

R000 | 2017. 1.

농어업인의 삶의 질 향상 심층연구  
- 농어촌 공공보건의료인력 확보방안

김동진·채수미·최지희·이정아

**한국농촌경제연구원**

연구 담당

김동진 | 부연구위원 | 연구 총괄, 제1,4,5장 집필

채수미 | 부연구위원 | 제3장 집필

최지희 | 전문연구원 | 제2장 집필

이정아 | 연구원 | 제3장 집필

연구보고 R000

농어업인의 삶의 질 향상 심층연구

— 농어촌 공공보건의료인력 확보방안

등 록 | 제6-0007호(1979. 5. 25.)

발 행 | 0000. 0.

발행인 | 000

발행처 | 한국농촌경제연구원

우) 58217 전라남도 나주시 빛가람로 601

대표전화 1833-5500

인쇄처 | 000

ISBN | 979-11-6149-000-0 93520

- 이 책에 실린 내용은 출처를 명시하면 자유롭게 인용할 수 있습니다.  
무단 전재하거나 복사하면 법에 저촉됩니다.

이 도서의 국립중앙도서관 출판예정도서목록(CIP)은 서지정보유통지원시스템 홈페이지(<http://seoji.nl.go.kr>)와  
국가자료공동목록시스템(<http://www.nl.go.kr/kolisnet>)에서 이용하실 수 있습니다. (CIP제어번호 : CIP0000000000)

# 차 례

---

## 제1장 서론

- 1. 연구 배경 및 목적 ..... 1
- 2. 주요 연구 내용 및 방법 ..... 9

## 제2장 의료이용에 관한 농어촌 주민 설문조사

- 1. 조사 목적 ..... 11
- 2. 조사 내용 및 방법 ..... 11
- 3. 조사 결과 ..... 13

## 제3장 농어촌 보건의료인력 확보방안에 관한 해외 사례

- 1. 일본 ..... 36
- 2. 미국 ..... 77
- 3. 호주 ..... 88

## 제4장 농어촌 보건의료인력 확보방안

- 1. 농어촌 보건의료인력 확보 정책 선정 원칙 ..... 97
- 2. 교육 정책 ..... 101
- 3. 규제적 개입 ..... 105
- 4. 재정 인센티브 ..... 107
- 5. 개인·전문가 지지 ..... 108

## 제5장 결론 및 제언

- 1. 정책 방향 설정 ..... 111
- 2. 단기 정책 ..... 116
- 3. 장기 정책 ..... 120

**부록**

1. 농어촌 지역 의료이용 및 미충족의료에 대한 조사 .....	123
참고문헌 .....	129

## 표 차례

---

### 제1장

<표 1-1> 지역별 보건의료인력 분포 .....	4
<표 1-2> 지역별 보건의료기관 분포 .....	4
<표 1-3> 보건의료인력 수급추계 연구 결과 .....	5
<표 1-4> 제2차 지속가능발전 기본계획 이행과제 .....	8

### 제2장

<표 2-1> 주요 조사 내용 .....	12
<표 2-2> 일반적 특성 .....	13
<표 2-3> 상용치료원 현황 .....	15
<표 2-4> 인구사회학적 특성별 상용치료원 보유 현황 .....	15
<표 2-5> 의료서비스를 이용하는 주된 이유 .....	16
<표 2-6> 미충족의료 경험 .....	17
<표 2-7> 미충족의료 발생 이유(1순위) .....	18
<표 2-8> 연령별 미충족의료 발생 이유 .....	18
<표 2-9> 미충족의료 경험 시 필요로 한 진료과(1순위) .....	19
<표 2-10> 연령별 미충족의료 경험 시 필요로 한 진료과 .....	20
<표 2-11> 만족도 측면에서의 미충족의료 경험 .....	21
<표 2-12> 만족도 측면에서의 미충족의료 발생 이유(1순위) .....	22
<표 2-13> 연령별 만족도 측면에서의 미충족의료 발생 이유 .....	22
<표 2-14> 지역별 만족도 측면에서의 미충족의료 발생 이유 .....	23
<표 2-15> 지역 주민의 미충족의료 경험 .....	24
<표 2-16> 지역사회 차원에서 추가 설치가 필요한 진료과 .....	25
<표 2-17> 지역사회 차원에서 추가 설치가 필요한 의료기관 .....	26
<표 2-18> 지역 내 의료 인프라 개선 방향 .....	28

### 제3장

<표 3-1> 의사 수 및 인구 10만 명당 의사 수 추이(1982~2006년) ..	36
<표 3-2> 인구 10만 명당 의료시설에 종사하는 의사 수 추이(2000~2006년) ..	38

<표 3-3> 신의사확보종합대책 장·단기 전략 .....	39
<표 3-4> 긴급의사확보종합대책 장·단기 전략 .....	40
<표 3-5> 지역의료계획 작성 지침 .....	41
<표 3-6> 의료법 개정(2007년 4월 1일 시행) .....	42
<표 3-7> 자치의료대학 교육 과정 .....	47
<표 3-8> 자치의료대학 장학금 대여 금액 .....	48
<표 3-9> 자치의료대학 졸업생 추이(1978~2016년) .....	51
<표 3-10> 자치의료대학 졸업생 중 의료취약지 근무 현황(2016년) ·	52
<표 3-11> 지역정원제도 유형 .....	55
<표 3-12> 지역정원제도 실시 대학과 실시 유형 .....	56
<표 3-13> 장학금 대여 금액 (장학금 지급하는 경우) .....	58
<표 3-14> 지역정원제도 정원수 추이 .....	58
<표 3-15> 스트레이트 졸업률 추이 .....	60
<표 3-16> 의사국가고시 합격률 추이 .....	60
<표 3-17> 지역정원제도 중퇴율 추이 .....	60
<표 3-18> 2008~2009년 졸업생의 의무 이행 현황 .....	61
<표 3-19> 2008-2009년 졸업 후 탈락자 현황 .....	62
<표 3-20> 사이타마현 지역정원제도 모집 전형(2017년) .....	64
<표 3-21> 히로시마대학 지역정원제도 모집 전형(2018년) .....	69
<표 3-22> NHSC 장학 프로그램의 경쟁률 .....	79
<표 3-23> NHSC 장학 프로그램의 의무 복무기간 .....	80
<표 3-24> NHSC 프로그램 지원 대상자수(2011~2016년) .....	82

## 부록

<부표 1-1> 농어촌 지역 의료이용 및 미충족의료에 대한 조사표 ..	123
---	-----

## 그림 차례

---

### 제1장

<그림 1-1> 지역 간 기대여명 격차 .....	1
<그림 1-2> 지역 간 주요 사인별 사망률 격차 .....	2
<그림 1-3> 시군구 단위 지역박탈지수별 사망률 격차 .....	3
<그림 1-4> 인구 10만 명당 의사 수 지역별 분포 .....	3
<그림 1-5> 지속가능발전(Sustainable Development Goals, SDGs) 목표 ..	7

### 제3장

<그림 3-1> 농어촌 의무근무 제도를 실시하고 있는 국가 .....	35
<그림 3-2> 진료과별 의사 수 추이(1996~2006년) .....	37
<그림 3-3> 의료인력 확보 대책 운영 체계 .....	44
<그림 3-4> 자치의료대학 오픈캠퍼스(2017년) .....	49
<그림 3-5> 자치의료대학 국가의사시험 합격률 추이(2009~2017년) ..	50
<그림 3-6> 지역정원제도 유형에 따른 구분 .....	57
<그림 3-7> “고등학생 의지” 양성 사업 의료체험 사례(2015년) .....	67
<그림 3-8> 히로시마현 고교생 의료 체험 세미나 .....	72
<그림 3-9> 중·고생을 위한 사업 .....	76
<그림 3-10> NHSC의 의료제공자 현황(2011~2017년) .....	83
<그림 3-11> NHSC의 의료제공자 유형(2015년) .....	84

### 제4장

<그림 4-1> 도농 간 의료인력 분포의 격차 .....	96
<그림 4-2> 농어촌 의료인력 확보에 영향을 미치는 요인 .....	99



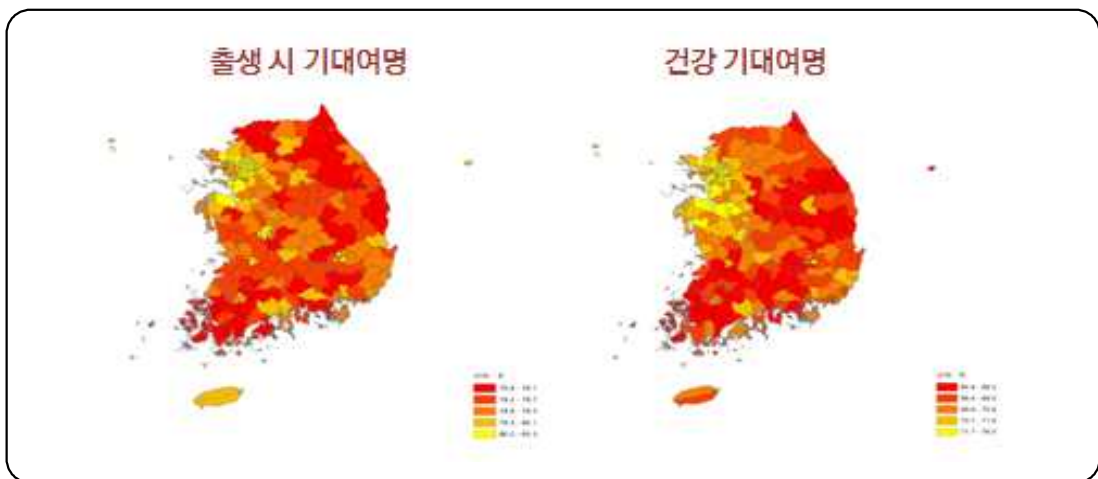


## 1. 연구 배경 및 목적

### 1.1. 연구 배경

지역별 건강수준을 비교해 보면 도시 지역에 비해 농어촌 지역에서의 전반적인 건강수준이 나쁘다. 대표적인 건강지표인 출생 시 기대여명과 건강 기대여명을 지역별로 비교하였을 때, 수도권 및 지방 대도시와 그 외 지역 간에 격차가 있는 것을 확인할 수 있다.

<그림 1-1> 지역 간 기대여명 격차

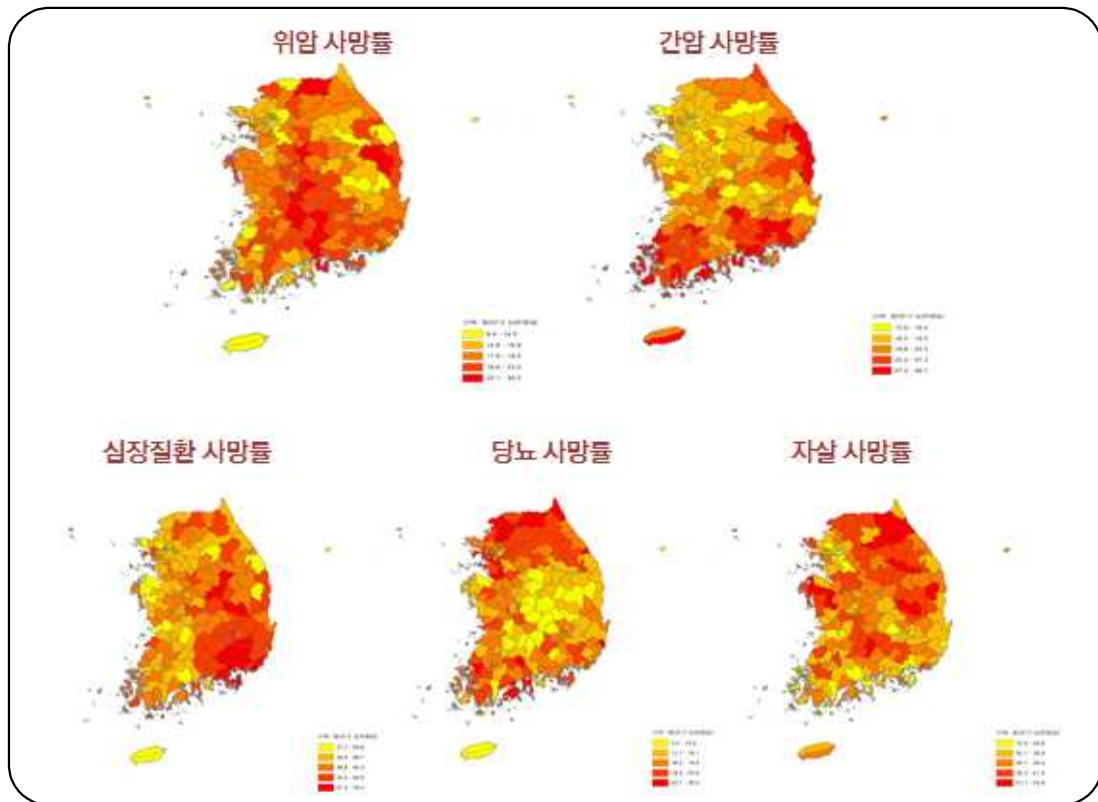


자료: 김동진 등(2014: 183-185).

## 2 제1장 서론

도농간의 건강격차는 주요 사망률을 비교하였을 때도 나타난다. 위암, 간암, 심장질환, 당뇨, 자살 등 주요 사인별 사망률 또한 지역별로 격차를 확인할 수 있다.

<그림 1-2> 지역 간 주요 사인별 사망률 격차



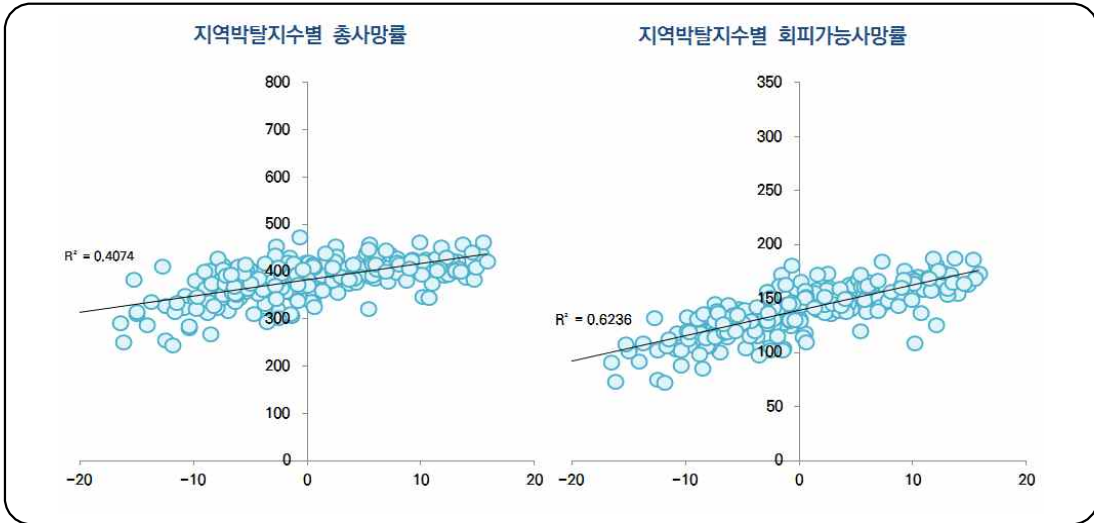
자료: 김동진 등(2014: 229-250).

시군구별로 지역박탈지수와 총사망률 및 회피가능사망률과의 상관관계를 살펴보았을 때, 박탈정도가 심한 지역일수록 총사망률이 높은 양의 상관관계가 나타났다. 특히 총사망률보다 회피가능사망률이 지역박탈지수와 의 상관관계가 더 크게 나타났다.

지역박탈지수는 지역 내 박탈 혹은 결핍수준을 측정하는 지표이기 때문에 도시보다는 농어촌 지역에서 박탈지수가 더 높게 나타나는 것이 일반적임을 생각했을 때, 농어촌 지역의 전반적인 결핍과 취약성에 대한 대책이 필요함

을 의미한다.

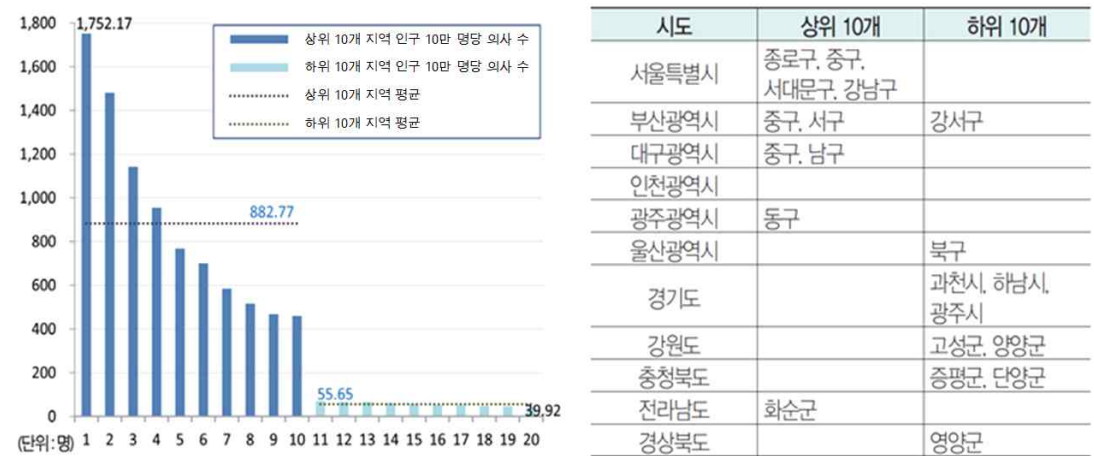
<그림 1-3> 시군구 단위 지역박탈지수별 사망률 격차



자료: 김동진 등(2017: 272-273).

농어촌의 결핍은 보건의료자원 측면에서도 뚜렷하게 나타나고 있다. 특히, 우리나라의 보건의료자원은 민간에 크게 의존하고 있어 시장성이 높은 대도시에서 주로 밀집되어 있다.

<그림 1-4> 인구 10만 명당 의사 수 지역별 분포



자료: 국립중앙의료원 공공의료지원센터(2016: 6).

4 제1장 서론

<표 1-1> 지역별 보건의료인력 분포

지역	보건의료인력수				보건의료인력대비 인구수			
	의사	치과의사	한의사	계	의사	치과의사	한의사	계
대도시	53,755	12,910	9,780	76,445	1:415	1:1729	1:2283	1:292
수도권	5,1444	12,946	9,331	73,721	1:605	1:2405	1:3336	1:422
시	92,688	22,878	18,015	133,581	1:510	1:2606	1:2623	1:353
군	5,025	1,272	1,722	8,019	1:883	1:3487	1:2575	1:553
전체	97,713	24,150	19,737	141,600	1:529	1:2056	1:2619	1:365

자료: 국가통계포털. 2017. 12. 11. 국민건강보험공단 건강보험통계(2016): 시군구별 인력현황 I (의사, 약사 등). [http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=354&tblId=DT\\_HIRA4T&vw\\_cd=&list\\_id=354\\_MT\\_DTITLE&seqNo=&lang\\_mode=ko&language=kor&obj\\_var\\_id=&itm\\_id=&conn\\_path=MT\\_ZTITLE](http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=354&tblId=DT_HIRA4T&vw_cd=&list_id=354_MT_DTITLE&seqNo=&lang_mode=ko&language=kor&obj_var_id=&itm_id=&conn_path=MT_ZTITLE).에서 2017.12.11. 인출. 내용을 재정리함.

주: 대도시는 서울특별시+6대 광역시의 구, 수도권은 서울특별시+인천광역시(옹진군 제외)+경기도(연천군 제외), 시는 군(광역시 소속 군 포함 82개 군)을 제외한 모든 지역

<표 1-2> 지역별 보건의료기관 분포

지역	민간의료기관				공공보건의료기관			
	종합병원	병의원	치과 병의원	한방 병의원	보건 의료원	보건소	보건 지소	보건 진료소
대도시	152	16,323	9141	7,308	0	70	28	24
수도권	135	16,421	9560	7,171	0	79	141	168
시	322	29,810	16,332	13,218	0	175	601	864
군	19	1,996	914	932	15	66	715	1,041
전체	341	31,806	17,246	14,150	15	241	1,316	1,905

자료: 국가통계포털. 2017. 12. 11. 국민건강보험공단 건강보험통계(2016): 시·군·구 종별 요양기관 현황. [http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=354&tblId=DT\\_HIRA4B&vw\\_cd=&list\\_id=354\\_MT\\_DTITLE&seqNo=&lang\\_mode=ko&language=kor&obj\\_var\\_id=&itm\\_id=&conn\\_path=MT\\_ZTITLE](http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=354&tblId=DT_HIRA4B&vw_cd=&list_id=354_MT_DTITLE&seqNo=&lang_mode=ko&language=kor&obj_var_id=&itm_id=&conn_path=MT_ZTITLE).에서 2017.12.11. 인출. 내용을 재정리함.

주: 대도시는 서울특별시+6대 광역시의 구, 수도권은 서울특별시+인천광역시(옹진군 제외)+경기도(연천군 제외), 시는 군(광역시 소속 군 포함 82개 군)을 제외한 모든 지역

특히 우리나라의 지역별 의사 분포(2012년)를 비교해보면, 의사의 대부분이 대도시(60.7%)와 중소도시(34.8%)에 분포하고 있고, 농어촌에서 활동하는 의사는 전체의 4.5%에 불과하다.

또한 농어촌 지역의 의료기관 폐업 등으로 주민의 보건의료기관에 대한 접근도는 도시에 비해 현저히 낮은 수준으로 주민의 51.2%, 89.7%가 각각

읍·면 경계를 벗어난 지역의 병·의원, 종합병원을 이용하는 실정이다.

‘제3차 농어업인 삶의 질 향상 및 농어촌 지역개발 5개년 기본계획 (2015~2019년)’ (이하 삶의 질 계획)에서 공공의료 확충의 일환으로 “공공 보건의료인력 개발 및 역량 강화”가 포함되어 있다. 삶의 질 계획에서는 공중보건의사 인력의 농어촌 지역 우선 배치로 의료공백 최소화를 목표로 하고 있으며, 의료취약지의 보건소 및 보건지소 등에 공중보건의사를 우선적으로 배치해 안정적 의료서비스 공급을 추진해 왔다.

그러나 최근에는 농어촌과 지방 중소도시 등 의료취약지 진료를 전담하는 공중보건의사(공보의)가 갈수록 줄어드는 추세이다. 보건복지부에 따르면 전국의 공보의는 2010년 5,179명에서 지난해 3,626명으로 5년 사이 30%(1,553명)나 급감했고, 이런 추세대로라면 2020년에는 3,100명 선까지 줄어들 것으로 예상된다.

보건의료인력 공급과 수요 전망 분석 결과에 따르면 2030년 의사 인력은 약 7천명, 간호사 인력은 15만여 명, 약사 인력은 10만여 명 부족할 것으로 예상되어 현재 상황에서 반전을 일으킬만한 정책적 노력이 투입되지 않을 경우 농어촌 공공보건의료인력 부족 현상은 더욱 심화될 것으로 예상된다.

<표 1-3> 보건의료인력 수급추계 연구 결과

단위: 명

인력구분	2020년	2025년	2030년
의사	-1,837	-4,339	-7,646
치과의사	1,566	2,367	3,030
한의사	1,084	1,364	1,391
간호사	-110,065	-126,371	-158,554
약사	-7,139	-8,950	-10,742

자료: 보건복지부 (2017. 5. 4.).

국방부 공중보건의 감축 방침 발표 이후 농어촌 의료인력에 대한 논의가 심화되고 있다. 국방부는 2016년 병역특례요원 선발을 2023년부터 전면

폐지할 계획을 발표하였으며, 2017년 초 연간 1,500명 수준의 공중보건의 신규모집 인원을 2023년까지 단계적으로 감축해서 1,000명까지 줄이겠다는 방침을 수립한 바 있다<sup>1</sup>.

물론 이러한 문제에 대응하기 위한 논의가 그동안 전혀 없는 것은 아니다. 먼저 공보의 폐지 논의 이후 농어촌의 의료인력 확보를 위한 대안으로 공중보건장학을 위한 특례법 개정안 등이 발의된 바 있다<sup>2</sup>.

기존의 ‘공중보건장학을 위한 특례법’(2012.10.22. 일부 개정)에서 규정한 공중보건장학제도는 공중보건업무에 종사할 의료인력 확보를 위해 의대, 치대, 간호대생들에 등록금과 별도의 장학금을 지급하고, 졸업 후 2~5년간(장학금 지급 기간 및 근무지역에 따라) 공공의료기관에서 근무하게 하는 제도가 있고, 최근에는 2016년 12월 민주당 양승조 의원이 특례법<sup>3</sup> 개정안 대표 발의, 2017년 4월에는 민주당 전해숙 의원이 특례법<sup>4</sup> 개정안 대표 발의한 바 도 있다.

또한 현 정부에는 이러한 내용이 국정과제에 반영되기도 하였다. 현 정부의 국정과제 45번 ‘의료공공성 확보 및 환자 중심 의료서비스 제공’에 “2019년 공중보건장학제도 시범사업 실시 및 취약지 공공의료기관 의사 파견지원 확대”가 포함되어 농어촌 공공보건의료인력 확보를 비교적 분명하게 명시하고 있다. 아울러 국정과제 81번 ‘누구나 살고 싶은 복지 농산어촌 조성’의 목표 중 하나로 “교통, 의료 등 농산어촌 생활 인프라 확충”을 제시하여 의료 인프라 확충 의지를 표명하고 있다.

- 
- 1 매일경제 인터넷 뉴스. “국방부 공중보건의 3분의 1 감축”. 2017.1.20.일자. 2017.9.13. 인출
  - 2 청년의사. “줄어드는 공보의 대체 위해 ‘보건장학제도’ 활성화 추진”. 2016.12.13.일자. 2017.9.13 인출
  - 3 개정안에서는 공중보건장학제도 대상에 의대, 치대, 간호대 외 한의대 포함. 또한 복지부 장관이 ‘지방대학 및 지역균형인재 육성에 관한 법률’에 따라 지방대학에 특별전형으로 입학한 학생과 기초수급자 또는 그 자녀가 학생인 경우 공중보건장학생으로 우선 선정할 수 있는 내용 포함
  - 4 현행 공중보건장학제도에 한의과대학, 약학대학, 의학·치학·한의학 전문대학원에 재학하는 학생을 대상으로 확대

그러나 의대 정원 증원에 대한 의사협회의 지속적인 반대 등으로 정부의 의지가 실제 정책으로 반영되어 농어촌 의료인력이 충분히 확보되기까지는 적지 않은 시간이 소요될 것으로 생각된다.

의사협회는 농어촌에서 의료의 접근성이 점점 낮아지는 원인으로 낮은 수가로 인한 의료기관 경영악화의 문제로 인식하고 있으며, 농어촌에서의 부족한 의료인력 또한 의료인력의 재배치로 해결될 수 있음을 주장하고 있다. 그 동안 정부는 의료인력의 총량을 증가시킴으로써 그로 인한 낙수효과를 통해 농어촌 의료인력 부족을 해결하려는 입장을 고수해 왔기 때문에 의사협회와의 입장 차이가 적지 않다. 때문에 일부에서는 부실의대 폐지를 통해 확보된 정원을 활용하자는 절충안을 제시한 바도 있다.

의료에 대한 접근성 보장은 유엔(United Nations, UN)이 제시한 지속가능발전을 위한 17개 목표 중 세 번째 목표와 관련되어 있다. 유엔은 모든 국민이 건강하고 질 좋은 삶을 영위할 수 있도록 목표를 설정하고, 각 국가별로 이를 실천하도록 권고하고 있다.

<그림 1-5> 지속가능발전(Sustainable Development Goals, SDGs) 목표



자료: 지속가능발전포털. 2017. 12. 11. 지속가능발전목표. [http://ncsd.go.kr/app/sub02/20\\_tab2.do](http://ncsd.go.kr/app/sub02/20_tab2.do). 에서 2017. 12. 11. 인출.

8 제1장 서론

우리나라는 지속가능발전 목표에 대한 구체적인 실천전략으로 1. 환경 및 자원의 지속성 강화, 2. 기후변화 적응 및 대응체계 확립, 3. 사회적 형평성 및 국민건강증진, 4. 경제 및 산업구조 지속가능성 제고를 설정하고 있으며, 건강과 삶의 질 관련 추진 전략은 3. 사회적 형평성 및 국민건강증진과 관련 있다.

특히, 우리나라는 추진전략별 세부과제로서 농어촌의 보건의료기반 확충을 명시하고 있기 때문에 농어촌 의료 접근성 강화를 위한 보건의료인력 확보에 정책적 노력을 기울일 필요가 있다.

<표 1-4> 제2차 지속가능발전 기본계획 이행과제

이행과제	세부이행과제
3-1. 사회취약계층의 경제활동 증진	3-1-1. 사회취약계층에 대한 경제적 지원 강화
	3-1-2. 사회취약계층의 취업 확대
	3-1-3. 고령사회 대비 중고령 인력활용 제고
3-2. 사회취약계층의 생활환경 개선	3-2-1. 사회취약계층에 대한 의료서비스 지원체계 강화
	3-2-2. 사회취약계층에 대한 주거 지원 강화
	3-2-3. 청소년 건강관리 증진
3-3. 농어촌 발전을 위한 사회기반 구축	3-3-1. 농업인의 소득 및 경영 안정
	3-3-2. 농어촌 보건·의료 기반 확충
	3-3-3. 농어촌 기초생활 인프라 확충
	3-3-4. 농어촌 지역개발 기반 마련
	3-3-5. 농어업 분야 위험관리 강화
3-4. 환경변화에 따른 국민생명 보호	3-4-1. 환경성질환 예방 및 관리 강화
	3-4-2. 호흡기 질환 대기오염물질 관리 강화
	3-4-3. 유해화학물질 및 유해폐기물 안전관리 선진화
3-5. 공공보건 의료 강화	3-5-1. 공공보건 의료체계 효율화
	3-5-2. 필수 보건의료 안전망 확충

자료: 환경부 지속가능발전위원회(2016: 15-16).

지금까지 정부에서 농어촌 공공보건의료인력 확보를 위해 제시한 정책 방향은 문제 해결을 위한 마스터 플랜으로서의 성격은 부족하였다. 현 시점에서 필요한 것은 단지 농어촌 의료인력의 숫자를 증원하는 것이 아닌



의료 접근성 확보를 통한 농어민의 건강 보호와 삶의 질 제고를 최종 목적으로 접근하려는 노력이 필요하다.

## 1.2. 연구 목적

본 연구는 농어촌 주민의 건강수준과 삶의 질 확보를 위해 농어촌 지역의 보건의료인력 확보방안과 지속근무를 위한 정책 대안 마련을 목적으로 하고 있다. 특히, 의료인력 양성은 약 10년 정도의 장시간이 소요되기 때문에 안정적인 농어촌 공공의료인력 확보를 위해 단기 정책과 장기 정책으로 구분하여 대안을 제시하였다.

## 2. 주요 연구 내용 및 방법

### 2.1. 연구 내용

본 연구의 주요 내용은 궁극적으로 농어촌 지역에서 근무할 보건의료인력을 유치하고, 유치된 인력이 농어촌에서 지속근무하게 하는 방안을 찾는 것이다. 이에 대한 세부 내용으로는 농어촌의 미충족의료 수요를 파악하여 농어촌 지역 의료 접근성 제고 필요의 근거를 확보하는 것, 주요 외국의 정책현황과 사례 분석을 통해 우리나라에의 함의를 찾아내는 것 등이 될 수 있다. 자세한 내용은 다음과 같다.

- 우리나라의 현황 파악 및 문제의 인식
  - 정책 환경 분석
- 농어촌 보건의료인력 수요 파악
  - 농어촌 주민의 보건의료 수요 파악

## 10 제1장 서론

- 주요 외국의 의료취약지 의료인력 공급방안 사례 및 시사점 파악
  - 미국, 일본, 호주의 농어촌 지역 의사인력 확보 사례 검토
  - 중앙 정부 정책 및 지방 정부의 정책 사례 검토
  - 우리나라에서 벤치마킹 가능한 정책적 시사점 파악
- 농어촌 공공보건의료인력 확보를 위한 장단기 정책 대안 마련
  - 장기적 관점에서의 농어촌 공공보건의료인력 확보방안
  - 단기적 관점에서의 농어촌 공공보건의료인력 확충방안

## 2.2. 연구방법

본 연구의 주요 내용을 수행하고, 연구 목적을 달성하기 위해 다음과 같은 방법을 사용하였다.

- 농어촌 지역 주민 대상 이메일 설문조사 실시
  - 목적: 농어촌 주민들의 의료 욕구와 의료 이용 현황, 미충족의료 현황 파악
  - 대상: 농어촌 지역 주민(농경연의 지역 통신원 활용)
  - 설문 내용: 개인 및 지역의 의료이용 및 미충족의료 경험. 미충족의료는 의료필요 시의 미충족과 의료이용 후 결과에 대한 미충족으로 구분하여 설문
- 국외 문헌 분석
  - 미국, 일본, 호주 등 국외 문헌 분석을 통한 사례 수집
  - 관련 해외 저널 리뷰를 통한 연구 동향 파악
- 해외 현지 출장(일본)
  - 일본의 의료 취약지 의료인력 확보방안 파악을 위해 문부과학성, 후생노동성을 방문하여 중앙 정책의 방향과 세부정책 파악
  - 일본의과대학연합회에서 추진 중인 의료취약지 의료인력 양성 프로그램에 대한 내용 파악

### 1. 조사 목적

본 연구에서는 농어촌 지역의 의료 접근성을 파악하기 위해 개인과 지역의 의료이용과 미충족의료 현황을 조사하였다. 대상자들이 비교적 쉽게 이해하고 답할 수 있는 의료이용의 직·간접적 경험을 기반으로 농어촌 지역 미충족의료 문제의 원인과 실태, 이에 대한 개선 방안을 파악하고자 하였다.

