대한한의진단학회지 제30권 제1호 (2026년 10월)
The Journal of the Society of Korean Medicine Diagnostics. 2026;30(1):279-298.
[원저 Original Article]

한의학교육은 무엇으로 졸업역량을 증명하는가: 국내외 교육기준 비교와 한 한의과대학의 교육과정·학생 경험 분석

이예린[1], 안무근[1], 이승현[1], 김선경[2]*, 진명호[3]*
[1]동의대학교 한의과대학 · [2]동의대학교 한의과대학 의학교육학교실
[3]동의대학교 한의과대학 의료인문학교실

How Can Korean Medicine Education Demonstrate the Graduate Competencies It Develops? A Comparison of Medical Education Standards and an Analysis of Curriculum and Student Experience at One College of Korean Medicine

Lee ye rin[1], An Mu Geun[1], Lee seung hyun[1],
Seon-Kyoung Kim[2]*, Myung Ho Jin[3]*
[1]College of Korean Medicine, Dong-Eui University
[2]Department of Medical Education, College of Korean Medicine, Dong-Eui University
[3]Department of Medical Humanities, College of Korean Medicine, Dong-Eui University

abstract

Purpose : As international accreditation certifies medical education, this study asked how Korean medicine education can demonstrate the graduate competencies it develops.

Materials and Methods : Standards from the World Federation for Medical Education, South Korea (KAS2022 and ASK2026), the United States, the United Kingdom, and China were compared. Faculty-entered competency levels in the 2025 syllabi of 154 courses at Dong-Eui University were analyzed across 30 competencies in six domains. Perceived course contributions and learning experiences were also analyzed using ratings and records from 13 students at different curricular stages. Matched course-competency records and distributions by the curricular phase of rated courses were examined descriptively.

Results : Korean standards required outcome attainment, performance assessment, and continuous improvement; the United States and United Kingdom standards specified tracking of individual clinical experiences, and the Chinese standard defined traditional medicine competencies as assessable clinical abilities. Competency-related levels were indicated in 32.0% of course-competency combinations. For integrated clinical competence, the proportion was 51.4% among courses in the final two years. Student ratings of 2 or 3 were most frequent for integrated clinical competence (43.1%) and least frequent for social accountability (23.8%). In matched records, scores of 2 or 3 accounted for 43.5% of student ratings for combinations with a documented level and 30.1% for those without one; the difference varied across domains. Students in earlier years described difficulty connecting foundational theory with practice, whereas students in later years described greater understanding through case-based and clinical learning.

Conclusions : These findings suggest that syllabus-based mapping and perceived course contributions provide complementary but incomplete evidence of graduate competencies. The case identifies issues for review at the study college; observed performance and postgraduation outcomes should be linked in subsequent research. Educational quality assurance and eligibility for international listings or credentials are distinct issues.

keywords : Korean medicine education; Accreditation; Competency-based education; Curriculum mapping; Medical education standards; Student self-assessment

---

* 교신저자 : Seon Kyoung Kim. College of Korean Medicine, Dong-Eui University. 52-57, Yangjeong-ro, Busanjin-gu, Busan.
Tel: +82-10-9016-2308, E-mail: pietas@deu.ac.kr
* 교신저자 : Myung Ho Jin. College of Korean Medicine, Dong-Eui University. 52-57, Yangjeong-ro, Busanjin-gu, Busan.
Tel: +82-10-4840-0148, E-mail: jinmh@deu.ac.kr
· 원고접수일 : 2026.09.28 / 심사완료일 : 2026.10.14 / 게재결정일 : 2026.10.21.

Ⅰ. 서론

의학교육이 자신의 질을 증명하는 방식은 지난 10여 년 사이 크게 달라졌다. 미국 외국의학 졸업생교육위원회(Educational Commission for Foreign Medical Graduates, ECFMG)를 운영하는 Intealth는 2024년 11월부터 인정 평가인증 정책(Recognized Accreditation Policy)을 시행하여, 세계의학교육연맹(World Federation for Medical Education, WFME) 등 승인된 인정기구로부터 인정받은 평가인증기관의 인증을 받은 의과대학을 세계 의과대학 리스트에 별도로 표시하고 있다[1,2]. 이 정책이 졸업생의 ECFMG 자격인증 신청 자격을 직접 제한하는 것은 아니다[2]. 그러나 리스트 수록 자체는 인증이나 승인을 뜻하지 않는다고 명시되어 있다는 점에서[3], 의과대학의 질은 이제 리스트에 올라 있는가보다 누가 그 교육을 인증하였고 그 인증기관은 다시 누구에게 인정받았는가를 통해 공개적으로 드러나게 되었다. 인증의 연쇄라 부를 만한 이 구조가 의학교육의 질을 보여 주는 공적 장치로 자리 잡아 가고 있는 것이다. 같은 시기 세계보건기구(World Health Organization, WHO)는 2025년 5월 제78차 세계보건총회에서 「세계 전통의학 전략 2025-2034」를 채택하고, 근거의 강화, 안전과 규제의 확보, 보건의료체계로의 통합, 부문 간 가치의 최적화를 목표로 제시하였다[4,5]. 전통의학의 역할이 국제 보건정책 안에서 넓어지는 만큼, 그 인력을 길러 내는 교육이 무엇으로 자신의 질을 증명하는가에 대한 요구도 함께 커지고 있다.

국내 한의과대학의 세계 의과대학 리스트(World Directory of Medical Schools, WDOMS) 미수록은 이러한 변화 속에서 한의학교육의 국제적 위상을 논의할 때 지속적으로 제기되어 온 문제이다. 2020년 발표된 연구는 당시 국내 11개 한의과대학과 1개 한의학전문대학원의 12개 한의사 양성기관이 리스트에 수록되어 있지 않다고 보고하였다[6]. 리스트가 의사 면허 취득으로 이어지는 기본 의학 자격을 부여하는 교육기관을 수록 대상으로 정의한다는 점에서[3], 이 문제의 배경을 이해하려면 한국의 의료인 면허체계와 전통의학 교육의 제도적 위치를 함께 살펴야 한다. 그러나 리스트 수록 여부는 문제의 절반에 불과하다. 리스트에 오르든 오르지 않든, 한의과대학은 스스로 설정한 졸업역량을 교육과정에서 실제로 구현하고 있으며 학생이 그 역량을 성취하고 있다는 근거를 제시할 수 있어야 한다.

이에 본 연구는 다음의 질문에서 출발한다. 국제 기준이 의학교육의 질을 인증의 연쇄로 드러내는 시대에, 한의학교육은 자신이 길러 낸 졸업역량을 무엇으로 증명할 수 있는가? 이 질문은 두 층위를 가진다. 하나는 한의사 양성과정이 국제적 자격체계 안에서 어떤 범주로 분류되는가라는 제도의 층위이고, 다른 하나는 대학이 문서로 표방한 성과가 학생의 학습과 수행으로 이어지고 있음을 어떤 자료로 보여 줄 수 있는가라는 교육의 층위이다. 교육의 층위에서 역량의 증거는 다시 대학이 무엇을 목표로 선언하였는가, 학생이 무엇을 성취하였다고 인식하는가, 학생이 실제로 무엇을 보여 주고 수행하는가로 나누어 볼 수 있다. Miller(1990)가 제시한 임상역량 평가의 위계에서 ‘보여 줄 수 있음(shows how)’과 ‘실제로 함(does)’이 가장 높은 수준에 놓이는 것은[7], 자기평가와 구분되는 수행 자료를 확보할 필요성을 뒷받침한다.

국내 한의과대학은 한국한의학교육평가원의 KAS2022에 따라 교육성과, 임상교육, 학생평가 및 교육프로그램 개선 등을 평가받고 있으며[8], 의과대학에 적용되는 한국의학교육평가원의 ASK2026 역시 교육성과와 임상실습을 비롯해 입학정책, 교육평가 및 질 향상에 관한 기준을 제시한다[9]. 두 기준은 각자의 교육목표와 제도적 환경에 맞추어 구성되어 있으므로, 공통의 교육 영역을 중심으로 기준이 요구하는 내용과 평가 방식을 대조하면 한의학교육의 현행 질

관리 체계와 향후 구체화할 과제를 살펴보는 데 참고가 될 수 있다.

또한 비교의 범위를 넓혀 주는 것이 국제 의학교육 기준과 다른 전통의학 교육체계의 사례이다. WFME의 2020년 기본의학교육 기준은 교육과정, 학생평가, 교육자원 및 질 보장에 관한 원칙을 제시하면서 국가와 교육기관의 여건에 따른 적용을 허용한다[10]. 미국 의학교육합동위원회(Liaison Committee on Medical Education, LCME)와 영국General Medical Council(GMC)의 기준에서는 교육성과와 임상경험, 학습자 지원 및 교육프로그램 개선이 각 제도 안에서 어떻게 규정되는지 검토할 수 있다[11,12]. 중국의 2025년 중의학 교육기준은 졸업생에게 요구되는 역량과 대학 운영의 기준을 함께 제시하며, 중의학적 사고와 변증논치 등 전통의학의 특성을 교육과정과 임상교육에 반영한다[13]. 이들 기준의 비교는 한의학 고유의 교육목표를 유지하면서 교육성과와 질 관리 체계를 발전시킬 방향을 검토하는 데 근거가 된다.

