

## 하버드 의과대학의 의료윤리교육

김옥주\* · 구영모\*\* · 황상익\*\*\*

### 1. 서 론

토론을 하기 쉽도록 고안된 말굽 모양의 세미나실에서 의과대학 1학년 학생 20여명이 진지하게 스크린을 보고 있다. 화면에는 회복가능성이 없이 기계에 의해 생명을 이어가는 환자로부터 의사가 기계를 떼어내어 환자가 사망에 이르는 장면이 나오고 있다. 물론 환자의 유언과 가족들의 동의에 따른 조치이지만, 의사는 조심스럽게 가족들에게 앞으로 어떤 일이 일어날 것인지를 설명하며 환자가 고통을 느끼지 못할 것임을 강조한다. 환자의 병상 머리맡에서 원목(병원목사)이 환자와 가족을 위해 기도한 뒤, 의사는 마지막으로 호흡기를 제거한다. 이제 환자의 맥박이 정지되고, 흐느껴 우는 딸과 남편의 모습이 보인다. 곧 이어 화면이 꺼지고 세미나실에는 무거운 침묵이 흐른다. 사람을 살리는 의사의 길을 택한 의과대학 학생들에게 앞으로 자신이 생명을 끊는 역할을 담당할 수도 있다는 사실이 충격이기 때문일까? 곧 이어 담당교수의 도전적인 질문이 던져진다. “이것이 살인행위입니까(Is this killing)?” “죽인다는 것은 무엇을 뜻합니까(What is killing)?” 미리 독서과제물을 읽어 온 학생들이 여기저기서 손을 들고 자신의 생각을 이야기하는 동안, ‘죽어 가는 환자에 대한 의사의 책임’에 대해 차츰차츰 생각이 정리되어 간다. 의료윤리 담당교수 네 명이 돌아가며 간간이 질문에 답하거나 보충설명을 하는 과정에서, 이들은 죽음과 맞서야 하는 의사들, 특히 생명연장기구들이 발달해 있는 요즈음 의사들이 부딪치는 윤리적 딜레마는 무엇이며 그것에 대해 어떻게 사고하고 풀어나가야 하는지를 그 동안의 대표적인 판례와 역사적인 경험을 통해 설명한다.

이것은 저자들 가운데 한 사람이 1998년 가을 학기에 미국 하버드 대학교에서 박사

\* 서울대학교 의과대학 의사학교실 및 미국 하버드 대학교 과학사학과

\*\* 서울대학교 의과대학 의사학교실 및 서울대학교 철학사상연구소

\*\*\* 서울대학교 의과대학 의사학교실, 책임저자(email : hwangsi@plaza.snu.ac.kr)

후연구원(post-doctoral fellow)으로 의료윤리를 공부하는 동안 참여한 의료윤리 수업의 한 장면이다. 전문직업이 고도로 발달한 현대사회는 전문인들에게 직업윤리를 점점 더 강하게 요청하고 있다. 특히 이전 시대에는 상상하지도 못했던 의학 기술의 발전으로 현대 의사들은 히포크라테스 식의 전통적 윤리로는 해결하기 어려운 난제들을 일상적인 진료활동에서 맞부딪치고 있다. 매일 매일의 임상에서 의사들은 의학적 판단과 더불어 윤리적인 판단을 해야만 하는 것이다. 점점 더 복잡해지는 의료환경에서 어떻게 하면 미래의 의사들이 보다 윤리적인 사고와 행동을 할 수 있도록 훈련할 수 있을까?

이 논문에서는 이러한 훈련을 목표로 하는 하버드 의과대학의 의료윤리 수업, <임상에서 부딪치는 도덕적 딜레마>를 참관한 경험과, 이 수업을 이끄는 교수진과 참여 학생들과의 인터뷰를 통해 얻은 자료들을 바탕으로 의과대학생들에 대한 윤리교육의 한 예를 제시하고자 한다.

## 2. 의과대학 교과과정 중 의료윤리교육의 위치, 교수진, 교육목표

하버드 의과대학은 의학도들을 전문지식만을 구비한 의사가 아니라, 의료행위가 벌어지고 있는 복잡한 사회적, 문화적 공간에서 올바른 판단을 내리고 참된 휴머니즘에 입각하여 인술을 펼치는 의사로 훈련시키는 데 노력을 기울이고 있다. 이에 관련된 학과목으로는 <의사-환자 관계 (Doctor-Patient Relationship) I, II, III>과 사회의학교실 (Department of Social Medicine)에서 제공하는 여러 가지 과목이 있다.<sup>1)</sup>

<의사-환자 관계> 수업은 전공필수과목으로 다양한 교수진의 지도하에 1학년부터 3학년까지 계속된다. 1학년에서는 환자가 병으로 인해 겪는 여러 가지 경험에 대해 토론하고, 의사-환자 관계의 윤리적, 사회적, 심리적인 측면을 공부한다. 6명의 학생이 3명의 교수와 한 팀이 되어 주로 개인지도(tutorial session)를 받는다. 2, 3학년에서는 환자와의 의사소통 기술, 문진과 병력청취 기술 등 임상수기와 관련된 부분이 첨가되며, 그와 더불어 임상과 밀접한 관계가 있는 윤리, 경제, 사회, 법, 행정, 보건정책 주제들이 다루어진다.

또한 1학년 학생들은 사회의학교실에서 개설하는 13가지 과목 가운데 하나를 선택하여 수강하여야 한다. 한 과목에 대략 15~25명의 학생이 수강한다. 사회의학교실은

1) 1980년대 하버드 의과대학의 교육개혁과 발전과정에 관해서는 Tosteson D, Adelstein S, Carver S (ed). *New Pathways to Medical Education: Learning to Learn at Harvard Medical School*. Cambridge: Harvard University Press, 1994를 참조할 것. 또한 학제와 교과내용에 대해서는 *Harvard Medical School Course Catalog 1998-1999*: 16-26을 참조할 것. 의료윤리교육에 관련된 과목들에 대한 보다 자세한 설명은 의료윤리교육 담당교수인 Dr. Lynn Peterson과의 인터뷰를 통해 얻을 수 있었다. (Personal interview with Dr. Lynn Peterson, 29 December 1998)

의학, 인문학, 사회과학이 만나는 학제간 교육과 연구를 담당하는데, 의사학, 의료윤리학, 의료인류학, 의료사회학 등이 주된 분야이다. 이 가운데 의료윤리학분과(Division of Medical Ethics)에서 의료윤리에 관련된 과목들인 <의료, 인권, 의사(Medicine, Human Rights, and Physician)>,<sup>3)</sup> <불치병을 가진 삶 (Living with Life-threatening Illness)>,<sup>3)</sup> <생명과학과 생명기술에 관한 사회학적 연구(Social Studies of Bioscience and Biotechnology)>,<sup>4)</sup> <임상에서 부딪치는 도덕적 딜레마(Moral Aspects of Dilemmas in Medical Practice)> 등을 개설하고 있다. 그밖에 보건대학원에서 주관하는 <공중보건의 실제에 있어서 윤리적 기초(Ethical Basis of the Practice of Public Health)><sup>5)</sup>와 <연구윤리(Research Ethics)><sup>6)</sup>, 신학대학에서 개설하는 <임상윤리(Ethics in Medical Practice)><sup>7)</sup> 등이 있다.

이 과목들 중 이 논문에서 주로 다루는 것은 <임상에서 부딪치는 도덕적 딜레마>로 의과대학생들에게 의료윤리의 가장 기본적인 개념과 내용을 가르치는 과목이다. 이 과

- 
- 2) 이 과목에서는 인권 침해에 의한 고통을 방지하고 완화시키는 데 의사들이 어떻게 기여할 것인가를 가르친다. 미국과 전세계에서 벌어지는 인권 침해에 관해 전반적인 지식을 갖게 하며, 인권 침해가 야기하는 신체적, 심리적 손상에 대해 검토하고, 어떻게 의사들이 의학적 지식을 가지고 인권 옹호와 교육에 기여할 수 있는지를 구체적으로 가르친다.
  - 3) 죽음을 맞이하고 있는 환자들에 대한 보살핌은 의사의 기본적인 의무이지만 대부분의 초년 의사들이 이 문제에 대해 잘 훈련되어 있지 못하다. 이 과목은 실습과 강의를 통해 학생들에게 말기 환자들을 잘 돌볼 수 있도록 훈련을 시킨다. 학생들은 죽음을 앞두고 있는 환자와 그 가족을 만나 일지를 쓰고 그들과 지속적인 관계를 맺음으로써 실제적인 경험을 쌓는다. 경험이 많은 임상 의사가 소그룹 지도를 통해 학생들의 경험을 정리하고 체계화시킨다. 증례보고, 역할극, 강의, 토론 등을 통해 학생들은 고통에 대한 반응, 슬픔, 상실에 대한 반응, 종교적인 문제들, 그리고 윤리적인 딜레마들을 다룬다.
  - 4) 기초의학자, 임상 의사, 의료윤리학자, 사회과학자들이 참여해서 가르치는 이 과목에서는 새로운 생명기술의 발전과 관련된 사회적, 윤리적, 임상적인 주제들을 다룬다. 주제들은 다음 네 가지로 요약할 수 있다. 첫째, 산업체-대학 관계를 포함한 생명기술연구의 정치경제학적 측면. 둘째, 분자생물학적 발견을 비롯한 새로운 생명기술을 임상에 활용하는 데서 생기는 문제들. 셋째, 질병에 대한 유전학적 연구결과들을 임상에 적용하는 데서 생기는 윤리적인 문제들. 넷째, 인구유전학 연구와 관련된 보다 넓은 의미의 사회적, 윤리적 문제들.
  - 5) 공중보건정책의 윤리적, 철학적 기초를 다루는 과목으로, 특히 학생들이 각각의 보건정책이 기초하고 있는 주요한 윤리적, 철학적 전제가 무엇인지를 분석, 평가하고 비판할 수 있는 안목을 기르도록 훈련시킨다. 수업의 마지막 단계에서는 학생들이 공중보건전문가로서 스스로의 윤리적인 사고를 검토하고, 발달시키며, 정교화하도록 훈련시킨다. Roberts M. The Ethical Basis of the Practice of Public Health(HPM 250A). 1998-1999 Syllabus.
  - 6) 의학과 보건학 연구자 중 인간을 대상으로 실험하는 사람들을 위한 과목이다. 미국 국립보건원(National Institute of Health)에서 연구비 수혜의 필수조건으로 인체를 대상으로 하는 연구자들에게 윤리 과목을 이수할 것을 의무화함에 따라 만들어진 과목이다. 다양한 분야의 전문가들이 참여하여 의학 연구를 수행할 때 부딪치는 윤리적인 문제들을 사례를 들어서 가르친다. Research Ethics(HPM 292D). 1999 Syllabus.
  - 7) 이 과목은 임상적인 문제에 도덕적 원리들을 어떻게 적용할 것인가를 다룬다. 의과대학과 보건대학원의 수업과는 달리 신학적, 종교적인 측면이 강조되고 있으며, 학생들 또한 보건의료전문가보다는 신학이나 상담학을 전공하는 사람이 더 많다. Ethics in Medical Practice(DIV 2850). Spring 1999 Syllabus.

