.

② 기관윤리위원회는 전항의 보고사항을 분기별로 정리하여 국가윤리위원회에 보고하여야 하고, 국가윤리위원장은 이를 보건복지가족부장관에게 보고하여야 한다.

117) 제7조 (의료기관윤리위원회) ④ 기관위원회는 생명연장조치 중단 등의 이행 및 그 결과를 분기별로 보건복지가족부장관에게 보고하여야 한다.

회의 구성이나 위원회의 결정이 윤리적 타당성을 기초로 법적 테두리 내에서 잘 형성되고, 공동체 구성원들 사이에서 함께 이루어진 논의의 결과가 의사결정에 반영된다면, 법적으로 규정된 형식적 기준들이 제공하는 어떤 일정한 해답보다 더 설득력 있고, 일반적으로 수궁할 수 있는 해결책이 제시될 수 있으므로 그러한 과정이 진행될 수 있는 근거나 기본요건들이 규정될 필요가 있다. 이하에서는 앞에서 살펴본 국내·외 병원윤리위원회 관련 법제 및 법률안을 통해 도출된 사항을 향후 병원윤리위원회 관련 입법안에 포함되어야 할 구체적인 내용들을 언급하고자 한다.

### 6.2.8.1 총칙

일반적으로 총칙을 규정한 장에 목적 및 용어의 정의, 기본원칙 및 국가 공공단체의 책임 등을 명시한다.

#### 6.2.8.1.1 용어 정의

병원윤리위원회 관련 법률안을 마련함에 있어 병원윤리위원회가 무엇이며 기존 병원 내 설치되어 있는 기구와는 구별된 역할들을 어떻게 할 것인지를 규정하는 것이 중요한 문제가 된다. 또한 법률에 이들 기구가 이행하는 심의는 무엇이며, 심의를 요청할 수 있는 자의 범위를 어디까지 할 것인가에 대한 법률해석 및 적용상에 있어 혼란을 가져 올 수 있으므로 총칙규정에서 이 법에서 사용되고 있는 의미를 명확하게 밝혀둌으로써 집행과정에 있어 혼란스러움을 어느 정도 예방할 수 있을 것이다.

병원윤리위원회는 연명치료중단에 관한 사항만을 심의하는 것이 아니라, 이와 관련된 정책개발 및 직원교육 기능을 이행하며, 연명치료중단이외에도 병원내에서 발생하는 윤리적 문제들에 관해서도 자문 및 심의를 이행한다. 따라서 이 법안에

서 병원윤리위원회를 연명치료의 중단 내지 보류에 관한 사항을 심의하는 기구로 한정시키는 것보다 환자의 치료에 관한 자문 및 심의를 이행하는 위원회로 포괄적으로 정의하는 것이 기존 윤리위원회의 운영 범위를 축소시키지 않는 것이 될 수 있다.

병원윤리위원회의 심의를 요청할 수 있는 자는 환자, 의사, 간호사, 대리인 등 모든 자가 가능하도록 규정할 필요가 있다.

#### 6.2.8.1.2 기본원칙

병원윤리위원회의 운영에 있어서의 원칙은 환자 또는 의료인을 포함하여 신청을 하고자 하는 자는 누구나 신청자가 될 수 있도록 한다. 또한 위원회의 위원 및 간사는 업무 수행 중에 획득한 정보에 대해 비밀을 준수할 의무가 있으며, 외부로 의견을 표해서는 안 되도록 근거 규정을 둔다.

심의를 요청한자의 위원회 심의과정에서의 참여는 자신의 의견 표명과 사안에 대한 올바른 이해 등을 위해 참석을 희망하는 경우 참석 가능하도록 이에 관한 규정이 포함되어야 한다.

#### 6.2.8.1.3 책무 등

위원회의 책무는 어려운 의료윤리문제가 발생했을 경우 자문이나 심의를 통해 환자가 정당한 권리를 행사할 수 있도록 하고, 의사를 포함하여 의료인이 문제해결을 용이하게 해결할 수 있도록 조치할 책무를 규정한다.

윤리위원회의 위원의 독립성 보장은 자율적인 발언과 논의를 통해 합의 또는 의사결정을 내리기 위한 측면에서 필요하다. 독립성 보장은 윤리위원회 위원의 의사결정에 지대한 영향을 미치는 기관내의 정치적인 영향력을 배제함으로써 독립성을 확보하고 안정성과 지속성을 유지할 수 있다. 그러나 위원의 독립성이 의료기관으로부터의 위원회 독립을 의미하는 것은 아니며, 위원회의 독립여부는 의료

기관내의 어려운 윤리적 문제를 해결함으로써 환자 또는 보호자들에 대해 질적인 의료서비스뿐만 아니라 안전한 환경을 제공할 수 있다는 측면과 의료기관 행정처의 적극적인 도움 없이는 위원회 자체가 형식적으로 흐르거나 운영이 불가능할 수 있으므로, 위원회의 지위는 해당 의료기관에 귀속되는 것이 바람직하다.

따라서 법안에서 위원회 위원의 책무와 권리 규정에는 위원은 자신의 업무를 독립하여 수행하고 어떠한 지시에도 구속되지 않음을 명시할 필요가 있다.

#### 6.2.8.2 위원회 설치와 설치형태

연명치료를 실시하는 기관으로 한정시켜 병원윤리위원회를 설치하는 경우, 위원회가 연명치료에 관한 사항만을 심의하는 특별 위원회가 될 수 있다. 이들 위원회가 주로 이행해야 할 심의안건인 연명치료에 관한 사항은 의료현장에서 상시적으로 발생하는 사안이 아니라, 간헐적으로 또는 거의 발생하지 않는 사안이므로 이들 위원회가 형식적으로 구성되고 운영될 가능성이 있다.

현재 병원내에서 병원내에서 발생하는 윤리적 문제나 병원정책 개발을 위해 위원회가 설치되어 있고, 필요시 위원회가 가동되고 있을 볼 때, 법안에 연명치료를 이행하는 의료기관으로 한정하여 설치를 명하는 것보다 250명상 이상의 의료기관이나 병원평가 적용대상이 되는 의료기관을 중심으로 병원윤리위원회의 설치를 의무화하도록 하는 것이 바람직한 것으로 보인다. 미국 등과 같은 국가에서는 현재 장기요양시설에서도 연명치료에 관한 사안이 발생하고 있어 장기요양서비스를 제공하는 기관에서도 설치를 의무화 하고 있음을 볼 때, 잦은 개정보다 포괄적으로 규정하는 것이 바람직하다.

따라서 위원회의 설치에 각 의료기관과 관련 기관으로 포괄하여 규정하고, 설치의무가 적용되는 설치 대상기관은 시행령에서 관련 사항을 규정하도록 위임하도록 한다.

### 6.2.8.3 위원회 구성

위원구성에 있어 최소인원으로 5명을 명시하고 있으나, 현재 대부분의 병원윤리 위원회가 운영되는 방식이 기관내에 설치되어 있음에도 불구하고 임시회의로 주로 소집되고 있고, 근무시간외의 추가적으로 시간을 들여 위원회에 참석하고 있는 실정을 통해 볼 때, 5인으로 구성된 경우 위원의 불참이 예상되어 심의가 어려운 구성이라 할 수 있다. 따라서 위원회는 환자 치료와 직접적으로 관련되지 않은 의료인, 환자 치료와 직접적으로 관련되지 않은 간호사, 사회사업가, 의료윤리학자 또는 철학자, 병원행정가 또는 병원행정가가 지명한 자를 당연직으로 하여, 위원장을 포함한 9인 이상이 되도록 규정한다. 또한 추가적으로 위원구성에 포함시킬 수 있는 자의 명시, 5년 임기로 임명되는 3인의 위원을 둬으로써, 위원회가 계속해서 위원이 바뀌는 현상을 방지하고, 지속적인 위원회 활동을 통해 축적된 위원회의 경험을 새로 위촉되는 위원들에게 위원회의 경험을 공백없이 간접적으로 교육시키는 방식이 될 수 있으므로 이에 관한 규정도 아울러 필요하다.

국내 A 병원윤리위원회에서 위원들의 전문성을 필하기 위해 5년 이상의 관련분야 전문성을 갖춘 자를 위촉하고 있는 것처럼 법안에서도 위원과 직무대리인은 장기간의 자기 분야에서 경력을 지녀야 한다는 사항을 규정함으로써 위원회 위원들의 전문성을 갖추도록 한다.

### 6.2.8.4 책임면제

연명치료중단과 같은 사안에 대해 주치의가 환자가 회복 가능성이 더 이상 없다고 판단하고, 병원윤리위원회가 이러한 예후 판단에 동의한 경우, 생명유지 장치를 제거할 수 있으며, 이러한 기전에 따라 행한 의사는 민사 또는 형사상의 책임을 지지 않도록 명시할 필요가 있다.



#### 6.2.8.5 시행령 위임 사항

시행령 위임 사항은 크게 병원윤리위원회 신청에 관한 규정, 운영절차, 중국결정, 비용규정 등이 명시될 필요가 있다.

병원윤리위원회 심의 신청 관련 규정은 위원회의 절차는 서면 신청으로 개시되며, 신청 시 신청사항을 최대한 명확하게 적시하고, 위원회의 신청양식을 이용할 수 있도록 규정할 필요가 있다. 또한 위원회의 절차는 모든 당사자의 동의를 요건으로 하도록 하며, 모든 신청은 경우에 따라, 위원회의 심의를 거치기 전 신청내용의 명확성과 관련하여 사전심사를 할 수 있도록 규정하는 것이 요구된다. 사전심사로 위원회의 개최가 요구되는 경우 위원회는 즉시 개시된다는 점과 이 경우 위원회는 사실관계의 확인을 위하여 적격의 전문가에게 자문 및 참석을 요청할 수 있음을 추가로 규정한다.

병원윤리위원회의 운영절차와 관련된 규정에 있어 절차의 진행은 병원윤리위원회의 소관업무를 위해 지명된 위원회의 위원장의 소관사무로 하도록 하며, 위원회의 소관업무에 해당하는 모든 신청서는 위원장에게 제출토록 규정한다. 위원장에게 제출된 경우 위원장이 병원윤리위원회의 절차를 준비하며, 위원회의 결정이 필수적이지 아니라고 판단한 경우 병원윤리위원회 위원장이 당사자에게 미리 이를 통지할 수 있도록 규정하는 것이 요구된다.

병원윤리위원회에서 최종 결정된 중국결정에 대해서는 서면으로 정리하여 판단의 근거로 삼으며 참가한 위원이 이에 서명하고, 당사자에게 사본을 송달하도록 규정한다.

비용규정에 관해서는 위원회의 비용은 해당기관이 부담하는 것을 원칙으로 국고기금으로 보조할 수 있도록 비용규정을 명시하며, 병원윤리위원회의 절차는 관련 당사자를 위해서는 무료로 규정하는 것이 필요하다.

## 제7장 결 론

이 연구는 임상현장에서의 생의 말기의 무의미한 연명치료 중단 및 유보와 같은 윤리적 딜레마 상황을 해결하고 의료인과 환자 또는 보호자와 의사소통을 증진함으로써, 생의 말기 환자의 권리를 보호하고 환자가족과 의료인간의 혼란과 갈등을 줄이기 위한 수단으로서의 병원윤리위원회의 설치 및 운영과 활성화 전략을 모색하고자 시행되었다.

연구 사례분석은 병원윤리위원회의 적정기능을 위한 위원회 운영방식 및 활성화를 위한 법·정책적 방안을 제시하기 위해 미국, 영국, 프랑스, 독일, 노르웨이, 일본 6개국의 운영현황과 국내 A 병원윤리위원회의 운영사례를 그 대상으로 하였으며, 위원회의 기능, 구조, 운영으로 구분하여 분석하였으며, 연구 결과는 다음과 같다.