교육과정의 개선에는 기준 문서뿐 아니라 교육이 이루어지는 현장의 관점도 필요하다. Harden(2001)은 문서로 선언된 교육과정과 실제로 가르쳐진 교육과정, 학생이 경험하고 학습한 교육과정이 서로 다를 수 있음을 지적하였고[14], Hafferty(1998)는 공식 교육과정 밖에서 이루어지는 학습이 전문직 형성에 깊은 영향을 미친다는 점을 밝혔다[15]. Frank 등(2010)이 정리한 바와 같이, 역량바탕 의학교육(competency-based medical education)이 졸업역량의 명시에 그치지 않고 학습자의 성취를 관찰하고 확인하는 체계를 요구하는 이유도 여기에 있다[16]. 조학준(2020)은 한의학 통합교육과정의 확산을 검토하면서 교육과정의 변화가 평가기준 외에도 대학의 운영 여건과 교수자의 참여에 영향을 받는다고 논의하였다[17]. 정선형 등(2020)의 학생 설문연구에서는 교육과정 구성과 졸업 후 임상진료 준비에 관한 학생들의 우려가 확인되었다[18]. 이들 연구는 제도와 교육과정, 학생 경험을 함께 살펴야 할 이유를 보여준다. 특히 대학이 문서에 제시한 교육성과에 관하여 학생들이 해당 교과목의 역량 형성 기여를 어떻게 인식하는지, 교육과정의 어떤 경험이 그 인식과 연결되는지를 검토하면 기준 간 비교에서 도출한 과제를 구체적인 교육 현장의 맥락에서 해석할 수 있다.

본 연구는 이러한 문제의식에서 WFME 기준, 국내KAS2022와 ASK2026, 미국 LCME와 영국 GMC 기준, 중국 중의학 교육기준을 비교하고, 그 비교 관점을 동의대학교 한의과대학의 교육과정 문서와 학생 경험에 비추어 탐색하고자 한다. 이를 위해 수업계획서 기반 분석표의 역량 기재와 학생들이 평가한 교과목의 역량 형성 기여를 검토하고, 집단 논의와 학생 의견을 함께 분석하여 교육과정이 표방하는 성과와 학생 경험 사이의 대응 양상을 살펴본다. 구체적인 연구 질문은 다음과 같다. 첫째, 국내외 교육기준은 졸업역량의 달성을 어떤 방식으로 확인하도록 요구하는가? 둘째, 한 한의과대학의 교육과정 문서와 학생 경험에서는 졸업역량이 어떻게 나타나는가? 셋째, 동일 교과목-세부역량에서 수업계획서의 역량 연계와 학생이 평가한 학습 기여는 어떻게 대응하는가? 궁극적으로는 국제 의학교육의 질 관리 원칙과 한의학 고유의 졸업역량을 함께 고려하여 해당 대학의 개선 과제를 도출하고, 한의학교육의 질 관리에 참고할 시사점을 논의하고자 한다.

Ⅱ. 본론

1. 연구 방법

1) 연구 설계와 분석 틀

본 연구는 교육기준 문서의 비교분석, 한 한의과대학의 교육과정 문서 분석, 학생 경험 자료의 분석을 결합한 교육기준 비교 및 탐색적 사례분석 연구이다. 분석은 세 단계로 이루어졌다. 첫째 단계에서는 국제 리스트와 평가인증기관 인정제도의 공개 문서를 검토하여 한의사 양성과정의 제도적 위치를 확인하였다. 둘째 단계에서는 국내외 교육기준을 비교하여 졸업역량의 달성을 확인하도록 요구하는 방식을 정리하였다. 셋째 단계에서는 동의대학교 한의과대학의 수업계획서와 학생 자료를 대조하여, Harden(2001)이 구분한 계획된 교육과정과 학생이 경험한 교육과정 사이의 대응을 살펴보았다[14]. 분석 결과는 증거의 층위에 따라 선언된 성과(수업계획서), 인식된 성취(학생의 자기평가와 서술), 관찰된 수행(수행평가와 직접관찰), 졸업 후 성과로 구분하여 해석하였다. 이 구분은 Miller(1990)의 임상역량 평가 위계를 참고하여 설정하였다[7]. 사례분석 자료는 앞의 두 층위에 해당한다. 교육기준 비교에서 도출한 질 관리의 요구를 바탕으로 사례 대학의 역량 배치와 학생 경험을 검토하였다.

2) 교육기준 문서의 선정과 비교

비교 대상은 국제 기본의학교육 기준인 WFME 2020 기준[10], 국내 기준인 KAS2022[8]와 ASK2026[9], 해외 의학교육 기준인 미국 LCME의 2027-28학년도 적용 기준[11]과 영국 GMC의 Promoting excellence[12], 전통의학 교육기준인 중국의 2025년 중의학 전공 본과교육 기준[13]이다. 미국과 영국의 기준은 임상경험과 수행평가를 구체적으로 규정하는 대표적 의학교육 인증체계라는 점에서, 중국의 기준은 국가 수준에서 전통의학 고유의 졸업역량을 명시한 교육기준이라는 점에서 선정하였다. 각 기준의 공식 문서는 2026년 9-10월에 확인하였으며, WFME 2020 기준의 영역(표1)을 공통의 비교 틀로 삼아 교육성과, 임상교육, 학생평가, 성과 자료의 환류를 중심으로 조항을 대조하였다. 교육과정의 운영과 개선 방향을 검토하는 과정에서 예과 2학년, 본과 1학년, 본과 4학년 학생 각 1인은 교수의 지도를 받으며 WFME와 관련 문헌, 미국·영국 및 국내 KAS·ASK 기준, 중국 중의학 기준에 관한 자료를 나누어 조사·정리하였다. 임상교수 1인과 의학교육학 교수 1인은 학생들의 자료 조사와 토의를 지도하면서 각 기준의 취지와 국내 의학교육 및 한의과대학 교육과정에 적용할 수 있는 내용을 함께 검토하였다. 이 과정에서 두 교수는 동의대학교의 수업계획서와 학생들의 교육과정에 관한 의견을 함께 살펴보고, 교과목의 교육목표와 학습경험의 연관성 및 개선점을 정리하였다. 국제 리스트와 인정제도에 관해서는 WDOMS, WFME, ECFMG의 공개 자료와 선행연구를 함께 검토하였다.

각 기준에서 졸업성과, 임상경험·감독, 수행평가·피드백, 성과 환류와 관련된 조항을 정리하고, 기본·필수·우수·발전기준과 해설의 구분을 원문에 따라 제시하였다(표2). 조항의 분류나 적용에 대한 해석은 연구팀 논의를 통해 조정하였으며, 제도별 교육성과 확인 방식과 사례분석 자료의 연관성을 검토하였다. 대만 자료는 전통의학 교육체계의 제도적 배경을 살펴보는 데 활용하였으며, 전통의학 교육기준의 직접 비교는 중국 자료를 중심으로 하였다.

표 1. WFME 2020 기본의학교육 기준의 구성과 본 연구의 검토 관점

WFME 영역	기준에서 다루는 내용	본 연구의 검토 관점
사명과 가치	교육기관의 목적, 가치와 목표	한의사 양성 목표와 졸업성과의 연결
교육과정	교육성과, 교육과정의 구성·내용·방법	한의학과 의생명과학, 임상교육의 구성
학생평가	평가체계, 학습을 위한 평가, 성취 판정	지식·술기·태도의 평가와 피드백
학생	학생 선발과 입학, 상담과 지원	선발정책과 학습·생활 지원
교원	교원 확보, 활동과 역량 개발	교육을 담당하는 교원의 구성과 지원
교육자원	교육시설, 임상실습 및 정보 자원	실습 환경과 학습자원의 적절성
질 보장	교육의 질을 점검하는 체계	성과 자료의 분석과 교육과정 개선
운영과 행정	의사결정 구조와 구성원의 참여	교육과정 운영 및 개선의 책임체계

*출처: WFME 2020 기본의학교육 기준[10]을바탕으로연구자가정리함.