목을 담당하는 교수는 네 명으로, 책임자인 피터슨(Lynn Peterson) 교수는 일반외과전문의이면서 영국 옥스퍼드 대학교의 철학석사과정에서 의료윤리학을 공부한 사람이다. 다른 두 명은 연구원 자격으로 1년 또는 2년 동안 의료윤리학 수련을 받은 소아과 전문의와 내과전문의이다. 나머지 한 명은 의사가 아닌 학자로서 하버드 신학대학에서 의료윤리학을 전공하고 의료윤리학분과에서 활동하는 사람이다. 그러나 실제로 강의하고 수업을 이끄는 사람은 훨씬 많다. 주제에 따라 환자들이 참가하기도 하며, 체외수정 전문가, 유전 상담가 등 주제에 맞는 전문가들이 참여한다. 특수한 주제를 맡은 초빙강사들이 수업을 진행하는 경우 담당교수진도 같이 참여하여 그룹토론을 이끌기도 하고, 임상에서 부딪치는 구체적인 사례들을 의료윤리 원칙들과 연결시켜 주는 역할을 하기도 한다.

이 수업이 지향하는 목표는 다음과 같다. ① 의료의 윤리적인 측면을 인식하고 임상에서 부딪치는 도덕적 딜레마를 체계적으로 분석하여 합리적이고 타당한 결론에 다다르는 능력을 개발한다. ② 오늘날 의사들이 부딪치는 주요한 윤리적 문제들을 익힌다. ③ 환자들을 고유한 배경과 중요한 사회 연결망, 다양한 삶의 목표와 양식을 가지고 있는 사람들로 존중하는 법을 배운다. 환자를 존중한다는 것의 실질적 의미를 깨닫고, 환자와의 관계에서 어떻게 존경, 신의, 공감, 신뢰를 쌓을 것인가를 배운다. ④ 의료의 인본주의적인 요소와, 효과적이지만 위험한 의료기술을 써야 될 필요 사이의 균형을 생각함으로써, 인간에게 의료기술을 쓰는 문제에 대해 깊이 생각하는 습관을 기른다. ⑤ 학우 동료들과 의견을 나누는 법을 배운다. 어떻게 견해의 차이를 표현할 것인가, 그리고 반대되는 관점을 어떻게 경청하고 이해할 것인가를 익힌다. ⑥ 의사들이 의료기관의 운영과 정치에 참여하여 할 필요와 현대 사회에서 의사의 역할에 대해 이해한다.

또한 이 수업은 의과대학생들에 대한 여러 가지 차원의 의료윤리교육을 목표로 하고 있음을 살펴볼 수 있다. 첫째, 의사들이 일상적으로 행하는 진료과정에 윤리적인 문제들이 다양한 형태로 존재한다는 사실을 인식하도록 교육하는 것이다. 즉, 의료의 윤리적 문제들에 대한 인식(perception)과 이에 대한 감수성(sensitivity)을 증진시키고 이에 관한 합리적인 사고(reasoning) 능력을 배양시킴으로써, 나중에 학생들이 어떤 분야의 의업에 종사하더라도 자신의 분야에서 윤리적인 문제들을 스스로 발견하고 올바른 결론에 도달하도록 교육하는 것이다. 둘째, 현재 임상 현장의 윤리적인 문제들을 소개하고 그 내용을 배우도록 하는 것이다. 그 내용으로는 충분한 설명에 근거한 동의(informed consent), 죽음의 문제, 인공수정의 문제, 유전상담과 관련된 문제 등을 들 수 있다. 셋째, 환자들을 그들의 입장에서 이해하고 존중하는 원칙과 방법을 체득하게 하는 것이다. 이를 위해 환자에게서 직접 이야기를 듣는 것부터 자신들이 직접 환자 역할을 하는 것에 이르기까지 다양한 방법과 교재가 동원되고 있다. 넷째, 의료기술을 환자

에게 사용할 경우 의사들은 환자의 병에 대한 의학적 고려뿐 아니라 환자가 가지고 있는 도덕적, 종교적, 사회적 가치관과 치료에 대한 바람 등을 고려해야 함을 가르치고 있다. 이것은 특히 미국 사회가 다양한 민족, 문화, 종교로 구성되어 있기 때문에 특히 강조하는 부분으로 생각된다. 다섯째, 토론을 통해 수업을 진행시키는 과정에서 윤리적 문제들에 대해 자신의 생각을 개진하고, 반대 의견들을 경청하여 합의에 도달하는 과정을 배우도록 한다. 이러한 교육은 학생들이 능동적으로 학습하게 하는 방법일 뿐 아니라, 학생으로서, 수련의로서, 의학자로서, 임상사로서, 이들이 성장해 나가는 동안 맞부딪치는 윤리적인 문제들을 현장에서 토론하도록 권장하고 훈련하는 의미도 지닌다. 즉, 의료 현장에서 의료 담당자들에 의해 윤리적 문제들이 계속 토론되고 해결을 위한 노력들이 지속되고 발전될 때 진정한 의미의 의료윤리가 살아난다는 생각이 그 밑에 깔려 있는 것이다.

### 3. 교과과정 및 진행 방식

이 수업은 주 2시간 13주로 이루어져 있다. 처음 몇 시간 동안은 의료윤리이론 및 의료윤리원칙들과 충분한 설명에 근거한 동의(informed consent), 환자의 비밀보장(confidentiality) 등 의료윤리의 기초가 되는 항목들을 다룬다. 그리고는 보다 세부적으로 들어가 의료사원의 배분 문제, 생식의학과 관련된 윤리문제, 유전상담과 관련된 윤리문제, 불치병을 가진 환자와의 관계에서 생기는 윤리문제, 환자의 의사결정능력(competency)을 평가하는 문제, 임상시험(clinical trial)에서 발생하는 윤리문제, 병원 윤리위원회에 관련된 문제 등을 다룬다. 수업에서 다루고 있는 것은 현대 의학의 윤리적 문제 중 임상사들이 알아야 할 기초적인 내용들이다.

수업에서 가장 능동적인 역할을 담당하는 것은 학생들이다. 학생들은 수업시간 전에 사례를 포함하여 20-30쪽 정도의 독서과제를 읽어온다. 학생들은 사례중심의 수업을 통해 여러 상이한 주제들을 소화시켜 나간다. 수업방식으로는, 학생들의 질의응답과 토론, 역할 연기(role play)가 전체 수업의 70% 이상을 차지한다. 보통 처음 한 시간은 학생들과 교수들 모두 한 방에서 해당 전문가로부터 주제를 소개받고 질의응답을 한다. 다음 한 시간은 20여명의 학생들이 두 그룹으로 나뉘어 토론하는데, 각각 두 명의 담당교수와 그 주제를 담당하는 특정교수가 한 명씩 다른 방으로 가서 토론을 계속한다. 따라서 3-4명의 교수진과 함께 10여명의 학생이 모두 토론에 활발히 참가할 기회를 가지게 되며, 같은 사례에 대해 상이한 의견과 그 이유들이 제시되는 가운데 학생들은 자신들의 토론에서 배우는 부분도 많다. 학생들은 두 개의 짧은 사례분석과 기말고사를 보는데, 네 명의 교수진은 각각 5-6명의 학생을 맡아서 학생들이 쓴 사례 분석들

을 가지고 개인교습(tutorial)을 한다.

#### 4. 의료윤리의 사례연구방법론(Working up an ethical issue in medicine)<sup>8)</sup>

이 의료윤리 강좌의 다양한 교육방법 중 가장 큰 비중을 차지하고 있는 것은 사례연구이다. 사례연구를 강조하는 이유는 학생들이 의사가 되었을 때 현장에서 부딪치는 윤리적인 문제에 대해 가장 윤리적이며 임상적으로 타당한 결론에 이르게 하는 체계적인 추론과정(systematic reasoning process)을 훈련하기 위해서이다. 이제 어떻게 사례들을 검토하여 체계적인 추론과정을 훈련시키는데에 관한 방법론을 살펴보자. 일반적으로 다음과 같은 형식으로 사례를 분석해 나간다. ① 사실의 수집 — 이 사례에서 가장 중요한 사실은 무엇인가? ② 가치 — 이 사례에서 문제되고 있는 가장 중요한 가치는 무엇인가? ③ 갈등 — 이 사례에서 어떠한 가치들이 갈등을 일으키고 있는가? ④ 가능한 행동 방침들에 대한 검토. ⑤ 결정과 정당화(decision and justification). ⑥ 임상윤리에서 의견의 불일치를 구분하는 방법. ⑦ 예방 윤리학(preventive ethics).

##### 1) 사실의 수집

사례분석에서 가장 기초가 되는 것은 그 사례와 관련된 정확한 사실의 수집이다. 각각의 사례마다 중요하게 부각되는 사실들이 있으므로, 보다 상세한 정보의 수집뿐 아니라, 어떤 사실들이 보다 중요한 것인지를 판단하는 것도 중요하다. 먼저 환자의 병력, 진단, 상태 등을 잘 알아야 할 것이다. 또한 가능한 치료방법들과 각각의 방법을 사용했을 때 예후를 알아야 할 것이다. '주관적' 사실이 때로는 보다 중요하게 부각되는데, 환자가 어떤 치료나 혹은 치료하지 않는 것을 선호한다는 사실을 명백히 의사 표시한 것이 중요할 수 있다. 예를 들면, 어떤 사람들은 자신이 건강할 때 다음과 같은 유언을 남긴다. 즉, 자신이 회복될 가망이 없이 생명유지장치에 의해 간신히 목숨만 부지하는 경우, 이 장치들을 제거하여 자연스러운 죽음을 맞이하게 해 달라는 것이다. 실제로 이러한 상황이 벌어질 경우, 환자가 직접적으로 의사표시를 했는가, 아니면 환자의 의사와 상관없는 가족들의 바람인가, 아니면 아무도 환자의 의사를 대변해 줄 수 없는 상태인가 등이 중요한 변수가 될 수 있다. 환자나 가족들이 보이는 공포, 희망, 부정(denial) 등도 주의 깊게 관찰하여 기록해야 할 것이다. 환자의 가족, 환자가 속한 공동

8) 이것은 1992년 10월 하버드 의과대학 의료윤리학분과의 퍼로우(Lachlan Forrow, MD)가 개발한 것이다. In Readings for "Introduction." Session I of Moral Aspect of Dilemmas in Medical Practice. Harvard Medical School. Fall Term 1998.

