대한한의진단학회지 제30권 제1호 (2026년 10월)
The Journal of the Society of Korean Medicine Diagnostics. 2026;30(1):323-334.
[종설 Review Article]

한의학의 제도적 인정과 학문적 성장: 진단 언어·학문권력·교육에 대한 비판적 종설

김선경[1], 진명호[2], 김훈[3]*
[1]동의대학교 한의과대학 의학교육학교실 · [2]동의대학교 한의과대학 의료인문학교실
[3]동의대학교 한의과대학 의사학교실

Institutional Recognition and Intellectual Growth in Korean Medicine: A Critical Review of Diagnostic Language, Academic Power, and Education

Seon-Kyoung Kim[1], Myung Ho Jin[2], Hoon Kim[3]*
[1]Department of Medical Education, College of Korean Medicine, Dong-Eui University, Busan, Republic of Korea
[2]Department of Medical Humanities, College of Korean Medicine, Dong-Eui University, Busan, Republic of Korea
[3]Department of Medical History, College of Korean Medicine, Dong-Eui University, Busan, Republic of Korea

abstract

Objectives : This critical narrative review examines how diagnostic concepts in Korean medicine can be justified by appropriate evidence and how that responsibility can inform educational objectives, while distinguishing three dimensions of legitimacy: legal-institutional recognition, epistemic justification, and academic-institutional approval.

Methods : Thirty-one purposefully selected legal, historical, classical, diagnostic, and educational sources were compared according to the claims each could support. The published full texts of three historical studies were examined; this was not a systematic review.

Results : Legal recognition and inclusion in international classifications do not establish the accuracy or clinical utility of a diagnosis. Classical concepts of emotion, hwa-byung, and pattern identification refer to distinct levels of inquiry and require different forms of evidence. In a 2024 study, excluding tongue and pulse information changed pattern classifications for 28.42% of participants, without establishing which classification was more accurate. The inference from a diagnostic score to a clinical judgment, like that from an assessment score to clinical competence, needs evidence beyond the score itself.

Conclusions : Diagnostic education should help students distinguish concepts, justify judgments with evidence, and revise them when new findings emerge. The contribution of this review is to connect the validation of diagnostic reasoning with the assessment of these educational abilities. The effectiveness of the proposed educational approach requires further empirical examination.

keywords : Korean Medicine; Pattern Identification; Clinical Reasoning; Medical Education; Academic Legitimacy

* 교신저자 : Hoon Kim. Department of Medical History, College of Korean Medicine, Dong-Eui University. 52-57, Yangjeong-ro, Busanjin-gu, Busan.
Tel: +82-10-8959-9606, E-mail: hkim@deu.ac.kr
· 원고접수일 : 2026.09.29 / 심사완료일 : 2026.10.11 / 게재결정일 : 2026.10.19.

1. 서론

한 의료직역이 법적으로 인정받았다는 사실은 그 진단적 판단의 학문적 정당성을 어디까지 보장하는가. 이 질문은 어느 직역이 더 우월한가를 가리려는 것이 아니다. 제도가 인정한 것과 여전히 검증해야 할 것을 구별하려는 물음이다. 2022년 대법원은 한의사의 초음파 진단기기 사용에 관한 특정 사건에서 의료행위의 위해 가능성 등 여러 요소를 고려하는 판단 기준을 제시하였다[1]. 2026년에는 한의과대학의 마취학 관련 강의계획을 둘러싼 논란과 특정 약물 주사행위에 관한 법원 판결이 보도되었다[2,3]. 그러나 어떤 지식을 교육과정에 포함할 수 있는가, 어떤 행위가 법률상 허용되는가, 실제 환자에게 그것을 안전하고 정확하게 수행할 수 있는가는 각각 다른 근거로 답해야 할 문제다. 이 구별이 흐려질 때, 진단의 타당성과 교육의 책임에 관한 논의가 직역 간 권한 논쟁에 가려질 위험이 있다.

국외 사례도 어느 한쪽의 정당성을 대신 입증해 주지는 않는다. 대만 보건당국은 2026년 3월 중의사의 초음파 활용 범위와 훈련지침을 협의하고 있었으나 시행 일정은 확정되지 않았다고 밝혔다[4]. 중국에서 발표된 초음파 유도 침치료 연구 역시 치료효과의 입증이 아니라 임상시험 계획에 관한 보고다[5]. 다른 나라에서 기술이 논의되거나 연구된다는 사실과 그 기술의 법적 허용·임상적 타당성은 구별되어야 한다. 그렇다면 한층 근본적인 문제가 남는다. 제도의 인정을 받은 학문이 자신의 언어로 성장한다는 것은 과연 무엇을 뜻하는가. 그리고 교육은 그 성장을 위해 무엇을 가르쳐야 하는가.

이 연구는 한의학의 정당성을 둘러싼 논의를 세 가지 차원에서 살펴본다. 첫째, 법적·제도적 인정은 누가 의료인으로 인정받고 어떤 의료행위를 할 수 있는가의 문제이다. 둘째, 인식론적 정당화는 개별 진단이 얼마나 정확하고 재현 가능한지를 근거에 따라 검토하고, 실제 진료에서의 유용성을 별도로 확인하는 문제이다. 셋째, 학문적·제도적 승인은 어떤 연구 질문과 방법이 학문 공동체에서 평가받고, 연구와 교육의 기회를 얻는가의 문제이다. 한 의료직역이 법적으로 인정받았다고 해서 개별 진단의 과학적 타당성까지 보증되는 것은 아니다. 반대로 특정 진단의 과학적 근거가 부족하다는 이유만으로 그 학문이 새로운 질문을 탐구할 가능성까지 부정할 수는 없다. 그러나 새로운 질문을 탐구할 기회를 인정하는 일과 충분히 검증되지 않은 판단을 실제 환자에게 적용하도록 허용하는 일은 다르다. 이러한 구별 위에서 비로소 학문의 제도적 생존과 지적 성장을 함께 논할 수 있다.

