

병원윤리위원회 역할의 활성화 방안 탐색 연구¹⁾

엄영란*

최근 생명공학의 놀라운 연구결과 발표로 인하여 “윤리위원회”는 마치 인간의 생명과 존엄성을 보장해줄 최선의 ‘보루’와 같은 존재로 거론되고 있다. 우리는 최근 몇 년 사이에 ‘생명윤리위원회’라든가, ‘연구윤리위원회’, ‘병원윤리위원회’ 등 인간의 생명 및 건강과 관련된 여러 가지 윤리위원회의 필요성을 주장하는 글을 접하는 경우가 많아졌다.

병원윤리위원회의 경우, 우리나라에서 1980년대 이전부터 설립되기 시작했다는 보고³⁾가 있기는 하지만, 의료인들이 병원윤리위원회의 필요성을 실감하게 된 것은 1998년 발생한 “보라매병원 사건” 때문이라 할 수 있다. 주치의와 가족의 합의만으로도 가능한 관행으로 인정되어온 말기환자들의 치료중단인 "hopeless discharge"라는 이름의 “임의 퇴원”에 제동이 걸린 것이다. 이제 환자의 생명에 중요한 영향을 미칠 주요 결정에 대하여, 담당의사 단독의 판단보다는 다른 관점을 가진 다양한 전문가의 도움이 필요함을 깨닫게 된 기회가 되었다. 2002년 5월 31일 전국의 각 병원윤리위원회의 활동을 돕기 위한 "한국의료윤리심 의기구협의회"가 출범하였다. 이러한 협의회는 아직 구체적인 활동을 드러나지 않고 있으나, 임상전문인들이 병원윤리위원회의 중요성을 범국가적으로 인식하고 있다는 증거가 되고 있다.

다른 국가에 비해 일찍이 병원윤리위원회를 활성화한 미국의 경우, 처음 시작된 것은 1960년대 필요로 하는 환자 수에 비해 부족한 혈액투석기를 어떻게 사용하는 것이 공정한가의 문제를 병원 내 여러 직종의 사람들이 모여 토의하는 모임을 가진 것으로 알려져 있다. 그러나 병원들이 윤리위원회를 설립할 필요성을 실제로 느끼게 된 것은, 1976년 Karen Ann Quinlan의 대법원 판례나 이후 장애가 심한 신생아의 수술 등 치료 여부에 대한 판례 등으로 인해 임상치료에 대한 결정이 여론화하면서부터이다. 공식화된 것은 1992년 병원인증협회(Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization, 이하 JCAHO로 표기)가 병원 및 기타 의료기관이 윤리정책을 입안하고 의료현장에서 발생한 윤리적 갈등을 제기하고 해결할 조직을 운영할 것을 요구하면서부터라 할 수 있다.

최근 조사연구에 의하면 병원윤리위원회의 필요성이 크게 인식되고 있음을 알 수 있다. Koh 등의 연구⁴⁾에서, 병원윤리위원회가 없다고 응답한 11개 병원에서도 곧 위원회를 곧 설립할 예정이라고 답하였다. 그러나 Koh 등⁵⁾이 추가 자료로 14개 병원의 2,000명의 레지

1) 본 연구과제는 2002년도 순천향대학교 순천향의학연구소 학술연구조성비 일반연구과제로 지원을 받아 수행하였음.

* 순천향대학교 의과대학 간호학과 부교수

3) Koh, Y. et. al. Hospital ethics committees in Korea, *의료·윤리·교육*, 1999; 2:63-78.

4) Koh, et. al. (1999).

던트를 대상으로 조사한 바에 의하면, 응답자의 2/3 정도(66.6%)가 병원윤리위원회의 존재를 모르고 있었다. 한편 응답자의 절반 정도(51.9%)는 윤리위원회가 필요하다고 응답하였다. 독일에서 최근에 실시한 조사에 의하면⁶⁾ 의사나 간호사의 90% 이상이 윤리갈등을 경험하고 이 가운데 90% 이상이 그 갈등으로 고통스러웠다고 보고하였다. 갈등의 원인으로는 “시간의 부족, 위계질서, 윤리적 민감성의 부족, 의사결정의 불명확한 유형”으로 제시하고, 대부분의 의료인이 윤리적 상담을 필요로 한다고 답하였다.

본 연구에서는 이러한 국내외의 병원윤리위원회 설립과 운영의 현황 관련 문헌의 분석을 토대로 하여 한국에서 병원윤리위원회를 활성화할 수 있는 전략을 제안하고자 한다.

<용어정리>

외국의 문헌을 보면, 환자 간호 및 치료의 측면에서 발생하는 윤리문제를 다루기 위한 조직체 혹은 기구를 지칭하는 용어로 hospital ethics committee, health care ethics consultation, clinical ethics consultation 등의 용어를 사용하고 있다. 미국의 경우에는 초창기에는 hospital ethics committee를 사용하였다. 병원윤리위원회의 기능 가운데에서 의료인이 환자를 치료하거나 돌보면서 부딪히게 되는 윤리문제를 해결하는 기능의 확대가 인정되면서 1990년대 와서 health care ethics consultation을 더 많이 사용하게 되었다. 위원회와 상담가 모형에 대한 논의도 본격적으로 이루어지기도 하였다. 영국을 비롯한 유럽에서는 clinical ethics consultation이라는 용어를 더 선호하는 편이다. 본 연구에서는 “병원윤리위원회”로 통일하여 사용한다.

I. 병원윤리위원회의 조직과 역할

1. 병원윤리위원회의 구성

Kloot Meijburg와 Meulen⁷⁾은 자신들의 경험을 토대로 병원윤리위원회를 구성하는 두 개의 모형을 제시하였다. “전문가 모형(hierarchical model, top down)”과 “원내 직원 모형(bottom up)”이다. 이들은 각각 나름대로의 장단점을 가지고 있다. 전문가 모형은 어려운 문제를 의뢰할 수 있고 기타 위원회의 전문적인 업무를 수행할 수 있다. 이런 모형의 위원회는 전문성을 기관과 공유하며, 정책에 따라 활동한다. 문제는 위원회의 고도의 전문성으로 인하여 일반 직원들(실제로 윤리문제에 직면하게 되는 직원들)이 위원회의 의식을 공감하기 어렵다는 것이다.

원내 직원 모형은 원내 직원들로 구성되어, 직원들이 필요로 하면 언제든지, 어디서든 그들의 결정에 대하여 다른 각도에서 생각해 볼 수 있는 기회를 제공할 수 있다. 논의에 참여

5) Koh, et. al. (1999).

