

의료윤리교육

김상득(전북대 철학과 교수)

1. 들어가는 말 : 의료윤리의 특성

윤리교육이란 일반적으로 피교육자로 하여금 윤리적인 행동을 하도록 혹은 윤리적인 성품을 갖도록 하는 데 그 목적이 있다. 일반적으로 교육학 편에서 윤리교육을 연구하는 학자들은 주로 ‘어떻게’하느냐는 물음에 초점을 맞춘다. 즉, 교육학자는 효과적인 윤리교육 방법을 모색한다. 배아제의 도덕발달이론 혹은 존 듀이의 문제해결 교수법 등을 윤리교육에 적용시키는 것이 그 좋은 예이다. 하지만 이러한 교육학자의 방법론 모색이 의미가 있으려면 먼저 ‘윤리적인 행동’ 혹은 ‘윤리적인 품성’이 무엇인지가 해명되어야 한다. 물론 많은 윤리교육의 경우 이미 가르칠 내용이 명약관화하기도 하다. 예를 들어, 거짓말을 하지 말라 다른 사람에게 해악을 끼치지 말라 등의 도덕 규칙 교육은 이러한 예에 속한다. 하지만 가르칠 내용이 분명하지 않는 경우도 존재한다. 이것이 바로 윤리교육이 수학교육이나 영어교육과 다른 점이고, 윤리교육이 어려운 이유이다. 분명한 사실은 가르칠 내용에 대한 합의, 즉 윤리적 옳음과 그름에 대한 합의가 선행되지 않으면 윤리교육 방법론 모색은 무용지물이 될 뿐만 아니라 잘못하면 오히려 피교육자에게 해악을 끼치게 된다는 점이다.

그래서 우리는 자연스럽게 묻게 된다. “그러면 의료윤리 물음에 대해서는 무엇이 옳고 그른가?” 우리는 이 질문에 대해 무엇이 윤리적으로 옳고 그른 것이 분명한 경우도 있지만, 또 다른 한편으로는 이러한 합의가 이루어지지 않고 있는 물음 역시 존재함을 부인할 수 없다. 아니 어떻게 보면 대부분의 의료윤리 물음은 그에 대한 도덕적 합의가 이루어지지 않고 있다고 말하는 것이 합당할 지 모른다. 예를 들어, ‘의학적 충고에 반하는 퇴원’(DAMA), ‘심폐소생술 거부’(DNR), 안락사, 임신중절, 사후피임약 등등의 물음은 여전히 아직까지 해결되지 않은 윤리적 물음으로 남아있다. 심지어 “거짓말을 하지 말라”는 분명한 도덕규칙조차도 의료 현장, 즉 위약(Placebo), 임상시험 혹은 말기 임종 환자에 대한 진실말하기 등의 경우에도 적용되는지가 여전히 논쟁거리이다. 교육 방법은 교육 내용에 의해 규정될 수밖에 없기 때문에, 우리는 의료윤리 교육의 내용, 특히 다른 교과목과 구별되는 의료윤리의 특성을 분명하게 인식해야 한다.

의료윤리 교육은 ‘바람직한 의료윤리가 무엇인가’라는 물음 자체를 그 교육 내용으로 삼을 수밖에 없다. 이는 의료윤리가 현재완료형이 아니라 현재진행형임을 의미한다. 일반적으로 의료윤리학은 철학에서 응용윤리학에 속하고, 그것도 생명윤리학에 속한다. 그런데 이 용어를 처음 사용한 포터(V. R. Potter)는 생명윤리학을 다음과 같이 정의하고 있다 ; “생물학 및 생명과학 일반으로부터 발생하는, 그리고 인간 복지와 직·간접적으로 연관된 도덕적, 사회적, 정치적 물음들을 탐구하는 학문”. 따라서 의료윤리학 역시 의학의 발달과 밀접한 연관성을 지닌다. 즉, 의학이 발달하면 언제든지 새로운 의료윤리 물음이 발생할 수밖에 없

다. 의료윤리교육은 “의료에 대해 윤리적 문제의식을 갖고, 그 윤리 물음을 합리적으로 해결할 수 있는 의사결정 능력을 함양하는 데” 그 목적을 두는 이유 역시 여기에 있다. 예를 들어, 대리모나 인간복제의 윤리는 20세기 말에 나타난 새로운 물음들이다.

또한 의료윤리학은 학제적 성격(Interdisciplinary Character)을 지닌다. 학제적이란 개념은 하나의 학문 분야가 아니라 둘 이상의 학문 분야가 관련되어 있다는 말이다. 의료윤리학은 의학의 발달에 함축된 윤리적 물음을 다루기에, 적어도 의학이 관련되며, 나아가 윤리학이 관련되어 있다. 이런 의미에서 의료윤리학은 인문학과 자연과학의 만남이다. 따라서 어느 특정 학문 분야가 의료윤리학을 독점할 수 없고, 다학문이 공동으로 참여하여 통합학문적으로 연구하고 교육할 필요가 있다. 학제적 성격을 지니기에 의료윤리학은 의학에 대한 지식이 일차적으로 요구된다. 하지만 이는 어디까지나 의료윤리학을 공부하는 데 있어서 하나의 필요조건일 따름이다. 충분조건이 되자면 윤리학적 지식이 아울러 요구된다. 이런 성격을 고려하여 의료윤리학이 교육되어야지 단순히 형식 논리에 따라 의료윤리학이 의과대학에서 개설되었다고 해서 의학 일반의 교육 논리에 따라 교육되어져서는 안될 것이다.

2. 의료 행위와 윤리의 상관성

의료윤리 교육은 적어도 이러한 특성에 토대를 두고 이루어져야 할 것이다. 필자는 의료윤리 교육의 물음을 6하 원칙, 즉 ‘언제, 누가, 어디서, 무엇을, 어떻게, 그리고 왜’의 물음에 초점을 맞추어 논의하고자 한다. 여기서 필자는 이 순서대로 논의하지 않고, ‘왜’의 물음을 먼저 논의한 다음 비교적 논란이 적은 물음부터 하나하나 고찰하고, 마지막에는 평가의 물음을 다루고자 한다. 그 이유는 바로 ‘왜’의 물음이 의료윤리 교육의 필요성에 관한 질문이요, 또 의료교육의 이념 내지 목표와 연관된 질문이기 때문이다. 의료윤리 교육의 필요성을 논의하자면 우리는 이미 언급하였지만 의료 행위가 어떻게 윤리적 평가의 대상이 될 수 있는지의 물음을 빠뜨릴 수 없다. 정말로 의료 행위는 어떤 면에 있어서 윤리적 요소를 지닌다고 말할 수 있고, 나아가 윤리적 잣대에 의해 평가되어야만 하는가?

의료윤리 교육에 있어서 의료윤리 물음에 대한 도덕적 불일치의 문제보다 더 심각한 어려움은 바로 의료 행위에 관한 윤리적 평가 자체에 대한 거부감이다. 노골적으로 말해, “왜 의료 행위를 윤리적 잣대로 평가하려고 하느냐?”고 불만을 터뜨리는 의료인이 의외로 제법 많다는 사실이다. 더군다나 일부 의료인들은 철학자들이 의료 행위에 대해 알지 못하면서 또 아무런 대안 제시도 없이 ‘참새처럼’ 입방아를 찧는다고 일침을 가한다. 이는 의학의 ‘어른들’뿐 아니라 의학의 ‘새내기들’에게도 나타나는 공통된 현상이다. 이런 의식 하에서는 결코 의료윤리 교육은 실시될 수 없을 뿐만 아니라, 설사 실시된다 해도 이런 교육은 의료인과 철학자를 편가르는 또 하나의 분열의 빌미를 제공하게 될 것이다. 그래서 우리는 여기서 왜 의료 행위 역시 윤리적 잣대의 평가대상이 될 수밖에 없는지 그 이유를 묻지 않을 수 없다.