한의학에서는 근거중심 임상진료지침의 개발과 평가가 이어져 왔다[6]. 한편 전통·보완·통합의학 연구의 방법론과 재현성, 보고의 충실성을 점검하자는 메타연구의 제안도 나왔다[7]. 과학적 검증은 어느 한 의학의 언어를 보호하거나 배제하기 위한 절차가 아니라 환자에게 적용될 지식이 감당해야 할 책임이다. 그러나 검증할 질문을 무엇으로 정하고 그 질문을 누구에게 어떻게 가르칠 것인가는 진단도구의 성능만으로 설명되지 않는다. 한의진단학에서 먼저 물어야 할 것은 용어를 얼마나 오래 보존할 것인가가 아니라, 그 용어로 형성한 판단을 어떤 근거로 설명하고 개선할 수 있는가이다.

이러한 차이는 국제 분류체계에서도 드러난다. 세계보건기구(WHO)는 국제질병분류 제11판(ICD-11)에 전통의학 병증 분류를 선택적으로 수록하였지만, 그 분류가 전통의학 진단 개념의 과학적 타당성이나 치료효과를 승인하는 것은 아니라고 설명한다[8]. 실제로 대한한의진단학회지에 게재된 2025년 연구는 수록된 전통의학 병증명의 체계적 누락과 범주 재배치 문제를 제

기하였다[9]. 국제적 기록 표준에 들어간다는 사실과 그 범주로 내린 판단이 정확하다는 사실 사이에는 검증되어야 할 간격이 있다. 이는 국제적 인정 이후에 비로소 시작되는 진단학의 실질적 과제를 보여준다.

이 연구의 목적은 한의학의 제도적 인정과 개별 진단의 정당화를 구별한 위에서, 진단 언어가 어떤 근거를 거쳐 임상적 판단으로 이어져야 하는지 검토하고 그 검증의 책임을 교육목표와 평가에 연결하는 데 있다. 이를 위해 법령·판결과 역사 연구, 『동의보감』의 관련 원문, 진단 개념과 측정도구 연구, 임상추론 및 교육평가 연구 등 31건을 질문과의 관련성에 따라 선정하여 비체계적·비판적 종설로 고찰하였다. 1951년 입법사 연구 두 편과 1951~1961년 의료체제 연구 한 편은 정식 출판본 전문을 직접 대조하였으나, 이 자료는 현대 진단학의 쟁점을 이해하기 위한 역사적 맥락으로 활용하였다. 문헌에 기록된 사실, 관찰·측정된 결과, 선행연구의 해석과 본고에서 제안하는 교육적 과제를 구별하였다. 체계적 검색의 포괄성이나 역사적·교육적 인과관계의 입증을 주장하지 않는다. 이하에서는 제도적 인정과 지식의 평가 기준을 검토한 다음, 진단 개념의 타당화 문제를 살피고 그 결과를 교육과 평가의 과제로 연결한다.

2. 본론

1) 제도적 인정과 학문적 정당성의 역사적 간극

1951년의 법적 인정이 한의학의 학문적 정당성을 완성했다고 말할 수 있는가. 국민의료법(법률 제221호)은 1951년 9월 25일 제정되어 그해 12월 25일 시행되었으며, 한의사를 국가 면허체계에 포함하였다[10]. 정기용·박왕용·이충열은 국회 본회의의 법안 심사 과정을 검토하여, 한국원 등 의원이 제출한 원안과 사회보건위원회·법제사법위원회의 수정안에 이어 정부 및 김익기 의원의 추가 수정안이 논의되었고, 최종적으로 김익기의 수정안이 채택되었다고 밝혔다[11]. 그 결과 '漢醫士'와 '診察所'를 둘러싼 차별적 명칭·지위의 문제가 '漢醫師'와 '漢醫院' 및 면허규정의 변경으로 이어졌다. 다만 이 연구가 인용한 당시 시행세칙에는 일부 증명서 발급에서 직역별 차이도 남아 있었으므로, 면허체계에서의 동등한 인정이 모든 개별 업무의 완전한 동일성을 뜻한다고 확대해서는 안 된다[11]. 국회 속기록을 분석한 후속 연구는 쟁점이 한의사제도의 존폐만이 아니라 어떠한 수준의 의료인 자격을 인정할 것인가에 있었음을 구체적으로 보여준다[12]. 동등한 지위를 주장한 의원들은 의료 접근성, 국민의 이용 현실과 역사·사회적 필요를 제시했으며, 반대 측은 정규교육·자격 수준에 대한 우려와 한의학의 '비과학성'을 논거로 삼았다. 두 입장의 논거가 기록되어 있다는 사실과 어느 입장의 의학적 주장이 실제로 타당했는지는 구별해야 한다. 당시 논쟁의 존재는 입증되지만, 그 논쟁 자체가 어느 주장도 검증해 주지 않기 때문이다.

