

일본의 의사수급 문제와 시사점

Implications of the supply of physician workforce in Japan

오은환 협성대학교 보건관리학과 교수

1. 논의의 배경

일본에서는 장기간의 경제불황에도 불구하고 급속하게 증가하고 있는 국민의료비 문제와 더불어 의사인력 수급에 대한 문제는 정책적인 측면에서뿐만 아니라 사회적으로도 커다란 관심의 대상이 되어 왔다. 의사인력 수급의 문제는 단순히 의사인력의 수요와 공급의 차원에서만 고려되어 온 것이 아니라 의료비 억제 정책의 일환으로 의사인력의 증가를 막는다는 데에 논란이 있었다. 이에 대하여, 정부에서는 장래 인구 감소 예측에 따라 의과대학 입학생수를 제한할 수 밖에 없는 어쩔 수 없는 조치라고 주장해 왔다¹⁾. 또한 의사인력의 문제는 의사인력의 절대수의 부족이 문제가 아니라, 특정 지역이나 진료과에 치우치는 편재의 문제일 뿐이라는 주장을

펴 왔다. 그리고 현실적으로도 의과대학생에게 지불되는 사회적 비용이 너무 크고²⁾, 의료인력 배출까지는 상당한 시간이 소요되기 때문에 의사인력 수급에 대해 신중을 기한 것이 사실이다. 그러나 최근 의사인력의 부족으로 인해 커다란 사회적 문제가 계속해서 발생하게 되자, 이에 대한 문제의 심각성과 우려의 목소리가 높아지고 있다. 예전에는 의사인력이 부족하게 될 경우, 응급환자에 대한 대처 등 응급의료의 문제의 대책에만 신경을 썼으나 최근에는 암환자 등과 같은 만성기 질환에서도 의료인력의 부족에 의한 적절한 의료의 어려움을 호소하고 있으며, 이는 도쿄, 오사카 등과 같은 대도시 지역에서도 마찬가지로 나타나고 있다. 또한 이익집단이라고 할 수 있는 의사들 내에서도 의료인력 부족에 의한 업무부담의 증가 등과 같은

1) 실제로 일본에서는 2007년부터 총인구수가 감소하기 시작했다.
 2) 의과대학 재학기간(총 6년) 동안 의사 한 명을 양성하기 위해 드는 비용 중 운영교부금, 시설설비비 보조금 등과 같은 각종 보조금이 국립대학의 경우 평균 5천 6백만엔, 공립대학의 경우 평균 3천 3백만엔, 사립대학의 경우 평균 2천 5백만엔 정도가 소요될 정도로 사회적 비용이 큰 것으로 파악되고 있다.

어려움을 불평하고 있는 실정이다.

현재의 의사인력 부족의 문제를 넘어 앞으로 계속해서 인구가 감소하는 미래에도 의사부족 문제가 더욱 심각해질 것이라는 전망이 속속들이 나오고 있어, 다시금 의사인력 부족에 대한 우려와 함께 의사인력수급추계에 대한 재평가의 요구가 높아지고 있는 실정이다. 따라서 본고에서는 일본의 의사인력 현황과 의사인력 수급문제에 대한 정책 과정의 내용, 그리고 이러한 문제에 대한 대책을 살펴보고 우리에게 주는 시사점이 무엇인지 살펴 보도록 한다.

비교해 봤을 때 상당히 적은 수준이라고 할 수 있다(그림 1). 2004년 현재 각국의 인구 1,000명당 활동의사수를 살펴보면, OECD 평균이 3.0명인데, 일본은 2.0명이다. 일본보다 의사인력이 적은 나라로는 멕시코(1.7명), 한국(1.6명), 터키(1.5명) 등이다. 이와 대조적으로 그리스(4.9명), 벨기에(4.2명), 이탈리아(4.0명) 등은 의사인력이 많은 편이다. 대체로 유럽국가들이 높은 편이며, 호주, 미국, 뉴질랜드, 캐나다 등과 같은 비유럽 국가들은 OECD 평균 이하를 보이고 있다.

