

퇴원 심의 Task Force Team 운영 분석

박연옥* · 고은정* · 이이형** · 소의영***

1. 연구의 필요성

지난 1998년 5월 15일 서울특별시립 보라매병원에서 발생한 "의사의 의학적 충고에 반한 보호자의 퇴원요구"에 따라 환자를 퇴원시킨 사건에 대해 1심 법원은 담당의사에게 살인죄를 적용, 실형을 선고하였다. 이 사건은 의료계에 지대한 영향을 미쳐 대한의사협회는 <환자관리지침>을 제정하였고, 대한병원협회는 각 의료기관에 이 지침을 통보하고 병원윤리위원회 등을 설치할 것을 권고하였다.¹⁾ 현재 아무런 법적인 보호도 받지 못하는 임의기구의 성격인 병원윤리위원회의 결정은 어떤 강제력도 가지지 못하지만, 이를 통해 어느 정도의 절차적 정당성을 확보할 수 있을 것이고 또한 이 윤리위원회의 논의 과정에서 참여한 이해관계 혹은 가치충돌이 상당 부분 완화될 수 있을 것²⁾으로 기대된다.

본원의 경우 윤리위원회가 있지만 이는 직원의 윤리적 행위에 대한 검토를 주로 하고 있어 퇴원과 관련된 검토를 위해 퇴원 심의 Task Force Team(이하 퇴원심의 TF팀)을 따로 발족하였다. 98년 6월부터 업무를 시작한 퇴원심의 TF팀은 환자나 보호자의 진료 중단 요청이 생명의 존엄성을 침해할 가능성이 있는지에 대하여 종합적으로 심의하여 주치의의 퇴원, 또는 퇴원금지 결정을 효과적으로 지원할 수 있도록 하고 있다.

이러한 퇴원심의 TF팀을 운영하면서 문제로 지적되어 온 것은 결정에 대한 기준과 그 기준에 대한 윤리적 갈등 등이었다. 따라서 본 연구는 퇴원심의 TF팀을 운영하면서 발생한 문제점과 심의를 의뢰한 의사들의 의견을 분석하여 향후 발생하는 윤리

* 아주대학교 의료원 Q팀

** 아주대학교 의과대학 호흡기내과학교실

*** 아주대학교 의과대학 일반외과학교실

1) 대법원법령 제99-45호 공문.

2) 박석건, 정유석. 병원 의료윤리위원회 운영의 경험과 교훈. 의료·윤리·교육. 1999 ; 2(1) : 79-94.

적 문제에 대해 심도 있는 고찰을 통한 의사결정을 할 수 있도록 돕는 것을 목적으로 하고 있다.

2. 연구방법

본 연구는 두 가지 방법으로 진행하였다. 퇴원 심의 분석은 퇴원 심의가 요청된 사안에 대한 회의록을 검토하였고, 주치의의 의견은 퇴원 심의를 의뢰한 주치의를 대상으로 설문조사를 시행하였다.

가. 퇴원 심의 분석

퇴원심의TF팀은 1998년 6월 17일 발족하였다. 본 팀의 운영목적은 생명의 존엄성을 침해하거나 의료윤리에 반하는 문제가 발생할 수 있는 퇴원요청이 있는 경우 주치의를 의학적 견해 및 환자와 가족들의 의사를 종합적으로 검토한 후 의견을 제시하여 주치의가 퇴원 또는 퇴원 불가 결정을 효과적으로 할 수 있도록 지원하는 것이다. 퇴원심의회는 진료부원장(TF팀장), 응급의료센터 소장, 집중치료실 위원회 위원장, 뇌사판정위원회 위원장, 3층 외과계 집중치료실장, 내과부장, 신경외과장, 흉부외과장, 치료방사선과장, 소아과 교수, 사회사업팀, 원무팀, QI(Quality Improvement) 팀으로 구성되어 있다. 구성원 중 의사가 9인으로 여러 과에서 선정되었는데 그 이유는 사안에 따라 진료부원장이 결정하는 3인 이상의 의사가 참여토록 하기 위함이다. 심의회의 절차는 다음과 같다. 주치의가 상기와 같은 문제로 혼자 의사결정을 하기가 어려운 경우 QI팀에 의뢰를 하면 QI전담자가 환자 의무기록을 검토한 뒤 TF팀장에게 보고하고 TF팀장은 회의 개최 여부를 결정하여 전체 팀원 중 의사 3인 이상을 지정하여 회의를 소집한다. 회의가 소집되면 사회사업팀, 원무팀에서는 환자와 보호자의 면담을 통해 자료를 수집한다. 회의에서는 주치의가 환자 상태에 대한 전반적인 보고를 하고 사회사업팀이 가족상황, 가족의 역할 관계, 본원이나 지역사회의 가용한 자원에 대한 보고를 한다. 원무팀은 환자의 진료비, 재산 상황 등을 보고하고, QI팀에서는 기타 법적 문제가 될만한 논점을 보고하고 토의를 한다. 출석 인원 전원의 찬성으로 의결하고 의결사항은 회의록에 기록한다. 회의 미개최 심의는 주치의를 소견이 명백히 소생가능성이 없다는 경우이거나 치료 지속이 반드시 필요한 경우로 TF팀장이 사회사업팀의 환자 면담 결과, QI팀의 의견 등을 종합하여 심의한다. 심의 운영시에 의사결정은 귀납주의적 접근법 중 결의론적 입장을 택하였다. 결의론적 접근법³⁴⁾은 개별 사례가 발생할 경우 그와 유사한 패러다임 사례를 토대로 하여 도덕적 해결방법을 찾는 것으로서 현실적인 답을 내릴 수 있다는 장점이 있다.

하지만 패러다임 사례가 분명하지 않을 경우에는 이런 접근이 쉽지 않다는 단점도 있다. 본 심의팀에서는 패러다임 사례를 과거의 경험적 사례를 근간으로 하였다.

나. 퇴원심의회의 운영에 대한 평가 설문조사

조사도구로 퇴원심의회의의 도움 정도, 문제점, 향후 보완 및 검토가 필요한 점등을 포함한 7문항의 설문지를 개발하였다. 조사대상은 퇴원심의를 의뢰한 주치의 12인을 대상으로 하였고 2000년 4월 7일에서 4월 10일 사이에 설문지를 배부하고 회수하였다. 설문의 신뢰성을 확보하기 위해 QI전담자 2인과 퇴원심의TF팀장이 설문지를 검토하여 조사내용의 누락을 보완하였다.

