대한한의진단학회지 제30권 제1호 (2026년 10월)
The Journal of the Society of Korean Medicine Diagnostics. 2026;30(1):83-105.
[원저 Original Article]

한·일 전통의학 교육 과정의 구조적 차이와 임상적 접근법 비교: 침과 한약, 이원화와 일원화 시스템을 중심으로

김민재[1], 박소연[1], 맹현규[1], 황인선[1], 김홍준[2]*
[1]우석대학교 한의과대학 · [2]우석대학교 한의과대학 방제학교실

Structural Differences in Traditional Medicine Education and Clinical Approaches between Korea and Japan: Focusing on Acupuncture and Herbal Medicine in Dual and Unified Systems

MinJae Kim[1], SoYeon Park[1], HyeonGyu Maeng[1], InSeon Hwang[1], HongJun Kim[2]*
[1]Department of Korean Medicine, Woosuk University
[2]Department of Formula Science, College of Korean Medicine, Woosuk University

Abstract

Objectives : This study compared the structural differences between Korea's dual and Japan's unified medical systems in traditional medicine education and licensure, focusing on acupuncture and herbal medicine, and examined their clinical implications.

Materials and Methods : A literature review using PubMed, RISS, and OASIS was supplemented by official documents from the Korean and Japanese health ministries and the curricula of 12 Korean medical colleges. Studies from 2021-2025 were prioritized, with earlier nationwide surveys included where necessary.

Results : In Korea's dual medical licensing system, doctors of Korean medicine are independently licensed to diagnose and treat within the scope of Korean medicine, allowing acupuncture and herbal medicine to be combined within one clinical encounter; required herbology and prescription science courses averaged 16.8 credits and acupuncture-related courses 13.3 credits across 12 colleges. In Japan, physicians prescribe Kampo within a single licensing system; a 2011 nationwide survey reported an average of 7.25 required Kampo class sessions in medical schools, and acupuncture is practiced mainly by separately licensed acupuncturists. Insurance structures correspond to these differences.

Conclusions : Korea's dual system supports professional training in Korean medicine and combined treatment but faces barriers to interdisciplinary collaboration, whereas Japan integrates standardized Kampo products into general medical care. Because the Korean and Japanese data use different units, they indicate differences in educational purpose and scope rather than relative superiority.

Keywords : Medicine, Traditional; Medicine, Kampo; Integrative Medicine; Delivery of Health Care; Education, Medical

* 교신저자 : Hong Jun Kim
Department of Formula Science, College of Korean Medicine, Woosuk University. Woosuk University, 443, Samnye-ro, Samnye-eup, Wanju 55338, Republic of Korea.
Tel: +82-63-290-9028, E-mail: kimboncho@woosuk.ac.kr
· 원고접수일 : 2026.09.11 / 심사완료일 : 2026.09.19 / 게재결정일 : 2026.09.25

Ⅰ. 서 론

전통의학은 동아시아 지역에서 오랜 역사를 가지고 널리 사용되고 있다. 중국을 중심으로 형성된 전통의학적 지식이 6세기경부터 한국과 일본에 전파되었으며, 각국은 이를 자국의 사회·정치적 상황에 맞게 재해석하고 제도화하였다. 특히 근대 이후 서양문화가 동아시아에 도입되는 시기에 각국은 고유한 전통의학 시스템을 개발해왔고, 그 결과 현재의 제도적 구조와 교육 체계는 뚜렷한 차이를 보이게 되었다[1].

한국은 전통의학과 서양의학이 법적으로 분리된 이원화 의료 체계를 유지하고 있으며, 6년 과정의 한의과대학을 중심으로 한 별도의 교육, 면허 체계를 통해 전통의학을 하나의 독자적 의료 영역으로 제도화하였다[1,2]. 이에 따라 한의사는 전통의학적 진단 체계와 치료 원리 내에서 침·뜸·부항 및 한약 처방을 통합적으로 수행할 수 있는 권한을 부여받는다[1]. 반면 일본은 메이지 유신 이후 서양의학을 중심으로 한 일원화 의료체계로 운영되고 있으며, 의과대학 교육과정의 일부로 캄포(Kampo)가 포함되어 있다[3]. 그 결과 의사가 서양의학적 진단을 바탕으로 캄포 제제를 처방하는 구조가 형성되었고, 침구 시술은 별도의 국가 면허를 지닌 침구사에 의해 수행되는 직능 분화 모델이 자리 잡게 되었다[4,5].

이러한 정책의 차이는 상이한 교육 구조를 가져오며, 커리큘럼 구성, 면허 구조, 보험 제도 등과 긴밀히 연결되어 각국 전통의학의 발전 방향과 임상적 접근에 영향을 준다[1]. 변증은 한국 한의학의 핵심 개념으로 연구와 임상 전반에서 다루어지고 있으며[6], 한국의 한의학 교육은 변증을 중심으로 한 환자 맞춤형 진단과 처방 역량을 강조하고 한 명의 의료인이 한약과 침구를 함께 다루는 교육 구조를 갖추고 있다[7]. 반면 일본에서는 서양의학 교육을 받은 의사가 서양의학적 진단에 근거하여 캄포 엑기스 제제를 처방하는 것이 주류이며[4], 캄포 제제의 무작위대조시험 378건 중 84.7%에서는 캄포 진단(證)이 사용되지 않았다는 보고도 있다[8]. 또한 한국에서는 침과 한약이 동일 의료인에 의해 하나의 진료 과정에서 병행될 수 있는 구조를 갖는 반면, 일본에서는 약물 영역은 의사 중심으로 통합되었으나 시술 영역은 독립된 직능을 두어 분업적 구조를 형성한다[1,5]. 본 연구에서는 한 명의 한의사가 진단, 한약 처방, 침구 치료를 하나의 진료 과정에서 수행할 수 있는 이러한 구조를 '원스톱(one-stop) 모델'로 기술한다.

이러한 차이는 전통의학이 현대 의료 체계 속에서 통합되는 방식과 근거 축적 및 표준화 전략의 방향성에 영향을 미친다. 특히, 전통의학에 대해 동일한 역사적 기원을 갖는 한국과 일본이 상이한 제도적 구조를 갖는다는 점은 전통의학이 현대 의료 체계 내에서 어떠한 방식으로 재구성되는지를 보여준다고 볼 수 있다.

한국과 일본의 전통의학 제도를 다룬 선행연구도 존재한다. Park 등[1]은 중국·한국·일본 전통의학의 역사와 현행 제도를 폭넓게 개관하였으며, Park 등[2]은 중국·일본·한국·대만 4개국의 기본의학교육(BME), 졸업후의학교육(PGME), 평생의학교육(CME) 체계를 비교하였다. 그러나 이러한 선행연구들은 다수 국가를 동시에 다루는 개괄적 접근을 취함으로써 한국과 일본 양국 간 교육과정 및 임상적 접근법의 세부적 차이를 심층적으로 분석하지는 못하였다. 또한 두 연구가 발표된 이후에도 양국에서는 제도적 변화가 계속되어 왔는데, 한국에서는 한의사의 의료기기 사용 범위를 둘러싼 법적 판단이 이어지고 있으며, 일본에서는 캄포 교육과정에 대한 전국 단위 조사와 개편이 지속적으로 이루어지고 있다. 이러한 최신 변화는 기존 개괄적

비교연구에 충분히 반영되지 못하였다는 한계가 있다.

이에 본 연구는 선행연구의 한계를 보완하여, 한국과 일본 두 국가에 초점을 맞추고 최신 자료를 바탕으로 전통의학 교육 과정과 면허 제도를 구조적 관점에서 비교하고, 특히 침과 한약 교육을 중심으로 양국의 임상적 접근 방식의 차이를 분석하고자 한다. 구체적으로 본 연구는 (1) 양국의 교육과정 및 면허 체계의 구조적 차이, (2) 침·한약 교육의 세부 커리큘럼 및 시수 차이, (3) 이러한 차이가 임상 현장의 진료 방식에 미치는 함의를 규명하는 것을 목표로 한다. 이를 통해 이원화와 일원화라는 의료 제도가 전통의학의 전문성, 통합성, 그리고 현대 의료 체계 내 정착 방식에 어떠한 함의를 갖는지를 고찰하고, 향후 동아시아 전통의학의 발전 방향에 대한 시사점을 도출하고자 한다.

Ⅱ. 연구 대상 및 방법

1. 연구 설계

본 연구는 한국과 일본의 전통의학 교육과 제도를 비교한 문헌 기반 비교정책분석 연구로, 공식 문서와 법령, 대학 교육과정표를 검토·해석하는 문서분석(document analysis)[9]을 병행하였다. 비교 절차는 비교교육 연구의 기술-해석-병치-비교 단계[10]를 따랐다. 즉, 양국의 면허·교육·보험 제도와 교육과정을 각각 기술하고(3-5장), 각 제도가 형성된 정책적 맥락을 해석한 뒤, 동일한 비교 항목에 따라 양국 자료를 병치하고, 그 유사점과 차이점을 비교·고찰하였다(6장).

