

북미 의료윤리교육의 현황 및 반성*

정 유 석**

I. 서론

지난 30여 년간 의료윤리는 서구 사회를 중심으로 의과대학교육뿐 아니라 윤리학 일반 과정에서도 최우선순위의 교과목으로 부각되었다.¹⁾ 전통적으로 자연과학의 한 분야로만 인식되던 의학에서 윤리교육의 중요성이 강조된 배경에는 과학기술의 진보, 시민의식의 향상, 여권신장, 고등교육의 보편화, 사회 전반적인 탈권위주의의 증가 등 다양한 이유가 있다.²⁾ 여기에 세포 및 유전자 수준에서의 치료기술과 중환자관리에서의 놀라운 성과는 다양한 윤리적 물음들을 제기하기에 이르렀다.

미국의 경우, 의과대학에서 윤리교육의 중요성이 부각되고 적절한 커리큘럼에 대한 요구가 생겨난 것은 1970년대이다.³⁾ 모든 의과대학에서 윤리교육을 시행해야 한다는 의료윤리교육의 필요성은 미의과대학협의

회(Association of American Medical Colleges)의 교과과정 지침에도 잘 명시되어 있다. 그런데 현실은 1998년 조사에서 의과대학의 58%가 다른 과목의 일부 분으로 윤리를 가르치고 있었으며, 그 내용도 대학마다 편차가 심했다.⁴⁾ 윤리교육의 필요성에 대한 절대적인 공감에도 불구하고, 무엇을, 언제, 어떻게 가르치는 것이 최고의 윤리교육인지에 대한 공식적인 입장을 정리하지 못한 것이다. 몇몇 연구자들이 의료윤리교육 계획서나 시간표를 모아 간략한 설문연구들을 진행했지만, 어떤 윤리교육을 어느 정도로 가르쳐야 하는지, 윤리교육에 관하여 느끼는 어려움 등 실제적인 문제에 대한 답을 주진 못했다. 이러한 배경 하에서 2000년대 초반 미의과대학협의회를 중심으로 그들의 의료윤리교육에 관한 점검의 필요성이 제기되었다. 게다가 미국내 의사들의 면허취소에 대한 소송건수가 증가되면서 위기감은 더욱더 고조되었다. 2002년 한 해 미국에서만 4,169건의 의사에 대한 소송이 진행되었는데, 이들은

* 이 논문은 2006학년도 단국대학교 대학연구비의 지원으로 연구되었음.

** 단국대학교 의과대학 의료윤리학교실. 041-550-6385. drloved@hanmail.net

1) Miles SH, Lane LW, Bickel J, Walker RM, Cassel CK. Medical ethics education : coming of age. Acad Med 1989 ; 64 : 705-14.

2) Pellegrino ED. The metamorphosis of medical ethics : a 30-year retrospective. JAMA 1993 ; 269 : 1158-62.

3) Fox E, Arnold RM, Brody B. Medical ethics education : past, present and future. Acad Med 1995 : 761-769.

4) American association of Medical Colleges. Curriculum Directory 1998-1999. 27th ed. Washington, DC : Association of American Medical Colleges, 1998.

주로 진료의 질적 수준, 잘못된 진료, 관리가 필요한 마약들의 부적절한 처방, 거짓 보험청구 등과 관련된 것이었다.⁵⁾ 결국, 의과대학들이 학생들의 도덕성 함양에 실패하고 있는 것 아니냐는 추측과 함께, 의과대학에서의 윤리 교육을 재점검해야 한다는 목소리가 높아진 것이다.

2000년대에 들어서면서 미국과 캐나다의 의과대학 협의회는 그들의 의료윤리교육 현황을 비판적으로 검토한 대단위 설문연구와 문헌검색을 실시하였고 이를 분석한 통합적 보고서 세편을 차례로 발표하였다. 2002년도에 발표된 James 등의 보고서는 미국내 의과대학 전체(121개)를 대상으로 1999-2000년도를 기준으로 의료윤리교과목의 강의계획서를 요청하여 그 내용을 분석한 것이다.⁶⁾ 2004년에는 북미 의과대학협의회가 미국의 125개 대학과 캐나다 16개 대학을 대상으로 의료윤리교육의 현황에 대한 전반적인 설문조사 결과를 발표하였다.⁷⁾ 이듬 해인 2005년에 발표된 Rachael 등의 논문은 Medline과 PubMed에서 의료윤리교육에 관한 검색어를 사용하여 방대한 양의 문헌들을 정리한 것으로 의료윤리교육의 목표와 방향성에 관한 중요한 내용들을 담고 있다.⁸⁾

국내 의과대학의 의료윤리교육은 1980년대 초반에 몇몇 종교재단 의과대학에서 선도적으로 시작되었다.⁹⁾ 이후 1998년 한국의료윤리교육학회가 발족하기까지 지루한 태동기를 보내었으나 학회의 탄생과 더불어 교육목표 제정, 교과서 발간 등 근간이 마련되면서

전국의 의과대학으로 확산되기 시작하였다. 2005년도에 발간된 <의과대학교육현황> 제 13집에 의하면 총 41개 의과대학 중 40개 대학이 의료윤리를 교과목으로 가르치고 있으니, 양적인 면으로는 중흥기를 맞이하게 되었다고 할 만하다. 하지만 질적인 면에서는 어느 정도 점수를 줄 수 있을까? 때마침 2006년 봄 의학교육연수원과 한국의료윤리교육학회 주관으로 “의료윤리교육 향상을 위한 전국 의과대학 워크숍”이 개최되었는데 이때 발표한 자료를 기초로 최은경 등은 국내 의료윤리교육의 현황을 정리하여 발표하였고,¹⁰⁾ 권복규는 국내윤리교육의 교육목표와 교육방법론 등에 대하여 비판적인 고찰을 내놓았다.¹¹⁾ 이러한 연구들은 청년기를 넘어 장년기로 접어드는 국내 의료윤리교육의 현황에 대한 중간점검의 성격을 지니는 것으로 중요한 의미가 있다. 여기에 더하여 우리보다 먼저 이러한 작업을 수행한 북미 지역의 의료윤리교육에 관한 반성들은 향후 우리나라 의료윤리교육의 미래에 관한 중요한 단초를 제공해 줄 수 있을 것이다.

본 연구는 최은경 등의 논문과 짝을 이루는 것으로 2006년 “의료윤리교육 향상을 위한 전국 의과대학 워크숍”을 준비하면서 이루어진 것이다. 본 고를 통하여 지난 30여 년간 북미지역의 의료윤리교육의 교육목표, 교육의 성과, 교육방법, 평가항목 및 평가방법들에 대한 반성적 고찰을 소개하고 국내 의료윤리교육에의 적용과 방향성을 모색하고자 한다.