3. 연구결과

가. 퇴원심의TF팀 분석결과

조사 기간은 퇴원 심의가 시작된 1998년 7월에서 2000년 2월까지였으며 이 기간 동안 퇴원심의팀에 의뢰된 환자는 총 53명으로 남자 29명(54.7%), 여자 24명(45.2%)이었다. 연령별로는 1세 미만이 16명(30.2%)으로 가장 많았고 다음이 60세 이상 70세 미만이 15명(28.3%), 70세 이상 80세 미만이 9명(17.0%), 50세에서 60세 미만이 6명(11.3%)으로 나타나 50세 이상이 60.4%, 1세 미만이 30.2%로 전체의 90.6%를 차지하였다. 이 중 1세에서 10세 미만은 1명(1.9%), 10세에서 20세 미만은 한 명도 없었고, 20세에서 30세 미만은 한 명으로 배를 타고 가다가 갑자기 의식을 잃고 쓰러져 입원을 한 경우이며 30세에서 40세 미만은 약물중독(Drug Intoxication)환자였다. 40세에서 50세 미만의 두 명중 한 명은 화상, 다른 한 명은 갑작스런 사고로 두개내출혈(Intracranial Hemorrhage)이 생겨 입원한 경우였다(표 1).

진단명을 한국표준질병사인분류(KCD-10)에 의해 분류한 결과 신경계 질환이 18명(33.9%), 선천성 기형, 저체중아 등 미숙아 관련질환이 15명(28.3%) 순으로 나타났다. 진료과별로는 소아과 17명(32.1%), 신경외과 10명(18.9%), 신경과 8명(15.1%) 순이었다(표1).

3) 김상득. 생명의료윤리학 방법론. 성산 생명의료윤리연구소 게재물.

4) 임영란. 말기환자 간호에서 간호사가 경험하는 윤리문제에 관한 연구 : 사례분석적 접근. 서울대학교 대학원 박사학위 논문. 1994.

표 1. 의뢰 환자의 일반적 특성

		빈도	백분율(%)
성별	남	29	54.7
	여	24	45.2
나이	0세 ~ 1세 미만	16	30.2
	1세 이상~10세 미만	1	1.9
	10세 이상~20세 미만	0	0
	20세 이상~30세 미만	1	1.9
	30세 이상~40세 미만	1	1.9
	40세 이상~50세 미만	2	3.8
	50세 이상~60세 미만	6	11.3
	60세 이상~70세 미만	15	28.3
	70세 이상~80세 미만	9	17.0
	80세 이상	2	3.8
진단명	신경계 질환	18	33.9
	선천성 기형, 저체중아 등 미숙아 관련질환	15	28.3
	신생물	5	9.4
	순환기계 질환	4	7.5
	호흡기계 질환	4	7.5
	소화기계 질환	3	5.7
	패혈증 등 감염성 질환	2	3.7
	화상, 약물중독	2	3.8
진료과	소아과	17	32.1
	신경외과	10	18.9
	신경과	8	15.1
	호흡기내과	7	13.2
	일반외과	5	9.4
	순환기내과	3	5.7
	정형외과	1	1.9
	이비인후과	1	1.9
	일반내과	1	1.9

n=53

조사기간 동안 53건을 심의하였는데 그 중 18건은 가망 없는 경우로 판정되어 심의 없이 주치의 소견에 의해 퇴원토록 하였고 35건은 회의를 통해 심의하였다(표 2).

환자/보호자측의 퇴원요구사유는 환자문제와 보호자의 문제가 복합적으로 나타났는데 환자측 문제로는 인공호흡기 제거시 바로 사망으로 연결되는 '사망 시기 연장'이 19명(19%), '회복 가능성이 희박'한 경우가 14명(14%), '장기치료에도 호전 안됨'이 9명(9%), '생존가능성이 희박함' (소아의 경우)이 8명(8%)순으로 나타났다.

보호자측 문제로는 경제적 부담이 25명(25%), 환자가 고령으로 적극 치료의지가

표 2. 월별 심의현황

	3월	4월	5월	6월	7월	8월	9월	10월	11월	12월	1월	2월	계
1998					5	1	1	4	2(1)	3(3)	1(1)		17(7)
1999	4		2(1)	7(4)	5(3)	7	1		2(1)	3(2)	3	2	36(11)

()은 회의 미개최건

표 3. 환자/보호자측의 퇴원 요구사유*

환자 문제	빈도	백분율(%)	보호자측 문제	빈도	백분율(%)
사망 연장 (인공호흡기 제거시 바로 사망 가능)	19	19	경제적 부담	25	25
회복가능성 회박	14	14			
장기치료 호전안됨	9	9	장기화 우려	3	3
생존가능성 회박(소아 예후)	8	8	미숙아임을 받아들이기 어려움	1	1
식물인간 예상	4	4	같은 병명 자녀 치료경험	1	1
고령으로 적극치료 거부	4	4			
장애예상	3	3	고통 경감	1	1
본인의 퇴원의사	3	3			
선천성 기형	2	2			
뇌사예상	2	2			
비교적 상태안정	1	1			

* 중복체크함

없는 경우가 4명(4%) 순으로 나타났다.

한 환자 당 한 가지 사유만으로 퇴원을 원하는 경우는 드물었고 대부분 '사망의 연장' 과 '경제적 부담', '회복 가능성 회박' 과 '경제적 부담' 혹은 '사망의 연장' 과 '고령' 등이 중복되어 퇴원을 요구하는 것으로 나타났다(표 3).

환자/보호자들이 이러한 이유로 퇴원을 요구할 경우 주치의가 퇴원심의를 의뢰하는 사유는 '회복 가능성 회박' 이 19명(30.2%)으로 가장 많았고 계속치료가 필요하다는 경우가 11명(17.5%), 생존가능성이 회박한 경우(소아의 경우)가 10명(15.9%) 순으로 나타났다(표 4).

퇴원심의를 한 결과는 표 5에 제시하였는데 회복가능성을 기준으로 환자의 상태를 네 영역으로 분류하였다. 첫째 '더 이상의 의학적 치료방법이 없어서 회복을 기대하기 어려운 경우', 둘째 '계속 치료하면 회복가능성을 배제할 수 없으나 확률이 낮은 경우', 셋째 '계속 치료하면 회복가능성이 일정비율 이상 기대되는 경우', 넷째 '계속 치료하면 거의 모든 생명을 유지할 수 있는 경우'이다. 이에 따른 심의 의견은 '가망 없는 퇴원(hopeless discharge)', '회복가능성이 회박하나 추후 생길 수 있는

표 4. 주치의의 의뢰사유*

내 용	빈 도	백 분 율(%)
회복가능성 회박	19	30.2
계속치료 필요	11	17.5
생존가능성 회박(소아 예후)	10	15.9
합병증 등으로 인해 예후 나쁨	7	11.1
장애예상	5	7.9
뇌사예상	3	4.8
식물인간예상	3	4.8
선천성 기형	3	4.8
사망의 연장(인공호흡기 제거시 바로 사망 가능)	2	3.2

* 중복체크함

문제를 방지하기 위해 자의퇴원동의서 작성 후 퇴원', 계속 치료가 필요하나 환자/보호자가 강력하게 퇴원을 요구하여 자의퇴원동의서 작성 후 퇴원하도록 한 '의학적 충고에 반한 퇴원(Discharge Against Advice)', '계속 치료 필요'의 네 가지로 나누어졌다.

