

# 이런 의사를 원하였는가?

- 교육과정 개편에 임하는 자세와 전략 -

김 용 일

가천의과대학교 총장

## 머리말

의과대학 교수는 일반대학 교수와 여러 모로 다르다. 우선 의과대학에 입학하는 학생들의 수준이 월등하니 이들에게는 가르치는 보람이 크고, 학문발전에 대한 기여도로 보더라도 의대교수나 연구원들의 연구능력은 다른 분야 교수보다 한결 높은 수월성(秀越性)을 발휘하여 우리 나라 생명과학 연구를 주도하고 있으니 자존심 역시 만만치 않을 것이다. 이에 더하여 진료를 통한 사회봉사로 이들은 전 대학의 명예를 드높이고 있다. 이러니 사회적 관심과 대학의 지원은 당연하리라고 예상되나, 막상 실상을 드러다 보면 금방 의과대학 교수에 대한 불평등한 교수업적평가에다가 상대적으로 낮은 사회적 인정(認定)과 처우(處遇)는 교수들의 사기를 떨어뜨리고 있다. 이 점에 대해서는 대학 당국이 적절한 조치를 취하지만 매우 느리다고 불평하고 있지만 우리들에게도 약점이 없는 것은 아니다. 그 동안 우리들이 역점을 두어 왔다고 생각해온 교육에 관해서는 이외로 문제점이 많아 최근 들어 졸업생들이 사회적 지탄의 대상이 되고 있으며 다

른 분야에서 쌓아온 공적을 깎아 내리고 있다. 더욱이 가슴 아픈 것은 일반대학 교수보다 많은 시간을 학생교육에 보내는 것으로 되어 있으면서도 학내에서조차 충분한 credit를 얻지 못하고 있는 것이다.

현재 우리 나라에는 41개의 의과대학이 있으며 매해 3,100 여명 정도가 배출되고 있지만 곧 3,300여명으로 늘어날 전망이다(한국의과대학장협의회, 1999). 각 대학마다 교육여건이 서로 달라서 문제점과 개선방향을 한가지로 묶기는 어렵다. 또한 아래에 기술하는 문제는 비단 우리 나라만이 처한 것들이 아니어서 다른 나라의 대처방안도 면밀히 검토해 필요가 있다.

이 글에서는 우리 눈앞에 전개되고 있는 의과대학 교육 발전을 저해하는 요인들을 발굴하고 그 해결을 위하여 교육과정 개선의 접근방안을 제의하되 두 가지를 염두에 두고자 한다. 첫째, 신입교수에게는 현행 의학교육의 어려움을 소개하고, 둘째 대학 당국에 대해서는 교육과정 개편에 즈음한 추진전략에 초점을 맞추고자 한다.

## 지금 이런 의사가 배출되고 있다 : 현대 의학교육이 지닌 갈등

위의 소주제가 지닌 뜻을 확대한다면 '사회가 원하는 의사'와 '의과대학이 길러내는 의사'는 서로 다르다'라고 받아들일 수 있다. 현재 각 대학에서 길러내고 있는 졸업생들을 보고 있으면 과연 우리는 사회가 원하는 의사를 양성하고 있는지 의심스럽다.

특히 지금 각 대학이 편성하고 있는 교육 과정을 살펴보면 교수들은 졸업생의 의학적 지식이 부족하다고 생각해서 인지 사실적 지식 주입에 혼신의 힘을 기울이고 있는 것 같다. 그러나 이들의 지식이 부족해서 국민의 신뢰를 얻지 못하는 것 같지는 않다. 오히려 국민들이 원하는 것은 마음이 따뜻한 의사, 환자를 생각해주는 의사, 자신의 괴로움을 경청해주고 회복의 길에 동참해주는 그런 의사인데, 우리의 교육계획은 상기력 중심의 지식 투성이에다가 남을 의식하지 않는 요즘 학생들의 자기 중심적 사고까지 이를 부추기고 있다. 게다가 의사국가시험은 수십 년을 두고 지식만 쟁기고 있다. 많은 대학들이 내걸고 있는 과학적인 의사, 기독교 정신에 입각한 의사, 학문적인 의사라는 건학이념(建學理念)에서 아무 것도 얻지 못하고 있다. 오히려 대학이 독자적인 사고를 할 줄 알고 건전한 비판정신을 지닌 교양인을 만든 위에 의료 전문직이 지닐 수기와 직업인(professional)으로서의 사명감을 바라고 있는 것이다. 거듭 이야기해서 지금 사회가 바라는 의사는 우리들이 생각하는 것과 다르다. 여기서 오늘의 의학교육이 내포한 여러 가지 갈등 몇 개를 열

거해보고자 한다.

