

임상윤리상담과 병원윤리위원회*

최경석**

요약

이 글은 임상윤리를 의료윤리의 하위 범주로서 개별사례에 집중하며 그 해결책을 모색하는 학문영역으로 규정하고, “clinical ethics consultation”을 어떻게 번역할 것인지 논의한 후, “자문”보다는 “상담”이 적절한 번역어임을 주장한다. 나아가 임상윤리상담의 모델로서 권위주의적 접근, 순수 지원 접근, 윤리 지원 접근을 소개하고, 다원주의 사회에서 바람직한 모델은 윤리 지원 접근 모델임을 주장한다. 한국 사회 역시 동서와 고금이 혼재한 다원주의 사회라고 평가할 수 있으며, 하나의 가치 체계가 지배적이지 않은 상황에서는 어느 하나의 결론을 권장하고 주입하기보다 갈등을 상담하는 주체들이 윤리적으로 허용 가능한 범주 내에 있는 결론에 도달하도록 지원하고 도와주는 것이 상담가의 역할이라고 주장한다. 다원주의 사회의 윤리 지원 접근은 윤리적 상대주의를 함축하고 있는 것은 아니며 공통 도덕의 존재는 윤리적 상대주의가 올바른 이론이 아님을 보여준다. 한국의 의료기관윤리위원회는 임상윤리상담의 역할을 수행하는 위원회로서 운영될 필요가 있으며, 현행법이 의료기관윤리위원회의 역할로 연명 의료의 유보 및 중단만 언급하고 있으나, 이번 설치를 계기로 보다 일반적인 병원윤리위원회를 활성화하고 학제적 임상윤리상담팀을 운영하는 계기를 마련할 필요가 있다고 주장한다.

색인어

임상윤리상담, 권위주의적 접근, 단순 지원 접근, 윤리 지원 접근, 병원윤리위원회, 연명의료

I. 머리말

최근 우리 사회는 연명의료 유보 및 중단이 커다란 사회적 쟁점이었으며, <호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률> (이하 “호스피스 및 연명의료법”으로 약칭)을 2016년 2월 3일 제정하여 2017년 8월 4일부터 시행하게 되었다. 이 법률에는 병원윤리위원회의 일부 기능을 담당하는 의료기관윤리위원회의 설치를 의무화하고 있다.

연명의료의 유보 또는 중단의 문제가 임상윤리상담에서 다루어져야 할 주요한 주제 중 하나라는 것을 고려하면, 이제 한국 사회는 병원윤리위원회의 운영과 임상 윤리 상담에 대한 논의를 다시 시작할 필요가 있다. 비록 보라매 병원 사건이후 병원윤리위원회가 설치되는 움직임은 있었으나 지금과 같이 법률 조항에 근거를 두고 의무적으로 설치하게 된 것은 아니었다. 이런 점에서 비록 호스피스 및 연명의료법은 매우 제한된 주제와 기능만을 규정하고 있지만, 의료기관윤리위원회의 설치를 계기로 우리 사회에서 병원윤리위원회의 기능 정상화와 활성화가 논의될 필요가 있고, 무엇보다도 임상윤리상담의 역할과 모델, 나아가 병원윤리위원회와의 관계 설정에 대해 논의할 필요가 있다.

필자는 우선 의료윤리와 임상윤리의 개념적 관계부터 살펴보고, “clinical ethics consultation”을 “임상윤리자문”으로 번역할 것인지 “임상윤리상담”으로 번역할 것인지 논의한 후, 임상윤리상담의 세 가지 모델에 대해 검토해 보고자 한다. 필자는 권위주의적 접근(authoritarian approach), 순수 지원 접근(pure facilitation approach), 윤리 지원 접근(ethics facilitation approach) 가운데 윤리 지원 접근이 가장 바람직한 것임을 주장할 것이다. 이 접근법은 다원주의 사회의 특징을 고려하

고 의료윤리적 쟁점들의 특성을 고려할 때 임상윤리상담의 역할과 가장 잘 부합하는 모델이라고 판단된다. 아울러, 현행법에서 규정한 의료기관윤리위원회 역할의 한계를 지적하고, 향후 이 위원회가 제대로 된 병원윤리위원회로 발전하기 위해 어떤 점들이 검토되고 논의되어야 하는지도 다루고자 한다.

II. 임상윤리와 의료윤리

임상윤리(clinical ethics)와 의료윤리(medical ethics) 양자의 구별은 큰 실익은 없다. 하지만 학술적 관점에서 양자의 관계는 다음과 같이 이해될 수 있다. “의료윤리”는 “임상윤리, 임상연구윤리, 보건정책윤리” 등을 포함하는 포괄적 개념이다. 반면 “임상윤리”는 의료윤리의 한 분야로서 의료현장에서 발생하는 구체적인 개별 사례에 대한 해결책을 모색하는 학문분야이다. 양자의 구분에 큰 실익이 없다고 언급한 것은 “의료윤리”를 포괄적인 개념으로 이해하지 않고 연구윤리와 보건정책윤리를 제외한 좁은 의미의 의료윤리로 이해할 경우, 의료윤리와 임상윤리는 결국 같은 연구 외연을 지칭하는 개념이 되기 때문이다. 임상연구윤리는 의학연구 수행에서 필요한 윤리를 언급하는 것이라 임상윤리의 특수한 분야라고 이해할 수도 있고, 보건정책윤리는 한 개인의 진료와 관련하여 발생하는 윤리적 문제라기보다 한 사회의 구성원 전체와 관련된 보건정책의 윤리적 문제를 다루는 분야라고 이해할 수 있다. 따라서 흔히 의료인과 개별 환자 사이에서 발생하는 윤리적 문제를 다루는 것이 의료윤리라고 이해한다면 이것은 임상윤리와 크게 차이가 없다.

그런데 여기서 우리는 “의료윤리”라는 용어의 이중적 사용에 주목할 필요가 있다. “ethics”라는 용어가 윤리학을 의미하기도 하고, 윤리적 규범

의 체계를 의미하기도 한다. 따라서 “의료윤리” 역시 의료윤리학을 의미하기도 하고, 의학 및 의료 일반과 관련된 윤리적 규범 체계를 의미하기도 한다. 따라서 의료윤리학을 의미하는 “의료윤리”는 의학 및 의료 일반의 규범에 대한 학문 또는 이것과 관련된 윤리적 문제에 대한 규범적 판단을 규명하는 학문을 의미한다. 반면 의학 및 의료 일반과 관련된 윤리적 규범 체계를 의미하는 “의료윤리”는 의료인의 전문직 윤리를 의미한다고 이해할 수 있다.

“임상윤리”라는 용어도 “의료윤리”와 마찬가지로 이중적 사용이 존재한다. 임상윤리학으로서의 “임상윤리”는 임상과 직접적으로 관련된 영역에서 발생하는 윤리 규범에 대한 학문 또는 이것과 관련된 규범적 판단을 규명하는 학문을 의미하기도 하지만, 임상과 관련된 윤리적 규범 체계를 의미하는 경우, 의료윤리의 전문직 윤리를 의미하기도 한다.

좁은 의미로 이해된 의료윤리와 임상윤리마저 굳이 섬세하게 구별해야 한다면, 의료윤리가 좀더 일반적인 이론 구성이나 문제 해결의 일반적 원칙을 제시하고자 하는 것인 반면, 임상윤리는 개별적인 사안에 집중하여 관련 문제를 해결하고자 하는 것이 차이점이라 하겠다. 이와 같이 큰 실익이 없음에도 불구하고 “의료윤리” 대신 “임상윤리”라는 용어를 사용하는 것은 환자의 진료 환경에서 발생하는 개별 사안들에 대한 의사결정 그리고 이것과 관련된 윤리적 문제를 다룬다는 것을 강조하려는 것이라 본다.

의료윤리와 임상윤리의 구분보다 더 진지하게 숙고해야 할 개념은 “임상윤리 consultation”의 개념이다. “임상윤리 consultation”은 임상윤리와 관련된 사안에 대해 “consultation”이라는 활동을 수행하는 것을 의미한다. 필자는 이 활동이 임상윤리와 관련된 것이기 때문에, 1) 개별적인 윤리

적 문제와 관련하여, 2) 규범의 체계나 학문적 성찰에 입각하면서, 3) 환자 또는 의료인의 의사결정에 대해 “consultation”을 수행하는 활동이라고 이해하고 있다. 즉 “임상윤리 consultation”은 환자나 환자가족 및 의료인의 윤리적 의사결정 또는 이들 사이의 윤리적 의사결정에 도움을 주고자 이들의 의사결정에 개입하는 활동이다.