외국의 병원윤리위원회 운영현황에 대한 고찰에서 각 국가별 운영방식은 조금 차이가 있으나, 모든 국가가 채택하고 있는 병원윤리위원회의 기능은 사례심의, 교육, 정책개발 기능이였다. 그러나 우리나라 병원윤리위원회가 사례심의, 특히 현재까지 의료분쟁과 같은 사안을 다루거나 의료기관 장의 자문에 응하는 위원회로서 기능하고 있는 것과는 대조적으로, 중환자실 분배, 사전의료지시서, 심폐소생술 중단요청, 의사결정능력 평가와 같은 내용을 포함하여 의료진과 병원 내 직원 교육 및 이에 대한 절차 및 시행에 관한 병원 내 정책개발에 보다 주안점을 두고 있었다. 외국의 병원윤리위원회는 임상현장에서의 의사-환자관계에서 발생하고 있는 미시적 측면의 윤리와 의료서비스의 공정한 분배와 같은 문제를 다루는 거시적 측면의 윤리의 중간에 위치하고 있는 중환자실 배정, 심폐소생술 중단과 같은 병원윤리 문제를 개별 의사나 간호사에게 부담지우는 것이 아니라, 의료기관이

숙고된 논의(deliberation)를 통해 이러한 문제를 해결해 나가고 있었다. 임상현장에서의 의료윤리와 거시적·미시적 윤리의 중간에 위치하고 있는 병원윤리문제에 대한 이해를 도모하고, 이러한 문제를 해결하기 위한 윤리적 의사결정 능력 향상을 위해 조직 내의 미션, 가치, 윤리를 통합시켜 교육프로그램에 연계시켜 전반적인 윤리적 이슈에 관한 인식도를 높이고 있었다. 또한 외국의 병원윤리위원회는 교대근무의 특성과 환자 및 가족을 포함하여 병원 내 직원들의 다양한 가치를 반영하여 임상현장에서 적용할 수 있는 지침 및 가이드라인과 같은 정책을 개발함으로써, 불확실성에서 발생할 수 있는 의사결정의 오류를 최소화하고 있었다.

이에 비해, 우리나라 병원윤리위원회의 기능은 사례분석 및 심의, 교육, 정책개발 중 연명치료중단과 같은 안건 심의나 의료기관장에 대한 자문에 초점을 두고 있어, 위원회의 유형 중 자문기능이 강한 제1위원회에 해당한다고 할 수 있다. 우리나라의 경우 대법원판례에서처럼 병원윤리위원회가 연명치료중단과 같은 사안에 대해 의사결정기구로서의 역할을 하기 위해서는 현행 병원윤리위원회의 기능은 좀 더 강화할 필요가 있다. 병원윤리위원회의 기능을 기존 자문·심의기능을 그대로 유지하는 경우, 위원회의 결정 사항에 구속력이 없어 형식적으로 흐를 가능성이 많아지므로, 위원회의 결정사항에 대해 일정 정도의 구속력을 갖출 수 있도록 구속력 있는 결정을 내릴 수 있는 제2위원회 유형으로 심의·의결기능을 보강할 필요가 있다. 위원회 유형 중 구속력 있는 결정을 내릴 수 있는 제2유형으로 현행 병원윤리위원회의 기능을 강화하는 경우, 관련 당사자들이 위원회의 결정과 견해를 달리하는 경우, 다른 의료기관 또는 의료인을 선택할 수 있도록 조치를 취할 기간과 이를 위해 노력할 의료기관의 의무를 함께 규정하는 것이 아울러 요구된다.

우리나라 병원윤리위원회가 연명치료중단과 같은 안건을 심의하고 의결하는데 중점을 두고 위원회가 구성된다면, 위원회의 형태는 다학제적 위원구성이 적절하다. 그러나 의사결정 시 전문성과 의사결정의 충실성을 기하기 위해, 연명치료중

단과 관련된 안건 심의 시, 실질적인 사례 분석은 연명치료중단 안건을 직접 전체 위원회로 회부하는 단 하나의 방식보다, 전체위원회 내에 전문위원으로 구성된 소위원회에서 이를 심사하고 다시 전체위원회로 회부되는 방식으로 위원회를 운영하는 것이 적절하다고 본다. 병원윤리위원회의 운영내규는 향후 위원회의 운영에 관한 일정 요건을 충족시켜, 운영상 발생하는 의료기관간, 지역간 격차를 최소화시킬 수 있으므로, 표준화된 운영내규를 마련할 필요가 있다.

병원윤리위원회의 사례심의를 위한 실질적인 운영방식은 표결중심의 다수결에 따라 심의가 이루어지는 것이 아니라, 토론을 거쳐 합의에 이르는 방식으로 일정한 토론단계에 따라 안건 분석과 이에 따른 대안을 제시하는 심의(deliberation)를 통한 합의를 이끌어내는 방식으로 운영될 필요가 있다. 병원윤리위원회 위원들의 활발한 참여를 유도하기 위해 충분한 발언기회의 제공과 강압적인 분위기가 아니라 자율적으로 의견개진을 할 수 있도록 함으로써 병원윤리위원회가 심의(deliberation)를 통한 합의를 거치는 방식으로 운영되는 것이 적절하다.

또한 병원윤리위원회가 의료기관내에서 발생하는 윤리적 문제를 해결하고 이를 통해 환자의 권리를 보장하고 의료인의 의사결정을 돕기 위한 기제로 작동하기 위해서는 필요로 하는 모든 자에게 개방될 필요가 있고, 적시에 자문이나 심의가 이루어지는 방향으로 병원윤리위원회가 운영될 필요가 있다. 그리고 연명치료중단과 같은 의사결정기구로서 운영될 경우, 병원윤리위원회가 환자와 가족들에게 안전한 환경을 제공하는 기제로 작동하기 위해, 개별 병원에서의 병원윤리위원회의 심의·의결과정만을 거치는 것보다, 심의사례를 정보시스템내로 편입시키고 특정 외부인사를 평가위원으로 지명하여 심의사례를 평가하는 평가시스템 구축이 요구된다.

병원윤리위원회의 운영예산과 관련하여 병원윤리위원회는 윤리문제 해결을 통해 의료인의 윤리의식 제고와 환자의 권익향상을 목적으로 하여 병원 내에서 발생하는 윤리사례에 대한 자문과 이에 관한 정책을 개발하는 기능을 가지므로, 병원윤리위원회의 활동이 병원에서 제공하는 서비스의 질적 수준을 제고시킨다. 그

리고 임상현장에서 도덕책임은 개인에게 지워져 있다면, 의료기관은 최선의 의사결정이 이루어질 수 있도록 이를 지원해야 할 책임이 있으므로, 병원윤리위원회를 설치할 필요성을 느껴 설치하는 경우, 병원윤리위원회가 기대치의 업무를 수행할 수 있도록 예산마련 및 병원윤리위원회 위원들이 충분한 시간을 들여 활동할 수 있도록 충분한 자원을 제공할 의무가 있다. 이러한 측면에서 병원 내에서 순기능을 할 수 있도록 병원윤리위원회의 운영 예산을 따로 책정할 필요가 있다.

병원윤리위원회가 제대로 기능하기 위해서는 국가적 차원의 지원방안도 필요하다. 특히, 연명치료중단에 관한 심의사항들이 병원윤리위원회의 심의의결로만 끝나는 것이 아니라 선순환을 거쳐 개별 병원내의 정책뿐만 아니라 국가적 정책개발로 이어지기 위해 각 병원윤리위원회의 교육프로그램 개발 및 이의 시행을 위한 국가적 차원의 지원도 아울러 필요하다. 노르웨이의 경우 연간 30,000달러에서 150,000달러를 일반예산으로 편성하여 병원윤리위원회를 위한 세미나 개최 및 자문료 형태로 지급함으로써 국가적 차원에서 병원윤리위원회를 지원 및 육성하고 있다.

이와 더불어 우리나라의 경우 병원윤리위원회가 임상윤리 및 병원윤리 문제를 해결하기 위한 의료진들의 필요성에 따른 것이 아니라 대법원의 요건에 따라 설치 및 운영되는 측면이 많아, 연명치료중단에 관한 의사결정기구로서의 역할에 비중을 두게 된다. 이러한 상황에서 병원윤리위원회가 실질적으로 작동하기 위해 국가가 비용에 대한 책임을 지고, 이러한 측면에서 기금을 마련하는 것이 연명치료중단에 대한 결정이 자칫 그간 지속하던 치료를 중단하라는 측면만을 염두에 두게 운영되는 폐단을 줄일 수 있다. 사실상, 병원윤리위원회는 심의(deliberation)에 중점을 두고 논의를 이끌어 나가고 합의를 이끌어내는 곳으로서, 연명치료를 지속하는 방향으로 의사결정이 이루어질 수 있다. 연명치료중단과 관련하여 회생가능성이 없으나 연명기간이 긴 경우 지속치료로 이어지는 경우가 많으며, 이러한 경우 취약계층이나 근로빈곤층과 같이 의료 사각지대에 놓여있는 사람들의 지속 치료를 위해 이를 보조하기 위한 국고부담경비를 마련할 필요가 있다. 국고기금이 마련되지 않는 경우, 연명치료에 관한 심의를 의료기관 역할로 넘기만 하고, 국고

기금 마련과 같은 국가적 지원방안을 모색하지 않는 것은, 국가가 수수방관자적 입장을 고수하겠다는 것밖에 될 수 없다. 그러므로 병원윤리위원회에서 연명기간이 긴 경우 연명치료 지속과 같은 결정이 이루어질 경우들도 상정해서 가족부담 경감을 위한 목적론적 급여체계의로의 전환과 본인부담율을 줄이고 차액을 국고에서 보조하기 위한 기금이 마련될 필요가 있다<sup>118)</sup>.

병원윤리위원회가 활성화되기 위해서는 의료기관측면에서뿐만 아니라, 법적 차원에서의 지원도 아울러 요구된다. 우리나라의 경우 대법원이 연명치료의 중단에 대한 판단에 신중을 기하기 위해 병원윤리위원회의 심의를 거치도록 하고 있는 반면, 병원윤리위원회에 연명치료중단에 관한 의사결정의 법적권한을 부여하거나, 위원회 위원들에게 요구되는 기본적인 자격요건, 적법한 절차에 따른 위원회 운영절차, 의사결정에 따른 의료진과 위원회 위원들의 면책에 관한 사항은 언급하고 있지 않다. 또한 기존 국내 법에 병원윤리위원회에 관한 규정과 병원윤리위원회 내에서의 의사결정과 관련된 위원들의 책임 등에 관한 규정도 없는 실정이다. 병원윤리위원회가 법에 근거에 의해 조직되고 법적 규율가운데 일정한 결정을 내린다면, 그 결정은 단순한 윤리적 측면이 아니라 법의 테두리 내에서 내려진 결정이 될 수 있으므로 병원윤리위원회의 결정과 관련하여 먼저 구속력 있는 결정을 이끌어내기 위해 위원회의 설치 및 운영절차에 관한 법적 근거가 마련되어야 한다.

병원윤리위원회의 결정과 관련하여 구속력 있는 결정을 이끌어내기 위해 병원윤리위원회의 설치 및 운영절차에 관한 법적 근거가 마련되어야 한다. 병원윤리위원회 관련 법률에는 총칙에 위원회의 설치목적 및 용어의 정의, 기본원칙 및 국가공공단체의 책임에 관한 사항을 포함시키며, 그 외에 위원회의 설치 및 설치형태, 위원회 구성, 책임면제에 관한 사항이 포함되어야 한다.

신의성실하게 행동하는 병원윤리위원회 위원들의 면책 규정은 책임에 대한 지속적인 두려움 없이 적법한 절차에 따라 병원윤리위원회가 효과적으로 기능하도록

---

118) 강현희 외. 2008. 연명치료 중단 관련 법·정책 방향. 16(1): 53-76

록 하는데 본질적인 것이라 할 수 있으므로 병원윤리위원회 관련 법률 규정에 윤리위원회의 심의를 거친 경우, 병원윤리위원회의 각 위원들과 병원윤리위원회와 연관된 의료기관은 민·형사상의 책임을 지지 않도록 하는 규정이 필요하다.

또한 다학제 위원회는 의학적 의사결정 시 새롭고 가치 있는 대화를 촉진하는 것뿐만 아니라, 법적 관점에서 볼 때 책임을 공유하고 분담한다는 측면도 갖는다고 볼 수 있으므로 주치의가 환자가 회복 가능성이 더 이상 없다고 판단하고, 병원윤리위원회가 이러한 예후 판단에 동의한 경우, 생명유지 장치를 제거할 수 있으며, 이러한 기전에 따라 행한 의사의 경우에도 민사 또는 형사상의 책임을 지지 않도록 명시할 필요가 있다.

