

# 일본의 취약지 의료인력 확보 정책: 도·도·부·현 사례를 중심으로

Policies to Secure Health Workforce in Japan:  
Focusing on the Strategies of Prefectures

이정아 연구원, 한국보건사회연구원  
김동진 부연구위원, 한국보건사회연구원

일본은 2006년 '신 의사 확보 종합대책'과 2007년 '긴급 의사 확보 종합대책'을 세우는 등 농어촌 지역의 의료 인력 확보에 힘을 기울이고 있다. 특히 지역 의료인력 확보 정책을 단기와 장기 정책으로 나누어, 단기적으로는 임상 수련을 포함한 지역에서의 교육 지원과 지역 의료기관의 근무 환경 개선 등을 통해 의료인력의 지역 유입을 꾀하고, 장기적으로는 자치과대학 설치와 지역정원제 운영을 통해 지역에서 근무할 의료인력을 양성하고자 한다. 우리나라에서는 최근 국방부의 공중보건의 축소 계획 발표에 따라 농어촌 의료인력 부족 문제가 다시 제기되었다. 농어촌 주민에게 최소한의 의료 서비스 접근성을 보장하기 위해 지역의 의료인력 확보 대책 마련이 시급한 시점이다.

## 1. 들어가며

우리나라 농어촌 지역의 건강 수준은 전반적으로 도시 지역보다 떨어진다. 대표적인 건강 지표인 기대여명과 건강기대여명을 지역별로 비교해 보면, 수도권을 비롯한 대도시와 농어촌 지역 사이에 적지 않은 격차가 있는 것을 확인할 수 있다. 대도시와 농어촌 간의 격차는 보건의료 자원 측면에서도 뚜렷하게 나타난다. 특히 우리나라의 보건의료 자원은 민간에 크게 의존하고 있어 시장성이 높은 대도시에 밀집되어 있다. 우리나라의 지역별 의사 분포를 비교해 보면 의사의 절반 이상(52.1%)이 수도권에 분포하고 있고, 시와 군으로 구분하였을 때는 군 지역에서 활동하는 의사가 전체의 5.7%에 불과한 것으로 나타난다(김동진 등, 2017, p. 4).

이런 상황에서 2016년 국방부에서 발표한 공중보건의 감축 계획<sup>1)</sup>은 농어촌 의료인력 부족 문제를 더욱 심화시킬 것으로 예상된다. 정부는 의료취약지 거점 의료기관 확충과 농어촌 의료 인프라 확충을 국정과제로 반영하여 이러한 문제에 대응하고자 하였으나, 오랫동안 지속되어 온 농어촌 의료인력 부족 문제를 해결할 수 있을 것인지는 장담하기 어렵다.

농어촌 등 취약지 의료인력 부족 문제는 비단 우리나라만의 문제는 아니다. 전 세계 약 70 개 국가에서 농어촌 등 취약지의 의료인력 확충 정책을 수립하여 실시하고 있다. 그중 일본은 지역의 의료인력 확보를 위해 비교적 종합적이고 체계적인 접근을 하고 있는 것으로 알려졌다. 특히 2006년 ‘신 의사 확보 종합대책’과 2007년 ‘긴급 의사 확보 종합대책’ 등을 통해 국가의 핵심 정책을 수립하고, 이를 바탕으로 도·도·부·현별로 정책을 수립하여 지역의 의사 부족 현상에 대처해 나가고 있다.

이 글에서는 일본의 의료인력 확보 방안을 중앙 정부와 지방 정부(도·도·부·현)로 구분하여 살펴보고, 지방 정부 사례를 통해 우리나라의 취약지 의료인력 확보 정책 수립에서 배울 점을 논하고자 한다.

## 2. 중앙 정부와 지방 정부의 역할 분담

일본은 1956년부터 4~7년마다 벽지 보건의료 계획을 수립하여 지역의 의사인력 확보를 꾀하였다. 그러나 계획 수립 초기에는 의사 분포 문제가 시장 원리에 따라 해결되기를 기대했다. 즉, 도시에서 의사 공급이 늘어나면 경쟁이 심화되어 의사들 중 일부가 과도한 경쟁을 피해 농어촌 등으로 이주하게 되고, 이러한 이주를 통해 농어촌 의사 공급이 자연스럽게 늘어날 것이라고 생각하여 이에 따른 정책을 추진하였다. 그 결과 1965년에서 1980년 사이 의과 대학 33곳이 신설되었고, 일본의 의사 수는 1990년 인구 10만 명당 171.3명에서 2006년 217.5명으로 늘어났다. 그러나 이러한 정책은 의사의 수를 늘리는 데는 성공했으나 의사 분포의 지역 불균형은 오히려 더 심화되는 결과를 불렀다(김동진 등, 2017, pp. 113-114).