6) Neitzke, G. Necessity and relevance of clinical ethics consultation, *Clinical Ethics Consultation Summit Abstracts*, Cleveland: The Cleveland Clinic, 2003 (http://www.clevelandclinic.org/tioethics/cec/syllabus_af.htm 참조).

7) Kloot Meijburg, H. H. van der and Meulen H. J. ter. Developing standards for institutional ethics committees: lessons from the Netherlands, *Journal of Medical Ethics*, 2001; 27 suppl I:i36-i40.

함으로써 당사자가 이전에 미처 생각지 못했던 대안들을 찾아낼 수도 있고 도덕 인식의 수준이 높아질 수 있다. 그러나 이러한 인식의 변화와 도덕수준의 고양은 개인적인 것에 머무른다는 것이 문제이다. 전문가 모형에 비하여 서류화하는 과정이나 전문적인 지침이 부족하기 때문이다.

우리나라 전국 병원에 적용되고 있는 규정이라 할 수 있는 대한병원협회 병원표준화심사요강에 포함된 병원윤리 항목에는 “병원장의 참여 여부, 위원회의 구성범위가 특수 부서에 국한되어 있는지의 여부”를 물을 뿐, 구체적인 구성에 대한 언급이 없다. 보다 자세한 규정을 보여주고 있는 서울대학교병원의 의료윤리위원회 규정⁸⁾에 의하면 “위원장을 포함하여 16인 이내의 위원으로 구성하되, 위원장은 진료부원장으로 하고 위원은 소아진료부원장, 행정처장, 기획조정실장, 교육연구부장, 내과과장, 일반외과과장, 마취과장, 치과진료지원실장, 원무부장과 원장이 임명 또는 위촉하는 겸직교원 3인 및 고문변호사를 포함한 외부인사 3인으로 한다.”라고 제시되어 있다. 또한 서울아산병원의 의료윤리위원회규정⁹⁾에 의하면,

“① 이 위원회의 구성은 병원장이 임명하는 위촉위원으로 구성한다. ② 위원은 10명 이내로 병원장이 위촉하며, 임기는 1년으로 한다. ③ 교육연구부장, 관리상무, 의료윤리 교육담당 교수 1인을 당연직으로 한다.”

의사를 중심으로 하고 외부인사로 “변호사”만을 언급한 서울대학교병원의 규정과는 달리, 서울아산병원의 규정에는 “의료윤리 교육담당”이 구성원으로 언급되어 있다. 그러나 외국의 경우처럼 간호사나 목회자에 대한 언급이 없어 ‘위원회가 다양한 관점에서 윤리문제에 접근한다.’는 목적을 성취하기에 한계가 있을 수 있다.

2. 병원윤리위원회의 역할

Singer, Pellegrino, & Siegler¹⁰⁾는 윤리위원회의 주요 기능으로 “교육(자체 위원과 직원들), 기관의 윤리 정책 개발, 사례 상담”을 제시하였다. ASBH(the American Society for Bioethics and Humanities)의 보고서¹¹⁾에 따르면, 병원윤리위원회의 일반적인 목적은 “임상 사례에서 나타나는 윤리문제를 파악하고 분석하여 해결하는 과정을 통해 건강관리 서비스와 그 결과를 향상시키려는 것이다.” 이 일반적인 목적은 다음과 같은 중간 목적의 성취를 통하여 가능하다는 것이다.

- 상담에 내재해 있는 가치들의 충돌과 불확실성의 특성을 파악하고 분석하는 것
- 관련된 사람들의 이해관심, 권리, 책임에 대한 각각의 충돌에 대한 해결의 촉진
- 윤리 문제의 원인을 파악하고 윤리 규범 및 표준과 일치되는 실무 촉진을 통하여 정책 개발, 질 향상, 그리고 자원의 적절한 활용을 위한 기관의 노력을 알리는 것

8) 서울대학교병원. 서울대학교병원 의료윤리위원회규정, 1998.

9) 서울아산병원. 서울아산병원 의료윤리위원회규정, 1998.

10) Singer, P. A., Pellegrino, E. D., & Siegler, M. Ethical committees and consultants, *The Journal of Clinical Ethics*, 1990; 1(4): 263-267.

11) The American Society for Bioethics and Humanities(ASBH). *Core Competencies for Health Care Ethics Consultation*, Glenview: The American Society for Bioethics and Humanities, 1998.

- 환자 간호와 관련된 윤리에 대한 교육을 제공하여 현재의 문제나 미래의 윤리 문제를 잘 다룰 수 있도록 직원들을 지지해주는 것

ASBH 보고서¹²⁾에 의하면, 병원윤리위원회는 “적절한 힘을 가져야 하며, 문제를 의뢰하는 환자나 직원 혹은 위원들을 도울 수 있어야 한다”고 주장하였다. Sheehan¹³⁾은 임상윤리학자는 규범적인 고문(무엇이 당위인지에 대한), 비규범적인 고문(비지시적인 상담가), 교육자로서의 역할을 할 수 있어야 한다고 주장하였다.

서울대학교병원의 규정¹⁴⁾에서 위원회의 기능을 제시하고 있는 제 2조에서 위원회는 다음 각 호의 사항을 심의한다.

- ① 의료윤리의식 제고와 의료분쟁 예방을 위한 계획 수립에 관한 사항
- ② 환자와 의료인의 권리 신장 및 의무에 관한 사항
- ③ 의료분쟁 발생시 진상조사, 원인규명 및 해결방안에 관한 사항
- ④ 의료분쟁과 관련한 진료비 감면에 관한 사항
- ⑤ 환자의 입·퇴원 결정과 관련한 의료윤리적 사항
- ⑥ 기타 의료윤리 및 의료분쟁 조정에 관한 사항

서울아산병원의 규정¹⁵⁾에 포함되어 있는 위원회의 기능은 다음 사항을 심의하는 것으로 서술되어 있다.

- ① 위원회에 회부된 의료분쟁에 대한 윤리적 자문과 권고
- ② 직원 대상 의료윤리 교육 관련 업무에 대한 자문
- ③ 병원의 정책 중 의료윤리 관련 부문에 대한 자문
- ④ 병원장이 필요하다고 인정하여 위원회에 시달하는 사항

두 병원의 경우 모두 “윤리적인 갈등이나 어려움을 포함한 사례”보다는 “의료 분쟁”이 된 사례로 심의 대상을 제한하고 있다. 서울아산병원의 경우 직원 대상의 교육을 기능으로 제시하고 있으나, 서울대학교병원에서는 이를 명시하지 않고 있다. 다음 병원의 정책에 관한 심의 부분도 서울아산병원은 명시하고 있는 반면, 서울대학교병원에서는 언급이 없다.

