

「제3차 공공보건의료 기본계획 수립을 위한 기초연구」

국외출장 결과보고서

1 국외출장 개요

출장 개요	
출장지역	일본(도쿄)
출장기간	2025.9.10.-2025.9.13. (3박 4일)
출장 목적	○ 일본은 가장 먼저 초고령사회에 진입한 국가로, 이에 대응하는 과정에서 지역 의료체계 구축과 공공보건의료 정책 발전에 풍부한 경험을 축적해 왔음. - 민간 의료기관이 의료공급의 중심을 이루는 구조 속에서도, 지방 중소도시나 도서·산간 지역의 의료취약 문제를 해결하기 위해 국가 차원에서 다양한 제도적 노력과 혁신적 정책을 추진해 온 점은 주목할 만함. - 일본 정부는 후생노동성을 중심으로 한 공공보건의료 정책을 적극 추진해 왔음. · 지역의료구상(地域医療構想)을 통해 지자체 주도로 지역별 필수 의료자원을 조정·배분하는 구조를 마련함. · 지역포괄케어시스템(地域包括ケアシステム)은 고령자가 가능한 한 지역사회 내에서 돌봄을 유지할 수 있도록, 의료·개호·복지·주거를 통합적으로 제공하는 체계임. 특히 지자체 단위에서 정책을 주도하고, 지역 내 다양한 서비스 제공자(의료기관, 개호기관, 복지기관 등)가 협력하는 다층적 네트워크를 구축하는 것을 핵심으로 함. ○ 일본의 중앙 및 지역정부, 민간 싱크탱크, 일본 의사협회, 국립대 병원, 지역 공공병원 등을 방문하여 향후 우리나라 공공보건의료 정책 및 제도 설계 과정에 반영할 수 있는 실증적 자료와 시사점을 확보하고자 함.
주요 내용	○ (주요 검토사항 ①) 민간의료 중심 구조에서 국가와 지자체가 공공적 기능을 보완·조정하는 방식 참고 ○ (주요 검토사항 ②) 중앙정부-지방정부 간 역할 분담, 지자체 주도의 지역 필수 의료 자원 관리, 지역 기반 돌봄서비스와 의료의 통합 제공 ○ (주요 검토사항 ③) 완결적 지역의료체계를 위한 재정 및 운영 거버넌스, 국가 예산과 보험제도를 활용한 다양한 예산 지원 및 보상 프로그램 등
방문 기관	○ 일본 의사협회(日本医師会) ○ 후생노동성(厚生労働省) ○ Mitsubishi Research Institute(三菱総合研究所) ○ 전국 지방자치단체 병원협의회(全国自治体病院協議会)

출장자	소속		직위	이름
	보건복지부		공공보건정책관	정통령
			공공의료과장	조승아
	한국보건사회연구원		선임연구위원	강희정
			부연구위원	김혜윤
			전문연구원	이재은

2 일정 요약

월일 (요일)	출발	도착	시간/ 방문기관(안)	업무수행내용	면담자
9.10 (수)	인천	-	(항공편명: OZ102)	○ 국가 간 이동(9:00 한국 인천공항 → 11:20 일본 나라타공항)	-
	-	일본			
	일본 (도쿄)		15:00~17:00 일본의사회 (日本医師会)	○ 의사 인력의 지역 불균형 문제에 대한 대응 및 정부·지자체와의 협력 방식 ○ 지역의료구상 및 지역포괄케어시스템에서 개원의 역할	小林 伶(고바야시 레이) 외
9.11. (목)	일본 (도쿄)		9:30~11:00 후생노동성 (厚生労働省)	○ 지역 보건의료 지원을 위한 건강보험 정책 ○ 데이터 활용, 수가 및 인센티브 제도, 지자체와의 협력 사례	小作 裕亮(오자쿠 유스케) 외
			14:30~16:30 후생노동성 (厚生労働省)	○ 일본의 지역의료구상(地域医療構想)과 지역포괄케어시스템(地域包括ケアシステム) ○ 공공보건의료 거버넌스(중앙-지방정부 역할 분담) ○ 기금 등 재원 마련과 운영 방식	木村 祐太(키무라 유타) 외
9.12. (금)	일본 (도쿄)		10:00~11:30 Mitsubishi Research Institute (三菱総合研究所)	○ 공공보건의료 관련 주요 논의 동향 ○ 공공보건의료 및 지역의료 관련 최근 연구 성과·정책 동향 확인 및 공유	前田克実(마에다 카즈미) 외
			13:00~15:00 전국 지방자치단체 병원협의회 (全国自治体病院協議会)	○ 일본의 지역의료구상(地域医療構想)에서의 지역병원 역할과 기능	望月 泉(모치즈키 이즈미, 회장), 原 博文(하라 히로후미, 총무부장)
9.13. (토)	일본	-	(항공편명: KE704)	○ 국가 간 이동(14:00 일본 나라타공항 → 16:30 한국 인천공항)	-
	-	인천			

3 출장 주요내용

①	일본의사회(日本医師会)
일 시	9월 10일(수) 15:00~17:00
장 소	일본의사회 회의실
참석자 (8)	○ (면담자) 浜口 欣也(킨야 하마구치) 상임이사, 坂本 泰三(타이조 사카모토) 상임이사, 小林 侑(고바야시 레이) ○ (출장자) 조승아 과장, 강희정 실장, 김혜윤 부연구위원, 이재은 전문연구원 ※ 통역사(손의섭 박사) 동행

중점내용

중점내용	- 지역의료구상에서 병상 조정·기능 분담에 어떻게 참여했는가? - 소아·산부인과·응급 인력 부족에 대한 협회의 대응은? - 의대 정원 확대, 지역근무 의무제, 장학금 제도에 대한 입장은? - 대학병원 거점화가 개원가·지역 병원에 미친 영향은?
------	--

면담 결과

□ 지역의료구상 전반에 대한 일본의사회 입장

○ 일본의사회 구조

- 시정촌(군(郡)·시(市)·구(区)) - 도도부현(47개) - 중앙 단위의 3층 구조

○ 지역의료구상 추진경과

- 지역의료구상(地域医療構想)은 의료 제공체제의 재편과 기능 분화, 병상 조정, 재택의료 확대 등을 목표로 국가 주도로 추진되는 정책 프레임
- 지역의료구상(~2025)은 고령화에 따른 의료수요 피크에 대응하기 위해 병상 기능 전환, 급성기 병상 감축, 지역의료·개호 연계 강화에 중점을 둔 효율화 전략을 마련하였고, 이에 따라 병상 기능 보고제도와 병상수 조정 매커니즘이 도입됨. → 병상 구조 개편(양적 조정·기능 분화)
- 신지역의료구상(~2040)은 의료·요양 등 복합 수요를 가진 85세 인구의 증가, 의료인력 부족, 지역간 의료 격차 문제에 대응하기 위해 데이터 기반의 의료 수급 예측, 지역 내 자원의 효율적 활용(권역 내 인력·시설 공유 강화), 재택·지역포괄케어 강화에 중점을 둔 전략을 마련함. → 인력·자원·서비스 제공 방식의 효율화(질적 운영 최적화)
- 지역의료구상을 통해 지역의 실상에 맞는 의료를 제공하기 위해서, 의료권역별 지역의료구상 협의회를 구성하고 있으며, 해당 권역의 의료개호 담당 관료, 의사회장, 약제사장, 보건소장, 지역병원 대표자, 주민대표 등 다양한 이해관계자가 참여함. 해당 협의회에서 병상 기능의 역할 부담과, 병상수 파악, 병상수 조정을 협의함.

- 의료법 개정안(2025~2026년 시행 예정)을 통해 병상 기능 보고가 '자율 → 의무'로, 권역 조정회의는 '논의 → 법적 절차의 일부'로 격상될 예정
- 병원·의료기관의 병상 기능(고도급성기·급성기·회복기·만성기 등) 보고, 병상수 보고: 자율 보고 → 법적 근거를 가진 행정절차로 격상
- 지역의료구상 조정회의에서 병상수, 병상 기능 분담을 논의하고, 그 결과를 도도부현 계획에 반영하도록 하는 규정 추가

○ 일본 의사회 입장

- 일본 의사회는 인구구조, 연령 분포, 만성질환 유병률, 의료자원 분포, 의료 이용 패턴 등 근거자료 기반의 분석을 중시하며, 구상 설계 시 이러한 데이터를 활용해 지역 실상에 맞는 병상수 조정이 이루어져야 한다는 입장을 표명해 왔음.
- 일본 의사회가 운영하는 地域医療情報システム (JMAP)은 각 지역별 의료·간호 자원 통계, 시설 현황, 인구 지표 등을 지도 형태로 제공하는 도구로, 지역 구상의 참고 자료로 활용

→ 병상 총량 규제의 질적 전환, 데이터 기반 지역 의료계획 수립

□ 필수 의료 및 취약지 지원 제도, 이에 대한 일본 의사회의 입장

- 일본에서도 수도권 및 대도시 의료인력 집중, 인구 고령화 등 유사한 문제를 겪고 있으며, 보전 당국은 의사 편재 해소를 위한 다양한 정책을 추진 중임. '지역 의사 배치 제도'를 통해 의학부 입시에서 지역 정원을 할당하고, 졸업 후 9년간 지역 근무조건으로 장학금 또는 학비를 제공하는 형태임. 지원주체는 도도부현이고, 조건 위반 시 장학금·학비 반환 의무 발생
- 9년 이후에 해당 지역에 남는 비율이 90%, 여성 의사가 결혼으로 해당 지역을 이탈하는 경우가 종종 발생하는 데 이 경우 장학금·학비를 환불 조치함.
- 지역 근무조건을 이행하지 않고 다른 지역에서 전문의 연수를 시작하는 경우 전문의 인증 제한하는 조치까지 논의된 바 있음.
- (의사회 입장) 의사 소수지역에서 근무하는 젊은 의사의 근무 부담을 가중하지 않도록 해야 하며, 대학병원에서 퇴직한 의사들이 지방에서 일할 수 있도록 유도해야 함.
- 일부 지역과 진료과에서는 전문의 수 상한(sealing)을 설정하기도 함. 다만, 모든 지역진료과에 대해 일률적인 상한이 적용되고 있는 것은 아니며, 비인기 진료과목에 대해서는 상한을 두지 않음. 정원 조정은 후생노동성과 의사회가 협의를 통해 결정함.