3) 교육과정 문서의 분석

이러한 졸업역량이 수업계획서에 어떻게 제시되고 학생들에게 어떻게 경험되는지 살펴보기 위해 동의대학교 한의과대학의 교육과정 자료와 학생 평가 및 의견을 분석 대상으로 삼았다. 분석에는 2025학년도 예과1·2학년과 본과1-4학년의 교과목 154개 수업계획서에 담당 교수가 입력한 세부역량별 성취수준을 사용하였다. 임상교수 1인과 의학교육학 교수 1인은 2026년 8월에 수업계획서의 기재 내용을 함께 취합·검토하고, 확인이 필요한 부분은 논의하여 정리하였다. 분석표에는 기재된 하·중·상을 각각 1·2·3점으로, 성취수준이 표시되지 않은 경우를 0으로 기록하였다. 이 수준은 수업계획서의 기재값이며 학생의 실제 수행을 평가하여 부여한 값과는 구분된다. 졸업성과는 통합 진료능력, 직업전문성, 소통과 협력, 사회적 책무성, 문제해결과 연구역량, 자기개발의 여섯 영역과 30개 세부역량으로 구분되어 있다.

분석 단위는 교과목-세부역량 조합으로 하였으며, 역량의 학년별·교과목별 배치를 살펴보았다. 교육단계는 예과 1·2학년, 본과 1·2학년, 본과 3·4학년으로 구분하고, 단계별로 역량별 성취수준이 기재된 조합의 비율을 산출하였다.

4) 학생 자료의 수집과 분석

학생 경험에 관한 자료로는 교과목을 통해 역량을 얻거나 교육받았다고 인식한 정도를 평가한 자료와 교육과정에 관한 집단 논의의 녹음, 학생 의견 기록을 사용하였다. 교과목 평가에는 예과 1학년 3명, 예과 2학년 2명, 본과 1-4학년 각 2명, 총 13명이 참여하였다. 교육과정에 관한 의견 수렴에 참여를 희망하는 학생을 대상으로 초기 참여자를 섭외하고, 이들의 소개를 통해 참여자를 넓혀 가는 눈덩이 표집(snowball sampling)으로 모집하였으며, 이는 의과대학생의 학습 경험을 탐색한 강예지와 김도환(2021)의 질적연구에서 사용한 방식을 참고한 것이다[19]. 자료는 2026년 7-8월에 수집하였다. 연구진에 참여한 학생 연구자 3인은 연구참여자에 포함되지 않았다. 학생에게 교육과정편람을 제공하고, 각자 이수한 교과목을 통해 30개 세부역량을 얼마나 얻었거나 교육받았다고 생각하는지 입력한 뒤 토론에 참여하도록 하였다. 평정은 0점(해당 교과목을 통한 성취 없음), 1점(역량을 조금 얻음), 2점(중간 정도 얻음), 3점(거의 얻음)으로 안내하였다. 미이수 교과목과 점수가 입력되지 않은 칸은 집계에서 제외하였으므로, 양적 분석의 단위는 학생이 아니라 학생이 입력한 교과목-세부역량 평가값이다. 평

가값은 해당 교과목의 역량 형성 기여에 대한 학생의 인식으로 해석하였다.

정량분석에는 중복 입력을 제외한 0~3점 직접 입력값을 사용하였다. 빈칸·수식·문자와 범위 밖 값은 비유효값으로 처리하였다. 교과목 식별코드와 세부역량을 기준으로 학생 평가 자료를 문서 기반 분석표와 연결하고, 수업계획서의 성취수준 기재 여부에 따른 학생 평가 2·3점 비율을 산출하였다. 평가 대상 교과목은 교육과정의 배치에 따라 예과, 본과 1·2학년, 본과 3·4학년으로 나누어 분포를 제시하였다. 미입력·비유효값의 비율은 한 건 이상의 유효 평가가 있는 교과목별 기록의 전체 세부역량 항목을 기준으로 산출하였으며, 영역별로 15.5~23.8%였다. 이 비율은 전체 이수내역에 근거한 결측률과는 구분하였다. 분석 결과는 빈도와 백분율로 기술하였다. 학생 평가 자료는 학년별로 구분되어 있었으나 개인별로 구분되지는 않았다.

집단 논의는 전 학년을 대상으로 하였으며, 학생 연구자와 교수 연구자가 함께 진행하였다. 전체 논의에서 충분히 다루지 못한 내용은 해당 학년을 대상으로 보완하였다. 주요 질문은 수업을 통해 향상되었다고 느낀 역량, 그 판단의 근거가 된 수업과 활동, 학습의 어려움 및 개선이 필요한 점이었다. 전체 논의는 약 1시간 진행하였고, 학년별 보완 조사에는 약 20~30분이 소요되었다. 세부역량별로 학생들이 답변하도록 진행하였으며, 다른 의견이 제시되면 추가 질문을 통해 관련 정보를 확인하였다. 녹음된 논의는 학생 연구자 2인이 전사하였고, 전사본과 학생 의견의 코딩은 학생 연구자 1인이 수행하였다. 분석은 30개 세부역량을 사전 범주로 삼는 Hsieh와 Shannon(2005)의 지시적 내용분석 방식에 따랐다[20]. 예를 들어 활력징후를 측정한 경험은 임상술기에, 측정 결과를 양식에 맞추어 기록한 경험은 의무기록에 연결하였다. 여러 역량과 관련되는 의견은 해당 범주에 중복하여 분류하고, 교과 외 학습과 교육단계 간 연결, 역량 개념에 대한 해석 차이는 학습경험의 맥락으로 함께 검토하였다. 코딩과 범주화는 연구팀 전원이 검토하고 해석이 다른 부분은 논의를 통해 합의하였다. 세부역량별로 분류한 학습경험은 상위 여섯 졸업역량 영역으로 묶어 제시하고, 학년별 의견을 함께 살펴보아 초기의 어려움이 이후 교육경험에서 어떻게 설명되는지도 검토하였다.

2. 결과

1) 교육기준 비교의 제도적 배경

(1) 세계 의과대학 리스트의 수록 기준과 한의과대학

현재 국내 한의사 양성기관은 한의과대학 11곳과 부산대학교 한의학전문대학원 1곳으로 모두 12곳이다. Kim 등(2020)은 기존 한의과대학 11곳이 국제의학교육 리스트(International Medical Education Directory, IMED)와 AVICENNA 리스트에 수록되어 있다가 2010년 삭제되었다고 보고하였다[6]. 두 리스트를 통합한 WDOMS가 2014년 공개되었으나, 2020년 당시에는 이 11곳과 부산대학교 한의학전문대학원을 포함한 12개 한의사 양성기관 모두 수록되어 있지 않았다[3,6].

리스트에서 한의과대학의 위치가 문제가 된 과정에는 한의사의 학위와 자격을 둘러싼 국내 논쟁이 있었다. Kim 등(2020)은 2007년 ECFMG의 자격 확인 과정에서 보건복지부와 대한의사협회의 입장이 달랐고 이후 한의사의 응시 자격이 인정되지 않았으며, 2018년 보건복지부 장관 명의의 리스트 재수록 요청이 있었다고 보고하였다[6]. 한국 의료법은 한의사를 국가면허를 받은 의료인으로 규정하고, 한의학을 전공한 대학 또는 전문대학원의 졸업을 한의사 면허

취득 경로로 명시한다[21].

WDOMS는 의사 또는 physician 면허 취득으로 이어지는 기본 의학 자격을 부여하는 교육기관을 수록 대상으로 정의한다[3]. 한국에서 한의사는 독립된 국가면허를 바탕으로 진료하며, 의료법은 의사와 한의사의 면허 및 임무를 각각 규정한다[21]. 다만 구체적인 진료행위의 범위가 언제나 일률적으로 구획되는 것은 아니다. 대법원은 한의사의 진단용 의료기기 사용이 면허 범위에 속하는지를 관련 법령의 금지 규정 여부, 의료행위에 통상 수반되는 수준을 넘는 보건위생상 위해의 우려, 한의학적 의료행위의 원리와 무관함이 명백한지 등을 종합하여 판단하도록 새로운 기준을 제시하였다[22]. 국내에서 독립적인 의료인으로 활동하는 한의사의 면허와 그 양성과정을 국제 리스트가 어떻게 분류하는지는 한의학교육의 국제적 지위를 논의할 때 중요한 쟁점이다.

(2) WFME 인정제도와 국내 평가인증

WFME는 1972년 설립된 이후 기초의학교육부터 졸업 후 수련과 지속적 전문직업성 개발에 이르는 의학교육의 질 향상을 추진해 왔다[23]. 2020년 기본의학교육 기준은 사명과 가치, 교육과정, 학생평가, 학생, 교원, 교육자원, 질 보장, 운영·행정의 여덟 주제로 구성된다[10](표 1). WFME는 이 기준을 세계 모든 대학에 적용할 단일한 교과과정으로 제시하지 않으며, 국가와 지역의 의료 수요 및 교육 환경에 따라 구체화하도록 한다[10].