5) The Federation of State Medical Boards of the United States, Inc. Summary of 2002 Board Actions (<http://www.fsmb.org/PDFFiles/2003.pdf>). Accessed 18 December 2003. Texas : Federation of State Medical Boards, 2002.

6) James MD, Jill B. Ethics education in U.S. medical schools : A study of syllabi. Acad Med 2002 ; 77(5) : 432-7.

7) Lias SL, Willard SK, Phoebe K, Daniel DF. A survey of medical ethics education at US and Canadian medical schools. Acad Med 2004 ; 79(7) : 682-9.

8) Rachel EE, Eric MM, Margaret G, Paul RH. Medical ethics education : Where are we? where should we be going? A review. Acad Med 2005 ; 80(12) : 1143-52.

9) 1980년 가톨릭의대에서 4학년 학생들에게 의학윤리 교과목을, 86년에는 연세의대에서 역시 4학년 과정에 의료윤리 과목을 개설하였다.

10) 최은경, 장기현, 김수연, 권복규, 김옥주. 우리나라 의료윤리교육의 현황과 발전방향 : 누가 무엇을 어떻게 가르치고 평가할 것인가? 한국의료윤리교육학회지 2006 ; 9(1) : 44-59.

11) 권복규. 우리나라 의료윤리교육에 대한 비판적 고찰. 한국의료윤리교육학회지 2006 ; 9(1) : 60-72.

II. 본론

1. 학습목표 - 왜 가르치는가?

1) 현황

북미지역 87개 학교들은 의료윤리 관련 교과목에서 평균 3가지의 학습목표를 가지고 있었다. 이중 '의료윤리문제들에 친숙해지기(77%)'와 '윤리적 판단력/ 문제 해결능력 배양(64%)'의 두 개 항목만이 전체 코스의 절반이상에서 채택되었다. 이 밖에도 '규범윤리 이론, 윤리적 틀 배우기(35%)', '법과 의료에 대하여 배우기(33%)', '의료인의 덕 향상/ 프로페셔널리즘의 내면화(29.3%)', '개인적 가치확립(20.7%)' 등이 빈도순으로 중요한 학습목표들이었다(표 1).⁶⁾

2) 논점

미국에서도 의료윤리교육의 목표에 대한 학계의 합의된 견해는 없다고 볼 수 있다. 의료윤리교육에 대한 문헌들에 등장하는 교육목표는 크게 두 가지로 나누어 지는데, 첫째는 선한 의사, 또는 덕스러운 의사를 만드는 수단이 되어야 한다는 것이고, 두 번째는 윤리적 문제를 분석하고 해결할 수 있는 능력을 가르쳐야 한다는 것이다. Freedman과 Wilson은 의사의 선함(덕)이란 정직, 신뢰, 헌신과 같은 덕목을 기본 요소로 하며, 의료윤리교육의 목표는 이러한 성품을 가진 의사를 양성하는 것이라고 하였다.¹²⁾ Shelton 역시 선한 의사야말

로 의료윤리교육의 목표이며, 존경, 정직, 긍휼을 의사가 가져야할 기본적 가치라고 하였다.¹³⁾ Pellegrino와 Thomasma는 선한의사 만들기과 윤리적 딜레마에 대한 해결도구 제공이라는 두 가지 목표에 공감하면서도 의료윤리교육의 최종목표는 전자여야 한다고 생각한다. 그들은 의학은 태생적으로 도덕성을 담보로 해야하며, 의사의 덕성은 의료윤리를 배우고 훈련함에 의해서 함양될 수 있다고 보았다. 윤리문제를 해결하는 기본도구를 제공하는 것도 의대생들의 자아 성장과 자기 자신의 가치에 대한 비판적 검토를 가능케하여 덕성 함양에 도움이 된다는 것이다.¹⁴⁾

하지만, 이러한 '선한 의사 만들기'라는 목표에 대해 비판적인 시각도 만만치 않다. 대표적인 것은 의대생들의 윤리적 냉소주의(cynicism)와 오염(ethical erosion)에 대한 우려이다. Feudtner 등은 학년이 증가할수록 학생들의 윤리성이 무뎌져가는 것을 보고한 바 있다.¹⁵⁾ Miles 등은 의료윤리 교육의 최종 목표는 임상 진료에 있어서 가치들을 인식하는 '실제적 지혜(practical wisdom)'를 가진 의사를 키우는 것이라고 하였다.¹⁶⁾ Gross 등도 의료윤리교육의 목표는 의대생들로 하여금 환자 진료 과정에서의 윤리적 결정을 내리는 지식과 도구를 제공하는 것이라고 하였다.¹⁷⁾

이들은 의과대학생들의 도덕적 특성은 입학시점에 이미 결정되는 것으로 보고 이들을 더 선한 의사를 만들려는 목표는 비현실적이라는 견해를 가지고 있다. Shorr 등¹⁸⁾은 표준화된 도구를 사용한 도덕판단력 평가는 실제적인 지식(factual knowledge)보다는 잠재적인 행동(potential behavior)만을 평가할 수 있을 뿐

12) Freeman JW, Wilson AL. Virtue and longitudinal ethics education in medical school. S D J Med 1994 ; 47 : 427-30.

13) Shelton W. Can virtue be taught? Acad Med 1999 ; 74 : 671-74.

14) Pellegrino ED, Thomasma DC. The Virtues in Medical Practice, New York : Oxford University Press, 1993.

15) Feudtner C, Christakis DA, Christakis NA. Do clinical clerks suffer ethical erosion? Students' perceptions of their ethical environment and personal development. Acad Med 1994 ; 69 : 670-79.

16) Miles SH, Lane LW, Bickel J, Walker RM, Cassel CK. Medical ethics education : coming of age. Acad Med 1989 ; 64 : 705-14.

17) Gross ML. Ethics education and physician morality. Soc Sci Med 1999 ; 49 : 329-42.

18) Shorr AF, Hayes RP, Finnerty JF. The effect of a class in medical ethics on first-year medical students. Acad Med 1994 ; 69 : 998-1000.

이라고 하였다. 의대 1학년 학생들을 대상으로 의료윤리 수업 전후에 다항식(multiple-choice), O/X 문항, 리커트척도(Likert-scale) 등으로 구성된 임상 사례를 평가하도록 하였는데, 통계적으로 의미있는 변화는 보이지 않았다. 연구자들은 그 이유로 의과대학생들의 경우 입학시에 이미 충분한 윤리의식을 갖추고 있으며, 추가적인 교육에 의하여 눈에 띄는 변화를 일으키는 것은 어렵다고 주장하였다. 이러한 주장에도 불구하고 어려운 윤리적 상황에 현실적으로 대처하기 위한 도구의 제공이 의료윤리교육의 주된 목표라는 것은 쉽지 않아 보인다. Goldie는 의학교육자들이 당면한 문제는 학생들에게 윤리적으로 행동(behavior ethically)하는 기술만 가르치는 것이 아니라 윤리적 의사(ethical doctor)를 양성하는데 있다고 하면서, 이것만이 윤리적 냉소주의를 극복하는 방법이라고 주장하였다.¹⁹⁾

Rachale 등도 선한 의사를 만드는 것이 존중할만한 가치임에는 틀림없지만 보다 현실적이고 측정가능한 목표로 학생들에게 윤리적판단의 감수성과 해결도구를 제공하는 쪽에 무게를 두고 있다.⁸⁾

2. 교육방법- 어떻게 가르쳐야 하는가?