체 및 지역사회, 진료환경 등 사례를 둘러싸고 있는 사회적 맥락에 관한 사실의 수집도 포함시켜야 할 것이다. 그밖에 경제적 비용, 사용 가능한 사회적 제도적 자원, 법률적인 사실 등 사례의 해결에 도움이 되는 정보의 수집도 이에 들어간다.

## 2) 가치

의료 윤리적 문제들은 사실의 수집만으로 해결되지 않는다. 따라서 사례에서 문제가 되고 있는 가장 중요한 가치가 무엇인가를 파악하는 것이 중요하다. 먼저, 누가 가치의 문제를 담보하고 있는 당사자인가를 파악한다. 이는 환자, 가족, 임상 의사, 실습 학생, 병원, 보험 등의 기관, 사회, 또는 그밖의 제3자일 수 있다. 학생들은 이들 당사자 각각의 관점에서 어떠한 가치가 가장 문제가 되는가를 파악한다. 가장 중요한 가치가 선행 원칙일 경우, 환자 개인의 건강과 전체적인 복지상태가 가장 중요할 수 있다. 자율성 존중 원칙이 가장 중요한 가치가 되는 경우는 스스로 결정할 권리가 중요한 문제가 된다. 정의 원칙이 문제되는 경우는 의료자원 접근이 평등하게 이루어지는가가 중요하게 제기된다. 환자에게 해를 입히지 않는다는 악행금지 원칙이 문제가 되는 경우도 있다. 그밖에 의과대학생들과 그들의 미래의 환자들을 위한 임상교육이라는 가치가 걸려 있는 경우도 있고, 의사들의 비밀보장 의무, 진실 말하기 의무가 주요 문제가 되는 경우도 있다. 환자를 대상으로 하는 의학연구 및 동료 의사와의 관계와 관련해서 전문직의 정직성, 개인의 성실성이 가장 중요한 문제가 되는 경우도 있다. 또한 여호와의 증인이 수혈을 거부해 죽게 된 경우처럼 종교적 가치가 가장 중요한 문제가 되는 수도 있다.

## 3) 갈등

윤리적 딜레마를 초래하는 사례들을 보면 그 안에 서로 다른 가치들이 갈등을 일으키고 있는 경우가 많다. 앞의 단계에서 누가 어떠한 가치를 문제삼고 있는가를 알게 되면, 그 다음 단계로 이 가치들 사이에 갈등이 없는지를 파악하는 것이 중요하다. 예를 들어 치료를 거부하는 환자의 경우, 환자가 스스로 결정할 권리를 존중해 주어야 할 것인가, 또는 의사가 환자의 건강을 위해 최선의 치료를 해야 할 것인가의 사이에서 갈등이 생긴다. 이것은 자율성 존중 원칙과 선행 원칙 사이에 갈등이 생기는 경우이다. 부족한 의료자원의 배분에 있어서는 자신이 주치의인 환자의 필요와 그밖의 환자들의 필요 사이에 갈등이 존재한다. 이것은 선행 원칙과 정의 원칙 사이의 갈등이다.

## 4) 가능한 행동방침들에 대한 검토

지금까지는 주어진 사례에 관계된 사실들을 수집, 분석하고 사례에 관련된 당사자들이 가진 가치와 이 가치들 사이의 갈등을 검토했다. 이에 바탕하여 의사로서, 또는 학

생으로서 유지하고 진작시켜야 할 가치들을 잘 구현할 수 있는 가능한 행동방침들은 어떠한 것이 있을까 하는 점에 관해 폭넓게 사고하는 것이 필요하다. 이 단계에서 특히 창조적인 생각이 요구된다.

## 5) 결정과 정당화

한 가지 행동방침을 선택하기 전에 먼저 각각의 행동방침이 가장 중요한 가치에 기여할 수 있는 정도를 비교해 본다. 그 뒤에 행동방침을 선택하고 이를 정당화할 수 있어야 한다. 어떤 임상적 선택이 환자에게 해를 입히는 것보다 이익이 더 크다고 예상될 때 그 선택은 정당화된다. 또한 다른 대안에 대하여 자신의 선택을 옹호할 수 있어야 한다. 예를 들어 선택한 행동방침이 특정한 가치를 다른 가치의 우위에 두어야 한다면 그 선택이 정당화될 수 있는 근거를 설명할 수 있어야 한다. 또한 선택한 방법이 다른 가치를 양보해야 한다면, 이러한 양보를 최소화하기 위해 그 방법을 더 발전시킬 수는 없는가를 더 연구해 보아야 한다.

바람직한 행동방침을 선택하는 과정에는 의사와 환자의 공동참여가 중요하다. 과거에는 의사가 환자를 위해서 모든 것을 결정하는 부권주의(paternalism)가 강했던 반면, 현재는 과거의 경향에 대한 반작용으로 의사는 단지 설명만 하고 환자가 모든 것을 결정하는 자율권이 강조되는 경우가 많다. 이 두 가치를 지양하는 제3의 방법은 환자와 의사가 공동참여로 결정을 내리는 것이다. 이 방법에 따르면 좋은 임상적 결정은 ① 목표와 가치에 대한 결정과 ② 이를 가장 잘 성취하기 위한 의학적 방법에 대한 결정이라는 두 가지 다른 요소를 지닌다. 환자는 자신의 문제와 관련하여 가치와 목표가 무엇인지 가장 잘 결정할 수 있고, 의사는 의학적 판단에 있어서 전문가이다. 이 두 가지 다른 역할을 혼동하면 문제가 생긴다. 즉 의사가 가치와 목적을 결정하는 데 권위자로 나서면 부권주의적 의사가 되며, 환자 또는 환자의 대리인이 의학적 결정을 하는 역할을 하면 부적절하게 자율권을 행사하는 것이 된다.

## 6) 임상윤리에서 의견의 불일치를 구분하는 방법

어떻게 결정하고 일을 진행시킬 것인가에 대해 의사들 사이에, 또는 의사와 환자 및 그 가족 사이에 의견의 불일치가 생길 수 있다. 그때마다 이를 해결하기 위해 어디에 불일치가 존재하는지 분석하는 것이 중요하다. 의견의 불일치는 다음 중 어떤 것으로 부터도 올 수 있다.

① 사실에 대한 의견의 불일치. ② 어떠한 가치를 고려해야 할 지에 대한 의견의 불일치. ③ 어떠한 가치에 얼마만큼 무게를 실어야 할 지에 대한 의견의 불일치. ④ 제안된 행동방침이 실행되었을 때 어떠한 결과가 일어날 지에 대한 의견의 불일치. ⑤ 누구

에게 결정의 권한이 있는가에 대한 의견의 불일치.

의견이 어디에서 일치하지 않는가에 따라 각기 다른 해결방법이 동원되어야 한다. 예를 들면 사실에 대한 의견이 일치하지 않는 경우는 자료를 더 수집하거나 전문가에게 의뢰하는 것이 중요하지만 다른 경우는 이 방법이 적절하지 않다.

## 7) 예방윤리학

주어진 사례에 대해 결정과 시행을 하고 난 뒤에도 한 걸음 더 나아가 더 깊은 사고와 통찰이 요구된다. 미래에는 이러한 윤리적인 문제들을 예방할 수 있는가? 어떻게 예방할 수 있는가? 다른 심각한 임상질환들처럼 심각한 윤리적인 문제가 딜레마도 사전에 약간의 예방이 사후의 큰 노력보다 더 효과적일 수 있다. 가장 중요한 것은 환자 및 가족과 신뢰에 기초한 동반자 관계를 확립하는 일이다. 또한 치료의 전체적인 목표에 대해, 그리고 좋건 나쁜건 예상되는 결과에 대해 환자 및 가족과 일찍부터 자주 대화하는 것이다. 또한 환자가 진단과 치료에 관련하여 결정이 필요한 때 단계마다 의사가 직접 관여하고 참여하는 것이 중요하다.

## 5. 수업진행의 실제 예

수업 초기에 의료윤리 원론과 관련된 부분이 많았음에도 불구하고 첫 시간부터 여호와의 증인의 수혈 거부에 관한 사례를 다루는 등, 의료현실에서 벌어지는 내용을 도입하는 모습을 볼 수 있었다. 즉, 의료윤리 이론이나 원칙들을 정교하게 가르치기보다는 구체적이고 사실적인 내용들을 다루는 것이다. 사례분석이 주를 이루지만, 환자나 의사들, 유전상담가나 체외수정전문가 등 첨단의료기술과 관련된 전문가들의 이야기듣기, 비디오 시청 등 다양한 방법이 사용되었다. 이러한 접근법은 의사나 의과대학생들에게 의료윤리를 교육하는 중요한 방법으로 하버드 의과대학뿐 아니라 다른 많은 의과대학에서 채택하고 있는 방법이기도 하다.

### 1) 사례를 통한 수업의 예 : '최소한의 자원으로서 ECMO'

'의사와 최소한의 자원의 배분'을 주제로 다루는 수업을 예로 들어보자. 이 시간의 담당자는 하버드 의과대학 어린이병원의 소아응급실 책임자이며, 의료윤리 수련을 마친 뒤 이 수업을 담당하고 있는 소아과 의사인 트로그(Truog) 교수이다. 학생들은 수업 전에 두 가지 논문을 읽어 왔다. 첫번째 논문은 미국이 관리의료체계(managed care system)를 채택하면서 의료자원의 배분이 중요하게 대두된 사실과, 이에 따라 의사들이 환자를 치료하는 역할뿐 아니라 의료자원을 배분하는 역할도 맡게 되어 발생하는

문제를 다루는 논문이다.” 두번째는 의사들이 어떤 원칙에 따라 장기를 포함한 최소한 의료자원을 배분할 것인가에 관한 미국의사협회 윤리위원회의 원칙을 밝힌 논문이다.<sup>10)</sup> 이 두 논문으로 의료자원 배분과 관련된 미국의 의료 상황에 대한 이해와 의료자원의 배분 원칙에 대해 배경지식을 어느 정도 가지게 된 학생들은 사례를 미리 읽어보고 생각해 왔다. 사례는 트로그 교수가 직접 경험한 것이었다.

