



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

해외 의과대학의 지역 의사 양성을 위한
학생 선발제도 및 교육 프로그램
비교연구

연세대학교 대학원
의 학 과
박 소 희

해외 의과대학의 지역 의사 양성을 위한
학생 선발제도 및 교육 프로그램
비교연구

지도교수 양 은 배

이 논문을 석사 학위논문으로 제출함

2025 년 1 월

연세대학교 대학원

의 학 과

박 소 희

박소희의 석사 학위논문으로 인준함

심사위원 _____ 양 은 배 _____

심사위원 _____ 이 일 학 _____

심사위원 _____ 이 영 준 _____

연세대학교 대학원

2025 년 1월

감사의 글

끝나지 않을 것만 같았던 학위논문을 드디어 완성하는 날이 오네요. 2024년 한 해 동안 제 마음속 가장 무겁게 자리 잡고 있던 짐이 한결 가벼워진 기분입니다. 논문의 완성에 의의를 두자고 다짐했지만, 그럼에도 부족한 점이 많은 상태로 끝냈음에 아쉬움이 남는 건 어쩔 수 없나 봅니다. 석사과정을 밟는 2년은 학문을 공부하는 시간이기도 했지만, 학자로서의 꿈을 키우는 과정에서 제 정체성에 대해 끊임없이 고민한 시간이기도 했습니다. 앞으로 이 분야에서 제가 할 수 있는 역할은 무엇일지, 어떠한 방향으로 전문성을 키워나가야 할지, 이런저런 고민을 키워나가다 보니 벌써 졸업이 다가왔네요.

2024년은 저뿐만 아니라 많은 분께도 힘든 한 해가 아니었을까 합니다. 혼란스러운 상황 속, 처음 생각해 두었던 연구에서 방향을 바꾸어야 할 수밖에 없게 되면서 올해 안에 연구를 무사히 끝낼 수 있을지, 졸업은 할 수 있을지 걱정도 많이 되었습니다. 교수님과 춘천에 출장을 갔다 홀로 서울로 돌아오는 기차에서 속상함과 착잡함에 눈물을 흘렸던 기억은 아직도 납니다.

그렇지만 많은 분의 소중한 도움이 모여 오늘 이 감사의 글을 쓸 수 있게 되었습니다. 무탈하게 학위논문을 잘 완성할 수 있도록 물심양면 도와주신 양은배 교수님, 진심으로 감사드립니다. 연구의 시작부터 끝까지 옆에서 교수님께서 저를 잡아주신 덕분에 완주할 수 있었습니다. 2학기쯤엔가, 공부를 할수록 의학교육학의 정체성을 잘 모르겠다던 제 말에, 계속해서 파다 보면 여러 고리가 끼워 맞춰지는 날이 올 것이라고 하셨는데요. 여전히 갈 길이 멀지만, 그 말씀의 의미가 조금은 이해가 되는 지금입니다.

부족한 점이 많은 이 연구를 위해 피가 되고 살이 되는 조언을 해주신 이일학 교수님, 이영준 교수님께도 감사드립니다. 연구계획서 자문심사부터 시작해 교수님들께서 해주셨던 말씀 덕분에 이렇게나마 완성된 형태를 하고 제 연구가 세상에 나올 수 있게 되었습니다. 그리고 이미 이 고난의 시간을 무사히 버텨 내셨던 의학교육학전공 선배 선생님들의 따듯한 응원도 큰 동력이 되었습니다. 특히, 매주 수요일 함께 수업 들으며 동고동락하였던 김홍욱 선생님, 그리고 이번 학기 논문을 같이 완성하느라 정말 고생하신 이보라 선생님, 이단비 선생님께는 더욱 깊은 마음으로 감사드립니다. 선생님들께 정말 많이 배웠고, 덕분에 석사과정 2년이 지난하기만 한 여정은 아니었습니다. 마지막으로 언제나 저의 든든한 버팀목이 되어주는 제 소중한 보물, 우리 아빠, 엄마, 동생에게 늘 감사하고 사랑한다는 말 전합니다.

차 례

표 차례	ii
그림 차례	iv
국문 요약	v
제1장 서론	1
1.1. 연구의 필요성	1
1.2. 연구문제	5
1.3. 용어의 정의	6
제2장 이론적 배경	8
2.1. 지역 의사 양성의 배경	8
2.2. 의과대학생의 지역 의사로서의 경력 개발	13
2.3. 지역 의사 양성과 교육 정책	18
2.4. 지역 의사 양성을 위한 학생 선발과 교육	27
제3장 연구 방법	36
3.1. 연구 대상	36
3.2. 분석 방법	46
제4장 연구 결과	57
4.1. 학생 선발 제도	57
4.2. 교육 프로그램	84
4.3. 학생 선발 제도 및 교육 프로그램의 비교	128
제5장 요약, 결론 및 제언	152
5.1. 요약	152
5.2. 결론 및 제언	155
참고 문헌	160
ABSTRACT	174

표 차례

표 1. 일차 선정 분석대상 기관	37
표 2. 미국 의과대학의 선정기준 충족 여부	39
표 3. 일본 의과대학의 선정기준 충족 여부	39
표 4. 최종 선정 분석대상	40
표 5. 분석대상 의과대학의 사명	41
표 6. 분석자료의 출처 및 내용	43
표 7. 분석 문헌 선택 기준	45
표 8. 문헌연구방법에 따른 연구절차	47
표 9 Bereday의 4단계 비교모형에 따른 연구절차	48
표 10. 학생 선발제도의 비교 준거 도출을 위한 선행연구	50
표 11. 교육 프로그램의 비교 준거 도출을 위한 선행연구	52
표 12. 미국과 일본 의과대학의 학생 선발제도와 교육 프로그램의 비교 준거	53
표 13. 교육정책 차용 모형에 따른 우리나라에의 시사점 도출 절차	55
표 14. 연구단계별 연구내용	56
표 15. 미국 의과대학의 지역의사 양성을 위한 학생 선발제도	65
표 16. 미국 의과대학의 지역의사 양성을 위한 학생 선발제도 특별 전형 유형	70
표 17 미국 의과대학의 지역의사 양성을 위한 학생 선발제도 비교 결과	73
표 18. 일본 의과대학의 지역의사 양성을 위한 학생 선발제도	79
표 19. 일본 의과대학의 지역의사 양성을 위한 학생 선발제도 비교 결과	83
표 20. 미국 의과대학의 지역의사 양성을 위한 교육 프로그램	98
표 21. 미국 의과대학의 지역의사 양성을 위한 교육 프로그램 비교 결과	107
표 22. 일본 의과대학의 지역의사 양성을 위한 교육 프로그램	119
표 23. 일본 의과대학의 지역의사 양성을 위한 교육 프로그램 비교 결과	127
표 24. 미국과 일본 의과대학의 지역의사 양성을 위한 학생 선발제도 비교 -선발 규모와 지원 자격	129

표 25. 미국과 일본 의과대학의 지역의사 양성을 위한 학생 선발제도 비교	
-평가 도구	131
표 26. 미국과 일본 의과대학의 지역의사 양성을 위한 학생 선발제도 비교	
-평가 준거	131
표 27. 미국과 일본 의과대학의 지역의사 양성을 위한 학생 선발제도 비교	
-선발에 따른 의무이행 조건	133
표 28. 미국과 일본 의과대학의 지역의사 양성을 위한 학생 선발제도 비교	
-선발 학생에 대한 지원	134
표 29. 미국과 일본 의과대학의 지역의사 양성을 위한 교육 프로그램 비교	
-프로그램 유형 및 기간	136
표 30. 미국과 일본 의과대학의 지역의사 양성을 위한 교육 프로그램 비교	
-프로그램 대상 및 시기	138
표 31. 미국과 일본 의과대학의 지역의사 양성을 위한 교육 프로그램 비교	
-프로그램 목표	140
표 32. 미국과 일본 의과대학의 지역의사 양성을 위한 교육 프로그램 비교	
-프로그램 내용	141
표 33. 미국과 일본 의과대학의 지역의사 양성을 위한 교육 프로그램 비교	
-지원체제	143

그림 차례

그림 1. 본 연구의 비교모형	49
----------------------------	----

국 문 요 약

해외 의과대학의 지역의사 양성을 위한 학생 선발제도 및 교육 프로그램 비교연구

본 연구는 우리나라 의과대학의 지역의사 양성 교육정책 수립에의 시사점을 도출하기 위해 지역의사 양성을 목적으로 미국과 일본 의과대학에서 실행하고 있는 학생 선발제도와 교육 프로그램을 비교 분석하였다. 연구문제는 ‘지역의사 양성을 위한 미국과 일본 의과대학의 학생 선발제도는 어떠한 특징이 있는가?’, ‘지역의사 양성을 위한 미국과 일본 의과대학의 교육 프로그램은 어떠한 특징이 있는가?’, ‘지역의사 양성을 위한 미국과 일본 의과대학의 교육정책은 어떠한 공통점 및 차이점이 있는가?’이다.

본 연구는 문헌연구방법과 비교교육연구방법을 사용하였다. 분석대상은 미국과 일본의 각 5개 의과대학으로, 총 10개 기관이다. 학생 선발제도의 비교 준거는 선발 규모, 지원 자격, 선발 평가 도구와 준거, 선발에 따른 의무이행 조건, 선발 학생에 대한 지원이다. 교육 프로그램의 비교 준거는 프로그램의 유형과 기간, 제공 대상과 시기, 목표, 교육 내용, 그리고 프로그램을 위한 지원체제이다. 교육정책 차용 모형에 기반하여 미국과 일본 간의 비교로부터 우리나라 의과대학의 지역의사 양성을 위한 교육정책에의 시사점을 도출하였다.

연구결과는 다음과 같다. 첫째, 미국 의과대학은 지역의사 양성을 위해 지역 출신 또는 유관 학생을 선발하고, 학부 학점, 의과대학 입학시험 성적, 추천서, 면접, 그 외 지원자 경험 관련 서류를 활용하여 학업 능력, 사회적 문제에 대한 인식, 대인관계 능력, 문제 해결 능력 등을 검토한다는 점에서 유사하였다. 기관별 특별 전형은 입학 전 단계 관리, 복합 학위, 지역 출신 학생 차별 교육 유형으로 구분되며, 평가 준거와 의무이행 조건, 제공되는 지원 내용에서 유형별 차이가 있었다. 일본 의과대학은 지역별 정원을 설정하여 학생을 선발하고, 대입시험, 적성시험, 면접을 통해 학업 능력, 논리적 사고, 지역의료에 대한 관심 등을 평가한다는 점에서 공통적이었다. 그러나 기관마다 지역 정원 학생 선발의 규모와 지원 자격, 제공하는 재정적 지원의 금액과 의무근

무 조건의 구체적인 사항은 차이가 있었다. 둘째, 미국 의과대학의 지역의사 양성을 위한 교육 프로그램은 조기 임상노출 기회를 제공하고, 지역의사가 참여하며, 지역사회 프로젝트를 포함한다는 점에서 유사하였으나, 프로그램의 기간과 지원체제, 그리고 학생 선발제도와 교육 프로그램 간의 연계성 측면에서는 기관별로 차이가 있었다. 일본 의과대학은 지역의료 관련 필수 임상실습이 이루어지는 장소, 프로그램 담당 부서, 장기형 프로그램 제공 여부가 유사하였으나, 조기 임상노출 교육 실행 여부, 지역사회 프로젝트 포함 여부, 그리고 실습 장소 지정 여부라는 측면에서 기관별 차이를 보였다.

본 연구의 결론과 우리나라 의과대학에의 시사점은 다음과 같다. 첫째, 지역의사 양성을 위해 미국 의과대학은 기관의 자율적인 선발제도의 실행을 통해 지역 출신 학생을 선발하고, 일본은 국가 정책인 지역정원제도를 통해 추후 지역의사로서 근무할 학생을 지역별 정원으로 선발한다는 특징이 있다. 둘째, 지역의사 양성을 위한 교육의 실행에 있어 미국 의과대학은 의료취약지역과 일차의료 분야의 실제 경험을 강조하고, 일본은 의료시스템에 대한 이해와 지역 중사 의향을 가진 학생들 간의 교류를 강조한다는 특징이 있다. 셋째, 미국과 일본 의과대학은 지역의사 양성을 위해 졸업 후 지역에서 근무할 가능성이 큰 학생을 선발하는 평가 준거와 도구를 선발에 활용한다는 점에서는 공통적이거나, 선발 후 의무이행 조건과 제공하는 지원의 상이한 측면을 강조한다는 점에서 차이가 있다. 넷째, 미국과 일본 의과대학의 지역의사 양성을 위한 교육 프로그램은 지역사회 구성원이 인적 자원으로서 투입된다는 점에서 공통적이거나, 교내 프로그램의 담당 조직의 양상에는 차이가 있다. 우리나라 의과대학의 지역의사 양성을 위한 학생 선발과 교육 간의 연속성이 보장되어야 하고, 대학과 지역사회 간의 협력 구조가 수립되어야 하며, 학생 선발과 교육의 성과를 지속적으로 점검해야 한다. 후속연구에서는 우리나라 의과대학의 맥락에 적합한 학생 선발제도를 수립하고 교육 프로그램을 개발할 것을 제안한다.

핵심되는 말: 지역의사, 학생 선발, 교육 프로그램, 비교교육연구

1. 서론

이 장에서는 미국과 일본 의과대학의 지역의사 양성을 위한 학생 선발제도와 교육 프로그램에 대한 비교연구의 필요성을 제시하였다. 그리고 연구의 목적과 연구문제를 진술하고, 이 연구에서 사용된 주요 용어를 정의하였다.

1.1. 연구의 필요성

모든 개인은 존엄과 가치를 가진 인간으로서 행복을 추구할 권리를 가지며, 또한 인간다운 생활을 할 권리를 가진다. 건강은 인간다운 생활의 가장 핵심적인 조건으로서, 욕구의 위계 상에서도 건강과 직결되는 생리적 욕구와 안전 욕구는 가장 기초적인 단계의 욕구로 상정된다(Maslow, 1943). 현대 사회는 의학의 발달에 힘입어 높은 수준의 건강을 꾀할 수 있게 되었다. 이로 인해 단순히 의식주가 확보된 최소수준의 삶이 아닌, 언제 어디서든 건강한 몸과 마음으로 생활할 수 있는 삶이 중요해졌다. 이러한 배경에서 국가는 국민의 의료에 대한 접근성을 보장할 책무를 가지고, 국민은 국가의 보호 아래 건강한 삶의 방식을 끊임없이 추구한다.

그러나 오늘날 한 국가 내의 지역 간 의사 인력이 불균형적으로 분포하는 현상이 국가의 의료 접근성 보장 의무와 개인의 건강한 삶에 대한 권리를 저해하고 있다. 우리나라의 경우, 2021년 기준 도시 대비 농촌 지역의 의사 밀도는 78.8%로, OECD 평균인 71.1%를 상회한다는 점에서 지역 간 의사 인력의 편차가 극심하지는 않다(바른의료연구소, 2023). 그러나 인구 1,000명당 의사 수가 1명 미만인 것으로 집계된 지역이 경기, 강원, 충북, 충남, 경북, 경남 권역에 있으며, 1998년 의사 인력의 지역 간 분포를 조사한 결과와 비교한 결과 2020년의 도시 지역과 소도시 및 농촌 지역 간의 격차가 증가하였다(김창엽 외, 1998; 김계현 외, 2022에서 재인용). 이러한 점에서 우리나라도 지역 간 의사 인력의 불균형적 분포 문제에서 자유로울 수 없는 상황이다.

지역의사 인력을 확대하고자 전 세계적으로 다양한 관점에서의 접근이 이루어지고 있다. 재정적인 지원을 제공하거나 지역의 정주 여건과 사회적 인프라를 개선하여 지역에서 근무하도록 유인하는 방법, 지역에서의 삶 또는 법률에 기반한 정책의 시행을

통해 지역에서의 근무에 대한 사회적 계약을 맺는 방법 등이 그 예이다(이종구 외, 2015). 이러한 방식들은 대부분의 국가에서 독립적이고 배타적으로 이루어지기보다는 동시다발적으로 이루어지고 있다. 그러나 이는 모두 이미 의사로서 활동하고 있는 인력을 지역에서 근무하도록 하는, 인력 ‘확보’에 주안점을 둔 해결책으로서 그 효과가 단기적이고 일회적일 수 있다. 이로 인해 지역에서 활동하는 의사 인력을 충분히 ‘양성’하는 장기적인 방안으로서의 교육적 중재도 함께 주목받고 있다.

지역의사 인력을 양성하는 데에 가장 효과적이라고 밝혀진 교육적 접근으로는 지역의사로 성장할 가능성이 큰 학생을 선발하는 것과 지역의사로의 진로선택을 촉진하는 교육과정 개선이 있다(Russel et al., 2021). 특히, 의사 부족 지역 출신의 학생의 선발(Rabinowitz et al., 2012; Goodfellow et al., 2016; MacQueen et al., 2018; Shipman et al., 2019), 입학 시점에 지역 근무 의향을 보이는 학생의 선발(Laven & Wilkinson, 2003; Avery et al., 2011), 지역사회에서의 실제적인 교육 경험 기회 제공(Rabinowitz & Paynter, 2000; Rabinowitz et al., 2008; Elma et al., 2022) 등의 지역의사 양성 효과를 입증하는 근거가 축적되었다. 이는 의과대학이 사회적 책무성을 가지고 지역 간 의사 인력의 불균형적 분포 현상을 해결하기 위한 다양한 노력을 기울여야 함을 의미한다.

그러나 지역의사 양성에 대한 교육적 중재의 효과가 입증되었음에도 불구하고, 우리나라 의과대학의 지역의사 양성을 위한 교육적 시도는 아직 미흡하다. 2015년부터 시행되기 시작한 ‘지역인재 선발제도’에 따라 비수도권에 위치한 의과대학은 기관 소재 지역 출신의 학생을 일정 비율 이상 선발하고 있다. 현재까지 발표된 ‘지역인재 선발제도’의 효과와 관련된 연구는 의과대학 입학전형에 따른 지역 근무 차이를 검토한 연구(윤재철 외, 2024), 지역사회 인재 양성을 위한 코호트 구축 사례연구(최효선 외, 2023) 등이 있다. 나아가, 해당 전형으로 선발한 학생을 차별화된 교육과정에 따라 교육함으로써 지역의사로 성장할 수 있도록 연속적인 교육적 중재를 해야 할 필요성이 제기되었으나, 국내 의과대학에서 지역인재 선발과 연계된 교육을 실행하고 있다고 보고된 사례는 여전히 드물다. 지역사회의 의료 상황에 대한 이해를 제고하기 위한 개별 대학의 경험을 다룬 연구로는 지역사회 기반 교육 프로그램 개발 사례(김용익,

신영수, 1992; Yoo et al., 2018), 지역사회의학 관련 실습 경험 사례(박훈기, 2003), 지역사회 기반 교육을 실행한 경험 사례(박일환, 2013) 등에 대한 연구가 있다. 여러 기관의 지역사회의학 관련 교육 현황을 검토한 연구로는 41개 의과대학의 임상실습 교육과정 운영 현황을 분석한 연구(김상현 외, 2009), 8개 의과대학의 지역사회 관련 사회적 책무성 실행 현황을 분석한 연구(허정식 외, 2022)가 있다. 제도의 효과를 검토하는 연구는 제도의 개선 방향을 파악할 수 있는 방법 중 하나임에도 불구하고 활발히 이루어지지 않고 있어 우리나라 의과대학의 지역 의사 양성을 위한 교육정책 발전이 가속화되지 못하고 있다.

2020년에는 보건복지부가 ‘지역의사제도’의 시행을 통한 지역의료 강화 계획을 발표하였다. 향후 10년간 총 4,000명의 의과대학 정원을 증원하여 ‘지역의사 선발전형’으로 지역 출신 학생을 선발하고 졸업 후 의사가 부족한 지역에서 근무하도록 하여 지역의사로 양성하겠다는 내용이 핵심이다. 해당 제도는 지역의사 인력의 양적 규모의 측면에서 접근하여 지역 간 인력의 불균형적 분포 현상을 해결하고자 하는 것으로 보인다. 그러나 어떠한 방식으로 학생을 선발하고 어떠한 교육 프로그램을 제공하여야 할지에 대한 구체적인 논의가 함께 이루어지지 않는다면 제도의 효과가 보장될 수 없다.

우리나라의 상황과는 대조적으로 일본에서는 국가적 차원에서 지역의사를 양성하기 위한 자치 의과대학과 지역정원제도의 성과 및 장기적 효과를 확인한 연구가 지속적으로 수행되어 왔다(Matsumoto et al., 2008a, 2008b; Matsumoto et al., 2021). 또한, 제도의 구체적인 구성요소와 인력 양성 효과 간의 관계를 알아보기 위한 연구가 이루어졌다(Yahata et al., 2021; Kataoka et al., 2018; Yamamoto et al., 2018). 미국의 경우, 국가적 차원에서 시행되고 있는 장학금 제도의 효과(Pathman et al., 2004), 각 의과대학이 실행하고 있는 특징적인 학생 선발제도와 교육 프로그램의 지역의사 양성에 대한 효과(Kardonsky et al., 2021; Eidson-Ton et al., 2016; Cosgrove et al., 2007; Butler et al., 2021)가 다수의 연구에 의해 입증되어왔다.

의과대학 교육정책 실행의 효과를 확인하고 개선할 점을 검토하는 것은 더욱 효과적인 정책으로 발전시키기 위해 필요한 작업이 무엇인지 확인하는 기회를 제공한다.

이는 대학의 전체적인 교육의 방향성을 지속적으로 모니터링하는 데에 기여할 뿐만 아니라, 실질적으로 교육 자원을 효율성 있게 재분배하는 데에도 영향을 미칠 수 있다. 따라서, 지역 의사 양성을 위한 의과대학 차원의 교육정책을 시행하고 그 효과를 검토해온 국가들을 대상으로 연구를 수행하고 이를 통해 의미 있는 결과를 도출해내는 작업이 필요하다. 특히, 미국과 일본은 지역 의사 양성과 관련한 사회적 논의에서 본보기가 될 만한 사례로서 빈번히 언급되는 국가이다. 두 국가의 의과대학에서 지역 의사를 양성하기 위해 학생을 선발하고 교육하는 방식을 알아보는 것은 유사한 정책의 시행이 요구되는 우리나라에 의미 있는 시사점을 제공할 것이다.

이상의 필요성 하에 본 연구는 미국과 일본 의과대학에서 지역 의사 양성을 위해 실행해온 학생 선발제도와 교육 프로그램을 비교하고, 그 결과로부터 우리나라 의과대학의 지역 의사 양성을 위한 교육정책 수립에의 시사점을 도출하고자 한다.

1.2. 연구목적

본 연구는 우리나라 의과대학의 지역의사 양성을 위한 교육정책의 개선 방향을 제시하기 위해 미국과 일본 의과대학에서 실행하고 있는 학생 선발제도와 교육 프로그램을 비교하는 데 목적이 있다. 이러한 연구목적을 달성하기 위해 설정한 구체적인 연구문제는 다음과 같다.

1. 미국과 일본 의과대학의 지역의사 양성을 위한 학생 선발제도는 어떠한 특징이 있는가?

1-1. 미국 의과대학의 학생 선발제도의 특징은 무엇인가?

1-2. 일본 의과대학의 학생 선발제도의 특징은 무엇인가?

2. 미국과 일본 의과대학의 지역의사 양성을 위한 교육 프로그램은 어떠한 특징이 있는가?

2-1. 미국 의과대학의 교육 프로그램의 특징은 무엇인가?

2-2. 일본 의과대학의 교육 프로그램의 특징은 무엇인가?

3. 미국과 일본 의과대학의 지역의사 양성을 위한 학생 선발제도와 교육 프로그램은 어떠한 공통점 및 차이점이 있는가?

3-1. 학생 선발제도 상의 공통점 및 차이점은 무엇인가?

3-2. 교육 프로그램 상의 공통점 및 차이점은 무엇인가?

3-3. 우리나라 의과대학의 지역의사 양성을 위한 학생 선발제도 및 교육 프로그램에 대한 시사점은 무엇인가?

1.3. 용어의 정의

1.3.1. 지역 의사

보건의료인력에 관한 논의에서 ‘지역의사’는 의사 인력 부족 지역에서 근무하는 의사를 의미하는 용어로 사용되어왔다(보건복지부, 2020). 우리나라에서는 의사 인력이 주로 수도권과 대도시에서 집중되어 있으므로 이외의 지역에서 활동하는 의사를 가리키는 용어로서 활용되고 있다.

이를 바탕으로 본 연구에서는 ‘지역의사’를 ‘의과대학 졸업 및 의사 면허 취득 후 대부분의 기간을 의사 밀집 지역이 아닌 곳에서 활동하는 의사’로 정의하였다.

1.3.2. 학생 선발제도

고등교육기관으로서 대학의 학생 선발제도는, 입학전형이라는 특정한 형식적 요소를 갖추으로써 고등교육의 성격을 규정하고 국민들의 고등교육 기회를 배분하여 공정성을 확보하는, 여러 쟁점이 내포된 사회적 의사결정의 집합체이다(김동석, 2006).

이와 같은 규범적 정의를 참고하여 본 연구에서는 지역의사 양성을 위한 학생 선발제도를 ‘지역의사 양성을 목적으로 특정한 요소와 조건을 갖추어 의과대학으로의 입학 기회를 배분하는 선발제도’로 정의하였다. 이때 ‘특정한 요소’란 고등교육기관의 일반적인 학생 선발제도를 구성하는 요소인 선발 인원, 인재상 및 선발 원칙, 평가 도구, 선발 절차 등을 의미한다. 또한 ‘특정한 조건’이란 의과대학 소재지 출신인 자, 또는 졸업 후 특정 지역에서의 근무를 희망하거나 의무 근무에 동의한 자 등에 특정한 형태의 선발 혜택을 부여하는 것을 의미한다. 이에 따라 졸업 후 지역에서의 근무 등을 조건으로 입학 시 혹은 재학 중에 경제적 혜택(예: 장학금, 학자금 대출)을 제공하는 제도는 본 연구의 범위에서 제외하였다. 또한, 의과대학으로의 입학이 확정된 후에 진행되는 과정은 선발과 무관한 것으로 간주하였다.

1.3.3. 교육 프로그램

‘교육 프로그램’은 일정 기간동안 특정한 교육적 과제를 수행하거나 사전에 결정된 학습 목표를 달성하기 위해 설계 및 기획된 일련의 집합 혹은 배열의 교육적 활동 또

는 의사소통을 의미한다(UNESCO, 2011). 이때 학습 목표는 어떠한 개인, 시민, 사회, 고용과 관련된 맥락의 지식, 기술, 그리고 역량 향상을 포함한다. The Joint Committee on Standards for Educational Evaluation(2010, Fitzpatrick, 2012에서 재인용)은 ‘특정한 상황의 특정한 개인 혹은 집단의 특정 요구와 관련된 구체적인 목표를 달성하기 위해 관리된 자원을 활용하며 문서화 가능한 산출물, 성과, 그리고 영향을 초래하는, 계획된 체계적인 활동의 집합’으로 프로그램을 정의한 바 있다. 공통적으로 개인, 조직, 자원, 그리고 관리의 요소를 지속적으로 활용하여(투입), 특정한 요구와 관련한 성과를 달성하기 위한(목적), 일련의 계획적이고 체계적인 활동의 집합(활동)을 강조한다.

이를 바탕으로 본 연구에서는 지역 의사 양성을 위한 교육 프로그램을 ‘의과대학생들의 지역 의료에 대한 이해도 및 관심도 제고를 목적으로 특정한 조직을 갖추어 일정 기간 제공되는 일련의 체계적인 교육 활동’으로 정의하였다.

1.3.4. 지역 출신자, 유관자

본 연구에서 ‘지역 출신자’는 미국과 일본의 경우 각각 다른 의미를 가진다. 미국의 경우 대학이 위치한 주의 법적 주민(legal resident)을 의미하고, 일본의 경우 현 내 고등학교를 졸업한 자를 의미한다. ‘지역 유관자’의 경우에도 미국과 일본의 맥락에서 각각 다른 의미를 지닌다. 미국의 경우, 각 기관이 학생 모집요강에 제시한 특정 주와의 관련 사항(‘ties’)을 지닌 자로, 관련 사항의 내용은 기관마다 상이하다. 일본의 경우, 현 외 지역에서 고등학교를 졸업하였으나 현재 현에서 특정 기간 거주중이거나, 학생의 부모가 현에서 특정 기간 거주 중인 경우를 지칭한다. 미국과 일본 모두 ‘지역 유관자’는 ‘지역 출신자’보다 지역과의 직접적인 관련성은 상대적으로 약하나 지역과의 관련성을 충분히 보유하고 있다고 추정할 수 있는 조건들을 가지고 있다.

2. 이론적 배경

이 장에서는 지역 의사 양성의 배경을 고찰하고, 한국, 미국, 일본의 각국에서 지역 의사 양성을 위해 시행해온 교육정책의 사례를 검토하였다. 나아가 의과대학생의 경력개발과 지역 의사 양성 교육정책의 관계를 규명하고, 지역 의사 양성을 위한 학생 선발과 교육의 이론적 기반을 정립하였다.

2.1. 지역 의사 양성의 배경

2.1.1. 의료에서의 형평성과 접근성

지역 의사 양성에 관한 논의에 있어 중요한 개념 중 하나는 의료에서의 형평성(equity)이다. 보건의료의 지역 간 차이는 의료의 형평성을 저해하기 때문이다. ‘형평성’은 사회적 정의에 기초한 개념으로, 의료에서의 형평성은 부, 명예 등의 사회적 배경이 다른 집단 간에 의료의 구조적인 불균형이 부재한 상태를 의미한다(Braveman & Gruskin, 2003). 이는 의료 자원의 수적인 균등을 뜻하는 ‘평등성(equality)’과는 구분되는 개념이다(오영호 외, 2007). 의료에서의 형평성에 관한 논의는 크게 건강의 평등(equality of health), 동등한 필요에 따른 동등한 이용(equal utilization of equal need), 동등한 필요에 따른 동등한 접근(equal access for equal need)으로 구분된다.

‘의료에 대한 접근성’ 또한 지역 의사 양성과 관련된 논의와 불가분한 개념이다. 의료 접근성 개념에 대한 정의는 학자마다 그 내용이 다르나, 접근성을 설명하는 단계 또는 차원을 활용하여 유사하게 설명되고 있다. Gulliford et al.,(2002)은 의료에 대한 접근성을 의료서비스의 ‘사용 가능성’(availability)과 ‘이용성(utilisation)’, 서비스의 ‘적절성’(relevance)과 ‘효과성’(effectiveness)의 4가지 차원으로 나누어 설명하였다. Guagliardo(2004)는 Gulliford et al.,(2002)의 ‘사용 가능성’과 ‘이용성’ 개념을 접근성의 ‘단계(stage)’라고 표현하며 접근성의 정의를 제시하였다. 의료서비스는 수요와 공급이 존재하는 곳에 잠재적 접근, 즉 ‘이용성’이 발생하는데, 이것이 실제적 접근, 즉 ‘사용 가능성’으로 실현되기 위해서는 개인적, 재정적, 조직적 장애물이 없어야 한다. 그러나

이러한 장애물이 모두 극복되었다고 할지라도 의료에 대한 접근성은 완전히 보장되지 않을 수 있다. 단순히 서비스를 사용할 수 있는지 여부를 넘어 적재적소에, 최선의 효과를 얻을 수 있도록 사용할 수 있을 때 의료에 대한 접근성은 완전히 보장된다 (Gulliford et al., 2002).

한편, 지역의사 양성의 필요성과 더욱 밀접하게 관련되어 있는 개념으로는 ‘공간적 접근성(spatial accessibility)’이 있다(Guagliardo, 2004). 이는 Penchansky & Thomas(1981)의 의료서비스와 서비스 이용자 간의 균형(degree of fit)을 결정하는 요인에 대한 설명과 관련 있다. 의료서비스와 환자 간의 균형은 서비스의 사용 가능성(availability)뿐만 아니라 ‘물리적 접근 가능성(accessibility)’, ‘지불 가능성(affordability)’, ‘수용 가능성(acceptability)’, 그리고 ‘조절 가능성(accommodation)’(4 A’s)에 의해 결정된다. 이때, ‘수용 가능성’은 공급자와 수요자의 서로에 대한 태도와 믿음, ‘지불 가능성’은 직간접적 의료 비용에 대한 환자의 지불 능력, ‘조절 가능성’은 예약, 대기 시간 등 의료기관의 환자 요구에 대한 적절한 대응을 뜻하는 것으로, 각각 Gulliford et al.(2002)의 개인적 장애물, 재정적 장애물, 조직적 장애물에 대응된다. 지역에 근무하는 의사 또는 의료기관의 부족으로 인해 환자의 선택지가 줄어드는 현상은 지역에서의 의료서비스에 대한 사용 가능성을 저해한다. 또한, 환자가 거주하는 동네로부터 의료서비스가 이루어지는 장소까지 매우 멀거나 이동시간이 오래 걸리는 경우에 접근 가능성이 저해된다. 이를 고려하였을 때, 지역의사 양성은 사용 가능성과 물리적 접근 가능성을 포괄하는 공간적 접근성 보장을 위해서 그 필요성을 가진다고 볼 수 있다.

의료 접근성의 개념을 통해 의료서비스의 전달이 형평성 있게 이루어지고 있는지를 판단할 수 있다. 의료에 대한 접근성, 의료자원의 분배에 있어 동등한 집단에 대한 동등한 처우(equal treatment of equals)는 형평성의 수평적 차원을 설명하는 반면, 동등하지 않은 집단에 대한 동등하지 않지만 형평적인 처우(unequal but equitable treatment of unequals)는 형평성의 수직적 차원을 설명한다(Tao et al., 2014). 지금까지 의료를 둘러싼 정책과 경제 등은 ‘다름’의 구성요건과 정도를 실증적으로 산출하기 어렵기 때문에 의료의 ‘수평적 형평성’에 집중해왔다(Van Doorslaer & Wagstaff,

1992; 이용재, 2005). 그러나 수직적 형평성을 추구하는 것이 바람직하다는 주장도 제기되어 왔다(Mooney, 2000).

지역의사 양성의 필요성은 이러한 의료의 형평성과 의료 접근성에 대한 논의를 바탕으로 대두되었다. 오늘날 국가는 국민의 건강을 보장할 의무가 있고, 이를 위해 국민이 이용하는 의료서비스의 접근성을 높여야 할 필요가 있다. 우리나라의 경우 이에 대한 법적인 근거를 헌법에서 찾아볼 수 있다. 헌법 제35조 제1항은 “모든 국민은 건강하고 쾌적한 환경에서 생활할 권리를 가진다.”라고 규정하고 있으며, 제36조 제3항에서는 “모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다.”라고 명시되어 있다. 헌법, 상의 건강권을 뒷받침하기 위해 <보건의료기본법>, <건강가정기본법>, <건강검진기본법>, <국민건강증진법>, <국민건강보험법> 등의 개별 법령이 시행되고 있다. 특히, <보건의료기본법>은 “보건의료를 통하여 모든 국민이 인간으로서의 존엄과 가치를 가지며 행복을 추구할 수 있도록 하고 국민 개개인이 건강한 삶을 영위할 수 있도록 제도와 여건을 조성하며, 보건의료의 형평과 효율이 조화를 이룰 수 있도록 함으로써 국민의 삶의 질을 향상시키는 것”을 기본 이념으로 함으로써 건강 보장의 방향성을 함께 제시하고 있다.

2.1.2. 의사 인력의 지역 간 불균형적 분포

의사 인력의 수요와 공급 간 불균형 문제는 크게 양적 불균형, 질적 불균형, 그리고 분포의 불균형으로 구분할 수 있다(이종구 외, 2015). 양적 불균형은 의사의 총수를 기준으로, 질적 불균형은 의사의 자격 및 자질을 기준으로 파악될 수 있다. 분포의 불균형은 지역, 전문과목, 의료기관 및 의료서비스를 기준으로 판단되는 불균형을 의미한다. 의사 인력이 국가 전역에 균형 있게 분포하는 것이 의료 접근성 확보에 중요한 문제임에도 불구하고 오늘날 의사 인력의 수요와 공급 간에는 불균형이 발견되고 있다.

의료에 대한 공간적 접근성을 높이기 위한 지역의사 양성 방안의 기반에는 ‘지역’에 대한 논의가 자리잡고 있다. 일반적으로 특정 지역을 ‘도시(urban area)’와 ‘농어촌(rural area)’으로 구분하는 방식은 인구 규모와 밀도, 행정적 준거, 그리고 경제적 구

조와 특징과 같은 특성에 기반하고 있다(WHO, 2021). 그러나 동시에 ‘시골 지역성(rurality)’은 지리학적 특성을 넘어서, 행동 규범, 전통과 종교 관습과 연관된 사회적 역할에 대한 지역사회의 시각, 강력한 유대관계, 자급자족 및 자기신뢰에 대한 높은 가치 부여, 시골 인구 감소에 따른 생존에 대한 노력 등을 포함하고 있는 복잡한 개념이다(WHO, 2021). 이처럼 도시와 시골을 구분하는 절대적 기준이 존재하지 않아 그 경계가 본질적으로 모호하다. 우리나라의 경우에도 ‘시’, ‘읍’, ‘면’과 같은 행정적 준거만을 기준으로 해당 지역을 도시와 시골로 구분할 수는 없다.

지역의사 양성과 관련하여 의료의 지역적 불균형 측면과 함께 흔히 ‘의료취약(medically underserved)’ 집단 혹은 ‘의료에 있어 과소대표되는(medically underrepresented)’ 집단이 언급되기도 한다. 미국 보건복지부(U.S. Department of Health & Human Services)는 ‘의료취약’ 집단을 시골, 노인, 문맹, 빈곤 인구 등 의료 서비스에 대한 충분한 접근성을 갖지 못하는 집단으로, ‘의료에 있어 과소대표되는’ 집단에 대해서는 인종, 민족성, 연령, 성별, 사회경제적 지위 등으로 인해 의료 문제에 있어 전체 인구에 대해 비율적으로 소수에 속하는 집단으로 정의하였다. 미국의 경우 대표적으로 흑인, 히스패닉, 라틴계, 인디언 또는 알래스카 원주민 등이 과소대표되는 집단에 속한다. 두 집단 모두 주로 의료서비스가 충분히 공급되지 않는 지역에 거주하고 있는 경우가 많으므로 의료에 대해 낮은 접근성을 가지고 있을 가능성이 크다. 지역의사 양성은 이러한 집단의 의료 접근성을 보장하기 위해서도 그 당위성을 지닌다.

의료에 대한 형평성과 접근성에 대한 논의를 종합해보았을 때, 의사 인력의 지역 간 불균형 문제를 논함에 있어 중요하게 고려되어야 하는 것은 궁극적으로 각 지역에서 지속적인 의료 접근성 보장이다. 우리나라의 경우, 대부분의 의사 인력이 수도권 지역에 분포하고 있는 문제와 더불어 특정 ‘시’ 내에서도 의사 인력의 분포에 차이가 있는 불균형 문제가 존재하므로, 어떤 지역이 일반적 기준에 따라 도시로 분류된다고 해서 해당 지역에서 근무하는 의사를 양성해야 할 필요성이 적어지는 것은 아니다.

지역 간에 의사 인력이 균형 있게 확보되도록 하기 위해서는 그들의 근무 지역 선택에 영향을 미치는 요인에 대한 고려가 필수적이다. 특정 지역의 의사 인력이 부족

한 것은 의사들이 해당 지역에서 근무하기를 원하지 않는다는 것을 의미하기 때문이다. 이미 의사들의 근무 지역 선택에 영향을 미치는 다양한 요인에 대한 연구는 다수 이루어졌다. 근무 지역 선택에 영향을 미치는 대표적인 개인적 결정요인으로는 연령과 성별(Kristiansen & Førde, 1992), 가족(이정찬 외, 2020), 성장 지역, 출신 대학 또는 수련병원 소재지(Orzanco et al., 2011; McGrail et al., 2011; Jamieson et al., 2013; 김계현 외, 2022), 의과대학 재학 또는 전공의 수련 도중 관련 경험(Jamieson et al., 2013; Taati Keley, 2016) 등이 있다고 밝혀졌다. 개인적 요인뿐만 아니라 사회적 요인 또한 의사들의 근무 지역 선택에 큰 영향을 미치는 것으로 나타났다. 대표적인 요인으로는 지역 인프라(김계현 외, 2022), 농어촌 지역 근무에 대한 정부 지원(Xu et al., 1997)이 있다.

2.2. 의과대학생의 지역의사로서의 경력개발

2.2.1. 지역의사로서의 경력개발 및 진로발달

지역의사 양성의 기본 전제는 지역의사로서의 진로를 희망하는 의과대학생이 존재한다는 사실이다. 진로는 단순히 직업만을 지칭하는 것이 아닌, 개인의 가치관과 태도를 포함하여 일과 관련된 전반의 활동을 아우르는 포괄적인 개념이다. 의과대학생의 진로에 대한 준비와 경력개발은 일회적이기보다는 지속적으로 이루어지는 발달적인(developmental) 과정이다. 또한, 의과대학생의 진로는 전문과목뿐만 아니라 근무 지역, 근무 기관의 유형, 고용의 형태 등에 대한 문제를 모두 포함하고 있는 복합적인 선택의 결과이다(Yang et al., 2019). Super(1957, 유수복, 유혜미, 2014)은 이러한 개인의 진로발달 단계를 성장기, 탐색기, 확립기, 유지기, 쇠퇴기의 5단계로 구분하여 제시하였다. 이 중 의과대학으로의 입학과 재학 기간은 탐색기에 해당하는데, 탐색기는 다시 현실화(crystallization), 구체화(specification), 실행화(actualization) 단계로 구분된다. 직업적 선호를 결정짓는 현실화는 학생이 의과대학으로 입학함과 동시에 일차적으로 이루어지며, 의과대학 재학 기간동안 다양한 역할모델을 경험하며 진로선택을 보다 구체화하게 된다. 졸업 후 의사 자격을 취득하고 전문과목을 선택하여 전공의 수련교육을 받은 후 사회로 진출하는 과정은 실행화를 거쳐 확립기로 나아가는 것이라고 해석할 수 있다.

여러 진로발달 단계를 거치며 의과대학생은 합리적인 진로 결정과 목표 성취를 위한 실제적인 행위, 즉 진로 준비 행동(career preparation behavior)을 한다(김민정, 2016). 개인의 진로발달과 진로 준비 행동에는 다양한 맥락적 요인이 영향을 미치는데, Krumboltz(1992, 고향자, 1992에서 재인용)는 사회인지진로이론(social cognitive career theory)을 바탕으로 이러한 요인을 설명하였다. 사회인지진로이론에 따르면, 진로선택은 선천적 능력 및 특수능력, 환경적 조건과 사건, 학습경험, 그리고 과제접근 기술의 4가지 영향요인에 의해 결정되고, 이 요인들은 서로 상호작용한다. 선천적 능력 및 특수능력에는 성별, 인종, 지능 등이 포함되며, 환경적 조건 및 사건에는 직무

혹은 직업훈련의 기회, 사회적 정책, 교육시스템, 소속 집단의 영향 등이 포함된다. 학습경험은 도구적 학습경험과 연합적 학습경험으로 구분된다. 도구적 학습은 직업 또는 교육적 수행에 필요한 기술 등을 직접 학습하는 것을 의미하고, 연합적 학습은 모델링을 통해 직업전형을 학습하는 것과 같이 환경을 관찰함으로써 간접적으로 학습하는 것을 의미한다. 과제접근기술은 수행에 필요한 기술, 수행 표준과 가치, 습관 등을 포함한다.

위의 내용과 관련하여 의과대학생의 일차의료 분야의 진로를 선택하는 데 영향을 미치는 다양한 요인을 설명하기 위한 모형이 개발되었다(Pfarrwaller et al., 2017). 해당 모형은 두 부분으로 이루어져 있는데, 모형의 중앙 부분은 의과대학 입학에서부터 졸업까지의 의과대학생의 진로선택 과정을 나타내고, 바깥 부분은 의과대학생의 진로 의사결정에 영향을 미치는 시스템을 나타낸다. 해당 문헌에서는 의과대학 입학 시점에 시작되어 졸업 시점까지 진행되는 진로의 결정 과정이 사회인지 진로이론을 바탕으로 설명된다. 입학 시 보유하고 있는 학생의 개인적 특성과 일차의료에 대한 관심은 특정한 진로 목표와 의향으로 이어져 재학 도중 일차의료 분야 과목 수강과 같은 행동을 하도록 한다. 이를 바탕으로 졸업 시점에 전공과목, 선호 환자 집단, 근무 지역 등에 대한 의사결정 내용을 가지고 수련 과정에 진입한다. 이때, 의사결정에 영향을 미치는 시스템은 크게 미시체계(microsystem), 중간체계(mesosystem), 외부체계(exosystem), 그리고 거시체계(macrosystem)의 수준으로 구분되어 설명되고 있다. 미시체계는 학생이 직접적으로 경험하는 교수진, 의사들, 교육과정과 평가시스템, 롤모델, 가족 및 친구들 등이며, 미시체계의 해당 요소들은 상호작용하며 중간체계를 형성한다. 반면, 외부체계는 학생에게 간접적인 영향을 행사하는데, 그 예시로는 대학의 사명, 의료시스템, 의사 부족 문제, 의료 자원, 직무 기회 등이 있다. 마지막으로 거시체계는 외부체계에 영향을 미치는 가장 넓은 범위로서, 일차의료에 대한 국가적 지원, 사회적 요구, 의과대학의 문화 등을 포함한다.

Cuesta-Briand et al.(2020)은 Pfarrwaller et al.(2017)의 모형이 일차의료 분야뿐만 아니라 다른 전문과목과 근무 지역 선택에 관해서도 적용될 수 있다고 하며, 이를 적용하여 졸업 후 경력을 시작하는 의사들의 전문과목과 농어촌 지역 근무와 관련된 진

로 결정을 검토하는 연구를 수행하였다. 해당 연구는 신입 의사들이 근무 환경, 근무 지역, 또래 집단, 그리고 가족의 네 가지 주요 미시체계의 구성원임을 도출함으로써 지역 의사로서 근무하는 데 영향을 미치는 요인들을 보다 구체적으로 밝혀내었다. Pfarrwaller et al.(2024)은 Pfarrwaller et al.(2017)의 모형을 바탕으로 의과대학생의 진로를 선택하는 복잡한 역학적 과정을 밝혀내기 위한 연구를 수행하였다. 해당 내리티브 탐구 연구를 통해 일차의료 분야 진로를 선택하는 학생들의 전문적 정체성이 시간이 흐름에 따라 점차 명료해지면서 특정 전문과목의 내용 기반에서 라이프스타일 기반으로 진로에서의 우선순위가 변화해나가는 현상을 발견하였다. 또한, 학생들은 저마다의 진로 관련 의사결정을 내리는 과정을 밟아나갔는데, 이러한 과정은 적극적인 탐색부터 수동적인 행동까지 넓은 범위의 행동을 포함하고 있었다.

이를 종합해볼 때, 의과대학생은 진로를 선택하기까지 의과대학으로의 입학 시점에서부터 시작하여 다양한 환경적 맥락과 내외부적 요소의 영향을 받으며 역동적인 과정을 거치게 된다는 점을 알 수 있다. 특히 지역 의사로서의 진로를 결정함에 있어서는 크게 전공과목에 대한 고민과 근무 지역에 대한 고민이 크게 작용하는데, 이러한 의사결정에는 학생의 개인적 특성인 성별, 연령, 학업 능력, 출신 지역과 같은 요소와 더불어 지역 의사 양성과 관련된 국가적 지원, 의과대학의 지역 의사 양성에 대한 교육적 사명 등과 같은 거시적 요인이 상호작용하며 영향을 미친다는 사실을 확인할 수 있다. 복잡적이고 역동적인 진로선택 과정에서 학생들은 저마다의 진로 준비 행동을 취하면서 진로를 구체화해나가고, 그 행동의 결과로서 습득하는 지역의료와 관련된 다양한 학습경험은 다시 학생들의 지역 의사라는 진로에 대한 인식에 영향을 미치게 되는 것이다. 이를 고려하였을 때, 지역 의사 양성을 목적으로 의과대학에서 실행하고 있는 학생 선발제도와 교육 프로그램에 대한 연구를 수행하는 것은 의과대학생이 지역 의사라는 진로에 대해 구체적으로 탐색하며 의사결정을 내리는 과정에서 긍정적인 영향을 미치는 다양한 요소를 깊이 이해함으로써 실제 우리나라 의과대학의 교육정책에 시사점을 얻는 데 기여할 수 있다.

2.2.2. 경험 학습과 진로선택

지역사회 또는 지역의료와 관련된 학습경험은 의과대학생이 지역의사라는 진로를 결정하고 경력을 개발해나가는 과정에 영향을 미친다. 이러한 관점은 앞서 살펴보았던 사회인지 진로발달이론뿐만 아니라 진로 구성주의 이론(career construction theory) 등의 이론에 의해서도 공유된다. 개인은 진로와 관련된 행동 또는 직업적 경험에 의미를 부여하고, 자신의 특성과 환경에 적합하게 진로를 구성해나간다(Savickas, 2002). 이처럼 개인의 경험이 진로발달 과정에서의 특정한 행위나 의사결정 등으로 이어지는 현상은 경험학습이론에 그 뿌리를 두고 있다.

경험학습은 경험에 의한 학습(learning by doing)과 경험을 통한 학습(learning from doing)을 의미한다(김지자, 정지웅, 2001). 이러한 경험학습을 이론화하여 설명한 경험학습이론(experiential learning theory)은 Jean Piaget, Kurt Lewin, John Dewey 등의 학자를 거쳐 David A. Kolb에 의해 하나의 모형으로서 확립되었다. 해당 학자들은 공통적으로 학습에 있어 경험의 중요성을 설명하며 학습자의 능동적인 참여, 성찰적 사고, 실천적인 변화 등을 강조하였다(채수진, 2020). Piaget(1971, 채수진, 2020에서 재인용)의 논리적 사고 발달 이론에서 환경과의 상호작용이 지식 구성에 있어 수행하는 역할은 학습에서 경험이 어떻게 활용되는지에 대한 단서를 제공한다. Dewey(1938, 채수진, 2020에서 재인용)는 실제 경험 과정을 학습에 통합시키는 것의 중요성을 주장하며 경험과 학습 맥락에서의 성찰적 사고에 주목하였다. 이러한 사회심리학, 교육심리학, 인지심리학 분야의 연구를 바탕으로 경험학습이론이 발전되었다.

경험학습이론은 느끼고, 생각하고, 관찰하고, 행동하는 환경에서의 과정으로서의 학습을 중시하였다. Kolb(1984, Tanaka & Son, 2019에서 재인용)가 제시한 학습의 순환 모형(learning cycle)은 구체적 경험(concrete experience), 성찰적 관찰(reflective observation), 추상적 개념화(abstract conceptualization), 그리고 적극적 실천(active experimentation)의 네 가지 단계로 이루어져 있다. 학습자는 직접적이고 구체적인 경험을 하는 과정에서 경험에 대한 성찰을 하게 되고, 이를 바탕으로 도출한 개인적인 도식이나 이론을 다른 관련된 활동에서 직접 실행에 옮기는 학습의 단계를 밟는다.