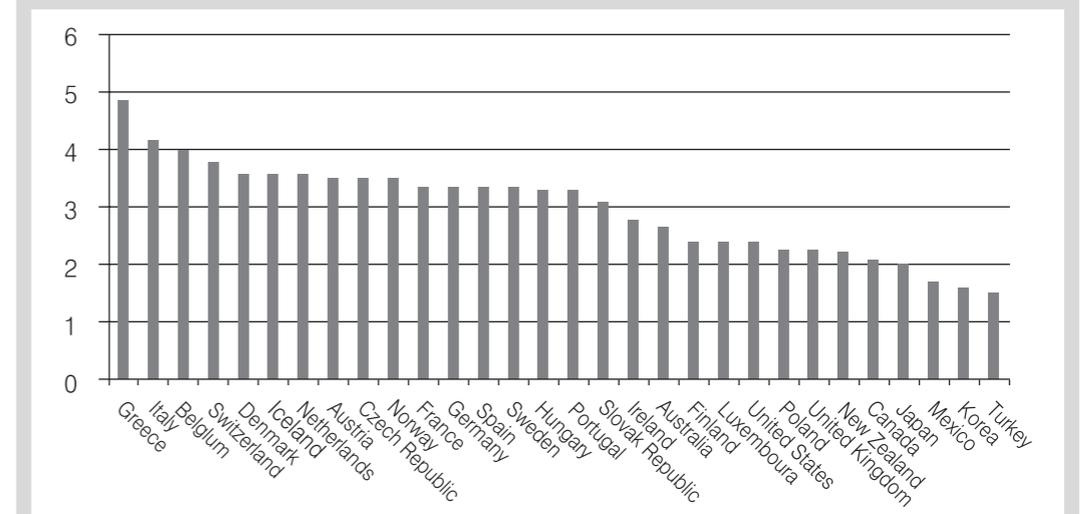
일본의 인구 1,000명당 활동의사수의 추이를 보면 꾸준히 증가하고 있는 것을 알 수 있다(그림 2). 1960년대에는 인구 1,000명당 활동의사수가 1.0명 정도에 불과했던 것이, 1970년대에는 1.1명으로 큰 차이가 없었으나, 1980년대에는 1.3명에서 1.5명 정도로 증가하였고, 1990년

2. 의사인력 현황

일본의 인구대비 의사수는 OECD 국가들과

그림 1. OECD 각국의 인구 1,000명당 활동의사수(2004년)

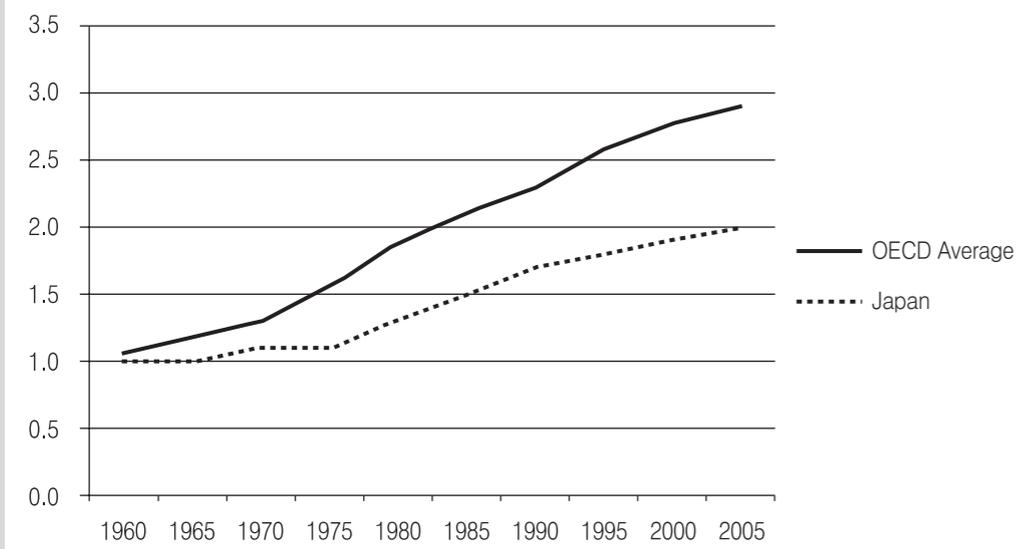
(단위: 명)



주: 그림에 나타나지 않은 국가는 2004년 자료가 없는 국가임.