사례 : 1988년 어린이병원에는 뉴잉글랜드에서 하나밖에 없는 ECMO(extracorporeal membrane operation) 병실에 병상이 세 개 있었다.<sup>11)</sup> ECMO는 심폐기능이 온전치 못한 신생아에게 그 기능을 일시적으로 대신해 주는 일종의 생명유지기구로 당시 미국 보건부의 지원 하에 실험단계에 있었다. ECMO는 치료기구가 아니라 치료를 도와주는 기구로 3-4주안에 효과가 없으면 제거하도록 되어 있다.

그 해 9월 어느 날, 태변흡입증후군(meconium aspiration syndrome, MAS)에 걸린 신생아 A가 ECMO에 3일째 있었다. ECMO를 계속 쓸 경우 그 환자의 회복률은 95%이었다. 또 한 병상에는 신생아 B가 태변흡입증후군으로 12일째 ECMO에 있었다. 하지만 그 환자의 상태를 종합해 볼 때, ECMO를 계속 써도 회복률은 5% 미만이었다.

오전 9시에 신생아 C가 선천성 횡격막 탈장(congenital diaphragmatic hernia, CDH)으로 소아응급실에 입원하였다. 처음에는 상태가 괜찮았으나 점점 나빠져 저녁 무렵에는 ECMO가 필요한 듯이 보였다. 정오에 의료진은 이웃 병원으로부터 신생아 환자 D가 심한 태변흡입증후군에 걸려 ECMO가 급히 필요하다는 전화를 받게 되었다. 의료진은 신생아 D를 어린이병원 응급실로 이전하도록 주선하였다. 신생아 D가 온다는 소식과 우연의 일치로 동시에 신생아 C의 담당외과의사는 신생아 C에게 ECMO를 가능한 빨리 사용해야 한다고 판단을 내렸다. 병상은 3개인데, 4명의 신생아 환자가 ECMO를 필요로 하고 있는 것이다. 지금까지 ECMO를 사용해 본 경험과 환자의 상태를 고려해 볼 때, 신생아 C는 ECMO를 사용하지 않을 경우 회복률은 5% 미만이지만 ECMO를 사용할 경우 50%이었다. 신생아 D의 경우 ECMO를 사용하지 않을 경우 회복률은 50%이지만 ECMO를 사용하면 95%가 되었다.

- 
- 9) Angell M. The Doctor as Double Agent. Kennedy Institute of Ethics Journal 1993 : 279-286.  
10) Council on Ethical Judicial Affairs, American Medical Association. Ethical Considerations in the Allocation of Organs and Other Scarce Medical Resources among Patients. Arch Int Med 1995 : 155 : 29-40.  
11) Truog RD. ECMO as a scarce resource. In Readings for "Physicians and Resource Allocation." Session VI of Moral Aspect of Dilemmas in Medical Practice. Harvard Medical School. Fall Term 1998.

이것을 표로 요약하면 다음과 같다.

환자	진단명	ECMO에 있었던 날 수	예 후
신생아 A	MAS	ECMO에 3일째	95%
신생아 B	MAS	ECMO에 12일째	<5%
신생아 C	CDH	ECMO 사용 이전	<5% → 50%
신생아 D	MAS	ECMO 사용 이전	50% → >95%

이상이 학생들이 수업시간 전에 미리 읽어온 내용이다. 사례를 정리하면 다음과 같다. 3개의 ECMO 병상에 4명의 응급환자가 있는 현실에서 누구에게 ECMO를 사용하고 누구를 제외시킬 것인가? 또 그러한 결정의 바탕이 되는 원칙은 무엇인가?

수업이 시작되자 담당교수는 왜 자원배분의 문제가 갈수록 심해지는가에 대해 배경 설명을 한 뒤 곧 사례를 다루기 시작했다. 학생들은 본과 1학년으로 임상경험과 지식이 없기 때문에 먼저 교수는 ECMO와 신생아 질환에 대해서 자세히 설명을 한 뒤 학생들로부터 사실에 관한 질문을 받고 대답을 해주었다. 즉, ECMO는 치료보조기구로 심장이나 폐에 질환이 있는 12개월 이내의 환아들에게 사용하며, 3-4주 내에 질환이 나아지지 않으면 ECMO를 제거해야 한다. 이 사례에 나와 있는 선천성 횡격막 탈장은 폐기형이 동반되고 합병증이 많아 태변흡입증후군보다 예후가 좋지 않다. 사실을 어느 정도 파악한 학생들은 누구에게 ECMO를 사용하고 누구를 제외시킬 것인가, 또 그 근거는 무엇인가에 대해 열띤 토론을 시작했다. 구조의 원리(rule of rescue)에 따라 살아날 가능성이 가장 높은 환아부터 구하기 위해 신생아 B에게서 ECMO를 제거하고 신생아 A, C, D에게 주어야 한다는 견해가 있었다. 한편에서는 이에 반대하여 이미 ECMO에 12일 있었던 신생아를 3-4주가 되기 전, 즉 ECMO의 치료효과를 알기 전에 그것을 제거하는 것이 옳지 않다는 의견이 있었다. 또한 먼저 온 사람에게 우선권이 주어져야 한다는 원리(First come first served)에 따라 신생아 A, B, C에게 주어져야 한다는 견해도 있었으나 C와 D가 거의 동시에 ECMO가 필요하다고 판단되었기 때문에 그 근거에 의해서도 결정이 쉽지 않았다. 신생아 A와 B는 그대로 ECMO에 두고, ECMO의 사용 효과를 최대화하여야 한다는 원칙에 따라 신생아 D를 ECMO에 연결 시키자는 의견도 있었다. 한편, 신생아 D는 ECMO를 사용하지 않고도 50%의 생존가능성이 있으므로 필요의 긴급성을 고려하여 신생아 C에게 ECMO를 사용하게 하여 5% 미만의 생존 가능성을 50%로 올려야 한다는 주장도 있었다. 어떠한 학생은 통계상의 확률을 구체적인 개인에게 적용할 수 있는가에 관해 근본적인 의문을 제기하기도 했다. 토론은 상대방의 의견을 경청하며 질서 있게 진행되었으나, 어떤 결정도 완전한 답이 될 수 없는 듯이 보였고, 한 의견에 대해 반론과 다른 견해가 꼬리를 물고 계속되

었다. 이 사례는 의료 현장에서 행동방침을 선택하는 것이 얼마나 어려운지를 잘 보여 주는 것이다. 학생들이 약 한시간 반의 토론을 통해 많은 선택의 가능성들과 그 근거들에 대해 검토를 하는 동안, 담당교수는 질문에 답하거나 중요한 주장들에 대해 정리를 해주었다. 마지막 15분을 남기고 담당교수는 실제로 어떤 결정이 내려졌고, 어떠한 결과를 초래했는가를 설명해 주었다. 누가 먼저 ECMO를 사용할 것인가는 소아중환자실 책임자와 ECMO의 외과 책임자 두 사람이 함께 판단하는데, 이들은 대부분 ECMO의 치료효과를 최대화하는 쪽으로 결정한다. 그들은 신생아 D에게 ECMO를 사용하게 했다. 그들은 최대재난의 최소화원칙(minimizing maximum casualty)에 따랐는데, 신생아 C에게 먼저 줄 경우 신생아 C와 D가 모두 죽게 될 경우를 염려했던 것이다. 결국 신생아 C는 죽었고, A, B, D는 회복되었다. 이런 결정을 내리기까지 ECMO 담당자들은 관련된 모든 환자의 부모에게 상황을 설명했고 부모들은 담당자의 결정에 동의했다. 트로그 교수는 사람들은 항상 이기적인 것은 아니기 때문에 환자의 부모와 대화하는 것이 중요하다고 강조하며 이것이 사회의 자원을 사용하는 최선의 방법이라고 결론을 내렸다.

이상에서 볼 수 있듯이 수업시간에 활용되는 사례는 담당교수진이 직접 또는 간접적으로 경험한 것들이었다. 이렇게 의료현실에서 겪은 문제들을 의료윤리교육의 수업재료로 하는 것은 교육자와 피교육자 모두에게 긍정적인 교육효과를 가져온다. 첫째, 학생들은 강의 담당자가 의료현장에서 경험한 사례를 분석하고 탐구함으로써, 실제 각 분야에서 일어나고 있는 윤리적 딜레마를 생생하게 경험하게 된다. 마치 수업 진행 교수가 겪었듯이 학생들도 똑같은 어려움과 난제에 봉착하여, 여러 가지 각도로 사고하고 해결책을 강구하게 되는 것이다. 이런 의미에서 사례분석은 '경험'을 통한 학습이라고 할 수 있다. 둘째, 수업 진행자가 해당 분야의 전문가이므로 사례분석에 필요한 사실을 충분히 제공할 수 있다. 학생들이 어떤 질문을 해도 강의 진행자들이 알기 쉽게 충분히 설명하는 모습을 볼 수 있었다. 셋째, 교육 담당자들에게도 학생들의 질문과 토론을 통해 자신이 겪고 있거나 경험한 일의 윤리적 측면에 대해 재고하는 기회를 마련한다. 학생들은 강의 담당자보다 전문가적인 지식은 부족하지만, 아직 의료사회의 관행에 익숙하지 않기 때문에 오히려 더 참신한 시각으로 의료윤리 문제들을 바라볼 수 있었다. 또한 이들은 예리한 비판의식과 다양한 배경을 가진 젊은 세대로 주어진 주제의 윤리적 문제들에 대해 거침없는 질문들을 했다. 학생들과의 상호작용을 통해 담당 전문가들은 자신이 하고 있는 일에서 파생되는 윤리적인 문제에 대해 새로운 도전을 받게 되며, 자신의 경험을 재조명하는 기회를 가지게 되었다. 또한 사례를 통한 의료윤리 수업은 강좌를 담당하는 의료진이 스스로 의료현장에서 부딪치는 윤리적인 문제를 그냥 지나치지 않고 숙고와 논의를 진행시킴으로써 윤리적 감수성을 높이도록 도와주

기도 한다.

## 2) 구술(narrative)과 이야기(story)를 통한 수업 진행

환자의 이야기를 듣는 기회는 '충분한 설명에 근거한 동의(informed consent) II' 시간에 마련되었다. 환자에게 충분한 정보를 제공하는 것은 환자의 필요와 이해에 맞추어져야 하므로 환자의 이야기를 잘 듣는 훈련이 중요하다. 또한 환자와 그 가족의 구술과 이야기를 경청함으로써 의사-환자 사이의 신뢰가 잘 형성될 수 있다. 수업시간에 이야기를 들려준 사람은 이 수업의 총 책임자인 피터슨 교수의 환자와 그의 남편이었다.