2. 분석 틀

분석 틀은 WHO의 보건의료체계 구성요소(health system building blocks)[11]를 본 연구의 비교 범위에 맞게 재구성하여 설정하였다(Table 1). 거버넌스는 면허 제도와 업무 범위에, 보건의료 인력은 교육과정에, 재정은 건강보험 및 수가 체계에, 서비스 전달은 임상 적용 방식에 대응시켰다. 또한 WHO 전통의학전략은 전통의학이 공식적으로 인정되어 보건의료 체계 전반에 편입된 국가를 통합형(integrative) 체계로 구분하고 한국을 그 예로 제시한다[12]. 본 연구에서는 이러한 한국의 구조를 이원화 체계로, 별도의 전통의학 면허 없이 서양의학 중심의 단일 의사면허 체계 안에 캄포가 편입된 일본의 구조를 일원화 체계로 기술하였다.

Table 1. Analytic Framework and Comparison Items

Analytic domain	WHO building block*	Comparison items	Section
Licensure and scope of practice	Leadership and governance	Licensing system; scope of practice; providers of acupuncture; postgraduate training	3
Education and curricula	Health workforce	Program structure; credits and listed hours of herbology/prescription and meridian/acupuncture courses; Kampo education in medical schools	4

Health insurance and fee schedules	Health financing	Covered items; patient co-payment; insurance coverage of acupuncture and Kampo products	5
Clinical application	Service delivery	Structure for combining herbal medicine and acupuncture; inter-professional linkage	4, 6

* Adapted from the WHO health system building blocks11) to the scope of this study.

3. 자료 수집 및 선정

자료는 연구 질문에 따라 목적적으로 수집하였다. 학술 문헌은 PubMed, RISS, OASIS(한국한의학연구원 전통의학정보포털)에서 한국 및 일본 전통의학의 교육, 면허, 보험, 임상 활용과 관련된 주제어(예: Korean medicine, Kampo, medical education, curriculum, licensure, acupuncture, health insurance)를 조합하여 검색하였으며, 웹 검색을 통한 개별 검색을 병행하고 확인된 문헌의 참고문헌을 추적하여 보완하였다. 일본 문헌은 별도의 데이터베이스 검색 대신 주제별 개별 검색으로 확인하였고, 일본의 제도 자료는 후생노동성 등 공식 기관의 웹사이트에서 확인하였다.

또한 각국의 제도적·법적 근거를 확인하기 위하여 대한민국 보건복지부, 일본 후생노동성(MHLW) 등의 공식 기관 자료를 함께 조사하였다. 아울러 국내 한의과대학의 본초·방제 및 경혈·침구 교육을 확인하기 위하여, 한의과대학이 개설된 국내 12개 대학(가천대, 경희대, 대구한의대, 대전대, 동국대, 동신대, 동의대, 상지대, 세명대, 우석대, 원광대, 부산대)의 공식 웹사이트에 게시된 교육과정표를 확인하였다. 본초·방제 영역은 교과목명에 본초 또는 방제(처방)가 포함된 필수 과목(통합 과목 및 임상본초학·임상방제학 포함)을 집계하였고, 선택 과목과 약용식물학·포제학 등 인접 과목은 제외하였다. 경혈·침구 영역은 교과목명에 경혈·경락·침구가 포함된 필수 과목 중 교내 강의 및 실습을 집계하였으며, 병원 임상실습 및 임상 각과 실습 블록으로 편성된 과목과 약침학·추나 등 인접 과목은 제외하였다. 학점과 이론·실습 시수는 각 대학 교육과정표의 기재값을 그대로 사용하였으며, 과목별 원자료와 포함·제외 여부는 Supplementary Table 1에 제시하였다.

자료 선정 기준은 한국 또는 일본 전통의학의 교육, 면허, 보험, 임상 활용을 직접 다루는 학술논문, 정부·공공기관 자료, 법령 및 대학 공식 교육과정 자료로 하였으며, 특정 질환에 대한 치료 효과 연구, 제3국 중심의 문헌, 출처가 불분명한 자료는 제외하였다. 2021–2025년에 발표된 문헌을 우선 검토하였으나, 제도 형성의 역사적 배경을 설명하거나 대체 자료가 없는 전국 단위 조사(예: 2011년과 2019년의 일본 의과대학 캄포 교육 전수조사)는 이전 문헌이라도 포함하였다. 자료 확인은 2026년 2월부터 10월까지 수행하였다. 본 연구는 체계적 문헌고찰이 아니므로 검색 건수와 선별 흐름도는 제시하지 않았으며, 대신 최종 분석 자료의 구성을 제시한다. 최종 분석에 사용된 자료는 학술논문 28편, 단행본 1권, 국제기구(WHO) 문서 2건, 정부·공공기관 자료 9건, 법령 4건, 대학 교육과정 관련 웹 자료 3건이며, 이와 별도로 12개 한의과대학의 교육과정표를 1차 자료로 분석하였다(Supplementary Table 1). 학술논문은 양국의 교육 현황과 임상 활용 실태를, 정부·공공기관 자료와 법령은 면허·업무 범위·보험 제도를, 교육과정 자료는 한국 한의과대학의 교과목 편성을 분석하는 데 활용하였다.

4. 비교 영역의 선정

본 연구는 비교 영역을 한약(본초·방제)과 침구로 한정하였다. 두 영역은 한국에서는 한의사 한 명이 함께 수행하는 반면 일본에서는 의사의 캄포 처방과 침구사의 침구 시술로 직능이 나뉘어 있어, 이원화와 일원화라는 제도적 차이가 가장 직접적으로 드러나는 영역이다. 또한 한의사 국가시험에서 침구학(48문항)과 본초학(16문항)은 각각 독립된 시험 과목으로 구성되어 있어(2027년도 출제범위 기준)[13], 한의사 양성 과정에서 별도로 평가되는 핵심 영역이라는 점을 고려하였다.

Ⅲ. 교육 제도와 기본 구조

양국의 교육 및 면허 구조를 학제, 면허, 업무 범위, 침구 시술 주체, 졸업 후 수련, 임상 적용 방식의 순서로 비교하면 Table 2와 같으며, 이하에서는 같은 순서에 따라 양국의 제도를 기술한다.

Table 2. Licensure and Training Structures of Traditional Medicine in Korea and Japan

Item*	Korea	Japan
Program structure	6-year program (2-year premedical + 4-year medical); graduate-entry program at Pusan National University	6-year medical program
License	Doctor of Korean medicine license, separate from the physician license	Physician license; no separate traditional medicine license
Scope of practice	Korean medicine care and health guidance; independent practice	All medical practice, including prescription of Kampo products; physicians may also perform acupuncture
Providers of acupuncture	Doctors of Korean medicine	Mainly licensed acupuncturists/moxibustionists; physicians also permitted
Postgraduate training	Not required for licensure; residency only for specialist certification	Clinical training of 2 years or more required for physicians engaging in clinical practice
Clinical application	Herbal medicine and acupuncture can be combined by one practitioner	Kampo prescribed by physicians; acupuncture mainly by acupuncturists

* Based on the Medical Service Act[14] and the curricula of 12 colleges (Supplementary Table 1) for Korea, and on the School Education Act[15], the Medical Practitioners Act[16], and the Act on Practitioners of Massage, Finger Pressure, Acupuncture and Moxibustion[17] for Japan.

한·일 양국의 전통의학 교육 제도는 근대화 과정에서 각기 다른 보건의료 정책을 채택함에 따라, 현재 임상 현장에서 한의학을 구현하는 주체와 그 권한에 있어 뚜렷한 구조적 차이를 보인다.

1. 한국 : 이원화된 면허 체계와 내부적 통합

한국은 서양의학과 한의학이 법적·제도적으로 독립된 이원화된 의료 체계를 유지하고 있다.

학제 및 권한: 한의사 양성 과정은 예과 2년과 본과 4년의 총 6년제 표준 커리큘럼으로 운영되며, 부산대학교는 한의학전문대학원 체제로 운영되어 학제가 이와 다르다. 한의사는 독립적인 의료인으로서 한의학적 진단과 치료를 수행할 수 있는 별도의 면허체계를 가지며, 단독 개원권을 보장받는다[14]. 졸업 후 수련은 면허 취득의 요건이 아니며, 전문의가 되려는 경우에 한하여 수련을 거쳐 한방전문의 자격을 취득한다[14].

임상적 특징 (내부적 통합): 한의학을 주전공으로 삼되 서양 의학적 기초 및 임상 과목을 통합적으로 학습한다. 이러한 교육 구조를 바탕으로, 임상 현장에서는 한 명의 한의사가 하나의 질환에 대해 한약(본초방제)과 침구 치료를 동시에 구사할 수 있다. 이는 전신적 증상 및 병리적 상태에 대한 한약 치료와 국소적 증상 및 통증에 대한 침구 치료를 결합하여, 복합 치료 전략을 구성할 수 있는 구조적 기반을 제공한다.

Table 3. Required Herbology and Prescription Science Courses Across 12 Korean Medical Colleges: Credits and Listed Hours

University	Credits*	Theory Hours*	Practice Hours*
Gachon University	15	24	8
Kyung Hee University	17	16	7
Daegu Haany University	21	21	12
Daejeon University	14	11	15
Dongguk University	22	16	12
Dongshin University	16	18	8
Dongeui University	17	24	10
Sangji University	15	16	8
Semyung University	14	14	14
Woosuk University	20	14	15
Wonkwang University	18	20	8
Pusan National University†	13	12	2
Average‡	16.8	17.2	9.9

* Sums of credits and of the weekly theory and practice hours listed in each university's official curriculum for required courses whose titles include herbology or prescription science (including integrated and clinical courses); elective and adjacent courses (e.g., Medicinal Botany, Processing of Materia Medica) were excluded. Hours were summed across courses and semesters and do not represent cumulative contact time; hour-to-credit conventions differ among universities, so listed theory hours may exceed credits. Course-level data are provided in Supplementary Table 1.