특히 지역 간 분포는 서고동저 경향을 보이는데, 2006년 기준으로 의료시설에 종사하는

1) 국방부는 2016년 병역특례요원 선발을 2023년부터 전면 폐지할 계획을 발표하였으며, 2017년 초 연간 1500명 수준의 공중보건의 신규 모집 인원을 2023년까지 단계적으로 감축해서 1000명까지 줄이겠다는 방침을 수립한 바 있음(안두원, 김규식, 2017; 김동진 등, 2017, p. 6에서 재인용).

의사 수의 전국 평균은 인구 10만 명당 206.3명인데 서쪽 지역인 도쿠시마현의 의사 수는 인구 10만 명당 270.1명으로 평균보다 높은 반면, 동쪽에 있는 사이타마현은 인구 10만 명당 135.5명으로 평균보다 훨씬 낮았다(후생노동성, 2006). 일본 정부는 이런 문제를 인식하고 취약지 의료인력 확보를 위해 2006년 의사 확보 종합대책을 수립하였고, 지방 정부 단위에서는 중앙의 정책을 근거로 지역 단위 의사 확보 대책을 세우고 있다.

중앙 정부에서는 후생노동성과 문부과학성이 의료인력 확보 대책에 주로 관여한다. 후생노동성은 지역 의료인력 확보를 위한 전반적인 대책을 수립하고, 문부과학성은 의과대학의 입학 정원과 교육 과정을 담당하고 있다.

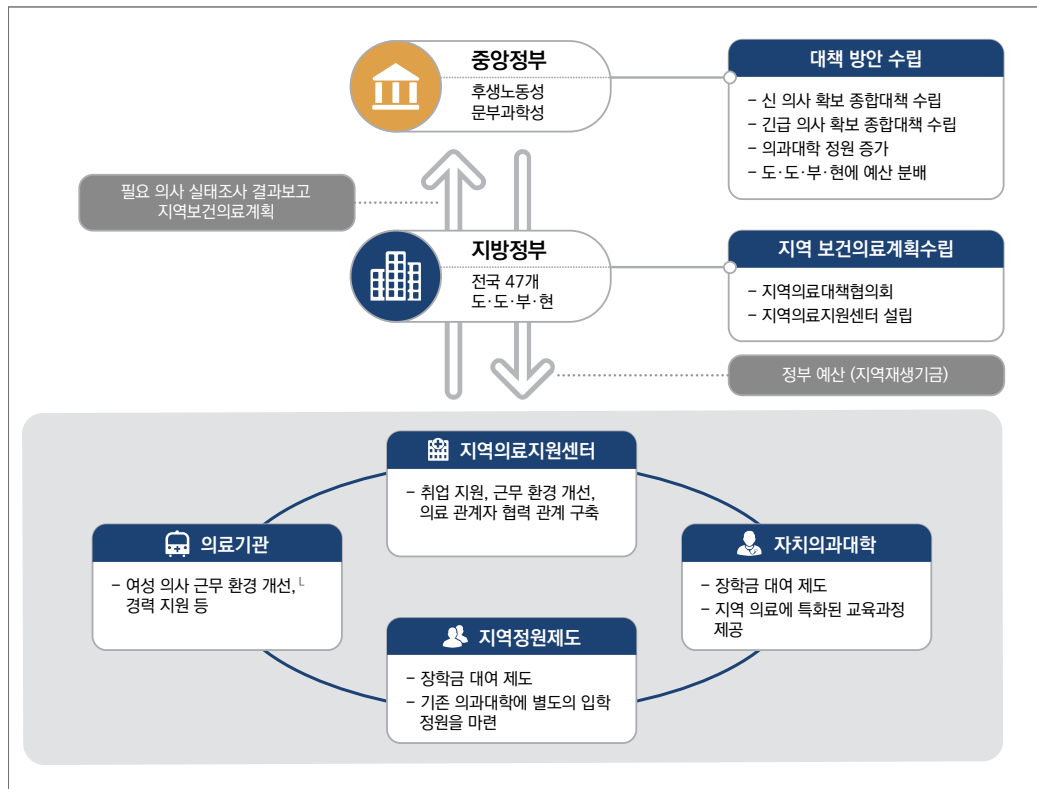
2006년 후생노동성은 지역 의료인력 부족의 심각성을 인식하고 의사 확보 종합대책을 발표해 취약지에서 의료인력을 확보할 수 있도록 본격적인 정책을 펴기 시작했다. 의사 확보 종합대책은 신 의사 확보 종합대책과 긴급 의사 확보 종합대책으로 구분되는데, 신 의사 확보 종합대책은 지방 정부를 중심으로 의사 확보 체계를 구축하고 지역의료에 공헌할 의사를 양성하기 위해 장학금 대여 제도를 적극 활용하는 등의 장·단기 전략을 포함하고 있다. 긴급 의사 확보 종합대책은 의사 부족 문제가 심각한 지역에 국가 차원에서 의사를 파견하는 대책으로, 단기적으로는 의사 부족 지역에 즉각적으로 의사를 파견할 수 있는 시스템을 구축하고, 장기적으로 수련의 확보를 위해 임상수련병원의 정원을 재검토하는 등의 내용을 담고 있다. 또한 장학금 지급, 여성 의사 복직 지원, 정주 여건 개선 등을 통해 취약지에서 의사들이 지속적으로 근무할 수 있는 환경을 제공하고자 다방면으로 노력하고 있다.

