



2014 제2권 제1호 (Volume 2 Number 1 Jul 2014)

# 한의정책

The Journal of Korean Medicine Policy

한·양방 통합의학의  
미래 발전방향

## 최근 동향

- 통합의학의 개념과 국내 현황
- 대만 중서의결합 발전 현황과 시사점
- 일본 통합의학의 발전 현황과 방향
- 미국 통합의학연구센터 현황과 발전 방향

## 오피니언

- 통합의학 의료서비스 혁신의 과제
- 통합의학 제품산업 활성화 방안
- 통합의학 R&D의 새로운 트렌드와 전망

## 현장의 목소리

- 협진에 대한 정부차원의 비전과 방향 제시 필요
- 협진 진료비 현실화 정책 필요
- 협진 분야에 대한 꾸준한 연구가 뒷받침되어야
- 한의계 도전적인 연구를 통해 통합의학 기반 다져야

## 한의정책 저널 소개

- 한의정책 구독 안내



한국한의학연구원  
KOREA INSTITUTE OF ORIENTAL MEDICINE





2014 제2권 제1호 (Volume 2 Number 1 Jul 2014)

# 한의정책

The Journal of Korean Medicine Policy



한국한의학연구원  
KOREA INSTITUTE OF ORIENTAL MEDICINE

2014 제2권제1호

## 한의학책

---

••

**ISSN** 2288-4408

**발행일** 2014년 7월

••

**발행인** 최승훈

**발행처** 한국한의학연구원

**주소** 305-811  
대전광역시 유성구 유성대로 1672  
(전민동 461-24)

••

**편집처** 한의학정책연구센터

**Tel** 042-868-9681

**Fax** 042-868-9646

**E-Mail** [elekang@kiom.re.kr](mailto:elekang@kiom.re.kr)

‘한의학책’에 실린 모든 내용은 필자 개인의 의견으로서 본 연구원 및 센터의 공식적인 견해가 아님을 밝힙니다.  
본 저널에 실린 내용은 출처를 명시하여 인용할 수 있습니다.

## •• CONTENTS

- 03 발간사  
최승훈 | 한국한의학연구원 원장

## ▶ 최근 동향(New Trends)

- 06 통합의학의 개념과 국내 현황  
임병목 | 부산대학교 한의학전문대학원 교수
- 11 대만 중서의결합 발전 현황과 시사점  
김동수 | 한국한의학연구원 연구정책팀 연구원
- 23 일본 통합의학의 발전 현황과 방향  
이상재 | 부산대학교 한의학전문대학원 교수
- 31 미국 통합의학연구센터 현황과 발전 방향  
이준혁 | 한국한의학연구원 한의학정책연구센터 팀장

## ▶ 오피니언(Opinion)

- 42 통합의학 의료서비스 혁신의 과제  
류재환 | 경희의료원 동서의학과 교수
- 46 통합의학 제품산업 활성화 방안  
조현주 | 함소아제약 이사
- 54 통합의학 R&D의 새로운 트렌드와 전망  
한경주 | 보건산업진흥원 융합산업전략실 연구원

## ▶ 현장의 목소리

- 66 협진에 대한 정부차원의 비전과 방향 제시 필요  
손지형 | 국립재활원 한방재활의학과
- 69 협진 진료비 현실화 정책 필요  
이윤재 | 차의과학대학교 분당차병원 한방부인과
- 73 협진 분야에 대한 꾸준한 연구가 뒷받침되어야  
박민정 | 서울대학교 보건대학원 박사과정
- 76 한의계 도전적인 연구를 통해 통합의학 기반 다져야  
오달석 | 한국한의학연구원 한의의료기술연구그룹 선임연구원

## ▶ 한의정책 저널 소개

- 79 한의정책 구독 안내



## 발 간 사



보완대체의학과 통합의학을 포함한 전통의학 분야에서는 매년 다양한 국제 학술대회가 열리고 있습니다. 지난 5월에는 미국 마이애미에서 북미와 유럽 중심의 전 세계 전통의학 및 보완대체의학, 통합의학 전문가들이 학술적 성과를 나누고 협력하는 세계 최대 규모의 학술행사인 ICCMR 2014가 개최되었고, 내년에는 제주에서 한국한의학연구원이 ICCMR 2015를 개최할 예정입니다. 우리나라에서는 처음으로 순수 연구자들 중심의 세계 최대 규모 보완의학 및 통합의학 국제학술대회가 개최되는 것으로 북미·유럽지역을 비롯해 중국, 일본, 인도 등 아시아 지역의 전문가와 학생들이 대거 참가할 것으로 예상됩니다.

이번 「한의정책」에서는 위와 같이 전 세계적으로 기대와 관심이 증가되고 있는 ‘통합의학’에 대해 다루고 있습니다. 현대에는 의료기술의 발전으로 많은 질병에 대한 치료법이 개발되었지만, 서양의학으로 해결하지 못하는 영역도 늘어나고 있습니다. 이를 보완하기 위해서 서구에서는 보완대체의학(Complementary and Alternative Medicine : CAM)이 의료 분야에 활용되었고, 현대 서양학과 함께 병행함으로써 상호 보완을 이루는 방법을 택하려는 통합의학(Integrative Medicine)이 서양의학 중심인 북미지역에서 큰 관심을 보이고 있습니다. 이러한 의미에서 이번 호의 주제인 ‘한·양방 통합의학의 미래 발전 방향’은 향후 한의학의 발전에 있어서 정책적으로 매우 중요하다고 생각합니다.

「한의정책」을 통해 우리나라의 통합의학에 대한 개념과 현황을 공유하고 주요 현안들을 이해하여, 앞으로 한의학 관련 정책을 수립하는 데 참고 자료로 활용되고 국민 건강 증진에 기여될 수 있기를 기원합니다. 감사합니다.

2014. 7.

한국한의학연구원 원장 **최 승 훈**





- ● 통합의학의 개념과 국내 현황  
임병목 | 부산대학교 한의학전문대학원 교수
- ● 대만 중서의결합 발전 현황과 시사점  
김동수 | 한국한의학연구원 연구정책팀 연구원
- ● 일본 통합의학의 발전 현황과 방향  
이상재 | 부산대학교 한의학전문대학원 교수
- ● 미국 통합의학연구센터 현황과 발전 방향  
이준혁 | 한국한의학연구원 한의학정책연구센터 팀장

## 통합의학의 개념과 국내 현황

부산대학교 한의학전문대학원 교수

임 병 목



최근 자주 언급되고 사용되는 ‘통합의학’은 국내와 서양이라는 지역에 따라, 그리고 같은 국내일지라도 한의학과 서양의학 중 어느 영역에 뿌리를 두고 있느냐에 따라 다르게 개념 지어지고 활용되고 있다.

통합의학, 즉 integrative medicine이 어떻게 정의되는 지 찾아보면, 우선 북미지역의 ‘통합의학 학술센터 컨소시엄(Consortium of Academic Health Centers for Integrative Medicine)’은 “시술자와 환자 간의 관계를 중요시 하고, 전체로서의 사람을 강조하며, 근거에 기반하고, 모든 적합한 치료적 접근을 활용하는 의학 시술로서, 보건의료 전문인들이 적정 수준의 건강과 치유를 달성하게 하는 것<sup>1)</sup>”이라고 정의하고 있다.

보다 방법적인 정의<sup>2)</sup>로는 UCSF(University of California, San Francisco)의 오셔 통합의학센터에서 제시한 “건강과 질병의 생물학적, 심리학적, 사회적, 그리고 영적 측면을 다루기 위해 기존 의학적 접근과 대체적 접근의 결합을 강조하는 것”으로, 이 역시도 인간 자신의 치유 능력을 존중하고, 시술자와 환자 간의 관계를 중요시하며, 환자 치료 시 시술자 간의 협력과 사용되는 기존 의학과 보완대체의학이 근거에 기반해야 함을 강조하고 있다.

통합의학이라는 용어가 서구에서 본격적으로 사용된 것은 1990년대 중반부터 미국 주류의학계에서 보완대체의학을 연구하는 집단들이 사용하기 시작하면서 부터로 알려져 있다. 기존의 보완대체의학이라는 용어가 검증되지 않은 주류의학 외의 시술방법으로서 그 효능과 안전성을 규명해야 할 연구의 대상이라는 측면이 강조된 것이라면, 통합의학은 그 다음 단계로 검증된 시술들을 기존 의학에 융합하여 제공한다는 보다 적극적인 의미를 담고 있다고 할 수 있다.

1) “About us”, Consortium of Academic Health Centers for Integrative Medicine, 2014년 6월 8일 검색.

2) “What is Integrative Medicine?”. Osher center for Integrative Medicine, 2014년 6월 8일 검색.  
<http://www.osher.ucsf.edu/about-us/what-is-integrative-medicine/>

하지만 서구에서도 통합의학의 명칭에 대해서는 비판적인 시각들이 있다. 통합의학이 보완대체의학과 다른 의미의 것이 아니라 그저 보완의학일 뿐이라거나<sup>3)</sup>, 기존 의학에 보완대체의학을 더한 결합이 통합은 아니라는 비판<sup>4)</sup>이 그것이다.

통합의학에 대한 비판에도 불구하고 통합학을 내세운 보완대체의학 진영의 전략은 비교적 성공적인 것으로 보인다. 보완대체의학의 우수한 측면들을 기존 주류의학에 통합(흡수)하여 주류의학이 활용할 수 있는 범주가 확대된다는 점에서 보완대체의학에의 투자에 대한 주류의학계의 반감을 약화시키고, 보완대체의학에 대한 미국 정부의 연구비 지원을 유지, 확대할 수 있게 하였다.

지속적인 연구비 지원을 바탕으로 미국 의과대학 내 통합의학 연구를 표방하는 센터는 1999년에 11개에서 지난 20여 년간 지속적으로 증가하여 2013년에 56개에 이르고 있으며, 이 학교들에는 하버드대, 존스홉킨스대, 듀크대, 예일대, 조지타운대, UCSF, 스탠포드대 등 유수의 학교들이 모두 포함되어 있다.

꾸준한 통합의학 연구와 정책적 노력의 결과로 미국 내에서는 보완대체요법들이 주류의학의 범주로 편입되고 있다. 이미 침은 2000년 이전에 미국 의사협회(American Medical Association, AMA)가 발간하는 현행시술명목록(Current Procedural Terminology, CPT)에 등재되었고, 카이로프랙틱과 바이오피드백, 마사지 등도 등재되어 있다. CPT에 등재되었다는 것은 공공/민간 의료보험의 급여 대상이라는 점 뿐만 아니라 공식 의료 행위로서 간주되는 것을 의미하는 것이다.

우리나라에서 일반적으로 사용되는 통합의학의 개념도 미국의 개념과 그 핵심은 크게 다르지 않지만, 보다 단순하다고 할 수 있다. 국내에서 통합학을 표방하는 서양 의학 기관들에서 제시하는 통합의학의 정의들을 보면, “다양한 형태의 보완적인 치료 방법들을 서양의학적 진단과 치료에 접목시키는 의학이며, 미국, 독일 등 의료선진국의 새로운 패러다임<sup>5)</sup>”, 또는 “과학적인 현대의학을 기반으로 하면서 그 이외의 모든 전통 의학과 민간요법과의 융합 방법을 연구하는 의학<sup>6)</sup>” 등으로 제시되고 있다.

비교적 최근에 고려대학교의 이성재교수가 서구에서 정립된 통합의학 정의에 가깝게

3) Brown, David (17 March 2009). “Scientists Speak Out Against Federal Funds for Research on Alternative Medicine”. The Washington Post, Wikipedia ‘Integrative medicine’에서 재인용.

4) Iris R. Bell, et al. Integrative Medicine and Systemic Outcomes Research: Issues in the Emergence of a New Model for Primary Health Care. Arch Intern Med. 2002;162(2):133-140.

5) 고려대학교 안암병원 통합의학센터 소개.

[http://anam.kumc.or.kr/department/treatDeptDesc01.do?DP\\_CODE=AACIM](http://anam.kumc.or.kr/department/treatDeptDesc01.do?DP_CODE=AACIM)

6) 차의과학대학교 통합의학대학원 소개. [http://gam.cha.ac.kr/college/college\\_main.aspx?MIDX=779](http://gam.cha.ac.kr/college/college_main.aspx?MIDX=779)

통합의학을 “현대의학적 치료를 의학의 주류로서 실행하면서, 현대의학적 한계가 있는 영역(주로 정신적, 심적, 영적, 사회적 건강)에서는 안전성과 효과성이 검증된 보완 의학을 선택하여 현대의학과 병행, 통합(integrated)하여 치료하는 것을 말한다. 질환의 치료에 과학적인 현대의학을 기본적인 치료로 하며, 다만 효과와 안전성이 검증된 보완의학만을 선별하여 적용함으로써 환자들에게 포괄적 의료(comprehensive medical care) 서비스를 제공하는 의학을 의미 한다.”<sup>7)</sup>고 설명하고 있다.

우리나라 서양의학계에서 바라보는 통합의학은 앞서 본 바와 같이 미국적 시각을 그대로 수용하거나, 통합의학 자체를 의료일원화로 이해<sup>8)</sup>하는 것이다. 통합의학을 의료 일원화 개념으로 보는 것은 의료일원화가 제도적으로 의료시스템을 단일하게 만드는 것이라는 점에서 본래의 통합의학 개념과 부합하지 않는다. 하지만 통합의학에 대한 개념 정립이 부족한 우리나라 상황에서 개별 시술행위들이 주류 서양의학에 통합되어 제공된다는 통합의학을, 동서의학의 양 시스템에 대한 제도적 통합으로 이해하는 것도 무리는 아니다. 물론 우리나라 통합의학에 대한 개념과 정의가 서구 서양의학에서의 개념과 동일해야 하는 것은 아니다. 우리나라 상황에서의 통합의학에 대한 개념 정립에 대해서는 국내의 현황을 간략히 살펴 본 후 다시 논의하겠다.

우리나라에서 통합의학을 표방하고 활동하는 곳은 대개 양방 의과대학들이다. 2005년 가톨릭대학교 의과대학은 국내 최초로 통합의학교실을 설치하였다. 교실 설치의 목적으로 제시된 것은 “과학화의 기반을 갖춘 보완대체의학(CAM)의 치료 및 진단 기법들을 정통서양의학(Conventional Medicine)에 접목시켜서 새로운 의료 Paradigm을 만들고, 이를 임상에 활용하여 국내에 생활습관의학(Lifestyle Medicine)을 새롭게 정착하고 국내 의료일원화에 일조<sup>9)</sup>”한다는 것이다.

그 다음으로 2006년에 서울대학교 의과대학 의학연구원 산하에 보완통합의학연구소가 개설되었으며, 2007년에는 아주대학교 통합의학센터와 고려대학교 안암병원에 통합의학센터가 설립되었다. 서울대 보완통합의학연구소는 침, 동종요법, 산화제 등에 대한 연구활동과 일반인을 대상으로 한 건강워크숍과 강좌를 제공하고 있으며<sup>10)</sup>, 아주대, 고려대 통합의학센터는 환자 대상 상담과 진료를 시행하고 있고 특히 아주대는

7) 이성재. 통합의학에서 보완대체요법의 역할. HANYANG MEDICAL REVIEWS, 2010;30(2):75-83. (이태형 외. 통합의학의 개념 및 한의학과와의 관계. 한국한의학연구원논문집, pp.35-42, 2011년에서 재인용)

8) 변광호. 새로운 의료패러다임: 통합의학과 생활습관. 금요학술세미나. 가톨릭의과대학 통합의학교실. 2005;129-141. (이태형 외. 통합의학의 개념 및 한의학과와의 관계. 한국한의학연구원논문집, pp.35-42, 2011년에서 재인용)

9) 가톨릭대학교 의과대학 통합의학교실 소개. <http://medicine.catholic.ac.kr/html/about/classlist17.jsp>

10) 서울대학교 보완통합의학연구소 홈페이지. <https://imedisyn.kr:4443>

암환자에 대한 통합지지서비스를 지원하고 있다<sup>11)</sup>.

이들에 앞서 국내 서양의학계에서 보완대체의학을 선도적으로 수용한 곳은 차의과학대학교의 대체의학대학원이다. 2001년에 보완대체의학의 전문가를 양성한다는 목표로 설립되어 2010년에 통합의학대학원으로 명칭을 변경하였다. 대학원에 개설되어 있는 ‘통합의학전공’의 교과과정들을 보면, 봉독요법, 동종요법, 노화방지의학, 족부, 골반, 척추 교정의학, FCST(악관절 교정치료), 최면의학, 동서의학의 실제, 침술의학, 자연의학 실제, 보완대체진단학, 응용신경반사학 등이다<sup>12)</sup>.

2007년에는 대한통합의학교육협회가 창립되어 의학교육, 보완요법 교육의 표준화, 의료기관에서 실습, 공동학술대회, 법적 제도 마련을 위한 협력, 보완요법의 활성화와 과학화를 위한 활동을 펼치고 있다.

한의학계에서는 2012년 대한통합한의학회가 한의학 중심의 보완대체요법 통합진료를 연구하고자 창립된 것이 통합의학을 표방한 것으로는 거의 유일한 활동이라 할 수 있다. 초대 박종형회장이 제시한 통합한의학의 개념은 “한 의학을 중심으로 과학적인 근거가 부족하지만 민간에서 효과를 나타내는 등 주변에 있으면서 제도권으로 들어오지 못한 요법들에 대해 과학적인 근거를 확보하고 한의학에 편입시켜서 방법적으로 잘 활용할 수 있도록 하는 것<sup>13)</sup>”으로서, 서양의학 입장에서의 통합의학 개념을 한 의학을 주제로 해서 주변 요법들을 흡수하는 것으로 대체하였다. 이는 어느 정도 한의학계의 입장에서 통합의학을 바라보는 새로운 시각을 제시하고 있는 것이라 할 수 있다.

이상으로 국내외 통합의학에 대한 개념과 현황을 간략히 살펴보았다. 국내외의 서양 의학계는 주류 서양의학을 중심으로 근거가 있는 보완대체의학을 흡수하면서 아울러 의사-환자 관계나 전인적 접근을 강조하는 입장이라면, 한의학계에서는 제도권 한의학에 근거 있는 보완대체의학, 민간요법을 흡수하여 한의학의 외연을 넓히는데 주안점을 두고 있다.

국내 서양의학계나 한의학계가 보완대체의학에 대한 접근을 하는 것도 의미가 있겠지만, 우리나라 상황에서는 이미 추진되고 있는 동서의학의 협진이 통합의학의 대표적 모형이 된다고 볼 수 있다. 발달된 서양의학과 발달된 한의학이 서로의 단점을 보완

11) 아주대학교 통합의학센터 소개.

<http://ts.ajoumc.or.kr/EP/View.aspx?smc=CH00090001&ssc=0009&ssgc=CH&mc=CH00090007>

12) 차의과학대학교 통합의학대학원 소개. [http://gam.cha.ac.kr/college/college\\_main.aspx?MIDX=779](http://gam.cha.ac.kr/college/college_main.aspx?MIDX=779)

13) 인터뷰-대한통합한의학회 박종형 초대회장. 민족의학지 [871호] 2012년 09월 20일 (목).

<http://www.mjmedi.com/news/articleView.html?idxno=23477>

하면서 통합적으로 제공된다면 의료의 질을 높이고 비용을 줄이는 가장 이상적인 방안이 될 것이다.

우수한 인력 자원을 바탕으로 넓은 의미의 근거에 기반한 동서의학 통합적 접근이 필요하며, 특히 한의학에 주변 보완대체의학이나 민간요법을 흡수하는 시각을 넘어서서, 한의사가 전통 한의학 외에 환자 치료에 필요한 현대 서양의학 기술들도 통합적으로 제공할 수 있는 한국적 통합의학을 위한 노력이 절실하다고 생각된다.

## 대만 중서의 결합 발전 현황과 시사점-면허 및 교육 제도를 중심으로<sup>1)</sup>

한국한의학연구원 연구정책팀 연구원

김 동 수



대만은 여러 가지 면에서 우리나라와 유사하다. 정치적으로 분단국가이며, 오랜 식민지 시절과 해방 이후에 군부독재를 겪었고 최근에는 민주화를 이루었다. 경제적으로 권위주의 정부에 의해 빠른 경제성장을 이루었고 1인당 GDP는 2만불 정도에 현재 노트북, 반도체 등 전자산업이 발달해 있다. 보건의료측면에서는 전국민 건강보험이 단일보험체계(single payer system)로 구축되어있고 반면 공공의료가 취약하다. 이러한 공통된 배경들 속에서 또 하나의 주요한 공통점이 있는데 바로 전통의학에 대한 의료 이원화 시스템이다.

대만의 의료는 면허, 교육, 업무(행위), 행정체계 등 의료시스템 전반을 중의(中醫)와 서의(西醫)로 구분하는 의료이원화 시스템을 갖추고 있다. 전통의학에 대해 법적·행정적으로 서양의학과 동등한 지위를 부여하는 국가는 세계적으로 매우 드물다. 중국과 일본이 전통 의학을 국가 보건의료시스템에 받아들여 보험 서비스를 제공하고 있지만, 중국은 면허와 의료행위에서 중서의의 구분이 없으며 일본은 한방(Kampo)의료 중약(한방제제)은 서의사에 의해 제공되고 침구는 전통 침구사에 의해 제공되나 침구사는 의료인의 지위를 갖고 있지 못하여 의료 이원화 시스템이라고 보기 어렵다. 따라서 대만은 우리나라의 한의학과 원류를 같이하고 수 천년동안 함께 영향을 주고받으며 발전해온 동아시아 전통 의학을 보유한 국가이면서 이러한 전통 의학을 이원화 시스템 속에서 발전시켜온 우리나라 외 유일한 국가이다.

현재 우리나라는 한의사와 의사간에 의료기기와 의료행위 등에 대한 영역 다툼이 극심하다. 이러한 상황에서 대만의 중서의 의료시스템에 대해 파악하고 우리나라와의 공통점 및 차이점을 분석한다면 현재 우리나라에서의 한·양방 의료영역 분쟁에 대해 좋은 시사점을 줄 것으로 여겨진다.

1) 본 기고글은 「의(醫)-한의(韓醫) 공생발전을 위한 통합적 접근방법 모색(한국보건사회연구원, 2013)」 보고서 내용을 축약하여 작성함.