### 1. 많이 알기만 하는 의사

우리가 양성하고 있는 의사들은 많이 알지만 배운 지식을 현실에 적용하는데는 어려움을 겪고 있으며, 별도의 졸업후교육이 뒤따라야만 의사의 역할을 제대로 해낼 수 있다(AAMC, 1984). 이러한 문제는 비단 우리나라에 국한된 것은 아니지만 많은 대학이 마련한 의사양성프로그램은 졸업생을 수준 높은 일차의료 담당자로 만드는 것이 아니라 academic center에서 근무하는 '수준 낮은 전문의사'를 양성하고 있는 것이다. 한마디로 의과대학은 전공의교육에 앞선 준비학교일 뿐 결코 의사양성기관이 아니라는 비판도 있다. 예컨대 미국의학교육협회가 발간한 GPEP 보고서-일명 21세기의 의사상(AAMC, 1984)이나 세계의학교육연합회(World Federation for Medical Education, 1984)에 의하면 미국의 의과대학 임상전 의학교육(기초의학)에서 가르치는 지식의 4/5는 학기말 시험 후 일생을 두고 다시는 써 먹이지 않는다고 한다.

### 2. 환자를 인간으로 취급하지 않는 의사

현재 전국 의과대학에서 양성하는 의사는 일반적으로 환자를 인간으로 취급하기보다는 오히려 병을 가진 사물(subject)로 취급하고 있다(김용일, 2000). 즉 의사와 환자와의 관계에서는 인간이 받아야 할 인격적 대우나 권리가 무시된 채 일방적인 만남이 있을 뿐이다. 더욱이 오늘날의 의과대학은 졸업생들에게 생물학적인 것에만 온갖 정성을 쏟고 있다는 생

각이 든다. 그러나 의사와 환자간에는 대화가 통하지 않으며 바람직한 면접(interview)으로 충분한 정보를 수집하지 못한다. 마치 경찰서 취조실과 닮은 의료현장이라는 표현에 수궁이 간다. 즉 의사와 환자와의 첫 대면은 병력청취 시 대화로부터 시작하지만 이들은 대화를 이끌 줄도 모르거니와 면접술이 서툴다(Cole-Cole SA, 1991 ; 김용일, 1999).

### 3. 졸업 후 독자적으로 공부하지 못하는 의사

올해 입학한 학생들이 지금부터 10년이 지난 뒤에야 대학에서 공부한 지식을 활용하게 된다. 그러나 의과학적 지식의 반감기는 5년이라는 점을 감안한다면 오늘을 집중적으로 가르치는 교수의 강의는 졸업과 더불어 상당 부분 의미를 잃는다. 그래서 의사는 졸업 후에도 독자적 학습을 계속해야 한다고 하지만 대학은 재학 중에 자율학습 습관을 길러주지 못하고 그 잘못된 학습 당사자들의 몫이라고 학생들에게 맡긴다(Green, 1984).

### 4. 사회적 책무와 무관한 자질을 지닌 의사

근대 의학교육이 지닌 가장 큰 맹점중의 하나는 '서로 동떨어져 있는 의료현실과 의학교육을 방임한데 있으며 의과대학이 의학교육의 사회적 책임성(social accountability)을 제대로 수용하지 못한데 있다(Boelen, 1995). 현재의 의과대학 교육형태를 살펴보면 재학 중에 공부하는 학습내용과 졸업 후 의료일선에서의 진료임무간에는 심각한 차이가 있다. 의과대학의 교육목표는 재학시기부터 학생들에게 "지역사회가 바라는 최소한의 자질"이 무엇인지를 정확하게 파악하고 이것

들을 집중적으로 익히게끔 교육에 적극 반영하여야 한다고 주장하여 왔으나 실상 교수들은 상아탑적 입장을 고수할 뿐 사회적 책임을 부담하려 들지 않았다. 또 대학은 일차의료 중심의 교육목표를 제시하고 있지만 실제 교육과정은 3차 중심이어서 교육목표와 교육과정간의 괴리를 더하고 있다. 그러나 의과대학에서 제공한 것으로는 졸업 후 진료 일선에서 예상되는 임무를 효과적으로 수용하기 어려울 뿐만 아니라, 환자에게 필요한 의료행위를 적절히 제공하지 못하고 있다. 졸업 후 상당 기간 임상경험을 축적하면서 많은 착오를 범한 후에야 제대로 진료가 가능해진다. 그래서 의과대학 교육은 전문의교육을 위한 준비 학교일 따름이라는 자조적인 비판도 있다(AAMC, 1984).