'더 이상의 의학적 치료 방법이 없어서 회복을 기대하기 어려운 경우'는 가망 없는 퇴원으로 주치의의 의견에 따라 퇴원시킬 수 있도록 하였고, '계속 치료하면 회복 가능성을 배제할 수 없으나 확률이 낮은 경우'는 자의퇴원동의서 작성 후 퇴원하도록 하였으며 '계속 치료하면 회복가능성이 일정 비율 이상 기대되는 경우'와 '계속 치료하면 거의 모든 생명을 유지할 수 있는 경우'는 재원 치료를 받도록 결정하였다.

본 연구 결과 '더 이상의 의학적 치료방법이 없어서 회복을 기대하기 어려운 경우'는 25명(47.2%), '계속 치료하면 회복가능성을 배제할 수 없으나 확률이 낮은 경우'는 16명(30.2%), '계속 치료하면 회복가능성이 일정 비율 이상 기대되는 경우'는 7명(13.2%), '계속 치료하면 거의 모든 생명을 유지할 수 있는 경우'는 5명(9.4%)으로 나타났다.

'더 이상의 의학적 치료방법이 없어서 회복을 기대하기 어려운 경우'의 25명에 대한 심의의견은 다음과 같다. 10명은 가망 없는 퇴원, 15명은 자의퇴원동의서 작성 후 퇴원으로 결정되었으며, 모두 심의의견을 이행하였다. '계속 치료하면 회복 가능성을 배제할 수 없으나 확률이 낮은 경우'의 심의 결과는 가망 없는 퇴원은 2명, 자의퇴원동의서 작성 후 퇴원은 11명이었으며 계속 치료를 권해 재원치료를 받은 경우는 3명으로 모두 심의결과를 이행하였다. 재원치료를 권유한 3건 중 두 건은 3일 이후 퇴원하였는데 한 건은 뇌사상태로 추정되었으나 우리나라에서는 장기이식을

표 5. 심의의견 (단위 : 빈도, %)

환자상태	심의의견 고려 및 권유사항	가망 없는 자의퇴원		계속 치료 필요하나 강력하게 퇴원을 원할시 의학적 권고에 반한 퇴원고려 (DAA)		계속치료 필요 (재원)		계		
		퇴원 (hopeless discharge)	동의서 작성 후 퇴원	퇴원	재원	퇴원	재원			
		퇴원	재원	퇴원	재원	퇴원	재원			
더 이상의 의학적 치료방법이 없어서 회복을 기대하기 어려운 경우	퇴원고려	10	15					25(47.2)		
계속 치료하면 회복 가능성을 배제할 수 없으나 확률이 낮은 경우	퇴원고려	2	11			3		16(30.2)		
계속 치료하면 회복 가능성이 일정비율 이상 기대되는 경우	계속치료 권유	1*	2	1	3			7(13.2)		
계속 치료하면 거의 모든 생명을 유지할 수 있는 경우	계속치료 권유	1*				4		5(9.4)		
계		12 (22.6)	0 (0)	28 (52.8)	0 (0)	2 (3.8)	0 (0)	1 (1.9)	10 (18.8)	53 (100)

n=53 *환자가 의식이 있는 상태로 자의퇴원을 원한 사례

전제로 하지 않는 뇌사는 인정을 하지 않고 있어 그대로 퇴원시켰고, 다른 한 건은
췌장암에 걸린 69세 남자로 자연적 비장 파열(spontaneous spleen rupture)이 된 상
태에서 고식적인 치료만 받고 퇴원하였다.

'계속 치료하면 회복가능성이 일정 비율 이상 기대되는 경우'는 계속 치료를 권
한 경우로 7명이었다. 그 중 한 명은 환자가 의식이 있는 상태로 퇴원을 원해 자의
퇴원 동의서를 받고 퇴원시켰으며 3명은 보호자들이 강력하게 퇴원을 원해 DAA를
하였고, 다른 3명은 재원치료를 받았다. 7명중 3명이 심의 의견을 이행하지 않았다.
불이행한 환자 중 한 명은 급성 경막상 출혈(acute epidural hematoma)을 일으킨 69

세 여자 환자로 수술 후 의식이 없어 향후 2개월간 치료적 관찰을 요했으나 식물인간이 될 가능성을 배제할 수 없어 보호자가 강력하게 퇴원을 원한 결과 DAA를 하였다. 다른 한 예는 태어난지 1일 되는 체중 840g의 미숙아로서 surfactant 사용이 필요했으며 장애 발생도 예상되었다. 보호자는 장애에 대한 우려와 경제적 부담으로 인해 강력하게 퇴원을 요구하였고, 병원에서 진료비 지원도 제안하였으나 이를 거절하고 퇴원을 하였다. 또 다른 예는 61세 남자 환자로서 울혈성 심부전증, 판막 질환으로 의식이 혼미(confuse)한 상태에서 1차심의 후 한달간의 치료에도 호전을 보이지 않아 퇴원을 원하였다.

'계속 치료하면 거의 모든 생명을 유지할 수 있는 경우'는 계속 치료가 필요한 상황이나 1명은 환자가 의식이 있는 상태여서 추후 응급실 방문이 가능해 자의퇴원동의서 작성 후 퇴원하도록 하였고 4명은 재원치료를 받도록 하였다.

전체 53건 중 '가망 없는 퇴원(hopeless discharge)'은 12건(22.6%), '회복 가능성이 희박하나 추후 생길 수 있는 문제를 방지하기 위해 자의퇴원동의서 작성 후 퇴원'하도록 한 경우가 28명(52.8%), 계속치료가 필요하나 환자/보호자가 강력하게 퇴원을 요구할 경우 '자의퇴원동의서 작성 후 퇴원'하도록 한 의학적 충고에 반한 퇴원(Discharge Against Advice)이 2명(3.8%), '계속 치료 필요'는 11명(20.7%)으로 나타났다. 이중 1명을 제외하고는 모두 심의의견을 이행한 것으로 나타났다.

의료윤리원칙에 따라 본 심의회의의 결정을 분류해 보면 모두 환자나 보호자의 자율성을 존중해 주는 자율성 존중의 원칙과 환자에게 해가 되는 행동은 하지 않겠다는 악행금지의 원칙에 근거한 판단이었다.⁵⁾ 자율성 존중의 원칙에 근거한 것은 환자의 자율성을 존중해서 자의퇴원동의서 작성 후 퇴원하도록 한 경우가 두 건, 가망 없는 경우로 퇴원하고자 하는 보호자의 자율성을 존중한 경우가 38건으로 나타났다. 악행금지의 원칙에 근거 재원치료를 받도록 한 경우는 13건으로 나타났다. 이중 DAA는 3건이었다(표 6).

