

일본의 의사인력 확충 정책과 시사점

권주영

부산경상대학교 보건의료행정과 교수

Japan's Policy and Implications for Expansion of Doctoral Manpower

Ju-Young Kwon

Professor, Division of Health Medical Administration, Busan Kyungsang College

요약 일본은 2007년「긴급의사확보대책」을 통해 의료취약지의 의사재배치와 특정 진료과 편재해소를 위한 인력수급을 위해 힘을 기울이고 있다. 특히 지역 의사인력 확보방안에서 단기적 대안으로는 기존의 의사인력을 지역으로 유인하는 방안과 지역임상연수를 활성화 하여 임상연수를 받기위해 대도시로 의사가 유입되는 것을 방지하기 위한 방안이 있으며, 장기적 대안으로는 지역정원제도와 자치의과대학을 통해 의료취약지에서 근무할 인력을 양성하는 등 다각도에서 해소 방안을 찾아 가고 있다. 우리나라에서 최근 지속되고 있는 의사증원 및 공공인력정책에 대한 정부와 의협 간의 갈등을 심각하게 인식하고, 지역에서 근무할 의사인력을 안정적으로 확보할 수 있는 대안을 모색하기 위해 유사한 진통을 겪었던 일본의 사례를 벤치마킹하여, 정책적인 시사점을 제시하고자 한다.

주제어 : 지역의사편제, 공공인력확충, 의대증원, 지역정원제도, 자치의과대학

Abstract Under “Emergency Doctor Security Act of 2007”, Japanese government focuses on relocating doctors in medically underserved areas and matching supply and demand of manpower in order to resolve the ubiquity of specific treatment departments.

Particularly, there are two alternatives to secure the number of local physicians and avoid the regional shortage of doctors in the short term. Firstly, the government attracts existing physicians to the region. Secondly, the government increases the capability of regional clinical training system to prevent the influx of doctors to the larger cities. Also, it seeks solutions from various perspectives, such as cultivating manpower to work in vulnerable areas through the regional frame system and autonomous medical college.

This study introduces the case of Japan as a benchmark and suggests that policymakers should focus on the recent conflict between the government and the medical consultation. More specifically, this study provides policy implications on the alternative measures for securing the manpower of regional doctors.

Key Words : Local Doctor Ubiquity, Expansion of Public Doctors, Increased Medical College Students, Regional Frame System, Autonomous Medical College

*Corresponding Author : Ju-Young Kwon(juyoung8201@naver.com)

Received September 16, 2020

Accepted November 20, 2020

Revised October 28, 2020

Published November 28, 2020

1. 연구의 배경

2020년 8월 한국정부는 의료자원의 부족 및 공공의료체계 문제의 대안으로 2022년부터 10년간 의대증원을 현재 3,058명에서 4000명 늘려 공공의료인력을 확충하는 방안을 발표했다. 그러나 대한의사협회(이하, 의협)는 의료자원과 공공의료체계의 문제는 단순히 의사수 부족이 아니라 의료인력의 지역간 불균형, 낮은 수가, 민간의료기관과 공공의료기관간 분업의 모호성 등 여러 가지 복합적인 원인에 있다고 반박하면서 파업을 강행하였다.

이에 정부는 8월 22일 코로나19의 장기화로 어려운 시국에서 장기간 의사파업은 국민에게 피해가 갈수 있다는 우려로 의대정원확대를 보류하겠다는 입장을 발표하였지만 대한 의사협회(이하, 의협)는 보류할 것이 아니라, 아예 철회해야 한다며 파업을 이어갔다. 의협은 우리나라의 경우 국토 단위면적당 의사 수는 상당히 많은편이기 때문에 의사를 증원해야 할 합리적인 근거가 전무한 상황이며, 일방적인 의사정원확대는 의료 생태계의 붕괴를 초래시키기 때문에 단순히 의사수 증원으로 해결될 문제가 아니라 의사의 근무지와 특정 진료과의 편제에 있다고 주장하였다[1].

이러한 주장의 옳고 그름을 떠나 코로나19가 다시 창궐하는 가운데 한명의 의사라도 절실한 시점에서 대규모 파업까지 강행하는 것에 대해서는 시기적절한지 재고해볼 문제이며, 우선적으로 국민의 건강권 확보, 환자안전제고 및 포괄적인 보건의료서비스의 질 향상을 위해서는 이해관계자 집단의 이해와 지지를 이끌 수 있는 체계적인 정책적 접근이 시급하다고 할 수 있다.