의료윤리가 미국을 비롯한 서구에서 발전하게 된 배경을 알아보는 것이 이 물음을 이해

하는 데 큰 도움이 될 것이다. 의료윤리 물음이 대두되게 된 근본적 배경은 인간 평등 사상과 사회 민주주의 이념이다. 이로 인해 권위에 대한 전통적인 믿음은 그 토대를 상실하게 되었다. 의료 행위를 베푸는 주체인 의사와 진료 행위를 받는 환자는 동등한 지위를 지닌 평등한 인격체이다. 너무나 당연한 말인 것처럼 들리지만 이런 의식을 갖게 되기까지는 오랜 세월이 필요했다. 그 원인은 대체로 다음 3가지를 들 수 있다.

첫째, 소비자 권리 운동과 더불어 일어난 환자의 권리 운동이다. 비록 의사로부터 환자가 진료를 받는다 할지라도 환자가 인간임을 부인할 수 없으며, 의료이 이루어지는 공간인 병원은 치외법권 지역이 아니다. 즉, 환자가 되었다고 해서 인간으로서의 기본적 권리가 상실되는 것이 결코 아니다. 둘째, 의료권(the right to health care)에 대한 인식고조이다. 의료는 의사가 베풀어주는 시혜가 아니라, 인간으로서 마땅히 받아야 하는 기본적 권리라는 인식이 점차 확산되고 있다. 왜냐하면 생명 및 건강이 보존되지 않고는 자유나 평등 등의 이념은 하나의 허울에 불과하기 때문이다. 셋째, 진료 행위 자체의 특성에 대한 새로운 자각이다. 수술이나 주사와 같은 의료 행위는 환자의 신체에 대해 간섭을 가하는 일종의 외적 침습 행위이다. 일반적으로 모든 외적인 신체적 간섭은 그 간섭을 당하는 자로부터 동의를 얻을 때에만 정당성을 부여받게 된다.

한 걸음 나아가 의료 행위는 그 자체로 윤리적 요소를 함축하고 있다. 즉, 의사의 모든 의료 행위에는 언제나 윤리판단 내지 가치판단이 전제되어 있다. 감기 환자에 대한 의사의 처방을 하나의 예로 들어보자. 감기 치료에 약이나 주사 등 여러 가지 처방이 가능할 것이다. 그러면 의사는 어떤 처방책을 선택할 것인가? 물론 의사는 대안들 가운데 환자에게 최선의 이익이 되는 처방책을 선택할 것이다. 의사는 ‘환자의 최선 이익’을 단지 신체적인 건강, 즉 의학적 판단과 동일하게 생각하기 쉽다. 물론 대부분의 경우 의학적 판단과 환자의 최선 이익이 일치하지만, 그렇지 않은 경우도 가능하다. 왜냐하면 환자의 최선 이익이란 개념은 하나의 가치담지적 용어로서, 신체적 건강뿐만 아니라 인격적 자율성이나 주관적 가치 등을 포함하고 있기 때문이다. 그러니까 진료 행위에는 의학적 가치와 다른 심미적 가치나 윤리적 가치 혹은 경제적 가치가 서로 상충할 수 있다. 또한 모든 처방책은 긍정적 측면과 부정적인 측면을 동시에 지닌다. 따라서 처방책의 선택에는 가치비교가 불가피하게 요구된다. 의사의 처방책 결정은 결국 이런 가치비교의 결과로 얻어진 결론이기 때문에 의사는 본질적으로 가치판단 내지 윤리판단으로부터 자유로울 수 없다.

윤리적인 요소는 의료 행위에 새롭게 추가된 것이 아니라 의료이 발생할 때부터 이미 존재해 왔다. 다만 이제까지 우리는 의료 행위를 단지 의학의 눈으로만 파악하도록 길들여져 왔기 때문에, 이런 요소를 보지 못했을 따름이다. 실제로 대부분의 의학도들은 의사 면허증이나 또 전문의 자격증을 얻는 데 있어서 윤리 수업을 전혀 받지 않아도 된다. 아니 윤리수업은 의학 전문가가 되는 데 오히려 장애요인이란 편견까지 도사리고 있다. ‘관행’이 ‘윤리’의 자리를 대신하여 의료 행위의 방향성을 결정하고 있는 셈이다. 예를 들어, 의사는 간암 환자에게 그 예후를 정확하게 알려주어야 하는가? 물론 우리는 의학적 관점에서 예후 설명이 치료에 도움이 되는가, 그렇지 않은가를 물을 수 있다. 치료에 도움이 되지 않는다면

는 의학적 판단으로부터 곧바로 설명하지 말아야 한다는 당위가 성립되는가? 그렇지 않다. 설사 치료에 도움이 되지 않는다 할지라도, 환자가 원할 경우, 환자는 알 권리를 지니기 때문에 의사는 예후를 사실대로 설명할 의무를 지닌다고 주장할 수도 있다. 한 인간을 인격적으로 대우하는 최소한의 조건은 바로 그 사람의 자율적 의사를 존중하는 일이기 때문이다. 따라서 진료를 받는 환자 역시 인격적 존재이기 때문에, 의사는 환자의 자율성을 존중하지 않을 수 없다.

하지만 일부 의사들은 의료 행위에 대한 윤리적 평가를 달가워하지 않으며, 심지어 의료 행위에 대한 윤리학적 평가를 의권에 대한 도전으로 간주한다. 의료 행위에 대한 윤리학적 간섭이 정말로 의권에 대한 도전일까? 의권에 대한 도전이란 반론은 두 가지 해석이 가능하다. 하나는 의료행위는 윤리학적 평가의 대상이 되지만 그 평가는 의사에게 있다는 주장이요, 다른 하나는 의료 행위에 대해서는 윤리적 평가를 내릴 수 없다는 주장이다. 전자의 주장으로 말한다면 의료인은 윤리 전문가이어야 한다. 하지만 현행 한국의 ‘의사 만들기’에서는 윤리교육을 찾아보기 어렵다. 반면에 후자의 주장 배후에는, 의료행위를 자동차 수리와 동일하게 취급하는 잘못을 범하고 있다. 즉, 의사는 고장난 기계를 다루는 자동차 수리공과 같다는 말이다. 이는 의사가 자신의 행위를 스스로 평가절하 하는 셈이 된다. 또 실제로 이런 주장은 사실과 일치하지도 않는다. 의사는 자동차 수리공과 근본적으로 다르다. 의료 행위는 사람과 사람의 관계에서 성립한다. 비록 원가 몸이 불편하여 의학적 도움을 얻으려 환자는 병원을 찾지만, 그럼에도 여전히 환자는 인간이다. 환자는 의사와의 만남에 있어서도, 진료를 받는 바로 그 순간에서도 절대적 가치를 지닌 인격적 존재이다. 의료 행위는 근본적으로 인간과 인간의 만남에서 성립되기 때문에 그 어느 직업보다 직업은 신성한 직업으로 간주되고 있다. 따라서 의료 행위에 대한 윤리 요구는 의권 도전이 아니라 의권을 온전하게 해 주는 도우미 구실을 한다.

3. ‘왜’ 의료윤리 교육인가?

