

노인의학전문의 제도에 대한 인식도

연세대학교 보건대학원

병원 행정학과

이 영 진

노인의학전문의 제도에 대한 인식도

지도 유 승 흠 교수

이 논문을 보건학석사 학위논문으로 제출함

2005년 12월 일

연세대학교 보건대학원

병원 행정학과

이 영 진

이영진의 보건학 석사학위논문을 인준함.

심사위원 _____ (인)

심사위원 _____ (인)

심사위원 _____ (인)

연세대학교 보건대학원

2005년 12월 일

감사의 글

이 논문이 완성되기까지 많은 분들의 도움과 격려가 있었기에 자그마한 결실을 맺게 되었습니다.

먼저 학문적 업적이 높으신 유승흠 원장님께 논문지도를 받게 된 것을 크나큰 영광으로 생각하며 강의실이나 사석에서도 항상 지도와 격려를 아끼지 않으시고 좀 더 많은 것을 주시고자 하셨던 원장님께 깊은 감사의 마음을 드립니다. 그리고, 항상 자상하신 지도와 격려를 아끼지 않으시며 논문 심사를 맡아주신 이윤환 교수님과 오현주 교수님께도 감사의 마음을 전해 드립니다.

멀리 원주에서 신촌까지 학업을 할 수 있도록 마음의 배려를 아끼지 않으셨던 정윤섭 대표이사님과 직장 동료 여러분들 또한 숨은 후원자이십니다. 특히 마음으로 너무나 많은 도움을 준 후배 강민정에게 고마움을 전합니다.

설문을 할 수 있도록 도와주시고 많은 정보와 독려를 아끼지 않으신 대한노인병학회 윤종률 교수님과 대한임상노인의학회의 조주연 교수님께 깊은 감사의 마음을 전하지 않을 수 없습니다. 또한 설문에 응해 주신 두 학회의 회원 여러분들께도 감사를 전합니다.

돌이켜 보면 논문이라는 것이 결코 개인만의 연구 업적이 아님을 실감하게 됩니다. 학문적인 도움을 주신 분들도 계시고, 힘들고 지쳐있을 때 어깨 토닥여 주며 힘을 북돋아 주신 분들도 계십니다.

항상 음으로 양으로 저를 지켜봐 주시고 안타까워하시는 부모님과 가족들을 생각하면 눈시울이 뜨거워짐을 어찌할 수 없습니다.

끝으로 지금처럼 그리고, 앞으로도 저를 믿고 후원해 주실 부모님과 가족들에게 이 논문을 바칩니다.

이 영 진 올림

차 례

국문요약	v
I. 서 론	1
1. 연구의 필요성 및 의의	1
2. 연구의 목적	3
II. 연구의 이론적 배경	4
1. 고령화 사회와 노인 의료수요 증대	4
2. 노인의학전문의의 필요성	11
III. 연구방법	17
1. 연구모형	17
2. 외국의 노인의료시스템 및 노인의학전문의제도 비교	19
3. 의료인의 인식도 실태조사	19
IV. 결 과	23
1. 외국의 노인의료시스템 및 노인의학전문의제도 비교	23
2. 의료인의 인식도 실태조사에 대한 결과	46
V. 고 찰	57
1. 연구 방법에 대한 고찰	57
2. 연구 결과에 대한 고찰	58

V. 결 론	64
참고문헌	68
부록 1. 설문지	73
부록 2. 부표	79
Abstract	90

표 차례

표 1. 우리나라 평균수명 추이 : 1960 ~ 2050	5
표 2. 노인인구의 증가 추이	6
표 3. 인구 고령화 속도 추이 국제비교	7
표 4. 의료보험에서의 노인의료비 증가추이	10
표 5. 건강보험청구 다빈도 입원 10대 상병	14
표 6 건강보험청구 다빈도 외래 10대 상병	15
표 7. 추계노인환자수에 기초한 의사수의 장래추계	16
표 8. 변수의 내용	21
표 9. 각국의 노인의료시스템 및 노인의학제도 비교	45
표 10. 표본의 인구통계적 특성	47
표 11. 노인질환 수가 분리 의견에 대한 분석	48
표 12. 노인요양보험제도에 대한 의견	49
표 13. 노인의학전문의 과정 개설 필요성	50
표 14. 노인의학전문의 제도의 장애요인	51
표 15. 노인의학전문의의 역할에 대한 분석	52
표 16. 노인전문인력 양성의 기본전제	53
표 17. 노인의학전문의 자격부여 주체	54
표 18. 노인의학전문의 수련기관에 대한 분석	55
표 19. 노인의학전문의 자격취득 방법	56

그림 차례

그림 1. 연구의 모형	18
--------------------	----

부표 차례

부표 1. 노인병인정의 취득 후 활용도에 대한 분석	79
부표 2. 학회 가입동기에 대한 분석	80
부표 3. 내원 환자 중 노인환자의 비율에 대한 분석	81
부표 4. 노인환자 외래 진료시간에 대한 분석	82
부표 5. 노인환자와 비노인환자의 진료체계에 대한 분석	83
부표 6. 노인환자 치료시 목표치에 대한 분석	84
부표 7. 노인환자 치료 후 보람정도에 대한 분석	85
부표 8. 노인급여비 지원방안 의견에 대한 분석	86
부표 9. 동일 수가 체계 만족도에 대한 분석	87
부표 10. 노인의학전문의의 양성을 위한 기본조건	88
부표 11. 노인의학전문의 개설 시 노인병인정의 자격증	89

국 문 요 약

이 연구는 급격히 증가하는 노인질환자의 치료에 있어서 효과적이고 전문적으로 치료할 전문의료인력 중 의사인력에 대한 질적 향상 및 전문화를 기할 수 있는 방법으로 노인의학전문의 제도에 대한 의사들의 인식도를 알아보고 노인의학전문의 제도의 도입 방안에 대하여 논의하고자 하였다. 또한 외국의 노인의료시스템과 노인의학교육 및 노인의료전문인력 현황을 문헌고찰을 통해 검토하여 현재 우리나라의 현실과 비교해 보았다. 그리고 노인의학전문의에 대한 의료인의 인식도 실태조사를 위해 대한노인병학회와 대한임상노인의학회의 회원에게 설문을 실시하여 그 결과를 분석하였다. 이 연구의 주요결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 외국의 노인의료시스템과 현황을 검토한 결과 미국을 제외한 프랑스, 이태리, 네덜란드, 스페인, 일본, 영국 등의 나라에서 국가보건시스템으로 노인의료를 담당하며 총체적인 의료서비스를 제공하고 있었다. 특히 영국은 국민보건서비스(NHS)에 의해 병원 및 의료인력을 국영화 하여 국가에서 관리하는 시스템으로 의료에 있어서는 총체적인 무료 서비스를 제공하며, 일본에서는 개호보험을 미국에서는 Medicare Program으로 노인의료보장 시스템을 운영하고 있었다.

둘째, 외국의 노인의료 전문인력 양성에 있어서 노인의학 교육은 대학에서 노인의학전문과를 개설해 전문가를 양성하는 방법과 내과나 가정의학과 등의 전문의 자격자 중 추가의 수련 및 시험을 통해서 노인의학전문의를 배출하고 있었다. 이중 영국은 1940년대부터 노인의학 전문과를 개설하

여 운영해 오고 있었으며 네덜란드는 임상노인의학과 장기요양기관전문가
로 이분되어 양성되고 있었다. 노인의학전문의 도입 배경을 살펴보면 각국
의 의료계나 정부에서 노인의학의 중요성 인지 정도에 따라 전문가 양성
제도 및 도입 시기 등에 차이가 있었다.

셋째, 의료인의 인식도 실태조사에 대한 결과로는 조사대상자의 특성 중
근무지는 2/3차 의료기관(46%), 1차 의료기관(37.3%), 그 외 노인전문병원
/요양소(7.4%), 보건소(6.5%), 기타(2.7%)의 순이었고, 전공별로는 내과, 가
정의학과가 단일과로는 가장 많았으며, 외과계열, 재활의학과, 정신과 등의
순이었다.

보험급여에 대한 결과는 현재 보험수가에 불만족이 70%에 이르렀으며,
노인의학전문의 제도에 대한 설문 결과로는 필요성 인식이 대다수였으나
신경과에서는 반대 의견이 62.1%로 조사되었다.

노인의학전문의 제도의 장애요인으로서는 의료인 내부의 인식부족이라는
의견이 높았으며, 자격취득 방법에서는 내과, 재활의학과, 외과계열에서는
각 전공의 전문의 취득 후 연수/시험을 거쳐 취득하는 방법을, 가정의학
과에서는 전문의 취득 후 추가과정을 거쳐야 한다는 의견, 일반의는 별도
전문과목을 개설해야 한다는 의견으로 분석되었다. 노인의학전문의의 역할
에 대한 분석은 일차의료담당자, 교육/자문의사 역할, 장기요양 관리담당
자 순이었다.

이상의 연구 결과를 근간으로 할 때 다음과 같은 결론을 얻을 수 있다.

첫째, 노인의학의 전문성과 노인의학전문의의 필요성에 대한 인식의 확
산이다. 모든 의학 분야에 노인의학 개념의 확산은 기본적으로 이루어져야

한다. 노인병의 임상적 특성 및 정신적, 사회적, 경제적인 문제들을 함께 고려하여 노인환자를 치료하고 관리해야한다는 인식을 전 의료계가 공감하고 이에 대응할 노인의학전문의의 필요성을 인지해야 한다.

둘째, 노인의학전문의의 역할 정립이다. 노인의학전문의는 노인의료팀의 일원이면서 리더의 위치를 가지고 조정자 역할을 해야 한다. 또한 급성기 진료 및 노인평가팀을 담당하면서, 교육수련을 책임지고, 지역사회에서는 장기요양기의 노인 치료를 기타 인력들과 함께 담당하는 것이 바람직 할 것으로 보인다.

셋째, 노인의학전문의의 양성을 위한 제도적 마련이다.

노인의학전문을 양성하기 위해서는 전문의 자격부여의 주체선정, 수련 기관, 자격 부여 방법 등의 제도적 마련이 수반되어야 할 것이다.

우리나라의 노인의학전문의제도를 도입하기 위해서는 이 연구에서 이루어진 해외 각국의 노인의료시스템 및 노인의학교육현황 및 노인의학전문의 제도 비교 고찰 결과를 바탕으로 의료인의 인식도 실태분석을 좀 더 확대하여 정부 차원에서 각 노인의학 관련 학회, 의과대학 관계자 등 의료계의 좀 더 폭 넓은 의견 수렴과 제도적 고찰의 과정이 필요할 것으로 판단되며 향후 이러한 논의들이 구체화 될 것으로 전망 된다.