### 5. 직업의식이 부족한 의사

직업성(professionalism)과 전문성(expertise)은 두 개의 완전히 다른 개념이다. 전자는 태도, 가치관, 부과된 임무와 같은 것을 수행하여야 하며, 후자는 지식, 기술, 효율성 등을 담당하는 일이다(Sullivan, 1995). 이 직업성과 전문성은 바람직한 의사가 되는데 필수 요건이며 따라서 의과대학을 졸업시키기 위해서는 결정적인 평가 대상이 된다. 그럼에도 불구하고 의학교육자들은 오랫동안 전문성을 측정하기 위하여 많은 노력을 기울여 왔지만 직업성을 무시하였던 것이다. 비의사 집단에게 최근 의사들을 이야기하라고 하면 금방 '비인간화된 의사'를 지적한다. 이는 최근의 의약분업과 관련된 사회적 비판에서도 읽을 수 있다.

## 현재 우리가 담당하고 있는 교육의 모습은 어떤가?

의과대학의 교수들은 정말 열심히 가르친다. 그리고 학생들을 위하여 여기 저기에서 많은 정보를 챙겨와서 강의를 통해 지도하면서 좋은 의사를 만들려고 노력한다. 그러나 지역사회에 나가보면 어떤가. 금방 우리가 가르쳐 온 것 하나하나는 전공분야 교수 자신에게는 매우 중요하지만 일선 의료에 연계되지 않고 있음을 알게 된다. 즉 우리들이 알게 모르게 교수 중심으로 교육 프로그램을 편성하는 사이에 의과대학 교육과 실제 지역사회의 현실간 현저한 차이가 있다. 그러면 의과대학이 제공하는 의사양성교육은 어떤 모습을 하고 있는 것일까.

Abrahamson 교수(1978)는 교육과정병(diseases of curriculum)이라는 논문을 발표하였는데 많은 교수들에게 근대 의학교육의 문제점 특히 교육과정의 비틀림을 이해하는데 큰 도움을 주었고 이는 지금 우리 나라 의학교육의 병증을 그대로 반영하고 있다. 그의 논문에 의하면 의과대학의 교육과정의 잘못을 질병에 비유하여 명명하고 해설하였는데 그 중에서도 몇 가지를 한국적인 상황에 적용하여 해설하면 다음과 같다(김용일, 2000).

1) 교육과정 경화증(curriculosclerosis) : 시대의 요구가 변하는데도 변화를 거부하면서 전통적인 교과목 중심 교육계획을 고수하려는 병이다.

2) 교육과정염(curriculitis) : 교수들이 독자적으로 자신의 교육만을 최상의 것으로 편성하다보면 교육 자체(전체)가 썩어 가는 줄도

모른다.

3) 교육과정 비대증(curricular hypertrophy) : 교실 역할이 너무 강화되는 바람에 대학의 균형된 교육목표 추구와는 관계없이 교실간에 영역 다툼 같은 현상이 일어나서 주위의 학과목을 의식하지 않고 독자적 교육과정의 비균형적 비후를 초래하였다. 그 결과 대학의 교육과정이란 학문의 종합이 아니라 수십 개 교실 교육과정의 합(合)으로 변해버린 교육과정병이다. 어느 대학 할 것 없이 강의시간이 부족하다고 주장하고 자기 교실 강의시간의 확대를 고집하는 바람에 대학 전체로 보았을 때 교육과정의 불균형을 초래하는 병이다.

4) 교육과정 위축병(curricular atrophy) : 교육이 연구나 진료에 밀려 교육이 황폐화되는 줄도 모르고 있다가 교육과정이 완전히 위축되어 버리는 병이다.

5) 교육과정암(curriculumoma) : 학문이 의학 발전방향에 발맞추어 균형 있게 자라는 것이 아니라 견제가 불가능한 상태로 교육과정이 걸잡을 수 없이 제멋대로 자라는 암과 같다는 이야기다. 사회적 필요성이 강조되면 금방 새로운 교과목이 교육과정표에 나타나는 것이 그 예이다.

이상의 교육과정병을 초래하는 상황들을 열거하면 아래와 같다.

### 1. 교수가 가르쳐야 학생이 배운다는 착각이 남아 있다.

지금의 교육과정을 훑어보면 "배움은 교수-학생간의 만남에서만 이루어지며 교수가 강의하지 않고는 학생들에게 배움이 일어나지 않는다"는 사실을 전제로 편성된 교육계획이다.

이런 가정 하에서 각 대학은 강의가 중심인 교육과정을 편성하고 있다. 즉 지금의 교육은 교수가 가르치면 학생들이 배운다고 생각하는 이른바 완전히 교수중심 프로그램임을 암시하고 있는 것이다. 그러나 학생들은 교수가 강의하지 않아도 배운다. 교수가 어떻게 하면 되는지 알려만 주어도 때로는 더 열심히 혼자서 또는 그룹으로 잘 배운다(김용일, 1996).

