

가톨릭 의료기관 임상윤리자문
활성화를 위한 지침과 방안에
대한 고찰

김미선, 박은호
가톨릭중앙의료원, 가톨릭대학교

가톨릭 의료기관 임상윤리지문 활성화를 위한 지침과 방안에 대한 고찰

김미선*

가톨릭중앙의료원 의료윤리사무국 의료윤리코디네이터

박은호**

가톨릭대학교 생명대학원 조교수

주제분류 의료윤리, 생명윤리

주제어 가톨릭 의료윤리, 임상윤리지문, 임상윤리지문 활성화, 가톨릭 보건의료활동을 위한 윤리적 종교적 지침

요약문 의료 기술이 고도로 발전하고 있는 다원주의 사회에서 임상현장에서의 윤리적 갈등의 해결을 지원하는 임상윤리지문의 역할이 중요해지고 있다. 임상윤리지문은 환자 돌봄에서 발생할 수 있는 개별적인 윤리문제에 대하여 환자, 환자 보호자, 의료진이 충분한 정보에 근거한 숙고된 의사결정을 내리는데 도움을 주기 위한 활동이다. 우리나라에서 임상윤리지문은 2018년 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(이하 연명의료결정법)」이 시행되면서, 의료기관윤리위원회의 활동으로 규정되었지만, 대부분 의료기관과 우리나라 의료의 8.3%를 담당하고 있는 가톨릭 의료기관에서 널리 활성화되지 못하고 있다. 특별히 가톨릭 의료기관은 의료의 급속한 발전과 사회/제도적 변화 속에서도 가톨릭 이념에 맞는 구체적인 윤리 지침과 활성화 방안을 가지고 효과적인 자문을 할 수 있어야 한다. 따라서 그에 맞는 윤리지침의 적절한 모델로 미국 가톨릭 주교회의에서 발표한 『가톨릭 보건의료활동을 위한 윤리적 종교적 지침』(Ethics and Religious Directive for catholic Health Care Service : ERDs)을 준용하는 것이 적절하다고 판단된다. 또한 임상윤리지문 활성화에 진전을 보이고 있는 가톨릭중앙의료원의 구체적 사례는 다른 가톨릭 의료기관의 임상윤리지문 활성화를 위한 방향성을 제시하고 전인적 의료를 추구하는 모든 의료기관에서도 공유할 만한 사례가 될 수 있다고 생각한다. 가톨릭 의료기관에서 임상윤리지문이 활성화되고 적절하게 운영된다면, 환자의 최선의 이익을 추구하는 기관의 양심이 될 것이며, 의료진의 권리와 양심을 보호하여 보다 질 높은 의료이 이루어질 것이다. 이는 갈수록 산업화되는 의료 현장에서 의학의 발전이 인간의 존엄과 가치를 위해 봉사하는 가톨릭 의료기관의 정체성을 지켜나가는 데 큰 도움을 줄 수 있을 것이다.

* 주저자

** 교신저자

I. 서론

의료 분야에서 윤리적 문제가 광범위한 사회적 관심을 받기 시작하고 무엇보다 의학기술의 발달에서 비롯된 의학윤리적 사안들이 의사들의 개별적인 식별과 판단 능력을 넘어서면서 임상 윤리자문, 윤리교육 제공, 정책형성의 기능을 하는 병원윤리위원회가 생겨나게 되었다 (President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, 1983). 임상윤리자문(Clinical ethics consultation)¹⁾은 주로 병원윤리위원회의 주요 활동으로 여겨지는데, Slowther et al(2004: 950)은 “임상 현장이나 환자 돌봄에서 발생하는 윤리적 문제에 대해 의료 전문가 및 환자에게 지원 및 조언을 제공하는 것”이라 하였고 American Society for Bioethics and Humanities 이하 ASBH(1998:3-8)은 “개별 자문가나 자문가 팀 혹은 위원회가 의료에서 가치에 관한 불확실성이나 갈등을 겪고 있는 환자, 가족, 대리인, 또는 관련된 사람들을 돕도록 제공하는 서비스”라고 정의하고 있다.

국내의 병원윤리위원회는 1980년대부터 각 병원에 설치되기 시작하였고 1999년에 이르면 대학병원 중 90.3%, 종합병원 중 71.4%에 윤리위원회가 설치되어 운영된다. 당시 병원윤리위원회들의 주요 활동으로는 환자의 권리에 대한 사항, 의료인의 비윤리적 행위, 의료윤리에 연관된 규정의 작성과 검토 등이었다(고윤석 외, 1999: 66). 그런데, 1998년 보라매병원 사건(안성희 외 3, 2018: 129-130)²⁾으로 인하여 연명의료중단의 문제가 공론화되면서 병원윤리위원회에 대한 관심이 증대되었고, 2008년 ‘세브란스 병원 김할머니 사건’ (대법원 2009.5.21. 선고 2009다17417 판결)³⁾은 병원윤리위원회의 법적 제도화에 결정적인 영향을 미쳤다(안성희 외, 2018: 130-131; (재)

1) 영어 Ethics Consultation에 대해서 “윤리상담”이라고 번역하는 것이 적절하다는 의견도 있지만, 이 논문에서는 국가생명윤리정책원에서 채택한 번역어인 “윤리자문”을 사용하기로 했다(국가생명윤리정책원, 2012).

2) 1997년 58세 남성이 낫술에 취하여 시멘트 바닥에 머리를 부딪쳐 서울 보라매병원 응급실에 도착하였다. 의료진은 보호자를 수소문하다가 9시간 동안 뇌수술을 하였다. 뒤늦게 연락을 받고 달려온 환자의 아내는 의식없이 인공호흡기를 부착한 남편을 보고 수술비, 입원비 등을 감당할 형편이 안 된다고 퇴원을 요구하였다. 담당 의사는 퇴원을 말했으나 병원에 책임을 묻지 않겠다는 각서를 받고 앰블런스로 집으로 퇴원시킨 후 인공호흡장치를 제거하였는데, 환자는 5분 후 사망하였다. 검찰은 아내와 의료진이 죽을 줄 알면서도 환자를 퇴원시킨 행위는 살인이라며 기소하였고 7년 재판 끝에 2004년 6월 대법원은 아내, 전문의, 그리고 레지던트에게 살인방조죄로 유죄를 확정하였다.

3) 2008년 세브란스병원에서 한 70대 여성이 폐암 발병 여부를 확인하기 위한 조직검사를 진행하던 중 과다출혈로 의식불명상태가 되어 인공호흡기를 부착하게 되었다. 그러나 이 여성의 가족들은 인공호흡기가 치료가 아닌 환자의 상태를 유지하는 수단이라 판단하여 평소 그 여성의 뜻을 전하며 인공호흡기를 제거해달라고 요청했지만 병원에서는 이를 받아들이지 않았고, 소송에까지 이르게 된다. 이 사건을 김할머니 사건이라고 부르는데, 당시 대법원은 환자가 회복 불가능한 사망단계에 진입하였고, 연명의료 중단에 대한 환자의 의사를 추정할 수 있는 경우라면 해당 환자에 대한 연명의료를

국가생명윤리정책원, 2018, 11-12.). 당시 대법원은 일정한 조건을 충족하는 경우 연명의료⁴⁾중단을 허용하였는데, 이 판결에서는 연명의료 중단에 대한 좀 더 신중한 판단을 위해, 상당한 기간 동안 전문 의료인이 관찰, 진단, 판단한 결과를 참고할 뿐만 아니라, 병원윤리위원회의 심의를 거치도록 제안하였다. 이후 사회적 논의를 거쳐 2016년 2월 3일 제정된 연명의료결정법 제14조 제1항에는 연명의료중단등결정 및 그 이행에 관한 업무를 수행하려는 의료기관은 의료기관윤리위원회를 설치하고 등록해야 한다고 명시하고 있는데, 구체적으로 제14조 제3항에 명시된 환자와 환자가족에 대한 연명의료중단등결정 관련 “상담”은 임상윤리자문이라는 윤리위원회의 활동을 말한다고 볼 수 있다. 그러나 법 시행 약 5년이 지난 2023년 4월 기준으로 의료기관의 19.5%만이 윤리위원회를 등록하였으며(국립연명의료관리기관, 2023), 윤리위원회의 심의, 자문, 상담의 기능 수행에 관한 결과는 보고된 것이 거의 없다. 그리고 현재 우리나라 연명의료결정법에서의 심의, 자문, 상담은 연명의료중단등결정 및 그 이행에 집중되어 있어서 다양한 임상윤리적 갈등에 대한 충분한 대처가 이루어지기 힘든 상황이다.

이러한 상황은 우리나라 의료의 약 8.3%를 담당하고 있는 가톨릭 의료기관도 크게 다르지 않다(국립연명의료관리기관, 2023; 한국가톨릭의료협회, 2023).⁵⁾ 2022년 12월 31일 보건복지부 자료에 의하면, 한국가톨릭의료협회 소속 종합병원과 상급종합병원 31개 가운데, 12개 기관만이 의료기관윤리위원회를 등록한 상황이며(보건복지부, 2022), 가톨릭중앙의료원(Catholic Medical Center, 이하: CMC) 소속 병원 8개를 제외하면 4개 병원만이 의료기관윤리위원회를 운영하고 있다. CMC의 경우, 임상윤리자문의 활성화에 있어서 어느 정도 진전을 보이고 있지만 그러한 활동 내용과 활성화 방안에 대해서는 외부로 알려진 바가 별로 없으며, 가톨릭 의료기관만이 가지는 특별한 상황을 고려한 의료기관윤리위원회나 임상윤리자문을 위한 지침과 활성화 방안에 대한 논의는 가톨릭 의료기관의 윤리위원회 구성에 대한 제언을 제시했던 장덕필(1987: 125-142)의 연구 외에는 찾아보기가 어렵다.

이에 본 연구는 가톨릭 의료기관이 가톨릭 이념에 부합하는 의료기관윤리위원회를 구성하고 임상윤리자문을 활성화할 수 있는 지침과 방안에 대해서 살펴보고자 한다. 이를 위해서 먼저 임

중단할 수 있다고 판결했다. 인공호흡기를 제거한 이 여성은 자발호흡을 시작하였고, 200일 생존 후 사망하였다.

