

의료윤리교육 내실화 방안

Quality Improvement Strategies of Medical Ethics Education in Korea

정유석

단국대의대 가정의학교실/의료윤리학교실

Yoo-Seock Cheong, M.D., Ph.D.

Department of Family Medicine, Medical Ethics, Dankook University Medical College, Cheonan, Korea

책임저자 주소: 330-715, 충남 천안시 동남구 마항로 201

단국대학병원 가정의학과

Tel: 041-550-6385, Fax: 041-565-6167

E-mail: drloved@hanmail.net

투고일: 2011년 12월 5일, 심사일: 2011년 12월 23일, 게재확정일: 2012년 1월 15일

Abstract

In the past twenty years, medical ethics has emerged as a priority within medical schools in Korea. This article contains important messages about the general overviews and current status, such as the educator, teaching method, and goals of medical ethics education in medical schools. The author suggests ideas of improvement and qualification of the medical ethics education in Korea. There are two points of view regarding the purpose of teaching medical ethics: (1) that it is a means of creating virtuous physicians; and (2) that it is a means of providing physicians with a skill set for analyzing and resolving ethical dilemmas. The field would benefit from further theoretical work aimed at better delineating the core content, core processes, and core skills relevant to the ethical practice of medicine. They are in agreement that a multidisciplinary team of ethicist-philosophers and physicians should teach medical ethics, and ethics education should be integrated longitudinally throughout the 4 years

of medical school. Within a few decades the number of Korean medical schools requiring medical ethics has increased in volume. Further progress in ethics education may depend on medical schools' willingness to devote more curricular time and funding to medical ethics for faculty development and resources.

Key Words: Ethics; Medical Education; Republic of Korea; Quality Improvement

서론

한국 사회에서 의료윤리가 언급되는 상황은 주로 배아복제나 줄기세포치료와 같은 첨단의료기술의 적용이나 연명치료 중단, 임신중절 시술의 윤리성 등 딜레마 상황과 관련한 내용들이 주를 이루어 왔다. 그런데 최근들어 리베이트 관련 문제, 연구논문 조작, 수면내시경 시술시의 성추행 등 새로운 윤리 문제들이 주목받게 되었다. 전자의 경우는 새로운 기술이 의료현장에 적용될 때 필수적으로 따라야 하는 윤리물음에 답하기 위한 것으로 긍정적 현상이다. 하지만, 후자의 경우는 의사 단체에 대한 시민들의 불신을 조장하고 의사-환자 관계 전반에 악영향을 주는 안타까운 상황이라 할 수 있다. 최근에 국내 유명 의과대학에서 발생한 의대생 동급생간의 성폭행 사건이 언론을 통해 알려지면서 의료윤리교육의 필요성에 대한 목소리가 다시금 높아지고 있다. 국내 의과대학의 의료윤리 교육은 1980년대에 소수의 의과대학에서 시작되었다. 이미 1970년대에 의료윤리 교육이 시작된 미국의 경우보다 다소 늦은 감이 있지만 이후 빠른 속도로 확산되고 정착하였다. 2005년 의과대학교육현황을 보면 41개 대학중 40개 대학이 의료윤리과목을 채택하고 있었다[1]. 숫자로만 보면 비약적인 발전을 이룬 것이 분명한데도 불구하고 의료계에 대한 윤리적 불신이

깊어만 가는 이유는 무엇일까? 본 고를 통하여 국내 의과대학의 의료윤리 교육의 지난 20여년을 뒤돌아 보고 현 시대가 요구하는 바람직한 의사상을 갖춘 의사들을 배출하기 위한 의료윤리교육의 내실화 방안을 고찰해 보고자 한다.

본론

1. 의료윤리교육의 목표

전통적으로 의료윤리교육의 목표는 크게 두 가지로 나누어지는데, 첫째는 선한 의사, 또는 덕스러운 의사를 만드는 수단이 되어야 한다는 것이고, 두 번째는 윤리적 문제를 분석하고 해결할 수 있는 능력을 가르쳐야 한다는 것이다. 이론적으로야 이 두가지 목표를 모두 만족시킬 수 있는 교육과정은 이상적인 것이겠지만, 현실은 그렇게 만만치 않다. 여타의 전문과목에 비해 학습내용이 방대하고 방학조차도 줄여가며 학업시간을 확보하는 의과대학의 교육현실에서 인성교육, 윤리교육에 배정되는 시간은 한정적일 수밖에 없기 때문이다. 여기에 이미 자신의 가치관이 분명한 의과대학생들에게 선한 성품을 강요하는 것이 교육을 통해 가능하겠는가 하는 회의적인 시각도 있다. Freedman, Wilson, Pellegrino와 Thomasma 등은 선한의사 만들기가 말로 의료윤리교육의 최종목표라고 주장한다[2-5]. 그들은 의학은 태생적으로 도덕성을 담보로 해야하며, 의사의 덕성은 의료윤리를 배우고 훈련함에 의해서 함양될 수 있다고 주장한다.