그림 2. OECD 및 일본의 인구 1,000명당 활동의사수의 추이

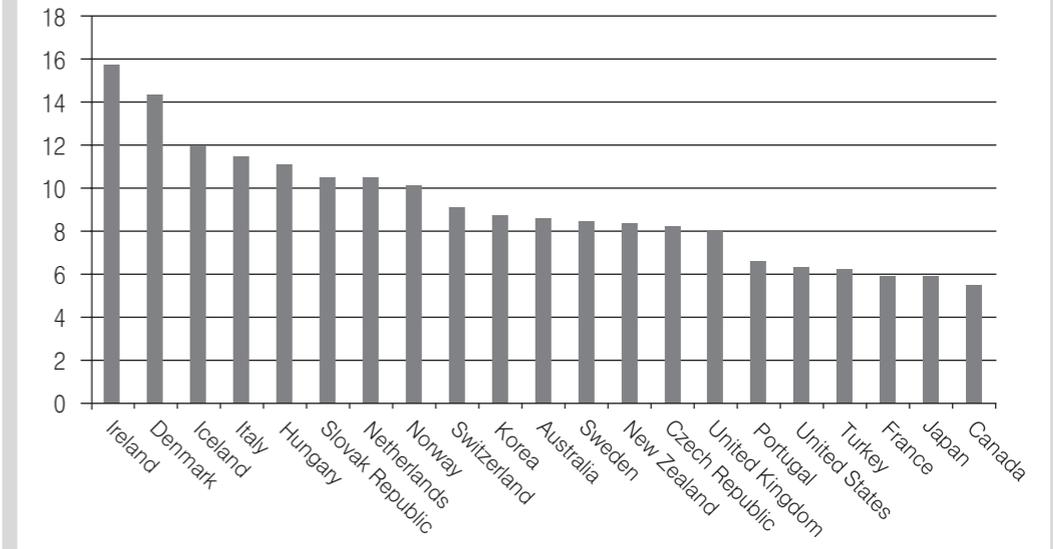
(단위: 명)



주: 일본의 경우 1995년은 1994년 자료, 2005년은 2004년의 자료를 이용함.

그림 3. OECD 각국의 활동의사 1,000명당 의과대학 졸업생수(2004년)

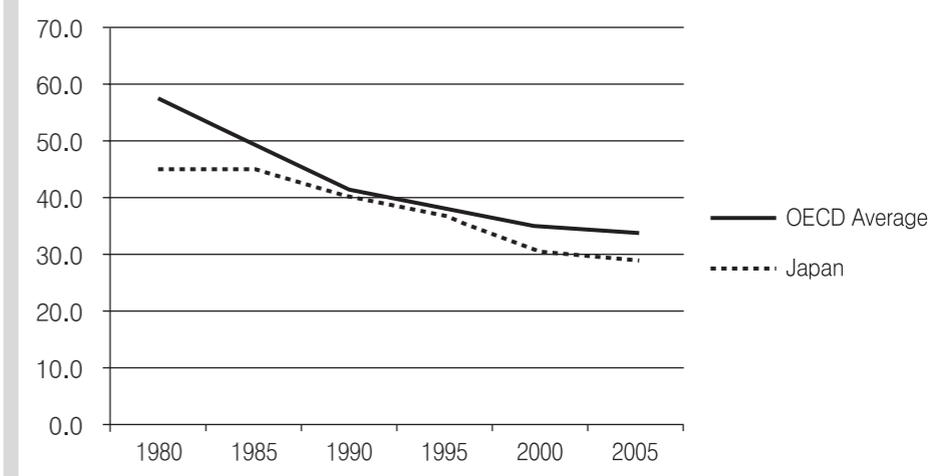
(단위: 명)



주: 그림에 나타나지 않은 국가는 2004년 자료가 없는 국가임.