나. 퇴원심의 TF팀 운영에 대한 설문조사 분석

퇴원심의 의뢰를 한 주치의 12명에게 설문지를 보낸 결과 10인(83.3%)이 회답을 했다. 결과는 "퇴원심의 TF팀 운영이 필요하다"고 느낀 경우가 7점 만점에 6.6점으로 필요성을 높게 인식하고 있었고, "퇴원 불가시 보호자 설명에 도움을 준 정도"가 6.0점으로 다음으로 높게 나타났다. 또한 "퇴원 결정에 영향을 준 정도"가 5.8점으로

5) Beauchamp TL & Childress JF. Principles of Biomedical Ethics(3rd ed.). Belmont : Wadsworth, 1989.

표 6. 윤리원칙에 따른 윤리적 행위 개념

윤리원칙	환자	보호자
자율성존중의 원칙(Respect for Autonomy)	2	38
악행금지의 원칙(Nonmaleficence)	-	13
선행의 원칙(Beneficence)	-	-
정의의 원칙(Justice)	-	-

표 7. 설문 문항별 결과

내 용	평균평점
문항별 결과(7점 척도)	
퇴원심의TF팀 운영의 필요성	6.6
퇴원불가시 보호자 설명에 도움을 준 정도	6.0
퇴원결정에 영향을 준 정도	5.8
주치의의 윤리적 갈등해소에 도움을 준 정도	4.3
심의팀 운영이 필요하다고 생각하는 사유(직접기재)	
법적인 보호	6명
주치의 단독 퇴원결정에 대한 부담감 공유	4명

n=10

비교적 높게 나타나 심의 의견 이행 정도와 감각적으로 느낀 것이 비슷하게 나타났다. “주치의의 윤리적 갈등에 도움을 준 정도”는 4.3점으로 가장 낮게 나타나 윤리적 의사결정의 어려움을 보여주고 있다. 심의팀 운영의 필요성 부분은 “법적인 보호를 받을 수 있다”가 6명, “주치의 단독 퇴원결정에 대한 부담감을 공유할 수 있다”가 4명이 응답하였다(표 7).

퇴원심의TF팀 운영시 보완 및 검토가 필요한 부분에 대해서는 원내의 경우 신속한 회의 소집이 42.3%, 법조인, 종교인, 지역사회유지 등 구성원 보완이 28.2%, 사회사업기금의 확충으로 진료비 지원확대가 24.4%, 주말, 휴일의 회의소집 보완의 필요가 5.1%로 나타났다.

원외의 경우는 사회보장시설 확충 40.7%, 공신력 있는 기관의 퇴원결정 지원제도 33.3%, 자선기금 등의 진료비 지원 강화가 25.9%로 나타났다(표 8).

표 8. 퇴원심의팀에 대한 보완 및 검토가 필요한 부분

내 용	평균평점(%)
본원내 보완 및 검토가 필요한 부문	
퇴원심의팀의 신속한 회의소집	42.3
퇴원심의팀 구성원 보완(법조인, 종교인, 지역사회유지 등)	28.2
사회사업기금의 확충으로 진료비 지원 확대	24.4
주말, 휴일 회의소집 보완	5.1
사회적으로 보완 및 검토가 필요한 부문	
사회보장시설 확충	40.7
공신력 있는 기관의 퇴원결정 지원 제도	33.3
자선기금 등의 진료비 지원 강화	25.9

n=10

신속한 회의 소집은 업무 성격상 환자/보호자가 아침 회진시에 주치의에게 오늘 퇴원하겠다고 하면서 가능한 빨리 의사결정을 요구하는 경우 주치의가 환자/보호자에게 재촉을 받는 데 대해 부담을 느끼기 때문에 필요하다. 본원에서는 대부분 하루 정도가 소요되었다.

구성원 보완은 병원협회의 권장사항과 아울러 법적·종교적 문제 등으로 필요성을 느끼고 있는 부분이며 주말이나 휴일의 회의 소집과 보완 역시 신속한 회의 소집과 같은 이유이다.

사회보장시설, 자선기금 등을 통한 진료비 지원은 계속 치료가 필요한 미숙아 등의 경우 경제적 부담 때문에 치료를 포기하는 경우가 있어 진료비 부담을 줄여주거나 1, 2차 병원으로의 전원을 원활하게 하기 위해서이다.

4. 논의

우리가 겪는 의료 상황에서 윤리적 의사결정시 판단의 기준이 되는 논리적 근거가 무엇인가는 매우 어려운 문제이다. 그 이유는 그것이 단지 논리적인 정연함의 문제가 아니며, 그 논리나 근거 자체가 양면성을 가지고 있기 때문이다. 생명의료윤리는 응용윤리학의 한 분야로 응용윤리학에서 접근법을 추론할 수 있으며, 그 접근법에는 연역주의 접근법, 귀납주의 접근법, 반성적 평형의 방법⁶⁾이 있다. 연역주의 접근법은 논리학의 삼단논법과 유사한 것으로 하나의 도덕원리 내지 도덕이론을 대전제로 받아들인 다음, 이를 우리가 처한 도덕문제에 적용시켜 도덕적 해결책을 추론해

6) 김상득(2001). 앞의 책.

내는 것이다. 따라서 올바른 이론이 규명되기만 하면 연역적 판단으로 옳은 결정을 도출할 수 있다.⁷⁾ 귀납주의적 접근은 구체적인 도덕문제에서 일반적인 도덕원리로 나아가는 방법으로 이는 생명의료윤리가 기존의 윤리이론으로는 설명될 수 없는 도덕문제를 낱기에 구체적인 사례분석을 통해 사례들을 유형화시켜 하나의 윤리적 입장을 얻어내고자 시도하는 것이다. 본 연구는 귀납주의적 접근법의 하나인 결의론적 입장을 취하여 심의한 결과를 분석한 것이다. 반성적 평형의 방법은 존재론적 입장으로서 도덕원리가 확립되기 이전에 이미 도덕문제가 존재하고 있다는 존재론적 우선성을 받아들이는 것이다. 이 방법은 세 단계의 과정을 거치는데 첫째는 어떤 도덕 문제에 대해 논쟁의 여지가 없이 이미 확신하고 있는 상식인의 반성적 직관, 혹은 숙고된 도덕판단을 모으는 단계이고, 둘째는 모아진 판단들을 가장 잘 설명해 주는 하나의 도덕원리를 설정하는 단계이다. 그런데 이렇게 되면 도덕원리가 관습에 불과하다는 비판을 면하기 어려우므로 제3의 버팀목으로 배경이론을 끌어들이 숙고된 도덕 판단, 도덕원리, 그리고 배경이론이 조화로운 평형 상태를 향하는 과정을 거치면서 주어진 도덕문제에 대한 가장 합당한 도덕원리를 얻어내는 방법이다.⁹⁾

결의론적 입장을 택한 본 연구의 한계는 결의론이 효과적으로 적용하기 위해서는 무엇보다도 패러다임 사례가 확립되어 있어야 하는데 이 부분이 미흡하여 경험적 사례를 바탕으로 의사결정을 하였다는 데 있다. 따라서 본 연구의 사례들로부터 가장 적합한 패러다임 사례를 만들어내는 것도 차기 과제라 생각된다.