경험학습이론은 학습자가 경험을 통해 새로운 정보나 지식을 습득하는 인지적 영역에서의 앎뿐만 아니라 새로운 행위로의 실천적인 변화를 겪는 과정을 함께 설명하였

다. 이로 인해 지식, 술기, 태도를 아우르는 종합적 영역의 역량 향상을 목표로 하는 의학교육 분야에서도 주목받고 있다. 특히, 지역의사 양성에 있어 경험학습이론에 주목하는 이유는 지역과 관련한 긍정적인 교육 경험이 지역의사로서의 진로선택을 촉진하기 때문이다(Eley et al., 2008). 의과대학생의 전공 선택과 관련된 Bland & Meurer 모형은 일차의료 분야로의 진로를 결정하는 데 영향을 미치는 다양한 결정요인을 설명한 대표적인 연구로부터 제시된다(Bland et al., 1995). 저자는 학생의 개인적인 특성이 의과대학으로의 입학 후 제공받는 교육과정과 다양한 교육 경험이 졸업 시점에서의 가치관 형성에 영향을 미치고, 이것이 직업과 관련한 학생의 요구 형성으로 이어진다고 설명하였다. Bland-Meurer 모형을 기반으로 의과대학생의 진로 선택에 대한 체계적 문헌고찰을 수행한 Querido et al.(2016)은 의사로서의 경력개발이 의과대학으로의 입학과 동시에, 또는 이전에 시작되어, 개인적 배경과 의과대학 재학 중 마주하는 여러 교육적 경험을 바탕으로 한 자기성찰을 통해 개인의 진로 계획으로 수립되어 나간다고 하였다. 이때 교육적 경험이란 학생이 수강하는 강의, 실습 강좌, 환자와의 경험 등의 교과 활동과 여타 비교과 활동 등을 모두 포함하며, 이러한 경험들은 학생 개인의 진로에 대한 관심의 수준에 영향을 준다. Kolb의 경험학습 모형에 비추어 보았을 때, 의과대학생들은 대학에 재학하며 제공받는 교육적 경험을 바탕으로 저마다의 성찰을 거쳐 진로에 대한 본인의 관심사, 신념, 가치관 등을 형성하고, 이에 기반하여 이는 졸업 후 학생들의 특정한 진로를 선택하고 경력을 개발하는 실천적인 행위로 이어진다는 것을 알 수 있다.

2.3. 지역 의사 양성과 교육 정책

2.3.1. 지역 의사 양성을 위한 교육 정책

지역 의사 양성의 당위성에 대한 논의를 바탕으로 우리나라, 미국, 일본에서는 각국의 의료를 둘러싼 사회적 맥락을 고려하여 지역 의사를 양성하기 위한 정책적 노력을 펼쳐왔다. 이종구 외(2015)는 의사인력의 지역적 불균형 분포 해결을 위한 정책을 크게 교육 정책, 규제 정책, 재정적 인센티브 정책, 경력 개발 및 정주 환경 지원 정책, 그리고 서비스 전달 체계 개편 정책으로 분류하였다. 그 중 교육 정책으로는 의과대학의 학생 선발, 의과대학의 학생 교육, 그리고 대학 또는 국가 차원의 의과대학생 대상 장학금 제도가 있다. 우리나라의 ‘공중보건장학제도’와 ‘지역인재 선발제도’, 최근 논의되고 있는 ‘지역의사제도’는 모두 의사인력의 지역적 불균형 분포 해결을 위한 교육 정책의 사례이다. 미국의 경우 농어촌 지역을 겨냥한 선발제도(rurally targeted admissions), 국가보건의료지원단(National Health Service Corps, NHSC)과 각 주의 장학제도, 일본의 경우 자치 의과대학, 지역 정원 제도, 지방자치단체의 지역 의사를 위한 수학 자금 대여 제도를 유사한 교육 정책의 예시로서 살펴볼 수 있다.

1) 한국

우리나라는 2019년 제정된 <보건의료인력지원법>에 따라 보건복지부가 보건의료기관의 양극화와 지역별 편중 문제를 해소하기 위한 의료인력의 확보와 근무 환경 개선 지원 사항 등을 규정하는 종합계획을 5년마다 수립해야 한다. 또한, 동 법에 의해 종합계획에 따라 보건복지부와 시장, 도지사 등이 매년 시행계획을 수립하도록 하고 있다. 이러한 배경 아래 ‘공중보건장학제도’, ‘지역인재 선발제도’ 등의 실행을 통해 지역 의사를 양성하고자 노력해왔고, 최근에는 ‘지역의사제도’에 대한 논의가 대두되었다.

‘공중보건장학제도 시범사업’은 <공중보건장학을 위한 특별법>에 근거하여, 공공의료에 사명감을 갖춘 의과대학 또는 의학전문대학원 재학생을 장학생으로 선발하여 재정적 지원을 제공하고, 졸업 후 장학금을 지원하는 지역의 공공보건의료기관에서 일

정 기간 의무복무하도록 하는 제도이다. 해당 제도 또한 지역별 정원이 설정되어 있다. 학생 1인당 한 학기에 1,020만 원을 지원하고, 졸업 후 장학금 수혜 기간(2~5년)만큼 지역 공공보건의료기관에서 의무복무해야 한다. 이에 더하여 장학생들은 특정 교육 및 멘토링 활동 등에 적극적으로 참여해야 한다.

‘지역인재 선발제도’는 <지방대학 및 지역균형인재 육성에 관한 법률>에 근거하여, 각 지역의 우수 인재가 지방대학에 진학하여 지역에 정주할 수 있도록 지방대학 모집 정원의 일정 비율을 대학 소재지의 고등학교 졸업생 혹은 지방대학 졸업생으로 선발할 수 있도록 한 제도이다. 2015학년도부터 실시되기 시작하였으며, 의과대학 및 의학전문대학원의 경우 입학정원의 40% 이상, 강원 및 제주 지역은 20% 이상을 해당 지역 고등학교 졸업자로 의무 선발하도록 하고 있다. 2025학년도 입시를 기준으로 전국의 26개 의과대학이 지역인재전형을 운영하고 있으며, 수시전형과 정시전형을 합한 지역인재 모집 인원은 1,913명에 달한다. 각 대학마다 지역인재 선발제도를 통한 구체적인 선발 인원, 지원 자격, 평가 도구 및 선발 준거의 내용이 상이하나, 대부분 기관의 수시전형에서는 대체로 서류 평가와 면접 등을 통해 학업 역량, 진로 역량, 인적성 등을 평가한다. 지원자의 출신 지역을 고려하여 선발하는 제도로는 ‘지역인재 선발제도’의 시행에 따른 지역인재전형 외에도 농어촌학생특별전형이 있다. 의과대학의 농어촌학생특별전형은 농어촌 지역에서 일정 기간 교육받은 학생들만을 지원 자격 대상으로 함으로써 성적 위주의 선발에서 벗어나 다양한 특성을 가진 지원자를 선발하고자 하는 목적으로 시행되고 있다(홍승재, 허정식, 2024).

‘지역의사제도’는 2020년 8월 보건복지부가 지역의료 강화를 위해 발표한 제도로, 향후 10년간 400명씩 총 4,000명의 의과대학 정원의 증원을 통해 해당 정원을 지역의사로 양성하겠다는 계획을 핵심 내용으로 하고 있다. 지역의사선발전형을 통해 지역 내 인재 위주로 선발한 후, 의과대학 재학 기간동안 해당 학생에게 국가와 지방자치단체가 각각 50%씩 부담하는 전액 장학금을 지급하고, 이에 대한 대가로 졸업 후 해당 지역에서 10년간 의무복무하도록 한다. 이때, 의무복무 기간동안 지역 내 중증 의료 및 ‘필수의료’를 수행하는 병원급 의료기관에 근무해야 하며, 전문과목 또한 보건복지부 장관이 지정하는 ‘필수 전문과목’으로 제한한다. 의무복무 조건을 불이행할 시

학생이 제공받은 장학금은 환수되고 의사 면허가 취소된다. 이러한 내용의 지역 의사 제도에 대해 의사 부족 지역에 근무하는 지역 의사 양성의 실제적 효과가 있을지 의문이라는 비판이 있다. 이는 지역 의사 제도와 유사한 일본의 지역 정원 제도 입학생의 의무 근무 조건 이행 종료 후 의료취약 지역에 남아 근무하는 비율이 높지 않다는 평가와 관련된 지적이다. 또한, 일본의 제도에 비해 의무 조건으로서 제시하고 있는 ‘필수 전문과목’으로의 전공 선택, 의무 불이행시 의사 면허 취소 등의 내용이 유연하지 못하다는 지적도 있다(임선미, 김계현, 2020).

한편, 과거에는 임상실습이 도시 내 교육병원 중심으로 이루어짐에 따라 지역 사회 기반 교육이 상대적으로 약화되어 있었고, 대다수의 기관에서 예방의학이나 의료관리학의 일환으로서 다루어졌다(김상현 외, 2009; 박일환, 2013). 그러나 최근 사회적 책무성에 대한 인식이 증대됨에 따라 국내 의과대학들은 대학의 상황과 지역적 여건 등을 고려하여 지역 사회 관련 교육을 실행하기 시작하였다. 일부 의과대학은 다양한 시기에 본과 학생들을 대상으로 지역의료의 상황과 환자, 사회에 대한 관점을 다루는 교육과정을 제공하고 있고, 보건소 또는 지역의료기관에서의 임상실습 프로그램을 운영중에 있다(허정식 외, 2023). 그러나 여전히 임상 경험이 4학년 학생들에게 제한적으로 제공되고 있고, 지역 사회 기반 교육 원리에 기반한 체계성을 갖추고 있지 않고 의료인문학이나 사회학 과목에 치중되어 있다는 한계가 있다.

2) 미국

미국은 지리학적으로 넓은 영토로 인해 일찍이 일차의료와 농어촌의료의 중요성이 일찍이 강조되기 시작했고, 이에 따라 지역에 종사하는 의료인력 양성을 위한 의과대학의 학생 선발과 관련된 노력이 활발히 이루어져 왔다. 1920년대 초 이미 농어촌 지역에서 활동하는 의사 인력이 부족하다는 문제점이 지적되기 시작하였고, 인력 부족 현상이 19세기 후반에서 20세기 초에 미국에서 일어난 의학교육의 개혁으로부터 기인하였다는 설명이 제기되었다(Moehling et al., 2020). 1910년에 플렉스너 보고서가 발표된 이후, 미국 전역의 의과대학은 엄격한 잣대로 학생을 선발하기 시작하였고, 의학 교육의 질이 향상됨과 동시에 지역 출신의 학생들이 의과대학에 진입하는 경로가 제

한되었다(Flexner, 1910; Page & Baranchuk, 2010에서 재인용). 동시에 과학으로서의 의학이 강조됨에 따라 도시에 비해 교육의 기회가 부족한 농어촌 지역에서의 근무를 의사들이 기피하면서 지역 간 의사 인력의 분포 불균형은 더욱 확대되기 시작하였다는 것이다.

1970년대에 들어서서 미국은 의과대학 정원을 증원하여 다양한 지역에서 근무하는 일차의료 인력을 양성하고자 하였고, 2006년에는 미국의과대학협회(Association of American Medical Colleges)가 의과대학에 정원을 더 늘릴 것을 요청하였다. 중앙 정부 차원에서 의과대학의 정원이 결정되는 한국과 일본과 달리, 미국의 경우 각 의과대학에서 자율적으로 입학정원을 결정하고 있다. 미국 의과대학에서는 농어촌 지역을 겨냥한 선발제도가 활발히 시행되어왔다. 해당 선발제도를 시행하는 기관은 다양한 선발 준거를 활용하여 지원자의 농어촌 지역 관련 특성을 확인하고자 한다. Evans et al.(2020)의 연구는 미국의 185개 의과대학을 대상으로 각 기관의 선발제도 실행 전략을 선발제도가 목표로 하는 집단(농어촌 지역, 도시 내 의료취약계층, 일차의료 분야) 별로 구분하여 조사하였다. 그 결과, 농어촌 지역의사를 양성하기 위한 선발 전략을 시행하고 있는 의과대학의 76.7%가 지역 소재 고등학교 졸업 여부를, 97.8%가 농어촌 지역사회에서의 성장 경험, 80.9%가 농어촌지역에서의 봉사 경험을 선발의 준거로 활용하고 있었다. 도시 내 의료취약계층 집단을 위해 종사하는 의사 양성을 목적으로 하는 선발제도를 시행하는 대다수의 기관들도 근무 지역과 유사한 특성을 가진 지역사회에의 소속 여부 또는 성장 경험을 준거로 활용하는 것으로 밝혀졌다. 20%의 기관만이 양성 목적 집단의 출신 학생을 위한 정원을 미리 설정하여 선발하고 있는 것으로 나타났는데, 이는 고정된 비율의 지역 출신 학생을 선발하도록 의무화하고 있는 우리나라의 ‘지역인재 선발제도’, 지역별 정원을 설정하여 학생을 선발하도록 하는 일본의 ‘지역정원(地域枠)제도’와는 상이하다.

미국의 또 다른 지역의사 양성을 위한 교육정책 중 하나인 국가보건의료지원단 장학제도(NHSC Scholarship Program)는 국가가 지정한 ‘의료인력 부족 지역(health professional shortage area, HPSA)’에서 일차의료 인력으로서 근무할 의향이 있는 의과대학생들에게 장학금을 제공하는 제도이다(National Health Service Corps, 2024).

‘의료인력 부족 지역’이란 의료인의 부족 정도와 의료기관의 접근성 등에 따라 지정된 의료취약 지역으로, 보건의료정책적 지원 내용에 따라 지역, 인구, 시설별로 세분화되어 있다. 해당 장학금을 수여받은 학생은 의과대학 졸업 후 ‘의료인력 부족 지역’ 내 지정된 공공 혹은 민간 의료기관에서 비공무원의 신분으로 월급을 받으며 의무적으로 근무해야 한다. 국가 차원뿐만 아니라 각 주 차원에서도 농어촌 지역 근무에 관심 있는 학생들을 대상으로 장학금 지원과 학자금 대여를 해주는 제도를 운영하고 있다. 또한, 각 주의 의과대학들은 국가보건의료지원단의 의과대학생과 전공의 대상 지역의료 경험 프로그램(Student/Resident Experiences and Rotations in Community Health)에 참여하여 학습자들이 지역 내 의료취약 지역사회에서의 임상 경험을 쌓을 수 있도록 하고 있다(National Health Service Corps, 2024).

3) 일본

일본의 의료인력 확보에는 중앙 정부의 후생노동성과 문부과학성, 그리고 지방 정부가 관여하고 있다(이정아, 김동진, 2018). 후생노동성은 지역의사 인력 확보를 위한 전반적인 대책을 수립하는 역할을, 문부과학성은 의과대학의 입학정원과 교육에 관련된 계획을 수립하는 역할을 담당하고 있다. 각 도·도·부·현 지방 정부는 4~5년마다 의사 확보를 위한 구체적인 계획을 제출하고, 후생노동성은 이 계획을 평가하여 예산을 지원한다. 후생노동성은 ‘의료계획 재검토에 관한 검토회의’를 통해 각 지역마다 상이한 내용의 의료인력 확보 대책을 중앙 정부 차원에서 평가하고, ‘의료 종사자의 확보에 관한 검토회의’를 통해 주기적으로 지역 의료인력의 현황을 파악하며 대책을 검토하기도 한다. 지방 정부가 설치한 지역의료지원센터는 지방 정부 계획의 실행을 지원하고, 지역 내 의과대학과 의료기관 등과의 협력 아래 의사 인력을 지역으로 유인하기 위한 취업 지원, 근무 환경 개선, 경력 지원 등의 사업을 운영한다.

이러한 구조를 바탕으로 일본은 1956년 이래 4~7년 주기로 벽지의 보건의료 계획을 수립하여 지역의사를 확보하고자 하였으며, 1970년에는 인구 10만 명당 의사 150명을 확보하는 것을 목표로 의과대학 입학정원을 증원하기 시작하였다. ‘경제사회기본계획’에 의거하여 1973년부터 1981년까지는 한 개의 현당 한 개의 의과대학이 존재할 수

있도록 하는 방안을 구상하였고, 1983년 인구 10만 명당 의사 150명 확보 계획을 달성하였다. 2006년 ‘신 의사 확보 종합 대책’에 의거하여 의사가 부족한 현의 의과대학 정원 조정을 계획하였고, 이 계획에 따라 2008년부터 2017년까지 총 의대 정원을 증원하였다. 의사가 심각하게 부족하다고 인정되는 10개 현의 의과대학 정원을 지역정원(임시정원)으로 10명씩 잠정적으로 증원하였고, 일반정원(영구정원)은 감원하였다. 2007년에는 ‘긴급 의사 확보 대책’에 따라 전체 광역단체별로 5명씩 정원을 늘렸다. 2024년 현재 일본 의과대학의 입학정원은 9,403명이다(일본 후생노동성, 2007, 2020). 이 과정에서 1972년 총무성과 전국의 47개 도·도·부·현에 의해 자치 의과대학(自治医科大学)이 설립되었으며, 2006년 지역정원제도가 전국적으로 확대되었다. 자치 의과대학을 통한 인력 양성과 지역정원제도의 실시 모두 일본의 지역 의료인력 확보를 위한 장기적인 교육 대책에 해당된다(이정아, 김동진, 2018).

자치 의과대학은 일본의 의료취약지역에서 근무할 의사를 양성하여 전국에 골고루 배치하는 것을 목적으로 설립된 기관이다. 원칙적으로 사립대학으로 분류되나, 운영 및 학자금은 도·도·부·현의 부담금으로, 시설비 등은 대학이 소재하고 있는 토치기현의 복권(지역의료 등 진흥 자치 복권) 수익금으로부터 충당된다. 자치 의과대학의 졸업생 중 9년의 의무근무 기간을 모두 이행하지 않는 중도 탈락률이 매우 낮다는 점에서 대학의 설립 목적을 일부 달성하였다고 볼 수 있다. 2016년 기준 졸업생 중 98.5%가 졸업 후 의무근무 조건을 이행한 것으로 파악되었다. 이 중 의무근무 기간이 종료된 후에도 출신 지역 내 의료기관에서 계속 근무하는 비율은 69.6에 달하는 것으로 밝혀졌다(자치 의과대학, 2018). 그러나 여전히 입학 정원이 지역 의사 부족 문제를 해결하기에는 매우 한정적이고, 대학의 운영 예산이 지방 정부에 의존하고 있는 재정적 구조로 인해 지역 의사 부족 문제를 온전히 해결하기에는 한계가 있다고 평가되었다(이정아&김동진, 2018).

지역정원제도는 의과대학별로 별도의 정원을 설정하여 지역의 의사로서 근무할 의향이 있는 학생을 선발하고 특정 지역에서 일정 기간 근무하는 것을 조건으로 수확 자금을 대여하는 제도이다. 지역정원제도는 선발 시기, 학자금 지원, 의무근무 이행 조건에 따라 유형이 크게 4가지로 분류된다(임선미, 김계현, 2020). 학자금을 지원하는 유형

(A)과 지원하지 않는 유형(B)로 나뉘고, 학자금 지원 유형은 다시 입학 시 별도 정원으로 선발하는 유형(A1)과 입학 후 선발하는 유형(A2)으로 나뉜다. 두 유형 모두 졸업 후 학자금을 지원받는 기간에 비례하는 기간동안 의무근무 조건을 이행해야 한다. 학자금을 지원하지 않는 유형은 졸업 후 의무근무 조건을 이행해야 하는 유형(B1)과 별도의 조건이 없는 유형(B2)으로 나뉘는데, 두 유형 모두 입학 시점에 별도 정원으로 선발한다. 지역정원제도에 대해서는 지역 정원의 규모가 각 도·도·부·현의 미래 수요에 적합한지 재검토되어야 한다는 평가와 함께 대학별로 상이하게 운영되고 있는 제도 특성상 정확한 실태 파악이 필요하다는 의견이 제기되고 있다. 또한, 2017년 기준 지역정원제도 졸업자의 90.5%는 현 내 대학병원 및 중심병원에서 의무 근무조건을 이행하고 있었으며, 75.9%가 의사 부족 지역이 아닌 곳에서 근무하고 있는 것으로 밝혀졌다(전국의학부장병원장협회, 2018). 이러한 점에서 졸업 후 대학 소재 지역에 정착하여 근무하는 의사의 비율이 높다는 점에서 지역정원제도의 긍정적 효과가 인정되고 있으나, 여전히 그 효과가 제한적이라는 평가가 이루어지고 있다.

자치외과대학과 지역정원제도 외에도 지방 정부와 의료기관에서 지역 의료인력을 확보하기 위해 실행하고 있는 별도의 학자금 지원 제도를 찾아볼 수 있다. 예를 들어, 지역정원제도가 아닌 일반 전형으로 의과대학에 입학한 학생도 지방 정부의 ‘고향의 사지원제도’를 통해 학자금을 대어받고 졸업 후 해당 지역에서 의무근무 조건을 이행해야 하는 제도의 수혜를 받을 수 있다. 의료인력이 부족한 특정 임상 과에 지원하는 학생을 위한 학자금 지원 제도를 운영하는 지역도 있다.

자치외과대학과 지역정원제도는 일본의 지역 의료인력 확보를 위한 의과대학의 학생 선발, 지역의료에 초점이 맞추어진 교육과정, 장학금 지원과 의무 근무 이행이라는 요소가 결합된 차별적인 교육정책이다(Matsumoto et al., 2021). 이에 따라 일본의 정책 사례의 효과 및 성과를 구체적으로 연구한 학술 연구 또한 활발히 이루어져 왔다. Matsumoto et al.(2016)은 지역정원제도와 지방 정부의 학자금 지원 제도 수혜 학생에 대한 추적 연구를 수행하였다. 지역정원제도의 학자금을 지원받는 집단과 지원받지 않는 집단, 지방 정부의 학자금을 지원받는 일반 전형 집단을 비교한 결과, 세 집단 모두 2014년과 2015년에 일본의 모든 의과대학 신입생에 비해 국가고시 합격률이

높았다. 이러한 결과는 지역정원제도 졸업생이 일반 졸업생에 비해 낮은 학업 능력을 보유하고 있다는 편견이 사실이 아님을 보여준다는 점에서 의미가 있다. Matsumoto et al.(2021)은 자치의과대학, 학자금 지원되는 지역정원제도 유형, 학자금이 지원되지 않는 지역정원제도 유형, 그리고 학자금이 지원되는 일반 전형 유형의 지역 의사 양성 효과를 비교한 전국적인 코호트 연구를 수행하였다. 그 결과 자치의과대학이 지역 의사 양성에 가장 효과적인 것으로 나타났고, 그 이유로 지역의료 관련 교육과정을 강조하는 정도, 지역 근무에 대한 유사한 동기와 근무 의향을 가진 동료 집단에의 소속 여부, 지방 정부의 교육 비용에 대한 지원 정도, 의무근무 조건의 엄격함으로 꼽았다. Yahata et al.(2020)은 한 의과대학의 지역정원제도 학생에 대한 질적 연구를 수행하여 지역정원제도의 어떠한 요소가 어떻게 그들의 지역사회 근무에 대한 의향에 영향을 미치는지를 살펴보았다. 지역정원 학생들은 지역사회에 대한 공감, 지역의료 요구와 지역의료 실행에 대한 이해, 롤모델의 발견, 그리고 개인적인 삶과 일 간의 조화의 경험을 통해 지역의료에 대한 준비를 해가는 것으로 나타났다. 또한, 지역사회에서의 실제적이고 긍정적인 경험은 지역정원 학생들로 하여금 지지적인 집단에의 소속감 뿐만 아니라 감정 휴리스틱(affect heuristic)과 프레이밍 효과(framing effect)로 인한 지역의료 종사에 대한 긍정적인 인식을 형성하게 한 것으로 드러났다. 한편, 지역정원제도의 부정적인 면을 다룬 연구도 발표된 바 있다. Kataoka et al.(2018)은 지역정원 학생의 의료취약 지역에서의 정착 의향과 일차의료 분야에 대한 선호도가 의과대학 재학기간 동안 감소하였다는 사실을 보고하였다. 해당 연구는 그 원인을 명확하게 제시하지는 않았으나, 임상실습 교육 이후에 의과대학생들이 직업에 대한 관점의 변화를 경험한다는 사실과 지역 의사가 갖추어야 하는 중요한 역량 중 하나인 공감 능력이 의과대학 재학기간 동안 줄어든다는 사실을 언급하였다. 또한, 저자는 지역 의사 확보를 위해 선발 시점에 지역 근무 의향을 가지고 있는 지역 출신 학생을 선발할 것을 제안하고 있다. Yamamoto et al.(2018)은 지역정원제도의 부정적 측면을 미국의 의과대학생 대상 수학 자금 대여 프로그램과의 비교를 통해 제시하였는데, 경력개발에 있어서 제도의 유연하지 못한 점과 지나치게 긴 의무 복무 기간 등을 지적하였다. 이러한 선행연구들은 지역 의사 양성을 위한 교육정책 수립 시 고려해야 하는 구체적인 사

안이 무엇인지 참고할 수 있는 자료를 제공해준다.

2.4. 지역 의사 양성을 위한 학생 선발과 교육

2.4.1. 의과대학의 학생 선발

1) 지역 의사 양성 관련 학생 선발 이론

인간 행동을 바라보는 오래된 시각인 ‘본성’(nature) 대 ‘양육’(nurture)의 두 축은 지역 의사 양성에 있어 의과대학이 실행할 수 있는 교육정책에도 적용될 수 있다(Brooks et al., 2002). 지역 의사로 성장할 수 있는 본성적 요소를 반영하는 교육정책은 의과대학으로의 입학 이전에 학생이 가지고 있는 개인적 특성을 고려한 학생 선발일 것이다. 반면, 의과대학의 ‘양육’ 방식은 지역 의사로 성장하여 해당 지역에서 오래 활동할 수 있도록 경험과 교육 훈련을 제공하는 것이다. 이러한 지역 의사 양성과 관련된 본성과 양육의 두 축은 분리되기보다는 연속적인 선상에 놓여 있다.

오늘날 많은 의과대학이 지역사회 주민들의 건강과 의료서비스 질 향상에 기여하는 의사를 양성하는 것을 사명으로 설정하고 학생들을 교육하고 있다. 의과대학이 지역 의사 양육 효과를 극대화하여 기관의 사명과 교육 목적을 달성하기 위한 노력에는 교육의 시작점으로부터 교육 대상의 본성적 요소를 고려하는 것도 포함된다(Avery et al., 2012). 의과대학의 학생 선발은 의사 양성의 시작점이며 국가의 의료체계를 유지하기 위한 핵심적 요소라는 점에서 의과대학이 지역 의사로 성장할 가능성이 큰 학생을 선발해야 하는 필요성이 발생한다(홍승재, 허정식, 2024).

지역 의사로서의 자질을 보유하고 있는 학생들을 선별하는 의과대학의 선발 방식은 선별 기반 입학 모형(selection-based admissions model)에 기반한다. 이는 자격요건만 충족하면 누구나 입학이 보장되는 자격 기반 입학 모형(eligibility-based admissions model)과 달리, 자격요건을 충족하는 지원자들끼리의 경쟁을 거친 후 선발되는 방식이다(Michel & Pollard, 2020). 의과대학이 지역 출신 학생을 선호하거나 의과대학 입학 전 지역 의료와 관련된 활동 참여 여부를 검토하는 것은 지역 의사를 양성하는 기관으로서 선별 기반 입학 모형을 활용하는 것으로 볼 수 있다.

선발 방식이 결정되는 수준은 국가의 맥락과 활용되는 입학 모형의 유형에 따라 상

이하다. 미국과 같이 대학의 학생 선발 과정이 탈중심화되어 있는 국가의 경우 각 기관이 개별적으로 선발제도를 실행하는 반면, 한국과 일본의 경우 국가 수준에서 결정된 선발제도가 모든 기관에서 실행된다. 또한, 국가의 인구집단 특성, 인력 시장과 관련된 정치적 고려 등도 대학의 학생 선발제도가 구성되는 데에 영향을 미칠 수 있다 (Michel & Pollard, 2020). 의사 인력의 지역 간에 불균형적으로 분포하는 문제를 해결하기 위해 국가 또는 기관 차원에서 지역의사 양성을 위한 선발제도를 실행하는 것이 그러한 경우에 해당된다.

의과대학은 학생을 선발하기 위해 특정한 자료의 제출을 요구하고, 지원자들이 제출한 자료를 활용하여 학생들을 평가한다. 그러나 그 자료가 학생의 선발 여부를 결정하는 데에 어떻게 활용되는지는 각 대학의 교육 사명, 문화, 정책, 정부의 규제, 선발의 목적 등에 따라 기관마다 상이하다(Michel & Pollard, 2020). 제출된 자료를 통해 확인되는 지원자의 관심사와 다양한 활동 내역, 그리고 협동심, 회복탄력성, 창의성 등의 사회적 및 감성적 요소 등은 학업 성적과 함께 선별 기반 입학 모형에서 중요하게 간주된다(Perfetto, 1999; Clinedinst & Koranteng, 2017; Michel & Pollard, 2020). 대학은 선발되는 학생의 다양성을 증대하기 위해서도 큰 노력을 기울이는데, 이와 같은 선발제도를 통해 대학은 기관의 요구를 충족하고 잠재력 있는 학생을 선별하여 양육하고 사회에 기여할 수 있게 된다(Zwick, 2017).

한편, 미래에 지역의사로서 활동할 만한 자질을 가장 많이 보유하고 있는 학생을 선발하는 것은 능력기반 접근(merit-based approach) 선발 방식이다. 입학정원은 제한되어 있으므로 학생 한 명을 선발하는 것은 단순히 개인에게 입학의 자격을 부여하는 것을 넘어 기관과 사회의 교육 자원을 어떻게 분배할 것인지를 결정짓는 복잡한 의미를 가진다. 그러므로 능력기반 접근에서의 ‘능력’에 대한 정의는 공정성과 직결된다고도 볼 수 있다. 특히, 의과대학은 의학을 수학하는 기관인 동시에 의사를 배출하는 직업교육 기관의 기능도 수행한다는 점에서 공정한 능력기반 선발의 중요성은 더욱 크다.

2) 지역의사 양성을 위한 학생 선발제도의 효과

의과대학의 학생 선발이 개인에게 교육의 기회를 제공한다는 의미가 있다는 점에서 대학은 선발의 효과성과 선발의 목적 달성 여부를 확인할 의무를 가진다(Michel & Pollard, 2020). 특히, 지역의사 양성을 위한 학생 선발은 한 기관을 넘어 지역사회와 전체 의료사회에 큰 영향을 미치므로 각 기관에서 실행하고 있는 선발제도의 효과를 검토하는 것은 중요하다.

의과대학에 입학한 학생들의 다양한 특성과 지역 근무 간의 관계성을 검증한 연구를 통해 대학의 선발제도가 지역의사 양성에 있어 가지는 의미와 효과를 가늠해볼 수 있다. 이미 의과대학 지원자의 성별, 출신 지역, 입학 전의 지역과 관련된 경험, 지역 의료에 대한 관심 및 지역 근무에 대한 동기, 특정 전문과목에 대한 선호 등이 추후 지역의사 근무와 긍정적인 관계에 있다는 것이 밝혀져 왔다. Horner et al.(1993)은 코호트 연구를 통해 남자 의사가 농어촌 지역에서 근무할 가능성이 높다는 것을 밝혀냈다. Fryer et al.(1994), West et al.(1996) 또한 여성보다 남성이 농어촌 지역에서 근무할 확률이 유의하게 높다고 제시한 바 있다.

지역 출신 학생을 선발하는 것이 해당 지역에서 근무하는 의사를 배출하는 데 가장 효과적인 방법 중 하나로 평가되고 있다. World Health Organization(2021) 또한 농어촌 및 벽지 지역의 의료인력 유인 및 유지를 위한 교육적 중재 방안으로서 지역 출신 학생 선발을 강력한 수준으로 권고하고 있으며 그 근거를 가장 높은 수준으로 평가하고 있다. Rabinowitz et al.(2012)은 농어촌 지역에서 나고 자란 학생들이 농어촌 지역 의사로 근무할 확률이 높으며, 가정의학과 의사로서의 진로 희망을 명료하게 드러낸 학생일수록 그 확률이 더욱 증가한다는 사실을 밝혔다. 이 외에 Goodfellow et al.(2016), MacQueen et al.(2018), Shipman et al.(2019)의 연구가 출신 지역과 추후 근무 지역 간의 긍정적인 관계를 보고하였다.

지역 출신인 학생이 지역의사로 근무할 가능성이 높다는 점은 많은 연구를 통해 밝혀졌으나, 그 원인에 대해서 다룬 선행연구는 다소 부족하다. 지역 출신 학생이 지역 의사로 성장할 가능성이 큰 이유를 가장 명료하게 밝혀낸 연구는 Hancock et al.(2009)의 연구로, 어린 시절 지역에서의 성장 경험을 통한 친숙함, 장소에 대한 소

속감, 지역사회 참여 의향, 그리고 자기실현이라는 네 가지 동인으로서 작용한다는 사실을 밝혀냈다. 이는 의과대학이 지역 출신 학생을 선발하여 기본의학교육을 제공하는 과정에서 집중해야 하는 부분이 무엇인지를 알려준다. Jones et al.(2012)은 농어촌 지역 출신 학생들이 도시 지역 출신 학생들보다 농어촌 지역의사로 근무할 확률이 더 높은 것을 ‘농어촌 지역 출신 효과(rural background effect)’라고 명명하며 효과의 원인을 연구하였는데, 특정한 사회적, 환경적, 경제적 요인이 단독으로 그 효과를 증가시키는 것은 아니라고 결론 내렸다. Bentley et al.(2017)은 의사들의 농어촌 지역에서 근무에 대한 자기효능감에 대한 연구를 수행함으로써 농어촌 지역 출신 의사들이 농어촌 지역 근무에 대한 자기효능감을 보인다는 사실을 밝혀냈다. 이를 참고하였을 때, 출신 지역이라는 개인적 배경이 지역 근무에 대한 높은 자기효능감에 기여하여 지역의사로서 종사할 가능성을 높일 수 있다는 사실을 추측할 수 있다.

2.4.2. 의과대학의 학생 교육

1) 지역사회 기반 교육

지역의사 인력 양성을 위한 의과대학 차원의 노력은 주로 ‘파이프라인(pipeline)’ 프로그램의 개발과 실행을 통해 나타났다. 이는 특정 집단의 학생을 선발하여 교육하는 방식이었다. 그러나 최근에는 ‘진로 트랙(pathway)’형 프로그램의 도입으로 인력 양성을 위한 접근 방식에 변화가 발생하였다(Longenecker et al., 2021). ‘진로 트랙’은 ‘파이프라인’ 프로그램에 비해 덜 선형적이며, 더욱 유기적이고, 장소에 기반한 교육을 제공함으로써 지역의사라는 진로에 도달하기까지의 더욱 다양한 경로를 제공한다(Longenecker, 2011). 이러한 변화의 배경에는 맥락과 개별적인 경험의 중요성에 대한 인식 증대가 자리잡고 있다. 오늘날 의과대학은 획일적인 ‘파이프라인’ 접근 방식에서 벗어나 보다 다양한 배경을 가진 학생들을 선발하여 장기추적통합임상실습 프로그램과 다양한 진로 트랙의 제공 등을 통해 지역의사 양성에 힘쓰고 있다.

의과대학이 지역의사 양성을 위해 학생들에게 제공하는 교육은 지역사회 기반 교육(community-based education)의 원리에 기반하고 있다. 1910년 플렉스너 보고서가 발표된 이후 의학교육은 대학에 기반을 두고(university-based education) 과학적 지식

을 근거로 하는 교육 프로그램을 제공하도록 권고되어왔다(Strasser et al., 2021). 대형 강의실에 모여 기초의학을 배우고 교육병원에서 임상 의학을 학습하는 대학 기반 교육이 이루어지고 있었다. 그러나 20세기 후반에 접어들며 의사들이 신체에 대한 기계적인 이해만을 가지고 있다는 우려가 커지며 실제 문제기반 학습(problem-based learning)과 지역사회 지향 교육(community-oriented medical education)이 혁신적인 교육적 해법으로서 도입되었다. 그럼에도 불구하고 전문과목이 점차 세분화되고 교육병원에서 제한적인 환자군만을 다룸으로 인해 의과대학생들의 경험의 폭이 여전히 좁다는 한계가 있었다(Green et al., 2001). 다양한 인구집단과 계층, 사회적 빈곤과 건강간의 관계 등에 대한 넓은 시각을 갖춰야 한다는 요구가 커짐에 따라 1960~70년대에는 지역사회 기반 교육이라는 프레임워크 하에서 의과대학생들은 지역사회의 실제적 맥락 속에서의 임상학습 기회를 제공받기 시작하였다. 이는 지역사회 내 장기치료 시설, 정신건강 서비스, 일차의료기관, 벽지 및 농어촌 지역과 도시 내 의료취약계층 대상 의료 등 다양한 학습환경에서의 교육을 포함하였다. 21세기에는 의과대학의 사회적 책무성이 화두로 떠오르며 지역사회 연계 교육(community-engaged medical education)을 통해 의과대학과 지역사회 간의 상호호혜적인 관계가 수립되는 것이 더욱 강조되었다. 의과대학생들이 직접 지역사회에 참여하는 정도가 확대되는 것을 넘어 지역사회 참여가 의과대학의 기본적인 교육 원리로 자리잡았으며, 지역사회의 의료 문제를 해결함과 동시에 학생들에게 맥락에 기반한 실제적인 학습 기회를 직접적으로 제공할 수 있게 되었다(Strasser et al., 2015).

학습의 맥락으로서 지역사회를 고려하는 것이 중요해짐에 따라 1960년대부터 의과대학은 학생들을 다양한 지역사회에 단기적으로 노출시키기 시작하였다. 이러한 배경에는 현장에서의 경험을 통해 학생들이 추후 그러한 현장에서 근무하는 인력으로 진출할 것이라는 믿음이 자리잡고 있었다(Strasser et al., 2021). 학생뿐만 아니라 환자와 사회의 요구를 함께 만족시키는 교육에 대한 고민은 결국 지역사회에서의 단기적 체험 수준을 넘어 장기적 통합을 추구하는 장기추적통합임상실습(longitudinal integrated clerkship) 모형의 개발로 이어졌다(Hirsh et al., 2021).

장기추적통합임상실습 교육은 교육의 연속성(educational continuity) 원리에 기반하

며, 장기적이고 통합적인 환자 치료에 참여하며 이들의 주치의와 지속적인 교수학습적 관계를 유지함으로써 다양한 분야의 핵심적인 임상 역량을 동시에 함양할 수 있도록 하는 실습교육의 형태를 의미한다(Walters et al, 2012; Hirsh et al., 2021). 대표적인 장기추적통합임상실습 교육 프로그램의 예시는 해당 모형의 시초라고도 언급되는 미국 미네소타대학교 의과대학의 농어촌 지역 의사 연합 프로그램(Rural Physician Associate Program, RPAP)이다. 1971년에 시작된 해당 프로그램의 성공은 학습자의 학습 성과뿐만 아니라 국가의 인력 확보 성과로도 나타났고, 이는 미국의 다른 지역에서의 유사한 프로그램 실행으로 이어졌다. 장기추적통합임상실습 교육은 농어촌 지역뿐 아니라 도시 지역에서도 이루어지기 시작하였는데, 1993년 영국 캠브리지대학교(University of Cambridge)의 지역사회 기반 임상 강좌(The Cambridge Community-based Clinical Course)가 그 시초이다.

2) 지역사회에서의 학습 발생 원리

의학교육에서의 지역사회 기반 또는 지역사회 참여 교육과 장기추적통합임상실습 교육의 실행이 점차 보편화됨에 따라 그러한 형태의 교육에서 발생하는 학생들의 학습과 관련한 연구 또한 다수 이루어졌다. 이러한 연구는 지역사회와 임상현장에서의 교육에서 학생들이 학습하는 과정과 기전을 실제적 학습(authentic learning), 경험기반학습(experience-based learning), 직무기반학습(workplace learning), 능동학습(active learning)의 원리에 기반하여 설명한다. 해당 연구들을 통해 지역사회 기반 교육 실행 시 강조되어야 하는 부분이 무엇인지 알 수 있다.

지역사회라는 교수학습 현장에서 임상 교육을 실행하는 경우, 대체로 지역 의료기관의 지도 의사와 진료팀이 의과대학생의 교수자로서 교육에 참여하게 된다. 이들 간에 형성되는 관계의 구체적인 양상과 이로부터 학생들이 어떠한 방식으로 학습하게 되는지를 밝혀내기 위해 많은 연구가 수행되었다. 학습자의 핵심적인 학습 양식 중 하나는 ‘능동적인 관찰(active observation)’로, Epstein et al.(1998)은 지도 의사의 행동을 관찰하는 것이 학생들로 하여금 그들의 학습 요구가 무엇인지 파악할 수 있게 되는 계기로 작용한다는 사실을 밝혀냈다. 교수자와 학습자 간의 협력과 감정적인 유

대, 교수자의 코칭, 그리고 학습자 권익 증진(advocacy)이 학습자가 안전하다고 느끼는 학습환경을 형성하는 수단으로서 기능하고, 이를 통해 학습자들이 학습 요구를 인지하게 된다는 것이다. 해당 연구는 학습자 중심의 문제기반 교수학습환경에서 학습자가 지도의사의 행동에 대한 관찰을 통해 능동적인 임상학습을 하는 기전을 밝혀내었다. 학습자의 능동적인 참여가 학습에 긍정적으로 기여하는 기전을 직무기반학습의 원리를 통해 밝혀낸 연구도 있다. Dornan et al.(2007)은 임상학습 현장에서의 학생들의 직무기반 학습 과정과 성과를 연결하는 모형을 개발하는 연구를 수행하였다. 해당 연구는 학생들의 ‘실무활동에의 참여(participation in practice)’가 학습의 핵심 조건이며, 수동적 관찰로부터 실제 수행의 형태로 참여의 양상이 점차 발전한다는 사실을 밝혀냈다. 또한, 효과적인 직무기반학습을 촉진하기 위해서는 학습 현장의 분위기와 의사를 비롯한 진료 팀 구성원들의 행동을 통해 실무적인 역량과 긍정적인 태도를 함양할 수 있는 방식으로 학습자를 지지하는 한편 동시에 이의를 제기해야 한다고 제시하였다. 이후 Dornan et al.(2014)은 문헌고찰 연구를 통해 임상실습에서 학습자가 무엇을, 어떻게, 어떤 맥락에서 학습하는지에 대한 모형을 개발함으로써 경험학습으로서의 임상실습을 보다 구체적으로 설명하였다. 해당 모형에 따르면, 의과대학생은 관찰자(observer) 및 행동자(actor)로서 실제적 의료 현장에 참여하는데, 학생의 참여 및 학습은 현장의 교육학적(pedagogic), 정의적(affective), 그리고 조직적(organizational) 지원 아래 이루어진다. 교육학적 지원은 현장에서 의료인들이 교수자, 멘토, 감독자, 롤모델 등의 역할을 수행하며 학생에게 제공하는 모든 지원을 뜻하고, 정의적 지원은 환자가 현장에서 마주하는 모든 사람들과 환경으로부터 받는 감정적인 지원을 의미하며, 조직적 지원은 학생의 실습 경험이 적절한 교육과정으로서 작동할 수 있도록 하는 체계적 지원을 의미한다. 이 모든 지원 아래 학생은 의료 현장에 적극적으로 참여하여 실제 환자에 관한 학습(real patient learning), 정의적 학습(affective learning), 그리고 실제적 학습(practical learning)의 성과를 얻는다고 설명하였다.

Claramita et al.(2019)은 지역사회 기반 교육 프로그램 개발을 위한 프레임워크를 제시함으로써 일차의료 현장에서 학습자와 교수자가 더욱 의미있는 학습에 참여할 수 있도록 하였다. 해당 프레임워크는 크게 미시교육과정(micro-curriculum), 중간교육과

정(meso-curriculum), 거시교육과정(macro-curriculum)으로 구분되어 설명된다. 미시교육과정은 소모둠 활동을 통해 자기주도적이고 협력적인 실무 활동을 위한 임상 술기, 리더십, 팀워크 함양에 초점을 맞추어야 하며, 이 과정에서 롤모델링과 되알리기가 학습을 촉진하는 역할을 할 수 있다고 밝히고 있다. 중간교육과정은 미시교육과정 내 다양한 수준의 학습을 조율하고 교수자를 훈련시키기 위한 과정을 포함하고, 궁극적으로 지역사회 기반 교육 프로그램이 지속되기 위해서는 거시교육과정을 통해 리더급 교수진과 프로그램 담당자, 즉 조직 수준에서의 프로그램 관리가 필요하다고 제시되었다. 이 연구는 지역사회 기반 교육 프로그램의 개발을 위한 이론적 틀을 제시하였을 뿐만 아니라 중간교육과정을 조율하기 위한 가이드라인과 경험학습이론에 기반한 되알리기 제공의 가이드라인 등을 제시하였다는 점에서 지역사회 기반 교육 프로그램의 구체적인 교육과정 설계 시 그 내용을 참고할 수 있다. Celso et al.(2020)은 주제범위 문헌고찰 연구를 통해 지역사회 기반 교육 프로그램에서 정의적 영역의 학습의 모형을 구체적으로 제시하였다. 이 연구에 따르면, 학생들은 주로 롤모델링과 멘토링을 통해 지식을 적용하고 지역사회에 통합되는 기회를 제공받으며 정의적 영역의 학습 성과를 달성한다. 이의 핵심에는 정형적이고 견고한 성찰의 과정이 자리잡고 있는데, 성찰을 통해 학생들은 지역사회에서 활동할 동기를 얻고 소외된 사람들에 대한 태도를 개선하며, 진료 팀 구성원들과의 긍정적인 관계를 형성하고 지역사회 의료에 대한 이해를 증진한다고 밝히고 있다.

3) 지역사회 교육 경험의 효과

한편, 지역사회에서의 실제적인 교육 경험의 효과를 다룬 연구도 다수 수행되었다. Rabinowitz & Paynter(2000)은 문헌고찰 연구를 통해 의료취약 지역에 위치한 의과대학에서의 교육 또는 그러한 지역에서의 임상실습, 인턴십, 파견 교육 등의 기회는 추후 해당 지역에서의 근무에 긍정적인 효과를 가지며, 교육 기간이 길수록 그 효과는 더욱 커진다고 밝혔다. 또한, 농어촌 지역 출신 학생을 선발하여 3학년에 해당 지역에서의 임상 교육훈련 기회를 제공하는 것이 추후 농어촌 지역 근무에 가장 효과적인 방안이라고 제시하였다. 이후 Rabinowitz et al.(2008)은 체계적 문헌고찰 연구를 통해

의과대학에서 지역 의사 공급을 늘리기 위해 실행하고 있는 교육 프로그램의 성과와 효과를 확인하였다. 해당 연구에 따르면, 교육 프로그램을 실행하지 않는 경우에 비해 실행하였을 때 매년 두 배의 농어촌 지역 근무 의사 양성을 기대할 수 있으며, 의사 인력이 충분하지 않은 소규모 지역에서는 해당 프로그램의 효과가 상대적으로 더욱 크다는 점을 밝히고 있다.

한편, Ellaway et al.(2016)의 연구는 체계적 문헌고찰을 통해 지역사회 관련 교육 프로그램의 성과를 지역사회와의 관계별로 분류하여 분석하였다. 해당 연구에서는 지도의사와의 매칭 요소를 포함하면 지역사회 기반 임상 교육(community-based clinical interventions)으로, 지역사회 프로젝트 참여와 같은 요소를 포함하면 지역사회 기반 비임상 교육(community-based non-clinical interventions)으로 정의하였으며, 이외에 지역사회 참여형과 지역사회 지향형 프로그램으로 구분하였다. 연구결과, 지역사회 지향형과 지역사회 기반 임상 교육 프로그램 관련 연구는 주로 학습자의 지식 향상과 관련된 성과를 다루고 있었으나, 지역사회 기반 비임상 교육 연구는 학습자의 사회적 및 문화적 학습과 태도 변화 측면 성과도 함께 강조하고 있었다. 지역사회 참여형 교육을 다룬 연구들은 학습자 차원의 성과보다는 지역사회 차원의 이점을 상대적으로 강조하고 있었다. Elma et al.(2022)은 주제범위 문헌고찰 연구를 통해 의료취약 지역사회에의 의료인력 분포에 효과적인 교육적 중재 방안을 살펴보았다. 저자들은 의료취약 지역 출신 학생 또는 관련 사전 경험을 보유하고 있는 학생을 선발하는 전략은 효과가 있으나, 그들을 위한 차별화된 교육이 함께 제공되어야 한다는 점을 강조하였다. 지역사회에 대한 교육을 통해 지역사회에 대한 인식의 긍정적 변화, 다양한 기술의 발달, 지역사회 전문가로부터의 멘토링 촉진 등이 가능하다는 점을 제시하였다. 이와 같은 연구들을 통해 지역 의사 양성을 위한 의과대학의 교육 프로그램이 긍정적인 효과를 가진다는 사실뿐만 아니라 구체적인 학습 성과를 함께 알아볼 수 있다. 또한, 지역사회 관련 교육 실행 시 그 목적에 따라 교육 프로그램의 구체적인 형태를 다르게 구상해야 한다는 점을 알 수 있다.

3. 연구방법

본 연구는 미국과 일본 의과대학의 지역의사 양성을 위한 학생 선발제도와 교육 프로그램을 비교 분석하여 우리나라 의과대학 교육정책 수립에의 시사점을 도출하기 위해 다음과 같은 방법에 따라 연구를 수행하였다.

3.1. 연구대상

3.1.1. 분석대상

본 연구는 문헌 분석을 수행하는 연구로서, 전형적 표본이라 할 수 있는 국가들을 분석대상으로 선정하였다. 전형적 표본은 연구되는 표본의 대표적이라고 판단되는 집단이므로(Fraenkel et al., 1993), 연구문제를 해결하는 데 기여하는 양질의 데이터를 충분히 가지고 있는 국가를 선정해야 한다. 이에 따라 본 연구에서는 미국과 일본을 분석대상으로 선정하였다. 두 국가는 지역의사 양성을 위한 논의 및 노력이 이미 활발히 이루어진 바 있으므로, 우리나라 의과대학의 지역의사 양성과 관련된 교육정책이 나아가야 하는 방향을 제안하는 데에 목적이 있는 본 연구의 연구대상으로서 의미가 있다.

3.1.2. 분석단위

본 연구의 분석단위는 미국과 일본의 개별 의과대학이다. 두 국가의 개별 의과대학을 분석단위로 삼아 연구문제별 내용을 분석하고, 그 결과를 바탕으로 국가별로 종합적인 논의를 거친 뒤, 국가 간 비교를 실시하였다.

분석단위가 되는 의과대학은 다음과 같이 선정하였다. 미국의 경우, US News & World Report에서 제공하는 ‘일차의료(Primary Care)’ 분야의 2023-2024 Best Medical Schools ranking을 참고하여 일차적으로 10개교를 선정하였다. 해당 순위는 ‘일차의료 인력 공급 정도(primary care productivity)’, ‘정성적 평가 결과(qualitative

assessment)', '입결 및 경쟁률(student selectivity)', '교수진 현황(faculty resources)'의 네 가지 지표에 가중치를 부여하여 평가한 결과이다. '일차의료 인력 공급 정도' 지표의 가중치는 0.5로, 일차의료 분야(가정의학과, 일반내과, 소아청소년과)에 종사하는 해당 기관의 졸업생 수와 전공의 진입 비율을 포함한다. '정성적 평가 결과'는 해당 기관에 대한 타 의과대학의 학장, 교무부학장, 수련 부서 담당자의 상호평가 점수를 포함하는 지표로서, 가중치는 0.25이다. '입결 및 경쟁률'은 0.15의 가중치로 평가되는 지표로서, 해당 기관 입학생의 의과대학 입학시험 점수 중앙치, 학부 학점 중앙치, 그리고 지원자 수 대비 합격자 수의 비율을 포함한다. '교수진 보유 현황' 지표의 가중치는 0.1로, 전일제 의학박사(M.D.) 혹은 정골의학박사(D.O.) 학생 수에 대한 전임 교원의 비율로서 측정된다. 일본의 경우 2023-2024 US News & World Report와 2024 EduRank의 대학 순위를 참고하여 수도권 도쿄와 대도시인 오사카를 제외한 각 권역별 9개교와 특수목적설립대학인 자치의과대학의 10개교를 선정하였다. 일차적으로 선정된 국가별 분석대상 의과대학은 <표 1>과 같다.

