

우리나라 전공의 교육 및 관련 인증기관에 대한 통합적 관리계획

임기영

아주대학교 의과대학 정신건강의학교실

Integrated Management Plan for Graduate Medical Education and Accreditation Bodies in Korea

Ki-Young Lim

Department of Psychiatry and Behavioural Sciences, Ajou University School of Medicine, Suwon, Korea

Graduate medical education is the most important phase among the three stages of medical education. It links basic medical education and continuing professional development. It is also a critical period in acquiring meaningful knowledge, skills and professionalism. The residents should be able to develop the core common competencies on top of their specialized field's expertise, in order to function as independent and qualified physicians. Despite the obvious importance of graduate medical education, the system in Korea has been designed and executed to meet the needs of the hospitals in the perspective of manpower management, rather than to educate and empower the residents. As a result, graduate medical education in Korea lacks clear educational objectives and systemic, resident-centered curriculums. Yet, we have no accreditation body to evaluate graduate medical education programs. In order to normalize graduate medical education, an integrated and unified institution that manages the whole process of the graduate medical education is desperately needed. Special attention should be given to the role of medical schools in educating the core common competencies. The Korean Association of Medical Colleges, the Korean Institute for Medical Education and Evaluation, and the Korean Academy of Medical Sciences should cooperate intimately to establish a new organization for the systemic management and development of graduate medical education.

Keywords: Accreditation, Graduate medical education, Management

Corresponding author

Ki-Young Lim
Department of Psychiatry and Behavioural Sciences, Ajou University Hospital, Ajou University School of Medicine, 164 World cup-ro, Yeongtong-gu, Suwon 16499, Korea
Tel: +82-31-219-5180
Fax: +82-31-219-5179
E-mail: kyylim@ajou.ac.kr
https://orcid.org/0000-0003-0256-4240

Received: September 28, 2018

1st revised: October 23, 2018

Accepted: October 24, 2018

서론

전공의 교육은 기본의학교육(basic medical education), 졸업 후 의학교육(graduate medical education), 그리고 평생교육(continuing professional development)으로 이어지는 의학교육의 세 단계 중에서도 가장 중요한 부분이다. 왜냐하면 전공의 시기는 성인 학습이 본격적으로 시작되는 시기이고, 의미 있는 학습이 가장 효율적으로 이루어지는 시기이기 때문이다[1]. 성인 학습은 문제 중심 학습이고, 경험을 통해 습득되는 학습이며, 학습자 스스로 학습목표와 내용을 정하는 자기주도학습이다. 의미 있는 학습이란 학습자가 자신이 이미 알고 있는 개념이나 정보에 새로운 아이디어를 연결시킴으로써 지식을 체계적으로 구축할 수 있는 학습이며, 이와 같이 체계화된 지식만이 문제상황에서 효율적으로 인출, 활용될 수 있다. 즉 전공의

들은 자신이 무엇을 왜 배워야 하는지, 얼마나 배워야 하는지를 정확히 알고 공부하는 사람들이다. 전공의들은 스스로의 동기부여에 의해 공부하고, 배운 것을 임상현장에서 곧바로 활용함으로써 문제해결형 지식을 가장 효과적으로 축적할 수 있다. 또한 전공의 시기는 사회화와 전문화가 이루어지는 결정적인 시기이며, 전문직 업성, 직업윤리, 팀워크, 리더십, 책임감, 이타심 등과 같이 전문가에게 요구되는 태도와 가치, 핵심역량들을 전공분야의 지식과 함께 습득하는 시기이다. 의국이라는 폐쇄적이고 제한된 공간에서 소수의 동료 선후배 전공의, 교수, 간호사들과 밀접히 상호작용하면서 익히는 태도와 가치, 핵심역량들은 평생 지속된다 해도 과언이 아니다. 왜냐하면 일단 전문의가 되고 난 후에는 이에 대해 피드백을 받거나 성찰을 하여 교정할 기회가 그리 많지 않기 때문이다.

