

교육과정 개선의 의미

고려대학교 의과대학 성형외과학교실

안 덕 선

= Abstract =

Meaning of Curriculum Change

Duck Sun Ahn, M.D.

Department of Plastic and Reconstructive Surgery, Korea University College of Medicine, Seoul, Korea

There have been quite active discussions on the revision or improvement of medical education curriculum recently more than ever before in Korea influenced by the results of the National Medical Licensing Examination for the last 2 years and consequently attempts to revise medical education curriculum became in vogue. Efforts to improve curriculum further became imperative with the introduction of university grade evaluation scheme. But, there appears quite a big discord or confusion in the real broad meaning of curriculum improvement since curriculum changes mainly aim at raising the passing rate of the medical school graduates in the National Medical Licensing Examination in most cases. It is quite obvious that the main purpose of the National Medical Licensing Examination and the national university grade evaluation scheme is to produce medical doctors who are capable of performing primary health care and this purpose also meets the policy guidelines of the WHO. It, therefore, is very clear that the curriculum revision or improvement should not be focused on or aimed at only raising the passing rate of the medical school graduates in the National Medical Licewnsing Examination as it only has a very narrow sense of meaning.

Key Words: Curriculum Change, Primary Health Care

서 론

최근에 이르러 지난 2년간의 의사국가고시의 영향으로 그 어느때 보다도 의학교육과정에 관한 논의가 활발히 이루어지고 있고 이에 맞추어 교육과정을

개편하려는 시도 또한 활발하게 이루어지고 있다. 아울러 대학평가와 맞물려 교육과정 개편의 시도는 불가피한 것처럼 여겨지게 되었다. 그러나 교육과정 개편의 필요성을 의사국가고시 합격률의 신장에 목표를 두고 있는 수가 많아 본래 취지의 넓은 의미의 교육과정 개선과는 괴리를 보이고 있다. 국시원이나

대학평가의 의도하는 바는 명확히 1차진료가 가능한 의사를 만들어 내는 것으로 되어있고 이것은 WHO가 주관하고 있는 정책과도 부합한다.^{1,2,4} 따라서 교육과정 개선의 시도가 좁은 의미에서 국가고시 합격률의 상향조정이 되어서는 아니되고 보다 더 근본적이고도 넓은 의미에서 다루어져야 하겠다.

사회는 변하고 있다(Paradigm Change)

의학교육 개선의 필요성을 논할 때마다 사회는 변하고 있다는 것을 강조하고 있다. 인류는 20세기에 들어 1, 2차 대전을 겪고 그 후로도 수많은 전쟁 및 재앙에 시달려왔으나 그래도 사회는 보다 더 진보적이고 건설적인 방향으로 변하여 왔고 인류의 삶의 질 역시 꾸준한 향상을 가져왔으며, 그간 제3국으로서 전락되어온 나라들조차도 점차 경제적, 정치적 발전으로 개발도상 단계에 와있거나 선진국의 문턱에 와있다고 하여도 과언은 아니다. 그리하여 이제 인간의 가장 기본권인 의,식,주위에 건강도 하나의 기본권으로 여겨지게 되었다. 즉, 이 지구상에 존재하는 모든 인류는 건강할 권리가 있다는 인식전환을 가져오게 되었으며 질병자체도 과거와는 다른 양상을 나타내게 되었다. 즉, 인간 스스로 창출해낸 사고, 종양 또는 성인병들이 주로 등장하게 되었고 과거에 주된 치료대상이었던 감염에 의한 질환 등은 자리매김에서 순위를 뒤로하게 되었다. 이러한 맥락에서 1950년과 1960년대의 사회변화는 의료와 의학교육의 변화를 요구하게 되었고 의과대학 내에서의 교육과정이 변하여야 한다는 주장이 점차 고개를 들게 되었다. 그후 1960년과 1970년대의 UN 주도하의 국제적인 흐름은 1977년에 이르러서 World Health Assembly에 의해서 채택된 Health for All 2000 (HFA/2000)으로서 잘 대변되고 있다.^{5,6} HFA/2000은 그 후로 국제적으로 건강은 인간의 기본권이라는 개념의 표상이 되었으며, 이어 1978년도 Alma-Ata에서 열린 국제회의에서 1차진료(Primary Health Care: PHC)가 HFA/2000에 도달 할 수 있는 가장 핵심적인 접근방법이었는데 견해의 일치를 보았다.