4) 김 할머니 사건의 “대법원 판결에서는 “연명치료” 라는 용어를 사용하면서 중단이나 유보의 문제를 다루었으나, 국가생명윤리심의위원회는 입법 권고를 제시하면서 “연명의료” 라는 용어를 사용하고 있는데, 그 취지를 다음과 같이 밝히고 있다. “- ‘치료’ 라는 용어가 반드시 시행해야 하는 의료행위로 이해되고 있는 점이 있고 ‘치료 중단’ 이라고 표현할 경우 그 자체가 비윤리적으로 오해될 위험이 있음. - ‘치료’ 라는 용어를 가치중립적인 용어인 ‘의료’ 로 통일해서 사용하기로 함. 기존의 ‘연명치료’ 라는 용어는 ‘연명의료’ 라는 용어로 변경하여 사용하기로 함”, 무의미한 연명치료 중단 제도화 논의를 위한 특별위원회 주최, 2013년 5월 29일, “무의미한 연명의료 결정 제도화 관련공청회” 자료집 중 “ ‘연명의료’ 관련 용어 정리” 참조 (최경석, 2014: 229). 이에 필자 역시 “연명치료” 대신 “연명의료” 라는 용어를 사용하기로 하였다.

5) 해당 자료에 의하면, 상급종합병원 45개, 종합병원 328개이며 한국가톨릭의료협회 회원 중 상급종합병원과 종합병원은 31개이다.

상윤리자문에 대한 일반적인 고찰을 하고, 가톨릭 의료기관이 임상윤리자문 활동의 기본적인 윤리 지침을 구성하기 위한 모델로서 미국주교회의의 지침을 살펴보고, 그러한 윤리자문 활동의 활성화를 위한 보다 구체적인 방안을 CMC의 사례를 통해서 제시해 보고자 한다. 이 연구는 우리나라의 가톨릭 의료기관들에서 이루어지고 있는 모든 현황을 반영하고 있지 않고 있다. 그러나 가톨릭 의료기관들이 의료기관윤리위원회를 구성하고 임상윤리자문 활동을 활성화하는 것뿐만 아니라 비가톨릭 의료기관들을 위해서도 참고가 될 수 있을 것이다.

II. 본론

1. 임상윤리자문의 일반적 고찰

오늘날 임상윤리자문은 다음과 같은 이유로 그 필요성이 증가하고 있다. 첫째, 장기 이식과 집중 치료 등 현대 의료가 빠른 속도로 발전하고 세분화(Tapper, 2013: 417-418)가 되고 있고 많은 환자들이 고령화되는 관계로 의료현장에서 다양한 윤리적 딜레마가 발생하고 있다는 점을 들 수 있다. 이러한 윤리적 딜레마는 담당 의사와 환자만으로는 해결하기 어려운 복잡한 사안인 경우도 많이 있는데, 우리나라의 경우, 환자의 생명에 중요한 영향을 미칠 주요 결정에 대하여, 담당의사 단독의 판단보다는 다른 관점을 가진 다양한 전문가의 도움이 필요함을 깨닫게 된 계기가 앞에서 언급한 “보라매병원 사건”이었다(김상득, 2015: 378). 둘째, 환자의 선(善)에 대한 관점의 변화가 일어나고 있다는 점인데, 과거의 의료행위가 ‘선행의 모델(the beneficence model)’을 토대로 해서 의사의 관점에서 환자의 신체적인 선익을 주로 판단하는데 그쳤다면(엘리오 스그레차, 2016: 508), 현대에는 환자의 선의 개념이 신체적인 부분을 포함한 정신적, 사회적, 영적인 차원까지 포괄하는 전인적 개념으로 변화되었고, 의료적 결정에 대한 환자의 권리가 중시되고 있다. 이러한 관점에서 환자의 최선의 이익에 대한 의사와 환자의 입장이 상충하는 경우가 발생할 수 있다. 또한 현대 사회는 가치관이 다양화된 다원주의 사회이기에 임상 현장의 결정에 있어서도 서로의 합의를 이끌어 갈 필요가 있다(김상득, 2015: 377-381). 손보미(2020: 43)는 “현대 생명윤리 논쟁에서 인간의 존엄(human dignity)을 이해하는 입장이 분열되는 듯 보이는 현상이 있다”고 지적하기도 하였다. 셋째, 윤리적 갈등을 겪는 대다수의 의료인이 윤리적 자문의 필요성을 언급한다는 것이다. 2015년 가톨릭중앙의료원의 의료진 포커스 인터뷰를 한 결과 윤리적인 문제 해결에 있어서 신속하고 전문적인 도움을 줄 수 있는 임상윤리자문에 대한 요구도가 높다는 것을 알 수 있었으며(정낙균, 2017: 11), 2015년에 316명의 의료진을 대상으로 이루어졌던 연구에서도 97%가 임상윤리자문이 필요하다는 응답을 하였다(김민선 외, 2017: 382-383).

이와 같은 필요성은 임상윤리자문의 목적을 구체적으로 정하는 토대가 되는데, 1998년 미국 생명윤리인문학협회(American Society for Bioethics and Humanities, 이하: ASBH)는 그와 같은

필요성에 기초하여 임상윤리자문의 일반적인 목적을 “환자 진료에서 발생하는 윤리적 문제를 명확히 규정하고 그 문제를 분석하고 해결책을 제시함으로써 의료의 질을 향상시키는 것” (American Society for Bioethics and Humanities Task Force on Standards for Bioethics Consultation, 1998: 3-8)이라고 서술하였다. 실제로 임상윤리자문은 환자 및 보호자와 의료진 사이의 의사 결정 과정을 적절하게 조성하면서 그 과정에 참여하는 모든 이들이 각자의 책임을 명확히 인식하고 받아들일 수 있게 하며 기관의 정책, 인간의 존엄성과 존엄성 존중을 위한 기본 원칙을 정확하게 인식하고 이해하도록 하는 기회가 될 수 있다 (피튼 J. 에드워드 외, 2012: 106).

이러한 자문활동의 기대 효과는 첫째, 구체적인 상황에서 환자에게 최선의 이익을 최대한 보장할 수 있을 것이라는 점, 둘째, 윤리적인 딜레마를 보다 신속하고 안정적인 방식으로 해결할 수 있을 것이라는 점, 셋째, 환자와 의료진 사이의 신뢰를 쌓을 수 있을 것이라는 점(박혜윤: 2019)인데, 제대로 된 임상윤리자문 활동은 의료진의 신뢰를 회복하는데 중요한 기여를 할 수 있을 것이라는 기대이다. 넷째, 의료진의 소진 예방(Tarzian and ASBH Core Competencies Update Task Force, 2013: 9)인데, 대부분의 의료진은 임상 현장에서 일상적으로 많은 윤리 문제를 직면하게 되며 거기에서 많은 스트레스와 소진을 경험하기 때문이다(김미선, 2022: 12-14). 실제로 코로나 대유행 때에 인공호흡기가 부족한 상황이 많이 발생하였고, 이로 인해 환자를 분류하고 특정 환자에게는 인공호흡기를 중단해야 하는 일들이 있었는데, 당시 의료진이 겪었던 엄청난 스트레스가 보고된 바가 있었다(Ferraresi, 2020).

2. 가톨릭 의료기관의 임상윤리자문을 위한 윤리적 지침

1) 임상윤리자문을 위한 윤리지침의 필요성과 「가톨릭 보건의료활동을 위한 윤리적 종교적 지침」 (Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Service)

임상윤리자문은 서론에서 밝혔듯이 임상 현장에서 발생하는 윤리적 갈등에 대해서 의사와 환자에게 지원과 조언을 해 주는 활동이다. 이는 그러한 갈등 상황에서 침묵하게 대답하는 윤리적 쟁점을 파악하는 능력도 요구되지만, 그러한 쟁점을 분석하고 판단하기 위해서는 분명한 윤리적 기준이 존재해야 한다. 가톨릭 의료기관 역시 윤리위원회를 구성하고 임상윤리자문 활동을 하기 위해서는 우선 가톨릭 의료윤리에 부합하는 윤리적 지침을 가지고 있어야 한다.

가톨릭교회는 설립 초기부터 의료 사업을 적극적으로 실천해왔고, 교황 비오 12세부터 의료윤리와 생명윤리에 관련된 연설과 다양한 문헌들을 적극적으로 발표하면서 이미 임상윤리를 위한 이론적 토대를 마련해 왔는데,⁶⁾ 그러한 문헌들을 토대로 병원이라는 특수한 환경에 적합한

6) 교황 비오 12세부터 의료윤리와 생명윤리에 관련된 교황청 주요 문헌들은 다음과 같은 것들이 있다. Pio XII, Discorsi ai Medici, F. Angelini(a cura di), Edizioni “Orizzonte Medico, Roma, 19605; 교황 바오로 6세, 회칙 「인간 생명」 (Humanae Vitae), 1968.7.25, 한국천주교주교회의; 교황청 신앙교리성, 인공유산에 관한 선언 「낙태 문제」 (Questio de Abortu, 1974.11.18), 『가톨릭교회의 가르침』

구체적인 지침을 마련해야 하는 것이다. 2003년 미국 ‘Ascension Health’ (미국의 가장 큰 가톨릭 비영리 의료시스템) 윤리위원회 지도자들 역시 가톨릭 의료기관에서는 다음의 지침이 추가로 필요하다는데 의견이 일치되었다.

- 가톨릭 도덕 이론과 핵심 윤리 원칙.
- 보건 의료법의 영역을 넘어서는 대표적 사례들.
- 『가톨릭 보건의료활동을 위한 윤리적 종교적 지침』(Ethics and Religious Directive for catholic Health Care Service : 이후 ERDs) (미국가톨릭 생명윤리센터, 2012: 109).