그렇다면 법률상의 인정은 이후의 제도와 교육에서 어떻게 작동했는가. 김진혁은 1951~1961년 보건의료행정, 교육정책, 신문·학회지의 논쟁을 분석하면서 법률상 면허의 동등성이 공공의료 참여나 교육의 기회에서 동일한 지위로 곧바로 이어지지는 않았다고 논증하였다[13]. 해당 연구는 1950년대의 보건진료소·군의료 등 공적 의료인력 운영에서 한의사가 충분히 활용되지 않았던 사례, 과학성과 치료 효용을 둘러싼 공개 논쟁, 1950년대 후반부터의 의료일원화 구상과 교육제도 개편 시도를 근거로 제시한다. 다만 이 연구는 동양의약대학의 재정·운영상 어려움과 교육여건의 취약성도 기록하고 있다. 그러므로 한의학교육을 둘러싼 갈

등을 오직 한쪽 직역의 권력 행사만으로 설명할 수는 없다. 국가지원과 정책 참여의 불균형에 관한 역사적 분석은 진지하게 다루되, 실제 교육기관의 여건과 전문성 확보의 문제도 함께 검토해야 한다. 여기서 2010년 연구는 법률의 수정·성립을, 2012년 연구는 면허 수준을 둘러싼 국회 논쟁을, 2026년 연구는 이후 10년의 정책·교육·담론의 간극을 각각 설명한다[11,12,13]. 이들 정식 출판본을 직접 대조한 결과, 제도적 인정과 실제 성장의 조건을 구별할 역사적 근거는 확인된다. 그러나 1951년의 입법이 2026년의 초음파·마취학 논쟁이나 현대 진단개념의 변화를 직접 일으켰다는 인과관계는 이 세 연구가 입증하지 않는다.

정규원 또한 의료 이원화의 형성과 면허 경계를 재검토하였다[14]. 여기서 세 가지 판단을 구별할 수 있다. 한의사라는 법적 지위를 인정하는 일, 교육과 공적 활동에 참여할 기회를 마련하는 일, 개별 진단 주장의 타당성을 입증하는 일이다. 제도 안에 설 자리를 얻었다는 사실은 연구의 가능성을 열 수 있지만 그 연구의 결론을 참으로 만들어 주지는 않는다. 반대로 현재의 근거가 부족한 주장이라도 새로운 관찰과 반증을 통해 검토할 질문으로 남을 수 있다. 이 차이를 설명하려면 다음으로 지식의 타당성뿐 아니라, 무엇을 연구와 교육의 대상으로 인정하는가를 결정하는 기준을 살펴야 한다.

2) 정당성의 기준과 학문권력: 욕망·권력·교육의 상호관계

증거의 질에 따라 의료지식을 다르게 평가하는 일은 정당하다. 문제는 어떤 주장을 어떻게 평가할 것인지 정하는 권한까지 그 결과와 동일시할 때 발생한다. 부르디외는 『Homo Academicus』에서 학문적 자본과 과학적·지적 자본을 구별하였다[15]. 프랑스 대학에 대한 부르디외의 분석을 한국 한의학의 구체적인 권력 불균형을 입증하는 자료로 삼을 수는 없다. 다만 어떤 연구가 더 타당한가라는 질문과 누가 연구·교육의 기회를 배분할 수 있는가라는 질문이 서로 다름을 드러낸다. 앞선 질문은 과학적 검증을, 뒤의 질문은 평가 기준의 공개성과 이의제기 가능성을 요구한다.

이 연구의 '욕망'은 특정 전문직 집단이 추구하는 제도적 생존, 인정, 위신, 연구자원, 교육영역 및 의료행위 범위의 확대를 뜻한다. 개인의 내면적 동기를 단정하는 말이 아니다. 의학과 한의학 어느 집단도 이러한 이해관계로부터 원천적으로 자유롭지 않다. 여기서 '학문권력'은 검증 결과를 마음대로 참으로 만드는 힘이 아니라 어떤 질문이 연구·교육의 대상으로 선택되고, 어떤 성취가 보상받는지를 좌우하는 관계적 영향력을 뜻한다. 이 정의에 따르면 자율성의 요구는 어느 직역에도 특권적 검증 면제를 부여하지 않으며, 전문직의 권리 확대보다 환자의 안전과 판단의 타당성에 우선적으로 답해야 한다.

따라서 기준의 차이가 존재한다는 사실만으로 부당한 권력 행사를 주장할 수 없다. 비교 대상의 위해도, 증거의 강도, 수행자의 교육·숙련도, 감독과 책임체계를 먼저 검토해야 한다. 한 선행연구에서는 초음파 사용과 관련한 대법원 판결에 대해 의료행위의 범위와 구체적인 행위의 내용 및 환자선택권의 문제를 구별하여 논의하였다[16]. 법적 허용 여부와 실제 진단 성능을 동일시할 수 없다는 점을 검토하게 한다. 위험과 근거가 유사한데도 기준이 다르게 적용되는지, 적용 이유가 공개되는지, 새로운 증거로 재검토할 절차가 있는지는 그 다음의 실증적 질문이다. 정당한 근거 중심의 선별과 부당한 배제를 구별하는 책임은 기준을 적용하는 쪽과 인정받으려는 쪽 모두에 있다.

욕망-학문권력-교육의 관계는 한 방향으로 이어지는 인과관계보다 서로 영향을 주고받을 가능성으로 보아야 한다. 학문 공동체가 인정과 자원, 자격을 부여하는 성취가 교육목표와 평가문항에 반영된다면, 학생은 그 안에서 무엇을 정당한 진단과 연구의 질문으로 삼을지 배우게 된다. 교육이 기존의 답을 반복하도록 보상할 때에는 학문적 지위의 유지가 개념의 성장보다 앞설 수 있다. 그러나 반례를 찾고 판단을 수정하도록 가르치는 교육은 그 지위의 근거 자체를 다시 묻게 할 수도 있다. 이러한 경로는 한국 한의학교육에서 실증적으로 확인된 사실이 아니라, 본고에서 제안하는 분석적 가설이다. 이를 검증하려면 연구지원과 평가 기준의 변화가 교육과정·평가문항·학생의 진단 추론에 어떤 차이를 가져왔는지 살펴야 한다. 권력이 언제나 학문을 배제하는 것은 아니다. 그보다 중요한 질문은 어떤 기준 아래에서 새로운 물음이 자라날 수 있고, 어떤 기준 아래에서 처음부터 배제되는가이다.

