

헌 법 소 원 심 판 청 구 서

(사건번호 : 2019헌바239)

첨부 증거자료

청 구 인

1. 이 상 진 (390318-1067211)

서울 도봉구 마들로 859-19, 105동 1605호 (도봉동, 도봉한신아파트)

2. 손 중 양 (590501-1682711)

서울 성북구 화랑로48길 16, 123동 303호 (석관동, 두산아파트)

3. 김 숙 희 (620414-2063615)

서울 성북구 화랑로48길 16, 123동 303호 (석관동, 두산아파트)

위 청구인들의 대리인 **법무법인 항법**

담당변호사 이재화, 하인준

서울 서초구 서초중앙로 114, 일광빌딩 6층(서초동) /137-881

청 구 취 지

의료법(2016. 5. 29. 법률 제14183호로 개정된 것) 제27조 제1항 및 제87조 제1항 제2호는 헌법에 위반된다.

증 거 자 료

1. 증 제1호증 무면허 의료행위의 규제에 관한 고찰
1. 증 제2호증 제5장 전통 침구의술의 활성화 방안에 대한 연구
1. 증 제3호증 침사 혹은 구사 등의 자격증만 가지고 ‘침’ ‘뜸’ 혹은 ‘혈자리 자석’ 등을 종합시술하는 ‘대체의학’ 등을 통한 무면허 의료행위를 금지 및 처벌하는 ‘의료법’ 및 ‘보건범죄단속에관한특별조치법’ 등의 위헌 여부에 관한 연구
1. 증 제4호증 전통 침구의 단절과 침구사의 존립 양상 - 원로 침구사의 경험과 인식을 중심으로
1. 증 제5호증 민족의학 그리고 남북 전통의학 교류, 남북 민족의학 통합, 시너지 대단할 것
1. 증 제6호증 무면허 의료행위 형사처벌의 타당성
1. 증 제7호증 ‘소수의 횡포’ 가능성에 대한 위헌심사- 현재 2010. 7. 29. 2008헌가19 등(병합)과 관련하여》
1. 증 제8호증 입법과 경제적 효율성 - 침구사제도의 입법에 관한 비교제도 분석을 중심으로
1. 증 제9호증 외국 및 우리나라의 의료유사 운영실태조사
1. 증 제10호증 사단법인 허임기념사업회, 침구사 양성을 통한 의료일원화 추진 정책제안
1. 증 제11호증 스페인 침구사 인터뷰
1. 증 제12호증 한국인 침구사의 필리핀 내 직업 침구사로서 10년의 기록
1. 증 제12호증 오마이뉴스, 2019. 5. 3. ‘[민병래의 사수만보] 사람 살리는 데 면허가 전부는 아닙니다.’



무면허 의료행위의 규제에 관한 고찰

A Legal Study on the Unlicensed Acts of Medical Care

저자 (Authors)	이경환, 김만오, 한선우 Kyung Hwan, Lee, Mann Oh, Kim, Sun Woo, Han
출처 (Source)	한국의료법학회지 19(2) , 2011.12, 109–138 (30 pages) Korean Journal of Medicine and Law 19(2) , 2011.12, 109–138 (30 pages)
발행처 (Publisher)	한국의료법학회 Korean Association of Medical Law
URL	http://www.dbpia.co.kr/Article/NODE01776530
APA Style	이경환, 김만오, 한선우 (2011). 무면허 의료행위의 규제에 관한 고찰. 한국의료법학회지, 19(2), 109–138.
이용정보 (Accessed)	영남대학교 165.229.4.*** 2018/07/27 07:25 (KST)

저작권 안내

DBpia에서 제공되는 모든 저작물의 저작권은 원저작자에게 있으며, 누리미디어는 각 저작물의 내용을 보증하거나 책임을 지지 않습니다. 그리고 DBpia에서 제공되는 저작물은 DBpia와 구독계약을 체결한 기관소속 이용자 혹은 해당 저작물의 개별 구매자가 비영리적으로만 이용할 수 있습니다. 그러므로 이에 위반하여 DBpia에서 제공되는 저작물을 복제, 전송 등의 방법으로 무단 이용하는 경우 관련 법령에 따라 민, 형사상의 책임을 질 수 있습니다.

Copyright Information

Copyright of all literary works provided by DBpia belongs to the copyright holder(s) and Nurimedia does not guarantee contents of the literary work or assume responsibility for the same. In addition, the literary works provided by DBpia may only be used by the users affiliated to the institutions which executed a subscription agreement with DBpia or the individual purchasers of the literary work(s) for non-commercial purposes. Therefore, any person who illegally uses the literary works provided by DBpia by means of reproduction or transmission shall assume civil and criminal responsibility according to applicable laws and regulations.

무면허 의료행위의 규제에 관한 고찰

이경환*, 김만오**, 한선우***

【국문초록】

의료법은 무면허 의료행위를 금지하고 있는바, 면허 없이 의료행위를 하는 경우와 면허의 범위를 넘는 의료행위를 하는 경우를 포함한다. 무면허 의료행위를 규제하는 이유는 면허 없이 의료행위를 하면, 생명신체나 공중위생에 위해를 가할 우려가 있기 때문이다.

무면허 의료행위를 규율하기 위해서는 우선 의료행위에 대한 개념규정이 필요하다. 의료행위에 대한 미국법과 일본법의 개념을 살펴보고, 우리법의 해석에 도움이 될 수 있는 부분을 검토해 본다. 서양에서는 한의학이 존재하지 않으므로 한방에 속하는 침, 뜸, 안마, 부항 등 대체의학의 영역에 대하여 너그럽게 허용할 수 있지만, 우리는 의학과 한의학이 존재하고 있으므로 이들 사이의 대체의학을 인정할 수 있는 영역이 매우 적다.

무면허 의료행위에 대해서 대법원은 매우 엄격하게 해석하며 규제하고 있다. 물리적인 힘이 가해지는 영역에서 건강과 관련된 신체적인 접촉이 있다면, 대부분 의료행위로 인정된다. 최근에는 무면허 의료행위를 규제하는 의료법 규정에 대하여 헌법재판소에서 침구술을 비롯한 대체의학에 대해서 합헌 4인 위헌 5인의 의견으로 합헌결정을 하고 있다. 이는 국민의식이 바뀌고 있음을 말해주고 있으며, 머지않아 대체의학에 대하여 일정 부분에는 허용해야 할 것임을 잘 나타내 주고 있다.

따라서 이제는 기존의 의학과 한의학의 영역에서 단순히 생명신체나 공중위생에 위해를 가할 우려가 있다는 이유로 규제하기에 급급하기 보다는, 비영리적이고 침습의 정도가 경미한 부분에 대해서는 일정한 자격을 부여하여 물꼬를 터주어야 할 것이다. 어느 순간에 무면허 의료행위를 규제하는 의료법 규정이 위헌으로 판단되어 무질서상태를 만들게 됨으로써 야기되는 국민의 보건권에 심대한 위해를 미리 예방하여야 할 필요가 있다.

주제어 : 무면허 의료행위, 의료행위, 의학, 한의학, 대체의학

* 변호사, 법무법인(유) 화우, 보건학박사, 연세대학교 법학전문대학원 겸임교수

** 변호사, 법무법인(유) 화우, 고려대학교 의과대학 외래교수

*** 연세대학교 법학전문대학원

【차 례】

I. 들어가며	9. 부항시술행위
II. 무면허 의료행위 규제의 근거	10. 약사의 한약조제행위
1. 실체적 근거	11. 무면허 의료인의 한약의 제조
2. 법적 근거	12. 팔사요법
3. 외국의 입법례	13. 판례의 변천
III. 대법원 판례의 동향	IV. 헌법재판소 결정
1. 성형수술행위	1. 헌재 1996. 10. 31, 94헌가7 등 기존의 견해
2. 수지침 시술행위	2. 헌재 2010. 7. 29, 2008헌가19 등
3. 약사의 진단행위	3. 헌재 2011.11.24 2008헌마627 0
4. 활법	V. 한계적 의료행위의 문제점
5. 안마사의 의료행위	1. 신의료기술2
6. 물리치료사의 의료행위	2. 대체의료행위
7. 침술행위	3. 한의학과 양의학의 충돌
8. 피부관리사의 행위	VI. 맺음말

I. 들어가며

무면허 의료행위는 의료인의 면허를 받지 않고 하는 의료행위를 말한다. 즉, 의료인이 아닌 자가 의료행위를 하는 경우와 의료인이 면허받은 이외의 의료행위를 하는 경우¹⁾를 포함한다. 의료인은 일반적 금지에 대한 해제로서의 행정행위인 허가를 받음으로써 독점적·배타적 지위에서 일반인이 할 수 없는 의료행위를 할 수 있다. 의료법의 허가주의는 의료행위가 인간의 생명과 직결되기 때문에 일정수준 이상의 의학지식과 기술을 가진 사람에게 국가에게 일정한 자격시험을 시행하여 합격한 사람에 한하여 허가행위로서의 면허를 주는 것이다.²⁾ 무면허 의료행위는 불법행위로 인한 민사소송을 통해 손해배상책임을 지움으로써 일부 제제를 가할 수 있다. 하지만, 무면허 의료행위는 국민의

- 1) 문성제·이경환·원선애, “의료과오와 간호사책임”, 한국의료법학회(2004), 한국의료법학회지 제12권 제1호, 32-36면
- 2) 면허란 일종의 허가 또는 인가를 뜻하는 것으로 어떤 행위가 일반적으로 금지되어 있으나, 특정한 경우에는 그 금지가 해제되는 것을 말한다. 따라서 면허는 일반적으로 금지되었다는 것을 허용한다는 것이므로 이는 권리의 행사나 특혜의 부여가 아니라, 자유가 회복된다는 의미에 지나지 않는다. (하태인, “무면허 의료행위 형사처벌의 타당성”, 부산대학교 법학연구 제51권 제3호(통권65호)(2010. 08), 6~9면; 이인영, “의료행위의 현대적 의의와 과제”, 한국법정책학회, 법과 정책연구, 제7권 제1호(2007. 06), 45면)

건강권과 보건권에 많은 영향을 미치고 있으므로 단순히 민사손해배상책임만으로 내버려둘 수 없다. 따라서 비의료인의 의료행위와 의료인의 면허받은 이외의 의료행위는 무면허 의료행위로서 형사적으로 규율할 필요성이 있다.

무면허의료행위를 규제하기 위해서는 의료행위에 대한 정의가 선행되어야 하겠지만, 의료법에서도 의료행위의 정의를 하는 규정은 없다. 현행 의료법과 보건범죄단속에 관한 특별조치법에 의하여 무면허 의료행위는 일률적·전면적으로 규율되고 있다. 즉, 의료법은 의료인이 아니면 누구든지 의료행위를 할 수 없으며 의료인도 면허받은 이외의 의료행위를 할 수 없도록 규정(의료법 제27조 제1항)하고, 이를 위반할 경우 5년 이하의 징역이나 2천만 원 이하의 벌금에 처하도록(제87조)하고 있다. 또한 이를 영리목적 또는 업으로 한 경우에는 무기 또는 2년 이상의 징역에 처하며, 100만 원 이상 1천만 원 이하의 벌금을 병과한다고 규정(보건범죄단속에 관한 특별조치법 제5조)하고 있다.

의료법 제27조에서 무면허의료행위를 금지하고 있지만, 의료행위의 개념과 내용에 관하여 정의한 규정이 없으므로 결국 어떤 행위가 무면허 의료행위에 해당하는지 여부는 구체적 사안에 따라 판단할 수밖에 없다. 대법원도 다양한 판례를 통하여 무면허 의료행위에 대한 입장을 밝혀왔다. 하지만 무면허 의료행위에 대한 대법원의 입장은 주로 의료행위를 적극적으로 개념화하는 과정이 아니라 어떤 행위가 무면허 의료행위에 해당하는지에 관한 판단을 통하여 소극적으로 형성되어 왔다.

결국 이러한 의료법 체계 하에서는 일정한 영역에서 의료에 관한 지식과 경험을 가지고 있는 자도 처벌되며,³⁾ 의료인이라 할지라도 자신의 면허 이외의 의료행위를 행하지 못한다. 따라서 대법원판례에 의하면 대체의료행위를 행한 면허 없는 자가 무면허 의료행위로 처벌되고, 한의학에서 CT를 사용하는 것이 무면허 의료행위로 처벌 되는 것이다. 이를 극단적으로 적용하면 '아이가 체한 상황에서 손을 따주는 행위'는 출혈이 일어나는 의료행위에 해당하고, 아이의 손을 따준 어머니는 무면허 의료행위로 처벌받을 가능성이 언제든지 존재하는 것이다. 이러한 상황은 심사숙고하지 않아도 쉽게 불합리하다는 것을 깨달을 수 있다. 따라서 현행 무면허 의료행위에 대한 규제가 국민의 건강권, 보건권을 향상시키기 보다는 오히려 이를 제약하는 상황을 야기하고 있음을 알 수 있다. 무면허 의료행위에 대한 검토는 죄형법정주의의 전제가 되는 핵심 개념이다. 따라서 이러한 상황 속에서는 무면허 의료행위에 대한 개념 정립을 명확히 하는 것이 중요할 수밖에 없다. 개념 정립을 한 뒤 무면허 의료행위를 규제하는 현행 규정에 대한 고찰과 앞으로 무면허 의료행위의 규제에 대한 변화양상을 살펴보는 것이 필요하다.

3) 배현아·정구영·이경환, “119구급대원의 직무과실에 대한 국가배상책임”, 한국의료법학회(2004), 한국 의료법학회지 제12권 제2호, 112-113면

II. 무면허 의료행위 규제의 근거

1. 실체적 근거

무면허 의료행위를 처벌하는 것은 국민의 건강증진과 보건향상을 위함이다. 이러한 목적은 "이 법은 모든 국민이 수준 높은 의료 혜택을 받을 수 있도록 국민의료에 필요한 사항을 규정함으로써 국민의 건강을 보호하고 증진하는 데에 목적이 있다"고 규정한 의료법 제1조에서도 잘 알 수 있다.

의료행위는 질병의 예방이나 치료행위를 하는 것으로서, 의학의 전문적 지식을 기초로 하는 경험과 기능으로 진찰, 검안, 처방, 투약 또는 외과수술 등의 행위를 하는 것으로 침습성을 본질적으로 내포하고 있다. 무면허 의료행위를 형사 처벌하는 것은 이러한 의료행위의 특수성에 기인한다. 의료인의 의료행위는 고도의 전문적 지식과 경험을 필요로 함과 동시에 사람의 생명이나 신체 또는 일반 공중 위생에 밀접하고 중대한 관계가 있기 때문에 의료법은 의료인이 되는 자격에 대한 엄격한 요건을 규정하면서 의료행위를 의료인에게만 독점적으로 허용함으로써 일반인이 이를 하지 못하게 금지하고 있다. 이러한 면허주의는 결국 국민의 건강권과 보건권을 보호하기 위한 국가의 선택이다. 따라서 면허를 취득한 의료인만이 의료행위를 할 수 있고, 비의료인의 무면허 의료행위는 처벌할 필요성이 있다.

의료행위는 무면허자가 행하면 생명·신체에 대한 위해를 가할 우려가 있는 행위로서, 인간의 존엄과 가치를 최고의 원리로 하는 헌법 아래서 이를 보호하기 위하여 국가는 무면허 의료행위에 대해서는 의료법과 보건범죄단속에 관한 특별조치법에서 형사처벌을 하여 이를 규제하고 있다.

2. 법적 근거

무면허 의료행위를 처벌하는 근거는 우선 헌법에서 찾아볼 수 있다. 헌법 제10조는 "모든 국민은 인간으로서의 존엄과 가치를 가지며, 행복을 추구할 권리를 가진다. 국가는 개인이 가지는 불가침의 기본적 인권을 확인하고 이를 보장할 의무를 진다."고 규정하고 있다. 사람의 신체와 생명은 인간으로서의 존엄과 가치의 근본이므로 사람의 생명이나 신체에 위해를 발생케 할 우려가 있는 의료행위에 대한 규제는 인간의 존엄과 가치를 보장해야 하는 국가의 헌법적 의무라고 할 수 있다.⁴⁾ 또한, 헌법 제36조 제3항은 "모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다."고 규정하여 국민의 보건권과 국가의 보건보호의무를 부과하고 있다. 따라서 국민의 생명, 신체나 공중위생에 대한 위해발생의 가능성을 예견하면서도 국가가 이를 방치하는 것은 국가의 헌법상의 의무와 국민건강의 보호증진을 도모하려 하는 국가의료제도의 목적에 반하고, 결국 국민의 건강은 심각한 위협을 받게 될 것

4) 이인영, 앞의 논문, 28면

이다. 특히 의료행위의 객체는 사람의 생명과 신체이므로 의료행위가 잘못될 경우 회복할 수 없는 피해를 야기하므로 국가의 헌법적 의무는 그 중요성을 지닌다. 따라서 법은 무면허 의료행위자에 의한 시술을 금지할 필요성이 있고, 국가가 이를 적극적으로 규제하여야 한다.

무면허 의료행위에 대한 규제의 방법으로 형사 처벌은 국민의 자유와 권리를 보장하기 위한 죄형 법정주의(罪刑法定主義) 원리상 엄격한 법적 근거를 요하는바, 현행 법령 체계에서는 의료법과 보건범죄 단속에 관한 특별조치법에서 무면허 의료행위를 규율하고 있다. 의료법은 무면허 의료행위의 금지(의료법 제27조 제1항)⁵⁾, 무면허 의료행위를 한 자의 자격정지(의료법 제66조)⁶⁾, 징역과 벌금(의료법 제87조)⁷⁾ 양벌규정(의료법 제91조)⁸⁾을 통해 무면허 의료행위를 처벌하고 있다. 이러한 규정의 형식에 따르면 무면허 의료행위를 일회적으로 하는 자나 무상으로 하는 자 할 것 없이 모두 의료법에 의하여 처벌된다. 다만, 보건범죄 단속에 관한 특별조치법 제5조에서는 무면허 의료행위를 ‘영리를 목적으로’ 하는 경우에 이를 가중하여 처벌하고 있다.⁹⁾

3. 외국의 입법례

무면허 의료행위는 여러 나라에서 규제하고 있다. 미국과 일본의 경우를 살펴본다. 이들 나라에서도 무면허 의료행위를 규제하고 있으나 그 형식에 있어서는 차이가 있다. 미국의 경우 다양한 개념 요소를 유기적으로 결합하여 주마다 의료행위의 개념을 확정지음으로써 무면허 의료행위의 개념을 예측할 수 있게 하고 있다. 콜로라도 주의 경우 매우 포괄적이고 자세한 의료행위에 대한 규정을 둠으로써 의료행위 및 무면허 의료행위에 대한 수범자의 예측가능성을 증대시키고 법적안정성을 도모

-
- 5) 의료법 제27조 (무면허 의료행위 등 금지) ① 의료인이 아니면 누구든지 의료행위를 할 수 없으며 의료인도 면허된 것 이외의 의료행위를 할 수 없다.
- 6) 의료법 제66조 (자격정지 등) ① 보건복지부장관은 의료인이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 1년의 범위에서 면허자격을 정지시킬 수 있다. 이 경우 의료기술과 관련한 판단이 필요한 사항에 관하여는 관계 전문가의 의견을 들어 결정할 수 있다.
5. 제27조제1항을 위반하여 의료인이 아닌 자로 하여금 의료행위를 하게 하거나 의료인에게 면허받은 사항 외의 의료행위를 하게 한 때
6. 의료기사가 아닌 자에게 의료기사의 업무를 하게 하거나 의료기사에게 그 업무 범위를 벗어나게 한 때
10. 그 밖에 이 법 또는 이 법에 따른 명령을 위반한 때
- 7) 의료법 제87조 (벌칙) 다음 각호의 1에 해당하는 자는 5년이하의 징역 또는 2천만원이하의 벌금에 처한다.
3. 제12조제2항, 제18조의2제3항, 제21조의2제3항, 제27조제1항, 제30조제2항(제61조제3항에서 준용하는 경우를 포함한다)의 규정에 위반한 자
- 8) 의료법 제91조 (양벌규정) 법인의 대표자 또는 법인이나 개인의 대리인, 사용인 기타 종업원이 제66조 내지 제69조의 위반행위를 한 때에는 행위자를 처벌하는 외에 그 법인 또는 개인에 대하여도 각 본조에 규정된 벌금형을 과한다.
- 9) 보건범죄에 단속에 관한 특별조치법 제5조 (부정의료업자의 처벌) 의료법 제27조의 규정을 위반하여 영리를 목적으로 의사가 아닌 자가 의료행위를, 치과 의사가 아닌 자가 치과 의료행위를, 한의사가 아닌 자가 한방 의료행위를 업으로 한 자는 무기 또는 2년 이상의 징역에 처한다. 이 경우에는 100만원 이상 1천만원 이하의 벌금을 병과한다.

하고 있다. 반면 일본의 경우 우리나라와 동일하게 의료행위 개념에 대한 규정을 가지고 있지 않으나, 업으로 행하는 경우에 한하여 의료행위로 인정하고 있다.

(1) 미국법

1) 의료행위의 개념

미국의 의료관련 법률은 의료행위(practice of medicine)에 관한 보편적인 정의를 포함하지 않고 있다. 따라서 무면허 의료행위에 대한 규율도 주마다 달리 이루어지고 있다. 하지만 많은 주에서 의료행위를 정의할 때 논의하는 개념요소들은 크게 ① 진단(Diagnosis), 처치(Treatment), 예방(Prevent), 치료(Cure), 상담(Advice), 처방(Prescribe for) ② 의사로 자신을 드러내는 것(Holding Oneself Out to the Public), ③ 보수, 선물, 또는 보상을 받으려는 의사, ④ 자격부여(Attaching a Title), ⑤ 의료기관을 유지 하는 것(Maintaining an office) ⑥ 수술의 시행(Performing Surgery), ⑦ 약의 사용, 관리 또는 처방, ⑧ 그 외 다양한 정의 규정들이며, 이러한 개념요소들의 몇몇을 결합하여 의료행위에 관한 개념정의를 개별 주 법률에서 규정하고 있다.¹⁰⁾

위의 개념요소들을 조합적으로 결합하여 미국의 주 법률은 다양하게 의료행위에 대해 정의하고 있다. 예를 들어 콜로라도 주의 경우 위의 개념 요소들을 거의 다 포함시켜 아주 상세한 규정을 두고 있다.¹¹⁾ 반면 뉴욕 주는 “의료전문가의 행위는 인간의 질병, 고통, 상해, 기형 또는 건강상태에 대한 진단, 처치, 수술 또는 처방을 말한다.”¹²⁾ 고 간략하게 정의하고 있다.

10) Michael H. Cohen, A Fixed Star in Health Care Reform: The Emerging Paradigm of Holistic Healing, Arizona State Law Journal, Spring 1995. at. 98; 이인영, 앞의 논문, 29면(재인용)

11) Colorado Physician Licensure Statute, Colo. Rev. Stat. § 12-36-106(This subparagraph (II) is repealed, effective July 1, 2011). 이 조항의 목적에서 ‘의료행위’라 함은 (a) 이 주 내에서 약물, 수술, 처치, 전류, 원격의료, 검사에 대한 분석을 사용하여 모든 인적 질병, 만성질환, 고통, 부상, 장애 또는 신체적 혹은 정신적 상태를 진단을 할 수 있거나, 치료를 하거나 처방을 하거나 병을 완화시키거나 또는 예방하는 행위를 대중에게 제공하는 것을 말한다. 이때 검사란 병리학 표본, 영상, 또는 사진 또는 모든 물리적, 기계적 또는 기타 수단을 이용한 초진을 포함한다. (b) 직접적 또는 간접적으로 보수, 선물, 또는 보상을 받을 의사를 가지고 사람들에게 처치, 수술, 또는 통증완화를 위한 치료, 또는 신체적 혹은 정신적인 질환, 장애, 상해, 조건 또는 결함의 치료의 형태를 제한하거나 권하거나 처방 또는 관리하는 것, (c) 질병이나 상해 또는 신체 또는 정신의 결함에 고통 받는 사람들을 검사하거나 치료할 목적으로 의원이나 기타 장소를 유지하는 것, (d) M.D., D.O., 내과의, 외과의 또는 타인으로 하여금 그 사람이 이 주에서 의료행위를 허가 받았고 질병, 부상 또는 신체 혹은 정신적인 결함으로 고통을 겪는 사람들을 진료하거나 치료에 종사하고 있다고 믿게 하는 모든 단어 또는 축약어를 사용하는 경우, 단 치유기술에 제한된 분야에 대하여 이 주의 법령에 따라 명시적으로 허가받은 경우는 제외한다. (e) 사람에게 어떤 종류의 외과적인 수술을 행하거나, (f) 조산술을 시행하거나(예외 있음), (g) 상호 시청각 도구나 자료를 교환함으로써 의료서비스와 진단, 상담 또는 처치를 교부하는 것을 의미하는 원격의료를 시행하는 것을 의미한다.

12) New York Education Law, Article 131, § 6521(Last modified: April 23, 2010)

2) 무면허 의료행위의 규제

국민의 건강과 안전을 보호하고 복지의 향상에 노력하여야 하는 의무는 연방제도를 취하고 있는 미국에서는 주정부의 의무이자 권한으로 인식되고 있고, 따라서 의료인의 면허조건도 주법에서 규정하고 있다.¹³⁾ 대부분의 주에서 무면허 의료행위의 금지에 관한 규정을 두고 있으며, 환자가 의료행위의 시술자가 무면허라는 것을 알면서 의료행위를 받은 경우에도 무면허 의료행위자는 처벌받는다. 무면허 의료행위는 우리나라의 범주와 동일하게 ① 면허를 소지하지 않은 사람이 행하는 의료행위, ② 면허를 소지한 의료인이 면허된 범위 이외의 의료행위를 하는 경우를 포함하고 있다.¹⁴⁾

(2) 일본법

일본의 의료법은 우리나라의 의료법과 그 체계가 비슷하다. 다만, 의료인의 자격과 수급관리 등에 관한 규정을 의료법 내에 포함하고 있는 우리나라의 의료법과 달리, 별도의 의사법, 치과의사법, 보건의료조산사간호사법등 의료인관련법을 두고 있다는 점¹⁵⁾에서 차이가 있다. 일본의 의료법도 의료행위에 대한 규정을 두지 않고 있고, 무면허 의료행위는 의사법에 의하여 규율되고 있다.

현행 일본 의료법 제1조의2 제1항에서 “의료는 생명의 존중과 개인의 존엄의 유지를 취지로 하며, 의사, 치과의사, 약제사, 간호사 그 외의 의료 종사자와 의료를 받는 사람과의 신뢰관계에 기초하고 또한 의료를 받는 자의 심신의 상황에 따라 행해지는 것과 동시에 그 내용은 단순한 치료뿐만 아니라 질병의 예방을 위한 조치 및 재활을 포함하는 양질이며 적절할 것이어야 한다.” 고 규정하고, 제1조의5에서 “이 법률에서 「병원」이란 의사 또는 치과의사가 공중 또는 특정다수인을 위해 의료업 또는 치과의료업을 행하는 장소이고, 20인 이상의 환자를 입원시키기 위한 시설을 갖춘 것을 말한다. 병원은 상병자(傷病者)가 과학적이고도 적절한 진료를 받을 수 있는 편의를 제공하는 것을 주된 목적으로 조직되고 운영되는 것이어야 한다.” 고 규정하고 있으므로, 의료행위에 대하여는 위의 규정들과 의사법의 규정을 고려하여 법률해석을 통해 명확히 하는 방법을 취할 수밖에 없다.

다만, 일본 의사법 제17조는 “의사가 아니면 의료업을 해서는 아니 된다.” 고 규정하여 무면허 의료행위를 처벌하고 있다. 본 규정의 해석에 대하여 일본 최고재판소 판결에서 “의학상의 지식과 기능을 가지지 아니한 자가 함부로 이를 행할 때 생리상 위험이 있는 정도에 달하는 경우에는 이를 의료행위라고 인정함이 상당하다” 고 판시한 후 위와 같은 해석을 견지하고 있다.¹⁶⁾ 또한 의사법 제31조에 의하면 무면허 의료행위를 행한 경우 징역, 벌금형에 의하여 처벌된다.¹⁷⁾ 다만, 우리나라

13) 이인영, 앞의 논문, 33면

14) 이인영, 앞의 논문, 34면

15) 김계현 외, “한국과 일본 의료법 체계에 관한 연구”, 한국의료법학회(2001), 한국의료법학회지 제9권 제2호, 27면

16) 이인영, 앞의 논문, 35면

17) 의사법 제31조 제1항 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자는 3년 이상의 징역이나 백만원 이하의 벌금에

와 다른 점은 무면허 의료행위를 처벌함에 있어서 본 규정을 통하여 의료업 업무로 하는 경우에만 의료행위에 해당한다고 판단함으로써, 계속성이 없는 일회적인 시술행위는 의료행위에 해당하지 않는다. 따라서 일회적인 의료행위를 했더라도 이는 무면허 의료행위로 처벌되지 않는다. 우리나라도 의료기사 등에 관한 법률 제1조¹⁸⁾에서 의료기사의 일을 업무로 행하는 자로 규정하고 있는 것을 볼 때, 의료법도 이와 같이 규율을 해야 하는 것이 타당하지 않은가라는 생각을 해본다.

III. 대법원 판례의 동향

대법원에서는, 의료행위라 함은 질병의 예방과 치료행위뿐만 아니라 의학적 전문지식이 있는 의료인이 아닌 자가 행하면 사람의 생명신체나 공중위생에 위해를 가할 우려가 있는 행위라고 하며, 면허를 얻은 자에 의한 행위만이 허용된다고 매우 엄격하게 해석하며 무면허 의료행위를 규제하고 있다. 어떠한 행위가 무면허 의료행위에 해당하여 의료법과 보건범죄 단속에 관한 특별조치법의 규율을 받는지가 규정상 명확하지 않으므로, 무면허 의료행위의 태양은 주로 판례를 통하여 이를 형성되어 왔다. 이하에서는 구체적인 판례를 통하여 대법원의 규제의 흐름을 살펴보고자 한다.

1. 성형수술행위

무면허 의료행위에 대한 대법원의 판례에서 중요하게 살펴보아야 할 것은 성형수술행위에 대한 판례의 변천이다. 과거 대법원은 의료행위를 실질에 근거하여 질병의 예방이나 치료행위라고 판시하였다(대판 1972. 3. 28, 72도243).¹⁹⁾ 따라서 성형수술의 경우에도 질병의 예방이나 치료행위에 해당하지 아니하므로 의료행위의 범주에 포섭시키지 않았다. 하지만, 곧 이어 대법원은 의료행위를 질

처하고, 또는 그것을 병과한다.

1. 제17조의 규정을 위반한 자

2. 허위 또는 부정한 사실에 근거해 의사면허를 받은 자

제2항 전항 제1호의 죄를 범한 자가 의사 또는 그것과 유사한 명칭을 사용한 자일 때는 3년 이상의 징역이나 2백만원 이하의 벌금에 처하고, 또는 그것을 병과한다.

18) 의료기사 등에 관한 법률 제1조(목적) 이 법은 의사 또는 치과의사의 지도하에 진료 또는 의화학적 검사에 종사하는 자(이하 "의료기사"라 한다), 의무에 관한 기록을 주된 업무로 하는 자(이하 "의무기록사"라 한다), 시력보정용 안경의 조제 및 판매를 주된 업무로 하는 자(이하 "안경사"라 한다)의 자격·면허등에 관하여 필요한 사항을 정함으로써 국민의 보건 및 의료향상에 이바지함을 목적으로 한다.

19) “금보수술, 쌍눈꺼풀, 콧날세우기등의 미용성형 수술은 의료의 기초적이고 초보적인 행위이기 때문에 일반 의사든지, 치과의사든지 간에 메스를 넣고 치료를 할 수 있는 기술을 가진 사람이라면 누구나 할 수 있는 행위이기는 하지만 질병의 예방 또는 치료행위가 아니므로 의학상 의료행위에 속하는 것이라 할 수 없으므로 따라서 치과의사는 물론 일반의사도 위와 같은 미용성형 수술을 그들의 본래의 의료 행위로서 실시하는 것이 아님이 명백하다.” 고 판시하였다.

병의 예방이나 치료행위라고 파악하고 있지만 그 의료행위의 내용에 관하여는 의료법의 목적을 감안한 사회통념에 비추어 판단하여야 한다고 입장을 변경함으로써 성형수술행위도 질병의 치료 행위의 범주에 넣어 의료행위가 되는 것으로 해석하고 있다(대판 1974. 11. 26, 74도1114 전원합의체).²⁰⁾

2. 수지침 시술행위

수지침 시술행위도 의료행위에 해당한다고 본다. 다만, 일정한 조건 아래에서 위법성이 조각되어 범죄가 성립되지 않는다고 보고 있다(대판 2000. 4. 25, 98도2389).

일반적으로 면허 또는 자격 없이 침술행위를 하는 것은 의료법 제25조의 무면허 의료행위(한방의료행위)에 해당되어 같은 법 제66조에 의하여 처벌되어야 하고, 수지침 시술행위도 위와 같은 침술행위의 일종으로서 의료법에서 금지하고 있는 의료행위에 해당하며, 이러한 수지침 시술행위가 광범위하고 보편화된 민간요법이고, 그 시술로 인한 위험성이 적다는 사정만으로 그것이 바로 사회상규에 위배되지 아니하는 행위에 해당한다고 보기는 어렵다고 할 것이나, 수지침은 시술부위나 시술방법 등에 있어서 예로부터 동양의학으로 전래되어 내려오는 체침의 경우와 현저한 차이가 있고, 일반인들의 인식도 이에 대한 관용의 입장에 기울어져 있으므로, 이러한 사정과 함께 시술자의 시술의 동기, 목적, 방법, 횟수, 시술에 대한 지식수준, 시술경력, 피시술자의 나이, 체질, 건강상태, 시술행위로 인한 부작용 내지 위험발생 가능성 등을 종합적으로 고려하여 구체적인 경우에 있어서 개별적으로 보아 법질서 전체의 정신이나 그 배후에 놓여 있는 사회윤리 내지 사회통념에 비추어 용인될 수 있는 행위에 해당한다고 인정되는 경우에는 형법 제20조 소정의 사회상규에 위배되지 아니하는 행위로서 위법성이 조각된다고 할 것이다.

3. 약사의 진단행위

피고인이 종업원인 소외 2을 시켜서 소외 망인 1의 증상과 특이체질 여부를 물어 문진 카드에 그 증상 등을 체크하여 가져오도록 해서 받아본 바 증상으로 열, 두통, 한기, 인후통, 인후염이 있고 특이체질은 없는 것으로 표시되어 있음에 따라서 별도의 문진 없이 감기라고 판단하고 약을 조제해 준 행위는 무면허 의료행위에 해당한다고 판시하였다(대판 2002. 1. 11, 2001다27449)²¹⁾.

20) “피고인의 코높이기 수술인 미용성형수술이 의료기술의 시행방법으로 행하여 지고 또 코의 절개과정이나 연골의 삽입봉합과정에서 미균이 침입할 위험성을 내포하고 있는 것이어서 이러한 코높이기 성형수술의 방법 및 행위의 태양을 함께 감안하면 코높이기 성형수술행위도 질병의 치료 행위의 범주에 넣어 의료행위가 되는 것”으로 해석하고 있다.

21) 대법원은 “약사는 의약품의 조제할 수 있다 하여도 진단행위나 치료행위 등은 할 수 없으므로 의사가 아닌 약사가 스스로 또는 그 종업원을 통하여, 환자의 증세에 대하여 문진을 한 후 감기로 진단하고 각종 의약품을 혼합하여 조제하는 등의 행위를 한 일련의 행위는 무면허 의료행위에 해당한다.”고 판시하였다.

4. 활법

의사가 아님에도 신기기공원이라는 간판 아래 척추교정원을 운영하면서 척추질환 등의 질병을 호소하며 찾아오는 사람들을 상대로 하여 진찰을 한 다음, 척추 등에 나타난 불균형 상태를 교정하는 시술을 하고 그 대가를 받아온 피고인에 대하여 대법원은 피고인이 위 기공원으로 찾아오는 환자에게 그 용태를 묻거나 엑스레이 필름을 판독하여 그 증세를 판단한 것은 진찰행위에 해당하고, 교정하는 시술은 사람의 생명이나 신체 또는 공중위생에 위해를 발생케 할 우려가 있는 무면허 의료행위에 해당한다고 보았다(대판 2002. 5. 10, 2000도2807).²²⁾

5. 안마사의 의료행위

환자가 정신질환으로 불면증에 시달리고 있다는 사실을 알고서 이를 고쳐주기 위하여 두 손으로 관절 등 온 몸을 주무르고 팔·다리 등 신체에 대하여 순간적으로 힘을 가하는 방법의 시술을 행하였고, 허리디스크, 관절신경통, 불면증, 우울증, 정신병 등 질병을 호소하는 여러 환자들에 대하여 그 질병의 치료행위를 행한 피고인에 대하여 대법원은 피고인의 행위가 신체에 대하여 상당한 물리적인 충격을 가하는 방법으로 치료행위에 이르렀다고 판단하여 무면허 의료행위에 해당한다고 판시하였다(대판 2002. 6. 20., 2002도807).²³⁾

22) 이에 피고인은 대체의료행위를 처벌하여서는 아니된다는 주장과 법률의 착오를 주장하였다. 첫째, 대체의료행위를 처벌하여서는 아니된다는 주장과 관련하여 대법원은 “대체의학이 사람의 정신적, 육체적 고통을 해소하여 주는 기능이 전혀 없지 아니하다 하여도, 그것은 단순히 통증을 완화시켜 주는 정도의 수준을 넘어서서, 그 행위로 인하여 사람의 생명이나 신체 또는 공중위생의 위해라는 중대한 부작용을 발생시킬 소지가 크다”고 판단하여 피고인의 주장을 받아들이지 않았다. 둘째, 법률의 착오라는 주장에 관하여 대법원은 “활법이 정부공인의 체육종목이고 피고인이 활법 종목의 사회체육지도사 자격증을 취득한 후 위 기공원을 운영하고 있다고 하더라도.... 그것이 나아가 그 이외에 법률에서 금지하는 무면허 의료행위까지도 할 수 있도록 허용하는 취지는 아님이 분명하고 대체의학이라 할지라도 사람의 생명이나 신체 또는 공중위생에 위해를 발생시킬 우려가 있는 행위는 의료행위로서 의사가 아닌 자가 시행할 수 없다 할 것이므로, 설사 피고인이 자신의 행위가 무면허 의료행위에 해당되지 아니하여 죄가 되지 않는다고 믿었다 하더라도 그와 같이 믿은 데에 정당한 사유가 있었다고는 할 수 없다”고 판단하여 법률의 착오 주장을 인정하지 않았다.

23) 대법원은 “의료행위라 함은 의학적 전문지식을 기초로 하는 경험과 기능으로 진찰·검안·처방·투약 또는 외과적 시술을 시행하여 하는 질병의 예방 또는 치료행위 및 그 밖에 의료인이 행하지 아니하면 보건위생상 위해가 생길 우려가 있는 행위를 의미한다 할 것이고, 안마나 지압이 의료행위에 해당하는지에 대해서는 그것이 단순한 피로회복을 위하여 시술하는 데 그치는 것이 아니라, 신체에 대하여 상당한 물리적인 충격을 가하는 방법으로 어떤 질병의 치료행위에까지 이른다면 이는 보건위생상 위해가 생길 우려가 있는 행위, 즉 의료행위에 해당한다고 보아야 한다”고 판단 한 후 피고인이 행한 시술 및 치료행위는 보건위생상 위해가 생길 우려가 있는 의료행위에 해당한다고 판시하였다.

6. 물리치료사의 의료행위

의사인 피고인 1이 통증 부위만을 기재한 쪽지만 보내 주면 물리치료사인 피고인 2가 자신의 판단으로 동통점을 찾아내서 그 동통점에 침을 0.5cm 깊이로 꽂는 행위를 한 것으로 기소된 사건에서 대법원은 피고인 2의 행위를 무면허 의료행위로 판단하였다(대판 2002. 8. 23, 2002도2014).²⁴⁾

7. 침술행위

자격기본법에 의한 민간자격증을 취득한 자가 한방의료행위인 침술행위를 한 경우에 있어서 대법원은 “현행 의료법상 한의사의 의료행위(한방의료행위)에는 당연히 침술행위가 포함된다 할 것이므로, 면허 없이 침술행위를 하는 것은 의료법 제25조(현행 의료법 제27조)의 무면허 의료행위(한방의료행위)에 해당한다”는 전제하에 피고인의 행위를 무면허 의료행위로 판단하였다(대판 2003. 5. 13, 2003도939).²⁵⁾

8. 피부관리사의 행위

피고인 의사가 의사면허가 없는 소위 피부관리사들로 하여금 환자들을 상대로 산화알루미늄 성분의 연마제가 든 크리스탈 필링기를 사용하여 얼굴의 각질을 제거하여 주는 피부박피술을 시행한 사안에서 대법원은 “이러한 행위는 인체의 생리구조에 대한 전문지식이 없는 사람이 이를 행할 때에는 사람의 생명, 신체나 공중위생상 위해를 발생시킬 우려가 있는 것이므로, 이는 단순한 미용술이 아니라 의료행위에 해당한다”고 판시하였다(대판 2003. 9. 5, 2003도2903).²⁶⁾

24) 대법원은 “의료기사 등에 관한 법률 시행령 제2조 제1항 제3호에 서 정하고 있는 업무범위 이외의 의료행위를 물리치료사가 행하였다면 이는 무면허 의료행위라고 보아야 할 것”이라며 ① 사람에게 따라 피부 0.5cm에 신경조직이 분포되어 있을 수 있다는 점, ② 침을 꽂아 넣는 경우 인체 외부에서 물리적 자극을 가하는 것과 달리 혈액이나 신경 조직 등에 접촉하여 화학적 혹은 생물학적 변화를 일으킬 가능성이 있는 점, ③ 물리치료사는 침을 인체에 꽂아 넣음으로 인한 결과에 관한 통제력이나 위험한 결과를 회피할 수 있는 능력이 없다는 점을 고려하여 피고인 2가 행한 시술은 물리치료행위가 아닌 의료행위로 판단하였다.

25) “자격기본법에 의한 민간자격관리자로부터 대체의학자격증을 수여받은 자가 사업자등록을 한 후 침술원을 개설하였다고 하더라도 국가의 공인을 받지 못한 민간자격을 취득하였다는 사실만으로는 자신의 행위가 무면허 의료행위에 해당되지 아니하여 죄가 되지 않는다고 믿는 데에 정당한 사유가 있었다고 할 수 없다.”고 판시하여 피고인의 법률의 착오 주장을 부정하였다.

26) 피고인의 정당행위 주장에 대하여 대법원은 “소위 피부관리사가 피부미용에 관하여는 상당한 지식을 가지고 있다고 하여도 의료 전반에 관한 체계적인 지식을 가지고 있지는 못한 사실, 피고인을 포함한 피고인 의원의 의사들은 크리스탈 필링 박피술의 시술과정 자체는 피부관리사에게만 맡겨둔 채 별반 관여를 하지 아니한 사실 등을 알 수 있는바, 이러한 피고인의 행위는 의료법을 포함한 법질서 전체의 정신이나 사회통념에 비추어 용인될 수 있는 행위에 해당한다고 볼 수는 없다 할 것이어서 위법성이 조각되지 아니한다.”고 판시하였다.

9. 부항시술행위

뜸질방 내에 침대, 부항기 및 부항침 등을 갖추어 놓고 찾아오는 사람들에게 아픈 부위와 증상을 물어 본 다음 양손으로 아픈 부위의 혈을 주물러 근육을 풀어주는 한편, 그 부위에 부항을 뜬 후 그곳을 부항침으로 10회 정도 찌르고 다시 부항을 뜨는 방법으로 치료를 하여 주고 치료비 명목으로 15,000원 또는 25,000원을 받은 피고인의 행위를 대법원은 무면허 의료행위에 해당한다고 판시하였다(대판 2004. 10. 28, 2004도3405).²⁷⁾

10. 약사의 한약조제행위

약사로서 한약조제자격을 취득하였을 뿐 한의사가 아닌 피고인이 중국한약국을 내원한 환자들의 맥을 짚어보고 구체적인 증상을 물어보는 등의 방법으로 병이나 증상을 진찰하는 진단행위를 한 후 한약을 조제·판매한 것에 대하여 피고인의 행위는 무면허 의료행위에 해당한다고 판시하였다(대판 2009. 5. 14, 2007도5531)²⁸⁾.

11. 무면허 의료인의 한약의 제조

한의사 면허나 자격 없이 소위 ‘통합의학’에 기초하여 환자를 진찰한 진단을 바탕으로 환자의 상태에 맞는 한약재를 선택하는 방법으로 한약을 제조 처방하는 행위에 대하여 대법원은 “그 처방에 따른 효과가 어떠한 것인지 아직 체계적·과학적으로 입증되지 아니하여 국민의 보건위생에 위해가 생길 우려가 있는 행위라고 할 것이어서 피고인의 이 사건 공소사실 행위는 구 의료법상 한의사의 의료행위(한방의료행위)에 포함되고, 구 의료법이 정하는 면허나 자격 없이 환자의 병상 등을 진단하여 처방을 하는 것은 구 의료법 제25조 제1항의 무면허의료행위에 해당한다”고 판시하였다(대판 2009. 10. 15, 2006도6870).²⁹⁾

27) 이후 피고인의 정당행위 주장에 대하여 “피고인이 행한 부항 시술행위가 보건위생상 위해가 발행할 우려가 전혀 없다고 볼 수 없는 데다가, 피고인이 한의사 자격이나 이에 관한 어떠한 면허도 없이 영리를 목적으로 위와 같은 치료행위를 한 것이고, 단순히 수치침 정도의 수준에 그치지 아니하고 부항침과 부항을 이용하여 체내의 혈액을 밖으로 배출되도록 한 것이므로, 이러한 피고인의 시술행위는 의료법을 포함한 법질서 전체의 정신이나 사회통념에 비추어 용인될 수 있는 행위에 해당한다고 볼 수는 없고, 따라서 사회상규에 위배되지 아니하는 행위로서 위법성이 조각되는 경우에 해당한다고 할 수 없다.”고 판시하였다.

28) 대법원은 “피고인의 위와 같은 행위는 구 보건범죄단속에 관한 특별조치법 제5조에서 정한 영리를 목적으로 한의사가 아닌 자가 한방의료행위를 업으로 한 때에 해당한다.”고 판단하였다.

29) 피고인이 정당행위로서 위법성조각 주장에 대하여 대법원은 “비록 피고인이 나름대로 소위 ‘통합의학’이라는 분야의 지식을 쌓아 온 사실은 인정되나, 국내에서 진찰 및 처방행위를 할 수 있는 면허나 자격을 취득하지는 못한 사실, 위와 같은 ‘통합의학’은 아직 이에 대한 체계적인 연구가 부족하여 그 치료효과에 관한 과학적 근거가 부족한 사실, 이 사건 환자들은 간암, 간경화 등 질병의 치료를 목적으로 피고인을 찾아가 가임비를 납부한 뒤, 피고인으로부터 진찰을 받고, 그 상태에 따라 한의사가 아니면 처방할 수 없고

12. 팔사요법

대법원은 피고인에게 고용된 공소외 1이 피고인의 한의원을 찾아온 암환자나 신부전증환자들을 상대로 통증부위 및 경락부위 등에 홍화기름을 바른 후 물소뿔이나 옥돌 등의 기구로 피부를 문지르는 시술행위를 한 사실에 대하여 무면허 의료행위에 해당한다고 판시하였다.(대판 2010. 5. 27, 2006도9083).³⁰⁾

13. 판례의 변천

위와 같은 판례의 변천은 다음의 몇 가지로 요약될 수 있다.

첫째, 의료행위의 영역을 ‘질병의 예방이나 치료행위’에서 ‘질병의 예방이나 치료행위에 해당하지 아니하여도 사회통념상 의료행위에 포함되는 행위 또는 의사가 행하지 아니하면 공중보건상 위해가 생길 수 있는 행위’로 확장함으로써 무면허 의료행위에 해당하는 영역이 확대되고 있다는 것이다.

둘째, 의료인임에도 불구하고 자신의 면허를 받은 의료행위 외의 의료행위를 하는 경우 무면허 의료행위에 해당한다는 점이다. 이는 의료법의 조항을 충실히 해석하는 법원의 입장으로 보인다.

셋째, 침술행위는 원칙적으로 의료행위에 포함되지만 사회통념상 허용되는 범위라면 정당행위에 해당하여 위법성이 조각될 수 있다는 것인데, 수지침사례와 달리 부항사례에서는 위법성을 조각하지 아니하였다는 것이다. 즉, 판례도 사회통념을 고려하여 구체적인 사례가 정당행위에 해당하는지를 판단하고 있다.

한약사라고 하더라도 한약조제지침서에 정하여진 처방에 따라서 조제할 수 있을 뿐인 한약재로 구성된 소위 ‘달인 물’을 처방받아 이를 복용하였는데, 이러한 ‘통합의학’에 기초한 피고인의 질병에 대한 진찰 및 처방은 그 치료효과에 관한 과학적 근거가 부족하여 그로 인한 부작용 내지 위험발생의 개연성이 적지 아니할 것으로 보이는 사실 등을 인정할 수 있는바, 그렇다면 이러한 피고인의 진찰 및 처방은 의료법을 포함한 법질서 전체의 정신이나 사회통념에 비추어 용인될 수 있는 행위에 해당한다고 볼 수 없으므로 위법성이 조각되지 아니한다.”고 판시하였다.

- 30) 대법원은 “암환자 등을 상대로 통증부위 및 경락부위 등에 홍화기름을 바른 후 물소뿔이나 옥돌 등의 기구로 피부를 문지르는 팔사요법 유사한 시술행위는, 인체의 경혈, 경락, 경피 및 경근에 관한 전문적인 지식 없이 부적절하게 실시할 경우 환자에게 통증과 상처를 남기는 등의 위해가 야기될 수 있으며, 특정한 기구를 사용하여 환자의 통증부위나 경락부위를 집중적으로 긁으면 그 부위의 피부가 약간 붉게 변색되는 경우도 있고, 이를 부적절하게 지속적으로 시행할 경우 위해의 발생이 충분히 예견된다는 점 등을 종합하면, 구 의료법(2007.1.3. 법률 제8203호로 개정되기 전의 것) 제25조의 ‘의료행위’에 해당한다”고 판시하였다.

IV. 헌법재판소 결정

상당한 의료기술을 가지고 있는 자가 의료법위반으로 처벌을 받게 되자, 무면허 의료행위에 대해 일률적, 전면적으로 제한을 가하는 무면허 의료행위에 대한 처벌규정이 직업선택의 자유와 평등권, 재산권 등 국민의 기본권을 침해하는 위헌적 규정으로서 무효라고 주장하며, 위 조항의 위헌심판을 제기하기에 이르렀다. 그러나 헌법재판소는 무면허 의료행위에 대한 처벌규정이 헌법에 위배되지 않는다는 견해를 견지하고 있다. 다만, 헌법재판관들의 견해가 상당히 변경되어 위헌의 의견이 다수를 차지하고 있음은 무면허의료행위에 대한 처벌규정의 변경이 불가피함을 보여주는 암시라고 볼 수 있겠다.

1. 현재 1996. 10. 31, 94헌가7 등 기존의 견해

헌법재판소는 의료행위에 대하여 “사람의 생명, 신체나 공중위생에 대하여 현실적, 구체적 위해를 가하는 것이 아니더라도 그러한 위해를 발생케 할 우려가 있으면 그 자체가 규제의 대상이 된다.” 고 하며, “의료행위는 인간의 존엄과 가치의 근본인 사람의 신체와 생명을 대상으로 하는 것이므로 단순한 의료기술 이상의 “인체(人體) 전반에 관한 이론적 뒷받침”과 “인간의 신체 및 생명에 대한 외경심”을 체계적으로 교육받고 이 점에 관한 국가의 검증을 거친 의료인에 의하여 행하여져야 한다.” 고 밝혔다. 따라서 비의료인이 행하는 무면허 의료행위는 규제할 필요성이 있으며, 이는 헌법 10조 ‘인간의 존엄과 가치’에 근거를 둔 국가의 보건보호의무에 바탕을 두고 있다고 설시하였다.

당시의 의료법도 현 의료법과 동일하게 무면허 의료행위를 일률적, 전면적으로 금지하고 있는 바, 본 법이 과잉금지원칙에 위배되지 않는다고 합헌 결정을 하였다.³¹⁾ 이로써 이러한 일률적, 전면적

31) 먼저, 형식적 측면에서 본다. 비례성의 유무를 판단하는 것은 원칙적으로 입법자의 책무이다. 비례성의 판단에 있어서 필수적인 입법자의 비교형량에는 그 성격상 광범위한 재량이 허용되어 있으므로 어떤 “목적의 설정”과 이를 위한 “수단의 선택”에 있어서 입법자의 판단이 명백히 잘못되었고 따라서 그 판단이 입법 재량의 한계를 “명백히”넘어선 경우에만 비례의 원칙에 반하게 된다. 그러한 기준에서 볼 때, 이 사건 법률 조항은 명백히 입법재량의 한계를 넘는 경우에 해당한다고 볼 수 없으므로 비례성의 형식적 판단단계에서는 위헌성이 있다고 할 수 없다. 다음으로, 실질적 측면에서 본다. 의료행위는 인간의 존엄과 가치의 근본인 사람의 신체와 생명을 대상으로 하는 것이므로 단순한 의료기술 이상의 “인체(人體) 전반에 관한 이론적 뒷받침”과 “인간의 신체 및 생명에 대한 외경심”을 체계적으로 교육받고 이 점에 관한 국가의 검증을 거친 의료인에 의하여 행하여져야 하고, 과학적으로 검증되지 아니한 방법 또는 무면허 의료행위자에 의한 약간의 부작용도 존엄과 가치를 지닌 인간에게는 회복할 수 없는 치명적인 위해를 가할 수 있는 것이다. 또 무면허 의료행위자 중에서 부작용이 없이 의료행위를 할 수 있는 특별한 능력을 갖춘 사람이 있다고 하더라도 이를 구분할 수 있는 것은 실제로는 거의 불가능하며, 또 부분적으로 그 구분이 가능하다고 하더라도 일반인들이 이러한 능력이 있는 무면허 의료행위자를 식별할 수 있는 것은 결국 국가에서 일정한 형태의 자격인증을 하는 방법 이외에는 달리 대안이 없고, 외국의 입법례를 보아도 의료인면허제도를 채택하고 무면허

규제방안은 “대안이 없는 유일한 선택”으로 받아들여져 왔다. 헌법재판소의 합헌 결정이후에도 무면허 의료행위에 대한 일률적, 전면적 규제에 대한 위헌심판 제기는 지속적으로 있어 왔다.³²⁾

2. 현재 2010. 7. 29, 2008헌가19 등³³⁾

2010. 7. 29. 선고 2008헌가19 결정 등에서 헌법재판소는 비록 기존의 결정과 동일하게 합헌 결정을 하고 있지만, 재판관들의 의견에 있어서 변화를 관찰할 수 있다. 즉, 과거의 결정들의 경우 모든 재판관이 합헌의 의견을 제시한 반면, 본 결정의 경우 합헌 4인과 위헌 5인의 의견의 대립으로 인하여 향후 무면허 의료행위의 처벌규정에 대하여 헌법재판소의 의견이 변화되고 있음을 잘 볼 수 있다.³⁴⁾

(1) 사건개요

청구인들은 의료인이 아니면서 침구술을 비롯한 대체의학을 시술하고자 하는 자들로, 비의료인도 침구술 및 대체의학을 업으로 할 수 있도록 제도를 마련하지 않아 인간의 존엄과 가치, 신체의 자유, 국가의 기본권 보장 의무, 국민보건보호의무규정에 근거한 국민의 보건권 침해와 관련하여 헌법재판을 제기하였다.

(2) 판결요지

재판관 4인이 합헌의견, 재판관 5인이 위헌의견으로 비록 위헌의견이 다수이긴 하나 법률의 위헌 선언에 필요한 정족수 6인에 미달하므로 합헌으로 결정한다.

1) 재판관 4인의 합헌의견

의료법의 각 규정 내용과 입법 취지 등을 살펴보면 일반 상식을 가진 자에 의해 일의적으로 파악되기 어렵거나 법관에 의한 다의적 해석의 우려가 있다고 보기 어려우므로 죄형법정주의의 명확성원칙에 위배된다고 할 수 없다. 국가에 의하여 확인되고 검증되지 아니한 의료행위는 항상 국민보건에 위해를 발생케 할 우려가 있으므로 전체국민의 보건을 책임지고 있는 국가로서는 이러한 위험발생을 미리 막기 위하여 이를 법적으로 규제할 수밖에 없고, 이를 위해서는 자격인증 외에는 대안이 없으며

의료행위를 사전에 전면금지하는 것 이외의 다른 규제방법을 찾아볼 수 없다. 이와 같은 사정들을 종합해 보면, 무면허 의료행위를 일률적, 전면적으로 금지하고 이를 위반한 경우에는 그 치료결과에 관계없이 형사처벌을 받게 하는 이 법의 규제방법은, "대안이 없는 유일한 선택"으로서 실질적으로도 비례의 원칙에 합치되는 것이다. (현재 1996.10.31, 94헌가7.)

32) 현재 2002.12.18, 2001헌마370(합헌결정), 현재 2005.03.31, 2001헌바87(합헌결정), 현재 2005. 5. 26, 2003헌바86(합헌결정), 현재 2005.09.29, 2005헌바29(합헌결정)등 지속적으로 합헌결정을 해 왔다.

33) 현재 2010. 7. 29, 2008헌가19, 2008헌바108, 2009헌마269-736, 2010헌바38, 2010 헌마275(병합)

34) 이경환, 2010 분야별 중요판례(의료법). 법률신문(2011. 5. 12.) 12-13쪽

무면허 의료행위를 사전에 금지하는 것 외의 규제방법을 찾을 수 없기 때문에 직업선택의 자유, 의료행위 선택에 있어서의 자기결정권이 침해된다고 볼 수 없다. 이렇게 무면허 의료행위를 일률적, 전면적으로 금지하고 위반 시 결과에 상관없이 형사처벌을 받게 하는 이 규제방법은 비례원칙에 합치된다.

또한, 공식적으로 인정된 의료인이 아니면서 특정 의료분야에 우수한 능력을 가진 비의료인이 있을 경우 이들의 능력을 검증하고 자격을 부여하는 것이 바람직하나, 어디까지나 입법정책의 문제로서, 이 사건 법률조항이 위헌이라고 볼 수는 없다. 이 사건 조항들이 의료인이 아닌 자의 의료행위를 전면적으로 금지한 것은 국민의 생명권과 건강권을 보호하고 국민의 보건에 관한 국가의 보호의무를 이행하기 위하여 적합한 조치로서, 위와 같은 중대한 공익이 국민의 기본권을 보다 적게 침해하는 다른 방법으로는 효율적으로 실현될 수 없으므로, 이 사건 조항들은 과잉금지의 원칙에 반하지 아니하므로 헌법적으로 정당함을 가진다.

2) 재판관 5인의 위헌의견

오늘날 우리나라 의료유사업에 대한 신규자격제도가 폐지된지 48년이 지남으로써 현재 의료유사업자의 수는 극소수에 불과한 실정이다. 국가는 국민의 생명권, 건강권을 보호할 의무를 지니므로, 질병의 예방 및 치료에 관한 행위로서 의학적 전문 지식이 있는 자가 행하지 아니하면 위해가 발생할 수 있는 행위에 대해 일정 형태의 자격 인증을 하고 그 자격을 갖추지 못한 무면허 의료행위를 일률적, 전면적으로 금지해야 할 필요가 있다.

반면, 모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받아야 하며, 자기 결정권이 있으므로 국민 스스로가 경제성과 접근성을 고려한 최선의 의료행위를 선택할 권리가 있다. 의료면허 제도는 의료인의 독점 활동영역 보장과 동시에 비의료인의 의료행위를 금지시키는 것으로, 의료행위의 범위는 의료행위의 전문성과 위험성을 고려하여 반드시 의료인이 하지 않으면 안 되는 행위로 한정, 자유제한의 범위를 최소화시켜야 하며, 일률적이고 전면적인 금지는 과잉금지원칙에 어긋난다.

그러므로 국가는 의료행위의 위험성에 따라 다양한 의료인의 자격을 구체화시켜 설정함으로써, 적정한 비용이나 접근성에 맞는 의료행위를 택하도록 해야 하며, 위험성이 낮은 의료행위까지 현행 의료인에게 독점시키는 것은 국민의 건강권을 보장하는 수단이라 볼 수 없으므로 헌법에 위반된다.

(3) 시사점

이번 대체의학에 의한 무면허의료행위에 대한 헌법재판소 결정은, 위헌결정을 지지한 재판관이 5인으로 비록 정족수 6인에 미달하여 합헌결정이 되었지만 비의료인의 유사의료행위에 대한 합법화 요구를 위한 주장이 증가할 것이라 예상된다. 향후에는 헌법재판소의 결정이 위헌으로 내려질 가능성이 높아 보인다.

이번 결정은, 의료계에 대해서 대체의학 등 무면허의료행위에 대한 무조건적인 반대보다는 실정화를 통한 인권의 보완³⁵⁾을 요하는 합리적인 기준제시를 요구하도록 하는 절차적 기회를 부여한 것

으로 보인다.

3. 현재 2011.11.24 2008헌마627

앞서 2008헌가19등에서는 의료인이 아닌 자의 의료행위를 전면적으로 금지한 의료법조항 등에 대한 헌법재판소의 결정이었다. 본 사건은 위 결정과 달리 의료법조항 중 의료인도 면허된 것 이외의 의료행위를 할 수 없도록 규정한 조항이 문제 된 사건이다.

(1) 사건개요

침사의 자격을 가진 청구인이 뜸을 뜨는 방법으로 자격된 침사 외에 구사의 시술행위를 한 것에 피청구인으로부터 의료법위반 혐의로 기소유예처분을 받았는바(서울북부지방법검찰청 2008년 형제 40219호), 이에 대하여 청구인이 이 사건 기소유예처분이 청구인의 평등권과 행복추구권을 침해한다고 주장하면서 그 취소를 구하는 헌법소원심판을 청구하였다.

(2) 판결요지

헌법재판소는 피청구인의 기소유예처분이 청구인의 평등권과 행복추구권을 침해한 것이므로 이에 대하여 취소결정을 선고하였다. 이에 대하여 반대를 하는 1인의 재판관이 있다.

1) 다수의견

뜸 시술행위 자체가 신체에 미치는 위해의 정도는 그리 크다고 보기 어려운데다가 뜸이 청구인과 같은 침사에 의해 이루어지는 경우라면 그 위험성은 이를 걱정하지 않아도 무방할 만큼 적다.

오랫동안 새로운 구사가 배출되지도 않고 청구인을 비롯한 침사에 의한 뜸 시술행위에 대하여 아무런 제재가 없었다는 것은 적어도 침사에 의한 뜸 시술행위에 대하여 사회 일반에서 이를 일종의 관습으로 인정하여 받아들이고 있는 것이라 볼 수 있는바, 청구인은 수십 년 동안 뜸 시술행위를 행하여 왔음에도 이 때까지 아무런 제재도 받은 바가 없고 청구인으로부터 뜸 시술을 받아 온 일반인들에게도 청구인과 같은 정도의 지식과 경험이 있는 사람으로부터 뜸 치료를 받을 경우 신체의 건강을 위협할 가능성이 있다는 인식이 있었다고 보기도 어렵다.

이러한 사정들을 모두 종합하여 보면, 침사로서 수십 년간 침술과 뜸 시술행위를 하여 온 청구인의 뜸 시술행위는 법질서 전체의 정신이나 그 배후에 놓여 있는 사회윤리 내지 사회통념에 비추어 용인될 수 있는 행위에 해당한다고 볼 수 있으므로 이는 사회상규에 위배되지 아니하는 행위로서 위법성이 조각된다고 볼 여지가 많음에도 피청구인이 청구인의 행위가 정당행위에 해당하는지 여부에 관하여 수사와 판단을 제대로 하지 아니한 채 청구인의 행위를 유죄로 인정하여 기소유예처분을

35) 허완중, “인권과 기본권의 연결고리인 국가의 의무”, 저스티스 통권 제124호(2011. 6), 146-149면

한 것은 청구인의 평등권과 행복추구권을 침해한 것이라고 할 것이다.

2) 반대의견

이 사건에서 문제된 뜬 시술행위는 인체에 직접 쑥뜸을 올려놓고 불을 피우는 방식으로 이루어져 화상 등의 부작용이 생길 위험이 얼마든지 있으므로 뜬 시술행위 자체에 의한 보건위생상 위해 발생의 우려를 쉽게 무시할 수는 없다. 다수의견에서는 수지침 시술행위에 대하여 정당행위성을 인정한 대법원 판결을 인용하면서 청구인의 뜬 시술행위도 정당행위에 해당한다고 보고 있으나, 이 사건에서 문제된 뜬 시술행위는 위 대법원 판결에서 문제된 수지침 시술행위와는 그 성질 및 부작용의 정도 등이 다르므로 위 대법원 판결을 이 사건에 적용하는 것은 무리가 있다.

뜸과 침은 별개의 것으로서 뜬을 시술할 때에는 그 자체에 대한 전문적인 지식이 필요하므로 침 시술에 대하여 자격이 있는 침사라고 하여 당연히 뜬도 제대로 뜰 수 있다고 단정하기는 어렵다.

청구인은 과거에 적절한 자격제도가 마련되어 있어 구사 자격을 취득할 기회가 충분히 있었음에도 본인 스스로 구사 자격을 취득하지 않은 채 자격 범위를 넘어 뜬 시술행위를 한 데다가, 뜬 시술행위를 함에 있어서도 새로운 뜬 시술방법을 창안하여 특정 경혈에 특정 크기의 뜬을 시술하는 방식으로 뜬을 시술하였는바, 이는 침술에 대한 단순한 보조적인 치료방법으로서의 뜬 시술 범위를 넘어선 것으로서 이를 정당행위로서 용인하기는 어렵다.

결국, 청구인의 뜬 시술행위는 의료법을 포함한 법질서 전체의 정신이나 사회통념에 비추어 용인될 수 있는 행위에 해당한다고 볼 수 없고, 따라서 사회상규에 위배되지 아니하는 행위로서 위법성이 조각되는 경우에 해당한다고 할 수 없다.

(3) 시사점

이 사건 결정은 비록 ‘구사’ 자격이 없다 하더라도 ‘침사’ 자격을 갖고서 오랫동안 뜬 시술행위를 하여 온 청구인의 특별한 사정을 고려하여 청구인의 뜬 시술행위가 사회상규에 반하지 않는 정당행위로서 위법성이 조각된다고 인정한 것이다. 이러한 결정은 앞서 대법원에서 수지침을 정당행위로 인정한 판례와 그 맥을 같이 하다고 볼 수 있다. 다만, 청구인의 특별한 사정을 고려했다는 점에서 그 외의 사안에서 동일하게 적용될지는 의문이므로 판례를 일반화해서 해석하는 것은 무리일 수 있다. 하지만, 면허된 행위 외의 행위를 할 때 이것이 정당행위에 해당할 수 있다는 점에서 그 중요성을 지닌다고 판단된다. 또한 이러한 결정은 앞선 현재의 입장과 결합하여 앞으로의 무면허 의료행위의 규제의 완화에 영향을 미칠 것으로 사료된다.

V. 한계적 의료행위의 문제점

대체의료행위나 한의학과 의학의 한계 또는 신의료기술 등의 제문제는, 무면허 의료행위의 규제와 관련하여 어느 행위를 의료행위로 보고 어디까지가 의학의 영역인가에 따라 규제범위가 문제로 대두된다. 이러한 한계적 의료행위에 대하여 검토하여 본 후 무면허 의료행위에 대한 바람직한 향후 규제방향을 살펴보고자 한다.

1. 신의료기술

의료행위의 범위는 의학의 진보와 의료기술의 혁신, 의료에 대한 개인 내지 사회의 기대와 변화에 따라 다양하게 변화되어 왔고, 앞으로도 많은 변화가 예상된다. 의료행위의 범위의 확대는 주로 신의료기술의 개발로 인하여 촉진된다. 의료행위를 좁게 이해하게 되면 신의료기술의 경우 의료행위의 범주에 포함되지 않는 문제점이 있다. 즉 신의료기술을 의료행위의 범주에 포섭시키지 않는다면, 면허 없이 신의료 기술을 활용한 의료행위를 하더라도 무면허 의료행위로 처벌할 수 없다는 결론이 된다. 반대로 신의료기술을 의료행위의 영역에 포함시킨다면 이는 결국 무면허의료행위의 영역의 확장을 의미하게 된다.

하지만 의료와 과학기술의 발달로 질병의 새로운 치료법이 개발되고 있는 현재의 상황을 고려할 때, 신의료기술을 일률적으로 의료행위의 영역에 포섭시키는 것은 적합하지 않다. 즉, 배아복제의 문제, 장기이식, 안락사 등 한계적 의료행위와 관련하여 신의료기술이 발달하고 있는 상황에서는 신의료기술이 의료행위의 영역에 포함되는지에 대해서 다시 한 번 살펴볼 필요성이 있다.

그렇다면 신의료기술이 의료행위에 포섭되는가를 판단하는 기준은 무엇인가? 이는 결국 일반인의 도덕감정이나 윤리성에 의하여 판단될 수밖에 없다. 획기적인 의료기술이라 할지라도 일반인에 의하여 승인되지 않은 의료기술이라면 의료행위의 영역에 포섭될 수 없을 것이다. 따라서 어떠한 행위가 무면허 의료행위에 해당하는지를 살펴 볼 때 신의료 기술을 통한 질병의 예방과 향후 신의료기술의 활용 필요성 등의 과학적 측면의 고려도 필요하지만, 그 의료행위에 대한 일반인의 윤리감정과 사회적으로 미치는 영향을 종합적으로 고려할 필요가 있다.

2. 대체의료행위

대체의료행위(CAM, Complementary and Alternative Medicine, 보완대체의료행위)란 일반적으로 의료행위의 범주를 넘어서서 “의과대학에서 광범위하게 교육하지 않거나 병원에서 일반적으로 행하지 않는 의학적 요법 또는 의약품이나 화학적 치료가 아닌 방법으로 병을 치료하는 자연요법을 총칭하는 용어로서 정통의학과는 상대적인 개념”³⁶⁾, 또는 “현대 의학적 치료방법 이외의 모든

질병치료법”³⁷⁾이라고 정의되고 있다.³⁸⁾

대법원은 의료행위를 “의학적 전문지식을 기초로 하는 경험과 기능으로 진찰, 검안, 처방, 투약 또는 외과적 시술을 시행하여 하는 질병의 예방 또는 치료행위와 그 밖에 의료인이 행하지 아니하면 보건위생상 위해가 생길 우려가 행위”로 개념화하고 있다. 이러한 대법원의 엄격한 해석론에 따르면, 대체의료행위는 일반적으로 “의료인이 행하지 아니하면 보건 위생상 위해가 생길 우려가 있는 행위”에 해당하고 의료행위의 범주에 포함될 가능성이 높다. 따라서 의사가 아닌 자가 대체의료행위를 한다면 무면허 의료행위로 처벌받을 수밖에 없는 실정이다. 실제로 대법원은 “대체의학이라고 하더라도 사람의 생명이나 신체 또는 공중위생에 위해를 발생시킬 수 있는 행위는 의료행위로서 의사가 아닌 자가 시행할 수는 없다.”고 판시함으로써 대체의료행위도 의료행위에 해당한다는 것을 명백히 하고 있다. 판례는 벌침, 쑥뜸³⁹⁾, 침술행위, 수지침, 척추교정 등에 의한 대체의료행위를 의사 자격이 없는 자가 행하면 무면허 의료행위로 처벌받는 의료행위로 판단하였다.

대법원의 해석에 따라 대체의료행위를 의료행위에 포섭한다면 행위자가 의료행위를 할 수 있는 자격을 보유하였는지의 여부가 무면허 의료행위에 해당여부를 가늠하는 중요한 기준이 된다. 따라서 자격을 부여받지 아니한 비의료인의 대체의료행위 시술은 무면허 의료행위에 해당하여 현행 의료법과 보건범죄단속에 관한 특별조치법(제5조)에 따라 처벌·금지된다.

36) 조성준, “도시와 농촌지역에서 대체의료 현황비교”, 의료법학 제5권 제1호(2004), 28면.

37) 최재천, “의료행위 개념의 변천과 대체의학”, 변호사 - 회원연구논문집-, 서울지방변호사회 33권(2003), 170면.

38) 구 의료법 제25조 제1항의 위헌제정에 대한 헌법재판소의 판시내용 중 대한한의사협회장은 각 나라마다 보완대체의료행위를 보는 관점을 다르다고 지적하면서 보완대체의료 “한방의료기관 또는 (양방)의료기관에서 널리 시행되지 않고 한의과대학 또는 의과대학 과정에서 관행적으로 가르쳐지지 않는 학문 또는 의료기술”로서 국민건강보험법에 의한 국민건강보험제도의 범주 내에 있지 아니한 치료법이라고 정의해야 하고, 결국 의료법 및 국민건강보험법 체계에서의 보완대체의료란 한방의료·서양(양방)의료에 있어서는 학문상으로 인정되지 않고 안전성·유효성이 평가되지 않은 행위.”라고 정의하고 있다. 이러한 대한한 의사협회의 지적은 타당해 보인다. 서양의 경우 서양의학의 관점에서 동양의학이 대체의학으로 판단되지 만, 고유의 한의학이 발달한 우리나라에서는 서양학과 동양학을 제외한 범주의 영역을 대체의학이라고 판단해야 하기 때문이다.

39) 최근, 의료면허 없이 쑥뜸치료를 했더라도 신체에 큰 해를 줄 우려가 없는 수준의 진료라면 의료행위에 해당하지 않아 처벌할 수 없다는 판결(2010노947)이 나왔다. 서울동부지법 형사1부는 면허 없이 손님들을 상대로 부항 및 쑥뜸치료를 한 혐의로 기소된 김모 씨에 대한 항소심에서 유죄판결한 원심을 깨고 무죄를 선고했다. 재판부는 판결문에서 “피고인이 쑥뜸을 시술해주기도 했으나 쑥뜸용 쑥 가격 외에 별도로 시술의 대가를 받지는 않았으며 쑥뜸을 시술해주면서 별도로 손님들을 진찰하는 등의 행위를 하지는 않았던 사실을 인정할 수 있고, 피고인이 손님들에게 시술한 것은 쑥뜸을 직접 환부에 닿게 하는 방식이 아니라 쑥뜸기 내부의 판에 뜸쑥을 올려놓고 그 쑥이 타면서 발생하는 열기로 환부를 따뜻하게 하는 방식으로 피부에 화상 등을 입힐 우려가 없는 점, 피고인이 시술한 방식이 일반인이 직접 쑥뜸기를 이용하는 방식과 차이가 없는 점 등의 사정을 보면 피고인이 시술한 행위는 그 내용과 수준으로 보아 의료인이 행하지 않으면 사람의 생명이나 신체 또는 보건위생에 위험을 초래할 우려가 있는 행위라고 보기 어려우므로 이를 의료행위에 해당한다고 할 수 없다”고 판시했다. 한편 재판부는 김씨가 손님들에게 부항시술을 했다고 자백한 부분에 대해서도 자백을 보강할 증거가 없어 무죄라고 판단했다. (법률신문)

그러나 대법원의 엄격한 해석론은 의료행위와 무면허 의료행위의 이분법적 사고에 입각하여 양행위의 경계선에 위치한 대체보완의료에 대한 합리적인 해석론을 제시하지 못하고 있는 실정이다. 즉, 의료행위와 대체의료행위의 개념은 일의적으로 정의하기 어렵고 유동적인 개념임에도 불구하고 의료행위의 범주를 지나치게 넓게 잡아 대체의료행위를 의료행위에 포섭하여 처벌하고 있는 것이다. 이러한 대법원의 태도는 대체의료행위의 문제를 단순히 정치적 또는 법률적으로만 판단하는 것으로써 오히려 국민의 건강권 보호와 보건권 향상에 악영향을 미칠 수 있다. 따라서 현행 안마사자격제도와 같이 대체의료행위에도 자격제도를 도입하는 것이 타당해 보인다. 자격제도에 관한 사회적 합의가 짧은 시간 내에 이루어지는 것이 불가능하므로, 합의 전에는 수지침에 대한 대법원의 판시⁴⁰⁾와 같이 어떤 대체의료행위가 보건위생상 위해의 가능성이 있는 것일지라도 일정한 요건을 갖추으로써 위법성이 조각되는 정당행위로 평가할 필요성이 있다. 법원은 이러한 정당행위의 인정을 국민의 건강과 보건의 향상에 중점을 두어 좀 더 유연하게 인정해야 한다.⁴¹⁾ 최근 헌법재판소 결정에서 무면허 의료행위의 전면적, 일률적 처벌에 대한 위헌의견이 다수임을 고려할 때, 대체의료행위에 대한 자격제도 마련은 향후 헌법재판소의 입장이 위헌으로 결정되었을 때의 사회적 혼란을 대비한 최소한의 대책이 될 수 있을 것이다.

3. 한의학과 양의학의 충돌

무면허 의료행위에 대하여 의료법 제27조는 “의료인이 아니면 누구든지 의료행위를 할 수 없으며 의료인도 면허된 것 이외의 의료행위를 할 수 없다”고 규정하여 의료인은 자신이 받은 면허 이외에 의료행위를 할 수 없다. 즉, 한의사는 양의사의 영역에 속하는 의료행위를 할 수 없고 양의사는 한의사의 속하는 의료행위를 할 수 없다.⁴²⁾ 우리나라는 전통적인 의학기술인 한의학과 외국에서 들어온 양 의학을 다른 진료행위로 구분한다. 하지만 의료기술의 발달로 한의학과 양의학의 진료 기술 및 방법이 서로 근접해 지면서 양자의 한계를 명확히 구분하기가 힘들어지고 있다. 이로 인해 양측 업계는 진료행위의 범위를 둘러싸고 종종 법적인 분쟁을 벌이고 있다. 법적 분쟁의 대표적인 예가

40) 대판 2000. 4. 25. 98도2389.

41) 다만, 보완대체医료를 실시함에 있어서 ① 그 시술이 질병의 치료, 건강의 회복을 목적으로 하는 것인 경우에 그것은 제도적 주류의료로서의 일반적 진료를 보완하는 수준에서 이루어 져야 한다는 보완성의 원칙, ② 질병이 진행함에도 불구하고 다른 진료법을 쓰지 않고 보완대체요법을 채택하고자 할 때는, 그 요법이 치료를 위한 유일한 방안이어야 한다는 유일성의 원칙, ③ 보완대체요법은 본질적으로 의학적 정당성이나 충분한 통계적 적응성을 갖추지는 못한것이지만, 대체로 그 긍정적 효력에 관해 일정한 정도 사회적 신뢰를 받는 방안이어야 한다는 사회성의 원칙, ④ 그 시술로 인해 건강, 생명에 대한 위해가 없는 것이어야 하고, 다른 일반적 치료기회를 지연시키거나 상실케 하지 않는 것이어야 한다(무해성의 원칙)을 제시하는 견해가 있다(석희태, “보완대체의료의 법적 평가”, 의료법학 제6권 제1호(2005. 06), 163면).

42) 하지만, 의료법 제2조 제2항에 따르면 제1호 “의사는 의료와 보건지도를 임무로 한다”, 제3호 “한의사는 한방 의료와 한방 보건지도를 임무로 한다”고만 규정하고 있어서 어느 범위가 양의사가 하는 의료행위인지, 한의사가 하는 의료행위인지 명확하지 않다.

바로 한의사의 CT기기 사용여부에 대한 문제와 양의사가 침술을 이용하여 환자를 치료하는 기법인 IMS(intramuscular Stimulation : "근육자극에 의한 신경근성 통증치료법")와 관련한 문제이다.

첫째, 한방병원에서 CT기기를 사용하는 것이 한의사의 의료행위의 범위를 넘어서 무면허의료행위에 해당하는지가 문제가 되었다. 한방병원에서 CT기기를 사용한 것이 무면허 의료행위에 해당한다고 하여 행정처분을 내린 사건에 대하여 1심 법원은 한의사의 의료행위범위에 해당한다고 하여 행정처분취소판결을 내렸다.⁴³⁾ 이에 반해 항소심인 서울고등법원은 CT기기 사용이 한의사의 면허 범위를 벗어나는 것인지 여부에 관하여 명확한 법규정이 없는 상황 하에서 한의사는 CT기기를 이용할 권한이 있다고 볼 수 없다고 하였고 본 판결이 확정되었다.⁴⁴⁾ 따라서 현재 한방병원에서 CT를 사용하는 것은 무면허의료행위에 해당하여 처벌될 수밖에 없다.

최근 대법원은 한의사인 피고인이 자신이 운영하는 한의원에서 진단용 방사선 발생장치인 X-선 골밀도측정기를 이용하여 환자의 발뒷꿈치 등의 성장판검사를 한 것이 한의사로 면허된 이외의 의료행위를 한 것에 해당한다고 판시하여 한의사의 X-선 골밀도 측정기 사용도 무면허 의료행위에 해당한다고 보았다(대판 2011. 5. 26, 2009도6980).⁴⁵⁾

43) 서울행정판 2004. 12. 21, 2004구합10715는 '의료법은 의사나 한의사 면허의 범위와 관련하여 의료행위 또는 한방의료행위의 내용이나 특정한 의료행위의 허용 또는 금지에 대하여 구체적으로 제한하고 있지는 않으며, 의료와 관련된 다른 관계법령을 보더라도 CT기기를 사용한 방사선 진단행위를 특정하여 따로 면허 제도를 마련하여 두고 있지는 아니하며, 달리 한의사에 대하여 CT기기의 사용이나 이를 통한 진단행위를 금지하는 규정도 존재하지 아니한다. 현재 여러 한의학과에서도 그와 같은 문명의 이기를 활용하기 위하여 현재 해부학, 해부실습학, 조직학 및 조직학 실습, 병리학, 진단학, 진단방사선학, 임상병리학, 응급의학 등 영상 진단에 필요한 여러 과목을 개설하여 교육하고 있는 사실을 인정할 수 있으므로, 한의학에서도 CT기기를 사용한 진찰을 학문적으로 인정하고 있다고 할 것이다. 한의사의 방사선진단행위를 금지하는 규정이 존재하지 아니할 뿐만 아니라 한의사의 방사선진단행위가 한의학상 인정되는 의료행위에 포함되지 아니한다고 볼 수 없는 이상 의사 또는 치과의사와 같은 조건 아래에서 그 이용을 할 수 있도록 이에 장애가 되는 위 의료기사등에관한법률 제1조와 의료법 제30조 제2항의 개정을 검토하는 것도 의료의 적정을 기하여 국민의 건강을 보호증진함을 목적으로 하는 의료법의 입법취지에 보다 부합된다고 보여진다는 점에서 입법론적으로 고려 정도의 확대를 의미할 뿐이어서 비록 양의학에서 개발된 기술이라 하더라도 한의사에 의한 이용을 금지하여야 할 합리적인 사유를 발견하기 어렵기 때문이다' 고 판시하였다.

44) 서울고판 2006. 6. 30, 2005누1758은 '우리나라 의료체계는 서양의학과 한의학으로 이원적으로 구분되어 있고, 의료법상 의사는 의료행위, 한의사는 한방의료행위에 종사하도록 되어 있으며 면허도 그 범위에 한하여 주어지는 점, 전산화단층촬영장치(CT기기)와 관련된 규정들은 한의사가 CT기기를 이용하거나 한방병원에 CT기기를 설치하는 것을 예정하고 있지 않은 점, 의학과 한의학은 그 원리 및 기초가 다르고, 해부학에 기초를 두고 인체를 분석적으로 보는 서양의학과 달리 한의학은 인체를 하나의 소우주로 보고 종합적으로 바라보는 등 인체와 질병을 보는 관점도 달라 진찰방법에 있어서도 차이가 있는 점 등에 비추어, 한의사가 방사선사로 하여금 CT기기로 촬영하게 하고 이를 이용하여 방사선진단행위를 한 것은 '한방의료행위'에 포함된다고 보기 어렵다는 이유로 구 의료법 제25조에서 정한 '면허된 이외의 의료행위'를 한 경우에 해당한다'고 판시하였다.

45) 대법원은 "의료법은 모든 의료기관이 진단용 방사선 발생장치를 설치·운영할 수 있는 것을 전제로 규정하고 있다고 볼 여지도 있으나 이는 진단용 방사선 발생장치의 설치·운영에 관한 규정으로 의료기관에 대해 위험에 따른 의무를 부과하기 위해 규정한 것이지 한의사와 의사의 면허범위에 관한 것을 규정한 것은 아니어서 이를 근거로 한의사가 진단용 방사선 발생장치인 측정기를 사용해 성장판 검사를 한 것을 한방의료행위로 볼 수 없다"고 판시하였다.

둘째, 한의사의 한방의료행위로 인식되어 온 침술과 유사한 IMS 기법에 의한 시술이 양의학에서 사용되면서 양의사도 침술을 행할 수 있는지가 문제되고 있다. IMS (Intramuscular Stimulation : ‘근육자극에 의한 신경근성 통증치료법’ 또는 ‘근육 내 자극치료’)는 통증을 단지 기존의 물리치료 방법을 통해서만 치료하는 것이 아니라 ‘침’을 이용해 근육과 관련 조직을 자극함으로써 치료하려는 방식이다.⁴⁶⁾ 서울 행정법원은 의사로서 침을 이용한 치료를 했다는 이유로 1개월 15일의 의사면허 자격정지 처분을 부과받은 의사가 해당 행정처분의 취소를 구했던 소송에서 IMS시술을 했다고 주장하는 원고의 청구를 기각했다(서울행정판 2006. 7. 6, 2005구합111). 이에 동 의사는 다시금 서울 고등법원에 항소했고, 동법원은 “IMS시술은 긴장된 근육 깊은 곳에 침을 자입해 전기자극을 줌으로써 근육통증을 완화하는 치료방법”이라며 “의학적 근거, 치료방법 등에 있어 한방의료행위인 침술행위와 다르므로 한방의료행위인 침술로 볼 수 없다.”는 근거로 제1심 판결을 취소하면서 보건복지가족부장관이 부과했던 의사면허자격정지 처분을 취소하라는 판결을 내렸다(서울고판 2007. 8. 10, 2006누17293).⁴⁷⁾ 하지만, 최근 대법원에서 동 의사가 행한 시술은 경혈부위에 시술되어, “침술행위의 자침방법”과 차이가 없는 한방의료행위인 침술행위로 볼 여지가 많다고 판시(대판 2011. 5. 13, 2007두18710)하여 원심을 다시 파기·환송하였다.⁴⁸⁾ 본 사건은 서울고등법원 2011누16928 사건에 대하여 2011. 10. 11. 항소기각판결이 선고된 후 재상고되어 대법원 2011두27889호로 계속 중이다. 따라서 아직 의사의 IMS를 활용한 의료행위가 무면허의료행위에 해당하는지에 대한 법원의 판단은 명확하지 않다. 하지만, 한의학계와 의학계는 대법원의 판시에 대하여 상반된 입장을 내세우며 대립하고 있다.⁴⁹⁾

46) 김나경, “의료와 철학과 법적책”, 양방-한방의료의 경계설정과 무면허 의료행위의 규율, 법철학연구 제13권 제1호(2010), 168면.

47) IMS시술행위는 시술을 하기 전에 통증이 오는 부위를 찾기 위해 CT, MRI의 검사기구로 통증부위를 찾을 수 있지만 반드시 CT나 MRI를 이용해야 하는 것은 아니다”며 “엄씨가 IMS시술 전에 CT, MRI 등 정밀한 검사기구를 이용하지 않고 IMS시술행위를 했다고 해서 바로 엄씨의 시술을 IMS시술의 범위를 넘은 한방의료행위라고 볼 수는 없다(서울고판 2007. 8. 10, 2006누17293.)

48) 7명의 환자들은..... 수십 개에 이르는 침을 꽂고 적외선 조사기를 켜고 있었던 점, 침이 꽂혀 있던 위와 같은 부위들은 침술행위에서 통상적으로 시술하는 부위인 경혈에 해당하고, 침이 꽂혀 있던 방법도 경혈 부위에 따라 나란히 또는 한 부위에 몇 개씩 집중적으로 꽂혀 있고 피부표면에 얇게 직각 또는 경사진 방법으로 꽂혀 있었는데, 이는 침술행위의 자침방법과 차이가 없다고 할 것인 점 등을 할 수 있는바, 이를 앞서 본 법리에 비추어 보면, 이 사건 시술행위는 한방의료행위인 침술행위라고 볼 여지가 많다.(대판 2011. 5. 13, 2009두16928.)

49) 한의학회는 “침을 이용한 모든 행위는 반드시 한의사에 의해 시술되어야 하는 엄연한 한방의료행위임이 판시됐고, 양의사의 침 시술은 불법이라는 것이 명백히 밝혀졌다”는 입장이다. 하지만, 의사협회는 “대법원의 이번 판결은 IMS가 의사의 의료행위로서 한의사의 침술행위와 다르다는 것을 재확인한 것이다”고 해석하고 있다. 또한 의사협회는 “한의학협회는 성명서를 통해 이번 대법원의 판결을 마음대로 해석해 지금까지 IMS는 침을 이용한 의사의 불법시술행위에 불과했던 것이라며 IMS 존재 자체를 부정하는 등 판결문 대부분을 사실과 다르게 왜곡하고 있다”고 지적했다. 더불어 이번 대법원의 판결은 IMS의 영역에 대한 판결이 아니라, 원고의 특정 행위가 어느 영역에 해당하는지 재검토하라는 판결로 IMS가 의료행위인지 한방의료행위인지에 대해 판결을 한 것이 결코 아니라는 주장이다.

양 의학과 한 의학 간의 경계는 위의 두 판례에서 촉발되었지만, 많은 시사점을 주고 있다. 서양의 경우 양 의학을 중심으로 한 의학이 최근에 유입되어 대체 의료행위로 인식되고 있는 것과 달리, 우리나라의 경우 한 의학과 양 의학이 공존하고 있으므로 서로의 영역다툼이 치열한 것도 사실이다. 하지만, 한 의학과 양 의학에 있어서 의료행위라는 것은 궁극적으로 환자의 ‘치료’와 ‘건강의 회복’에 중심을 두는 행위이다. 따라서 환자는 의사에게 자신의 상황에 대해 설명하고 의사의 조언을 성실히 듣고 실천에 옮기며, 의사는 환자의 상황에 대해 숙고하고 가능한 모든 수단을 통해 최선의 방법을 실행하는 것이 가장 이상적인 의료의 모습⁵⁰⁾일 수 밖에 없다. 따라서 국민의 건강과 보건권 향상을 위해서는 한 의학과 양 의학 간의 이분법적인 구조를 허물고 서로 학문적인 교류와 의료기술을 차용하는 행위가 일정부분 장려되고 활성화 될 필요성이 있다.⁵¹⁾ 이런 의미에서 최근 양 의학과 한 의학의 협진진료의 증가추세⁵²⁾는 바람직하다고 볼 수 있다. 물론, 이러한 한 의학과 양 의학의 교류와 활용은 반드시 국민의 건강증진과 보건향상에 유익한 방법으로 행해져야 할 것이다.

VI. 맺음말

현행 의료관련 법령의 규정은 무면허 의료행위를 일률적, 전면적으로 처벌하고 있다. 즉, 무면허 의료행위가 일회적, 장기적, 무상, 유상으로 행해졌는지를 불문하고 처벌된다. 하지만, ‘엄마손은 약손’이라는 말을 굳이 상기시키지 않더라도 일회적, 무상의 의료행위를 무면허 의료행위로 처벌하는 것은 국민의 건강권 및 보건권의 보호에 미흡할 뿐만 아니라, 기본권의 과잉된 제한으로 귀결될 가능성이 높다. 이를 해결하는 방법은 입법적인 해결뿐이며 무면허 의료행위를 입법적으로 규율할 때 이를 “업”으로 하는 경우만 처벌할 것이지 이를 일회적으로 하는 자를 처벌하는 것은 부당하다.

이러한 규율을 할 때 의료업만을 의료행위로 규정하고 무면허 의료행위에 있어서 일회적인 행위는 처벌하지 않고 있는 일본의 입법례를 참고할 필요가 있다. 또한 현행 의료기사 등에 관한 법률 제1조에서 의료기사의 일을 업무로 행하는 자로 규정하고 있는 것을 볼 때 의료법도 이와 같이 규율을 해야 하는 것이 타당하지 않은가라는 생각을 해본다.⁵³⁾ 다만, 무면허 의료행위를 유상으로 하는

50) 이상돈, “의료체계와 법”, 고려대학교 출판부(2000), 5면.

51) 복수면허 의료인에게도 복수 의료기관의 개설이 금지되어 있었던 종래의 의료법 조항이 불합리하다는 헌법 재판소의 결정에 기초해 복수면허의료인의 경우에는 하나의 장소에 한하여 면허종별에 따른 의료기관을 함께 개설할 수 있다고 한 의료법 제33조 제8항의 단서조항은 동일한 의료인에 의한 양·한방의 통합적 진료의 가능성을 열어주었다는 의의가 있다고 할 수 있다.(김나경, 위의 논문, 190면.)

52) 김춘배 외, “양한방의 상호보완 발전을 위한 법적 및 제도적 고찰”, 한국의료법학회(2001년), 한국의료법학회지 제9권 제2호, 13-14면

53) 의료기사 등에 관한 법률 제1조(목적) 이 법은 의사 또는 치과의사의 지도하에 진료 또는 의화학적 검사에 종사하는 자(이하 "의료기사"라 한다), 의무에 관한 기록을 주된 업무로 하는 자(이하 "의무기록사"라 한다), 시력보정용 안경의 조제 및 판매를 주된 업무로 하는 자(이하 "안경사"라 한다)의 자격·면허등에 관한

경우에는 더욱 엄격히 가중하여 처벌하는 현행 법령의 태도는 타당해 보인다. 헌법재판소의 결정에 있어서 다수의 재판관이 위헌의견으로 돌아서게 된 것에는 위와 같은 사고가 전제되어 있다고 보인다. 따라서 헌법재판소의 입장이 위헌으로 결정되기 전에 이를 입법적으로 개선하여 앞으로의 충격을 완화하는 것이 타당하다고 본다.

결국 현행 무면허 의료행위에 대한 법적인 규율은 건강관리행위를 의료행위와 무면허 의료행위의 이원적인 구조의 틀에 넣고, 그 행위영역에 대한 비의료인의 진입을 불법과 합법이라는 이원적 코드의 판단 구조 속에 가두는 것이다. 또한 의료는 본래 인간이 생활하는 곳이면 발생하는 생활세계적 현상임에도 불구하고 의료 행위를 모두 국가권력에 의하여 규제하고, 의료인이라는 신분을 위주로 무면허 의료행위를 규율하다 보니 행위와 수단의 차원에서 의료인이 완전히 배타적으로 독점해야 할 이유가 충분하지 않은 상황에서도 의료인이 아닌 자는 처벌되는 불합리한 점이 있다.⁵⁴⁾ 이는 결국 의료행위를 규율하는 법이 비합리적이라는 의심만을 증폭시킬 뿐이며, 의료의 자유에 대한 과잉 규제에 해당한다. 따라서 현행의 이원적인 규제 구조가 아니라 의학적인 합리성을 바탕으로 의료행위와 무면허 의료행위를 구분해야 하며, 법적인 판단에만 의존하는 것은 지양해야 할 것이다.

현재 우리의 의료체계는 신의료 기술의 발달과 한계적 의료행위의 영역이 점점 임상의료의 영역으로 편입되기 시작하면서 의료행위의 범주가 넓어지는 현상을 겪고 있다. 의료행위의 확장은 무면허의료행위의 규제영역의 확장을 의미하는 것이므로, 의료행위의 무분별한 확장은 오히려 국민의 건강과 보건권에 해가 될 가능성이 있다. 따라서 특정한 기술과 의료행위가 무면허 의료행위에 포함되는지의 여부는 의학상의 전문지식이 있는 의료인이 아닌 일반사람의 건전한 상식에 바탕을 둔 사회통념에 의하여 판단할 수밖에 없고, 이러한 판단은 무면허 의료행위 영역의 무분별한 확장을 방지하고 위법성과 책임을 조각할 수 있는 바탕이 될 수 있을 것이다.

또한 이러한 일반인의 판단은 대체의료행위에도 적용될 수 있다. 대체의료행위의 경우 의료행위의 개념의 확장으로 이를 의료행위에 포섭하여 처벌한다면 오히려 국민의 건강권과 보건권 향상에 악영향을 끼칠 수 있기 때문이다. 대체의료행위를 처벌하는 것은 최선의 방법이 아니다. 오히려 대체의료행위를 좀 더 연구하여 구체적인 행위에 대해 입법적으로 자격제도를 구비함으로써 국민이 좀 더 대체의료행위에 접근할 수 있는 방법을 다양하게 제공하고, 이러한 제도를 남용하여 국민의 건강에 악영향을 미치는 행위에 대해서만 처벌하는 것이 타당하다.

국민의 건강을 증진시키는 것이 무면허 의료행위를 금지시키는 가장 중요한 근거라고 볼 때 한의학과 양의학이 서로의 의학적 장점을 사용하여 환자를 치료하는 것은 단순히 각자의 이익을 위한 다툼으로만 바라보고 무면허 의료행위라는 틀에 넣어 처벌하는 것도 바람직하지 않다. 오히려 각 영역의 장점을 활용한다면 환자의 치료에 있어서 가장 합리적인 방법을 제시할 수 있을 것이다.⁵⁵⁾ 또

여 필요한 사항을 정함으로써 국민의 보건 및 의료향상에 이바지함을 목적으로 한다.

54) 이상돈, “무면허의료행위죄 - 현황, 구조, 한계, 대안”, 고려법학(2003년), 고려대학교 법학연구원, 158~162면.

한 이것이 의료의 가장 이상적인 모습이라고 앞서 지적한 바가 있다. 따라서 한의학 양의학의 이분법적 구조를 허물고 환자에게 유익한 치료행위를 개발하기 위해 서로 협조하는 것이 타당하다. 다만, 이러한 교류에 있어서도 차용하는 방법의 수련을 받는 것이 당연히 필요하다.

현행 의료법의 규정들은 비영리적이고 침습성이 경미한 유사의료행위에 대해서까지 일률적으로 모두 의료인만이 행할 수 있다고 엄격하게 규정하고 있어 현재의 시대상황을 제대로 뒷받침하고 있다고 볼 수 없다. 따라서 침습성이 약한 간단한 시술로서 업무로서 행하지 아니하는 비영리적인 행위들에 대해서는 적절한 자격을 갖춘 유사의료인이 시행할 수 있도록 합법화 하는 것이, 무면허의료행위를 규제하는 규정의 갑작스런 위헌판단으로부터 혼란을 예방하기 위해서라도 필요할 것이다. 즉 한 순간의 위헌판단은 의료행위에 대한 국민의 혼란과 보건권의 보호에는 심대한 폐해가 예상된다. 모든 의료행위를 허용함은 어려움이 있지만, 개별 의료행위마다의 자격요건을 구체적으로 정하여 일부의 유사의료행위에 대해서 물꼬를 터주어야만, 쓰나미처럼 밀려오는 사회적 충격을 미연에 방지할 수 있으리라 예상된다.

결국 무면허 의료행위를 규율함에 있어서 가장 중요한 것은 국민의 건강권과 보건권의 향상이다. 무면허 의료행위를 규제하여 국민의 건강권이 침해되고, 치료방법의 선택권이 제약된다면 이는 기본권의 과잉제한이다. 아직 현재가 위헌결정을 하지 않았지만, 현재의 일률적인 제한으로는 앞으로 위헌결정이 될 가능성이 높다는 것을 명심하고 이를 적극적으로 입법적인 조치를 통해 개선할 필요성이 있다.

투고일자 2011. 10. 31. 심사일자 2011. 11. 12. 게재확정일자 2011. 12. 16.

55) 김춘배 외, “양한방의 상호보완 발전을 위한 법적 및 제도적 고찰”, 한국의료법학회(2001년), 한국의료법학회지 제9권 제2호, 24-27면

■ 참고문헌

국내문헌

- 강현중, 민사소송법, 박영사, 1996.
- 권영성, 헌법학개론, 법문사, 2005.
- 김선중, 의료과오소송론, 박영사, 2008.
- 김선중·이경환·김원호, 의사와 변호사가 함께 풀이한 최신의료판례, 동림사, 2003.
- 문국진, 의료법학, 청림출판, 1989.
- 박상기, 형법각론, 박영사, 2002.
- 손명세·이인영, 산부인과 판례로 본 의료소송의 이해, 동림사, 2001.
- 이상돈, 의료체제와 법, 고려대학교 출판부, 2000.
- 이재상, 형법총론, 박영사, 2007.
- 이재상, 형법총론, 박영사, 2007.
- 한국의료법학회, 보건의료법학, 동림사, 2003.
- 홍정선, 행정법원론(상), 박영사, 2003.
- 곽명섭, “의료행위 개념의 법제화 논의과정에 대한 고찰”, 법과 정책연구 제7권 제1호, 한국법정책학회(2007. 6).
- 김계현/원선애/손명세, “한국과 일본 의료법 체계에 관한 연구”, 한국의료법학회지 제9권 제2호, 한국의료법학회(2001)
- 김나경, “의료와 철학과 법정책”, 양방-한방의료의 경계설정과 무면허 의료행위의 규율 “, 법철학연구 제13권 제1호, 한국법철학회(2010).
- 김춘배·박종구·최서영·이해중·조경숙·이선동·소경순·김정덕, “양한방의 상호보완 발전을 위한 법적 및 제도적 고찰”, 한국의료법학회지 제9권 제2호, 한국의료법학회(2001)
- 김재운, “무면허 대체의료행위의 형사법적 책임”, 비교형사법연구, 제8권 제1호
- 문성제·이경환·원선애, “의료과오와 간호사책임”, 한국의료법학회지 제12권 제1호, 한국의료법학회(2004).
- 박찬주, “법률의 효력발생과 효력상실”, 저스티스 통권 118호(2010. 8).
- 배현아·정구영·이경환, “119구급대원의 직무과실에 대한 국가배상책임”, 한국의료법학회지 제12권 제2호, 한국의료법학회(2004)
- 석희태, “보완대체의료의 법적 평가”, 의료법학 제6권 제1호(2005)
- 신권철, “정신질환자의 강제입원과 퇴원”, 저스티스 통권 제113호(2009. 10).
- 신현호, “의료행위 개념의 법제화 논의과정에 대한 고찰”, 법과 정책연구 제7권 제1호, 한국법정

책학회(2007. 6).

유지태, “의료행위의 개념”, 고려법학 제39호, 고려대학교 법학연구원(2002, 11).

이경환, “2010 분야별 중요판례분석(의료법)”, 법률신문(2011. 5. 12).

이상돈, “무면허의료행위죄 - 현황, 구조, 한계, 대안”, 고려법학, 고려대학교 법학
연구원(2003).

이인영, “의료행위의 현대적 의의와 과제”, 법과 정책연구 제7권 제1호, 한국법정책학회(2007.
6).

이인영, “무면허의료행위에 관한 일 고찰”, 한국의료법학회지 제6권 제1호, 한국의료법학회
(1999).

전세일, “대체의학의 현황과 전망”, 의료법학 제5권 제1호(2004).

조성준, “도시와 농촌지역에서 대체의료 현황비교”, 의료법학 제5권 제1호(2004).

주용기, “의료행위의 본질에 대한 형법적 고찰”, 법학연구 제16집 제1호, 경상대학교 법학연구소
(2008. 8.).

최재천, “의료행위의 개념의 변천과 대체의학”, 변호사 제33집(2003).

하태인, “무면허 의료행위 형사처벌의 타당성”, 부산대학교 법학연구 제51권 제3호 (통권65
호)(2010. 08).

허완중, “인권과 기본권의 연결고리인 국가의 의무”, 저스티스 통권 제124호(2011. 6).

외국문헌

Barry R. Furrow · Thomas L. Greaney, Health Law (2nd), West Group, 2000.

Gregory E. Pence, Classic Cases in Medical Ethics, The McGraw-Hill Companies, Inc, 2000.

Lawrence O. Gostin, Public Health Law : Power, Duty, Restraint, London:University of
California press, 2000.

Lawrence O. Gostin, Public Health Law and Ethics, London: University of California press,
2002.

Korean Journal of Medicine and Law, Vol. 19, No. 2, December, 2011

【ABSTRACT】

A Legal Study on the Unlicensed Acts of Medical Care

Kyung Hwan, Lee* / Mann Oh, Kim** / Sun Woo, Han***

The Medical Service Law prohibits unlicensed acts of medical care which includes providing medical care without a license and providing medical care beyond the scope of the license. This is because unlicensed acts of medical care pose a threat to human life and body as well as public health.

In order to regulate unlicensed acts of medical care, we first need to define the notion of medical care. This paper examines the notion of “act of medical care” under U.S. law and Japanese law and reviews the relevant parts helpful for interpreting Korean law. Since Oriental medicine does not exist in the Western world, it can make generous allowances for Oriental medicine remedies such as acupuncture, moxibustion, massage and cupping. But since Western medicine and Oriental medicine coexist in Korea, there is little room to recognize complementary and alternative medicine other than those two.

The Supreme Court is very strict in its interpretation and regulation of unlicensed acts of medical care. Most instances in which there is any contact relating to health with the body and it is within the domain of “force applied,” it is determined to be an act of medical care. Recently, the Constitutional Court held that the current Medical Service

* Lawyers(Yoon&Yang uc), Adjunct Professor(Ph.D. in Public Health), Yonsei University Graduate School of Law.

** Lawyers(Yoon&Yang uc), Adjunct Professor, Korea University College of Medicine.

*** Yonsei University Law School.

Law which restricts complementary and alternative medicine remedies such as acupuncture and moxibustion is constitutional (4 judges voted in favor of and 5 against the unconstitutionality of the restrictive law). This reflects changing conceptions among the Korean people and is a good indicator that some allowances for complementary and alternative medicine should be made in the near future.

Therefore, at the present juncture, rather than focusing on the restriction of these practices on the grounds that they may pose a risk to human life and body or public health, we should grant some qualifications for areas of complementary and alternative medicine that are not profit-oriented and low-risk. We should take measures to prevent injuries to the public's right to health in the event that the Medical Service Law provisions restricting unlicensed acts of medical care are held unconstitutional one day and thereby causes chaos in the healthcare sector.

Search Key-words: unlicensed acts of medical care, acts of medical care, medicine, Oriental medicine, complementary and alternative medicine



제5장 전통 침구의술의 활성화 방안에 대한 연구

A Study on Promotional Plans for Traditional Acupuncture and Moxibustion Therapy

저자 (Authors)	김태용 Kim, Tae-Yong
출처 (Source)	민족사상 7(2) , 2013.6, 173-211 (39 pages) KOREAN ASSOCIATION OF NATIONAL THOUGHT 7(2) , 2013.6, 173-211 (39 pages)
발행처 (Publisher)	한국민족사상학회 Korean Association of Korean Thought
URL	http://www.dbpia.co.kr/Article/NODE02337287
APA Style	김태용 (2013). 제5장 전통 침구의술의 활성화 방안에 대한 연구. 민족사상, 7(2), 173-211.
이용정보 (Accessed)	영남대학교 165.229.4.*** 2018/07/27 07:26 (KST)

저작권 안내

DBpia에서 제공되는 모든 저작물의 저작권은 원저작자에게 있으며, 누리미디어는 각 저작물의 내용을 보증하거나 책임을 지지 않습니다. 그리고 DBpia에서 제공되는 저작물은 DBpia와 구독계약을 체결한 기관소속 이용자 혹은 해당 저작물의 개별 구매자가 비영리적으로만 이용할 수 있습니다. 그러므로 이에 위반하여 DBpia에서 제공되는 저작물을 복제, 전송 등의 방법으로 무단 이용하는 경우 관련 법령에 따라 민, 형사상의 책임을 질 수 있습니다.

Copyright Information

Copyright of all literary works provided by DBpia belongs to the copyright holder(s) and Nurimedia does not guarantee contents of the literary work or assume responsibility for the same. In addition, the literary works provided by DBpia may only be used by the users affiliated to the institutions which executed a subscription agreement with DBpia or the individual purchasers of the literary work(s) for non-commercial purposes. Therefore, any person who illegally uses the literary works provided by DBpia by means of reproduction or transmission shall assume civil and criminal responsibility according to applicable laws and regulations.

제5장 전통 침구의술의 활성화 방안에 대한 연구

김 태 용*

[국문요약]

침구의술의 필요성을 인식하는 사람들은 지난 반세기 동안 침구사제도를 활성화하기 위해 여러 분야에서 활동하고 있다. 그러나 해마다 많은 사람이 현행 의료법 위반으로 범법자가 되고 있어 심각한 사회적인 문제로 대두되고 있다. 사실상 침구사들이 행하는 침구의술이 우리 역사 속에서 질병을 치료하는 역할을 담당하였다는 사실은 기록을 통하여 유추할 수 있다. 이를테면 상고시대에 돌침(뽕석)이 발견된 이래 끊임없이 진화되어 활용되었으며, 조선시대에 이르러서는 침구전문 의생이라는 독립 분과의 시초를 마련하여 전통의료의 한 축으로써 육성되어 왔다. 때문에 일제 강점기에도 침구의술은 침구사라는 독자적인 지위를 인정받았던 것이다. 하지만 1962년 국민의료법이 의료법으로 개정되는 과정에서 침구사법이 소멸됨으로써 침구사는 더 이상 배출되지 못하고 있는 실정이다. 그러나 이러한 상황에도 침구의술은 이어져왔으며, 오히려 시간이 갈수록 사회적 관심과 기반이 확대되었다. 이는 현대의학으로도 치료하기 어려운 병들이 원로 침구사와 그들에 의해 전수된 기술을 바탕으로 활동하는 민간요법사에 의해 치료되는 사례가 빈번하였기 때문이다. 그리고 중국이나 일본, 미국은 많은 침구대학을 두고 침구사를 양성하고 있으며, 침구사들은 전문직업의 하나로써 체계적이고 안정된 제도를 경험하고 있다. 따라서 우리는 탁월한 효과가 있는 침구의술을 연구·육성하여, 사회의료자원으로 활용하는 방안을 모색해야 할 것이다. 이에 대한 구체적인 방안은 한의학이나 대체의학의 범주에서 하나의 전문직업으로 침구사를 활용한다면, 환자들은 보다 나은 서비스

* 이경문화연구원

와 안전한 환경에서 치료받을 수 있으며, 치료효과는 점차 이용자의 만족을 극대화하는 방향으로 정립될 것이다.

주제어 : 침, 뜸, 침구의술, 침구사, 전통의술, 민간요법, 대체의학

I. 서론

사람의 일생을 생노병사라고 표현하는 의미 속에는 그 만큼 병이 차지하는 비중이 크다는 뜻이 포함되어 있다. 때문에 인류의 역사는 병에 대처하는 다양한 노력의 기록이라고 할 수 있다. 이러한 노력이 오랜 세월을 거치는 동안 경험과학적인 치료법으로 환원되어, 결국에는 ‘醫術’이나 ‘療法’으로서의 방법이 생기게 된 것이다. 그리고 이와 같은 치유법을 뒷받침하기 위해 사회적인 제도와 더불어 이론적인 논의도 심화시켜 왔다.

현재 의료제도의 세계적 추세는 통합의학으로 가고 있는 실정이다. 이는 현대의학의 한계를 느낀 의료선진국들이 수십 년 전부터 각 나라의 전통의술과 동양의학에 관심을 가지게 되었고, 그중에 치료효과가 있는 의술을 도입하여 연구와 임상을 거쳐 활용하였기 때문이다.

이처럼 전통의술은 사회적 관심과 더불어 널리 활용되고 있음에도 불구하고 우리는 이를 소홀히 여기고 있다. 이는 전통의술이 제도권 밖의 치료법이기 때문에 나름의 효과와 가치를 인정하지 못한다는 점과 전통의술에 대한 구체적인 연구가 없어 학문적인 관리가 제대로 되지 못한다는 점, 그리고 전통의술에 관한 여러

요법이 사회 저변에 흩어져 있기 때문에 사회적인 관리가 되지 못한다는 점 등을 그 이유라 할 수 있다.

따라서 이러한 문제점들을 해결하기 위해서는 전통의술에 관한 국내·외의 문헌들을 활용하여 근거를 밝힘은 물론 그 효과에 대한 연구도 필요한 상황이다. 이것은 곧 우수하고 오랜 전통을 가진 우리의 전통의술이 세계 의료시장에서 우위를 차지하는 길이기 때문이다.

이 글에서는 전통의술의 여러 치료법 중에 침구의술 분야만을 다루고자 한다. 여기서 침구의술이란 침구행위가 제도적으로 인정되어온 침구사에 의해 전승된 기술과 지식, 그리고 이를 계승하여 재야에서 침구를 전문으로 활용하고 있는 민간요법사를 통칭한다.

문제는 현재의 침구의술은 한의학의 주요한 치료수단으로만 인정되고 있다는 점이다. 따라서 한의사들만이 침구의술을 시술할 수 있는 권리를 인정받고 있다. 그러나 1960년 의료법이 개정되기 이전의 침구의술은 전통의술의 한 축으로써 의료영역을 담당해 왔다. 때문에 침구사제도와 같이 그에 마땅한 지위가 제도적으로 존재하고 있었지만, 의료법 개정 이후에는 침구의술의 전승은 재야에서만 이루어고 있으며, 아울러 死藏되어 가는 실정이다.

그래서 전통 침구의술에 관련된 지식이나 기능을 비롯한 관행과 물증, 전승체계 등은 거의 멸실 직전이다. 표면적으로는 한의사가 침구전통을 계승한다고는 하나, 이론과 임상 양면에서 충분한 교육이 이루어지지 못함은 물론 개원의의 실제 임상 과정에서도 시술 방법과 사용하는 침의 종류 등에서 전통 침구와는 상당한 차이가 있다.

따라서 침구사들은 한의사의 침구 계승에 대해 대부분 만족하지 않을 뿐만 아니라 부정적인 견해를 나타내고 있다. 이와 같은 인

식의 바탕에는 돈벌이가 되는 한약판매에 치중한다는 점과 뜸을 무시하고 편의주의 시류에 영합하는 변형된 침(細針) 기술에 치중하는 점을 ‘전통’ 계승의 가장 큰 문제로 지적하고 있다.¹⁾

문제는 전통 침구의술이 진정한 침구의술의 전통이라고 고집하는 시각도 문제이지만, 침구의술의 역사적 흐름과 사회적 역할을 무시하는 사고 또한 재고되어야 한다는 점에 있다.

침구의술은 오랜 세월을 거쳐 그 효과가 인정된 경험과학적인 치료법으로 각종 史書에서도 기록된 바가 있으며, 나아가서는 그 방법을 사용하기를 권고하고 있다.

현실적으로는 개인에서 지방자치단체²⁾ 이르기까지 침구의술에 대한 관심이 높아지고 있기 때문에, 침구에 관한 여러 서적이 출판되었으며, 대중매체에서도 이에 대한 논쟁이 빈번하게 발생하고 있다. 그리고 침구의술과 관련된 사단법인이나 민간단체가 나타나고 있으며, 몇몇 대학에서는 침구의술을 전문적으로 다루기 위한 교육과정이 개설되고 있다.³⁾ 뿐만 아니라 서양의학을 전공한 의사들도 침구의술에 관심을 보이는 상황이다.⁴⁾

1) 박경용, “전통 침구의 단절과 침구사의 존립 양상,” 『한국학논집』, 제 37집(계명대학교 한국학연구소, 2008), p.293.

2) 한겨레신문, “제주도를 ‘자연치유의 섬’으로,” 2010.04.06

3) 경기대학교 사회교육원, 녹색대학 대학원 자연의학과, 대전신학대 선교침술교육원, 대한침구사협회, 동방대학교 자연치유학대학원, 동의대학교 윤리와 전통문화 대학원, 뜸사랑, 명지대학교 사회교육원, 서울여자대학 사회교육원, 세계침구학회연합회, 송원대학 침뜸요법과, 원광디지털대학교 한방건강학과, 전남대학교 평생교육원, 조선대학교 사회교육원, 한양대학교 사회교육원. 자료 : 각 기관의 홈페이지 참조.

4) IMS(근육 내 자극요법)는 혈 자리를 자극하는 침과는 달리 척추 주위의 신경과 인대, 근육이 손상되어 시작된 근육의 단축된 부위에 침을 삽입하여 자극함으로써 근육을 이완시키고 장기간적인 미세한 전류를

하지만 이와 같은 침구의술의 관심과 그로 말미암은 논쟁 속에는 많은 문제점과 의문점을 동반하고 있다. 이를테면 지금까지의 침구의술에 대한 논의는 ‘질병을 치료하는데 어떤 효과가 있으며 사용하기에는 유용한 것인가’, ‘제도권에서 인정한 합법적인 의술인가’에 대해서 관심이 치우쳐 있다는 점이다.

이는 침구의술이 제도권 밖의 분야로 인식되고 있으며, 무엇보다도 침구의술이 ‘어떠한 과정을 통해 이어져 왔고’, ‘어떻게 형성되었으며’, ‘어떻게 사용되고 있는가’에 대한 명확한 증거를 제시하는 작업이 미미하고 기본적인 논의조차 정립되지 않았기 때문이다.

따라서 본고에서는 사회적으로 형성된 침구의술이 역사 속에서 어떤 역할을 하였으며, 변화의 과정들은 어떠하였는지에 대해서 알아보고, 이를 바탕으로 우리 사회에 존재하는 침구의술이 사회 의료자원으로서 활용되는 방안을 모색하고자 한다. 구체적으로 본고에서는 먼저 침구의술의 역사와 변천에 대해서 알아본 다음, 이러한 침구의술을 행하는 침구사 부활의 필요성에 대해서 살펴 볼 것이다. 그리고 이를 바탕으로 침구사의 활성화 방안 즉, 한의학과 대체의학의 범주에서 침구사의 활용 방안을 통해 현대의료 환경에서 침구사의 가능성을 이해하고자 한다.

일으켜 과민해진 신경을 회복시키는 치료로 만성 통증에 유용하다. 박중옥, 『암 아는 만큼 이긴다』 (서울: 넥서스BOOKS, 2005), pp.317-8.

II. 침구의술의 역사와 변천

1. 침구의술의 시대적 전개

침구의술은 전통적으로 아시아권 국가에서 오랫동안 사용되어 왔다. 특히 우리나라와 중국, 인도 등에서 침구의술이 사용되어 왔으나 우리의 침구의술은 구석기시대까지 거슬러 올라갈 정도로 오랜 역사를 가지고 있다.⁵⁾ 그리고 동양의학의 경전으로 알려진 『黃帝內經』 「素問·異法方宜論」에는 침술의 근원과 전래를 밝히는 기록을 통해 알 수 있다.

동쪽지역은 천지가 시작하는 곳이다. 생선과 소금이 있는 곳이며 바다를 끼고 있다. 그곳 사람들은 물고기를 먹고 짠 것을 즐기는데, 모두 그곳에 사는 것은 편안하게 여기며 그 음식들을 즐긴다. 물고기는 사람에게 열사가 생기게 하고, 소금은 혈압을 올린다. 그러므로 그곳 사람들은 모두 피부가 검고 살결이 성글다. 그래서 생기는 병은 대부분 웅양인데, 그것의 치료는 펌석이 마땅하다. 그러므로 펌석은 동방에서 전래되었다.⁶⁾

여기서 말하는 동방은 중국 본토의 동쪽인 한반도를 지칭하고

5) 1929년 함경북도 웅기군 송평동에서 石鍼이 발견되어 덕수궁 박물관에 보존되어 있는 것으로 보아, 고증적으로 우리가 석기시대부터 침을 사용하고 있었다는 설을 뒷받침 해주는 것이다. 홍석은, 『鍼灸 基礎理論과 臨床治療』 (서울: 동양서적, 1991), pp.41-2.

6) 『黃帝內經』 「素問·異法方宜論」 東方之域，天地之所始生也，魚鹽之地，海濱傍水，其民食魚而嗜鹹，皆安其處，美其食。魚者使人熱中，鹽者勝血，故其民皆黑色疏理，其病皆爲癰瘍，其治宜砭石。故砭石者，亦從東方來。

있다. 다시 말해 침술이 중국보다 앞선 시기에 한반도에서 시작되었음을 증명하는 것이다. 또 다른 예로 『山海經』에는 한반도로 추정되는 중국 동쪽의 高氏山이나 鳧麗山の 기슭에서 돌침이⁷⁾ 많이 생산되었음이 기술되어 있다.⁸⁾

이와 같은 기록은 침구의술이 중국에서 발생된 것이 아니라 동방에서 이입된 것을 입증하는 것이며, 나아가 우리의 침구의술이 동양의 다른 나라들보다 앞선 시기에 한반도에서 시작되었다는 것을 의미한다. 그러나 당시 문자가 없었기 때문에 이를 이론화하지 못한 상태에서 중국으로 전해졌을 것으로 유추할 수 있다.

(1) 삼국시대

삼국시대는 고구려, 백제, 신라의 삼국이 정립하여 패권을 다툰 시대로 기원전 57년부터 700여 년 동안 병립하였다. 특히 고구려는 가장 먼저 국가의 기틀을 갖춘 나라이며 한족과의 교섭이 빈번하였으나 이 시기의 침구의술에 대한 구체적인 자료가 없어, 당시 상황이 어떠하였는지 단정 지을 수 없다.

다만 『日本書紀』 欽明主 22년에는 고구려 평원왕 3년(561년)에 중국 강남의 오나라 사람 知聰이 內外典, 藥書, 明堂圖 등을 가지고 고구려를 거쳐 일본에 귀화하였다는 기록이 존재한다.⁹⁾ 이것이 우리나라에 중국의학과 함께 이론체계를 갖춘 침구의술이

7) 골침과 돌침의 의학적 실천에 대한 구체적 내용은 알 수 없지만, 당대 한반도인들은 이를 사용해 몸을 자극함으로써 질병에 대처해 왔으리라 추정된다. 박경용, 앞의 글, p.294.

8) 『山海經』 「東山經」 又南四百里, 曰高氏之山, 其上多玉, 其下多箴石. 「東次二經」 又南二百里, 曰鳧麗之山, 其上多金玉, 其下多箴石.

9) 이우관, 『수난의 역정 : 침구술의 법제화를 위하여』 (서울: 침술연합신문, 2008), p.33.

수입되었던 것으로 볼 수 있다. 그리고 645년에는 고구려 學問僧의 말이라 하여 다음과 같은 기록이 있다.¹⁰⁾

“同學 鞍作得志가 호랑이와 친구가 되어 術을 배웠는데, … 호랑이가 침을 주면서 ‘삼가고 삼가라. 사람으로 하여금 알게 하지 말라. 이것으로 치료하면 낫지 않을 병이 없다’라고 하였는데 실제로 그 말처럼 치료하여 낫지 않는 병이 없었다.”¹¹⁾

이 기사를 사실로 믿기는 어렵지만, 일본인 鞍作得志가 고구려에서 신통한 효과가 있는 침술을 배웠다는 것을 추측할 수 있다. 따라서 당시 우리나라에는 중국식 침구의술이 사용되었을 것이며, 침구의술은 고구려를 시점으로 백제·신라 등지로 보급되었으리라 추론된다.

그리고 일본의 문헌에 의하면 紀河邊幾男曆가 신라에서 침술을 배운 후 642년(선덕여왕 11년)에 일본으로 돌아가서 침박사가 되었다는 기록이 있다.¹²⁾ 또한 신라에서는 의학생도들에게 가르친 本草經·甲乙經·針經·脈經·明堂經·蘭徑 등 7종의 의서 중에서 甲乙經·針經·明堂經·蘭徑 등 4종이 침구서였을 정도로 침구는 중요시되었다.¹³⁾ 이러한 기록을 통해, 신라의 침구의술은 상당한 수준을 보이고 있었음을 짐작할 수 있다.

10) 『日本書紀』는 720년에 완성했음으로 여기서 고려는 고구려를 의미한다. 이이화, 『한국사 이야기14 : 놀이와 풍속의 사회사』(서울: 한길사, 2001), p.166.

11) 『日本書紀』卷二四 皇極主 四年 四月戊戌朔 “夏四月戊戌朔, 高麗學問僧等言, 同學鞍作得志, 以虎爲友, 學取其術, …虎授其針曰, 慎矣慎矣, 勿令人知, 以此治之病無不愈, 果如所言, 治無不差.”

12) 한국한의학회연구소, 『高麗時代 以前 韓醫藥學에 關한 研究』(서울: 한국한의학회연구소, 1996), p.69.

13) 손홍렬, 『韓國中世의 醫療制度研究』(서울: 수서원, 1988), pp.258-60.

(2) 고려시대

고려시대는 이전시기에서 체계화된 의료제도와 체계를 바탕으로 자주적인 발전이 이루어진 시기이다. 태조 13년에는 서경에 교육 기관을 설치하여 의생 교육을 시행하였고,¹⁴⁾ 서경에 거주하는 사람들이 의료 혜택을 받을 수 있는 토대를 마련하였다. 이는 개경에 의학을 위시한 의료체제가 이미 설립되었다는 것을 의미한다.¹⁵⁾ 따라서 개경의 의학은 궁에 정권 때부터 존재하였을 것이라고¹⁶⁾ 주장하고 있다.

성종 때에는 12목에 박사 1명씩을 파견하였으며,¹⁷⁾ 문종 때에는 大醫監, 尙藥局, 司膳署를 설치하고¹⁸⁾ 교수를 파견하여 의생을 교육함으로써 지방에도 의료전문인 양성체제를 확립시키고자 하였다. 이처럼 개경뿐 아니라 서경, 남경, 동경 등 3京과 12牧에서 각각 의학교육 기관을 통해 의료 전문인들이 배출되었는데, 이들은 소정의 교육을 마친 뒤 대부분 의료 관료로서 활약하였다.¹⁹⁾

14) 『高麗史節要』卷1 太祖 13年(930) 12月 幸西京, 創置學校, 先是, 西京未有學, 王命秀才廷, 留爲書學博士, 別創學院, 聚六部生徒, 教授, 後王, 聞其興學, 賜繒帛, 勸之, 兼置醫, 卜二業.

15) 김두중, 『韓國醫學史』(서울: 탐구당, 1966), p.114.

16) 손홍렬, “高麗時代의 醫療制度,” 『歷史教育』, 제29집(歷史教育研究會, 1981), p.85.

17) 성종 초년에는 학생들을 가르치는 곳에서 선생이 부족하여 十二牧에 經學·醫學 박사를 한 사람씩 두었으며, 의학박사 중에는 침구에 능한 자와 의와 침에 함께 능통한 자가 있었다. 이우관, 앞의 책, p.35.

18) 문종 때에는 의료제도를 정비하였다. 대의감에는 判事, 監, 小監, 博士, 丞, 醫正, 助教, 呪業博士, 醫鍼士 등의 관직을 두었고, 상악국에도 前朝까지의 직제 외에 역시 의침사를 두었다. 사선서에는 奉御, 直長, 食醫 등의 관직을 두었다. 이우관, 앞의 책, p.36.

19) 이현숙, “고려시대 官僚制下의 의료와 民間醫療,” 『동방학지』, 139권(연세대학교 국학연구원, 2007), p.17.

그리고 의학 교육은 송의 영향을 받았을 것으로 보고 있다. 문종·숙종·예종 연간에 고려의 요구로 송에서 의관이 파견되었으며, 특히 예종 연간에 파견된 한림의관은 1년간 고려에 머무르면서 직접 의료인을 양성하였다. 따라서 고려의 의학교육은 송의 영향으로 대방맥과, 소방맥과, 풍과, 산과, 안과, 창종검절상과, 구치검인후과, 침구과, 금죽검서금과에 대한 전반적인 교육이 시행되었으며,²⁰⁾ 의학교육을 마친 자는 대부분 의과에 응시하였다.

(3) 조선시대

조선 초기에는 고려의 제도를 대부분 답습하여, 의료제도 또한 동일하였다. 그리고 시일이 경과되어 모든 제도가 정비됨에 따라 합리적인 의료체계를 수립하였다.

태조는 원년 8월에 入官補吏法을 제정하였으며, 여기에 文武譯吏科와 함께 의과가 포함되어 있었다.²¹⁾ 그리고 2년 7월에는 예조에서 의학에 능한 사람의 등용을 허락받았으며,²²⁾ 6년 2월에는 조준, 정도전 등이 考試官이 되어 明醫 8인을 선발하였다.²³⁾ 또한 태종 6년에는 십학을 설치하여 품계에 따라 고시를 시행하기 시작하였으며,²⁴⁾ 15년에는 鍼灸銅人圖를 간행하여 중의에 반포하

20) 신영일, 『韓國韓醫學史의 再定立』 (한국한의학연구원, 1995), p.178.

21) 『太祖實錄』 1卷, 元年 8月 2日(辛亥) 定入官補吏法. 凡初入流品作七科, 曰(文)〔門〕蔭, 曰文科, 曰吏科, 曰譯科, 曰陰陽科, 曰醫科, 吏曹主之.

22) 『太祖實錄』 4卷, 2年 7月 14日(丁巳) 禮曹上言: “醫學, 活人之方, 律學, 輔治之具, 誠國家要務, 乞試所業能通者, 以充其職.” 上允之.

23) 『太祖實錄』 11卷, 6年 2月 22日(乙巳) 考試官趙浚, 鄭道傳試取雜科明醫八人.

24) 『太宗實錄』 12卷, 6年 11月 15日(辛未) 置十學. 從左政丞河崙之啓也. 一曰儒, 二曰武, 三曰吏, 四曰譯, 五曰陰陽風水, 六曰醫, 七曰字,

었다.²⁵⁾

세종은 제도화를 통해, 침구전문 의생을 임용하고 직품을 주도록 하였다. 이는 세종 20년 3월 16일의 기록을 통해 알 수 있듯이, 침구전문 의생을 매년 세 사람씩 채용하였으며, 三醫司에 한 명씩 임용하였다.²⁶⁾ 또한 24년에는 침구전문 의생을 해민원과 제생원에 분속시키고 침구경으로 取才하게 하였다.²⁷⁾ 따라서 이것이 침구전문의로 독립 분과된 시초라 할 수 있다.

문종 원년에는 황해도에서 발생한 악질을 구료할 것을 청하였는데,²⁸⁾ 이는 침구와 의약에 정통한 자의 구료를 청하는 것이다. 또한 단종 즉위년 5월에는 침구전문의 법을 세워서 항상 익히게 하여 침과 약을 아울러 써야한다는 의학의 편의를 담은 행부사정 임원준의 상소가 있으며,²⁹⁾ 다음해 7월에는 내의 김길호 등에게 일본국 대내전 다다량의 사자인 희익에게 침구를 배우도록 명하였다는³⁰⁾ 기록이 있다.

八曰律, 九曰算, 十曰樂, 各置提調官. 其儒學, 只試見任三館七品以下, 餘九學, 勿論時散, 自四品以下, 四仲月考試, 第其高下, 以憑黜陟.

25) 『太宗實錄』 30卷, 15年 12月 14日(丁丑) 命刊印《鍼灸銅人圖》, 頒布中外.

26) 『世宗實錄』 80卷, 20年 3月 16日(庚子) 議政府據吏曹呈啓: “針灸專門生, 每年三人敍用, 三醫司各用一人.” 從之.

27) 『世宗實錄』 95卷, 24年 2月 15日(丙午) 吏曹啓: “請罷濟生院鍼灸專門生, 分屬惠民濟生院, 每年取才時, 三醫司人, 竝試針灸經.” 從之.

28) 『文宗實錄』 9卷, 元年 8月 9日(甲戌) 議政府據禮曹呈啓: “黃海道惡病興行, 擇計灸醫藥俱精者, 差教諭遣之, 隨證救治.” 從之.

29) 『端宗實錄』 1卷, 卽位年 5月 25日(丁巳) 行副司正任元濬條陳醫學便宜. “復立鍼灸專門之法, 使之習慣, 鍼, 藥並用.”

30) 『端宗實錄』 7卷, 元年 7月 15日(庚午) 禮曹啓: “日本國大內殿多多良使者僧喜益精於針灸及醫方, 請令醫員傳習.” 命內醫金吉浩, 鄭次良, 金智往學.

성종 3년 3월에는 침구에 관한 전문분야를 따로 설치해야 한다고 상소한 기록이 있으며,³¹⁾ 중종 22년 4월에는 경연을 당분간 중지할 것임을 명하였다.³²⁾ 이는 풍기로 인해, 비위가 좋지 못하여 침구로써 질병을 치유하기 위해서임을 알 수 있다. 그리고 선조는 39년 5월에 침을 맞고 쑥뜸을 뜨고자 하였으며, 특히 가을에 침구치료를 집중적으로 받아,³³⁾ 9월에는 침구시술 후 편안하다고 하였다.³⁴⁾ 또한 숙종 27년 8월에는 침구와 藥餌는 단지 위급함을 구하는 것이 되었다는³⁵⁾ 기록이 있다.

이처럼 조선시대에는 침구의술의 중요성을 인식하고 사용되었으나 침구전문의 창설과 정착과정은 순탄치 않았다. 세종 20년에 침구전문 의생을 채용하여 三醫司에 배치하던 제도는 4년 후에 폐지된다. 그리고 단종 즉위년 5월에는 임원준의 건의에 따라 침구전문법이 부활하지만, 세조때 다시 전문별 取才가 폐지된다.³⁶⁾

그러나 성종 3년에 침구의는 그 필요성이 인정되어, 다시 침구전문 법을 別設하였다. 그 후 선조 39년에는 “침술은 침의에게 물

31) 『成宗實錄』 16卷, 3年 3月 14日(庚戌) 禮曹同醫司提調, 磨鍊醫學勸勵條件以啓: “別設鍼灸專門.” 從之.

32) 『中宗實錄』 58卷, 22年 4月 10日(丙辰) 傳曰: “感冒證, 聲嚶證則今已向愈. 但予本有風氣, 脾胃不和. 今者日氣溫和, 計欲針灸, 經筵更待傳教, 勿稟.”

33) 『宣祖實錄』 199卷, 39年 5月 23日(庚寅): “欲急急施針入艾, … 秋間欲大舉針灸.”

34) 『宣祖實錄』 203卷, 39年 9月 20日(丙戌) 藥房啓曰: “鍼灸後, 聖候何如?” 答曰: “平安.”

35) 『肅宗實錄』 35卷, 27年 8月 16日(辛未) 執義金致龍, 掌令黃一夏, 持平俞命凝·李東彦論: “鍼灸藥餌, 只爲救急.”

36) 손증양, 『침뜸의료의 제도화와 전문화의 역사에 관한 검토』 (세계침구제도 현황과 한국의 미래에 관한 심포지엄, 2005), p.100.

어서 그에게 기술을 다하게 해야지 다른 의원이 간섭하게 해서는 안 된다”는³⁷⁾ 기록을 통해 알 수 있듯이, 마침내 조선의 침구의는 정통의료인으로 중요한 일익을 담당하게 된다. 그리고 이와 같은 조선시대까지의 침구전문 의생이 일제 강점기에 이르러 침구사로 명칭이 바뀌게 되었다.

2. 침구사제도의 형성과 폐지

(1) 침구사제도의 형성

오랜 전통을 이어온 침구의술은 일제 강점기에 접어들면서 새로운 양상을 보이게 된다. 이를테면 1900년 대한제국기의 ‘의사규칙’에는 ‘脈候診察과 藥品溫涼, 鍼灸補瀉하는 자’를 의사로 규정한다는 근대화적인 제도를 도입함으로써 침구의술을 의학의 한 분야로 포함했다. 그리고 조선이 1910년에 일제의 식민지가 되면서 의료제도 또한 일제의 제도가 도입된다.

일제는 메이지 유신 이후 한방의 제도를 폐지하고 서양의학을 중심으로 의료제도를 만들었으나, 조선은 일제와는 달리 전통 한방의를 의생이라는 이름으로 존속시켰다. 이는 일제 초기에 자격을 갖춘 의사가 수백 명밖에 없어, 의료공급 부족에 대한 문제를 해결하기 위하여 전통 한방의를 존치할 수밖에 없었다.³⁸⁾

37) 『宣祖實錄』 199卷, 39年 5月 23日(庚寅): “凡針術, 問於針醫, 使得盡其術, 勿使他醫問之.”

38) 1908년 말 통감부의 의료인력 통계를 보면 한국인 의사가 2,659명, 일본인 의사 283명, 기타 외국인 의사 19명으로 집계되었으나(통감부 內部 衛生局, 1919) 한국인 의사의 대부분은 한방의였다. 1899년에 관립의학교가 설립되어 1902년에 첫 졸업생 19명이 배출되었고 이후 매년 비슷한 규모로 의사양성이 이루어졌던 사정을 고려해보

그러나 이러한 의생제도는 잠정적으로 허용된 제도이다. 다시 말해 서양식 의과대학을 설립하고 의사를 양성하려는 정책적 노력은 계속되었으나 한의학 전문교육기관의 설립은 허용하지 않았다. 또한 의생에 대한 신규면허 발급을 제한하였기 때문에 의생의 수는 계속해서 감소하였고 한의학의 학문적인 연구나 교육은 이루어질 수 없었다. 반면 침구사들의 수는 계속해서 증가하였으며, 이 과정에서 침구사는 안마사·접골사 등과 더불어 독자적인 의료의 한 분야로 공인되었다.

그래서 일제는 1914년 10월 안마술, 침술, 구술 영업의 取締規則을 공포하여 각각의 면허를 경무부장의 허가에 따라 받도록 했다. 이것은 일제가 한의학을 부정한 사실과는 상반된 조치인데, 일본과 식민지 대만의 관례를 그대로 따른 것으로 생각된다.³⁹⁾ 다시 말해 과거에는 왕실에서 필요로 하는 의관 시험만이 존재했지만, 이때부터는 침구사와 안마사 같은 일본 특유의 직종들이 새롭게 도입되어 의업에 종사하는 자에게 면허를 주기 시작하였다.

해방 이후에는 법률 제21호로 국민의료법을 제정하면서 같은 법 제59조에 ‘지금까지 규정된 침술, 구술, 접골술, 안마술업자 등 의료유사업자제도는 주무부령으로서 정한다.’고 규정하여 침구사제도를 존속시켰다. 그리고 1960년 11월 28일에는 보사부령 제55호 의료유사업자령을 제정하고, 제56호 자격시험 규정에서 자격, 업무, 양성 자격시험을 규정하여 침구사제도를 구체적으로 법제화

먼 단기간에 의사를 확충하는 것은 어려웠다. 조병희, 『한국 침구사 제도의 역사와 현황』 (세계 침구제도 현황과 한국의 미래에 관한 심포지엄, 2005), p.85.

39) 신동원, “1910년대 일제의 보건의료 정책: 한의학 정책을 중심으로,” 『한국문화』, 제30집(서울대 한국문화연구소, 2002), pp.356-7.

하였다.

(2) 침구사제도 폐지

1945년에 일제 식민지배가 종식되고 1948년에 대한민국이 건국되면서, 의료제도 또한 새로운 틀을 갖추게 되었다. 새 의료제도가 서양식 의료제도를 계승하고 있다는 점에서는 별 차이가 없으나, 동양의학 부분에서는 큰 변화가 있었다. 주변부에 밀려나 있던 의생이 ‘한의사’라는 지위로 격상되는 반면에 침구사제도는 폐지되었다.⁴⁰⁾

그러나 당시에는 한의학이 비과학적이라는 의사들의 주장 때문에 한의사제도가 성립되는 과정이 순탄하지 않았지만, 국민의료법이 제정된 이후 한의학의 제도화가 시작된다. 한편으로는 한의과대학을 설립하고 후진을 양성하며 한의학을 체계화하는 작업이 시작되었고, 다른 한편으로는 새로운 법제에 따라 기존의 의생들에게 한의사 시험을 치르고 면허를 부여하는 작업이 이루어졌다.⁴¹⁾

반면 침구사제도는 국민의료법에 존재하였으며, 주무부령에 제정되었다. 그래서 침구학원들이 설립되어⁴²⁾ 수천 명의 침구교육 이수자들이 배출되었으나, 제59조에 규정한 주무부령의 제정은 이루어지지 않게 된다. 그리고 1962년에는 의료법이 개정되는

40) 조병희, 앞의 글, p.88.

41) 대한한의사협회, 『대한한의사협회40년사』 (대한한의사협회, 1989), p.100.

42) 국내의 침구계 인사들은 1951년도에 국민의료법에 제정을 보고 보사부와 문교당국을 상대로 양성기관의 설립을 추진해 왔으며, 문교부의 인가로 양성기관의 설립이 시작되었다. 당시 전국관인 양성기관의 설립상황은 다음과 같다. 서울(대한침구학원, 동양침구학원, 수도동양의학전문학원, 서울동양의학전문학원), 부산(대한침구전문학원, 동양의학전문학원), 대구(동양의학전문학원), 대전(한국침구전문학원). 이우관, 앞의 책, p.68.

과정에서 침구사제도는 효력을 잃게 된다.⁴³⁾

이후 몇몇 침구학원 동창회가 연이어 결성되면서 이들을 중심으로 한 침구계의 인사들은 국회의원들을 통하여 입법 청원이 이루어졌다. 그러나 침구사들의 단체인 대한침구사회의 적극적인 지원이 부족하였다. 이는 침구학원 동창의 수는 5천여 명에 이르렀지만, 동창회에 참석한 인원은 수백 명이 되지 않아 침구학원의 조직적이고 적극적인 입법추진운동을 진행하는 것이 어려웠기 때문이다.⁴⁴⁾

하지만 전국의 맹인학교 학생들이 조직적으로 시위에 참여하면서 상황이 반전되었다. 이를테면 이들의 거리시위와 시위해산 과정의 참혹함이 언론을 통하여 보도되면서 여론이 반전된 것이다. 이들의 시위는 침구사회, 안마사회, 접골사회 등 관련 단체들의 궤기대회와 단식투쟁 및 혈서작성과 같은 적극적인 행동을 촉발하였고, 이것은 국회에서 침구사법이 상임위원회를 통과하는데 중요한 작용을 하였다. 이들의 노력 때문에 ‘의료유사업자에 관한 법률’이 1964년에 제출된 이후 3년에 걸친 우여곡절 끝에 국회 보건사회위원회와 법사위원회를 통과하여 본회의에 회부되었다.⁴⁵⁾

따라서 1964년부터 제6, 7, 8, 9, 10, 11대 국회에서는 일부

43) 국민의료법개정법률(1962년 3월 20일 법률 제1035호)에는 「국민의료법」을 「의료법」으로 개정하고 일본이나 중국에서도 인정하지 않는 한의사제도를 도입하게 된다. 그리고 침구사에 대한 母法인 동시에 법적 근거인 국민의료법 제59조에서 해당 조항을 삭제함으로써 보사부령 제56호는 폐지되었다. 申泰鎬, 『鍼灸師法 自書 : 鍼灸師制度는 存續되어야 한다.』 (서울: 大韓鍼灸師協會, 1996), p.25.

44) 이우관, 앞의 책, p.57-84.

45) 조병희, “침구영역을 둘러싼 전문직간의 집단갈등,” 『보건과 사회과학』, 제14집(한국보건사회학회, 2003), p.106.

여·야 의원들에 의하여 침구의술에 관한 법률안 및 개정안이 제안되었으며, 제13대 국회에서는 의원소개로 침구사법 부활입법이 청원되었다.⁴⁶⁾ 그리고 이와 같은 과정을 통해, 침구사제도가 국회통과 직전의 상황이 전개되자 한의사협회 측의 반대 건의와 더불어 의사 측에서도 저지하게 된다.⁴⁷⁾ 하지만 침구사제도는 1년 4개월 동안 국회 보사위원회에서 연7회의 심의를 거듭한 끝에 의사협회와 한의사협회에서 내놓은 진정서와 건의문을 물리치고 65년 12월 7일에 만장일치로 통과하게 된다.

의사회는 법안이 발의된 이후 줄곧 법안에 대한 반대의견을 제시하였다. 그리고 국회통과 다음날에는 ‘보건관계법안 특별대책위원회’를 구성하였으며, 각 지부에서는 별도의 집회를 하게 된다. 의사들은 국회의사당까지 법안을 반대하는 데모를 하였고, 일부 의사들은 하루 동안 휴진하였다.⁴⁸⁾

당시의 유례가 없던 의사와 한의사들의 집단행동은 정부에게 상당한 압력으로 가해져, 제60회 국회에서 침구사법 관련 법안은 폐기되는 상황이 초래되었다. 이는 침구의술이 국민의료에 미치는 영향과 역할, 기능 등을 고려하지 않고 정책적인 면만을 부각시켰기 때문이다.

46) 申泰鎬, 앞의 책, p.26.

47) 찬반 양진영의 세력은 비교가 되지 않을 정도로 기울어져 있었다. 반대진영에는 의료계와 한의계의 각종 단체가 모두 반대운동에 참여하였다. 집권당인 공화당 역시 반대 입장에 서 있었다. 반면 찬성진영은 침구학원동창회연합회와 맹인학교 학생들, 안마사회에서 참여하였다. 이들은 모두 사회적 지위가 낮은 사회적 약자들이었다. 이들 간의 사회적 지위나 조직의 규모 및 대외적 교섭력 등은 비교할 수 없을 정도임이 분명하다. 조병희, 앞의 글, p.107.

48) 대한의학협회, 『대한의학협회70년사』 (대한의학협회, 1979), pp.143-5.

그래서 정부나 국회에서는 침구사법 부활에 대한 입법 청원이나 소청에 대하여 방치하였다. 때문에 침구사제도에 대한 법안이나 청원서가 효력을 잃게 되었으며, 이것이 침구사법 폐지 이후 지금까지 정부에서 취해온 처사이다. 따라서 당시 의사협회와 한의사협회의 이례적인 데모나 시위로 침구사법이 부활할 수 없었다는 사실은 전통의술을 보호·육성하여 발전시키고자 하는 현시대의 잣대 속에서 다시 생각해야 할 문제이다.

Ⅲ. 침구사 부활의 필요성

1. 침구사와 무자격 침구사의 폐해

현재 침구의술은 세계 의료시장에서 대체의학이라는 이름으로 접근하고 있다. 이는 기존의 현대의학과 전통의술을 융합한 치료가 효과를 인정받았기 때문이다. 그래서 미국과 일본, 중국을 비롯한 많은 나라에서는 침구의술의 전문 인력을 양성하기 위한 교육과 연구에 많은 예산을 지원하고 있으며, 우리나라 또한 대체의학에 관한 전문 교육과정을 개설하는 대학이 늘어나는 추세이다.⁴⁹⁾

그러나 현행 의료법 제27조는 “의료인이 아니면 누구든지 의료행위를 할 수 없으며 의료인도 면허된 것 이외의 의료행위를 할 수 없다.”고 규정하여 무면허 의료행위를 금지하고 있다. 따라서

49) KBS 9시뉴스, 2008.10.17

침구사제도가 폐지된 이후 침구의술을 배운 자는 환자에게 침구시술을 허용하지 않고 있으나 의료법이 개정되기 이전의 침구사들은 의료법 제81조 제1항 “이 법이 시행되기 전의 규정에 따라 자격을 받은 접골사, 침사, 구사(이하 “의료유사업자”라 한다)는 제27조에도 불구하고 각 해당 시술소에서 시술을 업으로 할 수 있다.”고 규정하여 기존의 침구사들은 침구시술을 허용하고 있다.

따라서 침구의술을 시술할 경우에는 자격증의 유무에 따라 무면허 의료행위가 될 수 있다. 다시 말해 기존의 침구사와 한의사 이외의 사람은 침구시술을 금지하고 있다. 그래서 침구사들과 침구의술을 사용하는 민간요법사들은 의료법이 개정된 이후부터 지금까지 의료법 규정과 정부의 정책에 맞서 침구사의 양성화를 위하여 투쟁하고 있다.

현재 침구사는 일제 강점기의 침구사법에 따라 면허를 획득하였지만, 대부분 80대 이상의 고령이기 때문에 사망자가 증가하여 자연 소멸하고 있다. 문제는 더 이상의 전통침구 계승자가 충원되지 않음으로 종사자는 지속해서 감소하고 있다는 것이다.⁵⁰⁾ 그래서 원로 침구사들은 이러한 현상을 안타까워하며 전통 침구의 단절을 기정사실로 여긴다.

나아가 원로 침구사들은 제도의 부활에 대한 노력과 전통침구 전승의 한계를 느끼는 상황임에도 생활 현장에서 여전히 활동하고 있다. 특히 침구사를 찾는 환자들은 1차적으로 병원이나 한의원

50) 대한침구사협회 자료를 참고로 1998년과 2008년의 침구사 현황을 비교하면 다음과 같다. 1998년에는 침구사가 143명이었으나, 2008년에는 73명으로 10년 사이에 절반이 감소했다. 이 중에서도 일부는 고령으로 사망하거나 폐업하여 실제로 현업에 종사하는 침구사는 통틀어 50명 미만이다. 박경용, 앞의 글, p.304.