### 2. 조사 내용 및 방법

농어촌 군단위 주민대표(한국농촌경제연구원의 지역 통신원)를 대상으로 2017년 11월 15일부터 11월 23일까지 구조화된 설문지를 활용한 온라인 설문조사를 진행하였다. 모집단의 특성상 전국 단위의 대표성을 확보하는 것이 불가하므로 성·연령별 인구구조를 고려한 표본추출은 실시하지 않았다. 농어촌 군단위 주민대표 1,387명에게 설문조사 URL을 전달, 조사 참여를 독려했으며 조사에 참여한 400명을 최종 분석 대상으로 확정하였다.

일반인을 대상으로 하는 조사의 경우 개인적 경험에 한정해 조사 내용을 구성하겠으나 이번 조사에서는 군단위 주민대표를 대상으로 하는 점에 착안, 개인과 지역 차원의 미충족의료 경험을 조사에 모두 포함하였다. 조사 내용은 개인적 의료이용 및 미충족의료, 지역 의료이용 및 미충족의료, 일반적 현황으로 구성하였으며, 미충족의료는 의료필요시 미충족 경험, 의료이용 후 만족도 측면에서의 미충족 경험으로 나누어 파악하였다.

구체적인 문항의 내용은 아래와 같다.

<표 2-1> 주요 조사 내용

구분	내용	
개인적 의료이용 및 미충족의료 현황	상용치료원(단골 의료기관) 보유 여부 - 상용치료원(단골 의료기관) 종류	
	의료서비스를 이용하는 주된 이유	
	미충족의료	미충족의료 경험(의료서비스가 필요했으나 이용하지 못한 경험) - 미충족의료를 경험한 이유(1~3순위)
		원하는 진료과가 없어 의료서비스를 이용하지 못한 경험 - 당시 원했던 진료과
의료서비스가 불만족스러웠던 경험 - 불만족스러운 이유(1~3순위)		
지역 의료이용 및 미충족의료 현황	지역 주민의 미충족의료 경험 - 지역 주민이 미충족의료를 경험한 이유(1~3순위)	
	지역사회 내 추가 설치가 필요한 진료과	
	지역사회 내 추가 설치가 필요한 의료기관	
	지역주민의 건강증진과 삶의 질 향상을 위해 가장 필요한 의료시설이나 의료인력의 종류	
일반적 특성	성별	
	연령	
	교육수준	
	소득수준	
	거주지역	

### 3. 조사 결과

#### 3.1. 일반적 특성

조사대상자 특성상 전체 응답자 중 50대 이상 고령 남성의 응답 비율이 높았다. 교육수준의 경우 대학교 졸업 이상이 전체 응답자의 절반가량을 차지하였고, 고등학교 졸업 이하는 전체의 39.4%였다. 소득수준은 월평균 소득 200만원 이하/ 201만원~300만원 이하/ 301만원~400만원/ 401만원 이상 해당자가 각각 비슷한 비율로 분포하고 있었으며, 경상북도(17.5%), 강원도(12.8%), 전라남도(12.5%), 경기도(12.3%) 순으로 높은 응답 비율을 보였다.

<표 2-2> 일반적 특성

단위: 명, %

	구분	인원수	%
성별	남성	310	79.5
	여성	80	20.5
연령	30대	26	6.5
	40대	38	9.5
	50대	149	37.3
	60대	149	37.3
	70대 이상	38	9.5
교육수준	중학교 졸업 이하	41	10.4
	고등학교 졸업 이하	156	39.4
	대학교 졸업 이상	199	50.3

14 제2장 의료이용에 관한 농어촌 주민 설문조사

구분		인원수	%
소득수준 (월평균 가구소득)	200만원 이하	116	29.2
	201만원~300만원 이하	92	23.2
	301만원~400만원 이하	96	24.2
	401만원 이상	93	23.4
거주지역	강원도	49	12.8
	경기도	47	12.3
	충청북도	33	8.6
	충청남도	45	11.8
	경상북도	67	17.5
	경상남도	46	12.0
	전라북도	34	8.9
	전라남도	48	12.5
	제주도	11	2.9
	인천광역시	1	0.3
	대구광역시	1	0.3
	세종특별자치시	1	0.3

주: 1) 성별 결측치 10건, 연령 결측치 0건, 교육수준 결측치 4건, 소득수준 결측치 3건, 지역 결측치 17건  
 2) 추후 결과 분석 시 응답자수가 적은 인천광역시, 대구광역시, 세종특별자치시는 기타 지역으로 분류해 결과 제시

### 3.2. 개인적 의료이용 및 미충족의료 현황

#### 3.2.1. 상용치료원

상용치료원이란 아프거나 건강문제에 대한 상담이 필요할 때 주로 방문하는 개인의원, 보건소, 클리닉 등을 일컫는다. 일반적으로 상용치료원을 보유한 경우 진료의 지속성과 효과가 높아지는 것으로 나타나며, 필요한 예방적 서비스를 더욱 많이 받는 것으로 보고된 바 있다(MY Kim et al., 2012). 본 연구에서도 상용치료원의 긍정적 효과를 고려, 조사 대상자들이

평소 의료서비스가 필요할 때 이용하는 단골 의료기관 또는 상용치료원이 있는지, 있다면 어떠한 유형의 의료기관인지를 조사하였다.

그 결과 전체의 77.7%가 상용치료원을 보유하고 있는 것으로 나타났으며, 의료서비스에 대한 요구가 높은 고령층일수록 상용치료원 보유율이 높은 것으로 확인되었다. 또한 의료 접근성이 비교적 좋은 경기도 거주자의 상용치료원 보유율(87.2%)이 가장 높았던 반면, 의료 접근성이 취약한 전라북도과 전라남도는 각각 67.7%, 68.8%로 가장 낮은 수준을 보였다. 상용치료원의 유형별로는 병의원(60.7%), 종합병원(21.0%), 보건소·보건지소·보건진료소(12.3%) 순으로 높게 나타났다.

<표 2-3> 상용치료원 현황

단위: 명, %

구분		인원수	%
상용치료원 보유	예	310	77.7
	아니오	80	22.3
상용치료원 유형	보건소·보건지소·보건진료소	38	12.3
	병의원	188	60.7
	종합병원	65	21.0
	상급종합병원 이상	19	6.1

주 1) 상용치료원 보유 결측치 1건

<표 2-4> 인구사회학적 특성별 상용치료원 보유 현황

단위: 명, %

구분		인원수	%
연령	30대	17	68.0
	40대	29	76.3
	50대	111	74.5
	60대	121	81.2
	70대 이상	32	84.2
지역	강원도	42	85.7
	경기도	41	87.2
	충청북도	26	78.8

16 제2장 의료이용에 관한 농어촌 주민 설문조사

구분	인원수	%
충청남도	35	77.8
경상북도	53	79.1
경상남도	34	73.9
전라북도	23	67.7
전라남도	33	68.8
제주도	8	72.7

주 1) 상용치료원 보유 여부에 대한 질문에 ‘예’라고 응답한 대상자를 중심으로 분석함.

2) 응답자수가 적은 인천광역시, 대구광역시, 세종특별자치시는 분석에서 제외함.

### 3.2.2. 의료서비스 이용

의료서비스를 이용하는 주된 이유로는 예방접종·건강검진 등 예방적 의료서비스를 이용하기 위해서가 32.8%로 가장 높았으며, 장기적 약물 복용이나 검사 등의 지속적인 관리(30.7%), 특별한 증상 발견에 따른 상담·검사·검진(22.1%) 순의 이유로 의료서비스를 이용하는 것으로 나타났다.

<표 2-5> 의료서비스를 이용하는 주된 이유

단위: 명, %

구분	인원수	%
평소 앓고 있던 질환이 악화되어서	19	5.0
고혈압당뇨병 등 장기적으로 약을 복용하거나 검사를 받아야 해서	118	30.7
특별한 신체적 증상 때문에 상담·검사·검진을 받기 위해서	85	22.1
응급실에 가거나 119를 불러야 할 정도의 위급한 일이 생겨서	14	3.7
예방접종·건강검진 등 예방적 의료서비스를 이용하기 위해서	126	32.8
기타	22	5.7

주 1) 의료서비스를 이용하는 주된 이유 결측치 16건



### 3.2.3. 미충족의료

#### 가. 미충족의료① 미충족의료 경험과 그 이유

의료서비스가 필요했으나 이용하지 못한 미충족의료 경험은 전체 응답자의 31.5%로 나타났다. 또한 60대 이상 고령보다는 젊은 연령군에서 미충족의료 경험률이 높았는데, 미충족의료 발생하는 주된 원인이 농번기였거나 혹은 바깥기 때문임을 고려한다면 노동으로 인해 여유시간이 없는 젊은층에서 미충족의료 발생했다고 해석할 수 있다. 한편 소득수준과 미충족의료 경험 간에는 두드러지는 경향성이 드러나지 않았다. 지역별로는 충청북도와 전라북도, 제주도, 전라남도에서 미충족의료 경험률이 높게 나타났다.

<표 2-6> 미충족의료 경험

단위: 명, %

구분		인원수	%	
미충족의료 경험	예	125	31.5	
	아니오	272	68.5	
주요 인구사회학적 특성별 미충족의료 경험	연령	30대	12	48.0
		40대	12	31.6
		50대	55	36.9
		60대	39	26.4
		70대 이상	7	18.9
	지역	강원도	16	32.7
경기도		15	32.6	
충청북도		14	42.4	
충청남도		10	22.7	
경상북도		16	23.9	
경상남도		11	23.9	
전라북도		13	38.2	
전라남도		17	35.4	
제주도	4	36.4		

주 1) 미충족의료 경험 결측치 3건, 연령별 미충족의료 경험 결측치 3건, 지역별 미충족의료 경험 결측치 19건

미충족의료가 발생하는 이유로는 농번기 또는 바쁘기 때문에 의료기관 운영 시간에 방문할 수 없다고 응답한 사람이 가장 많았으며, 원하는 진료과가 개설되어 있지 않아서, 의료기관이 멀리 떨어져 있거나 갈 수 있는 교통수단이 없어서 미충족의료가 발생한다는 의견이 그 뒤를 이었다.

<표 2-7> 미충족의료 발생 이유(1순위)

단위: 명, %

구분		인원수	%	비고
미충족의료 발생 이유 (1순위)	의료기관이 멀리 떨어져 있거나, 갈 수 있는 교통수단이 없어서	32	25.8	3위
	의료비가 비싸서 (의료비가 비싸서 의료이용을 포기함)	9	7.3	4위
	의료기관 운영 시간에 방문할 수 없어서 (농번기, 바빠서 등)	42	33.9	1위
	원하는 진료과가 주변에 개설되어 있지 않아서	38	30.6	2위
	의료기관 방문 시 함께 갈 수 있는 보호자가 없어서	1	0.8	6위
	기타	2	1.6	5위

주 1) 각 보기를 1순위로 답한 인원수를 제시하였으며, 해당 보기를 1순위로 답한 사람 수/1순위 응답자 수로 분율을 산출함.

연령별 미충족의료 발생 이유를 살펴보면, 30~50대 연령군에서는 농번기 또는 바쁘기 때문에 의료기관 운영시간에 방문할 수 없다는 응답이 주를 이루었다. 반면 60대 이상 연령군에서는 원하는 진료과가 주변에 개설되어 있지 않다는 의견이 주로 언급되었으며, 70대 이상의 경우 타 연령군에서는 등장하지 않았던 의료비 부담 문제가 미충족의료를 발생시키는 이유로 지적되었다.

<표 2-8> 연령별 미충족의료 발생 이유

구분	미충족의료 발생 이유(1순위 기준)	
연령	30대	의료기관 운영 시간에 방문할 수 없어서(농번기, 바빠서 등) 의료기관이 멀리 떨어져 있거나, 갈 수 있는 교통수단이 없어서
	40대	의료기관 운영 시간에 방문할 수 없어서(농번기, 바빠서 등) 의료기관이 멀리 떨어져 있거나, 갈 수 있는 교통수단이 없어서 원하는 진료과가 주변에 개설되어 있지 않아서
	50대	의료기관 운영 시간에 방문할 수 없어서(농번기, 바빠서 등)
	60대	원하는 진료과가 주변에 개설되어 있지 않아서

구분		미충족의료 발생 이유(1순위 기준)
	70대 이상	의료기관이 멀리 떨어져 있거나, 갈 수 있는 교통수단이 없어서 의료비가 비싸서(의료비가 비싸서 의료이용을 포기함) 원하는 진료과가 주변에 개설되어 있지 않아서

주 1) 다수의 응답이 제시된 것은 1순위 응답자가 동수(同數)인 경우임.

한편 진료과가 개설되지 않아 발생한 미충족의료의 경우, 미충족医료를 발생하게 한 전문과목 정보를 바탕으로 향후 지역 보건의료 인프라에 대한 개선방향을 제안할 수 있고, 실제 미충족의료 발생하게 된 이유 가운데서도 두 번째로 높은 응답률을 보였다는 점에서 추가 분석의 필요가 높았다. 따라서 의료서비스가 필요했으나 이용하지 못한 경험이 있으면서 전문과목이 개설되어 있지 않아 미충족医료를 경험했다고 한 응답자를 대상으로 미충족의료 경험 시 필요로 한 진료과에 대한 세부 분석을 실시하였다.

미충족의료 경험 당시 필요로 했던 진료과로 신경과·신경외과를 답한 사람이 가장 많았으며, 피부과, 이비인후과, 내과, 치과 순으로 높은 응답률을 보였다. 농어촌의 경우 도시 지역에 비해 상대적으로 노인인구의 비율이 높는데 반해 뇌혈관질환(뇌졸중 등), 이상운동 질환, 근신경계질환 등 노화와 관련성이 높은 질환(석수진 외, 2017)의 전문과가 개설되지 않아 미충족의료 발생했다는 점은 매우 심각한 문제이다.

<표 2-9> 미충족의료 경험 시 필요로 한 진료과(1순위)

단위: 명, %

구분		인원수	%	비고
필요 진료과	내과	11	12.5	4위
	신경과/신경외과	20	22.7	1위
	정신건강의학과	1	1.1	11위
	외과	4	4.5	8위
	정형외과	5	5.7	7위
	안과	8	9.1	5위
	피부과	13	14.8	2위
	마취통증의학과	3	3.4	9위
	이비인후과	12	13.6	3위

20 제2장 의료이용에 관한 농어촌 주민 설문조사

구분	인원수	%	비고
가정의학과	1	1.1	11위
치과	8	9.1	5위
한방진료과	0	0.0	-
기타	2	2.3	10위

주 1) 각 보기를 1순위로 답한 인원수를 제시하였으며, 해당 보기를 1순위로 답한 사람 수/1순위 응답자 수로 분율을 산출함.

1순위를 기준으로 한 필요 진료과와 1순위부터 3순위까지 한번이라도 응답에 포함된 필요 진료과 목록을 보면 다음과 같다. 조사 대상자들이 직업적으로 신체적 움직임이 많은 만큼 신경과·신경외과에 대한 요구도가 높은 것을 확인할 수 있었다.

<표 2-10> 연령별 미충족의료 경험 시 필요로 한 진료과

구분	필요로 한 진료과(1순위 기준)	필요로 한 진료과(1~3순위(통합) 기준)
연령	30대	신경과·신경외과, 안과
	40대	신경과·신경외과
	50대	신경과·신경외과
	60대	내과
	70대 이상	이비인후과

주 1) 다수의 응답이 제시된 것은 1순위 또는 1순위~3순위 응답자가 동수(同數)인 경우임.  
 30대 1순위 응답자: 7명, 1~3순위 응답자: 17명; 40대 1순위 응답자: 6명, 1~3순위 응답자: 17명;  
 50대 1순위 응답자: 40명, 1~3순위 응답자: 105명, 60대 1순위 응답자: 28명, 1~3순위 응답자: 72명, 70대 이상 1순위 응답자: 7명, 1~3순위 응답자: 17명

다. 미충족의료② 만족도 측면에서의 미충족의료 경험

본 조사에서는 미충족의료 경험을 포괄적으로 조사하고자 의료서비스를 필요로 했으나 실제 이용으로 이어지지 못한 미충족경험 외에, 실제 서비스를 이용하였으나 만족도 측면(의료의 질 측면)에서의 미충족발생을 측정하였다.

만족도 측면에서 미충족의료를 경험한 비율은 전체 응답자의 59.1%였으며, 연령이 젊을수록 의료서비스에 대한 불만족을 경험한 것으로 나타났다. 지역별로는 제주도의 불만족 경험률이 가장 높았으며, 충청남도, 충청북도, 전라북도 순으로 의료서비스에 대한 불만족을 경험한 것으로 확인되었다.

<표 2-11> 만족도 측면에서의 미충족의료 경험

단위: 명, %

구분		인원수	%	
만족도 측면에서의 미충족의료 경험	예	231	59.1	
	아니오	160	40.9	
주요 인구사회학적 특성별 미충족의료 경험	연령	30대	17	68.0
		40대	24	63.2
		50대	88	59.9
		60대	89	60.5
		70대 이상	13	38.2
	지역	강원도	26	56.5
		경기도	27	58.7
		충청북도	21	63.6
		충청남도	31	70.5
		경상북도	37	56.9
경상남도	25	54.4		
전라북도	20	58.8		
전라남도	24	51.1		
제주도	8	72.7		

주 1) 만족도 측면에서의 미충족의료 경험 결측치 9건, 연령별 진료과 미개설로 인한 미충족의료 경험 결측치 9건, 지역별 미개설로 인한 미충족의료 경험 결측치 25건

만족도 측면에서의 미충족의료가 발생한 구체적인 이유는 병의원 시설이나 진료 환경 문제라는 응답이 가장 많았으며, 그 다음 의료진으로부터 검사나 치료에 대한 충분한 설명을 듣지 못했다는 응답과 원하는 효과를 얻지 못했다(빨리 낫지 않았다)는 응답이 공통적으로 높았다.

<표 2-12> 만족도 측면에서의 미충족의료 발생 이유(1순위)

단위: 명, %

구분		인원수	%	비고
미충족의료 발생 이유 (1순위)	의료진이 불친절해서	22	9.7	5위
	의료진으로부터 검사나 치료에 대한 충분한 설명을 듣지 못해서	38	16.8	2위
	병의원 시설이나 진료 환경이 제대로 갖추어져 있지 않아서	55	24.3	1위
	검사, 치료를 받는 절차와 과정이 너무 복잡하거나 어려워서	18	8.0	6위
	의료비가 생각보다 많이 나와서	8	3.5	8위
	기다린 시간에 비해 충분한 시간 동안 진료를 받지 못해서	27	11.9	4위
	의료기관이 너무 멀어 불편해서	16	7.1	7위
	원하는 효과를 얻지 못해서(빨리 낫지 않아서)	38	16.8	2위
	기타	4	1.8	9위

주 1) 각 보기를 1순위로 답한 인원수를 제시하였으며, 해당 보기를 1순위로 답한 사람 수/1순위 응답자 수로 분율을 산출함.

연령별로는 30대의 경우 기다린 시간에 비해 충분한 시간 동안 진료를 받지 못한 것이 불만족의 주된 이유였으며, 40대는 원하는 효과를 얻지 못했기 때문에 주로 불만족스러운 것으로 나타났다. 50대 이상에서는 주로 의료 인프라에 대한 불만족이 가장 큰 것으로 나타났다.

<표 2-13> 연령별 만족도 측면에서의 미충족의료 발생 이유

구분	미충족의료 발생 이유(1순위 기준)
30대	기다린 시간에 비해 충분한 시간 동안 진료를 받지 못해서
40대	원하는 효과를 얻지 못해서(빨리 낫지 않아서)
50대	병의원 시설이나 진료 환경이 제대로 갖추어져 있지 않아서
60대	병의원 시설이나 진료 환경이 제대로 갖추어져 있지 않아서
70대 이상	의료진으로부터 검사나 치료에 대한 충분한 설명을 듣지 못해서 병의원 시설이나 진료 환경이 제대로 갖추어져 있지 않아서 원하는 효과를 얻지 못해서(빨리 낫지 않아서)

주 1) 다수의 응답이 제시된 것은 1순위 응답자가 동수(同數)인 경우임.

또한 수도권에 인접한 경기도를 제외한 나머지 대부분의 지역에서 병의원 시설이나 진료 환경 등 의료 인프라에 대한 불만족을 가장 심각하게 경험한 것으로 확인되었다.

&lt;표 2-14&gt; 지역별 만족도 측면에서의 미충족의료 발생 이유

구분	미충족의료 발생 이유(1순위 기준)	
연령	강원도	병의원 시설이나 진료 환경이 제대로 갖추어져 있지 않아서
	경기도	기다린 시간에 비해 충분한 시간 동안 진료를 받지 못해서
	충청북도	병의원 시설이나 진료 환경이 제대로 갖추어져 있지 않아서
	충청남도	병의원 시설이나 진료 환경이 제대로 갖추어져 있지 않아서
	경상북도	의료진으로부터 검사나 치료에 대한 충분한 설명을 듣지 못해서 병의원 시설이나 진료 환경이 제대로 갖추어져 있지 않아서 원하는 효과를 얻지 못해서(빨리 낫지 않아서)
	경상남도	병의원 시설이나 진료 환경이 제대로 갖추어져 있지 않아서
	전라북도	의료진으로부터 검사나 치료에 대한 충분한 설명을 듣지 못해서
	전라남도	병의원 시설이나 진료 환경이 제대로 갖추어져 있지 않아서

주 1) 다수의 응답이 제시된 것은 1순위 응답자가 동수(同數)인 경우임.

주 2) 제주도는 대부분의 보기에 대한 응답이 동수(同數)를 기록해 본 결과에서는 제시하지 않음.

### 3.3. 지역 의료이용 및 미충족의료 현황

#### 3.3.1. 지역 미충족의료

조사 대상자(농어촌 군단위 주민대표)의 특성상 주민들로부터 지역 관련 애로사항에 대한 다양한 의견을 청취할 수 있다고 판단, 과거 주민들로부터 미충족의료 경험을 들은 적이 있는지, 있다면 미충족의료 발생 이유가 무엇이었는지에 대해 조사하였다.

그 결과 지역 미충족의료 발생률은 63.6%로 굉장히 높은 수준을 보였다. 미충족의료 발생하는 이유를 1순위 중심으로 집계했을 때, 의료기관이 멀리 떨어져 있거나 갈 수 있는 교통수단이 없어서 미충족의료 발생했다는 응답이 가장 많았으며, 원하는 진료과가 개설되어 있지 않아서, 의료기관 운영시간에 방문할 수 없어서 미충족의료 발생했다는 의견이 그 뒤를 이었다.

개인의 미충족의료와는 순위가 다소 바뀌기는 하였으나, 높은 순위를 차지하는 응답의 종류는 동일하였다. 1순위부터 3순위까지 한 번이라도 언급된 응답을 집계한 결과에서도 의료기관의 물리적 접근성 문제 때문에 미충족의료 발생했다는 의견이 가장 높은 응답률을 보였다.

<표 2-15> 지역 주민의 미충족의료 경험

단위: 명, %

구분		인원수	%	비고
미충족의료 경험	예	250	63.6	
	아니오	143	36.4	
미충족의료 발생 이유 (1순위)	의료기관이 멀리 떨어져 있거나, 갈 수 있는 교통수단이 없어서	112	45.2	1위
	의료비가 비싸서(의료비가 비싸서 의료이용을 포기함)	15	6.0	4위
	의료기관 운영 시간에 방문할 수 없어서(농번기, 바빠서 등)	37	14.9	3위
	원하는 진료과가 주변에 개설되어 있지 않아서	75	30.2	2위
	의료기관 방문 시 함께 갈 수 있는 보호자가 없어서	5	2.0	5위
	기타	4	1.6	6위
미충족의료 발생 이유 (1순위~3순위 통합)	의료기관이 멀리 떨어져 있거나, 갈 수 있는 교통수단이 없어서	184	27.1	1위
	의료비가 비싸서(의료비가 비싸서 의료이용을 포기함)	69	10.2	5위
	의료기관 운영 시간에 방문할 수 없어서(농번기, 바빠서 등)	155	22.9	3위
	원하는 진료과가 주변에 개설되어 있지 않아서	181	26.7	2위
	의료기관 방문 시 함께 갈 수 있는 보호자가 없어서	76	11.2	4위
	기타	13	1.9	6위

주 1) 지역 주민의 미충족의료 경험 결측치 7건

### 3.3.2. 지역 내 의료 인프라 개선 방향(1)

#### 가. 지역사회 차원에서 추가 설치가 필요한 진료과

지역사회 차원에서 새롭게 설치되거나 추가적으로 설치될 필요가 있는 진료과를 1순위 중심으로 집계한 결과 피부과에 대한 수요가 가장 높았으며, 신경과·신경외과, 내과, 이비인후과 순으로 높은 설치 필요를 나타냈다.



1순위부터 3순위까지 한 번이라도 언급된 응답을 집계한 결과에서는 신경과·신경외과에 대한 요구가 가장 높았고, 피부과, 이비인후과, 안과 순으로 설치 요구도가 높았다. 집계 방식에 따라 우선순위에 다소 변동이 있기는 하나 신경과·신경외과, 피부과, 이비인후과에 대한 요구도가 공통적으로 높게 나타났다.

<표 2-16> 지역사회 차원에서 추가 설치가 필요한 진료과

단위: 명, %

	구분	인원수	%	비고
추가 설치 필요 진료과 (1순위)	내과	40	11.3	3위
	신경과/신경외과	45	12.7	2위
	정신건강의학과	27	7.6	7위
	외과	13	3.7	12위
	정형외과	31	8.7	5위
	안과	26	7.3	8위
	피부과	49	13.8	1위
	마취통증의학과	14	3.9	11위
	이비인후과	37	10.4	4위
	가정의학과	30	8.5	6위
	치과	20	5.6	9위
	한방진료과	16	4.5	10위
	기타	7	2.0	13위
추가 설치 필요 진료과 (1순위~3순위 통합)	내과	75	7.5	8위
	신경과/신경외과	136	13.5	1위
	정신건강의학과	79	7.9	6위
	외과	43	4.3	12위
	정형외과	80	8.0	5위
	안과	95	9.5	4위
	피부과	113	11.3	2위
	마취통증의학과	55	5.5	11위
	이비인후과	104	10.4	3위
	가정의학과	78	7.8	7위
	치과	64	6.4	9위
	한방진료과	64	6.4	9위
	기타	18	1.8	13위

주 1) 각 보기를 1순위(1순위~3순위 통합)로 답한 인원수를 제시하였으며, 해당 보기를 1순위(1순위~3순위 통합)로 답한 사람 수/1순위 응답자 수로 분율을 산출함.

**나. 지역사회 차원에서 추가 설치가 필요한 의료기관**

지역사회 차원에서 새롭게 설치되거나 추가로 설치될 필요가 있는 의료기관의 유형으로는 종합병원이라는 의견이 53.4%로 가장 높았고, 병원급 27.5%, 요양병원 10.5% 순으로 설치 필요성을 높게 평가하였다. [3.3.3. 지역 내 의료 인프라 개선 방향(2)]에서 보다 구체적인 기술을 하겠으나, 종합병원에 대한 높은 요구도는 최신·양질의 의료설비, 질적 수준이 보장된 의료진, 충분한 진료과목 등에 대한 요구가 종합적으로 반영된 의견인 것으로 해석된다.

<표 2-17> 지역사회 차원에서 추가 설치가 필요한 의료기관

단위: 명, %

구분		인원수	%
추가 설치 필요 의료기관	의원	20	5.4
	병원	102	27.5
	종합병원	198	53.4
	요양병원	39	10.5
	기타	12	3.2

주 1) 지역사회 차원에서 추가 설치가 필요한 의료기관 결측치 29건

**3.3.3. 지역 내 의료 인프라 개선 방향(2)**

마지막으로 개방형 질문을 구성, 지역 주민의 건강 증진과 삶의 질 향상을 위해 필요한 의료 인프라(시설, 인력 등)를 추가적으로 파악하였다.

조사대상자 400명 중 227명이 해당 문항에 응답하였다. 전체 응답 중 유효하지 않은 응답(우리의 지역은 문제가 없다는 답변 등)은 분석 대상에서 제외하였으며, 한 응답자가 다양한 의견을 제안한 경우 각 의견은 개별 응답으로 간주하였다. 이후 전체 내용을 확인해 나가면서 주제 개념을 도출, 유사한 내용은 동일한 개념으로 유형화하는 과정을 거쳤다.

위 과정을 통해 최종적으로 도출된 상위 개념은 1) 인력 개선, 2) 기관·시설·장비 개선(물리적인 측면), 3) 농어촌 지역 내 수요가 높은 서비스 제공, 4) 농어촌 지역 내 수요가 높으나 미설치된 진료과(전문과) 개설, 5) 지역 간 의료격차 해소, 6) 일차의료 개선 등이었다.

상위 개념 가운데 응답률이 가장 높은 것은 기관·시설·장비의 개선이었다(25.2%). 다음으로 농어촌 지역 내 수요가 높은 서비스가 충분하게 제공될 것을 요구하고 있었으며(24.8%), 농어촌 지역 내 수요가 높으나 설치되지 않은 진료과를 설치해달라는 요구(22.0%), 인력 개선에 대한 요구(17.9%)가 뒤를 이었다. 또한 하위 개념 없이 단일 개념으로 구성되었음에도 불구하고 주변 도시 지역과의 의료 격차가 해소되어야 한다는 의견이 전체의 8.7%를 차지하였다.

다음으로는 우선순위가 높았던 상위 개념 순으로 하위 개념의 내용을 구체적으로 살펴보았다. 우선순위가 가장 높았던 ‘기관·시설·장비 개선’에서는 종합병원급 이상의 의료기관 설치에 대한 요구가 압도적으로 높았다(17.0%). 그러나 구체적인 내용을 보면 단순히 규모가 큰 의료기관을 의미하기 보다는 종합병원급 이상 의료기관이 내포하고 있는 이미지 - 다양한 진료과, 양질·최신의 의료장비, 수준 높은 의료진 등 - 를 포괄적으로 고려한 응답이었다. 다음으로 현재 설치된 보건기관(보건소·보건지소·보건진료소)의 시설·장비 개선이 필요하다는 의견이 뒤를 이었으며, 소수이기는 했으나 의료기관 이용 가능 시간을 탄력적으로 운영해야 한다는 의견이 있었다.

두 번째로 우선순위가 높았던 ‘서비스 제공’과 관련해서는 간병서비스·요양서비스에 대한 요구가 가장 높았고 방문간호·방문의료서비스, 물리치료서비스, 예방적 의료서비스 순으로 요구가 높게 나타났다. 간병서비스·요양서비스는 유지기의 만성질환이나 기저질환으로 인한 장기간의 치료·관리를 목적으로 요구도가 높았던 것으로 해석된다. 방문간호·방문의료서비스는 대다수 노인 환자가 거동이 불편하거나, 지역 내 교통편이 좋지 않은 경우가 많으므로 의료진이 직접 찾아가는 서비스를 필요로 한 것으로 여겨진다. 또한 고령층에서 빈발하는 질환(근골격계 질환), 의료기관 접근성(필요 시 적시에 의료기관을 방문하기 어려움), 노인 환자들의 특성(회복

력, 질환 감수성 등) 등을 고려해 물리치료 서비스나 예방적 의료서비스의 요구가 높았던 것으로 판단된다.

세 번째로 우선순위가 높았던 ‘진료과 개설(수요가 높으나 미설치된 진료과의 개설)’의 경우 이전의 폐쇄형 문항에서 ‘지역사회 차원에서 설치가 필요한 과목’에 대해 질문하였으므로, 설치 필요성에 대해 더 강조하고 싶거나 위 문항의 보기에서 누락된 진료과에 대해 언급했을 가능성을 염두하여 결과를 해석하였다. 분석 결과, 정신건강의학과에 대한 요구가 가장 높았으며, 이비인후과, 치과, 가정의학과, 산부인과·소아과 순으로 설치 요구가 높았다. 특히 정신건강의학과에 대한 높은 요구에 대해 주목할 필요가 있는데, 우리나라의 노인자살률은 인구 10만 명당 54.8명(2012년~2015년)으로 이는 OECD 국가 중 가장 높은 수치이다.<sup>5</sup> 문제의 심각성과 높은 수요에도 불구하고 개설이 많이 되지 않는 과목인 만큼, 도시보다 농어촌 지역에서 접근성 문제가 심각했을 것으로 예측된다. 이외에 이비인후과, 치과는 이전의 문항에서도 높은 응답률을 차지했던 과목들로, 해당 과목들의 설치 필요를 다시금 강조하는 것으로 확인하였다. 또한 산부인과·소아과는 수요가 높지는 않으나 공공성·필수 의료 측면에서 개설 필요성을 강조한 것으로 해석되었다.

<표 2-18> 지역 내 의료 인프라 개선 방향

단위: 명, %

주제 개념		건수	%
인력 개선	질적 수준이 보장된 보건의료인력 확보	34	15.6
	의료진의 친절도 향상	3	1.4
	지역 보건의료인력 확충	2	0.9
	계	39	17.9
기관·시설·장비 개선	종합병원급 이상의 의료기관 설치	37	17.0
	보건소·보건지소·보건진료소의 시설·장비 개선	16	7.3
	진료시간의 탄력적 운영	2	0.9
	계	55	25.2

5 이양현. 2017. 8. 3. “12년째 OECD 자살률 1위... 하루 44명꼴.” YTN.