후생노동성은 지역 실정에 맞춘 의사 확보 체계를 구축할 수 있도록 지방 정부의 역할을 강조하는 한편, 그에 따른 지원을 강화하고 있다. 예를 들어, 지방 정부에서는 4~5년마다 지역 보건의료 계획을 수립하는데, 여기에는 지역별 실정에 맞는 의사 확보 계획이 포함되어야 한다. 도·도·부·현이 제출한 의사 확보 계획은 후생노동성이 검토한 후 실행 가능한 범위에서 예산을 지원한다. 사실상 후생노동성은 의료인력 확보 가이드라인을 제공하고, 구체적인 계획은 지방 정부에서 추진하는 형태다. 또한 제5차 의료법 개정(2007년 4월 1일 시행)에서 지역의료대책협의회를 제도화하였으며, 협의회와 지방 정부가 정한 시책에 대해 의료종사자와 공공의료기관이 협력하도록 규정하였다.

지방 정부에서는 지역 의사 확보 대책 실행을 위해 지역의료지원센터를 설치·운영하고,

지역의료지원센터는 지방 정부가 수립한 계획의 실행을 지원하는 몫을 담당한다. 동 센터는 도·도·부·현 내의 의과대학, 의료기관, 관련 협회 등과의 협력하에 사업의 중추 기능을 담당하는데, 특히 외부의 의사 인력을 지역으로 유인하기 위해 취업 지원, 근무 환경 개선, 경력 지원, 지역 의료 관계자와의 협력 관계 구축 등을 추진한다.

그림 1. 지역 의료인력 확보 대책 운영 체계



자료: 김동진 등. (2017). 농어업인의 삶의 질 향상 심층연구-농어촌 공공보건의료인력 확보방안. 한국보건사회연구원, 한국농촌경제연구원. p. 44.

2006년 신 의사 확보 종합대책과 2007년 긴급 의사 확보 종합대책 시행 이후 지방 정부가 세우는 지역 보건의료 계획에는 지역 실정을 고려한 의료인력 확보 대책이 포함되며, 지방 정부는 정책의 효과를 높이고자 현황 파악과 목표 달성을 위한 시책을 구체화하고 있다. 하지만 지방 정부별로 수립한 의료인력 확보 대책의 내용과 정도는 다를 수밖에 없다. 따라서 후생노동성은 중앙 정부 차원에서의 검토를 위해 '의료계획 재검토에 관한 검토회의'를 열어

도·도·부·현이 수립한 지역 보건의료 계획을 평가한다. 이 검토회의는 2004년 10월 처음 개최되었다. 여기에서는 지방 정부가 수립한 지역 보건의료 계획이 평가되고 그 후속 대책이 주로 논의된다.

또한 후생노동성은 2015년부터 ‘의료 종사자의 확보에 관한 검토회의’를 개최하고 있는데, 지역 의료인력 현황 파악과 향후 대책 등을 주기적으로 검토하고 있다. 이 밖에도 관련 대책이 제대로 정착될 수 있도록 다양한 주제의 검토회의와 심의회의를 정기적으로 열고 있다.

중앙 정부는 지방 정부가 수립한 대책을 평가하는 것과 아울러 의료인력 확보를 위해 필요한 대책을 법제화하는 노력을 기울이고 있는데, 2014년에는 「의료 종사자의 근무 환경 개선에 관한 의료법」 개정으로 ‘의료 근무환경개선지원센터’ 설치를 규정하여, 이를 도·도·부·현에 순차적으로 설치하고 있다. ‘의료 근무환경개선지원센터’는 의료 종사자의 근무 환경 개선과 관련된 일을 담당하는데, 2018년 후생노동성이 주관하는 ‘의사 근무 방식 개혁에 관한 검토회의’에서 의사의 노동시간 단축을 긴급 안건으로 상정하였고, 그 후속 조치를 각 지방 정부에 설치한 ‘의료근무환경개선 지원센터’를 통해 수행하게 하는 한편, 중앙에서는 필요한 보조금을 지원할 계획이다.

후생노동성에서는 미래의 의료인력 확보 대책도 수립하고 있다. 2025년 초고령 사회 진입에 따른 대책의 일환으로 2014년부터 지역 보건의료 계획에 초고령 사회에 대비한 지역 의료 구상을 포함하도록 규정하였다. 지역 의료 구상은 고령화에 따른 질병 구조와 의료 수요의 변화를 고려해 2025년 시점에서의 의료 수요, 필요 병상 수, 의료인력 등을 추계하고, 지방 정부별로 이에 대응할 수 있도록 의료권역별 의료기관의 기능 분화 및 의료기관 사이 연계 강화로 효율적인 의료 제공 체제를 구축하는 것을 목적으로 한다.