물론 의료윤리교육의 목표가 피교육자를 좋은 의사로 만드는 데 그 목적이 있음은 두말할 나위가 없다. 그러면 우리는 묻는다. 좋은 의사가 되는 데 왜 윤리가 필요한가? 이는 이미 앞장에서 다뤘듯이 의료 행위에는 이미 윤리가 포함되어 있기 때문이라고 우리는 답할 수 있다. 따라서 의료윤리 교육은 바로 이미 존재론적으로 의료 행위에 내재된 윤리적 요소를 볼 수 있는 눈을 길러주고, 나아가 그 윤리물음을 합리적으로 해결할 수 있는 의사결정능력을 함양하는 데 그 목적이 있다. 이를 위해 왜 윤리교육이 필요한지의 물음을 좀더 자세히 알아보자.

첫째, 윤리적인 눈을 갖는데 의료윤리 교육이 필요하다. 성경 창세기 3장에는 아담과 하와가 에덴 동산 가운데 선악과를 따먹는, 그래서 인간이 타락하는 사건이 기록되어 있다. 성경의 기록에 따르면 선악과를 먹은 아담과 하와는 이전에 느끼지 못하는 부끄러움을 느낀 나머지 나뭇잎으로 옷을 만들어 입고, 하나님이 부르실 때, 그는 숨고 만다. 그런데 이 기록

을 주의 깊게 성찰해 보면 재미있는 현상을 읽을 수 있다. 사실 선악과를 먹기 이전과 이후를 비교해 보면 아담과 하와에게 있어서 변한 것이라고는 아무 것도 없다. 물론 요즘처럼 MRI, X-Ray와 같은 의료장비를 통해서 사진을 찍어보면 아담과 하와 배속에 있는 선악과 씨앗이나 부스러기가 관찰될지 모르지만, 육안으로 보면, 에덴동산이나 아담과 하와는 전혀 변한 것이 없다. 하지만 선악과를 먹기 전과 먹은 후의 생각과 행동은 180도 달라졌다.

아담과 하와에게 왜 이런 변화가 일어났는가? 이들이 선악과를 먹었기 때문이라고 우리는 대답할 수 있다. 그러면 다시 왜 선악과를 먹었다는 사실이 왜 이렇게 큰 변화를 야기하는가? 그것은 바로 세상을 바라보는 눈이 달라졌기 때문이다. 인간 밖의 사물이나 사태는 그대로 존재해도 바라보는 눈이 다르면 보이는 것이 다르게 된다. 사실 우리 인간은 유한하기 때문에 우리 밖에 존재하는 세계를 있는 그대로 100% 파악하기란 불가능하다. 사물은 여러 요소를 지니나, 우리는 단지 이 여러 요소들 가운데 한두 요소만 파악할 따름이다. 그러면 어떤 요소가 내게 보여지는가? 그것은 내 속에 무엇이 있느냐, 내가 어떤 눈을 가졌느냐에 따라 달라진다. 그래서 “개 눈에는 똥밖에 보이지 않는다.”고 한다.

윤리는 세상을 바라보는 눈 중의 하나이다. 윤리의식을 마음 속에 간직하고 있는 자는 이 세상을 윤리의 눈으로 바라보면서 무엇이 윤리적으로 옳고 그른지를 분별하게 된다. 다시 말해, 동일한 진로 행위를 두고서도 윤리 의식이 있는 자와 윤리 의식이 결여된 자는 보이는 것이 다르고, 생각하는 것이 다르고, 그래서 그에 뒤따르는 행동이 달라지게 된다. 윤리는 사람과 사람의 관계에서 마땅히 따라야 할 도리라고 정의되듯이 인간 행위에는 언제나 윤리 물음이 도사리고 있다. 일반적으로 사람들은 “할 수 있으면 해도 좋다”는 논리의 지배를 받는다. 예를 들어, 유전자 조작을 통해 인간의 정신적·도덕적 능력을 향상시킬 수 있다면 그렇게 하는 것은 좋다는 것이다. 하지만 인간은 할 수 있음에도 하지 않는, 그래서 ‘아니오’라고 말할 수 있는 존재이다. 그 ‘하지 않음’의 근거가 바로 윤리이다. 즉, 아무리 할 수 있어도 윤리적으로 옳지 않은 것은 단호히 거절하는 자가 윤리적인 인간이다.

둘째, 의사와 환자 관계 모델의 변화로 의사에 대한 윤리 목소리가 높아지고 있다. 윤리는 이미 존재하였음에도 불구하고 이전에는 의사에 대한 윤리 요구는 그렇게 거세지 않았다. 그것은 의사를 성직자처럼 여겼기 때문이다. 성직자가 신을 대신하여 선행을 베풀 듯이 의사 역시 언제나 선을 시혜하는 성직자로 간주되었다. 참 성직자에게는 윤리가 요구되지 않는다. 성직자는 이미 윤리를 넘어, 성(聖)을 실현하고 있기 때문이다. 그래서 의사인 성직자에 대해 감히 어느 누구도 윤리를 이야기할 수 없었다. 하지만 삶의 질에 대한 관심 고조로 인해 환자의 권리가 신장됨에 따라, 그리고 의료인들이 성직자로서의 역할을 스스로 포기함으로 말미암아 의사와 환자의 관계는 계약 모델로 전환하게 되었다. 국내의 경우 의약분업을 계기로 일어난 의사 파업은 “의사는 이제 더 이상 성직자가 아니라 하나의 계약 당사자이다”라는 사실을 공식적으로 선언한 사건이다. 계약자에게는 언제나 쌍방이 지켜야 할 윤리가 수반된다.

하지만 의료라는 서비스를 매개로 이루어지는 의사와 환자의 계약은 특수한 성격을 지닌다. 일반적인 계약은 계약 당사자의 동등성과 계약이행의 확인 가능성을 전제로 한다. 그

그러나 의료계약의 경우 의사는 의학적 지식의 전문가인 반면에, 환자는 문외한이다. 또 설사 계약이 성립되어도 의사는 환자가 그 계약을 성실히 수행하고 있는지 확인할 수 있지만, 환자는 전문지식의 결여 및 의료 행위의 불투명성으로 인해 그렇게 할 길이 없다. 환자는 약자이고 의사는 강자이다. 한마디로 의사와 환자의 비대칭성으로 인해 계약이행은 전적으로 의사에게 위임되어 있기에, 의사와 환자는 ‘포괄적 위임계약’의 관계에 놓여 있다. 물론 법에 호소하여 환자는 계약 이행 여부를 물을 수 있지만, 의료 행위의 특성으로 인해 이것조차 온전하게 이루어지기 어렵다. 왜냐하면 의료 행위는 인간의 생명 및 복지와 밀접한 관련을 지닐 뿐만 아니라 그 행위의 결과를 반복할 수 없다는 특성을 지니기 때문이다. 쉽게 말해, 의료 행위의 결과는 원상회복이 불가능하다. 또 의료의 전문성으로 인해 의료인의 잘못을 가려내는 일조차 법조인에게에는 힘에 버거운 일이다. 즉, ‘예방윤리학’이 요구된다.