## 1. 중·서의 의료시스템 역사

중국 본토에서의 논쟁과는 별개로 대만에서 중의학(中醫學)은 일본 식민지 정부에 의한 중의 탄압에 의해 중의가 큰 타격을 받았다. 이로 인해 1901년 식민지 정부에 의해 중의사 허가증을 발급받은 사람이 1903명이었으나, 1945년에는 중의사가 10명에 불과했다(오월환, 2004). 해방 이후에도 1949년 행정원장이 중의약 업무를 폐지하려고 시도하는 등 중의폐지에 대한 논란이 계속되었으나, 1950년 중의사 특종고시가 시작되고, 1958년에는 중국의학학원(현 중국의학대학)이 개교하여 1966년에 면허고시를 위한 중의과가 개설되면서 중의 의료 시스템을 갖추기 시작하였다. 당시에 중국의학학원에는 6년제와 7년제가 있었는데 6년제는 중의사 면허만 취득이 가능하며, 7년제는 중의사 면허 취득 후 서의사 면허도 취득이 가능하였다. 1975년에는 중국의학학원 부설병원이 개설되어 중의과 실습이 실시되었으나 중의과 외래(門診部)로 제한하여 실시되었고, 1984년에는 중국의학학원에 학사 후 중의학과가 개설되어 4+5제가 시도되었다. 1994년에는 중국의학학원내에 ‘西學中’ 반을 개설하여 양의사가 중의과목 45학점을 이수하게 되면 중의사 고시에 응시할 수 있는 자격을 주는 과정이 신설되었다. 이 과정은 현재 폐지되어 운영되지 않고 있다. 1996년에는 중국의학학원내에서 중의와 서의 면허고시에 모두 응시할 수 있는 7년제가 8년제로 변경되었다. 1998년에는 장경의학원에 8년제 중의과가 개설되었으며, 1999년에는 중국의학학원에 중서의결합 석사과정이 개설되었다.

국가차원에서의 중의학 및 중서의결합 정책으로는 1963년에는 교육부 산하에 국립 중의약연구소가 설립되었는데, 우리나라의 한국한의학연구원이 1994년에 개소한 것과 비교해보면 국가의 중의학에 대한 과학화 및 현대화 발전 의지가 일찍부터 높았음을 잘 보여준다. 1991년에는 국립대학인 양명대학에 전통의학연구소가 설립되어 중의학 석사를 배출하기 시작하였으나 중약기초 연구에 치중되어 있으며, 면허와 연계된 교과 과정은 아니었다. 1986년에는 고시원 의사인원규제법(醫事人員檢覈辦法)에 중의사를 의사(醫事) 인원 범주에 포함하여 중의사가 의료인으로 인정받기 시작하였다.

1993년에는 학술단체인 중화민국 중서의정합학회가 창립되어 대만내 중서의 결합 전문의제도를 제안하였으나 무산되었다. 중서의정합학회는 1998년에는 중서의 결합 전문의 고시를 실시하는 등의 노력을 벌였으나 큰 성과를 거두지는 못하였다.

〈표 1〉 대만의 중·서의 의료체계 역사

연도	주요 내용
1901	• 일본 식민정부의 첫 중의사 고시 실시 • 「대만의사면허규칙」 반포하여 중의사 고시 폐지
1936	• 국민정부(國民政府) 의학 교육과정 중 중의 과목 폐지
1939	• 중의사 개원 금지
1943	• 중화민국 의사법 개정 (의사와 중의사 이원 제도)
1950	• 중의사 특종고시(特種考試) <sup>2)</sup> 개시
1958	• 중국약학원(現 중국약학대학) 개교, 의학과(7년제) 개설
1963	• 국립 중의약연구소 설립
1966	• 중국약학원 중의과 개설
1968	• 중의사 검정고시(檢定考試) 개시
1975	• 중국약학원 부속병원 개원 • 중국약학원 중의연구소(석사과정) 개설
1984	• 중국약학원 학사 후 중의학과(5년제) 개설
1986	• 고시원 의사인원규제법(醫事人員檢覈辦法)에 중의사를 의사(醫事)인원 범주에 포함
1991	• 양명대학 전통의학연구소(석사반) 설립
1993	• 중화민국 중서의정합학회(중서의결합학회) 창립 및 중서의결합 전문의제도 제안
1994	• 중국약학원 “西學中”반 개설
1996	• 중국약학원 중의과 8년제 신설 (중서의 복수과정) 개편
1998	• 장경의학원 중의과 개설(8년제)
1998	• 중서의정합학회 중서의정합 전문의 고시 실시
1998	• 양명대학 전통의학연구소 박사반 개설
1999	• 중국약학원 중서의결합연구소 설립
2000	• 장경대학 전통중국의학연구소 설립
2002	• 중서의정합학회 회장(楊思標), 7년제 신규 중의학 및 학사 후 5년제 중의학 교과정 개편 제안 - 전국의학대학 학장 회의 통과, 교육부 승인 요청
2005	• 중의 검정고시(檢定考試) 폐지
2008	• 補考 폐지 <sup>3)</sup>
2011	• 중의 특종고시(特種考試) 폐지

자료: 「대한한의사협회, 대만 의료제도 관련 자료, 2010」를 재가공함.

- 2) 중의사검정고시(中醫師檢定考試) 및 중의사특종고시(中醫師特種考試) : 정식 대학 교육을 거치지 않은 自學 또는 전통적 도제 방식으로 중의학을 배운자를 대상. 검정고시 합격 후 특종고시 합격을 통해 중의사 면허 취득 가능. (검정고시 2005년 폐지, 특종고시 2011년 폐지)
- 3) 중의사 보고(中醫師補考) : 중의사 검정고시 과목 중 불합격 과목에 한해 실시되는 고시로 3차례 보고(補考) 기회가 주어지며 불합격 과목에 합격해야 최종 검정고시에 합격. (2008년 폐지)

## 2. 중·서의 의료 현황

### 2.1. 중·서의 면허 및 교육 체계

#### 2.1.1. 면허체계

대만에서 중의사와 서의사간의 기본적인 면허 및 교육체계에 대해서는 의사법(醫師法)에 규정되어 있다. 의사법 제1조에는 ‘의사고시에 합격하고 본 법령에서 말하는 의사증서를 받은 자는 의사’라고 규정함으로써 의사(醫師)라는 용어안에 (서)의사, 중의사, 치의사를 포괄하여 사용하였다. 이는 우리나라 의료법에서 의사와 한의사를 각각 구분하는 것과 차이가 있다. 또한 의사법 제2조와 제3조는 (서)의사와 중의사가 되기 위한 자격고시 규정이 제시되어 있다.

규정에 의하면 (서)의사고시를 볼 수 있는 자격이 있는 사람은 의과대학 졸업자, 1995년도 이전에 중의대를 졸업한 중의사 중 정해진 의학 교육을 받은 자, 중서의 이중전공 대학을 졸업한 중의사이다. 중의사고시 자격이 있는 자는 중의과대학 졸업자, 본 법 수정시행(2001년도) 이전에 의과대학을 졸업한 의사 중 정해진 중의학 교육을 받은 자, 중서의 이중전공 대학을 졸업한 의사이다. 이외에도 현재는 폐지된 중의사 검정고시 합격자에 대한 규정과 해외 거주 중국인에 대한 규정이 중의사 고시 자격에만 포함되어 있다. 중의학과를 졸업한 중의사가 의사고시에 응시할 수 있는 규정은 1995년에 폐지되어 현재는 금지되어 있으며, 의학과를 졸업한 의사가 중의사고시에 응시할 수 있는 규정도 2001년에 폐지되었다.

대만은 자격고시를 통과하였다고 해서 바로 의료업무를 시행할 수 있는 것이 아니고, 직업등록을 신청하고 직업증명(執業執照)을 받아야 의료업무가 가능하다. 직업증명이란 의료업무를 행할 수 있는 자격을 주는 것이라 볼 수 있다. 의사법 제8조에 의하면 의사는 직업소재지에 직업등록을 신청해야 하며, 직업증명을 받아 집업을 시작한다. 의사가 직업증명을 받아 집업을 하게되더라도 지속적으로 교육을 받아야 하며, 매 6년마다 지속교육 수료 증명문건을 제출하여 직업증명 갱신을 해야 한다. 또한 의사의 집업은 특수한 경우가 아니면 소재지 주관기관이 등록을 비준한 의료기관 내에서 행해야만 한다. 대만은 중서의 이중자격자라 할지라도 직업증명은 중의사 또는 서의사 중 하나를 선택해야 한다고 규정하고 있다. 이는 중서의 이중자격자가 많은 대만에서 현실적으로 의료업무에서의 중서의 간 유연성이 필요하지만, 중의와 서의간 총액계약제가 구분되어 진행되고 있다는 점, 중의와 서의 중 중점 전문성이 요구된다는 점 등

으로 인해 중의의료기관과 서의의료기관간에는 배타적인 구분이 요구되는 것으로 여겨진다.

### 2.1.2. 교육체계

2011년 중의사 검정고시와 특종고시가 모두 폐지되면서 실질적으로 대만에서 의사 또는 중의사가 되기 위해서는 정규 의대 또는 중의대를 졸업해야 한다. 현재 대만에서 의사고시 자격을 부여하는 의과대학은 11개 의과대학이 있으며 모두 7년제이다. 중의사 고시 자격을 부여하는 중의과대학은 모두 3개 대학이며, 과정은 학사 후 5년제, 7년제, 중서의 복수전공의 8년제로 3가지 과정이 있다. 7년제 의과대학을 졸업하면 모두 의사 고시 자격을 주고 합격한 후에는 의사 직업등록을 신청할 수 있다. 마찬가지로 중의과 대학 7년제와 학사 후 5년제를 졸업하면 모두 중의사고시 자격을 주고 합격한 후에는 중의사 직업등록을 신청할 수 있으며, 복수전공 8년제를 졸업하면 중의사와 서의사 자격고시를 모두 볼 수 있는 자격이 주어진다.

〈표 2〉 의학계 및 중의학계 과정별 고시 및 직업등록 자격

학 교	고시자격	직업등록 신청
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 의학계 7년제                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 국립대만대학의학원 (國立台灣大學醫學院)</li> <li>- 국립양명대학 (國立陽明大學)</li> <li>- 국립성공대학의학원 (國立成功大學醫學院)</li> <li>- 국방의학원 (國防醫學院)</li> <li>- 타이페이의학대학 (台北醫學大學)</li> <li>- 보인대학의학원 (輔仁大學醫學院)</li> <li>- 장경대학의학원 (長庚大學醫學院)</li> <li>- 중국약대학 (中國醫藥大學)</li> <li>- 중산의학대학 (中山醫學大學)</li> <li>- 고웅의학대학 (高雄醫學大學)</li> <li>- 자제의학원 (慈濟醫學院)</li> <li>- 마해의학원 (馬偕醫學院)</li> </ul> </li> </ul>	서의사	서의사
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 중의학계 8년제                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 중국약대학 (中國醫藥大學)</li> <li>- 장경대학의학원 (長庚大學醫學院)</li> </ul> </li> </ul>	중의사와 서의사 모두 가능	중의·서의사 중 택일
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 중의학계 7년제                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 중국약대학 (中國醫藥大學)</li> <li>- 장경대학의학원 (長庚大學醫學院)</li> </ul> </li> </ul>	중의사	중의사
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 중의학계 5년제                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 중국약대학 (中國醫藥大學)</li> <li>- 의수대학의학학군 (義守大學醫學學群)</li> </ul> </li> </ul>	중의사	중의사

이러한 중·서의의 두 가지 교육-면허-집업의 프로세스는 우리나라와 마찬가지로 이원화 체계로 구축되어 각각 독립적으로 운영된다. 그러나 우리나라와는 달리 완전히 폐쇄적인 구조는 아니며 몇 가지 예외의 경우를 두고 있다. 첫 번째는 중·서의 이중 면허를 획득할 수 있는 8년제 과정이 있다는 것인데, 중국약대학과 장경대학에서 운영 중인 8년제 중의학계를 졸업하면 중의사와 서의사 고시자격을 모두 부여받게 된다. 이를 통한 중·서의 이중 면허자는 집업을 등록할 때에는 중의사와 서의사 중 하나로만 신청할 수 있으나 이렇게 선택된 면허는 고정된 것은 아니고 언제든지 필요에 의해 다시 변경이 가능하다. 대만의 8년제 복수전공 과정은 우리나라의 의학과와 한의학과가 상대 대학에서 추가교육을 통해 상대 의료행위에 대한 자격을 부여할 수 있는 아이디어를 제공한다는 점에서 의의가 있다. 두 번째는 침구시술에 대해서는 서의사에게 의료행위를 할 수 있는 여지를 두었다는 것이다. 행정원위생서는 1998년 공고<sup>4)</sup>를 통해 서의사와 치과의사가 침구훈련을 거친다면 침구시술을 가능하도록 하였다. 공고문에서 요구하는 침구훈련은 침구개론, 견실습 등이며 시간은 총 192시간이다. 하지만 침구훈련을 통해 서의사가 침구시술이 가능하다고 하더라도 건강보험에서의 급여를 받을 수는 없고 비급여 진료만 가능하다. 그러나 이러한 제도는 필요한 행위에 한해서 졸업 후 교육을 통해 행위 자격을 부여함으로써 우리나라에서 현재의 면허제도를 크게 변화하지 않고도 시행할 수 있는 제도라는 점이 의의가 있다.

〈표 3〉 의사 및 치과의사의 침구시술 가능 침구훈련 과정명 및 시간수

과 정 명	시 수
중국의학개론 中國醫學概論	4
침구개론 針灸概論	4
침구작용기전 針灸作用機轉	4
경락학 經絡學	12
수혈학 腧穴學	24
침법 針法	8
구법 灸法	4
발관 拔罐	4
침구실험 針灸試驗	4

4) 자료: 行政院衛生署 87年6月3日 衛署中會第87032201號 공고, 〈의사, 치과의사의 침구시술 허용이 가능한 침구 훈련 과정명 및 시간 수〉

과 정 명	시 수
이침요법 耳針療法	8
수침간개 手針簡介	4
두침간개 頭針簡介	4
전침간개 電針簡介	4
침구의 현대연구 針灸之現代研究	4
치료학 治療學	40
견실습 見實習	60
합 계	192

자료: 行政院衛生署 87年6月3日 衛署中會第87032201號 公告, 〈의사, 치과의사의 침구시술 허용이 가능한 침구 훈련 과정 명 및 시간 수〉

## 2.2. 중·서의 대학 교육과정

앞서 살펴보았듯이 대만의 중의사 및 서의사가 되기 위해서는 서의학 대학 7년제 또는 중의학 대학 5년제·7년제·8년제를 졸업하여야만 한다. 이들 각 과정의 교육내용은 중복되는 경우가 많으나 각 과정의 특성을 반영하고 있다.

중의사 자격고시를 볼 수 있는 학사 후 5년제 과정은 5년과정 동안의 필수 이수 학점이 220학점이며, 이 중 서의과목 학점이 44.5%이고 중의과목 학점은 52.6%이다. 학사 후 5년제 과정은 과정이 짧은 만큼 교양과목에 대한 필수 요구 학점이 없다. 중의학 7년제 과정은 7년동안의 필수 이수학점이 291학점이며, 이 중 서의과목 학점이 36.8%이고 중의과목 학점은 38.8%이다. 이상으로 볼 때, 중의사 자격고시를 볼 수 있는 학사 후 5년제 과정과 중의학 7년제 과정은 모두 서의과목 학점 비중이 매우 높아 중의과목 학점과 큰 차이가 없었다. 이들 두 과정의 서의과목 학점은 서의사 자격고시를 볼 수 있는 서의학 7년제 과정에서 이수해야만 하는 서의과목 학점인 178학점 대비 각각 55.1%, 60.1% 정도이다.

반면, 서의사 자격고시를 볼 수 있는 서의학 7년제 과정은 필수로 이수해야할 학점에 중의학 과목은 없었다. 다만, 국립성공대학교에서는 선택 과목으로 ‘중의개론’ 2학점을 이수 할 수 있게 하였다. 이처럼 서의학 과정에서는 중의과목이 없고 중의학 과정에서는 서의과목이 50% 가까운 것은 우리나라의 상황과 유사하다.

중의사와 서의사 자격고시를 모두 볼 수 있는 8년제 과정은 필수 이수학점이 365학점으로 이중 서의과목이 53.0%이고 중의과목이 31.0%이다. 서의학 7년제 과정과 비교

하여 볼 때 서의과목 학점은 큰 차이가 없으나 중의과목 학점은 8년제 과정이 113학점 더 많다. 중의학 7년제 과정과 비교하여 보면 중의과목 학점은 큰 차이가 없으나 서의과목은 8년제 과정이 86.5학점 더 많다. 중·서의과 과정의 1년 학점이 약 40학점 정도이므로 서의학 7년제 과정은 중의과목을 약 3년, 중의학 7년제 과정은 서의과목을 약 2년 정도의 추가교육을 받아야 8년제 과정과 유사한 수준의 교육으로 볼 수 있다.

〈표 4〉 중·서의 대학 교육과정 필수학점

(단위 : 학점)

	서의학 7년제 <sup>1)</sup>	중의학 5년제 <sup>2)</sup>	중의학 7년제 <sup>3)</sup>	복수과정 8년제 <sup>4)</sup>
교양	55	0	46	44
의학일반	2	4	3	1
서의기초	57	29	42	58.5
서의임상	121	69	65	135
중의기초	0	39	46	53
중의임상	0	74	67	60
총계	235	215	269	351.5
필수 이수학점	277	220	291	365

자료 1) 국립성공대학 의학계 교육과정을 재정리함. 국립성공대학 의학계 홈페이지  
([http://www.ncku.edu.tw/~dep\\_med/](http://www.ncku.edu.tw/~dep_med/))

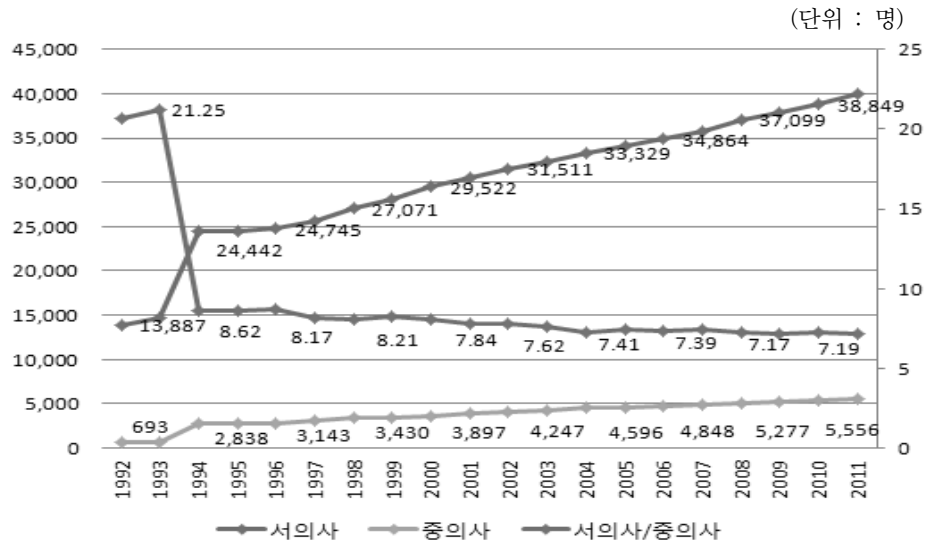
2) 의수대학 의학학군 학사 후 중의학계 교육과정을 재정리함. 의수대학 의학학군 홈페이지  
(<http://www.scmpb.isu.edu.tw/site/83210/3>)

3) 중국약대학 중의학계 7년제 교육과정을 재정리함. 중국약대학 중의학계 홈페이지  
(<http://chmed.cmu.edu.tw/content-1.html>)

4) 중국약대학 중의학계 복수전공 8년제 교육과정을 재정리함. 중국약대학 중의학계 홈페이지  
(<http://chmed.cmu.edu.tw/content-1.html>)

### 2.3. 중·서의 의료 통계

2011년 서의사 집업인수는 39,960명이며 중의사 집업인수는 5,556명으로 서의사 집업인수가 중의사 집업인수의 약 7.2배이다. 1992년에는 서의사 집업인수가 13,887명, 중의사가 673명으로 서의사 집업인수가 중의사 집업인수의 20배 이상이었지만 1994년에 약 8.6배로 차이가 줄어든 후 최근까지 조금씩 격차가 줄어들고 있다. 이는 지난 20여 년간 중의사 수의 증가율이 더 높았던 것으로 볼 수 있다. 2000년 들어서 중의사는 매년 약 170명씩 증가하였으며, 서의사는 매년 약 950명씩 증가하였다.



자료: 行政院衛生署中醫藥委員會. 中醫行政要覽. 2012.

2011년 서의사 면허를 갖고 있는 자가 49,680명이며, 이중 약 80.4%인 39,960명이 직업등록을 유지하고 있다. 중의사 면허를 갖고 있는 자는 12,767명인데, 이중 43.5%만이 직업을 유지하고 있다. 이는 중·서의 이중 면허를 갖고 있는 자의 상당수가 서의사로 직업을 유지하고 있기 때문으로 여겨진다.

참고로 행정원위생서에 따르면 2009년 9월 25일 현재, 대만내 직업 서의사는 3만 7,428명이고 직업 중의사는 5,271명이라고 밝혔는데, 이 중 직업 중·서의 이중 자격자는 2,959명이며 그 중 서의사로 직업 신청한 자가 2,534명이고 중의사로 직업 신청한자는 425명이라고 하였다.<sup>5)</sup> 따라서 직업 서의사 중 중·서의 이중 자격자는 약 6.8%이며 직업 중의사 중 중·서의 이중 자격자는 약 8.1%이고 중·서의 이중 자격자 중 중의사로 업무를 행하고 있는 자는 약 14.4%에 불과하다.

〈표 5〉 2011년도 증서 유형별 의료인 수

(단위 : 명)

증서 유형	서의사	중의사
자격인수	49,680	12,767
직업인수	39,960	5,556

자료: 行政院衛生署中醫藥委員會. 中醫行政要覽. 2012.

5) 자료: “訂定「醫事人員執業登記及繼續教育辦法」,業經衛生署於102年7月1日以衛署醫字第1020269815號令訂定發布” <http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?PCode=L0020181>

2011년까지 중의사로 배출된 과정을 보면 중의대 졸업 후 중의사 단독 국가고시 합격자는 5,282명이며, 중·서의 이중자격에 대한 국가고시 합격자는 2,874명이다. 또한 서의사가 45학점 이수 후 중의사 국가고시를 보고 합격한 인원은 126명으로 곧, 2011년 중·서의 이중자격을 모두 갖고 있는 인원은 3,000명으로, 중의사 면허를 갖고 있는 인원인 12,767명의 약 23.5%를 차지하고 있으며, 서의사 면허를 갖고 있는 인원인 49,680명의 약 6.0%를 차지하고 있다.

〈표 6〉 2011년 중의사 인력 배출 현황

(단위 : 명)

구 분	인 원 수
1. 중국의약대학 중의과 졸업생	
- 중국의약대학 중의학과 졸업생(7년제)	2,954
- 중국 의약대학 중의학과 졸업생(8년제)	853
- 국가고시 합격자(중의사)	3,179
- 국가고시 합격자(중의사 및 서의사 이중자격)	2,708
2. 장경대학 중의과 졸업생(8년제)	231
- 국가고시 합격자(중의사)	189
- 국가고시 합격자(중의사 및 서의사 이중자격)	166
3. 중국의약대학 학사후 중의과 졸업생(5년제)	1,944
- 국가고시 합격자	1,914
4. 서의사 45점 이수 후 중의사 취득 과정 졸업생	339
- 시험 합격자	126
5. 중의사 검정고시 합격자	22,053
6. 중의사 특종고시 합격자	3,600
7. 화교 중의사 검증 필기시험	1,186
- 보충 필기시험 합격자	73

자료: 行政院衛生署中醫藥委員會. 中醫行政要覽. 2012.