Edinburgh 선언

세계의학교육연맹은 1972년도에 설립되어 1984년 이래 Dr. Henry Walton이 회장직을 맡고 있다. 그리고 1984년 이후로 세계의학교육연맹은 의학교육에 관한 한 국제적인 기구로서 공인받게 되었고 그 이후로부터 범세계적으로 의사의 교육에 대한 평가를 시도하게 되었으며, 드디어 1988년 8월 Edinburgh에서 세계의학회의를 개최하였다. 이 회의에서 12가지 행동강령을 채택하게 되었는데 그것이 이른 바 유명한 Edinburgh 선언이며 이 선언은 주로 의과대학내에서 시도할 수 있는 의학교육 개선의 요소를 담고있다.⁴ 이어서 1993년 8월에 다시 Edinburgh에서 World Summit on Medical Education이 열렸으며 여기에서 다시 한번 1988년 Edinburgh 선언을 재차 강조하였고 이어서 의학교육 개선을 위한 22가지 권장사항(recommendation)을 발표하였다.⁵ 그 이후로 세계의학교육 연맹하의 6개 지역군에서 Edinburgh 선언 및 1993년도 권장사항 총 34가지에 대한 실시를 계속적으로 권장하고 지역군 마다 국제회의를 개최하여 실시 여부를 점검하고 독려하여 오늘에 이르고 있다. 우리나라가 속한 서태평양 지역은 1994년도 말레이시아의 Kuala Lumpur에서 개최된 바 있으나 6개 지역 중 가장 취약한 발전을 보이고 있다고 한다.¹⁶

1차진료(Primary Health Care: PHC)

이미 언급하였듯이 Primary Health Care는 Alma-Ata Conference에서 “Health for All by the Year 2000”(서기 2000년까지 모든이에게 건강을)이라는 슬로건(slogan)에 이르는 가장 핵심적인 접근방식으로 채택이 되었고 이어 1988년 3월에 Latvia의 Riga에서 다시한번 그 중요성이 강조되었다.¹⁰ 1차진료(Primary Health Care)는 의료전달이 이루어지는 모든 계층에서 이루어져야 하며, 이는 관이 주도하건 민간이 주도하건 간에 의료영역 모두를 포함하여야 한다. 1차진료 의사들은 의학교육적인 면에서도 대단히 중요하다. 왜냐하면 기술적인 측면에서 대부분

3차진료 기관에서 이루어지고 있는 학생들 교육은 환자를 하나의 혼을 가진 총체적인 인간으로 보기보다는 질병발생 부위에 따라 하나의 고장난 인간으로 취급하기 쉽상이고 3차 진료기관에서 적절한 의학 교육이 이루어지기 위하여서는 시간과 장소와 인력이 필요하다. 그리고 환자들은 하나의 인간으로서 의사들이 자신들에게 군림하여 치료하기보다는 동반자로서 치료받기를 원하고 있다. 이러한 측면에서 볼 때 1차진료 의사야 말로 환자의 질병발생 초기에서 죽음에 이르기까지 언제나 동반자가 되어줄 수 있으며 3차진료의 값비싼 장비에 의존하는 축소지향적이고 분할되고 전문적인 방법보다는 지적인 고도의 기술을 이용하여 병력채취와 이학적 검사로서 문제점을 도출하고 도출된 문제점을 가지고 스스로 하나의 가설을 세우고 거기에 따라 합리적인 사고방식으로 질병의 심각성 여부를 판단하는 훌륭한 기술을 습득하는 것이기에 오늘날 지극히 축소지향적, 분과적, 그리고 불합리하게 전문과목 별로 나누어져 있는 공통같은 거대한 종합병원에서의 불완전한 교육에 커다란 보탬이 될 수 있는 것이다. 1차진료 의사야 말로 자기가 속한 지역사회에서 현대의 사회가 요구하고 있는 만성병의 관리, 질병의 예방, 그리고 건강증진을 위하여 최일선에서 직접적인 환자진료의 기회를 갖는 사람들이기에 실제로 학생들에게 가장 큰 기여를 할 수 있는 잠재력을 가진 계층이다.⁷ 다시 말하면 3차진료 병원에서의 의학교육이 환자를 전공분야의 시선에 따라 특정 부위의 질병에 관한 전문적인 지식을 가진 전문의에 의해서 치료대상으로 여겨지는 비인간성을 내포하고 있으나 1차진료 의사는 인간을 하나의 총체적인 인격체로 간주하고 환자와 더불어 치료를 제공하는 가장 경제적이고도 인간적인 의료형태를 취하고 있다.