여기에서 언급된 ERDs는 의료환경에 적합한 대표적인 윤리지침으로 미국주교회의에서 발표한 문헌이다. 미국의 경우 2001년 이후 20년 동안 가톨릭 의료기관의 숫자는 지속적인 성장을 유지해 왔으며, 단기 급성기 요양 병원은 지난 20년간 28% 이상 성장하여 미국의 모든 단기 급성기 요양병원의 거의 16%를 차지하고 있다(Solomon et al., 2020: 4). ERDs는 70년이 넘는 기간 동안 미국 내에서 위와 같은 가톨릭 의료 기관의 성장과 함께 발전하였기 때문에 미국 가톨릭 의료 기관을 위한 가장 중요한 윤리적 지침으로 자리잡았다. 이 지침은 1948년에 처음으로 “윤리적 종교적 지침” (Ethical Religious Directives)이라는 명칭을 가지고 출간되었는데 특별히 70-80년대에 일어난 사회, 의료, 보건 재정의 중요한 변화에 대처하기 위해서 1980년대 후반부터 지침을 개정하려는 노력을 시작하였고 1995년에 새 개정판을 발표하게 된다. 이후에도 계속해서 개정판이 발표되어 현재 6판에 이르렀지만, 1995년의 반영된 중요한 변화들은 현재에도 유효한 것이다(Brehany, 2020, 4.1-4.2). 이 지침을 살펴보면 그 동안 의료윤리나 생명 윤리와 관련하여 교황청에서 발표해 왔던 문헌들의 가르침을 토대로 만들어졌다는 것을 알 수 있다.

2) ERDs의 전반적인 구조와 내용

가장 최근의 개정판(Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Service 6th edition)은 2016년 발표되었는데, 총 77개의 지침을 담고 있으며, 총6부로 되어 있는데, 현재 이

62호(2020); 교황청 신앙교리성, 안락사에 관한 선언 「가치와 권리」 (Iura et Bona, 1980.5.5.), 『가톨릭교회의 가르침』 62호(2020); 교황청 사회복지평의회, 「중환자와 임종자에 관한 윤리 문제」, 1981.6.27., 『사목』 78호(1981)/79호(1982); 교황청 신앙교리성, 태어나는 인간 생명의 존중과 출산의 존엄성에 관한 훈령 「생명의 선물」 (Donum Vitae, 1987.2.22.), 『가톨릭교회의 가르침』 62호(2020); 교황청 보건사목평의회, 「의료인 헌장」 (Charter for Health Care Workers, 1995), 가톨릭대학교출판부, 1995; 교황 요한 바오로 2세, 회칙 「생명의 복음」 (Evangelium Vitae, 1995.3.25.), 한국천주교주교회의; 교황청 신앙교리성, 생명 윤리의 특정 문제에 관한 훈령 「인간의 존엄」 (Dignitas Personae, 2008.9.8.), 『가톨릭교회의 가르침』 62호(2020); 교황청 보건사목평의회, 「새 의료인 헌장」 (New Charter for Health Care Workers, 2016), 한국천주교주교회의, 2019; 교황청 신앙교리성, 중증 말기 병자의 돌봄에 관한 서한 「착한 사마리아인」 (Samaritanus Bonus, 2020.7.14.), 『가톨릭교회의 가르침』 64호(2021).

지침의 최신판에 대한 한국어 번역본은 아직 존재하지 않는다. 각 부의 주제와 지침들을 간략히 소개하면 다음과 같다(Brehany, 2020, 4.3-4.5).

제1부 가톨릭 보건의료의 사회적 책임: 여기서는 가톨릭 보건의료 직무의 중요한 사회적, 조직적 측면을 다루고 있다. 제1부는 가톨릭 보건의료 직무의 성격을 다루는데, 취약하고 소외된 사람들에 대한 봉사, 윤리적인 연구 촉진, 권위 있는 정책 구성을 위한 요구, 고용 관계의 정의 및 직원 존중, 교회법적 요구를 다룬다.

제2부 가톨릭 보건의료의 사목적·영적 책임: 여기서는 특별히 환자들에 대한 영적, 종교적 돌봄을 다룬다. 환자 돌봄에 있어서 전례와 성사 거행을 어떻게 해야 하는지 필요한 지침들을 소개한다. 특별히 최신판에는 그리스도교 일치나 종교 간 관계 등에 관련된 지침도 추가되었다.

제3부 의료인-환자 관계: 여기서는 20세기 후반 미국에서 등장한 팀 기반의 다학제적 접근방식을 통해서 향상된 의사-환자 관계를 설명한다. 치유의 관계는 개인적이고 인간 중심적인 관계여야 함을 주장하면서 다양한 보건의료 제공의 문제를 다룬다. 사전의료지시, 대리모, 사전동의, 인간에 대한 전인적 존중, 사생활과 기밀 유지, 학대 및 성폭행에 대한 올바른 치료, 윤리위원회 등에 대해서 이야기한다.

제4부 생명의 시작을 돌보는 문제들: 여기 서론은 주로 결혼과 부부 사랑의 본질과 고귀함에 대한 가톨릭교회의 이해를 다루며, 생명의 시작과 관련된 윤리 문제들에 대한 지침들이 있다. 피임, 불임, 낙태, 산전진단, 보조생식술, 대리모와 입양, 유전 상담 등이 여기서 다루는 주제들이다.

제5부 중환자와 임종자를 돌보는 문제들: 여기서는 서론에서 죽음에 대한 가톨릭교회의 이해를 소개하며 생명에 대한 관리자로서의 태도를 말한다. 지침에서는 먼저 죽음 준비에 있어서 필요한 핵심 윤리와 원칙들을 규정하고, 통상적/예외적 수단의 구분, 영양/수분 공급, 안락사와 조력자살, 통증 관리, 사망 판정, 장기 기증 등의 문제를 다룬다.

제6부 다른 의료기관과 의료 제공자들과의 협력 관계: 가톨릭 의료기관이 다른 의료기관들과 협력하는 과정에서 발생할 수 있는 윤리적 사안들을 다루는 부분으로 협력 관리의 성격과 신학적 의미, 협력의 원칙, 악한 표양(scandal), 지침을 해석하고 적용하는 지역 주교들의 권한에 대해서 규정한다.

이와 같은 전반적인 내용들 가운데, 전반적인 원칙을 포함하여 의료기관윤리위원회의 활동과 관련된 내용을 좀 더 구체적으로 살펴볼 필요가 있을 것이다.

3) 기본원칙과 임상윤리자문의 필요성

전체 지침의 토대가 되는 다섯 가지 기본 원칙은 다음과 같다. 첫째는 가톨릭 보건의료 사명은 인간 존엄성의 보호와 증진을 위한 헌신을 바탕으로 한다는 것, 두 번째는 가난한 이들에 대한 돌봄, 세 번째는 공동선에 대한 기여, 네 번째는 의료자원에 대한 책임 있는 관리, 다섯 번째는 가톨릭의 도덕에 반하는 의료 행위에 대한 거부이다. 이 원칙들은 모든 인간이 동등하게 지닌 존엄성을 바탕으로 하고 있으며, 가톨릭의 도덕에 반하는 의료 행위는 그러한 존엄성을 훼손

하는 의료 행위를 지칭하는 것이라고 이해할 수 있다.

전문의료인과 환자의 관계를 설명하는 부분에서는 윤리자문의 필요성을 다음과 같이 제시하고 있는데, 그러한 활동을 위해서 가톨릭교회의 지역 교구와 협력의 필요성을 강조하고 있음을 주목할 필요가 있다. 가톨릭 의료기관의 활동은 하나의 독립적인 사회단체의 활동이라기보다는 가톨릭교회의 활동을 구성하는 것이며 가톨릭교회의 협력으로 수행되어야 하는 것이다.

구체적인 윤리적 상황에 관한 조언을 하거나, 교육 기회를 제공하고, 정책을 검토·권장함으로써 도움을 주는 윤리 위원회나 이를 대신할 만한 다른 형태의 윤리 자문이 구비되어야 한다. 이를 위하여, 개별 교구에는 의료윤리 자문을 위한 적절한 표준이 있어야 하며, 이는 교구장 주교의 사목적 책임을 존중하고, 윤리위원회 위원들이 가톨릭 의료윤리, 특히 이 지침을 숙지하도록 도울 수 있을 것이다(ERDs, n.37).

전문 의료인과 환자의 관계를 설명하는 부분에서 특별히 눈에 띄는 지침은 성폭행을 당한 여성에 대한 지침으로 다음과 같이 이야기하고 있다.

성폭행의 피해자들을 자비와 이해로 보살펴야 한다. 의료 제공자들은 경찰과 협력하여 이런 피해자들에게 정확한 의료 정보를 알려 주고, 정신적 영적으로도 도와주어야 한다. 강간을 당한 여성은 성폭행에 따른 임신 가능성에서 자신을 지킬 수 있어야 한다. 적절한 테스트를 거친 뒤에 이미 수정이 되었다는 증거가 없다면 배란, 정자의 수정 능력, 또는 수정을 막는 약물로 치료할 수 있다. 그러나 수정란의 제거나 파괴, 또는 수정란의 착상을 방해할 의도나 직접적으로 그러한 효과를 가진 치료를 개시하거나 권유할 수는 없다(ERDs, n.36).

이러한 지침은 어떤 상황에서도 직접적인 낙태를 허용하지 않는 가톨릭 윤리를 분명하게 반영하면서도 사법 기관과의 협력이나 임신 예방을 위한 세부적인 의학적 지침 등 실제 성폭행으로 인해 발생할 수 있는 상황에 대한 숙고가 반영되어 있다. 이는 지침의 현실성을 보여주며 이 지침을 참고하는 이들이 가톨릭 의료윤리를 보다 깊이 있게 이해하도록 도와준다.

4) 생명의 시작과 관련된 윤리 지침

생명의 시작과 관련된 윤리적 규범을 설명하는 부분에서는 서론에서 먼저 부부 사랑의 중요성과 부부 행위 그리고 자녀의 의미를 강조하고 있는데, 이는 이어지는 지침들을 이해하기 위한 기본적인 관점이다. 이러한 설명을 통해서 피임에 대한 가톨릭교회의 반대는 성에 대한 부정적인 관점이 아니라, 부부 사랑의 중요성과 자녀의 존엄성에서 나오는 것임을 이해할 수 있다.