1999년 미국의료기관인증위원회(Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, JCAHO) 평가표준에 의하면 병원윤리위원회의 기능은 “사례 상담, 교육, 정책 형성”이다. Boutet¹⁶⁾은 프랑스에서의 경험을 소개하는 발표에서 3가지 유형의 활동이 병원윤리위원회에 포함될 수 있다고 제시하였다.

12) ASBH(1998).

13) Sheehan M. P. On the role of the clinical ethicist, *Clinical Ethics Consultation Summit Abstracts*, Cleveland: The Cleveland Clinic, 2003 (http://www.clevelandclinic.org/tioethics/cec/syllabus_af.htm 참조).

14) 서울대학교병원(1998).

15) 서울아산병원(1998).

16) de Bouvet, A. the integration of clinical ethics within the hospital practice: A French experience, *Clinical Ethics Consultation Summit Abstracts*, Cleveland: The Cleveland Clinic, 2003 (http://www.clevelandclinic.org/tioethics/cec/syllabus_af.htm 참조).

- 환자를 돌보는 의료인 팀에게 윤리적인 반성을 함께 할 수 있는 에토스를 개발할 수 있게 한다.
- 다른 직종의 의료인이 실무에서 발생하는 문제에 대해 서로 토론할 수 있는 모임을 가지도록 한다.
- 윤리문제에 관심을 가지는 간호사들을 위한 이론적인 윤리교육을 제공한다.

3. 병원윤리위원회의 모형

미국에서는 최근에 병원윤리위원회라는 말보다는 윤리상담(Ethical Consultation)이라는 용어를 더 많이 사용하고 있다. 공식적인 윤리상담(Ethical Consultation)이 이루어진 것은 1980년대 초부터이다. 논문으로 발표된 것은 1984년 R. B. Purlito의 "Ethics consultation in the hospital"의 것이 처음이다. 윤리상담의 과정과 결과에 대한 임상 기록이 출판된 것은 LaPuma¹⁷⁾의 글이 처음이다. 그러나 Singer, Pellegrino & Siegler¹⁸⁾는 윤리위원회와 윤리 상담 서비스간의 관계는 불분명하다고 지적하였다. Bartels, Youngner, & Levine¹⁹⁾는 위원회보다 개인 상담이나 소집단 상담이 더 효율적인 방법이라고 주장하였다. 위원회 자체가 환자 병실로 찾아가기 어려워 사례를 위원회로 가져와야 하므로 지나치게 형식적이 되기 쉽다는 것이다. 그러나 개인이나 소집단 상담인 경우에는 환자 병실로 직접 찾아갈 수 있고 필요한 정보를 직접 구할 수 있어 환자의 프라이버시를 존중해줄 수 있다는 것이다. 위원회의 경우에는 위원들이 담당 의사나 간호사로부터 상황설명을 들어야 하므로 간접적인 정보수집 방법이 될 수밖에 없다. 보통 위원회는 20여명으로 구성되기 때문이다.

Swenson & Miller²⁰⁾는 위원회와 소집단, 개인 상담 등의 특징을 비교하여(표 1과, 표 2 참조) 환자에게 쉽게 다가갈 수 있는 소집단 상담을 추천하였다. 소집단은 각 한 명씩의 의사, 간호사, 목사, 사회복지사, 윤리학자로 구성하며 필요시 변호사나 신경과 전문의와 같은 해당 전문가를 임시 위원으로 추가하는 것이 바람직하다고 권유하였다.

Smith 등²¹⁾은 개인상담, 소집단 상담, 위원회의 3가지 모델에 있어 어느 것을 사용할 것인가의 문제는 그 기관에 훈련된 인력이 얼마나 있는지와 다루어야 할 사례의 상황에 따라 다르다고 주장하였다. Steinkamp²²⁾는 윤리위원회는 지침을 만들고 개별 의료인들은 윤리문제 해결을 위한 개인적인 숙고 과정을 수행하는 두 개의 모델의 상호작용을 강력하게 제안

17) LaPuma, J. Consultation in clinical ethics- Issues and questions in 27 cases, *Western Journal of Medicine*, 1987; 146: 633-37.

18) Singer, Pellegrino & Siegler(1990)

19) Bartels, D., Youngner, S. & Levine, J. Ethics committees: Living up to your potential, *AACN*, 1994; 5(3): 1-11.

20) Swenson, M. D. & Miller, R. B. Ethics case review in health care institutions, *Arch Intern Med*, 1992; 152: 694-697.

21) Smith, M. L. Criteria, and advantages and disadvantages for three methods of ethics consultation, *Clinical Ethics Consultation Summit Abstracts*, Cleveland: The Cleveland Clinic, 2003 (http://www.clevelandclinic.org/tioethics/cec/syllabus_af.htm 참조).

22) Steinkamp, N. L. Ethics committee and ethical case deliberation on the ward- An interactive model, *Clinical Ethics Consultation Summit Abstracts*, Cleveland: The Cleveland Clinic, 2003 (http://www.clevelandclinic.org/tioethics/cec/syllabus_af.htm 참조).

하였다.

Kloot Meijburg와 Meulen²³⁾에 의하면 병원윤리위원회의 공통의 업무는 직원 개인의 도덕적 민감성의 향상(교육), 현재 업무지침들의 도덕적 측면에 대한 논평, 기관정책의 윤리적 측면에 대한 조언, 특정 문제에 대한 기관의 논쟁 구성 등이다. 이러한 기능을 수행해야 하기 때문에 각 기관의 특성에 대한 적합성이 높아 보이는 원내 직원 모형보다 전문가 모형을 선호하게 된다.

표 1. 위원회와 상담가 모형의 장단점

	장점	단점
상담가 모형	환자나 가족과의 직접적인 접촉이 가능하다. 위원회보다 더 융통성 있고 효율적이다. 의사들이 더 선호한다.	다른 사람들이 윤리문제는 전문가에게만 의뢰되어야 한다는 생각을 갖게 한다. 상담가가 찾아낸 해결책에 대하여 의료인이 책임감을 느끼지 않을 수 있다.
위원회 모형	정책성의 문제를 다루기에 위원회가 더 적합하다. 다양한 관점과 대안의 개념화가 가능하다. 윤리적 반성(숙고)의 장(場)이 되어준다.	집단 사고와 같은 부작용이 초래되기 쉽다. 사례를 의뢰하는 사람들에게 위원회의 규모가 위협으로 느껴질 수 있다. 위원회가 필요 이상의 정치적 힘을 가질 수 있다.