셋째, 직업윤리로서 의료윤리 교육이 요구된다. 일반적으로 한 사람의 행위 결과는 그가 가진 힘 내지 영향력의 크기에 비례한다. 의사는 한 인간의 생명과 건강을 좌지우지할 수 있는 막강한 힘을 소유하고 있다. 그 힘은 깨끗한 손에 의해 윤리적으로 사용될 수도 있고, 더러운 손에 의해 악용될 수도 있다. 결국 환자의 생명과 건강은 의사의 윤리에 맡겨지게 된다. 결코 관행이 윤리를 대신할 수 없다. 특히 기독교 의사는 관행이란 이름으로 자신의 의료 행위를 정당화할 수 없다. 기독교 의사는 예수가 세상의 주권자임을 고백하며, 나아가 의료 행위 역시 이 세상의 한 부분이기때문에 하나님의 주권 하에 있음을 겸허하게 인정하는 신앙인이기 때문이다. 따라서 기독교 의사에게는 언제나 신앙의 눈, 윤리의 눈으로 의료 행위를 돌아보는 ‘겸허한 마음’이 요청된다.

예수님의 이웃 사랑은 노동을 통해, 직업을 통해 구현되어야 한다. 우리는 직업 활동과 이웃사랑을 별개로 생각한다. 하지만 예수님은 그 사역 자체가 이웃 사랑이었다. 따라서 다른 모든 기독교인과 마찬가지로 기독교의사 역시 의료라는 자기 직업을 통해 이웃 사랑을 실천해야 한다는 주님의 명령을 받은 자이다. 특히 의업은 그 힘의 강도로 인해 다른 어느 직업보다도 이중성의 정도가 심하다. 즉, 의사는 자신의 노동을 통해 이웃에게 악행을 저지할 수 있는 반면에 다른 한편으로 이웃을 사랑할 수 있는 가능성을 동시에 지니고 있다. 의료인은 바로 그 손의 윤리성에 따라 하나님 사랑으로 나아갈 수 있지만, 반대로 우상 숭배의 방향으로 나아갈 수 있다. 노동의 윤리, 즉 윤리적인 의료가 요청되는 이유도 여기에 있다. 의료 행위는 결코 윤리 치외법권 지대가 아니다. 이런 의미에서 그 어느 누구보다도 높은 직업윤리가 요구되는 직종이 의업이며, 이는 저절로 얻어지는 것이 아니라 혹은 사적인 윤리의식의 문제가 아니기 때문에 윤리교육이 요구된다.

넷째, 새로운 의학은 새로운 윤리를 요구한다. 물론 의료윤리 가운데 전통적으로 내려오는 윤리가 있다. 예를 들어, 환자에게 해악을 입히지 말라는 윤리 규칙은 과거에나 지금에나 언제나 타당한 윤리규범이다. 하지만 현대 의료윤리학은 새로운 의학의 발달과 더불어 태동되었다. 예를 들어, 장기이식, 뇌사/심폐사 논쟁, 태아조작이식, 사후피임약, 배아복제, 대리모, 유전자 치료 등의 윤리 물음은 20세기 새롭게 제기된 물음이다. 이런 물음들은 단순히 살인하지 말라, 거짓말하지 말라, 타인에게 해악을 끼치지 말라 등의 도덕규칙을 원용

하여 쉽게 해결할 수 있는 문제가 아니다. 이런 물음은 새로운 철학적 논의를 요구한다. 하지만 의학의 그 어느 과목에서도 이를 체계적으로 다루지 않으며, 또 다룰 수도 없다. 따라서 이러한 물음을 학적으로 다루는 교과목으로 의료윤리 교육이 필요하다.

4. ‘어디서’ 교육할 것인가?

‘어디서’의 물음은 의료윤리 교육의 경우 명확해 보인다. 물론 우리는 ‘의과대학에서’라고 손쉽게 말할 수 있지만, ‘언제’ 의료윤리 교육을 시키는가의 물음과 상관지어 생각하게 되면 이 물음 역시 그리 간단한 문제는 아니다. 의료윤리는 근본적으로 임상현장에서 발생하는 윤리적 물음이기 때문에 강의실 교육에 강한 의구심이 생기기 때문이다. 그래서 실제로 일부에서는 ‘ethics round’와 같이 의과대학 각 교실을 순회하면서 그 교실에서 일어나는 윤리 물음을 그 임상 의사와 윤리학자가 함께 바로 ‘그 임상현장에서’ 교육시키는 것이 바람직하다는 목소리가 높아지고 있다. 사실 이는 타당한 지적으로 우리나라의 의료윤리 수업이 앞으로 지향해 나가야 할 바이다. 하지만 이를 우리 나라에 당장 적용하기에는 현실적 어려움이 뒤따른다. 무엇보다 이런 ‘ethics round’가 현실화되면, 각 임상 교실에서 자체적으로 윤리 물음을 합당하게 이끌어갈 수 있는 윤리전문가가 존재해야 하는데 우리 현실은 그렇지 않다. 아마 의료윤리 교육을 받은, 그래서 의료윤리에 대한 어느 정도의 전문가임을 자인할 수 있는 전공의와 교수의 수가 늘어날 경우, 그 전공의와 교수가 각자의 교실에서 의료윤리 교육을 시킬 수 있을 것이다. 이런 단계에 이르기 전에는 부득이하게 의료윤리란 강좌를 통해 강의실에서 이루어질 수밖에 없을 것이다. 단, 강의실에서 이루어지지만 이런 현장성을 보완할 수 있도록 임상 사례를 충분히 활용하는 지혜가 필요하다.

5. ‘언제’ 교육할 것인가?

사실 현재 의과대학에 개설되어 있는 의료윤리 강좌를 살펴보면 예과에서부터 본과4학년에 이르기까지 다양하다. 정말로 학생들에게 언제 의료윤리교육을 시키는 것이 가장 효과적이고 또 바람직할까? 이에 대한 입장은 크게 이룰수록 좋다는 쪽과 늦을수록 좋다는 쪽으로 갈라진다. 이미 임상현장에 몸을 담아 ‘의학 이데올로기’로 세뇌가 된 자에게는 아무리 윤리를 제창해도 “소귀에 경 읽기”에 지나지 않는다고 생각하는 사람들은 가능한 한 의료윤리 교육을 일찍 시키는 것이 좋다고 주장한다. 반면에 의료윤리 교육이 단지 이론적 논의가 아니라 피부에 와 닿는 현장감 넘치는 교육이 되자면, 먼저 피교육자가 임상현장에서 윤리적 곤경을 실제로 경험해야 한다고 생각하는 학자들은 가능한 한 의료윤리 교육을 늦게 시키는 것이 좋다고 주장한다. 현재 142개 의과대학에서 의료윤리 교과목이 개설된 대학은 23개이고, 그 중 23개교에서 의학과에서 나머지 19개교에서는 예과에서 각각 의료윤리를 교육하고 있다. 아마 이상적인 의료윤리 교육은 이 두 주장의 장점을 모두 수용하는 일일 것이다. 즉, 예과에서는 윤리적 문제의식을 심어주고, 의학과에서는 임상현장에서 발생하는

의료윤리 사례를 중심으로 교육하는 방법이 그 좋은 대안이다. 이는 현실적으로 불가능한 일은 아니다. 윤리학 특히 응용윤리학이나 생명의료윤리 등과 관련된 강좌를 예과 교양 필수과목으로 지정하여 ‘윤리적 눈’을 기르게 한 다음, 본과에서는 각 교실 현장 실습을 마치고 혹은 실습 중에 의료윤리 교육을 실시할 수 있을 것이다. 하지만 두 마리 토끼를 다 잡을 수 없는 현실이라면 우리는 예과보다 본과에서 의료윤리 교육을 시키는 것이 나을 것이다. 의료윤리 교육 전문가의 수가 부족한 현실에서 예과 교육이 학생들에게 ‘확고한 윤리적 눈’을 갖도록 하는 데는 역부족이기 때문이다. 또 설사 그런 윤리적 안목을 가져도 본과에서 임상위주 교육을 하는 과정에 ‘자연히’ 그 눈을 잃어버릴 가능성이 많기 때문이다. 의료윤리 교육이 임상 현장에서 만나는 윤리적 딜레마를 어떻게 해결해나갈 것인가에 관한 실천적 지혜를 얻는데 그 목적이 있다면, 피교육자의 임상현장에서의 윤리적 곤경 체험이 필수적으로 요구되기에 본과에서 어느 정도 임상현장을 경험한 후에 실시하는 것이 좋을 것이다.