그런데 여기서 쟁점이 되는 것은 “consultation”의 개념이다. 과연 “ethics consultation”이란 명칭하에 어떤 활동이 전개되길 기대하는가? 이 활동은 “윤리 자문”인가 “윤리 상담”인가? 과연 어떤 번역어가 우리 사회에 적절한 번역어인가?

“consultation”은 흔히 “자문”으로 번역되고, “상담”은 주로 “counseling”의 번역어로 사용된다. 그러나 영영사전에서는 “A consultation is a meeting which is held to discuss something. Consultation is discussion about something.”(*Collins Cobuild Advanced Learner's Dictionary*)이라고 하여 “consultation”은 협의, 상의, 상담, 진찰, 자문, 참고, 참조 등 맥락에 따라 다양하게 이해될 수 있다.

그런데, 우리말의 “자문(諮問)”은 해당 분야의 전문가에게 의견을 구하는 것을 의미한다. 따라서 “ethics consultation”을 “윤리 자문”으로 번역하는 경우, 윤리 문제의 전문가에게 의견을 구하는 것을 의미할 수 있다. 하지만 한국 사람들이 윤리 문제를 전문가의 의견을 구해야 하는 문제로 생각하는지는 의문이다. 아직까지도 한국에서 윤리란 개인의 수양 문제이거나 덕망 있는 분들의 삶을 본받는 것 정도로 이해되는 경향이 있다. 도덕 교과를 “수신(修身)”이라 부른 적이 있고, 많은 다양한 윤리위원회는 전문성보다는 종교인이나 덕망 있는 원로를 위원으로 섭외하는 경향도 있다. 따라서 “윤리 자문”이란 용어 자체가 한국 사람들에게는 다소 낯설거나 거부감을 불러일으키는 용어로 받아들여질 수 있다.

윤리를 수신의 문제나 덕망의 문제로만 국한하여 이해하는 입장을 필자는 지지하지 않는다. 윤리의 문제는 복잡하고 다양한데, 덕망의 문제인 것도 있고 수양의 문제인 것도 있지만, 전문적인 지식을 요하는 문제도 있기 때문이다. 의료윤리나 생명윤리, 연구윤리와 같은 전문직 윤리의 문제는 단순히 수양이나 덕성의 문제만이 아니기 때문이다. 임상윤리의 문제의 해결에는 사실상 전문적인 지식을 요하는 것들이 많다고 판단한다. 이런 입장에서 “윤리 자문”이라는 용어가 일면 적절한 표현일 수도 있다. 그러나 앞서 언급한 것과 같이 다소 낮은 용어로 받아들여지면서 불필요한 반감을 불러일으키는 것은 결코 바람직하지 않다고 판단한다. 왜냐하면 이러한 반감은 “전문가의 의견을 구한다”는 것이 지닌 권위적 인상과 의뢰인의 피동적 수용이란 인상에서 비롯된 것이기 때문이다. “consultation”에 대한 위 영어 설명에는 이런 인상을 주는 부분이 없다. 분명히 토의(discussion)를 핵심적 요소로 보고 있다. 토의란 토론(debate)과 달리 여러 다양한 견해를 서로 교환하는 담론으로서 의논하거나 상의하는 것을 말한다. 설사 “consultation”을 전문가에게 의견을 구하는 것이라 하더라도 자문 내용을 그대로 수용한다기보다 자기 스스로의 최종적 해답을 찾기 위해 전문가의 의견을 청취하는 것이라고 볼 수 있다.

윤리 문제에 대한 “consultation”에서는 전문가와의 “의사소통”을 통한 의뢰인 스스로의 문제해결, 다시 말해 자신의 가치관을 고려해 보는 계기를 마련하여 윤리적 숙고를 스스로 해 봄으로써 문제를 해결한다는 측면이 보다 강조될 필요가 있다. 그래서 consult를 해 주는 사람은 의뢰인이 이런 숙고를 잘 할 수 있도록 도와주는 역할을 하는 것이 가장 기본적인 역할이라 생각한다. 이런 이유에서 필자는 “clinical ethics consultation”에

서의 “consultation”을 “자문”보다는 “상담”(相談)으로 번역하는 것이 이 활동의 취지에 부합한다고 생각한다. “상담”이란 번역어가 “discussion”이 지닌 의미를 “자문”보다는 더 잘 반영하고 있기 때문이다. 아울러 “상담”이라는 용어는 “ethics consultation”을 수행하는 윤리 문제의 전문가가 어떤 역할을 수행해야 하는지도 잘 드러내 주고 있다. 이들 전문가의 임무는 의뢰인으로서 환자, 환자가족, 의료인 등이 제기한 윤리적 문제에 대해 자기 자신의 입장을 따르도록 이들을 설득하는 것이 아니라 의뢰인 스스로가 해결책을 찾아나가도록 도움을 주는 것이기 때문이다.

필자의 위와 같은 주장은 다음 절에서 논의할 문제, 즉 21세기 다원주의 사회에서 요청되는 가장 바람직한 “ethics consultation”의 모델이 무엇이냐는 문제와도 밀접한 관련을 맺고 있다. 필자는 이 검토를 통해서도 “ethics consultation”이란 용어는 “자문”보다는 “상담”이라고 번역하는 것이 적절하다고 판단한다. 이런 이유에서 이후 논의에서부터는 “ethics consultation”을 “윤리 상담”으로, “clinical ethics consultation”을 “임상윤리상담”으로 번역할 것이다.

III. 임상윤리상담의 모델과 역할

임상윤리상담의 모델과 역할에 대해 American Society for Bioethics and Humanities (ASBH)는 *Core Competencies for Health Care Ethics Consultation: The Report of the American Society for Bioethics and Humanities* (1998)를 발간하면서, 다음과 같은 세 가지 접근을 언급하고 있다. 권위주의적 접근(authoritarian approach), 단순 지원 접근(pure facilitation approach), 윤리 지원 접근(ethics facilitation approach).

각각의 접근법에 대한 설명은 다음과 같다. 권

위주의적 접근은 상담가(consultant)를 주요한 도덕 결정자로 강조한다. 따라서 상담가는 실질적인 도덕 전문가로서의 역할을 맡고 있다[1]. 이 경우 “상담”보다는 권위적인 답변을 제공하면서, 답변의 내용대로 따를 것을 요구한다. 따라서 상담이라기보다 정해진 답을 교육하고 설득하는 과정이 뒤따라온다. 이런 점에서 우리말의 “자문”이란 용어가 지닌 권위주의적 인상을 포함하고 있다.

단순 지원 접근은 관련된 이해당사자 사이의 합의(consensus)를 궁극적 목표로 삼으며, 이것이 유일한 목표이기도 하다. 따라서 이 접근법에서 상담가는 수용 가능한 범위를 벗어나는 합의 조차도 이끌어내려 한다[1]. 이 접근법은 합의 산출 그 자체가 목적이므로 수용 가능한 범위를 벗어나는 합의 즉 윤리적 원칙을 벗어난 합의까지도 도출함으로써 갈등을 해결할 수도 있다는 우려를 낳는다.

윤리 지원 접근도 합의를 중요시한다. 하지만 단순 지원 접근과 달리 합의 그 자체를 목적으로 하지는 않는다. ASBH의 보고에 따르면 윤리 지원 접근은 다음과 같은 특징을 갖고 있다. 첫째, 상담의 핵심에 놓여 있는 ‘가치 불확실성’(value uncertainty)이나 ‘가치 갈등’의 성격을 규명하고 분석하는 것과 둘째, 합의 도출을 용이하게(facilitate) 하는 것을 주요 특징으로 한다[2]. ASBH는 윤리 지원 접근이 권위주의적 접근과 단순 지원 접근의 양극을 배격하고 있으며, 현대 사회에서는 윤리 지원 접근이 가장 바람직한 상담 모델이라고 천명하고 있다[2].