표 1. 일차 선정 분석대상 기관

국가	미국	일본
기관	<ul style="list-style-type: none"> • 워싱턴대학교 (University of Washington) • 미네소타대학교 (University of Minnesota) • 오리건보건과학대학교 (Oregon Health and Science University) • 뉴멕시코대학교 (University of New Mexico) • 캘리포니아대학교-샌프란시스코 (University of California-San Francisco) • 캘리포니아대학교-데이비스 (University of California-Davis) 	<ul style="list-style-type: none"> • 자치의과대학(自治医科大学) • 도호쿠대학교(東北大學) • 나고야대학교(名古屋大學) • 규슈대학교(九州大學) • 고치대학교(高知大學) • 홋카이도대학교(北海道大學) • 히로시마대학교(廣島大學) • 츠쿠바대학교(筑波大學) • 치바대학교(千葉大學) • 미에대학교(三重大學)

-
- 노스캐롤라이나대학교, 채플힐
(University of North Carolina,
Chapel Hill)
 - 콜로라도대학교
(University of Colorado)
 - 네브라스카대학교
(University of Nebraska)
 - 캘리포니아대학교-로스앤젤레스
(University of California-Los
Angeles)
-

이 중 최종 선정기준 3가지를 모두 충족하는 국가별 5개교를 최종 분석대상으로 선정하였다. 최종 선정기준으로는 ① ‘해당 대학의 지역 의사 양성을 위한 학생 선발제도 및 교육 프로그램 관련 자료에 대한 접근성이 충분히 높은가?’, ② ‘해당 대학의 지역 의사 양성을 위한 교육 프로그램이 정규 교육과정 내의 강좌(전체 학생을 대상으로 하는 지역 의료 관련 강의 혹은 임상실습)를 제외하고 한 가지 이상 운영되고 있는가?’, ③ ‘해당 대학의 지역 의사 양성을 위한 학생 선발제도 및 교육 프로그램의 실적에 대한 근거자료가 있는가?’를 활용하였다. 세 가지 기준을 모두 충족하는 워싱턴대학교, 미네소타대학교, 뉴멕시코대학교, 캘리포니아대학교-데이비스, 그리고 네브라스카대학교를 최종 분석 기관으로 선정하였다. 각 기관의 선정기준 충족 여부는 <표 2>와 같다.

일차 선정된 기관 중 캘리포니아주에 위치한 캘리포니아대학교-데이비스와 캘리포니아대학교-로스앤젤레스 모두 최종 선정기준 3가지를 충족하였다. 그러나 최종 분석 대상 기관을 권역별로 균형 있게 선정하기 위해 의학교육 전문가의 자문 의견을 바탕으로 교육 프로그램 관련 자료가 가장 다양하고 US News & World Report Rankings 상의 순위가 더 높은 캘리포니아대학교-데이비스를 최종 선정하였다.

표 2. 미국 의과대학의 선정기준 충족 여부

기관명	기준 ①	기준 ②	기준 ③	선정여부
워싱턴대학교	O	O	O	O
미네소타대학교	O	O	O	O
오리건보건과학대학교	O	X	X	X
뉴멕시코대학교	O	O	O	O
캘리포니아대학교-샌프란시스코	O	O	X	X
캘리포니아대학교-데이비스	O	O	O	O
노스캐롤라이나대학교, 채플힐	X*	O	O	X
콜로라도대학교	O	O	X	X
네브라스카대학교	O	O	O	O
캘리포니아대학교-로스앤젤레스	O	O	O	X

*노스캐롤라이나대학교, 채플힐의 경우, 정규 교육과정 외에 운영중인 교육 프로그램이 있다는 사실을 확인하였으나, 대학 홈페이지의 리뉴얼로 인해 확보할 수 있는 자료에 제한이 있음.

일본의 경우, 세 가지 기준을 모두 충족하는 기관인 자치의과대학, 나고야대학교, 히로시마대학교, 츠크바대학교, 그리고 치바대학교를 분석대상으로 최종 선정하였다. 각 기관의 선정기준 충족 여부는 <표 3>과 같다.

표 3. 일본 의과대학의 선정기준 충족 여부

기관명	기준 ①	기준 ②	기준 ③	선정여부
자치의과대학	O	O	O	O
도호쿠대학교	O	X	X	X
나고야대학교	O	O	O	O
규슈대학교	O	X	X	X
고치대학교	O	X	X	X
홋카이도대학교	O	X	X	X
히로시마대학교	O	O	O	O
츠크바대학교	O	O	O	O
치바대학교	O	O	O	O
미에대학교	O	X	X	X

본 연구의 분석대상으로 선정된 최종 10개 대학은 <표 4>와 같다. 미국 의과대학은 워싱턴대학교, 미네소타대학교, 뉴멕시코대학교, 캘리포니아대학교-데이비스, 네브라스카대학교 의과대학의 5개 기관이 선정되었다. 일본 의과대학은 자치의과대학, 나고야대학교, 히로시마대학교, 츠쿠바대학교, 치바대학교 의과대학의 5개 기관이 선정되었다. 최종 분석대상으로 선정된 10개의 기관 중 자치의과대학을 제외한 9개 기관은 모두 주립 또는 국립 대학이다. 자치의과대학의 경우, 일본 전국의 47개 도도부현이 공동으로 설립한 기관으로, 법률상으로는 학교법인에 의해 운영되는 사립대학이며 학교 운영을 위한 예산은 각 도도부현이 분담한다(구혜경, 2024).

표 4. 최종 선정 분석대상

국가	기관	구분	소재지
미국	워싱턴대학교	주립	워싱턴주
	미네소타대학교	주립	미네소타주
	뉴멕시코대학교	주립	뉴멕시코주
	캘리포니아대학교-데이비스	주립	캘리포니아주
	네브라스카대학교	주립	네브라스카주
일본	자치의과대학	사립	토치기현
	나고야대학교	국립	아이치현
	히로시마대학교	국립	히로시마현
	츠쿠바대학교	국립	이바라키현
	치바대학교	국립	치바현

분석대상으로 선정된 10개 의과대학의 사명은 <표 5>와 같다. 미국의 미네소타대학교, 캘리포니아대학교-데이비스, 뉴멕시코대학교, 네브라스카대학교 의과대학의 4개 기관이 지역사회 또는 지역의료와 관련된 내용을 사명에 포함하고 있다. 일본의 경우, 자치의과대학교, 나고야대학교, 츠쿠바대학교의 3개 기관이 지역사회 또는 지역의료와 관련된 내용을 사명에 기술하고 있다.

표 5. 분석대상 의과대학의 사명

국가	기관	사명
미국	위싱턴 대학교	<ul style="list-style-type: none"> 공중의 보건과 삶의 질을 개선하는 데 전념한다. 이러한 목적을 추구하기 위해 의과대학은 바이오의학 교육, 연구, 그리고 의료서비스의 우수성을 위해 최선을 다한다. 또한, 모든 활동의 윤리적 수행에 전념한다.
	미네소타 대학교	<ul style="list-style-type: none"> 숙련되고 이타적이며 사회적 책임을 다하는 의사를 양성하는 교육을 통해 인류의 건강을 증진하는 데 앞장서고자 한다. 미네소타주 농촌과 도시의 다양한 인구를 위해 봉사하는 세 개의 캠퍼스를 운영하며 탁월한 일차 의료, 모범적인 전문 진료 및 혁신적인 연구에 전념한다. 덜루스 캠퍼스: 미네소타주의 농촌 및 아메리칸 인디언/알래스카 원주민 지역사회에서의 의료 접근성 및 성과개선을 선도하는 리더가 된다.
	캘리포니아 대학교 - 데이비스	<ul style="list-style-type: none"> 교육, 연구, 치료, 그리고 지역사회가 힘을 합쳐 건강을 증진함으로써 삶을 변화시킨다.
	뉴멕시코 대학교	<ul style="list-style-type: none"> 우리는 의료 전문가, 지도자 및 과학자의 다양성을 교육 및 제고하고, 탁월하고 이타적인 의료서비스를 제공하며, 주민의 건강을 옹호하고, 새로운 지식과 우수한 진료를 추구함으로써 모든 뉴멕시코 주민의 건강을 증진한다.
	네브라스카 대학교	<ul style="list-style-type: none"> 최고의 교육 프로그램, 혁신적인 연구, 그리고 탁월한 환자 치료를 통해 모든 개인과 사회의 건강한 미래를 만들기 위해 삶을 변화시키는 데 앞장선다.
일본	자치 의과 대학	<p>“지역사회에 지역 사회의학의 빛을 가져온다”는 임무를 완수하기 위해 다음과 같은 의료 전문가를 양성하는 사명을 가진다.</p> <ul style="list-style-type: none"> 최고 수준의 윤리와 전문성을 갖춘 의료 전문가 진료 전반에 걸쳐 다양한 건강 문제에 대응할 수 있는 높은 수준의 의학 지식과 포괄적인 임상 지식을 갖춘 의료 전문가 의료취약지역에서 종사하고 사회의 건강을 선도하며 긍정적인 사회적 공헌을 하는 의료 전문가

나고야 대학교	<ul style="list-style-type: none"> • 인류의 건강 증진에 기여할 첨단 의학 연구를 발전시키고 새로운 의료기술을 창출한다. • 의료윤리를 존중하고 인류 복지에 기여한다는 자부심을 가진 의학 연구자 및 의료 전문가를 양성한다. • 의학 연구 및 진료 모두에서 지역 기관과 협력하여 지역의료 서비스의 질을 높이고, 일본과 세계의 의료 수준을 향상시킨다. • 의학 연구 및 의료서비스의 중심지 역할을 할 수 있는 인재를 활용할 수 있도록 개방된 체제를 개발한다.
히로시마 대학교	<ul style="list-style-type: none"> • 평화에 공헌하는 의료인 육성을 통해 의학·의료의 진보에 기여한다.
츠쿠바 대학교	<ul style="list-style-type: none"> • 대학의 이념 등을 바탕으로 스스로 문제 해결 방안을 구상하고 실행할 수 있으며, 국경 등의 장벽을 넘어 협력하면서 전 세계적 문제의 해결과 생명과학의 진보에 공헌할 수 있는 의사·의학 연구자를 적극적으로 육성한다. • 기초의학, 임상의학, 사회의학 각 영역의 연구 성과를 바탕으로 첨단적이고 특색 있는 연구를 추진하여 새로운 학문분야를 창출하고, 의료기술의 발전과 의료수준의 향상에 기여하는 차세대 인재를 양성한다. • 변화하는 사회에 대응하기 위해 부단한 개혁을 지속하면서 다양성과 유연성을 갖춘 새로운 교육을 개발하여 의학교육 혁신의 선도적 역할을 수행함과 동시에 우리나라 의학교육의 수준 향상과 세계화에 기여한다. • 도내 유일의 의사 양성 고등교육기관 및 특별 기능 병원으로서의 노력과 이념을 바탕으로 의료의 핵심역할을 담당할 인재를 양성한다. 또한, 지역 의료교육센터의 활용 등을 통해 이바라키현을 비롯한 지역의료의 유지 및 향상에 기여할 수 있는 인재를 양성한다.
치바 대학교	<ul style="list-style-type: none"> • 질병에 맞서고 바이오의학을 발전시킴으로써 인류의 건강과 복지를 선도하는 의료 전문가와 생명과학 연구자에 요구되는 우수한 능력을 함양한다.

3.1.3. 분석자료

연구문제를 해결하기 위해 10개 의과대학의 홈페이지, 미국과 일본의 의료 관련 국가 기구 및 기관, 국내외 학술지, 보건의료 관련 연구기관 등으로부터 필요한 자료를 수집하였다. 우선, 미국의 자료를 수집하기 위해 각 대학 홈페이지로부터 2024학년도 학생 모집 요강, 교육편람, 지역사회 교육 프로그램 관련 각종 자료 등을 수집하였다. 미국의 보건자원서비스국, 국가보건의료지원단, 각 주 지역의료 교육센터의 공식 홈페이지로부터 의료인력 부족 지역 관련 자료, 의료인력 육성을 위한 장학금 및 학자금 대출 제도 관련 자료, 지역의료 교육센터의 교육 프로그램 관련 자료 등을 수집하였다. 일본의 자료 수집을 위해서는 일본의 각 의과대학 홈페이지로부터 2024학년도(레이와 6년) 학생 모집요강, 지역정원제도 관련 자료(예. 성과보고서, 교육과정 가이드라인), 교육편람, 지역사회 교육 프로그램 관련 자료 등을 수집하였다. 5개 기관 소재 현 정부 홈페이지로부터는 지역정원제도 및 의사 수확자금 대출제도 관련 자료 등을 수집하였으며, 전국의학부장병원장회의 홈페이지로부터 지역정원제도 관련 보고서를 수집하였다. 이외에도 연구문제의 해결에 필요한 각종 자료를 수집하기 위해 국내 KCI 등재 학술지 및 국외 학술지, 국내 보건의료 관련 연구기관 등에서 연구주제와 관련된 문헌을 검색하였다. 분석자료의 출처와 구체적인 내용은 <표 6>과 같다.

표 6. 분석자료의 출처 및 내용

대상	수집 출처	자료
미국	각 대학 홈페이지	<ul style="list-style-type: none"> • 2024학년도 학생 모집요강 • 지역사회 교육 프로그램 관련 자료
	보건자원및서비스관리국, 국가보건의료지원단 공식 홈페이지	<ul style="list-style-type: none"> • 의료인력 부족 지역 관련 자료 • 장학금 및 학자금 대출 제도 관련 자료
	각 주 지역의료 교육센터(AHEC) 공식 홈페이지	<ul style="list-style-type: none"> • 지역의료교육센터 프로그램 관련 자료
일본	각 대학 홈페이지	<ul style="list-style-type: none"> • 2024학년도 학생 모집요강 • 지역정원제도 관련 자료 • 지역사회 교육 프로그램 관련 자료

공통	각 현 정부 공식 홈페이지	• 지역정원제도 관련 자료
	후생노동성 공식 홈페이지	• 의사확보대책 관련 자료
	전국의학부장병원장회의 (全國醫學部長病院長會議)	• 지역정원제도 관련 보고서
	홈페이지	
	국내 KCI 등재 학술지, 국외 학술지	• 분석대상 기관 관련 논문
공통	국내 보건의료 관련 연구기관	• 국내외 지역 의사 양성 관련 연구보고서
	세계보건기구(World Health Organization) 공식 홈페이지	• 지역의료인력 확보 관련 자료

미국과 일본의 각 의과대학 홈페이지에서 지역사회 교육 프로그램 관련 자료를 수집하기 위해 활용한 검색 전략은 다음과 같다. 미국의 경우 프로그램의 이름이 ‘rural’, ‘urban’, ‘community’, ‘underserved’, ‘area’와 같은 단어를 포함하고 있는 경우 본 연구의 범위와 관련이 있다고 간주하였다. 그중 프로그램의 목적과 관련한 설명에 ‘rural’, ‘underserved’, ‘shortage’, ‘disparities’ 등의 단어가 포함되어 있거나, 프로그램의 내용이 본 연구의 주제와 밀접한 관련이 있다고 판단되는 경우, 해당 프로그램 관련 자료를 수집하였다. 일본의 경우, 프로그램의 이름이 ‘地域’, ‘地域医療’을 포함하고 있거나, 지역의료 또는 지역의료교육 관련 교실에서 제공하고 있는 프로그램을 우선적으로 검색하였다. 본 연구의 범위에의 포함 여부를 구체적으로 파악하기 위해 교육편람을 통해 프로그램의 목적, 학습 목표, 내용, 학습 활동 등을 확인하였다.

수집한 자료를 바탕으로 본 연구의 범위에 포함되는 선발제도와 교육 프로그램만을 분석에 포함하기 위해 <표 7>과 같은 기준을 적용하였다. 우선 학생 선발제도의 경우, 사전에 설정한 조작적 정의에 따라 의과대학으로의 입학이 확정된 후에 진행되는 과정은 선발과 무관한 것으로 간주하였다. 특히, 미국의 경우 기관별 차별적인 선발 트랙과 교육 프로그램에 대한 자료가 각 대학 홈페이지 상에 혼재되어 있었다. 이를 선발제도와 교육 프로그램으로 구분하기 위해, 의과대학에의 입학 지원 과정에서 합격 여부가 결정되며, 불합격시 일반 선발 인원에 포함되어 평가가 이루어진다는 내용의 명시가 있는 경우 해당 트랙을 선발제도로 분류하였다. 의과대학으로의 입학이 결정된 후에 프로그램 참여 여부가 결정된다고 명시되어 있는 경우 해당 프로그램을 교

육 프로그램으로 분류하였다. 또한, 단순히 졸업 후 지역에서의 근무 등을 조건으로 입학 시 혹은 재학 중에 경제적 혜택(예: 장학금, 학자금 대출)을 제공하는 제도는 조직적 정의에서 설정한 선발제도와 교육 프로그램의 요소를 포함하고 있지 않으므로 본 연구의 범위에서 제외하였다.

다음으로, 교육 프로그램의 경우, 양국 각 대학의 정규 교육과정 내에서 이루어지는 필수 임상실습 교육 프로그램을 우선적으로 확인하였다. 그중 지역의료만을 주제로 다루는 강의 혹은 지역사회 경험을 제공하는 임상실습 강좌는 연구대상에 포함하였다. 그러나 편람상 일부 차시만 지역의료와 관련된 내용을 다루고 있는 강좌의 경우에는 분석의 대상에서 제외하였다. 프로그램 운영 주체와 관련하여, 의과대학이 단독으로 운영하거나 타 대학 또는 지방자치단체와 공동으로 운영하는 지역의료 관련 프로그램을 모두 포함하였다. 그러나 학생들이 자발적으로 지역사회 의료와 관련된 경험에 참여하는 동아리 혹은 봉사활동 등은 교육 프로그램으로서의 조직성과 체계성을 갖추지 못하므로 분석대상에서 제외하였다.

표 7. 분석 문헌 선택 기준

범주	포함	제외
학생 선발제도	<ul style="list-style-type: none"> • 의과대학 입학 지원 과정에서 합격 여부 결정되는 경우 • 불합격시 일반 선발 인원내 포함되어 평가가 이루어진다는 내용의 명시가 있는 경우 	<ul style="list-style-type: none"> • 의과대학 입학이 확정된 후에 진행되는 과정 • 입학 시 혹은 재학 중에 단순히 경제적 혜택만을 제공하는 제도
교육 프로그램	<ul style="list-style-type: none"> • 의과대학 입학 후 프로그램 참여 여부가 결정되는 경우 • 정규 교육과정 내 필수 임상실습 교육 프로그램 • 지역의료만을 주제로 다루는 강의 혹은 지역사회 경험을 제공하는 임상실습 강좌 • 의과대학 단독 운영 또는 타 대학, 지방자치단체와의 공동 운영 지역의료 관련 프로그램 	<ul style="list-style-type: none"> • 지역사회 의료와 관련된 경험에 참여하는 동아리 혹은 봉사활동 • 일부 차시만이 지역의료와 관련된 내용을 다루고 있는 강좌

3.2. 분석방법

3.2.1. 문헌연구방법

본 연구는 문헌연구방법을 활용하였다. 문헌연구는 <표 8>과 같이 연구계획, 연구수행, 연구산출의 3가지 단계를 거친다. 첫 번째 ‘연구계획’ 단계는 연구를 진행하기 위한 계획을 수립하는 단계이다. 해당 단계에서는 새로운 연구주제에 대한 아이디어나 관점을 발견하여 연구계획으로 발전시킨다. 연구자의 관심사에 대한 선행연구를 종합적으로 검토하여 추가적인 연구가 수행되어야 하는 부분을 확인하고 이를 해결하기 위해 어떠한 연구를 진행할지에 대한 계획을 수립한다. 본 연구에서는 해당 단계에서 비교 분석할 대상 국가를 설정하고 연구절차에 대한 계획을 구체화하였다. 또한, 연구목적에 부합하는 문제를 설정하였다.

두 번째 ‘연구수행’ 단계에서는 앞서 수립한 연구계획을 바탕으로 실제 연구를 수행한다. 기존의 선행연구를 검토함으로써 연구주제에 대해 어떠한 이론적 논의가 전개되었는지를 자세히 고찰하고, 연구수행에 대한 연구자의 새로운 관점을 발견한다. 본 연구에서는 지역 의사 양성과 관련하여 수행된 선행연구를 국가별로 검토하고 연구단계별 연구내용을 보다 구체화하였다. 이에 따라 분석을 위한 자료를 수집한 후, 연구문제에 따라 정리하는 과정을 거쳤다.

세 번째 ‘연구산출’ 단계는 연구결과에 대한 해석 근거를 문헌고찰을 통해 마련하고 실제 연구결과를 산출하는 단계이다. 본 연구에서는 선행연구 및 본 연구의 연구문제를 기반으로 국가 간 비교 준거를 설정하고 준거에 따라 비교분석을 실시하였다. 또한, 비교분석 결과를 기반으로 하여 우리나라에의 제안을 도출하였다.

표 8. 문헌연구방법에 따른 연구절차

	1단계: 연구계획	2단계: 연구수행	3단계: 연구산출
수행 내용	<ul style="list-style-type: none"> 새로운 연구주제에 대한 아이디어나 관점 발견 및 연구계획으로의 발전 	<ul style="list-style-type: none"> 기존의 이론적 논의 검토를 통한 연구수행에 대한 새로운 관점 발견 	<ul style="list-style-type: none"> 문헌고찰을 통해 연구결과에 대한 해석적 근거 마련
본 연구	<ul style="list-style-type: none"> 연구문제 설정 및 연구절차계획의 구체화 비교 대상 국가(사례) 선정 	<ul style="list-style-type: none"> 선행연구 검토 및 연구모형 구체화 분석을 위한 자료 수집 	<ul style="list-style-type: none"> 비교 준거 설정 준거에 따른 비교분석 실시 분석 결과 기반 제안 도출

3.2.2. 비교교육연구방법

1) 비교모형

본 연구는 연구주제에 따라 국가 간 비교분석을 실시하기 위해 Bereday(1964)의 4단계 비교모형(4 steps of comparison method)을 활용하여 비교교육연구(comparative education research)방법에 따라 연구를 수행하였다. Bereday의 4단계 비교방법은 교육학 분야에서 비교교육연구 수행을 위해 흔히 활용되는 방법으로, 기술(description), 해석(interpretation), 병치(juxtaposition), 동시비교(simultaneous comparison)로 이루어져 있다. 이 중 기술과 해석 단계는 단일한 분석단위(국가 혹은 지역)에 관한 지역 연구를, 병치 및 동시비교 단계는 두 개 이상의 분석단위 간의 비교연구를 실행하는 단계이다. 각 단계별로 수행해야 하는 연구의 과제와 본 연구에의 적용 내용은 <표 9>와 같다.

첫 번째 ‘기술’ 단계는 단일 분석단위에 대한 자료를 체계적으로 수집하여 그 내용을 서술하는 단계이다. 본 연구에서는 해당 단계에서 단일 분석단위인 미국과 일본의 10개 의과대학에 관련된 문헌 자료를 수집하였고, 연구문제에 따라 지역의사 양성을 목적으로 하는 각 국가의 학생 선발제도와 지역사회 교육 프로그램의 구체적인 내용을 기술하였다.

두 번째 ‘해석’ 단계는 앞서 기술한 내용에 대해 사회과학적 관점에서 분석 및 평가를 실행하는 단계이다. 이전 단계에서 기술한 내용이 어떠한 의미를 가지는지 해당 문제를 둘러싼 국가의 사회적 맥락을 고려하여 해석한다. 본 연구의 경우, 미국과 일본의 의료사회와 지역 의사 양성에 관련한 배경과 맥락을 반영하여 학생 선발제도와 지역사회 교육 프로그램의 특징을 서술하였다.

세 번째 ‘병치’ 단계에서는 분석단위 간 예비적 대조를 실행하고 비교 준거를 설정한다. 비교 대상 국가별로 연구문제에 따라 기술 및 해석한 내용을 병치하여 어떠한 준거에 따라 비교분석을 실행할지를 결정한다. 본 연구에서는 미국과 일본의 분석 내용을 병치하였고 두 국가 간 비교를 위한 준거를 도출하였다.

마지막 ‘동시비교’ 단계에서는 국가 간 비교를 실행한다. 이전 단계에서 설정한 비교 준거에 따라 국가 간에 비교를 실행하고 그 결과를 전체적인 맥락에서 해석한다. 본 연구의 경우 미국과 일본의 맥락을 고려하여 비교 결과를 해석하고 우리나라에의 시사점이 무엇인지 결론을 도출하였다.

비교교육연구방법에 따라 수행한 본 연구를 모형으로 나타내면 다음의 <그림 1>과 같다.

표 9. Bereday의 4단계 비교모형에 따른 연구절차

	1단계: 기술	2단계: 해석	3단계: 병치	4단계: 동시비교
수행 과제	<ul style="list-style-type: none"> 단일 분석단위에 대한 체계적 자료 수집과 서술 	<ul style="list-style-type: none"> 사회과학적 관점에서의 분석 및 평가 	<ul style="list-style-type: none"> 분석단위 간 예비적 대조 및 비교 준거 설정 	<ul style="list-style-type: none"> 연구문제에 따른 비교와 전체 교육적 맥락에서의 분석
본 연구	<ul style="list-style-type: none"> 각 분석대상 국가의 연구내용별 문헌 자료 수집 및 기술 	<ul style="list-style-type: none"> 각 국가의 의료 사회 맥락을 고려한 자료의 해석 	<ul style="list-style-type: none"> 국가별 자료의 병치를 통한 비교 준거 도출 	<ul style="list-style-type: none"> 각 국가의 의료시스템적 맥락에서 비교분석 및 결론 도출

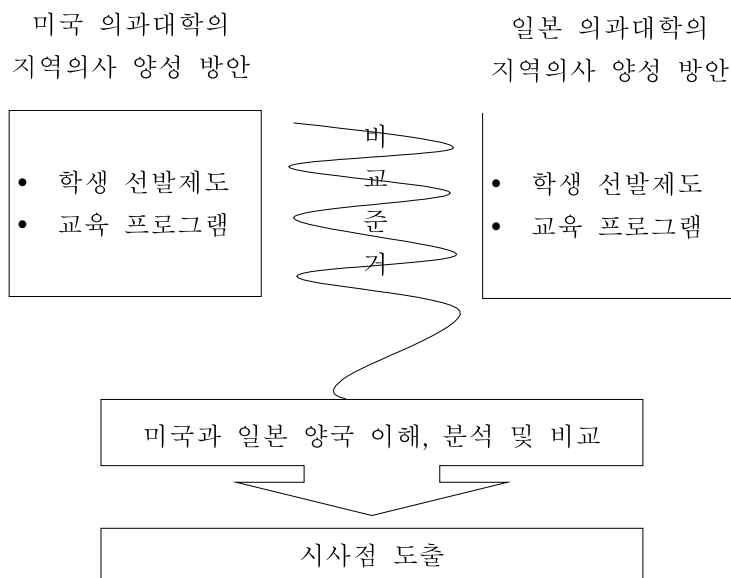


그림 1. 본 연구의 비교모형

2) 비교 준거

미국과 일본 의과대학의 지역의사 양성을 위한 학생 선발제도와 교육 프로그램을 비교하기 위한 준거는 선행연구 고찰을 통해 도출하였다. 본 연구의 문헌연구방법에 따른 연구절차 상 두 번째 단계인 ‘연구수행’ 단계에서 비교연구방법의 ‘기술’을 위해 선행연구를 탐독하였고 이를 통해 본 연구주제에 적합한 비교 준거를 도출하였다.

학생 선발제도의 비교를 위한 준거는 의과대학 또는 치과대학의 학생 선발제도를 다루고 있는 선행연구들로부터 도출하였다(<표 10>). Edwards et al.(2001)은 의과대학의 학생 선발제도 모형이 지원자 집단(applicant pool), 선발 준거(criteria for selection), 선발 위원회(admission committee), 선발 과정 및 정책(selection processes and policies), 그리고 성과(outcomes)의 구성요소로 이루어져 있다고 제시하며, 이 요소들 간의 관계를 서술하였다. Avery et al.(2012)의 연구는 가정의학과 전공을 선택하는 학생을 예측할 수 있는 선발 요인에 관한 문헌고찰 및 탐색적 연구로, 농어촌 지역에서 근무하는 가정의학과 전문의를 양성하는 데 영향을 미칠 수 있는 의과대학

선발제도 상의 세 가지 핵심 구성요소로서 선발 학생의 특성(characteristics of students being selected), 선발 위원회 구성 및 정책(make-up and policies of the admissions committee), 그리고 학생 지원을 위한 보조적인 프로그램(ancillary programs developed to support suitable students)을 제시한 바 있다. Cheng et al.,(2022)의 대만 치과대학의 학생 선발에 관한 연구에서는 선발 평가 및 과정(admission tests and applicant selection process)과 입학 정원(enrollment quota)을 위주로 선발정책의 전반적인 사항이 기술되었다. Soemantri et al.(2020)은 아시아 내 7개 국가 의과대학의 선발 정책과 방법을 고찰한 연구에서 선발정책의 거버넌스, 지원 자격요건, 지역정원 관련 제도 유무, 선발 평가방법 등을 준거로 활용하여 국가 간 비교분석을 실행하였다. 이에 더하여 국가 간 의과대학 선발정책의 비교를 위한 스펙트럼을 제시하였는데, 한 축에는 국가 기반 정책(national policies), 고등학교 졸업자만 허용(secondary school leaver only), 학업 능력만 고려(pure academic merit), 인지적 능력 평가(assessment of cognitive abilities)의 내용이 설정되어 있고, 다른 한 축에는 대학 기반 정책(school-based policies), 대학 졸업자도 허용(graduate entry), 다양성 참조(affirmative action), 비인지적 능력 평가(assessment of non-cognitive abilities)의 내용이 위치하고 있다.

표 10. 학생 선발제도의 비교 준거 도출을 위한 선행연구

저자명	비교준거
Edwards et al.(2001)	• 지원자 특성
	• 선발 과정 및 정책
	• 선발 준거
Avery et al.(2012)	• 선발 학생의 특성
	• 선발 위원회 구성 및 정책
	• 지원 프로그램
Cheng et al.(2022)	• 선발 평가 및 선발 과정
	• 선발 정원
Soemantri et al.(2020)	• 정책 거버넌스
	• 지원 자격요건

이를 종합하여 본 연구에서는 미국과 일본 의과대학의 학생 선발제도 비교를 위해 선발 규모, 지원 자격, 선발 방식, 선발에 따른 조건, 그리고 제도 관련 지원을 준거로서 활용하였다. 선발 규모는 해당 제도를 통해 선발하는 인원의 수는 몇 명인지, 전체 입학정원 중 해당 인원이 차지하는 비중은 얼마인지를 함께 고려한다. 지원 자격은 해당 제도에 학생이 지원하기 위해 요구되는 조건을 의미하며, 학생의 개인적인 특성인 출신 지역, 출신 학교 유형, 사회적 배경 등을 포함한다. 선발 방식은 선발을 위한 평가 도구 및 준거로서, 각각 지원자를 평가하는 데 활용되는 정량적 및 정성적 도구와 평가 도구를 통해 검토하고자 하는 지원자의 역량 및 특성 등을 뜻한다. 선발에 따른 의무이행 조건은 해당 제도를 통해 합격하여 의과대학에 입학한 학생이 재학 중 혹은 졸업 후에 이수하거나 이행해야 하는 특정한 조건을 지칭하는 것으로, 특정 교육과정의 이수, 특정 지역에서의 의무 근무 등의 요건을 포함한다. 마지막으로, 선발된 학생에 대한 지원은 해당 선발제도와 연계하여 학생에게 제공되는 지원을 의미한다. 이는 재정적 지원, 교육적 지원, 행정적 지원 등을 모두 포함한다.

교육 프로그램의 비교를 위한 준거 도출을 위해서는 의과대학 또는 간호대학의 지역사회 관련 교육 프로그램 혹은 교육과정을 비교한 선행연구들을 참고하였다(<표 11>). Longenecker et al.(2021)의 연구는 농어촌 지역 교육 프로그램을 운영하는 의과대학을 기관의 리더십, 학생 선발, 그리고 교육 내용의 특성 측면에서 비교하며 교육 프로그램에 대한 문헌고찰을 위해 프로그램명, 프로그램의 목적 또는 목표, 교육 활동의 구조를 준거로서 활용하였다. Yazdani & Heidarpour(2023)은 프로그램의 목표, 내용, 교수법, 학생평가 방법, 참여 학생 및 교수진, 교육 맥락, 그리고 교육과정 관리를 준거로 활용하여 지역사회 참여 교육 프로그램을 실행하고 있는 이란의 5개 의과대학에 대해 Bereday의 비교모형에 기반한 비교교육연구를 수행하였다. Changiz & Alizadeh(2021)의 연구 또한 마찬가지로 Bereday의 비교모형을 활용하여 이란과 북아메리카 의과대학의 지역의료와 공공의료 교육과정을 비교한 연구로, 프로그램 목표, 기대 달성역량, 교육 전략, 교수법, 프로그램 기간, 강좌의 내용, 학생 평가방법, 프로그램 구조, 그리고 교육 영역을 비교 준거로서 활용한 바 있다. Zeydani et al.(2024)은 Bereday의 비교 모형을 활용한 연구를 통해 두 간호대학의 지역사회 기반 교육과정

을 프로그램의 철학, 사명, 비전, 강좌의 일반적 목적, 교육 모델, 강좌의 구조, 그리고 기대 성과의 측면에서 비교하였다. O' Sullivan et al.(2018)의 연구에서는 호주 의과대학에서 운영되고 있는 농어촌 지역 몰입형 프로그램의 특성에 대한 고찰을 위해 프로그램에 참여한 농어촌 지역 출신 학생의 비율, 프로그램 설계, 프로그램 기간, 농어촌 의료에 대한 의향 평가 여부 등의 준거를 활용한 바 있다.

표 11. 교육 프로그램의 비교 준거 도출을 위한 선행연구

저자명	비교 준거	
Longenecker et al. (2021)	<ul style="list-style-type: none"> • 프로그램 명 • 프로그램의 목적 또는 목표 • 교육 활동의 구조 	
Yazdani & Heidarpour (2023)	<ul style="list-style-type: none"> • 프로그램 목표 • 교육 내용 • 참여 학생, 교수진 • 학생 평가방법 	<ul style="list-style-type: none"> • 교수법 • 교육 맥락 • 교육과정 관리
Changiz & Alizadeh (2021)	<ul style="list-style-type: none"> • 프로그램 목표 • 기대 달성역량 • 교육 전략 • 교수법 • 프로그램 기간 	<ul style="list-style-type: none"> • 강좌 내용 • 학생 평가방법 • 프로그램 구조 • 교육 영역
Zeydani et al.(2024)	<ul style="list-style-type: none"> • 프로그램 철학, 사명, 비전 • 강좌의 목적 	<ul style="list-style-type: none"> • 교육 모형 • 프로그램 구조 • 기대성과
O' Sullivan et al. (2018)	<ul style="list-style-type: none"> • 농어촌 지역 출신 학생 비율 • 농어촌 의료 의향 평가 여부 	<ul style="list-style-type: none"> • 프로그램 기간 • 프로그램 설계

이상의 선행연구를 참고하여 본 연구에서는 미국과 일본 의과대학의 지역의사 양성을 위한 교육 프로그램의 비교 준거로서 프로그램의 유형, 제공 대상 및 시기, 기간, 목표, 내용, 그리고 지원체제를 활용하였다. 프로그램 유형은 강의형, 실습형, 그리고 혼합형으로 분류하였으며, 이때 혼합형은 강의와 실습이 혼합된 유형의 프로그램을 지칭한다. 프로그램 제공 대상 및 시기는 프로그램이 대상으로 하는 학생의 학년과 구체적인 조건, 프로그램이 제공되는 구체적인 시기를 의미한다. 프로그램 내용은 해

당 프로그램에서 학생들에게 제공되는 구체적인 교육 활동을 뜻하며, 지원체제는 프로그램의 운영을 담당하는 교내의 담당 부서와 프로그램에 투입되는 인적 자원을 포함한다.

최종적으로 본 연구에서 미국과 일본 의과대학의 지역의사 양성을 위한 학생 선발제도와 교육 프로그램의 비교를 위하여 활용한 비교 준거는 다음의 <표 12>와 같다.

표 12. 미국과 일본 의과대학의 학생 선발제도와 교육 프로그램의 비교 준거

비교 대상	학생 선발제도	교육 프로그램
비교 준거	• 선발 규모	• 유형 및 기간
	• 지원 자격	• 대상 및 시기
	• 평가 방식(평가 도구, 평가 준거)	• 목표
	• 선발에 따른 의무이행 조건	• 내용
	• 선발 학생에 대한 지원	• 지원체제

3.2.3. 교육정책 차용 모형

본 연구에서는 미국과 일본 의과대학의 지역의사 양성을 위한 교육정책 중 학생 선발제도와 교육 프로그램을 중심으로 비교 분석을 실시한 후, 이로부터 우리나라 의과대학의 지역의사 양성을 위한 교육정책에 대한 시사점을 도출하고자 하였다. 이를 위해 정책 차용(policy borrowing) 모형을 활용하였다. 정책 차용이란, 자국의 문제를 해결하기 위해 타국의 정책을 빌려와 자국의 맥락에 맞게 다양한 형태로 변형하여 활용하는 것을 지칭한다(성열관, 2010). 이는 한 국가의 제도나 정책이 나라 간에 이동하는 현상을 가리키는 정책 전이(policy transfer)와는 의미가 다른 것으로, 정책 전이가 ‘방향’이나 ‘능동성’의 개념을 포함하고 있지는 않다는 점에서 정책 차용과는 차이가 있다. 즉, 정책 차용은 차용의 대상과 주체가 명확하며, 국가 간의 단순한 이동에서 나아가 차용국의 맥락에 맞는 변용의 개념까지 포함하는 개념이다.

Phillips와 Ochs(2003)은 교육정책의 차용에 대해 연구하여 교육정책 차용의 4단계 모형을 제시한 바 있다. 다만, 해당 논문은 독일의 직업교육정책을 들여오기 위한 영

국의 상황을 예시로 들고 있는 문헌으로 본 연구의 맥락과는 다소 거리가 먼 부분이 있다. 이에 우리나라의 상황을 고려하여 해당 논문과 원저자들의 모형을 재구성한 성열관 외(2008)의 문헌을 함께 참고하여 활용하였다.

1단계는 ‘유인(cross-national attraction)’ 단계로, 해당 단계에서는 타국의 정책을 차용하게 되는 ‘자극(impulses)’ 요인과 ‘잠재력 타진(externalizing potential)’ 요인의 두 가지 동인이 발생한다. ‘자극’ 요인은 정치적 변화에 의해 발생하는 것으로, 외국의 우수한 사례 중 자국의 맥락에 차용할 만한 것이 있을 것이라는 자극과 관심이 촉발된다. ‘잠재력 타진’에 대한 노력은 타국의 특정 정책을 자국에 도입하였을 때 자국에서 발생 가능한 이점이 무엇인지를 예상해보는 것이다. 차용국의 사회적, 교육적 문제들을 해결함에 있어 타국의 정책을 차용하였을 때 현실적으로 얻을 수 있는 혜택을 가늠해본다.

2단계는 ‘결정(decision)’ 단계로, 이 단계에서는 타국 정책의 차용을 정당화할 수 있는 ‘이론적 설명자(theoretical descriptor)’가 있어야 한다. 또한, 기존 용어를 대체하는 새로운 용어가 모습을 드러내게 되고, 현실성 있는 도입을 이루어내기 위한 노력이 이루어진다.

3단계는 ‘실행(implementation)’ 단계로, 앞선 단계에서 원조국과 차용국의 맥락을 모두 검토한 후에 타국의 정책을 도입하는 것으로 결정되면 해당 단계에서 실제로 정책을 적용하게 된다. 이때, 차용된 정책이 적용되어 자국의 환경이 변화하는 속도는 자국의 맥락과 상황에 따라 다르며, 정책의 실행에 결정적인 영향력을 행사하는 주체가 드러나기도 한다. 또한, 불응(inaction), 연기 전략(delaying tactics), 무의사결정(non-decision)과 같은 실행에 저항하는 현상이 나타날 수 있다.

마지막 ‘내재화(internalization)’ 단계에서는 차용된 정책이 자국에 자리잡아 내면화되어가는 단계로서, 기존의 자국 환경에 미치는 영향이 무엇인지, 자국에 흡수되는 과정에서 무엇이 적용되고 무엇이 적용되지 않는지 평가된다. 이를 통해 정책의 차용이 궁극적으로 차용국의 문제 해결에 있어 기대한 효과를 발생시켰는지 판단할 수 있다.

이를 바탕으로 본 연구에서는 미국과 일본 의과대학의 교육정책에 대한 비교분석을 실시한 결과로부터 우리나라에의 시사점을 도출하기 위해 다음과 같이 교육정책 차용

모형을 활용하였다(<표 13>). 첫 번째 ‘유인’ 단계에서는 우리나라의 지역 의사 양성과 관련하여 의과대학이 실행하고 있는 교육정책적 노력과 문제점을 검토하였다. 미국과 일본 의과대학의 지역 의사 양성을 위한 학생 선발제도와 교육 프로그램을 비교분석한 결과 중 우리나라에 도입 가능한 부분은 어떤 부분이고 그 이점은 무엇인지를 우리나라의 맥락에 대한 고려와 함께 검토하였다. 두 번째 ‘결정’ 단계에 관해서는, 이론적 근거의 제시와 함께 성급한 차용 결정이 되지 않도록 주의해야 할 부분들을 확인하였다. 다음의 ‘실행’ 단계의 경우에는, 본 연구가 정책 차용을 위한 연구가 아니므로 실제로 정책을 실행해볼 수는 없다. 그러나 현재 우리나라의 상황과 국가 간 맥락의 차이로 인해 발생할 수 있는 저항 현상을 예측함으로써 지역 의사 양성과 관련하여 우리나라 의과대학이 주의해야 할 점은 무엇인지 확인하였다. 마지막 ‘내재화’ 단계에서는 미국과 일본의 정책 요소가 우리나라에 반영되었을 때 어떠한 변화가 일어날 수 있는지 예상해보았다. 또한, 미국과 일본의 정책적 요소가 우리나라에 성공적으로 자리잡기 위해서 수반되어야 할 후속적인 노력에는 어떤 것들이 있는지 검토해보았다.

표 13. 교육정책 차용 모형에 따른 우리나라에의 시사점 도출 절차

단계	발생 상황	본 연구
1. 유인	<ul style="list-style-type: none"> 타국 정책 차용에 대한 자극 요인 및 잠재력 타진 요인 발생 	<ul style="list-style-type: none"> 우리나라의 지역 의사 양성과 관련하여 의과대학이 실행하고 있는 교육정책적 노력과 문제점 검토
2. 결정	<ul style="list-style-type: none"> 정책 차용의 결정 타국 정책의 차용을 정당화할 수 있는 이론적 설명자, 용어의 대체 등 발생 	<ul style="list-style-type: none"> 이론적 근거의 제시 성급한 차용 결정이 되지 않도록 주의할 부분 확인
3. 실행	<ul style="list-style-type: none"> 차용된 정책 적용 불응, 연기 전략, 무의사결정 등의 저항 현상 발생 	<ul style="list-style-type: none"> 국가 간 맥락의 차이로 인해 발생할 수 있는 저항 현상 예측
4. 내재화	<ul style="list-style-type: none"> 차용된 정책이 자국에 내면화 자국 환경에의 영향 평가를 통한 차용국의 문제 해결 효과 판단 	<ul style="list-style-type: none"> 미국과 일본의 정책 요소가 우리나라에 반영되었을 때 발생가능한 변화 예상 필요한 후속 조치 검토

이상의 모든 연구방법을 종합하여 본 연구의 단계별 연구내용은 다음의 <표 14>와 같다.

표 14. 연구단계별 연구내용

연구단계		연구내용
1. 자료 수집		<ul style="list-style-type: none"> 지역의사 양성과 관련된 미국과 일본 의과대학의 문헌자료 수집
	1단계: 각 국가의 기술 자료 기술	<ul style="list-style-type: none"> 미국과 일본의 문헌자료를 기반으로 각국 분석단위의 학생 선발제도 및 교육 프로그램의 특징 기술
2. 자료 분석: 비교 연구 방법	2단계: 각 국가의 맥락을 해석 고려한 자료 해석	<ul style="list-style-type: none"> 미국과 일본의 지역의사 부족과 관련된 사회적 맥락을 바탕으로 학생 선발제도 및 교육 프로그램의 특징 분석
	3단계: 비교 준거 병치 설정	<ul style="list-style-type: none"> 학생 선발제도의 비교 준거: 선발 규모, 지원 자격, 선발 평가 도구 및 준거. 선발에 따른 조건, 제도 관련 지원
	4단계: 비교 준거에 동시 따른 비교 비교분석	<ul style="list-style-type: none"> 교육 프로그램의 비교 준거: 유형, 제공 대상 및 시기, 기간, 목표 및 내용, 지원체제 비교 준거에 따른 국가 간 학생 선발제도 및 교육 프로그램의 공통점 및 차이점 도출
3. 결론 도출		<ul style="list-style-type: none"> 교육정책 차용 모형에 기반하여 미국과 일본의 비교로부터 우리나라 의과대학의 지역의사 양성 교육정책에 대한 시사점 도출

4. 연구결과

이 장에서는 미국과 일본 의과대학의 지역의사 양성을 위한 학생 선발제도와 교육 프로그램에 대해 분석하고 비교한 결과를 기술하였다. 학생 선발제도와 교육 프로그램의 국가별 특징을 미국과 일본 순서로 분석한 후, 국가 간 비교를 한 후, 우리나라 의과대학의 지역의사 양성을 위한 학생 선발과 교육에의 시사점을 도출하였다.

4.1. 학생 선발제도의 특징

4.1.1. 미국

가. 기관별 특징

미국 의과대학은 지역의사 양성을 위한 학생 선발제도를 일반 전형과 특별 전형의 이원적 구조로 운영하는 양상을 보이고 있었다. 일반 전형은 학부 과정을 졸업하고 의과대학에 입학하고자 하는 지원자를 일반적 절차에 따라 선발하는 전형이다. 반면, 특별 전형은 일반 전형 이외에 지역의사를 양성하고자 하는 목적 아래 추가적인 특정 조건을 충족하는 지원자를 모집하는 등 기관별로 차별적인 특징을 갖는 일반 전형 외의 전형을 포함한다. 이에 따라 본 절에서는 기관별 학생 선발제도의 특징을 일반 전형과 특별 전형으로 구분하여 기술하고자 한다.

1) 워싱턴대학교

(1) 일반 전형

워싱턴대학교는 WWAMI(Washington, Wyoming, Alaska, Montana, Idaho) 지역 내의 유일한 4년제 의과대학으로서 기본적으로 5개 지역별 선발 정원을 설정하고 있다. 워싱턴에 속하는 시애틀(Seattle)과 스포캔(Spokane)에 각각 100명과 60명, 와이오밍에 20명, 알래스카에 25명, 몬타나에 30명, 그리고 아이다호에 40명, 총 160명을 다섯 개 주의 정원으로 배정하고 있다. 그 외의 주 출신이나 WWAMI 지역 유관자가

지원할 경우에는 시애틀 주 정원에 포함하여 선발을 검토한다.

학생 선발에 활용되는 평가 도구로는 학부 과정의 학점, 의과대학 입학시험(Medical College Admission Test) 성적, 추천서 및 경험 관련 서류, 그리고 면접 등이 있다. 이를 통해 지원자의 학업 능력과 의료에 대한 지식, 의사소통 및 대인관계기술, 미국의 의료 및 사회적 문제에 대한 인식, 문제 해결 및 분석 능력, 의료의 윤리적 문제들에 대한 인식, 폭넓은 관심사와 다양한 경험 등을 확인함으로써 지원자의 의학에 동기, 성숙함, 인성 등을 평가한다.

(2) 특별 전형

① 농어촌 의료취약지역 특별 트랙

‘농어촌 의료취약지역 특별 트랙(Targeted Rural UnderServed Track, 이하 TRUST)’은 WWAMI 지역 내 농어촌 및 소도시의 의료취약 지역사회와 워싱턴대학교를 연계하는 특별한 교육과정을 통해 지역의를 양성하고자 하는 제도이다. 학생 선발 단계에서 해당 트랙으로의 입학에 희망하는 학생들을 면접을 거쳐 선발한다. 선발 인원은 매년 변동되나, 총 선발 인원인 160명의 25% 내외 인원을 선발하는 것으로 알려져 있다.

TRUST를 통해 선발된 학생들은 차별화된 교육과정을 제공받는다. 가장 특징적인 것은 지역사회 내 지도의사와의 매칭을 통해 졸업 후 근무하게 될 현장에 연속적으로 통합되는 것이다. 1, 2학년에는 워싱턴대학교의 지역 의사 양성을 위한 교육 프로그램 중 하나인 ‘농어촌 및 의료취약지역 실습 프로그램(Rural and Underserved Opportunities Program, 이하 RUOP)’에의 참여, WWAMI 지역 타 기관의 TRUST 구성원들과의 교류, 대학 내 교수진과의 멘토링 등의 기회가 주어진다. 3학년에는 몇 달간 ‘WWAMI 농어촌지역 통합 훈련 프로그램(WWMI Rural Integrated Training Experience, 이하 WRITE)’에 참여하며 농어촌 및 의료취약 지역의 의사로서의 책임감과 역할을 학습한다. 4학년에는 ‘농어촌 가정의학 심화실습 프로그램(Rural Family Medicine Advanced Patient Care, 이하 FAMED 701/702)’에 참여하거나 다른 전문과목의 선택 실습에 참여하여 입원환자 및 외래환자와 관련된 추가적인 경험을 쌓는다.

해당 제도는 추후 전공 선택에 있어 별도의 의무 조건을 설정하고 있지 않다. TRUST 입학생들은 2학년 진입 전 여름방학에 WWAMI 지역 내 다른 의과대학과 공동으로 진행하는 리더십 행사에 필수로 참여해야 하며, 재학 중 세미나 혹은 저널 클럽 등의 추가적인 교육 활동에 참여해야 한다.

② 도시 내 지역사회 집중 트랙

‘도시 내 지역사회 집중 트랙(Community-Focused Urban Scholars Program, 이하 CUSP)’은 WWAMI 지역 내 도시의 의료취약 지역사회 출신 학생을 선발하여 추후 해당 지역사회의 의사로서 활동할 수 있도록 교육 훈련하는 제도이다. CUSP의 선발 인원은 매년 4명으로, 이는 시애틀 출신자 선발 정원인 100명에 포함된다.

CUSP 입학생은 기초의학, 임상의학, 멘토링과 지역사회 경험의 세 가지 축으로 이루어진 차별화된 교육을 제공받는다. 기초의학 단계에는 선택 강좌 수강, 관련 진로 트랙 이수, CUSP 코호트의 분기 모임 등을 경험하며 의료 불균형과 도시 내 의료취약 지역사회 의료 등에 대한 이해를 제고한다. 임상의학 단계에는 실제 의료취약 지역사회 의료 현장에서의 임상실습 교육을 제공받는다. 이와 더불어 지역사회 내의 멘토 및 코호트 내 다른 학생과의 교류, 분기별 지역사회 모임 등의 지역사회 참여 기회가 주어진다.