이와 같이 전공의 시기는 매우 중요한, 어쩌면 결정적이라고 할

수 있는 학습기간이지만, 우리나라의 경우 전공의 교육이 가장 소홀히 다루어지고 있으며, 체계적인 관리도 안 되고 있는 실정이다. 전공의 교육의 본질이 무엇인지에 대한 인식도 부족하고, 전공의 교육을 누가 책임지고 관리해야 하는지에 대한 합의도 제대로 이루어져 있지 않은 것이 우리나라 전공의 교육의 현실이다. 해방 이후 지금까지 우리 사회의 모든 분야가 비약적으로 발전하고, 기본적인 교육을 포함한 모든 교육제도와 내용, 그리고 교육과정 평가 등 전 분야가 크게 바뀌었음에도 불구하고, 유독 전공의 교육만은 폐쇄적이고 경직된 도제교육에서 벗어나지 못하고 있다. 현재와 같은 전공의 교육으로는 사회가 요구하는 의사, 4차 산업혁명시대를 선도적으로 이끌어 나갈 수 있는 전문의 양성은 결코 불가능할 것이다. 이에 우리나라 전공의 교육의 역사와 현황을 살펴보고 미래의 전공의 교육을 위해 관리 및 인증을 어떻게 하는 것인지 바람직한지 논의해보고자 한다.

우리나라 전공의 교육의 역사와 문제점

전공의 시기의 교육을 우리는 흔히 수련이라고 부르며, 실제로 과거에는 전공의를 수련의로 지칭하였다. 그러나 수련이라는 명칭이 일반 국민들에게 아직 정식 의사가 아닌 사람이라는 오해를 불러일으킬 수 있다는 우려 때문에 1976년 4월에 '전문의의 수련 및 자격 인정에 관한 대통령령'을 개정하여 전공의로 고쳐 부르게 되었다. 그러나 의료법을 포함한 우리나라의 모든 법률과 규정에서는 전공의 시기의 교육을 여전히 수련으로 지칭하고 있다. 즉 '의료법' 제77조 1항은 의사, 치과의사, 또는 한의사로서 전문의가 되려는 자는 대통령령으로 정하는 수련을 거쳐 보건복지부장관에게 자격인정을 받아야 한다고 되어있고, 대통령령인 '전문의의 수련 및 자격 인정 등에 관한 규정' 제2조에는 전공의란 수련병원이나 수련기관에서 전문의의 자격을 취득하기 위하여 수련을 받는 인턴 및 레지던트를 말한다라는 항목이 있다.

그러나 수련과 교육은 같은 의미가 아니다. 일반적으로 수련은 교육의 일부이며 수련만으로는 전문가로서의 지속적 발전을 기대하기 힘들다. 왜냐하면 수련은 도제제도하에서 스승과 같은 수준의 기술과 지식을 갖춘 복사판을 만들어 내는 것이 목표임에 반해 교육의 목적은 스승의 수준을 뛰어넘는 것이기 때문이다. 흔히 '청출어람 청어람(靑出於藍 靑於藍)'으로 표현되는 교육에서 스승과 같은 수준이 되는 것은 출발점이지 최종 목표점이 아니다. 그럼에도 불구하고 우리나라의 경우 졸업 후 의학교육인 전공의 교육을 수련으로 지칭함으로써 교육의 의미가 축소되고 직업훈련의 의미가 강조되어 온 경향이 있다. 전공의 교육은 단순히 전공분야의 기술이나 술기를 습득하는 수련을 넘어 전문가로서 필요한 다양한 역량을 갖추어야 하는 교육이 되어야 하며, 이런 의미에서 이제는 수련이란 용어를 쓰지 말고 전공의 교육, 더 바람직하게는 졸업 후 의학교육이라는

용어를 사용할 필요가 있다.