* Swenson & Miller(1992)에서 인용

표 2. 위원회, 소집단, 상담가 모형에 적합한 문제 유형

위원회 모형	소집단 혹은 위원회 모형	소집단 혹은 상담가 모형	상담가 모형
병원 정책이나, 분배, 신용과 관련된 윤리문제 혹은 법률문제 병원의 존립을 위협하거나 직원 혹은 부서간 관계를 위협하는 문제 환자나 가족, 의사들이 위원회 모형을 더 선호할 때 상담가 모형이 비효율적일 때	복잡한 문제이고 사회적 합의가 없는 문제일 때 다양한 관점이나 전문가가 필요할 때 환자를 임파워먼트해주거나 의사가 아닌 사람이 검토를 요청할 때 원장과 상담가 사이에 성격적인 갈등이 있거나, 상담가에게 이해관심의 갈등이 있는 문제 사후 검토인 경우 법정대리인이 없을 때 대리결정을 해야 할 때	환자와 (윤리상담) 직원들이 직접 만나야 할 필요가 있을 때 접촉이 이루어지고 있는 중이거나 반복될 필요가 있을 때 시급한 문제인데 위원회가 금방 개최되기 어려울 때 논쟁의 입장이 아직 정리되지 않거나 일반화되지 않았을 때 법률, 정책, 사회적 합의에 관한 사실의 문제들 환자의 의사결정능력을 평가할 때	환자나, 가족, 의사가 상담가 모형을 선호할 때 상담가가 그 사례를 해결하는 것을 도와주길 의사가 요청할 때 병원윤리위원회가 비효율적일 때

* Swenson & Miller(1992)에서 인용

23) Kloot Meijburg와 Meulen(2001).

II. 표준의 설정

의료인의 전문인으로서의 책임과 윤리위원회의 업무 간에 충돌이 일어날 수 있다. 의료인들은 업무표준에 의하면, 개별 의료인은 도덕적인 결정에 대해 외부의 간섭 없이 스스로 판단하고 책임져야 한다고 주장한다. 그러나 윤리위원회의 목적이 전문적인 판단을 대치하려는 것이 아니라, 의료인의 도덕 판단의 수준을 향상시켜주려는 것이다. 최종적인 책임은 의료인 개개인에게 있다. 병원내의 직종 간 관심의 차이나 파워의 불균형도 갈등의 원인이 된다.

1. 윤리위원을 위한 교육 프로그램의 표준

Fletcher & Hoffmann²⁴⁾은 JCAHO가 제시한 표준을 충족시키기 위하여 윤리위원들에게 적절한 교육과 훈련이 필요함을 제안하였다. 모든 위원들에게 최소한 위원회의 역사와 문헌, 소속 위원회의 특성의 미션과 임무를 교육해야 한다. 특히 새로 들어온 위원들에게는 윤리개념들, 임상에서 의료인과 환자들이 흔히 부딪히는 윤리 문제 유형, 윤리적 의사결정 방법, 관련 의료법, 법과 윤리의 차이 등에 대한 교육이 필요함을 제시하였다. Kloot Meijburg와 Meulen²⁵⁾은 보다 보완된 제안을 하였다. 윤리학의 이론적 소개와, 사례분석을 위한 훈련, 학제 간 접근에 대한 학습, 현대 조직에 대한 학습이 필요하다는 것이다.

1) 윤리학의 이론 소개

윤리위원회가 일단 설립될 경우, 참여하게 되는 위원들은 윤리 문제를 분석하고 구조화된 토론을 하는 데 필요한 기술이 부족하다는 것을 깨닫게 된다. 위원들이 윤리 문제를 처리함에 있어 자신들의 업무표준에 의거하거나, 아니면 개인적인 도덕관이나 경험, 혹은 기관에서 표방하거나 내재된 가치들을 기준으로 하고 있다. 따라서 위원들을 위한 교육 프로그램의 주요 목표 가운데 하나는 윤리 업무를 하는 것은 생각하는 것만큼 그렇게 어렵지 않다는 것을 위원들에게 인식시켜주는 것이다. 두 번째로 위원들이 자신들의 도덕적 입장에 내재되어 있는 **규범들과 가치들을 명료하게 함으로써** 서로에게 도움이 되어줄 수 있고, 나아가서 기관의 규범과 가치들도 명료화하여 기관을 도울 수도 있다는 것이다.

그러나 윤리 토론을 구조화하는 데에는 가치를 명료화하는 이상의 것이 필요하다. 위원들 간의 토론을 안내해주고 토론할 사례나 프로토콜에 관련된 각기 다른 도덕적 가치들의 비중을 비교해볼 수 있게 해줄 **이론적인 틀**이 필요하다. 이를 위해 실제 사례를 곁들여 이론적인 주요 개념들을 교육프로그램의 서두 부분에 포함시키는 것이 적절하다. 의료인들은 칸트나 밀과 같은 학자들의 어려운 철학적 지식을 모두 알고 싶어 하지 않는다. 따라서 이론적인 소개가 임상에서 필요한 실제적인 수준을 넘어서면 안 된다. 임상의 윤리위원들이 알고 싶어 하는 것은 윤리 분석에 필요한 실제적인 도구이다. 예를 들어 환자가 의사결정능력을 판단할 수 있는 기준이나 자율성의 긍정적 특성과 부정적 특성간의 구별과 같은 것을 말한다. “원칙” 중심의 접근법은, 윤리적인 딜레마에 대한 토론을 구축하고 내재되어 있는 가치들을 분석하고 비중을 비교해보는 데 유용하다.

24) Fletcher J. C. & Hoffmann D. E. Ethics committee: time to experiment with standards, *Annals of Internal Medicine*, 1994; 120(4): 335-338.

25) Kloot Meijburg와 Meulen(2001).

2) 사례 분석을 위한 훈련

Kloot Meijburg와 Meulen²⁶⁾가 제시한 사례를 분석하는 단계는 다음과 같다.

- 실제 상황에서 도덕문제를 구별하는 것 (의사소통상의 문제나 기타 도덕과 무관한 어떤 문제들과 구별)
- 사례에 포함되어 있는 중요한 도덕 가치를 분석하는 것
- 딜레마 사례에서 충돌하고 있는 가치들을 비교하는 것
- 상충을 해결하기 위해 선택을 하는 것

이와 유사한 분석 방법을 지침이나 “심폐소생술 금지(do-not-resuscitate)” 프로토콜이나 장기이식 프로토콜과 같은 것에 적용할 수 있다. 이러한 단계적인 접근은 위원들의 사유 과정을 구축하는데 큰 도움이 된다. 또한 위원들에게 다양한 문제들을 토론하는데 상호 공유 가능한 틀(framework)을 제공해준다.

