

한국장애인보건의료협의회 월례 포럼

장애인 건강권 실현을 위한 보건의료인 교육의 재설계

오희진

대구가톨릭대학교 의과대학 의학교육학교실

오늘의 포럼 구성

01

교육의 현주소

보건의료인은 장애를
얼마나 알고 있는가

02

재설계 원칙과 정책 과제

교육과정을 다시
구성하다

03

결론

PART 01

교육의 현주소

보건의료인은 장애를 얼마나 알고 있는가

전 세계 장애인 현황

13억

전 세계 장애인 인구

WHO, 2023

16%

세계 인구 대비 비율

세계 최대 소수집단

2배 +

의료 미충족 필요

비장애인 대비

의료 불평등의 원인: 시설 부족 + 경제적 요인 + 보건의료인 역량 부족

오늘의 질문

"지금 이 순간,
우리나라의 보건의료인은
장애인 환자를 만날
준비가 되어 있는가?"

EMPIRICAL EVIDENCE

Is it really a Structural Failure?

장애인 건강권과 보건의료인 교육의 구조적 실패에 관한 근거 종합

- 01 의사의 인식 편향
- 02 태도 악화: 의대 교육의 역효과
- 03 교육 부재의 증거
- 04 교육의 효과: 근거
- 05 교육 효과 시각화
- 06 비교: 유사 편견 사례
- 07 인과 구조도
- 08 결론: 구조적 실패

01 의사의 장애인에 대한 인식 편향

lezzoni et al., 2021, Health Affairs | 미국 의사 714명 대상 전국 조사

82.4%

의사들이 장애인의 삶의 질이
비장애인보다 낮다고 믿음

40.7%

장애인에게 동등한 치료를
제공할 자신 있다고 응답

56.5%

장애인 환자를
진심으로 환영한다고 응답

18.1%

의료 시스템이 장애인을
불공정하게 대한다고 강하게 동의

이 편향이 임상에서 일으키는 결과

장애인 유방암 환자에게 유방 보존술 대신 유방 절제술 권유 (외관에 무관심할 것이라는 가정)

COVID-19 자원 부족 시 장애인 치료 배제 논란 → 미 보건부 긴급 경고 발령

척수 손상 환자의 2년간 복통을 '장애 관련 증상'으로 오진 → 호지킨 림프종 뒤늦게 발견 (lezzoni)

출처: lezzoni LI et al. (2021). Physicians' Perceptions of People with Disability and Their Health Care. Health Affairs, 40(2), 297-306.

02 의대 교육이 태도를 악화시킨다 — 역효과의 증거

입학 시 중간 수준의 에이블리즘적 태도 → 임상 훈련 후 개선되지 않거나 일부 악화

1

장애 시뮬레이션의 역효과

Borowsky et al., 2021 (UCSF)

장애 체험 시뮬레이션 참여 후 학생들의 부정적 감정 ↑, 장애에 대한 취약감 ↑
→ 장애인과의 상호작용 태도는 개선되지 않음

2

의과대학 진입 후 태도 악화

Sahin et al., 2010 / Symons et al., 2014

별도 장애 교육과정 없는 학교 학생들: 1학년 대비 3학년 시점 태도 점수 유의하게 하락
→ 기본 임상 훈련이 에이블리즘을 강화

3

은연 중 에이블리즘 전파

Borowsky & Morinis, 2021

전통적 의대 교육과정은 생의학 모델에 의존
→ 에이블리즘적 규범을 의도치 않게 강화
→ '숨겨진 교육과정(hidden curriculum)' 문제

→ 이것은 개별 학생의 도덕적 실패가 아니다. 의과대학 교육과정 자체가 편견을 강화하는 구조적 문제다.

03 의과대학 장애 교육의 부재 — 구조적 공백의 증거

< 5시간

4년 교육과정 중
장애 관련 평균 수업 시수

미국 의대 조사 결과, 전체 교육과정 중 장애 관련 내용은 평균 5시간 미만. 대부분은 단순 신체 진단 기술 수준.