그리고 의료윤리과목이 개설되어 있지 않는 경우에는 각 의학 강좌 말미 한 두 시간을 의료윤리 수업에 할애하는 방법을 생각해 볼 수 있다. 예를 들면, ‘생식의학’ ‘산부인과학’ 등의 교과목 수업 가운데 한 두 시간을 할애하여 윤리교육을 시키는 것도 의학에 대한 통합 학문적 시각을 갖도록 해주는데 큰 도움이 될 것이다. ‘의료윤리’ 과목이 없다고 오히려 의료윤리 강좌가 없기 때문에 이런 방법을 통해서라도 윤리적 안목을 기르는 것이 중요하다. 물론 할당된 시간이 생식의학을 온전히 가르치기에도 부족한데, 이런 윤리수업을 어떻게 할 수 있느냐고 반문할 수 있지만, 생식의술의 윤리는 생식의학이 나아갈 방향을 결정하는 중요한 요소임을 인식한다면 이러한 시간 할애가 결코 낭비가 아닐 것이다. 또한 임상현장에서 진료를 담당하고 있는 현직 의사들을 대상으로 하는 보수교육의 한 강좌로 우리는 의료윤리 과목을 들 수 있을 것이다. 의학의 발달과 더불어 의료윤리 역시 엄청나게 변화하고 있음을 감안한다면 이 역시 긍정적으로 검토해볼 필요가 있을 것이다.

6. ‘누가’ 교육할 것인가?

사실 이 물음은 이론적 답변은 쉽지만 실제에 있어서는 많은 어려움이 뒤따른다. 앞에서 지적했듯이 의료윤리교육은 학제적 성격을 지닌다. 그래서 의학과 윤리학 모두에서 전문 지식을 갖춘 자로서 교육에 자질이 있는 자가 가르쳐야 한다는 당위적 주장을 우리는 할 수 있다. 하지만 현실적으로 이는 불가능하다. 윤리학은 인문학 가운데서도 가장 사변적인 철학의 한 영역이며, 의학은 자연과학 가운데서도 공학적 성격이 강하기 때문이다. 개념상으로 만날 수 없는 두 영역의 만남이 의료윤리학이다. 단순한 물리화학적 공존이 아니라 화학적 통합이 가능한 ‘윤리전문가’(ethical expert)를 찾기는 쉽지 않다. 누가 교육할 것인가의 물음에 앞서 이런 학제적 성격의 분야를 가르칠 수 있는 윤리전문가의 자질을 먼저 고찰해 보아야 할 것이다. 임상현장에서 만나는 윤리 문제를 해결하는 데 있어서 이성과 논증의 역할을 인정하게 되면 윤리 전문가가 지니는 전문 지식으로 우리는 다음을 들 수 있다.

첫째, 논리적 능력. 도덕 전문가는 논리적 오류를 피하고 타인에게 자기의 입장을 잘 설명해줄 수 있는 논리적 능력을 지녀야 한다. 또한 뒤죽박죽이 된 개념을 분명하게 분석하기 위해서도 논리적 능력이 필요하다.

둘째, 윤리적 지식. 윤리 전문가에게는 윤리학의 본성 및 도덕적 개념의 의미에 대한 정확한 이해가 필요하다. 자기가 사용하는 개념에 대한 정확한 이해 없이는 혼란에 빠지기 쉽다. 이를 위해서는 도덕적 용어에 대한 연구가 필요하다. 또한 윤리 전문가는 무엇보다도 윤리학 일반에 관한 지식을 가져야 한다. 윤리이론은 규범적 요소와 인식론적 요소를 함께 지니고 있다. 따라서 윤리 전문가도 두 종류의 지식 모두를 지녀야 한다. 규범적 요소에 관한 것으로 공리주의, 자연법 이론, 권리론, 정의론 등 주요 윤리이론에 관한 포괄적인, 해박한 지식을 가져야 한다. 그리고 이러한 규범적 요소를 정당화시켜 주는 인식적 요소에 관한 지식도 가져야 한다.

셋째, 사실적 지식. 윤리 전문가는 논의되고 있는 도덕문제와 관계있는 사실 문제에 관해서도 충분한 지식을 가져야 한다. 또한 행위의 본성 및 그 결과에 대한 사실적인 지식도 필요하다. 이런 지식의 도움 없이는 구체적인 도덕문제의 해결이 어렵기 때문이다. 예를 들어, 이는 의료윤리 전문가는 생물학, 의학, 생명과학 등에 관한 기초적인 지식을 가져야 한다.

넷째, 중립적인 태도. 윤리 전문가는 가능한 한, 자기의 사건을 버리고 공정한 입장에서야 한다. 윤리는 보편성을 생명으로 한다. 즉, 보편화가능성이 없는 윤리입장이나 윤리규칙은 하나의 주관적인 준칙에 불과하다.

그러면 한국 사회에서 논리적 능력, 윤리적 지식, 사실적 지식, 중립적인 태도, 이 4가지를 모두 겸비한 윤리전문가는 누구인가? 아마 한 명도 없다고 답해야 할 것이다. 하지만 각 전문지식을 지닌 전문가는 존재한다. 즉, 윤리학과 의학을 모두 전공한 학자는 없지만 각각을 전공한 학자는 많이 있다. 따라서 우리는 각각이 협력하는 교육 시스템을 의료윤리 교육에 도입해야 할 것이다. 이미 이는 연세의대를 비롯한 몇몇 의과대학에서 ‘팀 티이칭’(team teaching) 형식으로 진행되고 있다. 의료윤리의 특성에 맞게끔 의료윤리 강좌 전체를 통합적으로 운영하는 교수 1인, 윤리학자 1인, 그리고 임상전문의 1인 등이 함께 한 강좌를 실질적으로 운영할 수 있다. 물론 여기서 임상전문의의 경우 의료윤리 교육의 내용에 따라 담당 교수가 달라져야 할 것이다. 예를 들어, 임신중절의 도덕성을 논의하는 시간에는 산부인과 전문의가 적합할 것이다.

7. ‘무엇’을 가르칠 것인가

이 물음은 의료윤리학의 내용에 관한 질문이요, 의료윤리 교육의 목표와 밀접하게 연관된 물음이다. 의료윤리학이 다루는 분야는 피임, 성전환, 장기이식, 의료제도, 안락사, 임신중절, 태아조작이식 등 그 범위가 실로 엄청나게 많다. 무엇을 가르쳐야 하는가에 앞서 우리는 의료윤리학을 비록 대강이나마 분류할 필요성을 여기서 제기하게 된다.