죽어가는 환자와 중환자의 생명유지나 치료중단 여부를 가지고 논쟁을 할 때는 여러 가지 판단기준이 있다. 연령을 기준으로 하는 것은 삶의 양과 관련이 있고, 질병의 예후에 따라야 한다는 것은 삶의 질의 문제이다. 생명의 유지와 생활의 차이를 구별하는 것도 삶의 질 문제이며 그 외에도 삶의 질 속에는 더 많은 개념이 있을 것이다.¹⁰⁾

본 연구에서 보호자들은 인공호흡기 제거시 바로 사망으로 연결되는 '사망의 연장', '회복 가능성 회박', '생존 가능성 회박', '장애 예상' 등의 문제와 '경제적 부담', '고령' 등의 문제로 인해 자식이나 부모가 식물 인간이나 장애아로 살아가는 것에 대한 정신적·경제적 부담 및 자신의 역할에 대한 부담을 느끼는 것으로 생각된다. 또한 이들 대부분이 단순히 생명을 유지한다는 것보다는 삶의 질 쪽에 초점을

7) 김상득(2001). 앞의 책.

8) 엄영란(1994). 앞의 책. 69-91.

9) 김상득(2001). 앞의 책.

10) 김일순, N 포선. 의료윤리. 서울 : 현암사, 1999 : 178-197.

두고 퇴원 의사를 표시하는 것으로 보인다. 장애인 부모는 장애로 평생을 살아오면서 겪은 어려움을 다시 자식이 장애를 가지고 살아간다는 데에 강력한 거부감을 보인다. 또 극한 경제적 어려움 속에서 다시 회복가능성이 희박한 장기 질환을 가진 부모를 부양해야 한다는 것은 개인이나 단일 가족이 짊어지기에는 많은 어려움이 내재되어 있는 문제이다. 이는 사회적, 국가적 차원의 지지가 절대로 필요한 부분이다.

본 연구에서 환자가 직접 퇴원 의사를 밝힌 것은 2건으로 한 건은 자살기도를 하였으나 의식이 명료하여 응급실로의 재방문이 가능해 퇴원하도록 하였다. 다른 건은 78세 여자환자로 소뇌 경색(cerebellar infarction)에 빠져 의식은 명료하나 폐렴, 폐부종으로 기도삽관을 하고 있는 상태였다. 계속 치료가 필요하였지만 환자 본인이 살만큼 살았고, 자식, 손자에게 부담이 되기 싫다며 퇴원 의사를 밝힌 경우로, 다른 가족의 이익을 고려하여 본인이 자신의 생명 유지를 반대한 사례이다. 이 경우는 치료에 의한 회복 가능성이 있어 재원치료를 받도록 하였으나 환자와 보호자가 치료의 지를 상실하고 퇴원을 위해 DAA하였다. 그 외에는 모두 의식이 없거나 미숙아로 의사소통이 불가능한 경우였다. 미숙아의 경우는 “남은 삶이 비참하다(질적인 요소)”, “치료를 해도 환자에게는 삶이 없다”, “다른 가족의 이익도 고려해야 한다”는 입장에서 반대하는 의견도 있었으나 “앞으로 많은 삶이 남아있다(양적인 요소)”, “치료를 하면 환자에게는 생활이 있다”, “질병의 치료방법이 개발될 것이다”, “미끄러운 언덕길 논리(한번 자살이나 안락사를 인정하면 앞으로 비슷한 일들이 수없이 일어날 것이다)”, “조심하는 쪽으로(생명을 유지하는 쪽으로) 실수하는 것이 낫다”는 입장에서 생명 유지를 찬성하는 쪽으로 결정을 내렸다. 이들 모두 사전에 자신의 질병 말기의 치료문제에 대한 어떠한 의사표시도 한 적이 없었던 경우였다. 근래에 들어 삶의 질 문제를 논의하면서, 장기기증문제, 치료중단문제에 대해 사전에

표 9. 생명유지 찬성/반대¹¹⁾

생명유지 찬성	생명유지 반대
앞으로 많은 삶이 남아있다(양적인 요소)	남은 삶이 비참하다(질적인 요소)
치료를 하면 환자에게는 생활이 있다	치료를 해도 환자에게는 삶이 없다
질병의 치료방법이 개발될 것이다	자원이 부족하다
미끄러운 언덕논리(한번 자살이나 안락사를 인정하면 앞으로 비슷한 일들이 수없이 일어날 것이다)	다른 가족의 이익도 고려해야 한다
이익의 갈등(환자의 죽음으로 다른 사람이 이익을 본다)	이익의 갈등(환자를 생존하게 함으로써 다른 사람이 이익을 본다)
조심하는 쪽으로(생명을 유지하는 쪽으로 실수하는 것이 낫다)	

의사표시를 해야 한다는 추세임을 볼 때 향후 이런 부분 역시 의사결정에 반영하여야 할 것으로 생각된다.

미숙아에게 의료보험이 적용되지 않아 부모가 고비용을 부담할 수 없어 치료를 포기하는 경우가 본 심의에서도 있었다. 그 중 하나는 임신 25주에 체중 840g으로 태어난 지 하루 된 여아로 호흡부전 치료제 사용을 권했으나 보호자는 치료가 되어도 정상아로 될 가능성이 없다고 치료를 완강히 거부하는 상태였다. 환아 부모는 환아 아버지의 친동생이 뇌성마비로 평생 가족이 부담을 지니고 살고 있고, 비정상아를 양육할 자신이 없다고 하였다. 그 결과 병원의 경제적 지원 제안도 거부한 채 퇴원을 하였다. 다른 사례에서는 환아의 부모가 예후 불량과 경제적 문제로 퇴원을 원하였으나 퇴원을 거부한다는 퇴원 심의 결정을 받아들여 퇴원을 보류하고 한달 이상을 치료를 받다가 결국은 가망 없는 퇴원을 한 후 사망하였다. 보호자는 경제적 부담으로 병원에 원망의 감정을 나타내고 있는 실정이다.

Silverman¹²⁾의 연구에서는 미 연방정부가 기형아에 대한 과소치료문제를 인식하여 아동학대 금지법 개정안을 통과시켰으나 이 법이 잘못 인식되어 이제는 신생아에 대한 과잉진료로 몰아가고 있는 실정이라고 지적하였다.