3) 학제 간 접근에 대한 학습

오늘날 병원윤리위원회가 발전하게 된 이유 중에 하나는, 보건의료전달체계에 대한 전반적인 접근 방법이 변화하고 있기 때문이다. 한 사람이 전체를 위해 결정하던 시대는 지나가고, 이제는 팀 접근법이 거의 모든 조직에서 이루어지고 있다. 이는 근본적인 문화의 변화이다. 이러한 팀워크란 각 직종이 계획이나 평가, 수행 과정 등에 의미 있는 기여를 할 수 있음을 인정하는 것이다. 진정한 학제 간 팀 접근법은 참여 직종 기여가 각각의 전문성에 기반을 두고 있음을 존중하는 것이다. 치료중심(cure-oriented)의 접근법도 있지만, 동일한 경우에 돌봄 중심(care-oriented)의 접근법도 있다. 통증을 완화시켜주기 위해 진통제를 투여해야 한다고 생각하는 직종도 있지만 음악요법이 효과적이라고 생각하는 직종도 있다. 이와 같이 윤리문제 해결도 서로 다른 다양한 전문직의 관점을 허용할 때 가능하다.

4) 현대 조직에 대한 학습

윤리적 방식으로 생각하고 말하는 것과 전체 조직의 차원에서 생각하고 말하는 것 사이에 차이가 있을 수 있다. 목적과 의도를 표현할 때 사용하는 용어와 방법을 주목할 필요가 있다. 관리자들은 윤리위원회란 단지 말만하고 별다른 이익은 없는 것으로 인식하기 쉽다. 따라서 병원윤리위원회가 효과적이려면 현재 기관이 취하고 있는 “삶(생존)의 방식”을 준수할 필요가 있다.

5) 윤리위원의 자격 관리

미국에서는 임상윤리상담자의 역할이 일반화함에 따라 상담자의 자격을 공식화하는 인증제도, 업무표준에 대한 논의가 제기되고 있다. Sherwin²⁷⁾은 자격인증제도가 공식화되면 다음과 같은 장점이 있다고 제시하였다. 우선 무엇보다도 임상윤리 상담가들의 실무능력 표준을 설정하고 유지하는 동일한 수단을 제공해줄 수 있다. 따라서 상담자들의 기술과 능력의 적정 수준을 확보할 수 있을 것이다. 또한 자격증을 가지게 되는 임상윤리 상담가들은 자신들만의 전문적인 조직체를 만들어 사회 속에 한 단체로 존재하게 되면, 병원에서 이런 직종

26) Kloot Meijburg와 Meulen(2001).

27) Sherwin, S. Certification of health care ethics consultants, in The Health Care Ethics Consultant ed. by Baylis, F. E. ToTowa: Humana Press, 1994, pp. 11-24.

을 사용하고자 하는 욕구도 높여주고 원하는 상담가를 채용하는 것도 쉬워질 것이다. 나아가서 여러 전문가 집단이 모여 일하는 환경인 병원 내에서 하나의 직종으로서 인정받으며 일할 수 있어 역할 수행이 수월해질 것이다. 또 소비자인 환자들은 업무상 배상책임을 묻기도 쉬워질 것이다. 그러나 이와 같은 자격증제도는 윤리문제해결과정의 특성인 ‘깊이 있는 반성과 토론’을 형식화하게 되어 피상적으로 만들 수 있다. 또는 임상윤리문제해결의 특성인 다학제적 접근을 단순화하여 상담가들의 전유물로 만들어 버리게 되어 결과적으로 다양한 관점의 접근이 어려워질 수 있다.

의료윤리 상담가들도 병원내의 다른 직종들의 경우처럼, 그들의 전문적 행위로 환자들에게 해를 입혔을 경우에 법률적 배상책임을 가지는가? Lowenstein & DesBrisay²⁸⁾는 그들의 전문적인 지식과 기술을 사용한 판단을 통해 환자들에게 해를 입힌다고 하더라도 직접적인 원인이 되었음을 증명하기는 어려워, 다른 의료인의 경우와 같은 배상책임을 묻기는 어렵다. 그러나, 동시대의 평균적인 임상윤리 상담가 수준의 지식과 기술을 사용하지 못한 경우에는 그 책임을 물을 수 있음을 밝혔다.

2. 윤리위원회 업무 수행을 위한 표준

1) 대한병원협회 표준

현재 우리나라 병원윤리에 대한 표준이라 할 수 있는 내용은 대한병원협회 병원표준화심사요강(2003 현재)에 포함되어 있는 것이다. 항목이 병원행정에 속해 있으며, 따라서 그 내용이 병원윤리위원회 기능에 대한 것이라기보다 주로 구성과 운영에 대한 것이다. 그 관련 항목의 수가 적어 여기에 그대로 인용한다.

5. 병원은 자체적으로 윤리위원회를 다음과 같이 구성하고 있다.

- ㉔ 아니오 (위원회가 구성되어 있지 않으므로)
- ① 병원장을 위원장으로 하고 각 부서별로 고루 참여하고 있다.
- ② 위원장이 병원장은 아니지만 각 부서가 비교적 고루 참여하고 있다.
- ③ 위원회 구성범위가 특수 부서에 국한되어 있다.

6. 병원 윤리위원회의 정기회의는 다음과 같이 개최하고 있다.

- 해당 없음 (위원회가 구성되어 있지 않으므로)
- ㉔ 아니오 (구성되어 있으나 회의를 개최하지 않고 있다.)
- ① 예
 - ① 지난 1년간 매월 1회 이상 정기적으로
 - ② 지난 1년간 매월 1회 이상 부정기적으로
 - ③ 지난 1년간 매월 1회 미만
 - ④ 기타 (내용 설명)_____

28) Lowenstein, L. & DesBrisay, J. Liability of health care ethics consultants, in *The Health Care Ethics Consultant* ed. by Baylis, F. E. ToTowa: Humana Press, 1994, pp. 133-161.