60대 후반인 이 여성은 12년 전에 유방암으로 진단받아서 피터슨 교수의 집도 아래 유방절제수술을 받았다. 환자는 처음 유방암이라는 이야기를 들었을 때 받은 충격과 가능한 치료법에 대해 피터슨 교수로부터 설명을 들은 뒤 자신이 그 중 하나를 선택한 과정을 이야기했다. 환자는 매우 독립적이었으며 의사를 신뢰하고 있었다. 유방암 진단을 받은 직후 환자는 남편에게 자신이 유방암이 걸렸으니 이혼해도 좋다고 말했다고 한다. 남편은 아이 5명을 낳고 기르던 지난 35년 간의 결혼생활에서 자신이 사고를 당해 아플 때 부인이 정성스럽게 돌보아 준 사실을 상기시키며 말도 꺼내지 말라고 했다. 환자는 림프선까지 암세포가 번져 있어 화학요법을 받았는데, 머리카락이 빠지고 피곤을 쉽게 느끼는 등 부작용을 경험하게 되었다. “누구든 겸손해지고 싶으면, 머리카락이 다 없어져 보는 것도 좋은 일이다”고 말하는 환자는 거울 앞에 설 때마다 여자로서 비참함을 느꼈다고 한다. 환자는 치료 일정에 따라 항에스트로젠 제제를 5년간 복용했다. 5년 이후에도 계속 복용하는 것은 별다른 이익이 되지 않는다고 알려져 있기 때문에 피터슨 교수는 이를 환자에게 말했고 환자는 5년 뒤 그 약을 끊었다. 약을 중단한 지 1년 반이 지나서 같은 쪽 유방에 다시 혹이 생겨 조직검사를 했다. 환자는 가족보다 먼저 결과를 알기 원했다. 그는 진료실 밖에서 초조히 기다리는 남편에게 암이 재발했다는 결과를 전할 때 힘들었다고 한다. 남편이 “어떻게 됐어?” 하고 묻자, 환자는 남편이 걱정되어 목이 마르니 물 좀 마시고 이야기하자고 하며 시간을 끌었다. 이번에도 환자는 남편에게 암이 재발했으니 당신이 원하면 이혼해 주겠다고 이야기했고, 환자의 남편은 말도 안 되는 이야기라고 화를 냈다.

의사의 충분한 설명에 근거를 두고 환자가 항에스트로젠 제제를 중단했으나, 그 중단이 유방암의 재발과 관련이 있는 것으로 보였다. 피터슨 교수는 당시로서는 최선의 판단이었으나 이 환자의 경우는 약을 계속 복용했으면 더 나았을 것으로 생각했다. 환자도 놀라고 두려웠으나 의사 또한 놀랐다고 한다. 피터슨 교수는 암이 재발했음을 알고 환자에 대해 걱정했으나 환자는 오히려 의사를 더 염려해 주었다. 그리고 다시 환자와 가족 그리고 의사는 한마음이 되어 치료계획을 세우고 새로 맞닥뜨린 현실에 대처

해 나갔다. 환자는 재발한 암을 수술한 뒤 방사선치료와 화학치료를 받았다. 그는 방사선치료를 받는 동안에도 매주 28시간씩 일을 했다. 화학요법을 받는 도중 복강내에 농양이 생기는 부작용 때문에 또 다시 수술을 받았다. 감염 상태가 심해 소장이 천공되었고 요관이 감염으로 막혀 요관 재건수술을 받았다. 환자는 방사선치료로 왼쪽 가슴과 팔의 신경과 림프선에 손상과 화상을 입어 왼손을 쓰지 못하고 압박붕대를 감고 있었다. 투병 중에 있으면서도 환자는 긍정적이고 강했다. 남편에 따르면 환자는 가족이나 친척들에게 고통이나 불편함을 호소하지 않는다고 한다. 환자는 다음과 같이 이야기했다. “내 병은 내가 책임지고 고치려고 노력합니다. 비록 의모는 많이 달라졌지만 속은 똑 같습니다. 그리고 인생은 여전히 아름답습니다.”

환자와 남편의 이야기가 끝난 뒤 학생들이 이들에게 질문을 하는 시간이 있었다. 무엇이 환자를 어려운 투병과정 중에서 버틸 수 있도록 해주는가, 누가 어떻게 치료결정을 했는가, ‘충분한 설명에 근거한 동의’를 거쳐서 결정을 했는가 등의 질문이 있었다. 환자와 남편이 떠난 뒤 학생들과 피터슨 교수를 포함한 강사진이 남아 환자의 ‘투병이야기’를 통해 느끼고 배운 점을 이야기하였다. 환자는 떠나면서 “피터슨 교수님처럼 좋은 의사가 되어 달라”고 학생들에게 부탁했는데, 무엇보다도 학생들은 12년 동안 지속된 모범적인 의사-환자 관계를 관찰할 수 있었다. 또한 그들은 무엇이 올바르게 보람 있는 의사-환자 관계를 형성하는지에 대해 토론했다. 피터슨 교수는 환자들로부터의 신뢰는 자동적으로 얻어지는 것이 아니라 의사들이 환자의 편에서 서서 질병에 대항하여 함께 싸운다는 사실을 환자가 인식할 때 비로소 얻어지며, 의사는 전문적 지식뿐 아니라 환자와의 인간적인 접촉을 잘 할 수 있는 능력과 성실성을 두루 갖추어야 한다고 언급했다.

사례를 통한 의료윤리교육과 더불어 환자나 그 가족들이 겪었던 경험이나, 의료인들의 현장경험을 듣는 방식은 사례 중심의 교육과 비슷하게 현장성과 구체성을 지니고 있다. 학생들은 환자들의 이야기를 듣는 동안 투병하는 환자들의 구체적인 삶에 대하여 공감할 수 있고, 그들의 고통을 느낄 수 있으며, 의사들이 환자에게 해 줄 수 있는 것은 무엇이고, 의학의 한계는 무엇인지를 깨닫게 된다. 이것은 의료윤리의 실천과도 관련되어 있는데, 환자를 둘러싼 윤리적 딜레마를 잘 해결하기 위해서는 환자가 가진 특수성과 개별적 환경을 잘 이해해야만 한다. 환자들은 자신의 병과 치료의 의미, 의사들의 태도와 행동이 치료에 미치는 영향에 대해 각기 다른 생각을 하고 있는데, 이것은 의사들이 환자의 이야기를 잘 듣지 않으면 감지하지 못할 부분인 것이다.

환자의 이야기뿐 아니라 의료현장에서 일하는 의료인들의 이야기를 듣고 같이 토론하는 경우도 있었다. 체외수정전문가나 유전 상담가들이 각자의 분야에서 겪고 있고 또 자주 일어나는 윤리적인 딜레마에 대하여 이야기했다. 그들이 다룬 주제는 다음과

같이 판단이 쉽지 않은 것이었다. 아기의 법적 부모가 될 부부와 관련이 없는 여성과 남성으로부터 난자와 정자를 제공받아 체외수정을 한 다음 또 다른 계약된 대리모의 자궁에서 수태하여 조건 없이 아기를 계약한 부부에게 주는 것은 도덕적으로 정당한가? 혼자 사는 여성이 다른 사람의 정자와 난자를 이용한 체외수정으로 배아를 자신의 자궁에 착상시켜 아기를 출산하려 할 때 시술을 해 주어야 할 것인가? 여성 동성애자인 레즈비언에게 체외수정을 통한 임신은 도와주는 것이 윤리적인가? 한 쌍의 레즈비언이 일치감을 누리기 위해 상대방에게서 채취한 난자로 체외수정을 통한 임신을 하기 원할 때 도와주어야 할 것인가? 수태된 배아를 사용하고 남은 것은 어떻게 할 것인가? 의학 발전을 위한 연구에 남은 배아 조직을 사용해도 되는 것인가? 유전자검사를 통해 어린이에게 마땅한 치료법이 아직 없는 유전질환이 있다는 사실이 밝혀졌을 때, 부모와 당사자에게 이를 알려야 할 것인가? 미리 알면 예방 가능한 심각한 질환의 유전자가 어떤 사람에게 있다는 사실이 유전자검사로 드러났을 때, 그 사람의 가족과 친척들에게도 알리고 검사를 권유해야 하는 것일까? 만일 당사자가 그 사실을 아무에게도 알리고 싶어하지 않을 경우는 어떻게 할 것인가? 전문가들은 아직도 그들 사이에서 합의에 이르지 못한 복잡한 윤리적인 문제들이 산적해 있음을 보여 주었다.

전문가들에 의한 이러한 방식의 수업은 두 가지 측면을 내포하고 있다. 첫째는 현대 의학에서 고도의 첨단의료기술에 의해 생겨나는 윤리적인 난제들을 보여 주고 이에 대해 미리 사고하도록 하는 것이다. 둘째는 전문 분야의 의사로 활동하다가 윤리적인 난제들에 부딪혔던 경험을 학생들에게 들려주는 것이다. 이것은 학생들이 의사들이 느끼는 어려움을 구체적으로 알고 공감하게 해 준다.

### 3) 그밖의 수업진행 방법

사례와 이야기듣기 외에도 다양한 방법이 사용되고 있다. 비디오 시청이 그 중 하나로, 서론에 소개한 안락사에 관한 비디오처럼 학생들은 주로 의료현장에서 실제로 일 어났던 일을 본다. 또한 두 가지 종류의 역할 맡기가 활용되었다. '충분한 설명에 근거한 동의' 시간에는 모든 학생이 주어진 정보와 원칙에 따라 각각 환자나 의사의 역할을 맡아 필요한 검사나 치료에 대한 '충분한 설명에 근거한 동의'를 받는 과정을 체험해 본다. 병원윤리위원회에 관한 수업에서는 한 그룹이 한 사람의 역할을 하는 역할 맡기를 했다. 담당교수가 우울증에 걸린 환자의 치료거부 사례를 소개한 뒤, 전체 학생을 3-4명씩 6개 그룹으로 나누었다. 각 그룹은 환자, 환자의 아들, 환자의 동생, 주치의, 간호사, 정신과의사의 역할을 맡았다. 우선 각각의 역할에 관련된 세부적인 정보가 쓰여 있는 6개의 다른 정보가 각 그룹에 주어졌다. 각 그룹은 그것을 읽고 난 뒤 병원윤리위원회에 참석해서 어떻게 의견을 개진할 것인가를 미리 논의했다. 그 직후 열린 모의 병원

윤리위원회에서는 3-4명을 한 단위로 각자의 입장에 근거해서 이 사례에 관한 의견을 개진시켜 나갔다. 이 방법은 학생들의 참여도와 흥미를 높이는 효과가 있었다.