주제 개념		건수	%
농어촌 지역 내 수요가 높은 서비스 제공	예방적 의료서비스	7	3.2
	응급의료서비스	6	2.8
	방문간호·방문의료서비스	8	3.7
	간병서비스·요양서비스	20	9.2
	물리치료서비스	7	3.2
	이동지원 서비스	5	2.3
	복지서비스	1	0.5
	계	54	24.8
농어촌 지역 내 수요가 높으나 미설치된 진료과(전문과) 개설	내과	1	0.5
	안과	3	1.4
	이비인후과	5	2.3
	정형외과	3	1.4
	피부과	3	1.4
	재활의학과	2	0.9
	치과	4	1.8
	정신건강의학과	7	3.2
	가정의학과	4	1.8
	산부인과·소아과	4	1.8
	신경과·신경외과	2	0.9
	심장내과	3	1.4
	통증의학과	2	0.9
	노인의학과	2	0.9
	한방과	3	1.4
	계	48	22.0
지역 간 의료격차 해소		19	8.7
일차의료 개선		3	1.4

주 1) 응답자수 227명, 분석 대상 의견수 218개

### 3.4. 소결

#### 3.4.1. 조사 결과의 주요 내용

본 조사는 농어촌 지역의 의료 접근성을 파악하기 위해 농어촌 군단위 주민대표를 대상으로 개인과 지역 수준의 의료이용 및 미충족의료 현황을 파악하였다. 개인적 의료이용 및 미충족의료와 관련해서는 상용치료원, 의료서비스를 이용하는 주된 이유와 함께 미충족의료 경험을 세 개 차원에 걸쳐 조사하였다. 지역 의료이용 및 미충족의료에 대해서는 지역 주민의 미충족의료 경험과 지역 내 추가 설치가 필요한 진료과·의료기관을 묻고, 지역 주민의 건강증진과 삶의 질 향상을 위한 개선 사항에 대해 의견을 수렴하였다. 주요 문항에 대해서는 연령별·지역별 분석을 추가적으로 실시하였으며, 개방형 문항에 대해서는 내용 분석(contents analysis)를 통해 농어촌 내 의료이용 문제를 파악하고, 의료 접근성 향상을 위한 방안을 도출하였다.

첫째, 상용치료원 측면에서 지역 간 의료 접근성 문제가 여전하였다. 수도권에 인접해 있고 비교적 의료 접근성이 좋은 경기도에서는 상용치료원 보유율이 높았으나, 전북, 전남 등 과거에서부터 의료 접근성 문제가 지역에서는 상용치료원 보유율이 낮은 것으로 나타났다.

둘째, 조사대상자 세 명중 한명 꼴로 의료서비스가 필요했으나 이용하지 못한 경험(미충족의료 유형①)이 있었던 것으로 확인되었다. 미충족医료를 경험한 이유로는 의료기관 운영 시간에 방문할 수 없었던 것이 가장 주된 이유였으며, 원하는 진료과가 주변에 개설되어 있지 않았거나 의료기관이 멀리 떨어져 있어서 원하는 때에 의료이용을 하지 못한 것으로 확인되었다. 연령별로는 50대 이하의 중·장년층에서는 의료기관 운영 시간에 방문할 수 없기 때문이라는 응답이 가장 자주 언급되었으며, 60대에서는 진료

과 문제, 70대 이상 고령층에서는 진료과, 의료기관까지의 거리 및 이동수단, 진료비 문제가 고루 언급되었다. 즉, 바쁜 일과로 인해 의료서비스 이용이 여의치 않은 젊은 세대를 위해서는 의료기관 진료 시간의 탄력적 운영을 고려해야 할 필요가 있으며, 고령층을 위해서는 노인들에게 요구가 높은 진료과<sup>6</sup>를 파악, 해당 진료과에 대한 접근성을 높이는 것과 더불어 이동지원 서비스 및 경제적 취약계층에 대한 의료비 지원 사업을 재점검하는 것이 필요하다.

셋째, 조사대상자의 과반수 이상이 만족도 측면에서의 미충족의료(미충족의료 유형②)을 경험한 것으로 나타났다. 미충족의료 발생 이유는 병의원 시설이나 진료 환경 문제라는 응답이 가장 많았으며, 의료진으로부터 치료에 대한 충분한 설명을 듣지 못했다는 응답과 원하는 효과를 얻지 못했다는 응답이 그 뒤를 이었다. 연령별로는 50대 이상에서 병의원 인프라(환경)가 반복적으로 지적되었으며, 경기도를 제외한 대부분의 지역에서 병의원 인프라를 불만족의 이유로 가장 많이 언급하고 있었다.

넷째, 지역에서 발생하고 있는 미충족의료는 매우 높은 수준이었으며(조사 대상자의 63.6%가 지역주민들로부터 미충족의료 경험을 들은 것으로 파악됨), 의료기관의 물리적 접근성, 진료과 문제, 진료시간 문제 등이 주된 미충족의료 발생 원인으로 언급되었다. 개인의 미충족의료와 비교했을 때 순위가 달라지기는 하였으나, 높은 순위를 차지한 응답 종류는 동일하였다.

다섯째, 지역 차원에서 우선순위가 높은 진료과(1~3순위 통합)로는 신경과·신경외과, 피부과, 이비인후과 등으로 파악되었다. 응답자 개인 차원에서 우선순위가 높은 진료과(1~3순위 통합)로는 30대는 피부과, 이비인후과, 신경과·신경외과, 40대~50대는 신경과·신경외과, 60대는 내과, 70대 이상은 이비인후과로 파악되었다. 공통적으로 우선순위가 높은 진료과를 고

---

6 미충족의료 경험 시 필요로 한 진료과(개인 차원, 1~3순위 통합)의 경우, 30대는 피부과, 40대~50대는 신경과·신경외과, 60대는 내과, 70대 이상은 이비인후과라고 응답하였다.

려하되 건강에 취약한 노인층에서 우선순위가 높은 진료과에 대한 접근성 개선이 필요하다.

여섯째, 지역 내 의료 인프라 개선 방향으로 1) 인력 개선, 2) 기관·시설·장비 개선(물리적인 측면), 3) 농어촌 지역 내 수요가 높은 서비스 제공, 4) 농어촌 지역 내 수요가 높으나 미설치된 진료과(전문과) 개설, 5) 지역 간 의료격차 해소, 6) 일차의료 개선 등이 제안되었다. 이 중 제안된 빈도가 가장 높은 것은 기관·시설·장비의 개선이었다(25.2%). 다음으로 농어촌 지역 내 수요가 높은 서비스가 충분하게 제공될 것을 요구하고 있었으며(24.8%), 농어촌 지역 내 수요가 높으나 설치되지 않은 진료과를 설치해달라는 요구(22.0%), 인력 개선에 대한 요구(17.9%)가 뒤를 이었다.

우선순위가 가장 높았던 ‘기관·시설·장비 개선’에서는 종합병원급 이상의 의료기관 설치에 대한 요구가 압도적으로 높았다(17.0%). 그러나 구체적인 내용을 보면 단순히 규모가 큰 의료기관을 의미하기 보다는 종합병원급 이상 의료기관이 내포하고 있는 이미지 - 다양한 진료과, 양질·최신의 의료장비, 수준 높은 의료진 등 - 를 포괄적으로 고려한 응답이었다.

두 번째로 우선순위가 높았던 ‘서비스 제공’과 관련해서는 간병서비스·요양서비스에 대한 요구가 가장 높았고 방문간호·방문의료서비스, 물리치료서비스 순으로 요구가 높게 나타났다. 간병서비스·요양서비스는 장기간의 기저 질환 치료·관리를 목적으로 요구도가 높았던 것으로 파악된다. 방문간호·방문의료서비스는 대다수 노인 환자가 거동이 불편하거나, 지역 내 교통편이 좋지 않은 경우가 많으므로 의료진이 직접 찾아가는 서비스를 필요로 한 것으로 여겨진다.

세 번째로 우선순위가 높았던 ‘진료과 개설(수요가 높으나 미설치된 진료과의 개설)’의 경우 이전의 폐쇄형 문항에서 ‘지역사회 차원에서 설치가 필요한 과목’에 대해 질문하였으므로, 설치 필요성에 대해 더욱 강조하고 싶거나 위 문항의 보기에서 누락된 진료과를 언급할 가능성을 염두하여 해석하였다. 조사 결과 정신건강의학과에 대한 요구가 가장 높았으며, 이비인후과, 치과, 가정의학과, 산부인과·소아과 순으로 설치 요구가 높았다. 특히 정신건강의학과는 경우 문제의 심각성과 높은 수요에도 불구하고 개



설률이 낮은 과목 중 하나이다. 이비인후과, 치과는 설치 필요성이 지속적으로 높게 평가되었으며, 산부인과·소아과는 수요가 높지는 않으나 공공성·필수 의료 측면에서 개설 필요성을 강조한 것으로 볼 수 있다.

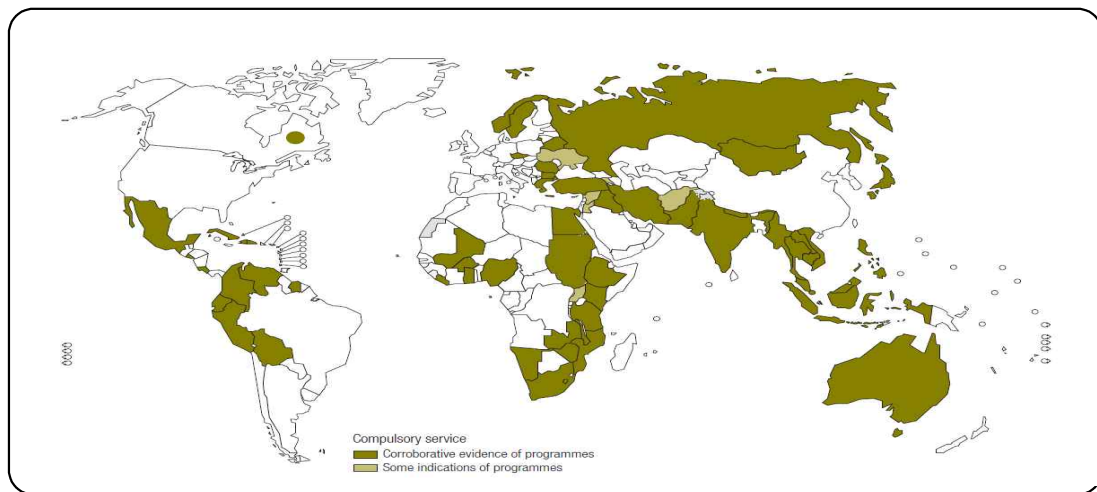
### 3.4.2. 조사의 제한점

본 조사는 농어촌 군단위 주민대표 전수를 대상으로 한 조사로서(총 분석 대상자 400명), 연령구조를 고려한 표본 추출을 진행하지 않은 제한점이 존재한다. 또한 대상자가 지역 주민 대표이므로 지역 상황을 잘 파악할 수 있고 주민들로부터 지역 내 애로사항, 개선사항에 대한 다양한 의견 수렴이 가능한 한편, 주민 대표가 가질 수 있는 내재적 속성(고학력, 적극적인 태도, 좋은 건강상태 등)으로 인해 개인적 미충족의료 경험이 실제 지역주민들과는 차이가 있을 수 있다는 한계가 있다.



농어촌 보건의료인력 부족으로 인한 의료 접근성 저하는 비단 우리나라만의 문제는 아니다. Frehywot 외(2010)에 의하면 전 세계 약 70개국에서 농어촌 지역에 의사들을 의무적으로 근무하게 하는 프로그램을 실시하고 있다(Frehywot 외, 2010).

<그림 3-1> 농어촌 의무근무 제도를 실시하고 있는 국가



자료: Frehywot 외(2010: 365)

여기서는 농어촌 지역 의사 확보 프로그램을 수행하고 있는 여러 국가 중 일본, 미국, 호주를 대상으로 사례를 분석해보고자 한다.

## 1. 일본

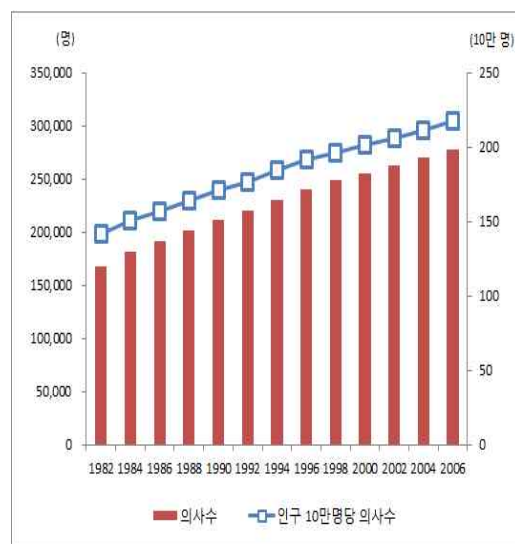
### 1.1. 배경

#### 1.1.1. 현황

일본은 1956년부터 4~7년마다 벽지보건의료계획을 수립하고, 1986년부터 5년마다 지역의료계획을 수립하여 발표함으로써 농어촌 보건의료인력 확보와 의료서비스 접근성을 높이기 위한 노력을 기울이고 있다. 전국 의사 수는 1982년 167,952명에서 2006년 277,927명으로 증가했으며, 인구 10만 명당 의사 수는 1982년 141.5명에서 2006년 217.5명으로 증가하는 추세를 보이고 있다. 또한 최근 의사국가고시 합격자는 약 7,500명으로 의사 수는 매년 약 3,500명 증가하고 있다.

<표 3-1> 의사 수 및 인구 10만 명당 의사 수 추이(1982~2006년)

연도	의사 수	인구 10만 명당 의사 수
1982	167,952	141.5
1984	181,101	150.6
1986	191,346	157.3
1988	201,658	164.2
1990	211,797	171.3
1992	219,704	176.5
1994	230,519	184.4
1996	240,908	191.4
1998	248,611	196.6
2000	255,792	201.5
2002	262,487	206.1
2004	270,371	211.7
2006	277,927	217.5

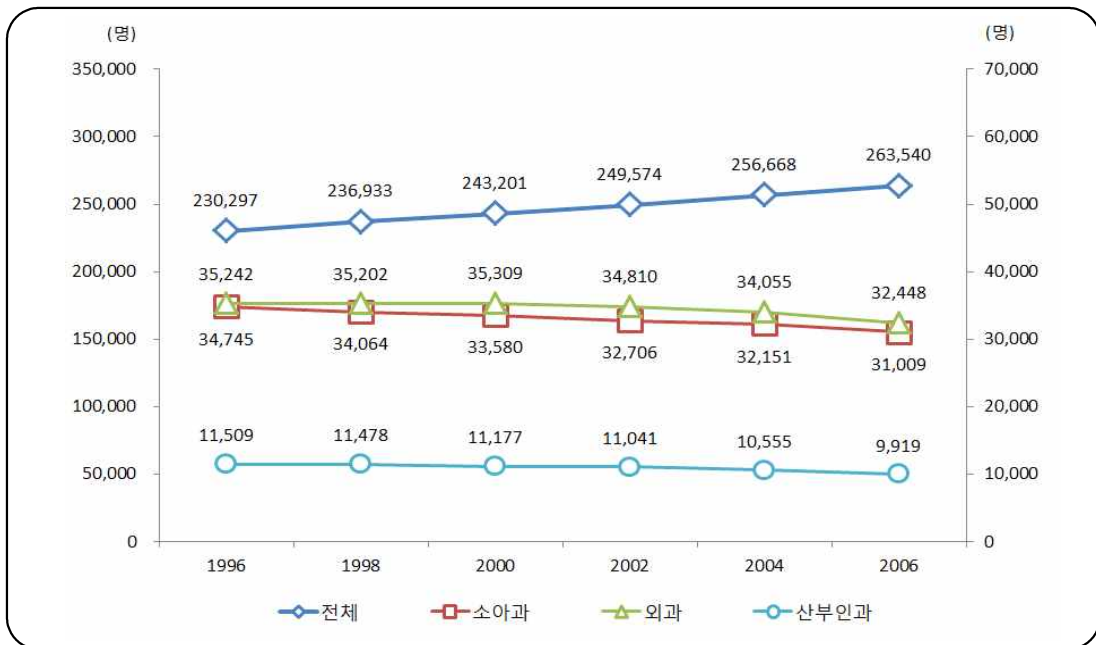


자료: 후생노동성(2014: 1-5) 내용을 재정리함.

의사 수는 매년 증가하고 있지만 의료취약지의 의사 인력 부족은 여전히 문제로 남아있고, 이는 의사 수의 부족이 아니라 의사 근무지역과 진료과가 특정 지역 또는 특정 진료과에 편중되어 있기 때문이다. 진료과별 의사 수 추이를 살펴보면 전체 의사 수는 증가하고 있으나 특정 진료과의 의사 수는 감소하는 추세를 보이고 있다. 소아과 의사의 경우 1996년 34,754명에서 2006년 31,009명으로 감소했고, 외과 의사의 경우 1996년 35,242명에서 2006년 32,448명으로 감소했다. 그리고 산부인과 의사는 1996년 11,509명에서 2006년 9,919명으로 감소했다.

도도부현별로 살펴보면 2006년 의료 종사자수의 전국 평균은 인구 10만 명당 206.3명으로 2000년 대비 인구 10만 명당 14.7명 증가했다. 인구 10만 명당 의료시설에 종사하는 의사 수는 사이타마현에서 135.5명으로 가장 낮았으며, 이바라키현 146.7명, 지바현 153.5명 순으로 나타났다. 반면, 인구 10만 명당 의료시설에 종사하는 의사 수는 교토부가 272.9명으로 가장 높았고, 도쿠시마현 270.1명, 도쿄 265.5명으로 나타났다.

<그림 3-2> 진료과별 의사 수 추이(1996~2006년)



자료: 후생노동성(2014: 1-5) 내용을 재정리함.

<표 3-2> 인구 10만 명당 의료시설에 종사하는 의사 수 추이(2000~2006년)

구분	2000	2002	2004	2006
홋카이도(北海道)	192.2	198.0	203.6	206.7
야오모리(青森)	160.9	164.8	164.0	170.5
이와테(岩手)	165.0	166.1	167.9	174.1
미야기(宮城)	178.9	183.5	188.0	196.0
아키타(秋田)	172.1	178.4	181.9	188.9
야마가타(山形)	173.5	179.4	184.2	187.9
후쿠시마(福島)	166.9	170.4	171.0	176.1
이바라키(茨城)	135.4	136.6	142.3	146.7
토치기(栃木)	180.1	186.0	189.8	195.1
군마(群馬)	182.2	190.7	192.2	199.2
<b>사이타마(埼玉)</b>	<b>117.3</b>	<b>121.8</b>	<b>129.4</b>	<b>135.5</b>
지바(千葉)	136.4	141.9	146.0	153.5
도쿄(東京)	253.4	253.7	264.2	265.5
카나가와(神奈川)	161.1	162.2	167.4	172.1
니가타(新潟)	162.5	165.4	166.9	171.0
도야마(富山)	204.2	210.4	213.6	220.1
이시카와(石川)	222.2	235.5	238.8	239.6
후쿠이(福井)	192.5	193.6	202.7	206.1
야마나시(山梨)	179.4	187.4	186.8	192.6
나가노(長野)	170.0	176.5	181.8	190.0
기후(岐阜)	158.8	161.7	165.0	173.0
시즈오카(静岡)	160.0	164.8	168.5	169.9
아이치(愛知)	170.0	172.8	174.9	180.7
미에(三重)	170.7	173.6	176.8	177.9
시가(滋賀)	175.7	180.8	189.7	190.7
<b>교토(京都)</b>	<b>251.7</b>	<b>257.8</b>	<b>258.3</b>	<b>272.9</b>
오사카(大阪)	222.3	224.7	231.2	237.6
효고(兵庫)	187.5	192.6	197.3	203.4
나라(奈良)	180.1	187.7	196.7	201.0
와카야마(和歌山)	221.8	230.5	236.8	246.3
돗토리(鳥取)	243.3	249.2	258.3	259.9
시마네(島根)	225.1	230.6	238.1	247.8
오카야마(岡山)	227.7	240.9	246.3	251.3
히로시마(広島)	218.0	223.1	224.9	222.5
야마구치(山口)	217.1	215.3	224.1	227.6
도쿠시마(徳島)	250.1	258.7	262.4	270.1
가가와(香川)	231.3	232.9	236.6	238.7
에히메(愛媛)	216.4	222.1	223.9	224.3
고치(高知)	250.8	258.5	261.4	263.2
후쿠오카(福岡)	238.7	247.6	253.2	262.8
사가(佐賀)	205.9	214.0	216.4	229.1
나가사키(長崎)	226.4	234.8	247.2	256.8
구마모토(熊本)	233.4	235.3	235.4	240.0

구분	2000	2002	2004	2006
오이타(大分)	213.7	226.5	226.9	229.6
미야자키(宮崎)	196.9	201.7	206.9	209.7
가고시마(鹿児島)	204.5	208.3	212.9	220.8
오키나와(沖縄)	177.2	179.5	196.3	208.3
전국	191.6	195.8	201.0	206.3

자료: 후생노동성(2006: 45) 내용을 재정리함.

이 외에도 의사 부족 문제의 배경으로 신의사임상연수제도<sup>7</sup> 도입, 의사 근무시간 과중, 의대 졸업생 취업률 감소 등이 논의가 되면서 2006년 의사 확보대책을 수립하였고, 이를 근거로 의료취약지의 의사 양성을 위한 기반을 다지게 된다.

### 1.1.2. 의사확보 대책 수립

#### 가. 의사확보종합대책 수립: 전국 단위

의사확보종합대책은 신의사확보종합대책과 긴급의사확보종합대책으로 구분되며, 2가지 대책 모두 의사 확보 뿐 아니라 근무 지속을 위한 근무환경 개선 등이 포함된다. 신의사확보종합대책을 위한 장·단기 전략은 아래와 같다.

<표 3-3> 신의사확보종합대책 장·단기 전략

##### [단기 전략]

- (1) 도도부현이 중심이 되어 의사확보체제를 구축
  - 도도부현을 중심으로 의과대학, 공공의료기관, 지역의료기관이 참여하여 계획을 수립
- (2) 국가 차원에서 의료기관 관계자들로 구성된 단체를 설립하고 도도부현에 의사 파견 업무를 지원

<sup>7</sup> 일본에서는 2004년 의사국가고시를 합격한 후 2년 이상 임상 연수를 받아야 하는 신의사임상연수제도를 도입하였다. 임상 연수가 가능한 대학병원 또는 임상 연수병원에서 임상 연수를 받아야 의사로서 진료가 가능하다.

40 제3장 농어촌 보건의료인력 확보방안에 관한 해외 사례

- 대상: 자치의과대학, 공공의료기관, 대학병원
  - 지원 절차: 조언 및 지도 → 개선책 제시 → 의사 파견
  - (3) 소아구급전화상담사업 활성화
    - 아이의 몸 상태가 궁금할 때 언제라도 전화 상담이 가능하고, 의사와 간호사의 조언을 받을 수 있도록 함.
    - 기대효과: 경증 환자의 불안 해소와 병원급 의료기관 집중 완화
  - (4) 소아과·산부인과를 비롯한 급성기 의료를 담당하는 거점 병원 구축
    - 도도부현 중심으로 집약화·중점화 추진
    - 절차: 현황 파악 → 2006년 내 집약화 계획 → 의료 계획에 반영
  - (5) 개원의 역할의 명확화와 평가
    - 왕진과 야간진료 등 다양한 역할을 하는 개원의의 역할을 명확히 규정
    - 기대효과: 경증 환자의 불안 해소와 병원급 의료기관 집중 완화
  - (6) 분만 시 의료사고가 발생할 경우 환자를 위한 구제 제도 검토
- [장기 전략]**
- (1) 의과대학 졸업생의 지역 정착
    - 지역 정착을 조건으로 장학금 대여 제도를 활용
    - 의사 부족이 심각한 지역의 의과대학 정원 증가(대상이 되는 10개 현에서 최대 10명을 10년 간 증원)
    - 의사가 부족한 도도부현의 자치의과대학 정원 증가(최대 10명을 10년 간 증원)

자료: 후생노동성(2006: 1).

또한 긴급의사확보종합대책은 의사가 부족한 지역에 즉각적으로 의사를 확보하기 위한 전략으로, 긴급·임시적으로 의사를 파견한다.

<표 3-4> 긴급의사확보종합대책 장·단기 전략

- (1) 의사 부족 지역에 국가 차원의 긴급·임시적 의사파견 시스템 구축
  - 의사 부족 지역에는 도도부현의 요청에 따라 국가 차원에서 긴급·임시적 의사파견을 실시하고, 의사파견을 위한 규제완화 등 필요한 조치를 마련함.
- (2) 근무 의사의 과중한 업무를 해소하기 위한 근무 환경 정비
  - 근무 의사의 과중한 업무를 해소하기 위해 교대근무제 등 의사가 일하기 편한 근무 환경을 정비하고, 의사와 간호사의 업무 분담을 재검토함. 특히 과중한 업무로 의사 부족이 심각한 지역의 병원에 적극적으로 지원함.
- (3) 여성 의사가 일하기 좋은 직장 환경 정비
  - 출산과 육아로 경력이 단절되거나 휴직 중인 여성 의사의 복직을 위해 보육기관을 설치하고, 근무유연제도를 실시해 여성이 일하기 좋은 직장 환경을 정비함. 또한 여성 의사의 복직을 위한 연수 프로그램을 별도로 실시하는 병원에 대해서는 보조금의 일부를 지원함.
- (4) 임상연수병원 정원 재검토
  - 도시에 연수의가 물리는 것을 방지하기 위해 초기 임상 연수를 실시하는 의료기관의 정원을 재검토함.



- (5) 의료 리스크(risk)에 대한 지원체제 정비
  - 진료 행위와 관련된 사인구명제도(의료사고조사회)의 구축 등의 의료 리스크에 대한 지원 체제를 정비함.
- (6) 의사 부족 지역·진료과에서 근무할 의사 양성
  - 장학금 대여 제도를 활용하여 도도부현이 지정한 지역·진료과에 의사를 배치할 수 있도록 긴급·임시적인 의학부 정원 증가를 실시함.

자료: 후생노동성(2006: 2).

## 나. 의사확보종합대책 수립: 도도부현 단위

### 1) 지역의료계획 수립

1986년 제1차 지역의료계획을 시작으로 5년마다 지역의료계획을 수립하여 발표하고 있으며, 제6차 지역의료계획은 2017년 말까지를 목표로 책정하였다. 지역의료계획 단위는 도도부현의 보건의료권역으로, 국민이 안심하고 신뢰할 수 있는 의료전달체계를 구축하고 환자에게는 양질의 의료서비스를 효율적으로 제공하는 것을 목표로 한다. 후생노동성은 의료계획 작성지침을 제공하고, 이에 따라 각 도도부현에서는 지역 실정을 고려한 의료계획을 수립한다.

<표 3-5> 지역의료계획 작성 지침

1. 의료계획 작성  
의료계획작성은 지침을 참고로 하여 기본방침에 의거해 의료제공체제의 현황, 향후 의료수요의 추이 등 지역 실정에 맞춰 관계자의 의견을 충분히 수렴한 뒤 작성한다.
2. 의료제휴체제 (중략)
3. 의료종사자의 확보 등 기재사항  
법 제30조 4 제2항 제10호 의료종사자의 확보에 대해서는 의사, 치과의사, 약제사, 간호사 등 의료종사자의 장래 수급 동향을 예측하고, 의료종사자를 양성해야 하며, 이 과정에서 의료인력 편제를 고려해야 한다.  
도도부현이 중심이 되어 지역의료기관에 의사를 파견하는 시스템의 재구축이 요구된다. 도도부현은 법 제30조 23 제1항의 규정에 의거하여 지역의료대책협의회에서 의료종사자 확보에 필요한 시책을 정하기 위해 협의를 진행하고, 거기에서 정한 시책을 의료계획에 기재, 공표, 실시하는 것이 필요하다. 특히 지역의료기관에서 의사확보를 위해 지역 의료기관에서 근무하는 의사의 경력형성과 관련하여 불안감을 해소하기 위해서는 대학 등 관계기관과 밀접하게 제휴하

42 제3장 농어촌 보건의료인력 확보방안에 관한 해외 사례

면서 의사경력형성지원과 일체적으로 지역의료기관의 의사확보를 지원하는 시스템이 필요하다. 도도부현은 지역의료 지원센터를 활용하고 필요한 시책에 대해서 지역의료관계자와의 협의도 진행해야 한다. (중략)

(이하 생략)

자료: 후생노동성. 2017. 7. 31. “의료계획에 대해(医療計画について).” <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000159901.pdf>.에서 2017. 12. 8. 인출, pp.2~3 내용을 재정리함.

지역의료계획을 실시하는 도도부현의 권한을 강화하기 위해 2007년 제5차 의료법 개정을 통해 도도부현의 지역의료대책협의회를 제도화 하였고, 도도부현과 지역의료대책협의회에서 결정된 시책의 실시에 대해 의료종사자와 공공의료기관은 협력해야 함을 의료법에 규정하였다. 공공의료기관이 아닌 의료기관은 시책에 협력할 의무는 없지만, 지역의료계획 발전을 위해 협력하도록 권고할 것을 법에 명시하였다.

<표 3-6> 의료법 개정(2007년 4월 1일 시행)

제30조 12 도도부현은 다음에 언급한 기관 또는 단체의 관리자와 그 외의 관계자들의 협의의 장을 마련하고 이들의 협력을 얻어 의료인력 확보사업과 관련한 의료종사자의 확보에 관한 사항에 대해 필요한 시책을 정하고 공표해야 한다.

1. 특정기능병원
2. 지역의료지원병원
3. 제31조에 규정한 공적의료기관
4. 의사법 제16조 2 제1항에 규정하는 후생노동대신이 지정하는 병원
5. 진료에 대한 전문가 단체
6. 대학 외 의료종사자 양성과 관련된 기관
7. 당해 도도부현지사의 인정을 받은 제42조 2 제1항에 규정하는 사회의료법인
8. 그 외 후생노동성령에서 정한 자(※)

※ 의료법 시행규칙 제30조의 33의 2 제1항

- ① 독립행정법인국립병원기구, ② 지역의 의료관계단체, ③ 관계시정촌, ④ 지역주민을 대표하는 단체

제30조 13 의사, 치과의사, 약제사, 간호사 그 외 의료종사자는 전조(前條) 제1항의 규정에 따라 도도부현이 정한 시책을 실시하는데 협력하도록 노력해야 한다.

제31조 공적의료기관(도도부현, 시정촌 그 외 후생노동대신이 정한 자가 개설하는 병원 또는 진료소를 말한다. 이하 이 구절에 대해서 동일.)은 제31조 12 제1항의 규정에 따라 도도부현이 정한 시책을 실시하는데 협력해야 한다.

※ 의료법 제31조에 규정하는 공적의료기관의 개설자(1951년8월22일 후생성고시제167호). 의료법(1948년 법률제 205호)제31조에 규정하는 공적의료기관의 개설자를 다음과 같이 정한다.

1. 지방자치법(1947년 법률제67호)제284조제1항에 규정하는 지방공공단체조합
2. 국민건강보험법(1958년 법률제192호)제83조에 규정하는 국민건강보험단체연합회 및 국민건강보험법시행법

(1958년 법률제193호)제2조의 규정에 따라 국민건강보험법의 시행 후에도 계속해서 국민건강보험을 실시하는 보통국민건강보험조합

3. 일본적십자사
4. 사회복지법인 은사(恩賜)재단 제생회
5. 전국 후생농업협동조합연합회의 회원인 후생(의료)농업협동조합연합회
6. 사회복지법인북해도사회사업협회

자료: 후생노동성. 2013. 10. 4. “의사확보대책에 대해(医師確保対策について).” [http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000025362.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000025362.pdf).에서 2017. 12. 8. 인출. p.5 내용을 재정리함.

## 2) 지역의료재생기금

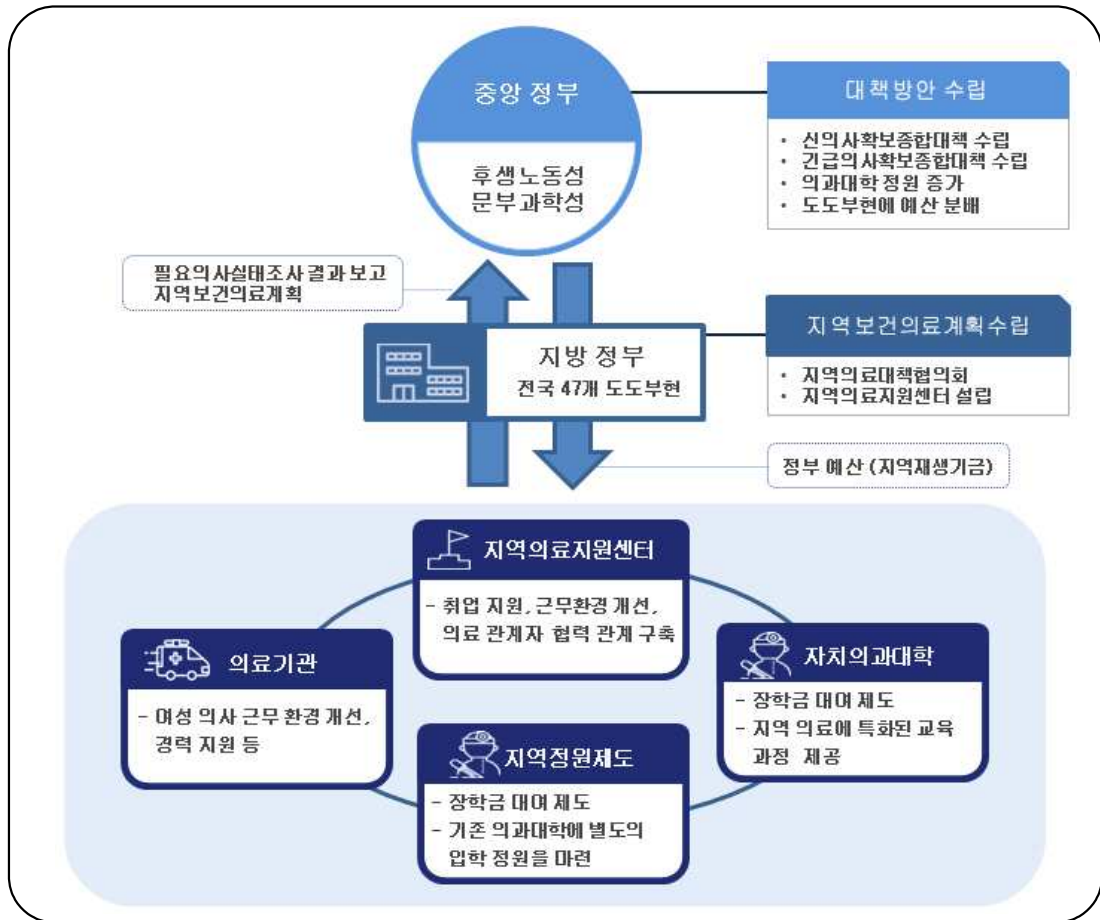
도도부현이 겪고 있는 의사 부족, 응급의료체계 부족 등의 문제를 해결하기 위해 도도부현은 지역의료재생계획을 수립하고 중앙 정부는 지역의료재생기금을 지급한다. 지역의료재생기금은 의료기관 중심이 아닌 도도부현 중심으로 도도부현이 책정하는 지역의료재생계획에 따라 30~100억엔을 지급한다. 후생노동성에 지역의료재생 사업계획서를 제출하면 지역의료재생계획 전문가 심의를 거쳐 통과한 사업에 대해 기금이 지급된다. 지역의료재생기금으로 운영되는 사업은 2009년을 시작으로 2013년에 종료되었으며, 2013년 이후에도 계속 실시할 필요가 있는 사업에 대해서는 종료 이후에도 계속 실시한다. 지속적으로 추진되는 사업으로는 지역의료지원센터 운영비와 도도부현 단위의 장학금 대여, 후기 임상 연수 확보 사업 등이 해당된다.

