

고위험 필수의료의 윤리적 복원: 치료동맹과 제3자 구조를 통한 현대적 의료공급자 윤리의 재구성

장원배^{1,2*}¹제주대학교 의과대학 외과학교실, 교수²제주대학교병원 외과, 과장

Ethical Restoration in High-Risk Essential Healthcare: Reconstructing Contemporary Provider Ethics Through Therapeutic Alliance and Third-Party Evaluation

Won-Bae Chang^{1,2*}¹Professor, Jeju National University College of Medicine, Surgery, Jeju, Korea²Chair, Jeju National University Hospital, Department of Surgery, Jeju, KoreaReceived: Jun 16, 2026
Revised: Jul 13, 2026
Accepted: Jul 30, 2026***Corresponding author**Won-Bae Chang
Professor, Jeju National University
College of Medicine, Surgery, Jeju,
Korea
Chair, Jeju National University Hospital,
Department of Surgery, Jeju, Korea
Tel: +82-64-717-2287
E-mail: wbchang@jejunu.ac.krCopyright © 2026 Korean Society
for Medical Ethics. This is an Open
Access article distributed under the
terms of the Creative Commons
Attribution Non-Commercial License
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted
non-commercial use, distribution, and
reproduction in any medium, provided
the original work is properly cited.**Conflict of interests**No potential conflict of interest relevant
to this article was reported.**Acknowledgements**During manuscript preparation, an
AI-based language model was used
for language editing and reference-
formatting assistance. The author
reviewed and revised all AI-assisted
outputs and takes full responsibility for
the accuracy, originality, citations, and
ethical integrity of the manuscript.**Abstract**

This article examines the crisis in high-risk essential healthcare from a clinician-centered perspective. Although workforce shortages, inadequate compensation, regional disparities, and legal liability are often cited, these structural factors fail to capture clinicians' core ethical experiences. In high-risk settings, clinicians who aspire to high ethical standards repeatedly face systemic constraints that prevent them from realizing their professional ideals. This article interprets moral injury in this context as damage to clinicians' moral identity: an erosion of their self-understanding as good clinicians and of their belief that this self-understanding can be enacted. Such damage manifests relationally through either internalization (characterized by guilt, shame, and self-blame) or externalization (expressed through anger, betrayal, and distrust). The article argues that therapeutic alliance can recontextualize internalized moral injury within a shared clinical goal, while a fair third-party evaluative structure can prevent externalized moral injury from turning the patient-clinician relationship into a locus of conflict. Contemporary provider ethics must therefore move beyond sacrifice-based professionalism to focus on relational and procedural frameworks that sustain clinician integrity.

Keywords: moral injury; moral distress; moral identity; therapeutic alliance; burnout; medical professionalism

www.kci.go.kr

Funding information

Not applicable.

Data availability

Not applicable.

ORCID

Won-Bae Chang

<https://orcid.org/0000-0002-3551-9940>

Author contributions

The article is prepared by a single author.

Ethics approval

Not applicable.

I. 서론: 고위험 필수의료 위기를 의료공급자 관점에서 다시 보기

현재 한국 의료의 직면한 고위험 필수의료의 위기는 인력 부족, 낮은 보상, 지역 간 의료자원 격차, 의료사고에 따른 법적 책임 부담과 긴밀하게 연결되어 있다[1]. 응급의료, 중환자의학, 고위험 분만, 소아·신생아 중증 진료, 중증외상, 필수외과와 같은 영역은 충분한 인력과 자원, 안정적인 전원체계, 적절한 보상, 예측 가능한 책임 구조 없이는 지속되기 어렵다. 이러한 제도적·구조적 진단은 고위험 필수의료 위기를 이해하는 데 필수적인 출발점이다.

이 위기는 의료공급자와 환자 사이에서 형성되는 관계의 변화와도 연결되어 있다. 고위험 필수의료는 환자의 생명과 회복을 위해 의료공급자가 고난도의 판단과 책임을 수행하고, 환자와 보호자가 그 판단에 의존하는 관계적 장면이다. 이 장면에서 의사-환자 관계가 신뢰와 협력의 관계로 유지되는지, 방어와 불신의 관계로 이동하는지는 고위험 필수의료의 지속가능성을 좌우하는 중요한 윤리적 문제이다.

의료공급자 관점에서 고위험 필수의료의 위기는 자신이 지향하는 방식의 진료를 지속하기 어려워지는 경험과 밀접하게 관련된다. 반복되는 자원 부족과 책임 부담 속에서 의료공급자는 환자와 보호자를 치료의 협력자보다 잠재적 책임 갈등의 상대로 인식하게 될 수 있다. 이러한 변화는 의료공급자가 중요하게 여겨 온 진료 방식과 환자와의 관계를 유지하기 어렵게 만들며, 고위험 진료에 계속 참여하려는 동기에도 영향을 미친다.

기존 문헌은 의료공급자의 고통을 번아웃, 도덕적 고통, 도덕적 상해와 같은 개념을 통해 설명해 왔다[2-5]. 이러한 연구는 각 경험의 특징과 관찰 가능한 발현을 구분하고, 그에 따른 개입 지점을 제시하는 데 중요한 기여를 하였다. 다만 실제 임상에서 반복되는 소진, 옳다고 믿는 진료와 수행 가능한 진료 사이의 괴리, 구조적 제약 속에서 선의를 실현하지 못하는 좌절은 서로 분리된 상태로만 나타나지 않는다. 이러한 경험은 시간의 흐름 속에서 축적되고 결합되며, 의료공급자가 자신을 좋은 의료인으로 이해해 온 전문직적 자기이해를 흔들 수 있다.

본 논문은 기존 문헌이 제시한 의료공급자 고통의 관찰 가능한 발현을 토대로, 그러한 발현에 이르는 내적 변화 과정을 해석하고자 한다. 특히 도덕적 상해를 의료공급자가 자신을 좋은 의료인으로 이해하고 그 자기이해를 실천 속에서 구현할 수 있다는 도덕정체성이 손상된 결과로 해석한다[4,5]. 이러한 손상은 자기비난, 죄책감, 수치심과 같은 내재화된 반응과 분노, 냉소, 불신, 책임의 외부 전가와 같은 외부화된 반응으로 나타날 수 있다. 실제 임상에서는 두 방향이 상호 배타적으로 구분되기보다 하나의 사건이나 경험 안에서 교차하며 나타날 수 있다.

도덕정체성의 손상이 내재화와 외부화라는 두 방향으로 발현되는 만큼, 윤리적 대응 역시 두 방향을 함께 다룰 필요가 있다. 내재화된 손상은 환자와 의료공급자가 치료와 회복이라는 공동의 목표를 확인하고 다시 협력할 수 있는 치료동맹 안에서 재맥락화될 필요가 있다. 외부화된 손상은 갈등과 책임의 문제를 당사자 간 직접 대립에만 맡기지 않고, 사실관계 확인과 책임 판단, 관계 회복과 재발 방지를 수행할 수 있는 공정하고 독립적인 제3자적 구조를 통해 다루어질 필요가 있다.

본 논문은 환자와 보호자의 정당한 문제 제기와 의료공급자의 책임을 전제로 한다. 그 위에서 고위험 필수의료에 요구되는 의료공급자의 사명감과 책임이 환자안전과 치료동맹으로 구현되기 위한 윤리적 조건을 탐색하고자 한다. 이를 통해 전통적 공급자 윤리를 현대 의료의 제도적·관계적 조건 속에서 지속 가능한 형태로 재구성하는 방향을 제안한다.