생의 시작과 관련되어 가톨릭 의료 기관에서 발생할 수 있는 임상윤리적 갈등 상황을 생각해 보면 피임약의 처방 요구, 낙태나 체외 수정의 요구, 선택적 낙태를 위한 산전 진단의 요구, 대리모 임신 요구, 불임 시술에 대한 요구 등을 생각해 볼 수 있다. 특별히 현재 한국에서는 낙태를 규제하는 형법이 폐지된 상태⁷⁾이기에 의료 기관은 낙태 시술의 요청이 있을 때에 이를 거부할 법적 근거를 상실하였고 가톨릭 의료 기관은 그런 상황에서도 낙태 시술을 분명히 거부해야

하는 어려움을 안고 있다. 때문에 가톨릭 의료 기관은 기관 종사자들이 어떤 혼란도 일으키지 않도록 분명한 지침을 제시하고 교육할 필요성이 있다. 생의 시작과 관련된 지침을 구성하는데 도움이 될 만한 내용은 다음과 같다.

성관계의 일치의 의미와 출산의 의미를 존중하면서 임신을 돕는 기술은 불임에 대한 치료법으로 사용될 수 있다. 단, 이 방법은 인간 배아의 파괴나, 모두 착상시킬 수 없음이 분명한데도 단지 다른 배아의 착상 가능성을 높일 목적으로 의도적으로 배아를 과잉 생산하는 것을 수반해서는 안 된다(ERDs, n.39).

비배우자간의 인공적 수정(배우자가 아닌 최소 한 사람의 제3자가 기증한 생식 세포를 이용하여 임신하게 하는 모든 기술)은 혼인 서약과 배우자들의 일치, 부모와 자녀의 고유한 존엄에 위배되므로 금지된다(ERDs, n.40).

배우자간의 인공적 수정(혼인으로 결합된 두 배우자의 생식 세포를 이용하여 임신하게 하는 모든 기술)이 일치의 의미를 가지는 부부 행위와 출산을 분리시키므로 금지된다(예를 들면, 체외 수정에 사용되는 모든 기술)(ERDs, n.41).

대리모 계약을 맺거나 알선하는 것은 허용되지 않는다. 자녀와 혼인의 존엄, 그리고 어머니-자녀 관계의 유일성 때문이다. 또한 그러한 대리모 제도의 상업화는 여성, 특히 가난한 여성들의 존엄을 훼손한다(ERDs, n.42).

산전 진단은 태어나 임부의 생명과 신체적 온전성을 위협하지 않고 불균형적인 위험을 끼치지 않으며, 임부를 위한 예방 조치, 출산 전후에 아기에게 요구되는 돌봄에 필요한 정보를 얻을 수 있으며, 부모 또는 적어도 임부의 설명에 근거한 자발적인 사전동의가 있을 때 허용된다. 태아가 심각한 기형을 가졌을 경우 낙태하려는 의도로 이루어지는 산전 진단은 허용되지 않는다(ERDs, n.50).

가톨릭 의료기관에서는 영구적이든 일시적이든, 남성이나 여성에 대한 직접적인 불임시술이 허용되지 않는다. 불임을 유발하는 시술은, 그 직접적인 효과가 현재의 심각한 병을 치료 또는 완화하려는 것이고 그 병을 치료할 더 간단한 방법이 없을 때에만 허용된다(ERDs, n. 53).

가톨릭 기관이 직접적인 낙태에 대해서 결코 허용할 수 없다는 것은 분명하지만 그와 관련하여 일어날 수 있는 다양한 상황들, 예를 들어 임신부의 질병 상황이나 자궁 외 임신 상황 등이 존재한다. 이 지침은 그러한 상황들에 따른 세부적인 지침도 제시하고 있다.

대단히 심각한 임부의 병리적 상태를 치료하는 것을 직접적인 목표로 삼는 수술·치료·투약은, 그것을 태아가 생존 가능하게 될 때까지 미룰 경우 임부가 위협해진다면 그 결과로 태아가 사망하게 되더라도 허용된다(ERDs, n.47).

7) 2019년 4월 11일 헌법재판소는 형법상 낙태의 죄(제269조 내지 제270조 “의사”)에 대하여 헌법불합치 결정을 내리었고 2020년 12월 31일까지 법 개정을 위한 권고가 내려졌다. 개정안 입법 기한인 2020년 12월 31일을 넘긴 현재까지 개정안 작업이 진행 중이다. (이오복, 2022)

자궁 외 임신의 경우, 직접 낙태가 되는 모든 개입은 윤리적으로 정당하지 않다(ERDs, n.48).

합당한 이유가 있다면, 태아가 생존 가능하게 된 이후에 유도 분만을 할 수 있다(ERDs, n.49).

5) 생의 말기와 관련된 윤리 지침

생의 말기에 관련된 윤리적 규범들을 제시하는 부분에서는 안락사에 대한 분명한 반대를 확인하고 있으며, 말기 환자에게 적절한 의료 행위를 구분하는 기준, 통증 관리를 위한 지침 등을 제시하고 있다. 서론에서는 특별히 지속적 식물 상태의 환자(persistent vegetative state)는 분명한 인격적 존엄성을 지니고 있는 환자임을 확인하면서 그에게 통상적이며 균형적이라고 여겨질 수 있는 영양/수분 공급의 중요성을 강조하고 있다.

현재 우리나라는 연명의료결정법이 발효된 상황이기 때문에 임종 과정에 대한 판단, 연명의료에 대한 판단, 환자의 의향에 대한 판단이 중요하게 부각되고 있다. 이 지침은 안락사에 대한 분명한 반대를 표명하지만, 동시에 환자의 임상적 상황에 맞는 적절한 의료 행위의 중요성을 강조하면서 그러한 의료 행위의 구분을 위한 지침을 다음과 같이 제시한다.

환자는 자신의 생명을 유지시켜 주는 통상적 혹은 균형적 수단을 사용할 도덕적 의무가 있다. 균형적 수단이란, 환자가 판단하기에 도움이 될 것이라는 타당한 희망을 주거나 가족이나 공동체에 과도한 부담이나 비용을 안겨 주지 않는 것을 말한다(ERDs, n.56).

환자는 예외적 혹은 불균형적 생명 보존 수단을 유보할 수 있다. 불균형적 수단이란, 환자가 판단하기에 도움이 될 것이라는 타당한 희망을 주지 않거나 가족이나 공동체에 과도한 부담이나 비용을 안겨 주는 것을 말한다(ERDs, n.57).

그러나 이러한 지침에서 주의해야 할 것은 “환자가 판단했을 때” 라는 문구이다. 가톨릭 의료윤리는 의료 행위에 대한 결정의 최종적인 책임은 환자 자신에게 있다는 것을 분명히 강조하지만 의사가 환자를 위한 의료 행위를 결정하는데 있어서 환자의 의향을 유일하고 절대적인 기준이라고 말하지는 않는다. 그런 면에서 균형적, 불균형적 수단의 판단이 절대적으로 환자의 판단으로 좌우된다는 의미로 56항과 57항을 해석해서는 안 될 것이다. 그러한 오해를 방지하기 위해서는 59항을 함께 참조해야 한다.

생명 유지 치료 절차의 사용 또는 중단에 관하여, 의사 능력이 있는 성인 환자가 자유롭고 충분한 정보를 가지고 내린 판단은 가톨릭의 윤리적 가르침을 거스르지 않는다면 언제나 존중되어야 하고 통상적으로 이행되어야 한다(ERDs, n.59).

가톨릭교회는 안락사를 “그 자체로 혹은 고의로” 죽음을 초래하는 행위로 정의하며 도덕적으로 허용될 수 없는 것으로 보고 있다. 때문에 위 항목은 가톨릭 의료 기관은 설사 환자의 판

단이라고 할지라도 그것이 안락사와 같은 행위를 초래하는 것이라면 존중하거나 준수할 필요가 없다는 것을 간접적으로 말해 주는 것이다. 동시에 가톨릭 의료윤리는 앞에서 언급했듯이, 지속적인 식물 상태의 환자에게도 영양/수분 공급이 의무적으로 이루어져야 한다고 말한다. 그러나 이 지침은 그러한 원칙 역시 기계적으로 준수되어서는 안 되며 환자의 실제적인 임상 상태를 고려해야 한다고 말한다.

[...] 의료적으로 보조된 영양공급과 수분공급은, 그것이 생명을 연장할 것으로 타당하게 예상되지 않을 때, 혹은 “환자에게 과도한 부담이 되거나, 예를 들어 수단의 사용에서 발생한 합병증으로 인해 중대한 신체적 불편을 초래” (교황청 신앙교리성, 2007)할 때에는 도덕적으로 선택 사항이 된다. 예를 들어, 환자가 치명적인 기저질환의 진행으로 피할 수 없는 죽음에 임박할 때, 영양과 수분을 공급하는 어떤 수단은 과도한 부담을 줄 수 있으며, 따라서 그것은 생명을 연장하거나 편안함을 거의 주지 못하므로 의무가 되지 않는다(ERDs, n.58).

현재 한국에서는 이 지침에 대한 이해가 매우 중요하다. 왜냐하면 현재 연명의료결정법의 제 19조 제2항은 영양분 공급과 물 공급을 중단해서는 안 된다고 규정하고 있고, 이러한 규정이 부당하다는 헌법 소원이 제기된 상태이기 때문이다(2019헌마683). 가톨릭 의료윤리는 영양/수분 공급의 경우 그 목적이 환자의 치료나 회복에 있지 않고 단순히 환자의 기본적인 생명 유지에 있기 때문에 연명 의료의 범주에 포함되어서는 안 된다고 본다. 때문에 법 규정이 폐지된다면, 영양/수분 공급의 중단을 통한 안락사가 발생할 위험이 생기며, 현장에서 가족과 의료진 간의 윤리적 갈등도 증가할 수밖에 없다. 이러한 경우가 발생하는 때에는, 법 규정의 폐지보다는 위와 같은 지침을 잘 이해하여 적절하게 법을 적용하는 것이 바람직하다고 여겨진다.