### 3. 지방 정부의 의료인력 확보 대책 사례

지역 의료인력 확보 대책은 크게 두 가지로 구분할 수 있다. 지역에 근무할 의사를 별도로 선발하여 교육하는 장기 대책과 기존 의료인력을 놓어준 등 취약지로 유입하여 근무하도록 지원하는 단기 대책이 그것이다.

## 가. 지역 의료인력 양성 대책

지역 의료인력을 양성하기 위해 각 지방 정부에서는 지역에 근무할 뜻이 있는 학생을 별도로 선발한다. 전문성 있는 지역 의료인력 양성을 목적으로 설립된 자치의과대학을 통해 의료인력을 교육시키는 제도와 기존 의과대학에 별도 정원을 마련해 지역 의료인력을 양성하는 지역정원제도로 구분할 수 있다.

### 1) 자치의과대학을 통한 지역 의료인력 양성

일본의 자치의과대학은 1972년 총무성과 47개 지방 정부에서 설치했다. 자치의과대학은 두 가지 목적을 가지고 있는데, 농어촌에서 근무할 의사를 양성하고, 양성한 의사를 전국에 골고루 배치하는 것이다. 이러한 목적 달성을 위해 자치의과대학은 입학생을 지역별로 자체 선발하는 시스템(home prefecture recruiting scheme)을 적용하고 있다. 대체로 도·도·부·현별로 2~3명의 학생을 뽑는데, 47개 지방 정부에서 예비시험을 치르게 하여 일차로 8~10명을 선발하고 자치의과대학에서 면접과 논술을 통해 각각 2~3명의 최종 합격자를 결정한다.

선발 과정에서 모든 입학생은 출신 지역과 계약을 맺게 되고 계약에 따라 출신 지방 정부로부터 졸업할 때까지 학비<sup>2)</sup>를 제공받게 된다. 재학 기간 동안 학비를 제공받은 학생들은 졸업 후 9년 동안 출신 도·도·부·현에서 지정한 의료기관에서 근무하게 되는데, 9년 동안의 근무 기간이 끝난 뒤에는 자유롭게 일자리를 정할 수 있다. 만약 학생이 계약 종료 이전에 계약 파기를 원하는 경우 그동안 지원받은 학비와 이자를 일시불로 갚아야 한다. 그러나 자치의과대학 졸업생 중 9년의 근무 기간을 모두 끝낸 학생의 누적 비율은 98% 이상으로, 중도 탈락률은 매우 낮은 것으로 나타났다. 자치의과대학의 운영 재원은 기본적으로 각 지방 정부에서 출자한 예산을 중심으로 정부 보조금, 기타 기부금 등으로 마련된다.

자치의과대학에서는 농어촌 지역에 근무할 예비 의료인력들을 대상으로 특성화 교육을 하고 있는데, 지역 보건복지 실습이 그중 하나다. 입학 후 2~3년차 학생들은 졸업 후 근무 예정 지역에서 실습을 진행하고, 이를 계기로 지역의료에 대한 이해를 높이면서 다양한 경험을 쌓

2) 2017년 기준으로 자치의과대학 입학생은 6년 동안 입학금, 학업 준비에 필요한 비용, 수업료, 실습비 등이 모두 포함된 2300만 엔 정도의 장학금을 대어받을 수 있으며, 생활에 어려움을 겪는 학생을 위해서 일정 금액의 생활비도 대어 가능하다.

아 졸업 뒤 지역에 정착하는 데 도움이 될 수 있도록 한다.

1978~2016년 사이 자치의과대학 졸업생 수는 모두 4024명이다. 졸업생 중 현직에 종사하고 있는 의사 수는 3766명으로 전체의 약 93.6%에 해당한다. 자치의과대학 1기에서 30기 졸업생(2958명) 중 98.5%(2914명)가 졸업 후 의무 이행을 마친 것으로 집계되고 있다. 특히 의무 이행 기간을 마친 2914명 중 해당 도·도·부·현 내 의료기관에 계속 근무하는 비율은 69.6%(1947명)에 이르는 것으로 알려졌다(자치의과대학 지역의료추진과, 2018).

## 2) 지역정원제도를 활용한 의료인력 양성

지역정원제도는 의과대학에서 별도의 정원을 마련하여 지역에 일할 뜻이 있는 학생을 선발하고, 특정 지역에서 일정 기간 근무하는 것을 조건으로 장학금을 대여하는 지역 의료인력 양성 제도다.

자치의과대학이 지역 의사 양성의 성공적인 모델이기는 하지만 입학 정원은 한정되어 있고,<sup>3)</sup> 지방 정부의 가용 예산 안에서 학생을 선발하기 때문에 자치의과대학만으로는 의료인력 부족 문제를 해결하기 어려웠다. 이 때문에 일본 정부는 2006년 의사 확보 종합대책의 일환으로 기존의 지역정원제도<sup>4)</sup>를 크게 확대하였는데, 지역정원제도 시행 초기인 1997년에는 2개 대학 11명으로 시작했으나 2015년에는 67개 대학 1127명으로 확대되었다. 2015년 문부과학성에서 실시한 '지역범위입학제도와 지역의료지원센터의 실정에 관한 조사'를 보면, 2015년 전국 77개 의과대학 중 67개 의과대학에서 지역정원제를 도입하고 있었고, 자치의과대학, 방위대학 등 특수목적 의과대학을 제외하면 대부분의 의과대학에서 지역정원제를 적용하고 있었다(문부과학성, 2016, p. 5).