II. 고위험 필수의료의 윤리적 특수성: 불확실성, 위해 가능성, 시간 민감성, 시스템 의존성

고위험 필수의료는 환자의 생명, 신체 기능, 회복 가능성과 직접 연결되는 의료 영역이다. 응급의료, 중환자의학, 고위험 분만, 소아·신생아 중증 진료, 중증외상, 필수외과에서는 의료공급자의 판단과 행동이 환자의 예후에 즉각적이고 중대한 영향을 미칠 수 있다. 이러한 특성은 일반적인 외래 진료나 안정적 만성질환 관리와 구별되는 윤리적 긴장을 형성한다.

첫째, 고위험 필수의료는 높은 불확실성을 특징으로 한다. 의료공급자는 불완전한 정보와 제한된 시간 속에서 판단해야 하는 경우가 많다. 응급상황에서는 충분한 검사 결과를 기다리기 어렵고, 중환자 진료와 외상 진료에서는 환자의 상태가 짧은 시간 안에 급격히 변화할 수 있다. 분만과 신생아 진료에서도 임상 경과를 정확하게 예측하기 어려운 상황이 발생한다. 따라서 이 영역의 판단은 본질적으로 일정한 수준의 불확실성을 포함한다[6].

둘째, 중대한 위해의 가능성이 상존한다. 최선의 판단과 적절한 처치에도 합병증, 임상적 악화, 사망, 기능 손상, 치료한계 상황이 발생할 수 있다. 이러한 결과가 곧바로 의료과오를 의미하는 것은 아니지만, 환자와 보호자는 결과의 중대성 때문에 그 원인과 판단 과정에 대한 설명을 요구하게 된다. 의료공급자 역시 자신의 판단과 처치가 적절했는지를 되문게 되며, 이 과정에서 전문직 책임감과 도덕적 긴장이 함께 발생한다[7].

셋째, 고위험 필수의료는 시간에 민감하다. 짧은 지연이 환자의 예후에 중대한 영향을 미칠 수 있으므로, 의료공급자는 충분한 숙고와 설명의 시간을 확보하기 어려운 상황에서도 결정을 내려야 한다. 반면 그 판단은 사후적으로 적절성과 설명의 충분성에 대한 평가를 받는다. 결정 당시의 시간적 제약과 사후 평가 환경 사이의 차이는 의료공급자에게 지속적인 긴장을 유발한다[8].

넷째, 현대의 고위험 필수의료는 높은 시스템 의존성을 가진다. 현대 의료의 성과는 개별 의료인의 역량과 헌신뿐 아니라 다학제 팀, 인력과 병상, 중환자실 수용 능력, 검사 체계, 전원체계, 보험 제도, 환자안전 시스템, 법적 책임 구조에 의해 좌우된다. 의료공급자가 충분한 전문성과 선의를 가지고 있더라도 인력 부족, 병상 부족, 전원 지연, 조직적 지원의 부재가 지속되면 최선이라고 판단한 진료를 실제로 수행하기 어렵다[7,8].

이러한 특성은 고위험 필수의료에서 임상 판단과 윤리적 책임이 놓이는 조건을 형성한다. 의료공급자는 환자의 생명과 회복을 위해 신속하고 적극적으로 개입해야 하면서도 불확실성, 위해 가능성, 시간 압박, 시스템의 한계를 함께 감당해야 한다. 이에 따라 이 영역의 윤리적 평가는 판단의 옳고 그름뿐 아니라, 전문적 판단을 실제 진료로 구현할 수 있는 조건이 마련되어 있었는지를 함께 살펴야 한다.

이러한 수행 가능성은 인력, 장비, 보상, 전원체계와 같은 제도적 자원에 의해서만 결정되지 않는다. 의료공급자의 판단이 실제 진료로 이어지기 위해서는 환자와 보호자의 신뢰, 위험과 불확실성에 대한 상호 이해, 갈등이 발생했을 때 작동할 수 있는 예측 가능한 책임 구조가 필요하다. 고위험 필수의료의 지속가능성은 의료공급자와 환자·보호자가 치료의 위험과 책임을 어떠한 관계 속에서 이해하고 감당하는가와도 연결된다[8,9].

의료공급자는 환자의 생명과 회복을 위해 최선의 진료를 수행하고자 하지만, 이러한 지향은 임상적 불확실성과 제도적 한계, 관계적 긴장 속에서 반복적으로 제약될 수 있다. 이러한 경험이 누적되면 의료공급자가 자신의 판단과 책임, 전문직 역할을 이해하는 방식에도 변화가 생긴다.

따라서 고위험 필수의료에서 의료공급자의 경험은 업무량이나 일시적 스트레스만으로 충분히 설명하기 어렵다. 그 경험은 불확실성, 위해 가능성, 시간 압박, 시스템 의존성, 치료 관계의 조건이 반복적으로 교차하는 과정에서 형성된다. 다음 장에서는 이러한 조건이 의료공급자의 도덕적 경험에 어떻게 축적되고, 기존 문헌에서 어떠한 개념으로 관찰되고 설명되어 왔는지를 살펴본다.

III. 전통적 공급자 윤리와 현대 시스템 조건의 충돌

전통적 의료윤리는 의료공급자의 사명감, 책임감, 환자에 대한 의무, 전문직으로서의 헌신을 중요한 기반으로 삼아 왔다. 의사는 환자의 이익을 우선하고, 자신의 전문성과 판단을 환자의 생명과 회복을 위해 사용해야 한다는 믿음은 의료전문직 윤리의 핵심을 이루어 왔다[10,11]. 환자는 의료공급자의 전문성과 선의를 신뢰하고, 의료공급자는 환자의 회복을 위해 최선을 다한다는 상호 이해는 의사-환자 관계를 지탱해 온 중요한 토대였다.

이러한 전통적 공급자 윤리는 오늘날에도 여전히 중요하다. 의료공급자의 사명감과 책임감이 약화된다면 의료는 기술 제공이나 서비스 거래로 축소될 위험이 있다. 특히 고위험 필수의료에서는 환자의 생명과 기능이 직접적으로 걸려 있으므로, 전문직적 책임감과 환자에 대한 헌신은 필수적인 가치로 남는다.

그러나 현대 고위험 필수의료의 조건은 전통적 공급자 윤리가 형성되었던 환경과 크게 달라졌다. 전통적 공급자 윤리는 의료공급자의 선의와 헌신이 환자의 선의로 비교적 직접 연결될 수 있다는 전제 위에서 형성되었다. 과거에도 자원의 제약과 조직적 한계는 존재했으나, 상당 부분은 개별 의료공급자의 전문적 재량과 임상적 판단, 헌신, 환자와의 관계 조정을 통해 보완될 수 있었다.

현대 고위험 필수의료에서 환자안전은 의료공급자 개인의 역량과 헌신만으로 확보되기 어렵다. 다학제 팀, 인력과 병상의 가용성, 중환자실 수용 능력, 전원체계, 검사와 정보전달 체계, 보험 기준, 환자안전 시스템, 법적 책임 구조가 함께 작동해야 한다. 의료공급자의 판단은 환자에게 직접 전달되는 것처럼 보이지만, 실제 진료에서는 복잡한 시스템 조건을 통과하여 구현된다[7,8,12].