2) 캘리포니아대학교-데이비스

(1) 일반 전형

캘리포니아대학교-데이비스는 학생 선발에 있어 지원자의 지역 관련 조건에 제한을 두고 있지 않다. 전인적 평가(holistic assessment)를 선발 평가의 방침으로 내세움으로써 지원자의 경험, 개인적 특성, 그리고 정량적 도구를 종합적으로 참고하여 환자 치료, 지식, 대인관계 및 의사소통 기술, 전문직업성, 시스템 기반 치료, 그리고 평생학습의 6가지 의사의 역량을 평가한다. 평가를 통해 확인하고자 하는 지원자의 경험으로는 의료, 연구, 리더십, 지역사회 봉사, 교육 이력, 다직종 구성원들과의 협력 경험, 난관 극복 등의 삶의 경험 등이 있으며, 지원자의 개인적 특성으로는 지리적 출신 배

경(예. 농어촌 혹은 의료취약 지역), 회복탄력성, 의사라는 진로에 대한 동기, 지적 호기심, 의사소통 능력, 외국어(특히 의료취약 인구의 사용 언어), 문제 해결 능력과 같은 비판적 사고 능력, 전문적 책임감 및 책무성 등이 있다. 정량적 도구로는 학부 학점, 의과대학 입학시험 성적, 학부 졸업 후 학점 인정 과정(post-baccalaureate) 혹은 대학원 과정에서의 수행 결과 등을 활용한다. 전인적 평가 원칙에 따라 준거별 배점을 따로 밝히고 있지는 않으나, 지원자의 지리적 출신 배경과 지역사회 경험 등을 활용한다는 점에서 이러한 요소에 대한 고려가 배제되지는 않는다는 점을 알 수 있다.

(2) 특별 전형

① AvenueM

AvenueM은 캘리포니아 내 의료 공급이 충분히 되지 않는 지역의 일차의료 분야 의사 부족 문제를 해결하기 위해 커뮤니티 칼리지 학생들에게 제공하는 의대 입학 전 진로 트랙(pre-med pathway) 프로그램이다. AvenueM 지원자는 캘리포니아대학교-데이비스를 포함한 AvenueM 제휴 대학 3개 기관 중 한 곳으로 편입학한 후, AvenueM이 제공하는 다양한 입학 전 교육을 제공받고, 최종적으로 캘리포니아대학교-데이비스 의과대학으로의 선발 과정을 거쳐 입학한다.

AvenueM이 선발하고자 하는 학생은 경제적, 사회적, 혹은 교육적으로 취약한 계층, 비영어권 출신, 가족 내 첫 대학 졸업자(First-Generation), 참전용사, 북부 캘리포니아 지역 유관자 등으로, 이러한 배경 조건들은 선발 과정에서 활용된다. 한 해에 50명의 커뮤니티 칼리지 학생을 선발하며, AvenueM 학생들은 의과대학 선발 단계에서 지원서의 우선 검토 혜택을 제공받는다.

의과대학 입학 후 일부 학생들은 장학금을 제공받거나 캘리포니아대학교-데이비스의 교육 프로그램인 ‘지역사회의학 장학생(Community Health Scholars)’ 프로그램에 지원하여 재정적 및 교육적 지원을 받을 수 있다. AvenueM이 제공하는 교육적 지원으로는 커뮤니티 칼리지 재학 중의 캘리포니아대학교-데이비스 의과대학 프로그램 참여 기회 및 개인별 상담 제공이 있다. 편입학 단계에서는 트랜스퍼 브릿지(Transfer Bridge) 프로그램과 정기적 코호트 모임, 연구 및 임상 경험 기회 등을 제공한다. 의

과대학 입학 준비 단계에서는 의과대학 입시 관련 지원과 지역사회 연구 혹은 임상 경험 기회 등을 지원한다.

3) 미네소타대학교

(1) 일반 전형

미네소타대학교는 트윈시티(Twin Cities), 덜루스(Duluth), 그리고 세인트클라우드(St. Cloud)의 세 개의 캠퍼스로 이루어져 있는 주립 대학으로서, 미네소타주 출신 혹은 추후 미네소타주에서 근무할 의향이 있는 학생에게 선발 혜택을 제공하고 있다. 2023학년도 선발 결과, 트윈시티 캠퍼스는 전체 입학생 중 85%, 덜루스 캠퍼스는 전체 입학생 중 88%가 미네소타주 출신 학생이다.

미네소타대학교는 학생 선발을 위한 평가 도구로 학부 학점, 의과대학 입학시험 성적, 추천서, 면접 등을 활용하여 역량 기반 평가를 위한 전인적 검토를 수행한다. 입학생이 갖추어야 하는 역량으로서 제시되는 항목으로는 학업 우수성, 봉사정신, 성장 지향적 사고, 문화적 포용성, 공감 및 배려 능력, 윤리적 책임감, 비판적 사고력, 협동 및 리더십 등이 있다. 미네소타대학교의 학생 선발에 있어 특징적인 점은 모든 학생이 의과대학의 어떤 사명 아래 평가될 것인지를 선택하고 그에 따라 평가를 받는다는 점이다. 평가 사명 유형으로는 ‘일반선발(General Admission)’, ‘농어촌 의료(Rural Health)’, 그리고 ‘원주민 의료 & 지역사회(Indigenous Health & Community)’가 있고, 각 사명에 따라 지원서 질문과 캠퍼스 배정이 달라진다. 이러한 특징은 졸업 후 특정 지역에서의 종사에 대한 관심 및 의향이 높은 학생을 선별하여 적합한 교육을 제공하기 위한 목적을 가진다.

(2) 특별 전형

① 학사/의학박사 복합 학위 장학생 제도

미네소타대학교는 지역 의사 양성을 위한 학생 선발제도의 특별 전형으로서 ‘학사/의학박사 복합 학위 장학생 제도(BA/MD Joint Admissions Scholars Program)’를 운영함으로써 추후 지역 의사로서 활동하도록 차별화된 교육 기회를 제공하고 있다. 12명

의 학생을 선발하여 문과대학(College of Liberal Arts)에서 학부 과정을 마치고 의과 대학으로의 입학에 위한 멘토링을 바탕으로 의사로서의 경력을 시작할 수 있도록 지원한다. 해당 제도가 선발하고자 하는 학생으로는 시골 혹은 의료취약 지역사회 출신, 가족 내 최초 대학 진학자, 경제적으로 빈곤한 미네소타주 출신 학생 등이 있다. 선발된 학생은 학업 지원을 제공받을 뿐 아니라 장학금의 재정적 지원까지 제공받는다.

4) 뉴멕시코대학교

(1) 일반 전형

뉴멕시코대학교는 뉴멕시코주 출신 혹은 유관자로서 졸업 후 뉴멕시코 지역의사로 종사할 것으로 추정되는 학생만을 선발하고 있으나, 예외적으로 의과대학이 부족한 지역인 몬타나주, 와이오밍주 출신의 학생들 또한 선발을 허용한다. 이러한 배경에는 뉴멕시코주 내 대부분의 지역이 의료취약지역으로 지정되어 있다는 점이 작용한다.

학생 선발을 위한 평가 도구로는 학부 학점, 의과대학 입학시험 성적, 추천서, 면접, 그리고 임상 경험 관련 서류 등을 활용한다. 이 중 학부 학점과 의과대학 입학시험 성적이 평가 점수 비중의 50%를, 나머지 임상 경험 및 지역사회 봉사 경험 등의 비인지적 요인이 50%를 차지한다. 이러한 평가를 통해 지원자의 학업 성취, 의학 수학에 대한 동기, 문제 해결 능력, 자기사정 능력, 대인관계 능력, 성숙도, 관심사 및 성취 업적의 폭, 의사로서의 목표, 그리고 졸업 후 뉴멕시코 지역의사로 활동할 가능성 등을 확인한다.

(2) 특별 전형

① 학사/의학박사 복합 학위 제도

뉴멕시코대학교는 지역의사를 양성하기 위해 추가적으로 ‘학사/의학박사 복합 학위 제도(Combined BA/MD Degree Program)’를 운영하고 있다. 해당 제도는 뉴멕시코주의 의사 인력 부족 문제를 해결하기 위해 주의 지역의사로 활동할 다양한 유형의 학생들을 선발하는 제도로, 뉴멕시코주 고등학교 졸업자 혹은 나바호 지역(Navajo Nation)에 거주하는 인디언 원주민으로서 졸업 후에 주 내 시골 혹은 의료취약지역에

서 근무하고자 하는 학생 28명을 선발한다.

선발을 위한 평가자료로는 미국의 대학입학시험인 ACT 또는 SAT 성적, 내신성적, 봉사활동 및 지역사회 참여 경험, 자기소개서, 수상내역, 다양한 비교과활동, 추천서, 그리고 면접 등을 종합적으로 활용한다. 해당 제도는 학부 과정의 등록금 및 수업료를 비롯한 기본적인 교육 비용에 대한 재정적 지원과 학업적 지원을 제공한다.

해당 전형 입학생은 4년간의 학부 과정에서 특정 전공을 공부하며 의과대학 입학과 뉴멕시코주 의사로서의 근무에 필요한 내용에 초점을 맞춘 특별한 교육과정을 제공받는다. 모든 학생은 학부 2학년 여름방학에 한 달간 뉴멕시코주의 농어촌 혹은 의료취약지역 실습에 참여해야 한다. 이외에도 학생들은 1, 2학년 시기에 함께 거주하며 학습공동체를 이루어 지내야 하고, 의과대학 입학 준비 교육을 제공받는다.

5) 네브라스카대학교

(1) 일반 전형

네브라스카대학교는 시골 지역, 소도시, 사회적 취약계층 출신이자 추후 네브라스카주의 의료취약 지역사회에서 종사하고자 하는 강한 의향을 보이는 지원자를 선발한다. 이에 따라 2024학년도에는 전체 선발 인원인 132명 중 104명(80%)를 네브라스카 출신 지원자 중 선발한 것으로 나타났다.

선발을 위한 평가 도구로는 학부 학점, 의과대학 입학시험 성적, 면접, 추천서, 임상 경험 및 봉사활동 기록 등을 활용하고, 그 중 면접을 중요한 요소로 꼽고 있다. 이들을 종합적으로 검토하여 지원자의 동기, 관심사, 성격, 지적 능력, 그리고 의사로서의 적합성 등을 평가한다.

(2) 특별 전형

① 농어촌 의료 기회 프로그램

네브라스카대학교가 주 내 농어촌 지역에서 근무할 의사 인력을 양성하기 위해 추가적으로 시행하고 있는 선발제도로는 ‘농어촌 의료 기회 프로그램(The Rural Health Opportunities Program, 이하 RHOP)’이 있다. 이는 네브라스카주의 농어촌 지역 출신

고등학생을 선발하여 학부 과정에 대한 재정적 지원을 제공하고, 그 후 의과대학으로 입학시켜 졸업 후 네브라스카의 농어촌 지역으로 돌아가 지역의로 활동하도록 설계한 장기적인 제도이다. 학업 능력과 지역 근무에 대한 의향 등을 평가한다. 구체적인 선발 인원은 따로 명시하고 있지 않고 있다.

해당 제도를 통해 선발되기 위해서는 네브라스카 내 주립 대학인 채드론주립대학(Chadron State College), 웨인주립대학(Wayne State College), 네브라스카대학교 키어니캠퍼스(University of Nebraska at Kearney) 중 한 곳에서 학부 과정을 마쳐야 한다. 의과대학 졸업 시 의학박사 학위를 수여받고, 추후 가정의학과, 일반내과, 소아청소년과, 산부인과, 일반외과, 그리고 정신건강의학과 중 하나의 분야에서 수련받아야 한다.

이상의 5개 미국 의과대학의 지역의사 양성을 위한 학생 선발제도의 기관별 특징은 다음의 <표 15>와 같이 정리될 수 있다.

표 15. 미국 의과대학의 지역 의사 양성을 위한 학생 선발제도

기관명	전형	선발 규모	지원자격	평가 도구	평가 준거	의무이행 조건	지원
워싱턴 대학교	일반 전형	WWAMI 160명 (100%)	WWAMI 출신 학생 우대 (주별 정원 설정)	<ul style="list-style-type: none"> • 학부 학점 • MCAT 성적 • 추천서 • 자기소개서 • 면접 	<ul style="list-style-type: none"> • 학업 능력, 의료 지식 • 의사소통 및 대인관계기술 	별도로 없음	별도로 없음
	TRUST	40명 내외 (25%)	농어촌 혹은 소도시 내 의료취약계층에 관심이 많은 WWAMI 출신 학생	<ul style="list-style-type: none"> • 학부 학점 • MCAT 성적 • 추천서 • 면접 • 임상 경험 • 에세이 	<ul style="list-style-type: none"> • 미국 의료 및 사회적 문제 인식 • 문제 해결 및 분석 능력 • 의료윤리 문제 • 관심사와 경험 	<ul style="list-style-type: none"> • 리더십 행사 참여 • 세미나, 저널 클럽 참여 	<ul style="list-style-type: none"> • 입학 전 지역사회 경험 제공 • 개인별 지역사회 배정 및 장기 참여, 지도의사 매칭
	CUSP	4명(2.5%), 시애틀 정원에 포함	도시 내 의료취약계층 출신 학생	명시 없음	명시 없음	별도로 없음	<ul style="list-style-type: none"> • 멘토링 • 맞춤형 교육 • 전문성 개발
캘리포니아	일반 전형	캘리포니아 주 출신	명시 없음	<ul style="list-style-type: none"> • 학부 학점 • MCAT 성적 	<ul style="list-style-type: none"> • 다양한 경험 • 회복탄력성 	명시 없음	명시 없음

기관명	전형	선발 규모	지원자격	평가 도구	평가 준거	의무이행 조건	지원
대학교 - 데이비스	Avenue M	130명 (95.6%)		<ul style="list-style-type: none"> • 학점 인정 과정/대학원 과정 수행 	<ul style="list-style-type: none"> • 진로에 대한 동기 • 지적 호기심 • 의사소통 기술, 다양성 존중 • 비판적 사고력, 문제 해결 능력 • 윤리적 신념 • 자기사정 기술 • 이타심, 정직함 		
		50명	캘리포니아 지역 중사 의향, 개인적 배경	<ul style="list-style-type: none"> • 학부: 학점, 에세이, 학업계획서 • 의과대학: 학부 학점, MCAT 성적 		홍보대사 및 또래 멘토로 활동	<ul style="list-style-type: none"> • 편입학 및 의과대학 입시 지원 • 지역사회 연구, 임상 경험 • 일부 장학금 지원
미네소타 대학교	일반 전형	<ul style="list-style-type: none"> • 트윈시티: 미네소타 출신 150명 (85%) • 딜루스: 미네소타 출신 57명 	<ul style="list-style-type: none"> • 미네소타주 출신 혹은 졸업 후 미네소타 근무 의향 보유자 	<ul style="list-style-type: none"> • 학부 학점 • MCAT 성적 • 추천서 • 자기소개서 • 면접 	<ul style="list-style-type: none"> • 학업 우수성 • 봉사정신 • 성장 마인드셋 • 문화적 포용성 • 공감, 배려심 • 윤리적 책임감 • 비판적 사고력 	선발 평가된 사명에 따라 캠퍼스 배정	별도로 없음

기관명	전형	선발 규모 (88%)	지원자격	평가 도구	평가 준거	의무이행 조건	지원
뉴멕시코 대학교	학사/ 의학박사 복합 학위 장학생 제도	12명(5%)	미네소타주 출신이자 미네소타 근무 의향 보유자	명시 없음	<ul style="list-style-type: none"> • 협동, 리더십 • 학업 우수성 • 봉사정신 • 성장 마인드셋 • 문화적 포용성 • 공감, 배려심 • 윤리적 책임감 • 비판적 사고력 • 협동, 리더십 	별도로 없음	<ul style="list-style-type: none"> • 장학금 지원 • 학업 지원
	일반 전형	뉴멕시코주 출신 혹은 유관자만 선발	졸업 후 뉴멕시코 근무 추정	<ul style="list-style-type: none"> • 학부 학점 • MCAT 성적 • 추천서 • 면접 	<ul style="list-style-type: none"> • 학업 성취 • 의학 수학 동기 • 문제 해결 능력 • 자기사정 능력 • 대인관계 능력 • 성숙도 • 관심사 • 의사로서의 목표 	명시 없음	명시 없음
뉴멕시코 대학교	학사/ 의학박사 복합 학위 제도	28명	<ul style="list-style-type: none"> • 뉴멕시코주 고등학교 졸업자 혹은 나바호지역 거주 원주민 	<ul style="list-style-type: none"> • ACT/SAT • 내신성적 • 자기소개서 • 수상 내역 • 추천서 	<ul style="list-style-type: none"> • 자기사정 능력 • 대인관계 능력 • 성숙도 • 관심사 • 의사로서의 목표 	일부 보건의료학 강좌 수강, 학습공동체 내 거주	<ul style="list-style-type: none"> • 장학금 • 학업 지원 (의과대학 입학 준비, 지역의료 관련

기관명	전형	선발 규모	지원자격	평가 도구	평가 준거	의무이행 조건	지원
네브라 스카 대학교	일반 전형	네브라스카 주 출신 104명(80%)	<ul style="list-style-type: none"> 졸업 후 뉴멕시코주 농어촌, 의료취약지역 근무 의향자 	<ul style="list-style-type: none"> 면접 	<ul style="list-style-type: none"> 졸업 후 뉴멕시코 지역의사 활동 가능성 		교육, 여름 실습)
			<ul style="list-style-type: none"> 농어촌 지역, 소도시, 소외계층 출신 	<ul style="list-style-type: none"> 학부 학점 MCAT 성적 추천서 면접 	<ul style="list-style-type: none"> 지원자의 동기 관심사 성격 지적 능력 의사 적합성 	명시 없음	명시 없음
	RHOP	명시 없음	네브라스카주 내 농어촌 지역 출신 고등학생	명시 없음		<ul style="list-style-type: none"> 특정 기관 학부 졸업 일차의료 분야 전공 수련 	학부 과정에 대한 재정적 지원

*WWAMI: Washington/Wyoming/Alaska/Montana/Idaho, MCAT: 의과대학 입학시험(Medical College Admission Test), TRUST: 농어촌 의료취약지역
특별 트랙(Targeted Rural UnderServed Track), CUSP: 도시 내 지역사회 집중 트랙(Community-Focused Urban Scholars Program), RHOP: 농어촌 의료
기회 프로그램(Rural Health Opportunities Program)

나. 기관 간 비교

이상의 기관별 특징을 종합하여 5개 기관 간 비교한 결과는 다음과 같다. 5개 기관은 운영 양상에서 공통점을 가진다. 첫째, 선발 규모 및 지원 조건의 측면에서, 5개 기관 모두 주립 의과대학으로서 대학이 위치한 주의 고등학교를 졸업한 학생 혹은 해당 주와 특정한 관련을 가지고 있는 학생에게 선발에서의 혜택을 제공하고 있다. 2024년 학생 선발 결과에 따르면, 입학생 전체 인원의 80% 이상이 대학 소재 주 출신 지원자 중에서 선발되었다.

둘째, 평가 도구의 측면에서, 모든 기관이 학부 학점, 의과대학 입학시험 성적, 추천서, 면접, 그리고 그 외 지원자의 경험을 보여줄 수 있는 각종 서류를 종합적으로 활용하고 있다는 점에서 공통적이다. 평가 준거의 측면에서는, 모든 기관이 공통적으로 지원자의 학업 능력과 의료에 대한 기본지식, 의사소통 및 대인관계기술, 문제해결능력, 그 외 인성적 요소들을 평가한다. 의사소통 및 대인관계기술의 경우 해당 평가 준거를 직접적으로 밝히고 있지 않는 기관의 경우에도 협동, 리더십, 공감 등의 용어로 표현된 것을 통해 지원자가 미래 의사로서 환자를 대하는 태도나 의료 환경 내 다른 구성원들과 함께 일할 수 있는 능력을 보유하고 있는지를 평가하고자 한다는 사실을 간접적으로 알 수 있다.

셋째, 선발에 따른 의무이행 조건의 측면에서, 일반적으로 모든 기관이 별다른 조건을 설정하고 있지 않으나, 지역 의사 양성을 위한 기관별 특별 전형의 경우 추가적인 교육 이수 또는 수련 전공에 대한 조건 등을 설정하고 있다는 점을 발견할 수 있다.

넷째, 선발된 학생에 대한 지원의 측면에서, 모든 기관이 일반적으로 제공하는 별도 지원은 없으나, 기관별 특별 전형은 추가 지원을 제공하고 있는 경우가 있다. 이러한 지원은 공통적으로 재정적 지원과 교육적 지원으로 구분될 수 있다.

그러나 5개 기관은 지역 의사 양성을 목적으로 하는 학생 선발제도의 운영에 있어 다음과 같은 차이점을 보인다. 먼저, 각 기관의 일반 전형은 선발 규모와 지원 자격 상에서 차이를 보인다. 워싱턴대학교는 WWAMI 지역의 주별 선발 정원을 사전에 설정하고 있는 반면, 나머지 4개 기관은 지역 출신 혹은 유관자에게 선발에서의 혜택을 제공하고 있을 뿐 별도의 지역별 정원을 설정하고 있지는 않다. 워싱턴대학교는

WWAMI 지역 출신인 자를 전체 선발 인원의 99.6%로 충족하고 있고, 뉴멕시코대학교는 뉴멕시코주 출신 혹은 유관자만 선발함으로써 대부분의 인원을 지역 관련인 학생으로 충족하고 있다. 이에 비해 네브라스카대학교는 전체 인원의 80%를 네브라스카주 출신 학생으로 선발하고 있다.

둘째, 지역 출신 혹은 유관 학생에게 제공하는 선발 혜택의 양상은 기관마다 상이하다. 총 선발 인원의 99.6%에 달하는 지역별 선발 정원을 사전에 설정함으로써 비교적 강한 수준의 혜택을 제공하고 있는 위싱턴대학교와 달리, 미네소타대학교, 뉴멕시코대학교, 그리고 네브라스카대학교의 3개 기관은 지원서 우선 검토라는 느슨한 혜택을 제공하고 있다. 캘리포니아대학교-데이비스의 경우 선발 요강에는 따로 명시하고 있지 않으나, 입시 결과 자료에서 확인할 수 있듯이 타 기관과 마찬가지로 캘리포니아주의 재정적 지원을 받는 주립대학교로서 캘리포니아주 출신 학생에게 선발 혜택을 제공한다는 사실을 유추해볼 수 있다.

다음으로, 5개 의과대학의 기관별로 운영하고 있는 특별 전형 간에 여러 차이점을 발견할 수 있다. 5개 기관의 특별 전형은 <표 16>과 같이 구체적인 유형에 따라 의과대학 입학 전 단계에서부터 지역의사를 희망하는 학생들을 교육하여 일부 인원의 의과대학으로의 입학까지의 과정을 관리하는 유형, 복합 학위를 수여하여 학부 과정부터 의과대학으로의 입학까지 관리하는 유형, 그리고 의과대학 입학 시 지역 출신 학생 일부에게 차별화된 교육을 제공받을 수 있는 트랙으로의 입학을 허가하는 유형으로 구분된다. 또한, 이러한 유형에 따라 학생들에게 제공되는 지원의 양상도 상이하다.

표 16. 미국 의과대학의 지역의사 양성을 위한 학생 선발제도 특별 전형 유형

유형	대학	제도명
입학 전 관리	캘리포니아대학교-데이비스 네브라스카대학교	• AvenueM • RHOP
복합 학위	미네소타대학교 뉴멕시코대학교	• 학사/의학박사 결합 학위 장학생 제도 • 학사/의학박사 결합 학위 제도
지역 출신 학생 차별 교육	위싱턴대학교	• TRUST • CUSP

의과대학 입학 전 단계부터 개입하여 입학까지 관리하는 유형에 해당하는 제도로는 캘리포니아대학교-데이비스의 AvenueM과 네브라스카대학교의 RHOP가 있다. 두 제도 모두 캘리포니아 또는 네브라스카 출신 고등학생 중 미래에 지역의사로서 활동할 의향이 있는 학생들을 조기에 발굴하여 의과대학으로의 입학을 지원한다. 그러나 두 제도가 의과대학으로의 입학 전까지 학생들에게 제공하는 지원의 유형은 상이하다. AvenueM의 경우 캘리포니아대학교로의 편입학 및 의과대학 입학시험에 대한 학업적 지원을 제공하는 반면, ‘농어촌 의료 기회 프로그램’은 학부 과정에 대한 학자금을 지원하는 재정적 측면의 도움을 제공한다. 또한, AvenueM은 50명을 해당 제도로 선발한 후 일부의 인원만 의과대학으로 입학을 허용하는 반면, RHOP는 선발된 학생 모두의 의과대학 입학을 보장한다. 나아가 AvenueM은 선발된 학생들에 대해 동료 멘토 및 홍보대사로서 활동해야 하는 조건을 제시하고 있는 반면, RHOP는 특정 기관에서의 학사학위 취득 및 수련 전공에의 제한 등의 조건을 제시한다.

복합 학위 유형으로는 미네소타대학교의 ‘학사/의무박사 복합 학위 장학생 제도’와 뉴멕시코대학교의 ‘학사/의학박사 복합 학위 제도’가 있다. 두 가지 모두 학사 학위와 의학박사 학위를 결합하여 4년간의 학부 과정을 마치고 바로 동 기관 의과대학으로 입학하도록 하는 제도이다. 두 제도는 지원 자격의 측면에서 모두 기관 소재 주로 지원자의 출신 지역에 제한을 두고 있다는 점에서 공통적이다. 미네소타대학교와 뉴멕시코대학교 모두 동 기관의 학사 및 의학박사 학위를 제공한다는 점에서는 공통적이거나 학부 전공에 대한 제한을 상이하게 설정하고 있다는 점에서 차이가 있다. 미네소타대학교의 제도는 장학금과 의과대학 입시를 위한 멘토링을 제공하는 방식으로 학업적 도움을 주고 있으나, 뉴멕시코대학교는 장학금과 의과대학 입학을 위한 학업 지원 외에도 학부 과정에서부터 지역의료 관련 교육과 여름 실습 경험을 조기에 제공하는 등 상대적으로 더 풍부한 교육적 지원을 제공한다.

지역 출신 학생에게 차별적인 교육 트랙으로의 입학을 허용하는 유형에 해당하는 사례로는 워싱턴대학교의 TRUST와 CUSP가 있다. 두 제도 모두 WWAMI 지역 출신인 학생을 선발한다는 점에서 공통적이거나, TRUST는 의료취약계층에 관심이 있는 지원자로 지원 자격이 비교적 포괄적인 반면, CUSP는 실제 의료취약계층 출신 학생

이어야 한다. 또한, TRUST의 경우 농어촌 또는 소도시, CUSP는 도시의 의료취약계층에 집중되어 있다는 점에서 두 제도가 목표로 하는 지역에서도 차이를 보인다. 두 제도는 선발 규모에서도 상이한데, TRUST는 대략 40명 정도를 선발하는 반면, CUSP는 4명만을 선발한다. TRUST는 워싱턴대학교의 대표적인 선발제도임에 따라 교육과정과 높은 연계성을 보이고, 리더십 행사 참여 또는 세미나, 저널 클럽 참여 등의 선발에 따른 조건이 있는 반면, CUSP는 별다른 선발에 따른 조건이 없다. 그러나 두 제도 모두 해당 제도 입학생에게 지역사회에서 활동하는 멘토 의사와 교류할 기회와 지역사회 관련 교육 및 임상 경험을 제공하고 있다는 점에서 공통적이다.

이상의 미국의 5개 의과대학 간 지역의사 양성을 위한 학생 선발제도를 비교한 결과는 다음의 <표 17>과 같이 정리될 수 있다.

표 17. 미국 의과대학의 지역 의사 양성을 위한 학생 선발제도 비교 결과

비교 준거	공통점	차이점
선발 규모	<ul style="list-style-type: none"> 입학생 전체 인원의 약 80% 이상을 주 내 지원자 중 선발 	<ul style="list-style-type: none"> 일반 전형과 지역 출신 학생 차별 교육 유형 특별 전형의 지역 출신 학생 선발의 구체적 규모 지역별 선발 정원의 사전 설정 여부 입학 전 관리 유형 특별 전형의 의과대학 입학 보장 비율
지원 자격	<ul style="list-style-type: none"> 대학 소재 지역 출신자 또는 유관자에 혜택 제공 입학 전 관리 유형은 지역 출신 고등학생 중 미래에 지역 의사로서 활동 의향 학생 조기 발굴 	<ul style="list-style-type: none"> 지역 출신 혹은 유관 학생에게 제공하는 선발 혜택의 정도 지역 출신 학생 차별 교육 유형 특별 전형의 의료취약계층 출신 국한 여부
평가 방식	<ul style="list-style-type: none"> 평가 도구: 학부 학점, 의과대학 입학시험 성적, 추천서, 면접, 지원자의 경험 관련 서류 종합 활용 평가 준거: 학업 능력, 의료에 대한 기본 지식, 의사소통 및 대인관계 기술, 문제 해결 능력, 인성적 요소 평가 	<ul style="list-style-type: none"> 평가 준거: 자기사정 능력, 의사로서의 목표, 성장 마인드셋 등의 활용
선발에 따른 의무 이행 조건	<ul style="list-style-type: none"> 특별 전형은 추가적인 교육 이수 또는 수련 전공에 대한 조건 등 설정 복합 학위 유형 특별 전형은 동 대학에서 학사, 의학박사 과정 이수 	<ul style="list-style-type: none"> 입학 전 관리 유형 특별 전형의 의무 조건 내용 복합 학위 유형 특별 전형의 학부 전공 조건 지역 출신 학생 차별 교육 유형 특별 전형의 교육과정과의 연계성 및 조건 설정 여부
선발된 학생에	<ul style="list-style-type: none"> 특별 전형은 추가적으로 지원 제공 	<ul style="list-style-type: none"> 입학 전 관리 유형, 복합 학위 유형 특별 전형: 지원 내용 및

비교 준거	공통점	차이점
대한 지원	<ul style="list-style-type: none"> 지역 출신 학생 차별 교육 유형 특별 전형은 지역의사와의 교류 및 지역사회 관련 임상 경험 제공 	정도

4.1.2. 일본

가. 기관별 특징

일본 의과대학의 지역의사 양성을 위한 학생 선발제도는 지역정원제도와 자치의과대학의 자체적 선발제도로 구분될 수 있었다. 지역정원제도는 각 기관의 상황에 맞게 상이한 양상으로 실행되고 있는 것으로 나타났다. 본 절에서는 기관별 선발제도의 특징을 기술하고자 한다.

1) 자치의과대학

자치의과대학은 지역의사 부족 문제 해결이라는 설립 목적과 일관된 학생 선발제도를 운영하고 있다. 47개 현으로부터 각 2, 3명, 총 123명의 학생을 선발한다. 이때, 학생의 출신 지역은 본인의 고등학교 졸업 지역, 본인의 현주소, 부모의 현주소 중 하나가 된다. 각 도도부현에서 필기시험과 면접으로 이루어진 1차 전형을 실시하여 현별로 7명의 학생을 대학에 추천하고, 대학은 이들을 대상으로 논술시험과 면접으로 이루어진 2차 전형을 실시하여 최종 선발한다. 1, 2차 시험 성적과 면접 외에도 출신 학교장으로부터 제출된 서류 등을 통해 학업 능력, 의학에 대한 동기 및 적성, 사회성 등을 종합적으로 평가한다.

자치의과대학에 선발된 학생들은 본인의 출신 지역으로부터 학자금을 지원받는다. 6년간 제공되는 지원금은 입학금 100만 엔, 연간 수업료 180만 엔, 그 외의 실습비, 시설 설비비, 교재 구입비, 기숙사비 등 총 2,300만 엔이다. 재정적 지원에 대한 변제 조건으로서 졸업 후 본인의 출신 지역으로 돌아가 9년간 의무복무할 것을 계약한다. 초기 연수 2년과 후기 연수 2년을 합친 4년간의 임상 연수, 그리고 벽지 근무 3년과 지역 병원 근무 2년을 합친 5년간의 근무를 완수해야 하는데, 이러한 계약을 위반할 시 지원받은 학자금에 이자가 가산된 금액을 그 즉시 반환해야 한다.

2) 나고야대학교

나고야대학교 의과대학은 일반선발전형을 통해 아이치현 출신의 학생 5명(전체 정원의 4.7%)을 매년 선발한다. 이때 아이치현 출신이란 현 내 고등학교 졸업자이거나

본인 또는 부모가 의과대학 지원 시점에 아이치현에 주소를 두고 있는 자를 의미한다. 대입시험(900점 만점), 대학의 개별시험(1650점 만점), 면접 등을 실시하여 학업 능력과 의사로서의 적성, 그리고 현내 지역의료를 담당하는 것에 대한 의향을 평가한다.

나고야대학교의 지역정원제도를 통해 선발된 학생들은 아이치현 정부로부터 매월 15만 엔의 수학 자금을 대여받는다. 이에 대한 반환 조건으로서 졸업 후 9년간의 의무복무 계약 사항을 이행해야 한다. 구체적으로는 2년간 현 내 수련병원에서 임상 연수를 거치고, 7년간 현이 지정하는 공공병원에서 근무해야 한다. 이때, 7년의 근무 기간 안에는 2년의 전문의 수련 기간을 산입할 수 있다. 이러한 의무복무 외에도 교내의 지역의료에 관한 특별한 교육과정을 추가로 이수해야 하는데, 3학년 시기의 기초 의학 세미나와 4학년 시기의 선택 강의, 그리고 5~6학년 시기의 임상실습을 지역의료 교육학교실이 담당하는 강좌로 수강해야 한다. 또한, 재학 중 전 학년에 걸쳐 연 6회 개최되는 지역의료 세미나 및 아이치현 주최의 연수회의에 참가가 요구된다.

3) 히로시마대학교

히로시마대학교 의과대학은 2009년부터 히로시마현 정부 및 히로시마현 지역의료 지원센터와 협력하여 지역정원제도를 운영하고 있다. 히로시마대학교는 추천선발전형을 통해 지역의료에 대한 관심과 졸업 후 히로시마 지역에 정착할 의지를 가진 히로시마현 출신 학생을 선발하고 있다. 히로시마현 내 고등학교를 졸업한 자만이 히로시마현 출신 지원자로 인정받을 수 있다. 선발 인원은 18명으로, 이는 총 입학 정원의 15%에 해당하는 규모이다. 대입시험(900점 만점), 조사서, 자기소개서 및 추천서를 포함한 서류(100점 만점), 그리고 면접(300점 만점)이 평가에 반영된다. 평가 준거로는 주체성 및 협동성, 지역의료에 관한 문제의식 및 지역 정착에 대한 의향, 의학 수학을 위한 지식 및 기능, 지역의료에 임하기 위한 사고력, 문제해결능력 및 논리적 표현력 등이 활용된다.

지역정원제도를 통해 입학한 학생들은 히로시마현 정부로부터 6년간 매월 20만 엔의 수학 자금을 대여받고, 이에 따라 2년간 현 내 지정 기관에서의 초기 임상 연수를

포함하여 9년간 의무적으로 복무해야 한다. 초기 임상 연수 종료 후 4년간은 본인의 선택한 경력개발 프로그램의 유형에 따라 나카야마 간 지역의 지정 공공기관 일반의로서의 근무 혹은 지정 공공기관에서의 지정 진료과(산부인과, 병리진단과)에서의 근무를 마쳐야 한다. 이외에도 지역정원제도 입학생은 1~3학년동안 지역의료 연구회에 필수로 참여해야 하고, 1~4학년에는 하계실습(지역의료 세미나)과 동계실습(겨울 합숙)에 참여해야 한다. 또한, 재학 중의 춘계실습, 해외 연수, 개인 진로 면담, 경력개발을 위한 설명회, 그리고 졸업 후의 지역정원 동문 간의 네트워킹이 지원된다.

4) 츠쿠바대학교

츠쿠바대학교 의과대학은 두 가지 유형의 전형을 통해 지역정원제도를 실시함으로써 이바라키현을 비롯한 지역의료에 공헌할 수 있는 인재를 선발하고 있다. 일반선발 전형을 통해 이바라키현 정원 8명과 전국 정원 10명을, 추천선발전형을 통해 이바라키현 정원 18명을 선발하여, 총 입학 정원의 36.7%를 지역정원제도로 선발한다. 이바라키현 정원으로 지원하기 위해서는 이바라키현 내 고등학교를 졸업하거나 지원자의 부모가 이바라키현에 거주하고 있어야 한다. 일반선발전형의 경우 대입시험(900점 만점)과 적성시험(300점 만점) 및 면접(200점 만점)을 포함한 기관 개별시험(1400점 만점)을 활용한다. 추천선발전형은 소논문, 필기고사 및 면접으로 이루어진 적성시험, 학교장 추천서 및 조사서, 이바라키현의 조사서, 그 외 서류를 종합적으로 활용한다. 이를 통해 학업 능력과 논리적 사고력, 표현력, 적응력, 인성, 그리고 이바라키현에서의 근무 의향 등을 평가한다.

지역정원제도 입학생은 이바라키현 정부로부터 6년간 매달 20만 엔의 수학 자금을 대여받고 9년간 의무근무의 계약 조건을 이행해야 한다. 이때, 9년은 현 내 지정병원에서의 초기 임상 연수 2년과 현 내 전문연수 3년, 그리고 근무 4년으로 구성될 수 있으며, 초기 임상 연수를 제외한 기간 중 4.5년 이상을 의사 부족 지역에서 근무해야 한다.

5) 치바대학교

치바대학교 의과대학은 지역정원제도 일반선발진형을 실시하고 있으나 지원자의 출신 지역에는 별개로 제한을 두고 있지 않다. 선발 인원은 20명으로, 이는 총 입학 정원의 17%를 차지한다. 대입시험(450점 만점)에 더해 면접(100점 만점)을 포함한 개별 시험(1000점 만점)을 실시하여 학업 능력, 창의성, 논리적 사고, 윤리관, 사명감, 일본 의료에 대한 의향 등을 종합적으로 평가한다.

선발된 학생은 치바현 정부로부터 재학 6년간 수학 자금을 대어받고 졸업 후 9년간 의무복무조건을 이행해야 한다. 스스로 선택한 현 내 병원에서 2년간의 초기 임상 연수를 거친 후, 세 가지의 경력개발 프로그램 유형 중 본인이 선택한 프로그램의 조건에 따라 현이 지정하는 병원에서의 근무를 마쳐야 한다. 치바현의 경력개발 프로그램 유형으로는 기본 유형, ‘정책 의료 분야’ 유형, 그리고 ‘진료 지원 분야’ 유형이 있다. 기본 유형의 경우 7년 중 4년 이상을 의사 소수 구역의 병원 및 의사 부족 지역의 기관에서 근무해야 한다. ‘정책 의료 분야’ 유형의 경우 산부인과, 소아청소년과, 그리고 응급의학과와 과목별 현 내 지정병원에서 전문의 취득 및 근무를 7년간 해야 한다. ‘진료 지원 분야’ 유형은 방사선과, 병리학, 그리고 임상 검사의 부문별 현 내의 의사 소수 구역 병원 또는 수련병원에서 전문의 취득 및 근무를 7년간 해야 한다. 이러한 의무근무 조건 이외에도 재학 중 지역의료 관련 교과목을 필수로 추가 이수해야 한다.

이상의 5개 일본 의과대학의 지역의사 양성을 위한 학생 선발제도의 기관별 특징은 다음의 <표 18>과 같다.

표 18. 일본 의과대학의 지역 의사 양성을 위한 학생 선발제도

기관명	전형	선발 규모	지원자격	평가 도구	평가 준거	의무이행 조건	지원
자치 의과 대학	구분 없음	123명 (현 당 2, 3명)	각 도도부현 출신	<ul style="list-style-type: none"> • 1차 시험(현) (지필고사, 면접) • 2차 시험(대학) (논술고사, 면접) • 그 외의 서류 	<ul style="list-style-type: none"> • 학업 능력 • 의학에 대한 동기, 적성 • 사회성 	9년간 출신 현 내 지정병원 근무	6년간 전액
나고야 대학교	일반 선발	5명(4.7%)	현 내 고등학교 졸업자 또는 현 내 거주 기졸업자	<ul style="list-style-type: none"> • 대입시험(35%) • 개별시험(면접 포함, 65%) 	<ul style="list-style-type: none"> • 학업 능력 • 의사로서의 적성 • 현내 지역 종사 의향 	<ul style="list-style-type: none"> • 9년 근무(4년 연수, 5년 지정병원 근무) • 지역의료 교육과정 이수, 현 연수회 참여 	월 15만 엔
히로 시마 대학교	추천 선발	18명(15%)	현 내 고등학교 졸업자	<ul style="list-style-type: none"> • 대입시험(70%) • 서류(7%): 자기소개서, 추천서, 조사서 • 면접(23%) 	<ul style="list-style-type: none"> • 주체성, 협동성 • 지역의료 문제의식, 지역 정착 의향 • 의학 수학을 위한 지식, • 지역의료에 임하기 	<ul style="list-style-type: none"> • 9년 근무(2년 연수, 4년 지정병원 혹은 진료과 근무) • 지역의료연구회, 하계 및 동계 실습 	월 20만 엔

				위한 사고력, 문제 해결 능력, 논리적 표현력	참여
츠쿠바 대학교	일반 선발	이바라키현 정원: 8명 (8.2%) 전국 정원: 10명(10.2%)	현 내 고교 졸업 또는 현 외 고교 졸업 및 부모 현 내 거주자 출신 지역 제한 없음	<ul style="list-style-type: none"> • 대입시험 (40%) • 개별시험 (면접 포함, 60%) 	<ul style="list-style-type: none"> • 학업 능력 • 논리적 사고력 및 표현력 • 적응력, 인성 • 이바라키현 근무 의향
	추천 선발	18명 (18.4%)	현 내 고등학교 졸업자 또는 현 외 고교 졸업 및 부모 현 내 거주자	<ul style="list-style-type: none"> • 소논문 • 적성시험 (필기, 면접) • 학교장 추천서 및 조사서, 현 조사서 • 그 외 서류 	
치바 대학교	일반 선발	20명(17%)	출신 지역 제한 없음	<ul style="list-style-type: none"> • 대입시험(30%) • 개별 시험(면접 포함, 70%) 	<ul style="list-style-type: none"> • 9년 근무(2년 연수, 지정병원 진료과 수련근무) 월 15만 엔 • 지역의료 관련 과목 추가 이수

나. 기관 간 비교

이상의 5개 일본 의과대학별 지역의사 양성을 위한 학생 선발제도의 특징을 종합하여 기관 간 비교한 결과는 다음과 같다. 5개 기관의 공통점으로는, 첫째, 모든 기관이 출신 지역을 고려하는 학생 선발제도를 운영하고 있다. 자치의과대학을 포함한 5개 의과대학이 모두 별도의 정원을 설정하여 지역 출신 학생을 선발하는 방식을 채택하고 있다. 지역정원제도 유형 중 4개 기관의 지역정원제도는 모두 학자금을 지원하고 별도 지역 정원으로 선발하여 근무 조건을 제시하는 유형에 속한다.

둘째, 모든 기관이 학생 선발을 위한 평가 준거로서 학업 능력과 지역 종사 의향을 활용한다. 학업 능력을 평가하기 위해 모든 기관이 대입시험 성적 혹은 기관의 개별 시험을 실행하고, 지역 종사 의향은 면접 또는 그 외의 서류를 통해 확인한다. 나머지 준거의 경우, 표현되는 용어는 상이하나 논리적 사고방식과 인성 등을 평가함으로써 의사로서의 적성을 보유하고 있는지 확인하고 있다.

셋째, 모든 의과대학이 지역의사 양성을 위한 선발제도를 통해 입학한 학생들을 대상으로 재정적 지원을 제공한다. 특수한 목적으로 설립된 자치의과대학을 제외한 나머지 4개 기관의 지역정원제도는 모두 장학금을 지급하는 방식을 따르고 있다. 재정적 지원을 제공하는 주체는 현 정부인데, 학생들은 재학 기간인 6년동안 수학 자금을 제공받는 대신 졸업 후 특정 지역 혹은 기관에서 지역 의사로서 근무해야 하는 조건을 이행해야 한다.

넷째, 현 정부로부터 제공되는 수학 자금에 대한 지원의 반환 조건으로 이행되는 졸업 후 의무 복무 기간이 9년으로 모두 동일하다. 또한, 9년 내에는 초기 임상 연수 기간과 특정 의사 부족 지역에서의 근무가 필수로 포함되어 있다.

그러나 5개 기관의 지역의사 양성을 위한 학생 선발제도에는 다음과 같은 차이점이 있다. 첫째, 선발 규모가 상이하다. 츠클바대학교, 히로시마대학교, 그리고 치바대학교의 경우 지역정원제도를 통해 선발하는 학생의 수가 전체 선발 인원의 15% 이상이며, 특히 츠클바대학교가 선발하는 지역정원 학생은 전체 선발 인원의 36.7%에 해당할 만큼 그 비중이 크다. 반면, 나고야대학교의 경우 전체 선발 인원의 5% 미만에 해당하는 학생을 아이치현 정원으로 설정하여 선발하고 있다.

둘째, 지원자격에도 기관 간 차이가 있다. 자치의과대학, 나고야대학교, 그리고 히로시마대학교의 경우 지역정원으로 지원하기 위해서는 지원자의 출신 지역이 반드시 지정된 현이어야 하는 반면, 츠크바대학교의 일반선발전형과 치바대학교의 경우 지원자의 출신 지역에 별도의 제한을 두고 있지 않다.

셋째, 선발 전형의 유형 및 평가 도구에 차이가 있다. 일반선발전형을 통해 지역정원 학생을 선발하는 기관은 나고야대학교, 츠크바대학교, 치바대학교이며, 추천선발전형을 통해 선발하는 기관은 히로시마대학교, 츠크바대학교이다. 자치의과대학의 경우도 도도부현과 기관이 각각 주관하는 두 차례의 선발 절차를 걸치는 특징적인 양상을 보인다. 전형의 유형이 상이함에 따라 평가 도구에 차이도 보이는데, 일반선발전형으로 선발하는 기관들의 경우 공통적으로 정해진 평가 비중에 따라 대입시험과 기관 개별시험을 평가에 반영한다. 반면, 추천선발전형을 통해 선발하는 기관은 대입시험의 반영 여부 및 도구별 평가 비중의 설정 여부에 차이가 있다. 히로시마대학교의 경우 5개 기관 중 유일하게 기관 개별시험 혹은 적성시험을 포함하지 않고 오직 대입시험 성적만을 반영하고 있다.

넷째, 6년간 현 정부로부터 제공받는 재정적 지원금의 액수와 그에 따른 의무근무 이행 조건의 양상에 차이가 있다. 매달 대여되는 수학 자금은 기관마다 15만 엔과 20만 엔으로 상이할 뿐만 아니라, 9년간의 의무근무 기간에 대한 조건이 기관에 따라 다르다. 구체적으로는, 초기 임상 연수를 받을 수 있는 기관을 졸업생이 직접 선택할 수 있도록 하는 대학과 지정병원에서만 허용하는 대학으로 구분되며, 초기 연수 2년을 제외한 나머지 7년의 구성에 있어 각 현 정부가 운영하는 경력개발 프로그램의 유형 및 양상에 따라 진료과의 지정 여부, 의사 부족 지역에서의 의무근무 기간, 후기 전문연수 기간의 산입 여부 등에 차이가 있다.

마지막으로, 기관에 따라 지역정원제도 입학생에게 요구되는 추가적 교육과정의 여부가 상이하다. 나고야대학교, 히로시마대학교, 치바대학교의 경우 추가적인 교육 이수 조건이 있으나, 츠크바대학교는 별도의 조건을 명시하고 있지 않다. 또한, 나고야대학교와 치바대학의 경우 정규 교육과정 내의 지역의료 관련 강의 혹은 실습 이수를 요구하고 있으나, 히로시마대학은 지역의료시스템교실에서 진행되는 세미나 및 조기

임상현장 체험 참여 등을 요구한다.

이상의 일본 의과대학의 지역 의사 양성을 위한 학생 선발제도의 기관 간 공통점과 차이점을 종합하면 다음의 <표 19>와 같다.

표 19. 일본 의과대학의 지역 의사 양성을 위한 학생 선발제도 비교 결과

비교 준거	공통점	차이점
선발 규모	<ul style="list-style-type: none"> • 별도 지역 정원으로 선발하여 학자금 지원과 의무근무 조건을 결합한 지역정원제도 유형에 해당(자치의과대학 제외) 	<ul style="list-style-type: none"> • 츠클바대학교, 히로시마대학교, 그리고 치바대학교의 경우 전체 선발인원의 15% 이상을 선발하는 반면, 나고야대학교는 전체 선발인원의 5% 미만에 해당하는 학생을 선발
지원 자격	<ul style="list-style-type: none"> • 지원자의 출신 지역을 고려하는 제도 운영 	<ul style="list-style-type: none"> • 지원자의 출신 지역 지정 여부
평가 방식	<ul style="list-style-type: none"> • 평가 도구: 대입시험 성적 혹은 기관의 개별시험, 면접 또는 그 외의 서류 활용 • 평가 준거: 학업 능력과 지역 종사 의향, 의사로서의 적성 평가 	<ul style="list-style-type: none"> • 선발 전형의 차이 • 선발 전형에 따른 평가 도구별 반영 비율 상이
선발에 따른 의무 이행 조건	<ul style="list-style-type: none"> • 졸업 후 의무근무 기간이 9년으로 동일 • 의무근무 기간 내에 초기 임상 연수 기간과 특정 의사 부족 지역에서의 근무가 필수로 포함 	<ul style="list-style-type: none"> • 의무근무 이행 양상의 차이 • 지역정원제도 입학생에게 요구되는 추가적 교육과정의 여부가 상이
선발된 학생에 대한 지원	<ul style="list-style-type: none"> • 현 정부로부터 재학 기간동안 재정적 지원 제공 	<ul style="list-style-type: none"> • 제공받는 재정적 지원금의 액수의 차이

4.2. 교육 프로그램의 특징

4.2.1. 미국

가. 기관별 특징

미국의 의과대학이 운영하고 있는 지역 의사 양성을 위한 교육 프로그램은 그 유형에 따라 크게 강의형, 실습형, 혼합형으로 분류할 수 있었다. 강의형 프로그램은 강의식 교수법을 활용하여 진행하는 유형, 실습형 프로그램은 지역사회 또는 실제 의료 현장에서 실습 경험을 제공하는 유형이다. 혼합형은 강의식 교육과 실습식 교육을 혼합하여 진행하는 방식으로 이루어지고 있는 유형이다. 이에 따라 본 절에서는 미국 의과대학의 기관별 지역 의사 양성을 위한 교육 프로그램의 특징을 강의형, 실습형, 혼합형으로 구분하여 기술하고자 한다.

1) 워싱턴대학교

워싱턴대학교 의과대학 농어촌프로그램실(The Office of Rural Programs)은 지역의사 양성을 목적으로 크게 5가지 지역사회 교육 프로그램을 운영하고 있었다. 각 프로그램의 구체적인 특징은 다음과 같다.

(1) 실습형

① 올림피아 장기추적통합임상실습 프로그램

올림피아 지역은 워싱턴주 내의 작은 마을로, 워싱턴대학교는 임상 의학교육 시기에 있는 3학년 학생들을 대상으로 올림피아 지역에서의 장기추적통합임상실습 프로그램(Olympia Longitudinal Integrated Clerkship, 이하 Olympia LIC)을 운영하고 있다. 해당 실습을 통해 올림피아 지역의 환자 및 지도의사들과의 긴밀한 관계를 형성하고, 미래의 근무 지역에 미리 통합될 수 있도록 한다. 전문과목을 기준으로 분절된 실습 교육이 진행되는 전통적 방식과 달리, 해당 프로그램은 11개월에 걸쳐 가정의학과, 정신건강의학과, 산부인과, 일반내과, 소아청소년과, 일반외과 실습이 결합된 형태로 진행된다. 해당 실습은 워싱턴대학교의 농어촌프로그램실이 담당하고 있다.