우리나라의 보건의료체계 및 의사의 사회적 지위가 유사한 일본의 경우를 살펴보면, 지역의사편제를 해결하기 위한 방안으로, 일반의대에 지역정원제도 도입과 도도부현이 공동설립 한 자치의대를 운영하고 있다. 일본은 1960년경부터 1980년 초반까지는 의사인력의 확대 공급이 중요한 정책과제로 인식하여 의학부 입학정원을 대폭 확대 했지만, 의사수 증가는 의료비의 증가로 이어진다는 이유로 의사의 신규 참여를 차츰 줄여오게 되었다. 반면, 특정 진료과목(예, 산부인과, 소아과 등)의사 및 지역의사의 편제해소를 위하여, 1997년부터 시행한 지역정원제도는 지역의료에 중사할 목적의식을 가진 의대생을 각 의대가 선발하여 지자체로부터 장학금을 지급받는 제도로서, 해당 지역에 9년간 의무적으로 근무하는 조건이며, 시행초기에 2개 대학 11명으로 시작하여, 2017년 68개 대학 1676명으로 확대되었다. 2019년 일본의대

입학정원은 9420명으로 사상최대이지만, 지역의사 및 특정진료과 편제라는 문제는 해소되지 않아 이를 해결하기 위해 일부지역에만 「의사 양성수 확대」를 진행해야한다는 의견이 현재 대두되고 있다. 이는 곧, 의사증원이 지역편제 및 특정 진료과 편제해소에 직접적인 해결이 되지 않았음을 의미한다.

이에 따라 본 연구는 최근 지속되고 있는 의사증원 및 공공인력정책에 대한 정부와 의협 간의 갈등을 심각하게 인식하고, 이러한 문제점을 해결하기위해 유사한 진통을 겪어 오고 있는 일본의 사례를 벤치마킹할 필요가 있다. 특히, 의사정원확대 정책에 관한 경과진행과정 및 문제극복에 대한 대책을 검토하고 적절한 타협과 효율적 의사결정제고를 위한 시사점이 무엇인지 살펴보는 것에 그 목적이 있다.

2. 일본의 의사인력 확충 정책

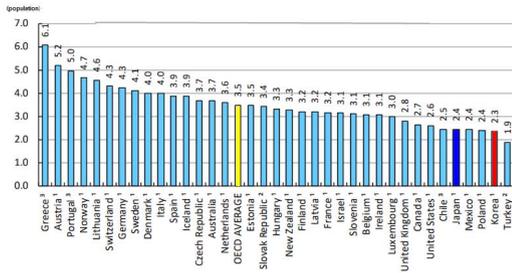
2.1 의사인력현황

OECD보고서에 따르면, 한국과 일본의 인구대비 의사수는 OECD국가들과 비교하면 상당히 낮은 수준이다 (Fig. 1 참고). 2017년 기준 각국의 인구 1000명당 임상 의사수는 OECD평균이 3.5명인데, 일본은 2.4명으로 일본보다 의사수가 적은 나라로는 한국(2.3명), 터키(1.9명) 순으로 최하위에 속한다고 할 수 있다. 반면, 그리스(6.1명), 오스트리아(5.2명)등 유럽국가의 의사수가 높은 것을 알 수 있었다[2].

Fig. 1의 2018년 후생노동성 자료에 따르면, 일본의 의사수는 32만 7120명으로 2년전(2016년)에 비해 7730명(2.4%)증가했으며, 인구 10만명당 의사 수는 258.8명으로 2년 전에 비해 7.1명 증가했다. 여의사는 7만 1758명으로 2년 전에 비해 4265명(6.3%)증가해 전체의 21.9%를 차지하였으며, 남성에 비해 피부과 및 안과, 마취과 등 타 진료과에 비해 비중이 높았다[3].

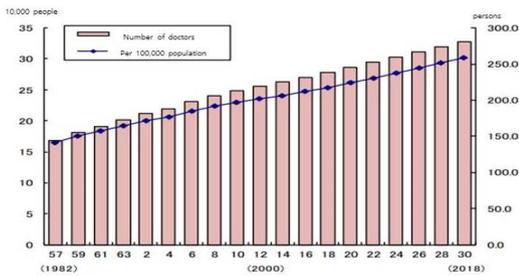
Fig. 2와 같이 일본은 1980년대부터 활동의사수가 꾸준히 증가하고 있는 것을 알 수 있지만, OECD국가의 평균을 보면 여전히 국제적으로 낮은 수치라고 할 수 있다.

이러한 문제점을 인식한 일본은, 의료 전문화와 고도화에 따른 1인 의사의 영역 축소와 여의사 증가 및 의사 직업의식 변화, 야간과 휴일 진료 희망 환자 증가, 대형병원과 전문의를 선호하는 환자 증가 등을 이유로 의사 증원에 대한 논의를 꾸준히 진행해왔다.