의과대학은 특수대학

이제 우리나라의 의과대학도 그 맥을 미국의 전문대학원 제도로 탈바꿈하려는 위치에 와 있다. 의학 교육이 어떤 형태를 취하든 한가지 분명한 것은 환자를 진료할 수 있는 의사를 양성하는 것이고 각 나

리마다 사정은 다르나 의과대학 졸업과 동시에 의술을 사용할 수 있는 자격을 부여 받기도 하고 국가나 민간이 정한 검정을 거쳐 의사면허를 발급받기도 한다. 그러므로 의과대학은 명확한 목적이 있는 목적대학이다. 대학졸업과 면허를 부여받았다고 하면 곧 환자 진료가 가능하다는 의미를 내포하고 있으며 이러한 제도는 그 사회의 필요에 의해서 탄생된 것이나 현재 우리의 교육은 이러한 사회의 기대에 미치지 못하고 있다. 즉, 졸업을 하여도 즉각적인 1차진료가 불가능하다는 것에 그 문제점이 있다. 그 이유는 의과대학에서 축소지향주의(Reductionism)에 바탕을 둔 의학교육을 시키고 있으며 실제로 이를 이용해서 환자진료를 가능케 하는 의료에 관한 직업교육은 되어있지 않기 때문이다. 즉, 1988년 Edinburgh 선언 내용에는 후진국이나 개발도상국가에서는 의과대학생들에게 충분한 소양이 될 의학적 지식보다는 그 사회의 지식정도 및 사회적 욕구에 의하여 의료서비스에 중점을 둔 교육을 강조하는 것에 대하여 경고의 메시지를 보내고 의료의 기본이 되는 의학지식에 대한 교육을 강조하였다.⁴ 그러나 우리나라는 역설적이게도 후진국이었던 시절이나 개발도상국이었던 시절 또는 선진국으로 진입하는 이 시점에서조차도 의과대학내에서 무엇이 의학교육이라고는 가르쳤으나 어떻게 의료서비스를 제공해야 하는지는 가르쳐 본적이 없었다. 그리고 무엇이 의학교육인가라는 것조차도 지나친 축소지향주의(Reductionism)에 바탕을 두고 지난 수십년간 엄청나게 변화한 생의학적 지식(Biomedical knowledge)을 암기 위주로 학생들이 소화해내지 못할 정도로 가르쳐 결과적으로는 의과대학을 졸업하여도 기초지식도 남아있지 못하고 의료서비스에 대한 교육도 받지 못하여 전문의라도 되지못하면 의학교육을 제대로 받아보지 못하는 형편에 이르렀다. 그리고 학교마다 의학교육의 질의 평가는 국가고시 합격률로서 대변되었고 국가고시 또한 과거에는 단순 암기적인 지식을 시험하는데 그쳤다. 그러나 1995년 이후부터의 국가고시는 그 양상을 달리하였고 실제적인 환자처리 능력 즉, 문제해결 중심으로 바뀌어 나가 1차진료에 목표를 둔 것은 꼭 다행한 일이라 하겠다.

의학교육은 직업교육

1910년 Flexner의 보고서 이후로 미국의 의학교육은 많이 표준화되었으며 정비되었다. 무질서하던 사설학원의 형태를 취하던 의학교육은 점차 대학과 연계가 되어 오늘날 우리가 사용하고 있는 교육과정의 효시가 되었다. 그 후 Flexner는 역설적이게도 의사들보다는 평가학 또는 교육학을 하는 사람에게 있어서 평가의 시조로서 영원히 기억되고 있다. 그러나 50년전 미국 의과대학 연합회(Association of American Medical Colleges: AAMC)의 의학교육위원회(Commission on Medical Education)에 의하면 Flexner이후에 이루어진 미국의 이러한 의학교육 과정은 의학의 기본이 되는 지식은 키워 줄 수 있으나 의사는 만들지 못한다고 보고하였다. 즉, 넓은 의미에서 의학 이라는 것은 반드시 학생 스스로가 배워야 하는 것이며 선생은 그 일부만을 가르쳐 줄 수 있고 학생이 스스로 배우도록 학생에게 영감을 불어넣어 주거나 안내자나 지도자의 역할을 할 뿐인 것이다. 의학교육에 있어서 가장 중요한 것 중의 하나는 바로 가르치는 자와 가르침을 받는 자와의 관계이다. 이미 우리의 의학교육은 축소지향적으로 분과 그리고 전문화되어 선생그룹과 학생그룹과의 만남이며 학생과 선생과의 만남은 더이상 존재하지 않는다. 학생은 선생을 한 선생집단의 일부로 여기며 하나의 전체적인 인간으로 판단하기보다는 의학의 지식을 전달하여주는 한 그룹의 전문지식을 가진 부분으로 여겨지고 있다. 그리고 이러한 학생과 제자간의 비인간적인 관계는 괴물같은 의과대학이라는 구조적인 특성에서 출발하며 이러한 비인간성을 파괴하기 위해서는 일반 직업교육이 반드시 필요하다. 즉, Flexner 이전의 교육이라는 것은 스승과 제자간의 도제교육의 성격이 강하여 스승과 제자간의 인간관계가 형성되지 않는 한 배움의 길이 열리지 않았다. 그러므로 학생들에게 현재 우리가 하고 있는 의학교육내에서의 비인간성을 파괴하기 위하여서는 반드시 일반적인 직업교육(General professional education)을 시켜야 한다. 즉, 의사가 되기위한 직업