핵심되는 말 : 노인, 노인의학전문의, 인식도, 노인병, 노인의학, 의료체계, 의료정책

I. 서 론

1. 연구의 필요성 및 의의

21세기를 맞이하면서 우리나라의 고령인구 증가는 OECD 국가에서 그 유례를 찾아볼 수 없을 정도로 빠르게 진행되었다. 이는 고령인구가 점차 증가하여 노인문제를 준비하는 여타의 나라에 비해 갑작스런 사회적 문제로 대두되기에 이르렀다.

선행 연구들(유승흠, 1990; 김수춘, 1992; 나기숙, 1994; 문옥륜, 1995)들에서 노인보건의료체계 및 전달, 노인의료비에 관한 대책 등에 관하여 논의 되어 왔으나 최근 들어서 노인문제에 대한 심각성이 더욱 강조되고 있는 실정이었다. 우리나라의 경우 노인 보건의료문제는 기존 병·의원의 의료 체계 속에서 부분적으로 해결되고 있었으며, 타 연령층에 비하여 높은 의료비 상승과 의료이용률이 증가하고 있음에도 불구하고 노인건강요구를 충족시킬 수 있는 다양한 의료공급체계나 인력이 아직 개발되지 못한 실정이었다(임종규, 2001).

노인은 한 가지 이상의 질병을 앓고 있고, 질병에 대한 관리를 하지 않으면 급진적으로 기능이 퇴행하거나 질병의 합병증 또는 치료부작용이 높게 발생되며, 재활서비스가 반드시 필요 하는 등 타 연령층과는 다른 양상의 건강문제를 갖고 있다(임종규, 2001). 노인의 질환은 복합적이고도 만성적 성격을 가지고 있어 급성기 의료와 장기요양, 재활 등 만성기 의료

상호 연계 제공되어야 한다(이태근, 2002). 그러나 건강보험의 틀 내에서 급성기 의료중심으로 발전되어온 현 체계 내에서는 만성기 의료 대상 노인이 불필요하게 병원에서 고비용 치료를 받는 등 상호 연계체계의 구축이 부족하였다(고양곤, 1999). 따라서 상호 효율적인 연계와 질환노인의 일상생활을 지원하는 사회복지서비스와의 연계가 아우르는 역할을 수행하기 위하여 노화과정, 장수학, 노인병 등 노인의 특성에 대한 전문적인 지식을 갖춘 인력이 필요로 하게 되었다. 이러한 전문인력을 통하여 노인환자의 특성을 종합적이고 다차원적인 측면에서 파악하고 치료하며, 지역사회내 복지자원간 연계적 서비스체제에서도 중추적인 역할을 수행할 수 있도록 하여야 한다(김문실, 2004). 여기서 노인병 전문인력은 노인에게 나타나는 만성병과 복합적인 질병을 취급하는 전문가로서 치료에 부가하여 노인의 건강을 유지하고 생활수행능력을 도와 자립과 삶의 질을 높이는 기능에 역점을 두고 육체적, 정신적 및 사회적으로 종합적인 접근을 해야 한다(장정숙, 2002). 특히 노인의학전문의의 역할은 노인질환에 대한 체계적 평가와 치료계획의 수립과 실행 등 전반적인 관리자 역할을 수행하며 향후 공적 노인요양보호 체계가 구축될 경우에는 요양보호가 필요한 대상의 판정 및 장애등급 설정 등의 역할이 요구될 것이다. 그러나 현재 노인병원이나 노인전문클리닉, 노인요양전문기관 등에서의 의료인력 구성은 아직까지 그 전문성이 담보되지 못한 상황으로 검토되었다(오성광, 1997). 이에 대한노인병학회와 대한임상노인의학회에서는 노인병 치료의 전문성을 기하고자 대한노인병학회에서는 '노인병인정의'제도를, 대한임상노인의학회에서는 '노인의학 전문인정의'제도를 실시하고 있는바 노인질환전문의료 인력의 양성에 많은 역량을 지니고 있다고 할 수 있겠다.

2. 연구의 목적

급격히 증가하는 노인질환자를 효과적이고 전문적으로 치료할 의사인력에 대한 질적 향상 및 전문화를 기할 수 있는 방법으로 노인의학전문의 제도의 도입 방안을 제시해 보고자 하였다.

이 연구의 구체적 목적을 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 외국의 노인의학전문의 제도를 비교한다.

둘째, 대한노인병학회, 대한임상노인학회 회원을 중심으로 노인의학전문의 제도에 대한 의료인의 실태조사를 실시한다.

셋째, 노인의학전문의 제도의 필요성을 인식하고 한국적 노인의학전문의 제도에 대한 도입 방안을 제시한다.

II. 연구의 이론적 배경

1. 고령화 사회와 노인 의료수요 증대

1) 노인 인구의 증가

우리나라는 경제성장과 보건의료기술의 발전, 건강에 대한 관심증대 등에 따라 남·여 모두 평균수명이 늘어나고 있으며, 1960년에 52.4세에 불과하던 전 국민의 평균수명이 1970년에는 63.2세로, 1980년대 65.8세, 1990년 71.6세 그리고 2000년에는 75.9세까지 늘어났다(통계청, 2005). 추계자료에 따르면 평균수명은 2010년 78.8세를 거쳐 2020년에는 80.7세, 2030년 81.5세, 2040년 82.3세, 2050년 84.0세까지 늘어날 것으로 예측되고 있다(표 1).

표 1. 우리나라 평균수명 추이 : 1960 ~ 2050

(단위 : 세)

연도	평 균 수 명			차이
	계	남	여	
1960	52.4	51.1	53.7	2.6
1970	63.2	59.8	66.7	6.9
1980	65.8	62.7	69.1	6.4
1990	71.6	67.7	75.7	8.0
2000	75.9	72.1	79.5	7.4
2010	78.8	75.5	82.2	6.7
2020	80.7	77.5	84.1	6.5
2030	81.5	78.4	84.8	6.5
2040	82.3	79.2	85.5	6.3
2050	83.9	80.0	86.2	6.3

자료 : 통계청, 「장래인구추계」, 2005

노인인구 증가 추이에 따른 부양비(표 2)를 보면 2000년 부양연령층 100명이 부양해야하는 노년부양비는 10명에서 2026년에는 30명으로 3배 이상 증가할 것으로 전망 되었으며, 노령화지수는 2000년 34.3에서 2026년 155.9로, 유년인구 100명당 노령인구가 156명이 되어 노령화가 매우 급속히 진전될 것으로 전망되었다(통계청, 2005).

표 2. 노인인구의 증가 추이

(단위 : 천명)

연도	총인구	65세이상	구성비(%)	노년부양비	노령화지수
1960	25,012	726	2.9	5.3	6.9
1970	32,241	991	3.1	5.7	7.2
1980	38,124	1,456	3.8	6.1	11.2
1990	42,869	2,195	5.1	7.4	20.0
2000	47,008	3,395	7.2	10.1	34.3
2002	47,640	3,772	7.9	11.1	38.5
2003	47,849	3,975	8.3	11.6	41.5
2010	49,219	5,354	10.9	14.9	66.8
2019	49,949	7,453	14.9	20.6	116.5
2020	49,956	7,820	15.7	21.8	132.2
2026	49,771	10,356	20.8	30.8	178.7
2030	49,329	11,898	24.1	37.3	214.8
2040	46,743	14,940	32.0	55.2	316.6
2050	42,347	15,793	37.3	69.4	415.7

주 : 1) 노년부양비=(65세이상인구)/(15~64세인구)x100

2) 노령화지수=(65세이상인구)/(0~14세인구)x100

자료 : 통계청. 「장래인구추계」, 2005

이미 고령화 사회에 진입한 우리나라는 2002년 발표된 통계청의 장래인구 추계에 의하면, 기존의 추계보다도 빠른 속도로 인구고령화가 진행되어 2017년이면 노인인구가 14.9%로 고령사회(Aged Society)가 될 것으로 예측되었고 이러한 급속한 고령화는 지속적으로 이루어져 2025년에는 초고령

사회(Super Aged Society)로 노인인구가 총인구의 20%를 넘고, 2050년이
 면 37.3%를 차지할 것으로 전망되었다. 이는 표 3에서 보는 바와 같이 노
 인 인구의 비율이 7%에서 14%에 도달하는 데 소요되는 기간이 18년에 불
 과하고 14%에서 20%에 달하는 데는 이보다 더 짧은 8년이 소요될 것임을
 보여주는 것인데, 급속한 고령화를 경험한 일본의 24년과 12년에 비하여
 각각 6년과 4년씩 빠른 것이라 할 수 있다.

표 3. 인구 고령화 속도 추이 국제비교

나라명	도달연도			소요연수	
	7%	14%	20%	7%→14%	14%→20%
한국	1999	2017	2025	18	8
일본	1970	1994	2006	24	12
미국	1942	2014	2030	72	16
독일	1932	1972	2010	40	38
영국	1929	1976	2020	47	44
이탈리아	1927	1988	2008	61	20
프랑스	1864	1979	2019	115	40

자료: 일본 국립사회보장·인구문제연구소(2003), 인구통계자료집

통계청, 「장래인구추계」, 2005

대부분의 선진국인 OECD 회원국 30개 국가의 총인구는 1960 ~ 2000년
 까지 48.4% 증가하였는데 이중 70%이상 증가한 국가는 멕시코(163.6%),
 터키(140.8%), 한국(89.9%) 호주(86.5%), 캐나다(72.1%) 등 5개국 순이었다

(장영식, 2001). 세계의 모든 국가에서 노인인구의 증가가 예상되고 있고 세계에서 유래를 찾아볼 수 없을 정도로 빠른 노인인구의 증가속도에 맞추어서 노인의 질환이나 보건의료문제도 더욱 심각하고 빠르게 도래하여 사회적인 문제화가 될 것으로 예견되어 그에 대한 대비가 필요하다고 볼 수 있다.

2) 노인병질환의 특성

노인질환이란 갱년기에 잘 발생하는 만성·퇴행성 질환으로 소위 성인병과 암, 그리고 심인성질환 등을 말하는데 이외에 노령과 노쇠에 관련된 일련의 비가역성 만성퇴행성 질환, 기능장애, 허약 및 불구 그리고 무능력 상태 등이 포함되었다. 노인질환은 발병시기가 불확실하며, 질병관리에 오랜 기간을 요하는 경우가 대부분이고, 현재까지 근본적 치유가 불가능한 질환이 많았다. 노인병 혹은 성인병으로 지칭되는 질병들은 병원균에 의한 병이 아니었고 내장의 각 기관이 오랜 시일의 사용으로 지쳐버린 결과라고 할 수 있다(대한노인병학회, 2002).