WFME는 교육기준의 제시와 함께 각국의 의학교육 평가인증기관을 심사하는 인정제도를 운영한다. 이 제도에서는 평가기관의 법적 지위와 평가기준, 대학의 자체평가와 현장평가, 인증결정 및 사후관리 절차를 검토한다[24,25]. 현행 인정기준은 대상이 되는 기본의학교육을 의사 또는 physician 면허 취득의 선행 자격을 부여하는 교육과정으로 정의한다[25]. 한국의 한의과대학은 국가가 면허를 부여하는 한의사를 양성하고, 한의학의 이론·진단·치료와 의생명과학, 임상교육을 함께 운영한다[8,21].

국내 한의학교육의 평가인증은 KAS2022에 따라 자체평가, 서면·현장평가와 인증 후 모니터링으로 이루어진다[8]. WFME의 공개 인정기관 리스트에는 한국의학교육평가원(KIMEE)이 수록되어 있으나 한국한의학교육평가원은 수록되어 있지 않다[26]. 이 인정 여부와 학위·면허의 적격성 문제는 대학이 학생의 졸업역량을 어떤 자료로 확인하는가와 구분하여 다룰 필요가 있다.

(3) 다른 전통의학 교육체계의 사례

중국에서도 2019년 중의약대학 8곳의 WDOMS 삭제가 보고되었다[6,27]. 장춘중의약대학의 수록 항목은 임상의학 과정이며[28], ECFMG는 적격 학위와 해당 졸업연도의 스폰서 노트를 별도로 요구한다[29,30]. 중국의 임상의학 인증위원회는 2020년 WFME의 인정을 받았으나[31], 중의학 전공은 별도의 교육기준에 따라 질을 관리한다[13].

대만 중국의약대학 중의학과의 A 과정은 중의학·의학 복수전공, B 과정은 중의학 단일전공이며[32], 학교는 두 과정의 면허시험 응시 경로를 구분한다[33]. WDOMS에는 같은 대학 의과대학의 6년제 의학 과정이 수록되어 있으나, 중의학과 A·B 과정의 별도 수록이나 A 과정의 포함 여부는 해당 항목에 명시되어 있지 않다[34].

2) 국내외 교육기준이 졸업역량을 확인하는 방식

(1) KAS2022와 ASK2026

KAS2022는 한의학교육을 9개 영역에서, ASK2026은 의학교육을 8개 영역에서 평가하며, 두 기준 모두 교육성과, 임상교육, 학생평가, 교육의 질 개선을 다룬다. 공통점은 졸업역량을 확인하는 방식에서 뚜렷하다. KAS2022는 지식·술기·태도에 근거한 평가와 임상실습 중 수행능력 평가, 임상역량과 임상술기의 종합평가를 요구하고, 교육성과 도달 여부의 평가결과를 진급과 졸업에 활용하도록 한다. ASK2026 역시 졸업성과와 시기별 성과의 도달 여부를 평가하여 피드백을 제공하고, 그 결과를 진급과 졸업에 활용하도록 한다. 두 기준은 실습 전 환자 면담·환자안전·감염 및 환경 위험에 대한 교육과 학생의 실제 진료 참여, 그에 대한 지도와 피드백을 함께 요구하며, 평가결과를 교육과정 개선에 연결하도록 한다[8,9].

차이는 규정의 단위에서 나타난다. ASK2026은‘입학정책과 선발’을 별도 평가부문으로 두지만, KAS2022는 대학 운영체계에 관한 설명에서 입학정책을 언급할 뿐 독립 부문으로 두지 않는다. 임상실습에서 KAS2022는 8개 한방 임상과목, 대학 내부 임상실습 1,200시간 이상과 선택 임상실습을 요구하고 우수기준으로 400시간 이상의 추가 선택 임상실습을 제시하며, ASK2026은 내과, 외과, 산부인과, 소아청소년과, 정신건강의학과, 가정의학과, 응급의학과를 포함한 52주·주당 36시간 이상을 요구한다. 실습 전 준비교육은 KAS2022가 과정의 개설시간(15시간 이상)으로, ASK2026이 학생 1인당 이수시간(40시간 이상)으로 제시한다. 졸업 후 성과의 환류는 KAS2022가 우수기준에서 졸업생을 포함한 이해관계자의 의견수렴을, ASK2026이 우수기준에서 학생·졸업생 집단의 수행능력 분석과 그 결과의 선발·교육과정 설계 반영을 명시한다[8,9].

(2) LCME와GMC

국내 두 기준의 비교를 미국과 영국으로 넓히면, 교육시간의 확보와 함께 학생이 실제로 어떤 임상경험을 하고 그 수행을 어떻게 평가받는지가 드러난다. 미국 LCME가 2026년 발행한 2027-28학년도 평가 적용 기준은 의학 학위과정의 교육목표와 교육과정, 필수 임상경험, 학생평가를 다룬다. 영국 GMC의 Promoting excellence는 의과대학 교육과 졸업 후 수련을 아우르며, 학습환경과 임상감독, 교육과정 및 평가에 관한 요구를 제시한다. 두 기준은 적용 범위가 다르지만 임상교육의 내용과 성과를 검토하는 데 함께 참고할 수 있다[11,12].

교육시간에 관해서는 국내 기준이 구체적인 수치를 제시하는 데 비해, LCME는 학생이 필수 교육활동과 임상실습에 사용하는 시간을 관리하도록 요구하고 GMC는 졸업성과를 달성하기에 충분한 실제 임상경험을 제공하도록 하여, 시간의 충분성을 교육목표 및 성과와 연결해 규정한다[8,9,11,12].

임상경험의 내용에 관해서는 LCME가 학생이 접해야 할 환자와 임상상황, 수행할 술기, 실습 장소 및 학생에게 기대하는 책임 수준을 정하도록 한다. 또한 학생별 필수 임상경험의 이수 여부를 확인하고 부족한 경험을 보완하는 관리체계를 요구한다. GMC는 교육과정이 진행됨에 따라 환자 접촉의 기간과 학생의 역할이 확대되도록 하며, 다양한 진료환경과 환자군을 경험하도록 한다. 임상감독의 수준은 학생의 능력과 경험에 맞추어 결정된다[11,12]. KAS2022에도 교육성과에 따라 필수환자군을 설정하고 학생의 경험을 확인하는 기준이 있으

며, 학생의 진료 참여 범위와 참여 결과에 대한 피드백을 관리하도록 명시되어 있다. 따라서 비교의 초점은 필수환자군이나 진료 참여 기준의 유무가 아니라, 각 학생의 임상경험과 수행 범위를 어떤 자료로 확인하고 경험의 차이를 교육과정에서 어떻게 다루는가에 있다[8,11,12].

교육내용의 구성에서도 각 기준의 강조점이 나타난다. ASK2026은 기초의학, 의료인문학, 임상의학과 술기 등 교육 영역별 요구를 제시한다. LCME는 의생명과학뿐 아니라 행동과학과 사회경제 분야의 지식 및 임상경험을 교육과정에 포함하고, 교육목표에 맞추어 과정 전체를 설계·평가하도록 한다. GMC는 기초과학과 임상과학을 연결하는 학습기회, 다양한 환자와 진료환경의 경험, 다른 보건의료 직종과 함께 배우는 기회를 규정한다[9,11,12]. KAS2022도 한의학기초, 의료인문학, 임상교육 사이의 조화와 교과목 간 수평적 통합을 기본기준으로, 교육단계 간 수직적 통합을 우수기준으로 제시한다. 이들 기준을 함께 살펴보면 한의학 이론과 의생명과학 지식, 환자에게서 얻은 임상정보가 수업과 실습에서 어떻게 연결되는지가 교육과정 분석의 중요한 관점이 된다[8,9,11,12].

학생평가에서는 실제 수행을 확인하고 결과를 학습에 활용한다는 공통점이 있다. ASK2026은 졸업성과와 시기별 성과의 도달 여부를 평가하고, 피드백 및 진급·졸업 결정에 그 결과를 활용하도록 한다. LCME는 직접관찰을 포함한 다양한 방법으로 임상술기와 태도를 평가하며, 교수자와 학생의 상호작용이 허용하는 필수 교과목과 임상실습에서는 학생의 수행을 서술형으로 기록하도록 한다. GMC는 졸업성과에 대한 평가가 공정하고 타당하며 신뢰할 수 있어야 하고, 교육과정의 진행 단계에 맞게 이루어져야 한다고 규정한다[9,11,12]. KAS2022 역시 지식·술기·태도의 수행평가와 임상역량 종합평가를 요구하며, 평가방법의 예시로 진료술기 직접관찰과 간편임상평가실습 등을 제시한다. 서술형 기록과 직접관찰에 관한 해외 기준은 한의학적 진단과 치료계획 수립 과정에서 학생의 판단과 수행을 어떻게 기록하고 피드백할 것인지 살펴보는 데 참고가 된다[8,11,12].