이러한 조건이 취약할 때 의료공급자의 사명감은 환자안전과 치료 성과로 충분히 이어지지 못하고, 구조적 한계를 개인이 감당해야 하는 부담으로 전환될 수 있다[12,13]. 전문직적 이상과 실제 수행 가능한 진료 사이의 간극이 반복되면, 의료공급자는 자신의 판단과 책임, 전문직 역할을 이해하는 방식에서 변화를 경험하게 된다.

이 과정에서 의료공급자는 현재의 조건 속에서 자신이 지향하는 방식의 좋은 의료인으로 계속 존재할 수 있는지를 묻게 된다. 전문직 정체성 형성에 관한 의학교육 문헌은 의료전문직 업성을 지식과 술기의 습득에 한정하지 않고, 의료인이 자신을 어떠한 의사로 이해하며 그에 부합하는 가치와 역할을 실천해 가는 과정으로 설명한다[14]. 이러한 관점에서 좋은 의료인이 되고자 하는 자기이해는 임상적 판단과 책임 수행을 이끄는 전문직 정체성의 핵심 요소가 된다. 따라서 고위험 필수의료에서 옳다고 믿는 진료를 반복적으로 수행하지 못하는 경험은 업무 수행의 어려움을 넘어, 의료공급자가 자신의 도덕적 가치와 전문직적 자기이해를 실제 진료에서 구현할 수 있는가에 관한 도덕정체성의 문제로 이어질 수 있다.

따라서 현대 고위험 필수의료에서 의료공급자의 책임은 개인적 헌신을 지속하는 데에서 머

물지 않고, 환자안전이 가능하도록 시스템 조건을 인식하고 이를 개선하도록 요구하며, 주어진 제도적 자원을 적절히 활용하는 방향으로 확장될 필요가 있다. 자신의 선의를 실제 진료로 구현할 수 있는 조건을 성찰하는 일은 현대 의료에서 요구되는 전문직 책임의 일부이다 [10,11].

이러한 관점에서 고위험 필수의료의 위기는 의료공급자의 전문직적 이상과 이를 충분히 실현하기 어려운 시스템 조건이 충돌하면서 발생하는 윤리적·관계적 위기로 이해할 수 있다. 다음 장에서는 이러한 충돌이 의료공급자의 경험 속에서 어떠한 형태로 관찰되어 왔으며, 번아웃, 도덕적 고통, 도덕적 상해라는 개념이 각각 그 경험을 어떻게 설명해 왔는지를 살펴본다.

IV. 의료공급자 경험의 윤리적 심화: 번아웃, 도덕적 고통, 도덕적 상해

기존 문헌은 의료공급자의 고통을 번아웃, 도덕적 고통, 도덕적 상해라는 개념을 통해 각각 설명해 왔다. 이들 개념은 의료공급자의 경험을 서로 다른 시점과 차원에서 조명해 왔으며, 그에 따라 개념적으로 구별되는 현상으로 이해되어 왔다.

이러한 개념적 구별은 각 현상이 포착하는 경험의 특성을 명확히 하고, 측정 도구를 개발하며, 그 성격에 맞는 치료적·조직적·윤리적 개입 지점을 설정하는 데 중요한 기여를 하였다. 번아웃은 주로 정서적·인지적 자원의 고갈과 직무 지속 가능성의 약화에 [2,15], 도덕적 고통은 옳다고 판단한 바를 제도적·조직적 제약으로 인해 실천하지 못하는 윤리적 좌절에 [3], 도덕적 상해는 깊이 보유한 도덕적 신념과 기대가 침해되면서 나타나는 경험에 주목해 왔다 [4,5].

본 논문은 이러한 개념적 구분을 토대로, 각각의 현상이 실제 고위험 필수의료의 경험 속에서 어떻게 중첩되며 보다 깊은 윤리적 층위로 심화될 수 있는지를 살펴보고자 한다.

의료공급자의 내면에서 일어나는 변화는 세 범주에 따라 분절된 형태로만 나타나지 않는다. 반복되는 고강도 업무와 정서적 고갈은 관계적 여유와 판단을 지속할 수 있는 역량을 약화시키며, 그 과정에서 옳다고 믿는 진료와 실제 수행 가능한 진료 사이의 괴리가 더욱 선명하게 드러난다. 이 괴리는 도덕적 고통으로 경험될 수 있으며, 반복되고 해소되지 않을 경우 의료공급자의 자기이해를 흐드는 도덕적 상해의 발현으로 이어질 수 있다.

이 과정에서 번아웃은 도덕적 고통과 상해가 발생하기 쉬운 자원적 조건을 형성한다. 반복되는 고강도 업무, 수면 부족, 설명 피로, 감정노동, 조직적 지지의 부족은 의료공급자의 정서적·인지적 자원을 점진적으로 고갈시킨다. Hobfoll의 자원보존이론에 따르면 개인은 자신이 보유한 자원을 보존하고 회복하려 하지만, 지속적인 자원 손실 상황에서는 추가적인 손실과 스트레스에 더욱 취약해진다 [16]. 이러한 관점에서 번아웃은 복잡한 임상 상황과 윤리적 긴장을 감당하는 데 필요한 자원이 약화된 상태로 이해될 수 있다.

자원이 고갈된 의료공급자는 진료의 이상과 현실 사이의 괴리를 감당하기 어려워진다. 환자에게 충분한 설명을 제공하고 싶지만 시간적 여유가 없는 경우, 보다 적극적인 치료가 필요하다고 판단하지만 병상이나 전원체계의 한계로 이를 실행할 수 없는 경우, 최선이라고 믿는 판단을 내렸음에도 중대한 위해가 발생한 경우가 이에 해당한다. 이때 의료공급자는 무엇이 옳은지 알고 있으면서도 그것을 실천할 수 없다는 도덕적 고통을 경험한다 [3].

도덕적 고통은 의료공급자가 환자의 선의를 위해 행동하고자 하는 의지를 유지하고 있기 때문에 발생한다. 의료공급자는 좋은 의료인이 되고자 하지만, 현실의 제약 속에서 자신의 선의와 전문적 판단을 충분히 실현하지 못하는 좌절을 경험한다. Rushton이 제시한 도덕적 회

복탄력성의 관점에서 의료공급자는 이러한 윤리적 긴장을 견디고 통합하면서 자신의 전문직적 가치를 유지할 수 있어야 한다[17]. 그러나 자원 고갈이 반복되고 회복의 기회가 충분히 주어지지 않으면 이러한 역량은 약화되며, 해결되지 않은 윤리적 긴장은 점차 누적될 수 있다.

Epstein & Hamric이 설명한 크레센도 효과는 해결되지 않은 도덕적 고통이 단일 사건으로 종결되지 않고, 반복되는 경험 속에서 잔여를 남기며 축적되고 증폭될 수 있음을 보여준다[18]. 이 과정이 지속되면 의료공급자는 개별 판단의 적절성이나 일시적인 감정적 고통을 넘어, 현재의 조건 속에서 자신이 지향하는 방식의 좋은 의료인으로 계속 존재할 수 있는지를 묻게 된다.