Santoro et al., 2017, Health Education

4.6%

장애인으로 자신을
밝히는 의대생 비율

전체 인구 장애율 16~27%에 비해 극도로 낮은 수치. 의대 입학 과정의 구조적 에이블리즘 반영.

Meeks et al., 2020 / Dismantle Ableism PMC

3.1%

장애인으로 자신을
밝히는 현직 의사 비율

일반 인구 대비 1/5 이하. 당사자 의사가 없으면 교육 설계에 장애 경험이 반영되기 어려운 구조.

PMC 8814984, 2022

**LCME 인증기준 중
장애 역량 명시 항목**

LCME는 2019~2020년 장애 교육 의무화 요청을 사실상 거부. '기준이 충분히 포괄적'이라는 입장 유지.

LCME 2020 / NCD Letter

04 장애 교육은 효과가 있다 — 근거 종합

교육이 문제라면, 교육이 해결책이다 — 단, '무엇을', '어떻게' 가르치느냐가 핵심이다

Symons et al. (2014)

Disabil Health J

중단적 4년 장애 교육과정 이수 학생: 대조군 대비 태도·자신감 점수 유의하게 향상 (미국 2개 의대 비교)

태도·
자신감
↑

Borowsky, Morinis & Garg (2021)

MedEdPORTAL / UCSF

2시간 소그룹 세션 후 학생 자기보고: 에이블리즘 이해도 ↑, 장애 환자 진료 자신감 ↑. 1년 후 추적조사에서 효과 지속.

지식·
자신감
지속 ↑

Siegel et al. (2023)

Medical Education Online

2학년 교육과정에 발달장애 모듈(강의+패널+임상술기) 통합 → 지식·태도 유의한 개선. 당사자 패널 참여가 핵심 요소.

지식·
태도 ↑

Lee et al. (2023)