1) 현황

2000년도를 기준으로 할 때 설문에 응답한 미국과 캐나다의 모든 의과대학이 정규과목으로 의료윤리를 가르치고 있었다. 55%의 대학은 필수과목으로, 78%는 임상전과정(preclinical course)으로 의료윤리를 가르치고 있었고, 통합과정의 22.5%에서 의료윤리를 포함시키고 있었다. 44%는 비정규과목으로 의료윤리를 가르치고 있었는데, 대중강연, 토론그룹, 논문강독 같은 형식을 이용하고 있었다.⁷⁾ 51%의 대학이 오직 한 학년

에서만 의료윤리를 가르치고 있었고(1학년 26.5%, 2학년 14.3%, 3학년 8.2%, 4학년 2%), 30%는 2개 학년, 10%는 3개 학년, 그리고 8%는 4년 전 과정을 통하여 의료윤리를 가르치고 있었다.⁶⁾ 수업방법 중에서는 토론/논의 방식(84%), 자료읽기(83%), 에세이 작성(64%), 강의(64%)가 주로 많이 사용되었다(표 1). 한편, 내과, 소아과, 산부인과, 정신과, 외과와 같은 필수 임상과목 내에서의 윤리교육(Mandatory third-year clerkships)은 주로 의료윤리집담회(Ethics round), 그룹 토론의 형태로 가르치고 있었다(표 2).

2) 논점

의료윤리를 어떻게 가르쳐야 하는가에 대하여서는 어느 특정 학년에만 단회적으로 가르칠 것이 아니라 4학년 전 과정에 통합적으로 가르쳐야 한다는 공감대가 형성되어 있다. Miles 등은 의료윤리 교육은 전임상과 임상과정을 통해 수평-수직적으로 연결되고, 인간적이고 가치 지향적인 진료에 대한 내용이 포함된 통합적 내용이어야 한다고 하였다.¹⁾ 하지만 한 킬터 정도의 선택적 윤리강의일지라도 학생들의 도덕판단력을 효과적으로 향상시킬 수 있다는 주장도 있다. 일부 연구자들은 이론적인 내용보다는 학습자중심(learner-centered), 문제중심(Problem-Based Learning, PBL)으로 연속선상에서 가르쳐야 한다고 하였다.²⁰⁾

의료윤리교육을 문제중심학습법으로 시행하는 경우에 단점은 학생 개개인의 성취도나 도덕판단력을 평가하기 어렵다는 점과 다양한 사례를 다루기 힘들다는 점이지만, 교육의 효과는 높다고 보았다. 미국의 John Curley 재단에서는 의대생들을 대상으로 의료윤리교육에 대한 에세이를 제출하게 한 바 있는데, '의대생들의 윤리적 사고와 행동을 발전시키기 위해서 어떻게 해

19) Goldie JGS. The detrimental ethical shift towards cynicism: can medical educators help prevent it? Med Educ 2004 ; 38 : 232-38.

20) Goldie J, Schwartz L, McConnachie A, Morrison J. Impact of a new course on students' potential behaviour on encountering ethical dilemmas, Med Educ 2001 ; 35 : 295-302.

〈표 1〉 미국 의과대학들의 의료윤리과목 학습목표, 교육 및 평가방법⁶⁾

Rank Orders of Course Objectives, Teaching Methods, and Methods of Assessing Students of Required, Formal Ethics Courses from the Syllabi of 58 U.S. Medical Schools		
Rank	Component	% of Medical Schools
Course objective		
1	Familiarize with medical ethical topics (e.g. informed consent, truth-telling, futility)	77.6
2	Develop ethical reasoning/ethical problem-solving skills	63.8
3	Learn normative theories/ethical frameworks	34.5
4	Learn about law and medicine	32.8
5	Promote medical virtues/interiorization of professional values	29.3
6	Personal value clarification	22.4
7	Foster communication skills	20.7
8	Know ethics literature	12.1
9/10	Engage codes and compliance issues	10.3
9/10	Provide ethically-relevant educational experiences (or growth opportunities, e.g., watch a film meant to foster empathy)	10.3
Teaching method		
1	Discussions/debates	84.5
2	Readings	82.8
3/4	Writing exercises	63.8
3/4	Lectures	63.8
5	Multi-media presentations (e.g. films)	29.3
6	Role playing/standardized patients	20.7
7	Clinical rounds/field visits	19.0
8	Computer exercises	10.3
Method of assessing students*		
1	Class participation	89.6
2	Examination	64.6
3	Papers	45.8
4	Case analysis	43.8
5	Disposition and reactions to others	10.4
6	Journals	4.2

*Percentages pertain to those 48 of 58 syllabi from schools that reported that their courses were graded. Those that did not grade (18%) did not assess students' performances.

〈표 2〉 북미지역 필수 임상실습 과목 내에서의 의료윤리교육 방법⁷⁾

Formal Ethics Education Reported by Course Directors for Five Mandatory Third-Year Clerkships at 91 U.S. and Canadian Medical Schools, 2000					
Format	Medicine No. (%)	Pediatrics No. (%)	Obstetrics-Gynecology No. (%)	Psychiatry No. (%)	Surgery No. (%)
Ethics rounds	33 (36)	28 (31)	19 (21)	18 (20)	18 (20)
Discussion groups	43 (47)	32 (35)	26 (29)	26 (29)	16 (18)
Skills training	18 (20)	7 (8)	8 (9)	8 (9)	12 (13)
Other	7 (8)	8 (9)	6 (7)	5 (6)	3 (3)
None	19 (21)	27 (30)	36 (40)	32 (35)	41 (45)

야 하는가?' 라는 물음이 포함되어 있었다. 이들의 견해를 요약해보면, 대부분의 학생들은 강의식보다는 스스로의 견해를 마음껏 피력할 수 있는 소그룹 토의 형식을 원했다. 어떤 문제를 다룸에 있어서 지나친 흑백논리는 바람직하지 않으며, 저학년에는 철학과 윤리이론, 고학년에서는 임상 사례를 다루는 것이 합당하다고 하였다.²¹⁾