○ 지역단위 교육수련 거점병원 설정 및 임상 연수 제도

- 거점 병원(基幹病院)은 수련 프로그램의 중심이 되며, 해당 병원은 지도의, 인력, 설비, 교육 체제 등에 대한 요건을 충족해야 함. 또한 일부 지역에서는 임상 연구 단계에서 일부 지역에서는 다양한 진료현장(병원, 진료소)을 경험할 수 있도록 근무 배치

→ 분권형 전공의 정원 관리, 수련과정에서 지역·진료소 경험 강화

②	후생노동성(厚生労働省)																																																																													
일 시	9월 11일(목) 9:30~11:00 의료 Dx 및 건강보험 정책 개혁 14:30~16:30 지역의료구상 및 의사편재대책 논의																																																																													
장 소	후생노동성(厚生労働省) 회의실																																																																													
참석자 (25)	○ 면담자																																																																													
	<table><tr><th>부서 및 담당</th><th>직책</th><th>성명</th></tr><tr><td colspan="3">회의 ①</td></tr><tr><td>의정국(医政局) 의료정보실(医療情報室)</td><td>주사(主査)</td><td>오자쿠 유스케(小作 裕亮)</td></tr><tr><td>의정국(医政局) 의료정보실(医療情報室)</td><td>실장보좌(室長補佐)</td><td>타카하시 유이치(高橋 悠一)</td></tr><tr><td>보험국(保険局) 의료과(医療課)</td><td>주사(主査)</td><td>마즈다에미(増田 絵美奈)</td></tr><tr><td>보험국(保険局) 의료과(医療課)</td><td>주사(主査)</td><td>가코 아츠야(加古 敦也)</td></tr><tr><td>보험국(保険局) 의료과(医療課)</td><td>주사(主査)</td><td>야마지 마사토(山路 正登)</td></tr><tr><td>보험국(保険局) 보험과(保険課)</td><td>과장보좌(課長補佐)</td><td>아나미 미도리(穴見 翠)</td></tr><tr><td>보험국(保険局) 보험과(保険課)</td><td>과장보좌(課長補佐)</td><td>코바야시 토모히로(小林 知広)</td></tr><tr><td>국제과(大臣官房 国際課)</td><td>주사(主査)</td><td>이토 마사시(伊藤 昌史)</td></tr><tr><td>국제과(大臣官房 国際課)</td><td>주사(主査)</td><td>이와부치 토모노리(岩渕 智徳)</td></tr><tr><td>국제과(大臣官房 国際課)</td><td>주사(主査)</td><td>카즈노 유케(勝野 祐輔)</td></tr><tr><td colspan="3">회의 ②</td></tr><tr><td>의정국(医政局) 의료과(医事課)</td><td>전문관(専門官)</td><td>키무라 유타(木村 祐太)</td></tr><tr><td>의정국(医政局) 지역의료계획과(地域医療計画課)</td><td>주사(主査)</td><td>사토 타케시(佐藤 剛)</td></tr><tr><td>의정국(医政局) 지역의료계획과(地域医療計画課)</td><td>과장(課長)</td><td>니시지마 야스히로(西嶋 康浩)</td></tr><tr><td>의정국(医政局) 지역의료계획과(地域医療計画課)</td><td>과장보좌(課長補佐)</td><td>이타이 류조(板井 隆三)</td></tr><tr><td>의정국(医政局) 간호과(看護課)</td><td>계장(係長)</td><td>이치키 유리에(一木 佑里恵)</td></tr><tr><td>의정국(医政局) 간호과(看護課)</td><td>주사(主査)</td><td>코야마 유리(小山 樹里)</td></tr><tr><td>의정국(医政局) 간호과(看護課)</td><td>과장보좌(課長補佐)</td><td>카즈마타 아키코(勝又 明子)</td></tr><tr><td>의정국(医政局) 간호과(看護課)</td><td>계장(係長)</td><td>나카보리 모모코(中堀 桃子)</td></tr><tr><td>의정국(医政局) 간호과(看護課)</td><td>과장보좌(課長補佐)</td><td>오오코우치 마코토(大河内 誠)</td></tr><tr><td>대신관방 국제과(大臣官房 国際課)</td><td>주사(主査)</td><td>이토 마사시(伊藤 昌史)</td></tr><tr><td>대신관방 국제과(大臣官房 国際課)</td><td>주사(主査)</td><td>이와부치 토모노리(岩渕 智徳)</td></tr><tr><td>대신관방 국제과(大臣官房 国際課)</td><td>주사(主査)</td><td>카즈노 유케(勝野 祐輔)</td></tr></table>			부서 및 담당	직책	성명	회의 ①			의정국(医政局) 의료정보실(医療情報室)	주사(主査)	오자쿠 유스케(小作 裕亮)	의정국(医政局) 의료정보실(医療情報室)	실장보좌(室長補佐)	타카하시 유이치(高橋 悠一)	보험국(保険局) 의료과(医療課)	주사(主査)	마즈다에미(増田 絵美奈)	보험국(保険局) 의료과(医療課)	주사(主査)	가코 아츠야(加古 敦也)	보험국(保険局) 의료과(医療課)	주사(主査)	야마지 마사토(山路 正登)	보험국(保険局) 보험과(保険課)	과장보좌(課長補佐)	아나미 미도리(穴見 翠)	보험국(保険局) 보험과(保険課)	과장보좌(課長補佐)	코바야시 토모히로(小林 知広)	국제과(大臣官房 国際課)	주사(主査)	이토 마사시(伊藤 昌史)	국제과(大臣官房 国際課)	주사(主査)	이와부치 토모노리(岩渕 智徳)	국제과(大臣官房 国際課)	주사(主査)	카즈노 유케(勝野 祐輔)	회의 ②			의정국(医政局) 의료과(医事課)	전문관(専門官)	키무라 유타(木村 祐太)	의정국(医政局) 지역의료계획과(地域医療計画課)	주사(主査)	사토 타케시(佐藤 剛)	의정국(医政局) 지역의료계획과(地域医療計画課)	과장(課長)	니시지마 야스히로(西嶋 康浩)	의정국(医政局) 지역의료계획과(地域医療計画課)	과장보좌(課長補佐)	이타이 류조(板井 隆三)	의정국(医政局) 간호과(看護課)	계장(係長)	이치키 유리에(一木 佑里恵)	의정국(医政局) 간호과(看護課)	주사(主査)	코야마 유리(小山 樹里)	의정국(医政局) 간호과(看護課)	과장보좌(課長補佐)	카즈마타 아키코(勝又 明子)	의정국(医政局) 간호과(看護課)	계장(係長)	나카보리 모모코(中堀 桃子)	의정국(医政局) 간호과(看護課)	과장보좌(課長補佐)	오오코우치 마코토(大河内 誠)	대신관방 국제과(大臣官房 国際課)	주사(主査)	이토 마사시(伊藤 昌史)	대신관방 국제과(大臣官房 国際課)	주사(主査)	이와부치 토모노리(岩渕 智徳)	대신관방 국제과(大臣官房 国際課)	주사(主査)	카즈노 유케(勝野 祐輔)
	부서 및 담당	직책	성명																																																																											
	회의 ①																																																																													
	의정국(医政局) 의료정보실(医療情報室)	주사(主査)	오자쿠 유스케(小作 裕亮)																																																																											
	의정국(医政局) 의료정보실(医療情報室)	실장보좌(室長補佐)	타카하시 유이치(高橋 悠一)																																																																											
	보험국(保険局) 의료과(医療課)	주사(主査)	마즈다에미(増田 絵美奈)																																																																											
	보험국(保険局) 의료과(医療課)	주사(主査)	가코 아츠야(加古 敦也)																																																																											
	보험국(保険局) 의료과(医療課)	주사(主査)	야마지 마사토(山路 正登)																																																																											
	보험국(保険局) 보험과(保険課)	과장보좌(課長補佐)	아나미 미도리(穴見 翠)																																																																											
	보험국(保険局) 보험과(保険課)	과장보좌(課長補佐)	코바야시 토모히로(小林 知広)																																																																											
	국제과(大臣官房 国際課)	주사(主査)	이토 마사시(伊藤 昌史)																																																																											
	국제과(大臣官房 国際課)	주사(主査)	이와부치 토모노리(岩渕 智徳)																																																																											
	국제과(大臣官房 国際課)	주사(主査)	카즈노 유케(勝野 祐輔)																																																																											
	회의 ②																																																																													
	의정국(医政局) 의료과(医事課)	전문관(専門官)	키무라 유타(木村 祐太)																																																																											
	의정국(医政局) 지역의료계획과(地域医療計画課)	주사(主査)	사토 타케시(佐藤 剛)																																																																											
	의정국(医政局) 지역의료계획과(地域医療計画課)	과장(課長)	니시지마 야스히로(西嶋 康浩)																																																																											
	의정국(医政局) 지역의료계획과(地域医療計画課)	과장보좌(課長補佐)	이타이 류조(板井 隆三)																																																																											
	의정국(医政局) 간호과(看護課)	계장(係長)	이치키 유리에(一木 佑里恵)																																																																											
	의정국(医政局) 간호과(看護課)	주사(主査)	코야마 유리(小山 樹里)																																																																											
	의정국(医政局) 간호과(看護課)	과장보좌(課長補佐)	카즈마타 아키코(勝又 明子)																																																																											
	의정국(医政局) 간호과(看護課)	계장(係長)	나카보리 모모코(中堀 桃子)																																																																											
	의정국(医政局) 간호과(看護課)	과장보좌(課長補佐)	오오코우치 마코토(大河内 誠)																																																																											
	대신관방 국제과(大臣官房 国際課)	주사(主査)	이토 마사시(伊藤 昌史)																																																																											
대신관방 국제과(大臣官房 国際課)	주사(主査)	이와부치 토모노리(岩渕 智徳)																																																																												
대신관방 국제과(大臣官房 国際課)	주사(主査)	카즈노 유케(勝野 祐輔)																																																																												
○ (출장자) 정통령 국장, 조승아 과장, 강희정 실장, 김혜운 부연구위원, 이재은 전문연구원 ※ 통역사(손의섭 박사) 동행																																																																														

중점내용

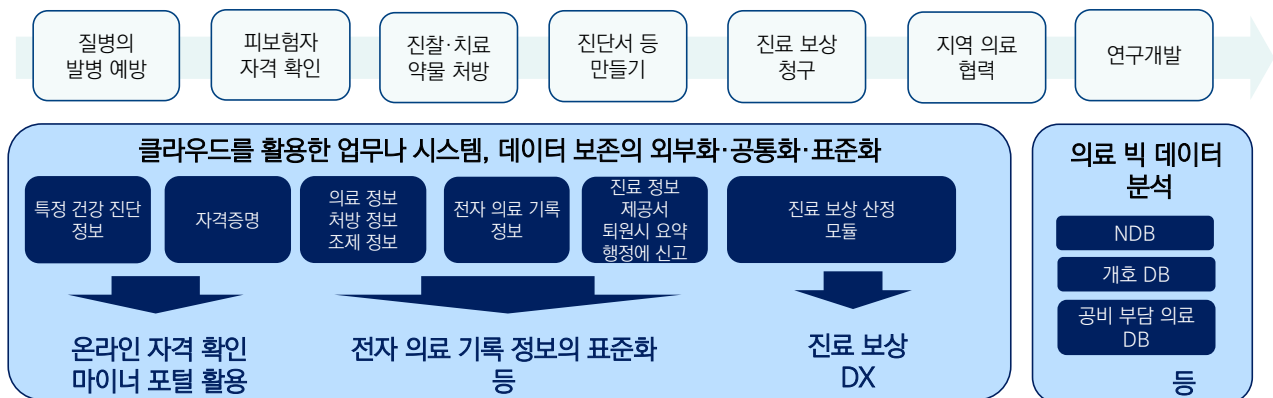
중점내용	- 일본의 의료 Dx 개혁 동향, 평가 - 일본의 건강보험 정책 개혁 동향, 평가 - 지역의료구상 도입 배경 및 추진 경과, 개혁사항, 평가 - 의사 불균형 대책의 도입 배경 및 추진 경과, 개혁사항, 평가 ※ 주요 정책별 운영 경과 발제 후, 세부 내용 질의
------	---