## 3) 지역의료지원센터

지역의료지원센터는 의료인력 확보 문제를 해결하기 위해 2011년도에 처음 설치되었다. 2014년도에는 개정된 의료법에 따라 지역의료간호종합보장기금으로 운영되고, 도도부현에 지역의료지원센터의 설치가 의무화되었다. 지역의료간호종합보장기금은 도도부현 예산으로 지자체가 부담하고,

일부 지역에서는 지역의료재생기금으로 운영되기도 한다. 지역의료지원센터는 도도부현 청사, 대학부속병원, 의료기관 등에 설치할 수 있고, 2013년 기준으로 1개소 당 약 65백만엔을 보조하고 있다. 주요 사업으로는 의료기관 및 의료인력 현황 파악, 경력 지원, 지역 의료 체험 프로그램 제공, 의료관계자 협력 관계 구축 등으로 지역 내 의료인력 확보를 위한 컨트롤 타워 역할을 수행한다.

<그림 3-3> 의료인력 확보 대책 운영 체계



자료: 연구 내용을 바탕으로 연구진이 작성함.

## 1.2. 자치의과대학 (自治醫科大學, Jichi Medical University)

### 1.2.1. 배경

자치의과대학은 의료취약지의 의사 부족 문제를 해결하기 위해 1972년 도도부현이 공동으로 설립한 대학으로, 사립대학으로 분류되지만 실제로 국·공립 의과대학과 유사한 지위를 가진다. 지역 의료에 종사할 의사를 양성하기 위해 지역 의료에 초점을 맞춘 교육과정을 개발하고, 지역 의료 발전에 기여하는 것을 목표로 한다. 자치의과대학의 교육 이념은 ① 의료 윤리에 충실한 의사로서의 전문성과 풍부한 인성을 가진 인격 형성에 주력, ② 전문 의학 지식과 종합적인 임상 능력을 갖추고 다양한 분야에 대응할 수 있는 의사 양성, ③ 의료 혜택을 받지 못하는 지역의 의사로 근무하며 지역 의료의 지도자 역할 뿐 아니라 사회에 공헌하는 역할을 수행하는 의사 양성이다.

### 1.2.2. 운영

도도부현에서 출자한 예산을 중심으로 정부 보조금, 자치의과대학 소재지인 토치기현에서 발생하는 복권 수입금, 기타 기부금 등으로 운영된다. 도도부현에서 출자한 예산의 비중이 크기 때문에 모집정원은 도도부현의 가용 예산을 고려하여 결정한다.

### 1.2.3. 입시 전형

자치의과대학은 의과대학, 간호대학, 대학원 과정이 있지만 도도부현 별로 학생을 선발해 장학금을 대여하는 제도는 의과대학에만 해당된다. 2018

년 의과대학 모집 정원은 123명이며, 도도부현별로 2~3명의 학생을 선발한다. 합격자는 1차, 2차 시험을 통해 선정되는데, 1차 시험은 도도부현 단위로 진행되고 시험(영어, 수학, 과학)과 면접으로 도도부현 별로 8~10명의 1차 합격생을 선발한다. 1차 합격자는 2차 시험에 응시할 수 있는 자격이 주어지고 자치의과대학에서 진행되는 논술과 면접으로 최종 합격자를 선발한다. 합격자는 단순히 성적 순으로 결정되지 않고 면접을 통해 지역 의료에 공헌할 의지가 있는지도 중요하게 보기 때문에 우수한 성적이 합격으로 이어지지 않는다.

도도부현 단위로 학생을 선발하기 때문에 지원자는 하나의 도도부현을 선택해야 한다. 도도부현 선택 기준은 ① 지원자의 출신 고등학교 또는 중학교가 소재하는 도도부현, ② 지원자가 거주하는 도도부현, ③ 지원자의 보호자가 거주하는 도도부현, ④ 고등학교 졸업자의 경우 현재 거주하는 도도부현, ⑤ 외국 고등학교를 졸업한 경우 일본의 현주소 또는 현주소가 없는 경우 본적지가 해당된다. 2017년 의과대학 총 지원자 수는 2,071명으로, 2016년 2,292명에 비해 다소 감소했지만 여전히 높은 경쟁률을 보이고 있다.

#### 1.2.4. 교육 과정

자치의과대학 학생은 졸업 후 지역 의료에 종사하는 것을 목표로 하기 때문에 한 분야의 전문의 보다는 다양한 분야의 경험을 쌓을 수 있도록 임상실습 기간을 길게 두고 있다. 일반 의과대학은 5학년 1년 동안 임상실습을 한다면, 자치의과대학에서는 4학년부터 6학년까지 2년 동안 임상실습이 진행된다. 지역 의료 현장에서 근무하기 전 다양한 임상실습 프로그램을 통해 많은 경험을 쌓고, 지역의료실습 등 실제 의료 현장을 체험할 수 있는 기회도 제공하고 있다.

&lt;표 3-7&gt; 자치의과대학 교육 과정

구분	교육 내용
1학년	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 의대생에게 필요한 자세 및 교육의 기초가 되는 과목을 이수</li> <li>- 의료기관에서 조기 실습을 체험: 환자와 의료종사자 모두의 입장에서 이해할 수 있는 태도를 습득</li> <li>- 일반 의과대학과 달리 해부학을 1학년부터 수강함</li> </ul>
2학년	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 임상 교육의 기본이 되는 기초의학 과목과 지역 의료 과목을 이수</li> <li>- 지역 의료 전문가와 함께 실습</li> </ul>
3학년	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 기초 임상 관련 강의 중심으로 과목을 이수</li> <li>- 주로 임상 관점에서 장기 별 기초 의학 심화 과정을 이수</li> <li>- 종합 진단학에서는 증상, 임상 추론 등의 다양한 학습법으로 종합적인 진단 능력을 높이고 자발적으로 학습하는 습관을 몸에 익히는 연습을 함.</li> <li>- 4학년부터 진행되는 임상 실습을 위해 3학년은 임상 관련 내용이 중점적으로 진행되고, 시험을 통과한 학생에게 4학년부터 진행되는 임상 실습에 참가할 자격이 주어짐.</li> </ul>
4학년, 5학년	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 4학년은 주로 내과 관련 임상실습을 진행하고, 5학년은 그 외 전반적인 내용을 실습함.</li> <li>- 임상실습은 환자에서 보이는 많은 임상 문제와 파생되는 사안에 대해 적극적으로 학습하고 고찰하는 것을 요구하고, 실제 병동에서 실습하면서 많은 경험과 동기부여를 학생들에게 제공하고자 함.</li> <li>- 5학년 2학기에는 지역임상실습을 2주 동안 출신 도도부현에서 실시하고, 4주 동안 심화 임상실습을 진행</li> </ul>
6학년	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1학기에는 4주 동안 출신 도도부현의 의료기관에서 필수로 임상실습을 거쳐야 하고, 담당자의 지도와 감독 하에 허용된 범위 내에서 학생들이 진료 활동에 참여함.</li> <li>- 임상 강의는 전 진료 과목을 총괄하는 형태로 진행되고, 사례 발표와 특강 형식으로 6년 동안 학습한 내용을 경험과 사례를 바탕으로 재정리함.</li> </ul>

자료: 자치의과대학. 2017. 12. 8. “의학부 커리큘럼.” <https://www.jichi.ac.jp/medicine/about/curriculum.html>.에서 2017. 12. 8. 인출.

## 1.2.5. 장학금 대여 제도

의과대학 신입생은 「자치의과대학 의과대학 장학금 대여 규정」에 따라 입학 수속 시 장학금 대여 계약서를 제출하고 자치의과대학과 장학금 대여 계약을 체결한다. 대여 받은 장학금은 졸업 후 출신 도도부현이 지정하는 의료기관에서 대여 기간의 1.5배 기간 동안 근무하면 반환이 면제 되고, 근무 이행 조건을 충족하지 않는 경우 대여금에 일정 비율을 곱한 금액을 일괄 반환해야 한다. 1학년은 다른 학년과 달리 입학금과 학업 준비비를 대여해 주는데, 학업 준비비는 교과서 등의 구입과 경제적 지원 등을 목적으로 신입생의 계좌로 직접 입금해준다. 2~6학년은 연간 3,600,000엔

의 장학금을 대여 받고, 6년간 총 23,000천엔을 대여 받게 된다.

<표 3-8> 자치의과대학 장학금 대여 금액

학생납부금	1학년	2~6학년	계(6년간 총 금액)
입학금	1,000,000엔	-	1,000,000엔
학업 준비비(입학시)	400,000엔	-	400,000엔
수업료	1,800,000엔	1,800,000엔	10,800,000엔
실험실습비	500,000엔	500,000엔	3,000,000엔
시설설비비	1,300,000엔	1,300,000엔	7,800,000엔
계	5,000,000엔	3,600,000엔	23,000,000엔

자료: 자치의과대학. 2017. 12. 8. “수학자금·장학자금.” <https://www.jichi.ac.jp/exam/medicine/campus/backup.html>에서 2017. 12. 8. 인출.

이 외에도 경제적으로 어려운 학생을 위해 생활비를 월 50,000~150,000엔까지 무이자로 대여 받을 수 있고, 졸업 후 9년 이내에 분할하여 납부해야 한다.

## 1.2.6. 학생 지원 사업

### 가. 오픈캠퍼스

자치의과대학 지원을 희망하는 전국의 고등학생을 대상으로 1년에 3회 개최한다. 오픈캠퍼스는 자치의과대학 교육과정과 학교생활, 입시 전형 등을 안내하고, 실제로 재학 중인 학생들과 상담할 수 있는 기회를 제공한다.



<그림 3-4> 자치의과대학 오픈캠퍼스(2017년)



자료: 자치의과대학. 2017. 12. 17. “의과대학 오픈캠퍼스.” [https://www.jichi.ac.jp/exam/medicine/file/open\\_2017\\_0102.pdf](https://www.jichi.ac.jp/exam/medicine/file/open_2017_0102.pdf). 에서 2017. 12. 17. 인출.

#### 나. 자치의과대학 지역의료추진과

자치의과대학 지역의료추진과에서는 재학생과 졸업생이 지역 의료에 종사할 수 있도록 다양한 지원 프로그램을 실시하고 있다. 2011년도에는 여성 의사 지원 담당 부서가 신설되어 여성 의사의 경력 단절을 방지하기 위해 노력하고 육아 지원 사업도 제공한다. 이 외에도 졸업생 지원을 위해 연구 활동비를 일부 지원하고, 단기간 의사 파견 등을 제공하고 있다. 의료취약지에서는 의사의 부재가 의료기관 운영과 연결되기 때문에 자리를 비우기 쉽지 않아, 교육이나 휴가 등으로 단기간 자리를 비워야 할 경우 단기간 의사를 파견해 의료기관을 운영할 수 있도록 돕는다. 장학금 대여 반환에 어려움이 있는 학생들에게는 해결 방안을 찾기 위해 학교에 담당자를 배치해 적극 지원하고 있다.

#### 다. 현인회

같은 도도부현 출신 학생 모임으로 선후배와의 만남을 통해 지역 의료를

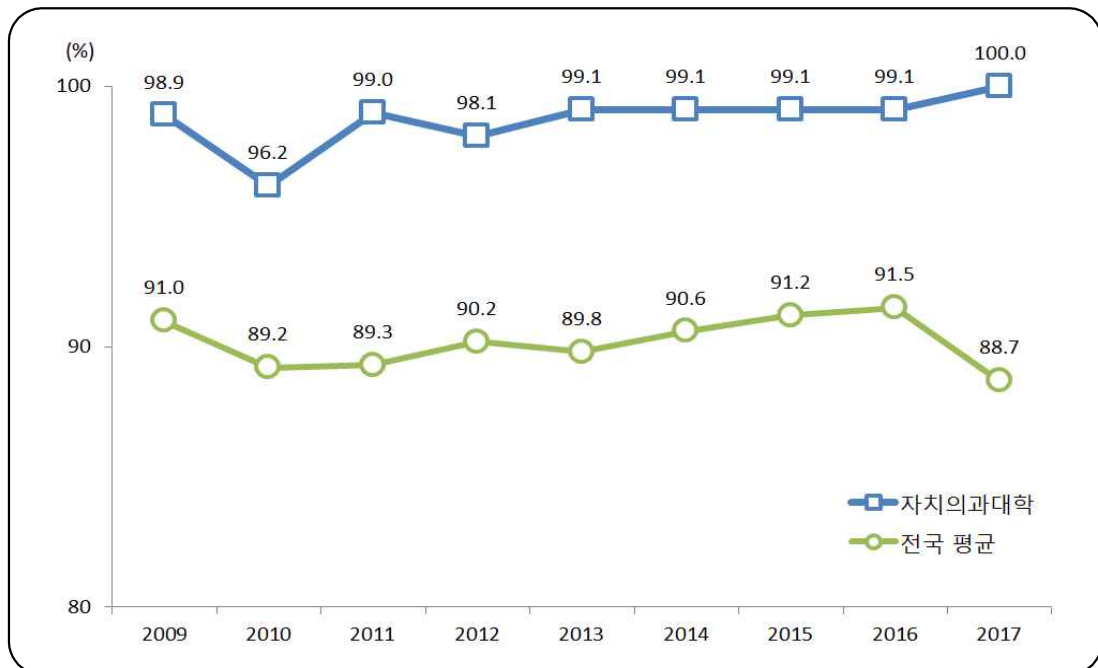
좀 더 이해할 수 있도록 도와준다. 또한 지역 의료의 선두주자 역할도 맡고 있다. 농어촌 의료인력 부족으로 지역정원제도를 확대했지만 도도부현에 근무를 시작한지 2~3년 밖에 지나지 않아 지역 의료를 수행하는데 부족한 경험과 노하우를 자치의과대학 학생과 졸업생이 타 의과대학 학생과 공유하고 있다.

### 1.2.7. 졸업생 근무 현황

#### 가. 의사국가고시 합격률

2017년 자치의과대학 의사국가고시 합격률은 100%로 전국 평균보다 현저히 높고, 2017년 이전에도 매년 96% 이상의 합격률을 보이고 있다.

<그림 3-5> 자치의과대학 국가의사시험 합격률 추이(2009~2017년)



자료: 자치의과대학. 2017. 12. 8. “데이터로 보는 자치의과대학.” <https://www.jichi.ac.jp/exam/medicine/guide/data.html>.에서 2017. 12. 8. 인출.

## 나. 졸업생 현황

1978~2016년 자치의과대학 졸업생 수는 총 4,024명이며, 이 중 의료에 종사하고 있는 의사 수(연수의, 의료기관 근무, 개원의 포함)는 3,766명으로 졸업생의 93.6%가 의사로 근무 하고 있다. 대부분 병원에서 근무하고 있었고, 진료소, 대학, 연구소 등에서 근무하는 경우도 있었다. 국가의사시험 합격 후 2년 동안 임상 연수를 받아야 하고, 임상 연수 기간에 해당하는 38, 39기 졸업생의 99%가 임상 연수를 받고 있었다.

&lt;표 3-9&gt; 자치의과대학 졸업생 추이(1978~2016년)

기수	연도	졸업생 수	임상연수 (A)	근무지 유형						개원 (C)	계 (A+B+C)	유학 및 대학원진학	미취업 등
				병원	진료소	행정	대학	요양시설, 연구소	계 (B)				
1	1978	105		40	9	4	4	6	63	34	97		4
2	1979	100		41	13	3	4	3	64	28	92	1	6
3	1980	112		34	9	6	5	7	61	29	90	2	7
4	1981	105		37	8	8	9	2	64	32	96		5
5	1982	113		42	6	5	13	2	68	34	102		7
6	1983	108		57	8	1	5	3	74	23	97		7
7	1984	110		46	15	2	12	2	77	25	102		2
8	1985	108		50	8	8	12	4	82	16	98		4
9	1986	108		57	12	2	11	2	84	16	100		2
10	1987	96		44	11	4	11	1	71	19	90		2
11	1988	93		45	6	5	9		65	20	85		3
12	1989	106		44	18	6	8	4	80	22	102		3
13	1990	106		62	9	1	7	1	80	19	99		1
14	1991	104		61	9	1	12	2	85	15	100		
15	1992	99		52	16	3	11		82	7	89	1	5
16	1993	99		57	9	2	15	2	85	10	95		3
17	1994	100		53	13	3	13	2	84	12	96		1
18	1995	99		53	11	3	9	2	78	16	94	1	1
19	1996	96		39	16	2	11	4	72	12	84	1	2
20	1997	114		70	11		20	2	103	5	108	2	
21	1998	98		59	6	1	20	2	88	6	94		1
22	1999	106		52	20	4	14	1	91	7	98		3
23	2000	103		65	9	3	13	2	92	4	96	2	1
24	2001	98		62	11	3	11	1	88	5	93	2	2

52 제3장 농어촌 보건의료인력 확보방안에 관한 해외 사례

기수	연도	졸업생 수	입사 연수 (A)	근무지 유형						개원 (C)	계 (A+B+C)	유학 및 대학원진학	미취업 등
				병원	진료소	행정	대학	요양 시설, 연구소	계 (B)				
25	2002	98		58	12	2	13		85	4	89	4	2
26	2003	109		71	10	1	19		101	1	102	1	3
27	2004	97	1	62	10	1	17	1	91		92	1	1
28	2005	99	1	58	6		20	2	86	1	88	6	1
29	2006	99	1	64	3		18	1	86	2	89	3	2
30	2007	96	3	55	3	4	20		82		85	4	4
31	2008	103	20	49	21	6	2		78		98		
32	2009	91	15	56	19				75		90		
33	2010	105	37	43	19	3	1		66		103		
34	2011	98	32	45	15	1	1		62		94		
35	2012	106	17	61	21	5	2		89		106		
36	2013	105	10	70	21	2			93		103		
37	2014	107	12	88	3	3			94		106		
38	2015	111	111						0		111		
39	2016	114	113						0		113		
계		4,024	373	2,002	426	108	372	61	2,969	424	3,766	31	85

자료: 자치의과대학 지역의료추진과. 2017. 7. 1. “자치의과대학 졸업생의 근무 연수 현황.” [http://www.jichi.ac.jp/chisuika/pdf/genjyo\\_date/genjyodate01.pdf](http://www.jichi.ac.jp/chisuika/pdf/genjyo_date/genjyodate01.pdf).에서 2017. 12. 8. 인출.

졸업생의 약 38%에 해당하는 1,289명이 의료취약지에 위치한 의료기관에서 근무하고 있었다. 벽지의료 거점병원은 2016년 기준으로 전국 312개 병원이 지정되어 있으며, 이 중 201개 병원에 711명이 근무하고 있었다.

<표 3-10> 자치의과대학 졸업생 중 의료취약지 근무 현황(2016년)

구분		벽지 등	벽지 이외	계
근무형태	병원	948	1,054	2,002
	진료소	233	193	426
	행정	17	91	108
	대학	10	362	372
	요양시설, 연구소	5	56	61
	계	1,213	1,756	2,969
개원		76	348	424
계		1,289	2,104	3,393

자료: 자치의과대학 지역의료추진과. 2017. 7. 1. “기관별 벽지 등 근무 개업 현황.” [http://www.jichi.ac.jp/chisuika/pdf/genjyo\\_date/genjyodate05.pdf](http://www.jichi.ac.jp/chisuika/pdf/genjyo_date/genjyodate05.pdf).에서 2017. 12. 8. 인출.

자치외과대학 1기 졸업생의 의무 연한 이행이 종료된 이후부터 30기 졸업생까지 총 2,958명 중 2,914명(98.5%)가 의무 이행을 마쳤다. 의무 연한을 종료한 2,914명 중 해당 도도부현 내 의료기관에 근무하는 비율은 69.6%(1,947명)으로, 약 70%가 의무 이행이 종료된 이후에도 현지에서 근무 또는 개원하고 있었다.

#### 다. 지역의료진흥협회

사단법인 지역의료진흥협회는 1986년 공익법인으로 설립되었으며, 자치외과대학 졸업생이 중심이 되어 산간·벽지·농촌·어촌 지역에서 경험한 내용을 바탕으로 지역을 이해하고 해당 지역에서 근무 예정인 의사들의 적응을 위해 교육 프로그램을 개발하고, 지역 의료 확보를 위해 의료기관을 운영하고 있다. 2017년 기준으로 등록된 회원 수는 1,672명으로 전국 63개의 의료기관과 관련 시설을 운영하고, 자치외과대학 또는 협회 업무를 지원하는 외과대학 졸업생이 운영을 담당한다. 이 외에도 교육 활동 지원, 지역 의사 파견 등 지역 의료 발전을 위해 전 영역에 걸쳐 주요한 역할을 맡고 있다.

### 1.3. 지역정원제도

#### 1.3.1. 배경

1972년 지역 의료에 공헌할 의사를 양성하기 위해 자치외과대학을 설립하였으나 모집 정원이 한정되어 있고 자치외과대학만으로는 의사 부족 문제를 해결할 수 없었다. 이후 2006년 의사확보종합대책의 일환으로 취약지 의사 부족 문제를 해결하고자 지역정원제도 규모를 확장했다. 지역정원제도는 별도의 입학 정원을 마련해 지역 의료를 담당할 의사 양성을 목적으로

로 하고, 1972년 2개 대학에서 지금의 지역정원제도와 유사한 입학 제도를 처음 마련했다. 이후 2006년 의사확보종합대책으로 지역정원제도를 실시하는 의과대학이 점차 증가하였으며, 2010년에는 67개 의과대학에서 1,166명, 2013년에는 68개 의과대학에서 1,425명, 2015년에는 67개 의과대학에서 1,249명이 지역정원제도로 입학하였다.

### 1.3.2. 운영

#### 가. 중앙과 지방 정부 역할

중앙 정부에서는 후생노동성(厚生労働省, Ministry of Health, Labour and Welfare)과 문부과학성(文部科學省, Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology)이 관여하는데, 후생노동성은 취약지 의료인력 확보를 위한 전략을 수립하고, 문부과학성은 의과대학 입학 정원의 증원을 담당한다. 지역정원제도는 도도부현의 의료인력 확보를 목적으로 하기 때문에 중앙 정부는 관련 법규 정도만 관여하고 세부적인 실행 방침은 도도부현 단위로 수립된다. 도도부현 자체 예산으로 운영되기 때문에 가용 예산 규모에 따라 참여 의과대학 수, 입학 정원, 장학금 대여금 등이 결정된다. 의료인력 부족이 심각한 도도부현은 후생노동성에서 일부 예산을 지원 받을 수 있다.

#### 나. 지역정원제도 유형

지역정원제도는 의과대학에 입학 예정이거나 재학 중인 학생에게 졸업 후 일정 기간 동안 출신 도도부현에서 근무하는 의무 이행을 조건으로 장학금을 대여하는 제도로, 도도부현에 따라 운영방식이 다양하게 존재한다. 주로 운영되는 4가지 유형에 대해 살펴보면 학생 선발 조건, 의무 이행 기준, 장학금 지급 유무에 따라 구분할 수 있다. A 유형은 의무 이행을 조건

으로 장학금을 대여하고, 입학 선발 기준에 따라 A1, A2 유형으로 구분한다. A1 유형은 입학 전 별도 기준으로 선발하고, A2 유형은 입학 후에 일정한 기준에 따라 학생을 선발한다. B 유형은 장학금은 지급하지 않지만 의무 이행을 조건으로 입학생을 선발하고, C 유형은 의무 이행과 장학금 지급이 없고 별도 기준으로 입학생을 선발한다.

<표 3-11> 지역정원제도 유형

구분	선발 시기	장학금 대여 제도 유무	의무 이행 조건 유무
A	A1	입학 전 선발	장학금 대여 제도 있음
	A2	입학 후 선발	장학금 대여 제도 있음
B	입학 전 선발	장학금 대여 제도 없음	의무 이행 조건 있음
C	입학 전 선발	장학금 대여 제도 없음	의무 이행 조건 없음

자료: 연구진이 연구 내용을 바탕으로 작성함.

지역 의료에 초점을 맞춰 교육을 진행하는 자치의과대학과는 달리 지역 정원제도는 지역정원으로 입학한 학생 외에도 일반 전형으로 입학한 학생이 함께 교육을 받기 때문에 자치의과대학 만큼 지역 의료 특화 프로그램을 제공하기 어렵지만, 졸업 후 지역 의료에 공헌할 수 있도록 지역 의료에 대해 이해할 수 있는 프로그램을 제공하고자 노력하고 있다. 도도부현별 지역정원제도 운영 방식은 도도부현 사례에서 자세히 살펴보기로 하고 본 장에서는 지역정원제도 실태조사 결과 중심으로 서술하고자 한다.

### 1.3.3. 지역정원제도 실태조사 결과(2015년)<sup>8</sup>

2015년 문부과학성에서 지역정원제도의 효과성을 확인하고자 지역정원제도를 실시중인 의과대학을 대상으로 설문조사를 실시하였다. 설문조사 결과를 활용하여 학력의무이행률, 지역 정착률, 중퇴율 등의 여러 가지 지

<sup>8</sup> 지역범위입학제도와 지역의료지원센터의 실정에 관한 조사(문부과학성, 2015) 내용을 정리하여 요약함.

표를 산출하였으며, 도출된 문제점에 대한 개선과 지역정원제도의 개선방향 등을 도출하고자 하였다.

2015년 기준으로 전국 77개 대학 중 67개 대학(자치의과대학 제외)에서 지역정원제도가 있다고 응답하였으며, 지역정원제도가 없다고 응답한 10개 대학은 특수 목적 의과대학이었다. 지역정원제도는 다양한 형태가 혼재되어 운영되고 있으며, 67개 대학 중 63개 대학에서 장학금 대여 제도를 운영한다.

<표 3-12> 지역정원제도 실시 대학과 실시 유형

단위: 개

	전국	국립	공립	사립	대도시	소도시
전체	77	42	8	27	45	32
1. 제도 있음	67	37	8	22	35	32
장학금 지급	63	34	8	21	33	30
장학금 지급 하지 않음	19	10	5	4	6	13
편입학 지역정원제도	11	11	0	0	3	8
계	93	55	13	25	42	51
2. 제도 없음	10	5	0	5	10	0

자료: 문부과학성(2015: 5).

### 가. 지역정원제도 유형별 특징

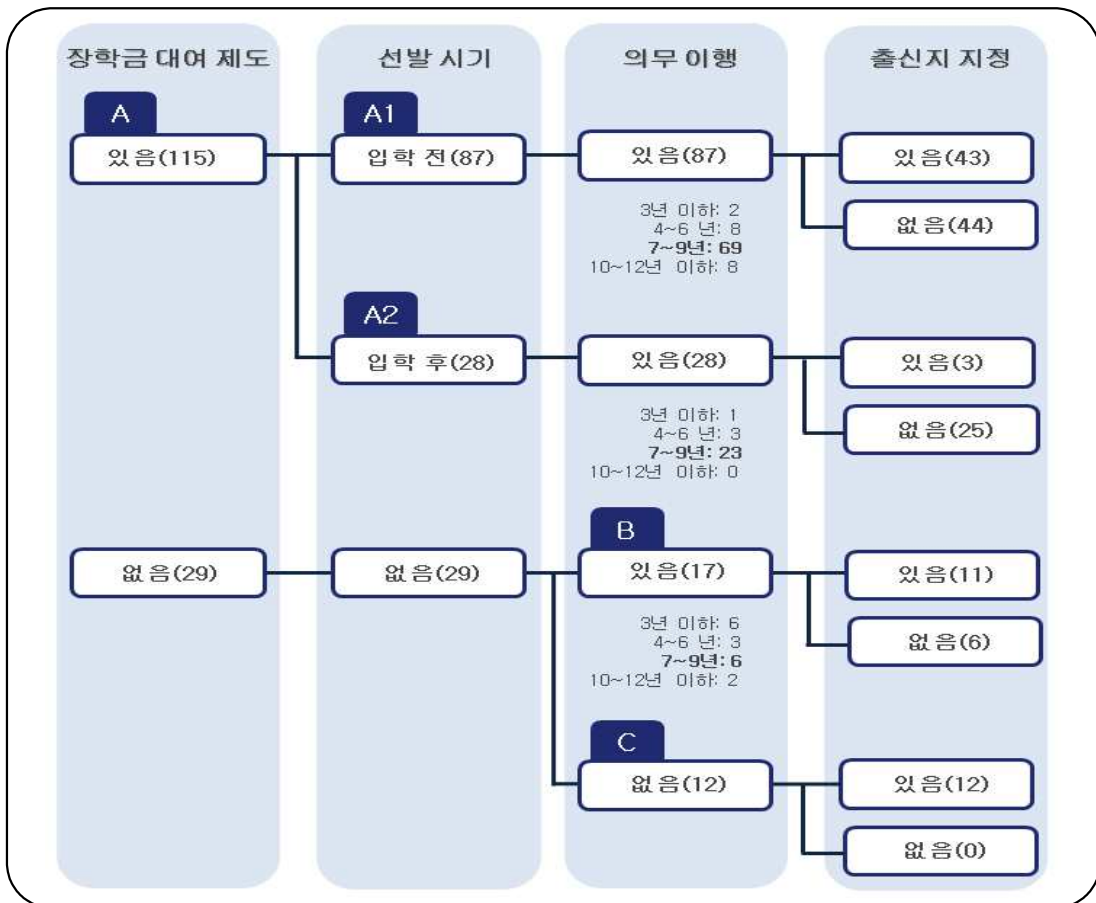
지역정원제도 유형에 따라 구분해보면 A1과 A2 유형은 출신 도도부현 지정에서 차이가 많이 나는데, A1 유형은 출신 도도부현 지정 유무에 따른 차이가 거의 나지 않는 반면, A2 유형은 대부분 출신 도도부현을 지정하고 있지 않았다. 다른 그룹은 의무 이행 연수가 대부분 7~9년인 반면, B 유형은 3년 이하와 7~9년인 경우가 대부분이었고, 출신 도도부현을 지정하는 비율이 더 높았다. C 유형의 경우 100% 출신지 지정을 하고 있어 현지 학생을 선발하는 취지를 살리고 있었다(그림 3-4 참조).

장학금 대여 제도를 운영하는 A 유형은 6년간 평균 11,600,000엔의 장



학금을 대여하고 있었고, 대학 유형별로 살펴보면 국립대학의 비중이 높았고 사립대학과 공립대학 순으로 나타났다(표 3-14 참조). 장학금을 지급하는 경우 의무 이행 내용으로는 출신 도도부현의 의료인력이 부족한 의료기관에서 근무가 가장 많았고, 도도부현이 지정하는 공공병원에서 근무, 출신 도도부현 내의 공공병원, 지정된 지역 범위 내의 개인병원 순으로 나타났다. 장학금 대여 제도를 운영하는 경우 93개 대학에서 초기 임상 연수 기간을 의무 이행 기간에 포함하고 있었고, 17개 대학은 포함하지 않고 있었다. 또한 76개 대학에서 의무 이행 기간에 진료과에 대해 제한을 두지 않았고, 33개 대학은 선택할 수 있는 진료과에 제한을 두었다.

<그림 3-6> 지역정원제도 유형에 따른 구분



자료: 문부과학성(2015: 7).

주: 괄호 안 숫자는 해당 의과대학 수임.

<표 3-13> 장학금 대여 금액 (장학금 지급하는 경우)

구분	전국	대학 유형별			도시 유형별	
		국립	공립	사립	대도시	소도시
제도 수 (건)	110	61	8	41	58	52
평균 (백만엔)	11.6	9.8	11.0	14.3	12.3	10.7
최대 (백만엔)	44	14	14	44	44	31
최소 (백만엔)	4	4	7	5	4	4

자료: 문부과학성(2015: 8).

주: 각 대학별 운영하는 제도가 여러 개로 전체 제도 수는 제도를 실시하는 의과대학 수보다 많음.

### 나. 지역정원제도 정원 및 입학생 추이

2015년 지역정원제도 입학 정원은 총 1,249명으로 A 유형 869명(A1: 713, A2: 156), B 유형 256명, C 유형 124명이다. 도시 유형별로 구분하면 대도시 485명, 중소도시 764명으로 대도시 보다 중소도시의 경우 모집 인원이 더 많았다. 정원충족율은 전년대비 4% 증가했으나 2008년도부터 약 88%로 평행선을 유지하고 있으며, A2 유형과 대도시, 사립대학인 경우 감소하는 추세를 보이고 있다.