특히, 노령화에 따른 노인성질환의 특징은 증상이 거의 없거나 애매하여 자칫 오진하기 쉬우며, 노화와 구분 어렵고, 단독으로 발생하는 경우가 드물며 만성적이고 퇴행적인 경과를 보이는 경우가 대부분이었다. 여러 질병이 공존하며 예비능 및 신체반응 능력의 손상, 한 질병이 다른 손상을 촉진 시키는 등의 증상의 비전형성을 보이며, 약물 부작용의 증가, 질병의 발생으로 인지가능의 저하, 요실금, 낙상 및 신체 불안정성, 식욕저하, 활동력 저하 등의 기능장애를 동반하기도 하였다(대한노인병학회, 2002).

이외에도 의학외적인 요인과 관련해서는 은퇴, 독거생활, 역할상실 등의 사회적 요인, 주거변화, 주거환경 열악 등의 환경적 요인, 소득상실, 빈곤, 의료보장 등의 경제적 요인, 우울, 불안 등의 정신적 요인 등으로 인하여 질병의 발생할 수 있고 이러한 요인들이 질병을 악화 시킬 수 있었다(대한 노인병학회, 2002).

3) 노인의료비의 증가

노인인구의 증가와 노인성질환의 유병율의 증가는 노인 의료비의 기하급수적인 증가를 가져올 수 있다. 표 4에서 보면 65세 이상 노인의료비중 요양급여비용은 1995년 7,281억 원에서 2000년 2조 2,893억 원으로 3.1배, 공단부담금은 1995년 4,958억 원에서 2000년 1조 6,068억 원으로 3.2배 증가하였다. 1995년도와 2000년도의 연평균증가율을 비교하면 전체 의료비는 16.0%(공단부담금 17.5%) 증가하였으나, 65세 이상 노인 의료비는 24.8%(공단부담금 26.0%)의 증가율을 보이고 있다. 전체 요양급여비용 중 노인 의료비가 차지하는 비중은 1995년도 12.2%(공단부담금 12.6%), 2000년도 17.4%(공단부담금 17.9%)로 증가하였다.

표 4. 의료보험에서의 노인의료비 증가추이

(단위 : 백만원)

연도	전체진료비 (증가지수)	노인진료비 (증가지수)	노인의료비 구성비(%)
1985	583,278(100)	27,515(100)	4.7
1990	2,219,773(381)	239,173(869)	8.2
1995	5,977,453(1,025)	728,137(2,643)	12.2
2000	13,140,959(2,233)	2,289,300(8,320)	17.4
2004	22,506,038(3,859)	5,136,413(1,867)	22.8

자료 : 건강보험관리공단, 「의료보험통계연보」, 1985~2004

4) 노인요양보장제도의 도입

정부는 노령화에 수반하여 발생하는 심신의 변화와 이에 기인한 질병 등에 의해 개호를 필요로 하는 자 등이 자신의 가진 능력에 부응하여 스스로 일상생활을 영위할 수 있도록 필요한 보건의료서비스 및 복지서비스에 관련되어 급여를 실시함으로써 국민의 보건의료 향상 및 복지 증진을 도모하고자 노인요양보호제도(장세철, 2002)를 2007년부터 실시하는 정책을 세우고 2005년 7월부터 시범사업을 시작하였다.

노인요양보장제도 도입함으로써 첫째, 요양보호 수요의 대폭 증가를 가져올 수 있다. 특히 대상의 확대, 비용부담 완화, 서비스 충실화요구 등에 의거 시설수요의 많은 증가를 가져올 수 있을 것이다. 둘째로는 이용 및 비용지불 패러다임의 전환으로 요양분야의 경쟁체제 구축이 요구 될 것이며 예상되는 경쟁

대상으로는 선택·계약방식, 등급별 수가체계, 보험자 심사지불 등이 있을 수 있겠다. 셋째로는 민간 사업자의 적극적인 참여에 의한 공급체계의 다원화·고급화를 가져올 수 있다. 여기에는 사회복지법인 중심에서 개인, 민간, NPO(Non-Profit Organization : 민간비영리단체) 등 다양한 공급주체 참여가 있을 수 있다. 넷째로 다양한 전문인력 참여 및 보건의료복지의 팀 접근 방식으로서의 전환이 필요하겠다(장병원, 2003).

2. 노인의학전문의를의 필요성

1) 노인의학전문의를의 정의

Geriatrician의 어원을 해석하면 그리스어로 geron은 old man, geros는 old age, iatros는 physician을 의미하는 것으로 Geriatrician은 나이든 환자들을 치료하는 의사라는 뜻으로 풀이할 수 있다(Papper와 Reeve, 1984).

노인의학전문의는 노인의학 파트에서 어떠한 역할을 하는 것인지 알아볼 필요가 있겠다.

첫째, 노인의학전문의를를 필요로 하는 사람들은 누구인가 하는 것이다. 노인병치료의 목표 인구는 단순히 나이가 많은 사람이 아니라 환자의 기능적인 상태에 의해 분류된다. 바람직하지 못한 생활방식 또는 만성질환 등으로 인해 뜻하지 않은 노화가 올 수 있으나 65세 이상의 연령에서는 신체적, 정신적 문제들 때문에 노화가 발생한다. 사회적 소외 계층, 사회적

부적응계층, 최근에 가족과 사별한 사람, 일시적 또는 영구적 정신질환자, 잦은 병원 입원 환자 등은 재택요양 서비스, 영양학적, 사회적, 법률적 또는 기타 서비스가 필요하다. 75세 이상의 연령층은 자주 위에 열거된 상황에 분류되며 75세 이상의 인구는 빠른 속도로 증가하고 있다.

둘째, 노인의료는 총체적인 시스템이다. 위에서 열거된 인구층의 복합적인 건강문제에 직면하게 된 환자들의 노인건강 치료시스템은 특별하게 구성되어야 한다. 노인병 치료는 총체적으로 접근해야 하며 포괄적인 의료와 심리사회적인 평가가 함께 수반되어야 하는 것이다. 노년학의 개념은 단순히 생리학적인 진행에 의한 과정이 아니라 생명사회심리학적 측면에서 바라보아야 한다는 것을 의미한다. 노인병환자들을 치료하기 위해서는 각 분야의 의료 전문가로 구성된 전문분야 팀이 필요하다. 이 팀은 노인의학전문, 숙련된 간호사, 조무원, 사회복지사 등이 핵심으로 구성되고, 정신과 의사, 언어치료사, 영양사, 치과의사, 법률가, 성직자 등이 상호보완적인 팀으로 구성되며 이 팀은 노인환자들을 포괄적으로 사정하게 된다.

노인의학전문은 노인병 사정팀과 노인병 의료서비스의 리더와 조정자 역할을 한다. 이는 노인병질환자의 일차적인 치료를 담당함과 동시에 노인병을 평가하고 각 구성원들을 조정하는 역할을 의미한다.

셋째, 노인병학은 특수한 전문분야이다. 노년학 또는 노화에 대한 연구는 노인병학이라는 기초과학 위에 노화와 그것의 복잡한 관리에 관심이 있는 특별한 지식을 가진 의사인 노인의학전문에 기초한다. 노인환자는 낙상, 정신질환, 요실금, 불안, 의원성질환 등을 만성적이고 복합적으로 나타내며 치료에 있어서는 노인의학전문에 특별한 기술과 역량이 필요하다. 노인병 환자와의 의사소통 능력, 환자의 가족에게 종합적인 환자 관리

계획에 대한 조언, 사회복지 기관 및 위원회의 조정자 등의 특별한 능력이 필요하다(Portnoi, 1980).

2) 노인의학전문의의 필요성

2004년에 실시한 전국 노인생활실태 조사에 따르면 전체 노인의 90%가 만성질환을 한 가지 이상 앓고 있으며 만성질환으로 인하여 기본적인 일상생활수행능력(ADL : Activities of Daily Living)과 수단적 일상생활수행능력(IADL : Instrumental Activities of Daily Living)에 제한이 있는 것으로 조사 되었고 인지능력의 장애, 정신적 장애, 약물 과다 복용 등이 있는 것으로 보고되고 있다(정경희 등, 2005).

노인인구의 증가는 곧 만성질환을 가진 인구집단이 증가한다는 것과 같은 의미가 있다. 그에 따라 노인들의 의료이용률 또한 급격하게 증가하게 되어 노인의료비의 증가속도는 전체 의료비 증가속도의 2배에 달할 수 있다. 노인에게 발생하는 질환의 대부분이 만성퇴행성 질환이며, 이는 그대로 만성질환의 유병률 증가와 기능장애 발생증가 및 사망원인으로 직결될 뿐만 아니라 실제로 우리나라 주요 사망원인 질환(암, 뇌혈관질환, 심장질환, 당뇨병, 간질환 등)의 순위는 65세 이상 노인인구 집단에서의 사망원인 질환의 종류 및 순위와 대부분 일치하는 것을 확인할 수 있다.

표 5에서 보는 바와 같이 건강보험 입원환자 다빈도 상병을 보면 65세 미만과 전체 연령층의 10순위까지의 상병은 주로 급성질환이고 통상 1주 이내에 진료가 종료되는 질환(분만, 치핵, 급성충수염 등)이지만 65세 이상 고령층은 10순위까지의 상병 모두가 만성질환이면서 장기진료 또는 요양을 필요로 하는 상병이었다(건강심사보험평가원, 2002).

표 5. 건강보험청구 다빈도 입원 10대 상병

순위	전 체	65세이상
1	단일자연분만	노인성 백내장
2	제왕절개	뇌경색(증)
3	치핵	기관지 및 폐 악성신생물
4	노인성 백내장	기타 만성폐쇄성폐질환
5	상세불명 병원체의 폐렴	위의 악성 신생물
6	급성중수염	대퇴골 골절
7	감염성기원으로 추정되는 설사 및 위장염	인슐린-비의존성 당뇨병
8	정신분열증	상세불명 병원체의 폐렴
9	기타 추간관 장애	간 및 간내담관의 악성신생물
10	뇌경색(증)	본태성(원발성) 고혈압

자료 : 건강보험심사평가원, 「2002년 상반기건강보험통계자료」, 2002

건강보험 외래환자의 다빈도 상병을 보면 표 6과 같으며 입원에서와 동일하게 외래 통원치료를 받는 경우에도 고령층은 주로 만성질환이면서 장기진료를 필요로 하는 상병 구성이며 급성 비인두염, 위염 및 십이지장염, 치수 질환, 급성 기관지염은 전 연령층에 모두 발생하는 다빈도 상병임을 알 수 있었다(건강심사보험평가원, 2002).