연명치료중단과 같은 가치중립적인 안전들은 심의의결로만 끝나는 것이 아니라, 선순환을 거쳐 개별 병원내의 정책뿐만 아니라 국가적 정책 및 지침 개발로 이어질 필요가 있다. 각 병원윤리위원회의 위원들 및 지역사회를 대상으로 한 국가차원의 교육프로그램 개발 및 교육을 시행함으로써, 전체사회가 연명치료를 포함한 각종 임상윤리문제를 이해하고 해결해 나가도록 국가적 차원에서 기금을 마련하고 병원윤리위원회 운영을 위한 일정액과 위원회 설치 시 이를 보조할 필요가 있다. 또한 병원윤리위원회의 활동을 병원인증 내지 평가항목으로 편입시키고 윤리위원회 활동이 잘 이루어지는 경우, 병원의 전반적인 평가에 반영하도록 한다. 단순히 병원평가 항목으로만 설정된다면, 기존 병원에 더 많은 짐만 안겨주므로, 평가결과에 따른 인센티브 지급 방식도 아울러 고안해 내는 것이 적절하다고 본다.

미국의 환자자기결정권법(Patient Self Determination Act)은 의과학 기술을 넘어 인간의 존엄성을 존중하고자 하는 가치를 임상현장에서 반영하고자 한 법이라 할 수 있다. 통상적으로 임상의사결정에서 배제되던 환자의 의사결정이 불가능한 상황에서도 환자가 원하는 바가 무엇인가를 가족과 의료인들간의 의사소통을 통해 최대한 반영되도록 함으로써 환자의 자기결정권이 올바르게 행사될 수 있도록 해야 한다. 현재 우리나라의 말기상태환자의 자기결정권이 행사될 수 있도록 하는 법규정이 없는 상황에서는 병원윤리위원회가 환자의 안전과 자기결정권의 행사를

가능하게 하는 기제로 작용할 수 있으므로, 법제정 이전이라도 의료기관차원에서  
는 세부적인 지침을 마련하고 병원윤리위원회에서 이러한 기능이 실행될 수 있도록  
하여야 한다.



## 참고 문헌

- 강정민, 고윤석. 2005. 한 대학병원 의료윤리 위원회에 의뢰된 치료중단 예들의 분석. 대한중환자의학회지, 20(1): 68-75
- 고윤석, 맹광호, 구영모, 손명세. 1999. 우리나라의 병원윤리위원회. 의료·윤리·교육, 2(1): 63-78
- 김소윤, 강현희, 고윤석, 고신옥. 연명치료중단과 유보 결정에 대한 한국 중환자 전담의사 인식과 실행. 한국의료윤리학회지, 2009; 12(1): 15-28
- 김중호, 한성숙, 엄영란, 구인회, 서철, 홍석영. 2004. 병원윤리위원회 조직과 기능 및 활성화 방안 연구. 한국의료윤리교육학회지, 7(1): 47-63
- 김진경. 2008. 의학적 의사결정 모델로써 공동의사결정의 이해. 한국의료윤리교육학회지, 11(2): 105-118
- 김충환. 2008. 호스피스·완화의료에 관한 법률 제정 공청회 자료. 2008.11.7
- 국회입법조사처. 2009. 존엄사 입법화의 쟁점과 과제. 국회입법조사처 현안보고서 제32호 2009.8.13
- 박연옥, 고은정, 이이형, 소의영. 2004. 퇴원 심의 Task Force Team 운영분석. 의료·윤리·교육, 4(1).
- 신상진. 2009. 말기상태환자의 무의미한 연명치료 중단과 자기결정권 존중을 위하여. 존엄사법 제정을 위한 입법 공청회 자료. 2009.3.4
- \_\_\_\_\_. 2009. 연명치료 중지에 관한 지침 제정을 위한 공청회 자료. 2009.8.25
- 엄영란. 2003. 병원윤리위원회 역할의 활성화 방안 탐색 연구. 의료·윤리·교육, 6(1): 35-53
- Akabayashi Akira, Slingsby Brian, Nagao Noriko, Kai Ichiro, Sato Hajime. 2007. An Eight-year Follow-up National Study of Medical School and General Hospital Ethics Committees in Japan. BMC Medical Ethics, Issue1(8)
- \_\_\_\_\_. 2008. A Five Year Follow-Up National Study of Ethics Committees in Medical Organizations in Japan. HEC Forum, 20(1): 49-60.

- Akio Sakai. 1989. The Present Status of Ethics Committees in Japan's 80 Medical Schools. *HEC Forum*, 1: 221-228
- Alfred Simon. 2001. Ethics Committees in Germany: An Empirical Survey of Christian Hospitals. *HEC Forum*, 13(3): 225-231
- Andrea Dörries. 2009. The 4-Step Approach-Ethics Case Discussion in Hospitals. *Diametros*, 20: 39-46
- Ann-Marie Cannaby, Stuart Graeme Parker, Richard Baker. 2003. Identifying Barriers to Improving the Process of Discharging Patients from Hospital. *Primary Health Care Research and Development*, 4: 49-56
- Anne Slowther, Carolyn Johnston, Jane Goodall, Tony Hope. 2004. A Practical Guide for Clinical Ethics Support. The Ethox Centre, University of Oxford.
- Anne Slawther, Carolyn Johnston, Jane Goodall, Tony Hope. 2004. Development of Clinical Ethics Committees. *BMJ*, 328(7445): 950-953
- A Slowther, M Underwood. Is There a Demand for a Clinical Ethics Advisory Service in the UK?. *J. Med. Ethics*, 24: 207
- Barru Jpff,aster. 1999. Anatomy of a Clinical Ethics Consultation. *Human Studies*, 22: 53-68
- Brian T, Slingsby, Noriko Nagao, Akira Akabayashi. 2004. Administrative Legislation in Japan: Guidelines on Scientific and Ethical Standards. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 13: 245-253
- Bruce E. Zawacki. 2000. Corporate Soulcraft in Healthcare: The St. Joseph Health System's "Compliance-Assurance" Approach, and Other Options. *HEC Forum*, 12(1): 39-48
- Curtis JR, Engelberg RA, Wenrich MD, Au DH. 2005. *J Palliat Care*, 21(3): 157-164
- Dipanjan Banerjee. 2007. Principles and Procedures of Medical Ethics Case Consultation. *British Journal of Hospital Medicine* 68(3): 140-144
- Duval G, Sartorius L, Clarridge B, Gensler G, Danis M. 2001. What triggers

- requests for ethics consultations?. *J Med Ethics*, 27(suppl 1): 24~29
- Edward M. Hundert. 2003. A Model for Ethical Problem Solving in Medicine With Practical Applications. *The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 1(4): 427-435
- Eric M. Meslin, Claire Rayner, Vic Larcher, Tony Hope, Julian Savulescu. 1996. Hospital Ethics Committees in the United Kingdom. *HEC Forum*, 8(5): 301-315
- Guy Lebeer. 2002. *Ethical Function in Hospital Ethics Committees*. IOS Press
- Janet Fleetwood, Stephanie S. Unger. 1994. Institutional Ethics Committees and the Shield of Immunity. *Annals of Internal Medicine*, 120(4): 320-325.
- Janet E. Fleetwood, R M Arnold, R J Baron. 1989. Giving Answers or Raising Questions?: The Problematic Role of Institutional Ethics Committees. *Journal of Medical Ethics*, 15(3): 137-142
- Janis Rueping, Daniel O. Dugan. 2000. A Next-Generation Ethics Program in Progress: Lessons from Experience. *HEC Forum*, 12(1): 49-56
- Jean-Christophe Mino. 2000. Hospital Ethics Committees in Paris. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 9: 424-428
- J G Thornton, R J Lilford. 1995. Education and Debate: Clinical Ethics Committee. *BMJ*, 311: 667-669
- Judith Hendrick. 2001. Legal aspects of clinical ethics committees. *Journal of Medical Ethics*, 27 suppl 1 : i50-i53
- Judith Wilson Ross. 2000. Changing the HEC Mission. *HEC Forum*, 12(1): 4-7
- Kathryn L. Tucker, Fred B. Steele. 2007. Patient Choice at the End of Life: Getting the Language Right. *The Journal of Legal Medicine*, 28: 305-325
- Lilly CM, De Meo DL, Donna LA, Haley KJ, Massaro AF, Wallace RF, Cody S. 2000. An Intensive Communication Intervention for the

- Critically Ill. *Am J Med*, 109(6): 469-475
- Linda L. Emanuel. 2008. Advance Directives. *Annu Rev Med*, 59: 187-198
- Lloyd Ann. 1988. Ethics Committees in England. *The Hastings Center Report*, 18: 5
- Mark P. Aulisio, Robert M. Arnold, Stuart J. Youngner. 2003. *Ethics Consultation: From Theory To Practice*. The Johns Hopkins University Press
- Mark P. Aulisio, Jessica Moore, May Blanchard, Marcia Bailey, Dawin Smith. 2009. Clinical Ethics Consultation and Ethics Integration in an Urban Public Hospital. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 18: 371-383
- Mary V. Rorty. 2000. Ethics and Economics in Healthcare: The Role of Organization Ethics. *HEC Forum*, 12(1): 57-68
- M Szeremeta, John Dawson, Donal Manning, Alan R Watson, Margaret M Wright, William Notcutt, Richard Lancaster. 2001. Snapshots of Five Clinical Ethics Committees in the UK. *J. Med. Ethics*, 27: i9-i17
- Norman Fost, Ronald E. Cranford. 1985. Hospital Ethics Committees: Administrative Aspects. *JAMA*, 253(18): 2687-2692
- Reidar Pedersen, Victoria Akre, Reidun Forde. 2009. Barriers and Challenges in Clinical Ethics Consultations: The Experiences of Nine Clinical Ethics Committees. *Bioethics*, 23(8): 460-469
- Reidun Førde, Thor Willy Ruud Hansen. 2009. Involving Patients and Relatives in a Norwegian Clinical Ethics Committee: What have We Learned?. *Clinical Ethics*, 4: 125-130
- Sokol D. 2009. The Unpalatable Truth about Ethics Committees. *BMJ*, 339: b4179
- Susan Dorr Goold, Leslie H. Kamil, Nina S. Cohan, Susan L. Sefansky. 2000. Outline of a Process for Organizational Ethics Consultation. *HEC Forum*, 12(1): 69-77
- UNESCO. 2005. *Establishing Bioethics Committees*. UNESCO

Yasuko Shirai. 2003. The Status of Ethics Committees in Japan. *Eubios Journal of Asian and International Bioethics*, 13: 130-134

[http://www.bioethics.jp/licht\\_committees.html](http://www.bioethics.jp/licht_committees.html) (accessed on 10/20/2009)

<http://www.ethics-network.org.uk/committees> (accessed on 10/10/2009)

<http://www.ethox.org.uk> (accessed on 10/10/2009)

Code of Conduct for the Leeds Teaching Hospitals Clinical Ethics Committee

## 부록 1. 병원윤리위원회 홍보 브로슈어

### 병원윤리위원회에 대하여

#### 1. 소개

의료는 과거 20여 년간 눈에 띄는 변화를 거듭해 왔습니다. 의료기기들이 우리 신체의 활동에 주목하고 생명에 필수적인 장기들의 기능을 모니터링 하며, 심지어 어떤 기기들은 장기의 기능을 대신하기도 합니다. 이러한 치료나 의료기기들이 우리가 근대적 병원에 기대하는 생명소생과 생명유지 가능성을 제공합니다. 물론 이러한 새로운 발달의 대부분이 유익하긴 하지만, 환자와 가족 및 보건의료종사자들 간에 어떤 특별한 커뮤니케이션을 요구하기도 합니다.

커뮤니케이션은 실제 사람들이 병원에 올 때, 자신의 진료와 그 의사결정과정에서의 역할과 관련하여 서로 다른 철학과 신념 및 기대를 가지고 온다는 것을 고려하는 것입니다. 이러한 선택에서 환자와 가족들은 자신의 역할을 알기 원합니다. 환자치료에 대한 중요한 선택은 환자나 가족이 결정할 수 있다는 것은 분명합니다만, 이런 결정은 매우 어렵고, 환자와 그 가족들은 종종 치료에 사용되는 처치나 기술에 대해 잘 모릅니다.

의사는 환자와 그 가족들에게 진료를 제공하거나 처치를 보류하는 것에 대한 위험과 이익뿐 아니라 의학적 측면을 설명함으로써, 환자나 가족이 의학적 진보와 새로운 기술을 이해할 수 있도록 도와줄 것입니다.