† Graduate-entry School of Korean Medicine; figures are based on its professional-program curriculum.

‡ Mean of the per-university values; the mean of the per-university totals of theory and practice hours was 27.1 (325/12).

국내 12개 한의과대학의 필수 본초·방제 과목을 집계한 결과, 평균 학점은 16.8(범위 13~22), 이론 시수 합계의 평균은 17.2, 실습 시수 합계의 평균은 9.9였으며, 대학별 이론·실습 시수 합계의 평균은 27.1이었다(Table 3). 교육과정 자료는 각 대학 공식 웹사이트에 게시된 교육과정표를 사용하였으며(예: [18-20]), 대학별 출처와 과목 단위 원자료는 Supplementary Table 1에 제시하였다. 대학별로 본초·방제 과목의 학점과 이론·실습 시수 배분에는 상당한 편차가 있었으나, 모든 대학에서 본초·방제 교육은 한의사 양성을 위한 전문 교육과정의 일부로서 다학년에 걸쳐 편성되어 있었다.

1) 면허 범위의 변동: 의료기기 사용을 둘러싼 판례

한국 한의사의 면허 범위는 법령뿐 아니라 판례를 통해서도 구체화되고 있다. 2022년 대법원은 한의사가 초음파 진단기기를 한의학적 진단을 보조하는 수단으로 사용한 사안에서, 이를 일률적으로 의료법 위반으로 볼 수 없다고 판시하였다(대법원 2022. 12. 22. 선고 2016도21314 전원합의체 판결). 해당 판결은 초음파 사용이 침습적 행위가 아니며 환자에게 위해를 가할 가능성이 낮고, 한의학적 진단 및 치료 과정과 결합될 수 있다는 점 등을 근거로 들었다[21,22].

이 판결의 의미와 한계를 분석한 판례 연구들이 보고되었으며[21,22], 한의 임상연구에서의 초음파 활용을 정리한 체계적 문헌고찰도 발표되었다[23]. 다만 이들 문헌은 판결의 법리와 연구 동향을 다룬 것으로, 판결 이후 실제 임상 현장에서의 초음파 활용 규모나 한의과대학 교육과정의 변화를 직접 보여주는 자료는 본 연구에서 확인하지 못하였다.

한편 의료기기 사용 범위를 둘러싼 한의계와 의료계 간의 이견은 지속되고 있으며, 한의학의 과학적 근거와 정통성에 대한 인식 차이는 직역 간 신뢰 형성을 저해하는 요인으로 지적되어 왔다[24]. 즉, 이원화 체계 안에서 한의사의 면허 범위는 법령과 판례를 통해 지속적으로 조정되고 있다.

2. 일본: 단일 의사면허 체계와 직능의 분리

일본은 메이지 시대 이후 독일식 서양의학 중심의 의료 일원화 정책을 채택하였으며, 전통의학이 20세기 후반 재편입 되었다[25]. 일본에는 한국의 한의사와 같은 별도의 전통의학 의사면허가 존재하지 않으며, 캄포를 처방하는 의사는 의과대학을 졸업하고 일반 의사면허를 취득한 의사이다. 전통의학을 시술하는 주체와 직능도 ‘한약’과 ‘침구’로 분리되어 있으며, 침구는 별도의 국가 자격 체계가 존재한다[26].

학제 및 면허: 일본의 의학교육은 학교교육법에 따라 6년 과정으로 운영되며[15], 의사 국가시험에 합격하여 면허를 취득한 의사만이 의업을 할 수 있다[16]. 또한 진료에 종사하려는 의사는 면허 취득 후 2년 이상의 임상수련을 받아야 한다[16].

의사(MD)의 캄포(Kampo) 처방과 침구 시술의 분리: 일본의 의과대학 6년제 과정을 졸업한 의사는 의사법상 의료행위 전반을 수행할 수 있는 권한을 가지며, 캄포 엑기스 제제를 포함한 의약품의 처방은 의사의 권한에 속한다. 캄포 제제는 건강보험 체계 내에서 일반 의약품과 같은 방식으로 처방된다[26]. 법적으로는 의사 면허 소지자도 별도의 침구사 자격 없이 침 시술을 할 수 있도록 허용되어 있다[5,17]. 그러나 의과대학 교육과정에서 전통의학 교육은 주로

캄포 제제 처방 중심으로 이루어진다[27].

침구사(Acupuncturist)의 직능 범위: 침구 시술은 주로 침구사 양성 시설(3년 이상의 양성 기관)을 졸업하고 국가 면허를 취득한 의료 행위자(Paramedical)에 의해 후생노동성(MHLW) 면허에 따라 독자적으로 수행된다[17]. 침구사는 독립적으로 침구원 개설이 가능하나, 침구 시술에 건강보험을 적용받기 위해서는 의사의 동의서(同意書)가 필요하다[28].

결과적으로 한국은 '한의사'라는 단일 주체가 한약과 침구를 포괄하는 반면, 일본은 진단과 처방을 수행하는 의사와 침 시술을 주로 담당하는 침구사로 직능이 분리되어 있으며, 이러한 면허 구조의 차이는 양국의 임상적 접근 방식(팀 접근 대 원스톱 모델)과 구조적으로 대응한다.

Ⅳ. 한약 및 침구 교육과정 비교

앞서 살펴본 제도의 구조적 차이는 양국의 전통의학 교육 커리큘럼에도 반영되어 있다. 특히 한약(캄포)과 침구학 분야에서 학습의 범위와 접근 방식에 뚜렷한 차이를 보인다.

1. 한약(Herbal Medicine) 교육 비교: 변증(Pattern Identification) 중심과 병명 기반 활용 경향의 차이

1) 한국 (한의과대학): 원리 중심의 포괄적 맞춤 의학

한국의 한의과대학의 교육과정은 기원 식물을 다루는 본초학(Herbology), 이를 조합하는 방제학(Formulas), 그리고 약재의 효능을 변화시키는 수치법제(Processing)에 이르기까지 약물 제제에 대한 포괄적이며 기전 중심적인 체계적 학습을 요구한다[29]. 가장 큰 특징은 환자의 전인적 상태를 파악하는 변증(Pattern Identification)에 기반하여 처방을 구성한다는 점이며, 변증은 한국 한의학 연구에서도 핵심 주제로 다루어지고 있다[6]. 학생들은 개별 환자의 증상, 체질, 장부의 허실에 따라 약재를 가감(加減)하여 맞춤형 탕약을 처방하는 능력을 핵심 역량으로 배양한다. 즉, 한국의 한약 교육은 단순한 약물 선택 교육을 넘어, 개별 약재의 성미·귀경·효능과 방제 구성 원리를 종합하여 환자별 치료 전략을 설계하는 교육에 가깝다. 또한 본초학은 한의사 국가시험의 독립 과목(2027년도 출제범위 기준 16문항)으로 출제되어, 교육과정과 면허 평가가 연계된 구조를 보인다[13].

2) 일본 (의과대학): 실용성 중심의 엑기스 제제 활용

일본 의과대학 교육에서는 국가 차원의 의학 교육 모델 코어 커리큘럼에 'Japanese Traditional (Kampo) Medicine의 특성과 주요 적응증, 약리작용 개요'가 포함되어 있어[3], 캄포가 제도상 의학교육의 공식 항목으로 편성되어 있음을 확인할 수 있다.

일본 전역 의과대학을 대상으로 한 2011년 전수조사(2012년 발표)에서는 전체 80개교 중 98%가 최소 1회 이상의 캄포 수업을 운영하고 있었고, 84%는 4회 이상, 44%는 8회 이상 수업을 제공하는 것으로 보고되었다.[30] 이는 일본 의과대학 전반에서 캄포 교육이 널리 도입되어 있음을 보여준다. 다만 같은 조사에서 전임 캄포 교원을 둔 학교는 29%, 교재 사용은

24%, faculty development 시행은 33%에 그쳤으며, 주요 과제로 교원 양성(65%), 교육과정 표준화(63%), 간명한 교재 마련(51%)이 제시되어, 보급률에 비해 교육 인프라는 충분히 안정화되지 않았음을 시사한다[30]. 아울러 Chung 등은 2018학년도 의과대학 syllabus의 85%가 캄포를 포함한다고 보고하면서도, 국가시험 기준과의 정합성은 여전히 충분하지 않다고 지적하였다[31]. 따라서 일본의 캄포 교육은 전국적 도입률은 높지만, 교육시간·교원·표준화 측면에서는 한계가 남아 있는 구조로 이해하는 것이 타당하다.

일본의 캄포는 제도적으로 건강보험 하에서 표준화된 건조 엑기스 과립(dried extract granules) 형태가 널리 사용되며, 의사들이 일반 약처럼 처방하는 현실이 보고된다[4].

또한 일본 의사들의 캄포 처방은 서양의학적 진단명(병명)을 기준으로 선택되는 경향이 상대적으로 강하게 나타난다. 다만 이를 '일본 = 병명 기반 처방'으로 단정하기는 어렵다. 일본 의사들의 캄포 활용은 단일한 양상으로 환원되지 않으며, 일반 임상의 다수는 병명과 증상을 중심으로 접근하는 반면, 캄포 전문성을 갖춘 일부 의사 집단에서는 전통적 변증 개념인 쇼(證, sho)를 보다 적극적으로 고려하는 양상도 확인된다. 따라서 일본의 캄포 처방은 서양의학적 진단명에 기반한 활용이 널리 보고되나, 전문 집단 수준에서는 전통적 변증이 병행되는 다층적 구조로 이해하는 것이 타당하다[32].