3) 진단 언어의 번역과 검증: 무엇을 비교하고 무엇을 입증할 것인가

한 학문의 언어는 언제 살아 있는가. 오래된 이름을 그대로 사용할 때인가, 아니면 그 언어로 이전에 설명하지 못한 현상을 묻고 자신의 판단을 새롭게 고칠 때인가. 진단 언어는 단순한 명칭이 아니다. 무엇을 관찰하며 어떤 차이를 병증의 단서로 읽어낼지를 조직하는 사유의 도구이기도 하다. 그러므로 자신의 언어로 성장한다는 것은 번역을 거부하거나 이름을 보존하는 데 그치지 않는다. 그 개념이 포착하는 현상과 판단 규칙을 밝히고, 다른 개념과의 대응을 검토하며, 새로운 증거에 따라 판단을 수정할 수 있어야 한다. 이를 위해 원전의 용례, 현대적 조작화, 진단의 신뢰도·타당도, 환자에게 중요한 결과를 서로 구별하면서 연결할 필요가 있다.

먼저 원전의 진술은 원전 자체에서 확인해야 한다. 『동의보감』의 「神統七情傷則爲病」은 신(神)과 칠정의 관계를 논하면서 희·노·우·사·비·경·공을 열거하고, 해당 설명의 문헌적 출처를 표시한다[17]. 「七情心痛」은 칠정·기의 변화와 심통(心痛)의 관계를 해석하는 대목이다[18]. 이 두 대목은 감정과 병증을 해석한 역사적 범주를 이해하는 자료로서 의미가 있다. 다만 현대의 병리기전이나 진단 정확도를 입증하는 근거로 해석해서는 안 된다. 칠정 관련 병증의 용례를 분류한 이병희 등의 연구도 문헌적 해석의 근거로 사용해야 한다[19]. 정(精)·기(氣)·신(神)을 오늘날 검증된 생물학적 실체로 곧바로 대응시키거나 칠정과 화병을 동일한 질환으로 단정하는 일은 피해야 한다.

현대의 임상 분류는 다른 층위다. 한 연구에서는 화병에 관한 DSM-IV의 문화관련 증후군 기술과 DSM-5의 문화적 고통 개념 기술을 비교했다[20]. 기술의 위치와 상세도가 달라졌다는 것은 확인 가능하지만, 그 변화로 실제 환자의 경험이 진료에서 소멸했다거나 두 분류가 동일한 개념을 전제했다는 결론은 나오지 않는다. 명칭의 유사성이나 기술의 간략화로 개념의 동등성 또는 상실을 모두 결정할 수 없기 때문이다. 번역이나 분류의 적절성은 어떤 경험과 증상을 설명하는 데 도움이 되었는지 별도로 검토해야 한다.

진단 개념이 실제로 어떤 추론에 쓰이는지를 밝히는 것이 그 다음 과제다. 한 서술적 종설은 한국 한의학의 임상 진찰·추론 전통 네 유형과 인지적 임상추론 모형 사이의 관계를 해석한다[21]. 이는 전통 진단방식을 하나의 유형으로 단정하기 어렵다는 점을 환기한다. 그러나 전문가의 개념적 합의와 문헌 서술은 진단 정확도, 예측 능력 또는 치료 효과를 비교한 실증 시험이 아니다. 독특한 추론 경로를 보이는 것과 그 경로의 임상적 우월성을 입증하는 것은 별개의 과제다.

또 다른 연구에서는 화병을 스스로 호소한 89명을 대상으로 화병 증상과 우울·분노 척도 간 관계를 분석하였다[22]. 일부 증상은 우울 기분과 다른 양상으로 상태분노와 연관되었다. 이 결과는 연구 대상자의 경험이 우울 기분만으로 충분히 설명되지 않을 가능성을 시사한다. 그러나 표본의 제한과 상관관계 분석만으로 화병의 독립적 질환 실체, 진단의 민감도·특이도나 역사적 의미 상실을 입증할 수 없다. 칠정은 고전의 해석 범주, 화병은 문화적 경험과 임상적 증상의 연구 대상이라는 차이를 유지해야 한다.

변증(辨證)은 화병과 같은 특정 증상군이 아니라 여러 징후를 통합하여 판단하는 진단적 추론 과정이다. 한 체계적 고찰은 국내에서 개발된 변증 관련 도구 36종을 검토하여 내적 일관성 이외의 신뢰도·타당도 연구가 충분하지 않다고 지적하였다[23]. Birch 등도 변증 개념과 측정도구가 전제하는 관찰·판단의 대응 관계부터 검토해야 한다고 논의하였다[24]. 2023년 「팔강변증 한의표준임상진료지침」의 발간은 관련 진단 범주의 근거를 체계화하려는 시도지만, 지침이 있다는 사실만으로 모든 진단 정확도나 환자 결과가 입증되는 것은 아니다[25].

2024년 기능성소화불량 변증도구 연구에서도 이 문제가 드러난다[26]. 연구자들은 환자 95명을 대상으로 6개 변증유형의 분류를 분석하였다. 초안 도구에서 설진·맥진 항목을 제외하고 가중치를 재계산한 결과, 환자의 28.42%에서 최종 변증유형이 달라졌다. 별도로 환자 응답 증상 문항 38개 가운데 Q32와 Q33을 제외해 최종 36문항 도구를 구성했으며, 전체 Cronbach α는 0.941에서 0.942로 변하였다. 설진·맥진 항목은 임상적 사용 편의와 신뢰도의 문제로 최종 도구에서 제외되었으며, 이러한 분류 변화와 두 증상 문항의 삭제는 서로 다른 분석이므로 같은 개선 효과로 합산할 수 없다.