#### 2. 용어정의

##### (1) “윤리적 갈등”이란?

윤리적 갈등이란 어떤 특별한 상황에만 해당하는 것이 아니라, 충의, 권리, 의무 또는 가치 등 그 자체로 선한 모든 것들 간에 상충이 있을 때 발생합니다. 때때로 생명을 보존하는 가치는 다른 가치들(즉, 환자의 바람을 존중하는 것, 고통을 경감시키는 것, 보건의료에 대한 동등한 접근성을 보장하는 것)과 상충합니다.

##### (2) “생명유지장치”란?

사람들은 생명유지장치를 자발적 호흡이 불가능한 환자에게 숨을 쉬게 하는 Ventilator와 같이 ‘살아 있게 하는 기기’로 생각하는 경향이 있다. 그러나 위원회가 보기에 생명유지장치는 환자에게 영양을 공급해 주는 I.V.만큼이나 단순한 것이라고 볼

수 있다. 우리는 “기기에 의존하여 살아 있는 사람”에 대해 많이 들어왔고, 그 어떤 것도 원하지 않는다고 결정해 왔다. 그러나 매일매일 수차례의 “생명유지장치”가 사람들의 질병극복을 돕는데 사용되고 있으며, 건강 회복을 위해 사용되어지고 있습니다. 예를 들어, Ventilators는 수술 후에 자발 호흡을 하기에 충분해질 때까지 환자의 호흡을 도와주기 위해 자주 사용됩니다.

불행하게도, 환자나 그 가족에게 “생명 연장”에 대한 결정이 요구될지도 모르는 심각한 질병이 발생할 수도 있습니다. 물론 생명 그 자체는 신성하며 우리 대부분에게 매우 큰 가치를 가지긴 하지만, 치료에 대한 부담(즉, 환자와 가족에게 오는 통증, 고통, 정서적 비용 등)이 잠재적인 이익을 초과할 수도 있습니다. 이런 경우, 치료의 지속은 단지 죽어가는 과정을 연장하는 것이며, 환자가 가졌던 종교적, 정신적 가치의 실현을 방해할 지도 모릅니다. 모든 사람들이 생존할 수 없다는 것은 분명하며, 이미 실시된 모든 장치들이 있음에도 불구하고 많은 사람들이 생명유지장치의 실시 또는 유지를 선호하지는 않습니다. 어떤 사람들은 할 수 있는 무엇이든 모든 것을 하기 원할지도 모릅니다. 두 가지 선택 모두 받아들일 만하며 윤리적입니다. 또한, 대부분의 종교는 이러한 선택을 환자나 가족의 권리로 인정하고 있습니다. 더 이상 길이 없다고 판단하여 생명유지를 중단한다는 결정은 모든 의학적 치료의 중지를 의미합니다. 사실, 좋은 보완적인 의학적 치료의 일차적 관심은 환자의 편안함으로써, 이때 더 집중적인 진료가 행해져야 할지 모릅니다. 이와 같은 결정의 많은 순간들은 자주 요구되며 수많은 의문을 던집니다. 강압적이고 급박하다고 느끼는 상황에서 좋은 결정을 할 수 있는 사람은 거의 없기 때문에 이런 상황이 발생하기 전에 가능한 딜레마들에 대해 생각해 두는 것이 도움이 될 수 있습니다.

### (3) “코드”란?

코드란 갑작스럽게 심장이나 폐의 기능이 정지된 사람에게 잠재적으로 시행되는 인명구조 절차 중 하나입니다. 소생술에는 흉골 너머의 심장을 외부적 압력으로 자극하는 것, 심장에 전기적 쇼크를 주는 것, 기관에 관을 넣어 숨을 쉬도록 하는 것, 혈압을 회복시키기 위해 약물을 사용하는 것 등이 포함됩니다. 이러한 소생술은 분명 생명을 “구하기” 위한 모든 노력으로 생명유지장치를 사용합니다. 물론, 적절하지 않은 경우도 있습니다. 예를 들어, 질환말기의 환자나 가족 구성원들은 환자에게 분명한 이익이 없기 때문에 이런 “영웅적” 행위들을 원하지 않습니다. 의사가 “코드”를 시행해야 할지 말아야 할지 질문할지 모르며 당신은 언젠가 이런 물음에 자유롭게 느낄지 모릅니다. 당신에 대한 어떤 결정이든, 가능한 한 언제든지, 가족이나 가까운 친구들과 이야기하는 것은 중요합니다. 당신은 당신이 “코드”를 선택해야 할 때에 대한 당신의 결정을 서면으로 작

성해두는 것이 좋습니다. 이는 미국의 일부 주에서 사용되는 “Living will(생전유언)” 과 비슷합니다. 당신은 스스로 결정할 수 없게 될 때가 올 수 있으므로 당신이 원하는 결정을 알고 있는 누군가를 지정해두는 것이 좋을 수 있습니다.

**(4) “충분한 정보에 의한 동의” 란?**

충분한 정보에 의한 동의란 당신에게 당신을 위해 계획되어 있는 절차나 치료에 대한 정보가 주어진다는 것을 의미하며 이를 생각해보고 동의하는 것입니다. 가능한 질문의 유형은 다음과 같습니다.:

1. 이것이 지금 왜 필요한가?
2. 다른 합리적인 대체방법이 있는가?
3. 결과적으로 내가 기대하는 것은 무엇인가?
4. 위험에는 무엇이 포함되는가?

당신에게 정말로 “충분한 정보가 주어지고” 이를 이해하지 않고서는 의미 있는 동의가 될 수 없습니다.

**C. 병원윤리위원회란?**

병원윤리위원회는 병원이나 공동체 내에서 의료윤리에 대한 교육적 토론의 장으로써의 역할을 합니다. 또한 병원 정책을 심의하고 권고하는 행정을 돕고, 병원 내에서 임원, 환자 및 가족 등과의 사이에서 생기는 의료 윤리적 딜레마 상황을 심의하도록 간단한 공지를 할 수 있습니다. 본질적으로 자문의 성격으로 의사결정에 관여하지 않고 권고를 하는데 이용됩니다.

**D. 병원윤리위원회의 목적과 기능**

본 위원회는 윤리적 쟁점의 발생에 대하여 위원회, 행정팀, 병원 임원 및 의료진에게 정보를 제공할 목적으로 \*\*병원에 설치되었습니다. 이 위원회는 윤리적 문제에 대한 정책의 개발 및 문제해결을 위한 대책을 제공하기 위해 병원의 임원, 의사 및 윤리적 쟁점을 평가하는 행정부서와 일합니다.

본 위원회는 의사결정 기구라기보다는 상담기구의 하나로 이해되며, 위원회가 이러한 임무를 수행하기 위해서는 다음의 것들을 해야 합니다.:

- (A) 요청에 대하여 의사, 병원 임원, 환자 및 가족들 간의 상담 기회 제공
- (B) 병원 내에서 윤리적 쟁점들을 자각할 수 있는 프로그램을 만들거나 지원하고 사



회에 이를 제공

- (C) 윤리적 쟁점에 대한 연구 증진
- (D) 위원회나 병원에게 정보 및 상담의 자료로 제공

#### **E. 병원윤리위원회의 구성**

\*\*병원의 병원윤리위원회는 비판적 사고(critical thinking)와 열린 태도, 능력을 가진 전문가들을 횡단면적으로 구성한다. 대표적인 전문적 분야들로는 다음과 같습니다.:

- 행정팀(Administration)
- 집행위원회(Board of Directors)
- 병리학과(Clinical Pathology)
- 종교계(Community Clergy)
- 교육계(Education)
- 가족보건서비스(Home Health Services)
- 의료부(Medical Affairs)
- 업무효율성위원회(Mission Effectiveness Committee)
- 간호서비스(Nursing Services)
- 목회관리(Pastoral Care)
- 내과의(Physicians)
- 호흡기내과(Pulmonary Medicine)
- 사회복지서비스(Social Work Services)

기타 특정 심의를 위해 필요하다고 인정되는 분야(Other disciplines are invited as needed).

#### **F. 컨설팅 팀의 성격**

컨설팅 팀은 의사결정 과정에서 환자와 관련된 사람 및 임상전문의를 도와주기 위해 존재합니다. 그들의 경험과 기술을 바탕으로 컨설팅 팀은 일차적 의사결정자인 환자, 가족, 의사에게 추가적인 대안을 제공합니다.

컨설팅 팀은 의사결정을 하는 단위가 아닙니다. 다만, 환자 관리와 관련하여 치료 선택과 권고들에 준한 교육적, 의료적, 사회심리학적, 행정적 및 법적 문제들을 설명하고자 할 때 고려의 장으로 제공하고자 합니다.

### G. 상담의 요청은 누가?

윤리적 딜레마를 해결하는 데 도움이 필요할 것 같은 사람 즉, 의료진, 직원, 환자 및 가족 등 누구나 컨설팅 팀의 위원에게 신청할 수 있습니다. 단, 컨설팅 팀은 직접적 관련자들에 대한 대체 수단이 아니라, 도와주는 수단임을 기억해야 합니다. 만일, 환자나 가족, 의료진, 간호사, 사회복지사, 성직자 등이 참여하여 컨설팅을 하는 의사소통 후에도 문제들이 남을 경우에 팀은 도움을 제공한 것으로만 만족해야 할 것입니다.

### H. 상담 요구 절차

\*\* 병원은 병원윤리위원회와 병원의 의료진 사이에서 고리로써의 역할을 합니다. 공론화에 대한 요구는 담당자에게 하며, 그 담당자는 내부적으로 위원회의 다른 위원들에게 요청을 전달할 것입니다. 상담 요구의 적절성은 3명 이상의 위원들에 의해 동의(적어도 의사가 한명 포함)로 판단합니다. 다음의 경우에는 위원장의 동의가 있어야 합니다.:

- (A) 사례 논의에 필요한 정보
  - (B) 다음에 행할 절차;
  - (C) 상담에 포함되는 사람(즉, 환자, 가족, 보호자, 기타 성직자, 의학적, 법적 또는 병원 측 인사와 같은 직무상 상담자).
- 상담의 내용(요약)은 위원회 서류로 보관되어야 합니다.

### I. 병원윤리위원회와의 연락 방법

당신은 병원의 직원(간호사, 사회복지사, 성직자)으로부터 위임을 요구받거나 당신의 담당 의료인에게 전화로 신청합니다.

**심의의 민감성이 있으므로 기밀성은 존중될 것입니다**

BECAUSE OF THE SENSITIVE NATURE OF  
DELIBERATIONS CONFIDENTIALITY WILL BE RESPECTED

### J. 병원윤리위원회 활동의 원리

환자는 자신들의 치료 과정에 대한 결정에 참여할 권리를 가집니다. 그러므로 환자는

이러한 권리를 행사할 수 있고, 진단, 예후, 기타 치료적 선택 및 치료 과정상의 위험과 이익에 대한 정보를 제공받아야 합니다. 또한, 어떤 환자가 치료와 관련한 선택을 할 수 없을 때에는 가족이나 다른 사랑하는 사람이 선택을 해야만 합니다. 그들에 대해 알 수 있는 것을 근거로 환자의 이익과 뜻에 따라 결정합니다. 보건의료의 일차적 목표는 생명을 보호하고 증진함으로써 환자의 안녕을 촉진하는 것이지만, 죽어가는 것도 생명의 자연스러운 일부로 인식되며, 죽어가는 환자가 편안함으로써 그/그녀의 존엄은 유지되기도 합니다. 모든 환자들은 자신의 생명 보존을 위한 이성적 수단들을 추구하고 받을 의무가 있습니다.; 그러나 모든 의학적 치료 또는 기타 행위 과정들이 모든 환경에서 (반드시) 이용되어야만 한다는 것은 아닙니다. 세브란스는 공인된 원리와 결정에 따라 생명을 유지할 책임과 권리를 가집니다.

#### **K. 문의**

우리는 대부분 낯선 상황, 특별 아파서 겁이 날 때 두려워하게 되어 있습니다. 당신에게 가능한 의료적 관리에 대한 정보를 이해하는 것은 당신 자신에 대한 의무인 동시에 당신의 권리입니다. 이것은 의문의 제기를 의미합니다. 당신의 의사는 당신이 내릴 많은 결정에 대한 답에 대한 일차적 해답이 될 수 있을 것입니다. 당신이 이해하지 못한 것에 대한 설명을 의사에게 요청하십시오. 당신을 위한 의료진의 다른 구성원들도 답을 해 줄 수 있을 것입니다.: 예를 들면, 간호사, 사회복지사, 물리치료사, 원목 등. 그들은 당신의 의문에 대한 답의 다양한 길에 도움을 줄 수 있을 것입니다.