source: World Health Organization 2019

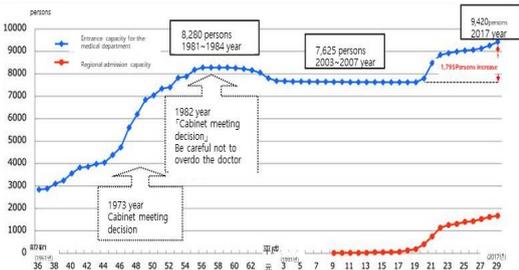
Fig. 1. Practising physicians, Density per 1000 population 2017(or nearest year)



source: Ministry of Health, Labor and Welfare

Fig. 2. Changes by the number of doctors by year

이는 Fig. 3처럼 1982년부터 시행되었던 의대증원의 제정책을 수정하여 2004년 기준 인구 10만명당 의사수가 200명 미만으로 의사부족이 심각한 10곳의 도도부현에 대해 각10명씩 증원하였고, 2007년에는「긴급의사확보대책」에 의거하여 전 도도부현에 대해서 각 5명씩 증원을 하여, 2008년도에는 전체 7,793명까지 입학정원을 확대 하게 되었다[4,5]. 2019년 기준, 한국과 일본의 의대 입학 정원을 비교하면, 한국은 의대 입학정원 3058명으로 인구 10만 명 당 의대 정원 5.97명인 반면, 일본 의대 입학 정원은 9420명, 인구 10만 명 당 의대 정원은 7.42명으로 일본이 한국보다 높은 수치를 기록하고 있다.



source: Ministry of Health, Labor and Welfare

Fig. 3. Entrance capacity for the medical department and Regional Admission capacity

2.2 지역의사편재의 원인

일본의 지역간 의사분포는 서고동저 경향이 보이며, 2006년 기준 의료기관에 근무하는 평균 의사수는 인구 10만명당 206.3명으로 서쪽지역의 토쿠시마현은 인구 10만명당 270.1명으로 평균보다 높았지만, 동쪽에 있는 사이타마 현은 인구 10만명 135.5명으로 평균보다 낮아 지역적 의사편재가 뚜렷하게 나타났다[3]. 일본은 의사 편재와 관련하여 몇 가지 원인으로 도시지역과 비도시지역과의 생활격차, 젊은 의사의 인식, 임상연수제도의 도입으로 인한 연수병원의 대도시집중화, 급여의 격차 등을 들었다[6]. 특히, 지방에서 수도권 등으로의 정착은 의사가 아니더라도 일본에서의 전체적인 분위기로 특히, 마스크 등으로 길들여진 청·장년층은 브랜드 지향, 도시지향, 지방경시가 나타나는 것이 현재 일본의 특징적인 인식이라 할 수 있다[7,8]. 지방에서 도시로의 의사의 집중은 가족의 생활환경 및 부모의 돌봄 상황, 그리고 무엇보다 자녀의 양육 교육환경이 의사의 지역 이탈을 재촉하고 있다.

한편, 전체 의사 중 여성 의사가 차지하는 비율은 20% 정도이지만, 지역에서의 경력단절 여의사는 증가할 것으로 예측되고 있다[3]. 따라서 지역에서 경력단절인 여의사가 복직할 수 있는 근무 환경 및 분위기를 조성한다면, 의사가 부족한 지역에서 지속적으로 근무할 수 있게 되므로 의사편재 해소를 위한 하나의 수단이 될 것으로 기대된다. 하지만, 현재로서는 모든 도도부현에서 여의사가 지속적인 근무를 할 수 있게 하는 여건이 조성되어 있다고 할 수 없다[9].

의사부족 및 의사편재에 대한 학자들의 주장에 따르면, 田中一成(2008)는 상대적인 의사부족의 원인을 의사의 지역편재, 진료과 편재, 여성의사의 증가, 진료과의 전문세분화 등에 있다고 지적하였으며[19,20], 本郷道夫(2008)은 의료수요의 증대에 의한 의료업무의 증가, 의사의 고령화 등 여러 상호연관되어 있어 의사부족에 대한 원인은 복합적으로 작용한다고 주장하였다[10]. 中澤勇一(2010)는 전문의의 증가가 지역편재의 가장 큰 원인이며, 전문의는 진료과 치료의 효율성을 찾아 도시지역에 집중할 것이고, 의사 및 그 가족들이 갖는 도시로의 지리적 선호도도 크게 영향을 주고 있다고 하였다[11]. 이에 대한 해결 대안으로 田中一成(2008)는 진료과 편재해소에 대한 현실적인 방안으로 의사의 자율성에 맡긴 유도(誘導)적 시책이 효과적이라고 주장하였으며, 이 시책은 의대 교수가 졸업 전 교육과 초기 연수를 통해 각 진료과의 흥미와 보람을 예비 의사에게 얼마만큼 전달할 수 있

는지가 관건이라고 제언했다[12].

또한 田林晔(2009)와 遠藤玲奈, 高木 安雄, 池上 直己(2009)은 열악한 노동 환경에 의한 의사의 심신의 피폐가 특정 진료과의 의사 부족의 원인이 되므로 예산을 통한 행정시책이 필요하다고 했다. 이러한 시책으로는 외과의 PA제도의 도입으로 인한 의업의 분업화·노동생산성의 향상, 특정 진료과 의사에게 금전적 인센티브 도입, 산과 의료보장제도도 대표되는 의료사고에 대한 구조 등 노동환경의 정비 등을 해결책으로 들었다[13,14]. Rabinowitz(2001)은 의사를 대상으로 한 연구에서 지역 출신자는 출신지역에서 근무하는 경향이 있으며, 여성보다 남성이 지역으로 취업하는 경향이 뚜렷하지만 향후 여의사가 증가하는 경향이 나타나므로 여성이 지역에서 근무할 수 있도록 대안책을 마련해야한다고 하였다[15].