ASBH 보고서에 따르면, 윤리 지원 접근에서 상담가는 위에서 언급한 이 접근법의 특징을 잘 드러내 주고 있는, 다음과 같은 역할을 수행해야 한다고 밝히고 있다; 1) 관련된 데이터의 수집(예를 들어, 당사자들 즉 환자, 가족, 대리인, 의료인 등

사이의 토의를 거치고, 의무기록이나 다른 관련 문서를 검토함), 2) 관련된 개념의 명료화(예를 들어, 기밀유지 의무, 프라이버시, 충분한 정보에 의한 동의, 최선의 이익 등), 3) 관련된 규범적 이슈들의 명료화(예를 들어, 해당 사례에 대해 사회적 가치, 법, 윤리 및 기관 정책이 지닌 함의를 명료히 함), 4) 맥락 내에서 도덕적으로 수용 가능한 선택들의 범위를 규명함(identify) [2]. 여기서 주목해야 하는 것은 “도덕적으로 수용 가능한 선택들의 범위를 규명”하는 데 도움을 주는 역할을 수행해야 한다는 부분이다. 왜냐하면 권위주의적 모델처럼 도덕적으로 수용 가능한 하나의 선택 또는 수용해야만 하는 하나의 선택을 지시하거나 전달하는 것이 아니라, 수용 가능한 여러 선택지를 제시하는 역할을 수행하고 있기 때문이다.

상기한 업무를 수행하기 위해, 윤리 지원 접근 모델 하에서 윤리상담가는 1) 당사자들이 서로간의 견해를 듣도록 해주어야 하고, 2) 관련된 개인들이 자신의 가치(자신이 추구하는 가치)를 명료하게 할 수 있도록 도와주어야 하며, 3) 해당 맥락 내에서 도덕적으로 수용 가능한 공유된 커미트먼트(commitment)나 이해의 구성이 용이하도록 도움을 주어야 한다[2]. 윤리 지원 접근에서 윤리상담가의 첫 번째 역할은 윤리상담가가 자문을 한다기보다 갈등 당사자들 사이에 소통과 상호 이해가 발생하도록 하는 것이다. 두 번째 역할은 관련된 개인들이 자신의 가치 즉 자신이 추구하는 가치를 명료하게 할 수 있도록 도와줌으로써, 상담의뢰자가 자신이 당면한 도덕적 문제를 스스로 해결하는 데 도움을 주는 것이다. 바로 이 두 번째 역할이 윤리 지원 모델의 특징을 가장 잘 드러내 주고 있으며, 단순히 합의에만 도달하고자 지원하는 순수 지원 접근과의 분명한 차이를 드러내 주고 있다. 왜냐하면 첫 번째 역할은 순수 지원 접근 하에서도 윤리상담가가 수행해야 할 역

할이기 때문이다. 아울러, 세 번째 역할 역시 순수 지원 모델과의 차이를 잘 드러내 준다. 왜냐하면 일정한 범주의 도덕적으로 수용 가능한 그러면서도 사회 내에 공유된 커미트먼트나 이해를 구성할 수 있도록 도와줌으로써 당사자들이 수용하는 합의가 윤리적으로 우리 사회에서 수용가능한 범위를 벗어나서는 안 된다는 것을 강조하고 있기 때문이다.

윤리 지원 접근이 지닌 이러한 특징은 마크 P. 올리씨오(Mark P. Aulisio)가 윤리 지원 접근은 윤리(ethics)와 지원(facilitation) 모두에 관계한다고 강조한 것에서도 잘 드러난다[1]. 지원에만 관계하는 것이 아니라 윤리에도 관계한다는 것은 순수 지원 접근이 합의에 도달하는 지원에만 초점을 두고 있는 것인 반면, 윤리 지원 접근은 이러한 지원이 윤리적으로 타당한 선택지의 범위 내에서 이루어져야 한다는 것을 말하고 있기 때문이다. 아울러 이 선택이 상호 간의 이해와 소통이 증진된 후 도달하는 것이기에 “지원”과 관련이 있다는 것은 말할 필요도 없다.

그런데 여기서 “윤리”는 어떤 의미를 지니는가? 올리씨오는 임상윤리상담에서 “윤리”는 윤리학에서의 학술적인 사변과 구별되는 것으로서 단순화시킬 수 없는(다른 것으로 환원시킬 수 없는) 맥락적인 차원을 지닌다고 주장한다[1]. 그래서 특정한 사회적·정치적 현실이 이슈를 형성시키고, 근본적인 사회적 가치, 법률, 기관 정책과 같은 사회적·정치적 현실이 규범적 비중을 지닌다고 말한다[1]. 여기서 학술적인 사변은 윤리학자들의 이론적인 순수 담론을 의미하는 것으로 이해할 수 있다. 그러나 이론적인 순수 담론은 자칫 현실과 괴리될 수 있다. 그렇기 때문에 올리씨오는 “윤리”의 의미를 논의할 때, 사회적·정치적 현실이 규범적 비중을 지닌다고 말한 것으로 판단된다. 그리고 맥락적인 차원의 강조는 윤리

문제가 사회적·정치적 현실 속에 놓여 있는 것이기에 어느 누구도 그 중요성을 부정하기는 어려울 것이다.

이상의 논의에서 필자는 세 가지 상담 모델이 지닌 특징을 개괄하였다. 필자는 다원주의 사회에서 모델로 삼아야 할 접근법은 윤리 지원 모델이라고 주장한다. 특히 임상윤리는 삶과 죽음에 대한 가치관이 상이하고, 좋은 삶에 대한 이해가 상이한 가운데 의료와 관련된 개별적인 의사결정의 문제를 다룬다. 그래서 상이한 가치관과 이해에 근거한 판단들이 서로 충돌하면서 이견을 보이는 가운데서 의사결정이 이루어져야 하는 문제를 다루고 있다. 최근 우리 사회의 주요한 논쟁 중 하나가 되었던 연명의료중단의 문제뿐만 아니라 삶의 마지막 시기에 내려지는 의사결정과 관련해서도 상이한 죽음관의 충돌과 그에 따른 가치관 단의 충돌이 쉽게 발견될 수 있다. 이런 상황은 우리가 필요로 하는 임상윤리상담이란 다원주의 사회에서 작동 가능한 상담이여야 함을 보여준다. 권위주의적 접근은 특정 가치관에 근거한 판단을 강요할 수 있으므로 적절하지 않다. 단순 지원 접근은 우리 사회에서 수용 가능한 가치관을 벗어나서까지 개별 사안에 대한 합의에 도달하려는 위험을 안고 있다. 다원주의 사회에서 수용가능한 바람직한 모델은 윤리 지원 접근이다.

그런데 윤리 지원 접근을 수용한다고 해서 이것이 상담가가 실제로 제공하는 모든 개별 상담이 반드시 윤리 지원 접근법을 항상 따라야 한다는 것을 함축하는 것은 아니다. 상담가에게 제기된 문제 중 명백히 윤리적으로 타당하지 않은 결정을 의뢰인이 내리려 하는 경우, 또는 법률을 위반하면서까지 합리적인 선택의 범위를 벗어나 반사회적 가치를 실현하려 하는 경우, 상담가는 예외적으로 권위주의적 접근을 택하는 것이 바람직할 수 있다. 윤리 지원 접근이 적용되어야 하는 상

황은 당면한 상담 사례에서 충돌하는 윤리적 판단들이 윤리적으로 정당화되는 선택지들의 범위 안에 놓여 있을 때이고, 이런 선택지들의 범위 안에서 의뢰자가 최종 결정을 내리도록 지원할 때 적용되는 접근법이다. 따라서 사회적으로 수용 가능한 범위를 벗어난 선택을 고수하려 하는 경우, 상담가는 윤리 지원 접근이 아니라 권위주의적 접근에 따라 법적으로나 윤리적으로 잘못된 것이 무엇인지 분명히 밝히며, 단호하게 조언할 필요가 있다. 하지만 생명윤리적 문제에 대한 윤리적 판단은 개인들 즉 환자나 환자 가족, 또는 의료인 사이에서 흔히 이견이 발생한다. 이러한 이견이 윤리적으로 수용 가능한 범위내의 것이지만, 아직은 특정 형태의 사회적 합의에 도달하지 못했거나 도달하기 어려운 경우, 당사자 개인들 간의 합의에 도달하는 방법으로는 윤리 지원 접근이 가장 바람직한 접근법이다.