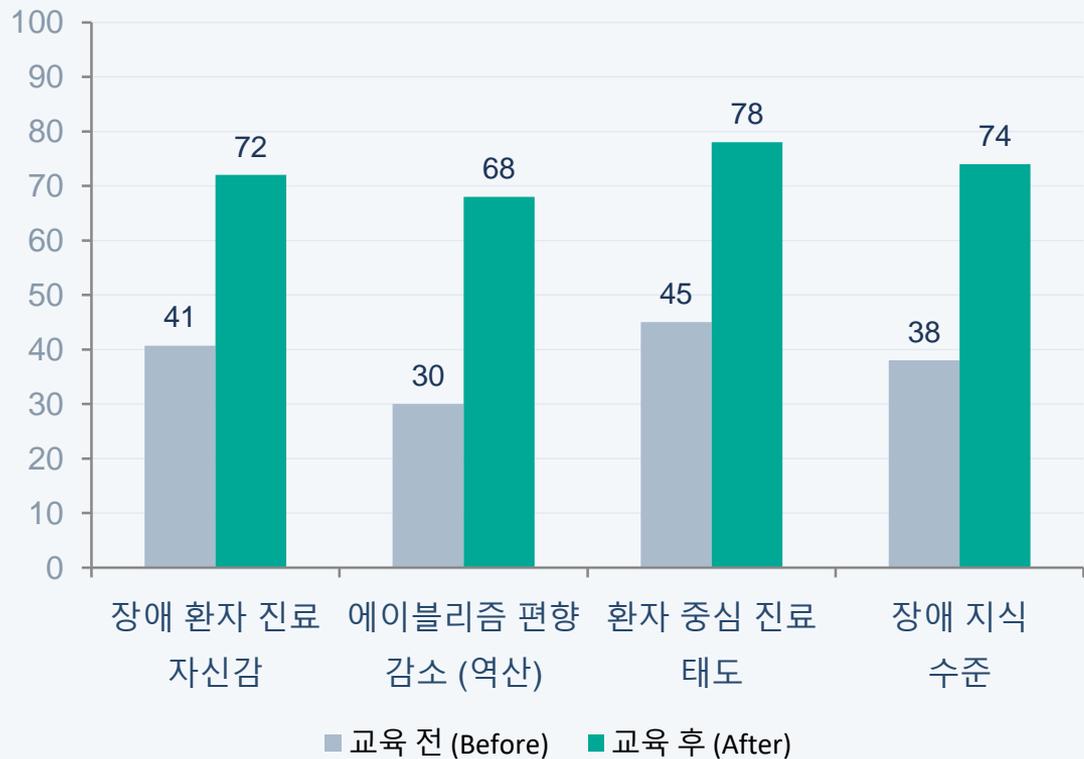
Medical Education Online

장애 역량 훈련 프로그램 체계적 검토: 훈련받은 의사일수록 장애 환자 접근성 개선, 진료 거부 감소, 진단 정확도 향상.

임상 행
동 개선

05 장애 교육의 효과 — Before / After 비교

Symons et al. (2014) 종단연구 기반 | 교육과정 이수군 vs 대조군



평균 +35%p

교육 이수 후 전 영역 평균 향상

자신감 +31.3%p

편견 감소 +38%p

환자 중심 +33%p

장애 지식 +36%p

※ 수치는 Symons et al. (2014) 연구 결과 및 관련 문헌 데이터 기반 구성. 개별 연구별 실제 수치는 논문 원본 참조.

06 비교 관점 — 유사 편견과의 비교가 말해주는 것

"우리는 의사들이 인종이나 민족 소수자의 삶의 질이 낮다고 말하리라 예상하지 않는다. 그러나 장애인에 대해서는 5명 중 4명이 그렇게 말했다."

— Lisa Iezzoni, Harvard Medical School (2021)