등에서 치료를 받았지만, 치료되지 않거나 부작용, 재발, 후유증 등을 경험한 자들이다. 그래서 1회에 침구 시술료가 2~6만원 정도의 고가 비용과 침구시술의 단점에도 이를 감행한다.

이와 같이 원로 침구사들은 전통 침구를 이어오는 침구사임에도 불구하고 의료법 논란의 중심에 처해있다.

불법 침 시술로 유죄판결을 받은 구당 김남수 옹이 전남 장성에 침·뜸 관련 시설을 짓고 내년부터 외국인을 치료하겠다고 밝혀 보건당국이 예의주시하고 있다. 그는 봉사관 외에 침구박물관을 장성에 짓는 것을 검토하고 있는 것으로 알려졌다. 김옹은 “나이를 먹은 만큼 고향에서 여생을 보내기 위해 장성에 내려왔으며 침·뜸 봉사관에서 외국인들만 치료하겠다”고 밝혔다. 김옹 측은 “김옹이 환자에게 침·뜸을 놓는 것은 법적으로 문제가 없지만, 법원이 그의 제자들이 침·뜸을 놓은 것은 불법이라고 판단한 만큼 헌법소원을 제기해 대응하겠다”고 주장했다.⁵¹⁾

문제는 이들 또한 고령으로 더 이상 이러한 치료조차 지속하기 어려운 것이 지금의 현실이라는 점이다.

그리고 이들로부터 기술을 전승받은 재야 침구사들은 사단법인이나 협회 차원에서 민간자격을 발급하여 유능한 인재를 길러도 면허 없이는 침구의술을 펼칠 수 없으며, 중국의 北京中醫學院과 國際鍼灸醫師考試를 통과한 이들과 더불어 미국의 대학과 관련 기관에서 침구사 자격을 취득한 상당수의 침구사들도 국내에서는 정상적인 영업이 불가능하여 불법영업을 하고 있다.

이와 같은 재야의 침구사들은 전통침구의 한 자락을 이어나가고 있는 귀중한 존재임에도 자신의 간판을 걸고 영업을 할 수 없으

51) 침술연합신문, 2012.08.31

며, 영업을 감행하여도 단속에 대한 불안 속에서 비밀리에 영업하고 있다. 또한 이들은 환자가 많아 일손이 부족하여도 사람을 고용하는 것은 현실적으로 어렵다. 이는 의료법 위반으로 고발당할 것을 염려하여 외부로 알려지는 것을 경계하기 때문이다. 그래서 이들은 비제도 권에서 활동하고 있어, 주변인들과의 마찰과 갈등이 발생하고 있다.

경찰은 생활이 어려운 노인들에게 침과 뜸을 무료로 놔주는 봉사활동 단체 ‘뜸사랑’ 회원 128명을 무더기로 입건해 논란을 빚고 있다. ‘뜸사랑’은 경제적으로 어려운 사람들에게 무료로 침과 뜸을 놔주는 순수한 봉사활동을 했을 뿐이라며 반발하고 있으나 이를 고발한 한의사 측은 이들이 무면허 행위인 의료법 위반이라고 반박했다. 또한 이들은 침구사 자격 없이 2007년 8월부터 서울 강남구 삼성동에 한 건물의 사무실을 빌려 65세 이상 노인이나 장애인, 기초생활 수급자 등을 대상으로 일주일에 두 번씩 무료로 침과 뜸을 놔주는 봉사활동을 한 혐의를 받고 있다.⁵²⁾

이처럼 재야의 침구사들은 기초생활 수급자나 65세 이상 노인 등에게 무료로 침과 뜸을 놔준 순수한 봉사활동에도 불구하고 의료법 위반으로 처벌이 불가피하다. 이는 이들의 활동과 관련된 헌법재판소의 판결을 통해 알 수 있다.

헌법재판소는 29일 ‘의료인이 아니면 의료행위를 할 수 없다’고 규정한 의료법 27조에 대해 부산지법이 낸 위헌법률제청 사건에서 재판관 4(합헌)대 5(위헌)의견으로 합헌으로 결정했다. 위헌결정이 나오려면 재판관 6명 이상이 위헌 의견을 내야한다.

현재가 이른바 ‘대체의학 금지 법률’을 합헌이라고 했지만,

52) 침술연합신문, 2010.01.02

위헌 의견이 더 많았다는 점에서 논란은 쉽게 가라앉지 않을 것으로 보인다. 합헌의견을 낸 김희옥 재판관도 “대체의학을 양성하는데 노력해야 한다”는 보충의견을 냈다.⁵³⁾

이 사건에서 합헌의견을 낸 재판관들은 “의료인이 아닌 자에게 의료행위를 금지한 것은 국민 생명권과 건강권을 보호하고 국민 보건에 관한 국가 보호의무를 이행하기 위해 적합한 조치”라고 밝혔으며, 다른 5명의 재판관은 “침구와 같이 위험성이나 부작용이 낮은 의료행위까지 의료인에게 독점시키는 것은 부당하다.”, “소비자의 의료행위 선택권을 침해한다.”며 위헌의 의견을 나타냈다.

또한 헌법재판소 판결을 두고 한의사협회와 한침연은 서로 다른 평가를 하고 있다. 한의사협회는 의료법 27조가 합헌으로 판결된 것을 긍정적으로 평가한다는 태도를 유지했다. 그러나 한침연은 의료법 27조가 결과적으로 합헌을 유지하기는 했지만 위헌의견이 다수였음을 부각하며 합헌판결을 이끌어 내기 위한 노력을 배가할 것을 다짐하고 있다.⁵⁴⁾

이처럼 침구사와 무자격 침구사들은 전통침구의 한 자락을 이어나가기 위해 노력하고 있으나 지금과 같은 상황에서는 자신의 기술을 펼칠 수 있는 곳이 점차 사라지고 있다. 그래서 침구의술을 필요로 하는 일반인들과 환자들은 치료방법을 직접 선택하는 사회적 경향을 통해, 이들의 필요성을 인식해야 할 것이다.

53) 조선일보, 2010.07.30

54) 조창희, “중소도시지역 민간의료기술자 연구,” 『담론』, 제14집(한국사회역사학회, 2011), p.89.

2. 외국의 침구사제도

세계보건기구는 침구의술의 치료효과를 인정하고 침구의술이나 각국의 전통의술을 1차 진료에 활용할 것을 권장하고 있으며, 세계 여러 침구단체가 연구에 힘쓰고 있다.⁵⁵⁾

우리나라 또한 세계적인 추세에 맞춰 행보해야 하지만, 의료제 도라는 벽에 막혀 있는 것이 지금의 현실이다. 따라서 침구의술이 제도적으로 발달한 중국과 일본, 미국의 사례를 통해, 침구의술의 활성화에 어려움을 겪고 있는 우리의 현실에 대한 대처 방안을 모색하고자 한다.

(1) 중국

침구는 중의학의 주요 구성부분 중 하나로 의료, 예방, 보건, 회복 등 보건위생 분야에서 중요한 역할을 하고 있다. 그래서 중국의 침구의술은 의료, 교육, 연구에서 커다란 성과를 거두었다.

전국 2,864개의 중의의료기관에 침구과가 설치되어 있다. 대규모의 중의병원에는 침구병동이 있고, 일부 성과 시에서는 침구병원, 지역의료와 농촌의료기관은 기본적으로 침구 등 중의약 서비스를 제공할 수 있다. 또한 대부분의 의사는 침구의술을 사용하여 질병을 치료할 수 있고, 그중 일부 의사는 침구전문의사이며, 지역과 농촌의 의사들도 기본적으로 침구의술을 응용하여 질병을 치

55) 침구의술은 전 세계적인 전파가 더욱 광범해지고 있고, 세계보건기구에서도 깊은 관심을 보이고 있다. 침구는 이미 5대륙에 널리 퍼져있으며, 이미 약 160개국과 지역에서 침구의술을 사용하고 있다. 또한 많은 나라와 지역이 침구치료를 의료보험에 포함하고 있어, 더욱더 많은 대중이 침구의술을 받아들이고 있다. 한국보건산업진흥원, 『외국 및 우리나라의 유사의료 운영실태조사』 (서울: 보건복지가족부, 2008), p.142.

료할 수 있다.

그리고 침구교육은 전국적으로 27개의 중의학 대학에 침구학과가 설치되어 있으며, 학제는 5~7년으로 각각 학사와 석사학위를 수여한다. 매년 졸업생은 약 1,100명으로 졸업 후 침구의 임상, 과학적 연구와 교수업에 종사하고, 일부 대학은 박사 생을 모집하여 박사학위를 수여하고 있다.⁵⁶⁾ 나아가 정부의 적극적인 지지로 대학이 꾸준히 늘어나는 추세이며, 침구교육은 중요한 인적자원을 생산할 뿐만 아니라 중의학 발전의 중심이 되고 있다.

또한 침구연구는 과학적 연구비 투자의 확대, 연구방법의 개선, 연구수단의 선진화, 연구의 질과 양의 계속적인 향상으로 연구 성과를 거두었다. 이를테면 다년간 침술과 경락의 기초이론, 침술을 이용한 진통과 질병치료의 구조와 원리 등에서 체계적이고 심도 있는 연구를 시행하여 커다란 발전을 이루었다.⁵⁷⁾

이처럼 중국은 풍부한 이론과 경험을 바탕으로 전통의학의 학문적 체계를 가장 먼저 갖춘 나라이다. 특히 침구의술은 현대 과학적 지식을 계속 흡수하여 커다란 발전을 이루었으며, 중국의 전통 의학을 대표하고 있다.

(2) 일본

일본은 의사면허 소지자와 침구사 면허자만이 침구치료를 할 수 있다. 침사와 구사면허의 성격은 이른바 신분면허이면서 업무를 독점하는 것이다.(昭和 22년 12월 20일 교부. 법률217. 법제1조) 그리고 면허취득조건은 후생노동대신이 인정한 침구학교와 문부과학 대신이 인정한 대학, 시력장애인은 맹아학교나 시력장애

56) 한국보건산업진흥원, 위의 책, p.141.

57) 한국보건산업진흥원, 위의 책, p.142.

센터를 졸업하고 후생노동대신이 시행하는 시험에 합격해야 한다.(昭和 22년 12월 20일 교부. 법령217. 법제2조) 이처럼 침구사 면허는 국가에서 수여하는 면허로써, 면허증이 있는 사람은 병원이나 시술소에 취직할 수 있으며, 독립적인 개업도 가능하다.

그리고 학교에서는 3년 동안에 침구사 자격만 취득하는 코스와 안마·마사지·지압사 수험자격을 동시에 취득하는 코스가 있으며, 침사와 구사 수험자격을 취득할 수 있는 과정의 입학정원은 약 6,100명이다.⁵⁸⁾ 현재의 커리큘럼은 2004년도부터 크게 강화되어, 단위제 도입을 주축으로 하는 개정이 이루어지고 있다.

또한 동양요법학교협회에서는 매년 교원의 연수회를 전국 규모로 실시하고 있고 더 나은 교원의 이상적인 양성을 모색하고 있다. 특히 2000년부터는 문부과학성의 연구조성금을 교부받아 캐나다와 미국의 의학교육에서 채용된 「OSCE」의 도입을 검토하여 임상교육개혁에 몰두하고 있다.⁵⁹⁾

이러한 과정을 통해, 일본의 침사 수(2001년)는 약 12만 명이며, 구사도 약 12만 명이다. 일본은 이렇게 엄청난 수의 침구사를 보유하고 있음에도 침구사를 꾸준히 양성하고 있다. 이는 세계 최고 수준의 고령화 현상에 직면해 있는 초고령화 사회의 의료대란을 침과 뜸으로 돌파할 계획이기 때문이다.⁶⁰⁾

따라서 일본은 체계적인 침구사 교육으로 자질과 지위를 향상하고 있으며, 다른 한편으로는 침과 뜸을 고령자와 현대인의 보건의료에 적극 활용하고 있다.

58) 한국보건산업진흥원, 위의 책, p.134.

59) 한국보건산업진흥원, 위의 책, p.137.

60) 침뜸살리기 국민연대 준비모임, 『침뜸정책 자료집』 (침뜸살리기 국민연대, 2002), p.76.

(3) 미국

미국은 1990년 알래스카 주에서 의사가 보완대체요법을 시술할 수 있도록 하는 최초의 법안이 통과되었다. 그 이후 워싱턴, 노스캐롤라이나, 뉴욕, 오레곤, 오클라호마 등 많은 주에서 '시술권의 자유'를 보장하는 법안이 통과되었다. 또한 보수적인 의료보험 회사들의 67%가 보완대체의학에서 한 가지 이상의 치료행위에 치료비를 지급하고 있으며, 최근에는 침술치료에 대한 보험급여를 확대하고 대체요법만을 위한 보험회사도 생겨나고 있다. 이처럼 주에 따라 제도운영의 차이가 있지만, 침구·카이로프랙틱·자연요법·마사지·정골요법 5개 영역은 자격시험을 거쳐 자격증을 부여하고, 보수교육도 이루어지고 있다.⁶¹⁾

그리고 47개의 승인받은 동양의학 침술학교가 있다. 침술학교의 학습프로그램은 다양하며 660시간의 임상훈련을 포함한 1,905시간인 기초과정과 900시간의 임상훈련을 포함하는 3,000시간의 기초과정이 있다.⁶²⁾

또한 국민의 요구가 증대됨에 따라 1992년 국립보건원 산하에 대체의학연구소를 설립한 이후, 1998년 국립보완대체의학 연구소로 확대 개편하여 중앙정부 차원에서 대체의학에 관한 연구평가, 정보교류, 교육 및 훈련을 지원해오고 있으며, 연방 침술국과 동양의학 조정국에서는 면허의 불공정에 대해서 연구하고 있다.⁶³⁾ 이와 같이 미국의 국민은 대부분 침구의술과 동양의학을 주된 치료방법으로 생각하며 실제로 소비자에 의해 사용되고 있다. 그래

61) 한국보건산업진흥원, 앞의 책, p.15.

62) 한국보건산업진흥원, 위의 책, p.62.

63) 한국보건산업진흥원, 위의 책, p.11.

서 침구는 이미 미국에서 이목을 끄는 단어가 되었다.

이처럼 침구의술이 제도적으로 발달한 중국이나 일본, 미국에서 침구의술을 활용한 사례를 보면 현대의학이나 대체의학이나가 아닌, 이를 융합하는 단계라고 할 수 있다. 다시 말해 환자들은 자신의 선택에 의해 효율적인 치료를 받게 되며, 이는 국민이 선호하는 성향에 따라 의료형태가 변화하는 환자중심의 의식이 작용하고 있기 때문이다.

IV. 침구사의 활성화 방안

1. 한의학의 범주에서 침구사의 활용 방안

우리나라에서 침구의술은 침구를 접하는 나라들에 비해 특수한 상황에 처해있다. 이는 대체의학이 아닌 제도권 내의 공식의학으로써 지위를 갖춘 한의학이 있기 때문이다. 다시 말해 서양의 입장에서 한의학은 대체의학이나 중의학으로 볼 수 있으나 우리나라에서 한의학은 법률적인 체계를 갖춘 정통의학이다.

그러나 한의학은 고대에서 이어져온 우리 고유의 질병 치료방법임에도, 현재 우리나라의 주된 질병 치료방법은 현대의학이 그 자리를 대표하고 있다. 이는 현대의학과 한의학의 구성원 차이를 통해서 알 수 있다. 우선 현대의학은 각각의 전문 의사들과 그 이외의 다양한 구성원으로 되어 있지만, 한의학에서는 각각의 전문 한의사 외에 대부분 한약사와 간호사만이 구성원으로 포함되어 있

다. 이것으로 현대의학과 한의학의 치료 능력에 대한 효율을 객관적으로 판단하기에는 모순된 점이 있으나 전문적인 치료를 요구하는 국민의 수요와 기대에는 부응하지 못하는 결과이다.

현재 국민이 추구하는 의료는 ‘이용자가 중심이 되는 의료’이다. 예를 들어 다리가 부러지거나 다치게 되면 외과의사, 속이 아프거나 문제가 있으면 내과의사, 아이가 아프면 소아과의사 등 전문직 종의 의사를 찾게 된다. 또한 X-ray를 찍거나 물리치료가 필요할 때에는 방사선사나 물리치료사를 찾게 된다. 이처럼 현대의학은 전문직종이 치료 과정에서 중심이 되어 환자를 통제하고 치료를 담당하고 있는데, 이것이 곧 한의학에서 전문직업을 구성원으로 충원해야 할 이유이다.

다시 말해 사회가 분화되고 산업화하는 과정에서는 대체로 많은 직업이 새롭게 출현할 뿐만 아니라, 기존의 직업들이 세분화하는 경향이 있다. 그 중 일부 직업은 전문직을 자처하고 전문직으로서의 요소를 갖추기 위해 직업집단 차원에서 노력을 기울이고 있다. 때문에 현대 산업사회에서 직업의 세분화와 함께 전문화는 보편적인 현상이 되고 있다.⁶⁴⁾

이미 중국이나 일본, 미국 등 여러 나라에서는 자격제도를 통한 인적자원 개발을 중요한 국가 정책으로 인식하고, 각 정부는 세계의 흐름에 장·단기간으로 대응하기 위해 국가기술자격 제도를 변화시키고 있다. 때문에 우리도 인적자원의 개발이 국가 경쟁력을 결정하는 핵심요인이라는 전제 아래, 국가자격 제도의 개선을 위해 노력해야 할 것이다.

64) 전병재 외, 『한국사회의 전문직업성 연구』 (서울: 사회비평사, 1995), p.21.

현대 의료시장에서 전문직업의 하나로 침구사를 활용하기 위해서는 다양한 검증이 필요하지만 우리 현실에서 침구사제도가 활성화되지 않는다면 침구사를 수용하는 길도 어려울 것이다. 때문에 침구사가 현대의료 환경에서 필요하다는 인식이 전제되어야 한다.

우선 침구의술은 현대의학보다 더 나은 경쟁력을 가지고 있다는 점이다. 현대의학은 기본적으로 인체 각 부분을 따로 보고, 증상을 판단하여 질병을 치료하기에 증상을 없애는 것이 근본적인 치료라고 인식하여 병의 원인을 찾는다.

그러나 침구의술은 인체를 각 부분이 유기적으로 결합한 전체로 보고 증상을 판단하여 질병을 찾는다. 그래서 증상이 생긴 근본원인을 찾아서 다스리는 것을 근본적인 치료라고 인식한다. 따라서 우리의 침구의술은 질병의 근본원인을 함께 치료함으로써 다른 질병의 예방도 가능하게 된다.

다음으로 침구의술은 의료시장에서 다양하게 활용할 수 있는 점이다. 이를테면 경제적인 측면에서 침구의술은 저비용 고효율의 치료방법으로 치솟는 약제비의 증가에 제동을 걸 수 있는 해결책으로 주목받고 있다.

특히 침구의술은 만성·퇴행성 질병으로 상징되는 고령화 사회의 의료문제에 대한 해결책으로 상승하는 의료비용을 절감하고 의료혜택을 평준화하는 것에 많은 영향을 미칠 것이다.⁶⁵⁾

65) 우리나라 전체 노인인구 중 200만명 가량은 빈곤층에 속하며, 이들이 병에 걸리거나 몸이 아플 때, 대부분 병원비가 무서워서 수술을 못 받거나 병원을 찾지 못한다고 한다. 우리나라 공공의료비 비중은 OECD국가 가운데 끝에서 네 번째로 최하위 권에 속하며 그만큼 개인 부담 의료비가 크다. 또한 65세 이상 노인의 건강 보험 진료비는 작년 전체 비용에 33%를 넘었으며, 2030년에는 전체 건강 보험료에 50% 정도가 될 것이라 예상하고 있다. MBC 뉴스데스크,

또한 재정지원이 부족해 소외당하는 계층이나 주민의 건강사업을 적극 계획할 수 있다. 이는 다른 치료수단에 비해 비교적 간편하고 재료가 거의 들지 않기 때문이다. 예를 들어 뜸은 가정 민간요법으로도 널리 활용할 수 있어, 무의촌 문제와 소외계층의 의료재정난 해소에 결정적인 역할을 할 수 있다.

마지막으로 침구의술은 의료개방의 대비책이 될 수 있다는 점이다. 현재 중국과 일본, 미국을 비롯한 여러 나라는 의료시장 개방을 요구하고 있다. 그래서 정부는 의료시장의 경쟁력 강화와 개방에 관련된 정책이 예상보다 큰 변화를 가져올 것으로 보고 있으며, 그에 따라 현행 의료법도 개정할 방침으로 알려졌다.

그러나 우리에게 의료개방은 많은 문제점을 동반한다. 특히 우리와 미국의 한의사는 차별화되어 있다. 이를테면 우리나라의 한의사는 6년제로 약제를 주입으로 하고 침구는 치료의 한 부분으로 사용되고 있으나, 미국의 한의사는 3년제의 침구전문직이다. 이러한 상황에 의료시장 개방은 균등하지 못한 협상이라 할 수 있다.

이처럼 현대의료 환경은 우리 의료 현실에 많은 개편과 변화를 요구하고 있음에도 지금의 상황을 유지한다면, 머지않아 외국의 침구사들에 의해 치료받게 됨으로써, 옛 부터 이어져 온 우리 고유의 침구의술을 점령당할 수도 있다. 때문에 한의사와 함께하는 구성원인 전문 침구사를 통해 의료체계를 세우는 것도 하나의 방안이 될 것이다.

2. 대체의학의 범주에서 침구사의 활용 방안

침구사와 재야에서 침구의술을 전문으로 활용하는 민간요법사들

2012.11.02

은 자가 치료와 주변인들을 치료하는 등의 활동을 하고 있으나, 우리의 의료제도는 이를 불법 의료행위로 간주하고 있으며, 이와 같은 치료행위는 한의사만이 할 수 있는 고유권한이라고 말한다.

그러나 세계보건기구(WHO)와 미 국립보건원(NIH)에서는 침구의술의 치료효과를 공식적으로 인정하고 있으며, 침구의술이 세계적으로 보편화되는 시점에서 이를 한의사만의 고유한 치료행위로 제한하기에는 조금은 모순된 점이 있다고 생각된다. 따라서 1960년대에 침구사제도의 폐지가 지금의 변화된 시점에서 득인지, 실인지는 생각해야 할 문제이다.

침구사제도가 폐지된 시점에서부터 우리의 의료체계는 전문화되면서 전문 인력을 요구하는 제도가 되었다. 하지만 현재 전문화되어 있는 한방의료는 고가의 비용을 요구하는 치료방법으로 사용되고 있으며, 급속한 고령화가 되고 있는 현시점에서 근대 의료에 대한 효과적인 대안은 아닐 것이다.

때문에 우리는 침구의술의 보편화를 위해 개인에서 지방자치단체에 이르기까지 침구사제도의 부활을 촉구하고 있다. 이러한 침구사제도의 부활과 관련된 법안은 침구사법이 폐지된 이후 간헐적으로 국회의원들에 의해 발의됨에도 상임위원회의 논의로 사장되었다. 하지만 주목해야 할 점은 70년대 초에 활발하던 침구사법 제정운동은 약 20년 동안 사라졌으나 90년대부터 대체의학에 관한 관심이 늘어나면서, 다시 활발하게 진행되고 있다는 것이다.

예를 들어 2010년 4월의 침구사법에 대한 의료법 개정안발의가 있다.⁶⁶⁾ 이것은 침구사의 필요성을 인식하고 대중영역에서 침구의술에 관한 관심이 증가하고 있다는 것을 알 수 있으며, 침구

66) 보건복지위원회 의안번호 1808329 의료법 일부개정법률안.

사 부활운동 역시 과거보다는 조직화되고 있음을 보여주는 것이다.

이처럼 대중영역에서 침구사의 부활은 침구의술의 법적 권한을 가진 한의사들과의 갈등을 불가피하게 만든다. 일반대중은 물론 의사들까지 침구에 관심을 가지게 되면서 침구를 둘러싼 새로운 형태의 갈등은 점차 심화되고 있다. 또한 국제적으로는 세계보건 기구 체제하에서 침구사 자격의 인증문제가 있다.⁶⁷⁾ 이는 재야 침구사들이 외국에서 침구사 자격을 받아오는 경우가 많아지기 때문이다. 그래서 국내적인 갈등이 점차 국제적 관계까지 얹혀서 확대되는 조짐도 나타나고 있다.

침구의술은 더 이상 과학성 논란이나 의료불평등 차원의 문제가 아닌, 대안적인 삶과 자연의료의 상징으로 대중에게 받아들여지고 있다. 이 과정에서 중요한 것은 한의학이 제도권 내의 의료영역에 머물러 있었음에도 침구의술에 대한 새로운 대중적인 욕구의 상당 부분이 재야 침구사들을 중심으로 해결되고 있다는 점이다.

그리고 대중영역에서 새로운 침법이 개발되고 있는 점도 유의할 만한 사실이다. 수지침이나 봉침과 같은 새로운 침법이 비제도 권에서 개발되었고, 특히 수지침은 이미 전국적인 조직을 갖는 단체로 성장하였다. 이러한 침구운동가들은 대체의학의 한 부분으로 침구를 받아들임으로써 한의사 이외에 의사나 간호사는 물론 일반인들도 침구의술을 배워서 건강관리를 할 수 있도록 하자는 주장을 하고 있다.⁶⁸⁾

결과적으로 현재 침구의술은 기존의 한의사와 침구사를 넘어, 침구를 전문으로 하는 민간요법사와 일반인 심지어 의사까지도 관

67) 조병희, 앞의 글, p.88.

68) 위의 글, p.116.

심을 가지고 있다. 그래서 침구사의 부활에 대한 찬·반 논쟁은 뚜렷하게 대비되고 있다. 이는 과학적인 요법인가 아니면 비과학적인 요법인가의 논란과 전문적인 면으로 의료 인력을 양성할 것인가 아니면 대중적인 면으로 의료 인력을 양성할 것인가의 차이가 대립하기 때문이다. 이와 같이 상반되는 논리 속에서 침구의술이 나아가야 할 지향점은 국민의 공감대를 형성하여 설득력이 있는 논리 체계를 구성하느냐에 따라 앞으로의 방향은 달라질 것이라 생각한다.

V. 결 론

침구의술의 필요성을 인식하는 사람은 지난 반세기 동안 침구사 제도를 활성화하기 위해 여러 분야에서 활동하고 있다. 그러나 해마다 많은 사람이 현행 의료법 위반으로 범법자가 되고 있어 심각한 사회적 문제로 대두되고 있다. 이러한 현상은 현대의학에 대한 불만을 표출하는 이가 늘어나고 있다는 방증이기도 하다.

헌법 제11조 제1항과 제15조에서 직업선택의 자유를 규정하고 있으나 의료법 제27조 제1항에는 의료인만이 의료행위를 할 수 있도록 권고하고 있다. 다시 말해 우리는 의사와 한의사 이외에 누구도 의료행위를 할 수 없으며, 이를 위반할 경우에는 무기징역까지 선고할 수 있다.

그러나 현실은 의사와 한의사들이 치료하기 어려운 병들이 늘어나고, 치료가 가능한 병이라 하여도 많은 비용 때문에 치료를 포기하는 경우가 많아지고 있다. 그래서 현대의학의 한계를 느낀 이

들이 자신의 병을 치료하기 위해서 제도권 밖의 치료방법들을 찾게 된다.

이러한 현상은 침구사법이 폐지된 이후에도 침구의술에 대한 욕구가 갈수록 증가한다는 사실에서도 잘 나타난다. 이것이 곧 원로 침구사와 이를 어어받은 민간요법사들이 법률로 금지하고 처벌한다고 해도 사라지지 않는 이유이다.

반면에 이와 같이 국민의 필요에 의해 선택되는 침구의술은 많은 문제점을 동반하고 있다. 이는 민간단체나 사단법인 등으로 무분별하게 흩어져 체계적인 연구와 관리가 되지 않기 때문이다.

이처럼 지금까지 우리가 침구의술을 천대하고 사장시키는 동안, 의료선진국은 현대의학의 문제점들을 개선할 차선책으로 침구의술을 선택하였다. 그리고 그들은 대체의학의 범주에서 침구의술을 연구·육성·보급하고 있다. 이는 외국의 사례에서 살펴보았듯이, 중국과 일본은 많은 침구대학을 두고 수많은 침구사를 양성하고 있으며, 미국은 여러 주에 침구전문대학을 설립하고 대다수의 주에서 침구시술을 허용하고 있기 때문이다. 또한 외국의 침구사들은 전문화된 직업으로서 체계적이고 안정된 제도를 경험하고 있다.

때문에 우리 또한 침구사를 무조건 금지하고 핍박할 것이 아니라, 그 유용성을 취하여 사회의료자원으로 육성하는 제도를 마련해야 할 것이다. 그리고 우리가 이러한 점들을 인식하고 의료제도를 개선하는 방안을 모색한다면, 환자들은 더 나은 서비스와 안전한 환경에서 치료를 받을 수 있을 것이다.

따라서 침구사를 활성화하는 방안으로는 한의학이나 대체의학의 범주에서 하나의 전문 직업으로 침구사를 양성하여 활용할 수 있다. 이를테면 현대의학과 한의학의 전문화된 직업 구성원에서도 알 수 있듯이, 전문 직업은 체계적이며 전문적인 지식을 바탕으로

일정한 서비스를 제공하는 직업이다. 그래서 우리는 침구사를 하나의 전문 직업으로 구성한다면, 치료효과는 점차 이용자의 만족을 극대화하는 방향으로 정립될 것이다.

결과적으로 오랜 역사와 전통을 자랑하며 ‘침구종주국’이라 불리는 우리나라는 안타깝게도 침구의술에 관해서 부끄러운 역사를 만들고 있다. 그래서 우리는 침구사에 대한 새로운 사회적 관심이 제기되었을 때, 더 넓은 식견과 혜안으로 사회적인 변화를 인지해야 할 것이다.

논문투고일 : 2013.05.25

심사완료일 : 2013.06.20

게재확정일 : 2013.06.27

■ 참고문헌 ■

『高麗史節要』

『太祖實錄』

『太宗實錄』

『世宗實錄』

『文宗實錄』

『端宗實錄』

『成宗實錄』

『中宗實錄』

『宣祖實錄』

『肅宗實錄』

『黃帝內經』

『山海經』

『日本書紀』

김두중, 『韓國醫學史』, 서울: 탐구당, 1966.

대한의학협회, 『대한의학협회70년사』, 대한의학협회, 1979.

대한한의사협회, 『대한한의사협회40년사』, 대한한의사협회, 1989.

박경용, “전통 침구의 단절과 침구사의 존립 양상,” 『한국학논집』, 제37집, 계명대학교 한국학연구소, 2008.

박중옥, 『압 아는 만큼 이긴다』, 서울: 넥서스BOOKS, 2005.

보건복지위원회 의안번호 1808329 의료법 일부개정 법률안.

손중앙, 『침뜸의료의 제도화와 전문화의 역사에 관한 검토』, 세계 침구제도 현황과 한국의 미래에 관한 심포지엄, 2005.

손홍렬, “高麗時代의 醫療制度,” 『歷史教育』, 제29집, 歷史教育研究會, 1981.

손홍렬, 『韓國中世의 醫療制度研究』, 서울: 수서원, 1988.

신동원, “1910년대 일제의 보건의료 정책: 한의학 정책을 중심으로,” 『한국문화』, 제30집, 서울대 한국문화연구소, 2002.

신영일, 『韓國韓醫學史의 再定立』, 한국한의학연구소, 1995.

申泰鎬, 『鍼灸師法 自書: 鍼灸師制度는 存續되어야 한다.』, 서울: 大韓鍼灸師協會, 1996.

이우관, 『수난의 역정: 침구술의 법제화를 위하여』, 서울: 침술연합신문, 2008.

이이화, 『한국사 이야기14: 놀이와 풍속의 사회사』, 서울: 한길사, 2001.

이현숙, “고려시대 官僚制下의 의료와 民間醫療,” 『동방학지』, 139권, 연세대학교 국학연구원, 2007.

전병재 외, 『한국사회의 전문직업성 연구』, 서울: 사회비평사, 1995.

조병희, “침구영역을 둘러싼 전문직간의 집단갈등,” 『보건과 사회과학』, 제14집, 한국보건사회학회, 2003.

조병희, 『한국 침구사제도의 역사와 현황』, 세계 침구제도 현황과 한국의 미래에 관한 심포지엄, 2005.

조창희, “중소도시지역 민간의료기술자 연구,” 『담론』, 제14집, 한국사회 역사학회, 2011, 2011.

침뜸살리기 국민연대 준비모임, “침뜸정책 자료집,” 『침뜸살리기 국민연대』, 2002.

한국보건산업진흥원, 『외국 및 우리나라의 유사의료 운영실태조사』, 서울: 보건복지가족부, 2008.

한국한의학연구소, 『高麗時代 以前 韓醫藥學에 關한 研究』, 서울: 한국한의학연구소, 1996.

홍석은, 『鍼灸 基礎理論과 臨床治療』, 서울: 동양서적, 1991.

조선일보, 2010.07.30

침술연합신문, 2010.01.02

침술연합신문, 2012.08.31

한겨레신문, 2010.04.06

KBS 9시뉴스, 2008.10.17

MBC 뉴스데스크, 2012.11.02

〈Abstract〉

A Study on Promotional Plans for Traditional Acupuncture and Moxibustion Therapy

Kim, Tae-Yong(Leekyung Cultural Institute)

People who have been aware of the need for acupuncture and moxibustion therapy have been active in many fields in order to promote the acupuncture and moxibustion therapists system over the past half century; however, many people have become lawbreakers every year because of their violation of the medical service law, and this has arisen as a serious social issue. In fact, the fact that acupuncture and moxibustion therapy performed by such acupuncture and moxibustion therapists have played a role in Korean history for the treatment of diseases may be inferred through documents. For instance, stone acupuncture has been advanced and carried out to date since its discovery in ancient times. In particular, beginning in the Joseon period, an independent branch, namely the production of doctors specialized in acupuncture and moxibustion was first prepared, and acupuncture and moxibustion therapy has been cultivated as one of the foundations of traditional medicine. For that reason, even during the period under Japanese colonial rule, acupuncture and moxibustion therapists achieved recognition for their independent status; however, during the revision of the national medical service law to the medical service law in 1962, the law regarding acupuncture and moxibustion therapists disappeared. Since

then, no more acupuncture and moxibustion therapists have been produced. However, despite this situation, acupuncture and moxibustion therapy has continued. Rather social attention on and the foundation for this therapy has been extended over time. This is because some symptoms that are not easily treated modern medicine have been healed frequently by senior acupuncture and moxibustion therapists and by private therapists who specialized in acupuncture and moxibustion therapy based on techniques which had been passed down by those senior therapists. Also, China, Japan, and the USA have established many acupuncture and moxibustion colleges, and have produced acupuncture and moxibustion therapists. Also, those acupuncture and moxibustion therapists have experienced a systematic and stable system as one of the professional occupations. Consequently, it is necessary for us to seek some solutions to utilize acupuncture and moxibustion therapy which is very effective in healing as social medical resources. As detailed plans for this, provided that we utilize acupuncture and moxibustion therapists as one of the professionals in the category of traditional Korean medicine or alternative medicine, patients will be able to receive better services and be treated in a safe environment. Also, the treatment effect will be established in the direction of maximizing users' satisfaction gradually.

Key Words: acupuncture, moxibustion, acupuncture and moxibustion therapy, acupuncture and moxibustion therapist, traditional medicine, folk remedy, alternative medicine.



침사 혹은 구사 등의 자격증만 가지고 ‘침’, ‘뜸’ 혹은 ‘혈자리 자석’ 등을 종합시술하는 ‘대체의학’ 등을 통한 무면허 의료행위를 금지 및 처벌하는 ‘의료법’ 및 ‘보건범죄단속에관한특별조치법’ 등의 위헌 여부에 관한 연구
- ‘헌재결 2010.07.28, 2008헌가19[합헌]’을 중심으로

저자
(Authors)

고시면

출처
(Source)

[사법행정 51\(10\)](#), 2010.10, 2-12 (11 pages)

발행처
(Publisher)

[한국사법행정학회](#)

URL

<http://www.dbpia.co.kr/Article/NODE01530551>

APA Style

고시면 (2010). 침사 혹은 구사 등의 자격증만 가지고 ‘침’, ‘뜸’ 혹은 ‘혈자리 자석’ 등을 종합시술하는 ‘대체의학’ 등을 통한 무면허 의료행위를 금지 및 처벌하는 ‘의료법’ 및 ‘보건범죄단속에관한특별조치법’ 등의 위헌 여부에 관한 연구. 사법행정, 51(10), 2-12.

이용정보
(Accessed)

영남대학교
165.229.4.***
2018/08/16 17:40 (KST)

저작권 안내

DBpia에서 제공되는 모든 저작물의 저작권은 원저작자에게 있으며, 누리미디어는 각 저작물의 내용을 보증하거나 책임을 지지 않습니다. 그리고 DBpia에서 제공되는 저작물은 DBpia와 구독계약을 체결한 기관소속 이용자 혹은 해당 저작물의 개별 구매자가 비영리적으로만 이용할 수 있습니다. 그러므로 이에 위반하여 DBpia에서 제공되는 저작물을 복제, 전송 등의 방법으로 무단 이용하는 경우 관련 법령에 따라 민, 형사상의 책임을 질 수 있습니다.

Copyright Information

Copyright of all literary works provided by DBpia belongs to the copyright holder(s) and Nurimedia does not guarantee contents of the literary work or assume responsibility for the same. In addition, the literary works provided by DBpia may only be used by the users affiliated to the institutions which executed a subscription agreement with DBpia or the individual purchasers of the literary work(s) for non-commercial purposes. Therefore, any person who illegally uses the literary works provided by DBpia by means of reproduction or transmission shall assume civil and criminal responsibility according to applicable laws and regulations.

침사 혹은 구사 등의 자격증만 가지고 ‘침’, ‘뜸’ 혹은 ‘혈자리 자석’ 등을 종합시술하는 ‘대체의학’ 등을 통한 무면허 의료행위를 금지 및 처벌하는 ‘의료법’ 및 ‘보건범죄단속에관한특별조치법’ 등의 위헌 여부에 관한 연구

— ‘헌재결 2010.07.28, 2008헌가19[합헌]’을 중심으로 —

고 시 면

충북 영동대학교 (치안)경찰행정학과 교수
법학박사 - 형사법 전공 -
* 충북 영동경찰서 집회시위자문위원

〈目 次〉

- I. 사건개요
- II. 심판의 대상과 성격
- III. 판결의 내용과 주요논의
- IV. 평 석

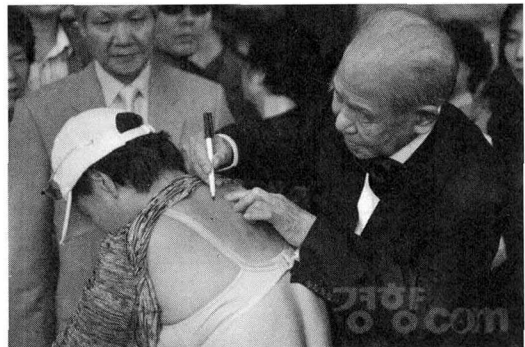
I. 사건개요

1. 시대적 접근의 가능성

사람에 따라서는 침이나 뜸의 효능에 의심을 품고 전혀 관심이 없기도 하지만 보통 동네노인들은 몸이 찌뿌둥하기만 하면 (한의원 인지는 잘모르겠지만) 침을 맞으러 가거나 가끔씩은 집에서 스스로 나홀로 혹은 가족 등의 도움을 받아 뜸을 뜨기도 한다. 운동선수의 경우 시합 중에 과격한 충돌로 상처부

위에 침을 맞거나 마사지 등을 병행하기도 하는 것이 우리의 일상생활의 한 모습이라 할 수 있다.

[사진 1] 2008년 10월에 ‘침구사법 부활’을 위한 거리 시위 중 환자들에게 뜸자리를 찍어주는 행사를 하는 (침사) 김남수옹



* 출처: “‘침구사법 부활’주장 김남수옹 ‘헌법소원 청구’”, 「경향신문」, 2008.10.17.

우리는 6.25의 참상을 다큐멘터리로 보거

나 할 경우 의료면허도 없는 침술사가 (전투 중에 부상을 당하여) 실려 오는 환자들을 (자칭) ‘돌팔이’라고 치부하면서도 (‘침사’가 할 수 있는) 침을 놓거나 (‘구사’가 할 수 있는) 뜸을 뜨는 등의 치료행위를 하는 장면을 옛날 영화나 TV의 드라마의 여러 장면들에서 쉽게 목격할 수 있었다. 일단 비상시 진료행위를 할 의사들이 부족할 경우에는 자격증의 유무를 따진다기보다는 일단 응급처치 등을 하고 볼 일이기 때문이다. 만약 의료인력이 절대적으로 부족하거나 특정기간 동안 지원이 불가능할 경우 치료 등의 처치에 있어서 죽어가거나 크게 다친 환자가 돌팔이의 사 혹은 무면허의사에게 ‘자격증을 보자’고 하는 것이나 (영화 등에서도 가끔 보지만) 비행하고 있는 비행기 안에서 일반의사가 진통 중인 산모에게서 아기를 낳도록 돕는 경우 산모 등이 그 의사에게 ‘산부인과 의사자격증을 제시하라’고 한다면 황당한 사례가 될 것이다.

‘대체의학’이란 (논자에 따라 그 범위에 있어서 논란이 있을 수 있겠지만) “서양의학 (병원치료)을 제외한 모든 치료의학”¹⁾을 의미하며, 한의학과 각종 민간요법의 총칭을 말하기도 한다. 이러한 맥락에서 의사협회에는 한의사를 의료인에서 제외하고, 한방을 대체의학에 포함시켜야 한다고 주장²⁾하고 있다. 그러나 한국에서 한의사들 중의 일부는 서양의학과 한의학(침과 뜸 등을 의료행위에

포함)을 제외한 영역을 대체의학이라고 주장³⁾하기도 한다. 모 교수는 논란이 되는 침과 뜸의 경우 서양에서는 ‘대체의학사’가 침과 뜸도 시술할 수 있지만 한국 의료법 등에서는 한의사제도에 의하여 침과 뜸을 독점하고 있기에 문제가 있다⁴⁾고 보기도 한다. 헌법재판소의 재판관들은 침과 뜸의 시술을 ‘대체의학’(구체적으로 유사의료행위 또는 보완대체의학)으로 해석하고 있다.⁵⁾

2010년 7월에 ‘한의사 면허가 없는 사람에게 침구시술과 자기요법 등의 대체의학 시술을 금지하고 있는 의료법 조항은 헌법에 어긋나지 않는다’는 헌법재판소 결정이 나왔다.⁶⁾

2. 당해 사건의 개요

당해 사건과 관련하여 (1) 제청신청인(김O만)은 의료인이 아님에도 ‘뜸사랑 부산·경남 지부’ 지부장으로서 약 1,000여명의 환자를 대상으로 침이나 뜸 시술 등 무면허 의료행위를 하였다는 이유로 기소되어 재판 계속 중에 무면허 의료행위를 금지한 의료법 조항에 대하여 위헌법률심판제청을 신청하였고, 제청법원이 의료법 제27조 제1항 본문의 진단 부분에 대하여 위헌제청결정을 하였다.⁷⁾ (2) 청구인들(구O서 외 1인)은 의사가 아니면서 영리를 목적으로 ‘한서자기원’에서 혈자리에 자석을 부착하였다가 일정한 시간이 지나면 떼어주는 방법으로 시술행위를 하고 그

1) ‘구글’의 검색란에서 ‘대체의학’을 참고.

2) 대한의사회 협회 산하 의료일원화특별위원회 조OO 위원의 주장(“침·뜸·대체의학 제도화 논의는 ‘진흙탕 싸움(?)”, 「메디컬 투데이」, 2010.08.09).

3) 대한개원한의사협회의 최OO 회장의 주장(위의 기사).

4) 홍OO 교수의 주장(위의 기사).

5) “한의사들이 ‘협회’에 분노하는 ‘진짜’ 이유”, 「머니투데이」, 2010.08.05.

6) “무면허자 대체의학 금지 ‘합헌’ -헌법재판소, 4(합헌)대 5(위헌)로 합헌 결정-”, 「메디팜뉴스」, 2010.07.29.

7) 2008헌가19 사건(뜸사랑 관련 사건).

대가로 환자 1인당 1개월에 300,000원 상당을 받는 방식으로 의료행위를 업으로 하였다는 이유로 보건범죄단속에관한특별조치법위반(부정의료업자)으로 기소되어 상고심 계속 중 구 의료법 제25조 제1항 본문의 전단 부분, 제66조 제3호 중 제25조 제1항 본문의 전단에 관한 부분, 구 '보건범죄단속에 관한 특별조치법' 제5조 중 구 의료법 제25조 제1항 본문의 전단 부분 및 '의료행위' 부분에 대하여 위헌법률심판제청신청을 하였으나 기각되자, 위 조항들에 대한 위헌확인을 구하는 헌법소원심판을 청구하였다.⁸⁾ (3) 청구인(김O출)은 '명지대학교 사회교육원'에서 침구·교정요법 및 대체의학건강관리에 대한 교육과정을 수료하고 자격증을 받아 침구술을 비롯한 대체의학을 시술하고자 하는 자인바 의료법 제27조 제1항, 제87조 제1항 제2호 및 비의료인도 침구술 및 대체의학 시술을 할 수 있도록 제도를 마련하지 않은 것이 직업선택의 자유를 침해한다는 등의 주장을 하면서 그 위헌확인을 구하는 헌법소원심판을 청구하였다.⁹⁾ (4) 청구인(구O근)은 '민간의학의료원'이라는 상호로 온열치료기 등의 시설을 갖추고 침술을 시행하거나 건부항 시술 등을 하여 한의사가 아니면서 한방의료행위를 하였다는 이유로 단속된 자로 '보건범죄단속에 관한 특별조치법' 제5조 및 의료법 제27조 제1항이 직업선택의 자유 등을 침해한다고 주장하면서 그 위헌확인을 구하는 헌법소원심판을 청구하였다.¹⁰⁾ (5) 청구인은 서울 성북구에서 '동양침구원'이라는 상호로

침술원을 운영하면서 영리목적으로 침을 놓아 주면서 그 대가로 1만원을 받는 방법으로 한의사가 아니면서 한방의료행위를 업으로 하였다는 이유로 보건범죄단속에관한특별조치법위반(부정의료업자)으로 기소되어 상고심 계속 중 '보건범죄단속에 관한 특별조치법' 제5조 및 의료법 제27조 제1항 본문의 전단 부분에 대하여 위헌법률심판제청신청을 하였으나 기각되자 위 조항들의 위헌확인을 구하는 헌법소원심판을 청구하였다.¹¹⁾ (6) 청구인들(이O우 외 217인)은 침구술을 포함한 대체의학을 시술하려는 자들로서 청구인들 중 일부는 중국에 유학하여 침구대학을 수료하고 침구사 자격을 취득한 자들로 비의료인도 침구술을 포함한 대체의학을 업으로 할 수 있도록 그 자격 및 요건을 법률로 정하지 아니한 입법부작위가 헌법에 위반된다고 주장하면서 그 위헌확인을 구하는 헌법소원심판을 청구하였다.¹²⁾

II. 심판의 대상과 성격

1. 심판의 대상

심판의 대상은 의료법 제27조 제1항 본문의 전단 부분, 제81조 제1항 및 제87조 제1항 제2호 중 제27조 제1항 본문의 전단에 관한 부분(각 2007.04.11. 법률 제8366호로 전부 개정된 것), 구 의료법 제25조 제1항 본문의 전단 부분(1975.12.31. 법률 제2862호

8) 2008헌바108 사건(한서자기원 자석요법 관련 사건).

9) 2009헌마269 사건(명지대학교 사회교육원 관련 사건).

10) 2009헌마736 사건(민간의학의료원 관련 사건).

11) 2010헌바38 사건(OO침구원 관련 사건).

12) 2010헌마275 사건(중국 침구사 관련 사건).

로 일부 개정되고 2007.04.11. 법률 제8366호로 전부 개정되기 전의 것), 구 의료법 제66조 제3호 중 제25조 제1항 본문의 전단에 관한 부분(1994.01.07. 법률 제4732호로 일부 개정되고 2007.04.11. 법률 제8366호로 전부 개정되기 전의 것), '보건범죄단속에관한특별조치법' 제5조 중 의료법 제27조 제1항 본문의 전단에 관한 부분(2007.04.11. 법률 제8366호로 일부 개정된 것), 구 '보건범죄단속에관한특별조치법' 제5조 중 의료법 제25조 제1항 본문의 전단에 관한 부분(1990.12.31. 법률 제4293호로 일부 개정되고 2007.04.11. 법률 제8366호로 일부 개정되기 전의 것), 비의료인도 침구술 및 대체의학 시술을 할 수 있도록 그 자격 및 요건을 법률로 정하지 아니한 입법부작위의 위헌여부이다.¹³⁾

2. 심판의 성격

헌법재판소는 2010년 7월 29일 재판관 4(합헌) : 재판관 5(위헌)의 의견으로 무면허 의료행위를 금지 및 처벌하는 의료법 및 '보건범죄단속에관한특별조치법' 관련조항들에 대하여, 위 조항들 중 '의료행위' 및 '한방의료행위' 부분은 죄형법정주의의 명확성원칙에 반하지 아니하고, 위 조항들은 과잉금지의 원칙에 위배하여 비의료인의 직업선택의 자유 내지 일반적 행동의 자유 및 의료소비자의 의료행위 선택권을 침해하지 않으므로 헌법에 위반되지 아니한다는 결정을 선고하였다.

이에 대하여 국가는 국민의 보건에 대한 보호의무를 다하기 위해 보완대체의학의 연구, 검증 및 양성화에 노력해야 한다는 재판관 1인(재판관 김희옥)의 보충의견, 생명·신

13) 관련된 법조문은 다음과 같다.

의료법(2007. 4. 11. 법률 제8366호로 전부 개정된 것)

제27조(무면허 의료행위 등 금지) ① 의료인이 아니면 누구든지 의료행위를 할 수 없으며 의료인도 면허된 것 이외의 의료행위를 할 수 없다.

제81조(의료유사업자) ① 이 법이 시행되기 전의 규정에 따라 자격을 받은 접골사, 침사, 구사(이하 "의료유사업자"라 한다)는 제27조에도 불구하고 각 해당 시술소에서 시술을 업으로 할 수 있다.

제87조(벌칙) ① 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자는 5년 이하의 징역이나 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

2. 제12조 제2항, 제18조 제3항, 제23조 제3항, 제27조 제1항, 제33조 제2항(제82조 제3항에서 준용하는 경우를 포함한다)을 위반한 자

구 의료법(1975.12.31. 법률 제2862호로 일부 개정되고 2007.04.11. 법률 제8366호로 전부 개정되기 전의 것)

제25조(무면허의료행위 등 금지) ① 의료인이 아니면 누구든지 의료행위를 할 수 없으며 의료인도 면허된 이외의 의료행위를 할 수 없다.

구 의료법(1994.01.07. 법률 제4732호로 일부 개정되고 2007.04.11. 법률 제8366호로 전부 개정되기 전의 것)

제66조(벌칙) 다음 각 호의 1에 해당하는 자는 5년 이하의 징역 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

3. 제12조 제2항, 제18조의2 제3항, 제21조의2 제3항, 제25조 제1항, 제30조 제2항(제61조제3항에서 준용하는 경우를 포함한다)의 규정에 위반한 자

보건범죄단속에관한특별조치법(2007.04.11. 법률 제8366호로 일부 개정된 것)

제5조(부정의료업자의 처벌) 의료법 제27조의 규정을 위반하여 영리를 목적으로 의사가 아닌 자가 의료행위를, 치과 의사가 아닌 자가 치과의료행위를, 한의사가 아닌 자가 한방의료행위를 업으로 한 자는 무기 또는 2년 이상의 징역에 처한다. 이 경우에는 100만원 이상 1천만원 이하의 벌금을 병과한다.

구 보건범죄단속에관한특별조치법(1990.12.31. 법률 제4293호로 일부 개정되고 2007.04.11. 법률 제8366호로 일부 개정되기 전의 것)

제5조(부정의료업자의 처벌) 의료법 제25조의 규정을 위반하여 영리를 목적으로 의사가 아닌 자가 의료행위를, 치과 의사가 아닌 자가 치과의료행위를, 한의사가 아닌 자가 한방의료행위를 업으로 한 자는 무기 또는 2년 이상의 징역에 처한다. 이 경우에는 100만원 이상 1천만원 이하의 벌금을 병과한다.

제나 공중위생에 대한 위해발생 가능성이 낮은 의료행위에 상응한 적절한 자격제도를 마련하지 아니한 채, 비의료인에 의한 의료행위를 일률적으로 금지하는 것은 의료소비자의 의료행위 선택권과 비의료인의 직업선택의 자유를 침해하므로 헌법에 위반된다는 재판관 4인(재판관 조대현, 이동흡, 목영준, 송두환)의 반대의견, 제도권 의료인에게만 의료행위를 독점시키고 이를 위반한 경우 일괄 형사처벌하는 것은 의료소비자의 의료행위 선택권을 침해하므로 헌법에 위반된다는 재판관 1인(재판관 김중대)의 반대의견이 있다.

위 조항들에 대하여 비록 위헌의견이 다수이긴 하나 법률의 위헌선언에 필요한 정족수 6인에 미달하므로 합헌 및 기각결정을 선고하였다.

나아가 비의료인도 침구술 및 대체의학 기술을 할 수 있도록 그 자격 및 요건을 법률로 정하지 아니한 입법부작위에 대한 심판청구 등 일부 심판청구에 대하여 이를 각하하는 결정을 선고하였다.

Ⅲ. 판결의 내용과 주요논의

1. 결정이유의 요지

가. 적법요건에 관한 판단

구 의료법 제66조 제3호 중 제25조 제1항 본문의 전단에 관한 부분에 대한 심판청구(2008헌바108 사건)는 당해 사건에 적용되는 법률이 아니어서 재판의 전제성이 인정되지 아니하므로 부적법하다고 보았다. 또한 의료법 제81조 제1항에 대한 심판청구(2010헌바38 사건) 위헌제청신청 및 이에 대한 기각결정이 없고, 당해 사건에 적용되는 법률이 아

니어서 재판의 전제성도 없으므로 부적법하다고 판단하였다. 나아가 비의료인도 침구술 및 대체의학 기술을 할 수 있도록 그 자격 및 요건을 법률로 정하지 아니한 입법부작위에 대한 심판청구는 비의료인의 침구술 및 대체의학 기술과 관련하여 헌법의 명시적인 입법위임이 존재하지 아니하고, 헌법해석상 그러한 입법의무가 새롭게 발생하는 것도 아니므로 작위의무를 인정할 수 없어 허용되지 않는다고 하였다.

나. 본안에 관한 판단

(의료법 제27조 제1항 본문의 전단 부분 및 제87조 제1항 제2호 중 제27조 제1항 본문의 전단에 관한 부분, 구 의료법 제25조 제1항 본문의 전단 부분, '보건범죄단속에 관한 특별조치법' 제5조 중 의료법 제27조 제1항 본문의 전단에 관한 부분, 구 '보건범죄단속에 관한 특별조치법' 제5조 중 의료법 제25조 제1항 본문의 전단에 관한 부분(이하 '이 사건 조항들'이라 한다)의 위헌여부)

의료법의 입법목적, 의료인의 사명에 관한 의료법상의 여러 규정, 의료행위의 개념에 관한 대법원판례, 한방의료행위에 관련된 법령의 변천과정 등을 종합하면 이 사건 조항들 중 '의료행위' 및 '한방의료행위'의 개념은 건전한 일반상식을 가진 자에 의하여 일의적으로 파악되기 어렵다거나 법관에 의한 적용 단계에서 다의적으로 해석될 우려가 있다고 보기 어렵기에 죄형법정주의의 명확성원칙에 위배되지 아니한다고 보았다. 또한 한 나라의 의료제도는 그 나라의 국민건강의 보호증진을 목적으로 하여 합목적적으로 체계화된 것이므로 국가로부터 의료에 관한 지식과 기술의 검증을 받은 사람으로 하여금 의료행위

를 하게 하는 것이 가장 합리적이고 안전하다고 전제를 하였다. 따라서 국가에 의하여 확인 및 검증되지 아니한 의료행위는 국민보건에 위해를 발생케 할 우려가 있으므로 전체국민의 보건을 책임지고 있는 국가로서는 이러한 위험발생을 미리 막기 위하여 이를 법적으로 규제할 수밖에 없다고 한다. 법이 인정하는 의료인이 아니면서 어떤 특정분야에 관하여는 우수한 의료능력을 가진 한 부류의 의료인들(넓은 의미)에게 의료행위를 할 수 있는 길을 열어주는 것이 바람직하지만 이는 어디까지나 입법정책의 문제로서 이러한 입법정책의 문제 때문에 이 사건 법률조항이 헌법에 위반된다고 할 수 없다고 파악하였다. 이 사건 조항들이 의료인이 아닌 자의 의료행위를 전면적으로 금지한 것은 매우 중대한 헌법적 법익인 국민의 생명권과 건강권을 보호하고, 국민의 보건에 관한 국가의 보호의무를 이행하기 위하여 적합한 조치로서 중대한 공익이 국민의 기본권을 보다 적게 침해하는 다른 방법으로는 효율적으로 실현될 수 없기에 이 사건 조항들로 인한 기본권의 제한은 과잉금지의 원칙에 반하지 않는 것으로서 헌법적으로 정당화되는 것이라고 한다.

2. 주요 논의

가. 보충의견의 요지

(1) 재판관 김희옥의 보충의견

헌법 제36조 제3항이 규정하고 있는 국민의 보건에 관한 권리는 국민이 자신의 건강을 유지하는데 필요한 국가적 급부와 배려를 요구할 수 있는 권리를 말하는 것으로서 (국가는 국민의 건강을 소극적으로 침해하여서는 아니 될 의무를 부담하는 것에서 한걸음

더 나아가 적극적으로 국민의 보건을 위한 정책을 수립하고 시행하여야 할 의무를 부담한다는 것을 의미하므로) 의료유사행위 또는 보완대체의학에 의한 치료방법을 연구와 검증을 통하여 의료행위에 포함시키거나 별도의 제도를 두어 국민이 이를 이용할 수 있게 하는 것이 헌법 제36조 제3항의 취지에 보다 부합한다는 의견을 제시하였다.

나. 반대의견의 요지

(1) 재판관 조대현, 이동흡, 목영준, 송두환의 반대 의견

국가는 국민의 생명권과 건강권을 보호할 의무를 지므로 (의학적 전문지식이 있는 자가 행하지 아니하면 사람의 생명·신체나 공중위생에 위해가 발생할 우려가 있는 행위에 대하여는) 일정한 형태의 자격인증을 하고 그 자격에 반하는 의료행위인 '무면허의료행위'를 일률적·전면적으로 금지할 필요가 있다고 보았다. 반면 모든 국민은 의료행위에 관한 자기결정권과 의료행위를 자신의 직업으로 선택할 자유를 가지기에 국가는 의료면허제도의 운영에 따른 국민의 기본권제한을 꼭 필요한 범위로 최소화시켜야 한다고 하였다. 그러므로 국가는 의료행위의 태양이나 생명·신체에 대한 위험성에 따라 다양한 의료인의 자격을 설정함으로써 의료소비자인 국민으로 하여금 적정한 비용이나 접근성에 맞는 의료행위를 선택할 수 있게 해야 한다고 파악하였다. 예를 들면 침구(鍼灸)는 생명·신체에 대한 위험성이나 부작용에 있어서 통상의 의료행위와 비교가 될 수 없을 만큼 낮음에도 이러한 의료행위까지 현행 의료인에게 독점시키는 것은 의료행위에 대한 비용을 부담할 능력이 없는 국민의 건강권을 최대한 보장하는 수단이라고 할 수 없다고 이

해하였다. 한편 입법목적을 달성하면서도 국민의 의료행위 선택권을 덜 침해하는 수단으로 독일의 치료사 제도, 미국의 침술사 제도, 일본의 의업유사행위자 제도 등이 있기에 한국의 경우 현행 의료법 제81조의 의료유사업자에 “침구사 자격시험에 합격한 자”를 포함시켜 침구 등을 행할 수 있는 의료유사업자를 신규로 인정함으로써 국민으로 하여금 경제성과 접근성을 고려한 최선의 의료행위를 선택할 수 있게 할 수 있다고 보았다. 그렇다면 이 사건 법률조항들이 사람의 생명·신체나 공중위생에 대한 위해발생 가능성이 낮은 의료행위에 대하여 이에 상응한 적절한 자격제도를 마련하지 아니한 채 비의료인에 의한 의료행위를 일률적으로 금지하는 것은 과잉금지원칙에 위반하여 의료소비자의 의료행위 선택권과 비의료인의 직업선택의 자유를 침해하는 것으로서 헌법에 위반된다고 보았다.

(2) 재판관 김종대의 반대의견

이 사건 조항들은 제도권 의료인에게만 의료행위를 독점토록 해주고, 이를 위해 비의료인에 의한 의료행위를 모두 금지시킨 뒤 이에 위반하면 형사처벌까지 함으로써 의료소비자인 국민이 i) 의료인에 의해 치료 불가 판정을 받았거나 ii) 과도한 비용 때문에 의료인에 의한 의료행위를 선택할 수 없거나 iii) 비의료인에 의한 의료행위를 선택했지만 결과적으로 질병이 치료되었거나 iv) 일부 침, 뜸, 자석요법 등과 같이 부작용의 위험성이 크지 않고 시술을 중단하면 쉽게 시술 전의 상태로 돌아갈 수 있는 시술을 한 경우까지도 비의료인에 의한 의료행위라

면 이를 모두 범죄로 몰아 일절 선택할 수 없도록 하는 것은 과잉금지의 원칙에 반하여 의료소비자의 의료행위 선택권을 침해한다고 주장하였다.

IV. 평석

주위를 둘러보면 흔히 (부모님을 포함하여) 노인들은 (부작용의 위험성을 인식하면서도) 침을 즐겨 맞고 뜸을 즐겨 뜨고 있지만 이러한 분들의 선택에 대하여 반대하지는 않는다. 왜냐하면 그렇게라도 치료하여 마음의 안위를 구한다면 (병원비나 약값 등을 걱정하면서 아무 것도 하지 않는 것보다는) 그 또한 의미가 있을 것이라고 생각하기 때문이다. 물론 필자는 아직까지 개인적으로 침을 맞거나 뜸을 뜬 기억은 거의 없으며, 한약 또한 거의 마시지 않는다. 보통은 병원에서 주사를 맞거나 약으로 버티는 것이 일상적이지만 최악의 순간에 모든 방법을 동원해야만 한다면 (아마도 지푸라기를 잡는 심정으로) 한약은 물론 침과 뜸을 포함한 모든 민간요법을 마다하지 않을 지도 모른다.

이에 다음과 같이 정리하고자 한다.

첫째로 다수의 현재의 재판관은 “위해 발생 가능성이 낮은 의료행위와 상응할 만한 적절한 제도를 마련하지 않은 채 비의료인의 의료행위를 일률적으로 금지한 것은 국민의 의료선택권과 비의료인의 직업선택권을 침해한다”¹⁴⁾는 위헌 의견을 냈는데, 무난한가에 있다.

필자는 의미가 있는 의견의 제시라고 생각한다. 하나의 예로 일단 유사시 6.25를 통하여 국가를 위하여 전투를 하다 다친 병사들

14) “허준이 먼허가 있어서 명의였느냐?”, 「헬스코리아뉴스」, 2010.07.31.

에 대하여 (국가가 암묵적으로 보증한 -설령 무면허 돌팔이 의사였을지는 몰라도-) 침이나 뜸은 그나마 요긴한 시술행위였다. 특히 반만년의 역사를 통하여 발달되어 온 것을 특정집단만의 전유물로 남기기에는 한계가 있다고 생각한다. 물론 각 업계는 전문화를 통하여 국민건강의 증진을 위한 안전성 및 효과성 등을 자격증 혹은 면허증 등을 통하여 증명하여야 할 것이다. 대체의학과 관련된 의료행위를 특정집단의 전유물로 하기에는 우리의 역사와 전통이 너무나 깊기 때문이라 하겠다.

둘째로 “의사, 특히 한의사들은 이제 현실에 맞지 않는 법을 고집할 것이 아니라, 국민건강을 위해 ‘통크게’ 양보해야할 때다. 돌팔이들의 범람 등 우려되는 일이 없는 것은 아니나, 자신들이 고칠 수 없는 질환의 치료권리를 의사라는 이유만으로 고집하는 것은 살인행위에 다름아니다. 또한 뜸 시술을 해온 수많은 무면허 구사(灸士)들을 계속 범법자로 만들 수도 없는 일 아닌가”¹⁵⁾라는 점이 의미가 있는 가에 있다.

필자는 ‘이번 현재의 결정이 문제점을 내포하고 있다’고 생각한다. 예를 들면 평화시엔 (의료인력 양성시스템의 충분한 확충으로) 특정분야에서 의료인력의 확보가 가능할지도 모르겠지만 비상시엔 의료공백이 일시적 혹은 장기적으로 생길 수 밖에 없는 것이 현실이자 세상사이기 때문이다. 이 경우 (치료 등의 능력이 있으면서) 좋은 일에 봉사한 이들에 대하여 적절히 긍정적으로 대처할 수 있는 수준의 입법이 필요하다고도 생각한다. 이에 대체의학에 한정하여 판단할 경우 쓸데없이 범법자를 양산할 필요가 없는 분야라고 생각한다.

[사진 2] ‘대체의료 금지’와 관련된 현재결정의 경과

대체의료 금지에 대한 현재 결정

- 1996년 10월 재판관 전원 일치 합헌
- 2002년 12월 재판관 전원 일치 합헌
- 2005년 3월 재판관 전원일치 합헌
- 2005년 5월 재판관 전원일치 합헌
- 2005년 9월 재판관 전원일치 합헌
- 2010년 7월29일 재판관 4(합헌) 대 5(위헌)로 합헌



합헌 (4명)	<ul style="list-style-type: none"> • 이강국, 이공현, 김학욱, 민형기 재판관 “국가로부터 지식, 기술 검출 받은 의료인만이 의료행위 하는 것이 합리적. 국민 보건에 대한 국가의 보호의무 이행을 위한 적합한 조치” • 보충의견(김학욱 재판관) “의료 유사행위 또는 보인대체의학에 대한 연구와 검증 통해 의료행위에 포함시키거나 별도의 제도 만들어 국민이 이용할 수 있도록 해야”
위헌 (5명)	<ul style="list-style-type: none"> • 조대현, 이동훈, 목영준, 송두환 재판관 “의료 유사행위 또는 보인대체의학에 대한 연구와 검증 통해 의료행위에 포함시키거나 별도의 제도 만들어 국민이 이용할 수 있도록 해야” • 김종대 재판관 “제도권 의료인에게만 의료행위 독점시키고 이를 위반하면 형사처벌하는 것은 의료행위 선택권 침해”

* 출처: “대체의료 금지 의료법 가까스로 합헌”, 「한국일보」, 2010.07.29.

셋째로 ‘한국정통침구학회’는 한길리서치컨설팅에 의뢰해 2010년 4월 5-7일 전국 성인 남녀 1천명을 대상으로 한 전화설문조사에서 ‘침사의 뜸 시술을 어떻게 생각하는가’라는 물음에 응답자의 67%가 ‘불법이 아니다’고 답했다고 밝혔다. 이에 비해 ‘불법’이라고 답한 비율은 18%에 그쳐 국민 대다수가 침사의 뜸 시술에 법적 문제가 없는 것으로 인식하는 것으로 분석됐다. ‘잘 모른다’는 응답비율은 15%였다. 나아가 한의사나 침사가 아닌 사람이 전문적으로 뜸을 배워 시술하는 것에 대해서도 63.9%가 ‘허용해야 한다’고 응답한데 비해 ‘금지해야 한다’는 비율은 27.2%에 그쳤다. 뜸을 비롯해 식이요법과 약초요법 등을 담은 ‘대체의학’을 정식 치료법의 하나로 인정해야 할지를 묻자 71.1%가 ‘인정해야 한다’고 답했다. 하지만 ‘뜸이 전문 의료행위인가’라는 물음에는 긍정과 부정이 42.5%와 40.4%로 엇비슷하게 나왔다.¹⁶⁾

15) “허준이 면허가 있어서 명의였느냐?”, 「헬스코리아뉴스」, 2010.07.31.

[도표 1] (필자의) 한의학 및 대체의학의 등급별 '면허/자격증'의 수여방안

- * 전제조건: 의료/기술사고의 발생시 보험 등의 처리가 가능하도록 하며, 침사, 구사 및 기타 대체시술사 등의 협회차원에서 사건별 최고 약 2-5억원 한도 보증보험의 운영)

[제1등급]	한약 처방 + 침 + 구 + 기타 대체요법	↪ 한의사만 가능(약 6년 소요)
	* 1등급은 '대학교 한의학과'에서 정규과정을 이수 및 관련된 국가공인 면허증 혹은 자격증 소지자!	
[제2등급]	침 + 구 + 기타 대체요법	
	* 3 ⇨ 2등급행(15-20년 업종에서 수련자 중 관련된 국가공인 교육이수 및 자격시험응시합격자)	
[제3등급]	침 + 기타 대체요법 구 + 기타 대체요법	
	* 4 ⇨ 3등급행(5-10년 업종에서 수련자 중 관련된 국가공인 교육이수 및 자격시험응시합격자)	
[제4등급]	침사 구사 기타 대체요법시술사	↪ 국가공인 교육이수 후 자격시험 응시

필자가 판단하기에 ('의료법' 시행 후에) 아직까지 국가에서 시행하는 침구술에 관한 자격시험이 있는 것은 아니다. 따라서 국가에서 자격시험을 직접적으로 관할하여 시행하거나 (관할기관이 나서서) 사설단체에서 시행하는 자격시험에 대하여 (점검하는 등의) 관리할 필요가 있다고 생각한다. 일단은 국민들의 의식수준이 침사나 구사 등의 분야에 있어서는 전통적인 수준에 머물러있기 때문이라 하겠다. 다만 "의료법은 원칙적으로 침술행위를 할 수 있는 면허가 있는 의료인이나 의료법 시행 전에 자격을 받은 침사를 제외하고는 누구라도 침의 종류를 불문하고 침술을 시행할 수 없도록 정하고 있다"¹⁷⁾(대구지방법원 판결)고 하기에 참고하여 야만 할 것이다.

[사진 3] (의사면허가 없이 침이나 뜸을 놓는) 대체의학에 대한 논란



- * 출처: "허준이 면허가 있어서 명의였느냐?", 「헬스코리아뉴스」, 2010.07.31.

16) "국민 67%, 침사 뜸시술 불법 아니라고 여겨", 「연합뉴스」, 2010.04.16.

17) "시각장애인, 3호 이하 침술 '정당' VS 재판부, 침사외 침술 '위법' -3호 이하 침 시술 정당해 VS 침술면허 있어야", 「중부매일」, 2010.04.08.

넷째로 침사나 구사 혹은 침구사 등의 자격증을 취득할 수 있도록 국가가 나서서 해결할 수 없는 가에 있다.

필자는 경미한 특정 부위에 특정 시술을 할 수 있도록 하는 것도 의미가 있다고 생각한다. 다만 의료사고 등을 고려하여 신체에 중요부위 등에 시술하는 수준은 면허증을 갖춘 한의사 중에서 전문 침사나 구사 혹은 침구사 등의 자격증을 소지한 자가 시술한다면 무난할 것이라고 생각한다. 이러한 점은 특정집단을 이익만을 보존해 줄 필요는 없기 때문이다. 태초부터 서양의사가 있는 것도 아니며, 한의사가 친서민적으로 일반적으로 싼 가격에 치료를 해 준 것이 아니라고 한다면 (안전이 보장되는 수준에서) 공정경쟁의 입장으로 침사나 구사 혹은 침구사 등의 자격제도의 실시도 국민보건복지의 차원에서 무난할 것이라 하겠다. 다만 난이도에 따른 등급별로 구분하여 자격증을 주는 것도 의미가 있을 것이다. 예를 들면 4등급 경미급 난이도(한의사, 침사, 구사 등 공용), 3등급 중급 난이도(한의사, 침사 혹은 구사 각각의 영역), 2급 상급 난이도(침구사로 시술경력 15년 이상으로 국가자격검정시험 합격자, 한의사), 1급 최상급 난이도(면허증을 소지한 한의사로 침구술로 10년 이상 종사하여 이에 능한 자)로 구분하는 것도 나름대로의 방안이 될 것이다.

다섯째로 (대한한의사협회의 한 관계자는) “한의원에서는 환자들이 건강보험을 적용받아 저렴한 가격에 치료를 받고 있다. ... 특히 65세 이상 노인은 한의원에서 1,500원에 치료를 받고 있음에도 침구사들은 1회 시술

에 5만원이라는 고가를 받아 폭리를 취하고 있는 실정 ... 전국 1만 3,000여 곳에 달하는 한의원에서 한의사에 의해 진료를 받으면 의료보험을 적용받아 저렴한 비용으로 치료를 받을 수 있는 기회를 포기하고, 침구사를 부활시켜 침뜸 치료를 받아야 한다는 논리는 불경기로 인해 고통받는 국민들을 위로하는 것이 아닌 우롱하는 처사”¹⁸⁾라고 본다면 무난한가에 있다.

필자는 우리의 일상생활에서 보통 ‘의사가 용하다’ 혹은 ‘한의사가 용하다’는 말을 흔히 듣는다. 이는 사람들의 말을 통하기에 와전되는 측면도 있을 수 있겠지만 그래도 치료나 시술을 받은 경험을 한 분들의 증언이라면 누구나 귀가 솔깃할 수 밖에 없다. 가끔 현대의학으로 치료가 불가능하다는 판정을 받았음에도 대체요법 혹은 자연요법으로 완치한 경우를 TV 등을 통하여 보기도 한다. 다양한 가능성을 열어두는 것도 의술의 발달에 기여할 것이라고 생각한다.

여섯째로 입법화의 가능성이 없는가에 있다.

필자는 ‘원칙적으로 해당 면허증이 없는 자는 의료행위를 할 수 없다. 다만 예외적으로 국가의 비상시나 특정장소에서 응급상황 등의 경우 응급치료대상자의 요청 혹은 누구나 인정하는 회피하기 힘든 관행에 의하여 최소한의 유사의료행위를 하였을 경우 처벌하지 아니할 수 있다’라고 규정되기를 희망한다. 왜냐하면 서양의학으로 절대적으로 모든 병을 고칠 수 있거나 대체의학으로 전혀 병을 고칠 수 없다면 모르겠지만 부분적으로 수궁할 수 있는 측면을 각각 보유하고 있기에 양자를 각각 발전시켜 나가는 것이 무난하다고 생각한다.

18) “대한한의사협회, ‘침구사 부활’ 강력 반대”, 「뉴시스」, 2008.10.22.

[부록] '접골사·침사·구사·안마사 자격시험규정'을 폐지

◎ 보건복지가족부공고 제2009-535호

'접골사·침사·구사·안마사 자격시험규정'을 폐지함에 있어 국민에게 미리 알려 의견을 수렴하고자 그 취지와 주요내용을 '행정절차법' 제41조의 규정에 따라 다음과 같이 공고합니다.

2009년 8월 31일

보건복지가족부장관

'접골사·침사·구사·안마사 자격시험규정' 폐지령(안) 입법예고

1. 폐지이유

- 1960년도에 제정된 '접골사·침사·구사·안마사 자격시험규정'은
- 1973년 의료유사업자령이 폐지됨에 따라 동 자격시험규정은 당연히 폐지되었어야 함에도
- 그동안 정비되지 않고 있어 법령의 통일적 정비를 위해 폐지하려는 것임

2. 주요내용

- '접골사·침사·구사·안마사 자격시험규정'을 폐지함

※ 시험종류, 시행에 따른 공고, 응시자격, 구비서류, 시험과목, 과목면제, 수험정지, 시험에 관한 지시 등 및 부칙으로 구성

3. 의견제출

'접골사·침사·구사·안마사 자격시험규정'의 폐지령에 대하여 의견이 있는 단체 또는 개인은 2009년 9월 일까지 다음 사항을 기재한 의견서를 보건복지가족부장관(주소: 서울시 종로구 계동 현 대빌딩 우편번호: 110-793, 참조: 보건의료정책과장)에게 제출하여 주시기 바랍니다.

가. 예고사항에 대한 의견(찬·반 여부와 그 사유)

나. 성명(단체의 경우 단체명과 그 대표자 성명), 주소 및 전화번호

다. 기타 참고사항 등

4. 기 타

자세한 사항은 보건복지가족부 홈페이지(www.mw.go.kr) → 정보마당 → 법령자료 → 입법예고를 참조하거나 보건복지가족부 보건의료정책과(전화 02-2023-7307, 팩스 02-2023-7303)로 문의하여 주시기 바랍니다



전통 침구의 단절과 침구사의 존립 양상

- 원로 침구사의 경험과 인식을 중심으로

The Extinction and the Existence Aspects of Traditional Acupuncture & Moxibustion

저자 박경용
(Authors) Bak Gyeong-Yong

출처 [한국학논집 37](#), 2008.12, 291-318 (30 pages)
(Source) [Keimyung Korean Studies Journal 37](#), 2008.12, 291-318 (30 pages)

발행처 [계명대학교 한국학연구원](#)
(Publisher) Academia Koreana

URL <http://www.dbpia.co.kr/Article/NODE01404678>

APA Style 박경용 (2008). 전통 침구의 단절과 침구사의 존립 양상. 한국학논집, 37, 291-318.

이용정보 영남대학교
(Accessed) 165.229.4.***
 2018/07/27 07:26 (KST)

저작권 안내

DBpia에서 제공되는 모든 저작물의 저작권은 원저작자에게 있으며, 누리미디어는 각 저작물의 내용을 보증하거나 책임을 지지 않습니다. 그리고 DBpia에서 제공되는 저작물은 DBpia와 구독계약을 체결한 기관소속 이용자 혹은 해당 저작물의 개별 구매자가 비영리적으로만 이용할 수 있습니다. 그러므로 이에 위반하여 DBpia에서 제공되는 저작물을 복제, 전송 등의 방법으로 무단 이용하는 경우 관련 법령에 따라 민, 형사상의 책임을 질 수 있습니다.

Copyright Information

Copyright of all literary works provided by DBpia belongs to the copyright holder(s) and Nurimedia does not guarantee contents of the literary work or assume responsibility for the same. In addition, the literary works provided by DBpia may only be used by the users affiliated to the institutions which executed a subscription agreement with DBpia or the individual purchasers of the literary work(s) for non-commercial purposes. Therefore, any person who illegally uses the literary works provided by DBpia by means of reproduction or transmission shall assume civil and criminal responsibility according to applicable laws and regulations.

전통 침구의 단절과 침구사의 존립 양상 -원로 침구사의 경험과 인식을 중심으로-

박 경 용

우리나라는 ‘침의 종주국’이라 할 정도로 침구 전통이 오래된 역사를 지니고 있다. 선조들은 신체의 경락과 경혈에 침구 자극을 가해 정체된 기혈을 다스림으로써 여러 질병에 대처해 왔다. 조선시대에는 藥醫, 腫醫, 馬醫 등과는 구별되게 鍼醫를 별도로 둠으로써 침구를 전통의료의 전문 분야로 육성했다. 일제 강점기에도 제도화를 통해 침구사의 독자적 지위를 인정하였다. 하지만 광복 이후 제정된 국민의료법이 개정되는 과정에서 근대성의 논리와 의료집단간의 업권 경쟁에 의해 침구사법이 소멸됨으로써 전통 침구는 존립 근거를 상실하게 되었다. 이로써 침구 기능이 한의사 영역으로 흡수된 채 신진 침구사가 전혀 배출되지 못했다. 기존 침구사들도 하나둘 자연 사멸함에 따라 전국을 통틀어 그 수는 50명을 넘지 않는다. 이들조차도 대부분은 80세를 넘긴 고령이어서 정상적인 침술원 운영이 어려운 실정이다. 또한 이를 배우려는 사람도 없고, 제도권 한의학계에서도 원활한 계승이 어렵다. 따라서 현재 전통 침구는 단절의 기로에 서 있으며, 원로 침구사들이 평생 동안 축적해온 관련 지식·기술과 경험, 소장 물증 등 귀중한 문화적 事象들이 함께 인멸되어 간다. 이와 같은 상황에서 전통 침구의 단절과 침구사의 존립 양상에 대한 연구는 사라져가는 직업과 생업공간에 대한 민속지적 탐색을 넘어 전통의료의 변화와 지속에 대한 이해의 지평을 확장시켜 준다.

핵심단어 : 침구, 침, 뜸, 침구술, 침구사, 구술 생애사, 전통의료

※ 이 논문은 2005년도 정부 재원(교육인적자원부 학술연구조성사업비)으로 한국학술진흥재단의 지원을 받아 연구되었음(KRF-2005-050-A00004).

1. 머리말

‘一鍼二灸三藥’이라는 말처럼, 전통의료에서 침구는 약물보다 더 빠른 치료 효과를 보여주는 중요한 요법 중의 하나다. 침구의 기본 원리는 침 刺入과 뜸의 열 자극을 통해 정체되어 있는 기혈을 원활하게 소통시킴으로써 몸의 부조화(질병)를 정상으로 되돌리는 데에 있다.

현재 침구 시술을 행하고 있는 제도권 의료 전문인으로는 한의사와 전문 침구사가 있다. 전문 침구사는 침구 시술을 전문으로 행할 수 있도록 법적 자격을 부여받은 의료업자다. 이 외에 맹인은 장애인 복지 차원에서 생계유지 방편으로 본래 안마영업 허가를 받았으나, 이후 제한된 범위 내에서 안마 보조요법으로 침 시술을 할 수 있도록 허가되었다.

비제도권에서는 ‘민중의술인’으로도 일컬어지는 재야의 침구사들이 침구의 대중화 추세에 힘입어 침구단체의 민간자격 인증과 학원 수강, 사사 등으로 침구를 배워 자가 치료와 의료봉사 등에 활용해 왔다. 이들은 대한침구학회, 수지침학회, 뜸사랑회 등의 여러 관련 단체를 결성하여 활동 중이며 전국적으로 크고 작은 단체를 합하면 회원이 수만에 이른다.

이 글에서 ‘전통 침구’는 침구법으로 지위가 제도적으로 인정되는 침구사에 의해 전승되어온 침구 기술과 지식, 관행, 제도, 물질 증거 등을 통칭한다. 1960년대 초 의료법이 개정되기 이전까지는 전통 침구가 독자적인 의료 영역으로 존속해 왔으며, 이를 담당하는 침구사 또한 전문성을 인정받으면서 전통의료의 한 축을 형성했다.

하지만 의료법 개정과 더불어 침구 기능이 한의사 면허범위로 흡수되면서부터 전통 침구는 자생력을 차츰 상실해 왔다. 왜냐하면 기존의 침구 법규¹⁾가 사문화되면서 새로운 침구사가 전혀 배출되지 않았기 때문이다. 이로써 현재 침구사 수는 전국적으로 50명 내외로 현저히 줄어들어 거의 자연 소멸 단계에 이르렀다. 남아 있는 침구사도 대부분 80세를 웃돌아 정상적인 영업이 어려운 실정이다.

따라서 관련 지식과 기능을 비롯한 관행과 물질, 전승체계 등 전통 침구의 문화

1) 의료법 제59조 : 종래 규정된 접골, 침구, 안마술에 대하여는 주무부령으로 한다.

사상(cultural things)은 거의 멸실 직전이다. 표면적으로는 한의사가 침구 전통을 계승한다고는 하나, 이론과 임상 양면에서 충분한 교육이 이루어지지 못함은 물론 개원의의 실제 임상 과정에서도 시술 방법과 사용하는 침의 종류 등에서 전통 침구와는 상당한 차이가 있다. 따라서 침구사들은 한의사의 침구 계승 양태에 대해 대부분 만족해하지 않을 뿐만 아니라 부정적인 인식을 지닌다. 특히 돈벌이가 되는 한약 판매에 치중한다는 점과 뜸을 무시하고 편의주의 시류에 영합하는 변형된 침(細針) 시술에 치중함을 ‘전통’ 계승의 가장 큰 문제로 지적한다.

이와 같은 사정에서 이 글은 임상²⁾ 및 치료기술³⁾ 위주로 연구되어온 침구 분야의 인문학적 조망을 위해 침구 전통의 역사적 맥락(제2장)을 먼저 검토한 후 전통 침구의 단절 과정(제3장)과 침구사의 존립 양상(제4장)을 차례로 살펴보고자 한다. 특히 침구사의 존립양상에 대해서는 원로 침구사의 생애사와 생업활동에 주목함으로써 현황과 침술원 방문 환자의 성격, 시술방법, 시술료, 의료 실천, 침구 현실에 대한 인식 등을 중심으로 고찰할 것이다. 이를 통해 ‘의료의 근대성’이 갖는 문화적 함의를 ‘전통’ 해석의 다양성에 견주어 고찰할 것이다. 아울러서 원로 침구사의 인식과 경험을 중심으로 전통 침구의 의의와 가치를 살펴보고 전통의료의 지속과 변화를 이해하고자 한다.

이 글은 원로 침구사의 침구 경험과 인식에 기초하여 전통 침구의 단절과 침구사의 존립 양상에 대한 민속지적 고찰(ethnographic research)을 지향한다. 이는 침구의 국어학적⁴⁾, 의료사회학적⁵⁾ 이해의 토대 위에 생활문화사적 함의를 더함으로써 전통의료의 변화와 지속에 대한 시각을 한층 넓혀줄 것이다. 나아가 자신의 삶을 기록으로 남겨놓지 못한 20세기 민중의 생활사를 재구성하는 데 일조함으로써

- 2) 대표적으로 암, 판킨슨병, 진통효과 등에 대한 다음의 연구를 들 수 있다. 남동우 외. 2007. 「癌에 대한 鍼治療의 연구동향」, 『대한침구학회지』 23(1). 대한침구학회; 박상민 외. 2005. 「특발성 파킨슨병 환자의 뜸치료 효과」, 『대한침구학회지』 20(2). 대한침구학회; 조장희 외. 2004 「침의 진통효과」, 『대한침구학회지』 21(2). 대한침구학회.
- 3) 육기침과 유침, 엑스제 뜸방식, 맥진법 등의 연구를 들 수 있다. 김재홍 외. 2003. 「五行鍼을 응용한 六氣鍼에 관한 研究」, 『대한침구학회지』 20(1). 대한침구학회; 박춘하 외. 2003. 「留針에 관한 文獻의 研究」, 『대한침구학회지』 20(1). 대한침구학회; 윤동업 외. 2006. 「약쑥 엑스제 뜸방식에 관한 연구」, 『대한침구학회지』 23(4). 대한침구학회; 이동희 외. 2004. 「古代의 經脈 診斷法 중 十二經標本脈診法에 관한 研究」, 『대한침구학회지』 21(1). 대한침구학회.
- 4) 백두현. 2002. 「『침구경험방언해』의 해제와 주역」, 『嶺南學』 2. 경북대학교 영남문화연구원.
- 5) 조병희. 2003. 「침구영역을 둘러싼 전문직간의 갈등」, 『보건과 사회과학』 14. 한국보건사회학회.

‘사라져가는 직업과 생업공간의 민속지’ 작성을 위한 시론 내지는 지침이 될 것이다. 특히 침구사 스스로의 경험과 인식에 주목함은 그들이 주류 의료체계로부터 비껴난 주변인으로서 의료사와 관련 담론 및 언설로부터 배제되어 있는 침구인의 생활사를 그들의 시각에서 기록하기 위함이다.

이 연구를 위해 필자는 기존 연구 문헌을 검토함과 더불어 대구(5개), 부산(1개), 경북(1개) 등에 산재하는 7개 침술원을 방문하여 현지조사를 실시했다. 이를 통해 원로 침구사⁶⁾의 구술 생애사(oral life history) 채록과 관련 문서와 물증을 수집하고 침구 시술과정을 관찰하였다.

2. 침구 전통의 역사적 맥락

한국의 침구 전통은 구석기시대까지 거슬러 올라갈 정도로 역사가 오래된다. 중국 고의서인 『黃帝內經』에는 황해나 발해 등 한반도 근역에 소금과 물고기가 풍부하여 이를 많이 섭취하는 관계로 중기를 앓는 사람이 많아 돌침(貶石)으로 치료하였음을 밝히고 있다.⁷⁾ 『山海經』에도 한반도로 추정되는 중국 동쪽의 高氏山⁸⁾이나 富麗山⁹⁾ 기슭에서 돌침이 많이 생산되었음이 기술되어 있다. 실제로 함경북도 경흥군 웅기면 송평동 구석기 유적에서는 동물의 뼈로 만든 골침과 더불어 돌침이 출토된 바 있다. 골침과 돌침의 의학적 실천에 대한 구체적 내용은 알 수 없지만, 당대 한반도인들은 이를 통해 몸에 자극을 가함으로써 질병에 대처해 왔으리라 추정된다.

6) 최○조(1920년생, 영○침술원), 진○엽(1924년생, ○침술원), 성○도(1924년생, 창○침술원), 박○규(1924년생, 덕○침술원), 박○식(1934년생, 박○진료원), 유○식(1929년생, 뜸·쑥뜸·팔사요법사), 권○칠(1949년생, 동○지압침술원). 이 중 최○조는 침술원을 운영하다 의사시험을 통해 오래 전부터 양의계로 전환했다. 유○식과 권○칠은 각각 40년 경력의 재야 침구사와 맹인 침술사이다.

7) 『黃帝內經』, 『素問』 편, ‘法外方宜論’. 故東方之域, 天地之法始生也, 魚鹽之地, 濱海傍水, 其民嗜魚而食鹹, 皆安其處, 美其食, 魚者使人熱中, 鹽者勝血, 故其民皆黑色疎理, 故其病皆爲癰瘍, 其治宜貶石, 故貶石者亦東方來.

8) 『山海經』, 『東山經』, 又南四百里, 曰高氏之山, 其上多玉, 其下多箴石.

9) 『山海經』, 『東次二經』, 又南二四里, 曰覺麗之山, 其上多金玉, 其下多箴石.

이와 같은 사실은 동양의학의 침술이 어느 나라보다도 앞선 시기에 한반도에서 시작되었음을 의미한다. 이로써 일부 중국 침구사들은 한국을 침의 종주국으로 생각한다. 한반도에서 시작된 고대 침술이 중국으로 전해져 진·한대를 거치면서 체계화되어 다시 한반도로 유입되었다. 다음 구술 사례들은 우리나라 침구사들의 침 종주국에 대한 자부심과 중국인 침구사와의 교류 과정에서 이와 같은 사실을 확인한 내용이다.

박물관에 소장되어 있는 뼈침(骨鍼)이라든가 돌침이라든가 이런 것들이 1926년에 발굴된 것으로 내가 알고 있습니다. 세계침구학회 등으로 중국에 가면 그곳 침구사들이 우리를 상당히 우대합니다. [침의] 종주국에서 왔다고요. 침구의 역사라든가 그런 게 중국의 저서에 기록되어 있습니다. 그걸 보고 아는 사람들은 알고 있지요. 우리의 순수한 침구 문화가 중국으로 들어가서 체계화되어가지고 고구려, 백제로 그리고 그 시절에 일본으로 또 건너갔지요.¹⁰⁾

우리나라 침술이 중국에서 나온 게 아니라 옛날에 함경도 웅기에서 나온 겁니다. 그러므로 사실은 우리나라가 침의 조상 격입니다. 그걸 중국에서 가져가가지고 연구해서 발전시킨 거지요. 침이 중국에서 나왔다고 하지만, 웅기에서 나온 겁니다. 침의 종주국은 우리나라입니다. 석기시대에는 돌을 가지고 했습니다. 돌침입니다.¹¹⁾

삼국시대에 이르면 침구가 의학 교육과 의원 취재 등에 활용됨으로써 학술과 제도적 차원에서 상당 수준으로 정착되었으며 중국과 일본 간에도 교류되었다. 오나라 知聰은 501년(고구려 평원왕3)에 『方書』, 『內外典』, 『藥書』 외에 침구서인 『明堂圖』 등을 가지고 고구려를 거쳐 일본으로 귀화했다. 신라에는 침술이 상당히 발달하여 일본의 紀河邊幾南麿가 침술 유학을 와서 공부한 후 642년(黃極主 1. 신라 善德女王 11)에 일본으로 돌아가 鍼博士가 되었다.¹²⁾ 崔致遠이 지은 「大郎慧和尚(即無染國師)白月葆光之塔碑銘」에는 왕에게 시침하며 병이 낫기를 기원하는 箴戒를 동시에 계송함으로

10) 박○식(1934년생, 박○진료원) 제보, 2008.6.6.(3-05LH060602008박○식001).

* () 안은 구술자료 목록

11) 박○규(1924년생, 덕○침술원) 제보, 2008.5.8.(3-04LH080502008박○규001)

12) 한국한의학연구소, 1996. 『高麗時代 以前 韓醫學에 關한 研究』, 67-68쪽.

써 치유되었다는 기록이 있다.¹³⁾ 신라에서는 의학 생도들에게 가르친 『本草經』, 『甲乙經』, 『素問經』, 『針經』, 『脈經』, 『明堂經』, 『蘭徑』 등 7종의 의서 중 『잡을경』, 『침경』, 『명당경』, 『난경』 등 4종이 침구서였을 정도로 침구가 중요시되었다.¹⁴⁾

고려시대에도 침구는 치료술의 중요성을 인정받아 의과시험에서 총 8개의 과목 중 『잡을경』, 『침경』, 『명당경』, 『난경』, 『灸經』 등 5개의 침구서가 채택되었다. 그리고 기도와 주문으로 병을 치료하는 呪禁業에서도 6개 시험과목 중 『명당경』과 『침경』 2개 침구서가 채택되었다.

조선시대는 약물을 전문으로 하는 藥醫 및 腫醫, 馬醫 등과는 구별되게 鍼醫를 전문화시켰는데, 세종대에 제도화를 통해 침구 전문의를 본격 양성했다. 해마다 3인의 침의를 선발하여 중앙 의료기구인 삼의사에 각 1인씩 배치시켰다. 내의원에는 한때 12인의 침의가 배속되기까지 했다. 성종대에는 침구 전문의에 대한 시험을 일반 의원과는 별도로 실시함으로써 전문성을 강화했다. 시험과목은 암송을 요하는 『銅人經』과 필기과목인 『針經指南』, 『子午流注』, 『玉龍歌』, 『資生經』, 『十四經發揮』, 『針經摘英集』 등이었다.¹⁵⁾

조선 후기에는 허준의 『동의보감』에 『침구편』 1권이 별도로 마련되어 九鍼의 제법과 침 제련법, 각종 술법 등이 정리되었다. 외에도 임언국의 『治腫指南』과 유성룡의 『鍼灸要訣』, 허임의 『鍼灸經驗方』 등의 전문서적이 간행되어 침구가 더욱 발전하였다.¹⁶⁾ 특히 이형익과 신가귀 등은 침구 어의로서 소현세자와 효종의 학질과 종기를 치료하기도 했다.¹⁷⁾ 이들은 종기의 독기 배출과 학질의 열증을 완화시키기 위해 시침했다. 이들 침 전문 의관 외에도 충청도 홍주에서 동·철침 혁낭을 차고 다니면서 인술을 베푸 조광일이나 양반 사대부 유재건의 침의였던 신노인 등 일부는 민간의료 분야에서 침구술을 펼쳤다.

1900년 대한제국기의 ‘의사규칙’에는 ‘ ~ 脈候診察 ~ 藥品溫涼과 鍼灸補瀉하는 자’를 醫士로 규정함으로써 침구술을 의학 가운데 한 분야로 포함시켰던 데 비해 일제 강점기에는 침구가 안마, 접골 등과 더불어 독자적인 의료의 한 분야로 최초로 공인되었다. 일제는 1914년 10월 ‘按摩術·鍼術·灸術營業 取締規則’을 공포하여

13) 같은 책, 53쪽.

14) 孫弘烈, 1987, 『韓國中世의 醫療制度研究』, 수서원, 258-260쪽.

15) 같은 책, 258-260쪽.

16) 김두중, 1966, 『韓國醫學史』, 探究堂, 379쪽.

17) 이덕일, 2005, 『조선왕 독살사건』, 다산초당, 84-111쪽, 130-131쪽.

각각의 면허를 경무부장(총감)의 허가에 따라 받도록 했다. 이는 일제가 한의약을 부정한 사실과는 상반된 조치인데, 일본과 식민지 대만 등의 관례를 그대로 따른 것으로 생각된다.¹⁸⁾

이로써 1914년도 침구술 영업자는 경성을 포함하는 경기 132명과 경남 82명, 전남 51명, 평남 41명, 경북 16명 등 총 369명이었다.¹⁹⁾ 1938년에는 침구사 수가 증가하여 침사 882명, 구사 668명이었는데 양쪽 면허를 모두 가진 사람들이 상당수 있었을 것이기 때문에 침구사의 수는 약 1,000명 내외였다. 이 중 침사는 일본인 347명, 조선인 535명이었고 구사는 일본인 386명, 조선인 282명이었다. 양쪽 면허를 모두 가진 사람들을 고려할 때 한국인 침구사는 500~600명 수준이었을 것으로 생각된다.²⁰⁾

이처럼 일제 강점기에 전통한방의는 '醫生'으로 지위가 격하된 반면, 침구는 별도의 침구사 제도가 신설됨으로써 독자적 전문 영역으로 발달하였다. 이는 조선 세종대에 침구 전문의가 국가적으로 인정받은 이후 동업자끼리 고유 업권을 구축하는 최초의 계기가 되었음을 의미한다. 하지만 광복 후에는 독자적인 의료법 확립으로 한의사 지위가 제도화되는 과정에서 침구사는 한의사가 되지 못하고 배제되었다. 즉 1951년 국민의료법 제정과 1962년의 의료법 개정과정에서 국가와 의사, 한의사, 침구사의 복잡한 이해관계로 인해 침구는 의료체계의 공식부문에서 제외되고 말았다.

3. 전통 침구의 단절과정

이와 같은 오랜 전통을 갖는 우리나라 침구는 광복 이후 의료법이 제정되거나 개정되는 과정에서 상당한 굴절을 겪는다. 이 장에서는 의료의 근대화 과정에서 침구사 제도가 어떠한 논리와 계기에 의해 폐지됨으로써 오늘날 전통 침구가 단절되

18) 신동원. 2002. 「1910년대 일제의 보건의료 정책-한의학 정책을 중심으로」, 『한국문화』 32. 서울대 한국문화연구소. 256-257쪽.

19) 신동원. 2004. 「조선 후기 의원의 존재 양태」, 『한국과학사학회지』 26. 한국과학사학회. 205-206쪽.

20) 『鮮滿의 衛生』, 1938년 3월호, 조병희. 앞의 논문. 95쪽 본문과 주6) 재인용.

기에 이르렀는가를 살펴보고자 한다.

1951년 국민의료법 제정으로 일제 강점기의 의생은 한의사로 지위가 격상되었지만, 침구사는 종래의 지위를 그대로 유지하였다. 즉 침구 영역은 의료법 제59조에 '종래 규정된 접골, 침구, 안마술에 대하여는 주무부령으로 한다.'고 규정함으로써 일제 강점기 법체계를 그대로 유지했다. 하지만 관련 부령이 제정되지 않음으로써 실제로는 기존의 침구사 기득권만을 인정할 뿐 신규 면허자를 배출하지 않는 정책을 취하였다.²¹⁾ 이러한 정책기조는 이후의 수차례 침구법 제청과 관련자들의 단체 행동에도 불구하고 일관되게 유지됨으로써 궁극적으로는 전통 침구사의 완전 소멸을 목전에 두게 된 오늘의 상황까지 맞이하게 되었다.

의술의 질적 제고와 과학주의에 의해 지지되는 의료 근대화 논리는 업권 확대를 위한 의료집단 간의 해계모니 경쟁의 무기가 됨으로써 침구를 비롯한 유사의료 분야의 입지를 크게 약화시켰다. 이는 국민의료법 제정 당시 침구를 포함한 유사의료업의 존치를 강력히 부정했던 의사집단의 인식에서 잘 드러난다. 당시 의사이면서 국회의원이던 이용설은 "앞으로 계속해서 침놓는 사람, 뜸뜨는 사람들을 두자는 것입니까? 이젠 상식에 벗어나는 일입니다. 이러면 우리나라 의학계는 200년이 뒤떨어집니다."라면서 침구의 비과학성, 전근대성을 부각시켰다.²²⁾ 이는 당시 양의계가 의료일원화를 주장하며 한의사 제도의 설정까지 반대했던 논리의 연장선에 해당한다. 이에 대응하여 한의계는 1952년 4년 학제의 서울한의과대학 설치와 한의사

검정시험 및 국가고시에 이어 1964년 6년 학제의 경희대 한의과대학 설치 등으로 전문화를 지속적으로 추구해 왔다.

반면 침구 영역은 새로운 침구사의 배출을 위한 시험이나 교육기관 등 아무런 제도적인 장치가 마련되지 않은 상태에서 '정책의 부재' 속에 놓이게 되었다. 이에 침구사들은 생업 수단으로 안마와 침구를 배웠지만 아

〈그림 1〉 침술원 내부



21) 조병희, 앞의 논문, 103-104쪽.

22) 11대 국회 임시회의 속기록, 1951.7.13

무런 법적 자격을 얻지 못한 맹인단체와 함께 1960년 장면 정부가 들어서자 침구사 부령 제정을 정부에 강력히 요구했다. 그 결과 동년 11월 모법인 의료법 제59조에 의해 침구 등 유사의료업자에 대한 관련 부령²³⁾이 제정되었다. 하지만 이에 근거한 자격시험이 실시되기도 전에 5.16사건의 발발과 의료법 개정으로 무위로 끝나버렸다. 즉 1962년 3월 법률 제1035호에 의해 국민의료법이 의료법으로 개정되는 과정에서 침구사의 존립 근거규정인 의료법 제59조가 삭제됨으로써 관련 부령 또한 효력을 잃게 되었다.²⁴⁾

군사정부는 의료의 질적 향상과 의료통제 목적 아래 간호사와 의료기사의 지위까지 인정하는 조치를 취하면서도 침구사 제도는 기존의 면허자 기득권만 인정할 뿐 폐지시켜버렸다. 이 과정에서 경쟁 의료집단은 전근대적이라는 이유로 침구제도의 설정에 집요하게 반대했다. 따라서 유사의료 영역은 안마 부분만 생업 유지 차원에서 맹인의 업권으로 존속되고, 나머지 접골과 마사지는 정형외과 의사와 물리치료사에게 이관됨과 더불어 침구 또한 한의사에게로 넘어갔다.²⁵⁾

다음은 5.16군사혁명 시기에 침구제도가 소멸되는 이와 같은 일련의 과정에 대한 유○식의 구술 내용이다. 그는 광복 후 존치되던 침구사법이 1960년대 초 5.16군사혁명 기간에 군인과 한의사간의 밀실 논의에 의해 비합법적인 방법으로 폐지되었다고 주장한다.

지금도 의료법 제59조가 공란입니다. 전에는 있었지요. 내용은 침구 교육을 시켜가지고 침구사를 양성할 수 있다는 것이지요. 그걸 [5.16]군사혁명 후에 한의사 측에서 말을 꺼내가지고, 모 대위한테 부탁해가지고 군인들끼리 모여가지고 마음대로 법을 고치고 할 그때 침구사법 조문을 그어 버렸어요. 빼 버렸지요. 이걸 무법이지요. 원칙적으로 법이란 거는 국회에서 통과해가지고 만들어야 正法이 되잖아요? 군인들이 혁명을 통해 그 법을 그어 버렸으니까 원칙적으로는 혁명이 끝나면 그걸 부활시켜야 하는데, 그렇게 하지 않고 그대로 저렇게 두고 나오거든요.²⁶⁾

23) 보사부령 제55조(규제·감독에 관한 규정), 제56조(자격·업무·양성·자격시험에 관한 업무)

24) 사단법인 대한침구사회, 1998, '沿革', 『會員手帖-1998-』, 3쪽.

25) 조병희, 앞의 논문, 105-106쪽.

26) 유○식(1929년생, 재야침구사) 제보, 2008.3.26. (3-05LH26032008유○식001)

이와 같은 사정에서 침구사들은 침구학원 동창회, 안마사회, 맹인학교 학생과 더불어 침구사 제도 부활을 위한 투쟁에 돌입했다. 그리하여 침구를 포함하는 '유사 의료업자' 법안이 1966년 1월 국회 보건사회위원회를 통과하기에 이르렀다. 하지만 의사회와 한의사회, 치과의사회, 약사회 등 거의 모든 제도권 의료집단의 반발로 1967년 4월 법안은 결국 폐기되고 말았다.

이상의 침구사 제도 폐지과정은 근대와 전통의 경합, 의료집단간의 업권 확대 경쟁과 관련된 복합적인 언설들을 함의한다. 먼저 침구사 제도 부활을 반대하는 측의 주장을 살펴보자. 이들은 침구는 전근대적, 비과학적이고 조잡한 의술이므로 의료사고를 빈번하게 유발시킬 뿐만 아니라 의술의 퇴보를 초래할 것이라고 주장했다. 아울러서 침구사를 비롯한 접골사, 안마사 등의 유사의료업자들은 정규 의학교육을 체계적으로 받지 않은 자들로서 의료 기술이 저급한 이들에게 사람의 생명을 담보할 수 없다고 주장했다. 또한 한의사들이 한의과대학에서 침구 과정을 충분히 이수하여 그 기능을 담당하고 있으므로 업무 영역의 중복을 피하기 위해서라도 별도의 침구제도 존치는 불가하다고 보았다.

다음 사례들은 당시 한의사계와 의사계의 전통 침구에 대한 인식의 단면이다. 전자는 한의학회에서 침구사 제도의 별설을 반대하여 보사 당국에 건의한 내용이며, 후자는 의사 출신 이영준 의원의 국회보사위 발언 내용이다.

한의학사가 되려면 수업연한 6년의 정규대학인 의과대학 한의학과를 졸업하고 한의학사 학위를 받고 한의사 국가시험에 합격하여야만 된다. ... 이에 불구하고 별도로 유사 의료업종인 침구사를 면허한다는 것은 입법자로서 신중을 결한 맹점이며 ... 부정 의료업자의 발호는 문명국의 수치이며 동시에 국민의 생명을 위협할 소지가 있다.²⁷⁾

우리 의원에 외래환자로 오는 것을 볼 것 같으면 침을 맞아서 불구의 병이 들어서 오는 사람도 있습니다. 또 침을 맞고 복막염을 일으키는 환자를 많이 보았습니다. 우리가 이것을 법률이라고 제정했다가 나중에 큰 환란을 초래할지도 모릅니다.²⁸⁾

27) 대한한의학회 건의문. 1964. 10. 16.

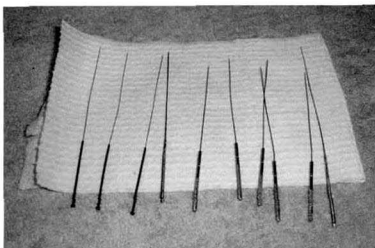
28) 의사 출신 이영준 의원 국회보사위 발언. 1965. 12. 7.

반면 침구사 제도의 찬성론자들은 침구 '전통'의 보존과 계승을 위해 별도의 침구사 제도가 필요하다고 주장했다. 이들은 아래 구술 내용처럼 한의과대학 침구 교육 과정이 부실할 뿐만 아니라 개원 한의사들도 일반적으로 침구를 도외시한다고 보았다. 한의과대학 정규 교육과정에서 침구 교육은 16시간에 불과하여 이론과 임상 양면의 원활한 학습을 하기에는 턱없이 부족한 현실임을 강조했다. 게다가 전래의 침술을 가르칠 사람도 없을 뿐더러 이를 연구하고 발전시킬 교육기반이 전무한 실정임을 지적했다. 특히 임상 경험이 중요한 한방 영역에서 전통 침구 기술을 임상을 통해 학습할 수 없음은 커다란 맹점이라고 주장했다.

한의사가 침을 연구해가~ 해야 되는데, 실습해 줄 사람이 없잖아요? 실습을 해야 되는데 실습할 자리가 없습니다. 이론적으로 배우고 ... 이론 하고 실천이 배합되어야 하는데 ... 이론만 가지고 안 되잖아요? 한의사도 6년을 공부해 나와도 다시 6년을 양의사처럼 인턴과정을 통해 더 공부할 수 있는 그런 기술을 제공하는 장소가 있어야 되잖아요? 그게 없잖아요? 그런 시설 자체도 없고, 그렇게 하는 데도 없고요.(29)

침구대학이 별도로 없고요. 인제 경희대 같은 한의과대학에서 침을 가르치는 기라. 6년 동안 침을 16시간 배워줘요. 16시간 배워가지고는 그 뭐 기초도 몰라. 그러니까 한의과대학 졸업하고 나와서도 또 학원에 가서 배우고 하지. 내가 서울에 있을 때 한의사들 몇 사람을 가르치기도 했어요. 우리 집에 데려다 놓고 가르치기도 했는데, 다 헛일이라. 가만히 생각해보니 참 서글픈데 ... (30)

〈그림 2〉 재래 침



개원 한의사들의 임상치료 과정에서도 품이 적게 들고 이득이 큰 한약 처방이 위주이고 침구는 보조적, 형식적인 수준에 머무른다고 평가한다. 설령 침을 사용하는 경우에도 한의사들은 '洋針' '毛針', '細針' 등으로 일컬어지는 굵기가 작은 '일회용 침'에 의존

29) 박○규(1924년생, 덕○침술원) 제보, 2008.5.8.(3-04LH08052008박○규001)

30) 성○도(1924년생, 창○침술원) 제보, 2008.5.21.(3-05LH21052008성○도001)

함으로써 실질적인 치료 효과보다는 환자들의 기호를 따라가는 형편이라고 비판한다. 실제 임상 경험에서도 가는 침은 신체 깊은 혈 자리를 자극할 수 없을 뿐만 아니라 열 번을 놓더라도 재래 침 한 번의 시술효과를 내기 어렵다고 본다. 이는 인체의 모든 경혈과 경락을 아우르는 전통적인 침구 지식과 기능 중 상당 부분이 누락·사장되는 결과를 초래한다. 따라서 원로 침구사들은 현행의 상태로는 전통 침구술이 단절될지도 모르므로 침구제도를 부활시킬 대안 마련이 절실하다고 주장한다. 다음의 구술 내용은 이에 대한 원로 침구사 진○엽과 성○도의 견해다.

한의대 졸업하고 간혹 침구술을 배우려고 오는 사람들이 있습니다. 거기서는 아직 전통 침구를 배우지 않았으니까요. 한약을 주로 쓰고 침을 놓기는 하되 보조적으로만 하니까요. 한의원에 가면 ‘일회 침’ 이걸 주로 씁니다. 이거는 현대 사회에서 개발해가지고 간단하게 안 아프게 놓는 거지요. 시일이 걸리더라도요. 재래 침구사, 옛날 침구사는 재래 침 이걸로 놓거든요. 커지요? 굵기로도 세 배가 넘지요. 히프에도 이만치 들어가잖아요. 속으로 들어가서 강하게 자극하지요. 가는 거 저거는 깊이 안 들어가고 열 번을 찔러도 재래 침 한번 찌르는 것만큼 효과가 못하지요. 옛날에는 모두 이런 걸 가지고 병을 나사~나왔고 시술했거든요. 전통으로 나온 기지. 그러니까 영~ 천지차입니다.³¹⁾

한의사들은 약을 가지고 전문으로 하는 기지. 약 파는 게 목적이지. 침놓아가 지고 돈 번다 카는 거는 안 되거든. 약을 팔아야 돈을 벌지. 그런게 저거는 형식적으로 그걸 한다고 카지마는³²⁾

침구사들은 의사나 한의사들의 경우 돈벌이가 안 되는 낙후지역 개업을 기피하므로 의료사각지대 의료복지 실현을 위해서라도 침구제도는 필요하다고 주장해 왔다. 선진국에서는 과학적 연구를 통해 침구의 효능을 지속적으로 입증해나가고 있으며 구라과 제국에서까지 상당한 관심을 나타내므로 침구를 전근대적, 비과학적이라고 단정함은 옳지 못하다고 생각한다. 또한 침구는 현대의학에서 치료가 불가능한 질병을 상당 부분 치유시킴으로써 한계를 보완할 수 있음은 물론 환자의 경제적 부담까지

31) 진○엽(1924년생, 진○침술원) 제보, 2008.3.17.(3-05LH17032008진○엽001)

32) 성○도(1924년생, 창○침술원) 제보, 2008.5.21.(3-05LH21052008성○도001)

덜 수 있다고 본다. 그러면서 이들은 의사나 한의사 단체의 침구제도 반대는 의료 독점을 위한 이기주의의 행태에 지나지 않는다고 비판한다. 한마디로 침구제도 반대는 아래 진○엽의 말처럼 의료 집단의 ‘밥그릇 싸움’에 불과하다는 것이다.

한의사 측에서는 “우리가 6년 과정을 다 배웠는데, [별도의 침구제도] 그게 무슨 필요가 있나? 한의사 자격 가지고 있으면, [침구가] 그기에 다 포함되어 있는데 …” 카지요. 왜 침구사 입법이 안 되었나 하면, 한의사들이 “우리가 침을 놓고 있으니, 우리의 영역이니 별도로 침구사 입법을 할 필요가 있느냐?” 이런 생각이지요. 만일 침구법이 만들어져 침구사가 많이 양성되면 밥그릇 경쟁이 안 됩니까? 결국 이권관계 아닙니까? 이래서 [한의사들이] 적극 결사반대한 것입니다.³³⁾

침구제도의 존폐 여부에 대한 이상의 찬반양론³⁴⁾ 과정에서 ‘전통’은 반대론자나 찬성론자 모두에게 이해관계의 관철을 위한 수단으로 활용되어 왔다. 전자는 근대화 과정에서 ‘전통’은 극복되어야 하며 체계적인 교육과 과학주의 지평을 확장시킴으로써 의료의 질을 지속적으로 제고해 나가야 한다고 주장한다. 반면 후자는 침구 ‘전통’은 민족의술로서 지키고 다듬어 나가야 할 무형의 문화자산이므로 침구제도는 반드시 존치되어야 한다고 주장한다.

침구사들의 침구법 부활을 위한 청원 노력은 이와 같은 상반된 주장의 난무 속에 1970년대 초까지 간헐적으로 이어져 왔지만 번번이 무산되었다. 이후 20여 년 동안 잠잠하다가 1990년대 이후에는 침구사들이 침구의 대중화 추세에 힘입어 6회에 걸쳐 빈번하게 관련 법안을 국회에 제출했다.³⁵⁾ 하지만 1만 6천명에 달하는 많은 한의사의 배출로 인해 침구가 이미 이들의 고유 영역으로 굳어진 상태이고,³⁶⁾ 입법 기관인 국회 내에서조차 다수 의견을 이끌어내지 못해 모두 자동 폐기되었다.

33) 진○엽(1924년생, 진○침술원) 제보, 2008.3.17.(3-05LH17032008진○엽001).

34) 침구 제도 부활의 찬반양론에 대해서는 조병희, 앞의 논문, 108-113쪽 참조.

35) 사단법인 대한침구사협회·침술의학신문사 편, 1998. 『鍼灸師 立法意志 表明 收錄集』; 조병희, 앞의 논문, 114쪽 <표 2> 참조.

36) 대법원은 의료법 개정 이전인 1961년에는 침구사 자격증을 소유하지 않은 한의사의 경우 침구술 권한이 없는 것으로 판시했으나(대법원 1961. 10. 19 선고, 4292행상122판결), 1990년대에는 침구를 한의사의 영역으로 판정했다(대법원 1991. 1. 15 선고 92도2538판결, 1994. 12. 27 선고 94도78판결).

4. 침구사의 존립 양상

침구사의 존립양상에 대해서는 일반적 현황에 더하여 침구 생애사에 주목함으로써 방문 환자의 성격, 시술방법, 시술료, 의료 실천, 침구 현실에 대한 인식 등을 중심으로 살펴볼 것이다. 이는 침구문화의 전승 주체인 원로 침구사 개개인의 경험과 인식에 기초하여 전통 침구의 민속지적 이해에 이르고자 함이다. 이를 통해 궁극적으로는 전통의료의 지속과 변화를 읽어내고자 한다.

1) 침구사의 과소화와 고령화

원로 침구사는 1962년 의료법 개정과정에서 관련 제도가 소멸되기 이전에 침구사 지위를 공인받은 침구 전문인을 의미한다. 이들 대부분은 80대 이상의 고령으로 일제 강점기에 침구를 배워 광복을 전후하여 침구사 면허를 획득했다. 이들은 일제 강점기에 500~600명이던 것이 침구사 제도의 소멸로 인해 더 이상 계승 인력이 충원되지 않아 종사자가 지속적으로 감소되어 왔다.

대한침구사협회 자료를 참고로 1998년과 2008년의 침구사 현황을 비교하면 아래 <표>와 같다. 1998년에는 침구사가 서울 61명과 부산 20명을 비롯하여 인천 8명, 경기 8명, 대전 7명, 광주 6명, 대구 6명 등 총 143명이었다. 반면 2008년에는 서울 31명, 경기 4명, 인천 4명, 강원 2명, 대전·충남북 9명, 광주·전남북 4명, 대구·경북 6명, 경남 2명, 부산 7명, 제주 4명 등 총 73명으로 10년 사이에 절반이 감소했다. 이 중에서도 일부는 고령으로 사망하거나 폐업하여 실제로 현업에 종사하는 침구사는 통틀어 50명 미만이다. 연구자가 면담했던 몇몇 원로 침구사들의 제보에 의하면, 경상도 지역에는 대구 3명, 경북 1명, 부산 1명, 경남 0명 등 총 5명으로 확인되었다. 이로 미루어 보건대, 정상적인 영업활동을 하며 침구사협회에 회비를 납부하는 침구사는 이 중에서도 절반 정도에 불과하여 거의 소멸 단계에 이르렀다.

〈표〉 침구사 현황

구분	서울	경기	인천	강원	충북	충남	대전	전북	전남	광주	경북	대구	경남	부산	제주	총계
1998	61	8	8	2	2	3	7	3	3	6	4	6	5	20	5	143
2008	31	4	4	2	9			4			6		2	7	4	73

· 사단법인 대한침구사협회. 1998. 『會員手帖-1998-』.

· 사단법인 대한침구사협회 사무총장(김상배) 제보. 2008. 7.

침구업체가 처한 이와 같은 현실에 대해 원로 침구사 박○규는 다음과 같이 말한다. “일제시대 받은 침구사 자격을 우리나라 법으로 갱신해주던 해방 직후에는 [침구사가] 수백 명이었지요. 그런데 해가 가고 날이 갈수록 자꾸 줄어들었어요. 사람의 생명이 한계가 있잖아요. 자꾸 죽으니까요. 그래 왜정 때가 언젠니까? 그 인원이 다 죽었으니까 결국 지금은 다 없어졌잖아요. 부산·경남에서 유일하게 내 혼자 남았어요. 대구에 두 분, 대전에 두 분 계시고. 그 다음에 서울에 몇이 있고. 전국적으로 명단이 등록되어 있는 사람은 25명 정도, 한 30명 정도 되는데 실제로 [침구]업을 하고 회비 내고 하는 사람은 15명에서 20명 정도밖에 안돼요.”³⁷⁾

이런 상황에서 원로 침구사들은 “우리가 죽으면 재래 침은 없어져요. 요즘 수지침 이런 거는 침도 아니고 … 재래 침은 안 하지요. 누가 가르쳐 주나요. 수지침, 손가락 끝에 놓는 그거는 우리하고 다르고요. 누가 재래 침 강습을 하냐요.”³⁸⁾라면서, 자신들의 사후 재래 침 전통은 소멸될 것이라고 안타까워한다. 몇 안 되는 70대 침구사 중의 한사람으로서 2008년부터 대한침구사협회 경상도지부장 직을 맡고 있는 박○식(1934년생, 구미)은 스스로를 대한민국 침구사의 ‘마지막 잎새’로 생각하며 다음과 같이 말한다.

우리 침구계가 … 내가 마지막 잎새가 될 겁니다. 전국에 침구사가 한 50명 정도 등록되어 있는데, 그 중에 반은 이미 들어앉았고, 안 하고요. [대구의] 진○업 씨도 하다가 말다가 하잖아요. 그렇지요. 그러니 없습니다. 그러니까 내가 마지막 잎새라 카잖아요. 칠십 다섯 먹은 내가 ‘마지막 잎새’다 카면, 이젠 끝난 것이나 마찬가지입니다.³⁹⁾

37) 박○규(1924년생, 덕○침술원) 제보, 2008.5.8.(3-04LH08052008박○규001)

38) 진○업(1924년생, 진○침술원) 제보, 2008.3.19.(3-05LH19032008진○업001)

39) 박○식(1934년생, 박○진료원) 제보, 2008.6.6.(3-05LH06062008박○식001)

생존 침구사 대부분은 80대 이상의 연령층으로서 고령화와 수의 열세로 인해 이제는 침구제도 부활을 위한 노력에도 한계를 느낀다. 아울러서 침구 현업과 사회 봉사, 후배 양성교육 등 정상적인 활동을 하기도 벅찬 현실이다. 따라서 이들 원로 침구사들은 제도 부활 노력과 전통 침구 전승의 한계상황을 인식하고 ‘말살 직전’이라는 극단적 표현까지 쓴다. 현업 중인 경우에도 기력이나 기억력 감퇴, 의욕 상실, 질환 등으로 몇몇을 제외하고는 ‘심심해서 하는 소일거리’ 내지는 ‘용돈이나 벌어 쓰는’ 정도로 침술원을 소극적으로 운영해 나간다. 따라서 침술원 근무 날짜도 불규칙할 뿐만 아니라 진료시간도 오후 4시를 전후해서 종료한다. 그러다 보니 방문하는 환자들도 많지 않다.

이젠 늙어서 파이라요. 내가 어지럼병이 생겨가지고 금시 했던 말도 기억력이 없어요. 과거에는 365월도 모두 외웠는데, 이제 기억이 잘 안나요. 오륙십 년 한 거니까 손에 익은 것 가지고 하고 있는 거지. 나이가 많으니까 요즘은 손님도 없고 그래요. 전통 침술인이 그전에는 수백 명이나 있었는데, 이제는 몇 십 명밖에 없어요. 지금 살아있는 사람들은 모두 80세가 다 되었는데 ... 침이 지금 ‘말살 직전’에 있어요.⁴⁰⁾

우리는 해오던 솜씨니까 ... 허허! 지금 현재 경로당 가서 노느니, 한분씩 오면 용돈이나 벌어 쓰는 이런 식이지요. 환자도 많지 않고 ... 일주일에 3일 정도만 해요. 나머지는 놀러 다닙니다.⁴¹⁾

일부 침구사들은 오랜 침술 영업으로 인한 허리 디스크나 무릎 관절염 외에 손가락이나 무릎 상처 등 직업병으로 고생한다. 6.25전쟁 때 참전하여 포로가 되었다가 1971년 간첩으로 남파되어 ‘간첩 침쟁이’로 소문난 박○규는 40여 년간 침구 기술을 하느라 허리병과 손가락, 무릎 상처를 갖고 있다. 특히 침을 찌르거나 튕기는 오른손 검지는 구멍이 나 있고, 수십 년 동안 두 무릎을 꿇은 상태에서 침구 기술을 계속해온 결과 양쪽 무릎은 상처 딱지가 아물지 않고 있다.

원로 침구사들은 10여 년 전까지만 해도 시술용 베드가 없는 상태에서 방바닥에

40) 성○도(1924년생, 창○침술원) 제보, 2008.3.22.(3-05LH22032008성○도001)

41) 진○엽(1924년생, 진○침술원) 제보, 2008.3.17.(3-05LH17032008진○엽001)

무릎을 꿇은 채 시술했다. 박○규 또한 무릎 〈그림 3〉 직업병 : 침구사의 무릎 상처
을 꿇은 상태로 시술실 바닥에 엎드린 환자
들의 ‘등을 타고 넘나들듯이’ 하며 시술했다.
전성기 때는 매일 수백 명의 환자를 상대했
으므로 두 무릎은 ‘골병이 들 정도로’ 상처와
굳은살 투성이다. 침을 찌를 때 針頭를 치는
오른손 검지 끝부분도 상처가 생겨 반창고를
몇 겹으로 동여맸다. 아래 구술처럼 그는 이
러한 상처를 두고 스스로 ‘직업병’으로 진단한다.



예전에는 무릎을 꿇고 해서 그런 상처가 생겼지요. 땅바닥에서 하는데 무릎을
안 꿇으면 됩니까? 하루 종일 그렇게 하죠. 지금은 많이 나왔어요. 과거에는
매일 몇 백 명씩을 앉아서 ... 그때 골병 다 들었어요. 지금은 많이 낫은 게 그래
요. 심할 때는 더 그렇지요. [시술용] 침대 놓고부터 한 10년 동안 나온 기 그래
요. 이전에는 볼 수도 없을 정도였지요. (반창고로 동여맨 오른손 검지를 만지
며) [침을] 찌르니까요. 찌르니까 구멍이 뚫리잖아요? 반창고를 안 붙이면 아파
서 안돼요. 침을 탁 치잖아요? 탁 치면 구멍이 뚫리잖아요? 안 그러면 [손가락
이] 뚫어지지요. 직업병입니다.⁴²⁾

2) 전통 침구의 의료 실천

현재 침술원을 찾는 환자들은 1차적으로 병·의원이나 한의원 등을 전전했지만
치료가 되지 않았다거나 수술 후 재발하는 등 난치성, 만성병을 앓고 있든지 아니면
치료의 부작용·후유증을 경험한 사람들이다. 이들은 1회 공식 침구 시술료가 2~3
만원일 정도로 고가일 뿐만 아니라 침 공포감과 뜸자리 자국 등 전통 침구 시술의
애로사항에도 불구하고 기꺼이 이를 수용한다.

42) 박○규(1924년생, 덕○침술원) 체보, 2008.5.28.(3-05LH22052008박○규001)

죽을 사람도 많이 고치고요. 또 요즘 보면 사람들이 하나씩 오거든. 왜 그러냐? 의학이 그렇게 발달되고 또 병원에 가면 수술 기타 등등 모두 다 하는데 왜 [침술원으로] 찾아오느냐? 안되니 찾아오는 기라. “역시 침과 뜸을 하는 게 낫더라. 이리 해도 안 되고 저리 해도 안 되어가지고 뜸을 뜨 가지고 나셨~다.” 카는 사람들이 오지요. 병원이나 한의원 가면 [1회 진료비가] 2천5백원 아니면 3천원 아이가? 그런데 여기는 비싸잖아? 누가 돈 저렇게 주고 침 맞으러 와요. 안 올 거 아이가? 그런데 와서 침을 맞고 쪽으로 뜨니 낫는다 이 말이야. 병원에 서 물리치료 1년 넘게 해도 안 되면 이야기 듣고 찾아오는 기지.⁴³⁾

실제로 원로 침구사들은 뇌 이상으로 쓰러져 의식 불명이 된 환자들도 간단한 침구 시술로 깨어나게 한다든지 중풍이나 암, 만성관절염, 류머티스 등의 질병을 많이 치료해 왔다. 후유증이 예상되는 수술 환자들도 침구 시술을 통해 빠른 회복세를 보이는 등 큰 효험을 보았다. 특히 현대의학으로 치료가 불가능한 질환들을 침구 시술로 치유 시킴으로써 전통 침구의 탁월함을 입증함과 동시에 침구사들의 자긍심을 드높인다.

이와 같은 몇 가지 사례를 40년의 침구 경력을 지닌 원로 침구사 박○규의 침구 시술경험을 통해 살펴보자. 현재 부산 모 대학 치과병원장인 K씨가 4년 전 서울에서 뇌출혈로 쓰러져 온갖 처치를 해도 도리가 없자, 그는 왕진을 부탁받고 급히 서울까지 가서 침 시술로 의식을 되돌렸다. K씨는 이후 부산으로 거처를 옮겨 지속적인 침구 치료를 받아 2주 만에 완치되었다.⁴⁴⁾

5년 전에는 경남 진주 모 대학병원에서 의사가 입원 환자를 치료하는 과정에서 갑자기 사지가 마비되어 전화 연락을 받고 달려갔다. 환자는 이미 말문까지 닫고 의식을 잃은 상태였는데, 그의 침구 치료를 받은 후 곧바로 의식을 회복했다. 그 환자는 이후 한 번 더 박○규의 왕진 치료를 받고 완쾌되었다.⁴⁵⁾

1981년에는 부산 영도구에 사는 16세 소년이 뇌 암 판정을 받고 그에게로 왔다. 소년은 좌측마비였지만, 입원했던 병원으로부터 마비 증세가 뇌 암으로 인해서라는 진단을 받고 거의 생명을 포기한 상태에서 ‘혹시나’ 하는 마음으로 그를 찾아왔다. 박○규는 이 소년을 입원시켜 15일 동안 침 시술로서 완치시켰다.⁴⁶⁾

43) 진○엽(1924년생, 진○침술원) 제보, 2008.3.19.(3-05LH19032008진○엽001)

44) 박○규(1924년생, 덕○침술원) 제보, 2008.5.8.(3-04LH08052008박○규001)

45) 박○규(1924년생, 덕○침술원) 제보, 2008.5.8.(3-04LH08052008박○규001)

〈그림 4〉 침구시술 수가표

鍼灸施術酬價表		
酬價規定		
施術項目	一回施術	備考
鍼施術 (針)	20,000	患者症狀에 따라 加減할 수 있음
灸施術 (灸)	20,000	"
柱診料	50,000	距離에 따라 加減할 수 있음

上記와 如히 鍼灸施術 酬價를 規定함

西曆 1992 年 2 月 1 日

社團 法人 大韓鍼灸士協會

대한침구사협회에서 정한 공식적인 침구 시술료는 〈그림 4〉처럼 침과 뜸이 각 2만원이고 왕진료는 5만원이다. 지역적 생활물가 차이를 반영하여 지방에는 2만원, 서울에는 3만원이다. 이는 의료보험이 되지 않아 협회 차원에서 정한 균일 시술요금인데, 의료보험이 되는 병·의원에 비해 몇 배나 높은 수가이다. 따라서 대구나 부산 등 지방에서는 초진 2만원, 재진 이후부터는 1만원씩 받고 있다. 비싼 의료수가는 의료기관을 순례하는 특정 환자 외의 일반 환자들이 침술원을 많이 찾지 않는 이유 중의 하나

다. 원로 침구사들은 과거 의료보험 실시 단계에서 서류 작성하기가 귀찮아 협회 차원에서 이를 수용하지 않았었다.

다음 사례는 일제 강점기 침구를 익힌 진○엽의 침구 현실에 대한 인식이다. 그는 광복 후에 곧바로 침술원을 차리기보다는 한동안 비누공장을 운영했는데, 1970년대 들어 전문 침구사이던 종친의 권유로 본격 침구업을 재개했다. 그는 침술원에 환자가 적은 이유를 상대적으로 비싼 시술료와 대부분의 방문 환자가 난치성, 만성 질환을 앓는 ‘의료기관 순례자’로 제한되기 때문으로 본다. 다음은 이에 대한 그의 구술 내용이다.

침술원에는 현재 손님이 없습니다. 그런 이유를 가르쳐 드릴게요. 병원에 가도 잘 안 되고, 한의원 가도 안 되는 그런 사람들이 찾아오는 정도지요. 여기 우리 집에 보면 전부 퇴행성 고질병, 무릎 같은 거 수술해 가지고 재발해 오는 사람, 허리 디스크 재발해 가지고 오는 사람 등 이런 분들이 옵니다. 그러니까 시술료가 높은 말든 우선 답답하니까 침을 맞아 보겠다고 오지요. 또 한 가지는 의료보험이 안 됩니다. 옛날에 보사부에서 의료보험 하라고 할 때 나이 많은 사람들이 [서류] 쓰고 [당국에] 신고하려고 하면 귀찮잖습니까? 그래서 필요 없다고 하면서 안 한 거예요. 침이 2만원 아닙니까. 또 뜸뜨는 데 2만원 아닙니까. 그러니까 누가 침 맞으러 오려고 하겠습니까? 한의원에 가면 보험 해서 침 한번 놓는 데 2천원, 3천원 아닙니까?⁴⁷⁾

46) 박정규. 2003. 『死線을 넘고 넘어』. 팔순기념회고록간행위원회. 158쪽.

47) 진○엽(1924년생, 진○침술원) 제보, 2008.3.17. (3-05LH17032008진○엽001)

원로 침구사들은 일회 침에 비해 크고 굵은 재래 침과 뜸 봉을 피부에 얹고 뜨는 ‘직접구’ 시술을 행한다. 이는 이전부터 행해오던 전통적인 침구 시술법으로서 크기가 작고 가느다란 일회용 침이나 ‘간접구’ 시술에 비해 효과가 크다. 하지만 침 맞는 것이 아플 뿐만 아니라 뜸자리에는 한동안 흔적이 생기므로 특히 젊은 사람들일수록 이를 기피한다. 반면 노인들이나 과거 침구 시술로 효험을 보았던 사람 혹은 여러 의료기관을 다녔지만 치료가 잘 안 되는 환자들이 주로 침술원을 찾는다.

‘일구이침삼약’이란 말이 있듯이 한방에서는 침구가 시술 효과가 가장 빠르면서 비용과 시간도 적게 드는 의술임에도 불구하고, 사람들이 그 가치를 몰라주는 데 대해 원로 침구사들은 아쉬워한다. 이들은 환자들이 비록 근본적인 치료가 안 되더라도 치료방법이 용이한 측면만을 추구한다고 비판한다.

“여기는 침이 아프더라.” 카면서 안 오는 사람이 있고, “뜸은 흥이 진다.”고 하면서 안 오는 사람이 있고 …, 전부 그렇습니다. 그래서 주로 나이 많은 사람들이나 자기가 또 침과 뜸으로 병을 낫게 해본 사람들 이런 사람들은 “아! 이걸 쑥을 뜨야 된다. 재래식 침을 맞아야 된다.”고 말하지요. 재래 침구는 침을 놓고 배에도 뜸을 뜨지 않습니까? 요새 젊은 사람들은 안 한다니가요. 인제 답답하니까 오고 또 침 맞아본 사람들은 재래 침을 맞아야 되겠다고 하면서 오는 정도지요. 누가 쑥으로 뜨 가지고 흥 지는 거 좋아하며, 나중에 병을 낫게 할 값이라도 아픈데 굵은 침을 놓을라 카나요?48)

침구시술은 모두 손으로 행하는 일종의 ‘手技’ 요법이므로 상당한 신체에너지 소모와 시술 시간을 요한다. 執症을 포함하여 침구 시술에 소요되는 시간은 환자의 병증에 따라 약간씩 차이난다. 짧게는 1회 시술 시 15~20분이 소요되는데 비해 길게는 30~40분이 걸린다. 따라서 하루 동안 환자를 돌볼 수 있는 인원은 이론상으로는 최대 15~16명으로 제한된다.

2008년 3월 22일 창○침술원에서 연구자가 처음으로 침구 시술과정을 관찰했던 환자(50세, 영천 거주)의 경우 집중을 시작으로 침과 뜸 시술을 완료하는 데 22분이 걸렸었다. 당시 그 환자는 머리 부위에 피가 모이는 혈액순환 장애로 인해 열이

48) 진○엽(1924년생, 진○침술원) 제보, 2008.3.17.(3-05LH17032008진○엽001)

오르고 머리가 무거우며 심한 두통과 어지름 증세를 동반하였다. 침구사 성○도는 상응하는 치료 穴을 잡아 머리에서부터 목, 어깨, 손발, 허리, 다리, 발 부위까지 瀉血과 침, 뜸, 가벼운 안마 등을 차례로 시술해나갔다.

위장병의 경우에는 1시간 정도의 비교적 긴 留鍼을 요한다. 발목 뺨 데 사혈하는 시술은 간단하여 채 5분이 안 걸리는 때도 있다. 침구사의 술법과 방문 환자 규모 등을 비롯한 개별 사정 및 환자의 병증에 따라 침과 뜸 시술이 병행되거나 혹은 한 가지만으로 끝난다.

〈그림 5〉 뜸 시술



〈그림 6〉 사혈과 침 시술



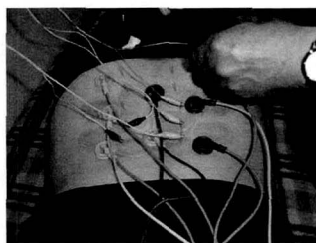
필자가 만난 침구사 중 대구의 성○도(창○침술원)와 진○엽(○침술원), 유○식(재야 침구인)은 대부분의 경우 침과 뜸을 병행 시술했다. 사혈침 전문가인 경북 구미의 박○식(박○진료원)은 사혈과 침을 위주로 하면서 필요한 경우 간간이 뜸을 부가적으로 시술했다. 반면 부산의 박○규(덕○침술원)는 침으로만 시술했다. 박○규의 경우 7명의 간호사를 고용하던 과거에는 뜸 시술까지 병행했지만, 지금은 침 시술만으로 끝낸다. 대신 뜸을 원하는 경우에는 혈 자리 표시를 해주면서 가정에서 자가 시술할 것을 권장한다.

3) 전통 침구의 현실과 전승의 어려움

침구의 장점은 신체를 온전히 보존한 상태에서 질병을 다스리며, 치료 효과가 빠르다는 데 있다. 동시에 각종 검사 등 치료하는데 경제적, 시간적인 비용이 적게

들어 서민들의 의술로 가장 적합하다. 침구 영업자의 경우에도 침과 뜸 외에 값비싼 의료장비와 시설이 필요하지 않아 경제적이다. 아울러서 위박○규의 의료실천 사례처럼 암이나 뇌졸중, 중풍, 관절염, 류머치스, 허리 디스크 등 현대의학으로 고치기 힘든 만성, 난치성 질환을 상당 부분 치료해 왔다.

〈그림 7〉 사혈 후 전기침



이와 같은 침구 의료의 효능과 장점을 인정하여 세계보건기구(WHO)에서도 오래전(1976년)부터 이를 현대의료에 병용하도록 회원국에 권장하였다. 그러면서 40여 가지 치료 항목에 대해 침구의 효능을 공인했다.⁴⁹⁾ 이로써 과거에는 동양의학의 전유물이던 것이 이제는 서구 여러 나라에서 침구를 제도화하고 있다. 양의들조차도 이를 긍정적으로 평가하고 일부는 대체의학의 하나로 수용하는 추세다.⁵⁰⁾

하지만 우리나라에서는 침구가 전통의료 영역으로 고착화되고 한의사의 면허 범위로 한정되면서 기존의 전문 침구사 제도조차도 폐지되었다. 이제는 마지막 세대의 생존 침구사들도 하나둘씩 자연 사멸하여 전문 침구 인력이 머잖아 완전 단절될 사정이다. 이에 비해 중국은 한·양방 협진체제를 원칙으로 하면서 전문 침구사를 별도로 두고 있으며, 일본은 의료일원화에 따라 의사라면 누구든지 침구를 시술할 수 있도록 되어 있다.

이러한 현실에서 문제는 한의사가 침구를 독점하면서 이를 얼마나 잘 계승·발전시키는가에 있다. 원로 침구사들은 이에 대해 상당히 우려하고 있으며 대부분은 부정적으로 인식한다. 즉 한의사들이 한민족의 사상과 정신이 깃든 전래의 고유 침구 전통을 원활히 전승하지 못함으로써 침의 종주국으로서의 위상을 지켜나가지 못한다고 평가한다. 따라서 침구사들은 1962년 의료법 개정으로 침구제도가 소멸된 이후 줄기차게 이의 부활을 위한 노력을 다방면으로 펼쳐 왔다.

하지만 이제는 수의 열세와 고령으로 더 이상 그러한 노력조차 지속하기 어려운 현실이다. 원로 침구사들은 이를 안타까워하며 전통 침구의 단절을 기정사실로 여긴다. 그러면서 서민의 의료수단으로서 가장 적합할 뿐만 아니라 침구 전문화 제도가

49) 김남수, 2003(1996), 『나는 침과 뜸으로 승부한다』, 정통침뜸연구소, 9쪽.

50) EBS 특집 다큐, 〈0.2mm의 비밀, 침(鍼)〉, 2007. 5. 24.

여러 나라로 확산되는 추세에 역행되게 전통 침구의 단절을 초래케 한 경쟁 집단과 정부 당국에 대해 다음과 같은 서운한 감정을 토로한다.

우리나라에서 [침구가] 왜 발전 못했는가 하는 것은 현대의학에 눌려가지고 빛을 못 보아서 그렇지요. 서민들이 돈 적게 들지요, 밀천 안 들지요. 그렇잖아요? 많은 병이 돈 적게 들고 침으로 해결될 수 있는데, 왜 이걸 허가를 안주나 이 말입니다. 이 좋은 치료법을 왜 좀 보급을 못 시키는가 생각하면 참 안타깝지요. 중국이나 스리랑카, 미국 등에도 이거 허가가 있습니다. 우리나라에만 침구법이 없습니다. 현재 양의사는 중립이구요. 그런데 한의사는 목숨 걸고 반대합니다. 자기 밥그릇 뺏기거든요.⁵¹⁾

위 박○규의 주장에 의하면, 침구제도의 부활은 이제 한의사단체의 강력한 반대로 불가능한 상황이다. 의사집단의 중립적 입장은 과거 의료법 개정으로 기존의 침구법이 소멸되는 과정에서 반대하던 상황에 비추어본다면 크게 달라진 태도 변화다. 이는 침구제도의 부활을 계기로 의사들도 대체 혹은 보완의료의 측면에서 이를 병용해보려는 속셈으로 풀이된다. 이에 대해 한의사계는 한의학의 주변화와 업권의 분점을 초래하여 한의학의 정체성을 약화시키고 양의학 중심의 의료일원화로 이어지지 않을까 하는 염려로 극구 반대한다.

원로 침구사들은 시술자와 환자 모두에게 이득이 되고 의료 경쟁력까지 갖춘 침구제도가 업권의 이해관계에 의해 소멸 단계에 다다르고 있음을 안타까워한다. 특히 한의계가 침구 전통을 계승한다고 하면서 현실적으로 그러하지 못함에 대해 더 크게 염려한다. 침구사의 입장에서는 침구대학을 설립하여 전문 인력을 양성하든지 아니면 자격 검증장치를 통해 침구협회나 관련 학회 차원에서 양성해 놓은 상당수 침구 예비인력 중 우수자를 선발하여 전통 침구를 계승해나가길 기대한다.

국회에서 침구사법을 통과만 시켜주면 지금 3천명이 대기하고 있습니다. 자격증 없는 인재가요. 침구 기술을 배우고도 법이 없기 때문에 시술을 못하고 있잖아요. 중국에서 침술 자격 받은 사람들도 더러 있어요. 북경대학을 졸업한 유명

51) 박○규(1924년생, 덕○침술원) 제보, 2008.5.8.(3-04LH08052008박○규001).

한 [침구]박사가 왔는데도 못합니다. 내가 생각할 때는 우리 세대에는 안 되시
싶어요. 국회 안에서도 침구법을 통과시키려고 하지만, 숫자가 모자라니까 통과
를 못시키죠.⁵²⁾

현실적으로는 침구협회 차원에서 민간자격 형식으로 아무리 유능한 인재를 길러
놓아도 면허 없이는 침구술을 펼칠 수 없다. 중국의 北京中醫學院과 中國國際鍼灸考
試中心으로부터 각각 A, B급 공인 침구사 자격증을 획득한 유○식의 사례처럼 상당
수 재야 침구사들은 중국과 미국 등지에서 침구 자격을 취득했다. 하지만, 이들
역시 침구제도가 부활되지 않는 한 정상적인 영업이 불가능하다.

침구법 부활을 위한 상당한 노력에도 불구하고 번번이 좌절된 한계상황에서 원로
침구사들은 '인재를 키워도 합법적으로 침구 영업을 행할 수 없으므로 범법자만 양산
하는 꼴'이라며 인력 양성 노력조차 헛일로 생각한다. 그런 반면 '뜸사랑회'나 '대한침
구학회', '수지침학회' 등 일부 관련 단체는 수천, 수만석의 회원을 규합하여 침구
전통을 이어나가기 위한 노력을 소홀히 않는다.

이들은 국내외 의료 소외지역이나 계층에 대한 침구 봉사활동을 하거나 일부는
비공식적으로 침구 의료업을 해나간다. 이들 중에는 침구에 대한 탁월한 능력을
지닌 사람도 있어서 알음알음으로 찾아오는 만성, 난치성의 질환자들을 치료해준다.
경찰공무원 출신으로서 40여 년 동안 '양도락(良導絡)침구법'으로 난치성 류머리스
관절염을 많이 치료해온 유○식은 그러한 대표적인 사람이다. 그는 탁월한 침구술로
한때 많은 환자들의 병을 다스리기도 했지만, 이름이 알려지자 무면허자라는 이유로
수차페나 법적인 처벌까지 받았다.⁵³⁾

이처럼 비제도권의 재야 침구사들은 간판을 내걸 수 없음은 물론 단속당하지 않을
까 하는 불안 속에 비밀리에 침구 영업을 해왔다. 이들은 비록 국가로부터 자격을
인정받지는 못할지라도, 단절의 기로에 선 침구 전통의 한 자락을 이어나가고 있는
귀중한 존재들이다. 제도권 한의학 교육체계를 통해 침구 전통을 온전히 계승하기
위한 분명한 방안을 강구하든지 아니면 엄정한 자격 공인시스템에 의해 재야의 침구
사들을 침구 전승의 주체로 인정해야 하는 선택의 기로에 서 있다.

이러한 상황에서 원로 침구사들은 천직으로 여기며 평생 동안 연마해온 침구 지식

52) 박○규(1924년생, 덕○침술원) 제보, 2008.5.8.(3-04LH08052008박○규001).

53) 유○식(1929년생, 재야침구사) 제보, 2008.3.26.(3-05LH26032008유○식001)/2008.4.5.

과 기술의 후대(직계) 계승에 대해서는 상반된 시각을 갖는다. 박○규는 침구 인생이 너무 힘들어 자식들은 좀 더 편한 직업을 가질 것을 희망하며 처음부터 권유조차 하지 않았다.⁵⁴⁾ 반면 성○도는 자녀 중 하나라도 자신의 업을 계승하길 바라는 마음에서 군인 출신으로 공직생활을 하는 2남에게 틈틈이 침구를 가르쳐 상당 수준이 되었다.⁵⁵⁾ ‘무극보양뜸’으로 유명한 94세의 원로 침구사 김남수(1915년생, 남수침술원, 서울)도 침구법이 복구되지 않아 무용지물이 될지라도 전통 침구의 맥을 이어야 한다는 생각에서 자녀들에게 10년, 20년씩 침뜸술을 가르쳤다.⁵⁶⁾

침구사 제도의 부활을 위한 노력을 다했음에도 불구하고 대세에 밀려 이의 소멸을 목전에 둔 현실이지만, 원로 침구사들은 자신의 업에 대해 큰 보람과 긍지를 느낀다. 이들은 이구동성으로 인술 실천의 자세로 환자들의 병고를 다스려온 점과 현대의학으로도 불가능한 만성 불치의 질병을 치료한 것에 대해 큰 자부심을 갖는다.

5. 맺음말

침구는 약물과 물리요법, 정신요법과 더불어 전통의료의 핵심을 이루는 분야로서 ‘침의 종주국’이라는 위상처럼 민족의학의 상징이다. 선조들은 오래 전부터 신체의 경락과 경혈에 침구 자극을 가해 정체된 기혈을 다스림으로써 여러 질병에 대처해 왔다. 조선시대는 약의, 종의 등과는 구별되게 침의를 별도로 둬으로써 침구를 전통 의료의 전문 분야로 육성했다. 따라서 전통 침구는 인체관과 세계관, 질병관, 자연관을 함의하는 민족문화의 정수로서 건강과 질병 치유의 범세계적인 상징이자 소통의 매개수단이기도 하다.

이와 같은 전통 침구는 의료의 근대화 과정에서 비과학적이고 전근대적이라는 이유로 전문 침구사를 충원하기 위한 관련 제도가 소멸되었다. 그 과정에는 ‘전통’을 폄훼하는 시대적 분위기와 업권 확대를 위한 경쟁적 의료집단의 힘의 논리가 개재되

54) 박○규(1924년생, 덕○침술원) 제보, 2008.5.22.(3-04LH22052008박○규001).

55) 성○도(1924년생, 창○침술원) 제보, 2008.5.21.(3-05LH21052008성○도001).

56) 김남수, 앞의 책, 6쪽.

어 있다. 침구사들은 이에 맞서 각각도로 침구법 부활을 위한 노력을 다했음에도 불구하고 번번이 좌절되었다.