우리나라 전공의 교육과정은 1914년 세브란스병원에서 시작한 인턴제가 그 효시이다. 당시의 기본적인학교육과정은 4년이었으며, 해방 후 미군정에 의해 최초로 2+4의 6년제 기본적인학교육과정이 도입된다. 이후 1951년 9월 '국민의료법'이 개정되면서 제4조에 '의료업자는 명령으로 결정한 바에 의하여 주무장관의 허가 없이 그 전문과목을 표방할 수 없다'는 규정이 생기고, 내과, 외과, 산부인과, 소아과, 정신과, 정형외과, 안과, 이비인후과, 피부비뇨기과와 방사선과 등 모두 10개의 전문과목이 설치되는 등 '의료업자 전문과목 표방 허가제'가 본격적으로 시작되었다. 그러나 이때의 제도들은 전공의 교육을 위한 제도가 아닌 전문과목 표방이라는 의료관리 차원의 제도였으며, 표방 허가 역시 2년 이상의 수련을 받고 6년 이상 해당 전문과목을 표방하여 진료해 온 사람들을 대상으로 서류 심사만으로 발급되었다. 인턴 1년, 레지던트 4년, 도합 5년의 수련을 요구하는 '레지던시(residency, 수련)' 제도는 1955년 보건부 예규 2458호로부터 시작된다. 졸업 후 의학교육 제도로서의 전공의 교육은 이때부터 정식으로 시작된 것이다. 이들이 5년간의 수련을 마친 1960년 5월 24-25일에 '제1회 의사-전문과목 표방 허가시험'이 실시된다. 1969년부터는 '전문과목 표방 허가시험'이란 명칭이 '전문의 자격시험'으로 바뀌었고, 응시자에게 논문을 요구하기 시작하였다. 이때부터 과거의 단순 수련이 고등교육 이상을 추구하는 전공의 교육, 즉 졸업 후 의학교육이 되기 시작한 것으로 볼 수 있다[2].

1957년 9월에는 '수련병원 지정제도'가 도입되어 60개 병원이 수련병원으로 지정되었다. 졸업 후 의학 교육을 평가하는 중요한 업무인 수련병원 지정은 처음에는 보건사회부가 직접 하였으나 1963년에 대한의학협회에 위임하였다. 그러나 이후 1967년 1월에 수련의는 병원운영에 중요한 인력이고 인력관리는 병원의 업무라는 명분으로 병원경영자 모임인 대한병원협회에 병원신임업무를 이관시킨다. 이와 같은 조치는 전공의 교육을 전공의 중심의 졸업 후 의학교육이 아닌 병원 중심의 인력관리업무로 왜곡시킨 결정적 계기가 되었다. 이후 병원협회는 병원신임위원회를 두고 수련병원을 지정하고 운영하는 업무, 수련병원의 수련환경 조사업무, 전공의 정원 책정과 전형에 관한 업무 등을 수행하였다. 그러나 병원협회가 전공과목 각각의 교육목표나 교육과정을 제대로 알 수도 없었고, 따라서 이를 평가·인증할 수 있는 능력도 당연히 없었다. 이와 같은 이유로 각 전문과목 학회의 모임인 분과학회협의회(후에 대한의학회)를 산하기구로 두고 있던 대한의학협회(후에 대한의사협회)는 병원신임업무를 이관을 지속적으로, 강력히 요구하였으나 관철되지 못하였고, 1975년에 두 단체의 입장을 조정하는 새로운 기구를 만든다는 정도로 합의하여 일단락되었다. 이후 전공과목별 전공의 교육과정의 설계는 각 전문학회에서 맡게 되었으며, 이의 실행은 개별 병원의 해당 전문과목 의국의 몫이 되었다. 이와 같이 전공의 교육에 대한 책임과 권한, 인식이 병원협회, 전문학회, 각 병원, 의국별로 저마다

다르거나 아예 존재하지도 않는 상태에서 우리나라의 전공의 교육은 사실상 표류할 수밖에 없었다. 특히 이 과정에서 전공의 교육은 전적으로 전공의가 소속되어 있는 각 병원 해당 의국의 교수들에 맡겨졌고, 전문학회, 병원, 병원협회는 인력관리의 차원으로만 접근하여 전공의들을 피교육자가 아닌 병원을 위한 값싼 노동력으로 취급하는 결과를 초래하였다. 전공의들은 전문의 자격증을 취득할 때까지 병원 및 지도교수에게 종속적인 처지가 되었고, 이로 인해 과중한 업무, 전공과 무관한 업무, 폭언, 폭행 등의 문제가 끊이지 않았다. 전공과목별, 연차별 역량은 정의되어 있지 않았고, 체계적인 교육과정을 갖춘 전문학회도 거의 없었다. 병원신입업무는 병원의 시설, 장비 등 하드웨어를 살피는 수준에 그쳤고, 학회에서 진행하는 수련실태조사 역시 진료한 환자 수, 참석한 학술활동의 수를 확인하는 등 수박 겉핥기식 정량평가에 그치는 경우가 대부분이었다. 더구나 전공과목과 무관하게 모든 전공의들이 반드시 알아야 할 공통역량에 대한 교육은 전무하였다. 이와 같은 이유로 1990년대 이후 대한의사협회와 대한의학회를 중심으로 졸업 후 의학교육의 개선과 전공의 교육수련제도의 개혁을 위한 연구가 시행되었다[3,4]. 2000년도 이후에는 의과대학이 졸업 후 의학교육, 즉 전공의 교육 중 공통역량교육만이라도 담당해야 한다는 주장이 나오기 시작하였고, 기본적인학교육, 즉 학부교육의 평가인증을 담당하고 있는 한국의학 교육평가원이 졸업 후 의학교육의 평가인증업무까지 영역을 확장해야 할 필요가 있다는 주장도 있었으나, 별다른 반응을 이끌어내지 못하였다[5].