<표 3-14> 지역정원제도 정원수 추이

연도	구분	전국	대학 유형별			도시 유형별		지역정원제도 유형별			
			국립	공립	사립	대도시	소도시	A1	A2	B	C
2008	정원수(명)	296	190	86	20	38	258	143	8	85	60
	입학생수(명)	258	152	86	20	36	222	109	8	87	54
	정원충족율(%)	92	89	99	100	95	92	90	100	102	88
2009	정원수(명)	602	451	109	42	130	472	354	44	98	106
	입학생수(명)	531	378	112	41	130	401	303	46	102	80
	정원충족율(%)	89	86	101	92	98	85	92	78	105	77
2010	정원수(명)	947	647	146	154	303	644	556	103	161	127
	입학생수(명)	839	547	144	148	289	550	488	94	173	84
	정원충족율(%)	86	83	93	92	90	83	86	83	106	72
2011	정원수(명)	1,029	705	146	178	338	691	613	118	169	129

연도	구분	전국	대학 유형별			도시 유형별		지역정원제도 유형별			
			국립	공립	사립	대도시	소도시	A1	A2	B	C
	입학생수(명)	964	635	154	175	320	644	548	116	174	126
	정원충족율(%)	90	87	100	95	91	90	87	97	98	95
2012	정원수(명)	1,096	731	167	198	365	731	634	152	171	139
	입학생수(명)	1,028	668	170	190	349	679	573	147	174	134
	정원충족율(%)	88	86	101	89	89	87	87	86	99	86
2013	정원수(명)	1,192	783	207	202	419	773	352	167	229	144
	입학생수(명)	1,080	683	210	187	38	702	578	146	230	126
	정원충족율(%)	83	80	101	85	84	83	81	88	95	74
2014	정원수(명)	1,228	793	227	208	440	788	669	166	249	144
	입학생수(명)	1,105	693	221	191	390	715	607	124	244	130
	정원충족율(%)	86	86	97	86	90	84	86	86	98	74
2015	정원수(명)	1,249	767	231	251	485	764	713	156	256	124
	입학생수(명)	1,127	668	240	219	427	700	649	95	268	115
	정원충족율(%)	90	92	100	84	89	91	90	77	104	88

자료: 문부과학성(2015: 15).

#### 다. 지역정원제도 졸업생 현황

지역정원제도가 활성화된 2008년에 입학한 학생들이 졸업을 하고 있는 시점에서 2008, 2009년에 지역정원제도 혜택을 받아 입학한 학생의 졸업 현황을 2가지 지표로 살펴 본 결과는 다음과 같다.

의과대학 재학생이 낙제 등으로 인한 유급 경험 없이 졸업한 비율(이하 스트레이트 졸업률)은 대학 유형별, 도시 유형별, 지역정원제도 유형별 모두 평균 또는 평균을 상회하는 수준을 보이고 있고, 졸업자 중 졸업연도에 의사국가고시에 합격한 사람의 비율(이하 의사국가고시 합격률)은 전국 평균을 웃도는 수준으로 일반 의과대학 합격률과 큰 차이가 없었다.

<표 3-15> 스트레이트 졸업률 추이

연도	구분	전국 평균	지역정원 제도	대학 유형별			도시 유형별		지역정원제도 유형별			
				국립	공립	사립	대도시	소도시	A1	A2	B	C
2008	입학생		233	134	79	20	33	200	98	8	80	47
	졸업률	85.4	91.9	89.7	94.7	100.0	94.4	91.5	91.3	100.0	93.1	90.0
2009	입학생		467	337	95	35	113	354	269	39	89	70
	졸업률	84.2	90.1	91.3	84.4	90.0	88.9	90.6	90.0	90.6	90.1	90.2

자료: 문부과학성(2015: 17).

<표 3-16> 의사국가고시 합격률 추이

연도	구분	전국 평균	지역정원 제도	대학 유형별			도시 유형별		지역정원제도 유형별			
				국립	공립	사립	대도시	소도시	A1	A2	B	C
2008	입학생		233	134	79	20	32	201	98	8	80	47
	졸업률	93.9	97.9	97.3	98.6	100.0	98.6	97.7	97.4	100.0	97.7	98.2
2009	입학생		471	338	98	35	113	358	270	39	91	71
	졸업률	94.5	96.6	95.7	99.2	100.0	99.6	95.4	94.1	100.0	95.0	95.5

자료: 문부과학성(2015: 18).

중퇴율은 졸업 전 자의 혹은 타의로 졸업을 마치지 못하고 중도에 탈락한 사람의 비율로 정의한다. 2008~2009년 중퇴율 추이를 살펴보면 전국 평균은 0.5%로 사립대학과 대도시, A 유형에서 비교적 높은 중퇴율을 보이고 있으며, B 유형에서 낮은 경향을 보였으나 모두 1%미만으로 나타났다.

<표 3-17> 지역정원제도 중퇴율 추이

연도	전국	대학 유형별			도시 유형별		지역정원제도 유형별			
		국립	공립	사립	대도시	소도시	A1	A2	B	C
2008	3	1	2	-	1	2	2	-	1	-
2009	4	3	-	1	4	-	2	2	-	-
2010	10	7	-	3	5	5	9	-	1	-
2011	4	3	1	-	-	4	3	1	-	-
2012	8	3	-	5	7	1	1	7	-	-
2013	1	1	-	-	-	1	1	-	-	-
2014	1	-	1	-	-	1	-	1	-	-

연도	전국	대학 유형별			도시 유형별		지역정원제도 유형별			
		국립	공립	사립	대도시	소도시	A1	A2	B	C
계	31	18	4	9	17	14	18	11	2	0
중퇴율	0.5	0.5	0.4	0.9	0.9	0.4	0.7 <sup>1)</sup>		0.2	-

자료: 문부과학성(2015: 19).

주: 1) A1과 A2 유형의 중퇴율은 A 유형 중퇴율로 제시함.

지역정원제도는 도도부현별, 대학별 다양한 형태로 존재하기 때문에 의무 이행, 유예기간 등이 대학마다 달라 2008-2009년 입학생의 졸업 후 성과 지표는 정확한 통계가 아닌 참고용으로 제시한다. A 유형에서 의무 이행에 있는 졸업생은 257명으로 A1 유형에서 의사국가고시를 합격한 368명 중 222명(60%)이 의무 이행을 하고 있었고, A2 유형에서는 의사국가고시를 합격한 44명 중 35명(80%)이 의무 이행을 하고 있었다. B 유형에서는 의사국가고시를 합격한 171명 중 94명(55%)이 의무 이행을 하고 있었다.

<표 3-18> 2008~2009년 졸업생의 의무 이행 현황

연도	전국	대학 유형별			도시 유형별		지역정원제도 유형별			
		국립	공립	사립	대도시	소도시	A1	A2	B	C
2008	121	85	31	5	26	95	62	5	41	13
2009	270	213	39	18	87	183	160	30	53	27

자료: 문부과학성(2015: 20).

졸업 후 탈락한 사람은 15명으로, 탈락 사유로는 해당 현 외 지역에 근무 예정이 가장 많았고, 퇴학, 개인 사정, 진로 변경, 유급, 질병 순으로 조사되었으며, 기타로는 심경 변화, 대학원 진학, 전문의 취득 등이 있었다. 또한 지역정원제도 안에서 의무 이행을 병행하며 전문의를 취득할 수 있을지 여부는 지역정원제도의 실효성을 확보하는데 가장 큰 과제로, 전문의 제도와 함께 경력을 쌓을 수 있는 환경 조성도 지원여부도 함께 고려되어야 할 것이다.

&lt;표 3-19&gt; 2008-2009년 졸업 후 탈락자 현황

연도	전국	대학 유형별			도시 유형별		지역정원제도 유형별			
		국립	공립	사립	대도시	소도시	A1	A2	B	C
2008	1	1	-	-	-	1	-	-	-	1
2009	14	12	1	1	2	12	10	-	-	4

자료: 문부과학성(2015: 21).

## 1.4. 도도부현 사례

도도부현은 지역 실정을 고려하여 지역보건의료계획을 수립하고 세부 정책을 실시하는 주체이며, 수립된 계획을 전반적으로 관리하기 위해 중앙 정부는 의료인력 확보의 컨트롤 타워 역할을 담당할 지역의료지원센터의 설치를 의무화하였다. 따라서 도도부현 내에 설치된 지역의료지원센터를 중심으로 현 내의 의과대학과 의료기관이 협업하여 의료인력 확보를 위한 사업을 실시하고 있다. 전국 47개 도도부현 중 의료인력 부족으로 어려움을 겪고 있는 사이타마현, 히로시마현, 아오모리현을 중심으로 현내에서 주로 실시하는 사업 위주로 살펴보기로 한다.

### 1.4.1. 사이타마현

#### 가. 현황

2010년 사이타마현의 의사 수는 10,259명으로 전국 8위를 차지하였으며, 2008년 9,954명에 비해 305명 증가했다. 그러나 인구 10만 명당 의사 수는 142.6명으로 전국에서 최하위를 기록하고 있고, 간호사 수도 마찬가지로 전국 최하위를 기록하고 있었다. 2012년 사이타마현에서 임상 연수를 받은 연수의는 236명으로 사이타마현 임상 연수 총 정원의 약 56%만 채용되어 정원 충족률은 전국 34위를 기록했다. 연수의 부족은 진료과 의사 부족으로 이어져 진료 체계를 유지하기 어려운 상황에 이르렀다. 따라서 2013~2017년 사이타마현 지역보건의료계획은 효율적이고 질 높은 의료제

공체제 확보, 평생 건강한 몸과 마음 키우기를 위한 체제 확립, 건강 유지와 의료의 효율적인 제공에 따른 의료비 적정화를 기본 방향으로 설정하고 세부 계획을 수립하였다.

## 나. 장학금 대여 제도

### 1) 의대생 장학금 대여

사이타마현에서는 졸업 후 사이타마현 지역 의료에 공헌할 의사가 있는 의대생에게 장학금을 대여한다. 장학금은 출신지 지정 유무에 따라 출신 장학금과 지역정원제도로 구분한다.

#### 가) 출신 장학금

사이타마현 출신이면서 사이타마현 내의 의과대학에 입학하는 신입생을 대상으로 지급하는 장학금으로, 2017년 출신 장학금 정원은 총 20명으로 대학입시센터시험 이후 서류와 면접 전형을 거쳐 선발한다.

신청 자격은 ① 신청 시 부모 또는 본인이 사이타마현 내에 주소를 가진 경우, 사이타마현 고등학교 졸업예정이거나 졸업한 경우 혹은 동등한 학력을 가진 경우, ② 사이타마현 내 의과대학 입학 예정자(재학생은 응모 불가), ③ 의사 면허를 얻은 후 특정 지역의 공공의료기관 또는 특정 진료과 등 의사로 근무할 의사가 있는 자의 조건에 모두 해당하는 자만 가능하다. 출신 장학금은 입학시 지불하는 입학금과 매월 지급되는 장학금이 포함되며, 입학금은 1,000,000엔 이내, 매월 지급되는 장학금은 200,000엔 이내로 지급된다.

장학금을 대여 받은 학생은 의사국가고시에 합격하고 대여기간의 1.5배 기간 동안 특정 지역에서 근무하면 장학금 반환이 면제되고, 특정 지역으로는 사이타마현이 지정한 특정 지역(별도로 정한 지역)의 공공의료기관(도도부현, 시정촌 또는 의료법 제31조 후생노동대신이 정한 개설자가 개설한 병원 또는 진료소) 또는 특정 진료과(사이타마현의 병원 산부인과, 소

아과, 응급실) 등이 포함된다. 장학금 반환 유예도 가능한데, 반환 유예 조건으로는 ① 특정 지역의 공공의료기관 의사로 근무하고 있는 경우(특정 지역의 공공의료기관이 아닌 사이타마현 내 병원에서 임상 연수를 받는 경우도 포함) 또는 특정 진료과 의사로 근무, ② 사이타마현이 아닌 다른 지역에서 임상 연수 받는 경우, ③ 후기 연수를 받는 경우, ④ 대학을 졸업하는 연도에 의사국가고시에 합격하지 못해 다음 해 시험을 보는 경우, ⑤ 재해 또는 질병 등의 기타 부득이한 사유가 있다고 인정되는 경우가 해당된다.

나) 지역정원제도

지역정원제도는 특정 도도부현의 근무를 조건으로 장학금을 대여하는 제도로, 미래에 특정 도도부현의 지역 의료에 공헌할 의사가 있는 학생을 선발한다. 출신 장학금은 사이타마현 출신자에게만 해당되지만, 지역정원 제도는 사이타마현 출신자가 아니더라도 사이타마현 지역정원제도를 실시하고 있는 의과대학에 입학하면 대상자에 포함된다. 사이타마현에서 지역정원제도를 실시하고 있는 의과대학은 사이타마의과대학, 준텐도대학, 일본의과대학으로 각 대학의 모집 정원, 장학금 대여 금액은 아래와 같으며, 선발 시기 및 기준은 각 대학마다 다르게 실시하고 있다.

<표 3-20> 사이타마현 지역정원제도 모집 전형(2017년)

대학	소재지	정원	대상	장학금 대여 금액	장학금 대여 기간
사이타마 의과대학	사이타마현	17명	1학년, 입학 후 선발	월 200,000엔 (6년간 총 14,400,000엔)	졸업하는 달까지 지급 (최대 6년)
준텐도대학	도쿄 도	7명	입학 전 선발		졸업하는 달까지 지급 (최대 6년)
일본의과대학	도쿄 도	2명	1학년, 입학 후 선발		대학졸업(의사면허취득)후 대여 기간의 1.5배(9년) 현의 지사가 지정하는 의료기관에 근무

자료: 사이타마현. 2017. 12. 11. “사이타마현 의사 육성 장학금.” <https://www.pref.saitama.lg.jp/a0709/ishiikusei-shougakukin/index.html>.에서 2017. 12. 11. 인출.

장학금은 월 200,000엔으로 6년간 총 14,400,000엔을 대여 받게 된다.



장학금은 의사 면허를 받은 후 즉시 장학금 대여 기간의 1.5배의 기간을 특정 지역의 공공 의료기관 의사로 계속 근무(특정 지역의 공공 의료기관 이외의 사이타마현의 임상 연수 병원에서 임상 연수를 수강하는 경우를 포함)하거나 또는 특정 진료과(사이타마현 병원의 산부인과, 소아과, 응급실)의 의사로 근무하는 경우 반환이 면제된다. 일반적으로 6년 동안 장학금을 대여하는 경우 1.5배 기간인 9년이 의무이행 연수가 되며, 9년에는 초기 임상 연수 2년이 포함된다.

사이타마현의과대학은 사이타마현 지역정원제도만 실시하고 있고, 준텐도대학과 일본의과대학은 사이타마현 외에도 2개 현의 지역정원제도를 실시하고 있다.

## 2) 초기 임상 연수, 후기 임상 연수 교육 자금 대여

연수의 확보를 위해 사이타마현은 홈페이지를 통해 초기 임상 연수 병원과 임상 연수 가이드북, 교육 프로그램 등의 정보를 제공하고 있다. 또한 연수의 확보를 위해 연수 자금을 대여하는 초기 임상 연수 교육 자금을 대여한다. 대상자는 사이타마현의 임상 연수 병원에서 연수 예정이거나 초기 임상 연수를 수료한 후 사이타마현 내의 의료기관에서 산부인과, 소아과, 응급실 의사로 근무가 확정된 자로, 초기 임상 연수 수료 후 일정 기간 동안 근무하면 반환이 면제된다. 교육 자금은 월 100,000엔 이내에서 대여 가능하고, 대여 기간은 2년이다. 2017년 초기 임상 연수 교육 자금 대여 혜택을 받을 수 있는 정원은 4명으로 면접으로 대상자를 선발한다.

초기 임상 연수 수료 후 전문의 자격 취득을 위해 일부 연수의는 후기 임상 연수를 받아야 하는데, 사이타마현에서는 모자의료센터나 응급실에서 산부인과, 소아과, 응급의학과와 후기 임상 연수를 수강하는 의사를 대상으로 교육 자금을 대여한다. 교육 자금은 현의 모자의료센터 또는 응급실에서 산부인과, 소아과, 응급실에서 후기 연수를 수강하는 의사나 후기 연수를 수료 한 후 현 내의 병원에서 산부인과, 소아과, 응급실에서 근무하는 것이 확정된 자로, 후기 임상 연수 수료 후 일정 기간 동안 근무하면 반환

이 면제된다. 교육 자금은 월 200,000엔 이내에서 대여 가능하고, 교육 자금의 대여 기간은 3년이다. 2017년 후기 임상 연수 교육 자금 대여 혜택을 받을 수 있는 정원은 8명으로 면접으로 대상자를 선발한다.

#### 다. 기존 인력 활용 방안

사이타마현에서는 의사 확보방안으로 현 내의 의료기관에서 근무를 희망하는 의사에게 의료기관을 무료로 소개해주는 의사뱅크 사업을 실시하고 있다. 의사가 부족한 병원은 의사뱅크에 등록하고, 사이타마현 근무를 희망하는 의사는 구인 정보를 검색해 원하는 의료기관에 근무 할 수 있다. 의사뱅크에서 소개되는 병원은 공공병원 뿐 아니라 국공립, 민간 병원도 포함되며, 의료기관에서 원하는 근무 유형별로 구인 정보를 제공한다.

사이타마현 의사회에서는 여성 의사의 복직을 지원하기 위해 여성 의사 지원센터를 설립했는데, 육아·노인 돌봄 등으로 활동 하지 않는 여성 의사를 의료 현장으로 복귀시키기 위한 다양한 프로그램을 제공한다. 여성 의사 지원센터의 주요 사업으로는 취업·복직 관련 상담, 육아·노인 돌봄 지원, 복직 연수 프로그램 제공, 사이타마현 의료기관 구인 정보 제공, 여성 의사 교류의 장 등을 제공한다. 여성 의사 지원센터뿐 아니라 사이타마의과대학 의료인육성지원센터에서도 여성 의사 복직을 지원하고 있는데 여성 의사 취업 지원 창구를 마련해 복직에 어려움을 겪는 여성 의사를 지원하고 있다. 이 외에도 출산 또는 육아 휴직으로 단기 휴직중인 여성 의사의 대체 인력을 고용한 경우 일부 비용을 지원하고 있는데, 공공의료기관에서 대체 인력을 고용하는 경우 1인당 1일 7,000엔을 최대 60일까지 지급한다.

또한 연수의 양성을 위해 외부에서 초빙한 인력에 대해 일부 보조금을 지급한다. 임상 연수를 실시하는 병원과 임상 연수 전문 시설 중 타 지역에서 초빙한 의사가 3년 이상 근무 예정이고 지역 의료 교육 강사로 등록된 경우에 한해 의사 1인당 4,500,000엔 이하의 보조금을 지급한다.

의사 확보 이후 근무를 지속할 수 있는 환경을 제공하는 것도 중요하기 때문에 의사를 비롯한 의료종사자의 근무환경 개선을 지원하기 위한 의료

근무환경개선지원센터를 운영한다. 주로 의료기관 실태 파악, 근무환경 개선을 위한 수요 파악, 의료기관 근무환경 개선에 관한 설명회 등을 실시하고 있다. 이외에도 교류회를 마련해 의료관계자, 의료기관장, 의사협회 관계자, 의사, 정부 관계자 등 지역 의료와 관련된 관계자가 모두 참석해 지역 의료 발전을 위한 의견을 공유하고 발전 방안을 논의한다.

**라. “고등학생 의지” 양성 사업**

2013년부터 고등학생을 대상으로 병원 견학 및 체험 기회를 제공함으로써 의사를 목표로 하는 학생들의 의지를 양성하는 사업을 실시하고 있다. 사이타마현 병원의 협력을 받아 모의 의료체험, 의사와의 교류, 시설 견학 등의 체험을 제공하며, 대상자는 사이타마현에 거주하는 고등학생 중 의과대학 진학에 관심 있는 학생으로 참가비는 무료이다.

<그림 3-7> “고등학생 의지” 양성 사업 의료체험 사례(2015년)  
 <헬기투어> <모의 의료체험>



<의사 강연 및 간담회>



자료: 사이타마현. 2017.12.11. “사이타마현 고등학생 의지 양성 사업.” <https://www.pref.saitama.lg.jp/a0709/kokorozashi.html>.에서 2017.12.11. 인출.

## 1.4.2. 히로시마현

### 가. 현황

히로시마현은 홋카이도 다음으로 무의촌 지역이 많고, 특히 중산간 지역의 의사 부족 문제는 심각한 상황이다. 2010년 히로시마 현의 의사 수는 인구 10만 명당 248.6명, 의료시설 종사 의사 수는 인구 10만 명당 235.9명으로 전국 평균을 상회하는 수준이며 의사 수는 전년도보다 증가했지만, 의사 부족 지역의 의사 수는 여전히 감소하는 추세를 보이고 있다. 히로시마 현의 보건의료계획은 ① 히로시마 현 어디에 거주하더라도 안심하고 적절한 의료를 받을 수 있도록 현 내에 의료권을 설정하고 필요한 보건의료 체계를 확보하고, ② 현민이 안심하고 안전하게 진료 받을 수 있는 의료 인재를 확보함과 동시에 보건의료종사자의 전문기술을 향상시키고, ③ 현민이 신뢰할 수 있는 보건의료서비스 제공을 위해 정확한 정보 제공과 의료 안전을 확보하는 것을 목표로 한다.

### 나. 장학금 대여 제도

#### 1) 의대생 장학금 대여

##### 가) 히로시마현 의사 육성 장학금

히로시마현에서 근무를 원하는 학생들에게 의사 육성 장학금을 대여하며, 모집 인원은 2017년 기준으로 4명이다. 의사 육성 장학금은 히로시마 현 내의 의과대학에서 의학 관련 학과를 전공하거나 대학원에서 의학 관련 연구를 전공하는 학생 또는 초기 임상 연수 수료 후 후기 임상 연수 준비 중인 의사를 대상으로 한다. 의사 육성 장학금은 최대 월 200,000엔까지 대여 가능하고, 대여 기간은 대학에 재학 중인 학생의 경우 대학 졸업까지,

대학원에 재학 중인 학생의 경우 대학원 과정을 수료하는 날까지, 후기 임상 연수를 준비하는 의사의 경우 후기 임상 연수를 수료하는 날까지 대여가 가능하다. 장학금은 대여 기간의 1.5배의 기간 동안 히로시마현이 지정한 중산간 지역에 위치한 공공 의료기관에서 근무하거나 히로시마현이 지정한 진료과의 의사로 근무하면 반환이 면제된다.

#### 나) 지역정원제도

히로시마현 지역정원제도를 실시하는 대학은 히로시마대학교와 오카야마대학교로, 각 대학의 모집 정원, 장학금 대여 금액은 아래와 같다.

<표 3-21> 히로시마대학 지역정원제도 모집 전형(2018년)

대학	소재지	정원	대상	장학금 대여 금액	의무 이행
히로시마대학 <sup>1)</sup>	히로시마현	18명	입학 전 선발	월 200,000엔 (6년간 총 14,400,000엔)	의대 졸업 후 장학금 대여 기간의 2배(12년)기간 안에 대여 기간의1.5배(9년) 기간을 현이 지정하는 의료기관에 근무
오카야마대학 <sup>2)</sup>	오카야마현	2명	입학 전 선발		

자료: 1) 히로시마대학 (2017: 17-19) 내용을 재정리함.

2) 오카야마대학. 2017. 12. 11. “의학부 의학과 지역범위코스에 대해.” <http://www.okayama-u.ac.jp/tp/prospective/chiikiwaku.html>.에서 2017. 12. 11. 인출

히로시마대학교와 오카야마대학의 지역정원제도 입학생은 입학 전에 선발하고, 월 200,000엔의 장학금을 6년 동안 대여 받게 된다. 대여 받은 장학금은 졸업 후 대여 기간의 2배(12년) 기간 안에 대여 기간의 1.5배(9년) 기간을 현이 지정하는 의료기관에 근무하면 반환이 면제된다. 의무 이행 기간에는 초기 임상 연수 기간이 포함되고, 초기 임상 연수 기간을 제외한 7년 동안 히로시마현이 지정하는 중산간 지역에 위치한 의료기관에서 근무하거나 공공의료기관 중 히로시마현이 지정하는 진료과에서 근무해야 한다.

히로시마대학에서는 히로시마현과 오카야마현의 지역정원제도를 실시하고 있다. 히로시마현 지역정원제도 선발 인원은 18명으로, 대학입시센터시험과 면접으로 선발한다. 히로시마대학에서는 지역 의료 현장과 대학 교육

의 연계를 위해 기부강좌를 개설해 의사의 지역 정착을 위한 노력을 기울이고 있다. 2017년 기준으로 지역의료시스템학을 기부강좌 교수가 진행하고 있으며, 의학과 3~6학년을 대상으로 강의를 실시한다. 의학과 5학년은 히로시마현 중산간 지역에 위치한 의료기관에 일주일 동안 파견되어 지역 의료 실습을 필수로 거쳐야 한다. 이 실습을 통해 학생들이 의료 현장에서 직접 경험할 수 있는 기회를 제공하고 환자 개인 뿐 아니라 지역 전체를 보는 관점을 배울 수 있을 것으로 기대한다.

오카야마대학은 히로시마현 외에 총 4개 현의 지역정원제도를 실시하고 있다. 히로시마현 지역정원제도 선발 인원은 2명으로 대학입시센터시험에서 기준 점수를 통과한 응시생 중 추천서와 면접 결과를 종합하여 선발한다.

## 2) 초기 임상 연수 장려금 지급

히로시마현의 중남부에 위치한 히가시히로시마시에서는 초기 임상 연수를 받는 연수의에게 장려금을 지급한다. 대상자는 해당 시에서 임상 연수를 시작한지 2년 미만인 연수의로, 연간 최대 600,000엔까지 지급 가능하다. 단, 초기 임상 연수에 해당하지 않는 경우, 임상 연수를 중단한 기간이 3개월 이상인 경우, 그 외 장려금 지급이 부적당하다고 인정되는 경우 장려금의 전부나 일부를 반환해야 한다.

## 다. 기존 인력 활용 방안

히로시마현에서 의사로 근무 예정인 의대생과 연수의, 그리고 현재 히로시마현에서 근무 중인 의사들의 네트워크를 구축하기 위해 고향 닥터넷 히로시마 웹사이트를 운영하고 있다. 고향 닥터넷 히로시마에서는 채용 정보 뿐 아니라 의료 정보와 상담을 제공하는데, 채용 정보 페이지에서는 근무를 희망하는 진료 과목, 병상 규모, 히로시마현 진료권 등을 설정하면 원하는 근무 형태와 유사한 의료기관의 채용 정보를 제공한다.

또한 히로시마현에서 활동하는 젊은 의사의 기술 향상과 경력 지원을 위해 연구비 일부를 지원한다. 지역 의료 등의 임상 역학 연구 활동을 계획하는 그룹에게 연구 보조금을 지급하는데, 2017년 기준으로 1그룹 당 3,000,000엔을 지급하며, 총 15그룹에게 지급 예정이다. 대상자는 의과대학을 10년 안에 졸업한 의사로 학회나 단체와 같은 정규 모임은 제외한다.

여성 의사의 복직을 지원하기 위해 지역의료지원센터를 중심으로 여성이 일하기 좋은 근무환경 정비사업을 실시하고 있다. 단기간 정규직 제도를 도입해 단기간 정규직 여성 의사를 고용하는 의료기관에 보조금을 지급하고, 보육 서비스를 실시하는 의료기관에 경비의 일부를 보조한다. 이 외에도 일과 육아·노인 돌봄을 병행하는 여성 의사는 휴일 근무와 숙직 근무를 제외시키고 그 자리에 파트타임 근무 의사를 고용하도록 경비의 일부를 보조한다. 또한 출산이나 육아로 경력이 단절된 여성 의사의 복직을 위한 복직 연수를 실시하는 의료기관에 대해 경비의 일부를 보조한다.

히로시마현 중산간 지역은 젊은 연령층 이탈로 인구가 감소해 지역 의료 붕괴가 우려되어, 의사 확보방안으로 젊은 의사가 임상 연수를 받을 수 있는 환경을 조성하는 것을 우선시하였다. 임상 연수를 위한 교육 환경을 정비하고 질 높은 교육 프로그램을 개발하고, 히로시마현 중산간 지역 진료권을 공유하는 10개 지역의 의료거점병원을 연계하여 지역 의료 교육 네트워크를 구축하였다. 히로시마 중산간 지역 네트워크에서 제공하는 임상 연수 기간은 3년으로 지역 의료를 담당하기 위한 기본 지식과 전문적 기술을 습득하는 것을 목표로 하고 나이와 경력은 제한이 없다. 임상 연수는 10개 병원을 규모에 따라 3개의 그룹으로 구분하여 각 그룹에 속하는 병원을 순환하는 방식으로 진행된다. 각 병원에서의 연수 기간은 반년 단위로, 첫번째 그룹에서 전문 기술을 익히고, 그 다음으로 의료기관 규모가 큰 그룹에서 경험을 넓힌 다음, 벽지 거점 의료기관이 속하는 그룹에서 임상 연수를 수료한다. 임상 연수를 수료한 의사에게는 해당 임상 연수 프로그램에 참여한 병원에 취직할 수 있도록 적극 지원하고 있다. 히로시마 중산간 지역 병원 연계에서 제공하는 임상 연수 프로그램은 자치의과대학이나 지역정원제도의 의무 이행 기간에는 포함되지 않는다.

또한 히로시마현 지역의료지원센터는 히로시마현 내에서 취업을 고려하는 의사가 히로시마현 내의 의료기관을 견학하고자 할 때 경비의 일부를 지원하는데, 교통비와 숙박비를 포함해 2박 3일 일정으로 히로시마 시내 의료기관을 견학하는 경우 도쿄 62,000엔, 오사카 46,000엔, 후쿠오카 43,000엔을 지원한다. 이 외에도 의대생을 대상으로 지역의료세미나를 운영해 히로시마현의 지역 의료를 체험할 수 있는 프로그램을 제공한다. 대상자는 자치의과대학(히로시마현 출신) 의대생, 히로시마 대학 의학부에서 지역정원제도로 입학한 의대생, 히로시마현에서 장학금 대여를 받고 있는 의대생으로 방문 간호, 재활 진료, 원내 진료, 이동 진료 차량, 의료 장비 등을 체험한다.

#### 라. 고등학생 의료 체험 세미나

히로시마현 내의 고등학생을 대상으로 실시하는 의료 체험 세미나는 의대 진학을 희망하는 학생들에게 지역 의료를 이해할 수 있는 계기를 제공하는 것을 목표로 한다. 세미나는 히로시마현 내의 16개 의료기관에서 실시하고, 약 20명의 고등학생을 대상으로 기관 소개, 의료 체험(수술, 체혈, 내시경, 봉합, 초음파, 응급실), 의료종사자와의 면담 등의 기회를 제공한다.

<그림 3-8> 히로시마현 고교생 의료 체험 세미나



자료: 히로시마현. 2017. 12. 13. “히로시마현 고교생 의료 체험 세미나.” <http://www.dn-hiroshima.jp/www/contents/1380851832012/index.html>.에서 2017. 12. 13. 인출.



### 1.4.3. 아오모리현

#### 가. 현황

2010년 아오모리현에서 종사하는 의사 수는 인구 10만 명당 182.4명으로 전국에서 6번째로 낮고, 의사 부족 문제가 심각한 홋카이도 지역 중에서도 2번째로 낮아 매우 심각한 상황이다. 또한 아오모리현 의료기관의 특정 진료과 의사 수는 대부분 전국 평균을 밑돌고 있고, 특히 산부인과, 소아과, 마취과의 의사 부족 문제가 심각한 수준이다. 아오모리현의 지역보건의료계획은 ① 질 높은 보건·의료·복지·서비스 제공, ② 의료연계체계 구축, ③ 건강 증진 및 보건복지 대책, ④ 의료 안전의 확보와 건강 위기관리 체계 구축, ⑤ 보건·의료·복지를 담당하는 인재의 양성 확보와 자질 향상 등을 목표로 한다.

#### 나. 장학금 대여 제도

##### 1) 히로사키대학 장학금 대여

히로사키대학에서는 장학금을 3가지 형태로 대여하는데, 특별기준, 일반범위, 학사프레임으로 구분된다. 특별기준 정원은 1학년 5명으로 입학금과 수업료, 장학금을 대여한다. 대상자는 아오모리현 출신이면서 의과대학에 일반 또는 추천으로 입학한 학생으로, 대여 기간은 6년 이내이다. 대여 기간의 1.5배에 해당하는 기간 동안 현에서 지정하는 의료기관의 의사로 근무하면 장학금 반환이 면제된다. 일반범위 정원은 1학년 20명으로 입학금과 수업료를 대여하고 대상자 선정 기준은 특별기준과 동일하다. 졸업 후

장학금 대여 기간과 동일한 기간을 현에서 지정하는 의료기관에서 근무하면 반환이 면제된다. 학사프레임 정원은 2학년 5명으로 아오모리현 지역정원제도로 입학한 학생을 대상으로 한다. 대여 기간은 6년 이내로 대여기간의 1.5배에 해당하는 기간 동안 현에서 지정하는 의료기관에서 근무하면 반환이 면제된다.

## 2) 아오모리현 출신 장학금

아오모리현 출신이면서 아오모리현 내의 의과대학에 재학 중인 학생을 대상으로 장학금을 대여한다. 아오모리현 출신에는 아오모리현에 위치한 고등학교를 졸업한 자, 아오모리현에 거주하는 자가 포함된다. 모집 정원은 3명으로 월 150,000엔 대여 가능하고, 대여 기간의 1.5배에 해당하는 기간 동안 현에서 지정하는 의료기관의 의사로 근무하면 반환이 면제된다.

## 3) 특정 지역 또는 병원 근무를 조건으로 하는 장학금 대여

의과대학 재학생 중 졸업 후 아오모리현 내의 쿠로이시시에 위치한 구로병원에서 근무하고자 하는 학생에게 아오모리현이 월 40,000엔 이내의 장학금을 대여해준다. 산노헤정에 위치한 미토중앙병원의 의사로 근무를 원하는 학생에게는 월 150,000엔 이내의 수학 자금을 대여해준다. 이 외에도 아오모리현 내의 오이라세정에서 근무를 원하는 학생에게는 월 200,000원 이내의 장학금을 대여한다. 특정 지역과 병원에서의 근무를 이행 조건으로 하는 경우 장학금의 대여 기간은 6년 이내로 졸업 후 지정 의료기관에서 장학금을 대여 받은 기간과 동일한 기간을 의사로 근무하면 반환이 면제된다.