광복을 전후한 시기에 침구에 입문하여 자격을 인정받은 500~600명의 전문 침구사들이 이제 남김없이 자연 소멸될 시점에 있다. 이들은 전국적으로 50명이 되지 않는데다 대부분 80세를 넘긴 고령으로서 몇몇을 제외하고는 정상적인 영업활동조차 불가능하다. 따라서 이들이 평생 동안 연마해온 침구 지식과 기능을 비롯한 생활경험의 기억과 관련 관행, 물증, 문서 등의 소중한 문화 사상들도 사람의 인멸과 함께 하나둘씩 시야에서 사라지고 있다.

이러한 배경에서 계획된 이 글은 전통 침구의 단절과정과 존립 양상을 통해 소멸 중인 침구업과 침구사의 생활문화를 이해하고 기록으로 남기는 데 가장 큰 목적을 두었다. 자료를 다루는 방식과 서술 양식에서 과학적 엄밀성과 객관성의 결여라는 비판이 예견되에도 불구하고, 원로 침구사 스스로의 인식과 경험에 주목하여 논지를 전개하는 이유도 여기에 있다. 따라서 이 글은 치열한 논쟁을 통한 정치한 이론의 도출보다는 전통 침구 전승 주체의 시각과 인식, 경험의 맥락에서 '있는 그대로의 삶의 방식'을 이해하려는 데 일차적 목적을 둔다.

원로 침구사들이 평생 동안 침구업을 해오는 과정에서 축적한 전통 침구 지식과 기술뿐만 아니라 다양한 임상 경험과 노하우, 소장 중인 관련 문서와 물증들은 '전통'의 귀중한 문화자산이다. 특히 현대의학으로 해결 불가능한 만성, 난치성 중증 질환들을 치유했던 전통 침구의 경험적 노하우와 지식·기술 영역은 현대적인 재해석을 통해 활용·보존·전승할 가치가 상당하다. 이들이 오랜 기간 축적해온 '경험지'(experience knowledge)가 '명시지'(explicit knowledge)에 비해 과학적 엄밀성은 다소 덜할지라도, 경우에 따라서는 전통의료 발전을 위한 큰 자산이 될 수도 있다. 이런 점에서 원로 침구사들이 전승해온 침구 전통의 의료문화사적 가치를 민족문화의 계승·발전이라는 맥락에서 면밀히 검토·수렴할 필요가 있다.

참 고 문 헌

『山海經』

『黃帝內經』

『鮮滿의 衛生』, 1938년 3월호

김남수. 2003(1996). 『나는 침과 뜸으로 승부한다』. 전통침뜸연구소.

김두중. 1996. 『韓國醫學史』. 探究堂.

김재홍 외. 2003. 「五行鍼을 응용한 六氣鍼에 관한 研究」. 『대한침구학회지』 20(1). 대한침구학회.

남동우 외. 2007. 「癌에 대한 鍼治療의 연구동향」. 『대한침구학회지』 23(1). 대한침구학회.

박상민 외. 2005. 「특발성 파킨슨병 환자의 뜸치료 효과」. 『대한침구학회지』 20(2). 대한침구학회.

박정규. 2003. 『死線을 넘고 넘어』. 팔순기념회고록간행위원회.

박춘하 외. 2003. 「留針에 관한 文獻의 研究」. 『대한침구학회지』 20(1). 대한침구학회.

백두현. 2002. 「『침구경험방언해』의 해제와 주역」. 『嶺南學』 2. 경북대학교 영남문화연구원.

孫弘烈. 1987. 『韓國中世의 醫療制度研究』. 수서원.

신동원. 2002. 「1910년대 일제의 보건의료 정책-한의학 정책을 중심으로-」. 『한국문화』 32. 서울대학교 한국문화연구소.

신동원. 2004. 「조선 후기 의원의 존재 양태」. 『한국과학사학회지』 26. 한국과학사학회.

윤동업 외. 2006. 「약쑥 엑스제 뜸방식에 관한 연구」. 『대한침구학회지』 23(4). 대한침구학회.

이덕일. 2005. 『조선왕 독살사건』. 다산초당.

이동휘 외. 2004. 「古代의 經脈 診斷法 중 十二經標本脈診法에 관한 研究」. 『대한침구학회지』 21(1). 대한침구학회.

조병희. 2003. 「침구영역을 둘러싼 전문직간의 갈등」. 『보건과 사회과학』 14. 한국보건사회학회.

조장희 외. 2004. 「침의 진통효과」. 『대한침구학회지』 21(2). 대한침구학회.

한국한의학연구소. 1996. 『高麗時代 以前 韓醫藥學에 關한 研究』.

〈구술자료〉

- 박○식(1934년생, 박○진료원) 제보, 2008.6.6.(3-05LH060602008박○식001)
박○규(1924년생, 덕○침술원) 제보, 2008.5.8.(3-04LH080502008박○규001)
박○규(1924년생, 덕○침술원) 제보, 2008.5.22.(3-04LH22052008박○규001)
성○도(1924년생, 창○침술원) 제보, 2008.5.21.(3-05LH21052008성○도001)
성○도(1924년생, 창○침술원) 제보, 2008.3.22.(3-05LH22032008성○도001)
유○식(1929년생, 재야침구사) 제보, 2008.3.26.(3-05LH26032008유○식001)
유○식(1929년생, 재야침구사) 제보, 2008.3.26.(3-05LH26032008유○식002)
유○식(1929년생, 재야침구사) 제보, 2008.4.5.
진○엽(1924년생, 진○침술원) 제보, 2008.3.17.(3-05LH17032008진○엽001)
진○엽(1924년생, 진○침술원) 제보, 2008.3.19.(3-05LH19032008진○엽001)

(2008. 11. 14 접수; 2008. 12. 15 채택)

박경용

경북대학교 고고인류학과에서 학사, 석사를 마치고, 영남대학교 문화인류학과에서 박사 학위를 받았으며 현재 영남대 민족문화연구소 학술연구교수로 재직 중이다. 논저로는 “원로 한의사의 의료적 실천과 문화적 함의”, “한약 전통의 계승과 단절-한약업사의 가업 계승을 중심으로-”, “구술 생애사를 통해 본 한약업사의 한약 입문과 전승방식”, 『한국민중구술열전①-이두이1925년12월25일생-』, 『20세기 한국 민중의 구술자서전4. 노동자 편-굽은 어깨, 거칠어진 손-』 등 다수가 있다. 20세기민중생활사 중 의료생활사의 기록과 해석 작업에 특히 관심을 갖고 있다.

Email : bkyong@ynu.ac.kr

could be called a Confucianist who is a descendant of Dae-Gaya active during Shilla dynasty. He denies the status system of that time and argues that all human beings must get the same treatment based on the equality of confucianism.

In Koryo dynasty, Confucianist education was performed as government officials were dispatched to Goryeong area. In such background, Shinsuk appears as a central government official based on the Confucianist knowledge. He is highly valued as a retainer who spoke out to the ruler. He emphasized an open sense of value that a ruler must not lean toward a certain class and must treat everyone.

The Extinction and the Existence Aspects of Traditional Acupuncture & Moxibustion

Bak, Gyeong-Yong(Yunnam University)

Key words : acupuncture & moxibustion, acupuncture, moxa combustion,
a specialist of acupuncture & moxibustion, oral life history,
traditional medicine

This paper analysed the history, the extinction and the existence aspects of Korean acupuncture & moxibustion through the oral life history of an acupuncturist. There have been acupuncture & moxibustion long ago after the Paleolithic period in Korea and regarded it as 'origin of acupuncture' by Chinese acupuncturist. But the system of Korean acupuncture & moxibustion was abolished in the early 1960s because of the trend of modernity and the severe competition for right extension. Therefore, traditional acupuncture & moxibustion has been extinct gradually as the elder specialists of acupuncture & moxibustion have been dying. The extinction of traditional acupuncture & moxibustion is as much as loss of

an important one of a national culture, not simple disappearance of one job in a specialist of acupuncture & moxibustion. It is a loss of an important traditional medicine, a part of national culture. We all would draw up a scheme for preservation and succession of it.

The Recent Status of Confucian Studies in Academic World of Korean Social Sciences: 1997-2006

Lee, Young-Chan(Keimyung University)

Key words : Confucian politics, Confucian administration, Confucian law, Confucian economics.

This paper aims to make the statistic analysis of the present status of Confucian studies in academic world of Korean social sciences - politics, law, administration, economics - and to offer the list of books and papers which are published in this academic world for the last 10 years (1997-2006). According to the surveys, the number of social scientists who have participated in Confucian studies were 47. Among these, 36 were political scientists and 2 were economists. Seven people studied law and four people studied administration. Total 38 books, during this time, were published: there were 23 about political science, 10 about law and 5 were about administration. In addition, 214 papers were written: 151 were on politics, 40 , on law, 11, on administration, and 2 were on economics. The papers of Confucian politics were published in 62 academic journals and those of law, administration, economics were published in 21, 10, 2 academic journals, respectively.

The list of academic achievements is attached in the appendix at the end of this

[남에서 본 전통의학] 민족의학 그리고 남북 전통의학 교류 - 남북 민족의학 통합, 시너지 대단할 것

저자 (Authors)	손중양
출처 (Source)	민족21 , 2009.12, 50-53 (4 pages) BOOKMAGAZIN MINJOG21 , 2009.12, 50-53 (4 pages)
발행처 (Publisher)	민족21 Minjog21
URL	http://www.dbpia.co.kr/Article/NODE01288531
APA Style	손중양 (2009). [남에서 본 전통의학] 민족의학 그리고 남북 전통의학 교류 - 남북 민족의학 통합, 시너지 대단할 것. 민족21, 50-53.
이용정보 (Accessed)	영남대학교 165.229.4.*** 2018/07/27 07:41 (KST)

저작권 안내

DBpia에서 제공되는 모든 저작물의 저작권은 원저작자에게 있으며, 누리미디어는 각 저작물의 내용을 보증하거나 책임을 지지 않습니다. 그리고 DBpia에서 제공되는 저작물은 DBpia와 구독계약을 체결한 기관소속 이용자 혹은 해당 저작물의 개별 구매자가 비영리적으로만 이용할 수 있습니다. 그러므로 이에 위반하여 DBpia에서 제공되는 저작물을 복제, 전송 등의 방법으로 무단 이용하는 경우 관련 법령에 따라 민, 형사상의 책임을 질 수 있습니다.

Copyright Information

Copyright of all literary works provided by DBpia belongs to the copyright holder(s) and Nurimedia does not guarantee contents of the literary work or assume responsibility for the same. In addition, the literary works provided by DBpia may only be used by the users affiliated to the institutions which executed a subscription agreement with DBpia or the individual purchasers of the literary work(s) for non-commercial purposes. Therefore, any person who illegally uses the literary works provided by DBpia by means of reproduction or transmission shall assume civil and criminal responsibility according to applicable laws and regulations.

민족의학 그리고 남북 전통의학 교류

남북 민족의학 통합, 시너지 대단할 것

약재 위주의 남쪽 한의학, 침과 뜸을 주로 사용하는 북의 고려의학. 과연 남과 북의 전통의학이 결합한다면 어떤 시너지 효과를 기대할 수 있을까. 지난 2004년 최초로 남북의 전통의학 전문가들이 모인 '통일 침뜸학술토론회'에 직접 참가한 바 있는 손중양 (사)허임기념사업회 상임이사가 남북 전통의학의 시너지 효과를 짚어보았다.

손중양 (사)허임기념사업회 상임이사

북의 전통의학 중심은 고려의학과학원이다. 따라서 전통의학에 관한 남북간 교류협력사업도 고려 의학과학원이 맡고 있다.

지난 2003년 8월 필자는 '국호영문표기 남북역사학자토론회' 방북팀에 합류해 89세의 침구사 김 남수 뜸사랑 회장과 평양을 방문했다. 방북 중 묘향산에서 조선아시아태평양평화위원회 리종혁 부위원장과 침뜸교류에 관한 전반적인 의견을 교환하고, 고려의학과학원과 침뜸학술토론회 개최를 협의했다. 그리고 이듬해 2월 평양 고려의학과학원에서 제1차 통일침뜸학술토론회를 가졌고, 9월에 금강산에서 제2차 토론회를 개최했다. 그후 남북관계가 경색되는 바람에 더 이상 계속되지는 못했지만 남북의 의학 관계자들이 모여 각기 연구한 학술과 임상경험을 발표한 것은 대단히 뜻깊은 일이다. 그 경과와 내용을 되새겨 보고, 북 전통의학의 발전양상을 살펴보기로 한다.

제1회 통일침뜸학술 토론회 “세계 으뜸 의술로 만들자!”

제1회 통일침뜸학술토론회는 평양 고려의학과학원에서 2004년 2월 26일 남북의 전통의학 관계자 100여 명이 참석한 가운데 개최됐다.

“오늘 우리 북과 남의 침구학자들은 처음으로 한자리에 모여 앉아 침구술 문제를 가지고 이야기를 나누게 되었습니다.”

고려의학과학원 현철 부원장은 이렇게 개막사를 시작했다. 고려의학과학원 3층 강당을 가득 메운 참석자들을 향해 현 부원장은 “우리 선조들이 수천년을 내려오면서 창조하고 발전시켜온 침구술은 우리 민족의 귀중한 문화유산 중 하나”라며 “우리 민족의 자랑인 침구술을 더욱 발전시켜 세계에서 으뜸가는 의술로 만들어 나가자”고 소리를 높였다.

이어 현철 부위원장은 ‘우리나라 침구학 발전의 실태와 전망’이라는 제목의 주제발표를 했다. 그는 1960년도 이전까지만 해도 북 의료계에서 침뜸을 ‘홀시’ 하는 경향이 있었다고 전했다. 하지만 신 의학(현대의학)과 전통의학을 올바르게 배합해 이제 북에서는 ‘고려약’과 함께 전통의학의 양대 축

인 침구학이 '자기발전의 전면적인 개화기'를 맞이하고 있다고 말했다.

남측 발표자 김남수 회장은 '통증 없고 흉터 없는 화상 침치료'라는 제목으로 화상을 침으로 치료하는 방법을 소개했다. 김 회장의 임상경험으로 개발한 화상침치료법으로 3도 화상을 입었다는 가스배관공의 얼굴 화상 상처가 20일도 안 돼 흉터 없이 치료된 사진을 보고 일제히 놀라워 했다. 김 회장은 "남에서는 현대의학과 침구학이 결별되어 있어 안타깝다"며 "침구학을 현대의학과 결합하여 발전시키는 북에서 화상침치료법을 과학적으로 규명하여 널리 알려달라"는 주문을 덧붙였다.

다음은 "모든 의학을 하나로 합친 전일의학 창출에 심혈을 기울이고 있다"는 전세일 포천중문의대 대체의학대학원 원장이 발표에 나섰다. 그는 철학적이고 형이상학적인 침구학을 현대과학적으로 규명하는 방법을 '해부조직학적 연구' '전기자장학적 연구' '내분비학적 연구' '정신심리학적 연구' 등 네 가지로 나누어 설명했다.

마지막 발표자는 60이 넘어 보이는 북측의 여성 학자였다. 고려의학과학원의 침구연구실 실장을 맡고 있다는 김숙영 선생은 '경혈신경도 작성의 기초에 대한 임상생리학적 연구'라는 제목으로 침의 자극이 인체에 어떻게 영향을 미치는지에 대해 과학적으로 연구한 결과를 도표와 그림을 이용하여 조용한 어조로 설명했다.

이 토론회에는 발표자들 외에도 남측에서 침술연합회

이석기 회장, 한중이혈학회 이현중 회장 등 침구단체 관계자들과 전주대학교 대체의학대학 오홍근 박사 등 현대의학을 전공하고 대체의학분야에 대해 많은 연구를 한 이들이 여럿 참석했다.

제2회 통일침뜸학술토론회 북의 과학적 연구성과 선 보여

제2회 통일침뜸학술토론회는 2004년 9월 11일부터 이틀 동안 금강산에서 '고구려 유적 남북공동전시회'와 함께 개최됐다. 남북의 침뜸관계자 70여 명이 참석해 약 1시간 반 동안 뜨거운 관심 속에 진행된 이날 침뜸토론회에서 남측은 김남수 선생과 의사 손봄들 선생이 '침뜸동시시술에 대한 검토'와 '침뜸동시시술의 진료사례'를 주제로 각각 발표했다.

북측에서는 고려의학과학원 침구연구소 소장 려경선 학사가 '뜸사랑과의 간담회 기본발언문'을 통해 침뜸토론회에 대한 소감과 고려의학과학원을 소개했다. 이 자리에서 고려의학과학원 려경선 침구연구소 소장은 고려의학의 특징과 전망을 다음과 같이 압축적으로 표현했다.

"우리는 앞으로 현대의학과 고려의학을 결합해 현대의학의 부족한 부분을 극복하고 고려의학의 치료효과를 더 높임으로써 우리 인민들의 생태적 특성에 맞는 우리식 주체의학을 세계적 수준으로 발전시켜 나갈 것입니다."

여기서도 고려의학은 현대의학과와의 결합을 강조하고 있다. 이날 고려의학과학원 침치료실 구승일 의사는 이런 기

■ 침뜸의 역사와 조선시대 침뜸의 대가 허임 선생의 생애에 대해 설명하고 있는 필자(오른쪽). 현재 북의 침구학은 남쪽의 수준을 훨씬 뛰어넘는 것으로 알려진다.



조 위에서 연구한 ‘침뜸치료 경험자료’를 발표했다.

그는 고려의학에서 침구치료와 연구사업의 목표와 방향은 환자들에게 고통을 적게 주면서 치료기일을 단축하며 완치확률을 높이고, 쉽게 치료할 수 있는 침뜸 치료방법들을 난치의 질병별로 완성하는 것이라고 말했다. 그리고 두 번째는 세계보건기구가 임상실험을 기초로 침으로 치료가 가능하다고 발표한 질환과 불가능하다고 발표한

질환, 침치료는 가능하나 특별한 현대의학지식과 적절한 검사장비가 요구되는 질환, 침치료의 효과를 입증하였으나 임상자료가 더 필요한 질환에 대해 치료방법을 개발한다는 것이다. 세 번째는 침치료로 현저한 효과를 입증한 질환, 그 가운데서도 현대의학적 치료나 다른 치료들로는 어렵지만 침치료로 효과를 볼 수 있는 질병들에 대한 완성된 침치료 방법을 확립하는 것이라고 밝혔다.

남측에서는 김남수 회장이 ‘침뜸 동시 치료에 대한 성과’에 대해 발표하고, 침뜸 연구소 연구위원으로 의사 손봄들 선생이 ‘임상사례’를 발표했다.

남측 발표는 동양의학의 고전으로 알려진 황제내경에서 “침하면 뜸하지 못하고 뜸하면 침하지 못한다”고 하고 있고, 《동의보감》 침구편에도 침과 뜸은 동시에 하면 안 된다고 한 것에 대해 새로이 해석하고 임상경험을 발표하면서 “침과 뜸을 동시에 할 수도 있다”는 점을 강조했다. 즉 오늘날 가느다란 호침과 작은 뜸으로 시술할 경우는 침과 뜸을 동시시술 해도 되고, 그 치료효과가 침이나 뜸 한 가지만 했을 때 보다 오히려 더 높다는 주장이다.

신의학과 배합·침뜸 중시

북은 의료정책의 주요 목표에서부터 전통의학을 ‘주체의학’으로 존중하고 장려했다. 북은 국가정책에 의해 전통 민간의술을 과학적으로 또는 임상의학적으로 연구해 상당 수준의 성과를 거두고 있다. 침뜸학술토론회를 주선하는 과정에서 확인한 북의 고려의학은 남쪽의 한의학과는 사뭇 다른 모습이었다.

약을 위주로 하여 명맥을 유지해온 남의 한의학(또는 한의사)과 북의 고려의학을

남북정통의학 통합을 위한 과제

기계적 통합보다 이질성 극복이 선행되어야

반세기 가까운 시간 동안 단절되었던 남북전통의학 체계는 동일한 질병 혹은 증상에 대한 치료법부터 사용되는 용어에 이르기까지 적지 않은 차이점을 발생시켰다. 때문에 남북전통의학의 통합은 상호 이질성 극복에서부터 시작되어야 한다. 2000년 남북정상회담 이후 각 분야에 걸쳐 남북 간의 적지 않은 교류가 있어 왔지만, 전통의학 부문에 교류는 상대적으로 활발하지 못한 측면이 있다. 이는 향후 극복해야 할 과제로 남아 있다.

남의 한의학과 북의 고려의학의 통합을 준비함에 있어 가장 우선시 되어야 할 것은 인적 교류의 정례화와 공동연구다. 이를 위해 각종 보건의료 전문가와 보건 의료인의 상호 공식방문 통로를 개설할 필요성이 있다. 이는 남쪽의 대한한 의사 협회와 북의 상응하는 단체의 정기교류 및 공동학술토론회 개최 등 다양한 방법으로 시작할 수 있다. 상호 방문이 쉽지 않다면 제3국에서의 학술활동을 지원함으로써 점차 확대해 나갈 수 있다.

아울러 한국한의학연구원과 고려의학과학원의 상호 인적·물적 교류를 시작해야 한다. 객관적인 규모와 활동 면에서 북이 우리보다 앞서 있다는 점을 감안해 고려의학과학원에 남쪽의 연구원을 파견하는 방안도 고려해 볼 수 있다.

또한 북의 고려약 수입과 남쪽의 진단 및 치료 기기의 지원도 통합을 위한 매개체 역할을 할 수 있다. 고려약은 남쪽에서 아직까지 완전한 검증이 이루어지지 않았지만 해외에서 그 효능을 인정받은 것들도 상당수 존재한다. 비교적 효능이 입증된 약부터 수입함으로써 북의 전통의학에 대한 이해 증진과 더불어 경제협력의 효과도 함께 얻을 수 있다는 장점이 있다.

인도적 대북지원의 짧은 역사 동안에도 비교적 많은 의료시설이 남쪽의 지원으로 북에 세워졌다. 그러나 한의학 전문병원엔 찾아보기 힘들다. 남북 합작투자 형식으로 현대식 전통의학병원을 설립하고 그 운영을 지원하거나 공동으로 꾸려가는 방안도 생각해 볼 수 있다.

그밖에 대학생 의료봉사활동 지원, 보건 의료인들의 상호 교환방문, 고려의학 전문가의 국내 대학 초빙, 난치병 환자 상호 협력치료, 특수 임상병리검사의 실시 등도 남북전통의학 통합을 위한 작은 첫걸음이 될 것이다.



■ 2004년 평양과 금강산에서 열린 1·2차 통일 침뜸학술토론회는 남북 전통의학 전문가들이 처음으로 만난 매우 뜻 깊은 자리였다. 남북의 전문가들은 서로의 장·단점을 보완해 더욱 훌륭한 전통의학을 만들어가자고 다짐했다.



동일한 것으로 보는 것은 피상적인 이해다. 북의 고려의학은 현대의학과 적극적인 배합이 이루어지고, 침구와 민간요법을 중심으로 발전되어 왔다.

김일성 주석은 “동의학과 신의학을 옹계 배합하여 발전시키는 것은 인민보건사업에서 우리 당이 견지하고 있는 중요한 방침”이라고 강조한 바 있다. 이렇듯 북에서는 신의치료 즉 현대의학적 치료방법과 전통의술의 배합을 대단히 중시 여긴다.

이러한 배합을 남측 사람들은 이해하기 어렵다. 남에서 전통의술은 한의사만 쓰도록 하고, 현대의학은 의사들만 쓰도록 하고 있기 때문이다. 이렇게 의료수단을 현대의학과 전통의학으로 구분해 특정 의료집단이 독점하는 경우는 세계적으로도 유례가 없다. 의료인이 의료수단 선택을 제한하도록 하면 환자치료에서도 효과적이지 못하고, 의학의 발전을 현저히 저해하기 때문이다.

북도 동서양의 의술을 과학적으로 검증하고 서로 배합해 모든 의료인들이 적극적으로 환자치료에 쓰도록 권장하고 있다.

북의 고려의학은 동약(고려약)보다는 침뜸과 수법치료와 민간요법을 중심으로 발전해 왔다고 할 수 있다. 의대의 고려의학부에서도 동약보다는 침구에 중점을 두고 교육시키고 있고, 임상에서도 침구중심이다. 고려약사(동약

사)는 별도로 양성된다.

북에서 침구는 의료체계 상에서 차지하는 비중이 다른 사회보다 큰 것으로 보인다. 침구의 교육 및 시술 제도화가 신의학의 경우와 다름없고, 활용되는 정도도 높다. 고려의학과학원 침구연구소 관계자는 전체 환자의 60% 이상을 침이나 뜸으로 진료한다고 전했다. 진료소 단위에서는 그 비중이 더욱 높아 환자의 80% 이상을 침뜸으로 진료한다고 한다. 이러한 경향은 약재를 구하기 어려운 현실도 한몫을 한 것으로 풀이된다.

1990년대 이후 의약품 조달이 어려워지고, 장비의 열세 등을 보이면서부터는 신의학보다 침뜸치료와 자연치유, 민간요법을 더욱 강조한 것으로 보고되고 있다. 따라서 비용적 측면에서 저비용인 전통의술을 주로 쓸 수밖에 없는 사정인 것으로 전해진다.

남쪽의 의학은 현대의술 중심으로 치우쳐 있다. 전통의학도 제도권 안에서는 한약을 중심으로 발전해 왔다. 이러한 불균형은 또 다른 측면에서 의약품의 남용과 현대의학의 과잉진료로 국민건강과 의료재정을 피폐하게 만들고 있다. 남쪽의 앞선 현대의술과 북쪽의 축적된 경험, 과학적 연구가 더해진 전통의술이 서로 협력할 수 있다면 통일된 나라의 우리 의술은 저비용 고효율의 훌륭한 민족의학으로 발전될 수 있을 것이다. [2]



무면허 의료행위 형사처벌의 타당성

Unlicensed practice of medicine on the validity of the penalty

저자 (Authors)	하태인 Ha Tae-In
출처 (Source)	법학연구 51(3) , 2010.8, 187-220 (34 pages) LAW REVIEW 51(3) , 2010.8, 187-220 (34 pages)
발행처 (Publisher)	부산대학교 법학연구소 Institute of Law Studies PUSAN NATIONAL UNIVERSITY
URL	http://www.dbpia.co.kr/Article/NODE01578204
APA Style	하태인 (2010). 무면허 의료행위 형사처벌의 타당성. 법학연구, 51(3), 187-220.
이용정보 (Accessed)	175.214.85.*** 2018/08/09 18:28 (KST)

저작권 안내

DBpia에서 제공되는 모든 저작물의 저작권은 원저작자에게 있으며, 누리미디어는 각 저작물의 내용을 보증하거나 책임을 지지 않습니다. 그리고 DBpia에서 제공되는 저작물은 DBpia와 구독계약을 체결한 기관소속 이용자 혹은 해당 저작물의 개별 구매자가 비영리적으로만 이용할 수 있습니다. 그러므로 이에 위반하여 DBpia에서 제공되는 저작물을 복제, 전송 등의 방법으로 무단 이용하는 경우 관련 법령에 따라 민, 형사상의 책임을 질 수 있습니다.

Copyright Information

Copyright of all literary works provided by DBpia belongs to the copyright holder(s) and Nurimedia does not guarantee contents of the literary work or assume responsibility for the same. In addition, the literary works provided by DBpia may only be used by the users affiliated to the institutions which executed a subscription agreement with DBpia or the individual purchasers of the literary work(s) for non-commercial purposes. Therefore, any person who illegally uses the literary works provided by DBpia by means of reproduction or transmission shall assume civil and criminal responsibility according to applicable laws and regulations.

무면허 의료행위 형사처벌의 타당성*

하 태 인**

目 次

- | | |
|---------------------|----------------------|
| I. 들어가며 | III. 대체의료행위의 허용과 제도화 |
| II. 무면허 의료행위의 법적 평가 | IV. 마치며 |

I. 들어가며

암 말기 판정을 받고 병원에서 치료를 포기한 환자는 어떠한 행동도 하지 말고 그저 다가올 죽음을 기다려야만 하는가, 또 어머니가 바늘로 찌른 아이의 손을 따는 경우에 이를 의료법 위반이라 할 수 있는가, 매우 급박한 환자가 발생한 경우에 의료기술이 있음에도 불구하고 의사가 아니라는 이유로 치료행위를 하지 못하도록 종용하고 있는 의료법은 과연 타당한가? 또 한의사가 물리치료를 고용해 한방물리치료를 시켰다면 의료법위반 교사죄가 된다는 법원의 판단¹⁾이 과연 타당한가라는 점에서 본 연구는 시작

■ 투고일자 : 2010년 7월 15일, 심사일자 : 2010년 7월 30일, 게재확정일자 : 2010년 8월 6일.

* 본 논문은 2008년 성균관대학교 BK21 글로벌과학기술법 전문가 양성사업단에서 주최한 제2차 대학원 연합 심포지움(2008.6.26)에서 발표한 내용을 수정·보완한 것임.

** 부산대학교 법학연구소 전임연구원, 법학박사

한다.

현행 의료법은 의료인이 아니면 누구든지 의료행위를 할 수 없으며 의료인도 면허된 것 이외의 의료행위를 할 수 없도록 규정(제27조 제1항)하고, 이에 위반할 경우 5년 이하의 징역이나 2천만 원 이하의 벌금에 처하도록(제87조)하고 있다. 또한 이를 영리목적 또는 업으로 한 경우에는 무기 또는 2년 이상의 징역에 처하며, 100만 원 이상 1천만 원 이하의 벌금을 병과 한다고 규정(보건범죄단속하의 징역특별조치법 제5조)하고 있다. 따라서 이러한 의료법 하에서는 일정한 영역에서 의료에 관한 지식과 기능을 가지고 있지만 국가가 인정하는 의료인인의 자격을 갖추지 못한 자(이하 ‘비의료인’이라 한다)의 의료행위에 대한 처벌뿐만 아니라 면허가 있다고 하여도 양의사(한의사와 구분하기 위함이다)들은 한의학적 의료행위를 하여서는 아니 되며, 한의사 또한 서양의 의료행위를 해서는 아니 되고, 의료인과 비의료인의 의학적 판단에 기초한 협업행위에 대하여는 비의료인뿐만 아니라 의사도 무면허 의료행위가 되고 만다.

그러나 오늘날 대체의학은 서구 각국에 있어서 소비자, 의료제공자 및 정부기관으로부터 기존의 서구의료의 한계를 극복하거나 보완할 수 있는 새로운 대안으로서 많은 관심과 지원을 받고 있다. 또 서구의 많은 의료 소비자들은 그들이 지니고 있는 질환을 치료하고 자신들의 건강과 안녕을 효과적으로 관리하기 위하여 기존의 의료체계가 제공하지 않는 다양한 형태의 대체의료 서비스를 이미 광범위하게 이용하고 있다. 서구 각국은 이런 노력을 제도적으로 뒷받침할 교육 및 훈련체계의 구축, 법적 제도의 정비, 재정적 지원의 확충, 전 세계를 대상으로 한 광범위한 정보수집 및 분석 등을 통하여 대체의료에 대한 발전의 토대를 급속하게 마련하고 있다.²⁾ 이러한 흐름 속에서도 대법

1) 한의원 물리치료사 위법성 논란, 서울신문, 2010.2.5, 15면.

2) 대체의학(Alternative Medicine)이라는 체계 정리는 미국 국립 보건원(NIH)의 기준에 따른 것으로 서양의학 중심적인 사고에서 출발한 것으로, 정통 서양의학이 아닌 의학 개념과 각 민족의 고유의 전통의학들 전부를 대체의학 또는 보완의학(Complementary Medicine)이라고 정의한 것이다. 현재 대체의학이라는 용어는 다시 새롭게 보완대체의학(Complementary and Alternative Medicine)이라는 용어로 바뀌어 사용되고 있다(이영진, “대체의학이란 무엇인가?”, 공학교육과 기술 제9권2호, 2002, 63면). 미국에서의 대체의학은 1990년대부터 본격적으로 널리 알려지기 시작하여 1992년에 국립보건연구원(NIH)에 대안의학실을 설치하도록 했다. 6년 후인 1998년에는 대안의학실을 국립보건연구원 산하의 독립연구기관으로 승격시켰다. 1998년에 미국의학협회(AMA)에서 조사한 바로는 1990년부터 1997년의 기간에 걸쳐 대안 의학을 사용하는 미국인들의 비율은 33%에서 42%로 증가했으며, 1997년에는 대안의학에 270억 달러가 지불됨으로써 정통의학에 지불되는 비용을 능가하기 시작했다. 1994년의 조사에 따르면 60% 이상의 의사들이 환자에게 대안요법을 권고하고, 47%는 직

원은 비의료인의 수지침 행위를 제외한 거의 모든 침습행위나 물리적 행위 등을 무면허 의료행위로 보아 의료법 제27조 제1항 위반으로 보고 있으며,³⁾ 헌법재판소 역시 의료법 제27조 제1항·보건범죄단속에 관한 특별조치법 제5조를 합헌으로 판단하고 있다.⁴⁾

무면허 의료행위를 ‘의료행위’로 인정할 수 있어야만, 의료법 제27조 제1항 위반으로 하여 이를 형사처벌할 수 있으므로 의료행위의 개념 정의는 무면허 의료행위의 핵심적 요소라 할 수 있다. 즉 의료행위의 개념은 무면허 의료행위와 관련하여 죄형법정주의의 전제가 되는 기본 개념이다.

II. 무면허의료행위의 법적 평가

1. 의료행위의 개념

의료법 제12조 제1항에서는, ‘의료인이 행하는 의료·조산·간호 등 의료기술의 시행’을 ‘의료행위’라고 규정하고 있을 뿐 그 개념에 대하여는 명시하지 않고 있다. 대법원은 무면허의료행위를 처벌하면서 ‘의료행위’를 질병의 예방과 치료행위로 정의하였으나, 점차 그 의미를 확대하여⁵⁾ 질병의 예방 또는 치료행위 이외에도 “의학적 전문지식

집 시술하기도 했다(방건웅, “서구의 대안의학과의 의료체제의 개혁”, 창작과 비평, 2001년 봄호(111권), 327~343면). 최근 우리나라의 의료계에서는 대체의학에 대하여 연구가 이루어지고 있으며, 대체의학의 한 종류인 카이로프랙틱(그리이스어에서 유래된 용어로, ‘카이로(chiro)’와 ‘프랙티스(practice)’라는 말의 합성어이다. 즉 약과 수술에 의존하지 않고 주로 손으로 여러 가지 질환을 치료한다는 의미이다)에 대한 의사면허의 인정과 유사의료행위의 인정에 대하여 의료법 개정안 발의가 있었으나, 의료계의 반발에 부딪혔다(카이로프랙틱의사에 대한 의료법 개정의 발의는 여러 차례에 걸쳐 있었으며, 최근에는 2010년 2월11일 있었고, 유사의료행위에 대한 의료법 개정의 발의는 2007년 11월 8일에 있었다(자료제공, 김춘진 국회의원실).

- 3) 무면허 의료행위의 유형은 체침과 같은 침습행위, 뜸요법, 자석요법, 벌침요법, 부항 시술행위, 안마, 지압, 척추조정, 활법, 기치료 등이 있다. 무면허 의료행위의 유형에 관하여는 이인영, “무면허 의료행위의 일 고찰”, 한국의료법학회지 제6권 1호, 한국의료법학회, 1999, 174면 이하 참조
- 4) 헌법재판소 2002. 12. 18, 2001헌마370 결정; 헌법재판소 2005. 3. 31, 2001헌바87 결정; 헌법재판소 2007. 4. 26, 2003헌바71 결정; 헌법재판소 2010. 7. 29, 2008헌가19 결정 등.
- 5) 대법원 1972. 3. 28, 선고 72도342 판결: 곰보수술, 쌍눈꺼풀, 콧날 세우기 등의 미용성형 수술은 의료의 기초적이고 초보적인 행위이기 때문에 일반 의사이든지, 치과의사이든지 간에 메스를 넣고 치료를 할 수 있는 기술을 가진 사람이라면 누구나 할 수 있는 행위이기(는 하지 만 (이러한 의미에서 의료행위에 준하는 행위라고 하겠다) 질병의 예방 또는 치료행위가 아니므로 의학상 의료

을 기초로 하는 경험과 기능으로 진찰·검안·처방·투약 또는 외과적 기술을 시행하여 하는 질병의 예방 또는 치료행위 및 그 밖에 의료인이 행하지 아니하면 보건위생상 위해가 생길 우려가 있는 행위를 의미한다”고 하고 있다.⁶⁾ 또 헌법재판소는 ‘의료행위’에 대하여 “사람의 생명, 신체 또는 일반 공중위생에 밀접하고 중대한 관계가 있는 행위로서 질병의 치료와 예방에 관한 행위는 물론, 의학상의 기능과 지식을 가진 의료인이 하지 아니하면 보건 위생상 위해를 가져올 우려가 있는 일체의 행위라고 할 것이다.”⁷⁾고 한다. 따라서 의료행위는 두 가지로 구분된다. ① 질병의 예방과 치료행위, ② 의료인이 행하지 아니하면 보건위생상 위해가 생길 우려가 있는 행위로 볼 수 있다. 이러한 대법원 및 헌법재판소의 의료행위에 대한 개념 정의는 비의료인이 행한 의료행위라 하더라도 생명·신체에 위험 또는 보건위생상 위해가 없다면 의료법에 저촉되지 아니하는 것으로 해석될 수 있다.⁸⁾ 즉 무면허의료행위와 관련한 대법원 및 헌법재판소의 개념 정의는 행위의 위험성이라는 ‘행위’중심으로 보인다. 그러나 행위의 위험성을 추상적으로 판단하기 때문에 그 이면에는 국가가 허가한 면허증을 소지한 ‘의료인’이 중심개념이 된다. 따라서 의료행위에 대한 개념 정의는 ‘비의료인’이 환자의 질병에 대하여 환자를 치료할 수 있는 사람인지를 불문하고, 또 성공한 의료적 행위라 할지라도, 침습행위나 물리적인 행위 등 보건위생상 위해를 줄 우려가 있는 행위를 하면 안 된다는 것이다. 그러므로 이러한 대법원 및 헌법재판소의 의료행위에 관한 개념 정의는 ‘행위’중심이 아니라 ‘신분’중심이 된다는 것을 의미한다. 이러한 사실은 의료행위의 성격을 통해 파악된다.

의료행위의 성격이란 첫째, 의료행위는 본질적으로 환자에 대한 침습을 내포하고 있다.⁹⁾ 즉 의료행위는 생명, 신체에 대한 의료적 침습행위를 동반한다(이를 위험내재성 또는 침습성이라고 한다). 신체에 대한 상세한 진찰과 검사, 치료를 위한 투약, 주사·수

행위에 속하는 것이라 할 수 없다고 하였다. 그러나 이 판례는 뒤에 대법원 1974. 11. 26, 선고 74도1114 전원합의체 판결에 의해 변경되었다(미용성형수술을 질병치료행위의 범주에 넣어 의료행위로 해석함이 타당하다고 함).

- 6) 대법원 2004. 1. 15, 선고 2001도298 판결: 안마나 지압이 의료행위에 해당하는지에 대해서는 그것이 단순한 피로회복을 위하여 시술하는 데 그치는 것이 아니라 신체에 대하여 상당한 물리적인 충격을 가하는 방법으로 어떤 질병의 치료행위에까지 이른다면 이는 보건위생상 위해가 생길 우려가 있는 행위, 즉 의료행위에 해당한다고 보아야 한다.
- 7) 헌법재판소, 2007. 4. 26, 2003헌바71 전원재판부; 헌법재판소 2010. 7. 29, 2008헌가19 등 결정.
- 8) 생명, 신체 또는 보건상 위해가 없거나 경미한 의료행위에 대한 유형은 후술한다.
- 9) 범경철, 의료분쟁소송 - 이론과 실제 -, 법률정보센터, 2003, 15면.

술 기타의 의료처치 등은 생명과 신체에 대한 물리적 침습을 가하는 침습성이 내재되어 있다. 결과적으로 의료행위에는 그 위험의 대소를 불문하고 위험성이 내재되어 있으며, 이와 같은 위험성을 동반한 채 시행되는 특성을 지니고 있다. 따라서 모든 의료행위에는 위험성이 내재되어 있음을 부인할 수 없다 할 것이다.

둘째, 환자는 각각 그 신체의 구조 및 기능에 차이가 존재하기 때문에, 의료행위의 경우에도 개체성이 중시된다. 의학적으로 아직 규명되지 아니한 특이 체질도 적지 않기 때문에, 고도로 발달한 현대의학의 상황을 고려하더라도 의료행위에는 필연적으로 예측 곤란성을 내포하고 있다고 할 수 있다(예측곤란성).¹⁰⁾ 즉 현재의 의학기술로 규명할 수 없는 특이 체질이 얼마든지 있을 수 있으며 의사가 이 모든 경우를 예측하여 항상 적절하게 대처할 수 없다는 특징이 있다.

셋째, 환자의 병상에 대한 진단이나 치료는 각각의 개별적인 경우에 따라서 다양한 방법이 고려될 수 있다. 의사는 진료를 행함에 있어 환자의 상황과 당시의 의료수준 그리고 자기의 전문적인 지식과 경험에 따라 생각할 수 있는 몇 가지의 조치 중에서 적절하다고 판단되는 진료방법을 자유재량에 의하여 선택할 수 있고,¹¹⁾ 그 선택이 합리적인 재량의 범위를 벗어난 것이 아닌 한 진료의 결과를 놓고 그 중 어느 하나만이 정당하고 그와 다른 조치를 취한 것에 과실이 있다고 말할 수는 없다(재량성).¹²⁾ 이외에도 의학상의 미 해명성¹³⁾, 종합적 학문성¹⁴⁾, 진행성¹⁵⁾ 등이 의료행위가 가진 일반적 특수성이다.

10) 김민중, 의료분쟁의 법률지식, 청림출판, 1998, 60면; 최재천, 의료소송의 범주와 의료과실, 보건 의료법의 현대적 과제, 전남대학교 법률행정연구소, 2006, 373면.

11) 김민중, 앞의 책, 69면.

12) 대법원 1992. 5. 12, 선고 91다23707 판결; 대법원 1996. 6. 25, 선고 94다13046 판결; 대법원 2009. 12. 10, 선고 2008다22030 판결 등: 의사는 진료를 행함에 있어 환자의 상황과 당시의 의료수준 그리고 자기의 지식경험에 따라 적절하다고 판단되는 진료방법을 선택할 상당한 범위의 재량을 가진다고 할 것이고, 그것이 합리적인 범위를 벗어난 것이 아닌 한 진료의 결과를 놓고 그 중 어느 하나만이 정당하고 이와 다른 조치를 취한 것은 과실이 있다고 말할 수는 없다.

13) 아직도 의학분야에서는 인간의 정신·신체에 대하여 뿐만 아니라, 질병의 원인·내용, 질병의 신체·정신에 미치는 영향과 효과에 대하여 해명되지 않은 분야가 극히 많이 존재한다는 것이다(김민중, “의료과실소송상의 과실과 인과관계입증”, 민사법학의 제문제, 엄영진교수화갑논문집, 1997, 701면).

14) 현대의 의료행위는 어느 한 분야만이 배경이 되는 것이 아니라 자연과학과 공학 그리고 인문학 까지 결합된 종합학문이 배경으로 되어 있다는 것이다(법경찰, 앞의 책, 18면).

15) 의료의 대상이 되는 질병은 일단 발병하면 기관이나 기능의 마비 또는 환자가 사망에 이르기까지 진행되는 성질을 가지고 있다. 그러므로 이러한 질병의 진행과정에서 의료행위의 중단이나 지연은 환자의 불이익을 초래하는 중대한 원인이 되기 때문에 적절한 시간 이내에 일정한 처치

이와 같이 의료행위의 성격은 ‘의료인’이 행한 의료행위나 ‘비의료인’이 행한 의료행위의 개념이 달라질 수는 없다는 것을 알 수 있다.¹⁶⁾ 즉 의료행위는 필연적으로 물리적, 화학적 작용에 의한 인간의 신체에 대한 침습을 수반하므로 행위의 주체가 누구든지 관계없이 의료행위 자체의 특성으로 사람의 신체에 대한 위험성을 내포하고 있음을 지적하며, 이러한 개념정의는 의료행위의 본질적인 특성을 도외시하고 있다. 이러한 점에 비추어보면 대법원의 의료행위 개념정의에서는 ‘신분(의료인)’이 의료행위의 개념정립에 중심이 된다는 것을 알 수 있다. 따라서 우리나라의 의료체계에서는 아무리 뛰어난 의료기술을 가진 사람이라 하더라도 무면허의료행위로 처벌받는다. 신분에 의한 의료법 제12조 제1항의 의료행위의 개념 정의는 “의료인도 면허된 것 이외의 의료행위를 할 수 없”도록(의료법 제27조 제1항)한 ‘의료인의 교차의료행위’를 무면허의료행위로 정의하여 형사 처벌하는 것과도 관련 있다.

2. 신분주의

의료행위의 개념 정립이 신분 중심이라는 사실은 의료법 규정 내에서도 나타난다. 의료법 제81조 제1항에서는 “의료법 시행 전에 자격을 받은 접골사, 침사, 구사는 제27조에 불구하고 시술을 할 수 있다”고 규정하여 의사가 아니더라도 의료행위를 할 수 있는 것으로 규정하고 있다. 또 제82조에서는 ‘안마사는 시각장애인 시·도지사에게 자격인정을 받은 경우에는 안마를 할 수 있’도록 하여 학교 교육을 받지 않았지만, 보건위생상 위험을 미칠 수 있는 경우에도 의료행위를 할 수 있도록 하고 있다.¹⁷⁾ 결국 의료법

를 착수하고 완료하는 것이 요청된다고 한다(추호경, 의료과오론, 육법사 1992, 21면).

16) 이인영, 앞의 논문, 180면.

17) 같은 행위라도 시각장애인이 아니면 안마를 할 수 없다는 것도 신분중심의 의료행위 개념이다. 대법원 2004. 1. 27, 선고 2000도2977 판결: 불특정다수의 손님들로부터 요금을 받고 엄지손가락과 손바닥을 이용하여 손님들의 피부나 뭉쳐 있는 근육을 잡아당기거나 문지르거나 누르는 방법으로 자극을 주어 근육을 풀어주는 이른바 스포츠마사지 업무에 종사하여 온 피고인의 이러한 행위는 안마사에 관한 규칙 제2조에 안마사의 업무한계로 정해진 "안마, 마사지 또는 지압 등 각종 수기요법에 의하거나 전기기구의 사용 그 밖의 자극요법에 의하여 인체에 대한 물리적 시술행위를 하는 것"의 범위에 들어가는 것으로 보기에 충분하고, 달리 피고인이 주장하는 스포츠마사지가 위 규칙에서 정한 안마, 마사지 또는 지압 등과 다른 형태의 시술이라고 보기는 어렵다 할 것인데, 구 의료법(1999. 2. 8. 법률 제5865호로 개정되기 전의 것) 제61조, 위 규칙 제3조 제1항에 의하면, 위 규칙에 정하는 교육을 마친 앞을 보지 못하는 사람에게만 특별시장, 광역시장 또는 도지사가 안마사의 자격을 인정하여 줄 수 있도록 하고 있는 것으로서, 이와 같은 자

제81조, 제82조에 해당하는 경우에는 의사 등이 행하지 아니하면 보건위생상 위험성이 있는 행위라 할지라도 의료법 위반은 아닌 것이다. 그러므로 의료행위는 정규교육을 받은 의료인만 할 수 있는 것이 아니라, 정규교육을 받지 않았지만 의료법 시행 전의 침구사와 접골사 및 일정한 요건을 갖춘 안마사도 할 수 있는 것이다. 이러한 규정을 통해서 의료법은 대법원 및 헌법재판소가 주장하는 의료행위의 개념 정의에 국민의 생명, 신체 또는 보건 위생상 위험이라는 의미를 담고 있다고 볼 수 없다는 것을 알 수 있다.

의료는 원래 국가의 형성과 무관하게 인간의 삶이 있는 곳이면 형성되는 생활 세계적 현상이었다.¹⁸⁾ 그러나 현행 의료법의 적용에 있어서 의료행위의 개념은 행위개념이 아니라 신분개념으로 정의된다. 따라서 의료행위의 개념은 국가가 규정하는 형태를 보이고 있다. 즉 의료행위의 의미는 의료전문가가 아닌 행정 관료와 사법부의 유권해석을 통하여 구체화 한다. 만약 생활세계에서 시민들이 자연발생적으로 하게 되는 의료행위—바뀌 말해 건강을 돌보는 행위—라고 할지라도 신분 개념의 의료행위 하에서는 그 순간부터 무면허의료행위에 해당하게 되는 것이다.¹⁹⁾ 따라서 이러한 신분개념에 의한 의료체계에서는 의료행위는 국가의 허가를 받은 면허소지자에게만 인정된다. 이는 행정법상의 면허제도의 존재유무 또는 면허의 소지 유무에 따라 판단하는 국가가 제재하는 형식으로 이를 ‘신분주의’ 또는 ‘면허주의’라고 명명할 수 있다.

그러나 국가주의적 의료 개념(신분주의 또는 면허주의)은 그 행위가 실질적으로 어느 정도로 의료적 합리성을 지녔는지에 따라 판단하지 아니하기 때문에 건강을 돌보는 인간의 행위에 대한 법적 판단을 내릴 수 없다. 그렇기에 무면허 의료행위의 해당 여부를

격인정을 받지 못한 피고인은 구 의료법 제67조에 위반한 것으로서 피고인이 비록 스포츠마사지 교육과정을 수료하여 수료증을 취득하고 세무서에 사업자등록까지 하였다 하여 의료법이 금지하고 있는 안마사 자격인정 없는 안마행위까지 허용되는 것은 아니라고 판단하고 있다(스포츠마사지사 자격증을 취득한 자의 스포츠마사지 시술행위를 의료법상 금지되는 안마사 자격인정 없는 안마행위라고 한 사례).

18) 의료행위는 본질적으로 질병을 낮게 하려는 행위로서 그 자체가 선(善)을 지향하는 것인바, 이러한 선 지향 행위를 의료인이 아닌 자가 했다고 하여 모두 형사처벌을 가하는 것이 과연 타당한 일인지 대단히 의심스럽다(헌법재판소 2010. 7. 29, 2008헌가19 등 결정; 재판관 김종대의 위헌의견).

19) 국가주의라는 표현은 의료행위를 의사에게 국가법(Heilpraktikergesetz: 의료인법)으로 독점시키고 있는 독일에서 일반적인 치료의 자유에 종지부가 찍히고, 국가면허가 강제되기 시작한 시점이 국가사회주의(나치) 체제하인 1939년이었던 점을 상기해보면 더욱 설득력 있게 보인다(이상돈, “무면허의료행위죄 - 현황, 구조, 한계, 대안”, 고려법학 제40권, 고려대학교 법학연구원, 2003, 160면).

정함에 있어 그 행위가 의료체계에 편입된 의료인이 의학적 방법으로, 의료기재를 사용하는 방식으로 전개되어야 하는 지가 불명확한 경우에는 행위주체가 국가로부터 의료인인가 아닌가 하는 신분여부에 의존하게 된다.²⁰⁾

이러한 신분주의는 환자의 치료에 탁월한 능력이 있음에도 형사처벌 받게 되는 현상이 발생한다. 따라서 의학적 합리성과 법적 합리성 사이에는 심각한 괴리가 생기게 된다. 즉 우리의 의료체계는 국민의 생명과 건강에 탁월한 의료기술을 가진 비의료인을 처벌하여 제도권 밖으로 밀어내어 내거나, 양의사와 한의사가 서로의 의료기술에 대하여 공유할 수 없게 하여, 환자는 치료를 받기 위하여 서양의사나 한의사 둘 중 하나를 택하거나, 중첩적으로 치료받기 위해서는 이중의 비용을 지불하도록 하고 있다.²¹⁾

의료법의 신분주의 또는 면허주의의 의미는 의료행위가 인간의 생명과 직결되기 때문에 일정수준 이상의 의학지식과 기술을 가진 사람에게 국가에서 일정한 자격시험을 시행하여 합격한 사람에 한하여 면허를 주는 것이다. 면허란 일종의 허가 또는 인가를 뜻하는 것으로 어떤 행위가 일반적으로 금지되어 있으나, 특정한 경우에는 그 금지가 해제되는 것을 말한다. 따라서 면허는 일반적으로 금지되었다는 것을 허용한다는 것이므로 이는 권리의 행사나 특혜의 부여가 아니라, 자유가 회복된다는 의미에 지나지 않는다.²²⁾ 더욱이 생활체제안에서의 의료행위에 대한 면허의 의미는 더욱 감소되어야 한다. 그러함에도 불구하고 의학적 합리성과 법적 합리성의 괴리를 형벌로 메우는 것은 장기적인 안목에서 보면 국민의 법익을 보호하여야 하는 법이 오히려 국민의 생명과 신체의 위험을 초래하고 재산권을 침해하는 법의 합리성을 스스로 무너뜨리는 역할을 하는 것이라 할 수 있다. 왜냐하면 그런 처벌을 감행하는 의료법은 의료를 위한 법이 아니라, 처벌하는 국가의 권력 그 자체를 위한 것이 되기 때문이다.

헌법정신인 국민의 기본권을 우선하는 것을 바탕으로 하여 국가형벌권은 ‘보충적으로’ 그리고 ‘최소한으로’ 행사하게끔 하고 있다. 또한 이러한 정신은 “의심스러운 때에는 자유가 우선한다”(in dubio pro libertate)라고 하는 법언으로 표현되고 있다.²³⁾ 비대한

20) 이상돈, 앞의 논문, 161면.

21) 헌법재판소 2010. 7. 29, 2008헌가19 등 결정(재판관 김종대의 위헌의견): 의료소비자의 의료행위 선택권을 최대한 보장하기 위해서 국가는 제도권 의료 외의 다른 치료방법도 선택할 수 있는 가능성을 열어 두고 질병치료의 주체인 국민이 자신에게 유리한 의료행위를 스스로 선택할 수 있는 환경을 조성해야 할 것이고, 국가의 역할은 여기서 그쳐야 한다.

22) 같은 취지로서 이인영, “의료행위의 현대적 의의와 과제”, 법과 정책연구 제7집 제1호, 한국법정책학회, 2007, 19면.

형법은 국민 개개인의 규범수용력을 넘어서서 가벌적 행동영역에 대한 인식에 혼란을 가져오고, 형법상 새로운 명령·금지가 내려질 경우에도 이에 대한 불감증을 초래한다. 그 결과는 법의 경시와 법적대적 태도이며, 형법의 신용력의 저하이다. 그러므로 일반 예방적 관점에서 명백하고도 가급적 적은 수의 범죄구성요건을 설정하는 것이 오히려 바람직하다. 이에 반하여 형벌만능사상이나 처벌적극주의는 형법의 인상력(Eindurckskraft)을 약화시키고 범죄의 예외현상으로서 성격을 잃게 하는 동시에 심지어는 일정한 규범 위반의 행위가 생활의 일부가 되어버릴 수도 있다.²⁴⁾

3. 판례 검토

(1) 대법원 판단에 대한 비판

앞에서 살펴본 것처럼 대법원은 의료행위의 개념을 질병의 예방과 치료행위라고 하면서 다시 질병의 예방과 치료에 관계없더라도 의료인이 행하지 아니하면 보건위생상 위해가 생길 우려가 있는 행위까지 보고 있다. 더욱이 무자격자가 행하는 의료행위의 위험은 추상적 위험으로도 충분하므로, 구체적으로 환자에게 위험이 발생하지 않았다고 하더라도 사람의 생명·신체 또는 공중보건상의 위해가 없다고 할 수 없다고 한다.²⁵⁾ 이처럼 대법원은 허용 가능한 의료행위인지 여부를 판단함에 있어 구체적인 위험성의 정도 또는 특정 자격요건의 부여를 통해 위해발생의 위험성이 충분히 제재 가능한 의료 행위인지 여부에 대한 검증과 점검 없이 추상적인 기준만으로 판단하고 있다.²⁶⁾ 이러한 관점은 전통적으로 서양의학의 영역인, 주사기로 약물을 주입하거나²⁷⁾ 산화알루미늄 성분의 연마제가 든 크리스탈 필링기를 사용하여 얼굴의 각질을 제거하여 주는 피부 박피술을 시행하거나²⁸⁾ 칼로 살을 잘라내는²⁹⁾ 등과 같이 신체의 침해를 직접적으로 침해하는 경우에 있어서 기술의 적용이 인체에 미치는 영향과 관련하여, 이러한 교육을 받지

23) 임웅, 비범죄화 이론, 법문사, 1998, 21면.

24) 임웅, 앞의 책, 31면; Gerhard Roos, Entkriminalisierungstendenzen im Besonderen Teil des Strafrechts, 1981, S. 50.

25) 대법원 1992. 10.13, 선고 92도1892 판결.

26) 이인영, “무면허 의료행위의 일 고찰”, 180면.

27) 대법원 1999. 6. 25, 선고 98도4716 판결.

28) 대법원 2003. 9. 5, 선고 2003도2903 판결.

29) 대법원 1992. 9. 25, 선고 92도1671 판결.

않은 자가 한 서양의학적 의료행위에 있어서는 대법원의 주장은 타당하다고 생각한다.

그러나 인체의 원초적 기능을 회복시킬 목적으로 인체 외부에서 단지 자연치료적인 방법으로 행하는 경우(대체의료행위 또는 민간요법)는 그 치료효과가 어느 정도 인정되는 한 침해의 위험성보다 당해 행위의 실제적 유용성과 이익이 더욱 큰 경우에 해당한다.³⁰⁾ 따라서 행위의 물리적, 외형적 객관적 내용이 서양의학적 의료행위인 경우에는 추상적 위험성만으로도 제재하여야 하며, 자연적인 치료방법으로 의료행위를 하는 경우에는 사람의 생명이나 신체에 구체적 또는 명백한 위험이 발생하는 경우에 형법에 따라 처벌해야 한다고 생각한다.³¹⁾ 여러 유형의 대체의료행위 중에서는 의사가 다루지 않는 영역이나 의사보다 더 훨씬 훌륭하게 다루고 있는 영역과 일반인이 시술하여도 위험의 발생이 거의 없는 영역까지도 보건상위해가 있다는 이유로 이를 처벌하여 제도권 밖으로 밀어내는 역할을 하고 있다. 그러나 이러한 경우는 의료행위의 개념에서 제외시키거나 오히려 적극적으로 검토하여 타당성 여부를 검증하는 태도가 필요하다고 본다. 즉 추상적 위험만으로 환자의 치료행위를 처벌하는 것은 예비단계에 불과한 행위의 광범위하고 과도한 처벌에 해당되어 행위형법원칙이 위태롭게 될 수 있다. 국민의 건강이 침해되지 않았고 침해되지 않을 가능성이 매우 높음에도 불구하고 이를 형벌로서 규정하는 것은 심정형법의 배제라고 할 수 있다. 객관적 구성요건이 명확하지도 아니하고 오로지 주관적 구성요건해당성 여부로만 처벌하고 있다는 ‘국가주의’에서 볼 수 있는

30) 송명호, 앞의 책, 374면에서는 이러한 경우 위험성을 부정하는 것이 타당하다고 한다. 예를 들면, 침(鍼)은 경혈에 침을 사용하여 전기적 자극을 주는 것이고, 구(灸)는 쑥을 이용하여 경혈 부위에 열을 가하는 것에 불과하므로, 생명·신체에 대한 위험성이나 부작용에 있어서 통상의 의료행위와 비교가 될 수 없을 만큼 낮다(헌법재판소 2010. 7. 29, 2008헌가19 등 결정; 재판관 조대현, 이동흡, 목영준, 송두환의 위헌의견).

31) 같은 취지의 의견으로 헌법재판소 2010. 7. 29, 2008헌가19 등 결정(재판관 김중대의 위헌의견): 이러한 국가의 역할을 위해서라면 이 사건 조항들과 같이 비의료인에 의한 의료행위를, 그로 인한 결과나 그에 이르게 된 정황을 불문하고, 모두 형사처벌하는 것은 과잉된 수단임에 틀림없다. 즉, 비의료인에 의한 의료행위 모두를 형사처벌의 대상으로 하지 않고 그 중에서 환자의 질병을 악화시킨 경우 등 형벌에 의한 비난 가능성이 있는 경우만을 추려내어 형사처벌의 대상으로 하더라도 위와 같은 국가의 역할은 충분히 달성할 수 있는 것이며, 또 의료행위의 본질면에서 보더라도 어떤 방법을 사용하였든 질병이 치유되었다면, 그 어떤 이유로도(제도권 의료인들이 수용할 수 없는 치료방법을 사용했다 해도) 이를 형사처벌해서는 안될 것이기 때문이다. 위와 같이 비의료인에 의한 의료행위 중 형사처벌의 대상이 되는 행위를 형사적 비난가능성이 있는 경우로 제한하는 것이 사이버 의료행위 등에 의한 국민의 보건위생상의 위해 발생을 방지하면서도 의료소비자의 의료행위 선택권의 침해를 최소화하는 적절한 수단이라고 할 것이다.

현상이다.

우리의 의료체계는 환자를 치료함에 있어서 면허가 없는 비의료인은—현실과는 무관하게—결코 넘보아서는 안 되는 성역처럼 보호되어 왔다. 따라서 우리는 무면허의료행위를 일률적, 전면적으로 금지하고 있으며, 헌법재판소도 무면허의료행위에 대하여 무차별적 규제방법이 대안이 없는 유일한 선택으로 받아들여 일관적으로 합헌결정을 내리고 있다.

(2) 헌법재판소 판단에 대한 비판

1) 헌법재판소 합헌결정의 논거³²⁾

① 무면허 의료행위를 처벌하는 취지는 의사의 의료행위가 고도의 전문적 지식과 경험을 필요로 함과 동시에 사람의 생명, 신체 또는 일반 공중위생에 밀접하고 중대한 관계가 있기 때문에 의료법은 의사가 되는 자격에 대한 엄격한 요건을 규정하는 한편, 의료법 제27조에서 의료행위를 의사에게만 독점 허용하고 일반인이 이를 하지 못하게 금지하여 의사 아닌 사람이 의료행위를 함으로써 생길 수 있는 사람의 생명, 신체나 일반 공중위생상의 위험을 방지하고자 함에 그 목적이 있는 것이다. 따라서 위와 같은 입법 취지를 감안할 때, 의료행위에는 반드시 질병의 치료와 예방에 관한 행위에만 한정되지 않고, 그와 관계없는 것이라도 의학상의 기능과 지식을 가진 의료인이 하지 아니하면 보건위생상 위해를 가져올 우려가 있는 일체의 행위가 포함된다 할 것이다.

② 국가로부터 의료에 관한 지식과 기술의 검증을 받은 사람으로 하여금 의료행위를 하게 하는 것이 가장 합리적이고, 안전하며, 사람의 생명과 신체를 대상으로 하는 의료행위의 특성상 어떤 시술방법에 의하여 어떤 질병을 상당수 고칠 수 있다고 하더라도 국가에 의하여 확인되고 검증되지 아니한 의료행위는 항상 국민보건에 위해를 발생케 할 우려가 있고, 과학적으로 검증되지 아니한 방법 또는 무면허 의료행위자에 의한 약간의 부작용도 존엄과 가치를 지닌 인간에게는 회복할 수 없는 치명적인 위해를 가할 수 있다.

③ 의료행위는 인간의 존엄과 가치의 근본인 사람의 신체와 생명을 대상으로 하는 것이므로 단순한 의료기술 이상의 “인체 전반에 관한 이론적 뒷받침”과 “인간의 신체

32) 헌법재판소 1996. 10. 31, 94헌가7 결정; 헌법재판소 2002. 12. 18, 2001헌마370 결정; 헌법재판소 2010. 7. 29, 2008헌가19 등 결정.

및 생명에 대한 외경심”을 체계적으로 교육받고 이 점에 관한 국가의 검증을 거친 의료인에 의하여 행하여져야 하고, 의료행위는 이를 조금이라도 그르치면 그 피해는 영원히 회복할 수 없거나 회복하기 어려운 것이므로, 의과대학에서 기초의학부터 시작하여 체계적으로 의학을 공부하고 상당기간 임상실습을 한 후 국가의 검증(국가시험)을 거친 사람에 한하여 의료행위를 하게하고 그러한 과정을 거치지 아니한 사람은 이를 하지 못하게 함으로써, 사람의 생명, 신체나 공중위생에 대하여 위해를 발생케 할 우려가 있는 의료행위 그 자체를 미리 막아야 한다.

④ 만약 의사가 아닌 사람도 함부로 의료행위를 할 수 있다고 한다면, 감언이설을 동원한 사이비의료인이 창궐할 것이고 중병이나 불치병을 앓는 사람들은 이에 현혹되어 올바른 판단이나 선택을 하지 못하고 이들에게 자기의 생명이나 신체를 맡기는 일도 흔히 있을 것인데, 이를 예견하면서도 방치한다면 국가의료제도의 목적에 반하고 전체국민의 건강은 심각한 위협을 받게 될 것이다.

⑤ 무면허 의료행위로 인하여 치료를 받던 사람이 사망하거나 그 상태가 더 악화된 경우에만 이를 처벌한다면, 무면허 의료행위를 규제하는 의미가 없어짐은 물론이고 국가의료제도의 기초가 무너지게 되므로 무면허 의료행위는 그 치료 결과가 좋은 나쁜든 이를 규제할 필요성이 있다.

⑥ 무면허 의료행위자 중에서 부작용이 없이 의료행위를 할 수 있는 특별한 능력을 갖춘 사람이 있다고 하더라도 이를 구분할 수 있는 것은 실제로는 거의 불가능하며, 또 부분적으로 그 구분이 가능하다고 하더라도 일반인들이 이러한 능력이 있는 무면허 의료행위자를 식별할 수 있는 것은 결국 국가에서 일정한 형태의 자격인증을 하는 방법 이외에는 달리 대안이 없고, 외국의 입법례를 보더라도 의료인 면허제도를 채택하고 무면허 의료행위를 사전에 전면금지하는 것 이외의 다른 규제방법을 찾아볼 수 없다. 또 어떤 특정분야에 관하여는 우수한 의료능력을 가진 한 부류의 의료인들이 있다고 한다면, 입법적으로 의료행위를 할 수 있는 길을 열어주는 것이 바람직하겠지만, 이는 어디까지나 입법정책의 문제일 뿐이다.

2) 헌법재판소의 합헌결정에 대한 비판적 고찰

①에 대한 비판적 고찰

“의료법은 의료행위를 의사에게만 독점 허용하고 일반인이 이를 하지 못하게 금지하여 의사 아닌 사람이 의료행위를 함으로써 생길 수 있는 사람의 생명, 신체나 일반 공중위생상의 위험을 방지하는데 목적”이 있다는 것은 의료법 제27조와 관련하여서는 맞는 주장이다. 그러나 앞에서 주장한 바와 같이 동법 제81조와 동법 제82조에서는 의료유사업자의 허용과 시각장애인의 안마사 자격을 인정하고 있다. 이는 헌법재판소가 주장하는 의사가 아니면 생명, 신체, 공중위생상 위험을 방지하려는 목적과 어긋난다. 즉 의사 독점의 의료행위 목적과는 맞지 않는다. 또한 ‘안마’가 보건위생상 위해가 생길 우려가 있는 행위이라 하더라도³³⁾ 의료법 위반은 아닌 것으로 해석하는 한 헌법재판소가 주장하는 의료법의 목적과 역시 배치된다고 할 수 있다.

②에 대한 비판적 고찰

“의료행위의 특성상 어떤 시술방법이 어떤 질병을 상당 수 고칠 수 있으나 국가에 의하여 확인되고 검증(국가시험)되지 아니”하여 무면허 의료행위로서 형사처벌하는 것은 국가의 검증을 거치지 아니한 의료법 시행 전의 침구사 등을 인정하는 규정(의료법 제81조)과는 배치된다. 또 안마사는 보건위생상 위험한 의료행위를 할 수 있음에도 국가의 검증(국가시험)을 거쳤는가는 의문이다. 더 나아가 어떤 의료행위가 질병을 고칠 수 있으면 그 의료행위는 국민의 생명과 건강을 보호해야 하는 의무를 가진 국가로서는 국가적 차원의 검증 및 연구가 되어야 한다. 또한 “무면허 의료행위자에 의한 약간의 부작용도 존엄과 가치를 지닌 인간에게는 회복할 수 없는 치명적인 위해를 가할 수 있다”고 하는 것은 최소한 서양의료기술에 대하여는 타당한 것이다. 그러나 이를 민간요법 내지 대체의료행위에도 적용한다는 것은 수천 년 동안 검증되고 연구된 우리의 민간요법에 대한 우수성을 간과한 것이며, 우리 고유의 의료보다 서양의 의료의 가치를 더 인

33) 대법원 2009.5.14. 선고 2007도5531 판결: 구 의료법(2006. 9. 27. 법률 제8007호로 개정되기 전의 것) 제61조에 규정된 ‘안마’는 ‘국민의 건강 증진을 목적으로 손이나 특수한 기구로 몸을 주무르거나 누르거나 잡아당기거나 두드리거나 하는 등의 안마·마사지 또는 지압 등 각종 수기요법과 전기기구의 사용 그 밖의 자극 요법에 의하여 인체에 대한 물리적 시술을 하여, 혈액의 순환을 촉진시킴으로써 멎쳐진 근육을 풀어주는 등에 이를 정도의 행위’라고 풀이하여야 한다. 이는 보건위생상 위해가 생길 우려가 있는 행위만으로 한정되지 않는다.

정하는 것으로서, 세계적으로 서양의학의 한계성을 절감하고 대체의학을 연구하고 검증하려는 추세와도 맞지 않는다.

③에 대한 비판적 고찰

“의료인이 행하지 아니하면 더 위험하다는 것”인데 이는 의료인이 할 수 있는 의료행위에만 적용되는 것이라 하겠다. 즉 학교교육에서 배우지 아니하면 알 수 없는 의료행위에 해당하는 것이라 하겠다. 대개 우리 고유의 의료기술(대체의료)은 국가의 개념보다는 더 오래된 의료처치들이 대부분이다. 수천 년 동안 일제강점기 전까지 국가에서 인정하는 면허 없이 잘 사용하여 왔던 의료 기술(침, 뜸, 한약 등)을 1962년 타당한 이유 없이 이를 서양의료기술과 동등하게 취급하여 학교교육을 통하여 배우도록 하는 것은 뛰어난 의료기술 가진 비의료인들을 제도권 밖으로 밀어내는 역할을 하고 있다.³⁴⁾

④에 대한 비판적 고찰

“사이비 의료행위의 금지를 위하여 비의료인에 의한 의료행위를 형사처벌한다”는 취지는 국민의 신체, 건강 등에 대한 위해 발생을 방지하는데 기여할 수 있다는 것은 수긍이 간다. 그러나 의료인에 의해 치료 불가 판정을 받은 경우, 과도한 비용 등의 이유로 의료인에 의한 의료행위를 선택할 수 없는 경우, 비의료인이 현재의 과학수준으로는 용납하기 어려운 치료방법을 썼으나 결과적으로 질병이 치료된 경우, 일부 침, 뜸, 자석요법 등과 같이 부작용의 위험성이 크지 않고 시술을 중단하면 쉽게 시술전의 상태로 돌아갈 수 있는 경우 등에도 비의료인에 의한 의료행위를 사전에 일체 금지하고 위반시 이를 형사 처벌하는 것은 생명, 신체에 대한 위해 발생을 방지하기 위한 적절한 수단이라고 할 수 없다.³⁵⁾ 또 “중병이나 불치병을 앓는 사람들이 이에 현혹되어 올바른 판단을 하지 못한다”고 설시하고 있으나, 이러한 주장은 의사는 불치병이나 난치병을 치료할 수 있다는 것을 전제로 하여야 한다. 그러나 불치병이나 난치병으로 명명하고 있는 것만 보더라도 이러한 논거는 타당하지 않다.³⁶⁾

34) 만일 개개 의료행위에 필요한 지식과 기술의 정도나 그 위험성 등을 고려함이 없이 비의료인에 의한 의료행위 전부를 일률적· 전면적으로 금지한다면, 의료행위에 대한 비용을 부담할 능력이 없는 국민에 대하여 의료행위의 선택가능성을 좁게 함으로써 오히려 이들의 생명· 신체에 대한 위해발생을 방지하고자 하는 입법목적과는 반대의 결과를 가져올 여지도 있다(헌법재판소 2010. 7. 29, 2008헌가19 등 결정; 재판관 조대현, 이동흡, 목영준, 송두환의 위헌의견).

35) 헌법재판소 2010. 7. 29, 2008헌가19 등 결정(재판관 김종대의 위헌의견).

⑤에 대한 비판적 고찰

“국가의 의료체계가 무너진다”고 하고 있는 바, 국가의 의료체계라 함은 수천 년 동안 내려온 의료가 국가의 의료체계라고 할 수 있다. 1951년 제정한 법(구 국민의료법)에 의한 의료체계를 우리의 의료체계라는 것은 의문이다. 또한 국가의 의료체계가 아무리 중요하다고 하더라도 국민의 생명과 건강보다 과연 중요한 것인가 하는 점도 의문이다.³⁷⁾ 이렇게 거시적 관점이 아니라 미시적인 시각에서 국가의 의료체계만 고수한다면 우리나라는 의료시장이 개방되는 시점에서는 오히려 침구나 한방에 대하여 외국에서 배워야 하는 기이한 현상도 배제할 수 없다.

⑥에 대한 비판적 고찰

“외국의 입법례를 보더라도 의료인 면허제도를 채택하고 무면허 의료행위를 사전에 전면금지하는 것 이외의 다른 규제방법을 찾아볼 수 없다”³⁸⁾ 것은 외국의 입법례를 잘못 소개하고 있는 것으로 보인다. 독일은 “면허 없이 직업적인 의료행위를 시행하는 것에

36) 이른바 제도권 의료과학 기술이 아직도 인류가 현재 앓고 있는 수많은 질병 중의 일부만을 치료하는 수준에 머무르고 있고, 오히려 비의료인이 현재 제도권 의료과학이 치료가능성이 없다고 본 질병을 치료한 예가 적지 않게 발견되는 현실을 고려할 때 더욱 그러하다(헌법재판소 2010. 7. 29, 2008헌가19 등 결정; 재판관 김종대의 위헌의견).

37) 본래 자신의 몸에 생긴 질병을 치료할 것인지, 말 것인지 또 치료한다고 하면 어떤 방법으로 할 것인지는 궁극적으로 국민 본인이 선택할 문제이므로 그에 대한 결정권은 국민 본인에게 주어져야 한다. 국가가 완치여부나 비용부담에 대하여 아무런 책임을 지지 않는 질병치료에 관해 왜 국민은 죄의식을 갖고 몰래 자신의 몸을 치료해야 하는가? 이는 분명 주객이 전도된 것이다. 국가는 의료제도를 잘 갖추어 전체 국민의 보건(保健)에 노력해야 할 추상적인 의무와 책임이 있지만, 그렇다고 해서 개개 국민이 자신의 질병치료를 위해 선택하고자 하는 구체적인 의료행위에 대해 국가의 위와 같은 추상적인 의무와 책임을 이유로 무작정 제한해서는 안 된다. 국민은 자기 몸을 희생하여 국가의 위와 같은 목적에 봉사해야 하는 존재가 아니기 때문이다. 오히려 국가는 치료의 실패에 대하여 국민에게 아무런 책임을 지지 않고 있고, 또 현재의 제도권 의료과학 기술이 질병 중 일부만을 치료하는 수준에 머무르고 있다는 현실을 겸허히 수용하여, 과학적·재정적·문화적 요인 등에 의해 한계 지워질 수밖에 없는 국가의 보건정책을 가능한 한 그 한계를 넓혀 최선의 치료방법을 제시해야 하고, 국민이 스스로 제도권 의료를 이용하는 것이 득이 된다고 판단한 끝에 이를 자발적으로 수용할 수 있도록 의료행위 간의 적절한 경쟁을 유도하는 후견적 방향으로 나아가야 할 일방만의 수용을 강요할 것은 아니다. 아무리 좋은 것이라 하더라도 국민이 스스로 이를 선택하도록 해야지 그 수용을 강요한다는 것은 그것 자체가 또 다른 기본권 침해의 위험을 갖게 되기 때문이다(헌법재판소 2010. 7. 29, 2008헌가19 등 결정; 재판관 김종대의 위헌의견).

관한 법률”에 의하여 국가보건관청 소속 의사가 의사 면허 없이 의료행위를 하고자 하는 자의 자격요건 및 당해 의료행위가 국민건강에 위험이 있는지를 심사하여 치료사(Heilpraktiker) 허가를 함으로써 의사면허가 없는 자도 일정 의료행위를 할 수 있도록 허용하고 있고,³⁸⁾ 미국의 경우에는 척주지압요법(Chiropractic)에 대한 면허는 모든 주에서 허용되고 있고, 침술사 면허제도³⁹⁾와 마사지요법 면허제도를 폭 넓게 인정하고 있다.⁴⁰⁾ 영국의 경우에는 일정한 자격을 구비한 대체의료 기술가는 의료법에 관한 대체의료 관련 부가조항에만 적용을 받아 교육훈련 수준이나 임상적 능력과 관계없이 현행법 하에서 자유롭게 시술할 수 있고 다만, 암, 결핵, 녹내장, 성병, 간질 같은 특정질환의 치료에 대해서는 광고 선전을 할 수 없다고 규정하고 있어서 다른 국가에 비해 상대적으로 대체의료에 관하여 관대한 법적규제 조항을 두고 있다.⁴¹⁾ 일본의 경우는 1911년에 침구업의 면허제도가 공인되었으며 현재는 안마, 마사지, 침구, 지압에 대해 각 3년 이상의 교육과정과 실습을 거쳐 국가시험을 합격한 자에게 면허증을 교부하여 시술할 수 있게 하고 있다.⁴²⁾ 이와 같은 현상은 ‘실증주의 의학’(Evidence based medicine)의 확산으로 인하여 어떻게 치료가 되느냐, 혹은 정통이나 아니냐가 중요한 것이 아니라 효능의 유무를 중시하는 실증주의적인 사고방식에 기인한 것이다. 또한 의료 훈련이나 교육을 받지 않은 사람이라 해도 환자에게 이 같은 사실을 충분히 알리고 치료하는 한 불법이 아니며 이를 의료행위의 권리로 인정한다.⁴³⁾

또 “특별한 능력을 갖춘 무면허 의료행위자를 구분하는 것이 실제로 불가능하고 입법적으로 의료행위를 할 수 있게 하는 것이 입법정책에 불과하다”는 것은 국가에 나서서 검증과 연구를 하여야 함에도 불구하고 이를 구분할 수 없다고 하는 것은 국가의 의무를 스스로 포기하는 것으로서 1948년 세계인권선언의 “인간은 누구나 태어날 때부터

38) 헌법재판소 2010. 7. 29, 2008헌가19 등 결정(재판관 조대현, 재판관 이동흡, 재판관 목영준, 재판관 송두환의 위헌의견); §1 Gesetz über berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz).

39) 미국의 경우 식품의약국(FDA)이 1996년 침구를 유용한 치료법으로 인정한 후 40개 주에서 침구 치료를 인정하는 입법이 이뤄졌다. 호주의 빅토리아 주와 멕시코 파나마 브라질 아르헨티나 등에서 합법적 지위를 얻었고 프랑스 영국 오스트리아 등 유럽 국가에서도 정부의 인정을 받았다 (‘한 땀 한 땀 정성어린 손길에 시름도 사르르’, 동아일보, 2007. 1. 8 (<http://www.donga.com/fbin/output?n=200701080057>; 2010. 8. 12 방문).

40) 이인영, “의료행위의 현대적 의의와 과제”, 49면.

41) 유왕근, “서구 각국의 대체의료에 관한 최근동향”, 한국보건교육학회 제15권 2호, 1998, 250면.

42) 이상영/변용찬, 양·한방 의료협진체계의 현황과 개선방안, 한국보건사회연구원, 2001, 16면.

43) 방건웅, 위의 논문, 336면.

건강을 향유할 권리가 있으며, 국가, 사회는 이러한 권리를 보장할 의무가 있다”는 규정과 헌법 제10조의 행복추구권과 환자의 자기결정권에 어긋나는 것이다. 나아가 헌법 제36조 제3항이 규정하고 있는 국민의 보건에 관한 권리는 국민이 자신의 건강을 유지하는데 필요한 국가적 급부와 배려를 요구할 수 있는 권리를 말하는 것으로서, 국가는 국민의 건강을 소극적으로 침해하여서는 아니 될 의무를 부담하는 것에서 한걸음 더 나아가 적극적으로 국민의 보건을 위한 정책을 수립하고 시행하여야 할 의무를 부담한다는 것을 의미한다.⁴⁴⁾ 즉 국가는 보다 적극적으로 국민의 보건을 위한 정책을 수립·시행하여야 할 의무를 부담하는 것이므로 국가는 국민보건을 위해 제도 변경의 필요성이 있으면 이를 적극적으로 실천하여야 한다.⁴⁵⁾ 따라서 이는 입법정책의 문제가 아니라 국민의 생명과 건강을 책임져야 하는 국가의 의무인 것이다.

III. 대체의료행위의 허용과 제도화

1. 보호법익의 측면

의료행위는 사람의 신체와 생명을 대상으로 하는 것이므로 잘못되는 경우 회복할 수 없는 치명적인 위해를 가할 수 있기 때문에 단순한 의료기술 이상의 인체전반에 관한 이론적 뒷받침과 인간의 신체 및 생명에 대한 외경심을 체계적으로 교육받고 과학적으로 검증된 의료인에 의해서 행해져야 한다. 그러므로 과학적으로 검증되지 아니한 방법 또는 의학적 전문지식을 구비하지 않은 무면허 의료행위자에 의한 시술을 금지하여야 하고 국가가 적극적으로 규제하여야 한다는 것이 무면허 의료행위의 처벌목적으로서,⁴⁶⁾ 의료법 제25제 제1항의 보호법익은 국민의 생명과 신체라 할 수 있으며, 정확하게는 환자의 생명과 건강이라고 할 수 있다. 그러나 무면허의료행위에 대한 자유의 제한은 무면허시술자에게 있으며, 자유의 허용의 효과는 일반인이 아닌 의사에게 있다고 보아야 한다. 더욱이 일반인 특히, 무면허의료행위자에게 시술을 받고 싶은 사람은 자유의 허용이 아닌 오히려 치료받을 자유를 침해당하는 현상이 발생한다.

44) 헌법재판소 1995. 4. 20, 91헌바11 결정.

45) 헌법재판소 2010. 7. 29, 2008헌가19 등 결정(재판관 김희옥의 합헌의견).

46) 이인영, “의료행위의 현대적 의의와 과제”, 28면.

법규범은 보호법익과 필연적 관계에 있다. 특히 형법법익(Strafrechtsguts)은 입법자에게 범죄기준을 제공하며, 또 그 결정이 정의에 부합하는가를 심사할 수 있는 근거가 된다. 이러한 보호법익의 출발은 헌법 가치질서에서 찾아야 하다. 즉 현실의 행위에 의한 법익침해가 범죄구성요건이 예상하고 있는 정도에 달하지 못한다든가 침해행위 자체의 반가치성이 미약할 경우에는 비범죄화가 가능하다. 그 밖에 법익의 목록과 내용, 상호간의 관계, 서열, 비교형량 등의 문제는 궁극적으로 헌법의 가치질서에서 발견되어야 한다.⁴⁷⁾ 법익보호로 분류할 수 없는 금지내용은 형벌로 할 수 없다. 그러므로 범죄화하고 난 뒤에 그것의 법익을 찾아서는 안 되고, 보호해야 할 법익이 먼저 존재하고 그에 대한 범죄화가 뒤따라야 한다. 법익은 형법적으로 보호해야 할 인간이익으로 정의할 수 있다.⁴⁸⁾ 법익에 대한 판단기준은 인격적 법익론(personale Rechtsgutslehre)에서 찾아야 한다. 인격적 법익론은 개인, 사회, 국가의 긴장관계에서 법익파악의 핵심기준을 인간으로부터 찾는다. 사회·국가와 같은 제도의 보호는 그것이 인간보호를 전제로 할 때 필요할 뿐이다. 즉 사회·국가의 법익을 위한다고 할 때에도 그 위반행위에 대한 처벌은 언제나 개인을 지향한다. 형법은 개인을 처벌할 수 있을 뿐이지 형법이 직접 사회·국가를 안정시키핵심손해를 감소시키는 것은 아니다. 개인의 사회성·국가성이 강조되는 때 일수록 형법에서는 사람으로 지향되는 이론이 필요하다. 따라서 법익을 그 실질적인 중요성에 따라 분류하면, 개인적 법익이 가장 앞서고, 그 다음이 사회적 법익, 국가적 법익의 순서가 된다고 할 수 있다.⁴⁹⁾ 이러한 관점에서 무면허 의료행위에 관한 규정은 정반대의 행태를 가진다. 예컨대, 종래 우리나라에는 일제시대 때부터 침구사제도가 있었고 해방 이후 제정된 국민의료법에도 있었으나, 정부수립 후 침구사 시험은 한 번도 시행하지 아니하다가 1962년 의료법제정으로 종래의 침구사자격증을 가진 사람들의 기득권은 보호하되, 침구사시험제도는 폐지하였다. 그때부터 한의사시험에 침구학이 추가되었고 그 이후에 침구술이 한방 의료행위에 포함되는 것으로 해석함에 따라, 침구는 종래의 침구사 자격증소지자 및 한의사만이 할 수 있는 것으로 되었다.⁵⁰⁾ 따라서 현재의

47) 임웅, 앞의 책, 67면; Harro Otto, Konzeption und Grundsätze des Wirtschaftsstrafrechts, ZStW 96. Bd., 1984, S. 347.

48) 김창균, 인격적 법익론; 법치국가와 형법, 세창출판사, 1998, 83면; 이상돈, 형법의 근대성과 대화이론, 홍문사, 1994, 29면; 임웅, 앞의 책, 38면; Hassemer, Grundlinien einer personalen Rechtsgutslehre in FS für Arthur Kaufmann, 1989, S. 90.

49) 배종대, 형법총론, 홍문사, 2006, 56~57면.

50) 황종국, “민간의료를 합법화하자 - 의료제도의 근본문제와 개혁의 바른길”, 비평과 전망, 2001년

침습행위가 가벌적 행위로 된 것은 무면허 침구사에 의한 일반국민 또는 환자의 생명 또는 건강의 침해 때문이 아니고, 시대적 상황에 의한 행정의 편의를 위하여 시행된 것이었다. 환자의 입장에서는 침구술로 인한 의료대가는 지극히 경미하므로 명성이 알려지고 그 효과에 대해 신뢰가 생기면 침구술을 받으려고 하기 마련인데, 이런 경우 한의사들이 소홀히 하여 제대로 다루지 못하는 영역을 한의사가 아닌 사람이 시행한다고 하여 그 기술능력의 수준과는 상관없이 획일적으로 한방 의료행위에 포함시켜 처벌하는 것은 환자의 치료받을 권리와 치료수단의 선택권을 침해하는 결과가 된다.⁵¹⁾

생명과 건강은 형법이 보호하려는 가장 중요한 법익이다. 그러므로 형법은 이들 법익이 불법하게 침해되지 않도록 각별히 주의를 기울인다. 그러나 다른 한편으로는 이들 법익이 더 잘 보호될 수 있도록 배려하기도 하는 바 그 방법은 대개 생명과 건강을 직접적으로 다루는 인접분야에 대한 우호적 환경조성 또는 최소한 형법이 걸림돌이 되지 않도록 스스로를 삼가는데 있다.⁵²⁾ 생명과 건강에 대한 거대담론에서 법이 독점적으로 혹은 법이 최종적인 결정권을 갖는다는 사회적 합의는 찾아볼 수 없다.⁵³⁾ 이런 관점에서 사람의 생명, 신체나 공중위생상 위해를 발생시킬 우려가 있는 행위인가를 판단하는데 있어, 행위의 주체에 치우치지 않고 행위와 수단의 차원까지 모두 고려하여 형평성 있게 바라보아야 한다. 보다 정확한 표현을 찾는다면 그로 인하여 초래될 부작용의 위험이 합리적으로 관리되느냐에 따라 무면허의료행위인지 여부가 좌우되어야 한다.⁵⁴⁾

사람을 치료하는 의료행위나 아니면 신체에 대한 위법적 침해행위냐는 ‘신분’이 아니라 ‘행위’로서 판단되어야 한다. 그러나 행정법상의 면허제도의 존재유무 또는 면허의 소지 유무에 따른다면 불법적 구성요건의 주체가 결정될 뿐만 아니라 그 불법의 실질까지 결정지우는 결과를 초래한다. 즉 행정법상의 면허의 존재 유무가 바로 범죄의 구성요건해당성을 결정지우고 있는 것이다. 행정법이 추구하는 면허제도의 목적과 최후의 수단으로서 강구되어야 하는 형사법적 제재수단의 발동여부가 동일한 단계에서 이루어지는 결과, 형법의 독자적인 판단을 포기하고 있는 듯한 인상마저 주고 있다.⁵⁵⁾

3호, 260면.

51) 송명호, 의료행위의 개념, 재판실무 2집, 창원지방법원, 2005, 367~368면.

52) 안동준, “실험적 치료행위에 대한 형법적 심사”, 보건의료법의 현대적 과제, 전남대학교 법률행정연구소, 2006, 269면.

53) 신창선, “법의학과 의료법 - 오늘과 내일 - 보건의료법의 현대적 과제”, 전남대학교 법률행정연구소, 2006, 283면.

54) 이상돈, 앞의 논문, 171면.

2. 허용적 대체의료행위의 범위

더구나 면허제도의 행정권력적 관리가 국가권력의 재생산에는 기여하지만 반대로 의학의 발전이나 국민의 건강과 생명, 재산을 오히려 위축시키는 역기능을 갖고 있다. 예컨대 의료법 제81조에 의해 이 법이 시행되기 전에 자격을 인정받아 침구사로 활동 중인 뛰어난 치료능력을 가진 사람⁵⁶⁾들은 많은 환자들을 치료하였으나 그 후에는 그로부터 아무리 그러한 의술을 배운다고 할지라도 1962년 의료법 개정 이후 침구사 관련 조항이 법전에서 사라지면서 국내에서 의료행위를 하는 것은 오직 형사처벌의 대상이 될 뿐이다. 이러한 현상은 결국 국민들의 피해로 자리매김하게 되는 것은 명약관화한 일이다.

대체의료행위의 제도화에 대한 걸림돌은 의료인이라고 하더라도 그에게 면허된 범위 이외의 의료행위를 한 경우에는 무면허의료행위로서 처벌하도록 하고 있다는 것이다. 따라서 양의사와 한의사간에 의술의 교류의 단절로 인하여 대체의학을 받아들여 연구하고, 이를 치료행위로서 이용하는 서양과는 달리 우리나라에서는 양의사가 대체의학을 활용하여 양의학의 한계를 극복하고 통합의학의 발전을 시키는 것이 제도적으로 봉쇄되어 있다. 말하자면 서양의 양의학은 자기수정의 길이 열려있어 그 부작용과 폐해를 완화하거나 감소시킬 대안이 있으나, 우리나라의 의학은 그런 길이 전혀 없다는 것이다.⁵⁷⁾

의료인의 교차적 의료행위가 무면허의료행위로서 처벌받도록 하여 환자를 위한 통합(統合)적 치료 내지는 전일(全一)적 치료가 이루어지고 있지 않아 국민의 생명과 건강, 재산에 침해하고 있다고 하는 것과는 달리 비의료인의 의료행위에 대하여 국가가 주관하는 면허주의의 전체적 규정이 전혀 타당하지 않는다는 것은 아니다. 다만 우리 고유의 의술인 민족전통의술에 대하여는 획일화된 잣대로 평가해서는 안된다는 것이다. 즉 의학적 측면에서 고유의 영역을 가지고 있으며 치료행위에서도 많은 위험을 수반하

55) 황만성, “무면허 의료행위에 있어서의 의료행위의 개념”, 형사판례연구 제14권, 박영사, 2006, 532면.

56) 세계적인 침구사라 불리는 구당 김남수옹이 있다. 이는 국회 내에 한방 의료실뿐만 아니라 여러 곳에서 봉사하고 있는 인물이다(‘침구사 제도 부활 찬반 논쟁 가열’, 경향신문, 2008년 10월 1일자).

57) 황종국, 의사가 못 고치는 환자는 어떻게 하나? 제2권, 우리문화, 2005, 160면: 의료법은 서양의학 과 동양의학간의 상호 영역침범을 금지함으로써 융합과 통합을 가로막고 있다. 이는 단일 의료 체계를 가지고 있어서 대체의학의 접목과 통합에 아무런 제도적 장애가 없는 서양에 오히려 불리하게 된 것이다.

는 서양의학적 의료행위에 대해서는 당연히 면허주의가 합당하며, 이에 대하여는 자격이 없는 자가 양의사와 유사한 의료행위를 하면 당연히 처벌되어야 한다.⁵⁸⁾

그러나 우리나라 고유의 의료행위인 침, 뜸, 부항, 기공 등에 있어서는 양의사에 대한 공인되는 면허와는 별개로 다루어야 한다. 우리나라 고유의 의료행위는 수천 년 전부터 내려온 의료기술로서 자생적으로 오랜 세월 거쳐 발전, 시행되어 온 치료방법의 일종이다. 따라서 그 효능과 부작용, 처치요건 등에 대한 검증은 사실상 어느 정도 마무리된 상태라고 말할 수 있다. 바로 이런 특징 때문에 민간요법에 대한 사회적 수요가 그치지 않고 있으며 제도권내의 치료방법에 비해 치료성과에서 결코 뒤지지 않는 현상까지도 목도할 수 있다. 그럼에도 불구하고 민간요법을 과연 치료행위로 봐야 하는 지를 둘러싼 시비는 그치지 않고 있으며 현행법의 태도와 민간의료의 현실 사이에는 커다란 간격이 자리하고 있다.⁵⁹⁾

대체의학은 현대 의학적 치료방법 이외의 모든 질병치료법의 의미로서 서구의 정통 의학을 대체한다는 의미로서 대체의료 또는 보완의료 내지는 대체요법 등으로 소개되고 있다. 현재의 의료기술은 세균성 질병은 거의 치유 가능한 반면 만성질환이나 암, 만성통증에 대하여는 현대의 의료기술로 한계를 절감하여 증상에 대하여만 치료를 할 것이 아니라 전일적인 치료 또는 자연치유능력에 맞추어 조율하고 이를 복원하려는 의학이라고 할 수 있다. 이러한 점에서 대체의료는 의사의 전유물이 될 수 없다고 생각한다. 우리나라 고유의 의료기술—대법원에 의하여 무면허의료행위라고 정의되어지는—에 해당하는 부분을 서구에서는 대체의료 내지 대안의학 또는 보완의학이라고 명명하나 우리나라에서는 민간요법이나 한의사의 의료행위에 해당하는 부분이 중심개념이 된다고 할 수 있다.⁶⁰⁾ 판례는 수지침 및 체침과 같은 침술행위, 뜸요법, 자석요법, 벌침요법,

58) 따라서 외과수술 등과 같은 의료행위는 무면허 의료행위로서 형사 처벌되어야 할 것이다. 대법원 1974. 11. 26, 선고 74도1114 전원합의체 판결에서도 미용성형수술이 의료기술의 시행방법으로 행하여지고 또 코의 절개과정이나 연골의 삽입봉합과정에서 미균이 침입할 위험성을 내포하고 있는 것이어서 이러한 코 높이기 수술의 방법 및 행위의 태양을 함께 감안하면 코 높이기 성형수술행위도 질병의 치료행위의 범주에 넣어 의료행위가 되는 것으로 해석함이 타당하다고 하였다.

59) 자신의 인식범위에 포착되지 않는다고 하여 실제 자체를 부정해서는 안 될 일이며 병을 고치는 의술이라면 그것이 제도의술이든 민중의술이든 가릴 것 없이 그것이야말로 참으로 과학적이라고 말해야 한다고 한다(황종국, 앞의 책, 224면).

60) 대체의학은 그 명칭이 무엇이든지간에 현재의 의료를 대체하거나 보완할 수 있다는 점은 동일하다.

부항 시술행위, 안마, 지압, 척추교정, 활법, 기치료 등 같은 행위가 생리상 또는 보건위생상 위험이 있을 수 있는 경우에는 의료행위에 해당한다고 판시하였다.⁶¹⁾ 이러한 것들은 서구에서는 대체의료라고 명명되는 것이다.

일반적으로 의료인을 중심으로 한 의료행위 외에는 법적 규제를 하는 주된 목적은 무면허 의료행위자에 의한 잘못된 진단 및 치료를 예방하여 일반국민을 보호하는 것이다. 반대로 법적 규제가 내포하고 있는 기본적 속성 때문에 경우에 따라 환자와 의료행위자의 이해가 상충되기도 하고, 혹은 상호일치하기도 한다. 즉 법적규제는 개인의 법적권리를 제약하거나 일반국민에 대해 경제적 부담을 지우는 것과 같은 부정적 측면들을 지니고 있는 반면에 제공되는 서비스의 질을 향상시키고, 제공자와 서비스에 대한 정보를 올바르게 제공해주는 긍정적인 측면들을 동시에 지니게 된다. 따라서 국가가 어떤 법적 규제를 제정 혹은 시행하고자 할 때는 특정집단의 이해나 기득권을 떠나 사회 전체적인 차원에서 어떻게 영향을 미칠 것인가를 고려하는 것이 각국을 불문하고 매우 중요한 문제로 대두하고 있다. 이러한 점에서 미국의 많은 주들은 소비자를 보호하기 위한 부득이한 경우를 제외하고는 대체의료의 발전과 그에 대한 접근성 및 이용가능성을 저해하지 않는 방향으로 법적 규제를 허용적으로 운용하고 있는 실정이다. 이러한 현상이 지속될 경우 대체의료의 상당부분에 있어서 종주국의 지위를 누려온 우리나라가 점차 가시화되는 의료시장의 개방의 흐름 속에 이를 역수입하는 가능성도 배제할 수 없다.⁶²⁾

현재 우리 고유의 의료요법(민간요법)⁶³⁾은 제도권 밖에 있다. 따라서 이러한 의료기

61) 대법원 1978. 5. 9, 선고 77도2191 판결; 대법원 1992. 10. 13, 선고 92도1892 판결; 대법원 1999. 3. 26, 선고 98도2481 판결; 대법원 2000. 4. 25, 선고 98도2389 판결; 대법원 2000. 2. 25, 선고 99도4542 판결; 대법원 2000. 5. 10, 선고 2000도2807 판결; 대법원 2002. 6. 20, 선고 2002도807 판결; 대법원 2004. 10. 28, 선고 2004도3405 판결.

62) 유왕근, 앞의 논문, 1998, 252면; 같은 취지로 이영진, 앞의 논문, 69면: 미국에서만도 엄청난 연구와 노력이 이 분야에 쏟아지고 있음을 감안할 때, 우리가 노력을 안 한다면 심지어는 한의학과 그 관련분야조차 거꾸로 수입하는 현상이 발생할 지도 모르겠다.

63) Eser에 따르면 민간인에 의해 실시되는 요법(Auß enseitermethoden)이라고 해서 무조건 배척되어서는 아니 되며, 다만 의료계의 검증이 없어 위험성이 높기 때문에 다음의 조건 즉 이 처치가 이를 시술하는 사람들 사이에서 일반적으로 인정받고 있는 기본원칙을 준수하고 있으며 그 효과가 제도권의학에서 통용되는 방법에 비해 훨씬 떨어지는 안된다는 것을 충족하는 한 허용해야 한다고 한다. 그러므로 학교의학과 결합되어 있는 단점은 민간요법 선택시에 고려되며 비록 그 효과가 학교의학에 비해 떨어진다고 할지라도 민간요법이 덜 고통스러운 것이라면 치료원칙이 준수한 것이 된다고 한다(신창선, 앞의 책, 281면).

술을 행하는 무자격자에 의한 의료행위는 불법행위일 수밖에 없다. 그 결과 기껏해야 위법성을 심사하는 단계에서 예외적으로 사회상규에 반하지 않는 적법행위로 허용하게 되지만 어떤 경우가 사회상규에 반하지 않는지를 논란의 여지없이 판단하기란 참으로 어려운 일이다.⁶⁴⁾ 아마도 이는 생명현상은 단적으로 설명하기 어려운 문제로서 근본적으로 다양한 접근이 가능하나, 그럼에도 불구하고 한 번의 실수가 바로 치명적 결과를 초래한다는 점에서 불가피한 현상이라고 생각할 수 있다.

그렇다면 민간요법에 대한 법적 처리도 이 전제 위에서 논의함이 타당하게 되는바 따라서 소위 치료원칙이란 무엇이며 누구에 의해 어떤 방법으로 검증을 거쳐야 하는지, 혹은 보다 근본적으로 검증이 불가능한 영역에 대해서는 어떤 처리를 해야 하는지, 특별한 시설이나 고도의 훈련을 요하지 않는 단순처치 등은 일체 불허해야하는지에 대해서 다시 생각하는 계기가 된다. 나아가 학교의학 안에서도 같은 질병에 대한 치료방법이 수 개씩 경합하는 현실이라면 결국 치료효과가 탁월한 방법이 최고이고 그것이 검증기준이 되고 따라서 민간요법도 치료원칙이 될 수 있는 가능성을 원천 봉쇄할 근거도 희박하게 된다.⁶⁵⁾ 그럼에도 우리 고유의 의료기술인 민간요법을 제도화하는데 대해서는 상당한 거부감이 있다. 이는 의료법규정을 통해 쉽게 확인하는데 의료법 제25조 제1항은 의료인이 아니면 누구든지 의료행위를 할 수 없으며 의료인도 면허된 이외의 의료행위를 할 수 없다고 하면서 다시 동법 제2조 제1항에서 의료인이라 함은 의료인이라 함은 보건복지부장관의 면허를 받은 의사, 치과의사, 한의사, 조산사 및 간호사를 말한다 고 하고 있기 때문이다.

64) 그 예로 대법원 2000. 4. 25, 선고 98도2389 판결: 일반적으로 면허 또는 자격 없이 침술행위를 하는 것은 의료법 제25조의 무면허 의료행위(한방의료행위)에 해당되어 같은 법 제66조에 의하여 처벌되어야 하고, 수지침 시술행위도 위와 같은 침술행위의 일종으로서 의료법에서 금지하고 있는 의료행위에 해당하며, 이러한 수지침 시술행위가 광범위하고 보편화된 민간요법이고, 그 시술로 인한 위험성이 적다는 사정만으로 그것이 바로 사회상규에 위배되지 아니하는 행위에 해당한다고 보기는 어렵다고 할 것이나, 수지침은 시술부위나 시술방법 등에 있어서 예로부터 동양의학으로 전래되어 내려오는 체침의 경우와 현저한 차이가 있고, 일반인들의 인식도 이에 대한 관용의 입장에 기울어져 있으므로, 이러한 사정과 함께 시술자의 시술의 동기, 목적, 방법, 횟수, 시술에 대한 지식수준, 시술경력, 피시술자의 나이, 체질, 건강상태, 시술행위로 인한 부작용 내지 위험발생 가능성 등을 종합적으로 고려하여 구체적인 경우에 있어서 개별적으로 보아 법질서 전체의 정신이나 그 배후에 놓여 있는 사회윤리 내지 사회통념에 비추어 용인될 수 있는 행위에 해당한다고 인정되는 경우에는 형법 제20조 소정의 사회상규에 위배되지 아니하는 행위로서 위법성이 조각된다고 할 것이다.

65) 신창선, 앞의 책, 278면.

우리의 전통의술 중 하나인 침술은 과거 40년 동안 서구 각국에서 가장 잘 알려져 왔고 많은 과학적 연구가 이루어져 오고 있다. 미국 국립보건원(NIH)은 수술 및 화학요법 치료 후에 의하여 야기되는 질환과 다른 질환에 대하여 효과적임을 보고하고 있으며, WHO는 침술학을 의학의 일부로 인정하고 이를 과학적으로 연구해야 한다고 선언하고, 침술에 관하여 그 동안 이루어진 각각의 연구방법의 성격과 수준에 기초하여 침술이 적용될 수 있는 62가지의 잠정적인 질환의 종류를 제시하였으며, 신경계통에 영향을 주는 구조적인 불기능을 진단하거나 치료하기 위하여 수술이나 화학적 요법에 의존하지 아니하고 주로 손을 사용하는 카이로프랙틱에 관하여도 지금은 서구 각국에서 많이 이용되고 있는 주요 대체요법 중의 하나이다.⁶⁶⁾

결론적으로 ① 위험성이 거의 없거나 경미한 의료행위인 경우에는 대체의료행위로서 처벌되어서는 아니 된다. 그 유형으로는 침술행위, 뜸요법, 자석요법, 벌침요법, 부항 시술행위, 안마, 지압, 척추교정, 활법, 기치료 등은 과거 우리의 생활과 밀접한 관련이 있는 의료행위로서 처벌되어서는 아니 된다. 또 ② 현재의 과학적 수준에서는 이해할 수 없지만 치료에 성공한 비의료인의 의료행위 역시 처벌되어서는 아니 된다.⁶⁷⁾ ③ 의사에 의해 치료불가 판정을 받은 경우, ④ 과다한 비용의 이유로 제도권의 의료혜택을 포기할 수밖에 없는 경우에도 허용되는 대체의료행위라고 하여야 한다.

3. 대체의료행위의 제도화

그러나 허용되는 대체의료행위라고 하여 이를 비범죄화한다면 사이버 의료인들의 창궐을 어떻게 규율할 것인가라는 문제가 발생한다. 이러한 문제점 역시 수천 년 동안 자

66) 유왕근, 앞의 논문, 241면.

67) ‘21세기 화타’ 중앙일보, 2008년 5월 31일자: 무면허 한의사 장병두(92)씨의 기이한 법정 투쟁이 3년째 이어지고 있다. 그는 ‘21세기 화타’라고 불린다. 장씨는 1, 2심에서 징역 2년6개월에 집행유예 4년, 벌금 1000만원을 선고받았다. 초등학교도 다니지 못했지만 궁중 전의였던 외할아버지에 게서 의술을 배우고, 17세 때 지리산에 들어가 민중 의술과 도학을 익혔다는 이력도 있다. 하지만 검찰은 이런 이력과 관계없이 장씨를 부정 의료업자라고 판단하고 기소했다. 무면허 한의사임에도 3000여 회에 걸쳐 환자들에게 한약을 조제해 주고 약 14억원의 치료비를 챙긴 혐의(보건의범죄단속법 위반)를 적용한다. 검찰이 그를 기소하자 “처벌하면 안 된다”며 진정과 호소가 이어진 것이다. 지난해 항소심 법정엔 현직 대학 교수·교사·약사·공무원 등 번듯한 사회인 100여 명이 몰려들었다. 이들은 재판부에 “생명의 은인인 할아버지를 선처해 달라”고 호소했다. 한 대학 교수는 “위암 3기 진단을 받았다가 장병두 할아버지의 약을 먹고 놀랍게 통증이 사라져 장단에 서고 있다”고 주장했다.

생적으로 검증되어 오던 방식을 일거에 무너뜨리고 무리한 제도에의 편입에 의한 부작용이라고 할 수 있다. 따라서 부작용을 최소화 하면서 의학의 발전이라는 장기적 안목에서 대체의료행위의 제도화가 되어야 한다고 본다.

세계의 우수한 의과대학이 대체의학에 대한 강좌와 교육프로그램을 준비하고 연구 부서를 만들어 프로젝트를 실행하고 있다. 세계 여러 나라에서의 대체의학의 발전에 비추어 볼 때 우리에게 단순히 한의학적 이론과 실기의 도입·수용만이 아니라 세계적인 대체의학 프로그램에 대한 광범위한 소개와 교육, 연구발전이 시급한 단계이다. 더 나아가 한국적 대체요법들을 발굴하고 이론화하여 발전시켜나가는 것이 중요하다. 현재 우리의 실정은 매우 고립적이고 폐쇄적이지만 앞으로 대체의학에 대한 정책적인 후원과 학문적 관심을 갖는다면 진보적이고 선도적인 의학을 창출해낼 수 있는 가능성은 크다.⁶⁸⁾ 대체의학의 대명사라고 할 수 있는 약용식물학이나 본초학(本草學)을 예로 들어보면, 우리나라의 지역적 식물분포, 성분비교, 생산량점검, 임상평가를 시행하고 해당지역의 풍속·계절별 행사·농작물현황·식습관·지역 전통의료인들의 축적된 정보의 수집 등이 이루어지면 어느 나라 못지않게 훌륭한 한국적 대체의학을 꽃피울 수 있을 것이다. 이를 위해서는 좀 더 과학적인 방법론에 기초한 대체의료체계를 정비하고 필요한 연구와 개발을 추진해 나가야 하며 분자생물학·면역 내분비학 등을 동원한 기초의학적 연구가 수반되어야 한다. 또한 역학적 조사·연구, 임상보고, 대체의술의 교육과 훈련 등이 충분히 축적되어야 할 것이다.⁶⁹⁾

즉 우리나라에서 대체의학이 자리 잡기 위해서는 다음과 같은 전제되어야 한다. 첫째, 환자에 대한 성공적 비의료인의 의료행위에 대한 검증과 연구가 필요하다. 또 임상결과의 축적이 요구되며, 이를 위하여 국가적 차원의 전문기관이 필요하다 하겠다. 따라서 검증과 연구 및 임상결과의 축적 위해서 현재 제도권 내에 있는 한의학적 지식이 아니라 현재 무면허의료행위로서 처벌되고 있는 대체의료행위의 제도권への 포섭이 필요하다. 둘째, 제도적 장치의 보완이 필요하다 하겠다. 제도적 장치의 보완의 전제로서 환자의 치료에 특별한 재능을 가지고 있는 무자격의 의료인을 제도권으로 포섭하는 것이 중요하다. 예컨대 이미 치료능력을 갖춘 무면허 의료행위자에게는 허가나 인가가 아

68) 전세일/전홍준/오홍근, 새로운 의학, 새로운 삶 : 이제 건강에 대한 생각을 바꿔라, 창작과비평사, 2000, 59면.

69) 전세일 외2인, 앞의 책, 60면.

년 그 하위의 승인이나 신고를 통해 국가의 검증만 거치면 의료행위를 하도록 하고, 후발적 무면허 의료행위자를 위해서 침과 뜸, 지압, 기공 등 전통의술에 대하여는 현행의 의사제도와는 다른 면허제도가 필요하다. 즉 이러한 사람들을 국가에서 제도권 안으로 포섭한 후에는 국가에서 주관하고 교육할 수 있는 여건이 갖추어지면 이들에 대한 면허 또한 현행 의과대학의 교육과정과는 별도로 대체의학의 교육을 통하여 대체의학을 발전시킬 수 있을 것이다.⁷⁰⁾ 또한 새로운 대체의학이 발생하면 이에 대한 연구와 검증 역시 이러한 전문기관에서 할 임무인 것이다. 마지막으로 양·한방의 이원적 체계로 되어 있는 우리나라의 의료법에 대한 과감한 손질이 필요하다. 이를 위해서는 가장 중요한 전제조건으로서 의학적인 것뿐만 아니라 경제·정치적 요인들까지 고려되어 있는 의료법의 개정이 필요하다.

IV. 마치며

동의보감에 수록된 약재는 실생활에서 쉽게 구할 수 있도록 흔히 볼 수 있는 것이고, 처치법은 한자가 아닌 우리말로 작문하였다. 이러한 사실에서 우리 고유의 의료기술은 위험성이 크지 않다는 것을 알 수 있다. 또 우리 고유의 의료기술은 대학을 나오지 않아도 훌륭하게 치료행위를 하고 있는 언론에 드러난 몇몇의 사람들에게서도 행정권력적 의료체계는 타당하지 않다는 사실을 알 수 있다. 그러나 외국의 경우에는 제도권 밖에 있는 민중 의술 중 효험이 있는 치료 방법은 국가가 나서서 검증한 후 제도권으로 끌어 들이려는 노력을 하고 있으나 우리의 경우 무면허 의료행위는 무수한 환자를 살려냈어도 실정법 위반인 것이 현실이다.⁷¹⁾

이러한 점에 비추어 볼 때 우리 고유의 의료요법에서 의료인이 행하지 아니한다고 하여 성공한 치료이든 실패한 치료이든 무조건 형사처벌하는 우리의 법태도는 의료체

70) 예컨대 뜸시술의 경우에는 1년 정도의 교육과정이 필요하다고 한다(‘한 뜸 한 뜸 정성어린 손길에 시름도 사르르’, 동아일보, 2007. 1. 8(<http://www.donga.com/fbin/output?n=200701080057>; 2010. 8. 12 방문).

71) 의사의 의료독점제도가 타당하려면 적어도 다음 두 가지 전제는 충족되어야 한다. 의사가 모든 병을 고칠 수 있다는 것과 누구든지 병이 나면 그런 의사에게 치료받을 수 있도록 보장되어야 한다는 것이 그 전제이다(황종국, 앞의 책, 133면).

계에 있어서 안정화라는 점에서는 도움이 될지 알 수 모르나, 의학의 목적인 국민의 건강과 생명뿐만 아니라 의학의 발전에 일말의 도움이 되지 아니한다.

범죄현상에는 사회, 정치, 경제, 문화의 변화가 반영된다. 사회적 변화에 따라 새로운 범죄양상이 등장하면 이에 대처하기 위하여 새로운 형벌법규가 마련되어야 하고, 사회의 가치관변화에 따라 더 이상 범죄화되지 않을 행위는 형법의 영역에서 제외되어야 할 것이다. 그러나 의료법의 제정상황에 비추어 볼 때 무면허의료행위가 이러한 사회적인 영향에 따라 새로운 범죄의 탄생이라 할 수 있는지는 의문이다. 사회적 영향에 의한 신범죄화는 주로 환경범죄, 컴퓨터 범죄, 경제범죄라는 새로운 양상의 범죄라 할 수 있기 때문이다. 즉 과거에는 그러한 형태의 행위가 없었으나, 과학기술의 발전에 따라 그것이 범죄화되는 것이다. 따라서 과거에서부터 계속하여 같은 형태의 행위가 있었고, 앞으로도 발생할 가능성이 거의 확실한 행위를 범죄화한다는 것은 형법만능주의라 할 수 있으며, 다원주의를 지향하는 민주사회에 배치되는 입법이라 할 것이다.

헌법이 서로 상반되는 내용의 법익 내지는 가치를 내포하고 있는 경우에 그 두 법익 내지 가치를 서로 비교형량해서 보다 큰 법익 내지 가치를 보호하고 낮은 쪽을 희생해야 한다는 입법과 해석의 원리가 법익형량의 원칙이다. 국민의 건강과 치료받을 자유에 대하여 외견상 국민의 건강이라고 하나 실질적으로 기득권의 이익이라는 기본권 사이에는 형량 할 수 없을 정도로 전자는 우월적 지위를 가진다고 할 수 있다. 만일 그 외견상의 이익 즉, 국민의 건강을 보호하려는 법익이라고 하더라도 법익형량의 원칙을 적용함에는 충돌하고 있는 두 법익을 ‘동시에 양립시킬 수 없을 경우’에 부득이 하게 보다 우위의 법익을 보호하고 보다 낮은 법익을 희생시키고자 하는 것이므로, 상호 대립된 두 법익을 조화시켜 ‘양립이 가능한 경우’에는 두 법익의 양자택일을 지양하고 양 법익을 최대한 조화시킬 수 있도록 해야 한다는 조화의 원리 내지 형평성의 원칙이 일차적으로 고려된다. 따라서 두 법익의 양자택일적 판단을 내리기 전에 환자의 생명·건강 또는 치료받을 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 무면허의료행위를 보장할 수 있는 조화방안이 없는가를 먼저 검토하여야 할 것이다. 대체의학은 수천 년 동안의 시술과 임상경험을 통하여 나름대로 치료효과가 있는 인류 경험의 산물이고 서구의 정통의학이 해결하지 못하는 불치나 난치의 질병에 대하여 새로운 해결책을 제시할 수 있는 분야이다. 따라서 우리의 이원적이고 분리된 의료인의 의료행위를 통합화하는 의료체계를 정비하고, 비범죄화에 의한 완충작용과 의학의 발전이라는 거시적 관점에서 국가차원의

전문기관의 설립과 탁월한 치료능력을 가진 이들에게 환자치료에 대한 그 치료방법을 계승·발전 시켜야한다. 더욱이 현재 말기환자에게 연명치료를 중단하기로 한 합의안이 마련되었고, 이것이 시행되면 말기환자들은 더 이상 치료를 받지 못하고 죽음을 기다릴 수밖에 없는 현실에서는 더욱 그러하다.⁷²⁾

72) ‘연명치료 중단 사회적 합의안 마련’ 연합뉴스, 2010. 7. 14(<http://www.yonhapnews.co.kr/>; 2010.7.14 방문).

참 고 문 헌

- 김민중, 의료분쟁의 법률지식, 청림출판, 1998.
- _____, “의료과실소송상의 과실과 인과관계입증”, 민사법학의 제문제, 엄영진교수화갑 논문집, 1997.
- 김창균, 인격적 법익론; 법치국가와 형법, 세창출판사, 1998.
- 방건웅, 서구의 대안의학과의 의료체제의 개혁, 창작과 비평, 2001.
- 배종대, 형법총론, 홍문사, 2006.
- 범경철, 의료분쟁소송 - 이론과 실제 -, 법률정보센터, 2003.
- 송명호, “의료행위의 개념”, 재판실무 2집, 창원지방법원, 2005.
- 신창선, “보건의료법의 현대적 과제, 법의학과 의료법-오늘과 내일-”, 전남대학교 법률행정연구소, 2006.
- 안동준, “보건의료법의 현대적 과제 - 실험적 치료행위에 대한 형법적 심사-”, 전남대학교 법률행정연구소, 2006.
- 유왕근, 서구 각국의 대체의료에 관한 최근동향, 한국보건교육학회 제15권 2호, 1998.
- 이상돈, 무면허의료행위죄 - 현황, 구조, 한계, 대안, 고려법학 제40권, 고려대학교 법학연구원, 2003.
- _____, 형법의 근대성과 대화이론, 홍문사, 1994.
- 이상영/변용찬, “양·한방 의료협진체계의 현황과 개선방안”, 한국보건사회연구원, 2001.
- 이인영, “의료행위의 현대적 의의와 과제”, 법과 정책연구 제7집 제1호, 한국법정책학회, 2007.
- _____, “무면허의료행위에 관한 일 고찰”, 한국의료법학지 제6권 제1호, 한국의료법학회, 1999.
- 이영진, “대체의학이란 무엇인가?”, 공학교육과 기술 제9권 제2호, 한국공학교육학회, 2002.
- 임 응, 비범죄화의 이론, 법문사, 1998.
- 전세일/전홍준/오홍근, 새로운 의학, 새로운 삶 : 이제 건강에 대한 생각을 바꿔라, 창작과비평사, 2000.
- 최재천, “의료소송의 범주와 의료과실, 보건의료법의 현대적 과제”, 전남대학교 법률행

- 정연구소, 2006.
- 추호경, 의료과오론, 육법사, 1992.
- 황만성, “무면허 의료행위에 있어서의 의료행위의 개념”, 형사판례연구 제14권, 박영사, 2006.
- 황종국, “의사가 못 고치는 환자는 어떻게 하나?”, 우리문화 제2권, 2005.
- _____, 민간의료를 합법화하자 - 의료제도의 근본문제와 개혁의 바른길, 비평과 전망, 2001년 3호.
- 경향신문, ‘침구사 제도 부활 찬반 논쟁 가열’, 2008.10.1.
- 동아일보, ‘한 땀 한 땀 정성어린 손길에 시름도 사르르’, 2007. 1. 8
(<http://www.donga.com/fbin/output?n=200701080057>; 2010. 8. 12 방문).
- 서울신문, ‘한의원 물리치료사 위법성 논란’, 2010.2.5.
- 연합뉴스, ‘연명치료 중단 사회적 합의안 마련’, 2010. 7. 14(<http://www.yonhapnews.co.kr/>; 2010.7.14 방문).
- 중앙일보, ‘21세기 화타’, 2008.5.31.
- Hassemer, Grundlinien einer personalen Rechtsgutslehre in FS für Arthur Kaufmann, 1989.
- Harro Otto, Konzeption und Grundsätze des Wirtschaftsstrafrechts, ZStW 96. Bd., 1984.

<국문요약>

의료는 원래 국가의 형성과 무관하게 인간의 삶이 있는 곳이면 형성되는 생활세계적 현상이었다. 그러나 현행 의료법은 무면허의료행위의 적용에 있어서 의료개념을 국가가 규정하는 모습을 보이고 있다. 따라서 의료행위의 의미도 의료전문가가 아닌 행정관료와 사법부가 유권해석을 통하여 구체화 한다. 만약 생활세계에서 시민들이 자연발생적으로 하게 되는 의료행위—바뀌 말해 건강을 돌보는 행위—라고 할지라도 국가가 의료인면허를 받지 않는 한 해서는 안 되는 행위로 금기시한다면 그 순간부터 무면허의료행위에 해당하게 되는 것이다.

법규범은 보호법익과 필연적 관계에 있다. 특히 형법법익은 입법자에게 범죄기준을 제공하며, 또 그 결정이 정의에 부합하는가를 심사할 수 있는 근거가 된다. 이러한 보호법익의 출발은 헌법 가치질서에서 찾아야 하다. 즉 현실의 행위에 의한 법익침해가 범죄구성요건이 예상하고 있는 정도에 달하지 못한다든가 침해행위 자체의 반가치성이 미약할 경우에는 비범죄화가 가능하다. 그 밖에 법익의 목록과 내용, 상호간의 관계, 서열, 비교형량 등의 문제는 궁극적으로 헌법의 가치질서에서 발견되어야 한다. 법익보호로 분류할 수 없는 금지내용은 형벌로 할 수 없다. 그러므로 범죄화하고 난 뒤에 그것의 법익을 찾아서는 안 되고, 보호해야 할 법익이 먼저 존재하고 그에 대한 범죄화가 뒤따라야 한다.

의학적 합리성과 법적 합리성의 괴리를 형벌로 메우는 것은 장기적인 안목에서 보면 국민의 법익을 보호하여야 하는 법이 오히려 국민의 생명과 신체의 위험을 초래하고 재산권을 침해하는 법의 합리성을 스스로 무너뜨리는 역할을 하는 것이라 할 수 있다. 왜냐하면 그런 처벌을 감행하는 의료법은 의료를 위한 법이 아니라, 처벌하는 국가의 권력 그 자체를 위한 것이 되기 때문이다.

인체의 원초적 기능을 회복시킬 목적으로 인체 외부에서 단지 자연치료적인 방법으로 행하는 경우(대체의료행위 또는 민간요법)는 그 치료효과가 어느 정도 인정되는 한 침해의 위험성보다 당해 행위의 실제적 유용성과 이익이 더욱 큰 경우에 해당한다. 따라서 행위의 물리적, 외형적 객관적 내용이 서양의학적 의료행위인 경우에는 추상적 위험성만으로도 제재하여야 하며, 자연적인 치료방법으로 의료행위를 하는 경우에는 사람의 생명이나 신체에 구체적 또는 명백한 위험이 발생하는 경우에 형법에 따라 처벌해야

한다고 생각한다.

주제어 : 대체의료행위, 무면허 의료행위, 의료법 제27조 1항, 인격적 법익론, 추상적 위험, 민간요법

<Abstract>

Unlicensed practice of medicine on the validity of the penalty

*Ha, Tae-In**

Health care, regardless of the original formation of the country where human life is formed, if life was a global phenomenon. However, the application of current medical law in the unlicensed practice of medicine and medical concepts to define the state is showing. Therefore, the meaning of medical practice, not medical professionals and the judiciary, administration officials will materialize through interpretation. If you live in the world, citizens are naturally-occurring with medical practice even if he does not receive state medical license should not be a taboo, if an act from the moment that the unlicensed practice of medicine becomes will.

Laws and regulations on the protection of legal interests and relationships are inevitable. Criminal legal interests, especially by the legislator provides to the crime, also consistent with this definition, The decision meets this definition is the basis for examining. The departure of these legal interests protected by the constitution in order to find the value is. Reality by an act of infringement of legal interests in the configuration requirements are expected to do so short of the value of the West: the act of infringement itself is weak and could have been an extraordinary crime. The only information a list of legal interests, mutual relationships, sequences, profit comparison Constitution and ultimately the value of the problem should be found in order. Of legal protection can not be classified as prohibited content to the punishment can not do. Therefore, after the crime I should not find its legal interests, and to protect the legal interests that exist before and angry about it a crime to be followed.

Medical rationality and legal rationality as a bridge that gap penalties in a long term view that the law should protect people's legal interests of citizens rather than pose a risk to life and

* Ph. D. of Law, Researcher Institute of Law Studies Pusan National University

property of the body that the law violated their own rationality to break down the role can be said. Legislation in such a venture, because the punishment for the health care law, but to punish it for its own country because of power.

Primitive feature of the human body for the purpose of recovering the body from the outside if only doing the natural healing way (alternative medical practices or folk remedies), the effect of the therapy is recognized to some extent the risk of a violation than the practical usefulness and benefits of such actions If this is greater. Therefore, physical activity, superficial objective medical information, attempted to patients in the West if sanctions must be just an abstract danger, natural treatment for a medical practice if the person's life or body, or specifically in the event of an obvious risk thinks should be punished according to criminal law.

Keywords : Complementary and Alternative Medicine, Unlicensed practice of medicine, Medical Law Article 27. paragraph 1, Personal legal interests theory, Abstract risks, Remedies

‘소수의 횡포’ 가능성에 대한 위헌심사*

-헌재 2010. 7. 29. 2008헌가19 등(병합)과 관련하여-

임 중 훈

(홍익대학교 법과대학 교수)

【초 록】

그동안 우리의 학계와 헌법재판소는 전통적 이론에 따라서 다수결원리가 적용되는 입법부의 결정에 의하여 침해된 소수자의 기본권을 보호하기 위하여 사법심사가 행해진다는 입장을 견지하고 있다.

이 글에서는 다수결에 의한 소수자의 기본권침해 가능성 외에 잘 조직화된 일부 이익집단의 노력에 의하여 그 구성원들을 위하여 국민 다수가 불이익을 볼 수 있다는 가능성을 제시하고, 헌법재판소가 사법심사를 하면서 이러한 가능성에 대해서도 반드시 유념해야 한다는 점을 주장하고 있다. 특히 우리나라의 국회는 단일 소관위원회주의를 채택하고 있어서 어느 나라 의회보다도 태생적으로 ‘소수의 횡포’에 취약하다.

입법에서 ‘소수의 횡포’ 가능성을 전제로 결정한 대표적 사례로 침구사의 무면허의료행위를 처벌하고 있는 의료법 조항을 다룬 헌재 2010. 7. 29. 2008헌가19 등(병합)을 검토하였다. 이 결정에서 5인의 재판관들은 ‘침해의 최소화’이라는 측면에서 침구(鍼灸)는 생명·신체에 대한 위험성이나 부작용이 매우 낮은데도 불구하고 이러한 의료행위까지 전면적·일률적으로 의료인에게 독점시키는 것은 국민의 의료행위 선택권을 지나치게 제한하는 것이

* 이 논문은 2011학년도 홍익대학교 학술연구진흥비의 지원을 받아 작성되었음. 이 논문의 원고를 미리 읽고 좋은 개선 의견을 주신 홍익대학교 법과대학의 음선필 교수에게 감사한다.

라고 판시했는데, 그 배경에는 침구와 관련한 현행 의료제도가 일반 국민 다수의 희생 하에 한의사 집단에 속한 소수의 의료인에게만 유리한 입법이라는 함의가 들어있다. 침구술을 자신들이 독점함으로써 의료소비자인 국민대다수가 불이익을 받게 된다는 점에서 이 사안은 소수로 구성된 이익집단과 국민대다수의 이익이 상충하는 사례라고 할 수 있으며, 5인의 재판관들은 비록 이러한 가능성을 명시하지는 않았으나, 이러한 관점에서 문제를 접근했다고 하겠다. 물론 이같은 설정한 분석의 틀을 적용하기 위하여 특정 이익집단의 행위를 추정하고 있음을 부인하지 않는다.

주제어 : 사법심사, 소수의 횡포, 거래비용, 공공선택이론, 헌법재판소, 침구사

【차 례】

I. 들어가며	IV. 현재 2010. 7. 29. 2008헌가19 등(병합) 사건 [구 의료법 제25조 제1항 위헌제청]
II. 분석의 틀	1. 사건개요
1. 공공선택이론과 이익집단이론	2. 결정요인
2. 이익(stake)의 문제	V. 사법심사의 새로운 지평- '소수의 횡포' 가능성에 대한 고려
3. 거래비용	1. 5인 재판관의 위헌의견과 '소수의 횡포' 가능성
4. '소수의 횡포' 가능성	2. 청구관련 제도의 입법과정
III. 국회입법과정과 '소수의 횡포' 가능성	3. 청구사제도 부활을 위한 노력과 실패
1. 소관위원회 중심주의	VI. 맺으며
2. 소관위원회의 법률안 심사절차	
3. '소수의 횡포' 가능성	

I. 들어가며

입법의 위헌여부에 대한 사법심사와 관련된 일반적 입장은 다수결원리가 적용되는 입법부의 결정에 의하여 침해된 소수자의 기본권을 보호하기 위하여 사법심사가 이루어진다는 것이다.¹⁾ 이러한 입장은 우리나라의 헌법재판소가 위헌심사를 할 때에도 마찬가지라고 생각된다. 그러나 국회를 통과한 법률 중 적지 않은 수의 법률은 소수의 국민으로 구성된 특정 이익집단의 이익을 대변하고 있다는 점을 주목할 필요가 있다. 이러한 입법의 경우에는 소수의 국민을 위하여 다수의 국민이 불이익을 당하는 결과가 된다. 그런데 다수에 의하여 소수의 자유와 권리가 침해된 경우도 문제지만 소수에 의하여 다수의 자유와 권리가 침해된 경우도 문제가 아닐 수 없다.²⁾ 헌법재판소는 이러한 가능성에 대하여 명시적인 언급은 하지 않고 있으나 소수의 횡포가 발생한 입법에 대하여 위험심사를 한 바 있다.

1) 미연방대법원의 판결에 의하면 그 소수자가 특히 정치적 영향력이 미약하여 입법과정에서 자신들의 입장을 제대로 반영시킬 수 없는 '단절되고 고립된 소수자(discrete and insular minorities)'인 경우 사법심사에 임하는 법원은 그 소수자의 기본권에 대한 침해가능성이 없는지를 예의주시해야 한다고 하였다. *United States v. Carolene Products, Co*, 304 U.S. 144 (1938) footnote 4; 권영성, 『헌법학원론』, 개정판(법문사, 2010), 1118면; 양건, 『헌법강의』 제2판(법문사, 2011), 54면.

2) James Madison은 일찍이 1780년대에 사회에 존재하는 다수(majority)와 소수(minority)의 횡포 가능성을 유념해야 한다고 지적한 바 있다. Hamilton, Madison, Jay, *The Federalist Papers*, ed. by Clinton Rossiter(New American Library, 1961), pp. 77-84; 헌법학의 주요 주제를 국민다수와 소수의 관계에서 이해하려고 하는 입장으로는 V. F. Nourse, *Toward A New Constitutional Anatomy*, 56 Stan. L. Rev. 835, 855-856 (2004).

여기서는 침구술 등을 제도권 의료인들이 독점하도록 하고 있는 현행 의료법 제25조 제1항 등에 대하여 다수의 재판관들이 위헌의견을 낸 헌재 2010. 7. 29 결정 2008헌가19등(병합)를 중심으로 입법에서 발생할 수 있는 '소수의 횡포' 가능성에 대하여 검토하고, 이러한 가능성에 대처하기 위하여 위헌심사의 관점에도 변화가 필요하다는 주장을 하고자 한다. 특히 2010년의 결정은 다수의 재판관들이 종전 사건과 같은 내용의 법조항에 대하여 종전의 결정(1996. 10. 31 결정 94헌가7; 2002. 12. 18 결정 2001헌마370; 2005. 3. 31 결정 2001헌바87; 2005. 5. 26 결정 2003헌바86; 2005. 9. 29 결정 2005헌바29)과 다르게 위헌의견을 냈다는 점에서 주목을 받을 만하다.

아래에서는 이 글에서 분석을 진행하기 위한 이론적 토대를 설정한 후 국회의 입법과정에서 소수의 횡포가 발생할 가능성을 검토한 다음 의료법 제25조 제1항 등에 대한 헌법재판소의 결정을 살펴보기로 한다.

II. 분석의 틀

대의민주주의를 채택하고 있는 우리나라에서 국회의원들은 국민다수의 입장을 대변하며 공익(public interest)을 추구하는 것이 당연한 것 같은데,³⁾ 어떻게 해서 국회의 입법이 다수 국민보다 소수의 이익집단에 의하여 영향 받을 수 있는지를 검토하기 위한 이론적 근거로 경제학적 개념과 이론을 동원하고자 한다. 법경제학으로 소개되고 있는 이론들 중에서 특히 공공선택이론과 이익집단이론 및 거래비용 개념을 살펴보고자 한다.

1. 공공선택이론과 이익집단이론

우선 미국에서 시작된 공공선택(public choice)이론이 주장하는 바를 간단히 요약한다면, 정치의 장에서 행동하는 사람들도, 시장에서 행동하는 사람들과 마찬가지로, 기본적으로 사익의 동기를 좇아 행동한다고 주장한다.⁴⁾ 즉, 공공선택이론은 정치 현상의 연구에 경제

3) 박세일, 『법경제학』, 개정판(박영사, 2007), 701면. 공화주의(republicanism) 입장을 취할 경우 특히 그렇다. 박세일, 앞의 책, 702면.

4) 허성욱, 『공공선택이론과 사법심사에 관한 연구 -사법심사의 준거기준으로서 공공선택이론의 함의에 관하여-』, (2008, 서울대학교 법학박사학위논문), 14면.

학적 방법론을 적용하는 이론인데, 이 이론에서는 합리적이고 자신의 이익을 극대화하기 위하여 최선을 다하는 인간상(Homo Economicus)이 정치과정의 작동원리를 이해하고 분석하는데도 마찬가지로 적용될 수 있다고 한다.⁵⁾

한편 이익집단이론은 공공선택이론의 한 분파라고 할 수 있는데, 이익집단(interest group)이 자신들의 이익을 극대화하기 위하여 정치과정에서 행동하는 것에 주목해서 정치과정을 이해하고 분석하는 이론이다. 즉, 이익집단이론에 의하면 소수로 구성된 이익집단이 우리 사회의 부(富)를 자신이 차지할 수 있도록 입법과정에 영향력을 행사함으로써 결과적으로 잘 조직되지 아니한 다수의 국민들이 불이익을 받게 된다.⁶⁾ 따라서 이러한 입법에 대해서는 사법부가 보다 엄격한 잣대를 적용하여 사법심사를 해야 한다는 결론에 도달하게 된다. 즉, 입법과정에 대한 이익집단의 관여정도에 따라 사법심사의 정도를 달리하여야 한다는 것이다.⁷⁾

그러나 이익집단에 의하여 정치과정⁸⁾이 왜곡된 것을 바로 잡기 위하여 사법부가 적극적으로 나서야 한다는 이러한 결론에도 중대한 오류가 있을 수 있다.⁹⁾ 그러나 분명한 것은 입법과정이 이익집단에 의하여 포획(capture)될 가능성이 있다는 것을 안 이상, 사법부는 이러한 가능성이 실현되었다고 의심되는 입법에 대하여는 보다 경각심을 가지고 사법심사에 임해야 한다는 점이다.

그렇다면 다음 문제는 어떠한 유형의 입법에서 이익집단의 영향력이 행사될 가능성이 높은지를 검토하는 일이다. 일반적으로 이익집단의 영향력이 행사될 가능성이 큰 유형으로는 입법으로 인한 이익이 소수의 사람들에게 집중되는 반면에 입법을 집행하기 위한 비용은 다수의 국민들에게 분산되어 있는 입법을 들 수 있다. 즉, 이익과 비용이라는 두 개의

5) 허성욱, 앞의 각주4)의 논문, 44면.

6) 미국의 제7연방항소법원 판사인 Easterbrook은 대부분의 입법이 사익을 추구하는 이익집단들의 거래의 결과물이라고 보고 있다. Frank H. Easterbrook, "Forward: The Court and the Economic System", 98 Harv. L. Rev. 4, 4-60 (1984).

7) 허성욱, 앞의 각주4)의 논문, 67면; William N. Eskridge, Jr., "Politics without Romance: Implications of Public Choice Theory for Statutory Interpretation", 74 Va. L. Rev. 275, 319-337 (1988).

8) '정치과정'은 '입법과정'을 포함하는 보다 넓은 의미의 개념이 될 수 있으나, 이 글에서는 입법과 사법심사의 관계를 검토하고 있으므로 '정치과정'과 '입법과정'을 같은 의미로 사용하기로 한다.

9) 입법과정이 국회의원들의 사익 추구 행태에 의하여 공익에 부합하는 입법을 하지 못하고 소수의 이익집단을 위한 입법을 할 수 있는 것과 마찬가지로 사법심사를 행하는 사법부도 이익집단의 영향에서 완전히 자유로울 것이라고 단정할 수 없기 때문이다. 오히려 공공선택이론에 의하면 소송의 과정 역시 이익집단의 영향을 받을 수 있다. 허성욱, 앞의 각주3)의 논문, 217면. 왜냐하면 보다 적극적인 사법심사기능을 통해서 공적인 의사결정이 의회가 아닌 사법부에 의하여 이루어지게 되면 이익집단들은 유능한 변호사의 선임 등 소송의 방식을 통해서 자신들의 이익을 사법심사과정에서 증대시키고자 할 것이기 때문이다. 허성욱, 앞의 각주4)의 논문, 238면.

변수를 고려하면 어떠한 유형의 입법에서 이익집단의 영향력이 행사될 수 있는지를 짐작할 수 있다.¹⁰⁾ 아래에서는 입법과정에서 이익집단의 영향력을 알아보기 위해서 영향력 행사에 따른 이익과 비용의 문제를 검토해 보고자 한다.

2. 이익(stake)의 문제

이익집단과 일반국민의 영향력을 결정하는 첫 번째 요소로서 이익 측면을 살펴보기로 한다. 집단의 구성원 한 사람이 특정 입법에 대하여 가지고 있는 이익(stake)의 크기가 구성원들의 노력에 영향을 미치게 된다.¹¹⁾ 즉, 자신에게 돌아오는 이익이 클수록 입법에 영향을 미치려 적극적으로 노력하게 된다. 이러한 전제 하에 입법에 대한 이익집단의 영향력을 살펴보면, 소수로 구성된 이익집단의 경우 특정 입법에 대하여 구성원 각자가 가지는 이해관계가 크기 때문에, 이익집단의 구성원들은 자신들과 이해관계가 있는 특정의 입법에 대하여 알고 이해하려고 노력하며, 자신들의 이익에 부합하는 방향으로 입법이 이루어지도록 구성원들이 공동으로 노력을 하려 한다.¹²⁾ 이에 반하여 국민 대다수가 속해 있는 집단의 구성원들은 그들이 특정 입법으로 인하여 불이익을 받을 수 있다는 사실조차도 인식하지 못하고 있는 경우도 빈번히 있게 된다.¹³⁾ 예컨대, 생산자들 간의 경쟁을 제한함으로써 실제로는 진입장벽을 신설하여 기존 생산자들의 이익을 보호하기 위한 입법이 소비자의 건강과 안전을 위한다는 구실로 치장되는 경우, 소비자인 국민 대다수는 그 속 내용을 잘 모르거나 안다고 하여도 각자의 이해관계가 너무 미미하여 행동을 취하려 하지 않게 된다. 다르게 표현하면, 국민 대다수는 국회에서 이러한 입법이 진행되는 것을 인지하고 있을지라도, 그 이익이 크지 않기 때문에 누군가 다른 사람이 문제를 해결해주기 바라고 자신은 그 결과에 무임승차(free ride)하려 하게 된다.¹⁴⁾ 반면에 소수인 생산자들은 그 입법에 걸린 자신

10) 이익과 비용이라는 두 개의 변수를 고려하여 어떠한 유형의 입법에서 이익집단의 영향력이 행사될 수 있는지를 연구한 책으로는 Wisconsin 대학 법과대학원 교수인 Neil Komesar 교수의 '비교제도론(comparative institutional analysis)'을 참고할 것이다. Neil K. Komesar, *Imperfect Alternatives- Choosing Institutions in Law, Economics and Public Policy*, (University of Chicago Press, 1994). Komesar의 비교제도론에 관하여는 임종훈, "입법과 경제적 효율성- 침구사제도의 입법여부에 대한 비교제도분석-" 『홍익법학』 제10권제2호(홍익대학교 법학연구소, 2009), 160-167면 참조.

11) 원래 Komesar 교수의 이론에서는 집단의 구성원이 특정 입법에 대하여 가지고 있는 이익의 분포상태도 중요한 변수로 고려하고 있으나, 이 글에서는 논의의 단순화를 위하여 이익의 분포상태는 논의의 대상에서 제외하기로 한다. Komesar, 앞의 각주10)의 책, 68면.

12) 임종훈, 앞의 각주10)의 논문, 162-163면.

13) 임종훈, 앞의 각주10)의 논문, 163면.

14) 임종훈, 앞의 각주10)의 논문, 163면.

들의 이익이 크기 때문에 그 입법을 추진하기 위하여 공동의 행동을 취하게 된다. 그리고 소수로 구성된 이익집단의 경우에는 구성원 각자가 서로를 감시할 수 있기 때문에 그만큼 무임승차의 가능성도 줄어들게 된다.

3. 거래비용

이익집단의 영향력이 행사될 수 있는 입법유형을 알아보기 위하여 이익의 문제 다음으로 비용 측면을 고려해야 하는데, 이를 위해서는 '거래비용(transaction cost)'이라는 개념의 도움을 받을 필요가 있다.

거래비용과 자원배분의 관계를 고찰한 코즈(Ronald Coase)의 이론에 의하면 계약 등을 체결하는데 거래비용이 영(零)이고, 당사자 간에 권리관계가 명확하게 특정되어 있으면, 당사자들의 자발적 거래에 의하여 자원배분의 효율성이 달성되지만, 거래비용이 영이 아닌 경우, 즉 일정한 거래비용이 소요되는 경우에는 법 정책 여하에 따라서 자원배분의 결과가 달라진다고 한다.¹⁵⁾ 이를 '코즈의 정리(Coase theorem)'라고 하는데, 거래비용이라는 개념을 사용하여 권리관계와 자원배분의 관계를 설명하는 이론으로 거래비용의 존재에 대한 이론적 바탕이 되었다. 이 글에서는 일반국민이나 이익집단이 국회의 입법과정에 관여하여 법률 제정에 영향력을 행사하는 과정과 영향력 행사의 결과를 설명하는데 바로 이 거래비용 개념을 분석도구로 활용하고자 한다.

거래비용의 내역을 구체적으로 살펴보면 거래비용은, 계약의 경우를 예로 든다면, 계약에 관련된 제반 사정을 이해하는데 소요되는 정보비용(information cost)과 계약을 체결하기까지 이르는데 소요되는 교섭비용(negotiation cost)과 계약 성립 후 계약의 이행을 감시·감독하는데 소요되는 집행비용(enforcing cost)으로 구성되어 있다고 할 수 있다. 그런데 여기서는 교섭비용과 집행비용을 묶어서 이익집단이나 일반국민들이 조직화되어 조직적인 행동을 취하는데 소요되는 비용이라는 의미에서 조직비용(organization cost)으로 부르기로 한다.

정보비용에서 말하는 '정보'로서 중요한 것은 우선 특정 입법에 대하여 이익이 걸려있다는 사실 자체를 인식하는 것이다.¹⁶⁾ 입법의 내용이 복잡할수록 그 내용을 인식하는 데 소

15) Ronald H. Coase, "The Problem of Social Cost," The Journal of Law and Economics Vol. 3 (1960, Oct.) 1-44; 박세일, 앞의 각주3)의 책, 67-86면 참조.

16) 임종훈, 앞의 각주10)의 논문, 164면.

요되는 정보비용도 증가할 것이다. 그리고 입법과정 자체를 이해하는데 소요되는 비용도 정보비용에 포함될 것이기 때문에, 국회의 입법과정이 복잡할수록 입법과정을 이해하는데 소요되는 정보비용도 증가할 것이다.

조직비용은 간단히 표현하면 조직구성원들을 정치적 행동에 참여시키는 데 소요되는 비용을 말한다. 자신들의 의사를 관철시키기 위하여 집단이 나서서 교섭을 하는데 소요되는 비용은 물론 입법과정에 영향력을 행사하기 위하여 행하는 여러 종류의 집단행동을 하는데 소요되는 비용이 이에 속할 것이다.

4. ‘소수의 횡포’ 가능성

결국 위에서 언급한 이익 측면과 비용 측면을 종합적으로 고려해보면, ‘촉매작용을 하는 소집단’이 등장하거나 특정입법이 대중언론매체의 집중적 조명을 받는 상황이 아니라면, 각 구성원들이 특정 입법에 대하여 지대한 이익을 가지고 있고, 따라서 그 입법의 내용을 이해하기 위하여 필요한 정보를 획득하고 정치적 행동을 위한 조직화에 소요되는 비용을 기꺼이 부담하는 소수로 구성된 이익집단이 국민 대다수로 구성된 집단에 비하여 입법에 영향력을 행사하고 입법의 방향을 결정하는 데 유리한 입장에 있게 된다.¹⁷⁾

그러나 위에서 제시한 결과는 일반적인 상황을 전제로 한 것이며, 구체적 사정에 따라서 결과는 달라질 수 있다. 예컨대, 다수의 국민들로 구성된 집단의 경우에도 그 집단 내에서 이익의 분포가 균등하지 않아서 일부 구성원들의 이익이 특별히 큰 경우 그 구성원들이 집단 내에서 ‘촉매작용을 하는 소집단(catalytic subgroup)’으로 역할을 함으로써 그 집단 전체가 행동에 나설 수 있다.¹⁸⁾ 그리고 특정 입법에 대하여 국민적 관심이 커져 언론에서 집중적 보도를 해줄 경우, 국민 대다수로 구성된 집단이라도 구성원들이 신문구독료라는 저렴한 비용을 지불하고 필요한 정보를 상당 부분 획득할 수 있게 되어 집단 전체가 조직적인 행동에 나설 수 있게 된다.

결과적으로 소수로 구성된 이익집단이 국민 대다수로 구성된 집단에 비하여 비용과 이익이라는 측면에서 구성원 각자가 누리게 될 이익이 크기 때문에 비용도 기꺼이 부담하려는 것이며, 적극적으로 조직화된 행동에 참여하게 될 것이다. 따라서 소수로 구성된 이익집단이 자신들에게 유리한 입법을 유도할 수 있게 된다. 이 경우 소수의 영향력이 과도하게

17) 임종훈, 앞의 각주10)의 논문, 164면..

18) Komesar, 앞의 각주10)의 책, 72면.

행사되어 입법으로 인한 이익의 대부분을 소수의 이익집단 구성원들이 차지하게 됨으로써 '소수의 횡포(minoritarian bias)'¹⁹⁾가 발생하게 된다.²⁰⁾ 소수의 횡포가 작용한 대표적인 입법으로는 관세나 보호무역정책에 관한 입법을 들 수 있다. 이러한 입법은 국내 산업을 보호한다는 명목 하에 외국기업과의 경쟁을 제한함으로써 소수의 국내 생산자들을 보호하고 결과적으로 다수의 국내소비자들이 비싼 가격을 지불하게 함으로써 손해를 보게 하는 입법이다.

III. 국회입법과정과 '소수의 횡포' 가능성

1. 소관위원회 중심주의

국회는 국민이 선출한 국회의원들로 구성되며, 국회에서 이루어지는 입법은 국회의원들의 다수결로 결정된다. 그렇다면 국회입법은 국민다수의 입장을 대변하는 내용인 것이 보통일 것이다. 그러나 현실은 반드시 그렇지 않다. 국민다수가 아닌 소수국민으로 구성된 이익집단의 입장을 대변하는 입법이 이루어지는 경우도 있다. 다수결의 원리가 지배하는 국회입법에서 어떻게 국민다수의 입장을 대변하지 않고 소수의 국민을 대변하는 입법이 가능한지부터 알아볼 필요가 있다. 이를 위해서는 국회의 입법과정을 살펴보아야 한다.

우리나라 국회에서 법률안 심의절차를 규정하고 있는 국회법의 내용과 국회 관행을 종합해 보면, 비록 명문의 규정은 없으나, 국회 입법의 대부분은 하나의 단일 소관 상임위원회(예외적으로 특별위원회)에서 이루어진다. 비록 소관 위원회를 통과한 법률안에 대하여 법제사법위원회가 체계·자구심사를 하나(국회법 제86조), 입법의 내용이 헌법에 위반되거나 법체계에 위반되는 경우를 제외하고 입법이 반영하고자 하는 정책적인 내용에 대하여는 법제사법위원회의 체계·자구심사권이 미치지 못한다. 즉, 정책적인 내용에 대해서는 소관 위원회가 전적으로 결정권을 행사하도록 되어 있다.