교육이란 곧 의료서비스의 전달과정에서 발생하는 각종 행동과학적 또는 사회생태학적인 면을 가르쳐야 하는 것이다.⁸

엄청나게 변화하고 있는 생의학적인 지식에 맞추어 이제는 의사들의 학습 방법도 종래의 강의와 기억 위주의 양상에서는 벗어나야 되고 선생들의 역할도 가르쳐주는 역할에서 스스로 배울 수 있는 능력을 갖게 해주는 조언자 또는 안내자의 방향으로 전환되어야 한다. 이러한 흐름의 하나의 분기점이 될 만한 것은 미국 의과대학연합회(Association of American Medical Colleges)에서 나온 21세기의 의사 보고서가 그 기점이 될 것이며 이 보고서는 제2의 Flexner의 보고서로서 여겨질 만 하다.⁸

미래의 최고의 의사란?(Five-Star Doctor)

미래의 가장 이상적인 최일선에서 일하는 첨단 의사를 Five-Star Doctor라고 Charles Boelen(WHO)은 명명하였다. 그것은 마치 다섯개의 별을 달아주는 호텔이나 레스토랑에서 의미하는 최고의 수준을 지칭하는 것이다. Five-Star Doctor란 그러면 무엇을 뜻하는가?^{11,12}

1. 첫번째, Care Giver: 의료전달자

최일선에서의 우리 의사로서의 역할이라는 것은 환자에게 단순한 치료만 제공하는 것이 아니라 환자를 하나의 총체적인 인격으로서 즉, 물리적, 정신적, 사회적인 환자의 욕구를 염두 해두고 반드시 치료적, 예방적 그리고 재활적인 측면까지 제공하며 그 제공하는 의료 역시 최고의 수준이어야 한다.

2. 두번째, Decision Maker: 의사결정자

최일선에서 일하며 의사는 반드시 주어진 환자의 질병조건에 가장 합당한 수단을 동원하여 치료를 제공하며 이 제공된 치료의 수단과 방법은 효과와 비용면에서도 정당화 될 수가 있어야 한다. 왜냐하면 건강을 위하여 지출되는 예산이라는 것은 그 지역사회에 속한 모두에게 공평하게 돌아가야 하기 때문이다.

3. 세번째, Communicator: 의사전달자

최일선에서 일하는 건강에 영향을 미칠 수 있는 모든 요소 즉, 직업이라든가 식사, 생활양식 또는 환경 등 건강에 영향을 미칠 수 있는 모든 영향을 고려하여 한 지역사회내에서의 건강한 생활양식에 적응하도록 설득하여야 한다.

4. 네번째, Community Leader: 지역사회의 지도자

최일선에서 일하는 의사는 단순한 환자의 질병에만 관심을 가질 것이 아니라 건강이라는 것이 그 지역의 물리적 또는 사회적 환경에 의해서 결정지어진다는 것을 알고 반드시 그 사회에서 또는 그 지역사회에서 일어나고 있는 모든 건강에 관련된 활동에 관하여 반드시 관심을 가져야 한다.

5. 다섯번째, Manager: 경영관리자

위에 열거한 능력을 갖추기 위하여서는 최일선에서 일하는 의사들은 반드시 관리기술(Managerial skill) 즉, 관리자로서의 능력도 키워야 한다. 그러므로서 정보교환과 좀더 나은 의사결정 그리고 다른 종류의 의료인력들과 건강과 사회 발전을 위해서 일하고 오래된 방법과 새로운 방법을 점차 통합시켜서 총체적으로 건강과 사회에 이바지 할 수 있도록 되어야 한다. 간략하게 말해서 의사의 직무는 건강에 관련된 모든 요소와 관련된 사회의 욕구를 충족시킬 수 있어야 하며 비록 이상적이기는 하나 이러한 목표의 설정과 의사로서의 능력을 미래에 대비하여 반드시 갖추어야 될 것이다.

기존의 교육과정

이미 언급하였듯이 1910년의 Flexner의 보고서는 미국의 의학교육이 영리를 목적으로 한 학원과 유사한 사설단체에서의 표준화되지 못한 도제교육에서 벗어나 기초의학과 실험의학을 강조하고 임상교육과 전문대학원으로서의 위치를 확고히 하겠다고 말하고 있다. 이는 당시 세계 의학계를 이끌어 가던 독