(3) 중국의 중의학 교육기준

미국과 영국의 기준이 임상경험과 수행평가를 구체화하는 방식을 보여 준다면, 중국의 중의학 교육기준은 전통의학의 지식과 진료능력을 졸업성과에 어떻게 반영하는지 살펴볼 수 있는 사례이다. 중국은 2007년부터 중의학 전공 교육기준의 제정과 시범 인증을 병행하여 2012년 중의학 전공 본과교육 기준을 마련하였다[35]. 2025년 개정 기준인 『중국 본과의학교육표준ー중의학 전공』은‘졸업생이 도달해야 할 기본 요구’와 ‘학교운영 표준’으로 구성된다. 전자는 네 영역의 졸업역량을, 후자는 교육목표, 교육과정, 학생평가, 교육자원 및 질 보장 등을 포함한 아홉 영역을 다룬다. 학교운영 표준은 모든 대학에 요구되는 보증기준(B), 높은 수준의 교육을 지향하는 발전기준(Q), 조항의 내용을 설명하는 주석(A)으로 구분된다[13].

졸업생의 기본 요구는 사상도덕과 직업정신, 폭넓은 교양과 과학적 소양, 중의학 문화의 이해와 전통 계승 역량, 변증논치와 임상능력으로 제시된다. 중의학 문화의 이해와 전통 계승 역량에는 고전 의서를 읽고 임상 의안을 수집·분석하는 능력이 포함된다. 변증논치와 임상능력에서는 중의학적 관점으로 환자의 상태를 이해하고, 망문문절(望聞問切)을 통해 진료정보를 수집하며, 변증에 근거하여 치료 원칙을 세우도록 한다. 동시에 환자의 상태에 적합한 현대의학적 검사를 선택하고 결과를 해석하는 능력, 방약·침구·추나 등의 치료방법을 지도하에 적용하는 능력도 요구한다. 이처럼 기준은 중의학적 사고를 교육이념에만 두지 않고, 환자를 진찰

하고 치료를 결정하는 과정에서 확인할 졸업역량으로 서술한다[13].

교육과정에 관한 조항은 이러한 역량이 어디에서 길러지는지를 제시한다. 중의학 기초, 고전과 의가 유파, 중의 임상교육을 각각 포함하도록 하며, 고전 과목의 예로 『내경』, 『상한론』, 『금궤요략』 및 온병학을 명시한다. 도제식 교육에서는 학생이 교육 초기부터 지도 중의사를 따라 임상현장을 경험하도록 하고, 학습목표와 평가방법을 정하도록 한다. 아울러 생물학·기초의학 및 임상의학 교육도 별도로 요구하고, 중의 임상교육에서는 환자 접촉을 통해 변증과 복잡한 임상문제의 해결능력을 기르도록 한다. 고전 학습과 도제식 교육, 현대의학 교육 및 임상실습이 각각 별도의 항목으로 제시되면서도 졸업생에게 요구되는 진료능력과 연결되어 있다[13].

임상교육의 운영을 뒷받침하는 조건도 구체적이다. 기준은 학생이 이른 시기부터 반복적으로 환자를 만나되 환자안전을 확보하도록 요구한다. 임상교육 자원에 대해서는 중의학 계열 재학생 수와 교육병원 병상 수의 비율을 1:1 미만으로 정하고, 교육과정 전반의 임상교육을 담당할 직속 부속 중의병원과 지역사회 임상실습 기관을 확보하도록 한다. 이는 졸업성과에 명시한 진료능력을 교육할 환자와 실습 장소를 학교운영 기준에서도 확인하는 방식이다[13].

학생평가는 양성목표를 중심으로 교육과정 전반에 걸쳐 이루어지도록 규정한다. 지식과 술기뿐 아니라 전문직업적 태도를 다양한 방법으로 평가하고 형성평가 결과를 학습에 활용하도록 하며, 발전기준에서는 학생의 자기평가도 장려한다. 졸업 이후에는 졸업생의 직업능력과 진로에 관한 정보를 수집하고, 중의사 자격시험 및 졸업 후 수련 관련 결과를 교육 개선에 활용하도록 한다[13].

국내외 기준은 교육목표의 문서화, 임상경험의 확인, 수행평가와 피드백, 성과 환류를 요구하였다(표2). 사례분석에서는 수업계획서의 역량 배치와 학생이 인식한 학습 기여의 대응을 살펴보았다.

표 2. 국내외 교육기준에서 졸업역량의 달성을 확인하는 방식의 비교

기준	임상교육과 임상경험	학생평가	성과 자료의 환류
KAS2022 (한국, 한의학)	8개 한방 임상과목, 대학 내부 임상실습1,200시간 이상과 선택 임상실습; 실습 전 준비과정15시간 이상 개설; 필수환자군과 진료 참여의 모니터링·피드백[기본P2.5.1-P2.5.3; 우수A2.5.3]	지식·술기·태도 기반 평가, 임상역량 종합평가; 성과 도달 결과를 진급·졸업에 활용[기본P3.1.2, P3.2.1-P3.2.2]	교육성과 도달률 점검과 교육과정 개선; 졸업생 등 이해관계자 의견수렴*[기본P7.1.1; 우수A7.3.1*]
ASK2026 (한국, 의학)	주요7개 임상과를 포함한52주·주당36시간 이상; 실습 전 교육 학생1인당40시간 이상; 지도·감독 하의 진료 참여[기본K.2.5.1-K.2.5.4]	졸업성과·시기별 성과의 도달 평가와 피드백; 진급·졸업에 활용[기본K.3.2.1-K.3.2.4]	학생·졸업생 집단의 수행 분석 결과를 선발과 교육과정 설계에 반영*[우수H.8.1.1, H.8.2.1*]
LCME (미국)	필수 임상경험(환자, 임상상황, 술기, 장소, 책임 수준)의 규정; 학생별 이수 확인과 보완 체계[6.2 Required Clinical Experiences; 8.6 Monitoring of Completion of Required Clinical Experiences]	직접관찰을 포함한 다양한 방법; 서술형 수행 기록[9.4 Assessment System; 9.5 Narrative Assessment]	재학 중과 졸업 후의 성과 자료를 활용한 교육과정 개선[8.4 Evaluation of Educational Program Outcomes]
GMC (영국)	졸업성과 달성에 충분한 실제 임상경험; 교육단계에 따른	공정하고 타당하며 신뢰할 수 있는 평가; 교육단계에	—†

기준	임상교육과 임상경험	학생평가	성과 자료의 환류
중국2025 (중의학)	환자 접촉과 역할의 확대, 능력에 맞춘 감독[요구사항R1.8-R1.9, R5.3-R5.4] 망문문절·변증·치료 원칙 수립을 졸업역량으로 명시; 조기·반복적 환자 접촉과 도제식 교육; 재학생 대 병상1:1 미만[졸업요구4.4-4.7; B2.3.1, B2.9.2, B6.3.1]	맞는 평가[요구사항R5.5-R5.7] 지식·술기·직업적 태도의 다양한 평가; 형성평가 활용; 자기평가 장려*[B3.1.1-B3.1.4; Q3.1.2*]	졸업생의 직업능력·진로 정보, 중의사 자격시험과 졸업 후 수련 결과의 활용[B7.2.1-B7.2.3; 해설A7.2.1]

각 기준의 전체 조항이 아니라 본문에서 비교한 조항을 요약하였다[8,9,11-13]. *우수기준 또는 발전기준에 해당하는 조항. †본문의 비교 범위에서 다루지 않은 항목. 기본·필수와 우수·발전의 구분은 각 기준의 원래 체계를 따랐으며, LCME와GMC의 표기 항목은 각각 인증 요소와 요구사항이다. 중국B는 보증기준, Q는 발전기준, A는 해설이다. LCME는2027-28학년도 적용판의 조항 번호와 절명을 병기하였다.

3) 수업계획서의 역량 연계와 학생이 경험한 학습

(1) 수업계획서 기반 분석표에 나타난 졸업역량

수업계획서에 역량별 성취수준이 기재된 조합은 전체의 32.0%였으며, 영역별·교육단계별 분포는 표3과 같다.