19) 국회의 입법결과로 나온 것을 소수의 '횡포'라는 용어로 표현하게 되면 헌법상 의사결정과정에 대한 근본적 회의를 담고 주장하는 것으로 보인다는 지적이 있으나, '소수의 횡포'라는 용어가 필자가 의도하는 바를 가장 적절히 표현하고 있다고 생각하기에 그대로 사용하기로 한다.

20) Komesar, 앞의 각주10)의 책, 56-57면. '소수의 횡포'에 대립되는 개념으로 '다수의 횡포(majoritarian bias)'를 생각할 수 있다. 다수로 구성된 집단의 영향력이 과도하게 행사되어 입법으로 인한 이익을 다수집단의 구성원들이 거의 대부분 차지하고, 소수 집단의 구성원에게는 적절한 몫이 전혀 배분되지 않았을 때 '다수의 횡포'가 발생한다고 할 수 있다.

또한 어느 법률안이 소관 위원회 외에 다른 위원회의 소관사항과 관련이 있다고 인정될 때 의장은 그 법률안을 관련위원회에도 회부할 수 있으나(국회법 제83조), 관련위원회의 심사결과는 단지 참고사항이 될 뿐 소관위원회를 구속할 수 없기 때문에,²¹⁾ 관련위원회 제도에 불구하고 법률안의 내용은 소관 위원회가 거의 전적으로 결정한다고 할 수 있다.

그리고 소관위원회 중심주의의 문제점을 극복하기 위한 방편으로 도입된 전원위원회제도²²⁾도 거의 활용되지 못하고 있는 것이 현실이다.²³⁾

결국 소관위원회 소속이 아닌 국회의원은 설령 타 위원회에서 심사 중인 특정 법률안에 대하여 전문적인 지식이 있거나 지역구민들로부터의 특별한 요구사항이 있어도 이를 입법에 반영시킬 수 있는 길이 거의 없다. 다만, 예외적으로 일부 법률안에 대하여 본회의 심의 단계에서 국회의원 30인 이상의 찬성을 얻어 수정안을 제안함으로써(국회법 제95조제1항), 소관위원회의 결정 내용을 수정할 수 있으나, 본회의 단계에서 수정안이 제안되고 통과되는 것은 예외적인 경우라고 볼 수 있다. 따라서 법률안 심사에 있어서 우리나라 국회는 철저히 ‘소관위원회 중심주의’를 채택하고 있다고 할 수 있는데, 이는 곧 소관위원회 의원이 아닌 다른 국회의원들은 법률안의 국회 심의과정에서 철저히 배제될 수밖에 없다는 것을 의미한다.

2. 소관위원회의 법률안 심사절차

국회에서 법률안 심사가 소관위원회 주도로 이루어진다면, 소관위원회의 법률안 심사는 구체적으로 어떻게 진행되는지 살펴볼 필요가 있다.

21) 소관위원회는 법률안의 심사결과를 본회의에 보고하면서 단지 관련위원회의 의견요지를 심사보고서에 기재하기만 하면 된다. 국회법 제66조제2항 참조.

22) 상임위원회 중심주의의 문제점을 타개하기 위한 노력의 일환으로 2000년 2월 국회법을 개정하면서 우리 국회에도 전원위원회제도가 도입되었다. 즉 국회는 위원회의 심사를 거치거나 위원회가 제안한 의안 중 정부조직에 관한 법률안, 조세 또는 국민에게 부담을 주는 법률안 등 주요 법률안에 대하여는 본회의 상정전이나 본회의 상정 후에 재적의원 4분의 1이상의 요구로 의원전원으로 구성되는 전원위원회를 개회할 수 있게 되었다(국회법 제63조의2). 전원위원회는 회부된 법률안에 관심이 있는 의원이면 누구나 소속 상임위원회에 관계없이 자유로이 참여해서 수정안을 발의하거나 반대토론 등을 하여 자신이나 지역구민의 의사를 충분히 대변할 수 있게 되었다. 위원회 단계에서 입법이 특정이익집단이나 소수자의 영향을 받아 편향될 경우 이를 바로잡을 수 있는 중요한 기회를 제공하는 변화라고 할 수 있다. 앞으로 전원위원회가 입법의도대로 효과적으로 운영될 수 있을지 주목할 필요가 있다. 그러나 유감스럽게도 지난 12년 동안 전원위원회는 이라크에 의무부대 등을 파견하기 위한 동의안을 심의하기 위한 경우 등 한두 번 개회된(파병동의안에 대해서는 수정안 제출이 어렵다는 점에서 전원위원회 심사대상이 아니라고 생각된다) 외에 법률안 심사를 위해서는 제대로 활용되지 못했다.

23) 임종훈, 『한국입법과정론』, (박영사, 2012), 217면.

우선 법률안이 국회에 발의되거나 제출되면²⁴⁾ 국회의장은 이를 인쇄하여 의원들에게 배부하고 본회의에 보고한 다음 소관 위원회에 회부한다. 여기서 어느 위원회가 법률안에 대한 소관 위원회인지는 국회의장이 결정한다.²⁵⁾

법률안이 소관위원회에 회부되면 소관위원회는 법률안 심사를 위한 의사일정을 정하고 그 일정에 따라 법률안을 위원회 회의에 상정함으로써 법률안에 대한 심사를 시작한다. 심사는 법률안 제안자(의원발의 법률안의 경우에는 국회의원, 정부제출 법률안의 경우에는 관계 국무위원)가 법률안의 제안 취지를 설명하는 제안설명을 하고, 이어서 전문위원의 검토보고가 있는 후, 법률안 전체에 대한 문제점과 당부(當否)에 관하여 소속 의원들이 제안자를 상대로 질의·답변을 하는 대체토론을 진행한다(국회법 제58조제1항). 대체토론이 끝난 다음에는 그 법률안에 대하여 이해관계자 또는 학식·경험이 있는 사람 등으로부터 의견을 듣기 위한 공청회를 개최할 수 있다(국회법 제64조제1항 본문).

소관위원회는 대체토론이나 공청회가 끝난 후 대부분의 법률안을 소위원회에 회부하여 심도 있는 심사를 하게 한 다음, 그 결과를 보고받고, 법률안을 한 조항씩 차례대로 심사하는 축조심사를 한 후 찬반토론을 거쳐 마지막으로 통과여부를 결정하는 표결을 함으로써 위원회의 심사절차를 완료한다(국회법 제58조제1항).

3. '소수의 횡포' 가능성

위에서 살펴본 바와 같이 국회에서의 법률안 심의는 소관위원회에서 대부분 이루어지고 소관위원회를 통과한 법률안은 대부분 국회 본회의를 통과하게 된다. 그리고 법률안 심의가 소관위원회에서 대부분 이루어진다고 했는데 이것도 조금 자세히 들여다보면 법률안에 들어있는 구체적인 내용의 결정은 소위원회에서 이루어진다는 것을 알 수 있다. 소관 위원회나 소위원회에서 법률안의 주요 내용이 결정된다는 것은 해당 위원회나 소위원회 소속 의원들만 잘 설득하면, 다른 국회의원들은 관계없이 필요한 법률안을 통과시킬 수 있다는 것을 의미한다. 그런데 입법과정에서의 거래비용을 알아보기 위해서 본회의와 위원회의 국회의원 수를 알아보면, 전체 국회의원의 정원은 현재 300명이지만, 상임위원회의 위원 정수는 가장 많은 위원회가 국토해양위원회로 31명이고, 가장 적은 위원회는 환경노동위원회로

24) 국회법에서는 국회의원이 법률안을 제출할 경우에는 '발의'라는 표현을 사용하고 있는데(국회법 제79조) '발의'와 '제출'이 내용상 다른 것은 아니다.

25) 법률안이 어느 상임위원회의 소관에 속하는지 명백하지 아니할 때에는 국회운영위원회와 협의하여 소관 상임위원회를 결정한다. 국회법 제81조 제2항.

15명이다.²⁶⁾ 그리고 각 위원회에 설치되어 있는 소위원회는 보통 7명 내지 11명 정도의 국회의원으로 구성된다. 따라서 우리나라 국회에서는 20-30명 정도의 상임위원회 소속 의원들이나 7명 내지 11명 정도의 소위원회 소속 의원들만 자기편으로 만들 수 있다면, 소수의 이해관계인으로 구성된 이익집단에게 유리한 입법을 통과시킬 수 있다. 이러한 위원회 중심주의 국회에서는 본회의에서 법률안의 주요내용이 결정되는 ‘본회의 중심주의’의 영국의 회나, 조세를 부과하거나 예산지출이 수반되는 모든 법률안이 국회의원 전원으로 구성된 전원위원회의 심의를 받는 미국 하원과²⁷⁾ 비교해보면, 적은 거래비용으로 이익집단들이 자신에게 유리한 입법을 관철시킬 수 있게 된다는 것을 의미한다. 즉, 우리나라 국회의 입법 과정은 구조적으로 ‘소수의 횡포’가 발생할 가능성이 미국의회나 영국의회보다 더 크다고 할 수 있다.

IV. 헌재 2010. 7. 29. 2008헌가19 등(병합)사건

[구 의료법 제25조 제1항 위헌제청 등]

1. 사건개요

헌법재판소가 2010년 7월 29일 결정한 2008헌가19 등(병합)은 6개의 사건을 병합하여 심리한 것으로, 위헌제청을 신청하거나 위헌확인을 구하는 헌법소원을 청구한 사람들은 의료인이 아님에도 불구하고, 침, 뜸 시술 등 무면허 의료행위를 하였다는 이유로 기소된 사람들이다. 이들 사건에서 해당 법원과 청구인들은 무면허 의료행위를 금지하는 구 의료법 제25조 제1항의 전단부분(“의료인이 아니면 누구든지 의료행위를 할 수 없으며”) 등이 환자의 생명권, 건강권, 치료받을 권리 및 청구인들의 직업선택의 자유 등을 침해한다는 이유로 위헌제청을 하거나 헌법소원심판을 청구하였었다. 한편 청구인들의 주장 중 비의료인도 침구술 및 대체의학 시술을 할 수 있도록 그 자격 및 요건을 법률로 정하지 아니한 입법부작위가 청구인들의 기본권을 침해한다는 주장과 의료법상의 “의료행위” 및 “한방의료행위”

26) 정보위원회도 상임위원회로 소속 위원수가 12명이지만, 소관 법률안이 많지 않기 때문에 여기서는 제외하기로 한다.

27) Walter J. Oleszek, *Congressional Procedures and the Policy Process*, 7th ed.(CQ Press, 2007), pp.156-157.

라는 표현이 명확성원칙에 반한다는 주장 등에 대하여는 이 글의 주제와 직접적 관련성이 적기에 검토 대상에서 제외하기로 한다.

2. 결정요지

(1) 4인 재판관의 합헌의견

4인의 재판관(이강국, 이공현, 김희옥, 민형기)은 이 사건 의료법 조항들이 의료인이 아닌 사람의 의료행위를 전면적으로 금지한 것은 매우 중대한 헌법적 법익인 국민의 생명권과 건강권을 보호하고 국민의 보건에 관한 국가의 보호 의무를 이행하기 위하여 적합한 조치로서, 이러한 중대한 공익이 국민의 기본권을 보다 적게 침해하는 다른 방법으로는 효율적으로 실현될 수 없으므로 이 사건 의료법 조항들은 비의료인의 직업선택의 자유 등 기본권을 침해하지 아니한다는 합헌의견을 내놓았다. 이러한 합헌결정은 그동안 동일한 내용의 법률조항에 대하여 헌법재판소가 합헌결정을 했던 종전의 결정 예(1996. 10. 31. 94헌가7; 2002. 12. 18. 2001헌마370; 2005. 3. 31. 2001헌바87; 2005. 5. 26. 2003헌바86; 2005. 9. 29. 2005헌바29)를 답습한 것이기도 하다.

(2) 5인 재판관의 위헌의견

5인의 재판관(조대현, 이동흡, 목영준, 송두환, 김종대)은 “이 사건 조항들이 ‘사람의 생명·신체나 공중위생에 대한 위해 발생 가능성이 낮은 의료행위’까지 일률적으로 금지하는 것은 의료소비자의 의료행위 선택권과 위와 같은 의료행위를 하는 자의 직업선택의 자유를 침해하는 것으로서 헌법에 위반된다”는 위헌의견을 내놓았다.²⁸⁾

5인 재판관의 위헌의견에 의하면, 의료면허제도는 의료행위 면허를 받은 의료인의 독점적 활동영역으로 보장함과 동시에 비의료인의 의료행위를 금지하는 것이므로, 의료행위의 범위를 넓게 설정하면 의료인의 독점적 활동영역이 확장되는 대신 비의료인에게 금지되는 행위의 범위가 그만큼 넓게 된다. 따라서 5인의 재판관은 “의료행위의 범위는 의료행위의 전문성과 위험성을 고려하여 반드시 의료인이 하지 않으면 안 되는 행위로 한정하여 비의

28) 다른 4인의 재판관과 달리 김종대 재판관은 현행 제도가 의료행위자의 직업선택의 자유를 침해한다는 점은 언급하지 않은 채, 의료소비자의 의료행위 선택권을 침해한다는 점에 중점을 두고 위헌의견을 제시하고 있다. 이하에서는 김종대 재판관의 위헌 의견도 다른 4인의 재판관의 위헌의견에 포함시켜 다루기로 한다.

료인에 대한 자유제한의 범위를 꼭 필요한 범위로 최소화시켜야 한다.”고 판시하고 있다.²⁹⁾ 결국 의료인만이 독점적으로 행할 수 있는 의료행위의 범위를 최소화시킴으로써 국민의 의료행위 선택권과 의료인이 아니면서도 의료행위를 업으로 하고자 하는 사람들의 직업선택의 자유를 최대한 보장할 필요가 있다는 것이 5인 재판관의 의견이다.

V. 사법심사의 새로운 지평－‘소수의 횡포’ 가능성에 대한 고려

1. 5인 재판관의 위헌의견과 ‘소수의 횡포’ 가능성

입법기관이 의료면허제도를 설계하면서 의료소비자의 선택권과 비의료인의 직업선택의 자유를 필요최소한의 범위 내에서 제한하여야 한다는 것은 기본권제한에 관한 과잉금지원칙이 요구하는 당연한 사항이기도 하다. 그러나 구체적으로 어느 범위까지의 의료행위를 의료법상의 의료인에게만 독점적으로 허용할 것인지 여부는 의료행위의 태양을 고려해야 한다. 의료행위의 태양에 따라 의료행위에 요구되는 의학적 전문지식이 달라짐은 물론이고, 그 의료행위로 인하여 생명·신체에 초래되는 위해성에도 차이가 발생하기 때문이다. 그런데 침(鍼)의 경우 경혈에 침을 사용하여 전기적 자극을 주는 것이고, 구(灸)는 쑥을 이용하여 경혈 부위에 열을 가하는 것에 불과하므로, 생명·신체에 대한 위험성이나 부작용이 통상의 의료행위와 비교가 될 수 없을 만큼 낮다고 할 수 있다.³⁰⁾ 그럼에도 불구하고 이러한 의료행위까지 의료인에게 독점시키는 것은 통상적인 의료행위의 비용을 부담할 능력이 없는 국민의 입장에서 보면, 생명·신체에 대한 위해발생을 방지하거나 건강권을 최대한 보장하는 수단이라고 할 수 없다.³¹⁾

29) 현재 2010. 7. 29 결정, 2008헌가19(조대현 재판관 외 3인 재판관의 반대의견). 김중대 재판관은 비의료인에 의한 의료행위를 인정해야 할 범주를 보다 구체화하여 ① 의료인에 의해 치료불가 판정을 받았거나 ② 과도한 비용 때문에 의료인에 의한 의료행위를 선택할 수 없거나 ③ 비의료인에 의한 의료행위를 선택했지만 결과적으로 질병이 치료되었거나 ④ 일부 침, 뜸, 자석요법 등과 같이 부작용의 위험성이 크지 않고 시술을 중단하면 쉽게 시술 전의 상태로 돌아갈 수 있는 시술을 한 경우를 제시하고 있다. 현재 2010. 7. 29 결정 2008헌가19(김중대 재판관의 반대의견).

30) 현재 2010. 7. 29 결정 2008헌가19(조대현 재판관 외 3인 재판관의 반대의견).

31) 현재 2010. 7. 29 결정 2008헌가19(조대현 재판관 외 3인 재판관의 반대의견). 김중대 재판관은 이러한 점에서 현행제도가 침해의 최소성을 위반하였음은 물론이고, 더 나아가 입법목적의 달성에 적절한 수단이 될 수 없다고 하였다. 현재 2010. 7. 29 결정 2008헌가19(김중대 재판관의 반대의견).

5인의 재판관이 '침해의 최소화'이라는 측면에서 침구(鍼灸)는 생명·신체에 대한 위험성이나 부작용이 매우 낮은데도 불구하고 이러한 의료행위까지 전면적·일률적으로 의료인에게 독점시키는 것은 국민의 의료행위 선택권과 비의료인의 직업선택의 자유를 지나치게 제한하는 것이라고 판시한 배경에는 침구와 관련한 현행 의료제도가 일반 국민 다수의 희생 하에 소수의 의료인에게만 유리한 입법이라는 취지가 들어있다.

또한 5인의 재판관이 '법익의 균형성'이라는 관점에서 생명·신체나 공중위생에 대한 위해발생 가능성이 낮은 의료행위까지도 전면적·일률적으로 의료인에게 독점시킴으로써 얻을 수 있는 공익은 다소 추상적인 반면, 이로 인하여 받게 되는 의료소비자의 의료행위 선택권과 비의료인의 직업선택의 자유에 대한 제한은 구체적이고 현실적이라고 판시한 점도³²⁾ 침구와 관련한 현행 의료제도가 일반 국민 다수의 희생 하에(얻을 수 있는 공익이 추상적이라고 보았다는 점에서) 소수의 의료인에게만 유리한 입법이라는 취지가 담겨있다.

침구와 관련한 현행 의료제도가 소수의 의료인에게만 유리한 입법이라는 주장은 우리나라와 달리 미국과 일본 및 독일 등에서는 제한된 영역에서 의료행위를 행하는 의료직역을 별도로 인정하고 있는 것과 비교해보아도 그 타당성을 인정할 수 있다. 즉, 미국의 경우 일부 주에서는 침술사 면허 제도를 두고 있으며, 일본은 의업유사행위자로 안마사, 지압사, 침술사, 구사 및 유도정복사 등을 인정하고 있다.³³⁾

그리고 제도권 의료인에게만 의료행위를 독점시키고 이를 위반한 경우 일률적으로 형사처벌하는 것과 관련하여 김중대 재판관은 의료행위가 본질적으로 질병을 낫게 하려는 행위로서 그 자체가 선(善)을 지향하는 행위인데, 이러한 선 지향 행위를 의료인이 아닌 사람이 하였다고 하여 모두 형사처벌을 가하는 것은 문제가 있다고 지적하고 있는데,³⁴⁾ 이러한 지적에는 침구와 관련한 현행 의료제도가 일반 국민 다수의 희생 하에 소수의 의료인에게만 유리한 입법이라는 해석이 담겨있다고 하겠다. 더 나아가 김중대 재판관은 “이른바 제도권 의료과학 기술이 아직도 인류가 앓고 있는 수많은 질병 중의 일부만을 치료하는 수준에 머무르고” 있다고 지적하고 있는데³⁵⁾ 이 또한 현행 의료제도가 소수의 의료인에게 그들

32) 현재 2010. 7. 29 결정 2008헌가19(조대현 재판관 외 3인 재판관의 반대의견). 현재 2010. 7. 29 결정 2008헌가19(김중대 재판관의 반대의견).

33) 현재 2010. 7. 29. 결정 2008헌가19. 독일은 '면허 없이 직업적인 의료행위를 시행하는 것에 관한 법률'에 의하여 국가보건관청 소속 의사가 의사 면허 없이 의료행위를 하고자 하는 자의 자격요건 및 당해 의료행위가 국민건강에 위험이 있는지를 심사하여 '치료사' 허가를 함으로써 의사면허가 없는 자도 일정한 의료행위를 할 수 있도록 허용하고 있다. 현재 2010. 7. 29. 2008헌가19(조대현 재판관 외 3인 재판관의 반대의견).

34) 현재 2010. 7. 29 결정 2008헌가19(김중대 재판관의 반대의견).

35) 현재 2010. 7. 29 결정 2008헌가19(김중대 재판관의 반대의견).

의 능력 이상으로 유리하게 대우해주고 있다는 함의가 들어 있다.³⁶⁾

침구에 관한 현행 의료제도의 위헌성을 판시한 5인의 재판관 중 김종대 재판관의 개별적인 위헌의견은 특히 현행제도가 다수 국민의 희생 하에 소수의 의료인만을 위한 제도라는 인식을 강하게 포함하고 있다.³⁷⁾

결론적으로, 5인의 재판관은 입법론적으로 국민의 의료행위 선택권을 넓히고 비의료인의 직업선택의 자유를 최대한 보장하는 방법으로 침구만을 행하는 침구사 제도를 신설할 것도 친절하게 제시하고 있다.³⁸⁾ 거듭 말하거니와 5인의 재판관이 이렇게 입법론적으로 정책 대안을 제시한 것은 침구와 관련한 현행 의료제도가 다수 국민의 희생 하에 소수의 의료인에게 혜택을 부여하고 있다는 것을 지적한 것이다. 이는 또한 비록 명시적으로 언급은 하지 않고 있으나, 현행제도의 입법에 '소수의 횡포'가 작용했다는 것을 인정한 것이라고 할 수 있다. 달리 보면 입법에 '소수의 횡포'가 작용할 수 있다는 가능성에 대하여 그동안 우리 학계나 실무계에서 연구나 논의가 없었기 때문에 이러한 표현을 사용하지 않았지만, 위헌의견을 낸 5인의 재판관은 현행 의료제도에 '소수의 횡포'가 작용하였다는 인식 하에 위헌결정을 했다고 하겠다. 과연 국회에서 입법을 하면서 이러한 의도가 있었는지 알아보기 위해서 국회 회의록을 살펴볼 필요가 있다. 물론 국회의원들이 자신들의 의도를 노골적으로 드러내며 국회에서 발언을 할 만큼 어수룩하지는 않았으리라고 짐작된다.

2. 침구관련 의료제도의 입법과정

침사나 구사 제도를 폐지하고³⁹⁾ 한의사에게 침구시술행위까지 맡겨 한방을 일원화하는

36) 김종대 재판관은 “의료행위를 의료인에 의한 것만으로 제한하고 비의료인에 의한 의료행위를 일률적으로 범죄화하여 합법적으로는 이를 선택할 수 없도록 하는 것은 국민을 치료의 객체로만 보는 오만한 태도가 깔려있다”고 강하게 비판하고 있는데, 이러한 비판도 결국은 현행 의료제도가 소수의 의료인에게만 유리한 제도라는 지적이다. 현재 2010. 7. 29 결정 2008헌가19(김종대 재판관의 반대의견).

37) 김종대 재판관은 “국민은 자기 몸을 희생하여 국가의 ... 목적에 봉사해야 하는 존재가 아니”라고 강하게 현행 의료 제도를 비판하고 있는데, 이는 현행 제도가 다수 국민의 희생 하에 존재하고 있다는 것으로 받아들여진다. 현재 2010. 7. 29 결정 2008헌가19(김종대 재판관의 반대의견).

38) 현재 2010. 7. 29 결정 2008헌가19(조대현 재판관 외 3인 재판관의 반대의견). 김종대 재판관은 “부작용의 위험성이 크지 않은 일부 의료행위에 대해서는 그 치료를 담당할 수 있는 간이한 치료 사제도를 만들어 국민이 저렴한 비용으로 손쉽게 치료받을 수 있는 방안”을 마련할 것을 제안하고 있다. 현재 2010. 7. 29 결정 2008헌가19(김종대 재판관의 반대의견).

39) 물론 종전의 규정에 의하여 자격을 받은 침사나 구사는 개정규정에도 불구하고 각 해당 시술소에서 시술을 업으로 할 수 있게 하였다. 2007년 4. 11. 법률 제8366호로 전부 개정된 의료법 제81조 제1항.

입법은 1962년에 종전의 국민의료법을 의료법으로 개정하면서 이루어졌다. 즉, 1951년에 제정된 국민의료법에서는 침구사에 관하여 제59조에서 “종래에 규정된 접골·침술·구술·안마술업자 등 의료유사업자는 주무부령으로써 정한다.”고 규정함으로써 침술업자와 구술업자를 법률에서 명문으로 인정하고 있었다.⁴⁰⁾ 그러나 당초 법률안에서는 부칙 제4조가 “접골, 침술, 구술, 안마사 등의 의료유사업자에 대한 자격시험은 이를 당분간 존치한다.”고 규정함으로써 자격시험제도까지 계속되도록 되어 있었다. 그러나 본회의 제1독회에서 침술업자 등 의료유사업자에 대하여 접골업자를 예로 들면서 접골업은 유도선수 출신들이 주로 한다면서 이러한 의료유사업자 제도를 인정하는 것은 시대에 뒤떨어진 행위라고 비판(이용설의원⁴¹⁾ 주장) 등이 제기되어⁴²⁾ 자격시험 제도의 존치는 명문화되지 못하였다. 그러다가 1962년에 제정된 의료법에서는 법률에서 ‘침술업자’나 ‘구술업자’라는 표현을 삭제하고 그 대신 부칙에서 ‘의료유사업자’라는 개념에 포함시켜 종전 규정에 의하여 침술업자와 구술업자의 자격을 가지고 있던 사람은 계속해서 침술과 구술을 수행할 수 있게 하였다(1962년 의료법 부칙 제3항). 더 나아가 종전의 국민의료법에는 규정되지 않았던 무면허자의 의료행위 금지 규정을 새로이 추가하였다(1962년 의료법 제25조). 그러나 어떠한 경위로 국민의료법에 있던 침술사 등 의료유사업자에 대한 규정이 이렇게 변경되었는지는 알기 어렵다. 1962년의 의료법은 국가재건최고회의에서 개정되었는데 이 당시의 국회 회의록은 현재 검색이 안 되기 때문이다. 추측컨대, 정식 대의기구가 아닌 국가재건최고회의에서 침술사 등 의료유사업자들을 시대에 뒤떨어진 의료인으로 보고 충분한 여론의 수렴 없이 일부 의료인들의 의견만을 듣고 입법한 것이 아닌가 생각된다.

3. 침구사제도 부활을 위한 노력과 실패

의료법에서 침구사제도가 사라지고 더 이상 신규로 침구사가 배출될 수 없게 됨에 따라 침구술에 뛰어난 솜씨를 가지고 있는 사람들도 합법적으로 재능을 발휘할 수 있는 길이

40) 그러나 보건원·조산원 및 간호원에 대해서는 침술업자나 구술업자와 다르게 의사 등과 함께 의료업자의 하나로 규정하였고(제2조), 이들에 대한 면허제도도 별도로 규정하고(제14조) 있었다는 점에서 이미 1951년의 국민의료법에서도 침술업자나 구술업자 제도를 인정하려는 입법의지가 약했다고 할 수 있다.

41) 세브란스 의과대학장을 역임하였다.

42) 제11회 국회(임시회) 제25차 본회의 회의록(1951년 7월 13일) 참조. 그러나 제2대 국회까지의 위원회 회의록은 검색할 수가 없어서 당시 소관 위원회에서 어떠한 논의가 있었는지는 알 수 없다. <http://likms.assembly.go.kr/record> 참조.

봉쇄되게 되었다. 따라서 침구술을 생업으로 하는 일부 사람들의 경우 생계에도 많은 지장을 받게 되었다. 민족 전통 의술인 침구술의 발전과 국민들의 의료수혜를 확대한다는 취지에서 국회에 여러 차례 침구사제도의 부활을 위한 입법청원이 제출되었다.⁴³⁾ 그러나 이들 청원은 대부분 소관위원회에서 제대로 심사도 되지 못한 채 임기만료로 폐기되었다. 다만, 1993년 9월 23일 박제상 의원의 소개로 김남섭 등 무면허침구사생계대책위원회가 제출한 ‘침구사제도 부활을 위한 의료법 개정 청원’은 소관위원회에서 정부가 관계법령 등 제반여건과 장기적인 한방발전과제를 감안하여 가능한 빠른 시일 내에 이 청원을 연구 검토하여 처리하도록 촉구한 바 있으나,⁴⁴⁾ 그 이후 정부에서 별다른 조치가 있었던 것은 없었다. 한편 이 청원서에 적시된 내용에 의하면 정부는 1980년에 보사행정 장기개선방안을 발표하면서 개선방안의 일환으로 침구사제도부활계획을 수립한 바 있으나, 이 계획을 시행하지 않았다고 한다.⁴⁵⁾

정부에서 발표했던 침구사제도 부활계획이 무산되고, 국회에서는 침구사제도의 부활을 주장하는 수차례의 입법청원이 계속 빛을 보지 못하게 되는 배경에는 침구사제도의 부활을 반대하는 이익집단의 노력이 있지 않았나 의심하게 된다.

VI. 맺으며

그동안 우리의 학계와 헌법재판소는 전통적 이론에 따라서 다수결원리가 적용되는 입법부의 결정에 의하여 침체된 소수자의 기본권을 보호하기 위하여 사법심사가 행해진다는 입장을 견지하고 있다.

이 글에서는 다수결에 의한 소수자의 기본권침해 가능성 외에 입법과정에서 잘 조직화된 일부 이익집단의 노력에 의하여 그 구성원들을 위하여 국민 다수가 불이익을 볼 수 있다는 가능성을 제시하고, 헌법재판소가 사법심사를 하면서 이러한 가능성에 대해서도 반드시

43) 예컨대, 채영석 의원의 소개로 김판술 등 침구사입법추진본부가 제출한 ‘침구사법 제정청원’(1990. 2. 20. 제출); 손승덕 의원의 소개로 이석원 등 한국침술연합회가 제출한 ‘침구사제도화를 위한 의료법 개정청원’(1993. 5. 12. 제출); 박제상 의원의 소개로 김남섭 등 무면허침구사생계대책위원회가 제출한 ‘침구사제도 부활을 위한 의료법 개정 청원’(1993. 9. 23. 제출) 등.

44) 보건사회위원회, 침구사제도부활을 위한 의료법 개정에 관한 청원 심사보고서, 1994. 3. 참조.

45) 박제상 의원의 소개로 김남섭 등 무면허침구사생계대책위원회가 제출한 ‘침구사제도 부활을 위한 의료법 개정 청원’(1993. 9. 23. 제출) 참조.

시 유념해야 한다는 점을 주장하고 있다. 특히 우리나라의 국회는 단일 소관위원회주의를 채택하고 있어서 어느 나라 의회보다도 태생적으로 '소수의 횡포'에 취약하다는 사실을 주의할 필요가 있다.

입법에서의 '소수의 횡포' 가능성을 전제로 결정한 대표적 사례로 침구사의 무면허의료 행위를 처벌하고 있는 의료법 조항을 다룬 헌재 2010. 7. 29. 2008헌가19 등(병합)을 검토하였다. 이 결정에서 5인의 재판관들은 '침해의 최소성'이라는 측면에서 침구(鍼灸)는 생명·신체에 대한 위험성이나 부작용이 매우 낮은데도 불구하고 이러한 의료행위까지 전면적·일률적으로 의료인에게 독점시키는 것은 국민의 의료행위 선택권을 지나치게 제한하는 것이라고 판시했는데, 그 배경에는 침구와 관련한 현행 의료제도가 일반 국민 다수의 희생 하에 한의사 집단에 속한 소수의 의료인에게만 유리한 입법이라는 함의가 들어있다. 침구술을 자신들이 독점함으로써 의료소비자인 국민대다수가 불이익을 받게 된다는 점에서 이 사안은 소수로 구성된 이익집단과 국민대다수의 이익이 상충하는 사례라고 할 수 있으며, 5인의 재판관들은 비록 이러한 가능성을 명시하지는 않았으나, 이러한 관점에서 문제를 접근했다고 하겠다. 물론 이 글은 설정한 분석의 틀을 적용하기 위하여 특정 이익집단의 행위를 추정하고 있음을 부인하지 않는다.

앞으로 입법과정에서 '소수의 횡포'가 발생할 수 있다는 가능성도 염두에 두고 사법심사가 이루어져야 한다는 관점의 연구가 우리 학계에서 계속 이어지기를 기대한다.

■ 참고문헌

- 국회 보건사회위원회, 침구사제도부활을 위한 의료법 개정에 관한 청원 심사보고서, 1994. 3.
- 권영성, 『헌법학원론』, 개정판(법문사, 2010), 1118면;
- 박세일, 『법경제학』 (박영사, 2007).
- 양 건, 『헌법강의』 제2판(법문사, 2011).
- 임종훈, “입법과 경제적 효율성- 침구사제도의 입법여부에 대한 비교제도분석-” 홍익법학 제10권제2호 (2009).
- 임종훈, 『한국입법과정론』 (박영사, 2012).
- 임종훈·박수철, 입법과정론(제3판)(박영사, 2006).
- 허성욱, 공공선택이론과 사법심사에 관한 연구 -사법심사의 준거기준으로서 공공선택이론의 함의에 관하여-, 2008, 서울대학교 법학박사학위논문.
- Frank H. Easterbrook, “Forward: The Court and the Economic System,” 98 Harv. L. Rev. (1984).
- Hamilton, Madison, Jay, The Federalist Papers, ed. by Clinton Rossiter (New American Library, 1961).
- Neil K. Komesar, Imperfect Alternatives- Choosing Institutions in Law, Economics and Public Policy, University of Chicago Press, 1994.
- Ronald H. Coase, “The Problem of Social Cost,” The Journal of Law and Economics Vol. 3 (1960, Oct.).
- V. F. Nourse, Toward A New Constitutional Anatomy, 56 Stan. L. Rev. (2004).
- Walter J. Oleszek, Congressional Procedures and the Policy Process, 7th ed., 2007, CQ Press.
- William N. Eskridge, Jr., “Politics without Romance: Implications of Public Choice Theory for Statutory Interpretation,” 74 Va. L. Rev. (1988).

투고일자 2012. 11. 20 심사개시일자 2012. 11. 22 게재확정일자 2012. 12. 06

Hongik Law Review, Vol. 13, No. 4(2012)

【ABSTRACT】

Consideration of 'Minoritarian Bias' in the Judicial Review

Lim, Jong-Hoon

When the Constitutional Court reviews unconstitutionality of an Act passed by the National Assembly, it normally examines whether the Act was decided by the majority of the Assembly to the detriment of the legitimate stake of the minority. The Court is considered to be the ultimate authority to protect the legitimate interest of the minority.

I argue, however, that the Court should also take into account the possibility that legislation could be overinfluenced by the minority to the detriment of the legitimate interest of the majority. I call this 'minoritarian bias.' When a well-organized interest group captures the legislative process, the legislative outcome could be beneficial to the interest group at the expense of the public.

The Korean Constitutional Court decided in 2010 that the Medical Law punishing an unauthorized accupuncturist to treat patients(even without charge) was constitutional. However, 5 of the nine Justices decided it is unconstitutional(For an Act to be decided unconstitutional, it needs more than 6 Justices under the Korean Constitution). The majority of Justices decided that the Law impinged upon the public's right to choose medical services, while the public benefit deriving from the punishment was superficial. This is one of the typical cases where 'minoritarian bias' took place.

Key Words : judicial review, minoritarian bias, transaction cost, public choice,
constitutional court, accupuncturist

입법과 경제적 효율성*

- 침구사제도의 입법에 관한 비교제도분석을 중심으로 -

임 중 훈

(국회입법조사처장, 홍익대 법대 교수)

【조 록】

사회현상이 복잡해지고 다양화함에 따라서 이를 규제할 입법도 전문화·세분화하고 하고 있다. 더불어 입법의 숫자도 획기적인 증가를 보이고 있다. 그러나 입법의 양적 증가에도 불구하고 정작 우리 사회를 위하여 꼭 필요한 법률이 정치적 이유나 이해관계 집단 간의 대립으로 입법화되지 않는 경우도 많다.

일반적으로 국회는 헌법에 위반되지 아니하는 범위 안에서 무엇을 입법하고 무엇을 입법하지 않을 것인지 여부에 대하여 폭넓은 재량을 가지고 있으며, 구체적으로 입법을 할 경우에도 입법목적 달성을 위하여 사용가능한 여러 수단 가운데 어느 것을 선택할 것인가에 대하여도 재량을 가지고 있다.

그렇다면 국회의 입법은 어떠한 경우에 무엇을 대상으로 이루어지는 것이 바람직하고, 어떠한 경우에는 입법을 하지 않는 것이 바람직한 것인지 궁금하다. 입법을 해야 할 경우와 하지 않아야 할 경우에 대한 기준설정이 요구된다.

이 글에서는 과거 한 때 의료업으로 제도화된 바 있었고, 현재도 시중에서 많이 행하여지고 있으나, 정작 입법화는 이루어지지 않고 있는 침구사제도를 중심으로 국회에서는 어떤 경우에 입법이 이루어지고, 어떤 경우에 입법이 이루어지지 않는지를 분석하고자 한다.

국회는 대의제민주주의 원리에 충실하게 국민 다수의 뜻을 반영하여 입법을 하여야 하나, 적지 않은 경우 국회는 국민다수의 뜻보다는 잘 조직화된 소수 이익집단의 입장을 대변

하는 입법을 하고 있다. 즉 국회의 입법과정은 많은 경우 잘 조직화된 소수의 이익집단과 다수 국민과의 상충되는 이익을 조율하는 과정이라고 할 수 있는데, 그 결과는 다수 국민의 희생 하에 소수 이익집단의 이익을 반영한 입법으로 나타날 수 있다. 이러한 결과는 상충되는 이익을 가진 두 대립 집단이 특정 입법안에 대하여 행사하는 정치적 영향력은 각 집단 구성원들의 정치적 행동이 각각의 구성원에게 가져다주는 이익의 정도와 그 정치적 행동에 소요되는 비용에 의하여 결정된다는 데서 유래한다.

한편 침구사제도의 허용여부를 정치과정에서 결정하지 않고, 시장원리에 맡기는 방법을 생각해 볼 수 있다. 침구사제도를 시장원리에 맡긴다는 것은 의료소비자들이 의료시장에서 한의사와 침구사 중 누구를 선택해서 의료서비스를 받을 것인지를 결정하게 하는 것이다. 이를 위한 방법은 두 가지가 있다. 하나는 침구사제도를 양성화하는(물론 엄격한 자격과 능력 등 요건을 갖춘 사람에게만 면허를 부여해야 한다) 것이고, 다른 하나는 침구사제도를 양성화하지는 않을지라도, 침구사들의 시술행위를 무면허의료행위로 처벌하지 않도록 의료법 제27조를 개정하는 것이다.

의료소비자들이 침을 맞거나 뜸 치료를 받고자 할 때 한의사를 찾아갈지 침구사를 찾아갈지를 자유롭게 선택하게 한다면 누가 침과 뜸이라는 의료서비스를 보다 저렴한 가격으로 양질로 공급하는지를 의료서비스 시장에서 소비자가 결정하게 될 것이다.

주제어 : 입법, 경제적 효율성, 입법과정, 침구사, 소수의 횡포

【차 례】

I. 들어가며	V. 입법의 경제적 효율성 평가를 위한 비교제도 분석
II. 침구사제도	1. 정치과정
III. 무면허의료행위의 금지·처벌에 대한 헌법재판소의 결정	2. 시장과정(market process)
IV. 입법의 경제적 효율성 제고를 위한 기존의 노력	3. 시장과정과 정치과정의 비교
1. 입법평가	VI. 분석 - 침구사제도의 허용여부
2. 비용추계분석	1. 정치과정에 대한 검토
3. 규제영향분석	2. 시장에 맡길 경우에 대한 검토
	VII. 맺는 말

I. 들어가며

사회현상이 복잡해지고 다양화함에 따라서 이를 규제할 입법도 전문화·세분화하고 하고 있다. 더불어 입법의 숫자도 획기적인 증가를 보이고 있다. ‘입법의 홍수’라는 상황이 초래되고 있다.¹⁾ 그러나 법률 숫자의 양적인 증가나 입법의 전문화 등에도 불구하고, 제정되는 법률들이 ‘좋은 법’이거나 경제적 효율성²⁾을 갖춘 법이라는 보장은 어디에서도 찾아 볼 수 없다.

한편 입법의 양적 증가에도 불구하고 정작 우리 사회를 위하여 꼭 필요한 법률이 정치적 이유나 이해관계 집단 간의 대립으로 입법화되지 않는 경우도 많다.

일반적으로 국회는 헌법에 위반되지 아니하는 범위 안에서 무엇을 입법하고 무엇을 입법하지 않을 것인지 여부에 대하여 폭넓은 재량을 가지고 있으며, 구체적으로 입법을 할

* 이 논문은 서울대학교 법학연구소 ‘법의 지배 센터’에서 2008년 “경제적 효율성과 법의 지배”라는 주제로 실시된 연구 프로젝트의 연구비 보조를 받아서 작성되었다. 이 논문을 포함한 위 사업의 연구결과는 2009년에 단행본으로 출간될 예정이다. 이 글의 공간을 허락하여 준 ‘법의 지배 센터’에 감사한다.

1) 독일에는 연방차원의 법규범으로 2,197건의 법률과 3,131건의 법령이 있다고 한다. Ulrich Karpen, "보다 나은 법규," 『입법평가의 과제와 전망』 (2007. 8. 9. 한국법제연구원, 한국입법학회 주최 국제학술회의 발표문) 25면. 우리나라에는 2008년 12월 31일 기준으로 1,646건의 법률과 3,082건의 시행령이 있다.

2) 이 글에서 ‘경제적 효율성’은 제한된 자원이나 재화를 배분함에 있어서 ‘적어도 어떤 한 사람을 불행하게 하지 않고는 다른 사람을 더 이상 행복하게 할 수 없는 상태’에 도달함을 의미하는 파레토 효율성(pareto efficiency)을 의미한다. 박세일, 『법경제학』 (개정판), 2007, 92면.

경우에도 입법목적 달성을 위하여 사용가능한 여러 수단 가운데 어느 것을 선택할 것인가에 대하여도 재량을 가지고 있다.³⁾

그렇다면 국회의 입법은 어떠한 경우에 무엇을 대상으로 이루어지는 것이 바람직하고, 어떠한 경우에는 입법을 하지 않는 것이 바람직한 것인지 궁금하다. 입법을 해야 할 경우와 하지 않아야 할 경우에 대한 기준설정이 요구된다.

이 글에서는 과거 한 때 의료업으로 제도화된 바 있었고, 현재도 시중에서 많이 행하여지고 있으나, 정작 입법화는 이루어지지 않고 있는 침구사제도를 중심으로 국회에서는 어떤 경우에 입법이 이루어지고, 어떤 경우에 입법이 이루어지지 않는지를 분석한 다음, 바람직한 입법안이 있음에도 불구하고 이것이 입법화되지 못하는 경우 또는 반대로 폐지되어야 할 법률이나 법률규정이 있음에도 불구하고 이것이 폐지되지 않고 계속 존속하는 이유는 무엇인가를 검토하고자 한다.

특히 침구사제도에 대한 입법 논의와 관련해서는 무면허의료행위를 처벌하고 있는 의료법 규정의 위헌여부에 대한 헌법재판소의 결정 두 건⁴⁾을 검토할 필요가 있다. 위헌법률심판사건인 1996년의 사건에서 제청 법원이 위헌제청을 하게 된 이유와 헌법소원사건인 2002년의 사건에서 청구인이 내세운 청구이유와 정부 측의 의견 및 두 건의 결정에서 헌법재판소가 제시한 결정이유는 이 글의 논의에도 많은 시사점을 던져주고 있다.

참언해 둘 것은 이 글은 입법과 경제적 효율성과의 관계를 규명하는데 도움이 될 만한 논의를 소개한다는데 의의를 두고 있으며, 침구사제도는 단지 논의를 위한 하나의 예로서 언급하는 것으로 이 글이 침구사제도의 부활을 주장하거나 반대하기 위한 것은 아니라는 점이다.

II. 침구사제도

현행 의료법 제27조는 “의료인이 아니면 누구든지 의료행위를 할 수 없으며”라고 규정하여 무면허 의료행위를 금지하고 있다. 이 규정에 따라서 1962년 의료법 개정으로 침구사제도가 공식적으로 폐지된 이후 침술을 배운 침구사는 아무리 그 능력이 뛰어나더라도 시

3) 이를 ‘입법형성의 자유’ 또는 ‘입법재량권’이라고 한다. 권영성, 『헌법학원론』, 2008, 802면.

4) 헌재 1996. 10. 31. 94헌가7. 의료법 제25조 제1항 등 위헌제청; 헌재 2002. 12. 18. 2001헌마370. 의료법 제25조 제1항 등 위헌확인.

술 받기를 원하는 환자에게 침술을 시술할 수 없게 되어 있다. 그러나 같은 의료법 제81조 제1항은 “이 법이 시행되기 전의 규정에 따라 자격을 받은 접골사(接骨士), 침사(鍼士), 구사(灸士)⁵⁾ (이하 “의료유사업자”라 한다)는 제27조에도 불구하고 각 해당 시술소에서 시술(施術)을 업(業)으로 할 수 있다.”라고 규정하여 과거 침구사제도가 있던 시절에 자격을 취득했던 사람의 경우에는 계속 시술을 허용하고 있다.⁶⁾ 따라서 같은 재능을 가지고 같은 업무를 수행할 경우에도 침구사 자격증 유무에 따라서 무면허 의료행위가 될 수 있다.

결국 1962년의 의료법 개정으로 과거부터 전승되어 오던 침구사제도는 폐지되고, 원칙적으로 한의사자격을 취득한 사람만이 침술을 행할 수 있고, 1962년 이전에 침구사제도가 있던 시절에 침구사 자격을 획득한 사람을 제외하고는 침술전문가들이 침술을 통한 의료행위를 하지 못하도록 되었다.

한편 1962년 이후 한의사 자격을 취득한 사람을 제외하고는 아무리 침술에 능한 전문가라 하여도 침술을 행하지 못하도록 한 의료법 규정과 정부의 정책에 맞서서 무면허 침구사들은 수십 년 전부터 현재까지 침구사제도의 양성화를 위하여 계속 투쟁하고 있다. 이 글에서는 침구사제도를 입법으로 허용하지 않는 현 상황과 침구사제도를 양성화하여 침술을 필요로 하는 의료시장에서 한의사와 침구사가 경쟁하게 되는 상황을 비교제도론적 관점에서 검토함으로써 입법과 경제적 효율성의 관계를 규명하고자 한다.

현재 침과 뜸을 행하는 기술은 대체의학이라는 이름으로 접근하기도 한다. 즉 현대의학과 전통의술을 융합한 기술을 이용해서 만성, 성인병 질환 분야에서 일부 효능을 인정받고 있어 주목하는 사람들이 많아지고 있으며, 대체의학에 관한 전문 교육과정을 개설하는 대학(예컨대, 전주대학교 대체의학대학)도 늘어나고 있다.⁷⁾ 미국과 독일 등에서는 침이나 뜸 분야의 전문인력을 양성하기 위한 교육과 연구에 많은 예산을 지원하고 있다고 한다.⁸⁾

대체학과 침구사제도에 대한 논란은 65년 동안 침과 뜸으로 수많은 환자들을 치료해 온 구당 김남수 선생이 침술면허만 가지고 뜸 치료까지 한 것이 불법의료 행위에 해당한다며 서울시로부터 한 달 반 동안 영업정지 처분을 받음으로써 2008년 말에 다시 한 번 불거진 바 있다.

5) 침사(鍼士)는 침으로 진료를 하는 의료인이고, 구사(灸士)는 뜸으로 진료를 하는 의료인을 말하는데, 일반적으로 침을 시술하는 사람은 뜸도 함께 시술하므로 이 글에서는 ‘침구사’라는 표현을 쓰기로 한다.

6) 침구사제도는 1962년에 의료법이 개정되면서 공식적으로 폐지되었다.

7) 2008년 10월 17일자 KBS 오후 9시 뉴스.

8) 2008년 10월 17일자 KBS 오후 9시 뉴스.

제17대 국회에서는 대체의학을 육성하기 위한 노력의 일환으로 ‘보완대체의료정책위원회법안’이 추진되기도 했으나, 의료계의 반발로 무산된 바 있으며, 제18대 국회에서도 이미 2008년 10월 17일 민주당소속의 김춘진 의원이 뜸 시술 자율화에 관한 입법을 추진하겠다고 하여⁹⁾ 관련 업계에서 논쟁이 일고 있다.

III. 무면허의료행위의 금지·처벌에 대한 헌법재판소의 결정

한 의사와 1962년 이전에 침구사 자격을 획득한 사람을 제외하고는 침술전문가들이 침술을 행하지 못하도록 한 의료법 규정에 대하여 침술전문가들은 의료법 제25조 제1항 등에 대한 헌법소원사건에서, 침술은 “자연과 인체의 이치에 따라 자연치유력을 강화시켜 인체가 스스로 병을 치료하게 하는 것으로 예로부터 전래되어 온 민간의술로서 양의학은 물론 한의사의 의료행위와도 명확하게 구분되는 것”으로 “현재 제도권 내의 대학교육을 통해서 배울 수도 없고 배울 기회조차 없는 것”이라고 주장하고 있다.¹⁰⁾

또한 침술전문가들은 주장하기를 “병을 고칠 수 있으려면 병을 고치는데 유용한 모든 치료방법이 공개되고 개방되어 환자가 스스로 판단하여 가장 적절하다고 생각되는 치료수단을 선택할 수 있어야 한다. 의료법 제25조 제1항이¹¹⁾ 일률적으로 의사나 한의사가 아니면 의료행위를 할 수 없도록 규정한 것은 침술과 같이 국민의 건강에 크게 기여하는 의술에 의한 의료행위를 하지 못하도록 규제하는 것”으로서 침술전문가의 일반적 행동자유권과 행복추구권을 침해한다고 하였다.¹²⁾ 다양한 치료방법 중에서 환자가 스스로 판단하여 가장 적절하다고 생각하는 치료수단을 선택할 수 있어야 한다는 주장은 특히 주목을 받을 만하다.

물론 이러한 주장에 대하여 당시의 보건복지부장관은 “침구술은 국민의 건강과 생명에 직접 연관된 의료행위로서 공익성과 전문성이 요구될 뿐 아니라 전문지식과 경험을 필요

9) 김춘진 의원은 “뜸은 남녀노소 없이 누구나 간편한 시술을 통해 자신의 건강을 관리하고 증진할 수 있는 손쉬운 방법이므로 한의사가 독점해서는 안 된다.”고 주장했다. <http://www.akom.org/news> 참조

10) 헌재 2002. 12. 18. 2001헌마370. 의료법 제25조 제1항 등 위헌확인.

11) 현행법에서는 제27조이다.

12) 헌재 1996. 10. 31. 94헌가7. 의료법 제25조 제1항 등 위헌제청; 헌재 2002. 12. 18. 2001헌마370. 의료법 제25조 제1항 등 위헌확인.

로 하며, 인체의 오장육부 십이경락과 음양오행원리 등 전통 한의학이론을 필요로 하는 한방 임상 의료의 하나로서 단기교육과정으로 시술행위를 할 수 있는 의술이 아니고 기초의학과 의연계 하에 과학적이고 체계적인 전문교육 및 임상실습이 필요하므로, 6년제 한의과 대학을 졸업한 후 국가시험에 합격하여 면허를 취득한 한의사가 침구시술을 하는 것이 바람직하다”는 의견을 제시하였다.¹³⁾

헌법재판소는 무면허 침구사의 시술행위를 금지한 의료법 규정에 대하여 “사람의 생명과 신체를 대상으로 하는 의료행위의 특성상 가사 어떤 시술방법에 의하여 어떤 질병을 상당수 고칠 수 있다고 하더라도 국가에 의하여 확인되고 검증되지 아니한 의료행위는 항상 국민보건에 위해를 발생케 할 우려가 있으므로 전체 국민의 보건을 책임지고 있는 국가로서는 이러한 위험발생을 미리 막기 위하여 이를 법적으로 규제할 수밖에 없는 것”으로, “무면허의료행위를 일률적, 전면적으로 금지하고 이를 위반한 경우에는 그 치료결과에 관계 없이 형사처벌을 받게 하는 이 법의 규제방법은, “대안이 없는 유일한 선택”으로서 실질적으로도 비례의 원칙에 합치되는 것이다.”라고 판시하였다.¹⁴⁾

한편 침술과 직접 관련된 것은 아니나 의사면허가 없는 사람이 “한국자연건강연구원”이라는 간판을 걸고 정상적인 의료시설도 없이 각종 불치병환자들을 수용하여 치료행위를 하여 오던 중 환자를 사망케 한 사건과 관련하여 무면허 의료행위를 금지한 의료법 규정에 대한 위헌제청사건에서 위헌제청법원은 제청이유에서 무면허의료행위를 처벌하는 이유는 “치료능력이 없는 자들이 그 능력이 있는 것처럼 사람들을 속여서 의료행위를 한답시고 오히려 사람의 건강을 망치고 생명을 끊는 사태가 생기는 것을 미리 방지함으로써 국민건강을 보호·증진하자는 것이 그 제1차적인 목적일 것이고” 나아가서는 “시술자의 치료능력의 유무를 일반인들이 판단하기 어렵기 때문에 국민들로 하여금 “의사”라는 자격과 면허를 기준으로 하여 그 판단과 선택을 용이하게 하도록 하자는 데도 그 취지가 있을 것이다.”라고 언급하였다. 그런 다음 제청법원은 “그런데 의사가 모든 병을 다 고치고 있는 것은 아니고 의사가 못 고치는 병은 당연히 의사 아닌 그 누구도 못 고치는 것도 아니며, 또 의사가 아닌 사람의 의료행위에 의하여 병이 치유되는 경우와 오히려 병이 더 악화되거나 죽는 경우 중 어느 쪽이 더 많은지는 경험적으로 검증하기 어려울 것이다.”라고 하면서, “무면허 의료행위의 폐해를 막고 의료질서를 유지하기 위해서는 의사 아닌 자의 의료행위를 전면 금지하는 것이 가장 적절하고 합리적인 방법인지는 매우 의심스럽다. 우선 무능력의료행위

13) 헌재 2002. 12. 18. 2001헌마370. 의료법 제25조 제1항 등 위헌확인.

14) 헌재 2002. 12. 18. 2001헌마370. 의료법 제25조 제1항 등 위헌확인

를 방지하는 것이 이 법의 제1차적인 목적이라면 그것은 치료능력이 없이 그 능력이 있는 것처럼 사람을 속여서 하는 의료행위만 처벌하면 될 것이고, 보다 엄벌하려면 의사 아닌 자가 의료행위를 한 결과 오히려 병상이 더 심해진 [경우에 한하여]¹⁵⁾ 처벌하는 규정을 두는 정도로 족할 것이다. 그렇게 되면 면허가 없더라도 실제로 능력이 있는 자의 의술은 살리면서 폐해는 막을 수 있고 의료질서의 유지에도 별 문제가 없을 것이니 가장 온당한 방법일 것이다.”라고 하였다.

또한 제정법원은 “의료수단에 대한 국민의 선택과 판단을 용이하게 한다는 입법취지에 대하여는, 무면허 의료행위라도 유형별로 세분하여 자격과 면허를 다양하게 부여하는 방법들의 연구가 가능할 것으로 생각되는데 이는 입법자의 과제에 속한다.”라고 하여 입법 정책적으로 다른 대안이 가능할 것임을 시사하고 있다.

특히 주목할 만한 것은 제정법원이 “의료행위는 면허가 있든 없든 절대권인 사람의 생명을 직접적인 대상과 목적으로 하는 점에서 사회질서라는 법익과의 비교衡량이 본질적으로 불가능하고, 의료행위의 문제는 의사들로서도 고치지 못하는 병이 많다는 본질적인 제도내적 한계에서 생기며, 의사면허는 의과대학졸업을 수험자격으로 요구하고 있다는 점을 고려할 때, 무면허 의료행위의 금지제도는 이와 다른 무면허운전의 금지나 변호사 아닌 자의 변호활동금지와는 같은 차원에서 비교하여 거론할 성질의 것이 아니다.”라고 언급한 점이다.¹⁶⁾ 즉 의료행위의 경우 의사면허를 소지한 의사들도 치료하지 못하는 질병이 있는데, 이러한 질병을 의사는 아니지만 치료할 수 있는 사람이 있을 수 있으므로, 이 문제는 무면허운전이나 변호사 아닌 자의 변호활동과는 성격이 다르다는 것이다.

한편 헌법재판소는 무면허 의료행위를 일률적으로 금지하고 이를 위반한 경우 그 치료결과에 관계없이 형사처벌을 받게 하는 것은 “대안이 없는 유일한 선택”으로서 비례의 원칙에 합치되는 것이라고 하면서도 국회의 입법여하에 따라서는 새로운 의료직역의 창설이 가능함을 시사하고 있다. 즉 “법이 인정하는 의료인이 아니면서 어떤 특정분야에 관하여는 우수한 의료능력을 가진 한 부류의 의료인들(넓은 의미)이 있다고 한다면, 국민건강의 보호

15) []부분은 필자가 일부 표현을 편집한 부분이다.

16) 현재 1996. 10. 31. 94헌가7. 의료법 제25조 제1항 등 위헌제청. 더 나아가 제정법원은 “인간은 소우주(小宇宙)이다. 그만큼 오묘 불가사의한 존재이다. 질병은 그 존재의 한 단면이고 따라서 질병에 대한 물음은 인간의 존재 그 자체에 대한 물음이다. 그 우주적인 물음 앞에서 인간의 제도는 겸손하여야 한다. 그럼에도 불구하고 이 법은 그 겸손을 잃고 오만한 나머지 불필요한 과잉규제를 통하여 시술자와 환자 모두의 생명권, 건강권, 신체활동의 자유, 보건에 관하여 국가권력의 침해를 받지 아니할 권리 등의 본질적인 내용을 침해함으로써 인간으로서의 존엄과 가치를 훼손하고 ... 있다.”고 언급하고 있다. 현재 1996. 10. 31. 94헌가7. 의료법 제25조 제1항 등 위헌제청.

증진을 위하여 입법자로서는 이들의 지식과 능력을 충분히 검증하고 이들에게 의료인 자격을 부여하는 경우의 순기능과 역기능을 면밀히 검토한 후 긍정적인 평가가 나오면 이들에게도 의료행위를 할 수 있는 길을 열어주는 것이 바람직하겠지만, 이는 어디까지나 입법정책의 문제”라고 하고 있다.¹⁷⁾

IV. 입법의 경제적 효율성 제고를 위한 기존의 노력

1. 입법평가

입법의 질적 개선을 위한 노력이 독일과 스위스 등 유럽에서는 ‘입법평가’(또는 ‘입법영향평가’)라는 이름으로 논의되고 추진되어 왔다. 이들 국가에서는 이미 입법평가가 입법의 개선을 위한 실제적인 노력으로 활용되고 있다. 우리나라에서도 학계를 중심으로 여러 차례 입법평가를 주제로 학술세미나가 개최되었으며,¹⁸⁾ 연구논문도 지속적으로 발표되고 있다.¹⁹⁾ 또한 ‘한국법제연구원’을 중심으로 유럽의 입법평가제도를 도입하여 우리나라의 입법에 대한 평가를 하려는 노력이 체계적으로 진행되고 있다.²⁰⁾

2. 비용추계분석

한편 국회에서는 2005년 7월 국회법을 개정하여 예산상의 조치를 수반하는 법률안을 국회의원이거나 국회의 위원회 또는 정부가 제출하고자 하는 경우에는 예상되는 비용에 대한 추계서(cost estimate)를 함께 제출하도록 하고 있다.²¹⁾ 이러한 조치는 그 성과에 비하여 과

17) 현재 2002. 12. 18. 2001헌마370. 의료법 제25조 제1항 등 위헌확인.

18) 2007년 8월 9일 “입법평가의 과제와 전망”이라는 주제로 한국법제연구원과 한국입법학회가 공동 주최한 국제학술회의가 개최되었다.

19) 입법평가에 관한 종합적 입문서로는 독일 서적을 번역한 『입법평가입문』(박영도·장병일 역, 한국법제연구원, 2007)이 있고, 이외에도 입법평가에 관해서는 한국법제연구원에서 발간한 간행물이 많이 있다.

20) 한국법제연구원은 2007년에 입법평가연구 TF팀을 구성하였으며, 2008년부터는 이 팀을 ‘입법평가연구센터’로 확대하여 운영하고 있다. ‘입법평가센터’에서는 계간지로 『입법동향과 평가』라는 발간하고 있다.

21) 국회법 제79조의 2(의안에 대한 비용추계 자료 등의 제출) ① 의원 또는 위원회가 예산 또는 기금상의 조치를 수반하는 의안을 발의 또는 제안하는 경우에는 그 의안의 시행에 수반될 것으로 예상되는 비용에 대한 추계서를 아울러 제출하여야 한다.

도하게 비용이 소모되는 입법을 억제하기 위한 노력으로 생각된다. 그러나 법안에 수반되는 비용을 추계한다는 것이 그렇게 용이한 일은 아니기에 국회에서는 ‘국회예산정책처’에 ‘법안비용추계팀’을 두어 의원들이 법률안을 입안할 때 비용추계업무를 지원해주고 있다. 법안비용추계는 입법의 경제적 효율성을 담보하기 위하여 필요한 조치로 예상되는 성과에 비하여 과도한 비용이 소요되는 입법을 저지할 수 있는 수단이 된다.

3. 규제영향분석

입법 중에서도 규제를 수반하는 입법의 합리성 내지 경제적 효율성을 점검하기 위한 방법으로 규제영향분석(Regulatory Impact Analysis)을 생각해 볼 수 있다. 유럽의 OECD 회원국들에서는 규제영향분석이 규제입법의 효율성을 향상시키는 적절한 제도로 평가받고 있다고 한다.²²⁾ 규제영향분석을 행하는 구체적 방법은 여러 가지가 있을 수 있으나, 비용편익분석이 대표적인 방법이 되고 있다. 즉 입법을 통한 규제는 규제를 통하여 달성하고자 하는 편익(benefit)과 규제를 행하기 위하여 소요되는 비용(cost)을 수반하는데, 일반적으로 규제입법은 그 비용이 편익을 초과하지 않는 범위 안에서만 허용된다고 할 수 있다. 규제입법에 관한 한 입법에 담긴 규제의 비용·편익 분석은 규제입법을 해야 할 경우와 하지 말아야 할 경우를 구분할 수 있게 해주는 방법이 된다. 특히 적지 않은 입법이 규제를 포함하고 있다는 의미에서 규제영향분석은 경제적 효율성이 부족한 입법을 저지하는 효과를 가져 올 수 있다.

V. 입법의 경제적 효율성 평가를 위한 비교제도분석

입법 작용은 국회라는 정치적 기관이 의도하는 정책목표를 달성하고자(대부분은 규제를

② 정부가 예산 또는 기금상의 조치를 수반하는 의안을 제출하는 경우에는 그 의안의 시행에 수반될 것으로 예상되는 비용에 대한 추계서와 이에 상응하는 재원조달방안에 관한 자료를 의안에 첨부하여야 한다.

③ (생략)

22) OECD에서는 1995년 ‘규제개혁’이라는 이름 하에 회원국들을 대상으로 규제완화의 의미를 가진 대형프로그램에 착수한 바 있다고 한다. 박영도, “의원입법의 타당성, 효율성에 대한 검토와 개선 방안,” 한국공법학회, 『공법연구』 제34집 제3호, 2006. 2, 98면.

통해서) 하기 위한 노력이라면, 그 노력의 결과물인 입법의 경제적 효율성에 대한 평가는 규제여부를 정치적 기관이 정치적 의사결정과정을 거쳐서 정하는 것이 바람직한 것인지, 아니면 국가가 개입하지 않고 시장메커니즘에 의하여 규제가 의도하는 바를 달성하도록 할 것인지의 문제로 접근할 수도 있다. 이 글에서는 국회입법(또는 정치과정)과 시장(자유 경쟁 메커니즘)이라는 두 제도 중 어느 제도를 활용하는 것이 목표달성(값싼 양질의 의료 서비스 제공)에 보다 효율적인지를 ‘비교제도분석(comparative institutional analysis)’을 통해서 검토하고자 한다.²³⁾ 분석 대상은 현재 제도화되어 있지 않은 첨구사제도의 입법화 내지 양성화여부가 될 것이다.

1. 정치과정

우선 기존의 제도경제학에서는 정치과정을 분석하면서 잘 조직화된 소수의 이익집단이 정치과정을 지배한다고 주장하는데, 이러한 이익집단이론(interest group theory of politics)²⁴⁾은 이익집단의 역할만을 중심으로 분석한다는 점에서 ‘일원 모델(one-force model)’이라고 할 수 있다. 그런데 정치과정의 현실은 이러한 주장과 달리 소수이익집단 외에 다수 국민대중도 정책결정에서 중요한 역할을 수행한다. 따라서 정치과정을 정확하게 이해하기 위해서는 두 집단 간의 상호작용을 분석할 필요가 있는데, 이러한 논의를 ‘이원 모델(two-force model)’이라고 부를 수 있다.²⁵⁾

기존의 이익집단이론에 대한 비판 중 하나는 이 이론에서는 국회의원들을 자신의 이익만을 추구하며 행동하는 전형적 경제인(economic person)으로 가정하고 있으나, 실제로 의회에서 제정되는 입법의 내용을 살펴보면 많은 입법이 소수 이익집단의 이익이 아닌 전체 공익을 추구하고 있다는 점이다.²⁶⁾

그리고 이익집단이론은 정치과정에서 잘 조직화되지 않은 국민 다수의 희생 하에 조직

23) 이 글에서는 Wisconsin대학 법과대학 교수인 Neil Komear의 ‘비교제도론적 분석(comparative institutional analysis)’이론을 중심으로 논의를 진행할 것이다. Neil K. Komesar, *Imperfect Alternatives - Choosing Institutions in Law, Economics and Public Policy*, University of Chicago Press, 1994. 비교제도론적 분석도 경제현상을 설명하면서 제도의 중요성을 강조한다는 의미에서 신제도학과(neo-institutionalism)의 일부라고 볼 여지가 있다. 신제도학과에 대해서는 박세일, 앞의 책, 29-41면.

24) 이익집단이론은 여러 가지 다른 이름으로도 불린다. 예컨대, 포획이론(capture theory), 특수이익 이론(special interest theory) 등이 그런 것들이다.

25) Komesar, 앞의 책, 53-97면.

26) 위의 책, 53면.

화된 이익집단들이 과다 대표되는(overrepresentation) 것을 강조하고 있고, 그러한 의미에서 소수의 영향력(minoritarian influence)만을 변수로 고려한다는 점에서 ‘일원(一元) 모델’이라고 할 수 있는 것이다.

일원모델과 달리 이원모델은 정치과정에서 ‘소수의 영향력’과 ‘다수의 영향력(majoritarian influence)’이 상호작용을 한다는데 기초하고 있다.²⁷⁾ 즉 정치과정에는 두 영향력이 작용하는데, 정치과정의 결과는 두 영향력 중 어느 것이 상대적으로 더 강한지에 따라서 달라진다. 따라서 두 영향력 중 어느 것이 우월한지를 결정하기 위하여 정치과정에 참여하는 주체들의 작용을 상대적으로 평가할 필요가 있다. 정치과정에서 어떠한 경우에는 소수의 이익집단이 의사결정과정을 지배하지만, 또 어떠한 경우에는 다수의 힘이 소수의 힘을 압도하고 결과적으로 공익에 기여하는 입법을 생산하게 한다.

정치과정에서 소수와 다수가 상호작용하는 가운데 소수의 영향력이 과도하게 미치면 ‘소수의 횡포(minoritarian bias)’가 되고, 다수의 영향력이 과도하게 작용하게 되면 ‘다수의 횡포(majoritarian bias)’가 된다.²⁸⁾ 소수의 횡포가 작용한 대표적 입법으로는 관세(tariff)나 보호무역정책에 관한 법률들을 들 수 있다. 소수의 국내 생산자들을 위하여 다수의 국내 소비자들이 손해를 보는 가운데, 외국 기업과의 경쟁을 제한하는 조치가 바로 관세나 보호무역조치이기 때문이다.²⁹⁾ 이렇게 소수의 횡포가 발생하게 되는 것은 소수가 정책결정에 관련된 정보를 파악하고, 정치적 영향력을 행사하기 위한 조직화에도 유리하기 때문이다.

한편 다수가 비록 문제의 사안에 대하여 1인당 이해관계(stake)는 작을지라도 영향력을 행사할 수 있는 구성원의 숫자가 크다는 점을 감안하면 사안에 따라서는 다수의 영향력이 소수의 영향력을 상쇄할 수도 있다.

문제는 ‘언제’ 그리고 ‘어느 정도’ 소수와 다수가 정치과정에 영향을 미치느냐 하는 것이다.³⁰⁾

소수나 다수의 영향력을 결정하는 첫 번째 요소는 정치적 행동의 결과 받게 되는 이익의 분배와 관련이 있다. 즉 집단의 구성원 한 사람 한 사람이 문제의 사안에 대하여 가지고 있는 이해관계(per capita stake)의 크기와 그 이익의 분포상태가 중요한 변수가 된다.³¹⁾ 소수로 구성된 이익집단의 구성원들은 각자의 이해관계가 크기 때문에 문제의 사안에 대하

27) 위의 책, 54면.

28) 위의 책, 56-57면.

29) 박세일, 앞의 책, 706-707면.

30) Komesar, 앞의 책, 67면.

31) 위의 책, 68면.

여 알고 이해하려고 노력하며, 자신의 이익에 부합하는 방향으로 결론이 나도록 공동으로 노력을 하려 한다. 이에 반하여 다수 집단에 속해 있는 구성원들은 그들이 불이익을 받을 수도 있다는 사실에 대하여 인식조차 하지 못하고 있는 경우도 있게 된다. 사실상 생산자들 간의 경쟁을 배제하는 입법이 가끔 소비자의 건강과 안전을 위하여 필요하다고 치장되는 경우 이러한 가능성이 크다.³²⁾ 이러한 입법이 이루어지는 것은 다수 집단에 속하는 구성원들이 가지는 각각의 이해관계가 너무 미미하여 문제를 인식하려고 하지도 않기 때문이다. 때에 따라서는 다수 집단에 속하는 구성원들이 가지고 있는 이해관계가 어느 정도 크다고 하더라도, 누군가 다른 사람이 문제를 해결해주기 바라고 자기는 그 결과에 무임승차(free ride)하려 하기 때문에 다수의 입장이 입법에 반영되지 않게 된다.³³⁾

한편 다수 집단에 비하여 소수로 구성된 집단은 구성원들 간에 합의를 도출하고 이를 강제하기가 용이하다.³⁴⁾ 왜냐하면 소수로 구성된 집단의 경우 문제가 되는 사안과 관련하여 구성원 각자가 가지는 이해관계가 크기 때문에 무임승차의 가능성이 적고 조직화된 행동을 할 수 있기 때문이다.

그러나 다수로 구성된 집단의 경우에도 비록 상대적이기는 하지만 구성원 각자가 가지는 이해관계가 클수록 문제의 사안을 파악하는데 소요되는 비용을 부담하려 할 것이다. 또한 대규모 집단의 경우에도 이익의 분배가 불균등하여 그 구성원 내에서 이익을 많이 받는 소수의 구성원들이 존재하게 된다면 이들이 중심이 되어 조직화된 행동을 할 가능성이 있다.³⁵⁾

따라서 소수 집단과 다수 집단이 하나의 사안에 대하여 어느 정도 정치적 영향력을 발휘할 것인지는 정치적 행동이 각 집단 구성원에게 주는 이익의 정도와 그 이익의 분포 등에 의하여 좌우된다.³⁶⁾ 즉 1인당 차지하게 되는 이익이 클수록 그 집단이 정치적 행동을 취할 가능성은 높아지고, 그 이익이 집단 내의 소수 특정인들에게 편중되어(skewness) 있을 경우에도 그 구성원들이 나서서 정치적 행동을 취할 가능성이 높아진다.

소수 집단이나 다수 집단의 정치적 행동을 결정하는 두 번째 변수는 정치참여(political participation)에 따른 비용이다. 이 비용은 정보비용(information cost)과 조직비용

32) 위의 책, 68면.

33) 위의 책, 69면.

34) 그러나 구성원의 수가 너무 적게 되면 전체적으로 발휘할 수 있는 정치적 영향력이 미미하게 되어 입법과정을 지배할 수 없다. Richard A. Posner, *Economic Analysis of Law*, 5th ed. Aspen, 1998, 정기화 역, 『법경제학(하)』, 자유기업원, 2003, 215면.

35) Komesar, 앞의 책, 70면.

36) 위의 책, 71면.

(organization cost)으로 구성되어 있다. 문제의 사안을 이해하는데 필요한 정보비용에서 말하는 ‘정보’로서 중요한 것은 우선 문제의 사안에 대하여 이해관계가 있다는 사실 자체를 인식하는 것이다.³⁷⁾ 그런데 침묵하는 집단(dormant group)의 경우 구성원들이 문제의 사안에 대처하기 위하여 공동의 정치적 행동을 해야 할 필요성조차 느끼지 못한다. 문제의 사안이 복잡할수록 그것을 인식하는데 소요되는 정보비용도 증가할 것이며, 문제의 사안을 해결하는 정치과정을 이해하는데 소요되는 비용도 정보비용에 포함된다. 정치과정이 복잡할수록 정치과정을 이해하는데 소요되는 정보비용도 증가한다는 것이다. 조직비용은 구성원들을 정치적 행동에 참여시키는데 소요되는 비용을 말한다.³⁸⁾

결국 위에서 언급한 두 개의 요소 즉 정치적 행동이 집단 구성원 각자에게 가져다주는 이익의 정도와 집단 구성원들이 정치적 행동을 취하는데 소요되는 비용(정보비용+조직비용)을 종합해 보면, 각 구성원들이 문제의 사안에 대하여 지대한 이해관계를 가지고 있고, 따라서 문제의 사안을 이해하기 위하여 필요한 정보를 획득하고 정치적 행동을 위한 조직화에 소요되는 비용을 기꺼이 부담하는 소수 이익 집단이 다수집단에 비하여 유리한 고지를 점하게 되는 것이다.

그러나 위에서 검토한 여러 요소들에는 상당한 정도의 변화가 있을 수 있다. 예컨대, 이미 언급한 바와 같이 다수로 구성된 집단의 경우에도 각 구성원들이 갖고 있는 이해관계가 절대적으로 큰 경우에는 그 구성원들이 정보비용과 조직비용을 부담하며 정치적 행동을 할 가능성이 높아진다. 그리고 다수로 구성된 집단에서도 그 집단내의 이익(benefit)의 분포가 균등하지 않아서, 일부 구성원들의 이해관계가 특별히 큰 경우 그 구성원들이 집단 내에서 촉매작용을 하는 소집단(catalytic subgroup)으로 역할을 함으로써 그 집단 전체가 행동에 나설 수 있다.³⁹⁾

특정 이슈에 대하여 언론에서 보도를 해주는지 여부도 다수로 구성된 집단의 행동에 영향을 미칠 수 있다.⁴⁰⁾ 대중언론매체가 특정 사안에 대하여 뉴스거리로 보도를 해준다면 다수 집단의 구성원들은 저렴한 정보비용을 지불하고 필요한 정보를 획득할 수 있기 때문이다.

위에서 설명한 것을 종합해 보면 ‘소수의 횡포(minoritarian bias)’는 침묵하는 다수가 차지해야 할 전체 이익이 잘 조직화된 소수집단이 얻게 될 이익보다 큰 경우에도 소수집단이

37) 위의 책, 71면.

38) 임종훈·박수철, 『입법과정론』 (제3판), 2006, 16면.

39) Komesar, 앞의 책, 72면.

40) 위의 책, 73면.

다수집단을 이기게 될 경우에 발생한다.⁴¹⁾ 반면에 ‘다수의 횡포(majoritarian bias)’는 소수가 받게 되는 불이익보다 다수가 차지하는 이익이 작은데도 불구하고 다수가 승리할 때 발생한다.⁴²⁾

결국 정치과정을 이해하는데 있어서 이원모텔은 소수의 횡포가 발생할 수 있다는 가능성 외에 다수의 횡포가 발생할 수 있다는 가능성을 제시하고 있다는데 그 의의가 있다. 그리고 소수의 횡포만 나쁜 것이 아니라 다수의 횡포도 나쁜 것인데, 사실 다수의 횡포가 더 위험할 수 있다. 왜냐하면 다수의 횡포 하에서 소수가 받게 되는 고통은 소수의 횡포 하에서 다수가 받게 되는 고통보다 비교가 안 될 정도로 클 수 있기 때문이다. 다수의 횡포는 인류역사를 통해서 세계 곳곳에서 발생했으며, 현재에도 발생하고 있다고 할 수 있는데, 각국에서 발생한 자국 내 인종적·종교적 소수 국민에 대한 학대가 전형적인 예가 될 수 있다.⁴³⁾

이원모텔은 국회 입법과정에서 어느 입법이 소수의 횡포가 작용한 입법이고 어느 입법이 다수의 횡포가 작용한 것인지를 분석하는데 도움을 줄 수 있다. 다른 측면에서 보면 이원모텔은 어느 입법이 필요함에도 불구하고 소수의 횡포나 다수의 횡포 때문에 입법화되지 않고 있는지를 분석하는데 유용한 분석도구가 될 수 있다.

2. 시장과정(market process)

시장(market)은 정치과정에 대신하여 국가정책에 대한 결정을 해줄 수 있다. 그런데 시장에서는 수많은 개인 간의 거래(transaction)를 통하여 결정이 이루어진다. 즉 시장은 수많은 거래를 통하여 재화의 가격을 결정하고 자원을 배분하며 부(富)를 분배한다.

그런데 이러한 시장의 작동에는 중앙통제기관이 존재하지 않는다. 그러한 의미에서 시장은 원자적(atomistic)이라고 할 수 있으며, 그 시장의 결정은 참여자들이 의도적으로 만들어내는 것이 아니다.⁴⁴⁾ 그러나 모든 시장 활동이 항상 원자적인 것은 아니다. 시장 내의 일부 참여자들이 큰 비중을 차지할 경우 그들이 시장의 결과에 영향을 미칠 수 있으며,⁴⁵⁾ 시장 내의 일부 참여자들이 다른 사람보다 더 많이 참여하거나 더 효과적으로 참여할 경우

41) 위의 책, 76면.

42) 위의 책, 77면.

43) 위의 책, 81면.

44) 위의 책, 98면. 시장의 작동이 어떻게 배분적 정의를 구현하게 되는지에 관하여는 박세일, 앞의 책, 100-106면.

45) Komesar, 앞의 책, 99면.

역시 시장의 결과에 영향을 미치게 된다.

시장에서의 참여를 결정하는 요소는 정치과정에서와 마찬가지로 거래에 따른 비용과 편익이다.⁴⁶⁾ 그러나 정치과정에서와 다르게 시장 참여자는 저렴한 비용으로 각자의 소비행위에 필요한 정보를 획득하고 소비자부를 결정할 수 있다. 따라서 공급자 중 일부에서 광고 등을 통하여 소비자의 의사결정에 필요한 정보의 형성에 영향을 미치지 않는 한, 시장에서는 무수한 거래의 결과 어느 집단에서 제공하는 서비스가 보다 좋은지를 결정하게 될 것이다.

물론 무임승차(free riding)의 문제는 정치과정에서와 마찬가지로 시장에서도 발생한다.⁴⁷⁾ 특히 공공재(public goods)의 경우 무임승차하려는 사람들 때문에 필요한 공공재가 확보되지 못하는 시장의 실패를 경험할 수 있다. 그러나 소비자가 구매하지 않으면 안 되는 일반적 재화나 서비스의 경우 무임승차의 문제는 발생하지 않는다.

3. 시장과정과 정치과정의 비교

국회에서의 의사결정은 결국 유권자들의 투표를 의식하여 결정이 이루어진다는 점에서, 시장에서의 경제적 결정과정과 달리 '투표자의 합리적 무지(voters' rational ignorance)'가 작용한다.⁴⁸⁾ 즉 정치적 의사결정에서는 강요된 보편성(compelled universality)이 존재하므로 올바른 판단을 할 수 있는 사람뿐만 아니라 그렇지 않은 사람들도 함께 표도 의식하게 되며, 또한 국회의원들이 의식해야 하는 표에는 선호의 강도가 없는 것이기 때문에(일인 일표의 원칙), 그리고 정치적 의사결정의 효과는 노력을 한 사람이나 안 한 사람이나 모두에게 분산되어 나타난다. 따라서 정치과정에서는 국민 다수의 표를 의식하기보다는 목전에 서 영향력을 행사하는 특수이익집단의 이익에 봉사하는 입법이나 그들의 이해관계를 대변하는 입법이 이루어질 수 있다.⁴⁹⁾

시장에서의 의사결정과 정치과정의 의사결정에는 공통점도 많이 있다. 참여자에게 분배될 이익이 균일하지 않고 편중되어 있을 경우 시장이나 정치과정 모두에서 지대추구(rent-seeking)가 발생할 수 있다. 그리고 분배될 이익이 균일한 경우에도 시장에서는 광고

46) 이 점에서 Komesar의 분석은 거래비용만을 강조하는 Ronald Coase의 입장과 다르다. 위의 책, 106면.

47) 위의 책, 102면.

48) 박세일, 앞의 책, 703-709면.

49) 위의 책.

등을 통해서 독점적 지위를 형성함으로써 지대를 추구하고, 정치과정에서는 로비 등을 통해서 소수 이익 집단이 규제입법을 통과시킴으로써 지대를 추구하게 된다.⁵⁰⁾

한편 국가는 교육이나 대국민홍보를 통하여 시장이나 유권자 상호간의 정보교환을 지원함으로써 거래비용을 절감해 주는 역할을 할 수 있다.

어떤 특정 사안에 대하여 정치과정에서 소수의 횡포나 다수의 횡포가 작용할 경우 그 문제는 정치과정을 통해서도 효과적으로 해결될 수 없다. 따라서 이러한 경우에는 시장에 기대를 할 수밖에 없을 것이다. 그러나 시장의 작동에도 문제가 있다면, 그 때는 시장과 정치과정을 비교해 보아 어느 메커니즘이 상대적으로 보다 효과적인지를 검토해 보아야 한다.

VI. 분석 - 침구사제도의 허용여부

그동안 면허 없이 침구사 활동을 하고 있는 사람들은 여러 경로를 통해서 침구사제도의 부활을 위하여 노력해왔다. 특히 국회에는 입법청원 등의 형식으로 꾸준히 침구사제도의 양성화를 위해서 노력하고 있다. 침구사제도가 신설되어도 이를 시행하기 위해서 침구사시험을 새로이 개발해야 하는 등 약간의 행정비용이 소요되는 외에 별도의 투자가 필요한 것은 아니다. 그럼에도 불구하고 국회의 입법과정에서는 이들의 요구가 전혀 반영되지 않고 있다.

아래에서는 침구사제도가 입법화되지 않는 이유를 비교제도분석 방법을 동원하여 분석해본다.

1. 정치과정에 대한 검토

우선 비교제도분석 방법 중 정치과정의 분석에 동원되는 이원모델(two-force model)을 활용하여 침구사제도가 입법이 안 되는 이유를 분석하기로 한다.

침구사제도에 관한 입법에 영향을 미치는 대립되는 이해관계집단이 누구인지를 설정할 필요가 있다. 침구사를 독자적인 의료전문가로 인정하고 이들을 위한 별도의 자격 제도를

50) Komesar, 앞의 책, 116면.

인정하기를 꺼려하는 집단으로 1차적으로 떠올릴 수 있는 집단으로는 침술과 뜸을 이미 독점적으로 시술하고 있는 ‘한의사집단’을 생각할 수 있다. 현재 전국에는 1만 3천여 개의 한의원이 영업 중인데 이들은 잘 조직화된 이익집단이라고 할 수 있는 ‘한의사협회’를 중심으로 결속이 되어 있다. 이들은 침구사제도에 관한 입법 등 자신들의 영업과 관련된 입법에 대해서는 높은 이해관계(high stake)를 가지고 있다. 비싼 정보비용을 부담하면서 기꺼이 자신들의 이익을 지키려 할 것이다. 사실은 개개 한의사들이 정보를 획득하려고 노력하기 전에 한의사협회 차원에서 정보를 획득해서 회원인 한의사들에게 제공할 것이다. 그 대신 한의사들은 회비를 협회에 납부할 것이다. 따라서 침구사제도의 입법화와 관련해서는 한의사들이라는 이익집단의 영향력을 유념할 필요가 있다.

한편 침구사제도의 입법화와 관련하여 한의사집단과 직접 대립 각을 세우고 있는 집단은 전문침구사들로 의료면허가 없는 사람들이라고 할 수 있다. 그러나 이원모텔 차원에서 한의사라는 소수이익집단과 대치되는 다수 집단으로는 침구사제도가 입법화 될 경우 다양한 의료서비스의 제공에 의하여 혜택을 보게 될 일반 국민들이라고 할 수 있다. 그런데 국민 개개인으로서의 침구사제도의 입법여부에 대하여 낮은 이해관계(stake)를 가지고 있다고 할 수 있다. 사실 이것이 우리 사회에서 문제가 되고 있다는 것 자체를 알고 있는 국민은 그렇게 많지 않을 것이다. 따라서 정보비용을 부담하면서 국회의 입법움직임에 관심을 기울이거나 입법화를 촉구하는 행동에 나서려고 하지 않을 것이다. 누군가의 노력에 의하여 입법이 이루어지면 그저 무임승차(free ride) 하려할 것이다. 그러나 일반 국민의 경우에도 광고나 집중적인 언론보도 등을 통하여 적지 않은 수의 국민들이 침구사제도의 입법화에 우호적인 입장을 취하게 된다면(동호회 결성 등을 통하여), 이 국민들은 입법화에 따른 이익이 클 것이라고 기대하게 되어 일종의 편중된 이익(skewed stake)을 가진 구성원으로서 정치적 행동에 나설 수도 있다. 그리고 침구사제도의 당위성을 깨달은 일부 국민들이 동호회 활동 등을 통하여 침묵하는 대중(dormant majority)을 깨우는 촉매제역할을 할 가능성도 점쳐볼 수 있다. 그러나 어떤 경우이든 일반국민들이 침구사제도의 입법화를 통하여 자신들이 이익을 얻을 수 있다는 사실을 인지한다 하여도 이것 때문에 적극적인 행동에 나설 가능성은 적다고 본다. ‘투표자의 합리적 무지’가 힘을 발휘할 것이기 때문이다.

그리고 침구사제도에 관한 언론보도와 관련해서는 사실 2008년 추석 전일과 추석 당일 이틀간에 걸쳐서 침과 뜸의 효능을 설명하는 특집프로그램이 침구사들의 입장에서 KBS TV를 통하여 방송된 적이 있고, 앞에서 언급한 바와 같이 침사들이 뜸을 하는 것이 문제가 되어 헌법소원까지 제기됨으로써 침구사제도가 한 때 언론의 주목을 받은 것도 사실이다.

위와 같은 사실들을 종합해 볼 때, 과연 정치과정은 이 문제를 어떻게 해결할까? 높은 이해관계(high stake)를 가지고 있기 때문에 조직적으로 치밀한 활동을 전개할 한의사들의 입장을 국회의원들은 지지할 가능성이 크다. 이것이 그동안 여러 번의 입법시도에도 불구하고 번번이 침구사제도의 입법화를 위한 노력이 좌절된 이유일 것이다. 사실 침구사제도의 부활을 위하여 활동하는 사람들은 잘 조직화되어 있지도 않고, 사회적 영향력도 미미하고, 로비를 위한 자금도 제대로 확보하지 못했을 것으로 짐작된다. 한의사집단과 침구사집단 또는 한의사집단과 일반국민을 대비시켜 정치과정에서의 영향력을 비교해 보면, 잘 조직화된 한의사 집단이 정치과정을 지배하는 소수의 횡포라는 결과가 발생할 것이다. 즉 정치과정이 이상적으로 작동하기를 기대하기 어려운 상황이 될 것이다.

물론 침구사제도가 입법화되지 못하는데 대한 공식적인 설명은 대부분의 규제입법의 경우에서와 마찬가지로 국민건강을 위하여 침구사제도를 시장원리에만 맡길 수 없다는 것일 것이다.

2. 시장에 맡길 경우에 대한 검토

침구사제도의 허용여부를 정치과정에서 결정하지 않고, 시장원리에 맡기는 방법을 생각해 볼 수 있다. 침구사제도를 시장원리에 맡긴다는 것은 의료소비자들이 의료시장에서 한의사와 침구사 중 누구를 선택해서 의료서비스를 받을 것인지를 결정하게 하는 것이다. 이를 위한 방법은 두 가지가 있다. 하나는 침구사제도를 양성화하는(물론 엄격한 자격과 능력 등 요건을 갖춘 사람에게만 면허를 부여해야 한다) 것이고, 다른 하나는 침구사제도를 양성화하지는 않을지라도, 침구사들의 시술행위를 무면허의료행위로 처벌하지 않도록 의료법 제27조를 개정하는 것이다.

의료소비자들이 침을 맞거나 뜸 치료를 받고자 할 때 한의사를 찾아갈지 침구사를 찾아갈지를 자유롭게 선택하게 한다면 어떻게 될까? 누가 침과 뜸이라는 의료서비스를 보다 저렴한 가격으로 양질로 공급하는지를 의료서비스 시장에서 소비자가 결정하게 될 것이다. 의료소비자들과 의료인(여기서는 한의사와 침구사)과의 무수한 거래에 의하여 어느 의료집단이, 또는 어느 특정 의료인이 보다 효율적인지를 판단할 수 있게 될 것이다. 물론 여기서도 한의사들이 광고 등을 활용하여 독점적 지위 내지 우월적 지위를 계속 확보할 가능성은 있다.

침구사제도의 입법화여부는 무면허의료행위를 처벌하는 의료법 규정에 대한 헌법소원

사건에서 헌법재판소가 천명한 바와 같이 “법이 인정하는 의료인이 아니면서 어떤 특정분야에 관하여는 우수한 의료능력을 가진 한 부류의 의료인들(넓은 의미)이 있다고 한다면, 국민건강의 보호증진을 위하여 입법자로서는 이들의 지식과 능력을 충분히 검증하고 이들에게 의료인 자격을 부여하는 경우의 순기능과 역기능을 면밀히 검토한 후 긍정적인 평가가 나오면 이들에게도 의료행위를 할 수 있는 길을 열어주는 것이 바람직”⁵¹⁾ 할 수 있다는 차원에서 접근할 필요가 있다.

다만, 여기서 짚고 넘어가야 할 것은 무면허의료행위를 일률적으로 처벌하는 의료법 규정이 정당한지여부의 문제는 위헌제청 법원이 밝힌 바와 같이 “의료행위는 면허가 없는 절대권인 사람의 생명을 직접적인 대상과 목적으로 하는 점에서 사회질서라는 법의과의 비교형량이 본질적으로 불가능하고, 의료행위의 문제는 의사들로서도 고치기 못하는 병이 많다는 본질적인 제도내적 한계에서” 발생하므로⁵²⁾ 무면허 의료행위의 금지제도의 당부문제는 그 성격이 다른 무면허운전의 금지나 변호사 아닌 자의 변호활동금지와는 같은 차원에서 비교하여 거론할 성질의 것이 아니라는 점이다.

VII. 맺는 말

이 글에서는 침구사제도의 입법여부를 중심으로 국회에서 어떠한 경우에는 입법이 이루어지고 어떠한 경우에는 입법이 필요함에도 불구하고 입법이 이루어지지 않는지를 검토함으로써 입법과 경제적 효율성과의 관계를 검토하려고 시도하였다. 쉽지 않은 노력이었다.

검토결과 국회는 대의제민주주의 원리에 충실하게 국민 다수의 뜻을 반영하여 입법을 하여야 하나, 유감스럽게도 현실은 반드시 그렇지 않다는 것을 알 수 있다. 적지 않은 경우 국회는 국민다수의 뜻보다는 잘 조직화된 소수 이익집단의 입장을 대변하는 입법을 하고 있다. 즉 국회의 입법과정은 많은 경우 잘 조직화된 소수의 이익집단과 다수 국민과의 상충되는 이익을 조율하는 과정이라고 할 수 있는데, 그 결과는 다수 국민의 희생 하에 소수 이익집단의 이익을 반영한 입법으로 나타날 수 있다.⁵³⁾ 이러한 결과는 상충되는 이익을 가

51) 헌재 2002. 12. 18. 2001헌마370. 의료법 제25조 제1항 등 위헌확인.

52) 헌재 1996. 10. 31. 94헌가7. 의료법 제25조 제1항 등 위헌제청.

53) 이를 ‘입법실패(legislative failure)’라고 부를 수 있다. 박세일, 앞의 책, 735-737면.

진 두 대립 집단이 특정 입법안에 대하여 행사하는 정치적 영향력이 각 집단 구성원들의 정치적 행동이 각각의 구성원에게 가져다주는 이익의 정도와 그 정치적 행동에 소요되는 비용에 의하여 결정된다는 데서 유래한다. 일반적으로 특정 사안의 입법화에 따라서 일반 국민 한사람이 받게 될 이익에 비하여 소수로 구성된 이익집단의 구성원 한 사람이 차지하게 되는 이익이 월등히 크다. 따라서 이익집단의 구성원들은 정치적 행동에 수반되는 비용을 기꺼이 부담하려 한다.

결국 침구사제도의 입법화는 잘 조직화된 한의사들의 저항 때문에 국회에서 이루어지기 어렵다.

그렇다면 입법을 통하여 침구사제도를 양성화하거나, 아니면 의료법상의 무면허의료행위에 대한 처벌 조항에서 침구사들을 제외시켜줌으로써 한의사와 침구사의 경쟁이 시장에서 가능하게 할 필요가 있다.

침구사제도의 입법화나 양성화는 침구사들에게 어떠한 우월적 지위나 독점적 지위를 부여하는 것은 아니다. 다만, 의료서비스 시장에서 한의사들과의 자유로운 경쟁 기회를 부여하여 의료서비스의 소비자인 일반 국민들이 선택할 수 있게 하는 것이다. 물론 시장에서도 특정 집단의 집중적인 광고 등에 의하여 소비자들의 합리적인 선택에 영향을 줄 수 있으나, 기본적으로 시장은 중앙통제기관이 없는 상태에서 모든 참여자들이 자유롭게 의사결정을 하기 때문에 경제적 효율성을 갖춘 공급자만이 살아남게 된다. 침구사제도가 양성화된 하에서도 의료서비스 시장에서 소비자들이 침구사보다 한의사를 선호하게 되고 그러한 경향이 지속된다면 자연스럽게 침구사제도는 도태될 것이다. 규제입법의 집행이나 유지⁵⁴⁾ 위한 별도의 비용지출이 없어도 시장에서 규제의 목적을 달성할 수 있게 된다는 것이다. 물론 의료업의 경우 잘못된 진료로 인하여 국민의 건강에 위해를 주는 부작용이 발생할 수 있으나, 침구사자격도 일정한 능력과 요건을 갖춘 사람에게만 부여될 것이기 때문에 큰 문제는 아닐 수 있다.

이상과 같은 분석은 비단 침구사와 한의사 간의 문제만이 아니고, 입법에 의하여 독점적 지위를 부여받은 업종이나 규제에 의하여 보호받고 있는 산업이 존재할 경우 그러한 입법의 정당성이나 경제적 효율성을 평가하는데도 활용될 수 있다.

54) 규제입법의 유지에 따른 정치적 비용에 관하여는 박세일, 앞의 책, 717-718면 참조.

■ 참고문헌

- 권영성, 『헌법학원론』, 법문사, 2008.
- 박세일, 『법경제학』 (개정판), 박영사, 2007.
- 박영도, “의원입법의 타당성, 효율성에 대한 검토와 개선방안,” 한국공법학회, 『공법연구』 제34집 제3호, 2006. 2, 98면.
- 박영도·장병일 역, 『입법평가입문』, 한국법제연구원, 2007.
- 임종훈·박수철, 『입법과정론』 (제3판), 박영사, 2006.
- Neil K. Komesar, *Imperfect Alternatives - Choosing Institutions in Law, Economics and Public Policy*, University of Chicago Press, 1994.
- Richard A. Posner, *Economic Analysis of Law*, 5th ed. Aspen, 1998, 정기화 역, 『법경제학(하)』, 자유기업원, 2003.
- Ulrich Karpen, “보다 나은 법규,” 『입법평가의 과제와 전망』 (2007. 8. 9. 한국법제연구원, 한국입법학회 주최 국제학술회의 발표문).

투고일자 2009.05.20 심사개시일자 2009.05.21 게재확정일자 2009.06.15

Hongik Law Review, Vol. 10, No. 2(2009)

【ABSTRACT】

**Legislation and Economic Efficiency
-A Comparative Institutional Analysis with Regard
to the Legislation of Acupuncture-**

Lim, Jong-Hoon

This paper analyzes the legislative process in terms of economic efficiency. For this purpose, I conduct a case study on why acupuncture has not been legalized in Korea.

The analytical framework employed in this paper is comparative institutional analysis advocated by Professor Neil Komesar of Wisconsin University. Komesar's analysis comes up with two contradicting perceptions of political malfunction - "the overrepresentation of concentrated interests" which is referred to as "minoritarian bias" and "the overrepresentation of dispersed larger interests" which is referred to as "majoritarian bias." In the political process, the relative strength of majoritarian versus minoritarian influence is determined by the distribution of stakes and the costs of political participation. More often, special interest groups with a small number of high per capita stakes have a significant advantage in political action over the general public with a larger number of low per capita stakes. Higher per capita stakes makes it more likely that the members of the special interest group will know the issues and attempt to organize for political action, because their high per capita stakes justify the expense needed to obtain necessary information and to organize for political action.

In the efforts to legalize acupuncture in Korea, the organization of oriental medical doctors

has a significant advantage over the general public in political action. Thus a variety of efforts to legalize acupuncture have failed. Once acupuncture is legalized, then the market will tell who, between oriental medical doctors and acupuncturists, are more preferred in treating patients.

Key Words : legislative process, legislation, economic efficiency, comparative institutional analysis, acupuncture

외국 및 우리나라의 유사의료 운영실태조사

2008 · 4 · 24

한국보건산업진흥원
KOREA HEALTH INDUSTRY DEVELOPMENT INSTITUTE

및 우리나라의 유사의료 운영실태조사 차 례

1장 연구개요 / 3	
1. 및 목적	3
2. 연구내용 및 방법	4
3. 연구수행체계	8
제2장 유사의료에 대한 개념 정립 / 9	
1. 유사의료행위의 법률적 근거	9
2. 보완대체의학(CAM)의 현황	11
3. 유사의료에 대한 범위 설정	21
제3장 유사의료 분야별 현황 및 실태조사 결과 / 30	
1. 실태조사를 위한 ‘유사의료’ 항목 선정기준	30
2. 침구(Acupuncture)	35
3. 카이로프랙틱	63
4. 안마	96
제4장 종합 및 정책제언 / 109	
1. 종합	109
2. 정책제언 및 향후과제	112
참고문헌 / 115	
부록 / 117	

제1장 연구개요

1. 연구 필요성 및 목적

1.1 연구 필요성

- 삶의 질 향상에 따른 국민의 욕구증대로 의료행위 경제선상의 새로운 서비스 에 대한 관리 및 효율적인 활용방안 강구 필요한 상황임
- 당초 의료법 개정안에 “보건위생상 위해가 생길 우려가 없는 유사의료행위의 종류와 자격·업무를 다른 법률에서 명문화”하는 방안을 도입코자 하였으나,
 - 유사의료행위에 대해 다른 법률로 구체적인 내용을 정하도록 하는 것이 법률체계상 적합하지 않고, 의료법 입법예고안에서도 유사의료행위에 관하여 다른 법률로 정하도록 하고 있어, 유사의료행위의 실태조사와 검증이 선행된 후 별도의 법률로 근거를 마련하기로 함에 따라 삭제하였음
- 향후 유사의료행위의 기준을 정하는 등 제도화함과 동시에 실제로 국민이 소비하고 있는 의료서비스인 유사의료행위의 품질관리 및 행위자의 자격관리 등 검증되지 않은 유사의료행위의 규제 및 국민건강을 보호할 필요성이 있음
- 또한 미국, 유럽 등 선진국에서는 유사의료의 활성화되어 있는 바, 우리나라의 유사

- 의료 현주소 파악이 시급한 실정임
- 따라서 이러한 다양한 문제점을 개선함과 동시에 유사의료행위의 개념, 범위, 이용자 실태 및 제도화할 경우 의료계에 미칠 영향 등에 대한 전반적인 검토가 이루어져야 할 필요성이 제기됨
- 본 연구는 유사의료행위의 현황 및 문제점을 조사하여 운영상의 문제점을 파악하고 제도 개선방안 및 합리적인 운영방안을 제공하고자 함

1.2 연구목적

- 본 연구는 유사의료행위의 현황 및 문제점을 파악하고 이를 통해 제도화 시킬 수 있는 유사의료의 범위를 설정하기 위한 기초자료를 제공하는 것임
- ① 대한 개념 정립을 하고
- ② 우리나라 유사의료의 종류 및 현황을 파악하고
- ③ 외국에서 인정하는 유사의료의 종류 및 유용성 평가, 법적 근거를 고찰함
- ④ 요약 및 결론과 함께 우리나라에서의 유사의료 운영에 대한 정책적 제언을 함

2. 연구 내용 및 방법

2.1 유사의료행위에 대한 개념 정립

- 의료행위, 유사의료행위, 보완대체의학 등 영역별로 중첩되는 부분이 존재함. 따라서 유사의료라고 하는 개념 및 영역을 몇가지 기준을 정하여 우선 정립하고자 함

2.2 우리나라 유사의료행위 운영 실태조사

- 우리나라 유사의료행위 현황 파악
 - 많은 국민들이 보편적으로 이용하는 안마, 침구, 점골, 카이로프랙틱, 수지침, 문신

등 의료행위와 비슷한 행위 즉 유사의료행위에 대한 실태 파악을 함

- 기존 문헌 및 자료 수집
- 유사의료행위 관련 단체 방문조사 및 전문가 의견조사
 - 한국침술연합회, 뜸사랑
 - 고려수지침학회
 - 대한카이로프랙틱협회
 - 안마협회 등

2.3 주요 외국의 사례조사

- 주요 외국의 유사의료행위에 대한 국가별 전반적인 실태를 파악함
- 미국 국립보완대체의학센터(NCCAM)는 보완대체의학을 ‘과학에 의해 입증되지 않았으며 현재 정통의학(conventional medicine, 생물의학, 주류의학, 대중의학으로도 일컬어짐)의 긴요한 부분으로 간주되지 않는 의료행위’로 정의함으로써 출발함. 이 같은 정의는 안전성과 효과가 입증되는 요법을 주류 헬스케어에 통합할 것임을 암시함으로써 보완대체의학의 역동적인 성격을 인정한 것임. 이 정의 내에서 국립보완대체의학센터는 보완대체의학을 4개 영역으로 구분함
 - 명상, 요가, 영성(靈性) 관련 요법을 비롯한 심신의학(mind-body medicine)
 - 생물학 기반 요법(biologically-based practices). 주로 약초나 식물 제품의 사용, 비타민, 미네랄, 기타 치료 효과가 있는 것으로 추정되는 분자 등 선별적인 화합물, 순하고 인체에 유익한 것으로 여겨지는 박테리아를 뜻하는 생균제, 건강과 안녕을 증진한다는 일부 엄격한 식사요법 등이 여기에 속함
 - 카이로프랙틱(chiropractic), 정골처치, 마사지 등 수기(手技) 및 신체 기반 요법(manipulative and body-based practices)
 - 전자기 방사선 및 음향, 치유의 기운을 전문 시술자로부터 환자에게 전달한다는 생체장(biofield) 등 입증 가능한 에너지장이 활용되는 에너지 의학(energy medicine)



그림 1-1 대표적인 보완대체의학 영역(미 NCCAM)

- 카이로프랙틱에 대한 법 제도화 사례
 - 미국의 각 주법은 사용 용어에 대한 정의가 명확함. 미국은 의료, 복지 분야 등의 정책적 방향이외에 행정적인 사항은 각 주법으로 명시되어 있음
 - 플로리다 주는 “chiropractic과 doctor of chiropractic 또는 chiropractor 라는 용어는 chiropractic physician 동일하게 쓰인다” 라고 명시하고 있음
 - 일리노이 주는 의료법 제 10조에 “의사란 의료법 하에 면허를 받아 약물로 진료하는 일반의사 이와 관련된 분야, 약물과 수술 없이 인체를 진료하는 카이로프랙틱 의사(physician)를 말한다.” 라고 규정하고 있음
 - 뉴질랜드는 카이로프랙틱 법 제 1조 3항에서 카이로프랙틱 의사(doctor of chiropractic)로 명시하고 있음
 - 홍콩은 카이로프랙틱 법률 428장 제 1부 1항 chiropractor를 脊醫(척추의사)로 명시하고 있음
 - 대만은 카이로프랙틱 법안 제 1조에 명시하고 있음(예, 제1조 카이로프랙틱 고시를 합격하거나 본법에 의거한 척추의사증서를 획득한 타이완 국민은 카이로프랙틱 의사 자격을 갖는다)
- 문헌고찰 및 인터넷 고찰
- 현지 외국기관 방문조사

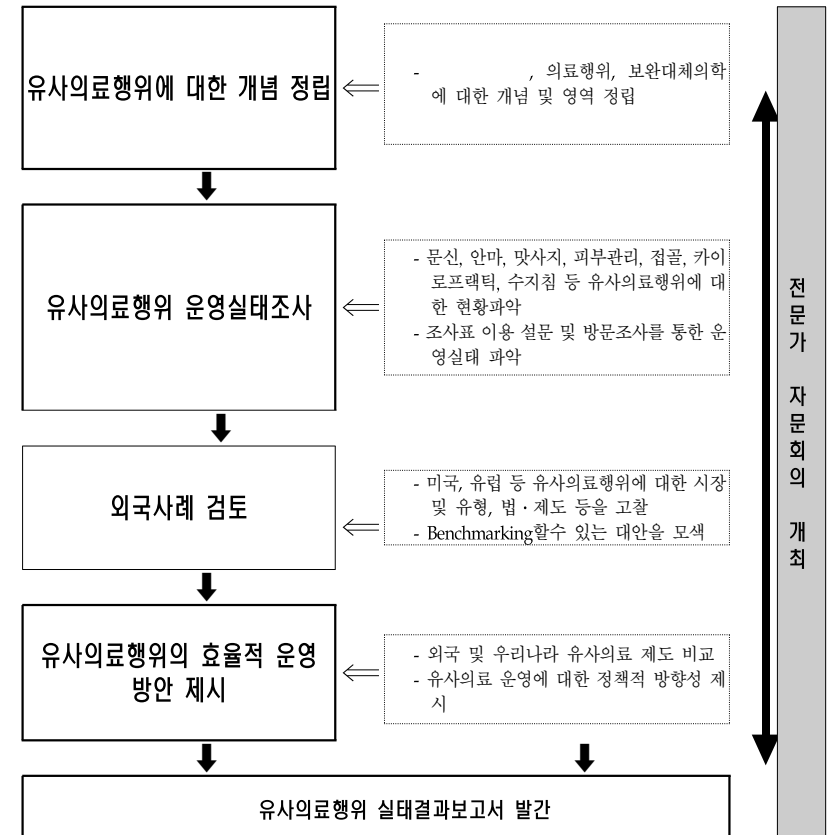
2.4 유사의료행위의 합리적 운영 방안에 대한 제언

○ 현재의 다양한 문제점을 진단하고 향후 효율적인 운영방안을 마련 제시함

- 수지침을 포함한 침구행위, 각종 전통요법, 카이로프랙틱 등 유사의료행위의 범위를 설정
- 유사의료행위자의 자격
- 유사의료행위자의 업무범위
- 국내 현황조사, 외국사례, 전문가 토의 등에 의해 도출된 다양한 의견을 수렴·종합하여 현 시점에서 대안이 될 수 있는 방안을 도출함

3. 연구수행체계

○ 연구는 다음 그림과 같이 연구를 수행함



제2장 유사의료에 대한 개념 정립

1. 유사의료행위의 법률적 근거

1.1 의료법

1) 의료법 제81조 (의료유사업자)

- ① 이 법이 시행되기 전의 규정에 따라 자격을 받은 접골사(接骨士), 침사(鍼士), 구사(灸士)(이하 “의료유사업자”라 한다)는 제27조(별첨)에도 불구하고 각 해당 시술소에서 시술(施術)을 업(業)으로 할 수 있다.
- ② 의료유사업자에 대하여는 이 법 중 의료인과 의료기관에 관한 규정을 준용한다. 이 경우 “의료인”은 “의료유사업자”로, “면허”는 “자격”으로, “면허증”은 “자격증”으로, “의료기관”은 “시술소”로 한다.
- ③ 의료유사업자의 시술행위, 시술업무의 한계 및 시술소의 기준 등에 관한 사항은 보건복지부령(별첨)으로 정한다.

2) 의료법 제 82조 (안마사)

- ①안마사는 「장애인복지법」에 따른 시각장애인 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자로서 시도지사에 게 자격인정을 받아야 한다.
 1. 「초·중등교육법」 제2조제5호에 따른 특수학교 중 고등학교에 준한 교육을 하는 학교에서 제4항에 따른 안마사의 업무한계에 따라 물리적 시술에 관한 교육과정을 마친 자
 2. 중학교 과정 이상의 교육을 받고 보건복지부장관이 지정하는 안마수련기관에서 2년 이상의 안마수련과정을 마친 자
- ②제1항의 안마사는 제27조에도 불구하고 안마업무를 할 수 있다.
- ③안마사에 대하여는 이 법 중 제8조, 제25조, 제28조부터 제32조까지, 제33조제2항제1호, 제3항, 제5항, 제36조, 제40조, 제59조제1항, 제61조, 제63조(제36조를 위반한 경우만을 말한다), 제64조부터 제66조까지, 제68조, 제83조, 제84조를 준용한다. 이 경우 “의료인”은 “안마사”로, “면허”는 “자격”으로, “면허증”은 “자격증”으로, “의료기관”은 “안마시술소 또는 안마원”으로, “해당 의료관계단체의 장”은 “안마사회장”으로 한다.
- ④안마사의 업무한계, 안마시술소나 안마원의 시설 기준 등에 관한 사항은 보건복지부령(별첨)으로 정한다.

1.2 외국 사례

1) 일본

○1947년 법률 제 217호로 제정된(2001년 법률 제 105호로 최종 개정) [안마마사지압사, 침사, 구사 등에 관한 법률]에서 안마마사지압사, 침사, 구사 등에 관해 면허 요건 등 후생노동장관이 자격을 부여하고 있음. 1970년에는 [유도정복사법]이 제정되었음.

2) 서구국가들

- 서구국가들의 경우 유사한 개념으로 보완대체의학 (Complementary and Alternative Medicine, CAM)의 영역이 확대되는 추세임.

2. 보완대체의학 (CAM)의 현황

2.1 역사적 배경

- 보완대체의학의 출현은 현존하는 의료형태간의 갈등 외에도 사회문화현상과 역동적으로 관련되어 있으며 이는 한국뿐 아니라 유럽과 북미 등 세계적 현상임.
- WHO 자료에 의하면 세계의료형태의 30-40%만이 현대정통의학(modern conventional medicine)을 따르고 나머지는 보완의학 또는 대체의학에 의해 수행되고 있음. 우리나라 통계에서도 환자 3명 중 1명이 현대정통의학이 아닌 다른 치료방법을 찾고 있는 것으로 나타남.
- 미국은 국민의 요구가 증대됨에 따라 1992년 국립보건원(National Institutes of Health, NIH) 산하에 대체의학연구소(The Office of Alternative Medicine, OAM)를 설립한 이후, 1998년 국립보완대체의학연구소(National Center for Complementary and Alternative Medicine, NCCAM)로 확대 개편하여 중앙정부 차원에서 대체 의학에 관한 연구평가, 정보교류, 교육 및 훈련을 지원해오고 있음.
- 유럽의 의학은 오래전부터 자신들의 전통적인 보완대체요법들을 융통성 있게 유지·발전시켜왔으므로 이들이 현대의 정통의학과 자연스럽게 공존하는 형태임.

2.2 개념 및 분류

1) 개념(정의)

표 2-1 보완대체의학의 개념

주체	개념
미국 보완대체의학센터(NCCAM)	주류 서양의학에서 일반적으로 사용하지 않는 치료철학이나 접근법(요법)의 넓은 의미를 포함
백악관보완대체의학정책위원회(WHCCAMP)	미국의 주류의료에 고유하지 않는 이질적인 의료와 건강 및 치유 체제
미국 암협회(ACS)	보완요법은 전통의학의 방향에 따라 환자가 사용하는 치료법이고, 대체요법은 병의 예방, 건강 치료를 위해서 시도되는 증명되지 않는 치료행위
Burton Goldberg	서양의학을 제외한 모든 의학
대한 의학회	현재 우리나라에서 인정되는 정통의학 (conventional Medicine, allopathic Medicine), 주류의학(Mainstream Medicine), 제도권의학(Orthodox Medicine), 정규의학(Regular Medicine)에 속하지 않은 모든 보건의료체제 및 이와 동반된 이론이나 신념, 그리고 진료나 치료에 이용되는 행위와 제품 등의 치료자원 전체를 통칭
전세일	서양의학과 동양의학을 제외한 모든 의학
오홍근	서양의학과 동양의학을 연결하는 중간 수준에 있는 것
조무성	가능한 한 과학적 접근을 추구하며 서양의학과 동양의학을 연결하는 가교로서 전인 건강에 초점을 둔 학문

2) 분류

표 2-2 보완대체의학의 분류

NCCAM	일본 (Atsumi)	대한의학 회	전세일	오홍근
<ul style="list-style-type: none"> ○ 대체의료체계 (Alternative Medical Systems) : 침, 동종요법, 중의학, 한의학, 아유르베다 ○ 정신과 신체 인터벤션 (Mind-Body Interventions) : 최면, 바이오리듬, 명상, 요가, 기도, 심리정신요법, 음악요법, 맨스요법 등 ○ 생물학에 근거한 요법 (Biologically Based Therapies) : 허브, 식품, 비타민, 미네랄, 생리활성분자 등 ○ 정체 또는 신체를 기초로 한 방법 (Manipulative or Body-Based Methods) : 카이로프랙틱, 마사지, 정골요법 등 ○ 에너지요법 (Energy Therapy) : 기공, 레이키, 세라픽터치, 전자요법 등 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Traditional Medicine <ul style="list-style-type: none"> - Kampo - Chinese Medicine - Ayurveda - Naturopathy - Acupuncture ○ Life style <ul style="list-style-type: none"> - Diet Therapy - Fasting Therapy - Diet Supplement - Exercise ○ Herb <ul style="list-style-type: none"> - Kampo Herb - Various Herbs ○ Manual Therapy <ul style="list-style-type: none"> - Shiatsu - Massage - Chiropractic - Judo-Seifuku - Reflexology ○ Mind-Body Therapy <ul style="list-style-type: none"> - Psycho-Therapy - Hypnosis - Bio-feedback - Relaxation - Meditation - Music Therapy - Humor Therapy 	NCCAM 분류와 동일함.	<ul style="list-style-type: none"> ○ 서양의학에 밀접한 대체의학 <ul style="list-style-type: none"> - 카이로프랙틱 요법 - 족부의학 - 키펀리트요법 - 최면요법 - 에너지요법 - 응용운동학 - 두개천골 자극요법 - 홍채 진단요법 - 신경언어학적 프로그램요법 - 재건요법 - 세로요법 - 생체 피먹임 요법 - 심신의학 - 자장요법 - 산소요법 - 영양요법 - 정골의학 - 해독요법 - 에너지 의학 - 분자정형의학 - 환경의학 - 바디워크 요법 - 물평 요법 - 몸 치료법 - 오라치료 - 마술요법 - 신경치료 - 자발요법 - 라이히안 요법 - 도인상상요법 - 무도요법 - 생물학적 치과 치료법 ○ 동양의학에 밀접한 미체요법 <ul style="list-style-type: none"> - 아유르베다 의학 - 기공요법 - 자연의학 - 향기요법 - 명상요법 - 반사요법 - 점측요법 - 선두요법 - 요가 - 꽃요법 - 소리요법 - 원예요법 - 봉침요법 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 심신요법 <ul style="list-style-type: none"> - 정신치료와 상담치료 - 자가훈련요법 - 명상요법 - 호흡법 - 심상요법 - 바이오리듬요법 - 이완요법 - 기도요법과 영적 치유 - 기공법 ○ 생체전자기요법 ○ 대안적 대체의학 <ul style="list-style-type: none"> - 아유르베다 - 동종요법 ○ 수기요법과 보디워크 <ul style="list-style-type: none"> - 카이로프랙틱 - 근운동응용요법 - 마사지요법과 지압법 - 알렉산더요법 - 필라테스 - 요가 - 수지료법 - 치유적 터치 ○ 생물·약물학적 요법 <ul style="list-style-type: none"> - 키펀레이션요법 - 봉독·봉침요법 - 대체요법적 암 치료 - 세포요법 - 장해독요법 - 효소요법 - 대사요법 - 뉴럴요법 - 산소요법 ○ 영양식이요법 <ul style="list-style-type: none"> - 영양요법 - 단식요법 - 비타민·미네랄요법 - 메가비타민요법 - 분자교정요법 - 바크플라워요법 ○ 요감요법 <ul style="list-style-type: none"> - 아로마요법 - 음악요법 - 차요법 - 섹체요법 - 공기요법 - 향신요법

			<ul style="list-style-type: none"> - 심령요법 ○ 동서의학 접목형의 대체요법 <ul style="list-style-type: none"> - 생약요법 - 식이요법 - 절식요법 - 동종요법 - 동선요법 - 수치료 - 오감요법 - 관장요법 - 심층근육 자극요법 - 고열요법 - 양자의학 - 유스요법 - 테이핑요법 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 과일·채소·약용식물요법 <ul style="list-style-type: none"> - 과일요법 - 채소요법 - 허브·약용식물요법 - 꽃류·땅콩·견과류, 씨앗류를 이용한 요법
--	--	--	---	---

2.3 외국의 보완대체의학 이용 실태 및 관리 현황

1) 북미지역

① 미국

○ 미국 국립보건원(NIH)의 보고에 의하면 보완대체의학에 사용된 비용은 2002년 기준으로 약 30조원에 달하며, 그 시장 규모는 해마다 약 20%씩 성장하고 있음.

○ 2004년 실시한 보완대체요법 사용실태에 관한 연구에서 응답자의 36%가 보완대체요법을 사용하고 있는 것으로 나타남. 사용보완대체요법의 종류는 이완요법(13.4%), 카이로프랙틱(10.9%), 마사지(8.7%), 허브요법(5.3%), 고용량 비타민요법(4.2%), 동종요법(2.4%) 등이 주류를 이루고 있음.

○ 보완대체요법을 이용한 주요 질병은 피로, 목의 문제, 요통, 알레르기, 관절염, 불면증, 염좌, 두통 등으로 나타남.

○ 미국 117개 의과대학의 97%는 이미 보완대체의학에 관한 선택강의들을 개설하고 있으며 64%에서는 직접 학점을 부여하고 있음. 전체 의과대학학생 중 80% 가량이 보완대체의학을 배우고 있으며 주요과목은 카이로프랙틱, 침술, 동종의학, 한약처방 및 심신요법 등임. 가정의학이 발달한 미국은 가정의학과 의사들 중 약 70% 이상이 현

대정통의학에 보완대체의학 치료를 겸하고 있으며, 약 20-30%의 일차진료의사가 CAM을 사용하고 있는 것으로 보고됨.

- 이와 더불어서 각 주마다 보완대체의료에 대한 법적 규제나 내용에 차이가 있으나 침술, 마사지요법, 정골요법사, 카이로프랙틱의사 등에 대한 면허를 폭넓게 허용하고 있는 추세임. 1990년 알래스카 주에서 의사가 보완대체요법을 시술할 수 있도록 하는 최초의 법안이 통과되었으며 그 이후 워싱턴, 노스캐롤라이나, 뉴욕, 오레곤, 오클라호마 등 많은 주에서 ‘시술권의 자유’를 보장하는 법안이 통과되었음.
- 보고에 의하면 미국에서는 1998년 기준으로 1,400명의 자연요법(naturopathic)의사(ND), 79,000명의 카이로프랙틱의사(DC), 169,000D명의 마사지치료사, 15,500명의 침술치료사, 3,000명의 동종요법의사가 주에 따라 허용된 범위에서 보완대체요법을 시행하고 있으며 서양 정통의학을 받은 의사(MD)는 위와 같은 요법 각각에 대하여 면허를 따로 받아야 진료를 할 수 있게 되어 있음. 미국연방 동양의학 시술자 자격(NCCAOM: The National Certification Commission for Acupuncture & Oriental Medicine)의 경우 침구사, 한약사, 통합 동양의학시술자 3개의 자격증으로 나뉘어 있음.
- 제도적 차원에서는 보수적인 의료보험 회사들도 67%가 보완대체의학에 의한 치료비를 적어도 한가지 이상의 치료행위에 지불하고 있으며, 최근에는 침술치료에 대한 보험급여를 확대하고 대체요법만을 위한 보험회사도 생겨나고 있음.
- 미국의 경우 주별도 제도운영이 차이가 있지만 침구(Acupuncture), 카이로프랙틱(Chiropractic), 자연요법, 마사지, 정골요법 5개영역의 경우 자격시험을 거쳐 자격증(License)을 부여함. 또한 보수교육(continuing education)도 이루어지고 있음. 즉 법적으로 제도화되어 운영되고 있음

② 캐나다

- 1985년 앨버타가 침술을 합법화 하는 법안을 가장 일찍 발효한 이후 퀘벡과 브리티시 컬럼비아에서도 침술을 합법으로 인정하고 그 개원의들을 감독하기 시작함.
- 브리티시 컬럼비아는 TCM(traditional Chinese medicine)의 확산에 선두적 역할을

하고 있으며, 네가지 자격증 (침구사, 약초사, 개원의, 전통 중의학 박사)을 수여하고 있음.

2) 유럽

- 유럽의 의학체계는 미국이나 한국에서와 달리 현대의학과 보완대체의학, 또는 현대의학과 동양의학이라는 형태의 이분법으로 나누어져 있지 않으며, 보완대체의학은 정통의학과 더불어 오래전부터 자연스럽게 공존해 왔음. 생약의학(Phytotherapy), 동종의학(Homeopathy) 및 인지의학(Anthroposophic medicine) 등이 전통적으로 활용되어 온 대표적인 보완대체의학이며 1970년대 후반부터 동양의 침술이 본격적으로 도입되어 널리 보급되고 있음.
- 유럽에서는 대체의학의 가능성과 한계를 과학적으로 검토 분석하여 그에 관한 공동기반의 구축과 함께 각국의 대체의학 관련 입법조항을 상호 조율하는 것을 목표로 덴마크, 헝가리, 이태리, 노르웨이, 영국, 스위스 등이 참여하는 COST Action B4라는 범유럽 차원의 보완대체의학 종합연구지원사업을 운영하고 있음.

① 영국

- 보고에 따르면 1999년 기준으로 보완대체의학 이용자는 일반인의 23.8%가 보완대체 의학을 이용하였으며, 비용은 23억 1800만 파운드에 이룸. 주요 이용 보완대체요법은 허브요법(19.8%), 동종요법(8.6%), 정골요법(4.3%), 카이로프랙틱(3.6%), 아로마요법(3.5%), 반사요법(2.4%), 침술(1.6%) 등임.
- 1983년 영국의료법에 따르면 의사는 환자에게 도움이 된다고 확신하면 어떤 형태의 보완대체요법을 사용할 수 있음. 또한 의료정책 최고결정기구인 “의료평의회(Medical Council)”에서는 의사의 윤리 강령 및 다른 시행절차를 보완대체의학자들에게도 모두 적용한다고 범위를 확장함.
- 영국의학협회(BMA)가 ‘의사로서 보완대체요법을 사용하고자 하는 경우 적절한 관련단체에서 제공하는 훈련과정을 마쳐야 하며 시술자로서 등록을 필한 후 사용해야 한다.’라는 지침을 발표한 후 정통의학에서 보완대체의학에 대한 훈련을 제공하는 사

레가 급속히 늘었으며, 의과대학의 약 25% 및 대부분의 간호대학들에서 보완대체의학 관련 강좌를 개설하고 있음.

- 2001년 설문조사에 따르면 일차진료의사(MD)의 32%가 CAM을 사용하고 있으며, 주요 종목은 침술요법(33.6%), 정골요법 및 카이로프랙틱(23%), 동종요법(21.1%), 허브요법(2.7%) 등임.
- 정골요법사협회 (General Osteopathies Council), 척추교정술사협회 (General Chiropractic Council) 등이 영국의사협회(General Medical Council)와 동일한 양식으로 보완대체요법에 대한 관리를 담당함. 대체의학 교육과정이 점차 학문적으로 체계화되고 있어서 척추교정술, 정골요법, 침술 및 한방 시술자를 대학교육에 준하여 배출하고 있으며 졸업자들에게는 이학사의 학위가 수여됨.
- 제도적 측면에서 공영의료기관 시스템이 잘 발달되어 있는 영국은 영국보완대체의학의 주류인 생약의학, 침술, 동종의학 외에도 여러 종류의 보완대체의학에 대한 치료비를 국가 의료보험에서 오래 전부터 지불하고 있음.

② 독일

- 2004년 보고에 따르면 독일 성인남성의 54%, 성인여성의 70%가 일년동안 적어도 1번 이상 보완대체요법을 이용하는 것으로 나타남. 주로 사용되는 요법은 운동요법(남 26%, 여 32%), 허브요법(남20%, 여 33%), 수치료(남 17%, 여 24%), 의료마사지(남 15%, 여 22%), 동종요법(남 10%, 여 20%), 침술(남 6%, 여 11%) 등이며, 주요 사용 이유는 요통(57%), 감기(29%), 두통(19%), 염좌(15%), 소화기 질환(12%) 등임.
- 1976년 “학문의 복수성과 치료의 자유법 (Wissenschaftspluralismus und Therapiefreiheit)”이 제정되어 모든 의사는 환자에게 유익하다고 생각되는 치료요법을 자신의 책임하에 시술할 수 있는 법적 근거가 마련되면서, 독일 의료진들은 CAM을 적극 활용하고 있음. 의료진의 75%가 CAM을 사용하고 통증치료 전문병원의 77%가 침술을 치료방식으로 제공하고 있음.
- 독일의사들이 이러한 보완대체요법을 이용한 치료를 하기 위해서는 각 대학과 여러 관련 전문학회에서 정한 수련을 받아야 하며 수련 후 자격증을 소유한 의료인들에

- 대해 독일연방의사협회는 그 치료행위를 인정하며 보험을 청구할 수 있도록 함.
- 독일에서는 비의사이면서 보완대체의학 치료자인 Heilpraktiker 제도가 있어 이들 또한 중국전통의술을 포함한 CAM을 치료에 이용하고 있음.

③ 프랑스, 벨지움

- 보완대체요법에 대해 배타적인 정책을 취함
- 정골요법사와 척추지압사가 법적으로 시술할 수 없도록 제한되어 있으며 오직 의사와 물리치료사에게만 시술이 허용되어 있음.

3) 아시아

① 중국

- 중국의 중앙 및 지방정부는 서양의학을 관장하는 위생부 및 중의학학을 관리하는 국무원 산하의 중의약관리국이 있어 보건의료행정체계가 이원화되어 있음.
- 1950년대 이후 두 의학체계가 유기적인 결합으로 장점을 개발하고 단점을 보완하려는 中西醫結合정책을 추진하고 있음.
- 침구학은 중의학 대학에서 다루는 주요전공과목이며 모든 중의의료기관에 침구과가 설치되어 있으며 중의사들이 침구의료를 담당함.

② 홍콩

- 홍콩은 2001년부터 중의사 면허제도를 실시함.
- 침구 혹은 안마에 관한 별도의 면허규정은 개설되어 있지않음.

③ 일본

- 2002년 연구에 의하면 일본인들의 76%가 보완대체요법을 일년에 적어도 1회 이상

사용하는 것으로 나타남. 주로 이용되는 보완대체요법은 영양제와 강장드링크제(43.1%), 건강관련 기구(21.5%), 약용식물(17.2%), 마사지나 경락지압(14.8%), 의사에 의해 처방되는 감포(10%), 향기요법(9.3%), 카이로프랙틱이나 정골요법(7.1%), 치과 뜸(6.7%), 동종요법(0.3%) 등이며, 보완대체요법 이유는 ‘증상이 서양정통의학을 사용할 필요가 있을 정도로 심하지 않은 상황이어서’가 60.4%, ‘건강증진과 질병예방을 위해서’가 49.3%로 나타남.

- 2001년 일본의 한 지역의사회에서 지역의사를 대상으로 무작위추출에 의해 시행한 설문조사에 의하면, 응답한 전체의사의 73%에서 보완대체요법을 진료에 사용하고 있으며 사용한 보완요법의 96%가 Kampo요법(일본에서 행해지는 동양의학을 지칭하는 것으로 일본의 서양정통의학을 전공한 의사들 중 일부에서 행하는 한의학)인 것으로 나타남.
- 일본은 별도로 [안마마사지지압사, 침사, 구사등에 관한 법률]과 [유도정복사법]에서 안마마사지지압사, 침사, 구사, 유도정복사 등에 관해 면허 요건 등 후생노동장관이 자격을 부여하고있음.

2.4 국내의 보완대체의학 현황

1) 국내 보완대체의학의 제공 현황

- 1997년 한국대안의학회가 창설된 후 각 보완대안요법에 대한 전문교육과 실습이 의료인들 사이에 활발히 이루어지고 있으며 각 요법별로 전문화된 학술단체들이 생겨남. 아울러 몇몇 의과대학과 일반대학 대학원에서 대안의학 강좌가 개설되고 있음.
- 서구국가와 일본과는 달리 이원화된 의료시스템을 가진 한국에서는 현대서양의학을 공부한 의사들은 침술과 한의학적 방법론이 주류를 이루는 보완대체 의학을 의료법상 시술하지 못하게 되어있음.
- 따라서 우리나라의 보완대체의학에 대한 연구도 일부 환자들의 한의학 및 민간요법 이용실태에 관한 조사 등을 제외하고는 아직까지 확실하게 조사된 자료가 없음.

- 한의학계에서는 보완대체의학의 분야를 자체 영역에 포함시키거나 공존, 합병하려고 하는 노력을 하기도 함.
- 국내 비의료권에서의 보완대체의학에 대한 관심도는 대단하여 대부분의 대학교 부설 평생교육원, 사회교육원, 지역 문화센터 등에서 각종 보완대안요법들이 교육되고 있고 건강요법 기관이나 시술소가 난무하고 있음.

2) 보완대체의학에 대한 우리나라민의 이용 현황¹⁾

- 지난 1년간 보완요법을 한번이라도 이용한 경험자는 응답자의 68%로 나타났으며, 만성질환(퇴행성 관절염, 요통, 만성변비, 고혈압, 위십이지장궤양, 당뇨병, 암질환, 류마치스관절염, 신경통 등)을 가지고 있으면서 지난 1년간 보완요법을 한번이라도 이용한 경험자는 응답자의 77%로 나타남
- 전체 이용한 보완요법 중에서는 “인삼/홍삼”, “종합비타민류” 및 “글루코사민” 섭취 등의 생물학적 요법이 93% 수준임
- 전체 이용한 보완요법 중, 비생물학적 요법은 7%로 나타났으며 이용률 상위 10개 항목을 보면 요가, 마사지(안마), 수지침, 단전호흡, 온천요법, 명상, 척추교정/카이로프랙틱, 안수기도, 기체조, 음악치료의 순이었음
- 지난 1년간 질병/증상치료를 위해 지출한 보완요법 이용비용과 양방병원 치료비는 각각 50만원과 49만 9천원으로 비슷하게 나타남

1) 이성재 등, 2006년 대한보완통합의학회에서 일반인들을 대상으로 시행한 보완요법 이용실태조사를 참고로 함

3. 유사의료에 대한 범위 설정

3.1 유사의료 범위에 관한 논의 배경

1) 집단적 개념으로서의 ‘유사의료’ 정의의 적절성

- 다른 나라에서 유래를 찾을 수 없는 ‘의료유사업자’라는 제도상의 집단적 영역은 [국민의료법]에서 1962년 명칭이 바뀐 우리나라 [의료법]에 유일하게 접골사(接骨士), 침사(鍼士), 구사(灸士)로 그 범위가 명시되어 있으며, 이 또한 법제정 이전의 자격소지자만으로 시술자격을 제한하고 있음. 즉, 1962년 이후에는 신규 의료유사업자의 자격 및 시술의 법적 근거가 소멸된 것임.
- 위의 법규정에도 불구하고 우리나라 국민 대다수가 다양한 형태의 의료수요 발생시에 의료기관이 아닌 곳에서 침, 뜸을 포함한 전통요법을 이용하고 있는 것이 현실임. 2007년 전 보건복지부 장관은 ‘국민들은 의사가 제공하지 않는 유사의료행위를 받고 있다. 그간 생명이나 안전에 위험이 없는 것을 사용하면서도 의료법에 근거가 없었으므로 엄격한 법을 만들어 국민들이 유사의료행위를 안전하게 받을 수 있도록 해야 한다는 판단에서 의료법 개정안에 근거조항을 두도록 했던 것’이라며 의료법 개정안의 [유사의료법] 제정의 필요성을 설명함.
- 이러한 국민정서 및 사회문화적 행태를 고려할 때, 비제도권의료 영역에서 이루어지는 각종 요법과 시술에 대한 제도적 인정과 더불어 검증되지 않은 시술자에 의한 부작용과 피해 양산을 방지하기 위한 적절한 관리체계의 필요성은 제고의 여지가 없음. 그러나, 자격요건을 갖춘 시술과 요법에 대한 양성화 및 제도적 근거의 당위성과는 별도로, ‘유사의료’라는 집단적 영역의 법률적 정의의 필요성은 별개의 문제임.
- 서구국가들의 경우 유사한 개념, 즉 서양정통의학에 포함되어 있지 않으나 빈번히 사용되는 다양한 형태의 치료요법들을 [보완대체의학]으로 학술적으로 정의하고 있으며, 이들 중 유효성과 안전성이 검증된 분야에 대해서는 개별적인 교육시스템 및 자격규정을 제도화하고 있음. 즉, 검증된 각 치료요법의 시술에 대한 제도적 근거는 요

법 개별적으로 이루어지고 있으며, 보완대체의학이라는 학술적 정의외에는 아직까지 이들 영역에 대한 법률적인 집합적 영역 명시는 없는 상태임. 우리나라와 비슷한 의료행태와 시스템을 가진 일본도 별도의 법률에서 안마마사지지압사, 침사, 구사 등을 개별적으로 명시하고 있을 뿐 [유사의료] 혹은 다른 집합적 범주명을 정의하고 있지 않음.

- 실제로 서구인들이 이용하는 보완대체의학의 종목들은 우리나라를 포함한 동양의 전통적 요법들이거나 비슷한 형태의 요법들이 주류를 차지하며, 제도권 의료체계에서 시술되고 있음. 이는 우리의 전통요법들 중 일부는 정통의학에 대한 보완 혹은 대체 방안으로서 충분한 치료역량을 내포하고 있음을 의미함. 만일 충분조건을 지닌 전통요법들을 [유사의료] 혹은 기타 명칭의 집합적 영역으로 제도화할 수 있는 과학적 합리적 근거를 도출할 수 있다면, 경계선상 의료에 대한 세계적 관심이 증폭되는 현 시점에서 하나의 선도적 사례가 될 것임.

2) 유사의료 vs 보완대체의료

- 의료법에 명시된 유사의료업 - 접골, 침, 뜸 - 및 안마는 실제로 보완대체의학의 주요 종목들 중 일부임. 학자들마다 차이는 있으나 보완대체의학의 종목들은 200가지 정도가 알려져 있고 그중 50여 가지가 활발히 연구, 활용되고 있으며 우리나라에서는 이중 20개 정도가 사용되고 있음.
- ‘유사의료’의 제도적 의의를 “안전성과 유효성이 입증되어 있으면서 실제로 우리나라 국민들이 빈번히 이용하는 경계선상의 의료영역”으로 정의할 경우, 현 시점에서의 의료행태를 고려할 때 1960년대 초기에 정의된 ‘유사의료’ 범주에서 새로이 추가 혹은 삭제되는 종목들이 있을 수 있으며, 시대적 변화추이와 함께 이러한 영역의 변동성은 지속될 것임. 즉, 두 영역의 경계는 가변적 또는 역동적 성격을 갖게 됨(그림 2-1).

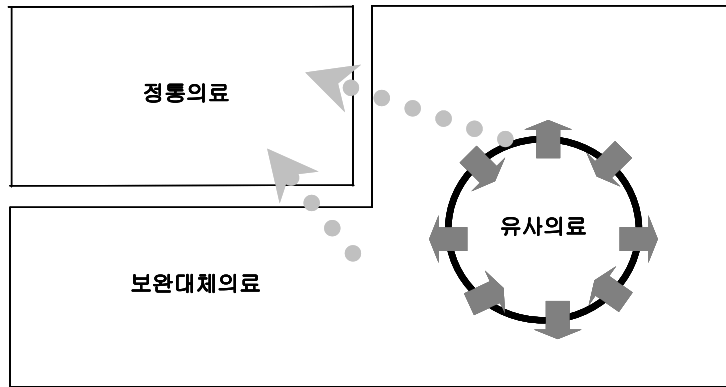


그림 2-1 정통의료, 보완대체의료, 유사의료의 관계

○ ‘유사의료’ 역시 국민건강에 직결되는 영역인만큼, 이러한 역동적 속성을 지닌 ‘유사의료’ 범주의 정의는 근거중심의학(Evidence-based Medicine)의 원칙을 따라야 하며, 따라서 학계 전문가들의 원천적 참여가 요구되는 사안임.

3) 의료행위 vs 유사의료행위

○ ‘유사의료’의 영역을 명시함에 있어서의 또다른 쟁점은 ‘의료행위’와의 차별성 및 존립가능성 여부임.

○ 현행법상으로는 의료법 제12조에서 의료행위란 “의료인이 행하는 의료, 조산, 간호 등 의료기술의 시행”으로 규정되어 있으며 동법 제2조 제1항은 “의료인이라 함은 보건복지부장관의 면허를 받은 의사·치과 의사·한의사·조산사 및 간호사를 말한다”고 하여 의료행위의 주체를 한정하고 있음. 이러한 의료법상 도출되는 의료행위의 개념적 요소는 ‘의료기술의 시행’에 초점이 맞추어져 있으므로, 결국 의료법에 근거하여 정확한 의료행위의 개념을 도출하기는 어려움.

○ 이와는 별개로 일반적으로 의료행위란 질병의 치료·예방 등 환자의 건강회복과 유지를 위한 일련의 행위로 이해되어 왔으나, 오늘날에는 생체적 기능의 장애에 대한 치료뿐 아니라 미용, 성형, 인공수정 등 전통적인 의료개념의 범위에 포섭되지 않는 의료영역이 나타나기 시작하였으며, 아래와 같은 대법원 판례 역시 이러한 새로운 의료행위에 대한 사회적 수용에 따라 의료행위 개념에 대하여 점점 범위를 확대하고 있는 추세임.

- 행위의 실질에 착안하여 의료행위를 ‘질병의 예방과 치료행위’로 정의하는 판례 (대법원 1972. 3. 28. 선고 72도342 판결, 1978. 9. 26. 선고 77도3156 판결, 1981. 11. 22. 선고 80도2974 판결)
- 의료법의 목적을 감안하여 사회통념에 비추어 판단하여야 한다는 판례 (대법원 1974. 2. 26. 선고 74도1114 판결)
- 질병의 예방 또는 치료행위 이외에도 의료인이 행하지 아니하면 ‘보건위생상 위해’가 생길 우려가 있는 행위’라고 정의하는 판례 (대법원 1978. 5. 9. 선고 77도2191 판결, 1999. 6. 25. 선고 98도4716 판결, 1999. 3. 26. 선고 98도2481 판결, 2002. 6. 20. 선고 2002도807 판결, 2001. 7. 13. 선고 99도2328 판결)

○ 정부는 작년 초 “의료인 외의 자가 행하여도 보건위생상 위해가 생길 우려가 없는 유사의료행위의 종류와 자격·업무를 명문화해 양성화하겠다”며 의료법 개정안 122조를 신설하고자 하였음. 즉 비의료인의 시술에 의한 ‘보건위생상 위해’의 발생 가능성은 해당시술 또는 요법이 ‘의료행위’로써 인정되어 의료법 저촉여부를 결정짓는 요인이 됨을 의미함.

○ 전문가 자문회의 결과, 전문가들은 유사의료를 보완대체요법으로 간주하고 있음²⁾

- 즉, 정통의학(conventional medicine)의 정의는 과학적이고 객관적인 방법으로 확인되고 검증된 근거중심의학(evidence-based medicine)을 의미하며 이러한 방법

2) 앞에서 살펴본 바와 같이 우리나라 기존 의료법상의 ‘의료유사업’ 항목들은 선진국을 포함한 외국사례의 보완대체의학의 항목들의 일부를 구성하고 있음. 또한 국내에서도 최근 보완대체의학의 범주 및 유용성에 대한 논의가 점차 활발해지고 있음. 따라서 보완대체의료와 대별되는 유사의료의 개념을 정립하고자 전문가 자문회의를 통해 이에 대한 국내 보완대체의학 전문가들의 의견을 수렴함.

에 근거하지 않은 치료행위는 모두 보완대체요법으로 간주함

- 현재 보완대체요법은 200가지 이상이 알려져 있으며 이들을 대상으로 의학적 방법으로 연구하는 학문이 보완대체의학임. 의학적 검증과정의 주요 목표는 각 요법의 안전성 및 유효성을 확인하는 것임

- 이러한 보완대체요법은 행위기술자에 따라 다음과 같이 분류할 수 있음

① 의사의 지휘·감독하에 이루어져야 하는 침습적성격의 요법

a. 의사가 행하는 요법

b. 의사의 처방에 따라 일정자격을 가진 자(의료기사 등)가 행할 수 있는 요법

② 일정자격을 취득한 비의료인이 행할 수 있는 요법

③ 일정자격도 없는 일반인이 행할 수 있는 민간요법

- 현 우리나라 ‘유사의료’ 영역은 현행 법률적 정의상으로는 신설자격이 부여되지 않고 있으므로 신규법조항이 제정되지 않는 한 시간경과에 따라 자연소멸될 것임

- 따라서 유사의료에 대한 논의보다는 보완대체요법 중 검증된 분야에 대해 개별적 혹은 집합적으로 시술 자격요건 부여를 위한 제도 정립이 필요한 시점임

- 이러한 자격요건 제도화를 위해서는 일관된 교육체제 확립이 선결과제임. 현재 국내에는 몇 개의 전문교육기관 외에도 수많은 민간단체들에 의해 보완대체요법 교육이 천차만별적으로 이루어지고 있으므로 이에 대한 현황파악 및 교과과정의 통일, 평가 및 인증시스템 마련 등 검증된 교육체계구축이 선행되어야 함

○ 비의료인에 의해 행하여져도 보건위생상 위해가 생길 우려가 없는 행위의 경우, 일정 자격요건을 갖춘 자에 의해 행해져야 하는 시술과 자격요건을 갖추지 않은 일반인에 의해 행해져도 우려가 없는 시술로 구분할 수 있으며, 정부가 추진하는 ‘유사의료’는 이들 중 전자와 맥을 같이함.

○ 요약하면, ‘유사의료’로 정의되기 위해서는 시술의 안전성에 대한 객관적이고 과학적인 검증이 확보되어야 하며, 아울러 일정자격요건을 갖추기 위한 체계적이고 합리적인 교육 시스템의 구비가 선결조건이 될 것임.

3.2 유사의료 범위 설정

○ 이상에서 살펴본 바와 같이, 보완대체의학으로부터 ‘유사의료’라는 별도 영역의 집합을 구분하여 법제화하고자 하는 시도는 한국이 최초의 사례임.

○ 보완대체의료의 다양한 영역들이 점차 확대되고 있는 세계적 추세에서 별도의 ‘유사의료’라는 집합적 개념에 대한 법적규정을 위해서는 ‘유사의료’로 지정하고자 하는 항목들이 나머지 보완대체의료 영역들과 구분되어야 할 과학적이고 합리적인 기준제시가 선결과제임.

○ 이러한 명확한 근거기준이 정립될 경우, 정통의학의 기능에 대비되는 것으로 제시되는 보완대체의학이 지닌 가치 - 전인적 돌봄(care), 화학약품 혹은 수술요법 등의 합병증 및 부작용의 경감, 정통의학의 사각지대인 기능성질환, 만성퇴행성질환, 말기암 환자에 대한 관리, 의료비용 절감 - 들을 제도권하에서 보다 적극적으로 활용할 수 있는 기반이 마련될 것임.

○ 의료, 유사의료, 보완대체의료의 개념 및 영역 정립 후에는 각 영역에 대한 시술자격, 시술장소, 교육시스템 등에 대한 체계 확립이 요구됨.

표 2-3 의료, 유사의료, 보완대체의료의 비교

구분	의 료	유 사 의 료	보완대체의료
	의료행위	유사의료행위	보완대체요법
행위주체자 (시술자)	의료인	의료유사업자	의료인, 의료유사업자, 일반인
행위장소	의료기관	유사의료시술소, 의료기관?	제한 없음
행위주체자 (시술자) 자격	의사면허	의료유사업자 자격	제한 없음
교육기관	대학 및 지정수련병원	대학,전문대학,사설학원?	제한 없음

4. 소 결

4.1 '유사의료'의 의미

- '의료행위'에 대한 의료법상의 법률적 개념이 명확하지 않고 이와 관련한 대법원 판례의 예에서도 '의료행위'에 대한 개념정의의 범주가 확대되고 있으며, 또한 보완대체의학에 대한 논의가 점차 활발해지는 추세에서 '의료'와 대별되는 '유사의료'에 대한 개념정립 시도는 혼선을 초래할 우려의 소지가 있음
- 그럼에도 불구하고 문헌고찰 및 전문가 의견수렴 등을 통해 살펴본 바와 같이 치료행위는 각 시술행위의 안전성 및 유효성의 수준에 따라 몇개의 영역으로 구분되는 것으로 보이며, 이러한 기준을 행위시술자와 연계할 때 의료 혹은 치료행위를 다음과 같이 구체화할 수 있음

A 의료인(MD)에 의해 시술되어야 하는 영역
B 비의료인으로서 일정자격을 취득한 전문가에 의해 시술되는 영역
C 비의료인 비전문가에 의해 시술 가능한 영역

- 미국을 포함한 서구국가의 경우 영역 B(비의료인으로서 일정자격을 취득한 전문가에 의해 시술되는 영역)는 DC(Doctor of Chiropractic), ND(Naturopathic Doctor), Heilpraktiker 등의 비의료인(non-MD)전문가 등이 활동하는 영역임
- 일본의 경우 영역 B는 [안마마사지지압사, 침사, 구사등에 관한 법률] 및 [유도정복사

법]에 근거하여 후생노동장관이 자격을 부여하는 안마마사지지압사, 침사, 구사 및 유도정복사 등이 활동하는 영역임

- 우리나라는 의료법 제81조에 의하면 “이 법이 시행되기 전의 규정에 따라 자격을 받은 접골사(接骨士), 침사(鍼士), 구사(灸士)(이하 “의료유사업자”라 한다)는 제27조에도 불구하고 각 해당 시술소에서 시술(施術)을 업(業)으로 할 수 있다.”고 되어 있음. 따라서 이 정의에 따르면 우리나라는 의료법에 근거한 '유사의료'가 위 분류 중 영역 B(비의료인으로서 일정자격을 취득한 전문가에 의해 시술되는 영역)에 해당함

4.2 '유사의료'의 기본조건 및 방향

- 현행 의료법 기준을 근거로 할 때 '의료유사업'의 신규자격취득자가 생성될 수 있는 법적근거가 없으므로, 현존하는 '의료유사업자'들의 퇴진과 더불어 현행 '유사의료'의 집합적 정의는 자연 소멸될 것임. 이 경우, 앞에서 살펴본 유사의료 혹은 보완대체요법 중 일부 항목들은 신규 법조항 개설여부 및 방향에 따라 다음과 같은 경로로 전환될 수 있음
 - 일본 혹은 서구 국가처럼 “일정자격을 취득한 비의료인 전문가가 행할 수 있는” 치료 영역에 대한 개별법 제정에 의해 집단적 영역이 아닌 개별 치료항목으로의 전환 혹은
 - 전문가 자문회의에서 도출된 의견과 같이, 일정자격을 취득한 자들이 정통의료의 지휘·감독하에 의사의 처방에 따라 시술하는 방안. 이 경우 현행 의료법상의 “의료유사업자”라는 명칭 대신 “**치료사”가 더 합리적이라는 지적이 있음(전문가 자문회의 의견 수렴)
- 만일 '유사의료'라는 법률상의 집합적 정의가 존속되기 위해서는 정통의료 혹은 보완대체요법과 구분되어지는 경계선상 의료에 대한 개념 및 범주 정립과 함께 신규 '유사의료업자'의 자격요건 및 교육제도 등에 관한 법조항 신설이 필요하며, 시대적 변천 사항을 고려할 때 '유사의료'로 지정되는 항목에 대해서도 검토가 필요할 것임.