그림 4. OECD 및 일본의 활동의사 1,000명당 의과대학 졸업생수 추이

(단위: 명)



주: 일본의 경우 1995년은 1994년 자료, 2005년은 2004년의 자료를 이용함.

대에는 1.7명에서 1.8명 정도로 증가하였다가, 2000년대에 들어와 2.0명으로 증가하였다. 그러나 국제적인 비교를 통해 보면 여전히 낮은 수준이라고 할 수 있다. OECD 국가의 평균을 보면, 1960년대에는 일본과 큰 차이를 보이지 않고 있으나 1970년대 중반부터 차이를 보이기 시작하다가 1980년대 이후 지속적으로 커다란 차이를 보이는 것을 알 수 있다.

활동의사대비 의과대학 졸업생수에 있어서도 인구대비 의사수와 마찬가지로 일본은 OECD 국가들에 비하여 낮은 수준을 보여준다(그림 3). 2004년 현재 활동의사 1,000명당 의과대학 졸업생수를 살펴보면, OECD 평균이 9.1명인데 비해, 일본은 캐나다(5.5명)를 제외하고는 5.9명으로 가장 낮은 수준임을 알 수 있다. 아

일랜드(15.8명), 덴마크(14.3명) 등이 높은 수준을 보이고 있으며, 포르투갈(6.6명), 미국(6.3명), 터키(6.2명), 프랑스(5.9명) 등이 상대적으로 낮은 수준을 보인다. 한국은 OECD 평균에 가까운 8.7명을 보이고 있다.

연도별 추이에 있어서도 비슷한 경향을 보이는 것을 알 수 있다(그림 4). OECD 국가들과 일본에 있어서 공통적으로 활동의사대비 의과대학 졸업생수가 줄어들고 있는 경향을 보이고 있는데, 일본이 OECD 평균에 비해 낮은 수준임을 알 수 있다. 이러한 모습은 인구대비 의과대학 졸업생수로 보아도 마찬가지로의 경향을 보인다.

3. 의사수급 문제에 관한 논의

의사인력 수급에 관한 정책은 시대에 따라 변화해 왔다. 의사수가 절대적으로 부족했던 1980년대까지만 해도, 의사인력을 필요한 수준까지 증가시키는 것이 주된 논점이었다. 그래서 1985년 정도까지 인구 10만 명당 의사 150명 수준으로 하는 것을 목표로 하고, 이것이 달성되면 이후부터 의사의 신규참여를 차츰 줄여나

가는 것이 기본 방침이었다. 이렇게 하게 된 가장 큰 이유는 의사수의 증가가 의료비의 증가로 이어진다는 것이 배경이었다. 그리하여, 인구 10만 명당 의사수 150명이 달성된 1983년 이후 차츰 의사의 신규참여를 줄여오게 되었다. 여기에 그치지 않고 1997년에는 의학부의 정원을 줄여나가는 것으로 내각의회에서 결의되기까지 하였다(표 1).

한편 의료계 및 국민들로부터는 의사인력의

부족에 대한 문제가 지속적으로 대두되어 왔다. 그러나 정부의 입장은 의사인력의 절대적인 수에는 문제가 없고, 지역이나 진료과에 있어서 의사가 편중되는 “편재”가 문제라는 입장을 고수해 왔다. 그러다가 최근에 와서 결국 의사인력의 절대적인 수가 부족하다는 것을 인정하고, 의학부 정원을 증가시키는 계획을 발표하였다. 그러나 앞으로 의사인력의 부족은 더욱 심각해질 것이라는 예측들이 계속해서 나오고 있다(표 2).