※회의①

□ 일본의 의료 Dx 개혁 동향

- ‘국민 누구나 의료·건강 데이터를 활용해 안전하고 효율적인 의료서비스를 받을 수 있는 체계’를 구축하기 위해 후생노동성 내부에 **의료Dx 추진팀 설치(‘22.9월)**하여, **2030년까지 마이넘버 기반 의료정보 통합, 표준형 EMR, 전국 의료정보 공유, 데이터 활용** 등을 통해 의료·행정·산업을 동시에 디지털 전환하겠다는 청사진을 발표
- (의료 Dx) **보건의료·의료·개호의 각 단계**(질병의 발병예방, 진료, 진찰·치료·약제 처방, 진단서등의 작성, 진료수가청구, 의료 개호의 제후에 의한 케어, 지역 의료 연계, 연구 개발 등)에 있어서 발생하는 **정보나 데이터를, 최적의 기반(클라우드 등)을 활용해, 보건 의료업무나 시스템, 데이터 보존의 외부화·공동화·표준화**를 도모해, 국민 자신의 예방을 촉진하고, 보다 양질의 의료나 케어를 받을 수 있도록, **사회나 생활의 형태를 바꾸는 것**

〈 일본의 의료 Dx 개혁 방향(~2030) 〉



주: 후생노동성 제공 자료

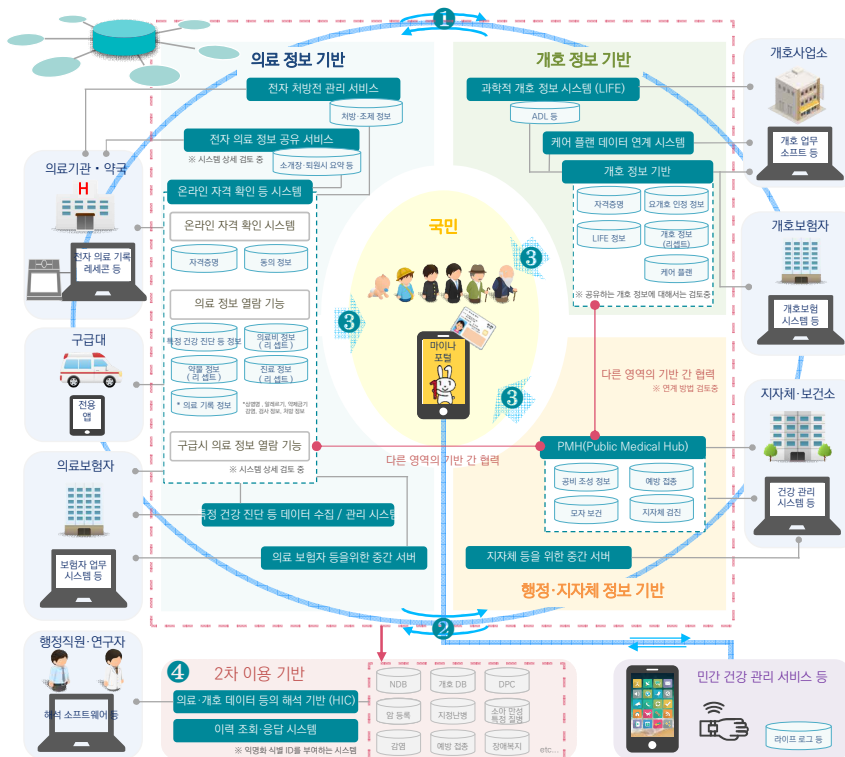
자료: 厚生労働省推進チーム, (2022.9.22.), 「医療DX令和ビジョン2030」

○ 주요 내용

- (전국 의료정보 플랫폼 구축) 온라인 자격 확인, 전자처방전, 전자 의료정보 공유서비스, 공공DB와 연계, 2차 이용까지 포괄
- 온라인 자격 확인 등 시스템을 확충하여 전국 의료정보 플랫폼 구축
- 전자처방전 보급에 힘쓰는 동시에 전자 진료기록카드 정보 공유 서비스^(가칭)를 구축하고 공유하는 정보 확대(~24)
- 개호보험, 예방접종, 모자보건, 공적부담의료나 지방 단독 의료비 조성 등에 마이 넘버 카드를 이용한 정보 제후를 실현함과 동시에 감염병 위기에 대응
- 지자체 실시사업에 관한 수속 시 필요한 진단서 등에 대해 전자를 통한 제출 실현(~24)
- 민간 PHR 사업자 단체 및 아카데미와 연계한 라이프로그 데이터의 표준화 및 유통

기반 구축 등을 통해 활용 사례 창출 지원

〈 전국 의료정보 플랫폼 구축(안) 〉



주: 후생노동성 제공 자료

자료: 厚生労働省推進チーム. (2022.9.22.). 「医療DX令和ビジョン2030」

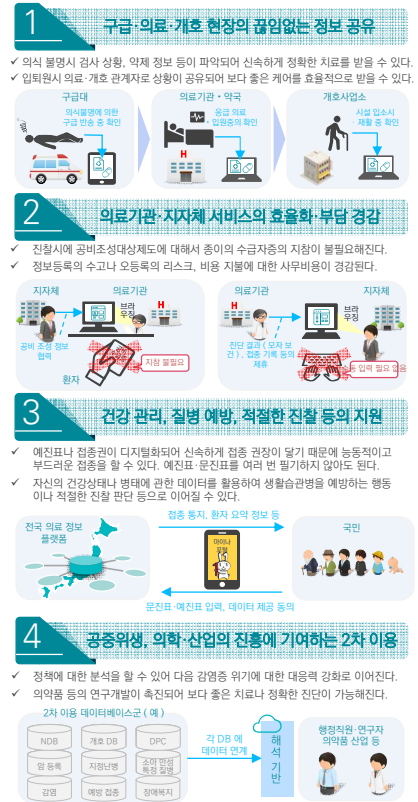
- (전자처방전 & 마이넘버 건강보험증) 전자처방전을 통해 환자·약국·의료기관 간 데이터 연계 고도화(전국 확산), 기존 건강보험증을 마이넘버 카드로 일원화('24. 下~)하여
- (EMR & 레세콘 표준화) 병원마다 다른 시스템을 국가 표준형으로 전환하여 레세콘(청구소프트)과 EMR을 국가가 표준화, 클라우드화하여 수가 개정 정보를 일시에 배포하고, 자동 반영할 수 있는 체계 구축
- (EHR 공유) 진료정보(건강진단 결과보고서 진료정보 제공서, 퇴원 요약), 질병정보(질병명, 약제 알레르기, 기타 알레르기, 감염, 검사, 처방)를 기관 간 또는 응급현장에서 공유 및 열람 가능하도록 조치
- (2차 활용) NDB·DPC·암등록 등과 연계한 2차 이용(HIC)을 통해 연구개발·정책평가 활용, 민간 PHR/아카데미아와 라이프로그 표준화·유통 기반 마련

→ 디지털 기반 강화, 필수의료 대응력 제고, 지역격차 해소에 중점을 둔 디지털 전환

□ 일본의 건강보험 정책 개혁 동향

○ 취약지역 의료 제공자에 대한 수가 가산

- 일본 진료수가 체계에는 벽지진료 가산(へき地診療加算), 지역의료체제확보가산(地域医療体



制確保加算), 지역의료지원병원 입원진료가산(地域医療支援病院入院診療加算) 등이 있으며, 응급·산과·소아과 등 필수의료 인력이 부족한 지역의 병원과 의원이 추가 재정 보상을 받을 수 있도록 하는 제도임.

- '24년 진료수가 개정에서는 취약지역에 대해 입원료 산정요건과 지역 포괄케어 병동 운영 기준을 완화하는 등 의료자원이 부족한 지역을 고려한 평가 항목이 신설되었음. 이는 지방 공공병원이 지역 필수의료를 유지할 수 있도록 하는 제도적 배려임.

○ 보험자지자체를 통한 취약지역 지원

- 취약지역 의료기관을 대상으로 시설정비 보조금(施設整備費補助金)제도를 운영하고 있으며, 이는 벽지진료소 신축·증축·개축, 헬리포트 조성 등 특수 시설 정비에 활용됨.
- 이러한 보조금은 도도부현에 교부되며, 재정 기반이 취약한 지역에서 의료기관 운영과 응급 인프라 유지가 가능하도록 지원하는 장치로 기능함.

○ 지역포괄케어와 보험재정 연계

- 일본은 지역포괄케어시스템(地域包括ケアシステム)을 추진하면서, 공립병원과 공적의료기관을 지역 거점으로 설정함.
- 특히 취약지역에서는 공공병원이 재택진료, 방문간호, 지역 연계 케어를 주도하고, 이를 뒷받침하기 위해 진료수가에서 재택·지역 연계 의료의 평가가 지속적으로 강화됨.

→ 취약지역에서 필수의료를 담당하는 의료기관이 지속적으로 기능할 수 있도록 수가와 재정 지원을 통해 제도적 기반을 강화

※회의②

□ 지역의료구상

- 2014년 「의료개호종합확보추진법(医療介護総合確保推進法)」에 근거하여, 2015년부터 도도부현(都道府県)이 중심이 되어 수립하는 계획임. 기본 단위는 2차 의료권(약 330개, 인구 20만 명 이상을 원칙)이며, 2025년 및 2040년의 의료 수요를 전망해, 병상 기능 적정화, 외래·재택·개호와의 연계 강화, 인력 확보 등을 종합적으로 추진

* 약 330만 명의 구상구역 존재(인구 규모 편차가 크고, 원칙적으로 인구 20만 명 이상을 기준으로 하나 예외 지역도 존재)

- (병상 기능 보고 및 조정 매커니즘) 모든 병원은 의료법에 따라 병상 기능(일반, 요양병상 한정)을 도도부현에 보고*해야 함. 도도부현은 “지역의료구상 조정회의”를 운영하여, 병상 기능의 분화 및 방안을 협의함. 도도부현은 보고 결과와 협의 내용을 종합해 지역의료구상을 수립조정

* 민간, 공공 관계없이 모든 병원이 보고 대상이며, 일반병상, 요양병상만 보고 대상에 포함됨.