○ 위의 어떠한 경로로 전환되더라도, ‘유사의료’가 집합적으로 혹은 각 항목들 개별적으로 공인받은 치료행위로 제도화되기 위해서는 일정수준 이상의 교육체계 및 기술자격인증체계에 대한 기반구축이 선행되어야 함

○ 따라서 이러한 기준들에 대한 개념정립 및 법제화가 이루어진다면, 의료, 유사의료 및 보완대체의료는 다음 조건들에 의해 구분될 수 있음

표 2-4 의료, 유사의료, 보완대체의료의 비교

구분	의 료*	유 사 의 료**	보완대체의료***
	의료행위	유사의료행위	보완대체요법
행위주체자 (기술자)	의료인	의료유사업자	의료인, 의료유사업자, 일반인
행위장소	의료기관	유사의료시설소, 의료기관?	제한 없음
행위주체자 (기술자) 자격	의사면허	의료유사업자 자격	제한 없음
교육기관	대학 및 지정수련병원	대학,전문대학,사설학원?	제한 없음

* 의료인(MD)에 의해 시술되어야 하는 영역

** 비의료인으로서 일정자격을 취득한 전문가(의료유사업자)에 의해 시술되는 영역

*** 비의료인 비전문가에 의해 시술가능한 영역

제3장 유사의료 분야별 현황 및 실태조사 결과

1. 실태조사를 위한 ‘유사의료’ 항목 선정기준

1.1 조사 항목 선정기준

○ [외국 및 우리나라 유사의료 운영실태조사]를 위한 본 연구에서 실태조사를 위한 유사의료 항목을 선정해야 하나, 앞서 살펴본 바와 같이 아직까지 유사의료의 개념정립이 단일화되지 않은 상황이므로 현재 ‘유사의료’ 항목으로 분류하기 위한 단일 기준은 부재상태임

○ 따라서, 본 연구에서는 실태조사에 포함되는 항목을 선정하기 위해 ‘유사의료’라는 제도적 근거와 ‘유사의료’에 대한 국민 이용행태 및 ‘유사의료’의 행위주체라는 개념적 접근 세가지 측면에서 ‘유사의료’를 각각 범주화한 뒤, 교육제도의 여건조성을 검토하여 해당하는 항목을 조사대상으로 선정함

1) 제도적 근거

○ 의료법제81조(의료유사업자) - 접골사, 침사, 구사

○ 의료법제82조 - 안마사

2) 국민이용행태

- 2006년 대한보완통합의학회에서 일반인을 대상으로 시행한 보완요법 이용실태조사를 참고로 함
- 지난 1년간 1회이상 보완요법을 시행받은 4779명 중, 비생물학적 요법에서 가장 많이 사용된 보완요법은 빈도순으로 요가, 마사지(안마), 수지침, 단전호흡, 온천요법, 명상, 척추교정/카이로프랙틱, 안수기도, 기체조, 음악치료 등이었음

3) '유사의료행위' 주체자

- 일정자격을 취득한 비의료인 전문가에 의해 시술되는 치료행위를 '유사의료'로 구획화한 기준을 따름
- 이 기준에 의하면 우리나라의 경우 접골사, 구사, 침사, 안마사, 일본의 경우 안마사, 지압사, 침사, 구사, 유도정복사, 미국의 경우 DC(Doctor of Chiropractic), ND(Naturopathic Doctor), 독일의 Heilpraktiker등이 해당함

4) 교육제도

- 법률에 근거하는 항목들은 이미 자격요건 부여를 위한 정형화된 교육시스템이 있음을 의미함
- 그외의 항목들의 경우, 체계적 교육시스템 구비 및 자격인증시스템 구축 여부를 항목을 선정하는 기준으로 사용함

표 3-1 유사의료 운영실태조사 항목선정 기준

1) 법률근거(의료법)	2) 국민이용행태	3) 유사의료행위 주체자	4) 교육 및 자격인증 시스템
구사 접골사 안마사	요가 마사지(안마) 수지침 단전호흡 온천요법 명상 척추교정/카이로프랙틱 안수기도 기체조 음악치료	침사 구사 접골사 안마사 Doctor of Chiropractic(DC) Naturopathic Doctor(ND) Heilpraktiker	침사* 구사* 접골사* 안마사 DC** ND** Heilpraktiker**

* 1962년 의료법 제정 이전의 자격취득자에 국한함

** 외국에만 교육 및 자격인증시스템이 있음. 따라서, 외국에서 교육제도 이수 후 국내에서 활동하는 것으로 간주

1.2 유사의료실태 조사대상

표 3-2 유사의료 혹은 요법의 조사여부 및 조사근거

유사의료 혹은 요법	조사여부	조사근거			
		1)법률근거(의료법)	2)국민이용행태	3)유사의료행위 주체자	4)교육 및 자격인증 시스템
침사	○	○	○	○	○
구사	○	○	○	○	○
안마사	○	○	○	○	○
카이로프랙틱	○	×	○	○	○
접골사*	×	○	○	○	○

* 네가지 조사근거를 모두 갖추고 있으나 현존 자격자에 대한 소재 및 실태파악 어려움

요가	×	×	○	×	×
단전요법	×	×	○	×	×
온천요법	×	×	○	×	×
명상	×	×	○	×	×
안수기도	×	×	○	×	×
기체조	×	×	○	×	×
음악치료	×	×	○	×	×
족부요법	×	×	×	×	×
킬레이트요법	×	×	×	×	×
최면요법	×	×	×	×	×
엔자임요법	×	×	×	×	×
응용운동학	×	×	×	×	×
두개완골 자극요법	×	×	×	×	×
홍채 진단요법	×	×	×	×	×
신경언어학적프로그램	×	×	×	×	×
요법	×	×	×	×	×
재건요법	×	×	×	×	×
세포요법	×	×	×	×	×
생체 되먹임 요법	×	×	×	×	×
심신의학	×	×	×	×	×
자장요법	×	×	×	×	×
산소요법	×	×	×	×	×
영양요법	×	×	×	×	×
정골의학	×	×	×	×	×
해독요법	×	×	×	×	×
에너지 의학	×	×	×	×	×
분자정형의학	×	×	×	×	×
환경의학	×	×	×	×	×
바디워크 요법	×	×	×	×	×
롤핑 요법	×	×	×	×	×
꿈 치료법	×	×	×	×	×
오락치료	×	×	×	×	×
마술요법	×	×	×	×	×
신경치료	×	×	×	×	×
자발요법	×	×	×	×	×
라이히안 요법	×	×	×	×	×
도인상상요법	×	×	×	×	×
무도요법	×	×	×	×	×

생물학적 치과 치료법	×	×	×	×	×
아유르베다 의학	×	×	×	×	×
기공요법	×	×	×	×	×
자연의학	×	×	×	×	×
향기요법	×	×	×	×	×
명상요법	×	×	×	×	×
반사요법	×	×	×	×	×
점측요법	×	×	×	×	×
선무요법	×	×	×	×	×
꽃요법	×	×	×	×	×
소리요법	×	×	×	×	×
원예요법	×	×	×	×	×
봉침요법	×	×	×	×	×
심령요법	×	×	×	×	×
생약요법	×	×	×	×	×
식이요법	×	×	×	×	×
절식요법	×	×	×	×	×
동종요법	×	×	×	×	×
광선요법	×	×	×	×	×
수치료	×	×	×	×	×
오감요법	×	×	×	×	×
관장요법	×	×	×	×	×
심층근육 자극요법	×	×	×	×	×
고열요법	×	×	×	×	×
양자의학	×	×	×	×	×
쥬스요법	×	×	×	×	×
테이핑요법	×	×	×	×	×

2. 침구

2.1 침구 현황

1) 침구사 제도 폐지³⁾

○ 침구사제도는 법적으로 존속되었지만 침구영역이 누구에게 귀속되는가 하는 점은 상당히 모호하였음. 1950년대에 침구는 한의사의 독점영역이 아니었음. 국민의료법 입법과정에서 한의사들은 침구사제도 존속에 대하여 별다른 의견제시가 없었음. 또한 1962년까지 실시되었던 한의사 자격 검정시험 과목은 철약조제 관련과목으로 구성되었을 뿐 침구관련 과목이 포함되지 않았음. 의료법이 개정되기 이전인 1961년 대법원은 “침구사 자격증을 소지하지 않은 한의사가 침술이나 구술을 실시할 수 있다는 법적인 근거는 없다”고 판시하기도 하였음. 이러한 사실을 고려할 때 침구가 한의학의 한 부분이기에는 하여도 한의사들의 독점영역은 아니었던 것으로 생각됨. 그러나 정부가 침구사 신규배출 기회를 만들지 않음으로써 침구영역에 대한 실질적 관할권은 모호할 수밖에 없었음

○ 1960년에 이승만 정부가 학생들의 반정부 시위에 의하여 몰락하고 새로 장면 정부가 수립되면서 상황이 변화하였음. ‘민위의 표출’이 자유로워지면서 다양한 조직과 단체들의 민원이 제기되었는데 침구를 배웠던 맹인학교 학생과 침구학원 졸업생들이 침구사 부령제정을 강력하게 요구하였음. 맹인들이 생업으로 안마와 침구를 배웠으나 법적 자격을 얻지 못하게 되자 적극적인 행동에 나섰던 것임. 그 결과 1960년 12월에 침구 등 의료유사업자에 대한 부령이 제정되었지만 곧이어 1961년 5·16 쿠데타로 군사정부가 들어서면서 침구사 자격시험은 실시되지 못하였음. 더욱이 1962년에 의료법이 개정되면서 침구사제도는 기존 정규 침구사의 기득권만 인정하고 폐지되었음. 더욱이 개정 의료법은 침구사제도를 폐지하면서 침구를 한의사가 관장한다는 등의 제도폐지에 따른 경과규정을 마련하지도 않음으로써 이후 집단갈등의 불씨가 되었음

3) 본 자료는 “조병희, 한국 침구사제도의 역사와 현황, 세계 침구제도 현황과 한국의 미래에 관한 심포지엄 (2005. 8. 29)” 자료의 내용을 요약 정리한 것임

2) 침구 부활운동 전개

○ 표를 보면 90년대 들어 6번에 걸쳐 침구사제도 부활과 관련된 법안이 국회의원들에 의하여 발의되었지만 매년 상임위원회에서 한두번 논의하는 것으로 종결되었음. 국회 논의에서 핵심 사안은 기존 한의사가 있는데 별도로 침구사 제도를 둘 필요가 있는가 하는 문제였는데 침구의 대체의학으로서의 활용가치나 비용의 경제성 등이 그 이유로 제시되었지만 이러한 문제는 한의사제도의 보완을 통해 해결해야지 별도의 침구사제도를 도입하면 의료시장에 혼란을 유발한다는 반대의견이 더 많았음

○ 70년대 초반까지 활발하던 침구사법 제정운동이 이후 20여년간 거의 사라졌다가 90년대 들어와 6차례나 시도될 정도로 활발하게 진행되었음. 이것은 대중영역에서 침구에 대한 관심이 크게 증대되고 있고 침구부활운동 역시 과거보다 조직화되고 있음을 보여주는 것임

표 3-3 침구사 관련법안 제출 현황

1	6대 국회, 1964	맹인단체 및 침구사협회의 청원, 64년10월 폐기. 전진한 의원의 17명 의료유사업자에 관한 법률 제안, 66년 법사위원회 통과, 국회회기 종료로 폐기
2차	7대 국회, 1968	윤인식의원의 18명 ‘침사·구사·안마사에 관한 법률안 제안. 의사회와 한의사회의 반대 청원. 위원회 계류 후 임기만료로 폐기
3차	8대 국회, 1972	침사법 제정청원. 국회해산으로 자동폐기
4차	9대 국회, 1973	강기천의원의 52명, ‘침사법’ 제안. 문태준의원 반대청원. 임기만료로 폐기됨
5차	11대 국회, 1983	침사제도 확립에 관한 청원. 보사위에서 자동폐기
6차	13대 국회, 1990	김관술의원의 90인, 침구사법 제정에 관한 청원. 청원철회
7차	14대 국회, 1994	김남섭 외 3,150인 침구사제도 부활 청원. 자동폐기
8차	15대 국회, 1997	조중연 의원의 20명, 의료법 개정. 자동폐기
9차	15대 국회, 1999	이성재의원의 20인 안마사의 침사용을 명문화 요구. 자동폐기
10차	15대 국회, 1999	박성범의원의 65인 침구사제도 신설위한 의료법개정. 자동폐기
11차	16대 국회, 2002	이연숙의원의 침구사제도 신설 위한 의료법 개정

자료: 보건복지부 내부자료

○ 자연의술로서의 침구의 효용성이 인식되면서 대중영역에서 침구를 배우려는 사람들이 크게 증가하였음. 이들을 대상으로 전국적으로 수십 개소의 침구강좌가 개설되었음. 한의학 전공자가 아닌 사람들을 대상으로 침구강좌를 개설하는 정규학교로는 포천중문의대 대체의학대학원과 경기대학교 대체의학대학원이 있음. 전문대학인 송원대학에 2년제 자연요법과가 설치되어 뜬요법을 강의하고 있음. 정규학교보다 일반교습소에서 더욱 활발하게 침구교육 기회를 제공하고 있는데 대학부설 사회교육원의 경우가 많고 다음으로 침구관련단체에서 제공하는 강좌들이 있다(표 참조). 강좌기간은 주2회 강의에 1~2년 정도가 보통임. 강사진은 대부분 재야 침구사들임

표 3-4 침구교육과정을 제공하는 주요 사회교육기관(2004년11월 현재)

개설기관	강좌명	교육기간
	자연요법과	2년과정(정규전문대학)
고려대학교 사회교육원	침구요법	주당 6시간 1년
명지대학교 사회교육원	침구교정학과	2년
전남대학교 평생교육원	수지침(초급 중급)	각 15주
경기대학교 사회교육원	침구학교실	1년과정(주2회 6시간)
서울여자대학 사회교육원	수지침(초급 중급)	각 15주
한양대학교 사회교육원	건강관리사(침술)	3개월(주1회 6시간)
대전신학대 선교침술교육원	기초, 전문, 학위과정	기초1년, 전문2년, 학위5년
녹색대학 대학원	자연의학과 침구전공	2년
세계침구학회연합회 대한침구사협회	경락연구기초과정	3개월 과정(주2회 6시간)
뜸사랑	기초,중급, 고급과정	기초·중급3개월, 고급 6개월

자료: 각 기관의 인터넷 홈페이지

2.2 실태조사 분석 결과 (침구 - 뜬사랑 조사자료)

1) 종사인력

○ 현재 정확한 파악이 불가능하지만 침구사 License를 소지한 사람은 1인, 그리고 뜬요법사 자격 소지자는 1,394명으로 나타남. 수료자의 경우 총 3,674명이며, 고급 수료자 1,975명, 중급 수료자 849명, 초급 수료자 850명임

표 3-5 현 종사인력

구분		2003	2004	2005	2006	2007
현 종사 인력 총계	License 소지자*	1	1	1	1	1
	뜸요법사 자격 소지자**	363(185)	585(222)	809(224)	1,101(292)	1,394(293)
	정통침뜸교육원*** 고급 수료자	858(210)	1,129(271)	1,314(185)	1,646(332)	1,975(329)
	정통침뜸교육원 중급 수료자****	216(137)	327(111)	480(153)	531(51)	849(318)
	정통침뜸교육원 초급 수료자****	235(119)	255(20)	437(182)	473(36)	850(377)

* 현재 정확한 파악을 할 수 없으므로 구당 김남수 선생님 1인만 산정함.

** 뜬사랑 자체자격증 뜬요법사 소지자.

*** 정통침뜸교육원 : 뜬사랑 산하 침뜸 교육기관.

**** 중급, 초급 수료자는 2002년도부터 자료이며, 추정 수치임

※ 정통침뜸교육원 초,중,고급 수료생 : 총 3,674명

※ () 안은 당해연도 배출 인원임.

2) 종사인력 총계에 대한 지역적 분포 (뜸 요법사 소지자)

○ 종사인력의 지역적 분포는 아래와 같음

표 3-6 지역적 분포

구분	2003	2004	2005	2006	2007
서울	186(92)	298(112)	398(100)	527(129)	643(116)
경기	81(31)	129(48)	192(63)	280(88)	362(82)
인천	10(5)	14(4)	17(3)	24(7)	29(5)
부산	34(17)	44(10)	48(4)	61(13)	80(19)
대구	4(3)	5(1)	7(2)	11(4)	19(8)
대전	1(1)	7(6)	13(6)	15(2)	21(6)
광주	9(9)	25(16)	49(24)	65(16)	82(17)
울산	1(1)	2(1)	2(0)	4(2)	7(3)
강원	3(1)	5(2)	8(3)	12(4)	18(6)
충북	4(3)	6(2)	6(0)	8(2)	12(4)
충남	1(0)	1(0)	3(2)	9(6)	12(3)
경북	1(1)	4(3)	5(1)	9(4)	12(3)
경남	2(2)	5(3)	8(3)	14(6)	21(7)
전북	7(5)	12(5)	17(5)	19(2)	24(5)
전남	18(14)	26(8)	33(7)	39(6)	45(6)
제주	1(0)	1(0)	2(1)	2(0)	3(1)

※ 뜬요법사 지역별 분포 현황임.

※ ()안은 당해연도 배출 인원임.

3) 인력 활동 실태

○ 인력활동 실태를 보면 봉사자 수는 2003년 110명에서 2007년 420명으로 계속 증가하고 있는 것으로 조사되었음

표 3-7 인력 활동 실태

구분		2003	2004	2005	2006	2007
활동형태	봉사실 수*	10	23	28	30	34
	봉사자 수**	110	170	250	330	420
	비활동 인력***	253	415	559	771	974

* 봉사실은 뜬사랑 봉사단에서 운영하는 곳으로 전국에 분포되어 있으며 65세 이상의 어르신을 대상으로 무료로 운영하고 있음

** 뜬요법사 자격 소지자 중 봉사자 수로 대략 수치임.

*** 전체 뜬요법사 자격 소지자 중 활동 중인 인원을 차감한 인원임.

표 3-8 뜬사랑 봉사실 현황

봉 사 실 명	개설일	년간 봉사자 수	년간 수혜자 수
동산 봉사실	2000. 4	10,770	22,842
국회 봉사실	1998. 9	663	7,933
감사원 봉사실	2004. 2	657	4,673
정릉사회복지관 봉사실	1995. 11	117	850
KBS 봉사실	2007. 4	460	3,822
시민의신문 봉사실	2003. 5	478	2,463
영등포 봉사실	2003. 10	207	1,681
중화동 봉사실	2004. 5	2,024	9,313
방배동 봉사실	2007. 2	182	322
대우재단 봉사실	2004. 10	390	3,130
대림 봉사실	2005. 4	355	2,806
강동 봉사실	2005. 6	5,624	20,713
종로 봉사실	2005. 9	1,981	7,601
가산사회복지관 봉사실	2006. 1	505	1,889
정릉개동 봉사실	2006. 3	162	629
공무원연금공단 봉사실	2006. 8	267	1,715
여의도 봉사실	2006. 9	248	717
분당한솔복지관 봉사실	2004. 5	510	1,895
선릉마사회 봉사실	2007. 6	574	2,161
평택 봉사실	2007.	23	116
부산지부 봉사실	2001. 6	1,638	7,494
부산진 봉사실	2007. 3	196	1,145
부산 통도사	2007. 9	84	467
대구본동사회복지관	2005. 3	213	1,047
대전근로자복지관 봉사실	2005. 1	625	2,205
광주지부 봉사실	2002. 5	1058	12,465
광주 비아농협 봉사실	2003. 4	135	759
여수쌍봉복지관 봉사실	2004. 8	233	3,225
장성 남면농협 건강센터	2007. 2	305	2,420
순천조례복지관 봉사실	2005. 7	104	755
광주 하남농협 봉사실	2006. 3	308	3,048
광주 남광주농협 봉사실	2006. 3	300	3,613
광주농협 동강건강센터	2006. 11	178	2,484
청주 대우꿈동산	2004. 1	50	261
특별봉사		1,061	8,765
합 계	34개소	32,685	147,424

4) 교육과정 현황 및 인력배출 기준교육

가. 인력배출을 위한 교육과정을 이수할 수 있는 과정 및 교육시간

① 교육기관 : 정통침뜸교육원

② 교육과정

가. 2000년 ~ 2007년 이전 (총 402시간)

- 초급과정 : 기본 지식 습득 단계 - 3개월 (72시간)

- 중급과정 : 실습 단계 - 3개월 (72시간)

- 고급과정 : 질병진단과 처방 이론 교육과 인턴 교육 - 6개월

(258시간 : 이론교육 78시간 / 인턴 180시간)

나. 2008년 (총 402시간)

- 기본교육과정 : 기본 지식 습득 및 실습 단계 - 6개월 (150시간)

- 회원교육과정 : 질병진단과 처방 이론 교육과 현장봉사활동 - 6개월

(252시간 : 이론교육 102시간 / 현장봉사활동 150시간)

나. 해당 인력 배출을 위한 자격시험 운영 여부

① 있다 (O)

② 없다 ()

다. 자격시험 응시 자격기준

- 응시자격은 뜸사랑산하 정통침뜸교육원 또는 2년제 이상 대학으로 뜸사랑에서 인정하는 정통뜸교육 전 과정을 이수한 자 중에서 아래의 각 호의 1에 해당하는 임상 경험을 가져야 함

가) 뜸사랑이 주관하는 봉사활동에 180시간 이상 참여한 자.

나) 환자를 연인원 180명 이상 뜸으로 진료한 현직 의료인(물리치료사 포함)

다) 2년제 이상 대학으로 뜸사랑에서 인정하는 정통뜸교육 전 과정을 이수한 자의 임상은 해당 대학에서 발행하는 임상이수확인서로 한다.

(뜸요법사관리규정 제6조 응시자격 항목)

라. 자격시험 응시자의 합격률

표 3-9 자격시험 응시자의 합격률

구분		2003	2004	2005	2006	2007
	응시자수	217	275	284	352	383
	합격자수	185	222	224	292	293
	합격률(%)	85.3%	80.7%	78.9%	83.0%	76.5%
	배출 인력수	185	222	224	292	293

마. 보수교육 실시 여부

① 있다 (O)

② 없다 ()

바. 보수교육을 위한 교육과정 및 시간

① 2004년 : 오장(五臟)의 질병에 대한 사진(四診)의 특징, 변증 및 처방 (6시간)

② 2005년 : 특별교육(1개월 - 72시간) - 장상학(24시간), 병인병기(24시간), 진단학(24시간)

③ 2008년 : 2008년 시행 예정으로 교육과정 및 일정은 검토 중

5) 장비 및 시설

가. 장비 목록

구분	장비수	장비명
	12	(침상), 1회용 종이 시트지, 베개 및 베개잇
	12	칸막이 또는 커튼
	12	환자덮개
	12	드레싱카 (진료용 카트)
	12	바구니 (환자 옷 보관용)
	12	용구함지
	-	뜸썩, 향
	-	마른솜, 젖은솜, 알코올, 알콜솜, 알콜솜통, 과산화수소
	12	검정네입펜, 볼펜
	-	뿔킨 또는 사각휴지
	-	침, 사례(침 담은 그릇), 침통
	12	재떨이, 라이타
	12	머리핀(집게)
	12	휴지통
	-	캐비닛, 파일박스, 서류보관폴더
	-	침뜸진료기록부, 접수대장, 봉사현황일지
	12	전기장판
추가장비	1	고압 소독기
	1	자외선 소독기

※ 뜸사랑 동산봉사실 기준임

나. 봉사실 규모

규모	50여평 (침상 18개) (광주 남광주봉사실)
최소 규모	10여평 (침상 4개) (대우재단봉사실)

6) 주요 질환 및 진료비

주 요 질 환 명	사례수
요통	57
위장질환	53
피부병	52
생식기질환	34
관절염	32
비염	29
좌골신경통	25
비뇨기질환	23
두통	21
감기	18
고혈압, 견비통, 염좌	17
당뇨병, 정신질환	16
구안와사, 안질환	14
심장질환, 귀질환	10
변비, 타박상	9
각종 암	8
중풍	7
갱년기장애, 경추디스크, 화상	6
대상포진, 부종, 통풍, 전신마비 및 반신불수	5
갑상선 질환, 폐질환	4
뇌질환, 교통사고후유증, 신장질환, 천식	3
만성피로, 기관지염, 결핵성 늑막염, 건초염, 수두, 알러지, 인후질환, 편도선염, 피부 감각 이상	2
뇌수막염, 뇌염후유증, 뇌진탕, 골다공증, 구내염, 백혈병, 부정맥, 소아마비, 탈골, 임파선, 저혈압, 정맥류, 간질환, 현훈	1
기타 질환	57
합 계	653

※ 위 자료는 2004년 뜸사랑 봉사 20주년 자료집에서 발췌한 내용임.

※ 뜸사랑 봉사실은 65세 이상을 대상으로 무료 봉사하므로 진료비는 없음.

※ 남수침술원(구당 김남수 선생님의 개인 침술원) 진료시 1회 \50,000원 (초, 재진료 구분 없음)

2.3 실태조사 분석 결과 (침구 - 한국침술연합회 조사자료)

1) 종사인력

○ 한국침술연합회 소속 침구사 License를 소지한 사람은 18인 정도임. 정규과정 수료자의 경우 총 1,124명이며, 사회교육원 수료자는 496명임

표 3-10 현 종사인력

구분		2003	2004	2005	2006	2007
종사인력 총계	License 소지자		12	17	18	18
	정규과정 수료자	403	690	820	1020	1124
	사회교육원 수료자	23	66	233	368	496

2) 종사인력 총계에 대한 지역적 분포

○ 종사인력의 지역적 분포는 아래와 같음

표 3-11 지역적 분포

구분		2003	2004	2005	2006	2007
지역구분	서울	118	178	258	320	349
	경기	68	114	159	209	235
	인천	14	22	34	42	45
	부산	8	17	49	35	80
	대구	13	17	49	62	80
	대전	51	75	107	118	126
	광주	44	85	114	129	152
	울산	1	3	5	14	32
	강원	21	25	27	30	32
	충북	14	82	26	143	156
	충남	33	83	138	151	178
	경북	7	13	22	29	39
	경남	20	33	53	70	84
	전북	4	4	6	9	11
	전남	9	14	18	30	33
	제주	1	3	5	5	6

3) 인력 활동 실태

○ 각 지회별 지역사회복지관 또는 교회에서 음성적으로 무료봉사하고 있음

4) 교육과정 현황 및 인력배출 기준교육

가. 인력배출을 위한 교육과정을 이수할 수 있는 과정 및 교육시간

(①) = 16시간. 침구학이론 = 24시간. 경락·경혈학 = 48시간)

(②) 침구진단학 = 48시간. 침구치료학 = 24시간. 생리·병리·해부학 = 24시간)

(③) 위생학·소독법 = 16시간. 보건법규 = 8시간. 자구실기 = 24시간. 과목별평가 = 18시간)

※ 위 교육프로그램은 초보자 기초교육 1년 과정임.

나. 해당 인력 배출을 위한 자격시험 운영 여부

① 있다 (O) 민간자격 ② 없다 ()

다. 자격시험 응시 자격기준

(①) 자격기본법 제18조에서 정한 결격사유가 없는 자)

(②) 당해분야 5년 이상 봉사 및 실무경력이 있는 자나 본회 정기교육이수 및 본회가 인정하는 교육기관에서 6개월 이상 수료하고 3년 이상 연구 및 실무경력이 있는 자)

(③) 당해분야 국내외 교육기관에서 2년 이상 교육을 이수한 자)

라. 자격시험 응시자의 합격률

2.3 이용자 설문 분석 결과 (침구)

1) 응답자의 일반적 특성

○ 응답자의 일반적 특성을 보면 총 69명의 응답자 중 남성이 43.5%, 여성이 56.5%로 나타남. 연령의 경우 50~69세가 46.4%로 가장 높았으며, 30~49세가 31.9%로 그 다음 순이었음

표 3-13 응답자의 일반적 특성

구분		빈도	퍼센트
	남성	30	43.5
	여성	39	56.5
연령	30세미만	7	10.1
	30~49세	22	31.9
	50~69세	32	46.4
	70세이상	8	11.6
합계		69	100.0

2) 침구 이용 동기

○ 침구 이용 동기를 보면 가족, 친척, 친구 등 지인의 소개가 73.9%로 가장 높았으며, 광고(신문, 간판, 방송 등)를 통해서가 10.1%로 그 다음 순으로 나타남

표 3-14 침구 이용 동기

구분		빈도	퍼센트
침구 이용 동기	인터넷	5	7.2
	가족, 친척, 친구 등 지인의 소개	51	73.9
	광고(신문, 간판, 방송 등)	7	10.1
	기타	3	4.3
	무응답	3	4.3
	합계	69	100.0

3) 침구 이용시 치료 질환

○ 침구 이용시 치료 질환을 보면 요통이 37.7%로 가장 높았고, 관절염이 30.4%로 그 다음 순이었음

표 3-15 침구 이용시 치료 질환

구분		빈도	퍼센트
침구 이용시 치료 질환	요통	26	37.7
	위장질환	19	27.5
	피부병	3	4.3
	생식기질환	6	8.7
	관절염	21	30.4
	비염	9	13.0
	두통	16	23.2
	고혈압	7	10.1
	기타	23	33.3

4) 총 치료 기간

○ 총 치료기간을 보면 1~6개월이 33.3%로 가장 높았음. 그 다음 25개월 이상이 24.6%로 나타남

표 3-16 총 치료 기간

구분		빈도	퍼센트
총 치료 기간	1~6개월	23	33.3
	7~12개월	9	13.0
	13~24개월	2	2.9
	25개월이상	17	24.6
	무응답	18	26.1
합계		69	100.0

5) 한달 동안 진료소 방문횟수

○ 한달 동안 진료소 방문횟수를 보면 1~4회 정도가 49.3%로 가장 높았음. 그 다음이 9~12회로 14.5%로 나타남

표 3-17 한달 동안 진료소 방문횟수

구분	빈도	퍼센트
동안 진료소 방문횟수	1~4회	34 49.3
	5~8회	6 8.7
	9~12회	10 14.5
	13회 이상	4 5.8
	무응답	15 21.7
합계	69	100.0

6) 한달 평균 진료비

○ 월 평균 진료비를 보면 1~5만원 정도가 24.6%로 가장 높았음. 그 다음이 11~20만원이 10.1%로 나타남

표 3-18 한달 평균 진료비

구분	빈도	퍼센트
월평균진료비	1~5만원	17 24.6
	6~10만원	2 2.9
	11~20만원	7 10.1
	20만원이상	4 5.8
	무응답	39 56.5
합계	69	100.0

7) 치료 만족도

○ 치료 만족도를 보면 만족한다고 긍정적으로 응답한 사람이 82.6%로 높게 나타남. 5점 만점에 4.32점으로 만족하는 수준으로 나타남

표 3-19 치료 만족도

구분	빈도	퍼센트	평균	표준편차
치료 만족도	매우불만족	3 4.3	4.32	0.98
	보통임	6 8.7		
	만족하는 편임	21 30.4		
	매우 만족함	36 52.2		
	무응답	3 4.3		
합계	69	100.0		

8) 만족하는 이유

○ 만족한다고 긍정적인 답변을 한 응답자를 중심으로 만족 이유를 질문한 결과 ‘치료효과가 높다’라고 응답한 사람이 71.0%로 가장 높았음. 그 다음으로 ‘치료비용이 저렴하다’와 ‘치료기간이 짧다’라는 의견 순으로 나타남

표 3-20 만족하는 이유

구분	빈도	퍼센트
만족하는 이유	치료효과가 높음	49 71.0
	치료비용이 저렴함	14 20.3
	치료기간이 짧음	13 18.8
	지리적으로 이용하기 편리함	6 8.7
	진료소 시설이 좋음	6 8.7
	기타	10 14.5

9) 재이용 의향

○ 재이용 의향을 보면 ‘그렇다’ 이상 긍정적으로 응답한 사람이 88.4%로 높게 나타남. 5점 만점에 4.48점으로 나타남

표 3-21 재이용 의향

구분		빈도	퍼센트	평균	표준편차
의향	그렇지 않다	1	1.4	4.48	0.70
	보통임	5	7.2		
	그렇다	22	31.9		
	매우 그렇다	39	56.5		
	무응답	2	2.9		
합계		69	100.0		

10) 타인 추천의향

○ 타인 추천의향을 보면 ‘그렇다’ 이상 긍정적으로 응답한 사람이 88.4%로 높게 나타남. 5점 만점에 4.43점으로 나타남

표 3-22 타인 추천의향

구분		빈도	퍼센트	평균	표준편차
타인 추천의향	그렇지 않다	1	1.4	4.43	0.70
	보통임	5	7.2		
	그렇다	25	36.2		
	매우 그렇다	36	52.2		
	무응답	2	2.9		
합계		69	100.0		

2.4 실태조사 분석 결과 (수지침)

1) 종사인력

○ 정규과정을 수료한 자의 경우 현재 총 16,404명임. 2007년 수료자의 경우 2,489명인 것으로 조사되었음. 자격수여가 2002년 9월부터 실시하였음

표 3-23 현 종사인력

구분		2003	2004	2005	2006	2007
현 종사인력 총계	License 소지자	5,386	2,235	4,105	2,189	2,489
	정규과정 수료자					
	사회교육원 수료자					

※ 라이선스 소지자는 정규과정을 수료한자 임. (총 인원 : 16,404명)

2) 종사인력 총계에 대한 지역적 분포

○ 종사인력의 지역적 분포는 아래와 같음

표 3-24 지역적 분포

구분		2003	2004	2005	2006	2007
지역구분	서울	1,627	620	1,237	447	473
	경기	880	483	785	340	462
	인천	288	113	183	64	126
	부산	427	133	444	296	363
	대구	266	137	248	193	244
	대전	267	46	100	100	109
	광주	293	43	109	48	34
	울산	132	37	31	39	21
	강원	173	50	81	33	62
	충북	87	29	39	14	1
	충남	103	124	76	53	32
	경북	147	124	256	183	237
	경남	394	109	227	189	98
	전북	166	77	203	136	102
	전남	97	30	35	14	35
	제주	39	80	51	40	90
계		5,386	2,235	4,105	2,189	2,489

3) 인력 활동 실태

- 인력활동 실태를 보면 2003년 4,650명에서 2007년 5,250명으로 계속 증가하고 있는 것으로 조사되었음

표 3-25 인력 활동 실태

구분		2003	2004	2005	2006	2007
	활동 인력	시술소(개원)				
		피고용인력(봉사단체 등)	4,650	4,800	4,950	5,100
		기타				
	비활동 인력					

4) 교육과정 현황 및 인력배출 기준교육

가. 인력배출을 위한 교육과정을 이수할 수 있는 과정 및 교육시간

- ① 서급요법사 기초과정 (임상실기 포함), 교육기관 : 고려수지침학회 (100시간)
 ② 서급요법사 중급과정 (임상실기 포함), 교육기관 : 고려수지침학회 (100시간)
 ③ 수지침사 고급과정 (임상실기 포함), 교육기관 : 고려수지침학회 (140시간)

나. 해당 인력 배출을 위한 자격시험 운영 여부

- ① 있다 (O) ② 없다 ()

다. 자격시험 응시 자격기준

- ① 서급요법사 : 서급요법의 기초과정 수료자(기초과정, 임상실기, 시험대비반과정 이수)
 ② 수지침사 : 서급요법의 기초과정, 중급과정, 고급과정을 이수한자(임상실기, 시험대비반과정 이수)

- ③ 체형관리사 : 수지침사 자격증 소지자로서, 체형관리과정을 수료한자(임상실기, 시험대비반과정 이수)

라. 자격시험 응시자의 합격률

표 3-26 자격시험 응시자의 합격률

구분		2003	2004	2005	2006	2007
자격시험	응시자수	6,109	2,510	4,303	2,350	2,668
	합격자수	5,386	2,235	4,105	2,189	2,489
	합격률(%)	88.2%	89.0%	95.4%	93.1%	93.3%
	배출 인력수	5,386	2,235	4,105	2,189	2,489

마. 보수교육 실시 여부

- ① 있다 (O) ② 없다 ()

바. 보수교육을 위한 교육과정 및 시간

- 수지침사에 대한 중앙회 교육을 제1차년도, 제2차년도, 제3차년도로 구분하여 실시
 - 중앙회 교육 : 년/2회 (16시간)
 - 소속지회 교육 : 월 1회 (2시간)

제1차년도 교육과정	[홍채학과 수지침처방 당뇨병과 수지침처방
제2차년도 교육과정	[수지침 다이어트 비만질환의 서급요법 치방연구
제3차년도 교육과정	[체형관리 및 진태극권 뇌혈관질환의 수지침처방

3) 수지침 이용시 치료 질환

- 수지침 이용시 치료 질환을 보면 관절염이 58.1%로 가장 높았으며, 고혈압이 45.3%, 위장질환이 40.7%, 요통이 38.4% 순으로 나타남

표 3-29 수지침 이용시 치료 질환

구분	빈도	퍼센트
이용시 치료 질환	요통	33
	위장질환	35
	피부병	2
	생식기질환	11
	관절염	50
	비염	2
	두통	14
	고혈압	39
		45.3

4) 총 치료 기간

- 총 치료기간을 보면 7~12개월이 45.3%로 가장 높았음. 그 다음 1~6개월이 33.7%로 나타남

표 3-30 총 치료 기간

구분	빈도	퍼센트
총 치료 기간	1~6개월	29
	7~12개월	39
	13~24개월	15
	25개월이상	2
	무응답	1
합계	86	100.0

5) 한달 동안 진료소 방문횟수

- 한달 동안 진료소 방문횟수를 보면 4회 정도가 46.5%로 가장 높았음. 그 다음이 3회로 17.4%로 나타남

표 3-31 한달 동안 진료소 방문횟수

구분	빈도	퍼센트
한달 동안 진료소 방문횟수	1회	2
	2회	7
	3회	15
	4회	40
	5회	11
	무응답	11
합계	86	100.0

6) 치료 만족도

- 치료 만족도를 보면 만족한다고 긍정적으로 응답한 사람이 83.7%로 높게 나타남. 5점 만점에 3.94점으로 만족하는 수준으로 나타남

표 3-32 치료 만족도

구분	빈도	퍼센트	평균	표준편차
치료 만족도	보통임	10	11.6	3.94
	만족하는 편임	67	77.9	
	매우 만족함	5	5.8	
	무응답	4	4.7	
합계	86	100.0		0.43

7) 만족하는 이유

- 만족한다고 긍정적인 답변을 한 응답자를 중심으로 만족 이유를 질문한 결과 '치료효과가 높다'라고 응답한 사람이 73.3%로 가장 높았음. 그 다음으로 '지리적으로 이용하기 편리하다'와 '치료기간이 짧다'라는 의견을 보였음

표 3-33 만족하는 이유

구분		빈도	퍼센트
이유	치료효과가 높음	63	73.3
	치료기간이 짧음	3	3.5
	지리적으로 이용하기 편리함	14	16.3

8) 재이용 의향

○ 재이용 의향을 보면 ‘그렇다’ 이상 긍정적으로 응답한 사람이 90.7%로 높게 나타난.
5점 만점에 4.05점으로 나타남

표 3-34 재이용 의향

구분		빈도	퍼센트	평균	표준편차
재이용 의향	보통임	8	9.3	4.05	0.48
	그렇다	66	76.7		
	매우 그렇다	12	14.0		
합계		86	100.0		

9) 타인 추천의향

○ 타인 추천의향을 보면 ‘그렇다’ 이상 긍정적으로 응답한 사람이 91.9%로 높게 나타남.
5점 만점에 4.06점으로 나타남

표 3-35 타인 추천의향

구분		빈도	퍼센트	평균	표준편차
타인 추천의향	보통임	7	8.1	4.06	0.47
	그렇다	67	77.9		
	매우 그렇다	12	14.0		
합계		86	100.0		

2.6 소결 및 종합

○ 침구(Acupuncture) 운영실태 및 제도에 대한 국가간 비교를 종합하면 다음과 같음

표 3-36 침구에 대한 국가간 비교

구분	미국	일본	한국
행위주체자	· 침구사(Licensed Acupuncturist)	· 의사면허소지자 · 침구사 면허자	· 침구 자격소지자 · 민간자격 소지자
행위장소	· 침구 Clinic	· 시술소	· 시술소, 봉사실
자격관리	· 연방정부가 아닌 각주에서 면허교부 · NCCAOM(National Certification Commission for Acupuncture & Oriental Medicine) ¹⁾ 에서 자격증 부여 · 캘리포니아의 경우 면허소지자 수 : 11,000명 정도	· (재)동양요법연수시험제 단에서 관리(1993년 제1회 시험 실시) · 2005년 침사 합격률(79.5%), 구사 합격률(79.2%) · 2004년 현재 면허등록자수의 경우 침사(123,740명), 구사(122,612명)	· 한국침술연합, 정통침뜸교육원 등에서 교육과정 이수후 자격증 시험 통과자에게 권한 부여 · 뜸요법사 자격 소지자의 경우 2007년 현재 1,394명 정도. 수료자는 총 3,674명
교육제도	· 대학/대학원 정규과정 有 · 47개의 승인된 동양의학 침술학교가 有 · 교육과정 ²⁾ · 침술사는 4년마다 60시간의 교육이수하여야 인증서 갱신이 가능	· 후생노동대신이 인정한 침구학교 · 정상인학교의 침사, 구사 수험자격이 취득될 수 있는 과정의 입학정원은 약 6,100명 · 총 2,800시간 이수	· 한국침술연합 · 정통침뜸교육원 · 대학교 사회교육원 · 총 402시간으로 기본교육과정 및 회원교육과정으로 구분 · 보수교육 실시하고 있음
보험적용	· 침술에 대한 CPT(Current Procedural Terminology) 코드 부여함으로써 보험청구 가능	· 침구치료는 대부분 의료보험이 아닌 자유진료에 의해 행해짐 · 1회 시술비 : 2,500~6,000엔 정도 · 의료보험제대상 요양비라는 분류에 의거 지급, 연간 100억엔 정도	· 자격소지자의 경우 진료가능. 그 외 민간자격소지자의 경우 보상이 안되고 있음
관련법	· 각 주법	· 유도정복사법	· 의료법

- 1) 이 단체는 국가적으로 인정한 자격과 교육에 근거한 국가의 인증 과정을 발전시키고 관리하기 위해 설립되었음. 시험을 주관하며 면허, 시술, 조정관결, 직업 규제 결정에 관한 사항도 관리함
- 2) 미국 캘리포니아주의 학습프로그램은 매우 다양함. 660시간의 임상훈련을 포함한 1,905시간의 기초과정에서 900시간의 임상훈련을 포함한 3,000시간의 기초과정이 있음

3. 카이로프랙틱

3.1 카이로프랙틱(Chiropractic)의 정의

- 카이로프랙틱(Chiropractic)이라는 말은 그리스 말에서 파생된 단어로 ‘손’을 뜻하는 ‘카이로(chiro-)’와 치료를 뜻하는 ‘프락토스(practice)’라는 말의 합성어
 - 즉, 약과 수술에 의존하지 않고 의사의 손으로 여러 가지 질환을 치료한다는 의미임
 - 카이로프랙틱 의사(Doctor of Chiropractic)는 “척추신경의사”로 척추 진료면허를 받은 의료인임. 외국의 경우 일반대학 졸업후 약 4년간 4,500시간 이상의 수업을 카이로프랙틱 의학전문 대학원에서 받아야 함
- 카이로프랙틱은 척추를 비롯한 뼈, 관절, 근육의 미세한 변화를 약물이나 수술요법을 사용하지 않고 인체를 한부분이 아닌 전체에 초점을 두어 복합적으로 다루는 학문으로서 손을 이용한 교정치료(adjustment), 수기치료(manipulation), 근육치료, 물리치료, 운동치료, 자세교육, 식이요법, 건강증진 교육 등을 통하여 뇌, 기관, 세포간 신경의 원활한 흐름으로 척추신경 기능을 회복시켜 신체의 정상적 기능과 건강을 되찾게 하는 의학임
- WHO의 정의
 - 신경근육 골격체계의 장애와 이러한 장애가 전체건강에 미치는 영향의 진단, 처치 및 예방에 관심을 두는 의료전문직임. 특히 척추변위에 역점을 두며, 관절의 조정 및/또는 수기치료를 포함한 수기요법을 강조함
- 카이로프랙틱은 고유의 보건철학, 교육과정, 환자를 검진하고 진단 및 치료할 수 있다는 면에서 다른 수기치료 의학과의 차별성이 있음

3.2 카이로프랙틱의 역사

- 카이로프랙틱은 1895년 미국의 D. D. Palmer에 의하여 의학적 체계를 갖추게 됨
 - 1896년 최초의 카이로프랙틱 교육기관인 The Palmer School of Chiropractic 설립
 - 1913년 미국 캔사스주에서 처음으로 카이로프랙틱 면허와 진료를 인정(1974년 루이지애나주에서 마지막으로 인정)
 - 1923년 캐나다의 알버타주에서 처음으로 카이로프랙틱 면허인정(1992년 뉴펀들랜드주에서 마지막으로 인정)
 - 1933년 미국 카이로프랙틱 주 고시협의회 설립(The US Council of State Chiropractic Examining Boards)(1974년 카이로프랙틱 면허연맹으로 개명)
 - 1939년 북미 이외에 최초로 스위스에서 카이로프랙틱 면허제 채택
 - 1974년 미국 연방정부가 카이로프랙틱 교육협의회를 카이로프랙틱 교육기관에 대한 인가단체로 인정
 - 1988년 세계 카이로프랙틱 연맹설립(1997년 비정부기관으로서 세계보건기구와 공식관계로 인정)
 - 2005년 세계보건기구에서 모든 회원국에 카이로프랙틱 안전성과 기본교육과정에 대하여 카이로프랙틱 치료의 규정 및 안전에 관한 교육 표준화를 권고하는 지침서 발행
- 우리나라는 1986년에 미국 조지아 주의 라이프 카이로프랙틱 의과 대학원의 카이로프랙틱 클리닉이 대구 대학교내에 개설이 되었음. 라이프 의과대학원에서 파견된 카이로프랙틱 의료진이 대구 지역의 카이로프랙틱 환자를 진료하였으며, 이때부터 한국에 카이로프랙틱 의학이 알려지게 되었음
- 국제적으로 공인된 카이로프랙틱 의사면허를 소지하고 국내에서 카이로프랙틱 진료가 처음 시작된 것은 1988년임
- 미국의 팔머 및 라이프 카이로프랙틱 전문대학원의 “국제 장학생 프로그램”에 10명의 한국 유학생이 선발되었으며, 이들이 공부를 마친 후 80년대 말부터 국내에 귀국하였음
 - 이후 정부의 유학자율화로 카이로프랙틱을 공부하는 유학생들이 점차 늘어나 현

- 제는 약 천명 이상이 해외로 나가 공부하고 있음
- 국내에서는 한서 대학교 대학원에서 1997년부터 호주 왕립대학교(RMIT) 카이로프랙틱 의과대학원 교과과정으로 카이로프랙틱 의사를 양성하고 있음
- 현재 우리나라에서는 카이로프랙틱을 의료법상 의료행위나 유사의료행위로 간주하고 있지 않음
- 카이로프랙틱은 최근에 새롭게 등장하는 의료체계이므로 현행 우리나라의 의료법 상으로는 시술이 불가능함. 따라서 현재는 의학이 아닌 기존 의학에 속하는 하나의 치료법으로 간주하여 새로운 이름을 붙여서 허가를 내주게 되었음
- 추나(推拿)⁴⁾ ; 1993년 유권해석으로 한방에 허가
 - 바이오 메카닉(혹은 복원의학) ; 1997년 유권해석으로 일반의사에 허가

3.3 카이로프랙틱과 일반의학의 차이

- 카이로프랙틱과 일반의학과 다른점은 거의 없음. 환자를 검진하여 진단하는 방법은 동일하나, 치료수단에 있어서 약물과 수술요법 대신에 식이요법과 수기요법을 사용하는 차이가 있음

4) 추나(推拿)와는 다른 개념으로서 주의를 요함. 추나(推拿)는 중국의 전통 한방의료의 하나로 근육에 주안점을 두어 시술자의 손가락, 손바닥, 팔꿈치, 발을 이용하여 기혈흐름을 원활히 하는 수기요법임. 즉 중의학이라는 이론체계 아래 치료방법으로 침, 한약처럼 하나의 수기치료법으로서 카이로프랙틱처럼 신경의 흐름을 원활히 하기 위한 개념과는 의학적 근거가 다름

표 3-37 일반의학과 카이로프랙틱의 차이

구분	일반의학(medicine)	카이로프랙틱(chiropractic)
배경	외부로부터 들어온 병원체에 의해서 생긴다고 보는 병인론	병원체에 대한 인체의 면역기능 저하로 인하여 병이 발생한다고 보는 자연의학
치료법	질병에 걸려있는 장기를 제거하거나 대치하고 약물을 투여	자연치료를 이용하여 대응
치료법의 예	약물 및 수술	수기치료, 식이요법, 영양요법, 건강증진교육 등
장점	세균과 바이러스의 병리학적 질환에 효과적	근육과 골격신경의 기능성 질환에 효과적
역사	1차대전 이후 병리학적 질환에 우수성이 인정되면서 세계화	산업화에서 나타난 근골격계 질환에 대하여 70년대 이후 확산

○카이로프랙틱 적용질환

- 요통
- 경추와 흉부의 통증
- 두통, 생리통
- 면역성 질환
- 근막염, 건초염, 손목통증, 무릎통증 등
- 각종 관절염 및 관절통
- 오형다리, 자세불균형 신경성 장애
- 오십견, 팔·다리 저림증, 척추변위가 원인이 되어 신경이상에서 오는 내장기관 이상증
- 각종 운동상해 예방 및 치료운동 및 영양처방
- 신경에너지의 기능감소로 인한 장부질환

3.4 카이로프랙틱 교육과정

1) WHO의 카이로프랙틱 교육과정

○국제 카이로프랙틱 교육위원회(CCEI)⁵⁾를 통하여 최소한의 교육표준이 정해져 있음. WHO 지침서는 교육에 대하여 두가지 즉, 한 나라에서 최초로 카이로프랙틱 교육이 시행될 때, 국제 카이로프랙틱 교육 위원회 표준에 의거한 전체적인 교육과 다른 의료인에 대한 제한적인 교육으로 나누어 제시하고 있음

- WHO지침서에 의하면 일반의사는 1,000시간의 임상실습과정을 포함한 최소한 2,100시간의 교육과정을 이수하여야 안전하고 효율적인 카이로프랙틱 진료를 할 수 있고, 카이로프랙틱 의사로 인정될 수 있다고 권고하고 있음

○WHO의 카이로프랙틱 교육과정 지침에서는 크게 두 가지 범주로 나누어서 교육과정을 제시하고 있음

- 범주 I. 정식 카이로프랙틱 교육
 - 범주 I(A): 이전에 의학관련 교육을 전혀 받지 않았거나 경험이 없는 학생을 대상으로 함
 - 범주 I(B): 의사 또는 기타 해당되는 의료종사자들이 카이로프랙틱 의사로서 공인 받은 자격을 취득하기 위하여 필요한 보충교육으로 활용

5) 각 대륙별로 카이로프랙틱 교육위원회가 설립되자 2001년 7월 벨기에에서 각 지역의 카이로프랙틱 교육위원회 대표자들이 모여 국제 카이로프랙틱 교육위원회를 설립함. 카이로프랙틱 의과대학의 인가, 학생수, 교육의 질, 수강과목, 학제 등에 관하여 각 지역의 교육기관이 권한을 가지고 있으며, 국제 카이로프랙틱 교육위원회는 각 지역의 교육위원회가 역할을 다하도록 장려하는 기관임

표 3-38 범주 I(A)의 전형적인 2학기 기준 카이로프랙틱 교육과정

분야	1학년(시간수)	2학년(시간수)	3학년(시간수)	4학년(시간수)
생물학분야	(180) 미세해부학(140) 신경해부학(72) 신경학1(32) 인체생화학(112) 인체생리학(36)	병리학(174) 임상병리진단학(40) 미생물학과실험(100) 신경학2(85) 영양학(60) 면역학(15)	임상병리진단학(32) 독극물학(12)	임상영양학(26) 공중보건(40)
임상과학	정상 방사선험부학(16) 방사선학 기초(44)	진단학입문(85) 골격병리학입문(48) 정상 방사선학(40)	정형학,류마티스학(90) 신경진단학(40) 진단학과 증세학(120) 감별진단학(30) 방사선촬영술(40) 진단학(부상,관절염)(48)	임상심리학(46) 응급의학(52) 소아과학(20) 부인과(20) 노인과학(20) 장기방사선학(40)
카이로프랙틱	카이로프랙틱원리1(56) 기본생체역학(96) 카이로프랙틱치료1(100)	카이로프랙틱원리2(60) 카이로프랙틱치료2(145) 척추역학(40)	카이로프랙틱원리3(42) 임상생역학(100) 카이로프랙틱치료3(145) 사지치료기술2(60) 관련법과 개업기초(16)	종합카이로프랙틱치료기술(90) 관련법과 개업(50)
임상교육	치료견학1(30)	치료견학2(70)	치료견학3(400)	병원실습(750) 부가적치료법(30) 임상실험(20) 임상방사선촬영학(70) 방사선진단/설명(70) 치료견학4(30)
연구			연구방법론(32)	종합적인 연구수행
계	914	962	1,207	1,382
4년간 총계 : 4,465+연구시간				

표 3-39 범주 II(B)의 카이로프랙틱 교육과정

분야	1학년(시간수)	2학년(시간수)	3학년(시간수)
생물학분야	(45) 임상병리진단학(30) 병리학(60) 생리학(45)	병리학(120)	임상영양학(45)
임상과학	방사선학(90) 신경-근골격계진단학(30)	방사선학(90) 신경학(45) 신체검사학(30) 신경근골격계 진단학(30)	소아과학(45) 노인과학(30)
카이로프랙틱	카이로프랙틱 역사(30) 카이로프랙틱원리와철학(20) 척추생리학(60) 동적정적척주축진학(30) 카이로프랙틱치료(180)	카이로프랙틱원리와철학(20) 동적정적척주축진학(60) 카이로프랙틱치료(120)	카이로프랙틱원리와철학(20) 카이로프랙틱 치료(60)
임상교육	교수입회 임상실습(120)	교수입회 임상실습(225)	교수입회 임상실습(500)
연구			연구(25)
계	740	740	725
3년간 총계 : 2,205			

- 범주 II. 제한적 카이로프랙틱 교육

- 현재 카이로프랙틱에 적용되는 법령이 없는 경우, 카이로프랙틱을 도입하는 국가 또는 지역에서 의사 및 기타 해당되는 의료종사자들을 위한 제한적인 교육용 교육과정임
- 이 과정은 완전한 자격취득으로 연결되지 않으며, 카이로프랙틱에 관한 규정을 제정하기 위한 임시조치 또는 전반적인 카이로프랙틱 교육과정을 개발하는 과정의 초기단계로 실시해야 한다고 명시하고 있음. 따라서 이러한 교육과정은 가능한 빨리 적절한 정식 교육과정으로 대체해야 한다고 명시되어 있음

표 3-40 제한적(전환) 교육과정의 예

분야	1학년(시간수)	2학년(시간수)	3학년(시간수)
생물학분야	척주해부학(45) 병리학(60) 생리학(45)	병리학(60)	임상영양학(30)
임상과학	방사선 진단학(45) 신경학(45) 신경-근골격계 진단학(30)	방사선 진단학(45) 신경학(45) 신체검사학(30) 신경-근골격계 진단학(30)	소아과학(45) 노인과학(30)
카이로프랙틱	카이로프랙틱의 역사(30) 카이로프랙틱 원리와 철학(20) 척주 생리학(60) 동적 정적 척주 축진학(30) 카이로프랙틱 치료(90)	카이로프랙틱 원리와 철학(20) 동적 정적 척주 축진학(60) 카이로프랙틱 치료(90)	카이로프랙틱 원리와 철학(20) 카이로프랙틱 치료(60)
임상교육	교수 입회 임상실습(100)	교수 입회 임상실습(220)	교수입회 임상실습(420)
연구			연구(25)
계	600	600	605
3년간 총계 : 1,805			

○의학 또는 기타 의료에 관한 전문교육 기 이수자들이 “제한적” 카이로프랙틱교육 이수자격을 취득하기 위한 전환교육(표)은 시간제 교육이수가 가능하도록 편리하게 구성하여, 비록 완전한 자격을 취득하게 되지는 않더라도 적어도 모든 최소한의 요건을 충족하도록 교육하여야 하는 과정임

표 3-41 제한적(표준화) 교육과정의 예

분야	1학년	DL	IR	CP	2학년	DL	IR	CP	3학년	DL	IR	CP
생물학 분야	생화학 생리학 병리학 공중보건 임상영양학	56 56 70 56 56	24 4 4 12 4 4		임상병리 진단학	42	8					
임상 과학					신체진단학 정형진단학 방사선학 임상진단학	56 56 56 56	14 14 16 9		머리/목 척추치료 흉부/요부 척추 및 골반치료 둔부/무릎 /발목/발 치료 어깨/팔꿈 치/손목/ 손치료 특수치료	70 70 70 70	20 20 20 24	
카이로 프랙틱	생리학 카이로프랙 틱원리	56 42	16 3		환자관리 절차	42	18		문서정리, 기록과 품질보증	42	16	
임상 교육				400				400				400
연구	컴퓨터기술 워크샵			6	연구방법론 응급치료	50 28	24					
계		448	71	406		486	103	400		378	100	400
3	총계 : 2,790				DL=원격학습(독학에 의한 학습) IR=교실강의(강의 및 토론) CP=임상실습(교수의 지도하에)							

○위 표에 있는 교육과정의 내용 및 기간은 신청자들이 이전에 받은 교육과 가진 전문지식에 따라 다를 수 있음. 이 교육과정을 마치면, 학생들은 시간제 교육을 통하여 카이로프랙틱의 1단계 학사수준 교육과정의 요건을 충족하게 되며 기초수준인

경우 안전한 카이로프랙틱 치료를 제공하는데 필요한 지식과 기술을 취득하게 됨

2) 미국의 카이로프랙틱 교육과정의 예

- 카이로프랙틱 의과대학은 4년 과정으로 총 4,800시간으로 구성됨. 카이로프랙틱 의대를 마친 후 3년의 전문의 과정을 이수하면 전문의 자격을 취득
 - 전문의는 신경, 임상영양, 소아, 정형, 재활, 스포츠의학, 방사선이 있음
- 카이로프랙틱 의대 교육과정에서 강조되는 분야는 다음과 같음
 - 교정 치료법/척추분석법(평균 555시간: 임상과정의 23%)
 - 카이로프랙틱 의학 원리와 실습(평균 245시간 또는 10%)
 - 물리치료(평균 120시간 또는 5%)
 - 생체역학(평균 65시간 또는 3%)

표 3-42 16개 카이로프랙틱 의과대학의 평균 강의수업, 실험실습, 임상실습시간 수

	카이로프랙틱 의과대학		
	총계	기초과학	임상과학
강의시간	2,675	1,020	1,655
실험시간	1,115	400	715
임상실습	1,010		1,010
총계	4,800	1,420	3,380

- 카이로프랙틱 의대나 일반의대의 교과과정은 기초과학 교육과 임상과학 교육으로 나누어져 있음
 - 기초과학 교육의 총 수업시간은 1,420시간으로 전 과정의 30%를 차지
 - 기초과학 교육은 해부학 570시간(모든 기초과학 과정의 40%), 생리학 350시간(21%), 병리학 205시간(14%), 생화학 150시간(11%), 미생물학 120시간(8%), 공중보건학 70시간(5%)로 이루어져 있음

표 3-43 16개 카이로프랙틱 의과대학에서 교육하는 구체적임 임상과목의 평균 수업시간 수(강의 및 실습포함)

임상과목	시간	전체에서 차지하는 비중(%)
/척추분석법	555	22
이학적/임상적/혈액화학적진단	410	17
방사선학	305	12
카이로프랙틱 의학원리	245	10
정형의학	135	6
물리치료학	120	5
영양학	90	4
병원운영/의사윤리	65	3
생체역학	65	3
산학/부인학	55	2
심리학	55	2
연구방법	50	2
임상소아/노인학	50	2
응급치료학	45	2
피부학	30	1
이비인후학	25	1
기타	160	7
임상교육 총 수업시간	2,460	100

표 3-44 일반의대와 카이로프랙틱 의대간의 전체적인 교과과정 비교

	카이로프랙틱 의대		일반의대	
	평균시간	비율(%)	평균시간	비율(%)
총 강의시간	4,822	100	4,667	100
기초과학	1,416	29	1,200	26
임상과학	3,406	71	3,467	74
카이로프랙틱 과학	1,975	41	0	0
임상실습	1,405	29	3,467	74

표 3-45 카이로프랙틱 의대와 일반의대의 기초과학 교육시간 비교

	카이로프랙틱 의대		일반의대	
	시간	비율(%)	시간	비율(%)
해부학	570	40	368	31
생화학	150	11	120	10
미생물학	120	8	120	10
공중보건학	70	5	289	24
생리학	305	21	142	12
병리학	205	14	162	14
총계	1,420	100	1,200	100

3) 한국의 카이로프랙틱 교육과정

- 한국에서 현재 공식적으로 카이로프랙틱 교과 과정을 갖추고 있는 학교는 한서대 학교가 유일하며, 대학원과정(건강증진대학원)의 수안재활복지학과(department of chiropractic)에서 카이로프랙틱 교육과정을 진행하고 있음
- 수안재활의학과의 교육과정은 총 5,118시간의 8학기로 구성되어 있음

○ 교육과정은 외국의 표준교육과정과 동일하게 기본과학, 임상과학, 임상실습으로 구성되어 있음

- 기본과학 과정은 해부학, 생리학, 병리학 등으로 구성되어 있으며, 임상과학의 기본도대 배양을 위해 처음 2년의 교과과정에 포함되어 있음
- 임상과학 과목들은 영양학, 진단학, 화상진단학, 카이로프랙틱 원리와 실습, 카이로프랙틱 테크닉, 물리치료학 등의 과정으로 구성되어 있음
- 임상실습은 1학기부터 5학기까지의 과목을 이수하고, 필기시험 및 임상실습과정을 모두 완료한 후 받게되는 교과과정임

○ 현재 한서대학교에서 개설되고 있는 카이로프랙틱 교육과정은 다음의 표와 같음

표 3-46 기초과학 (1,404 시간)

해부학	594
	90
기능척추해부학 1	126
장기해부학 1	108
두경부해부학 2	108
사지기능해부학 2	126
발생해부학 1 & 2	36
생리학	216
생리학 1	54
생리학 2	108
생리독성약리학 3	54
생화학	90
신경학	180
신경과학 1	72
신경과학 2	108
병리학	162
병리학 1	54
병리조직학 2	108
미생물학 & 공중보건학	162
미생물학	108
공중보건학	54

표 3-47 임상 과학 (2,574 시간)

카이로프랙틱 원리와 실습	216	카이로프랙틱 테크닉	630
역사/철학	36	촉진법 1	72
의사소통학	36	촉진법 2	90
윤리	36	연조직	72
부분탈구 복합체	36	요추/골반	72
연구방법론/통계학	36	흉추/경추	108
사지	36	사지	108
방사선학	432	척추/사지	108
정상 구조 1	54	진단학	522
정상 구조 2	54	병력진단학 1	54
병리 구조	72	정형신경검사진단학 2	108
관절과 상해진단	72	이학검사진단학 3	72
흉곽	54	정형신경진단학 4	108
방사선 물리학	90	임상병리진단학	54
화상종합진단학	36	임상피부부인노인진단학	72
연구 방법론	54	모자보건진단학	54
카이로논문 1, 2, 3	54	영양학	72
물리치료학	126	임상영양학 1	36
물리치료학 1	72	임상영양학 2	36
재활물리치료학	54	응급처치학	54
감별 진단학	288	병원 경영	72
감별이비인후과진단학 1	36	병원보험사무관리절차	36
감별진단복강내과학 2	108	개업실습	36
감별진단신경근골격학 3	108	카이로프랙틱 관리	108
정신진단학	36	사례진단/관리/테크닉복습/평가	108

표 3-48 임상실습 (1,140 시간)

1	90
카이로임상실습 2	450
카이로임상실습 3	450
카이로임상실습 4	150

○대한카이로프랙틱협회의 자료에 의하면 카이로프랙틱 의료인의 적정비율은 인구 만 명당 1명이므로 국내의 경우 5,000명의 카이로프랙틱 의사가 필요하며, 카이로프랙틱 의대의 경우 인구 2,000~2,500만 명당 1 곳이므로 국내의 인구를 기준으로 볼 때 2개의 카이로프랙틱 의대가 필요한 것으로 추정하고 있음

- 2개의 의대가 설립될 경우 매년 100명 이상의 카이로프랙틱 의사가 배출될 것으로 예상하고 있음

표 3-49 카이로프랙틱 의료인력 예상

한국의 적정 카이로프랙틱 의사수	적정 카이로프랙틱 의대	연간 배출 인력수
5,000	2	80~100

자료 : 대한카이로프랙틱 협회

3.5 카이로프랙틱 인력현황

1) 카이로프랙틱 인정국가

○카이로프랙틱 의사가 국가 보건당국에 의해 인정되는 국가들은 아래의 표와 같음

표 3-50 카이로프랙틱 인정국

아프리카	아시아	동부 지중해	유럽	남미	북미	오세아니아
보츠와나 ¹ 에티오피아 ¹ 케냐 ² 레소토 ¹ 모리셔스 ² 나미비아 ¹ 나이지리아 ¹ 남아공화국 ¹ 스와질란드 ¹ 짐바브웨 ¹	홍콩 ¹ 일본 ² 말레이시아 ² 필리핀 ² 싱가포르 ² 태국 ³	사이프러스 ¹ 이집트 ² 그리스 ² 이란 ¹ 이스라엘 ² 요르단 ² 레바논 ² 리비아 ² 모로코 ² 카타르 ² 사우디아라비아 ¹ 터키 ² UAE ²	벨기에 ¹ 크로아티아 ² 덴마크 ¹ 영국 ¹ 핀란드 ¹ 프랑스 ¹ 독일 ² 헝가리 ² 아이슬란드 ¹ 아일랜드 ² 이탈리아 ³ 리히텐슈타인 ¹ 네덜란드 ² 노르웨이 ¹ 포르투갈 ³ 러시아 ² 슬로바키아 ² 스웨덴 ¹ 스위스 ¹	아르헨티나 ² 브라질 ² 칠레 ² 콜롬비아 ² 에콰도르 ² 과테말라 ² 온두라스 ² 멕시코 ¹ 파나마 ¹ 페루 ² 베네수엘라 ²	바하마 ² 발바도즈 ¹ 벨리즈 ² 버뮤다 ² 영국령 버진군도 ² 캐나다 ¹ 케이만군도 ² 자메이카 ² 리워드군도 ¹ 푸에르토리코 ¹ 트리니다드 토바고 ² 미국령 미국 ¹ 미국령 버진군도 ²	호주 ¹ 피지 ² 캄 ¹ 뉴칼레도니아 ² 뉴질랜드 ¹ 파푸아뉴기니 ²

1: 관련 법규에 의해 인정됨

2: 일반 법규에 의해 인정됨

3: 사실상 인정됨

2) 한국의 카이로프랙틱 인력현황

○현재 우리나라에서는 아직까지 카이로프랙틱을 제도적으로 인정하지 않고 있기 때문에 정확한 인력의 현황이 파악되지 못한 상황임. 따라서 본 연구에서는 대한

카이로프랙틱 협회⁶⁾의 도움을 얻어 국내 카이로프랙틱 의료인력의 현황을 파악하였음

- 우리나라 카이로프랙틱 의사는 미국이나 호주의 카이로프랙틱 의대를 졸업하고 해당 국가의 카이로프랙틱 의사면허를 취득한 의료인임⁷⁾

○아래의 표는 연도별로 외국의 공인 카이로프랙틱 의사면허를 취득한 인력의 추이를 보여주고 있음

- 카이로프랙틱 면허 취득자의 수는 80년대 말 이후부터 지속적으로 증가하여 2000~2002년에 최고조에 달하였으나, 2003년부터는 그 수가 급격히 감소한 것을 확인할 수 있음
- 이처럼 카이로프랙틱 면허 취득자수가 급격하게 감소하게 된 까닭은 국내에서 진료를 실시하던 카이로프랙틱 의사가 단속에 적발되어 처벌되는 등 카이로프랙틱 진료가 제도권에 편입되지 못한 것이 그 이유로 지적되고 있음
- 특히 이중면허 소지자의 경우는 2003년 이후로는 단 한명도 배출되지 못하고 있음

표 3-51 카이로프랙틱 의료인력의 면허취득 현황

(단위 : 명)

구분		1989 이전	1990~19 94	1995~1999	2000~2002	2003	2004	2005	2006	2007
총계	순수 카이로프랙틱 닥터(DC)	2	1	16	46	2		1	2	2
	이중면허 소지자*	1		19	16		1			

* : 이중면허 소지자는 기존의 의사 혹은 한의사가 카이로프랙틱 의대에 편입학하여 교육과정을 이수하고 국가고시에 합격하여 면허를 받은 인력을 의미함. WHO에서는 의료인이 카이로프랙틱 대학원에서 2,100시간(3년이상) 교육 이수한 경우를 명시하고 있음

○카이로프랙틱 의사인력 배출 현황 역시 면허취득 현황과 같이 1995년에서 2002년까지 큰 증가를 보였으나, 2003년 이후 급격하게 감소하여 매년 1~2명 정도만이 면

6) 대한카이로프랙틱협회는 정식 카이로프랙틱 과정을 이수하고 미국 혹은 호주 등의 국가에서 국가공인 면허를 발급받은 카이로프랙틱 의사들로 구성된 단체임. 협회의 설립은 1993년이며 세계 카이로프랙틱 연맹에 1997년 가입되었음

7) 국내의 사회교육원 및 평생교육원 등에서 교육과정으로 개설된 카이로프랙틱 과정 수료자들은 정식 면허취득자가 아니므로, 이들의 구별에 주의할 필요가 있음

허를 취득하고 있음

- 아래의 표에서 카이로프랙틱 국가고시 합격자수는 미국 등에서 카이로프랙틱 의사 면허 국가고시에 합격한 사람수를 의미하며, 카이로프랙틱 면허 취득자 수는 최종적으로 면허를 받은 사람수를 의미함
- 미국의 경우 국가고시를 중앙정부에서 시행하며, 그 이후 합격자가 클리닉을 개설할 지역의 지방정부로부터 면허를 발급받게 됨. 따라서 국가고시에 합격한 후 국내에서의 클리닉 개설을 위해 지방정부로부터 면허를 받지 않고 국내에 귀국한 인력으로 인해, 국가고시 합격자수와 면허 취득자수의 차이가 발생하게 됨
- 최근에는 국내에 귀국한다 하더라도 지방정부로부터 면허를 발급받은 후에 귀국하므로 국가고시 합격자수와 면허 취득자수가 일치하게 됨

○그 외에 국내에서 일반적인 카이로프랙틱 교육과정을 수료한 인력은 2007년 현재 약 2,459명에 이르고 있음⁸⁾

- 이중에서 84.6%에 이르는 2,080명이 사회교육원에서 수료한 인력이며, 나머지 인력은 일반 카이로프랙틱 교육과정을 수료한 인력으로 파악됨

표 3-52 카이로프랙틱 의료인력 배출현황

(단위 : 명)

구분		1989 이전	1990~1994	1995~1999	2000~2002	2003	2004	2005	2006	2007
배출 인력	의대 졸업 인력수	3	1	37	58	3	1	1	2	2
	카이로프랙틱 의사 국가고시 합격자	3	1	37	58	3	1	1	2	2
	카이로프랙틱 면허 취득자수	1	1	33	58	3	1	1	2	2
	취득률(%)*	33	100	89	100	100	100	100	100	100

* : 취득률은 의대졸업인력 대비 면허 취득자 비율임

8) 국내의 카이로프랙틱 수료과정에는 고려대 사회교육원(약 150시간), 경희대 및 기타 대학의 특수대학원(약 50~100)시간 등의 과정이 있으며, 이후 임상수련 시간(약 900시간)이 추가됨. 이러한 수료인력은 한서대학교나 혹은 미국의 정규 의사 면허과정과는 다른 일반 교육과정이므로, 구별에 주의를 요함.

- 현재 국내에서 활동하는 정식 카이로프랙틱 의사들의 수는 2007년 현재 110명 정도이며, 최근으로 올수록 증가세가 감소하고 있음
- 국내로 귀국하여 활동하는 카이로프랙틱 의사들의 지역적 현황을 살펴보면 면허 취득 추이와 마찬가지로 1995~2002년까지가 가장 활발하게 국내로 귀국하여 활동하였음을 확인할 수 있음
- 전체적으로는 서울지역에 인력이 집중되어 있었으나, 1995~2002년 사이에는 지방에도 어느정도의 인력이 활동한 것으로 파악되었음
 - 2003년 이후에는 제도적인 불인정과 단속 등을 피해 국내에서 활동하던 인력이 진료를 포기하거나 외국으로 건너가는 경우가 많아 국내에 귀국한 인력이 거의 없는 것으로 조사되었음
- 국내에서 카이로프랙틱 과정을 수료한 사람들의 총 활동인력은 977명으로 카이로프랙틱 의사면허 소지자의 무려 9배에 이름
- 수료자들의 활동지역은 전국적으로 분포되어 있기는 하지만, 서울과 경기지역에 전체 인력의 약 48.4%가 집중되어 있음

표 3-53 지역별 카이로프랙틱 의료인력 종사현황

(단위 : 명)

구분		1989 이전	1990~ 1994	1995~ 1999	2000 ~2002	2003	2004	2005	2006	2007	비고*
구분	서울	3(1)	1	21(12)	48(9)	1		1	2	1	260
	경기			4(1)	2		1(1)			1	213
	인천										60
	부산		1		2(2)				1		44
	대구										8
	대전			2(1)	3(1)					1	84
	광주										44
	울산										1
	강원			2(2)	2(2)						69
	충북										10
	충남			1(1)	2	1					31
	경북										16
	경남			2	1						72
	전북			2(2)						1	20
	전남										42
	제주				1						3
	총계	3	2	34	60	2	1	1	3	4	977
	누계	3	5	39	99	101	102	103	106	110	-

주: 괄호안은 총 카이로프랙틱 의사중에서 이중면허 소지자의 수임

주* : 비교의 인력은 국내의 카이로프랙틱 과정 수료자의 수임(면허를 소지한 사람은 포함되지 않은 수치)

- 카이로프랙틱 의사의 활동형태는 대부분이 개원을 하고 있으며, 이중 면허(일반의사와 카이로프랙틱 의사)를 소지한 인력의 경우는 일반병원이나 한의원에서 진료를 하는 인력도 있음

- 현재 국내에서 활동하는 전체 110명의 카이로프랙틱 면허인력 중 약 81%에 해당하는 89명이 개원하여 진료를 하고 있으며, 그 외에 교육 등의 연구활동(64%, 7명)과 일반병원과 한의원에서 활동하고 있는 인력(8.2%, 9명) 등이 있음
- 1995~2002년이 국내에서 개원한 카이로프랙틱 의사들이 가장 활발하게 개원 및 진료를 하던 시기였으며, 2003년 이후 대부분의 카이로프랙틱 의사들이 진료를 포기하거나 귀국을 포기함으로 인해 활동인력의 증가가 거의 없는 상태임
- 그 외에 카이로프랙틱 과정을 수료하고(사회대학원 등) 활동하는 인력의 경우 개원한 인력이 59명, 연구활동이 11명, 병원에서 근무하는 인력이 97명, 기타 977명 정도로 조사됨⁹⁾

표 3-54 카이로프랙틱 면허인력의 활동형태

(단위 : 명)

구분		1989 이전	1990~ 1994	1995~ 1999	2000~ 2002	2003	2004	2005	2006	2007	계
동 형 태	개원 (클리닉 등)	1	2	29	53		1	1	1	1	89 (59*)
	연구 (교육 등)	1		2	2	1				1	7 (11*)
	일반병원, 한의원	1		1	3	1			1	2	9 (97*)
	기타			2	2				1		5 (977*)
	총계	3	2	34	60	2	1	1	3	4	110
	누계	3	5	39	99	101	102	103	106	110	-

주* : 국내의 카이로프랙틱 과정을 수료한 면허(해외)가 없는 인력의 수로서 면허를 소지한 인력수에는 포함되지 않으므로 주의를 요함

9) 카이로프랙틱 의과대학에서 교육을 받고 미국에서 면허를 받은 인력과는 다른 별도의 인력이므로 구분에 주의를 요함

3.6 우리나라의 카이로프랙틱 진료비

- 실태조사를 통해 파악된 카이로프랙틱 의사들이 판단하는 카이로프랙틱 진료의 주요 대상이 되는 질환을 우선 순위대로 나열하면 아래의 표와 같으며, 대부분의 질환이 허리 및 척추와 관련된 질환임
- 주요질환의 진료비는 모든 질환 동일하게 초진료 5만원, 재진료 3만원선으로 이루어지고 있음
- 현재 카이로프랙틱 진료는 제도권 밖에 있으며, 보험의 적용을 받지 못하고 있으므로 현재의 진료비는 일종의 관행수가 개념으로 볼 수 있음

표 3-55 카이로프랙틱 대상 주요질환과 진료비

주요질환	진료비*
① 일반 요통, 경추통	5만원(3만원)
② 디스크 (경추, 요추)	5만원(5만원)
③ 두통	5만원(3만원)
④ 척추 측만증	5만원(5만원)
⑤ 척추 전방 전위증	5만원(3만원)
⑥ 척추 퇴행성 질환	5만원(3만원)
⑦ 오십견	5만원(3만원)
⑧ 사지 관절 아탈구, 염좌	5만원(3만원)
⑨ 각종 내부 기관 장애	5만원(3만원)
⑩ 각종 신경계 장애	5만원(3만원)

* : 진료비의 경우 건당 초진료(재진료)임

3.7 장비 및 시설

1) 관련장비 및 시설기준

- 대한카이로프랙틱 협회의 협조를 통한 실태조사 결과 카이로프랙틱 클리닉을 운영하기 위한 최소한의 클리닉 면적은 약 66㎡(약 20평)이며, 적절한 진료를 위해 다양한 관련장비가 필요한 것으로 나타남
- 아래의 표는 카이로프랙틱 클리닉에서 진료를 위해 필수적으로 보유해야 할 장비와 구입시 진료에 도움이 되는 장비의 목록임
 - 기본장비는 진료를 위해 필수적으로 갖추어야 하는 장비이며, 추가장비는 진료의 질을 높이기 위해 추가적으로 구입을 고려할만한 장비를 의미함

표 3-56 카이로프랙틱 클리닉의 필수장비 및 보완장비

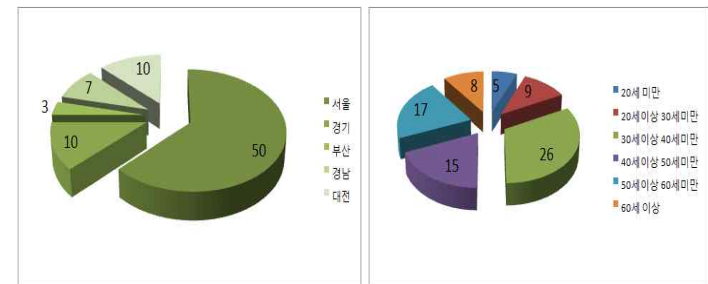
구분	장비명
기본장비	① 각종 카이로프랙틱 테이블
	② 촉진검사 테이블
	③ X-ray 필름 판독대
	④ 혈압계, 체온계, 청진기
	⑤ 환자기록카드
	⑥ 체중계, 신장계
	⑦ 신체검사 도구(검안경, 튜닝포크, 검사용망치, 각도기)
	⑧
	⑨
	⑩
추가장비	① Activator
	② Tytron/체열계
	③ X-ray 촬영기/필름 인화기
	④ Gymnic Ball/ Balance Equipment
	⑤ Ice/Hot pack/ Equipment
	⑥ Ultrasound/Stim/Tens units
	⑦ Vibration Therapy Equipment
	⑧ Traction Therapy Equipment
	⑨ Upper Cervical Table/ Equipment
	⑩ Laser Therapy Equipment

3.8 카이로프랙틱 환자들의 이용도

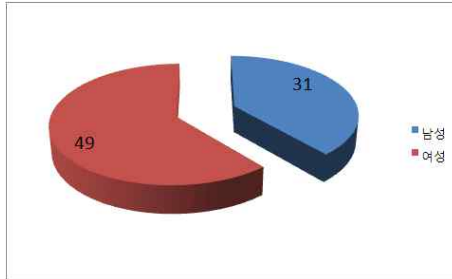
1) 카이로프랙틱 이용조사

- 카이로프랙틱을 이용하는 환자들의 인식, 진료, 만족도 등을 확인하기 위해 실제로 카이로프랙틱 클리닉을 방문하여 진료를 받는 환자들을 대상으로 설문조사를 실시하였음. 전체 설문응답자 수는 80명이었으며, 각 지역별 카이로프랙틱 클리닉의 협조를 얻어 조사를 실시하였음¹⁰⁾
 - 전체 설문문의 내용은 카이로프랙틱에 대한 인식, 카이로프랙틱 진료, 진료의 만족도에 대한 영역으로 구성되었음
- 지역별 응답자 분포는 서울 50명, 경기 10명, 대전 10명, 경남 7명, 부산 3명이었으며, 각 연령별·성별로 고르게 분포되었음
 - 응답자의 연령별 분포는 30대가 가장 많았으며(26명), 50대(17명), 40대(15명)의 순이었고, 20세 미만의 응답자도 5명이나 되었음
 - 성별로는 여성이 49명으로 31명의 남성보다 많았음

그림 3-1 카이로프랙틱 이용 설문조사의 응답자 특성 및 분포



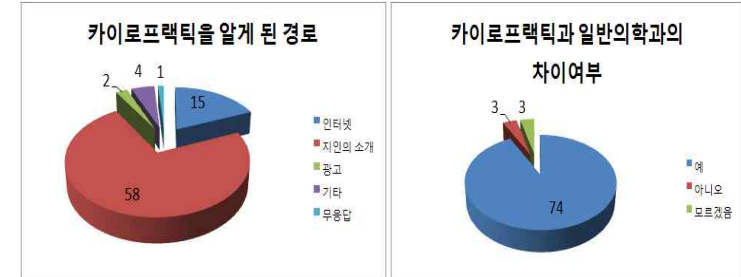
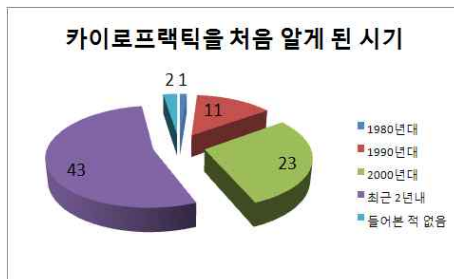
10) 각 클리닉의 이용자조사는 대한카이로프랙틱협회의 협조를 통해 실시되었음



2) 카이로프랙틱에 대한 인식

- 카이로프랙틱의 인식에 대한 문항은 처음 카이로프랙틱에 대하여 알게 된 시기, 카이로프랙틱을 알게 된 경로, 카이로프랙틱과 일반의학이 다르다고 생각하는가에 대한 문항이 포함되었음
- 카이로프랙틱 진료소에서 진료를 받는 환자들이 처음으로 카이로프랙틱에 대해 알게 된 시기는 대부분 최근 2년내에 알게 되었다는 응답이 약 53.8%(43명)으로 조사되었으며, 2000년 이후 알게 되었다는 응답이 약 28.8%(23명)로 나타나 대부분의 환자들이 최근들어 카이로프랙틱을 알게 된 것으로 조사되었음

그림 3-2 카이로프랙틱에 대한 인식 조사 결과

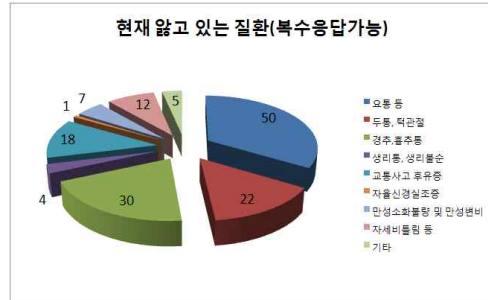


- 카이로프랙틱을 알게 된 경위는 전체 응답자의 72.5%(58명)가 지인의 소개로 알게 되었다고 응답하였으며, 인터넷을 통하여 알게 되었다는 응답이 약 18.8%(15명)로 조사되었음
- 그리고 전체 응답자의 절대 다수인 92.5%(74명)이 카이로프랙틱과 일반의학(일반 병의원 및 한방병원의 진료)과 다르다고 생각하고 있는 것으로 조사되 실제 진료를 받고 있는 환자들은 카이로프랙틱을 일반의학과는 다른 별도의 진료영역으로 보는 것으로 나타났음

3) 카이로프랙틱 진료에 대한 이용자 행태

- 카이로프랙틱 진료를 받는 환자들이 현재 앓고 있는 질환에 대한 조사 결과(복수 응답가능) 전체의 62.5%(50명)이 요통/질환(디스크, 전방전위증, 척추관협착증)을 가지고 있는 것으로 나타났으며, 경추통·흉추통이 37.5%(30명), 두통·턱관절 27.5%(22명)의 순으로 조사되었음
- 그 외에 교통사고 후유증, 자세비틀림 등의 질환이 다빈도로 조사되 전체적으로 카이로프랙틱 진료를 받는 환자들은 근골격계 질환이 많은 것을 확인할 수 있음

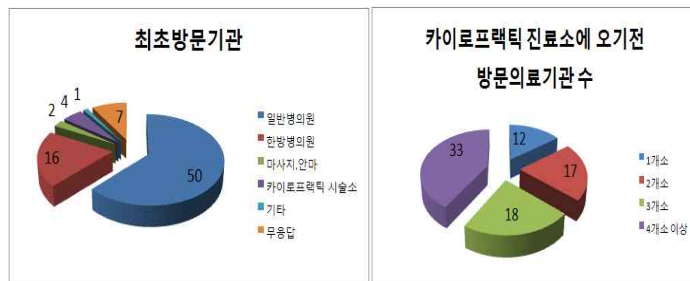
그림 3-3 카이로프랙틱 이용환자의 질환 분포



○ 현재 카이로프랙틱 진료를 받는 환자들은 카이로프랙틱 진료소에 오기 전 대부분 일반 병의원(50명)과 한방병원(16명)을 가장 먼저 방문하였으며, 카이로프랙틱 진료소에 오기 전까지 다수의 환자(63.8%)들이 3개소 이상의 의료기관을 방문하는 것으로 조사되었음

- 이러한 결과를 통해 많은 근골격계 질환 환자들이 일반의학으로 진료를 받다가 효과가 없을시 카이로프랙틱을 찾아오고 있음을 알 수 있음

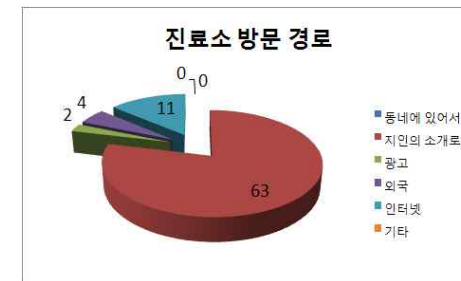
그림 3-4 카이로프랙틱 진료소 이전의 의료기관 이용행태



○ 현재 진료를 받고 있는 카이로프랙틱 진료소를 알게 된 경위는 카이로프랙틱을 알게 된 경위와 마찬가지로 대부분의 환자(78.8%, 63명)들이 지인들의 소개로 알게 된 것으로 조사되었음

- 인터넷을 통하여 알게 된 경우 13.8%(11명)가 그 다음이었으며, 그 외의 경로는 대부분 미미하였음

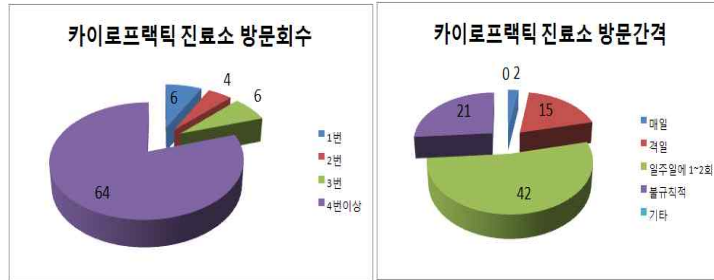
그림 3-5 현재 카이로프랙틱 진료소의 방문 경위



○ 현재 카이로프랙틱 진료를 받는 환자들의 80%(60명)는 현재 앓고 있는 질환을 치료하기 위해서 4번이상 방문을 하고 있는 것으로 조사되었으며, 방문간격으로는 응답자의 약 절반인 42명(52.5%)이 일주일에 1~2회 정도의 방문치료를 받고 있었음

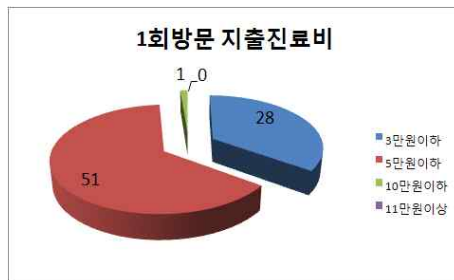
- 불규칙적으로 방문하는 경우도 26.3%(21명)이었으며, 18.8%(15명)는 격일로 방문하고 있다고 응답하였음

그림 3-6 진료소 방문회수 및 방문간격



- 카이로프랙틱 진료를 받기 위해 방문하는 환자들은 보통 3만원이하에서 5만원 이하의 지출을 하는 것으로 조사되었음
- <표 3-55>에서 카이로프랙틱의 진료비가 초진 5만원, 재진 3만원이었음을 감안하면, 환자들의 지출비용은 진료비 외에 추가로 지출되는 비용은 거의 없는 것으로 볼 수 있음

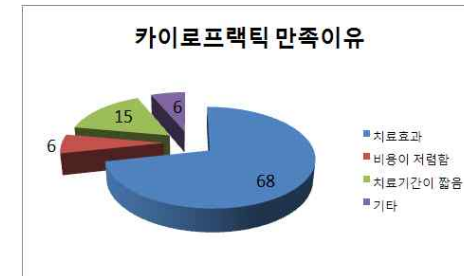
그림 3-7 1회 방문 지출 진료비



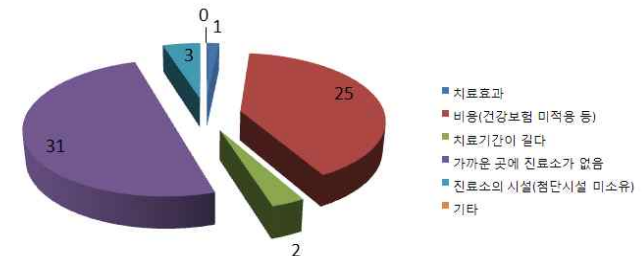
3) 카이로프랙틱 진료의 만족도

- 카이로프랙틱 진료를 받는 환자들에게 카이로프랙틱 진료가 만족스러운 이유와 그렇지 못한 이유를 묻는 조사를 시행한 결과 만족스러운 이유로는 치료효과(85%)가, 불만족스러운 이유로는 가까운 곳에 진료소가 없는 것(38.8%)과 건강보험의 미적용으로 인한 비용(31.3%)이 가장 많은 응답을 보였음
- 그 외에 만족스러운 이유로서는 치료기간이 짧아서 좋다고 응답한 경우(18.8%)가 많았음

그림 3-8 카이로프랙틱 진료의 만족·불만족 사유(복수응답 가능)

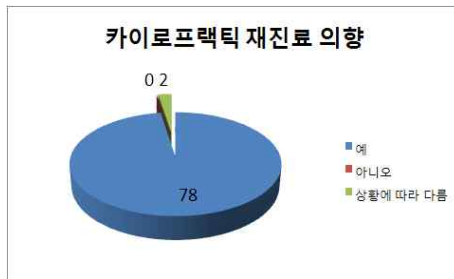


카이로프랙틱 불만족 이유



○마지막으로 현재와 비슷한 질환을 다시 앓게 될 경우 카이로프랙틱 진료를 다시 받겠느냐는 질문에는 거의 전 응답자(97.5%)가 그렇다고 답하여 카이로프랙틱 진료에 대한 환자들의 전체적인 만족도가 만족스러운 것으로 파악할 수 있음

그림 3-9 카이로프랙틱 재진료 의향



3.9 소결

- 카이로프랙틱 운영실태 및 제도에 관련된 사항을 외국과 비교해보면 아래의 표와 같음

표 3-57 한국과 미국 카이로프랙틱의 현황 비교

구분	미국	일본	호주	한국 ¹⁾	
				면허소지자 ²⁾	수료자 ³⁾
	카이로프랙틱 의사(DC)	카이로프랙틱 의사(DC)	카이로프랙틱 의사(DC)	카이로프랙틱 의사(DC)	카이로프랙틱사
행위장소	클리닉	클리닉	클리닉	클리닉	클리닉
자격관리	면허	면허	면허	면허	수료
교육제도	카이로프랙틱 의과대학 (4년, 4,800시간)	카이로프랙틱 의과대학	카이로프랙틱 의과대학	한서대학교 대학원 (수안재활복지학과, 4년, 5,118시간)	사회교육원(고려대, 150시간), 특수대학원(경희대 등, 50~100시간)
인구천명당 활동카이로프랙틱 의사 (2000년현재)	0.25	-	0.14	-	-

- 1) 한국의 경우 카이로프랙틱이 제도적으로 허용되지 않기 때문에 행위주체자를 지칭하는 용어가 우리나라에서 공식적으로 사용되는 용어는 아님
- 2) 면허소지자는 미국에서 카이로프랙틱 국가공인 면허를 받은 인력으로, 교육과정 역시 WHO의 기준에 따른 정규과정임
- 3) 카이로프랙틱사는 면허를 소지하지 않고, 사회교육원 등에서 카이로프랙틱 과정을 수료한 인력임

- 미국, 일본 등 외국은 현재 카이로프랙틱을 정식 의료행위로 인정하고 있으며, 체계화된 교육과정과 면허제도를 통해 카이로프랙틱 의료인력의 자격을 관리하고 있음
- 반면에 우리나라의 경우 카이로프랙틱이 의료행위로 인정되지 못하고 있으므로, 카이로프랙틱 기술을 하는 인력은 의료인력으로 간주되지 못하고 있음¹¹⁾

11) 따라서 현재 의료법상 카이로프랙틱 기술은 의료법 위반에 해당됨

- 따라서 현재 카이로프랙틱 인력에 대한 자격관리 역시 이루어지지 못하고 있음
- 카이로프랙틱의 교육과정 역시 WHO의 교육과정에 맞는 과정은 한서대학교가 유일하나, 한서대학교에서 정식 과정을 이수한다 하더라도 자격제도가 없기 때 문에 면허를 취득하기 위해 미국으로 인력이 진출하고 있음
- 카이로프랙틱은 현재 세계의 많은 국가에서 하나의 의료행위로 인정되고 있으며, 국가의 엄격한 자격제도 및 인력관리를 통해서 시행되고 있음
 - 그러나 우리나라에서는 아직까지 제도권으로 인정되지 못하여 독립적인 의료로 서 인정되지 못하고 있음
- 현재 우리나라에서는 외국의 카이로프랙틱 의과대학에서 면허를 취득하고 국내에 서 활동하는 인력과 국내에서의 수료과정을 이수하고 면허 없이 시술을 시행하는 인력이 혼재되어 있는 상황임
 - 이런 상황에서 카이로프랙틱 진료중에 발생하는 의료사고와 미자격 인력의 증대 를 규제하고 관리할 방안이 없음
- 따라서 점차 증가하고 있는 카이로프랙틱 시장을 제대로 관리하고 파악하기 위해 서는 제도권 안으로 편입시켜 체계적으로 관리할 수 있는 방안이 필요함
- 카이로프랙틱을 제도화하기 위해서는 우선적으로 카이로프랙틱 의료에 관한 법적 인 근거가 마련되어야 함. 법적근거는 독자적인 카이로프랙틱 관련법으로 인정하 거나 혹은 일반법규내에서 인정하는 방안을 고려해 볼 수 있음
 - 이러한 법규에는 카이로프랙틱 진료의 범위, 인력의 양성 및 자격제도, 교육제도 와 의료과오에 대한 처리문제, 건강보험 적용문제 등이 포함되어야 함
- 카이로프랙틱 의료에 관한 법적인 근거가 마련되면 카이로프랙틱 의과대학 설립 이 허용되어 의료인력이 양성될 것임
- 카이로프랙틱 의과대학의 설립이 허용되면 2~3년 후에 카이로프랙틱의 정식 교육 을 시작하고 약 4년 후 국내에서 법률에 준한 카이로프랙틱 의사가 배출 될 수 있 음

4. 안마

4.1 개요

1) 안마의 개념

- 안마는 안무(술기), 유연(주무르기), 압박(누르기), 진진(떨기), 고타(두드리기), 곡수 (구부린 손 기술), 운동(자동·타동·운동과 교정), 견인(잡아당김) 등 8대 안마수기 요법을 피시술자의 인체부위와 질병에 따라 선택적으로 시술하여 각종 지병을 예방, 건강을 유지하는 시술행위 임
- 교육인적자원부 저, 안마·마사지·지압에는 “안마는 건강의 유지를 목적으로 시행 해온 종합수기요법의 하나이며 맨 손으로 일정한 방식에 따라 피술자의 옷 위에 원 심성으로 시술하는 기술임...안마의 ‘안’은 누른다 즉, 사한다는 뜻이고 ‘마’는 쓰다듬 다, 즉 보한다는 뜻...”으로 정의하고 있으며 국립국어연구원과 금성출판사 발행 국어 사전에는 손으로 몸을 두드리거나 주물러서 피의 순환을 도와주는 일이라 되어 있음
- 안마 의술은 동양 고래의 경락 원리에 입각하여 물리적 자극을 통해 인체의 음양 균 형을 고르게 하여 자연 치유력을 소생시키는 데에 목적을 둔 의술로 질병의 원인이 되는 신체 각부의 어혈(산화혈액, 노폐혈액)을 압자극으로 분해, 여과하여 다시 흡수 재생시키고 피부호흡을 촉진하여 혈액을 정화하는 효과가 있음
- 또한, 안마는 불면·두통·고혈압, 혈액과 체액의 순환장애, 근육과 관절의 물리적 기능 이상, 각종 교감신경의 실조, 그리고 소화기·비뇨기 등의 기능장애 회복에 효 과가 있는 것으로 알려져 있음

2) 역사

① 안마

- 안마의 역사에 대하여 뚜렷하게 문헌으로 근거가 밝혀진 것은 없으나 통증부위를 잡

아주거나 눌러 주거나 두드리는 일 등 가정에서 일반적으로 행해져 왔던 자기보호본능이 안마요법을 등장시킨 근거로 볼 수 있음.

- 각 지역의 사람들은 생활양식과 습관에 따라 피부 위에 시행하기도 하고 옷을 입고 시행하기도 하여 주무르거나 아래로 쓸어내리는 등 여러 방법이 개발 되었는데 이와 같은 방법들을 일컬어 동양의 대표적인 학명으로 ‘안마’라고 부르게 되었으며 서기 641 ~ 701년 사이에 중국의 당나라서 진의감이나 궁중내의 관식으로 채택하게 되었음
- 안마라면 흔히 땀을 연상하는데, 그것은 안마의 특수한 손기술이 시력을 잃고 오랜 촉각에 의존해온 생활경험에서 얻은 그들의 적성과 일치하여 ‘안마와 땀인’이 불가분의 관계까지 발전 보급된 것으로 보임
- 흔히 안마와 마사지를 혼동하는데, 마사지는 서양에서 발달한 구심성의 수기이고 안마는 원심성으로 행하는 차이가 있음. 현재 국내에서는 자격증을 가지고 전문적으로 안마시술을 하는 사람을 안마사라 하며, 안마사는 안마·마사지·지압 또는 전기기구의 사용, 기타 자극방법으로 인체에 대한 물리적 시술을 하도록 되어 있음

② 국내 안마사 제도

- 1913년 : 경성제생원(국립서울맹학교전신)에서 시각장애인의 작업교육으로 안마사, 침사, 구사(뜸)교육을 실시함
- 1914년 : 조선총독부 경령 10호를 통해 위 교육의 면허제도가 신설, 시각장애인에게 안마사면허증, 침사면허증, 구사면허증이 발급 됨
- 1945년 : 광복 때까지 800여명이 면허를 취득, 병원 등에 취업하거나 안마원, 선회업의 형태로 활동 함
- 1946년 : 동양의학의 면허제도가 폐지되는 과정에서 시각장애인의 안마사, 구사, 침사면허제도도 폐지 됨
- 1960년 : 유사의료업자에 관한 면허교부와 고시절차가 마련되었음
- 1973년 : 의료법 제62조에 안마사 조항을 신설하였음

3) 법적 근거

① 의료법

- 의료법 제82조(안마사)규정에 의거 안마사는 「장애인복지법」에 따른 시각장애인으로 특수학교에서 물리적 시술을 에 관한 교육과정을 거치거나 안마수련기관에서 2년 이상의 안마수련과정을 마친 자로서 시·도지사에게 자격인정을 받아야 함

② 보건복지부령

- 보건복지부령 ‘안마사에 관한 규칙’에서 안마사의 업무한계, 안마사의 자격, 안마수련기관, 안마시술소 또는 안마원의 시설 기준, 개설자의 준수사항, 안마시술소 또는 안마원에 대한 지도점검, 개설신고의 특례 등을 규정하고 있음

4.2 현황

1) 안마사의 업무

- 안마사의 업무는 ‘안마, 마사지 또는 지압 등 각종 수기요법에 의하거나 전기기구의 사용 그 밖의 자극요법에 의하여 인체에 대한 물리적 시술행위를 하는 것을 업무로 한다’로 되어 있으며 지압, 스포츠마사지, 발 지압, 활법 등 손으로써 인체에 물리적인 시술행위를 하는 것을 포괄한다고 되어 있음
- 업무의 내용을 살펴보면 안마는 인체에서 일어나는 병리적 증후군이나 생체의 변조를 조절하려는 인건의 태고적 본능에서 발생하였는데 히포크라테스는 “의사가 되려는 자는 의술에 대한 여러 가지 학문과 함께 마사지의 이론과 실기를 습득해야 한다.”라고 할 만큼 안마에 대하여 중요시하였음
- 근대에 이르러 이 분야도 인체 보건의료 관련 분야로 정립되었는 바, 그 배경근거는

동양의학의 음양오행과 경락, 경혈의 유주를 조절한다는 이론과 서양의학의 내장체벽 반사작용을 압자극, 순환자극, 운동자극, 진동자극 등으로 조절함으로써 생체의 기능을 정상화하는 것이 주된 기전임

- 시술방법은 손, 주두(발꿈치), 족저(발바닥)등의 시술자(안마사)의 신체부위를 활용하여 피시술자의 신체부위를 대상으로 일정한 방식에 따라 역학적 자극을 가하는 것이며 그 자극이 신체의 각 부위에 반응을 일으켜 생체의 변조를 조절함으로써 각종 질병을 치료하고 건강을 유지시키는 것임
- 이 수기요법을 피시술자의 전신 또는 부분(머리, 목, 등, 허리, 배, 손, 발)에 선택적·순차적으로 필요한 주기를 결합·구사하는 것을 주로 안마사의 업무내용으로 볼 수 있음

2) 안마사 자격관리

- 안마사는 「장애인복지법」에 따른 시각장애인 중 “「초·중등교육법」 제2조제5호에 따른 특수학교 중 고등학교에 준한 교육을 하는 학교에서 제4항에 따른 안마사의 업무한계에 따라 물리적 시술에 관한 교육과정을 마친 자” 또는 “중학교 과정 이상의 교육을 받고 보건복지부장관이 지정하는 안마수련기간에서 2년 이상의 안마수련과정을 마친 자”로서 시·도지사에게 자격인정을 받아야 함
- 따라서, 상기의 맹학교 고등부를 졸업하거나, 안마수련원을 수료한 후 졸업장 또는 수료증을 거주지 시·도에 제출하여 안마사자격을 취득하고 있음

3) 교육 과정

① 맹학교

- 특수교육진흥법에는 특수교육대상자로 시각장애인을 규정하고 시각장애인을 전문적으로 교육하기 위한 기간에 대한 지원을 시행령 및 시행규칙에 규정하고 있음. 또한 특수교육진흥법 제2조(정의)에서 ‘특수교육’을 교과교육, 직업교육, 치료교육으로

특수교육의 세부적인 영역을 구분하고 있으며 단기적이고 구체적인 목표로는 첫째, 아동의 가능한 독립, 자립능력개발을 위한 아동생활의 지식과 상상적 이해력을 정진시키는 것이며, 둘째, 아동의 가능한 능력, 자립능력개발을 위하여 직업을 발견토록 하고 자신의 생활을 스스로 관리 조정하는 방법을 가르치는 것임

- 맹학교는 현재 전국에 12개소가 있으며 서울이 2곳, 경기, 경북, 경남, 충남, 제주를 제외한 각 광역자치단체별로 1개가 운영중임. 전공과는 서울맹학교와 한빛맹학교, 청주맹학교 등이 운영 중이며 일부 학교가 설치를 추진하고 있음. 대부분 안마와 침구술 중심의 교육과정을 가지고 있으며 서울맹학교, 한빛맹학교, 부산맹학교, 대전맹학교, 청주맹학교에서는 고등부 과정을 마친 이들을 대상으로 전공과를 설치하여 보다 수준 높은 이료교육이 이루어지고 있음

표 3-58 서울맹학교 고등부 이료재활과정 단위(시간)배당

구분	재활과정 1		재활과정 2	
	1학기	2학기	1학기	2학기
점자	4(2)	4(2)	-	-
해부생리	16(8)	16(8)	-	-
보건	4(2)	-	-	-
안마,마사지,지압	8(4)	-	-	-
한방	-	12(6)	-	-
이료임상	-	-	12(6)	12(6)
전기치료	-	-	10(5)	-
침구	-	-	8(4)	-
병리	-	-	-	10(5)
진단	-	-	-	8(4)
실기실습	30(15)	30(15)	32(16)	32(16)
교과합계	62(31)	62(31)	62(31)	62(31)
치료교육활동	6(3)	6(3)	4(2)	4(2)
총 단위 수	68(34)	68(34)	66(33)	66(33)
연간 수업시간 수	1,156	1,156	1,122	1,122

② 안마수련기관

- 안마수련기관으로 지정받고자 하는 자는 시설 명세서를 첨부하여 보건복지부장관에

게 제출해야 하며 보건복지부장관은 비영리법인이 설치·운영하는 기관 중에서 안마수련기관을 지정하여야 함

○ 안마수련기관의 시설 설비 기준은 다음과 같음

- 사무실
- 강의실(40인 이상을 수용할 수 있을 것)
- 실습실(1실에서 10인 정도의 실습을 할 수 있을 것)
- 안마기술의 실습 교육에 필요한 기구
- 소독시설
- 화재·전기·가스 등에 대한 안전시설 및 장치

○ 사단법인 대한안마사협회 부설 안마수련원은 안마사에 관한 규칙 제5조(안마수련기관)에 의해 설립된 기관으로써 중앙회를 본원으로 하고 부산, 광주, 인천, 대구, 울산 등은 장애인 공단 소속으로 운영되고 있고, 대전, 경북 등 일부 지부의 안마수련원은 아직까지 공단소속으로 지정되지 못하고 지부의 일부예산과 본인의 부담으로 운영되고 있음

○ 안마수련원은 중도에 설명한 시각장애인들의 직업재활을 위해 2년 과정의 안마수련과정으로 운영해 오다가 노동부로부터 1974년 장애인직업능력개발훈련지원규정에 의거, 장애인직업능력훈련기관으로 고시 받아 장애인공단으로부터 지원을 받아 운영됨으로써 안마수련기관과 안마훈련생들의 경제적 부담을 덜게 되어 교육내용 등에 서 향상되기 시작했음

표 3-59 대한안마사협회 안마수련원 교육과목

교육과목	내용
해부생리	제기관의 형태와 구조 등의 기초 지식과 인체의 정상기능에 관한 지식을 습득하게 하여 기술에 활용할 수 있는 능력을 배양 함
병리	질병의 병인 및 장기나 조직의 형태적 변화와 기능적 이상을 규명하여 질병의 본질을 파악하여 임상에 활용할 수 있도록 함
보건	보건의 개요, 보건행정, 환경위생, 성인병 및 각종 보건법규
안마,마사지,지압	안마·마사지·지압의 기초, 응용, 설기
전기치료	전기물리의 기초, 인체의 전기생리, 치료 전류의 종류와 특성, 치료법, 적응증 및 금기증을 학습
한방	동양의학의 특징과 역사, 음양5행, 기혈, 장부 및 경락 이론
침구	침구술의 개요, 침의 종류, 자침법, 침구술의 효과, 경혈의 위치 등
이료임상	이료술의 의의와 종류, 신경계 질환, 운동기 질환, 호흡기 질환, 비뇨기 질환, 생식기 질환, 내분비선 및 신진대사 질환, 기타 질환 등
진단	시각장애인이 활용할 수 있는 문진, 압진, 촉진, 청진 등
실기실습	기술에 임하는 기술자의 태도와 몸가짐 등

표 3-60 대한안마사협회 안마수련원 교육과정(1년 기준)

과정	단위	시간
해부병리	15	301
병리	6	86
이료임상	4	301
안마,마사지,지압	4	86
전기치료	6	85
한방	6	173
총계	41	1,031

4) 시설기준

- ‘안마사에 관한 규칙’에 규정되어 있는 안마시술소 또는 안마원의 시설기준은 다음과 같음

① 안마시술소

- 연면적은 830제곱미터 이하이어야 하고, 안마실의 외부에 욕실과 발한실을 부대시설로 설치하는 경우 그 규모는 90제곱미터(욕실과 발한실의 바닥면적의 합계를 말함) 이하이어야 함. 다만, 욕실과 발한실을 부대시설로 설치하지 아니한 경우에는 안마실의 내부에 5제곱미터의 이하의 욕조가 없는 샤워시설을 설치할 수 있음
- 안마실이 5개 이상 설치된 안마시술소의 개설자는 안마사를 2인 이상 두어야 함
- 시설의 관리에 필요한 종업원의 수는 10인 이하로 하고, 안마사를 안내하는 종업원은 안마사 수의 2분의 1로 함

② 안마원

- 연면적은 115제곱미터 이하이어야 하고, 욕실과 발한실을 부대시설로 설치할 수 없음. 다만, 초·중등교육법제2조제5호의 규정에 의한 특수학교 또는 장애인복지법 제48조의 규정에 의한 장애인복지관의 부속기관으로 안마원을 설치·운영하는 경우에는 욕실과 발한실을 부대시설로 설치할 수 있음
- 안마원의 내부에는 남녀 피술자를 구분하기 위한 칸이 칸막이 외에 별도의 안마실을 두어서는 아니 됨
- 시설의 관리에 필요한 종업원은 2인 이하로 함

5) 인력

① 안마수련원 안마사 배출 실적

- 1974년부터 시작되어 2007년 현재, 총 33기 교육과정을 수료 2,405명의 수료인력을 배출하였음

② 안마사 인력

- 남성 4,764명 및 여성 2,346명으로 총 7,110명의 안마사 인력이 있는 것으로 보고되고 있음

4.3 외국의 사례

- 세계 각국에서도 장애인에 대한 유보고용제도를 실시하고 있는데, 이는 특정장애인의 능력에 적합하다고 인정되는 직종에 그 특정장애인을 당해 직종에 취업할 수 있도록 하는 제도임
- 우리나라와 같이 정상인에 대해 원천적으로 당해 특정직역에 종사하지 못하도록 금지하고 이를 위반했을 때 형사처벌까지 하는 나라의 예는 찾아보기 힘들고 시각장애인에게 안마사자격을 부여하고 우대하고 있는 사례는 일본과 대만을 들 수 있음

1) 일본

- 일본은 의사법과 의료법을 별도로 두고 있는데, 이 두 법률에 안마사에 관한 규정을 두고 있는 것이 아니라 안마마사지·지압사, 침사, 구사 등에 관한 법률을 제정하여 시행하고 있음
- 안마 마사지 및 지압사에 대한 고용지원은 「장애인 고용촉진 등에 관한 법률 시행령」의 제11조 특정 신체장애인 등, 법 제17조 제1항의 특정 직종 및 이에 관계하는 특정 장애인의 범위 및 특정 신체장애인의 고용률 그리고 동법의 시행규칙의 제12조 특정장애인의 고용률, 법 제17조 제3항의 후생노동성령으로 정하는 특정 신체장애인의 고용률은 영 제 11조에 정하는 특정직종에 있어서 100분의 70으로 한다는 규정에

찾아볼 수 있음

- 일본은 정상인도 안마사자격을 얻을 수 있도록 하면서, 안마사 자격을 얻을 수 있는 기준을 법률에 상세히 규정하고 있는 점에서 우리나라와 현저하게 다르다고 할 수 있으며 다만, 시각장애인에 대해 특히 배려할 것을 규정하고 있는 점 및 무면허안마 행위를 형사처벌하는 점은 우리나라와 동일함

2) 대만

- 대만에서는 장애인복지법이 1990년에 제정되었는데, 이 법에서는 장애인을 시각장애자, 청각 또는 평형기능장애자, 음성기능 또는 언어기능장애자, 지체장애자, 지능장애자, 다중장애자, 중요기관기능상실자, 안면상해자, 식물인간, 노인치매증환자, 자폐증환자, 기타 중앙주관기관이 인정한 장애자 등으로 정의하고, 동법 제4조에서는 장애를 이유로 하는 차별을 금지하고 있음
- 제19조에서는 안마업무를 시각장애인에 한하여 종사하도록 하는 유보직종으로 규정하고, 안마업관리규칙은 중앙주관기관이 중앙위생주관기관과 함께 이를 정하도록 위임하는 한편, 제20조에서는 장애자가 공공장소에서의 소매상 또는 가판점 개업을 신청하거나 국민주택입주, 주차장 사용을 신청하는 때에는 우선적으로 정원을 두어 이를 허가하도록 하고, 허가를 받은 장애자는 반드시 직접 경영, 거주 또는 사용하여야 하며 임대 또는 양도할 수 없도록 규정하고 있음

4.4 최근 이슈

1) 소송 경과

- 2006년 5월 25일 헌법재판소 “시각장애인 안마사의 안마업권 독점은 위헌”판결
 - “안마사에 관한 규칙”은 국회에서 제정된 법률이 아닌 보건복지부령의 형식으로 제정된것이기 때문에 기본권의 제한을 법률로써 하도록 하고 있는 규정에 위배 등

- 안마사 위헌판결관련 ‘의료법 개정 실무협의회’ 구성 (복지부, 안마사협회 등)
 - 헌법재판소 위헌판결의 취지를 살리되, 현행 시각장애인 안마사의 안마업의 보장해 줄 수 있는 방안에 대한 논의
- 의료법 개정안 공표 (시각장애인에 대한 안마사자격인정 산업)
- 헌법소원 다시 제기되어 현재 심리 중
 - 헌법 제11조의 “평등권”과 헌법 제15조의 “직업선택의 자유” 침해 주장

2) 시각장애인의 입장

- 국가는 인간답게 살 권리를 위하여 근로의 의무를 부여해야 하며 등등한 조건에서 장애인과 비장애인의 경쟁은 무의미하기 때문에 유보직종 또는 유보비율 등의 사회적 정책을 마련해야 하는 데 우리나라에서는 안마사제도가 유일한 유보직종제도임
- 안마사의 자격을 제한하는 것은 국민의 건강과 관련된 행위에 대해 국민의 건강을 보호증진하기에 적합한 자격을 갖춘 자에 한해 안마업에 종사할 수 있도록 하기 위한 것이므로, 안마사에 관한 규칙 제정목적의 정당성을 인정할 수 있음
- 시각장애인을 포함한 장애인에 대해 정상인보다 우대조치를 취하는 것은 오히려 평등원칙에 합치된다고 해야 함. 시각장애인은 정상인보다 본질적으로 열악한 상황에 있으므로, 형식적으로 시각장애인을 정상인과 동일하게 취급하는 것이 오히려 평등원칙에 반한다고 할 수 있음
- 직업선택의 자유도 보다 우월한 보호법익을 위해 제한될 수 있는 것이 합법원칙인데 안마사에 대한 유보고용제도는 시각장애인의 인간다운 생활을 할 권리나 인간의 존엄과 가치 및 행복추구권에 관련된 문제로써 정상인의 직업선택의 자유에 비교할 때 서로 비교할 수 없을 만큼 우월한 보호법익이라고 할 수 있음. 정상인은 안마사 아닌 다른 직업을 선택할 수 있지만 시각장애인이 안마사 이외의 직종에 취업할 수 있는 방법은 매우 제한적이기 때문임
- 최근 스포츠 마사지사, 건강관리사, 운동 처방사, 경락마사지사, 생활건강관리사, 발

관리사 등의 유사의료행위 내지 유사안마행위가 범람하고 있는데, 이들을 모두 합법화하면 (1) 의료법상의 자격을 갖춘 물리치료사 등 의료기사들은 독립된 업소 개설권을 갖지 못하고 의사의 지도, 감독 하에 치료보조행위만을 할 수 있는데 반하여 단기간의 사설교육과정을 거친 유사안마행위자들은 독립된 업소개설권을 갖게 되어 기존 의료제도를 크게 위협하게 될 것이고, (2) 국민들의 건강을 무면허의료인에게 맡기게 되는 결과가 되어 국가의 의료정책에 반하게 됨

3) 비시각장애인의 입장

- 비시각장애인이 안마사가 될 수 없게 하는 것은 과잉보호원칙, 즉 공익에 비해 기본권 및 국민의 직업선택의 자유를 제한하는 것이며 시각장애인 안마사의 제한적 인공급을 볼 때 늘어나는 수요를 감당하기 곤란함
- 안마사의 자격인정을 받을 수 있는 자를 시각장애인에 한정하는 것은 국민건강의 보호라는 안마사에관한 규제의 제정목적과 상관관계를 인정하기 어려울 뿐만 아니라 시각장애인 아닌 자에 대해 전적으로 안마사의 자격인정을 받을 수 없도록 하는 것은 방법의 적정성이나 기본권제한의 최소성, 나아가 법익균형성 등의 기준에도 반한다고 할 수 있음
- 안마사에관한 규칙에서 정한 자격인정 요건은 누구나 안마업무를 행하도록 방임할 때 발생할 우려가 있는 공공의 손실과 위험을 방지하기 위한 것이 아니라 장애인 중 특히 시각장애인의 보호라는 다른 목적을 위해 이용되고 있어 적절한 제한이 아니고, 장애인 보호는 다른 방법에 의해서도 가능하므로 절대적·배타적으로 시각장애인에 게만 안마사라는 직업에 종사할 수 있도록 보장하는 것은 합리적이라고 할 수 없음

4.5 종합

- 우리나라 안마사제도의 경우, 의료법 및 보건복지부령에 의거 의료인 및 의료행위에 준하는 것으로 명시되어 있고 시각장애인에 대한 유보직종으로 인정되어 비시각장

애인은 안마업에 종사할 수 없으며 이를 위반할 경우 역시, 의료법에 의거 무자격 안마행위, 무면허 의료행위로 처벌받게 되는 등 법적근거가 명확하게 구성되어 있음

- 시각장애인을 대상으로 안마사 제도를 운영하고 있는 국가는 일본을 대표적인 예로 들 수 있으며 일본의 경우 일정 비율에 한해 비시각장애인도 안마에 종사할 수 있다는 점에서 우리나라와 차이를 보이고 있으며 양국간의 안마사제도에 대한 주요 비교는 다음과 같음

표 3-61 안마사제도에 대한 국가간 비교

구분	일본	한국
	안마마사지 · 지압사	안마사
행위장소	병원, 진료소	안마시술소, 안마원
자격관리	면허증	자격증
교육제도	양성시설, 학교	안마수련원/맹학교

- 국내 안마사제도의 주요 현안은 국내 유일의 유보직종제도로써 시각장애인의 생존권 및 장애인의 행복추구권 보장 등을 주장하는 집단과 국민의 기본권 및 직업선택의 자유, 시각장애인에 대한 과잉보호 논란 등을 주장하는 집단간의 대립이 팽팽하게 맞서고 있는 실정이며 계속적인 법적공방이 이루어지고 있는 상황임

제4장 종합 및 정책 제언

1. 종합

1) 유사의료의 개념

○ 본 연구는 유사의료행위의 현황 및 운영상의 문제점을 파악하여 제도 개선방안 및 합리적 운영방안을 개발하기 위한 기초자료를 제공하고자 함. ‘유사의료’라는 법률상의 집합적 정의는 우리나라에 유일하며 이 또한 기존자격취득자에 의한 시술만 인정하는 제한조항이므로, 외국 현황에 대한 사례연구 및 제도검토 등을 통해 ‘유사의료’가 존속 혹은 활성화 될 수 있는 근거를 찾아보고자 함

○ 미국·일본·유럽 등의 선진 국가에도 정통의료와 대체로 민간요법 수준에서 행해지는 보완대체요법 사이의 위치에 경계선상의 의료영역이 존재하고 있음. 나라마다 운영방식의 차이는 있으나, 일정수준 이상의 요건을 구비한 경계선상의 의료 항목에 대해서는 개별적으로 자격을 인정하고 있음. 단, 우리나라는 외국과 달리 정통의료, 유사의료, 보완대체의료의 혼재되어 있고, 특히 유사의료는 보완대체의료의 일부분으로 판단하는 의견도 있음. 그 결과 유사의료의 영역이 명확하지 않음

○ 이번 연구에서 실태조사 및 제도개선 등을 제시하기 위해서는 조사하고자 하는 ‘유사의료’ 항목의 선정근거가 필요할 것으로 전제하였으며, 이를 위해 의료법상의 ‘유사

의료’에 대해, 경계선상의 의료영역이면서 일정요건을 갖추어야 하는 항목으로 기본 설정함. 법률·문헌검토 및 외국현황과 제도파악 그리고 전문가 자문회의 등을 통해 ‘유사의료’로 선정되기 위한 요건을 법률근거, 국민이용행태, 유사의료행위 주체자, 교육 및 자격인증시스템으로 집약할 수 있었음. 특히, 유사의료로서의 고려사항은 행위주체자, 행위장소, 자격관리, 교육제도가 선결조건으로 보임. 외국과 비교했을 때 우리나라는 아직 자격제도(면허와 자격요건)와 교육제도가 미흡한 것으로 나타남

표 4-1 유사의료에 대한 국가간 비교

구분		미국	일본	한국	
				자격소지자	수료자
	행위주체자	· 침구사	· 의사면허소지자 · 침구사 면허자	· 침구사(자격소지자) · 민간자격소지자	
	행위장소	· 침구 Clinic	· 시술소	· 시술소, 봉사실	
	자격관리	· 연방정부가 아닌 각주에서 면허교부	· (재)동양요법연수시험 재단에서 관리	· 자격(민간자격)	
	교육제도	· 대학/대학원 정규과정 有	· 후생노동대신이 인정한 침구학교	· 한국침술연합 · 정통침뜸교육원 · 대학교 사회교육원 등	
카이로프랙틱	행위주체자	· 카이로프랙틱의사(DC)	· 카이로프랙틱 의사(DC)	· 카이로프랙틱의사(DC)	· 카이로프랙틱사
	행위장소	· 클리닉	· 클리닉	· 클리닉	· 클리닉
	자격관리	· 면허	· 면허	· 면허	· 수료
안마	교육제도	· 카이로프랙틱 의과대학	· 카이로프랙틱 의과대학	· 한서대학교 대학원	· 사회교육원, 특수대학원
	행위주체자	-	· 안마마사지 · 지압사	· 안마사	
	행위장소		· 병원, 진료소	· 안마시술소, 안마원	
	자격관리		· 면허증	· 자격증	
	교육제도		· 양성시설, 학교	· 안마수련원/맹학교	

2) 유사의료 실태조사 결과

- 우리나라 현행 의료법에 명시된 유사의료업(침사, 구사, 접골사)과 카이로프랙틱, 안마사제도를 선진외국과 행위주체, 행위장소, 자격관리, 교육제도 및 이용자 만족도 등 현황을 요약하면 다음과 같음
- 침구사 제도의 경우 우리나라는 의료법에 의료유사업자로 분류된 자격소지자와 민간자격소지자가 시술소 및 봉사실 등에서 활동하고 있음. 또한 한국침술연합, 뜸사랑, 대학교 사회교육원 등에서 교육과정을 통해 민간자격을 부여하고 있음. 뜸 요법사 자격 소지자의 경우 2007년 현재 1,394명 정도 배출되었음
- 외국의 경우를 살펴보면 미국은 주(state)에 따라 차이가 있지만 많은 주에서 침구사(licensed acupuncturist)가 침구 Clinic을 개원하여 진료를 수행하고 있음. 자격관리는 정무기관인 NCCAOM에서 자격증을 부여하고 있으며 California주의 경우 면허소지 침구사가 11,000명 정도로 추정됨. 교육시스템은 대학/대학원 정규과정이 있으며, 침술사는 4년마다 60시간의 보수교육을 이수하여야 인증서 갱신이 가능함. 침술에 대한 CPT 코드가 부여됨으로써 메디케어, 메디케이드 환자를 진료하고 보험청구가 가능함. 일본의 경우 유도정복사법에 의해 의사면허소지자 또는 침구사 면허자가 진료를 함. 2004년 현재 침사가 123,740명, 구사가 122,612명 정도 등록되어 있음. 교육제도의 경우 후생노동대신이 인정한 침구학교가 있음
- 침구에 대한 이용자 실태조사 결과 침구 이용동기는 가족, 친척, 친구 등 지인의 소개를 통해 많이 이용하고 있었으며, 침구 이용 주요질환은 요통, 관절염 등으로 나타남. 치료 만족도는 5점 만점에 4.32점으로 매우 높게 나타남
- 우리나라에서 카이로프랙틱은 아직까지 의료제도권으로 포함되지 못하여, 국내 의료법에 따른 면허를 취득한 인력이 없는 상태임. 그러나 1980년대 후반부터 미국 등 해외에서 면허를 취득한 소수의 인력이 국내에 귀국하여 진료를 시작하였으며, 점차 그 규모가 증가하는 추세임
- 현재 국내에서 미국 등의 국제 카이로프랙틱 의사면허를 취득하여 진료활동을 하고 있는 인력은 110명으로 추산되며, 이들 중 대부분의 인력이 전국적으로 클리닉을 개

- 원하여 진료를 하고 있음. 국내에서 공식적으로 국제기준에 맞는 카이로프랙틱 교육과정이 있는 학교는 한서대학교가 유일하며, 총 5,118시간의 8학기 과정으로 되어있음. 그러나 대학을 졸업한다 하더라도, 카이로프랙틱 자격제도가 없으므로 미국 등에서 면허를 취득하여 귀국하고 있음. 어떠한 면허도 없이 국내의 사회교육원이나 특수대학원 등지에서 수료과정만을 이수하여 활동하는 인력은 약 2,459명으로 추산됨. 따라서 면허를 소지한 인력과 그렇지 못한 인력이 혼재되어 활동을 하고 있는 상황임. 의료제도권에 포함되지 못하여 건강보험의 적용을 받지 못하는 카이로프랙틱 진료비는 1회 진료당 보통 3~5만원 정도의 진료비를 받고 있는 것으로 조사됨. 카이로프랙틱 진료를 받는 환자들은 대부분 근골격계 질환을 갖고 있는 환자들로서 특히 척추(요통, 경추통, 디스크 등)쪽의 질환을 가진 환자들이 많았음
- 카이로프랙틱 진료를 받고 있는 환자들을 대상으로 이용조사를 실시한 결과, 대부분의 환자들이 일반병원의 진료 후 카이로프랙틱 진료를 받고 있으며, 전체적으로 치료효과에 대해서 만족을 나타내고 있었음. 다만 건강보험의 적용을 받지 못한 진료비와 인근지역에 진료소가 없다는 점에 대하여 불편함을 표시하고 있었음
- 우리나라 안마사제도의 경우, 의료법 및 보건복지부령에 의거 의료인 및 의료행위에 준하는 것으로 명시되어 있고 시각장애인에 대한 유보직종으로 인정되어 비시각장애인은 안마업에 종사할 수 없으며 이를 위반할 경우 역시, 의료법에 의거 무자격 안마행위, 무면허 의료행위로 처벌받게 되는 등 법적근거가 명확하게 구성되어 있음. 시각장애인을 대상으로 안마사 제도를 운영하고 있는 국가는 일본을 대표적인 예로 들 수 있으며 일본의 경우 일정 비율에 한해 비시각장애인도 안마에 종사할 수 있다는 점에서 우리나라와 차이를 보이고 있음

2. 정책제언 및 향후과제

- 유사의료행위에 대한 개념 및 영역정립에 있어 의료행위 및 보완대체요법 영역과의 명확한 구분 정립이 안 되어 있기 때문에 현 체계 하에서 몇 가지 대안을 마련하여 정책제언을 하고자 함

○대안 구분의 기준은 ‘유사의료’의 개념 존속 여부가 일차적인 판단 기준이고, 폐지시 신규 범조항 개설 및 운영방향으로 정하였음. <대안 1>은 유사의료의 개념을 폐지하는 것을 기본 전제로 함. 현행 의료법 기준을 근거로 할 때 ‘의료유사업’의 신규자격 취득자가 생성될 수 있는 법적근거가 없으므로, 현존하는 ‘의료유사업자’들의 퇴진과 더불어 현행 ‘유사의료’의 집합적 정의는 자연 소멸됨. 따라서 일본 혹은 서구 국가처럼 “일정자격을 취득한 비의료인 전문가가 행할 수 있는” 치료 영역에 대한 개별법 제정에 의해 집단적 영역이 아닌 개별 치료항목으로의 전환하는 방안임. <대안 2>는 <대안 1>의 유사의료 개념 폐지는 기본적으로 동일한 접근임. 다만 일정자격을 취득한 자들이 정통의료의 지휘·감독하에 의사의 처방에 따라 시술하는 방안이며, 이 경우 현행 의료법상의 ‘의료유사업자’라는 명칭 대신 ‘○○치료사’의 개념으로 접근하는 방안임. <대안 3>은 현 의료법에 명시된 ‘유사의료업자’의 개념을 존속시키는 방안임

○대안별 장단점을 비교한 결과는 다음과 같음

표 4-2 대안별 장단점 비교

구분	대안1	대안2	대안3
	· 현 유사의료 개념 폐지하되 개별법으로 추진하는 방안	· 현 유사의료 개념 폐지하되 치료사 개념으로 의사의 지휘·감독하에 두는 방안	· 현 유사의료 개념을 그대로 유지시키는 방안
장점	· 카이로프랙틱 등 현 의료법에 명시되어 있지 않은 영역이 제도권으로 들어옴 · 의료행위에 개념 정의 가능	· 카이로프랙틱 등 현 의료법에 명시되어 있지 않은 영역이 제도권으로 들어옴 · 의료행위에 개념 정의 가능	· 현 의료법 유지
단점	· 개별법 추진시 갈등 소지 여부	· 의사 지휘·감독에 대한 갈등 야기 가능	· 유사의료에 대한 개념 및 영역 등 구분이 불명확 · 제도화 문제 지속 제기
선결과제	· 관련 법령 정비 및 제도적 장치 마련 · 교육제도 및 자격관리 인증체계 마련	· 관련 법령 정비 및 제도적 장치 마련 · 교육제도 및 자격관리 인증체계 마련	· 교육제도 및 자격관리 인증체계 마련

○어떠한 대안으로 접근하던 간에 무엇보다도 중요한 것은 제도화 전에 제도화에 필요한 선결과제 즉 교육제도, 자격관리 인증체계 구축 등의 체계적인 기반 구축이 시급함

○아울러 위에서 제시한 대안과 함께 기존 유사의료업자 자격소지자와 민간단체로부터 자격증을 받은 사람에 있어서는 향후 정책방향에 맞추어 추가적인 논의가 필요하며 바람직한 정책적 판단이 필요한 부분임

○또한 본 연구의 경우 몇가지 한계점(limitations)이 있지만, 연구의 일차적인 목적이 유사의료업에 대한 운영 실태에 초점이 맞추어져 있기 때문에 향후 제도화를 위한 구체적 논의 및 제도화를 위한 선결과제(교육 및 면허제도 등)에 대한 근거자료(evidence) 구축은 추가적인 연구(further study)가 필요할 것으로 판단됨

■ 참고문헌

- 외. 국내에서 보완 및 대안의학의 합리적인 수용을 위한 정책 연구. 대한의사협회 정책 연구소. 2003.
- 이성재. “보완대체의학’의 합리적수용을 위한 방안. 의료정책포럼(Vol1.No3). 2003.
- 최준영. 외국의 보완요법현황. 의료정책포럼(Vol5. No2.). 2007.
- 차영수. 보완의학과 관련 의료 제도 현황. 의료정책포럼(Vol5. No2.). 2007.
- 전세일. 보완대체의학. 계축문화사. 2004.
- 오홍근. 보완대체의학. 아카데미아. 2007.
- 오홍근. 대체의학 시술의 국내현황. 대한의사협회지 (Vol41. No12). 1998.
- 이건세. 우리나라 환자의 대체의학 이용현황. 대한의사협회지 (Vol41. No12). 1998
- 최재천. 의료행위 개념의 변천과 대체의학. 변호사 제33호. 2003.
- 최용준. 의료행위에 관한 형법적 고찰. 호남대 대학원. 2005.
- 정배근. 의사의 침해적 치료행위에 관한 형사책임연구. 중앙대 대학원. 2005.
- 세계 침구제도의 현황과 한국의 미래에 관한 심포지엄. 2005.
- 보완통합의학 국제심포지엄. 2007.
- 우리나라 암환자의 보완대체요법 이용행태 및 관리방안 연구사업 제1차 워크숍. 2007.
- 최택수, 『카이로프랙틱 의료정책안』, 대한카이로프랙틱협회, 2005.
- 김종규 역, 『카이로프랙틱의학』, 청솔의학, 1999.
- 대한카이로프랙틱협회 역, 『맹가보고서 캐나다 오타와주 보고서-카이로프랙틱 의료보험 적용확대를 통한 의료비절감, 치료효과증대, 평등한 의료서비스 공급방안-』, 나래기획, 2006.
- 연세대학교 산학협력단, 『우리나라 암환자의 보완대체요법 이용행태 및 관

- 리방안 연구사업』, 제1차 워크숍자료, 2007.
- Burton Goldberg: Alternative Medicine, 2nd ed, Celestial Arts. 2002.
- Eisenberg DM:Advising patients who seek alternative medical therapies, Ann Intern Med, 1997; 127
- Complementary and alternative medicine. Legal boundaries and regulatory perspectives. Baltimore: John’s Hopkins University Press:1998
- Legal status of traditional medicine and complementary/alternative medicine: a worldwide review, WHO 2001
- Schneider B. Complementary medicine prescription patterns in Germany. Ann Pharmacother. 2004.
- Thomas KJ. Trends in access to complementary or alternative medicines via primary care in England. Fam Pract. 2003.
- Watanabe S. Unique place of Kampo in complementary and alternative medicine. Tohoku J Exp Med. 2001.
- WHO, WHO guidelines on basic training and safety in chiropractic, World Health Organization, 2005.(대한카이로프랙틱협회 역, 『카이로프랙틱 기본 교육과정과 안전에 관한 세계 보건기구 지침』, 나래기획, 2006.)
- <http://www.scourt.go.kr>
- http://www.lawnb.com/lawinfo/law/info_law_searchview.asp?ljo=l&lwid
- <http://nccam.nih.gov/nccam>
- <http://www.nccaom.org>
- <http://www.apma.net/atma.htm>
- <http://www.rccm.org.uk/eusurvey.htm>

KHIDI

목

1. 관련 법령	118
2. 외국 침구사 제도	121
3. 문신에 대한 해외정책 및 입법례	146
4. 유사의료 실태조사표 양식(협회 및 단체용)	158
5. 유사의료 실태조사표 양식(이용자용)	186

〈부 록 1〉 유사의료 관련 법령

1. 의료법 27조 (무면허 의료행위 등 금지)

①의료인이 아니면 누구든지 의료 행위를 할 수 없으며 의료인도 면허된 것 이외의 의료행위를 할 수 없다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자는 보건복지부령으로 정하는 범위에서 의료행위를 할 수 있다.

1. 외국의 의료인 면허를 가진 자로서 일정 기간 국내에 체류하는 자
2. 의과대학, 치과대학, 한의과대학, 종합병원 또는 외국 의료원조기관의 의료봉사 또는 연구및 시범사업을 위하여 의료행위를 하는 자
3. 의학·치과의학·한방의학 또는 간호학을 전공하는 학교의 학생

②의료인이 아니면 의사·치과의사·한의사·조산사 또는 간호사명칭이나 이와 비슷한 명칭을 사용하지 못한다.

③누구든지 「국민건강보험법」 이나 「의료급여법」 에 따른 본인부담금을 면제하거나 할인하는 행위, 금품 등을 제공하거나 불특정 다수인에게 교통편의를 제공하는 행위 등 영리를 목적으로 환자를 의료기관이나 의료인에게 소개·알 선·유인하는 행위 및 이를 사주하는 행위를 하여서는 아니된다. 다만, 환자의 경제 사정 등 특정한 사정이 있어서 관할 시장·군수·구청장의 사전승인을 받은 경우에는 그러하지 아니하다.

2. 간호조무사 및 의료유사업자에 관한 규칙

[일부개정 2006.7.11 보건복지부령 제365호]

제1조 (목적) 이 규칙은 「의료법」 제58조 및 제60조의 규정에 의하여 간호조무사, 집결사,침사 및 구사의 자격업무한계등에 관하여 필요한 사항을 규정함을 목적으로 한다.<개정 1975.5.1, 1976.5.8, 1984.10.15, 1990.3.6, 2006.7.11>

제2조 (간호조무사등의 업무한계<개정 1975.5.1, 1990.3.6>)

① 간호조무사는 다음 각호의 업무를 행한다. <개정 1984.7.24, 1990.3.6>

1. 간호업무의 보조에 관한 업무
2. 진료의 보조에 관한 업무

3. 삭제 <1984.7.24>
- ②접골사는 골절되거나 관절이 빠거나 겹질린 환자에 대하여 그 환부를 조정하고 회복시키는 응급치치등 접골시술행위를 하는 것을 업무로 한다. <개정 1992.5.13>
- ③침사는 환자의 경혈에 대하여 침시술행위를 하는 것을 업무로 한다.
- ④구사는 환자의 경혈에 대하여 구시술행위를 하는 것을 업무로 한다.
- ⑤접골사침사 및 구사(이하 "의료유사업자"라 한다)는 환자에 대하여 외과 수술을 하거나 약품을 투여하여서는 아니된다.
- ⑥삭제 <1984.10.15>

제17조 (준용규정) 이 규칙에 규정된 것 외에 간호조무사에 대하여는 「의료법 시행령」 및 「의료법 시행규칙」 중 간호사에 관한 규정을, 의료유사업자에 대하여는 「의료법 시행령」 중 제11조 내지 제15조 및 제21조와 「의료법 시행규칙」 중 제6조, 제3항, 제9조, 제17조, 제18조, 제19조, 제21조의 2 내지 제21조의 5, 제22조, 제24조, 제29조, 제 33조, 제53조 및 제59조의 규정을 준용한다. 이 경우 "보건복지부장관"은 "시도지사"로 한다. <개정 1984.10.15, 1990.3.6, 1995.10.17, 1997.8.4, 1998.9.23, 2003.9.22, 2006.7.11> [전문개정 1984.7.24]

3. 안마사에 관한 규칙[일부개정 2005.10.17 보건복지부령 제 333호]

제1조 (목적) 이 규칙은 의료법 제61조의 규정에 의하여 안마사의 자격인정, 그 업무한계 및 안마시술소 또는 안마원의 시설기준등에 관하여 필요한 사항을 규정함을 목적으로 한다. <개정 1987.10.22, 2003.9.16>

제2조 (안마사의 업무한계) 안마사의 안마, 마사지 또는 지압등 각종 수기요법에 의하거나 전기기구의 사용 그밖의 자극요법에 의하여 인체에 대한 물리적 시술행위를 하는 것을 업무로 한다.<개정 1987.10.22>

제3조 (안마사의 자격)

①안마사의 자격인정을 받을 수 있는 자는 다음 각호의 1에 해당하는 자로 한다.<개정 1996.7.16, 2000.6.16>

1. 초·중등교육법 제2조제5호의 규정에 의한 특수학교중등학교에 준한 교육을 하는 학교에서 제2조의 규정에 의한 물리적시술에 관한 교육과정을 마친 앞을 보지 못하는 사람
2. 중학교 과정이상의 교육을 받고 보건복지부장관이 지정하는 안마수련기관에서 2년이상의 안마수련과정을 마친 앞을 보지 못하는 사람

②안마사의 자격인정을 받고자 하는 자는 별지 제1호서식의 안마사자격인정신청서(전자문서로 된 신청서를 포함한다)에 다음의 서류(전자문서를 포함한다)를 첨부하여 주소지를 관할하는 특별시장·광역시장 또는 도지사(이하 "시도지사"라 한다)에게 제출하여야 한다. 다만, 「전자정부구현을 위한 행정업무 등의 전자화촉진에 관한 법률」 제21조제1항의 규정에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 첨부서류에 대한 정보를 확인할 수 있는 경우에는 그 확인으로 첨부서류에 갈음할 수 있다. <개정 1991.9.5, 1996.7.16, 2005.10.17>

1. 제1항 각호의 1에 해당하는 자임을 증명하는 서류
2. 의료법 제8조제1항제1호 및 제3호에 해당하는 자가 아님을 증명하는 의사의 진단서
3. 삭제 <2003.9.16>
4. 사진 2매(신청전 6월이내에 촬영한 탈모정면 상반신 반명함판)

③시·도지사는 제2항의 규정에 의한 신청에 의하여 안마사의 자격을 인정할 때에는 별지 제2호서식의 자격증을 교부하고 별지 제3호서식의 등록대장에 그 내용을 기재하여 이를 비치하여야 한다

〈부 록 2〉 외국 침구사 제도

1.1 미국 침구사제도

1) 침술 시스템-법률상의 규정

- 침술은 미국에서 가장 빠르게 성장하고 있는 의료 시스템이다. 하지만 침술에 대한 국가 공인 면허증은 없다. 그 이유는 직업상의 법규를 연방정부가 아닌 각주에서 관할하기 때문이다. 각주가 면허교부하고, 면허받은 사람의 시술 범위를 정하고, 시술 범위를 위반하고 주가 요구하는 사항을 지키지 않거나 비전문가의 행위로 고발된 사람을 징벌할 수 있다.
- 1970년대 중반 법령부터 침술사 면허를 위한 법과 법규가 통과되었다. 그러나 이 직종은 전통 대증요법 의학에 대한 예외조항으로 다루어지고 있다. 예외조항으로 대증 의학의 보완 시술의 법령의 범위는 좁게 규정되었다.
- 전문 침술사의(침술로 주로 시술하거나 면허를 받은 사람) 면허나 등록을 인정하는 첫 법령은 1970년대 초기에 법령화 되었다. 현재는 40개 주와 콜롬비아 자치구가 그러한 법령을 제정했다. 미시간과 캔사스주에서는 면허받은 의사의 감독 하에 의사가 아닌 침술사가 시술을 하게하고 있다. 나머지 8개 주에서는 침술을 규정하지 않고 있고 침술의 시술에 대한 판결이 만들어져있지 않거나 의사만 할 수 있다고 판결이 나 있다.
- 입법상의 과정이 오래 걸리거나 힘든 경우가 종종 있다. 대부분의 주에서 주 의회에서 통과하도록 설득하고 정부의 승인 하에 침술을 시술 할 수 있도록 하는데 몇 년이 걸린다. 더 나아가 대개 기존의 건강관리 직종 단체의 심한 반대가 있기 때문에 타협이 필요한 때도 있다. 침술 시술에 관한 법령을 통과한 주중 환자가 침술치료를 면허가 있는 침술사로부터 받기 전에 의사가 먼저 진단하거나 감독을 요구하는 주도 있다. 그러나 전문 침술사가 독립적으로 되는 추세이다. 이들 법령이 바뀌고 있으며 전문 침술사가 환자를 치료하기전 어떤 형태의 정통 의사의 인가를 요구하여 침술을 통제하는 주는 단지 12개만 있다.
- 예를 들면 캘리포니아 주에서는 진단과정은 침술과 관련된 법과 법규에 규정되어있

지 않다. 침술사들은 현재 침술사가 치료하기전 환자를 진단하도록 하는 법안을 통과하기위한 입법과정중에 있다. 이 법안에는 학생과 일반대중 뿐만 아니라 이러한 법안과 관련한 입법자를 교육할 전문가를 포함한다. 캘리포니아 의학 협회는 법안에 반대했으며 침술사들이 권리를 위해 싸우고 있다.

- 침의 진료를 다루는 법과 법규가 단순하고 간단하고 이해하기 쉬운 주가 있다. 어떤 주에서는 복잡하고 어려운 경우도 있다. 어떤 주에서는 법령이나 규정이 시술의 범위를 분명하게 명시하지 않은 주도 있다: 해석을 자유롭게 할 여지를 두고 있다. 예를 들면 “침술”을 단지 침을 삽입하는 것으로 해석하는 때가 있는가 하면 동양의학의 이론가 시술을 전부 말하기도 한다. 이 경우 동양의 마사지,지압,호흡법,운동,다이어트,약초,온법,냉법,자석,레이저를 포함하기도 한다. 그러한 경우 각 경우에 따라 해석이 달라지는데 몸을 회복시키는 것을 의미하기도하고 어떤 경우에는 합법적인 판결을 의미하기도 한다. 법규가 해석에 따라 달라질 경우 앞으로 있을 수 있는 새로운 해석에 의해서나 행정 공무원에 의해 쉽게 바뀔 수 있다.
- 주마다 그러한 차이가 있는 이유는 다양한 요인이 있기 때문이다. 첫째로 전문 시술 행위 입법이 정치적인 과정이기 때문이다. 미국의 많은 침술사들은 정치적인 과정보다는 환자를 치료하는데 관심이 많다. 입법은 한명이나 그 이상의 입법자의 지지를 반드시 받아야하고 법안은 법안의 통과와 부결에 많은 관심을 가지고 있는 정당의 마음에 들어야한다. 관심을 가진 정당이 정치적인 영향력을 가진 경우가 있어 업자들의 입법노력의 결과에 지대한 영향을 미칠 수 있다.
- 직업상의 법규가 다양한 결과로 침술사가 다른 주로 이동하는 것이 어렵다. 어떤 주에서 면허를 받은 침술사가 다른 주에 면허를 신청했을 때 별도의 교육과 시험을 봐야하는 경우가 종종 있다. 하지만 이러한 문제는 침술 업에만 있는 것은 아니다.
- 현재 미국에 있는 면허의 불공정을 연방 침술국과 동양의학 조정국에서 연구하고 있다. 이 단체는 1997년에 설립되었으며 국가차원에서 침술과 동양의학 업종을 조정하는 기관과 부서가 제기한 주의 규정 문제대한 결어를 채우고 있다. 이 단체의 임무는 조직을 규정 하여 부서의 일원이 함께 일하여 면허, 시술, 조정판결, 직업 규제 결정에 대하여 서로 교류하여 국민의 보호를 보장하고 국민에게 높은 질의 건강관리를

주기 위험이다.

- 국가의 표준 면허에 대한 요구를 다루기 위해 이 조직은 다른 국가 조직과 일을 하여 침술 면허와 동양의학에 대한 경쟁력 있는 표준과 자격증명의 기준을 확인하고 발전 시키고 이들 기준이 다양하게 유지되고 침술과 동양의학의 전통을 존중하는 것을 보장한다. 연방정부는 면허를 받은 사람이 다른 주로 이동을 용이하게 하는 승인 기준에 의해 면허교부를 시작하게 하는 말을 만들고 있다.
- 미국에서 침술업은 30년의 단속 역사가 있다. 다른 건강관리를 하는 전문직업인이 자신들의 주된 일의 범위 내에서 제한된 침술 서비스를 수행하도록 하게하는 적당한 훈련을 구성하는 것에 대한 논의는 아직 이루어지지 않았다.
- WHO에서는 침술의 기본 훈련과 안전에 대한 지침을 만들었는데 면허 받은 사람을 위한 훈련을 요구하는 주에서는 의사와 카이로프랙사가 침술사를 고용하는 것이 일반적이다.