## 2. 비싼 의사 양성 계획

현재 대학이 제공하는 교육계획은 2차 또는 3차 진료를 위한 의사양성에 초점을 맞추고 있어서 장차 대학이나 종합병원과 같은 학문 중심 의료원(academic center)에서 시행하는 진료에 참여할 의사를 양성하는 프로그램이며, 지역사회가 요구하는 일차 의료의사(기본의료수행의사) 양성에는 큰 도움을 주지 못하는 교육이다. 즉 현행 교육은 투자한 교육경비에 비해서 효율성이 떨어지는 프로그램이며 교수들의 많은 시간을 뺏는 교육계획일 뿐 아니라, 실제로 학생들이 졸업 후 담당할 역할에 비하여 과다하게 투자하고 있다(김용일, 1999).

## 3. 로봇 의사 양성 교육이다 : 전체를 위한 개인의 희생

지금의 교육과정은 한마디로 [전체의 이익을 위해서 개인의 능력개발이 희생되어야 하는 교육과정]이다. 즉 모든 학생이 같은 시기에 모든 내용을 똑같이 같은 방법으로 공부하도록 편성되어 있는 로봇 교육이다(김용일, 2000). 현재 전국의 각 의과대학이 운영하고 있는 교육과정은 개개 졸업생의 졸업 후 임무에 맞춘 교육 즉 교육의 개인화(individual

learning)를 지향하고 있다기보다는 가르침을 주는 교수 측의 효율성(效率性)을 존중하는 전체주의적 교육에 바탕을 두어 마련된 것이기 때문에 배우고 가르침 (learning and teaching)이 서로 분리된 교육이다. 현재 우리들이 길러 낸 의사들이 바로 이런 요구 속에서 대학을 졸업하여 왔기 때문에 재학 중에 배운 많은 지식이 제대로 써 먹히지 않거나와 필요한 부분에서는 상대적으로 부족하다.

한동안 대학은 표준화, 대량화, 효율성을 빙자하여 교육도 통일성, 획일성을 주장하여 왔다(Tofler, 1980). '큰 것은 아름답다(large is beautiful)'라는 잠재의식이 우리를 지배하여 왔던 것이다. 그리고 전체를 위해서라면 나 하나쯤 희생되는 것도 하나의 미덕(美德)으로 취급되어 왔다. 그 결과 나타난 것이 전과목필수 교육과정이었으며, 이런 맥락 속에서 발전시킨 것이 바로 통합교육(integrated curriculum)이었다. 그러나 세월이 바뀌어가고 있다. 의료의 요구가 조금씩 개인화 되어 가고 있으니 의학교육도 이에 맞추어 개인화 되어 가는 것이 극히 당연하다고 생각된다. 가르쳐도 못 알아듣는다면 이는 결코 값싼 것이 아니다. 선택의 기회를 더 넓히는 교육이 필요한 것이다. 필수로부터의 해방, 핵심교육 중심, 선택 기회의 확대야말로 앞날을 겨냥한 교육의 참모습이 되지 않을까 생각한다(김용일, 2000).

## 4. 자연과학 중심의 의예과 교과목 편성

의사가 담당하는 임무는 인간의 생물학적인 문제만 취급하는 것이 아니다. 의사와 환자와의 만남에서 일어나는 제반 인문·사회학적 자질을 요구하고 있으나 대학은 이들을 무시

하거나 의예과교육에 미루어버렸다. 대신 자연 과학계열의 생물학, 화학, 물리학, 수학 등에 밀리고 말았다. 그러나 이들 역시 의학의 어느 부위와 연계되는지 의과대학에서 요구하고 있는 것이 무엇인지를 알지 못한다.

특히 환자들이 계속해서 한의사를 찾는 이유는 무엇인가? Medical shopping 지수가 높은 이유가 그 중의 하나이겠지만 이들이 환자를 대하는 접근방법이 우리들과는 다르다. 이들은 환자의 주소에 경청하고 괴로움에 동참하면서 진료에 임한다.

### 5. 진료는 연계하면서 교육에는 연계가 없다

환자 진료에 필요한 자질은 교양으로부터 임상의학에 이르기까지 하나로 총화를 이루면서도 교육은 따로 따로 분리되어 있다. 의과대학 교육은 일반 대학과는 달리 학년제를 전제로 이루어지고 있으며, 또 학년제는 선수과목 제도를 전제로 하는 프로그램이다. 즉 학년별/학과목별 연계를 의식한 프로그램이다. 그러나 의과대학 첫 1-2년(의예과 1년, 2년) 동안에 학습시키는 자질과 고등학교 학습 간, 의예과 기초학문계열 간, 의예과학문-기초의과학 계열 (교양과목-의학전 기초과학교과목) 간, 그리고 기초의학-임상의학간에 의미 있는 연계 없이 독립적으로 이루어지고 있다.

### 6. 너무 많이 가르친다

의과대학 재학 중에 교수들이 학생들에게 가르치는 내용의 상당부분은 전공의교육(대학원교육)내용과 큰 차이가 없다고 한다. 이는 졸업후 교육의 수준이 낮거나 의사양성교육의 수준이나 범위가 너무 높고 넓은 것을 뜻한다.