### 3. 시사점

대만의 중·서의 의료이원화체계는 우리나라와 매우 유사하다. 이는 제도 뿐만 아니라 중의의 건강보험 비중이 약 4% 정도이며, 근골격계에 집중되어있다는 점 등 국민들의 인식과 이용 측면에서도 유사하다. 하지만 우리나라와는 달리 대만에서는 중의사와

서의사간 의료행위 분쟁이 심하지 않다. 이는 대만의 건강보험비용 성장률이 연 3% 정도로 우리나라보다도 의료인에 대한 비용규제가 심하기 때문에 중의사와 서의사간 분쟁이 심할 것으로 예상되는 것과 반대되는 결과이다. 이는 대만의 의료이원화 체계가 폐쇄적인 우리나라의 이원화 체계와는 달리 일부 중·서의 간 개방적인 교육시스템을 갖추으로써 개방적인 시스템을 갖추고 있기 때문으로 여겨진다. 대만의 개방적인 교육 시스템이란 첫째 중·서의사 고시를 모두 볼 수 있는 자격을 부여하는 8년제 과정이며 둘째 서의사가 졸업 후 교육을 통해 침구시술을 가능하게 하는 과정이다. 또한 대만은 단순히 교육시스템의 일부 개방 뿐만 아니라 중·서의 중 하나의 집업을 선택하면 다른 집업을 행할시 급여를 인정하지 않는 독특한 직업시스템을 통해 기존 의료이원화 체계에서의 전문성을 유지하면서 급격한 의료통합에 대한 완충작용 및 중복의료 방지를 할 수 있는 제도를 갖추고 있다. 이러한 의료이원화 시스템에서의 제한적 개방성은 우리나라의 의료일원화 정책에 다음과 같은 시사점이 있다.

첫째, 임병묵(2009)은 의료통합을 위한 중간단계로 복수면허 교육과정 도입을 제시하였는데 8년제 통합과정은 의료통합의 한 단계인 교육통합을 위한 모델로 활용할 수 있다. 대만은 중의학 7년제 과정에 서의 기초과정 16.5학점, 서의 임상과정 70학점이 추가되고, 서의학 7년제 과정에 중의 기초과정 53학점, 중의 임상과정 60학점이 추가된 대만의 8년제 통합과정은 현재의 한·의과대학을 유지시키면서 복수면허 교육과정을 신설하는 방안의 모델로 활용이 가능할 것으로 보인다.

둘째, 졸업 후 교육을 통한 중·서의 간 의료업무 허용은 한·양의사 간 상호진료 허용에 대한 모델로 활용할 수 있다. 임병묵(2009)은 의료통합 2단계에 교육통합과 함께 진료에 있어 상호진료를 허용할 것을 제시하였다. 대만의 시스템은 서의사에게 침구진료를 허용하되 졸업 후 교육을 조건화 함으로써 상대 의료행위에 대해 전문성을 갖추고 무분별한 의료행위 허용을 방지할 수 있게 하여 한·양의사간 상호진료 허용에 있어 완충적인 대안모델로 고려해 볼만 하다.

셋째, 의료통합을 위한 정책 시행시 완충적인 역할을 위해 대만의 직업 시스템을 참고할 필요가 있다. 우리나라의 의료통합은 사회적인 요구에도 불구하고 의료직군 간의 경제적·문화적인 갈등으로 인해 정책화되지 못하고 있다. 대만의 직업 시스템은 복수면허자의 비율 증가 및 상호진료 허용에 대해 제도화가 되더라도 급여에 대해 패널티를 가함으로써 의료통합에 의한 경제적 유인성을 줄여 급격한 의료통합으로 이끌지 않을 수 있다. 이는 또한 의료통합의 학술적·임상적 의미를 높일 수 있어 일반 국민들과 보험자에 대한 설득력도 높일 수 있다.

## 참 고 문 헌

1. 오월환, 대만중의학의 역사적 발전사향, 한약응용학회지 2004;4(1):61-68
2. 대한한 의사협회, 대만 의료제도 관련 자료, 2010.
3. 行政院衛生署中醫藥委員會. 中醫行政要覽. 2012.
4. 대만 의사법(醫師法)
5. 行政院衛生署 87年6月3日 衛署中會第87032201號 公告
6. 국립성공대학 의학계 홈페이지, [http://www.ncku.edu.tw/~dep\\_med/](http://www.ncku.edu.tw/~dep_med/)
7. 의수대학 의학학군 홈페이지, <http://www.scmpb.isu.edu.tw/site/83210/3>
8. 중국의학대학 중의학계 홈페이지, <http://chmed.cmu.edu.tw/content-1.html>
9. “訂定「醫事人員執業登記及繼續教育辦法」,業經衛生署於102年7月1日以衛署醫字第1020269815號令訂定發布” <http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?PCode=L0020181>

## 일본 통합의학의 발전 현황과 방향

부산대학교 한의학전문대학원 교수

이 상 재



일원화의 결과로 서양 의학을 배운 의사가 치료에 한방약을 사용하는 일본의 한방이 패러다임이 다른 두 가지 의학의 통합모델로서 주목 받고 있다. 일본한방의 모습을 몇 가지 이슈로 알아보려고 한다.

### 1. 일본의 한방교육<sup>1)</sup>

우리도 익히 알고 있는 것처럼 일본의 한방은 19세기 후반 서양의학이 주류가 되면서 점차 쇠퇴하게 되었다. 1883년 <의사면허규칙포고>에 의해 의사국가시험에 한방의학 관련 내용이 빠지고 모두 서양의학으로 바뀌게 되면서 의대교육에서도 한방이 제외되었다. 급기야 1895년 국회에서 한방의학 존속신청이 부결되면서 메이지 정부에 의해 일본한방은 폐지되게 된다.

이러한 흐름 속에서도 일본의 한방은 한방을 원하는 환자, 에도시대부터 남아있던 한방의와 약제사에 의해 명맥을 유지하고 있었고, 이후 서양 의학을 배운 의사에 의해 한방의 임상적 가치가 재확인 되면서 임상 현장에서 계승되었다. 하지만 한방의학의 정식교육기관은 없었다. 제2차 세계대전 후에는 한방연구자들이 한방의 발전을 위한 학회의 결성을 도모하여 1950년 일본동양의학회가 설립되었다. 이후에 대학이나 공공기관에서도 한방연구가 이루어졌으며 진료과도 개설되게 되었다. 1971년에는 한방제제가 보험 적용이 되어 보험진료에서 한방약 사용이 가능하게 되면서 임상현장에서의 한방치료가 점점 확대되었고 국민들에게도 한방의 장점이 인식되어갔다. 그러나 의학교육에 있어서는 자주학습이나 특정시설에 한정된 한방교육이 이루어질 뿐이었다. 이루어질 뿐이었다.

1) 두 편의 논문(石野尚吾, 漢方医学の潮流, 日本東洋医学雑誌, 第61卷 第3号, 2010. 今津 嘉宏 외 4인, 80 大学医学部における漢方医学の現状, 日本東洋医学雑誌, 第63卷 第2号, 2012.)에서 발췌하여 정리하였음.

1883년 이후 의사교육에서 한방이 제외된 이래 100년 이상 의학교육 커리큘럼에서 한방이 빠져 있었다. 하지만 2001년, <의학교육 모델·코어·커리큘럼 - 교육 내용 가이드라인>에 “和漢藥을 설명 할 수 있다.”가 목표로 추가되면서 의과대학 교과과정에 한방의학 교육이 포함되었다. 이를 계기로 의과대학 커리큘럼에 한방의학이 포함되어 2007년에는 모든 의과대학 (80개)에 한방의학 강의가 개설되게 되었다.

〈표 1〉 한방의학졸업전교육의 일반목표와 도달목표 (일본동양의학회 학술교육위원회시안, 2007년)

- 和漢藥을 설명할 수 있다

〈일반목표〉

1. 진료에 필요한 한방의학(和漢藥치료)의 기본과 和漢藥(방제와 생약)의 특징에 대해 배운다.
2. 동양학과 서양학의 상호보완성을 이해하고 전인적 의료로서 환자를 위해 가장 좋은 치료방침을 선택할 수 있게 한다.

〈도달목표〉

1. 한방의학(和漢藥치료)의 기본개념(証, 陰陽, 虛實, 寒熱, 表裏, 六病位, 氣血水, 五臟)에 대해 설명할 수 있다.
2. 한방의학적 병태진단과 수증(隨証)치료에 대해 설명 가능하다
3. 和漢藥(방제와 생약)의 특징, 부작용, 약리작용을 설명할 수 있다.
4. 한방의학의 진단법(四診: 望診, 問診, 聞診, 切診)을 설명할 수 있다.
5. 중국과 일본의 한방의학의 역사에 대해 설명 할 수 있다.
6. 전인적 의료에 의한 동양의학(和漢藥치료와 침구치료)의 역할과 민간요법이나 대체의료의 다름에 대해 말할 수 있다.

## 2. 대학병원의 한방진료 형태

일본의 대표적인 병원의 한방진료 모습을 통해 일본의 양한방협진 사례를 소개하고자 한다. 관련내용은 홈페이지에 소개된 내용을 참고 하였으며 부족한 내용은 직접 전화를 걸어 진료의뢰를 가장하여 정보를 얻었다.

### 1) 게이오대학 의학부 부속병원<sup>2)</sup>

한방의학센터(<http://www.keio-kampo.jp/index.html>) 운영중

- 정신과, 아토피 전문 포함 13명의 한방전문 의료진

2) <http://www.keio-kampo.jp>에 실린 내용을 참고 하여 정리함

- 1993년 현대의학 속에서 한방진료를 더 잘 살리기 위함을 이념으로 한방의학센터 설립
- 최첨단 의료와 한방치료를 동시에 받을 수 있는 시설로서 지위를 확립

#### <진료형태>

- 서양 의사이면서 한방교육을 심화한 한방전문가가 진료
- 서양의학적 진단은 물론 맥진, 설진, 복진 등 동양의학적 진단 방법 사용
- 한방약(엑기스 제재) 처방이 대부분
- 모두 보험 적용

#### <협진 상황>

- 초진을 어디에서 받느냐가 중요 : 주로 환자의 선택
- 한방의학센터 초진을 받고 한방의학센터에서 진료하는 경우  
한방약, 양약 처방을 같은 의사에게서 받을 수 있음. (일본의 한방전문가는 의사 면허소지)
- 서양의학 초진을 받은 경우  
환자가 원하는 경우나 의사의 필요에 따라서도 한방의학센터로 보내기도 함.
- 한방의와 서양 의사 간에 소통이 원활하여 양한방 치료를 동시에 받는 경우 많음.

### 2) 오사카의대 부속병원<sup>3)</sup>

**한방의학과**([http://www.hosp.med.osaka-u.ac.jp/departments/c\\_medicine.php](http://www.hosp.med.osaka-u.ac.jp/departments/c_medicine.php)) 운영중

- 서양의학 각과의 전문의 자격과 동양의학 전문의의 자격을 가진 의사가 진료

#### <진료형태>

- 외래진료는 하지 않음.
- 난치병, 암환자 위주의 진료

#### <협진 상황>

- 암환자 진료에 있어서 서양의학적인 항암치료를 받으면서 한방전문가가 한방약을 처방함.
- 서양 의사나 환자의 요구에 따라서 한방전문 의에게 의뢰

### 3) 치바의대 부속병원<sup>4)</sup>

**화한(和漢)진료과**([http://www.ho.chiba-u.ac.jp/46\\_wakan.html](http://www.ho.chiba-u.ac.jp/46_wakan.html)) 운영중

3) [http://www.hosp.med.osaka-u.ac.jp/departments/c\\_medicine.php](http://www.hosp.med.osaka-u.ac.jp/departments/c_medicine.php)에 실린 내용을 참고 하여 정리함

4) [http://www.ho.chiba-u.ac.jp/46\\_wakan.html](http://www.ho.chiba-u.ac.jp/46_wakan.html)에 실린 내용을 참고 하여 정리함

- 서양의학 전문의 자격을 가지고 동시에 동양의학전문의 자격을 가진 의사가 진료  
<진료형태>
- 면역난치성질환 특화
- 다양한 임상연구 진행
- <협진 상황>
- 한방전문의는 한방약만 처방
- 서양진료과에서 따로 양약을 처방받아야 함.
- 이 경우 서양진료과 의사와 한방진료의 간에 소통을 통해서 진행

#### 4) 일본의 양한방 협진상황 정리

- 병원에 한방전문 진료센터 설치가 늘고 있으며 환자도 증가 추이
- 일본의 경우 한방전문의들이 모두 의사면허 소지자라는 특수성이 반영된 양한방 협진이 이루어지고 있음.
- 병원에 따라서 한방전문의가 한방약과 양약을 동시에 처방하는 경우도 있고, 분화하여 양약은 서양의학 진료과에서 한방약은 한방진료과에서 처방받는 경우도 있음. 이 경우 상호 소통이 원활한 편임.
- 암, 아토피, 류마티스 등 난치성 질환에서 양한방 협진이 활발히 이루어짐.

### 3. 일본의 첩약

쓰무라와 같은 제약회사에서 생산하는 엑기스 과립형태의 한약제제가 일반적이긴 하지만 일본에도 첩약이 있다. 기타사토대학 동양의학종합연구소 한방침구치료센터와 한방으로 유명한 약국에서 취급하는 첩약에 대해서 홈페이지 소개내용과 필자의 체험을 바탕으로 알아보려고 한다.

#### 3.1. 기타사토대학 동양의학종합연구소 한방침구치료센터<sup>5)</sup>

이곳에서는 보험이 되는 제약회사의 과립제제 대신에 자유진료(비보험진료)인 생약(첩약)을 처방한다. 그 이유에 대해서 다음과 같이 설명하고 있다.

5) <http://www.kitasato-u.ac.jp/toui-ken/index.html> 에 실린 내용을 번역하여 정리함

## - 한방치료를 자유진료로 하는 이유는?

한방치료에서 가장 중요한 한 가지가 한방생약이다. 그런데 보험진료에는 생약의 품목수가 제한되어 있고 고품질의 한방생약을 사용할 수 없다. 본 치료센터에서는 모든 환자에게 처방된 한방약이 최대한의 치료효과를 발휘할 수 있도록 치료에 필요한 엄선된 고품질의 한방생약을 다양하게 처방하며 최고의 진료를 제공하고 있다.

## - 한방의 한방생약의 장점(약국의 보험제제와 비교하여)

### • 효과가 좋음

의사의 처방전이 없어도 약국에서 구입할 수 있는 일반용 의약품은 안전성 등을 고려하여 의료기관에서 처방되는 한방약보다 용량이 적다. 본 센터의 한방약은 일본에서 구입 가능한 최고품질의 생약을 사용하여 의사의 진단에 기초한 각각의 환자분에 맞추어 충분한 양을 처방하고 있다.

### • 복용후의 부작용에도 안심

약국에는 의사가 없으므로 복용후의 부작용 등 많은 상담에 충분히 대응할 수 없는 경우가 있다. 본 센터에서는 필요한 경우 채혈 등의 검사도 가능하며 외래담당의에게 직접 상담이 가능하다. 다소 문턱이 높아 보일 수 있지만 그만큼 안심할 수 있다.

### • 비용대비 효과가 좋음

약국의 경우에는 수많은 보조식품이나 건강식품의 동시구입을 원하는 경우가 있고, 자유진료인 당 센터 이상의 월 지출이 필요한 경우도 있다. 본 센터는 한방 하나로 승부! 전문 의사나 약제사, 최고품질의 한방약을 갖춘 충실한 진료체제를 가지고 있으면서도 굉장히 양심적인 가격설정을 하고 있다.

### • 효과가 좋음

건강보험이 사용하는 일반 의료기관에서 처방되는 한방약은 엑기스제제라고 불리는 것들이 일반적이다. 당 센터의 탕약은 일반용 의약품은 물론 엑기스제제와 비교하여 많은 유효성분을 포함하고 있다. 탕약에 대해서도 당 센터에서 사용하고 있는 최고품질의 생약을 보험에서 사용하는 것은 어려운 현실이 있다. 가격의 차이에는 이유가 있다.

### • 침착하고 신중한 진찰

한방진료에는 환자의 말씀을 공손하게 듣고, 설진이나 맥진, 복진 등 몸의 여러 가지 부분을 체크하여 종합적으로 진단을 행한다. 보험진료에서는 이런 부분까지 꼼꼼히 환자를 진찰하지 못하는 경우가 많다. 우리들은 환자와 의사가 차분히 마주볼 수 있는 자유진료야말로 한방의 장점 활성화시킬 수 있다고 생각한다.

〈표 2〉 외래초진환자의 주요 질환(2008년)

## • 남성

주요 질환	비율(%)
아토피성피부염	14.8
여드름, 습진, 두드러기 등의 피부과질환	9.4
공황장애, 우울증, 종합실조증 등의 정신과질환	7.4
관절통, 요통, 신경통, 저림 등의 정형외과질환	7.3
알러지성 비염, 부비동염 등의 이비인후과질환	7.0
암, 악성종양	7.0
변비, 위통, 위궤양 등의 소화기질환	6.7
고혈압, 비만, 당뇨병, 갑상선질환 등의 생활습관병, 내분비질환	6.4
냉증, 자율신경실조증	6.0
두통, 뇌경색, 파킨슨병, 인지증 등의 신경내과질환	5.3
전립선비대, 요로결석, 방광염, 신염 등의 비뇨기과질환	4.9
기관지천식, 기관지염 등의 호흡기질환	3.8
안과질환	1.8
만성간염등의 간담체질환	1.5
순환기질환	1.4
관절류마티스	0.4
자가면역성질환(관절류마티스 제외)	0.4
기타	8.3

## • 여성

주요 질환	비율(%)
월경불순, 생리통, 불임, 자궁근종, 자궁내막증 등의 부인과질환	13.3
냉증, 자율신경실조증	11.2
여드름, 습진, 두드러기 등의 피부과질환	10.9
관절통, 요통, 신경통, 저림 등의 정형외과질환	9.5
변비, 위통, 위궤양 등의 소화기질환	6.6
아토피성피부염	6.1
두통, 뇌경색, 파킨슨병, 인지증 등의 신경내과질환	5.5
알러지성 비염, 부비동염 등의 이비인후과질환	5.0
공황장애, 우울증, 종합실조증 등의 정신과질환	4.6
암, 악성종양	4.0
기관지천식, 기관지염 등의 호흡기질환	3.6
고혈압, 비만, 당뇨병, 갑상선질환 등의 생활습관병, 내분비질환	3.3
관절류마티스	2.2
요로결석, 방광염, 신염 등의 비뇨기과질환	1.8
만성간염등 간담체질환	0.8
자가면역성질환(관절류마티스 제외)	0.8
순환기질환	0.4
기타	9.5



〈그림 2〉 기타사토 한방치료센터에서 사용하는 엑기스과립과 첩약



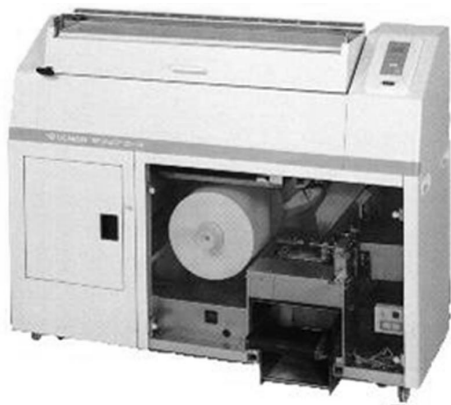
〈그림 2〉 기타사토 한방치료센터에서 사용하는 엑기스과립과 첩약

### 3.2. 한방약국

몇 년 전 일본의 유명 한방약국에서 첩약을 처방받았던 경험을 소개하고자 한다. 약일본당이라고 하는 약국으로 동경에도 여러 곳이 운영중인 한방전문 약국이다. 주로 자각증상 패턴을 체크하는 상세한 문진표를 작성하고 약제사와 상담을 했다. 약제사는 대소변상태나 식욕, 땀 등에 대한 추가 질문을 하고 혀의 상태를 살피기도 하였다. 상담은 열린 곳에 놓여진 책상에서 마주보고 이루어졌고 복진이나 맥진은 하지 않았다. 상담이 끝나고 처방할 약에 대해서 상세히 설명해 주었고 구성약재 하나 하나에 대한 설명서를 출력해서 주었다. 보통은 한번에 15일치에서 30일치를 처방한다고 했다. 기본적으로 6개월에서 1년은 계속 복용할 것을 권했다. 나에게 건네진 한약을 보고 충격을 받았던 기억이 난다. 첩약은 그렇게 많지 않은 약이 티백에 포장되어 있었다. 티백 속에는 5mm전후로 절단된 약재들이 들어 있었다. 복용법도 간단했다. 아침에 일어나서 티백하나를 냄비에 넣고 물을 세 컵 정도 붓고 30분 끓여서 아침에 한잔 저녁에 한잔 복용하라고 했다. 우리와는 달리 일본은 하루에 1첩이 복용량이라고 했다. 처방도 고방위주여서 우리와 비교하면 하루 복용량이 절대적으로 적은 편이다. 예를 들어 사물탕을 처방받으면 20그램 티백하나가 하루 복용량이다. 그러다 보니 가격도 비싸지 않았다. 하루치가 500엔 정도로 한 달 치를 처방받으면 15,000엔 정도다. 생약을 자동으로 포장하는 기계도 신기했고 그것이 가능하게 한약이 잘게 절단되어 있는 것도 신기했다.

또 다른 한방약국에서도 비슷한 형태의 진료를 받았다. 다만 그곳에서는 내가 마실 약을 미리 살짝 끓여서 맛을 보여주고 맛이 괜찮으냐고 물어 보았다. 마시기 힘들면 처방 내용을 바꿔 줄 수 있다고도 하였다. 전혀 생각지 못했던 환자중심의 진료 모습이었다.

최근에는 한국처럼 약을 다려주는 한방약국들도 늘고 있다고 한다. 한국 약탕기가 일본에도 수출되고 있다는 기사를 본 듯하다.