#### **L. 맺음말**

물론 이런 결정들이 어렵지만, 심사숙고한다면 더 쉽게 결정할 수 있을 것입니다. 다만, 우리의 간단한 설명이 이런 어려운 결정에 대해 당신이 전에 생각하지 못했던 문제들을 생각해 볼 수 있었던 기회가 되었기를 바랍니다. 불행하게도 이런 딜레마는 삶의 실제이며 결코 무시할 수 없습니다. 우리가 이런 문제들에 대해 생각해보고 의사 등과 함께 논의하는 시간을 갖는다면 더 나은 결정을 내리는데 도움이 될 것입니다.

우리가 눈치 없이 뻔뻔하다고 생각하지 않기를 진심으로 바랍니다. 만약에 당신이 우리와 더 구체적인 문제나 의문들 또는 기타사항들에 대해 논의하기 원한다면, 의사, 간호사, 원목, 사회복지사 또는 당신이 선택하는 누구에게라도 자유롭게 말해주세요.

## 부록 2. 병원윤리위원회 내규 초안

### 제1장 총칙

#### 제1조 (설치 및 목적)

① \*\*병원은 의료행위 시 발생하는 윤리적 문제의 해결을 위해 병원윤리위원회(이하 위원회라 한다)를 둔다.

② 위원회의 목적은 환자와 의료진이 직면하는 윤리문제에 대해 자문 또는 객관적인 심의를 통해서 환자의 권익보호와 의료진의 윤리문제 해결을 용이하게 하는데 있다.

#### 제2조 (기능)

① 위원회는 다음의 각 호의 사항을 심의·의결한다.

1. 윤리사례에 대한 자문 및 심의·의결
2. 병원의 윤리적 문제 해결을 위한 정책 개발
3. 병원의 의료진과 직원들에 대한 각종 윤리교육 및 연구
4. 기타 위원장 또는 병원장이 심의를 요청하는 사항

② 위원회는 병원에서 발생하는 윤리문제에 대해 다른 부서 또는 다른 위원회와의 협력하여 윤리사례 상담과 교육 및 정책을 개발할 수 있다.

③ 위원회는 다른 병원의 윤리위원회나 네트워크 형성에 참여할 수 있다.

### 제2장 조직 및 구성

#### 제3조 (위원 구성)

① 위원회의 위원은 다학제간 참여를 원칙으로 하며 20명 내외로 구성한다.

② 위원회 위원은 반드시 다음 각호의 분야를 대표하는 자로 하며, 적어도 1명 이상을 포함해야 한다.

1. 환자와 직접적으로 의사
2. 환자와 직접적으로 간호사
3. 사회사업가
4. 종교인

5. 의료윤리학자

6. 변호사

7. 병원 행정직

③ 위원은 해당 분야에서 적어도 5년 이상의 실무 경력이나 연구 경력을 갖추어야 한다.

④ 위원은 위원장의 추천에 의하여 병원장이 위촉한다.

제4조 (위원장)

위원장은 병원장이 임명하며 위원회의 업무를 총괄하고 의장이 된다. 위원장의 유고시 부위원장이 그 직무를 대행한다. 위원장은 위원회에서 1년 이상 활동한 경험이 있는 자로 한다.

제5조 (임기)

위원의 임기는 2년으로 하며, 연임할 수 있다. 결원으로 보선된 위원의 임기는 전임자의 잔여기간으로 한다. 위원장, 부위원장, 사례분석 간사의 임기는 5년으로 한다.

제6조 (간사)

위원회의 사무를 처리하기 위해 간사 2인을 두며, 위원장의 추천에 의해 병원장이 임명한다.

### 제3장 회의

제7조 (회의 소집)

① 윤리위원회의 회의는 정기회의와 수시회의로 구성한다.

② 정기회의는 월1회 개최한다.

③ 수시회의는 위원장이 필요하다고 인정할 때 또는 위원 과반수이상의 요청이 있을 때 소집한다.

④ 회의 일정은 특별한 사정이 없는 한 각 위원에게 적어도 5일 전까지는 서면으로 통보되어야 한다.

제8조 (심의)

① 위원회에 사례 심의를 요청할 수 있는 자는 다음 각호의 자와 같다.

1. 의료진
2. 환자 및 환자 직계존비속 또는 환자의 법정 대리인
3. 병원 경영진
4. 병원 행정직

② 위원회에서 심의하는 사례는 다음 각호와 같다.

1. 주치의의 입원환자 치료중단 요구사례
2. 환자 및 환자의 법정 대리인이 치료중단을 요구하는 사례
3. 위원장이 심의할 필요가 있다고 인정한 때

제9조 (심의절차) 위원회는 다음과 같은 순서로 진행한다.

1. 소위원회 위원장의 사례심의 경과 및 설명
2. 의뢰자의 소견발표
3. 필요시 환자 또는 주치의의 소견 발표
4. 심의

제10조 (회의의 비공개)

- ① 윤리위원회의 회의는 비공개를 원칙으로 한다.
- ② 환자 또는 환자를 대리한 측의 요청이 있는 경우 위원장이 위원 과반수 이상의 동의를 얻어 공개로 진행할 수 있다.
- ③ 심의 시는 주치의와 환자 또는 환자를 대리한 측은 참여하지 아니함을 원칙으로 한다.
- ④ 위원장은 회의에 참고가 될 경우 전문가의 참석을 허가할 수 있다.

제11조 (의결)

- ① 의결은 재적 과반수의 출석과 출석 과반수의 찬성으로 의결한다. 가부동수인 경우 부결된 것으로 본다.
- ② 심의결과와 권고사항은 심의를 요청한 자, 해당 주치의에게 서면으로 알

려주어야 한다.

#### 제4장 소위원회

##### 제12조 (소집 및 구성)

- ① 윤리위원회 위원장은 병원윤리위원회에서 사례를 검토하기 전에 소위원회로 하여금 사례에 대한 조사 및 심사를 하게 할 수 있다.
- ② 소위원회는 5명 이내의 위원으로 구성한다.

##### 제13조 (운영)

- ① 사례심의 요청 후 적어도 48시간 이내 회의가 소집되어야 한다.
- ② 소위원회는 일차 의사결정 기능을 가지며, 필요시 주치의나 다른 의료진을 참석하도록 요청할 수 있다.
- ③ 의사결정 시 비공개로 진행할 수 있다.
- ④ 소위원회는 병원윤리위원회로의 회부 또는 긴급회의 요청 등을 할 수 있다.

##### 제14조 (결정 회부)

- ① 소위원회의 위원장이 해당 사례 검토 후 위원회에 회부함이 적절하다고 판단하는 경우, 소위원회의 위원장은 당해 주치의에게 그 사실을 알리고 심의 의견서를 작성하여 윤리위원회의 개척을 요구할 수 있다.
- ② 소위원회 위원장은 해당 사례 검토 후 위원회 회부가 부적절하다고 판단한 경우 소위원회 위원의 전원일치 판결을 거쳐 위원장에게 보고하고 위원장 입회하에 해당 사례의 검토를 요청한 자에게 그 사실을 알려주어야 한다.

#### 제5장 책임

제15조 (위원의 독립과 의무) ① 위원회의 위원은 자신의 업무를 독립하여 수행하고 어떠한 지시에도 구속되지 않는다. 위원은 자신의 양심과 의학적 또는 법률적 확신에 대하여만 책임을 진다. 위원은 비밀준수의 의무를 진다.

## 제6장 기록 및 보존

### 제16조 (의사록)

① 위원회는 모든 사례검토 요약 및 권고를 포함하는 모든 회의의 의사록을 작성하여야 하며, 위원회의 승인을 거쳐 위원장이 병원장에게 보고한다.

② 위원장은 사례검토 후 환자의 의무기록에 윤리사례 검토 결과를 기록하도록 할 수 있다.

### 제17조 (자료의 공개)

위원회의 자료 또는 의사록은 공개하지 않음을 원칙으로 하나, 익명성을 갖춘 경우 연구 및 교육 목적으로 사용할 수 있다.

## 부 칙

### 제1조 (시행)

이 내규는 20\*\*년 \*월 \*일부터 시행한다.



### 부록 3. 병원윤리위원회 관련 법률 초안

제 조 (정의) 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

- ① “심의”라 함은 병원윤리위원회의 심의를 의미한다.
- ② “병원윤리위원회”라 함은 환자의 치료에 관한 자문 및 심의를 이행하는 위원회를 말한다.
- ③ “신청인”이라 함은 환자를 위해 의학적 결정에 관한 책임을 가진 자로서 다음 각호와 같다.
  1. 환자
  2. 의사
  3. 간호사
  4. 사회사업가
  5. 가족 구성원
  6. 보호자
  7. 환자를 위한 의학적 결정을 내리는 대리인
  8. 환자 치료와 직접적으로 관련된 의료인

제 조 (당사자 및 절차의 기본원칙) ① 위원회의 절차는 환자 또는 의료인을 포함하여 신청을 하고자 하는 자는 누구나 신청자가 될 수 있다.

- ② 신청서는 특히 비밀 준수 의무와 개인정보보호에 주의해서 작성되어야 한다.
- ③ 윤리위원회의 심의를 요청한 자는 윤리위원회의 위원회의 절차에 참여할 수 있다.

제 조 (책무 등) ① 윤리위원회 위원 및 의료기관은 윤리문제에 대해 자문 또는 객관적인 심의를 통해서 환자가 정당한 권리를 행사할 수 있도록 하고, 의사를 포함한 의료인은 의료윤리 문제의 해결을 용이하게 할 수 있도록 조치하여야 한다.

- ② 위원회의 위원은 자신의 업무를 독립하여 수행하고 어떠한 지시에도 구

속되지 않을 권리를 갖는다. 위원은 자신의 양심과 의학적 또는 법률적 확신에 대하여만 책임을 지며, 비밀준수의 의무를 진다.

제 조 (위원회 설치와 형태) ① 각 의료기관과 관련 기관은 의료행위 시 발생하는 윤리적 문제의 해결을 위해 병원윤리위원회를 둔다.

② 제1항의 의료기관 및 관련 기관 중에서 기관내에 위원회를 설치하지 못한 경우, 다음과 같은 형태로 설치하거나 협약을 체결할 수 있으며, 이 경우 제1항의 규정에도 불구하고 위원회를 설치한 것으로 본다.

1. 관련 기관내에서 단독으로 설치
2. 병원윤리위원회와 협약하여 설치
3. 다수의 관련기관을 대표하는 위원회와 연합하여 설치
- ③ 위원회 설치 대상기관은 대통령으로 정한다.

제 조 (구성) ① 위원회는 위원장 1인을 포함하여 9인 이상의 위원으로 구성한다.

② 위원회는 적어도 다음 각호의 위원을 포함시켜야 한다.

1. 환자 치료와 직접적으로 관련되지 않은 의료인
2. 환자 치료와 직접적으로 관련되지 않은 간호사
3. 사회사업가
4. 의료윤리학자 또는 철학자
5. 병원행정가 또는 병원행정가가 지명한 자

③ 위원회는 병원과 관련 기관을 대표하는 위원 수만큼 다른 위원을 추가하여 구성할 수 있다.

1. 시민단체를 대표하는 자
2. 윤리학계나 종교계를 대표하는 자

④ 위원회는 심의를 위해 다음의 자와 상담할 수 있다.

1. 환자의 치료에 참여하는 관련된 모든 의료팀
2. 환자
3. 환자의 가족

⑤ 위원회는 5년의 임기로 임명하는 3인의 위원을 둔다. 임기 중 위원이 궐

위(闕位)된 경우 후임자가 전임자의 잔여 임기를 승계한다. 위원은 직무대리인을 지명할 수 있다.

⑥ 위원과 직무대리인은 장기간의 자기 분야에서 경력을 지녀야 한다.

⑦ 위원회의 위원직은 명예직이다.

⑧ 위원회의 구성·운영 및 위원의 임기, 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제 조 (책임면제) ① 위원회의 각 위원들과 윤리 위원회 관련 기관들은 이장에서 요구되는 의무를 수행하는 데 있어서 발생한 민사 또는 형사상의 책임을 지지 않는다.

② 병원윤리위원회의 판단 기전에 따라 행한 의사는 민사 또는 형사상의 책임을 지지 않는다.