2016년 12월에는 ‘전공의의 수련환경 개선 및 지위향상을 위한 법률’이 제정, 시행되었다. 이 법률은 노동자로서의 전공의들의 인권 보호, 근로조건 개선 등을 위해 제정된 법률이며, 이 법률에 근거하여 보건복지부 산하에 수련환경평가위원회가 설치, 운영되게 되었다. 다만 법률의 시행과 거의 동시에 보건복지부는 수련환경평가위원회의 운영지원업무를 다시 병원협회에 위탁하고, 복지부가 병협에 일정 비용을 민간경상보조사업으로 지원하는 형식으로 운영하게 되었다. 이에 대해 대한의사협회 등은 과거 병원협회가 병원신입평가센터를 설치 운영하면서 발생하였던 각종 폐단을 다시 그대로 답습하는 것이라고 반발하였지만 결정을 바꾸지는 못했다.

이상에서 살펴본 바와 같이 우리나라 전공의 교육은 정규 의학교육의 한 단계로서 자리잡지 못하고, 병원경영을 위한, 혹은 대학병원에서의 3차 진료를 지탱하기 위한 근로인력 관리수단으로 유지되어 왔으며, 그러한 인식과 관행은 아직까지도 변화될 조짐을 보이지 않고 있다. 이와 같은 파행은 병원협회, 대학교수, 각 병원, 전문학회가 각자의 필요에 따라 전공의 교육을 이용하고 있는데 그 원인이 있으며, 이러한 지역 혹은 기관 이기주의를 극복하지 못한다면 전공의 교육의 정상화는 요원하다 할 수 있다.

외국의 전공의 교육

외국의 경우 19세기 후반부터 의학지식이 폭발적으로 증가하면서, 4년 내지 6년간의 기본적인학교육만으로는 사회가 요구하는 전문 지식과 기술을 갖춘 의사를 양성하는 것이 더는 불가능해졌고, 그렇다고 해서 학생이 비용을 부담하는 기본적인학교육의 기간을 늘리는 것도 곤란한 상황에서 졸업 후 의학교육, 즉 전공의 교육이 새로운 대안으로 등장하였다.

미국의과대학협회(Association of American Medical College)는 졸업 후 의학교육을 정규의학교육의 핵심적 일부로 규정하고, 졸업 후 의학교육의 가장 중요한 목표는 의사들이 전문가로서 지속적인 자기개발을 할 수 있도록 준비시키는 것이라고 정의하였다[6]. 전공의 교육은 과거에는 도제식, 입원환자 중심, 대형병원 중심, 전공과목 중심(discipline-based), 고정적(fixed), 기회적(opportunistic) 교육이었지만, 점차 체계적(systemic), 통합적(integrated), 외래환자 중심, 지역사회 중심, 대학 중심의 교육으로 바뀌고 있다. 특히 전공의들에게 공통역량, 핵심역량이 강조되면서 외국으로 상정되는 병원 중심, 전공과목 중심의 전공의 교육으로는 핵심역량 교육이 불가능하다는 것이 분명해졌고, 때문에 대학 중심의 졸업 후 의학교육의 당위성이 강조되기 시작했다.

미국의 Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME)는 전공의의 6가지 핵심역량으로 (1) 진료바탕학습, (2) 환자관리, (3) 시스템 기반 진료, (4) 의학지식, (5) 대인관계 및 의사소통기술, (6) 직업전문성(professionalism)을 꼽았다[7,8].

American Board of Medical Specialties는 1993년에 ‘졸업 후 의학교육의 생태학’이란 주제로 열린 학술대회에서 근무환경, 평가와 감독, 교육과 진료, 문화와 인종 및 남녀문제, 그리고 핵심교육과정의 5가지 주제에 걸쳐 다음과 같은 20가지 졸업 후 의학교육의 원칙을 설정하였다[9].