고위험아에 대한 생명연장술의 문제는 인간 가치의 문제이며 도덕적 판단의 문제로서 정부 주도의 정책은 저체중 출생아의 사망률을 감소시키는데 있으나 부모는 미래가 불확실한 아이에게 생명을 연장시키는 데 대해 두려움을 나타내고 있다고 한다. 조갑출¹³⁾의 연구에서는 이러한 경우 상반된 입장을 보이는 것으로 나타났는데 간호사 A의 경우 예후가 불확실하고 생존 후의 삶의 질이 문제가 되거나 상태가 위중한 경우는 오히려 집중적인 치료가 투입되지 않아야 한다는 입장과 환아 자신이 다음에 커서 삶과 죽음에 대해 스스로 선택할 수 있을 때까지는 최선을 다해서 생존시켜야 한다는 것이다. 최근 고위험 신생아 간호의 윤리적 문제 중 하나로 신생아 생명을 연장시키기 위한 의학기술의 사용문제가 논란이 되고 있다. 언제 이러한 의학기술을 사용해야 하며 언제 종료시켜야 할 지, 의미 있는 삶에 대한 희망이 거의 없거나 임종상태에 있을 때 어떻게 할 것인지, 결과에 대한 불확실성과 이러한 고가 장비 투입에 따르는 의료비 문제 등이 중요 쟁점으로 떠오르고 있다.¹⁴⁾¹⁵⁾

11) 김일순, N 포선(1999). 앞의 책, 178-197.

12) Silverman, WA. Overtreatment of Neonates? A personal retrospective. Pediatrics. 90(6) : 971-976.

13) 조갑출. 간호영역에서의 대상자 옹호개념개발. 연세대학교 박사학위 논문, 1996.

14) Erlen, JA. Ethical Dilemma in the High Risk Nursery: Wilderness Experience, Journal of Pediatric Nursing 1994 : 9(1) : 21-26.

실제 극소 미숙아에게 사용한 호흡부전 치료제는 과잉진료로 간주 진료비를 지급할 수 없다는 것이 보건복지부와 의료보험연합회의 생각인 반면, 의료진은 단 1%의 생존 가능성에도 도전하는 것이 의사의 본분이라는 입장이다. 본 연구에서도 미숙아의 경우 간호사와 의사들이 이러한 부분에서 가장 많이 갈등을 느끼고 있는 것으로 나타났다.

신생아의 경우 유아의 생명을 유지시키느냐, 아니냐 하는 것을 정하는 데에는 여러 의견이 있다. Weir(1996)¹⁶⁾가 제시한 일반적인 다섯 가지 견해는 다음과 같다. 첫째, 유아의 생명을 유지시키지 않아도 되는 오직 하나의 도덕적 이유는 생명을 유지시키려는 시도가 의학적으로 무용할 때뿐이라는 보수적인 견해이다. 둘째, 신생아는 인간으로 간주되지 않기 때문에 장애를 가진 신생아에게 생명을 유지시키는 치료를 제공할 도덕적 의무가 없다는 자유적 견해이다. 셋째, 신생아가 인간이나 아니냐를 논의로 하고 누가 결정할 수 있는 절차를 중시한 것으로 생각되는 것으로 결정의 주체는 보호자로 보고 있는 것이다. 넷째, 삶의 질을 고려한 것으로 끔찍한 장애가 예상되는 경우에만 치료중단을 할 수 있다는 견해이다. 다섯째, 치료제공이나 유지가 신생아의 최선의 이익이라고 판단되지 않을 경우이다. 본 심의회의 시 유아의 생명을 유지시키려는 경우가 의학적으로 무용하다고 여겨지는 경우, 즉 생존가능성이 희박한 경우는 결정이 비교적 용이하였다. 그러나 장애가 예상되는 경우는 무엇이 신생아에게 최선의 이익인지, 보호자의 의사는 어떻게 받아들여야 하는 것인지가 판단이 쉽지 않았다.

본 퇴원 심의 TF팀에서 환자 상태를 회복률을 기준으로 4영역으로 분류하였는데 질병의 회복률이 환자마다 달라 이를 정량적으로 결정할 수 없어 단순히 '확률이 낮은 경우'와 '회복 가능성이 일정 비율 이상 기대되는 경우'로 나누었는데 향후 뇌사 판정 기준을 적용하듯 가망 없는 퇴원의 평가기준을 마련하여 적용하는 것을 시도해볼 만하다고 생각된다. 물론 우리나라의 경우는 선진국에서 뇌사판정을 마련한 것과는 배경이 다르다. 선진국에서 뇌사판정은 전통적인 심폐사 이전의 불필요한 진료를 막아 시간적, 경제적 낭비를 억제하기 위한 방편으로 시작되었다.¹⁷⁾ 우리나라에서는 뇌사 판정이 '장기 등 이식에 관한 법률'이 국회에서 통과됨으로써 가능하게 되었으나 현행법상 장기 이식과 관련이 없는 사망선고로서의 뇌사판정은 인정되지 않

15) 정금희, 아동간호에서의 윤리적 쟁점, 이화여자대학교 대학원 연구논집(25) : 176-190.

16) McGuire, JM & 정유석, 장애를 가진 신생아의 윤리적 치료 : 단국대학교 병원의 Werdnig-Hoffman 병 증례를 통한 분석, 의료·윤리·교육 2000 : 3(2) : 211-230.

17) 김승민, 뇌사 판정의 임상적 프로시저, 의료·윤리·교육 2000 : 3(1) : 1-12.

기 때문에 극히 제한적이다.

생명의료윤리에서 언급되는 윤리원칙은 학자에 따라 각기 다르게 분류된다. 자율성 존중, 악행금지, 선행, 정의의 원칙과 그 하위개념으로 정직, 신의, 성실성의 규칙을 포함하기도 하며 자율성, 진실성, 선행, 악행금지, 비밀보장, 정의, 성실성 등 7개의 원칙으로 분류하기도 한다.¹⁸⁾¹⁹⁾²⁰⁾²¹⁾

자율성 존중(Respect for Autonomy)의 원칙이란 개인의 자율성을 최대한 존중해 주어야 한다는 것으로 개인이 스스로 선택한 계획에 따라 자신의 행동을 결정하는 개인적 행동 자유의 형태를 말하며 인격 존중의 원리도 이에 속한다.²²⁾ 개인의 자율성을 존중하자면 우선 개인의 자율적 의사가 무엇인지 알아야 하고, 의료진은 진료 행위를 하기 전에 환자의 동의를 얻어야 한다. 이는 충분한 정보를 제공하고 환자의 동의를 얻어야 하는 것으로 윤리학에서는 일반적으로 아무 것도 모르고 한 행위나 동의는 도덕적으로 의미가 없다고 여기므로 의미 있는 동의를 이루어지려면 동의 대상자에게는 충분한 정보가 제공되어야 함을 요구한다.²³⁾²⁴⁾

악행금지(Nonmaleficence)의 원칙은 대상자에게 해가 될 행동을 피하도록 하는 원칙을 말한다. 나이팅게일 선서에서 “나는 인간의 생명에 해로운 일은 어떤 상황에서 서나 하지 않겠다”는 내용과 히포크라테스 선서에 “환자에게 해악을 입히거나 환자의 상태를 악화시키는 데에는 의술을 결코 사용하지 않겠다”는 내용이 있는데, 이러한 것이 악행금지의 원칙이다.