## 다. 기존 인력 활용 방안

아오모리현은 지역의료지원센터를 중심으로 의사 부족 의료기관 지원, 의사 경력 지원, 지역 의료 관계자 협력 관계 구축 등으로 의사 확보를 위

한 노력을 하고 있다. 의사 경력 지원을 위해 임상연수 세미나·워크숍, 센터등록의사를 실시하고 있으며, 센터등록의사에 등록하면 개별 면담을 통해 지향하는 목표와 원하는 근무 환경 등을 고려한 의료기관 채용 정보를 제공하고, 경력 향상을 위한 활동을 지원받을 수 있다. 특히 벽지 의료기관에 근무하는 경우 학회나 세미나에 언제든지 참가할 수 있도록 지원하고 있다. 또한 아오모리현에서 근무하면서 느끼는 일상생활에서의 불편함을 해소하기 위해 아오모리현 담당자 또는 현립 병원 담당자의 상담을 통해 문제 해결 방법을 함께 찾을 수 있도록 도와준다.

젊은 의사를 확보하기 위해 임상 연수도 적극 지원하고 있는데, 연수의 확보는 지역 의사 확보와도 밀접한 관련이 있기 때문에 의사 부족 문제를 안고 있는 지역은 대부분 임상 연수와 관련된 다양한 사업을 진행하고 있다. 아오모리현도 연수의를 유인하기 위한 수단으로 세미나, 워크숍을 개최하고, 임상 연수 프로그램의 질을 높이는데 힘쓰고 있다. 이 외에도 후기 임상 연수의 확보를 위해 다른 현의 의과대학과 후기 임상 연수 프로그램을 교류하는 사업도 진행하고 있다.

#### 라. 중·고생을 위한 사업

아오모리현 교육위원회에서 주최하는 닥터 토크는 아오모리현에서 근무하는 의사를 초청하여 의과대학 진학에 관심 있는 학생들에게 직업을 소개하고 지역 의료에 대한 이해와 함께 의사에게 요구되는 윤리의식과 사명감을 소개하는 것을 목적으로 한다. 아오모리현 내 고등학생들에게 의사 체험 기회를 제공하는 의사 튜토리얼 체험 사업은 아오모리현 건강복지부와 아오모리현 교육위원회가 주최한다. 고등학교 여름방학 기간 중 2일 동안 개최하며, 현 내의 의료기관에서 진행된다. 대상자는 의과대학에 진학할 의사가 있는 아오모리현 내 고등학생으로 시설 견학 및 의료 체험과 지역 의료를 주제로 의사와의 면담 등으로 진행된다.

<그림 3-9> 중·고생을 위한 사업

<닥터 토크>



<의사 튜토리얼 사업>



자료: 아오모리현. 2017. 12. 11. “중고생을 위한 사업.” <https://inomori-aomori.info/highschool/p01>에서 2017. 12. 11. 인출.

## 2. 미국

### 1.1. 연방정부 프로그램

#### 1.1.1. 배경

1950년대와 1960년대 미국에서는 고령의 의사들은 퇴직하고, 젊은 의사들은 일반의보다는 대도시에서 전문의가 되기를 선호하여 농어촌 지역 의료인력이 부족사태가 시작되었다.

이에 따라 미국 정부는 1970년 응급의료인력법(Emergency Health Personnel Act)에 근거해, 보건사회부 산하 보건의료자원 및 서비스 관리청(Health Resources and Services Administration, HRSA)의 의료인력 충원 및 서비스국(Bureau of Clinician Recruitment and Service) 소관 하에 National Health Service Corps(NHSC)를 설립하였다(이종구 외, 2015).

NHSC는 미국에서 의료 접근성이 낮은 지역에 근무하는 의료제공자를 지원하기 위한 조직으로 NHSC의 역할은 1차 의료 부족을 완화하기 위한 것인데, 법에 따르면 “미국에서 보건의료인력 및 서비스가 충분하지 않은 지역에 거주하는 사람들에게 보건의료서비스 제공을 향상 시키는 것”으로 명시되어 있다.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> NHSC (National Health Service Corps). 2017. 12. 11. “Mission and History.” <https://nhsc.hrsa.gov/corpsexperience/aboutus/missionhistory/index.html>.에서 2017. 12. 11. 인출

NHSC를 통해 의료취약지역에 연결된 의사는 1972년부터 50,000명 이상에 달한다. 현재는 약 10,200명이 5,000곳 이상의 시설에서 의료서비스를 제공하고 있고, 거의 1,400명 이상의 의료인이 지역이나 학교에서 진료를 준비하고 있다.

### 1.1.2. 주요 프로그램

NHSC는 의료취약지역에 의료인을 양성하기 위한 프로그램으로 1차 의료 제공자에게 장학금과 학자금 상환을 지원한다. 이 혜택을 받을 수 있는 조건으로 의사들은 NHSC에서 승인한 시설(NHSC-approved site)에서 최하 2년을 근무해야 한다.<sup>10</sup>

NHSC에서 승인한 시설이란 의료취약지역 거주자에게 포괄적인 외래, 응급, 1차 의료 서비스를 제공하는 보건의료시설을 말한다. NHSC 승인 시설이 되려면, 신청, 평가, 승인 과정이 필요하고, 3년 마다 재인증 절차를 거쳐야 한다(NHSC, 2017b).

#### 가. 장학 프로그램

장학 프로그램은 학생들이 다음의 1차 의료 제공자가 되기 위한 훈련을 지원하기 위한 것이다.

- 의사
- 치과의사
- 성인 대상 의료, 가정의학, 노인의학, 소아, 정신건강, 여성 건강을 전문으로 하는 임상간호사(nurse practitioner, NP), 면허 조산사, 의사 보조(physician assistant, PA)

---

<sup>10</sup> NHSC (National Health Service Corps). 2017. 12. 11. "about the NHSC." <https://nhsc.hrsa.gov/corpsexperience/aboutus/index.html>.에서 2017. 12. 11. 인출.

장학 프로그램에서는 수업료, 기타 교육 관련 비용, 월 생활비를 지원하는데, 장학금은 최대 4년 동안 지원된다. 장학금을 받기 위한 몇 가지 자격요건이 있다. ① 미국 시민권자나 미국 국적자여야 하고, ② 전일제 학생으로 등록해야 하며, ③ 컬럼비아 특별구(District of Columbia)나 미국 영토 내의 승인된 학교 또는 프로그램에 참가하거나 참가 허가를 받아야 하며, ④ 연방 고용 자격에 충족되어야 하며, ⑤ 기존의 다른 근로 의무가 있어서는 안 되며, ⑥ 필요한 서류를 모두 제출하여 신청을 해야 한다(NHSC, 2017a).

장학금 선발은 다음의 우선순위에 따라 이루어진다(이종구 외, 2015).

- ① 제 1 우선순위: 현재 NHSC 장학금 수혜 중인 학생, 예외적인 재정적 필요(Exceptional Financial Need)를 가진 학생을 위한 연방정부 장학금 수여자.
- ② 제 2 우선순위: 취약계층 배경을 가진 자로 교육과 수련을 완료한 이후에 의료인력 취약지역에서 진료할 가능성이 높은 자로서, 지원자의 의과대학에서 해당 학생이 취약계층연방장학금 또는 취약계층연방학자금대출을 수여할 자격이 있음을 인증한 자
- ③ 제 3 우선순위: 지원자의 에세이와 추천서에 나타난 일차의료에 대한 관심, 의료취약계층의 문제에 대한 이해, 경력, 이수과목, 지역 사회 공헌 등에 비추어 의료인력 취약 지역에서 장기간 복무할 가능성이 높은 자

<표 3-22> NHSC 장학 프로그램의 경쟁률

단위: 명

연도	장학 프로그램 신청자	장학 프로그램 초기 수혜자	지속 수혜자
2012	1,373	212	10
2013	1,739	180	16
2014	1,844	190	7
2015	2,111	196	11
2016	2,275	205	8

자료: NHSC(2017a: 9).

장학금은 전체 또는 일부 기간 동안 받게 되는데, 일부 기간 동안만 받았더라도 해당 지역에서 최하 2년간의 전일제 근무를 의무로 한다. 장학금 수혜 기간이 길수록 의무 복무 기간도 길다(NHSC, 2017a).

<표 3-23> NHSC 장학 프로그램의 의무 복무기간

수학 과정 전체 또는 일부 기간	의무 복무 기간
1년	2년 전일제 4년 반일제
2년	2년 전일제 4년 반일제
3년	3년 전일제 6년 반일제
4년	4년 전일제 8년 반일제

자료: NHSC(2017a: 11).

전일제와 반일제의 근무 요건에 차이가 있다. 전일제는 주당 최소 40시간, 연간 최소 45주를 의미한다. 주당 40시간 근무 요구는 주당 4일, 24시간 내에 12시간을 넘지 않는다. 반일제는 주당 20~39시간, 연간 최하 45주 근무로 정의한다. 주당 최하 20시간 근무 요구는 주당 2일, 24시간 내에 12시간을 넘지 않는다. 주당 최하 20시간 중 최소 16시간은 환자를 돌보는데 써야 한다(NHSC, 2017a).

장학 프로그램에서는 졸업 후, 또는 졸업 후 훈련 프로그램 종료 후 최대한 빠른 시일 내에 늦어도 훈련이 끝난 후 6개월 내에 의무 복무를 시작하도록 하고 있다.

의료인력별 의무·복무 기준은 아래와 같다(NHSC, 2017a).

- 의사: 1차 의료 레지던트 과정을 완료해야 하고, 완료 후 6개월 이내에 복무를 시작해야 한다.
- 치과의사: 레지던트 완료 후 6개월 이내에 복무를 시작해야 하고, 졸업 후 과정이 완료되지 않은 치과의사들은 필수 면허를 받고 졸업 후 6개월 내에 시작해야 한다.



- 조산사, 임상간호사, 의사보조: 조산사와 임상간호사는 필수 면허나 인증을 받은 후 6개월 내에 시작하고, 레지던트 과정을 받는 경우는 과정 종료 후 6개월 내에 복무를 시작한다.

#### 나. 학자금 상환 프로그램

학자금 상환에는 다음의 두 가지 선택이 가능하다(NHSC, 2017c).

- 2년 전일제 임상 진료: NHSC에서 승인한 취약 지역 중 취약점수가 14점 이상인 지역에서 초기 2년 동안 전일제로 근무하면 \$50,000까지 지원받을 수 있고, 취약점수가 13점 이하이면 \$30,000까지 받을 수 있는 자격이 생긴다.
- 2년 반일제 임상 진료: NHSC에서 승인한 취약 지역 중 취약점수가 14점 이상인 지역에서 초기 2년 동안 반일제로 근무하면 \$25,000까지, 13점 이하인 지역에서 근무하면 \$15,000까지 받을 수 있다.

#### 1.1.3. 자문위원회

NHSC의 자문위원회(National Advisory Council, NAC)는 1차 의료 전문가가 부족한 지역에서 보건 의료 수요를 충족시키는 것과 관련된 문제에 대응하기 위한 전문가의 모임으로 보건의료 제공자와 관리자로 구성되어 있다. 자문위원회는 NHSC의 우선순위를 설정하거나, 향후 프로그램 운영과 관련된 사항에 대해서 포럼을 운영하고, 정책변화에 대한 외부의 의견을 수렴하며, 관련 이슈와 권고사항에 대한 백서 등을 개발한다.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> NAC (National Advisory Council). 2017. 12. 11. "National Advisory Council." <https://nhsc.hrsa.gov/corpsexperience/aboutus/nationaladvisorycouncil/index.html>.에서 2017. 12. 11. 인출.

### 1.1.4. 운영 현황

1970년에 NHSC가 설립된 후 여러 차례 프로그램이 개정되어 왔는데, 가장 최근의 변화는 2010년에 법정 기금(Community health Center Fund, CHCF)이 만들어졌다는 것이다. 2009년까지는 자유재량으로 형성된 기금이 유일한 재원이었다. 법정 기금이 시작된 2011년에는 전체 기금의 약 8%(2,500만 달러)만이 자유재량 기금이었고, 2012년부터 2017년까지는 전체 법정기금으로 운영되었으며 매년 약 3억 달러의 법정 기금이 형성되었다(Reyes-Akinbileje, 2017).

2011년부터 2016년까지 NHSC 프로그램을 통해 지원받은 대상자 수의 현황을 살펴보면, 약 27,000명이 학자금 상환 및 장학금을 받고, 취약지에 최하 2년간 근무하기로 동의했다.

- 연방정부 학자금 상환 프로그램 23,854명
- 장학금 프로그램 1,084명
- 주정부 학자금 상환 프로그램 2,206명(Reyes-Akinbileje, 2017)

<표 3-24> NHSC 프로그램 지원 대상자수(2011~2016년)

단위: 명

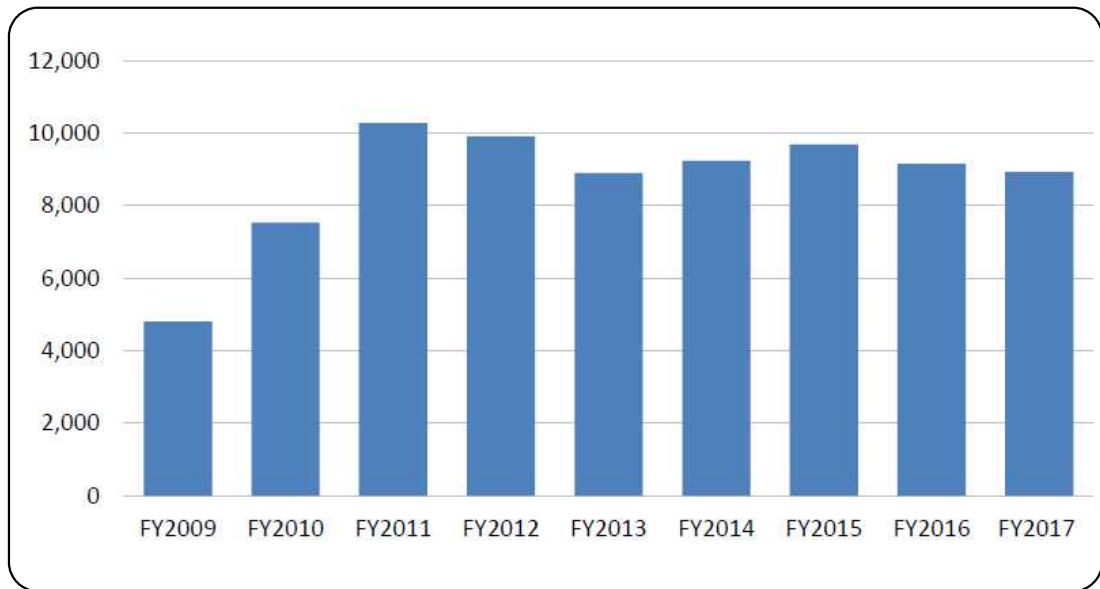
프로그램	2011	2012	2013	2014	2015	2016
연방정부 학자금 상환	5,418	4,267	4,505	4,880	4,775	4,386
장학금	262	222	196	197	207	181
주정부 학자금 상환	394	281	447	464	620	433

자료: Reyes-Akinbileje(2017: 8).

NHSC 프로그램을 통해 장학금이나 학자금 상환을 받고 의료취약지에서 의무 복무하고 있는 의료제공자 현황을 살펴보면 다음과 같다. 2015년에 총 9,683명의 의료제공자가 의료 취약지 거주자 1,000만 명에게 의료서비스를 제공하였는데, 2011년부터 법정기금이 형성되면서 2010년(7,530명)

에 비해 2011년(10,279명) 의료제공자의 수가 36% 증가했다. 연도별로는 NHSC 기금이 3억1500만 달러로 최고에 달했던 2011년이 가장 많았다 (Reyes-Akinbileje, 2017).

<그림 3-10> NHSC의 의료제공자 현황(2011~2017년)



자료: Reyes-Akinbileje(2017: 9).

마지막으로 NHSC 인력 구성을 살펴보면, 2010년 이후 정신건강 관련 의료제공자가 가장 많았고, 다음은 의사, 임상간호사가 뒤를 이었다. 시간이 지나면서 의료제공자의 유형을 확장했고, 2015년에는 약사도 장학금과 대출상환 프로그램에 참여할 수 있는 자격을 주자는 논의가 있었다. 2015년에는 다음의 전문가가 NHSC의 73%를 차지하는 것으로 나타났다.

- 정신건강 관련 의료제공자(mental and behavioral health provider) 30%
- 의사(physician) 24%
- 조산사를 포함한 임상 간호사 21%(Reyes-Akinbileje, 2017)

의료제공자의 유형을 다양화하는 것에 대해서 일부 논란도 있었다. 예를 들어 의료취약지에 여러 유형의 의료제공자에 대한 접근성이 낮다는 의견

이 있었던 반면, 너무 많은 유형의 전문가를 프로그램에 포함하게 되면 NHSC의 미션이 제대로 운영되지 않을 것이라는 우려도 있었다. 그럼에도 2016년에는 소아청소년 정신과 의사가 학자금 상환 프로그램의 자격 목록에 포함되었다(Reyes-Akinbileje, 2017).

<그림 3-11> NHSC의 의료제공자 유형(2015년)



자료: Reyes-Akinbileje(2017: 11).

## 1.2. Jefferson 의과대학 의료 취약지 프로그램

### 1.1.1. 배경<sup>12</sup>

Jefferson Medical College(JMC)의 Physician Shortage Area

<sup>12</sup> PSAP (Physician Shortage Area Program). 2017. 12. 11. Physician Shortage Area Program. <http://www.jefferson.edu/university/skmc/programs/physician-shortage-area-program.html>.에서 2017. 12. 11. 인출.

Program(PSAP)은 의료취약지역의 의사 공급 및 유지를 위한 교육 프로그램으로, 특히 펜실베이니아와 델라웨어 지역을 대상으로 한다. 이 지역은 인구 20%이상이 농촌에 거주하고 있는 반면 농촌에서 근무하는 의사는 9%에 불과하다.

펜실베이니아는 미국에서 세 번째로 농촌 지역 거주자가 많은 주이며, 의사 수급의 불균형이 심각하다. 펜실베이니아주의 의사 절반이 3개 카운티 내에 집중돼 있는데, 나머지 64개 카운티에 인구의 3/4이 거주하고 있다. 펜실베이니아 67개 카운티 중 55개가 연방정부에서 의료취약지(Health Profession Shortage Areas(HPSAs), Medically Underserved Areas(MUAs))로 정하고 있다.

델라웨어 역시 심각한 의사 부족 문제를 겪고 있고, 주의 3개 카운티 중 2개가 의료 취약지(HPSAs)로 지정되었다. 이와 같은 농촌 지역의 의사 부족 문제는 단기간 내에 해결되기는 어려운 상황이다. 의료취약지의 1차 의료 의사의 1/4이 55세 이상 고령자이고, 미국 의과 대학생의 3%만이 농촌 지역에서 복무할 계획을 갖고 있는 실정이다.

PASP는 의료취약지역에서 성장했거나 일생 중 상당 시간을 보냈던 의과 학생을 모집하고 교육하여 비슷한 지역에서 복무하도록 하는 데 목적이 있다. 프로그램은 펜실베이니아와 델라웨어 거주자에게 우선순위가 있다. 1974년 시작되어 현재 300명 이상의 의사가 양성됐다.

### 1.1.2. 주요 프로그램

이 프로그램은 농촌 지역이나 작은 마을에서 성장하고, 비슷한 지역으로 다시 돌아가 가정 의학 전문의로서 진료하겠다는 확고한 신념이 있는 학생들을 모집해 선별적으로 허가한다. 서류 신청에서 Jefferson 의과대학과 PSAP의 기준에 적합한 학생들은 입학 위원회의 인터뷰를 거쳐야 한다 (Rabinowitz · Paynter, 2000).

### 가. 멘토링 프로그램

입학허가를 받은 모든 학생은 의과대학 초기에 Department of Family & Community Medicine(DFCM)의 멘토와 연결된다. 멘토는 4년 동안 커리큘럼과 경력 등에 대해 조언해 준다. 또한 학생들은 PSAP의 2학년 의과대학생으로부터 PSAP에 대해 안내를 받게 된다.<sup>13</sup>

앞서 언급한 DFCM은 필라델피아의 의료 취약지 거주자에게 의료를 제공하고 있으며, 교수 49명, 가정 의학 레지던트 30명, 노인의학 임상강사 4명, 스포츠 의학 임상강사 2명, 임상 간호사 7명으로 구성돼 있다. 필라델피아 전역에 14곳의 시설을 갖추고, 연 35,000명의 환자가 80,000회의 의료이용을 하고 있다. 2016년 5월 기준으로 400명의 PSAP 졸업생을 배출했고, 그들 중 절반이 농촌 지역에서 근무하고 있다. 최근에는 의사 보조 과정을 개발하고 있다.<sup>14</sup>

PSAP 학생들은 매년 DFCM의 교수를 2~3 차례 만나서 농촌에서의 가정 의학 진료와 관련된 이슈에 대해 정보를 듣고 토론하는 기회를 갖는다. 또한 학생들은 약간의 재정적 지원을 받을 수 있다(Rabinowitz · Paynter, 2000).

### 나. 취약지 임상 경험

PSAP 학생들은 의과대학 1~2학년 사이에 하계 연구 조교(assistantship)에 참여할 수 있는 우선권을 갖는다. 3학년이 되는 해에는 농촌 지역의 Jefferson 의과대학 소속 가정 의학 의료기관에서 가정 의학 병원선택실습(clerkship)을 받도록 하고 있다. 고학년 학생들은 1차 의료 외래 환자를 대

---

<sup>13</sup> 상동

<sup>14</sup> Department of Family & Community Medicine. 2017. 12. 11. Department of Family & Community Medicine. [http://www.jefferson.edu/university/jmc/departments/family\\_medicine.html](http://www.jefferson.edu/university/jmc/departments/family_medicine.html).에서 2017. 12. 11. 인출.

상으로 가정 의학과 교수 입회하에 직접 환자를 진료할 수 있는 서브인턴 제(subinternship)를 참여 할 수 있고, 농촌의 개원 의사들로부터 임상실습 지도(preceptorship)를 받을 수 있다(Rabinowitz · Paynter, 2000). 졸업 후에는 가정 의학 레지던트를 거치고, 농촌 지역에서 가정 의학 진료를 담당하게 되지만 복무 조건에 대한 공식적인 메커니즘이 마련되어 있는 것은 아니다(Rabinowitz · Paynter, 2000).

### 1.1.3. 프로그램의 성과

Jefferson 의과대학의 프로그램은 농촌의 가정 의학 의사들을 공급하고 근무를 지속하게 하는 데 매우 성공적인 것으로 알려져 있다. 수치로 나타난 프로그램의 성과는 다음의 세 가지이다.

- 농촌 지역에 근무하는 가정 의학 의사의 비율을 높였는데, 이 프로그램을 졸업한 의사들은 다른 동료 의사들과 비교해 농촌 지역에 근무하는 비율이 8배 높았다.
- 농촌의 가정 의학 의사들을 지속적으로 근무할 수 있도록 했는데, 농촌 지역에서 임상을 5~10년 이상 유지하는 경우가 87%였다.
- PASP 출신 의사들의 숫자는 적지만, 이들이 농촌 지역의 의사 인력에 상당한 영향을 미치고 있다. 펜실베이니아주 의과대학을 졸업하고 그 주의 농촌에서 가정 의학을 담당하는 의사는 21%로 추정되며, PASP 출신은 졸업생의 1%에 불과하다.

이 프로그램을 통해 나타난 결과에서, 커리큘럼 자체의 효과를 명확히 구분해 낼 수는 없는 상황이고, 이 프로그램 자체가 가능성 있는 학생을 선발하여 운영되기는 했지만, 학생들이 졸업 후 진로를 선택하는 데 의과대학의 교육자와 의과대학 프로그램의 커리큘럼도 중요한 것으로 언급되고 있다(Rabinowitz et al., 2001).

### 3. 호주

#### 1.1. 제도적 배경

호주에서도 의료 취약지에서는 인구 수 대비 의사, 치과의사, 임상전문가 등의 전문 인력의 수가 상당히 적어, 간호사나 호주 원주민 보건의료인력이 보건의료서비스를 제공하는 경우가 많다. 이러한 상황에서 호주에서는 취약지의 의료인력 부족에 대응하기 위해 해외에서 훈련받은 전문가나 의대 졸업생(International medical graduates, IMGs)에 크게 의존하고 있다 (RHSC, 2011).

2008년 의료취약지 의료서비스 접근성 개선을 위해 농촌 보건 인력 전략(Rural Health Workforce Strategy, RHWS)이 발표되었으며, 2009~2010년 사이에 이 전략에 따른 프로그램을 수행하기 위해 1억3천만 달러가 투입되었다. 구체적인 프로그램 내용은 다음과 같다.

- **General Practice Rural Incentives Program (GPRIP):** 의료 취약지로 이동하거나, 계속 남아있도록 장려하기 위한 인센티브 제도
- **농촌 GP 대리 의사 프로그램:** 농촌 GP가 대리 의사를 활용할 수 있도록 지원
- **HECS 상환 제도:** 의료 취약지에 근무하는 의사들을 대상으로 의과 대학 학비 상환
- **해외 훈련 의사 대상 인센티브:** 의료 취약지에서 근무하도록 장려
- **의료 취약지 근무에 대한 인식 개선을 위해 다양한 커뮤니케이션 활동 운영**<sup>15</sup>
- **해외 이주 의사 대상 프로그램:** 해외에서 수련받거나 외국 의과대학을



졸업한 의사가 Medicare 적용을 받기 위해 취약 지역에 10년간 복무하도록 규정하고(10 year moratorium), 취약한 지역에서 근무할수록 Medicare 제한 기간을 단축(overseas trained doctor(OTD) scaling)할 수 있는 혜택을 제공한다(이종구 외, 2014).

## 1.2. 국가 인센티브 프로그램

정부에서는 인력의 불균형 문제에 대해 적극 대응하고 있는데, 그 중 하나가 여러 유형의 전문가를 확보하여 취약지에 머물도록 인센티브를 지원하는 것이다. RHWS에서는 취약지 의사들에게 제공하는 재정적, 비재정적 지원 프로그램을 포함하고 있다(RHSC, 2011).

### 1.2.1. 재정적 인센티브 프로그램

2010년 7월에 일반의를 대상으로 하는 재정적 인센티브(General Practice Rural Incentives Program, GPRIP)가 도입되었다. 이 프로그램은 의사들이 취약지로 처음 이동할 때 12만 달러까지 지원하는 것을 목표로 만들어졌다. 이미 취약지에 근무하고 있는 의사들은 잔류를 위한 보상을 받을 수 있다(RHSC, 2011).

이러한 재정적 지원은 국가의 농촌 보건 인력 전략의 핵심이었고, 2012~2013년 사이 1억 1640만 달러가 투입되었다. 처음에는 1차 의료 서비스를 담당하는 의사(General Physician, GP)를 대상으로 했지만, 마취과, 심장병, 산부인과 등 다른 전문의에게까지 확대되었다.<sup>16</sup>

<sup>15</sup> Rural recruitment and retention strategies. 2017. 12. 11. "Rural recruitment and retention strategies." <http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/work-review-australian-government-health-workforce-programs-toc~chapter-4-addressing-health-workforce-shortages-regional-rural-remote-australia~chapter-4-rural-recruitment-retention-strategies>. 에서 2017. 12. 11. 인출.

## 1.2.2. 대리의사 및 대리의사 교육 프로그램

의료인력을 오래도록 취약지에 잔류하게 하는 중요한 요인 중 하나는 충분한 휴식시간과 전문적인 개발의 기회이다. 2009~2010년부터 일반의, 산부인과 전문의, 마취과 일반의를 대상으로 대리의사 프로그램(National Rural Locum Program, NRLP)이 시행되었다. 그리고 2010년 2월부터는 대리의사 교육 프로그램(Rural Locum Education Assistance Program, Rural LEAP)이 시행되었는데, 이 프로그램은 의료 취약지에서 4주간 대리 의사로 근무하는 도시 지역 일반의에게 재정적 도움을 주는 제도이다(RHSC, 2011).

## 1.2. 의료취약지 보건의료인력 확보 전략

의료취약지 보건 전문가로 훈련받은 많은 인력들이 지방의 보건 의료 환경에서 벗어나 대도시에서 전문의로 활동하기를 선호하고 있다. 특히 전문의와 일반의 사이에 소득 격차가 일반의 부족의 한 원인이 되고 있다. 반면, 일반의가 부족하기 때문에 오히려 임상간호사 치료 보조사 영역이 확장되는 측면도 있다. 의료 취약지에서는 보다 다학제 간 팀 접근이 가능한 반면, 여전히 전문적 영역의 개발과 훈련에 어려움이 있다.

호주 정부의 의료 취약지에 대한 국가 전략 속에는 의료 취약지에 근무하는 것이 다음과 같은 어려움이 있음을 인식하는 것이 중요하다고 보고 있다.

- 전문적, 사회적 고립(보건 전문가, 배우자와 가족)
- 취약한 편의시설 및 인프라
- 훈련 및 전문적인 개발의 기회 제한

- 지역적으로 고립된 지역 내에서 서비스의 제공의 어려움(장거리 이동, 근무시간 연장, 대체 인력 부족)

따라서 정부와 지역사회가 해결해야 할 문제들을 다음과 같이 제안하고 있다.

- 넓은 범위의 기술과 경험의 기회 등 취약지 근무의 장점을 홍보함.
- 대체로 취약지 출신의 학생이 취약지 근무 확률이 더 높으므로, 지역사회 인력을 성장시킬 수 있도록 지역의 역량을 강화함.
- 이용 가능한 보건시설 및 숙소를 향상시킴.
- 동료, 대체 인력을 지원하고, 훈련과 전문적 개발의 기회를 제공함.
- 사회적, 전문적 관계와 활동을 지원할 수 있는 정보 기술을 이용함.

또한 의료 취약지에서는 경영, 회계, 보건 정보 등 비 임상 분야의 인력도 부족한 상황이다. 이에 따라 호주 정부는 비 임상 인력을 훈련하고 지원하며, 소규모 의료기관에 대해 비 임상 영역의 인프라와 인력을 지원할 방안도 필요한 것으로 제안하고 있다(RHSC, 2011).

### 1.3. 의료 취약지 보건의료인력 유지 전략

호주 정부는 임상 의사의 인력을 개발하는 것에만 집중하기보다 전반적인 보건 인력이 개발되어야 하며, 전문가 간 교육과 지속적인 훈련이 필수적이라고 하였다. 또한 인력의 역량을 강화하는 데 중요한 측면은 기존의 진료 영역을 확대하고, 새로운 역할을 만들어내는 것이다. 산부인과, 외과, 마취과 등 GP의 역할과 임상 간호사의 역할을 확장해나가는 것이 취약지 보건의료인력을 강화하고 유지하는 데 유용한 전략이라고 보고 있다. 이와 같은 의료 취약지 보건의료인력 유지 전략을 바탕으로 수행된 사례는 다음과 같다(RHSC, 2011).

### 가. 빅토리아주의 간호사 훈련

빅토리아주는 간호사에게 적절한 교육, 가이드라인, 파트너십을 지원하여 전문적인 역할을 부여한 대표적인 성공사례이다. 빅토리아주의 의료 취약지에는 지역의 1차 및 응급 의료를 담당하는 15개의 Bush Nursing Center(BNC)가 있다. 이들 지역에서는 BNC에서 고용한 간호사가 유일한 보건 의료 전문가이다. 간호사(Remote Area Nurse, RAN)는 고도의 훈련을 받은 인력으로서, 지역의 우선적인 응급의료 서비스를 제공한다. 빅토리아주에서는 지침서(Victorian Remote Area Nurses Emergency Guideline, RANEG)를 기반으로 간호사를 훈련시킨다. 또한 간호사들은 빅토리아 주 교육기관(Ambulance Victoria)과 상당한 파트너십을 유지하고 매년 역량 강화를 위한 훈련을 받는다(RHSC, 2011).

### 나. 퀸즐랜드주의 일반의 역할 확대

퀸즐랜드주는 2005년에 이른바 ‘Rural Generalist’라는 새로운 범주의 의사의 역할에 대해 발표했고, 이들의 훈련은 2007년부터 Rural Generalist Pathway라는 훈련 프로그램을 통해 시작되었다. 그리고 2008년부터 이들의 진료가 공식적으로 허용되었다. 전문의와 동등한 의학적 훈련을 통해, Rural Generalist는 전문의와 동한 수준의 서비스 가치와 전문적 지위를 얻을 수 있게 되었으며, 수당 등도 전문의 수준의 보수를 보장받도록 하였다(RHSC, 2011).

## 1.4. 의료 취약지의 인력 배분을 위한 교육 정책

호주에서는 보건의료인력 기금(Health Workforce Fund)으로 의료 취약지 의료인력 다학제 교육 프로그램(Rural Health Multidisciplinary

Training, RHMT)을 4가지<sup>17</sup> 운영하고 있다.

그 중 농촌 지역 임상 훈련 프로그램(RCTS)은 2009년부터 시작됐고, 현재 17개 대학에서 이 프로그램에 참여하고 있다. 예산을 지원 받아 RCTS 프로그램을 운영하기 위해서는 몇 가지 의무가 부여된다. 하나는 호주 의과 학생의 25%가 졸업할 때까지 농촌 지역에서 최소 1년 간 임상 훈련을 받도록 하는 것이다. 그리고 Commonwealth가 지원하는 의과 학생의 25%는 농촌 출신에서 선발하고, Commonwealth 지원을 받는 모든 의과 학생은 농촌 지역에서 최소 4주간 훈련을 받도록 하고 있다. 그런데 25%라는 조건이 의료인력의 분배에 효과적으로 영향을 미치는가에 대해서는 논란이 있지만, 이 목표를 유지하면서 그 효과를 모니터링하고 있다.<sup>18</sup>

John Flynn Placements Program(JFPP)은 의과대학 학생들이 지역사회 의사의 삶을 경험하도록 하는 프로그램으로 1997년에 시작되었다. 매년 300명의 학생을 선발해, 4년 동안 매년 2주씩 같은 지역에 멘토 의사 1인, 지역 주민 1인을 함께 배치하며, 이 때 필요한 숙박, 식사 등의 비용을 함께 지원하고 있다(이종구 외, 2015).