2) American Academy of Medical Acupuncture Report

- 미국에서는 1800년대 중반과 후반에 철도건설이 이루어졌다. 중국인들이 이 건설사업의 주된 노동자였다. 중국인들은 끓인 차를 먹고 중국 약초 처방과 추나를 사용하여 병과 질병에 덜 시달렸다. D.D. Palmer가 이들 중국 노동자들과 함께 추나를 배우고 연구했고 동양의학이 오늘날의 카이로프랙틱의 토대라는 증거가 있다.
- 침술을 전문영역으로 인지하기 전에 카이로프랙틱을 직업으로 인정하기 시작했다. 그 결과 침술사는 입법을 의결하는 의학단체와 협상을 해야 했다. 또한 카이로프랙틱과도 협상을 해야 했다. 입법과정에는 토론과 타협이 있었다. 이러한 많은 입법 노력의 결과 미국의 50개중 28개 주에서 카이로프랙틱 의사는 자신들의 범위내에서 침진료를 할 수 있게 되었다. 이들 주중 10개의 주에서는 어떤 특별한 훈련도 요구하지 않는 반면에 다른 18개 주에서는 100-200시간을 요구하기는 하지만 표준이 되는 교육과정이 없다.
- 카이로프랙틱사들은 의사와 마찬가지로 자신들의 회원을 위한 침술자격 제도를 만

들었다. National Board of Chiropractic Examiner는 침술 인증시험을 만들었다.

3) 해독전문 침술사

- 전문적인 진료를 벗어나 가장 침술을 널리 사용하는 분야는 화학에 종속적인 치료법이다. 해독전문 침술사는 면허를 받은 침술사이기도하지만 대부분은 그렇지 않고 단지 약물 남용치료나 정신건강 환경을 위한 치료 훈련만 받는다. 이 테크닉은 스트레스제거를 위해 사용하고 있다. 침술사, 의사, 간호원, 상담사, 사회사업가, 화학에 종속하는 직업인이 해독전문 침술사가 될 수 있다.
- NADA(National Acupuncture Detoxification Association)는 이 특별한 영역의 침술 치료법을 발전시켰다. 1985년에 설립되어 중독과 정신질환을 위한 이침 NADA의 교육과 훈련을 향상시키고 있다. 미국의 NIH(National Institutes of Health) 침술에 대한 여론 배심원들은 과학적인 문헌을 검토한뒤 침술이 중독중에 보조요법으로 대체요법으로 유용 하거나 하거나 포괄적인 프로그램에 포함 할 수 있다는 결론을 내렸다.
- 현재 미국의 14개주에서는 해독침술사를 법령이나 행정상의 규정으로 허용하고 있다. 더불어 해독침술사를 단속하는 규정이 없는 아메리카 원주민 구역이 있다. 대부분의 이들 주들에서는 시술자가 면허를 가진 침술사이거나 NADA의 훈련을 받은 시술자 이어야한다. 해독침술규정이 있는 모든 주에서는 70시간 이상인 NADA 훈련 규정을 넘어서거나 부합되어야한다. 미국, 캐나다, 미국 보호령에는 700개 이상의 프로그램을 거친 10,000명 이상의 NADA훈련을 받은 시술자가 있다.
- 미국에서는 침술을 더 많이 허용하고 있고 침술사들의 숫자가 증가하고 있고 정치적인 인식과 힘도 강해지고 있고 동양의학에 대한 침술의 정체성을 변화시키는 운동이 일어나고있다. 침술은 단지 힐링의 모든 시스템중 한 일면을 묘사하기위해 사용하는 말이다. 침술은 많은 사람들의 마음속에서 특히 주정부의 단속직원에게는 직업을 의미하게 되었다.

4) 침술사의 현재 상태

- 모든 직종의 미국인은 침술과 동양의학을 주된 치료로 생각하고 있고 실제로 사용하고 있으며 침술을 서양 의료와 협력하여 사용할 수 있다. 침술만으로 의료 문제를 치료하는 사람도 있다. 침술은 미국에서 이목을 끄는 단어가 되었다. 침술은 소비자가 주도하는 의학이다. 침술사는 미국인구의 8%정도를 담당한다. 소비자는 여러 문제와 질병에 대한 서구의학과 모든 약 처방에 대한 환상에서 깨어나게 되었다. 특히 베이붐세대는 자신의 건강에 책임을 지기를 원하고 건강상태를 유지하기위한 주도적인 역할을 하고자한다. 이 시기가 동양의학이 미국에서 뿌리내리는 두 번째 시기이다. 첫 번째 시기는 18세기 말 철도를 건설한 뒤였다. 대중요법이 널리 퍼지면서 침술을 찾는 사람이 없어지고 거의 사라졌다.
- 미국에서 동양의학을 직업으로 가진 사람의 1/3은 한국계 미국인이고 1/3은 중국계 미국인이고 1/3은 여러 나라 사람이다. 22,000명 이상의 면허를 받은 침술사가 있다. 2000년과 2004년 사이에 면허를 받은 사람이 59%증가했다. 캘리포니아에 가장 많은 11,000명 이상의 면허를 가진 사람이 있다. 캘리포니아의 인구는 3800만으로 인구가 가장 많은 주이다. 동약의학 학교에는 8,000여명의 학생이 있으며 매년 2,500명의 학생이 졸업한다.
- 침술사의 대부분은 자영업을 한다. 이것은 침술사가 사무실 하나를 사용하거나 사무실 공간을 공유하거나 임대하고 있거나 여러 시술을 한다는 것을 의미한다. 동약의학을 진료하는 것은 사업가적인 영역이다. 미국의 병원은 의사를 고용하지 않는다. 서양 의사나 동양 의사는 병원의 특권 하에 일을 한다. 전문직업인은 반드시 이 직책에 지원해야한다. 신청서는 길고 복잡하고 비용이 든다. 병원은 후보자에 대해 경력조사를 하고 특권을 받기전 시술자와 여러 번 인터뷰한다. 의료 공급자의 행동에 대하여, 잘못된 상황에 대한 고소에 대해 무한 책임을 병원이 지기 때문에 이렇게 한다.
- 침술사를 병원에서 고용하면 의사의 감독 책임 하에 테크니션의 역할을 하게 된다.
- 동양의학을 연구하는 사람은 정치적인 과정보다는 환자를 치료하는데 관심을 더 가지고 있지만 침술의 면허, 교육, 시행을 관리하는 사람은 선거로 뽑힌 공무원이다.

- 침술인은 침술에 대한 공공의 관계를 만들어내는 책임을 가진다. 동양의학에 대한 이 점을 소비자에게 알리는 국가적인 운동은 없다. 침술사는 자신만의 일을 한다. 침술사는 자신이 속한 공동체의 일부가 되고 사무실 주변의 사람을 치료하고 궁극적으로 입소문으로 통해 환자를 받는다. 이러한 침술사들이 환자에게 침술과 약초에 대한 정보를 준다. 침술사는 사무실에서 약초를 판다. 약초는 차,팅크제,전매품,환약,생약,묵음등 여러 형태로 팔린다. 환자는 침술사에 대한 믿음과 약속에 따라 약초를 산다. 미국인은 환약에 친숙하다 왜냐하면 제약회사의 광고가 널리 퍼져있기 때문이다. 텔레비전의 모든 쇼에서는 광고가 나가는데 이것들은 약의 이점에 관한 것이다. 근래에 이러한 광고방송은 약을 먹으면 생기는 부작용에 대하여도 언급을 하고 있다.
- 1981년 미국의 침술사들은 AAAOM(American Association of Acupuncture and Oriental Medicine)을 형성했다. 이 협회는 대중의 안전을 보장하기위해 높은 직업상 윤리와 교육 기준뿐만 아니라 잘 규정된 침술사를 보장하였다. 이러한 점들이 오늘날에도 지속적으로 중요한 이슈가 되고 있다.
- 1996년에 이 협회는 자신의 회원의 지위를 잘 나타내고 침술이 동양의학의 한 부분이라는 것을 나타내 기위해 이름을 바꾸었다. 오늘날 이 단체의 이름은 AAOM(American Association of Oriental Medicine)이다. 가장 큰 회원을 가진 전문직 조직이다. 조합에 속한 모든 주의 시술자는 이 활동적인 조직에 속해있다. 12명의 이사가 관리하고 14명의 상임위원회가 있다. 이들 위원회는 윤리, 회원자격서부터 입법 문제에 대한 국가적인 총회에 이르기까지 관심을 가지고 있다. 이 협회는 노인의료보장이라고 하는 사회보장하에 노인을 위한 정부의 배상을 제공하는 법안을 통과시키는 일을 하고 있다.
- 80년대 초에 AAOM은 CCAOM(Council of Colleges of Acupuncture and Oriental Medicine)의 설립을 도왔다. CCAOM은 침술 학교와 대학의 회원 조직이다. 이 조직은 대학과 관리 개발 프로그램을 제공하여 미국의 침술교육의 지위를 증진시키기 위해 형성되었다. 이들 두 단체가 협력하여 NCCAO(National Certification Commission of Acupuncture and Oriental Medicine)를 설립했다.

- 이 조직은 유자격자가 투표한 9명의 위원이 관리한다. 이 세 번째 단계는 국가적으로 인정된 자격과 교육에 근거한 국가의 인증 과정을 발전시키고 관리하기 위해 설립되었다. NCCAOM은 시험을 주관하고 있다. 학생이 NCCAOM 시험을 통과하면 졸업을 표시하는 인증서를 받는다. NCCAOM 인증서나 NCCAOM 시험 합격을 콜롬비아 특별지구를 포함한 39개 주에서 요구하고 있다. 이것은 주의 95%가 침술을 하기 위한 면허증을 획득하기 위해 NCCAOM 시험이나 인증서를 사용한다는 것을 의미한다.
- 인증 프로그램은 NOCA(National Organization for Competency Assurance)의 NCCA(National Commission for Certifying Agencies)의 승인을 받았다. NCCAOM의 인증서는 고용주와, 환자와 동료에게 국가의 안전기준과 충분히 시술 할 수 있다는 것을 나타낸다.
- NCCAOM의 제시된 의무는 일반인을 보호하고 이롭게하기 위해 침술과 동양의학의 인증된 자격과 안전의 기준을 증진시키고, 설립하고, 평가하기 위함이다. 시작서부터 NCCAOM은 침술, 중국 약초, 아시아 보디워크 요법에서 17,000명 이상을 인증했다. 침술사는 4년마다 60시간의 교육을 받아 인증서 갱신을 해야 한다. 현재 한국에는 NCCAOM 인증을 받은 365명이 있다. 이것은 NCCAOM의 졸업생중 55%는 외국인 주소를 가지고 있음을 나타낸다.

5) 배상

- 2005년 1월 미국의학협회는(American Medical Association) 미국 건강 보험 시스템에서 사용하는 새로운 CPT(Current Procedural Terminology) code를 공식화 했다. 이들 코드는 의료절차의 배상에 대한 건강보험청구를 하기 위해 사용한다. 이 해에는 새 코드가 4개가 생겼다. 2개의 코드는 침술에 관한 것이고 나머지 2개는 전기침에 관한 코드이다. 침술사는 병력, 시험, 진단과 치료계획을 포함하는 의료결정, 의료 커뮤니케이션의 이익의 조정, 상담, 문제와 시간을 나타내는 엄정함을 위해 돈을 지불하는 Evaluation and Management code를 사용 할 수도 있다. 이들 코드의 추가는 침술사

- 가 진단이나 치료에 비용을 청구할 수 있다는 것을 의미한다. 보험배상 시스템에는 모든 절차에 코드가 있다. 침술과 전기침코드와 진단코드가 추가됨으로 미국의학협회는 침술을 의료시스템의 일부로 인정했다.
- 대략 50%의 미국의 보험은 침술치료를 배상한다. 이 숫자는 매년 증가하고 있다. 많은 대도시 지역의 환자의 70%는 침술치료를 지불하는 건강보험에 들어있다. 많은 침술사들은 환자가 현금으로 지불하기를 원한다. 이것은 다소 이상적인 생각이다. 환자가 보험에 들어있는데 침술을 포함하고 있다면 환자는 보험적용을 받고자하며 대부분의 경우 침술사가 지불을 기다리기를 바란다.
- 캘리포니아의 스탠포드대학과 과 캘리포니아 샌디에고의 미국 전문의 건강 계획(American Specialty Health Plan)에서는 미국의 보완건강관리에 대해 조사를 실시했다.

6) 교육, 훈련, 지속적인 교육, 학교/학회

- 미국에는 47개의 승인받은 동양의학 침술 학교가 있다. 승인 과정중이거나 승인을 받지 않은 학교가 25-30여개가 더 있다. 캘리포니아 주에는 20여개가 넘는 가장 많은 학교가 있다.
- 1982년 6월년 침술과 동양의학을 위한 전문 직업 조직과 CCAOM(Council of Colleges of Acupuncture and Oriental Medicine)은 ACAOM(Accreditation Commission for Acupuncture and Oriental Medicine)을 설립했다.
- ACAOM 은 미국 교육부가 인정한 특별 승인기관이다. ACAOM은 미국에서의 침술과 동양의학 프로그램에 대해 설립된 최소한의 교육 표준허락의 평가에 대한 책임을 지고 있다. ACAOM은 독립적인 기관으로 어떤 조직, 개인, 외부기관이 조사나 변경을 할 수 없다.
- 초기의 승인과정은 두 개의 관련된 과정으로 이루어진다. 적격성 과정은 승인을 바라하는 협회가 작성하여 제출한 리포트로 이루어진다. 이 리포트는 교육프로그램과 관련된 목적과 프로그램을 정의한 14개의 필수 요구에 포함되어야 한다. 두 번째 요소는

위원회가 행하는 적격성을 위한 방문으로 적격성 리포트에 있는 것을 확인하는 것이다. 방문 팀은 3일 동안 학교 캠퍼스에서 학교 프로그램의 모든 면을 조사한다. 조사 팀은 위원회에 리포트를 제출하고 입후보자격을 승인할지에 대한 추천을 한다. 후보자가 승인을 받는다는 것은 즉각적인 요구에 부합하고, 결함을 교정할 실제적인 분석과 계획을 책임지고, 언급된 목적을 성취하기 위해 필요한 방안을 성취하고 조직 할 수 있는 프로그램 능력을 위원회가 인정하는 것이다.

- 학교는 자기 자신의 연구 과정으로 가기 전에 1-3년 정도 후보자격 상태로 있다. 이 과정도 또한 두 단계로 되어있다. 첫 번째는 자가 연구 리포트. 이것은 매우 포괄적인 평가프로그램으로 자가 연구에 과정에 대한 리포트이다. 이 리포트를 위원회에 제출한다. 두 번째는 팀의 현지 방문이다. 이 팀은 위원회에 의해 임명되고 자가 연구 리포트에 있는 내용을 확인한다. 이 팀은 3일 동안 기록을 검사하고 이사회, 관리자, 교수, 직원, 학생과 면접을 한다. 방문 팀은 프로그램의 강점과 약점에 대하여 위원회에 리포트를 보고한다.

7) 교육과목-학습 프로그램

- 미국 캘리포니아주의 학습프로그램은 다양하며 660시간의 임상훈련을 포함한 1905시간인 기초과정이 있는가 하면 900시간의 임상훈련을 포함하는 3000시간의 기초과정이 있기 도하다.

- 기본 핵심 교과과정에 포함되어있는 것:

1. 침술과 동양의학의 역사
2. 기본이론
3. 침술, 혈의 위치와 경락이론
4. 진단 기술
5. 침술과 동양의학의 치료 계획
6. 치료 테크닉

7. 장비와 안전
8. 상담과 커뮤니케이션 기술
9. 윤리와 업무 경영.
10. 생물의학 임상 과학
11. 동양 약초 연구
12. 여러 동양의학 치료방식

- 교육프로그램에는 선택과목과 협회가 있는 각주의 면허를 받기위해 요구하는 과정이 반드시 있다.

8) 미국 의료시스템에서 침술과 동양의학

- 침술과 동양의학에 대한 국가 인증 위원회는 전략적인 취지를 언급했다: “침술과 동양의학 업종이 인류를 불필요한 질병에서 벗어나게 하는 협력적인 탐구에서 서구의 학과 완전한 협력관계가 이루어지도록 하게하는 것.”나는 이것이 의학의 궁극적인 목적이 되어야 한다고 믿는다. 우리는 아직 이 단계에 이르지 못했으나 매일 과정이 성취되고 있다.

- 서양의 의사는 환자들에게 평균 하루에 다섯 번 정도 질문을 받는다.

1. 당신은 침술에 대하여 무엇을 아십니까?
2. 침술을 한번 받아 봐야 합니까?
3. 침을 맞으면 아릅니까?
4. 저의 상태에 도움이 된다고 생각하십니까?
5. 추천할만한 사람이 있습니까?

- 점점 더 많은 환자들이 침술을 받고자 한다. 베이붐 세대가 보통 침술 환자이다. 동양 의학을 사용하는 환자의 70%는 여성이다. 침술은 전인구의 8%를 돌보고 있다. 환자

들은 나이를 먹으면서도 젊고 멋져 보이고 건강하고 활기가 넘치고 기동성이 있기를 바란다. 그러한 것들은 침술치료의 이점이다. 그것은 침술에 완전히 부합하는 것으로 보인다. 역사의 어느 시기에서 지금보다 침술과 동양의학이 요구되어진 적이 없다. 미국인들은 약에 중독되어있다. 시술자는 환자가 5-15가지의 다른 약을 먹는 것을 보고 있고 사람들은 더 많은 스트레스를 받고 있다. 9-11건의 사건이후 더 많은 환자가 스트레스 해소와 우울증을 위해 침술을 찾고 있다. 침술치료를 받는 사람은 보통 건강에 대한 탐구의 마지막 단계에 있다. 전문직업인으로서 동양의학의 이점을 일반인에게 알리고 교육하도록 해야 한다.

- 침술업의 주요 장애물은 미국의 병원시스템에서 받아들여지는 것이다. 일반병원에서 있는 대부분의 환자는 노인들이다. 현재까지 노인의료 보험제도를 통한 사회보장 하에서는 배상하지 않는다. 이것이 미국 국회에 대한 문제이다. 뉴욕 출신의 하원의원인 Maurice Hinchey가 노인의료보험제도하에서 배상하는 법안을 발의했으나 여전히 연방의회의 지지가 부족하다.
- 의사가 점점 더 환자로 하여금 침술사의 진료를 받게 하고있다. 정형외과, 암연구, 통증치료, 수정 전문의가 가장 관심을 가지는 의료 영역으로 보인다.
- 침술과 동양의학에 대한 국가적 공공의 관련 캠페인은 없다. 각각의 개업의가 자신만의 공공의 관계와 마케팅 캠페인을 만들어야 한다. 이것은 의사와 만나고 관계를 형성하고 환자를 한명씩 교육함으로 이루어진다.

1.2 일본 침구사제도

1) 면허제도(免許制度)

- 의사면허(醫師免許) 소지자(所持者) 및 침구사(鍼灸師) 면허자(免許者)만이 침구(鍼灸)치료를 행(行)할 수 있다. 침사면허(針師免許) 구사면허(灸師免許)의 성격은 이른바 신분면허이면서 업무를 독점하는 것이다.

자료: 쇼화(昭和)22년 12월20일교부. 법률217.법제1조

「의사 以外者로서 안마, 마사지 또는 지압, 침과뜸을 業으로 쓰는 者は 각각 안마 마사지 지압사 면허, 침구면허를 취득하지 않으면 안된다.」

2) 면허취득조건(免許取得條件)

- 후생노동대신이 인정한 침구학교, 문부과학대신이 인정한 대학과 시력장애자는 맹아학교 또는 시력장애 센터를 졸업하고 후생노동대신이 행하는 시험에 합격할 필요가 있다.

자료: 쇼화(昭和)22년12월20일 교부, 법령217.법제2조

「학교 교육법(쇼화(昭和)22년법율제 26호) 제56조의 규정에 의해 대학에 입학할 수 있는 자(者)로서 3년 이상 문부과학성령(文部科學省令), 후생노동대신령(厚生勞動大臣令)으로 정해진 기준에 적합한 자(者)로서 文部科學大臣이 인정한 ·학교 또는 厚生勞動大臣이 인정한 양성(養成)시설에 의한 해부학, 생리학, 병리학, 위생학, 그 외 안마, 마사지, 지압사, 침사, 구사가 되는데 필요한 지식 과 기능을 습득한자로서 후생(厚生)勞動大臣이 행하는 안마, 마사지, 지압사, 針師, 灸師 시험에 합격한자에 대해 厚生勞動大臣이 이것을 수여한다.」

3) 국가시험의 현황

- 국가시험의 실시와 후생노동대신(厚生勞動大臣)의 지정에 의해,(財)동양요법연수시험재단에서 실시하고 있다.

(財)동양요법연수시험재단 <http://www15.ocn.ne.jp/~ahaki/index.html>

- 1993년에 제1회 시험을 실시하였으며, 그 이후 년 1회 실시하고 있음. 시험장소는 전국 각 도도부현(各道府府縣)의 50개소에서 행해지고 있음.
- 시험형식은 문제 수 160문항에 사지택일(四肢擇一)방법으로 60점 합격선으로 되어 있다. 실기시험은 하지 않고 각 학교에 맡기고 있다. 그리고 시력장애 수험생에게는 점자와 녹음테이프를 사용하며, 시험시간은 정상인의 1.5배로서 공평성의 배려를 충

분히 하고 있다. 수험생 중에, 정상인과 시력장애자의 비율은 대개 9:1로서 시험과목은 아래와 같다.

○ 鍼師 시험과목

(의료개론, 위생학, 공중위생학, 관계법규, 해부학, 생리학, 병리학개론, 임상의학총론, 임상의학각론, 재활의학, 동양의학개론, 경락경혈개론, 동양의학임상론, 針 理論)

○ 灸師 시험과목

(의료개론, 위생학, 공중위생학, 관계법규, 해부학, 생리학, 병리학개론, 임상의학개론, 임상의학각론, 재활의학, 동양의학개론, 경락경혈개론, 동양의학 임상론, 灸이론)

○ 합격률은 아래와 같음.

2003년	침사	83.8%(수험자수 3,179명/합격자수 2,663명)
	구사	83.8%(3,136/2,627)
2004년	침사	79.9%(3,753/2,998)
	구사	79.1%(3,739/2,958)
2005년	침사	79.5%(4,271/3,396)
	구사	79.2%(4,271/3,382)

4) 교육현상(教育現狀)

○ 1) 현재, 정상인대상 학교는, (社)동양요법학교협회가맹교가 43교(국립대학2교, 그 외는 사립전문학교), 그리고 미가맹교(未加盟校)가 28校로서 合計 71개교가 있다.(2004년4월현재). 1999년 까지는 전국에 28개 학교였는데 2000년의 규제개혁 등에 의해 급격히 증가하였다.

○ 시력장애자 학교가 69교(국립 短大1교, 공립맹학교. 시력장애자 센터68校)가 있다.

○ 이들 학교에서는 3년 동안에 「침구사」 자격만 취득하는 코스와 「안마, 마사지, 지압사」 수험자격을 동시에 취득하는 코스가 있다. 그리고 「안마, 마사지, 지압사」만 취득하는 코스도 있다.

○ 정상인학교의 「침사, 구사」 수험자격이 취득될 수 있는 과정의 입학정원은 약 6,100명이다. 3년간 이수(履修)하지 않으면 안되는 과목과 단위 수(시간 수)는 다음과 같다.

○ 基礎分野

과학적 사고기반(科學的思考基盤), 인간과 생활 14單位.

○ 專門基礎分野

인체구조와 기능 13單位(해부학과 생리학에 相當).

질병의 과정과 예방 및 회복의 촉진. 12單位(병리학, 위생학, 재활의학, 임상의학총론, 임상의학각론에 해당)

보건의료복지와 「침구」의 개념 2단위(의료개론. 관계법규에 해당)

○ 전문분야(專門分野)

기초침구학 8單位

임상침구학 12단위

사회침구학 2單位

실습(임상실습 포함) 16單位

총합영역 10單位

이상 합계86단위. (총 약 2,800시간)

단위의 계산방법은 대학설치 기준에 의해 규정한다

(강의 1단위=15~30시간, 연습=30~40시간, 실습=45시간)

○현재의 커리큘럼은 2004년도부터 크게 강화되어, 단위제 도입을 주축으로 하는 개정이 이루어지고 있으며, 이전의 科目名列表(열거(列擧))와 세부적 교육내용의 제시가 일절 없어졌다. 이것은 각 학교가 상상력풍부하게 연구하는 독자성을 발휘할 수 있도록 하기 위한 것이다.

○(社) 동양요법학교협회에서는 전국 맹아학교 협회 교장 회와 공동으로 교육가이드라인을 발행하고, 협회회원의 표준교과서 출판을 시행하여 교육의 표준화와 질의유지를 담보(擔保)로하고 있다.

(社) 동양요법학교협회<http://www.toyoryoho.or.jp/index.php>

5) 교육의 문제점과 개혁

○침구사의 교육이란 무엇인가를 생각한다. 먼저 교육 그 자체의 의미는 「교육이란, 학습자의 행동에 가치 있는 변화를 가지는 프로세스라고 한다」 라는 말에 집약된다. 「행동」이란, 지식과 이해와 기능(技能)에서 태도, 습관과 같은 정 의적(情意的)감정과 의지 그리고 기분적)인 것 까지 포함된 넓은 개념이다. 「행동의 가치 있는 변화」라는 것은 학생이 졸업할 때까지 무언가를 알고 무엇이 어디까지 될 것인가 라는 것, 그것은 어디까지나 교육의 목표인 것이다.

○이 목표는, 사회의 요구, 학생과 교원의 요구파악, 요청, 그 자체의 검토, 그리고 시간적 제약, 교육자원의 제약 등이 고려되어 결정된다. 그 다음에 구체적인 계획과 교육 커리큘럼의 작성, 그리고 실시(實施)가 이루어져, 최후의 평가라고 하는 프로세스를 거치게 되는 것이다.

○이 프로세스가 언제나 의식적으로 행해질 때 사회와 유리(遊離)되지 않는 가치 있는 교육활동이 보증(保証) 되어진다. 현재는 1988년 이전에 도도부현지사(都道府縣知事)

에 의한 시험보다도 국가시험이 높아졌다는 것과 강의과목시간이 증가한 것과 실기(實技)가 국가시험에서 제외되면서 각 학교의 책임 하에 실기능력을 판단하도록 된 것, 의학 전문성이 무엇보다도 높이 요구되기 시작된 것 등 침구전문가로서 확립된 것이 성과라고 볼 수 있다. 그러나 한편으로는 문제점도 명확해 지고 있다.

○기본적인 문제점을 열거해보면 다음과 같은 것을 생각해 볼 수 있다.

1) 커리큘럼내용과 학습에서의 동기부여 및 교원에 관한 것들

- i. 많은 학생들이 졸업 후에 대한 교육의 충실함을 절실하게 바란다는 점.
- ii. 약20%의 학생이 1학년후반부터 2학년1학기 사이에 진로변경을 생각하며, 진로변경을 정하는 과정에서 교원이 그다지 관여하지 않는다는 점.
- iii. 전문과정과목에 대해 흥미는 많은데 이해하기 어렵다는 것을 톱으로 뽑는다는 점.
- iv. 기초과목의 레벨이 낮다는 의견이 많다는 점.

2) 실기에 관한 것

- i. 약30%의 학생들이 실기수업에 불만족 하고 있다는 점.
- ii. 실기교육의 표준화나 평가법의 확립이 뒤떨어지고 있는 것은 아닌지?

기술교육에 대하여 경시(輕視)되고 있지는 않은지?

너무 지식편중형(知識偏重型)이 되어 어느 것을 얼마나 세분화(細分化)하여 알아야 하는지에 대한 교육평가가 횡행(橫行)하면 사실적으로 기술교육, 특히 「술(術)」의 육성(育成)이 경시되는 경향(傾向)이 될 수도 있다. 조심해야 할 문제라고 본다.

iii. 기술전승(技術傳承)의 표준화, 개인감각을 어떻게 言語化해서 전달해야 좋을까, 말하자면, 鍼灸古典論을 어떻게 다룰 것인가 등등에 관한 것.

○ 개혁해야만 되는 점은 아래와 같다고 본다.

- 1) 사회와의 관계 속에 意識化될 수 있어야 할 것.
- 2) 보건의료복지관계(保健醫療福祉關係)프로젝션으로서 職業論理에 선양(宣揚)되어야 할 것, 요컨대 「태도, 습관」을 증시킨 학습에 중점을 둘 것.
- 3) 기초의학관계의 정리를 하는 것과 더불어, 전문과목의 충실성에 중점을 둘 것.
- 4) 실기교육의 충실과 임상력 강화를 위해 임상실습을 확대충실(부속임상시설에만 한정되지 않고, 예를 들어 의료기관, 복지시설 등에서의 실습 등)할 수 있도록 조치한다.
- 5) 교원의 자질향상. 임상가, 연구자로 동시에 우수한 교육자로서 지향적인 교원양성에 대해서도 충분히 검토하지 않으면 안 된다.

○ (社)동양요법학교협회에서는 매년 교원의 연수회를 전국규모로서 실시하고 있고, 보다 낫은 교원의 이상적인양성을 모색하고 있으며, 1997년부터 특히 2000년부터는 문부과학성의 연구조성금을 交付받아 캐나다와 미국의 醫學教育에서 채용(採用)된 「OSCE」(객관적 임상능력시험.Objective Structured Clinical Examination)의 도입을 검토하여 임상교육개혁에 몰두하고 있다.

○ 임상능력이란, 지식영역(知識), 情意領域(專門技能, 커뮤니케이션 技能), 정신운동영역(態度, 習慣)의 3개의 균형이 갖추어지지 않으면 안 되지만, 종래형(從來型)의 교육평가에서는 認知領域, 즉, 얼마만큼의 지식이 있는가 라는面의 평가에 치우쳐져 있는 것을 개혁하여, 情意領域, 精神運動領域의 評價가 이루어질 수 있는가에 대한 시도(試圖)를 하고 있다.

6) 학생, 졸업생의 현황

○ (社) 동양의료학교협회에서 실시한 조사연구의 결과

제1회 조사: 1998년

제2회 조사: 2001년

1) 남녀비율은, 남자:여자=1.67:1. 제1회는 남자:여자=1.97:1였었는데, 점점 여성의 비율이 높아져가고 있다. 연령별로 보면, 25~29세층으로, 남성의 비율이 더 높은 경향이 있으나(61.4%), 제1회 (72.8%)보다 줄어들었다. 또한, 남성비율은 전체의 연령층에서 감소하고 있다. 여성의 비율이 제일 높은 연령층은 21~24세층으로(43.1%)제1회에서는 그 연령층이 36.1%였었다. 그 외 여성비율이 증가한 것은 25~29세층(26.6~30.9%)이었으며, 그 외의 연령층에서는 비율이 줄고 있다. 전체에서는 25~29세층이 가장 많고, 남성은 20세후반이 많으며, 여성은 20세 전반이 많다.

평균 연령을 보면 32.9세로서 제1회 때 (32.6세)와 비슷하다.

2) 실무(實務)에 종사(從事)하고 있는 사람은, 84.5%로서 제1회(84.2%)와 거의 같은 비율이다. 또, 남성은 87.3%로서, 여성 80.4%보다 높고, 그리고 연령별로서는 40~44세층이 제일 많다(87.2%).

종사하고 있지 않은 사람은 14.7%이며, 제1회(15.1%)보다 다소 감소했다.

종사하고 있는 내용을 보면, 여러 가지 변화가 보인다.

개업하고 있는 사람이 前回(21.4%)보다 대폭으로 증가하고 있다(32.4%).

本人 혼자 개업하고 있는 곳이 71.5%로 되어 있고, 前回の 86%보다 감소하였고, 종업원을 한 사람 고용하고 있는 곳이 5.6%에서 12.3%증가하고 있다.

평균 환자 수는 1일 평균 9.6人 으로, 第1회의 11.1人 보다 낮아졌다.

근무자의 상황을 보면, 병원, 의원 근무자수가 30.4%로서, 제1회 때(19.4%)보다 대폭 늘어났다. 그리고 柔道整復師와의 병설(併設)치료원 근무자도, 제1회에서는 합계 18.9%

였던 것이今回에는 합계27.7%로 늘어났다.

근무자가 자기가 담당하는 1일 평균 환자 수는 16.1人이며, 제1회(18.6人)보다 감소하고 있다. 開業과 근무(勤務)에서 취급하는 환자 수는 감소(減少)하는 경향(傾向)이다. 그러나 의료기관의 취직증가와 그 업무내용까지는 확실하게 파악되지 않고 있지만 이것이 하나의 흐름이라고 보고 있다.

3) 보수(報酬, 또는 급여)를 보면, 전체 평균21.1万¥은 제1회조사(20.4만¥)시와 비슷하지만, 졸업 후 1~5년의 수행하는(인턴)과정이 많은 것을 감안(勘案)하더라도 평균 연령이 32.9세라는 것을 생각하면 보수(또는 급여)가 낮다고 생각할 수 있다.

사회보장정책상의 문제해결로서, 社會의健康畚, 쾌유(快癒)畚, 대체보완통합의료(代替補完統合醫療)畚이라고 하는 트렌드를 확실하게 잡는 정책(方策)이 필요한 것이다.

4)取扱하는 환자의 병상(病狀)은 上位에서, 제1회때와 비교 해보면,

요통(腰痛): 제1회93.4%→제2회92.7%以下同順.

어깨걸림(肩痛): 81.7%→80.4%.

슬관절질환(膝關節疾患): 62.4%→63.2%.

하지통(下肢痛): 60.6%→60.4%.

견관절질환(肩關節疾患): 42.5%→48.8%.

경완증후군(頸腕症候群): 41.2%→29.3%.

부정수소(不定愁訴).자율신경실조증(自律神經失調症): 17.3%→26.9%.

건강관리(健康管理): 15.4%→15.2%.

두통(頭痛): 12.5%→14.6%.

스포츠장애: 14.2%→13.9%.

부인과질환(婦人科疾患): 6.8%→6.6%. 등으로 나타났다.

대강 경향은 바뀌지 않았지만, 부정수소(不定愁訴), 自律神經失調症가 증가된 것이 눈에 띈다.

5) 學會나 業界의 入會狀況을 보면, 어떠한 學會든지 入會가 19.6%, 業界의 入會가 21.3%로서 저조한 상태이다.

6) 면허등록자수(免許登録者數) 및 취업자수(就業者數)

국가시험합격자는 厚生勞動大臣의 免許申請을 해서 교부(交付)받는다.

2004년 현재, 등록자수는 침사(鍼師) 123,740명, 구사(灸師) 122,612명이다.

단, 이 數는 都道府縣知事管轄時代に 중복되거나 死亡에 의한 삭제가 제대로 되지 않았으므로 實在者數는 아니다. 후생노동성(厚生勞動省)의 조사에 의하면 就業者數는 72,000여명이다. 그렇지만 이 숫자도 반드시 실제 수와는 차이가 있다고 본다. 대강 4万人 정도로 예상된다.

7) 사회보장(社會保障)定策과 鍼灸治療

鍼灸治療는 대부분 의료보험이 아닌 自由診療에 의해서 행해지고 있다.

1회의 施術料金は 地域差와 개인의차는 있지만 대개 2,500엔부터 6,000엔 정도이다. 의료보험제도상(醫療保險制度上)에는 요양비(療養費)라는 분류에 있어서 지급해 주고 있는데, 연간 100억엔 정도이다.

1.3 중국 침구사제도

1) 중국 내 침구의 발전현황

1. 침구는 중의학의 주요구성부분 중 하나로 의료, 예방, 보건, 회복 등 보건위생(서비스) 분야에서 매우 중요한 역할을 하고 있다.

2. 최근 침구학은 중국 내에서 전면적인 발전을 이루어 의료, 교육, 과학적 연구 방법에서 커다란 성과를 거두었다.

(1) 침구학의 고등교육은 이미 완전한 체계를 갖추어 전국적으로 27개의 중의학 대학에 침구학과가 설치되어 있다. 학제는 5~7년으로 각각 학사와 석사학위를 수여한다. 매년 졸업생은 약 1100명으로 졸업 후 침구의 임상, 과학적 연구와 교수업에 종사한다. 일부 대학은 허가를 받아 박사 생을 모집하여 박사학위를 수여하고 있다.

(2) 침구는 임상분야에서 광범위하게 응용되고 있고 치료 가능한 질병이 계속적으로 증가, 침구종사기관과 종사인원이 빠르게 증가하고 있다.

전국 2,864개의 현금 이상의 중의의료기관 전부에 침구과가 설치되어 있고, 비교적 대규모의 중의병원에는 침구병동이 설치되어 있다. 일부 성과 시에서는 침구병원을 열기도 했다. 지역의료와 농촌의료기관은 기본적으로 침구 등 중의약 서비스를 제공할 수 있다.

전국적으로 거의 27만 명의 중의 등록 의사가 있고, 이들 의사 대부분이 침구요법을 사용하여 질병을 치료할 수 있다, 그중 일부 의사들은 침구전문의사로 침구를 주로 하는 의료서비스를 제공하고 있다. 지역과 농촌의 의사도 기본적으로 모두 침구 요법을 응용하여 질병을 치료할 수 있다.

침구로 치료 가능한 질병의 수가 계속적으로 확대되어 관계 자료에 의하면 침구로 치료 가능한, 중,서 의학이 진단한 질병은 351개에 달한다. 침구는 일반적이고 다발적인 질병의 치료 이외에도 여성 불임증, 식물인간의 회복, 침술 해독 등의 난치병 치료에도 그 사용이 확대되고 있다.

(3) 침구의 과학적 연구비 투자의 확대, 연구방법의 개선, 연구수단의 선진화, 연구의 질과 양의 계속적 향상으로 커다란 연구 성과를 거두었다.

다년 간 침술과 경락의 기초이론, 침술을 이용한 진통과 질병치료의 구조와 원리(메카니즘) 등 방면에서 체계적이고 심도 있는 연구를 실시하여 커다란 발전을 이루었다.

(4) 침구 응용관리의 점진적 규범화

《경혈부위》 등 기준을 제정하여, 침구응용의 규범화된 관리를 촉진하였고 현재는 《침구기술조작규범》 등의 기준을 제정 중에 있다.

(5) 대외교류협력의 증가

2004년 9월까지 중국과 외국정부간 체결된 쌍방 또는 다자간 위생협약 중 전문적인 침구 중의약협약은 17건에 달한다. 1998년부터 2002년까지 외국에서 방문한 전통의약방면의 방문단은 연 평균 20% 증가하였다; 중국에서 파견한 중의약 파견단도 연 평균 6% 넘게 증가하였다. 중의약의 국제교류와 협력의 지역과 범위도 부단히 확대되었고 협력항목도 크게 증가하였다.

2) 국제침구발전현황

침구의 전 세계적인 전파가 더욱 광범해지고 있고, 또한 세계보건기구도 깊은 관심을 보이고 있다. 침구는 이미 5대륙에 널리 퍼져있고, 현재 이미 약 160개국과 지역에서 침구요법을 사용하고 있고, 많은 나라와 지역이 침구치료를 의료보험에 포함시키고 있으며, 더욱 더 많은 대중들이 침구요법을 받아들이고 있다.

(1) 침구요법을 받아들이는 사람의 증가

○ 전통의학에 대한 사람들의 인식의 변화에 따라, 침구는 더욱 더 많은 사람들의 인정을 받고 있다. 1998년 미국의 보스턴 의학센터와 하버드의과대학의 8명의 연구원이 미국의학회 회보에 조사보고서를 발표하여, 1997년 전 미국에서 대체의학(침구, 중약)치료를 받아들인 사람의 수가 주류의학을 초월하였다고 지적하였다. 이외에도 세계보건기구의 통계에 근거하면 현재 전 세계에서 약 40억 인구가 침구와 중약을 사용하여 질병을 치료하고 있고, 그 수는 세계 인구의 80%에 달하는 것이다.

(2) 침구종사인원과 침구관련 의료기관의 빠른 발전

○ 현재, 전 세계(중국 불 포함)에 침구에 종사하는 전문인원은 20~30만에 달한다. 특히 유럽에서는 현재 이미 침구사가 약 12만에 달하며, 또한 매년 10% 정도의 속도로 점차 증가하고 있다.

중국 외에 5만여 개의 침구와 관련된 기관이 있다. 예;

미국: 중의침구면허증을 소지한 의사가 이미 14,228명이며, 미국 전역에 모두 7천 여 개의 중의 진료소가 있고, 40여개의 침구학회가 있어, 근 10 종의 중의와 침구에 관한 정기간행물을 창간하였다.

영국: 런던에만도 600여개의 중의진료소가 있다. 정식등록한 중의의사가 600여명이며, 영국침구사협회에 등록된 침구사가 3천여 명이다.

(3) 침구교육의 발전

○ 의료적 가치와 계속적으로 증가하는 경제적 가치로 인하여, 침구교육 또한 급속도로 발전하였다. 중국에 와서 침구를 공부하는 사람이 매년 증가하고 있고, 많은 다른 국가와 지역이 중국의 중의약 (단과) 대학과 대학교와 협력하여, 중의약대학을 설립하거나 혹은 대학에 중의(침구)학과를 개설하여 중의(침구) 인재를 공동으로 양성하고 있다. 예를 들어 일본은 정부가 승인하는 중의약에 기초한 한방의학 정규대학과 대학교를 설립하였다, 현재 일본에는 전문침구학교가 263개 있다. 유럽에는 영국정부가

승인한 중의약대학(고등교육기관)으로는 MIDDLESEX대학교의 5년제 중의대학과 런던중의대학이 있다; 벨기에에는 중의본과학력의 교육을 실시하는 이시진(李時珍)대학 등이 있다. 이외에 미국에 등록된 중의대학이 72개 이고 교육부가 심의 비준한 대학은 30개에 달한다.

(4) 학술적 지위 향상

침구가 전 세계적으로 광범위하게 응용되면서 더욱 더 많은 국가와 지역이 이 치료 방법을 받아들여 인정하였고, 합법적 지위를 부여하여 전문적인 연구센터를 설립, 연구를 진행하였다. 예; 1992년 미국국회는 미국 국립위생원(국립보건원)에 대체의학 연구센터 설립을 비준하였고, 침구가 출자연구 중 하나가 되어, 지출경비가 1992년 2백만 달러에서 매년 증가하여 현재는 1억 달러에 달한다.

1996년 미국 FDA는 침구의 법률개념을 새롭게 정의하여, 3급(실험단계)에서 2급(제약을 포함하는 응용단계)으로 상향시켰다.

1997년 11월 미국 국립위생원은 12명의 배심 전문가가 출석하고 24명의 연설진술자로 구성된 침구 청문회를 조직하였다, 그 회의에 참석한 전문가들은 서양의학적인 기준에 따라 침구에 대한 평가를 진행하여 결국 침구가 일부의 병증에 효과가 있다는 것을 명백한 증거로 증명할 수 있다고 일치된 평가를 하였다.

(5) 세계보건기구의 침구에 대한 깊은 관심

○ 세계보건기구는 줄곧 침구의 연구와 확대를 지지해왔다, 일찍이 1975년 세계보건기구는 중국정부에 위탁하여 중국에 3개의, 세계적인 침구양성과 협력센터를 설립하였다.

○ 침구의 학술적 발전을 촉진하기 위하여, 거의 10여 년간 세계보건기구와 중국정부는 공동으로 6 차례의 “세계 침구학회”를 개최하였다.

○ 1998년 세계보건기구와 세계침구학회 연합회는 비정부적 차원에서의 관계를 수립하

고 두 조직이 세계 침구발전을 위한 계획을 추진하기로 하였다. 20여 년간 세계보건 기구는 침구사업과 발전에 깊은 관심을 보여 잇달아 약간의 기준과 방안 그리고 문건을 제정하였다, 그중에는 《국제 침구술어기준》, 《침구 임상연구규범》, 《침구 기초양성 및 안전지침》 등이 있다.

(6) 과학적 연구투자의 가속화

○ 침구 중의약의 과학적 연구라는 문제에 대해 여러 국가의 의학연구기관들이 이미 오래 전부터 관심을 가져왔다. 독일의 국가위생부는 특별지출로 침구치료효과의 연구를 지원하였다, 독일이 출판한 중의학과 침구학 전문저서와 역서가 250여 종에 달한다. 특히 최근에는 보험공사가 860만 유로를 출자하여 6개 대학이 참여한 침구치료효과에 대한 평가로 광범위한 관심을 일으켰다. 미국국립보건원의 대체의학센터의 예산이 지속적으로 증가하여 2003년에는 이미 1억 달러에 달했다. 이외에도 약 170여개의 대형 국제제약회사, 40여개의 국제연구기관이 침구를 포함하는 전통의학연구와 개발사업을 전개하고 있다.

〈부 록 3〉 문신현황 및 실태조사 결과

1. 개요

1) 문신의 개념 및 시술자

○ 문신은 ‘신체에 새긴 글자’라는 의미로서 살갓을 바늘로 찔러 먹물이나 물감으로 글씨, 그림, 무늬 따위를 새기는 것임. 문신은 바늘이 피부조직을 찔렀다 뺏다를 반복하기 때문에 현재 의료행위로 규정되어 있으며, 2007년 4월 헌법재판소는 문신시술을 ‘의료행위’라 판결함

- 2001년 대법원 판례는 “의료행위란 의학적 전문지식을 기초로 하는 경험과 기능으로서의 진찰, 검안, 처방, 투약 또는 외과적 수술을 시행해 질병의 예방과 치료행위를 하는 것”이라고 한정했고, 여기에는 반영구 화장 등도 모두 포함됨

- 의료인이 아닌 사람이 문신 시술을 할 경우 의료법 제 26조 1항에 의거해 ‘유사의료행위’를 한 것으로 판단돼 벌금형을 선고받으며, 만약 비의료인이 영리를 목적으로 문신 시술을 할 경우 ‘보건범죄 단속에 관한 특별 조치법’이 적용됨

- 현재 문신은 한의사와 치과의를 제외한 의사가 할 수 있으며, 의사이외의 비의료인이 문신 시술을 할 경우 이는 불법행위로 간주됨. 그러나 미국, 영국, 독일, 일본 등 다양한 국가의 문신 정책을 살펴본 결과, 의사만이 문신을 하도록 하는 나라는 우리나라가 유일함

○ 과거에는 문신을 ‘조직폭력배들이 몸에 새기는 혐오스러운 그림’이라 불렀으나, 현재는 문신에 대한 인식이 바뀌면서 문신을 ‘개성 표현의 수단’ 혹은 ‘몸의 예술’이라 생각하는 젊은이들의 문신 수요는 해마다 늘고 있음

○ 문신의 연간 소비자수는 약 50여만명, 업계 종사자는 약 1000여명¹²⁾으로 추산되나 문신 시술을 할 수 있는 의료기관은 국내에서도 극소수이므로 ‘합법적인 공급망’이 턱없이 부족함. 이 때문에 국내 문신 소비자의 99% 이상은 현행법상 불법 문신시술

12) 문화일보 2007년 8월 29일 기사 총 3면(사회)

자(타투이스트들)에게 문신을 하는 것이 현실임

- 홍대 대학가 주변에는 문신업자(타투이스트)들이 운영하는 타투샵만 70여 군데가 넘고, 온라인상에서도 문신전문업체들이 우후죽순처럼 생겨나 출장 시술 등이 성행하고 있음

2) 역사

- 문신은 BC4000년경 이집트의 미이라에서 발견된 이래 현재까지 사용되고 있으며, 범죄집단 및 군인, 교도소, 선원 등의 집단사회의 표식, 미용적 치장 및 예술 행위 등에 이르기까지 그 영역이 다양함. 문신에 대한 유래 및 역사는 서구사회의 타투와 우리나라 문신에 영향을 끼친 아시아의 문신으로 나뉘볼 수 있음
- 타투(tatto)라는 용어는 18세기 영국인 탐험가이자 식민주의자였던 제임스 쿡에 의해 처음으로 서양문화에 소개됐으며, 그 어원은 폴리네시아어인 ‘예술적’이라는 의미와 ‘두드리다’라는 의미를 지님
 - 타투는 폴리네시아인의 인체에 행하는 장식예술로 오랫동안 광범위하게 행해졌으며, 이는 현대로 접어들면서 자엽스럽게 피부장식, 바디페인팅, 메이크업, 프린팅 등 총체적인 신체예술의한 분야로 정착함
- 우리나라의 문신에 대한 최초의 기록은 삼국시대에 나타나며, 당시 중국의 영향을 받아 문신이 형벌의 수단으로 사용됨. 또한 조선시대 초기에 형벌의 한 종류로서 문신이 사용되었다는 기록이 있음
 - 문신은 현대에 이르러 아시아권에서 많은 용도로 쓰여졌는데 특히 일본의 풀격조 직이라는 야쿠자들의 의식행위인 문신이 우리나라에도 들어와 불량배나 범죄자들 사이에서 행해짐. 그러나 과거 범죄의 낙인으로 사용된 문신에 대한 부정적인 편견이 현대에는 패션, 신체장식, 자기 표현 등의 신선한 모티브나 장식으로 부상되고 있음(한국의류학회지, 2006)

3) 문신 합법화 관련 입법례

- 지난 2007년 10월 국회 보건복지위 김춘진 의원은 문신험법화를 주장하는 공중위생관리법 일부 개정 법률안을 내놓았으며, 이는 국회에서 통과되지는 않았으나 문신시술사(비의료인)가 지정된 영업장소 또는 의료기관에 고용돼 문신을 할 수 있도록 하는 내용임
 - 문신시술사에게 일정 요건을 갖추게 하고 위생관리 교육을 받게 한 뒤 지자체장들이 ‘문신사 면허증’을 발급해 문신업자들을 합법화 영역으로 끌어내는 것임
 - 비의료인이 문신을 하는 경우 문신 기구의 멸균방법, 질환의 감염위험, 문신험용연령 등을 법규화하여 음성적으로 이뤄지던 비의료인의 문신 시술을 양성화해 문신업의 신고와 감독·면허 등을 체계적으로 관리, 제도권으로 끌어들이는 것임

2. 실태조사 분석 결과(한국문신예술인협회 조사자료)

1) 종사인력

- 현재 정확한 파악은 불가능하지만 정규과정 수료자는 2007년 현재 414명, 평생교육원 수료자는 520명임. 정규과정은 민간교육기관의 과정임

(단위 : 명)

구분		2003	2004	2005	2006	2007
종사인력 총계	정규과정 수료자 ¹⁾	438	235	100	204	414
	평생교육원 수료자	238	345	280	678	520

주1) 민간교육기관 과정 수료자

2) 종사인력 총계에 대한 지역적 분포

- 종사인력의 지역적 분포는 아래와 같은

(단위 : 명)

구분	2006	2007
서울	47	85
경기	25	11
인천	6	14
부산	12	36
대구		5
대전	20	14
광주	74	75
울산	3	49
강원	1	7
충북		25
충남		
경북		
경남		29
전북		12
전남	16	52
제주		
합계	204	414

3) 교육 과정 현황 및 인력배출 기준 교육

가. 인력배출을 위한 교육과정을 이수할 수 있는 과정 및 교육시간

○3개월 (정규과정) : 320 시간

○1개월 (숙성과정) : 235시간

○특강반(4주, 기존기술자. 어드밴스클래스) : 30시간

나. 해당 인력 배출을 위한 자격시험을 운영 여부

① 있다 (0) ② 없다 ()

다. 자격시험 응시 자격기준

○ 협회에서 지정한 인증기관*에서 교육을 이수한자

○ 협회의 3개월 정규반 이수자

*한국문신예술인협회에서 인정한 민간교육기관임

라. 자격시험 응시자의 합격률

구분		2003	2004	2005	2006	2007
자격시험	응시자수	438	235	100	204	414
	합격자수	364	232	82	185	407
	합격률(%)	70%	100%	80%	80%	90%

마. 보수교육 실시 여부

① 있다 (0) ② 없다 ()

바. 보수교육을 위한 교육과정 및 시간

① 소독학 (위생학) : 20시간

② 색채학 (스킨톤에 따른색상선별법) : 20시간

③ 피부학, 공중위생학 : 15 시간

4) 장비 및 시설

가. 장비 목록

구분	장비수	장비명
	1	① 문신 기계
	1	② 문신바늘
	1	③ 먹지복사기
	2	④ 고압증기멸균소독기
	5	⑤ 시술 침대
	3	⑥ 확대경
	1	⑦ 파워서프라이
	1	⑧ 일반복사기
	1	⑨ 컴퓨터

나. 시설 규모

○ 최소규모 : 10여평

5) 시술료 및 재료비

주요시술	시술료 및 재료비		
	시술 시간	시술료	재료비
① 눈썹 문신	1시간	15만원	5만원
② 입술	1시간	30만원	10만원(약값포함)
③ 아이라인	20분	30만원	3만원
④담배갑 크기	30분	30만원	5만원
⑤손바닥 크기	1시간	50만원	7만원

주1) 시술료는 문신 시술 시 받게 금액으로 시술자, 시술 범위, 문양 등에 따라 다를 수 있으나, 평균 시술료를 기입함

주2) 재료비는 장비 및 시설 이용료 이외에 염료 및 도안 등과 관련된 재료비임

3. 해외 정책 및 입법례(김춘진 의원실¹³⁾ 자료, 2007)

13) 지난 2007년 10월 국회 보건복지위 김춘진 의원은 문신합법화를 주장하는 공중위생 관리법 일부 개정 법률안을 내놓음

1) 미국

○ 문신의 관리는 두 가지 차원에서 이루어짐. 주정부와 하위 지방정부에서는 문신 시술을 감독하며, 문신에 사용되는 염료에 대한 관리는 연방정부차원의 FDA의 규정에 의해 화장품 및 색소 첨가물(cosmetics and color additives) 규정에 의해 이루어짐

○FDA는 피부 내 문신과 영구 화장술에 이용되는 염료를 연방 식품,약품 및 화장품 관리법(Federal Food, Drug and Cosmetics Act)에 따라 시장 출시 전 승인을 받아야 하는 색소 첨가제로 간주하나 공공보건 우선순위와 안전 문제에 대한 사전 증거 부족으로 인해 전통적으로 문신에 사용되는 염료나 잉크를 규제하지 않고 있음

○그러나 FDA는 150여건 이상의 보고된 부작용에 대해 인지하고 있으며 이들 문신용 잉크에 이용되는 염료에 관해 고조된 관심에 따라 문신용 잉크의 안전한 사용에 대해 조사하고 있으며, 새로운 정보에 대한 평가가 진행됨에 따라 공공 보건을 보호하기 위한 추가적인 조치가 필요한지 계속 고려할 예정임

○미국의 각 주는 저마다 문신의 시술, 문신사에 대한 허가, 문신업의 개업 등에 대한 규정을 제정하여 시행하며, 현재 3개 주를 제외하고 문신에 대한 이러한 규정을 모두 가지고 있음

가. 뉴욕시¹⁴⁾

① 문신 및 문신사의 정의

(가) 문신은 피부의 가장 바깥 층 아래에 색소를 주입하거나 지울 수 없게 만든 사람의 신체에 행한 어떤 표시를 의미함

(나) 문신사들은 다른 사람의 몸에 문신을 해주는 역할을 하는 사람을 의미함

② 문신업 면허 원칙

14) 출처: 뉴욕시 행정법 17권 3장 면허 및 인가 7부, 문신규제법

() 그 누구도 문신 행위를 하는 데 면허를 가지고 있지 않으면 문신을 시술할 수 없음

(나) 면허에 관한 조항은 면허를 가지고 있는 의사에게는 적용하지 않음

③ 문신면허 응시, 절차, 요구조건

(가) 문신 행위를 하려고 하는 사람은 보건부의 위원(이하 위원)이 규정한 방법과 형식에 따라 문신 면허를 위해 지원요청서를 위원회에 제출하여야 함. 지원요청서에는 위원이 지원자에게 면허를 허가하는 것을 결정하는데 필요하다고 생각하는 정보를 담고 있어야 함

(나) 미성년자에게 문신을 해준 문신사에게는 면허를 발행하지 않음

(다) 문신면허를 신청하기 위해서 지원자는 다음에 해당하는 내용의 시험을 치름

i) 폐기물 처리 방법

ii) 질병관리

iii) 문신으로 인한 질병 예방을 위해 연합회에 의해 추천된 보편적인 주의사항

iv) 감염관리 등

(라) 문신 면허를 위한 지원은 이러한 시험을 통과하였다는 충분한 증거가 수반되어야 함

(마) 위원은 이러한 시험을 보기 위해 문신 면허를 준비하는 지원자들에 의해 이용될 수 있는 정보 간행물을 간행해야 함. 또한 위원회는 새로운 건강관련정보나 기술이 있을 때에 이러한 정보 간행물을 업데이트해야 함

(바) 2년에 한번 100달러의 면허요금을 내야 함

④ 만료 · 전환 · 양도 · 전시

(가) 모든 면허는 번호로 구별하고, 발행 날짜로부터 2년에 만료가 됨

(나) 어떠한 면허도 양도하거나 전환할 수 없음

(다) 발급 받은 면허증과 손님들이 불만을 신고할 수 있는 전화번호는 면허 소유자가 문신을 행하는 영업소의 눈에 잘 띄는 곳에 붙여 놓아야 함

(라) 면허소유자가 문신행위를 광고하기 위한 모든 광고는 ‘뉴욕시의 보건과 정신위생 부서에 의한 면허’ 라는 문구와 각 면허 소유자의 면허번호를 반드시 넣어야 함

⑤ 위생상태 · 물리적 시설 · 장비 · 절차

(가) 문신 행위를 하는 한 명 이상의 문신사가 있는 모든 문신 기관, 상점, 영업소는 항상 청결과 위생상태를 유지해야 하고 보건부에 의해 공표된 규정에 의해 요구되는 손님을 위한 알맞은 환풍기, 빛, 폐기물 용기, 냉온수가 나오는 세척 시설, 위생비누, 수건을 가지고 있어야 함

(나) 보건부는 문신사가 문신 시술을 할 때 라텍스장갑과 보호복을 입고 손을 세척할 것을 권하는 규정을 공표해야 함

(다) 보건부는 문신 절차와 바늘의 폐기, 문신기구의 알맞은 소독에 대한 규정을 공표함

(라) 보건부는 보건부에 의해 결정된 피부 병변(病變)이나 다른 상황을 가지고 있는 사람에게 문신을 하는 것에 따른 규정을 공표함

(마) 누구도 18세 이하 사람에게서는 문신을 할 수 없음

(바) 문신 절차가 끝난 후에 모든 시술자는 문신된 피부의 알맞은 사후관리(care)에 대한 문서로 된 지시 사항을 시술받는 사람에게 제공해야 함

(사) 모든 시술자는 위원이 요구하는 시술받는 사람의 이름, 주소, 나이, 문신한 날짜 그리고 다른 정보들의 기록을 유지하고, 위원이 결정한 어떠한 정보도 위원에게 보고해야 함

(아) 문신이나 피어싱 스튜디오에서 시술 할 때 쓰이는 주사기 바늘과 같은 날카로운 장비들을 청결하게 다루기 위해 멸균 작업을 요함

(자) 주사기는 한 명이 사용한 후에는 폐기하고 다른 사람에게는 새로운 주사기를 사용해야 함

⑥ 자문위원회

(가) 보건부는 다음의 조건을 만족시키는 한 명의 의장과 8명의 위원으로 구성함

i) 문신 행위에 경험을 가지고 있는 자 2인

- ii) 문신 시술 행위 훈련을 한 자 2인(시장에 의해 임명된 관계인 1인, 시의회 대변인에 의해 임명된 1인)
- iii) 위생 절차와 멸균행위에 대한 실무전문가 2인(시장에 의해 임명된 관계인 1인, 시의회 대변인에 의해 임명된 1인)
- iv) 피부학에 면허를 가진 2인으로 구성되는 자문위원회를 부서 안에 두어야 함. 각 구성원은 보상 없이 2년 동안 봉사해야 하고 추가 기간 동안 재임명 될 수 있음. 각 구성원은 뉴욕시 안에 그들의 우선하는 업무장소를 가지거나 거주할 수 있음. 위원장은 위원에 의해 임명됨

(나) 위원회는 위원회가 필요하다고 생각하는 조항을 만들어 규정 하거나 개정하는 것을 포함하는 모든 문제들을 위원에게 추천할 수 있음

2) 일본

가. 일본의 문신 관련 법률 및 조례

- ① 의사법 제 7조
 - 의사가 아니면 의업을 해서는 안 됨(의사법 제17조)
- ② 홋카이도 청소년 보호육성조례
 - (가) 제2장 청소년의 복지를 저해할 우려가 있는 행위의 제한 등(문신의 금지)
 - (나) 제23조 어떤 이든 청소년에 대해서 문신을 시술해서는 안 됨
 - (다) 청소년에 대해서 문신 시술을 받을 것을 강요하고 권유하거나 주선해서는 안 됨

③ 2001년 11월 8일 후생노동성 통달

- ‘의사면허를 갖지 않은 자가 문신을 다른 사람에게 시술하는 것은 위법’이며 이를 위반한 자는 의사법 제6장 벌칙 제31호 ‘(제17조를 위반한 자는) 2년 이하의 징역 또는 2만엔 이하의 벌금’이 부과됨

나. 일본의 문신업의 실제

- 위와 같은 금지 규정에도 불구하고 일본에서는 고압멸균소독기를 비치하고 세무서

에 신고하면 의사가 아닌 자도 시술할 수 있음. 문신사 개인에 대한 자격요건은 없고, 위생에 대한 규정은 강제규정이자기보다는 권고수준이며, 비록 위생에 대한 규제가 권고에 그칠 뿐이지만 협회단계의 자율규제가 강한 전통이 있어 위생상 문제는 없다고 함

- 일본의 문신사는 전통기법을 사용하는 문신사와 패션 문신사로 나누어지며, 그들은 서로 다른 존재로 인식됨. 전통 문신사는 에도시대 이후부터 이어진 전통적인 일본 문신을 계승하는 자로 유명한 스승 밑에서 3~4년 이상의 수련을 거치고 독립적인 문신사로 활동하게 됨

3) 독일

- 독일에서의 문신은 의료행위도 예술도 아닌 수공예로 간주되어 문신 면허나 자격증 제도, 교육과정이 따로 없음. 다만 독일조직문신사협회의 지침은 문신을 배우고자 하는 사람은 검사받은 스튜디오에서 문신을 배울 것을 권장하고 있음.

- 스튜디오에서는 문신을 시술하는 것과 더불어 위생에 대한 것도 배울 수 있고, 문신과 관련된 보건위생문제에 대해서는 연방역병법(2001년 이후 전염방지법)에 따른 위생규정을 따르게 되어 있으며, 보건기관은 문신 스튜디오에서 위생규정을 준수하는지를 검사함. 위생규정의 자세한 내용은 한 내용은 Hessen 주 전염위생명령에 나와 있음

4) 영국

가. 영국의 문신 관련 법규정

① 1969년 미성년자 문신(文身)금지법

- 제1조(미성년자의 문신 금지) 18세 미만인 자에 대한 문신 시술은 범죄임. 그러나 정식으로 자격을 지닌 의료 시술자 또는 그의 지시에 따라 근무하는 자가 의학적인 사유로 인하여 그러한 문신을 시술한 경우에는 예외로 함다. 또한, 피고는 문신 시술 당시에 시술을 받은 자가 18세 이상이라고 여길만한 합리적인 사유가 존재하였으며

그렇게 여겨졌다는 사실에 대한 입증책임을 짐

- 제2조(벌금) 위의 범죄를 범한 자는 [50파운드] [표준형량의 제3수준] 미만의 즉결 처분, 또는 제범 이상의 전과자인 경우에는 [100파운드] [표준형량의 제3수준] 미만의 처분에 처함
- 제3조(정의) 본 법률에서 “문신”이라 함은 영구적인 자국을 남기기 위하여 피부 내에 모든 형태의 유색 재료를 삽입함을 말함
- 제4조(소제목, 발효 및 범위)
 - i) 이 법률은 1969년 미성년자 문신금지법이라고 인용될 수 있음
 - ii) 이 법률은 가결 1월 후부터 발효됨
 - iii) 이 법률은 북아일랜드에는 적용되지 아니함
- 2) 영국의 지방자치단체법 (기타 조항) 1982 c. 30
- 영국 지방자치단체법 제 15조에서는 문신, 반영구적 피부착색, 미용을 목적으로 한 피어싱, 전기모근제거 등에 관한 규정을 정하고 있음
- 제15조 제3~5항에서는 문신업의 등록을 규정하는데, 등록을 신청하는 자 및 신청인이 등록신청서에 자치단체가 정하는 업소와 관련되는 세부사항을 기입하고, 영업을 희망하는 업소를 등록하면 등록증을 발급하도록 규정되어 있음(등록주의)
- 또한 제15조 제1,2항에서는 문신업 등을 할 수 있는 지역적 한계를 정하고 있으며, 등록지역내 영업이 원칙이나 예외적으로 피시술인의 요청시 출장시술이 가능함. 그러나 의사 또는 치과의사로 등록된 자의 관리감독을 받아 시술하는 업소에 대해서는 제15조가 적용되지 않음(제15조 8항)
- 지방자치단체는 등록 업소 및 집기의 청결, 등록된 자 및 등록된 자를 도와 영업에 종사하는 자의 청결, 영업과 관련하여 사용하는 기구, 재료, 장비의 청결 및 필요한 경우 소독을 위해 조례를 정할 수 있음(15조 7항)
- 영업지역위반 및 관리감독 규정위반 시 벌금이 부과되며, 등록의 정지 또는 취소 등의 규정이 존재함(제16조)
- 지방자치단체의 인가를 받은 공무원은 제16조의 위반행위가 행해지고 있다고 믿을 만한 정당한 사유가 있을 경우 영장을 발급받고 관할구역 내의 업소를 수색할 수 있음(제17조))

〈부 록 4〉 유사의료 실태조사표 양식 (협회 및 단체용)

1) 침구

안녕하십니까?

한국보건산업진흥원에서는 보건복지부의 의뢰로 '외국 및 국내 유사의료 실태조사'에 관한 연구를 수행하고 있습니다. 본 연구와 관련하여 유사의료 행위에 대한 현황 및 운영상의 문제점을 파악하고, 제도 개선방안 및 합리적인 운영방안을 마련하기 위한 기초자료로 활용하고자 설문조사를 실시하고 있습니다.

다소 번거로우시더라도 금번 유사의료 실태조사에 적극 참여해 주신다면 향후 유사의료행위에 대한 제도화 방안 마련에 큰 도움이 될 것입니다.

아울러 귀 기관에서 응답하신 모든 내용은 익명으로 전산처리 되어 통계 자료로만 이용될 것이며, 연구목적 이외에는 어떠한 형태로도 활용되지 않을 것입니다.

귀 기관의 무궁한 발전을 진심으로 기원합니다.

2008년 1월

한국보건산업진흥원 의료산업단

연구책임자 : 이윤희 의료산업경영팀장

(02)2194-7466

문의처 : (02)2194-7494(박재산 연구원)

jspark@khidi.or.kr

■ 종사인력에 관한 질문입니다. 관련사항에만 체크(✓)해 주십시오.

1. 현 종사인력

(단위 : 명)

구분		2003	2004	2005	2006	2007
종사인력 총계	License 소지자					
	정규과정 수료자					
	사회교육원 수료자					

2. 종사인력 총계에 대한 지역적 분포

(단위 : 명)

구분		2003	2004	2005	2006	2007
지역구분	서울					
	경기					
	인천					
	부산					
	대구					
	대전					
	광주					
	울산					
	강원					
	충북					
	충남					
	경북					
	경남					
	전북					
	전남					
	제주					

3. 인력 활동 실태

(단위 : 명)

구분			2003	2004	2005	2006	2007
활동형태	활동 인력	시설소(개원)					
		피고용인력(봉사단체 등)					
		기타					
	비활동 인력						

■ 교육과정 현황 및 인력배출 기준교육에 관한 질문입니다. 관련사항에만 체크(✓)해 주십시오.

1. 인력배출을 위한 교육과정을 이수할 수 있는 과정에는 어떠한 과정이 있습니까? 교육기관과 교육시간을 기입하여 주십시오.

(①) (시간)
 (②) (시간)
 (③) (시간)

2. 해당 인력 배출을 위한 자격시험을 운영하고 있습니까?

① 있다 () ② 없다 ()

3. 자격시험 응시 자격기준은 어떠합니까?

(①)
 (②)
 (③)

4. 자격시험 응시자의 합격률

구분		2003	2004	2005	2006	2007
	응시자수					
	합격자수					
	합격률(%)					
	배출 인력수					

5. 보수교육을 실시하고 있습니까?

① 있다 () ② 없다 ()

6. 보수교육을 위한 교육과정 및 시간을 기입하여 주십시오.

(①) () 시간)
 (②) () 시간)
 (③) () 시간)

■ 장비 및 시설에 관한 질문입니다. 관련사항에만 체크(✓)해 주십시오.

1. 장비 목록

구분		장비수	장비명
장비목록	기본장비		①
			②
			③
			④
			⑤
			⑥
			⑦
			⑧
			⑨
			⑩
	추가장비		①
			②
			③
			④
			⑤
			⑥
			⑦
			⑧
			⑨
			⑩

2. 시설 규모

시설실 규모 (최소 면적)	() m ² 혹은 () 평)
-------------------	------------------------------

■ **주요질병 및 진료비**에 관한 질문입니다. 관련사항에만 체크(✓)해 주십시오.

1. 주요 질환명 및 진료비

주요질환	진료비	
	초진료	재진료
①		
②		
③		
④		
⑤		
⑥		
⑦		
⑧		
⑨		
⑩		

1) 주요질환은 진료가 가장 필요하다고 판단하는 질환을 우선순위로 기입함.
2) 진료비는 해당 질환을 진료하는데 들어가는 최소한의 건당 진료비를 기입함.

■ 기타 의견

◆ 유사의료행위 실태조사 및 제도개선방안에 대해 의견이 있으면 간략히 기록하여 주십시오

◆ 귀중한 시간을 할애하여 주셔서 대단히 감사드립니다.

2) 카이로프랙틱

카이로프랙틱에 관한 실태조사표(관련 협회용)

안녕하십니까?

한국보건산업진흥원에서는 보건복지부의 의뢰로 '외국 및 국내 유사의료 실태조사'에 관한 연구를 수행하고 있습니다. 본 연구와 관련하여 유사의료 행위에 대한 현황 및 운영상의 문제점을 파악하고, 제도 개선방안 및 합리적인 운영방안을 마련하기 위한 기초자료로 활용하고자 설문조사를 실시하고 있습니다.

다소 번거로우시더라도 금번 유사의료 실태조사에 적극 참여해 주신다면 향후 유사의료행위에 대한 제도화 방안 마련에 큰 도움이 될 것입니다.

아울러 귀 기관에서 응답하신 모든 내용은 익명으로 전산처리 되어 통계자료로만 이용될 것이며, 연구목적 이외에는 어떠한 형태로도 활용되지 않을 것입니다.

귀 기관의 무궁한 발전을 진심으로 기원합니다.

2008년 1월

한국보건산업진흥원 의료산업단
연구책임자 : 이은택 의료산업경영팀장
(02)2194-7466

문의처 : 박수범 연구원(02-2194-7376)
economist@khidi.or.kr

2. 종사인력 지역적 분포

※주: 각 지역에서 활동하는 카이로프랙틱 의사의 수를 기입하여 주십시오. 총 카이로프랙틱 의사의 명수를 기입하시고 옆의 괄호안에는 이중 면허소지자의 인력 수를 기입하여 주십시오.

(단위 : 명)

[illegible]

(단위 : 명)

[illegible]

II. 교육과정 및 인력배출 현황

■ 교육과정에 관한 질문입니다.

1. 카이로프랙틱 교육과정을 이수할 수 있는 과정에는 어떠한 과정이 있습니까? 카이로
프랙틱 교육기관과 교육시간을 기입하여 주십시오.
- | | |
|-------|--------|
| (①) | (시간) |
| (②) | (시간) |
| (③) | (시간) |
| (④) | (시간) |
| (⑤) | (시간) |

2. 카이로프랙틱 의사인력 배출에 관한 질문입니다. 아래의 표에 기입하여 주십시오.

[illegible]

(단위 : 명)

[illegible]

2. 시설 규모

※ 진료실 면적은 귀 협회에서 생각하는 카이로프랙틱 클리닉을 운영하기 위한 최소한의 클리닉 면적(기준)을 의미함

진료실 면적 (m²) 혹은 (평)

- | 구분 | 장비수 | 장비명 |
|------|-----|-----|
| 기본장비 | | ① |
| | | ② |
| | | ③ |
| | | ④ |
| | | ⑤ |
| | | ⑥ |
| | | ⑦ |
| | | ⑧ |
| | | ⑨ |
| | | ⑩ |
| 추가장비 | | ① |
| | | ② |
| | | ③ |
| | | ④ |
| | | ⑤ |
| | | ⑥ |
| | | ⑦ |
| | | ⑧ |
| | | ⑨ |
| | | ⑩ |

IV. 카이로프랙틱 대상 질환 현황

■ 주요질환 및 진료비에 관한 질문입니다.

- 1) 주요질환은 귀 협회에서 카이로프랙틱 진료가 가장 필요하다고 판단하는 질환을 우선순위 별로 기입하여 주시면 됩니다.
- 2) 진료비는 해당 질환을 진료하는데 들어가는 최소한의 건당 진료비를 기입하여 주시면 됩니다.

주요질환	진료비
①	(재진료)
②	
③	
④	
⑤	
⑥	
⑦	
⑧	
⑨	
⑩	

■ 마지막으로 귀 기관의 일반적인 사항에 관한 질문입니다.

1. 기 관 명 : ()

2. 설립연도 : ()

■ 기타 의견

◆ 유사의료행위 실태조사 및 제도개선방안에 대해 의견이 있으시면 간략히 기록하여 주십시오

◆ 귀중한 시간을 할애하여 주셔서 대단히 감사드립니다.

3) 안마

유사의료행위에 관한 실태조사표(안마사협회용)

안녕하십니까?

한국보건산업진흥원에서는 보건복지부의 의뢰로 '외국 및 국내 유사의료 실태조사'에 관한 연구를 수행하고 있습니다. 본 연구와 관련하여 유사의료 행위에 대한 현황 및 운영상의 문제점을 파악하고, 제도 개선방안 및 합리적인 운영방안을 마련하기 위한 기초자료로 활용하고자 설문조사를 실시하고 있습니다.

다소 번거로우시더라도 금번 유사의료 실태조사에 적극 참여해 주신다면 향후 유사의료행위에 대한 제도화 방안 마련에 큰 도움이 될 것입니다.

아울러 귀 기관에서 응답하신 모든 내용은 익명으로 전산처리 되어 통계 자료로만 이용될 것이며, 연구목적 이외에는 어떠한 형태로도 활용되지 않을 것입니다.

귀 기관의 무궁한 발전을 진심으로 기원합니다.

2008년 1월

한국보건산업진흥원 의료산업단

연구책임자 : 이운태 의료산업경영팀장

(02)2194-7466

문의처 : 강대욱 연구원

(02)2194-7381

palboo@khidi.or.kr

■ 종사인력에 관한 질문입니다. 관련사항에 기입하여 주십시오.

1. 현 종사인력

구분		2003	2004	2005	2006	2007
종사인력 총계	맹학교 졸업자					
	안마수련원 수료자					

2. 종사인력 지역적 분포

구분		2003	2004	2005	2006	2007
지역구분	서울					
	경기					
	인천					
	부산					
	대구					
	대전					
	광주					
	울산					
	강원					
	충북					
	충남					
	경북					
	경남					
	전북					
	전남					
	제주					

3. 활동상황

구분		2003	2004	2005	2006	2007
	시설소 종사					
	기타					

■ **교육과정**에 관한 질문입니다. 관련사항에 체크(✓) 및 내용을 기입하여 주십시오.

1. 해당 인력 배출을 위한 시험을 운영하고 있습니까?

① 있다 () ② 없다 ()

2. 시험 응시 자격기준은 어떠한가?

(①)

(②)

(③)

(④)

(⑤)

3. 시험 응시자의 합격률

구분		2003	2004	2005	2006	2007
시험	응시자수					
	합격자수					
	합격률(%)					

4. 종사자에 대한 보수교육을 실시하고 있습니까?

① 있다 () ② 없다 ()

5. 실시한다면 어떻게 실시하고 있습니까?

조건 ()

시간 ()

교육내용 ()

예) 조건 - 2년 마다 1회씩 등, 시간 - 12시간 등

■ **장비 및 시설**에 관한 질문입니다. 관련사항에 기입하여 주십시오.

1. 장비 목록

※ 기본 장비는 안마시설소에서 시술을 위해 필수적으로 구비해야 된다고 판단되는 장비임

※ 추가 장비는 기본 장비는 아니지만 시술의 편의나 피시술자의 만족도를 증대하기 위하여 구비를 고려할 만한 장비임

구분		장비수	장비명
	기본장비		①
			②
			③
			④
			⑤
			⑥
			⑦
	추가장비		①
			②
			③
			④
			⑤
			⑥
			⑦

※ 시술소 면적은 시술을 위해 규정된 최소한의 면적 임

시술소 면적	(m ²)
--------	---

■ **주요질환 및 평균 시술비**에 관한 질문입니다. 관련사항에 기입하여 주십시오.

※ 주요 질환은 시술소를 방문하는 피시술자가 호소하는 빈도순으로 기입하고 건당 평균 시술비를 기입하여 주시기 바랍니다.

주요 질환	평균 진료비
①	
②	
③	

④	
⑤	
⑥	
⑦	
⑧	
⑨	
⑩	

■ 마지막으로 귀 기관의 일반적인 사항에 관한 질문입니다. 해당 항목에 체크(✓)하시거나 기록해 주시기 바랍니다.

2. 설립연도 : ()

■ 기타 의견

◆ 유사의료행위 실태조사 및 제도개선방안에 대해 의견이나 애로사항, 건의사항이 있으시면 간략히 기록하여 주십시오

◆ 귀중한 시간을 할애하여 주셔서 대단히 감사드립니다.

4) 문신

안녕하십니까?

한국보건산업진흥원에서는 보건복지부의 의뢰로 '외국 및 국내 유사의료 실태조사'에 관한 연구를 수행하고 있습니다. 본 연구와 관련하여 유사의료 행위에 대한 현황 및 운영상의 문제점을 파악하고, 제도 개선방안 및 합리적인 운영방안을 마련하기 위한 기초자료로 활용하고자 설문조사를 실시하고 있습니다.

다소 번거로우시더라도 금번 유사의료 실태조사에 적극 참여해 주신다면 향후 유사의료행위에 대한 제도화 방안 마련에 큰 도움이 될 것입니다.

아울러 귀 기관에서 응답하신 모든 내용은 익명으로 전산처리 되어 통계 자료로만 이용될 것이며, 연구목적 이외에는 어떠한 형태로도 활용되지 않을 것입니다.

귀 기관의 무궁한 발전을 진심으로 기원합니다.

2008년 3월

한국보건산업진흥원 의료산업단
연구책임자 : 이은태 의료산업경영팀장

문의처 : (02)2194-7402(최연정 연구원)

■ 종사인력에 관한 질문입니다. 관련사항에만 체크(✓)해 주십시오.

1. 현 종사인력

(단위 : 명)

구분		2003	2004	2005	2006	2007
종사인력 총계	정규과정 수료자*	438	235	100	204	414
	평생교육원 수료자	238	345	280	678	520

* 민간교육기관 과정 수료자

2. 종사인력 총계에 대한 지역적 분포

(단위 : 명)

구분		2003	2004	2005	2006	2007
	서울				47	85
	경기				25	11
	인천				6	14
	부산				12	36
	대구					5
	대전				20	14
	광주				74	75
	울산				3	49
	강원				1	7
	충북					25
	충남					
	경북					
	경남					29
	전북					12
	전남				16	52
	제주					

3. 인력 활동 실태

(단위 : 명)

구분			2003	2004	2005	2006	2007
활동형태	활동 인력	시술소(개원)					
		출장 시술					
		기타					
	비활동 인력						

■ **교육과정 현황 및 인력배출 기준교육**에 관한 질문입니다. 관련사항에만 체크(✓)해 주십시오.

1. 인력배출을 위한 교육과정을 이수할 수 있는 과정에는 어떠한 과정이 있습니까? 교육기관과 교육시간을 기입하여 주십시오.

(① 3개월 (정규과정) 월 ~금 (320 시간))

(② 1개월 (속성과정) 월 ~토(하루7시간) (235 시간))

(③ 특강반(4주) 기존기술자, 어드밴스클래스 (30 시간))

2. 해당 인력 배출을 위한 자격시험을 운영하고 있습니까?

① 있다 (0) ② 없다 ()

3. 자격시험 응시 자격기준은 어떠한가요?

(① 협회에서 지정한 인증기관에서 교육을 이수한자)

(② 3개월 정규반 이수자)

(③)

■ 장비 및 시설에 관한 질문입니다. 관련사항에만 체크(✓)해 주십시오.

구분		장비수	장비명
장비목록	기본장비	1	① 문신 기계
		1	② 문신바늘
		1	③ 먹지복사기
		2	④ 고압증기멸균소독기
		5	⑤ 시술 침대
		3	⑥ 확대경
		1	⑦ 파워서프라이
		1	⑧ 일반복사기
		1	⑨ 컴퓨터
		1	⑩
	추가장비	1	①
		5	②
		1	③
		1	④
		1	⑤
		1	⑥
			⑦
			⑧
			⑨
		⑩	

1. 장비 목록

2. 시설 규모

시술실 규모 (최소 면적)	(m ²) 혹은 (10 평 이상)
-------------------	---

시술실 규모
(최소 면적) (m²) 혹은 (10 평 이상)

시술실 규모
(최소 면적) (m²) 혹은 (10 평 이상)

(③ 피부학, 공중위생학 (15 시간))

■ 시술료 및 재료비 등에 관한 질문입니다.

주요시술	시술료 및 재료비		
	시술 시간	시술료	재료비
① 문신	1시간	15만원	5만원
② 입술	1시간	30만원	10만원(약값포함)
③ 아이라인	20분	30만원	3만원
④담배갑 크기	30분	30만원	5만원
⑤손바닥 크기	1시간	50만원	7만원
⑥			
⑦			
⑧			
⑨			
⑩			

- 1) 시술료는 문신 시술 시 받게 금액으로 시술자, 시술 범위, 문양 등에 따라 다를 수 있으나, 평균 시술료를 기입함
- 2) 재료비는 장비 및 시설 이용료 이외에 염료 및 도안 등과 관련된 재료비임

■ 기타 의견

◆ 유사의료행위 실태조사 및 제도개선방안에 대해 의견이 있으시면 간략히 기록하여 주십시오

유일하게 우리나라만이 문신시술이 의료법에 적용을 받고있습니다.

문신시술을 외국처럼 하나의 예술로 받아들여 일반인이 자격을 갖추어 할수만있다면 지금 당장 30만개 이상의 일자리가 창출될것입니다.

또한 우리나라에서도 세계문신대회를 개최하여 외국인을 불러드리면 거기에 따르는 부가가치또한

상당하리라 생각합니다.

◆ 귀중한 시간을 할애하여 주셔서 대단히 감사드립니다.

〈부 록 5〉 유사의료 실태조사표 양식 (이용자용)

1) 침구

< 이용자 대상 설문조사 >

안녕하십니까? 본 설문 목적은 서비스 이용자 들을 대상으로 이용만족도 등을 조사하는 것이며 응답하신 모든 내용은 익명으로 전산처리 되어 통계자료로만 이용되오니 성심성의껏 기입하여 주시면 감사하겠습니다.

: 한국보건산업진흥원(T: 2194-7494, jspark@khidi.or.kr)

- 당신의 연령은 ? 만()세
- 당신의 성별은? ① 남 () ② 여 ()
- 침구에 대해 어떻게 알고 이용하게 되었습니까?
- ① 인터넷 () ② 가족, 친척, 친구 등 지인의 소개 ()
- ③ 광고(신문, 간판, 방송 등) ()
- ④ 기타 ()
- 어떤 질환 때문에 오셨나요?
- ① 요통 () ② 위장질환 () ③ 피부병 ()
- ④ 생식기질환 () ⑤ 관절염 () ⑥ 비염 ()
- ⑦ 두통 () ⑧ 고혈압 ()
- ⑨ 기타 ()
- 지금까지 치료받은 기간은 총 얼마나 되시나요? ()년 ()개월
- 한달동안 몇 번정도 진료소에 방문하시나요? ()회

§ 1~3번 문항은 카이로프랙틱에 대한 인식과 관련된 문항입니다.

1. 카이로프랙틱에 대해 처음 알게 된 시기는 언제입니까?

- ① 1980년대 ② 1990년대
③ 2000년대 ④ 최근 2년내
⑤ 들어본 적 없다.

2. 카이로프랙틱에 대해서는 어떻게 알게 되었습니까?

- ① 인터넷(협회 홈페이지, 포탈에 질문)
- ② 가족, 친척, 친구 등 지인의 소개
- ③ 광고(신문, 간판, 방송)
- ④ 기타()

3. 카이로프랙틱과 일반 의학(일반병의원 및 한방병의원의 진료)이 다르다고 생각하십니까?

- ① 예 ② 아니오 ③ 모르겠음

§ 4~10번 문항은 카이로프랙틱 진료와 관련된 문항입니다.

4. 귀하께서 현재 앓고 계신 질환은 어떤 질환입니까?

- ① 요통(디스크, 전방전위증, 척추관협착증) ② 두통, 턱관절
- ③ 경추통, 흉추통 ④ 생리통, 생리 불순
- ⑤ 교통사고 후유증(무릎·발목·발바닥·손목저림, 테니스·골프엘보)
- ⑥ 자율신경실조증 ⑦ 만성소화불량 및 만성변비 ⑧ 자세비틀림, OX 다리

⑨ 기타(_____)

5. 현재 질환을 앓았을 때 처음 방문한 기관은 어느 곳입니까?

- ① 일반 병원 ② 한방 병원
- ③ 마사지, 안마 ④ 카이로프랙틱 시술소
- ⑤ 기타()

6. 현재 질환으로 카이로프랙틱 진료소에 오기 전에 몇 개소의 의료기관을 방문하셨습니다?

- ① 1개소 ② 2개소
③ 3개소 ④ 4개소 이상

7. 방문하신 카이로프랙틱 진료소는 어떻게 알고 가셨습니까?

- ① 동네에 있어서 ② 지인의 소개로
- ③ 광고 ④ 외국에서 알게 되었다
- ⑤ 인터넷을 통한 검색 ⑥ 기타()

8. 귀하께서는 현재 질환을 치료하기 위해 몇 번 카이로프랙틱 진료소를 방문 하셨습니까?

- ① 1번 ② 2번
③ 3번 ④ 4번 이상

9. 귀하께서는 현재 앓고 계신 질환을 치료하기 위해 어느 정도 간격으로 카이로프랙틱 진료를 받으러 방문하십니까?

- ① 매일 ② 격일
③ 일주일에 1~2회 ④ 불규칙적으로
⑤ 기타(기입하여 주십시오_____)

10. 진료를 위해 카이로프랙틱 진료소에 방문시 1회 평균 어느 정도의 비용을 지불하십니까?
① 3만원 이하 ② 5만원 이하 ③ 10만원 이하 ④ 11만원 이상

§ 11~12번 문항은 카이로프랙틱 진료의 만족도에 대한 문항입니다.

11. 카이로프랙틱 치료에 만족 하십니까?

- ① 매우 만족 ② 만족 ③ 그저 그렇다
④ 불만족 ⑤ 매우 불만족

☞ 매우만족·만족으로 응답하신 경우 11-1 문항으로, 매우 불만족·불만족으로 응답하신 경우
11-2 문항에 대하여 주십시오.

- 11-1. 카이로프랙틱 진료에서 만족스러웠던 이유는 무엇입니까?

- ① 치료효과 ② 비용이 저렴함
③ 치료기간이 짧음 ④ 기타(_____)

- 11-2. 카이로프랙틱 진료에서 불만족스러웠던 이유는 무엇입니까?

- ① 치료효과 ② 비용(건강보험 미적용 등)
③ 치료기간이 길다 ④ 가까운 곳에 진료소가 없음
⑤ 진료소의 시설(첨단장비 미보유 등) ⑥ 기타(_____)

12. 만일 현재와 비슷한 질환을 다시 앓는다면 카이로프랙틱 치료를 받으시겠습니까?

- ① 예 ② 아니오 ③ 상황에 따라 다름

응답자 통계

- 1) 연령 : _____세

- 2) 성별 : ①남 ②여

※ 설문에 응답하여 주셔서 대단히 감사합니다.

외국 및 우리나라의 유사의료 운영실태조사

발행처 / 한국보건산업진흥원

발행인 / 이 용 흥

발행일 / 2008년 4월 26일

인쇄처 / 문 영 사

전화 : 504-2275~6

KOREA HEALTH INDUSTRY
DEVELOPMENT INSTITUTE

생명과 건강을 지켜온 역사와 문화를 찾아서

사단법인 허임기념사업회

수신 대한민국 국가 기관

(경유)

제목 보건의료분야정책제안 - 침구사 양성을 통한 의료일원화 추진 정책제안

사단법인 허임기념사업회는 [붙임 2] [붙임 3]과 같이 정책제안을 합니다.

- 붙임 1-1. 사단법인 허임기념사업회 소개
1-2. 보건의료분야 정책제안 요지
1-3. 보건의료분야 정책제안 및 참고자료

사단법인 허임기념사업회 대표이사

담 당 자: 손중양(010-5392-3907) 시행 2017.6.08.~
문서번호: 허임20170608-1 접수
주소: 110-380 서울특별시 종로구 율곡로10길 79-1(권농동 187-8)
홈페이지 www.heoim.net ☎ 02-742-7924 팩스 3672-1005
E-mail: heoim79@hanmail.net

[붙임 1-1] 사단법인 허임기념사업회 소개

○ 사단법인 설립 인가(2005.4 문화관광부)

[목적] 허임 선생과 침구의원의 역사와 업적을 기리고 홍익인간의 정신과 사상을 이어 받아 민족문화의 계승발전과 인류의 생명건강문화 전승에 기여하고자 합니다.

[사업]

- 자료의 수집·정리 및 연구
- 업적의 재조명을 통한 민족문화의 창달
- 전통문화의 홍보
- 학술발표회·강연회·허임상 제정 운영
- 사회교육활동 및 평생교육시설의 운영
- 생명건강문화 전승 국내외 교류 협력사업
- 취지와 목적 실현 위한 사업수행 및 지원

[주요연혁]

- 허임 침구경험방 수집 및 기록과 유적 유허지 찾기
- 침구경험방 번역 출판(2006.6.12)
- 선언식 및 침구의원의 역사와 침뜸 관련 문화유산 전시(2006.7.12 국회 대강당)
- 세미나 ‘침구의 허임의 활동과 공주문화’(2006.12.31 국립공주박물관)
- 다큐멘터리 ‘허임의 아버지 악사 허억봉’ 제작(2007)
- 충남 공주시, 침구경험방집필지 ‘생명건강문화지구’ 사업제안 추진(2008~)
- 침구경험방 간행 365주년 기념행사
 - (1) 세미나(2009.6.18 한국프레스센터)/기념비 제막기념식(2009.6.21 충남 공주)
 - 침뜸역사신문 발행(2009년6월, 11월)/ 침뜸역사 사진전(2009.11 안국역사 문화공간)
- 국사편찬위원회 ‘근대 침구인들의 침뜸술 전승경로 구술 채록’ 프로젝트(2010)
- 허임의 생애와 침의들 역사를 찾아서-『조선침뜸이 으뜸이라』출판(2010.3.9)
- 통합의학 건강관리 전문가 연수(2010.6.19 공주대학교 백제교육문화관)
- 『생명과 건강을 지키는 포인트 - 경혈따라잡기』출판 (2010.8.16)
- 통합건강관리교육 추진(2010~2011)
- 침구경험방연구 세미나 개설(2011)
- 침구경험방, 동의보감 침뜸, 경락경혈 검색시스템 구축(2012)
- 『동의보감 침뜸』출판(2012. 3)
- 동의보감 침뜸 세미나 개설(2012)
- 허임 선생 유허지 탐방(2012.6.6 충남 공주)
- 부설 조선침뜸연구원 출범(2012.7.13)
- 허임의 아버지 악사 허억봉 조명 세미나 ‘금합자보의 음악과 대금악보’(2012.11.15)

홍사단 강당)

- 다양한 건강강좌 프로그램 개발 및 운영(2013 ~)
- 침구경험방 집필지에 공주사무소 개소(2013.12.14 우성면 내산리 2구 337-5)
- 침구경험방 간행 370주년 기념세미나(2014.7.17 국회 의원회관 제2세미나실)
좌장: 이해준 충남역사문화연구원 원장(공주대 사학과 교수)
 - 허임의 생애와 그 유산 : 임선빈 박사(한국학중앙연구원)
 - 한국의학사에서 침구경험방의 의의 : 전종욱 박사(한국한의학연구원)
 - 허임과 침구학의 문화관광자원화 : 손중양 (사)허임기념사업회 대표토론: 이상창 대구한의대 교수/ 노재현 공주시 성장전략사업단 단장/ 박주영 한국 문화관광연구원 책임연구원
주최: 국회의원 박수현 /주관: 사단법인 허임기념사업회 /후원: 문화체육관광부
- 허임 유허지 학술조사(공주시 용역 사업) 충남역사문화연구원 조사연구 추진. 연구 보고서 2014년 10월 발행
- 재정경제부 지정 기부금단체 인정(2015. 10. 1)
- 백제문화제 기간 허임 전시관 운영(공주 금강둔치 2015년:9.26~10.4, 2016년:9.24~10.2)
- 영상다큐 <조선천하 제일 침(鍼), 허임>(충남 지역언론지원사업 다큐멘터리) 제작 협력
- 제1회 침뜸한류세미나(시울시민청 바스락홀 2017.2.9)

[임원]

고문 전세일 통합의학 선구자, 석정웰파크병원 원장
대표이사 손중양 시민운동가, 전 <월간 말> 기자, 전 <시민의신문> 편집국장
이사 한승호 사단법인 녹색소비자연대 공동대표
이사 이기연 질경이우리웃 대표이사
이사 탁무권 노원문고 대표, 윤이상평화재단 이사장
이사 황경호 전주대 교수, 대체의학 박사
이사 허 강 중부대학교 교수, 허임 선생 12대 후손
이사 유희정 전 한국여성정책연구원 선임연구원
이사 정문화 사단법인 숙모회 이사장, 한국침술연합회 부회장
이사 임휘철 경제학 박사
이사 정지환 감사경영연구소 소장, 전 오마이뉴스 기자
이사 조병진 충남향토사연구연합회 사무국장
이사 강상숙 (사)허임기념사업회 상임연구위원
이사 김석기 봉사활동가
이사 이희로 봉사활동가
이사 정일교 해외(미안마) 침뜸봉사활동가

이사 신연균 자연치료전공 박사
감사 박찬호 서울 강동구의회 의원
감사 김용환 감사나눔신문 대표

침구사를 지렛대로 ‘의료분단’ 극복!

- ◀ 전통 지적자산 침구를 모든 보건의료현장에서 활용하도록 하는 정책제안 ▶
◀ 침구사 양한방 모두 활용 =>의료일원화=>일자리 창출 및 고령화 세계화에 대처 ▶

수천수만년 전해 내려온 민족 공동의 지적자산인 침뜸을 공정거래법까지 위배하며, 특정 이익집단만이 독점적으로 사용토록 하고 있는 이 불합리한 현실을 타파해야 한다는 내용입니다. 그렇게 하면 골머리 앓고 있는 여러 가지 보건의료문제를 한꺼번에 해결하는 큰 길이 열릴 수 있을 것이라는 내용입니다.

현 시기 양한방 간 의료제도문제를 해결하는 상생의 방안

- 의료기기 양한방 갈등 등 한꺼번에 해결할 수 있는 1석5조 정책 -

한의사단체는 양방의료기기사용을 집중적으로 요구하고 있고, 의사단체는 단호하게 반대하고 있습니다.

현하 의료기기사용문제 등 양한방 사이의 갈등 등의 여러 가지 현안을 해결하기 위해서 침구사를 양성해 모든 보건의료현장에서 널리 쓰이도록 하는 방안을 제안합니다.

침구사를 양성하여 양방병원에서도 쓰도록 하면 의료일원화문제는 저절로 해결됩니다. 한방에 양방의료기기 쓸 수 있도록 하는 것도 명분이 생기게 됩니다. 한의사의 침구독점을 타파하고, 침구사를 양성하여 양한방의 모든 의료현장에서 침구술을 쓸 수 있도록 하면 양한방 이원화로 인한 보건의료제도의 여러 가지 문제는 한꺼번에 해결할 수 있습니다.

양방 의료기기를 한의사들이 쓸 수 있도록 해야 하고 동시에 의사들도 침술을 쓸 수 있도록 해야 합니다. 이미 유럽이나 미국 등 여러 현대의료의 선진국에서도 침술을 현대의료현장에서 광범위 하게 활용하고 있습니다.

하지만 한국에서는 의사들이 침술을 직접 쓰려고 하는 사람은 많지 않을 수 있습니다. 그동안 우리나라는 남북분단처럼 현대의료와 전통의료 사이의 제도적 장벽으로 현대의료인들이 전통의학에 대한 이해가 부족하여 일부 의사들만

이 선호하는 것으로 알고 있습니다. 따라서 양방 의료인들이 직접 침술을 배워서 활용하도록 하는 것은 쉽게 동의하지 않을 수 있습니다.

이 문제를 해결하는 방법은 침구사를 양성하여 양방에서도 고용해서 활용하도록 하는 것입니다.

한의사집단에서 또 반대를 하지 않겠는가 하는 문제가 있습니다. 하지만 한의사의 침구독점은 법률적으로도 문제가 있습니다.

이에 대해서는 사단법인 허임기념사업회 이름으로 국민인수위 광화문1번가에 제출한 [보건의료분야 정책제안]을 참고해 주시기 바랍니다.

한의사의 침구독점은 공정거래에 관한 법률위반입니다. 특정 이익집단만이 침구를 독점하도록 하는 것은 공정거래법상으로도 위배됩니다.

독점규제 및 공정거래에 관한 법률 (약칭: 공정거래법) 제3조의2(시장지배적지위의 남용금지)에는 ‘다른 사업자의 사업활동을 부당하게 방해하는 행위’와 ‘새로운 경쟁사업자의 참가를 부당하게 방해하는 행위’ ‘부당하게 경쟁사업자를 배제하기 위하여 거래하거나 소비자의 이익을 현저히 저해할 우려가 있는 행위’ 등을 하지 못하도록 규정하고 있습니다.

그런데 그동안 한의사집단은 침구사라는 직역이 제도권에서 자리 잡는 것 자체를 집요하게 방해해 왔습니다. 그리고 의사들의 침구시술에 대해서도 무면허 의료라며 수시로 고발을 하여 왔습니다.

한의사의 침구독점을 위한 ‘위법적 행위’는 정책적 혹은 정치적으로 필요하다면 별도로 조사를 하여야 할 것입니다.

그리고 의사들의 침술사용에 대한 한의사들의 고발과 반대활동도 결국 침구독점을 위한 ‘명분 없는 행위’에 불과합니다. 의사들의 침술사용에 대한 국내외 실태에 대해서도 이미 조사 연구된 사항이 있을 것입니다.

이 제안은 한의사와 의사가 모두 상생하도록 하는 안이고, 국민의료의 관점에서 의료문제를 해결하는 지혜라고 생각합니다.

동시에 침구사를 양성하여 모든 보건의료 현장에 배치하면 그만큼 소비자에게 이득이 됩니다.

특히 보건의료 서비스 분야의 일자리가 대폭 확충됩니다. 관련 자료는 이미 여러 차례 정부용역보고가 있었습니다.

자세한 내용은 첨부한 자료를 참고해 주시거나, 추가 자료를 요청하시면 가능한대로 찾아 협조해 드리겠습니다.

[제안배경]

- 한국전쟁 중에 제정한 의료법은 현대의학과 전통의학 사이 분단시키고, 5.16 군사 정부가 만든 의료법은 침뜸을 중심으로 한 민족의술(침구사 등 유사의료) 배제.

이로 인하여 ① 보건의료분야는 국민의 생명건강을 볼모로 직역 상호 간 및 민간과 제도권 사이 대립 극심. ② 한국은 침구인들을 한 차례도 제도권으로 수렴하지 않고 침구인을 무면허 범법자로 몰아세움. 민족의 전통침술 단절.

- 2007년 의료법 전면 개정 중 침뜸 등 유사의료분야 별도 입법 추진, 2010년 헌법재판소 ‘의료 포괄 금지’는 ‘사실상 위헌’ 판결로 별도 입법 추진 필요성 확인.

- 이후 ‘(가칭)대체의학에 관한 법률’ 추진되어 왔으나 2014년 이후 완전 실종.

- 침뜸활용이 세계적으로 확산 추세임에도 침뜸 종주국이자 가장 실력 있었던 한국이 제도미비로 후진국으로 전락.

- 고령화 세계화시대 효과적인 보건의료 정책수단이자 일자리 창출 및 세계진출 수단인 침뜸이 이익집단 압력에 국가도 손 못 대는 분야로 전락

=> “이게 나라냐?”

- 이에 침구사를 양성하여 현대의료현장을 포함한 모든 보건의료현장에서 활용하도록 함으로써 현대와 전통으로 갈라진 의료분단의 제반 문제를 해결할 것을 제안합니다.

[주요내용]

① 4.19 이후 만들어졌으나 5.16군사정부에서 봉쇄된 ‘침사 구사 등 유사의료업자 시험규정’을 일부 개정하여 즉각 시행할 것.[보건복지부령 제185호, 2013.3.23., 타법개정]

② 양한방의 모든 보건의료인들도 침뜸을 활용할 수 있도록 하는 제도(의사, 한의사, 치과의사, 조산사, 간호사, 물리치료사, 침구사 등의 보건의료인도 침뜸활용이 가능하게 하는 제도)를 만들어 양한방의 모든 보건의료 현장에서 널리 침뜸이 활용될 수 있도록 할 것.

③ 민간에서 널리 확산되어 있는 침구인들을 소정의 교육과 시험을 거쳐 제도권으로 수렴하는 정책을 추진할 것.

- ④ 침뜸의술이 뛰어난 재야 침구인들이 제도권 내에서 활동할 수 있도록 하고, 이들의 침뜸의술을 연구하여 제도권 내로 수렴하여 보급할 수 있는 정책 추진.
- ⑤ 한국의 근현대사에서 민족의술 침뜸이 어떠한 취급을 받아왔는지, 그 가운데서 수많은 침구인들이 어떤 일을 겪었는지에 대해 조사하는 동시에 세계 각국의 침뜸의술과 관련 정책 및 활용실태에 대해 조사연구를 하여 침뜸 관련 정책추진의 기초자료로 삼을 것.

케이팝(KPOP)이 전 세계 대중문화를 이끌어 가는 것처럼, 한국의 침뜸(KTAM)¹⁾이 다시 국내 사람들은 물론 세계 인류의 생명건강문화를 이끌어 가는 또 하나의 한류가 될 수 있도록 정책을 추진해 주시기를 간곡히 요청합니다.

제안자: 사단법인 허임기념사업회

***. 제안서는 보건복지부 한방정책관실 주도로 논의 되지 않도록 해 주시기 바랍니다.**

1) Korean Traditional Acupuncture & Moxibustion

붙임 1-3.

[보건의료분야 정책제안 및 참고자료]

- 차례 -

1. ‘유사의료’에 관한 별도입법, ‘(가칭)대체의학에 관한 법률’ 계속 추진을
2. 의료행위 포괄금지는 사실상 “위헌” ... 국민 위한 정책을
3. 무수한 수난을 당하면서 근근이 이어온 국민적 자산, 일침이구(一鍼二灸)를 더 이상 핍박당하지 않도록 해야 합니다.
4. 보건의료정책은 생명에 관한 실존에서 시작해야 합니다.
5. 침뜸을 활성화하여 고령화-세계화시대에 국가적 자산으로 활용할 수 있기를 바랍니다.
6. 침구학의 현대적 계승을 위한 남북한 협력
7. 우리 침뜸을 다시 으뜸가는 한류(韓流) 자산으로 만들기 위하여

〈중국 침구 관련 참고자료 및 중국 입장에서 본 세계 각국 침뜸 사정〉

〈일본에서 바라본 세계 각국의 침뜸 사정〉

- 해외에서 일하는 침구사
- 세계의 침구 사정

사단법인 허임기념사업회

침구는 국민 모두의 공동 자산, 독점정책 넘어서 보건의료 현장에서 널리 활용토록 하는 정책방안!

*, 제안서는 보건복지부 한방정책관실 주도로 논의 되지 않도록 해 주시기 바랍니다.

국민대통합은 어디서 시작하여 어디까지를 목표로 해야 할까요.

해방 후 이 나라는 공간과 시간과 인간이 갈라졌습니다. 남북이 피를 흘리며 싸우고, 과거와 현재가 대립하고, 일반 국민과 국가 제도권이 갈라져 날이 새는 줄도 모르고 대결하고 있습니다.

국민대통합을 기치로 내걸고 이제 막 출범한 새 정부에 제안합니다. 보건의료 분야에 관한 대통합 정책입니다.

대한민국의 보건의료분야 대립양상은 주로 시간의 대립과 인간의 대립이 주요한 갈등요인이라고 생각됩니다. 즉 전통의료와 현대의료, 민간의료와 제도의료가 크게 대립하여 해방 이후 지금까지도 소모적인 싸움을 계속하고 있다고 할 수 있습니다. 시간과 인간을 통합하는 보건의료분야 정책은 공간으로 갈라진 남북 대결을 넘어서는 중용한 방안이 될 수도 있습니다.

남북이 갈라서 전쟁을 하던 1951년 전시상황에 국민의료법이 공포되었습니다. 이 국민의료법에 현대의료(의사)와 전통의료(한의사)와 민간의료(유사의료업자)를 분리하여 법을 만들 때부터 보건의료분야의 대립과 갈등은 시작되었습니다. 이 가운데 의료인과 유사의료인의 대립은 5.16군사정부가 국민의료법을 의료법으로 바꾸면서 유사의료에 대한 대책 없는 무시와 배제를 함으로써 본격화 되었습니다.

업종 상호간의 대결과 업종 내부의 갈등까지 포함하여 그 대립양상은 갈수록 증폭되어 왔습니다. 그리고 그로 인한 피해는 결국 고스란히 국민의 보건의료에 악영향으로 귀결이 됩니다.

현대의학은 전통의학을 재조명하면서 균형 있는 발전을 할 수 있습니다. 전통 의학은 현대의학의 도움을 받으며 그 지평을 넓혀 갈 수 있습니다. 그리고 전통 의료(제도의료, 전문의료, 학문의료)의 뿌리는 민간의료입니다. 사람들이 병을 고치고 생명과 건강을 지키기 위해 애쓰는 과정에서 다양한 도구가 활용되고 개발되고 민간의술은 발전하는 것입니다.

현대의학과 전통의학이 통합되어야하고(양한방통합), 민간의료가 펍박을 받지 않고 제도권으로 수렴되어 일정한 역할을 할 수 있도록 해야 의술 전체가 발전하고, 국민의료가 정상적인 체계를 갖출 수 있게 됩니다.

일반적으로는 양한방통합과 병행하여 민간의료(유사의료분야)의 제도권 수렴이 현실적으로 가능하지 않겠느냐고 합니다. 하지만 민간의료(유사의료)의 제도권 수렴은 그에 선행되어야 할 과제라고 생각합니다.

여기서는 민간의료(유사의료), 그 가운데서도 민간에서 널리 활용되고 있는 침뜸에 대한 사항을 중심으로 정책제안을 드리고자합니다. 법률상으로 침뜸은 접골 안마 등과 함께 유사의료로 분류되어 있습니다.

1. ‘유사의료’에 관한 별도입법, ‘(가칭)대체의학에 관한 법률’ 계속 추진을

침뜸은 유사의료입니다. 현행 의료법 제81조에 ‘의료유사업자’ 규정을 따로 두고 접골사(接骨士), 침사(鍼士), 구사(灸士)를 ‘의료유사업자’라 하여 이에 대한 자격과 시술소에 대해 별도로 정하고 있습니다.

현행 간호조무사 및 의료유사업자 규칙(보건복지령 제191호, 2013.4.1. 개정 시행)에 침사와 구사의 업무도 분명히 규정하고 있습니다. 이 규칙 제2조 ③항에는 "침사는 환자의 경혈(經穴)에 침 시술행위를 하는 것을 업무로 한다."고 하고, ④항에는 "구사는 환자의 경혈에 구(구 : 뜸질) 시술행위를 하는 것을 업무로 한다."고 정해두고 있습니다. 특히 보건복지부령 제185호(2013.3.23. 개정 시행)에는 침사와 구사 시험규정까지 엄존합니다.

그럼에도 불구하고 관계당국은 이를 시행하지 않고 있습니다.

2007년 의료법을 전면 개정하는 과정에서도 유사의료업자 규정을 어떻게 할 것인가는 중요한 정책과제로 떠올랐습니다. 2007년 2월5일 “「의료법」 34년만에 전면 개정 추진”이라는 제목으로 나온 보건복지부의 보도자료에는 “유사의료

행위 인정을 위한 법률 근거 신설”이라는 항목이 뚜렷하게 자리를 잡고 있었습니다.

보건복지부는 이어 3월15일 “의료법 전면개정을 위한 공청회”를 개최했습니다. 보건복지부 의료정책팀장이 주제 발표한 정책에는 “유사의료행위업종의 합법화와 활성화를 통하여 양질의 유사의료서비스 이용 제고 및



2007년 당시 보건복지부는 의료법 전면개정을 하는 과정에서 유사의료분야는 의료법과는 별도로 제정해야한다는 점을 분명히 밝혔다. 그 후 한의사들의 압력으로 정책이 흔들리고 있을 뿐입니다.

국민보건증진에 기여”라는 기대효과까지 덧붙여서 유사의료 활성화를 내걸고 있었습니다. 그리고 의료법 전면개정안 113조에 ‘유사의료행위 등’에 관한 조항을 넣고 “유사의료행위의 종류, 유사의료행위자의 자격 및 업무범위 등 유사의료행위에 필요한 사항은 따로 법률로 정한다.”라고 명시했습니다.

당시 공청회에서 경실련, 녹색소비자연대, 건강세상네트워크 등 시민사회단체 쪽에서 나온 토론자들은 모두 유사의료행위에 대한 입법규정이 별도로 필요하다고 밝혔습니다. 반면 한의사협회는 집단행동과 압력을 행사하며 반대했습니다.

보건복지부는 공청회 다음날 유사의료조항은 삭제하기로 했습니다.

하지만 당시 보건복지부에서 발표한 공식 내용은 “의료법에 의료가 아닌 유사의료행위에 관한 규정을 두는 것이 법률체계상 부합하지 않으므로 이를 삭제할 것”이라고 밝혔습니다. 즉 의료법에 유사의료 관련 사항이 들어가 있는 것은 부적당 하므로 빼는 것이지 별도의 법률이 필요하다는 방침에는 변함이 없다는 뜻이었습니다.

같은 해 4월11일 당시 보건복지부 유시민 장관은 국회 대정부 질의에서 의료법 개정에 대한 열린우리당 양승조 의원의 질문에 대해 “유사의료행위와 관련된 별도 입법을 추진하겠다”고 답했습니다. 유 장관은 유사의료행위에 대한 의견을 묻자 “의료법에 근거조항이 있든 없든 유사의료행위에 대한 별도법을 입법해야 한다는 입장”이라고 재차 강조했던 것입니다.



2014년 6월에는 국무총리실 민관합동규제개선추진단에 제출한 『보건의료산업 시장분석 및 규제개선방안에 관한 연구』의 최종보고서

그리고 유사의료행위의 현황 및 운영상의 문제점을 파악하여 제도 개선방안 및 합리적 운영방안을 마련할 구체적인 연구용역도 발주했습니다. 이에 따라 한국보건산업진흥원은 2008년 보건복지부 용역으로 ‘외국 및 우리나라의 유사의료 운영실태조사’를 하여 발표했습니다.

이 연구용역보고서에서는 현행 ‘유사의료’의 개념을 존속시킬지 여부에 따른 장단점을 비교하면서 침구 등 유사의료에 대한 자격제도를 명확히 할 것을 제안하고 있습니다. 여기서 제안하는 제도개선 방안은 △ 현 유

사의료 개념 폐지하되 개별법으로 추진하는 방안 △ 현 유사의료 개념 폐지하되 치료사 개념으로 의사의 지휘·감독 하에 두는 방안 △ 현 유사의료 개념을 그대로 유지시키는 방안 등 세 가지로 들고 있습니다.

2011 국회입법조사처가 발표한 국정감사 정책자료²⁾는 ‘침·뜸 시술 자격제한 완화’에 관한 제도개선 방안을 내놓고 있는데 여기서는 앞서 한국보건산업진흥원에서 제안한 세 가지 중 개별법을 별도로 제정하는 방안을 채택하고 있습니다. 이에 따르면 자연요법, 침이나 뜸 등의 치유기술을 제도권 내로 편입·활성화시킬 제도로 (가칭)「대체의학(alternative medicine)에 관한 법률」제정을 검토할 필요가 있다는 것입니다.

이 같은 입법 추진은 2010년 헌법재판소가 4(합헌) 대 5(위헌) 의견으로 합헌

2) 『2011 국정감사 정책자료 3』 p126. 국회입법조사처

결정을 내린데 따른 후속조치라고 볼 수 있습니다. 당시 합헌이라고 결정한 4명의 재판관 중 1명(재판관 김희옥)도 ‘침이나 뜸으로 시술하는 유사의료업자의 배출이 되고 있지 않는 만큼, 침(침사의 업무)이나 뜸(구사의 업무)과 같은 유사 의료행위를 포함하여 보완대체의학에 대한 새로운 입법이 필요하다’는 의견을 불인 조건부 판결이었기 때문에 국회에서 관련 입법을 추진한 것으로 판단됩니다.

침구를 둘러싼 제도개선 움직임은 그 후에도 여러 형태로 있어 왔는데 큰 줄기는 법률체계 상으로 엄연히 존재하는 유사의료업자 문제를 (가칭)「대체의학(alternative medicine)에 관한 법률」을 별도로 제정하여 해소하는 방향으로 흐름이 형성되어 왔습니다.

한국보건산업진흥원은 2014년 6월에는 국무총리실 민관합동규제개선추진단에 제출한 『보건의료산업 시장분석 및 규제개선방안에 관한 연구』의 최종보고서에서 보건의료산업 규제개선의 주요과제 하나로 ‘대체의학의 합법화’를 명시하고 이와 관련한 ‘대체의료서비스 국내 동향 및 개선방향’을 제시했습니다.

이에 따르면 “일본, 중국, 미국, 독일 등은 침구, 안마, 접골, 카이로프랙틱 등과 같은 행위를 법제도와 실제 생활에서 인정하고 있고, 정통의학과 유사한 수준의 체계화된 교육과정과 면허제도를 갖추고 대체의료 관련 자격을 관리하고 있다”고 전하고, 국내에서는 대체의료서비스 행위 자체가 무면허 의료행위로 처벌을 받고 국가공인 자격제도 신설도 현행법 체계 하에서는 불가하여 대체의료 서비스 활성화에 걸림돌로 작용하고 있음을 지적했습니다.

결론적으로 “대체의학 분야도 국민의 생명과 건강에 직결되는 행위이고 외국 사례를 볼 때 체계화된 교육과정을 거쳐 전문성을 갖춘 자격인력을 양성할 수 있다는 점에 비춰 봤을 때 국내 대체의료서비스와 관련된 인력양성을 위한 교육 체계와 자격제도 신설이 필요하다”고 하는 점을 강조하고 있습니다.

2. 의료행위 포괄금지 사실상 “위헌” … 국민 위한 정책추진을 요청합니다.

2010년 7월29일에는 무면허의료행위를 포괄적으로 금지하는 의료법의 조항에 대해 헌법재판소의 판결이 있었습니다. 이때 다섯 명의 재판관은 위헌의견을 밝혔고, 합헌이라고 결정한 재판관 중에도 김희옥 재판관은 침이나 뜸을 시술하는

4






이강국(소장)
이공현
김희옥
민형기

**무면허 침·뜸 시술 금지
위헌법률심판
헌법재판관들 의견**

김희옥 재판관은 '합헌'이라고는 했지만 보충의견을 통해 "보건위생상 위해가 생길 우려가 없는 범위 내에서 제도권 의료행위 이외의 치료방법을 적극적으로 연구해 이를 의료행위에 편입하거나 또는 국민이 쉽게 이용할 수 있도록 하는 제도를 마련할 필요성이 있다"고 분명하게 밝혔다.

5







조대현
이동훈
목영준
송두환
김종대

▶ 현행 의료법 규정은 경제성과 접근성 고려해 최선의 의료행위를 선택할 권리(자기결정권) 침해

▶ 생명·신체에 위험 가능성이 낮은 의료행위까지 의사 등에게 독점시키는 것은 과잉금지 원칙에 어긋남

▶ 비의료인에 의한 의료행위 일체를 범죄로 보고 형사처벌까지 하는 것은 과잉금지 원칙에 어긋남(김종대)

2010. 7.29 무면허의료행위 포괄 금지규정의 의료법 조항에 대한 헌재 판결.

유사의료업자의 배출이 되고 있지 않는 만큼, 침(침사의 업무)이나 뜸(구사의 업무)과 같은 유사의료행위를 포함하여 보완대체의학에 대한 새로운 입법이 필요하다는 의견을 붙였습니다.

이에 따라 국회에서 그해 8월 국회의원회관 대회의실에서 한나라당 강성천 의원과 민주당 김춘진·박주선 의원 주관으로 '무면허 의료행위 헌재판결의 의미와 과제'에 관한 정책토론회가 마련되기도 했습니다.

또 이 같은 헌재 판결과 관련해서 국회 입법조사처장을 지낸 바 있는 임종훈 홍익대 법대 교수는 당시 “소수의 횡포’ 가능성에 대한 위헌심사 - 헌재 2010. 7. 29. 2008헌가19 등(병합)과 관련하여”라는 제목의 연구논문을 발표했습니다. 여기서 임 교수는 소수로 구성된 이익집단과 국민대다수의 이익이 상충하는 사례인 침구사법이 헌재에서 다루어졌다고 풀이했습니다.³⁾ 침뜸과 관련해서는 소수의 이익집단인 한의사협회와 국민대다수가 서로 이익이 상충하는 사안이라는 것입니다.

3) 《‘소수의 횡포’ 가능성에 대한 위헌심사- 헌재 2010. 7. 29. 2008헌가19 등(병합)과 관련하여》 임종훈, 홍익법학, 13 권 4 호, 2012 홍익대학교 법학연구소

임종훈 홍익대 법대 교수는 2008년 국회입법조사처장으로 재직하고 있을 당시에 쓴 “입법과 경제적 효율성 - 침구사제도의 입법에 관한 비교제도분석을 중심으로”라는 논문에서 ‘소수의 횡포’에 의해 침구사 제도가 시행되지 못하고 있음을 연구해 밝힌 바 있었습니다.⁴⁾

이 논문에서 임종훈은 “국회는 대의제민주주의 원리에 충실하게 국민 다수의 뜻을 반영하여 입법을 하여야 하나, 적지 않은 경우 국회는 국민다수의 뜻보다는 잘 조직화된 소수 이익집단의 입장을 대변하는 입법을 하고 있다.”고 밝혔습니다. 다수 국민의 희생 하에 소수 이익집단의 이익을 대변하여 법률 추진이 가로막힌 대표적 사례로 침구사법을 들고 있습니다.

그는 침구사를 별도로 양성하는 입법을 추진할 경우, 국민의 대다수가 이익을 보지만 그 이익의 정도가 개인별로는 얇기 때문에 개인별 이익의 정도가 두터운 한의사 집단의 정치적 영향력에 의해 침구사법의 입법추진이 좌절된다는 것입니다.

이는 사실이었습니다.

2014년 6월 세종시 보건복지부 청사에는 ‘대체의학 분야의 양성화’ 등을 위하여 침구분야에 대한 규제개혁 간담회가 있었습니다. 이때 보건복지부 한방정책관실 담당자는 간담회를 시작하자마자 ‘침구는 한의에 통합됐기 때문에 이야기할 필요가 없다’며 간담회 자체를 중단시키려고 했습니다.

그 때 사단법인 허임기념사업회 손중양 대표는 60년대 초 관인침구학원 졸업앨범에 실린 옛된 20세 전후 김갑기 군 사진을 꺼냈습니다. 김군은 침구사 시험을 봐서 집안 대대로 해 오던 침뜸의 가업을 이어라는 아버님의 말씀을 듣고 관인대한침구학원을 수료했습니다. 4.19이후 민의를 수렴하여 국민의료법 규정에 따른 유사의료업자 시험령이 마련되어 공포되었을 때였습니다. 그 후 50년 그는 침구사 시험을 고대하다 백발이 되었습니다. 그동안 그는 침술을 하다 무면허 의료행위로 전과가 쌓이고 쌓여 보호관찰 대상까지 되었답니다. 손중양 대표는 침구를 한의가 통합을 했다는데 어떻게 이런 일이 있을 수 있느냐고 되물었습니다. 침구제도를 둘러싼 보건복지부에서의 간담회는 한의사의 이해관계만 대변하는 한방정책관과 입씨름을 하다가 끝났습니다.

4) 《입법과 경제적 효율성 - 침구사제도의 입법에 관한 비교제도분석을 중심으로》 임종훈, 홍익법학 10 (2), 홍익대학교 법학연구소 2009.06

간담회를 마치고 난 다음 이 간담회를 주선한 법무관은 낮은 목소리로 말했습니다. 간담회조차 못하게 심한 압력을 받았다는 것입니다.

결국 그 때 이후 ‘유사의료 혹은 대체의학에 관한 제도’의 추진은 실종이 되어 버렸습니다.

3. 무수한 수난을 당하면서 근근이 이어온 국민적 자산, 일침이구(一鍼二灸)를 더 이상 핏박당하지 않도록 해야 합니다.

우리나라 전통의술을 일러 일침이구삼약(一鍼二灸三藥)이라는 말로 요약합니다. 서세동점(西勢東漸)의 시대에 동양의 전통문화가 수난을 겪지 않은 것이 어디 있었겠습니까. 하지만 일침이구는 의료인들의 이해관계가 얽혀 그 현대사는 특별한 수난의 역사를 가지고 있습니다. 제도는 왜곡되어 있고 아직도 해방을 맞이하지 못하고 있습니다.



4.19 이후 민의를 수렴하는 정부가 들어서자 1960년 11월 의료유사업자령과 자격시험규정이 제정됐다.

5.16쿠데타 이후 군사정부는 1962년 국민의료법을 의료법으로 바꾸면서 침술 구술 안마술 점골술 등 유사의료를 누가 할 것인지에 대한 규정도 없이 삭제해 버렸습니다. 이로 인해 침뜸은 본격적인 압제의 시대를 맞이하게 됩니다. 침구학의 현대적 계승은 왜곡되고, 침구술을 둘러싼 지역간의 갈등은 갈수록 첨예한 양상으로 대립해 왔습니다. 맹인침구사들을 포함한 전국의 침구인들과 한의사협회 등 관련 직능집단 사이의 대결 양상은 전통 침구술의 계승과 발전에 대단히 크고 깊은 상처를 남겼습니다.

유사의료에 관한 규정이 삭제되는 과정을 간략히 살펴보면 다음과 같습니다.

해방 후 한국정부가 제정한 최초의 의료관계법은 1951년 공포된 국민의료법. 이 법률은 의사·치과의사·한의사 등을 의료업자로 규정하고 접골·침술·구술·안마술업자 등은 의료유사업자로 정했습니다. 그런데 보건사회부는 법률에 명시한 대로 의료유사업자제도에 대한 주무부령을 제정하지 않아 침구사 배출이 되지 않았습니다.

1950년대 국민의료법 입법과정에서 한의사들은 침구사제도 존속에 대하여 별다른 의견제시가 없었고, 침구는 한의사의 영역이 아니었습니다. 또한 1962년까지 실시되었던 한의사 자격 검정시험 과목은 침약조제 관련과목으로 구성되었을 뿐 침구관련 과목이 포함되지 않았습니다.

1960년대에 이승만 정부가 학생들의 반정부 시위에 의하여 몰락하고 새로 장면 정부가 수립되면서 ‘민의를 표출’이 자유로워지면서 다양한 조직과 단체들의 민원이 제기되었습니다. 침구를 배웠던 침구학원 졸업생들과 맹인학교 학생들이 침구사 부령제정을 강력하게 요구하였습니다. 맹인들이 생업으로 안마와 침구를 배웠으나 법적 자격을 얻지 못하게 되자 적극적인 행동에 나섰던 것입니다. 그 결과 침구 등 의료유사업자에 대한 부령이 제정되었습니다.

연기를 거듭하던 의료유사업자에 대한 주무부령이 제정된 것은 국민의료법이 제정되고 10년 가까이 지난 4.19 이후, 1960년 11월이 되어서야 비로소 의료유사업자령과 자격시험규정이 제정된 것입니다. 침사나 구사 접골사 안마사 등의 자격시험은 보건사회장관의 지시에 의하여 매년 1회씩 서울특별시장 또는 도지사가 시행하도록 되어 있습니다. 이 시행령은 현재도 그대로 존속하고 있습니다.

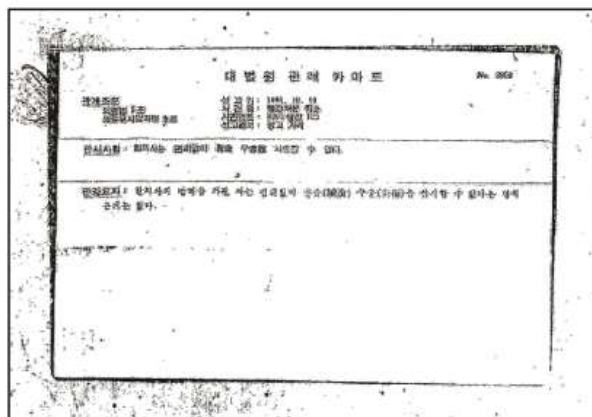
60년대 당시에 우리 나라에는 침사 및 구사 자격시험이 시행되기를 고대하는 이들이 있었다. 문교당국이 인가한 11개의 침구사 양성기관에서 소정의 교육을 마친 5천여 명의 졸업생들이었습니다. 주무부령이 제정됨에 따라 이들 졸업생은 침구사가 될 수 있는 길이 열리는 듯했습니다.

그러나 1961년 5.16쿠데타 이후 군사정부의 국가재건최고회의에서 1962년 3월 20일 국민의료법을 전면적으로 개정한 의료법을 만들면서 의료유사업자 제도에 관한 규정을 삭제해버렸습니다. 국민의료법 제59조에 있었던 “종래에 규정된 접골술·침술·구술·안마술업자 등 의료유사업자제도는 주무부령으로서 정한다.”

는 구절을 감쪽같이 없애 버린 것입니다. 이미 면허가 있는 유사의료업자만 인정한다는 부칙만 남겨 놓았습니다.

그렇다고 유사의료업을 한의사나 의사에게 자격을 부여한 것도 아니었습니다. 즉 침구는 한의사가 하고, 접골은 의사가 하고, 안마는 안마사가 한다는 등의 규정이 어디에도 없었습니다. 즉 한의사에게 침구를 할 수 있는 자격이 주어지지 않았던 것입니다.

이는 1961년 10월10일의 대법원 판례에서도 명확히 나타납니다.



대법원 판례카드
관계조문 : 의료법 5조,
의료유사업자령 2조
선고일 : 1961.10.10
사건명 행정처분 취소
사건번호 : 4202 행상
122.
선고결과 : 상고기각.

판시사항 : 한의사는 면허없이 침술 구술을 시술할 수 없다.

판결요지 : 한의사의 면허를 가진 자는 면허없이 침술 구술을 시술할 수 있다는 법적 근거는 없다.

당시까지 실제로 한의사는 침구 시술능력에 대한 검증도 받지 않았습니다.

이러한 점 때문에, 지난 1995년 한의사협회 회장까지 지낸 바 있는 원로한의사 배원식 씨는 국민고충처리위원회와 의료보험조합연합회에 자신은 침구학에 대해 알지 못하며, 일평생 침구를 행한 적이 없고 면허 취득 당시 침구시술행위가 검정과목에서 제외되어 침구시술을 행할 자격도 없을 뿐 아니라 일평생 침구시술을 행한 적이 없다고 밝힌 바 있습니다.

이렇게 유사의료업을 누가 할 것인지에 대한 명확한 규정도 없이 접골사 침사구사 안마사 등 유사의료업자의 양성을 하지 않음으로 인하여 오늘날까지 이들 유사의료에 대한 사법적인 논란이 계속되고 있는 것입니다. ‘접골사·침사·구사·안마사자격시험규정’은 현재까지도 보건복지부령으로 그대로 살아 있는데도 이를 시행은 않고 국가의 인적 자산을 방치 훼손하고 있는 것입니다.

도움말 통합검색 법령용어 즐겨찾기 주위법령수위 하며 + **국기법령정보센터** **신뢰할 수 있는 법제처** **접골사·침사·구사·안마사자격시험규정** **Q 검색**

법령 **행정규칙** **자치법규** **판례·해석례등** **별표·서식**

● **현행법령** ○ 연혁법령 ○ 근대법령 ○ 영문법령 ○ 중문법령 ○ 최신법령 ○ 조약 **상세검색** **분류검색**

법령명 **법령분문** **조문내용** **조문제목** **부칙** **제정·개정문** **조회이력**

본문 **제정·개정이유** **별표·서식** **연혁** **3단비교** **신규법비교** **법령체계도** **법령주소복사** **법령용어** **화면내검색** ☒ **새창**

접골사·침사·구사·안마사자격시험규정

[시행 2013.3.23.] [보건복지부령 제185호, 2013.3.23., 타법개정] **최종공포내용**

보건복지부(한의약정책과), 044-202-2574

관 ☐ **제1조(종류)** 접골사자격시험, 침사자격시험, 구사자격시험, 안마사자격시험(이하 자격시험이라 한다)은 각각 그 자격자로서 구비하여야할 지식 및 기능에 관하여 이를 행한다.

관 연 ☐ **제2조(시행과 공고)** ①자격시험은 보건복지부장관의 지시에 의하여 매년 일회식 서울특별시시장 또는 도지사가 시행한다. <개정 2008.3.3., 2010.3.19.>

②서울특별시시장 또는 도지사는 전항의 규정에 의하여 자격시험을 시행할 때에는 자격시험 시행 30일전에 시험장소, 시험기일, 수험원서제출기간 및 기타 필요한 사항을 공고하여야 한다.

관 연 ☐ **제3조(응시자격)** ①접골사, 침사, 또는 구사자격시험을 받을 수 있는 자는 다음과 같다. <개정 2008.3.3., 2010.3.19., 2013.3.23.>

침사 구사 등 유사의료업자에 대한 자격시험규정은 현재도 엄연히 살아있는 법령입니다. 하지만 국가는 이를 시행하고 있지 않습니다. 평생교육법에서 침뜸교육과정 개설을 금지하는 잘못된 법안을 만들 것이 아니라 유사의료에 관하여 ‘별도의 입법’을 하여 침사 구사 시험이 시행되도록 하는 것이 우선입니다.

침구사 시험의 시행이 이루어지지 않자 당시까지 있었던 관인침구학원 수료생들이 동창회연합회를 만들어 침구사 제도의 시행을 위한 투쟁을 전개하는 한편 침구학의 연수와 보수교육을 주도해 왔습니다. 그 결과 여러 차례 침구사 제도가 입법 직접까지 가기도 했습니다.

80년대 초 보건사회부 천명기 장관은 직을 걸고 침구사 제도를 만들겠다고 하여 침구사 제도가 국무총리 결재까지 났던 적도 있었습니다. 그러나 그 때마다 한의사 등 의료인 직능집단의 더욱 강력한 로비와 압력과 실행행사로 번번이 좌절된 바 있습니다.

이렇듯 민간에서 널리 시행되어오던 침뜸은 단 한 차례도 제도권으로 수렴되지 못하고 무면허 돌팔이라는 이름으로 민족의술의 자산을 가진 사람들은 범법자 취급을 받아온 것입니다.

국내는 물론 전 세계로 퍼져 나가 널리 인류를 이롭게 하던 이 나라의 전통요법 일침이뜸(一鍼二灸)은 60년대 이후 60여 년 동안 국가 권력에 의해 오히려

수난에 수난을 겹겹이 당해 왔던 것입니다.

4. 보건의료정책은 생명에 관한 실존에서 시작해야 합니다.

보건의료정책이 직능집단에 의하여 그들을 위하여 그들이 정책이 되도록 해서 는 안 됩니다. 보건의료정책은 산업이 아니라 인간생명의 실존이기도 합니다. 따라서 보건의료정책은 이익집단이 아니라 국민의 생명과 건강을 위한, 국민에 의한, 국민의 정책이 되어야 합니다.

생명과 안전의 보호는 모든 생명체의 가장 근본적인 사명입니다. 생명과 건강을 스스로 지키는 일은 어느 누구에게도 맡길 수 없는 생명체의 원초적 의무이자 가장 기본권입니다. 아무리 좋은 건강요법이 있고, 효과 뛰어난 의약품이 있고, 훌륭한 명의가 있다고 하여도 건강은 철저히 스스로 챙겨야 하는 실존적 사명인 것입니다. 병이 나면 그 누구도 대신 아파 줄 수가 없고, 대신 죽어줄 수가 없습니다.

그리고 자신과 같은 유전정보를 가진 개체가 대를 이어 살아가도록 하는 것이 생명체의 본질이기 때문에 모든 생명체는 부모세대에서 자식세대에게 생명과 안전에 관한 사항을 목숨을 걸고 전해 줍니다.

생명은 생명을 낳고, 낳은 생명은 스스로를 지키며 건강하게 살아가고자 합니다. 인류는 험난한 환경 가운데서 자연의 이치를 터득하여, 이를 생명과 건강을 지키는데 적극 활용해 왔습니다. 태초의 의료는 이렇게 생명을 낳고, 건강을 지키고자 하는데서 생겨났습니다. 그래서 의술을 인술(仁術)이라고 합니다.

사람이 생명과 안전에 관한 사항을 배우고 익히는 것은 생명권의 범주에 속하는 ‘불가침의 기본권’입니다.

인간사회에는 개인의 생명과 건강권이 힘센 권력자에 의해 좌지우지되기도 합니다. 오늘날의 시장경제 아래서는 생명권과 건강권이 상업적 지배의 대상이 되기 십상입니다. 나의 생명과 건강이 어떤 권력이나 상술의 지배에 의해 좌우되기를 바라는 사람은 아무도 없을 것입니다. 그러나 건강을 지키고 질병을 고치는 일이 돈벌이 수단이 되는 시대에는 의술은 인술(仁術)이 아니라 상술(商術)이 되어버릴 수 있습니다.

그래서 선진 자본주의 국가에서 생명과 건강에 관한 사항만이라도 자본의 지



자본주의를 가장 먼저 꽃 피운 영국에서 국민의 생명과 건강을 담당하는 의료만큼은 상품으로 취급되지 않도록 하기 위하여 의사를 공무원으로 하고 있습니다. 의술은 상술이 아니라 인술이 되어야 하기 때문입니다. 국민의 '생명'과 '안전'에 대한 교육까지 '상술의 논리'에 맡겨서는 안 되지 말입니다. [사진: 영국교육진흥원]
 배에 과도하게 예측되지 않도록 하려는 여러 가지 제도를 마련하려고 하는 것입니다.

인간 생명권의 일부를 박탈하여 누군가의 이익을 위해 쓰이도록 하려는 것은 중대한 범죄행위입니다.

우리 헌법 제10조에서는 “국가는 개인이 가지는 불가침의 기본적 인권을 확인하고 이를 보장할 의무를 진다.”라고 했습니다.

생명체 스스로의 기본적 사명을 다하지 못하도록 하는 사회적 규정이 있다면 그것은 생명권을 침해하는 제도가 될 것입니다.

저희가 기념사업을 하고 있는 국가대표 침구의원이신 허임 선생은 우리나라 침구전문서의 효시가 되는 침구경험방을 집필하셨습니다. 이 침구경험방의 간행 취지문에 해당하는 발문에는 “이 침구경험방을 얻어서 증세에 따라 치료하면 집집마다 신의 의술을 만날 수 있으니 그 구제하는 바를 어찌 헤아릴 수 있겠는가?”라고 하고 “이것은 마땅히 세상이 공유하여 널리 전하여야 할 것이며 없애거나 함부로 하지 않도록 해야 할 것이다.”라고 강조하면서 사사로이 독점하려 하지 말 것을 간곡히 전하고 있습니다.

임진왜란의 한 가운데서 전쟁의 참화를 겪은 조선의 고위관리 유성룡도 1600년(선조 33년) 『의학입문』이라는 명나라 의서의 침구편을 정리하여 『침구요결(鍼灸要訣)』을 저술하면서 침뜸의 대중화를 역설했습니다. 그는 침구요결의 서문에서 “침과 뜸은 효험이 빠르니 향리(鄉里) 사람으로 침놓는 법을 거칠게 이해하고 있는 사람이라도 처방을 살펴 혈자리를 구하면 스스로 가히 병을 치료할

수 있어 번거롭지 않아도 된다”라고 하면서 “장차 언해로 번역해 우매한 아낙네라도 가히 이해할 수 있도록 하겠다”라며 침과 뜸을 백성들의 생활의 술로 자리 잡도록 하려는 뜻을 피력했습니다.

지금은 특히 자기 몸을 스스로 관리하고 건강 지향적 삶을 꾸려나가는 것이 시대적 요구이기도 합니다. 웰빙문화가 대세를 이루고 생명과 건강을 스스로 지키기 위한 각종의 요법들이 쏟아져 나오는 것은 전 세계적인 현상입니다.



“이것은 마땅히 세상이 공유하여 널리 전하여야 할 것이며 없애거나 함부로 하지 않도록 해야 할 것이다.” - 백헌 이경석이 허임 침구경험방 발문에서

문명은 크게 편리해졌으나 현대인에게 질병은 만성화되고 그 특성이 복잡해지면서 건강악화의 인과관계 추론은 더욱 어려워지고 있습니다. 약물투여나 수술만으로 질병의 원인을 모두 제거하기가 더욱 곤란하게 되고 있습니다. 그리고 아무리 훌륭한 의학적 기술을 받는다고 하더라도 일상적으로 몸을 관리하지 않으면 건강을 보장 받을 수가 없습니다. 스스로 각성하여 건강관리를 해야 할 각자의 몫은 더욱 커지게 된 것입니다.

5. 침뜸을 활성화하여 고령화-세계화시대에 국가적 자산으로 활용할 수 있기를 바랍니다.

노인인구의 급격한 증가로 인한 고령화 시대의 의료비 지출급증은 심각한 사회문제가 아닐 수 없습니다. 이에 저비용 고효율의 침구술을 널리 쓰일 수 있도록 하는 정책이 시급히 요망됩니다.

전통 의료지식은 중요한 국가의 자산입니다. 그리고 지금은 세계화 시대입니다. 세계 각국은 이러한 전통적 지식자산을 국내에서만 활용할 뿐만 아니라, 국제적으로 진출하도록 하는 정책을 국가가 앞장서 지원하고 추진합니다.

동양의 전통의술 침뜸은 70년대까지만 해도 한국이 침술의 종주국이라고 세계가 인정해 왔습니다. 1963년 대만에서 개최된 국제침구대회 때는 회장인 중국(대만)대표 오혜평(吳惠平)씨도 개회사에서 "침술의 본고장은 한국"이라고 했습니다.

동아시아지역 전통의술의 핵심인 침구술은, 한중일 3국 중에서 한국이 으뜸으로 꼽혔습니다. 한국의 태권도 사범으로 해외에 나갈 때도 침술을 배워 나가 스포인을 비롯한 여러 나라에서 한국 침술이 주류를 이뤘습니다.

1974년에는 중동지역의 여러 국민들이 박정희 대통령을 예방할 때 침구사를 보내줄 것을 희망하여 이에 따라 박정희 대통령이 그 방안을 연구하라는 지시를 내린 바 있습니다. 이에 따라 외무부의 요청으로 당시 재야침구단체인 한국침술연합회 이우관 회장이 만든 ‘침술에 관한 현황 개요’라는 문서에는 한국의 침구인들이 전 세계에서 활동하고 있는 것이 소개되어 있습니다.

그런데 지금 어떠합니까? 세계 각국 국민들은 중국을 침구의술의 종주국이라고 알고 있습니다. 또 유럽인들은 물론 국내 사람들까지 침구공부와 자격취득을 위하여 중국이나 미국으로 유학을 가는 실정입니다. 침술 종주국으로서 외국의 유학생을 끌어들이야 할 판에 한국 사람들도 엉뚱하게 중국 미국 일본 등지로 나가 외화를 낭비하고 있는 셈이다.

이미 중국은 전 세계 침구시장을 석권했습니다.

‘중국침술’의 세계화에는 무엇보다 ‘유학제도’가 결정적인 역할을 했습니다. 중국 정부는 개방개혁에 즈음해 일어와 영어 등이 가능한 학생을 따로 모아 중의학을 교육하는 한편 이들 중 일부를 미국 등지로 유학을 보냈습니다. 이들은 전 세계 유학지에서 서양의학을 배우는 한편 중국 전통의학의 우월성을 알리는 역할을 했습니다.

또 반대로 미국·한국 등지에서 온 유학생을 대상으로 중국침술 등 중국 전통 의학을 가르치며 우월성을 강조했습니다. 이들 유학생들은 졸업 후 각자의 나라에 돌아가 중국침술의 우수성을 전파하는 일에 일조하고 있습니다.

유학제도를 통한 중국 전통의술 전파와 함께 해외봉사단 파견을 통한 중국 침술 전파도 병행했습니다. 아프리카 등 제3세계 국가를 상대로 중국침술봉사단을 파견해 침술에 대한 이해력을 높였습니다. 침술 치료를 받은 사람들은 당연히 중국침술에 대해 호의를 가지게 됩니다.



한국 침구인들이 주류를 형성하고 있던 세계 각국의 침구계는 우리 정부의 정책부재 가운데 중국이 개방되고, 이와 함께 중국 정부가 앞장서 중국 침구인들이 조직적으로 진출하도록 하여 현재는 중국 침구인들에게 주도권이 넘어 갔습니다. 이어서 2000년대 이후에는 일본에서 침구사들의 해외진출을 적극 권장하고 있습니다. 그 사이 한국 침구인들은 정부의 무관심과 박해 속에서도 해외에서 실력으로 승부하고 있습니다. <사진은 일본의 침구전문 월간지 '의도의 일본'에 소개된 각국의 침구사정 일람과 일본 침구인들이 외국인들에게 침뜸 교육을 하는 장면>

중국의 중의사는 우리의 한의사와 달리 전통의학과 함께 현대의학도 같이 배우고 현대장비를 이용한 수술도 진행합니다. 중국의 중의사는 3가지 분야로 나뉘어 있습니다. 이들은 모두 의사로 통칭되며 중의사는 중의과 전공과 침구 전공, 중약(한약사) 전공으로 분류됩니다.

2000년대 초 통계에 따르면 중국 내 중의학 분야 종사자 인력은 모두 50만 명이고 1800개 중의 병원에 병상 16만 개가 설치되어 있다고 합니다.

이와는 별도로 130만 명의 마을 초급의사는 간단한 중의요법과 약초, 그리고 침술을 시행하고 있습니다.⁵⁾ 중국에서 침술은 보건의료 종사자는 누구나 활용할 수 있습니다.

중국은 2009년 한국이 동양의학의 백과사전인 『동의보감』을 유네스코 세계기록문화유산으로 등재시키자, 2011년 중국의 침술과 뜸 기술을 <중국침구(中國鍼灸)>라는 이름으로 등재항목을 변경 유네스코 인류무형유산으로 우회 등재했

5) 2007.03.13 | 뉴스메이커 715호

습니다.⁶⁾

일본에서는 지난 80년대 말 고령화로 인한 국가적인 과제에 침뜸을 적극적으로 활용하는 정책을 마련하고 매년 5천여명의 침구사를 배출하여 국민건강에 기여하도록 하고 있습니다. 고령화에 대처하는 일본 침구사들의 수가 늘어나자 2000년대 들어서는 세계 각국으로 폭넓게 진출하여 활동하기 시작했습니다. 일본의 침구사들이 각국에서 어떻게 진출 할 것인지에 대한 매뉴얼까지 나오는 등 다양한 정보들이 제공되고 있습니다.[참고자료 첨부/ 알고 싶은 침구마사지 각 국사정 일람 : 2013년7월호 ‘의도(醫道)의 일본(日本)']

유럽과 미국 등 서양에서도 침구를 배워서 각 나라마다 앞을 다뤄 이를 현대적 의료현장에서 광범하게 활용할 수 있도록 해 나가고 있습니다.

한국은 어떠합니까? 전통의학과 현대의학 사이, 제도권과 비제도권 사이에 한반도의 분단 철책선 같은 철조망을 쳐놓고 서로 무면허 의료행위를 한다며 싸움질이나 하고 있는 것 아닙니까?

한국인들의 뛰어난 손재주를 발휘하는 침뜸술, 이는 국가 경제를 부흥시킬 수 있는 훌륭한 국가적 자산입니다. 더 이상 스스로 우리끼리 싸우면서 소진시키지 않도록 해 주시기 바랍니다.

여기 대한민국에 생명과 건강을 침과 뜸으로 지켜온 슬기로운 역사와 문화가 있습니다. 이를 계승 발전시킬 수 있도록 해 주시길 간곡히 호소합니다.

6. 침구학의 현대적 계승을 위한 남북한 협력

북한에서는 보건의료 전체 가운데 침뜸이 가장 큰 비중을 차지하고 있다. 전체 환자 중 대략 60% 이상을 침이나 뜸으로 진료하는 것으로 알려져 있습니다. 남한에서 한약을 포함한 한방의료 전체의 이용비중이 6% 정도⁷⁾라는 점과 비교하면, 북한에서의 침구활용 비중은 절대적이라 할 수 있습니다.

전통의학을 전공한 의사들을 북한에서는 동의사라고 부르다가 93년부터는 고려의사라고 명칭을 바꾸며 그 주체적 의미를 더욱 강조하고 있습니다. 북한에서 동의사 또는 고려의사라고 하면 침뜸을 전문으로 하는 의사들이라고 합니다.

6)『중국의 무형문화유산 제도변화에 대한 정책적 대응 방안연구』책임연구 김용범. 2012.9. 한국문화관광연구원

7) 《한방의료이용 및 한약이용실태조사》한국보건사회연구원, 정책보고서 2011-48. 2011년.



2004년 2월 24-28일 평양에서 제1회 통일침뜸학술토론회가 열렸다. 사진은 26일 고려의학과 학원에서 진행된 토론회 모습.

북에서는 의술의 경계가 없습니다. 고려의사만 침뜸치료를 하는 것이 아닙니다. 신의사들의 임상의학부 과정 안에도 고려의학을 배우고, 진료현장에서도 침뜸치료를 합니다. 신의사가 쓴 의학서적에도 치료부문에는 고려의학적 치료가 다 들어가 있다는 것입니다.

북에서는 신의사(양의사)들도 침을 놓습니다. 침을 배우지 못한 신의사들도 시간을 내어 배우고 있으며, 의사가 침을 시술할 줄 모르면 사람들의 비난을 받고 신망을 잃게 된다고 합니다. 사람들을 가장 많이 치료하는 리·군·도(시)급의 의사들이 침을 놓을 줄 모르면 큰 수치로 여긴다는 것입니다.⁸⁾

북한에서도 정규 교육을 받지 않는 이른바 '무자격증 침구인'들이 대단히 많은 것으로 알려져 있습니다. 그들은 조상 대대로 물려오는 자기만의 특기를 가지고 비록 자격증은 없지만 병원 의사들을 능가하는 의술로 사람들의 인기를 끌고 있고 많은 병을 치료하고 있는 경우도 많은 것으로 알려져 있습니다.

민간 침구인들에 대해 '당일군, 안전일군, 보위일군 등 영도계급 사람들'이 더 관심을 가지고 그들의 치료를 선호하니 자연스럽게 민간치료가 활기를 띠게 된 것이라는 것입니다. 국가에서도 민간에서 이름을 날리면서 치료하는 사람들에 대해서는 일정한 과정을 거쳐 제도권으로 끌어들이습니다. 이들 민간 침구인들을 제도권으로 진입시킨 역사는 1950년대부터 시작되었습니다.⁹⁾

8) "의술에 무슨 경계선이 있습니까?" 북한 침뜸, 민간 침구인 전통의술 계승..현대적 의학으로 발전시켜. 손중양. 오마이뉴스 03.08

해방 직후에는 북한에도 남한과 마찬가지로 침쟁이라 불리는 침구인과 약방이 거의 마을마다 있었습니다. 한국전쟁 이후 이들을 개인 업을 못하게 하면서 6개월~1년짜리 공부를 시켜, 병원에 근무하게 했습니다. 지금의 고려의학 교육은 이들을 재교육하는데서 시작했다고 할 수 있습니다. 국영 고려병원이 생긴 것도 이 때쯤이었습니다.