이른바 일차의료요원 양성목적과 사뭇 다른 교육을 하고 있는 셈이다.

### 7. 관광실습

현재 우리 나라 의과대학 학생들이 하고 있는 실습을 두고 "관광실습"이라고 한다(김용일, 1996). 학생 본인이 교수나 임상지도자의 감독을 맡으면서 실제로 해보는 것이 아니라 어깨 너머로 구경하는 실습이다. 강한 책임관, 환자와의 훌륭한 면접, 주위 의료요원과의 원만한 관계 유지 등은 아예 평가되지 않고 출석만 챙기고 있다. 따라서 학생들은 임상실습을 적당히 어물거리고 빨리 도서관에 가서 하나라도 더 외워서 시험성적을 높이려 한다. 그러나 의학적 배움은 스스로 해보지 않고는 실제 상황에 적용할 능력을 개발 할 수 없다. 그런 대도 교수들은 이를 챙기지 않고 모른채 한다.

### 8. 장래를 내다보지 못한 교육

올 해 대학에서 공부하고 있는 학생이 환자 진료에 참여하는 시기는 지금부터 10-13년 후가 된다. 따라서 우리들이 공부시키고 있는 것은 현재에 바탕을 둔 교육내용이고 방법이며 다가오는 시대에 예상되는 의료-사회 환경이나 교육변천을 염두에 두고 있지 않다. 수명의 연장, 생활 방식의 변화 등으로 예상되는 질병양상의 변화나 의사를 방문하는 환자들의 이 유도 매우 다양할 것임을 염두에 둔 미래지향적 자질개발에 개의치 않는다.

### 9. 주변 학문의 발달을 무시한 교육

질병에 도전하는 인간의 지혜에도 하루가 다르게 많은 변화가 일어나고 있다. 분자생물

학, 컴퓨터과학 등 주변과학의 발전에 힘입어 개개 질병개념에 대한 재해석이 이루어질 것이고, 특히 human genome project가 완성되면서 의료는 많은 변화를 초래할 것이다. 이에 더하여 대학병원을 중심으로 한 유전자치료나 인공장기의 개발로 치료범위의 확대나 방법의 개선이 21세기 의료를 주도할 것이며 이에 합당한 가치관이나 의료윤리에도 크다란 변동이 예상된다. 그리고 이러한 변화를 겨냥하고 교육에 임하는 우리의 태도는 매우 느리다.

아울러 컴퓨터 과학의 발달은 학생들의 학습방법에도 큰 변화를 초래하여 학생들의 cyber 학습은 교수중심 교육을 완전히 뒤바꾸어 놓을 것이나 대학은 아직 이에 대해 방임하고 있다.

### 10. 학생들이 힘들게 공부한다.

대부분의 교육과정이 필수과목으로 편성되어 있고 학생들 자신의 취미나 관심이 무시되고 있는데다가 많은 교수들이 제마다 학생들에게 방대한 자료를 외우도록 강요하고 있다. 이에 더하여 대학의 교육이 너무 구조화되어 있어서 학생들은 빡빡한 시간표 속에서 즐겁게 공부하는 기회를 잃고 있다. 또 등록금이 신청 학점과 연계되는 때가 온다면 학습에 대한 이들의 요구가 새로운 분쟁요인으로 부각될 것이다.

## 교수직에 대한 나의 반성

### 1. 「교육봉사는 마지막 순서이다(Education comes the last priority)」란 사실인가?

현재 우리 나라 의과대학은 교수들이 교육에 많은 정성을 드러주기 바라면서도 실제로 연구업적을 재고 있으며, 그리고 병원은 좋은 진료를 바라고(강요하고) 있다. 교육에 충실하지니 연구업적으로 교수 승진이, 그리고 병원 수입 증대 요구가 교육 투자에 대한 교수들의 발목을 잡고 있다. 그런 속에서 교육은 뒤로 밀리고 겨우 짬을 내어 피동적으로 학생교육에 참여할 정도로 되어버렸다. 그러니 보상도 인정도 없는 교육에 시간을 할애하려하지 않게 되고 또 그나마 그 짧은 시간을 소비하는 것도 형식화되고 만다.

### 2. 「좋은 선생의 개념」이 바뀌고 있다.

훌륭한 연구를 하고 좋은 논문을 발표하면, 그리고 많은 환자를 진료한다면 훌륭한 교수라고 생각하던 때가 있었다. 그러나 훌륭한 연구가가 곧 우수한 교육자라는 등식은 더 이상 기대하기 어렵게 되었고 게다가 강의 형식을 이용한 교육의 비효율성이 지적된 이상 강의 분담으로 교육의 책임을 면하려는 태도에는 문제가 있다(Barrows & Tamblyn, 1980).