첫째, 일반적으로 의료윤리학은 그 다루는 물음의 특성에 따라 본래적 물음과 외래적 물음으로 구분된다. 예를 들어, 체외수정이란 생식보조의술을 생각해 보자. 체외수정으로 인해 의사는 정자 제공자의 동의 없이 환자로부터 임의로 정자를 추출하여 제3의 여인에게 판매하여 불임을 치료할 수 있다. 이것이 윤리적으로 옳은가의 물음은 남의 물건을 도용하는 것이 옳은가라는 일반 윤리의 구체적 사례라 할 수 있다. 이는 의술을 실행하는 데서 발생하는 윤리적 물음으로 외래적 물음에 해당된다. 반면에 우리는 체외수정 의술로 인해 정자도 매매의 대상이 될 수 있는가, 체외수정된 수정란을 대리모에 임신시키는 것이 윤리적으로 옳은가 등의 물음을 물을 수 있다. 이는 체외수정이란 생식보조 의술이 개발되기 전에는 상상할 수 없는 물음이었다. 이는 의술 자체의 윤리적 타당성에 대한 물음으로 본래적 물음이라 할 수 있다. 의사를 비롯한 대부분의 의료 관행 종사자들은 주로 오용가능성 등과 같은 의료 관행에서 일어나는 외래적 물음에 초점을 맞추고 있다. 반면에 윤리학자들은 의료 관행 자체의 윤리에 더 큰 관심을 갖고 있다. 첨단 생명공학과 의술의 시대에 살고 있는 현대인들에게 이 두 가지 물음은 모두 중요하다. 특히 전자의 물음은 의료사고 등과 같은 법률적 문제를 야기하기에 예비 의사들의 관심을 끌기에 충분하다. 물론 이 두 물음은 실제로 밀접하게 연관되어 있지만, 논리적으로 보면 의술 자체와 연관된 본래적 물음이 우선한다고 말할 수 있다.

둘째, 의료윤리학은 인간의 개체 발생에 따른 생식의 윤리, 진료의 윤리 그리고 죽음의 윤리 셋으로 분류할 수 있다. 인간 삶은 출생과 죽음, 그리고 삶, 세 부분으로 이루어져 있다. 의학은 이 3가지 단계 모두에 있어서 큰 변화를 가져다주었다. 따라서 의료윤리는 출생과 연관된 윤리적 물음, 죽음과 연관된 윤리적 물음, 삶과 연관된 윤리적 물음으로 세분될 수 있다. 학계에서는 출생과 연관된 윤리적 물음을 다루는 학문을 특히 ‘생식의 윤리’(ethics of reproduction)라 한다. 필자는 죽음과 연관된 윤리적 물음을 다루는 학문을 ‘죽음의 윤리’(ethics of death)라고, 그리고 인간 삶과 연관되어 일어나는 윤리적 물음들은 대부분 진료와 연관되어 일어나기에 이를 ‘진료의 윤리’(ethics of treatment)라고 각각 부르고자 한다. 이 기준에 따라 의료윤리 물음은 다음 표와 같이 분류 될 수 있다.

생식의 윤리	성선택, 성감별, 산전진단, 태아조적이식, 체외수정, 대리모, 인간복제, 응급피임, 임신중절 등
진료의 윤리	의사와 환자의 관계, 임상실험, 장기이식, 유전자 치료, 행태수정, 성전환 수술, 의료보험제도 등
죽음의 윤리	안락사, 죽음의 기준(심폐사/뇌사 논쟁), 자신의 생명에 관한 유언, 의학적 충고에 반하는 퇴원, 자살 도움 등

셋째, 의료윤리학은 의사윤리와 의술윤리로 분류될 수 있다. 우리가 알고 있는 공리주의나 칸트주의 윤리설은 모두 행위중심으로 윤리이다. 즉, 이런 윤리이론은 행위의 윤리적 옳고 그름에 관한 이론이다. 그러나 1980년대 후반부터 행위자가 갖추어야 할 도덕적 품성은 무엇인가에 관한 윤리이론이 등장하고 있다. 즉, 이는 행위가 아니라 행위자 중심의 윤

리이다. 덕의 윤리가 그 대표적인 예이다. 사실 동양의 윤리는 대체로 행위자 중심의 윤리이며, 고대 아리스토텔레스의 4 주덕이나 기독교의 3 주덕은 모두 이런 행위자 중심의 윤리이다. 이런 윤리학의 분류는 의료윤리에도 그대로 적용된다. 즉, 의술 행위와 연관된 윤리적 물음이 분명 존재한다. 앞에서 논의한 체외수정이나 임신중절 등은 모두 이에 속한다. 하지만 다른 한편으로 좋은 의사가 되기 위해 갖추어야 할 바람직한 윤리적 품성은 무엇인가, 의료인으로 갖추어야 할 도덕규칙은 무엇인가 등이 여기에 속한다. 용기, 정직 등의 덕목이 오늘날의 의사에게도 요구되는가 등의 물음 역시 여기에 속한다.

의학의 발달로 인해 제기되는 모든 윤리적 물음을 의료윤리 수업에서 다루어질 수는 없을 것이다. 왜냐하면 이 많은 의료윤리 물음을 다루자면 많은 시간이 필요한데, 실제로 의료윤리 교육에 할당된 시간이 그럴지 못한 실정이며, 이 사정은 앞으로도 나아질 가망이 보이지 않기 때문이다. 연구보고에 따르면, 의료윤리 강좌가 개설된 의과대학의 학생들조차도 6년 동안 고작 평균 28시간의 의료윤리 수업을 받고 있다. 또 의료윤리 교육은 피교육자로 하여금 ‘윤리전문가’로 양성하는 데 그 목적이 있지 않고, 오히려 ‘윤리적인 의사’를 만드는 데 있기 때문에, 모든 윤리적 물음을 다루는 것 역시 바람직하다고 볼 수도 없다. 여기서는 ‘윤리적인 의사’ 만들기 위해 필수적인 몇 가지 방향만을 제시하고자 한다. 나머지 부분은 각 학교에서 학교 사정과 담당교수의 형편 등을 고려하여 자율적으로 결정하면 될 것 같다.

첫째로, 아직 의료윤리에 대한 문제 의식이 일천한 우리 현실을 고려할 경우 의료윤리 교육의 일차적 목표는 의학 내지 의료에 관한 윤리적 문제의식을 고취하는 일이다. 물음 속에 답이 있다는 말이 있듯이, 의료 행위에 대해 윤리적 물음을 묻지 않는 자에게 윤리가 작동하기 불가능하다. 특히 유전의학 등 새롭게 발전하고 있는 첨단의학에 내재하고 있는 윤리적 물음을 물을 수 있는 ‘철학 교육’이 요구된다. 이를 위해서 윤리학, 즉 목적론, 의무론, 가치론, 도덕적 책임에 관한 이론 등에 대한 교육이 필수적으로 요구된다. 여유가 있어, 동서양의 생명 및 죽음관을 여기서 함께 다룬다면 더 유익할 것이다. 물론 의료윤리의 네 원칙도 교육되어야 할 것이며, 기독교적 관점에서는 하나님의 주권 내지 하나님의 법 사상과 이웃사랑이라는 기본 원칙 교육이 필요할 것이다.

둘째로, 윤리적 의사가 되도록, 의사로서 갖추어야 할 윤리적 덕목에 대한 교육이 포함되어야 한다. 즉, 의술 윤리에 앞서 의사 윤리가 교육되어야 한다. 사실 한국 사회만큼 직업 윤리를 등한시하는 나라도 없을 것이다. 일반인에게 전문가임을 자인할 수 있으려면 전문 지식뿐만 아니라 그 지식에 어울리는 전문가 윤리가 요구되기 때문이다. 전문가이기 때문에 다른 사람은 윤리적으로 잘 하고 있는지 그렇지 않은지를 전혀 알 수 없다. 그렇기 때문에 외적 강제가 아니라 자율적인 윤리에 의거하지 아니 하고는 전문가로 인해 생기는 사회적 피해를 막을 길이 없다.