그런데 윤리적으로 수용 가능한 범위라는 것은 무엇을 의미하는가? 게다가 사회적으로 수용 가능하다는 것은 무엇을 의미하는가? 법률적으로 금지되지 않는 것은 윤리적으로 수용 가능한 것인가? 윤리적으로 수용 가능한 것은 사회적으로 수용 가능한 것인가? 이 문제는 윤리적 허용가능성이란 개념과 함께 별도의 논의를 펼쳐야 할 정도로 복잡한 문제이다. 다만 이 글에서는 윤리적으로 수용가능하다는 것은 나름의 이성적인 포괄적인 가치체계 내에서 윤리적으로 정당화되는 근거를 가지고 있다는 것을 의미하며 이 정당화 근거가 사회적으로 의견 일치하는 보이는 정당화 근거는 아닐지라도 정당화되지 않는다는 사회적 의견 일치기가 없어 논란의 대상이 되는 것이라는 정도로 설명하고자 한다[3]. 윤리적 문제와 관련된 사안에 대해 법률적으로 금지하는 것은 통상 그

사안의 행위에 대한 윤리적 정당화 근거를 우리 사회가 수용하기 어렵다는 의견 일치에 근거하는 경우가 대부분이다. 하지만 법률적으로 금지된 행위라고 해서 항상 이러한 사회적 의견 일치에 이르렀기 때문에 금지하는 것이라고 단언하기는 어렵다. 예를 들어, 배아, 태아 등을 대상으로 하는 유전자 치료는 <생명윤리 및 안전에 관한 법률>에서 금지하고 있지만,¹⁾ 이 문제에 대해서는 사회적 의견 일치에 이르렀던 문제라고 보기 어렵고, 최근에는 유전자 편집기술의 등장으로 다시 의견 충돌이 심화되고 있다. 의회의 입법이란 사회적 의견일치를 존중해야 하지만 그렇다고 해서 이것이 필수적인 요건은 아니다. 그러므로 해당 쟁점에 대한 의견일치가 어려운 경우 당시 상황에서 내려진 정책적 판단에 근거하여 입법이 되는 경우도 있다. 결론적으로 우리 사회가 어떤 사안에 대해 윤리적으로 금지한다는 의견 일치가 형성되어 있지 않는 한 해당 사안은 윤리적으로 허용 가능한 범주에 있다고 판단하는 것이 현실적이다. 다만 이 경우 해당 사안의 정당화 근거는 나름 어떤 포괄적인 믿음 체계에 따른 것이어야 하며, 그것은 합리적이어야 한다. 그리고 윤리적 허용 가능성과 법적 허용가능성은 경우에 따라 일치하지 않는 경우도 있다.

IV. 다원주의 사회와 윤리 상대주의

이상과 같이 윤리적으로 허용 가능한 도덕 판단의 범주가 존재한다는 것은 다원주의 사회의 특징이다. 그리고 이것은 유일한 하나의 권위적인 가치규범의 체계가 한 사회를 지배하고 있지 않기 때문에 발생한다. 존 롤스(John Rawls)는 이성적인 사람들(reasonable persons) 사이에서도

1) 제47조 제3항 “유전자치료는 배아, 난자, 정자 및 태아에 대하여 시행하여서는 아니 된다.”

판단의 부담(burdens of judgment) 때문에 의견의 불일치가 발생한다고 언급했고, 이것을 이성적 불일치(reasonable disagreement)²⁾라고 불렀다[4]. 이성적 불일치의 발생 가능성과 그 영역은 필자가 언급한 윤리적으로 허용 가능한 도덕 판단의 범주와 일치한다. 이성적 불일치가 발생하는 도덕 판단의 영역에서는 이 판단들이 윤리적으로 허용 가능한 판단으로 인정될 필요가 있다. 따라서 임상윤리상담이 개별적인 사안에 대한 해결책을 모색함에 있어 이런 판단들의 영역에서 해결책이 모색되는 것이라면 상담은 어느 한 가치를 주입하는 방식이 아니라, 그래서 어느 하나의 권위적인 결론에 도달하도록 하는 것이 아니라, 당사자의 가치 체계를 확인하고 그 가치체계에 부합하는 판단이 도출되도록 지원하는 것이 바람직하다. 윤리 지원 접근은 이러한 이론적 배경과도 잘 부합된다.

필자가 윤리상담의 모델 중 윤리 지원 접근이 가장 바람직한 모델이라고 주장하는 것은 현대 사회가 다원주의 사회라는 성찰과 밀접한 관련을 맺고 있기 때문이다. 서구 사회뿐만 아니라 한국 사회도 다원주의 사회라고 판단할 수 있다. 유교적 전통이 아직도 지배적이라는 견해가 있을 수 있지만, 한국의 결혼식은 우리가 다원주의 사회 속에서 살아가고 있음을 단적으로 보여준다. 우리 시대 한국의 결혼식에서는 통상 신랑은 턱시도나 양복을 입고, 신부는 드레스를 입는다. 신랑과 신부의 아버지는 양복을 입고, 어머니는 한복을 입는다. 서구식 혼례를 치르고 드레스를 입고 케익을 자른 후, 신랑과 신부는 폐백을 드리러 이

동한다. 이처럼 한국의 결혼식은 서양 문화와 동양 문화가 혼재하고, 옛 것과 새 것이 함께 공존하고 있다.

이러한 결혼식 광경은 우리의 문화적 상황뿐만 아니라 정신적 가치체계에서도 한국의 현재 모습을 상징적으로 드러내고 있다. 가족 공동체의 가치가 강조되면서도 개인의 자율성이 강조될 때가 있고, 자유로운 토론 문화가 강조되면서도 아직도 선배나 윗사람에 대한 예의와 존중이 지나치게 강조되기도 한다.

한국은 이제 유교 등의 전통 가치 체계가 삶의 세계를 지배하는 유일한 가치 체계라고 말하기는 어려워졌다. 여전히 유교적 전통의 영향력에서 온전히 벗어나지는 못할 것이고 굳이 그렇게 할 필요도 없을 것이다. 한편 유교적 전통 외에도 서구의 가치관이나 가치체계 역시 한국인의 삶의 세계를 지배하고 있다. 그리스도교와 서구 정치체계의 도입으로 서구적 가치관 역시 한국인의 삶의 세계를 지배하는 또 다른 가치 체계임을 부인하기는 어렵다. 한국 사회 내에서도 자유주의적 개인주의의 사고가 팽창해 왔다. 그래서 한국은 동서의 가치 체계와 고급의 가치 체계가 병존하는 독특한 상황에 놓여 있다. 이런 측면에서 한국 사회 역시 다원주의 사회라고 말하는 것이 어색하지 않다고 필자는 판단한다.

이런 상황에서 임상에서 접하게 되는 윤리적이슈들에 대해 상담한다는 것 역시 다양한 인생관과 세계관을 마주치게 한다. 어느 하나의 가치체계를 일방적으로 전달하거나 훈계할 수 없는 것이 현실이라면, 임상윤리상담의 바람직한 모델

2) "reasonable disagreement"를 "합당한 불일치"로 번역하기도 한다. 이렇게 번역하는 것이 나름 이 불일치의 의미를 효과적으로 전달하는 측면이 있는 것도 사실이다. 그러나 롤스의 "reasonable"이란 용어의 사용은 기본적으로 "rational person"과 대비되는 "reasonable person"이라는 개념에 근거한다. 이 "reasonable person" 사이의 의견 불일치가 "reasonable disagreement"이고, 이 사람들이 인정하는 포괄적인 믿음 체계가 단지 하나가 아닌, 복수의 믿음 체계일 수밖에 없기 때문에 "reasonable pluralism"을 롤스는 주장한다. 이런 측면에서 "reasonable person"이 관련 용어들을 이해함에 있어 핵심적인 역할을 한다. 그런데 "합당한 사람"이라는 번역어는 매우 어색한 번역어이다. 이 번역어에서 우리는 "사람이 합당하다"는 것이 무엇을 뜻하는지 쉽게 이해하기 어렵다. 따라서 필자는 "reasonable"을 번역함에 있어 "합당한"이란 번역어보다는 "이성적"이란 번역어가 적절하다고 판단한다.