여기서 주목할 것은 관찰된 분류 변화의 의미이다. 설진·맥진 정보의 처리에 따라 변증 분류가 달라진 것은 해당 정보가 진단 추론에 영향을 준다는 의미이다. 그러나 이것만으로 어느 쪽 분류가 더 정확한지는 판단할 수 없다. 전체 도구와 여섯 변증유형에서 내적 일관성이 보고되었지만, 이것만으로 진단의 정확성이나 평가자 간 일치도가 입증되는 것은 아니다. 또한 이 연구에서 Rome IV 아형과 변증유형의 연관성은 통계적으로 유의하지 않았다(p=0.289). 이러한 결과는 평가자 간 일치도, 외부표본 재현성, 치료 선택의 유용성이나 환자 결과를 대신하지 못한다. 따라서 ‘표준화로 전통적 의미가 사라졌다’고 단정할 수도, ‘신뢰도가 높으므로 표준화는 성공했다’고 선언할 수도 없다. 정보의 포함·제외가 어떤 판단을 바꾸었는가를 확인한 뒤, 그 판단이 환자에게 어떤 차이를 만드는지를 검증해야 한다.

이 사례들을 칠정에서 화병과 변증으로 이어지는 하나의 역사적 계보로 읽어서는 안 된다. 칠정은 문헌에서 정서와 병증을 해석하는 범주이고, 화병은 문화적 경험과 임상적 증상의 연구 대상이며, 변증은 여러 징후를 통합하는 진단 과정이다. WHO는 국제질병분류 제11판(ICD-11)의 전통의학 분류를 기록과 비교를 위한 도구로 설명하면서, 그 수록이 과학적 타당성이나 치료효과에 대한 승인은 아니라고 명시한다[8]. 김영현·김기왕의 연구도 전통의학 병증명 분류의 누락과 재배치 문제를 검토하였다[9]. 국제 분류에 이름을 싣는 일, 그 이름이 개념을 제대로 담는지 확인하는 일, 그 개념에 근거한 진단이 환자에게 도움이 되는지 검증하는 일은 다르다. 원래의 용례와 판단 규칙을 밝히고 다른 체계로 옮길 때 무엇이 남고 달라지는지 기록해야 한다. 그 차이가 진단의 일관성과 임상적 결과에 어떤 영향을 미치는지도 살펴야 한다. 서로 다른 언어는 어느 한쪽의 우월성이나 의미의 상실을 미리 증명하지 않는다. 다만 아직 충분히 설명되지 않은 차이를 연구할 이유가 된다.

4) 학문적 언어의 전승과 교육: 인정받는 답에서 검증 가능한 질문으로

학생이 변증명을 정확하게 말할 수 있다면 무엇을 배웠다고 할 수 있는가. 개념의 이름을 외운 것인가, 진단에 이른 근거를 이해한 것인가, 아니면 새로운 정보 앞에서 판단을 수정할 수 있게 된 것인가. 앞 절의 변증도구 연구에서는 설진·맥진 정보의 포함 여부에 따라 분류가 달라졌지만 어느 분류가 옳은지는 별도로 검증해야 했다. 학생 평가도 마찬가지다. 정답과의 일치만으로 추론의 타당성을 보증할 수 없다. 학문의 언어를 교육한다는 것은 이미 인정된 답을 학생에게 전달하는 일에서 멈출 수 없다. 무엇을 질문할 가치가 있는 것으로 배우는지, 그 판단을 어떤 근거로 정당화하며 언제 고칠 수 있는지까지 확인해야 한다.

실제 한의학교육을 암기 중심이라고 단정하는 것 또한 근거에 맞지 않는다. Han 등은 부산대학교 한의학전문대학원의 전통의학 관련 21개·생의학 관련 39개 임상술기 모듈과 임상진료수행평가(CPX)·객관구조화진료시험(OSCE)의 운영을 기술하였다[27]. Cho 등의 질적 연구는 원광대학교 한의과대학의 실제 환자 기반 학습을 경험한 졸업생 6명의 견해를 분석하였다[28]. 또 다른 연구에서는 한의대생 111명에게 초음파 교육을 시행하여 8주군의 OSCE 수행점수가 3주군보다 높게 관찰되었다[29]. 그러나 교육기간과 구성요소가 함께 달라진 비교에서 교육기간 자체의 인과효과를 단정할 수 없다. 또한 시험 점수로 면허의 적법성, 다른 환자에게의 일반화, 진단 정확도와 환자안전을 보증할 수 없다.

이상의 논의로부터 세 가지 교육적 과제를 도출할 수 있다. 첫째, 개념을 구별하는 능력이다. 학생은 칠정의 문헌적 해석, 화병의 증상·분류학적 연구, 변증의 진단 추론을 서로 다른 근거의 층위에서 설명할 수 있어야 한다. 둘째, 판단을 정당화하는 능력이다. 관찰 소견에서 진단 결론에 이르는 추론을 밝히고 대안적 설명과 증거의 불확실성을 함께 제시해야 한다. 셋째, 판단을 수정하는 능력이다. 새로운 자료나 반례가 주어졌을 때 기존 결론을 유지하거나 바꾸는 이유를 설명할 수 있어야 한다. 이는 이미 효과가 입증된 교육모형이 아니라, 진단학의 검증 과제를 교육목표로 옮겨 놓은 제안이다.