본 논문은 도덕적 상해가 깊이 보유한 도덕적 신념, 가치, 기대의 침해와 관련된다는 기존 논의를 바탕으로, 고위험 필수의료에서 관찰되는 도덕적 상해를 의료공급자의 도덕정체성 손상이 발현된 현상으로 해석한다[4,5]. 여기서 도덕정체성은 환자의 선의를 위해 행동하고자 하는 도덕적 지향과, 그러한 선을 실제 진료에서 구현하는 좋은 의료인으로서의 자기이해를 포함한다. 의학교육에서 전문직 정체성 형성은 역량의 습득과 함께, 의료인이 자신을 어떠한 전문직적 주체로 이해하고 그 역할과 가치를 실천 속에서 내면화하는 과정으로 논의되어 왔다[14,19]. 이러한 관점에서 반복되는 한계 경험은 의료공급자가 자신의 전문직적 자기이해와 도덕적 지향을 실제 진료에서 구현할 수 있다는 믿음을 약화시킨다. 그 결과 도덕적 상해는 자기비난이나 죄책감과 같은 정서적 반응을 넘어, 의료공급자가 자신이 지향해 온 좋은 의료인으로서의 자기이해를 유지하기 어려워지는 상태로 나타날 수 있다.

이러한 해석은 번아웃, 도덕적 고통, 도덕적 상해의 개념적 차이를 유지하면서도, 이들이 실제 임상 경험에서 연결될 수 있는 경로를 제시한다. 번아웃은 윤리적 긴장을 감당하는 데 필요한 자원이 고갈된 상태이고, 도덕적 고통은 선의와 실제 수행 가능한 진료 사이의 괴리가 윤리적 좌절로 경험되는 상태이며, 도덕적 상해는 이러한 괴리와 좌절이 반복되면서 도덕정체성의 손상으로 발현된 상태이다. 각 현상은 고유한 개념적 특성을 가지지만, 고위험 필수의료의 반복적 경험 속에서는 시간의 흐름에 따라 중첩되고 서로를 심화시킬 수 있다.

이러한 경로를 이해하는 일은 의료공급자의 고통을 설명하는 데 그치지 않고, 그 고통이 환자와의 관계를 어떻게 변화시키는지를 파악하기 위한 토대가 된다. 다음 장에서는 도덕정체성의 손상이 내재화와 외부화의 방향으로 발현되면서 의사-환자 관계에 어떠한 영향을 미치는지를 논의한다.

V. 의료공급자 도덕정체성 손상의 관계적 분화: 내재화와 외부화

도덕적 상해가 의료공급자의 도덕정체성 손상과 연관된 현상이라면, 다음 질문은 그러한 손상이 실제 관계 속에서 어떠한 방향으로 조직되는가이다. 본 논문은 이를 내재화와 외부화라는 두 방향으로 설명한다. 내재화와 외부화는 고정된 성격 유형이나 정상과 병리를 구분하는 범주가 아니라, 좋은 의료인으로 존재하기 어려운 현실을 의료공급자가 해석하고 감당하는 관계적 방향성이다.

내재화는 현실의 한계를 자신의 선의, 헌신, 판단 또는 도덕적 충분성의 부족으로 귀속시키는 경향이다. 구조적 제약과 임상적 불확실성이 결과에 관여했다라도, 의료공급자는 이를 자신의 도덕적 실패로 해석할 수 있다. 이 과정에서 책임에 대한 성찰은 죄책감, 수치심, 자기비난으로 전환되며, 과도한 내재화는 도덕정체성의 손상을 더욱 심화시킬 수 있다[4,20].

www.kci.go.kr

내재화에는 위해와 치료한계 상황에서 자신의 판단과 행동을 되돌아보는 전문직적 성찰도 포함될 수 있다. 이러한 성찰은 환자의 선의를 향한 책임감의 표현이다. 그러나 구조적 조건에 대한 이해 없이 자기비난으로 수렴하면, 책임감은 환자를 향한 실천으로 이어지기보다 고립된 자기침잠으로 변할 수 있다. 이때 좋은 의료인이 되고자 하는 의지는 자기소진을 심화시키는 방향으로 작동한다.

외부화는 동일한 현실을 자신의 선의를 실현하지 못하게 하는 외부 조건의 실패로 귀속시키는 경향이다. 여기에는 두 가지 좌절이 포함된다. 첫째, 인력, 병상, 전원체계, 조직적 보호의 부족이 최선의 진료를 제한한다는 좌절이다. 이 경우 의료공급자는 자신의 전문성과 판단이 구조적 한계 속에서 무력화된다고 경험할 수 있다[5,12,13,21].

둘째, 시스템 조건 속에서 발생한 결과가 의료공급자 개인의 선의나 전문성 부족으로 해석될 수 있다는 가능성에 대한 좌절이다. 환자와 보호자의 질문과 불안은 설명과 책임 확인을 요구하는 정당한 행위이지만, 의료공급자에게는 시스템의 실패가 자신의 도덕성과 전문성에 대한 의심으로 전환되는 장면으로 경험될 수 있다.

외부화는 실제로 존재하는 구조적 결함을 가시화하고, 좋은 의료가 가능한 조건을 요구한다는 점에서 윤리적 의미를 가진다. 그러나 시스템에 대한 좌절과 개인 책임으로의 환원 가능성에 대한 불신이 고착되면, 환자와 보호자까지 잠재적 위협으로 인식될 수 있다.

내재화와 외부화는 서로 배타적이지 않다. 하나의 사건에서도 자기비난과 구조적 좌절은 동시에 나타날 수 있으며, 책임감과 불신 역시 함께 경험될 수 있다. 이 두 방향은 서로 경쟁하는 반응이라기보다, 좋은 의료인으로 존재하기 어려운 현실 속에서 도덕정체성의 손상이 표현되는 두 가지 관계적 언어로 이해할 수 있다[20,21].

따라서 내재화와 외부화는 도덕적 상해 이후에 부가적으로 나타나는 심리적 반응이 아니라, 도덕정체성의 손상이 관계 속에서 조직되고 표현되는 두 방향이다. 내재화가 심화되면 의료공급자는 자기비난과 수치심 속에서 관계로부터 위축될 수 있고, 외부화가 고착되면 시스템에 대한 좌절이 환자와 보호자에 대한 방어와 불신으로 확장될 수 있다.

이러한 변화는 고위험 필수의료의 치료 관계를 약화시킨다. 따라서 내재화와 외부화의 관계적 의미를 이해하는 일은 의료공급자의 심리 상태를 기술하는 데 그치지 않는다. 그것은 도덕정체성의 손상이 치료 관계를 어떻게 변화시키는지 밝히고, 환자와 의료공급자가 공동의 치료 목표를 유지하기 위해 필요한 관계적·제도적 조건을 탐색하는 출발점이 된다.

VI. 내재화된 도덕적 상해의 회복: 공동선과 치료동맹

내재화된 도덕적 상해는 환자에게 발생한 위해와 치료한계 상황을 자신의 선의, 판단 또는 헌신의 부족으로 해석하는 데서 형성될 수 있다. 이러한 반응은 환자의 선의를 중시하는 의료공급자의 책임감과 도덕적 성찰을 반영한다[4,20]. 그러나 그 책임감이 치료의 과정과 결과에 대한 독점적 책임으로 확장되면, 임상적 불확실성과 시스템의 한계까지 개인의 도덕적 실패로 흡수될 수 있다. 이때 환자를 향한 헌신은 회복의 자원보다 자기비난과 소진을 심화시키는 근거로 작동한다.