기술의 발달이 덜 되어 치료하지 못하고 포기해야만 하는 경우가 있었다면, 지금은 다양한 방법들을 시도하는 노력을 하는 것이 원인이 될 수 있을 것이다. 또한 전에는 단순히 환자를 치료하는 것에만 목적을 두었다면, 지금은 치료 자체뿐만 아니라 환자의 삶의 질에 대한 고려까지 해야 하는 의사에 대한 부담감과 업무량의 증가를 들 수 있다. 일본에서는 의료에 대해 불만을 품고 의사에게 폭언이나 폭력을 행사하는 이른바 “몬스터 페이션트(괴물환자)”라고 불리는 환자들이 증가하고 있어 사회적으로 물의를 빚고 있다.

2004년에 시작된 임상연수의제도도 의사인력부족의 한 원인으로 지적되고 있다. 임상연수의제도는 의과대학을 졸업하고 2년간 임상에서 연수의 과정을 거치면서 의료행위의 질을 높이고 의무화한 제도인데, 이 제도가 오히려 의사공급의 유동성을 가로막았다는 의견이 많아, 빠르면 2010년부터 새로운 방향으로 조정될 움직임이 보이고 있다. 이를 위해, 후생노동성은 2008년 10월, 임상연수의제도를 대폭 수정, 보완하기 위한 “임상연수의제도의 방향에 관한

표 1. 의사수급에 관한 주요 내용

연도	내용	비고
1970	최소한으로 필요한 의사수를 인구 10만 명당 150명으로 하고, 이 목표가 1985년까지 달성될 수 있다면 앞으로 4, 5년간은 의과대학의 입학정원을 1,700명 정도 증가시켜, 약 6,000명 정도로 높일 필요가 있다고 판단함	
1973	의과대학이 없는 현(縣)이 없도록 하는, 즉 모든 현이 각각 하나 이상의 의과대학을 갖도록 하는 것이 추진됨	
1983	“인구 10만 명당 150명”이라는 목표 의사수가 달성됨	
1986	“장래 의사수급에 관한 검토위원회의 최종의견”에서 1995년까지를 목표로 해서 의사의 신규참여를 최소한 10% 정도 삭감할 필요가 있다는 의견이 나옴	
1993	의학부 입학정원이 7,725명이 됨	1986년에 비해 7.7% 삭감
1994	“의사수급 조정 등에 관한 검토위원회 의견”에서 1986년도에 나온 의견에 대하여 대학 관계자도 이듬해에 동의를 했으니, 의학부 입학정원의 10% 삭감이 달성될 수 있도록 공립대학 의학부를 비롯하여 대학관계자의 적극적인 노력이 필요하다는 의견이 나옴	
1997	의료제공체제에 있어서 대학의 의학부를 조정, 정리하는 것을 포함하여, 계속해서 의학부 정원을 삭감하는 노력이 필요하다는 것이 각의(閣議) 결정됨	
1998	의학부 입학정원이 7,705명이 되었으며, “의사수급에 관한 검토회 보고서”에서 신규 참여 의사의 삭감을 진행시켜 나가도록 하는 의견이 나옴	1986년에 비해 7.8% 삭감
2006	후생노동성은 “의사의 수급에 관한 검토회”라는 보고서에서 의사수 자체는 충분하지만 지역 및 진료과에 의한 편재가 문제라고 발표함	
2008.2	의사인력의 문제는 “부족”아니라 “편재”에 기인하는 것이라고 주장해왔던 후생노동성도 의사부족을 인정하였으며, 문부과학성은 2009년도 의학부 정원을 693명으로 늘려, 과거 최대였던 8,486명 수준으로 할 것으로 발표함	
2008.6	후생노동성장관과 후쿠다수상이 회담을 통해 의학부의 정원삭감을 주도한 1997년의 각의 결정을 수정할 것을 합의하고, 의사증원책에 관하여 논의함	

4. 의사인력부족의 원인

의사인력이 부족하게 된 원인에는 의료비지출을 막기 위하여 의료인력의 증가를 막은데에 일차적인 원인이 있다고 할 수 있다. 또한 인구수 감소예측에 의한 의료인력에 대한 수요감소 예측에도 원인이 있다고 할 수 있다. 이 외에도 여러 가지 원인을 찾을 수 있을 것이다.