'환자의 비밀 지키기' 수업시간은 강사가 이 주제의 중요성을 환기시킨 방법이 흥미로웠다. 수업에 들어가기 전, 초빙강사는 이제부터 간단한 실험을 하겠노라고 말했다. 그 뒤 학생 모두에게 종이를 나누어주며 숫자를 마음대로 4개를 쓰고 자신이 팔, 다리, 또는 신체의 어떤 부위에라도 골절을 입은 적이 있으면, 그 연도와 골절 입은 신체 부위를 쓰라고 했다. 학생들이 다 쓴 뒤 다른 교수진이 답지를 모두 거두어 상자 안에 담았다. 강사는 다시 종이를 나누어주며, 자신의 전화번호와 사회보장번호를 쓰라고 했다. 학생들이 번호를 다 쓰기를 기다려 강사는 자신이 임신이나 유산을 했거나, 정신질환이나 성병을 앓거나, 알코올 또는 마약 중독에 걸린 적이 있으면 적으라고 했다. 이번에는 학생들은 그 것처럼 곧바로 쓰려고 하지 않고 어이없는 표정으로 강사를 쳐다보았다. 침묵 속의 긴장된 순간이 지난 뒤 강사는 학생들에게 두번째 쓰는 것이 첫번째 쓸 때와 기분이 어떻게 다른가, 그 이유는 무엇인가를 물었다. 이 실험의 의도를 알게 된 학생들은 누그러진 얼굴로 여러 가지 대답을 하였다. 한 학생은 말하기를, 첫번째 경우는 골절은 수치스러운 병이 아니며 본인이 누구인지 모르게 되어 정보가 적힌 종이 교실 밖으로 나가도 괜찮았지만, 두번째는 자신의 전화번호와 사회보장번호가 적힌 종이에 사회적으로 비밀스러운 병력이 쓰여 있기 때문에 이것이 밖으로 나가게 되면 자신의 수치스러운 부분이 노출되어 불이익을 당할 수도 있는 것이 큰 차이라고 했다. 다른 학생은 강사가 무슨 권리로 학생들의 사적인 정보를 수집하는가에 대해 강한 반발심을 느끼며 자신의 인권에 대한 침해로 여겼다고 했다. 또 한 학생은 개인적이고 비밀스러운 정보가 함부로 취급되는 것에 대해 놀라고 걱정되었다고 했다. 학생들의 토론을 시작으로 강사는 환자의 병력과 관련된 정보가 그 사람에 대한 다른 정보와 어떻게 다른가, 왜 의사가 환자의 비밀을 지켜야 하는가를 설명하며 수업을 이끌어 나갔다.

요약하면 수업에 쓰이는 방법은 사례가 가장 많은 비중을 차지했고, 그 시간의 주제에 맞추어 사례를 다루는 방법이 달랐다. 또한 학생들이 실제로 느끼고 체험할 수 있도록 여러 가지 방법을 사용했으며 사례와 비디오도 실제의 경우를 사용했다. 매 시간마다 학생들이 주도적으로 토론을 이끌어 나갔으며, 강사들은 강의식 접근을 하거나 정답을 제시하지 않고, 문제를 제기하거나 방향을 잡아주는 역할을 맡았다. 학생들에게는 각각의 수업시간이 환자, 보호자, 의료인 동료들과의 대화와 토론을 통해 윤리적인 난제를 대면하고 해결하는 과정을 체험하는 시간들이었던 것이다.

## 6. 고 찰

### 1) 교육 효과

이 수업의 교육목표가 얼마나 달성되었는지는 수업을 다 마친 학생들과의 개별 인터뷰에서 어느 정도 확인할 수 있었다. “이 수업을 받지 않았을 경우와 비교해 볼 때, 이 수업을 받음으로써 더 나은 의사가 될 것이라고 생각하는가?”라는 질문에 학생들은 “그렇다”라고 응답했다.<sup>12)</sup> 이 수업을 통해 의료의 윤리적 측면에 대해 새로이 눈뜨게 되었으며, 앞으로 의사가 된 뒤 부딪칠 문제들에 대해 미리 준비하게 되었다는 것이다. 이들은 앞으로 병원윤리위원회 등에서 활동하기를 원했고 기회가 있으면 보다 심도 있는 의료윤리 학습을 계속하기 원했다.

학생들은 수업을 운영하는 방식에 대해서도 긍정적인 반응을 보였다. 의과대학의 바쁜 학사 일정 속에서 의료윤리 수업은 수업준비 부담이 적으며 수업시간에 열심히 참가해서 새로운 사고를 할 수 있도록 해 준다는 것이다. 또한 역할 맡기를 통해 환자의 입장과 보호자의 입장, 간호사의 입장 등 여러 가지 위치에서 생각하는 기회를 갖게 되어 의사가 된 뒤에도 폭넓은 관점으로 윤리적인 난제들을 볼 수 있는 훈련을 받게 되었다는 것이다. 기말시험은 두 시간 동안 자신이 가지고 있는 모든 자료를 참고해서 주어진 사례를 분석하는 것이었다. 성적은 기말시험이나 학기 중간에 제출하는 사례분석보고서 외에도 토론, 질문 등 수업 참여 정도를 기초로 했다. 학생들과 교수진은 소그룹 토론 및 개인교습을 통해 서로 친밀한 관계를 형성했으며, 교수들은 학생 개개인의 사고의 발전 과정에 큰 관심을 보였다. 그들은 학습동기가 강한 학생들에게 수업 시간 이외에 의료윤리 특강 참석 및 의료윤리 논문 읽기 등의 다양한 활동에 참가하도록 도와 주었다.

강의 담당자는 대체로 임상분야의 전문가로 그 분야에서 일어나는 윤리적인 문제에 관심을 가진 사람들이었다. 그들은 학생들과의 질문과 토론을 통해 자기 분야에서 벌어지는 윤리적인 문제들에 대해 한번 더 사고하는 기회를 갖게 되었다. 흥미로운 사실은 체계적인 의료윤리 수련을 받은 사람과 그렇지 않은 임상 의사들 사이에는 의료윤리 수업을 이끌어 가는 방법과 수준에 있어서 차이를 보였다는 점이다. 후자의 경우 윤리적인 난제들에 대해 체계적인 사고를 할 수 있게 토론을 조직적으로 전개시키는 것보다는 자신들이 경험하는 현실적인 어려움을 학생들에게 들려주는 것의 비중이 컸다. 반면에 의료윤리 수련을 받은 교수진은 학생들로 하여금 주어진 주제에 대해 도덕적 추론(moral reasoning)을 하도록 접근해 나갔다.

12) Personal interview with Harvard medical students, 10 December 1998.

강의 책임자인 피터슨 교수는 의료윤리교육을 전체 의학교육의 일부로 파악하고 있었다.<sup>13)</sup> 그에 따르면 의료윤리교육은 한마디로 의사들이 어떻게 환자들을 올바르게 잘 도울 것인가를 가르치는 것이다. 또한 그는 의과대학생의 의료윤리교육을 레지던트 및 기성의사들에 대한 윤리교육의 연장선상에서 파악하고 있었다. 윤리교육의 기초를 학습한 학생들이 전공의가 되었을 때, 전공의로서 겪는 윤리적인 문제들을 그들에게 교육해야 할 장이 마련되어야 하며, 또한 각각의 전문분야에서 겪는 윤리적인 문제들은 전문가 집단에서 계속 논의되고 연구되어야 한다는 것이다. 그는 의사가 마주해야 하는 것은 현실이며, 현실은 원칙보다 복잡하기 때문에 의료윤리교육에 있어 귀납적인 사례중심의 교육방법이 중요하다고 역설했다.

## 2) 하버드 의과대학의 의학교육과 의료윤리교육

하버드 의과대학의 의료윤리교육은 이 대학의 의학교육방침과 연관되어 있다. 첨단 의료기술의 발달, 분자생물학 및 유전학의 발전, 컴퓨터 기술의 혁신, 미국의 보건의료 구조의 변화 등 새로운 의료환경에 적응하는 보다 효율적인 의학교육을 개발하기 위해 1982년에 하버드 의과대학은 '일반의학교육을 위한 새 길(New Pathway in General Medical Education)'이라는 프로그램을 시작하였다.<sup>14)</sup> 기초의학을 포함한 의학의 발전 속도가 빨라지고 내용이 광범위해짐에 따라 의과대학의 교육기간 동안에 학생들이 평생 동안 진료를 하기 위한 의학 내용을 다 습득하는 것은 불가능하다는 인식이 교수들 사이에 자리잡게 되었다. 그리고 이에 따라 의학교육과정에서 지식의 습득보다는 평생 스스로 학습할 수 있는 태도와 방법을 익히는 쪽이 더 중요하다는 결론에 다다른 것이었다.<sup>15)</sup> 이에 기초하여 새로운 교육철학과 방법론이 개발되었다. 즉, 소그룹 교육 및 개인교습을 활용하고 교수진과의 긴밀한 관계를 바탕으로 하는 학생중심의 교육(student-centered education), 현실에서 벌어지는 문제의 해결에 기초한 문제중심교육(problem-based education), 의사로서 평생 학습하는 태도와 방법을 배우는 교육(learning to learn)이 시작된 것이다.<sup>16)</sup> 1985년 25명의 학생들을 대상으로 한 새로운 의

13) Dr. Lynn Peterson. Personal interview. 29 December 1998.

14) New Pathways to Medical Education : Learning to Learn at Harvard Medical School. ed by Tosteson D, Adelstein S, Carver S. Cambridge : Harvard University Press, 1994는 하버드 의과대학의 교육 개혁의 내용과 역사를 잘 보여 주고 있다.

15) 위의 책, 8쪽.

16) 문제중심학습이 의료윤리교육에 효과적이라는 주장에 대해서는 Parker M. Autonomy, Problem-Based Learning, and the Teaching of Medical Ethics. J Med Ethics 1995 ; 21 : 305-310을 볼 것. Tysinger J, Klonis W, et al. Teaching Ethics Using Small-Group, Problem-Based Learning. J Med Ethics 1997 ; 23 : 315-318은 문제중심학습을 의료윤리교육에 도입한 예를 잘 보여 주고 있다.

학교교육을 시작으로 점차 이에 참가하는 교수진과 학생들이 늘어나고 있으며, 교육방법도 계속 발전하고 있다.