일을 모델삼아 미국의 의과대학들을 표준화하려는 시도였다. 독일은 당시 최고 수준의 기초학문을 바탕으로 하여 각 교실마다 과장의 강의에 최고의 가치를 둔 교육과정이었다. 이러한 교육과정을 축소지향적 교육과정이라 하고 이것은 주로 생의학적 지식과(Biomedical knowledge)과 기술(Technology)에 중점을 두고 있고 의학적인 문제에 대한 합리적이고도 추론적인 해결을 목표로 하나 환자나 사회에 대해서는 무관심하고 추후 의료활동에 대한 충분한 지식을 부여하지 못한다. 우리의 교육방식은 결과적으로 특성없는 의사(Undifferentiated physician)를 만들어 내는데 이러한 교육으로 인하여 의사들은 사회, 가정, 그리고 예방의학 또는 의료사회학 등에는 무지할 수 있고 특정 질병을 총체적으로 접근하거나 환자의 사회적 또는 행동과학적인 면에는 별로 관심을 두지 않게 되었다.¹⁵ 더군다나 임상실습 마저 방관자 형태밖에 취하고 있지 않는 우리의 교육에서는 전문직업교육(Professional education)조차 제대로 되어 있지 않아 기초의학에서 배웠던 지식은 기초과정을 끝냄과 동시에 먼 기억속으로 사라지기 쉽상이다. 기초과목조차도 인간의 구조에 의한 해부학, 생리활동에 의한 생리, 그리고 이에 기본바탕을 둔 약리, 그리고 원칙없이 나누어져 있는 병리 등으로 되어있고 임상과목조차도 정신 활동에 따른 정신과, 치료하는 방법에 따라 달라지는 외과 등이 무원칙한 인위적인 분할로서 이루어져 있다. 그러므로 종래의 교육과정에서는 환자를 하나의 인격체로 보는 총체적인 접근(Wholistic Approach) 방법이 결여되어 있다고 할 수 있다.⁷

변화하는 교육과정

1950년대에 들어와서 미국의 Case Western 대학에서는 성인 남자를 하나의 정지된생물학적 표본으로 하여 강조된 교과과정에서 탈피하여 인간을 태어나서 부터 죽을때까지의 총체적인 과정으로서 이해하려는 시도와 포괄적인 임상교육 즉, 의사로서의 직업교육과 종래에 격리되었던 것처럼 보였던 기초와 임상간의 수직 또는 수평간의 연결을 시도하였

다. 즉, 종래의 축소지향적이던 학문적 세분화 과정에서 나타나는 비인간적 요소를 개선해 보려는 노력이었다. 자연스러운 귀결로서 심리학, 사회학, 그리고 인류학이 기초의학 과정에 편입되게 되었다. 그 후 1960년대에 들어서 인간이 살아가는 지역사회학, 그리고 인간 개개인으로서의 존엄성이 더욱 강조되기 시작하여 새로운 형태의 교육과정들이 출발하게 되었다. 즉, 축소지향적인 접근방식에서 벗어나 사회생태학적 또는 인문주의적인 접근방식을 채택하기 시작하였으며 종래의 축소지향적인 의학이 무엇인가를 가르치는데 반하여 이것은 의학을 어떻게 적용할 것인가에 보다 더 중점을 두고 생물과학적인 지식만큼이나 인간의 사회적 또는 행동과학적인 양상, 그리고 인문주의가 더욱 중요한 가치를 갖게 되었으며 학생선발조차도 종래의 수학능력에 중점을 둔 것이 아니라 학생, 교수, 그리고 지역사회가 동참하여 선발을 하였고 대학병원이 아닌 지역사회 그 자체가 바로 의학교육의 중심지가 되었다. 이러한 교육은 교실 중심보다는 학생중심이며 문제해결 중심의 교육과정을 택하고 있는데 캐나다의 McMaster, 미국의 New Mexico 그리고 Harvard 대학 등을 성공 사례로 볼 수 있다.^{9,14} 그러나 이러한 성공의 사례를 의사국가고시 성적의 향상을 가져오거나 단순히 학습능력의 향상으로서만 오도되어서는 안된다. 이러한 교육과정이 갖는 특성은 가르치는 방식 또는 배우는 방법에 있어 종래의 강의식 과정을 탈피하고 배우는 방법을 배움으로써 평생 배우는 능력이 가능하게 되었고 과거의 수동적인 자세에서 벗어나 스스로 공부할 수 있게 만들었다. 아울러 학생집단과 교수집단이라는 집단과 집단의 만남으로 이루어지는 강의실식 강의를 될 수 있으면 줄이거나 아주 없애고 사제간의 관계가 이루어 질 수 있는 소규모 집단을 통한 교육이 이루어져 전통적으로 갖고 있는 교수에 대한 위상이 회복될 수도 있었으며 또는 의과대학내에서의 Academic Society 를 구성하여 학부과정 및 졸업후 교육과의 연계, 그리고 학생과 교수의 소규모의 사회집단을 형성하게 되어 사제관계에 인간성을 부여하고 자연적인 귀결로서 학습능력의 향상도 가져오게 되었다. 질병을 특정부