### 3. 국내 일부 의과대학의 교육과정 개선과정에서 얻은 경험

국내 의과대학이 직면한 의학교육의 문제점은 크게 두 가지로 구분할 수 있다. 하나는 기설 의대가 교육과정 개선과정을 통해 겪는 어려움이고, 또 하나는 신설의대가 갖는 또 다른 면의 심각성이다.

#### 1) 기설 의대의 교육과정 개편

비단 우리 나라에 국한되는 것은 아니지만

오랜 전통을 가진 기설 의과대학이 경험하는 교육과정 개편의 어려움은 아래와 같이 요약할 수 있다.

- ① 전통 파괴에 대한 저항 (새로운 변화에 대한 보수적인 태도)
- ② 새로운 교육학적 도전에 대한 교수들의 막연한 불안(조심스러움)
- ③ 자기 노출에 대한 반발 (교수 개인의 권위 상실에 대한 불안)
- ④ 새로운 교육학적 시도에 대한 교육자로서의 소외감
- ⑤ 추가되는 교육투자 경비
- ⑥ 의사 결정과정에서 제외되는 절차
- ⑦ 교육외적 영향(교육풍토) : 학장 선거, 연구 부담 (대학원 교육, BK 21사업)
- ⑧ 고유 학풍의 파괴

## 2) 신설의대 교육과정 개선의 특징

신설 의대가 갖는 교육과정 개선은 또 다른 면모를 갖추고 있다. 즉 기설 의대가 가진 문제점에다가 신설의대가 갖는 또 다른 어려움이 합쳐져서 나타난다.

- ① 기설 의대 교육계획 자체의 복사
  - ② 대학 개설 시기에 촉박한 교육계획 준비
  - ③ 교육경험의 부족
  - ④ 교육기반(교수 부족, 교육 시설)의 열악성
- 그 중에서도 가장 위협한 것은 위와 같은 신설 의대가 갖는 특징에다가 이들이 대개 기설 의대 교육과정을 복사하기 때문에 겪는 이중 어려움이다.

## 교육개선을 위한 접근방안

- 교육과정 개발에 임하는 자세 -

연세대학교 의과대학이 새로 개발한 개혁형 교육과정(연세의대, 2000)을 대학 자체의 통일된 의견으로 추진하기 위해서는 아래와 같은 전략이 도움을 줄 것이다.

### 1. 전략

1) 교육과정 개편 성공의 열쇠는 교수들의 참여와 직결되며 어느 다른 요인보다 소중한 것임을 인식한다. 생명의학에 참여하고 있는 교수이면, 특히 의사이면 누구나 변화에 대해 일단 주저하고 신중하고자 하는 태도를 가지고 있음을 이해하여야 한다.

2) 교육과정을 개편하여야 하려는 명분과 실리를 충분히 토의하고 반드시 문건으로 만든 다음에 공식적인 절차를 거쳐 동의를 얻는 것이 바람직하다.

3) 교수들의 consensus는 ① 현행 교육과정의 문제점 ② 개선 기본 방향의 설정 ③ 구체적인 방안의 순으로 하나씩 그리고 따로 동의를 받는 것이 좋다.

4) 현행 교수방법이 최선의 방법이 아니라 는 점에 대하여 교수들의 충분한 동의가 필요하다.

5) 교육과정 개선방향이 확정된 뒤에도 본부의 승인절차, 구체적인 계획표 작성과 교육 지도자(tutor)의 훈련, 자료의 개발 등으로 최소한 2년 이상의 시간이 소요된다는 인식 하에서 추진하는 것이 좋다.

6) 대학 당국자는 파종과 수확(seeding and harvest)의 보람을 한꺼번에 얻으려는 욕심을



버리고 탄탄한 교육계획을 면면히 쌓아 많은 양의 추수(秋收)를 기대하여야 한다.

7) 교육담당부서(예: 의학교육학과)를 보다 강화하고 적극 활용하되 별도의 심의기구를 만들어 수시로 격려하고 감독하여야 한다.

## 2. 「무엇을 가르칠 것인가」로부터 「어떻게 배울 것인가」로

여차피 다 가르치지 못할 바에야 가르치려는 내용(contents) 자체보다는 절차(process)에 유념할 필요가 있다.

1) 정보는 한없이 쏟아져 들어오는데 언제까지나 강의 의존 교육체제를 유지할 수 없다. 강의 이외의 다른 학습방법을 택하는 것도 검토할 만하다(체험의학, Off-campus clerkship 등).

2) 학생들의 학습 방법도 바뀌고 있다. 피동적인 강의 청취로 공부하는 것이 아니라 스스로 공부하는 습관을 유도하는 것이 바람직하다. 특히 internet를 이용한 학습은 과제(home assignment) 공부의 폭을 넓혀 준다.