〈그림 3〉 한방약국에서 사용하는 첩약자동포장기



〈그림 4〉 티백에 포장된 첩약

**柴胡桂枝乾姜湯**  
 ~さいこけいしかんきょうとう~  
 漢方的由来 和解劑(半表半裏)・氣滯(氣血)・津虛・肝(腎)・(心)・(肺)

●配合生薬

	1	2	3	4	5	6	7
	柴胡	桂枝	括樓根	黄芩	牡蠣	乾姜炭	甘草
	さいこ	けいぎ	からこん	おうこん	べいり	かんしょうまよう	かんざう
生薬							
薬効	セリ科 エンマイイ科の 根。	クスノキ科 クワの根。又 厚葉を一部用 いたもの。	フジ科 キクヤクノウ 根。又、アサ ツボネオオカス クワの根を用 いたもの。	シソ科 シソ科の根。	カキ科の葉。2 年物の葉。	ショウブ科の 根。生薬を焼 き、炭して製 したものである。	マメ科 根。生薬を焼 き、炭して製 したものである。
生薬	柴胡炭 柴胡	半量加減 桂枝	減半 括樓根	減半 黄芩	2倍 牡蠣	減量加減 乾姜炭	減半 甘草
煎法	煎 湯	煎 湯	煎 湯	煎 湯	煎 湯	煎 湯	煎 湯
煎法	煎	半量	半	半	煎	煎	煎

〈그림 5〉 필자가 처방받은 첩약 설명서

## 미국 통합의학연구센터 현황과 발전 방향

한국한의학연구원 한의학정책연구센터 팀장

이 준 혁



### 1. 서론

미국은 1994년, University of Arizona에서 통합의학(Integrative)이라는 용어를 사용하기 시작했다. 그 후로부터 지금까지 약 20년간 통합의학이라는 개념은 서양의학 체계와 다른 의학체계 간의 관계를 표현하는 중요한 용어로 보완대체의학이라는 용어를 대체하면서 자리 잡아 나갔다. 또한 주요한 병원, 의료센터, 보건의료시스템 내에 통합의학센터들이 설립되고 확대되어 갔다.

미국 통합의학의 전반적인 현황을 살펴보기 위해서 본 글에서는 주로 2012년 The Bravewell Collaborative에서 발간한 ‘Integrative Medicine in America’를 중심으로 기술하고자 한다. 기존의 연구들이 주로 하나의 시술이나 처치를 중심으로 한 이용률 등에 초점을 맞춘 반면에, 본 연구에서는 ① 가장 다빈도로 이용하는 건강 상태 혹은 인구집단, ② 핵심 시술에 대한 정의와 치료 모델, ③ 서비스에 대한 보상 방법, ④ 치료에 담긴 원리와 가치, ⑤ 성공적인 치료를 위한 조건 등을 규명하는 데에 초점을 맞추었다고 서술하고 있다. 미국 내의 모든 통합의학센터를 포함하지 않고 있으며, 선별기준에 대한 논란의 여지는 있으나, 대표적인 29개의 센터를 대상으로 진행한 연구이며, 미국의 통합의료센터들의 현황을 살펴볼 수 있는 많은 데이터를 포함하고 있다. 특히, 이 글에서는 연구를 진행했던 방법과 그 결과 중 대표적인 정보를 살펴봄으로써 미국 통합의료센터들의 현황을 약간이나마 어렵짐작할 수 있었으면 한다. 이를 위해 보고서에 포함된 연구 결과를 통합의학센터의 일반적인 특징, 의료진, 환자, 치료 성과와 환자만족도, 우선순위 질환, 지불 유형의 6가지로 정리하여 살펴보고자 한다.

## 2. The Bravewell Collaborative 2012년 연구

### 2.1. 연구대상

The Bravewell Collaborative의 2012년 연구는 미국의 통합의학센터에 대한 최초의 포괄적인 서베이였다. 따라서 연구자들은 먼저 포함시킬 수 있는 통합의학센터 명단을 작성하는 것을 가장 먼저 진행하였다. 명단에는 The Bravewell Collaborative와 the Consortium of Academic Health Centers for Integrative Medicine에 소속된 센터들과 그 외 통합의학 전문가들이 추천해 준 센터들로 구성되었다. 총 60개의 센터 중 대표성이 있는 29개의 센터가 선정되었다. 다음은 본 연구에 포함된 전체 통합의학 센터 명단이다.

〈표 1〉 본 연구에 포함된 전체 통합의학 센터 명단

	센터명	위치
1	Alliance Institute for Integrative Medicine	CINCINNATI, OHIO
2	Arizona Center for Integrative Medicine	TUCSON, ARIZONA
3	Cancer Treatment Centers of America	SCHAUMBURG, ILLINOIS
4	The Center for Integrative Medicine at the University of Colorado	AURORA, COLORADO
5	Center for Life	ALBUQUERQUE, NEW MEXICO
6	Cleveland Clinic Center for Interative Medicine	CLEVELAND, OHIO
7	Continuum Center for Health and Healing	NEW YORK, NEW YORK
8	Duke Integrative Medicine	DURHAM, NORTH CAROLINA
9	11th Street Family Health Services of Drexel University	PHILADELPHIA, PENNSYLVANIA
10	GW Center for Integrative Medicine	WASHINGTON, DC
11	Greenwich Hospital Integrative Medicine Program	COS COB, CONNECTICUT
12	Institute for Health & Healing at California Pacific Medical Center	SAN FRANCISCO, CALIFORNIA
13	Jefferson-Myrna Brind Center of Integrative Medicine	PHILADELPHIA, PENNSYLVANIA
14	Marino Center for Integrative Health	CAMBRIDGE AND WELLESLEY, MASSACHUSETTS
15	University of Maryland Center for Integrative Medicine	BALTIMORE, MARYLAND

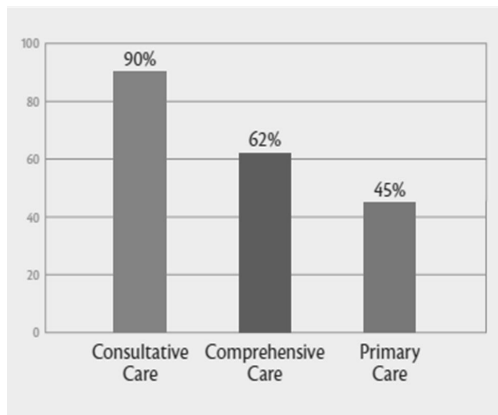
	센터명	위치
16	Integrative Medicine Program, Mayo Clinic	ROCHESTER, MINNESOTA
17	Integrative Medicine Center at MD Anderson Cancer Center	HOUSTON, TEXAS
18	Northwestern Integrative Medicine	CHICAGO, ILLINOIS
19	OSU Center for Integrative Medicine	COLUMBUS, OHIO
20	UCSF Osher Center for Integrative Medicine	SAN FRANCISCO, CALIFORNIA
21	Osher Clinical Center	CHESTNUT HILL, MASSACHUSETTS
22	Penny George Institute for Health and Healing	MINNEAPOLIS, MINNESOTA
23	Scripps Center for Integrative Medicine	LA JOLLA, CALIFORNIA
24	Simms-Mann Health and Wellness Center at Venice Family Clinic	VENICE, CALIFORNIA
25	Center for Integrative Medicine and Wellness at Stamford Hospital	STAMFORD, CONNECTICUT
26	Stanford Center for Integrative Medicine	PALO ALTO, CALIFORNIA
27	Susan Samueli Center of Integrative Medicine	IRVINE, CALIFORNIA
28	University of Wisconsin Integrative Medicine	MADISON, WISCONSIN
29	Vanderbilt Center for Integrative Health	NASHVILLE, TENNESSEE



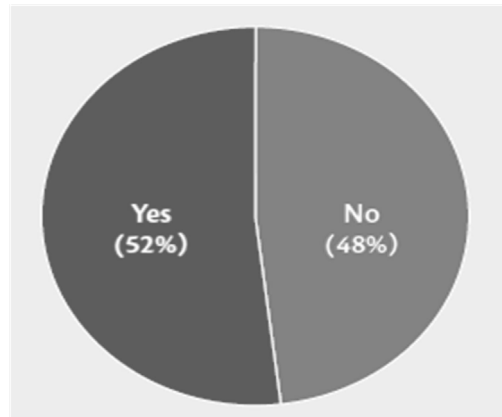
## 2.2. 일반적인 특징

29개의 센터들 중 27개는 특정병원에 소속되어 있었으며, 26개는 보건의료시스템에, 25개는 의과대학에 소속되어 있었다. 1개는 간호과대학에 소속되어 있었다. 서베이에 포함된 센터 중 가장 오래된 센터는 1988년에 설립되었으며, 가장 최근에 설립된 센터는 2008년이였다. 1990년대에는 12개가 설립되었고 2000년까지 총 16개가 설립되었다.

약 20년간 통합의학은 여러 가지 다른 모델로 발전했으나 크게는 3가지 모델로 나누어볼 수 있다. 3가지 모델은 주치의 모델(primary care), 자문 모델(consultative care), 내포 모델(comprehensive care)이다. 자문 모델은 통합의료 의사가 환자의 주치의와 긴밀하게 협조하는 것으로 가장 흔한 모델이다. 내포 모델은 통합의료 의사가 환자의 특정한 일부 증상을 직접적으로 치료하며, 환자의 주치의는 별도로 나머지 전반적인 증상을 관리하는 모델이다. 내포 모델의 경우 영문으로는 포괄(comprehensive) 모델로 표기되나, 이는 서양의학에서의 관점이므로 반대적인 관점에서는 내포 모델로 이해하는 것이 적절할 것으로 판단된다. 주치의 모델은 통합의학 교육을 받은 전문 과목 의사들이 주치의 서비스를 제공하는 형태이다. 대부분의 경우 1개의 센터가 1개의 모델을 제공하는 경우는 드물며, 이 중 2가지 또는 3가지 모델을 제공한다.



〈그림 1〉 진료 모델

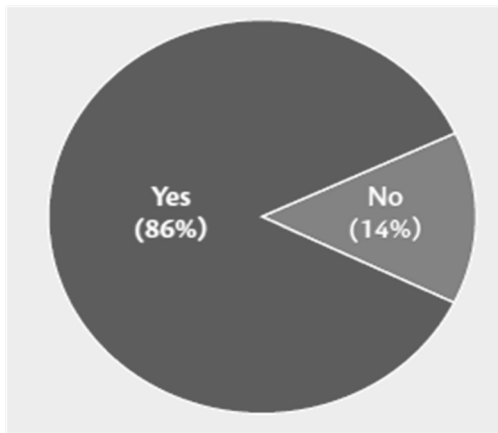


〈그림 2〉 입원서비스 제공 비율

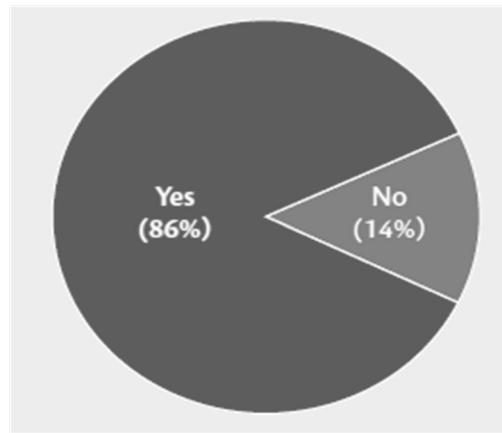
29개 센터 중에서 15개 센터는 소속병원을 통해 입원서비스를 제공하였다. 통합의학센터의 경우 근거중심 의료의 제공을 목표로 하고 있었으므로, 연구활동 또한 그들의 주요한 기본업무 중의 하나로 인식하였다. 29개 중 25개 센터가 연구활동을

수행하고 있었다. 대부분의 센터의 경우 임상연구를 중심으로 진행하고 있었으며, the Penny George Institute나 the Marino Center의 경우에는 그와 더불어 outcome-based research도 동시에 수행하고 있었다.

의료공급자에 대한 교육의 경우도 의과대학 또는 간호과대학 내의 교육과정이나, 펠로우십, 통합의학 시술들에 대한 자격증 과정, 컨퍼런스 개최 등의 여러 방법을 통해 25개 센터가 진행 중이었다.



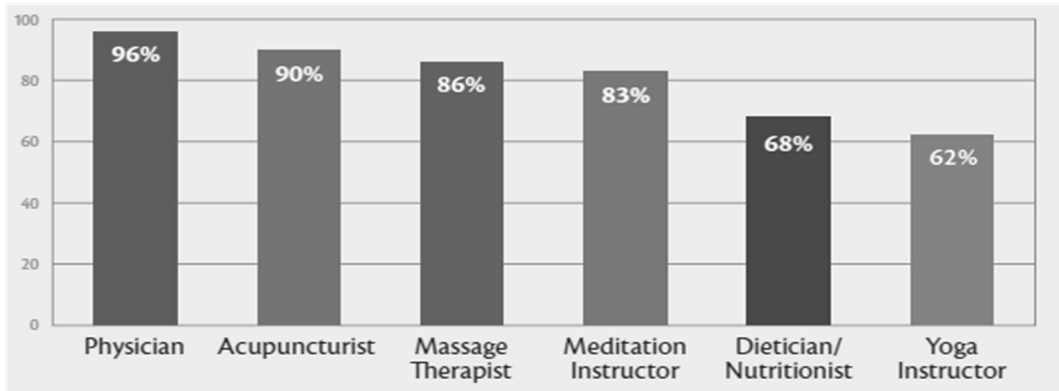
〈그림 3〉 연구 수행 비율



〈그림 4〉 의료공급자 교육제공 비율

### 2.3. 의료진들

근무하는 의료진들의 전공을 살펴보면, 29개 통합의학센터 중 1개 센터를 제외한 모든 센터에서 내과의를 보유하고 있었고, 그 다음으로는 침구사, 마사지 시술사, 명상 지도사, 영양지도사, 요가지도사 순으로 높은 보유비율을 보였다. 통합의료의 경우 다양한 분야의 시술자들의 협력이 임상적인 성공의 가장 중요한 요인의 하나로 간주되었다. 그래서 각 센터별로 다양한 협력 방안들이 시도되었다. The Susan Samueli Center의 경우에는 모든 의료진들이 참여하는 주간 미팅을 개최하였다. 또 필요에 따라서는 동일 환자를 치료하는 의료진들 간에 회의를 진행하였다. MD Anderson의 통합의학센터의 경우 통합의료팀과 종양팀 간 치료방법 선택을 위한 주간회의를 진행한다. 이 회의에는 통합종양팀, 마사지 시술사, 침구사, 영양지도사, 심신요법사 등 모든 의료진들이 모여서 최적의 치료방법을 찾기 위해 토의하게 된다.

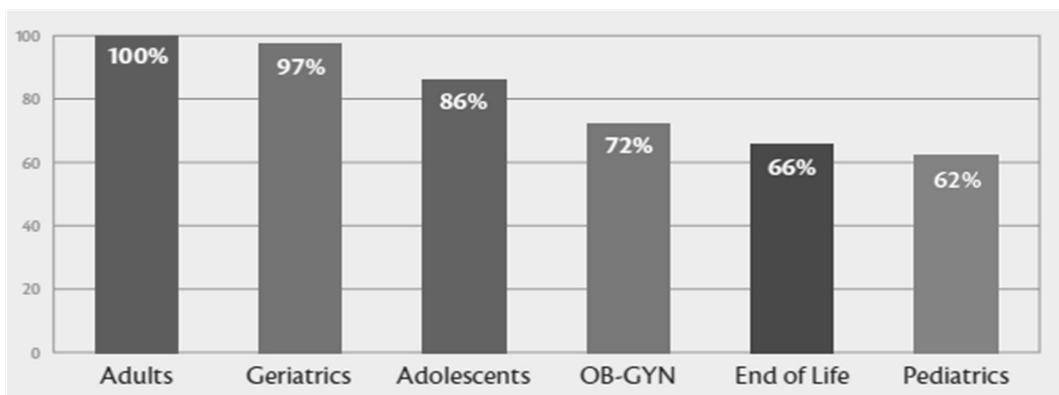


〈그림 5〉 의료진별 보유비율

## 2.4. 환자

통합의학센터의 환자들은 전 생애주기에 걸쳐져 있다. 모든 센터에서 성인들은 기본적인 진료 대상으로 하고 있으며, 그 다음으로는 노인, 청소년, 임산부, 생애말기, 유아 순이었다.

29개 센터에서는 매달 19,200명의 환자를 진료하였으며, 총 방문 숫자는 41,100회에 달했다. 63%의 환자들은 본인이 스스로 센터에 내원하였으며, 9개 센터의 경우 내원 환자의 절반 이상이 자체 의료시스템 내에서 의뢰를 받았으며, 이 중 5개 센터의 경우는 90% 이상의 환자들이 자체 의료시스템 내에서 의뢰를 받았다. 지역의 의사들이나 다른 의료시스템으로부터 의뢰를 받은 경우는 매우 미미했다.



〈그림 6〉 환자의 생애주기 유형

20개에 달하는 대부분의 센터의 경우 특별한 예진시스템은 없었으며, 본인이 선택한 의료진에 방문할 수 있는 예약을 곧바로 잡을 수 있었다. 하지만 일부 센터의 경우에 본인 스스로 내원했을 경우에 1차적인 진단을 위해 내과의사에게 의뢰하도록 훈련을 시키고 있다.

27개의 센터에서는 개인맞춤으로 치료계획을 잡는 것으로 나타났다. 치료 계획은 다양한 방법으로 만들어졌다. 일부 경우에는 내과의사, 자연요법사, 간호사 등이 1차적으로 수립하기도 하였으며, 그 외의 경우에는 위의 의료진 이외에도 침구사, 마사지사, 시술사 등이 팀을 이루어서 수립하기도 하였다.

그 외에도 26개의 센터에서는 가족들을 치료 과정에 참여시켰다. 환자들이 방문할 시에 가족들이 동참하도록 하거나, 가족들에게 관련 교육을 제공하는 방식 등 방법은 다양하였다. 그리고 19개 센터에서는 전자의료기록을 사용하였다.

## 2.5. 치료성과와 환자만족도

치료성과와 환자만족도에 대한 평가는 각 센터별로 다양한 방법을 통해 진행하고 있었다. 먼저 치료성과의 경우 의료진의 관찰노트, 환자의 진술, 환자의 만족도 조사, 평가양식, 바이오마커, 전자의무기록 등을 통해 확인하고 있었다. 환자 만족도의 경우 센터개별지표(정량평가), Press Ganey Survey, 센터개별지표(정성평가), Office Comment Cards, Validated Questionnaire 순으로 빈도가 높았다. 하지만 임상시험 데이터를 뽑은 것과는 별개로 대부분의 센터들이 환자에 대한 성과 데이터를 모으기는 하지만, 분석할 인력은 별도로 없는 것으로 나타났다.

〈표 2〉 치료 성과 측정방법

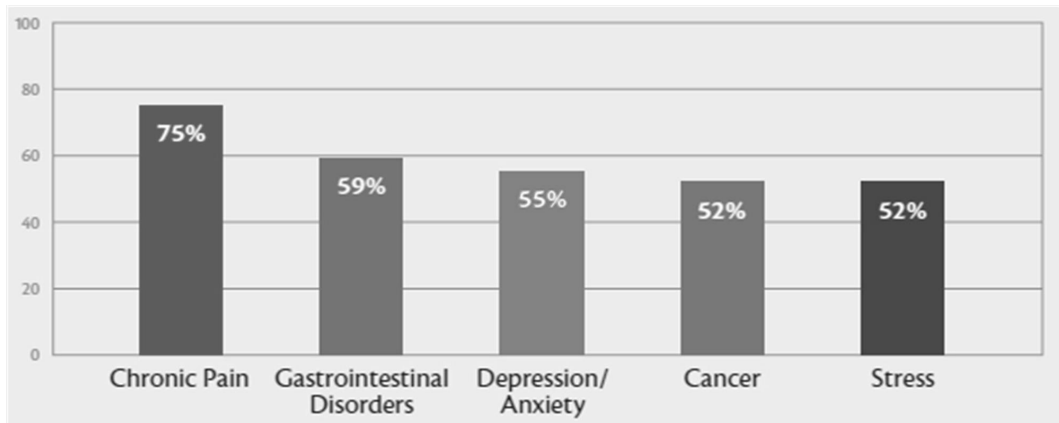
성과 측정방법	센터 수	비율
의료진 관찰 노트	26	90%
환자의 진술	26	90%
만족도 조사	24	83%
평가양식	17	59%
바이오마커	14	48%
전자의무기록	14	48%

〈표 3〉 환자만족도 측정방법

환자만족도 측정방법	센터 수	비율
센터개별지표(정량평가)	18	62%
Press Ganey Survey	12	41%
센터개별지표(정성평가)	10	34%
Office Comment Cards	8	28%
Validated Questionnaire	7	24%

## 2.6. 우선순위 질환

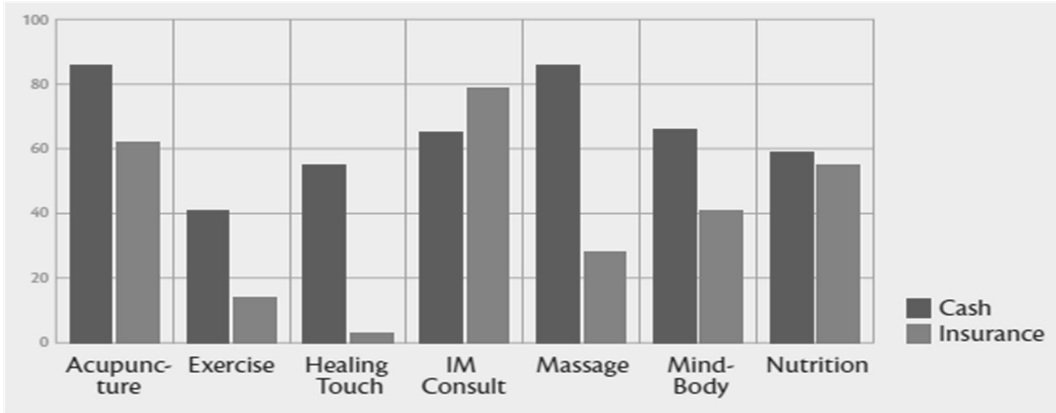
개별 센터에 통합의료로 가장 임상적인 성공을 거두고 있는 질환 5가지를 선택했을 때 결과가 <그림 7>와 같이 나타났다. 우선순위 질환 5가지는 만성통증, 위장관질환, 우울·근심, 암, 스트레스 순이었다. 특히, 절반 이상의 센터가 우선순위 질환이 <그림 7>과 동일한 순서로 나타났다. 만성통증은 75%의 통합의료센터에서 5대 우선순위 질환에 포함되어 환자들이 가장 빈번하게 찾는 질환으로 나타났다. 그 다음으로는 위장관질환이 59%, 우울·근심 55%, 암 52%, 스트레스 52% 순으로 우선순위 질환으로 선택되었다. 고혈압 등 심혈관 질환이 통합의학 치료 효능에 대한 근거가 가장 많이 연구가 되고 있음에도 본 연구에 나타나지 않은 것은 특이한 사항으로 볼 수 있을 것이다.