위를 침범한 병리학적 현상과 이에 적용되는 치료적 방법으로서 이해하는데 반하여 새로운 교육과정에서 실시하는 증례를 주된 문제해결 형태의 교육은 환자에 대한 총체적인 설명과 초기 질병의 발생에서부터 죽음 또는 치유, 그리고 재활에 이르기까지 인위적으로 나누어진 과에 구별없이 하나의 총체적인 인간으로서 접근할 수 있고 교육시킬 수 있다. 예로서 미국의 New Mexico 또는 Michigan 대학 또는 호주의 New Castle 대학과 같이 지역사회 문제에 학생을 조기 노출시키고 실습을 시킴으로써 의사로서의 직업교육에 일찍 눈을 뜨게 하고 학생 스스로 자신의 길에 대한 명확한 인식을 갖도록 하였다.³ 사실 이러한 유의 교육에 관한 이야기는 새로운 것은 아니다. 예를 들어 200년 전에 프랑스 혁명후 임상의학 교육에 관한 논문의 일부를 발췌하여 보면 “학생들은 듣고 말하는 것 만으로는 부족하고 더욱 필요한 것은 직접 보고 만지며, 실습하며 실제 필요한 기술을 충분히 연마할 기회를 갖는 것이다”라고 얘기하고 있다. 그리고 의학교육 제도가 과거의 고답적인 병리학적인 체계로 돌아가서는 안된다고 경고하고 있다. 즉, 무엇이 의학인가 또는 어떻게 의학을 적용할까의 문제가 이미 200년전부터 도출되었다고 볼 수 있다. 의사로서의 직업교육이란 곧 임상실습이 주축이 되는 바 이것은 다분히 통제된 경험주의의 성격을 띠고 있다. 학생들로 하여금 의학적인 시선을 갖게 해준다는 것은 매우 중요하다. 왜냐하면 의학적인 시선으로 대상을 관찰한 이후에야 의학적인 지식은 무엇인가를 행할 수 있기 때문이다. 그러므로 의학적인 경험이란 각각 지각(Perception), 기억(Memory), 반복(Repetition)의 차원 즉, 예증(Case example)에 와서야 비로써 하나로 통합(Integration) 될 수 있다. 그러므로 의학교육에 있어서 중요한 문제는 의학적인 경험이 의학적인 시선의 축과 의학적인 지식의 축이 맞물려 하나로 통합될 수 있는 교육을 찾는 일이다. 바로 인간성 회복과 의학적인 시선의 축을 다시 일으키는 것이 새로운 교육과정이라고 하겠다.

현행 교육과정의 문제점

이제 의사국시원의 의사고시 방향과 대학평가의 방향에서 확연히 나타났듯이 우리의 대학평가는 우리의 의학교육이 나가야 될 방향을 제시하였다. 두말한 나위 없이 우리의 의학교육 목표는 1차진료 의사를 양성하는 길이며 이것은 곧 다른 모든 나라의 의학 교육과도 일치하는 일이며 WHO를 위시한 국제적인 기구가 지향하는 바이기도 하다. 그러나 아직도 이러한 1차진료가 의학교육의 목표라는 것을 놓고 마치 의과대학 교육이 과거의 의학강습소 또는 의사 양성소로 돌아가는 듯한 착각을 할 수도 있다. 그리고 종래의 교실 위주의 축소 지향적인 접근에 익숙한 기초의학 교수들에게는 당혹스럽게 느껴질 수도 있다. 그러나 현재 우리가 하고 있는 암기위주의 과중한 강의시간은 오히려 축소지향적인 본래의 목적조차도 이루지 못하고 있다. 왜냐하면 과학의 발전으로 늘어난 각 과목 마다의 지식의 분량은 이미 한 인간에게 집어넣기에는 너무나 많고 넘쳐서 오히려 현재하고 있는 강의를 줄이지 않는한 우리 기억속에서 없어지기 때문이다. 이런 교육과정의 과중함은 놀랍게도 벌써 영국에서 1876년 Thomas Huxley에 의해서 지적되어 왔다. 당시 그는 의과대학생들에게 주어진 그 짐은 너무 무거워서 실제로 지식 습득을 방해하고 있으며 강의를 줄여야 된다고 지적하였고 그 후 영국에서 1980년도의 보고에 의하면 이미 1957년도와 1967년도에 권장하였던 사실을 단순히 반복하는데 그치고 있다. 그리고 이러한 강의의 중요성과 변화에 대한 저항감은 학생을 위하기 보다는 또는 학생 중심적이기보다는 아직도 교실간의 알력(Power game)이나 기관정책(Institutional policy)에 의한 것이고 진정한 의학교육을 위한 것은 아니다. 이제 의학이 무엇(What)이라는 것을 강조하는 만큼 어떻게(How) 할 것에 대한 커다란 숙제가 남아있다.¹⁵ 어떻게 적용을 할 것인가에 반드시 따르는 점은 의사로서의 직업교육이다. 아마도 Academic 한 면에는 우리 의과대학 교육이 전혀 뒤지지않다고 볼 수 있으나 의사로서의 직업교육(Professional