7. 병원은 자체 윤리추진계획을 수립·시행하고 있다.
 ㉠ 아니오 (내용 설명) _____
 ㉡ 예
8. 병원은 병원윤리강령을 게시하고 직원들에게 주지시킨다.
 ㉠ 아니오
 ㉡ 병원윤리강령을 게시하고 있다.
 ㉢ 병원윤리강령을 직원들에게 주지시키고 있다.
9. 전공의에 대한 윤리교육은 다음과 같이 시행하고 있다.
 ㉠ 아니오
 ㉡ 수련내용의 하나로 설정하여 시행
 ㉢ 직원교육계획에 포함하여 시행
 ㉣ 수련내용 및 직원교육계획에 공히 포함하여 시행

위에 인용한 바와 같이 우리나라 표준에는 아직 병원윤리위원회의 구성과 기능에 대한 서술이 구체화되어 있지 않다. 몇몇 대학병원에서는 보다 상세한 윤리위원회규정을 만든 서울대학교병원²⁹⁾의 의료윤리위원회규정에는 “소위원회, 위원장의 직무, 회의, 조정신청 및 의결, 조사, 조사결과의 처리, 보고” 등에 관한 사항이 명시되어 있다. 서울아산병원³⁰⁾의 의료윤리위원회규정에는 “회의의 소집, 회의의 의결, 회의의 보고” 등이 포함되어 있으나, 회의를 정기적으로 개최한다기보다, “위원장이 필요하다고 인정할 때 소집”하는 것으로 부정기적임을 시사하고 있다.

2) JCAHO의 표준

미국의료기관인증위원회(JCAHO)는 1990년대 후반 환자권리에 대한 새로운 표준을 심사하여 포함시켜 1992년에 출간하였다. 이후 1994년 평가 표준에는 각 병원이 환자의 권리에 대한 표준을 어떻게 충족시키고 있는지를 입증할 것을 요구하는 항목을 추가하였다. JCAHO가 환자의 권리에 대한 새로운 표준안을 제시한 1990년대 초 미국병원협회는 이를 어떻게 충족시켜야 할지에 대하여 난감해하였으나, 곧 병원윤리위원회가 이 임무를 담당하게 되었다.³¹⁾ Fletcher & Hoffmann³²⁾은 JCAHO의 표준을 수행을 향상시키기 위한 다음과 같은 위원회를 위한 표준을 제안하였다. ① 위원회와 위원회 서비스에 접근 용이성 ② 위원들의 교육과 훈련 ③ 사례 상담 절차 ④ 사례 상담의 문서화 ⑤ 위원회 절차와 권유사항에 대한 검토 등이다.

1999년 JACHO 평가표준에 의하면 병원윤리위원회는 그 주요 목적을 제대로 수행하고 있는지를 다음과 같이 입증하여야 한다.

- 상담- 사례 상담을 평가하는 방법을 제시하라

29) 서울대학교병원(1998).

30) 서울아산병원(1998).

31) Heitman, E. A proactive role for the ethics committee or ethics consultant: Meeting the JCAOH standards on patient rights, *Trends in Health Care, Law & Ethics*, 1993; 8(4): 11-16.

32) Fletcher & Hoffmann(1994).

· 교육- JACHO 평가위원이 질문한다: 교육이 필요하다는 것을 어떻게 판단하고 있는가?

· 정책 형성

이에 대하여 각 병원은 윤리위원회 규정을 구체적으로 만들고 이를 수행하기 위한 자세한 실무계획과 서류양식을 준비하여 사용하고 있다.

이 외에도 JCAHO 표준에는 다음과 같은 내용들이 포함되어 있다.

- 치료와 의료서비스에 대한 환자의 권리 존중: 입퇴원 및 전원, 의사결정에 참여 및 사전동의, 연구에 환자를 참여시킬 때 권리 존중, 환자 관련사항에 가족의 참여 존중, 사전유언(장기공여 포함), 심폐소생술 중단에 대한 서술, 생명유지 치료 보류에 대한 서술, 임종환자에 대한 서술(증상완화치료에 대한 서술 포함), 통증관리에 대한 서술, 비밀보장, 프라이버시, 안전, 불만의 해결, 영적인 서비스, 의사소통, 방문객 제한에 대한 설명, 환자권리에 대한 문서화된 자료 제공

- 환자의 권리 존중을 위한 정책 및 절차의 형성: 장기 및 기타 조직의 구득 및 공여에 대한 정책의 형성, 연구 참여, 모든 절차에 대한 사전동의 정책, 프라이버시와 신의, 안전에 대한 권리 존중을 위한 정책, 병원의 마케팅과 입원 전원 퇴원 의료비 청구에 대한 서술,

- 병원윤리위원회 질 향상: 현재의 과정의 안정성과, 향상 기회 파악, 향상을 위한 변화 파악, 향상의 유지 등에 관한 자료의 수집, 자료의 체계적인 수집과 분석, 질향상 계획의 수행

III. 병원윤리위원회의 문제점

Slowther 등³³⁾이 제시한 문제점은 다음과 같다. 연구에서 윤리위원회가 설립되어 있는 20개 병원의 위원장들과 면담한 결과이다.

- 병원윤리위원회 위원장의 위치 문제: 반드시 의사여야 할 필요는 없다고 주장하고 있으나, 기관 내에서 중요한 위치를 차지한 직원이어야 하고 다른 위원들로부터 신뢰를 받을 수 있어야 한다는 실용적인 관점에서 흔히 연배가 높은 의사가 담당하고 있다.

- 위원회에 윤리학자가 필요한가?: 위원회 기능의 효율성을 위해 윤리학자나 적어도 윤리학자의 자격을 가진 사람이 필요하다고 지적하였다. 단순한 윤리이론가라기 보다는 문제를 명료화하고 참여한 사람들의 생각을 정리해주며, 문제를 실제적인 맥락에서 다룰 수 있도록 도와줄 사람이 필요하다는 것이다.

- 윤리위원의 교육: 위원들을 위한 교육이 필요한데, 문제는 예산과 적절한 프로그램의 부재라는 것이다. 위원회 설립초기에 위원들에 대한 교육이 필요하나 대부분 위원회가 이러한 과정이 없이 설립되었음을 지적하였다.

- 임상윤리위원회와 임상 관리자(governance): 임상윤리서비스가 수준 높은 환자서비스의 일부로 통합되어야 하지만, 병원의 관리적인 통제(평가)와는 별도의 차원에서 다루어져야 함을 지적하였다.

- 잠재적인 장애물: 환자간호를 위한 윤리표준을 개발할 필요성이 있으나 다음과 같은 장

33) Slowther, A. Ethics consultation in the absence of ethics consultants: Can committees provide the service? Questions raised by recently established UK ethics committees, *Clinical Ethics Consultation Summit Abstracts*, Cleveland: The Cleveland Clinic, 2003 (http://www.clevelandclinic.org/tioethics/cec/syllabus_af.htm 참조).