<그림 7> 통합의학 치료가 유효할 것으로 판단되는 우선순위 질환

## 2.7. 환자들의 지불 유형

통합의학센터를 내원하는 환자들의 지불 유형은 현금과 보험 두 가지로 대변된다. 보험은 민간보험이 대부분이다. 치료를 받은 후에 보험급여에 해당 여부는 보험사업자가 판단한다. 예를 들어 동일한 센터에서 동일한 마사지 치료를 받았지만, 어떤 경우에는 보험급여에 해당될 수가 있으나, 어떤 경우에는 포함되지 않는다. 아직은 대부분의 통합의학 치료의 지불수단은 현금이다. 하지만 IM Consultation이나 Acupuncture의 경우 높은 빈도로 보험에 의해 지불되고 있는 것을 볼 수 있다.



〈그림 8〉 현금과 보험 지불 유형 비교

### 3. 결론

지금까지 2012년 The Bravewell Collaborative의 보고서에 기반하여 미국 통합 의학의 현황에 대해서 일반적인 특징, 의료진, 환자, 치료성과와 환자만족도, 우선순위 질환, 지불 유형의 6가지로 정리하여 살펴보았다.

먼저 대부분의 센터들은 1990년대에 설립되었으며, 센터의 유형은 주치의 모델, 자문 모델, 내포 모델의 3가지 유형의 성격을 혼합적으로 띠고 있었다. 그리고 진료와 더불어 연구와 교육 기능을 갖추고 있었다. 의료진들은 대부분 현대의학을 전공한 의료진이 다수였으며, 다음으로 침구사, 마사지 시술사, 명상지도사, 영양지도사, 요가 지도사 순이었다. 환자의 경우 전 연령기에 걸쳐서 분포하였으며, 대개는 자체적인 판단에 의해서 내원하는 경우가 많았으며, 그렇지 않을 경우에는 센터가 속해 있는 의료시스템으로부터 의뢰를 받았다. 치료성과와 환자만족도의 경우 데이터를 측정하고는 있으나 분석하고 활용하는 단계에는 도달하지 못하고 있으며, 통합의학의 특성에 맞는 별도 측정지표를 보유하고 있지는 않았다. 우선순위 질환의 경우 만성질환, 위장관 질환, 우울·근심, 암, 스트레스 순으로 나타났다. 지불 유형의 경우에는 현재 대부분 현금이었으나, IM consultation과 침 치료 같은 경우 보험 급여를 받는 센터의 비중이 높았다.

The Bravewell Collaborative의 2012년 연구의 경우 단년도의 단면연구이기 때문에 전체적인 방향을 볼 수 없는 한계점은 있었다. 또한, 설문 대상이 센터 단위였기 때문에

센터의 규모 차이 등이 감안되지 않음으로 인한 데이터의 혼란이 있을 것도 예상된다. 하지만, 관련 통계자료들이 부족한 통합의학 분야의 현실을 감안할 때, 미국의 통합의학센터의 현황에 대해서 거시적인 그림을 한 번 볼 수 있는 좋은 자료임은 분명하다. 본 글에서 상술한 내용에 대해서 자세한 내용이나 각 센터에서 실제로 어떻게 운용하는지에 대한 부분에 대해 보다 관심이 있는 독자는 보고서를 전체적으로 한 번 살펴보는 것도 도움이 될 것이다.

### 참 고 문 헌

1. Bonnie Horrigan et al., Integrative Medicine In America, The Bravewell Collaborative, 2012
2. 이성재, 통합의료, 의료인과 정부에 바란다, J Korean Med Assoc, 55(6), 2012
3. 이태형, 김남일, 통합의학의 개념 및 한의학과와의 관계, Korea Journal of Oriental Medicine Vol.17 No.3, 2011

## 오피니언

(Opinion)

- ● 통합의학 의료서비스 혁신의 과제  
류재환 | 경희의료원 동서의학과 교수
- ● 통합의학 제품산업 활성화 방안  
조현주 | 함소아제약 이사
- ● 통합의학 R&D의 새로운 트렌드 및 전망  
한경주 | 보건산업진흥원 융합산업전략실 연구원

## 통합의학 의료서비스 혁신의 과제

경희의료원 동서의학과 교수

류 재 환



### 1. 서론

통합의학이란 정통 서양 의학을 기본적 치료로 하고 세계 여러 나라에 잔존하는 전통 의학(한의학, 중의학, 티벳 의학, 아라비아 유나니, 인도 आयुर्वेद 등)과 보완대체 의학을 진단 및 치료에 응용하는 의학으로 전통 의학이든 보완대체 의학 모두 안정성, 유효성 근거 있는 의학으로 점진적으로 제도권에 합류해야 되며 더 나아가 양약과의 상호 interaction과 부작용, 더 나아가 치료의 당위성 등을 연구해 나가는 의료의 분야로 발전 가능성이 높다고 사료된다.

특히 전통 의학 중 한의학은 고려 시대 후 중국의 중의학이 한국에 전래되어 한국의 전통의학화 했으며 한의사 제도가 없는 일본에서는 캠포의학으로 의사 일부가 치료에 활용하는 상황이고 보완대체 의학은 미국 보완 의학 센터에서 대체의료 체계, 심신 중재, 생물학적 기반 요법, 수기 치료 및 생체 기반 요법, 에너지 요법으로 분류하고 있으며 이를 크게 분류하면 각 국가별 이용 빈도가 차이는 있지만 자연요법, 명상, 카이로프랙틱, 마사지 등이 있다. 실례로 정통 의학 치료에 통합의학적 치료를 주로 응용하는 것은 근골격계 통증 환자, 암 환자, 정신 신경계, 만성 퇴행성 질환 환자 등이며 우리나라에서 통합의학적 사용 빈도가 높은 것은 다이어트, 식이요법, 비타민, 인삼(홍삼)류와 정신신체요법인 음악요법, 요가, 명상, 최면, 기도와 기타 आयुर्वेद, 통증 요법 등이 있다.

궁극적으로 환자 치유 회복력에 도움이 되며 치료의 다양성과 환자의 만족도 증가를 지향하는 의학계의 새로운 시도라 할 수 있다. 이에 한의학, 서양의학의 협진만을 생각한다면 개인적 소견으로는 한의학을 의학의 한 부분으로 독립시켜 정통 서양의학의 한 전문 과목으로 독립시켜 독립된 한의학 전문과는 보완대체 의학과 아울러서 통합

의학의 주체로서 발전시키며 서양의학의 여러 분야에 한의학, 보완대체의학의 영역을 확대해나가는 방법이 있겠다.

이런 방향이 어려운 경우 현재 이원화된 한양방 의료 체제를 유지하면서 주로 서양 의학에 통합의학 전문과를 통하여 한의학, 보완대체의학의 영역 확대, 협진을 좀 더 쉽고 원활하게 시행하여 임상 연구 및 서양의학 치료에 한의학적 및 보완대체의학적 참여 영역 확대, 치료 효과 검증 및 통합 치료의 당위성 등을 연구하는 방향이 있겠다.

## 2. 통합 의료 서비스 개요 및 교육 방향

우리나라 2008년 일차 의료 진료의 대상 설문 중 통합의학에 대한 인식 조사에서 76~83% 정도 환자로부터 문의 받은 경험이 있으며 주로 한약, 생약, 비타민, 미네랄 등 각종 기능성 식품과 침, 뜸과 같은 요법에 대한 문의가 많았다. 반면 환자 요구가 없는 상황에서 통합의학적 치료를 권유한 경험은 14~39% 정도로 주로 기능성 식품과 보충제였다. 특히 통합의학 관련 연구 강좌 참여 경험은 26~59%로 개원의의 통합 의학 관련 교육에 관한 관심이 가장 높았다. 그리고 보충 요법의 관심 있는 분야는 명상, 이완 요법, 아로마 요법 순이고 이원화 의료 체계로 한의학 치료는 통합의학 치료에서 배제된 설문 조사이다.

교육 현황은 2007년 기준 미국의 126개 의과 대학에서 120개 대학에서 통합의학 교육 과정이 개설되어 있으며 우리나라도 2007년부터 대한의학회, 의과대학 학장협의회 중심으로 의과 대학 내 통합의학 교육 과정이 신설되어야 한다는 공감대가 형성되기 시작했다. 그러나 통합의학에 대한 개념 설정, 교수진 부족, 의료법 및 의료 환경적 제약, 표준화된 교과 과정 미비로 정상적으로 학제 운영이 되지 못하고 있으며 그나마 가톨릭 의과대학 내 10여 년 전부터 가정의학교실에서 부분적 통합의학 교육을 의대 본과 3학년 3,4 쿼터에 운영 중에 있다. 미국 내에서는 침술, 허브, 생약, 이완요법, 카이로프랙틱, 동종요법 및 영양요법 등에 대한 교육이 시행되고 있으나 우리나라의 경우 이원화 돼있는 의료체계에서 한의학의 개요 및 임상에 직접 응용할 수 있는 한약, 침술, 한방재활요법 등을 강의할 수 있으나 양의사로서 의료에 사용하기엔 제약이 있으며 긍정적인 면으로는 통합의학적 교육을 받은 의과대학생이 졸업 후 환자와 의료 상담 시 정확한 통합의학에 대한 상담이 가능할 것으로 사료된다.

그러나 각각의 의사와 한의사가 함께 토론해도 각 부분적 치료 분야에 대한 이해는

절대로 소통될 수 없는 상황으로 이에 의학, 한의학이 교류 할 수 있는 통합의학 교실이 필요하게 되는 것이다. 통합의학교실의 성격은 서양의학적 장단점과 한의학적 장단점 등을 숙지해서 환자에게 가장 적절한 치료를 구사할 수 있고 이런 치료의 타당성 및 결과를 연구 도출할 수 있는 전문 분야이기에 양한방 교류 협진에 꼭 필요한 분야로 성장할 것으로 확신한다. 다양한 증상을 호소하는 환자들에 대해, 서양의학에 입각한 치료를 충실하게 수행함과 더불어 새로운 관점의 의학적 접근을 통해 환자의 고통을 경감시키고 만족도를 높이는 것이 한양방 의료협진이다. 기존 서양의학 기반의 치료 후 부족한 부분에 대해 전통의학적 접근을 시도하거나 검증된 보완대체의학의 일부를 치료에 도입하는 것이다. 한의학을 활용해 건강 증진법이나 질병 예방법을 개발·정착시키는 것, 또는 만성 퇴행성 질환이나 암질환 등의 치료 후에 재발 방지 및 건강 체중 유지, 면역 기능 유지 등의 목적을 위해 한의학 활용법을 연구하는 것 등이 그것이다. 한의학의 활용법을 연구하고 그 시스템을 구축한다는 것은 향후 미래의학을 대비해 나간다는 점에서 중요하다.

현대의학의 비약적인 발전과 평균 수명의 빠른 연장 속에서도 아직 극복해내지 못한 의료계의 질병군이 존재한다. 더불어 국내 의료 시장은 의료 소비자들이 한방과 양방을 취사 선택하는 이원화 상태를 보이고 있고, 게다가 근거가 부족한 대체보완 의학이라는 개념까지 혼재돼 있는 상황이다. 이제 의료시장은 의료 소비자 및 잠재 소비자들이 장수와 건강을 유지하는 큰 틀에서, 삶의 양적인 면 뿐 아니라 질적인 향상도 목표로 두고 있다. 이에 의료인들 스스로도 ‘예방과 치료’라는 두 가지 주제에 대해 관심을 높여가고 있다. 이에 부응하기 위해, 지금부터 전통의학과 근거 기반 (Evidence Based)의 보완대체의학, 그리고 서양 전통의학 등에 대한 각각의 장점을 분석하는 한편, 특정 질환을 치료 또는 예방하는 노하우의 공유, 기타 건강 증진을 위해 도모할 수 있는 분야 등에 대한 연구 작업을 활발하게 진행해야 한다. 이를 위해 대학에서는 통합 치료(Integrated Med Treatment)의 타당성, 합리성, 문제점 등의 과학적 근거를 제시하도록 더욱 연구를 경주해야 될 것이며, 지속적인 지원과 노력이 요구된다.

### 3. 결론

우리나라 및 중진 외국은 경우 현 의료 시스템을 적절히 사용함으로써 평균 수명의 괄목할만한 연장이 이루어졌으나 노인층 증가에 따른 만성 퇴행성 질환 및 악성 암

질환 증가폭이 매우 큰 상태에서 현 정통 의학적 의료와 이에 보완적 통합 의료 치료가 크게 요구되고 있으며, 이는 건강 장수 욕구가 증가하는 요구에 맞춰 더욱 증가할 것으로 생각된다.

서양의학과 전통의학, 기타 근거 기반의 보완대체의학 모두는 지향점이 모두 비슷하다. ‘환자의 치료 혹은 질병 예방을 위해 꼭 필요한 시술인가’, ‘장기간 추적 관찰(Long Term f/u) 결과 부작용이 발생하는가’, ‘국민 보건 향상에 필요한가’ 등이 그것이다. 이 모두를 종합적으로 고려하고 반드시 검증해서, 바람직한 의료 통합의 길로 나아가는 것이 필요한 순간이라고 하겠다.

## 통합의학 제품산업 활성화 방안

함소아제약 이사  
조 현 주



### 1. 서론

통합의학(biomedicine과 전통의학이 융합된 의학) 시장은 전세계적으로 점점 확대되고 있습니다. 미국의 산업분석기업 ‘글로벌 인더스트리 애널리스트(GIA)’에 따르면 통합의학센터를 포함한 세계 전통의약 시장은 2015년까지 약1,140억달러(약 122조원) 규모로 성장할 전망입니다. 세계보건기구 (WHO)는 2050년에 전 세계 전통의약 시장이 5조달러 규모까지 커져 정보통신(IT) 시장을 넘어설 것으로 보고 있습니다.

전통의학이 국가 의료 체계 안으로 들어와 있는 한국과 중국 뿐 아니라 유럽과 미주 시장에서도 전통의학과 의학이 함께 공존하며 발전하고 있으며 각 국가에서도 이를 위한 투자를 아끼지 않고 있는 실정입니다. 통합의학이 학문으로서의 가치 뿐만 아니라 성장 가능한 산업으로서의 가치도 충분히 가지고 있다는 것의 반증입니다.

〈표 1〉 주요 국가의 보완대체의학 시장 추이

(단위 : 억 달러, %)

구분	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년	CARG
미국	448.58	473.43	501.69	533.55	568.87	607.79	6.26
유럽	71.42	74.35	77.91	81.90	86.30	91.10	4.99
아-태지역	199.99	208.50	218.23	229.58	242.18	856.16	5.07
기타	133.88	142.33	151.74	162.28	172.94	186.76	6.88
계	853.88	898.62	949.58	1,007.32	1,071.30	1,141.80	5.98

자료: Global Industry Analysts, Inc(2012), 한의학정책연구원(2013), 한의약분야 해외환자 유치지원사업 중장기 계획 재인용

한국의 통합의학 시장은 세계각국의 전통의학이 혼재되어 있는 해외의 사례와는 달리 한의약에 기반한 시장으로 대변됩니다. 한의약의 산업 분야는 한방산업의 정의와 분류에 대한 연구에 따르면, 한의약과 관련된 모든 생산 활동을 일컫는 것으로, 물적 재화인 한약재, 한약재를 원료로 하여 만든 제품, 한의학적 원리에 의한 의료용구 및 지적 재화인 한방 의료서비스와 한방 관련 정보 서비스를 통한 생산 활동을 포괄합니다. 본 기고에서는 이 중 한약재를 원료로 하여 만든 제품, 그 중 의약품에 초점을 맞추겠습니다.

## 2. 의약품 산업에서의 통합의학 제품 산업 활성화 방안

### 2.1. 의약품 산업의 현황

한국의 한의약 시장은 2011년 기준 연간 한의약 관련 업체의 매출액을 7조 5,794억 원으로 추산하고 있습니다. 이 중 한방병원과 한의원, 일부의 한방유사 의료업을 포함한 보건업의 매출이 3조 6,784억 원이며 제품을 생산하는 제조업이 3조 6,261억 원 정도로 추산됩니다. 제조업에는 한의약품 제조업, 한의약 관련 식품, 건강기능성식품 제조업, 화장품 제조업, 의료기기 등이 포괄됩니다.

이 중 한의약품 제조업을 조금 더 깊이 살펴 보면 한약제제 생산액은 2009년 1,628억 원으로 2008년 1,813억 원 대비 10.2% 감소하였습니다.

〈표 2〉 한약제제 생산현황

(단위 : 억 원)

구 분	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년
한약제제 총 생산액	2,034	1,865	1,813	1628	N/A	N/A
단미엑스제	5	6	6	N/A	N/A	N/A
단미혼합엑스제	181	148	141	N/A	N/A	N/A
기타 한약복합제제	1,848	1,711	1,666	N/A	N/A	N/A

원자료 : 2005-2008 한국제약협회 자료를 한국한의학연구원에서 재가공, 2009는 식품의약품안전청 내부자료  
참고자료: 한국한의학연구발간위원회, 2011 한국한의학연구, 2013.

특히 국내 한의약품 제조 제약사들의 매출 규모는 시장의 규모가 점차 축소 됨에 따라 건강기능성식품과 식품 영역의 매출을 제외하고는 미미한 수준으로 전체 매출로 볼 때도 중국(28조 8,116억 원)의 1/158, 일본(1조 7,689억 원)의 1/10규모로 국내시장 협소, 첩약에 편중된 한약처방 등 제약요인으로 수요창출이 어려운 현실입니다.

〈표 3〉 3개국 대표 한방제약회사 생산액 비교현황

국가	기업	2003	2004	2008	2009
한국	광동제약	-	300억 원	403억 원	236억 원
	한국신약	251억 원	257억 원	178억 원	-
중국	북경동인당제약	2,630억 원	-	-	1조 4,358억 원
일본	(주)쓰프라제약	5,607억 원	5,573억 원	-	1조 2,605억 원

자료: 제2차 한의약육성발전계획 2011~2015, 보건복지부

더구나 2천억 원을 하회하는 전체 시장 규모 중에서도 우황청심원에 기반을 둔 한약 제제 상위 11품목의 생산금액에 310억에 달하며, 동화약품의 부채표 쌍화탕 단일 품목의 생산이 54억 원, 광동 쌍화탕의 생산이 76억 원, 수출용 광동쌍화탕이 31억 원 등 실제 한의원에서 사용하지 않는 약국 제품의 생산액이 대부분을 차지하고 있습니다. 그로 인해 한약제제 생산 실적 상위 20개사의 매출을 분석해 보면 약국 유통을 위주로 하는 상위 3사를 제외하고는 생산 규모의 영세함을 벗어나지 못하고 있습니다.

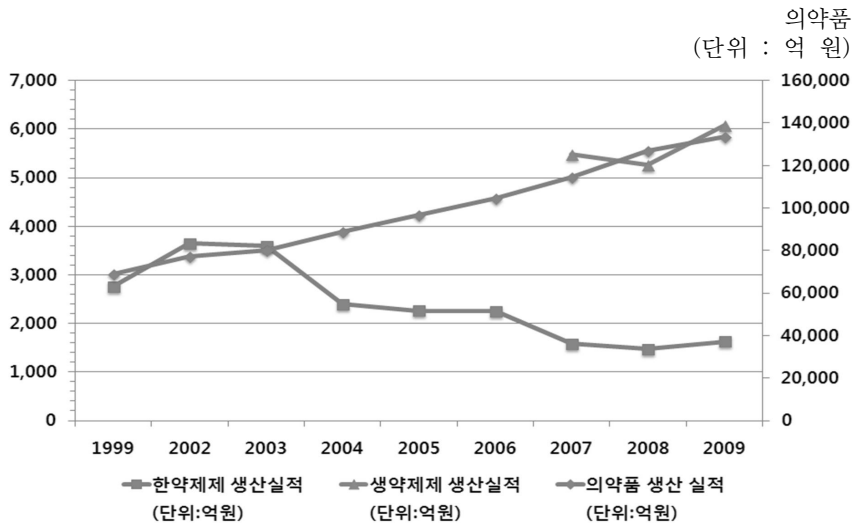
〈표 4〉 2009년 한약제제 상위 20개사 생산실적

순위	제약회사명	금액단위(천 원)
1	광동제약	35,571,862
2	한국신약	23,122,308
3	한풍제약	14,282,190
4	경방신약	8,704,726
5	아이월드제약	7,554,021
6	한국인스팜	7,469,556
7	익수제약	6,121,971
8	조선무약	5,800,319
9	기화제약	5,457,106
10	동화약품	5,420,265

순위	제약회사명	금액단위(천 원)
11	보령제약	4,555,388
12	삼성제약공업	4,482,439
13	정우신약	3,289,206
14	일양약품	3,179,679
15	한중제약	2,583,511
16	경희제약	2,308,908
17	신화제약	1,861,251
18	일화	1,632,114
19	한국인삼공사	1,527,849
20	시미씨엠오코리아	1,212,286

자료: 생약·한약제제 생산 및 유통현황. 글로벌헬스케어. 2010.

반면, 천연물신약으로 개발된 한의약 제제들의 매출은 지속적으로 상승세를 이어가고 있습니다. 특히 동아제약의 스티렌정은 2005년부터 2010년 상반기까지의 누적 매출액이 3,000억 원에 달하며 이후 연간 500억 원을 상회하는 블록버스터 의약품으로 성장하였습니다. 반면 천연물 신약 1호, 국산 신약 8호로 개발된 구주제약의 아피톡신주의 경우 비급여 의약품으로 지정되어 연간 매출이 10억이 되지 않는 초라한 성적을 내고 있습니다.



〈그림 1〉 의약품, 한약제제, 생약제제, 생산실적 비교

자료: 강신정. 천연물·의약품미래개발전략심포지엄발표자료. 2009.

〈표 5〉 천연물신약 2012년 분기별 매출

(단위 : 억 원)

제품명(제약사)	1분기	2분기	3분기
아피톡신주사액(구주제약)	2.3	2.3	2.3
조인스정(SK케미칼)	69	82	87
스티렌정(동아제약)	188	186	184
신바로캡슐(녹십자)	6	10	12
시네츄라시럽(안국약품)	101	88	57
모티리톤정(동아제약)	14	26	41
합계	380	394	383

출처 : IMS

이같은 데이터를 바탕으로 의약품 영역에서 통합의학 제품 시장의 활성화 방안을 강구해 본다면, 기존의 의사와 약사들이 사용하는 시장에 치우쳐 있던 데에서 벗어나, 의사 인력의 20% 이상의 비중을 차지하고 있는 한의사들이 더 많은 의약품을 처방할 수 있도록 제도를 개선하고 시장을 확대시키는 것이 좋은 답이 될 수 있을 것이라 생각합니다.

〈표 6〉 천연물신약 매출 추이

(단위 : 억 원)

제품명(제약사)	2011년 매출	2012년 매출	증가발비
아피톡신주사액(구주제약)	6	7	150
조인스정(SK케미칼)	276	238	60
스티렌정(동아제약)	809	558	180
신바로캡슐(녹십자)	4.7	30.4	-
시네츄라시럽(안국약품)	78	246	-
모티리톤정(동아제약)	2	81	500
합계	1,175.7	1,160.4	

출처 : IMS

## 2.2. 통합 의학 의약품 시장 활성화 방안

### 2.2.1. 제도 개선을 통한 시장 확대

현행 한방 건강보험 제도는 산업과의 선순환 구조가 이루어지지 않고 있습니다.