- (재정 지원과 권한 행사) 각 도도부현은 '지역의료개호종합확보기금'을 활용해, 의료기관 기능 분화연계 등을 지원함. 다만, 자발적인 노력만으로 충분한 진전이 없을 경우 의료

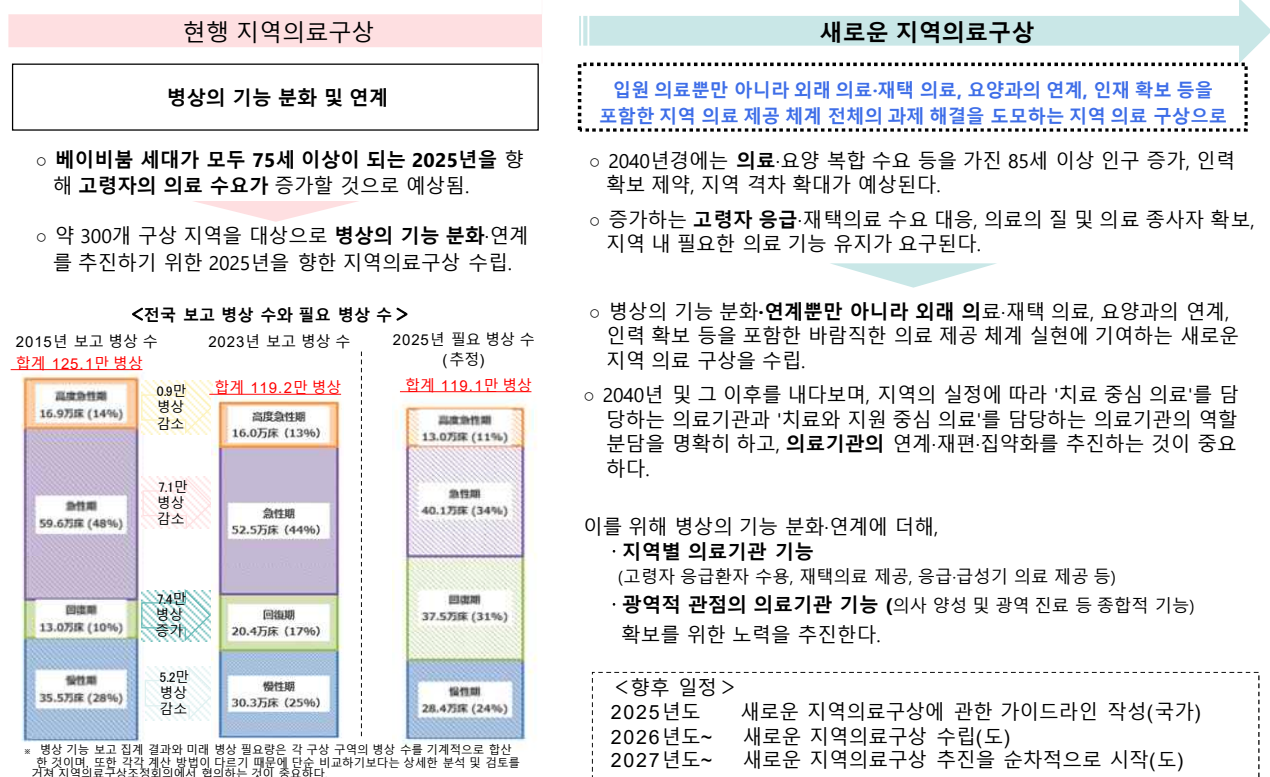
법에 근거해 병상 정원 규제(신규 병상 설치 제한), 병상 개설·인가 권한을 적극 행사해 조정을 유도할 수 있음.

- 긴급의료나 필수医료를 담당하는 병원이 부재할 경우에 도도부현이 병원을 설립하기도 하지만, 기본적으로 인근 병원과 협력하여 대응함.

○ (신지역의료구상, ~2040) 병상의 기능 분화·연계뿐만 아니라 외래 의료·재택 의료, 요양과의 연계, 인력 확보 등을 포함한 바람직한 의료 제공 체계 실현에 기여하는 새로운 지역의료 구상 수립

- 지역의 실정에 따라 '치료중심의료'를 담당하는 의료기관과 '치료와 지원 중심의료'를 담당하는 의료기관의 역할 분담을 명확히 하고, 의료기관의 연계·재편·집약화를 추진
- 공공병원은 주로 '응급, 급성기' 대응 중심
- 즉, 병상 기능 분화연계에 더해, 지역별 의료기관 기능(고령자 응급환자 수용, 재택의료 제공, 응급·급성기 의료 제공 등), 광역적 관점의 의료기관 기능(의사 양성 및 광역 진료 등 종합적 기능) 확보를 위한 노력 추진

< 신지역의료구상 개요 >



주: 후생노동성 제공 자료

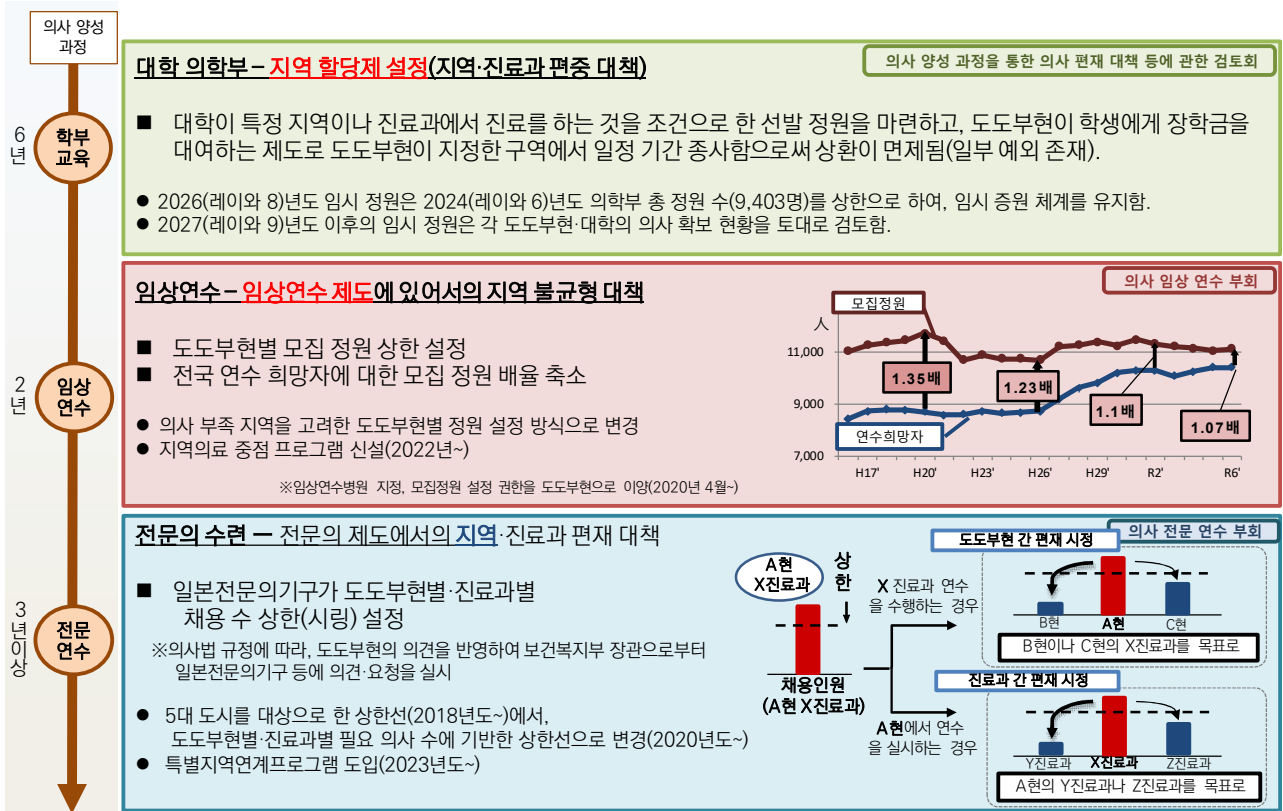
자료: 厚生労働省 医政局地域医療計画課. (2025.2.26.). 「地域医療構想について」

→ 도도부현이 병상 기능 조정과 자금 지원을 통해 지역 의료체계를 관리하는 가운데, 공공 병원은 응급·급성기 거점으로서 필수의료 안전망 역할을 강화하고 있음

□ 의사 불균형 대책

- (입학단계: 지역할당제) 특정 지역진료과 근무하는 것을 조건으로 학생을 모집하고, 도도부현이 장학금 지급
 - 졸업 후 일정 기간(보통 9년 등) 도도부현 지정 의료기관에서 종사해야 하며, 의무 불이행 시 장학금 반환 조치
 - 지역정원제도는 2008년부터 도도부현과 대학 자율로 운영되어왔으나, 「의사확보법」 개정에 따라 2026년 입학생부터는 약 1,400명 규모를 안정적으로 확보 가능
 - ('22년 기준) 약 9,400명의 입학생 중 1,800명을 지역의사제로 할당(약 20%)
 - 2008년 이후 의사 부족 문제 대응으로 각 의대가 문부과학성(文科省) 지침에 따라 도도부현 장학금 제도와 연계하여 지역 정원을 자율적으로 설치(행정 권고)
 - 2023년 의사확보법(医師の地域偏在対策に関する法律) 개정을 통해, 지역 정원 학생 수를 법적으로 규정하고 매년 안정적으로 확보하도록 의무화(2026년 입학생부터 적용)
 - 2027년부터는 도도부현이 의사 수급 상황을 고려해 쿼터 조정
 - (임상수련단계: 매칭제도와 정원 상한제) 2004년부터 임상수련 매칭 제도(臨床研修マッチング)를 운영하였으며, 초기에는 수도권·대도시로 수련의 쏠림이 심화됨. 이를 개선하기 위해 2020년부터 도도부현별 임상수련 정원 상한제 실시
 - 각 도도부현별 수련의 정원 상한을 설정해, 수도권 과밀 억제 및 지역병원 수련 인력 확보하는 것을 목적으로 함.
 - 시행 후 지방 도도부현 내 수련 인원 비율이 확대되었고, 일부 지역은 수도권 인기병원 쏠림 완화 효과 확인
 - 2022년 도도부현이 지정한 지역의료 지원 병원에서 수련할 경우, 매칭에서 우선 배치하는 '지역의료중점 프로그램(地域医療重点化プログラム)'을 시범적으로 도입
 - (전문의 과정: 전문의 실링) 특정 진료과(산부인과·소아과·외과 등 필수의료 과목)에 대해 도도부현별 정원 상한을 설정해 대도시 집중을 억제하고 지역병원 전문의를 확보하는 '전문의 실링' 제도 도입운영(2018년 시범 도입, 2020년 본격 시행)
 - (운영주체) 전국 단위 기구인 일본전문의학기구(日本専門医機構, J-Board)가 도도부현과 협의하여 전문의 정원 배분조정을 담당
 - 2023년부터는 전문의 정원 상한 확대, 도도부현 조정 권한을 강화하여(특히 특정과 전문의의 지방 배치 의무 강화) 도도부현의 전문의 수급 조정 기능이 강화됨.
- 의대 입학부터 수련·전문의 과정까지 지역·과목 편재를 제도적으로 교정하여, 취약 지역에서 안정적으로 인력을 확보할 수 있는 기반 마련