애가 예상된다고 지적하였다. 재정적 인적 자원, 교육프로그램, 적절한 전문가, 위원회에 대한 의사들의 인정, 위원회의 위상 향상 등에 따르는 문제들이다.

Bartels, Youngner, & Levine³⁴⁾는 다음과 같은 문제점을 지적하였다.

- 구조: 어떤 위원회는 규칙적인 회합이 어렵다.
- 위원의 구성: 총 위원의 수와, 위원들의 직종과 각 직종의 숫자 등이 논의되어 왔다. 1990년대 초 아동병원의 병원윤리위원회는 적어도 한 명의 간호사를 포함시키도록 하였다. 메릴랜드대학의 연구에 의하면 98%의 위원회가 간호사를 포함시켰다는 것이다. 1992년 일리노이의 연구에 의하면 위원으로 참여한 간호사의 70%정도가 관리자였다고 한다. 그러나 참여한 대부분의 간호사들은 환자의 옹호나, 의사소통, 교육에 있어 적절한 역할을 수행하지 못하였다. 대개는 의사, 간호사, 변호사, 생명윤리학자, 일반인 등을 포함시키고 있다.
- 교육: 위원 자체 교육이나 새 위원에 대한 교육이 제대로 이루어지고 있지 않다. 대개 새 위원에게 위원회의 역사에 대한 오리엔테이션 꾸러미 정도를 전달할 뿐이다. 따라서 어떤 문제를 논의할 때 합의를 얻거나 위원회가 성장하도록 돕는 일을 하기가 어렵다. 여러 가지 교육 프로그램을 사용하는 위원회도 있으나 일관성이 없다.
- 정책과 절차의 개발: 대부분의 위원회가 심폐소생술금지(DNR), 치료의 보류나 중단에 대한 지침을 만들었다. 그리고 몇몇 병원에서는 수술실에서의 심폐소생술금지, 에이즈 검사, 입원 전 심폐소생술 금지, 대리결정, 불임치료, 통증관리 등에 대한 지침을 준비하였다. 그러나 문제는 이러한 지침이 제대로 지켜지는지에 관심을 가지는 것이라 하겠다.
- 사례 상담: 점차 사례 의뢰가 줄어들고 있다. 그 동안 교육의 효과라 할 수도 있으나, 위원회 기능수행상의 문제점도 생각해보아야 한다. 우선 의사소통의 문제로 소수의 의견을 존중하고 있는지, 위원 간에 갈등을 피하려고만 하는지, 사용되는 용어에 대한 정의가 통일되어 있는지 살펴볼 필요가 있다. 또한 집단사고(group think)의 함정에 빠지지 않는지 생각해보아야 한다. 위원회가 오래되면 위원들이 서로 너무 편안해져 논의에 문제가 생길 수 있다. 위원의 순환이 필요하다.
- 연구: 1990년에 와서 위원회의 새로운 시대는 연구가 필요하다. 지금까지 대부분의 연구는 위원회의 구성과 기능의 충족 여부, 상담 건수, 의뢰처 등에 관한 것이었다. 이제 필요한 것은 의뢰된 사례를 위한 정책과 절차의 수립에 관한 것이어야 할 것이다. 환자와의 의사소통에 관한 것도 필요하다.

미국의 내과 의사를 상대로 한 최근의 조사에 의하면 “상담이 비효율적이고, 윤리상담가들의 자격이 부적절하여, 상담으로 오히려 사태가 더 나빠진다”고 응답하였다. 윤리교육이나 경험이 많을수록 만족도가 낮고 큰 병원에 근무하는 응답자의 만족도가 더 높았다. 대부분의 응답자들은 보다 나은 서비스에 대한 교육과 윤리학자들이 보다 구체화된 해결책을 권고할 수 있다면 나아질 것으로 응답하였다.³⁵⁾

34) Bartels, Youngner, & Levine(1994).

35) DuVal, G. & Dnis, Marion. What's wrong with ethics consultation: A national survey, *Clinical Ethics Consultation Summit Abstracts*, Cleveland: The Cleveland Clinic, 2003 (http://www.clevelandclinic.org/tioethics/cec/syllabus_af.htm 참조).

IV. 한국에서 병원윤리위원회를 활성화하기 위한 제언

1. 병원윤리위원회 모형

우선 한국에는 아직 의료현장에 대한 이해를 가지고 있으면서 윤리학에 대한 훈련이 되어 있는 전문가가 부족하다. 현재 가톨릭대학교 의과대학에서 통합과정으로 의료윤리학 석사과정인 1999년에 개설되어 운영되고 있으나, 초기 단계에 불과하며 다른 대학에는 아직 그러한 과정이 없다. 간혹 인문대학 철학과에서 생명윤리학에 대한 관심을 가진 철학도들이 학위논문을 쓰고 관련 분야 공부를 하고 있으나, 임상현장에서 경험을 가질 기회가 없어 현실감을 갖기 어렵다. 또한 앞서도 살펴보았듯이, 병원윤리위원회가 개설되어 있기는 하지만 그 기능이 환자나 가족, 혹은 의료인 개개인이 경험하고 있는 윤리문제를 다루지 못하고 있다. 게다가 인력이나 시설 지원을 위한 예산 배정도 거의 이루어지고 있지 않다.

이러한 현실을 감안한다면, 한국에서는 “전문가 모형”보다는 “원내직원모형”으로 하되 실제 문제를 위한 상담은 “소집단 모형”으로 접근하는 것을 제안해 볼 수 있겠다. 병원윤리위원회는 지침의 마련 등 정책과 관련된 문제나, 직원의 교육의 기획 등을 주로 담당할 수 있을 것이다. 이와 같이 협동하여 병원윤리위원회의 기본 역할인 “상담, 정책, 교육”을 달성할 수 있을 것이다.

윤리문제 상담을 위한 소집단에 속할 구성원들은 개설되어 있는 ‘의료윤리학’ 대학원 과정에 입학하여 윤리학에 대한 전문 지식과 문제 분석 및 해결을 위한 훈련을 받는다면, 그들의 기존의 임상경험과 통합하여 윤리상담가로서의 전문성을 확보할 수 있을 것으로 생각된다.