그 중 하나가 의료기술의 고도화 및 세분화로 인한 의사 일인당 업무량이 증가하고 있는 것이 될 것이다. 이를 테면 예전에는 의과학과 의료

표 2. 의사수의 장래예측(환자 1,000명당 의사수)

의사인력이 비교적 많은 도도부현				의사인력이 가장 적은 도도부현			
순위	도도부현	2005년	2025년(추계)	순위	도도부현	2005년	2025년(추계)
1	도쿄	41.85	33.46	1	사이타마	21.94	17.49
2	교토	40.82	36.10	2	이바라키	22.17	19.41
3	후쿠오카	39.70	34.49	3	니가타	23.62	22.78
4	도쿠시마	36.93	35.80	4	이와테	23.86	23.31
5	오사카	36.77	31.82	5	아오모리	24.14	23.19

출처: 朝日新聞, 2009년 1월 12일.

검토회”를 발족시켰다.

또한 의사수의 절대적인 수의 부족뿐만 아니라 일부 지역이나 진료과에 편중되는 문제도 의사인력 부족의 한 원인으로 지적되고 있는 것이 사실이다. 그 중에서도 의료행위에 있어서 위험도가 높고 인구감소에 따라 의사부족 문제가 더욱 심각해지고 있는 산부인과, 소아과, 구급과 등을 살펴볼 수 있겠다. 우선 산부인과의 경우 임상현장에 있어서의 문제는 열악한 노동환경과 대우, 의료사고와 소송에 대한 두려움, 의사에 대한 폭력이나 폭언 등이 지적된다. 소아과에 있어서의 문제는 불합리하게 낮은 보험수가 체계 및 진료권 선택의 자유에 따른 환자수의 증가, 소아과 의사수의 절대적인 부족, 영유아 의료비 무효에 따른 응급외래의료의 남발, 소송의 위험과 불평불만환자 증가 등이 문제로 지적되고 있다. 또한 응급환자는 증가하고 있지만 응급의료기관은 감소하고 있는 것도 문제이다. 이러한 것에 대한 원인으로서는 응급환자의 증가 등과 같은 응급의료시설의 부담증대, 응급의사 부족 등과 같은 의료자원의 압도적인 부족, 응급의사의 사기저하 등을 들 수 있다.

5. 대책 및 전망

의사인력의 부족에 있어서 가장 확실하고 효과적인 방법은 의사배출을 확대하는 것이라 할 수 있다. 일본에서는 1996년에 의사수가 약 24만 명에서 2006년에는 약 28만 명으로 17% 정도나 증가를 했지만, 여전히 적은 수준이다. 의사의 절대 부족으로 인해 문부과학성은 2009

년도의 의학부 정원을 693명 증가시켜 총 정원수를 과거 최대수준이었던 8,486명으로 하는 계획을 발표하였다. 또한 의학부 정원을 계속해서 증가시키려는 계획을 갖고 있다. 그리하여 매년 400명씩 증가시킨다면, 현재의 약 8,000명의 총 정원이 10년 후에는 12,000명으로 증가하고 환자의 수요가 가장 높아질 것으로 예상되는 2030년 이후에는 다시 현재 수준으로 되돌리는 방법도 생각하고 있다. 그러나 총인구의 절대수를 고려하지 않으면 자칫 의사인력의 과잉공급의 문제가 발생할 수도 있다.