education)은 아직 담보상태를 면치 못하고 있다. 우선 문제해결 방식의 교육을 도입하려 하여도 문제점 도출이 되지않고 있고 이 문제점 도출의 결여는 의사로서 기본적으로 갖추어야 할 임상수기 및 의무기록 작성에서 출발하고 있기도 하다. 그리고, 축소지향적인 교육 형태가 수동적인 교육이라고 단언하기는 힘드나 우리의 교육환경이 초, 중, 고등학교 시절부터 수동적 형태를 취하고 있어 갑작스런 능동적 교육방식에 문제가 있는 것도 사실이나 중국에는 학생이 의사가 되어 임하는 임상자체는 수동적 학습(Passive learning)이 아닌 능동적 실습(Active practice)과 능동적 학습(Active learning)이 될 수 밖에 없다는 사실을 빨리 인지시켜야 되며, 이에 필수적인 기본교육은 지도교수제나 또는 Elective student 제도를 통한 임상에의 조기 노출이다. 아니면 New Mexico나 McMaster와 같이 변화된 교육을 하고 있는 대학처럼 의과대학 입학과 동시에 임상에 접하게 하는 일이다. 이를 위하여는 가장 기본적인 임상수기 능력(Clinical skill)을 키워줘야 하고 또 그에 상응할 만한 시간을 의사와 환자의 관계(Doctor-Patient Relationship)에 대한 교육이 있어야 한다. 특히 의사전달기술 교육을(Communication skill)시켜 이제까지 사회에서 비난의 대상이 되었던 의사의 행태를 바꿔 볼 수 있어야 한다.¹³ 즉, 의사는 참을성 있게 들을 줄 아는 의사가 되어야 하며 또, 친절하게 질병의 발생 및 진행과정에서 설명해 줄 수 있어야 하고 과거와 같이 권위주의적이고도 엄격한 형태의 의사의 이미지를 전달시키는 것 보다는 치료동반자로서의 인식을 갖도록 해주어야 하며 또한 의사와 의사간의 의사소통 교육 그리고 의사와 대중간의 의사소통 교육이 이루어 져야 한다. 그리고 의사로서의 도덕과 윤리에 관한 윤리교육이 병행되어야 하며 부적절한 과도한 자부심이나 우월감 등 보다는 학식과 교양은 반드시 비례하지 않는다는 사실을 주지시키고 의사의 환자와의 관계가 가진 자와 못가진 자 또는 배운 자와 못배운 자, 건강한 자와 아픈 자의 위치로 전락되지 않아야 되는 교육이 되어야 한다. 그럴 때 비로서 의사는 사회성을 갖고 지역사회와 주민과 연대가 되어 교유의 기능을 발휘할 수 있으며,

또한 의사의 위상 또는 신뢰감, 존경심은 저절로 찾아 들게 되는 것이다. 이러한 것이 병행되지 않는 한 현재 우리가 하고 있는 교육과정으로서는 1차진료 의사로서의 능력을 갖추지 못하며 의사국가고시와 대학 평가가 요구하고 있는 진정한 의미의 의사교육이 되지 못하고 단순히 새로운 형태의 국가고시와 대학평가에 입하는 임시변통적인 또 다른 학문적 기술(Academic skill)로서 전락할 처지에 있다. 그러므로 사회생태학적, 행동학적, 또는 인간주의에 바탕을 둔 교과과정으로 전환하기 위하여서는 의사로서 필요한 직업교육이 필수적이라고 재차 강조할 수 있겠으며 가장 중심축¹이 되는 것이 임상실습의 개선이다. 그러나 현재와 같이 대학병원에서의 세분화된 과목별 진료나 특수 클리닉 별 진료 또는 3분진료의 형태로서는 우리가 목표로 하는 1차진료 의사의 양성과는 거리가 멀고 본래의 의학교육이 지역사회에 바탕을 두어야 한다는 이념에도 벗어난다. 그러므로 반드시 1차진료를 담당하는 가정의학이나 일반의를 위한 부서가 대학병원에 있고 학생들로 하여금 임상실습이 단편적인 의학적 지식을 충족시켜 주는 것이 아닌 총체적인 인간으로서 환자의 접근이라는 것을 가르쳐 줘야만 된다. 이를 위하여서는 배우의 장을 3차진료 기관인 대학병원에서 벗어나는 시도가 필요하고 지역사회의 진료소나 작은 병원들과의 연계가 반드시 필수적으로 따라 지역사회 중심 문제해결(Community oriented problem solving: COPS) 교육으로 이끌어 가야 한다.²