주제 1. 근무환경(resident working environment)

- 원칙1. 전공의들에게 인도주의적 가치를 함양해 주어야 한다.
- 원칙2. 의사들 간에 상호 협력하는 분위기를 만들어 주어야 한다.
- 원칙3. 교수나 전공의의 임상강의를 지원하고 포상하는 것을 비롯하여 양질의 전공의 교육을 위해 노력해야 한다.
- 원칙4. 교수들이 전공의의 스트레스 원(源)을 파악하고 적절한 지원을 제공할 수 있는 환경을 마련해 주어야 한다.
- 원칙5. 전공의들이 자가학습/평생학습을 할 수 있는 지지적 환경을 조성해 주어야 한다.

주제 2. 평가와 감독(evaluation and supervision)

- 원칙6. 전공의 수련교육프로그램은 명시적 목적과 목표를 갖고 있는 문서화된 교육과정에 근거하여 전공의 교육의 진행상황을 모니

터링해야 한다.

원칙7. 전공의 수련교육과정 중 환자나 동료의사, 그 밖의 의료진들과의 의사소통기술을 철저히 배울 수 있어야 한다.

주제 3. 교육과 진료(education and service)

원칙8. 교육과 진료의 균형을 잡음에 있어 우선 고려해야 할 점은 환자 진료에 정해진 표준에 부합되도록 유지되어야 한다는 점이다.

원칙9. 전공의 수련교육과정에서 진료의 의무와 교육받을 권리 사이에 적절한 타협점을 정하기 위해 병원 측과 함께 상의하여야 한다.

원칙10. 병원은 교육목적을 달성할 수 있도록 충분한 재정적 투자 및 기타 지원을 해 주어야 한다.

원칙11. 교수의 수련교육에 대한 책임이 다른 업무로 인해 침해되는 일이 없어야 한다.

원칙12. 전공의들에게 보건의료의 경제적 요소에 대한 교육도 시켜야 한다.

주제 4. 문화, 인종, 남녀 문제(cultural, ethnic, and gender issues)

원칙13. 육아 문제, 배우자 문제, 임신 및 출산 문제 등과 같은 전공의의 개인적, 가정적 문제들을 파악하고 해결해줄 수 있어야 한다.

원칙14. 전공의를 위해 다음과 같은 기구나 서비스를 제공하여야 한다. (1) 상담서비스; (2) 성희롱에 대한 가이드라인과 대응원칙; (3) 윤리적 감수성이나 적절한 품행을 유지할 수 있도록 주도적 역할을 함.

원칙15. 황문화적 감수성, 그리고 다른 사람들에 대한 존중심을 증가시킬 수 있어야 한다.

원칙16. 적절한 운동시설을 제공하여야 한다.

원칙17. 여성과 소수 민족 전공의들을 선발하기 위한 방안을 마련해야 한다.

주제 5. 핵심교육과정(a core curriculum)

원칙18. 모든 신입 전공의를 위한 복수 전공프로그램을 조직해야 한다.

원칙19. 질병이나 전공과 관계없이 흔히 볼 수 있는 환자 문제들을 경험하며, 다과(多科) 협력체계하에서 환자를 치료하는 경험을 할 수 있어야 한다.

원칙20. 다음 사항에 대한 교육을 실시하여야 한다. (1) 교육방법(method of teaching); (2) 의사소통기술(communication skills); (3) 의무기록 작성(medical record keeping); (4) 연구 및 평가방법(research and evaluation methods); (5) 의학문헌 평가(evaluation of medical literature); (6) 의학적 성과 연구(medical outcomes research); (7) 의료전달체계 연구(health care delivery research);

(8) 보건의료 경제학(economics of medical care); (9) 임상적 표준 설정(clinical standard setting); (10) 임상프로그램 평가(clinical program evaluation); (11) 의료정보학(informatics); (12) 의료윤리(medical ethics); (13) 임상적 의사결정(clinical decision making)

캐나다의 전공의 공통교육과정에는 CanMeds에서 정의한 공통 역량인 의료전문가, 의사소통가, 협력자, 관리자, 리더, 건강옹호자, 학자, 전문가 등 7개 역량을 가르치도록 설계되어 있다. 이러한 교육 내용 중 대부분은 국가적 차원에서 설계되고 대학이나 병원 차원에서 실행되어야 하는 것들이다[10].