이 지침은 통증 관리와 관련해서도 몇 가지 지침을 주고 있다. 분명한 것은 가톨릭교회는 고통을 인간이 받아야 할 의무로 여기지 않는다는 점이다. 중요한 것은 환자가 고통을 받는 것이 아니라 죽음을 잘 준비하도록 돕는 것이다. 이를 위해서 환자의 고통을 완화하기 위해서 필요한 약물을 공급하는 것은 허용되는 것이고 적절한 통증 완화는 생의 말기 환자의 삶의 질을 증진시켜 안락사 요청과 같은 윤리적 갈등 상황을 줄이는데 도움이 될 것이다. 물론 그런 경우에도 중대한 이유 없이 환자의 의식을 박탈하는 것은 허용되지 않는다(ERDs, n.61).

가톨릭 의료기관은 여기에 제시된 전반적인 지침과 세부적인 지침을 참고하여 기관의 임상윤리자문을 위한 적절한 윤리 기준을 마련할 수 있을 것이다.

3. 임상윤리자문의 활성화를 위한 실천적 제언

가톨릭 의료기관의 임상윤리자문 활성화는 적절한 윤리적 지침을 마련하는 것으로 그치지 않는다. 그러한 윤리적 지침이 적절하게 적용되고 구현될 수 있는 체계를 갖출 필요가 있다. 이를 구체적으로 실현하는 방안에 대해서 여기에서 제시하는 것은 임상윤리자문가의 역량 강화, 표준 운영지침의 제작과 홍보, 기관 내 윤리적 민감성 함양, 임상윤리자문의 질관리, 마지막으로 임상

윤리자문에 대한 학술적 지원이다. 그리고 이러한 방안의 구체적인 사례로는 앞에서 언급한 CMC의 사례를 제시할 것이다.

임상윤리자문 활성화를 위한 CMC의 활동 과정은 가톨릭생명윤리연구소가 2017년에 실시한 심포지엄을 통해서 알 수 있다. CMC는 우선적으로 2012년에 ‘가톨릭 임상의료윤리 교육 개발 위원회’를 구성하고 이 위원회를 통해서 『사례를 중심으로 한 가톨릭 임상의료윤리 가이드』라는 책자를 출간하였다(가톨릭 임상의료윤리 교육개발위원회, 2014). 이 책자는 한국의 임상 현장에서 발생할 수 있는 다양한 윤리적 갈등 상황에서 의료인들이 올바른 판단과 결정을 내리는데 도움을 주기 위한 것이었다. 이후 2014년 ‘가톨릭 임상의료윤리 심화교육 개발 특별위원회’를 운영하였고 2015년에는 ‘가톨릭 임상의료윤리 자문 활성화를 위한 특별위원회’를 운영하면서 가톨릭 임상의료윤리 자문시스템을 구축하고 임상의료윤리위원회의 위원 교육을 위한 심화교육 프로그램을 개발하였다. 그리고 2016년에는 ‘가톨릭임상의료윤리 자문단’이 구성되어 활동하게 되었는데, 기구는 CMC 산하 의료기관에서 발생하는 임상의료윤리 문제에 대한 자문과 CMC 산하 의료기관에 대한 임상의료윤리 관련 정책의 수립, 임상의료윤리집담회(ETHICS GRAND ROUND)의 운영을 목표로 활동하였다. 이 기구의 자문 활동의 내역은 다음과 같다(정낙균, 2017: 7-15).

〈표 1〉 임상의료윤리 자문 의뢰 (가톨릭 임상의료윤리 자문단)

연번	일시	의뢰자	내용
1	2016/01	BMT센터 간호사	소아백혈병 환자의 퇴원 허가 관련
2	2016/04	PI팀	인공호흡기 제거 문제(사후)
3	2016/07	흉부외과 의사	동맥류 수술 거부 문제
4	2016/10	응급의학과 의사	혈액투석 거부 문제
5	2016/10	흉부외과 의사	치료거부 문제
6	2016/10	신경과 의사	혈액투석 환자의 퇴원 허가 문제
7	2016/12	신경외과 의사	회복 희망 없는 장기입원 환자의 퇴원문제
8	2016/12	감염내과 의사	AIDS 환자의 치료거부 및 퇴원문제

* 정낙균, 「CMC 임상의료윤리자문 소개와 경과보고」, 가톨릭생명윤리연구소, 『임상현장을 위한 윤리자문의 현재와 미래, 2017 심포지엄』, (2017.5.20.)

2016년 2월 ‘호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률’이 제정되자 CMC 산하 병원인 서울성모병원은 2017년 10월 법률에서 규정하고 있는 의료기관 윤리위원회의 역할을 담당할 임상의료윤리위원회를 병원윤리위원회 소속으로 발족시키고 표준 운영지침을 마련하였으며(서울성모병원 뉴스, 2019), 2018년에는 CMC 산하 나머지 7개 병원에도 임상의료윤리위원회가 발족되어 국립연명의료관리기관에 등록이 되었다. 또한 전담부서인 “서울성모병원 의료윤리사무국은 의료기술의 발전에 따른 가톨릭교회의 생명존중 정신을 바탕

으로 임상현장에서 발생하는 다양한 임상의료윤리 현안에 대한 연명의료결정제도 제반 업무를 효율적으로 수행하기 위해 2019년 9월 개설되었으며 개국 기념 심포지엄을 개최하였다. 사무국은 환자 치료와 간호과정에서 도덕적 갈등이나 윤리적 문제로 인하여 의사결정의 어려움에 직면해 있는 환자와 가족, 의료인이 최선의 결정을 내릴 수 있도록 의뢰된 사안을 종합적으로 평가하여 의료적·사회심리학적·윤리적 측면에서 조언을 제공한다” (<서울성모병원 뉴스>, 2019). 이후 CMC 및 CMC 산하 8개 병원의 의료윤리사무국이 개설되어 활동하고 있다. CMC 의료윤리사무국은 8개 병원 임상의료윤리위원회 간담회 지원 및 위원회 간사를 “의료윤리코디네이터”로 명하고 연 4회 의료윤리코디네이터 회의를 개최하고 있다(가톨릭중앙의료원 연보, 2020).

1) 임상윤리자문가의 역량 강화

ASBH 보고서에 따르면 역량있는 임상윤리자문가가 수행한 임상윤리자문은 환자, 가족, 의료인에게 이익이 되고, 자격이 없는 임상윤리자문가가 실행한 것은 이익이 되지 않거나 해가 된다는 조사결과를 발표 후 임상윤리자문가 역량으로 지식 구조, 기술 구조, 성격적 특성의 요소를 규명하였다(Aulisio et al., 2000:59-64). 이와 같은 임상윤리자문가의 역량을 강화하기 위해서 다음과 같은 몇 가지 사항을 제안할 수 있다.

첫째, 위원을 양성함에 있어서 체계적인 교육 프로그램을 운영할 필요가 있다. 의료기관윤리위원회 역량 강화 프로그램의 실질적인 사례는 CMC의 기초과정, 심화과정을 들 수 있겠다. 이 과정은 참여한 의료윤리 문제에 대하여 가톨릭 의료기관의 이념과 가치에 근거한 지침과 실제 적용, 연명의료결정법 의거한 윤리적 심의 자문 상담을 위한 역량 강화를 위해서 개발되었다. 이 과정은 표준화된 교육과정으로 다양한 교육방법으로 개발된 통합 프로그램이다(박미현, 2021).

둘째, 위원을 선정할 때에는 당사자의 기본적인 윤리적 소양을 살펴볼 필요가 있다. 위원 자신이 윤리적 소양을 갖추지 못할 경우 자문 활동의 질이 떨어질 뿐만 아니라, 병원 내에서도 위원회의 활동을 신뢰하지 못하는 상황이 발생하게 된다. 그와 같은 상황을 피하기 위해서는 위원을 선정할 때에 본인의 의사뿐만 아니라 동료들의 평가도 중요하게 고려해야 한다(김미선, 2022: 59). 좋은 성품 가운데서도 진실성은 특별히 임상윤리자문의 실행 뿐 아니라 다른 위원들의 신뢰성을 위해서 중요한 것으로 알려져 있다(퍼튼 J. 에드워드 외, 2012: 109).

셋째, 위원 교육에서는 기본적인 윤리 지식을 함양하는 것도 중요하지만 거기에만 머물지 않고 그 지식을 실제 임상 현장에서 발생하는 윤리적 딜레마에 적용할 수 있는 능력을 갖출 수 있어야 한다. 이를 위해서 실제 임상 사례를 다루는 내용 구성이 필요하다(김미선, 2022: 59). 그리고 실제 임상 사례를 다루는 내용들은 계속 검토 수정될 필요가 있는데 이는 현대 의학이 계속해서 빠른 속도로 발전하고 있고, 의료 현장에서는 그러한 발전과 더불어 새로운 윤리적 딜레마들이 계속해서 발생하기 때문이다(박미현, 2021). 이러한 관점에서 임상윤리자문가의 경험도 중요하게 생각할 필요가 있다. 기본적인 윤리 지식의 적용 능력은 실제 임상윤리자문의 경험을 통해서 분명하게 성장하기 때문이다. 다양한 경험을 통해서 보다 양질의 자문을 제공하기 위해

서는 자문위원의 지속적인 활동 보장이 필요하다(김미선, 2022: 59).

2) 의료기관윤리위원회 표준운영지침 제작과 그에 따른 운영

의료기관윤리위원회는 “「표준 운영 절차에 관한 규정」(Standard Operating Procedures: SOPs)의 도움을 받아 최선의 방법으로 설립되고 기능하며 운영될 수 있다.”(엘리오 스크레차, 2016: 590). 왜냐하면 윤리위원회는 절차적인 공정성을 바탕으로 운영되는 집단적인 의사결정기구로서 관련 당사자 모두가 인정하는 심의 및 자문 활동을 수행해야 할 것이기 때문이다(김상득, 2015: 376). CMC는 그와 같은 필요성을 인지하고 2019년에 자체적으로 표준운영지침을 개발하였고 2021년 1차 개정이 이루어졌다. 그 이후 2021년 서울대학교 병원, 국가생명윤리정책원에서도 표준운영지침을 마련하였다.

각 기관은 무엇보다 공정성을 담보할 수 있는 표준운영지침안을 만들어서 충실히 준수하는 것이 필요한데, 임상윤리자문의 활성화를 위해서 효과적인 표준운영지침을 만들기 위해서는 다음과 같은 조건이 필요할 것으로 생각된다(김미선, 2022: 60-61).