표 6. 건강보험청구 다빈도 외래 10대 상병

순위	전체	65세이상
1	급성기관지염	본태성(원발성) 고혈압
2	다발성 및 상세불면부위의 급성상기도 감염	배통
3	급성편도염	무릎관절증
4	본태성(원발성) 고혈압	인슐린-비의존성 당뇨병
5	급성 비인두염	급성 비인두염
6	치수 및 치근단 주위조직의 질환	위염 및 십이지장염
7	급성 비인두염	치수 및 치근단 주위조직의 질환
8	치아우식증	급성기관지염
9	치은염 및 치주질환	기타 관절염
10	위염 및 십이지장염	노인성백내장

자료 : 건강보험심사평가원, 「2002년 상반기건강보험통계자료」, 2002

의료서비스를 제공하는 의사의 측면에서 볼 때 노인인구의 증가는 곧 노인환자의 증가로 연결될 수 있으며 노인환자들은 비노인환자들에 비해 관리가 어려운 것이 현실이다. 의사소통의 어려움, 애매한 증상과 징후에 의한 진단의 어려움, 약물 부작용 발생빈도 증가(조경환, 1998)에 따른 치료의 어려움, 치료 후 결과 예측의 어려움, 기능장애의 위험 등에 의해 상당수 의사들이 곤혹스러움을 느끼는 경우가 많았다. 따라서 이렇게 복합적인 신체적, 정신적 질환을 가지고 있고 노인환자들을 일차적인 치료 뿐 아니라 총체적으로 관리할 전문인력인 의사의 역할은 매우 중요하다고 하겠다.

3) 노인인구의 의료수요에 따른 필요의료인구의 추계

노인인구의 의료수요에 따라 필요한 의료인력을 산출하는 의료요구도추계(Health Need Method)에 의해 진료생산성을 기초로 하여 노인의료전문 의의 필요 인력을 추계한 자료는 표7에서 보는 바와 같으며(문옥륜, 1991), 의사의 1일 진료생산성을 의료서비스의 질적 측면을 고려하여 입원 17명, 외래 51명으로 간주한 장래 추계 산출 자료에 따르면 2010년에는 8,810명 정도의 노인전문 의사인력이 요구되는 것으로 산출하고 있다. 이는 2000년 필요 의사인력의 2배에 가까운 수치이다.

표 7 . 추계노인환자수에 기초한 의사수의 장래추계

(단위 : 명)

구분	입원		외래		계	
	가정1	가정2	가정1	가정2	가정1	가정2
1992	941	901	1,567	1,436	2,508	2,338
1994	1,100	1,051	1,866	1,742	2,966	2,793
1996	1,276	1,214	2,212	2,008	3,488	3,222
1998	1,476	1,395	2,620	2,326	4,096	3,757
2000	1,702	1,597	3,101	2,769	4,802	4,365
2005	2,351	2,163	4,299	3,797	6,650	5,960
2010	2,020	2,745	5,790	4,821	8,810	7,566

- 1) 진료생산성 : 의사의 1일 진료생산성을 입원17명, 외래51명으로 간주
- 2) 가정1 : 지역의료의 수료율을 직장의료와 같다고 가정한 경우
- 3) 가정2 : 지역의료의 수료율을 공교의료와 같다고 가정한 경우

III. 연구방법

1. 연구모형

앞장에서 기술한 연구목적을 달성하기 위한 연구의 모형을 제시하면 그림 1과 같다. 우리나라 노인의학 현황을 문헌고찰을 통해서 파악한 후, 외국의 노인의료시스템 및 노인의학제도를 문헌고찰을 통해서 비교분석하고, 의료인의인식도 실태분석을 위하여 대한노인병학회와 대한임상노인학회 회원을 대상으로 e-mail을 통한 설문을 배포·회수하였으며 수집된 자료는 교차분석을 실시하여 분석하였다. 또한 외국의 현황비교 자료와 의료인의 실태 조사 결과를 바탕으로 우리나라의 시사점을 검토하여 최종적인 결론을 도출하는 과정으로 구성되었다.

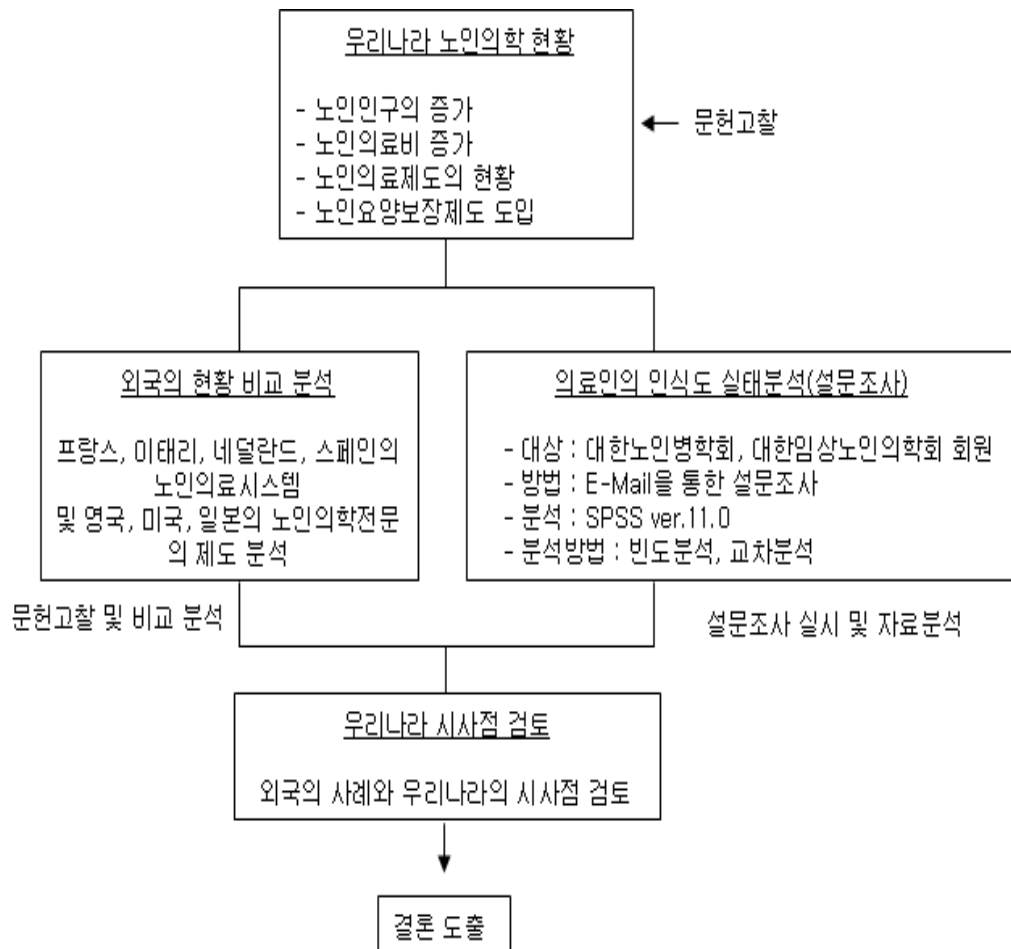


그림 1. 연구의 모형

2. 외국의 노인의학시스템 및 노인의학전문의 제도 비교

외국 여러 나라의 노인의학시스템 및 노인의학전문의 제도를 비교 분석하기 위해서는 문헌고찰을 기초로 하여 연구를 수행하였다.

의학 및 보건 관련 문헌을 검색하기 위해서 우선 보건의료 전문 검색사이트인 PUBMED(www.ncbi.nlm.nih.gov)에서 국외 문헌을 검색하였고, 국내 문헌은 보건연구정보센터(www.richis.org), 노인의학관련 학회 및 보건사회연구원, 국립중앙도서관 등의 홈페이지를 통해 학술지, 단행본, 국가정책연구발표자료 등을 중심으로 문헌 검색을 시행하였다.

주요 검색 주제어는 노인의학전문의, 노인병전문의, 노인의학, 노년학, 노인의료, 노인의료시스템, geriatric, geriatrician, gerontology, older person, health care system, geriatric education, geriatric program 등의 용어들을 사용하여 검색하였다. 국내자료는 국문과 영문 주제어를 모두 사용하였고, 국외 자료는 영문 주제어만을 사용하였다.

3. 의료인의 인식도 실태조사

1) 연구대상의 선정

한국의 노인의학전문의 제도 도입을 위해 의료인들의 인식도를 실태분석하기 위해 설문조사를 실시하였다. 연구 대상은 대한노인병학회, 대한임

상노인의학회의 회원을 중심으로 조사하였다.

선정 이유는 첫째, 전 의료인에 대한 노인병전문의 제도에 대한 의견을 조사하는 것이 가장 바람직하겠으나 노인질환에 관심이 있는 의료인을 중심으로 조사하는 것이 질적 접근에 있어 효과적인 결론을 도출할 수 있기 때문이었다. 둘째, 현재 대한노인병학회에서는 '노인병인정의'제도, 대한임상노인의학회에서는 '노인의학 전문인정의'제도를 실시하고 있는바, 각기 다른 제도를 추구하는 학회 회원들의 의식조사가 향후 노인병전문의 제도가 실시될 경우 중요한 기초 자료가 될 수 있기 때문이다.

2) 연구자료 수집

노인병학회와 대한임상노인의학회에서 수집한 자료는 다음과 같은 과정을 거쳐 모았다.

대한노인병학회와 대한임상노인의학회의 협조를 얻어 학회 회원에게 E-MAIL로 설문내용을 발송 하였다.

E-Mail 메일발송 기법 PHP(Personal Home Page Tools)로 개발된 메일전송프로그램을 사용하였고 DtataBase는 MSSQL(MicroSoft - Structured Query Language)을 이용하였으며, 프로그램 설계 시 중점사항은 응답자의 E-MAIL 주소 비교하여 중복응답을 방지하였으며 총2회 발송하여 회수하는 과정을 거쳤다.

3) 조사 내용

설문은 대한노인병학회와 대한임상노인의학회 회원들의 성향을 파악할 수 조사대상자의 특성을 알아보기 위해서는 전공과목, 연령, 인정의 취득 여부 등의 내용과 현재의 노인질환자의 수가체계에 대한 인식을 조사할 수 있는 내용, 그리고 노인의학전문의 제도에 대한 의견을 묻는 내용을 위주로 하여 설문내용을 작성하였으며 종속변수와 독립변수에는 표 8과 같다.

표 8 . 변수의 내용

종속변수	독립변수
조사대상자의 특성	소속형태 전공 성별 연령 인정의 취득 여부 노인환자 진료 현황
노인환자 보험급여 만족도	노인환자와 비노인환자 동일진료 체계 노인급여비 지원 방법 노인요양보험제도
노인의학전문의 제도 도입	노인의학전문의의 역할 노인의학전문의의 양성 기본조건 자격 취득 방법 각 학회 인정의 자격증 노인의학전문의 제도의 장애 요인

4) 조사 방법

설문은 e-mail로 발송하였으며 설문에 응답한 답신자만을 데이터베이스에 답신일자 및 각 항목별 선택 번호, 기입응답 기술내용이 저장되도록 하였다. 설문기간은 2005년 4월 26일부터 5월 2일까지 7일간 이었고, 중복응답을 방지하도록 프로그램이 구성되었으며 총 2회 발송을 실시하여 응답을 회수하였다. 설문을 실시한 전체 조사 대상자수는 2,965명으로 대한노인병학회 2,193명, 대한임상노인의학회 772명이었으며, 응답자수는 474명으로 대한노인병학회 375명, 대한임상노인의학회 99명으로 총 응답률은 16.0%였다.