<sup>17</sup> The Rural Clinical Training and Support (RCTS) program, The University Departments of Rural Health (UDRH) program, The Dental Training Expanding Rural Placements (DTERP) program, The John Flynn Placements Program (JFPP)의 4가지 교육 프로그램이 운영되고 있음.

<sup>18</sup> Health education strategies for rural distribution. 2017. 12. 11. Health education strategies for rural distribution. <http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/work-review-australian-government-health-workforce-programs-toc~chapter-4-addressing-health-workforce-shortages-regional-rural-remote-australia~chapter-4-health-education-strategies-rural-distribution>. 에서 2017. 12. 11. 인출.



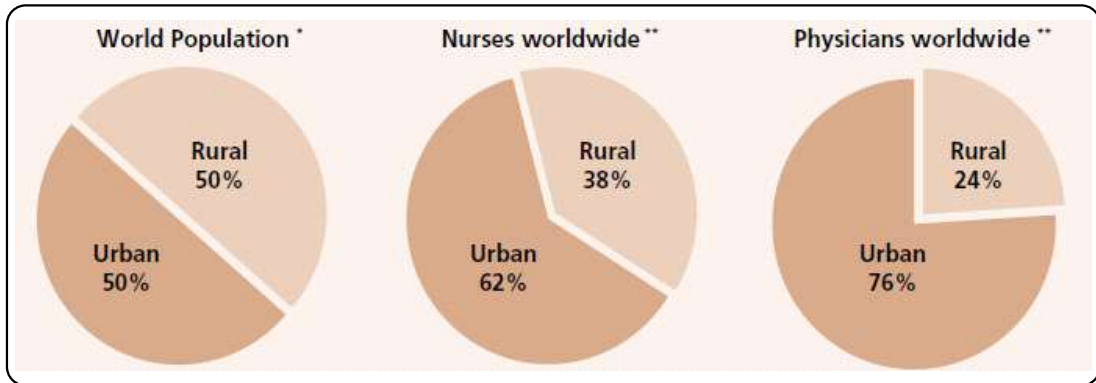
정책결정자들은 국민들의 보건의료욕구를 충족시키고 건강형평성을 달성하기 위해 노력한다. 특히 취약계층의 건강보호는 국가의 경제발전 수준에 관계없이 중요한 문제이다. 이러한 측면에서 농어촌 지역과 원격지에 거주하는 주민들에 대한 의료 접근성 확보는 최우선 과제 중의 하나이다. 그리고 의료 접근성은 적절한 장소와 적절한 시간에 숙련된 의사가 충분히 확보되어 있을 때 비로소 충족되는 것이다.

그러나 양적으로, 질적으로 보건의료인력이 충분히 확보되지 않았을 경우에는 의료 접근성이 떨어지고 그로 인해 지역 간 건강불평등이 발생할 수 있으며, 이는 유엔(United Nations)에서 설정한 ‘지속가능발전목표(Sustainable Development Goals, SDGs)’나 세계보건기구에서 주창한 ‘Health for All’의 방향에도 어긋하는 것이다.

농어촌 지역에서의 의료인력 확보는 우리나라뿐 아니라 전세계적으로 겪고 있는 문제이다. 전세계 인구의 절반이 농어촌 지역에 거주하지만 농어촌 지역에서 활동하는 간호사 인력은 38%에 불과하고, 의사인력은 이보다 더 작은 24%에 불과하다.

<sup>19</sup> WHO(2010)에서 발간한 『Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention』보고서의 일부 내용을 재정리함.

<그림 4-1> 도농 간 의료인력 분포의 격차



자료: WHO(2010: 7)

농어촌 지역에서의 의료인력 부족은 후진국이나 개발도상국만의 문제라고 생각하기 쉽지만, 반드시 그렇지 않다. 세계에서 가장 부유한 국가들에 속하는 미국, 캐나다, 일본, 호주 등도 모두 겪고 있는 문제이며, 농어촌이나 원격지에서의 의료인력 확보를 위해 여러 가지 정책을 실시하고 있다.

미국의 경우 전체 인구의 20% 정도가 농어촌 지역에 거주하는 반면 등록의사 중 9%만 농어촌 지역에서 활동하고 있다. 프랑스에서도 남부와 북부지역 간 의료인력의 분포에 불평등이 발생하고 있고, 캐나다에서도 전체 인구의 24%가 농어촌에 거주하는 반면 농어촌 지역의 의료인력은 전체의 9.3%에 불과하다.

의료인력의 분포의 불균형은 자연적으로 해소되는 문제가 아니며, 보다 균형적인 분포를 위해서는 정책적 개입이 필요하다. 그리고 그러한 정책들은 지역주민들의 보건의료 욕구를 파악하고, 보건의료인력의 미래 수요에 대한 국가적 계획 하에서 수립되어야 한다. 그리고 정책은 핵심은 의료인력의 선발, 지역 배치, 그리고 지속근무를 위한 전략을 마련하는 데 있다.

의료서비스에 대한 지역주민들의 접근성을 제고하기 위해서는 의료인력을 농어촌에 근무하게 하는 것 외에도 의료서비스 전달을 위해 여러 가지 방법을 고려해 볼 수 있으나 여기서는 의료인력을 농어촌에 배치할 수 있는 방안을 우선적으로 고려하고자 한다. 그리고 그 방안은 교육(education), 의무근무(regulation), 재정 인센티브(financial incentives), 개인·전문가 지



지(personal and professional support)으로 크게 나눌 수 있다.

의료인력을 농어촌 지역에 근무하게 하는 네 가지 정책방안의 효과는 정책을 실시하는 국가와 지역의 맥락에 따라 서로 다르게 나타나는 것을 인지하고 있어야 한다. 지역의 문화, 환경, 지역주민의 욕구 등을 사전에 파악하여 가장 효과적일 것으로 생각되는 정책을 선별하여 실시할 필요가 있다.

## 1. 농어촌 보건의료인력 확보 정책 선정 원칙

농어촌 지역에 근무할 의료인력을 선발하고 그들을 지속근무하게 하는 모든 노력들에는 여러 가지의 원칙들이 상호작용한다. 여기서는 농어촌 의료인력 확보를 위한 정책 대안 마련 시 참고할 만한 몇 가지 원칙들을 기술하였다.

### 1.1. 건강형평성

첫 번째 원칙은 건강형평성이다. 모든 주민은 건강할 권리를 가지고 있다. 그러나 지역 간에 건강불평등이 발생하는 것이 현실이고, 의료인력의 불균형 분포로 인한 의료 접근성의 불평등은 건강불평등으로 이어지고 있다. 특히 농어촌 지역은 노령인구와 사회경제적으로 취약한 계층이 많이 거주하고 있어 그들의 보건의료에 대한 욕구는 도시에 비해 적지 않으며, 이를 감안한다면 현재보다 더 많은 의료인력이 농어촌 지역에 배치되어 서비스를 제공할 필요가 있다.

때문에 건강형평성의 원칙은 피할 수 있는 건강불평등을 감소시키는 데 기여한다는 측면에서 가용한 자원을 더 많이 배분하는 것에 대해 정당성을 부여하게 한다.

## 1.2. 국가 보건의료계획과 연계

농어촌 의료인력 확보 정책은 국가의 보건의료계획과 연계할 필요가 있다. 특히, 국가 단위의 보건의료인력 수급 계획 하에서 논의될 필요가 있는데, 농어촌 의료인력 확보 정책은 국간 단위에서 미래 보건의료인력 수요 추계 결과에 근거하여야 한다.

농어촌 지역에 의료인력을 확보하려는 이유는 의료서비스 접근성 제고를 통해 농어촌 주민들의 건강을 보호하고 그들의 삶의 질을 향상시키는 것이므로, 농어촌 지역 주민들의 욕구를 반영한 중재방안을 찾는 것이 가장 중요하다. 그렇기 때문에 주민들의 욕구가 반영된 지역의 보건의료계획과도 연계되어야 할 필요가 있다.

이처럼 국가 및 지역의 보건의료계획과 밀접하게 연계하여 마련된 농어촌 의료인력 확보방안은 국가 및 지역의 정책과 밀접하게 작동하여 시너지 효과를 만들어 낼 수 있다. 예를 들어, 국가 단위에서 보건의료서비스 제공 체계를 다시 갖추기 위한 작업이 진행 중이라면 농어촌에서의 의료인력 확보방안을 포함하여 제공 체계를 설계할 수도 있다. 반대로 중앙에서의 계획이 부정적인 영향을 줄 수도 있는데, 도시 지역의 공공의료서비스를 확충하려는 계획이 진행 중이라면 도시 지역에서의 의료인력 수요 증가로 인해 농촌지역에서의 의료인력 확보는 더 어려워질 수도 있다.

## 1.3. 보건의료인력에 대한 이해

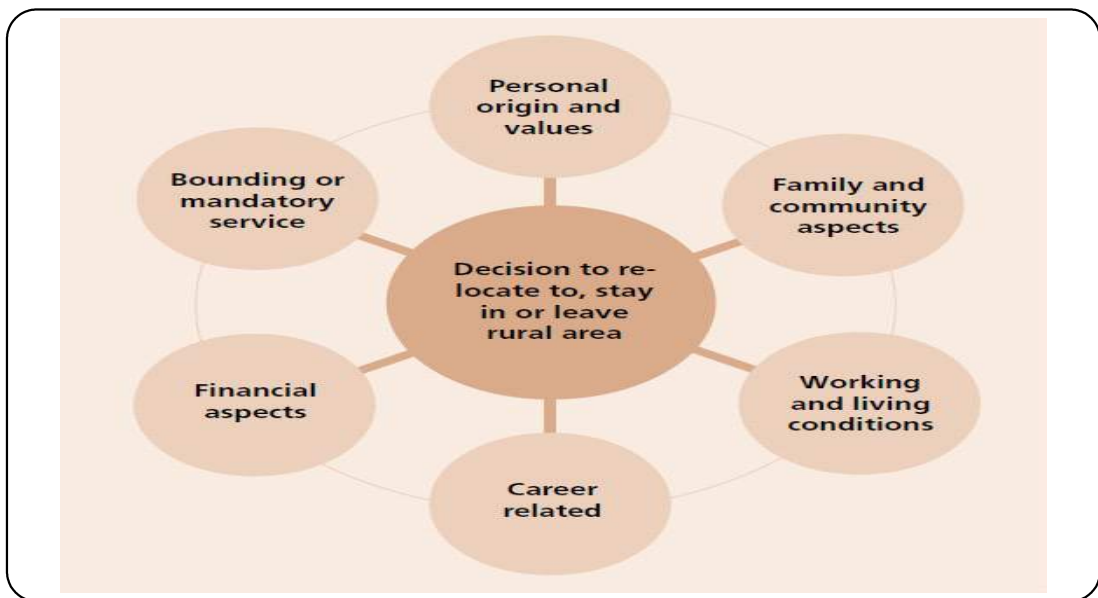
농어촌 지역 의료인력 확보를 위한 정책을 마련하기 전에 보건의료인력 수요와 공급에 대한 깊은 이해가 선행되어야 한다. 성, 지역, 전공, 진료과목별 의료인력 분포 현황과 현재의 서비스 수준에 대한 이해가 필요하다. 이와 같은 포괄적인 현황 분석은 잘못된 정책 실시로 인한 미래의 인력 수

급 정책 실패를 사전에 예방하게 해준다.

의료인력이 농어촌에 거주하게 하거나 혹은 농어촌을 떠나 다른 지역에서 근무하게 하는 데 영향을 미치는 요인에 대한 분석은 농어촌 지역 의료인력 확보 정책에서 중요하게 다루어져야 할 내용이다. 그렇지만 이러한 요인에 대한 분석은 매우 복잡하여 개인적 요인, 보건의료체계 요인, 사회경제적 요인, 정치적 요인 등이 모두 관련되어 있으며, 이들은 서로 상호작용 한다.

<그림 4-2>에서 개인적 요인이란, 의료인력 출신지역, 가치, 이타심 등을 말하고, 가족 및 지역요인은 지역의 교육환경, 지역의 공동체 의식, 지역 기반 시설 등을 말하며, 재정적 측면은 그 지역으로 이주함으로써 얻을 수 있는 경제적 보상, 보조금, 월급 등을 말한다. 경력 요인은 그 지역으로 이주 후에도 경력 개발이나 전문성 개발을 위한 교육 기회 등을 말하고, 근로 및 주거 요인은 근무환경과 주거조건을 말한다. 마지막으로 의무근무 요인은 그 지역에 근무하는 이유가 의무적 조건에 의한 것인지 아닌지를 말한다.

<그림 4-2> 농어촌 의료인력 확보에 영향을 미치는 요인



자료: WHO(2010: 14)

## 1.4. 맥락에 대한 이해

의료인력을 농어촌에 근무하게 하는 요인들은 이와 같이 보건의료 정책에서 결정하는 요인들 외부의 요인들이 대부분이다. 그렇기 때문에 보건의료부문의 독자적인 노력으로는 의료인력을 농어촌에 유치하는 것이 쉽지 않으며, <그림 4-2>에서 보여주듯이 국가단위, 지역단위에서 광범위한 사회적, 경제적, 정치적 요인들이 고려되어야 한다. 이는 농어촌 지역에 의료인력을 유치하기 위한 정책들이 국가별로 지역별로 차별화되어야 하는 이유이기도 하다.

각 국가별로, 그리고 의료인력이 필요한 지역별로 사회적, 경제적, 정치적 맥락이 서로 다르기 때문에 그 지역별로 의료인력 유치 및 확보를 위한 정책 또한 그러한 맥락을 반영할 필요가 있기 때문이다. 이러한 점을 감안한다면 농어촌 지역에서의 전반적인 교육 여건이나 수준의 향상, 그리고 기본적인 인프라에 대한 투자가 의료인력의 유치에도 도움을 줄 수 있고 나아가 농어촌 보건의료서비스 접근성에도 긍정적인 영향을 미치게 된다.

## 1.5. 인적자원관리 시스템 강화

농어촌 지역에서의 의료인력 확보를 위한 여러 정책 대안들의 효과성 담보를 위한 기본 조건은 인적자원 관리 능력이다. 인적자원 관리에는 인력 수급 계획 수립, 인력 선발, 고용, 근무여건 개선, 성과 관리 등이 포함된다. 보건의료 분야에서는 인적자원 관리에 대한 관심이 상대적으로 취약한 것이 일반적이는데, 농어촌 지역에서 의료인력이 지속적으로 근무하게 하는 데는 리더십이나 인적 자원 관리에 대한 필요성이 강조되어야 한다.

또한 농어촌 지역에 근무한 의료인력이 자신의 전문성과 경력 개발을 위해 원하는 프로그램에 참여할 수 있도록 지원할 필요가 있으며, 전문가에

의한 수퍼비전(supervision)과 지지(support) 또한 필요하다.

## 1.6. 이해관계자 참여

정책 수립 초기단계에서부터 여러 분야의 이해관계자 참여가 필요하다. 농어촌 지역 의료인력 확보와 관련하여 해당 지역사회 대표, 관련 협회, 의사결정자 등의 참여와 협력 하에 계획의 구상, 개발, 실행, 모니터링, 평가가 실시되어야 한다.

## 1.7. 정책 평가

계획의 초기단계에서부터 모니터링과 평가계획을 수립하고, 정책 실행 이후 정책의 수립과정과 정책실시, 정책결과에 대한 평가를 실시한 후 그 결과를 다시 정책에 반영한다.

## 2. 교육 정책

교육은 유능한 의료인력을 배출의 기본 과정이므로, 농어촌에 근무할 의료인력을 확보하기 위해서는 의과대학에 진학하는 학생을 선발하는 과정에서부터 시작하여야 한다. 여러 가지 근거와 경험들을 활용하여 농어촌에서 근무할 가능성이 높은 학생들을 선발할 필요가 있다. 교육 장소, 교육 내용, 그리고 의과대학 졸업 후 농어촌 지역 근무 중에도 전문성이나 경력 개발을 위한 연수와 교육 등이 필요하다.

## 2.1. 농어촌 출신 학생 선발

학생 선발 시 농어촌 출신 학생들이 졸업 후 농어촌 지역 근무를 선택할 가능성이 높다. 체계적인 문헌 분석 연구 결과에 따르면, 농어촌 출신 학생들을 선발하는 것은 농어촌 의료인력 확보에 긍정적인 작용을 하는 가장 강력한 독립변수가 될 수 있다.

미국에서 실시한 20년 동안의 추적조사 연구 결과에 따르면 농어촌 출신 학생들은 졸업 후에도 68%는 평균 11~16년 동안 농어촌 지역에서 여전히 활동한 것으로 나타났다. 반면에 도시 지역 학생들의 지속근무율은 46%에 불과했다.

대부분의 의과대학에서는 성적 순으로 학생을 선발하기 때문에 농어촌 지역 학생들을 선발하기 위해서는 별도의 정원(quota)을 마련할 필요가 있다.

농어촌 지역 학생들은 경제적으로 부유하지 않은 경우가 많기 때문에 의과대학을 다니기 위해서는 재정적 지원이 필요하며, 농어촌을 떠나 도시 지역에서 학업을 계속하기 위해서는 재정적 지원 외에도 여러 가지 사회적 지원이 필요하다.

교육 장소 또한 영향을 미친다. 도심 지역에 위치한 학교에서 교육받는 것 보다 도시 외곽이나 농어촌 지역에 위치한 학교에서 교육 받고, 농어촌 맞춤형 커리큘럼을 개발하여 활용하는 것은 졸업 후 농어촌에 근무할 가능성을 높게 한다.

단지 학생선발에만 관심을 기울이는 것이 아니라 교육 장소, 교육 내용, 그리고 의과대학 재학 기간 동안 재정적 지원 등 관련 정책을 패키지로 묶어 제공할 경우 정책의 효과성을 더 높게 만들어 준다.

졸업 후에 농어촌에 근무할 가능성이 높은 학생들의 성향에 대한 근거와 경험이 쌓인다면 학생 선발과정에서 활용할 수 있고, 고등학교 단위에서부터 진학자료로 활용할 수도 있을 것이다.

## 2.2. 농어촌에 가까운 교육 장소

의과대학 위치 혹은 교육(연수) 장소를 도시에 두는 것 보다 농어촌에 두는 것이 좋다. 대도시에 위치한 학교에서 교육받은 학생보다 도시 외곽 혹은 농어촌 지역에 위치한 학교에서 교육받은 학생들이 졸업 후 농촌에서 근무할 가능성이 더 높다.

미국의 사례연구 결과에서도 농어촌 지역에 위치한 의과대학에서 교육 받을 경우, 그리고 국공립 의과대학을 졸업할 경우 농어촌에서 근무할 가능성이 더 높았다.

## 2.3. 농어촌 지역에서의 활동 경험

의과대학생들에게 졸업 전에 농어촌 지역사회에서의 다양한 실습을 통해 경험을 쌓도록 하는 것이 좋다. 이러한 경험은 졸업 후 농어촌에서 근무하는 데 긍정적으로 작용한다.

의과대학 교육이나 수련은 의료기술과 첨단장비의 접근성 때문에 주로 대형병원에서 이뤄지는 것이 일반적이다. 그런데 농어촌에서 근무하게 되는 의료기관은 대부분 첨단 장비나 최신 시설이 갖춰지지 않은 곳이 대부분이다. 그렇기 때문에 결국은 고급 대형병원에서 습득한 지식은 농어촌에서 활용되지 못할 가능성이 있다.

따라서 의과대학 졸업 전에 농어촌 지역에서의 활동 경험을 통해 농어촌에서 많이 발생하는 건강문제에 대해 사전에 지식을 쌓고, 발생한 건강문제에 대해 제한된 조건 내에서 서비스를 제공할 수 있는 역량을 쌓게 하는 것이 필요하다.

## 2.4. 농어촌 지역의 의료요구를 반영한 의학 교육

의과대학 과정 및 대학원 과정에서의 교육과목(커리큘럼)을 수정하여 농어촌에서 근무하는 의료인력의 경쟁력을 강화시켜야 한다. 교육과정에서 농어촌에서 빈발하는 보건문제 등을 반영하여 숙련된 기술을 사전에 습득하도록 교육할 필요가 있다. 이는 직업 만족도와 농어촌에서의 지속근무 가능성을 증가시킨다.

도시와 농어촌의 임상현장은 완전히 다르다. 정확한 진단을 위한 정밀한 진단 장비는 부족하고, 환자의 증상에 대해 같이 협업할 수 있는 동료의사들도 부족하다. 그러므로 대도시에 위치한 대형병원에서의 연수가 반드시 농어촌 지역에 유용한 것은 아니다. 이러한 이유로 농어촌 지역에서 근무할 의사를 양성하기 위해서는 의과대학 교육 과정에서 농어촌의 보건의료 환경에 기초한 교육이 필요하다.

## 2.5. 지속적인 전문성 강화

농어촌에서 근무하더라도 교육의 기회나 전문성 강화 프로그램 등의 접근성에 문제가 없도록 제도를 설계하는 것이 좋다. 일상적인 연수교육과 함께 전문성 강화 프로그램은 능력 유지와 성과 향상을 위해서도 필요하지만, 농어촌의 경우 근무를 대체할 의사를 찾기 어렵거나 지리적 접근성이 낮아 교육 프로그램에 참가하기가 쉽지 않다. 그러나 교육 연수나 전문성 강화프로그램 참가에 대한 지원은 농어촌에서의 지속 근무 가능성을 높이는 요인으로 작용할 수 있다.

연수교육이나 전문성 강화 프로그램에 참여하는 것은 능력향상에 도움이 될 뿐만 아니라 전문가 그룹에 참여하고 있다는 소속감, 동료등과의 네트워크 형성, 전문가들과의 교류, 습득한 지식을 현장에 활용하려는 욕구



등으로 농어촌에 근무하는 데 긍정적 요인으로 작용할 수 있다.

### 3. 규제적 개입

의료인력이 농어촌 지역에서 근무하는 것을 법이나 행정적 장치를 통해 의무사항으로 강제할 수 있다.

#### 3.1. 농어촌 지역 보건의료인력의 권한 확대

농어촌에서 근무하는 보건의료인력의 권한을 확대하는 것을 고려할 필요가 있다. 이는 의료인력 뿐만 아니라 간호인력 등에게도 해당되는 내용으로, 농어촌 지역에서는 보건의료인력이 부족하기 때문에 최소한의 인력으로 최대의 효과를 얻기 위해서는 개인의 능력을 최대한 발휘할 수 있는 기회를 제공할 필요가 있다.

관련 법이나 제도를 검토하여 농어촌에서 근무하는 보건의료인력의 역할과 권한을 보다 확대할 것도 고려해 볼 필요가 있다. 호주의 경우 벽오지 근무 간호사에게 처방권을 부여함으로써 지역주민들의 호응이 높아졌다는 사례가 있다.

#### 3.2. 농어촌 지역에 다양한 보건의료인력 유치

농어촌 지역 주민의 보건의료 욕구를 충족시키고 그들의 건강수준 향상을 위해서는 의료인력 뿐 아니라 간호인력을 포함한 다양한 보건의료인력을 유치할 필요가 있다.

의료인력 외에 다양한 보건의료인력이 농어촌에서 근무하도록 선발, 양

성하여 유치할 필요가 있으며, 전체적으로 농어촌에 근무하는 보건의료인력을 양적으로 확대할 필요가 있다.

특히, 지역별로 보건의료인력에 대한 수요가 다양하고 보건의료인력을 양성하는 데는 비교적 많은 시간이 소요되므로 사전에 이에 대한 대비를 할 필요가 있다.

### 3.3. 의무근무제도 도입

농어촌 지역에서 의료인력 확보를 위해 의무근무 제도를 도입하는 것을 고려할 필요가 있다. 의무근무제도는 농어촌 지역에서의 의료서비스 접근성 확보를 위해 의료인력을 농어촌에 배치하여 일정기간 동안 의무적으로 서비스를 제공하도록 하는 제도이다. 제도설계에 따라 의과대학을 졸업하기 전이나 졸업 후에 일정기간 동안 의무근무를 할 수 있다.

의무근무 제도는 전세계 70여개 국가가 시행했거나 혹은 현재 시행하고 있다. 의무근무 기간은 1-9년으로 국가별로 다양하다. 농어촌 의료인력 확보를 위해 가장 보편적으로 실시되고 있음에도 불구하고 제도에 대한 평가는 많지 않다.

이 제도를 시행하고 있는 태국의 경우 농어촌 지역 병원에서 근무하는 의사들의 49.5%가 의무근무 제도에 의해 배치된 의사들이다.

비록 제도에 의해 일정기간 동안 농어촌에서 근무하는 것이지만 근무기간 동안 농어촌 보건의료에 대한 관심이 높아질 수 있으며, 충분한 보상과 지원이 동반된다면 이들이 지속적으로 농어촌에 근무할 가능성이 매우 높은 것도 사실이다.

### 3.4. 장학제도의 활용

농어촌에 근무하려는 인력을 확보하기 위해서는 계약 등을 통해 장학

금, 학비 보조금 등을 제공하는 대신 졸업 후 농어촌 등에서 의무근무하게 하는 제도를 도입하는 것이 좋다.

의무근무제도를 도입한 대부분의 국가들이 장학제도 등 학비보조 제도와 연계하고 있다. 의과대학 입학 시 혹은 입학 후 학비나 생활비를 지원하고 의사 자격 취득 후 일정기간 동안 의무적으로 농어촌 지역에 근무하게 하는 것이 제도의 기본 설계이다.

이러한 제도는 캐나다, 일본, 뉴질랜드 미국 등에서 도입하고 있고, 사례 연구에 따르면 농촌 출신 학생들을 선발제도와 장학제도를 병행하여 실시할 경우 효과가 높다는 보고가 있다. 특히 일본의 자치 의과대학 사례가 가장 대표적인 사례로 꼽히고 있다.

## 4. 재정 인센티브

의료인력을 농어촌에 근무하게 하기 위해 제공되는 재정적인 보상을 말하는데, 여기에는 금전적인 보상, 현물(집, 자동차 등), 그리고 농어촌에 근무함으로써 발생하는 기회비용에 대한 보상을 포함한다. 기회비용으로는 자녀 교육, 배우자 직장 등이 고려될 필요가 있다.

### 4.1. 적절한 금전적 보상

수당, 주택보조, 교통보조, 유급휴가 등 농어촌에서 근무하는데 따른 불이익을 보상할 만큼 충분히 금전적인 보상이 이루어질 필요가 있다. 농어촌에서 근무하는 것을 결정하는 데 가장 큰 영향을 미치는 요인은 임금과 수당 등이라는 연구 결과가 있으며, 금전적 보상은 상대적으로 행정비용 없이 빨리 시행할 수 있는 제도이다.

호주에서는 근무 지역과 근무 기간에 따라 인센티브를 지급하고 있는데,

상당히 효과적인 것으로 알려져 있다. 그러나 어느 정도의 금전적 보상이 제공되었을 때 만족도가 높아지는 지에 대한 실증연구가 필요하며, 기회비용의 측정 또한 쉽지 않다.

인센티브 제도가 효과적이기는 하지만, 의료인력에게만 인센티브를 제공할 경우 다른 공무원들의 불만이 생길 수 있다.

도시 지역 내 의사 공급이 과잉일 경우 충분한 보상이 제공될 수 있다면 의사들도 농어촌에서 근무하는 것을 고려할 수 있을 것이다.

## 5. 개인·전문가 지지

농어촌 근무는 의료인력으로 하여금 전문직 종사자로서 전문가 그룹으로부터 격리되었다는 감정 뿐만 아니라 개인으로서도 사회와 격리된 감정을 일으킬 수 있기 때문에 농어촌 지역에 지속적으로 근무하게 하기 위해서는 이에 대한 대응이 이루어져야 한다.

전문직 종사자로서 캐리어 발전에 대한 기회를 지속적으로 제공할 필요가 있고, 동료 전문가들과의 네트워킹과 소통, 그리고 전문적인 컨설팅과 지지 등이 필요하다. 개인으로서도 지역 내 인프라, 사회적 상호작용의 기회, 자녀의 교육기회, 배우자 직업 등에 대해서도 지원이 필요하다. 이 분야는 인적자원관리와 관련 있는 내용들로 이루어져 있다.

### 5.1. 주거 조건 개선

농어촌에 근무하는 의료인력과 가족의 주거조건과 생활 인프라를 개선하기 위한 투자가 필요하다. 여기에는 위생, 전력, 통신, 학교 등이 해당되며, 이러한 요소들은 농어촌에 근무하는 것을 결정하는 데 중요하게 작용한다.

이외에도 농어촌 거주에 영향을 미치는 여건에는 도로, 수도, 인터넷 등이 필요하며, 이는 비재정적 인센티브라고 할 수 있다.

## 5.2. 안전하고 능률적인 근무환경 여건 조성

안전하고 생산적인 근무환경을 제공하고, 적절한 시설과 장비를 제공해야 한다. 그리고 지지적인 슈퍼비전과 멘토링도 필요하다.

제대로 시설과 장비가 갖추어지지 않은 근무환경은 적절한 의료를 제공하기에 어렵게 한다. 마찬가지로 이유로 기본적인 약품이나 비품 등도 충분히 갖추어져 있어야 한다.

## 5.3. 도시 지역 의료인력과의 교류 증진

도시 지역을 포함하여 현재 근무하고 있는 지역과 특성이 다른 지역들에서 근무하는 의료인력과의 교류와 협력 활동 등을 지원할 필요가 있다.

정기적으로 다른 지역을 방문하여 환자에 대한 케어나 전문성 개발을 위한 교류 등 대외활동을 지원해 주는 것은 고립감 해소에도 도움을 주어 농어촌에서 지속근무 하는데 긍정적으로 작용한다.

## 5.4. 경력 개발 기회 제공

경력개발 프로그램을 개발하고 제공할 필요가 있다. 경력개발 프로그램은 연령이나 지위에 상관없이 제공되어야 하고, 특히 공공부문에서 종사하는 인력들에게 더 효과적이다.

경력개발 프로그램은 도시나 병원에 근무하는 종사자들에게는 흔한 기회지만 농어촌 지역에서 근무하는 의료인력에게도 필요하다.

## 5.5. 전문가 네트워크

전문가네트워크를 통해 전문성 제고를 위한 지속적인 자극을 줄 필요가 있다. 전문가 네트워킹, 학술활동에 대한 지원 등도 필요하다. 관련 학술활동으로 농어촌과 관련한 농어촌 의학회, 농어촌 전문 저널 등을 개발할 수도 있다.

## 5.6. 공로에 대한 포상

농어촌 지역에 근무하는 의료인력들의 공로에 대해 대중들로부터 인정받을 수 있는 기회를 마련할 필요가 있다. 이를 위해 지역단위나 국가단위에서 농촌 보건의 날, 각종 시상 등을 방법을 고려할 수 있으며, 농어촌 지역에서 근무하는 데 대한 보상과 동기부여가 될 수 있다.

지역의료에 봉사하는 데 대한 개인적인 공로나 성과 등에 대해 포상할 수 있고, 포상의 주체는 서비스제공 기관, 협회, 지방 정부, 중앙 정부 등이 될 수도 있다.

이러한 방법은 비용이 들지 않으면서 농어촌에 근무하는 것에 대한 만족도를 증가시키는 방법으로 알려져 있다.

## 1. 정책 방향 설정

### 1.1. 현황 파악과 문제에 대한 인식이 중요

문제의 해결은 정확한 현황 파악을 통한 문제의 진단과 문제의 심각성을 인지하는 데서부터 시작할 필요가 있다.

본 연구 내용 중 농어촌 주민을 대상으로 한 미충족의료 실태조사에서 의료기관에 대한 접근성측면에서의 미충족의료는 31.5%, 의료결과 만족도 측면에서 미충족의료는 59.1%였다. 그런데 2017년에 5대 광역시를 대상으로 실시한 설문조사 결과<sup>20</sup> 의료기관에 대한 접근성 측면에서의 미충족의료는 28.6%, 의료결과 만족도 측면에서의 미충족의료는 15.3%로 나타나 도시와 농촌 간의 미충족의료 결과가 의료 접근성 보다는 의료결과의 만족도 측면에서 더 크게 나타났다. 이는 도농간의 의료격차가 의료자원의 양적 수준 보다는 질적 수준에서 더 크게 나타나고 있음을 시사하며, 문제의 우선순위 설정 시 참고할 필요가 있다.

<sup>20</sup> 김동진 등. 2017. 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발. 한국보건사회연구. In press.

또한, 지역별로 필요한 보건의료인력 수를 파악하고 인력 확보를 위한 중장기 목표를 설정하여 단계적으로 접근할 필요가 있다. 일본의 경우 “필요의사수실태조사”를 통해 지역별로, 진료과목별로 부족한 의사 수를 파악한 후에 이에 대한 대책을 마련하고 있다. 그러나 우리나라의 지역보건의료계획에는 지역 내 활용 가능한 공공 및 민간 의료자원만을 파악하고 있을 뿐 수요에 비해 부족한 의료자원을 조사하지는 않고 있으며, 때문에 지역별로 얼마나 많은 의료인력이 부족하고 향후 얼마나 확보해야 하는지에 대한 근거가 마련되어 있지 않은 실정이다. 때문에 우선 관련 근거를 확보한 후에 문제 해결을 위한 중장기적인 접근 방안을 마련할 필요가 있다.

어떤 종류의 보건의료인력을 확보할 것인가에 대해서도 신중한 접근이 필요하다. 외국사례의 경우 의료취약지에는 일반의나 가정의학전문의 등 주로 1차 의료를 위한 의료인력을 파견하는 경우가 대부분이다. 그러나 우리나라는 앞선 실태조사 결과에서도 나타났듯이 의료수요가 다양하며 전문적이고 고급화된 의료를 원하고 있으므로 사전에 이에 대한 세심한 고려가 필요하다.

## 1.2. 의료인력의 총량증가와는 다른 접근 방향 필요

우리나라는 그동안 의사인력의 총량을 증가시켜, 도시에서 의사인력이 과밀하게 되면 자연스럽게 농어촌 지역으로도 의료인력이 확산되어 의료 접근성 문제가 해소되는 이른 바 “낙수효과”를 기대하였다. 이는 우리나라의 의료기관은 민간의존도가 높기 때문에 의료인력을 과도하게 규제하기 보다는 시장의 논리에 따른 접근 방식이 필요했기 때문이다.