선행(Beneficence)의 원칙은 타인의 복지에 기여할 것을 요구하고 있는데 이는 환자를 위하여 좋은 일을 하도록 하는 것으로서, 해악이 되는 행위를 피하는 것을 넘어서 타인을 적극적인 행동을 취해 도와라고 함으로 악행금지 원칙 이상의 것을 요구한다. 즉 타인의 선을 적극적으로 증진시키라는 요구로서 온정적 간섭주의(Paternalism)로 알려져 있다. 온정적 간섭주의가 성립되자면 우선 무엇이 그 개인에게 선이 되는 지를 알아야 한다. 이를 우리는 일반적으로 삶의 질이라고 부를 수 있

18) Beauchamp TL & Childress JF. Principles of Biomedical Ethics(3rd ed.). Belmont : Wadsworth, 1989.

19) Walker R. DNR in the OR. Journal of the American Medical Association 1991 : 266(17) : 2407-2411.

20) Desmarasis M. The Nurse's Ethical Guide to Placebo giving. California Nurse 1988 : May

21) Edge RS & Groves JR. Ethics of Health Care-A Guide for Clinical Practice(2nd ed). Boston : Delmar Publishers, 1999.

22) Veatch RM & Fry ST. Case Studies in Nursing Ethics. Philadelphia : JB Lippincott, 1987.

23) 연세대학교 의과대학 편. 의료윤리자료집. 서울 : 연세대학교 의과대학, 1998.

24) Edge RS & Groves JR(1999). 앞의 책.

다. 즉 당사자의 삶의 질 향상에 근거하여 의료진은 환자를 간섭할 수 있다고 보는데, 문제는 인간의 단순한 생명이 아니라 삶의 질을 고려한 생명을 염두에 둘 경우 쉬운 일은 아닌 것이다. 온정적 간섭주의에 근거한 선행의 원칙은 자율성 존중의 원칙과 상충할 수 있으므로 이 두 가지 원칙의 조화가 중요하다 하겠다.²⁵⁾²⁶⁾²⁷⁾ 선행이란 일상적으로 자비로운 행위, 친절한 행위, 동정적 행위 등을 의미하며, 이타주의, 사랑, 인간적임 등도 선행의 일종으로 여겨진다.²⁸⁾

정의의 원칙(Justice)은 환자의 권리를 존중하고 공정한 치료를 부여받도록 하는 원칙이다. 철학에서는 '각자에게 각자의 몫을 돌려주는 것'으로 정의된다. 이때 그 몫을 어떻게 나눌 것인가가 문제인데 사람들이 합의를 하여 규칙을 만들어 내고 그 규칙에 따라 분배한다면 그 결과는 모두 정의롭다는 것이다. 건강관리 측면에서 우리는 부족한 자원의 분배를 논할 때 분배의 정의를 다룬다.

퇴원심의회의에서 윤리 원칙을 고려하였다. 예를 들어 장애아로 평생을 사는 것이 예상되는 경우 부모가 퇴원을 원할 때 환자의 자율적 의사를 알 수 없기 때문에 자율성 존중의 원칙에는 적용되지 않고 악행금지의 원칙이나 선행의 원칙에 의거, 환자에게 선이라고 생각되는 행동을 선택하여 계속 치료를 받도록 설득하였다. 신생아를 부모의 소유물이 아닌 별개의 인간으로 인정하고 그가 의사결정을 할 수 있도록 자라기까지는 지지해 주는 것이 그의 자율성을 인정하는 것으로 보아 계속 치료하도록 내린 결정이다. 그러나 부모의 부담에 대해서 사회, 국가, 병원 모두가 책임질 수 있는 부분은 극히 제한적이다. 다른 예는 78세 고령 환자가 살만큼 살았고 자식에게 부담이 되기 싫다는 이유로 퇴원 의사를 밝힌 경우이다. 이 경우 환자의 자율성을 존중해서 집에 가서 존엄성을 갖춘 죽음을 맞도록 한다는 차원에서는 퇴원을 결정할 수 있으나, 가족에게 부담이 되기 싫다는 결정을 내리기까지의 우리나라 가족의 역학구조를 살펴본다면 과연 그 결정이 환자 본인의 진심인가 하는 의구심이 생긴다. 우리나라의 경우 부모들이 대부분 자식의 의견을 존중해서 따르는 경향이 많기 때문이다.

박석건 등의 연구에 의하면 윤리위원회를 운영하면서 염두에 두어야 할 것은 구체적 사실에 근거한 윤리적 결정을 내려야 한다는 것과 집단 사고를 예방하기 위한

25) 연세대학교 의과대학 편. 의료윤리 자료집(1998). 앞의 책.

26) Edge RS & Groves JR(1999). 앞의 책.

27) Woodward V. Caring Patient Autonomy and the Stigma of Paternalism. Journal of Advanced Nursing 1998 ; 28(5) : 1046-52.

28) 연세대학교 의과대학 편(1998). 앞의 책.

회의 분위기 조성을 하는 것이며, 회의 구성원의 윤리교육의 필요성이다.²⁹⁾ 본원에서는 구체적 사실에 근거하기 위해서 QI팀에서 의무기록지 분석, 수간호사 혹은 담당 간호사 면담을 통해 진료 과정 및 환자, 보호자의 심리상태, 환경 등을 파악하고 주치의의 진료 경과 및 예후에 대한 의견을 들었다. 사회사업팀에서는 환자, 보호자 면담을 통해 가족의 역동을 파악하고 경제상태, 원내 혹은 지역사회에서 이용 가능한 자원 등을 파악하고, 원무팀은 환자의 경제적 상태, 현재 진료비 등을 파악하여 회의에 참석하도록 하였다. 윤리적 결정을 내리고 집단사고를 예방하기 위해서는 회의에서 환자나 보호자가 퇴원을 하고자 하는 이유를 재분석하고 질병의 예후, 환자나 가족의 삶의 질, 퇴원을 하거나 또는 하지 않는 것으로 인해 가족에 미치는 영향 등을 심도 있게 분석하였다. 또한 초기에는 미처 고려하지 못했던 윤리 원칙에 근거한 판단을 내릴 수 있도록, 자율성, 악행금지, 선행이 무엇인가도 생각하고 자유롭게 토론을 하도록 분위기를 이끌었다.