대다수의 의약품들이 보험에 적용되지 않아 시장이 축소되고 이로 인해 사용량이 감소되어 제약사에서는 품질 관리에 소홀해져 국민의 불신으로 이어지고 있습니다. 이를 개선하기 위해서는 한의사들이 처방할 수 있는 다수의 의약품들에 대해 보험 적용이 확대되어야 하며 이를 통해 접근성 확대를 이루고, 한의사들에게는 적절한 수준으로 처방료를 책정해 주어 처방에 인센티브를 주어야 합니다. 그 결과로 의약품 시장이 확대가 된다면 다양한 제제들에 대해 연구 개발이 이루어 질 것이며 신약 출시와 고도의 품질관리로 이어져 지속적인 양적, 질적 발전이 가능한 선순환 구조로 진입을 할 수 있을 것입니다.

이와 같은 구조는 이미 의과의 건강보험 제도에서 입증되었으며, 일본의 경우 한약제제의 보험 급여 이후 시장이 급격히 확대되는 등 다양한 사례를 참고 할 수 있으므로 치밀한 계획을 통해 한의계의 건강보험제도를 개선하는 것이 시장 확대에는 필수적입니다.

〈표 7〉 진료에 한방의약품을 사용하기 시작한 시점

년도	비율
1975년 이전	3.1%
1976년*	5.0
1977년~1980년	4.5%
1981년~1985년	12.2%
1986년~1990년	23.4%
1991년~1997년	24.4%
1998년~2002년	13.0%
2003년~2006년	10.3%
2007년에 들어서서	0.8%
기억하지 못함.	3.5%

\* 1976년 : 한방약이 보험급여화된 해  
(Ref. 일본 화한의학 동향시리즈Ⅱ, 일본 한방의약품 이용실태 Vol.8, 한국한의학연구원, 2010)

### 2.2.2. 양한방 복합제의 영역 확대

식약처의 의약품 인허가 규정 중 의약품등 표준제조기준이라는 고시가 있습니다. 이 고시의 목적은 의약품등에 사용되는 성분의 종류, 규격, 함량 및 각 성분간의 처방을 표준화함으로써 의약품 등의 허가·신고관리의 효율성을 제고하는 것입니다. 즉, 국가가

상용하는 의약품에 대해서 제조 기준을 제시하고 있는 것인데요. 이 고시의 내용 중 상당 부분은 감기약, 소화제, 진통 해열제 등 국민이 가장 가까이에서 접할 수 있는 기본 의약품에 할애되어 있습니다. 그리고 그 안에는 양약과 한약을 혼합해 제조하는 ‘양한방 복합제’에 관한 부분이 상당수 있습니다.

현재 우리나라에서는 양한방 복합제의 전수가 약국에서 유통이 되고 있습니다. 즉, 약사(일부의 한약사)들만이 이를 활용해 국민 건강에 기여하고 있는 것입니다. 이러한 약들은 한의약의 영역에서 가장 많이 쓰이는 마황탕, 갈근탕, 향소산 등의 감기 처방에 진통제, 해열제, 항히스타민제, 진해거담제 등을 적절히 배합해 제조되고 있습니다. 의사들은 한약에 익숙하지 않아, 한의사들은 양약에 익숙하지 않아 사용하고 있지 않지만, 가장 큰 이유는 의료법상에 한방의료행위, 의료행위의 구분이 모호해 양한방 복합제를 사용 시 잠재적 범법자가 될 우려가 있기 때문입니다.

전통의학은 제도권으로 도입한 옆나라 중국의 경우, 의료 면허제도가 통합되어 있기 때문에 중의와 서의가 의약품을 사용하는 데에 제약이 없습니다. 중성약으로 대변되는 통합의학 의약품의 절대 다수를 서의(의사)가 처방하고 있으며, 중의도 양약과 한약이 섞여 있는 중서약 복합제제(2010년도 [중국약진]의 중성약 표준에 따르면 중서약복합제제의 화학약품은 5-20%이내이어야 함)를 사용하는 데에 거리낌이 없습니다.

중국에서는 한국의 표준제조기준의 일반의약품 상비약 수준이 아닌, 항생제, 고혈압, 당뇨 치료제 등에서도 광범위하게 통합의학 제품을 허가해 주고 있으며 이러한 제품들의 장점에 대해서도 꾸준히 연구하고 있습니다.

### 3. 맺음말

통합의학은 일반적으로 다음과 같이 정의됩니다.

다양한 형태의 보완대체의학을 현대 서양의학적 진단과 치료에 접목시키는 의학. 건강을 위한 예방 전략에 우선적 초점을 맞추어 환자 및 일반인의 전인적 접근을 강조하는 의학의 새로운 패러다임.

우리나라에서는 의사와 한의사가 구분되어 각기 다른 영역에서 국민의 보건을 향상시키기 위해 노력하고 있습니다. 하지만, 의료와 한방 의료의 구분이 모호하며, 치료받는 국민에게는 최선의 방법으로 건강을 증진할 수 있다면 결국 두 가지 영역의 구분은 무의미하다고 볼 수 있습니다.

최근 사법부에서 천연물 신약에 대해 “이 사건 신약은 우리 선조로부터 내려오는 전통적인 한방원리와 현대의학적, 과학적 연구, 검증 및 추출 원리가 복합되어 있는 성질을 갖고 있는 바, 이 사건 신약의 제조 방법이 한방원리 또는 서양의학원리 중 어느 하나의 고유한 방법론에서 기원하는 것이라고 볼 만한 근거가 없어 의사나 한의사 중 어느 일방이 이 사건 신약을 배타적으로 사용할 수 있다고 할 수 없으므로, 한의사가 이 사건 신약을 조제하더라도 그 면허 범위를 초과하였다고 할 수 없다.” 라는 판단을 내린 바 있습니다.

필자는 이 문구 안에, 통합의학 제품산업 활성화의 키가 있다고 생각합니다. 양한방의 구분 아래 각자의 영역을 배타적으로 지키려고 하는 사이, 해외에서는 통합의학의 시너지가 넘쳐나고 있습니다.

## 통합의학 R&D의 새로운 트렌드 및 전망

한국보건산업진흥원 융합산업전략실 연구원

한 경 주



### 1. 서론

보건복지부의 한의약분야 연구개발 사업은 「한의약육성법」 제10조(한의약 연구·개발 사업의 추진 등)와 제11조(한방임상센터 설치 등), 「과학기술기본법」 제11조(국가연구 개발사업의 추진), 「보건의료기술진흥법」 제5조(보건의료기술 연구개발사업의 추진) 등의 법적 추진근거를 가지고 있으며, ‘한의약육성발전계획’과 ‘범부처 한의약 R&D 중장기 육성·발전계획(2008~2017)’에 의거하여 추진하고 있는 국가연구개발사업으로 한의약 분야만을 위해 별도의 법적 근거와 R&D 추진체계<sup>1)</sup>를 가지고 추진되고 있다는 점이 타부처에서 추진되고 있는 한의약 관련 연구개발 사업과는 다른 특징이라고 할 수 있다.

1951년 한의사제도의 채택이후 약 60여 년간의 의료공급 이원화체계를 유지해오며 따라 각 의료공급체계가 각자의 분야에서 분절된 채 전문화와 체계화가 심화되면서 양 의료체계 간의 경직성을 더욱 강화하는 요인으로 작용하게 되었으며 의료서비스 시장의 악화 등에 따라 상호 직능·지역간의 경쟁구도가 심화되면서 상호 불신의 단계 까지 진행되었다.

그러나 인구 고령화에 따른 만성·퇴행성질환 및 암질환 등의 증가와 사회적·환경적 요인 등이 이에 더해져 질환의 복잡성과 다양성이 확대되어 기존 주류 현대의학만으로 해결할 수 없거나 양질의 서비스를 제공하기 어려운 기술적 한계 측면과 요양급여 부담 및 국민 의료비용 가중을 해소하고자 하는 정책적 필요성 그리고 의료서비스의 패러다임이 공급자 중심(“Doctor-Knows-Best”)에서 벗어나 수요자 중심(“Patient-Centered”)으로 이행하는 세계적인 추세 등을 큰 축으로 하여 최근에 통합의학(Integrative Medicine)

1) 한의약분야 R&D 추진을 위해 보건복지부 한의약산업과와 한국보건산업진흥원 한의약기술지원팀의 별도 조직체계를 갖추고 있음

이라는 새로운 형태의 의료서비스 전달체계를 활성화하고자 하는 노력이 시도되고 있으나 통합의학이라는 개념이 추진 주체와 제도 등에 따른 상이한 개념으로 인식됨으로 인해 효율적인 추진의 장애요인으로 작용될 우려가 있다.

실제로 통합의학의 개념은 사용하는 주체, 사용되는 국가와 제도에 따라 다양한 개념들이 상존하고 있는 것이 현실이다. 일반적으로 국내 한의계에서는 통합 의학을 한의학(Korean Traditional Medicine)이라는 근간에 현대의학(Conventional Medicine)이 가지고 있는 강점 부분을 보완적으로 활용하고자 하는 개념으로 사용하고 있으며, 양방에서는 이와 상반되게 현대 의학을 근간으로 하여 한의학의 장점들을 보완적으로 활용하고 기타 보완대체의학(Complementary and Alternative Medicine)까지 통합 의학의 범주에 포함하여 보완적으로 활용하는 것으로 인식하고 있다. 이는 또한 국내와 의료공급 체계를 달리하는 의료일원화체계 하에서는 일반적으로 <표 1>과 같이 통합 의학의 개념이 또 다른 개념으로 받아들여지고 있다.

<표 1> 일반적인 관점에 따른 통합의학의 다양한 개념

구분	서비스 수행 주체(국내)		국가/제도	
	한의사	의사	의료일원화	의료이원화
전통의학	◎	○	×	◎
현대(주류)의학	○	◎	◎	◎
보완대체의학	×	○	○	△

\* 기호별 우선순위: ◎ > ○ > △ > ×

따라서 위와 같은 개념혼재에 따른 장애요인 해소를 위해 상호 존중과 합의를 바탕으로 대국민 의료서비스 질 제고와 의료비용 절감이라는 일관된 방향타를 기준으로 통합의학의 패러다임으로 이행에 적절히 대응하기 위한 정책추진과 제도개선의 필요성이 요구된다.

## 2. 통합의학에 대한 대·내외 여건

### 2.1. 국내환경

대한한방병원협회에 내부자료에 따르면 연도별 협진 한방병원 수는 '08년 112개 그리고 '10년 116개로 증가하고 있는 추세이며 이는 전체 한방병원 중 약 70%에 달하는

수치이나 과반이 넘는 약 53%가 양방 병원급이 아닌 의원급과 협진을 실시하고 있는 실정이다. 다만, '09년도 「의료법」 개정으로 '10년 1월부터 병원급 이상 의료기관에서 의사, 한의사, 치과의사를 고용하여 진료과목을 추가로 설치·운영이 가능해짐에 따라 36개 한방병원에서 양방의과를 설치하였으며, 71개 양방병원에서 한의과 설치<sup>2)</sup>를 통한 한·양방 간의 협진과 협력연구 기반이 마련되었다.

또한 통합의학에 대한 지속적인 논의를 통하여 현대의학, 한의학과 보완대체의학의 결합을 목표로 임상서비스, 임상연구 및 인프라 구축을 위해 대구 통합의료진흥원에 '13년과 '14년에 각 40억 원씩 국비 80억 원(총 사업비 114억 원)이 지원되고 있으며, 장흥 통합의료센터도 '12년~'15년도까지 센터 건립비로 국비 174억 원(총 사업비 246억 원)이 지원되어 향후 통합의학 R&D 활성화에 기여할 것으로 보인다.

## 2.2. 국외환경

중국의 경우 '10년 기준 중서의결합병원 256개와 주로 외래의료를 제공하는 중서의 결합문진부가 192개소 운영이며, 총 31,015개의 병상 수를 가지고 '11년의 경우 외래 이용환자 수가 약 2,900만 명('05년 이후 연평균 12.2%↑)하였고 입원환자 역시 약 100만명('05년 이후 연평균 16.5%↑)이 이용하여 최근 들어 이용 환자수가 급증하고 있는 추세이다<sup>3)</sup>.

또한 3급 이상 병원급 의료기관에 중의과 설치를 의무화<sup>4)</sup>하여 중서의 협진 활성화를 위해 노력하고 있다.

일본은 의과대학의 한방의료 교육을 의무화하여 총 대학병원의 82.5%에서 한방외래부를 설치하고 한약·양약 병용 투여를 시행 중이며<sup>5)</sup>, 이러한 정책환경에 따라 대다수 일본인이 한약 및 한방치료에 대한 신뢰를 가지고 있고 양약과의 병용 형태의 한방의약품 이용이 활성화되어 있다.

미국의 경우는 통합의학을 연구하는 의과대학 내 51개 센터들의 (CAHCIM, Consortium of Academic Health Centers for Integrative Medicine) 협의체를 구성하였으며, 국립보완대체의학연구소(NCCAM)을 통해 보완대체의학 발전을 추동하고 있는 것으로 파악되었다.

2) '11년 보건복지부 내부자료

3) 중국의 전통의학-양의학 협진서비스 현황 및 전달체계(대외경제정책연구원, 2012)

4) 중국의 전통의학-양의학 협진서비스 현황 및 전달체계(대외경제정책연구원, 보건사회연구원, 2012)

5) 한의약분야 중점 R&D도출을 위한 기획연구(보건복지부(한국한의학연구원), 2012)

R&D투자 측면에서 보면 중국의 경우 '09년도 중의약관련 R&D에 약 1,076억 원을 투자하였고 '11년도까지 약 1,419억 원까지 투자를 확대하여 연평균 14.8%씩 투자를 확대하고, 이를 통해 중서의결합에서 중서의융합단계로의 발전을 추진 중이며 기초임상연구 확대와 인력양성 분야를 강화하고 있다. 같은 기간 미국은 국립보완대체의학센터(NCCAM)과 국립암센터(NCI)를 중심으로 연평균 약 5,389억 원을 투자하였고, 특히 EBM(Evidence-Based Medicine)분야와 천연물신약 분야에 집중투자하고 있는 것으로 나타났다.<sup>6)</sup>

### 3. 통합의학 R&D 추진경과 및 새로운 트렌드

#### 3.1. 통합의학 R&D 추진경과

국내 통합의학 R&D는 '한의약R&D 중장기 육성·발전 계획(2008~2017)'을 통한 2-1 한의약 R&D 선진화 전략을 위한 한·양방의 복합/융합 의료신기술 개발과제 추진계획을 토대로 '11년도 하반기 한의약선도기술개발사업을 통하여 현재 개별적으로 사용되고 있는 한방치료기술과 양방치료기술을 병행치료하여 난치성질환의 치료효과를 높일 수 있도록 새로운 치료기술 개발을 목적으로 하는 '한·양방 협력연구를 통한 새로운 치료기술개발' 분야에 지원하면서 시작되었다.

〈표 2〉 2011년도 한·양방 협력연구를 통한 새로운 치료기술개발 지원현황

구분	단계 (기간)	연간 연구비	최종목표
탐색 및 비임상 협력연구	5년이내	연간 3억 원이내	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 종료전 임상시험계획승인(IND)</li> <li>• 과제 종료 전 제안된 과제관련의 SCI(E) 등재 저널에 9편 이상 게재</li> </ul>
비임상 및 임상 협력 연구	1단계 (4년이내)	연간 3억 원이내	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 종료전 임상시험계획승인(IND)</li> <li>• SCI(E) 6편 이상</li> </ul>
	2단계 (4년이내)	연간 6억 원이내	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 한방 및 양방의료기관으로 구성된 다기관 임상연구수행</li> <li>• 차상위단계 임상시험계획승인(IND) 혹은 NDA 신청</li> <li>• 국제적 통용 가능한 한양방협력연구 수행을 위한 가이드라인 개발</li> </ul>

6) 2012 한국한의약연감(한국한의약연구원, 2013)

참고: '13년도 연평균 환율적용 1₩ = 178.1 KRW, 1\$ = 1,095 KRW

이를 통해 <표 3>과 같이 국가연구개발사업 최초로 통합의학과 관련하여 한·양방 협력 연구분야에 ‘탐색 및 비임상 협력연구’ 1개과제와 ‘비임상과 임상협력연구’ 2개 과제를 선정하여 지원하게 되었다. 개과제를 선정하여 지원하게 되었다.

〈표 3〉 2011년도 한·양방 협력연구를 통한 새로운 치료기술개발 선정과제 현황

(단위 : 백만 원)

구분	과제명	연구기간 (단계별)	총 연구비 (단계별)
탐색 및 비임상 협력연구	항암제와 복방 한약의 병행투여를 통한 암 치료 최적화 연구	5년	1,372
비임상 및 임상 협력 연구	전이성 유방암 치료 신약개발 SH003의 안전성·유효성 확보를 위한 비임상 및 임상연구	8년 (4 + 4)	3,600 (1,200 + 2,400)
	희귀 난치성 신경계 및 근육질환 한·양방 협력연구	8년 (4 + 4)	3,600 (1,200 + 2,400)
2개분야 3개 과제		8년 간 약 84억 원 지원	

이후 '13년도에도 '11년도와 동일한 지원목적을 가지고 한의약선도기술개발사업을 통해 ‘한·양방 협력연구를 통한 새로운 치료기술개발’ 신규과제에 대한 공고를 하였고, 단지 지원 구분을 기존 2개에서 연구단계 기준으로 3개(탐색, 비임상 그리고 임상)로 확대하고, 연구기관 및 지원연구비의 일부 보정을 통해 사업공고를 실시하여 ‘탐색’ 분야만<sup>7)</sup> 2개 과제를 선정하였다. <표 4, 5>

〈표 4〉 2013년도 한·양방 협력연구를 통한 새로운 치료기술개발 지원현황

구분	연구기간	연간 연구비	최종목표
탐색	3년이내	연간 3억 원 이내	<ul style="list-style-type: none"> <li>과제 종료 전 SCI(E) 논문 3편 이상</li> <li>과제 종료 2년 이내 SCI(E) 논문 2편 이상</li> </ul>
비임상	3년이내	연간 3억 원 이내	<ul style="list-style-type: none"> <li>종료전 임상시험계획승인(IND)</li> </ul>
임상	3년이내	연간 6억 원 이내	<ul style="list-style-type: none"> <li>한방 및 양방의료기관으로 구성된 다기관</li> <li>임상시험 수행을 통한 차상위단계 임상시험계획승인(IND) 혹은 NDA 신청</li> <li>한·양방 협진 임상경로 개발</li> </ul>

7) 한·양방 협력연구 분야가 예산확보의 어려움 및 타 내역사업과의 투자우선순위 고려로 인해 매년 지속적으로 추진되지 못하고 간헐적으로 추진됨에 따라 한·양방 협력연구에 대한 선행연구가 없이는 3년 이내 식약처 IND승인이라는 목표달성이 불투명하고 임상분야의 경우는 기존 IND승인서가 필수제출 서류로 요구됨에 따라 이에 대한 즉각적인 대응에 대한 애로사항 등이 복합적으로 반영되어 탐색분야만 선정된 것으로 보임

〈표 5〉 2013년도 한·양방 협력연구를 통한 새로운 치료기술개발 선정과제 현황

(단위 : 백만 원)

구분	과제명	연구기간	총 연구비
탐색	파킨슨병 환자 삶의 질 개선을 위한 한양방 협력치료의 최적화 조건 탐색 및 기초 기전연구	3년	900
	침치료의 심혈관질환 치료기술 확립을 위한 한양방 협력 연구	3년	900
1개분야 2개 과제		3년 간 18억 원 지원	

위와 같이 한·양방 협력연구를 통해 추진된 통합의학 R&D의 첫걸음은 한의학분야를 중심으로 의·생명분야와의 느슨한 형태의 협력연구<sup>8)</sup>를 통해 기전연구, 한약제제의 파이프라인 확보 및 이의 임상연구를 주요 목적으로 하는 연구가 수행되고 있으며 정부가 별도의 트랙으로 지원하는 최초의 한·양방 협력연구라는 의미를 가진다. 다만, 관련 연구자 풀(Pool), 한·양방 협력연구의 지향점 및 관련 제도 등에 대한 면밀한 분석을 통한 향후 연구진행에 대한 예측이 명확하지 못한 상태에서 소규모 시범연구를 통한 시행착오 절차를 거치지 못한 점과 한의약선도기술개발사업의 전체 투자포트폴리오에 대한 고려가 부족한 상태에서 초기단계부터 너무 과도하게 사업규모를 대형으로 그리고 연구기간을 장기간으로 기획된 사업이 아닌가 하는 아쉬움을 남긴다.

### 3.2. 통합의학 R&D 새로운 트렌드

'13년 박근혜정부가 출범하고, 향후 5년간의 정부의 비전과 전략을 담은 국정과제를 관계부처 합동으로 발표하였는데 한의약과 관련된 국정과제는 9-<sup>[4]</sup> 전략적 보건의료 (HT) R&D 투자확대에 양·한방 융합과 9-<sup>[7]</sup> 한의약 세계화 추진이 포함되었다.

부가가치가 높은 첨단의료기술개발을 위해 국정과제로 양·한방 융합분야가 포함됨에 따라 「양·한방 융합기반 기술개발사업」을 신규로 추진할 수 있는 초석이 마련되었으며 여러 노력들의 결실로 '14년도에 총 사업비 35.6억 원<sup>9)</sup>(신규예산 20.6억 원)을 확보할 수 있었다.