더불어 일반의를 기준으로 볼 때, 캄포 처방을 시작하게 된 주요 계기는 의과대학 정규교육 자체라기보다 제약회사 의료정보 담당자, 동료 의사의 권유, 의학저널 기사, 학술모임 등의 비공식적·사후적 경로인 것으로 보고된다(Table 4)[32]. 이는 일본 의과대학의 캄포 교육이 제도적으로 존재함에도 불구하고, 실제 임상 적용 역량 형성은 학부 교육 외의 다양한 채널에 상당 부분 의존하고 있음을 시사한다.

Table 4. Sources of Information and Motivations for Initiating Kampo Prescription (Adapted from Moschik et al.[32])

Information Source / Motivation	Number of Respondents (n)*	Percentage (%)
Medical representatives	261	45.7
Recommendation from other doctors	252	44.1
Issues or articles of medical journal	201	35.2
Academic meetings	185	32.4
Request from patients	176	30.8
Seminar by pharmaceutical company	123	21.5
Hospital seminar	50	8.8
Internet	43	7.5
Others	16	2.8

* Multiple responses were allowed; percentages may therefore exceed 100% (n=571).

이러한 차이는 결국 양국 교육의 지향점 차이로 연결된다. 한국의 한의과대학은 변증을 통해 환자별 맞춤 처방을 설계하는 능력을 강조하는 반면, 일본 의과대학은 표준화된 캄포 제제를 기존 서양의학 진료에 보완적으로 접목하는 실용적 활용 능력을 중심으로 교육이 이루어진다고 볼 수 있다. 즉, 한국은 '처방 구성 능력' 중심, 일본은 '표준 제제 선택 능력' 중심의 성격이 상대적으로 강하다.

2. 침구(Acupuncture) 교육 비교: 교육의 분화와 임상 적용 방식의 차이

1) 한국 (한의과대학): 침구·경혈·경락 교육과 임상 실습

국내 12개 한의과대학의 경혈·침구 계열 필수 과목(교내 강의 및 실습)은 평균 13.3학점(범위 8.5~21), 이론 시수 합계 평균 15.5, 실습 시수 합계 평균 6.3으로 편성되어 있었다(Table 5). 경혈학 계열 과목은 주로 예과 후반부터 본과 2학년 사이에, 침구학 계열 과목은 주로 본과 2~3학년에 편성되어 있었으며, 대부분의 대학에서 이와 별도로 본과 고학년의 임상실습 과정에 침구 관련 실습이 편성되어 있었다(Supplementary Table 1). 이는 침구가 한국 한의학 교육에서 주변적 과목이 아니라 핵심 임상 역량으로 다루어지고 있음을 보여준다. 이러한 구조는 한 의료인이 변증, 한약 처방, 침구 시술을 하나의 진료 맥락 안에서 통합적으로 설계할 수 있게 한다는 점에서 한국 한의학 교육의 중요한 특징이라 할 수 있다.

Table 5. Required Meridian/Acupoint and Acupuncture-Moxibustion Courses Across 12 Korean Medical Colleges: Credits and Listed Hours

University	Credits*	Theory Hours*	Practice Hours*
Gachon University	11	13	8
Kyung Hee University	11	10	8
Daegu Haany University	14	18	5
Daejeon University	9	11	6
Dongguk University	16	17	4
Dongshin University	13	16	4
Dongeui University	12	18	6
Sangji University	16	18	10
Semyung University	13	18	6
Woosuk University	21	22	8
Wonkwang University	15	17	9
Pusan National University†	8.5	7.5	2
Average‡	13.3	15.5	6.3

* Sums of credits and of the weekly theory and practice hours listed in each university's official curriculum for required on-campus lecture and laboratory courses whose titles include meridian, acupoint, or acupuncture-moxibustion; hospital-based clinical clerkships, courses within clinical rotation blocks, and adjacent courses (e.g., pharmacopuncture, Chuna manual therapy) were excluded. Hours were summed across courses and semesters and do not represent cumulative contact time. Course-level data are provided in Supplementary Table 1.

† Graduate-entry School of Korean Medicine; figures are based on its professional-program curriculum.

‡ Mean of the per-university values; the mean of the per-university totals of theory and practice hours was 21.8 (261.5/12).

다만 대학 간 편차도 존재하여, 경혈·침구 계열 과목의 학점은 8.5~21학점, 이론 시수 합계는 7.5~22로 대학별 차이가 컸다(Table 5). 또한 약침, 추나, 레이저 등 인접 영역은 대학에 따라 별도 과목, 선택 과목 또는 임상실습의 일부로 서로 다르게 편성되어 있어, 학교별 교육 내용의 표준화 수준에는 차이가 남아 있는 것으로 보인다.

2) 일본: 침구사 양성기관과 의과대학의 역할 분화

일본은 침구가 의사 양성과는 별도로 침구사(acupuncturists/moxibustionists, AMists) 전문 교육/면허 체계가 발전해 왔으며, 최근에는 일본 침구 관련 단체가 침구 교육용 모델 코어 커리큘럼을 개발하는 등 직역 내부의 교육 표준화도 진전되고 있다[5]. 일본의 침구사 교육은 고전 이론을 존중하면서도 해부학·생리학 등 서양의학 기초교육 비중이 크고, 안전한 자침 술기 습득을 중시하는 방향으로 구성된다. 이는 침구사 교육체계 자체는 상당히 전문화되어 있음을 의미한다[5].

그러나 일본 의과대학 차원에서의 침구 교육은 상대적으로 제한적이다. 일본 의과대학 차원에서의 전통의학 교육은 상대적으로 캄포 중심으로 편성되어 있으며, 일본 의사 사회에서 침구는 캄포에 비해 임상적 직접 수행 비중이 낮고, 일본의학계 내부에서도 '의사가 직접 침을 시행하는 경우는 흔하지 않다'는 평가가 제시된다[33]. 실제로 교토 지역 의사를 대상으로 한 조사에 따르면, 자신의 진료소에서 침·뜸을 직접 시행한다고 응답한 비율은 1999년 11%, 2005년 8%로, 해당 조사에서는 의사의 직접적인 침구 시행 비율이 낮은 수준으로 나타났다[34]. 한편, 일본 농촌 지역 가정의학 클리닉 방문자를 대상으로 한 조사에서는 응답자의 8.5%가 침구 이용 경험이 있는 것으로 보고되었다[35].

캄포 교육시간 역시 일본 의과대학에서 충분하다고 보기 어렵다. 2011년 전국 조사에서 필수 캄포 수업은 평균 7.25회였으며[30], 일본 의과대학 전체를 대상으로 한 2011년과 2019년 전국 조사의 비교 연구[27]를 인용한 Nakada 등[36]은 캄포 수업의 평균 횟수를 8.28회로 제시하고, 회당 약 60분을 가정하여 필요 수업시간을 약 500분으로 환산하였다. 2017년에 보고된 수련병원 조사에서는 1,011개 병원 중 816개 병원이 응답했는데, 이 중 실제로 캄포 교육을 제공한 곳은 23%에 불과했고, 교육이 이루어지지 않는 주된 이유로는 지도교원 부족(70%)과 시간 부족(16%)이 제시되었다[37]. 이는 일본에서 캄포 교육이 제도적으로는 널리 도입되어 있으나, 학부 이후 수련 단계까지 연속적으로 심화된 임상 교육으로 이어지는 구조는 아직 제한적임을 보여준다. 한국 한의과대학에서 침구학·경혈학·본초방제학이 다학년에 걸쳐 실습을 포함해 편성되는 것과는 교육의 목적과 범위가 다르므로, 이러한 차이는 교육량의 우열보다는 양국 교육과정의 성격 차이로 해석할 필요가 있다.

Table 6. Kampo Education in Japanese Medical Schools: Nationwide Survey Data

Category	Value*
Required Kampo class sessions, 2011 survey of 80 schools (mean)†	7.25
Average number of Kampo class sessions‡	8.28
Estimated total class time§	approx. 500 min (assuming about 60 min per session)

Survey years and coverage	2011 and 2019 nationwide surveys of all Japanese medical schools (82 schools in 2019)
Curriculum status	Included in Japan's Model Core Curriculum for Medical Education

* Not directly comparable with the Korean data in Table 3 because of differences in units, survey methods, and program purpose.

† Directly reported by Arai et al.30) for the 2011 survey of all 80 medical schools.

‡ As cited by Nakada et al.36) from the nationwide survey comparison of 2011 and 2019 by Nogami et al.27); the survey year of the 8.28 value is not specified in the citing source.

§ Estimate by Nakada et al. assuming about 60 minutes per session; not directly reported by the surveys

Table 3의 한국 자료(12개교 필수 본초·방제 과목 평균 16.8학점, 대학별 이론·실습 시수 합계 평균 27.1)와 Table 6의 일본 자료(2011년 전국 조사의 필수 캄포 수업 평균 7.25회 등)는 산출 단위와 조사 방식이 근본적으로 달라 직접 비교하거나 배율로 환산할 수 없다. 이 차이는 한국의 한의과대학이 한의사 양성을 목표로 하는 전문 교육과정인 반면, 일본의 캄포 교육은 서양의학 중심 의과대학 교육과정 내 일부 학습 항목으로 편성되어 있다는 양국 의료 제도의 구조적 차이와 관련된 것으로 해석하는 것이 타당하다. 즉, 이 비교는 어느 한쪽의 교육이 우월하다는 근거라기보다는, 이원화 체계(한국)와 일원화 체계(일본)에서 한약 교육이 차지하는 제도적 위상과 역할이 다르다는 점을 보여주는 자료로 이해할 필요가 있다.