은 권위주의적 접근이라고 보기 어렵다.

물론 일부 기관에서는 기관의 본질적인 임무 수행을 위해 권위주의적 접근법을 택하는 것이 바람직하고 그래야만 할 것이다. 예를 들어, 가톨릭교회가 운영하는 병원에서는 가톨릭교회의 생명윤리적 독트린과 상충되는 결정을 수용하기 어려울 것이다. 예를 들어, 환자가 낙태를 원한다거나 자발적인 소극적 안락사를 원하는 경우 이를 허용하는 입장을 취하는 것은 불가능하거나 매우 어려운 일일 것이다. 따라서 환자가 이런 결론에 이르는 것 자체를 올바르다고 볼 수 없고, 교회의 독트린과 부합하는 다른 판단을 내려야 한다고 교육하거나 강하게 권고할 수 있다.

특정 종교적 가치를 수호하고자 하는 기관이 아닌 여타 기관들이 위와 같은 권위주의적 접근법을 택해야 한다고 보기는 대단히 어렵다. 그렇다고 하여 순수 지원 접근이 대안이 될 수는 없다. 순수 지원 접근을 택하는 것은 앞서 언급했던 한계로 인해 윤리적 문제점을 산출할 가능성이 매우 높기 때문이다. 결국 윤리 지원 접근이 견지하고 있는 입장처럼, 윤리적인 해결책 모색을 목표로 하면서 사회적으로 수용 가능한 윤리적 선택지들 가운데에서 당사자들이 합의할 수 있도록 하고, 그 합의가 당사자들 본인의 가치 체계에도 부합하는 선택지에 이르도록 지원하는 것이 다원주의 사회에서 채택할 만한 바람직한 접근법이다.

그런데 윤리적 문제의 해결책 모색에서 합의를 지양한다고 해서 윤리 지원 접근이 윤리적 가치가 상대적이라거나 도덕 그 자체가 상대적이라는 것을 함축하지는 않는다. 많은 가치와 규범은 공통 도덕(common morality)의 이론에서 확인할

수 있듯이, 문화적으로 역사적으로 공유된 것들이 많다. 대표적으로 “살인하지 말라”, “거짓말하지 말라”, “약속을 지켜라” 등등과 같은 규범들은 문화적 차이나 역사적 차이를 뛰어 넘은 인류 보편의 공통된 도덕규범들이다.

비침과 쉘드리스는 자신들이 주장하는 네 가지 원칙들, 선행의 원칙, 악행금지의 원칙, 정의의 원칙, 자율성 존중의 원칙이 이러한 공통 도덕으로부터 나온 것임을 밝히고 있다[5]. 물론 이 원칙들은 개별 사안에 기계적으로 적용될 수 없고, 그들이 주장하는 구체화(specification)와 균형잡기(balancing)의 방법을 통해 숙고된 도덕 판단들의 집합과 도덕 이론들의 집합 그리고 배경적 지식들의 집합과 정합적인 판단 즉 반성적 평형에 도달한 판단이 내려져야 한다[5]. 그런데 필자는 이들이 제시하는 네 가지 원칙은 사실상 생명윤리적 원칙들이라고만 볼 수도 없는 대단히 보편적인 윤리 원칙이라고 판단한다. 물론 네 가지의 원칙들 각각은 하나의 원칙이 아니라 규범들의 다발이기에 생명윤리에서 개발된 구체적인 규범들이 각각의 원칙하에 포함될 뿐이다. 하지만 이들 네 원칙이 공통 도덕이라는 데는 이견이 없다.³⁾

자율성 존중의 원칙과 관련하여, 생명의료윤리학의 영역에서 언급되는 자율성 개념이 결코 칸트의 자율성 개념과 동일한 것이 아님은 주의할 필요가 있다. 칸트는 자율성을 근대 윤리학의 기초 개념으로 성립시키고, 이것을 자신의 보편적인 도덕 철학의 기초 개념이 되게 한다. 하지만 생명의료윤리학에서 논의되는 “자율성”이란 개념은 이런 칸트식의 보편성이란 함의를 지니고 있지 않다. 사실상 자율성 존중의 개념은 자기결정

3) 자율성 존중의 원칙은 역사적 발전을 통해 공통 도덕에 편입된 원칙이라고 필자는 판단한다. 왜냐하면 역사적 변천과 무관하게 인류 사회에 보편적으로 적용되는 도덕 원칙이라고 보기에는 근대 이전의 사회에서 이 원칙의 적용을 받는 사람들은 대단히 소수였기 때문이다. 물론 비침과 쉘드리스는 자율적인 사람의 외연이 역사를 통해 확대되었다고 대응할 수는 있다. 하지만 자율성은 근대 사회에 이르러 근대를 대표하는 보편적인 가치로서 자리매김을 했다는 점은 부인하기 어려울 것이다. 나아가 현대 사회에서는 자율성 존중이라는 원칙이 원래의 철학적 맥락과 함의를 이탈하여 정치적으로도 대단히 중요한 개념으로 확대되었다.

의 존중이란 개념으로 축소된다. 하지만 조나탄 모리노(Jonathan Moreno)는 칸트의 자율성 개념이 정치철학자들의 자기결정 개념으로 이행한 것을 긍정적으로 보고 있으며, 이를 영미 철학자들의 기여로까지 보고 있다[6]. 모리노는 자율성은 도덕적 개념이지만 자기결정은 정치적 개념임을 주장한다.

비록 자율성 존중의 원칙이 역사성을 무시한 보편적인 공통 도덕에 속하는 것인지 아니면 “공통 도덕”이라는 것의 의미를 이원화하여 역사성을 고려하지 않고 인류 역사 전체에 걸친 보편적인 공통 도덕과 역사적으로 변천해 가는 공통 도덕으로 나누어 설명하는 것이 옳은 것인지는 또 다른 학술적인 논의를 필요로 하는 부분이다. 하지만 여기서 분명한 것은 공통 도덕의 존재 그 자체를 부정할 수는 없다는 점이다. 공통 도덕의 존재는 윤리적 상대주의가 윤리적 가치판단의 문제를 얼마나 거칠게 다루고 있는지 잘 보여준다.

윤리적 영역이 많은 이견들의 격돌지이고 때론 상이한 이견이 상호 모순적인 극단적 입장들의 대립까지 보여주는 영역이기도 하다. 그러나 그렇다고 하여 이러한 대립이 도덕이나 윤리성 그 자체가 상대적이라는 것을 보여주는 것은 아니다. 과학적 담론에서도 상호 대립적인 가설들의 격돌이 목격된다. 그러나 그렇다고 하여 과학이나 과학성 그 자체가 상대적이라는 결론에 도달하지는 않는다. 윤리학에서도 마찬가지로 논변이 가능하다. 비록 윤리학의 영역이 과학보다는 많은 의견 대립을 보이는 영역이기도 하지만 그렇다고 하여 이런 의견 대립 그 자체로부터 도덕이나 윤리가 상대적이라고 결론지어야 하는 것은 아니다. 공통 도덕의 존재는 과학의 법칙처럼 윤리학에서도 역사와 문화를 뛰어 넘어 적용되는 행위의 규범들이 존재함을 보여주는 것이다.

다만 공유된 가치와 규범이 존재하더라도 이

것들이 구체적인 맥락에서 이용될 때, 가치와 규범의 추상성으로 인해 해석을 필요로 하고, 맥락의 특수성으로 인해 또는 이전과는 전혀 다른 새로운 맥락에 처함으로 인해, 사람들 사이에 상이한 해석이 존재할 수 있다. 흔히 의료윤리나 생명윤리로 언급되는 학문 분야에서 다루는 문제들은 바로 이러한 상이한 견해가 격돌하는 문제들이다. 물론 의료윤리와 생명윤리의 영역에서 역사적으로 체계화된 규범들이 전혀 존재하지 않는 것은 아니다. 헬싱키 선언이나 많은 국제적 규범이나 지침들은 이 영역에서 축적되어 온 보편적인 윤리 규범들이다. 하지만 이 규범들이 작동하는 데 한계를 드러내는 새로운 문제들이 끊임 없이 제기되고 있다. 임상윤리상담은 의료윤리의 영역에서 축적된 규범들이 적용되어 문제가 쉽게 해결되는 경우도 있지만 그렇지 않은 경우도 있다. 전자의 경우에도 그 해결은 당사자들이 찾아야 하기에, 윤리 상담가는 이 과정을 지원할 필요가 있다. 후자의 경우에는 윤리적으로 허용 가능한 범위 내에서 윤리적 판단이 이루어지도록 당사자들의 의사결정 과정을 지원해야 할 것이다.