Smith 등은 학생들에게 증례를 나누어 주고 증례 분석 에세이를 제출하라고 하였는데, 개별적인 증례분석 이후에 그룹토의를 거친 군은 단순히 증례분석만 한 군보다 훨씬 좋은 평가를 받았다.²²⁾ 보고자들은 사례분석에 있어서 그룹토의는 매우 유용한 활동이라고 결론 내리고 있다. Perkins 등은 입원환자에 대한 윤리적 자문 활동(Ethical consultation), 집중 임상윤리 과정(Intensive clinical ethics course), 의료윤리 집담회(Ethics rounds)라는 세 가지 교육방법에 대한 의견을 제시하였는데, 각각 장단점이 있지만 의료윤리 집담회가 가장 효율적이라고 하였다.²³⁾

3. 어떻게 평가할 것인가?(평가방법)

1) 현황

학생평가의 항목으로는 출석(90%), 시험(65%), 보고서(46%), 사례분석(44%), 수업태도 및 상호관계(10%), 논문(4%)의 순이었다(표 1). 88%에서 학생들이 윤리 과목 혹은 의학개론에 통합된 윤리항목에 대하여 평가를 하도록 하고 있었으며 대부분 과정 후 설문지를 이

용하고 있었다. 그러나 학생들의 수행평가는 실시하지 않는 곳이 많아서, 상대평가보다는 pass/fail 방식이 가장 많았다. 53%만이 학교에서 학생들의 도덕판단능력을 공식적으로 평가하고 있었다. 예를 들면, Rest's defining issue test 혹은 증례중심 에세이 작성과 같은 방법을 이용하는 것이다. 1/3의 학교에서 어려운 윤리적 상황에서 학생들의 태도를 평가하고 있었다(예를 들면, 모의 환자에게 나쁜 소식 전하기나 DNR order에 대하여 토론하는 것 등이다).

2) 논점

의료윤리 교육을 받은 학생들의 윤리성을 객관적으로 평가하려는 시도들이 있어왔다. 대표적인 것으로 Kohlberg에 의해 개발된 도덕판단력면담(Moral Judgment Interview, 이후 MJI)을 사용한 두 개의 연구이다.²⁴⁾ MJI는 45분짜리 구조화된 면담과 가상적인 세 가지의 도덕적 딜레마 사례로 구성되어 있으며 참여자의 판단력과 해결방안을 평가하도록 되어있다.

그런데, 두 개의 연구^{25,26)} 모두에서 입학시보다 졸업시에 즉, 의료윤리교육을 받은 후에 MJI의 도덕지수가 낮아지는 것을 보고하였다. 저자들은 가능한 이유로, 의과대학 시절에 학생들의 빠른 사회화가 진행되며 교육이 이를 저지할 수 없는 것 같다고 주장했다. 하지만, 이것이 의료윤리교육의 무용함에 대한 결론은 아니며, 동료들의 영향, 수련병원과 의과대학의 환경적 영향 등 다양한 요소를 고려한 종적 연구가 필요하다고 제안하였다. MJI가 의학적 도덕 분별력을 평가하고자

21) Charon R, Fox RC. Critiques and remedies: medical students call for change in ethics teaching. JAMA 1995 ; 274 : 767-71.

22) Smith S, Fryer-Edwards K, Diekema DS, Braddock III CH. Finding effective strategies for teaching ethics : a comparison trial of two interventions. Acad Med 2004 ; 79 : 265-71.

23) Perkins HS, Geppert CMA, Hazuda HP. Challenges in teaching ethics in medical schools. Am J Med Sci 2000 ; 319 : 273-78.

24) Kohlberg L. Essays on Moral Development: Vol. II, The Psychology of Moral Development. New York : Harper and Row, 1984.

25) Self DJ, Schrader DE, Baldwin Jr. DC, Wolinsky FD. The moral development of medical students : a pilot study of the possible influence of medical education. Med Educ 1993 ; 27 : 26-34.

26) Patenaude J, Niyonsenga T, Fafard D. Changes in students' moral development during medical school : a cohort study. Can Med Assoc J 2003 ; 168 : 840-44.

고안된 도구라기보다는 보편적 도덕분별력 평가도구라는 점에서, Hebert는 의료윤리 영역에서의 ‘윤리적 감수성(ethical sensitivity)’을 평가하기 위한 도구(Problem Identification Test, PIT)를 고안하였다.²⁷⁾

그런데, 캐나다의 의대생들을 대상으로 한 종적연구에서 1학년에서 2학년 사이에만 감수성이 증가하였을 뿐, 그 이후의 학년에서는 오히려 감소하는 것으로 나타났다.²⁸⁾ 저자들은 그 이유를 명시하지 않았으나, 의료문제에 대한 윤리적 감수성이 임상 윤리 문제를 다루는 의사의 능력을 대표할 수 있는지는 분명치 않다. 한편, Self 등은 MJI의 문서판인 Gibbs' 사회도덕 사고지수(Sociomoral Reflection Measure, SRM)를 사용하여 의료윤리교육 전 후의 학생들의 도덕판단력을 평가하였다. 의료윤리교육은 강의방식과 소그룹 토의 방식이 비교되었는데, 양 그룹 모두 교육 후에 평가지수가 의미있게 향상된 것으로 보고하였다. 특히 소그룹 토론 그룹은 강의방식 수업에 비하여 더 효과적으로 도덕판단력을 발달시킨다고 하였다.²⁹⁾

MJI의 또 다른 문서판인 Rest's DIT test를 사용한 연구에서도 의과대학 입학시에 비하여 졸업시에 도덕판단력이 현저하게 증가함을 보고하였는데, 이 경우 역시 소그룹 토의방식의 효과를 강조하였다.³⁰⁾

이렇게 서로 다른 결과들에 대하여 Rachel 등은 의료윤리교육이 의과대학생들의 윤리적 판단 능력을 더 향상시키는지, 아니면 최소한 의료계의 현실적 사회화를 다소 늦추는 정도인지는 아직 결론을 내리기 이르다고 하였다.⁸⁾ 각각의 연구들이 서로 다른 평가도구들을

사용하였다는 점도 해석을 어렵게 하는 점인데, 향후 의과영역에서 도덕평가의 타당도와 적절성을 고려한 표준화된 도구를 선정하는 일이 우선되어야 할 것이다. 그런데, 이보다 더 근본적인 물음은 과연 의료윤리 교육의 성과를 평가하려고 시도하였던 소수의 연구들이 사용하였던 윤리적 감수성(ethical sensitivity), 혹은 도덕판단력(moral reasoning)이라는 것이 학생들의 전체적인 윤리적 소양을 평가하기에 합당한 항목이나 하는 것이다. 게다가 Hebert가 사용한 도구를 제외하고는 모든 평가도구들이 의료문제의 윤리성을 평가하기 위해 개발된 도구가 아니다. 이러한 물음에 답하기 위해서는 임상 의사가 갖추어야 하는 온전한 윤리적 소양이 어떤 것인지에 대한 심도있는 논의와 창의적인 방법의 질적 연구(qualitative research)들이 도입되어야 할 것이다.