셋째로, 윤리적 의사결정 절차에 관한 내용이 포함되어야 한다. 학생으로 하여금 임상 현장에서 만나는 윤리적 딜레마를 자율적으로 해결할 수 있는 능력의 함양 역시 의료윤리 교육의 주요한 목표 중 하나이기 때문이다. 여기에는 개인적 의사결정 절차와 집단적인 의

사결정 절차 모두가 포함된다. 병원윤리위원회(HEC)나 임상연구윤리위원회(IRB)에 관한 교육이 필요한 이유도 여기에 있다.

넷째로, 본래적 물음과 외래적 물음을 균형있게 다루되 예비의사에게는 외래적 물음에 무게 중심을 두는 것이 바람직하다. 사실 본래적 물음은 철학적인 물음이요, 종교적인 물음으로 의료인이 손쉽게 논의하기에는 벅찬 감이 있다. 물론 본래적 물음에 관한 사회적 합의나 국가의 법 등 최소한의 윤리 내용은 학생들에게 주지시켜 주어야 하지만, 이런 본래적 물음으로 의료윤리 수업이 파행을 치닫지 않도록 수업 담당자에게는 세심한 배려가 요구된다. 하지만 ‘충분한 정보에 근거한 동의’(informed consent)와 같은 물음은 진료 과정에서 필수적으로 요구되는 윤리적 요구사항이다. 이런 의미에서 의료윤리 교육은 동의 물음과 같은 외래적 물음에 우선성을 두어야 할 것이다.

다섯째로, 생식의 윤리, 진료의 윤리, 죽음의 윤리 등을 균형있게 다루어야 한다. 물론 학자에 따라 이 셋 중 어느 것이 중요한가에 대한 평가는 서로 다를 것이다. 또 가르치는자의 관심이나 자질에 따라 어느 한쪽만으로 다루고 싶은 유혹을 느끼지 쉽다. 하지만 이 세 부분 중 어느 하나도 의료윤리에서 빠뜨릴 수 없는 중요한 요소임을 감안한다면 우리는 이 세 부분을 균형있게 다루어야 할 것이다.

이러한 내용을 다루자면 적합한 교재가 있어야 한다. 이미 한국의료윤리교육학회가 전국적인 규모로 조직되어 전문학술지를 발간하고, 나아가 「의료윤리학」을 발간한 바 있다. 또한 서울대학교의과대학 의학교육연수원에서도 「임상윤리학」을 발간하였다. 이런 교재는 모두 임상전문의와 윤리학자가 공동으로 집필한 책이며, 앞에서 논의한 대부분의 내용과 또 충분한 사례를 실고 있어 의료윤리교육 자료로 손색이 없을 것이다. 뿐만 아니라 의료윤리 본래적 물음에 대해서는 철학자들의 전문서적을 참고로 할 수 있다. 그리고 한국의료윤리교육학회에서 권장하고 있는 의료윤리 교육 내용에 대해서는 맨 마지막 쪽 표를 참고하길 바란다. 이는 동 학회에서 제정한 의료윤리 학습 목표에 따른 것으로, 주당 2-3시간, 한 학기 16주 수업을 기준으로 하여 제시된 의료윤리 교육 내용이다.

8. 어떻게 가르칠 것인가?

사실 어떻게 가르칠 것인가의 물음은 이미 앞서 논의한 항목들에서 간헐적으로 언급되고 있다. 편의상 6하 원칙에 따라 한 항목씩 논의를 하였지만 이 6가지는 서로 얽혀져 있으며, 이 모든 요소들이 의료윤리 교수법과 밀접한 관련성을 지니기 때문이다. 무엇보다 ‘어떻게’의 물음은 교육 목표 및 그 교과목의 특성에 의해 결정될 수밖에 없다. 여기서는 앞의 논의를 참고로 구체적인 몇 가지 교수법을 추가하고자 한다.

첫째는 문제해결 교수법이다. 의료윤리 교육 목표가 문제 해결 능력을 함양하는 데 있기 때문에, 우리는 존 듀이가 말하는 문제해결 교수법을 의료윤리 교육에 원용할 수 있을 것이다. 그러자면 교육자는 일방적으로 지식 전달 위주 교육을 펼쳐서는 안 될 것이다. 학생이 스스로 임상 현장에 만나는 의료 행위에서 윤리적 딜레마를 찾아내고, 그에 함축된 윤

리적 물음이 무엇이며, 그것을 어떻게 해결할 것인지를 스스로 생각할 수 있는 교육이 이루어져야 할 것이다. 이는 당연히 주입식 교육보다는 토론과 발표식 수업이 될 것이다.

둘째는 사례분석 접근법(case-analysis method)이다. 문제는 언제나 구체적인 사례와 함께 존재한다. 그렇기 때문에 사례와 유리된 추상적 의료윤리 논의는 현실 적합성을 갖지 못할 것이다. 법학의 사례 연구처럼 의료윤리 역시 구체적인 사례를 중심으로 논의가 이루어져야 한다. 특히 임상현장에서 발생하여, 사회적 이슈로 부각된 사례는 교육의 중요한 자료가 될 것이다. 즉, 먼저 주어진 사례에 의학적 사실을 분석한 다음, 그에 함축된 윤리적 물음이 무엇인지 규명해야 할 것이다. 그런 다음 그러한 윤리적 물음에 대한 여러 가지 대안들을 종합적으로 평가한 다음 합리적 해결책을 도모해야 할 것이다. 이를 <사실분석-윤리적 평가-합리적 해결>의 도식에 따른 윤리교육이라 명명할 수 있을 것이다. 임상현장과 적절성을 유지하고, 나아가 윤리교육의 추상성에서 벗어나자면 이런 교육이 불가피할 것이다. 이런 자료로는 Gregory E. Pence. *Classic Cases in Medical Ethics*. 3rd. (New York : McGraw-Hill Publishing Company, 2000)가 있다. 이런 자료를 바탕으로 국내의 사례-예를 들어, 보라매병원 사건 등-를 첨가하여 학생들과 함께 토론식으로 수업할 수 있다.

셋째는 팀티칭 교수법이다. 필자는 앞의 ‘누가 가르칠 것인가’ 물음에서 윤리전문가를 언급한 바 있다. 현실적으로 윤리전문가가 존재하지 않기 때문에 우리는 차선택으로 윤리학 전공자, 임상전문가, 그리고 전체 수업을 주관하는 코디격 교수 등이 공동으로 수업을 진행하는 것이 바람직할 것이다. 그래야 의료윤리학이 지닌 학제적 성격을 어느 정도 충족시킬 수 있을 것이다.

넷째는 앞의 논의에서 얻어진 결론적 주장으로 학생이 주체가 되는, 열린교육이어야 한다. 이 점은 예수님의 교육관에도 그대로 드러나 있다. 마태복음 16장에서 예수님은 제자들에게 두 가지 물음을 던진다. 하나는 “사람들이 나를 누구라 하느냐?”의 물음이고, 다른 하나는 “너희는 나를 누구라 하느냐?”의 물음이다. 즉, 전자의 물음은 일반적인 지식을 말하고, 후자는 개인적인 자신의 의견을 말한다. 즉, 의료윤리 수업에 있어서 우리는 특정의 물음에 대해 기존 윤리학자들의 입장을 배워야할 뿐만 아니라 그러한 텍스트를 참고로 하여 우리의, 그리고 학생 자신의 윤리적 입장을 세워나가도록 해야 할 것이다. 물론 전체 수업이 16주라면, 약 4주 정도는 의료윤리 일반에 대해 강의식 개괄적 교육이 필요할 것이다. 그러나 전체적인 수업은 학생이 주체가 되는 열린교육이 바람직하다고 하겠다. 이런 열린수업이 되자면 학생들이 독서과제를 읽고 또 수업을 하나하나 준비하는 주체의식이 요구된다.