## 3. 형식으로부터 실리(實利)로의 전환

1) 필수와 선택의 폭을 분명히

「다 가르치지 못한다면 꼭 필요한 것만 가르쳐라」는 철학은 어느 학문 분야에도 통한다. 의과대학을 졸업한 후 어떤 진로를 가든 모두에게 필수적인 것을 가르치고 나머지는 본인의 희망에 따라 선택케 하는 것이 근대 의학교육의 철학임을 재확인할 필요가 있다.

말하기는 쉬우나 실행에 가서는 선택과정처럼 힘든 것이 없다. 선택의학의 성공 여부는 교수들의 참여도에 달렸다. 선택의학은 이론적으로 가능하지만 실천과정에서 우리 나라의

많은 대학이 문제점을 해결하지 못하였는데 그 중요한 이유는 교수들의 참여 기피이다. 이를 위해서는 대학 당국이 참여하는 교수에 대한 적절한 인정(실리적 보상 포함)이 필요하다. 학생들 입장에서 보았을 때 자신이 선택한 것에 대해서는 남보다 강렬한 자부심과 사랑을 갖게 되고, 깊게 생각하게 되며, 뒤따라오는 여진(餘震)도 크다. 그리고 이러한 선택이 옳다는 것이 증명될 때 그 기쁨은 더 없는 보람과 애착으로 연결된다.

2) 균형된 자질 개발을 위한 조치

지식, 수기, 태도 등 모든 것을 따로 따로 가르치고자 할 때 많은 시간이 필요하다. 차라리 이들을 연계한 프로그램을 편성하는 것이 시간도 덜 들고 학생들의 학습을 편히 해준다. 그 중에서도 의사라고 하는 직업적 사명감을 고취시키기 위해서는 태도 영역에 대한 균형된 교육목표의 배정과 교육계획의 수립은 교육과정 개정의 첫 단계가 되어야 한다.

3) 병실 실습으로부터 외래 실습으로

현재 각 대학에서 이루어지고 있는 임상실습의 대부분은 병실실습이다. 그러나 졸업 후 의사들이 보내는 시간의 대부분은 외래환자들과의 접촉이다. 즉 의사가 담당하는 환자 진료의 95%가 외래에서 이루어지는데 반하여 입원 환자 진료는 5%에 불과하다(AAMC, 1984). 그럼에도 학생실습의 대부분이 병실 실습으로 대치되고 있는 현황은 academic center 중심으로 의사를 양성하려는 발상으로 오해받을 수 있다. 이제는 형식으로부터 실리를 찾는 교육으로 방향 전환할 때이다.

4) 교육에 대한 과감한 보상

보상이란 단순히 금전적으로만 해결되는 것이 아니다. 물론 재정적인 지원도 필요하지만 교육에 대한 대학 당국의 인정(recognition)이 필수적이다. 그리고 자투리 시간으로 학생교육 의무를 메우는 시대는 끝나고 있다.

5) 과감한 초기 계획

첫 단추가 바로 끼여져야 모든 단추가 제 구실을 한다. 의과대학 첫 학년부터 제대로 된 계획이 필요하다. 그것이 곧 임상의학총론(Introduction to clinical medicine)이다. 이를 통해서 의사다움(doctoring)과 대화법/면접법의 자질을 길러 주기를 권한다.

4. 교육과정 개발의 4C에 대한 이해

전문이 아닌 것으로 전문가연하는 것은 매우 위험하다. 특히 data 없는 결정은 더욱 위험하다. 그러니 전문직 인력을 보장하고 이들에게 기획기능과 자료 개발을 맡기고 이들의 활동을 지원하기를 권장한다. 이 때 필요한 것은 교육과정에 대한 새로운 인식이다. 교육과정이란 대학이 배움을 효용성 있게 편성하는 학생들의 학습 활동이다. 교수 자신의 편이나 교실간의 power game과는 무관한 것이라는 사실에 동의한다면 교육과정의 개선은 학생들에게 배움이 더 잘 일어나도록 돕는 데서 시작하여야 한다. 이를 위해서 교육과정 기획의 4C를 소개하고자 한다(Guilbert, 1984).

1) 지속적이어야 한다(continuous) : 시대의 변화에 따라 의료요구가 달라지고 교육 목표가 변하므로 교육과정 역시 이에 맞추어

지속적으로 개선하여야 한다.

2) 협동적(cooperative)이어야 한다 : 한 두 사람의 아이디어로 교육과정을 편성할 것이 아니라 관련된 사람들이 함께 협동하여 프로그램을 편성하여야 한다.

3) 총체적(comprehensive)이어야 한다 : 프로그램 한 두 개에 국한된 기획이 아니고 전체를 향한 접근방법이어야 한다.

4) 단단하여야 한다(concrete) : 프로그램 기획에 그치지 않고 실행에 연계되어야 하며, 확실한 직업적 임무가 중심이 되도록 한다.