“첫째, 의료기관의 윤리적 정체성을 담보할 수 있는 지침이 되어야 한다. 각 의료기관의 정체성을 표준운영지침에 명시하고 그것을 따르는 지침이 되기 위해서는 위원들이 내용을 정확히 인지하고 임상윤리자문에 적용하는 것이 중요하다”(김미선, 2022: 61). CMC 표준운영지침(가톨릭대학교 가톨릭중앙의료원, 2021)은 보건복지부가 지원한 『의료기관윤리위원회 표준운영지침안』(국민건강보험공단, 2017)을 참고로 하여 가톨릭교회의 가르침과 CMC 윤리현장의 기본 원칙을 준수하고 위원회 의무 및 CMC 특수성을 살린 운영 표준안을 담고 있다. 둘째, 절차적 공정성을 확보할 수 있는 지침이 되어야 한다. 절차적인 공정성은 윤리적 딜레마 속에서 진료에 대한 결정이 분쟁의 대상이 될 때 특히 중요하다. 즉, 누구의 판단이 옳은 지 가리기 어려운 상황일수록 절차적 공정성이 요구되는 것이다. 의료기관윤리위원회는 병원의 형식적 기구 내지는 현실적 타협 기구의 관점이 아닌 환자의 최선의 이익을 추구하는 관점에서 윤리적인 판단과 결정을 내리도록 도와야 한다(김상득, 2015: 377). 셋째, 지침에 다양한 의견이 수렴되어야 한다. 넷째, 임상윤리자문의 독립성을 보장하는 내용이 있어야 한다. 다섯째, 정기회의나 임시회의를 통해 표준운영지침에 부합하는 활동을 실시해야 한다(김미선, 2022: 62).

결과적으로 위원장 뿐 아니라 위원들이 이상과 같이 마련된 표준운영지침을 숙지하고 마련된 절차에 따라 활동할 때 환자를 위한 최선의 이익이 보장될 것이다.

3) 기관 내 윤리적 민감성 함양

윤리적 민감성(ethical sensitivity)은 임상 현장에서 발생하는 윤리적 딜레마를 우선적으로 해결해야 할 문제로 인식하는 능력으로서 의사들의 윤리적 민감성이야말로 효과적인 임상윤리자문을 위해서 필수적인 요소이다. 그러나 유상호(2018)는 빠르게 변화하는 사회의 윤리적 감수성을 따라가지 못하는 의사들의 윤리적 감수성의 부족을 지적한 바가 있다(<청년의사>, 2018). 물

론 윤리적 민감성의 함양을 단지 의사들의 문제로만 생각할 수는 없다. 임상 현장에서 부딪히게 되는 윤리적 딜레마에는 의사만이 아니라 간호사, 행정직원, 임상기사, 원목자 등 의료와 관련된 다양한 직군이 참여할 수 있기 때문이다. 윤리적 딜레마의 상황은 무엇보다 간호사들에게 큰 부담으로 다가오는 것으로 보인다. 간호사를 대상으로 이루어진 설문 연구에서 간호사들이 자주 겪는 윤리적 문제들은 회복 가능성이 없는 환자와 연관된 윤리적 사안들과 진실말하기 등인 것으로 나타났다(이광자·유소연, 2011: 1-15). 문제는 현재 의료진 안에서 임상윤리자문 등을 다루는 의료윤리의 영역이 의사의 고유 권한으로 인식되는 경우가 많다는 것이다(김상득, 2015: 387). 이와 같은 문제를 개선하기 위해서는 우선적으로 임상윤리문제가 의사들을 포함하여 임상에 관여하는 다양한 이들의 문제라는 인식의 개선이 필요하며 그와 더불어 다양한 윤리교육의 기회와 홍보가 제공되어야 할 것으로 보인다. 또한 윤리위원회의 활성화를 위해서는 병원 경영진의 윤리적 민감성도 중요하다. 기관의 최고 책임자가 의료기관윤리위원회를 운영하는 것을 진료의 한 분야로 인정할 뿐만 아니라, 윤리 문제에 대한 대처를 병원의 공적 정책으로 생각해야 한다. 경영진은 윤리위원회의 활발한 활동이 의료기관의 정체성을 확보해 줄 뿐만 아니라, 의료 분쟁의 감소에 기여하며, 환자에 대한 의료의 질 향상에도 기여할 수 있음을 인식해야 한다(김상득, 2015: 389).

다양한 직역의 사람들이 다학제적으로 윤리문제에 접근하는 임상의료윤리집담회(Ethics Grand Round, EGR) 역시 기관 전체의 윤리적 민감성을 높이는데 큰 역할을 할 수 있다(정낙균, 2017: 16). EGR은 해당 기관의 윤리위원회가 실제로 임상윤리자문을 시행했던 사례를 선정하여 그 사례의 의학적 측면과 윤리적 측면을 제시하고 적절한 의료의 결정을 함께 토론하는 방식으로 진행된다. EGR에는 하나의 임상 사례가 지닌 윤리적, 의학적 측면만이 아니라 사회적, 경제적 측면 등도 다루면서 임상에 관계된 이들에게 실질적인 도움을 줄 수 있다. 2017년 가톨릭생명윤리연구소에서 주최한 임상현장을 위한 윤리자문의 현재와 미래에서 발표한 EGR에서 다룬 주제를 살펴보면 다음과 같다.

<표 2> 가톨릭 임상윤리 자문단 임상의료윤리 집담회(Ethics Grand Round)

연번	일시	주제
1	2017/04	급성호흡부전으로 중환자실 치료 중 인공호흡기 철회를 고려하는 70대 남자
2	2017/05	진행성 호흡부전을 겪고 있는 생후 5개월 환아의 인공호흡기 적용을 원치 않는 부모
3	2017/09	인공호흡기와 경관영양공급을 원치 않는 70대 근위축성측색 경화증 환자
4	2018/04	심장이식을 원하지만 가족이 동의하지 않는 60대 심부전 환자

* 정낙균, 「CMC 임상의료윤리자문 소개와 경과보고」, 가톨릭생명윤리연구소, 『임상현장을 위한 윤리자문의 현재와 미래, 2017 심포지엄』, (2017.5.20.)

2018년 이후 CMC 산하 병원에서는 연명의료결정제도 관련 딜레마, 환자의 진료와 관련된 임상윤리자문 사례 및 의사조력자살 개정안 발의 등 최근 이슈가 되고 있는 문제에 대하여 가톨릭 의료윤리 관점 강의 등으로 EGR을 개최하여 전 교직원 대상 윤리교육을 시행하고 있다(메디포뉴스, 2019).

또한 의료기관윤리위원회 활동의 정착과 활성화를 위해서 홍보 역시 중요하다. 임상윤리자문을 포함한 의료기관윤리위원회 활동은 포스터나 브로셔, 기관 게시판 등을 통해서 이루어질 수 있고 오늘날에는 Youtube 동영상 탑재 등의 방법도 사용할 수 있다. 우수한 홍보는 교직원들이 임상윤리자문의 역할이 상부에서 감시한다거나 자문안을 반드시 따라야 한다는 것 등으로 잘못 인식하지 않도록 본래의 지원 기능을 잘 이해시키고, 올바른 임상윤리자문을 통한 좋은 경험을 공유할 수 있는 기회를 제공하게 될 것이다.

4) 임상윤리자문의 질 관리

마지막으로 지속적인 질관리 체계를 마련해야 한다. 임상윤리자문에 대한 지속적인 질관리가 이루어지지 않는다면 자문의 질은 보장될 수 없기 때문이다. 임상윤리자문의 질적 저하는 결국 환자, 보호자 그리고 의료시스템에 부정적인 결과를 초래하는 것으로 이어진다(Elizabeth et al., 2008: 357). 실제로 2007년에 전국적으로 시행된 한 연구에서는 가장 먼저 임상윤리자문이 활성화된 미국에서도 자문 활동의 질이 기관에 따라서 많은 차이가 있다는 것이 드러났다(Fox et al., 2007: 13-25). 이와 같은 평가 이후에 ASBH는 임상윤리자문의 전반적인 질적 향상을 위하여 자문 역량 증가, 핵심역량의 확대, 임상윤리자문가의 윤리강령 과 전문가로서의 책임에 대한 연구 등의 노력을 실시하였다(Pearlman et al., 2016: 3-14).

ASBH는 구조, 절차, 결과의 평가를 정기적으로 검토하면서 임상윤리자문에 대한 질관리를 수행할 있다고 제시한다. 구조 평가에서는 윤리자문가의 역량과 더불어 임상윤리자문 정책과 절차가 명확한 지를 살펴보고 재정과 인프라 지원의 정도를 평가하게 된다. 절차 평가에서는 임상윤리자문이 규정된 절차에 부합하게 시행되고 있는지를 평가하는데, 적시에 자문이 제공되는지, 의뢰된 사안을 적절하게 분류하는지, 환자/가족이나 주치의에게 자문에 대해서 알렸는지, 윤리적인 질문을 적절하게 구성하는지, 의료 기록의 검토와 환자 인터뷰, 보호자 등의 면담이 적절하게 이루어지는지, 의무기록에 임상윤리자문의 시행을 기록하는지 등을 평가한다. 결과 평가는 임상윤리자문의 목적이 적절하게 달성되었는지 여부를 평가하는 것이다. 그러나 의료진의 환자에 대한 연민의 향상, 돌봄 혹은 그 밖의 긍정적인 태도를 평가하는 것은 어렵기 때문에 폭스(Fox)와 아놀드(Arnold)는 네 가지 평가 기준을 제시하게 되는데, 여기에는 사전 동의와 같이 확립된 윤리적 기준의 준수 여부를 측정하는 윤리성, 임상윤리자문 서비스에 대한 참여자들의 만족도, 갈등이 해결되었다는 참가자들의 인식, 새로운 지식이나 역량에 대한 참여자들의 습득이 포함된다(Tarzian and ASBH Core Competencies Update Task Force, 2013: 8).