Savulescu 등은 의료윤리교육 평가에 있어서 표준화의 필요성을 역설하였다. 평가의 표준화를 통하여 교육방법을 평가하고 개선할 수 있으며, 윤리교육의 유용성에 대한 객관적 증거가 될 것이라고 하였다. 특히 평가의 표준화를 위해서 의과대학들마다 공통적인 핵심 교과과정을 공유해야 하며, 의료윤리교육의 구체적 목표들을 보다 분명하게 규정하는 것이 선결과제라고 하였다.³¹⁾

교과목에 대한 평가가 이루어지지 않으면 학생들은 의료윤리 과목을 대수롭지 않게 여기며 수강을 기피할 수 있다. 학생들로 하여금 교과목의 중요성을 고취시키려면 더 세밀한 교육내용이 필요하며 어느 정도 이상의

27) Hebert PC, Meslin EM, Dunn EV, Byrne N, Reid SR. Evaluating ethical sensitivity in medical students : using vignettes as an instrument. J Med Ethics 1990 ; 16 : 141-45.

28) Hebert PC, Meslin EM, Dunn EV. Measuring the ethical sensitivity of medical students : a study at the University of Toronto. J Med Ethics 1992 ; 18 : 142-47.

29) Self DJ, Wolinsky FD, Baldwin Jr DC. The effect of teaching medical ethics on medical students' moral reasoning. Acad Med 1989 ; 64 : 755-59.

30) Self DJ, Olivarez M, Baldwin Jr. DC. Clarifying the relationship of medical education and moral development. Acad Med 1998 ; 73 : 517-20.

31) Savulescu J, Crisp R, Fulford KWM, Hope T. Evaluating ethics competence in medical education. J Med Ethics 1999 ; 25 : 367-74.

부담과 난이도를 확보해야 한다. Martinez는 의료윤리교육의 위상을 확실하게 격상시키기 위해서는 의사면허 및 전문의 시험에 별도의 과목으로 배정하여 제대로 평가해야한다고 주장하였다.³²⁾

4. 누가 가르쳐야 하는가?(교육자)

1) 현황

북미지역 의과대학의 경우 최소 한 명 이상의 의료윤리 전임 교수가 있는 경우가 70%에 달했다. 주로 의사(44명)와 철학박사(Ph. D.)(42명)이었지만, 법학박사(J.D.)(7명)와 보건학박사(M.P.H.)(4명)도 있었다. 하지만, 의료윤리교육이 주된 역할이 아닌 교수들이 부분적으로 기여하는 경우도 적지 않았다.⁷⁾ 이들은 자신의 시간과 노력 중 5-10%만 윤리교육에 할애한다고 답하기도 하였다. 일년 중 육개월 동안만 한 주에 약 반나절 이하만 의료윤리교육을 위해 할애한다는 파트타임도 있었다. 전임 의료윤리 연구자는 각 대학마다 흔치 않았으나, 56%의 대학에서 파트타임 연구자가 있다고 응답하였다. 의료윤리가 필수과목으로 되어있는 대학의 경우 의료윤리만 전담하여 가르치는 교수가 두 배 이상 확보되어 있었다.⁷⁾

2) 논점

이 문제에 대해서는 윤리학자-철학자-임상의사로 이루어진 다양한 교수들이 의료윤리를 가르쳐야 한다는 연구들이 주를 이루고 있다. Siegler는 저학년 과정에서는 윤리/철학자가, 고학년 과정에서는 임상외과가 주된 역할을 하는 것이 바람직하다고 하였다.³³⁾ 하지만, 실제로 어떤 전공분야의 인력이 의료윤리를 가르쳐

야 하는지에 대하여 비교한 연구는 발견할 수 없다. Calman과 Downie는 의료윤리 교육가의 자질로 의학, 철학 그리고 교수법 분야의 통합적 지식을 들었다.³⁴⁾ 그런데, 의과대학교수들은 그들이 수련받은 동안에 의료윤리에 대하여 체계적으로 배운 적이 없기 때문에 가르칠 수 없다고 믿고 있다. Smith 등은 의료윤리교육의 중요한 장벽 중 하나는 교수진 스스로가 이 분야에 대하여 전문성이 없다고 생각하는 점이라고 하였다.³⁵⁾ 따라서, 임상 교수들을 위한 의료윤리 교육가 양성 과정의 필요성이 절실하다고 하였다.

5. 무엇을 가르쳐야 하는가?(학습주제)

1) 현황

전체 39가지의 강의주제 중에서는 특히 7개의 주제가 공통적으로 채택되고 있었는데, 충분한 설명에 근거한 동의(85%), 건강진달체계(67%), 삶의 질/ 무의미한 치료/ 제한된 치료자원(67%), 죽음에 관한 윤리(66%), 안락사/의사조력자살(60%), 의사-환자관계(50%)의 순이었다(표 3).⁶⁾ 임상 연구의 윤리문제가 자주 주목의 대상이 됨에도 불구하고 의학 연구와 관련된 윤리는 39%에서만 가르치고 있었다. 윤리위원회에 대한 내용을 다루는 대학도 10% 정도에 불과하였는데, 이는 학생들로 하여금 수련과정에서 부딪히는 윤리문제에 대한 합리적 조언을 해 줄 수 있는 든든한 지원자에 대하여 알려주지 않고 있는 셈이다. 한편 종교재단이 운영하는 8개의 의과대학들도 다루는 주제들은 다른 대학들과 크게 다르지 않았다. 학생 평가 방법에 있어서 pass/fail 제도를 운영하는 대학의 경우는 다른 평가방법을 사용하는 대학보다 다루는 주제가 의미있게 적었다(평균 3개 이하).

32) Martinez SA. Reforming medical ethics education. J Law Med Ethics 2002 ; 30 : 452-54.

33) Siegler M. A legacy of Osler: teaching clinical ethics at the bedside. JAMA 1978 ; 239 : 951-56.

34) Calman KC, Downie RS. Practical problems in the teaching of ethics to medical students. J Med Ethics 1987 ; 13 : 153-56.

35) Smith S, Fryer-Edwards K, Diekema DS, Braddock III CH. Finding effective strategies for teaching ethics : a comparison trial of two interventions. Acad Med 2004 ; 79 : 265-71.