따라서 회복은 책임을 약화시키는 방식보다 책임의 범위와 의미를 재구성하는 방식으로 이루어질 필요가 있다. 의료공급자는 환자를 위해 최선을 다하고 자신의 판단과 행동을 성찰할 의무를 가진다. 동시에 고위험 필수의료의 결과는 의료공급자의 선의와 역량만으로 결정되지

않으며, 임상적 불확실성, 위해 가능성, 시간 압박, 시스템 조건의 영향을 함께 받는다. 이러한 조건을 고려하지 않은 책임의 전면적 자기귀속은 의료공급자의 도덕정체성을 더욱 손상시킬 수 있다.

이 지점에서 공동선은 의료공급자의 책임을 관계 안에 다시 위치시키는 기준이 된다. 공동선은 일반적으로 개인의 사적 이익을 넘어 공동체가 함께 지향하는 선을 의미하지만[22], 본 논문에서는 이를 치료 관계 내부의 공유된 치료 목표로 한정한다. 이는 치료동맹에서 말하는 shared goal에 해당하며[11,23], 환자의 생명 보존, 회복 가능성의 증진, 고통 완화, 기능 보존, 존엄의 유지와 같은 치료적 선을 포함한다. 이러한 목표는 의료공급자가 일방적으로 정하거나 환자의 요구만으로 결정되는 것이 아니라, 의학적 판단과 환자의 가치가 관계 안에서 조율되는 과정을 통해 형성된다[24].

치료동맹은 이러한 공동선을 관계 속에서 구현하는 구조이다. 이 개념은 심리치료 문헌에서 치료자와 내담자가 치료 목표, 치료 과업, 관계적 유대에 관해 형성하는 협력적 관계를 설명하기 위해 발전하였다. Bordin은 이를 목표에 대한 합의, 과업에 대한 합의, 유대의 형성이라는 세 요소로 제시하였다[23]. 본 논문은 이를 고위험 필수의료의 맥락에 맞게 확장하여, 환자와 의료공급자가 불확실성과 위험을 공유하면서 공동의 치료 목표를 형성하고 추구하는 관계윤리의 구조로 이해한다.

이러한 치료동맹은 우호적 관계나 원활한 의사소통에 한정되지 않는다. 환자는 자신의 생명과 회복을 위해 의료공급자의 전문적 판단을 필요로 하고, 의료공급자는 그 판단을 환자의 선의를 위해 사용하고자 한다. 두 주체의 역할과 책임은 서로 다르지만, 치료동맹은 각자가 공동의 치료 목표를 향해 참여할 수 있도록 그 관계를 조직한다.

이 관점에서 내재화된 도덕적 상해의 회복은 의료공급자의 선의를 더욱 강화하는 데서 이루어지지 않는다. 핵심은 환자를 향한 책임을 모든 결과에 대한 개인적 책임으로 해석하지 않고, 공동선을 향한 관계적 실천으로 재맥락화하는 데 있다. 치료동맹은 임상적 불확실성과 구조적 한계를 제거하지는 않지만, 그러한 한계가 의료공급자 개인의 도덕적 실패로 전면 환원되는 것을 막는다.

이에 따라 좋은 의료인에 대한 자기이해 역시 재구성될 수 있다. 좋은 의료인은 모든 위험을 예방하거나 모든 상황에서 최선의 결과를 보장하는 존재가 아니다. 그는 불확실성과 한계 속에서도 환자의 가치와 의학적 판단을 조율하며, 공동의 치료 목표를 향한 관계적 실천에 성실하게 참여하는 존재이다.

이러한 의미에서 치료동맹은 내재화된 도덕정체성의 손상이 자기침잠에서 관계적 회복으로 전환될 수 있는 윤리적 조건을 제공한다. 이는 의료공급자의 책임을 제거하지 않으며, 그 책임을 고립된 자기비난에서 공동선을 향한 관계적 실천으로 다시 위치시킨다. 이를 통해 의료공급자는 자신의 한계를 인정하면서도 환자의 선의를 향한 전문직적 역할을 지속하고, 다시 환자 곁에 설 수 있다.

VII. 외부화된 도덕적 상해와 치료동맹의 방어적 재구성

외부화된 도덕적 상해의 핵심 문제는 그것이 의료공급자의 분노나 불신에 머무르지 않고, 치료동맹의 전제 자체를 약화시킨다는 데 있다. 치료동맹은 환자와 의료공급자가 공동의 치료 목표를 향해 함께 서 있다는 최소한의 신뢰를 필요로 한다. 그러나 외부화된 도덕적 상해

가 강화되면, 의료공급자는 환자와 보호자의 질문을 공동 이해의 과정이 아니라 잠재적 책임 갈등의 신호로 경험할 수 있다[5,21].

이때 의사-환자 관계는 치료와 회복을 향한 협력 관계에서 방어와 책임 관리의 관계로 이동할 수 있다. 환자와 보호자의 질문과 불안은 치료에 대한 이해와 회복에 대한 염려에서 비롯된 정당한 요청이다. 그러나 외부화된 도덕적 상해가 고착되면, 의료공급자는 이러한 질문을 자신의 판단, 설명, 선의, 전문성에 대한 사후적 평가의 전조로 받아들일 수 있다. 그 결과 환자와 보호자는 함께 문제를 해결할 관계적 주체가 아니라, 향후 책임 갈등을 발생시킬 수 있는 잠재적 상대방으로 경험될 위험이 있다[25,26].

이러한 변화는 설명, 판단, 진료 선택의 방식에도 영향을 미친다. 설명은 공동 이해를 위한 소통보다 방어적 기록과 책임 관리의 수단으로 변할 수 있고, 임상 판단은 책임 노출을 최소화하려는 방향으로 재구성될 수 있으며, 고위험 진료는 치료적 필요와 함께 법적 관계적 위험을 우선적으로 고려해야 하는 영역으로 경험될 수 있다[25-27]. 이때 의료공급자의 행위는 환자의 선의를 포기한 결과라기보다, 치료 관계가 더 이상 충분히 안전한 협력의 장으로 경험되지 않는 조건에서 자신과 자신의 전문직 정체성을 보호하려는 방식으로 재조직된 것으로 이해할 수 있다.

이러한 방어적 재구성은 다시 치료동맹을 약화시킨다. 설명이 방어적 기록으로, 판단이 책임 노출을 줄이기 위한 선택으로, 고위험 진료가 회피해야 할 위험 영역으로 재구성될수록 환자와 의료공급자가 함께 지향해야 할 공동선은 관계의 중심에서 밀려난다. 그 자리는 불신과 경계, 책임 소재에 대한 사전적 방어로 대체될 수 있다. 이때 의료공급자는 환자와 함께 치료 목표를 향해 서 있는 관계적 주체보다, 자신의 선의와 전문성을 언제나 입증해야 하는 위치에 놓여 있다고 느낄 수 있다.