그러나 일본의 사례를 보면, 총량 증가에 따른 낙수효과는 크지 않을 것으로 생각된다. 일본에서도 의사 분포의 문제는 크게 의료시장에 의해 좌우된다는 가정 하에, 도시에서 의사 공급이 늘어나면 경제적으로 경쟁관계가 심화되고 그 중 일부는 과도한 경쟁을 피해 농촌으로 이주할 것이라고 생각하여, 지역에 의과대학을 추가 설치하는데 주력하였다.



그 결과 1965년에서 1980년 사이 33개의 의과대학이 설치되었고, 연간 배출되는 의사 수가 3,500명에서 8,200명으로 증가하게 되었다. 그런데 이 정책은 의사 수를 증원하는 데는 효과적이었으나 지역적인 분포의 문제를 해결하는 데는 한계가 있었고 오히려 지역적 분포의 불균등한 현상이 오히려 더 심화되는 결과를 초래하였다. 그래서 일본은 분포의 문제를 해결하기 위해서 시장 논리가 아닌 새로운 방법을 강구하기 시작하였다.

우리나라도 단순히 의료인력의 총량을 증가시켜 낙수효과를 얻겠다는 생각대신 농어촌 지역에 근무할 별도의 전담인력을 육성하는 방향으로 정책의 방향을 설정할 필요가 있다.

### 1.3. 금전적 보상이 황금률은 아님

지방의 민간, 공공 의료기관에서 의료인력을 선발하기 위해 현재 가장 많이 활용하는 방법은 도시에서 근무하는 의사를 유치하는 것이고, 그 유인책으로서 높은 연봉을 제시하는 경우가 대부분이다. 그러나 세계보건기구의 권고안이나 해외의 사례를 살펴보았을 때, 금전적 보상 특히 높은 연봉을 제시하는 것은 의료인력 유치를 위한 필요조건은 될 수 있어도 충분조건을 될 수 없는 것으로 나타나고 있다.

의료인력이 농어촌으로 이주하여 근무하는 데 영향을 미치는 요인은 일반인들이 귀농 귀촌하는데 영향을 미치는 여러 가지 사회경제적 요인들 외에 의료 업무를 수행하는 것과 관련된 직무만족도 관련 요인이 추가적으로 고려된다고 할 수 있다. 세계보건기구에서의 권고안을 보면, 경제적 인센티브에는 연봉 외에도 여러 가지 요인들이 많이 작용할 수 있으며, 특히 중요한 것은 비경제적 인센티브 등을 함께 제공했을 때 효과성이 높아지는 것으로 알려져 있다.

#### 1.4. 패키지 형태의 정책 요소

농어촌 지역에 대한 의료인력 유치를 위해서는 선발과 교육, 근무 지속을 위한 다양한 정책들이 마련되어야 하고, 이들 정책들이 패키지 형태로 실행될 필요가 있다.

세계보건기구에서는 농어촌 지역에서 보건의료인력을 확보하기 위해서 교육 제도, 의무근무제도, 재정적 인센티브, 인적자원관리 등의 정책을 마련하고, 그 나라의 정책 환경에 적합한 정책들을 선별하여 패키지 형태로 제공할 것을 권고하고 있다. 예를 들어, 농어촌 출신 학생을 선발하여 출신 농어촌에서 가까운 의과대학에서 교육시키고, 재학기간에는 출신지역에서 근무하고 있는 현업 의사들과의 교류를 통해 멘토 역할을 하게하고, 졸업 후에는 금전적 보상 외에 주거 및 근무환경 조성, 자기개발 기회 제공 등의 정책을 같이 제공하는 것이 필요하다.

#### 1.5. 지속근무요인에 대한 심층 분석

보건의료인력이 농어촌에서 근무를 지속하게 하는 요인은 생각보다 훨씬 더 다양하므로, 관련 요인 파악을 위한 연구가 반드시 선행되어야 한다. 외국의 사례를 보면, 농어촌에서 근무하는 데 영향을 미치는 요소로서 농어촌 출신, 연령, 가족 구성, 성 등이 영향을 미치는 것으로 나타난 바 있고, 일본에서는 성, 전문과목, 부모의 학력, 그리고 근무지역의 의사 수 등이 영향을 미치는 것으로 나타났다. 그리고 세계보건기구의 권고안에는 농어촌에서의 정주여건과 자기개발 및 직무만족도 등도 영향을 미치는 것으로 나타났다.

## 1.6. 의료제공환경과 정책 환경에 대한 분석

전 세계적으로 의료정책과 의료인력 정책이 국가마다 다양하듯이 농어촌에서 의료인력을 배치시켜 근무하게 하는 정책도 국가별 의료정책과 의료인력 정책의 영향을 받아 다양할 수밖에 없다. 농어촌 지역에 대한 의료인력의 의무근무 제도를 도입한 국가들도 국가별 정책 환경에 따라 인센티브를 주는 국가와 주지 않는 국가로 나누어지고, 또 여건에 따라 어떤 인센티브를 제공하는 지도 다양하다.

우리나라에서도 여러 가지 정책대안을 비교 평가하여 우리나라의 맥락에 맞는 정책대안을 선별하여 정책실험과 평가를 거친 후에 실시할 필요가 있다. 아울러 의료자원 등 관련 의료정책에 대한 농어촌 영향평가를 통해 도시와는 다른 정책의 부작용을 미리 예상하여 사전에 예방할 필요가 있다.

## 1.7. 지역에서의 문제 해결 의지

일본의 제도와 관련하여 벤치마킹이 필요한 부분은 중앙 정부뿐만 아니라 지방 정부가 지역 내 의료취약성 문제를 해결하고 의료인력을 유치하기 위해 적극적으로 참여하고 있는 점이다.

특히 지역의료계획에 의료인력 부족 해소 대책을 반드시 포함시키도록 하는 점과 이에 대한 별도의 인력을 두고 있다는 점, 그리고 지역에서 마련한 계획을 직접 실행 할 수 있도록 별도의 재원을 배분하는 점은 우리나라에서 벤치마킹 할 만하다고 생각된다.

일본의 제5차 의료법 개정(2007년 4월 1일 시행)에서 벽지 등의 특정 지역 소아과 산부인과 등의 특정 진료과의 의사 부족 문제에 대응하고, 의사 등 의료종사자 확보 대책을 강화하기 위해 도도부현의 「지역 의료 대책

협의회」를 제도화하였고, 지역 의료 대책 협의회에서 협의하여 도도부현이 정한 시책의 실시에 대해 의료 종사자와 공공의료기관은 협력해야 함을 의료법에 규정하고, 도도부현은 지역의료계획에서 의사, 치과 의사, 약사, 간호사, 기타 의료종사자의 확보를 위한 대책을 포함시킬 것을 명문화하였다.

의사 확보, 응급 의료 확보 등 지역 의료 과제 해결을 위해 도도부현은 지역의료재생계획을 수립하고, 국가 교부금에 의해 설치한 지역의료재생기금을 재원으로 사업을 실시하여 왔다. 그리고 무엇보다도 문제를 적극적으로 해결하려는 지방 정부의 의지가 가장 중요한데, 농어촌 지역의 의료인력 확보 대책은 의료서비스가 취약한 지역에 의료인력을 확보하게 함으로써 그 지역 주민의 최소한의 삶의 질을 보장하고 건강형평성을 실현하기 위한 사회정의 실현 도구로서 인식되어야 한다.

## 2. 단기 정책

의료인력을 양성하는 데는 10년 가까운 시간이 소요되고 다른 보건의료인력들도 적어도 4년 동안의 교육과 별도의 수련 기간이 필요한 만큼 농어촌 의료인력 배치를 위해서는 정책이 실시된 이후에도 바로 효과를 기대하기는 어렵다. 더욱이, 의료인력을 양성하여 농어촌에 의료인력을 배치 한 이후에도 서비스 접근성 제고로 인한 건강 효과 상승을 평가할 수 있는 데까지는 오랜 시간이 필요하다.

그렇기 때문에 농어촌 주민의 건강보호와 삶의 질 제고를 위해서는 단기 정책과 장기 정책으로 구분하여 접근할 필요가 있다. 먼저 단기 정책으로는 현재 도시 지역에서 활동하고 있거나 비활동 의료인력을 농어촌에 유치하는 방안, 의료인력이 확충이 아닌 out-reach 서비스 확충을 통해 서비스 접근성을 제고하는 방안, 그리고 의사가 아닌 다른 보건의료인력을 투입하여 간접적인 효과를 기대하는 방안 등이 있다.

## 2.1. 의료취약지에 대한 의료인력 파견 제도 확대

현재 지역거점병원이 우수 의료인력을 안정적으로 확보할 수 있도록 대학병원 등의 의사파견 시 인건비 지원제도를 실시하고 있는데, 이를 확대 실시할 것을 검토해 볼 필요가 있다. 현재는 국립대병원 등에서 파견인력을 별도로 고용하는 편법이 동원되어 당초 기대했던 효과가 나타나지 않고 있으나, 지역의료 활성화를 위해 양적, 질적으로 이 제도를 보다 확대하는 방안을 고려해 볼 수 있다.

일본의 경우 의사부족지역에는 도도부현의 요청에 맞추어 국가차원에서 긴급 임시적 의사파견을 실시하는 체제를 구축하였고, 이에 필요한 규제완화 등의 조치도 실시한 바 있다.

## 2.2. 의료인력 외 간호인력 등 추가 확보

의료취약지인 농어촌 응급의료기관의 간호사 인력난 해소를 위해 지역거점 응급의료기관에서 간호사를 파견하는 제도가 실시 중인데, 이를 농어촌 지역주민의 건강보호를 목적으로 보다 확대하는 방안을 검토할 수 있다.

또한, 공중보건간호사 제도 도입도 재검토가 가능하다. 공중보건간호사 제도는 공공의료인력의 확충과 부족한 지역 간호인력의 수급난 해소 등에 도움을 준다는 이유에서 지난 2014년 대한간호사협회 등에서 도입을 주장하고 있는데, 병역의무 대신 일정기간 동안 농어촌 등 보건의료취약지에서 공중보건 업무에 종사하는 것이 주요 내용이다.

이 제도가 도입되면 남자 간호대 학생들이 군 입대를 위해 학업을 중단하지 않아도 되고 간호인력 부족에 시달리는 지방의료원 등에 큰 도움이 될 것으로 예상된다. 특히 최근에는 간호대생 중 남자의 비율이 16%에 달하고, 남자 간호사 국시 합격자수가 차지하는 비중이 10%를 넘어섬에 따

라 이들을 적극적으로 활용하려는 취지에서 간호계의 검토 요청이 이어지고 있다.

다만, 국방부 등에서는 현재 현역자원이 꾸준히 감소하고 있는 실정에서 간호사의 전환복무를 인정하게 되면 공중보건의를 포함한 전환복부제도의 감축 또는 단계적 폐지를 추진하려던 기존의 계획과 상반되고 타 직종과의 형평성 측면에서도 문제가 제기 되고 있음을 강조하고 있어 단기간 내에 타협되기는 쉽지 않을 것으로 보인다.

### 2.3. 여성이사가 일하기 좋은 환경정비

일본에서는 출산과 육아로 의사의 이직을 방지하고 복직을 위해서 원내 보육소 설치 등 여성이 일하기 좋은 직장환경을 정비하고 여성이사의 복직을 위한 연수를 실시하는 병원예의 지원과 여성이사뱅크체제를 강화하고 있다. 우리나라도 이 제도를 시범적으로 도입해 볼 것을 검토할 수 있다.

### 2.4. 병원근무의의 과중한 업무를 해소하기 위한 근무환경정비

병원근무의의 과중한 업무를 해소하기 위해서 교대근무제 등 의사가 일하기 편한 근무환경정비, 의사, 간호사의 업무분담에 대한 재검토, 조산사와 의료보조자의 활용 등 다양한 조치를 취한다. 특히 과중한 근무로 심각한 의사부족난에 처한 지역의료로 담당하는 병원에 적극적으로 지원한다. 그리고 1차 구급을 포함하여 지역의료로 담당하는 종합의사의 바람직한 자세에 대해서도 검토한다.

### 2.5. 수련병원의 지역 정원 재검토

대학병원을 포함한 의사임상연수병원의 임상연수제도와 정원에 대해 재검토를 실시하므로 연수의가 도시에 있는 병원에 몰리는 상황에 대처한다. 또 임상연수 이후 전문의를 위한 연수도 지역의료에의 종사와 의사과견의 구조와 연계하여 검토한다.

## 2.6. 병원근무의 과중한 업무를 해소하기 위한 근무환경 개선

일부 농어촌 지역 병원근무의사의 과중한 업무를 해소하기 위해서 교대근무제 등 의사가 일하기 편한 근무환경정비, 의사, 간호사의 업무분담에 대한 재검토, 조산사와 의료보조자의 활용 등 다양한 조치가 검토될 수 있다. 특히 과중한 근무로 심각한 의사부족난에 처한 지역医료를 담당하는 병원에 대해서는 이러한 문제 해결을 위해 적극적으로 지원에 나설 필요가 있다.

## 2.7. 수련병원의 정원 재검토

대학병원을 포함한 의사임상연수병원의 임상연수제도와 정원에 대해 재검토를 실시하여 수련의가 도시에 있는 병원에 몰리는 상황을 개선하여야 한다. 임상 수련 이후 전문의를 위한 연수도 지역의료에의 종사와 의사과견의 구조와 연계하여 검토하여야 한다.

## 2.8. 기존 의료기관의 out-reach서비스 확대

본 조사결과 농어촌 지역의 경우 의료 접근성에 시간적 접근성 또한 중요한 요소로 나타났다. 그러므로 지역거점의료기관을 비롯하여 농어촌 지역에 있는 의료기관들의 현장 방문 서비스 등을 보다 강화할 것을 고려할 필요가 있다.

### 3. 장기 정책

우리나라는 1970년대 무의촌 지역의 보건의료 접근성 강화를 위해 벽오지에 보건진료소를 설치하고, 간호사를 훈련시켜 보건진료원 신분으로 파견한 바 있다. 그러나 보건진료원 제도 외에는 농어촌의 보건의료서비스 접근성 강화를 위한 뚜렷한 장기 정책이 실시된 바 없다.

최근 공중보건의 폐지로 인한 논란으로 농어촌 보건의료서비스에 대한 접근성 저하가 재조명 되고 있는 바, 이에 대한 중장기 정책이 마련되어 농어촌 보건의료서비스 접근성 제고 및 이로 인한 삶의 질 강화가 보장되어야 할 필요가 있다.

농어촌 의료인력 확보를 위한 장기 정책으로는 농어촌에 특화된 전문의료인력을 양성하기 위한 특수 의과대학을 설립하는 것과 장학금 지급을 통해 지역별로 의료인력을 양성하는 제도가 있다.

#### 3.1. 농어촌 지역 의사양성을 위한 별도 의과대학 설치

우리나라에서도 일본의 자치의과대학과 같이 농어촌에 근무할 의료인력 및 간호인력 양성을 위한 전문 의과대학 설치를 검토하여야 한다.

일본의 자치의과대학은 1972년에 일본 Ministry of Home Affairs와 47개 현 정부에 의해 설치되었다. 자치의과대학은 두 개의 미션을 가지고 있는데 1) 농어촌에서 근무할 의사를 양성하고, 2) 양성된 의사를 전국에 골고루 배치하는 것이다. 이러한 목적 달성을 위해 자치의과대학은 모든 입학생에게 ‘home prefecture recruiting scheme’을 적용하고 있다.

모든 입학생은 선발과정에서 출신 현과 자치의과대학과 계약을 체결한 후, 계약에 따라 입학생들은 출신 현으로부터 졸업할 때까지 학비를 제공



받게 되고, 졸업 후에는 9년 동안 출신 현의 의료기관에서 근무할 의무를 지니게 된다. 9년 동안의 서비스 기간에는 3~4년의 졸업 후 연수와 5~6년의 지역 근무가 포함되며, 졸업생이 근무할 지역은 지역별 수요공급의 원칙에 따라 현에서 정해지며, 계약 파기를 원하는 학생은 그들이 지원받은 학비와 이자를 일시불로 지불하여야 한다.

9년 동안의 서비스 기간이 끝난 뒤에는 자유롭게 일자리를 정할 수 있으며, 자치의료대학 졸업생 중 9년 동안의 서비스 기간을 모두 끝낸 학생의 누적 비율은 95% 이상으로 나타나고 있다. 평가결과에 의하면 타 의과대학생에 비해 자치의료대학 졸업생 중 농어촌(시정촌 단위)에 근무하는 숫자는 약 13배(서비스 기간 중)와 4배(서비스 기간 이후)가 각각 높다.

### 3.2. 농어촌 장학의 제도

농어촌 장학의 제도는 별도의 의과대학을 설치하는 대신 기존 의과대학 입학 학생 중 농어촌에 근무할 학생들을 선발하여 장학금을 지급하고, 졸업 후에는 농어촌 지역에서 일정기간 동안 근무하게 하는 제도이다.

지역정원제도는 졸업 후 농어촌에 근무할 의과대학 후보를 별도의 정원으로 선발하는 반면, 농어촌 장학의 제도는 기존 정원 내에서 일정 비율을 선발하는 점에서 다르다. 장학의 제도는 배출되는 의사 수에 대한 증가 없이 농어촌 지역 근무의사만 증가하게 하는 효과를 기대할 수 있으나, 타 학생과의 커리큘럼을 차별화하기 힘들다는 단점을 예상할 수 있다.

### 3.3. 지역정원제도

기존 의과대학을 활용하는 것은 농어촌 장학의 제도와 비슷하나 지역정원제도는 의과대학에서 정해진 정원 외 별도의 인력을 지역 정원으로 선발하여 장학금을 지급하고, 졸업 후에는 농어촌에 근무하게 하는 것에서 차

이가 있다.

지역 정원으로 별도의 학생을 선발하는 만큼 선발 기준을 마련할 필요가 있다. 선발 기준으로 성적 외에 농어촌 출신 여부, 농어촌에 근무할 의지 등 알려진 기준을 적용할 수 있다. 별도의 의과대학을 설치하는 것과 같이 배출되는 의사의 수가 증가하게 되고, 타 학생과의 커리큘럼을 차별화하기 힘들다는 단점을 예상할 수 있다.

## 부 록 1

---

### 농어촌 지역 의료이용 및 미충족의료에 대한 조사

#### 조사 개요

##### ■ 조사목적

- 농어촌 지역의 의료 접근성을 파악하기 위해 개인과 지역의 의료이용과 미충족의료 현황 조사

##### ■ 조사대상

- 농어촌 군단위 주민대표(한국농촌경제연구원의 지역 통신원) 전수
- 분석에 포함된 대상자수(최종 응답자수): 400명

##### ■ 조사기간

- 2017년 11월 15일 ~ 11월 23일

##### ■ 조사방법

- 농어촌 군단위 주민대표(한국농촌경제연구원의 지역 통신원) 대상 온라인조사(웹조사) 실시

■ 조사표

- 도입 문항

아래 항목에 기입해주세요.

귀하의 성명은 이며,  
 연락처는 입니다.  
 나이는 만 세이며,  
 주소지는 (도, 시군, 읍면동 순으로 기입) 입니다.

귀하의 성별은?  
 남  여

- ‘개인적 의료이용 및 미충족의료 현황’ 문항

**A. 개인적 의료이용 및 미충족의료 현황**

※ 아래의 문항은 귀하의 의료서비스 이용 현황을 여쭙는 문항입니다.  
 평소 의료서비스를 이용하시면서 느낀 점, 경험한 바를 토대로 편하게 답해주시기 바랍니다.

A1. 평소 의료서비스가 필요할 때 이용하시는 **단골 의료기관** 또는 **상용치료원**이 있으십니까?  
 예  아니오

A1-1. 있다면 어떤 의료기관입니까? 주로 이용하시는 기관을 **한 개만** 골라주십시오.  
 보건소·보건지소·보건진료소  병원  
 종합병원  상급종합병원 이상

A2. 귀하께서 **의료서비스를 이용하시는 주된 이유**는 무엇입니까?  
 평소 앓고 있던 질환이 악화되어서  
 고혈압·당뇨병 등 정기적으로 약을 복용하거나 검사를 받아야 해서  
 특별한 신체적 증상 때문에 상담·검사·검진을 받기 위해서  
 응급실에 가거나 119를 불러야 할 정도의 **위급한 일**이 생겨서  
 예방접종·건강검진 등 예방적 의료서비스를 이용하기 위해서  
 기타

A3. 귀하께서는 의료서비스가 필요했으나 이용하지 못한 경험이 있으십니까?

- 예  아니오

A3-1. 그 이유는 무엇이었습니까? 순서대로 3개 골라주십시오.

1순위) :  2순위) :  3순위) :

- 의료기관이 멀리 떨어져 있거나, 갈 수 있는 교통수단이 없어서  
 의료비가 비싸서(의료비가 비싸서 의료이용을 포기함)  
 의료기관 운영 시간에 방문할 수 없어서(농번기, 바빠서 등)  
 원하는 진료과가 주변에 개설되어 있지 않아서  
 의료기관 방문 시 함께 갈 수 있는 보호자가 없어서  
 기타

A4. 귀하께서는 원하는 진료과가 주변에 개설되어 있지 않아 의료 이용을 포기하신 경험이 있으십니까?

- 예  아니오

A4-1. 당시 원했던 진료과가 무엇이었습니까? 순서대로 3개 골라주십시오.

1순위) :  2순위) :  3순위) :

- 내과  신경과/신경외과  정신건강의학과  
 외과  정형외과  안과  
 피부과  마취통증의학과  이비인후과  
 가정의학과  치과  한방진료과  
 기타

A5. 귀하께서는 의료서비스를 받은 이후에 만족스럽지 못한 경험이 있으십니까?

- 예  아니오

A5-1. 만족스럽지 못한 이유는 무엇입니까? 순서대로 3개 골라주십시오.

1순위) :  2순위) :  3순위) :

- 의료진이 불친절해서  
 의료진으로부터 검사나 치료에 대한 충분한 설명을 듣지 못해서  
 병원 시설이나 진료 환경이 제대로 갖추어져 있지 않아서  
 검사, 치료를 받는 절차와 과정이 너무 복잡하거나 어려워서  
 의료비가 예상보다 많이 나와서  
 기다린 시간에 비해 충분한 시간 동안 진료를 받지 못해서  
 의료기관이 너무 멀어 불편해서  
 원하는 효과를 얻지 못해서(빨리 낫지 않아서)  
 기타

- ‘지역 의료이용 및 미충족의료 현황’ 문항

**B. 지역 의료이용 및 미충족의료 현황**

※ 아래의 문항은 귀하께서 거주하고 계신 지역 주민들의 의료이용 현황을 여쭙는 문항입니다. 평소 생활하시면서 느낀 점, 주민들로부터 들은 바를 토대로 편하게 답해주시기 바랍니다.

B1. 귀하께서는 지역 주민들로부터 의료서비스가 필요했으나 이용하지 못해 불만을 호소하는 것을 들어본 적이 있으십니까?

예  아니오

B1-1. 불만을 호소하는 이유는 무엇이었습니까? 순서대로 3개 골라주십시오.

1순위) :  2순위) :  3순위) :

의료기관이 멀리 떨어져 있거나, 갈 수 있는 교통수단이 없어서

의료비가 비싸서(의료비가 비싸서 의료이용을 포기함)

의료기관 운영 시간에 방문할 수 없어서(농번기, 바빠서 등)

원하는 진료과가 주변에 개설되어 있지 않아서

의료기관 방문 시 함께 갈 수 있는 보호자가 없어서

기타

B2. 지역사회 차원에서 새롭게 설치되거나 추가로 설치될 필요가 있는 진료과는 무엇입니까? 순서대로 3개 골라주십시오.

1순위) :  2순위) :  3순위) :

<input type="checkbox"/> 내과	<input type="checkbox"/> 신경과/신경외과	<input type="checkbox"/> 정신건강의학과
<input type="checkbox"/> 외과	<input type="checkbox"/> 정형외과	<input type="checkbox"/> 안과
<input type="checkbox"/> 피부과	<input type="checkbox"/> 마취통증의학과	<input type="checkbox"/> 이비인후과
<input type="checkbox"/> 가정의학과	<input type="checkbox"/> 치과	<input type="checkbox"/> 한방진료과
<input type="checkbox"/> 기타 <input type="text"/>		

B3. 지역사회 차원에서 새롭게 설치되거나 추가로 설치될 필요가 있는 의료기관은 무엇입니까? 설치 필요성이 가장 높은 기관을 한 개만 골라주십시오.

의원  병원  종합병원

요양병원  기타

B4. 지역 주민의 건강증진과 삶의 질 향상을 위해 가장 필요한 의료시설이나 의료인력이 무엇이라고 생각하십니까?

- ‘일반적 특성’ 문항

**C. 일반적 특성**

C1. 귀하의 학력은 어떻게 되십니까?

<input type="radio"/> 초등학교 졸업 이하	<input type="radio"/> 중학교 졸업 이하
<input type="radio"/> 고등학교 졸업 이하	<input type="radio"/> 대학교 졸업 이상

C2. 귀하의 월평균 가구소득은 어느 정도 되십니까?

<input type="radio"/> 100만원 이하	<input type="radio"/> 101만원 ~ 200만원	<input type="radio"/> 201만원 ~ 300만원
<input type="radio"/> 301만원 ~ 400만원	<input type="radio"/> 401만원 ~ 600만원	<input type="radio"/> 601만원 ~ 800만원
<input type="radio"/> 801만원 ~ 1,000만원	<input type="radio"/> 1,000만원 이상	





## 참고문헌

---

- 국립중앙의료원 공공의료지원센터. 2016. 『2016년 공공의료 INSIGHT』. 동 기관.
- 김동진 외. 2014. 『한국의 건강불평등 지표와 정책과제-한국의 건강불평등 보고서: 통계집 I』. 한국보건사회연구원.
- 김동진 외. 2017. 『국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발-통계로 본 건강불평등』. 한국보건사회연구원.
- 문부과학성. 2015. “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.
- 보건복지부. 2017. 5. 4. “2030년 간호사 15만8천명, 의사 7천600명 부족 전망. 보건복지부, 의료인력 수급관리 대책 나서”.
- 석수진, 이지아. 2017. “중년기와 노년기 뇌졸중 발생위험요인 비교.” 『노인간호학회지』 19(1): 13-27.
- 이양현. 2017. 8. 3. “12년째 OECD 자살률 1위... 하루 44명꼴.” YTN.
- 이종구 외. 2014. 『의료취약지 지역의료 개선방안: 의료취약지 의사인력 확보를 위한 선발·양성·활용 정책연구』. 보건복지부.
- 이종구 외. 2015. 『의료인력 양성을 위한 기반 구축 방안』. 보건복지부.
- 환경부 지속가능발전위원회. 2016. 『국가 지속가능성 보고서(‘12-’14)』. 동 기관.
- 후생노동성. 2006. “신의사확보종합대책포인트(新医師確保総合対策のポイント).” 동 기관. (내부자료).
- 후생노동성. 2006. “의사·치과의사·약사 조사(医師・歯科医師・薬剤師調査の概況).” 동 기관.
- 후생노동성. 2014. “의사·치과의사·약사 조사(医師・歯科医師・薬剤師調査の概況).” 동 기관.
- Frehywot S, Mullan F, Payne P, Ross H. 2010. Compulsory service programmes for recruiting health workers in remote and rural areas: do they work? Bull World Health Organ 88:364 - 370
- NHSC (National Health Service Corps). 2017a. 『National health service corps scholarship program』. National Health Service Corps.
- NHSC (National Health Service Corps). 2017b. 『National Health Service Corps Site Reference Guide』. National Health Service Corps.

- NHSC (National Health Service Corps). 2017c. 『National health service corps loan repayment program』. National Health Service Corps.
- Rabinowitz HK · Diamond JJ, Markham FW, Pynter N. 2001. “JAMA Study on Jefferson’s rural physician shortage area program.” 『Health Policy Newsletter』 14(4): Article 2.
- Rabinowitz HK · Paynter NP. 2000. “The role of the medical school in rural graduate medical education: pipeline or control valve?” 『The Journal of Rural Health』 16(3): 249-253.
- Reyes-Akinbileje B. 2017. 『National Health Service Corps: Background, Funding, and Programs』. Congressional Research Service.
- RHSC. 2011. 『National strategic framework for rural and remote health』. Rural Health Standing committee.

<웹사이트>

- 매일경제 인터넷 뉴스. “국방부 공중보건의 3분의 1 감축”. 2017.1.20.일자. 2017.9.13. 인출
- 사이타마현. 2017. 12. 11. “사이타마현 의사 육성 장학금.” <https://www.pref.saitama.lg.jp/a0709/ishiikusei-shougakukin/index.html>.에서 2017. 12. 11. 인출.
- 사이타마현. 2017.12.11. “사이타마현 고등학생 의지 양성 사업.” <https://www.pref.saitama.lg.jp/a0709/kokorozashi.html>.에서 2017.12.11. 인출.
- 아오모리현. 2017. 12. 11. “중고생을 위한 사업.” <https://inomori-aomori.info/highschool/p01>.에서 2017. 12. 11. 인출.
- 오카야마대학. 2017. 12. 11. “의학부 의학과 지역범위코스에 대해.” <http://www.okayama-u.ac.jp/tp/prospective/chiikiwaku.html>.에서 2017. 12. 11. 인출
- 자치의료대학 지역의료추진과. 2017. 7. 1. “기관별 벽지 등 근무 개업 현황.” [http://www.jichi.ac.jp/chisuika/pdf/genjyo\\_date/genjyodate05.pdf](http://www.jichi.ac.jp/chisuika/pdf/genjyo_date/genjyodate05.pdf).에서 2017. 12. 8. 인출.
- 자치의료대학 지역의료추진과. 2017. 7. 1. “자치의료대학 졸업생의 근무 연수 현황.” [http://www.jichi.ac.jp/chisuika/pdf/genjyo\\_date/genjyodate01.pdf](http://www.jichi.ac.jp/chisuika/pdf/genjyo_date/genjyodate01.pdf).에서 2017. 12. 8. 인출.
- 자치의료대학. 2017. 12. 17. “의과대학 오픈캠퍼스.” [https://www.jichi.ac.jp/exam/medicine/file/open\\_2017\\_0102.pdf](https://www.jichi.ac.jp/exam/medicine/file/open_2017_0102.pdf). 에서 2017. 12. 17. 인출.

- 자치외과대학. 2017. 12. 8. “데이터로 보는 자치외과대학.” <https://www.jichi.ac.jp/exam/medicine/guide/data.html>.에서 2017. 12. 8. 인출.
- 자치외과대학. 2017. 12. 8. “수학자금·장학자금.” <https://www.jichi.ac.jp/exam/medicine/campus/backup.html>.에서 2017. 12. 8. 인출.
- 자치외과대학. 2017. 12. 8. “의학부 커리큘럼.” <https://www.jichi.ac.jp/medicine/about/curriculum.html>.에서 2017. 12. 8. 인출.
- 지속가능발전포털. 2017. 12. 11. 지속가능발전목표. [http://ncsd.go.kr/app/sub02/20\\_tab2.do](http://ncsd.go.kr/app/sub02/20_tab2.do).에서 2017. 12. 11. 인출.
- 청년외과. “줄어드는 공보의 대체 위해 ‘보건장학제도’ 활성화 추진”. 2016.12.13.일자. 2017.9.13. 인출
- 후생노동성. 2013. 10. 4. “의사확보대책에 대해(医師確保対策について).” [http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000025362.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000025362.pdf).에서 2017. 12. 8. 인출.
- 후생노동성. 2017. 7. 31. “의료계획에 대해(医療計画について).” <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000159901.pdf>.에서 2017. 12. 8. 인출.
- 히로시마대학. 2017. “추천입시학생 모집요강(推薦入試學生募集要項) 2017.” 동 기관.
- 히로시마현. 2017. 12. 13. “히로시마현 고교생 의료 체험 세미나.” <http://www.dn-hiroshima.jp/www/contents/1380851832012/index.html>.에서 2017. 12. 13. 인출.
- Department of Family & Community Medicine. 2017. 12. 11. Department of Family & Community Medicine. [http://www.jefferson.edu/university/jmc/departments/family\\_medicine.html](http://www.jefferson.edu/university/jmc/departments/family_medicine.html).에서 2017. 12. 11. 인출.
- Health education strategies for rural distribution. 2017. 12. 11. Health education strategies for rural distribution. <http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/work-review-australian-government-health-workforce-programs-toc~chapter-4-addressing-health-workforce-shortages-regional-rural-remote-australia~chapter-4-health-education-strategies-rural-distribution>. 에서 2017. 12. 11. 인출.
- MY Kim et al. 2012. “Effect of having usual source of care on preventive services and chronic disease control.” Korean J Fam Med. vol. 33 of 6 vols.

- NAC (National Advisory Council). 2017. 12. 11. “National Advisory Council.” <https://nhsc.hrsa.gov/corpsexperience/aboutus/nationaladvisorycouncil/index.html>. 에서 2017. 12. 11. 인출.
- NHSC (National Health Service Corps). 2017. 12. 11. “about the NHSC.” <https://nhsc.hrsa.gov/corpsexperience/aboutus/index.html>. 에서 2017. 12. 11. 인출.
- NHSC (National Health Service Corps). 2017. 12. 11. “Mission and History.” <https://nhsc.hrsa.gov/corpsexperience/aboutus/missionhistory/index.html>. 에서 2017. 12. 11. 인출.
- PSAP (Physician Shortage Area Program). 2017. 12. 11. Physician Shortage Area Program. <http://www.jefferson.edu/university/skmc/programs/physician-shortage-area-program.html>. 에서 2017. 12. 11. 인출.
- Rural recruitment and retention strategies. 2017. 12. 11. “Rural recruitment and retention strategies.” <http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/work-review-australian-government-health-workforce-programs-toc~chapter-4-addressing-health-workforce-shortages-regional-rural-remote-australia~chapter-4-rural-recruitment-retention-strategies>. 에서 2017. 12. 11. 인출.