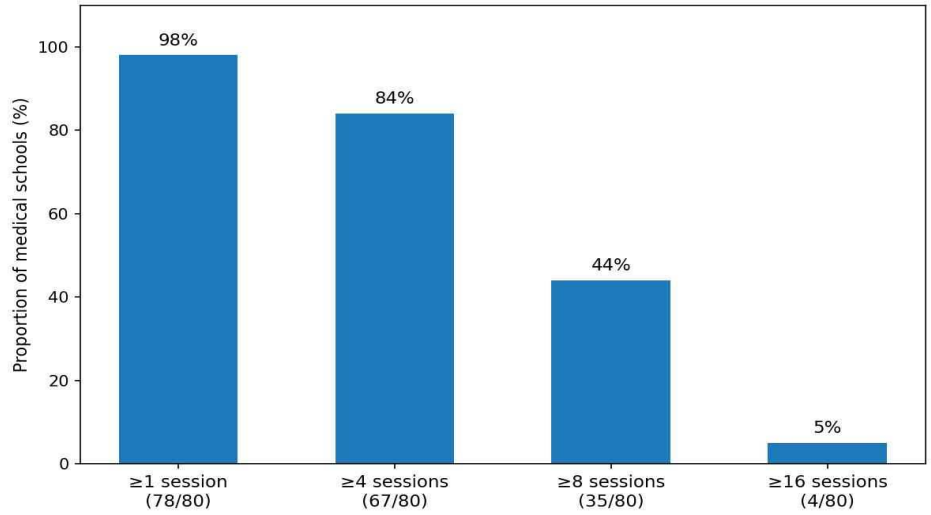


Figure 1. Required Kampo class frequency across 80 Japanese medical schools (2011 survey)[30]. Bars indicate the proportion of medical schools offering at least 1, 4, 8, and 16 required Kampo class sessions; numbers in parentheses are the number of schools out of 80.

Figure 1은 2011년 일본 전체 80개 의과대학을 대상으로 시행된 전수조사(응답률 100%, 2012년 발표)의 결과로, 각 학교의 필수 캄포 수업 개설 횟수가 일정 기준 이상인 학교의 비율을 보여준다[30]. 수업을 1회 이상 개설한 학교는 98%(78/80)에 달하지만, 8회 이상 개설한

학교는 44%(35/80), 16회 이상 개설한 학교는 5%(4/80)에 그쳐, 대다수 학교가 캄포 교육을 포함하고 있으나 수업 횟수는 학교별로 차이가 크고 상당수 학교에서 제한적임을 보여준다.

이러한 제도적·교육적 분화는, 일부 보고에서 의사와 침구사 간의 연계가 충분히 제도화되지 않은 것으로 지적되어 온 것처럼, 항상 긴밀한 '팀 접근(team approach)'으로 이어지는 것은 아닐 수 있다. 즉, 의사가 캄포를 처방하고 환자가 별도의 침구원을 찾아 침 치료를 받는 방식이 나타날 수 있어, 한 임상가가 한약과 침구를 함께 설계·조정하는 구조와는 차이를 보일 수 있다. 따라서 일본의 모델은 직역 간 분화는 명확하지만 실제 소통과 공동 치료계획 수립의 정도는 다양할 수 있다는 점을 함께 고려하여 이해할 필요가 있다.

여기에 더해 경제적·제도적 유인 구조도 침구의 직접 시행을 제약하는 요인으로 작용한다. 일본에서는 침구 치료의 보험 적용 범위가 제한적이며, 보험 적용 시에도 의사의 동의서 등 일정 요건과 청구 절차가 요구되는 구조이다. 보험 적용의 주요 대상은 Neuralgia, Rheumatism, Cervicobrachial syndrome, Frozen shoulder syndrome, Lower-back pain, After effects of cervical sprain 등 6개 질환이며, 그 외에도 의사가 적절한 치료수단이 없다고 판단하는 만성 통증 질환 등 일정 요건을 충족하는 경우에는 보험 적용이 인정될 수 있다[28,38]. 요양비의 지급 방식은 환자가 시술비 전액을 지불한 뒤 보험자에 직접 청구하는 상환(償還払い)이 원칙이었으나, 2019년 1월부터는 지방후생(지)국에 신청한 시술소에서 환자가 본인부담금만 지불하고 시술자가 환자를 대신하여 청구하는 수령위임(受領委任) 방식이 제도화되었으며, 이는 해당 보험자가 제도에 참여한 경우에 적용된다[39].

반면 캄포는 국가보험 체계 안에서 일반 처방과 유사한 방식으로 활용될 수 있어, 의사 입장에서는 상대적으로 진입 장벽이 낮다. 이런 점을 고려하면 일본에서 의사가 침구보다 캄포를 우선적으로 활용하는 현상은 단순히 교육 부족만이 아니라, 수가·청구 절차·보험 적용 방식이 복합적으로 작용한 결과로 이해할 수 있다.

다만 이러한 차이는 제도 자체의 우열이라기보다, 직역 분화와 교육시간, 보험 구조, 임상 전달체계의 차이가 만들어내는 임상 적용 방식의 차이로 해석하는 것이 타당하다. 다시 말해 한국은 단일 의료인이 진단-처방-시술을 통합하는 경향이 강하고, 일본은 의사와 침구사가 역할을 분담하는 경향이 강하다. 이로 인해 한국은 단일 의료인이 치료계획을 통합적으로 구성할 수 있는 구조를 갖는 반면, 일본은 전문 직역 분화를 통해 각 영역의 독립적 전문성을 발전시켜 왔다고 정리할 수 있다.

Ⅴ. 건강보험 제도 및 수가 체계 비교

양국의 전통의학 임상 활용 방식은 교육 체계뿐 아니라 각국의 건강보험 제도 및 환자 부담금 구조와도 밀접하게 관련된다. 의료 서비스의 환자 부담금과 보장 범위는 임상가의 처방 유인 및 환자의 접근성과 관련된 주요 요인이기 때문이다.

1. 한국: 독립된 요양급여 체계와 급여 범위의 확대

한국의 한방 건강보험은 이원화된 체계에 따라 건강보험 총진료비 내에서 독립된 요양급여

영역으로 다루어진다. 기본적 시술인 침, 뜸, 부항뿐만 아니라 56개 기준처방에 근거한 한약제제(단미엑스산제 등)가 급여 대상이며[40], 추나요법(2019년 급여화)과 첩약까지 급여 범위가 넓어지고 있다(Table 7)[41]. 즉, 한국에도 표준화된 급여 한약제제가 존재하나 그 범위는 기준처방으로 한정되어 있다. 첩약은 2020년 11월 1단계 시범사업에 이어 2024년 4월부터 2026년 12월까지 2단계 시범사업이 시행되고 있으며, 대상 질환이 6개(월경통, 안면신경마비, 뇌혈관질환 후유증, 알레르기 비염, 기능성 소화불량, 요추추간판탈출증)로 확대되고 환자 1인당 연간 2개 질환에 대해 질환별 20일분까지 급여가 적용된다[42].

Table 7. Major Korean Medicine Health Insurance Coverage Items and Patient Co-payment Rates in Korea

Covered Item	Patient Co-payment Rate (General Adult Outpatient)	Notes / Coverage Characteristics
Basic Consultation and Procedures (Acupuncture, Moxibustion, Cupping, etc.)	30% of total treatment cost	For patients aged 65 or older, copayment reductions apply based on total treatment cost (e.g., a flat rate of KRW 1,500, etc.)
Chuna Manual Therapy (Simple, Complex, Specialized)	50%–80% of treatment cost	For complex Chuna therapy, an 80% copayment applies to conditions other than disc herniation and spinal stenosis. Limited to 20 sessions per year under insurance
Herbal medicine preparations (extract granules)	Covered item; co-payment follows the outpatient rate of the institution type	Preparations based on 56 standard prescriptions (single-herb extract granules and their mixtures) prescribed at Korean medicine institutions
Cheopyak (herbal decoction), phase 2 pilot program	30% (clinics), 40% (Korean medicine hospitals and hospitals), 50% (general hospitals)	April 2024 to December 2026; 6 conditions (dysmenorrhea, facial nerve palsy, sequelae of cerebrovascular disease, allergic rhinitis, functional dyspepsia, lumbar disc herniation); up to 2 conditions per patient per year, 20 days' supply per condition

* Based on the Health Insurance Review and Assessment Service41), the Ministry of Health and Welfare's phase 2 pilot program42), and the reimbursement list of herbal medicine preparations40).

한국은 이처럼 한의학 고유의 복합적 치료 행위들에 대해 항목별로 30%에서 최대 80%까지 세분화된 본인부담률을 적용하고 있다(Table 7). 개별 시술 항목이 급여로 인정되는 구조는 한의사가 한 번의 진료에서 여러 치료를 병행할 수 있는 제도적 기반이 된다.