외부화된 도덕적 상해를 이해하는 것은 의료공급자의 분노와 불신을 정당화하거나 환자와 보호자의 문제 제기를 제한하려는 것이 아니다. 그것은 고위험 필수의료의 불확실성, 위해 가능성, 시스템 의존성이 관계 속에서 어떻게 해석되고, 치료를 위해 함께 서야 할 사람들을 서로에 대한 위협으로 경험하게 만드는지를 밝히려는 시도이다. 이러한 점에서 외부화된 도덕적 상해는 개인의 태도에 국한된 문제가 아니라, 치료동맹을 유지하기 어렵게 만드는 관계윤리의 문제이다.

따라서 외부화된 도덕적 상해에 대한 대응은 의료공급자의 태도 변화나 의사소통 교육에만 맡겨질 수 없다. 갈등과 책임의 문제가 의사-환자 관계 안에서 직접 대립의 방식으로 처리될 경우, 치료동맹은 반복적으로 손상될 수 있다. 환자와 의료공급자가 공동선을 향해 다시 함께 서기 위해서는 책임과 원인을 공정하게 다루고, 갈등을 치료 관계 내부의 직접 대립으로만 남겨두지 않는 제도적 조건이 필요하다. 다음 장에서는 이러한 조건으로서 제3자적 판단 구조의 윤리적 의미를 논의한다.

VIII. 치료동맹의 지속을 위한 조건: 제3자적 판단 구조의 윤리적 의미

치료동맹은 환자와 의료공급자가 공동선을 향해 함께 서는 관계적 조건이지만, 그것만으로도 고위험 필수의료에서 발생하는 갈등과 책임의 문제를 모두 감당하지는 못한다. 고위험 필수의료에서는 불확실성, 위해 가능성, 치료한계, 설명의 어려움과 책임의 문제가 필연적으로 발생한다. 환자와 보호자는 자신이 경험한 위해와 고통에 대한 설명을 요구하고, 의료공급자는

자신의 판단과 행위가 당시의 임상적·제도적 조건을 고려하여 공정하게 이해되기를 원한다. 두 요구는 모두 정당하다. 문제는 이러한 요구가 치료동맹 내부에서 당사자 간 직접 대립의 방식으로만 다루어질 때 발생한다[25,26].

고위험 필수의료에서 치료동맹은 장기간 지속되는 치료 관계만을 전제로 하지 않는다. 진행성 암, 장기이식, 고난도 외과수술과 같이 치료의 기대효과와 중대한 위험이 함께 존재하는 상황에서는 제한된 시간 안에서도 집중적인 설명, 환자의 가치와 선호 확인, 치료목표에 대한 합의를 통해 치료동맹이 형성될 수 있다. 지식 비대칭은 이러한 관계의 형성을 어렵게 하는 조건이면서 동시에 그 필요성을 강화한다. 의료공급자는 질환의 상태, 치료의 기대효과와 위험, 불확실성과 가능한 대안을 환자가 이해할 수 있도록 설명하고, 환자는 이를 바탕으로 자신의 삶과 가치에 부합하는 치료목표의 형성에 참여한다. 환자의 의사결정능력이 제한되는 응급·중증상황에서는 사전의사, 가족, 최근친족, 법정대리인 또는 위임된 대리 의사결정자를 통해 동일한 윤리적 원칙이 이어질 수 있다. 따라서 고위험 필수의료에서 치료동맹의 핵심은 관계의 지속기간보다 제한된 조건 속에서도 환자의 가치와 의학적 판단이 공동의 치료목표로 형성되는 과정에 있다.

그러나 치료동맹이 형성되어 있더라도 예기치 않은 위해나 치료한계가 발생하면 사실관계, 원인, 책임, 보상과 재발방지를 둘러싼 갈등이 생길 수 있다. 치료동맹을 지속하기 위해서는 치료 관계 안에서 환자와 의료공급자가 공동선을 향해 계속 설 수 있도록 하면서, 갈등과 책임의 문제를 별도의 절차적 공간에서 독립적이고 공정하게 다루는 구조가 필요하다[28,29].

이러한 맥락에서 제3자적 판단 구조는 치료동맹의 대체물이 아니라 그것을 보호하고 지속시키는 조건이다. 그 핵심은 환자·보호자와 의료공급자 모두가 신뢰할 수 있는 절차적 공간으로 갈등과 책임의 문제를 옮겨 객관화하는 데 있다. 이를 통해 환자와 보호자는 자신의 경험과 문제 제기가 독립적으로 검토된다는 신뢰를 얻고, 의료공급자는 모든 갈등을 개인적 설명과 방어 방식으로 감당하지 않아도 되는 조건을 갖는다.

제3자적 판단 구조는 갈등이 치료동맹을 파괴하지 않도록 하는 절차적 정의의 구현이다. 절차적 정의의 핵심은 각 당사자의 경험과 주장이 공정하고 독립적인 절차 안에서 검토된다는 신뢰에 있다[30]. 따라서 이러한 구조는 특정 집단을 보호하거나 면책하기 위한 장치가 아니라, 환자의 문제 제기와 의료공급자의 책임이 적절한 위치에서 검토되도록 함으로써 공동선을 향한 관계를 지속 가능하게 만드는 제도적 조건이다[28,30].

윤리적 관점에서 제3자적 판단 구조는 네 가지 기능을 수행해야 한다. 첫째, 독립적 사실 확인과 원인 분석이다. 검토의 질문은 “누가 잘못했는가”에 머물지 않고, “왜 이러한 위해가 발생했는가”, “어떠한 임상적·시스템적 조건이 관여하였는가”, “동일한 상황을 예방하기 위해 무엇이 필요한가”로 확장되어야 한다[7,12,29].

둘째, 시스템의 한계와 개인 책임의 구분 및 번역이다. 고위험 필수의료에서 의료공급자의 판단과 행위는 인력, 병상, 전원체계, 시간 압박과 조직적 지원의 한계에 의해 제한될 수 있다. 제3자적 판단 구조는 이러한 조건이 실제 진료에 미친 영향을 환자와 보호자가 이해할 수 있는 언어로 설명하는 동시에, 그 조건 안에서도 의료공급자가 수행했어야 할 판단과 설명의 책임이 어디에 남는지를 구분해야 한다[28,31].

셋째, 피해 회복과 당사자 지원이다. 환자와 보호자가 의료정보의 비대칭성과 입증 부담 속에서 고립되지 않도록 자신의 경험을 설명하고 필요한 정보와 지원 및 보상 절차에 접근할 수 있는 통로가 마련되어야 한다[26,32]. 의료공급자 역시 사실 확인과 설명, 법적 책임에 대한 우려를 개인적으로 감당하도록 방치되지 않고, 사건 이후의 성찰과 관계 회복 과정에 참여할

수 있는 지원을 받아야 한다.

넷째, 재발방지와 조직학습이다. 사건은 개인 비난이나 일회성 합의로 종결되기보다 조직 문화, 환자안전 체계, 설명체계, 인력 배치와 전원체계의 개선으로 환류되어야 한다[7,29]. 이 과정은 환자와 보호자의 경험을 안전 개선에 반영하고, 의료공급자가 동일한 구조적 위험에 반복적으로 노출되는 것을 줄이는 방향으로 작동해야 한다.