이와 같이, 일본 전역에서 도시로 인구 이동이 가속화되고 있는 상황에서 새로운 임상연수제도가 개시되었고, 지역에서 도시로의 대규모 의사이동이 시작되었다. 2004년 새로운 임상연수제도의 도입으로 촉발된 지방의 대의 의사부족은, 최후의 보루로서 지역의료로 책임지고 있는 대학병원마저도 노동환경의 악화, 함께 일하고 지도해 주어야 할 졸업 후 3~6년차 의사의 감소를 야기시켰고, 이를 기피하는 젊은 의사의 이탈로 더욱더 의료현장의 노동환경 악화를 초래하였다[16]. 이전에는 대학병원에서 임상연수를 받아야만 했지만 제도 도입으로 인해 본인이 희망하는 의료기관에서 2년간 연수를 할 수 있게 되면서 지역의 의과대학 졸업생들이 임상연수를 받기 위해 지역을 이탈하면서 대도시와의 지역편차가 더욱 심해졌다.

이로 인해, 대학병원에서 일하는 의사의 모티베이션(의욕)을 지지하고 있는 큰 요소로서「최첨단의 연구」를 들 수 있지만 인력부족으로 인해 심신이 피폐해진 상황에 연구시간을 확보하는 것조차 어려워지는 악순환에 빠지게 되었다.

게다가 진료과의 의사 편재는 지역의사 편재와 맞물려 특정 진료과에 따른 의사 부족이 중대한 문제가 되고 있다. 그 중, 업무량 강도와 급여 등의 인센티브 연동이 없는 경우, 젊은 의사의 인식, 남녀의사가 동일하게 일할 수 있는 환경정비의 불충분, 전문의 제도에 의한 진료과 자유 선택 등이 문제가 된다. 특히, 진료과 근무의「업무강도」(업무량, 업무시간, 리스크 (중대한 의료사고 확률 + 소송리스크), 승진기간, 전문의 취득·갱신의 어려움)과 「급여체계」가 연계되어 있지 않은 것이 큰 원인이라 할 수 있다[17].

이러한 문제를 인식한 일본정부는 지역 의료인력 편재의 심각성을 인식하고, 의사확보 종합대책을 발표하여 지역 의사편재에 대해 본격적인 정책을 세우기 시작했다.

3. 의사편재방안

일본은 의사편재 및 특정 진료과 의사편재의 문제점을 인식하여 제도 및 법 개정을 통한 대책방안을 제시하고 있다[8].

예를 들어, 지역간의 의사편재 해소 및 지역의 의료계 공체제를 확보하기 위해, 의사확보에 관한 사항의 수립, 임상 연수병원 지정권한 및 레지던트 정원결정권한을 도도부현에 위임하는 등의 조치로 2019년 의료법 및 의사법을 일부 개정하는 등 단기적·장기적 방안을 통해 지역 의사인력의 수급을 위해 적극적으로 추진하고 있다[18].

3.1 단기적 대안

3.1.1 기존 의사인력유인방안

의대 정원을 증원하여 의사 수를 증가시키는 것도 필요하지만, 근무환경 및 지역의 여건을 개선하고 경력을 지원하는 방안을 마련하여 기존 의사인력들이 의료취약지에서 근무하도록 유인하는 방안도 중요하다.

이에 따라 일본의 도도부현은 지역의료지원센터를 통해 다양한 의료취약지의 의사인력을 유인하는 방안을 시행하고 있다[19]. 먼저 도도부현은 구인·구직 정보 웹사이트를 통해 지역 근무를 희망하는 의사의 근무 형태, 의료기관 유형 등의 여러 정보를 제공하면 지역근무를 희망하는 의사는 자신의 조건 및 근무형태 등 고려하여 의료기관을 선택할 수 있다. 각 도도부현의 홈페이지를 통해 구인·구직 정보뿐 아니라 임상연수병원 정보 및 의료관계자네트워크 구축을 담당하고 있다.

이 밖에도 여성 의사의 비율의 점차적으로 증가함에 따라, 복직 프로그램을 운영하고 있는데, 일본의 지역의사로 근무 중인 여성 의사수는 점차 감소하는 추세여서 복직뿐 아니라 복직 후에도 근무를 계속할 수 있도록 근무 환경을 개선하고 있다[19]. 특히, 지역에서 경력단절 여의사를 적극적으로 유인하기 위하여 각 도도부현에서는 적극적인 홍보를 하고 있다. 각 도도부현마다 조금씩 조건은 상이하지만 복직 연수 프로그램을 제공하고, 육아·부모에 대한 돌봄 서비스를 지원하거나 근무시간 유연제를 실시하는 등 지원을 하고 있다[20,21].