인종·민족 편견

의학교육 필수 포함

- 의대 교육과정에 문화 역량 포함 의무화
- 국가시험 출제 기준에 건강 불평등 반영
- DEI(다양성·형평성·포용) 교수 위원회 설치

성별·젠더 편견

의학교육 부분 포함

- 성인지적 의료 역량 커리큘럼 확산
- 여성 건강 전공 과목 신설 증가
- 젠더 의학(Gender Medicine) 분야 성장

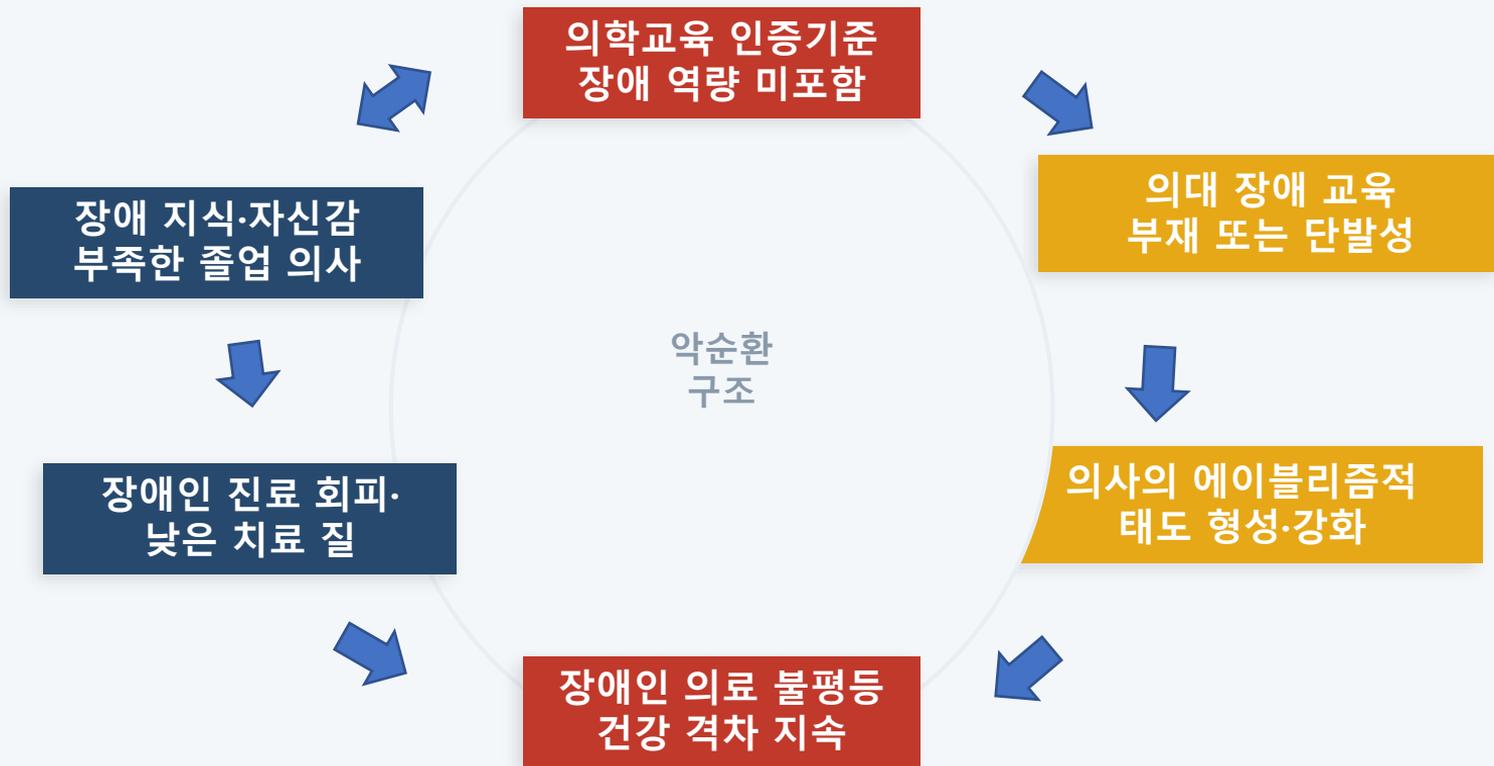
장애 편견 (에이블리즘)

의학교육 대부분 미포함

- LCME: 장애 교육 의무화 요청 사실 상 거부
- 한국 ASK2019: 장애 역량 항목 없음
- 대부분 의대에서 교육 내용 부재 또는 단발성

→ 장애 편견은 인종 편견만큼 강하다. 그러나 의학교육의 관심도는 현저히 낮다 — 이것이 구조적 실패다.

07 구조적 실패의 인과 구조 — 악순환 다이어그램



- 개별 지식
- 인증 개
- 교육 재
- 당첨
- 역량 평

It IS a Structural Failure — 구조적 실패라는 근거 요약

- ① 의사 82.4%가 장애인 삶의 질을 낮게 평가 — 개인 문제가 아닌 체계적 편견 (Iezzoni, 2021)
- ② 임상 훈련은 이 편견을 교정하지 못하고, 일부는 악화시킨다 (Borowsky, 2021; Symons, 2014)
- ③ LCME·WFME·ASK2019 어느 인증기준에도 장애 역량은 필수 요건이 아니다
- ④ 그러나 교육은 효과가 있다 — 잘 설계된 프로그램은 태도·자신감·임상행동을 개선한다
- ⑤ 따라서: 교육과정 재설계는 선택이 아닌 의무이며, 당사자를 설계자로 포함해야 한다 (Type 5)

한국 장애인 건강주치의제도 — 7년째 시범사업의 역설

2018년 시작 → 2025년 현재까지 시범사업

장애인이 선택한 의사 1인에게 만성질환·장애관리 서비스를 지속적으로 제공받는 제도

263만명

전체 등록장애인

9,211명

시범사업 참여 장애인
(2025년 8월)