5) 분석 방법

이 연구에서는 SPSS ver.11.0을 사용하여 통계적 자료처리를 실시하였으며, 유의수준은 5%를 사용하였다. 그리고 표본의 인구통계학적 특성을 파악하기 위해서는 빈도분석을 실시하였고, 근무지와 전공별 차이를 비교분석하기 위하여 교차분석을 실시하였다.

VI. 결 과

1. 외국의 노인의료시스템 및 노인의학전문의 제도 비교

1) 프랑스의 의료시스템 및 노인의학 제도

가. 인구구조 및 의료시스템

프랑스는 1996년 현재 65세 이상 인구가 전체 인구의 15%를 차지하고 있으며, 전체 인구 5명중 한명은 60세 이상으로 2015년에는 65세 이상이 20%, 60세 이상이 25%, 50%세 이상이 50%가 될 것으로 전망하고 있다 (Nourhashemi, et al, 1998). 또한 출산율은 점점 줄어들고 고령화는 증가하는 추세가 다른 유럽국가에 비해 두드러지고 있다.

병원시스템은 개인과 국가가 절반씩 부담하는 시스템이다. 공공병원도 대학, 종합병원, 지역병원을 포함하여 정부로부터 정해진 금액을 받는다. 개인병원은 국가의료보험에 의해 개별지불 방식에 근거하여 상환을 받는다. 의사들은 공공병원에 고용되어 월급을 받으며, 개인병원 개업자들은 외래환자 진료, 1차 진료를 포함하여 요양시설 및 가정간호 등을 하는데 국가의료보험에 의해 개별지불방식을 취하고 있다.

입원환자들은 급성기(1주 정도 입원), 아급성기(3-4주 최대 8주 입원), 장기요양(8주 이상 입원) 등으로 구분되어 지고 급성기 및 아급성 질환은 국가건강보험에 의해 직접 지불된다.

장기요양치료는 국가의료보험, 환자 및 환자 가족이 지불하여 환자가 지

불하지 못할 경우 지역복지기구에서 지불하며 현재 대부분의 노인의학 프로그램은 공공병원에 의해 그 기초를 두고 있으나 몇몇 대학병원만이 노인의학 분과를 두고 있을 뿐이다. 대학에 근거한 노인의학 분과는 급성기 치료와 노인병 판정 입원환자, 아급성과 장기요양 병상, 외래진료를 포함하고 있으며 노인의학센터는 대부분 아급성과 장기요양을 제공하는 종합 병원이나 지역병원에 위치한다. 그러나 최근 급성 노인질환치료를 위한 시스템이 개발되기 시작하고 있으나 개인병원에서의 노인의학 서비스는 보다 덜 조직적으로 운영되고 있는 현실이다.

국가의료보험은 일률과세를 기본으로 모든 프랑스 시민에게 의료서비스에 대한 의료비를 지불하고 있다.

병원이나 가정에서의 치료에 상관없이 100% 의료비를 지급하며, 사회보장이 65-80%를 지불하는 시스템이며, 프랑스 시민들은 2차적인 보험시스템에 매월 일정금액을 적립하며, 약처방 비용은 모든 프랑스 시민에게 보조금이 지급된다.

나. 노인의학 교육

1997년부터 의대에 정식 노인의학과정인 의무적으로 개설되었다. 모든 학생들은 노인의학 과정을 이수해야만 하였다. 1970년대 말부터 선택과목이었던 노인의학이 12개 이상의 프랑스 대학에서 선택과목으로 채택되어 왔다. 1985년에는 장래에 개업을 희망하는 이들에게 의과대학의 최종 2년 동안 노인의학교육을 정규 선택과목으로 편성하였다.

전문의 소지자들은 추가적으로 노인의학 전문가가 되는 희망을 가지게 되었으며 이 자격은 'Capacite de Gerontologie'로 명명된다. 이 자격은

1988년에 만들어져 최근까지 24개의 대학에서 교육과정을 제공하고 있으며 수료는 2년 동안 100-120시간의 이론, 각 40일간의 임상순환을 완료해야 부여되며 1995년 약 1,900명의 의사들이 자격을 획득했다.

다. 노인환자 치료에 대한 전망

프랑스에서는 입법상 65세 이후부터 노인의료보장의 자격이 부여되며 국가의료보험과 개인보험(사보험)의 2가지 시스템이 적용되는데 환자의 재정상황과 관계없이 총체적인 치료를 제공하며 개별지불방법을 토대로 국가에서 지불하고 의사는 가정방문을 통해서도 노인환자를 치료한다. 유료 또는 무료로 운영되는 노인요양시설은 대개 개인이 운영하며 요양시설을 건축하기 전에 운영될 병상을 분석한 후 인증서를 국가에 제공해야 하는데 허가제도와 검열과정도 수반된다. 국가의료보험은 환자들이 부담하는 의료경비를 지불하며, 프랑스에서 전형적인 요양시설은 약80병상 정도로 운영되며 숙련된 간호서비스와 재활서비스가 제공된다.

프랑스 노인에게 제공되는 의료서비스의 장점은 모든 질환에 대해 전반적인 의료서비스를 제공하며 전문가를 기반으로 한 전국적 서비스와 가정간호를 제공한다는 것이다. 은퇴한 프랑스 시민들은 현역에서 의무적으로 납부한 기금으로 연금생활을 하는데 원천징수된 기금은 지난 20여 년 동안 축적되었으며 사회복지에 의존하는 65세 이상의 인구가 전체의 10% 이상을 차지하며 이들의 대부분은 독신이다.

프랑스는 정식 노인의학 교육을 수련자와 그렇지 않은 종사자들이 동시에 존재하는 상황이나 최근에는 점점 더 많은 의사들이 정식 노인의학교육을 받기를 희망하고 있다.

향후 노인의학을 전문적으로 공부하는 전문가들이 증가될 것으로 전망하고 있는 가운데 노인들을 위한 장기요양보호시설을 세팅하는 데는 많은 비용이 필요하며 마찬가지로 낮병동 등 외래진료를 위한 노인의료 서비스가 개발되어야 할 것으로 분석된다. 대부분의 프랑스 정책결정자와 관계자들은 병적상태, 장애, 비용의존도 등을 연령과 조직적으로 연관시키는 반면, 소수의 전문가들은 질병의 비율, 입원, 장애 등이 나이에 의해 증가된다고 보고 있다. 프랑스에서 의료비용이 증가하는 주요인은 많은 인구가 의료범위를 늘리고 의료기술의 고가, 건강한 삶에 대한 요구 증가 등의 요인 때문으로 분석하고 있다. 인구가 고령화됨에 따라 노인의학 분야에 대한 가능성이 높다고 전망 할 수 있다.

2) 이태리의 의료시스템 및 노인의학제도

가. 인구현황 및 의료시스템

이태리는 1996년 현재 65세 이상인구가 전체의 15.5%, 80세 이상이 3.4%를 차지하고 있다(Carbonin, et al, 1997). 이태리 요양시설의 병상수는 노인인구 1,000명당 24병상, 다른 유럽국가평균은 1,000명당 60명으로 다른 유럽 국가들에 비해 낮게 파악되고 있으며 현재 노인질환 치료에 대한 경제적 지원이 여유롭지 못한 상태이다. 이태리 공공의료시스템은 본인직접 부담 없이 가능한 모든 의료 서비스를 사회적으로 부담하는데 의료비용은 국내총생산(GDP : Gross Domestic Product)의 7.7%를 차지한다. 1992년과 1994년 사이에 새로운 의료 법률을 제정하고 주요병원과 지역의료기관들에게 새로운 법률에 의거하여 의료기관 운영을 하도록 변경하였는데 이는

영국의 대처수상에 의해 소개된 의료정책에 영향을 받아 제정된 것으로 그 주요 골자는 의료서비스 제공자에게 개인회사와 같은 운영의 자율권을 부여하고, 정치적 개입을 줄이는 방향으로 조정된 것이다.

나. 노인의학 교육

European Community의 권고에 따라 노인의학은 이태리에서 의학적 전문분야로 되어있다. 전문의는 노인의학에서 4년의 전공의 과정을 마친 후 자격을 부여 받는데 현재 노인의학전문의의 중요성이 팽배해지면서 지역 간 변화를 유도하고 있다.

다. 노인환자 치료에 대한 전망

1992년에 의회에서 노인에 대한 지속적인 건강관리 지원이 필요하다는 점을 피력한 문서가 공표되었다. POSA(Progetto Obiettivo Salte dell'Anziano)라는 이름의 이 개정안은 법률은 아니나 권고나 조언의 형태로 지역의료기관에 소개되었다.

POSA는 의료(급성기병원, 재활시설, 재택치료, 장기요양기관)와 사회보장이 노인들에게 개별적이고도 총체적으로 제공되어야 한다고 피력하고 있으며, 또한 비공식적인 서비스제공자(가족, 자원봉사자 등)들 또한 중요하다는 점도 지적하고 있다. POSA는 GEU(Geriatric Evaluation Unit : 노인병평가부)에 의해 이론이 확립되었는데, 노인병평가부는 간호사, 사회사업가, 일반의(General Practitioner: GP)들로 구성되어 있으며 노인의학전문 의에 의해 조정된다. GP라 불리는 일반의들은 환자치료, 장기요양기관으로의 판정, 다른 지역의 일반의에게 이관 등의 전반적인 의료 업무를 수행

한다. POSA의 성공적인 수행과 노인의학에 대한 총체적인 연구기관 설립이 과제로 남아 있다. POSA에 의해 노인의학에 대한 개념이 새롭게 인식되었음에도 불구하고 노인의학전문가와 정부기관 관리자들의 의견 차이로 노인의학관련 프로그램이 확대 이행되지 못하고 있는 실정이다. 전통적으로 애매모호하던 노인의학에 대해 인식을 달리할 것은 분명한 사실이며, POSA의 발표로 이러한 의식변화는 거역할 수 없는 대세로 기울었고 순차적으로 노인의학전문가(노인의학전문의, 노인의학전문간호사)를 양성할 공식적인 교육기관 및 프로그램이 개발될 것으로 전망하고 있다.

3) 네덜란드의 의료시스템 및 노인의학 제도

가. 인구현황 및 의료시스템

네덜란드는 1997년 현재 전체인구의 13.4%가 65세, 80세 이상이 3.1%를 차지하는 인구구조를 가지고 있다(Hoek, et al, 2000).