2. 일본: 단일 보험 체계 내 캄포 제제의 활용

일본의 캄포 제제는 별도의 '전통의학 수가'로 분리되어 있지 않고 서양의학 중심의 의료보험 체계 내에 완전히 편입되어 있다. 일본에서는 다수의 캄포 엑기스 제제가 의료용 의약품으로 건강보험 약가 기준에 등재되어 있으며, 이는 일반 전문의약품과 동일한 청구 방식을 따른다[43].

따라서 일본의 환자들은 캄포 처방을 받을 때 별도의 가산금이나 높은 부담률 없이 일반적인 의료비 본인부담률(근로 연령대 30%, 70세 이상은 연령과 소득에 따라 10~30%, 취학 전 아동 20%)만을 지불하면 된다[44]. 또한 일반 병·의원의 주치의(MD)가 감기나 위장 장애 등에 서양 약물과 캄포 제제를 병행 처방할 수 있어, 환자가 일반 의료기관에서 캄포 처방에 접근하기 용이한 구조를 갖는다. 재정 지출 측면에서 볼 때, 일본의 캄포 제제는 전체 의료용 처방 의약품 시장에서 큰 비중을 차지하지는 않으나, 일반 의약품과 유사한 방식으로 활용되고 있는 것으로 파악된다[43].

이러한 양국의 보험 구조 차이는 임상 접근 방식의 차이와 구조적으로 대응한다. 한국은 개별 술기가 독립적 수가로 인정되어 한 명의 한의사가 여러 치료를 결합할 수 있는 구조인 반면, 일본은 침구 치료의 보험 적용에 의사 동의서 등 요건과 별도의 청구 절차가 요구되고 의사의 캄포 처방은 일반 의약품과 같은 방식으로 보험 청구가 가능하므로, 의사가 서양의학적 진단명을 기반으로 캄포 제제를 선택·처방하는 임상 활용이 구조적으로 널리 나타날 수 있다.

Ⅵ. 고찰 및 한계

1. 고찰

본 연구는 한·일 전통의학 교육 체계의 구조적 차이를 중심으로, 임상 현장에서의 진단 및 치료 접근 방식에 대해 비교 고찰하고자 하였다. 양국은 공유하는 의학적 기원이 있으나, 근대 의료 제도 형성과정에서 상이한 제도로 인해 교육 구조, 직능 분화, 진단 및 치료 방식에 뚜렷한 차이를 보이고 있다[1].

한국 전통의학 체계는 독립된 면허 제도와 6년제 교육과정을 기반으로 형성된 전문 직능 구조를 특징으로 한다. 이는 전통의학을 보완적 치료 영역이 아닌 독립된 의료 영역으로 제도화하였다는 점에서 중요한 의미를 지닌다. 체계적인 교육과정은 한의학 이론, 변증 체계, 침구 및 한약 처방에 대한 심화 학습을 포함하고 있으며, 전통의학적 진단과 치료 원리에 대한 교육을 체계적으로 제공한다. 특히 변증 중심의 사고 체계는 환자의 증상을 통합적으로 해석하는 임상적 접근을 가능하게 하여, 전통의학 고유의 임상적 접근을 유지하는 구조적 기반이 된다.

그러나 이와 같은 독립적 구조는 현대 의료 환경에서 일정한 제도적 과제를 동시에 내포한다. 한의학과 서양의학이 이원적 의료체계로 병존함에 따라, 단순한 용어 차이를 넘어 질병 인식과 치료 원리에 대한 근본적 패러다임의 차이가 존재하며, 이는 상호 이해를 어렵게 하는 요인으로 작용한다. 특히 한의학의 과학적 근거와 정통성에 대한 인식 차이, 의료기기 사용과 직역 범위에 대한 갈등 등은 직능 간 신뢰 형성을 저해하는 요소로 지적되어 왔다[24]. 또한

협진 활성화를 위한 학문적 교류, 공동 교육과정, 표준화된 협진 가이드라인 등의 기반이 충분히 마련되지 못한 것으로 지적되어 왔으며, 의료진 간 상호 경험과 이해가 부족한 상태에서는 협진이 형식적 절차에 그치기 쉽다는 점도 문제로 제기된다[45]. 더 나아가 협진수가의 미비, 보험 급여 제한, 행정적 절차의 복잡성 등 제도적 제약 역시 실제 임상 현장에서의 유기적 협력을 제한하는 요인으로 작용한다[46]. 이러한 구조적 문제는 환자 중심의 다학제적 의료가 강조되는 현대 의료 환경에서 개선이 요구되는 부분이라 할 수 있다. 따라서 한국 전통의학 체계는 독립된 전문 직능 구조라는 특성을 지니는 동시에, 의료 통합의 측면에서는 제도적 보완과 학제 간 소통 체계라는 과제가 제기된다고 정리할 수 있다.

이에 반해, 일본의 캄포 의료 체계는 서양의학을 기본으로 하는 단일 면허 제도 하에서 운영된다는 점에서 한국과 구조적으로 상이하다. 일본에서는 모든 의사가 서양의학 교육을 이수하고 의사 면허를 취득하며, 필요에 따라 캄포 제제를 병행 처방하는 방식이 일반적이다. 이러한 구조는 동일 의료인이 서양의학적 진단과 치료를 기본으로 하면서 캄포 치료를 함께 운용할 수 있다는 점에서 제도적 유연성을 지닌다. 또한 일본에서는 보험에 등재된 캄포 엑기스 제제가 널리 사용되며, 제약회사에 의해 생산 및 관리된다[43]. 이러한 제제 표준화는 품질과 규격의 일관성을 확보하는 데 기여하는 것으로 평가되며, 현대 의료 체계 안에서 캄포 제제가 비교적 안정적으로 통합될 수 있는 기반이 된다. 다만 일본에는 캄포 전문의를 중심으로 전통적 변증을 중시하는 하위집단이 존재하지만, 일반 임상 현장에서는 병명에 기반하여 캄포 제제를 선택하는 경향이 상대적으로 강하게 나타난다[32]. 또한 4장에서 확인한 바와 같이, 전임 캄포 교원을 둔 의과대학은 29%, 교재를 사용하는 학교는 24%에 그쳤고[30], 캄포 교육을 제공한 수련병원은 23%였으며 교육 미시행의 주된 이유로 지도교원 부족(70%)이 보고되었다[37]. 이는 일본에서 캄포 제제가 보험 체계 안에 제도적으로 정착한 것과 달리, 캄포 교육의 기반은 아직 제한적임을 보여준다.

이러한 제도적 차이는 실제 임상 현장에서의 진료 방식과 협력 구조에 서로 다른 양상으로 나타난다. 한국과 일본은 모두 전통의학과 현대의학이 공존하는 환경 속에서 협력적 의료를 필요로 하지만, 그 협력의 중심 축은 서로 다르게 형성되어 있다. 한국은 서양의학과 한의학이라는 직역 간 협진이 주요 과제로 제시되는 반면, 일본은 의사 중심의 약물 통합 구조 속에서 침 치료를 포함한 전통의학적 시술 영역과의 연계가 핵심적인 지점으로 작동한다.

한국에서는 한의학이 독립된 의료 영역으로 제도화되어 있으며, 한의사는 전통 의학적 진단과 치료 원리에 대한 체계적 교육을 바탕으로 환자를 독립적으로 진료한다. 한의사는 침, 뜸, 부항 등의 시술과 한약 처방을 동시에 수행할 수 있으므로, 환자의 상태를 종합적으로 평가한 후 침 치료와 한약 처방을 결합한 복합 치료 전략을 동일 의료인이 하나의 진료 과정 안에서 설계할 수 있다. 이러한 원스톱 모델은 진단-치료-피드백의 순환이 하나의 임상 단위 안에서 이루어질 수 있는 구조라는 점에 특징이 있으나, 실제 진료에서 이러한 방식이 어느 정도로 구현되는지는 본 연구의 자료로 확인하지 못하였다. 또한 의료 체계 전체로 보면 한의학과 서양의학이 이원적으로 병존하고 있어, 두 체계를 동시에 활용해야 하는 경우에는 의사와 한의사 간 협진이 요구된다.

반면 일본은 의사가 진단과 약물 처방을 통합적으로 수행하는 한편, 침·뜸과 같은 시술은 별도 면허의 침구사가 주로 담당한다. 따라서 캄포 처방과 침 치료를 병행하려면 직역 간 연계가 필요하며, 4장 2)에서 살펴본 바와 같이 이러한 연계가 항상 긴밀한 협진으로 이어지는 것은 아니다.

종합하면, 한국과 일본은 모두 협력적 의료 체계를 필요로 하지만, 협력이 요구되는 지점과 방식에서 차이를 보인다. 한국은 서양의학과 한의학의 협진이 핵심 과제로 부각되는 구조이며, 일본은 의사 중심 약물 통합 구조 속에서 전통의학적 시술 영역과의 연계가 관건이 된다. 이는 양국의 의료 제도 설계 방식이 임상 협력의 형태 및 범위와 구조적으로 대응함을 보여주는 사례라 할 수 있다. 따라서 양국의 전통의학 운용 방식은 통합과 분업이라는 서로 다른 방향성 속에서 발전해 왔으며, 각 제도적 특성에 따라 협력의 중심 축이 상이하게 형성되어 있다고 평가할 수 있다.