또한 젊은 의사들이 지역에서 근무할 유인책으로 연구 보조금 지급 및 연수기회, 현내에서 수련하는 동안 연수 비용과 주거비 일부를 지급하는 등 지역마다 경쟁적인 지원책 등을 펼치고 있다[20].

3.1.2 지역 임상연수 활성화 방안

신 임상연수제도로 인해 지역에서 대도시로 임상연수를 받고자 전국적으로 대규모 의사 이동이 이루어 졌으며, 지역편차에 관한 연구결과 교육 및 연수를 받는 지역에 따라 졸업 후에 의사들이 근무지를 선택하는데 영향을 미치는 것으로 나타났다[22].

이에 따라 일본은 2006년 긴급 의사확보 종합대책을 세워 대도시에 수련의가 집중되는 현상을 방지하기 위해 도도부현별로 임상연수병원의 정원을 재검토하여, 지자체별로 임상연수 활성화 방안을 마련하였다. 지역별로 살펴보면, 2020년 현재 작년 대비 도쿄는 64명, 오사카 17명, 후쿠오카는 17명, 가나가와 19명을 감소하여 대도시의 의사집중을 수습하고 있는 반면, 수련의가 부족한 도도부현들은 경력개발 교육 프로그램강화, 타 지역과의 교류, 지도자 양성, 연구비 지급 등으로 수련의 모집인원을 증원하는 것을 목표로 하고 있다[23].

3.2 장기적 대안

3.2.1 지역정원제도

일본의 지역정원제도는 각 의과대학에서 별도의 정원을 마련하여 졸업 후 도도부현이 지정하는 특정지역의료에 일할 뜻이 있는 학생을 선발하여 일정기간동안 근무하는 것을 조건으로 도도부현으로부터 장학금을 대·지급(지역의료에 일정한 기간 동안 종사하면 반환을 면제) 받는 제도이다. 지역의 의료를 확보로 1972년에 도도부현이 공동으로 설립한 자치의과대학이 지역양성에 있어서 긍정적인 효과가 있었지만 자치의과대학만으로는 지역편재부족문제를 해결하기는 어려움이 있었다[24].

이 때문에 일본은 2006년「새로운 의사확보계획」을 발표하여 지역정원제도 시행초기인 1997년에는 2개의 의과대학에서 11명으로 시작하여, 2007년에는 21개 대학, 183명으로 급증하였고, 2017년도에는 68개의 대학, 1676명으로 확대하였다. 2015년 문무과학성에 따르면 지역정원제도를 도입한 대학은 산업의과대학, 방위의과대학 자치의과대학, 신설의대를 제외한 77개 대학 중 68개대학에서 지역정원을 적용하고 있다[25].

이러한 지역정원제도는 도도부현 별 의과대학에 따

라 장학금의 유무, 선발시기, 의무 이행 기간, 출신지 지정의 유무 등 조금씩 차이는 있지만 대체적으로 다음과 같다. 지역정원으로 선발된 학생은 6년간 의대재학 중 학비 및 생활비를 지원받는다. 이들은 의사면허를 취득한 후, 생활비 및 학비 등 지원받은 기간의 1.5배인 평균 9년간 의사가 부족한 특정진료과(산부인과, 소아과 등)를 선택하여 해당 도도부현내의 특정의료기관에서 근무할 경우 지원금의 반환을 면제해준다. 이들은 졸업 후, 지정된 해당 도도부현 내의 특정의료기관에서 초기 임상연수를 하고, 연수 이후 지역의료에 종사하게 된다.

이와 같이 대학과 출신지역이 동일한 지역정원제도로 선발된 학생이 졸업 후에 대학소재지에 정착하는 비율은 2015년도 평균 87.8%인 반면, 대학과 출신지역이 다른 일반전형으로 선발된 학생이 졸업 후 현지에 남는 비율은 39%인 것으로 조사되었다[26].

3.2.2 자치의과대학

일본의 자치의과대학은 1972년 47개의 도도부현이 공동으로 설립한 이래로 매년 100여명 정도의 졸업생을 배출하고 있으면 원칙적으로는 사립대학으로 분류되지만, 지역의료양성이라는 특수한 설립목적으로 인해 대학 운영은 사실상 국·공립 의과대학과 유사한 지위를 가진다.

자치의과대학의 운영 및 장학금은 기본적으로 도도부현의 분담금으로 형성되고, 추가적으로 자치의과대학의 소재지인 현에서 발행하는 등 진흥자치복권의 수익금으로도 충당하고 있다[27].

자치의과대학의 두 가지 목적으로, 지역에서 근무할 의사를 양성하여, 전국으로 균등하게 배치하는 것이다. 이러한 목적 달성을 위해 자치의과대학은 입학생을 도도부현별로 자체 선발 시스템(home prefecture recruiting scheme)을 적용하고 있다. 대체로 도도부현 별로 2~3명의 학생을 뽑으며, 47개 지방 정부에서 1차로 예비시험을 치르게 하여 8~10명을 선발하고 자치의과대학에서 면접 및 논술을 통해 각각 2~3명의 최종 합격자를 결정한다.