물론 우리는 교육기자재 및 피교육자의 수에 대해서도 주의를 기울여야 할 것이다. 현장감을 살리기 위한 비디오를 비롯하여 프레젠테이션 활용이 요구되며, 또 열린교육에 맞도록 20-30명 내외로 학생 수를 제한하는 방안도 강구해야 할 것이다.

9. 평가의 물음

평가 역시 의료윤리 교육의 목표에 맞추어야 할 것이다. 의료윤리에 대한 지식을 묻는

평가가 아니라 얼마나 임상현장에서 만나는 사례를 윤리적으로 분석 평가할 수 있는냐를 물어야 한다. 사고력은 객관적으로 평가하기 어렵다는 문제점을 지닌다. 하지만 의료윤리 교육 목표에 비추어 본다면, 객관성의 손실은 불가피하다. 예를 들어, 사례를 주고 거기에 함축된 윤리적 물음 및 그에 대한 학생자신의 입장을 논술식으로 기술하도록 한다거나 아니면 사례를 특정의 윤리이론 내지 윤리원칙에 따라 분석하여 비판적으로 논의하도록 문제를 출제할 수 있다. 논술식 평가로 인한 객관성 훼손의 우려를 조금이나마 불식시키자면 상대평가보다 절대평가가 나을 것이다.

10. 맺는 말 : ‘좋은 의사’를 위하여

모든 의대생은 좋은 의사가 되기 위해 안간힘을 쓴다. 그러면 당연히 우리는 묻는다. “좋은 의사란 어떤 사람인가?” 우리는 지금 기능주의에 물들어 있다. 즉, 탁월한 기능을 발휘하면 그것으로 충분하다는 기능주의적 사고가 의료의 경우에도 적용되고 있다. 그래서 우리는 앞의 질문에 대해 ‘의학적 전문지식을 갖고 사람의 질병을 잘 고치는 의사’라고 손쉽게 말할 것이다. 하지만 우리는 이 답에 만족하지 않고 또 물을 수 있다. “정말로 의술이 뛰어난 사람이 좋은 의사인가?” 이런 질문을 받으면 우리의 머리는 복잡해지기 시작한다. 의학적 전문지식은 좋은 의사가 되기 위한 필요조건이지, 충분조건까지 되지는 못한다. 좋은 의사는 윤리적인 의사이다. 실력이 있는 교수가 다 좋은 교수가 아니고 학생들을 아끼고 배려하는 ‘사랑이란 덕을 겸비한’ 교수가 좋은 교수가 아닌가? 좋은 의사 역시 이와 마찬가지로 아닌가? 의학적 지식과 윤리적 덕목을 겸비한 좋은 의사를 우리 사회는 필요로 하고 있다. 전문적 능력을 지니고 있으면서도 사회적 지탄을 받는 의사는 존재하지만, 윤리적 덕목을 지니면서 사회적 지탄을 받는 의사는 없다는 사실을 우리는 기억해야 한다. “의술은 仁術이다.” 그럼에도 우리 의학교육은 “의술은 技術이다.”의 깃발을 들고 앞으로 달려가고 있다. 仁의 교육이 필요하다. 무엇으로 仁을 보충할 것인가? 윤리교육은 그 하나의 대안이 될 수 있다.

의료윤리교육 물음은 단순히 의과대학 재량으로 해도 좋고 하지 않아도 좋은 것이 아니다. 이미 미국에서는 보편화되어 있다. 국내의 경우에도 의과대학 종합평가 항목에 의료윤리 교육 유무 부분이 있어, 대부분의 의과대학에서 교육 커리큘럼 상으로는 의료윤리 과목이 '개설'되어 있다. 의료윤리 교육이 정착화되기 위한 실질적인 제도 보완이 필요하다. 한국인은 시험에 약하다. 그렇기 때문에 간호사 자격 고사처럼 의사 자격 고사에 의료법과 더불어 의료윤리 과목을 추가하는 방안도 긍정적으로 검토해볼 필요가 있을 것이다. 물론 의료윤리 교육의 내실화 장애요인도 만만찮다. 일단 가르칠 교수, 특히 가르칠 의료윤리학자가 없다는 점이다. 또 의사가 아닌 윤리학자를 의과대학에서 초빙하기에는 학교입장에서 보면 재정적으로 부담스러울 수 있다. 물론 이런 경제적 부담을 극복하면서 윤리학자를 의과대학에서 초빙한 의과대학도 있다. 울산의대나 연세의대는 그 대표적인 예이다. 하지만 학술진흥재단에서 시행하는 BK21, Post-Doc, 보화학문강의지원 등의 제도를 의과대학에서

적극적으로 추진한다면 큰 경제적 부담없이 의료윤리 교육을 효과적으로 실시할 수 있을 것이다.

표 : 의료윤리교육학회 세부 교육 목표

목차	내용
제1장 윤리·의료윤리의 개념	제1절 윤리의 정의와 개념 제2절 의료윤리의 개념
제2장 의료윤리의 원칙	제1절 자율성 존중 원칙 제2절 악행금지 원칙 제3절 선행 원칙 제4절 정의 원칙
제3장 의료에서 여러 관계에 관련 된 윤리 문제	제1절 의사-환자 관계 윤리 제2절 의사-의사 관계 윤리 제3절 의사-간호사 관계 윤리 제4절 임상실습 학생의 윤리 제5절 의사에 대한 사회의 시각 제6절 병원윤리위원회
제4장 의학연구와 관련된 윤리문제	제1절 의학연구의 윤리 제2절 첨단의학 연구의 윤리
제5장 출생과 관련된 윤리문제	제1절 인공유산과 가족계획 제2절 인공수정과 대리모 문제
제6장 죽음과 관련된 윤리문제	제1절 안락사와 임종환자의 관리 제2절 뇌사와 장기이식
제7장 특수 분야 환자와 관련된 윤 리문제	제1절 정신과 환자와 관련 윤리문제 제2절 응급환자와 관련 윤리문제 제3절 어린이 환자 관련 윤리문제

참고문헌

- 김상득. 생명의료윤리학. 서울 : 철학과현실사, 2000.
- 김옥주 외. 하버드 의과대학 의료윤리교육. 의료윤리교육 1999 ; 제2권 1호 : 1-26.
- 맹광호. 의과대학에서 윤리교육. 의료윤리교육 1998 창간호 : 71-82
- 손명세. 의과대학 윤리교육의 과제와 전망. 의료윤리교육 1998 창간호 : 45-58
- 서울대학교의과대학 의학교육연수원 편. 임상윤리학. 서울 : 서울대학교출판부, 1999.
- 한국의료윤리교육학회 편. 의료윤리학. 서울 : 계축문화사. 2001.

T.샤논/J.디지아코모 지음, 황경식/김상득옮김. 생의윤리학이란?. 서울 : 서광사, 1989.

Beauchamp TL & Childress JF. Principles of Biomedical Ethics.

New York, Oxford : Oxford University Press, 1994.

Caplan AL. Can Applied Ethics Be Effective Health Care and Should It Strive to Be?. Ethics 1993 ; 93 : 311-319.

Dickens B. Patient's Rights. Encyclopedia of Applied Ethics Vol. 3.

New York : Academic Press, 1998 : 459-471.