이러한 비교 결과는 양국이 서로의 제도적 경험을 참고할 수 있는 지점과 그렇지 않은 지점을 구분하여 해석할 필요가 있음을 보여준다. 먼저 본 연구에서 다룬 '표준화'는 제제의 품질·규격 표준화, 보험 등재 방식, 진료 과정의 표준화(진료지침 등)로 구분할 수 있다. 일본의 경험 중 한국이 비교 자료로 참고할 수 있는 부분은 주로 앞의 두 가지, 즉 제약회사가 생산·관리하는 엑기스 제제가 일반 의약품과 같은 방식으로 보험 체계에 편입된 운영 방식이다[43]. 한국에서도 56개 기준처방에 근거한 급여 한약제제가 운영되고 있고 첩약 건강보험 시범사업 등 급여 범위가 확대되고 있으므로(5장), 이러한 제도 변화를 설계하고 평가하는 과정에서 일본의 제제 등재 및 품질관리 방식은 비교 자료가 될 수 있다.

반면 일본의 캄포 교육 체계를 한국 교육의 참고 모델로 삼기는 어렵다. 앞서 살펴본 바와 같이 일본의 캄포 교육은 전임교원, 교재, 졸업 후 교육과의 연계 측면에서 제약이 보고되고 있으며[30,37], 진료 과정 차원의 표준화에 대해서는 본 연구에서 비교한 자료만으로 양국의 수준을 판단하기 어렵다. 일본의 경우에도 의과대학 내 침구 교육의 비중이 낮고 의사의 직접 침구 시행이 제한적으로 보고되어[33,34], 캄포와 침구를 하나의 진료 과정에서 함께 다루는 구조가 형성되기 어려운 측면이 있다.

아울러 한국의 이원화 체계에서 제기되는 협진의 제도적 한계는 선행연구에서 협진수가 미비, 급여 제한, 의료진 간 상호 이해 부족 등으로 보고되어 왔으나[45,46], 그 개선 방안은 본 연구의 비교 범위를 넘어서는 것으로 별도의 실증 연구가 필요하다.

한국은 변증 중심 교육과 한약·침구 복합 치료를 하나의 교육·면허 체계 안에서 갖추고 있으며, 협진 활성화와 의료 환경 내 신뢰 형성을 위해서는 서양의학적 진단 체계와의 연계 및 임상 연구 설계 등 근거 중심 접근에 관한 교육이 함께 논의될 수 있다. 다만 양국의 의료 제도와 역사적 배경이 상이하므로, 일본의 경험은 제도 이식의 대상이라기보다 각 요소별로 선별적으로 비교·검토할 자료로 활용하는 것이 적절하다.

2. 연구한계

본 연구는 한·일 전통의학 교육 체계와 임상 운용 방식의 차이를 제도적 관점에서 비교·분석하였으나 몇 가지 한계를 지닌다. 일본의 캄포 교육 현황에 대해서는 2011년(80개교)[30]과 2019년(82개교)[27]의 전국 조사 자료를 활용하였으나, 임상 운용 방식에 대한 일부 논의는 교토 지역 의사 조사[34], 농촌 지역 가정의학 클리닉 조사[35] 등 특정 지역 또는 의료기관을 대상으로 한 연구에 의존하였으므로, 이를 일본 전체의 임상 현황으로 일반화하는 데에는 한계가 있다. 또한 한국 교육과정 자료는 교과목명을 기준으로 영역을 분류하여 집계하였으므로, 교과목명에 드러나지 않는 관련 교육 내용(예: 통합 교과 내 본초·침구 관련 단원)은 반영

되지 않았을 수 있다. 또한 본 연구는 체계적 문헌고찰이 아니라 연구 질문에 따라 자료를 목적적으로 선정하였고 일본 문헌은 별도의 데이터베이스 검색 없이 개별 검색으로 확인하였으므로, 선택 편향과 일본어 문헌의 누락 가능성이 있다. 아울러 침구 교육의 경우 일본에서 기능적으로 대응하는 단위는 의과대학이 아니라 침구사 양성과정이나, 본 연구에서는 침구사 양성과정의 교육과정을 정량적으로 집계하지 않았으므로 양국 침구 교육의 비교는 제도적 구조 수준에 한정된다.

아울러 본 연구는 문헌 분석과 제도 비교를 중심으로 수행되었으며, 교육 현장 관계자나 임상의에 대한 인터뷰 및 설문 조사와 같은 질적 연구 방법이 포함되지 못하였다. 기존 연구들에서도 한국 한의과 대학 학생들을 대상으로 한 교육 만족도 및 인식 조사, 일본 의사 및 전공의를 대상으로 한 캄포 교육 및 임상 활용 설문, 전통의학 치료에 대한 환자 만족도 연구 등이 보고된 바 있긴 하지만, 이러한 연구들도 대부분 설문 기반의 양적 조사에 머무르고 있기에 실제 교육 과정에서의 학습 경험, 임상 적용 과정에서의 인식 변화, 환자의 치료 경험과 의미 구성 등을 심층적으로 탐색하는 질적 연구는 여전히 부족한 실정이다[27,47].

또한 본 연구에서 제시한 한국과 일본의 본초·방제 교육 자료(Table 3, Table 6)는 측정 단위 자체가 상이하다는 한계를 지닌다. 한국 자료는 각 대학의 공식 교육과정표에 기재된 학점과 주당 이론·실습 시수를 과목별로 합산한 값으로 누적 접촉시간을 의미하지 않으며, 학점과 시수의 산정 기준도 대학별로 상이하다. 일본 자료는 선행 설문조사에서 보고된 캄포 수업 개설 횟수이며, 총 수업시간은 회당 시간을 가정하여 환산한 추정치이다. 따라서 두 자료를 직접적인 정량 비교의 근거로 사용하는 데에는 제한이 따른다. 아울러 한국 12개 한의과대학의 교육과정 자료는 대학별로 문서 형식과 적용 학년도(일부 대학은 미표기)가 상이하여, 동일 시점의 교육과정을 비교한 것은 아니라는 한계도 존재한다.

향후 연구에서는 다양한 교육 기관과 의료기관을 대상으로 한 보다 폭넓은 자료 수집과 질적 연구를 병행함으로써 전통의학 교육과 임상 운용 방식의 실제적 차이를 보다 심층적으로 분석할 필요가 있을 것으로 판단된다.

Ⅶ. 결론

본 연구는 한국과 일본의 전통의학 교육과정과 제도를 비교 분석하여, 이원화와 일원화라는 구조적 차이가 임상 현장의 진단 및 치료 접근 방식과 어떠한 구조적 대응 관계를 갖는지 고찰하였다.

첫째, 교육·면허 구조 측면에서 한국은 한의과대학을 바탕으로 한 이원화된 의료면허 체계를 통해 한의사가 독립된 의료인으로서 한의학적 진단과 치료를 수행하는 반면, 일본은 단일 의사면허 체계 안에 캄포 처방이 포함되어 있고 침구 시술은 별도의 국가면허를 지닌 침구사가 주로 담당한다. 둘째, 교육과정 측면에서 국내 12개 한의과대학은 필수 본초·방제 과목을 평균 16.8학점, 경혈·침구 과목을 평균 13.3학점 편성하고 있었으며, 일본 의과대학의 필수 캄포 수업은 2011년 전국 조사에서 평균 7.25회로 보고되었다. 두 자료는 산출 단위가 달라 직접적인 정량 비교에는 한계가 있으나, 양국 한약 교육의 목적과 범위가 다름을 보여준다. 셋째, 임상 적용 측면에서 한국은 한 명의 한의사가 한약과 침구를 하나의 진료 과정에서 다룰 수 있는 구조를, 일본은 의사의 캄포 처방과 침구사의 침구 시술이 분리된 구조를 보이며, 이

는 각국의 면허 및 보험 구조와 대응한다.

이러한 결과는 어느 한 제도의 우열을 보여주기보다는, 전통의학이 각국 의료체계에 편입된 방식에 따라 교육과 임상 적용의 구조가 달라짐을 보여준다.

향후 한국은 첩약 급여 확대 등 제도 변화 과정에서 일본의 제제 품질관리 및 보험 등재 방식을 비교 자료로 검토할 수 있으며, 양국 교육과정 자료의 공개와 비교 가능한 지표 마련을 통해 교육과 임상 적용의 관계를 실증적으로 검토하는 후속 연구가 필요하다.

감사의 글

본 연구자는 2026년 2월 우석대학교 학생으로 일본 연수 프로그램(게이오대학 병원, 기타사토 대학, 일본약과대학 방문)에 참여할 기회를 가졌습니다. 소중한 교류의 기회를 제공해 주신 대학 및 관계자분들께 깊은 감사를 드립니다.