노인의학 전문분야는 임상노인의학, 가정간호학, 사회노인의학, 정신노인의학 등으로 구분되어 있으며 노인환자의 일차적인 치료에 초점을 두고 있는 가운데 일반의사들이 기초적인 치료와 추가적인 집중치료도 대부분의 노인질환치료를 담당하고 있다. 노인질환 치료는 1929년부터 장기요양환자(뇌·근육질환자, 결핵, 암과 같은 장기요양을 필요로 하는 질환자를 위해)를 위해 장기요양기관(병원은 급성기 질환을 위해 존재)이 설립되었고 현재 계속 증가추세에 있다. 1982년부터 병원에서 노인의학 프로그램과 노인의학부를 개발하기 시작하였고 의학의 전문분야로서 노인의학 진료를 하기 시작했다.

나. 노인의학 교육

노인의학교육은 임상노인의학과 장기요양기관의 전문가로 양성하는 두 가지 시스템으로 운영되고 있다.

‘Royal Dutch Medical Association’에서 1982년부터 1990년 사이에 임상노인의학 교육을 5년 과정의 프로그램으로 개설하여 운영하고 있으며 2년은 내과, 2년은 노인의학과, 1년은 노인정신의학에서 수련한다. 장기요양기관 의사를 위한 교육은 2년의 프로그램으로 일주일의 4일은 상관의 감독하에 장기요양기관에서 교육을 받고, 일주일의 하루는 대학에서 이론교육을 받도록 되어있는데 매년 84명의 전공의들이 양성되고 있다. 현재 약 1,000명의 장기요양기관 의사자격자들이 있으며 그들 대부분이 장기요양기관에서 환자를 일상적으로 치료하고 있다. 그리고 현재 140명 정도의 노인의학 사회복지 수련의들이 존재하는데 이들은 독립적으로 살아가는데 사회적, 정신적 문제를 가지고 있는 환자들을 치료한다. 노인의학사회복지사는 의학적 전문분야로 분류되지는 않고 있으나 Vrije 대학에서는 2년 과정의 교육프로그램을 제공하고 있는 가운데 노인의학에 있어서 정신과적 영역에 대한 관심이 증가하고 있으며 전문영역으로서의 신중한 고려가 진행 중이다.

다. 노인환자 치료에 대한 전망

네덜란드의 노인병 치료에 대한 기본 정책은 ‘Modernizing Care for the Elderly’(1996)선언에 잘 표현되어 있다.

그 내용은 첫째, 보험회사의 의무증대와 의료제공자들의 지역화(지방화, 규제완화), 둘째, 노인들이 가능한 한 오랫동안 자택요양을 독립적으로 할

수 있도록 강화하기, 셋째, 동일수가 체계 내에서 노인들에게 다양한 의료 서비스를 제공할 수 있도록 공동연구 증진 등이다.

네덜란드 정부는 재택요양을 원하는 노인들을 위한 정책과 장기요양기관을 이용하는 노인들을 위한 정책을 모두 병행하고 있다. 재택요양 프로그램(휠체어 접근법, 안전대책, 경보시스템, 시설접근법 등)을 개발하고 자원봉사조직과 노인센터를 통해 노인들이 건강을 유지하도록 하고 있으며, 또한 장기요양기관은 재활치료, 중환자치료, 응급치료 등을 위해 병원과 긴밀한 연계를 강화한 결과 장기요양기관의 재활 기능이 강화 되었다. 병원에서 노인의학 부서는 치료, 간호, 간호계획, 복합적인 노인문제를 수반한 환자들을 위한 단기치료 등을 제공하고 있다. 네덜란드의 노인들은 크게 재택요양과 장기요양기관에서 종합적인 치료를 받고 있는데 이러한 시스템의 장점은 첫째, 병원의 노인의학부 개발, 장기요양기관에서의 재활, 정신건강을 위한 지역기관, 재택요양 및 기관요양을 사용할 규정 개발, 둘째, 이러한 모든 시설을 모든 사람이 이용가능하다는 점, 셋째, 환자들은 전문가들(7,000여명의 전문의, 노인의학사회복지사, 장기요양기관의사, 노인 병 정신과 전문의 등)에게 노인의학치료를 받을 수 있다는 점, 넷째, 장기요양기관 의사가 존재함으로써 기관요양자들이 병원으로 이관되는 비율이 낮다는 것이다.

반면 단점으로는 첫째, 대기시간의 장기화, 둘째, 노인인구의 증가와 젊은층의 인구 감소로 간호나 치료분야의 전문가가 모자라는 현상 등이 문제점으로 지적되고 있다.

네덜란드 노인들은 가능하면 독립적인 삶을 원하는 것으로 조사되고 있으며 정부에서도 실현가능한 혁신적인 치료프로그램을 개발하기 위해 박

차를 가하고 있는 가운데 가정간호, 장기요양기관요양, 재택요양의 협력적인 발전을 꾀하고 있다.

노인의학전문가들이 현재 증가하고는 있으나 그 숫자는 현실적으로 부족한 형편으로 네덜란드 뿐 아니라 다른 나라에서도 노인들을 위한 근거 중심치료 연구가 반드시 필요하다고 본다.

4) 스페인의 의료시스템 및 노인의학 제도

가. 인구구조 및 의료시스템

스페인은 1999년 현재 전체인구의 16%가 65세 이상의 노인인구로, 80세 이상은 3.3%를 차지하고 있으며 평균수명은 여자 81.6세, 남자 74.4세 이었다(Ribera Casado, et al, 2000). 스페인은 세계적으로 출산율이 낮은 국가로(부부 한쌍당 약 1.23명의 출산율) 이는 스페인 사회의 가장 큰 사회문제로 지적되고 있으며, 노인들은 건강을 그들의 가장 중요한 문제로 생각하고 있다. 스페인인 인구의 거의 대부분이 국가보건시스템으로부터 무료로 총체적인 의료보장을 받는 가운데 모든 시민은 또한 개인건강보험을 살 수 있도록 허용되나 많은 사례에서 볼 때 노인들은 사보험회사로부터 거절의 대상이다.

국가의료시스템은 사회화된 시스템으로 1차 의료기관에 소속된 의사로부터 의료서비스를 받으며 의사들은 일차의료서비스 및 자택치료 서비스를 제공한다. 일차의료 담당의사와 다른 전문가에 의해 전문가 상담은 이루어지며 이들 두 전문가들은 국가의료시스템에 의한 정해진 봉급을 받는데 일부를 제외하고 대부분의 약도 노인들에게는 무료로 제공된다. 지역보

건시스템은 전국을 17권역으로 나누고 중앙정부로부터 권한 및 책임을 부여받아 보건의료서비스를 하고 있으며 이를 점점 강화할 계획이다.

나. 노인의학 교육

스페인에서 노인병학은 1978년부터 별개의 의학 전문분야로 인정되고 있는데, 노인의학전문가 자격을 획득하기 위해서는 국립노인병회, 보건당국의 위임을 받은 공식기구, 교육부, 의대, 스페인노인의학협회 등에 의해 제정된 자격조건을 충족해야 하는데 이 위원회는 병원 전공의 프로그램을 할 수 있도록 인가를 결정한다. 국가고시를 통과한 후 한정된 인원만 4년간의 프로그램을 받을 수 있으며 교육인가를 얻기 위한 노인병프로그램은 의과대학부속병원에 위치해야 하고 급성기분야, 입퇴원평가부, 낮병원, 재택요양, 일반의료기관을 위한 특별한 노인병, 지역요양기관, 병원장기요양 등의 과정 등이 교육과정에 포함된다. 현재 스페인에는 16개의 노인병교육 프로그램이 있으며 1993년부터 학부과정에 노인병 및 노인의학 과정이 의과대학에 설치되어 있으나 실질적으로는 활성화 되지 못하고 있으며 그 이유는 전문 교육자가 부족하기 때문으로 분석하고 있다.

다. 노인환자 치료에 대한 전망

1992년에 노인병 및 노인의학 서비스에 관련된 국가 계획이 발표되었는데 이 계획의 내용은 노인들에게 건강과 사회복지에 관련된 모든 지원들을 잘 조화시켜 종합적이고 총체적인 건강프로그램을 만드는 것을 그 목적으로 하고 있다. 연금은 국가사회보장시스템에 의해 35년간 개인 월급에서 차등적으로 납부된 금액에 따라 지급되며, 소득이 없었던 사람일지라도

기본적인 보장이 가능하다. 사회보장서비스는 지방자치에 의해 관리되며, 공공서비스에 의해 지원되는 사회보장 서비스는 재택요양, 낮치료, 요양보호치료 등을 포함한다. 그러나 분명한 것은 급격한 노인인구의 증가에 비해 서비스의 개발은 그와 보조를 맞추지 못하고 있다는 사실이다. 개인사업자들이 이러한 문제들을 보완하려 하지만 노인들에게는 그러한 서비스를 이용할 여력이 없는 관계로 가족에 의지할 수밖에 없는 게 현실이다. 대부분의 공공이나 개인 요양기관은 양질의 서비스를 제공하고 있으나 개인요양기관의 가격은 일반 노인들이 이용하기에는 비싼 관계로 공공요양기관의 이용 대기 시간이 늘어날 수밖에 없다. 급성기병원, 낮병원, 외래환자 진료는 무료로 운영되고 있으나 병원의 50% 미만이 노인병 부서를 개설하지 못하고 있으며 노인의학전문의 또한 보유하고 있지 못한 실정이다.

최근 '스페인 노인병·노년학회'는 노인병치료에 대한 변화를 꾀하고 있는데, 이 학회는 스페인의 대표적인 노인의학 관련 학회로서 많은 프로그램 개발, 의회활동, 전문가 양성에 힘쓰고 있으며 수많은 노인병 및 노년에 관한 논문을 발표함으로써 노인의학에 대한 기초자료 형성을 꾸준히 이루어 나가고 있다. 스페인 의료시스템의 강점이라면 의료서비스가 모든 국민에게 평등하고 총체적으로 제공된다는 것으로 일차진료는 예방, 치료, 약처방이 포함된 모든 서비스가 재택요양에도 제공된다. 또 하나 주목할 만한 점은 노인의학전문가를 양성할 수 있고 노인병 관련 전문 프로그램을 개발하는 '스페인 노인병·노년학회'가 있다는 사실이다. 그럼에도 불구하고 정부가 강제적으로 각 병원에 노인의학부서를 설치하는 것에 소극적이고 의대에 전문교육자가 부족하다는 점 또한 간과할 수 없는 현실이다.

사회보장서비스도 완비되지 못하여 시설이용에 애로사항이 많다는 점

또한 문제점으로 지적되고 있다. 정치인들의 특이한 저항이 노인의학이 개발되는데 제한점이 되고 있으나 일차진료의사들이 노인의료에 대한 책임을 인식하고 있으며 노인의학전문가들의 도움을 강력히 요청하고 있다. 적어도 몇몇 지역에서는 의료서비스의 지방화가 이러한 상황을 타개하는데 도움을 줄 수 있을 것으로 보이는 가운데 지방자치단체에서 사회보장서비스를 개발하여 수혜를 기다리는 사람들에게 확대 제공될 수 있도록 노력하기를 기대해 본다.