평가 역시 목표와 일치해야 한다. 개념 구별은 『동의보감』 원문과 현대 분류의 문맥을 비교하는 과제로, 판단의 정당화는 같은 증례의 소견을 바탕으로 변증·감별진단을 서술하고 대안을 설명하는 구두시험으로, 판단의 수정은 환자 정보를 순차적으로 추가하는 증례 과제로 관찰할 수 있다. Wagner 등의 국제 혼합연구도 정보 수집·해석·통합, 감별진단, 증례와 시뮬레이션을 임상추론 교육과 평가의 중요한 요소로 보고하였다[30]. 이는 교수자·학습자의 요구와 선호에 관한 자료이지, 위에서 제안한 한의교육 평가의 효과를 직접 검증한 것은 아니다.

그러나 평가가 있다는 사실과 평가로부터 도출한 결론이 타당하다는 사실도 다르다. Kane의 타당도 논의는 점수의 해석과 사용에 필요한 추론과 증거를 구별한다[31]. 한 증례에서 정답을 고른 점수만으로 실제 환자에게 안전한 진단을 내릴 능력이 입증되지는 않는다. 제안한 평가에도 관찰되는 수행, 채점의 일관성, 증례 간 일반화, 실제 환자 진료와의 연계에 관한 근거가 필요하다. 이는 본론 3)에서 내적 일관성을 진단적·임상적 유용성으로 확대하지 않아야 한다는 원칙과 동일하다. 진단도구의 점수와 교육평가의 점수 모두, 그 점수로 무엇을 주장할 수 있는지 증명할 책임을 갖는다.

이 원칙은 2026년 마취학 교육을 둘러싼 논란에도 적용된다. 약물 작용기전과 위험을 이론

으로 학습하는 일, 모형을 대상으로 술기를 연습하는 일, 실제 환자에게 약물을 투여하는 일은 서로 다른 교육·법적·안전의 문제다[2,3]. 초음파 교육에서 OSCE 성적이 높아졌다는 사실 역시 특정 기술의 평가 성과일 뿐, 실제 임상진단의 타당도나 면허 범위의 근거가 아니다[29]. 교육기회의 확대를 주장하는 학문 공동체는 환자안전과 수행 근거를 함께 제시해야 하고, 그 교육을 비판하는 공동체 역시 교육 내용과 실제 의료행위를 구별해야 한다. 이런 판단 기준은 어느 직역에도 예외 없이 적용되어야 한다.

여기서 서론에 제기한 교육의 역할을 다시 생각해 볼 필요가 있다. 교육은 학문을 성장시키는가, 아니면 학문이 인정받으려는 욕망을 다음 세대에 되풀이하는가. 연구비와 자격, 사회적 승인에 유리한 성취만 교육에서 보상된다면 학생이 연습하는 질문도 그 범위에 머물 가능성이 있다. 반면 기존 진단기준의 근거와 반례를 검토하고 판단을 고쳐 쓰는 수행이 평가된다면 교육은 학문 공동체가 당연하게 여긴 기준을 되묻는 계기가 될 수 있다. 어느 경로가 실제로 작동하는지는 교육과정의 개정 전후, 평가문항, 학생의 추론기록과 임상 수행자료를 비교하여 판단해야 한다. 기준이 달라져도 학습자의 질문과 추론에 차이가 없다면 본고의 설명도 수정되어야 한다. 교육은 학문적 권위를 전승하는 자리이면서, 그 권위를 근거에 비추어 다시 검토할 능력을 기르는 자리이기도 하다.

5) 종합 고찰

전통적 명칭을 보존하거나 국제 분류체계에 수록하는 것만으로 진단의 정확성이나 임상적 타당성이 보장되지는 않는다. WHO의 ICD-11 설명과 국내의 병증명 분석은 분류체계의 수록과 지식의 검증이 서로 다른 문제임을 보여준다[8,9]. 법적 면허 역시 연구와 교육의 기회를 마련하지만 개별 진단의 결과를 참으로 만들지는 못한다[10]. 같은 이유로 학문권력에 대한 비판도 한 직역의 불만을 나열하는 데 머물러서는 안 된다. 환자의 위험, 증거의 강도, 수행자의 숙련도에 비례한 기준이 공개적으로 적용되는지, 그 기준을 새로운 증거에 따라 고칠 절차가 있는지를 함께 물어야 한다.

이 연구에서는 진단학과 교육평가학에 공통으로 나타나는 추론의 문제에 주목하였다. 한 선행 연구에서 설진·맥진 정보를 제외했을 때 28.42%의 변증 분류가 달라졌다는 결과는 판단이 선택된 정보에 영향을 받는다는 것을 보여주지만 어느 판단이 옳았는지 알려주지는 않는다[26]. 초음파 교육의 OSCE 점수 차이 역시 특정 과제의 수행을 관찰한 결과이지 면허 범위나 실제 환자 결과를 검증한 결과가 아니다[29]. Kane의 평가 타당도 논의에 비추어 보면 두 경우 모두 측정값에서 더 넓은 결론으로 나아갈 때 그 추론을 정당화할 근거가 요구된다[31]. 어떤 정보를 관찰했는지, 그 정보로 어떤 판단을 할 수 있는지, 그 판단이 환자에게 도움이 되는지를 따지는 일은 진단도구와 학생평가가 공유하는 과제다.