의료윤리교육은 하버드 의과대학 전체에서 일어난 의학교육 전반에 대한 반성 및 개혁의 맥락에서 이해되어야 할 것이다. 의료윤리교육은 의학교육 개혁이 추구하는 여러 가지 방법과 목표를 구현하고 있다. 즉 강의를 최소화하고 학생들이 능동적으로 참가하는 가운데 수업을 진행하며, 교수진은 학생 개개인의 발전 정도를 잘 알고 지도해 준다. 수업방법도 현실에서 벌어지는 복잡다단한 실제 사례를 바탕으로 문제풀기에 기초한 교육을 진행한다. 또한 첨단의학 및 의료기술의 대두 등, 의료윤리교육의 필요성이 제기된 맥락과 의학교육 개혁의 맥락이 같다. 새로운 의학교육은 어떻게 인간을 파악해야 할 것인가에서부터 의료윤리교육이 지향하는 인식을 공유한다. 즉, 인간은 생물학적 존재이며 사회적 존재일 뿐 아니라, 모든 환자는 개인으로서의 고유성을 지닌다는 것이다. 따라서 의사들은 자연과학 지식뿐 아니라 사회과학 및 역사, 문학, 예술 등의 인문학 지식을 충분히 활용해야 한다는 것이다.<sup>17)</sup>

### 3) 의료윤리교육의 전반적 흐름과 하버드 의과대학의 의료윤리교육

지금까지 살펴본 하버드 의과대학의 의료윤리교육을 전반적인 의료윤리교육의 흐름에서 살펴보자. 1970년대부터 본격화된 미국 의료윤리교육의 내용과 방법에 대해서는 별도의 논문에서 다루도록 하고, 이 글에서는 의료윤리교육의 동향을 하버드 의과대학의 의료윤리교육과 관련하여 고찰해 보고자 한다. 하버드의 의료윤리교육은 단일한 윤리 이론이나 원칙, 또는 방법론을 채택한 것이 아니라 다양한 방법을 현실적인 요구에 맞게 절충하여 사용한다. 그러나 그 중에서도 다음과 같이 좀더 강조되고 자주 사용되는 방법론이 있다.

#### ① 결의론(決疑論, casuistry)

하버드의 의료윤리교육은 사례분석을 중심으로 하고 있다는 점에서 결의론에 입각해 있다고 볼 수 있다. 결의론이란 사례에 기초한 추론(case-based reasoning)으로 한 사례의 독특한 정황에 대한 구체적인 이해와 비슷한 사례에 대한 경험으로부터 도덕적 판단을 가장 잘 내릴 수 있다는 이론이다.<sup>18)</sup> 결의론은 중세와 근대 초에 풍미했던 철학으로 17세기에 파스칼의 비판을 받은 이래 300여 년 동안 좋지않은 평판을 받아왔다. 그러나 결의론은 1970년대 초부터 의료윤리 연구 및 교육을 주도했던 응용윤리학에

17) New Pathways to Medical Education. ed by Tosteson D, Adelstein S, Carver S. 9쪽.

18) 결의론은 1988년 존슨과 톨민이 의료윤리교육에서 결의론의 방법을 제시하는 책, Jonsen AR, Toulmin S. The Abuse of Casuistry : A History of Moral Reasoning. Berkeley : University of California Press. 1988을 출간한 뒤로 의료윤리 교육과 연구에 큰 영향을 미치게 되었다.

대한 대안으로 최근에 다시 등장하여 큰 영향을 미치고 있다. 결의론자들은 칸트 윤리학, 공리주의, 자연법이론에 입각한 윤리학 등 근대윤리학과 그것의 연역적 추론에 대해 비판한다. 즉, 보편적이고, 필연적이며, 추상적인 원리에 입각한 도덕적 판단은 현실에 맞지 않는다는 것이다. 원리들 상호간에 충돌이 내재해 있을 뿐 아니라, 현실에서 벌어지는 복잡한 사례들은 원리들을 단순히 적용함으로써 해결되지 않는다는 것이다. 따라서 결의론은 추상적인 철학이론의 학습보다는 사례분석을 통한 경험의 획득을 중시한다. 하버드의 의료윤리교육도 주어진 주제에 대해 비슷한 사례나 예외적인 사례를 많이 다룸으로써 도덕적 판단을 내릴 수 있게 하는 훈련을 한다.

결의론은 의료윤리에서 특히 그 장점을 드러낸다. 결의론자들에 따르면 윤리란 실제적이며 도덕적이라는 측면에서 의학과 유사하다. 복잡한 윤리적인 문제를 풀기 위해서는 임상에서 진단을 내릴 때와 마찬가지로 이론과학을 추상적으로 이해하는 데 필요한 인식(episteme)보다는 실제적인 경험을 기초로 한 실천적 지혜(phronesis)가 필요하다고 주장한다.<sup>19)</sup> 임상교육의 많은 부분이 증례 또는 사례로 이루어지는 것과 마찬가지로 의료윤리교육도 사례분석으로 이루어지고 있다. 이는 결의론자들이 주장하는 바대로 구체적인 사례들이 축적되어 이후에 유사한 일이 일어났을 때 어떤 해결책을 취할 것인가를 일러준다는 것이다. 의료윤리에 관한 대표적인 판례라든지 나치의 인체실험 등의 역사적인 경험들이 현실의 의료윤리문제를 해결하는 데 안내자 구실을 한다는 점에서 결의론은 큰 설득력을 얻고 있으며, 특히 의과대학에서는 사례를 통한 학습과 연구가 오래 전부터 정착되었기 때문에 결의론자들의 방법이 많이 채택되고 있다.<sup>20)</sup>

그러나 의학은 과학적 인식과 경험이 모두 필요하며, 의료윤리적인 문제를 풀기 위해서도 보편적인 원리나 윤리이론, 그리고 규범이 필요하다.<sup>21)</sup> 결의론자 내부에서도 의료윤리교육에서 이론의 역할에 대해 의견의 일치를 보지 못하고 있다. 극단적인 결의론자들은 사례 자체가 윤리이론을 별도로 필요로 하지 않으며, 그 자체가 원리들을 포함하며 구현하고 있다고 말한다. 그러나 보다 많은 사람에게 설득력을 가지고 있는 결의론은 사례분석에 있어서 윤리 이론과 원리의 중요성을 인정한다. 한편 사례연구에

19) 위의 책. 42-46쪽

20) Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics, 4th ed. New York : Oxford University Press, 1994 : 92-100; Arras JD. Getting Down to Cases : The Revival of Casuistry in Bioethics. Health Care Ethics : Critical Issues for the 21st Century. ed by Monagle JF and Thomasma DC. Maryland : Aspen Publisher, 1998 : 541-553. 또한 McGee G. Phronesis in Clinical Ethics. Theor Med 1996 ; 17 : 317-328은 결의론에 입각한 임상윤리교육의 장점을 설명하고 있다.

21) 결의론의 장점과 공헌을 인정하는 한편으로 이의 단점에 대해 비판하고 있는 글로는 Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics, 1994 : 96-99와 Arras JD. Getting Down to Cases. 541-553을 볼 것.

쓰이는 사례들을 비판적인 시각에서 검토해야 한다는 지적도 나오고 있다.<sup>22)</sup>

## ② 의료윤리에 대한 문학적 접근(medical ethics and literature)

1972년부터 미국의 여러 의과대학에 '문학과 의학'이라는 과목이 개설된 이래, 문학은 의료인들이 의료에 대해 인문학적인 이해를 넓히는 데 사용되고 있다.<sup>23)</sup> 환자들의 이야기(story)나 구술(narrative)은 의사들에게 병을 앓는 환자들의 삶을 상세한 부분까지 이해하도록 가르치는 훌륭한 도구가 될 수 있다.<sup>24)</sup> 미국에서는 환자의 권리에 관한 인식이 생기기 전인 20세기 중반까지만 해도 환자는 의사에게 수혜받는 진료의 객관적인 대상이며 자신의 질병 앞에 무기력한 존재로 여겨졌다.<sup>25)</sup> 오늘날은 환자들의 주관적인 질병 경험의 중요하게 여겨지며, 환자는 자신의 가치와 배경에 따라 치료를 선택한다. 환자를 고유한 존재로 여기고 그의 이야기를 공감을 가지고 자세히 들으면 진료에 커다란 도움이 될 수 있다.<sup>26)</sup> 때로 환자들은 의사들이 생각하는 것과 다른 문제들을 걱정하거나 문제삼기도 한다. 그리고 의사소통을 하는 동안 형성된 신뢰를 바탕으로 더 나은 진단 및 치료를 할 수 있다.<sup>27)</sup>

이야기는 윤리교육에도 중요한 역할을 한다. 이른바 '구술을 사용하는 윤리(narrative ethics)'는 결의론의 방법과 유사하게 윤리적 딜레마를 환자 개인의 생애 가운데서 이해하도록 도와준다.<sup>28)</sup> 이는 의료인들이 환자들의 주관적인 질병 경험에 대

22) Patterson S, Dichenson D, Parter M, et al. Do Case Studies Mislead About the Nature of Reality? J Med Ethics 1999 ; 25 : 42-46; Coope CM. Does Teaching by Cases Mislead Us About Morality? J Med Ethics 1996 ; 22 : 46-52.

23) Charon R, Banks TJ, Connelly J, et al. Literature and Medicine : Contributions to Clinical Practice. Health Care Ethics : Critical Issues for the 21st Century. ed by Monagle JF and Thomasma DC. Maryland : Aspen Publisher, 1998 : 554-565; Hunter KM, Charon R, Coulehan JL. The Study of Literature in Medical Education. Acad Med 1995 ; 70 : 787-794; Middleton JA, Sen P, Middleton JR. Literature and Medicine : Contributions to Clinical Practice. Ann Intern Med 1995 ; 123(12) : 965-966.

24) Nicholas B, Grant G. Doctors' Stories, Patients' Stories : a Narrative Approach to Teaching Medical Ethics. J Med Ethics 1997 ; 23 : 295-299는 이야기를 통한 의료윤리교육의 성공적인 사례를 제시하고 있다.

25) 의료윤리를 미국 사회의 변화의 측면에서 간략하게 고찰한 글로는 Toulmin S. Medical Ethics in its American Context. An Historical Survey. Ann NY Acad Sci 1988 ; 530 : 7-15를 볼 것.

26) Reiser SJ. The Era of the Patient : Using the Experience of Illness in Shaping the Mission of Health Care. JAMA 1993 ; 269 : 1012-1017.

27) 환자의 이야기듣기가 의료윤리와 임상적 문제를 푸는 데 모두 도움이 된다는 주장으로는 Hunter KM. Narrative, Literature, and the Clinical Exercise of Practical Reason. J Med Philos 1996 ; 21 : 303-320을 볼 것.