올림픽아 장기추적통합임상실습 프로그램의 목표는 첫째, 학생들이 환자 및 그들의 가족들과 장기적인 관계 속에서 차별적인 교육 경험을 제공하고, 둘째, 올림픽아 및 주변 시골 지역의 의료사회에 노출하며, 셋째, 6개 핵심 임상분야 관련 역량을 함양하는 것이다. 이러한 목표 아래 협력병원에서의 입원 및 외래환자 진료, 교대근무, 지역 병원 의사와의 교류 등으로 이루어진 교육을 제공받는다.

② 농어촌 가정의학 심화실습 프로그램

‘농어촌 가정의학 심화실습 프로그램(FAMED 701/702)’은 워싱턴대학교 가정의학교실의 학생교육팀과 농어촌프로그램실이 공동으로 운영하는 4학년 대상 심화실습 프로그램이다. FAMED 701과 702 두 개의 강좌로 이루어져 있는데, 각 강좌는 4주간 WWAMI 내 농어촌 지역의 외래 환자에 관한 교육을 제공하는 데 초점이 맞춰져 있다. FAMED 701은 WWAMI 농어촌 지역 통합훈련 프로그램 학생들을 대상으로 해당 프로그램 실습 현장에서 이루어진다. FAMED 702는 WWAMI 지역의 가정의학과 실습 현장에서 진행된다.

해당 실습 프로그램의 목표는 환자 병력청취 및 신체 문진 수행, 감별진단의 우선 순위 개발 및 환자 대면 후 진단 선택, 혼란 진단 검사 및 선별 검사의 해석, 환자 지시 및 처방, 진료 내용의 서면 혹은 전자 문서화, 그리고 환자 진료 내용의 구연 발표이다. 이러한 목표 아래 이루어지는 두 실습에서는 지도의사의 감독하에 학생이 진료팀의 일원으로서 외래 환자를 담당한다. 이를 통해 학생들의 의학 지식 및 핵심 임상술기가 발달되고 임상추론 능력이 향상된다.

③ 농어촌 및 의료취약지역 실습 프로그램

‘농어촌 및 의료취약지역 실습 프로그램(Rural Underserved Opportunities Program, 이하 RUOP)’은 워싱턴대학교의 대표적인 지역 의사 양성을 위한 지역사회 교육 프로그램으로, 1학년에서 2학년으로 진급하는 여름방학 시기에 4주간 진행된다. 농어촌 또는 도심 내 의료취약지역에서 일차의료인으로 종사하는 것의 장단점에 학생들을 조기 노출하고, 해당 지역의 의료에 대한 학생들의 긍정적인 태도를 배양하며, 지역의료 시

시스템의 기능에 대한 학생들의 이해를 제고하는 것을 목적으로 한다. 해당 프로그램은 워싱턴대학교의 농어촌프로그램실이 담당하고 있으나, 워싱턴대학교 외에도 WWAMI 지역 내 다른 캠퍼스 및 워싱턴주 지역의료 교육센터(Area Health Education Center, 이하 AHEC)가 공동으로 참여한다. 또한, 워싱턴주 및 아이다호주 내 가정의학과학회도 프로그램을 위한 지원을 제공한다. 학생들의 실습 장소는 배정 코디네이터(placement coordinator)가 학생의 지원서와 관심사, 지도의사 인력 등을 고려해 WWAMI 지역 내 적절한 현장에 최종 배정하는 방식을 통해 결정된다. 농어촌 실습 지역에 배정받은 학생들에게는 실습 기간동안의 거주 공간이 지원된다.

주요 프로그램 내용은 WWAMI 내 농어촌 또는 도심 내 의료자원이 부족한 지역사회 의 지역의사들과 함께 일하고, 지역사회의 문제를 주제로 공공의료 관련 프로젝트를 수행하는 것이다. RUOP의 학습목표는 개인별로 배정된 지역사회 의 의료 이슈를 한 개 이상 규명하고(1주차), 환자 개인에 대한 치료와 지역사회 의료 문제 해결 간의 차이점을 이해하는 것(2주차)이다. 3주차에는 공공의료 문제 해결을 위해 지역사회 파트너와 관계를 형성하고, 논문을 지역의료 프로젝트에 활용할 수 있는 방안을 검토하도록 한다. 이후 논문 자료를 바탕으로 프로젝트를 직접 설계하는 것을 목표로 한다.

RUOP은 워싱턴대학교의 지역의사 양성을 위한 학생 선발제도인 TRUST 및 타 진로 트랙들과 연계하여 운영된다. RUOP은 TRUST 입학생들의 필수 이수요건으로서, 2학년 진급 전 각자 배정받은 지역사회에서 실습을 돌며 지역사회 의료에 영향을 미치는 중요한 요인들을 학습하게 된다. TRUST 외의 흑인의료트랙(Black Health Justice Pathway), 인디언의료트랙(Indian Health Pathway), 의료취약계층트랙(Underserved Pathway) 등의 진로 트랙에 참여하는 학생들은 각자의 트랙 관련 지역사회에서 RUOP에 참여하고 학점을 인정받을 수 있다.

④ WWAMI 농어촌 지역 통합훈련 프로그램

워싱턴대학교의 'WWAMI 농어촌 지역 통합훈련 프로그램(WRITE)'은 3학년 학생 중 일부를 선발하여 21 또는 24주간 농어촌 지역의 일차의료 교육현장에서 임상실습 경험을 제공하는 프로그램이다. 학생들은 해당 실습을 통해 소아청소년과, 산부인과,

정신건강의학과, 외과를 아우르는 다양한 범위의 의학적 문제를 경험함으로써 농어촌 지역의사의 역할 및 책임감에 대해 학습한다. WRITE는 농어촌프로그램실이 담당하는 프로그램으로서, 대학 총장실이 지역 내 실습 기관들에 자금을 제공함으로써 진료의 기반체제 및 교수개발 비용을 지원한다.

WRITE의 학습목표는 다음과 같다. 병력 청취와 신체검사 진행, 감별진단, 진단 및 선별 검사 해석, 환자의 건강 관리 계획 수립, 다양한 배경의 환자 및 보호자들과의 효과적이고 이타적인 소통, 농어촌 지역 의료시스템 조정 및 지역 의료자원의 통합, 근거기반 치료, 진료팀 및 타 직종과의 협력 및 소통, 전문적이고 윤리적 행동의 수행 등이다. 이러한 학습목표 아래 학생들은 10주간의 가정의학과, 4주간의 일반내과, 3주간의 소아청소년과, 3주간의 정신건강의학과 실습을 돌며, 4주간의 외과 선택실습을 추가로 수강할 수 있다. 또한, 20시간의 봉사활동 또는 지역사회 기반 프로젝트, 보고서 작성, 증례발표 등에 참여해야 한다.

(2) 혼합형

① 워싱턴 지역의료 교육센터 프로그램

미국의 지역의료 교육센터(AHEC) 프로그램은 미국 전역의 의료인력 다양성, 분포, 그리고 질을 향상하기 위해 미국 보건복지부 산하 보건자원서비스관리국의 지원 아래 운영되는 프로그램이다. 워싱턴 지역의료 교육센터 프로그램은 워싱턴대학교 의과대학의 농어촌프로그램실에서 담당하여 운영하며, 특히 워싱턴대학교 의과대학의 농어촌 의료취약지역 특별 트랙 입학생들은 재학 중 해당 프로그램에 참여하도록 권고된다. 해당 프로그램은 2년간의 프로그램으로, 참여비는 무료이다.

워싱턴 지역의료 교육센터 프로그램은 시골 혹은 도심 내 의료취약 지역에서의 임상 교육을 제공할 뿐만 아니라 보건자원서비스관리국의 8가지 핵심 교육 주제, 즉 전문직 간 교육, 임상으로의 전환, 행동건강 통합, 의료의 사회적 결정요인, 지역사회 참여, 원격의료, 문화적 포용성, 그리고 최신 의료 이슈들에 대해 학습할 수 있도록 한다. 또한, 현장 체험 학습과 다른 지역의료 교육센터 학생들과의 교류 행사의 기회를 제공한다. 프로그램 참여 학생들은 2년간 매년 40시간의 전문직 간 지역사회/경험/임

상학습(Interprofessional Community/Experiential/Clinical Learning) 강좌를 이수해야 한다. 이때 강좌는 팀 기반 학습을 바탕으로 이루어지며, 지역사회/경험/임상학습 강좌에서는 시골 혹은 의료취약 지역에서의 임상 체험, 전문직간교육학회를 통한 임상 훈련, 그리고 지역사회학습프로젝트 등을 포함한다. 지역사회학습프로젝트는 다른 학생들과 팀을 이루어 지역사회 의료의 사회적 결정요인에 관한 연구 프로젝트를 수행한 후 학회에서의 발표까지 진행하는 과정이다.

2) 캘리포니아대학교-데이비스

캘리포니아대학교-데이비스는 지역 간 의사 인력의 불균형 및 일부 지역의 의사 부족 문제를 해결하기 위해 크게 3가지 교육 프로그램을 제공하고 있다. 구체적인 내용은 다음과 같다.

(1) 실습형

① 장기추적통합 임상경험 프로그램

장기추적통합 임상경험 프로그램(Longitudinal Clinical Experience, 이하 LCE)은 캘리포니아대학교-데이비스의 교육과정의 특징적인 요소로서, 기관 제휴 지역사회 의사들과 협력하여 개발된 프로그램이다. 해당 프로그램은 임상 전 단계에 있는 1, 2학년 학생들을 대상으로 외래 진료환경에서의 조기 임상노출 기회를 제공한다. 이를 통해 학생들은 학교에서 배운 임상 지식 및 술기를 임상실습 단계에 진입하기 이전에 환자 진료에 미리 적용해볼 수 있으며, 지도를 담당하는 지역의사들과의 장기적인 관계를 형성할 수 있다. 학생 한 명당 새크라멘토(Sacramento) 지역 의원의 지도의사 한 명이 배정된다.

장기추적통합 임상실습 프로그램의 목적은 임상 전 단계 학생들에게 재학 중 전 과정에 걸쳐 장기적으로 임상 기술을 발달시켜 나갈 수 있도록 하는 데 있다. 실습 현장에 처음 방문하여 학생들은 진료팀 및 근무 현장과 친밀도를 높이는 시간을 가지며 환자 진료 시 지도의사를 새도잉한다. 방문 횟수가 많아짐에 따라 학생들은 스스로 환자를 대상으로 면담 및 문진하고 의사소통 기술을 활용하여 환자, 그들의 가족, 그

리고 진료팀과의 유대관계를 형성해나간다. 2학년에 진입한 후에는 진단 추론 능력 및 구두 발표 기술을 강화해간다.

(2) 혼합형

① 지역의료 진로 트랙

캘리포니아대학교-데이비스는 주 내 다양한 지역으로의 진출을 장려하기 위해 ‘지역의료 진로 트랙(Community Health Scholars Pathways, 이하 CHSP)’을 운영하고 있다. CHSP는 임상실습교육에 참여하는 시기인 3학년에 일반 학생들과는 달리 농어촌, 센트럴밸리, 혹은 도심 지역에서의 차별적인 임상 경험을 제공하는 것이 특징이다. CHSP에 해당하는 프로그램은 ‘역량기반 일차의료 단축 트랙(Accelerated Competency-based Education in Primary Care, 이하 ACE-PC)’과 4가지 ‘의학교육 프로그램(Programs In Medical Education, 이하 PRIME)’이 있다. 캘리포니아주 내 의료취약지역을 위해 종사할 의료인 양성을 목적으로 설계된 PRIME으로는 ‘중앙 캘리포니아 의료 발전을 위한 교육 프로그램(Reimagining Education to Advance central California Health, 이하 REACH-PRIME)’, ‘농어촌의료 의학교육 프로그램(이하 Rural-PRIME)’, ‘의대생을 위한 교육 및 지역의료 변화 프로그램(Transforming Education and Community Health for Medical Students, 이하 TEACH-MS)’, 그리고 ‘원주민의료 의학교육 프로그램(이하 Tribal Health PRIME)’이 있다. ACE-PC는 졸업 후 수련 과목에 제한을 두는 반면, PRIME은 수련 과목에 별도의 제한을 두지는 않는다.

ACE-PC는 졸업 후 일차의료 분야에 종사하고자 하는 학생들에게 3년 만에 의과대학 과정을 마칠 수 있도록 하는 진로 트랙이다. ACE-PC 참여 학생들은 의과대학 재학 3년간 일차 의원에서 근무함으로써 일차의료 분야의 지식과 술기를 미리 교육받을 수 있으며 특별한 교육과정을 경험할 수 있다. 3년 과정을 마친 후에는 가정의학과, 일반내과 전공의 수련 과정에 매칭되어 졸업후의학교육을 받게 된다.

REACH-PRIME은 캘리포니아 센트럴밸리 지역 주민들에 의료서비스를 제공할 의향이 있는 학생들을 위한 프로그램이다. REACH-PRIME 참여 학생들은 1, 2학년동안 본교

캠퍼스에서 캘리포니아 센트럴밸리 지역의 의료 문제를 다룬 추가적인 교육과정을 제공받으며 센트럴밸리 지역의 기관들을 방문하는 기회를 가진다. 2학년 진급 전 여름방학에는 4주간 센트럴밸리 내 병원들을 돌며 임상 경험을 쌓는다. 3학년에는 센트럴밸리 지역 실습 현장에서의 임상실습에 참여하여 의료취약 계층을 위한 진료를 제공한다. REACH-PRIME 참여를 위해서는 졸업 및 수련 후 센트럴밸리 지역에서 근무할 의향이 있어야 하며, 해당 지역에서의 거주 경험이나 관련 경험을 보유하고 있어야 한다.

Rural-PRIME은 농어촌 지역에서의 근무를 희망하는 학생들을 훈련하기 위해 개설된 트랙이다. 공공의료와 지역사회 봉사 경험, 원격의료 및 시뮬레이션 교육, 농어촌 지역 의료인들과의 멘토링 및 새도잉 경험 등을 지원한다. Rural-PRIME의 교육과정은 일반적인 학생들과 대부분 동일하나, 농어촌 지역의료에 관한 일부 교육이 추가되어 있다. 예를 들어, 임상실습교육 시기에 5달간 농어촌 지역에서 지내며 산부인과, 소아청소년과, 외과 실습에 4주씩, 일차의료 실습에 8주간 참여한 후 나머지 기간을 본 캠퍼스에서 지낸다. 4학년에는 본인의 관심사에 따라 선택실습에 참여할 수 있는데, 일반 학생들과 달리 원격의료 실습, 농어촌 지역 실습 등의 선택지가 제공된다. 또한, 학생 진료소를 포함한 지역사회 프로젝트 참여를 통해 의료취약계층, 라틴계 집단의 의료, 오지의료 등의 다양한 주제를 학습할 수 있다. Rural-PRIME 참여를 위해서는 농어촌 지역 관련 지식 혹은 경험과 종사 의향을 갖고 있어야 하며, 일차의료 분야 또는 응급의학과 전공 진로를 희망해야 한다. 해당 프로그램을 이수하는 학생들은 추가적인 재정적 지원을 받을 수 있다.

TEACH-MS는 일차의료 및 도심 지역의 의료취약 계층에 대한 관심을 가진 학생들을 위한 프로그램이다. 일반 학생들과 동일한 교육과정을 밟으나, 1, 2학년에는 6주에 한 번씩 임상 경험에 참여하고, 1학년에서 2학년으로 진급하는 여름방학에는 4주간 인종과 의료에 대한 프로그램에 추가로 참여해야 한다. TEACH-MS는 도심 지역 내 다양한 문화와 공중보건 문제들에 대한 지식을 가지고 있는 학생들을 선발한다. Rural-PRIME과 달리 TEACH-MS 학생들에게 제공되는 추가적인 재정적 지원이 제공되고 있지는 않다.

Tribal Health PRIME은 미국의 인디언 원주민과 알래스카 원주민과 같은 소수 민족 지역사회에서의 의료 불균형 문제를 해결하기 위해 운영되는 프로그램이다. 지역사회 의료 혹은 교육 분야의 리더들이 해당 지역사회에 관심 있는 학생들을 발굴하여 캘리포니아대학교-데이비스 의과대학으로 추천하면 입학 후 추가적인 과정을 거쳐 Tribal Health PRIME 장학생으로 선발된다. Tribal Health PRIME은 도심 혹은 농어촌 지역의 소수 민족 인구와 관련된 지식 및 경험을 보유하고 있으며, 졸업 후 인디언 혹은 알래스카 원주민 지역사회를 위해 종사할 의향이 있는 학생을 선발한다.

② 캘리포니아-오리건 농어촌의학교육 파트너십 프로그램

‘캘리포니아-오리건 농어촌의학교육 파트너십 프로그램(California Oregon Medical Partnership to Address Disparities in Rural Education and Health, 이하 COMPADRE)’은 도심, 농어촌, 그리고 원주민 지역사회의 의사 인력 부족으로 인한 문제를 해결하기 위한 프로그램이다. 캘리포니아대학교 및 오리건보건과학대학교(Oregon Health Science University) 의과대학과 북부 캘리포니아 및 오리건주의 전공의 수련 프로그램 간의 협력 관계를 바탕으로 한다. 캘리포니아대학교-데이비스의 의료인력다양성센터(Center for a Diverse Healthcare Workforce)에서 해당 프로그램을 담당하고 있다. 두 의과대학의 교수진, 전임의, 타 의료직종 및 팀원(수련교육 코디네이터 혹은 병원 직원) 등이 COMPADRE의 교육자로서 참여한다.

COMPADRE 참여 학생들은 개인별 학습 계획을 기반으로 한 맞춤형 교육과정, 담당 환자 패널 주치의의 감독 및 전공의와의 협력 아래 지속적 임상 경험 등을 제공받는다. 또한, COMPADRE 협력 병원에서의 임상실습에 참여하여 임상 술기 및 의료시스템과학을 학습함으로써 추후 학생들이 실제로 근무하게 될 지역에 대한 이해도를 높인다. 해당 프로그램의 혜택으로서 일차의료 분야와 응급의학과 전공의 수련 프로그램 지원 시 면접을 거치지 않고 조기 배정 기회가 주어진다. 또한, 캘리포니아대학교-데이비스와 오리건보건과학대학교 모두의 지역 자원에 대한 접근이 가능하며, 장학금 혹은 학자금 대출 반환 기회를 부여받는다. COMPADRE에 지원하고자 하는 학생은 입학 후 별개의 선발 과정을 거치며, 선발 준거로는 도심, 농어촌, 원주민 지역

사회 인구 관련 경험, 적응력, 봉사 경험 등이 활용된다.

3) 미네소타대학교

미네소타대학교 의과대학은 지역 의사 양성을 목적으로 다음의 3가지 지역사회 교육 프로그램을 운영하고 있다. 구체적인 특징은 다음과 같다.

(1) 실습형

① 농어촌지역 참관 프로그램

‘농어촌지역 참관 프로그램(Rural Observation Experience, 이하 ROE)’은 미네소타대학교의 1학년 입학생들을 대상으로 운영되는 단기 체험 프로그램이다. 해당 프로그램을 통해 학생들은 2~3일간 농어촌 지역의 가정의학과 의사를 shadowing하며 농어촌의료를 직접 체험해볼 수 있는 기회를 제공받는다.

② 농어촌지역 여름 인턴십 프로그램

‘농어촌지역 여름 인턴십 프로그램(Rural Summer Internship in Medicine)’은 1학년에서 2학년으로 진급하는 여름방학 시기에 2~4주간 진행되는 선택형 프로그램으로, 미네소타대학교 델루스캠퍼스에 의해 운영된다. 학생들은 해당 프로그램을 통해 농어촌지역 의료진으로서의 삶을 직접 체험해볼 수 있다. 배정 지역에 따라 거주 시설의 제공 여부가 상이하며, 교통비와 식비 등의 생활비에 대한 지원은 따로 제공되지 않는다.

학생들은 각자 미네소타의 특정한 지역사회에 배정받아 임상의학, 병원에서의 의료, 전문직간 환자 치료, 지역사회 의료시스템 지원체제, 그리고 지역사회 활동 등에 참여한다. 이를 통해 임상에서의 자신감을 형성하고 농어촌의료 종사 동기를 부여받는다.

(2) 혼합형

① 농어촌 의사 연합 프로그램

‘농어촌 의사 연합 프로그램(Rural Physicians Associate Program, 이하 RPAP)’은

3학년 학생들을 대상으로 농어촌 지역에서의 임상 경험을 제공하는 프로그램이다. 9개월간 병원, 응급실, 호스피스 시설, 양로원, 환자의 가정, 그리고 지역사회 등 다양한 교육 공간에서 폭넓은 농어촌 의료를 경험하고, 환자 및 그들의 가족과 깊은 유대를 쌓을 수 있다. 지역사회의 실습 현장 한 곳당 한 명의 학생이 배정됨에 따라 학생은 유일한 학습자로서 지도의사의 감독 및 멘토링 하에 다양한 전문과목의 술기 경험을 직접 해볼 수 있다. RPAP 학생은 등록금을 일부 면제받으며, 지역사회로부터 생활비 혹은 무상 거주 공간을 지원한다.

프로그램의 구체적인 내용은 36주의 임상 교육, 지역의료 관련 온라인 교육과정, 지역의료 평가 프로젝트(communitry health assessment project)로 이루어져 있다. 임상 교육은 외과, 응급의학, 산부인과, 가정의학과, 심화 외과 및 수술, 외래환자 선택 실습의 각 4주, 일차의료 인턴십 8주, 그리고 소아청소년과와 정신건강의학과 각 2주로 이루어져 있다. 프로그램 진행 기간동안 담당 교수진이 학생들의 학습 상황을 점검하고 피드백을 제공한다. 온라인 교육과정은 농어촌 지역의 의료시스템, 문제점, 그리고 해결책과 관련하여 학생들의 이해를 더욱 높이기 위한 교육을 제공한다. 주로 예방의료의 원리, 미네소타 농어촌 및 도심 의료취약 인구의 보건의료, 의료의 질 향상, 근거 기반 의학 프로젝트, 보건의료분야의 최신 모형, 시한부 환자 진료 등을 주제로 다룬다. 지역의료 평가 프로젝트는 프로그램의 핵심적 요소로서, 학생은 지역사회 파트너와 지역의 의료데이터를 통해 문제를 규명하여 프로젝트를 진행한다.

RPAP는 학생의 학업 능력, 소통 능력, 일차의료 분야 혹은 농어촌의료에 대한 관심, 그리고 교내가 아닌 독립적인 교육 환경에서 성공적으로 학습할 수 있는 능력 등을 평가하여 참여 학생을 선발한다. 지역사회 배정 시 학생의 임상적 관심 분야, 진료 계획, 지역적 선호 등을 고려하며, 면접 중 담당자와 학생은 지역 배정에 관하여 상호 논의를 거친다.

4) 뉴멕시코대학교

뉴멕시코대학교 의과대학은 지역 의사 양성을 목적으로 크게 4가지 교육 프로그램을 운영하고 있다. 뉴멕시코 지역의 보건의료를 주제로 다루는 강의와 더불어 지역사회

에서의 임상 경험을 제공하는 실습형 프로그램까지 유형과 내용이 다양하다. 구체적인 프로그램별 특징은 다음과 같다.

(1) 강의형

① 뉴멕시코의 보건의료

‘뉴멕시코의 보건의료(Health of New Mexico)’는 뉴멕시코주의 주된 의료 문제와 이의 사회적 결정요인을 주제로 다루는 교육과정 상의 하나의 짧은 블록이다. 해당 블록은 입학 후 첫 21개월에 해당하는 기초의학단계의 중반쯤에 위치하고 있으며, 1학년 학생들을 대상으로 5일간 진행된다.

‘뉴멕시코의 보건의료’의 학습 목표로는 지역의료에서의 의과대학의 역할, 개인 및 집단의 건강을 관리하는 의사의 역할에 대한 이해, 뉴멕시코주 지역 의료의 사회적 결정요인 등에 대한 이해이다. 또한, 뉴멕시코주의 의료 상황을 개선하기 위한 역사적 노력뿐만 아니라 의료인 및 의과대학이 인구집단 수준의 의료 문제를 해결하기 위해 어떠한 접근을 취해왔는지를 학습한다. 학생들은 팀을 이루어 이러한 지식을 활용하여 지역의 특정한 의료 문제에 대한 분석을 실행하고 의사 및 지역사회가 문제 해결을 위해 어떠한 중재를 할 수 있을지 제시한다.

(2) 실습형

① 실제적 참여 경험 프로그램

뉴멕시코대학교 의과대학은 기초의학단계에 있는 2학년 학생들을 대상으로 뉴멕시코주 내 농어촌 지역에서의 ‘실제적 참여 경험(Practical Immersion Experience, 이하 PIE)’ 프로그램을 제공하고 있다. PIE 프로그램은 6주간 진행되고, 학생들은 각자 배정된 지역사회에 거주하며 임상 체험에 참여한다. 프로그램이 진행되는 동안 모든 학생은 지역의사의 지도 아래 이전 강의에서 습득하였던 지식 및 술기, 임상추론 기술과 ‘의사되기(Doctoring)’ 강좌들을 통해 학습한 임상 및 소통 기술을 활용하며 지역사회에서의 경험을 쌓는다. 또한, 지역사회 프로젝트에 참여하고 매주 성찰일지를 작성해야 한다. 이러한 실제 환자 및 지역사회에의 참여 경험을 통해 학생들은 기초의학

지식과 다양한 기술을 실제 진료에 통합하는 방법을 학습하고 의사로서의 삶을 직접 체험해볼 수 있다.

② 가정의학 & 지역의료학 임상실습 프로그램

임상의학단계에 진입한 뉴멕시코대학교 의과대학 3학년 학생들은 7주간 이루어지는 가정의학 및 지역의료학 임상실습(Family & Community Medicine Clerkship)을 필수로 이수해야 한다. 실습은 대학의 가정의학과 진료 센터, 뉴멕시코 도심의 비영리 진료소, 그 외 지역 의원뿐만 아니라 농어촌 지역의 현장에서도 이루어진다. 학생들은 농어촌 지역에서 거주하며 가정의학과 지도의사의 지도 아래 임상 교육을 제공받는다. 대학 측에서 거주 및 교통 비용을 지원하며, 실습 기간동안 프로그램 담당 교수진들이 진행 상황을 점검한다.

해당 실습은 6주간의 외래 기반 임상 교육과 의료정책 프로젝트 완성, 5일간의 외래 병원 실습, 그리고 그 밖의 의료정책 관련 강의, 전공 탐색 경험 등으로 이루어져 있다. 이를 통해 다양한 연령대의 환자의 진료를 위한 일차의료 분야 임상 술기, 지역 의료 및 예방 진료, 의료정책과 의료에서의 자기권리, 환자와 의사 간 소통, 그리고 근거기반 임상 진료 등을 학습한다.

(2) 혼합형

① 농어촌 및 도시 내 의료취약지역 프로그램

뉴멕시코대학교 의과대학의 대표적인 지역사회 교육 프로그램인 ‘농어촌 및 도시 내 의료취약지역 프로그램(Rural and Urban Underserved Program, 이하 RUUP)’은 미국 보건자원서비스국의 재정 지원 아래 2015년에 시작되었다. 뉴멕시코주 내의 의료취약 지역에서 일할 의향이 있는 학생들을 대상으로 교육적 지원과 멘토링을 제공하여 지역 의사 인력을 효과적으로 양성하는 데 목적이 있다. 해당 프로그램에 참여하는 학생들은 농어촌 혹은 도시 내 의료취약 지역사회에 배정받아 주치의들과 함께 임상 훈련을 제공받고, 의료취약지역의 문제들에 관련된 학술 활동 및 세미나와 지역사회

회 행사에 참여한다. 또한, 주 내 의료취약 지역에서의 근무 경험을 가지고 있는 교수진의 멘토링을 제공받고, 교수진 및 전공의들과 함께 지역사회 의료 프로젝트를 진행한다.

② 뉴멕시코 지역의료 교육센터 프로그램

다른 주와 마찬가지로, 뉴멕시코주 또한 지역의 의료인력 부족 및 불균형 문제를 해결하기 위해 국가의 재정적 지원을 받아 지역의료 교육센터를 설립하고 2년짜리 교육 프로그램(New Mexico AHEC Scholars Program)을 운영하고 있다. 뉴멕시코 AHEC은 뉴멕시코주 내 농어촌 및 의료취약 지역에 종사하는 다양한 의료인력을 양성하고자 의과대학에서부터 시작되는 지역의사 파이프라인을 형성하고 의과대학생에게 농어촌 지역에서의 임상 교육을 위한 재정적 지원을 제공한다. 뉴멕시코대학교 의과대학의 지역의료 교육센터 담당 부서가 해당 프로그램을 운영하고 있으며, 교내 가정의학 및 지역의료학교실과 전문직 간 교육 부서 등이 참여한다.

뉴멕시코 지역의료 교육센터 프로그램은 6개의 핵심 주제를 학습 내용으로 다룬다. 첫째, 전문직 간 교육을 제공하여 환자중심 의료 모형과 다양한 의료전문직의 역할에 대한 이해도를 제고하고자 한다. 둘째, 경제적 안정성, 교육, 사회적 및 환경적 맥락 등의 사회적 요인이 의료에 어떠한 영향을 미치는지를 다룬다. 셋째, 의료의 질 향상과 환자중심 진료를 지원하기 위해 다양한 도구와 방법을 활용하도록 한다. 이외에도 뉴멕시코 지역의 의료와 관련된 최신 이슈들, 다양한 소비자 및 지역사회의 문화와 언어, 정신건강 및 약물 사용에 관련된 주제 등을 다룬다. 이러한 주제를 기반으로 매년 총 40시간의 강의와 40시간의 임상 경험을 완수해야 하며, 강의의 경우 프로그램 참여 학생 코호트와의 리더십 워크숍과 문제기반 임상 사례를 포함한다.

5) 네브라스카대학교

네브라스카대학교 의과대학은 지역 의료인력 문제 해결과 관련하여 다음의 2가지 교육 프로그램을 운영하고 있다.

(1) 실습형

① 가정의학 지역사회 지도실습 프로그램

네브라스카대학교 의과대학의 지역사회 지도실습 프로그램(Family Medicine Community Preceptorship)은 3학년 학생들을 대상으로 하는 가정의학과 실습 프로그램이다. 다른 과 실습과 달리 해당 프로그램은 8주간 학생들을 네브라스카주의 농어촌 지역에 배치하여 실제적인 경험을 제공한다. 지역에서 활동하고 있는 지도의사의 감독 하에 그들의 환자 진료에 직접 참여해보고, 병원과 그 외의 의료시설에서 환자들을 대면하는 기회를 제공받는다. 이러한 임상 경험에 더하여 지역사회 의료 프로젝트 참여와 보고서 작성 또한 필수 요건이다.

(2) 혼합형

① 네브라스카 지역의료 교육센터 프로그램

네브라스카주의 농어촌 및 의료취약 지역에서 근무하는 지역의사를 양성하기 위한 네브라스카 지역의료 교육센터 프로그램(Nebraska AHEC Scholars Program)은 네브라스카대학교 의과대학이 담당하여 운영한다. 2년 과정으로 운영되며, 해당 프로그램을 통해 학생들은 특별한 워크숍과 지역사회 리더, 그리고 국가 및 주의 의료자원 등을 경험할 수 있는 교육 기회를 제공받고, 네브라스카 대학의 가정의학교실이 함께 참여한다.

네브라스카 지역의료 교육센터 프로그램의 이수 조건도 한 해당 40시간의 강의와 40시간의 지역사회 기반 임상 경험으로 이루어져 있다. 강의의 일환으로 한 해에 두 번씩 워크숍에 참여해 지역사회 의료와 관련된 구성원들과의 교류 기회를 제공하며, 임상 경험의 경우 농어촌 혹은 도시 내 의료취약 지역에서 이루어진다. 이를 통해 7가지 핵심 주제, 전문직 간 교육, 행동건강, 의료의 사회적 결정요인, 문화적 역량, 환자중심의료, 원격의료, 그리고 지역사회 간의 연계에 대해 학습한다.

이상의 5개 미국 의과대학의 지역의사 양성을 위한 교육 프로그램의 기관별 특징은 다음의 <표 20>과 같이 정리될 수 있다.

표 20. 미국 의과대학의 지역 의사 양성을 위한 교육 프로그램

기관	프로그램명	유형 및 기간	대상 및 시기	지원체제	목표 및 내용
워싱턴 대학교	Olympia LIC	실습형, 11개월	3학년	<ul style="list-style-type: none"> • 담당 부서: 농어촌프로그램실 • 인적 자원: 지역병원의 입원전담의팀, 의사, 환자 	내과, 외과, 가정의학과, 산부인과, 정신건강의학과, 소아청소년과, 완화의료 분야 입원 및 외래환자 진료 경험
	WRITE	실습형. 22~24주	3학년	<ul style="list-style-type: none"> • 담당 부서: 농어촌프로그램실 • 인적 자원: 농어촌 지역 일차의료 실습 병원의 지도의사 	<ul style="list-style-type: none"> • 소아청소년과, 산부인과, 정신건강의학과, 외과 환자 경험, 환자 증례 보고서 작성 • 봉사활동, 지역사회 프로젝트 참여
	FAMED 701/702	실습형, 4주	4학년	<ul style="list-style-type: none"> • 담당 부서: 농어촌프로그램실, 가정의학교실 학생교육팀 • 인적 자원: WRITE/가정의학과 실습 병원 지도의사 	<ul style="list-style-type: none"> • 가정의학과 외래 환자 경험 • 환자 병력청취 및 신체문진, 감별진단, 검사 해석, 환자 지시 및 처방, 증례 구연 발표
	RUOP	실습형 4주	2학년 진급 전 여름방학	<ul style="list-style-type: none"> • 담당 부서: 농어촌프로그램실 • 지원 조직: 타 의과대학, 워싱턴주 AHEC, 가정의학과학회 • 인적 자원: 실습 코디네이터, 지역병원 지도의사 	<ul style="list-style-type: none"> • WWAMI 농어촌 및 도시 내 의료취약 지역 거주 및 지도의사와의 환자 경험 • 지역사회 공공의료 프로젝트 참여
	워싱턴	혼합형,	제한 없음	담당 부서: 농어촌프로그램실	<ul style="list-style-type: none"> • 전문직 간 교육, 행동건강, 의료의 사회적

기관	프로그램명	유형 및 기간	대상 및 시기	지원체제	목표 및 내용
캘리포니아 대학교 -데이비스	AHEC 프로그램	2년			결정요인, 원격의료, 최신 의료 이슈 학습 • 강의 40시간, 농어촌/도시 내 의료취약 지역 임상 경험 40시간 • 지역사회 프로젝트 참여
	LCE	실습형	1~2학년	• 담당 부서: 의학교육실 • 인적 자원: 지역병원 지도의사	• 외래 진료환경에서의 조기 임상노출 • 지도의사 새도잉, 환자 및 진료팀과의 유대관계 형성 및 의사소통 기술 발달 • 진단 추론과 구연 발표 기술 강화
	REACH -PRIME	혼합형. 3년	1~3학년, 졸업 후 중앙 캘리포니아 근무 의향 보유 혹은 지역 유관자	• 담당 부서: 의학교육실 • 인적 자원: 중앙 캘리포니아 지역사회	• 1, 2학년: 중앙 캘리포니아 지역 관련 추가적 교육과정 • 3학년: 중앙 캘리포니아 지역에서의 임상실습
	RURAL -PRIME	혼합형. 2년	3~4학년, 캘리포니아 농어촌 종사 의향 학생	담당 부서: 의학교육실	• 3학년: 농어촌 지역사회에서 거주 및 실습 • 원격의료, 시뮬레이션 교육, 농어촌 지역 의료인들과 멘토링 및 새도잉, • 지역사회 프로젝트

기관	프로그램명	유형 및 기간	대상 및 시기	지원체제	목표 및 내용
	TEACH -MS	혼합형, 2년	1~2학년, 일차의료 및 도시 내 의료취약계 층 관심 학생	담당 부서: 의학교육실	<ul style="list-style-type: none"> • 6주 단위 임상 경험 참여 • Summer Institute on Race and Health 프로그램 참여
	Tribal Health PRIME	혼합형	소수 민족 관련 경험 보유 학생	담당 부서: 의학교육실	소수 민족 지역사회 의료 불균형 문제 학습
	COMPAD RE	혼합형	도시, 농어촌, 원주민 지역사회 인구 관련 경험 보유 학생	<ul style="list-style-type: none"> • 담당 부서: 의료인력다양성센터 • 인적 자원: 캘리포니아대학교/ 오리건보건과학대학교 교수진, 전임의, 타직종, 수련 코디네이터 등 	<ul style="list-style-type: none"> • 개인 맞춤형 교육과정 • 담당 환자 패널과의 임상 경험, 협력 병원에서의 임상실습

기관	프로그램명	유형 및 기간	대상 및 시기	지원체제	목표 및 내용
미네 소타 대학교	ROE	실습형, 2~3일	1학년	명시 없음	농어촌 지역의 가정의학과 지도의사 새도잉
	농어촌 지역 여름 인턴십	실습형, 2~4주	2학년 진급 전 여름방학	인적 자원: 농어촌 지역병원의 지도의사 및 진료팀	<ul style="list-style-type: none"> • 특정 지역사회 배정 후 임상 경험 참여 • 전문직 간 교육, 지역사회 의료시스템 지원체제 등 학습 • 지역사회 활동 참여
	RPAP	혼합형, 9개월	3학년	인적자원: 지역병원의 지도의사, 지역사회 이해관계자, 교수진	<ul style="list-style-type: none"> • 지역사회 의료 관련 온라인 교육과정 • 외과, 응급의학과, 산부인과, 가정의학과, 심화 외과 수술, 소아청소년과, 정신건강의학과, 외래환자 실습, 일차의료 인턴십 • 지도의사 감독하에 지역사회 내 임상 경험 및 멘토링 • 지역사회 의료 평가 프로젝트
	뉴멕시코의 보건의료	강의형, 5일	1학년	담당 부서: 가정의학과&지역의료학교실	<ul style="list-style-type: none"> • 뉴멕시코주 인구의 주요 의료 관련 이슈와 사회적 요인, 역사 등 학습 • 지역사회 의료 문제 프로젝트

기관	프로그램명	유형 및 기간	대상 및 시기	지원체제	목표 및 내용
	PIE	실습형 6주	2학년, 여름방학	인적 자원: 지역사회 내 지도의사	<ul style="list-style-type: none"> • 의학 지식, 술기, 임상추론 기술, 소통기술 • 지역사회 프로젝트 참여
	가정의학& 지역의료학 임상실습	실습형, 7주	3학년	<ul style="list-style-type: none"> • 담당 부서: 가정의학과지역의료학교실 • 인적 자원: 교수진, 대학 가정의학과 진료센터, 도심 비영리 진료소, 지역의원, 농어촌 지역 의사 	<ul style="list-style-type: none"> • 외래 기반 임상 교육을 통한 일차의료 분야 임상 술기, 환자와 의사 간 소통, 근거기반 임상 진료 등 학습 • 의료정책 프로젝트 참여
	RUUP	혼합형, 4년	제한 없음	인적 자원: 대학 교수진	<ul style="list-style-type: none"> • 지역사회에서의 임상 경험 • 의료취약지역 관련 세미나, 프로젝트 • 교수진과의 멘토링
	뉴멕시코 AHEC 프로그램	혼합형, 2년	제한 없음	<ul style="list-style-type: none"> • 담당 부서: AHEC 부서 • 인적 자원: 가정의학과지역의료학교실 	강의 40시간, 임상 경험 40시간
네브라	가정의학과	실습형,	3학년	<ul style="list-style-type: none"> • 담당 부서: 가정의학교실 	농어촌지역 환자 진료, 지역사회 프로젝트 참여

기관	프로그램명	유형 및 기간	대상 및 시기	지원체제	목표 및 내용
스카 대학교	지역사회 지도 임상실습	8주		• 인적 자원: 농어촌지역 지도의사	
	네브라스카 AHEC 프로그램	혼합형, 2년	제한 없음	인적 자원: 가정의학교실 교수진, 지역병원 지도의사	지역사회 워크숍, 농어촌 혹은 도시 내 의료취약 지역에서의 경험학습

*Olympia LIC: 올림피아 장기추적통합임상실습 프로그램(Olympia Longitudinal Clerkship), WRITE: WWAMI 농어촌 지역 통합훈련 프로그램(Rural Integrated Training Experience), FAMED 701/702: 농어촌 가정의학 심화실습 프로그램, RUOP: 농어촌 및 의료취약지역 실습 프로그램(Rural Underserved Opportunities Program), AHEC: 지역의료 교육센터(Area Health Education Center), LCE: 장기추적통합 임상경험 프로그램(Longitudinal Clinical Experience), PRIME: 의학교육 프로그램(Programs In Medical Education), REACH-PRIME: 중앙 캘리포니아 의료 발전을 위한 교육 프로그램(Reimagining Education to Advance central California Health), RURAL-PRIME: 농어촌의료 의학교육 프로그램, TEACH-MS: '의대생을 위한 교육 및 지역의료 변화 프로그램(Transforming Education and Community Health for Medical Students), Tribal Health PRIME: 원주민의료 의학교육 프로그램, COMPADRE: 캘리포니아-오리건 농어촌의학교육 파트너십 프로그램(California Oregon Medical Partnership to Address Disparities in Rural Education and Health), ROE: 농어촌지역 참관 프로그램(Rural Observation Experience, RPAP: 농어촌 의사 연합 프로그램(Rural Physicians Associate Program), 실제적 참여 경험(Practical Immersion Experience), RUUP: 농어촌 및 도시 내 의료취약지역 프로그램(Rural and Urban Underserved Program)

나. 기관 간 비교

이상의 5개 미국 의과대학의 지역 의사 양성을 위한 교육 프로그램의 기관별 특징을 분석한 결과를 바탕으로 기관 간의 비교를 한 결과는 다음과 같다.

미국 의과대학의 교육 프로그램은 다음의 공통점을 가진다. 첫째, 모든 의과대학이 임상실습 전 단계인 1학년 또는 2학년 학생을 대상으로 지역 의료에 대한 경험을 할 수 있는 프로그램을 제공하고 있다. 이를 통해 학생들은 강의실에서 배운 지식을 임상 현장으로 통합하는 훈련을 조기에 제공받는다. 2달 이하의 기간 동안 진행되는 단기형 프로그램의 경우 대부분 1학년부터 2학년으로 진급하는 여름방학에 이루어지고 있다. 지역사회에 머무르며 임상에 대한 새도잉 경험을 제공받고, 지역사회 프로젝트에 참여함으로써 지역의 의료 문제 및 의료시스템 등에 대한 이해도를 제고하는 기회로서 역할을 한다.

둘째, 임상 경험의 요소를 포함하는 실습형 프로그램의 경우 공통적으로 지역 의사가 인적 자원으로서 활용된다. 이들은 대부분 지역 병원에서 일하고 있는 가정의학과 전문의 혹은 그 외 일차의료 분야에 종사하는 의사로, 실습 기간 동안 학생의 임상 지도를 담당한다. 지도의사는 학생들이 새도잉을 통해 임상적 지식, 술기, 그리고 환자와의 소통 기술 등을 학습할 수 있도록 교육학적 지원을 제공할 뿐만 아니라, 장기적인 유대관계 속에서 학생들의 멘토로서 기능하며 지역 의사로서의 삶이 어떠한지를 간접적으로 체험해볼 수 있도록 한다.

셋째, 정규 교육과정 내 필수로 요구되는 지역 임상실습 프로그램은 모든 기관에서 가정의학과 혹은 지역의료학 과목 실습의 일환으로 운영된다. 이에 따라 프로그램을 담당하는 부서가 가정의학과 또는 지역의료학 관련 교실인 것으로 나타나고 있다.

넷째, 모든 실습형, 혼합형 프로그램이 농어촌 지역 혹은 도시 내의 의료취약지역에서의 실제적 임상 경험을 포함하고 있다. 각 기관은 제휴를 맺고 있는 지역사회의 다양한 병의원 및 의료 현장에 학생들을 배치하여 대학병원과는 차별적인 지역사회에서의 경험을 제공받을 수 있도록 하고 있다.

다섯째, 대부분의 실습형 프로그램은 일차의료 분야에 초점을 맞추어 교육을 제공

하고 있다. 주로 일반내과, 가정의학과, 소아청소년과, 정신건강의학과, 산부인과, 외과 분야 위주로 임상 교육이 이루어지고 있다.

여섯째, 대부분의 프로그램이 공통적으로 지역사회 프로젝트 참여를 내용적 구성요소로서 포함하고 있다. 이러한 프로젝트 참여 경험은 장기간 지역사회에 머물면서 학생들이 체감한 지역의 의료 문제에 대한 실질적 해결책을 제시할 수 있는 기회를 제공한다. 또한 프로젝트의 실행을 위해 학생들은 지역 구성원들과 환자들을 포함한 지역사회 그 자체에 깊이 통합되어야 한다.

마지막으로, 대부분의 프로그램이 주요한 학습 목표 및 내용으로서 전문직 간 교육 또는 진료팀과의 통합을 강조하고 있다. 작은 지역사회에서 의료서비스를 제공하는 진료팀의 경우 함께 일하는 빈도가 높고 팀 구성원 각자의 역할이 불분명한 경우가 많다. 그러한 환경에서 효과적으로 함께 일하는 방법을 교육하기 위해 많은 지역사회의 의료를 다루고 있는 교육 프로그램이 실제적인 전문직 간 교육에 관한 요소를 강조하고 있다.

그러나 5개 의과대학의 교육 프로그램은 다음과 같은 차이점을 가진다. 첫째, 프로그램의 유형이 다양하다. 특히, 임상실습 전 단계에 있는 1~2학년 학생들을 대상으로 하는 프로그램의 경우 실습형 조기 임상노출 프로그램을 제공하는 기관이 있는 반면, 지역사회 관련 주제들을 다루는 강의형 프로그램을 제공하는 기관도 있다.

둘째, 각 대학에서 지역사회 교육 프로그램을 담당하고 있는 부서가 상이하다. 워싱턴대학교의 경우 농어촌교육프로그램실이 설립되어 있어 해당 부서에서 모든 농어촌 지역 관련 교육 프로그램을 일괄적으로 담당하여 운영하고 있다. 반면, 다른 기관들의 경우 의학교육실 혹은 참여 과목 교실의 일부 인원이 팀을 이루어 프로그램을 담당하고 있다.

셋째, 각 기관은 지역사회 교육 프로그램과 기관의 학생 선발제도와 연계성 측면에서 차별점을 보인다. 워싱턴대학교의 경우, 지역 의사 양성을 위한 학생 선발제도인 TRUST를 통해 입학한 학생들은 WWAMI 농어촌 지역통합 훈련 프로그램, 농어촌 가정의학 심화 실습, 농어촌 및 의료취약지역 실습에 반드시 참여해야 하고, 워싱턴

지역의료 교육센터 프로그램에 참여하도록 권장된다. 그러나 워싱턴대학교를 제외한 4개 기관에서는 학생 선발제도와 연계되어 운영되는 지역사회 교육 프로그램의 사례는 없다. 다만, 캘리포니아대학교-데이비스의 경우, 지역의료 진로 트랙 프로그램인 REACH-PRIME, Rural-PRIME, TEACH-MS, Tribal Health PRIME, 캘리포니아-오리건 농어촌 의학교육 파트너십 프로그램에 참여하기 위해서는 캘리포니아 농어촌 지역 유관자 혹은 졸업 후 해당 지역에서의 근무 의향 보유자여야 한다는 점에서 지역 관련 조건을 활용하는 기관의 학생 선발제도와 일관된다.

넷째, 프로그램의 진행 기간이 최소 5일에서 최대 2년으로 상이하다. 장기추적통합 임상실습 프로그램의 경우, 워싱턴대학교의 올림피아 장기추적통합 임상실습 프로그램은 11개월, 그리고 농어촌 지역통합 훈련 프로그램은 22~24주간 실행된다. 캘리포니아대학교-데이비스의 장기추적통합 임상실습 프로그램과 미네소타대학교의 농어촌 의사 연합 프로그램의 경우에도 각각 2년, 9개월동안 진행되는 프로그램으로서 모두 6개월 이상 학생에게 장기적인 교육을 제공한다. 반면, 워싱턴대학교, 뉴멕시코대학교의 일부 프로그램과 네브라스카대학교의 가정의학과 지도 실습 프로그램의 경우 최대 몇 주간 운영되는 프로그램으로서 장기적 교육과정을 제공하고 있지는 않다.

다섯째, 기관 소재 주 내 특정한 지역에서의 임상 경험을 강조하는 프로그램의 유무에서 차이를 보인다. 워싱턴대학교의 경우 올림피아, 캘리포니아대학교의 경우 센트럴밸리 지역을 겨냥한 프로그램을 운영하고 있는 반면, 미네소타대학교, 뉴멕시코대학교, 네브라스카대학교의 경우에는 특정한 지역을 선정하여 프로그램을 운영하고 있지는 않다.

이상의 미국 의과대학의 지역의사 양성을 위한 교육 프로그램의 공통점과 차이점은 다음의 <표 21>과 같이 정리될 수 있다.

표 21. 미국 의과대학의 지역 의사 양성을 위한 교육 프로그램 비교 결과

비교 준거	공통점	차이점
유형 및 기간	<ul style="list-style-type: none"> • 다양한 유형의 프로그램 운영 	<ul style="list-style-type: none"> • 강의형 프로그램 유무 • 임상 의학 전 단계 학생 대상 프로그램의 유형
대상 및 시기	<ul style="list-style-type: none"> • 임상 의학 전 단계 학생 대상으로 프로그램을 제공 • 단기형 프로그램의 경우 대부분 1학년에서 2학년으로 진급하는 여름방학에 이루어짐 	<ul style="list-style-type: none"> • 교육 프로그램과 기관의 학생 선발제도와 연계성
지원 체제	<ul style="list-style-type: none"> • 실습형 프로그램의 경우 지역 의사 참여 • 정규 교육과정 내 필수 실습 프로그램은 가정 의학 혹은 지역 의료 학교실에서 담당 	<ul style="list-style-type: none"> • 프로그램 관련 전담 부서 유무
목표	<ul style="list-style-type: none"> • 전문직 간 교육 또는 진료 팀과의 통합 강조 • 실습형 프로그램은 일차 의료에 초점 	
내용	<ul style="list-style-type: none"> • 모든 실습형, 혼합형 프로그램이 농어촌 지역 혹은 도시 내의 의료 취약 지역에서의 실제적 임상 경험을 포함 • 지역사회 프로젝트 참여 포함 	<ul style="list-style-type: none"> • 기관 소재 주 내 특정한 지역에서의 임상 경험을 강조하는 프로그램 유무

4.2.2. 일본

가. 기관별 특징

일본 의과대학이 운영하고 있는 지역 의사 양성을 위한 교육 프로그램 또한 미국 의과대학의 교육 프로그램과 마찬가지로 유형에 따라 크게 강의형, 실습형, 혼합형으로 분류할 수 있었다. 이에 따라 본 절에서는 일본 의과대학의 기관별 지역 의사 양성을 위한 교육 프로그램의 특징을 강의형, 실습형, 혼합형으로 구분하여 기술하고자 한다.

1) 자치 의과대학

자치 의과대학의 지역 사회 교육 프로그램은 크게 지역의료에 관한 강의와 다양한 임상 실습 프로그램으로 구분될 수 있다. 구체적인 내용은 다음과 같다.

(1) 강의형

① 지역의료학 프로그램

지역의료학 프로그램은 전 학년에 걸쳐 자치 의과대학 학생들이 수강하는 강의형 교육과정으로, 1학년은 지역의료학 총론, 2~5학년은 지역의료학 각론, 그리고 6학년은 지역의료학 총괄 강좌를 수강한다. 지역의료학 프로그램은 의학교육센터와 지역의료학센터가 담당하여 운영하며, 지역의료정책 담당 교수진, 완화의료부 교수진 등이 참여한다.