〈 의사 불균형 대책 〉



③	Mitsubishi Research Institute (三菱総合研究所)
일 시	9월 12일(금) 10:00~11:30
장 소	Mitsubishi Research Institute
참석자 (8)	○ (면담자) 前田 克実(마에다 카츠미) 박사, 황은지 박사 ○ (출장자) 정통령 국장, 조승아 과장, 강희정 실장, 김혜윤 부연구위원, 이재은 전문연구원 ※ 통역사(손의섭 박사) 동행

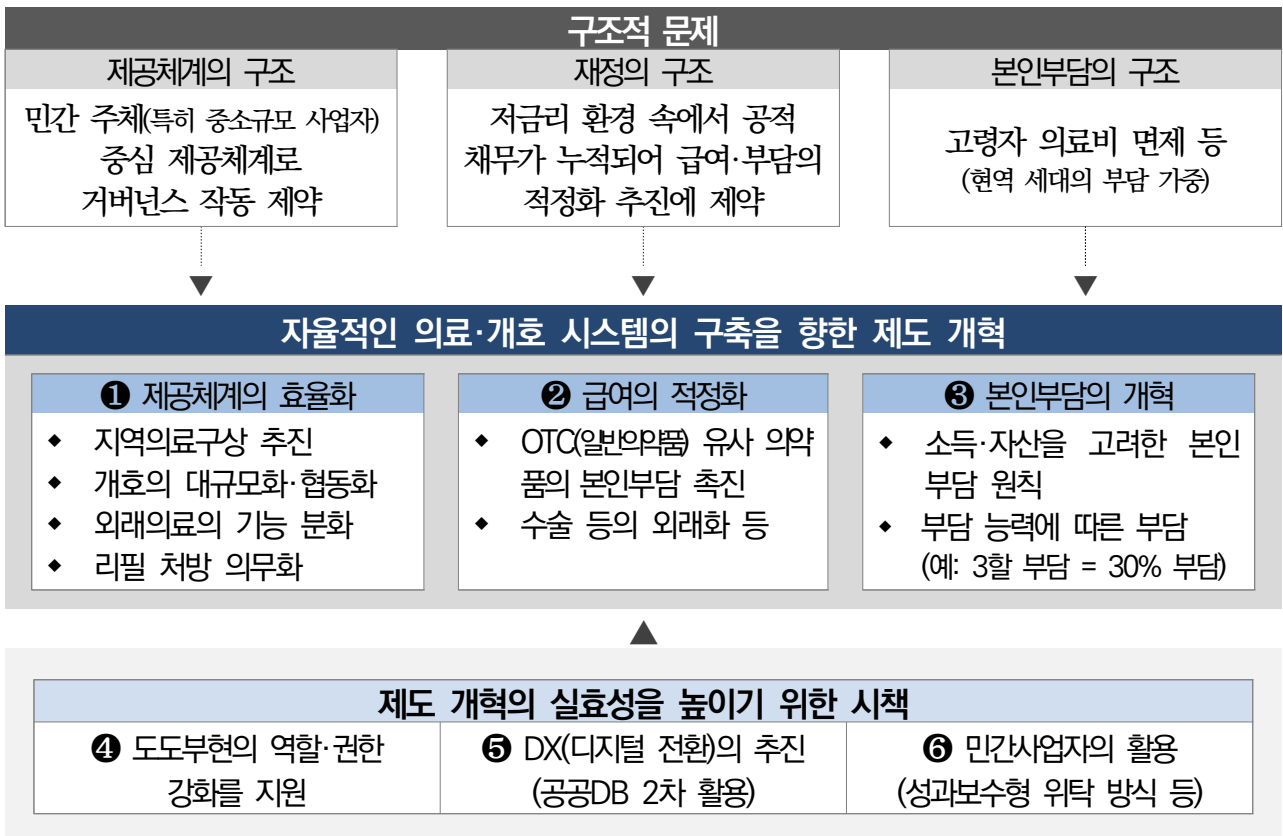
주요 정책 맥락 및 중점내용

중점내용	- 지역의료구상이 병상 조정·기능 분담에 정책 효과 - 지역별 건강보험 재정의 지속가능성 제고를 위한 방안 - 공공의료기관(공립·공적)의 역할 변화와 공공성 확보 방안 - 의사인력 불균형 해소 제도의 성과와 한계(의대 정원, 지역근무 의무제 등) - 의료취약지 필수의료서비스 지원 및 접근성 제고 방안
------	--

면담 결과

□ 일본의 의료·개호 개혁의 방향성

〈 일본의 의료·개호제도 개혁의 방향성 〉



주: Mitsubishi Research Institute 제공 자료

출처: 三菱総合研究所. (2024.6.14.). 社会保障制度改革の中長期提言 ―自律的な医療介護システムへの変革.

○ 지역의료구상 병상 기능 재편 정책의 효과

- 그간의 지역의료구상 계획을 통해 일본 내 전체 병상 수가 감소하여 목표 병상 수를 달성하였으나, 수요가 높은 병상(급성기, 회복기)으로의 기능적 재편 정책이 필요함.

□ 지역별 건강보험 재정 운영

○ 건강보험 운영체계 및 재정 구조

- 일본은 다수 보험자 체계이며, 직장가입자와 지역가입자 간 리스크가 상이하여 재정 불균형을 조정하는 것이 필수적임.
- (지역보험 운영) 지역보험은 도도부현(47개)과 연계하여 재정 리스크를 감소하는 역할을 함. 기존에는 시정촌별로 보험 재정을 운영했지만, 현재는 47개 도도부현이 1,800개의 시정촌에 재정을 재분배하는 구조로 운영되고 있음.

○ 보험자 노력지원제도(保険者 努力支援制度)

- (도입 배경) 지자체가 운영하는 지역보험은 고령자 비중이 높아 의료비 지출이 크므로 지속가능성에 대한 문제가 제기됨. 이에 보험자의 지출 저감을 위한 노력 수준을 평가하여 인센티브와 패널티를 배분하는 구조를 도입함.
- (제도 개요) 건강보험 및 후생연금보험 등 급여 및 의료비 절감 노력에 대한 재정적 인센티브 제도로, 피보험자의 건강증진과 의료비 적정화 노력을 얼마나 체계적으로 하는지를 평가하여 각 자치단체에 재원을 배분하고 있음.
- (재정 배분방식) 전국 재정 교부금 중 일부를 성과에 따라 배분하며, 노력도가 높을수록 더 많은 재정지원을 받음.
 - (평가항목) 특정 건강검진 수검률, 특정 건강지도 실시율, 예방접종률, 암 검진률, 의료비 적정화 노력(만성질환 예방 사업, 약제비 절감 등), 데이터 활용 수준, 지자체 단위 건강증진 프로그램 실적 등
- (제도 효과) 지자체가 단순 보험재정 관리자에서 '주민 건강관리 주체'로 전환하는 계기임. 예방의료, 만성질환 관리 사업이 확대되고, 주민 건강증진의 성과가 지자체의 행정 재원과 직접 연결되어 지역 간 의료비 격차 조정 및 성과기반 인센티브 구조를 구축하였음.

→ 일차의료(건강증진 및 예방) 강화를 위한 지자체 재정 인센티브 확대

□ 공공-민간의료기관의 기능 정립

○ 공공-민간의료기관의 역할

- 실제 일본의 의료 현장에서는 공공-민간이 구분되어 운영하지는 않으나, 공공의료기관에서는 급성기 의료를 담당하는 경향, 민간의료기관은 재활, 회복기에 중점을 두어 외래와 재택을 담당하고 있음. 일본은 의료기관은 효율성 측면보다는 의료기관이 가진 역량에 따라 나누어지는 경향임.

- (비교: 한국의 최근 공공의료 현황) 한국은 전체 의료기관 중 공공의료기관이 차지하는 비중이 10% 미만임. 최근 지역의료 강화에 대한 국정과제가 강화되면서 지역의 공공-민간의료기관 네트워크가 강화되는 추세임.

○ 공공-민간의료기관의 보상체계 및 재정 지원

- 공립 및 공적 의료기관에서는 입원 비중이 크고, 특히 급성기 병원은 DPC/포괄수가제 적용이 많음. 민간의료기관은 대부분 행위별 보상으로 결정되며, 일부 규모가 큰 민간병원은 DPC가 적용됨.
- (고난이도 의료서비스를 수행하는 공공병원) ①공립 의료기관은 행정기관(도도부현)이 설립 하였으므로 재원 충당 및 적자 만회가 용이하여 **응급의료서비스에 대한 효율성을 높일 수 있고**, ②공적 의료기관은 적십자, 재사회 등에서 설립하고 세금 우대를 받고 있어 민간 의료기관보다는 경영 면에서 유연함. 이처럼 공적 의료기관은 재정적 지원이 있으므로 병상가동률을 신경쓰지 않아도 되므로 공적 기능에 집중할 수 있음.
- 공공/민간 이분적인 구분이 아니라, '**기능에 얼마나 충실한지에 따라 의료질을 평가하는 것이 적절함**. 기능 기반한 평가로 의료기관 간 경쟁을 유도하고, 의료질을 높이는 것이 필요함.

□ 의료자원(의사인력) 쏠림현상 해소

○ 의사소수지역 지정 및 지원

- (의사 다수 또는 소수 지역의 지정) 의료법(医療法)에 근거하여 각 도도부현 정부는 의사 확보계획(医師確保計画)을 수립해야 하고 후생노동성이 제공하는 의사편재지표와 관련 기준에 따라 관할 구역 내의 2차 의료권(二次医療圏)을 의사 소수 또는 다수 지역으로 지정할 권한을 가짐.
- (의사편재지표를 통한 지역별 의사공급 모니터링) '의사편재지표'는 지역별 의료수요, 인구 구조, 의사의 인구통계학적 특성에 따른 노동 생산성 등을 종합적으로 고려한 지표로, 전국적으로 비교가능한 의사 분포 측정 기준임.
- (생산성을 반영한 의사 수 추정) 인구 당 의사 수는 연령대 등 노동 수준을 환산하는 변수를 반영하여, 실질적으로 지역의 의사 인력이 편중된 수준을 확인함. 노동시간은 진료와 관련된 서비스를 포괄하므로 인구 당 의사 수만 보는 것보다 실질적인 의료서비스 제공 역량을 측정할 수 있음.
- 의사편재지표 결과값에 따라 전국의 2차 의료권을 순위 매겨 하위 33.3%와 상위 33.3%를 각각 '의사 소수 지역(医師少数区域)'과 '의사 다수 지역(医師多数区域)'으로 지정함.
- (의사 소수 지역 관리 정책) 의사 소수 지역의 의사확보 방침으로는 인정의 제도, 지역할당제(쿼터) 의대생 대상 커리어 형성 프로그램 등이 있음.
- 의사가 부족한 지역은 공공의료기관 운영비 지원, 지방교부세 또는 지역의료개호 종합확보

기금을 활용한 의료 인프라 개선 등 재원을 추가로 투입함.