자치의과대학 학생은 자신의 출신지 도도부현으로부터 전액 장학금을 지원을 받고 그 지역에서 졸업 후 9년간 근무하겠다는 의무서약을 하게 된다. 그 중 5~6년은 도도부현이 근무할 농촌 지역을 정하여 파견하며, 계약을 파기할 시에는 모든 지원금을 일시불로 반환해야한다. 의무 준수 비율은 97%로 높고, 또한 의무기간 종료 후 지역 근무 비율은 11%로 자치의과대학 이외인 의과대학에서 졸업 한 의사가 지역근무 하는 비율 2.6%보다 높았

다[28].

자치의과대학의 자체 커리큘럼으로 입학 후 2~3년차 의대생을 대상으로 교육하는 지역보건실습과정은 졸업 후 근무하게 될 지역의료 현장의 다양한 경험 및 이해를 적극적으로 높여 지역 정착을 유도하는 기회의 장을 마련하고 있다.

또한, 의무복무 기간 중에 희망자에 한해 대학원에 진학할 수 있으며, 기본적으로 9년의 의무복무 기간 동안 지방 공무원 신분을 유지하면서, 의무복무기간에 지역에서 근무하는 경우에는 도도부현에서 관리하는 거주지를 제공받는 경우도 있다. 자치의과대학 졸업생 중 농어촌 출신 혹은 전문과로 일차의료를 선택한 경우 의무복무 이후 농어촌에 남아 근무하는 경향성이 더 높은 것으로 조사되었다.

이와 같은 학자금 지원과 의무배치 결합인 일본 자치의과대학 사례는 일본 내에서 상당히 효과적으로 평가되고 있지만, 자치의과대학만으로는 지역 의사양성문제를 해결하기에는 역부족이었다.

4. 시사점

정부는 코로나19로 여실히 드러난 공공의료인력부족 문제를 해결하기 위한 「의대증원 및 공공의료확대」추진 방안 발표 후 의협 등 관련단체는 파업을 강행하여 정부와의 갈등이 첨예해지고 있다. 정부의 계획은 지역의료 편제 해소를 위해 「의대 정원 한시적 증원」을 하고, 추가 양성인력은 의사가 부족한 지역, 특정 진료과, 의과학분야 등에 중사하도록 한다는 것이다. 또한 의사가 부족한 지역의 문제를 해결하기 위해 지역 의사제를 도입하고, 지역출신자위주로 선발하여 졸업 후 출신지역에서 10여년간 공공제 성격의 의무복무를 추진하고자 하고 있다.

이에 의협은 의대정원 확대가 아닌 전공과 지역, 의료기관 유형별 불균형한 인력배치가 문제의 원인이며, 의사 편제를 줄이기 위해서 의사수 증원이 아닌 불균형 지역과 특정 진료과에 높은 의료수가를 적용하는 것이 실효성이 있다고 반박하였다. 정부와 의협의 엇갈린 입장으로 인해 발생하는 장기간의 의료공백은 결국 국민들의 희생으로 귀결된다.

정부가 추진 중에 있는 공공의료 인력부족 문제를 해결하기 위한 「의대증원 및 공공의료확대」에 대해서 우리나라 유사한 보건정책을 시행하고 있는 일본의 의사확보 정책을 참고하여 지역의사제와 공공제 성격의 의무복무를 하는 공공의사 양성을 연계시켜볼 필요가 있다.

일본은 지역적 의사 불균형을 인지하고 이를 해소하기

위해 의대증원 외에도 도도부현(지사체)의 권리강화, 장단기적인 정책, 의료법 및 의사법 일부개정 등 다각도에서 해소 방안을 찾아 가고 있다. 도도부현은 단기적인 방안으로 근무환경개선, 경력지원, 연구보조금 지원 등 지역의료 인력확보를 하고 있으며, 장기적 방안으로는 의료취약지역에 근무할 인력을 양성하기 위한 목적으로 지역 정원제도 도입 및 자치의과대학의 입학정원을 늘려나갔다. 9년의 의무이행기간이 끝난 시점에서 대학과 출신지역이 동일한 지역정원제도로 선발된 학생이 졸업 후에 대학소재지에 정착하는 비율은 2015년 평균 87.8%로 정책의 효과를 기대해볼만하다. 지역정원제도 외에도 지역 의료인력을 확보하기 위해 마련한 별도의 장학금 제도가 있는데 지사체마다 조금씩 제도의 내용이 다르다. 예를 들어 도치기현은 산부인과 등 특정과에 지원하는 학생에게 장학금을 대여하고, 면제조건은 당 현에서 임상연수 및 장학금 대여기간의 1.5배 기간 동안 산부인과 의사로 근무하는 조건이다. 치바현은 치바출신자 의대 재학생 중에서 졸업 후 치바현 내 근무할 조건으로 연 180만 엔을 대여해 주며, 면제조건은 지역정원제도와 동일하다.