결론 및 제안

많은 교수들은 오늘날의 교육에 대하여 색다른 생각을 하고 있다. 즉 "지금 우리가 안고 있는 여러 가지 교육상의 문제를 몰라서 고치지 못하는 것이 아니다. 오히려 교육여건이 나빠서 하고 싶어도 못하는 것이다."라고 변명을 할지도 모른다. 그러나 이에 대한 사회의 역할문은 "그러면 교수 수가 늘어나서 환자 진료에 빼앗기는 시간이 줄고, 실습시설이 충실해져서 이것저것 해줄 수 있는데다가 충분한 강의시간이 주어지고 실습비가 증가하여 수준 높은 실습을 한다면 당장에라도 교육이 잘되고 우리가 바라는 그리고 사회가 원하는 의사가 배출되는가?"일 것이다.

이에 대하여 근간 제기되고 있는 것은 "대안 없이 불평만 할 것이 아니라 대학 당국에 대한 우리들의 요구도 커져야겠지만 우리의

실정에 맞는 새로운 안을 스스로 만들어내어 보자"는 것이다. 이를 위해 모든 교수들이 다음과 같은 사안에 대해 의견을 대학에 제출할 때이다.

### 1. 지역사회 의 의료문제가 무엇인지를 직시하고 해답을 찾아내자

다른 나라에서만 정보를 얻을 것이 아니라 우리가 대상으로 하고 있는 지역사회가 안고 있는 문제가 무엇이고, 환자들의 요구가 어디에 있는지를 직시하고 의료요구를 수용하면서 교육계획을 다시 마련하기를 제안한다.

### 2. 교수 모두의 참여 없이는 이 큰 과제를 해결할 수 없다

교육과정 개선이란 힘든 작업이나 필수적인 연속성을 요구하는 절차이며, 모든 교수들의 적극적인 참여를 필요로 한다. 필수이든 선택이든 학생들 스스로가 즐겁게 공부하는 프로그램을 편성하기 위해서는 교수가 적극적으로 대학을 믿고 지원하여야 한다.

### 3. 교수에 따라 자질이 서로 다르다는 사실을 인정시켜야 한다

교수마다 서로 다른 자질을 가지고 있다. 연구를 잘 하는 교수가 있는가 하면 진료에 최대의 관심을 가진 교수가 있다. 그러나 교육은 모두의 권한인 동시에 책임이다. 의과대학 교수의 다양성을 인정하도록 대학 본부를 설득하여야 하는 것이 급선무이며 이들의 희망과 자질에 따라 역할을 track화하고 업적평가도 이에 맞추어 이루어져야 한다.

## 참고문헌

1. Abrahamson S. "Diseases of Curriculum". J Med Educ 1978;53:951-957.
2. Association of American Medical Colleges. Physicians for the Twenty-one Century. The GPEP Report. Report of the panel on the general professional education of the physicians and college preparation for medicine. Association of American Medical Colleges, Washington DC, 1984 (김용일 역. 21세기의 의사상, 의학교육연수원, 1987).
3. Barrows HS, Tamblyn RM. Problem-based Curriculum - An Approach to Medical Education. New York, NY, Springer Publishing, 1980.
4. Boelen C. Prospects for change in medical education in the twenty-first century. Acad Med 1995;70:521-534.
5. Cole-Cole SA. The Medical Interview. The Three-Function Approach, Mosby-Year Book Inc, 1991
6. Gilbert J-J. Educational Handbook for Health Personnel. WHO Offset Publication No.35, Revised ed., Geneva: WHO, 1984
7. Green JS, Grosswald S, Walthall III DB. Continuing Education for the Health Professions, San Francisco : Jossey-Bass Publisher, 1984
8. Miller GE, Graser HP, Abrahamson S, Harnock RS, Cohen IS, Land A. Teaching

- and Learning in Medical School, Harvard University Press, Cambridge, 1961
9. Sullivan WM. Work and ingegrith: the criteria and promise of professionalism in America. New York: Harper Collins, 1995
10. Tofler A. The Third Wave. New York : William Morrow & Co, 1980
11. World Federation for Medical Education. World Conference on Medical Education Report, Edinburgh(The Edinburgh declaration), 1988 (한글 번역문은 박형중. 한국 의학교육 1989;1; 44-48에 게재되어 있음).
12. 김용일. 기존 의과대학에서의 교육과정 개선. 한국의학교육 1995;6:34-43.
13. 김용일. 의학교육산책 - 배우며 가르치며. 서울대학교 출판부 1996
14. 김용일. 21세기의 의사 양성 - 차세대 교육 계획을 위한 가교의 설계. 한국의학교육 1999;11:9-15.
15. 김용일. 사례로 배우는 의학교육, 서울대학교 출판부
16. 연세대학교 의과대학 의학교육학과. 연세대학교 의과대학 교육과정 모형 개발연구. 2000. 4
17. 한국의과대학장협의회. 의과대학 교육현황 제8집, 1999