- (의사 다수 지역 관리 정책) 일본의 경우 의료기관이 과포화로 인한 관리가 필요하나, 도도부현 단위로 병원 허가제는 실질적으로 작용하지 않는 한계점이 있음.

○ 취약·소멸지역에 대한 의사인력 파견

- (지역별 전문의 수 조정) ‘전문의 연수제도’는 실링제도가 있어 지역/진료과마다 쿼터(정원 상한)가 있음. 의사 과잉/과소지역이 구분되어 있고, 과잉지역의 경우는 지역/진료과에 대한 규제를 강화하는 사례가 있음. *다만, 진료과별 쿼터는 실질적으로 작용하지 않음. *후생노동성 확인사항
 - 자치의과대학(自治医科大学, Jichi Medical University, 1972~): 지역 주민이 어디서든 동등하게 의료서비스를 받을 수 있도록 지역의사의 양성·공급을 제도적으로 뒷받침하는 목적으로 설립된 의과전문 교육기관임(전국 1개 기관).
 - (모집방식) 일본의 47개 도도부현으로부터 균등하게 학생 모집하며, 각 현에서 연간 2~3명씩 배정됨.
 - (학비 및 재정 지원) 입학생은 6년간의 학부 의학교육에 대한 학비 면제 또는 장학금 등 보조를 받음.
 - (의무 근무 기간) 졸업 후 9년간 “고향 현(Home Prefecture)”에서 의무 근무를 해야 하며, 수련 및 실무도 포함됨. 또한 그중 5~6년은 산간벽지 또는 원격지(rural area) 파견 근무가 포함됨.
 - (운영 결과) 졸업 후 의사의 지역 유치(retention)에 대한 효과가 있다고 평가되나(계약 준수율 95%), 의무 근무 완료 후 정착률이 현마다 차이가 있음. 의과대학 중에서 선호도는 높지 않은 편임.
- 한국의 지역필수의사제 시범사업(의대 지역 쿼터, 공공의대 설립안) 운영 취지와 상응하며, 양성된 의사의 지역 분배 및 공공성 강화에 중점을 둔 제도임.

○ 취약지역·가피시간 등 의사인력 부족에 대한 대안

- (타 전문 직종의 역할 확대) 의사를 대체하여 간호사가 개원하는 것이 허용되지는 않으나, 의사의 업무를 보조하기 위해 타 전문 직종이 업무를 대신 수행하거나(Task Shift), 의사와 타 전문직이 협력 및 분담하여 수행(Task Sharing)하는 방식을 허용함.

- **특정행위 수행 간호사 제도(特定行為研修制度)**: 2015년 개정된 간호사법(看護師法)에 근거하여, 특정 진료과의 의사 부족 해소 및 의사의 업무부담 완화를 목적으로 일정 교육을 이수(600시간 이상)한 간호사가 의사 지시하에 고난도 의료행위(21개 분야 38개 행위로 규정)를 수행할 수 있도록 함.
- 모든 행위는 의사의 포괄적 지시 및 사전 계획 아래에서 수행되며, **의사가 부족한 지방, 야간, 응급의료 현장에서 주로 적용됨.**
- 2019년 **働き方改革(Work Style Reform)** 정책*의 일환으로, **의사 업무를 팀 기반으로 분담**하는 것이 가능해짐. 후생노동성이 **Task Shift/Sharing 가이드라인**을 제시하여, 각 직종이 할 수 있는 구체적인 업무를 표준화·권장함.

* 인구 감소·고령화·노동력 부족에 대응하기 위해 정부가 전방위적으로 추진 중인 국가 정책 패키지

→ **의사부족지역 또는 취약지에는 의사인력을 충원하거나 양성하는 방안 외에, 단기적인 방안으로 타 전문직(간호사, 임상병리사, 방사선사, 약사 등)과의 업무 분담 및 협업 구조를 형성할 수 있는 표준 가이드라인 보급도 필요함.**

□ 인구소멸지역의 필수의료서비스 지원

○ 취약지 분만서비스 접근성 제고

- 취약지에 거주하는 산모가 인근 병원에 조기입원을 하는 지원제도가 있으며, 이는 일부 지자체에서 시행 중임. 또한, 일본의 여성가족부에서 교통비를 지원하는 정책을 올해(2025년~)부터 시행함.

원격지 거주 산모의 분만시설 교통비 및 숙박비 지원 사업

(「遠方の分娩取扱施設への交通費及び宿泊費支援事業」)

- **(대상자 조건)** 다음 중 하나 이상의 조건을 충족하는 산모
 - 1) 거주지로부터 가장 가까운 분만 가능 시설까지 이동 소요 시간이 약 **60분 이상**인 경우
 - 2) 의학적 이유로 산전산후 및 신생아 전문센터(周産期母子医療センター)에서 분만해야 하는 산모로서, 그 센터까지 이동에 약 **60분 이상** 걸리는 경우
- **(지원 내용)** 교통비 및 숙박비 모두 거주지 기준에 따라 지원금을 산정하며, “60분 이상 거리” 조건

지원 항목	지원 내용 및 금액
왕복교통비	- 거주지에서 분만 취급 시설까지 왕복 이동비용 - 대중교통 또는 자가용 이용 여부 및 이동 거리/시간 등에 따라 산출
숙박비	- 출산 입원 전 이 필요한 경우, 시설 인근 숙박시설 숙박비(최대 14박까지) 지원 가능 - 숙박 시 교통비 계산에서는 “숙박시설까지의 거리” 기준 등이 적용 * 숙박비 보조 시 “실비(実費)”에서 일부 공제 있음(예: 일박당 2,000엔 공제 등)

- 출산보조금에 보험 적용은 있지만, 의사를 움직이는 것만으로는 정책이 부족함. 의사의 노동환경을 개선하는 것이 더 중요함. 예를 들어, 의료기관을 통합하여 운영하여 로테이션을 도는 것을 제안함(업무 부담 및 리스크 분산).

→ **의료기관의 통합 운영은 물리적인 의료접근성을 낮추는 위험이 있으므로 공급 측면의 접근성 제고와 환자(주민) 중심의 서비스 접근성 제고를 양방향에서 고려해야 함.**

④	전국 지방자치단체 병원협의회(全国自治体病院協議会)
일 시	9월 12일(금) 13:00~16:00
장 소	전국 지방자치단체 병원협의회 본관 7층 회의실
참석자 (8)	○ (면담자) 望月 泉(모치즈키 이즈미, 회장), 原 博文(하라 히로후미, 총무부장) ○ (출장자) 정통령 국장, 조승아 과장, 강희정 실장, 김혜운 부연구위원, 이재은 전문연구원 ※ 통역사(손의섭 박사) 동행

주요 정책 맥락 및 중점내용

중점내용	- 공공병원이 담당하는 핵심 필수의료와 최근 강화 분야 - 공공병원의 경영형태 및 운영방식 - 운영 재원(보험 수가·지자체 교부세·국비)의 구조와 적자 보전 방식 - 의사 자원 확보방안(젊은 의료인 장기근무를 유도하는 인센티브)
------	--

면담 결과

□ 지역 공공병원의 역할

○ 공공병원 및 의료기관에서 주로 다루는 범위

- 공립병원의 역할 비중이 큰 분야는 산간벽지, 응급, 주산기 모자, 재해, 제1종 감염병, 암 분야이며, 고도, 선진, '정책의료'의 경우 국공립/공적 의료기관의 역할이 큼.
- (암) 일본의 경우, 암 진료는 지역의료 수준을 표준화하여 어느 지역에서든 일관된 수준의 서비스를 제공하고 있음. **암진료 거점병원을 도도부현 단위로 설립**하고, 하위 지역단위로 암 병원을 설립함.
- (비교: 한국 상황) 응급 및 구급서비스는 지역 내에서 서비스를 제공하는 한편, 암 진료는 주로 서울 및 수도권에서 제공하고 있음. 그러나, 응급 분야 중에서도 **소아, 대동맥질환** 등은 지방의 대도시에서도 포괄하기에 제약이 있음. 수도권에 쏠림된 분야는 지역의료 구상을 적용하기에 한계가 있음.
- (고도, 선진의료) 구체적인 개념은 없지만, 구명구급센터, NICU, SICU(Stroke ICU) / 로봇수술 등 고도의 임상수술 등이 고도의료에 해당됨. 일본의 민간병원(사립대학병원 제외)은 대부분 중소병원 규모의 서비스를 제공하고 있음. 선진의료는 **후생노동성에서 구체적인 항목을 확인할 수 있으며, 선진의료서비스 제공 시 환자의 동의가 필요함**. 각 의료기관에서 선진医료를 시행한 후 청구 신청해야 함.