구체적인 학습 내용을 살펴보면, 우선 지역의료학 총론 강좌의 경우 지역의료의 전체적인 개관과 일차의료의 역할, 원격의료, 지역의료 데이터의 활용, 벽지의료 등의 주제를 다룬다. 2학년 대상 각론1에서는 지역 경영, 만성 질환에 대한 의료, 환자 중심 진료, 일차의료 연구, 지역 포괄의료 시스템 등을 학습한다. 3학년 대상 각론2에서는 프로페셔널리즘, 임상역학 및 근거기반 진료, 장기 이식과 더불어 특히 완화의료에 대한 다양한 내용을 집중적으로 다룬다. 3학년은 각론2 수강을 통해 임상실습에 참여하기 전 이해해야 하는 의사 및 환자 윤리, 소통기술, 팀 의료 등의 필수적인 내용을 학습한다. 4학년 대상 각론3은 지역사회리더십과 조직 관리 관련 내용을 다룸으로써 조직으로서의 지역사회와 리더십에 대한 측면을 강조하고, 전문직간교육을 위한 실습을

포함한다. 가상의 퇴원 환자 시나리오를 기반으로 학생들끼리 역할놀이를 실시함으로써 환자, 가족, 의사, 타 직종 등의 관계 및 협동에 대한 이해도를 제고한다. 5학년 대상 각론4 강좌의 경우 지역의료와 사회적 요인, 외래 진료, 복지 서비스, 지역 예방의료, 지역 문화 및 의료, 재택의료, 진료 관련 문서 작성 등 포괄적이고 시스템적 차원의 주제들을 다룬다는 특징이 있다. 6학년 대상의 총괄 강좌는 벽지의료에 대한 대책, 지역의료 관련 프로젝트, 지역의료 정책, 차세대 의료 등을 다루며 이전의 강좌들을 통해 학습하였던 지식, 기술, 태도를 통합하여 지역의료에 대한 실제적 문제를 해결하는 데에 초점을 맞추고 있다.

(2) 실습형

① 조기 임상실습 프로그램

자치의과대학은 1학년 학생을 대상으로 조기 임상 체험을 제공하는 프로그램을 운영하고 있다. 지역의료학센터가 담당하는 해당 실습은 대학 부속 병원에서 4일간 이루어진다.

조기 임상실습 프로그램의 학습 목표는 의료 종사자와 환자를 이해하고, 의료기관의 역할을 이해하는 것이다. 이를 위해 모의환자 면담을 포함하는 오리엔테이션을 진행한 후, 이틀간 대학 부속 병원의 외래 및 병동에서의 실습을 경험한다. 실습 종료 후에는 실습 보고회를 진행한다.

② 지역 복지실습 프로그램

지역 복지실습 프로그램은 자치의과대학 2학년 학생을 대상으로 제공되는 프로그램으로, 양로원, 지역 포괄 지원센터, 방문 간호 시설 등 교외 복지 및 개호 관련 시설에서 5일간 이루어진다.

해당 실습 프로그램의 학습 목표는 지역 포괄의료 시스템의 개념 아래 지역의 보건, 의료, 복지, 개호의 분야간 및 직종간 협력 필요성을 설명하고, 복지 및 개호의 사고를 이해하는 것이다. 오리엔테이션 진행 후 3일간 2~4명씩 그룹을 지어 교외 실습을 진행한 후 실습 보고회를 통해 실습 경험을 공유한다.

③ 지역의료 임상실습 프로그램

지역의료 임상실습 프로그램은 자치의과대학의 대표적인 지역의료 교육 프로그램이다. 5학년 학생들이 필수적으로 참여해야 하는 해당 실습은 학생 본인 출신 현 내 진료소, 중소 규모 병원, 개호 시설 등 자치의과대학 졸업생이 주로 근무하는 지역 의료 현장에서 2주간 이루어진다.

지역의료 임상실습 프로그램의 목표는 지역사회 의료 수요와 현황을 이해하도록 하고, 지역사회 현장에서 진료하는 의사의 역할을 가르치며, 지역의로 근무할 동기를 제공하는 것이다. 실습이 진행되는 동안 학생들은 1~2명의 지역 의사들로부터 지도를 받는데, 이들은 모두 자치의과대학 졸업생으로서 지역 교수진으로 임명되어 있다. 이들의 감독 하에 외래 진료, 방문 진료, 재활, 건강검진, 예방접종, 이동 진료소 또는 복지 시설 참여 등의 교육 활동에 참여한다. 또한, 지역사회 구성원들을 대상으로 하는 건강 교육에도 참여하는데, 이는 지도의사, 공공의료 간호사, 그리고 타 직종의 감독 하에 이루어진다. 건강 교육은 주로 식이습관, 흡연 등의 라이프스타일 관련 건강 문제에 관한 주제를 다루고 교육 참여자들과 개인 및 지역사회 수준의 문제들에 대해 토의하는 시간을 가진다.

2) 나고야대학교

나고야대학교는 지역의료 교육을 위해 총 3가지 교육 프로그램을 운영하고 있다. 각 프로그램의 자세한 사항은 다음과 같다.

(1) 강의형

① 지역의료학 강의

지역의료학 강의의 목표는 아이치현의 다양한 주민들을 위한 의료서비스를 제공할 수 있는 의사가 되기 위한 지식의 제공, 그리고 아이치현에서의 경험을 기반으로 전국 지역사회의 요구에 부합하는 의료서비스를 제공할 수 있는 의사가 되도록 하는 것이다. 이러한 목표 아래 지역의료학 총론, 아이치현의 지역의료, 전문직 간 지역의료

연습, 지역의료 현장에서의 전문직업성, 지역의료에서의 재할 등의 학습 내용을 다룬다.

지역의료학 총론에서는 지역의료의 역사, 초고령 사회에서의 지역의료 시스템 등을 다루고, 아이치현의 지역의료에서는 아이치현 지역의료의 과제나 행정 시스템 등을 다룬다. 전문직간 지역의료 학습을 위해서는 팀 기반 학습 방법을 활용한 입원 의료와 재택 의료의 장단점에 대한 논의를 통해 완화의료, 개호 보험제도, 치매 등의 내용을 학습하도록 한다. 지역의료에서의 재할에 관해서는 환자의 수명 연장을 목표로 하는 팀 의료와 재할의 역할 등을 다룬다.

(2) 실습형

① 일차의료 임상실습 프로그램

나고야대학교 의과대학은 나고야의사협회와의 제휴 아래 협력 병원들과 진료뿐만 아니라 일차의료 분야의 임상실습교육 또한 함께 제공하고 있다. 해당 프로그램은 5학년 학생을 대상으로 1년간 제공되고 있으며, 지역의 40개 이상 의원들이 실습에 참여한다. 일차의료 실습에 참여하는 학생들은 교외의 일차의료 환경에서 지역 의원의 지도의사와 일대일로 연결되어 교육을 제공받는다.

(3) 혼합형

① 지역정원제도 프로그램

나고야대학교 의과대학은 지역정원제도를 통해 입학한 학생들을 위해 다양한 지역사회 관련 교육 프로그램을 제공한다. 대표적인 프로그램은 기초의학 세미나 및 지역의료 세미나로, 기초의학 세미나는 3학년, 지역의료 세미나는 전 학년을 대상으로 제공된다. 지역의료 세미나의 경우 1~4학년 학생들은 필수로 참여해야 하며 5~6학년 학생들은 선택하여 참여할 수 있다. 기초의학 세미나에는 나고야대학교의 타과 강사 및 아이치의과대학 임상연구센터의 교수가 함께 참여한다.

기초의학 세미나는 지역의료 관련 연구를 수행하는 방법에 대한 교육을 제공한다. 해당 강좌를 통해 질적 연구방법을 이용한 환자 면담 분석, 양적 분석에 의한 조사

실행, 혼합 연구를 통한 전문직 간 교육의 평가 등을 학습한다. 학생들은 직접 연구를 수행하고 연구결과를 교내 발표회뿐만 아니라 국내외 지역의료 관련 학회에서 발표할 수 있다.

지역의료 세미나는 하계 지역병원 견학 등 임상현장에서의 경험을 제공할 뿐만 아니라 지역의료와 관련 있는 다양한 주제에 대해 강연 및 워크숍을 진행한다. 지역병원 견학 이전에는 사전 학습을 실시하고 학생 그룹별 질문 등을 결정하는 시간을 갖는다. 주제의 예시로는 근거기반 진료, 지역 내 감염병, 지역 완화의료 센터 및 재택 완화의료, 지역 내 의료 현장에서의 스트레스 해결법 등이 있다.

3) 히로시마대학교

히로시마대학교는 지역의사 양성과 관련하여 3가지 교육 프로그램을 운영하고 있다. 구체적인 내용은 다음과 같다.

(1) 강의형

① 지역의료학

히로시마대학교 의과대학의 지역의사 양성을 위한 강의형 교육 프로그램으로는 ‘지역의료학 강의’가 있다. 이는 3학년을 대상으로 제공되는 강좌로, 전신성질환제어학 교육과정의 일부로서 진행된다. 지역의료시스템학교실 교수진이 담당하여 운영한다.

지역의료학 강좌의 학습 목표는 도서산간 지역을 포함한 지역사회에 있어서 의료 상황 및 의사 불균형 현상을 설명하고, 지역의료 계획 및 지역의료 시스템을 설명하도록 하는 것이다. 또한, 지역 포괄의료 시스템의 개념, 의료의 분야 및 다직종 간 협력의 필요성, 지역의 일차의료 분야의 필요성, 지역의 응급의료 체제, 보건복지 제도 등에 대한 이해도를 제고하고자 한다. 마지막으로 재택 의료의 방식, 필요성, 과제, 재택 의료에서의 직종 간 협력의 중요성 등을 설명할 수 있도록 한다.

(2) 실습형

① 지역의료 임상실습 프로그램

히로시마대학교 의과대학은 5학년 학생 전원을 대상으로 일주일간의 ‘지역의료 임상실습 프로그램’에 참여하도록 하고 있다. 해당 실습은 의사 부족 지역인 나카야마 지역 병원 5곳에서 이루어진다. 학생들은 2명씩 팀을 이루어 지역 병원에 배정되고 일주일간 지역에 머물며 실습에 참여한다. 실습은 외래 환자 진료, 간호 체험, 벽지 진료소 견학, 재택 환자 방문, 고령자 시설 견학, 응급의료 등의 학습 내용을 기반으로 각 실습 병원의 환경에 맞추어 이루어진다. 대학 교수진 또한 실습 중 하루 현지에서 방문하여 학생 교육에 참여한다.

(3) 혼합형

① 지역정원제도 프로그램

히로시마대학교 의과대학의 지역정원제도 프로그램은 지역의사 양성을 위한 혼합형 교육 프로그램으로, 지역정원제도 입학생을 대상으로 한다. 지역의료에 대한 이해도 제고를 목적으로 1~4학년을 대상으로 지역의료 연구회와 지역의료 세미나 프로그램을 제공하고 있다. 해당 프로그램은 히로시마대학교 의과대학의 지역의료학교실과 히로시마현의 지역의료 지원센터가 담당하여 운영한다.

지역의료 연구회는 고향 세미나로도 불리며, 지역정원제도 입학생 1~4학년 전원이 점심 미팅에 참여하는 방식으로 매주 혹은 격주에 한 번씩 진행된다. 지역정원제도 시스템에 대한 설명뿐만 아니라 졸업 후 경력개발 계획, 지정 진료병원 혹은 진료과에 대한 설명회를 제공하기도 한다. 또한, 환자 면담 및 임상 술기 실습, 임상 지식에 대한 강의, 지역의료 관련 토론 등을 실시한다. 이를 통해 학생들은 미래에 대한 불안을 해소하고 지역의료에 대한 동기를 유지하며, 졸업 후 지역의사로서의 정체성을 확립해나갈 수 있다. 또한, 지역정원제도 학생 코호트와의 교류를 통해 동료 의식을 양성할 수 있다.

지역의료 세미나는 크게 하계 실습, 동계 합숙, 그리고 춘계 의료현장 체험으로 이루어져 있다. 하계 실습은 히로시마 의과대학, 히로시마현, 히로시마현 지역보건의료

추진기구, 히로시마현 국민건강보험 진료시설 협회와의 공동 개최를 통해 이루어지며, 히로시마대학교 학생들뿐만 아니라 자치의과대학 학생들 및 히로시마현 내 타 의과대학 학생들이 함께 실습에 참여한다. 학생들은 4명씩 팀을 이루어 4일간 나카야마 지역 병원에서의 실습에 참여하고, 실습 종료 후 실습에 대한 보고회를 실시하여 학습 내용을 공유한다. 동계 합숙은 히로시마현 지역보건의료 추진기구 및 히로시마 의과대학의 공동 개최를 통해 진행된다. 이틀간 진행되는 해당 합숙 프로그램에는 지역의사가 참여하여 고령화 사회에서 지역의료의 역할, 환자와의 관계, 지역의사로서의 삶 등에 대한 내용을 주제로 강연을 제공하며, 지역정원제도 졸업생이 참여하여 지역정원제도 출신 의사로서의 삶 등에 대한 강연을 제공한다. 마지막으로 춘계 실습은 2일간 지역의 의료기관에서 이루어진다. 사전에 각 의료기관의 담당 지도의사와 실습 내용을 계획하여 소그룹의 학생들이 충분한 임상 체험을 할 수 있도록 한다.

4) 츠쿠바대학교

츠쿠바대학교는 4가지 지역의료 관련 교육 프로그램을 운영하고 있다. 구체적인 내용은 다음과 같다.

(1) 실습형

① 조기 임상실습 프로그램

츠쿠바대학교 의과대학은 정규 임상실습 교육 단계에 있는 5~6학년 학생들뿐만 아니라 임상 전단계에 있는 학생들 또한 임상 경험을 쌓을 수 있도록 조기 임상실습 프로그램을 운영하고 있다. 해당 실습은 입학 직후에 이루어진다.

조기 임상실습 프로그램에서는 대학 부속 병원에서의 교류 실습을 통한 병동 체험과 외래 진료의 전 과정을 체험하며, 환자 및 의료진과의 관계 형성의 기반이 되는 소통 기술의 학습을 위해 모의 환자와의 면담을 연습한다. 또한, 병원 내 의료를 지원하는 다양한 부서와 다직종의 역할을 이해하는 기회를 제공받는다. 지역 복지 시설에서의 방문 간호, 노인 의료, 다직종 간 협력 등을 학습하고 재활 의료 관련 기관을 방문하기도 한다. 이외에도 응급 실습, 고령자 및 임산부 모의 체험실습, 지역 진료소

실습 등의 교육 경험을 제공한다.

② 지역의료 임상실습 프로그램

츠쿠바대학교 의과대학의 5학년 학생 전원은 필수적으로 지역의료교육학교실이 담당하는 지역의료 임상실습 프로그램에 참여해야 한다. 이는 대학의 부속병원 내 종합 진료과에서의 1주 실습과 현 내 진료소 혹은 중소규모 병원에서의 3주 실습을 포함하는 4주간의 실습 프로그램이다. 해당 실습을 위해 지역의료교육학교실 교수진과 실습 병원의 진료팀 구성원 등이 참여한다.

해당 실습 프로그램에서 학생들은 임상 경험을 통해 임상추론 훈련을 집중적으로 실시한다. 또한, 외래 환자 실습을 경험하며 이를 비디오로 촬영하여 교수진으로부터 피드백을 제공받는다. 이 외에도 감별진단, 근거기반 진료, 완화 의료, 의사소통 기술 연습 등을 위한 모의 환자 시뮬레이션 교육에 참여한다.

(2) 혼합형

① 의료개론

의료개론은 츠쿠바대학교 의과대학 교육과정의 큰 부분을 차지하고 있다. 이중 지역의료와 관련된 프로그램으로는 3학년을 대상으로 제공되는 ‘지역건강 프로모션’ 프로그램과 5~6학년을 대상으로 4주간 제공되는 ‘지역의료 실습’이 있다. ‘지역의료 실습’의 경우 이바라키현 내 설치되어 있는 지역의료 교육 스테이션에서 이루어진다. 이는 현 내 지역의료를 담당하고 있는 의료기관을 교육 거점으로 지정하여 대학이 전임의 지도의사를 파견하여 학생 교육을 담당할 수 있도록 하는 구조로 운영된다.

의료개론 교육과정의 지역의료와 관련된 프로그램의 교육 목표는 대학병원과는 다른 지역의료의 특징을 이해하고 지역 특성에 맞는 의료를 제공할 수 있도록 하는 것이다. 이에 따라 제공되는 구체적인 프로그램의 내용은 다음과 같다. 우선, ‘지역건강 프로모션’ 프로그램은 강의와 지역 프로젝트 실습으로 이루어져 있다. 지역 프로젝트 실습에 참여하기 이전에 학생들은 지역에서 실제로 주민들을 대상으로 건강 교육을 실행하고 있는 의사들을 포함한 지역 코디네이터들의 강의를 주제별로 수강한다. 그

후 각자 희망하는 주제에 대해 1주간 집중 강의를 수강하고 지역 실습을 기획한다. 학생들은 선택한 주제에 대해 기획한 내용을 바탕으로 3~5명의 소그룹을 이루어 각 지역에서 프로젝트를 실시한다. ‘지역의료 실습’은 5~6학년에 이루어지는 임상실습 교육과정 내에 배치되어 있는 의료개론 강좌로, 지역사회 내 진료소 혹은 소규모 병원에서의 실습을 통해 지역의료에 대한 기본적인 내용을 학습할 수 있도록 한다. 외래 진료, 재택 의료, 건강 교육, 지역 포괄의료, 전문직간교육, 의료의 사회적 결정요인 등을 주제로 다루며 지역의료에 대한 다양한 내용을 제공한다. 학생들은 대학병원이 아닌 의료현장에서의 실습 경험을 통해 다양한 의료현장 간의 차이점과 지역 차원의 의료시스템에 대한 이해도를 제고한다. 또한, 지역사회 주민, 환자, 가족의 생활과 연관하여 건강 문제를 파악하며 지역 의사로서의 과제 및 역할을 이해한다.

② 지역의료 연구 실습

츠쿠바대학교 의과대학 지역의료교육학교실은 지역의료에 관한 연구 교육을 제공하기 위해 지역의료 연구 실습 프로그램을 운영한다. 이는 지역의료학 혹은 가정의학에 관심 있는 1~4학년 학생들을 대상으로 하는 프로그램이다.

학생들은 해당 실습 프로그램에 참여하여 연구 수행을 위한 역학 및 통계학 관련 내용을 학습하고 관련 논문을 강독한다. 또한, 각자 연구 계획을 수립하여 실제 연구 프로젝트를 수행한다. 이와 더불어 하계 방학동안 현 내 지역의료 교육 스테이션에서의 현장 실습을 통해 지역의료에 대한 이해도를 깊이 한다. 연구 성과는 지역의료 관련 학술대회에서 발표하는 기회를 가진다.

5) 치바대학교

치바대학교 의과대학은 다음의 2가지 지역의료 관련 교육 프로그램을 운영하며 지역 의사 양성에 힘쓰고 있다.

(1) 실습형

① 지역의료 임상실습 프로그램

치바대학교 의과대학은 4~6학년 학생들을 대상으로 지역의료 임상실습 프로그램을 제공한다. 해당 실습은 후생노동성, 보건소, 치바현 내 행정기관, 치바현 위생연구소, 지역의료 현장 등에서 이루어진다.

지역의료 임상실습 프로그램의 학습 목표는 역학, 인구통계, 의료 환경, 위기 관리, 의료와 문화 및 사회적 요인의 관계 등에 대한 지식 습득뿐만 아니라 근거와 환자 및 지역 특성에 기반한 치료 계획의 수립, 재활 및 응급의료에의 참여, 의료데이터 활용 등을 포함한다. 또한, 보험제도 및 의료 행정, 지역의료 시스템 등에 대한 이해도 제고를 목표로 한다.

(2) 혼합형

① 치바현 지역사회 지향형 의학교육 프로그램

치바현 지역사회 지향형 의학교육 프로그램(Chiba Community-Oriented Medical Education, C-COME)은 치바대학교와 토호대학교가 공동으로 개발한 프로그램으로, 문부과학성의 포스트코로나 시대 의료인재 양성 거점 형성 사업의 일환이다. 1~6학년 동안 일관된 지역의료학 교육을 통해 지역의료에 대한 동기를 부여하기 위해 실행되는 해당 프로그램은 치바현의 심각한 의사 불균형 문제를 해결하는 데에 목적이 있다. 치바현 내 다양한 지역병원 및 지도의사가 프로그램에 참여하여 학생 교육에 이바지한다.

해당 프로그램은 6가지 요소로 이루어져 있다. 첫째, ‘지역의료학’ 부문 교육에서는 지역의료학 강의, 지역사회 중심 문제기반학습, 그리고 지역사회 중심의 시뮬레이션 교육이 이루어진다. 지역의료학 강의를 온라인 플랫폼을 활용해 이루어지는데, 학생들은 플랫폼에서 본인의 관심사에 따라 강의를 선택하여 수강할 수 있다. 지역의료학 강의와 연계되어 진행되는 문제기반학습과 시뮬레이션 교육은 강의에서 학습한 지식을 바탕으로 각각 문제해결능력과 술기를 함양할 수 있도록 한다. 둘째, ‘조기 지역의료 체험’ 부문은 조기 지역 체험 실습과 지역 의사 체험으로 이루어져 있다. 입학 직후

조기 지역 체험 실습을 진행함으로써 지역의료 현상과 과제를 이해하고 봉사활동에 참여할 수 있도록 한다. 지역 의사 체험에서는 의료 현장 견학을 통해 지역 의사의 업무와 역할을 이해하도록 하고 멘토 의사의 삶을 간접적으로 경험함으로써 학생들의 경력개발에 대해 고찰할 수 있도록 한다. 셋째, ‘지역 IPE’ 부문에서는 전문직 간 교육의 틀 안에서 지역의료를 학습할 수 있도록 한다. 넷째, ‘제너럴리스트 입문’ 부문은 일반의 입문 강의, 일반의 육성 문제기반학습, 그리고 일반의 육성 시뮬레이션 교육으로 이루어져 있다. 지역사회의 요구가 높은 종합진료, 응급 및 재해 의료, 감염 분야 등에 대한 강의를 제공하고, 이와 연계하여 문제기반학습 및 시뮬레이션 교육을 제공함으로써 문제 해결 능력의 함양 및 임상실습 진입 준비를 돕는다. 다섯째, ‘통합적 임상실습’ 부문에서는 임상실습1, 임상실습2, 그리고 통합형 원격 컨퍼런스 교육이 이루어진다. 임상실습1의 경우, 대학병원에서 2주간, 그리고 지역의료기관에서 2주간 종합진료과 임상실습에 참여하도록 하여 앞서 학습한 의학 지식을 실제 진료에 통합할 수 있도록 한다. 임상실습2는 종합진료과, 응급의학과, 감염 분야 중 2주를 선택하여 대학병원 혹은 지역의 의료기관에서 실습할 수 있도록 한다. 통합형 원격 컨퍼런스는 화상회의 시스템을 통해 대학병원과 지역 의료기관을 연결하여 진행함으로써 학생들의 종합진료 영역, 응급의학 영역, 감염 영역의 임상 능력 향상을 도모한다. 마지막으로, ‘지역 임상실습’ 부문에서는 지역 임상실습과 지역의료 프로젝트를 실시한다. 지역 임상실습은 지역의료기관에서의 3주간의 경험을 통해 외래 및 입원 진료, 재택 의료, 지역 포괄의료 시스템 등을 학습하도록 한다. 지역의료 프로젝트는 8주간의 지역 관련 프로젝트 활동으로, 학생들이 지역사회 의료 문제를 주제로 프로젝트를 계획하고 실시할 수 있도록 한다.

이상의 일본 의과대학의 지역 의사 양성을 위한 교육 프로그램의 기관별 특징은 다음의 <표 22>와 같이 정리될 수 있다.

표 22. 일본 의과대학의 지역 의사 양성을 위한 교육 프로그램

대학	프로그램명	유형 및 기간	대상 및 시기	지원체제	목표 및 내용
자치 의과대학	지역의료학 -총론	강의형	1학년	담당 조직: 지역의료학센터	<ul style="list-style-type: none"> 일차의료의 역할 데이터를 활용한 지역의료, 원격의료 등 학습
	지역의료학 -각론	강의형	2~5학년	담당 조직: 지역의료학센터, 의학교육센터	<ul style="list-style-type: none"> 지역의료 시스템, 완화의료 의료윤리, 전문직업성, 전문직 간 교육 등 학습
	지역의료학 -총괄	강의형	6학년	담당 조직: 지역의료학센터	<ul style="list-style-type: none"> 지역의료 프로젝트 참여, 의료정책 및 차세대 의료 등 학습
	조기 임상실습	실습형, 4일	1학년	<ul style="list-style-type: none"> 담당 조직: 지역의료학센터 인적 자원: 대학 부속 병원 지도의사 	외래 및 병동 진료 체험
	지역 복지실습	실습형, 5일	2학년	담당 조직: 지역의료학센터	교외 지역 기관에서의 복지실습
	지역의료 임상실습	실습형, 2주	4~6학년	<ul style="list-style-type: none"> 담당 조직: 지역의료학센터 인적 자원: 출신 현 내 진료소/중소 병원/개호 시설의 지도의사, 졸업생 	<ul style="list-style-type: none"> 외래 진료, 방문 진료, 재활, 건강검진, 예방접종, 이동 진료소 또는 복지 시설 지역사회 건강 교육 참여

대학	프로그램명	유형 및 기간	대상 및 시기	지원체제	목표 및 내용
나고야 대학교	지역의료학	강의형, 2주	4학년	담당 조직: 지역의료학교실	<ul style="list-style-type: none"> 지역의료학 총론, 아이치현의 지역의료, 지역의료에서의 재활 전문직 간 지역의료 연습, 지역의료 현장에서의 전문직업성
	일차의료 임상실습	실습형, 1년	5학년	인적 자원: 나고야의사협회, 40개 이상의 지역 의원	지역 내 지도의사와 일대일 매치를 통한 일차의료 경험
	기초의학 세미나	강의형, 1년	지역 정원제도 입학생	<ul style="list-style-type: none"> 담당 조직: 지역의료학교실 인적 자원: 타과 강사, 아이치외과대학 교수, 지역병원 의사 	연구방법 학습 및 지역의료 관련 주제 연구 수행
	지역의료 세미나	혼합형, 6년	지역 정원제도 입학생	담당 조직: 지역의료시스템학교실	<ul style="list-style-type: none"> 지역의료 관련 강의 하계 지역병원 견학 실습
히로시마 대학교	지역의료 시스템학	강의형	3학년	<ul style="list-style-type: none"> 담당 조직: 지역의료시스템학교실 인적 자원: 나카야마 지역병원 진료팀 	<ul style="list-style-type: none"> 지역의료 시스템 및 보건복지 관련 제도에 대한 이해도 제고

대학	프로그램명	유형 및 기간	대상 및 시기	지원체제	목표 및 내용
	지역의료 임상실습	실습형, 1주일	5학년	<ul style="list-style-type: none"> • 담당 조직: 지역의료시스템학교실, 히로시마현 지역의료 지원센터 • 인적 자원: 현 정부, 현 지역보건의료 추진기구, 현 국민건강보험 진료시설 협의회, 나카야마 지역병원, 지역정원제도 졸업생 	<ul style="list-style-type: none"> • 외래 환자 진료, 간호 체험, 재택 환자 방문 • 벽지 진료소 견학, 고령자 시설 견학, 응급의료
	지역정원제도 프로그램	혼합형, 4년	지역 정원제도 입학생 1~4학년	<ul style="list-style-type: none"> • 담당 조직: 지역의료교육학교실 • 인적자원: 지역의료교육학/중합진료과의 교수진 	<ul style="list-style-type: none"> • ‘고향 세미나’(동료 및 선배 멘토링, 타 지역 정원 학생과의 교류, 지역의료 세미나 등) • 지역병원 실습(동계/춘계) • 겨울 합숙 프로그램, 코호트 홈커밍데이
츠쿠바 대학교	의료개론- 지역의료· 재택진료	혼합형	2학년	<ul style="list-style-type: none"> • 담당 조직: 지역의료교육학교실 • 인적 자원: 지역의료교육학교실/중합진료과의 교수진, 지역 코디네이터 	<ul style="list-style-type: none"> • 가정의료학 강의 및 실습 • 재택 진료 케이스 시나리오 학습 • 이바라키현 내 일차의료 시설에서의 하계 지역의료 조기 체험실습

대학	프로그램명	유형 및 기간	대상 및 시기	지원체제	목표 및 내용
	의료개론- 지역건강 프로모션	혼합형	3학년	<ul style="list-style-type: none"> • 담당 조직: 지역의료교육학교실 • 인적 자원: 지역 코디네이터, 현 내 지역의료 교육 스테이션 스탭 및 지도의사 	<ul style="list-style-type: none"> • 지역의료 관련 강의 수강 • 지역사회 프로젝트 수행(3일)
	의료개론- 지역의료 임상실습	실습형, 3주	5학년	인적 자원: 대학 부속 병원, 지역 복지 및 의료 기관	<ul style="list-style-type: none"> • 의료기관 외부 실습(지역 진단, 다직종 실습, 주민과의 대화, 건강 교육 실습 등)
	조기 임상실습	실습형	입학 직후 학생	<ul style="list-style-type: none"> • 담당 조직: 지역의료교육학교실 • 인적 자원: 부속 병원 종합 진료과, 현 내 진료소 및 중소 병원 	<ul style="list-style-type: none"> • 부속 병원에서의 외래 및 병동 진료, 모의환자 면담 연습, 지역 복지 및 의료시설에서의 IPE 교육 및 실습
	지역의료 임상실습	실습형, 4주	5학년	담당 조직: 지역의료교육학교실	<ul style="list-style-type: none"> • 병원에서의 외래 실습, 임상 추론 훈련, 모의환자 시뮬레이션 교육
	지역의료 연구실습	혼합형, 4년	1~4학년	담당 조직: 지역의료교육학기금교실	<ul style="list-style-type: none"> • 지역의료 혹은 가정의학 관련 연구 수행을 위한 역학/통계학 워크샵, 연구 프로젝트 수행, 학회 발표 • 지역의료 교육 스테이션 현장실습

대학	프로그램명	유형 및 기간	대상 및 시기	지원체제	목표 및 내용
치바 대학교	지역의료 임상실습	실습형, 3년	4~6학년	명시 없음	<ul style="list-style-type: none"> • 현 내 행정기관, 위생연구소, 지역의료 현장 체험, 학회 참가 등 • 역학, 인구통계, 의료 환경, 의료와 문화 및 사회적 요인의 관계, 근거 및 지역 특성 기반 치료 계획 수립, 재활 및 응급의료 참여 등
	C-COME	혼합형, 6년	1~6학년	담당 조직: 치바 지역의료교육 통괄회의, 치바 지역의료교육 추진위원회, 치바 지역의료교육 평가위원회(치바 대학과 토호대학 공동 운영)	<ul style="list-style-type: none"> • 지역의료학, 조기 임상실습, 지역임상실습, 일반의 육성 교육 등 • IPE 교육 • 지역사회 프로젝트

*C-COME: 치바현 지역사회 지향형 의학교육 프로그램(Chiba Community-Oriented Medical Education)

나. 기관 간 비교

5개 일본 의과대학의 지역 의사 양성을 위한 교육 프로그램의 특징을 기관별로 알아보았다. 이를 바탕으로 살펴본 기관 간 비교 결과는 다음과 같다.

일본의 5개 의과대학이 운영하는 지역사회 교육 프로그램의 공통점은 다음과 같다. 첫째, 모든 기관이 다양한 학년을 대상으로 하는 프로그램을 운영한다. 저학년 학생을 대상으로 하는 프로그램으로는 기관별로 조기 임상실습 프로그램 혹은 세미나 형태의 프로그램을 제공하고, 고학년 학생을 대상으로는 모든 기관이 지역 의료 임상실습 교육을 제공하고 있다.

둘째, 모든 기관이 지역 의료 관련 필수 임상실습 프로그램을 운영하고 있다. 임상실습 단계에 있는 학생 전원이 반드시 참여해야 하는 지역 의료 임상실습 교육은 각 현 내 지역 병원에서의 임상 체험 요소를 포함하고 있다. 또한, 학생 교육을 위해 지역 병원의 의사와 다직종으로 이루어진 진료팀이 인적 자원으로서 활용된다.

셋째, 모든 기관의 교육 프로그램은 각 기관의 지역 의료학 또는 지역 의료 교육학 관련 부서에서 담당한다. 자치 의과대학의 지역 의료학 센터, 츠크바대학교의 지역 의료 교육 학교실과 더불어 나고야대학교의 지역 의료 학기금 교실, 히로시마대학교의 지역 의료 시스템 학기금 교실, 그리고 치바대학교의 지역 의료 교육 학기금 교실은 모두 각 기관 내 지역 의료학 또는 지역 의료 교육학 관련 교육 활동의 전담 부서로서 지역사회 교육 프로그램을 담당하여 운영하고 있다.

넷째, 모든 기관이 여러 학년에 걸쳐 교육을 제공하는 장기적 유형의 교육 프로그램을 한 개 이상 운영하고 있다. 자치 의과대학은 6년에 걸친 지역 의료학 교육 과정을, 츠크바대학교는 의료 개론 교육 과정을 개발하여 운영한다. 나고야대학교와 히로시마대학교는 지역 정원 제도 입학생을 대상으로 4년에 걸친 프로그램을 제공하고, 치바대학교는 6년에 걸친 지역사회 지향 교육 프로그램을 제공한다. 학년에 따라 프로그램의 구체적인 내용을 다르게 제공하여 학생들의 각 교육 단계에 부합한 학습을 할 수 있도록 한다.

다섯째, 지역 의료에 대한 전반적인 이해도 제고 및 미래 지역 의사로서의 지식, 기술, 태도 함양을 목적으로 지역 의료와 관련 있는 유사한 주제의 교육 내용을 제공한

다. 임상 현장에서의 경험적 요소를 포함하는 프로그램의 경우 공통적으로 외래 및 병동 환자 의료와 전문직간교육을 포함하고 있다. 또한, 모든 기관의 프로그램이 다루고 있는 주제가 지역의료와 사회적 요인, 벽지의료, 완화의료, 예방의료, 의사-환자 소통, 지역 포괄의료, 지역 복지 및 개호 시설, 근거기반 진료, 재택의료, 의료 정책 등으로 공통적이다. 특히, 모든 기관에서 공통적으로 교육하는 포괄의료, 복지 및 노인 의료, 재택의료, 완화의료, 예방의료 등의 주제는 고령화라는 사회적 배경이 의료시스템의 양상에 큰 영향을 미치는 일본의 현황을 반영하고 있다.

여섯째, 지역정원제도 입학생을 대상으로 하는 프로그램은 모두 혼합형 프로그램으로, 지역의료를 주제로 하는 강의 혹은 세미나와 더불어 지역 병원에서의 실습을 모두 포함하고 있다. 이는 지역의사로서 종사할 의향을 가지고 지역정원제도를 통해 입학한 학생들의 지역의료에 대한 동기와 관심사를 재학 기간동안 유지하기 위한 목적을 가진다.

그러나 5개 기관은 다음과 같은 차이점을 보인다. 첫째, 일본의 지역의사 양성을 목적으로 하는 학생 선발제도와 교육 프로그램 간의 연계성 측면에서 각 기관이 상이하다. 지역정원제도와 연계하여 프로그램을 운영하는 기관은 나고야대학교와 히로시마대학교의 2곳이며, 츠크바대학교와 치바대학교는 별도로 지역정원제도 입학생을 대상으로 하는 프로그램은 운영하고 있지 않다. 나고야대학교와 히로시마대학교의 경우에도 두 기관의 프로그램 간 차이점을 발견할 수 있다. 나고야대학교의 프로그램은 지역의료 관련 연구를 수행하기 위한 교육 내용을 포함하고 있는 반면, 히로시마대학교의 프로그램은 지역정원제도 학생 코호트(선후배 및 동료)와의 교류와 실습에 초점을 맞추고 있다. 또한, 두 기관의 프로그램에 참여하는 학생 및 조직에 차이가 있다. 나고야대학교의 프로그램은 교내 인적 자원을 중심으로 투입하여 활용하고 있고, 지역 실습에 지역 병원의 의사가 지도를 위해 참여하는 방식으로 이루어진다. 반면, 히로시마대학교의 프로그램에는 히로시마 의과대학뿐만 아니라 히로시마현, 히로시마현 지역보건의료 추진기구, 히로시마현 국민건강보험 진료시설 협의회 등의 다양한 조직이 참여하며, 히로시마대학교 의과대학 학생들뿐만 아니라 자치의과대학 및 현 내 타교 학생들이 함께 참여한다.

둘째, 기관별로 임상 전 단계의 저학년 학생들을 대상으로 하는 조기 임상실습 프로그램의 제공 여부에 차이가 있다. 자치의과대학, 츠쿠바대학교, 치바대학교의 경우 입학 직후의 학생들이 지역의료에 대한 동기를 유지할 수 있도록 지역에서의 임상 경험에 조기 노출하고 있다. 반면, 나고야대학교와 히로시마대학교는 지역정원제도로 입학한 학생들을 대상으로만 제한적으로 조기 임상 경험을 제공한다.

셋째, 기관별로 지역사회 프로젝트 참여 경험의 제공 여부가 상이하다. 자치의과대학의 지역의료학 총괄 강의 및 지역의료 임상실습 프로그램, 츠쿠바대학교의 의료개론 교육과정 내 ‘지역 건강 프로모션’ 프로그램, 그리고 치바대학교의 치바현 지역사회 지향형 의학교육 프로그램의 ‘지역 임상실습’ 부문의 경우 지역사회 프로젝트를 교육 내용의 요소로 포함하고 있다. 이는 학생들이 강의 혹은 실습을 통해 학습한 지역의료 관련 지식, 기술, 그리고 태도를 활용하여 지역사회에 실제 의료 문제에 대한 해결책을 제공하거나 학생들이 직접 지역사회 구성원들을 대상으로 건강 교육을 제공할 수 있는 기회를 제공한다. 반면, 히로시마대학교가 운영하는 프로그램 중 지역사회 프로젝트에의 참여를 교육 내용으로서 제공하는 사례는 없다. 나고야대학교의 경우에도 지역의료 관련 연구 교육만을 제공하고 있을 뿐, 지역사회의 실제적인 의료 문제를 주제로 학생들이 프로젝트를 계획 및 수행하여 해결책을 제시해볼 수 있는 기회는 제공하고 있지 않다.

넷째, 임상실습이 이루어지는 현 내 지역을 특정한 곳으로 지정하고 있는 대학이 있는 반면, 그렇지 않은 대학이 있다. 자치의과대학의 경우 학생 본인의 출신 지역에 있는 병원에서의 실습 경험을 제공하고, 히로시마대학교의 경우 현 내 나카야마라는 특정 지역에서의 경험을 강조하고 있다. 그러나 나고야대학교, 츠쿠바대학교, 치바대학교의 경우 현 내 다양한 지역의 제후 병원에서 실습 경험을 제공한다.

이상의 5개 일본 의과대학의 지역 의사 양성을 위한 교육 프로그램의 기관 간 비교 결과를 정리하면 다음의 <표 23>과 같다.

표 23. 일본 의과대학의 지역 의사 양성을 위한 교육 프로그램 비교 결과

비교 준거	공통점	차이점
유형 및 기간	<ul style="list-style-type: none"> 지역정원제도 입학생 대상 프로그램은 모두 혼합형 장기 프로그램 한 개 이상 운영 	<ul style="list-style-type: none"> 강의형 프로그램 유무 지역정원제도 입학생 대상 프로그램 유무
대상 및 시기	<ul style="list-style-type: none"> 저학년 대상 조기 임상실습 혹은 세미나 형태의 프로그램 제공 고학년 대상 지역의료 임상실습 교육 제공 	<ul style="list-style-type: none"> 학생 선발제도와 교육 프로그램 간의 연계성 임상 전 단계 학생 대상 조기 임상실습 프로그램 제공 여부
지원 체제	<ul style="list-style-type: none"> 지역병원의 의사와 다직종으로 이루어진 진료팀 참여 각 기관의 지역의료학 또는 지역의료교육학 관련 부서 담당 	<ul style="list-style-type: none"> 지역정원제도 입학생 대상 프로그램에의 지역정부 및 지역의료 관련 기구 참여 여부
목표	<ul style="list-style-type: none"> 지역의료에 대한 전반적인 이해도 제고 및 미래 지역 의사로서의 지식, 기술, 태도 함양 	
내용	<ul style="list-style-type: none"> 실습형: 외래 및 병동 환자 의료와 전문직 간 교육을 포함 지역의료와 사회적 요인, 벽지의료, 완화의료, 예방의료, 의사소통, 포괄의료, 복지 시설, 근거기반 진료, 재택의료, 의료정책 등을 다룸 	<ul style="list-style-type: none"> 지역사회 프로젝트 참여 경험 제공 여부 임상실습 병원 지정 여부 지역정원제도 입학생 대상 프로그램의 교육 초점

4.3. 학생 선발제도 및 교육 프로그램의 비교

4.3.1. 학생 선발제도의 비교 결과 및 논의

본 연구에서는 미국과 일본 의과대학의 지역의사 양성을 위한 학생 선발제도를 비교 분석하였다. 학생 선발제도의 선발 규모, 지원 자격, 평가 도구, 평가 준거, 선발에 따른 조건, 선발에 따른 지원을 비교 준거로 설정하여 비교한 결과와 그에 대한 논의의 내용은 다음과 같다.

우선, 미국과 일본 의과대학의 지역의사 양성을 위한 학생 선발제도를 운영하고 있는 전체적인 구조에 큰 차이가 있다. 일본의 경우 국가 차원의 정책인 ‘지역정원제도’를 각 의과대학에서 구체적인 형태로 실행하는 구조를 가지고 있다. 반면, 미국의 경우 국가적 차원의 정책이 일률적으로 시행되고 있는 것은 아니나, 각 대학에서 농어촌 지역을 겨냥한 선발제도를 기관의 사정에 맞게 유동적으로 운영하고 있다. 미국과 일본 의과대학의 지역의사 양성을 위한 학생 선발제도를 운영하고 있는 전체적인 구조가 상이한 것은 기본적으로 두 국가의 의과대학 정원을 결정하는 주체가 다르다는 사실로부터 기인한다. 미국은 의과대학 입학정원을 각 의과대학이 자체적으로 결정하는 바텀업(bottom-up) 구조를 갖고 있는 반면, 일본은 국가와 지방 정부가 의과대학 학생 정원을 결정하는 탑다운(top-down) 구조를 갖고 있다.

그러나 미국의 각 기관이 시행중인 선발제도의 특별 전형 또한 유사한 특징에 따라 입학 전 단계 관리 유형, 결합 학위 제도 유형, 지역 출신 학생 차별 교육 유형으로 분류될 수 있었다. 이는 획일적인 국가 정책의 통제 아래 놓여있는 것이 아님에도 불구하고 기관들이 유사한 원리 아래 지역의사 양성을 위한 학생 선발제도를 구상하고 유지해나간다는 점을 의미한다.

둘째, 선발 규모와 지원 자격의 측면에서 비교한 결과는 <표 24>와 같다. 선발 규모의 측면에서 비교한 결과, 일본에 비해 미국 의과대학의 지역의사 양성을 위한 학생 선발제도의 선발 규모가 큰 것으로 나타났다. 이는 기본적으로 미국의 5개 분석대상 기관이 모두 주립 대학으로서 지역 출신 학생을 우대하여 선발함에 따라 각 기관의 전체 선발 인원의 약 80% 이상을 차지하기 때문이다. 그러나 지역 출신 학생만 선

발하는 기관별 차별적인 제도의 선발 인원은 최소 2.5%에서 최대 27%까지 범위가 넓은 것으로 나타났다. 반면, 일본은 자치의과대학을 제외한 4개의 기관이 모두 단일한 지역정원제도 아래 학생을 선발하고 있음에도 불구하고 구체적인 선발 규모는 최소 4.7%, 최대 36.7%로 범위가 넓었다. 4개 기관이 단일한 지역정원제도 아래 학생을 선발하고 있음에도 불구하고 구체적인 선발 규모가 기관별로 편차가 큰 이유는 각 지역의 의사 인력 수급 현황에 따라 국가와 지방 정부 간의 논의를 기반으로 의과대학 정원이 결정되기 때문이다.

미국과 일본 의과대학은 출신 지역과 관련하여 지원 자격의 엄격함의 정도에 차이가 있었다. 미국의 5개 기관은 기본적으로 지역 출신 혹은 유관 지원자를 우대하나, 지역 출신이 아닌 지원자도 일부 선발하고 있다. 주별 정원을 사전에 설정하여 선발하는 워싱턴대학교를 제외하고는 지역 출신 혹은 유관 지원자에게 지원서 우선 검토라는 선발 혜택을 제공하고 있을 뿐이다. 반면, 일본은 치바대학교의 1개 기관을 제외하고는 지역 출신자 혹은 유관자만 지역정원제도를 통해 지원할 수 있다. 미국 의과대학의 특별 전형의 경우 지역 출신인 자만 지원 가능하다는 점에서는 일본의 지역정원제도와 유사한 면을 보였다.

표 24. 미국과 일본 의과대학의 지역의사 양성을 위한 학생 선발제도 비교-선발 규모와 지원 자격

		미국	일본
공통점		미국 선발제도의 특별 전형과 일본의 선발제도는 공통적으로 지역 출신자만 지원 가능	
선발 규모의 크기		<ul style="list-style-type: none">일본에 비해 큰 선발 규모일반: 최소 79%, 최대 99.6%특별: 최소 2.5%, 최대 27%	<ul style="list-style-type: none">자치의과대학: 지역당 2.4%지역정원제도: 최소 4.7%, 최대 36.7%
차이점		<ul style="list-style-type: none">지역 출신 혹은 유관 지원자를 우대하나 지원서 우선 검토 혜택만을 제공지역 출신이 아닌 지원자도 일부 선발	<ul style="list-style-type: none">1개 기관을 제외하고 지역 출신자 혹은 유관자만 지역 정원제도 지원 가능

미국과 일본 의과대학이 공통적으로 지역 출신 혹은 유관 지원자를 우대하여 선발하는 제도를 운영하고 있는 것은 근거에 기반한 지역 의사 양성 전략으로서, 학생의 출신 지역이 졸업 후 지역 근무에 대한 강한 예측력을 가진다고 밝힌 연구들과 깊은 관련이 있다. 특히, 지역 출신 학생은 지역 출신이 아닌 학생에 비해 졸업 후 지역의 사로서 근무할 확률이 2배가량 높다는 일관된 근거가 있는 것으로 밝혀졌다(Laven & Wilkinson, 2003). 의과대학 입학 전 지역사회 출신자로서 지역 관련 경험을 보유하고 있는 것은 지역사회와의 유대감을 형성할 가능성을 높이고, 이를 바탕으로 지역 출신 학생은 의과대학 입학 이전에 이미 지역 의사로서 근무하는 것에 대한 인식을 형성할 수 있기 때문이다. 이러한 근거에 기반하여, 지역 의사 양성을 목적으로 하는 의과대학은 추후에도 학생 선발제도의 운영에 있어 학생의 출신 지역을 주된 반영 요소로서 지속적으로 활용할 가능성이 높다.

셋째, 평가 방식의 측면에서 비교한 결과는 <표 25>, <표 26>과 같다. 평가 준거에 있어서 두 국가는 인지적 요소뿐만 아니라 정의적, 기술적 요소를 모두 아우르는 다양한 평가 준거를 검토하고 있다는 점에서 매우 유사한 것으로 나타났다. 미국과 일본은 모두 지원자의 학업 능력, 의료 지식, 지역 종사 의향, 대인관계능력, 의료에 필요한 사고력, 의료 문제에 관한 인식, 그리고 윤리관 등을 공통적으로 검토한다. 이때, 대인관계 능력을 확인하기 위해 두 국가 모두 협동과 사회성 등을 확인하고 있었고, 의료에 필요한 사고력의 경우에 두 국가 모두 논리적 사고와 비판적 사고를 평가하고 있었다. 반면, 지원자의 다양성을 존중하는 태도, 성장 지향적 사고, 관심사 혹은 경험의 폭과 같은 요소는 미국 의과대학에서만 평가하고 있는 것으로 나타났고, 적응력과 창의력은 일본 의과대학에서만 평가하고 있는 것으로 나타났다.

평가 도구의 측면에서 비교한 결과, 미국과 일본 의과대학은 학업 능력을 확인할 수 있는 특정한 시험 성적과 면접을 활용하고 있다는 점에서는 공통적이었으나, 그 외의 요소에서는 일부 차이점을 보였다. 미국의 경우, 의과대학은 학부가 아닌 대학원 과정이므로 학업 능력을 판단하기 위해 학부 학점을 평가 도구로서 활용하며, 의과대학 입학시험이 별도로 존재하여 이를 함께 활용한다. 반면, 일본의 경우 의과대학이 학부 과정이므로 대입시험과 기관 개별시험 또는 적성시험을 통해 지원자의 학업 능

력을 판단한다는 점에서 미국과는 차이가 있다. 두 국가 모두 모든 기관이 면접을 실시한다는 점에서는 공통적이다. 이 외에도 미국은 모든 기관에서 지원자에 대한 추천서를 평가 도구로서 활용하는 반면, 일본은 추천선발전형을 운영하는 기관의 경우에만 학교장 또는 현의 조사서를 요구하고 있었다.

표 25. 미국과 일본 의과대학의 지역 의사 양성을 위한 학생 선발제도 비교-평가 도구

	미국	일본
공통점	<ul style="list-style-type: none"> • 학업 능력을 확인할 수 있는 특정한 시험 성적 반영 • 면접 활용 	
차이점	<ul style="list-style-type: none"> • 학부 과정 학점을 평가에 반영 • 모든 기관에서 지원자에 대한 추천서를 평가 도구로서 활용 • 전인적 평가 방식 	<ul style="list-style-type: none"> • 추천선발전형만 학교장 또는 현의 조사서 요구 • 평가 도구별 평가 반영 비중이 설정되어 있음

표 26. 미국과 일본 의과대학의 지역 의사 양성을 위한 학생 선발제도 비교-평가 준거

	미국	일본
공통점	<ul style="list-style-type: none"> • 학업 능력, 의료 지식, 지역 중사 의향, 대인관계능력, 의료에 필요한 사고력, 의료 문제에 관한 인식, 윤리관 평가 • 인지적 요소뿐만 아니라 정의적, 기술적 요소를 모두 아우르는 다양한 평가 준거 검토 	
평가 준거	<ul style="list-style-type: none"> • 성장 지향적 사고 • 문화적 포용성, 다양성 존중 • 성숙도, 정직함, 회복 탄력성 • 전문적 목표 	<ul style="list-style-type: none"> • 적응력 • 창의력 • 주체성

평가 준거의 측면에 있어서, 미국과 일본 모두 학업 능력을 준거로서 활용함으로써 기본적으로 의학을 수학할 수 있는 능력을 평가하고 있다. 임상추론을 포함하여 의과대학 재학 중의 학업적 수행을 예측하는 가장 강력한 요인은 입학 전의 학업 능력인 것으로 밝혀져 있다(Peskun et al., 2007; Salvatori, 2006; Cohen-Schotanus et al., 2006). 이를 고려하였을 때, 의과대학 입학 전 지원자의 학업 능력을 확인할 수 있는

자료를 평가에 반영하는 것은 교육적 의미가 있다. 대인관계 능력, 인성, 지역의사로서의 진로 의향 등을 준거로 활용함으로써 미래의 지역의사로서의 자질을 나타내는 비인지적 요소도 함께 검토하고 있다. 특히, 대인관계 능력과 의사소통 기술 등은 지역사회에서 여러 직종의 의료인과 협력하여 일하고 다양한 집단의 환자들을 대면하는 데에 요구되는 요소로서 필수적으로 평가되어야 하는 부분이다(Sisson & Westra, 2011). 또한, 양국이 공통적으로 인성과 진로 의향을 평가 준거로 활용하고 있다는 점은, 의과대학 입학 시점에 놓여있는 지역 혹은 의료취약계층을 위한 진료에 관심을 보이며, 인도주의적 면모를 보이는 학생이 추후 지역의사의 진로를 선택할 가능성이 높다고 한 Avery et al.,(2011)의 연구와 일관된다. 이는 지역의사 양성을 목적으로 하는 의과대학의 학생 선발제도에 지역의사로서의 종사 의향과 인성적 요소를 평가할 수 있는 요소가 포함되어야 함을 보여준다.