이 논문은 특정 질문에 대응하는 자료를 목적에 따라 선정한 비체계적·비판적 종설로 체계적 검색의 포괄성이나 인과적 효과의 추정을 주장하지 않는다. 1951년 국민의료법의 제정·시행 정보는 법령 원문에서 확인하였으며[10], 『동의보감』의 관련 조문 두 대목은 한의학고전DB의 원문을 대조하였다[17,18]. 1951년 입법에 관한 연구 두 편과 1951~1961년 의료체제 연구 한 편도 정식 출판본을 직접 확인하여 각 연구의 대상·자료·저자의 해석을 구별하였다[11-13]. 다만 이는 그 연구들이 사용한 국회 회의록·신문·행정자료를 새롭게 검증한 독립적인 사료비판을 뜻하지 않는다. 세 역사 연구는 현대 진단 개념의 소멸이나 욕망-학문권력-교육의 인과

관계를 입증하지 않으며, 부르디외의 이론도 한국 한의학교육에 대한 경험적 근거를 대신하지 않는다[15]. 앞으로는 원사료에 근거한 제도사 연구, 진단 개념의 시대별 비교, 진단도구의 외적 타당도와 환자 결과, 교육평가 기준과 학생의 추론 수행을 연결하는 연구가 필요하다. 그 결과가 본고의 설명과 다르다면 분석틀 역시 고쳐져야 한다.

3. 결론

한 의료직역의 법적 인정은 그 진단적 판단의 학문적 정당성을 어디까지 보장하는가. 이 물음에 대한 답은 어느 직역이 더 많은 기술이나 권한을 확보해야 한다는 주장에 있지 않다. 초음파 활용과 마취학 교육을 둘러싼 최근 논쟁에서 확인할 수 있듯, 법적 허용, 진단의 정확성, 교육의 성취는 서로 다른 근거를 요구한다. 1951년 한의사 면허의 인정과 ICD-11의 전통의학 분류 수록 역시 서로 다른 제도적 성취일 뿐, 개별 진단의 타당성을 대신 입증하지 않는다[8,10]. 어느 의료전문직이든 자신의 제도적 이해관계를 성찰해야 하며, 진단과 의료행위의 정당성에 대해서는 환자에게 미칠 위험과 근거의 수준에 상응하는 설명 책임을 져야 한다.

제도적 인정이 진단의 정당화를 대신할 수 없다면, 한의진단학이 답해야 할 것은 자신의 언어로 내린 판단을 어떻게 검증할 것인가이다. 칠정의 문헌적 의미, 화병의 임상적 기술, 변증의 추론 절차를 하나의 범주로 묶지 않고 각각에 적합한 근거를 물어야 한다. 고전의 용례를 현대 분류와 대조하는 일은 개념을 이해하는 데 필요하지만, 그것만으로 진단의 정확성이 입증되지는 않는다. 변증도구에서 관찰정보의 포함 여부에 따라 분류 결과가 달라졌다면 그 차이가 왜 생겼는지, 어느 판단이 환자에게 더 유용한지는 별도로 확인해야 한다[26]. 진단 언어의 학문적 가치는 오래된 명칭을 유지한다는 사실만으로 결정되지 않는다. 그 언어로 내린 판단을 설명하고 검증하며, 새로운 근거에 따라 고칠 수 있는지에 달려 있다.

교육의 책임은 이러한 검증을 다음 세대의 실제 능력으로 옮기는 데 있다. 학생은 변증명을 제시하는 데 그치지 않고, 관찰 소견과 대안적 설명에 비추어 진단을 정당화하며 새로운 정보가 주어졌을 때 판단을 유지하거나 수정하는 이유를 밝힐 수 있어야 한다. 따라서 교육성과 역시 지식의 습득 여부만이 아니라 증례에서 드러나는 추론, 판단 근거의 설명, 피드백 이후의 수정 과정을 통해 살펴야 한다. 이러한 교육이 실제 진단의 정확성과 환자 결과를 개선하는지는 앞으로 검증해야 한다. 제도는 학문이 설 자리를 마련한다. 그 자리에서 무엇을 관찰하고, 어떤 근거로 판단하며, 언제 자신의 답을 고쳐야 하는지 배우게 하는 일은 교육의 몫이다.

감사의 글(사사)

이 논문은 2026학년도 동의대학교 교내연구비의 지원을 받아 수행(과제번호: 202600720001) 되었으며, 2026년 7월 15~18일 그리스 아테네에서 열린 제47차 국제교육사학술대회(ISCHE 47, International Standing Conference for the History of Education)에서 발표한 내용을 수정·보완한 것임.

참고문헌

1. 대법원. 대법원 선고 2016도21314 의료법위반 사건에 관한 보도자료. 2022-12-22. Available from: https://www.scourt.go.kr/portal/news/NewsViewAction.work?gubun=6&seqnum=2322.
2. 박민식. [단독] 법원 '한의사 사용 불가'라는데…A한의대, 리도카인 강의 개설 '논란'. 메디게이트뉴스. 2026-07-24. Available from: https://medigatenews.com/news/40481403.
3. 곽수현. 서울동부지법, 리도카인·덱사메타손 주사 한의사에 벌금 150만 원. 아주로앤피. 2026-09-17. Available from: https://lawandp.com/view/20260917163046865.
4. 沈佩瑤. 衛福部研議中醫用超音波 科技把脈助進針安全. 中央通訊社. 2026-03-20. Available from: https://www.cna.com.tw/news/ahel/202603200110.aspx.
5. Liu Z, Chang T, Fu J, Chi H, Wang X, Wang L, Cui W, Cui Y, Cong Z. Precision targeting in acupuncture: a pilot and feasibility study protocol of ultrasound-guided approach for non-specific low back pain. Pilot and Feasibility Studies. 2025;11:89. doi:10.1186/s40814-025-01673-x.
6. Shin S, Moon W, Kim S, Chung SH, Kim J, Kim N, Lee YJ, Park M. Development of clinical practice guidelines for Korean medicine: Towards evidence-based complementary and alternative medicine. Integrative Medicine Research. 2023;12(1):100924. doi:10.1016/j.imr.2023.100924.
7. Ng JY, Lee MS, Liu JP, Steel A, Wieland LS, Witt CM, Moher D, Cramer H. How can meta-research be used to evaluate and improve the quality of research in the field of traditional, complementary, and integrative medicine? Integrative Medicine Research. 2024;13(3):101068. doi:10.1016/j.imr.2024.101068.
8. World Health Organization. Traditional medicine in ICD-11: frequently asked questions. Available from: https://www.who.int/standards/classifications/frequently-asked-questions/traditional-medicine.
9. 김영현, 김기왕. 국제질병분류 11판의 전통의학 병증명에 대한 검토. 대한한의진단학회지. 2025;29(1):149-174.
10. 보건부(대한민국). 국민의료법. 법률 제221호, 공포 1951-09-25. 제정. 시행 1951-12-25. Available from: https://www.law.go.kr/lsEfInfoP.do?lsiSeq=8000.
11. 정기용, 박왕용, 이충열. 1951년 국민의료법 한의사 제도 입법 과정. 대한한의학회지. 2010;31(1):112-121.
12. 정기용, 이충열. 1951년 국민의료법 제정과정에서 한의사 제도를 둘러싼 논쟁 - 국회 속기록을 중심으로 -. 동의생리병리학회지. 2012;26(5):588-598.