한국에서도 한국의료분쟁조정중재원과 환자안전법을 통해 의료사고 이후의 분쟁 조정, 사건 보고, 정보의 수집과 분석, 원인 검토와 재발방지를 공적 절차 안에서 다루기 위한 제도적 기반이 형성되어 있다. 이는 의료사고로 인한 긴장을 환자와 의료공급자의 관계 안에만 남겨두어서는 안 된다는 필요성이 이미 제도적으로 인식되고 있음을 보여준다. 따라서 본 논문이 제안하는 제3자적 판단 구조는 기존 제도와 분리된 새로운 기구의 설립만을 의미하지 않는다.

현재의 과제는 이미 존재하는 기능들이 치료동맹을 보호하는 연속된 절차로 충분히 연결되지 못하고 있다는 점에 있다. 사건 발생 직후의 설명은 의료기관과 의료공급자에게 맡겨지고, 환자안전 보고와 내부 검토, 분쟁 조정, 손해배상과 사법적 판단은 서로 다른 목적과 절차에 따라 분절되어 진행될 수 있다. 이 과정에서 환자와 가족은 사실관계와 책임에 대한 일관된 설명을 얻기 어렵고, 의료공급자는 관계 유지, 조직 내부 대응, 분쟁 가능성과 법적 책임에 대한 우려를 동시에 감당하게 된다. 그 결과 치료동맹에서 발생한 긴장이 독립적인 제3자 구조로 충분히 이전되지 못하고, 당사자 간 불신과 방어가 지속될 수 있다.

예기치 않은 의료결과와 불가항력적 손상에 대한 사회적·사법적 이해 역시 제도적 기반의 형성과 동일한 속도로 발전하지 않을 수 있다. 임상적 불확실성이나 시스템 제약이 관련한 결과가 개인 의료공급자의 과오와 동일한 언어로 해석될 가능성이 지속되면, 의료공급자는 독립적인 검토 절차가 존재하더라도 환자와 보호자의 질문을 잠재적 책임 갈등의 신호로 경험할 수 있다. 따라서 제3자적 판단 구조가 실질적으로 작동하기 위해서는 제도의 존재와 함께, 무과실 또는 불가항력적 의료손상과 개인 과오를 구분할 수 있는 사회적·사법적 이해와 절차적 신뢰가 성숙해야 한다.

뉴질랜드, 영국과 스웨덴의 경험은 의료 위해와 갈등을 당사자 간 직접 대립에만 남겨두지 않고 별도의 제도적 절차를 통해 다룰 수 있음을 보여준다. 뉴질랜드의 국가 위해사건 정책은 환자와 가족을 포함한 당사자의 참여, 위해로부터의 회복, 사건 검토와 시스템 학습을 연결하는 국가적 대응 방향을 제시한다[33]. 영국의 Patient Safety Incident Response Framework는 환자안전사건에 대한 대응을 개인의 과오 확인에 한정하지 않고, 사건에 영향을 미친 시스템 조건의 이해와 학습 및 개선으로 연결하는 절차를 제도화하고 있다[34]. 스웨덴에서는 지역 환자위원회가 환자의 문제 제기과 의료기관의 소통을 지원하고, 필요한 경우 국가 보건·복지 감독기관이 일정한 중대 사건을 별도의 절차에서 검토한다[35]. 이들 제도는 목적과 권한, 운영 방식에서 차이가 있지만, 치료 관계에서 발생한 긴장을 사전에 마련된 절차적 공간에서 검토하고 설명, 회복과 환자안전 학습으로 연결한다는 공통점을 가진다. 본 논문은 이러한 해외 제도를 한국 제도의 단순한 대안으로 제시하지 않는다. 그 경험을 통해 제3자적 판단 구조가 치료동맹을 지원하기 위해 갖추어야 할 기능과 발전 방향을 구체화하고자 한다.

한국에서 이러한 구조를 발전시키기 위해서는 고위험 치료의 시작부터 위해 사건 이후까지 이어지는 절차적 연계가 필요하다. 고위험 치료 전에는 환자 또는 대리 의사결정자가 질환과 치료의 기대효과뿐 아니라 불확실성과 중대한 위험을 이해하고 치료목표의 형성에 참여할 수 있도록 설명 절차를 강화해야 한다. 예기치 않은 중대한 결과가 발생한 직후에는 독립적인

사실 확인과 환자·가족에 대한 일관된 설명이 제공되어야 한다. 이후 의료분쟁조정, 환자안전 보고, 의료기관 내부 검토, 피해 회복과 의료공급자 지원이 상호 단절되지 않도록 연계되어야 한다. 아울러 불가항력적 의료손상에 대한 보상과 사회적 이해를 점진적으로 확대하고, 환자와 의료공급자가 관계 회복과 재발방지 과정에 참여할 수 있는 제도적 통로를 마련할 필요가 있다.

이러한 구조는 의료공급자의 책임을 제거하지 않는다. 의료공급자는 자신의 판단과 설명에 대한 책임을 유지하며 사실 확인과 학습 과정에 참여해야 한다. 동시에 시스템의 한계와 조직적 책임, 피해 회복과 재발방지의 과제도 독립적으로 검토되어야 한다. 제3자적 판단 구조는 시스템의 제약 속에서 이루어진 행위를 개인의 실패로 환원하지 않으면서도, 그 조건 안에서 의료공급자가 수행했어야 할 판단과 설명의 책임을 분명히 구분해야 한다. 이를 통해 책임은 개인 비난과 방어의 언어를 넘어 환자안전, 피해 회복과 공동 학습의 언어로 전환될 수 있다 [28,31].

결국 치료동맹과 제3자적 판단 구조는 서로 경쟁하는 대안이 아니다. 치료동맹이 환자와 의료공급자가 공동선을 향해 함께 설 수 있도록 하는 관계적 조건이라면, 제3자적 판단 구조는 갈등과 책임이 그 관계를 파괴하지 않도록 하는 절차적 조건이다. 전자가 내재화된 도덕적 상해를 공동선을 향한 관계적 책임 안에서 재맥락화한다면, 후자는 외부화된 도덕적 상해가 환자와 보호자에 대한 방어와 불신으로 고착되지 않도록 갈등을 독립적인 절차적 공간에서 다룬다.

이러한 의미에서 고위험 필수의료의 윤리적 과제는 공동선을 향한 관계를 형성하고 유지할 수 있도록, 치료 전 설명과 공동의사결정에서 사건 이후의 사실 확인, 피해 회복, 책임 구분과 조직학습까지 이어지는 관계적·제도적 조건을 함께 구축하는 데 있다. 치료동맹과 제3자적 판단 구조의 조화는 전통적 공급자 윤리를 현대 고위험 의료의 조건 속에서 지속 가능하게 구현하는 실천적 구조이다.

IX. 결론: 고위험 필수의료의 현대적 윤리 복원

고위험 필수의료의 위기는 단순한 인력 부족, 보상 부족, 지역 격차, 법적 책임 부담의 문제로만 설명될 수 없다. 의료공급자 관점에서 보면, 그것은 좋은 의료인이 되고자 하는 전문직적 이상과 이를 실현하기 어려운 현대 의료의 조건이 충돌하면서 나타나는 관계윤리의 위기이기도 하다[1,7,8,10-14].

본 논문은 번아웃, 도덕적 고통, 도덕적 상해를 개별적이고 분절된 범주로만 이해하기보다, 의료공급자의 시간적·관계적 경험 속에서 중첩되며 더 깊은 윤리적 층위로 심화될 수 있는 과정으로 해석하였다. 특히 도덕적 상해를 의료공급자의 도덕정체성 손상과 연관된 현상으로 보고, 그러한 손상이 내재화와 외부화의 방향으로 관계 속에서 조직될 수 있음을 제안하였다 [2-5,15-21].