미국과 일본 의과대학이 모두 면접을 학생 선발을 위한 평가 도구로서 활용하는 것은 학업 성적 또는 서류상에 드러나지 않는 지원자의 다면적 요소를 추가적으로 확인하기 위함으로 보인다. 특히, 면접에서 지역 의료에 대한 이해도를 평가할 수 있는 질문을 활용하는 것은 지역의사로 근무할 가능성이 높은 지원자를 선발하는 데 긍정적인 기여를 할 수 있다(Kreiter et al., 2006; Dore et al., 2006; Henry et al., 2009). 따라서, 면접을 활용하는 것은 지역의사를 양성하기 위한 학생 선발제도의 핵심적 요소로 작용한다고 볼 수 있다. 한편, 일본과 달리 미국은 정성적 평가 방식을 택하고 있으며 다양성과 관련된 요소를 평가하고 있다. 이는 비인지적 요소를 폭넓게 평가함으로써 다양한 인구집단에 속하는 환자들에 적합한 취약계층 지원자에게 선발의 기회를 확대하기 위함으로 보인다(Ballejos et al., 2015). 그러나 전인적 평가 방식 채택의 여부, 도구별 평가 반영 비중의 설정 등은 각 국가의 맥락에 따라 상이해질 수 있는 사항임을 고려해야 한다.

넷째, 선발에 따른 후속 의무이행 조건의 측면에서 비교한 결과는 <표 27>과 같다. 미국의 주요 의무이행 조건은 재학 중의 교육적 활동과 관련되어 있는 반면, 일본은 졸업 후의 근무와 관련되어 있었다는 점에서 상당한 차이를 보였다. 미국은 지역 관련 조건을 가지고 있는 학생들이 해당 제도를 통해 선발되어 의과대학으로 입학한 후

에도 지역의 의료 문제에 대한 관심과 지역 근무에 대한 의향을 유지할 수 있도록 리더십 행사 참여, 세미나 또는 저널 클럽 등의 교육 활동 참여, 멘토로서 활동, 학습공동체 내 거주 등 재학 중의 교육적 개입을 강조하고 있었다. 반면, 일본의 경우 지역 정원으로 선발된 학생들이 재학 중 제공받은 학자금을 반환하기 위한 조건으로서 졸업 후 9년간의 지역에서 의무근무를 강조하고 있었다. 이 외에 재학 중 세미나 혹은 실습과 같은 교육적 활동에의 참여와 지역의료 교육의 추가 이수, 현 주최 행사 참여 등의 조건은 미국과 유사하게 교육적 요소와 관련된 것이었다.

표 27. 미국과 일본 의과대학의 지역 의사 양성을 위한 학생 선발제도 비교-선발에 따른 의무이행 조건

미국		일본
공통점	<ul style="list-style-type: none"> 재학 중 교육적 활동 참여 조건 	
차이점	의무	<ul style="list-style-type: none"> 의무근무 조건 없음
	근무	<ul style="list-style-type: none"> 일부 특별 전형의 경우
	여부	<ul style="list-style-type: none"> 졸업 후 9년간 지역 근무
	교육적 활동의 내용	<ul style="list-style-type: none"> 일차의료 분야 전공 수련 지역의료연구회, 하계 및 동계 실습 현 주최 행사 참여

다섯째, 선발된 학생에 대한 지원 내용의 측면에서 비교한 결과는 <표 28>과 같다. 미국과 일본 모두 재정적 지원을 제공한다는 점에서는 유사했으나 그 외의 요소는 차별적이었다. 미국의 경우, 일부 제도들이 장학금의 재정적 지원을 제공하고 있었고, 이는 일본의 모든 의과대학에서 매달 특정 금액의 학자금을 지원하는 것과 유사하다. 그러나 미국 의과대학은 재정적 지원 이외에 다양한 교육적 지원을 제공하는 것으로 나타났다. 입학 전 단계 관리 유형과 결합 학위 유형 제도의 경우에는 조기에 지역사회 및 지역의료에 노출될 수 있는 기회를 제공하며, 의과대학으로의 입시를 체계적으로 준비할 수 있도록 학업적 지원을 제공하는 것으로 나타났다. 지역 출신 학생 차별 교육 유형의 특별 전형의 경우에도 장기적으로 지역사회 경험을 쌓을 수 있는 기회와

멘토링, 맞춤형 교육 등의 교육적 측면의 지원을 주로 제공한다. 반면, 일본의 경우 현 정부에서 실시하는 졸업 전 경력개발 프로그램을 제외하고는 의과대학 차원에서 제공하는 별도의 교육적 지원은 없는 것으로 나타났다.

표 28. 미국과 일본 의과대학의 지역 의사 양성을 위한 학생 선발제도 비교-선발 학생에 대한 지원

		미국	일본
공통점		<ul style="list-style-type: none"> • 미국의 일부 특별 전형과 일본의 모든 기관 재정적 지원 제공 	
교육적 차이점	지원 내용	<ul style="list-style-type: none"> • 학업 지원(입시 지원, 지역의료 관련 교육 제공, 맞춤형 교육, 지역사회 연구 기회 등) • 입학 전 지역사회 경험 및 강좌 제공 • 개인별 지역사회 배정, 지도의사 멘토링 • 전문성 개발 	<ul style="list-style-type: none"> • 현 정부 제공 경력개발 프로그램 • 의과대학 차원의 교육적 지원 부재

선발에 따른 의무 이행 조건과 선발 학생에 대한 지원 내용에 있어서 양국이 차이를 보이는 배경에는 지역 의사 인력을 둘러싼 국가별 맥락의 차이가 작용하고 있다고 해석할 수 있다. 미국의 경우 1920년대부터 이미 지역 간 의사 인력의 불균형적 분포 현상에 주목하기 시작하였다. 문제를 해결하고자 긴 시간 노력하는 과정에서 농어촌 의료 파이프라인을 형성하는 등 지역 의사 인력에 대한 프레임이 인력의 ‘양성’에 초점을 맞추어 형성되었을 가능성이 있다. 반면, 일본의 경우 1970년에 들어서며 의과대학 신설 및 정원 증원을 통해 의사 수를 양적으로 늘리며 긴급히 지역 의사 인력을 ‘확보’하기 위한 노력을 펼쳐왔다. 지역에 근무하는 의사 인력을 유인하여 궁극적으로 양적 확보를 하기 위해 재정적 지원과 의무근무를 활용한 제도를 시행하였을 것으로 볼 수 있다. 그러나 미국에도 의과대학 차원이 아닌 국가 차원 정책으로서 장학금을 제공하고 의사 부족 지역에서의 근무를 의무화하는 제도가 있다는 점을 고려하였을 때, 의과대학 교육과 보건의료인력 양성, 나아가 보건의료 시스템을 둘러싼 양국의 구조적

인 차이가 작용했을 가능성도 무시할 수 없다.

한편, 장학금 지원과 의무근무 조건 이행이 설정되어 있는 일본의 선발제도 구조는 지역 의사 인력의 장기적 유지를 위해 의사들의 경력개발에 대한 체제적 지원이 동시에 이루어져야 함을 시사한다. 경력개발 지원 프로그램은 지역 의사들의 근무 만족도를 증가시켜 지역에서의 근무를 유지할 수 있도록 하는 동인으로 작용한다(Rural Health Information Hub, 2024). 자치의과대학 졸업생들의 계약 종료 후 의료취약 지역에서의 지속적 근무 의향에는 경력 초기 단계에서의 의사 부족 지역 근무 경험의 큰 영향을 미치는 것으로 드러났다(Matsumoto et al., 2010). 다시 말해, 의사의 출신 지역 관련 배경이나 일차의료 전공 여부와 상관없이, 의무근무 계약 자체가 아닌 경력 초기의 지역 근무 경험에서 느낀 만족감이 추후 지역 의사로서 근무하는 데에 중요하다는 것이다. 이는 재정적 지원과 의무근무 계약 요소를 활용하여 제도를 설계함에 있어, 의무근무 기간, 즉 의사의 초기 경력 기간 동안 의사 부족 지역 근무에 대한 긍정적 인식을 형성할 수 있도록 하는 교육적 중재가 필요함을 알려준다. 의사들이 경력개발 기회를 고려하여 근무 지역을 선택한다는 사실에 입각하여, 경력개발에 대한 조직적 지원 아래 지역 의사들이 지속적으로 전문성을 개발하고 지역 근무에 대한 책임감을 유지할 수 있도록 하는 교육훈련과 적절한 보상이 이루어져야 할 것이다.

이상의 내용을 종합해보았을 때, 미국 의과대학과 일본 의과대학의 지역 의사 양성을 위한 학생 선발제도의 상이한 특징은 두 국가의 제도가 초점을 맞추고 있는 교육의 연속선 상에서의 단계가 다르다는 점에서 일차적으로 기인한다고 볼 수 있다. 미국 의과대학은 의과대학 입학 전 단계에 상대적으로 더 큰 비중을, 일본 의과대학은 의과대학 입학 후의 단계에 더 큰 비중을 두어 학생 선발제도를 실행하고 있는 것으로 보인다. 이에 따라 미국은 지원자의 출신 지역과 지역 관련 경험을 고려하여 선발하는 데에 초점을 맞추고 있는 반면, 일본은 선발된 학생에 대해 학자금을 지원하고 의무근무 이행 조건을 설정함으로써 졸업 후 장기간 지역에서 근무하는 의사 인력을 확보하는 데에 더욱 집중하고 있다.

4.3.2. 교육 프로그램의 비교 결과 및 논의

본 연구에서는 미국과 일본 의과대학의 지역의사 양성을 위한 교육 프로그램을 비교 분석하였다. 프로그램 유형 및 기간, 프로그램 제공 대상 및 시기, 프로그램의 지원체제, 그리고 프로그램의 목표 및 내용을 비교 준거로 설정하여 비교 분석한 결과는 다음과 같다.

첫째, 프로그램의 유형 및 기간의 측면에서 비교한 결과는 <표 29>와 같다. 두 국가 모두 강의형, 실습형, 그리고 혼합형을 아우르는 다양한 유형의 프로그램을 제공하고 있었다. 미국과 일본 모두 강의형 프로그램을 제공하는 경우가 가장 적었고 실습형 프로그램이 가장 많이 이루어지고 있었다. 지역사회에서의 교육 경험이 추후 해당 지역에서의 근무에 긍정적 영향을 미친다는 여러 연구를 고려하였을 때, 의과대학은 학생들에게 가능한 실제적인 경험을 최대한으로 제공하기 위해 노력해왔으며 앞으로도 지역사회 기반 교육을 넘어 지역사회 참여 교육을 제공할 것으로 예상할 수 있다.

표 29. 미국과 일본 의과대학의 지역의사 양성을 위한 교육 프로그램 비교-프로그램 유형 및 기간

미국		일본
공통점	강의형	• 강의형, 실습형, 혼합형을 아우르는 다양한 유형
	실습형	• 강의형이 가장 적고, 실습형이 가장 많음
차이점	강의형	• 5일
	실습형	• 최소 2주, 최대 1년
	혼합형	• 1개월 이내가 가장 많음
차이점	강의형	• 2개월 이내가 가장 많음
	실습형	• 최소 2~3일, 최대 1년
	혼합형	• 최소 4일, 최대 1년
차이점	강의형	• 최소 9개월, 최대 4년
	실습형	• 최소 1년, 최대 6년
	혼합형	• 최소 1년, 최대 6년

프로그램의 유형에 따라 프로그램이 진행되는 기간의 차이가 있었다. 미국의 강의형 프로그램은 5일이라는 짧은 기간동안 제공되는 반면, 일본의 강의형 프로그램은 2주 혹은 1년이라는 상대적으로 긴 기간동안 제공되고 있었다. 실습형 프로그램의 경우 두 국가 모두 기간의 다양성을 보였는데, 미국은 2개월 이내로 진행되는 실습이 가장 많았으며 최소 2~3일, 최대 1년까지의 범위를 보였다. 일본은 1개월 이내로 진행

되는 실습이 가장 많았으며, 최소 4일, 최대 1년까지의 범위를 보이며, 미국에 비해 비교적 짧은 기간동안 진행되는 프로그램이 더욱 많은 것으로 나타났다. 미국에서 1개월 이내로 제공되는 단기형 프로그램은 대부분 방학 기간동안 이루어지는 프로그램이었고, 6개월 이상 진행되는 프로그램은 장기추적통합임상실습 프로그램이었다. 혼합형 프로그램은 두 국가 모두 장기적 프로그램의 성격을 가지고 있었다. 미국의 혼합형 프로그램은 최소 9개월, 최대 4년동안 진행되며, 일본의 혼합형 프로그램은 최소 1년, 최대 6년동안 진행되는 것으로 나타났다. 미국의 캘리포니아대학교-데이비스가 운영하는 PRIME은 2년간 일부 학생들을 위해 제공되는 차별적인 혼합형 진로 트랙 프로그램인데, 이는 일본의 나고야대학교와 히로시마대학교가 지역정원제도 입학생들을 대상으로 제공하는 차별적 프로그램과 유사하다고 볼 수 있다. 두 국가의 프로그램 모두 지역의료에 관심이 있으며 졸업 후 지역에서 종사할 의향이 있는 일부 학생들을 특별한 코호트로 설정하고 지역의료에 특화되어있는 차별적인 교육을 장기적으로 제공하여 지역의사로서 양성하고자 실행되는 프로그램이라는 점에서 공통적이다.

둘째, 프로그램의 대상 및 시기의 측면에서 비교한 결과는 <표 30>과 같다. 두 국가 모두 지역사회 교육 프로그램이 대상으로 하는 학년이 다양하다는 측면에서 유사한 것을 확인하였다. 조기에 지역사회와 관련된 경험을 제공하기 위해 임상 전 단계에 있는 1, 2학년의 저학년 학생들을 대상으로 하는 프로그램뿐만 아니라, 임상의학 및 임상실습 단계에 있는 고학년 학생들을 위한 프로그램까지 다양했다. 한 프로그램이 여러 학년을 대상으로 하는 경우, 미국은 1~2학년, 3~4학년과 같이 같은 교육 단계에 위치해있는 학생들을 주로 동시에 교육하는 반면, 일본에서 여러 학년을 대상으로 제공하는 프로그램은 1~4학년, 1~6학년과 같이 학년을 보다 폭넓게 설정하고 있었다. 이는 일본의 프로그램 중 여러 학년의 학생들이 함께 프로그램에 참여하여 서로 간의 멘토-멘티로서 활동할 수 있도록 학생들 간의 교류 기회를 교육 활동으로서 포함하는 경우에 해당된다.

표 30. 미국과 일본 의과대학의 지역 의사 양성을 위한 교육 프로그램 비교-프로그램 대상 및 시기

	미국	일본
공통점	<ul style="list-style-type: none"> • 대상 학년 다양함 • 임상 전 단계 학생 대상 조기 경험 프로그램 제공 	
차이점	<ul style="list-style-type: none"> • 1~2학년, 3~4학년과 같이 같은 교육 단계에 위치해있는 학생들 끼리 교육 	<ul style="list-style-type: none"> • 1~4학년, 1~6학년과 같이 대상 학년을 보다 폭넓게 설정

프로그램이 대상으로 하는 학생의 학년과 시기는 프로그램의 목적에 따라 달라질 수 있다. 미국과 일본이 공통적으로 임상 전 단계에 위치한 학생들을 조기에 지역사회에서의 임상 경험에 노출시키는 프로그램을 운영하고 있다는 점을 통해 조기 임상 노출의 중요성을 재확인할 수 있다. 임상실습교육 단계에 있는 학생들에게 놓여있는 지역에서의 임상 경험을 제공하는 것이 추후 지역 의사로의 성장에 가장 효과적이라는 점을 고려하였을 때, 임상 전 단계에서의 지역사회 조기 노출을 통한 관심도 제고와 임상 단계에서의 체계적이고 실제적인 교육을 통한 구체적인 진로 설정에의 영향에 위한 연속적 교육 제공이 가장 효과적일 수 있다(Rabinowitz & Paynter 2000).

일본의 경우, 한 프로그램에 참여할 수 있는 학년을 보다 폭넓게 설정함으로써 다양한 학년의 학생들 간 교류를 할 수 있도록 한 점이 특징적이다. 특히, 이러한 특징은 지역정원제도 선발 학생을 위한 교육 프로그램을 운영중인 기관들에서 두드러지게 발견되었다. 지역정원제도를 통해 선발된 1학년 학생들의 의무근무 종료 후 의료취약지역에서의 근무 의향을 증가시키는 요인으로서 ‘지역 정원예의 소속감’을 제시한 연구(Kataoka et al., 2015)를 고려하였을 때, 학생들 간의 교류를 가능하게 하는 프로그램 설계 방식은 긍정적 효과를 불러일으킬 수 있을 것으로 보인다. 그러나 지역정원제도 선발 학생 대상 교육 프로그램이 각자 강조하고 있는 요소가 상이한 것은 기관별 사명으로부터 설명된다. 예를 들어, 나고야대학교 의과대학이 네 가지 사명 가운데 ‘의학 연구 및 진료 모두에서 지역 기관과 협력하여 지역 의료 서비스의 질을 높이고, 일본과 세계의 의료 수준을 향상시킨다’는 내용을 제시한 것과 달리, 히로시마대학교

의과대학의 ‘평화에 공헌하는 의료인 육성’을 통해 의학·의료의 진보에 기여한다’는 사명은 비교적 광의적이고 포괄적이다. 이에 따라 나고야대학교는 지역의료 관련 연구 교육 활동에 학생들을 적극적으로 참여시키는 반면, 히로시마대학교는 학생 간 교류에 초점을 맞추고 있음을 알 수 있다.

한편, 미국의 대부분 의과대학이 학년뿐만 아니라 졸업 후 지역의료 종사 의향을 프로그램 참여 조건으로 제시하고 있었다. 이는 지역의료 관련 교육 프로그램에 참여하기 전 학생이 보유하고 있는 농어촌 지역에 대한 관심사 및 종사 의향이 졸업 후 실제 지역에서의 근무를 예측하는 핵심적인 요인이라는 점을 고려하였을 때, 프로그램의 교육적 효과를 더욱 증가시키는 요인으로 작용할 것으로 보인다(MacDowell et al., 2013; Jones et al., 2014; Herd et al., 2016; Zink et al., 2010).

셋째, 프로그램의 목표 차원에서 비교한 결과는 <표 31>과 같다. 미국과 일본 모두 의학적 지식, 술기, 태도의 향상뿐 아니라 지역의료 체계를 둘러싼 다양한 내용에 대한 이해도 제고를 목표로 하고 있다는 점에서는 상당히 유사한 것으로 나타났다. 양국 모두 환자 치료에 필요한 지식, 근거에 기반한 치료 계획의 수립, 직종 간 협력의 중요성에 대한 이해를 강조하고 있었다. 또한, 지역사회 의료와 관련된 데이터의 활용, 의료에 영향을 미치는 사회적 요인에 대한 이해, 지역 의사의 역할과 지역사회의 의료 관련 문제에 대한 이해 등을 공통적으로 목표로 제시하고 있었다. 그러나 양국 간의 프로그램의 목표에 있어 차이점 또한 발견되었는데, 미국의 경우 병력 청취, 감별진단, 검사 해석, 환자 기록 문서화 등과 같이 임상현장에서 학습하여야 하는 지식과 기술뿐만 아니라 환자와의 관계에 대한 내용을 보다 구체적으로 기술하고 있었다. 반면 일본은 지역의료와 관련된 시스템적 내용을 더욱 강조하고 있었는데, 다양한 의료 관련 기관 및 직종 간의 협력과 더불어 보험, 행정, 포괄의료 시스템 등에 대한 이해와 같은 내용은 일본 의과대학의 경우에서만 발견할 수 있는 내용이었다.

표 31. 미국과 일본 의과대학의 지역 의사 양성을 위한 교육 프로그램 비교-프로그램 목표

	미국	일본
공통점	<ul style="list-style-type: none"> • 의학적 지식, 술기, 태도의 향상 • 환자 치료에 필요한 지식, 근거기반 치료 계획 수립, 직종 간 협력의 중요성에 대한 이해 • 지역의료 관련 데이터, 의료의 사회적 결정요인, 지역 의사의 역할과 지역사회의 의료 관련 문제에 대한 이해 	
차이점	<ul style="list-style-type: none"> • 병력 청취, 감별진단, 검사 해석, 환자 기록 문서화 • 환자와의 관계 	<ul style="list-style-type: none"> • 보험, 행정, 포괄의료 시스템 등에 대한 이해

넷째, 프로그램의 내용 차원에서 비교한 결과는 <표 32>와 같다. 우선, 프로그램의 교육 주제에 있어서, 양국은 지역사회 의료에 영향을 미치는 사회적 요인과 지역의 역사, 전문직 간 교육, 환자와의 소통, 근거기반 진료, 원격의료, 예방의료의 내용을 공통적으로 포함하고 있었다. 그러나 미국 의과대학의 프로그램에서만 교육하고 있는 주제로는 행동건강, 자기권리, 문화적 포용성이 있었고, 일본 의과대학의 프로그램에서만 제공되는 교육 주제로는 복지, 재택의료, 재활 등 고령화 사회와 관련되어 있는 항목들이었으므로 나타났다. 프로그램의 교육 활동에 있어서는, 미국과 일본이 공통적으로 지역의료와 관련된 강의, 임원 또는 외래 환자 기반의 지역사회 내 실제적인 임상 경험, 그리고 지역사회 프로젝트 혹은 연구 수행, 지역사회에서의 봉사활동 기회를 제공하고 있는 것으로 나타났다. 지도 의사로부터의 멘토링 또는 새도잉 경험, 전공 혹은 경력개발에 대한 지원적 활동 또한 양국에서 모두 발견되는 항목이었다. 그러나, 고령 환자 및 임산부 시뮬레이션 학습과 전문직 간 교육을 위한 역할놀이 등은 일본의 프로그램에서만 발견되는 교육 활동이다.

표 32. 미국과 일본 의과대학의 지역 의사 양성을 위한 교육 프로그램 비교-프로그램 내용

		미국	일본
교육 주제	공통점	<ul style="list-style-type: none"> 지역사회 의료의 사회적 요인, 지역의 역사 전문직 간 교육, 환자와의 소통, 근거기반 진료 원격의료, 예방의료 	
	차이점	<ul style="list-style-type: none"> 자기권리, 문화적 포용성 	<ul style="list-style-type: none"> 복지, 재택의료, 재활 등 고령화 사회 관련 내용
교육 활동	공통점	<ul style="list-style-type: none"> 지역의료 관련 강의 입원 또는 외래 환자 기반 지역사회 내 실제적인 임상 경험 지역사회 프로젝트 혹은 연구, 지역 봉사활동 지도 의사로부터의 멘토링 또는 새도잉 경력개발 지원 활동 	
	차이점	<ul style="list-style-type: none"> 리더십 워크숍 	<ul style="list-style-type: none"> 시나리오 기반 역할놀이, 모의 환자 기반 학습, 고령자 및 임산부 모의 체험실습

지역의사 양성을 위한 교육 프로그램의 목표 및 내용과 관련하여 양국이 대체로 유사한 특징을 보이는 것은 사전에 합의된 지역의료를 위한 의사의 역량을 바탕으로 하기 때문이라 볼 수 있다. 양국의 공통적인 프로그램 목표로서 제시된 환자 치료에 필요한 지식 및 술기, 근거기반 치료 계획 수립 등은 일차의료 및 지역의료를 위한 기본적 역량에 포함되고, 의사소통과 협업 능력 또한 지역사회에서의 다직종 간 협력을 위한 역량으로서 확립되어 있다(이종구 외, 2015). 그 외의 지역의사의 역할, 지역의료 데이터 활용, 의료에 대한 사회적 결정요인에 대한 이해 등은 지역사회의 의료서비스 관리 역량과 공공의료 역량에 포함된다. 이외의 각 국가에서 발견되는 차별적 특징은 진료 대상으로 하는 지역의료의 규모와 의료를 둘러싼 사회적 배경 등을 근거로 나타낼 수 있다. 일본 의과대학에서 재택의료, 복지, 의료 행정 등이 프로그램 목표와 교육 주제로서 빈번히 제시되는 것은 인구의 고령화가 크게 진행된 일본의 사회적 배경을 반영하고 있다.

프로그램의 교육 활동의 측면에서 양국의 가장 큰 공통점은 지역의료 관련 강의, 입원 및 외래 환자 기반의 임상 경험, 지역사회 프로젝트와 연구, 지역과의 멘토링과 새도잉인 것으로 나타났다. 지역사회의 의료 이슈에 관한 연구 혹은 프로젝트 활동을 수행하는 것은 의과대학생들의 지역사회에 대한 이해도를 제고하고 지역사회 주민들의 건강 수준을 결정하는 다양한 사회적 요인들을 파악할 수 있는 기회를 제공한다(Mudarikwa et al., 2010). 또한, 지역사회 프로젝트 경험은 실제로 졸업 후 지역의사로 근무하는 데 긍정적인 영향을 미친다(Parlier et al., 2018; Butler et al., 2021).

마지막으로, 프로그램을 위한 지원체제의 측면에서 비교를 실시한 결과는 <표 33>과 같다. 프로그램 담당 부서의 경우 미국이 더욱 다양한 양상을 보이는 것으로 나타났다. 미국은 특정 과목의 강의 혹은 임상실습 프로그램의 경우 가정의학교실 혹은 가정의학과지역의학교실과 같이 과목 관련 교실에서 담당하고 있었으며, 혼합형 프로그램의 경우에는 농어촌 교육 프로그램 관련 부서, 의료인력 관련 부서, 의학교육 관련 부서 등이 담당하고 있었다. 반면, 일본의 경우에는 대부분의 프로그램을 지역의료 관련 교실에서 일괄적으로 담당하여 운영하고 있는 것을 확인하였다. 그러나 두 국가 간 프로그램을 위한 인적 자원은 거의 유사하였는데, 미국과 일본 모두 지역사회 내 의료기관의 지도 의사 및 다직종으로 구성된 진료팀, 지역사회 내 환자들이 주요한 인적 자원으로서 활용되고 있는 것으로 나타났다. 양국 모두 지역사회에의 학생배정을 위한 지역 코디네이터 또한 프로그램 제공을 위한 인력으로 활용되고 있었다.

지역사회의 실제적인 임상 환경에서 환자와 지도의사들은 학생들의 학습을 위한 자원으로서의 역할을 수행하게 된다. 환자들은 지역사회 기반 교육에 참여한 학생들의 전문적 술기나 태도의 발달을 촉진하는 자로서 기능할 뿐만 아니라 학생들과의 교류를 통해 정신적 만족감을 얻는다(Stacy & Spencer, 1999). 또한, 지역의사는 지역사회 기반 교육의 교육자로서 참여하며 학습자와 복잡한 상호적 관계를 형성하고, 이 과정에서 단순히 임상학습 촉진자를 넘어 점차 학생의 멘토로 발전하게 된다(Rodríguez et al., 2019). 환자와 지역의사뿐만 아니라 의료 현장의 다직종으로 구성된 진료팀, 대학의 교수진, 지역 코디네이터 등이 대학의 프로그램 담당 조직과 지역사회와의 협력 관계 아래 프로그램에 참여하여 교수학습환경을 형성한다. 이는 Dornan et

al.(2014)가 임상교육 현장에서 학습자가 교육학적, 정의적, 조직적 지원 하에 경험적 학습을 하게 된다고 설명한 것과 일치한다.

표 33. 미국과 일본 의과대학의 지역 의사 양성을 위한 교육 프로그램 비교-지원체제

	미국	일본
공통점	<ul style="list-style-type: none"> 지역사회 내 지도 의사, 다직종으로 구성된 진료팀, 지역사회 내 환자. 학생 배정을 위한 지역 코디네이터가 인적 자원으로서 활용됨 	
차이점	<ul style="list-style-type: none"> 강의 혹은 실습형 프로그램은 과목 관련 교실에서 담당하는 반면, 혼합형 프로그램은 농어촌 교육 프로그램 관련 부서, 의료 인력 관련 부서, 의학교육 관련 부서 등이 담당 	<ul style="list-style-type: none"> 대부분의 프로그램을 지역 의료 관련 교실에서 일괄적으로 담당

종합적으로, 미국과 일본 의과대학이 지역 의사 양성을 목적으로 학생들에게 제공하고 있는 교육 프로그램은 지역사회에서의 실제적인 경험을 바탕으로 한 교육이 지역 의사로 성장하는 데 긍정적인 영향을 미친다는 가정을 기반으로 하고 있다. 양국은 각 나라의 의료시스템과 지역 의료를 둘러싼 사회적 맥락을 바탕으로 지역사회에 필요한 의사를 양성하기 위한 연속적인 교육을 실행하고자 노력하고 있다. 이때, 교육 프로그램의 목표가 지역 의사가 갖추어야 할 역량과 연계되어 있다는 점에서 각 국가의 지역 의사에게 요구되는 능력이 무엇인지를 파악하는 것이 교육 실행보다 선행되어야 한다는 점을 알 수 있다. 또한, 양국에서 공통적으로 가장 강조되고 있는 지역사회에서의 임상 교육의 경우, 의과대학과 지역사회 간의 상호호혜적인 관계를 기반으로 교육학적 및 조직적 지원이 뒷받침된 교육이 이루어졌을 때 경험 학습으로서의 지역사회 기반 교육의 효과가 극대화될 수 있음에 주목해야 한다.

4.3.3. 우리나라에의 시사점

본 연구에서는 미국과 일본 의과대학의 지역의사 양성을 위한 학생 선발제도와 교육 프로그램을 중심으로 비교 분석하였다. 그 결과를 바탕으로 우리나라 의과대학의 지역의사 양성을 위한 교육정책에 대한 시사점을 Philips & Ochs(2003)의 교육정책차용 모형을 활용하여 검토하였다.

1) 유인 단계

첫 번째 유인 단계에서는 최근 지역 간 의사 인력의 불균형적 분포 문제를 해결하기 위해 의사 양성에 대한 사회적 논의가 확대됨에 따라 타국의 정책 선례에 대한 관심이 촉발되었다. 2019년부터 시행된 ‘보건의료인력지원법’에 따라 지역별 의사 인력의 편중 문제 해결을 위한 논의를 시작한 우리나라는 공중보건장학제도, 지역인재 선발제도, 지역의사제도 등의 정책적 시도를 하고 있으나, 정책 시행 주체인 정부와 의료계 간의 충분한 논의를 바탕으로 하고 있지 않다는 점에서 여전히 비판적 시각에서 자유롭지 못한 상태이다. 지역인재 선발제도의 경우 2015년부터 시행되어 약 10년이라는 역사를 가지고 있으나, 지역의사 양성이라는 명확한 목적 아래 의과대학의 지역 의료 관련 사명과 지역사회 의료에 초점이 맞추어져 있는 차별화된 교육과정과의 연계가 충분히 이루어지지 않고 있다. 또한, 지역의사 인력 공급에 대한 지역인재 선발제도의 실제적인 효과를 검증하기 위한 연구가 충분히 이루어지지 않았고, 각 지역 의과대학이 지역별 특성을 고려하여 개발한 지역의료 특화 교육 프로그램을 제공하는 사례도 부족하다. 이에 따라 지역의 의사 인력 확보를 목적으로 하는 국가 및 대학 차원의 노력과 연구가 오랜 기간 이루어져 온 미국과 일본의 사례에 주목하여 차용할 만한 정책적 요소를 검토해볼 내재적 수요가 발생한다. 미국의 경우 농어촌 지역에서 활동하는 의사 인력이 부족하다는 문제의식 아래 일차의료 인력을 양성하고자 하는 움직임이 있었고, 일본의 경우에도 마찬가지로 1970년대 이래로 다양한 의사확보대책을 발표해 지역별 적절한 의사 인력 배치와 공급을 위해 노력해왔다. 특히, 일본의 ‘지역정원제도’는 우리나라가 구상 중인 ‘지역의사제도’와 유사한 제도로, 지역의사 양성을 위한 일본의 교육정책과 그 효과를 다룬 여러 연구결과는 정책을 시정하는 데에

참고자료가 될 수 있다(Matsumoto et al., 2021).

미국과 일본의 지역 의사 양성을 위한 학생 선발제도와 교육 프로그램을 비교한 결과로부터 차용할 수 있는 부분은 다음과 같다. 먼저 학생 선발제도에 있어서, 지역의사 인력 확보의 구체적인 현황을 반영한 제도 시행이 가능하도록 거버넌스, 즉 구조의 개선에 있어 미국과 일본의 사례를 참고할 수 있다. 특히, 일본의 지역정원제도의 경우, 각 의과대학의 지역 정원 규모 설정 시 중앙정부와 지방 정부, 의과대학 간의 긴밀한 논의가 이루어지고 있다는 점을 참고할 수 있다.

또한, 평가 준거 설정 시 지역의사로 성장할 가능성이 큰 학생을 선별하기 위해 미국과 일본 의과대학이 어떠한 항목을 평가에 반영하고 있는지 참고할 수 있다. 미국과 일본 의과대학은 공통적으로 학업 능력, 의료 지식, 지역 종사 의향, 대인관계능력, 의료에 필요한 사고력, 의료 문제에 관한 인식, 윤리관 등을 평가하고 있었다. 인지적 요소뿐만 아니라 정의적, 기술적 요소를 모두 아우르는 다양한 평가 준거를 활용하고 있는 두 국가를 참고하여 지역의사 양성을 위한 선발제도를 설계할 필요가 있다. 지역인재 선발제도를 실행하고 있는 우리나라의 비수도권 소재 의과대학은 현재 서류 및 면접 평가를 통해 학업 능력, 문제해결능력, 논리적 사고력, 공동체 역량 등을 평가 준거로 설정하고 있다(경북대학교, 2024; 전북대학교, 2024; 부산대학교, 2024; 강원대학교, 2024). 그러나 지역의료에 대한 의향 또는 관심사를 평가 준거로서 별개로 명시하고 있는 기관의 사례는 드문 것으로 나타났다. 미국과 일본 의과대학에서 공통적으로 활용하고 있는 평가 방식을 각 기관의 사명과 교육 목표에 맞게 차용할 수 있을 것으로 보인다.

마지막으로, 선발에 따른 의무이행 조건과 학생 지원과 관련하여 미국의 교육적 요소 활용과 일본의 의무근무 조건의 설정 방식, 그리고 지방 정부의 경력개발 지원 방식을 차용할 수 있다. 현재 우리나라의 지역인재 선발제도의 경우 별도의 학자금 지원과 의무근무 조건이 설정되어 있지 않다. 그러나 학자금 지원과 의무근무 조건을 설정하고자 하는 지역의사제도와 공중보건장학제도를 현행의 지역인재 선발제도와 결합하여 시행하는 방안을 고려해볼 수 있다(한국의과대학·의학전문대학원협회, 2023). 또한, 학생 선발과 입학 후의 교육이 분리되지 않고 유기적으로 이루어질 수 있도록

미국 의과대학에서 제공하고 있는 교육적 지원 내용을 참고할 수 있다. 각 대학에서는 양성하고자 하는 지역의학의 필수 역량과 소재하고 있는 지역의 특성을 고려하여 지역의학 양성을 위한 선발제도 입학생들을 위한 차별적인 교육과정을 설계하여 제공할 필요가 있다. 이와 더불어 졸업 후에도 지역의학으로서의 경력개발을 해나갈 수 있도록 학생 선발제도의 근간이 되는 거버넌스를 바탕으로 지원해야 할 것이다.

교육 프로그램의 실행에 있어서는, 지역사회에서의 실제적인 교육 프로그램을 개발하고 운영하기 위해 미국과 일본의 교육정책을 참고할 수 있다. 현재 우리나라 의과대학의 임상실습 교육은 교육병원 위주로 이루어지고 있어 지역의료 또는 일차의료의 경험 기회가 제한적이다. 이에 반해, 미국과 일본의 의과대학은 지역사회에서의 장기 추적형 통합임상실습, 조기 임상노출, 지역사회 프로젝트 등 다양한 종류의 지역사회 관련 교육 프로그램을 운영하고 있으므로 프로그램 개발 및 운영 시 구체적인 사항을 참고할 수 있다.

프로그램의 대상 및 시기의 측면에서 미국과 일본은 각각 대상으로 하는 학년이 상이한 다양한 프로그램을 제공한다는 공통점도 있었으나, 한 프로그램이 대상으로 하는 학년의 설정에 있어서는 일부 차이를 보였다. 같은 교육 단계에 위치한 학년으로 대상 학년을 제한할 것인지, 또는 대상 학년을 폭넓게 설정할 것인지는 프로그램의 목표와 내용, 그리고 각 의과대학이 추구하는 교육의 방향에 따라 달라질 수 있을 것이다. 중요한 것은, 조기 임상노출 프로그램과 임상실습교육 프로그램을 한 기관에서 모두 실행할 경우, 교육 프로그램에 참여하는 학생들이 지역의학으로서의 진로와 지역사회 의료에 대한 관심을 지속적으로 유지할 수 있도록 교육의 연속성을 보장하는 것이다.

나아가, 프로그램의 내용과 관련해서는, 미국과 일본 의과대학이 공통적으로 다루고 있는 지역사회 의료의 사회적 결정요인, 전문직 간 교육, 환자와의 의사소통, 예방의료 등의 주제뿐만 아니라 우리나라의 의료 사회적 맥락에서 중요한 주제를 함께 다룰 수 있을 것이다. 교육 활동에 있어서는 입원 또는 외래 환자 기반의 임상 경험과 지역 내 지도의사와의 교류를 포함할 수 있다. 특히, 지역에서 활동중인 의사들은 학습의 촉진자임과 동시에 지역의학이라는 진로에 대한 멘토로서도 기능할 수 있다는 점에

서 지역의사 양성을 위한 교육 프로그램의 중요한 요소이다. 이러한 점을 고려하였을 때, 교육에 참여할 수 있는 지역의사 인력 자원을 확보하기 위해 프로그램의 지원체제를 어떻게 구성하는 것이 효과적인지 등과 관련하여서도 미국과 일본의 공통적 특징을 차용할 수 있을 것이다.

2) 결정 단계

두 번째 결정 단계에서는 정책 차용의 이론적 기반과 실제 적용 가능성을 검토해보아야 한다. 앞서 언급한 학생 선발제도의 개선과 교육 프로그램 개발 시 차용할 부분의 이론적 근거는 지역의사 양성에 있어 경험학습과 경력개발이 가지는 의미, 지역사회 기반 교육의 원리, 지역의사 확보에 효과적인 교육정책을 다룬 선행연구 등이 있다. 그러나 정책 차용의 결정이 현실성을 확보하도록 하기 위해서는 미국과 일본의 상황이 우리나라와 다르다는 점을 주의하여야 한다. 특히, 신속한 결정은 부정적 효과를 초래할 가능성이 높은 위험한 결정방식으로서, 이론적 근거와 실제적인 현황 파악의 뒷받침이 부재하는 피상적인 정책 차용을 경계하여야 한다(Philips & Ochs, 2003). 우리나라는 지역의사 양성과 관련한 사회적 논의의 역사가 미국과 일본에 비해 길지 않고, 중앙 정부와 지방 정부, 의과대학을 비롯한 많은 이해관계자들 간의 체계적이고 유기적인 정책 결정의 합의체가 확립되어 있지 않다. 반면, 일본은 의료계 전문가들이 다수 참여하는 후생노동성 산하의 '의사수급분과회'가 2015년부터 40회에 달하는 회의를 통해 의사 인력의 수급에 대한 논의와 정책 제언을 진행해왔으며, 그 회의 결과가 투명하게 공개되고 있다(후생노동성, 2024). 의사 수급의 추계와 관련하여서도 과학적이고 정교한 연구가 수차례 이루어졌다. 도·도·부·현의 지역의료지원센터는 의과대학과 연계하여 지역의사의 경력개발을 지원하고 있다는 점에도 주목할 필요가 있다. 의료인력 수급을 위한 과학적 근거와 다양한 이해관계자의 의견을 바탕으로 하는 합리적인 거버넌스가 부재한 채로 정책적 결정이 이루어지면 정책의 값비싼 실패라는 결과를 낳을 수 있다(양은배, 2024).

학생 선발제도의 경우, 다수의 선행연구에 의해 지역 출신 학생을 선발하는 것이 지역의사 양성에 있어 가장 효과적이라는 사실이 밝혀졌으나, 이에 기반하여 실제적

인 선발제도를 구성하여 운영할 때 추가적으로 고려해야 하는 사안이 많다. 예를 들어, 일본의 지역정원제도의 경우 의무근무 기간이 종료된 후 실제로 의사 부족 지역에 정착한 졸업생의 비율이 점차 줄어들고 있을 뿐만 아니라 대여받은 학자금을 모두 반환하고 의무 조건을 이행하지 않는 중도탈락자의 비율 또한 시간이 지남에 따라 증가하고 있다는 사실은 특히나 유사한 정책을 구상 중인 우리나라가 참고해야 할 점이다. 지역 의사제도 졸업생의 전공과목을 일부 과로 제한하고 수련교육 계획의 유동적인 설계를 허용하지 않는 제도의 도입은 정책의 실패로 이어질 가능성이 높다. 재정적 지원과 의무복무 조건의 단순한 결합에서 그치지 않고, 선발 이후 차별화된 교육과정의 제공과 지역 의사로서의 경력개발 과정에 대한 지역사회 및 의과대학 차원에서 지원을 뒷받침할 수 있는 방안을 강구해야 할 것이다. 특히, 일본의 지방 정부와 의과대학의 지역 의사에 대한 경력개발 지원이 지역 의사들의 소속감을 고취시키고 평생학습 체제를 제공함으로써 지역에서의 지속적 근무를 가능하게 한다는 점을 고려하여 지역 근무에 대한 의무감만을 부여하기보다 연속적인 경력을 개발해나갈 수 있는 자율적이고 지지적인 환경을 함께 조성해야 한다(Koike et al., 2023).

교육 프로그램 또한 지역사회 기반 교육의 원리와 관련 연구에 기반하더라도 교육 운영을 위한 체계적인 구조가 뒷받침되지 않는다면 교육의 효과성과 효율성이 낮아질 수 있다. 특히, 미국과 일본의 지역사회 교육 프로그램에서 공통적으로 강조되고 있었던 지역사회 의료인과의 매칭, 지역사회 프로젝트 참여 등을 위해서는 학생 교육에 참여하여 지역 의사 양성에 일조하는 지역사회의 지지적인 협력이 필요하다. 이를 위해서는 지역사회 기반 교육을 넘어선 지역사회 참여 교육으로 교육의 프레임이 발전되어 대학 또는 교육병원에만 기반하지 않고 지역의 다양한 의료 현장이 교육 환경으로서의 역할을 수행할 수 있도록 해야 한다. 지역사회라는 교육현장뿐만 아니라 의과대학의 지원체제 또한 보다 체계적인 형태로 발전되어야 할 것이다. 현재 우리나라 의과대학에 지역 의료 관련 교실이 설치되어 있는 사례는 없으며, 예방의학 교실 또는 가정의학 교실에서 지역 의료와 관련되어 있는 강의나 실습 강좌를 담당하는 경우가 대부분이다. 반면, 미국과 일본의 경우 농어촌 교육 지원 부서나 지역 의료 학교실 등 지역사회 교육 프로그램을 전담하는 조직이 설치되어 있다. 급조된 교육을 실행하기보

다 교육을 위한 체제를 갖춘 후 지역사회와의 유대관계 속에서 각 지역에 맞는 교육이 이루어질 수 있도록 해야 한다.

3) 실행 단계

세 번째 실행 단계에 있어, 본 연구는 정책 차용 연구가 아니므로 실제 정책 실행의 효과를 파악할 수는 없다. 그러나 앞서 언급한 부분이 우리나라의 교육정책으로서 차용되어 실행되는 과정에서 발생할 수 있는 저항 현상 등을 파악해볼 수 있다. 우리나라의 경우 주로 국가 차원에서 교육정책의 실행 여부가 결정된다. 특히, 학생 선발 제도의 시행에 있어서는 정부의 영향력이 결정적이다. 이에 따라 차용된 교육정책이 실행됨에 따라 의료계, 의학교육계, 학생을 비롯한 이해관계자들의 저항 현상이 나타날 수 있다. 예를 들어, 지역의사로 성장할 가능성을 판단하기 위해 현재 평가에 반영하고 있는 준거 외에 추가적인 사항을 도입하거나, 면접의 방식 혹은 구성을 변화시키는 데에 대한 우려가 있을 수 있다. 학자금 지원과 의무근무 조건의 결합에 대해서는 실효성이 우려된다는 지적도 제기될 수 있다. 지역의사 양성을 위한 선발제도를 통해 입학한 학생들에 대한 선입견과 이들에 대한 불신도 정책 차용 과정에서 발견될 수 있는 저항 현상 중 하나이다. 또한, 지역사회 교육의 실행에 있어서도 학생들과 교수진을 포함한 의과대학과 지역사회의 준비가 미비한 상태에서 갑작스러운 교육과정상의 변화를 대면할 경우 오히려 교육의 효과성과 효율을 저해할 수 있다는 비판이 있을 수 있다. 교육에 참여하는 지역사회 구성원들이 교수자로서 적절히 기능할 수 있도록 이들을 대상으로 하는 교육이 사전에 충분히 이루어지지 않으면 피상적인 학생 교육에 머무를 수 있다.

4) 내재화 단계

마지막으로 내재화 단계에서 차용된 정책이 우리나라에 자리잡는 과정에서 기존의 제도를 대체할지, 기존 제도와 혼합될지, 기존 제도를 보강할지 예상해볼 수 있다. 이러한 작업은 미국과 일본의 맥락이 우리나라와 어떻게 유사하고 다른지에 대한 파악이 기반이 되어야 한다. 주(state)를 기준으로 이해관계가 상이하고, 지역의사 양성에

있어 지역뿐만 아니라 다양한 의료취약계층 인구에 대한 고려를 함께 해야 하는 미국의 특징을 고려하였을 때, 대학 소재 주 출신 또는 유관자가 대부분의 선발 인원을 차지하는 특징을 가지고 있는 미국의 학생 선발제도는 우리나라의 제도를 완전히 대체하기는 어렵다. 다만, 지역의사로 성장할 가능성이 큰 학생들을 선발하기 위해 활용하는 평가 준거와 선발된 학생들에게 제공되는 교육적 지원의 내용 등은 기존의 선발제도와 적절히 혼합될 여지가 있다. 미국 의과대학의 기관별 특별 전형은 현재 우리나라 의과대학의 교육정책을 둘러싼 맥락과 거버넌스를 고려하였을 때 실현되기 어렵다. 정부로부터 제공되는 재정적 지원으로 인해 각 대학이 학생 선발제도의 전반을 자율적으로 결정하지 못하고 있기 때문이다.

일본의 경우에는 미국보다 우리나라와 맥락적으로 유사한 부분이 상대적으로 많으며, 특히 일본의 선발제도 요소는 현재 시행되고 있는 지역인재 선발제도를 보강 또는 혼합될 가능성이 있다. 그러나 여전히 정책을 결정하는 구조에는 양국의 차이가 있으므로 정책의 효과적인 내재화를 위해서는 구조의 개선이 수반되어야 할 것이다. 또한, 지역 출신 학생을 학업 성적과 더불어 다른 다양한 평가 준거를 적용하여 선발하고 지역에서 근무하도록 하는 제도가 실행될 때 대표적으로 발생할 수 있는 문제로는 지역의사에 대한 선입견이 있다. 일반 전형으로 입학한 학생들에 비해 학업 성적이 낮음에도 불구하고 지역 출신자라는 이유만으로 선발되었을 것이며, 이로 인해 의사로서의 역량이 부족할 것이라는 편견이 존재할 수 있다. 이러한 문제를 해결하기 위해서는 의과대학 차원에서 근거에 기반한 선발의 신뢰성과 공정성을 확보하고, 학생 선발과 교육이 연속적으로 이루어질 수 있도록 하며, 해당 선발제도를 통해 입학한 학생들의 코호트를 구축하여 제도의 효과를 지속적으로 점검할 필요가 있다. 이와 더불어 해당 학생들을 대상으로 졸업 후에도 지방 정부와 대학 차원에서 제공되는 체계적인 경력개발 지원체제가 구축되어야 할 것이다.

미국과 일본 의과대학에서 실행하고 있는 교육 프로그램은 선발제도에 비해 비교적 수월하게 기존 교육과정에 혼합될 수 있을 것으로 기대된다. 특히, 최근 국내 의과대학의 지역사회의학 관련 교육 실시 현황을 고려하였을 때, 임상실습 단계에 있는 학생들을 대상으로 더욱 다양화된 지역사회 참여 교육을 제공하는 것은 가능할 것으로

보인다. 이를 위해서는 지역사회와 의과대학 간의 교육을 위한 견고한 파트너십이 기반되어야 하며, 교육의 필요성과 중요성에 대한 학생들의 인식 증진 또한 이루어져야 할 것이다. 임상 전 단계에 있는 학생들을 대상으로 제공되는 조기 지역사회 임상 노출 경험은 시작 단계에서부터 장기 프로그램으로 실행되기는 현실적으로 어려울 것으로 보인다. 따라서, 현 교육과정 상의 큰 혼란이 없는 범위에서 방학 기간을 활용한 단기 프로그램부터 자리잡아 나갈 수 있도록 하는 논의가 이루어질 수 있다. 나아가, 지역사회와 관련된 의학교육 프로그램의 실행이 각 대학에서 점차 확대됨에 따라, 프로그램을 위한 기관 내외의 지원체제가 더욱 체계적으로 자리잡아 나갈 수 있을 것으로 기대된다.

5. 요약, 결론 및 제언

본 장에서는 미국과 일본 의과대학의 지역의사 양성을 위한 학생 선발제도와 교육 프로그램 비교의 내용을 요약하고자 한다. 이를 바탕으로 도출한 결론을 제시하고, 후속연구에 대한 제언을 끝으로 연구의 마무리를 하고자 한다.

5.1. 요약

본 연구는 우리나라 의과대학의 지역의사 양성 교육정책 수립에의 시사점을 도출하기 위해 지역의사 양성을 목적으로 미국과 일본 의과대학에서 실행하고 있는 학생 선발제도와 교육 프로그램을 비교 분석하였다. 연구문제는 ‘지역의사 양성을 위한 미국과 일본 의과대학의 학생 선발제도는 어떠한 특징이 있는가?’, ‘지역의사 양성을 위한 미국과 일본 의과대학의 교육 프로그램은 어떠한 특징이 있는가?’, ‘지역의사 양성을 위한 미국과 일본 의과대학의 교육정책은 어떠한 공통점 및 차이점이 있는가?’이다.

연구문제 해결을 위해 본 연구는 문헌연구방법과 Bereday의 4단계 비교모형에 기반한 비교교육연구방법을 사용하였다. 분석대상은 미국과 일본의 각 5개 의과대학으로 총 10개 기관이며, 연구내용 및 절차는 다음과 같다. 첫째, 지역의사 양성과 관련된 미국과 일본 의과대학의 문헌자료를 수집하였다. 둘째, 수집한 문헌자료를 기반으로 각국 대학의 학생 선발제도와 교육 프로그램의 특징을 기술하였다. 셋째, 양국 학생 선발제도와 교육 프로그램을 비교 준거에 따라 비교분석하였다. 학생 선발제도의 비교 준거는 선발 규모, 지원 자격, 선발 평가 도구와 준거, 선발에 따른 의무이행 조건, 선발 학생에 대한 지원이다. 교육 프로그램의 비교 준거는 프로그램의 유형과 기간, 제공 대상과 시기, 목표, 교육 내용, 그리고 프로그램을 위한 지원체제를 활용하였다. 넷째, 교육정책 차용 모형에 기반하여 미국과 일본 간의 비교로부터 우리나라 의과대학의 지역의사 양성을 위한 교육정책에의 시사점을 도출하였다.