북한에서는 민간의 침구인들에게 제도권 진입의 기회가 널리 보장되었고, 동의학에서 중심적 역할을 담당한 이들 침구인들의 활약은 오늘날 북한 보건의료 전체에서 침뜸이 중요한 역할을 하도록 하는데 결정적인 기여를 했습니다.

이러한 민간 침구인들의 제도권 진입은 90년대 들어서도 대대적으로 이루어진 것으로 알려졌습니다. 북한의 보건성에서는 95년 정규 교육기관을 나오지 않아서 동의치료의 자격은 없지만 침술과 뜸치료에 능한 사람들을 신청을 받아 따로 일정한 재교육을 하여 중등보건의 자격을 주고, 보건의료 인적 자원으로 널리 활용하고 있다고 합니다.

북에서는 필요에 따라 다양한 교육과정을 두고 있는데 중등보건의는 3년제 학교를 나온 의사나 4년제를 나온 부의사, 조산원, 보철기사 등이 여기에 포함됩니다.

인증자격을 받은 중등보건의는 침술 등 해당 인증자격을 받은 범위 내에서 의료활동을 할 수 있도록 하고 있습니다. 한 분야나 또는 몇 개 분야에 대한 특기를 인정하여 진료를 할 수 있도록 하는 이러한 제도는 민간에 광범위하게 퍼져 있는 전통의술을 제도권으로 흡수하여 활용하려는 노력이었습니다.

북한의 관계당국자는 95년 이후부터는 침시술은 이러한 중등보건의 자격을 가진 사람에게까지만 허용을 한다고 밝히고 있지만 민간 침술사들의 활동은 여전하다는 것이 북한에서 온 사람들의 이야기입니다. 특히 뜸요법은 민간요법으로 널리 활용할 것을 당국에서도 적극 권장합니다. 민간요법 서적에는 뜸요법이 대단히 많이 소개되어있다.

여러 가지 이유로 북한이 침구를 많이 활용하고 있는 만큼 전통 침구술의 계승 발전이 상당히 이루어져 있을 것으로 짐작이 됩니다.

2004년 2월 26일 제1회 통일침뜸학술토론회가 평양 고려의학과학원에서 남북의 전통의학 관계자 100여 명이 참석한 가운데 개최된 바 있고, 제2회는 그해

9) "의술에 무슨 경계선이 있습니까?" 북한 침뜸, 민간 침구인 전통의술 계승..현대적 의학으로 발전시켜. 손중양. 오마이뉴스 03.08

9월 금강산에서 ‘고구려 유적 남북공동전시회’와 함께 열린 적이 있었습니다.¹⁰⁾ 그러나 그 후 더 이상 이어지지 못했습니다. 하지만 언젠가는 다시 남북의 침뜸 교류는 활성화 될 것으로 기대됩니다.

남북의 침뜸교류는 침구학의 현대적 계승과 발전을 위해 대단히 중요한 사업이 될 것입니다. 이에 대한 정책을 연구하고 개발하는 일이 또 하나의 중요한 과제입니다.

7. 우리 침뜸을 다시 으뜸가는 한류(韓流) 자산으로 만들기 위하여

특정 이익집단에 의해 왜곡된 침뜸 관련 제도를 바로 잡아 주시길 요청합니다. 침뜸교육을 활성화할 수 있는 법률을 만들어 우리의 전통 생명건강문화인 침뜸을 널리 인류에 이롭게 하는데 활용될 수 있도록 하는 적극적인 제도를 추진해 주시길 바랍니다.

첫째 4.19 이후 만들어졌으나 5.16군사정부에 의해 봉쇄되어버린 침사 구사 등 유사의료업자 시험령이 지금이라도 시행되도록 하는 제도를 먼저 추진해 주시기 바랍니다[보건복지부령 제185호, 2013.3.23., 타법개정]. 정말 이번에는 적폐를 제대로 청산하고 새로운 시대를 열어가야 하는 때입니다. 국민들이 ‘이게 나라냐’라는 탄식이 다시 나오지 않도록 소수 이익집단의 압력에 휘둘리지 않고 정책을 올바르게 추진해 주시기 바랍니다.

둘째 양방병원의 모든 보건의료인들(침구사, 한의사, 의사, 조산사, 치과의사, 간호사, 물리치료사 등의 보건의료인)이 침뜸을 활용할 수 있도록 하는 제도를 만들어 양한방의 모든 보건의료 현장에서 널리 침뜸이 활용될 수 있도록 추진해주시기 바랍니다. 이 나라는 남한과 북한 간에만 대결하는 것이 아니라 현대 의학과 전통의학 사이에도 서로 철조망을 쳐놓고 서로 고발 '총질'하도록 하는 잘못된 의료제도가 만들어져 있습니다. 먼저 전통의학과 현대의학을 통합하여, 양방과 한방 직능집단 사이의 끝이 없는 싸움을 중지하도록 해야 합니다. 의사들이 침술을 못하도록 하는 나라는 전 세계에서 대한민국 밖에 없습니다. 중국

10) [남에서 본 전통의학] 민족의학 그리고 남북 전통의학 교류. 민족21. 12월호

에서는 조산원도 난산에 침뜸을 활용한다고 합니다. 침뜸을 현대적 의료현장에서 광범위하게 활용할 수 있는 제도의 마련은 먼저 교육 분야에서 시작이 되어야 할 것입니다.

셋째 민간에서 널리 확산되어 있는 침구사들을 제도권으로 수렴하는 정책을 추진해야 합니다. 침구요법은 생활의술→전문의술→생활의술→전문의술 ... 의 경로로 발전해 왔습니다. 대한민국 정부 수립 이 후 단 한 차례도 민간 침구인들을 제도권으로 수렴하지 않고 이들을 무면허 돌팔이로만 취급해 왔습니다. 이는 국가의 인적(人的) 자산을 소모시키는 것입니다. 민간에서 널리 확산되어 있는 침구인들을 소정의 교육과 시험을 거쳐 제도권으로 수렴하는 정책을 우선 추진해야 합니다. 그리고 침뜸의술 뛰어난 재야 침구인들이 침뜸의술을 연구하여 제도권 내로 수렴하여 보급할 수 있는 정책 추진해야 합니다.

넷째 한국의 근현대사에서 민족의술 침뜸이 어떠한 취급을 받아왔는지, 그 가운데서 수많은 침구인들이 어떤 일을 겪었는지에 대해 조사하는 동시에 세계 각국의 침뜸의술과 관련 정책 및 활용실태 등에 대해 조사연구를 하여 국내 정책 추진의 기초자료로 삼을 것을 제안 합니다.

다섯째 억압당하고 있는 침뜸을 해방시켜 우리 국민들은 물론 널리 인간을 이롭게 하기 위해 활용되도록 하는 정책을 마련해 주실 것을 간곡히 바랍니다. 우리의 반세기 이상 억압을 당해온 우리 민족의 자신인 침뜸의 실력과 활용성을 빠른 속도로 확산 회복하여 세계 으뜸으로 만들기 위해서는 경락경혈을 이용한 생활건강요법이 널리 활용될 수 있도록 하는 교육문화정책을 추진해야 할 것입니다.

케이팝(KPOP)이 전 세계 대중문화를 이끌어 가는 것처럼, 한국의 침뜸(KTAM)¹¹⁾이 인류의 생명건강문화를 이끌어가는 또 하나의 한류가 될 수 있도록 정책을 추진해 주시길 온 국민들의 염원을 담아 진정으로 요청합니다.

[관련하여 본 사단법인 허임기념사업회는 지난 2월9일 오후 2시 서울시민청

11) Korean Traditional Acupuncture & Moxibustion

바스락홀에서 ‘다시 조선침뜸을 으뜸으로 만들어 널리 인류를 이롭게 하자!’는 취지로 제1회 침뜸한류세미나를 개최했습니다. 해외에서 활동하시는 분들이 발표하신 동영상도 인터넷 상 본 법인의 홈페이지(www.heoim.net)에 올라 있습니다. 참고해 주시면 감사하겠습니다.]

침뜸요법의 핵심이 ‘소기체 통기색’(疏其滯 通其塞)이라고 합니다. 막힌 곳을 터서 통하게 하는 것, 즉 소통시키면 건강해 질 수 있다는 것입니다.

국민통합도 소통을 말하는 것이라고 봅니다. 대통합이라고 한다면 시간과 공간과 인간의 소통을 의미하는 것이겠지요. 시간적으로 과거와 현재와 미래가 소통하고, 공간적으로 동서남북이 소통하고, 사람 사이[人間]가 성별 세대 계층 계급 신념 처지 등에 차이가 있어도 서로 통할 수 있도록 하는 것이 대통합이겠지요.

국민대통합위원회의 귀한 뜻이 꼭 이루어지기를 마음 모아 기원합니다.

2017년 6월 8일
사단법인 허임기념사업회
www.heoim.net

<중국침구 관련 참고자료>

[커버스토리]중의학은 ‘자긍심’이 경쟁력 원천

중국 정부의 체계적 육성정책 뒷받침 … 유학생 유치 중국침술 세계로 전파

2007.03.13 | 뉴스메이커 715호

중국의 침술이 세계인들로부터 각광받을 수 있었던 것은 중국 정부의 전폭적인 지원과 중국인들의 노력 때문이라는 게 전문가들 견해다. <경향신문>

중국 침술’은 그동안 중국 정부의 아낌없는 지원과 노력, 여기에 임상 효과가 만들어 낸 ‘결작품’이라는 게 의료업계의 일반적인 견해다. 세계적인 부호와 명사들이 중국침술의 매력에 흠뻑 빠질 정도로 중국 침술은 이미 ‘세계적인 명품 의료술’이 되었다. 전통의술 하나가 국가경쟁력에서 차지하는 비중과 국가 이미지 제고에 적지 않은 영향을 준다는 사실에 비춰볼 때 중국 침술의 기여도는 매우 크다. 동·서양의학이 치열한 각축전을 벌이고 있는 우리의 의료현실에서 중국 침술의 명성은 부러움을 떠나 시사하는 바가 크다.

그렇다면 중국침술의 세계적인 경쟁력은 어디서 나오나.

텐진의약대 김군 교수(39)는 “중국 침술이 전 세계인으로부터 큰 관심을 받고 있는 것은 중국인의 (침술에 대한)자긍심과 사랑이 있었기 때문”이라면서 “특히 정부가 후진양성에 큰 공을 들였기에 가능했다”고 설명했다. 중국의 전통의학이 서양의학과 대등한 관계를 갖출 수 있던 것도 결국 정부차원의 전통문화 계승 노력과 지식인들의 자각이 있었기에 가능했다는 것이다.

“중국의술 인류에 기여할 수 있는 자산”

실제로 중국 정부는 1956년 전통의학의 맥을 잇기 위해 전국 각지에 흩어져 명성을 날리고 있던 유명 중의사들을 불러모아 체계적인 후진 교육 프로그램을 마련했다. 당시 중국 전역에서 내로라하는 명의들이 교수진으로 대거 동참했다.

중국 전통의학은 청나라 말 불어 닥친 서양의학 바람에 밀려 한때 주춤했지만 1956년 정부 주도로 5개 전통 중의학원(중의대학)을 설립하면서 중의학의 재발견이 이뤄진 것이다. 2년 후인 58년에는 전국 각 성에 한 곳씩 모두 26개의 중의학원이 설치되면서 중의학 교육의 체계적인 기초가 마련됐다.

중의학 교육 프로그램이 한창 마련될 당시 마오쩌둥(毛澤東)은 “중의학은 위대한 보고이니 이를 발굴해 그 가치를 높여야 한다”는 말을 항상 강조할 정도로 큰 관심을 기울였다.

의료업계 관계자들은 “문화혁명기간 중 ‘인재를 낭비하고 폐습을 부활시킨다’라는 주장 때문에 한동안 전통의학이 냉대를 받기도 했다”면서 “하지만 이 당시에 중국인구의 약 80%가 생활하는 농촌에서는 이 전통의학에 의존했을 정도로 중의학의 맥은 계속 이어지고 있었다”고 말했다. 이후 개혁개방 바람이 불면서 중국 지식인들은 “세계 제일의 위치에 있는 전통의학은 중국이 인류를 위해 기여할 수 있는 자산 중의 하나”라는 구호를 외쳤다. 이렇듯 중의학은 중국인들의 가슴 깊은 곳에 이미 자리매김하고 있었다. 심지어 1982년 개정된 헌법에 ‘현대의학과 전통의학을 발전시킨다’는 조항이 있을 정도다.

‘중국침술’의 세계화에는 무엇보다 ‘유학제도’가 결정적인 역할을 했다. 중국 정부는 개방개혁에 즈음해 일어와 영어 등이 가능한 학생을 따로 모아 중의학을 교육하는 한편 이들 중 일부를 미국 등지로 유학을 보냈다. 이들은 전 세계 유학지에서 서양 의학을 배우는 한편 중국 전통의학의 우월성을 알리는 역할을 한다. 또 반대로 미국·한국 등지에서 온 유학생을 대상으로 중국침술 등 중국 전통 의학을 가르치며 우월성을 강조했다. 이들 유학생들은 졸업 후 각자의 나라에 돌아가 중국침술의 우수성을 전파하는 일에 일조한다. 김군 교수는 “의사로 양성된 중국 출신 유학생들은 중국 침술 등을 통해 중국의학에 대한 독창성과 신비감을 전하게 된다”면서 “중국 침술도 결국 이들을 통해 세계에 퍼져 나갔다”고 설명했다.

유학제도를 통한 중국 전통의학 전파와 함께 해외봉사단 파견을 통한 중국 침술도 병행했다. 아프리카 등 제3세계 국가를 상대로 중국침술봉사단을 파견해 침술에 대한 이해력을 높였다. 침술 치료를 받은 사람들은 당연히 중국침술에 대해 호의를 가진다.

흥미로운 점은 중국의 의료체계가 우리나라와 매우 다르다는 것이다.

중국침술봉사단 해외 파견 활동

우리나라 한의사와 유사한 중의사는 3가지 분야로 나눈다. 이들은 모두 의사로 통칭되며 중의사는 중의과 전공과 침구 전공, 중약(한약사) 전공으로 분류된다.

중의사는 우리의 한의사와 달리 전통의학과 함께 현대의학도 같이 배우고 현대장비를 이용한 수술도 진행한다. 교육기간은 5년이며 1년간 인턴생활을 마친 후 국가고시를 통해 정식으로 의사가 된다.

중의사를 관리하는 중국 정부 내 중의약관리국은 1986년 7월에 정식 설립되었다. 현재 전통 중의학 분야 종사자 인력은 모두 50만 명이고 1800개 중의 병원에 병상 16만 개가 설치되어 있다. 전국의 서양의학 병원의 95%가 중의과를 두고 있다.

이와는 별도로 130만 명의 마을 초급의사는 간단한 중의요법과 약초, 그리고 질병방지를 위한 침술을 시행하고 있다. 현재 중국에는 중의과 및 중약대학 30개 대학이 설립되어 이들 전문 교육기관에서 대학원 석사·박사과정 학생을 배출하고 있다.

<김재홍 기자 atom@kyunghyang.com>

중국 입장에서 바라본 세계 각국 침뜸 사정

중국의 입장에서 바라본 세계 각국의 침구는 중국 위생부의 용역으로 만들어진 《中国针灸流通鉴》중 <역사권 하>를 보시면 됩니다.



目 录

第一章 朝鲜半岛的针灸历史	(一)
一、三国时期(公元1世纪—668年)	(四)
二、统一新罗时期(公元669—935年)	(六)
三、高丽王朝时期(公元918—1392年)	(六)
四、朝鲜时期(公元1392—1910年)	(九)
五、日本统治时期(公元1910—1945年)	(三二)
六、南北分裂时期(公元1948年至今)	(三二)
第二章 日本的针灸历史	(四九)
一、古坟时代—奈良时代(公元4世纪—794年)	(五二)
二、平安时代(公元794—1192年)	(五五)
三、镰仓时代(公元1192—1333年)	(五九)
四、室町时代(公元1333—1573年)	(六〇)
五、安土桃山时代(公元1573—1603年)	(六五)
六、江户时代(公元1603年—1868年)	(六八)
七、近现代(公元1868年至今)	(七五)
第三章 西亚和南亚地区的针灸历史	(八三)
第一节 伊朗的针灸历史	(八六)
第二节 印度的针灸历史	(九一)
第三节 斯里兰卡的针灸历史	(九六)
第四节 沙特阿拉伯的针灸历史	(一〇〇)
第四章 东南亚地区的针灸历史	(一〇七)
第一节 越南的针灸历史	(一〇九)
第二节 新加坡的针灸历史	(一一三)
第三节 印度尼西亚的针灸历史	(一二四)
第四节 马来西亚的针灸历史	(一三九)
第五节 泰国的针灸历史	(一四六)
第五章 欧洲的针灸历史	(一五五)
第一节 荷兰的针灸历史	(一五八)

중국 국가용역 결과보고서에 세계 각국의 침구사정을 소개하면서 목차에서 조선의 침구를 가장 먼저 소개하고 있는데 한국의 실정은 어떤지 되돌아 볼 필요가 있다.

해외에서 일하는 침구사

일본의 직업정보 사이트 <http://careergarden.jp>에
실린 글을 번역했습니다.

침구사는 해외에서도 일할 수 있는가?

일본에서 취득한 침사 구사"의 국가 자격은 일본 내에만 있고 유효합니다.

해외에서도 국가와 지역에 따라서 침구 업무를 하기 위한 독자적 면허제도가 마련되어 있습니다. 예를 들면 호주에서는 국가 등록이란 것이 필요하게 되고 미국은 주마다 다른 면허 제도가 있습니다.

아무리 일본의 국가 자격이 있다고 해서 이러한 독자적인 룰을 정한 나라에서 현지 면허를 취득하지 않은 채 치료를 하면 불법이 되므로 주의가 필요합니다.

해외 면허 따기의 어려움

해외에서 침구사 면허를 취득하는 것은 결코 쉬운 일이 아닙니다. 현지 학교에서 일정 기간 교육을 받아야 하고, 취학 비자 취득 등 다양한 벽을 넘어갈 필요가 있습니다.

이런 고생을 하지 않고 일본에서 익힌 침구의 기술을 살리고 보고 싶은 경우는 '봉사'라는 길도 있습니다.

예를 들어 청년해외협력대 등의 국제적인 봉사 활동 관련 조직에서는 침구사 국가 자격을 가진 사람을 모집하는 일이 있습니다. 또 침구사 면허 제도가 마련되지 않은 나라에서는 그냥 현지에서 침구 치료할 수 있게 되어 있습니다.

다만 그런 나라는 침술 자체가 별로 보급되어 있지 않는 경우가 많아서, 일을 하려면

海外で働く鍼灸師

鍼灸師は海外でも働ける？

日本で取得した「はり師」「きゅう師」の国家資格は、日本国内のみにおいて有効です。

海外でも、国や地域によっては鍼灸の仕事をするために独自の免許制度が設けられています。たとえばオーストラリアでは国家登録というものが必要になりますし、アメリカは州ごとに別の免許制度があります。

いくら日本の国家資格があるからといって、こういった独自のルールを定めている国において現地の免許を取得しないまま治療を行えば、違法行為になってしまうため注意が必要です。

海外の免許をとるのは大変

海外で鍼灸師の免許を取得するのは、決して簡単なことではありません。現地の学校で一定期間学ぶ必要がありますし、就労ビザの取得など、さまざまな壁を乗り越えていく必要があります。

こういった苦勞をせず、日本で身に付けた鍼灸のスキルを生かしてみたい場合は「ボランティア」という道もあります。

たとえば青年海外協力隊などの国際的なボランティア関連の組織では、鍼灸師の国家資格を持っている人を募集することがあります。また、鍼灸師の免許制度が設けられていない国では、そのまま現地で鍼灸治療を行うことも可能となっています。

ただし、そういった国は鍼灸自体があまり普及していない場合が多く、仕事としてやって

고생할지도 모릅니다.

선상에서 활약하는 침구사도

또 최근 세간의 주목을 받고 있는 것이, 세계 해상을 크루즈를 하는 호화 여객선에 타고 승객에 침구치료하는 침구사입니다.

가령 세계 고급호텔이나 선상에서 스파를 경영하는 ‘스타이나’라는 영국의 회사에서는 실력 있는 일본인 침구사를 적극적으로 채용하고 그동안 수많은 일본인 침구사가 활약하고 있습니다.

이 회사에 채용된 침구사는 연수를 받아 한 차례 계약하면 약 4개월 동안 승선했고 항로를 따라서 다양한 지역을 돌아다니며 일합니다.

침사 구사 국가자격과 더불어 영어 실력, 그리고 인성(人性)이 인정되면 이런 곳에서 다양한 인종이나 국적을 가진 사람들에 동양 의학을 넓히는 기회로 삼을 수도 있습니다.

번역 손중양

(사단법인 허임기념사업회 대표이사)

<직업소개>

※ 일본의 침구사는?

침구사 일은 신체에 침이나 뜸을 이용한 자극을 줌으로써 각종 질병 치료와 건강 증진을 촉진할 수 있는 의술인 침구를 합니다.

원래 시각 장애인 비율이 많은 일이었지만, 규제 완화 등의 영향으로 시각장애인 아닌 사라미 비율이 늘고 있습니다.

침구사로 활약할 기회는 여러가지

이 침구사의 활약 할 수 있는 장소는 다양합니다만, 스스로 침구 치료원을 개업하거나 침구 치료원에 근무하는 것이 일반적입니다.

또 성형외과 재활과 내과나 신경 내과 등의 질환 치료에 "침구"를 도입하고 있는 병원에

いくには苦勞するかもしれません。

船上で活躍する鍼灸師も

また近年、世間から大きな注目を集めているのが、世界の海上をクルーズをする豪華客船に乗り、乗客に鍼灸治療を行う鍼灸師です。

たとえば、世界中の高級ホテルや船上でスパを経営する「スタイナー」というイギリスの会社では、実力のある日本人鍼灸師を積極的に採用しており、これまでに数多くの日本人鍼灸師が活躍しています。

この会社採用された鍼灸師は研修を受け、1回の契約で約4ヵ月間乗船し、航路に沿ってさまざまな土地をめぐりながら働きます。

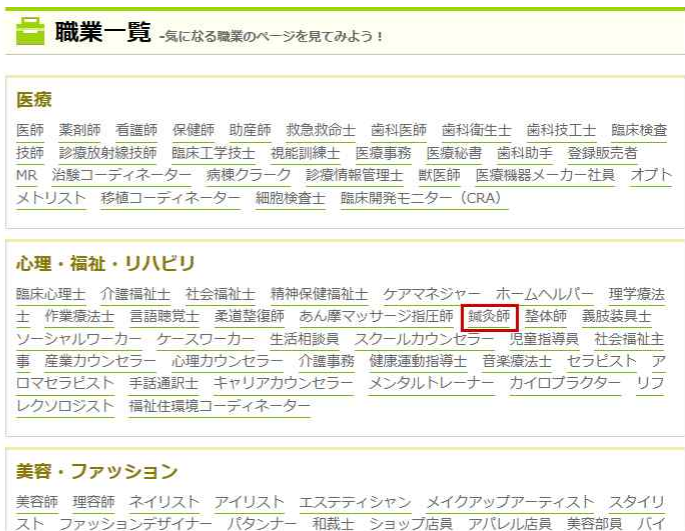
はり師、きゅう師の国家資格に加えて英語力、そして人間性が認められれば、このような場で多様な人種や国籍を持つ人々に対し、東洋医学を広めるチャンスも掴むことができます。

鍼灸師の仕事は、身体に鍼(はり)や灸(きゅう)を用いた刺激を与えることで、さまざまな疾病の治療や健康増進を促すことのできる医療技術である「鍼灸」を行うことです。

元々視覚障害者の割合が多い仕事でしたが、規制緩和などの影響もあり、非視覚障害者の割合が増えてきています。

鍼灸師として活躍できる場はさまざま

この鍼灸師の活躍できる場はさまざまですが、自ら鍼灸治療院を開業したり、鍼灸治療院に勤務したりするのが一般的です。



일본의 취업정보 사이트에 소개된 침구사는 의료 영역이 아니라 심리/복지/재활 분야로 분류되어 임상심리사, 간병사, 사회복지사, 정신보건복지사 ... 작업요법사, 언어치료사, 유도정복사, 안마마사지지압사, ... 건강운동지도사, 음악치료사사, 아로마테라피스트 ... 정신트레이너, 카이로프랙틱 등 과 나란히 소개되어 있다.

근무하는 침구사도 많습니다.

그곳에서는 환자의 통증을 조절하거나 재활의 지원을 실시합니다.

또 프로 스포츠 팀이나 사회인에 의한 스포츠팀 등의 개인 트레이너로 침구 치료를 실시하는 스포츠 트레이너로 일할 수 있습니다.

また、整形外科のリハビリや、内科や神経内科などの疾患の治療に「鍼灸」を取り入れているような病院に勤務する鍼灸師も多いです。

そこでは患者さんの痛みを和らげたり、リハビリテーションの支援を行います。

さらに、プロスポーツチームや社会人によるスポーツチームなどの専属トレーナーとして、鍼灸治療を行うスポーツトレーナーとして働くこともできます。ただし、競争率は高く、人数はそれほど多くありません。

<일본에서 바라본 세계 각국의 침뜸 사정- 참고자료2>

세계의 침구 사정

일본의 스포츠의학 관련 웹사이트 <http://komatsutakeshi.at.webry.info>에 실린 글을 번역했습니다. // 손증양(사단법인 허임기념사업회)



세계침구사정(전편)

<<작성 일자:2015/10/24 05:40>>

이번에는 나의 미국연수 때 해부실습 보조원인 모교 후배이자 제자인 Mits씨의 투고입니다. 2차례에 걸쳐 그에게 세계의 침구 사정을 배우겠습니다.

이제 글로벌 사회가 되어 침구사도 함께 세계로 시야가 넓어지고 있습니다.

어디서 승부하든 역시 기술은 가장 소중한입니다. 기술은 스스로 나가서 배우는 것입니다. 그리고 그것은 지금 바로 필요합니다. 늦었다고 느낀 순간이 가장 빠른 타이밍입니다.

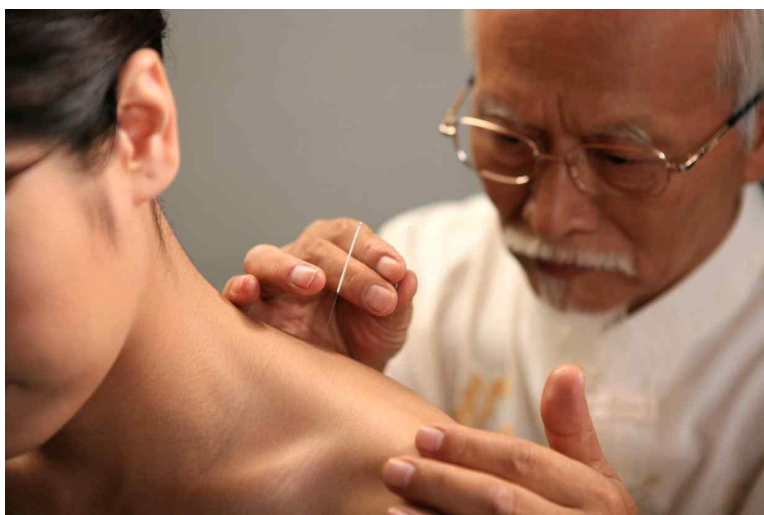
世界鍼灸事情 (前篇)

<<作成日時 : 2015/10/24 05:40 >>

今回は私の米国研修時の解剖実習アシスタントであり、母校の後輩であり、そして弟子でもある、Mitsさんからの投稿です。今回は2回にわたって彼に世界の鍼灸事情を教えてください。

今後グローバルな社会になって行くと共に鍼灸師も世界への視野が広がっています。でもどこで勝負するにしてもやっぱり技術は大切みたいです。術は自分自身で外に出て学ぶものです。そしてそれが必要なのは今です。もう遅いと感じたその瞬間が物事を始める一番のタイミングです。

인생은 여러 가지 길이 있고, 침구사도 여러 가지 입니다. 여러분 꼭!
그럼 Mits씨, 부탁드립니다.



人生いろいろ、鍼灸師いろいろですね。みなさんも是非！
それではMitsさん、お願いします。

-*-

안녕하세요. 저는 호화 여객선에서 일하는 침구사의 Mits입니다!
일본에서 자격증을 땀고 지금은 해외에서 침구사로 일하고 있습니다.
장래는 해외 이주를 하고 이주지에서 침구사로 일하고 싶습니다.
일본에 살고 있는 침구사 쪽에서 해외에서 일하는 것에 관심 있으신 분이 다소간 있다고 생각합니다. 그래서 오늘은 일본 이외의 나라에서 침구사로 일하려면 어떻게 해야 하는지 몇 가지 소개하려고 합니다.
모처럼의 기회이므로 저의 경우에서부터 말하겠습니다.

저는 지금 선상(船上) 침구사로 호화 여객선에서 일하고 있습니다. 계약을 하는 회사는 영국에 본사를 둔 회사입니다. 바다 위에서 일할 경우 국가의 법률에 얽매이지 않아 회사가 인정하고 있는 나라의 자격을 갖고 있으면 침구사로 배에서 일할 수 있습니다. 그래서 저는 일본의 침구 면허밖에 없지만 배에서 바다 위에서 일하고 있습니다. 외국에서 일하는 경우를 살펴봅시다.

-*-

こんにちは。僕は豪華客船で働く鍼灸師のMitsです！

日本で資格を取り、今は海外で鍼灸師として働いています。

将来は海外移住をして移住先で鍼灸師として働きたいと思っています。

日本に住んでいる鍼灸師の方で海外で働くことに興味がある方が多かれ少なかれいると思います。そこで、今日は日本以外の国で鍼灸師として働くにはどうすればいいのかを少しご紹介しようと思います。

せっくなので僕の場合から話して行きます。

僕は現在、船上鍼灸師として豪華客船で働いています。契約をしている会社はイギリスに本社をおく会社です。海の上で働く場合、国の法律に縛られないので会社が認めている国の資格を持っていれば鍼灸師として船で働くことが出来ます。なので僕は、日本の鍼灸免許しか持っていませんが、船で海の上で働くことが出来ています。

外国で働く場合をみていきましょう。



미국에서 일하는 경우

アメリカで働く場合

미국은 주마다 침구의 자격을 내고 있어요. 그래서 어느 주에서 일하고 싶은지에 따라서 가는 학교가 달라집니다.

예를 들어 캘리포니아는 주에서만 쓸 자격 시험이 있습니다. 합격하면 캘리포니아에서 침구사로 일할 수 있지만 나머지 주에선 일하지 않습니다.

몇몇 주는 이렇게 주만의 자격을 내고 있지만 절반 이상의 주는 NCCAOM 시험을 합격하면 자격을 인정받습니다. 그러므로, 어느 주에서 일할 것이냐를 생각하고 학교 선택을 할 필요가 있습니다.

미국에서는 서양의학의 한계를 느끼는 의사와 환자가 늘고 있고, 병원 치료비가 고액이라는 사실이 침구의 배경이라 할 수 있습니다.

미국의 보험은 처음에 100달러 200달러까지 자비로 내라는 것이 많으며, 보험회사도 높은 의료비를 매번 부담하기보다는 비교적 저렴한 침구치료를 하는 게 낫다고 하고, 침구를 보험 적용하는 계획을 내고 있습니다.

미국의 침구 업계는 앞으로의 많은 가능성이 있습니다.

アメリカは州ごとに鍼灸の資格を出しています。なので、どこの州で働きたいのかによって行く学校が変わってきます。

例えばカリフォルニアは州でのみ使える資格の試験があります。合格すればカリフォルニアで鍼灸師として働けますが、他の州では働けません。いくつかの州はこのように州のみ資格を出していますが、半数以上の州はNCCAOMの試験を合格することで資格を認められますので、どこの州で働くのかということも考えて学校選びをする必要があります。

アメリカでの鍼灸の背景には西洋医学の限界を感じる医師や患者が増えているのと病院での治療費が高額ということがあります。

アメリカの保険は初めの100ドル200ドルまでは自費で払ってくださいというものが多く、また、保険会社も高い医療費を毎回負担するよりも比較的安い鍼灸治療に行ってもらった方がいいということもあり、鍼灸を保険適用しているプランが出てきています。

アメリカの鍼灸業界は今後の可能性をたくさん秘めています。

영국에서 일하는 경우

영국은 침구의 국가 자격이 없어요. 그래서 누구도 침구사로 일할 수 없습니다. 문제는 어떻게 영국에 체류하느냐는 것. 어떤 비자가 필요하지만 그것은 또 다른 문제가 되므로 이번에는 생략합니다.

영국에서도 침구가 조금씩 유행하고 있으므로 법 정비 전인 지금 빨리 영국으로 건너가 침술원을 열어 보는 것도 좋을지도 모르겠네요.

프랑스에서 일하는 경우

프랑스에서는 1988년 프랑스 의사회에 의해 침구의 자격증 제도가 승인되어 침구 학교가 설치되었습니다. 그러니 일본 침구 면허로 일할 수 없어요.

프랑스에서 일하고 싶은 경우는 침구학교에 입학해 자격을 취득해야 합니다. 프랑스에서 침구치료를 하는 것은 모두 의사가 하기 때문에 일본처럼 침구사란 자격으로만 일하는 것이 아닙니다. 의사가 침구를 배우고 치료하고 있습니다. 그래서 침구 치료를 하는 사람의 수는 적습니다.

발전 가능성으로 생각하면 보람이 있을지도 모르지만, 프랑스에서 일하는 것은 우리 일본인이 보면 먼 길을 돌아가지 않으면 안 되겠네요.

독일에서 일하는 경우

독일의 침구교육은 DGfAN이라는 단체가 가고 있습니다. 많은 의사가 침구치료를 습득하고 임상에 적용하고 있는 것 같습니다. 의사 외에도 독일 특유의 치료사란 직업의 분, 그리고 산파가 침구치료를 할 수 있도록 합니다. 침구치료의 보험적용은 특정 질병이거나, 조산사의 경우는 분만 때만 등 세세한 규제가 있는 것 같습니다.

호주의 경우

이ギリスで働く場合イギリスは、鍼灸の国家資格がありません。なので誰でも鍼灸師として働くことが出来ます。問題はどやってイギリスに滞在するかということ。何かしらのビザが必要となってくるのですが、それはまた違った問題になるので今回は省略します。

イギリスでも鍼灸が少しずつ流行り出しているので法整備がされる前の今のうちにイギリスに渡って鍼灸院を開いてみるのもいいかもしれませんね。

フランスで働く場合

フランスでは1988年にフランス医師会によって鍼灸の資格証明制度が承認され、鍼灸学校が設置されました。ですので、日本の鍼灸免許では働くことが出来ません。

フランスで働きたい場合は、鍼灸学校に入り直して資格を取得しなければいけません。フランスで鍼灸治療を行うのは全て医師になりますので日本のように鍼灸師という資格だけで働くのではなく、医師になった方が鍼灸を学び、治療をしています。なので鍼灸治療を行っている人の数は少ないです。伸び代を考えればやりがいがあるかもしれませんが、フランスで働くのは僕たち日本人からすると長い道のりを辿らないといけませんね。

ドイツで働く場合

ドイツの鍼灸教育はDGfANという団体が行っています。多くは医師が鍼灸治療を習得し臨床にあたっているようです。医師以外にもドイツ特有の治療師という職業の方、そして助産師が鍼灸治療を行えるようです。鍼灸治療は保険適用されるので特定の病気であったり、助産師の場合は分娩時のみなど細かい規制があるようです。

オーストラリアの場合

호주에서는 2012년에 법이 바뀐다. 침구 치료를 실시하려면 국가 등록이 필요하게 됐어요. 그래서 워킹 홀리데이를 호주에 머무르는 동안 침구사로 일할 수가 없게 되었습니다.

호주에서 침구사로 일하려면 우선 취업 가능한 비자를 취득하는 것. 그리고 중의사 자격을 취득해야 합니다. 중의사란 한약과 침구의 코스를 이수한 자에게 주어지는 자격입니다. 호주에서는 CMB지정 코스를 수료하는(주로 4년제) 중의사 자격을 취득할 수 있습니다. 일본과 다른 달리 국가시험 없이 코스를 마치면 자격을 얻을 수 있습니다. 마지막으로 영어시험 IELTS에서 Listening, Reading, Writing 모든 분야 7이상(9점 만점)을 취득하는 것이 필요합니다. 이 시험은 일본에서 받을 수 있습니다.

호주에서 일하려면 이상 3가지 단계를 모두 통과해야 합니다. 국가 등록하면 프로협회에 가입합니다. 협회에 가입하면 손해배상 보험에 가입 됩니다. 대학에 따라서는 일본 침구 학교에서 학점을 알아주고 몇 가지 학과가 면제될 가능성도 있으므로 관심이 있는 사람들은 학교에 알아보세요.

호주에서는 2012년에 법이 바뀌어, 鍼灸治療を行うには国家登録が必要になりました。なので、ワーキングホリデーでオーストラリア滞在中に鍼灸師として働くことが出来なくなりました。

オーストラリアで鍼灸師として働くには、まず就労可能なビザを取得すること。そして中医師の資格を取得しなければなりません。中医師とは漢方と鍼灸のコースを履修した者に与えられる資格です。オーストラリアではCMB指定のコースを修了する(だいたい4年間です)と中医師の資格が得られます。日本と違い国家試験はなくコースを終了すれば資格を得ることが出来ます。最後に英語の試験IELTSでListening, Reading, Writing全分野7以上(9点満点)を取得することが必要です。この試験は日本でも受けられます。オーストラリアで働くには以上3つのステップをすべてクリアする必要があります。国家登録されればプロ協会に加入します。協会に加入すれば損害賠償保険に加入出来るようになります。大学によっては日本の鍼灸学校での単位を認めてくれていくつかの学科が免除される可能性もありますので興味がある人は学校に問い合わせてみてください。



세계의 침구 사정(후편)

<<작성 일자:2015/10/24 06:44>>

전회에 이어 계속 Mits씨의 세계에 침구 사정 리포트입니다.

前回に引き続きMitsさんからの世界に鍼灸事情レポートです。



캐나다의 경우

캐나다는 국가가 정한 침구의 법은 없습니다. 주마다 자격이 인정되고 있으므로 기본적으로 일본 침구 자격만으로는 일할 수 없습니다. 침구의 자격이 아직 없는 주에서는 어쩌면 침구사로 일할 수 있을지도 모르지만, 캐나다는 의료가 무료이기 때문에 보험 적용이 되지 않는 침구를 받고 받으려면 기술적이거나 광고방법이 어떤 강점이 필요하다고 생각합니다.

캐나다의 전 13주 중, 퀘벡, 앨버타, 브리티시 콜롬비아의 3주에서는 침이 법제화되고 있습니다. 수도 오타와의 있는 온타리오 주에서도 법제화 심의가 이루어져 곧 일하려면 자격이 필요합니다.

캐나다에서는 의사, 물리치료사, 마사지사 등 의료 자격 보유자들이 침구 치료를 실시하고 있습니다.

캐나다에서 침구사로 일하려면 자격의 취득과 체류를 위한 비자의 취득이 필요합니다.

カナダの場合

カナダは国の定めた鍼灸の法律はありません。州によって資格が認められていますので、基本的に日本の鍼灸資格のみでは働くことは出来ません。鍼灸の資格がまだない州ではもしかしたら鍼灸師として働けるかもしれませんが、カナダは医療が無料なため、保険適応されない鍼灸を受けてもらうには技術面であったり、広告の仕方であったり何かしらの強みが必要となってくるかと思います。

カナダの全13州のうち、ケベック、アルバータ、ブリティッシュコロンビアの3州では鍼が法制化されています。首都オタワのあるオンタリオ州でも法制化の審議が行われているので近い将来働くには資格が必要となるでしょう。カナダでは医師、理学療法士、マッサージ師等の医療資格保持者が鍼灸治療を行っています。

カナダで鍼灸師として働くには資格の取得と滞在のためのビザの取得が必要になります。



스페인의 경우

스페인에서 침구의 자격은 법제화되지 않았습니다. 그래서 누구도 침구치료가 가능한 상태에 있다고 하더군요. 다른 수많은 법제화되지 않은 나라처럼 지식이나 기술 수준의 통일화가 되지 않고, 법제화를 위한 논쟁이 벌어지고 있습니다. 의사와 치과 의사에만 침구를 한정해야 한다고 주장하는 의사들과 침구는 침구사가 해야 한다고 주장하는 사람들이 있어 법제화에는 아직 시간이 걸릴 것 같은 상황입니다.

스페인의 수도 마드리드에 국한된 이야기로 말하자면, 마드리드 공립 의사학교에서 의사와 치과 의사를 대상으로 침구를 가르치고 있습니다. 이 공립학교는 마드리드 자치 주의 모든 의사에 등록을 의무화 연수를 실시하고 있습니다. 일본인 침구사로 스페인에서 활약하는 사람도 있으므로, 비자 문제만 통과되면 침구사로 일할 수 있다고 생각합니다.

포르투갈의 경우

포르투갈은 스페인과 같이 침구의 법제화가 되어 있지 않습니다. 포르투갈인의 침구사는 자격을 가지러 중국까지 공부하러 갑니다. 배에서는 포르투갈인 침구사가 일하지만 그들은 모두 중국에서 공부했다고 말했습니다. 포르투갈에서는 일본의 유정의 자

스페인의 경우

스페인에서鍼灸の資格は法制化されていません。なので誰でも鍼灸治療を出来る状態にあると言えます。他の数多くの法制化されていない国同様に知識や技術レベルの統一化がされていないので法制化に向けての論争が繰り広げられており、医師と歯科医のみに鍼灸を限定すべきと主張する医師たちと鍼灸は鍼灸師が行うべきと主張する人たちがおり、法制化にはまだまだ時間がかかりそうなのが現状です。スペインの首都マドリードに限った話で言えば、マドリード公立医師学校で医師と歯科医を対象に鍼灸を教えています。この公立学校はマドリード自治州のすべての医師に登録を義務付け研修を行っています。日本人鍼灸師としてスペインで活躍している人もいますので、ビザの問題さえクリアできれば鍼灸師として働くことは出来ると思います。

ポルトガルの場合

ポルトガルもスペインと同様に鍼灸の法制化がされていません。ポルトガル人の鍼灸師は資格を取りに中国まで勉強しに行きます。船ではポルトガル人鍼灸師が働いていますが、彼らはみな中国で勉強したと言っていました。ポルトガルでは日本の柔整の資格での開業が認められていますし、日本の鍼灸の資格で働くことが出来ると思います。問題はビザですね。どこの国へ行こうと同じ問題に直面しますが、どうやってその国に滞在して働けるビザを得るかというのがポルトガルでは一番の問題になるかと思っています。

オランダの場合

オランダでは、日本人の自由就業化が2015年に認められました。詳しくは自分で調べてもらいたいのですが、第2次大戦終戦前後

격으로 개업할 수 있으며 일본 침구의 자격으로 일할 수 있다고 생각합니다. 문제는 비자네요. 어느 나라에 가려고 같은 문제에 직면합니다만, 어떻게 그 국가에 체류하고 일할 수 있는 비자를 얻느냐는 것이 포르투갈에서 가장 문제가 될까 합니다.

네덜란드의 경우

네덜란드에서는 일본인의 자유취업화가 2015년에 인정되었습니다. 자세한 것은 스스로 알아보면 되지만, 제2차 대전 종전 전후 시점에 일본과 네덜란드 사이에서 양국 국민은 양국에서 같은 권리가 인정된다는 조약을 맺었으며 그 유효성이 올해 재판에 의한 아직 계속되고 있다는 것이 인정되었습니다. 그래서 네덜란드에서는 자유롭게 일할 수 있습니다.

침구사도 똑같이 인정되므로, 향후 네덜란드에 건너가는 일본인 침구사가 많아질 것으로 생각됩니다. 가기 쉽기로는 일본인으로서는 현재 네덜란드가 가장 쉽다고 생각합니다. 다만 네덜란드의 침구 사정에 대해서는 잘 모르므로 한번 살펴보면 좋다고 생각합니다.

미확인 정보이긴 하지만 멕시코에서는 일본 침구의 자격이 인정되고, 브라질에서는 중국의 중의사 자격이 인정된다고 합니다. 나라마다 상황이 다르므로, 만약 어딘가 살면서 일하고 싶은 나라가 있다면 한번 대사관에 알아보는 것이 좋다고 생각합니다.

또 국제중의사라는 자격이 중국 정부에서 나오고 있고, 일본에서도 3년 이상의 침구사로 일한 실적이 있으면 시험을 볼 수 있다고 합니다. 이 자격을 가졌다고 해서 다른 나라의 자격이 생기는 것은 아니지만 해외에서 근무하는 데 유리하게 될 가능성은 있습니다. 다만 중의사이므로 침구 이외에 한방 공부도 필요하다는 것을 잊지 않고 염



の時期で、日本とオランダの間で両国の国民は両国で同じ権利が認められるという条約を結んでおり、その有効性が今年裁判によりまだ継続していることが認められました。

なので、オランダでは自由に働くことが出来ます。鍼灸師も同じく認められるので、今後オランダに渡る日本人鍼灸師が増えてくるのが考えられます。行きやすさで考えれば日本人からしたら現状オランダが一番簡単かと思います。ただ、オランダの鍼灸事情についてはよくわからないので一度調べてみると良いかと思います。

未確認の情報ではありますが、メキシコでは日本の鍼灸の資格が認められていたり、ブラジルでは中国の中医師の資格が認められているなど、国によっていろいろと状況が違いますので、もしどこか住んで働いてみたい国があるのであれば一度大使館に問い合わせてみるのが良いかと思います。

また、国際中医師という資格が中国政府から出されており、日本でも3年以上の鍼灸師として働いている実績があれば試験を受けられ

두에 두세요.



침구의 법제화가 되는 나라의 수는 아직 전체적으로 보면 적습니다. 거꾸로 말하면 일본 국외에는 큰 가능성이 있습니다.

일본 이외의 나라에서는 중의학을 기반으로 한 국가가 대부분이므로, 일본 침구의 가능성은 미지수입니다.

강자극이 주류인 중의학보다 자극이 적은 일본 침구는 외국인에게 평판이 좋다고 배에서 일하면서 느낍니다. 일본 내에서 가능성도 아직 남아 있지만 침구학교, 침구사의 수가 예전보다 대량으로 늘어나는 상황으로 보아 해외 진출을 하고 일본 침구로 승부를 하는 길은 굉장히 매력적인 것처럼 생각합니다.

많은 일본인이 언어 장애를 느끼고, 일부러 살기 쉬운 일본을 떠나는데 메리트를 별로 느끼지 않는 불문가지지입니다. 하지만 해외에 나가서 바깥세상을 바라본다는 견지에서 보면 한번 해외에 나가는 장점은 아주 많습니다. 안에서는 보이지 않는 것이 많이 있습니다. 밖에서 보고 다시 일본의 좋은

어느 것 하나라도 그렇습니다. 이 자격을 취득한 사람이라고 해서 어디든 국가의 자격이 인정되는 것은 아니지만, 해외에서 일할 수 있는 가능성은 있습니다. 다만, 중의사의 자격이므로鍼灸以外に漢方の勉強も必要だということを忘れずに頭に置いておいてください.

鍼灸の法制化がされている国の数はまだまだ全体から見れば少ないです。逆に言えば日本国外には大きな可能性があります。日本以外の国では中医学をベースにしている国がほとんどですので、日本鍼灸の可能性は未知数です。強刺激が主流である中医学に比べ刺激が少ない日本鍼灸は外国人受けが良いように船では感じます。日本国内での可能性もまだまだ残されていますが、鍼灸学校、鍼灸師の数が以前に比べ多量に増えている現状から考えても海外進出をして日本鍼灸で勝負をしていく道はとても魅力的なもののように思います。

多くの日本人が言葉の壁を感じ、わざわざ住みやすい日本を離れるメリットをあまり感じない事は百も承知ですが、海外に出て外の世界を見ている立場からすると一度海外に出るメリットはとてたたくさんあります。中からでは見えないことがたくさんあります。外から見ることで改めて気づく日本の良さがたくさんあります。もし、自分の現状に不満を感じ、何かを変えたいと思っている鍼灸師の方が居ましたら、海外で働くということを選択肢の一つとして考えてみるのも良いと思います。

一人でも多くの日本人が世界に進出して活躍し、日本の良さを日本鍼灸の良さを世界に広げていければと思います。

微力ながら最前線に立ち、自分自身も日本鍼灸を広める一人となればという思いを胸に僕はこれからも海外で海の上で挑戦し続けて行きます。

同じ思いを志す仲間が一人でも多く現れて

점을 많이 알아채게 됩니다. 만약 자신의 상황에 불만을 느끼고 무엇인가를 바꾸고 싶다고 생각하는 침구사가 있으면 해외에서 일한다는 것을 선택 사항의 하나로 생각하고 보는 것도 좋다고 생각합니다.

한 사람이라도 많은 일본인이 세계에 진출하고 활약하며 일본의 좋은 점을 일본 침구의 좋은 점을 세계로 넓혀 나갔으면 합니다.

미력하나마 최전선에 서서, 스스로 일본 침구를 넓히는 한사람이라는 생각을 가슴에 품고 앞으로도 해외에서 해상에서 도전하겠습니다.

같은 생각을 품은 동료가 한 사람이라도 더 많이 나타날 것을 기대합니다.

-*-

Mits씨, 멋진 정보 감사했습니다.

나는 스포츠의학 세계의 운동트레이너와 침구사로 활동하고 싶어서 유학할 때는 미국, 동서 독일, 소련이 후보였습니다.(옛날 이지만).

최종적으로 미국으로 가게 되었는데 이를 보면 다른 나라에서 큰 가능성이 있다는 점을 알 수 있습니다.

어디에 가든지 우선 가장 궁금한 것은 제대로 클리닉을 할 수 있는지, 환자가 오는지, 그리고 별이가 되는지 라는 등일 것입니다. 지금 당장 팔을 걷어붙이고 세계에서 승부하는 것도 좋다고 생각합니다. 생각만이 아니라 행동을 수반해야 하고, 그리고 어디가도 지지 않도록 기술도 꼭 갖추어야 합니다!

올해 마지막, 그리고 이번 세미나는 허리를 중심으로 치료법을 지도합니다.



くれることを楽しみにしています。

Mitsさん、素晴らしい情報ありがとうございました。

俺はスポーツ医学の世界でアスレティックトレーナー&鍼灸師として活動したかったので留学するときは米国、東西ドイツ、ソ連が候補でした(ちょっと古すぎですが)。

最終的に米国になりましたがこれを読んでみると他国での大きな可能性があることがわかりますね。何処に行っても先ず一番気になるのはきちんとクリニックをやっているのか、患者さんが来るのか、そして稼ぐことが出来るのかと色々あります。今のうちに腕に磨きをかけていずれ世界で勝負するのもいいと思います。考えるだけでなく行動を伴えるように、そして何処行っても負けないように技術もしっかりね!

今年最後、そして今回のセミナーは腰を中心に治療法を指導致します。

もっと上手くなると、もっと楽しくなるよ!

鍼灸実技セミナー申し込みはお早めに!

(初めての方も大歓迎です。考えてるだけじゃなく一歩前に進む行動が大事です!)

더 잘 되면 더 재미있습니다!
침구 실기 세미나 신청은 서두르세요!
(처음 하시는 분도 대환영입니다. 생각하고
있는 것이 아니라 한 단계 나아가는 행동이
중요합니다!)

알고 싶은 침구마사지 각국사정 일람

2013년 7월호 ‘의도(醫道)의 일본(日本)’

資格は？

学ぶには？

現地の印象は？

知っておきたい 各国事情アラカルト

実際に海外で治療するにあたって、知っておきたいのが各国の事情。鍼を行うにはどんな資格が必要で、どこで技術を学ぶことができるのか。また治療費はどれくらいが目安で、生活していくうえでは何人の患者を治療する必要があるのか。実際に現地で治療経験のある先生方や詳しい関係者に答えてもらった。

※日本円は2013年6月14日時点の為替によって概算したもの。
※労働におけるビザの問題については各国の公的機関に要確認。
※Q5は、居住地等の条件で生活費が変わることや、鍼治療のみで生活を立てている施術者がまれなケースもあるので、あくまでも大まかな試算。

 **フランス**

P181のレポートも参照

Q1 鍼をするために必要な資格

法律上は医師と助産師のみに資格が与えられており、総合医師鍼灸師(DIU)と産科鍼灸師がいる。国家免許取得後、さらに医学部で3年間の専門研修と1年間のインターンを修了しなければならない。鍼灸専門資格医の診断・治療のみが社会保険の適用となる。

Q2 鍼が学べる場所

7つの大学の医学部で、総合医師鍼灸師や産科鍼灸師を取得できる。

Q3 学費の目安

年間授業料は、学部学生で174ユーロ(約2万2000円)、修士院生237ユーロ(約3万円)、博士院生は359ユーロ(約4万5000円)。医学部学生については、奨学金などが付帯されるのでさらに少額となる。フランスの大学はすべて国立のため、欧州内で最も教育費が安い。

Q4 1回の治療費の目安

治療費の平均は約40~80ユーロ(約5000円~1万円)。

Q5 1日に何人治療すれば、生活できるか

フランス人の平均賃金は約30万円なので、1ヵ月20日働くとするれば、1日では1万5000円。仮に

平均治療費を5000円とすると1日3人診れば平均賃金となるが、経費も見込む必要があるため、1.3倍して1日4人くらいが一つの目安となる。



Q6 現地の特徴

大半の医師が研修するのは中医系鍼灸術であり、日本伝統鍼灸術は浸透していない。直接灸は敬遠されがちで、鍼治療を好む傾向がある。鍼灸以外では拒圧がよく知られている。

(協力) 朝日医療専門学校広島校、伊ヶ崎寛己

 **イギリス**

P190のレポートも参照

Q1 鍼をするために必要な資格

鍼の免許もしくは学位が必要だが、国家資格は存在しない。近年では鍼師以外にも医師、理学療法士、看護師、助産婦などが、短期のコースで鍼の技術を習得して、鍼を行うケースがある。

Q2 鍼が学べる場所

専門学校(私立)もしくは大学。現在、認証されているコースは8機関あるが、それ以外にも個人が経営するコースがある。

Q3 学費の目安

大学のコースで年間約9000ポンド(約134万円)、専門学校のコースは年間約6000~7000ポンド(約100万円前後)。

211 | 医道(日本) 2013年7月号

- 51 -

Q4 1回の治療費の目安

平均35~80ポンド(約5000円~1万2000円)。

Q5 1日に何人治療すれば、生活できるか

イギリス人の1カ月の収入が約34万円(2012年中央値で計算)。仮に約7700円の治療費から比較的安い家賃のみを差し引いた額で計算すると、1週間に16人ほど治療することになる。患者1人に30分~1時間くらい治療する鍼師が多いので、1日に平均すると5~10人程度。治療院を駆けもちする鍼師も多い。



Q6 現地の特徴

一般的に鍼も灸も受け入れてくれるが、医師の鍼への理解が乏しい傾向にある。また、鍼治療のコストが患者の自己負担なので、日本と比べて割高。

(協力: The Breakspere Clinic 藤本愛知)

ドイツ

Q1 鍼をするために必要な資格

医師免許、自然療法士および助産婦。医師の監督下であれば、医師免許や自然療法士でなくても施術が可能。

Q2 鍼が学べる場所

医師免許保有者が鍼治療行為をするには、DAGfAを始めとする各鍼灸師協会のプログラムに参加し教育を受けなければならない。自然療法士は資格取得後、各自然療法士団体、また教育機関が主催する鍼灸専門セミナーに参加し、教育を受けたあとに鍼治療が可能となる。

Q3 学費の目安

各団体が主催するセミナー参加で約300~500ユーロ(約3万8000円~6万3000円)。自然療法士の資格取得には養成学校の卒業は必須ではないが、一般的には通学するケースが多く、その場合の学費は2年から2年半で、約8000~9000ユーロ(約101万円~114万円)である。

Q4 1回の治療費の目安

約45~60分の治療で、医師による鍼は約90~140ユーロ(約1万1000円~1万8000円)、自然療法士による鍼は約50~70ユーロ(約6000円~9000円)。患者が民間の健康保険に加入している場合や、国民健康保険加入者でかつ、保険が認める鍼治療である場合は、すべて国民健康保

険でまかなわれ、自己負担はない。

Q5 1日に何人治療すれば、生活できるか

大まかに試算すると、1日あたり約5人を診れば、ミュンヘン市内に居住する独身者の最低限度の収入が得られる計算になる。



Q6 現地の特徴

鍼治療のスタイルは基本的にはTCM(中国伝統医学)に則った治療法で、使用する鍼は、鍼管なし、3番~8番鍼が主流だが、最近は細い鍼や鍼管付きの鍼を使用する治療者数が増加傾向にある。

(協力: セイリン株式会社 前橋町)

イタリア

Q1 鍼をするために必要な資格

医師のみが鍼灸治療を行うことができる。医師になるためには6年間イタリアの医科大学で学び、医師免許を取得する。医師であればすぐにでも鍼灸院を開業できるが、実際は危険であり、今後は規制が厳しくなる可能性も考えられる。

Q2 鍼が学べる場所

日本のような専門学校はないが、鍼灸治療を行いたい場合は医師免許取得後に医師のための特別コースで4年間学ぶ。このコースは中医師が運営・講師を行っており、各市内に2カ所程度。イタリア全土では20カ所程度存在する。4年制で、毎週土日に合計12時間学ぶ。試験はあるが、コースを卒業しなくても医師であれば鍼灸院を開業できる。鍼灸治療を行いたい医師はほとんどの場合、このコースで学んだあと、日本に留学するなどして自身でスキルを身につける。

Q3 学費の目安

1年で約1000ユーロ(約12万7000円)。

Q4 1日の治療費の目安

治療時間は平均1時間で、1時間50~100ユーロ(約6000円~1万3000円)。病院での鍼灸治療は無料で行われる。

Q5 1日に何人治療すれば、生活できるか

1カ月の実働を20日とし、家賃や諸経費を考えると、1日10人治療するのが平均的である。



Q6 現地の特徴

腰痛、頭痛、関節リウマチ、四肢麻痺など神経症状での鍼灸受療が多い。中国式鍼灸がメインだが、太い鍼による強刺激がイタリア人の好みというわけではない。灸の煙は敬遠されないが、灸は間接灸にて行うことがほとんどである。

(協力: モンテカーネリリハビリテーションセンター エミリエラ・カサノヴァ)

スペイン

Q1 鍼をするために必要な資格

法律上は、医師しかできないが、鍼を規制する法律がないため、実際は短期のコースを受けた理学療法士などが開業している状態。医師で鍼を行っている人はほとんどいない。

Q2 鍼が学べる場所

鍼灸のコースはスペイン人経営によるものと、中国人による「伝統的中国鍼」の大きく2つに分かれる。ただしどちらも国のオフィシャルではない。スペイン人のほうは、理学療法の一環で「鍼灸」を教えるところが多い。中国鍼は、陰陽から、経絡経穴、井証までこと細かく授業のカリキュラムが記載されている。いずれもコースは週末を利用して、午前9時から正午過ぎまで数時間という程度。

Q3 学費の目安

数カ月で学費は約200~300ユーロ(約2万5000円~3万8000円)。中国鍼の学校には4年間(6000時間)で1990ユーロ(約25万2000円)のコースもあると聞いているが、詳細は不明。

Q4 1回の治療費の目安

30~40ユーロ(約4000円~5000円)が一般的。スペインでの代替医療への関心は最近とみに高まってきている。しかし通常の理学療法の治療費でも1時間で30ユーロであり、鍼灸にこれだけの額を定期的に支払える人はまだ少数。なお、社会的に受容できる値段は20ユーロ(約3000円)ともいわれている。一方、膝関節症、リウマチ、自律神経失調症など、既存の病院に入っても消炎鎮痛剤しかくれない治療に嫌気がさして、口伝に鍼のことを聞いて試してみたいという人々が増えてきている。しかし、30~40ユーロの壁は高い。

Q5 1日に何人治療すれば、生活できるか

日本からの若い鍼灸師が、スペインで施術して生きているところがある場合、最低1日3人確保して、90~120ユーロ(約1万1000円~1万8000円)

を得ることが必要。月に2500ユーロ(約31万7000円)あればなんとかやっていけるはず。経費としては、住居が月に300ユーロ(約3万8000円)、光熱費(電気、ガス、水道、電話)が月に100ユーロ(1万3000円)は考えておく必要がある。携帯電話や交通費などもあるので、治療院を構えるとなると、相当な出費となる。また税金の支払いも念頭に入れておくこと。労働ビザについては、付加価値税を支払わないと下りない。



Q6 現地の特徴

医師が鍼に興味、関心を示しているのは事実。自分で打つ人も増えている。詳細は不明だが、マドリード自治大学医学部でも鍼治療を受けられると聞いている。煙を嫌がる人はおらず、灸は受け入れられる。中国の鍼を怖がる人が多く、日本の鍼であるという説明が必要なので、語学力は必須。若い人がスペインでの鍼灸治療で一旗あげたいという気概があるなら、昨今の不況を除けば、いくらでもチャンスはある。ただし口コミでない患者が広がらないので、万に備えて、「1000ユーロ(約12万7000円)×12カ月または24カ月」の貯金を蓄えておく必要があると思われる。

(協力: 望月真)

ポルトガル

Q1 鍼をするために必要な資格

法律上の規制がなく、短期でコースを終える資格があることを問題視する医師もいる。現在、ポルトガル鍼灸連盟と政府にて交渉中。

Q2 鍼が学べる場所 / Q3 学費の目安

ポルトガルのリスボン。ポルトほか各種学校が1~5年の期間でコースを持っている。すべて民間で、内容のレベルは高くない。学費は高い。

Q4 1回の治療費の目安

治療費は施術者によってさまざまだが、約30~150ユーロ(約4000円~1万9000円)。

Q5 1日に何人治療すれば、生活できるか

治療費にばらつきがあるので、一概に言えないが、1日に約5人は必要。なかには1日40人を治療する治療家もいる。



Q6 現地の特徴

鍼灸は広く知れ渡っており、怖がる人は少ない。

また日本鍼灸は中国鍼より、好感が持たれている。浸透するには時間がかかるが、リハビリ、スポーツ鍼、美容鍼など多様な分野で注目されている。

(協力: ORIENTAL AND LOA 舟田俊夫)

スウェーデン

Q1 鍼をするために必要な資格

免許や公的な教育機関はない。ただし、理学療法士は鍼治療を許可されている。

Q2 鍼が学べる場所

週末に講義を行う私立学校がある。通常、教師は1人で、約2〜3年間で約30コマの講義を受ける。

Q3 学費の目安

年間約8500〜1万ユーロ(約82万4000円〜126万7000円)。

Q4 1回の治療費の目安

約90ユーロ(約1万1000円)。

Q5 1日に何人治療すれば、生活できるか

1日あたり8〜12人ほど診療する必要がある。



Q6 現地の特徴

鍼は一般的な治療として人気があるが、法的基準がない。治療家の多くが中国人である。

(協力: 埼玉医科大学東洋医学センター 小俣浩)

アメリカ(カリフォルニア州)

Q1 鍼をするために必要な資格

州指定のライセンス試験をパスする必要がある。

Q2 鍼が学べる場所

鍼の教育・トレーニング・カリキュラムは3000時間以上で、約4年間のプログラムが一般的。プログラムを修了すると、修士号が授与される。

Q3 学費の目安

学校によって異なるが、5万ドル(約474万円)前後。

Q4 1回の治療費の目安

治療院の立地条件、また施術者によって異なるが、約80ドル(約8000円)前後。

Q5 1日に何人治療すれば、生活できるか

1日平均で6人程度の患者が来れば、ほぼ安定し

た経営と考えられる。



Q6 現地の特徴

鍼治療は身近な自然療法として、地域医療の中でとても重要な役割を担っている。また、プライマリ・ケアとして位置づけられていることも大きな特徴。

(協力: パークロー鍼灸医療専門職大学院 田中雄夫)

アメリカ(ニューヨーク州)

Q1 鍼をするために必要な資格

ニューヨーク州の免許を取得する必要がある。申請の条件は、21歳以上で、倫理観のある人、英語が話せること。そして、9単位の生化学を含む60単位の一般大学教育を受け、州の指定する鍼灸学校での最低4050時間の教育を修了し、そしてアメリカの鍼灸国家試験試験(NCCAOM)に合格すること。学校の単位として日本の大学の単位が認められることもあるので入学前に確認したほうがよい。

Q2 鍼が学べる場所

ACAOM (American College of Acupuncture and Oriental Medicine) の認可を受けている学校がニューヨークに7校ある。他州でも教育は受けられるが、州ごとに免許が違うので、開業したい州で免許申請ができるかを事前に確認する必要がある。

Q3 学費の目安

約6万ドル(約570万円)から、卒業時の学位によって費用も変わる。

Q4 1回の治療費の目安

場所によって違うが、安いところは40ドル(約4000円)からで、平均すると80ドルくらい(約8000円)。

Q5 1日に何人治療すれば、生活できるか

家賃、場所、治療費によって異なる。

Q6 現地の特徴

ニューヨークの中心であるマンハッタンの中と外とでは、物価も家賃も大違いで、橋を渡るだけで家賃が倍になる。アメリカの医療費は基本的に自由診療なので、場所、実力によって医療費の差が激しいのが特徴だといえる。

(協力: Nakano Chiropractic 仲野広隆)



アメリカ (ハワイ州)

Q1 鍼をするために必要な資格

2625時間の臨床を含んだ履修を習得し、ハワイ州の鍼灸免許試験に合格すること(日本の鍼灸学校の履修時間もカウントされる)。就労認可がないと試験が受けられないこと、免許取得後2年ごとに免許の更新(更新料220ドル、日本円で約2万1000円)が必要であることに注意。なお、鍼灸を行うには医師でも鍼灸師の資格が必要。

Q2 鍼が学べる場所

鍼灸学校はハワイ島に1校、ホノルル市があるオアフ島に2校。

Q3 学費の目安

オアフ島にあるICAOM校を例にすると、授業料および諸経費を概算して、4年間で4万9500ドル(約469万円)。

Q4 1回の治療費の目安

初診料をとるところもあれば、全身治療や部分治療などの治療内容にかかわらず、一定額の治療費だけのところもある。平均すると約30~100ドル(約3000円~9000円)。

Q5 1日に何人治療すれば、生活できるか

食材を含め、ほとんどの生活用品は貨物船で米本土からの輸送に頼っているため、物価は常に高い。だが、気候的には1年中Tシャツとサンダルで過ごせ、冷暖房もほとんど必要ないので、賢いければ、平均1日4~5人でもやっていける。ただし、自宅診療ではなく、賃貸の場合は1日平均5~6人を診療していないと維持が困難。



Q6 現地の特徴

2011年の統計によると、ハワイ州の鍼灸師の人数は648人で、うちオアフ島が283人と最も多い。ハワイ州は高齢者が多いため、副作用の少ない鍼灸や漢方などの東洋医学の需要は今後も安定していくと考えられる。

(協力: ハワイ州政府鍼灸審議委員会議長 マイケル様)



カナダ

Q1 鍼をするために必要な資格

アメリカと同様に、各州によって異なるが、トロント市のあるオンタリオ州では、4月から正式に法

案化され、すべての鍼灸師は州政府が課す鍼灸資格試験に合格後、正式に登録されなければ鍼灸治療はできない。ただし、医師、カイロプラクター、看護師、理学療法士などの既存の医療資格者は、各々の規則に従って鍼灸治療を行うことが可能。

Q2 鍼が学べる場所 / Q3 学費の目安

現在人口550万のトロント市には53万人以上の中国人が住んでおり、中国人が運営する数校の中医学院が鍼灸師の主な教育機関となっている。その他、指圧学校、医師、カイロプラクター等が独自に行う鍼灸治療の短期講習会なども多数あり、学費もさまざま。平均すると3カ月で約3000カナダドル(約28万円)。

Q4 1回の治療費の目安

漢方薬治療を中心に行い、鍼治療は補助的に行う。中国人治療家の場合は、鍼は1時間で約20~40カナダドル(約2000円~4000円)、日本でしっかりと臨床経験を経てから、北米で開業している鍼灸師ならば約60~90カナダドル(約6000円~8000円)。

Q5 1日に何人治療すれば、生活できるか

家賃や諸経費を考えると、1カ月延べ約100人の患者を診ればようやく生活が成り立つ程度だと思われる。実働が20日だとすると1日5人以上。



Q6 現地の特徴

鍼灸が1970年代に初めて紹介された北米では、自然療法ないし代替医療は、若い世代(20~50歳代)を中心に、圧倒的な支持を受けており、鍼灸治療も同様である。トロント市では、中国人の人口に比例して、日本式鍼灸より圧倒的に中国式鍼灸がメジャーとなる。

(協力: 豊美マツコ治療院 野口剛)



ブラジル

Q1 鍼をするために必要な資格

資格制度は国会で審議中であり、一方では医師、理学療法士などスペシャリスト・グループが鍼灸治療の独占権を求め、他方では独立した鍼灸師業を求める鍼灸師組合がテクニシャンまたは鍼灸大学コースを認めるよう国会に働きかけている。したがってブラジル国内では主に、スペシャリスト(医療系大学卒業で鍼灸を勉強した者)とテクニシャン(鍼灸専門学校などの鍼灸講習を受けた者)が、鍼灸師として活動している。日本の鍼灸師免

許取得者はテクニシャンに相当。

Q2 鍼が学べる場所

鍼灸の専門学校、研修会、セミナーなど。近年ではブラジルの大学を卒業して日本の鍼灸学校に留学するというパターンも出てきている。

Q3 学費の目安

学校により異なるが、2年～2年半でテクニシャンコースが月額約280～420レアル(1万300円～1万9000円)、スペシャリストコースが月額約380～540レアル(約1万7000円～約2万4000円)が目安。

Q4 1回の治療費の目安

施術者や患者層により、大きく変わり、約50～600レアル(約2200円～約2万7000円)。私(小渡氏)の治療費は1回120ドル(約5000円)。

Q5 1日に何人治療すれば、生活できるか

貧富の差が激しい国だが、日本人として日本食で生活すると考えた場合は国民の上位16%にあたる平均収入が必要。諸経費を考慮し、営業日を週6日とすると、1日4人以上の患者を治療する必要がある。



Q6 現地の特徴

1980年代までは日本人移民による日本鍼灸の影響が強かったが、その後、中国との国交、交流とともに中国移民、留学が増え、現在では中医鍼灸が主流。ただし、国民の上位16%に属するA、B階層のなかでは、管鍼術、糸伏灸など優しい刺激の日本鍼灸が好まれる傾向にある。

(協力: エス・パッション鍼灸 小渡俊博)

中国

Q1 鍼をするために必要な資格

中国の中医師免許。以前は必要なかったが、現在は中国国籍も必要。

Q2 鍼が学べる場所

中医薬大学。

Q3 学費の目安

1年間に日本円換算で30～50万円。

Q4 1回の治療費の目安

日本円換算で150円～2000円とさまざま。自

由診療と保険診療により料金が異なる。

Q5 1日に何人治療すれば、生活できるか

1日10人以上だと思われる。



Q6 現地の特徴

患者の中医学に対する認識と要求が高いので、理解はされやすいが、中国人中医師の層が厚いので、競争が激しい。開業は規制によりほぼ不可能な状況。

(協力: 上海簡易中医クリニック 藤田康介)

韓国

Q1 鍼をするために必要な資格

韓国には、鍼灸師の資格がなく、韓医師の資格を取得しなければならない。韓医師の資格を取るために受けなければならない試験は「国家高試」という国家資格試験で、試験を受けるためには保健福祉部が認定する韓医科大学や韓医科専門大学で単位を取る条件がある。

Q2 鍼が学べる場所

韓医師は韓医科大学(大学に韓医学科がある)を卒業して、韓医師試験に合格しなくてはならない。普通の大学は4年課程だが、韓医学大学は6年課程である。2011年のデータでは、韓医科大学は11校となっている。

Q3 学費の目安

1年間で約1000万ウォン(84万円)。これが6年間かかる。

Q4 1回の治療費の目安

保険適用した値段で、約3万ウォン(約3000円)。

Q5 1日に何人治療すれば、生活できるか

20人以上。韓医院の主な医療サービスは鍼治療だけでなく、韓方薬、物理療法なども含まれている。韓方薬は1カ月分の経費が約40～60万ウォン(3万4000円～5万円)と高額になるので、経営していくのは簡単な状況ではない。



Q6 現地の特徴

韓医師だけが鍼治療ができ、かつ、韓医師は大学で6年間韓医学を学び、熟練された人が韓方治療に強いため、国民からの信頼は厚い。西洋医学の医師と同じ待遇をしてもらえる。治療中心の韓医

院が一般的だが、数年前から韓方に美容を取り入れるようになり、美容鍼や韓方ダイエットが若い女性に好評。日本の女性にも人気で、ツアーなども企画されている。

(協力: イ・ウンミ韓方医 院 イ・ウンミ)

オーストラリア

Q1 鍼をするために必要な資格

以前は州によって異なっていたが、2012年7月から国家資格となった。現在は医師と鍼灸の国家資格を持つ者だけが鍼灸を行える。

Q2 鍼が学べる場所

国で定められた学校の学士または修士コース。

Q3 学費の目安

例として、インターナショナルスチューデントのホームページでの4年間の学費の見積もりをとると、現在は約6万8000オーストラリアドル(約619万円)。

Q4 1回の治療費の目安

周回は約85オーストラリアドル(約8000円)で行っている鍼灸師が多く、私(木下氏)は70オーストラリアドル(約6000円)で行っている。相場としては約60~85オーストラリアドル(約5000円~8000円)。

Q5 1日に何人治療すれば、生活できるか

オーストラリアは物価が高く、2012年の国民平均年収は約7万オーストラリアドル(約638万円)。条件によるが、1日5人程度は必要。



Q6 現地の特徴

幼児から高齢者まで幅広い年齢層の人が鍼灸を受けにくる。健康維持のために定期的に受ける人も。学校で学ぶのは中国式鍼だが、日本式鍼は「痛くない鍼」として一定の人気がある。

(協力: Acupuncture & Chinese Herbal Medicine 木下千枝美)

シンガポール

Q1 鍼をするために必要な資格

鍼灸師または中医師の資格。シンガポール以外の国で資格を取っている場合は、TCM board という役所にその資格が認められなくてはならない。当地の中医師の数は過剰といわれており、当地以外

で取得した免許が認められるのは困難と思われる。

Q2 鍼が学べる場所／Q3 学費の目安

教育機関としてはSingapore College of Traditional Chinese Medicine(専門学校)があり、中医師に関しては全日制で5年。学費は約6万シンガポールドル(約380万円)。授業は中国語で行われる。他にNanyang Technology Universityで資格がとれる。こちらは太卒資格となる。

Q4 1回の治療費の目安

自由診療なのでさまざまだが、地域の鍼灸師は1回で約20~50シンガポールドル(約2000円~4000円)程度。

Q5 1日に何人治療すれば、生活できるか

シンガポールは物価が高い。住居費だけでも毎月約3000シンガポールドル(約22万8000円)は必要。日本の免許ではたとえ公認されても、シンガポール人のスーパーバイザーが必須となるため、取り分はさらに減る。当地で免許を取れば、自身で開業できるが、すでに過剰なため、経済的にはかなり難しいと思われる。

Q6 現地の特徴

数年前の調査によると、シンガポールの外来患者の約12%は鍼灸を含む中国伝統医療を受けている。患者の鍼灸への信頼度は日本よりも高い印象があるが、当地ではすでに中医師、鍼灸師が過剰状態にある。当地は医療を実践するのではなく、学び場として考えたほうがよいかもしれない。

(協力: シンガポール日本人会クリニック 日藤清実)

トルコ

Q1 鍼をするために必要な資格

国家資格等は存在せず、トルコ国内で認定された医師免許保有者が、国内外の鍼灸教育専門機関で一定の期間教育を受けたあとに鍼灸治療に従事できる(現在のところ医師免許はトルコ国籍保有者のみ取得可能)。ただし、外国人でも中医学や鍼灸専門家として学会や大学の客員講師等に招聘された場合は、認められた範囲内で治療することは可能である。また、個人の診療所開設には保健省の認可が必要。

Q2 鍼が学べる場所

保健省認定下の2つの大学(イエディテペ大学、アンカラガジ大学)の医学部に鍼灸専門学科が設置

されているほか、鍼灸師協会や個人の企画する鍼灸習得コースがいくつか存在する。基本的に医療従事者を対象とした民間資格であるため、期間や学費は各コースによってまちまちである。

Q3 学費の目安

私立大学の医学部は年間約1万6000トルコリラ(約81万5000円)近い学費が必要であり、そのほか個人の鍼灸習得コースも期間等によって異なるが決して安いとはいえない。

Q4 1回の治療費の目安

治療費の平均は治療院や医師、または治療内容により大きく異なる。1回の治療につき約40~200トルコリラ(約2000円~1万円)のところが多い。

Q5 1日に何人治療すれば、生活できるか

近年トルコは経済成長により生活水準および物価も上昇傾向にある。イスタンブールやアンカラ等の都市部では、生活費および治療院の維持費等を考慮すると、1日に約140トルコリラ(約7000円)以上の収入は必須だと考えられる。仮に治療費を100トルコリラ(約5000円)とすると、1日2人くらい治療すれば、生活は成り立つかもしれない。



Q6 現地の特徴

近年国民全般の健康志向が高まり、代替医療や鍼灸治療がますます注目されている。特に禁煙や減量、片頭痛の治療に鍼灸治療が有効だと考えられている。中国鍼やフランス式耳鍼が一般的で、日本の経絡治療はほとんど浸透していない。鍼灸従事者も非常に熱心で、複数の鍼灸協会や委員会が存在する。海外からのゲストを招いての国際シンポジウムもトルコ国内で頻りに開催されている。

(協力: 鍼灸師 小澤佳子)

✧ 香港

Q1 鍼をするために必要な資格

永住権を持って、香港政府の認可している大学(学士)本科を卒業して、国家試験を受験する(国家試験は中国語)。人口過剰のため、就労ビザの取得は一般的に困難。

Q2 鍼が学べる場所 / Q3 学費の目安

政府の認可している大学で学べるが、ローカルの学生でさえ入学できる可能性が低い。相当な努力

が必要。留学生には国家試験の受験資格がない。学費は年々違い、また毎年新入生を受け入れていないところもある。

Q4 1回の治療費の目安

約1100香港ドル(約1万3000円)以上。

Q5 1日に何人治療すれば、生活できるか

家賃相場が高く、一部屋のみで約7万8000香港ドル(約95万円)。どこまでの生活を求めるか次第。

Q6 現地の特徴

漢方鍼灸に精通した医師が多く、患者からも治療の内容に対して質問攻めに遭うことが多い。適切な対応できる体制が必要。英語・中国語は必須。一般的に鍼は怖がられるので、漢方薬のほうが受け入れられやすい。

(協力: 鍼灸師 湯井誠)

🇹🇼 台湾

Q1 鍼をするために必要な資格

中醫師免許が必要で、大学の医学部で中国伝統医学を学び、中醫師資格検定に合格しなければならない。ただし、西洋医や歯科医は、鍼灸の短期コースを受講したうえで、鍼灸を行える。

Q2 鍼が学べる場所

大学の医学部およびその附属医療機関。大学卒業後に1~2年間、鍼灸を実践している医師の診療所などで勉強することも珍しくない。

Q3 学費の目安

中醫師の医学部で約6万~8万5000元(約19万1000円~27万円)。

Q4 1回の治療費の目安

健康保険で受けられるため、鍼灸施術は点数化された治療費に分類される(診療費は別になる)。治療費(材料費含む)は1回210点(1点=0.9元~1元、約3円)とみなされるが、通常6回分の診療コースを処方して1カ月以内に鍼灸を受ける。保険医療機関以外の医療機関で医療行為を受け、患者自身が治療費全額を負担する場合、診療費および治療費は医療機関と医者によって1回につき数百元~数千円まで大きな差がある。

Q5 1日に何人治療すれば、生活できるか

漢方医師(中醫師)の平均月収は病院常勤医の場合、

10~25万円(約31万8000円~79万4000円)。もし鍼灸施術だけで最低限の収入、例えば5万円(約16万円、家賃や経費などを除く)を達成するには、1日20人以上の患者を診療しなければならない。なお、外来診療抑制(合理問診量)政策の導入による患者数の制限があり、開業医の場合、診療人数は毎日55人の人数制限がある。



Q6 現地の特徴

台湾には鍼灸が有効だと考える人が多く、正統医療の一部として行われているが、台北、台中、高雄などの大都市以外では鍼灸の利用者が少ない。推拿、按摩、刮痧、拔罐(カッピング)、気功などの民間療法の利用者より少数となる。中国伝統医学からの大きな影響があるので、台湾人には中国の鍼灸治療への抵抗感はないが、日本鍼灸は知られていないので、用いる際には英語や中国語での説明が必要となる。

(協力:台湾国立陽明大学 郭文豪)



カンボジア

Q1 鍼をするために必要な資格

カンボジア保健省において、鍼灸もカンボジア国内に伝わる伝統医療の一部として公認されているものの、鍼灸における法律や資格の整備は進んでいない。都市部には鍼灸の看板を上げた民間の診療所が存在し、海外で技術を習得し政府による診療所開設の認可を得た華人やベトナム系の人々の間で施術が行われている。

Q2 鍼が学べる場所／Q3 学費の目安

国内に専門教育機関はない。

Q4 1回の治療費の目安

すべて自由診療で5~30ドル(約470円~2800円)。

Q5 1日に何人治療すれば、生活できるか

都市部で外国人駐在者や富裕層を対象にした料金に設定したとしても比較的安定した生計を立てるには1日5人以上の診察が必要。富裕層も増えているため、鍼治療の普及はこれからの課題。



Q6 現地の特徴

カンボジアでは生薬中心の伝統医療が大変盛んであるなか、コックチョールと呼ばれる金属片を用いたコイニング(刮痧療法)、カッピング(吸玉療法)、

わずかながら灸療法が民間の間に普及している。鍼灸法は現地の言葉で「マチュル・ヴィチューサ」(直訳すると「鍼科学」と呼ばれる名称としての認知がある。生薬の高い利用率に比べると利用者は少ないが、鍼の一手技であるコイニングの高い普及を見るに、専門の教育を得た人材が増えれば鍼灸に対するニーズは高くなると考えられる。

(協力:日本財団助成事業 伝統医療普及プロジェクト 高田恵典)



ニカラグア

Q1 鍼をするために必要な資格

厚生省発行の東洋医学の資格登録番号(医系大学を卒業すると厚生省から発行される)が必要。

Q2 鍼が学べる場所

日本ニカラグア東洋医学高等研究院。また、ニカラグア大学(UPONIC)6年制の土、日のプログラムでも学べる。

Q3 学費の目安

当大学の学費は毎年ごとに支払う入学手続き料が65ドル(約6000円)で、月謝も65ドルとなっている。2004年の開学以来、値上げしていない。

Q4 1回の治療費の目安

鍼灸治療料金は290コルドバ(約1160円)。マッサージ指圧治療料金は250コルドバ(約1000円)。

Q5 1日に何人治療すれば、生活できるか

1カ月の生活費として日本人なら1000ドルくらい(約9万5000円)が必要。3~4人を治療すれば1000ドルになるが、実際は患者がたくさん訪れている。ニカラグアの場合どこへ行っても患者が東洋医学治療を待ち望んでいる。



Q6 現地の特徴

中南米では、まだまだ東洋医学が浸透しているとはいえない。しかし、得られるものは計り知れないものがあるので、若い人には崇高なる志を抱いて海外に飛び込んでほしいと思う。

(協力:日本ニカラグア東洋医学大学 八巻陽夫)

巻頭企画 鍼灸マッサージ海外事情2016

続

知っておきたい 各国事情アラカルト

グローバル化が急速に進展している今、海外で活躍したいと夢を抱く鍼灸マッサージ師も多いはず。現地で治療していくには何が必要となるのか。2013年7月号「知っておきたい各国事情アラカルト」の続報として2016年の各国・各地域の資格事情などについて、現地に詳しい関係者より回答を得た。

※ 2013年7月号と重複している項目、回答(当時とそれほど変化していないため)もごさいます。
※ 日本円は2016年2月上旬の為替によって換算したもの。

アメリカ カリフォルニア州

Q1 鍼灸師として働くための資格の有無

州指定のライセンス試験をパスする必要がある。

Q2 日本人鍼灸マッサージ師の数、学校の数

不明。

Q3 鍼を学ぶための学費の目安

学校によって異なるが、6万ドル(約720万円)前後。

Q4 渡航前に日本でやっておくべきこと

英語の勉強と、勉強資金の確保。

Q5 給与、雇用形態などの特徴について

独立クリニックを営んでいるケースがほとんどである。

Q6 その国ならではのエピソード

カリフォルニア州は、全米50州のなかで最もアキュパンクチャーが普及している州のひとつである。そして、アキュパンクチャーという言葉は、鍼治療だけではなく、灸、漢方薬、あん摩・マッサージ・指圧、吸い玉、医療気功など、そのほかの東洋医学の治療法を含む代名詞として、一般的に使われている。

Q7 現地最新事情、ニュース、流行の手技

接触鍼(contact needle)に対する関心度がアップしている。

(協力: パークレー鍼・統合医療専門職大学院 田中康夫)

アメリカ ニューヨーク州

Q1 鍼灸師として働くための資格の有無

ニューヨーク州の定める鍼灸師免許が必要となる。この資格の申請の条件は21歳以上で指定された学校教育を修了していること。取得には、全米の鍼灸師試験に合格する必要がある。学校教育には鍼灸学校だけではなく、認定された大学での生物科学を含んだ最低60時間以上の履修のほかに英語を第一言語としない人は英語力を証明するテスト(TOEFL)なども必要。

Q2 日本人鍼灸マッサージ師の数、学校の数

ニューヨーク市内に数人。

Q3 鍼を学ぶための学費の目安

学校によって多少の差があるが、鍼の学科のみで6万ドル(約720万円)。漢方などの総合的な東洋医学学科は約8万ドル(約960万円)。生活費、教科書代などは含まれない。

Q4 渡航前に日本でやっておくべきこと

留学希望者は、まずは学校に入学するための英語力と資金力が最も大切。

Q5 給与、雇用形態などの特徴について

ニューヨーク州は全米でも鍼灸師の所得が高く、税引き前で年収5万ドル(約600万円)から10万ドル(約1200万円)。もちろん個人差がある。

Q6 その国ならではのエピソード

自由の国アメリカなので、基本的に自由で多種多様な考えを持った人がいることが特徴。どんな症状でもまず鍼灸を受ける人がいれば、まったくもって毛嫌いするアメリカ人もいます。一般にはまだまだ伸びていて、日本よりもクールなイメージがある。マッサージとセットではなく、東洋医学を追求している人が多いので、肩こりや腰痛よりもストレスマネジメントなどさまざまな分野で活躍している。

Q7 現地最新事情、ニュース、流行の手法

インフレによる物価の変化は別として、学校の授業料が高くなってきている。それだけ生徒が集まっている。稼げる魅力的な職業になりつつあるとも考えられる。鍼灸師にとっては、理学療法士やカイロプラクターが行うドライニードル鍼治療が州によって認められ、徐々に勢力を伸ばしていることが危惧すべき問題であり、今後は日本でも起こりうる可能性がある。

(協力: Nakano Chiropractic 仲野広樹)

アメリカ ハワイ州

Q1 鍼灸師として働くための資格条件

理論1755時間以上、臨床870時間以上の教育を修了・卒業し、ハワイ州の鍼灸免許試験に合格すること。ただし、日本の鍼灸学校の履修時間もカウントされる。基準は成績よりも履修時間で査定するので、必ず書類に明記する。受験申請料は50ドル(約6000円)、試験を受けるには就労認可あるいは永住権が必要。2年ごとの免許の更新があり、更新を1年間怠ると無免許となり、再試験を受けるばかりか、再試験の申請時に書類が現行の学習基準に満たない場合はその分の追加履修を余儀なくされる。鍼灸師は漢方薬の取り扱いと処方ができるため、州免許試験に漢方薬の試験が近年追加される予定。就労認可のビザの取得は、アメリカに50万ドル(約6000万円)以上の事業投資をしている場合で、事業をしている間はビザが免給される。また、永住権は移民局が行う抽選でうまく当たったこともあるが、仕事の受け入れ先があることが条件となり、移民法に達した弁護士の手続き作成費は1時間あたり約250ドル(約3万円)から300ドル(約3万6000円)、もしくはアメリカ市民と婚姻をすれば永住権の申請ができる。永住権取得後5年間アメリカに継続居住していれば市民権(選挙権)を取得する権利を得る。ハワイ州では毎年30人ぐらいが鍼灸師免許を取得しているが諸事情により他州に移住する場合もよくある。

Q2 日本人の就労鍼灸マッサージ師の数、鍼灸マッサージ学校の数

ハワイ島にあったHawaii College of Oriental Medicine校が2015年にホノルル市のInstitute of Clinical Acupuncture and Oriental Medicine (ICAOM) 校に合併された。同ホノルル市にはWorld Medicine Institute (WMI) もあり、ハワイ州ではこの2校のみ。

Q3 鍼を学ぶための学費の目安

ICAOM校を例にすると、授業料および諸経費を概算して、4年間で4万9500ドル(約469万円)。

Q4 渡航前に日本でやっておくべきこと

できれば現地に旅行してみると気候風土や住むのに治安がよいのか、自身の英語力で通用するのを見極められる。そのほか日本領事館を訪ねてアドバイスを求めるか、現地の新聞などを読むなりするとよい。

Q5 給与、雇用形態などの特徴について

基本的にアメリカの鍼灸治療院は個人診療の開業形態が主なので、雇用のケースは稀である。時折、カイロプラクターや自然療法医の診療所に雇用されるケースもあるが適応症が類似するので長く続かない現状も見受けられる。もし個人開業が希望なら、ほかの医療関係の診療所の一角を又貸しさせてもらうなり、ほかの鍼灸師と共同でビジネスビルの一角を借りるなりするとよい。しかし共同経営の場合、診療が順調であれば問題はないが、ビジネスが下向きになった場合、家賃などの割り当てなどでパートナー関係がこじれることも考慮しておく必要があるだろう。

Q6 その国ならではのエピソード

日本と異なり、治療室は個室が基本。日本のようにカーテンで仕切るだけでは患者が安心しない。漢方薬の場合、生薬での投与は煎じて服用する習慣がないため、ハワイに限らず一般のアメリカ人は生薬を煎じた独特の香りが苦手なカプセルか錠剤あるいは顆粒散薬を処方するが、欧米人は植物アレルギーを持つ人もかなりいるので難しいこともある。ハワイ州は高齢者が多いため、副作用の少ない鍼灸や漢方などの東洋医学の需要は今後も安定していくと考えられる。保険診療の場合、漢方薬の支払いは除外される。アメリカでは国民皆保険という概念はないので、プライベートの保険会社が病院や医師と契約する形態である。ハワイでは労災保険(州の労働法が絡んでいるため医師の診断と紹介を要す)と交通事故保険(医師の処方不要。鍼灸師が診断する)が主であり、

現行法では鍼灸はカイロプラクティックとの抱き合わせで合計30回、一回の治療費は75ドル(約9000円)が上限でカバーされる。保険支払い請求書類は、既定の保険支払い請求用紙と治療記録の添付を要す。

Q7 現地最新事情、ニュース、流行の手技

ハワイでは中国鍼よりも日本式鍼治療が好まれる。気候が温暖なため、体表の毛穴が開き、中国式の太鍼では施鍼時に痛みを感じる度合いが多い。また、日系人診療所の清潔さにおいても患者が安心するようである。

アメリカでは時々、日本から首藤博明氏、積聚治療の小林昭司氏、ボストンからKiiko Styleの松本綾子氏がセミナーを行っている。ハワイだけでなくアメリカ人の鍼灸師は日本の診断法、術式、施灸法や片手押指などに興味があるようだ。

(協力：ハワイ州政府鍼灸審議委員会委員 マイク橋本)

カナダ オンタリオ州

Q1 鍼灸師として働くための資格の有無

各州によって異なるが、トロントのあるオンタリオ州では2013年に法的に免許制度が成立。すべての鍼灸師は州政府が課す鍼灸資格試験に合格後、正式に登録されなければ鍼灸治療はできない。施行前から職業としている鍼灸師に対しては、一度だけ例外として暫定免許制度があり、学科試験は免除されるが、法規、衛生分野のみの試験が必要。

Q2 日本人鍼灸マッサージ師の数、学校の数

日本から来ている日本の有資格者鍼灸師は多いが、実際の数の把握は難しい。暫定免許習得者は、おそらく10～20人程度。主な学校は、トロント市内で4校。

Q3 鍼を学ぶための学費の目安

人口550万のトロント市には53万人以上の中国人が住んでおり、中国人が運営する数校の中医学院が鍼灸師の主な教育機関となっている。ほとんどは私立校で、その数は10校ほど。最近ではGeorge Brownという公立校のカリキュラムで鍼灸修得コースが新設された。修業時間数は全科目で2200時間。学校は2～3年のコースで夜間が主である。学費は3万カナダドル(約250万円)前後。

Q4 渡航前に日本でやっておくべきこと

鍼灸師としての診療技術もさることながら、語学の問題が一番の難関。英会話の勉強は必須。

Q5 給与、雇用形態などの特徴について

日本同様に、主に個人経営の鍼灸院で就業し、給与はコミッション(完全歩合制)。

Q6 その国ならではのエピソード

今回の鍼灸師法では、ほかの医療従事者、医師、カイロプラクター、看護師、理学療法士などの既存の医療資格者は、それぞれの規則に従って鍼灸治療を行うことが可能。それぞれの施設で鍼灸治療は積極的に取り入れられている。それらの施設で補助的に用いられる鍼灸治療と、専門性の高い本物の鍼灸治療との相違を明確にできない鍼灸師、鍼灸院は、今後、淘汰されていくと思われる。

Q7 現地最新事情、ニュース、流行の手技

州政府認可の免許管轄団体である伝統中国医学鍼灸協会(College of Traditional Chinese Medicine and Acupuncturists of Ontario)の名称が表しており、鍼灸は、中医鍼灸(TCMA)として位置づけられ、厳格に管理されている。

現地の学校で教えられている鍼灸は、すべてが中医鍼灸。よって、それぞれの診療施設で、日本のように、〇〇式、〇〇流鍼灸治療などの独自の自己流的な鍼灸治療を行った場合、診断、治療方針、治療方法などが中医鍼灸に沿っていないければ、定期的に行われる立ち入り監査で警告、戒告処分等が下される。

(協力：登美ヶ丘治療院 野口創)

フランス

Q1 鍼灸師として働くための資格の有無

鍼灸治療は、医師(9年制)か助産師(5年制)免許を受け、大学医学部での鍼灸専門医研修(3年間+1年の臨床研修)を修了した有資格者のみに認められ、例外として少数の鍼灸研究者や教育者が挙げられる。それ以外の手段としては、フランス国内の中医師養成学校を卒業して、フランス国立統計経済研究所規範が認める個人企業や自由業として活動する方法がある。

Q2 日本人鍼灸マッサージ師の数、学校の数

フランス国内法が「医療類似行為」と定義する療法(代替医療、自然療法など)に、欧州で人気を有する指圧やマッサージが含まれている。フランスにも指圧学校があり、少数の日本人指圧師もいる。私立の中医専門学校も約20校(1校のみ日本鍼灸)があるが、医師免許を所有していない鍼灸師たちは、「鍼灸治療」

以外の看板掲げて活動を行っているのが現状。

Q3 鍼を学ぶための学費(1ユーロ=130円で換算)

パリ、マルセイユ、リヨン、ニース、ストラスブールなどの10大学医学部に鍼灸専門過程コースがある。フランスの医学大学はすべて国立のため、医学部年間授業料(2015年)も約5万4000円～9万7000円、鍼灸専門医研修費は約6万7000円と欧州内で最も学費が安い。私立の中医学専門学校(3年制)では最低でも年間40万円程度の学費が必要となる。

Q4 渡航前に日本でやっておくべきこと

現時点では、日本の鍼灸資格や中国の中醫師資格はフランスでは認められていない。私立の中医学専門学校(修士課程同等)に入学する場合、まずは、フランスの滞在許可を得るために、①在日フランス領事館で就学ビザ取得、②フランスの教育施設の入学許可書、③3年間の学費および滞在費用と帰国費用残高証明書、④医療関連授業を理解できるフランス語の語学力が必要である。

Q5 給与、雇用形態などの特徴について

鍼灸専門医の平均月収は約43万円(内科医は87万円、開業医は119万円)。ちなみに治療費の平均は約45～90ユーロ(5850円～1万1700円)。独立開業できるかどうかは現時点では明確ではないので、中醫師資格取得後、フランス人あるいは中国人経営者に雇用されることになる。滞在許可および就労ビザ(通常、雇用主が申請)があれば、一般フランス人と同じ雇用形態(医療・社会保険、労働条件等)となる。

Q6 その国ならではのエピソード

1988年、フランス医師会が鍼灸医療を認め、各地の医学部に鍼灸研修課程が設置された。医師資格は、フランス国籍あるいはフランス旧植民地国籍の人に限られる。他国と比較して、医師への道は厳しく、2年生に昇級できるのは全医学生生の10～15%程度で、選抜試験不合格者はパラメディカル教育へ移される。冒頭に説明の通り、専門医師資格を得るためには、さらに3～5年の研修が必要だが、収入が少ない鍼灸専門医の最近の登録者数は約6000人程度と変動していない。

Q7 現地最新事情、ニュース、流行の手法

1997年、EU議会は「類似医療行為」に関するEU法を採択し、加盟国各国に対し、国内法に統合するよう勧告したが、フランスは現在まで未実施国である。したがって、国内医療従事者や加盟国鍼灸師と鍼灸

治療に関する係争が絶えない。鍼灸術については、フランス医学部が設立当初より中医学を採用したため、日本伝統鍼灸術はまだまだ認知されていない。フランス人は伝統的に鍼治療に興味を示す人が多いが、施灸療法、特に直接灸は拒否される傾向がある。

(協力:セとうち鍼灸フォーラム代表 伊ヶ崎克己)

ドイツ

Q1 鍼灸師として働くための資格の有無

医師免許、自然療法士および助産婦。医師の監督下であれば、医師免許や自然療法士でなくても施術が可能。

Q2 日本人鍼灸マッサージ師の数、学校の数

ドイツ国内で鍼灸治療をする日本人は、知る限りでは3人ほど。学校で鍼灸治療を修得する場合には、自然療法士資格取得をサポートする学校で学ぶことになるが、このタイプの学校だと、ドイツ全体で100を超えらると思われる。ただ、鍼灸専門の学校というわけではなく、ホメオパシーなど、多岐に渡る自然療法士が行える治療方法を全般的に扱うものである。医師資格保有者が鍼灸を学ぶ場合には、ドイツ鍼灸医師協会が提供するセミナーに参加しながら治療を学ぶという流れになる。

Q3 鍼を学ぶための学費の目安

各団体が主催するセミナー参加で約300～500ユーロ(約3万8000円～6万3000円)。自然療法士の資格取得には養成学校の卒業は必須ではないが、一般的には通学するケースが多く、その場合の学費は2年から2年半で、約8000～9000ユーロ(約101万円～114万円)である。

Q4 渡航前に日本でやっておくべきこと

語学習得をすることがまず第一歩。ドイツ国内で、英語での鍼灸教育を提供しているところは皆無であるため、高いドイツ語の語学力がない場合、入学することができたとしても卒業、もしくは資格取得はかなり難しくなる。

Q5 給与、雇用形態などの特徴について

大規模な診療所や大学病院であれば雇用形態をとっていることもあると思うが、自然療法士の場合は個人で開業している人がほとんど。医師資格の保有者も多数開業しているが、前述のとおり大学病院内の勤務形態をとっている場合もある。

Q6 その国ならではのエピソード

TCMが主体の治療になることから、使用される製品は鍼管なしで太めの製品が使用されることが多い印象だ。

Q7 現地最新事情、ニュース、流行の手技

前述のTCM主体の治療だが、昨今はマイルドな治療ができるということで日本鍼灸への興味・関心も高まり、セミナーなども開催されてきている。ドイツ国外でいうと、理学療法士が行うドライニードルテクニックも急速に広まっている状況がある。

(協力：セイリン株式会社 藤野司)

⑤ スペイン

Q1 鍼灸師として働くための資格の有無

衛生上の観点から、鍼灸治療は医師しかできないとされているが、鍼を実質的に規制する法律、政令、条例、施行細則がないため、短期コースを習得した理学療法士などが開業している状況だ。現行の投薬による治療、対症療法に限界を感じ始めたスペイン人医師が「鍼」に関心をもち、打ち始めている。そのほとんどが中国鍼。治療代は120～130ユーロ(1万5000円～1万6000円)で、「法外」とも思われる金額がかかるという話も伝わってくる。一般市民にとって、手軽な治療とはなっていない。

Q2 日本人の就労鍼灸マッサージ師の数、鍼灸マッサージ学校の数

日本人鍼灸師は、マドリッドで4、5人(国家資格所有者2、3人)、バロセローナに5、6人(国家資格所有者2、3人)と聞く。資格を持たずに、個別に施術している人の数は不明。中国鍼灸の学校は数多い。看板だけでは把握できないが、マドリッドだけでも50～60はあるだろう。マッサージを含めばその数倍になるはず。看板なしで営業している個人コースなどは、あちらこちらにあると、スペイン人のアミーゴが教えてくれた。治療より教えて稼ぐほうが手取り早いという当世か。日本人鍼灸師には縁のない世界だが。

Q3 鍼を学ぶための学費の目安

数カ月で学費は約200～300ユーロ(約2万5000円～3万8000円)。中国鍼の学校には4年間(6000時間)で2000ユーロ(約25万円)のコースもある。日本と比べれば、雲泥の差の安さだが、法的に保護されたわけでもなく、卒業しても自らの実力

で道を切り開くことに変わりはない(基本的には前回2013年7月号と同様)。

Q4 渡航前に日本でやっておくべきこと

一年分の生活費(住居、食費、交通費、通信費など)200万～300万円程度を用意しておくこと。就労ビザを取得できても、すぐに患者をつかめるとは限らず、その間は無収入となる。最低限のスペイン語の習得が大事である。笑顔で患者を迎えるときに、自然と出る言葉、挨拶、基本的な問診くらいは、丸暗記しておいて損はない。

Q5 給与、雇用形態などの特徴について

スペイン人、あるいは中国人経営の鍼灸マッサージ店との雇用契約があれば、最低限の安定収入が確保できるが、ある程度の言葉はマスターしておいたほうがよい。就職に必要だし、また「お客」を取らないと雇用契約(当初の数カ月から1年間)も打ち切られてしまう。この場合、「被雇用就労許可」から、「自営業者労働許可」に切り替えなければならない。どちらも、最低限の社会保障費(約300ユーロ/月、4万円)の支払い義務がある。被雇用ならば、経営者が払ってくれるが、当然、稼ぎのいい施術者が求められる。自営業ならば、自由に動き回れるが、月4万円の出費を考慮しておかないと、資金繰りにも支障が出る。マドリッドには、日本人経営の指圧センターもある。スペイン人患者の指名を得るだけの「人間力」はつけておこう。

Q6 その国ならではのエピソード

スペインは、最近まで医療費は原則的に無料だったが、医療改革の下、一部薬代の自己負担が導入された。それでも、鍼灸の自由診療40～50ユーロ(5000円～6500円)は、庶民にとっては高いというイメージだ。しかし、何年も投薬して治癒に至らず、この先「身体を痛めつけてしまう」と危惧する患者が、鍼灸に願いを託すケースが増えてきている。単なる筋肉痛を超えた、メンタルな要素が絡む愁訴、不眠、頭痛、便秘、尿失禁、胃腸炎、甲状腺疾患、パーキンソン病、うつ病、線維筋痛症など、医師から処方された薬では症状が寛解しないことを患者自身が一番よく知っている。スペインでの鍼灸への需要は着実に増大しており、日本の若い鍼灸師にとって働き甲斐があるだろう。最近、50歳で人工授精に成功した婦人が、胎児のため、長年常用してきた抗うつ剤を止めたいと、鍼に救いを求めてきた。西洋医学の薬で、赤ちゃんを痛めつけないと未来の母が東洋医学に願いを託したのである。

Q7 現地最新事情、ニュース、流行の手技

昨今ブームの「優しい」治療に、人々は関心を持ち始めている。ヨガ、ピラティス、座禅、太極拳、氣功などは特に人気がある。鍼灸に興味ある患者など、実践している人も多い。動機の一つ「瘦身」も見逃せない。丸薬で色々試したが、奏功せず、東洋医学に願いを込めて門を叩く人たちが。内面と外面の「変革」に副作用のない方法で挑戦するのが、結局は「自分のため」と、人々は気づき始めた。

(協力：マドリッド 望月清)

ポルトガル

Q1 鍼灸師として働くための資格の有無

現在、鍼灸師の資格をポルトガルの厚生省に届け手続きをしている。ヨーロッパでは各国によって法規制が違うのでその国にあった登録となる。日本人の場合、現在持っている卒業証書、鍼灸資格を最低限、英文に変えて持つこと。

Q2 日本人の就労鍼灸マッサージ師の数、鍼灸マッサージ学校の数

日本人鍼灸マッサージ師の数は知る限りでは10人ぐらいはいる。また資格がなく営業している人もいる。特にポルトガル人またはほかの外国の人たちは資格を持たず営業している人が多い。そのため資格なく営業しているのが現状で、厚生省が法規制をする準備をしている。学校の数約10～20校ですべて私立。

Q3 鍼を学ぶための学費の目安

日本円にして100万から300万円ほどと思われる。この学費はレベルが低い割に高い。ゆえに卒業しても実際に治療をして食べていける人はほんの数人と思われる。実技の時間が完全に不足し、それを補う経験のある先生が少ない。

Q4 渡航前に日本でやっておくべきこと

外国で仕事をする場合、最低限、英語で説明できるようにしておくこと。すべての証書などを英文に変えておくこと。国によって法規制が違うのでよく調べておく必要がある。実際その国に住んでいる人に連絡を取り、調べておくこと。

Q5 給与、雇用形態などの特徴について

ほかのヨーロッパの国と似ているが、ただ給料が安い。自営業になる場合、非常に手続が複雑なうえ、費用がとても高くなる。

Q6 その国ならではのエピソード

30年前は、ポルトガルでは東洋医学がなく、日本の良導絡治療を取り入れ、西洋医学的な観点も入れて説明した。現在では、良導絡チャートを取り入れ、患者も安定して多く来るようになった。日本の良導絡治療は日本から出たときには武器になるのではないだろうか。

Q7 現地最新事情、ニュース、流行の手技

最新事情としては、この世界が複雑になってきているので、しっかり日本鍼灸や日本の治療の繊細さを身につけておくこと。日本の治療の繊細さ、幅の広さ、色々な手技が期待されているからだ。スポーツ、エステティック、美容の分野で日本の治療法が望まれている。日本の技術レベルの高さが求められている。

(協力：CENTRO FUNADA 舟田俊夫)

トルコ

Q1 鍼灸師として働くための資格の有無

鍼をするために必要な資格国家資格などは存在せず、トルコ国内で認定された医師免許保有者が、国内外の鍼灸教育専門機関で一定の期間教育を受けたあとに鍼灸治療に従事できる。ただし、外国人でも中医学や鍼灸専門家として学会や大学の客員講師等に招聘された場合は、認められた範囲内で治療することは可能である。また、個人の診療所開設には保健省の認可が必要。

Q2 日本人鍼灸マッサージ師の数、学校の数

日本で鍼灸マッサージ資格を取った鍼灸師もいるが、トルコで改めて医師免許を取得する必要があるため、合法的に診療できない。鍼が学べる場所は、保健省認定下の3つの大学（イェディテペ大学、アンカラガジ大学、エルズルムアタトルク大学）の医学部に鍼灸専門学科が設置されているほか、鍼灸師協会や個人の企画する鍼灸習得コースがいくつか存在する。基本的に医療従事者を対象とした民間資格であるため、期間や学費は各コースによってまちまちである。

Q3 鍼を学ぶための学費の目安

私立大学の医学部は年間約4万トルコリラ（約160万円）近い学費が必要であり、そのほか個人の鍼灸習得コースも期間等によって異なり高額である。

Q4&Q5 渡航前にやっておくべきこと、雇用形態など

日本の免許では就労不可。

Q6&Q7 その国ならではのエピソード、現地最新情報

近年、国民全般の健康志向が高まり、代替医療や鍼灸治療がますます注目されている。特に禁煙や減量、片頭痛の治療に鍼灸治療が有効だと考えられている。中国鍼やフランス式耳鍼が一般的で、日本の経絡治療はほとんど浸透していない。鍼灸従事者も非常に熱心で、複数の鍼灸協会や委員会が存在する。海外からのゲストを招いての国際シンポジウムもトルコ国内で頻りに開催されている。

(協力：小澤佳子)

中国

Q1 鍼灸師として働くための資格の有無

中国の中医師免許。中医師免許取得と医師登録の両方が必要。外国人でも登録可能だが、医師登録は2年に1回の更新試験(中国語による択一試験)がある。5年間勉強したあと、3年間の研修医となり、医師としての登録が可能になる。ただ、まだ外国人として3年間の研修医プログラムを受けられる体制がないので実質門戸は閉じられている感がある。

Q2 日本人鍼灸マッサージ師の数、学校の数

日本の資格が使えないため、医療従事者としての日本人鍼灸マッサージ師は皆無に等しい。健康サロンなどで働くことも考えられるが、鍼灸治療は中国では医療行為になるので医療機関でなければ違法になる。医師資格を取得するための大学は、中国各省に中医薬大学があるため、勉強することは可能。正確な数は分からないが、外国人を受け入れられる正規の国立大学は20カ所以上ある。

Q3 鍼を学ぶための学費の目安

現地で通訳をつけるかなどで費用は大きく変わるが、年間大体60万円～100万円の間ほど。短期プログラムも多く、海外有資格者の研修を受け入れるところが増えているが、費用は決して安くはないので注意が必要。

Q4 渡航前に日本でやっておくべきこと

中国は方言が強いので、研修に行く場合でも患者の言葉聞き取るには相当の語学力が必要。中医師の場合、鍼灸と生薬双方の知識が求められるので、中医薬の基礎知識と中医基礎理論の素地があったほうがよい。

Q5 給与、雇用形態などの特徴について

中国では医師の社会的地位は高いが、収入が低いのが特徴。地域によっては、一般サラリーマンレベル

にも達しない場合もあり、医師のなり手が不足している。基本給+歩合制を採用しているところが多い。公立病院と市立病院でも雇用形態の違いが大きい。一般に3～5年に1回契約を更新する形がよく見られる。

Q6 その国ならではのエピソード

中国では西洋医師と中医師は同等に扱われるため、鍼灸マッサージ治療は公的保険が普通に適用される。公立病院の場合、中国では一人あたりの診察費は400円～1000円前後と安い。患者数はとにかく多いので、さまざまな症例に触れるチャンスも多い。中医師も西洋医学的な検査や西洋医薬の処方許可されているが、逆に西洋医学の医師は鍼灸や煎じ薬や単味エキス剤の処方は認められていない。

Q7 現地最新事情、ニュース、流行の手法

中国の医療制度は年々変化しているので、最新の情報には注意が必要。中国では医師レベルの向上のために、5年間の勉強に加えて3年間の研修医のあと、さらに2～3年間の専門医研修を始めることを2015年に発表している。中医学分野でも同様で、今後は一人前の医師になるまで10年間のトレーニングが必要になる。

(協力：上海東和クリニック中医科 藤田康介)

香港

Q1 鍼灸師として働くための資格の有無

必ず香港の全日制の大学を卒業してから国家試験を受験することとなる。カリキュラムは中国と同じで漢方薬、処方箋学、中医各課、古典など。

Q2 日本人の就労鍼灸マッサージ師の数、鍼灸マッサージ学校の数

香港大学、中文大学、浸会大学。漢方医は約9700人(香港中医学管理委員会のホームページを要参照)。

Q3 鍼を学ぶための学費の目安

各大学のホームページを参照していただきたい。

Q4 渡航前に日本でやっておくべきこと

中国語(マンダリンと広東語)は、マスターしておく。居留権の取得。中国語以外にイギリス英語と数学をパーフェクトにしておくこと(香港特区の関連ホームページを要参照)。

Q5 給与、雇用形態などの特徴について

住宅費が高いので、安月給だとそれに全部消える。交通費は、自己負担。仕事ができないと「一カ月通知」で切られる。

Q6 その国ならではのエピソード

独立開業が難しくなった。家賃と競争率のためと思われる。ローカルの人には、「裁判で訴える」のが得意で、毎年、何人か永久追放にあっている。研修を積んで3年に一回免許証の更新が必要。期間内に一定の点数が取れないと営業停止処分となる。

（協力：鍼灸堂 浅井誠）



台湾

Q1 鍼灸師として働くための資格の有無

台湾で鍼灸師として働くには、中医の医師免許が必要。そして、中医の医師免許を取得するには、大学の医学部（7年制の中医学部。学士入学の場合、5年制の中医学部）で伝統医学を学び、中医師資格検定に合格しなければならない。

Q2 日本人鍼灸マッサージ師の数、学校の数

台湾には、医学部を卒業せずに中医の医療補助を行ってきた人を対象とする「特考」という特別試験（2011年に廃止）があった。日本の大学を卒業したあと、その「特考」に合格して中医師となった人の例がある。また、留学生として台湾の大学の医学部で伝統医学を勉強する日本人もいる。しかし、中医師資格検定に合格したのち、台湾で中医師として鍼灸治療を行った日本人はおそらくいないと思われる。また、日本人のための個人的な鍼灸教室のようなものはあるかもしれないが、学校と呼べるほどのものはない。

Q3 鍼を学ぶための学費の目安

大学の中医の医学部では、留学生と本国学生とを問わず、每学期約6万～8万5000円（約19万1000円～27万円）の学費がかかる（7年制中医学部、5年制中医学部はほぼ同じ）。

Q4 渡航前に日本でやっておくべきこと

留学生として医学部で教育を受ける場合は、授業についていけるほどの中国語能力を身につけておくことが必要。

Q5 給与、雇用形態などの特徴について

西洋医と同じように、中医師も病院や診療所の医師

として働いたり、開業医となって医療行為を行ったりする。中医師の平均月収は病院常勤医の場合、10～25万円（約31万8000円～79万4000円）。患者自身が治療費を全額負担する治療もあるが、基本的に伝統医学も健康保険が適用されるので、その点が台湾の特徴だといえる。鍼灸や中薬、中医式柔道整復などにはそれぞれ診療報酬点数が決められており、それによって医療費が算出される（診療費は別の計算が必要）。鍼灸の場合は、治療費（材料費含む）は1回210点（1点＝0.9元～1元、約3円）と決まっている。

Q6 その国ならではのエピソード

台湾では中医師と西洋医の免許は明確に分離されていて、中医師は西洋薬を一切使うことができない。西洋医や歯科医は、鍼灸の短期コースを受講したのちに鍼灸治療を行うことが許されているものの、健康保険の適用は受けられない。ただし、制度としてはそのように明確に分かれていても、臨床においては「相互乗り入れ」している実態がある。たとえば、西洋医（特に開業医）が鍼灸を無料サービスとして行うことがあり、中医師が西洋医学のICD診断コードを使ったり、解剖学や生理学など西洋医学の概念を勝手に使って患者に説明したりすることがあるが、それはもちろん中医と西医が完全に統合されているということではない。

Q7 現地最新事情、ニュース、流行の手法

台湾では鍼灸が正統的医療の一部として行われており、中医師は高い教育を受け、臨床的能力が高いといわれている。特に中医のクリニックでは中医だけで患者を治さなくてはならないこともあり、鍼灸と中薬両方を処方することは珍しくない。ただ、中医師は治療の責任を考慮して、伝統的な十四経絡の理論と手技を使うのが普通で、あまり自信がもてない手技は治療にはほとんど使わない。現状はおおよそそのようだが、中国における伝統医学から大きな影響を受け、とくに数年前から新しい手技が数多く中国から紹介されてきている。なかでも注目されるのは、小針刀、圓利針、腕踝針、腹針、浮針など。そのほか最近では、韓国から伝わってきている美容鍼灸も人気がある。上記の回答は、中華針灸医学会の協力を得て記している。

（協力：台湾国立陽明大学 郭文章）



シンガポール

Q1 鍼灸師として働くための資格の有無

鍼灸師または中医師の資格をもち、TCM PB

(Traditional Chinese Medicine Practitioners Board)に登録されることが要件。登録されるためにはシンガポールのSingapore College of Traditional Chinese Medicine、Institute of Chinese Medical Studies、Nanyang Technology Universityで所定の教育を修了しているか、または、TCM PBが指定する中国の8つの大学のいずれか1つ以上の所定のコースを卒業して、Singapore TCM-physicians Registration Examinationに合格することが必要である。残念ながら日本の施設で認められているところはない。詳細はTCM PBのホームページを参照されたい。

Q2 日本人鍼灸マッサージ師の数、学校の数

中医師3人、鍼灸師2人。全員が当地の学校を修了したあと、当地で試験を受け、免許を得たものである。学校は前述の3校である。

Q3 鍼を学ぶための学費の目安

Singapore College of Traditional Chinese Medicineには、全日制の5年コースおよび夜間の7年コースがある。これらのコースを修了するとTCM graduation certificateが授与される。学費は、総額で5万シンガポールドル(約410万円)ほど。

また、Institute of Chinese Medical Studiesは夜間のみ7年制で学費は4万シンガポールドル(約328万円)ほどである。この施設で教育を受けた場合には、中国の北京中医药大学と提携しているため、修了時に同大学の学士号を取得できる可能性がある。

Nanyang Technology Universityでは、中国伝統医学の学士号と同時にBiomedical Scienceの学士号が取れるコースがある。北京への留学も組み入れられている。この大学の学費については各自、直接大学にお問い合わせ願いたい。

Q4 渡航前に日本でやっておくべきこと

Q1に示した事情から、日本の教育施設の卒業者が鍼灸師として当地で働ける道はないため、当地で教育を受けることを目的に渡航される人を対象としてのアドバイスとなる。授業で使われる中国語、および日常語である英語をしっかりと勉強しておくこと。卒業までに最短でも5年はかかるので、それまでの経済的負担に耐えられる準備をしておくこと。外国人が働くためには就労ビザが要る。学ぶために来た人が持つ学生ビザでは就労が認められないため、当地でアルバイトをして学費を稼ぎながら学校に通うということはない。奨学金制度もあるとは思いますが、これは、それぞれの施設に尋ねていただきたい。

Q5 給与、雇用形態などの特徴について

一般的に、雇用形態は、日本人感覚からすると、非常にドライであるといえるだろう。雇用側が大変強い。雇用側は3カ月前の通知で、いつでも従業員を辞めさせることができるからだ。実際には、多くの場合、雇用側が3カ月分の給与を払って即解雇となる。日本のような保険制度はなく、失業保険もない。健康管理もすべて自己責任である。その反面、労働者も条件がよいところがあればどんどん転職していく。企業への帰属意識は薄く、個人主義的考え方が強い。外国人の場合は、就労するためには就労ビザが必要だが、どこかの会社と雇用契約を結んでから初めて、このビザを得ることができる。解雇されると同時に就労ビザが切れるので、外国人の場合は、1カ月以内に国外退去しなくてはならない。もちろん、旅行ビザ(有効期間1カ月)では就労はできない。

鍼灸師の給与については、基本的にはほとんどが開業医であり、きちんとした情報は得られなかった。

Q6 その国ならではのエピソード

Singapore College of Traditional Chinese Medicineはシンガポールの中核の中国伝統医学の教育施設であり、治療施設である。月の患者数は3万人ほどとなる。朝9時から夜9時まで開院しているが、外来担当の中医師は多くが無給である。この施設は年に1回、外来医師を多数募集する。そして、多くの開業医が応募し、週に数時間だけこの施設で働く。なぜ、無給なのに多くの中医師が集まるかといえば、そこで働くことがステイタスとなり、信用につながるからである。

この施設に多くの患者が集まるのは治療費が安価なことその一因であると思われる。少し前まで一人5ドルぐらいであった。そのためか、この施設には多くの献金も集まるが、ある程度以上の献金者はその名前が施設の壁に張り出される。その数は数百人にのぼる。信用と安価な治療費、それと献金とのバランスの妙が興味を引いた。

Q7 現地最新事情、ニュース、流行の手技

数年前の調査によると、シンガポールの外来患者の約12%は鍼灸を含む中国伝統医療を受けている。患者の鍼灸への信頼度は日本よりも高い印象があるが、当地ではすでに中医師、鍼灸師が過剰状態にある。このためか、海外の施設で教育を受け、資格を得た施術者が当地で働く門戸が大変狭くなっている。それでも当地で学べばチャンスはあるが、既に施術者が過剰状態のため、卒業後も就職先を見つけ

るのほかなりの困難が伴うと予想される。当地は教育の場所として利用し、就職はどこか第3国という手がよいかもしれない。

(協力: シンガポール日本人会クリニック 日暮晴美)

タイ

Q1 鍼灸師として働くための資格の有無

鍼灸は法律上では医師。中国伝統医学鍼灸師(ペー・ベン・チーン)に資格が与えられているが、医師、中国伝統医学鍼灸師の監督下で技術指導・向上を目的としたことであれば施術が可能。なおタイマッサージを行うには、現地の学校に通う必要がある。医療的なマッサージは大学で学び、タイ伝統医学療法師(ペー・ベン・タイバユ)を取得しなければならない。

Q2 日本人鍼灸マッサージ師の数、学校の数

日本人鍼灸師の就業人数は3人(自営業 2、病院 1)。大学は以下の通り。

中国伝統医学鍼灸科

- ①華僑崇聖大学(ホウチアオ 私立)
- ②ジャンカセム大学(国立)
- ③コラート大学(国立)
- ④メーファールアン大学(国立)
- ⑤バヤオ大学(私立)

タイ伝統医学療法科

- ①タマサート大学(国立)
- ②マヒドン大学(国立)
- ③ラジャモンコン大学(公立)
- ④ナレースワン大学(国立)
- ⑤スワンスタンター大学(私立)
- ⑥プラバ大学(国立)
- ⑦メーファールアン大学(国立)
- ⑧マハーサラカム大学(国立)

Q3 鍼を学ぶための学費の目安

中国伝統医学鍼灸科は、私立では一期5万バーツ(約16万円)、国立では一期2万バーツ(約6万円)。就学期間は4年から5年(大学4年でインターンシップ1年)。華僑崇聖大学は4年半大学で上海ヘインターンシップ1年半と特別。タイ伝統医学療法科は私立では3万バーツ(約10万円)、国立では2万バーツ(約6万円)、就学期間は4年間。どちらの科も卒業後にタイの厚生労働省が管轄する4回にわたる試験

を合格した後、業が成せる。

Q4 渡航前に日本でやっておくべきこと

就学するにしても、現地法人を設立するにしても最低6年間の生活費や学費、または現地法人設立に必要な投資資金を貯めておくことをお勧めしている。

Q5 給与、雇用形態などの特徴について

タイの一般的な給与は大学を卒業した者で、1万5000バーツ(約4万5000円)から。理工・医療系であれば2万バーツ以上の求人でないとなかなか人が集まらない。これはあくまでも基本給であり、福利厚生が手厚くないとさらに採用は難しい。

Q6 その国ならではのエピソード

温暖な気候のせいか、のんびりして子どもや老年寄りには優しい。仏教徒が多いのか困っている人には寛容な態度。もしくは、自分に甘く、人にも甘いので、叱ったり叱られたりするの嫌がる傾向にある。

Q7 現地最新事情、ニュース、流行の手技

2015年4月の時点での法律では、ペー・ベン・タイバユとペー・ベン・チーンは両資格での開業が必要であったのが、それぞれの資格にて開業が可能になった。

(協力: Japanese shinkyu Clinic 謝金英尚)

ミャンマー

Q1 鍼灸師として働くための資格の有無

「鍼灸師」という資格はなく、「伝統医療医」という国家資格があり、そのなかに鍼灸も含まれている。

Q2 日本人鍼灸マッサージ師の数、学校の数

日本人鍼灸マッサージ師は、数名いる。「国立マンガレー伝統医療大学」が唯一ミャンマー人が鍼灸を学べる学校である。短期技術訓練で日本のNGOなどが視覚障害者に対してマッサージ指導を定期的に行っており、伝統医療医に対して日本の鍼灸を指導している。

Q3 鍼を学ぶための学費の目安

現在、ミャンマー人以外が鍼を学ぶ学校はない。ミャンマー人が鍼を学ぶための大学は、大学の講師にうかがったところ、2016年現在、授業料(教材費・制服などは除く)年間約2万チャット(約2000円)、4年と1年のインターン期間で約10万チャット(約1万円)とのこと。外国人の入学は、現在は認められていない。

Q4 渡航前に日本でやっておくべきこと

患者と向き合うときにやはり、ミャンマー語ができたほうがベター。英語もある程度通じる。

Q5 給与、雇用形態などの特徴について

現在、日本人がかかわって経営している鍼灸院は知る限り数店舗である。中国人や中国系ミャンマー人が開いている治療院はあるが、いずれも個人が経営しているところが多いようだ。日本人がかかわって医療マッサージをしている店舗も聞けるが、日本人の雇用はまだ少ないと思われる。

Q6 その国ならではのエピソード

ミャンマーで鍼が「伝統医療」のなかに入り、まだ10数年。施術する人、施術を受ける人はまだまだ少ないのが現状である。親日的な国であるミャンマー人は日本に対する信頼度が厚く、日本の鍼にも大変興味を持ってきている。怖がりて痛がりが多いミャンマーの人たちだが、一度鍼を受けるとそのよさを感じ、リピーターも多いのが特徴といえる。

Q7 現地最新事情、ニュース、流行の手技

昨年11月の総選挙において政権交代が決定し、今年3月には新政権が発足する。国の体制が大きく変わっていくことが予想され、ミャンマーに必要とされている「医療」や「教育」も今後見直されていくと思われる。ミャンマーでは、都市部でも僻地でも鍼はまだ少ないが、マッサージ、ミャンマー伝統薬・ハーバルボール、アーユルヴェーダなどを組み込んだ伝統医療が、多く活用されている。現在、国際医療ボランティア団体のジャパンハートなど日本の支援を受けて、社会福祉が視覚障がい者のためのマッサージ師国家資格制度を整備している。また、今後、日本伝統鍼灸学会が現地での学会立ち上げを目指している。

（協力：SOLEILはりきゅう 水口知香）

カンボジア

Q1 鍼灸師として働くための資格の有無

カンボジア保健省において、鍼灸もカンボジア国内に伝わる伝統医療の一部として公認されているものの、鍼灸における法律や資格の整備は進んでいない。都市部には鍼灸の看板を上げた民間の診療所が存在し、海外で技術を習得した華人やベトナム系の人々がカンボジアの医師のもとで施術を行っている。

Q2&Q3 日本人鍼灸マッサージ師の数、学校の数など

学校なし。日本人鍼灸マッサージ師は2人。整体師ほかは数人。

Q4 渡航前に日本でやっておくべきこと

現地の若年層は英語を話し、首都では外国人居住者も多いため英会話の習得は有効（通訳を雇用することも可能）。症状についてのニーズは多岐に渡るため、生活習慣病などを中心とした総合的な診断治療技術の習得。

Q5 給与、雇用形態などの特徴について

現地の人件費は日本と比べて安い。現地の医療機関で働くとするはNGOもしくはボランティアという形態が多く見られる。

Q6 その国ならではのエピソード

首都プノンペンでは歴史的に中華系の人々が多く、鍼治療についての認知はあるが、鍼の専門機関がないため鍼治療は外国人が行うものと認識されている。電気製品と同じく、日本人技術者に対する信頼は深い。

Q7 現地最新事情、ニュース、流行の手技

カッサ療法と吸角療法が、家庭医学として定着している。また観光地周辺にはタイマッサージやブラインドマッサージの店舗も多く見られる。

（協力：日本財団助成事業「伝統医療普及プロジェクト」 高田忠典）

オーストラリア

Q1 鍼灸師として働くための資格の有無

2012年7月から国家資格となった。指定の学校（学士または修士）を卒業してから、AHPRA (Australian Health Practitioner Registration Agency) に登録が必要。

Q2 日本人鍼灸マッサージ師の数、学校の数

オーストラリア全体では多くないと思うが、シドニーではそこそこいると聞いたことがある。国家資格が取れる学校は、オーストラリア全体で6校ある。

Q3 鍼を学ぶための学費の目安

参考までに、Endeavor Collegeにおける留学生の学費の見積もりは、トータルで約7万7000オーストラリアドル（1ドル85円で換算した場合、約650万円）である。2013年時点では約6万8000オーストラリアドル（約580万円）であるのに対して、学費は年々上がっている。

Q4 渡航前に日本でやっておくべきこと

学校に入るには英語力が必要。IELTSは7.0以上、TOEFLではペーパーテスト形式(PBT)で587点以上など、入学に必要な英語テストの点数の基準がある。また、物価が高い国なので、ある程度の蓄えが必要となる。

Q5 給与、雇用形態などの特徴について

クリニックの部屋を間借りして開業、またはパーセンテージで支払われることが多い。雇われて働く人は少ない。

Q6 その国ならではのエピソード

鍼灸の国家資格を持つものだけがAcupuncturist(鍼灸師)を名乗るが、現状は「Dry needling」と称して資格のない人が鍼を扱っている場合がある。資格がないと鍼に対する損害賠償保険などにも加入できず、大変危険なので真似をすべきではない。

Q7 現地最新事情、ニュース、流行の特技

とにかく物価が高い。一時期ほどではないにしても、いまだに物価が上昇しており、昨年8月時点で、シドニーの家の値段の中央値は77万3000オーストラリアドル(約6600万円)、前年同月比で17.6%上昇している。物価が高過ぎるために帰国してしまう日本人も多いと聞く。鍼灸に関しては、幼児から高齢者まで幅広い年齢層の人が鍼灸を受けにくる。健康維持のために定期的に受ける人もいる。学校で学ぶのは中国式鍼だが、日本式鍼は「痛くない鍼」として一定の人気がある。

(協力: QIRAKU Acupuncture & Chinese Herbal Medicine 木下千枝美)

メキシコ

Q1 鍼灸師として働くための資格の有無

メキシコで鍼灸師として働くためには医師免許が必要です(法的に、刺鍼がメスで切ることと同様にとらえられているため)。就労ビザの取得ももちろん必要です。

なおマッサージに関しては免許制度がない状態となっております。

Q2 日本人鍼灸マッサージ師の数、学校の数

日本人の施術家(日本の国家資格の保持者に限らず)は、10人ほどいらっしゃいます。鍼灸師になるためには、Asociacion Nacional de Acupunturaという組織の発行する資格を取得する必要があります。また、その組織が認可している大学は国立工科大学(Instituto Politecnico Nacional)のみとなっ

ており、鍼灸科には医師免許保持者のみ入学可となっております。

Q3 鍼を学ぶための学費の目安

前述の大学の鍼灸科の学費ですが、2年間で、現在は1万8145メキシコペソ(約14万5160円)です。また、メキシコ人ドクターたちの鍼灸留学先は中国です。例外はありますが(皆が留学するわけではないので)、メキシコ人で鍼灸を行うドクターたちのスタイルは中医スタイルが多いと思われます。短期のコースで学ぶ勉強会のようなところは、メキシコ伝統のマッサージや指圧、鍼灸までさまざまあり、費用も低額なものから高額なものまで、また期間も多岐にわたっています。もちろん前述の大学ではないので、そこに通っても資格の発行はなく、修了証の発行のみとなっています。

Q4 渡航前に日本でやっておくべきこと

基本的には個人でやっていくことになると思いますので、知識や技術の習得、できる限り多くの治療経験、ある程度の語学力の習得は必要だと思います。メキシコはとてよい国で、私は大好きなのですが、治安の問題や文化、風習、人種の違いなどもありますので、日本の当たり前はキッパリと日本に置いておくことも大事かと思います。

Q5 給与、雇用形態などの特徴について

私の院では治療家を募集しておりますが、日本人施術家に限らず、個人でやっている人が多い状況です。特にメキシコ人の中にはイリーガル(非合法)な形態でやっている場合もあり、政府も取り締まられていないのが現状です。

Q6 その国ならではのエピソード

メキシコには、東洋の生薬ほどの種類には及びませんが、伝統的な薬草を使った療法やマッサージ、サウナなどさまざまな治療法があるためか、メキシコ人から鍼灸や指圧、按摩などへの抵抗を感じることはあまりありません。むしろ日本人より鍼灸や指圧などに対してよい先入観があり、さまざまな疾患や症状の相談を受けます。中には、メキシコのシャーマン(Brujoといいます)の呪術による症状を取ってほしいという相談もありました。鍼灸治療をして、その症状は取れたので、シャーマンによるものかは分かりませんでしたが……。もしも興味があれば、独特なものもありますので、メキシコの伝統的な薬草治療などを学んでみるのも面白いかと思います。

Q7 現地最新事情、ニュース、流行の手技

昨今、メキシコ（特に首都のメキシコシティ外）には日本の自動車業界がどんどん移ってきており、それに伴い日本人の数もすごい勢いで増えています。その地域の治安の悪化は懸念されますが、チャンスもまた生まれると思います。

（協力：Clinica Acupuntura Japonesa KATSUNO 勝野善太）

ニカラグア

Q1 鍼灸師として働くための資格の有無

厚生省発行の東洋医学医師資格登録番号（医療系大学を卒業すると厚生省から発行される）が必要。ただし日本人の鍼灸免許は、ニカラグアで通用するので日本の外務省で英語に翻訳してもらう。

Q2 日本人鍼灸マッサージ師の数、学校の数

3人。学校は日本ニカラグア東洋医学大学（5年制）1校のみ。

Q3 鍼を学ぶための学費の目安

月謝は65ドル（約7800円）、ほかに毎年30ドル（約3600円）と卒業時に250（約3万円）ドルが必要である。

Q4 渡航前に日本でやっておくべきこと

スペイン語および東洋医学、西洋医学の両医学の知識の習得。

Q5 給与、雇用形態などの特徴について

ニカラグア各地での個人開業となり、需要は高い。

Q6 その国ならではのエピソード

東洋医学が導入されて30年、東洋医学大学が創立されて12年、ニカラグア国民に東洋医学が確実に浸透されている。マナグアの飛行場に到着してタクシーに東洋医学クリニックといえば住所を伝えなくても大学まで連れてきてくれる。

Q7 現地最新事情、ニュース、流行の手技

国会による代替補完医療を推進する議決、ニカラグア厚生省との協定書、WHOニカラグアとの協定書等公的機関に認められて東洋医学は大きく国民に受け入れられている。2016年から保険制度のもとでの総合病院内にも東洋医学クリニックが導入されようとしている。鍼、灸、あん摩マッサージ指圧、薬草を処方し、ほかの中南米カリブ地域拠点となっているといえる。

（協力：日本ニカラグア東洋医学大学 八巻晴夫）

アルゼンチン

Q1 鍼灸師として働くための資格の有無

アルゼンチンには「鍼灸術または営業は医師でなければできない」という法律がある。それと日本とアルゼンチンは「医学学術協定」がないため、例えばアルゼンチン人医師が日本では医療の仕事ができないのと同様、日本人で鍼灸などの有資格者であっても、当国でその仕事をすることは原則的には違法となる。

アルゼンチンでは鍼灸、整体、指圧でも、すべてマッサージの部類になり、各市政府の認可があれば仕事が可能となる。その際、この国のドキュメント（身分証明証、永住権）を取得しなければ営業も雇用もできない。しかし、上記の手続きを経て所定の納税をすれば、たとえ外国人であろうとも医療の仕事が可能となる。

Q2 日本人鍼灸マッサージ師の数、学校の数

ブエノスアイレス市またその周辺で活動する日系人鍼灸師は、十数人ほどと思われる。マッサージ師はかなりの数で200人ほどになると予想している。鍼灸マッサージ学校は、公式な学校でアルゼンチン鍼灸学校（当国の医者だけを対象にしたもの）以外ない。コルドバ市（ブエノスアイレス市から約700Km）在住の小沢厚平氏が医師だけを対象にした鍼灸学校を開校している。また、指圧や整体を中心とする寺小屋式で日系人が経営しているマッサージ師養成塾がブエノスアイレス市内で4軒と、外国人が経営しているところが十数軒あるようだ。

Q3 鍼を学ぶための学費について

マッサージ師養成塾では、月謝が1500ペソ（約1万5000円）ほどと思われる。

Q4 渡航前にやっておくべきこと

言葉を覚えること。どんな良術の持ち主でも、患者との会話ができてこそのこと。そして、国の事情を研究し、実際その国で活動している日系人または現地人に相談すること。

Q5 給与、雇用形態などの特徴について

前述のドキュメントを取得しなければ何もできない。雇用、営業についてもそれからの問題である。

（協力：健康堂相馬治療院 相馬英樹）

[특집]

스페인의 한인침구사를 찾아서

이국렬 (사)허임기념사업회 국제협력위원장

사단법인 허임기념사업회 이국렬 국제협력위원장은 2019년 3월28일부터 3주간 스페인의 침구원 순회 장정을 다녀왔다.

그동안 독일, 미얀마, 필리핀 등 해외 침구봉사를 다녀온 그는 이번엔 유라시아대륙의 동쪽 끝에서 서쪽 끝으로 날아가 스페인 사회에 침구술로 삶을 꾸리며 동양의 생명건강 문화를 전파하는 한인 침구사들을 인터뷰하고 돌아 왔다.



이국렬 위원장은 동영상으로 촬영한 인터뷰 내용을 채록하고, 일부 별도로 취재한 기록을 추가하여 원고를 보내와 이번 2019년 침구인 1박2일 자료집에 실게 됐다.

이국렬 위원장은 강원도청에서 공무원으로 근무하던 중 주말을 이용해 정통침뜸교육원에서 침뜸교육을 수료했다. 2010년 외교부로 옮겨 일본의 주고베총영사관에서 영사로 근무하며 야간에 일본의 침구대학을 졸업한 뒤 침구사자격을 취득했다. 귀국 후 강원도 인재개발원에서 공무원교육업무를 담당하다가 2017년 서기관으로 정년을 마치고 현재 (사)허임기념사업회 국제협력위원장으로 활동하고 있다. <편집자 주>

스페인에서 이국렬 위원장이 만난 한인 침구사는 다음과 같다.

번호	성명 (생년월일)	출생지	현거주지	비고 (정착년도)
1	송달용 (50.11.25.)	서울 마포	바르셀로나 (현 침구사회장)	1977년 이주 80년 침술원 개원
2	이덕재 (58.6.8.)	충남서산	발렌시아	1976년 이주 2000년 침술원 개원
3	조현석 (64년생)	경남 합천	알리칸테	1992년 이주 1992년 침술원 개원
4	이병민 (60.5.1)	서울 동작	마드리드	1989년 이주 1990년 침술원 개원
5	이길수 (56.10.10)	경기 용인	마드리드	1982년 이주 1996년 침술원 개원
6	이규문 (64년생)	광주광역시	바르셀로나	1986년 이주 1987년 침술원 개원



목적 및 필요성

스페인 한인 침구인(鍼灸人)에 관한 구술은 단순히 그들의 성공적 이민생활에 관한 이야기가 아니다. 태권도라는 한국의 전통무예를 가지고 정착했던 스페인의 재외동포들이 변화하는 환경에 발빠르게 대응하여 수 천년 동안 선조들로부터 이어져온 전통 지적자산인 침구술로 업종을 전환하며, 우리 침구의 우수성을 인정받고 한나라의 대체의학을 선도하기까지의 고뇌와 노력과 승리의 역사라는데 큰 의의가 있다.

1960년대 우리나라는 국가적 빈곤탈출을 위한 해외 인력송출을 적극 추진하였다. 그 일환으로 제일먼저 1963년 독일에 광부와 간호사를 파견하였다. 스페인은 1966년 한서어업협정을 계기로 선원파견이 시작되었으며 이어서 태권도사범, 병아리 감별사등 다양하게 진출하였다. 독일뿐 아니라 스페인에서도 초기 파견근로자들은 미약한 국력과 열악한 근로환경으로 많은 어려움을 겪었다. 그러한 고난을 딛고 스페인의 많은 재외동포들은 한국 고유의 무예와 의술인 태권도와 침술을 유럽인들에게 전파하면서 정착을 시작했다.

태권도 사범의 이민 역사는 60년대 중반부터 시작된다. 70년대 초반 스페인 본토 내에 한인은 70명 내외였고, 그 중 30여명이 태권도 사범으로 활동할 정도로 큰 비중을 이루었다. 이들의 활동을 기반으로 70년대와 80년대에는 본격적인 태권도의 보급이 이루어진다. 먼저 이주한 태권도의 선배가 후배들을 불러들이는 형식으로 활발하게 전개하였다. 이들 한국인 태권도 사범의 수는 2000년대 이후에는 100여명에 이르렀다, 한편 스페인 태권도의 보급은 새로운 상황을 낳았다. 점차 태권도를 배운 스페인 본토인들이 사범역할을 하게 되고, 1세대 태권도 사범들은 나이가 들어가면서 후학들에게 그 자리를 물려주게 되었다.

이때 태권도 관련 직종에 종사하던 재외동포들 중에서 많은 사람들이 전통요법인 침술로 업종을 전환하기 시작했다. 스페인에서 초기 침구의 확산과 정착과정은 매우 단순한 데서 비롯됐다. 과거 유도나 태권도 등 격투기 선수들은 대부분 호신용으로 기본적 침구술을 익혀왔다. 운동을 하다 다친 사람들이 기초적인 침구술만으로도 효과를 보게 되고, 이것이 폭발적인 관심과 호응을 받게 된다. 격투기를 배운이들 중에는 한국에서 대학을 다니는 중에 재야침구인들에게 침술을 익힌 분들도 적지 않았다. 다양한 경로를 통해 익힌 이들이 스페인 사람들에게 신비의 동양의술을 전파시켰다. 특히 스페인 사람들은 침 맞기를 좋아하는 민족이다.

한편 당시 국내 침구는 제도권에서 배제되어 있었다. 5.16 이후 침구사 교육을 해 오던 관인침구학원도 폐쇄해 버렸다. 그 후 침구사들에 대한 단속은 계속되고 수 천 년을 이어오던 다양한 침구술의 맥이 끊겨져가고 있었다. 재야침구사들은 무면허 의료행위를 한다며 감시와 단속의 대상이 되었다. 따라서 국내에서 돌파구를 마련치 못한 유능한 침구인들이 7~80년대 스페인

으로 진출하기도 하고, 스페인에서 활동하던 태권도 사범들도 새로운 직종으로 전환하고자 침구술에 큰 관심을 갖기 시작했다. 그들은 스페인 현지에서 혹은 한국의 재야 침구인들을 찾아다니며 침구술을 배우고 침술원을 운영을 했다. 그리고 태권도를 가르치던 실력으로 스페인 사람들에게 침술교육도 했다.

현재 스페인 전역에서 300여명의 한인 침구사들이 활동하고 있다. 70년대 중반까지도 스페인은 침구의 불모지였다. 침구원 경영을 위해 사업자등록을 할 때 국가가 분류한 직업코드가 없다며 등록을 거절해 이들을 설득해 새로운 직업군으로 신설했다는 이야기는 초기 침구인들의 어려움을 대변해주고 있다.

그러나 이들 침구인들은 모든 난관을 극복하고 지역별 한인회의 중심이 되었다. 나아가 대체의학계를 선도하며 스페인 침구협회를 결성하기도 하고, 유럽 최초로 침구전문 방송매체를 설립 운영하기도 했다. 이러한 자신감을 바탕으로 최근에는 침구대학설립을 계획하는 단계에 이르렀다.

또한 이들은 3~40년간 스페인 전역에서 다양한 성과와 신뢰를 쌓아왔으며 이러한 인적 네트워크를 통해 한 나라의 대체의학의 기틀을 마련하였다. 스페인 의사그룹에게도 침뜸교육을 하여 상류사회에서의 한국과 한국인에 대한 위상을 높였으며 진정한 문화한류를 전파하는데 앞장서 왔다. 하나의 전문직역집단으로 발전하여 국가 보건의료의 한 축으로 자리매김하기에 이르렀다고 할 수 있다. 앞으로도 침구를 알지 못하는 수많은 나라들에게 우리의 전통의술을 전파하고 꽃 피울 수 있다는 가르침이기도 하다. 비록 국내에서는 존재감이 흐려져 가고 있으나 수 천 년을 이어온 우리의 침구비전이 서양의학의 본고장에서 빛나고 있음은 참으로 다행이고 아이러니가 아닐 수 없다.

한국과 달리 중국과 일본은 민간 전통의술인 침과 뜸을 제도권으로 수렴하여 대규모로 침구인력을 양성하고, 국가의 보건의료 자산으로 적극 활용해 왔다. 한국과 함께 침과 뜸을 전통지적 자산으로 공유하고 있는 중국과 일본은 오래전부터 해외로 눈을 돌려 자국의 침구인력이 해외로 진출할 수 있도록 많은 지원을 아끼지 않고 있다. 이런 상황에서 조국이 국가 차원에서는 관심을 가지고 있지 않았던 전통지적자산, 침과 뜸을 가지고 유럽 사회를 개척하며 정착해 온 재외동포들의 이야기는 더욱 값지다고 할 수 있다.

수만리 타국에서 21세기에 활짝 꽃피운 우리의 침뜸역사를 더듬어 정리한다는 것은 한민족의 이민사에서 보건의료의 역사에서도 매우 중요한 사료가 될 것이다.

〔인터뷰〕

친구삼촌 따라가 태권도 사범 하다 침구술의 불모지 개척

송달용(바르셀로나)

1950. 11.25. 서울 출생.

어려서부터 무술을 하며 친구 아버님과 무술 선배들에게 침구술을 배움.

1977년 스페인으로 이주

1980년~현재 바르셀로나에서 침술원 개원 및 운영

1992년~현재 스페인 침구협회 창설, 현 회장

1992년~현재 카탈루냐 침구학회 창설, 현 회장

1995년 터키 이스탄불 세계침술대회 참석

1996년 제1차 국제침구(수지침)학술대회- 고려수지침 강좌

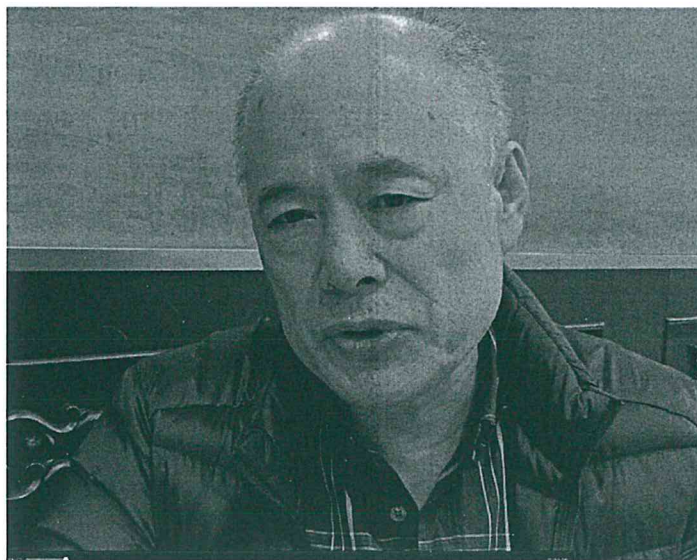
1997년 세계침구연합회 가입 및 세계침구연합회 이사

1998년 세계침구연합회와 공동으로 세계침구대회 개최 - 바르셀로나

1999년 재 스페인 한인침구사의 국제수평고시 시험 준비 및 시험(42명)

문) 회장님 한국에서의 유년 시절 성장과정에 대하여 말씀해 주시죠

답) 아버지는 막노동일을 하셨고 저는 충남 유성에서 2남 2녀 중 장남으로 태어났습니다. 서울에서 고등학교를 졸업하고 군제대 후에 바로 스페인으로 오게 되었어요.



문) 무술을 하면서 침을 배우셨다고 했는데 어떻게 배우셨나요

답) 어려서부터 합기도와 유도, 태권도를 배웠고 스페인도 태권도를 기반으로 오게 되었어요. 당시 한국에서 합기도를 하던 분들은 대부분 부상자가 생기면 간단히 응급처치 할 정도의 침술을 배웠습니다. 그리고 저는 당시 친구아버님이 한의원을 하셨는데 거기서도 배우고 운동선

배들에게서도 영구팔법이니 뭐니 다양하게 배우기는 했습니다. 그러나 항상 기초가 없어 늘 부족함을 느끼고 있던차에 97년 한국에서 김남수 선생이 오셔서 수평고시를 치르게 되었는데 그때 시험준비를 하면서 어느 정도의 이론적 기초를 닦게 되었습니다.

문) 언제부터 침술원을 경영하셨나요

답) 저는 77년부터 스페인에서 태권도사범으로 근무했어요. 무척 규모가 큰 도장이라 운동중에 발목이나 허리염좌 등 다치는 환자가 생기면 침을 놓아주었습니다. 그러다보니 찾아오는 환자들이 늘어나고 도장과 침술을 같이하기가 어렵게 되어 80년부터는 본격적으로 침구원을 운영하게 된 것이죠.