참고문헌

1. Park HL, Lee HS, Shin BC, Liu JP, Shang Q, Yamashita H, Lim B. Traditional medicine in China, Korea, and Japan: a brief introduction and comparison. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. 2012;2012:429103. doi: 10.1155/2012/429103.
2. Park YL, Huang CW, Sasaki Y, Ko Y, Park S, Ko SG. Comparative study on the education system of traditional medicine in China, Japan, Korea, and Taiwan. Explore: The Journal of Science and Healing. 2016;12(5):375-383. doi: 10.1016/j.explore.2016.06.004.
3. Medical Education Model Core Curriculum Expert Research Committee. The model core curriculum for medical education in Japan, 2022 revision. Tokyo:Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology. 2023.
4. Arai I. Clinical studies of traditional Japanese herbal medicines (Kampo): need for evidence by the modern scientific methodology. Integrative Medicine Research. 2021;10(3):100722. doi: 10.1016/j.imr.2021.100722.
5. Kawai M, Yamashita H, Furuse N, Fukuda F, Tsuji R, Takayama S, Wakayama I. Current status of licensing and education of acupuncture and moxibustion for physicians and acupuncturists/moxibustionists in Japan. Medical Acupuncture. 2025;37(1):43-49. doi: 10.1089/acu.2024.0095.
6. Lee S, Han Y, Kwon BI, Yoon HC. Trend of study of pattern identification in Republic of Korea from 2015 to 2023. Journal of Society of Preventive Korean Medicine. 2024;28(2):19-29.
7. Kim D, Shih CC, Cheng HC, Kwon SH, Kim H, Lim B. A comparative study of the

traditional medicine systems of South Korea and Taiwan: focus on administration, education and license. Integrative Medicine Research. 2021;10(3):100685. doi: 10.1016/j.imr.2020.100685.

8. Motoo Y, Arai I, Tsutani K. Use of Kampo diagnosis in randomized controlled trials of Kampo products in Japan: a systematic review. PLOS ONE. 2014;9(8):e104422. doi: 10.1371/journal.pone.0104422.
9. Bowen GA. Document analysis as a qualitative research method. Qualitative Research Journal. 2009;9(2):27-40. doi: 10.3316/QRJ0902027.
10. Bereday GZF. Comparative method in education. New York:Holt, Rinehart and Winston. 1964.
11. World Health Organization. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva:World Health Organization. 2007.
12. World Health Organization. WHO traditional medicine strategy 2002-2005 (WHO/EDM/TRM/2002.1). Geneva:World Health Organization. 2002.
13. 한국보건의료인국가시험원. 한의사 국가시험 출제범위(2027년도 제82회 한의사 국가시험부터 적용). Available from: https://www.kuksiwon.or.kr (accessed 2026-10-13).
14. 보건복지부(대한민국). 의료법. 법률 제21111호, 공포 2025-11-11. 일부개정.
15. 文部科学省(日本). 学校教育法. 法律 第26号, 공포 1947-03-31. 제정.
16. 厚生労働省(日本). 医師法. 法律 第201号, 공포 1948-07-30. 제정.
17. 厚生労働省(日本). あん摩マツサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律. 法律 第217号, 공포 1947-12-20. 제정.
18. Pusan National University School of Korean Medicine. Curriculum. Available from: https://kmed.pusan.ac.kr/kmed/11964/subview.do (accessed 2026-03-29).
19. Kyung Hee University College of Korean Medicine. Curriculum overview and course list, 2025. Seoul:Kyung Hee University. 2025.
20. Wonkwang University College of Korean Medicine. Curriculum. Available from: https://kmed.wku.ac.kr/?page_id=507 (accessed 2026-04-08).
21. 이동진. 한의사의 초음파 진단기기 사용은 무면허의료행위인가? - 대법원 2022.12.22. 선고 2016도21314 전원합의체 판결. 의료법학. 2023;24(1):3-42.
22. 전병주, 김건호. 한의사의 초음파 진단기기 사용과 의료법 위반에 관한 판례 고찰. 인문사회과학연구. 2023;31(1):386-405.
23. 정현정. 한의임상연구를 통해 살펴본 초음파의 활용: 체계적 문헌고찰. 대한한의진단학회지. 2024;28(1):11-19.
24. Lim EJ, Kim SY, Sohn MS, Choe PN, Oh BS. Research on the conflicts and

future direction of integrative medicine in Korea. Korean Journal of Oriental Physiology & Pathology. 2014;28(2):243-250.

25. Watanabe K, Matsuura K, Gao P, Hottenbacher L, Tokunaga H, Nishimura K, Imazu Y, Reissenweber H, Witt CM. Traditional Japanese Kampo medicine: clinical research between modernity and traditional medicine-the state of research and methodological suggestions for the future. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. 2011;2011:513842. doi: 10.1093/ecam/neq067.

26. Yoshino T, Kashio A, Terasawa Y, Hachiki M, Yoshinaga R, Arita R. The integration of traditional medicine with conventional biomedicine: a narrative review of the Japanese perspective. Journal of Integrative and Complementary Medicine. 2023;29(6-7):372-379. doi: 10.1089/jicm.2022.0643.

27. Nogami T, Arai M, Ishigami T, Nakada Y, Matsuda T, Odaguchi H, Hanawa T. Comparison of the 2011 and 2019 Kampo medicine curricula across all Japanese medical schools. Tokai Journal of Experimental and Clinical Medicine. 2021;46(2):75-82.

28. 厚生労働省地方厚生局. はり、きゅう及びあん摩マッサージ指圧の同意書について (2018-10-01). Available from: https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/chugokushikoku/shinsei/shido_kansa/judo/000145057.pdf (accessed 2026-03-16).

29. Shim BS, Koh BH, Ahn KS. Education in oriental medicine in Kyung Hee University. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. 2004;1(3):331-334. doi: 10.1093/ecam/neh050.

30. Arai M, Katai S, Muramatsu S, Namiki T, Hanawa T, Izumi SI. Current status of Kampo medicine curricula in all Japanese medical schools. BMC Complementary and Alternative Medicine. 2012;12:207. doi: 10.1186/1472-6882-12-207.

31. Chung HY, Yuasa M, Chen FS, Yukawa K, Motoo Y, Arai I. The status of education for integrative medicine in Japanese medical universities with special reference to Kampo medicines. Traditional & Kampo Medicine. 2023;10(2):123-131. doi: 10.1002/tkm2.1365.

32. Moschik EC, Mercado C, Yoshino T, Matsuura K, Watanabe K. Usage and attitudes of physicians in Japan concerning traditional Japanese medicine (Kampo medicine): a descriptive evaluation of a representative questionnaire-based survey. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. 2012;2012:139818. doi: 10.1155/2012/139818.

33. Muramatsu S, Aihara M, Shimizu I, Arai M, Kajii E. Current status of Kampo medicine in community health care. General Medicine. 2012;13(1):37-45. doi: 10.14442/general.13.37.

34. Fujiwara N, Yamashita H, Katayama K, Kubo A, Kondo Y, Aoyama H, Muramatsu K, Yamazaki O, Onishi K. Changes in attitudes of Japanese doctors toward complementary and alternative medicine—comparison of surveys in 1999 and 2005 in Kyoto. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. 2011;2011:608921. doi: 10.1093/ecam/nep040.

35. Shumer G, Warber SL, Plegue M, Amenomori M, Inoue M, Fetters MD. Acupuncture use in rural Japanese family medicine populations: a cross-sectional survey study. Medical Acupuncture. 2016;28(1):49-55.

36. Nakada Y, Arai M, Yamato I, Nogami T, Odaguchi H, Taniguchi D, Tomita J, Ishigami T. The effectiveness of a Kampo e-learning course incorporated into the medical education curriculum: a possible solution to instructor shortages and time constraints. BMC Medical Education. 2025;25:299. doi: 10.1186/s12909-025-06874-9.

37. Arai M, Nakada Y, Izumi SI. The education of traditional Japanese (Kampo) medicine: surveys of training hospitals and residents. BMC Complementary and Alternative Medicine. 2017;17(1):134. doi: 10.1186/s12906-017-1634-2.

38. IBM Japan Health Insurance Association. If you underwent acupuncture, moxibustion, massage or similar treatment with an insurance doctor's approval. Available from: https://www.ibmjapankenpo.jp/eng/member/benefit/massage_s_a.html (accessed 2026-03-16).

39. 厚生労働省. はり、きゅう及びあん摩マッサージ指圧の施術所を開設する皆様、はり師、きゅう師及びあん摩マッサージ指圧師の皆様へ(重要なお知らせ). Available from: https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/jyuudou/oshirase.html (accessed 2026-10-13).

40. 보건복지부. 한약제제 급여목록 및 급여 상한금액표(보건복지부 고시). Available from: https://www.law.go.kr (accessed 2026-10-13).

41. Health Insurance Review and Assessment Service. Guide to outpatient co-payment rates. Available from: https://www.hira.or.kr/dummy.do?pgmid=HIRAA030056020110 (accessed 2026-03-31).

42. 보건복지부. 첩약 건강보험 적용 2단계 시범사업 실시(보도자료, 2024-04-28). Available from: https://www.mohw.go.kr (accessed 2026-10-13).

43. Arai I, Kawahara N. Kampo pharmaceutical products in the Japanese health-care system: legal status and quality assurance. Traditional & Kampo Medicine. 2019;6(1):3-11. doi: 10.1002/tkm2.1204.

44. 厚生労働省. 医療費の一部負担(自己負担)割合について. Available from: https://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/dl/info02d-37.pdf

(accessed 2026-10-13).

45. Leem J, Kim KI, Seo JH, Cheong MJ, Youn I. Perception, attitude, and demand for Korean medicine and Western medicine collaborative treatment: A scoping review. Integrative Medicine Research. 2021;10(1):100430. doi: 10.1016/j.imr.2020.100430.
46. Lee KJ, Lee GR, Song YK. A report on the status of cooperation through the Korean medicine and Western medicine collaboration process. Journal of Korean Medicine Rehabilitation. 2019;29(3):129-139.
47. Han YJ. Factors affecting educational satisfaction and trust in Korean medicine among Korean medicine students. Herbal Formula Science. 2024;32(1):91-98. doi: 10.14374/HFS.2024.32.1.91.