< 1%

전체 장애인 대비
실제 이용률

시범사업이 본사업으로 전환되지 못하는 구조적 원인

- ① 수가 문제: 방문진료 이동시간 미반영 → 의사 참여 소극적
- ② 지역 격차: 활동 주치의 56.6%가 수도권 집중, 울산·전남 0명
- ③ 직종 제한: 의사·간호사만 참여 → 다학제 팀 접근 불가
- ④ 근본 문제: 장애를 다루는 역량을 갖춘 의사 자체가 부족

의학교육 인증기준에 장애 교육은 없다

WFME

세계의학교육연합회

장애 교육
명시 없음

전 세계 의과대학 인증 표준
제공. 역량 기반 교육과정을
권장하나 장애 역량 항목 없음

LCME

미국·캐나다 의학교육 인증위원회

장애 교육 명시 요청
소극적 회피(2019~2020)

장애 교육 의무화 제안 거부.
"장애는 LCME 기준이 그
수준의 구체성에 이르지 않는다"

Standard 7.6에서 "건강 불평등(health
disparities)을 인식하고 해소하는
역량"

ASK2019/ASK2026 (한국 의평원)

한국의학교육평가원 인증기준

장애 교육
항목 없음

WFME 기준 참조, 9개 영역
92개 기본기준 구성.
장애 관련 교육 기준 부재

국제·국내 의학교육 인증 어디에도 장애 역량은 필수 요건이 아니다 — 이것이 교육 공백의 제도적 근거

국제 규범의 발전 — 25년의 흐름

2001

WHO ICF 채택

장애 = 환경과의 상호 작용

2006

CRPD 채택

평등 의료 접근권 법제화

2011

세계장애보고서

교육 격차 구조적 진단

2019

ADHCE 핵심역량

국제 교육 표준 수립

2018
(한국)

장애인 주치의제도

정책은 있지만
교육 기반은?

정책의 실효성은 보건의료인의 역량에 달려 있습니다

→ 지금 우리 의학교육은 그 역량을 길러내고 있는가?

"그 교육에서 장애인 당사자는 어떤 역할을 했는가?"

3가지 분석 차원

① 참여 시점

설계 / 실행 / 평가

② 교육적 역할

이야기꾼 / 표준화 환자
/ 자문가 / 공동설계자

③ 인식론적 위치

경험 제공자 / 훈련 대상
/ 자문가 / 인식론적 행위자

당사자 참여 유형 분류 프레임워크

유형	명칭	인식론적 위치	설계 권한
Type 1	부재 Absent	해당 없음	없음
Type 2	초청 강사 Guest Speaker	경험 서술자	없음
Type 3	표준화 환자 Standardized Patient	임상 훈련 대상	없음
Type 4	지역사회 자문 Community Advisor	자문 제공자	부분적
Type 5★	인식론적 공동설계자 Epistemic Co-Designer	인식론적 행위자	중심적

★ Type 5는 기존 문헌에서 확인되지 않는 유형 — 저희 연구팀이 이론적으로 제안하는 새로운 참여 모델

20년의 역설

*"Nothing About Us
Without Us"*를 외쳤지만,

당사자는 20년간
여전히 '교육적 부속물'이었다.

25년간의 문헌 검토 결과: 장애인의 인식론적 위치를 설계 변수로 이론화한 연구는 찾기 어렵다.

이론적 진단 — 인식론적 부정의 (Epistemic Injustice)

Miranda Fricker (2007)

① 증언적 부정의

Testimonial Injustice

당사자의 지식 주장이
신뢰받지 못하거나
'경험 이야기'로만 축소되는 현상

현장 사례

Type 1~4: 장애인은 교육과정을 설계할
인식론적 권위자로 인정받지 못함

② 해석학적 부정의

Hermeneutical Injustice

문제를 인식하고 해결하기 위한
개념적 어휘 자체가
부재하는 현상

현장 사례

교육과정을 '인식론적 구조'로 분석하는
언어가 없어 문제를 인식하지 못함

두 부정의는 서로를 강화하며 구조적 악순환을 만든다

PART 02

장애인건강권 교육 재설계

교육과정을 다시 짠다 — 재설계 원칙과 정책 과제

재설계의 출발점 — 내용이 아닌 구조

기존 접근 (내용 중심)

- 장애 지식을 더 많이 가르치자
- 장애인과 접촉 시간을 늘리자
- 인식 개선 교육을 추가하자

필요하지만
충분하지 않다



새로운 접근 (구조 중심)

- 누가 지식을 설계하는가?
- 어떤 인식론적 위치에서 만들어지는가?
- 당사자가 설계 권한을 갖는가?