13. 김진혁. 서양의학 중심의 한국 의료체제 형성과 한의학의 대응(1951-1961). 인문과학연구. 2026;53:99-130. doi:10.24185/SSWUHR.2026.02.53.99.

14. 정규원. 의료 이원화의 입법과정과 현재에서의 재검토. 법학논총. 2023;40(3):177-206.

15. Bourdieu P. Homo Academicus. Collier P (transl). Stanford, CA:Stanford University Press. 1988:109.

16. 이동진. 한의사의 초음파 진단기기 사용은 무면허의료행위인가? - 대법원 2022. 12. 22. 선고 2016도21314 전원합의체 판결 -. 의료법학. 2023;24(1):3-42. doi:10.29291/kslm.2022.24.1.003.

17. 許浚. 東醫寶鑑. 朝鮮, 1613. In: 한국한의학연구원 (ed). 한의학고전DB, 內景篇 神, 神統七情傷則爲病. Available from: https://app.mediclassics.kr/books/동의보감/pages/102

18. 許浚. 東醫寶鑑. 朝鮮, 1613. In: 한국한의학연구원 (ed). 한의학고전DB, 外形篇 胸, 七情心痛. Available from: https://app.mediclassics.kr/books/동의보감/pages/770

19. 이병희, 유승연, 박영배, 박영재, 오환섭, 김민용. 七情으로 유발되는 病證의 유형 연구. 대한한의진단학회지. 2010;14(2):13-24.

20. Park SC, Park YC. Korea in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Journal of Korean Medical Science. 2020;35(2):e6. doi:10.3346/jkms.2020.35.e6.

21. Kim TH, Alraek T, Bian ZX, Birch S, Bovey M, Lee JA, Lee MS, Robinson N, Zaslawski C. Clinical reasoning in traditional medicine exemplified by the clinical encounter of Korean medicine: a narrative review. Integrative Medicine Research. 2021;10(2):100641. doi:10.1016/j.imr.2020.100641.

22. Min SK, Suh SY, Song KJ. Symptoms to Use for Diagnostic Criteria of Hwa-Byung, an Anger Syndrome. Psychiatry Investigation. 2009;6(1):7-12. doi:10.4306/pi.2009.6.1.7.

23. Ko MM, Lee MS, Birch S, Lee JA. The reliability and validity of instruments measuring pattern identification in Korean medicine: A systematic review. European Journal of Integrative Medicine. 2017;15:47-63. doi:10.1016/j.eujim.2017.09.005.

24. Birch S, Alraek T, Lee MS, Kim TH. Thinking about traditional medicine diagnostic patterns and instruments. Integrative Medicine Research. 2021;10(4):100745. doi:10.1016/j.imr.2021.100745.

25. 한의병리학회. 팔강변증: 한의표준임상진료지침. 경산: 한국한의약진흥원 한의약혁신기술개발사업단. 2023. Available from: https://nikom.or.kr/nckm/module/practiceGuide/download.do?file_type=pdf&guide_idx=298.

26. Ha NY, Ko SJ, Park JW, Kim J. Development of a Standard Tool of Pattern

Identification for Functional Dyspepsia: A Cross-Sectional Study from Korea. Healthcare. 2024;12(23):2331. doi:10.3390/healthcare12232331.

27. Han SY, Lee SH, Chae H. Developing a best practice framework for clinical competency education in the traditional East-Asian medicine curriculum. BMC Medical Education. 2022;22:352. doi:10.1186/s12909-022-03398-4.
28. Cho E, Lee DE, Lee D, Jung HJ. Barriers and future improvements of workplace-based learning in Korean medicine clinical clerkship: perspectives of graduates. BMC Medical Education. 2024;24:566. doi:10.1186/s12909-024-05288-3.
29. Cho E, Han YM, Kang Y, Kim JH, Shin MS, Oh M, Cho NG, Jung HJ, Leem J. Implementation of Objective Structured Clinical Examination on Diagnostic Musculoskeletal Ultrasonography Training in Undergraduate Traditional Korean Medicine Education: An Action Research. Diagnostics. 2022;12(7):1707. doi:10.3390/diagnostics12071707.
30. Wagner FL, Sudacka M, Kononowicz AA, Elvén M, Durning SJ, Hege I, Huwendiek S. Current status and ongoing needs for the teaching and assessment of clinical reasoning: an international mixed-methods study from the students' and teachers' perspective. BMC Medical Education. 2024;24:622. doi:10.1186/s12909-024-05518-8.
31. Kane MT. Validating the interpretations and uses of test scores. Journal of Educational Measurement. 2013;50(1):1-73. doi:10.1111/jedm.12000.