○ 공공-민간병원의 역할 및 분포

- 공립병원은 상대적으로 인구 과소지역에 많이 설립되어 있고, 상대적으로 민간병원의 비중은 낮음. 인구 과소지역은 병원 및 의사 수가 적어 인근에 병원이 없는 경우는 거점병원에서 의사를 파견하기도 하여 "Magnet hospital"로 현립 또는 거점병원을 표현함(일본의 지

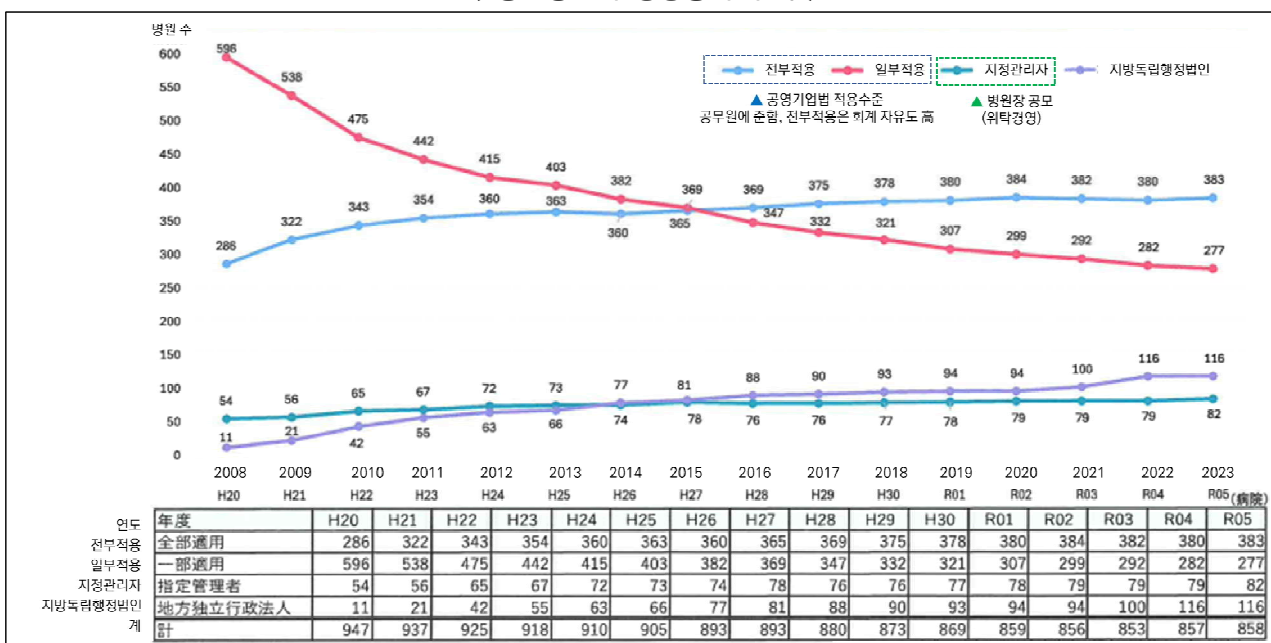
방에서도 의사 인력 부족 문제가 있음).

- 지방자치단체 병원은 지방교부세 등으로 인해 수지균형을 유지하고 있어, 적자가 발생하여도 운영이 가능함. 일본의 경우 국민들이 공공-민간의료기관의 질적 차이가 크지 않다고 여김. 다만, 민간의료기관이 많은 지역은 1인당 의료비 지출이 높은 경향이 있음.

○ 공립병원의 경영형태

- 「지방공영기업법」은 지방공공단체가 실시하는 기업의 조직, 재무, 직원의 신분 등에 관한 기본적인 기준을 정한 법률임. 이 법은 지방공공단체가 경영하는 기업(병원 등)에 있어서 경제성과 공공성의 양립을 도모하는 것을 목적으로 함.
- 해당 법이 ‘**전부 적용**’되는 경우, 재정 운영, 조직 체제에 관한 책임을 사업자(병원장 등)에게 부여하고, ‘**일부 적용**’되는 경우는 재정 운영에 대해서만 사업자(병원장 등)가 책임을 짐. 각 자치체(도도부현이나 시정촌)는 자치체의 재정이 엄격하므로, 공영 기업(병원 등)의 경영의 효율화를 도모하고자 ‘전부 적용’하는 병원이 점차 증가하는 추세임.
- ‘전부 적용’의 병원보다 더욱 경영의 효율화를 도모할 수 있는 것은 **지방독립행정법인**임. 지방공영기업법을 적용(전부/일부)하는 경우 의사나 간호사 등의 직원의 신분이 도도부현 또는 시정촌의 공무원이나, 지방독립행정법인 소속의 직원은 공무원 신분에 해당되지 않음. 이로 인해 사업자(병원장 등)의 경영 판단이나 직원의 채용 등의 자유도가 더 높아져 급여의 인하에 대한 결정도 자유로운 반면 적자가 커지면 이사장이나 이사를 포함한 직원의 보수를 절감하는 경우도 있음. 다만, 이사(임원)가 아닌 직원의 급여를 절감하게 되는 경우 공무원이 아니므로 조합협상으로 타결하는 것이 요구되어 적용하기는 어려움.
- 경영형태와 상관없이 공립병원은 **병원사업에 관한 지방교부세(일반+특별)**를 받을 수 있음.

〈 공립병원의 경영형태 추이 〉



구분	전부 적용	일부 적용
경영 책임	병원장(=사업관리자)	불명확
조직·체제에 관한 권한	병원장	주지사 및 시정촌장
직원 채용에 관한 권한	병원장	주지사 및 시정촌장
직원의 급여	경영 상황 등을 고려한 후 노사 협상을 거쳐 결정	시가 결정하는 급여와 동액

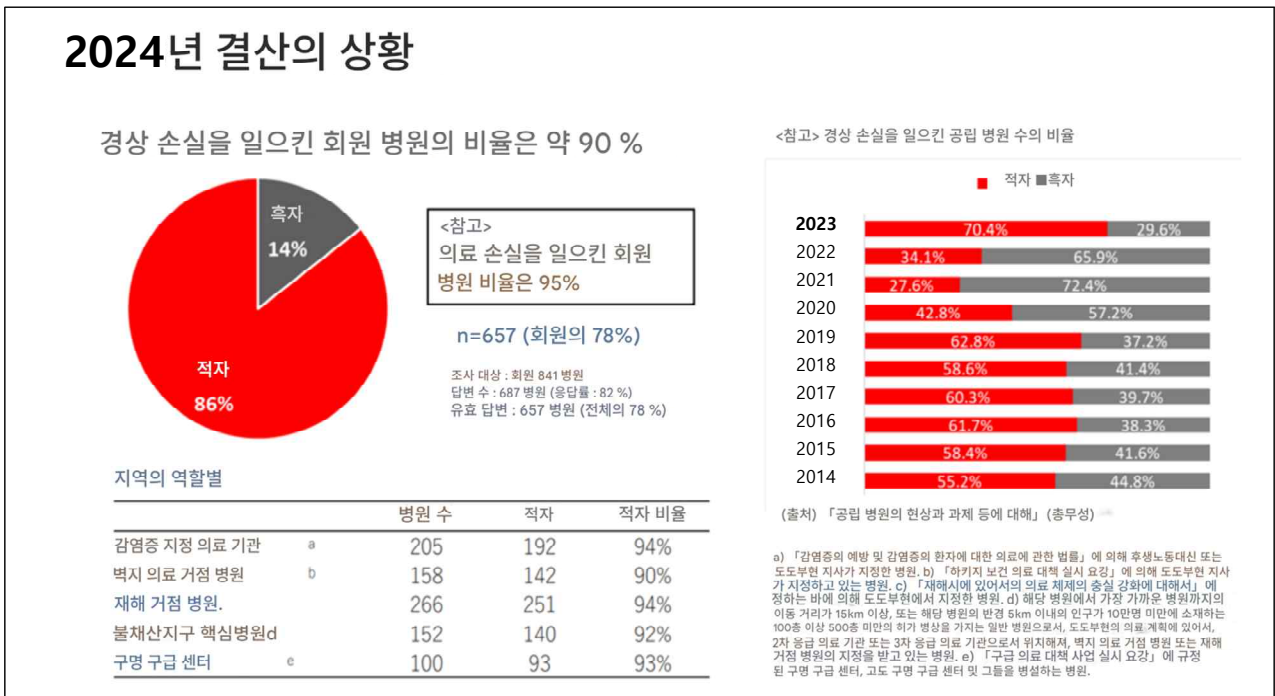
출처: 전국 지방자치단체 병원협의회(全国自治体病院協議会) 제공자료.

□ 지역 공공병원의 재정 현황 및 지원

○ 지역 공립병원 재정 실정

- 2021년은 코로나 보조금이 있어 흑자비중이 증가하였으나, 2023년 이후 코로나 병상 확보를 위한 보조금이 줄어들고, 인건비, 물가 등이 상승되면서 적자 병원 비중이 크게 증가함.
- 2023년 공립병원 전체 경상수지가 4년 만에 적자로 전환되었으며, 사상 최대의 적자(▲2,099억 엔)를 기록함. 2023년 적자병원 비율은 70%대로 증가하였으며, 2024년에는 경상수지 적자 병원이 약 86%에 이를 것으로 예상

〈 공립병원 경상수지 현황(흑자·적자 병원 비율) 〉



자료: GemMed. (2025, 8월 7일). 2024年度、自治体病院の86%が経常赤字、95%が医業赤字と「過去最悪」、大規模急性期病院では9割超が経常赤字—全自病・望月会長. GemMed | データが拓く新時代医療. <https://gemmed.ghc-j.com/?p=68625>

- 또한, 최근 인플레이션 상황으로 전환되어, 연간 5%씩 물가가 상승하고 있음. 이에 인건비, 재료비, 약제비 등이 크게 상승한 반면, 진료보수는 정액이어서 물가와 변동되어 상승하지 않았음. 다만, 일본 국민 입장에서는 수가 인상 시 본인부담이 늘어나므로 국민적 지지를 얻기도 어려운 상황임.
- 일본 공립병원의 적자의 가장 큰 원인은 진료수가로 보이며, 환자 수가 줄어드는 것도 적

자의 원인이 된다고 생각함.

- 공립병원뿐만 아니라 모든 의료기관에 적용되는 수가를 올리는 것이 필요하다고 생각함. 병상가동률이 원활한데도 적자가 발생하는 것은 수가의 보전이 필요함을 의미함.
- 적자를 충당하지 못하는 경우, 임금 채불 등의 문제가 발생할 수 있다고 예상함.

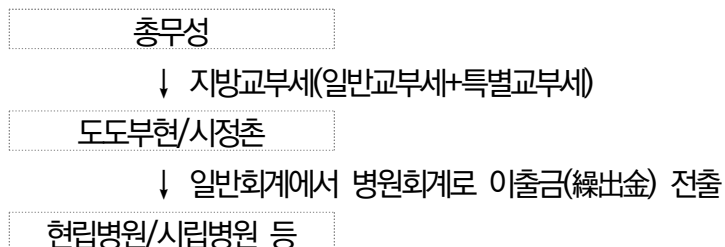
○ 재정 지원

- 공립병원은 **지방교부세법(地方交付税法)**과 **지방공영기업법(地方公営企業法)**에 따라 재정 지원을 받고 있음.
- 지방교부세법은 “국가 → 지방정부” 간 재정이전의 근거로, 지방공영기업법은 “지방정부 → 병원회계”로 재정을 전출(이출금)할 수 있는 근거로 작동

〈 재정지원 법적 기반 〉

지방교부세법 (地方交付税法)	제6조~제10조: 일반교부세(普通交付税) 규정 제16조~제18조: 특별교부세(特別交付税) 규정 병원사업은 행정수요(행정비용)의 일부로 교부세 산정 시 포함
지방공영기업법 (地方公営企業法)	제17조(경비부담의 원칙): “수익으로 충당하기 어려운 경비는 자치단체 일반회계에서 부담 가능” → 병원회계에 일반회계에서 이출(繰出) 가능 근거 조항

- **총무성(総務省)**에서 ‘**교부세 산정기준표(算定基準表)**’를 발표하고 있으며, 기준에 따라 공립병원은 **일반교부세**와 **특별교부세**를 모두 받을 수 있음(총무성 홈페이지에서 교부세 기준금액 확인 가능).
- 예를 들어, 응급의 경우 일반교부세 중 병상기준 교부세, 응급공지병원 분, 특별교부세 세 가지를 적용받음.
- ‘병원사업채 원리금 상환금’의 기준단가는 매년 업데이트하지만, 그 외 기준단가는 매년 업데이트하지는 않음.
- 일반 및 특별교부세는 병원의 ‘**일반회계**’로 편입되어 지원됨.