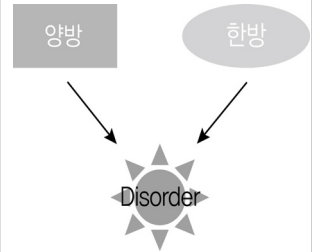
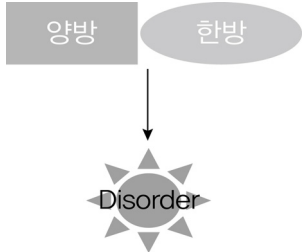
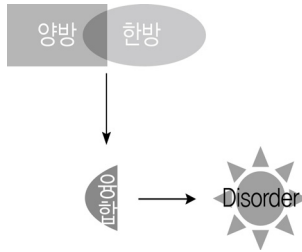
「양·한방 융합기반 기술개발사업」은 전통 한의학의 강점과 현대의학을 융합하여 새로운 부가가치 창출을 통해 창조적 미래산업 육성으로 한의학의 세계화를 구현하고자

8) 세부과제에 양방임상의 참여가 배제되었거나, 주관연구기관(1세부)인 한의과대학 중심으로 연구의 주요내용이 편중되어 각 세부 간 협력연구의 필요성과 협력체계 구축 상태가 상대적으로 강력하지 못한 상태

9) 「한의약선도기술개발사업」에서 추진하던 '한·양방 협력연구를 위한 새로운 치료기술개발' 분야 이관 포함

하는 목적과 '10년부터 양·한방 협진제도 본격시행에 따른 수요 및 공급 확대에 이에 대한 안전성·유효성 검증, 의료공급 이원화체계 하에서의 의료비용 절감과 글로벌 통합의학 시장 선점을 위한 필요성에 따라 추진하게 되었으며, 기존 한·양방 협력연구와의 차별성을 위해 연구범위를 양방과 한방의 결합정도에 따라 구분하여 추진하였다. <표 6>

<표 6> 양·한방 융합기반 기술개발사업 연구범위

	한·양방 협력연구	공동 부분	양·한방 융합연구
결합정도	협력/협진(Package) <<	복합(Hybrid) <<	융합(Fusion)
내용	<p>느슨한 형태의 협업으로 단순한 공동 진료를 위한 활동</p> 	<p>양·한방 고유의 특성은 유지 하면서 직접적인 치료효과를 높이기 위한 상호보완을 위한 활동</p> 	<p>한방과 양방의 장점은 극대화하고 단점은 상호보완하여 새로운 형태의 치료기술 개발 활동</p> 

세부적으로는 ‘양·한방 융합 기초(전임상)연구’ 의약품/비의약품분야와 ‘양·한방 융합 임상연구’ 의약품/비의약품분야로 구분하여 제품화·산업화에 대한 수요가 높은 한약 제제관련 연구의 집중을 분산하고 공공보건의료 및 의료서비스 질 제고에 기여할 수 있는 치료기술 및 의료방법 등에 대한 지원을 담보할 수 있도록 기획하였다.

‘양·한방 융합 기초(전임상)연구’는 4대 중증질환, 만성 및 난치성질환을 대상으로 양·한방 융합 약물 및 치료기술 활용을 통하여 양·한방 공동으로 활용 가능한 융합형 신약개발 및 새로운 예방·진단·치료기술을 개발하는 것을 목적으로 하고 있으며, 특이사항으로는 의료방법에 관한 기술개발이 목적인 경우를 제외하고 2단계부터는 참여기업이 반드시 주관 또는 세부연구기관으로 포함되어야 하고 한방 및 양방 관련 연구자가 반드시 공동으로 참여하여 연구가 진행되어야 하는 제약사항을 두었다. 이에 따라 <표 7>과 같은 내용으로 사업공고를 실시하여 2개 분야 총 4개 신규과제를 선정·지원하게 되었다.<표 8>

〈표 7〉 양·한방 융합 기초(전임상)연구 주요 지원내용

세부분야	단계 및 연구비		기간	단계별 최소요구 성과
의약품1)	1단계	연간 3억 원 이내	4년 이내 (2 + 2)	• 신약 후보물질 발굴 2건 이상 ※ 특허출원 또는 SCI(E)급 논문 게재 실적만 인정
	2단계	연간 3억 원 이내		• 식품의약품안전처 임상시험계획(IND) 1건 이상 승인 • SCI(E)급 논문 2편 이상 게재
비 의약품2)	1단계	연간 3억 원 이내	4년 이내 (2 + 2)	• 융합형 치료기술 또는 진단·치료기기 개발 중 2건 이상 ※ 특허출원 또는 SCI(E)급 논문 게재 실적만 인정
	2단계	연간 3억 원 이내		• 식품의약품안전처 임상시험계획 1건 이상 승인3) • SCI(E)급 논문 2편 이상 게재
1) 한약제제에 양방의 의약품을 융합한 기초연구, 필요 시 양방의 치료기술 응용 가능. 2) 한방치료기술에 양방 치료기술을 융합한 기초연구, 필요 시 양방의 의약품 응용 가능. 3) 산업상 이용할 수 없어 식품의약품안전처의 허가용임상시험계획 승인을 받기 불가한 의료방법(수술·진단·치료방법)에 관한 기술개발인 경우 연구자임상시험계획승인과 임상연구윤리심의위원회(IRB) 승인으로 대체				

〈표 8〉 양·한방 융합 기초(전임상)연구분야 선정과제 현황

구분	과제명	연구기간	총 연구비
의약품	양한방 병용투여를 통한 B형간염바이러스에 의한 만성간염 및 간암 신규 치료전략 개발	4년 (2 + 2)	12억 원
	양한방 융합 연구를 통한 당뇨 및 비만 동시 개선 약물 개발	4년 (2 + 2)	12억 원
	시스플라틴의 부작용을 완하시키는 한약제제 개발	4년 (2 + 2)	12억 원
비의약품	뇌성마비의 양한방융합 재활치료기술 개발과 근거 구축 연구	4년 (2 + 2)	12억 원
2개 분야 4개 과제		4년 간 48억 원 지원	

‘양·한방 융합 임상연구’는 양·한방 융합 전임상연구 단계에 대한 선행연구 없이 즉각적으로 양·한방 융합 임상연구 수행이 어려울 것<sup>10)</sup>을 고려하여, 4대 중증질환 및 만성·난치성 질환 등을 중심으로 현재 적용되고 있는 한의 예방, 진단, 치료 예측 및 예후 관련 기술을 활용하여 현대의학과와의 융합연구를 통하여 양·한방 공동으로 활용 가능한 융합형 신약개발 및 새로운 예방·진단·치료기술 개발을 지원 목적으로 하였

10) 양·한방 융합 기초(전임상)연구 사업이 종료되는 '17년에는 기초(전임상)연구를 통해 발굴된 융합형 신약 및 치료기술에 대한 즉각적인 임상연구 연계체제 마련을 위해 별도의 지원분야가 마련될 예정이다.

으며 특이사항으로 양방과 한방 임상연구가 필수적으로 참여하도록 하는 제한사항을 두었다. '양·한방 융합 임상연구' 의약품 분야는 새로운 적응증의 추가를, 그리고 비의약품 분야는 영향력 높은 저널에 게재를 통해 한의약 연구의 신뢰성과 유효성에 대해 글로벌 수준에서 인정받을 수 있도록 요구하였으며, 선정과정을 통해 비의약품 분야에서 1개만 신규과제로 선정하였다. 금년에 선정하지 않은 의약품 분야에 대해서는 '14년도 하반기 재공모를 통해 우수 과제를 선정할 계획을 가지고 있다.

〈표 9〉 양·한방 융합 임상연구 주요 지원내용

세부분야	단계 및 연구비		기간	단계별 최소요구 성과
의약품 <sup>1)</sup>	1단계	연간 4억 원 이내	4년 이내 (2 + 2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>식품의약품안전처 허가용임상시험계획(IND) 승인 (적응증 추가)</li> <li>소규모 임상시험(Pilot study) 2건 이상. 다만, 양·한방 병원 모두 최소 1건 이상 임상시험 참여</li> </ul>
	2단계	연간 4억 원 이내		<ul style="list-style-type: none"> <li>해당 임상연구 수행 및 적응증 추가를 위한 품목허가</li> <li>SCI(E)급 논문 2편 이상 게재</li> </ul>
비 의약품 <sup>2)</sup>	연간 3억 원 이내		3년 이내	<ul style="list-style-type: none"> <li>식품의약품안전처 임상시험계획 승인 (연구자임상시험)</li> <li>SCI(E)급 논문 게재 (IF 총합 6이상)</li> </ul>

1) 한약제제에 양방의 의약품을 융합한 임상연구, 필요 시 양방의 치료기술 응용 가능.  
2) 한방치료기술에 양방치료기술을 융합한 임상연구, 필요 시 양방의 의약품 응용 가능.

〈표 10〉 양·한방 융합 임상연구분야 선정과제 현황

구분	과제명	연구기간	총 연구비
비의약품	뇌졸중에서 경두개 전자기 자극과 두침 자극의 뇌신경 융합 자극 치료 기술 개발	3년	9억 원
1개 분야 1개 과제		3년 간 9억 원 지원	

기존의 느슨한 형태의 협업을 통한 단순 공동 진료와 양한방 간의 분절된 연구수행 형태를 넘어서 양·한방 간의 장점을 극대화하고 단점의 상호보완을 통해 활용성이 높은 새로운 형태의 융합형 치료기술개발을 추동하고자 '14년도 신규로 추진되었던 「양·한방 융합기반 기술개발사업」의 차별성과 의의를 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 한의약 연구개발 사업임에도 불구하고 학문분야에 따른 구별 없이 개방형 연구 기회를 제공하였다. 과제제안요청서를 통해 명시적으로 양·한방 관련분야 모든 연구자

에게 동등한 연구 참여 기회를 제공하였으며, 실질적인 양·한방 융합 연구가 수행될 수 있도록 평가지표 상 연구 내용 및 연구진이 양·한방 간에 적절하게 구성되었는지에 대한 내용을 포함시켰고, 과제평가단을 양·한방 분야가 동수로 구성하여 균형 있는 평가가 이뤄질 수 있도록 하였다. 실제로 이번에 신규로 선정된 5개 과제에 14개의 연구기관이 참여하는데 한의대(한의학전대학원 포함) 7개 기관과 7개의 의대 및 약대의 연구기관이 참여하게 되었으며, 5명의 주관연구책임자 중 2명이 양한방분야에 모두 연구경험이 있는 복수면허자나 복수학위자로 나타났다.

둘째, 융합형 신약개발과 치료기술개발분야 간의 지원균형을 이룰 수 있었다. 그간 R&BD 투자전략에 따라 제품화·산업화 가능한 분야에 투자가 집중된 반면 의료행위·방법 등의 치료기술개발을 위한 투자가 소외되어 왔으나, 지원분야의 트랙을 구분하여 의료행위·방법 등의 치료기술개발 분야에 대한 지원 가능성을 열어둠으로써 5개 과제 중 2개 과제가 선정될 수 있었다.

마지막으로 기존에 지원하던 탐색분야를 폐지함으로써 부처 간 역할에 따른 투자 중복 시비를 해소할 수 있었으며, 인허가 등을 고려하여 연구단계별 관리와 총 연구기간을 기존 3년에서 4년으로의 연장을 통해 연구 수행의 체계성과 성공 가능성을 제고하고자 하였다.

#### 4. 통합의학 R&D의 향후 전망

'96년 '한의학육성·발전계획' 마련을 통해 '97년부터 최초의 정부 한의약 연구개발 사업이 시작되었고 17년이라는 비교적 짧은 시간이 지난 지금은 이종학문 간의 융합 연구를 통해 기존 한의약 R&D에 대한 패러다임 변화를 유도하고 있다. 정부와 국민이 바라는 이러한 유도의 목적은 단순한데 융합연구를 통한 양질의 의료서비스를 제공 받고자 하는 욕구와 과도한 의료비용 부담으로 부서의 해소가 그것이다. 또한 이 과정에서 창출된 융합형 신약 및 의료기술개발을 통해 새로운 먹거리 분야를 개척하여 급속히 성장하고 있는 세계 보완대체의학 시장을 선점하고자 하는 기대가 포함되어 있다 할 수 있다.


이러한 기대에 부응하기 위해 향후 통합의학 R&D는 보다 전략적으로 장기적인 안목을 가지고 추진되어야 할 것으로 보인다.

단기적으로는 통합의학 R&D를 통해 국내 법·제도의 개선을 추동할 수 있도록 국내 수준에서의 양·한방 융합연구의 지속 추진뿐만 아니라 양·한방 융합 국제공동연구를 추진하는 것도 하나의 방안으로 고려될 수 있을 것이며, 이러한 전략추진을 위한 기반 마련 차원에서 '14년도 하반기에는 양·한방 융합기술관련 제도 환경 구축방안에 대한 기획연구 추진 등의 시도가 있을 예정이다. 이러한 시도는 한의약 제도관련 인허가 담당 기관의 고민을 이끌어 내는 하나의 방안이 될 것이며 이러한 계기를 확장하여 산·학·관·연이 함께 고민할 수 있는 새로운 전기를 마련하는 방향으로 추진될 것으로 보인다. 또한 양·한방 융합 다국가 임상 및 전임상 연구 추진을 통해 한의약기술의 경쟁력 확보 및 글로벌 시장을 타킷으로 한 산업융합 신산업으로서 한의학 세계화에 기여할 수 있을 것으로 보인다.

중장기적인 관점에서는 양·한방의료 영역의 중간지대를 설정하는 등의 개선된 제도 하에서 양 직능단체 간의 상호 학문에 대한 진정한 존중 및 신뢰성 확보 기회를 확대하기 위한 양·한방 융합연구의 활성화를 넘어서 융합연구의 보편화가 필요할 것으로 보인다. 또한 양·한방 융합연구 결과물의 가치는 기존 치료기술의 한계 극복(만성·난치성 질환 등) 혹은 기존 대체가능 치료기술 대비 비용효과(cost-effectiveness)에 있기 때문에 이러한 부분에서 가치를 발휘할 수 있는 분야 및 대상이 적절한 과정을 통해 설정(Top-down)될 것으로 보이며, 이러한 범주 내에서 향후 정부의 통합의학 R&D가 중점적으로 추진될 것으로 예상해볼 수 있을 것으로 보인다.

마지막으로 세계 의료서비스 패러다임이 치료의 유용성, 의료비용 그리고 인구학적 변화(Demographical Change) 등에 따라 공급자 중심에서 수요자 중심 그리고 치료(cure) 중심에서 관리(care) 이행하고 있으며 이러한 변화에 대응하기 위해 R&D투자도 현대 의학 한 분야만과의 융합연구가 아닌 NBICs<sup>11)</sup>와 인문학까지 포함하는 융합형 R&D 연구가 활성화될 것으로 예상되며, 이러한 융합형 연구는 사회적으로 필요로 하는 분야에 선제적으로 문제해결형 R&D 형태로 투자될 것으로 보인다. 이러한 트렌드 안에서 한의학은 고유 강점분야인 만성질환 및 예방·관리 분야 등에서 그 역할이 중요해질 것으로 예상되나 2010-2012년 국가연구개발사업(130,821과제)을 분석해본 결과 국가 전체 과제 중 연평균 15.8% 그리고 보건의료분야는 23.8% 과제가 이·동종 간 융합 연구를 진행하였으나 한의학 분야는 단지 11.3%에 불과한 것으로 나타났으며, 융합과제 비율은 국가 전체가 연평균 17.1%씩 증가하고 있으나 한의학분야는 단지 1.6% 증가에 그치고 있어 여러 외부 환경변화에 적절하게 대응하기 위해서는 향후 한의학 분야 융합연구에 대한 투자의 조속한 확대가 필요할 것으로 보인다.

11) NBICs = Nanotechnology + Biotechnology + Information and Communications Technology + Cognitive Science



## 현장의 목소리

- 협진에 대한 정부차원의 비전과 방향 제시 필요  
손지형 | 국립재활원 한방재활의학과 과장
- 협진 진료비 현실화 정책 필요  
이윤재 | 차의과대학교 분당차병원 한방부인과
- 협진 분야에 대한 꾸준한 연구가 뒷받침되어야  
박민정 | 서울대학교 보건대학원 박사과정
- 한의계 도전적인 연구를 통해 통합의학 기반 다져야  
오달석 | 한국한의학연구원 한의의료기술연구그룹 선임연구원

## 협진에 대한 정부차원의 비전과 방향 제시 필요

국립재활원 한방재활의학과  
손지형



### 협진이 이루어지고 있는 현장 의견

#### 1. 간단한 자기소개를 부탁드립니다.

안녕하세요? 저는 현재 보건복지부 산하 국립재활원에서 한방재활의학과와 과장직을 맡고 있는 기술서기관 손지형입니다.

경희대학교 한의학과, 서울대학교 보건학 석사, 경희대학교 한의학 박사를 졸업하였으며 국립중앙의료원에서 침구의학 전문의 과정을 마쳤습니다.

#### 2. 협진과 관련된 연구를 하게 된 배경과 하는(또는 했던) 업무(또는 연구)는 구체적으로 무엇인지 말씀해주세요.

국립재활원에 한의과가 설치된 것은 2010년 11월부터입니다. 국립재활원은 보건복지부 산하기관으로서 의료, 연구, 교육을 통해 장애인의 건강증진과 사회복귀에 기여하고 국민의 삶의 질 향상을 목표로 하는 국가중앙재활기관입니다. 국립기관일수록 민간 병원과는 달리 협의 진료를 해야 하는 경우가 많습니다.

국립중앙의료원 시절 의과와의 협진을 통해 시너지를 창출한 경우를 많이 보았고 그러한 시너지를 내기 위해서 과간 교류와 교육이 중요하다는 것을 많이 느꼈습니다. 따라서 현재 협진 관련 연구와 진료를 동시에 할 수 있는 국립재활원에서 근무하게 된 것은 개인적으로 행운이라고 생각하고 있습니다.

국립재활원에서 저는 척수손상, 뇌졸중, 발달장애소아 등 여러 형태의 장애를 지닌 장애인들을 대상으로 한의진료를 시행하고 있습니다. 그와 동시에 재활연구소와

연계하여 뇌졸중 및 척수손상 환자의 통증에 대한 협진 프로토콜을 설정하는 연구를 작년부터 시행중에 있습니다.

### 3. 협진 업무(또는 연구)를 하시는 동안 가장 큰 어려운 점은 무엇인지 말씀해주세요.

아무래도 한의학 지식이 없는 의사들에게 한의학을 이해시키면서 협진을 이끌어내는 것이 가장 어려운 것 같습니다. 다행히 국립재활원에 근무하는 의사들은 한의학에 대해 크게 거부감이 없지만 한의학에 대해 잘 알지 못하기 때문에 어떤 질환을 의뢰해야 할지 고민을 많이 하는 것 같습니다.

작년에 시행한 뇌졸중 환자의 어깨통증에 대한 연구 중 의사를 대상으로 한의학을 어떤 경우에 적용하면 좋을지 의사를 대상으로 인터뷰한 연구에서 90%이상의 의사들이 '한의학이 어떤 질환을 치료할 수 있는지 몰라서 의뢰가 어렵다'라고 응답하였습니다. 따라서 현재 가장 중요한 것은 서로간의 학문적 이해도를 높이는 작업이 밑바탕이 되어야 한다고 생각합니다.

하지만 개인적인 차원에서 의학과 한의학 간의 학문적인 이해도를 높이기 위한 행위들을 시행하는 것은 굉장히 어려운 일입니다. 서로 다른 두 직업군이 뚜렷한 한 가지 목표를 가지지 않는 이상 현재의 의료시스템 아래에서 서로를 이해하는 것은 분명한 한계가 있기 때문입니다.

의과 한의과 협진을 위한 상호교류는 개인적인 호기심이나 관심만으로 이루어지기는 매우 어렵습니다. 따라서 이러한 상호교류를 위해 협진에 대한 정부차원의 비전과 방향 제시가 반드시 필요합니다. 정부는 보건의료시스템에서 협진이 한 역할을 담당할 수 있도록 역할을 부여하고 비전을 제시해야 할 것입니다.

### 4. 언급한 어려운 점을 해결하기 위해서 앞으로 정부를 포함한 이해 당사자들의 어떠한 노력이 필요한지 말씀해주세요.

의과·한의과 협진은 지금의 의료체계하에서 보다 보완적인 진료를 구현하기 위한 한 가지 시스템입니다. 의과·한의과 협진 이외에도 통합의료 융합의료 등 새로운 의료시스템이 나타나고 있으며 이들은 수동적인 한국의 의료시스템에 새로운 활력을 불어넣어주고 있습니다. 하지만 현재 정부에서는 의과·한의과 협진 방향에 대한 구체적인 계획을 제시하지 않고 있습니다. 2010년 보건복지부내에 발족되었던 협진 관련 태스크포스도 현재는 해체되어 협진에 대한 정부차원의 방향 제시는 없는 상태입니다.

이에 의과·한의과 협의진료를 통해 새로운 의료를 창출하겠다는 노력은 개인적인 수준에서 머물고 있어 제도적인 지원과 미래지향적인 계획수립이 절실한 때입니다. 이는 민간 차원에서는 할 수 없으며 정부 차원에서 장기간의 계획을 가지고 진행해야 할 것입니다. 정부에서 큰 방향을 정했을 때 협진에 대한 연구, 교육 등을 보다 효과적으로 진행할 수 있습니다. 정부차원에서 의과·한의과 협진에 대한 비전을 제시하고 큰 틀을 짜는 것이 지금 필요한 일입니다.

##### 5. 향후 협진이 확대될 수 있는 방안이 있으시면 말씀해주세요.

계속 말씀드리지만 현재의 의료시스템하에서 협진이 확대되기란 매우 힘듭니다. 중복상병일 경우 삭감되는 의료수가 문제부터 한의학에 대한 이해 부족, 한약약병용에 대한 문제까지 의과·한의과 협진에 대한 방해물이 너무도 많기 때문입니다. 비록 의과·한의과 협진 연구들이 진행되고 있고 민간 차원에서 협진을 시도하고 있지만 국가적 차원의 비전제시와 지원이 없으면 앞으로 협진이 확대되는 것은 기대하기 어렵습니다. 여러 가지 의료법적인 문제와 제도적인 문제들이 발목을 잡기 때문에 지금과 같이 개인적으로 관심이 있는 의사와 한의사만이 협진을 지속적으로 진행할 수는 없습니다.

의과·한의과 협진에 있어서 교육-연구-의료로 연결되는 선순환의 구조를 국가 차원에서 지원하고 만들어주지 않는다면 더 이상의 협진은 불가능하다고 생각합니다. 그러므로 대한민국 의료시스템에 대한 장기적인 고민을 토대로 의과·한의과 협진에 대한 국가차원의 지원책이 마련되어야만 할 것입니다.

## 협진 진료비 현실화 정책 필요

차의과학대학교 분당차병원 한방부인과

이윤재



### 협진이 이루어지고 있는 현장 의견

#### 1. 간단한 자기소개를 부탁드립니다.

현재 차의과학대학교 분당차병원 한방부인과에 근무하고 있는 이윤재입니다. 한방부인과 전문의를 취득하고, 한국보건의료연구원에서 책임연구원으로 근무를 하면서 연구, 보건 정책의 중요성에 대해 많은 경험을 했습니다. 현재는 분당차병원내 한방진료센터에서 근무를 하고 있으며 진료업무를 맡고 있습니다.

#### 2. 협진과 관련된 연구를 하게 된 배경과 하는(또는 했던) 업무(또는 연구)는 구체적으로 무엇인지 말씀해주세요.

협진 관련 정책을 제대로 살펴보게 된 것은 한국보건의료연구원에 근무하고 있을 때 당시 기관에서 이루어지던 협진제도 발전과제를 지켜보게 되면서였습니다. 직접적으로 연구에 참여하지는 않았지만 당시 연구 진행을 지켜보면서 현재 우리나라 의료기관에서는 이런 형태로 협진을 하고 있다는 것을 알 수 있었고 현실적인 문제점에 대해서도 알 수 있었습니다.