부록 4. 텍사스 주 Health Safety Code-166. Advance Directive

Sec. 166.046. PROCEDURE IF NOT EFFECTUATING A DIRECTIVE OR TREATMENT DECISION. 치료결정 또는 지시를 이행하지 않는 경우의 조치

(a) 환자의 이익을 위하여 이루어진 치료결정이나 환자가 작성한 의사결정서를 따르기를 거부한 경우, 의사의 거부는 윤리위원회나 병원 위원회의 심의를 받아야 한다. 주치의는 위원회의 위원이 아니어야 하며, 심의기간동안 환자에게 생명연장치료가 제공되어야 한다.

(b) 환자 또는 의료지시서 또는 치료결정과 관련된 의사결정을 내리는 의사결정 책임자는 :

(1) 병원윤리위원회의 심의를 받기 위해 서면으로 진술서를 제출해야 하며, 이와 관련된 정책과 절차는 의료기관이 정한다.

(2) 위원회의 심의절차는 상호합의에 의해 기간이 연기된 경우를 제외하고, 환자의 의료지시서에 관해 논의하기 위한 위원회가 개최되기 최소 48시간 전에 이에 관한 정보를 제공해야 한다.

(3) 정보를 제공하는 시점에서는 다음을 제공하여야 한다.

(A) section 166.052 앞에 명시된 규정 복사물

(B) 의료공급자와 section 166.053에 의거해 Texas Health Care Information Council이 운영하는 웹사이트에 게재된 전원을 수락한 공급자가 있는 지역을 돕는 이송단체의 리스트 복사물

(4) 다음과 같은 권리가 있다.

(A) 회의 참석

(B) 심의기간동안 도출된 의사결정 사항을 명시한 설명서를 제공받음.

(c) subsection (b) (2) (B) 규정에 의해 요구되는 서면화된 설명서는 환자의 의무기록에 포함시켜야 한다.

(d) 주치의, 환자 또는 의사결정 책임자는 subsection (b)에 의한 심의과정동안 도달한 결정에 의견이 일치하지 않는 경우 의사는 환자를 의료지시서에 부합하게 행동하기를 원하는 의사에게 환자를 이송하기 위한 노력을 기울여야 한다. 만일 환자가 health care facility의 환자인 경우, 시설직원은 환자가 아래와 같은 자 또는 시설로 옮겨질 수 있도록 의사를 보조해야 한다.

(1) 다른 의사

(2) 시설에서 정한 대안치료

(3) 다른 시설

(e) 환자 또는 환자의 의학적 의사결정에 대해 책임을 지는 자가, 주치의와 위원회의 심의과정에서 적절하지 않은 치료라고 확정된 생명연장치료를 요구하는 경우, subsection (d)에 의거해 전원이 이루어지기까지 환자에게 가능한 생명연장치료를 제공해야 한다. 환자는 다른 시설로 환자가 이송될 때 발생하는 모든 비용에 대해 책임을 진다. subsection (g)하에 그렇게 하도록 요청되었음에도 불구하고, 의사와 보건의료시설은 subsection (b)에 의거해 요구된 서면화된 의사결정 설명서를 환자 또는 환자의 의료에 관해 의사결정 책임을 지는 자에게 제공한 후 10일 이후에는 생명연장치료를 제공할 의무를 지지 않는다.

(e-1) 의료기관에 입원하기 전에 주치의와 (b)조의 규정에 의한 심의과정은 환자에게 연명치료가 적절치 못함을 결정해야 한다. 그리고 환자가 입원하기 전 심의에서 의사결정이 내려진 날로부터 6개월 이내 동일 의료기관에 재입원한다.

주치의와 윤리위원회 또는 의료윤리위원회의 위원인 상담의사가 환자의 상태가 좋아지지 않거나 심의가 진행된 동안 환자의 상태가 악화되었는지에 관해 기록한 경우 (b)조 내지 (c)조는 따를 필요가 없다.

(f) 이 장의 규정에 의한 연명치료는 (e) 항에 의거해 제공된 기간동안은 의학적으로 불필요한 치료는 환자의 의무기록에 포함되지 않을 수도 있다.

(g) 환자의 요청 또는 의학적 결정에 대해 이행하도록 자치구 또는 지방법원은 (e)항의 규정에 의거해 기간을 연장해야 한다. 단, 법원은 환자의 의학적 지시를 따르고자 하는 의사 또는 의료기관을 연장된 기간동안 찾을 수 있다는 다수의 증거가 있는 경우로 한한다.

(h) 이 장은 142장에 따라 면허받은 시설 또는 지역사회 단체에게 의무를 부과하는 것으로 해석될 수 없다. 이 장은 142장의 규정에 의해 가정과 지역사회 지원서비스에 의해 제공되는 호스피스 서비스에는 적용되지 않는다.

**Sec. 166.052. STATEMENTS EXPLAINING PATIENT'S RIGHT TO TRANSFER.**

(a) 주치의가 사전의료지시서에 명시되어 있는 것 또는 생명연장치료 규정에서 요구하는 치료결정을 이행하기를 원치 않는 경우 166.046(b)(2)(A)조 하에 다음과 같은 양식에 따라 진술서를 작성하여야 한다.

의학적 처치에 대한 의견불일치가 있을 때: 당신이 치료를 지속하길 원하나, 의사는 그 연명치료에 반하여 권고할 때,

당신은 주치의가 적절하지 않다고 본 연명치료를 요구하였기 때문에 이에 관한 정보를 제공받습니다. 제공되는 정보를 통해 주법과 권리에 대해 이해할 수 있을 것이며, 당신이 처한 상황에서 유용한 정보가 될 것입니다. 또한 여기에는 치료에 관한 환자, 가족, 의사들간의 의견 불일치를 해결하기 위한 절차들이 나

열되어 있습니다. 이는 텍사스 보건과 안전에 관한 법 제166장 텍사스 사전의료 지시법의 166.046조의 규정에 근거하였음을 알려드립니다.

주치의가 사전의료지시서에 따라 이행하기를 거부하는 경우 혹은 의사가 치료가 부적절하다는 판단에 따라 연명치료에 대한 환자의 다른 요구들을 거부하는 경우, 당신은 윤리위원회 또는 의료위원회에 심의를 상정할 수 있습니다. 심의과정 동안 생명연장 치료는 지속됩니다.

당신은 당신의 상황으로 인해 위원회가 개최되기 48시간 전에 심의에 관한 고지를 받을 것입니다. 당신은 회의에 참석할 자격을 갖고 있으며, 당신의 동의 하에 위원회는 가능한 한 48시간내에 열리게 될 것입니다.

당신은 심의기간동안 내려진 결정(안)을 설명한 서류를 제공받을 수 있습니다.

심의를 마친 후 주치의와 윤리위원회 또는 의료위원회가 연명치료는 적절하지 않다고 결론지은 반면, 당신이 이러한 치료를 지속하길 요청하는 경우 다음과 같은 절차를 밟게 됩니다.

1. 의료기관과 의사는 당신이 요청한 치료를 제공하고자 하는 의사나 의료기관을 찾을 수 있도록 당신을 도울 것입니다.

2. 당신은 텍사스 정보센터에서 제공하는 정보에 따라 전원을 수락한 의료인이 있는 곳으로 이송을 도울 봉사단체와 의료인의 명부를 제공받게 됩니다. 당신은 명부에 있는 의료인 또는 이송단체와의 연결을 원하거나 이송을 도와 줄 수 있는 다른 사람을 선택하셔도 됩니다.

3. 당신은 위원회의 연명치료가 적절하지 않다고 결론난 의결안을 받은 후 10일 이내 치료를 제공할 의사가 있는 의료인에게 이송하여야 하며, 그 때까지 연명치료는 지속됩니다.

4. 만일 전원이 가능해진 경우, 환자는 이송비용을 부담할 책임이 있습니다.

5. 10일 이내 환자의 치료를 지속할 의료인과 연결이 되지 않은 경우 법원이 기간을 연장시키지 않는 한, 연명치료는 철회될 수 있습니다.

6. 만일 자치구 또는 지방법원에서 환자가 기대하는 연명치료를 제공해 줄 수 있는 의료진이나 의료시설을 찾을 수 있다면, 당신은 해당 법원에 10일의 연장 기간을 요청할 수 있습니다.

\* “연명치료”란 합당한 의학적 판단에 근거한 치료로서 환자가 죽지 않고, 생명을 유지하는 치료이다. 이 용어는 인공호흡기, 신장투석기, 인공영양과 수액 등 생명유지를 위한 약물치료와 인공적인 생명유지 등을 포괄하나, 통증관리치료나 comfort care를 제공하기 위한 의학적 절차나 그 외 통증을 완화하기 위해 제공되는 모든 의학적 치료는 포괄하지 않는다.

(b) 주치의가 사전의료지시서나 연명치료를 중단하거나 보류하고자 하는 결정에 따르기를 거부하는 경우, 166.046(b)(3)(A)조 하에 다음 양식에 따라 작성하여야 합니다.

치료에 대해 불일치가 있는 경우: 당신이 그만두고 싶어하는 연명치료를 의사가 권고하는 경우.

당신이 연명치료에 대해 보류하거나 중지해 줄 것을 요청하였고 주치의는 그 요청에 따르는 것을 거부하였기 때문에 이 정보를 제공합니다. 이는 당신이 주법, 당신의 권리, 그런 상황에서 당신에게 가능한 방편 등을 이해하는 데에 도움이 될 것입니다. 환자, 보호자 그리고 의료진 간에 치료에 대한 불일치를 해결하기 위한 프로세스를 약속합니다. 이는 텍사스 사전의료지시서법의 166.046 조항에 의거하며, 텍사스 보건안전법전의 166 조항에서 성문화되어 있습니다.



주치의가 사전의료지시서나 그 외 연명치료의 중단 및 보류에 대한 요청에 따르기를 거부하는 경우, 윤리 및 의료 위원회에서 재고되어야 할 것입니다. 연명치료는 그 심의를 통해 제공될 것입니다.

당신은 위원회의 소집이 있기 적어도 48시간 전에 이 심의에 대한 통지를 받을 것이며, 당신의 동의하에 이 미팅은 가능한 한 48시간 이내에 소집될 수 있습니다.

당신은 심의 과정 동안 도달한 결정에 대한 설명문을 받을 자격이 주어집니다. 만일 당신이나 주치의가 심의 과정에서 도달한 결정에 동의하지 않는다면, 그리고 주치의가 여전히 연명치료 중단 혹은 보류 요청에 따르기를 거부하는 경우, 다음의 절차를 따릅니다.

1. 의사와 의료 기관의 도움으로 당신이 연명치료의 중단 혹은 보류를 하고자 하는 의사와 기관을 찾을 수 있도록 도움을 줄 것입니다.

2. 당신은 텍사스 보건의료정보회가 추천하는 전원 가능한 의료진이나 당신의 전원을 받아들일 준비가 되어있는 의료기관들의 리스트를 받을 것입니다. 리스트에 있는 의료기관이나 전원하는 데에 도움을 받을 수 있는 다른 곳에 연락할 수 있습니다.

\* “연명치료”란 합당한 의학적 판단에 근거한 치료로서 환자가 죽지 않고, 생명을 유지하는 치료이다. 이 용어는 인공호흡기, 신장투석기, 인공영양과 수액 등 생명유지를 위한 약물치료와 인공적인 생명유지 등을 포괄하나, 통증관리치료나 comfort care를 제공하기 위한 의학적 절차나 그 외 통증을 완화하기 위해 제공되는 모든 의학적 치료는 포괄하지 않는다.

(c) 선택된 주치의나 의료기관은 의료진이나 기관들의 정책, 관점, 경험 또는 심의 절차를 고려한 추가 정보를 제공하여야 합니다.

**§ 19-370. 정의**

- (a) In general - In this Part IX of this subtitle
- (b) Advice - "자문"이란 자문위원회의 권고사항을 의미한다.
- (c) Advisory committee - "자문위원회"란 환자의 치료에 관해 자문을 하는 위원회를 의미한다.
- (d) 신청인 - "신청인"이란 환자를 위한 의학적 결정을 내릴 책임을 가지는 사람을 의미한다.
  - (1) 환자
  - (2) 의사
  - (3) 간호사
  - (4) 사회 사업가
  - (5) 가족 일원
  - (6) 보호자
  - (7) 환자를 위한 의학적 결정을 내리는 대리인 이거나
  - (8) 환자 치료와 직접적으로 관련된 의료인
- (e) Related institution - "Related institution"에 다른 관련 기관에서 개별적으로 이뤄지는 재가 간호 시설은 포함되지 않는다.