임상윤리자문가는 매번 자문을 마친 후에 회고적, 비판적인 자기 검토를 수행하고 팀의 구성원과도 어떤 결정이 올바른 것인지에 대한 것과 같이 자문의 개선을 위한 교훈을 얻을 수 있는

토의를 할 필요가 있다. 물론 자문 서비스를 제공받은 사람들로부터 구체적인 피드백을 얻을 수도 있다(Berkowitz et al., 2015: 47-48).

현재 우리나라는 연명의료결정법을 통해서 임상윤리자문이 법제화되면서 연명의료중단등결정 및 그 이행에 대한 통계 분석과 평가 및 개선방안 마련에 대한 규정(『호스피스 완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률』 시행규칙 제9조 3항)이 생겼고, 보건복지부에서 발간한 의료기관윤리위원회 표준운영지침 역시 일 년에 한 번씩 위원 활동에 대한 평가를 실시하면서 꾸준한 질관리를 수행하도록 규정하고 있다(국민건강보험공단, 2017: 41). CMC는 산하병원들의 임상의료윤리위원회(의료기관윤리위원회) 질 향상을 위하여 2021년 『CMC 임상의료윤리위원회 컨설팅 기준집』을 마련하고 시범 실시한 내용을 발표하였다. 질 관리를 “컨설팅”으로 명명하고 평가의 의미보다는 의료기관윤리위원회가 체계적 구성, 효과적 운영, 가톨릭 의료기관의 정체성과 영성을 바탕으로 한 활동, 컨설팅 결과의 반영 등을 잘 수행할 수 있도록 지원하는 의미로 운영하고 있다. 위원회의 구성에 대한 컨설팅 항목은 기본, 운영, 성과 영역으로 구성되었으며 심의 자문 질 평가방법도 소개하고 있다(임선희, 2021).

5) 임상윤리자문에 대한 학술적 지원

임상윤리자문에 대한 국내 임상현장 중심의 지속적 연구는 임상윤리자문의 목적을 이루고 자문의 질을 향상시키는데 큰 도움이 될 것이다. 2018년 10개월간 한 대학병원의 연명의료결정법 시행 이후 전체 연명의료결정법 서식 작성 환자 중 연명의료계획서 작성 환자와 연명의료에 대한 환자의 평소 의사 추정한 서류를 작성한 59.9%의 환자비율로 연명의료에 대한 본인의 의사가 반영되었고 그 외 환자의 자기결정권에 영향 요인을 분석한 홍지형(2020)과 같이 임상윤리자문과 관련되어 우리나라 문화와 현실에 맞는 다양한 연구가 필요하다. 임상윤리자문을 시행하고 있는 다른 나라의 사례를 참고하여 국내 실정에 맞는 절차 개발, 교육 등에 대한 다양한 연구와 질 관리 연구를 꾸준히 수행할 필요가 있는데 이를 위해서 임상윤리자문의 윤리적, 철학적, 법적 문제를 연구하는 전문 기관과의 연계가 필요하다. CMC의 경우 가톨릭대학교 생명대학원, 가톨릭생명윤리연구소, CMC의 영성구현실, 서울대교구의 생명위원회와 연계되어 있으며 이 기관들은 『가톨릭 의료윤리-의료인들을 위한 지침서』(퍼튼 J. 에드워드 외, 2012), 『새의료인현장』(교황청 보건사목평의회, 2019), 『생명윤리의 이해』(엘리오 스그레차, 2016) 등의 번역서들을 통해 학술적인 지원을 하고 있다.

III. 결론

“현대 사회는 의학 기술의 발달로 첨단의료장비를 통해 상당한 기간 수명을 연장할 수 있게 되었지만, 이러한 변화는 치료의 효율성과 성과를 강조하게 된다. 그 결과 의료에 있어 환자를 고유성과 존엄성을 가진 인격적인 존재로 대우하기보다 질병을 가진 대상으로만 인식하게 된다

는 우려를 가져왔다.” (전꽃비, 2021: 129). 그러나 동시에 그러한 우려를 종식시키기 위한 전인적 돌봄의 개념도 강조되고 있다. 임상윤리자문 역시 의과학의 발전 가운데, 환자를 주체성을 지닌 전인적 존재로 인정하며 효율성과 성과만을 추구하는 의료 현장에서 환자의 권리와 존엄성을 지키기 위한 유용한 수단이 되는 것이다. 가톨릭 의료기관은 인간을 하느님의 모상으로서 존엄성을 지닌 존재로 바라보고 있기 때문에 전인적 돌봄을 더 분명히 수행해야 하며, 임상의료 윤리자문의 기능과 목적을 달성함에 있어서도 그러한 가톨릭 인간관을 토대로 충실하게 운영하여야 한다. 특히 의료 환경의 변화가 심한 현장에서 가톨릭 이념에 맞는 효과적인 자문의 필요성이 대두되고 있으며 그에 맞는 지침과 활성화 방안을 마련해 나가는 것이 중요하다. 이를 위해서 ERDs는 모든 가톨릭 의료기관들이 참고할만한 모델이 될 수 있으며, 임상윤리위원회의 구성과 윤리자문의 활성화를 위해서 수행했던 CMC의 활동들은 가톨릭 의료기관은 물론 전인적 돌봄을 추구하는 모든 의료기관에게 바람직한 방향을 제시할 수 있는 표본이 될 것을 기대한다.

윤리위원회는 그리스도와 교회의 치유 사명과 가치라는 도덕적 틀 안에서 우수한 치료를 이행해야 할 조직의 보다 큰 목적의 맥락 안에서 윤리적 과제들의 근본 원인들을 다루는 조직적 변화의 도구가 되어야 한다(퍼튼 J. 에드워드 외, 2012: 104).

가톨릭 의료기관에서 임상윤리자문이 활성화되고 적절하게 운영된다면, 환자의 최선의 이익을 실현하기 위해서 소통하는 기관의 양심이 될 것이며, 의료진의 권리와 양심을 보호하여 보다 질 높은 의료이 이루어질 것이다. 이는 갈수록 산업화되는 의료 현장에서 의학의 발전이 인간의 존엄과 가치를 위해 봉사하는 가톨릭 의료기관의 정체성을 지켜나가는데 큰 도움을 줄 수 있을 것이다.

참고문헌

- 가톨릭대학교 가톨릭중앙의료원, 2021, 『CMC 임상의료윤리위원회 표준내규 및 운영지침』, 가톨릭중앙의료원.
- 가톨릭 임상의료윤리 교육개발위원회, 2014, 『사례중심으로 본 가톨릭임상의료윤리 가이드』, 가톨릭중앙의료원.
- 고윤석 · 맹광호 · 구영모 · 손명세 · 황상익 · 홍창기, 1999, 「우리나라의 병원의료윤리위원회」, 『의료 · 윤리 · 교육』, 2(1): 63-78.
- 교황청 보건사목평의회, 2019, 가톨릭중앙의료원 영성구현실 옮김, 『새의료인 현장』, 한국천주교주교회의.
- 국민건강보험공단, 2017, 『의료기관윤리위원회 표준운영지침안』, 보건복지부.
- 김미선, 2022, 『임상윤리자문의 개념과 활성화에 대한 생명윤리적 고찰』, 석사학위논문, 가톨릭대학교 생명대학원.
- 김민선 · 김초희 · 홍진희 · 안아름 · 최은경 · 김범석 · 윤영호 · 허대석 · 박혜윤, 2017, 「한국의 대학병원에서 의료진들이 겪는 윤리적 문제 현황 및 임상윤리자문서비스의 필요성 조사」, 『한국의료윤리학회지』, 20(4): 376-385.
- 김상득, 2015, 「병원윤리위원회의 역할, 구성 및 운영에 관한 연구」, 『한국의료윤리학회지』, 18(4): 376-392.
- 김중호 · 한성숙 · 엄영란 · 구인회 · 서철 · 홍석영, 2004, 「병원윤리위원회 조직과 기능 및 활성화 방안 연구」, 『한국의료윤리교육학회지』, 7(1): 47-63.
- 박미현, 2021, 「의료기관 윤리위원회 역량강화 프로그램 소개」, 가톨릭 의료윤리 심포지엄, CMC 서울성모병원 공동 개최(온라인 개최, 2021.10.29.).
- 박혜윤, 2018, 「서울대학교병원의 경험」, 서울대학교 완화의료 · 임상윤리센터 개소 기념 심포지엄(서울대학교 병원, 2018. 6. 21.).
- 서민정 · 김윤경, 2019, 「임상윤리서비스를 위한 핵심역량」, 『한국의료윤리학회』, 22(4): 309-320.
- 손보미, 2020, 「생명윤리에서 인간의 존엄 근거 고찰」, 『인격주의생명윤리』, 10(2): 43-76.
- 안성희 · 권영미 · 박미현 · 최귀순, 2018, 『생명윤리에 기초한 간호전문직 윤리』, 대한간호협회.
- 엘리오 스프레차, 2016, 정재우 옮김, 『생명윤리의 이해 1』, 가톨릭출판사.
- 이광자 · 유소연, 2011, 「간호사의 윤리적 딜레마, 대처유형, 직무만족도 및 이직 의도와와의 관계」, 『임상간호연구』, 17(1): 1-15.
- 이오복, 2022, 「대학생의 태아와 낙태에 대한 인식유형 연구:Q 방법론의 활용」, 『인격주의생명윤리』, 12(2): 153-182.
- 이일학, 2017, 「연명의료결정법과임상윤리서비스」, 『한국생명윤리학회지』, 18(1): 35-45.
- 임선희, 2021, 「의료기관 윤리위원회 질평가」, 가톨릭 의료윤리 심포지엄(가톨릭중앙의료원 서울성모병원 공동 온라인 개최, 2021.10.29.).
- 장덕필, 1987, 「가톨릭 의료기관의 이념위원회와 의학 윤리위원회 구성을 위한 제언」, 『신학전망』, 77: 125-142.
- 전꽃비, 2021, 「중환자실 인간중심 돌봄 개념 분석」, 『인격주의생명윤리』, 11(1): 129-176.
- 정낙균, 「CMC 임상의료윤리자문 소개와 경과보고」, 임상현장을 위한 윤리자문의 현재와 미래, 2017 심포지엄(가톨릭생명윤리연구소, 2017.5.20.)