더 많이가 아닌
다르게 설계하는 것

Type 5 — 인식론적 공동설계자 (Epistemic Co-Designer)

기존 문헌에 존재하지 않는 유형 — 한국장애인보건의료협회의 장애인건강권교육의 형태

①

설계 권한
(Architectural Presence)

교육과정 설계 처음부터
당사자가 참여
(수업 후 투입 ×)

②

인식론적 선발 논리
(Epistemic Selection Logic)

선발 기준 = 대표성(X)
선발 기준 = 인식론적 필요(O)
'이 지식 위치가 필요하다'

③

구조적 공동생산
(Architectural Co-production)

지식 아키텍처 전체를
당사자와 함께 구성
(비장애인이 먼저 설계 후 참여
×)

이 세 조건을 모두 충족하는 프로그램 — 검토된 문헌에서는 확인되지 않음

KAHCPD 모델 — Type 5의 실천적 사례

프로그램 개요

대상 의·간·약·치·응급·교육학과

형식 6주 / 온라인(Zoom)

운영 2024년, 2025년 두 코호트

평가 충북대 의대 IRB 승인
혼합방법 연구 진행 중

공동교육자 인식론적 위치 구성

설계 전반 장애인 의사-연구자 (KAHCPD 위원장)

임상 권위 + 학술 연구 + 당사자 경험

3주차 이동우 (시각장애인 음악가·유튜버)

창작·미디어 실천을 통한 장애 재현

4주차 초등학교 교사 (장애 인접 교육자)

교육 현장의 전문 경험

수업 진행 보건의료 교수진 (비장애인)

임상·교육 전문가 위치

핵심 전환

*"Nothing About Us
Without Us"*



"With Us as Architects"

장애인을 포용의 수혜자에서 지식 구조의 생산자로 재위치시키는 것

보건의료인 교육 재설계 — 3가지 원칙

01

관점 전환

장애 = 병리 → 다양성

ICF 패러다임에 근거
장애를 '고쳐야 할 결함'이 아닌
'함께 살아가야 할 조건'으로

02

IPE 접근

의·간·약이 함께 배운다

장애 경험은 한 직종의
문제가 아님
협력적 장애 친화 문화 형성

03

설계 권한

당사자가 설계자로

자문(Type 4)을 넘어
지식 아키텍처 공동 구성
(Type 5) 구조 확립

정책 제언 — 3가지 과제

① 보건의료인 교육과정에 내용 반영

의사·간호사·약사 국가시험에 ADHCE 핵심역량 기반 장애 항목 명시
보건의료인 교육과정에 특수환자 건강 부분 포함

② 면허 갱신 시 장애 교육 필수 이수

정부·학계·장애인 단체 공동 개발

신규 졸업자 교육만으로는 부족
현직 보건의료인 역량 개발 동시 필요
→ 역량 기반 교육 프로그램 표준화

③ 당사자 참여형 교육과정 개발 법제화

가장 근본적이고 도전적인 제언

CRPD (Convention on the Rights of Persons with Disabilities) 제4.3조 의무 이행
'자문'이 아닌 '공동설계' 제도화
→ Type 5 달성을 위한 법적 기반

결론

**"보건의료인 교육의 재설계는
선택이 아닌 의무입니다."**

- 장애인 건강권은 장애인만의 문제가 아닙니다
- 당사자를 설계자로 — 교육과정의 인식론적 전환
- 이론 → 실천 → 정책: KAHCPD의 장애인건강권 교육

감사합니다