분명히 이러한 해결책을 모색하는 과정에서 의견 불일치가 발생하게 되는 것은 당연하다. 그리고 이런 불일치가 바로 상담을 필요로 하는 시작점이다. 기존의 가치나 규범에 대한 상이한 해석으로 인한 의견 불일치는 바로 롤스가 언급한 “이성적 불일치”가 발생하는 상황들 중 하나이다. 이런 상황에서 어느 하나의 견해가 일방적으로 한 사회에 수용되어 모든 사람들에게 적용되게 하는 것은 오히려 국가 권력의 억압적 사용 없이는 불가능하다[4]. 우리는 최대한 차이를 논의하고, 이미 공유된 가치와 입장을 토대로 새로운 합의에 도달할 필요가 있다. 따라서 다원주의 사회에서 윤리 상담이란 앞선 언급했듯이 서로 간의 의사소통과 자신의 도덕적 숙고를 통해 상호 간에 수

용할 수 있는 합의에 도달하도록 지원하는 역할을 해야 한다.

V. 병원윤리위원회의 기능 정립 및 활성화

호스피스 및 연명의료법의 시행으로 연명의료 중단등의 결정, 즉 연명의료의 유보 및 중단의 결정과 그 이행에 대한 업무를 수행하는 기관으로서 “의료기관윤리위원회”의 설치가 의무화되었다[7]. 물론 연명의료의 유보 및 중단과 관련된 사안만을 언급했기 때문에, 이 기관에 온전한 병원윤리위원회로서의 역할이 부여된 것은 아니다. 하지만 향후 병원윤리위원회가 활성화될 수 있는 계기를 마련했다는 점에서는 환영할 만한 정책 방향을 제시하고 있다고 평가할 수 있다. 하지만 연명의료의 유보 및 중단에 국한하여 생각한다 하더라도, 구체적으로 해당 위원회가 어떻게 운영될지, 해당 위원회가 정상적으로 운영되기 위해서는 어떻게 해야 할지, 1인이나 2인의 의료인이 운영하는 소규모 의원의 경우 어떻게 위원회를 운영할 수 있을 것인지, 직접 위원회를 구성할 수 없는 의료기관의 경우 어떻게 그 업무를 위탁하며 이러한 위탁에 따른 책임은 누가질 것인지, 위탁을 받은 위원회가 제대로 기능할 것인지, 과연 위원회 업무를 수행할 만한 인력이 국내에 양성되고 있는지, 과연 어떤 구체적인 사안들까지 의료기관윤리위원회에서 다루어져야 할 것인지 등에 대해서는 보다 구체적인 논의와 연구가 필요하다.

임상윤리상담의 역할과 기능에 대한 이론적인 탐구에 집중하고 있는 이 글에서는 법률 시행으로 인한 실천적인 문제점보다는 이론적인 차원에서 그리고 보다 이상적인 측면에서 앞으로 우리 사회가 염두에 두고 해결해야 하는 문제들이 무

엇인지에 대해서만 언급하고자 한다. 이것은 실천적인 문제점을 해결하는 것이 중요하지 않아서가 아니라, 우선은 임상윤리상담이 어떤 방향으로 나아가야 하는지에 대한 기본적인 구도를 우리 사회가 논의할 필요가 있기 때문이다. 그리고 현실적으로 접하고 있는 구체적인 문제들을 어떻게 해결할지 논의하는 것은 이런 큰 구도가 어떠해야 하는지와 연결하여 논의하는 것이 바람직하기 때문이다. 그래야만 이 위원회에서 윤리상담이란 기능을 직접 수행하거나 이 기능을 연계할 경우, 향후 중장기적인 차원에서 어떤 제반 여건을 갖추어 나가야 할지 논의할 수 있다.

현재 호스피스 및 연명의료법은 의료기관윤리위원회의 역할을 다음과 같이 규정하고 있다[7].

1. 연명의료중단등결정 및 그 이행에 관하여 임종과정에 있는 환자와 그 환자가족 또는 의료인이 요청한 사항에 관한 심의
2. 제19조제3항에 따른 담당의사의 교체에 관한 심의
3. 환자와 환자가족에 대한 연명의료중단등결정 관련 상담
4. 해당 의료기관의 의료인에 대한 의료윤리교육

법률에 언급된 것처럼 연명의료의 결정 즉 연명의료의 유보 및 중단에 대한 의사결정과 그 이행과 관련된 윤리적 쟁점들에 대한 상담은 제1호부터 제3호까지의 사안에 해당될 것이다. 상담을 직접 언급한 것은 제3호이지만 제1호와 제2호의 사안을 심의하기 위해서 상담이 요청되는 경우도 배제할 수는 없다.

의료기관윤리위원회가 당면한 윤리적 문제를 제대로 해결하기 위해서는 앞서 언급한 윤리 지원 접근 모델에 따라 당사자들의 의견 충돌을 조

정해야 할 것이다. 의견 충돌은 의사들 사이에서 발생할 수 있으며, 의사와 환자 또는 의사와 환자가 가족 사이에서도 발생할 수 있고, 환자와 가족들 사이에서도 발생할 수 있다. 그런데 호스피스 및 연명의료법은 제14조 제1항에서 확인할 수 있듯이, “연명의료중단등 결정 및 그 이행에 관한 업무”에만 국한시키고 있다. 따라서 앞서 언급한 것처럼, 이 위원회가 임상윤리 전반에 걸친 문제를 다루는 병원윤리위원회로서의 기능을 온전히 수행할 수 있도록 규정한 것은 아니다. 예를 들어, 법률상 연명의료로 정의되지 않은 치료에 대한 거부 문제는 법적으로는 의료기관윤리위원회의 소관 사항이 아니다. 법률은 임종과정에 있는 환자라는 판정을 받은 환자에게 시행되는 심폐소생술, 혈액 투석, 항암제 투여, 인공호흡기 착용의 의학적 시술만을 연명의료로 정의하고 있어[7], 임종과정에 있지 않은 환자에 대한 동일 시술의 거부 문제를 다룰 법률적 근거가 없다. 그러나 환자가 어떤 상태에 있든 상관없이 의료적 시술의 유보나 중단에 대한 문제는 일반적으로 대단히 중요하고 어려운 윤리적 문제를 야기하는 경우가 많다. 따라서 이런 문제까지 의료기관윤리위원회가 다룰 것인지, 병원윤리위원회를 별도로 설치하여 다룰 것인지는 기관의 자율적인 판단에 달려 있는 문제이다. 또한 호스피스 및 연명의료법의 위와 같은 한계는 앞으로 우리 사회가 치료거부의 문제에 대한 이론적 논의와 실천적 논의를 진행해야 하는 근거를 제공한다. 아울러, 이런 문제가 윤리적으로 올바르게 다루어지기 위해서는 임상윤리상담뿐만 아니라 병원윤리위원회의 기능과 역할에 대한 보다 활발한 논의가 전개되어야 한다.

우리나라는 보라매병원 사건 이후 많은 의료기관이 병원윤리위원회를 설치하였으나 현실적으로는 그 운영이 실질적이었다고 보기 어렵다[8].

대부분 병원윤리위원회는 병원의 법률적인 문제에 대한 자문 역할을 수행했다고 볼 수 있으며, 이는 위원회의 장을 병원장으로 하는 관행에서도 발견된다. 이번 법률 시행을 통해 장기적으로는 병원윤리위원회가 정상화되고 활성화되며, 병원을 위한 법률적 자문 기능뿐만 아니라 환자와 의료인을 위한 실질적인 윤리적 상담 기능이 수행되는 계기를 마련해야 할 것이다. 또한 환자와 의료인을 대상으로 하는 임상윤리 관련 교육이 활성화되는 계기가 되어야 할 것이다. 나아가 병원윤리위원회의 활성화는 단지 병원내 의사결정 기구로서의 활성화가 아니라, 임상윤리상담 기능을 수행하는 위원회로서의 활성화여야 할 것이다.