비람직한 전공의 교육 관리방안

우리나라의 경우 2007년도에 한국의학교육평가원에서 ‘전공의를 위한 졸업 후 교육 공통교육과정 개발’ 연구[11]를 시작으로, 대한의사협회 의료정책연구소가 한국형 전공의 공통교육과정 개발 보고서를 발표하면서 전문의사의 공통역량인 RESPECT100을 선언한 바 있다[12]. 또한 대한의학회에서도 전문과목별 수련과정 개편 연구를 시행하였고, 그 일부로 공통역량교육에 대한 연구도 이루어졌다[13]. 그러나 이와 같은 관심과 인식의 제고, 그리고 연구결과에도 불구하고 실제적인 교육은 이루어지지 않고 있는데, 그 가장 큰 이유는 전공의 교육을 실질적으로 책임지고 있는 병원협회가 전공의 교육을 정규교육의 가장 중요한 일부로 보지 않고 여전히 인력관리의 개념으로만 접근하는 데 있다. 현재 병원협회가 위탁받아 운영 중인 수련환경평가위원회 역시, 전공의 교육의 역량 중심 교육과정이나 교육내용에 대한 관리 주체가 아닌 말 그대로 근로자로서의 전공의들의 수련환경을 평가하고 관리하는 데 그 역할이 고정되어 있는 것으로 판단된다. 공통역량교육은 의료윤리나 의료법규 등 매우 제한된 분야에서 제한된 수준의 교육이 제공되고 있을 뿐이며 그 외의 역량교육은 그 어떤 전문과목, 그 어떤 병원 및 의국에서도 이루어지지 못하고 있다. 의국 내에서 이루어지는 전문과목 교육도 극도의 폐쇄성과 경직성에서 벗어나지 못하는 실정이며, 평가인증을 비롯한 외부 전문가들의 개입이 사실상 불가능한 상태로 이어지고 있다.

이와 같은 현실에서 우리나라 전공의 교육을 정상화하기 위해서는 관리의 주체가 일원화되는 것이 가장 중요하며, 특히 인력관리가 아닌 졸업 후 의학교육의 개념으로 접근할 수 있는 주체가 전공의 교육의 설계와 평가를 책임질 필요가 있다. 기본의학교육의 경우 교육의 담당 주체는 한국외과대학의학전문대학원협회이며, 평가인증업무는 한국의학교육평가원이 전담하여 지난 20년간 일관성 있고, 효율적인 교육과정의 설계, 실행, 평가를 진행한 결과 괄목할 만한 발전을 이루었다. 마찬가지로 우리나라의 졸업 후 의학교육도 이제는 교육을 중심으로 그 관리 주체가 새롭게 바뀌어야 할 때가

되었다. 미국의 ACGME, 영국의 General Medical Council, 캐나다의 Royal College of Physicians and Surgeons of Canada와 같이 전공의 공통역량을 개발하고, 각 전문학회가 그들 고유의 연차별 교육과정을 개발하도록 지원하고 그 결과를 평가하고 인증할 공익기구가 설치되어야 한다. 이와 같은 책무를 수행하기 위해 한국의과대학의학전문대학원협회, 대한의학회, 한국의학교육평가원이 협력하여 졸업 후 의학교육 전담기구를 새로 설립할 것을 제안한다. 이 새로운 전담기구 내에서 한국의과대학의학전문대학원협회는 전공의 공통역량의 개발과 그 교육을 담당하고, 대한의학회는 각 전문학회의 연차별 교육프로그램의 개발을 지원하고 감독하며, 한국의학교육평가원은 공통역량 및 전문학회별 교육프로그램에 대한 평가인증을 맡는 것으로 역할분담을 할 수 있을 것이다. 보건복지부, 대한의사협회, 대한의학회, 병원협회, 전공의 대표 등 5개 직역단체 대표로 구성된 수련환경평가위원회는 현재와 같이 각 개별 병원의 수련환경을 평가하고, 전공의 인력수급계획 등 정책업무에 집중하면 될 것이다. 졸업 후 의학교육의 질을 높이는 것과 전공의 수련환경을 개선하는 것은 서로 독립적으로 추구하여야 할 별개의 목표임을 인식하는 것이 매우 중요하다. 또한 의과대학생의 선발에서 기본의학교육, 졸업 후 교육, 그리고 평생교육에 이르기까지 의사양성체계의 전 과정에 걸쳐 의학교육의 책무성을 강조하고 수준 높은 교육을 보장하는 것은 의사 집단의 공익성을 드러내는 것으로, 사회적 신뢰와 자율성 획득에 큰 역할을 하게 될 것이다. 이처럼 중요한 교육 공익기구를 설립함에 있어 기존의 의사단체들의 대승적 협력이 반드시 필요하다.