2. 지역단위 네트워크 형성

앞에서 살펴보았듯이 윤리위원회 업무를 담당할 전문가가 부족할 뿐만 아니라 각 병원에 서 예산 지원도 제대로 이루어지고 있지 않다. 이러한 이중적인 부족을 해결할 수 있는 접근법은 “지역별 혹은 기관별 네트워크”의 구성이다. 이를 통해 이미 병원윤리위원회의 운영에 대한 성공적인 경험을 가진 병원, 혹은 전문 인력을 가진 기관들이 그렇지 못한 병원들을 도울 수 있을 것이다. 이러한 노력을 통해 전문인력 부족 현상을 해소하고, 정보의 공유하고 나아가서 활동을 위한 윤리 지침을 공동으로 개발하여 병원윤리위원회의 활동을 촉진할 수 있을 것이다.

3. 인터넷의 활용

최근 병원들이 운영난으로 인력을 감축하는 등 긴축재정을 하고 있는 현실을 감안한다면, 인터넷을 통해 병원윤리위원회 기능의 활성화를 시도해볼 수 있다. 각 기관의 경험을 축적하고 통계를 낸다든가, 이러한 정보를 기관 간에 교류하는 것을 도울 수 있다.

Eiser 등³⁶⁾은 1998년 일리노이 의료원에서 윤리상담을 개발하고 이후에 다른 두 병원의 윤리상담 경험을 종합하여 일리노이 윤리상담 서비스를 다음과 같이 개혁하였음을 보고하였다. 1) 동료 평가: 웹의 게시판을 통해 사례에 대한 집단토의; 2) 상담 활동의 문서화: 컴퓨터 의무기록에 포함시킨다; 3) 경향, 통계를 볼 수 있는 컴퓨터 프로그램의 개발과 상담활동의 즉각적인 수행

36) Eiser AR, Schade SG, Anderson-Shaw L, Murphy T., Electronic communication in ethics committees: experience and challenges, *J Med Ethics*, 2001; 27 Suppl 1:i30-2.

4. 표준의 개발

외국의 예에서 볼 수 있듯이, 대한병원협회의 병원표준화 심사요강에 포함시키는 것이 병원윤리위원회의 활동을 활성화하는데 가장 큰 지름길이 될 것이다. 또는 전국의 병원윤리위원회협회(현재 한국의료윤리심의기구협의회)에서 위원회의 구성과 기능, 교육표준, 위원의 자격 관리 등에 대한 사항과 환자의 권리준중과 관련된 구체적인 사항을 준비하는 것이다.

표준을 개발하는 것만이 중요한 것이 아니라 각 병원이 이 표준을 지키려는 노력을 하도록 강력한 권고를 하는 정책도 필요하다.

5. 재정 확보

병원윤리위원회 표준의 준수가 강요된다면, 각 병원이 필요한 경비를 예산에 포함시키게 될 것이다. 또한 협의회 차원에서 회비와 후원금, 협의회가 제공하는 교육 등의 사업으로 인한 수익금 등으로 협의회를 운영하고 취약한 지역이나 기관의 병원윤리위원회를 도울 수 있을 것이다.

6. 도덕 문제에 대한 의식 함양

병원윤리 활성화에 필수요건은 병원의 관리자를 포함한 의료인, 환자와 그 가족들, 나아가서 국민들이 병원에서 발생하는 갈등 속에는 단순히 이해관심의 차이만이 아니라 가치관의 충돌이나 다양한 가치들의 갈등이 포함되어 있으며, 이러한 문제가 위원회의 활동으로 해결 가능함을 인식하는 것이다. 예를 들어, 말기환자나 장애가 심한 신생아의 치료를 중단하거나 보류하는 문제는 의사나 보호자 단독으로 결정해야 할 문제라기보다, 환자의 입장에서 다각도의 검토를 통해 최선의 결정을 내리는 과정에 윤리위원회가 도움을 줄 수 있음을 인식하는 것이다.

7. 고위 관리층의 관심 고양

병원윤리위원회를 시작하려는 사람은 처음부터 조직의 최고 관리자의 지지를 얻는 것이 중요하다. 최고 관리자가 윤리위원회를 설립하는 것이 자신의 책임임을 인식해야 그 조직과 기능이 활성화 될 수 있기 때문이다. 윤리위원회는 그 기관이 발생하게 될 윤리문제에 어떻게 대처할 것인지에 관한 정책의 일부가 되어야 한다. 이 정책에 의거한 활동은 공적인 것이 되어야 하고 기관의 연례보고서의 일부가 되어야 한다.

병원 행정책임자는 윤리위원회가 성공할 수 있는 여건을 마련할 책임도 가진다. 위원회를 공인화하고 병원서비스의 일부로 통합해야 한다. 위원들이 위원회를 위해 일할 시간 여유를 주어야 한다. 회의를 위해 연락하고 기록하는 등 제반 관련 업무를 수행할 행정인력을 위한 예산도 배정해야 한다. 위원들에게 의료법이나 의료윤리에 대한 전문인을 알선하거나 교육 프로그램을 제공하는 것도 필요하다. 주 업무 외의 여가 시간을 활용하는 것만으로는 위원회가 운영될 수 없다. 이러한 투자가 가능하려면 실제적인 정책 결정이 필요하다. 기관이 윤리위원회 업무에 다른 것보다 우선순위에 두어야 가능하다.

끝으로, 윤리위원회를 설립하려고 하는 기관은 장기적인 안목을 가지고 시작해야 한다. 그렇지 않으면 자원만 낭비하든가 참여자들이 실망하게 되기 쉽다는 사실을 명심해야 할 것이다.

=ABSTRACT=

An Inquiry for Activating the Role of Hospital Ethics Committee

UM Young Rhan*

Hospital ethics committee(HEC) is necessary to help clinical professionals when there is confusion or conflict in dealing with ethical aspects of a patient's care. The Korea Institute of HEC was established on May 2002. However, the HEC cannot really help clinical professionals to resolve ethical conflicts at bedside care yet. This study shows some strategies to activate role of the HEC in Korea.

Through analyzing and comparing current roles, organization, and standards of the HEC between Korea and other countries, the author suggests following:

1. Model of the HEC: Small group type composed of hospital personnels is proper in Korea, because there is lack of professionals who are expert both in biomedical ethics and clinical field.
2. Establishment of community network: Through establishing community network, a HEC can help each other and share information.
3. Use of website.
4. Development of standard for educating committee members and consulting clinical professionals.
5. Assuring financial support.
6. Enhancing interests in ethical aspects especially to top managers of hospitals.

Key words : Organization of the Hospital ethics committee, Role of the Hospital ethics committee, Standard of the Hospital ethics committee

* *Department of Nursing Soonchunhyang University College of Medicine*