표 3. 수업계획서의 역량별 성취수준 기재와 교육단계별 분포

졸업역량	예과 1·2학년 n (%)	본과 1·2학년 n (%)	본과 3·4학년 n (%)	전체 n (%)*	하/중/상 (n)†
통합 진료능력	38 (18.5)	54 (21.6)	162 (51.4)	254 (33.0)	6/128/120
직업전문성	83 (40.5)	112 (44.8)	105 (33.3)	300 (39.0)	28/175/97
소통과 협력	58 (28.3)	67 (26.8)	116 (36.8)	241 (31.3)	9/158/74
사회적 책무성	52 (25.4)	53 (21.2)	45 (14.3)	150 (19.5)	26/87/37
문제해결과 연구역량	90 (43.9)	119 (47.6)	147 (46.7)	356 (46.2)	16/202/138
자기개발	51 (24.9)	61 (24.4)	66 (21.0)	178 (23.1)	12/136/30
전체	372 (30.2)	466 (31.1)	641 (33.9)	1,479 (32.0)	97/886/496

*각 졸업역량 영역은5개 세부역량으로 구성되며, 백분율은 해당 교육단계의 교과목 수와 세부역량 수를 곱한 값을 분모로 산출하였다. †하·중·상은 담당 교수가 수업계획서에 기재한 성취수준으로 각각1·2·3점으로 집계하였으며, 0은‘성취수준 미표시’를 뜻한다.

통합 진료능력은 교육단계가 높아질수록 성취수준 기재 비율이 높아졌으며, ‘상’ 수준도 본과 후반부 교과목에 집중되었다. 세부역량별로는 진단 및 치료계획과 임상술기에 비해 의료면담과 의무기록의 기재가 적었다.

문제해결과 연구역량은 성취수준 기재 비율이 가장 높았고(46.2%), 예과부터 본과 후반부까지 비교적 고르게 나타났다. 새로운 의학지식과 정보의 탐구·활용, 창의성과 융합능력은 폭넓은 교과목에 기재되었으나, 논문작성은 한정된 교과목에서 다루는 양상이었다.

사회적 책무성은 성취수준 기재 비율이 19.5%로 가장 낮았다. 지역보건의료 정책개발 및 참여의 기재는 적었고, 국제보건협력의 성취수준 기재는 확인되지 않았다.

(2) 학생이 평가한 교과목의 역량 형성 기여

학생 평가에서 2·3점의 비율은 통합 진료능력에서 가장 높았고(43.1%), 사회적 책무성에서 가장 낮았다(23.8%). 0점의 비율은 사회적 책무성과 자기개발에서 상대적으로 높았다(표4).

표 4. 학생이 평가한 교과목의 역량 형성 기여도 분포

졸업역량	평가값 (건)*	0점 n (%)†	1점 n (%)	2점 n (%)	3점 n (%)	2·3점 n (%)
통합 진료능력	3,290	1,151 (35.0)	722 (21.9)	709 (21.6)	708 (21.5)	1,417 (43.1)
직업전문성	3,156	1,209 (38.3)	690 (21.9)	730 (23.1)	527 (16.7)	1,257 (39.8)
소통과 협력	3,116	1,322 (42.4)	816 (26.2)	667 (21.4)	311 (10.0)	978 (31.4)
사회적 책무성	2,967	1,521 (51.3)	740 (24.9)	402 (13.5)	304 (10.2)	706 (23.8)
문제해결과 연구역량	3,230	1,202 (37.2)	827 (25.6)	772 (23.9)	429 (13.3)	1,201 (37.2)
자기개발	3,029	1,487 (49.1)	628 (20.7)	460 (15.2)	454 (15.0)	914 (30.2)

*평가값은 응답 학생 수가 아닌 교과목-세부역량별 입력 건수이다. 미이수 교과목과 빈칸은 집계에서 제외하였다. †0점은 해당 교과목을 통한 성취가 없다고 학생이 평가한 값이며, 백분율은 각 행의 유효 평가 건수를 분모로 산출하였다.

교과목 배치 단계별로는 본과 후반부 교과목에서 2·3점의 비율이 대체로 높았다(표5).

표 5. 평가 대상 교과목의 배치 단계별 학생 평가2·3점 비율

졸업역량	예과 교과목 (%)	본과 1·2학년 교과목 (%)	본과 3·4학년 교과목 (%)
통합 진료능력	28.6	44.9	75.8
직업전문성	33.6	37.4	57.6
소통과 협력	31.4	23.1	43.4
사회적 책무성	24.7	14.1	34.8
문제해결과 연구역량	37.8	28.0	49.8
자기개발	30.8	21.6	40.4

수치는 각 교육단계에 배치된 교과목의 유효 평가값 중2·3점의 비율(%)이다.

(3) 동일 교과목-세부역량의 직접 대응

학생이 평가한 교과목-세부역량 조합을 수업계획서 기반 분석표와 대조한 결과, 성취수준이 기재된 조합에서 2·3점의 비율이 전반적으로 높았다. 두 조합의 차이는 통합 진료능력과 사회적 책무성에서 비교적 컸고, 문제해결과 연구역량 및 자기개발에서는 작았다(표6).

표 6. 수업계획서의 성취수준 기재 여부에 따른 학생 평가2·3점 비율

졸업역량	성취수준 미표시 조합 (%)	성취수준 표시 조합 (%)
통합 진료능력	36.1	61.0
직업전문성	33.7	47.7
소통과 협력	27.8	39.9
사회적 책무성	19.8	38.2
문제해결과 연구역량	36.2	38.3
자기개발	29.4	32.8
전체	30.1	43.5

수업계획서 기반 분석표에서 성취수준이 기재된 경우를 '표시', 기재되지 않은 경우를 '미표시'로 구분하였다. 수치는 각 집단의 유효 학생 평가값 중2·3점의 비율(%)이다.

(4) 교육과정에서 경험한 역량 형성

저학년이 제기한 기초 개념의 활용에 관한 어려움에 대해 고학년은 증례 학습과 임상경험을 바탕으로 설명하였다.

통합 진료능력에서 예과 학생은 원전 개념을 진료에 연결하는 데 어려움을 느꼈다. 본과 1학년은 의학용어·해부학을 통한 임상 용어 학습과 동아리의 진료 경험을 언급하였고, 본과 2·3학년은 원전의 증례, 한방병리학과 상한론의 문진 수업을 통해 이론의 활용을 체감하였다고 설명하였다.

직업전문성에서는 본과 3학년이 기초이론과 처방 학습, 치료 사례와 학술활동이 임상적 추론과 초기 의문의 해소에 도움이 되었다고 설명하였다. 의료정책은 관련 교과목을 이수한 시기에 따라 경험이 달랐으며, 리더십은 조별활동에서 역할을 맡는 경험과 연결되었다.

소통과 협력은 자기성찰 과제와 면담, 토론·발표를 통해 기른다는 의견이 있었다. 예과 2학년은 개별·조별 발표, 본과1학년은 팀 활동을 주요 경험으로 들었으나, 같은 학년에서도 수업의 기여에 대한 평가는 달랐다.

문제해결과 연구역량에서는 근거중심의학 수업과 논문 읽기가 언급되었다. 예과 학생은 논문을 직접 작성할 기회가 적다며 글쓰기·증례보고·토론 수업을 제안하였고, 본과 3학년은 논문과 최신 처방 학습 및 학술활동이 한의학 개념 이해에 도움이 되었다고 설명하였다.

사회적 책무성에서는 예과 수업과 예방의학을 통해 직업윤리와 의료인의 역할을 배웠다는 의견이 있었다. 지역보건의료 정책개발이나 국제보건협력에 직접 참여한 경험에 대한 서술은 적었다.

자기개발에서는 예과의 진로 수업·특강·봉사활동과 본과 3학년의 진로 정보 탐색, 연구실 영어 활용이 언급되었다. 자기관리와 자기주도학습, 성찰은 특정 교과목보다 일상적인 학업과 학교생활에서 길러지는 태도로 이해하는 경우가 많았다.

3. 고찰

국내외 기준 비교와 사례분석은 졸업역량의 명시를 학생의 학습경험 및 수행 자료와 연결할

필요를 보여준다.

1) 리스트 수록 문제: 범주의 문제에서 증거의 문제로

Han 등(2016)이 정리한 바와 같이, 한국은 서양의학과 병행하는 독자적인 한의사 양성체계를 구축해 왔으며[36], 현재의 한의학교육은 1951년 도입된 이후 6년제 교육과정으로 정비되어 왔다[6]. 리스트 문제는 이처럼 역사적으로 형성된 이원적 의료인 양성체계가 국제적 분류 범주와 만나는 지점에서 발생한다.

국내 한의과대학의 리스트 수록 이력과 WDOMS 미수록 문제는 한국에서 독립적인 의료인으로 양성되는 한의사의 교육과정을 국제적 자격체계에 어떻게 설명할 것인가라는 질문으로 이어진다[3,6,21]. 한의과대학에서 이루어지는 기초의학·임상의학 교육과 한의학적 진단·치료 교육은 그 과정의 실질을 보여 준다. 한편 WDOMS는 수록 대상 교육과정을 의사 면허로 이어지는 기본 의학 자격과 연결해 정의하고 있으며, WFME의 평가인증기관 인정기준도 대상 교육과정의 자격 범위를 규정한다[3,25]. 한의사 양성과정의 교육내용과 그 과정이 부여하는 학위·면허를 함께 설명해야 하는 이유이다.