지역정원제도는 장학금 대여 제도, 선발 시기, 의무 이행 유무에 따라 다양한 형태로 존재하는데(표 1), 장학금 대여를 조건으로 졸업 후 의무 이행을 하는 형태가 대다수다. 장학금 반환 면제를 위해서는 의무 이행 조건을 충족해야 하고, 장학금 대여 기간의 1.5배 기간(약 9년)에 도·도·부·현이 지정하는 의료기간에서 근무하는 것을 조건으로 한다.

3) 2017년 기준 자치의과대학 모집 정원은 총 123명임.

4) 지역정원제도는 모집 전형, 장학금 대여 금액, 의무 이행 형태에 따라 다양하게 구분되고, 도도부현별로 지역정원제도, 지역프레임, 지역특별 프레임 등 다양하게 불리고 있음. 본고에서는 '지역정원제도'로 통일함.



표 1. 지역정원제도 유형

구분		내용
A	A1	별도 기준으로 입학생을 선발함. 졸업 후 일정한 의무 이행을 조건으로 장학금을 지급함.
	A2	입학 후 학생을 선발함. 졸업 후 일정한 의무 이행을 조건으로 장학금을 지급함.
B		별도 기준으로 입학생을 선발해 졸업 후 의무 이행을 조건으로 하지만 장학금은 지급하지 않음.
C		별도 기준으로 입학생을 선발하고, 의무 이행이나 장학금 지급이 없음.

자료: 김동진 등. (2017). 농어업인의 삶의 질 향상 심층연구-농어촌 공공보건의료인력 확보방안. 한국보건사회연구원, 한국농촌경제연구원. p. 56.

지역정원제도는 지방 정부와 의과대학에 따라 다양한 형태로 운영되고 있는데, 주로 모집 전형, 장학금 대여 금액, 의무 이행 형태에 약간씩 차이가 있다. 지방 정부 사례를 살펴보면, 사이타마현 내 의료기관 근무를 조건으로 하는 지역정원제도는 사이타마의과대학, 준텐도대학, 일본의과대학에서 시행되고 있으며, 준텐도대학과 일본의과대학은 사이타마현 근무 외 다른 현 근무를 지정하는 제도도 운영 중이다. 의과대학별 지역정원제도 유형은 <표 2>와 같다.

표 2. 의과대학별 지역정원제도 유형(2017년)

대학(소재지)	대상 입시	정원	대상	장학금 대여 금액	의무 이행
사이타마의과대학 (사이타마현)	사이타마현	17명	1학년, 입학 후 선발	월 20만 엔, 6년간 총 1440만 엔	의사 면허 취득 후 대여 기간의 1.5배(9년) 기간 동안 현에서 지정하는 의료기관 또는 진료과에서 근무.
준텐도대학 (도쿄도)	도쿄도	10명	입학 전 선발	6년간 총 2080만 엔, 생활비 매월 10만 엔	대여 기간의 1.5배(9년) 기간 중 2분의 1 이상 기간 동안 도쿄도가 지정하는 의료기관에서 근무. 현에서 실시하는 지역의료 교육에 매년 참석하고, 대학 졸업 후 2년 이내에 의사 면허 취득. 현에서 지정하는 의료기관에서 대여 기간의 1.5배(9년) 기간 동안 근무.
	니가타현	2명	입학 전 선발	월 30만 엔, 6년간 총 2160만 엔	졸업 후 1년 3개월 이내에 의사 면허 취득. 대여 기간의 1.5배(9년) 기간 동안 현이 지정하는 의료기관에서 근무.
	지바현	5명	입학 전 선발	월 20만 엔, 6년간 총 1440만 엔	의사 면허 취득 후 대여 기간의 1.5배(9년) 기간 동안 현에서 지정하는 의료기관 또는 진료과에서 근무.
	사이타마현	7명	입학 전 선발	월 20만 엔, 6년간 총 1440만 엔	의사 면허 취득 후 대여 기간의 1.5배(9년) 기간 동안 현에서 지정하는 의료기관 또는 진료과에서 근무.