내재화는 임상적 불확실성과 시스템의 한계까지 의료공급자 자신의 도덕적 실패로 귀속시켜 자기비난과 자기침잠을 심화시킬 수 있다. 외부화는 시스템에 대한 좌절과 개인 책임으로의 환원 가능성에 대한 불신을 환자와 보호자에 대한 방어로 확장시켜 치료동맹을 약화시킬 수 있다. 이에 대응하여 치료동맹은 의료공급자의 책임을 공동선을 향한 관계적 책임으로 재맥락화하고, 제3자적 판단 구조는 갈등과 책임을 절차적 정의의 틀 안에서 다룸으로써 치료

동맹이 지속될 수 있는 조건을 제공한다[11,22-24,28-32].

이상의 논의를 통해 본 논문은 현대 고위험 필수의료에서 요구되는 공급자 윤리를 전통적 공급자 윤리의 현대적 확장으로 제안하였다. 의료공급자의 사명감과 책임은 여전히 중요하다. 그러나 그것이 환자안전과 치료동맹으로 구현되기 위해서는 개인의 헌신과 함께, 전문적 판단을 실천할 수 있는 시스템 조건, 공동의 치료 목표를 형성할 수 있는 관계적 조건, 갈등과 책임을 공정하게 다룰 수 있는 절차적 조건이 마련되어야 한다.

현대적 공급자 윤리는 책임을 약화시키는 윤리가 아니라, 그 책임을 고립된 자기비난과 방어적 갈등에 가두지 않고 공동선을 향한 관계적 실천, 환자안전, 피해 회복과 조직학습으로 연결하는 윤리이다. 고위험 필수의료의 윤리적 복원은 과거의 사명감으로 돌아가는 데 있지 않으며, 의료공급자가 현대 의료의 한계 속에서도 자신의 도덕적 지향을 실천하고 환자 곁에 계속 설 수 있는 구조를 구축하는 데서 시작된다. 

REFERENCES

1. Ministry of Health and Welfare. Essential healthcare policy package. Ministry of Health and Welfare; 2024.
2. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Taking action against clinician burnout: a systems approach to professional well-being. The National Academies Press; 2019.
3. Jameton A. Nursing practice: the ethical issues. Prentice-Hall; 1984.
4. Litz BT, Stein N, Delaney E, et al. Moral injury and moral repair in war veterans: a preliminary model and intervention strategy. Clin Psychol Rev 2009;29(8):695-706.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.07.003>
5. Dean W, Talbot S, Dean A. Reframing clinician distress: moral injury not burnout. Fed Pract 2019;36(9):400-402.
6. Han PKJ, Klein WMP, Arora NK. Varieties of uncertainty in health care: a conceptual taxonomy. Med Decis Making 2011;31(6):828-838.
<https://doi.org/10.1177/0272989X10393976>
7. Donaldson MS, Corrigan JM, Kohn LT. To err is human: building a safer health system. The National Academies Press; 2000.
8. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. The National Academies Press; 2001.
9. Berwick DM. A user's manual for the IOM's 'Quality Chasm' report. Health Aff 2002;21(3):80-90.
<https://doi.org/10.1377/hlthaff.21.3.80>
10. Project of the ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. Ann Intern Med 2002;136(3):243-246.
<https://doi.org/10.7326/0003-4819-136-3-200202050-00012>
11. Pellegrino ED, Thomasma DC. For the patient's good: the restoration of beneficence in health care. Oxford University Press; 1988.
12. Reason J. Human error: models and management. BMJ 2000;320(7237):768-770.
<https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>
13. Dekker S. Patient safety: a human factors approach. CRC Press; 2011.
14. Cruess RL, Cruess SR, Boudreau JD, et al. Reframing medical education to support professional identity formation. Acad Med 2014;89(11):1446-1451.
<https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000427>
15. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. J Organ Behav 1981;2(2):99-113.

- <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
16. Hobfoll SE. Conservation of resources: a new attempt at conceptualizing stress. *Am Psychol* 1989;44(3):513-524.
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.3.513>
17. Rushton CH. Moral resilience: a capacity for navigating moral distress in critical care. *AACN Adv Crit Care* 2016;27(1):111-119.
<https://doi.org/10.4037/aacnacc2016275>
18. Epstein EG, Hamric AB. Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *J Clin Ethics* 2009;20(4):330-342.
<https://doi.org/10.1086/JCE200920406>
19. Jarvis-Selinger S, Pratt DD, Regehr G. Competency is not enough: integrating identity formation into the medical education discourse. *Acad Med* 2012;87(9):1185-1190.
<https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182604968>
20. Mantri S, Lawson JM, Wang ZZ, et al. Identifying moral injury in healthcare professionals: the Moral Injury Symptom Scale-HP. *J Relig Health* 2020;59(5):2323-2340.
<https://doi.org/10.1007/s10943-020-01065-w>
21. Čartolovni A, Stolt M, Scott PA, et al. Moral injury in healthcare professionals: a scoping review and discussion. *Nurs Ethics* 2021;28(5):590-602.
<https://doi.org/10.1177/0969733020966776>
22. Hussain W, Kohn M. The common good. In: Zalta EN, editor. *The Stanford encyclopedia of philosophy*. Metaphysics Research Lab, Stanford University; 2018.
23. Bordin ES. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychother Theory Res Pract* 1979;16(3):252-260.
<https://doi.org/10.1037/h0085885>
24. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med* 2012;27(10):1361-1367.
<https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>
25. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, et al. Physician-patient communication: the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA* 1997;277(7):553-559.
<https://doi.org/10.1001/jama.1997.03540310051034>
26. O'Connor E, Coates HM, Yardley IE, et al. Disclosure of patient safety incidents: a comprehensive review. *Int J Qual Health Care* 2010;22(5):371-379.
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzq042>
27. Baungaard N, Skovvang PL, Assing Hvidt E, et al. How defensive medicine is defined in European medical literature: a systematic review. *BMJ Open* 2022;12(1):e057169.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057169>
28. Marx D. Patient safety and the “just culture”: a primer for health care executives. Trustees of Columbia University; 2001.
29. Vincent C, Burnett S, Carthey J. The measurement and monitoring of safety. Health Foundation; 2013.
30. Tyler TR. Why people obey the law. Princeton University Press; 2006.
31. Sage WM. Medical liability and patient safety. *Health Aff* 2003;22(4):26-36.
<https://doi.org/10.1377/hlthaff.22.4.26>
32. Wallis K, Dovey S. No-fault compensation for treatment injury in New Zealand: identifying threats to patient safety in primary care. *BMJ Qual Saf* 2011;20(7):587-591.
<https://doi.org/10.1136/bmjqs.2010.047696>
33. Te Tāhū Hauora Health Quality & Safety Commission. Healing, learning and improving from harm: national adverse events policy 2023. Te Tāhū Hauora Health Quality & Safety Commission; 2023.

34. NHS England. Patient safety incident response framework. NHS England; 2022.
35. Health and Social Care Inspectorate. Report irregularities or register a complaint. Inspektionen för vård och omsorg; 2023.