28) Hunter KM. A Science of Individuals : Medicine and Casuistry. J Med Philos 1989 ; 14 : 193-212. 의료윤리에 대한 구술적 접근(narrative approach)의 예로는 Jones AH. Darren's Case : Narrative Ethics in Perri Klass' Other Women's Children. J Med Philos 1996 ; 21 : 267-286을 볼 것.

해 감수성을 가지고 반응하도록 복돋아주며, 환자가 처한 특수한 상황을 고려한 도덕적인 판단을 하도록 도와준다. 또한 의과대학생들은 환자들의 구체적인 삶과 질병의 이야기를 듣는 가운데 자신이 주치의라면 어떻게 그 환자를 도울 것인가, 자신은 앞으로 어떠한 의사가 되어야 할 것인가 등의 도덕적 상상력을 풍부히 키울 수 있다.<sup>29)</sup> 하버드 의과대학의 의료윤리 시간에 도입한 이야기듣기는 암과 투병하는 한 환자의 삶 가운데에서 환자가 겪는 고통과 질병의 의미, 의료인의 역할과 한계에 대해 이해하도록 도와주었다. 예컨대 '암'이라는 의학적 진단명이 다 설명해 줄 수 없는 질병을 가진 삶의 이야기를 환자로부터 생생하게 듣게 하는 것이다.

### ③ 원칙주의(principlism)

하버드 의과대학의 의료윤리수업은 사례분석을 위주로 하는 결의론에 근거하고 있지만 의료윤리교육에서 원칙의 필요성을 부정하지 않는다. 비침(TL Beauchamp)과 칠드레스(JF Childress)가 『생명의료윤리의 원칙(Principles of Biomedical Ethics)』를 출간한 이래 자율성 존중 원칙, 악행금지 원칙, 선행 원칙, 정의 원칙 등 네 가지 원칙이 의료윤리의 기초가 되는 원칙으로 널리 받아들여지고 있다.<sup>30)</sup> 하버드 의료윤리 수업에서도 이 책을 가장 중요한 참고문헌으로 추천하고 있다. 그리고 사례연구를 할 때에도 의료윤리 원칙들이 언급되곤 한다.

교육방법의 측면에서 보면 하버드는 의료윤리의 두 가지 주요 방법론인 결의론과 원칙주의 가운데, 연역적이며 하향적 접근인 원칙주의를 주요 방법으로 채택하지는 않고 있다. 흥미로운 사실은 교수진 네 사람 사이에도 피터슨 교수처럼 귀납주의적인 결의론의 방법을 옹호하는 사람이 있는가 하면, 원칙을 더 강조하는 사람이 있다. 그들은 대체로 결의론에 바탕을 두고 원칙주의의 장점을 받아들이고 있는 것으로 볼 수 있다. 원칙을 완전히 배제한 결의론적 방법이나 구체적인 사례의 복잡한 정황을 무시한 원칙주의 방법 둘 다 한계가 있기 때문에, 각각의 장점을 살리면서 단점을 보완하는 쪽으로 나아가고 있는 것이다.<sup>31)</sup>

### ④ 의료인의 인격 또는 덕목에 기초한 윤리(character or virtue ethics)

윤리적인 치료를 위해서는 의료인의 인격이나 덕목, 또는 도덕적인 선(virtue)이 보

29) Mattingly C. In Search of the Good : Narrative Reasoning in Clinical Practice. Med Anthropol Q 1998 ; 12 : 273-297. Scott PA. Imagination in Practice. J Med Ethics 1997 ; 23(1) : 45-50.

30) Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 1994. Chapters 3-6.

31) 원칙주의를 옹호하는 논문인 Devettere RJ. The Principled Approach : Principles, Rules, and Actions. ed by Grodin MA. Meta Medical Ethics. Kluwer Academic Publishers, 1995 : 27-47 은 응용규범윤리학 또는 원칙주의가 현재 도전받고 있는 이유는 원칙 자체에 문제가 있다기보다는 의료윤리에서 원칙이나 규칙을 잘못 사용하고 있기 때문이라고 주장한다.

다 중요하다는 이론이 '덕목에 기초한 윤리'이다.<sup>32)</sup> 이 이론에 의하면 의료인들이 일상에서 부딪치는 모든 윤리적인 문제를 미리 학습하기란 불가능하고 또한 의료윤리의 원칙이나 규칙으로 해답이 다 얻어지지 않기 때문에, 어떤 상황에서도 도덕적인 판단과 윤리적인 행위를 하기 위해서는 인격적이며 윤리적인 의료인이 되는 것이 중요하다는 것이다. 이 이론은 도덕적이고 인격이 훌륭한 의료인은 어려운 상황에서도 윤리적인 판단과 행위를 한다는 것을 가정하고 있다. 펠레그리노(ED Pellegrino)와 토마스마(DC Thomasma)는 의료인이 갖추어야 할 덕목으로 믿음직함, 성실성, 동정심, 분별력, 지혜, 정의감, 강인함, 절제, 인격의 통일성 등을 들고 있다.<sup>33)</sup> 이러한 덕목이 교육과 훈련으로 획득 가능할 것인가? 명백히 보이지 않는 이러한 추상적인 덕목에 기초한 의료윤리는 윤리원칙과 이론을 경시하여 오히려 윤리적인 판단과 행위의 보편적 기준을 흐리는 위험을 내포하고 있지는 않은가? 덕목에 기초한 윤리에 대해 이와 같은 회의론이나 반대론도 윤리학자들 사이에 적지 않다.<sup>34)</sup>

사람의 생명을 구하고 병든 사람을 돌보는 의료인의 행위는 본질적으로 도덕적이며, 의료인이 높은 도덕성을 요구받는 것은 누구도 부정하기 어렵다. 회의론이나 반대론에 대하여 '덕목에 기초한 윤리'를 옹호하는 윤리학자들은 덕목에 대한 강조는 윤리원칙에 대한 교육 및 의사의 의무를 가르치는 교육과 병행되어야 한다는 점을 강조한다. 허버드 의과대학의 의료윤리교육은 위에서 기술한 방법 외에도 '덕목에 기초한 윤리'를 한 요소로 포함하고 있다. 물론 위의 덕목들은 몇 시간의 교육으로 쉽게 획득되는 것은 아니다. 이에 따라 허버드의 윤리교육은 학생들로 하여금 실제적인 사례들을 경험하게 하고, 환자 및 의료인 선배들의 이야기를 듣게 하고, 말기환자들을 돌보며 일기를 쓰게 하는 등, 전 인격이 교육에 포함되도록 함으로써 이러한 덕목들이 키워지도록 노력을 기울이고 있다.

32) 덕목에 기초한 윤리에 대해서는 Pellegrino ED, Thomasma DC. The Virtues in Medical Practice. New York : Oxford University Press, 1993을 참조할 것. 또한 Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 1994 : 462-508을 볼 것.

33) Pellegrino ED, Thomasma DC. The Virtues in Medical Practice. 1993 : 65-164.

34) 이의 대표적인 경우로는 Veatch R. Against Virtue : a Deontological Critique of Virtue Theory in Medical Ethics. ed by Shlep EE. Virtue in Medicine. Vol. 17 of The Philosophy and Medicine Series. Boston : Reidel, 1985 : 334-337; Gillon R. Conscience, Good Character, Integrity, and to Hell with Philosophical Medical Ethics? Brit Med J 1985 : 290 : 1497-1498; Erde EL. The Inadequacy of Role Models for Educating Medical Students in Ethics with Some Reflections on Virtue Theory. Theor Med 1997 : 18 : 31-45를 볼 것.

## 7. 결 론

하버드 의과대학의 의료윤리교육은 1980년대 중반에 시작된 의료교육 개혁과 맥락을 같이 한다. 학생들이 능동적으로 수업을 주도해 나가는 소그룹 학습 및 개인교습을 바탕으로 문제중심 교육, 현실에서 벌어지는 사례중심 교육을 실시하고 있다. 하버드의 의료윤리교육은 학생들로 하여금 점점 더 복잡해지는 의료환경에서 환자를 고유의 가치와 배경을 지닌 존재로 존중하며 윤리적인 문제들에 대해 추론과 판단을 내리는 능력을 배양하는 것을 주된 목표로 삼고 있다. 이를 위해 결의론, 구술적 접근, 원칙주의, 덕목에 기초한 윤리를 비롯하여 다양한 의료윤리교육 방법론과 이론들을 활용하고 있다. 이 강좌가 다 끝난 뒤 교수진은 학생들과 청강자들에게 수업에 대해 평가해 줄 것을 부탁했는데, 한 학기의 경험에 대한 반성에 기초하여 수업을 더욱 발전시키기 위해 노력하는 모습이다. 그들은 경험에 기초한 실천적 지혜(phronesis)를 사용하는 결의론의 방법을 이 의료윤리 과목의 발전에도 활용하고 있는 것이다.

색인어 : 의료윤리학 · 의료윤리교육 · 하버드 의과대학

=ABSTRACT=

## Medical Ethics Education at Harvard Medical School

KIM Ock-Joo\*, KOO Young-Mo\*\* and HWANG Sang-Ik\*\*\*

At Harvard Medical School, various kinds of medical ethics education are offered to medical students to enhance their ethical sensitivity and sensibility. This paper reports one of the medical ethics courses, Moral Aspects of Dilemmas in Medical Practice. This course shares the same perspectives and contexts as those of medical education reformation beginning in the mid-1980s at Harvard. Using small group discussions, seminars, tutorials, the medical ethics course adopts student-centered, problem-based education. The course aims at helping students to recognize moral dimension of medical practice, to develop systematic moral reasoning, and to learn how to respect patients and colleagues. While professors and guest-lecturers stimulate and guide the classroom discussion, the students take an active role in the discussion. Various methods are employed for the class including case studies, narratives of patients and medical professionals, role plays, video watching, and lectures (although minimized). This course also conveys different methodology and theories of medical ethics such as casuistry, literature and ethics, principlism, virtue ethics, communitarian ethics, and ethics of care. Personal interviews with medical students who finished the course revealed that in general the students were satisfied with the contents and methods of the course. The students said that they learned ethical issues in contemporary medicine and how to deal with ethical dilemmas. Some students wanted to learn more about medical ethics and to participate in ethics committee in the future.

**Key Words** : Medical Ethics, Medical Ethics Education, Harvard Medical School

---

\* *Department of History of Medicine and Medical Humanities, Seoul National University College of Medicine ; Department of History of Science, Harvard University*

\*\* *Department of History of Medicine and Medical Humanities, Seoul National University College of Medicine ; Institute of Philosophy, Seoul National University*

\*\*\* *Department of History of Medicine and Medical Humanities, Seoul National University College of Medicine ; Corresponding Author (email : hwangsi@plaza.snu.ac.kr)*