표 2. 의과대학별 지역정원제도 유형(2017년)(계속)

대학(소재지)	대상 입시	정원	대상	장학금 대여 금액	의무 이행
준텐도대학 (도쿄도)	시즈오카현	5명	입학 전 선발	월 20만 엔, 6년간 총 1440만 엔	졸업 후 2년 이내에 의사 면허 취득. 즉시 초기 임상수련을 실시하고, 초기 임상수련 수료 후 현이 지정하는 의료기관에 대여 기간의 1.5배(9년) 기간 동안 근무. 단, 임상수련을 현의 공공의료기관에서 실시하는 경우 수련기간의 2분의 1을 반환 면제받기 위한 근무 조건으로 간주.
일본의과대학 (도쿄도)	지바현	4명	1학년, 입학 후 선발	월 20만 엔, 6년간 총 1440만 엔	졸업 후 1년 3개월 이내에 의사 면허 취득. 대여 기간의 1.5배(9년) 기간 동안 치바현이 지정하는 의료기관에서 근무.
	후쿠시마현	1명	1학년, 입학 후 선발	월 23.5만 엔 (입학금 별도 지급), 6년간 총 1692만 엔	졸업 후 2년 이내에 의사 면허 취득하고, 초기 임상수련 수료 후 대여 기간의 1.5배(9년) 기간 동안 현이 지정하는 의료기관에서 근무.
	시즈오카현	1명	1학년, 입학 후 선발	월 20만 엔, 6년간 총 1440만 엔	초기 임상수련 수료 후 현과 대학이 협의하여 지정하는 의료기관에서 대여 기간의 1.5배(9년) 기간 동안 근무.
	사이타마현	2명	1학년, 입학 후 선발	월 20만 엔, 6년간 총 1440만 엔	의사 면허 취득 후 대여 기간의 1.5배(9년) 기간 동안 현에서 지정하는 의료기관 또는 진료과에서 근무.

자료: 1) 사이타마현. (2017. 12. 11.). 사이타마현 의사 육성 장학금. <https://www.pref.saitama.lg.jp/a0709/ishikusei-shougakukin/index.html>에서 2017. 12. 11. 인출.

2) 준텐도대학. (2017. 12. 12.). 준텐도대학 장학금 제도. <http://www.juntendo.ac.jp/med/exam/shogakukin.html>에서 2017. 12. 12. 인출.

3) 일본의과대학(2017), 일본의과대학 모집요강, p. 56의 내용을 정리, 요약함.

### 3) 기타 장학금 대여 제도

지역정원제도 외에도 각 지방 정부와 의료기관에서 지역 의료인력을 확보하기 위해 마련한 별도의 장학금 제도가 있다. 아오모리현의 경우에는 의과대학 졸업 후 관내에서 근무하기를 희망하는 학생들에게 장학금을 대여하는데, 장학금 대여 계약은 아오모리현과 직접 하거나 특정 병원 근무를 조건으로 하는 경우 병원과 직접 장학금 대여 계약을 한다.

또한 지역정원제도 외에도 일반 전형으로 입학한 학생을 대상으로 특정 조건에 해당하는 학생에게 장학금을 대여하는 제도가 있다. 예를 들어 지바현에서는 지바현 출신이면서 의과대학에 재학 중인 학생들에게 졸업 후 지바현에 근무할 것을 조건으로 매월 15만 엔의 장학금을 대여하는 ‘고향의사지원제도’를 실시하고 있다. 2017년 기준으로 고향의사지원제도 모집 정원은 15명이며, 장학금 대여 기간과 반환 면제 조건은 지역정원제도와 같다.

일본에서는 의료인력이 부족한 특정 과에 지원하는 학생들에게도 장학금을 대여하는 제도가 운영되고 있는데, 도치기현의 경우 산부인과 전문의를 목표로 하는 의대생에게 장학금을

대여한다. 장학금 대상자는 전국에 재학 중인 의대생으로, 모집 정원은 2017년 기준으로 2명이며, 연간 300만 엔의 장학금을 대학 졸업 때까지 대여한다. 장학금 반환 면제 조건으로 초기 임상수련을 도치기현에서 하고, 도치기현 내의 의료기관에서 장학금 대여 기간의 1.5배 기간 동안 산부인과 의사로 근무해야 한다.

## 나. 기존 의료인력의 지역 유인 대책

### 1) 기존 의료인력 유인 대책

의과대학 정원을 증원하여 의사 수를 늘리는 것도 중요하지만, 지역의 정주 여건이나 근무 환경을 개선하고 경력을 지원하는 방안을 마련하여 기존 의료인력이 취약지에서 근무하도록 이끄는 방안도 중요하다.

도·도·부·현은 지역의료지원센터를 중심으로 다양한 취약지 의료인력 유인 사업을 진행하고 있다. 먼저 지방 정부는 구인구직 정보를 웹사이트에 제공해 지역 근무를 희망하는 의사에게 근무 형태, 의료기관 유형 등의 정보를 제공한다. 지역 근무를 희망하는 의사는 제공된 정보 중 본인의 생활 패턴과 근무 환경 등을 고려하여 의료기관을 선택할 수 있다. 사이타마현의 경우 '의사뱅크' 홈페이지를 개설해 지역 내 의료기관 정보를 제공하고 있으며, 히로시마현에서는 '고향 닥터넷 히로시마' 홈페이지를 통해 구인구직 정보뿐 아니라 의료 관계자 네트워크 구축을 담당하고 있고, 도치기현에서도 홈페이지를 통해 의사 모집 정보를 올리고 있다.