반면, Miles, Gross 등은 의료윤리 교육의 최종 목표는 임상 진료에 있어서 문제를 인식하는 ‘실제적 지혜(practical wisdom)’를 가진 의사를 키우는 것이며 환자 진료 과정에서의 윤리적 결정을 내리는 지식과 도구를 제공하는 것이라고 하였다[6,7]. 이들은 의과대학생들의 도덕적 특성은 입학시험 이전에 이미 결정되어 있는 것으로 보고 이들을 더 선한 의사로 만들려는 목표는 비현실적이라는 견해를 표명하였다. 2000년대 초반 북미지역 87개 학교들을 대상으로 의료윤리 관련 교과목의 교육목표를 조사한 James 등의 연구에 의하면, 북미의 의과대학들은 평균 3가지의 학습목표를 가지고 있었으며, 이중 ‘의료윤리문제들에 친숙해지기’(77%)와 ‘윤리적 판단력/ 문제해결능력 배양’(64%)의 두 개

항목만이 전체 코스의 절반이상에서 채택되었다[8].

두 개 항목 모두 선한 의사 만들기라는 이상적 목표보다는 보다 현실적인 목표에 해당하는 것이다. 안타깝게도 국내 의과대학들의 의료윤리 교과목 학습목표를 분석한 자료는 아직 발표된 바가 없다. 단지 학생들에게 가르치는 윤리 수업의 주요 주제들에 대한 분석을 통해 유추해 볼 수 있을 뿐이다. 2006년에 발표된 최은경 등의 연구에 의하면 국내 의과대학에서 다루는 의료윤리의 주요 주제 상위 5가지는 의료윤리의 기본개념, 죽음과 관련된 윤리, 출생에 관련된 윤리, 의사환자관계 윤리, 첨단 의학과 관련된 윤리였다[1]. 그 다음으로 의학연구윤리, 특수 환자 관련 윤리, 동료의료인 관련 윤리 등이 뒤를 잇고 있었는데 이는 북미 의과대학들의 학습주제와 크게 다르지 않다. 따라서 국내 의과대학들도 의료윤리교육의 목표로서 다분히 실용적인 노선을 추구하고 있을 것으로 추측할 수 있다.

2. 의료윤리의 교육자

의료윤리교육을 누가 담당해야 하는가? 라는 질문은 교육의 목표를 어디에 둘 것이냐에 상당 부분 좌우된다. 전기 한 바와 같이 국내 대부분 의과대학에서 의료윤리교육의 목표로 윤리적 감수성과 문제해결 능력이라는 현실적인 목표에 비중을 두고 있다면 임상 경험이 있는 의사 교원의 참여가 국내 의과대학에서 흔하다는 점은 강점으로 보인다. 하지만, 국내의 경우 임상 교수들 대부분은 학부시절과 수련기간에 의료윤리를 배운 경험이 거의 없다는 점이 문제이다. 이러한 상황은 미국도 다르지 않아서 Smith 등은 의료윤리 교육의 중요한 장벽중 하나는 교수진 스스로가 이 분야에 대하여 전문성이 없다고 생각하는 점이라고 하였다. 따라서, 임상 교수들을 위한 의료윤리 교육가 양성 과정의 필요성이 절실하다고 하였다[9].

조금 다른 각도의 문제점은 의료윤리만을 전담하여 가르치는 전임교원의 유무에 관한 문제이다. 이는 각 의과대학이 의료윤리과목을 얼마나 중요하게 생각하고 있는냐에 대한 간접적인 지표로 볼 수 있다. 2006년 당시 국내 의과대학에서 의료윤리 전공자(의료법, 윤리, 생명윤리, 윤리신학 등)를 전임교원으로 확보한 곳은 7개 대학(18.9%)에 불과하였고 나머지 30여개 대학의 경우는 임상 교수들 중 관심있는 1-5명의 교원들이 팀을 이루어 교육을 하고 있었다

[1]. 이는 의료윤리 전임 교수 충원율이 70%인 북미의 경우와 확연히 비교가 되는 부분이다[8]. 이상적으로야 윤리학자, 법학자, 임상 의사가 팀이 되어 의료윤리를 가르치는 것이 가장 바람직하겠지만, 여건이 성숙하기까지는 관심 있는 교원 누군가는 윤리교육에 집중 할 수 있는 환경을 조성해 주는 것이 시급한 일이다. 예를 들면 의료윤리교육에 헌신하는 임상교원의 경우 교육 실적을 연구나 진료 실적의 일부로 인정해 주고 진료의 부담을 덜어주는 등의 방법이 있겠다.