또한 간호사 등 기타 의료인력에 대한 고용 확대의 방안도 있을 수 있다. 의사인력 자체의 증가가 어렵거나 사회적 비용이 너무 크다면, 서류 작성이나 정리 등을 도와 줄 수 있는 사무직이나 비서의 수를 늘리거나, 간호사가 담당할 수 있는 영역을 넓혀 주어 의사가 의료행위와 직접적으로 관련되지 않은 업무에서 벗어나 본연의 업무에 전념하게 할 수 있게 하는 것도 실제적으로는 의사수를 늘리는 것과 같은 효과를 얻게 될 것이다. 그러나 간호사의 업무 영역이 너무 넓어지면, 간호사들이 다른 직종이나 심지어 의사의 영역에까지 넘어오려는 직종이 거주 의의 모습을 보이는 문제점이 나타날 수도 있을 것이다.

이 외에도 의사들이 계속해서 일을 할 수 있도록 하는 환경정비가 필요하다고 할 수 있다. 그렇지 않으면 현재 간호사 인력부족과 같은 문제가 발생할 수 있다. 간호사들은 열악한 근무 환경과 부당한 대우 등에 대한 불만으로 임상에서의 간호업무를 떠나 다른 직종으로 전환하여 간호사 인력부족의 문제를 보이고 있다. 의사인

력도 마찬가지로 임상에서 떠나 연구의사가 되거나 비정규직으로 병원을 전전하며 임상을 하는 프리랜서 의사로 전환할 가능성도 배제할 수 없다. 이는 개인적으로나 사회적으로도 큰 손실이라고 할 수 있다.

일본은 신약 등과 같은 신의료기술의 국내 도입을 위한 안전성과 유효성을 평가하는 데에 시간이 오래 걸리는 것으로도 유명하다. 이에 대하여 이것은 흔히 말하는 심사기간이 길어지는 “drug-lag”의 문제가 아니라, 심사를 할 수 있는 의사수의 부족으로 인해 심사가 길어질 수밖에 없는 “doctor-lag”의 문제라는 의견도 제기되고 있다. 한편에서는 의사수급의 문제는 움직이는 과녁을 맞추는 사격과 같아서 정확히 예측할 수 없는 문제라고 반론한다. 그러나 앞으로 저출산 및 평균수명연장으로 인해 고령화가 심각해질 것이 분명한 마당에 의사마저 배출되지 않는다면 기존 의사들의 연령 증가에 따른 의사의 고령화도 동반될 것이다. 이는 의학연구나 새로운 의료기술의 발달을 저해하는 결과를 낳게 될 수도 있을 것이다.

우리나라는 앞으로 2020년을 정점으로 인구

가 감소할 것으로 예측하고 있다. 또한 정부는 2005년에 의료인력의 적정 수급과 질적 수준 제고를 위하여 앞으로 의대 입학정원의 10%를 감축할 것이라고 밝힌바 있다. 그러나 우리의 인구대비 의사수는 의사부족을 겪고 있는 일본보다도 낮은 수준이며, OECD 국가 중 최하위 수준이다. 만일 일본과 마찬가지로 무작정 의료인력의 공급을 억제하기만 한다면 나중에 정책을 수정해야 하는 일본의 과정을 고스란히 따라가게 될지도 모르는 일이다. 비록 절대 인구수는 감소할 수 있지만 노인인구 증가에 따른 의료수요가 증가할 수도 있기 때문에 오히려 의료인력이 부족한 상황이 될 수도 있다.

따라서 의사수급 문제에 있어서 중요한 것은 의사인력 공급이나 수요 어느 한 면만 고려하는 것이 아니라 둘 모두를 동시에 고려해야 하는 것이다. 그리고 의료비증가에 대한 막연한 부담보다도 질병의 양상이나 인구구조의 변화도 고려해야 한다. 무엇보다도 가장 중요한 것은 의사인력의 수급을 가능한 한 현실에 맞게 예측하고 이에 대응하는 것이다. 이것을 실패한 일본의 경험에서 주는 교훈이다. 본문