이 밖에도 여성 의사의 복직 프로그램을 운영하고 있는데, 일본에서 근무 중인 여성 의사 수는 점차 감소하는 추세여서 복직뿐 아니라 복직 후 근무를 지속할 수 있도록 근무 환경을 개선하고 있다. 특히 지역에서는 경력 단절 여성 의사를 적극적으로 스카우트하여 지역에서 근무하도록 유도하고 있는데, 히로시마현에서는 여성의 경력 단절을 막기 위해 근무시간 유연 제도를 실시하고, 복직 연수 프로그램을 제공하는 의료기관에 대해서는 경비의 일부를 현에서 보조하기도 한다. 사이타마현에서는 여성 의사 지원센터를 통해 복직 연수 프로그램을 제공하고, 육아·노인 가족에 대한 돌봄 서비스를 지원하기도 하며, 복직과 관련한 상담 서비스를 제공하고 있다. 도치기현에서는 가정과 일의 양립, 곧 가사 걱정 없이 근무할 수 있도록 상담창구를 설치하고, 경력 형성을 돕는 교육을 실시하고 있다.

또한 히로시마현에서는 젊은 의사에게 연구 기회를 제공하고 연구보조금을 지급하며, 도치기현에서는 젊은 의사에게 해외 또는 현내에서 수련받는 동안 비용과 주거비 일부를 지급한다.

## 2) 지역 임상수련 활성화 대책

교육이나 수련 장소는 의사들이 근무하는 지역 선택에 영향을 끼치는 것으로 알려져 있다. 도심 지역 학교에서 교육받는 것보다 도시 외곽이나 농어촌 지역 학교에서 교육받고, 농어촌 맞춤형 커리큘럼을 개발하여 활용하는 것은 졸업 후 농어촌에 근무할 가능성을 높인다. 그렇기 때문에 의사인력이 부족한 지역에서는 되도록 지역 안에서 의사들이 수련받기를 바라게 된다. 이에 따라 2006년 긴급 의사 확보 종합대책에서는 도시에 수련의가 집중되는 상황을 막고자 지역별로 임상연수병원의 정원을 재검토하는 방안을 제시하였으며, 도·도·부·현은 현내 임상연수 활성화 대책을 마련하였다.

그 사례를 살펴보면, 2013~2017년 히로시마현 지역 보건의료 계획에서는 수련의 모집 인원을 2012년 139명에서 2017년 158명으로 증원하는 것을 목표로 삼았다(히로시마현, 2013, p. 2) 2013~2017년 아오모리현의 지역 보건의료 계획에서는 수련의 확보를 주요 사업으로 선정하여 교육 프로그램 강화, 임상수련 설명회, 다른 현과의 교류 사업, 지도자 양성 사업 등을 벌이고 있다(아오모리현, 2013, p. 341).

또한 지역 의사 커뮤니티를 활성화해 지역 의료를 이해하는 데 도움이 될 수 있도록 의견을 공유하는 자리를 마련하고, 생활이나 근무 환경에서 겪는 어려움 등을 함께 해결할 수 있도록 도움을 주고 있다. 도치기현에서는 의사와 의대생에게 도치기현의 의사 확보 대책과 현내 병원 정보 등 지역 의료 정보를 공유하고, 사이타마현에서는 교류회를 통해 지역 의료와 관련된 관계자가 함께 지역 의료 발전을 위한 논의를 진행하기도 한다.

## 다. 미래의 지역의사 발굴 대책

지방 정부에서는 미래의 지역의사 양성을 위해 의사를 목표로 하는 중·고등학생을 선발하여 방학 동안 지역의료를 체험할 기회를 제공하고 있다. 지역 의료기관이나 의과대학에서는 정기적으로 견학 프로그램을 진행하며, 닥터헬기투어, 모의 의료 체험, 방문 진료 체험, 전문

가 강의 등의 프로그램을 제공하고 있다.

도치기현에서는 ‘미래의 의사 육성 사업’을 운영하고 있는데, 지역 의료에 관심이 많은 학생들에게 의사 진로 가이드를 제공한다. 지역 병원에서 현직에 종사하는 의사가 중·고등학교에 방문해 직업의 장점과 진로 상담을 하고, 해당 현의 의사 확보 대책(장학금 대여 제도, 지역정원제도, 의사 등록 제도 등)에 대해 소개하고 있다. 많은 지방 정부에서는 의대생을 대상으로 한 견학 프로그램도 운영하고 있는데, 도치기현의 경우 병원 견학 버스 투어를 통해 현내에 있는 다양한 의료기관을 직접 방문할 수 있고 병원에서 근무하는 의사와 직접 상담할 기회를 제공한다.