〈표 3〉 미국 의과대학에서 다루어지는 의료윤리 학습주제들⁶⁾

Rank Order of Course-content Areas of Required, Formal Ethics Courses Found in Course Syllabi from 58 U.S. Medical Schools*		
Rank	Course-content Area	% of Medical Schools
1	Informed consent	84.5
2	Health care delivery	74.9
3/4	Confidentiality and privacy	67.2
3/4	Quality of life/futility/provision of treatment	67.2
5	Death and dying	65.5
6	Euthanasia and physician-assisted suicide	60.3
7	Patient-physician relationship	50.0
8	Truth-telling	48.3
9	Medical student issues	43.1
10/11	Research ethics	39.7
10/11	Ethical theories	39.7
12/13	Pediatric and neonatal issues	37.9
12/13	Principles of bioethics	37.9
14	Health law	36.2
15/16	Medical mistakes/physician impairment and competency	34.5
15/16	Reproductive issues	34.5
17	AIDS/STDs	32.8
18-21	Ethical reasoning and problem solving	31.0
18-21	Genetic issues	31.0
18-21	Palliative medicine	31.0
18-21	Professionalism	31.0
22	Abortion	29.3
23	Organ transplantation	27.6
24	Religious and spiritual issues	24.1
25-27	Protecting vulnerable populations	22.4
25-27	Conflicts of interest	22.4
25-27	Codes, oaths, and compliance	22.4
28/29	Specialization-specific ethical issues	19.0
28/29	History of medicine and of medical ethics	19.0
30/31	Substance abuse	17.2
30/31	Cultural issues/diversity awareness	17.2
32	Physician virtue	15.5
33	Care of family and significant others	15.5
34	Permanent vegetative state (PVS) patients	12.1
35/36	Patient experience of illness	10.3
35/36	Ethics resources, committees, consultations	10.3
37/38	Alternative medicine	8.6
37/38	General medical ethics (typical of short courses with vague content)	8.6
39	Medical humanities (e.g., medicine in literature or art)	5.2

*Some content areas can be conceptually subsumed under others, i.e., professionalism is treated in only 31% of the syllabi, but related professional issues such as truth-telling and respecting informed consent are treated by even more schools. Other categories clearly overlap.

2) 논점

Musick 등은 55개 의과대학 학장들을 대상으로 의료윤리학습 주제선정에 관한 견해를 델파이 기법으로 조사하였다. ‘필수적’ 이고 ‘매우 중요한’ 강의주제들을 나열한 결과 55개 의과대학 학장들의 80%가 동의한 항목들은 제 1라운드에서 25개였고, 제 2라운드에서

서는 19개였다.³⁶⁾ 그런데, 이 19개 모두가 현재 가르치고 있는 학습주제의 순위 빈도표 22개 항목과 정확히 일치하였다. 그러므로 미국 의과대학의 경우 현재의 커리큘럼은 상당히 이상적인 것처럼 보인다. 하지만, 이들 중에서 절반 이상의 의대에서 채택하고 있는 주제는 단지 6개에 불과하며 개별 의과대학들의 입장에서

36) Musick DW, Jenkins SC. Ethics education : a survey of academic deans of U.S. medical schools [unpublished paper].

보면 이러한 이상적인 주제들을 제대로 커버하지 않고 있는 것이 현실이다. Martinez는 교과과정마다 특징이 있는 것은 인정하지만 가장 기본적인 의료윤리 원칙들은 모든 의과대학생들에게 같은 내용으로 가르쳐야 한다고 주장하였다.³⁷⁾

결론적으로 현재 미국의과대학의 윤리교육은 핵심교과과정이 존재한다고 볼 수 없는 것이다. 이는 같은 연구에서 수집된 자료에서 1,191건의 교재 중 6개 이상의 대학에서 공통으로 사용하고 있는 교재는 오직 8개에 불과하다는 점에서 확연하다.

6. 무엇이 걸림돌인가?(의료윤리교육의 장애물)

1) 현황

의료윤리교과 과정을 운영하는데 있어서 장애가 되는 점에 대한 조사에서 교육시간의 부족, 양질의 교수요원 부족, 교수들의 시간 부족은 북미지역 의과대학학

장과 의료윤리 책임교수들 모두에서 가장 중요하다고 응답한 항목들이었다(표 4).⁷⁾ 반면, 교수나 학생들의 저항, 커리큘럼 개발을 위한 경제적 부담은 가장 덜 중요한 장애물들이었다. 8%의 주임교수들이 재단의 비협조를 중요한 장애물로 지적하였다. 학장과 책임교수들 모두 4년간의 의과대학시절에 의료윤리에 관한 내용을 중, 횡으로 통합할 필요성에 공감하면서도 실제적인 커리큘럼 구성에 있어서 어려움을 느끼고 있었다. 수업시간에 대해서는 의과대학장들과 의료윤리 책임교수 사이에 의견 일치도가 낮은 편이었다. 책임교수들의 71%가 의료윤리교육을 늘려야 한다고 답한 반면, 학장들은 56%만이 이에 동의하였다(kappa = .3).⁷⁾

2) 논점

의료윤리교육을 위한 시간 확보의 어려움과 양질의 교수요원의 부족은 국내 의과대학을 대상으로 한 연구에서도 의료윤리교육의 장애요인 중에서 가장 높은 빈

〈표 4〉 북미 의과대학장/의료윤리 책임교수들이 느끼는 윤리교육의 장애물⁷⁾

Perceived Obstacles to Increasing Education	Deans	Course Directors
	No. (%) Agree	No. (%) Agree
Lack of time in curriculum	50 (41)	52 (57)
Availability of qualified teachers	43 (35)	32 (35)
Lack of time in faculty schedules	34 (28)	39 (43)
Availability of an established curriculum	22 (18)	14 (15)
Financial cost of qualified teachers	18 (15)	26 (29)
Resistance from faculty	16 (13)	15 (16)
Resistance from students	13 (11)	12 (13)
Financial cost of developing a curriculum	13 (11)	15 (16)
Resistance from administration		7 (8)
Other	6 (5)	4 (4)

37) Martinez SA. Reforming medical ethics education. J Law Med Ethics 2002 ; 30 : 452-54.

도(24.3%와 18.9%) 1, 2위를 차지한 항목들이었다. 재정적 지원의 부족 역시 북미지역에서 5위, 국내 연구에서는 4위의 항목이었다. 이것은 의료윤리교육이 그 필요성이나 중요도에 대한 논의와 양적인 저변확대에도 불구하고 여전히 현실적인 어려움에 봉착해 있다는 사실을 보여준다.

III. 고찰 및 적용

의과대학생들에게 의료윤리를 왜 가르쳐야 하는지, 즉 윤리교육이 목표를 어떻게 설정해야 하는지는 30여 년의 의료윤리교육 경험에도 불구하고 여전히 진행형인 문제이다. 의과대학생들의 도덕성 향상, 즉 '선하고 양심적인 의사'를 만들자는 것인지, 아니면 임상에서 벌어지는 다양한 상황에 대하여 윤리적 문제를 인식하는 능력과 이를 적절히 해결할 수 있는 수기를 제공하자는 것인지가 두 가지 주요한 논점이다.