병원윤리위원회가 그 기능을 제대로 수행하기 위해서는 병원윤리위원회와 임상윤리상담의 관계 설정을 논의할 필요가 있다. 임상윤리상담이라는 기능을 병원윤리위원회 그 자체가 수행하도록 할 것인지, 아니면 임상윤리상담이라는 기능은 병원윤리위원회와는 독자적으로 운영하면서 상담 기능을 수행하는 조직과 병원윤리위원회가 긴밀하게 협조할 것인지 논의할 필요가 있다.

존 C. 플레처(John C. Fletcher)와 캐서린 L. 모즐리(Kathryn L. Moseley)는 병원윤리위원회와의 관계를 고려하면서 임상윤리상담을 제공하는 다음과 같은 네 가지 유형을 소개한다[9]. 1) 윤리위원회 구성원으로 구성된 학제적인 팀, 2) 윤리위원회 구성원과 위원회 밖의 사람들로 구성된 윤리상담 서비스, 3) 윤리위원회 그 자체가 수행하는 상담, 4) 병원이나 윤리위원회와 계약을 맺은 개별 상담가의 형태.

병원윤리위원회가 윤리상담의 결과나 제기된 안건을 병원내의 의사결정 과정 중 하나로 처리하는 것은 바람직할 수 있다. 하지만 병원윤리위원회 자체가 윤리 상담의 기능을 수행하는 것은 바람직하지 않을 수 있다. 왜냐하면 병원윤리위

위원회는 의사결정기구로서의 기능을 위해 통상 내부와 외부 위원으로 구성되며 위원들은 대체로 위원회 업무를 전담하고 있지 않기 때문이다. 이런 점에서 병원윤리위원회 그 자체가 상담 기능까지 수행하는 실무 조직이 되기에는 효율성과 안정성의 문제가 제기될 가능성이 높다. 따라서 필자는 임상윤리상담을 전담하는 인력이 상담업무를 전담하며 수행할 필요가 있다고 본다. 그리고 이 전담 전문인력이 병원윤리위원회와 유기적인 관계를 맺으며 운영되는 것이 바람직하다고 본다. 위 분류법에 따르면 첫 번째나 두 번째 형태가 이것에 해당할 것이다. 상담을 제공하는 사람들은 병원윤리위원회의 구성원이기도 할 것이지만, 상담을 제공하는 기구는 조직상으로는 병원윤리위원회와는 별도의 기구로 운영되는 것이 상담 기능을 효율적이면서도 안정적으로 수행하게 할 것이다.

나아가, 임상윤리상담의 기능을 수행하는 주체를 네 번째 형태처럼 상담가라 불리는 개인을 기반으로 운영할 것인지 아니면 첫 번째나 두 번째처럼 여러 상담가로 구성된 하나의 팀으로 운영할 것인지도 논의할 필요가 있다. 현실적으로는 의료기관의 재정적 상황이나 규모가 이 문제의 결정에 큰 영향을 미칠 것이다. 그러나 이상적으로는 그리고 원칙적으로는 팀으로 운영하는 것이 바람직할 것이다. 왜냐하면 많은 의료윤리 문제들에 대한 상담은 학제적인 성격을 지니고 있기 때문이다. 윤리상담이라고는 하지만 상담의 내용을 윤리적 문제에만 국한할 수 없을 것이다. 윤리적 상담을 위해서라도 법률적 문제에 대한 상담을 배제할 수 없고, 의학적 지식에 근거한 정확한 정보가 소통되기도 해야 하기 때문이다. 뿐만 아니라 환자의 총체적인 안녕을 위해서는 병원 내에서 발생하는 현재의 사안뿐만 아니라 병원을 퇴원하고서도 직면하게 되는 사회복지 관련 문제

들에 대해서도 조언을 필요로 할 수 있다. 이런 점에서 임상윤리상담의 기능은 어느 한 개인이 지닌 특정 분야에 대한 전문 지식에만 의존할 수 없다. 의료윤리라는 영역이 학제적인 성격을 지닌 것처럼 임상윤리상담이라는 현실의 실무 영역 역시 학제적인 기반 위에서 수행되어야 한다. 앞서 언급한 네 가지 유형 중 필자는 학제적 기반을 지닌 팀 성격을 유지하는 한, 병원윤리위원회의 위원들로 구성된 첫 번째 유형과 외부 사람들도 참여하는 두 번째 유형의 선택은 기관의 사정과 판단에 달린 문제라고 본다. 왜냐하면 원의 구성원이 서비스를 제공할지 여부만이 중요한 차이로 보이기 때문이다. 세 번째와 네 번째 형태 역시 가장 바람직하다고 보기는 어렵지만 기관의 여건에 따라 현실적으로는 첫 번째와 두 번째 형태의 대안이 될 수 있을 것이다.

무엇보다도 시급히 논의하고 대책을 마련해야 하는 것은 학제적 팀으로서의 임상윤리상담팀 일원으로 활동할 전문인력의 양성 문제이다. 임상윤리상담 전문인력의 자격요건을 어떻게 할 것인지 논의할 필요가 있다. 현재는 간호사가 이 분야의 전문인력으로서 큰 기여를 할 수 있는 후보 직역이지만, 간호사들에게는 생명의료윤리학 및 상담기술과 관련된 지식과 경험 축적이 필요하다. 법학이나 윤리학뿐만 아니라 심리학이나 사회복지학을 전공한 비의료인도 이 학제적 팀에서 활동할 것이 기대되는 인력 풀이다. 그러나 이들에게는 임상현장에 대한 이해를 증진시키고 사례를 중심으로 상담 경험을 쌓을 수 있는 현장형 교육 프로그램 개발이 필요하다.

VI. 맺음말

호스피스 및 연명의료법 제정과 시행으로 의료윤리의 한 분야인 임상윤리상담에 대한 필요성이

부각되고 있으며, 향후 한국이 임상윤리상담에 대해 어떻게 접근해야 할지를 논의하였다. 우선 자문인가 상담인가라는 개념상의 논의에서 시작하여 어떤 상담 모델들이 존재하며 이 중 다원주의 사회에서는 어떤 상담 모델이 바람직한지도 논의하였다.

호스피스 및 연명의료법이 비록 여러 가지 문제점을 안고 있기는 하다. 하지만 그 동안 커다란 논란의 대상이 되었던 연명의료 유보 및 중단의 문제에 대해 적어도 법률적으로 어떤 정책이 수립되었다는 의의는 있다. 비록 이 법률의 적용 대상이 임종과정에 있는 환자로 국한되기는 했지만 향후 이 문제에 대한 논의의 시작점을 마련했다는 긍정적인 의미가 있다. 아울러 의료기관윤리위원회의 설치가 의무화되었다는 점도 주목할 만하다. 물론 이러한 의무화가 가져오는 부작용을 최소화하기 위한 노력도 필요하고 의무화로 인한 운영상의 현실적인 난관을 해결하기 위한 노력도 필요할 것이다.

임상윤리상담의 많은 사례는 주로 연명의료의 유보나 중단 문제에 집중될 가능성이 높다. 그러나 현재 한국의 연명의료 유보 및 중단에 대한 법률은 김 할머니 사건에 대한 대법원 판결과 국가생명윤리심의위원회 특별위원회의 입법권고 등의 사회적 산물을 바탕으로 제정되었다. 이 법률의 제정 과정에서 당시 우리 사회의 보수적인 견해를 지닌 집단과의 의견 대립도 매우 강했던 점을 고려할 필요가 있다. 그래서 외국의 입법례와 비교할 때 앞서 언급한 것처럼 이 법률은 연명의료 유보 및 중단 문제를 임종과정에 있는 환자에게만 국한하는 제한점이 있다. 그러나 김 할머니 사건에 대한 대법원 판결이나 국가생명윤리심의위원회의 입법 권고가 중요한 사회적 합의를 드러내고 있었음도 부정할 수 없다. 아울러 의료인에 대한 불신과 종교계의 매우 보수적인 대응

으로 인해 일부 사안에 대한 규정이 매우 엄격하고 현실적으로 운영상의 어려움을 야기하는 측면도 있다. 또한 입법 기술적으로는 호스피스와 연명의료의 유보 또는 중단의 관련성에 대한 언급이 빠져버림으로써, 의료계에서는 이 법률의 입법 취지와는 무관하게 과도한 불안과 혼란이 발생하고 있다. 말기환자나 임종환자에 대한 정의를 정의조항에 포함시킬 때, 어느 한 관점에서만 정의하고 게다가 특정한 법적 절차가 충족된 경우만을 의미하는 것으로 정의하는 문제점을 낳았다. 그래서 실제로는 말기환자이면서도 이 법률에서는 말기환자가 아니게 되는 불합리함을 드러냈다. 또한 임종환자 역시 의사 2인의 판정을 받은 자로 정의함으로써 실제로는 임종환자이지만 의사 2인의 판단이 없다면 이 법률에서는 임종환자가 아니게 되는 문제점도 있다. 의료적 차원에서 판단하는 말기환자와 임종환자의 정의를 제시한 후 사안별로 그 목적에 따라 부가조건을 달아 의도하는 법률적 효과가 발생하게 했다면 이와 같은 문제점은 발생하지 않았을 것이다.