5) 일본의 노인의료시스템 및 노인의학교육 제도

가. 인구구조 및 의료시스템

2004년 현재 일본은 65세 이상의 노인 인구가 19.5%에 이르렀으며 2050년에는 35.7%에 도달할 것으로 예측하고 있다. 2002년 현재 평균수명은 남자 78.4세, 여자 85.3세로 세계 최고령국가이다(임춘식, 2005). 일본은 고령화사회로 접어들면서 고령자 개호(介護:돌봄)의 필요성이 높아지게 되어, 사회보장 개혁의 일환으로서 개호보험문제가 대두되게 되었다. 이에 대한 계획의 일환으로서, 개호보험법이 1997년에 국회에서 통과되었고, 2000년 4월부터 개호보험이 실시되게 되었다. 경과를 보면, 장수사회대책대강(1986년) -> 골드플랜(1989년) -> 사회복지관계법제정(1990년) -> 신골드플랜(1995년) -> 공적개호보험제도도입(1997년)의 추진과정을 거쳤다. 65세 이상의 노인이 증가함에 따라 발생하는 의료비 증가와 복지서비스 증가에 대처하기 위해 건강보험이외에 개호보험은 1997년도 개호보험법 제정 후 2000년 4월부터 실시되고 있는 새로운 일본의 사회보장제도 중의 하나이

다(남은우, 2002).

나. 노인의학 제도

일본은 노년의학회에서 노인병전문의(또는 노년과의)를 인정하는 형식이다. 일본에서 노인병전문을 제정한 이유를 보면 노인의 경우 한가지 이상의 질병을 복합적으로 지니고 있다는 점, 질병, 부상, 사고 등으로 일상생활동작에 장애가 있는 노인은 의료적 서비스 이외에 재활 및 복지적 서비스를 필요로 하고 있기 때문에 다학제적 지식이 필요하다는 점을 제시하고 있다. 노인병전문의 자격기준을 보면 일본 의사면허증 소지자, 일본 내과학회 또는 일본외과학회 인정 자격, 또는 이에 준하는 자격을 지니고 있는 자, 일본노년의학회에서 3년 이상 회원으로 가입해 있으면서 동학회에서 인정한 인정시설에서 연수 교과 과정을 거치고 노년병학 임상 연수를 종료한자, 동학회에서 실시하는 시험에 합격한 자를 포함한다. 인정시설의 기준은 노년병학을 연수할 수 있는 충분한 병상, 시설을 갖추고 있을 것, 관련시설을 포함한 지도의사 하에 충분한 지도체제를 갖출 것, 연수 과목에 따라 연수가 가능할 것, 부검실을 갖추고 있을 것 등의 기준을 두고 있다. 지도의사의 기준은 학술평의원이고 노인병전문의 자격자로 5년 이상 인정시설 또는 이에 준하는 진료시설에 근무하고, 노인진료에 종사하고 있어야 한다(단, 지도의사 신청시에는 5년 이상 계속해서 동학회회원이며, 노년병학에 관한 연구 활동을 하고 있어야 한다)(선우덕, 2002).

일본에서는 현재 의과대학의 노인의학 교육내용에 대한 변화를 요청하고 있다. 1964년 동경대학교에 노인병 전문부서가 처음 개설되었으나 의과대학에 노인전문과목 개설이 확대되지 못하였으며 교육의 내용 역시 다른

나라(영국, 유럽국가, 미국, 캐나다 등)에 비해 노인병 교육의 중요 초점에 서 차이를 보이고 있는 현실이다. 외국에서는 노인질환자의 재활, 노인질환자의 약물치료 및 약리작용, 노인질환자의 특성 등에 초점을 두고 학부 교육을 하는 반면, 일본에서는 노화의 과정, 노인병의 특성, 노화의 변화 및 질병 등에 초점을 두고 의과대학을 운영한다는 것을 문제점으로 지적하고 있다. 급격히 늘어나는 노인인구 및 노인환자를 관리하고 치료할 의사인력을 배출하는 데 있어서 보다 실질적이고 실무에 초점을 둔 교육프로그램을 강력하게 권고하고 있다(Matsuse, et al, 1999).

다. 노인환자 치료에 대한 전망

일본의 의료기관의 종별 분류의 골격은 의료법에 근거를 두고 있다. 병원 또는 진료소의 병상 중에서 장기간 요양을 필요로 하는 환자를 수용하는 병상(요양형 병상군)을 두도록 하고 있다. 노인병도, 특례허가병동, 개호력 강화병동 등이 이에 속하며, 1996년 494개 병원에 38,000 병상이 운영되고 있다. 일본의 요양시설은 주로 노인 시설이다. 1983년 제정된 노인보건법에 의하여 주요 요양시설이 생겼고, 1986년 노인보호법의 개정에 따라 중간시설인 '노인보건시설'이 생기게 되었다. 노인보건법의 주요내용은 40세 이상의 장년 인구 층에 대한 예방사업과 70세 이상(65~69세 와병중인 자)노인에 대한 의료비 부담제도, 의료, 가호, 개호의 역할을 하는 노인보건요양시설의 설립과 가정방문치료, 간호제도의 창설이다(최병길, 2001).

6) 미국의 노인의료시스템 및 노인의학제도

가. 인구구조 및 의료시스템

미국의 65세 이상 노인인구 비율은 꾸준히 지속적으로 증가하여 2000년을 기준으로 약 13%에 이르고 있다. 물론 일본이나 스웨덴보다는 다소 낮은 비율이긴 하지만 우리나라의 8%에 비교해 볼 때 1.5배 이상인 셈이다(이인수, 2004).

미국은 선진 산업국가 중 유일하게 전국민을 대상으로 하는 국민의료보험제도(National Health Insurance)나 국민보건서비스(National Health Service)가 없는 나라이다. 미국의 의료보험제도는 전통적으로 임의보험(Blue Cross, Blue Shield, Health Maintenance Organization : HMO)과 사보험회사가 그 주요한 취급기관이 되어 왔다. 그러다가 1965년 노인복지법(Older American Act)과 노인의료보장법(Medicare Act) 및 빈곤자·장애자의료보장법(Medicaid Act)이 사회보장법의 개정과 함께 공적의료보장제도로 정착되었다. 이중 Medicare 프로그램이 노인을 위한 의료보장 프로그램으로서 65세 이상의 노인을 대상으로 연방정부가 운영하는 유일한 의료보험이다. 미국은 공적의료보장은 노인과 장애인, 저소득층만을 대상으로 하는 제도가 있을 뿐이며 국민의 15%정도가 공적이든 사적이든 의료보험의 미적용자이다(임종규, 2001).

나. 노인의학 교육

대부분의 노인병전문의는 노인병의학 교육을 받고 인정된 내과 의사(Internist), 가정의(Family Physician)가 주축을 이루고 있는데, 기본적으로 내과 및 가정의학 분과의 전문의로 되어 있다. 즉, 노인의학전문의는 내과 또는 가정의학 레지던트 과정을 수료한 의사 중에서 노화의 의학적, 사회

적, 심리적 특성에 대한 교육훈련을 추가적으로 1-2년간 받은 자이어야 하며 노인의학전문의의 역할은 노인에 대한 의학적 평가를 실시하는 보건의료전문직 팀의 리더를 담당하고 있다. 여기에서 노인병학의 팀의 구성원은 일반적으로 노인병전문의, 간호사, 사회사업가, 영양사, 물리치료사, 약사, 노인정신병의사로 구성되어 있다.

노년의학전문의의 유형은 세 가지로 특정 교육훈련을 받지 않은 의사, 노인병의학 자격인증을 받은 자(Added Qualification in Geriatric Medicine), 및 전임의 과정(Fellowship Training)을 받은 자로 구분되었다.

특정 교육훈련을 받지 않은 의사는 일상적인 노인 환자의 진료와 의사개개인의 지속적인 교육을 통하여 노인치료에 평균 이상으로 지식과 기술을 습득해 있는 자이며, 노인병의학 자격인증을 받은 자는 미국 내과학국, 미국 가정의학국이 노년의학 부분에 대한 표준시험에 합격한 내과의사 및 가정의에게 AQGM(Added Qualification in Geriatric Medicine)을 수여한 자이며, 전임의 과정(Fellowship Training)을 받은 자는 레지던트 프로그램(내과 및 가정의학 부문)을 마친 후, 1-3년의 노인병 펠로우쉽 프로그램에서 노인병의학을 추가적으로 교육받은 자이다(선우덕, 2002).

노년의학전문의 자격 초기인 1983년부터 1994년에는 지원자 중 시험에 통과하는 모든 이에게 자격을 부여하였으나, 1995년 이후 전임의과정(Fellowship)을 거친 이들에게 자격이 부여되는 제도로 변경된 후 지원자가 감소하는 현상을 보이고 있다(Michel, 1998).

다. 노인환자 치료에 대한 전망

Medicare는 65세 이상의 노인들에게 퇴직이나 경제적 상태에 관계없이

제공되는 기본적인 건강보호제도로서, 1965년 '위대한 사회'프로그램의 한 부분으로 실시된 이래 많은 성과를 달성했다. 그 결과 노인들의 의료서비스 이용률이 증가하였고 일반적인 건강수준이 향상되었다. 또한, Medicare는 두 개의 프로그램으로 구성되어 있는데 그 하나는 Medicare Part A라고 하는 강제적용의 병원보험(Hospital Insurance: HI)이고, Medicare Part B라고 하는 임의 가입하는 보충의료보험(Supplemental Medical Insurance: SMI)이 있다.

Medicaid는 의료부조제도로 1965년 사회보장법의 개정으로 만들어진 제도로 주로 부양아동가족부조나 보충보장소득과 같은 공적부조 수혜자들에게 의료보호를 제공한다. 일정한 요건을 갖춘 저소득자에 대해 의료부조를 하는 것으로 연방정부의 지침 하에 각 주정부가 운영하고 있다. 연방정부는 급여조건 등에 대하여 일정한 지침을 설정, 각 주의 재정상황에 따라 보조금을 부담하고 있다. 또 주정부는 수급요건을 정함과 동시에 실제의 운영을 책임지고 있다.

미국의 노인치료시설은 단기치료시설로서 일반병원(General Hospital), 재활센터(Rehabilitation Center), 중간요양시설(Intermediate Care Facility Center) 그리고 장기요양시설로서 전문요양시설(Skilled Nursing Home), 호스피스(Hospice) 등이 있다(의료보험연합회, 1998).