- 최경석, 2014, 「김 할머니 사건에 대한 대법원 판결의 논거 분석과 비판: “자기결정권 존중” 과 “최선의 이익” 충돌 문제를 중심으로」, 『생명윤리정책연구』, 8(2): 227-252.
- 최경석, 2017, 「임상윤리상담과 병원윤리위원회」, 『한국의료윤리학회』, 20(4): 359-375.
- 최지연 · 장승경 · 김정아 · 이일학, 「연명의료결정법과 의료기관윤리위원회: 현황, 경험과 문제점」, 『한국의료윤리학회지』, 22(3): 209-233.
- 피터 J. 에드워드 · 카탈도 J. 피터 · 모라체프스키 S. 알버트, 2012, 가톨릭중앙의료원 가톨릭임상사목연구소 옮김, 『가톨릭 의료윤리- 의료인들을 위한 지침서』, 가톨릭출판사.
- 황임경, 2010, 「질병 체험과 서사」, 『의철학연구』, 10: 3-28.
- 허대석 · 박혜윤 · 홍진희 · 이진이 · 김법석, 2017, 「의료기관윤리위원회 활성화 방안:임상윤리자문팀」, 『한국 의료윤리학회』, 24(4): 353-358.
- 홍석영, 2018, 「인간의 몸과 인격권:윤리 철학적 관점」, 가톨릭생명윤리연구소 정기학술세미나.
- 홍지형, 2020, 「연명의료결정법과 자기결정법 강화의 실제: 의료현장을 중심으로」, 『인격주의생명윤리』, 10(1): 130-134.
- American Society for Bioethics and Humanities Task Force on Standards for Bioethics Consultation, 1998, *Core Competencies for Health Care Ethics Consultation: The Report of the American Society for Bioethics and Humanities*, American Society for Bioethics and Humanites, Glenview(II).
- American Society for Bioethics and Humanities Clinical Ethics Task Force (ASBH), 2011, *Improving Competencies in clinical Ethics Consultation, : A Learner’s Guide* ,The American Society for Bioethics and Humanities.
- Aulisio MP, Arnold RM, and Youngner SJ., 2000, “Health care ethics consultation: nature, goals, and competencies. A position paper from the Society for Health and Human Values–Society for Bioethics Consultation Task Force on Standards for Bioethics Consultation” . *Ann Intern Med*, 133(1): 59-69.
- Berkowitz, K. A., Chanko B.L, Foglia M.B, Fox E, and Powell Tia., 2015² , *Ethics Consultation Responding to Ethics Questions in Health Care Second Edition*, National Center for Ethics in Health Care U.S. Department of Veterans Affairs, Washiton D.C.
- Brehany John F., 2020, “The *Ethical and Religious Directives: Origins, Strucure, and Implementation*” in Furton E.J., (ed.), *Catholic health Care Ethics a Manual for Practitioners* Third Edition, The National Catholic Bioethocs Center, Philadelphia, PA.
- Fox E., Myers S. and Pearlman R. A, 2007, “Ethics consultation in United States hospitals: A national survey” , *American Journal of Bioethics*, 7(2): 13-25.
- Nilson, E. G., Acres A Cathleen, Tamerin G. Naomi and fins J. Joseph, 2008, “Clinical ethics and the quality initiative: A pilot study for the empirical evaluation of ethics case consultation” , *American Journal of Medical Quality*, 23(5): 356-64.
- Pearlman R. A., Foglia M. B., Fox E., Cohen J. H., Chamko B. L., and Berkowitz K. A., 2016 “Ethics Consultation Quality Assessment Tool: A Novel Method for Assessing the Quality of Ethics Case Consultations Based on Written Records” , *The American Journal of Bioethics*, 16(3): 3-14.
- Slowther A., Johnston C., Goodall J. and Hope T., 2004, “Development of clinical ethics committees” , *BMI*, 328: 950-952.
- Solomon Tess, Uttley Lois, HasBrouck Patty and Jung Yoolim, 2020, *Bigger and Bigger the growth of catholic health systems*, community catalyst.

- Tarzian A. J. and ASBH Core Competencies Update Task Force, 2013, "Health Care Ethics Consultation: An Update on Core Competencies and Emerging Standards from the American Society for Bioethics and Humanities' Core Competencies Update Task Force", *The American Journal of Bioethics*, 13(2): 3-13.
- Tapper E. B., 2013, "Consult for conflict: the history of ethics consultation", *Proc (Bayl Univ Med Cent)* 26(4): 17-22.
- United States Conference of Catholic Bishops, 2018, *Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services*, 6th Edition, Washington, DC.
- 가톨릭중앙의료원 연보, 2020, https://gw.cmcnu.or.kr/ekp/upload/annual/2020/docs/submain_sub.htm?main=2&to p=2&sub=8&category=02&categoryNm=cmc&pageNum=08_19, (검색일: 2023.05.04.)
- 국가생명윤리정책원, 2012, 「주제별 용어 - 9.6 Ethics Committees/Consultation 윤리위원회/자문」, http://www.nibp.kr/xe/index .php?mid=info3_2&page=2&document_srl=1767, (검색일: 2021.12.10)
- 국가생명윤리정책원, 2018, 「연명의료결정 법제화 백서」, 국가생명윤리정책원, <https://www.lst.go.kr/comm/referenceDetail.do?pgNo=2&cate=&searchOption=0&searchText=&bno=1080>, (검색일: 2023.05.04.)
- 국립연명의료관리기관, 2023, 「소통공간 월별 통계 의료기관윤리위원회 등록현황(05.04)」, <https://www.lst.go.kr/comm/monthlyStatistics.do>, (검색일: 2023.05.04.)
- 교황청 신앙교리성, 2007, 「인공적인 영양과 수분 공급에 관하여 미국 주교회의가 제기한 몇 가지 물음에 대한답변」, <https://www.cbck.or.kr/Documents/Curia/401650?gb=title&search=%EC%9D%B8%EA%B3%B5%EC%A0%81%EC%9D%B8%20%EC%98%81%EC%96%91>, (검색일: 2023.05.23.)
- 한국가톨릭의료협회, <http://chak.or.kr/sub/policy/hospital.asp>, (검색일: 2023.05.04.)
- 헌법재판소, 「2019헌마683」, <https://naver.me/5Ame4yVC>, (검색일:2023.04.07.)
- 헌재결정례정보, 「2019, 헌마127」, <https://www.law.go.kr/LSW/detdInfoP.do?mode=1&detcSeq=150780>, (검색일: 2023.05.07.)
- Ferraresi M., 「A coronavirus cautionary tale from Italy: Don't do what we did」, *Bostonglobe*, 2020.3.20., <https://www.bostonglobe.com/2020/03/13/opinion/coronavirus-cautionary-tale-italy-dont-do-what-we-did/>, (검색일: 2022.05.26.)
- President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research., 1983, 「Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment: A Report on the Ethical, Medical, and Legal Issues in Treatment Decisions」, https://repository.library.georgetown.edu/bitstream/handle/10822/559344/deciding_to_forego_tx.pdf?sequence=1, (검색일: 2023.05.04.)
- <메디포뉴스>, 2019, 「인천성모병원, '제1회 의료윤리 집담회' 성료(10.17)」, <https://www.medifonews.com/news/article.html?no=149281>, (검색일: 2023.04.06.)
- <서울성모병원뉴스>, 2019, 「의료윤리사무국, 개국 기념 심포지엄 개최」, <https://m.cmcseoul.or.kr/page/board/news/466379/>, (검색일 2023.05.04.)
- <청년 의사>, 2018, 「연일 도마 오르는 의사들, 문제는 '윤리적 감수성' 부족?(11.10)」 <http://www.docdocd oc.co.kr/news/articleView.html?idxno=1062267>, (검색일: 2023.04.06.)
- <현대건강신문>, 2019, 「의료윤리자문 활성화, 환자와 의사 간 신뢰 높일 기회(07.30)」, <https://blog.daum.net/h newskr/13269>, (검색일: 2019.09.10.)
- <Bostonglobe>, 2022, 「A coronavirus cautionary tale from Italy: Don't do what we did」, Ferraresi M., 2020.3.20., <https://www.bostonglobe.com/2020/03/13/opinion/coronavirus-cautionary-tale-italy-dont-do-what-we-did/>, (검색일: 2022.05.26.)

A Study on Guidelines and Plans for Activating of Clinical Ethics Consultation in Catholic Health Care Institutions

Kim, Mi Seon

(The Catholic University of Korea Catholic Medical Center)

Park, Eun Ho

(The Catholic University of Korea)

Subject

Bioethics, Medical Ethics, Catholic Medical Ethics

Key words

Catholic Medical Ethics, Clinical Ethic Consultation, Role of Clinical Ethic Consultation, Catholic Health Care, Ethics and Religious Directive for Catholic Health Care Service : ERDs

Summary

In the pluralistic society where the medical technology is highly advanced, the role of clinical ethics consultation that helps to solve the ethical conflicts in health care is getting important. In particular, Catholic health care institutions should be able to provide effective ethical consultation with specific ethical guidelines and activation plans that are consistent with Catholic spirituality, even in the midst of rapid medical development and social/institutional changes. Therefore, it is judged appropriate to apply the 『Ethics and Religious Directive for Catholic Health Care Service : ERDs』 published by United Conference of Catholic Bishops as an appropriate model for the corresponding ethical guidelines. In addition, the specific case of the Catholic Medical Center, which is making progress in activating clinical ethics consultation, can suggest a direction for the activation of clinical ethics consultation in other Catholic health care institutions and can be a exemple worth sharing with all medical institutions pursuing holistic health care. If clinical ethics advice is activated and properly operated in Catholic health care institutions, it will become the conscience of the institution in pursuit of the best interests of patients, and high quality health care services will be achieved by protecting the rights and conscience of medical staff. This will be of great help in protecting the identity of a Catholic health care institution serving human dignity and value in the increasingly industrialized medical field.

접 수 일 : 2023년 4월 8일

심사완료일 : 2023년 5월 1일

게재확정일 : 2023년 5월 2일