이후 현재는 협진이 이루어지고 있는 병원에서 근무를 하고 있다 보니 보고서로 보았던 문제들을 더 현실적으로 느끼고 있습니다. 제가 근무하는 병원은 의과대학부속 병원 내 한방진료센터를 두고 있으며, 종합병원내 한의사 교차고용을 통한 협진 업무가 이루어지고 있는 시스템입니다. 현재 한방진료센터에는 침구과와 한방부인과만이 존재하고 있기 때문에 부인과(불임, 산후보양) 관련 상병을 제외하고는 질환과 상관없이 침구과와 한방부인과에서 모든 질환에 대한 협진 치료를 시행하고 있습니다.

일반적으로 많이 이루어지고 있는 형태와는 약간 다른 협진시스템을 가지고 있다고 볼 수 있습니다. 그런 차이로 인함인지 2010년도 한국보건의료연구원 협진 제도 발전 과제 보고서에서 나온 일반적인 협진 상병 현황과도 차이가 있습니다. 보고서에서 주요 질환으로 근골격계 질환이 가장 높은 빈도로 조사된 것과 달리, 저희 병원의 경우 양방 각과에서 한방진료센터로 약 2년 2개월 동안 의뢰된 약 897건을 분석해보면 입원환자가 약 91.8%로 협진외과의 대부분을 차지하였고, 의뢰된 입원환자의 약 53.4% 정도가 뇌경색 및 뇌출혈 환자였으며, 뇌종양 수술 후 의뢰된 환자가 10.4% 정도로 근골격계 질환보다 말초신경마비를 제외한 중추신경 질환관련 의뢰가 60%를 넘는 상황입니다. 또한 재활기에 의뢰되는 환자도 있지만, 급성기에 의뢰되는 비율이 더 높으며, 응급실이나 중환자실 등의 특수치료실에서 의뢰되는 비중도 높은 현황을 보이고 있습니다.

### 3. 협진 업무(또는 연구)를 하시는 동안 가장 큰 어려운 점은 무엇인지 말씀해주세요.

실제적인 진료비 시스템의 문제입니다. 제가 근무하는 병원 같은 경우 대학부속 종합병원이기 때문에 흉부외과, 정형외과, 심장내과, 알레르기내과, 류마티스내과 등 모든 과와 치과까지 갖춰져 있습니다. 즉 어떤 상병의 환자라도 내원하여 한·양방 진료를 다 원한다면 한양방의 과에서 같은 상병의 진료가 발생할 수밖에 없는 상황입니다. 한방, 양방, 치과가 각기 다른 원리로 환자의 질환에 접근한다고 하여도 같은 부위의 상병으로 같은 날 진료를 보게 되면 중복진료로 간주되어 진료비 삭감이 이루어지고 있습니다. 예를 들어 말초성 안면마비 환자가 내원하여 신경과에서 일반 원인이나 예후 평가를 위해 검사를 받고 약물을 처방받은 다음, 한방진료센터에 내원하여 치료를 받기 원하는 경우 진료비 삭감이 이루어지고 있는 상황입니다. 또한 통증 질환으로 인해 신경외과나 재활의학과를 통해 양방물리치료를 받으면서 침치료를 받고 싶어하는 경우 같은 날 치료 시 진료비 삭감이 이루어지기 때문에 다른 날 내원하도록 해야 하기 때문에 환자의 편의성을 고려하기 어려운 상황입니다. 한의사에 의한 물리치료도 가능하지만, 양방 물리치료의 경우 보험적용을 받을 수 있기 때문에 양방 물리치료를 받고 침치료를 추가로 받고 싶어하지만, 이럴 경우 삭감이 발생하고 있습니다. 다른 날 추가로 내원하게 하는 경우 환자의 내원일수가 증가하기 때문에 치료순응도가 저하될 수밖에 없습니다. 특히 저희 병원같은 경우 타 병원과 달리 실제 뇌졸중, 뇌종양 수술 후의 협진환자들이 많은 편이며 외래에서도 거동이 자유롭지 않은 환자들이 많습니다. 이런 환자들은 입원기간동안 받았던 것처럼 양방재활치료와 한방치료를 외래에서도 같은 날 함께 받고 싶어 하는 상황이나 어려움이 있습니다. 사실 이러한 측면 때문에 협진이 주로 입원환자를 위주로 의뢰되고 있는 현실입니다.

또한 행정적인 문제를 제외하고 가장 어려운 점은 협진 관련 교육과 시스템의 부재입니다. 현재 기관 내 협진의 원활성은 동료의사의 한의학에 대한 이해나 지식 여부에 따라 많은 차이를 보이고 있습니다. 협진 논의를 위해 만났을 때 가장 많이 듣게 되는 언급은 “저희는 한방을 잘 몰라서...”입니다. 어떠한 질환에 있어서 어떻게 협진을 잘 할 수 있을지 프로토콜이나 매뉴얼을 만들어 나가야 하는 상황이지만, 협진 활성화에 대한 필요성을 느끼는 것에 대해 한·양방의사가 차이가 있을 수 있습니다. 양쪽 다 필요성을 높게 느낀다면 공동의 프로토콜과 매뉴얼을 만들겠지만, 한 쪽에서 필요성을 느끼지 못한다면 만드는 작업이 상당한 부담감으로 다가올 수 있기 때문에 기관내에서 만드는 것은 한계가 있습니다. 따라서 협진이 잘 이루어질 수 있는 상병 위주로 프로토콜을 포함한 매뉴얼, 교육프로그램이 만들어지고 그에 따라 협진이 이루어져야 가장 큰 효과를 보일 수 있을 것이라 생각합니다. 또한 협진의 지속 의뢰성 등이 staff가 바뀌면 저하된다는 측면 등을 고려해도 교육프로그램과 협력시스템을 만들어나가는 것은 중요하다고 판단됩니다. 협진이 잘 되는 과도 교수진이 바뀌면 협진률이 저하되는 상황이 발생합니다. staff가 바뀌어도 그 질환 관련으로 꾸준한 협진을 유도하려면 시스템과 교육이 필수적인 상황이라 볼 수 있습니다. 또한 지지인력의 교육시스템도 중요합니다. 현재 저희 병원의 경우 신경과를 통한 협진이 가장 원활한데 이렇게 이루어지고 있는 이유 중 하나는 신경과 병동에서 간호사들이 초기부터 양한방협진치료가 가능함을 설명하고 있기 때문이라 생각합니다. 기본적인 협진 프로토콜을 만들고 협진 전문 간호사를 두지는 못하더라도 실무자들에 의해 과정이 있음을 설명하는 시스템을 만드는 것이 협진을 활성화할 수 있는 방법 중 하나라고 생각합니다.

한약과 양약 상호작용에 관련한 자료가 없는 것도 협진을 방해하는 이유라 생각합니다. 협진에 대한 생각은 의사에 따라 천차만별입니다. 도움이 된다고 생각해서 협진에 호의적이더라도, 현재 본인이 하는 진료행위에 방해가 발생하거나, 예측할 수 없는 요인이 발생할 수 있다면 비협조적으로 갈 수 있습니다. 침에 대한 경우에는 호의적인 반응을 많이 보이지만, 한약 투여에 관련하여서는 위와 같은 생각 때문에 거부반응이 나타나는 경우가 많습니다. 병원내에서 부인암 관련한 진료를 보시는 교수님들이 “환자들이 이러한 한약이나 약재를 먹어도 되나요?” 라고 많이 물어본다고 합니다. 하지만 실제로 그 약에 대해 알지 못하고, 현재 투여할 약물과의 상호작용에 대해 알 수 없으므로 먹지마라라고 이야기하는 경우가 많다고 합니다. 실제 협진을 활성화하는 것도 중요하지만 harm을 최소화하면서 효과를 최대화하는 것이 무엇보다 중요하기 때문에 상호작용과 관련된 DB나 정리물들이 쌓여 근거로 만들어져야 할 것이라 생각합니다.

#### 4. 앞으로 언급한 어려운 점을 해결하기 위해서 정부를 포함한 이해 당사자들의 어떠한 노력이 필요한지 말씀해주세요.

협진의 활성화가 지속적으로 강조되고 있지만, 현장에서 느끼기에는 관련 정책이나 현실적인 대책 개발이 부족했다고 생각합니다. 외래를 통한 협진 활성화를 도모하기 위해서는 진료비 관련 현실화 정책이 필요한 상황입니다. 협진클리닉이나 센터를 만들어 진료비를 1회만 발생시키는 방법도 가능하겠으나, 현실적인 상황 상 협진클리닉을 활성화한다고 해도 주 1-2회 정도일 것입니다. 협진이 당연한 것으로 받아들여질 정도로 활성화되기 전까지는 시스템이 있는지 모르고 병원에 내원할 환자들이 훨씬 많은 것이 현재 현실인 만큼 실제적인 협진의 활성화를 위해서는 협진이 이루어진 경우 진료비 삭감을 줄이거나, 협진진료비를 현실화하는 것이 필요합니다. 또한 앞서 말씀드린 것과 같이 기관내에서 시스템을 만드는 것은 한계가 있는 만큼 협진이 많이 이루어지고 있거나 잘 이루어질 수 있는 질환을 선정하여 질환별 협진 시스템을 개발하여 교육, 배포하는 것이 협진을 가장 활성화할 수 있는 방안이 아닐까 생각합니다.

## 협진 분야에 대한 꾸준한 연구가 뒷받침되어야

서울대학교 보건대학원 박사과정  
박민정



### 협진이 이루어지고 있는 현장 의견

#### 1. 간단한 자기소개를 부탁드립니다.

서울대 보건대학원에서 박사과정을 수료하고 현재 협진관련 박사논문을 준비하고 있습니다.

한의대 졸업 후에는 수련의과정을 거치면서 병원의 협진과정에 관한 개인적인 경험도 있습니다.

#### 2. 협진과 관련된 연구를 하게 된 배경과 하는(또는 했던) 업무(또는 연구)는 구체적으로 무엇인지 말씀해주세요.

이원화된 우리나라 의료제도의 특징은 전통의학의 독자적인 발전을 가져다 주었다는 장점도 있지만, 한양방 진료의 선택을 환자들에게 일임함으로써 의료의 질이 떨어지고 의료비가 상승할 가능성도 가지고 있습니다. 또 같은 환자를 진료하면서도 의사, 한의사 간의 의료기록이 단절되고, 관리방식이 통합되지 못하는 등 진료의 단절을 가져올 수밖에 없습니다. 반면 협진은 의사와 한의사의 진료의 통합과 조정을 통해 최상의 성과를 내기 위한 진료유형으로서 이러한 단점들을 극복하게 해 주는 대안이 된다고 생각합니다.

하지만 한국에서 협진이 가지는 중요성에 비해 관련 제도가 너무나 미성숙하고, 연구도 부족합니다. 그간 국내에서의 협진관련 연구는 협진제도 발전에 관한 대규모 연구가 거의 없고, 주로 협진의 당위성을 주장하는 것에서 비롯해서 주로 질환별 협진 형태와 임상적 효과에 대한 소규모 연구가 그나마 있는 편입니다. 협진이 그동안 비공식적으로 한방병원을 중심으로 시행되다가 2010년 1월 31일 의료법 개정으로 겨우

허가된 아주 초보적인 제도화 수준이고, 앞으로 이를 정교화하기 위한 작업이 필요하다는 사실을 감안하면 이는 매우 부족한 상황입니다.

앞으로 제도를 정교화하고 확대시키기 위해서는 협진을 하는 병원들의 특징을 파악하고, 그 병원들의 협진과정과 협진 결과에 대한 평가가 우선되어야 합니다. 이를 통해 바람직한 협진모형을 제시해야 하고 수가제도와 연계시켜 인센티브를 주는 과정이 필요합니다. 제가 하려고 하는 연구는, 아직 시작단계이지만, 현실에서 일어나고 있는 협진형태에 대한 파악과 평가에서부터 시작해서 이를 통해 바람직한 협진의 모형을 찾아보고자 하는 제도수준의 연구입니다. 사실 협진이라는 제도가 너무 병원의 자율에 맡겨져 병원 경영 측면에서만 이용되고 있을 뿐 제대로 된 협진이 존재하느냐에 대한 의문을 가지고 있긴 하지만, 그러한 우려의 존재마저도 확인되지 않고 있기 때문에 이러한 작업은 향후 개선을 위해서도 꼭 필요하다고 생각합니다.

### 3. 협진 업무(또는 연구)를 하시는 동안 가장 큰 어려운 점은 무엇인지 말씀해주세요.

협진에 대한 연구를 준비하고 관련 자료와 단체를 만나면서 가장 큰 어려움은 협진 관련 자료의 부족이었습니다. 누가 협진을 하는지, 어떤 형식으로 하는지에 관해 체계적으로 관리하는 곳이 없었습니다. 보건복지부나 한방병원협회 등에서 관련 자료를 꾸준히 모으고 관리하는 시스템이 필요할 것 같습니다. 다행히 이번 연구는 관련 단체의 협조를 얻어 자료를 구하고 있지만, 일반 연구자들이 협진의 발전에 대한 연구를 하는 것은 정말 힘들겠다는 생각이 듭니다.

### 4. 앞으로 언급한 어려운 점을 해결하기 위해서 정부를 포함한 이해 당사자들의 어떠한 노력이 필요한지 말씀해주세요.

협진은 우리나라 뿐만 아니라 외국에서도 관심을 가지고 있는 무한한 가능성을 가진 분야입니다. 외국에서는 주로 “integrative medicine”이나 “multidisciplinary treatment”, “care coordination” 등 다양한 관점에서 전문가간의 협력을 통해 통합적인 의료를 제공하려는 시도가 광범위하게 이루어지고 있는데, 오히려 이러한 연구가 더 필요한 국내에서 노력이 미진한 상태입니다. 외국의 연구를 바탕으로 국내에 적용해 보면서 한국의 한양방 협진의 특성을 반영한 새로운 협진의 틀을 만들어 볼 수 있고, 새로운 표준으로 제시해 볼 수 있을 것 같습니다.

## 5. 향후 협진이 확대될 수 있는 방안이 있으시면 말씀해주세요.

하나의 제도가 발전하려면 관련 분야에 대한 꾸준한 연구가 뒷받침되어야 합니다. 누가 그 제도의 영향을 받고 있는지 현황이 파악되어야 하고, 제도 수행의 과정과 결과에 대한 객관적인 평가가 필요합니다. 그리고 결과에서 좋은 성과를 보이는 모형에 대해서 가산지급 해주는 수가제도의 개발이 뒤따라야 합니다. 병원 내에 뇌졸중 진료 전담팀이나 전문치료실이 있는 경우 뇌졸중 환자의 임상적 결과를 좋게 한다는 연구가 끊임없이 나오면서 그러한 요소를 수가제도와 연계시키고자 하는 논의가 나오고 있는 것처럼, 한양방 협진이나 협진팀에 대해서도 그러한 접근이 필요하다고 생각합니다. 현재 시작하고 있는 연구를 통해 그러한 경로를 밟는 첫 발자국을 내딛게 되면 좋겠습니다.

## 한의학 도전적인 연구를 통해 통합의학 기반 다져야

한국한의학연구원 한의의료기술연구그룹 선임연구원

오 달 석



### 통합의학이 연구되고 있는 현장 의견

#### 1. 간단한 자기소개를 부탁드립니다.

한국한의학연구원 의료연구본부 한의의료기술연구그룹에서 선임연구원으로 근무하고 있는 오달석입니다. 전공은 한의학이고, 졸업하고는 임상약리를 2년 남짓 공부할 기회가 있었고, 경희대 한의대에서 한약약리학, 본초학 과목의 조교 생활 경험도 있습니다. 한국한의학연구원에는 2006년에 입사하였으니, 올해로 벌써 9년차입니다.

처음에는 침구팀에서 침입상시험을 하다, 종양팀에서 지내고, 동시에 노화팀의 세부 책임자를 하게 되었습니다. 2012년에 보건복지부 프로그램으로 서부생명윤리심의위원회 (Western Institutional Review Board, WIRB) 펠로우십을 마치고 작년부턴 통합의학 연구를 하게 되었고 또한 책임도 지고 있습니다. 직업적인 소개 외에 개인적인 소개로는 두 딸의 아빠이고, 주말부부 생활을 9년째 하고 있는 가장이기도 합니다.

#### 2. 통합의학과 관련된 연구를 하게 된 배경과 하는(또는 했던) 업무(또는 연구)는 구체적으로 무엇인지 말씀해주세요

통합의학은 굉장히 폭넓은 해석이 가능한 단어라고 느껴지는데, 책임을 맡은 처음에 저는 한약제제, 의약품들 같이 쥐서 효과가 더 좋으면 되는 거 아닌가? 하는 단순한 생각을 했습니다. 그 이유를 다시 되짚어 보면, 석사과정 중에 서울대병원 임상시험 센터에 있으면서 다양한 임상시험을 접하고, 그 중에 몇 개의 신약은 제가 담당하여 현재까지도 시판되고 있는 의약품이 있을 정도로 자부심이 넘쳤던 데서 너무 쉽게 생각했었던 거죠. 또, 석사논문으로 한약과 양약(의약품)의 상호작용을 예측하는 임상

시험을 기획해서 식약청 보고까지의 전과정을 거쳐 본 경험이 있으니, 그 기준으로 폭 넓지 못하게 구상했었던 것 같습니다.

그래서, 초기의 미비한 계획을 뜯어 고쳐 한약의 간독성에 대한 대규모 전향적인 임상 평가, 통합의학 주제로서 선택될 수 있는 실마리 정보를 복수면허자 진료 현장에서 얻는 모니터링, 통합의학 후보에 대한 입원 기반 탐색적 임상시험, 외래 기반 확증적 임상시험으로 연구플랫폼을 정리하였습니다. 그 근거는 요즘 보고되기 시작하는 중개 연구 플랫폼을 많이 참고했고, 또 어떻게 보면, 신약개발의 과정과도 유사하다고 할 수 있겠습니다.

### 3. 통합의학 업무(또는 연구)를 하시는 동안 가장 큰 어려운 점은 무엇인지 말씀해주세요. 앞으로 언급한 어려운 점을 해결하기 위해서 정부를 포함한 이해 당사자들의 어떠한 노력이 필요한지 말씀해주세요.

처음에는 개성 강한 외부 세부책임자들, 또 그들과 같이 일하시는 연구자분들의 의견을 한데 모으기가 어려웠습니다. 그만큼 통합의학에 대한 각자의 생각이 다르다는 걸 다시 한번 깨달았던 계기가 되었습니다. 사실 국내에서 통합의학에 대한 개념은 정답도 없고 앞으로도 정답이 없을 겁니다. 또한, 대한의학회와 대한한의학회 간의 consensus, 즉, 합의안 정도의 협력도 잘 되고 있지 않은 상황입니다. 그렇지만, 의료소비자에 대한 책임 또는 서비스 정신에 입각해서라도 어느 정도는 명확한 가이드라인이 필요합니다. 왜냐하면, 의료소비자의 needs는 줄곧 있어 왔구요. 의료서비스가 상대적으로 밀집된 수도권 경우 1차 의료기관 종사자 끼리는 협진이라는 이름으로, 통합클리닉이라는 이름으로 practice가 행해지고 있거든요. 또, 정부에서는 정권 초에 추진을 하다가... 정권 중반부터는 말다가... 앓든 통합의학에 대한 정확한 의지 또는 전략을 보기 어려운 상태입니다. 가장 돋보이는 움직임 중 하나는 2010년 경에 의료인 교차고용, 즉, 의사가 한의사, 치과외사를 또는 한의사가 의사, 치과외사를 허용한 경우가 있었고, 복수면허자에 대한 의원, 한의원 동시 개설 허가가 난 사례가 있었습니다. 그러나, 이것 역시 통합 의료, 통합의학에 대한 전략이라고 하기에는 부족한 면이 있습니다.

이러한 제도적 애매모호함으로 현실적인 협력이 쉽지 않은 것이 가장 큰 어려움이라고 하겠습니다. 그러나, 지난 1년간의 노력으로 복수면허자 분들, 통합의학에 호의적인 가정의학과 선생님들, 한약의 간독성에 관심이 많은 간담채 전공 선생님들, 또, 임상 경로 개발을 위한 협력적 임상연구를 공동으로 수행하고 있는 외과 전공 선생님들 등

많은 분들의 도움으로 극복해 나가고 있습니다. 결국, 두 단체 간의 상호의학에 대한 이해와 현실적인 제도가 개선되지 않으면 앞으로도 통합의학 연구는 개별 연구자 간의 협력에 의해서 진행될 가능성이 높다고 말씀드릴 수 있겠습니다.

#### 4. 향후 통합의료가 확대될 수 있는 방안이 있으시면 말씀해주세요.

의료보험 수가가 주된 치료를 100% 인정할 때, 같이 들어가는 치료에 대한 수가도 80% 정도는 인정해 주는 단계가 통합의료의 최종 종착지가 될 것 같습니다. 이를 위해 다양한 진료 사례 발표, 본 과제와 같은 중개연구, 또한, 상부구조 변화로서 제도 개선 등 과학적, 규제적인 도전 뿐 아니라 사회적인 것까지 포함되는 다양한 분야에서 혁신, 가장 아래 단계에서의 개선부터 가장 상부까지의 개선이 필요하다고 할 수 있겠습니다. 또한, 한의계에서는 환자수가 적은 난치성 희귀 질환 또는 신드롬에 대한 도전적인 연구를 통해 해당 질환 또는 신드롬에 대한 주도권을 갖도록 노력하는 것이 필요하다고 하겠습니다. 서양 의사가 먼저 통합의학에 대해 매력을 느끼는 상황을 만들기 위해 노력하자는 거죠.

## 한의학정책 구독 안내

저희 한국한의학연구원 한의학정책연구센터에서는 이번 한의학정책 제2권 제1호 발간에 앞서, 창간준비호(2012년 12월)와 제1권 제1호(2013년 7월), 제1권 제2호(2013년 12월)를 발간한 바 있습니다. 그동안 독자님들의 소중한 의견을 주신 덕분에 매년 중요한 이슈들을 다룰 수 있었고, 내용이 양적, 질적으로 발전하고 있습니다.

여러분들의 관심과 사랑에 보답하고자 온라인판(PDF 파일)으로도 배포를 하고 있습니다. 필요하시면 언제든지 아래로 구독문의를 해주시기 바랍니다. 또한, 한의학정책에 수록되었으면 하는 한의계 핵심 정책이슈들이 있다면 제안해 주시면 감사하겠습니다. 앞으로도 보다 발전하는 한의학정책을 위해 최선의 노력을 다하겠습니다. 감사합니다.

답 당 자 : KIOM 한의학정책연구센터 강승현 연구원

연 락 처 : [elekang@kiom.re.kr](mailto:elekang@kiom.re.kr) 또는 042-868-9681



**한국한의학연구원**  
KOREA INSTITUTE OF ORIENTAL MEDICINE

305-811 대전광역시 유성구 유성대로 1672(전민동 461-24)

Tel 042.861.1994 Fax 042.861.5800 [www.kiom.re.kr](http://www.kiom.re.kr)