학생뿐 아니라 농어촌 등 취약지에서 취업을 고려하는 의사를 대상으로 견학 프로그램을 운영하는데, 히로시마현에서는 견학 프로그램 운영과 함께 교통비와 숙박비의 일부를 지원한다. 또한 정주 여건은 의사 본인뿐 아니라 가족 구성원에게도 영향을 주기 때문에 가족을 동반한 견학 프로그램도 함께 운영하고 있다. 도치기현에서도 동일한 목적으로 견학 프로그램을 운영하고 있다. 1인 1회 5만 엔을 상한으로 보조금을 지급하며, 원하는 근무 환경과 유사한 의료기관을 선택해서 견학할 수도 있다.

#### 4. 나가며

일본은 2006년 의사 확보 종합대책 이후 취약지 의료인력 확보를 겨냥해 의과대학 정원 증원 외에도 취약지 근무를 유인하기 위한 다양한 사업을 진행하였으며, 그 결과 2014년 의사 수는 인구 10만 명당 244.9명으로 2006년에 견줘 인구 10만 명당 27.4명이 늘어났다(후생노동성, 2014). 도·도·부·현은 단기간에 가능한 근무 환경 개선, 경력 지원 등을 통해 의료인력을 확보하고 있고, 장기간으로는 취약지에 근무할 의료인력을 양성할 목적으로 의과대학에 지역정원제도를 도입하고, 자치의과대학 정원을 늘렸다. 지역정원제도 혜택을 받은 의과대학 졸업생이 임상수련을 마치고 근무를 시작한 지 이제 2~3년 정도여서, 의무 이행 기간 종료 이후 얼마나 많은 의사가 취약지에 남을지에 대해서는 좀 더 지켜봐야겠지만, 자치의과대학의 사례를 살펴보면 의무 이행 기간 종료 이후에도 약 69.6%가 출신 지역에서 근무하는 것으로 나타나 정책의 효과성을 기대해 볼 만하다.

우리나라도 지역의 의료인력을 확보할 대안 마련이 시급하다. 이전에도 농어촌 지역의 의

료인력이 충분하지는 않았지만, 2016년 국방부의 공중보건의 선발 인원 축소로 농어촌 지역에서 의료인력 부족 문제가 더욱 심화될 위기에 놓여 있다. 그동안 우리나라는 농어촌 의료인력 확보를 위해 의료인력의 총량 증가에 따른 낙수효과를 기대하였으나, 일본의 경험에 비추어 볼 때 이러한 정책은 실패할 가능성이 높다. 따라서 농어촌 지역에 근무하는 전문인력을 전문적으로 양성하는 방안 마련을 숙고할 필요가 있다.

아울러 현재의 의료인력 부족 문제 해결을 위해 단기간에 실행 가능한 정책도 필요하지만, 취약지 주민의 의료 서비스 접근성을 보장할 장기 대책 또한 필요하다. 취약지 의료인력 수를 증원하는 것만이 목적이 아닌, 의료의 양적·질적 수준을 전반적으로 향상시켜 취약지에 거주하는 주민의 삶의 질을 높일 종합적인 접근 방안을 마련해야 할 것이다.

---

## 참고문헌

- 김동진, 채수미, 최지희, 이정아. (2017). 농어업인의 삶의 질 향상 심층연구 - 농어촌 공공보건의료인력 확보방안. 한국보건사회연구원, 한국농촌경제연구원.
- 안두원, 김규식. (2017. 1. 20.). 국방부 “공중보건의 3분의 1로 감축”. 매일경제. <http://news.mk.co.kr/newsRead.php?no=49160&year=2017>에서 2017. 9.13. 인출.
- 후생노동성(厚生労働省). (2006). 2006년 의사·치과의사·약사 조사(医師・歯科医師・薬剤師調査の概況). 동 기관.
- 후생노동성(厚生労働省). (2014). 2014년 의사·치과의사·약사 조사(医師・歯科医師・薬剤師調査の概況). 동 기관.
- 사이타마현. (2017. 12. 11.). 사이타마현 의사육성장학금. <https://www.pref.saitama.lg.jp/a0709/ishiikusei-shougakukin/index.html>에서 2017. 12. 11. 인출.
- 준텐도대학. (2017. 12. 12.). 준텐도대학 장학금 제도. <http://www.juntendo.ac.jp/med/exam/shogakukin.html>에서 2017. 12. 12. 인출.
- 일본의과대학. (2017). 일본의과대학 모집요강. 동 기관.
- 자치의과대학 지역의료추진과. (2018. 1. 28.). 의무연한수료자의 진료. [http://www.jichi.ac.jp/chisuika/datetc\\_genjyo.html#1](http://www.jichi.ac.jp/chisuika/datetc_genjyo.html#1)에서 2018. 1. 28. 인출.
- 문부과학성(文部科学省). (2016). 지역범위입학제도와 지역의료지원센터의 실정에 관한 조사(地域枠入学制度と地域医療支援センターの実情に関する調査報告). 동 기관.
- 히로시마현(広島県). (2013). 히로시마현 보건의료계획(広島県保健医療計画). 동 기관.
- 아오모리현(青森県). (2013). 아오모리현 보건의료계획(青森県保健医療計画). 동 기관.