게다가 우리나라는 “치료거부권”에 대한 명문의 규정을 갖고 있지 않고, 매우 제한적인 역할을 수행하는 성년후견인을 제외하면 의료 결정에 대한 “대리인” 지정이 법으로 규정되어 있지 않다. 그렇기 때문에 자기결정권을 직접적으로 행사하는 경우를 제외하면, 의료현장에서 치료의 유보나 중단에 대한 의사결정은 우리 현실에서는 쉽지 않은 문제이다. 향후 법률 개정을 통해 현재의 문제점들은 반드시 해결되어야 할 것이며, 이를 위해 관련 쟁점들에 대한 논의를 체계적으로 진행하며 의견을 수렴할 필요가 있다.

호스피스 및 연명의료결정에 대한 현행법은 법으로 정한 매우 제한된 의료적 중재에 대해서만 일정 조건과 절차를 따를 경우 의사를 보호하는 절차적 규정을 두고 있다. 그래서 이 법률은 말기

환자나 말기환자 이전의 환자를 대상으로 하는 경우, 앞서 언급한 심폐소생술, 혈액 투석, 항암제 투여, 인공호흡기 착용의 유보나 중단이 치료거부권을 통해서도 보장되는 것인지 여부가 불분명하다. 그래서 말기환자나 그 이전의 환자를 대상으로 한 경우, 위 네 가지 의료적 중재가 모두 명확히 금지된다고 보기 어렵고, 그렇다고 허용된다고 해석하기도 어렵다. 이런 문제점은 “연명의료”를 법률적으로 정의된 임종과정에 있는 환자에게 시행하는 위의 네 가지 의료행위로 정의하는 데서 발생했다. 아울러 “임종과정에 있는 환자”, “말기환자” 등등의 정의도 일상 언어와 차이가 있어, 일반인뿐만 아니라 의료인도 호스피스 및 연명의료법을 이해하는 데 큰 어려움을 겪고 있다. 이런 점에서 연명의료의 유보 및 중단과 관련된 의학적, 법학적, 윤리적 측면의 교육과 상담이 절대적으로 필요하다. 이러한 교육과 상담은 일반인이나 환자뿐만 아니라 의료인에게도 필요하다.

이처럼 연명의료 유보 및 중단과 관련해서 임상윤리상담이 수행해야 하는 일은 상당히 많다. 뿐만 아니라 이 법률이 시행초기부터 제대로 바람직한 방향으로 시행되고 정착되기 위해서는 임상윤리상담 인력의 기여가 절실히 요청된다. 임상윤리상담이 본연의 상담 업무를 포함하여 이와 같은 사회적 역할을 제대로 수행하기 위해서는 관련 전문인력의 양성에 대한 대책도 마련해야 할 것이다.

매우 시급히 처리되어야 하는 일은 몇 가지 쟁점에 대한 유권해석이다. 이 법률의 시행으로 미처 예상하지 못했던 현실적 문제점들에 대한 유권해석도 있었어야 하겠지만, 처벌 규정에 대한 유석해석이 시급히 제공되어야 한다. 처벌 규정을 입법 취지에 부합되게 해석할 경우, 임종과정에 있는 환자라고 판정했지만, 이 법률의 절차를 따

르지 않은 경우, 처벌하는 것으로 해석될 수 있다. 그러나 이 해석이 유권해석으로 제시되지 않는 한 의료계는 계속해서 불필요한 불안감에 쌓여 있을 것이고, 입법 취지에 부합하지 않는 해석으로 인해 이 불안이 증폭될 수 있다. 이미 언급되었던 이 법률의 문제점에 대해서는 향후 사회적 합의에 기초하여 개정 작업이 조속히 진행되어야 할 것이다. 장기적 과제로서 치료거부권과 의료대리인 지정 등의 대리 결정 제도의 도입 여부에 대해서도 인식 조사 등의 경험적 연구 자료를 축적할 필요가 있다. 그리고 이 연구 자료를 바탕으로 의료계, 법학계, 윤리학계 등 관련 학계의 전문적인 학술적 논의가 전개되어야 할 것이다.◎

REFERENCES

- 1) Aulisio MP. Meeting the need today, eds by Aulisio MP, Arnold RM, Youngner SJ. Ethics Consultation: From Theory To Practice. Baltimore : Johns Hopkins University Press, 2003 : 3-22.
- 2) Society for Health and Human Values-Society for Bioethics Consultation: Task Force on Standards for Bioethics Consultation. Core Competencies for Health Care Ethics Consultation: The Report of the American Society for Bioethics and Humanities, Glenview, Ill.: American Society for Bioethics and Humanities, 1998 : 6-7. recited ed, by Aulisio MP, Arnold RM, Youngner SJ. Ethics Consultation: From Theory To Practice. Johns Hopkins University Press, 2003 : 13-14.
- 3) 최경석. 생명윤리에서 윤리적 허용가능성 담론과 법제화. 법철학연구 2012 ; 15(1) : 105-126.
- 4) Rawls J. Political Liberalism. New York : Columbia University Press, 1996 : 36, 54-57.
- 5) Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics, 7th ed, New York : Oxford University Press, 2013.
- 6) Moreno J. Can ethics consultation be saved? eds by Aulisio MP, Arnold RM, Youngner SJ. Ethics Consultation: From

- Theory To Practice, Baltimore : Johns Hopkins University Press, 2003 : 28-29.
- 7) <호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률> 제2조 제4호, 제14조 제1항 및 제2항.
- 8) 김종호, 한성숙, 엄영란 등. 병원윤리위원회 조직과 기능 및 활성화 방안 연구. 한국의료윤리교육학회지 2004 ; 7(1) : 47-63.
- 9) Fletcher JC, Moseley KL. The structure and process of ethics consultation services, eds by Aulisio MP, Arnold RM, Youngner SJ. Ethics Consultation: From Theory To Practice, Baltimore : Johns Hopkins University Press, 2003 : 96-120.

Clinical Ethics Consultation and Hospital Ethics Committees*

CHOI Kyungsuk**

Abstract

This article addresses the question of what is an appropriate Korean translation of “clinical ethics consultation” and also interprets clinical ethics as a branch of medical ethics. Three models of clinical ethics consultation are introduced: an authoritarian approach, a pure facilitation approach, and an ethics facilitation approach. The author argues that an ethics facilitation approach is the most desirable one in a pluralistic society. Contemporary Korean society is moving in the direction of a pluralistic society, with both eastern and western influences as well as progressive and traditional forces. Where there is no single, dominant value system, it is desirable that consultants try to help relevant parties reach reasonable conclusions within moral boundaries rather than recommend one conclusion. In a pluralistic society, an ethics facilitation approach does not imply moral relativism. Hospital ethics committees established according to the current law should be organized to provide clinical ethics consultation. While the current law limits the role of hospital ethics committees to the withholding or withdrawal of life-sustaining treatment that their role should be broadened into fully-fledged hospital ethics committees that cooperates with a team taking multi-disciplinary approaches to the resolution of ethical issues.

Keywords

clinical ethics consultation, authoritarian approach, pure facilitation approach, ethics facilitation approach, hospital ethics committee, life-sustaining treatment

* This work was supported by the National Research Foundation of Korea Grant funded by the Korean Government (NRF-2016S1A3A2925399).

** School of Law, Ewha Womans University: Corresponding Author