중국과 대만의 사례는 전통의학 교육기관의 이름만으로 리스트에 수록된 교육경로를 파악하기 어렵다는 점을 보여 준다. 장춘중의약대학의 WDOMS 정보에는 임상의학 과정이 기재되어 있으며, 대만 중국의약대학에서는 중의학과의 A·B 과정과 별도로 의과대학의 의학 학위과정이 리스트에 수록되어 있다[28,32,34]. 미국 ECFMG의 자격 요건 역시 졸업생이 취득한 학위에 적용된다[29,30]. 한국에서도 기존 한의사 양성과정에 포함된 의학 교육을 국제적으로 설명하는 일과 별도의 의학 학위·자격 경로를 마련하는 일은 교육목표와 졸업 후 자격에 서로 다른 영향을 미친다. 어느 방향을 검토하든 한의과대학이 길러 내고자 하는 한의학적 진료능력을 명확히 제시할 필요가 있다. 교육성과의 근거를 축적하는 일과 국제적 자격 요건을 검토하는 일은 각각 교육내용·평가체계의 개선과 학위·면허 경로의 명료화를 요구한다[1].

한의과대학의 국제적 방향은 교육과정과 학생 수행의 실제를 밝히는 작업과 함께 결정되어야 한다. 우선 한의사 양성과정의 학위·면허 경로와 한의학적 임상역량을 명확히 기술하고, WDOMS의 수록 범위와 WFME 인정제도에서 이 경로를 어떻게 다루는지 해당 기관과 논의할 수 있다[3,25].

2) 기준이 요구하는 증거와 한의학적 임상추론의 평가

국내 기준은 졸업성과의 평가와 그 결과의 교육과정 환류를 요구한다[8,9]. 수업계획서의 목표와 학생의 학습경험을 대조하는 일은 이를 개별 수업에 연결하는 출발점이 된다. 개별 평가의 결과를 누적하여 졸업역량에 관한 판단으로 종합하는 프로그램식 평가(programmatic assessment), 곧 van der Vleuten 등(2012)이 제안한 평가 모형의 관점은 이러한 연결을 설계하는 데 참고가 된다[37].

미국 LCME는 학생별 필수 임상경험과 수행 내용을 확인하도록 하고, 영국 GMC는 교육단계에 따라 환자 접촉과 학생의 역할을 확대하면서 능력에 맞는 감독을 제공하도록 한다[11,12]. KAS2022 역시 학생이 경험해야 할 환자군과 진료 참여에 관한 기준을 두고 있다[8].

이를 한의과대학의 임상교육에 적용하면 학생이 어떤 환자와 증례를 접했는지에 더해, 문진과 진찰에서 얻은 정보를 어떻게 해석하고 변증과 치료계획에 반영했는지 살펴볼 수 있다. 참여 범위와 지도교수의 피드백을 함께 기록하면 한의학적 임상추론이 교육단계에 따라 어떻게 발전하는지도 확인할 수 있다.

중국의 2025년 중의학 교육기준은 고전과 중의학적 사고를 졸업성과에 포함하면서, 진료정보 수집과 변증, 치료 원칙의 수립을 임상에서 확인할 역량으로 제시한다[13]. 사례 대학에서도 기초 개념이 증례와 문진을 통해 구체화된다는 점에서, 교육 초기부터 그 활용 경로를 안내할 필요가 있다. 학생이 어떤 단서를 근거로 증(證)을 판단하고 그 판단을 수정하는지 살펴보는 일은 한의학적 임상추론의 학습과정을 확인하는 방법이 된다.

3) 선언된 교육과정과 경험된 교육과정 사이

성취수준이 기재된 조합에서 학생 평가가 전반적으로 높았으나, 미표시 조합에서도 높은 평가가 나타났다. 이는 수업계획서의 기재만으로 학습경험을 모두 설명하기 어려우며, 교과목의 구체적인 학습활동과 학생의 해석을 함께 살펴야 함을 시사한다[14].

통합 진료능력에서 의료면담과 의무기록의 기재가 진단 및 치료계획과 임상술기보다 적었던 점은 교육목표의 구체화라는 관점에서 검토할 수 있다. 한의진단학에서 사진(四診)을 통한 정보의 수집과 기록은 변증의 전제이므로, 진단 과정의 앞 단계가 교육목표에 충분히 드러나는지 살펴볼 필요가 있다. 일부 학생이 동아리에서 임상경험을 보완하였다는 의견과 함께, 정규 수업에서 면담·기록·해석이 어떻게 이어지는지 점검할 수 있다.

연구 관련 선택과목이 편성된 2026학년도 자료는 이번 분석 대상인 2025학년도 자료와 구분된다[38]. 학생들이 논문을 읽는 경험과 직접 작성하는 경험을 구별한 만큼, 연구역량을 평가할 때에는 과목의 편성뿐 아니라 학생이 수행한 연구 활동과 그에 대한 피드백을 살펴볼 필요가 있다.

사회적 책무성은 관련 개념의 학습과 실제 참여 경험을 연결하는 방향으로 개선할 수 있다. 지역사회 봉사에서 학생이 파악한 건강문제와 한의진료의 역할을 정리하고, 해외 교류에서는 현지의 전통의학 교육이나 보건의료체계를 비교해 발표하도록 한다면, 이러한 활동을 관련 세부역량과 더욱 구체적으로 연결할 수 있다.

자기개발 영역에서는 개별 교과목의 기여를 낮게 평가하면서도 진로 탐색, 연구실 활동과 학교생활을 통해 역량을 기른다고 설명하는 의견이 있었다. 이는 공식 교육과정 밖의 학습이 전문직 형성에 영향을 준다는 Hafferty(1998)의 논의와 연결된다[15].

4) 교육과정 개선을 위한 함의

분석 대상 대학의 사례에서 제안할 수 있는 첫 번째 과제는 한의학 기초이론부터 임상실습까지 학생이 수행하는 과제를 단계적으로 연결하는 것이다. 초기에는 환자의 호소를 듣고 기록하며 기초 개념으로 설명해 보고, 이후에는 증례의 정보를 해석해 변증과 치료계획을 제시하며, 임상실습에서는 지도·감독 아래 실제 진료에 참여하도록 구성할 수 있다. 같은 진료 문제를 교육단계에 따라 다른 깊이로 다루면 학생은 앞서 배운 이론이 이후의 판단에 어떻게 쓰이는지 확인할 수 있다. 진료수행평가와 실습 중 직접관찰, 지도교수의 피드백을 그 과정에

연결하는 일은 KAS2022의 기존 평가체계 안에서도 추진할 수 있다[8,11,12].

두 번째 과제는 교과목과 교과 외 활동에서 이루어진 학습을 학생의 수행 자료로 연결하는 것이다. 논문 강독과 학생연구포럼, 지역사회 봉사와 해외 교류는 연구와 진로 탐색, 지역사회 및 다른 교육체계에 대한 이해 등 다양한 학습기회를 제공한다. 각 활동에서 학생이 다룬 문제와 그 과정에서의 판단, 성찰과 피드백을 세부역량과 연결하면 교과목의 학습을 보완하는 경험을 교육과정 안에서 살펴볼 수 있다.

의철학의 관점에서 보면, 한의학의 진료능력은 구체적인 환자 앞에서 이루어지는 판단의 수행과 연결된다. 듀이(Dewey, 1938/1997)가 제시한 경험의 연속성은 앞선 경험과 이후의 경험이 연결되어야 한다는 교육적 관점을 제공한다[40]. 이는 학생의 서로 다른 학습경험을 연속된 교육과정으로 연결하는 데 참고가 된다.

5) 연구의 한계

본 연구는 한 대학의 학생 13명이 참여한 탐색적 사례분석이므로 결과를 다른 대학으로 일반화하는 데 한계가 있다. 학생의 자기평가는 실제 수행능력과 구분하여 읽어야 하며[39], 고학년의 많은 이수 교과목이 합산 분포에 더 크게 반영되었을 수 있다. 분석자료에 개인별 구분이 없어 학생 단위의 요약값은 산출하지 못하였다. 백분율은 학생별 성취율이 아닌 평가값의 분포이고, 교육단계별 결과와 학년별 의견은 동일 학생을 추적한 성장 효과를 뜻하지 않는다. 2025학년도 수업계획서와 과거 이수 경험의 차이, 미입력의 선택성도 해석에 영향을 줄 수 있다. 성취수준의 기재에는 담당 교수의 판단이 반영되며, 기재 기준의 일관성은 본 분석에서 별도로 검증하지 않았다. 모든 교과목이 모든 역량을 다룰 필요는 없으므로 낮은 기재빈도를 교육기회의 부족으로 단정할 수 없다. 학생 의견은 사전 범주에 따른 코딩과 연구팀의 합의로 해석하였고, 연구진 일부의 교육과정 운영 참여와 교육기준의 선택적 비교 역시 결과의 적용 범위를 고려할 때 함께 살펴야 한다.