연구결과는 다음과 같다. 첫째, 미국 의과대학은 입학 정원의 대부분을 기관 소재

주 출신 또는 유관 학생으로 선발하며, 지역 종사 의향을 보유하고 있는 학생을 선발하고 있었다. 모든 기관이 학부 학점, 의과대학 입학시험 성적, 추천서, 면접, 그 외 지원자 경험 관련 서류를 전인적 평가 원리에 따라 평가하고 있었다. 이러한 평가 방식을 통해 지원자의 학업 능력, 미국 의료 및 사회적 문제에 대한 인식, 대인관계능력, 문제해결능력, 그 외 인성적 요소를 검토한다는 공통점이 있다. 선발된 학생에게는 재정적 및 교육적 지원이 제공되는 경우가 있다. 반면, 기관별로 지역 출신 또는 유관 학생을 선발하는 규모에는 차이가 있었다. 미국 의과대학의 지역 의사 양성을 위한 학생 선발제도 중 특별 전형은 입학 전 단계 관리 유형, 복합 학위 유형, 그리고 지역 출신 학생 차별 교육 유형으로 구분할 수 있고, 유형에 따라 평가 준거와 선발에 따른 조건, 제공되는 지원의 내용이 상이하다.

일본 의과대학은 지역 의사를 양성하기 위한 선발제도의 정원이 별도로 설정되어 있는데, 기관마다 그 규모와 지원 자격은 상이하였다. 학업 능력과 논리적 사고방식 등을 대입시험 성적과 기관별 적성시험을 통해 평가하고, 면접 평가를 통해 지역의료에 대한 관심과 지역 종사 의향, 인성 등을 평가하고 있었다. 지역정원제도를 실행하고 있는 기관들과 자치 의과대학은 6년의 재학 기간 동안 학자금을 지원하고 그에 따른 9년간의 의무근무 조건을 설정하고 있다는 공통점을 보였다. 그러나 재정적 지원의 금액과 의무근무 조건의 구체적인 사항은 기관별로 차이가 있었다.

둘째, 미국 의과대학은 조기 임상노출 프로그램을 운영하고, 모든 실습형 프로그램에 지역사회에서 활동 중인 의사가 참여한다는 공통점을 보였다. 모든 기관의 필수 지역사회의학 관련 실습 교육은 가정의학 또는 지역의료학 실습의 일환으로서 이루어지고 있었고, 강의를 제외한 모든 프로그램이 농어촌 지역 혹은 도시 내 의료취약지역에서의 일차의료 분야 임상 경험과 지역사회 프로젝트 참여를 강조하였다. 그러나 프로그램의 기간과 지원체제, 그리고 학생 선발제도와 교육 프로그램 간의 연계성 측면에서는 기관별로 일부 차이를 보였다.

일본 의과대학은 지역의료 관련 필수 임상실습을 지역 병원에서 이루어질 수 있도록 하며, 모든 교육 프로그램을 지역의료학 관련 교실에서 담당하고 있었다. 모든 기관이 여러 학년에 걸쳐 교육을 제공하는 장기형 프로그램을 제공한다는 점에서도 공

통적이었다. 그러나 각 기관은 조기 임상노출 교육 실행 여부, 지역사회 프로젝트 포함 여부, 그리고 실습 장소 지정 여부라는 측면에서 일부 차이를 보였다.

셋째, 미국과 일본 의과대학은 학생 선발을 위해 유사한 평가 준거를 활용한다는 공통점이 있다. 제도는 선발 평가 준거의 측면에서 매우 유사하였다. 양국 모두 학업 능력, 대인관계능력, 의료 문제에 관한 인식, 지역 종사 의향 등을 평가하고 있었다. 그러나 선발 규모와 선발에 따른 의무이행 조건, 그리고 선발된 학생에 대한 지원 내용에서 큰 차이를 보였다. 미국은 선발에 따른 의무이행 조건과 지원이 교육적 요소에 초점을 맞추고 있는 반면, 일본은 재정적 지원과 의무근무 조건을 설정한다는 점에서 상이했다.

미국과 일본 의과대학의 지역 의사 양성을 위한 교육 프로그램은 프로그램의 유형, 제공 대상과 시기, 기간의 다양성 측면에서 유사하였다. 양국 모두 지역의료에 관심이 있으며 졸업 후 지역 근무 의향을 보유하고 있는 일부 학생을 대상으로 장기간의 교육을 제공하고 있고, 지역 의사를 교육을 위한 인적 자원으로서 활용하고 있다는 점에서도 공통적이다. 프로그램 목표의 차원에서 양국 모두 의학 지식, 술기, 태도의 향상과 지역의료에 대한 이해도 제고를 목표로 하고 있다는 점에서 유사하였으나, 미국의 경우 임상 현장에서의 역량과 환자와의 관계에 더욱 집중하는 반면 일본의 경우 의료시스템에 대한 내용을 더욱 강조하였다는 점이 상이하다.

5.2. 결론 및 제언

이상의 연구결과를 바탕으로 내린 본 연구의 결론은 다음과 같다. 첫째, 지역 의사 양성을 위해 미국 의과대학은 기관의 자율적인 선발제도의 실행을 통해 지역 출신 학생을 선발한다는 특징이 있고, 일본 의과대학은 국가 정책인 지역정원제도의 실행을 통해 추후 지역 의사로서 근무할 학생을 지역별 정원으로 선발한다는 특징이 있다. 학생 선발에 있어 자율성을 가지고 있는 미국 의과대학은 기관 소재 주 출신 학생들에게 선발에서의 혜택을 제공하는 일반 전형과 기관마다 차별적인 특징을 갖는 특별 전형을 통해 지역 의사를 양성하는 다양한 경로를 구축한다. 지역 출신 또는 유관 학생에게 지원서 우선 검토라는 선발에서의 혜택을 제공하는 기조를 갖고 있으나, 지역별 정원이 선발 이전에 미리 설정되어 있지는 않다. 특별 전형의 구체적인 유형은 입학 전 단계 관리 유형, 복합 학위 유형, 지역 출신 학생 차별 교육 유형으로 구분되고, 이러한 특별 전형은 대학이 소재하고 있는 지역의 특성과 기관의 상황에 맞게 설계되어 운영되고 있다. 일본 의과대학은 지역 의사 양성을 위해 국가 차원에서 실행하는 지역정원제도를 소재 지역의 의사인력 공급 현황에 따라 기관이 구체적인 양상으로 운영한다. 미국 의과대학과 달리, 지역정원제도를 실행하는 일본 의과대학은 사전에 정해진 지역별 정원 수만큼 졸업 후 해당 지역에서 의무적으로 근무할 학생을 선발한다. 지역정원으로 지원하기 위해서는 해당 지역 출신이어야 하는 경우가 대부분이나, 출신 지역에 제한을 설정하지 않는 기관도 일부 있다. 지역 의사를 양성하고자 하는 특수한 목적 아래 설립된 자치 의과대학은 지역정원제도가 아닌 기관의 특징적인 선발 제도를 통해 전국 각 지역 출신 학생을 선발한다.

둘째, 지역 의사 양성을 위한 교육의 실행에 있어 미국 의과대학은 의료취약지역과 일차의료 분야의 실제 경험을 강조한다는 특징이 있고, 일본 의과대학은 의료시스템에 대한 이해와 지역 중사 의향을 가진 학생들 간의 교류를 강조한다는 특징이 있다. 미국 의과대학의 지역 의사 양성을 위한 교육 프로그램을 통해 학생들이 졸업 후 일차 의료분야, 특히 충분한 의사 인력 공급이 부족한 의료취약지역 또는 농어촌지역에서의 근무를 장려하고자 한다. 이에 기본의학교육 단계에서부터 그러한 지역사회 의료

현장에서 일차의료 분야에 종사하고 있는 지역 의사의 지도를 받으며 임상 지식과 술기, 환자와의 소통 등을 학습하고, 지역 의사로서의 삶을 간접적으로 체험하도록 한다. 일본 의과대학의 지역 의사 양성을 위한 교육 프로그램 또한 마찬가지로 지역사회 현장에서의 학생들의 실제적인 경험을 프로그램의 교육 활동으로서 포함하고 있으나, 미국에 비해 의료 시스템에 대한 지식적인 이해를 강조한다. 복지, 의료 행정, 재택 의료 등의 프로그램 교육 주제는 인구의 고령화라는 일본의 사회적 현상과 그로 인해 발생한 의료 현장 및 시스템에서의 변화를 반영한다. 또한, 일본 의과대학은 지역 의사 양성을 위해 지역 정원 제도 입학생 대상 프로그램뿐만 아니라 일부 실습형 프로그램의 대상 학년을 폭넓게 설정하고 있다. 특히, 지역 정원 제도 입학생 대상 프로그램은 다양한 학년이 함께 참여하도록 함으로써 지역 의사라는 동일한 진로를 희망하는 학생들 간의 교류를 장려하고 그들의 소속감을 고취하고자 한다.

셋째, 미국과 일본 의과대학은 지역 의사 양성을 위해 졸업 후 지역에서 근무할 가능성이 큰 학생을 선발하는 평가 준거와 도구를 선발에 활용한다는 점에서는 공통적이나, 선발 후 의무 이행 조건과 제공하는 지원 상의 상이한 측면을 강조한다는 점에서 차이가 있다. 미국과 일본 의과대학 모두 지역 의사 양성을 위한 학생 선발 제도의 평가 준거로서 학업 능력, 지역 의료에 대한 기본적 지식, 지역 의사 종사 의향, 대인관계 능력, 문제 해결 능력, 윤리관 등을 활용한다. 지역 의료와 관련된 인지적 요소뿐만 아니라 정의적, 기술적 요소를 모두 아우르는 다양한 평가 준거를 검토하여 졸업 후 지역 의사로서의 진로를 선택할 가능성이 높은 학생을 선발하고자 한다. 이러한 준거를 평가하기 위한 도구로서 면접과 학업 능력을 확인할 수 있는 시험 등을 활용한다는 점에서도 양국은 유사한 양상을 보인다. 그러나 미국 의과대학은 지원자의 입학 전 지역 관련 사전적 경험과 선발 후의 교육적 지원을 강조하는 반면, 일본 의과대학은 선발 학생에게 의과대학 재학 기간 동안 재정적 지원을 제공하고 그에 따라 졸업 후 지역에서 의무 근무를 하도록 하고 있다. 이러한 차이는 학생 선발과 지역 의사 인력 간의 관계에 대한 양국 관점의 차이와 관련이 있다. 미국 의과대학은 추후 의사로서 근무하게 될 지역과 관련된 경험을 입학 전 보유하고 있는 학생들을 선발하고 차별적인 교육적 지원을 제공함으로써 지역 의사 인력을 ‘양성’하고자 하는 장기적인 전

락을 실행한다. 일본 의과대학은 입학 전의 사전적 경험보다 졸업 후의 장기간 지역 근무를 더욱 강조함으로써 지역 의사 인력을 특정 기간 동안 ‘확보’하고자 한다. 그러나 일본의 경우에도 지역 의사가 해당 지역 인력으로서 잔류할 수 있도록 의무 근무 기간 동안 경력 개발을 지원한다.

넷째, 미국과 일본 의과대학의 지역 의사 양성을 위한 교육 프로그램은 지역사회 구성원이 인적 자원으로서 투입된다는 점에서 공통적이거나, 교내 프로그램의 담당 조직의 양상에는 차이가 있다. 미국과 일본 의과대학의 지역 의사 양성을 위한 교육에는 지역 사회의 실제 구성원이 참여하여 학생들에게 교육학적 및 조직적 지원을 제공한다. 특히, 지역 의료기관에서 근무하는 의사와 다직종으로 이루어져 있는 진료팀이 교육에 참여함으로써 학생들은 지역 사회의 의료에 대한 이해뿐만 아니라 전문직 간 협력의 중요성을 학습한다. 지도 의사로부터의 멘토링과 새도잉 또한 양국의 지역 의사 양성을 위한 교육 프로그램이 주된 교육 활동으로서 공통적으로 강조하는 부분이다. 그러나 교내에서 프로그램을 담당하여 운영하는 조직의 형태에 있어 양국은 차이를 보인다. 미국과 일본 모두 정규 교육과정 내 필수로 이수해야 하는 임상 실습 프로그램의 경우에는 교내의 가정 의학 또는 지역 의료학 관련 교실에서 담당한다. 그러나 그 외의 프로그램은 미국의 경우 기관 내 농어촌 의료 교육 프로그램을 전담하는 부서 또는 의료 인력 양성 관련 부서에서 담당하고 있다. 반면, 일본의 경우, 필수 임상 실습 프로그램을 제외한 다른 교육 프로그램의 경우에도 지역 의료학 또는 지역 의료 교육학 관련 교실에서 담당하여 운영한다는 점에서 미국과 상이하다.

다섯째, 우리나라 의과대학의 지역 의사 양성을 위한 학생 선발과 교육 간의 연속성을 보장하는 것이 중요하다. 지역 의사를 양성하기 위한 지역 출신 학생의 선발과 재학 기간 중의 지역 의료 관련 교육은 독립적으로 이루어지기보다 연계되어 실행되었을 때 그 효과가 극대화된다. 미국과 일본의 일부 의과대학에서는 지역 의사 양성을 위한 선발 제도를 통해 입학한 학생들에게 차별적인 교육 과정을 제공함으로써 입학 시점에 학생이 보유하고 있던 지역 의료에 대한 관심과 지역 의사라는 진로에 대한 의향이 지속될 수 있도록 하고 있다. 이는 우리나라 의과대학의 지역 의사 양성을 위한 학생 선발과 교육 또한 연속적으로 이루어져야 함을 시사한다. 이를 위해서는 의과대학의 사

명과 비전을 지역의사 양성과 관련하여 설정하는 것이 선행되어야 한다. 또한, 각 의과대학 내에 지역의사 양성 및 교육과 관련된 지원체제를 구성해야 한다.

여섯째, 우리나라 의과대학의 효과적인 지역의사 양성을 위한 학생 선발과 교육을 위해 대학과 지역사회 간의 협력 구조가 수립되어야 한다. 이러한 협력 구조는 지역의사 양성을 위한 학생 선발제도의 실행에 있어 지역 출신 학생에 대한 구체적인 정원뿐만 아니라 선발에 따른 의무이행 조건과 선발된 학생에게 제공되는 지원의 내용을 설정하는 데 필요하다. 대학과 지방 정부 간의 협력을 통해 지역의사 인력 공급 현황을 파악하여 지역정원의 규모를 설정하고, 지역정원제도를 통해 선발된 학생에 대해 지방정부가 지원을 제공하는 일본의 사례로부터 우리나라 의과대학의 지역의사 양성을 위한 학생 선발제도 실행에 적합한 체제를 구축하는 작업이 중요함을 알 수 있다. 우리나라 의과대학의 지역의사 양성을 위한 지역사회 연계형 교육의 실행을 위해서도 대학과 지역사회 간의 협력 구조의 수립은 필수적이다. 지역사회의 의료기관에서 근무하고 있는 지역의사 또는 다양한 의료인들이 적극적으로 학생 교육에 참여하도록 하고, 이들을 대상으로 표준화된 교육을 제공하기 위해서는 뒷받침하는 협력 체제가 우선적으로 구성되어야 할 것이다. 이러한 협력 구조는 대학과 사회의 다양한 이해관계자와 의학교육 관련 전문가를 포함해야 하며, 지역의사 양성을 위한 대학의 학생 선발제도와 교육 프로그램 간의 연계성을 보장하는 데에도 기여할 수 있다.

마지막으로, 우리나라 의과대학의 지역의사 양성을 위한 학생 선발제도와 교육 프로그램의 구체적인 성과를 지속적으로 점검해야 한다. 지역의사 양성을 위한 학생 선발제도는 지원자의 학업 능력뿐만 아니라 그 외의 다양한 준거를 평가할 수 있는 방향으로 개선되어야 한다. 이러한 평가 방식의 변화는 지역의료에 대한 관심사 또는 지역 근무 의향 등을 검토하는 데 긍정적인 기여를 할 수 있음에도 불구하고, 해당 제도를 통해 입학한 학생들의 역량에 대한 선입견과 같은 문제가 발생할 수 있다. 이를 해결하기 위해서는 각 의과대학의 코호트 구축과 선발제도의 효과에 대한 장기적인 점검을 통한 선발 평가의 신뢰성 및 타당성이 확보되어야 한다. 나아가, 지역의사 양성을 위한 교육 프로그램의 단기적 및 장기적 성과평가가 이루어져야 한다. 특히,

프로그램에 대한 장기적 성과평가를 위해서는 각 의과대학 및 지역사회가 중점적으로 검토하고자 하는 측면을 반영한 성과지표가 개발되어야 할 것이다. 이러한 성과평가 결과를 바탕으로 지역이 필요로 하는 의사를 양성할 수 있으며 지역의 특성을 반영하는 효과적인 교육 프로그램으로 발전될 수 있다.

본 연구는 미국과 일본 의과대학의 지역의사 양성을 위한 학생 선발제도와 교육 프로그램의 비교를 통해 우리나라에의 시사점을 도출함으로써 다음과 같은 의의를 가진다. 첫째, 비교교육연구 모형에 입각하여 미국과 일본 의과대학의 지역의사 양성을 위한 학생 선발제도를 형식적 및 내용적 준거에 따라 비교 분석함으로써 우리나라 선발정책 개선의 구체적 근거를 마련하였다. 그 과정에서 양국의 맥락을 반영하여 상이한 특징이 나타나는 원인을 함께 고찰하였다. 둘째, 미국과 일본 의과대학의 지역의사 양성을 위한 교육 프로그램을 투입, 활동, 성과적 구성요소의 준거에 따라 비교 분석하였다. 이는 유사한 프로그램 개발 시 활용할 수 있는 구체적인 자료를 제공할 수 있다. 셋째, 비교 결과를 바탕으로 우리나라에의 시사점을 도출함에 있어 교육정책 차용모형을 활용함으로써 차용의 세부적 단계마다 유의해야 할 점과 발생할 수 있는 어려움을 구체적으로 확인하였다.

후속연구에서는 미국과 일본 의과대학의 지역의사 양성을 위한 교육정책을 비교한 본 연구를 기초 자료로서 활용하여 우리나라 의과대학의 맥락에 적합한 학생 선발제도를 수립하고 교육 프로그램을 개발할 것을 제안한다. 그 과정에서 선발과 교육이 연계적으로 이루어질 수 있도록 하는 모형을 구상하는 것이 함께 이루어져야 할 것이다. 이러한 연구를 수행하기 위해서는 우리나라 의과대학의 선발제도와 교육 프로그램 실행 현황을 동등한 수준에서 비교하는 작업이 선행되어야 한다. 우리나라 의과대학의 선발과 교육의 현황을 조사하여 분석하는 국가적 차원의 연구를 통해 각 지역에 소재하고 있는 의과대학이 지역의사 양성을 위해 어떠한 노력을 기울이고 있는지 파악할 수 있을 것이다. 이와 더불어, 각 기관의 관계자 등을 통해 교육 프로그램의 평가방법에 대한 자료를 확보함으로써 우리나라 의과대학의 지역사회 교육 프로그램 개발 시 학생평가 방법 선정 시 고려해야 할 사항을 도출해야 할 필요가 있다.

참고문헌

1. 강원대학교 (2024). 2025학년도 강원대학교 수시모집요강.
2. 경북대학교 (2024). 2025학년도 대학수시 모집요강.
3. 고향자 (1992). 진로의사결정모형의 문헌적 고찰. **인간이해**, 13, 3-19.
4. 구혜경 (2024). 일본의 의대 정원 증가와 지역 정원제. 국회도서관.
5. 김계현, 임선미, 박정훈, 임지연 (2022). 의사의 지역근무 현황 및 유인유지 방안 연구. 의료정책연구소 연구보고서.
6. 김동석 (2009). 학생 선발정책의 특성과 쟁점 분석. **교육연구**, 17, 3-36
7. 김민정 (2016). 대학생의 진로장벽이 진로준비행동에 미치는 영향: 진로자기조절의 매개효과. **진로교육연구**, 29(2), 89-107.
8. 김상현, 양은배, 안덕선, 전우택, 유철주 (2009). 한국의 의과대학 및 의학전문대학원에서의 임상실습. **한국의학교육학회지**, 21(4), 373-383.
9. 김용익, 신영수 (1992). 지역사회의학 실습교육과정 개발 및 평가. **한국의학교육학회지**, 4(2), 18-33.
10. 김지자, 정지웅 (2001). 경험학습의 개념 및 이론과 발전방향. **평생교육학연구**, 7(1), 1-15.
11. 바른의료연구소 (2023.11.21). OECD 통계로 본 의사의 지역편차 분석: 의대 증원으로 의사의 지역편차를 해결할 수 없다[보도자료]. http://barunmd.or.kr/sub/sub03_01.php?boardid=press&mode=view&idx=161&sk=%EC%A7%80%EC%97%AD%ED%8E%B8%EC%B0%A8&sw=a&offset=&category=
12. 박일환 (2013). 의예과 학생들의 지역사회중심 일차의료 실천 경험. **한국의학교육학회지**, 25(3), 229-237.
13. 박훈기. (2003). 가정의학과 임상실습교육에 의한 의과대학 3학년 학생의 가정의학과 선호도 향상 효과. **가정의학회지**, 24, 444-450.
14. 보건복지부 (2020). 지역의료 강화를 위한 의대정원증원 10문 10답. https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010100&bid=0027&act=view&list_no=358877&tag=&nPage=316
15. 부산대학교 (2024). 2025학년도 부산대학교 수시모집요강.

16. 성열관, 백병부, 윤선인 (2008). 성취기준의 차용 및 변용: 단계별 의사결정 과정에 대한 분석 연구. **교육과정연구**, 26(3), 1-22.
17. 성열관 (2010). 교육정책 전이 및 차용 연구의 종합적 분석틀에 대한 이론적 고찰. **비교교육연구**, 20(2), 1-25.
18. 양은배 (2024). 의료인력 수급 추계와 의사결정 거버넌스. **의료정책연구소 계간 의료정책포럼**, 22(2), 32-37.
19. 오영호, 김진현, 이상영, 신호성 (2007). 보건의료 인력자원의 지역별 분포의 적정성과 정책과제. 한국보건사회연구원 연구보고서.
20. 유수복, 윤혜미 (2014). 대학생의 진로장벽과 사회적 지지가 진로자기효능감과 진로준비행동에 미치는 영향. **한국가족복지학**, 19(3), 405-421.
21. 이용재 (2005). 지역특성이 보건의료자원 분포의 불평등에 미치는 영향. **상황과 복지**, 21(12), 49-78.
22. 이종구, 이승희, 조비룡, 안아름, 김도환, 조계현, 이기원 (2015). 지역 간 의료인력 격차 해소를 위한 공공의료교육 강화방안. 지역발전위원회 연구보고서.
23. 이정아, 김동진 (2018). 일본의 취약지 의료인력 확보 정책: 도·도·부·현 사례를 중심으로. **국제사회보장리뷰**, 4, 81-93.
24. 이정찬, 박정훈, 김계현 (2020). 전국의사조사. 의료정책연구소.
25. 임선미, 김계현 (2020). 일본 지역정원제도의 개요 및 현황. 의료정책연구원 이슈브리핑 6호.
26. 전북대학교 (2024). 2025학년도 전북대학교 신입생 수시 모집요강.
27. 최효선, 김영전, 유효현 (2023). 지역사회 인재 양성을 위한 조선대학교 의과대학교호트 구축 및 운영 사례. **의학교육논단**, 25(2), 132-138.
28. 채수진 (2020). 경험학습이론의 의학교육에의 적용, **의학교육논단**, 22(2), 93-98.
29. 허정식, 김미경, 윤유상, 이근미, 이종훈, 홍승재, 유효현 (2023). 의과대학의 사회적 책무성 실천 사례: 8개 의과대학을 중심으로. **의생명과학**, 20(1), 15-20.
30. 홍승재, 허정식 (2024). 한국 의과대학 입학정책의 현황과 과제. **의학교육논단**, 26(3), 191-197.
31. Ballejos, M. P., Rhyne, R. L., & Parkes, J. (2015). Increasing the relative weight of noncognitive admission criteria improves underrepresented minority admission rates to medical school. *Teaching and Learning in Medicine*, 27(2), 155-162.

32. Bentley, M., Dummond, N., Isaac, V., Hodge, H., & Walters, L. (2019). Doctors' rural practice self-efficacy is associated with current and intended small rural locations of practice. *Australian Journal of Rural Health*, 27(2), 146-152.
33. Bereday, G. Z. F. (1964). *Comparative method in education*. Holt, Rinehart, and Winston.
34. Bland, C. J., Meurer, L. N., & Maldonado, G. (1995). Determinants of primary care specialty choice: a non-statistical meta-analysis of the literature. *Academic Medicine*, 70(7), 620-641.
35. Braveman, P., & Gruskin, S. (2003). Defining equity in health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(2), 254-258.
36. Brooks, R. G., Walsh, M., Mardon, R. E., Lewis, M., & Clawson, A. (2002). The roles of nature and nurture in the recruitment and retention of primary care physicians in rural areas: a review of the literature. *Academic Medicine*, 77(8), 790-798.
37. Butler, L., Rosenberg, M. E., Miller-Chang, Y. M., Gauer, J. L., Melcher, E., Olson, A. P. J., & Clark, K. (2021). Impact of the Rural Physician Associate Program on workforce outcomes. *Family Medicine*, 53(10), 864-870.
38. Celso, P. P. Jr., Joshua, A. T. V., & Jeff, D. C. L. (2020). Teaching the affective domain in community-based medical education: A scoping review. *Medical Teacher*, 42(5), 507-514.
39. Changiz, T., & Alizadeh, M. (2021). A comparative study of community medicine and public health curriculum at medical schools in Iran and North America. *Research and Development in Medical Education*, 10(1), 1-10.
40. Cheng, F. C., Lee, M. C., Wang, L. H., Lin, W. J., Liu, T. H., Liu, S. Y., & Chiang, C. P. (2022). The current dental school admissions: An overview of the admission process and the geographical distribution of dental school enrollees in Taiwan. *Journal of Dental Sciences*, 17(3), 1342-1349.
41. Claramita, M., Setiawati, E. P., Kristina, T. N., Emilia, O., & van der Vleuten, C. (2019). Community-based educational design for undergraduate medical education: A grounded theory study. *BMC Medical Education*, 19(1), 1-10.

42. Clinedinst, M., & Koranteng, A. M. (2017). State of college admissions. *National Association for College Admission Counseling*.
43. Cohen-Schotanus, J., Muijtjens, A., Reinders, J., Agsteribbe, J., van Rossum, H., & van der Vleuten, C. P. (2006). The predictive validity of grade point average scores in a partial lottery medical school admission system. *Medical Education*, 40(10), 1012-1019.
44. Cosgrove, E. M., Harrison, G. L., Kalishman, S., Kersting, K. E., Romero-Leggott, V., Timm, C., Velarde, L. A., & Roth, P. B. (2007). Addressing physician shortages in New Mexico through a combined BA/MD program. *Academic Medicine*, 82(12), 1152-1157.
45. Cuesta-Briand, B., Coleman, M., Ledingham, R., Moore, S., Wright, H., Oldham, D., & Playford, D. (2020). Understanding the factors influencing junior doctors' career decision-making to address rural workforce issues: Testing a conceptual framework. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(2), 537.
46. Dent, J., Harden, R. M., & Hunt, D. (Eds.). (2021). *A practical guide for medical teachers*. Elsevier Health Sciences.
47. Dore, K., Hanson, M., Reiter, H., Blanchard, M., Deeth, K., & Eva, K. (2006). Medical school admissions: Enhancing the reliability and validity of an autobiographical screening tool. *Academic Medicine*, 81(10 Suppl), S70-S73.
48. Dornan, T., Boshuizen, H., King, N., & Scherpbier, A. (2007). Experience-based learning: A model linking the processes and outcomes of medical students' workplace learning. *Medical Education*, 41(1), 84-91.
49. Dornan, T., Tan, N., Boshuizen, H., Gick, R., Isba, R., Mann, K., Scherpbier, A., Spencer, J., & Timmins, E. (2014). How and what do medical students learn in clerkships? Experience-based learning (ExBL). *Advances in Health Science Education*, 19(5) 721-749.
50. Eidson-Ton, W. S., Rainwater, J., Hilty, D., Henderson, S., Hancock, C., Nation, C. L., & Nesbitt, T. N. (2016). Training medical students for rural, underserved areas: A rural medical education program in California. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 27(4), 1674-1688.

51. Eley, D., Young, L., Baker, P., & Wilkinson, D. (2008). Developing a rural workforce through medical education: Lessons from down under. *Teaching and Learning in Medicine*, 20(1), 53-61.
52. Ellaway, R. H., O'Gorman, L., Strasser, R., Marsh, D. C., Graves, L., Fink, P., & Cervin, C. (2016). A critical hybrid realist-outcomes systematic review of relationships between medical education programmes and communities: BEME Guide No. 35. *Medical Teacher*, 38(3), 229-245.
53. Elma, A., Nasser, M., Yang, L., Chang, I., Bakker, D., & Grierson, L. (2022). Medical education interventions influencing physician distribution into underserved communities: A scoping review. *Human Resources for Health*, 20(1), 31.
54. Epstein, R. M., Cole, D. R., Gawinski, B. A., Piotrowski-L., S., & Ruddy, N. B. (1998). How students learn from community-based preceptors. *Archives of Family Medicine*, 7(2), 149-154.
55. Evans, D., Jopson, A., Andrilla, C. H., Longenecker, R., & Patterson, D. (2020). Targeted medical school admissions: A strategic process for meeting our social mission. *Family Medicine*, 52(7), 474-482.
56. Fitzpatrick, J. L., Sanders, J. R., Worthen, B. R., & Wingate, L. A. (2012). *Program evaluation: Alternative approaches and practical guidelines*. Pearson.
57. Fryer, G. E., Stine, C., Krugman, R. D., & Miyoshi, T. J. (1994). Geographic benefit from decentralized medical education: Student and preceptor practice patterns. *Journal of Rural Health*, 10, 193-198.
58. Fraenkel, J., Wallen, N., & Hyun, H. (1993). *How to Design and Evaluate Research in Education*. McGraw-Hill Education.
59. Goodfellow, A., Ulloa, J. G., Dowling, P. T., et al. (2016). Predictors of primary care physician practice location in underserved urban and rural areas in the United States: A systematic literature review. *Academic Medicine*, 91(9), 1313-1321.
60. Green, L. A., Fryer, G. E., Jr, Yawn, B. P., Lanier, D., & Dovey, S. M. (2001). The ecology of medical care revisited. *The New England Journal of Medicine*, 344(26), 2021-2025.
61. Guagliardo, M. F. (2004). Spatial accessibility of primary care: Concepts, methods and

- challenges. *International Journal of Health Geographics*, 3(3), 1-13.
62. Gulliford, M., Figueroa-Munoz, J., Myfanwy, M., Hughes, D., Gibson, B., Beach, R., & Hudson, M. (2002). What does 'access to health care' mean? *Journal of Health Services Research & Policy*, 7(3), 186-188.
 63. Hancock, C., Steinbach, A., Nesbitt, T. S., Adler, S. R., & Auerswald, C. L. (2009). Why doctors choose small towns: a developmental model of rural physician recruitment and retention. *Social science & medicine*, 69(9), 1368-1376.
 64. Henry, J. A., Edwards, B. J., & Crotty, B. (2009). Why do medical graduates choose rural careers? *Rural and Remote Health*, 9, 1083.
 65. Herd, M., Bulsara, M., Jones, M., & Mak, D. (2016). Preferred practice location at medical school commencement strongly determines graduates' rural preferences and work locations. *The Australian Journal of Rural Health*, 25(1), 15-21.
 66. Hirsh, D. A., Singh, T. A., Saravanan, Y., & Walters, L. K. (2021). Learning in longitudinal integrated clerkships. In J. Dent, R. M. Harden, & D. Hunt (Eds.), *A practical guide for medical teachers* (6th ed., pp. 101-108). Elsevier Health Sciences.
 67. Horner, R. D., Samsa, G. P., & Ricketts, T. C. (1993). Preliminary evidence on retention rates of primary care physicians in rural and urban areas. *Medical Care*, 31(7), 640-648.
 68. Jamieson, J. L., Kernahan, J., Calam, B., & Sivertz, K. S. (2013). One program, multiple training sites: Does site of family medicine training influence professional practice location? *Rural Remote Health*, 13(4), 2496.
 69. Jones, M., Bushnell, J., & Humphreys, J. (2014). Are rural placements positively associated with rural intentions in medical graduates? *Medical Education*, 48(4), 405-416.
 70. Jones, M., Humphreys, J. S., & McGrail, M. R. (2012). Why does a rural background make medical students more likely to intend to work in rural areas and how consistent is the effect? A study of the rural background effect. *The Australian Journal of Rural Health*, 20(1), 29-34.
 71. Kardonsky, K., Evans, D. V., Erickson, J., & Kost, A. (2021). Impact of a targeted

- rural and underserved track on medical student match into family medicine and other needed workforce specialties. *Family Medicine*, 53(2), 111-117.
72. Kataoka, Y., Takayashiki, A., Sato, M., & Maeno, T. (2015). Motives and factors associated with staying in medically underserved areas after the obligatory practice period among first-year Japanese medical students in a special quota system. *Rural and Remote Health*, 15(4), 3663.
 73. Kataoka, Y., Takayashiki, A., Sato, M., & Maeno, T. (2018). Japanese regional-quota medical students in their final year are less motivated to work in medically underserved areas than they were in their first year: A prospective observational study. *Rural and Remote Health*, 18(4), 4840.
 74. Taati Keley, E., Ravaghi, H., Salehi, M., Nasiripour, A. A., Abdi, Z., & Meshkini, A. (2016). Relationship between personal characteristics of specialist physicians and choice of practice location in Iran. *Rural and remote health*, 16(2), 3412.
 75. Koike, S., Okazaki, K., Tokinobu, A., Matsumoto, M., Kotani, K., & Kataoka, H. (2023). Factors associated with regional retention of physicians: A cross-sectional online survey of medical students and graduates in Japan. *Human Resources for Health*, 21(1), 85.
 76. Kreiter, C., Solow, C., Brennan, R., Yin, P., Ferguson, K., & Huebner, K. (2006). Examining the influence of using same versus different questions on the reliability of the medical school preadmission interview. *Teaching and Learning in Medicine*, 18(1), 4-8.
 77. Kristiansen, I. S., & Førde, O. H. (1992). Medical specialists' choice of location: The role of geographical attachment in Norway. *Social Science & Medicine*, 34(1), 57-62.
 78. Laven, G., & Wilkinson, D. (2003). Rural doctors and rural backgrounds: How strong is the evidence? A systematic review. *The Australian Journal of Rural Health*, 11(6), 277-284.
 79. Longenecker, R. (2011). Curricular design: A place-based strategy for rural medical education. In E. Bell, C. Zimmitat, & J. Merritt (Eds.), *Rural medical education: Practical strategies*. Nova Science.

80. Longenecker, R. L., Andrilla, C. H. A., Jopson, A. D., Evans, D. V., Schmitz, D., Larson, E. H., & Patterson, D. G. (2021). Pipelines to pathways: Medical school commitment to producing a rural workforce. *The Journal of Rural Health*, 37(4), 723-733.
81. MacDowell, M., Glasser, M., & Hunsaker, M. (2013). A decade of rural physician workforce outcomes for the Rockford rural medical education (RMED) program, University of Illinois. *Academic Medicine*, 88(12), 1941-1947.
82. MacQueen, I. T., Maggard-Gibbons, M., Capra, G., Raaen, L., Ulloa, J. G., Shekelle, P. G., Miake-Lye, I., Beroes, J. M., & Hempel, S. (2018). Recruiting Rural Healthcare Providers Today: a Systematic Review of Training Program Success and Determinants of Geographic Choices. *Journal of general internal medicine*, 33(2), 191-199.
83. Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370-396.
84. Matsumoto, M., Inoue, K., & Kajii, E. (2008a). Long-term effect of the home prefecture recruiting scheme of Jichi Medical University, Japan. *Rural and Remote Health*, 8(3), 930.
85. Matsumoto, M., Inoue, K., & Kajii, E. (2008b). A contract-based training system for rural physicians: Follow-up of Jichi Medical University graduates (1978-2006). *Education for Rural Practice*, 24(4), 360-368.
86. Matsumoto, M., Inoue, K., & Kajii, E. (2010). Policy implications of a financial incentive programme to retain a physician workforce in underserved Japanese rural areas. *Social Science & Medicine*, 71(4), 667-671.
87. Matsumoto, M., Matsuyama, Y., Kashima, S., Koike, S., Okazaki, Y., Kotani, K., Owaki, T., Ishikawa, S., Iguchi, S., Okazaki, H., & Maeda, T. (2021). Education policies to increase rural physicians in Japan: A nationwide cohort study. *Human Resources for health*, 19(1), 102.
88. Matsumoto, M., Takeuchi, K., Tanaka, J., Tazuma, S., Inoue, K., Owaki, T., Iguchi, S., & Maeda, T. (2016). Follow-up study of the regional quota system of Japanese medical schools and prefecture scholarship programmes: A study protocol. *BMJ*

Open, 6, e011165.

89. McGrail, M. R., Humphreys, J. S., Joyce, C. M. (2011). Nature of association between rural background and practice location: A comparison of general practitioners and specialists. *BMC Health Services Research*, 11, 63.
90. Michel, R., & Pollard, S. (2020). An overview of higher education admissions processes. In M. E. Oliveri & C. Wendler (Eds.), *Higher education admission practices: An international perspective* (pp. 5-17). Cambridge University Press.
91. Moehling, C. M., Niemesh, G. T., Thomasson, M. A., & Treber, J. (2020). Medical education reforms and the origins of the rural physician shortage. *Cliometrica*, 14(8), 181-225.
92. Mooney, G. (2000). Vertical equity in health care resource allocation. *Health Care Analysis*, 8(3), 203-215.
93. Mudarikwa, R. S., McDonnell, J. A., Whyte, S., Villanueva, E., Hill, R. A., Hart, W., & Nestel, D. (2010). Community-based practice program in a rural medical school: Benefits and challenges. *Medical Teacher*, 32(12), 990-996.
94. National Health Service Corps. (n.d.) Retrieved from <https://nhsc.hrsa.gov/scholarships/overview>
95. Orzanco, M. G., Lovato, C., Bates, J., et al. (2011). Nature and nurture in the family physician's choice of practice location. *Rural Remote Health*, 11(3), 1849.
96. O' Sullivan, B. G., McGrail, M. R., Russell, D., Chambers, H., & Major, L. (2018). A review of characteristics and outcomes of Australia's undergraduate medical education rural immersion programs. *Human Resources for Health*, 16(1), 8.
97. Page, D., & Baranchuk, A. (2010). The Flexner Report: 100 years later. *International Journal of Medical Education*, 1, 74-75.
98. Parlier, A. B., Galvin, S. L., Thach, S., Kruidenier, D., & Fagan, E. B. (2018). The road to rural primary care: A narrative review of factors that help develop, recruit, and retain rural primary care physicians. *Academic Medicine*, 93(1), 130-140.
99. Pathman, D. E., Konrad, T. R., King, T. S., Taylor, D. H., & Koch, G. G. (2004). Outcomes of states' scholarship, loan repayment, and related programs for physicians. *Medical Care*, 42(6), 560-568.

- 100Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical care*, 19(2), 127-140.
- 101Perfetto, G. (1999). *Toward a taxonomy of the admissions decision-making process*. The College Board.
- 102Peskun, C., Detsky, A., & Shandling, M. (2007). Effectiveness of medical school admissions criteria in predicting residency ranking four years later. *Medical Education*, 41(1), 57-64.
- 103Pfarrwaller, E., Audétat, M. C., Sommer, J., Maisonneuve, H., Bischoff, T., Nendaz, M., Baroffio, A., Junod Perron, N., & Haller, D. (2017). An expanded conceptual framework of medical students' primary care career choice. *Academic Medicine*, 92(11), 1536-1542.
- 104Pfarrwaller, E., Maisonneuve, H., Laurent, C., Abbiati, M., Sommer, J., Baroffio, A., & Haller, D. M. (2024). Dynamics of students' career choice: A conceptual framework-based qualitative analysis focusing on primary care. *Journal of General Internal Medicine*, 39(9), 1544-1555.
- 105Phillips, D., & Ochs, K. (2003). Processes of policy borrowing in education: Some explanatory and analytical devices. *Comparative Education*, 39(4), 451-461.
- 106Querido, S. J., Vergouw, D., Wigersma, L., Batenburg, R. S., De Rond, M. E. J., & Ten Cate, O. T. J. (2016). Dynamics of career choice among students in undergraduate medical courses: A BEME systematic review. *Medical Teacher*, 38(1), 18-29.
- 107Rabinowitz, H. K., & Paynter, N. P. (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.
- 108Rabinowitz, H. K., Diamond, J. J., Markham, F. W., & Santana, A. J. (2012). The relationship between entering medical students' backgrounds and career plans and their rural practice outcomes three decades later. *Academic Medicine*, 87(4), 493-497.
- 109Rabinowitz, H. K., Diamond, J. J., Markham, F. W., & Wortman, J. R. (2008). Medical school programs to increase the rural physician supply: A systematic

- review and projected impact of widespread replication. *Academic Medicine*, 83(3), 235-243.
- 110Rodríguez, C., Belanger, E., Nugus, P., Boillat, M., Dove, M., Steinert, Y., & Lalla, L. (2019). Community preceptors' motivations and views about their relationships with medical students during a longitudinal Family Medicine experience: A qualitative case study. *Teaching and Learning in Medicine*, 31(2), 119-128.
- 111Rural Health Information Hub. (n.d.). How do career ladder programs benefit rural healthcare workers and healthcare facilities? Retrieved from <https://www.ruralhealthinfo.org/topics/workforce-education-and-training>
- 112Salvatori, P. (2006). Reliability and validity of admissions tools used to select students for the health professions. *Advances in Health Sciences Education*, 6(2), 159-175.
- 113Savickas, M. L. (2002). Career construction. In *Career choice and development* (pp. 149-205).
- 114Shipman, S. A., Wendling, A., Jones, K. C., et al. (2019). The decline in rural medical students: A growing gap in geographic diversity threatens the rural physician workforce. *Health Affairs*, 38(12), 2011-2018.
- 115Sisson, D. C., & Westra, R. E. (2011). Impact of a rural interprofessional experience in rural communities on medical and pharmacy students. *Family Medicine*, 43(9), 653-658.
- 116Soemantri, D., Karunathilake, I., Yang, J. H., Chang, S. C., Lin, C. H., Nadarajah, V. D., Nishigori, H., Samarasekera, D. D., Lee, S. S., Tanchoco, L. R., & Ponnampuruma, G. (2020). Admission policies and methods at crossroads: A review of medical school admission policies and methods in seven Asian countries. *Korean Journal of Medical Education*, 32(3), 243.
- 117Stacy, R., & Spencer, J. (1999). Patients as teachers: A qualitative study of patients' views on their role in a community-based undergraduate project. *Medical Education*, 33(9), 688-694.
- 118Strasser, R. P., Herbert, C. P., & Ventres, W. B. (2021). Learning in urban and rural communities. In J. Dent, R. M. Harden, & D. Hunt (Eds.), *A practical guide for medical teachers* (6th ed., pp. 91-99). Elsevier Health Sciences.

- 119Strasser, R., Worley, P., Cristobal, F., Marsh, D. C., Berry, S., Strasser, S., & Ellaway, R. (2015). Putting communities in the driver's seat: The realities of community-engaged medical education. *Academic Medicine*, 90(11), 1466-1470.
- 120Tanaka, K., & Son, D. (2019). Experiential learning for junior residents as a part of community-based medical education in Japan. *Education for Primary Care*, 30(5), 282-288.
- 121Tao, Y., Henry, K., Zou, Q., & Zhong, X. (2014). Methods for measuring horizontal equity in health resource allocation: A comparative study. *Health Economics Review*, 4, 1-10.
- 122UNESCO. (2012). International standard classification of education (ISCED) 2011. UNESCO.
- 123University of Washington School of Medicine. (n.d.). Retrieved from <https://www.uwmedicine.org/school-of-medicine>
- 124University of Minnesota Medical School. (n.d.). Retrieved from <https://med.umn.edu/>
- 125University of New Mexico School of Medicine. (n.d.). Retrieved from <https://hsc.unm.edu/medicine/>
- 126University of California-Davis School of Medicine. (n.d.). Retrieved from <https://health.ucdavis.edu/medical-school/>
- 127University of Nebraska College of Medicine. (n.d.). Retrieved from <https://www.unmc.edu/com/>
- 128Van Doorslaer, E., & Wagstaff, A. (1992). Equity in the delivery of health care: some international comparisons. *Journal of health Economics*, 11(4), 389-411.
- 129Walters, L., Greenhill, J., Richards, J., Ward, H., Campbell, N., Ash, J., & Schuwirth, L. W. (2012). Outcomes of longitudinal integrated clinical placements for students, clinicians and society. *Medical education*, 46(11), 1028-1041.
- 130West, P. A., Norris, T. E., Gore, E. J., Baldwin, L. M., & Hart, L. G. (1996). The geographic and temporal patterns of residency-trained family physicians: University of Washington Family Practice Residency Network. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 9(2), 100 - 108.
- 131World Health Organization. (2021). WHO guideline on health workforce development,

- attraction, recruitment and retention in rural and remote areas. *World Health Organization*.
- 132Xu, G., Veloski, J. J., Hojat, M., & Politzer, R. M. (1997). Factors influencing physicians' choices to practice in inner-city or rural areas. *Academic Medicine*, 72(12), 1026-1030.
- 133Yahata, S., Takeshima, T., Kenzaka, T., & Okayama, M. (2021). Fostering student motivation towards community healthcare: A qualitative study. *BMJ Open*, 11, e03934.
- 134Yamamoto, K., Ozaki, A., Takita, M., Morita, T., Saito, H., Senoo, Y., Tanimoto, T., & Kami, M. (2018). Negative aspects of the regional quota system in Japan. *JMA Journal*, 2(1).
- 135Yang, Y., Li, J., Wu, X., Wang, J., Li, W., Zhu, Y., Chen, C., & Lin, H. (2019). Factors influencing subspecialty choice among medical students: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 9, e022097.
- 136Yazdani, S., & Heidarpour, P. (2023). Community-engaged medical education is a way to develop health promoters: A comparative study. *Journal of Education and Health Promotion*, 12, 93.
- 137Yoo, J. E., Hwang, S. E., Lee, G., Kim, S. J., Park, S. M., Lee, J. K., Lee, S. H., Yoon, H. B., & Lee, J. E. (2018). The development of a community-based medical education program in Korea. *Korean Journal of Medical Education*, 30(4), 309-315.
- 138Zeydani, A., Atashzadeh-Shoorideh, F., Hosseini, M., & Zohari-Anboohi, S. (2024). Comparative study of the undergraduate community-based nursing curriculum in Shahid Beheshti University of Medical Sciences, School of Nursing and Linfield School of Nursing. *Journal of Education and Health Promotion*, 13, 194.
- 139Zink, T., Center, B., Finstad, D., Boulger, J. G., Repesh, L. A., Westra, R., Christensen, R., & Brooks, K. D. (2010). Efforts to graduate more primary care physicians and physicians who will practice in rural areas: Examining outcomes from the University of Minnesota-Duluth and the Rural Physician Associate Program. *Academic Medicine*, 85(4), 599-604.
- 140Zwick, R. (2017). *Who gets in?: Strategies for fair and effective college admissions*.

Harvard University Press.

- 141.후생노동성(厚生労働省). (2007). 2006년 의사·치과의사·약사 조사(医師・歯科医師・薬剤師調査の概況). 동 기관.
- 142.후생노동성(厚生労働省). (2020). 제36회 의사수급분과회 회의 자료(2020.11.18.).
- 143.자치医科大学(自治医科大学). (연도 미상). <http://www.jichi.ac.jp/>
- 144.나고야대학교 의학부(名古屋大学医学部). (연도 미상). https://www.med.nagoya-u.ac.jp/medical_E/
- 145.히로시마대학교 의학부(広島大学医学部). (연도 미상). <https://www.hiroshima-u.ac.jp/med>
- 146.츠크바대학교 의학류(筑波大学医学類). (연도 미상). <https://igaku.md.tsukuba.ac.jp/>
- 147.치바대학교 의학부(千葉大学医学部). (연도 미상). <https://www.m.chiba-u.ac.jp/>
- 148.전국의학부장병원장협회. (2018). 지역정원 입학제도와 지역의료 지원센터의 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.

ABSTRACT

A comparative study of student admission policies and educational programs of medical schools to produce rural physician workforce

This study conducted a comparative analysis of the student admission policies and educational programs implemented in medical schools in the United States and Japan for the purpose of producing rural physician workforce in order to draw implications for medical schools in Korea. This study used the literature review method and comparative education research method. Five medical schools each from the United States and Japan were selected for comparative analysis. The comparison criteria for student admission policies were as following: seat size, eligibility, selection tools and criteria, obligations associated with admission, and support for selected students. The comparison criteria for educational programs were as following: program type and duration, target participants, objectives, educational contents, and support systems for the program. Based on the educational policy borrowing model, implications for Korean medical schools were drawn from the comparison results between the United States and Japan.

The findings are as follows. First, the U.S. medical schools are similar in that they select students who are from or have ties with the state. Also, they assess academic ability, awareness of social issues, interpersonal skills, and problem-solving abilities using GPA, medical college admission test scores, letters of recommendation, interviews, and other documents related to applicants' experiences. Special admission programs of each institution were categorized into pre-med pathway, combined degree track, and in-state student educating track. They differed in terms of the eligibility, selection criteria, and support provided to selected students. The Japanese medical schools were common in that they set regional quotas, and assess applicants' academic ability, logical thinking, and

interest in community medicine through entrance exams, aptitude tests, and interviews. However, they differed in the size of the regional quota, eligibility, the amount of financial support provided, and the specifics of mandatory conditions. Second, the educational programs of the U.S. medical schools were similar in that they provided early clinical exposure, involved community physicians, and included community projects, but they varied in terms of the duration, the support system, and the linkage between student recruitment and education. Japanese medical schools were similar in terms of the location of the required Community Medicine clerkships, the support system, and whether they offered long-term programs. They differed in terms of whether they implemented early clinical exposure training, included community projects, and specified the location of the clerkship programs..

The conclusion of this study and implications for medical schools in Korea are as follows. First, U.S. medical schools select students from the state through the implementation of an autonomous admission policies, while Japanese medical schools select students who will later work as community physicians based on regional quotas according to the national policy. Second, U.S. medical schools emphasize practical experiences in medically underserved areas and primary care, while Japanese medical schools emphasize understanding of the healthcare system and interactions between students willing to work in the community. Third, while U.S. and Japanese medical schools have in common the use of selection criteria and tools to select students who are most likely to work in the community after graduation, they differ in emphasizing different aspects of the mandatory conditions support for the selected students. Fourth, the educational programs of medical schools in the United States and Japan are similar in that community members engage in education, but they differ in the support system for the programs. It is important to ensure the continuity between student recruitment and

education for producing rural physician workforce in Korean medical schools, establish the partnership between the medical school and the community, and monitor the performance of student admission policies and educational programs.

Key words : rural physicians, student admission policies, educational programs, comparative education research