문) 침법이 다양한데 원장님은 어떤 침법을 배우고 활용하시나요

답) 저는 체침과 사암오행침, 수지침 등 다양하게 배우고 사용을 했습니다만 문제는 환자를 보고 정확한 진단을 하기가 매우 어려웠습니다. 그래서 이러한 문제 해결을 위해 고민하다가 한국의 권도연 박사를 찾아갔습니다. 그것을 계기로 체질과 체질음식에 대하여 공부를 한 후 체질침을 중심으로 치료했습니다. 물론 환자나 병증에 따라 정경침도 가미를 합니다.

문) 처음에 오시게 된 경위와 침구사로 정착과정을 말씀해 주시죠

답) 네 처음 올 때는 친구 삼촌의 초청으로 오게 되었습니다. 친구 삼촌이 큰 태권도장을 운영하셨는데 그 도장에서 사범으로 근무하면서 운동하다 다친 사람을 치료하였습니다. 그러다가 소문이 나면서 자연스럽게 침구원을 하였습니다. 지금은 스페인 인구의 10%정도가 침구를 이용해 보았거나 관심이 있다고 합니다만 초기에는 의사들도 침을 모르는 정도였으니 그야말로 침구 불모지를 개척한 셈이죠.

문) 최근 침술원을 찾는 환자는 어떤 질병의 환자가 많습니까

답) 우리 침술원에는 통증과 피부병, 소화불량 등이 많습지만 어떠한 한 특정질환 보다 전반적으로 모든 분야의 다양한 환자가 찾고 있다고 봐야합니다.

문) 근래 치료법과 사용침 등에 관해 말씀해주시죠

답) 저는 팔체질 침법을 주로 씁니다. 그런데 체질침은 속자속발로 하되 강자극이 필요한데 통증이 심해 일반침과 병행하고 유침을 하고 있습니다. 침은 1인당 10개 내외로 쓰고 많아도 15개를 넘기지는 않습니다. 침의 사이즈는 3Cm × 0.25mm를 주로 사용하는데 유침은 대략 25분 내외로 하고 있습니다.

문) 환자의 치료횟수는 어떤가요

답) 병증에 따라 다르지만 일반적으로 처음에는 주2회 치료하다가 증상이 완화되면 주 1회정도로 줄였다가 2주에 1회로 하고 거의 치료가 되면 1개월에 한번 관리차원에서 오도록 하고 있습니다.

문) 뜬도 뜨시나요

답) 네 저는 직접구를 뜹니다. 한사의 침범에 의한 질환은 뜬이 좋으니까요. 그러나 일반적인 스페인 사람들은 뜬자국 때문에 기피하는 경향이 있어 꼭 필요한 환자에게만 사전에 충분히 설명을 하고 뜬을 뜹니다.



문) 다양한 병증을 치료하시는데 어떤 질환이 특히 침구효가가 빠른가요

세미나에 모인 한국인 침구사들(좌측 안쪽 두사람이 송달용 회장 부부)

답) 저의 경우는 피부병이 아주 효과가 빠르고 좋더군요 두드러기같은 경우는 대부분 2~3회로 완치가 되고요, 하혈과 같은 부인병도 효과가 탁월해요. 그래서 저는 피부병에 특화된 침술에 대하여도 생각하고 있습니다. 사실 피부병도 서양의학적 관점에서는 난치병인데 90%정도의 환자에서 효과를 보이더라고요.

문) 직원이 많은 것 같은데 환자수와 치료비에 대해서도 말씀해 주세요

답) 네 순수하게 침구에 종사하는 사람은 저와 직원 2명입니다. 그리고 환자는 많을때는 60여명정도 찾았지만 근래에는 30명이 조금 넘는 정도입니다. 치료비는 초진은 90유로인데 처음에는 상담과 맥진 등 많은 시간이 소요되어 단가가 높고 재진부터는 45유로를 받습니다.

문) 그간 많은 환자를 치료하셨지만 특별히 기억에 남는 환자가 있으신가요

답) 벌써 30여년 전 일인데 대학병원에서 연락이 왔어요. 20대 젊은 여성이 자살미수로 호흡만 있다. 의식이 없는 상태가 몇일이 지나서 병원에서는 치료불가 판정을 내렸다고 하더군요. 저도 그런경험은 처음이었어요. 환자는 알몸인 상태로 침대에 손발을 묶어 놓았는데 미세한 맥과 호흡만 있을 뿐 죽은사람 같더군요. 의사의 입회하에 수지침으로 강자극을 했는데 거의 무반응상태였어요. 지금도 생각하면 왜 그곳을 취혈했는지 의아합니다만 통곡혈을 보하고 위

중혈을 사했는데 깨어 나더군요. 그 환자는 3일치료 후 퇴원해서 나중에 결혼도 하고 잘살고 있어요.

또 한사람은 65세정도된 여자분인데 폐암말기로 치료불가 및 시한부 판정을 받았어요. 거동이 불편하여 1년간 방문치료를 했는데 건강을 회복해서 완치판정을 받고 그후 10년이상을 건강하게 살다가 돌아가셨습니다.

문) 여기서 침뜸교육을 하신다고 들었는데 그 내용에 대해 말씀해 주시죠

답) 네 교육생은 주로 의사나 직장인, 그리고 침구원 운영을 생각하며 공부하는 분들도 있습니다. 교육생이 한때는 30여명씩 되었으나 지금은 과정당 10명 정도입니다. 1, 2학년 때는 이론 중심의 교육을 하고 3학년이 되면 실습중심으로 운영하죠. 강의는 매주 토요일 5~8시간 정도로 운영합니다. 스페인 정부가 요구하는 교육시간 1,500시간에 맞추기 때문입니다. 교육비는 1개월에 230유로로 이것은 실습비, 식대 등 운영비로 대부분 집행합니다. 그래도 꾸준히 하는 이유는 이렇게라도 우리침을 보급하고 뿌리를 내리고자 하는 것이죠

문) 침을 배운 스페인사람들의 반응은 어떤가요

답) 처음 침을 접한 사람들은 잘 모르니까 열심히 따라할 뿐인데 이미 중국침을 배우고 온 분들은 아주 좋아하고 한국침이 최고라고 극찬합니다.

문) 한중일 침구 중 어느 침이 인기가 있는가

답) 일본 침구원은 많지 않고 중국 침구원을 다녀본 사람들은 당연히 한국침구가 좋다는 것을 인정합니다. 특히 아프지 않고 효과가 빠른 것에 대하여 선호합니다.

문) 현대의학으로 치료가 안되는 난치병이 많은데 어떠한 치료사례가 있는지요

답) 침구원에 오는 환자들은 대부분 병원에서 못 고치는 환자이므로 난치병으로 보아야 합니다. 몇 년전에 중국인 부부를 치료한 사례인데 먼저 부인의 비염을 치료해 주었습니다. 그런데 그분의 남편이 우울증이 심해 자살기도까지 할 정도라면서 치료를 의뢰해 왔는데 침구시술로 어렵지않게 치료를 하였습니다. 또 한사람도 10년 전쯤 60세가 넘는 여자분인데 우울증이 심해 일체 외출을 안하고 방안에만 있는 분이었는데 이분도 쉽게 치료를 한 경험이 있습니다. 정신과 관련한 질환들이 현대의학에선 어렵다고 하는데 침뜸의 효과가 의외로 좋은 것 같습니다.

문) 한인침구사들이 한인회에서 위상은 어떠한가요

답) 침구사들은 비교적 일찍 스페인에 정착한 그룹입니다. 침구사들은 대부분 그 지역의 유지들이죠. 카나리아제도의 페네리페의 경우 그 지역에서 침구원을 하는 신현성 선생의 공적을

기려 스페인정부가 그동네에 있는 공원을 한국공원이라고 명명했어요. 그리고 지역사회에서의 봉사활동등 기여한 공로를 인정받아 메달도 받기로 되었다고 합니다. 또 스페인 북부의 최대 도시인 빌바오에서는 그지역 주지사가 한국의 김씨침술원에 다니며 침술치료를 받고 있습니다. 스페인에서 주지사의 위치는 한국과 달리 대단합니다. 의전과 격식을 매우 중시하는 그런 분이 침술원을 찾는 것 만으로도 매우 큰 의미가 있다고 할 것입니다.

문) 카탈루냐 침구협회와 스페인 침구협회를 창립하시고 현재 회장을 맡고 계시는데 협회창설 배경과 주요 활동사항이 무엇인가요

답) 1992년에 카탈루냐와 침구사협회를 설립하고 현재 회장을 맡고있습니다. 창립 배경이라면 한인 침구인의 친목도모와 정보교환, 그리고 급증하는 중국침구사들에 대응하여 세계침술연합회가입 등을 목표로 하였습니다. 처음에 2, 30명 정도의 회원들이 주축이되어 결성하였지요. 초기에는 여러 가지 학술토론이나 세침연 가입등 나름대로 활발한 움직임이 있었습니다. 그러다가 좀 침체기가 있었죠. 최근에 또다시 정부의 침구사 규제 움직임에 대응하기 위하여 힘을 모으고 있습니다. 현재는 회원들을 중심으로 세미나와 교육, 도서번역 등의 일들을 하고 있습니다.

문) 침구사협회를 창립하면 정부기관에 등록이나 신고절차를 거치나요

답) 협회를 창립하면 내무부에 등록을 하도록 되어있지만 별도의 간섭이나 지시 등은 없어요. 단지 회의사항등 주요한 활동내역은 보고토록 되어있습니다.

문) 침구와 음양오행은 불가분의 관계인데 이곳 사람들이 쉽게 이해를 합니까

답) 오행의 상호작용이나 상대적 이론을 이야기하면 매우 신기해하고 재미있게 받아드리며 합리적이라고 이야기 합니다. 일반 환자들도 현대의학으로 치료가 안되던 것이 치료되는 경험을 하면서 국가가 인정하고 의료보험의 편입등 지원방안을 강구해야 한다는 말씀들도 많이 합니다.

문) 현지 의료인들과 갈등관계나 문제제기등은 없나요

답) 병원과의 갈등관계는 전혀없어요. 오히려 자기들이 치료하지 못하는 환자의 경우 소개해주는 사례가 종종있습니다. 스페인에서 침구사에 대한 문제는 제약회사가 앞장서서 규제법을 만들려고 노력하고 있지요.

문) 스페인 침구사의 규모는 어느정도로 규모입니까

답) 아마 카탈루냐 지방에는 한국 침구사가 2, 30여명, 전국적으로는 300여명정도 예상이 됩니다. 전체적으로는 2만여명으로 추산하는데 이는 중국인 침구사보다 중국에 가서 공부하고

온 스페인 사람들이 많다고
보시면 될겁니다.

문) 스페인정부의 침구사
규제움직임에 대한 대처는
어떻게하나요

답) 이러한 규제 움직임은
이미 2007년에 구체화되다
가 잠잠해 졌는데 이번에
다시 논란이 되고 있습니다.
아마도 많은 스페인 침구사
들이 활약하고 있고 합법적
으로 세금을 내고있어 그리



체질음식 세미나 발표자들(좌측 두 번째가 송달용 회장)

쉽지는 않으리라 생각됩니다. 우리 협회에서도 변호사를 통해 다각적인 대응을 하고있습니다.
세계가 인정하는 동종요법, 마사지, 침뜸요법에 대하여는 전문직역으로 인정해 줄 것을 요청하
고 있습니다. 그리고 침구대학을 만들라고도 목소리를 내는 중입니다.

문) 한국이나 중국 침구사들이 개인지도 등 자체적 교육시스템을 운용한다고 들었는데 국가가
인정한 교육제도는 없나요

답) 과거 한때 의사협회가 주관이 되어 대학에서 일부 강의를 한적은 있다고 들었는데 지금은
없어요. 단지 정부가 요구하는 유사 전문직종의 교육시간 규정인 1,500시간을 근거로 과목을
안배하여 교육을 시키고 있는 것입니다.

문) 한국의 무면허침구사로 스페인 의료활동에 기여하고 경제적으로도 안정이 되신 것으로 알
고 있는데 한국침구사제도에 대하여 하고싶은 말씀 해주시죠

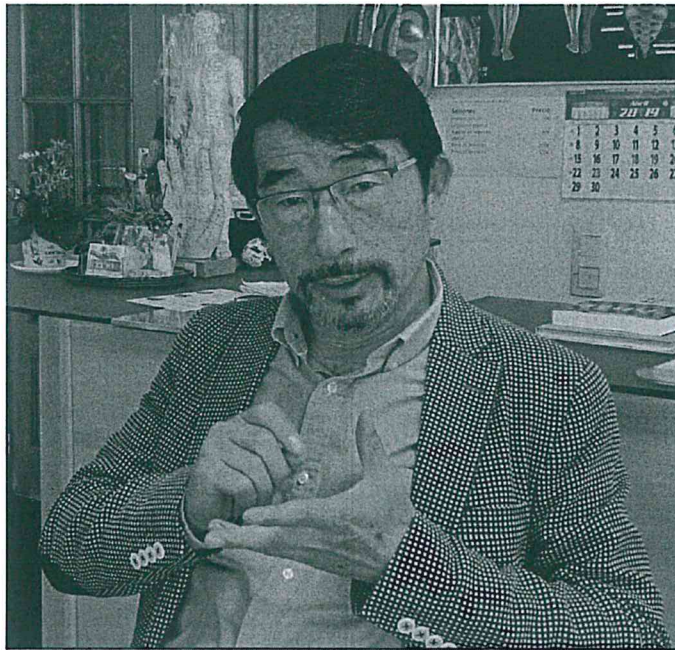
답) 스페인에서도 인정을 합니다만 한중일 3국중에 우리침의 효가가 가장 탁월하다고 호평을
받습니다. 이렇게 좋은 우리침이 국가의 무관심과 무대책으로 사장되는 것이 너무 안타깝습니
다. 제가 알기로 한국 한의대는 약중심의 교육이라 침뜸은 비중도 낮아 자기들도 못하고 남도
못하게 하는 실정입니다. 조상이 물려준 이 좋은 지적재산을 잘 활용하면 일자리 대책, 고령화
시대의 의료비 절감, 그리고 외화도 많이 벌어들일수 있어요. 한국에 제대로 된 침구 교육기
관이 있다면 배우고 싶다는 학생들도 많습니다. 하루빨리 한국의 관계당국이 해외에서 인정받
는 우리침뜸의 가능성을 알았으면 좋겠습니다.(끝).

[인터뷰]

20년 선박수리 기술자의 독학 침술 성공기

이덕재(발렌시아)

1958년 충남 서산출생
 1976년 스페인 카나리아주 이
 주/ 스페인 발렌시아주 거주
 선박수리 및 부품판매업 종사
 2000년~현재 침술원 원장
 발렌시아 전 한인회장



문) 회장님 한국에서의 유년시절
 성장과정에 대하여 말씀해 주시
 죠

답) 저희 아버님은 황해도출신의
 피난민이시고 저는 충남 서산에
 서 3남2녀 중 셋째로 태어났습
 니다. 부모님은 90년도에 스페인

으로 모시고와서 함께 살다가 아버지는 중간에 귀국했다 돌아가셨고 어머니는 2016년 귀국하
 셔서 지금도 서울에서 여동생과 살고 계십니다.

문) 초창기에 스페인으로 오셨는데 그 과정을 말씀해 주시죠

답) 제가 고등학교에 다닐 때 아버님의 사업실패로 고등학교도 제대로 마칠 수가 없었어요. 나
 중에 졸업장만 받았습니다. 원래는 미술에 소질이 있어 크고 작은 미술경연대회에서 상을 받
 아 홍익대 미대에 입학허가가 난 상태였어요. 그런데 학교 졸업도 못하고 3학년 겨울 아버님
 이 계신 부산으로 무작정 내려갔습니다. 그곳에서 정부지원 직업훈련원에 들어가 고압가스 냉
 동기술자격을 취득했습니다. 그후 동원수산과 고려원양등에서 현장실습을 마쳤는데 76년도에
 구일산업이라는 곳에서 라스팔마스에 선박수리를 하는 현지지사가 설립되는데 갈 의향이 있
 느냐고 하더군요. 당시 한국의 공장근로자들 봉급이 4~5만원 할때인데 기본급 13만원에 숙식
 은 별도 제공하고 생활비도 준다고 하더군요. 이것저것 따지면 국내근로자의 4~5배는 되는
 것 같았어요. 그래서 즉시 가기로 결정을 했지요.

문) 준비도 없이 말도 안 통하는 곳에서 고생을 많이 하셨겠네요

답) 지금도 생각이 납니다만 추석을 몇일 남겨두고 왔어요. 명절이나 보내고 가겠다고 했더니 시간이 없다하여 급히 서둘러 오게 되었지요. 라스팔마스에 도착하니 구일산업을 포함하여 대림산업, 동원수산 등에 한국인 근로자가 대략 20명정도 되고 모두 용접, 엔진, 냉동 등 한국선박수리 전문가들이었습니다. 아마도 제가 한국인으로서는 21번째였다고 했으니 초기 정착 단계였을 겁니다.

문) 당시 가장 큰 어려움은 무엇이었나요

답) 저로써는 음식이었던 것 같습니다. 큰 배가 들어오면 선원들과 함께 식사도 하고 그분들도 기술자인 저에게 극진히 대해 줬어요. 그러다 수리하는 배가 모두 떠나면 혼자서 식사를 해결하곤 했습니다. 그곳은 위도가 아프리카 옆이라 연중 28~30℃정도입니다. 옷 두벌로 생활했지요. 본봉은 한국의 본사에서 집으로 보냈지만 현지에서 나오는 생활비를 아껴 편지에 100불 200불 넣어 보내는 게 낙이었습니다.

문) 그러면 라스팔마스에는 언제까지 계셨나요

답) 76년부터 97년까지 있었으니 20여년이 좀 넘네요. 기간 중에 한국에 가서 군복무를 마치고 다시 돌아왔습니다. 큰형님은 아직도 그곳에 근무하고 계세요.

문) 라스팔마스에서 경제적으로도 성공을 하셨는데 침구사로 전향하게 된 동기는 무엇인가요

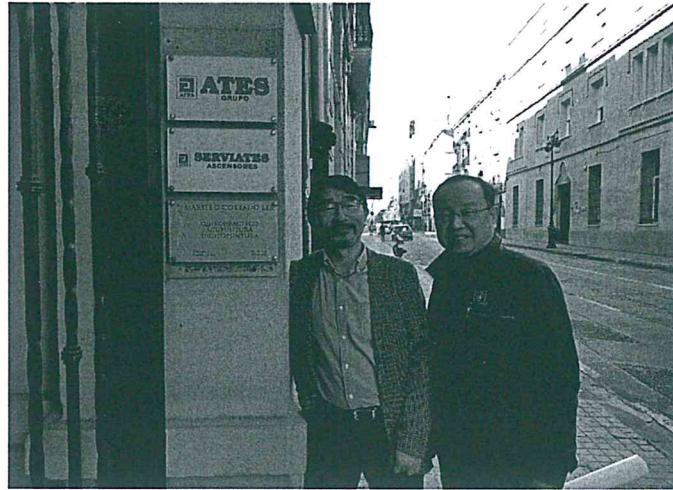
답) 네 라스팔마스에서 경제적으로는 어느 정도 성공을 했습니다. 그러나 그곳은 본국과 멀리 떨어진 섬입니다. 아이들이 크면서 교육문제가 대두되었어요. 그래서 4개월 동안 스페인 전역을 돌아다니며 살터를 찾다가 발렌시아에 정착을 하게 되었습니다. 저는 태어난 곳도 충남 서산이고 또 오랫동안 살아온 라스팔마스도 바닷가라서 늘 바다를 보며 살아왔어요. 바다가 있어야 마음이 편합니다.

문) 그러면 침술을 선택하게 된 동기는 무엇인가요

답) 우선 나이도 들고 새로운 환경에 맞는 직업이 절실했습니다. 그런데 라스팔마스에 있을 때 어머니가 허리가 아파 침을 맞으러 다니셨어요. 그때 치료되는 것을 본후 항상 배워보고 싶은 마음이 있었습니다. 그리고 어렸을 때 친구들과 다리에서 뛰어내리기 놀이를 하다가 발목을 빼어 꼼짝못하고 울고 있었는데 아버님이 저를 업고 읍내 침구원에 가서 침을 몇 군데 맞고 바로 걸어난 기억이 저를 침구사의 길로 인도를 했지요. 그래서 97년부터 수지침과 일본에서 출판된 지압책을 가지고 공부를 시작했습니다.

문) 순전히 독학으로 공부를 하셨는데 언제부터 침을 놓으셨나요

답) 사실 처음에는 겁이 나서 침을 못 놓았어요. 활법과 지압, 그리고 수지침을 놓았습니다. 그러다가 침구원이 소문이 나게 된 발단이 있었습니다. 오랫동안 알고 지낸 친구 아들의 발목을 치료하면서 부터였어요. 그 친구 아들이 결혼한 지 얼마 안 되었는데 운동을 하다가 다리를 다쳐 기부스를 했더군요. 고쳐주겠다 하니 친구는 승낙을 했는데 가족들의 의견이 분분했어요. 그래도 설득



이덕재원장 침구원입구 하늘색 간판을 배경으로
을 해서 기부스를 풀고 보니 발

목이 많이 붓고 시커멓게 어혈이 뭉쳐 있더군요. 환자의 아버지가 발렌시아에서 유명한 시계 전문상이라 주사기를 이용해서 부황의 기능을 할 수 있는 도구를 만들었어요. 그리고 활법으로 발목을 풀어주고 사혈과 몇군데 침을 놓았는데 한 시간도 안 돼 제발로 걸었어요. 순식간에 집안에 난리가 났죠. 병원에서는 몇 개월 걸린다 했는데 즉석에서 풀리다니 그 환자의 아버지가 12형제입니다. 발렌시아에서 대대로 보석상과 시계점을 하는 부유한 집안이죠. 그날부터 소문이 나기 시작했어요. 저도 누구보다 기쁘고 신기했어요.

문) 지금은 어떤 침을 주로 사용하시나요

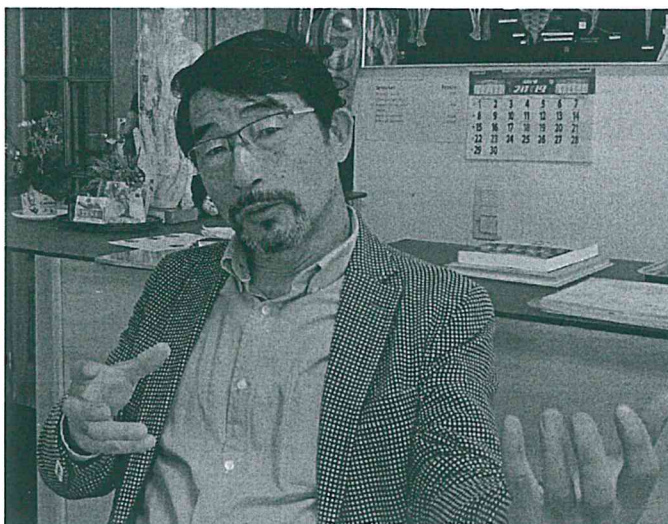
답) 저는 침을 놓으면서도 오랫동안 고민을 했습니다. 침자리 취혈부터 질병과 경혈의 관계성, 영향등 계속되는 의문과 고뇌의 연속이었습니다. 그러다가 나름대로 결론을 내리고 저희 집사람은 수지침을 놓고 저는 오행침을 놓습니다. 그러나 고려수지침을 놓으면서 항상 부족했던 점은 오래된 고질병 치료에 한계가 있다는 것이었죠. 그래서 새롭게 접목한 것이 오행침입니다.

문) 오행침은 어떻게 공부를 하셨나요

답) 침법을 공부하면서 많은 갈증을 느끼고 있을 때 지인을 통해 오행침을 잘하시는 선배님을 소개 받았습니다. 그런데 2시간 거리라 멀기도 하지만 처음에는 잘 가르쳐주지를 않더군요. 그러나 매주 토요일마다 찾아뵙고 마음을 열어 하루 세 시간씩 공부를 했는데 대략 7~8개월은 다녔습니다.

문) 그러면서 오행침을 터득하셨군요

답) 네 그렇기도 하지만 아주 좋은 해부학책을 구입해서 늘 해부와 경락의 연계성을 생각하며 침을 놓고 환자를 접하다 보니 감이 오더군요. 지금은 인체의 골격과 근육과 신경이 보이는 것 같은 느낌입니다.



문) 오행침을 쓰는 분들은 평보 평사나 각자 나름대로의 특징이 있던데 원장님은 어떤 보사법을 쓰시나요

답) 네 저는 영수보사를 사용합니다. 즉 경락의 흐름을 따라 그 방향으로 놓으면 보가 되고 역으로 놓으면 사가 되는 것이지요.

문) 환자는 얼마나 되고 주 몇일 정도 일을 하시나요

답) 오전에는 10시부터 12시까지인데 15명 이내로 하고요 오후엔 5시부터 8시까지인데 20명을 넘기지 않으려고 합니다. 결국 하루에 35명 내외가 됩니다. 환자는 많습지만 너무많은 환자를 받게되면 치료에 소홀할 수 밖에 없어서 늘 이 정도로 유지하려고 합니다. 근무는 월요일부터 금요일까지 주 5일간 하고 있습니다.

문) 침의 규격과 침수 그리고 뜸의 사용여부에 대해 말씀해 주시죠

답) 침의 굵기는 0.25mm를 쓰는데 길이는 3센치부터 5센치 장침 등 다양하게 씁니다. 유침은 병증과 환자의 건강상태를 보아가며 15분에서 30분정도로 하고요. 오행침은 기본으로 4개혈을 양쪽에 놓기 때문에 8개정도로 씁니다. 거기다 필요하면 상응혈을 추가하고 있어요. 뜸은 필수적으로 뜨지만 직접구는 아니고 수지침에서 사용하는 미니뜸과 침병에 걸어서 복사열로 자극을 주는 구두침을 사용합니다. 직접구를 떠서 상처가 나면 이의를 제기하는 분들도 있고 다른곳에서 들은 이야기로는 소송의 빌미가 되기도 한다더군요.

문) 치료비는 얼마나 받으시나요

답) 초진의 경우 문진과, 진맥, 질병의 진행경과등 상당히 시간이 소요되기 때문에 50유로를 받고 재진부터는 40유로를 받습니다. 환자가 오면 진맥은 하지만 그것만으로 정확히 판단하기 어렵지요. 그래서 처음환자는 문진을 자세히 합니다. 특히 다른곳에 많이 다니던 분들이나 카이로프랙틱 치료를 받은 사람들은 기본적 처방은 배제합니다. 그것은 이미 기본처방으로는 치

료가 안된다는 이야기이기 때문입니다. 그래서 그런 환자는 나만의 방식으로 변증을 하되 1~2회 정도 치료 후 변화가 없으면 즉시 처방을 변경합니다. 즉 차도가 없다는 것은 잘못된 변증이라는 이야기니까요.

문) 환자의 분포는 대략 어떻게 되나요

답) 환자는 매우 다양해서 무어라 말하기 어렵습니다. 그리고 시기적으로 비슷한 환자가 몰려오는 경우는 있는데 이를테면 근육통이나 우울증환자가 그런 것 같습니다. 저는 자랑같지만 의사친구들이 많습니다. 그런데 여기 의사들은 수술환자들에게 수술전에 침을 맞아보라고 권유하기도 하고 실제 나에게 보내기도 합니다. 주정부의 주지사와 경찰청장도 나에게 침을 맞았습니다. 그리고 약 300여명 규모의 무용전문학교에서도 발레등 연습하다 다친학생들이 단골로 옵니다. 오페라가수나 피아니스트 등 예술인들도 입소문을 듣고 많이 찾는편이지요.

문) 오랜 경험중 특별히 기억에 남는 환자는 어떤 분이 있나요

답) 침구원을 시작한지 5년쯤 됐을겁니다. 시간이 날때마다 마을 공원에서 산책을 했는데 목에 기부스를 한 분이 있었는데 목디스크라고 하기에 치료해 주었어요. 그런데 그분의 부인이 여의사인데 크론병으로 오랫동안 투병생활을 하고 있었습니다. 잘 아시다시피 크론병은 현대 의학으로 불치병입니다. 나에게 목디스크 치료를 받은 남편의 설득에도 그 환자는 의사라 그런지 마음의 문을 여는데 오랜 시간이 걸렸습니다. 몇 주 후 그 분이 침구원을 찾아와 다른 환자 치료하는 것을 보고 싶다고 하더군요. 한 두어 시간 보고는 돌아갔습니다. 그리고 일주일 후에 침을 맞겠다고 왔는데 처음부터 혼신의 노력을 다했습니다.

물론 치료경험도 없었지만 상대는 의사였습니다. 상담을 해보니 크론병의 특징이 대장 전체에 염증과 출혈로 아침이면 20~30차례 화장실을 다니며 혈변을 본다고 합니다. 아이들이 어려서 뒷바라지도 해야하는데 2달에 한번 주사를 맞고 나면 몇일 동안은 꿈쩍도 못한다더군요. 몸무게도 건강할 때는 65킬로 정도를 유지했는데 투병을 하면서 약 부작용 등으로 89킬로까지 나가니 오래 걸을 수도 없는 지경이었죠. 온갖 변증과 고민 끝에 첫날 수지침 188개를 꽂았습니다. 그리고 대장경락을 따라 땀을 25장을 땀습니다. 그렇게 1주일 지나고나니 화장실에 가는 횟수가 7~8회로 줄었다며 환자도 완전히 마음의 문을 열기 시작했습니다. 사실 그시절엔 한국에서 침을 많이 가져올 수도 없었지만 그 환자에겐 모든 것을 쏟아 부었습니다. 알고보니 그분의 동생도 의사고 오빠도 의사인 집안이었습니다. 그렇게 1개월이 지나고나니 화장실을 1~2회만 간다며 약을 끊어도 되느냐고 묻기에 당신이 의사인데 알아서 하라고 했죠.

그렇게 건강을 회복하던차에 자기가 스키를 좋아하는데 몇해동안 스키장엘 가보지도 못했이라며 크리스마스때 가족들과 스키여행을 가고싶다고 하더군요. 어느 정도 안정기에 접

어렸었다고 생각하고 뜬만 한통 들려서 보냈습니다. 그런데 크리스마스 이브에 혈변이 멈추었다며 너무나 감사하다고 전화가 왔어요. 저도 참 희열을 느끼고 행복했습니다.

문) 그 환자가 완치되기까지 얼마나 걸렸나요

답) 시작부터 병원에서 완치판정을 받아 약을 끊을 때 까지 4개월이 걸렸습니다. 그런데 그 사람이 스페인에 크론병환자가 3~4만명은 된다. 자기와 함께 크론병치료 전문병원을 차리자고 제의를 하더군요. 그런데 저는 당시만 해도 크론병도 모르고 치료기전도 모르니 조금은 두렵고 자신이 없어 대답을 하지 못했습니다.

문) 혹시 침구원 운영철학이랄까 어떤 원칙 같은 것이 있나요

답) 제가 발렌시아 한인회장을 하다보니 다른 지역에 계신 한인회장님들과 가끔 만나게 됩니다. 그런곳에는 많은 침구사들이 치료경험이나 자랑, 과신들을 많이합니다. 그런데 저는 그런 이야기들을 좋아하지 않습니다. 늘 환자에게 최선을 다한다는 마음뿐입니다. 가끔 혼신을 다해 치료해준 환자들이 완치후 자기지역의 특산물을 가져오거나 보내오는 것을 보면서 많은 자부심과 보람을 느끼고 있습니다.

문) 발렌시아엔 침구사가 어느 정도나 됩니까

답) 대략 수백명은 될겁니다. 중국침구사나 일본침구사들도 있고요 중국에 가서 침을 배우고 온 스페인 침구사들도 많습니다.

문) 그분들과 갈등이 있거나 어떤 교류의 기회는 있습니까

답) 전혀 없습니다. 각자 자기영역에서 활동할 뿐입니다. 발렌시아가 주변의 위성도시인구까지 합치면 대략 150만명은 됩니다만 신문에 침구원 광고를 하는 사람들도 꽤있습니다. 저는 처음부터 광고는 할줄도 모르고 할생각도 안했습니다. 입소문으로 오는 환자도 미처 못받는 실정 이니까요.

문) 바르셀로나에서 만난 침구사들이 정부의 침구사규제를 위한 법제정문제에 민감하게 반응 하던데 알고있나요

답) 알고 있습니다. 그 이야기는 오래전부터 나온 이야기입니다. 그러나 그렇게 쉽게 기존의 침구사들에게 불이익을 주는 결정을 하지는 못할 겁니다. 오래전부터 노동허가를 받고 세금을 내며 정상적으로 영업을 해온 사람들에게 일방적으로 피해를 준다는 것은 있을수 없죠. 부득이하다면 기존의 침구사는 제외하던가 규제하는 경과조치는 있으리라고 생각합니다.

문) 여기에 혹시 한국 한의대출신이 침구원을 하는곳은 없습니까

답) 한의사 이야기는 들어보지 못했습니다. 다만 한국의 물리치료사가 왔다가 그 자격 인정을 안해줘서 다시 관련학과에 편입해서 학교를 졸업했다는 이야기는 들었습니다.

문) 오랫동안 많은 노력을 기울여 노하우도 쌓으시고 비법도 많이 있을텐데 어떻게 하실 계획인가요



발렌시아 이덕재원장에게 허임기념사업회 경맥도와 도서기증

답) 네 저는 현재 두아들과 함께 침술원을 운영하고 있습니다. 여기서 교육도 하고 전수도 하고 있습니다, 처음에는 아이들이 믿고 따라오려하지 않았지만 자기들이 기적같은 일들을 눈으로 보고 느끼니 이제는 열심히 하고 있습니다.

문) 한국은 침뜸이 한의사만 하도록 되어있는데 한국의 제도나 정부에 대하여 하고싶은 말씀이 있으시면 한말씀 해 주시죠

답) 한국의 침뜸 문제는 밥그릇싸움입니다. 인본주의적 관점에서 생각해야 할 의술을 관계자들의 돈벌이 수단으로 전락해서 그런 것 아니겠습니까. 그렇다고 무자격자들에게 다 오픈할 수는 없겠지만 적절한 교육제도나 과정을 거쳐 누구나 접근할수 있게 해야 합니다. 그리고 무언가를 위해 도움이 된다면 도울수 있어야 한다고 생각합니다. 저도 한국의 침구사제도 부활을 위해 미약하나마 힘을 보태도록 하겠습니다.(끝).

[인터뷰1 : 조현석]

“침 맞고 치료가 되니까 사람들이 오는 겁니다!”

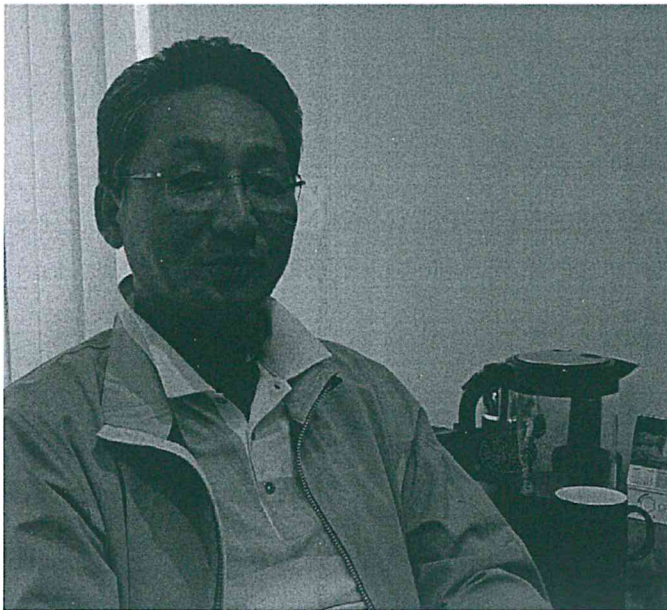
조현석(알리칸테)

1964년 경남 합천 출생

알리칸테 거주

1992년 이주

1992년 침술원 개원



문) 한국에서 성장과정에 대하여 말씀해 주시죠

답) 저는 경남 합천에서 출생 했습니다. 어려서부터 공부에는 흥미가 없었어요. 서울 형님 댁에서 전문대를 다녔는데 운동을 하면서 학교에서 카이로프랙틱을 배우고 운동 선배들로부터는 접골을 배웠습니다. 그리고 침은 이병국 선생님이 운영하는 현대침술학원에서 3개월간 공부를 했습니다.

문) 그러면 처음 몇살 때 스페인으로 오셨나요

답) 처음부터 스페인으로 온 것은 아닙니다. 전문대를 마치고 군제대 후 다른대학교에 편입해서 학교를 다니다가 넓은 세상에 대한 호기심과 젊음의 열정으로 선배따라 아프리카로 가게 되었습니다.

문) 그러면 처음부터 침뜸을 하고 접골과 카이로프랙틱을 하려고 해외로 진출한 것인가요

답) 그렇습니다. 그런데 현대학원에서 침을 배우기는 했지만 많은 공부를 하지는 못했어요. 그러나 접골과 카이로프랙틱은 한국에서 어느 정도의 임상경험도 쌓았고 자신감도 있었기에 아프리카에 가서 선배와 중국 한의사, 그리고 저와 셋이 6개월 정도 치료실을 운영했지요. 그런데 워낙 기후가 안 좋아 적응을 못 하겠더라구요 그래서 옮기게 되었습니다.

문) 그래서 스페인으로 바로 오시게 되었군요

답) 아니죠. 사실 그때는 프랑스로 가려고 계획을 하고 있었어요. 그런데 마드리드에 계신 선배님이 여기도 좋으니 한번 들려가라해서 왔는데 기후풍토나 사람들의 심성이 착해 마음이 끌리더군요. 그래서 92년도에 마드리드에 정착을 하게되었습니다. 그리고 그 선배께서 3개월 후에 침구원을 동업할 수 있는 스페인사람을 소개해 줘서 그때부터 계기가 되어 침구원을 운영하고 있습니다.

문) 그러면 태권도는 안하셨네요

답) 네 저는 처음부터 태권도는 안했습니다. 운동은 한국에서만 하고 해외에서는 침과 접골, 카이로프랙틱만 했습니다. 지금도 환자가 오면 90%는 침을 하지만 10%정도는 수기로 환자를 치료합니다. 역시 환자는 경추나 척추 등 환부를 만져줄 때 안도감을 주고 교감이 훨씬 빠르다는 것을 느낍니다.

문) 그간 많은 침법을 접하고 사용하셨을 텐데 주로 어떤 침법을 사용하시나요

답) 저는 사암오행침을 많이 쓰는데 여기에 육기를 바탕으로 하고 있습니다

문) 침구원을 찾는 환자의 유형은 어떤 질병이 많은가요

답) 뭐 각종 환자가 다 옵니다. 그러나 정신질환이나 불면증 등 신경관련 환자가 많고요 각종 디스크나 오십견과 같은 근육질환, 자궁질환등 부인병, 소화장애, 구안와사나 중풍환자도 많은 편입니다.

문) 스페인에 뚱뚱한 사람들이 많은데 혹시 비만치료도 하나요

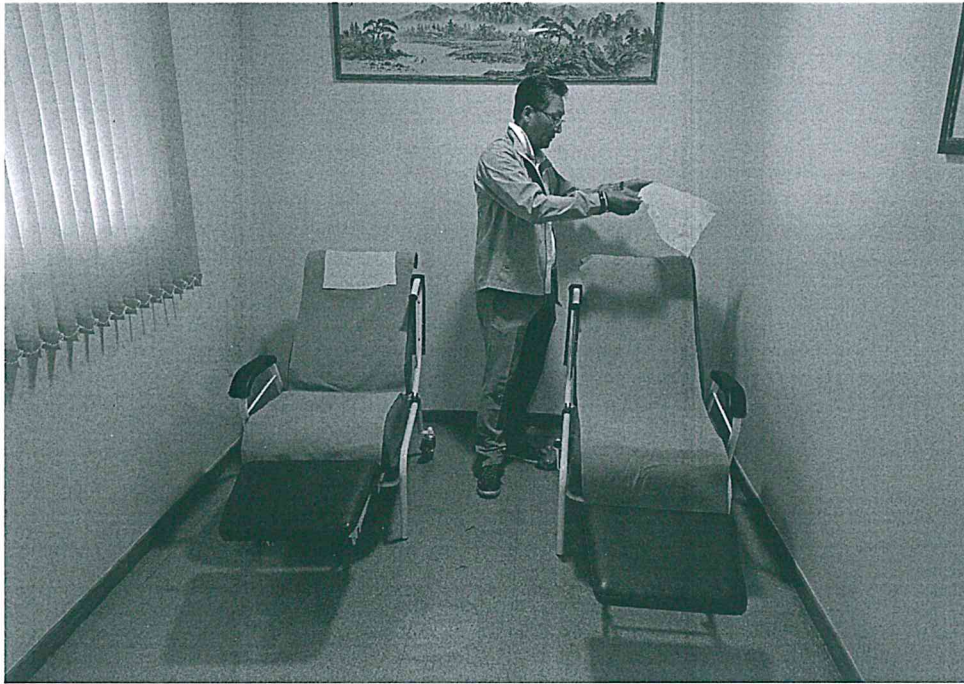
답) 저는 비만치료는 하지 않습니다. 그것은 질병이기 이전에 음식조절과 운동이 같이가야 하므로 본인의 의지가 더욱 중요합니다. 침뜸이 어느 정도는 도움이 될지 모르나 본인의 노력 없이 그것만으로 치료를 기대하기 어렵기 때문입니다.

문) 프랑스로 가려다 계획 없이 스페인에 정착을 하셨는데 정착하기까지 어려움이나 난관은 없으셨나요

답) 네 저는 제가 원했던 일이었기에 후회를 하거나 어렵다고 느껴본적은 없습니다. 그저 최선을 다하고 한국과의 생각이나 연관성은 일부러 머리에서 지우려고 많이 노력을 했습니다.

문) 이 지역에 한인침구사는 얼마나되며 그분들과의 네트워크는 되어있나요

답) 전국적으로 침구사는 제법 많은 걸로 알고 있습니다. 이곳 알리칸테에도 꽤 많은 것으로



조현석 원장이 침술원 베드와 커버 이용방법을 설명하다

추정이 됩니다만 마음맞는 몇 명만 가끔 만나 교류를 하고 있습니다.

문) 이곳은 일주일에 며칠 근무하며 치료인원은 얼마나 되나요

답) 저는 월수금 3일만 일을 합니다. 환자는 하루에 대략 60~70명 정도입니다. 저와 간호사 둘이서 운영하고 있습니다.

문) 오랜 경험 중 극적인 치료사례나 기억에 남는 일이 있으면 소개해 주시죠

답) 저는 모든 환자에게서 항상 느끼고 있습니다. 모든 환자가 항상 새롭고요 저는 환자와의 대화 시에도 치료하는 것이 아니라 서로 돕고 상생하며 더 좋은 방법을 찾아 도와주는 조울사라고 이야기 합니다.

특히 기억에 남는다고 보다는 이곳에 정착하는데 큰 도움이 된 계기가 된 환자가 있었습니다. 여기에 온지 오래되지 않았을 때인데 골프장에서 운동을 마치고 돌아오려던 참이었죠. 풍채가 좋은 초로의 남자가 사람들의 부축을 받으며 차에서 내리더군요. 특유의 직업의식 때문이겠죠. 연유를 물어보니 무릎을 다쳐 두 번이나 수술을 했는데 일어서기도 걷기도 어렵다고 하더군요. 그래서 제가 치료해 보겠노라며 약속을 했어요. 그런데 알고보니 그분은 알리칸테에서 대대로 양조업을 하는 손가락에 꼽는 거부이자 지역유지였습니다. 그런데 그지역에서 가장 유명한 의사인 친구에게서 수술을 받고도 치료가 안돼 3차 수술을 계획하고 있다고 하더군요. 그

런데 이번에도 안되면 치료가 불가능하다고 했었는데 저와 만난거죠. 그런데 제가 약간의 수기치료와 침으로 그 자리에서 서고 걷을 수 있게 되었어요. 그분도 정말 놀라워하고 기뻐했는데 그 인연으로 알리칸테의 지역유지나 고위관직에 있는분들과 연을 맺으며 도약하는 계기가 되었습니다.

문) 침은 이병국 선생께 배운 게 전부였나요

답) 네 사실 한국에서 침 공부하는 많이 못했습니다. 그러나 스페인에 와서 실력 있는 선배님들께 배우고 또 수평고시에 대비해서 스터디그룹을 만들어 공부도 하면서 이론적 기초를 쌓았습니다. 스페인에도 내공도 깊고 실력 있는 분들도 많습니다.

문) 그러면 그동안 다양한 침법을 체득하고 활용해 보셨을 텐데 지금은 어떤 침법을 구사하시나요

답) 네 저는 처음 한국에서는 체침을 배웠고 이곳에 와서는 수지침을 공부하고 나중에는 오행침법을 공부했습니다. 사암오행침은 금오선생의 침법을 많이 연구하고 육기를 응용해서 치료를 하니 효과도 좋더군요.

문) 교육도 하신다고 들었는데 언제부터 어떤 커리큘럼으로 하셨나요

답) 교육은 시작한지가 6년째입니다. 월 1회 토요일과 일요일에 집중수업을 실시하는데 4년제로 운영하고 있습니다. 스페인선생님이 교육하고 마무리는 제가하는 형식으로 운영합니다. 교육생은 주로 간호사나 물리치료사, 대학원생들입니다.

문) 교육생은 어떻게 모집하고 매년 입학과 졸업을 하나요

답) 그동안은 입소문이나 졸업생들을 통해 모집을 했는데 앞으로는 다양한 홍보를 통해 교육생을 모집하는 것도 생각해 봐야 되겠습니다. 입학은 매년하기에는 여러 가지 여건이 부족해서 한팀이 끝나면 새롭게 시작하고 그렇게 합니다. 최고령자는 69세된 할머니인데 아주 열심히 하고 있습니다.

문) 졸업생들은 실제 침구원도 운영하고 있습니까

답) 물론입니다. 자기들이 치료하다가 호전이 안되거나 어려운 환자는 전화로 상의를 하면서 치료하기도 합니다. 때로는 저에게 환자를 데리고와서 검증을 받기도 하고 변증이나 취혈이 잘못 된 경우는 바로잡아 주기도 합니다.

문) 오랫동안 침구원을 운영하고 교육도 시켜서 후계자양성도 하시는데 한국의 침구사제도에 대한 단상이랄까 조언을 하신다면

답) 한국의 침구사제도를 생각하면 답답하지요. 한국정부가 지원은 못해도 제도만이라도 있다면 그 자체가 큰 힘이 되겠죠. 중국의 경우 정부차원에서 다양한 지원을 해 줍니다. 예컨대 침의 홍보라든가 침을 염가로 지원한다든가 하는 것이죠.

그러다보니 침하면 다 중구침으로 알고있는 실정입니다. 우리도 교육이 종료되면 중국 수평고시를 통해 자격증을 취득하게 하고 있습니다.

문) 다른나라 침구사들과 교류를 하는가

답) 중국침구사들과 모임은 없으나 대화는 한다. 스페인침구사들도 대부분 중국에서 공부한 사람들이예요. 그런데 일본 침구사는 본적이 없어요.

문) 스페인에서 침구치료비는 얼마정도 받나요

답) 지역이나 사람에따라 다릅니다. 그러나 일반적으로 한국침구사들은 대도시의 경우 1회 50유로, 지방은 30유로정도를 받아요. 저도 30유로를 받고 있는데 아무튼 여기서도 침은 중산층 이상의 여유가 있는 사람들이 온다고 봅니다.

문) 지금은 음악, 드라마 등 다양한 분야에서 한류가 뜨고 있는데 침뜸이야말로 진정한 의미에서 한류의 시초가 아닌가 생각합니다.

답) 사실 처음에는 한국도 모르고 침뜸도 몰랐다. 그러나 효과가 좋다보니 입소문으로 많은 사람들이 이용하고 지금은 대부분 사람들이 침뜸을 알고 있다. 그러나 유럽이 서양의학의 발상지이다 보니 일부에서는 침뜸을 무시하는 사람들도 많이 있습니다.

문) 의사들은 침뜸을 어떻게 생각하나요

답) 그래도 여기 의사들은 합리적입니다. 이 지역에서 제법 큰 중급규모의 병원에서는 저에게 많은 환자를 보내고 있어요. 현대의학으로 대책이 없는 관절염이나 전신통증환자 등 고질병환자들이죠. 그리고 차도는 없으나 매주 병원을 오는 정신질환자들을 보냅니다. 수술을 앞둔 환자들도 오고요. 왜냐하면 자기들이 고치지 못하는 질병들이 침을 맞고 치료되는 것을 보니까요. 심지어는 환자뿐 아니라 자기 가족들에게도 침뜸을 권하는 실정입니다.

문) 스페인에 정식으로 허가한 침구교육기관이 있나요

답) 지금은 없고요 만들려는 움직임이 있다는 이야기는 들었습니다.

문) 그렇다면 의사들도 침놓는 사람도 있습니까

답) 지금은 많아요. 효과가 좋아서 침을 배웠거나 또는 돈을 벌기 위해서 하는 경우도 있어요. 그리고 일반 종합병원규모의 보험병원에는 침구과가 있어요. 대부분 중국침구사들이 많고요

개인보험병원에서는 침구를 병행하는 의사가 많습니다.



문) 환자의 분포는 어떻게 되나요

답) 국적별로는 스페인사람들이 80%정도되고 지중해를 끼고있는 도시답게 나머지 20%는 독일, 프랑스, 이태리등 다양한 나라에서 옵니다. 환자의 질병으로 보면 일반환자의 90%정도 그러니까 대부분 모든질병의 환자가 찾는다고 보면 될겁니다.

문) 시설 좋고 무료인 병원보다 자비부담으로 침구원을 찾는 이유는 무엇인가요

답) 명확합니다. 치료가 되니까 오는 겁니다. 매주 수십유로를 자부담

하면서 침을 맞는다는 것은 결코 쉬운 일이 아닙니다. 그러니까 그만큼 책임감을 가지고 환자나 질병치료에 임해야 한다고 생각합니다.

문) 향후에 어떤 계획이나 비전같은 것이 있다면

답) 30년전부터 마음속에 그리고 있는 계획인데요 아주 멋진 요양병원을 만드는 일입니다. 그러나 언제 이루어질지는 모르는 일이지요.

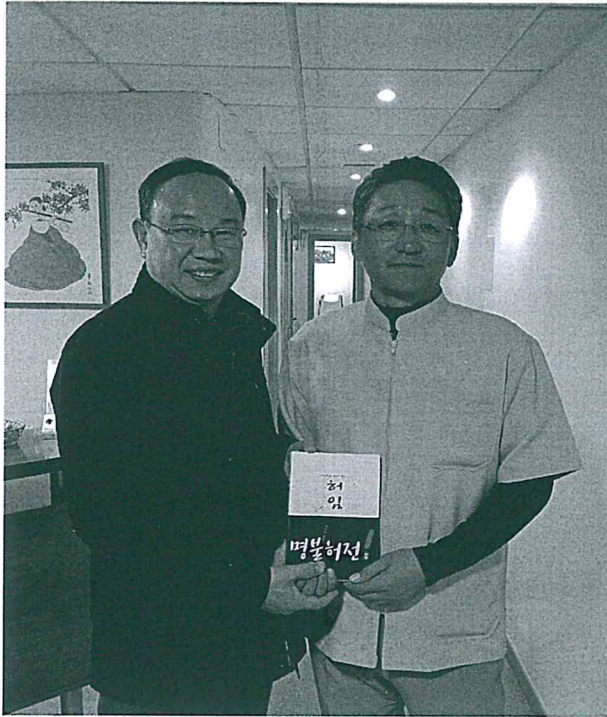
문) 한국에 연고가 있나요

답) 형제들은 모두 한국에 있어요. 그런데 형제들이 항상 그림기는 하지만 부모님이 돌아가시고 나니 자주 가게 되지는 않습니다. 한국에 다녀온 지 6년쯤 되었네요.

문) 사용하시는 침의 규격은 어떤가요.

답) 저는 주로 0.25 × 3센치 침을 사용합니다. 침을 놓으면서 느끼는 것은 깊이나 보사가 치료효과에 미치는 영향은 잘 모르겠어요 그래서 저는 아픈환자에게 가급적 강한자극은 주지 않으려고 하고 있습니다. 결국 침이 굵으면 환자는 통증을 호소합니다.

문) 오행침의 기본은 보사인데 어떤방법을 쓰시나요



조현석 원장에게 '조선의 침구사 허임' 도서와 경
맥도를 기증 기증하며

답) 저는 보사를 하지 않습니다. 대신 평
보평사로 30분 이상 유침을 하지요. 몸
스스로 조율할 시간을 주는것입니다. 1인
당 자침수는 8개정도를 기본으로 하고 있
습니다. 그러나 처음에 온 환자나 병이
깊다고 판단되는 환자는 관련 모혈을 추
가해서 10개정도를 씁니다.

문) 스페인 침구사제도 개혁에 많은 관심
들을 보이던데 주로 어떤 방향으로 개정
이 되고 있나요

답) 사실상 스페인은 침구대학도 없고 지
금까지 침구사제도도 없었어요. 다만 노
동허가를 받아 세금을 내면서 침구원을
운영했습니다. 그러나 대부분 유럽 국가
들이 침구대학이 있으니 대세를 따라가야
겠지요. 그래서 여기도 대학을 설립해서
가야하는데 과도기인 만큼 의사회나 약사

회도 자기목소리를 내는 것이죠. 침구사와 종사자를 포함해서 대략 20여만 명의 밥줄이 달려
있는데 좋은 방향으로 잘 마무리 되리라고 봅니다.

문) 한국침구사들은 단합이 잘 되고있나요

답) 잘 아시다시피 한국 사람들은 워낙 개성이 강하고 개인적으로 똑똑해서 쉽지 않습니다만
침구사법이 개정되고 하면 단합이 돼야하겠지요. 그것도 잘되리라고 믿습니다.

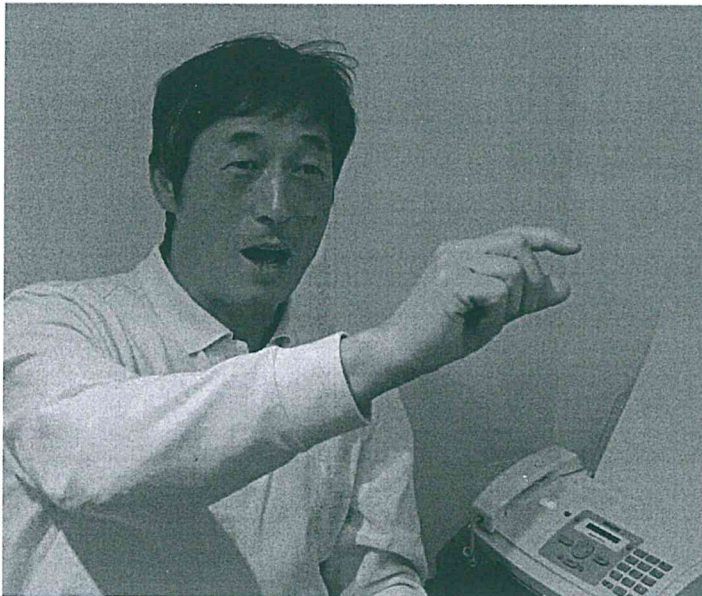
오늘 좋은말씀 감사합니다.

네 수고하셨습니다.(끝).

[인터뷰]

태권도사범으로 다친 교육생 고쳐주다 침구원 개원

이길수(마드리드)



1956. 10. 10 경기도 용인 출생
1975년~1996년 태권도 사범
(한국에서 경기도 태권도협회
운영위원 등 역임)

1982년 스페인 까딸루냐에 자리를 잡은 선배 초청으로 이주.

1982년~1984년 까딸루냐에 거주
1984년~현재 마드리드 거주

1996년~현재 침구원 개원 및 운영

- 마드리드 중앙과 근교에 침술원 두 곳 운영.

- 마드리드에서 침구학원 운영

현재 스페인 침구협회 마드리드지회 회장, 스페인 침구협회 운영위원.

[인터뷰]

문) 한국에서 가정환경과 성장과정에 대하여 말씀해 주시죠

답) 저는 1955년에 경기도 용인에서 8남매중 막내로 태어났어요. 시대적 상황이 어려울때라 부유하진 않았지만 다른 친구들에 비하면 비교적 고생은 안했어요. 운동은 중고등학교 시절부터 시작했는데 고등학교는 서울에서 다녔습니다. 그런데 대학에 떨어지면서 본격적으로 운동을 했습니다.

문) 스페인에는 어떻게 오게 되셨나요

답) 저는 1982년에 태권도 사범으로 왔어요. 오기 전 한국에서는 경기도 태권도협회 운영위원으로 청도관본부에서 근무를 했어요. 일반직장은 다녀본적이 없고 운동은 좋아했지만 그것으로 먹고살기는 어려웠지요. 그래서 장사를 좀 했는데 제법 잘되긴 했어요. 그런데 제가 예나

지금이나 술 좋아하고 친구 좋아하다보니 별 실속이 없었습니다. 그럴 때 스페인에 계신 선배로부터 들어오라는 연락이 왔어요. 그 이야기를 했더니 형님들은 다 가라하고 누님들은 말리고 그러더군요. 저도 '안 되면 유럽여행이나 하고 오지' 하는 기분으로 오게 되었어요. 그때 저는 태권도 5단이었고 사범교육까지 마친 상태였습니다.

문) 스페인에서는 순탄하게 정착을 하셨나요

답) 개인적인 사정이긴 하지만 바르셀로나에서 2년정도 있다가 귀국하려고 마음을 먹기도 했었어요. 그런데 막상가려니 아쉽고 뭔가 새롭게 시작해보자 해서 마드리드로 와서 정착을 했습니다.

문) 그 당시엔 스페인 영주권확보는 어렵지 않았나요

답) 그 시절엔 영주권을 얻거나 일하는 데는 전혀 어려움이 없었어요.

문) 그럼 마드리드에 오셔서 태권도를 다시 하셨겠네요

답) 사실 그 시절엔 스페인사람들이 가라데는 알아도 태권도는 전혀 모르던 시절이었습니다. 그래서 가라데 꼬레아노라고 했습니다. 가라데와 태권도의 차이가 가라데는 뜨는 자세가 없죠. 반면 태권도는 이단옆차기 등등 날라다니는 품세가 많아요. 그런데 그 때 이소룡의 무술영화가 세계를 휩쓸었고 마침 태권도가 거기에 편승해서 순풍을 맞은 거지요. 초기에는 태권도 사범들이 시범단을 편성해서 벽돌깨기 송판쪼개기 등등 막 날아다니며 시범을 보였고 나중에는 한국에서 시범단을 보내 지원을 하기도 했습니다. 그 시절엔 한번 시범단이 돌고나면 태권도 수련생들이 수십명씩 늘었습니다. 태권도장은 대부분 250명에서 300여명으로 성황을 이루었고 돈도 참 많이 벌었습니다.

문) 마드리드에는 누가 최초로 태권도를 시작했나요

답) 제가 알기로는 김조원씨라는 유학생이 최초로 시작을 했다고해요. 그리고 이분이 김규원씨를 초청했는데 대부분 사범들의 입국경로는 선배들이 알음알음으로 끌어주었어요. 갑자기 태권도가 폭발적인 인기를 누리자 독일 광부 중에서도 많은 분들이 오셔서 정착하고 사범을 했습니다. 얼마나 붐이 일었는지 심지어는 청띠 정도의 실력으로도 사범을 했어요.

문) 그러면 태권도의 그런 인기는 언제까지 지속되었습니까

답) 몇 년의 세월이가고 스페인사람들이 4단정도의 사범자격을 획득하면서 독립을 많이 했지요. 또 한국인 사범들의 고령화와 계파간 알력 때문에 단합하지 못하는 등 내외부적인 환경의 변화도 큰 몫을 했다고 봐야겠죠. 아마 지금 한국인사범은 거의 없다고 봐야 될 겁니다.



문) 그러면 침은 언제 어디서 배우셨나요

답) 처음 침을 접한 것은 한국에서 운동하면서 어깨너머로 배웠어요. 사실 침 자체에 대한 관심보다 중국무협지를 보면서 혈도 짚는 이야기에 현혹되어 재미로 경락강의에 관심을 많이 갖았던 것 같습니다. 지금은 돌아가셨으리라 생각이 듭니다만 서울에서 이구 선생님께 6개월 정도 공부를 했습니다.

문) 여기서 침을 놓기 시작한 것은 언제인가요

답) 제가 82년 바르셀로나에 와서 2년정도 있다가 84년도에 마드리드로와서 도장운동을 했습니다. 그런데 수련생이 많다보니 발목이나 허리를 다치는 원생들이 생기고 그러면 도장을 안 나와요. 그래서 원생 관리차원에서 침을 놓다보니 엄마도 아픈데 침 놔 달라 하고 친구도 데려오고 하더라고요. 초기에는 돈을 안 받고 무료로 놔주었어요. 그러다보니 오히려 그들이 돈을 안 받으면 또 올수가 없으니 치료비를 좀 받으라고 통 사정을 하더라고요. 그래서 정말 처음에는 침값만 받았습시다. 그런데 환자가 점점 늘어나니 도장을 소홀하게 될 수밖에 없었어요. 그래서 86년부터는 도장은 사범을 고용해서 맡기고 저는 정식으로 허가를 받아 침구원을 운영하게 되었습니다.

문) 스페인에는 침구사제도는 없나요

답) 침구사라는 직역은 없습니다, 단지 이런 일을 하겠노라고 노동허가를 받아 침을 놓고 거기에 상응하는 세금을 낼 뿐입니다. 여기서 침구사에 대한 이미지는 물리치료사나 안마사정도 수준으로 보는 것 같습니다.

문) 스페인은 지방자치의 역사가 긴데 지역에 따라 차이가 있나요

답) 뭐 약간의 차이는 있을수 있겠지요. 그러나 침구사제도 자체가 없으니 노동허가를 받아 일하는 시스템은 대동소이하리라 생각합니다.

문) 원장님은 오행침을 하시는데 처음부터 오행침만 쓰셨나요

답) 아닙니다. 처음에는 체침도 놓았는데 오랫동안 이런저런 경험을 해보니 사암오행침이 효과가 좋더라구요

문) 보사도 하시나요

답) 네 물론입니다. 저는 전적으로 보사를 하고 또 강하게 염전을 합니다.

문) 침은 몇 개 정도를 사용하나요

답) 저는 보통 1~2개 또는 3~4개정도 놓습니다. 유침은 30분에서 길게는 1시간 정도 유침을 하는데 사실 맥은 2~3분이면 조절이 됩니



다. 그러나 그렇게 빨리 발침을 하면 환자들의 신뢰도도 떨어지고 치료비를 받기도 부담스러워서 유침시간을 좀 길게 잡습니다. 사용하는 침의 규격은 0.25mm × 3Cm인데 강자극을 하지요. 그런데 아시다시피 손끝의 정혈은 통증도 심하고 자극이 강해서 사전에 환자와 충분한 교감을 한 후에 놓아야 합니다. 그래야만 또 마음의 문이 열리고 효과도 좋습니다.

문) 치료비는 얼마나 받으시나요

답) 네 저는 초진은 70유로 재진부터는 50유로를 받습니다. 사실 진료비가 부담이 되다보니 어느 정도 효과를 보면 안 옵니다. 그리고 환자 중에는 의사들도 제법 오는데 자존심 때문인지 신분을 감추고 오는 경우도 종종 있어요. 그들은 침을 맞고 효과 본 환자를 통해 찾아오는 것 같더라구요. 간혹은 의사가 침을 맞고 있는데 치료했던 환자를 만나 인사를 하는 진풍경이 벌어지기도 합니다.

문) 환자는 1일평균 몇 명 정도나 되나요

답) 정확하지는 않습니다만 적게는 10명에서 많게는 20여명 정도 치료합니다.

저는 치료실이 두군데인데 여기서는 월수금 치료하고 좀 떨어진 다른 진료실에서는 화목토를 합니다. 일주일에 6일을 근무하지요. 환자들이 몰릴때는 학생들과 같이 하려고 해보았는데 환자들이 싫어하더군요. 그래서 지금은 집사람과 둘이서 운영합니다.

문) 주 6일 근무하시면 힘드시진 않으신가요

답) 뭐 근무하는 날도 오전에는 10시부터 세시간, 오후에는 4시부터 3시간해서 하루 6시간정도 하구요 저쪽 침술원에서는 오후 5시부터 3시간, 토요일은 오전 10시부터 3시간만 일하니 그리 피곤하진 않습니다.

문) 뜸은 안하시나요

답) 꼭 필요 할 때는 환자의 동의를 받고 시술합니다. 그러나 여기사람들은 흔적이 남아서 뜸을 별로 선호하지 않아요. 환자가 동의하면 직접구도 뜨고 간접구도 뜨곤 하는데 그런 환자가 많지는 않습니다.

문) 여기는 어떤환자가 많습니까

답) 아주 다양합니다. 암부터 에이즈, 불임, 요통 등 정말 온갖 환자가 다 오지요. 그런데 계절에 따라 환자가 유형별로 차이가 있는 것 같습니다.

문) 원장님 오랫동안 침을 놓으시면서 어떤 질병이 효과가 빠르던가요

답) 뭐 오십견같은 경우는 그 자리에서 어느 정도 효과가 나타나구요 요통환자 같은 경우는 기어왔다가도 걸어 나가게 해야합니다. 그런데 침만 놓는 것 보다 뼈도 좀 만질 줄 알아야 합니다. 그리고 식이요법에 대한 지식도 갖추면 금상첨화라는 생각이 듭니다.

문) 기억에 남는 환자가 있으면 말씀해 주세요

답) 한번은 척추수술후 마비도되고 시한부판정을 받은 여자환자였는데 병원에서 간호사를 통해 연락이 왔더군요. 실제 가보니 걷지도 못하고 증상이 심했어요. 그래도 환자가 원하니 6개월정도 성심껏 침을 놓았는데 완치가 되었어요. 병원에서도 많이 놀랐지요. 그분이 아주 부자였는데 주변의 많은 환자들을 보내 주었지요. 저는 환자에게 침도 강하게 놓지만 운동도 많이 시킵니다. 그리고 한국에서 가져온 마사지기계로 요통환자의 근육을 풀어주면 효과가 좋더라고요.

그리고 또다른 병원에서도 연락을 받고가 화장실출입도 못하는 환자에게 침을 놓았는데 즉시 화장실을 다녀오는 기적같은 경험도 했습니다.

문) 병원에서 그렇게 치료를 해도 되나요

답) 환자가 원하면 병원에서 치료도 합니다. 의사의 입회하에서 여러번 치료를 했습니다. 자기들이 고칠수 없는 병에 대해서는 방법도 없고 환자에게 솔직한 것이겠죠. 그러다보니 의사들도 자기 가족들을 침구원에 보내기도 하고 일반환자들도 많이 소개해 줍니다.

문) 환자는 다 소개로만 오나요

답) 네 저의 경우는 그렇습니다. 그런데 중국침구사들을 보면 홍보를 통해 오는 환자는 신뢰도 적고 오래 가지를 않습니다. 서로 아는 지인을 통해서 와야 신뢰도 있고 또 그런 믿음이 있어야 치료효과도 좋습니다.

문) 여기 침술교육생은 몇 명이며 어떤 커리큘럼으로 교육이 되나요

답) 학생은 10~15명정도이고 100% 현지인들입니다. 교육은 3단계로 구분하는데 1단계는 수지침 16시간이고 2단계는 경락, 3단계는 체침을 배우게 됩니다. 시간은 한달에 2회 토, 일요일 각 4시간씩 집중 수업으로 추진하며 3단계는 월1회 실제 질환별 토론과 임상중심으로 운영하지요. 이렇게 1년을 하고나면 수면자세부터 맥진법까지 다양한 지식을 습득합니다. 교육비는 모두 월 250유로를 받고 있는데 모여서 식사하고 기자재비 등으로 지출합니다.

문) 마드리드 침구사협회장이신데 회원구성은 어떻게 되나요

답) 한국 침구사들과는 관계가 별로 없고 대부분 스페인 제자들로 구성되어있어요. 한인 침구사들도 다시한번 결성해서 힘을 모아보려고 생각중입니다. 스페인 침구사들과는 세미나도 하고 어느정도 결집력을 가지고 끌고 나가는데 한국 침구사들은 자기주장이 강하고 모이기가 쉽지않아요. 스페인 제자들은 간혹 멀리서 환자를 데리고 오면 서로 토론하면서 변증이 문제인지 처방이 문제인지 토의도 하고 그렇게 합니다.

문) 여기 마드리드에 한인침구사들은 많이 있나요

답) 순수한 침구사는 10여명 될까요. 그러나 침만 놓는 사람보다 안마나 카이로프랙틱을 하면서 침을 가미하는 그런 사람들이 좀 있는 것 같아요. 중국침구사들은 개업했다 금방 폐업하고 그러는 걸 많이 봤어요. 이마 제생각에는 광고보고 찾아온 환자들에게 믿음과 신뢰를 주지 못했기 때문일 겁니다. 나도 침을 놓아보면 상호 신뢰가 없는 환자는 효과도 떨어지고 그러다보니 몇 번 오다가 특별한 호전반응이 없으면 안오게 되는겁니다.

문) 처음부터 여기에서 하셨나요

답) 아닙니다. 몇 번 옮겼습니다. 여기는 원래 병원이 있던 자리를 제가 인수한 것이고요. 처음에는 집에서 침대를 놓고 시작을 했어요. 그러다가 환자도 늘고해서 옮겼었지요. 진료실 환경이 않좋으면 상류층사람들은 기피하는 현상이 있어요. 또 환자들 중에는 명망있는 지인들에게

소개하기가 꺼려진다는 사람들도 있었어요. 그래서 몇 번 옮겼는데 여기는 교통도 편리하고 원래 병원을 하던곳이라 시설이나 환경이 좋습니다.

문) 중국침구사들도 협회나 단체가 있나요 그리고 그분들과도 교류를 합니까

답) 물론 중국침구사협회는 있습니다. 스페인 침구사들도 중국에가서 공부한 분들도 많고요. 그러나 그분들과 교류는 없습니다.

문) 침구사에 대한 규제나 그와 관련한 움직임이 있다고 들었는데

답) 저도 들려오는 이야기만 들었습니다. 멀리 떨어진 지역의 이야기인데 보건당국에서 인터넷도 못하게하고 간판도 내리라 했다는 이야기입니다. 제 생각에는 무슨 고발이나 신고가 있었던게 아닌가 합니다. 왜냐하면 아직 관련법이 제정된 것도 아닌데 근거도 없이 정부당국에 허가를 받아 오랫동안 세금을 내며 일해 온 사람들에게 그렇게 일방적으로 불이익을 줄수는 없겠지요.



이길수원장과 인터뷰를 마치고 식당에서

문) 끝으로 한국은 침구사 제도를 인정하지 않는데 오랫동안 해외 경험을 바탕으로 느끼신 소회나 하고싶은 말씀있으시면 한말씀 해 주시죠

답) 한국이 빨리 침구사제도를 도입해야합니다. 침은 술이기 때문에 이론보다 실제 임상이 필요하다고 봐요. 쉽게 말해 허실보사만 제대로 알면 모든 병치료가 되게 되어어요. 중국침과는 진단이나 처방에서 비교가 안됩니다. 환자들의 반응을 보면 알수 있지요. 2~3년제 침구전문학교를 만들고 언어와 식이요법까지 가르쳐서 해외로 배출한다면 수많은 일자리는 물론 아마도 세계적인 돌풍을 일으키리라고 봅니다.

사실 외국에도 오랜 임상경험을 바탕으로 나름대로 상당한 수준에 오른 침구사들도 많습니다. 이분들의 노하우를 활용하고 국가적 차원에서 지원만 한다면 엄청난 시너지효과를 거둘수 있

을겁니다.

그리고 대개 여기서 침뜸을 배운 사람들이 중국에가서 수평고시를 보고 견학도하면서 마무리를 하는데 이때 보통 3~4천불은 쓰고 옵니다. 만약 이것을 한국에서 수용할 수 있다면 엄청난 국가적 수입이 되겠지요. 안타까울 따름입니다.(끝).

[인터뷰]

“중국 일본은 국가가 침구사 지원하는데, 한국은 참으로 통탄할 상황”

이병민(마드리드)

-1960년 5월1일 서울 출생.

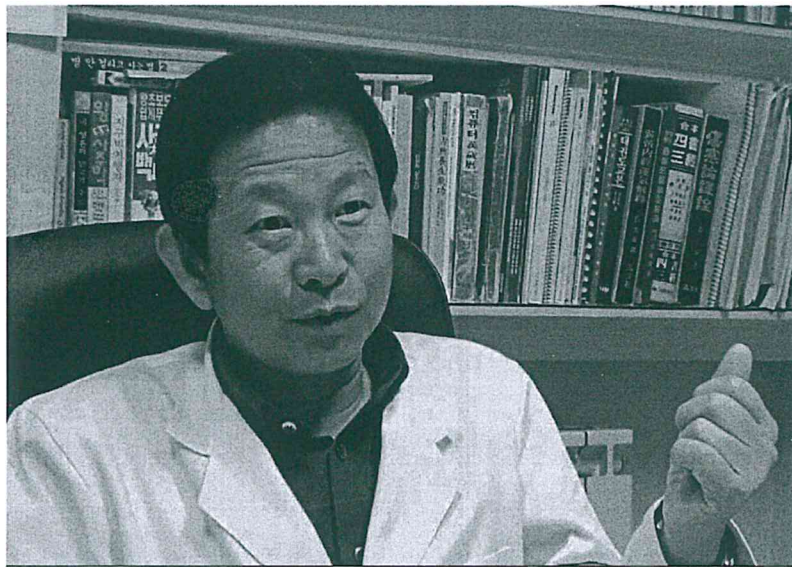
-1980년대 초 유도대(현 용인대) 다니면서 한국침술연합회 주관의 침뜸교육과정에서 침구학습. 스페인으로 가서 태권도 사범 생활. 침술원을 차려 침구 시술.

마드리드 한인회장 등 역임.

-2017년~현재 민주평화통일자문회의 스페인지회장.

문) 한국에서 유년시절의 가정환경과 성장과정에 대하여 말씀해 주시죠

답) 저는 60년 5월 1일 서울 흑석동에서 태어나 고등학교 때 부터 태권도를 접하고 선수 생활을 했습니다. 대학 진학은 생각지도 못하고 78년부터 태권도사범으로 2년간 교사생활을 하다가 군에 다녀와 늦게 용인 유도대학을 다녔습니다.



문) 스페인에 관심을 갖게 된 동기는

답) 제게 태권도를 가르쳐주신 관장님께서 저를 무척 아껴주셨습니다. 그분께서 2년 정도 파키스탄과 독일을 거쳐 스페인에 계시다가 84년도에 귀국하신다는 이야기를 들었어요. 그래서 친구와 함께 김포공항에 영접을 나갔습니다. 그런데 관장님께서 친구에게 스페인에 들어오라고 하는데 어찌하면 좋겠냐고 친구가 상의를 하더군요. 저도 관심은 있었는데 대학을 다닐 때라 친구에게 무조건 들어가라고 권유를 했습니다. 그리고는 마음속에 언젠가는 나도 가야겠다라는 생각을 하고있었죠.

문) 침술은 언제부터 배우셨나요

답) 85년경 대학을 다니면서 사주와 침구 등 동양학에 대해 공부를 했습니다. 침은 용산에 있던 한국침술연합회 이석원 회장님께 배웠습니다. 대략 2년 정도 왔다갔다 배운 것 같습니다. 그런데 그때부터 침을 많이 즐겼던 것 같아요. 운동하다가 아픈사람이 있으면 침으로 고쳐주고 주변 환자들도 치료를 하곤 했어요. 어깨아픈 사람에게 침을 놓으면 바로 좋아지고 너무 신기하고 재미있었어요. 뭐 그런 경험을 하면서 더욱더 빠져들게 된거죠

문) 침은 어떤 침법을 공부하셨나요

답) 뭐 워낙 오래전 일이라 정확히 기억은 안납니다. 그러나 경락을 배우고 경혈의 특성에 따라 침을 놓고 하는 공부를 했으니 체침이었을 겁니다.

문) 접골도 하신다고 들었는데 그것은 어디서 배우셨나요

답) 제가 학교에 다닐 때는 85, 6년도였는데 그시절엔 88올림픽에 대비해서 운동뿐만 아니라 다양한 공부를 했어요. 그리고 잘 아시다시피 우리학교는 운동으로 특화된 학교라 연습중에 다치는 일도 많고 하다보니 접골이나 스포츠마사지도 교과과정에 편성되어 학점을 따라 했어요. 그래서 수업시간에 전문적인 지식이 있는 교수님께 배웠지요.

문) 스페인에 오실 때 태권도는 몇단이었나요

답) 그때 6단 이었습니다.

문) 그러면 스페인에 오실 때 침도 놓으려고 작정을 하신거네요

답) 그렇죠. 그때 이미 일부 태권도사범이 침을 놓는다는 이야기도 들었고요 저 또한 도장을 차리려면 지금도 필요하기 때문에 사정이 여의치 않으면 자본금이 필요없는 침을 놓을 생각이었어요.

문) 침은 언제부터 본격적으로 하셨나요

답) 89년 1월에 도착해서 태권도 사범으로 1년간 활동을 했는데 처음부터 침도 같이 놓기 시작 했어요. 관장님도 저를 부를 때 침을 놓기를 원했구요.

문) 그러면 도장에서 침을 놓으셨나요

답) 아니죠 그시절 월수금은 교육생이 많아 운동에 치중하고 화목요일은 교육생이 많지 않았어요. 그래서 남는시간에 저의 집 빈 공간에 베드를 만들어 놓고 벽에다 경혈도도 붙여놓고 그렇게 침을 놓았어요. 처음에는 균형을 맞추는데 치중해서 침을 놓았는데 정말 치료도 잘되고 재미있었어요.



문) 그러면 본격적으로 침술원을 운영하게 된 것은 언제부터인가요

답) 89년에 와서 1년간은 운동과 침을 병행하다가 90년부터 조그만 시골동네에 가서 침술원을 운영하게 되었어요. 그런데 그곳으로 가게 된 동기가 어느 부부를 치료한 계기로 인연이 된 것입니다. 남편의 30년된 두통을 치료해 주었고 부인은 수술예약을 한 상태였는데 침으로 완치가 되어 수술을 취소했어요. 그런데 그 남편의 형님이 신부님이셨는데 그 분의 도움을 많이 받았어요. 우리 동네로 와라 오기만 하면 살집도 마련해주고 병원에서 일할 수 있게 해주겠다 하시더군요. 그래서 그동네로 들어갔는데 인구 천여 명되는 조그만 마을이긴 하지만 신부님의 도움도 있고 환자들도 많아 정말 잠잘 시간이 없을 정도였어요.

문) 그러면 그동네에 침구사는 없었나요

답) 아노 옛날인데도 침구사한분이 있었어요. 중국에서 침을 배웠다는 스페인 침구사인데 제가 볼때는 정말 침의 기본도 모르는 무지한 사람인데 그래도 돈을 많이 벌었다고 하더라구요.

그러다 제가 들어가면서 환자들이 모두 나에게로 오기 시작했어요.

문) 원장님의 침술이 확산된 동기가 있었나요

답) 뭐 처음부터도 환자는 많았습니다만 증폭된 동기가 있었어요. 그동네 입구에 기사들이 많이 다니는 아주 크고 유명한 식당이 있었어요. 그런데 그집 아이가 어려서 말도 잘 못할 때인데 계속 운다는 겁니다. 그래서 그곳에서 80킬로나 떨어진 대도시 병원에게서 정밀검사를 받았는데도 아무런 원인을 못찾은겁니다. 그런데도 아이가 손도 못대게 하면서 계속 우니 부모의 마음이 오죽했겠습니까. 그때 제가보니 팔이 부자연스럽고 어깨가 빠진 것 같아서 접골로 조금 만져주었는데 바로 치료가 된겁니다. 아이의 울음도 그치고요 그러니 그 작은 동네에서 소문이 짝 퍼졌지요. 또 그 부모는 식당 고객중에 침구원을 찾는 사람이 있으면 직접 데려다 주곤 했어요. 정말 정신없이 6년정도를 그렇게 지냈습니다.

문) 그런데 침술원을 옮긴 이유는 뭔가요

답) 아이들이 자라다보니 교육문제가 대두되었어요. 그래서 그 침술원은 태권도 사범으로 약간의 침도 놓을줄 아는 제 친구에게 넘겨주고 도시로 옮겼지요. 그때 마드리드에서 침맞으러 다니던 100여명의 고객명단을 가지고 와서 시내로 옮겼노라 연락도 하곤 했지만 환자가 없더군요. 자리잡기까지는 한 2년 정도 고전을 했어요. 그러다가 3년쯤 지나서 두군데에 침술원을 차리고 왔다갔다하면서 치료하게 되었습니다.

문) 그럼 이주해와서 홍보는 어떻게 하셨나요

답) 저는 별도로 홍보는 안했습니다. 방법도 몰랐고요. 시간은 좀 걸려도 입소문을 통해 알음알음 찾아오는 환자들이지요. 그리고 여기는 휴가시즌이 길고 많아서 사업을 하는 입장에서는 상승세를 타기가 좀 어려운 면도 있어요. 이를테면 봄이면 부활절 전후로 2주정도, 여름 휴가 때 2개월 그리고 크리스마스과 이어지는 연말연시에 한달정도는 환자가 거의 없다고 봐야돼요.

문) 평소에 환자수와 진료비는 얼마나 받으시나요

답) 지금은 많이 줄었어요 하루에 대략 10~20명 정도 됩니다. 진료비는 초진은 80유로이고 재진부터는 50유로를 받습니다.

문) 침은 어떤침을 얼마나 쓰시나요

답) 침은 0.25mm × 3Cm를 주로 쓰는데 침수는 환자에 따라 다르지요. 그러나 보통 한쌍(10개)정도 사용합니다. 그리고 유침은 대략 20분정도 하고있습니다.

문) 뜸도 하시나요

답) 물론입니다. 직접구, 간접구, 구두침 등 모두 사용하긴 합니다. 그런데 뜸이 효과가 좋은것은 아는데 사고가 한번 난적이 있어요. 그래서 사전에 설명을 하고 동의한 환자만 뜨지요. 아무리 효과가 뛰어나도 사고가 나면 안되거든요.

문) 여기도 한국인 뿐아니라 중국, 일본 침구사도 있는데 어떤 차이가 있나요

답) 효과면에서나 테크닉면에서 한국인이 탁월하다고 봅니다. 한국인들이 노력도 많이 하고요. 저 자신도 프로이기 때문에 치료가 안되면 안된다는 생각을 늘 합니다. 그러나 완치라는 것은 없어요. 좋아지는 것이지요. 그리고 저는 침치료와 함께 운동요법으로 마무리를 하도록 어드바이스를 합니다. 운동을 통해 자가 치료능력을 활성화하고 근골계의 가동범위를 넓혀주는게 중요합니다.

문) 주로 사용하는 침법은 어떤것입니까

답) 정경침이나 오행침 등 각종 침이론을 두루 이용하는데 저는 정경침을 주로 사용해요. 그리고 협척혈도 가미해서 함께 씁니다.

문) 기억에 남는 극적인 치료사례를 소개해 주시죠

답) 그런 일들은 너무 많습니다. 대개 초기에 기억들이 오래 남습니다만 한번은 중풍환자가 왔는데 중풍의 요혈과 몇군데 시침을 했는데 별떡 일어나는 경험을 했어요. 참 놀라웠습니다. 그리고 구안와사같은 경우는 침을 꽂고있는 상태에서 입이 돌아오는 경험도 했고요. 또 발목염좌 같은 것들은 점골술도 가미를 하지만 업혀 들어왔던 환자가 걸어나가는 일들은 매우 흔한 일입니다. 오랫동안 침을 놓다보니 깜짝 놀랄만한 일들은 수시로 생기죠.

문) 환자를 보실 때 맥진도 하시나요

답) 예 물론입니다. 그러나 맥진만으로는 변수가 많아서 변증에 참고만 할뿐이지 전적으로 진맥에만 의존하지는 않습니다. 그러나 맥의 상태가 불안정하고 회복이 어려울 것 같으면 치료를 하지 않고 돌려 보냅니다. 문제가 생길수도 있기 때문입니다. 실제 여기서 돌려보낸 환자중 바로 돌아가신분도 있어요.

문) 의료사고에 대비한 보험같은것도 있습니까

답) 물론 있습니다. 그러나 저는 그럴만한 위험은 없을 것 같아 보험을 들지는 않았습니다. 다만 침구원에 대한 화재보험 같은 것은 가입을 했습니다.

문) 혹시 진료중에 침훈이나 쇼크같은 것도 경험을 하셨나요

답) 물론 있습니다. 그런데 그것은 다 긴장에서 오는 것 같아요. 침훈이 오면 즉시 발침을 하고 몸을 마사지하듯 주무르거나 족삼리를 자극합니다. 그러면 대개 곧 풀립니다.

문) 한국침구사들이 많다고 들었는데 유기적인 협조는 잘되는 편입니까

답) 잘 안돼요. 아시다시피 한국사람들이 똑똑하고 자기주장이 강해서 좀 어렵습니다. 처음에는 침실력도 부족하고 하니 뭔가 좀 배워볼까하고 모였었는데 이제는 나름대로 실력도 향상되고 아쉬움이 없지요. 그리고 침구인 자체도 늙다보니 의욕들도 떨어지는 것 같아요. 그래도 예전부터 모이던 멤

버들은 세미나를 개최하거나 어떤 계기가 있을 때 마다 모여서 정보교환도 하고 그렇게 지냅니다.

문) 평통 자문위원이신 것으로 알고 있는데 혹시 그와 관련하여 북한 침구사를 만나 보시거나 그쪽 침을 접해 보신 적은 있으신가요

답) 지금 평통 스페인지부장을 맡고는 있습니다만 그것은 북한과는 전혀 관련이 없어요. 따라서 북한침구사는 만나 본적도 없고요. 다만 북한에서 출판된 침구서적을 본적은 있습니다. 그 책을 보면서 북한의 침구가 우리보다는 앞서간다는 느낌을 받았습니다. 제가 읽어 본 우리나라 어느 책보다도 정리가 잘돼있고 또 사용해 본 결과 효과도 빠르더군요.

문) 스페인은 침구사제도가 없었는데 최근 침구사의 활동을 제한하는 입법을 추진한다는 이야기를 들었습니다만 그 내용과 대응방안은 무엇인가요

답) 네 맞습니다. 스페인은 침구사제도가 없었기 때문에 누구라도 약간의 교육을 받거나 시설을 갖추면 허가를 받고 일할 수 있었습니다. 그러나 무언가 특정집단의 지원을 위해 입법화 하



전홍조 주스페인대사(오른쪽)가 2019년 1월17일 오전 이병민 민주평통 스페인지회장에게 민주평통의장(대통령) 표창을 전수했다. [사진=주스페인한국대사관]



2018년 3월 14일 스페인을 방문 중인 이낙연 국무총리를 영접한 한국인 침구사 이병민. 그는 국무총리를 만나 한국에서 침구제도가 개선되도록 해야 한다는 의견을 적극 피력했다고 함.

려는 것 같은 움직임이 감지되고 있어요. 추측컨대 전문의가 되지 못한 일반의들과 물리치료사들을 교육시켜 이들에게만 침구를 할수있도록 하려는 것 아닌가 하는 생각이죠. 그래서 지난 번 바르셀로나에서 한인침구사들이 모인것도 이러한 문제를 논의하고 대책을 세우고자 했던 것이예요. 그런데 아시다시피 한국침구사들 대부분이 고령화로 결집력이나 추진력이 많이 떨어집니다. 젊은 그룹이 50대 중후반이거든요. 무언가 대책을 세우기는 해야 하는데 안타까운 생각이 듭니다.

문) 한국 침구사중에 침구교육을 통해 후학을 양성을 하는분들이 계시던데 중국과 일본도 교육을 하나요

답) 물론입니다. 오히려 한국은 개인 침구사가 10명 20명 단위로 하지만 중국과 일본은 더 큰 규모로 교육원을 운영합니다. 특히 중국의 경우는 본국의 대학들과 협력해서 졸업장과 자격시험까지 연계 운용하고 있습니다. 한때 우리도 이에 대응하여 체계적인 교육을 하고자 국내의 한의대와 접촉을 하기도 했었습니다. 그러나 국가 자체의 침구사 자격제도가 없다보니 운용의 묘를 살릴 수가 없었어요. 참으로 통탄할 일입니다.

근래에 한국정부가 일자리 확충에 전력을 경주한다고 하더군요. 저는 침구사 제도만 도입해서 교육을 시키고 해외로 배출한다면 인공지능시대에 줄어드는 일자리 얼마든지 대체 가능하다

고 봅니다. 또 고령화시대에 급증하는 천문학적인 의료비문제도 많이 해소되겠지요. 정말 한국 정부가 중국과 일본의 침구사제도를 분석해서 대응방안을 마련해 주기를 간절히 바랍니다.

지난해 총리님이 스페인을 방문하셨을 때 상세히 말씀을 드렸는데 이미 알고 계시더라고요. 그 후에 보건복지부 관계관이 연락이 와서 필요한 게 뭐냐고 하더군요. 그래서 저 개인적으로는 아무것도 아쉬운 게 없다. 다만 국가차원에서 침구사제도를 풀어야 한다고 당위성만을 이야기 했습니다.

문) 스페인은 의료복지국가라 병원비가 무료인데도 많은 사람들이 자비를 들여 침구원을 찾는 이유는 효과가 좋기 때문이겠죠.

답) 물론이죠. 정확히 보고 계신 겁니다. 그런데 의료복지국가라고는 하지만 병원에 가는것도 예약을 하고 오래 기다려야하고 가본들 뽕족한 수가 없어요. 어찌보면 환자를 방치한다는 느낌이 들때도 있어요. 그에 대해선 참 할말이 많습니다.

오랜시간 감사합니다. 한국의 허임 기념사업회에서 원장님이 말씀하시는 침구사제도 부활을 위해 다방면으로 노력하고 있습니다. 원장님께서도 계속 관심을 가지고 지켜봐 주시고 많은 성원 보내주시기 바랍니다.

감사합니다. 끝.



이병민원장과 인터뷰를 마치고 식당에서

[인터뷰]

중국집 주방장을 거쳐 침구사로 그리고 사업가로 성공

바르셀로나 이규문]

<이규문 원장과는 두 번의 만남과 침구원방문을 통해 나누고 확인한 내용을 근거로 정리함>

1965년생 광주 출신.

침은 한국의 충북 보은의 정도사라는 분에게서 6개월간 배움

현재 침과 마사지를 병행하는 침술원 3개소 운영(한때 8곳을 운영했다고 함)하며 침술원외에 김치와 오행채질 식품 제조 및 판매업 운영.

21세에 태권도사범 자격으로 스페인으로 와서 중국식당 주방장으로 생활하다가 1년 후부터 침술원을 운영하였음.

30세 이전 장갑, 마스크 등을 한국과 중국에서 수입 판매하며 사업을 키웠다고 함

현재 중심지 대로변 사거리의 빌딩 1, 2층 500m²를 소유하고 그곳에서 침술원 및 교육과 사업체를 운영 중임

환자는 1일평균 35~40명 정도이며 치료비는 40유로를 받고 있다 함

체침을 주로 사용하는데 아시혈과 배유혈을 많이 사용함. 1인당 침은 10~15개정도 사용



이태리에서 침구원을 운영한다는 이규문원장 제자와 함께



이규문원장 침술원 입구에서

하며 40분 정도 유침 시간을 둠

15년 전부터 1년 과정의 교육을 하는데 토요일일 등 주말에 수업을 함. 교육생은 10~15명 정도이며 교육비는 4천유로(약 500만원)임

한국(민간)침구사 필리핀에서의 10년 기록

민중오(55세, 전남 영암 출생)

기록의 목적

- * 민침구원을 중심으로 필리핀에서의 한국 침구사의 침술원 운영현황을 있는 그대로 들여다보고자 함.
- * 10년의 침뜸과정을 객관적으로 들여다보고 평가하고 왜 직업 침구사가 필요한지에 대한 인식의 지평을 넓히고자 함.

1. 들어가는 글

2. 기록

- ㄱ. 10년의 환자 수 변화추이로 보는 한국침뜸의 현재와 미래.
- ㄴ. 한국 한의사, 침구사 필리핀 진출 성공과 실패사례.

3. 필리핀에서의 활동

4. 첨부사항: 필리핀의 침구현황

한국 침구사의 필리핀 내 직업 침구사로서 10년의 기록.

민종오(55세, 전남 영암 출생)

침술원 이름: Dr Min's Acupuncture clinic(이하 민침구원)

위치: 필리핀 팜팡가주 앵헬레스시에 형성된 코리안 타운에 위치함.

개원년도: 2009년 9월(2019년 현재 만 10년째 임).

원장: 민종오(55세, 전남 영암)



원장 민종오의 자격취득 과정:

한국 : 2007년 - 2008년 2월16일 뜬사랑 정통침뜸교육원 1년과정 침뜸교육이수. 2008년 6월8일 뜬요법사 자격취득. ~ 졸업 후 2009년까지 침뜸봉사활동.

필리핀 : 2009년 7월 필리핀 침사 및 동양의사자격을 취득함.(자격증 첨부)

2009년 9월 워킹비자 및 노동허가 획득.

2009년 9월 25일 앵헬레스시에 침술원을 개원하여 현재에 이르고 있음(사진첨부).

근무인원: 한국인 침구사 2명 (민침구원에 내방하는 환자가 증가함에 따라 뜬사랑 출신의 한국침구사를



2017년 5월부터 추가 채용함. 뜬사
랑의 졸업장으로 필리핀의 침사 자격
증을 취득하여 합법적으로 노동허가
를 받아서 근무 중임.)
필리핀 간호사 1명. 간호조무사 1명.

주치료 요법: 한국의 정통요법인 구당
침과 뜬으로만 모든 환자치료(치료사
진 및 치료효과 소개)

－ 침치료, 뜬치료, 침뜸 병용요법으로 구성되어 있음.

뜸을 소개하기 위해 뜬키트 만들어 무료 배포 및 뜬 교육 중임,
한약 처방은 하지 않음: 현지 치료문화와 전혀 맞지 않음.



1. 들어가는 글

**** 필리핀에 오게 된 계기?**

필리핀 클락에는 2007년부터 사업차 방문을 하고 있었다. 마침 구당침뜸을 배우고 있던 시기였다.

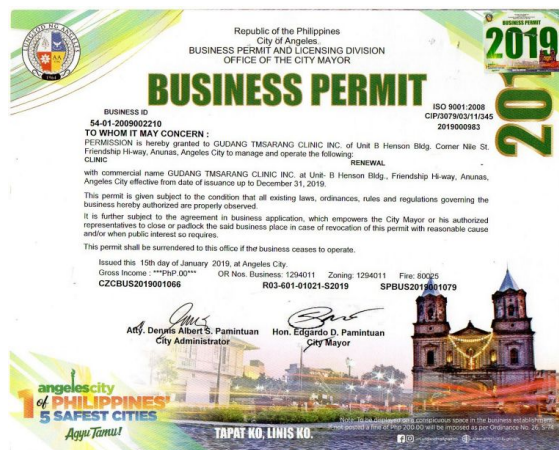
그래서 당연히 필리핀의 침뜸치료에 대한 관심을 갖게 되었고, 인터넷검색을 해보니 필리핀은 보건부산하에 대체의학청이 있고, 이 기관을 통해 서양의학을 제외한 모든 치료법을 수용, 제도화하고 있었다.

필리핀에서는 동양의사(한약), 침, 카이로프랙틱 등을 대체의학으로 분류해서 대체의학청을 통해 자격증을 발급하고 2년마다 자격증갱신과 클리닉 검사관리 등을 하고 있으며, 외국인은 자국에서 대체의학 교육이수를 증명하는 졸업장, 임상증명서 등이 있으면 동양의사, 침사, 카이로프랙터 등의 자격증을 발급 받을 수 있다. 이 자격증을 근거로 워킹비자와 노동허가증을 발급받고 합법적으로 침술원을 운영할 수 있다.

의사, 치과의사, 간호사 등은 자국민이 아니면 자격증을 발급 받을 수 없으나 대체의학만은 타국의 치료사들을 받아들이고 있다.

2009년 대체의학청을 방문하여 위 사실을 확인한 후 바로 필리핀으로 이주를 결심하고 가족들의 동의를 얻어 필리핀 침사 자격증을 신청했다.

6개월 후 자격증이 발급되고 먼저 이주하여 개원준비를 하고 2009년 9월 침술원 개원했다.



******* 2009년 당시 필리핀에는 침술이 많이 보급되지 않았을 뿐만 아니라 사람들이 뜸술은 전혀 모르는 시기였는데 인구도 많지 않은 지방 소도시인 앵헬레스에다 침술원을 차릴 생각을 했는가?

필리핀에서 아는 곳은 앵헬레스 뿐이어서 여기다 개원했음.

한국교민들이 모여 있는 곳이라 초기 교민들을 치료하면서 필리핀 사람들을 한사람씩 늘려가는 것을 목표로 하고 현지화만이 살길이라는 생각으로 서두르지 않고 환자치료에만 집중함.

한국에서 구당 선생님의 침뜸치료 역사를 배우면서 구당 침뜸술은 국가, 인종, 남녀노소를 불문하고 인간의 질병에는 탁월한 효과가 있다는 것을 알게 되고 1년여의 임상을 통해 확인하면서 실패할 것이라는 생각은 전혀 없이 필리핀에 진출함. 진출초기에는 다소 어려웠음.

2. 기록

침술원 내방 환자의 국적: 20% 한국인, 80% 필리핀사람과 외국인(엥헬레스에는 미국,호주,독일,영국등 퇴역군인과 은퇴이민자가 많이 살고 있는 도시임)

침술원 방문 이유: 필리핀도 고령인구의 증가로 퇴행성 노인질환과 혈압, 당뇨, 암과 같은 대사성 만성질환이 대폭 늘어나고 있으나 ,병원에서는 대증요법으로 약과 주사 처방이 대부분이어서 치료가 되지 않기 때문에 대체의학을 많이 찾고 있음. 그중 한국 침과 뜸이 10년여 동안 치료효과를 보여줌으로써 환자의 방문이 꾸준히 이루어지고 있음.

치료부위: 부분치료: 요통, 관절염, 염좌 등과 같이 증상부위에 침과 뜸을 놓는 부분치료,(치료시간은 30분 내외 소요됨)

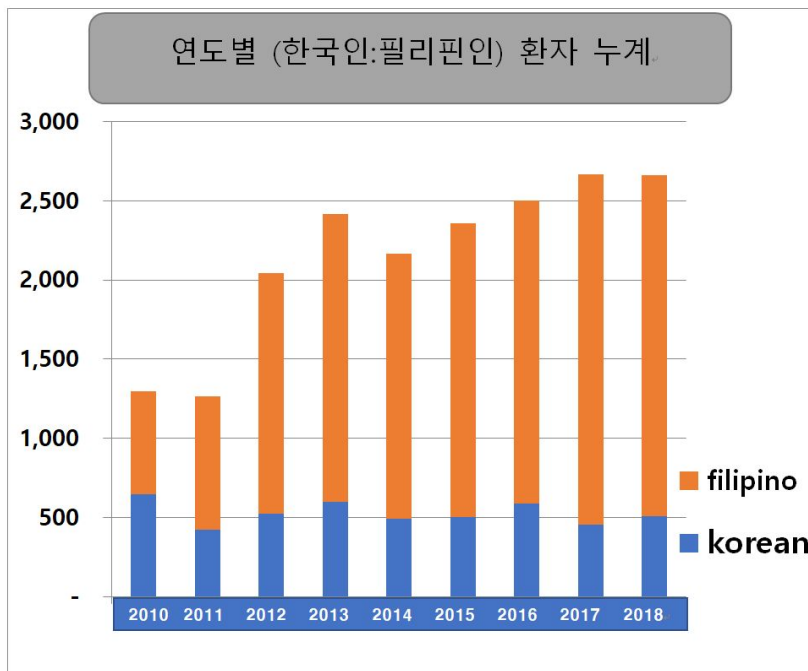
전신치료: 중풍, 암, 신경병, 대사질환 등의 만성 질환에는 몸 전체에 침을 놓는 전체치료로 구분하고 있음.(치료시간은 1시간 내외)

치료비: 민침구원은 침과 뜸으로만 치료하고있음. 필리핀은 사회보장의료보험이 없는 사정으로 모든 비용은 개인이 부담함. 치료비는 부분치료와 전체치료에따라 부분치료 시 500페소(한화 11,440원)에서 전체치료 시 1500페소(한화 34,320원) 정도임. 필리핀의 소득수준과 비교한다면 상당한 치료비용임. 오히려 한국교민들이 부담을 느끼는 비용임.

※ 2019년 7월4일 현재 환율 1페소:한화 22.88원.

ㄱ. 9년의 환자수 변화추이로 보는 한국침뜸의 현재와 미래.

Year	total	korean	filipino
2010	1,296	647	648
2011	1,263	421	842
2012	2,048	525	1,521
2013	2,416	600	1,816
2014	2,164	491	1,673
2015	2,359	501	1,858
2016	2,505	588	1,917
2017	2,666	456	2,210
2018	2,660	508	2,152



평가: 9년간의 통계를 보면 해마다 내원 환자가 꾸준히 증가하고 있음을 볼 수 있다.

한국 환자 수는 500명 내외로 정체된 걸 볼 수 있으며, 필리핀환자는 꾸준히 증가했다. 한국인 환자수의 정체는 2만 명 내외의 제한된 한국교민 인원수에 기인한 것으로 보인다.

필리핀환자수의 증가는 만성질환자의 지속적인 방문과 신규환자의 방문으로 보이고, 치료와 소개의 선순환이 이루어지고 있다.

**** 필리핀환자가 지속적으로 증가하는 이유는 무엇으로보는가?**

물어보나마나 아픈 곳을 치료해서 아프지 않게 하기 때문이다. 한두 번에 낫지 않으면 여러 번 치료를 하기 때문에 치료가 된다. 또한 침뜸치료는 증상치료와 함께 원인치료를 하기때문에 증상 재발이 잘 되지 않고 완치에 가깝게 치료한다.

**** 어떤 질환을 가진 환자들이 주로 방문하고 있는가?**

아주 다양한 질환을 가진 환자들이 방문하고 있다. 현대인이 가지고 있는 모든 질환을 진료한다고 볼 수 있다.

머리부터 발끝까지, 두통부터 뒷꿈치 통증까지, 오장육부의 각종질환부터 근골격계 질환까지, 스트레스로 인한 증상과 화병 환자까지, 근래에 증가하고 있는 불임환자와 각종 암환자까지 수많은 병을 가진 환자들이 진료 받고 있다.

치료효과도 높으며, 치료 만족도 또한 높고 이에 따라 한국 침구사에 대한 신뢰 또한 아주 높다.

ㄴ. 한국 한의사,침구사 필리핀 진출 성공과 실패사례.

한국한의사의 진출 사례

앵헬레스시는 교민이 2만여 명 정도이며, 관광객이 많은 도시여서 일찍이 한인타운이 조성되고 그 주변에 주거 타운이 형성되어 있어 타 도시에 비해 한인 밀도가 높은 도시이다.

셋 번째 진출사례— 2014년 한국교민과 한국관광객을 주 대상으로 하는 병원 내에 한국 한의사면허를 가진 한의사가 한의원 개원했다

주 치료요법: 한약과 효소, 사혈을 주치료요법으로 해서 운영하다가 허가 되지 않은 약의 판매로 고발조치 되어 2년 만에 폐원함. 침과 뜸은 거의 사용하지 않음.

두번째 사례: 한국 한의사단체에서 앵헬레스 인근도시로 봉사활동을 나온 이후 유관단체 신문에 앵헬레스에는 뜸사랑 출신 침구사가 침술원을 운영하는 곳 외에는 한의원이 없다는 기사가 나오고 얼마 지나지 않아 2017년 5월경 역시 한국한의사 면허를 가진 한의사가 코리아타운 내 서울한의원을 개원함. 침을 써야 한다는 정보를 파악하고 acupuncture clinic 으로 광고하면서 한약처방과 오행침과 전기침을 사용했으나 치료효과 면에서 미미하고 현지화에 실패하면서 역시 2년 만에 폐원하고 한국으로 돌아감.

세번째 사례: 2019년초에 한국 부산에서 활동하는 한국한의사가 한방병원을 개원하여 치료하고 있으나 교민을 주고객 대상으로 하고 한약과 약침,사혈, 미용시술 등을 주치료 요법으로 하고 있어 민침구원의 경쟁상대가 되지 않고 있음. 뜸은 뜨지 않고 침도 부분적으로만 시술하고 있음.

암환자에게 면역력증가를 목적으로 산삼약침이라 하면서 1회 6000페소(한화 137,280원)를 받고 약침을 맞았으나 별 효과가 없어 민침구원에 방문하여 침뜸치료받으면서 사실을 얘기함.

네번째사례 ; 현재는 병원으로 운영하고 주고객은 한국교민과 관광객 응급환자 치료에 강점을 보이는 종로병원. 초기에는 종로약국으로 출발하여 약 판매와 함께 침치료를 많이 하였으나 민침구원 개원이후에는 침치료환자가 줄어들게 되어 현재는 필리핀 의사를 고용하여 병원으로 운영 중.

여타사례: 2009년 개원초기에는 합법적인 필리핀 침사면허 없이 집에서 침을 놓고 왕진을 다니는 한국인 동네침사들이 여러 명 있었으나 역시 도태되었고, 한국 한의사는 아니지만 필리핀 침사허가를 득하고 정식으로 개원한 경우도 있었으나 오래 가지 못하고 폐원, 귀국하게 됨.

위의 사례를 보듯이 한의사라 하더라도 자기 주종목이 없고 한국에서 운영하듯이 한약과 사혈 부분침, 전침을 가지고는 치료효과가 미미하여 현지화에 성공하기 어려우며, 침구사로서의 전문성이 있을 때에야 안착이 가능하다고 보임.

한국 의사들의 미국 진출은 상당하나 한의사의 각국 진출이 미미한데 이는 한의사가 한약을 주치료 요법으로 하기 때문이라고 생각됨.

과거 농업사회와 산업화 시대에는 사람들이 중노동에 시달리면서 먹고 살기 힘든 빡빡한 환경이라 보약이 치료제로서 중요 역할을 하였지만 시대가 바뀌고 생활환경이 바뀌어 물질적으로 풍요로운 현대에는 더 이상 한약이 인간질병을 치료하는데 주치료법이 되기 어려울 것으로 보임.

현대인의 난치병과 생활병은 한국침뜸이 탁월한 치료효과를 가지고 있어서 침구사의 부활은 사람들이 몸의 질환을 치료, 예방하면서 삶의 질을 높이는데 아주 이로운 정책이며 시대의 요구라 생각됨.

3. 필리핀에서의 활동

[치료활동]

2009년 9월 클리닉을 개원한 이래로 직업침구사로서 매일 침과뜸으로만 환자를 치료한다. 한약은 하지 않는다.

치료는 증상과 병, 그리고 몸 상태에 따라 몸의 앞면과 뒷면에 혈자리를 잡고 침과 뜸을 함께 놓는 방식으로 진행한다. 이것이 구당 김남수 선생님의 침뜸법이며 한국전통 침뜸법이다.

2009년 침구원을 개원하였을 당시 필리핀사람들은 침뜸요법에 대해 들어보지는 했으나, 직접 치료받은 경험이 없어서 무서워하고 꺼려하는 치료법이였다. 그러나 치료효과가 증명되고 병을 고치는 사람들이 늘어나면서 가족, 친지, 이웃을 소개하게 되었다.

또한 두 시간 거리에 있는 마닐라에서 방문하는 것은 물론 이거니와 멀리 미국, 알래스카, 독일, 프랑스 등에서 필리핀으로 휴가를 올 때 한두 달씩 장기 체류하면서 치료를 받는 환자들도 있다. 난치병 환자들이다

[봉사활동]

배워서 남 주자는 구당철학을 실현하기 위해 2016년 구당 선생님이 봉사 차 필리핀에 방문한 이래 매년 1회 또는 2회씩 한국에서 침구사들이 방문하여 각

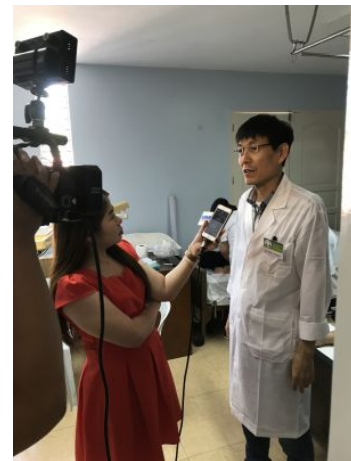
지역을 순회하며 무료진료를 하고 있다.

2012년~2013년: 민침구원에서 침구사 1인, 간호원1인, 봉사자 2인 등 산페르난도시 소재의 양로원에 월1회 방문 무료 진료



2016년 2월: 구당 김남수 선생님의 필리핀 방문으로 한국교민과 앵헬레스 시청직원을 무료진료 함. 한국 침구사 7인, 필리핀간호사 3인 등

— 102세 한국침구사의 방문이 화제가 되어 TV방송에도 뉴스로 나옴.



2017년 5월 한국침구사 9인, 필리핀 간호사 2인이 참여하여

— 25일: 마발라캇 시청 직원대상.

— 26일: 오전:산페르난도 보건소 환자 및 산페르난도 시 에드윈 산티아고 시장,

오후: 앵헬레스 지방법원 직원 및 법원장.

— 27일: 클락 공군기지내 공군에 대한 무료진료 실행.

2018년 4월 한국침구사 11인, 필리핀의사 1인, 필리핀간호사 2인,

— 18일: 산페르난도시 세인트 조셉병원에서 환자 무료진료



— 19일: 마닐라소재 필리핀의사협회에서 마닐라 퀘존 시 의사협회 소개로 마닐라 시민들 진료.

— 20일: 앵헬레스 한인회에서 한국교민 진료

— 21일: 필리핀 신부님 소개로 밤반시 성당에서 농촌지역 농민들 진료.

2018년 민침구원 침구사 2인은 9월23일부터 10월1일까지 인도 의사의 초청으로 인도에서 의사 지인들 무료진료 함.
-지역 TV방송에 한국침뜸치료 소개됨.

인도의 대체의학은 침보다는 경혈지압을 주로 활용함.

인도사람들이 처음에는 침뜸 치료경험이 없어 겁을 냈으나 침뜸시술을 받은후 통증이 경감되고, 몸이 편해지자 다음날부터는 가족들을 데려오기 시작함.
인도에서도 한국침뜸술의 치료효과를 확인했으며, 뜸사랑의 자격증으로도 충분히 클리닉을 오픈할 수 있다고 함.

2018년 11월 한국침구사 10인, 필리핀 의사 1인, 간호사 2인

- 8일 농촌지역 과파시 Juses Datu 메디컬 센터에서 지역주민 진료
- 9일 마닐라 필리핀의사협회에서 시민진료.
- 10일 클락 공군기지에서 공군 진료
- 11일 필리핀 침사협회 2018년 침사대회에 참석하여 한국침뜸과 암예방 및 치료를 주제로 발표하고 참가자들에게 침뜸시연.

2019년: 6월 한국침구사 8인, 베트남 한국침구사 1인, 필리핀 의사 1인 간호사 3인
- 19일,20일 법무무산하 교정국직원 무료진료
- 21일 앵헬레스 교도소에서 마약중독자 및 채소자, 교도관 무료진료.



평가 : 매해 봉사 때 가는 곳마다 환자들로 넘쳐나고, 치료만족도가 높다.
그러나 침구사들은 매일 치료를 하는 강행군으로 피로를 호소함.

[강연활동]

한국침뜸으로 보는 현대인의 질환과 치료방법을 주제로 강연하고 있으며

2018년 6월에는 필리핀 침사협회와 함께 필리핀의사, 침사, 환자들을 대상으로 한국침뜸과 암치료를 주제로 강의하면서 무료 뜸키트를 나눠주어 큰 환영을 받은 바 있으며, 11월에는 한국침구사들과 함께 필리핀침사협회의 컨벤션대회에 참석하여 직접뜸법을 시연하여 자가치료로서의 뜸을 가르쳐 줌. 필리핀의사와 대체의학에 관심이 고조되면서 배우고자 하는 필리핀 사람들이 많이 늘어나고 있었지만 여력이 안 되서 교육은 못하고 있음.

향후 마닐라나 엔헬레스 지역에 교육기관과 침술원이 결합된 형태로 침뜸교육전문기관을 만든다면 상당한 파급력이 있을 것임.



[필리핀의사들과의 교류협력]

대체의학에 대한 관심이 높아지면서 필리핀 의사들도 서양의학만을 고집하지 않고 침술을 받아들이고 있음, 자기 환자에게 침을 권유하여 민침구원을 방문하는 환자도 늘고 있고 의사 자신의 생활병과 만성병을 치료하고자 방문하는 의사들도 많음.

4. 첨부사항: 필리핀의 침구현황

-필리핀의 대체의학: 침구사를 중심으로-

과거에는 차이나타운에 있는 화교침술원을 이용했으나, 현재는 침술이 많이 보급되고 필리핀 시민들한테 치료요법으로 인정되어 대도시인 마닐라에는 필리핀 침사들과 한국침구사들이 운영하는 클리닉이 많은 편임.

필리핀 침사들도 필리핀침사협회를 만들어 매년 세미나 등을 개최하여 교류 및 실력향상에 힘쓰고 있음. 필리핀의 침술은 대부분 중국 침법을 이용한 치료를 하고 있고 한약처방은 하지 않음.

필리핀의 특이점.: 병원 내에 침사가 침술원을 개설하는 것을 허용하는 상황이다. 병원에서 직접 운영하는 것은 아니고 병실을 임차하여 개원하는 방식임. 마닐라 소재의 규모가 있는 사립병원의 상당수가 병원내에 침술원이 있음. 현재 민침구원에도 필리핀 소아과 의사 1명이 2016년부터 이론교육과 임상실습을 받고 있으며, 봉사활동 때 마다 동행하면서 침뜸술을 습득하는 중임. 의사들 중 상당수가 대체의학을 인정하고 있는 분위기이며 그 중 침에 대한 인식과 경험이 넓어지면서 침치료를 긍정적으로 생각하며 받아들이는 분위기. 필리핀에는 대학수준의 침뜸교육기관은 없으며, 사립대학 내에 단기과정을 개설하여 이론교육 위주로 진행하는 프로그램은 있음. 대체의학에 관심이 높아짐에 따라 의사들을 대상으로 4주간 집중교육을 하는 프로그램도 있으며, 보건소에 근무하는 의사들이 휴가를 내고 교육에 참여하기도 함. 이들은 진료지역이 광범위하고 약과 주사만으로는 생활병을 치료하는데 한계를 절감하는 의사들이기 때문에 침의 효과를 아는 의사들을 중심으로 침치료를 인정하고 받아들이고 있는 추세임.

중국이나 미국 등에서 단기간 교육이수 후 자기진료와 병행하는 경우가 많아지고 있음.

의사들이 중국에서 단기간의 침교육 후에 마닐라에는 10여 곳 이상 acupuncture clinic을 운영하고 있으며 주로 중국에서 배운 후 필리핀에 진출하고 있음. 중국침을 사용함.

[민병래의 사수만보] 사람 살리는 데 면허가 전부는 아닙니다

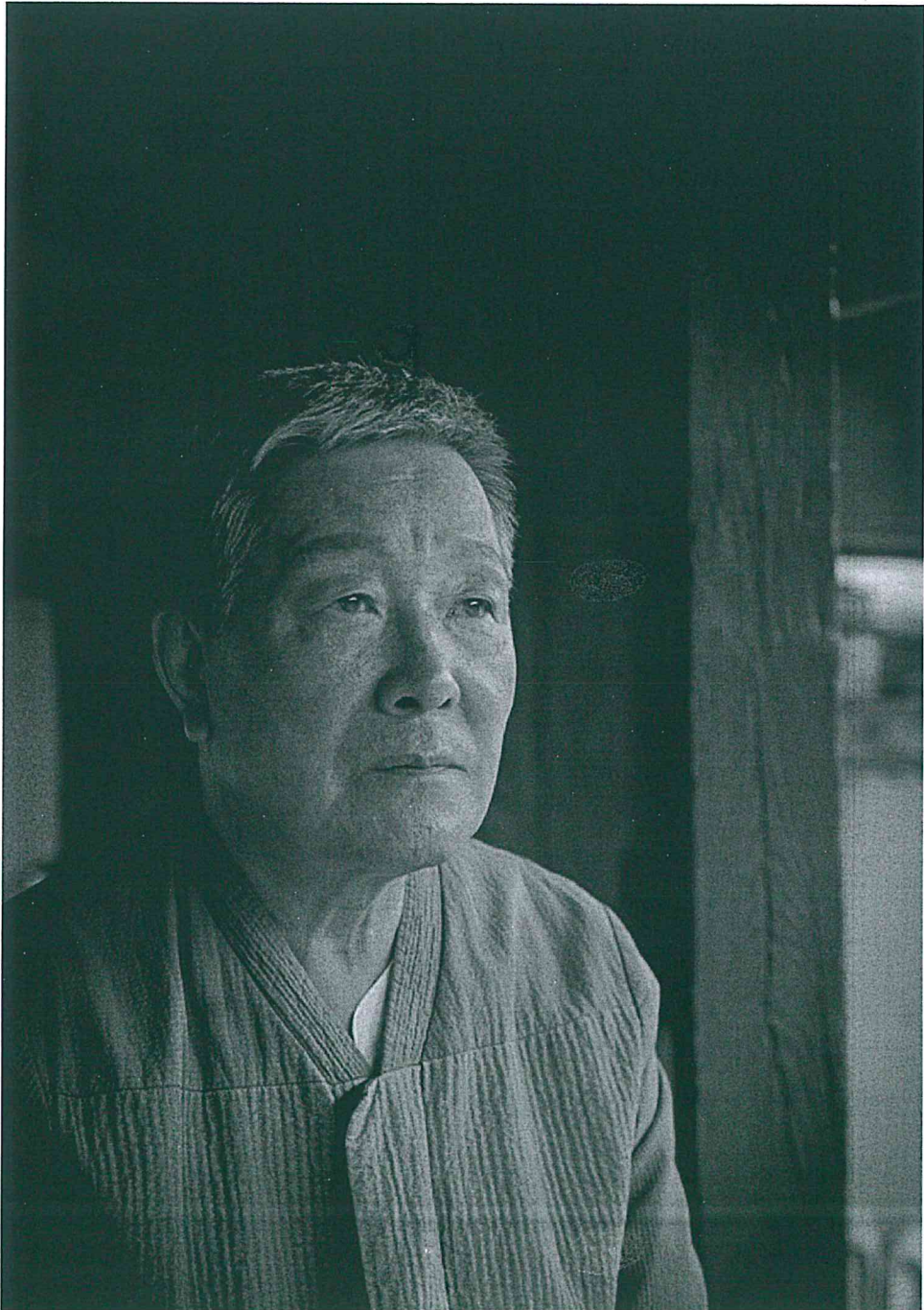
민병래 입력 2019.05.03 07:51 수정 2019.05.15 14:18

사할린에서 피어난 '아리랑 침뜸' 손병덕 선생

[오마이뉴스 민병래 기자]

손병덕. 그는 사할린에서 침뜸으로 1990년대 중반부터 25년여를 살아왔다. 그렇다고 침구사도 아니고 면허를 가진 의료인도 아니다. 그렇지만 사할린 사람들은 그를 '독토르(닥터의 러시아식 발음) 손'이라고 부른다.

45년생으로 충남 태안에서 태어난 그는 올해 칠십 중반에 이르렀다. 머리는 하얗게 세었지만 몸은 꼳꼳하고 정신은 총명하다. 침과 뜸을 다루는 그의 손길은 여전히 섬세하고 엄정하다.



▲ 태안 고향집 뒷마루에서 지난 4월 어머니 기일을 맞아 손병덕 선생은 고향 태안에 왔다.

© 민병래

손병덕은 사실 침과는 거리가 멀었다. 그는 태안에서 형님과 함께 수산물로 잔뼈가 굵은 사업가였다. 그런 그가 '사할린 침구사'로 변신하게 된 것은 양파와 동태를 맞바꾸는 무역이 계기가 됐다.

동태를 연육으로 만들어 영국에 수출하던 거래처 '미스터 최'가 손병덕에게 연락을 해왔다. 현재 '러시아에 있다'며 "양파 1700톤을 보내주면 동태 1500톤을 보내주겠다"는 제안이었다. 그때가 1993년 봄 무렵이었다.

'돈이 되겠다'는 판단에 그는 제주와 마산에서 그러모아 1700톤을 보냈다. 하지만 블라디보스톡에 하역한 양파는 물류창고를 구하지 못해 절반이 얼어서 못쓰게 되었다. 한국에 온 동태도 크기가 분류되지 않은 상태여서 상품성이 떨어졌다. 기대했던 무역은 큰 손해를 안겨주었다.

그 손실을 만회하고자 손병덕이 생각한 것은 '킹크랩 수입'이었다. 그렇게 해 사할린으로 들어간 그 때가 94년 7월. 통역을 3명까지 고용하면서 야심차게 던진 승부수였다. 그런데 중개업자가 거래 대금을 갖고 도망을 가버렸다. 큰 사기를 당한 것이다.

결국 동태에 이어 킹크랩으로 두 번째 큰 타격을 입고 말았다. 한국으로 돌아갈 면목도 없고 돈을 돌릴 수도 없는데 수중에 남은 돈은 백 달러 남짓이었다. 호텔방을 나와 몸 하나 누일 방을 간신히 걸었다. 암담했다. 영하 30도를 넘나드는 날씨, 왔다하면 한길 가까이 쌓이는 눈을 헤치며 살아갈 자신이 없었다.

당시 통역을 맡았던 김돌라는 만성두통이 있었다. 그런 그가 어디서 들었는지 손병덕에게 "침을 놓을 줄 아느냐"고 물었다. 손병덕은 예전에 배운 침구 경험을 되짚어 경혈자리를 찾아 침을 놓고 책회에 뜸 다섯 장을 떠졌다. 첫날부터 김돌라는 머리에서 피가 주르륵 났다. 그렇게 5일 동안 침을 놓으니 그는 "머리가 아프지 않다"며 너무나 고마워했다. 매일 진통제를 달고 살았는데 "살 것 같다"며 "무료로 1년간 통역을 해주겠다"고까지 했다.

시간을 거슬러 1987년 마흔 무렵, 손병덕은 내과 의사 최형배를 만났다. 최형배는 황해도 안악 출신으로 와세다 의과대학을 졸업했는데 당시 무료진료병원이었던 '새마음병원' 내과과장이었다. 그는 침구에 조예가 깊었고 중국에서 선생을 초빙해 침구를 배울 정도로 열의가 있었다.

손병덕은 이 최형배로부터 '전통침구학'을 교재로 6개월 동안 침구를 배웠다. 이때 배운 침구 경험이 사할린에서 한 줄기 빛이 될 줄은 상상도 못했었다.

김돌라의 두통을 치료해준 것이 계기가 되어 손병덕의 집에는 하루 한 두 명씩 두통 환자들이 오기 시작했다. 입소문이 돌아 아침 9시면 손병덕의 집 앞은 환자들 차가 북새통을 이루었다. 손병덕은 면허가 없기도 하고 "실력도 깊지 않다"며 일절 돈을 받지 않았다. 오직 무료 봉사로 일관했다. 그렇지만 침뜸 효과 덕에 사람들이 쌀, 감자, 연어 등을 내놓고 갔다. 덕분에 끼니는 걱정하지 않아도 되었다.





▲ 손병덕 선생이 침 놓는 모습
© 민병래

여기에는 사할린 사람들의 태도도 한몫했다. 그들은 침뜸이나 대체의학에 관심이 많았다. 그렇기에 손병덕의 침뜸, 한국에서 건너간 침뜸을 선풍 받아들였다.

침뜸은 우리 역사와 함께 해왔다. 뜸은 불을 이용하면서 시작됐고, 침은 돌침이나 뼈침 등과 같은 도구에서부터 유래되어 전통요법이 되었다. 이렇게 시작된 침술은 조선에 와서 제도화되었다. 침구의를 분리시켜 별도로 의과고시를 시행한 것이다. 세종 때부터 침구 전문생을 해마다 세 명씩 뽑아 전의감·혜민국 등에 1인씩 배치하게 된다. 이것이 침구 전문의의 시초로 알려져 있다.

민간에서도 '침쟁이'라고 불리우던 침구사들이 고을마다 널리 퍼져있었다. 일제강점기는 물론 조선시대에도 어려운 백성들 살림에 '한약재'를 쓰는 것은 쉬운 일이 아니었다. 그래서 어디서나 쉽게 접할 수 있는 침구가 우리 전통의술, 민간의술로 사랑을 받아왔다. 그래서 예로부터 '일침 이구삼약', 즉 으뜸은 침이고, 다음이 뜸이며, 마지막에 약이라 했다.

그렇게 손병덕은 침뜸에 대한 재미와 보람을 느끼며 시간을 보냈다. 그렇지만 침구를 업으로 생각하지는 않았다. 또 수산업에 대한 미련도 버리지 못한 상태였다.

그런 어느 겨울 눈이 펄펄 오던 날, 손병덕은 돌아가신 어머니와 고향에 대한 그리움에 몸을 부르르 떨었다. 사업 실패로 처자식과 헤어지게 된 신세에 서글픈 마음도 들고... 그래서 보드카를 한 병이나 들이마시고 절망감에 길거리를 헤맸다. 눈은 점점 많아지고 추위는 살을 에는데 자칫 쓰러질 뻔 할 지경이었다. "그래도 살아야가야겠다"는 생각이 퍼뜩 들어 발걸음을 추스렸다. 가까스로 집에 돌아왔지만 그만 쓰러지고 말았다. 마침 방문했던 친구가 몸을 녹여주고 김치국을 끓여주어 겨우 체온을 회복할 수 있었다.

그날 이후 손병덕은 수산업에 대한 미련도 고향에 대한 그리움도 내려놓고 사할린에 정착기로 마음을 먹었다. 그래서 시작한 것이 배추농사였다. 그에게는 침뜸이라는 봉사 말고 직업이 필요했다. 사할린에는 가래 지은 양파, 두릅 등이 기하가 되자 은근히 인기 있는 이고에서 널리 거래하는 우시

노위트로이즈크'에서 2만4천평이나 되는 땅을 빌려 시작한 첫해 농사는 팥이었다. 사할린의 토양을 잘 몰랐던 탓이었다. 다음 해부터는 한국의 고랭지 배추를 가져와 심었는데 잘 맞았다. 그래서 조금씩 자리를 잡을 수 있었다. 무엇보다 땅에서 생명을 기르다 보니 몸과 마음이 안정되었고 흙을 밟으면서 고향에 돌아간 느낌을 가질 수 있었다.

그렇지만 침뚫은 농장에서도 벗어날 수 없었다. 난치병 환자들이 농장으로까지 찾아와 통사정을 했기 때문이다.

997년 가을 사할린에서 제법 큰 호텔을 경영하는 이기봉이란 사람이 양쪽에서 부축을 받으며 농장막사로 왔다. 그는 '빠다그라'(통풍)에 걸려 극심한 고통을 겪고 있었다. 사할린 사람들은 기름진 생선, 연어알, 돼지고기, 소금에 절인 생선을 좋아해서 통풍을 많이 앓았다.

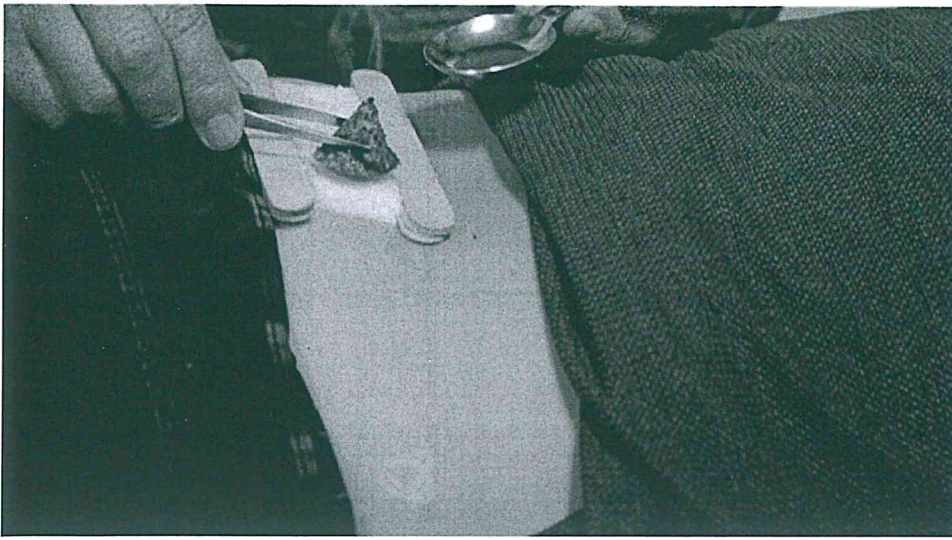
손병덕으로서는 처음 접하는 질병이었다. 우선 수지침과 콩초뜸으로 치료를 했지만 효과가 없었다. 구리 끝에 마늘뜸을 해보기로 했다. 간접구와 관련, 전통침구서에는 소금, 마늘, 생강, 된장, 황토뜸이 언급되어 있지만 대개 전승이 끊어져 있는 상태였다.

그는 나뭇지혜를 짜내 마늘을 얇게 저미고 거기에 작은 구멍을 내어 환부에 올려놓았다. 그리고 등붕에 불을 붙혀 마늘의 열성이 환부에 스며들게 했다. 놀랍게도 닷새 만에 붓기가 빠지고 환자는 스스로 걸어 다닐 수 있을 정도가 되었다.

손병덕이 새롭게 시도한 마늘뜸은 통풍에 효과가 있었다. 그 후 많은 통풍환자들을 치료하면서 그는 마늘뜸을 조금씩 개선했다. 그는 소주병 뚜껑에 송곳으로 구멍을 내어 열이 마늘에 전달될 수 있게 만든 뒤 그 안에 쑥을 저며 불을 붙이는 방법을 생각해냈다. 병뚜껑 안에서 쑥을 태우다가 환자가 뜨겁다고 하면 집게로 병뚜껑을 들어 열기를 잠시 식혔다가 다시 마늘에 올려놓는 식으로 해서 효과는 보되, 환자들이 고통스럽지 않게 한 것이다.

이렇게 진화를 거듭하다 보니 농장으로 끊임없이 환자들이 찾아왔다. 그래서 손병덕은 농장에 야전차량을 갖다 놓았다. 2차 대전 때 러시아군이 쓰던 차량을 구해와 별판 한 가운데 놓은 것이다. 말하자면 들판 한가운데 '침구'병원이 선 셈이었다. 손병덕은 야전차량 실내 정면에 태극기를 걸어 두었다. 사할린 사람들에게 '한국침뚫'임을 은근히 자랑하고픈 마음에서였다.





▲ 손병덕 선생이 소금뜸을 놓아주고 있다.

© 민병래

그 이후 그에게 또 특별한 환자가 농장으로 찾아왔다. 사할린 암센터에서 치료를 받던 교포 2세 환자였다. 그는 '샤먼'이라는 애칭을 가진 주먹쟁이였다. 손병덕에게 왔을 때 가슴에 주먹만한 혹이 있었다. 딱딱하고 번들번들 한 게 보기에 기분도 나쁠 정도였다. 손병덕이 침을 꽂으려 했는데 직낙 딱딱하게 굳어서 자침이 되지 않았다.

그래서 그 부위에 우선 수지침부터 놓았다. 다른 경우 같으면 피가 나오든지 누런 물이 나오든지 하는데 이 환자에게는 아무 것도 나오지 않았다. 그렇지만 그는 끈기 있게 혹 주변에 침을 꽂고 바늘뜸과 생강뜸을 함께 시술했다. 그렇게 일주일 지나자 변화가 오기 시작했다.

우선 제일 딱딱한 피부 밑이 물렁거리며 색이 변하기 시작했다. 일주일을 더 치료 하니 침 놓은 부위에서 물이 나오기 시작했다. "자면서도 가제를 차고 자야 할 정도로 물이 많이 나왔다"고 샤먼은 말했다. 환부가 말랑말랑해지더니 목 뒤쪽을 타고 올라가던 혹의 줄기가 더 이상 커지지 않고 멈추었다. 그 후 계속된 침뜸 처방으로 그는 완치가 되었다.

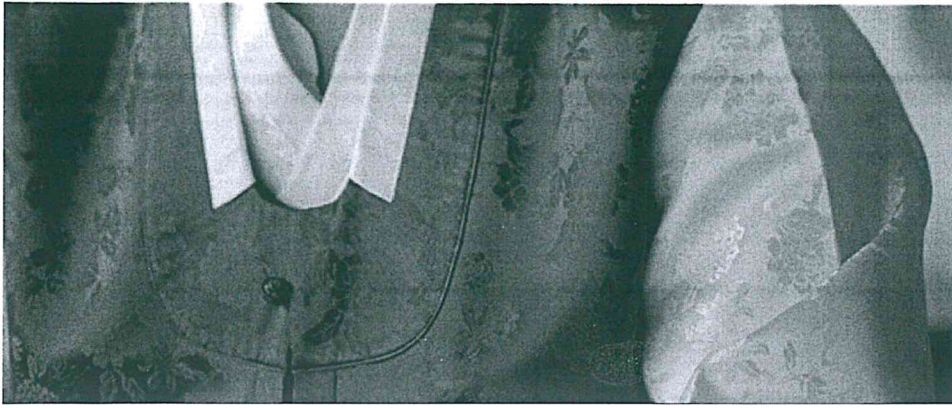
처음엔 아무 것도 모른 채 치료를 했는데 알고 보니 그는 피부암 환자였다. 그런 환자를 잘 살려낸 것이다. 그 환자를 고치고 나서 얼마가 지났을 때 샤먼이 다니던 암센터에서 손병덕을 보고 싶다는 연락이 왔다. "샤먼은 병원에서 더 이상 치료가 힘들어 포기한 환자였는데 침뜸치료만으로 완치된 검사 결과가 나오자 병원에서도 많이 놀랐다, 의사들이 사실 확인을 하고 싶어 손병덕을 보자"고 한 것이었다.

그 뒤로 암센터 부원장인 세르게이가 디스크 치료를 하고 싶다며 손병덕을 찾아왔다. 세르게이는 손병덕에게 "병원에서 함께 일하자"고까지 했다. 병원에서는 또 치료를 포기한 말기암 환자들을 종종 손병덕에게 보내왔다. 침뜸 효과에 대해 나름 인정하고, 치료 과정을 지켜보겠다는 뜻이 있었던 것이다.

사실 러시아는 스탈린 때부터 중국과 교류하면서 중의학을 일부 받아들였지만 널리 보급되지는 않았다. 그렇지만 대체의학이나 민간의학에는 개방적이었다. 면허 없는 손병덕에게 병원근무를 제안할 정도였으니 말이다.

이것은 러시아만이 아니라 세계적인 흐름이기도 하다. 가까운 일본에서는, 21세기 들어서 연간 5천여 명씩 침구사를 배출하고 있고 침구전문대학만 60여 곳에 이른다.

한국은 서의, 중의, 중서의 결합 의원을 구별하고 있다. 하지만 서의병원에도 침구과, 중의과를 두고 있고 중의의원에도 수술실을 갖추고 있다. 당연히 서의도 침구를 시술할 수 있고, 침구 의사도 서의적인 치료방법이 허용된다.



▲ 생가 뒷마루에서 한복을 단정하게 입고 있는 손병덕 선생
© 민병래

사할린은 사람을 살리는 데 면허증을 요구하지 않았다. 환자의 고통을 줄일 수 있다면 면허가 있건 없건, 그 방법이 서양의학이건 대체의학이건 중요하지 않았다. 그런 여건 속에서 손병덕의 침뜸은 피어났다.

손병덕 그의 손은 뭉툭하다. 그런데 손끝은 부드럽다. 그래서 침을 잘 다룬다. 침이 들어간 각도와 깊이를 잘 가늠할 수 있다. 그래서 최형배는 손병덕이 "명이가 될 것이다"라고 예언했는지도 모른다.

그는 말한다. "마음을 다해 키우면 깨끗하고 맛있는 배추가 만들어지는 것처럼, 침뜸도 마음과 혼이 들어가면 환자를 잘 고칠 수 있다"고.

언제쯤, 그의 25년 침뜸 경험방이 광화문, 혹은 인사동, 아니면 그의 고향마을 태안에서 자유롭게 펼쳐질 날이 올까?

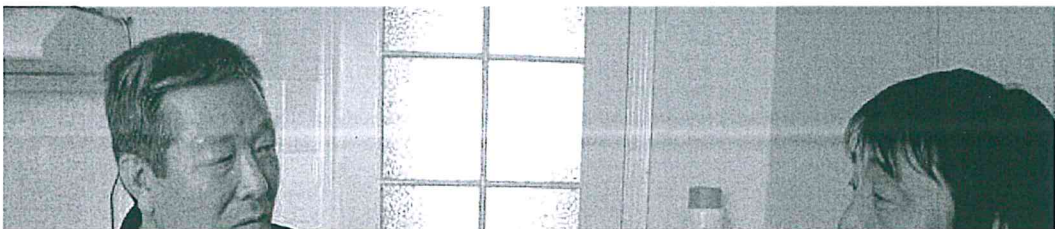
끝나지 않는 이야기

손병덕 선생은 지난 4월 중순 어머니 기일을 맞아 한국에 다니러왔습니다. 고향 태안에서 쉼도 거들jem. 이때 인터뷰를 하였습니다.
사단법인 허임기념사업회에서 펴낸 <사할린에서 싹 트 아리랑 침뜸>에 수록된 사진과 인터뷰가 많은 참고가 되었습니다.
손병덕 선생은 5월말 1박2일로 사단법인 허임기념사업회가 주관하는 '침구인세미나'에서 '마늘뜸, 소금뜸'을 주제로 강연할 예정입니다.

손병덕의 프로필

- 1945년 충남 태안 출생
- 1980년 인천에서 수지침 학습
- 1987년 최형배 선생에게서 전통침술 사사
- 1993년 수산물 사업차 러시아에 왕래
- 1997년 사할린 노워트로이츠크에서 배추 농장시작
- 2007년 사할린 현지 한국기업들과 아리랑 장학회결성, 회장으로 활동
- 2019년 5월 침구인세미나에서 '소금뜸, 마늘뜸' 발표 예정

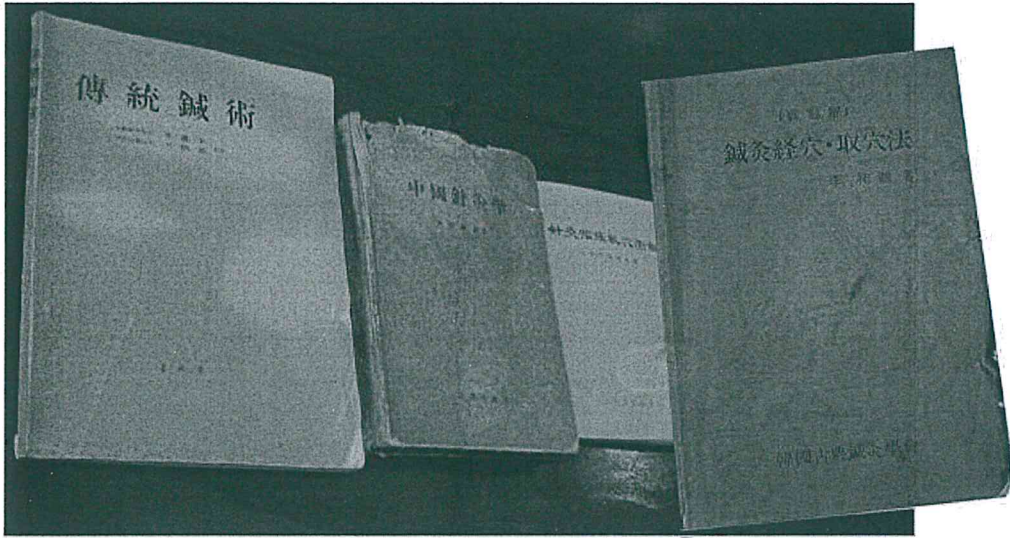
손병덕의 도움을 받은 사할린 현지인 사진들





통풍 치료를 받았던 이기봉 사장(오른쪽) 이기봉씨는 그때를 이렇게 회상한다. 1997년 가을 친구의 소개로 손 선생을 찾아 농장으로 갔다. 발이 많이 아프고 부어 신발도 못 신을 지경이었다. 특히 왼쪽 엄지 발가락 쪽은 별경게 되어 심하게 아팠다. 병원 치료를 받았는데 별로 좋아지지 않았다. 손 선생한테 가면서도 크게 달라지지 않을 거라 생각했고, 처음엔 별로 신뢰하지 않았다. 그런데 침뜸을 5번 하고는 아픈 게 없어졌다. 그 후로 12년째 괜찮다. 손 선생은 작은 침으로 피를 먼저 뺐다. 치료가 되니까 신기해서 통풍을 앓는 친구들에게 소개를 해 10명 정도 치료를 받았다.

허임기념사업회



손병덕선생이 늘 보고 아끼는 침구서적 인천에서 침구를 처음 공부할 때 보던 책들. 줄곧 가지고 다니며 필요할 때마다 보고 또 보고 해서 손때가 묻은 책들이다. 오른쪽 침구경혈취혈법은 처음 최형배 선생이 침뜸을 가르칠 때 기본교재로 쓰던 책인데, 한국침술연합회 회장이었던 이우관 선생이 펴낸 것이다.

허임기념사업회





▲ 청송댁 할머니와 손병덕선생(왼쪽) 할머니는 그때의 경험을 이렇게 얘기한다. 나는 원래 경북 청송에 살았는데 18살에 부모도 못 보고 사할린에 왔다. 고향이 지금도 꿈에서 보인다. 오빠 올케 언니는 죽었다는 소식을 들었다. 몇 해 전에 교통사고로 어깨와 팔을 다치고 엉덩이 뼈 2개가 금이 갔는데 수술도 안 되고 병원에서 움직이지 못하고 있었다. 병실에서 허락해줘 손 선생을 병원으로 불러 침을 맞았다. 걷지도 못하고 꿈쩍도 못했는데 열흘 동안 침을 맞고 뼈도 붙어서 걸어 다닐 수 있게 되었다. 병원에서도 놀랐다. 친절 오라비 같은 아제(손병덕 선생)한테 너무 고맙다.

㉠ 허임기념사업회



▲ 농장 한가운데 야전차량 안에서 손병덕 선생 손병덕 선생은 군용 야전 차량을 농장에 놓았다. 그곳에서 농장으로 찾아가는 취지들을 회고한다. 생애 전명에 태극기를 걸고 농민들은 사람들에게 회고를 알린다.



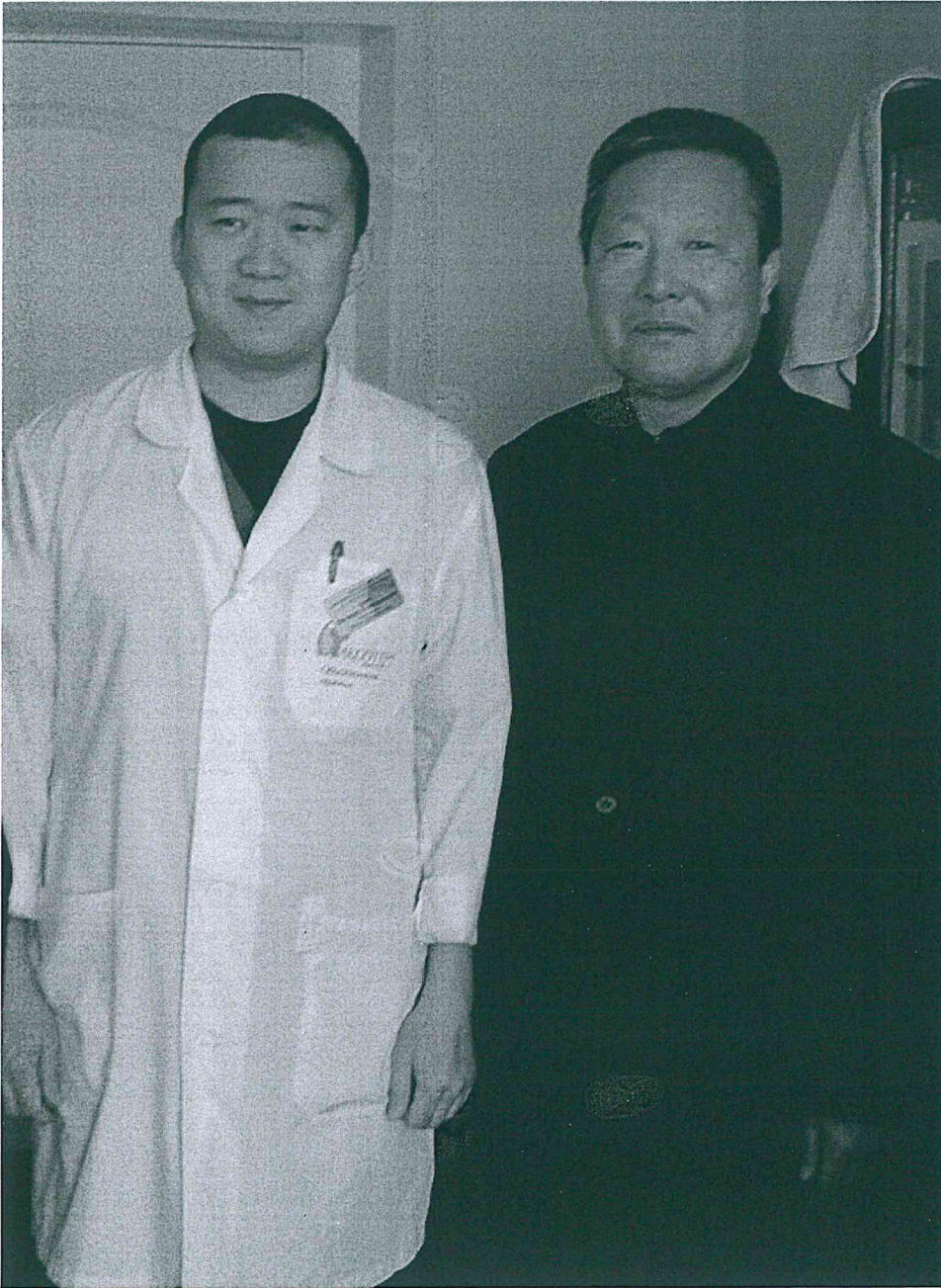
▲ 자궁의 혹으로 고통을 겪었던 로자(오른쪽) 로자는 그때의 경험을 이렇게 얘기한다. 40세쯤 됐을 때 병원에서 자궁에 혹이 있다고 했다. 혹이 특별히 커지는 것 같지 않아 수술은 안 했다. 그냥 두었는데 10년 뒤 2000년에 그 혹이 커졌다고 했다. 어머니와 언니가 모두 자궁암으로 죽어서 나도 걱정이 많았다. 언니는 자궁암으로 병원에서 수술을 했는데 너무 고통스러워서 손 선생을 찾아가 뽐을 했다. 얼마 후 죽기는 했는데 고통이 덜한 채 편하게 갔다. 나는 겁이 나서 기리 손 선생에게 침뜸치료를 받았다. 마늘뜸을 20일 정도 했는데 뜨겁고 아팠지만 참았다. 다행히 자궁에 혹이 없어지고 허리 아픈 것도 나아져 지금까지 괜찮다.

㉠ 허임기념사업회





▲ 신장암 말기에 침뜸 치료를 받았던 러시아 노인(왼쪽) 신장암 말기로 부종이 심해 일어나지도 못했던 러시아 노인이 손병덕 선생의 침뜸시술 후 증세가 좋아져 혼자서 일어나 샤워와 나란히 다리를 걷주어 보고 있다.
 ⓒ 허임기념사업회



▲ 2009년 사할린 암센터에서 현지 의사와 포즈를 취했다 손병덕 선생은 면허도 없는 자신에게 암환자를 보내주는 러시아의 병원 의사들을 존경한다고 말한다. 비록 병원에서 수술도 해보고 항암치료도 하다 안 되어서 마지막으로 소개하는 것이기는 하지만 환자에게 도움이 될 수 있으며 면허와 관계없이 민간의술의 도움도 받도록 하는 것이 훌륭하다는 것이다. 2009년 4월 사할린 암센터를 방문, 암환자를 보내준 의사를 만나 침뜸의 효과에 대해 의견을 나누고 찍은 사진이다.
 ⓒ 허임기념사업회

저작권자(c) 오마이뉴스(시민기자), 무단 전재 및 재배포 금지

갯불이는 글 | 그에 관한 더 많은 이야기는 "사할린에서 싹 트은 아리랑 침뚫"에서 만날 수 있습니다.