3. 의료윤리교육 시기

2006년 조사에 의하면 국내 의과대학의 의료윤리강의의 시간은 평균 20시간(최소 2-52시간)이었고 부여된 평균 학점은 1학점이 48%, 2학점이 24%의 순이었다[1]. 당시만 해도 대부분의 의과대학에서 의료윤리는 한 과목 혹은 특정 과목의 세부항목 정도로 다루어졌다는 뜻이다. 최근들어 국내 의과대학평가에 있어서 인문사회의학 과목의 도입 여부가 주요 평가 항목이 된 이후로 각 대학마다 다양한 의사-환자-사회와 관련한 다양한 과목들이 도입되고 있다. 일부 의과대학의 경우 의료윤리를 포함한 인문사회의학 과목들을 저학년과 고학년에 고르게 배치하는 등 노력을 기울이고 있다. 의사와 사회, 문헌속의 의학, 의학적 소통법, 프로페셔널리즘 등 국내 의과대학에서 가르치고 있는 의사-환자-사회 과목들을 넓은 의미에서 의료윤리의 범주에 넣어야 할지에 대해서는 아직 이견이 있으며 조만간 관련 학계의 정리가 필요한 부분이다. 현실적으로는 의료윤리 고유 과목의 시간 배정은 저학년과 고학년에 한 번씩 도합 두 번 정도가 적당할 것으로 보는데, 이 경우 저학년 과정은 윤리/철학자가, 고학년 과정에서는 임상 의사가 교육의 중심이 되는 것이 좋을 것이다[10].

4. 의료윤리교육 방법론

국내 의과대학에서 흔히 진행되는 의료윤리 수업방식은 강의 91.9%, 전체 토론 64.9%, 소규모 증례토론 62.2%, 비디오 상영 40.5%의 순이었다[1]. 북미 의과대학의 경우는 토론 84%, 자료읽기와 에세이작성 83%, 강의 64%의 순이었다[11]. 일부 연구자들은 의료윤리수업에 문제중심학습

법(problem-based learning, PBL)의 도입의 필요성을 강조하기도 한다[12]. 의료윤리 교육을 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 의료윤리 교육에 대한 에세이를 제출하게 한 바 있는데, '의대생들의 윤리적 사고와 행동을 발전시키기 위해서 어떻게 해야 하는가?'라는 물음이 포함되어 있었다. 이들의 견해를 요약해보면, 대부분의 학생들은 강의식보다는 스스로의 견해를 마음껏 피력할 수 있는 소그룹 토의 형식을 원했다[13]. 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, 각 방법마다 장단점이 있지만 의료윤리 집담회가 가장 효율적이라고 하였다[14].

결론적으로 저학년 시기의 의료윤리 강의는 윤리이론 전반에 관한 읽기자료와 에세이작성 등을 보조적으로 사용하는 강의식 수업형태로 하고, 고학년의 경우 사례와 영상자료 등에 대한 소그룹 토론, 의료윤리 집담회의 운영 등을 활용하는 것이 바람직하다고 본다.

5. 국내 의료윤리교육 내실화의 걸림돌

국내 의료윤리교육 내실화를 기하는데 몇 가지 걸림돌이 있다. 첫째는 임상 경험과 윤리적 전문성을 갖춘 교육 전문가가 부족하다는 점이다. 이는 현재 의과대학 교수진들의 대부분이 학부시절과 전공의 시절에 의료윤리과목을 배울 기회가 없었다는 점에 근본 원인이 있다. 임상 경험을 갖춘 전문의사이면서 의료윤리를 공부한 전문가들이 소수 활동하고 있으나 아직 수요를 충족하기에는 턱없이 부족하다. 현재로서는 윤리에 관심있는 임상 의사와 생명윤리 전공 교수가 함께 팀티칭을 제공하는 것이 최상의 시나리오라 할 수 있다.

두번째는 공통의 학습목표와 교과서가 없다는 점이다. 한국의료윤리교육학회가 발간한 의료윤리교과서의 초판이 나온지가 10여년이 되었지만 아직 신간이 나오지 않았고 각 대학마다 외국의 교재들을 짜집기 하여 나름의 커리큘럼을 진행하고 있는 형편이다. 의과대학과 의학단체가

함께 머리를 맞대고 국내 실정을 반영한 공통의 학습목표를 설정한 표준 교과서의 발간이 무엇보다도 시급한 문제이다.

세번째는 평가의 문제인데, 의료윤리 과목의 도입에 있어서 의과대학 인증평가가 결정적인 계기가 되었듯이 의료윤리 과목의 내실화를 위해서는 의사 국가고시, 혹은 전문의 고시에 의료윤리 문항을 반영할 필요가 있다. 이를 위해 표준화된 학습목표와 교과서의 발행이 선행되어야 함은 아무리 강조해도 지나치지 않다.