앞에서 살펴본 세 편의 보고서는 이러한 논점에 대한 현 시점에서의 결론을 내려 주고 있다는 점에서 의미가 있다. 의사들의 도덕성(윤리성)을 객관적으로 평가하기에 적합한 도구가 마땅치 않다는 점과, 도덕성은 단기 간의 교육으로는 향상되기 어려울 것이라는 이유를 들어 보고서의 저자들은 후자 쪽에 더 후한 점수를 주고 있다. 의과대학생들에게 의료윤리 문제를 다루는 이론적 내용과 수기를 가르치는 것은 전통적으로 의과대학의 기본 필수 과목에 해당하는 진단학이나 신체진찰 술기처럼 필수항목이어야 한다고 주장한다.⁸⁾ 뿐만 아니라 이러한 가르침이 다른 임상 지식 습득과 현실적인 오염에 의하여 희석되는 것을 방지하기 위하여 전공의를 비롯한 졸업 후 의사들을 위한 윤리교육 프로그램도

개발해야 한다고 주장하고 있다.

이러한 고민은 국내에서도 2005년 이후에 최경석과 권복규에 의해 제기된 바 있다. 최경석은 의료윤리의 교육목표로 지식의 전달, 윤리 의식(올바른 가치관) 형성, 사고력과 문제해결능력의 세 가지 상이한 내용이 존재함을 지적하고 이중에서 사고력 증진을 기초로 한 합리적인 문제해결 능력 증진이야말로 가장 바람직한 교육목표라고 주장하였다.³⁸⁾

권복규는 한국의과대학장협의회가 펴낸 <의과대학 학습목표>가 의학교육의 3대 요소인 지식-수기-태도 중에서 단지 지식만을 강조하고 있음을 지적하면서, 의료윤리교육의 목표는 일차 진료의사로서 갖추어야 할 프로페셔널리즘을 바탕으로 흔히 접할 수 있는 임상환경에서의 윤리적 갈등 사례를 해결할 수 있는 능력 (medical ethics competence)을 양성하는 것이 되어야 한다고 하였다.¹¹⁾ 결국 최경석과 권복규 모두 '선한 의사 만들기' 보다는 '문제해결 능력의 배양'에 더 무게를 둔다는 점에서 서양의 견해와 일치하고 있다. 하지만, 필자에게 있어서 이러한 결론을 그대로 받아들이기에는 여전히 불편함이 존재한다. 의미론적인 면에서 의사들의 도덕성 함양이 보다 적극적인 학습목표라면 문제해결 능력의 배양은 다소 소극적인 목표라는 생각 때문이다. 현실적인 필요는 인정하지만 '선한 의사' 보다는 '사고치지 않는 의사'가 윤리교육의 목표라는 사실은 여전히 아쉬운 대목이다.

'어떤 내용을 어떻게 가르칠 것인가?' 하는 문제는 교육목표와 더불어 반드시 짚고 넘어가야 할 주요 논점이다. 도덕성 함양을 의료윤리교육의 목표로 주장하고자 했던 교육자들은 이러한 교육이 실제 가능한 것인지를 밝히고자 하였다. 그런데, 의료윤리를 가르친 후에 학생들의 도덕성 지수가 의미있게 향상되지 않았다는

38) 최경석. 의료윤리교육과 비판적 사고. 한국의료윤리교육학회지 2004 ; 7(2) : 232-46.

일련의 연구들이 보고되었다.^{15,18)} 국내에서도 김익중 등이 Rest의 DIT검사로 의료윤리교육 전후의 의과대 학생들의 도덕판단력을 조사한 결과(통계적으로 유의하진 않았지만) 교육 후에 오히려 도덕판단력이 저하하는 현상을 보고한 바 있다.³⁹⁾

그러나 도덕판단력의 향상 여부를 판단하기에 앞서, 학생들에게 가르친 교과내용과 방법이 도덕판단력 향상을 위하여 특별히 고안된 것이었는지를 먼저 살펴봐야 하지 않을까? 만일 교과과정이 현실적인 상황에 대한 고려없이 이론적인 지식전달에만 치우치고 일방적인 강의방식으로 진행되었다면, 이러한 교육이 학생들의 도덕판단력을 향상시킬 것이라는 기대는 애초에 잘못 된 것일 수 있기 때문이다. 따라서 의료윤리교육이 도덕판단력을 향상시키는지에 관한 질문에 답하려면, 먼저 교과내용과 교수방법이 이러한 목적에 부합하는 것인지에 대한 점검이 선행되어야 한다. 김익중 등은 총론강의와 6개의 딜레마 토론을 가르친 후 도덕판단력을 평가하였는데 이러한 내용이 도덕판단력의 변화를 살펴보는데 합당한 것인지에 대해서는 언급하지 않았다. 서구의 연구에서도 교육내용에 대한 언급보다는 교육방식 즉, 소그룹 토의를 도입한 윤리수업의 경우에 도덕판단력이 증가되었다는 분석이 있을 뿐,³⁰⁾ 어떤 교과과정이 도덕성 함양에 효과적인지에 대하여는 아직 일치된 견해가 없다.

그렇다면 문제해결능력을 학습목표로 제시하는 경우에 최적의 학습내용과 교육방법은 무엇일까? 임상 의사들을 대상으로 한 설문연구에서 의료윤리교육은 임상에서 윤리적 난제들을 해결하는데 도움이 되었다고 응답하였다.⁴⁰⁾ 하지만 구체적으로 어떤 의료윤리교육 과정이 의사들로 하여금 딜레마 상황들을 윤리적으로 다루도록 도움을 주었는지는 알려져 있지 않다.

최경석은 사고력 증진과 문제해결능력의 신장을 위한 최적의 수업 형태는 토론수업이라 하였다.³⁸⁾ 이는 Smith나²²⁾ Perkins 등²³⁾의 견해와도 일치한다. 하지만 학생수가 적지 않다거나 소그룹 토론을 위한 장소나 여건의 부족 등이 여전히 장애요인으로 남아있고 설령 소그룹 토론을 시도하더라도 일부 학생들만 참여한다는 한계가 있다. 최경석은 이를 보완하기 위하여 논란이 되는 사례를 주고 이를 분석하는 글쓰기 과제와 첨삭을 제안하였는데, 이 역시 향후 그 효과에 대한 검증이 필요하다 할 것이다.