Ⅲ. 결론

국내외 교육기준은 졸업역량의 명시, 임상경험과 수행의 확인, 평가결과의 환류를 공통적으로 요구하였다. 동의대학교 사례에서는 수업계획서의 역량 배치와 학생이 인식한 학습 기여가 영역과 교육단계에 따라 달랐으며, 성취수준 기재 여부와 학생 평가의 대응도 영역별 차이를 보였다.

이 결과는 분석 대상 대학에서 기초-임상 학습의 연결과 교과 외 경험을 포함한 교육목표·학습활동의 연계를 점검할 필요가 있음을 시사한다. 졸업역량의 확인에는 학생의 인식과 함께 관찰된 수행과 피드백 자료를 축적해야 하며, 국제 리스트 수록·자격 인정의 제도적 요건은 구분하여 검토할 필요가 있다.

후속 연구에서는 학생별 이수 교과목과 교과 외 경험을 CPX·OSCE, 임상실습의 직접관찰 및 졸업 후 수행 자료와 연결하고, 여러 대학에서 그 관계와 평가도구의 타당성을 확인할 필요가 있겠다.

감사의 글

이 연구의 교과목 평가에 참여해준 예과 1학년 3명, 예과 2학년 2명, 본과 1~4학년 각 2명, 총 13명의 학생에게 감사의 인사를 드립니다.

참고문헌

1. Intealth. Intealth implements Recognized Accreditation Policy. Available from: https://www.intealth.org/news/2024/11/20/intealth-implements-recognized-accreditation-policy/ (accessed 2026-10-11).
2. Intealth. Recognized Accreditation Policy. Available from: https://www.intealth.org/accreditation/ (accessed 2026-10-11).
3. World Directory of Medical Schools. About the World Directory. Available from: https://www.wdoms.org/about/ (accessed 2026-09-24).
4. World Health Organization. Global traditional medicine strategy 2025-2034. Available from: https://who.int/publications/i/item/9789240113176 (accessed 2026-10-11).
5. World Health Organization. WHA78: traditional medicine takes centre stage. Available from: https://www.who.int/news/item/02-06-2025-wha78--traditional-medicine-takes-centre-stage (accessed 2026-10-11).
6. Kim KH, Lee JA, Go HY, Park S, Shin S. Traditional Korean Medicine education in the World. Integrative Medicine Research. 2020;9(2):100410.
7. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. Academic Medicine. 1990;65(9 Suppl):S63-7.
8. 한국한의학교육평가원. 한의과대학·한의학전문대학원 한의학교육 평가인증 기준 편람(피평가기관용): KAS2022, 2025년1월9일 수정판. 한국한의학교육평가원. 2025.
9. 한국의학교육평가원. ASK2026: 의학교육 평가인증 기준, 2025년12월19일 가이드 및 주 일부 수정판. Available from: https://kimee.or.kr/news-and-events/notice/?mod=document&pageid=1&uid=2058 (accessed 2026-09-24).
10. World Federation for Medical Education. Basic medical education: WFME global standards for quality improvement, The 2020 revision. Available from: https://wfme.org/wp-content/uploads/2020/12/WFME-BME-Standards-2020.pdf (accessed 2026-09-24).

11. Liaison Committee on Medical Education. Functions and structure of a medical school: standards for accreditation of medical education programs leading to the MD degree, For surveys in the 2027-28 academic year. Available from: https://lcme.org/wp-content/uploads/2026/03/2027-28-Functions-and-Structure_2026-03-13.docx (accessed 2026-10-11).

12. General Medical Council. Promoting excellence: standards for medical education and training. Available from: https://www.gmc-uk.org/education/standards-guidance-and-curricula/standards-and-outcomes/promoting-excellence (accessed 2026-09-24).

13. 教育部高等学校中医学类专业教学指导委员会(중국). 中国本科医学教育标准—中医学专业, 2025版. Available from: https://shpg.cmc.edu.cn/__local/C/F1/9B/FF873B199966C3B2A14B1495132_75077D25_5F1CA.pdf (accessed 2026-09-24).

14. Harden RM. AMEE Guide No. 21: Curriculum mapping: a tool for transparent and authentic teaching and learning. Medical Teacher. 2001;23(2):123-37.

15. Hafferty FW. Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. Academic Medicine. 1998;73(4):403-7.

16. Frank JR et al. Competency-based medical education: theory to practice. Medical Teacher. 2010;32(8):638-45.

17. 조학준. 한의학 교육과정 변화의 조건 탐색: 통합교육과정을 중심으로. 대한한의학원전학회지. 2020;33(3):63-89.

18. 정선형, 김정필, 강유정, 정혜인, 김경한. 한의학교육에 대한 한의대생들의 인식 및 만족도 조사. 대한예방한의학회지. 2020;24(3):49-56.

19. 강예지, 김도환. 의과대학 학생의 온라인 수업에 대한 인식 및 학습행동에 관한 질적 연구. Korean Medical Education Review. 2021;23(1):46-55.

20. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qualitative Health Research. 2005;15(9):1277-88.

21. 보건복지부(대한민국). 의료법. 법률 제21423호, 공포2026-03-10. 타법개정. 시행 2026-09-11.

22. 대법원(대한민국). 2016도21314 전원합의체 판결(의료법위반), 선고2022-12-22. Available from: https://www.law.go.kr/LSW/precInfoP.do?precSeq=233051 (accessed 2026-09-26).

23. World Federation for Medical Education. Enhancing the quality of medical education worldwide. Available from: https://wfme.org/wp-content/uploads/2017/08/WFME-Leaflet.pdf (accessed 2026-09-24).

24. World Federation for Medical Education. Frequently asked questions: WFME

recognition programme. Available from: https://wfme.org/recognition/faqs/ (accessed 2026-09-24).

25. World Federation for Medical Education. Criteria for recognition, Effective from 1 January 2025. Available from: https://wfme.org/wp-content/uploads/2024/05/New-Recognition-Criteria-2024.pdf (accessed 2026-10-11).
26. World Federation for Medical Education. Agencies with recognition status. Available from: https://wfme.org/recognition/bme-recognition/accrediting-agencies-status-bme/ (accessed 2026-09-24).
27. Zhang K, Tang Q. The dilemma and hope of Traditional Chinese Medicine practitioners in China. Integrative Medicine Research. 2020;9(2):100411.
28. World Directory of Medical Schools. Changchun University of Chinese Medicine: school and program details. Available from: https://search.wdoms.org/home/SchoolDetail/F0001396 (accessed 2026-09-24).
29. Educational Commission for Foreign Medical Graduates. 2026 information booklet: medical education credential requirements. Available from: https://ecfmg.org/2026ib/credentials-requirements.html (accessed 2026-10-11).
30. Educational Commission for Foreign Medical Graduates. Information on sponsor notes in the World Directory of Medical Schools. Available from: https://ecfmgapps.ecfmg.org/resources/sponsor-notes.html (accessed 2026-09-24).
31. 教育部临床医学专业认证工作委员会(중국). 中国本科医学教育标准—临床医学专业, 2022版. Available from: https://kdlczyrz.njmu.edu.cn/_upload/article/files/19/9a/ad043d9a4927aeb990c0b1d0accf/a6cb8c7c-7e23-4b66-b08a-5d9fc36237e4.pdf (accessed 2026-10-11).
32. China Medical University, College of Chinese Medicine. Academics: the School of Chinese Medicine. Available from: https://cchimed.cmu.edu.tw/en/node/169 (accessed 2026-10-11).
33. China Medical University, School of Chinese Medicine. Undergraduate program. Available from: https://chmed.cmu.edu.tw/en/page/177 (accessed 2026-10-11).
34. World Directory of Medical Schools. China Medical University College of Medicine: school and program details. Available from: https://search.wdoms.org/home/SchoolDetail/2495 (accessed 2026-09-24).
35. 教育部·国家中医药管理局(중국). 本科医学教育标准—中医学专业(暂行), 教高[2012]14号. Available from: https://www.wfcms.org/userfiles/file/本科医学教育标准—中医学专业（暂行）.doc (accessed 2026-10-11).

36. Han SY et al. The past, present, and future of traditional medicine education in Korea. Integrative Medicine Research. 2016;5(2):73-82.

37. van der Vleuten CPM et al. A model for programmatic assessment fit for purpose. Medical Teacher. 2012;34(3):205-14.

38. 동의대학교. 2026 교육과정편람: 한의과대학. 부산:동의대학교. 2026:136-8.

39. Davis DA et al. Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence: a systematic review. JAMA. 2006;296(9):1094-102.

40. Dewey J. Experience and education. New York:Touchstone. 1997:35.