- 병원 설립 및 운영을 위한 교부세를 제외한 지원은 없음. 국가에서 도도부현 단위로 교부 후 도도부현에서 개별 의료기관으로 교부하나, 교부의 과정에서 일부 금액이 삭감되기도 함(지자체의 재정 여건에 따라).
- 현립병원의 인건비 비중은 45%가 이상적인 기준이지만, 70~80% 수준에 달하는 경우도 있음.
- (참고) 적십자병원은 보조금이 거의 없고 사업수익으로 운영되고 있음.

〈 병원사업에 관한 주요 지방교부세 조치(2024) 〉

일반교부세

항목	산정액
병상기준	최대 사용 병상수 ¹⁾ X 72,000엔
응급공지병원 분	응급병상수 X 1,697,000엔 X 32,900,000엔
정신병상(도도부현 분)	정신병상수 X 1,523,000엔
권역응급의료센터(도도부현 분)	센터수 X 182,102,000엔
병원사업채 원리금 상환금	원리금의 25% (특별분은 40% 보정)

특별교부세

구분			산정액
불채산 지역병원	100병상 미만	1종	최대 사용 병상수 ¹⁾ X 1,706,000엔 + 30,810,000엔
		2종	최대 사용 병상수 ¹⁾ X 1,138,000엔 + 20,540,000엔
	150병상 미만	1종	조정 후 병상수 ²⁾ X 2,014,000엔
		2종	조정 후 병상수 ²⁾ X 1,343,000엔
불채산 지역 중핵병원		1종	조정 후 병상수 ³⁾ X 1,561,000엔
		2종	조정 후 병상수 ³⁾ X 1,041,000엔
결핵병상(병상당)			2,210,000엔
정신병상(병상당, 시정촌분)			1,613,000엔
재활전문병원 병상(병상당)			445,000엔
주산기의료 병상 (병상당)		1종	6,594,000엔
		2종	5,274,000엔
		3종	3,485,000엔
		4종	2,790,000엔
소아의료 병상(병상당)			1,599,000엔
감염증 병상(병상당)			4,251,000엔
소아응급의료 제공 병원(병원당)			10,514,000엔
구급구명센터(센터당, 시정촌분)			182,102,000엔

주 1) 전년도 4월 1일부터 당해연도 3월 31일까지 사용한 병상 중 최대치

2) '허가병상수'와 '(100-(허가병상수-100)×2)' 중 작은 값

2) '허가병상수'와 '(100-(허가병상수-100)×1/4)' 중 작은 값

출처: 전국 지방자치단체 병원협의회(全国自治体病院協議会) 제공자료

- (현황) 2021년 기준 총수익(5조 8,401억 엔)은 경상수익(의료수익, 의료외수익, 국·현보조금)과 특별수익으로 구성되는데, 이 중 국·현보조금(후생노동성 등 국가 일반회계)은 6,224억 엔으로 총수익의 10.6%를 차지함. 병원 수익 구조상 별도 항목으로 산정되는 타회계 이출금(지방 일반회계로, 교부세 포함)은 6,384억 엔으로 총수익의 10.9% 수준임.
- 2019년까지는 국·현보조금이 총수익의 1% 미만이었으나, 2020년 이후에는 코로나19로 한시적으로 보조금이 상향된 것으로 보임.
- 반면, 타회계 이출금은 꾸준히 총수익의 9~11% 수준으로 지원
- 일본 공립병원협회(JPHA)는 지방자치단체가 공립병원에 적절히 이출금을 전출할 수 있도록 일반회계 이출금의 기준액 상향과 재원 확충을 요구(日本公立病院協会, 2025, p.52)¹⁾

〈 공립병원 손익수지 현황 〉

	2017	2018	2019	2020	2021	'21-'20
총수익	50,013	51,016	52,070	55,285	58,401	5.60%
경상수익	49,694	50,652	51,713	54,399	57,515	5.70%
의료수익	43,657	44,487	45,526	44,360	46,676	5.20%
의료외수익	5,843	5,911	5,956	5,113	4,615	-9.7%
국·현보조금	194	254	231	4,926	6,224	26.3%
특별수익	319	364	357	886	886	0.0%
타회계 이출금(별도계상)	6,082	6,203	6,302	6,493	6,384	-1.7%
총비용	50,998	51,887	53,054	53,919	55,105	2.2%
경상비용	50,461	51,337	52,693	53,149	54,259	2.1%
순손익	-985	-871	-984	1,366	3,296	141.3%
경상 손익	-767	-685	-980	1,250	3,256	160.5%

출처: 전국 지방자치단체 병원협의회(全国自治体病院協議会) 제공자료.

○ 현립병원 의사 자원확보

- 진료과 할당: 의과 등 기피과의 야간근무(당직) 시 기관단위로 주던 수가를 의사에게도 지급하기 시작함.
- 다만, 지역할당제로 6~9년 의무복무 시, 진료과 할당은 없음. 종합의(family doctor) 양성에 중점을 두고 있어서 진료과 할당은 없음. '종합전문의'로써 하나의 전문의 과정으로 인력을 양성하는 프로그램을 운영하려고 하고 있음.
- 대학병원에서 지역의 중핵병원, 의료원 등으로 파견을 보내는 경우, 의사나 그 대학병원에 인센티브가 내년(2026~)부터 적용될 예정임. 지금까지는 파견된 의사에 대해서만 지원금을 주었으나, 내년부터는 파견처인 의료기관에도 인센티브를 제공할 예정임.
- 공립병원도 충분히 보상이 되고 있지만(공무원 수준의 대우), 민간병원의 보수 수준이 높아 상대적으로 민간병원에 대한 선호가 높음. 연금은 일원화가 되어서 동일한 수준을 지급받음.

○ 지역의료구상계획에서 '지역의료 가산'

- 진료보수 산식 안에 포함되는 가산 항목.
- “지역의료 지원병원” 소개율(초진환자의 %가 의뢰서를 받고 왔는지), 역소개율(의뢰받은 환자를 돌려보내는 비율, 회송율)이 일정 수준을 충족했을 때 / CT, MRI 장비를 일정 수준 공유하고 있을 때 지역의료 지원병원으로 지정됨.
- 지역의료체제확보가산(地域医療体制確保加算): 지역 의사 편재 문제 해소, 필수의료(응급, 산과, 소아과 등) 제공을 위해 특정 병원에 가산(620점)
 - 입원 첫날 산정 가능하며, 응급의료체제, 주산기 의료 또는 소아응급의료체제에서 중요한 기능을 담당하고 있는 병원이어야 함.

1) 日本公立病院協会. (2025). 令和6年度 公立病院の経営に関する調査 結果報告書. 日本公立病院協会.
https://www.jppha.or.jp/sub/topics/2025/20250425_2.pdf

- 병원 근무 의사의 부담 경감 및 근무 조건 개선을 위한 체제를 갖추고 있어야 함.
- 지역의료지원병원 입원진료 가산(地域医療支援病院入院診療加算): 도도부현이 지정한 지역의료지원병원(地域医療支援病院)에 대해 입원 기본료에 가산(1000점)
- 입원 첫날 산정 가능하며, 소개환자(referral)에 대한 의료 제공, 병상 및 고가의 의료기기 공동 이용, 24시간 응급의료 제공 등의 기능을 갖춘 것을 평가함.
- 다만, 이 가산을 산정할 경우, ‘소개 수진 중점 의료기관 입원 진료 가산(A204-3)’과 중복 산정 불가함.
- (주산기 모자 병원) 출산은 질환이 아니기 때문에 별도 수가가 책정되어 있지는 않고, 병원 별로 서비스 가격을 책정하고 있음. 원격지 거주 산모에 대한 이동 수당은 부재함. 보험진료로 급여하는 것의 필요성이 제기되고 있지만, 분만서비스로 수익 창출을 하고 있는 기관은 급여화에 대한 저항이 있음.
- (재택의료 수가) 재택의료의 수가가 높게 책정하고 있어서 오히려 선호되는 경향이 있음. 일단 진료하는 환자 수가 적더라도 어느정도 보상이 되고 있는 구조임. 의사가 직접 방문하기 보다 간호사가 가거나, 방문간호 station을 운영하고 있음(보완 가능).

□ 지역 공공병원의 운영방식(병원장 선출 등)

○ 공립병원(현립)의 병원장 선출 및 임기

- 공립병원의 의사들은 의무직 공무원임. 단, 지방독립행정법인에 소속된 의사는 공무원은 아니며, 지역 순환보직이 가능한 체제임.
- 공적 병원의 병원장의 전형 방법은 병원마다 상이하나 임명권자는 도지사나 시정촌장이 됨.
 - 병원 내부에서 임원회의를 통해 책임자를 도지사나 시정촌장에게 추천하거나 의사를 파견하고 있는 대학 의학부의 추천을 받아 정하기도 함.
 - 병원 내부에서 승진한 사람이 병원장이 되는 경우가 많음(젊은 시절에는 여러 지역의 병원을 다니다가, 부장급 이상일 때 한 병원에 정착하는 경우가 많음).
 - 또한, 의학부(특히 국립대학 의학부)의 교수 등이 도지사나 시정촌장 등의 임명을 받아 공적 병원의 병원장에 취임하기도 함.
- 공립병원이 국립대병원과 정기적인 협의체가 있으나, 지역마다 운영이 상이함.

□ 지역의료구상 정책의 평가

- 2007년 지역의료구상 정책으로 인해 지속적으로 병상 수가 줄어들었으며, 민간부문의 병상도 감소되었음.

□ 협의회의 운영

- 정부에서 별도로 지원받는 것은 없고, 회원 병원들의 회비(수입의 1/3)과 사업수익(지자체 병원의 보험 가입, 연수교육 등)으로 운영되고 있음.

4 방문 사진

✓일시 9/10(수) 15:00~17:00 ✓방문기관 일본 의사회(日本医師会)



✓일시 9/11(목) 9:30~11:00 ✓방문기관 후생노동성 보험국(厚生労働省 保険局)



✓일시 9/11(목) 14:30~16:30 ✓방문기관 후생노동성 의료산업정보과(厚生労働省 医産情課)



✓일시 9/12(금) 10:00~11:30

✓방문기관 Mitsubishi Research Institute



✓일시 9/12(금) 13:00~15:00

✓방문기관 전국 지방자치단체

병원협의회(全国自治体病院協議会)