이러한 다양한 일본의 대응방안을 살펴보면, 의과대학 정원확대를 통해 의사수를 늘리는것도 중요하지만, 지역 편제해소를 위해 지역에서 근무할 의사를 양성하고, 양성한 의사를 전국으로 균등하게 배치하기 위해서는 지사체의 여건이나 근무환경 등을 개선하고 의사 개인의 커리어를 형성할 수 있는 실질적인 지원책을 마련해 기존의 의료취약지에서 근무하도록 유인할 수 있는 방안도 중요하다 할 것이다. 이에 본 연구는 공공의료정책 및 의사확보계획으로 선경험을 한 일본사례를 통해 적절한 타협점을 찾고자 한다.

5. 결론

일본의 의사수 증원에 대한 정책의 출발점은 1973년 정부의 경제계획의 내각회의에서 결정된 의학부가 존재하지 않는 지역에 의과대학을 새롭게 설치하면서부터이다. 이로써, 1983년에 인구10만명 당 150명으로 의사 목표수는 달성하였지만, 매년 수 천명의 의사가 배출되는 상황에서 미래의 의사수급균형을 고려하여 1995년도에 한시적 의대입학정원감축을 시행하였다.

반면, 2000년부터 본격적으로 의사부족문제가 거론되어, 2004년 새로운 임상연수제도의 도입으로 지역의사의 편제가 심화되면서「의료붕괴」라는 용어가 등장하였

고, 지역여사의 부족이 특정 진료과 편제로까지 문제로 발생하게 되었다. 이에 일본은 2010년부터 지역여사편제에 대해「지역영원」선발자 제도를 도입하였고, 2019년까지 단기적으로 의대증원을 통해 절대적 수량을 확보를 하였다. 또한, 의사편제를 해소하고 지역의료제공체제를 확보하기 위해 「의사확보계획」을 시행하고 있다.

이처럼 일본은 의사부족 및 의사편제, 특정 진료과 편제에 대한 대책을 강구하기 위해 다양한 정책 등으로 노력을 기울였음을 알 수 있다. 이러한 상황을 직시하여, 우리나라도 의대증원 및 의료정책을 결정함에 있어 향후 의료수급(중증 급성기부터 만성기까지의 입원의료, 외래, 개호노인보건의료, 행정기관, 연구기관 등), 의사편제대책, 의사의 근무형태 개혁 등 다양한 요소들을 고려하여야 할 것이다.

이상에서와 같이 본 연구에서는 일본에서의 의료정원 확대 및 의사인력의 지역 재배치를 둘러싼 지금까지의 논의와 현황을 검토하였다.

일본의 사례가 우리에게 주는 시사점은 한국 역시 일본과 유사한 상황을 겪고 있는 현시점에서 의협과 정부 간의 갈등 및 입장을 슬기롭게 협상해 나가야 할 것이다. 종국적으로 국민에게 어떤 방향이 유리한지 국익적 판단에서 협상을 견지해 나가야 할 것이며, 국가의 일방적인 정책으로 해결할 수 있는 문제가 아니라 국가, 지자체, 의협이 하나가 되어 대응해야 할 과제라고 할 수 있다. 또한, 전무후무한 전 국민 의료보험이라는 특수한 의료비 지불 및 재원조달 방식과 심사평가원이라는 의료수가 재정 방식에 대한 기술과 이에 따른 특수성을 고려하여 실효성 있는 정책방안 마련에 대한 논의로 이어지길 기대한다.