5. 결론 및 제언

윤리적 결정을 내리기 위해서는 환자의 의학적 상태를 판정하는 의료지식 뿐 아니라 서로 다른 가치관에 대한 이해와 윤리규범 혹은 철학에 대한 이해가 필요하다. 개인의 권리의식이 신장됨에 따라서 과거 의사의 권위에 무게를 실어주던 온정적 간섭주의의 입장은 최근에 와서 개인의 자율성 존중과 계약을 강조하는 분위기로 바뀌고 있다. 때문에 환자의 자율성에 반한 의사의 단독적인 결정은 점점 지지를 받지 못하는 분위기가 되고 있다.³⁰⁾

이러한 변화에 대처하기 위한 의사의 자질은 첫째 의과학적인 지식과 기술을 가지고 있어야 하며, 둘째 의사와 환자간의 감정 이입을 통한 신뢰관계가 형성되어야 하고 셋째 의료가 자신과 환자의 관계 속에서만 이루어지는 것이 아니라 사회라는 넓은 틀 속에서 이루어진다는 것을 알고 의료의 기능과 전문가적 책임에 민감해야 한다.³¹⁾ 그러나 의학 교육에 있어 의과학적 지식과 기술의 습득만을 지나치게 강조하여 온 작금의 현황은 의사의 올바른 의사결정을 어렵게 한다. 실제로 퇴원 심의를 의뢰한 사례 중에서는 더 이상 치료효과를 기대할 수 없는 가망 없는 퇴원인 경우도 종종 있었다. 이는 언론과 시민단체의 무차별적, 일방적 보도에 따른 의사-환자간의

29) 박석건, 정유석(1999). 앞의 책. 79-94.

30) 박석건, 정유석(1999). 앞의 책 : 79-94.

31) 손명세. 의과대학 윤리교육의 파쇄와 전망. 의료·윤리·교육 1998 : 1(1) : 45-58.

신뢰관계 위축과 의사 자신의 의료의 사회적 기능과 전문가적 책임에 대한 둔감함에 기인한 것으로 해석된다. 또한 최근 법원과 검찰은 의료 과오 소송 전담 재판부와 검사를 지정하여 집중심리를 진행하고 있으며, 환자들 또한 언론, 서적, PC통신, 사회단체의 도움을 받아 자신이 받은 진료행위를 분석하고 나아가 전문변호사를 소송 대리인으로 선임하여 의사를 상대로 소송을 제기하여 높은 승소율을 이끌어내고 있는 등 사회현상이 의사들의 불안감을 조성하고 있기 때문으로 분석된다.³²⁾ 반면에 간호사들은 환자의 옹호자 역할을 하여야 한다는 갈등과 임상 현장의 현황은 간호사의 의견을 크게 수렴하지 않는다는 데에 갈등을 느끼고 있다. 따라서 본고는 퇴원 환자 심의팀을 운영하면서 발생한 문제점을 분석하고 심의를 의뢰한 의사들의 의견을 분석하여 향후 윤리적 문제에 대해 심도 있는 고찰을 통한 의사결정을 하는데 도움이 되고자 하였다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

가. 보호자들이 퇴원을 요구하는 경우 환자측의 사유는 인공호흡기 제거시 사망으로 연결되는 '사망의 연장'이 19건(19%)이고 보호자측의 사유는 '경제적 부담'이 25건(25%)로 가장 많았다.

나. 주치의가 퇴원 심의를 의뢰하는 경우는 '회복 가능성 희박'으로 19건(30.3%)으로 나타났다.

다. 심의의견은

- ① 더 이상의 의학적 치료방법이 없어서 회복을 기대하기 어려운 경우에 '가망 없는 퇴원' 10건, '퇴원동의서 작성 후 퇴원'이 15건으로 나타났다.
- ② 계속 치료하면 회복 가능성을 배제할 수 없으나 확률이 낮은 경우는 '가망 없는 퇴원' 2건, '퇴원동의서 작성 후 퇴원'이 11건, '계속 치료'가 3건으로 나타났다.
- ③ 계속 치료하면 회복 가능성이 일정 비율 이상 기대되는 경우는 '퇴원동의서 작성 후 퇴원'이 1건, DAA가 2건, '재원 치료가 필요하나 퇴원도 고려'가 1건, 재원이 3건으로 나타났다.
- ④ 계속 치료하면 거의 모든 생명을 유지할 수 있는 경우에는 '퇴원동의서 작성 후 퇴원'이 1건, 재원이 4건으로 나타났다.

라. 퇴원 심의를 의뢰한 의사를 대상으로 한 설문조사에서는 운영의 필요성이 6.6

32) 조현주. 의료분쟁의 법적해결. 적정진료 Workshop(아주대 병원). 1998 : 18-66.

점으로 높게 나타났다.

마. 퇴원 심의 회의의 보완 및 검토가 필요한 부분은 '회의의 신속한 소집'이 42.3%로 높게 나타났다.

바. 생명의료윤리원칙에 따라 분류한 결과 보호자의 자율성 존중이 38건으로 가장 높게 나타났고, 악행금지의 원칙이 13건, 환자의 자율성 존중이 2건으로 나타났다.

이러한 결과를 바탕으로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

가. 퇴원심의가 의뢰된 개별 사례를 보다 확실한 결의론적 입장을 취하여 분석할 것.

나. 이를 통해 실제 삶에서 제기되는 보다 복잡한 윤리적 상황의 물음을 유비추론에 따라 해결 할 수 있는 패러다임 사례를 개발할 것.

다. 의사, 간호사의 의사결정을 도울 수 있도록 최근의 법 해석과 생명의료윤리의 접근법에 대한 교육, 사례 발표 및 토의를 할 수 있는 병원 내 윤리교육 프로그램을 운영할 것.

색인어 : 퇴원심의팀 · 윤리적 의사결정

=ABSTRACT=

An Analysis of the Discharge Committee's Decision Making Regarding Discharge

PARK Yonok*, KOH Eunjung*, YI Ihyung**, SOH Euyyoung***

Purpose : The discharge committee has been working since June, 1998. The team is to help primary doctors' decision making regarding their patients' discharge as the patients or their families request. The purpose of this study was to analyze the Discharge Committee's task and to determine its effectiveness.

Method : The study used descriptive survey design. Data was collected by using two methods. 1) Records of Discharge Committee were reviewed and 2) a questionnaire to assess users' opinion was used. Total 53 case records from July, 1998 to Feb, 2000 were reviewed and 12 doctors who referred their patients to the committee completed the study questionnaire.

Result : The Discharge Committee's task was analysed in 6 categories. 1) reasons why patient or patients' family asked for discharge 2) reasons why primary doctors referred their patients to the committee 3) results of the committee's patient disposition 4) classification according to ethical criteria 5) the degree how the committee was helpful 6) factors needs to be modified in the committee were identified.

Most of the participants responded that the Discharge Committee was helpful to them and wanted its continuance.

Key Words : Discharge Committee, Ethical Decision Making

* *QI team, Ajou University Medical Center*

** *Department of Pulmonary and Critical care Medicine, School of Medicine, Ajou University*

*** *Department of Surgery, School of Medicine, Ajou University*