마지막 논점은 의료윤리 교육을 의과대학 학생들에게만 필요한 것으로 국한해서는 안된다는 점이다. 첨단 의학이 새롭게 도입되고 의사에 대한 환자들의 기대도 점차 높아지는 상황에서 의료계는 날마다 새로운 윤리적 상황에 접할 수 밖에 없다. 따라서 졸업 후에도 전공의 시절과 그 이후의 평생의학교육의 과정에서도 윤리 교육은 지속되어야 한다. 한국의료윤리학회가 발간한 전공의를 위한 의료윤리 교과서는 세부 전문과목에 관한 내용보다는 의사라면 누구나 알아야 할 '서바이벌 윤리'를 강조하고 있어 일부 의과대학에서도 학습교재로 그 유용성을 인정받고 있다[15].

결론

지난 20년간 국내 의과대학에서의 의료윤리 교육은 걸음마수준에서 청년의 수준으로 성장하였다. 처음에는 임상적 지식을 가르치고 배우는 데도 시간이 부족한데 웬 윤리 타령이냐는 내부의 반론을 무마하는데 시간과 노력을 많이 기울인 것이 사실이지만 이제는 아무도 윤리교육의 필요성을 의심하지 않는다. 최근 의사들의 비윤리적 행위들이 신문과 방송에 자주 등장하면서 윤리교육의 필요성은 어느새 외부로부터의 압력이 되었다. 대표적인 전문가 집단인 의사 단체의 윤리성은 가능하면 자율교육, 자율규제, 자율정화의 차원을 유지하는 것이 바람직하다. 이를 위해 의과대학에서의 윤리교육의 내실화는 우리시대에 참으로 중요한 과제이다.

리베이트 쌍벌제와 같은 외부로부터의 규제가 의료계를 옥죄어 오면서 의료계의 시름이 깊어가고 있다. 불합리한 법안에 대한 개선을 주장하는 것도 중요하지만, 이러한 법안 자체가 사문화되도록 의료계의 문화를 바꾸려는 자정

노력이 무엇보다도 필요할 때이다. 의과대학에서 의료윤리 교육의 내실화는 임상경험과 윤리적 지식을 갖춘 교육자를 확보하거나 의사-윤리학자-법학자 등 학제적 팀티칭을 도입하고, 공통의 학습목표와 교과서를 발간하는데 관련 단체가 협력하며, 의사국가고시를 통한 평가 등 통합적인 노력을 통해 가능할 것이다.

References

1. Choi EK, Chang KH, Kim SY, Kwon I, Kim OJ. Ethics education in medical schools in Korea: current status and problems concerning teachers, materials, and methodologies. *Korean J Med Ethics Educ* 2006;9:44-59.
2. Cheong YS. Medical ethics education in North-American medical schools: current status and reflection. *Korean J Med Ethics Educ* 2007;10:9-22.
3. Freeman JW, Wilson AL. Virtue and longitudinal ethics education in medical school. *S D J Med* 1994;47:427-30.
4. Shelton W. Can virtue be taught? *Acad Med* 1999;74:671-4.
5. Pellegrino ED, Thomasma DC. *The virtues in medical practice*. New York: Oxford University Press; 1993.
6. Miles SH, Lane LW, Bickel J, Walker RM, Cassel CK. Medical ethics education: coming of age. *Acad Med* 1989;64:705-14.
7. Gross ML. Ethics education and physician morality. *Soc Sci Med* 1999;49:329-42.
8. DuBois JM, Burkemper J. Ethics education in U.S. medical schools: a study of syllabi. *Acad Med* 2002;77:432-7.
9. Smith S, Fryer-Edwards K, Diekema DS, Braddock CH, 3rd. Finding effective strategies for teaching ethics: a comparison trial of two interventions. *Acad Med* 2004;79:265-71.
10. Siegler M. A legacy of Osler. Teaching clinical ethics at the bedside. *JAMA* 1978;239:951-6.
11. Lehmann LS, Kasoff WS, Koch P, Federman DD. A survey of medical ethics education at U.S. and Canadian medical schools. *Acad Med* 2004;79:682-9.

12. 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.
13. Charon R, Fox RC. Critiques and remedies: medical students call for change in ethics teaching. *JAMA* 1995;274:767, 771.
14. Perkins HS, Geppert CM, Hazuda HP. Challenges in teaching ethics in medical schools. *Am J Med Sci* 2000;319:273-8.
15. Korean Academy of Medical Ethics. *Medical ethics for trainee*. Seoul: Koonja Press; 2001.