**§ 19-371. 설치와 기능방식**

- (a) 설치 - 각 병원과 관련 기관은 다음을 설치해야 한다.:
  - (1) IX 장에서 규정하고 있는 자문위원회
  - (2) 자문위원의 소집 절차
- (b) 기능방식 - 관계기관내의 자문위원회는 다음과 같은 기능을 할 수 있다.:
  - (1) 관계 기관내에서 단독으로
  - (2) 하나의 병원자문위원회와 병원 자문위원회와 연합

119) <http://michie.lexisnexis.com/maryland/lpext.dll?f=templates&fn=main-h.htm&cp>

(3) 30여개의 다른 관련 기구를 대표하는 하나의 연합 자문위원회

**§ 19-372. 위원회 구성**

(a) 위원

(1) 각 병원 위원회는 적어도 다음의 4인을 포함시켜야 한다.

- i 환자 치료와 직접적으로 관련되지 않은 의료진
- ii 환자 치료와 직접적으로 관련되지 않은 간호사
- iii 사회사업가
- iv 병원행정가 또는 병원행정가가 지명한 자

(2) 병원 위원회는 병원과 관련 기관을 대표하는 위원 수만큼 다른 위원으로 구성할 수 있다.

- i 시민단체를 대표하는 자
- ii 윤리학계나 종교계를 대표하는 자

(3) 병원 위원회는 위원회 심의의 일부분으로 다음의 자와 상담해야 한다.

- i 환자의 치료에 참여하는 모든 관련 의료팀
- ii 환자
- iii 환자의 가족
- iv 연명 치료를 받고 있는 아동의 의학적 처치의 결정과 관련된 사례에서, 의료전문가가 없는 경우, 아동의 말기치료와 관련된 위원회의 의료전문가

(b) 신청자- 신청을 하고자 하는 자는 누구나 신청자가 될 수 있다.

**§ 19-373 자문위원회의 부가 의무사항과 책임**

(a) 생명이 위독한 상태에서의 권고사항 - 신청자가 요청한 경우, 병원 위원회는 다른 의무들과 책임을 포함하여, 생명의 위독한 상황에 있는 경우에도 자문을 이행해야 한다.

(b) 의학적 결정 : 의학적 처치의 보류 - 병원자문위원회는 다른 의무들과 책임들을 포함하여 다음을 이행할 수 있다.

(1) 의학적 결정과 연관되어 있는 환자의 가족, 환자, 관련 기관 관계자와 병원을 대표하는 자의 교육

(2) 의학적 치료의 보류와 관련된 기관의 정책 및 가이드라인 심의 및 권고

**§ 19-374 생명이 위독한 환자의 치료선택에 관한 자문; 개인의 권리에 대한 고지; 자문에 대한 책임; 기밀성**

(a) 생명이 위독한 상태의 환자에 대한 치료와 의학적 처치 관련 권고사항 - 병원윤리위원회는 신청자의 요청에 따라 생명이 위독한 상태의 환자에 대한 치료 및 의학적 처치에 대해 권고해야 한다.

(b) 환자의 권리에 대한 고지

(1) 병원 위원회는 환자, 환자의 가족, 환자의 보호자, 환자의 대리인이 환자를 위한 의학적 결정을 잘 내릴 수 있도록 다음과 같은 환자의 권리에 대해서 알리려고 노력해야 한다.

i 신청자가 되는 것

ii 의학적 처치 및 치료에 대한 선택과 관련된 자문위원회와의 면담

iii 병원 위원회의 권고사항에 대한 기본 원리원칙

(2) 환자의 바람을 나타낸 정보나 서류는 병원 위원회의 심의내용보다 우선해야 한다.

(c) 권고사항에 대한 책임 - 위원회나 위원 - 권고사항을 주는 병원 위원회는 법정에서 그에 대한 책임을 지지 않는다.

(d) 위원회의 설치 도우미 - 병원 위원회의 설치를 돕는 자는 위원회가 주는 권고사항에 대해서 법정에서 아무런 책임을 가지지 않는다.

(e) 기밀성 -

(1) 병원 위원회의 심의와 절차는 1-401 of the Health Occupations Article 에 의거해 기밀이다.

(2) 환자의 의학적 처치와 치료를 고려한 병원 위원회의 권고사항은 환자 의무 기록에 포함되어야 하며, 이는 4-301, 4-302 of this article에 따라 기밀이다.

(f) 권고사항을 실행하지 못한 것에 대한 책임 - 병원이나 관계 기관은 환자의 의학적 처치를 고려한 병원 위원회의 권고사항이 해당 기관의 방침과 동일하지 않은 경우, 그를 실행하지 못한 것에 대해서 민사 소송이 제기된 경우 책임을 지지 않는다.

부록 6. 뉴저지 주 New Jersey Admin. Code Title. 8, § 43G-5.1<sup>120)</sup>

**§ 8:43G-5.1 Administrative and hospital-wide structural organization**

(a) 병원은 서비스간, 서비스 내에서의 의사소통과 책임, 권한관계를 보여주는 각 서비스와 병원조직도가 구비되어 있어야 한다.

(b) 병원은 포괄적인 병원 정책을 수립하고 내규를 채택하며 의료의 질을 관리하고 기관 관리 및 기획에 책임을 가진 이사회를 조직하고, 기능하도록 하여야 한다. 병원은 그들의 허가 신청이나 허가 갱신에 다음 항목들을 함께 제출하여야 한다.

1. 병원 이사회의 명단
2. 병원 대표이사의 성명
3. 각 이사회의 임기
4. 각 이사 임기의 시작일과 종료일

(c) 이사회는 병원의 최고 관리자나 대표이사를 지명하여야 하며, 그들의 업무를 평가하는 기준을 개발하여야 한다.

(d) 병원은 병원의 대표이사나 관리자가 변경된 경우 변경된 후 15일 이내로 뉴저지 주 보건 노인 서비스부(New Jersey State Department of Health and Senior Services), 보건의료기관 면허교부 및 빈민계층 확인 사무소(Office of Certificate of Need and Healthcare Facility Licensure)에 알려야 한다.

(e) 의료진은 이사회에서 발언권을 가진다.

(f) 이사회, 관리부서, 의료진 간의 의사소통을 위한 공식적인 절차나 방법이

120) <http://www.michie.com/newjersey/lpext.dll?f=templates&fn=main-h.htm&cp=>

있어야 한다.

(g) 이사회 의사록은 영구적으로 기록, 서명, 보관되어야 한다.

(h) 병원은 다학제적 생명윤리 위원회, 그리고/혹은 예후 위원회(들), 이나 기구(들)을 갖추어야 한다. 병원은 의료진, 간호사, 법률가, 사회사업가, 성직자 등을 참여시켜야 한다. 위원회는 적어도 다음의 기능을 가져야 한다.

1. 생명윤리 이슈에 관한 병원 정책의 공식화에 기여
2. 사전의료지시서와 관련된 병원 정책의 공식화에 기여.

\* 사전의료지시서란 뉴저지주의 보건의료를 위한 사전의료지시서법에 따라 사전의사결정 능력을 상실하였을 경우를 대비하여 보건의료에 대한 환자의 지시를 서면화한 것을 의미한다. “사전의료지시서”라 함은 대리인 지정서나 의료지시서, 혹은 둘 다를 포괄한다.

3. 위원회는 특정 환자에 대한 생명윤리 이슈들을 해결하는 데에 참여, 환자의 의사결정능력 판단과 관련한 갈등 해결을 위한 책임, 사전의료지시서의 적용, 임상과 윤리적 결정을 내리기 위한 경험과/혹은 배경을 지닌 개인들이 기능하는 데에 있어서 책임의 일부를 위임 한다; 그리고
4. 환자와 관련하여 윤리적인 고려를 통해 합리적인 의사 결정에 도달하기 위해서 환자, 보호자, 스텝들을 위한 포럼을 개최 한다.

(i) 병원은 생명윤리 이슈들과 관련된 병원 정책을 공식화할 때, 소비자를 포함하는 절차나 방법을 제정하여야 한다.

(j) 병원은 사전의료지시서를 집행하기 위한 뉴저지 주법 하에 소비자의 권리와 사전의료지시서를 고려하는 소비자들에게 정보를 주기 위해서 정기적인 의사소통 교육 프로그램을 개별적으로 혹은 다른 지역 기관과 협력하여 제공하여야 한다.

(k) 병원은 뉴저지 죽음에 관한 법과 뉴저지 노동 연합(New Jersey Staffing Alliance)에 따라 환자의 죽음 시점에 대한 절차와 정책을 제정하여야 한다. 이 때 정책과 절차는 환자의 죽음을 존중하는 종교적 믿음을 바탕으로 하여야 한다. 그와 같은 정책은 죽음을 신경학적 기준에 두는 뉴저지 의료전문가 위원회가 공포한 정책 및 규정과 일치하여야 한다. 또한 신경학적 기준에 의한 죽음은 죽음을 판단할 권한이 주어진 의사의 자격과 적절한 의학적 기준, 검사, 절차 등이 고려되어야 한다.

(l) 모든 병원은 24시간 가능한 1차 진료와 응급치료 및 지속적인 일반 치료를 요하여 내원하는 모든 환자를 위해 부전공의를 배치하여야 한다. 의료진(의사, 의사 보조, 실무관리간호사, 간호사, 등록 간호사)은 그런 모든 원내 환자들의 응급 정도를 파악하고 분류하는 것이 아니라, 일단은 모두 일상 진료로 여겨야 한다. 일상과 응급 진료의 경우 아래에 따라 조치하여야 한다:

1. 환자와 의사간의 의사소통이 필요하기는 하나, 환자의 상태가 응급적인 진찰을 요하지는 않는 경우, 일상 진료가 필요하다. 병원은 일상 진료에서 의사들이 환자에게 적절하게 응할 수 있는 시간을 내규로 규정하여야 한다.

2. 환자와 의사간의 의사소통이 필요하며, 환자의 상황도 의사에게 즉각적인 의사소통이 필요한 경우, 응급 진료가 필요하다. 응급 상황에서 환자의 상태는 담당 의사가 제공한 의료와 직접적으로 연관되어 있을 수 있기 때문에, 그 의사는 병원 임상 스텝으로부터 호출 온 지 20분 내로 전화로 응답하여야 한다. 게다가 치료한 의사는 병원에 알려야 하고, 당직 의사와 적절한 면담가능한 시간을 상의하여야 한다. 당직 의사와 적절한 면담 가능한 시간에 대해 의견 불일치가 있는 경우, 치료하는 의사의 의견에 따라야 한다. 그러나 환자가 미성년자인 경우, 그 면담시간을 당직 의사의 첫 번째 호출이 있는 후 60분을 넘겨서는 안 된다. 병원은 환자가 응급실에 머무는 동안에 발생한 모든 일을 의료기록에 남겨야 한다. 또한 그 정보들을 모니터링하고, 병원의 질 관리 스텝은 적어도 일 년에 한번은 그 정보를 검토하여야 한다.



## 부록 7. 플로리다 주 Health Care Advance Directives

Florida Title XLIV, Chapter 765 사전 의료 지시서: § 765.401 The Proxy

### (1) (h)

(h) 임상 사회 복지사는 491장에 의거하여 면허를 받은 사람이거나 법원이 승인한 가디언십 프로그램을 마친 사람이다. 그런 대리인은 의료기관(이하 ‘기관’)의 윤리 위원회에 의해 선출되어야 하고, 기관에 의해 고용되어서는 안된다. 기관에 윤리 위원회가 구성되어 있지 않다면, 그런 대리인은 다른 기관의 윤리 위원회의 조정을 통해 선출되어야 한다. 대리인은 신청하는 대로 통지될 것이며, 기관은 환자 치료에 개입되어 있지 않은 second physician을 준비시켜야 한다. 연명치료 중단 및 보류에 관한 결정 절차는 기관의 윤리 위원회에 의해 심의되어야 한다. 대리인에게 영향을 미칠 수 있는 문서는 반드시 환자의 의무 기록에 남겨져야 한다.