REFERENCES

- [1] J. H. Hwang. (2012). Shortage of public healthcare personnel, is it a problem of number of doctors?. *Journal of the Korean Medical Association/Taehan Uisa Hyophoe Chi*, 55(9), 32-47. DOI: 10.5124/jkma.2012.55.9.812
- [2] OECD indicators. (2019). *Organization for Economic Cooperation and Development. Health at a glance 2019*: [Internet]. <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>
- [3] Ministry of Health, Labor and Welfare. (2007). Government: Ruling Party Measures to Secure Emergency Doctors. [Internet]. <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/kinkyu/dl/01a.pdf>
- [4] Autonomous Medical College. (2009). *Community medicine text*. Medical library, Tokyo, 8-14.
- [5] National University School of Medicine Dean's Meeting. (2016). *Guidelines for medical education at the National University School of Medicine* [Internet]. http://www.chnmsj.jp/granddesign_H28.pdf.
- [6] S. Fumio. (2010). Consideration of the shortage of doctors. *Sangyo University Law*, 43(3), 5-40.
- [7] Ministry of Health, Labor and Welfare. (2017). *Recommendations for measures against uneven distribution of doctors in the region*. [Internet]. www.kokushinkyo.or.jp
- [8] T. Kenzo. (2017). Current status of doctor shortage and countermeasures-Focusing on the number of doctors trained and the placement of doctors-, *Research and Legislative Examination Bureau Social Labor Division*, 954. https://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo_10317579_po_0954.pdf?contentNo=1&alternativeNo=
- [9] Ministry of Health & Labor and Welfare. (2015). *Report of the Advisory Panel to support the further success of female doctors*. [Internet]. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-I-seikyoku-Soumuka/0000071858.pdf>
- [10] M. Hongo. (2008). Shortage of doctors and collapse of community medicine-current situation and prospects, Overview Introductory. *History of medicine*, 224, 26-628. <https://iss.ndl.go.jp/books/R100000002-I000000001370-00>
- [11] Y. Nakazawa. (2010). Current status of doctor shortage and countermeasures. *Shinshu Medical Magazine*, 58, 291-300. DOI: 10.11441/shinshumedj.58.291
- [12] K. Tanaka. (2008). How many doctors do you need (above) -think about the causes and countermeasures for the shortage of doctors. *Japan Medical News*, 4407, 82-88. <https://iss.ndl.go.jp/books/R100000002-I000000018185-00>
- [13] S. Tabayashi. (2009). There will be no surgeon to support the surgeon !? The achievements of the surgeon and the escape and regeneration of the surgeon. *Hospital*, 68, 714-717. DOI: 10.11477/mf.1541101523
- [14] R. Endo, Y. Takagi & N. Ikegami. (2009). Role of Physician Assistant in the US and division of labor in surgical care in Japan. *Hospital*, 68, 722-727. DOI: 10.11477/mf.1541101525
- [15] H. K. Rabinowitz, J. J. Diamond, F. W. Markham & N. P. Paynter. (2001). Critical factors for designing programs to increase the supply and retention of rural primary care physicians. *Jama*, 286(9), 1041-1048.

- DOI: 10.1001/jama.286.9.1041
- [16] K. Nomura. (2011). Physician shortage in Japan: the new postgraduate medical education program and physicians as a human medical resource. *Nihon eiseigaku zasshi. Japanese journal of hygiene*, 66(1), 22-28. DOI: 10.1265/jjh.66.22.
- [17] Ministry of Health, Labor and Welfare. (2006). *Report of the study group on supply and demand of doctors*. [Internet]. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/07/dl/s0728-9c.pdf>
- [18] Ministry of Health, Labor and Welfare. (2019). *Materials for the National Health, Labor and Welfare Dean Meeting*. Medical Affairs Bureau. [Internet]. <https://www.mhlw.go.jp/topics/2020/01/tp0107-1.html>
- [19] Ministry of Health, Labor and Welfare. (2016). *Regional Medical Support Center*. [Internet]. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/chiiki_iryuu/index.html
- [20] *Hiroshima Prefecture Community Health and Medical Promotion Organization Community Health Support Center*. [Internet]. <http://www.dn-hiroshima.jp/www/toppage/000000000000/APM03000.html>
- [21] *Niigata Community Medical Support Center*. [Internet]. <https://www.nuh.niigata-u.ac.jp/ncm/>
- [22] E. Akira. (2013). About the location of the Faculty of Medicine and the birthplace of new students. *Japan Medical Association Magazine*, 142(9). https://plaza.umin.ac.jp/~ehara/my_paper/nichii2013_12.pdf
- [23] Ministry of Health, Labor and Welfare. (2019). *Regarding measures against uneven distribution of doctors*. [Internet]. https://www.soumu.go.jp/main_content/000654889.pdf
- [24] Ministry of Health & Labor and Welfare. (2019). *About regional quota / temporary capacity increase*. [Internet]. <https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000525287.pdf>
- [25] Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology, *Comprehensive measures to secure new doctors*. [Internet]. https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/029/toushin/attach/1408133.htm
- [26] Ministry of Health, Labor and Welfare. (2017). *Summary of questionnaire survey results for those who have completed clinical training*. [Internet]. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800-000-Iseikyoku/0000182128.pdf>
- [27] M. Okayama, S. Sekine & E. Kajii. (2008). The problem of shortage of doctors cannot be solved without a proper doctor training system. *Japan Medical News*, 4402, 80-82. https://www.ajmc.jp/pdf/grand_design.pdf

- [28] J. Shiraishi. (2007). Changes in the number of doctors. *Japan Hospital Association Magazine* 54, 12-29. https://www.sogo-medical.co.jp/img/service/consultant/pdf/prt_report_09.pdf

권 주 영(Ju-Young Kwon)

[정회원]



- 2014년 3월 : 일본히로시마 보건대학원 (보건학 석사)
- 2016년 3월 : 일본히로시마 보건대학원 (박사수료-보건정책전공)
- 2019년 2월 : 인제대학교 보건대학원 (보건학 박사)
- 2016년 3월 ~ 2018년 2월 : 경주대학교 보건의료관광학과 교수
- 2018년 3월 ~ 현재 : 부산경상대학교 보건의료행정과 교수
- 관심분야 : 보건정책, 커뮤니티케어, 지역포괄케어시스템, 고령화 등
- E-Mail : juyoung8201@naver.com