요 약

교과과정의 변화가 곧 모든 의학교육 전체의 변화라고 얘기 할 수는 없다. 그러나 교육과정에 대한 고찰은 곧 의학교육의 핵이다. 그러므로 교과과정의 변화란 곧 의학교육의 변화를 가져올 수 있는 지름길이다. 우리나라의 의학교육도 이것이 정부주도 이진민간의 주도이진 간에 1차진료 의사를 만드는 것을 목표로 하고 있고 이것은 곧 우리의 의학교육이 세계화되는 길이기도 하다. 그러나 교육과정의 개편이 의사국가고시 합격률의 상향조절이라는 과제에 맞

물려 단순히 교수 능력 및 수학능력의 향상을 가져오는 방법처럼 여겨지고 있기도 하다. 그러나 본래의 교육과정의 의미는 과거 과학적 지식에 바탕을 둔 축소지향적인 접근방법에서 보다 더 총체적이고도 포괄적인 인간을 하나의 영혼을 가진 개체로서 접근해 나가는데 보다 큰 의미가 있다고 하겠다. 그리고 의학교육은 바로 이러한 인간 개체들의 모임인 지역사회에 요구에 부응하여야 한다. 해방이후 일본인들이 물려준 의학강습소로부터 출발하여 이제 우리나라는 30개가 넘는 의과대학을 가진 나라로 성장하게 되었고 국민소득 또한 만불시대를 넘어섰다. 의사들을 둘러싸고 있는 의료환경은 매우 열악하다고 할 수 있다. 그러나 그것의 가장 큰 이유중의 하나가 과거의 정립되지 못한 의학교육의 산물이기도 하다. 즉, 의사에 대한 국민감정이 좋지 않으면 정치는 강제성을 띤 법으로서 국민의 요구를 맞춰갈 수 있기 때문이다. 그러나 이제 우리에게 불리하게 되어있는 이러한 의료환경을 고쳐나가는 가장 큰 지름길은 의학교육을 개편함으로써 사회가 요구하는 의사를 만들어 내어 사회의 요구를 충족시켜 주는 것이다. 이것이 꿈과 같은 이상이기도 하나 이를 목표로 정진해 나간다면 의료환경은 점차 더 우리에게 유리한 쪽으로 돌아올 것이며, 아울러 우리의 의학교육 수준 또한 저절로 세계화를 지향하게 될 것이다.

참 고 문 헌

1. 김용일: 대학과 기존 교육과정의 개선. 한국의학교육 6(2):34-43, 1995
2. Renewal of the MD Program at the University of British Columbia, Report of the Strategic Planning Committee on Curricular Revision, Faculty of Medicine, November 1994
3. Pearson SA, Wallis B: Evaluating the Outcome of the Undergraduate Medical Course, Faculty of Medicine, University of Newcastle, Australia, 1992
4. World Conference on Medical Education Report, World Federation for Medical Education, Edinburgh, August, 1988

5. Walton H: World Summit on Medical Education, Medical Education, 28 Supplement 1, 1994
 6. Rafei UM: Medical Education Reform in South-East Asia: WHO Perspectives, Southeast Asian Regional Conference on Medical Education Program & Abstracts, Pattaya, Thailand, February 1996
 7. Metcalfe D: Medical Education and the Role of the General Practitioner, Southeast Asian Regional Conference on Medical Education Program & Abstracts, Pattaya, Thailand, February 1996
 8. Panel on the General Professional Education of the Physicians, Physicians for the Twenty-First Century: The GPEP Report, J Med Educ 59:1-200, 1984
 9. Kaufman A, Mennin S, Waterman R, Duban S: The New Mexico Experiment: Educational Innovation and Institutional Change, Academic Medicine June, 285-294, 1989
 10. Reorienting Medical Education and Medical Practice for Health for All, Forty-eighth World Health Assembly, Agenda Item 18.2, May, 1995
 11. Boelen C: Frontline Doctors of Tomorrow, World Health 47th Year, No. 5, September-October 1994
 12. Boelen C: The challenge of changing Medical Education and Medical Practice, World Health Forum, 14, 213-216, 1993
 13. Brabch WT, Arky RA, Woo B, Stoeckle JD, Levy DB, Taylor WC: Teaching Medicine as a Human Experience: A Patient-Doctor Relationship Course for Faculty and First-Year Medical Students, Annals of Internal Medicine, 114:6, 482-489, 1991
 14. Neufeld VR, Barrows HS: The McMaster Philosophy: An Approach to Medical Education, Journal of Medical Education 49, 1040-1050, 1974
 15. Bloom SW: The Medical School as a Social Organization: the Sources of Resistance to Change, Medical Education 23, 228-241, 1989
 16. Personal Communication: Walton H.
-