권복규는 의료윤리교육의 영역으로 낙태, 안락사, 의학연구 등 생명윤리 영역과 환자의 비밀보장, 자율성 존중 등 의료윤리 영역, 그리고 이해상충, 금전문제, 의사의 자기관리 등 전문직 윤리 영역으로 구분하고 이들을 지식전달과 사례연구, 각종 지침의 숙지, 인성 계발이라는 방법을 통해 균형감있게 접근할 것을 주장하였다.¹¹⁾ 그는 윤리적 문제의 해결과정을 먼저 윤리적 문제로 인식하고 문제를 명료화/분석하고, 다양한 요인을 고려한 후 윤리적 결단을 내리고 행동에 옮기는 일련의 과정으로 설명하였다. 이러한 과정을 가르치기 위해 역할극, 영화, 문학작품 등의 활용과 기본 윤리원칙과 지침에 대한 가르침을 강조하였다. 하지만 이러한 도식적 접근은 선배 의사들의 모범과 전문직 정신의 고양에 전제되지 않는다면 실제적인 영향력을 발휘하기 어렵다고 하였다. 단지 의과대학에서의 가르침으로만 해결될 문제가 아니라 사회문화적 환경, 기성 의사집단의 판단과 의지, 생명의료윤리학의 원리와 관련 법률의 이해 등 다각적인 접근을 통해서 이루어져야 한다는 것이다.

최은경 등은 국내 의과대학에서 다루고 있는 의료윤리 강좌의 주된 주제들이 '의료윤리 주 기본개념', '죽

39) 김익중, 성낙진, 정기훈, 배근량, 박건욱, 김종필, 김도균, 홍성훈. DIT검사로 평가한 의료윤리교육의 효과. 한국의료윤리교육학회지 2005 ; 8(2) : 95-104.

40) Pellegrino ED, Hart RJ, Henderson SR, Loeb SE, Edwards G. Relevance and utility of courses in medical ethics : a survey of physicians' perceptions. JAMA 1985 ; 235 : 49-53.

음과 관련된 윤리', '출생과 관련된 윤리' 등으로 실제적 임상윤리적 내용보다는 원칙주의적 입장의 내용이 많다고 하였다.¹⁰⁾

실제로 연구윤리나 이해상충, 윤리위원회와 같은 전문직 윤리의 내용은 잘 다루어지지 않는 것이 국내의 현실이다. 이러한 지적이 현실이라면 국내 의과대학의 윤리교육은 목표와 내용이 일치하지 않는 어정쩡한 상태라 할 수 있다. 내용적으로만 보면 2006년 당시 우리나라는 37개 대학 중 28개 대학(75%)에서 독립된 정규 과목으로 개설되어 있었고 강좌의 89%는 전공필수과목으로 그 비율이 북미지역보다 월등히 높은 편이었다.¹⁰⁾ 이는 국내 의과대학이 서구에 비하여 의료윤리를 더 중요하게 다루고 있다고 보기보다는 국내 교육과정이 서구에 비하여 선택(과정)의 폭이 그만큼 적다는 데서 그 원인을 찾아야 할 것이다.

한편, 의료윤리 교과과정은 국내의 경우 6개 대학(16%)를 제외하고는 단지 1개 학년에만 개설되어 있어서 북미지역의 경우(49%)와 확연하게 비교된다. Miles 등이 지적한 바와 같이 의료윤리교육은 일개 학기에서 단회적으로 다루어지기보다는 저학년과 고학년, 임상 전 과정과 임상과정 모두에서 수평-수직으로 연결해야 한다는 주장은 국내 의과대학이 귀담아 들을 내용이다.¹⁾

아직도 의료윤리의 교육방법론에 대한 부분은 여전히 모르는 것이 많은 미지의 영역이다. 비판적 사고훈련을 통해 윤리적 감수성을 증진시키면 더 윤리적으로 환자를 보게 될 것인가? 학년이 증가하면서 윤리적 오염(ethical erosion)이 정말로 발생하는가? 발생한다면 모든 의과대학과 병원에서 동일할 정도일까? 윤리적으로 오염되거나 부식된 의사는 덜 윤리적으로 환자를 보

게 될 것인가? 잘 고안된 의료윤리교과과정은 윤리적 오염을 극복할 수 있을까? 이러한 질문들은 여전히 해결되지 않은 채 남아있다. 이러한 질문들에 대답하기 위해서는 인터뷰, 관심그룹, 이야기 접근 등 더 많은 질적 연구(qualitative research)와 기술적 접근(descriptive approach)이 필요하다. 우리가 이러한 질문들에 더 많은 답들을 가지게 되면 될 수록 보다 효과적인 의료윤리 교육이 가능해 질 것이다.

의료윤리를 누가 가르쳐야 하는 문제는 서양과 국내의 설문에서 모두 윤리학자-철학자-임상의사-의료법학자 등이 함께 참여하는 "team teaching"이 가장 바람직하다는데 의견의 일치를 보인다.^{8,10)} 하지만, 실제 국내 의과대학에서 의료윤리학을 전공한 교수요원을 확보한 곳은 7개(18.9%)뿐으로 이상과 현실 사이에 커다란 괴리가 있다. 이는 커리큘럼 상 시간확보의 어려움, 예산의 부족과 함께 서구와 국내 모두에서 의료윤리교육의 중요한 장애물로 인식되고 있다.^{8,10)} 이러한 현실은 30여년이라는 긴 시간에도 불구하고 의과대학에서의 윤리교육은 국내외적으로 아직 '대세'가 아님을 보여준다. 자연과학이 중심이 된 서구의료와 이를 도입하여 발전한 우리나라의 의과대학 모두 질병 중심의 패러다임을 넘어서기가 그리 만만치 않은 것이다.

의학이 질병을 다루는 과학 이전에 인간과 함께하는 공감과 소통의 과정이라는 사실에 대한 강조는 계속되어야 한다. 이와 함께 아직은 미완성이지만(다양한 의미에서의) '윤리적 의사'를 만들어 내려는 신선한 시도와 평가들이 계속되어야 할 것이다. ME

색인어 : 의료윤리, 의료윤리교육, 의료윤리 교과과정, 북미지역 의과대학

Medical Ethics Education in North-American Medical Schools

CHEONG Yoo-Seock*

Medical schools in the United States and Canada now include medical ethics education as an essential part of their curricula. Despite this, recent studies point to deep shortcomings in the literature on medical ethics education. Deficits exist in all areas of the literature: in the theoretical work done on the overall goals of medical ethics education, in the empirical studies that attempt to examine outcomes for students, and in the studies evaluating the effectiveness of various teaching methods. This article summarizes the main findings of three important articles concerning medical ethics education that were originally published in the journal *Academic Medicine*. This article also discusses the implications of these findings for medical ethics education in Korea. It is argued that further progress in medical ethics education may depend on the willingness of medical schools to devote more curricular time and funding to medical ethics.

◉ **Keywords:** Medical ethics, Medical ethics education, Medical ethics curriculum, North-American medical schools

* Department of Family Medicine, Dankook University College of Medicine