결론

전공의 교육은 기본의학교육과 보수교육을 연결해주는 의학교육의 3단계 중에서 가장 중요한 단계이다. 전문가로서의 지식과 기술을 본인의 학습동기에 의해, 현장에서의 경험을 통해 의미 있게 습득하는 시기이며, 전문가로서의 개별적인 역량 외에도 임상가로서의 공통역량도 학습해야 하는 시기이다. 직업윤리와 태도 등 전문직업성이 형성되는 결정적 시기이기도 하다. 그럼에도 불구하고 해방 이후 우리나라의 전공의 교육은 교육의 개념이 아닌 보건인력관리의 개념에서 설계, 집행되어 왔으며, 그 결과 교육과는 무관한 병원협회가 전공의 교육의 관리 주체가 되어 현재에 이르고 있다. 전공의 교육이 정상화되기 위해서는 피교육자인 전공의들의 입장에서 교육 과정이 체계적으로 설계되고 관리되어야 하며, 특히 4차 산업혁명시대를 살아 갈 미래의 의사들에게 필요한 공통역량을 교육시키기 위해 의과대학이 전공의 교육의 중심이 될 필요가 있다. 기존의 권익단체가 아닌 공익적 교육 관리기구가 만들어져야 하며, 이 기구

를 통해 공통역량, 개별역량이 개발되고 실행, 평가되어야만 한다. 졸업 후 교육 4-5년은 이제부터라도 전공의 중심의 체계적이고 조직적인 교육과정으로 운영되어야 한다.

저자 기어

임기영: 자료수집, 원고작성, 참고문헌 작성, 전반적인 논문작성 활동 수행

REFERENCES

1. Taylor DC, Hamdy H. Adult learning theories: implications for learning and teaching in medical education: AMEE guide no. 83. *Med Teach.* 2013;35(11):e1561-72.
2. Lee MS. Taking into account the history of Korean graduate medical education. *Korean Med Educ Rev.* 2013;15(2):61-8.
3. Kim YM, Kim KS, An YO, Lee MS. A study on improvement of medical specialist system. Seoul: Korean Medical Association; 1992.
4. Lee, MS, Kim KM, Yoo SH, Oh YH, Lee JG, Kim CY. A study on improvement of graduate medical education and medical specialist system. Seoul: Korean Academy of Medical Sciences; 1995.
5. Ahn DS. Graduate medical education: what is the problem? In: Korean Association of Medical Colleges, editor. The 10th Korean medical education convention final report. Seoul: Korean Association of Medical Colleges; 2001. p. 50-3.
6. Association of American Medical Colleges. Graduate medical education core curriculum. Washington (DC): Association of American Medical Colleges; 2000.
7. Swing SR. The ACGME outcome project: retrospective and prospective. *Med Teach.* 2007;29(7):648-54.
8. Kavic MS. Competency and the six core competencies. *JSLs.* 2002; 6(2):95-7.
9. Walt AJ, Bashook PG, Dockery JL, Schneiderman BS. The ecology of graduate medical education. Evanston (IL): American Board of Medical Specialties; 1993.
10. Frank JR; Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. The CanMEDS 2005 physician competency framework: better standards, better physicians, better care. Ottawa (ON): Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2005.
11. Ahn DS, Kwon BK, Kwon SY, Kim BS, Lee YH, Jeon YH, et al. Development of generic curriculum for graduate medical education. Seoul: Korea Institute of Medical Education and Evaluation; 2009.
12. Lee MS, Ahn DS, Kim MK, Kim YR, Bae JY. Development of generic curriculum for graduate medical education. Seoul: Research Institute for Healthcare Policy, Korea Medical Association; 2010.
13. Kim JJ, Whang KC, Kang WK, Kwon SH, Kim JT, Lee SK, et al. A study on the reorganization of the training curriculum for efficient training of the residents. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2013.