### § 765.404 지속적인 식물 상태

(2) 후견인과 주치의는 기관의 병원 윤리 위원회와의 논의에서 환자의 상태가 영속적인지, 회복할 가능성은 없는 것인지, 연명치료를 중단하거나 보류하는 것이 환자에게 최선인 것인지를 결정한다. 기관 내 윤리 위원회가 존재하지 않는 경우, 다른 기관의 윤리 위원회에 의뢰하거나 플로리다 생명윤리 네트워크에서 인정된 지역사회에 기반을 둔(community-based) 윤리 위원회에 의뢰해야한다. 윤리 위원회는 후견인과 함께 심의하고, 주치의와 상의하여, 식물상태의 영속성 여부 및 회복 가능성에 대해서 결론내려야 한다. 위원회의 각 위원들과 윤리 위원회 관련 기관들은 이 장에서 요구되는 의무를 수행하는 데 있어서 발생한 민사 소송에서 어떠한 책임도 지지 않는다.

## 부록 8. 아리조나 주 Living Wills and Health Care Directives Act<sup>121)</sup>

Arizona Title 36, Chapter 32 생전유언과 사전의료지시서에 관한 법: Ariz. Rev. Stat. Ann. § 36-3231 대리 의사결정자: 우선순위: 한계

B. 의료인이 이 장의 A subsection에 의거해 열거된 어떤 사람도 찾지 못하는 경우, 환자의 주치의는 병원 윤리위원회의 상담을 거쳐 자문을 구한 후 환자에 대한 의학적 의사결정을 내릴 수 있다. 이것이 불가능한 경우, 주치의는 자신의 의견과 일치하는 second physician과 상의한 후에 결정을 내릴 수 있다. 이 subsection의 목적을 위해, “병원윤리위원회”는 의학적 처치와 관련된 윤리적 문제에 대해 자문하기 위해 위촉되거나 임명된 위원회를 의미한다.

C. 신의성실하게 의사결정을 내린 자는 § 36-3205에서 명시하고 있는 동일한 상황과 내용에 대해서는 면책된다.

### § 36-3204 의료공급자: 책임면제, 조건

A. 사전의료지시서가 명확하게 작성되었거나 대리인이 신중하게 의사결정을 하였다는 판단에 따라 신의성실하게 의사결정을 내린 경우 보건의료공급자는 형사 책임과 민사 책임으로부터 면책되며, 전문가 규율 대상이 되지 않는다.

B. 의료 공급자는 대리인 지정서를 신의성실하게 작성하거나 사전의료지시서를 신중하게 작성하게끔 하여야 한다. 법정은 공급자에게 알려진 정보의 신의성실성 존재 여부에 기반하여 판결하며, 부당한 동기에 대한 명확하고 신빙성 있는 증거가 있으며, 그에 근거해 작성되어 불성실함이 인정된 이후에 한해서 그에 대한 판결을 내릴 수 있다. 이 조항의 목적을 위해서 모든 의료 관련 의

<sup>121)</sup> <http://www.azleg.gov/FormatDocument.asp?inDoc=/ars/36/03231.htm&Title=36&DocType=ARS>

사결정은 신의성실성을 포함하며, 만일 환자가 작성하여 유효한 의료지시서와 환자의 최선의 이익이나 대리인의 지시가 다른 경우, 환자의 바람에 대한 의료 공급자의 합리적인 믿음에 근거하여 행할 수 있도록 함으로써 신의성실성을 가진다.

C. 다음의 상황에서 의료공급자는 민·형사적 책임이나 전문직 규율의 대상이 아니다.

1. 의료진이 원치 않거나 환자의 지시에 따라 행하고자 하는 다른 의료진에게 책임을 넘기는 경우, 의료진의 양심에 어긋나 환자의 지시에 따르지 않는 경우
2. 의료인이 장애를 가진 환자에 대하여 합리적인 의료를 한 후에 그 환자의 대리인과 연락이 닿지 않는 경우나 응급 상황에서 대리인과 면담할 만한 충분한 시간이 없어 하지 못한 경우
3. 환자에 대한 법정 판결에 따르는 경우
4. 보호자에게 인공 및 수액 공급을 포함한 연명치료 중단 혹은 보류에 대한 권한을 포함하는 청원 등과 같은 요구와 관련된 14-5303조 B항에 따르지 않는 경우

D. 이 조항은 의료인의 환자에게 행한 부주의한 치료에 대해서 민·형사적 책임으로부터 면책하여 주거나 전문직 규율로부터 보호하고자 하는 게 아니다. 이 때 부주의한 치료란 36-3231조항에 따른 기관 윤리 위원회의 권고 사항이나 대리인의 지시에 따른 의료인의 신의성실성과 관련이 없다.

부록 9. 하와이 주 Hawaii Revised Statutes<sup>122)</sup>

§ 663-1.7 전문가 단체; 동료심사 위원회; 윤리위원회; 병원 또는 클리닉  
질 보장 위원회; 면책; 예외.

(a) 이 장에서 사용되는 용어는 다음과 같다.

윤리위원회는 병원 행정 관료가 지명한 위원으로 구성된 다학제 위원회로, 이 위원회의 기능은 상담, 교육, 심사, 연명치료에 관한 의사결정을 포함하여 윤리적 문제에 관한 의사결정을 한다.

(b) 동료심사위원회, 윤리위원회, 질보장위원회의 위원 또는 이들 위원회에 증인으로 참석한 자, 동료심사위원회, 윤리위원회, 또는 질보장위원회를 설치하거나 제공하기 위한 목적으로 촉진행위를 한 자는 민사상의 책임을 지지 않는다.

(1) 악의 없이 행동한 위원, 증인, 신청자

(2) 위원의 경우, 이전의 위원이 행했던 방법으로 행동할 권한이 있다.

(c) 동료심사위원회나 질보장위원회에 참여한 자, 동료심사위원회 또는 질보장위원회의 설치 또는 촉진을 위한 목적으로 정보를 제공한 자는 물론 제공된 정보가 허위임을 알고 동료심사위원회 또는 질보장위원회의 설치 또는 촉진을 위한 목적으로 동료심사위원회나 질보장위원회에 그와 관련된 정보를 제공하는 자는 민사상의 책임이 없다.

122) [http://www.capitol.hawaii.gov/hrscurrent/Vol13\\_Ch0601-0676/HRS0663/HRS\\_0663-0001\\_0007.htm](http://www.capitol.hawaii.gov/hrscurrent/Vol13_Ch0601-0676/HRS0663/HRS_0663-0001_0007.htm)

(d) 이 장은 전문가 단체, 병원, 의원, 건강관리기구, 선호공급조직, 선호공급자 네트워크의 책임으로부터 면제시켜 주고자 하는 것으로 볼 수 없으며, 전문가 단체의 주주, 임원의 면책에도 영향을 미치지 않는다.

; 동료심사위원회, 윤리위원회, 질보장위원회에서 도달된 결론과 의사소통한 경우에 있어서 그와 관련하여서는 해당 전문가 협회, 병원, 의원, 건강관리기구, 선호공급조직, 선호 공급자 네트워크는 면책된다. 이들 구성원(조직)들은 전문직 사회 구성원(조직)으로서 전문직 기준에 따르며. 고용 관계에 있어서 동일한 직업군을 가지고 있거나 적절한 절차에 따라 관리 조직, 위원회, 그에 상응하는 권한을 지닌 자 혹은 개원의의 의료 서비스 보조 프로그램을 운영할 책임을 지닌 정부기관들이 그에 속할 수 있다.

(e) 전문직 사회, 병원, 의원, 보건의료 지원 조직, 의료 제공자 조직, 전문직 조합의 주주 혹은 조합원에 대한 최종 동료 심사 위원회에서는 부정적인 결정들에 대하여 상무국에 서류로 보고하여야한다; 최종 동료 심사 위원회란 특정 사례에 대하여 마지막 조치를 내리는 조직을 의미하며; 사례가 국가적이든 혹은 국제적인 차원이든 이 조항의 목적을 위하여서는 본 최종 동료 심사 위원회가 하와이 주 내에서는 최종 위원회이어야 한다. 질 보장 위원회는 각 관계 기관과는 독립된 의료진이 확인한 환자 의료에 대한 정보들을 상무국에 서류로 보고하여야 한다. 이 보고는 부정적인 결정이 난 이후 30일 이내에 정리하여 보관하여야 한다. 보고서에는 사건의 본질, 날짜, 원인, 배경에 대한 정보가 포함되어야 한다. 특정 환자 식별군은 삭제되어야 한다. 가능성 있는 부정적인 결정을 징계 대신에 협의된 다른 봉사 활동이나 사직으로 대신하는 경우, 이를 보고서 상에 명시하여야 한다. 관할 부서는 이 조항에서 요하는 대로 보고서 양식을 규정하여야 한다. 이 조항에 따르지 않는 경우 각 위원당 100불 이하의 벌금형에 처한다.

(f) 이 조항 하에 발생하는 민사 소송에서 한 당사자가 다른 당사자에 대하여 금전적 혹은 정신적 보상을 요구하는 경우 법원은 각 당사자에 대하여 평가하고, 각 당사자의 불만이나 그에 대한 방어 등에 대한 경솔함에 대해서 판단하여 보상 금액 및 변호사 비용 등을 명령한다.

(g) (f)조항 하에 보상 금액과 변호사 비용이 지급 판정하는 경우, 법정은 각 당사자의 불만이나 그에 대한 방어에 대한 경솔함을 판단할 수 있는 근거 자료를 서류상으로 남겨야한다.

#### 참조

소송으로부터 면제, § 624-25.5.

보건 의료 동료 심사, 671D조

성가신 소송 당사자, 634J조

동료 심사는 명예 훼손 소송에 대한 완전한 변호 수단이다. 754 F.2d 1420

## ABSTRACT

### Study on Strengthening Hospital Ethics Committee

Kang, Hyun Hee

Dept. of Bioethics and Health Law

The Graduate School

Yonsei University

The purpose of this study lies in presenting strategies for the management and reinforcement of the Hospital Ethics Committee in order to resolve dilemmas, such as the cessation of insignificant life prolongation therapy, that occur in the clinical field. The contents of the study focus on reinforcement strategies for the appropriate operation and institutional establishment of the Hospital Ethics Committee. The followings are the results.

Firstly, the Hospital Ethics Committee of Korea exists primarily for the function of consultation. Maintenance of the current capacity of consultation · deliberation without legal-binding would allow the conclusions the Hospital Ethics Committee to remain but a formality. Therefore, reinforcement of the capacity for deliberation · decision of conclusions of the Hospital Ethics Committee is in need for a certain amount of legally-binding force. If the people in concerned disagree with the conclusion and opinion of the Hospital Ethics Committee at this point, regulations regarding a period of time to

search for other medical institution or personnel and obligations for the medical institute to assist this search are also in demand.

Secondly, the appropriate form of Hospital Ethics Committee would be multidisciplinary when reinforcing the capacity for deliberation · decision on issues such as the cessation of life prolongation therapy. Multidisciplinary would be the rule because multidisciplinary allows fresh and valuable conversations in the medical decision making process and legally has the aspect of sharing and dividing responsibility. However, since a team-approach is more efficient than a board-approach in actual case analysis, there is need for operation of a specialty board within the Hospital Ethics Committee for evaluation of issues which are consecutively forwarded to the general board in order to promote professionalism and substantiality in the decision making process.

Thirdly, internal regulations of Hospital Ethics Committee should satisfy certain requisites concerning prospective operation of the board. Standardized internal regulations should be established for minimization of prospective institutional and regional disparities.

Fourthly, legal provisions in relation to the decisions of the board should be made for establishment and operation of the board in order to draw out decisions with binding force. Subjects such as the purpose of Hospital Ethics Committee, definitions of terminology, cardinal principles, and the duties of national public bodies should be included in the general provisions of the law



regarding Hospital Ethics Committee. Other issues such as establishment and form of Hospital Ethics Committee, constitution of the board, and exemption from duty should also be included. Because rules of exemption fundamentally allow efficiency of function in Hospital Ethics Committee, regulations are needed to exempt board members of the Hospital Ethics Committee, the involved institute, and doctors who acted accordingly to the system from civil • penal responsibilities.

Lastly, there is need for ethically value laden issues such as cessation of life prolongation therapy to not end at deliberation • decision but to be connected through a virtuous cycle to change the policy of each institute and develop national guidelines • policies. The whole society needs to help establishing a national fund for understanding and resolving diverse clinical-ethical issues including life prolongation therapy and the establishment • operation of Hospital Ethics Committee including the development • enforcement of educational programs for the Hospital Ethics Committee of each medical institute and each regional society. The function of patient's self-determination should be included in the program of Hospital Ethics Committee in addition to the function of cessating the life prolongation therapy.

---

Key Words : Hospital Ethics Committee, Optimal Function, Revitalising Strategy, Bylaw, Law-Making Example.