7) 영국의 노인의료시스템 및 노인의학제도

가. 인구구조 및 노인의료시스템

영국은 이미 1960년대에 고령사회로 진입하였고, 2020년대에는 65세 노

인인구가 20%를 넘어 초고령화 사회로 진입할 것으로 전망하고 있다. 인구 고령화는 주로 지속적인 낮은 출산율과 사망률 감소에 기인한다(임춘식, 2005).

영국의 보건의료제도는 1946년에 제정된 국민보건서비스법(National Health Services Act)에 근거해 질병예방 및 재활훈련을 포함한 포괄적인 의료서비스를 제공하고 있다. 국민보건서비스법은 1948년 7월 5일부터 시행되었는데, 기본구조는 병원의 국영화, 병원종사자의 공무원화, 개업의와 국가간에 계약의 체결 등에 의한 의료공급의 사회화를 전제로 한다. 국민보건서비스의 재원조달은 주로 일반과세에 의한 국가일반회계에서 부담하고 지방세, 보험료 및 일부 부담금으로 충당된다. 의료서비스의 형태는 거의 무료로 제공되며 주로 노인에게 서비스를 제공하는 병원의 경우 노인 병리학, 외상수술, 정형수술과 일반외과 등 거의 모든 전문서비스를 제공한다(김상곤, 2002).

나. 노인의학 교육

영국의 노년의학은 1930년대 Dr. Marjory Warren(Michel, 1998)에 의해서 발전되기 시작하였는데, 당시에는 만성 질환병동 환자에 대한 재활치료가 병원 퇴원을 가능하게 하였다는 점을 확인한 것이 계기가 되었다. 그 후 1947년 노년학을 전문과로 개설하였다. 노인은 신체적, 심리적, 사회적 문제를 복합적으로 지니고 있기 때문에 종합적인 사정(Assessment)이 적절한 치료 계획을 준비하는 것이 필요하다는 것을 인식하게 되었고, 영국 노인병학회의 노년학을 “노인에게 나타나는 질환의 임상적, 예방적, 치료적, 사회적 측면에 관심을 가지는 일반의료의 한 분야” 라고 정의하고

있다. 이에 따라 노인병전문의의 역할을 크게 3가지로 제시하고 있는데, 첫째, 노인질환에 대한 체계적 평가와 치료계획의 수립과 실행을 담당한다. 둘째, 노인에게 필요한 재가서비스 및 시설 서비스의 양과 종류를 결정하고 제공기관에 의뢰하는 문지기(Gate Keeper)의 역할을 담당한다. 셋째, 간호사, 물리치료사, 작업치료사, 영양사, 사회복지사 등 재가 서비스에 필요한 유관인력을 지도하고, 재가 의료서비스의 제공과 관련된 관리자의 역할을 수행한다.

노년의학의 모델은 세 가지로 분류하고 있다.

첫째, 전통적인 모델(Traditional Model)로 노인병전문의의 지료를 받기 위해서는 일반의나 타과 전문의로부터 의뢰되어야 하며 따라서 노인의 일차적인 급성기 진료는 담당하지 않는다.

둘째, 연령기반 모델(Age-Defined or Age-Related Model)로 일정한 연령(예를 들면, 70세 이상)이상의 환자를 진료하는 경우이다.

셋째, 통합적 모델(Integrated Model)로 타과 전문의와 진료 및 정보를 공유하면서 노인 환자를 진료하는 경우이다.

현재는 연령기반 모델 또는 통합적 모델에 입각하여 노인병전문의가 일차적인 급성기 진료를 담당하고 있다(선우덕, 2002).

노년의학분야에서 오랜 역사를 지닌 영국은 모든 의과대학에 의무적으로 노년학을 개설하고 있으며 교수들은 교육과 연구에 매진하였고 그 결과 세계 여러 나라에서 이 분야의 많은 인재를 발굴하였다. 그간 임상분야를 중심으로 이루어졌던 교육시스템에 새로운 도전이 이루어지고 있다. 학부 뿐 아니라 대학원에서의 좀 더 심도 있는 연구가 요청되고 있으며 이에 관련 학문(노인병간호학, 사회노인병학) 등과의 긴밀한 연계를 가

지고 새로운 노인의학 분야를 개척하기에 박차를 가하고 있다(Michel, 1998).

다. 노인환자 치료에 대한 전망

국민보건서비스(NHS) 제도를 통하여 모든 국민들이 누구나 동등한 의료를 보장받고 있지만 특히 노인들을 위한 의료서비스의 내용은 크게 일반의사의 진료, 병원과 전문의의 진료, 지역사회 보건서비스, 기타 서비스로 구분된다. 일반의사의 진료는 전체의료서비스의 90%를 차지하고 있는데 모든 노인들은 자기가 원하는 일반의사를 선택하여 등록하여야 하며, 노인환자의 건강상태를 확인하기 위해 정기적으로 왕진을 하기도 한다. 병원과 전문의의 진료는 종합병원 응급치료, 노인병과 장기치료, 장기보호치료 통원치료, 단기병원치료, 정신병원치료 등을 수행한다. 지역사회 보건서비스는 가정간호, 순회보건서비스, 가사보조서비스 등이 제공되며 그 밖에 발치료서비스, 환자이송서비스, 주간노인보호소, 건강상담서비스, 보호자 수용보호 등이 있다(김상곤, 2002).

위에서 살펴본 바와 같이 세계 각국의 인구구조는 65세 노인인구가 차지하는 비율이 점점 높아지고 있으며 그에 따른 의료시스템과 전문인력에 대한 준비가 한창이다. 미국을 제외한 프랑스, 이태리, 네덜란드, 스페인, 일본, 영국 등의 나라에서 국가보건시스템으로 노인의료에 담당하며 총체적인 의료서비스를 제공하고 있다. 특히 영국은 국민보건서비스(NHS)에 의해 병원 및 의료인력을 국영화 하여 국가에서 관리하는 시스템으로 의료에 있어서는 총체적인 무료 서비스를 제공하며, 일본에서는 개호보험을 미국에서는 Medicare Program 으로 노인의료보장 시스템을 운영하고 있

다.

노인의학 관련 전문인력 양성을 위한 노인의학 교육은 대학에서 노인의학전문과를 개설해 전문가를 양성하는 방법과 내과나 가정의학과 등의 전문의 자격자중 추가의 수련 및 시험을 통해서 노인의학전문의를 배출하고 있다. 이중 영국은 1940년대부터 노인의학 전문과를 개설하여 운영해 오고 있으며 네덜란드는 임상노인의학과 장기요양기관전문가로 이분되어 양성되고 있다.

각국의 노인의학전문의 도입 배경을 살펴보면 프랑스는 1970년대 의과대학의 선택과목으로 진행되다가 전문가들의 필요성에 대한 인식이 확산되면서 1997년에 정식 노인의학과가 개설되었고, 네덜란드는 국가에서 노인의료를 임상노인의학과 장기요양의료로 공식적으로 인식하면서 도입하였으며, 일본은 노인질환의 특수성을 인정 전문분야로 도입하였고, 특히 영국은 1930년대 Dr. Margery Warren의 만성질환의 재활치료가 퇴원을 가능케 했다는 사실을 의학계에서 받아들임으로써 1940년대부터 노인의학전문과로 개설되었다.

이렇듯 노인의학전문의들은 영국을 제외한 대부분의 나라에서 그 역사가 오래되지 않으며 현재에도 정부의 소극적인 태도나 재원의 부족으로 인해 문제점도 대두되고 있다. 특히, 미국의 경우 1984년 제도도입 초기에는 내과와 가정의학과 전공자들이 시험만 통과하면 자격증을 부여하던 제도에서 1995년 이후 2~3년간의 추가적인 전임의 기간(Fellowship)이 필수로 되면서 그 지원자가 감소하였다.

노인의학제도의 최근 동향에 있어서 프랑스는 정식노인의학 교육이수자의 수요가 증대되면서 필요성이 증가하고 있고, 이태리의 경우 교육기관

및 관련 프로그램 개발을 위해 노력하고 있다. 네덜란드는 노인의학전문가가 증가 추세에 있어 가정간호, 장기요양기관, 재택요양 등의 협력적 발전을 도모하고 있고, 스페인은 스페인 노인병·노년의학회의 지속적인 학술 활동으로 노인의료 전문성에 대한 중요성을 고취시키는데 노력하고 있다. 일본은 병원 또는 진료소에 노인병동, 특례허가병동, 개호력강화병동이 운영되어 노인의학전문가의 필요성이 더욱 강화 되었고, 영국은 노인의학의 모델로서 연령기반 모델(일정한 연령(예를 들면, 70세 이상)이상의 환자를 진료하는 경우)과 통합적 모델(타과 전문의와 진료 및 정보를 공유하면서 노인 환자를 진료하는 경우)로 운영하고 있다.

세계 각국의 노인의료시스템 및 노인의학제도에 대한 비교는 표 9와 같다.

표 9. 각국의 노인의료시스템 및 노인의학 제도 비교

	프랑스	이태리	네덜란드	스페인	일본	미국	영국
의료시스템	총체적 의료서비스 제공. 급성기, 아급성기, 장기요양으로 구분되어 치료	총체적 의료서비스 제공, 지역의료서비스 공급자에 자율권 부여	재택, 장기요양기관에서 종합적 치료	국가의 총체적 무료서비스, 지역보건의료시스템 강화	건강보험이의 개호보험 실시(인구고령화로 개호의 필요성 대두)	전국민 대상의 의료시스템 부재, HMO, 사보험에 의해 관리, 사회보장법과 공적의료보장제 실시. Medicare 프로그램:노인의료 보장 강화	국민보건서비스법에 근거하여 포괄적인 의료서비스 제공. 병원의 국영화, 종사자의 공무원화, 의료서비스 무료
노인의학 교육 제도	의과대학 노인학과 개설	노인의학 전문분야 인정	임상노인학자, 장기요양기관전문가로 이분화 되어 양성	의료의 전문분야로 인정, 국가고시후 4년간의 프로그램 이수, 1993년부터 학부과정 개설	일본노년학회에서 노인병 전문의(노년과의)를 인정하는 인정의 제도. 일정자격 요건 필요	노인의학전문의 제도 : 내과, 가정의학과 소지자 ->2-3년의 전임의 과정 수료후 취득	1940년대부터 노인의학 전문과 개설
도입배경	1970년대 선택과목였으나 이후 전문가들의 필요성 인식 확대로 1997년 정식 노인학과 개설	1990년대 초 European Community의 권고에 따름	1982년과 1990년 Royal Dutch Medical Association이 임상노인학과 장기요양의료체제를 공식적으로 인정	1978년 이래 노인병학을 의학의 전문분야로 인정하면서 전문의 양성	노인의 특성을 이해(여러개의 만성질병보유, 재활, 복지등의 복합적 치료 필요), 다학제적 지식이 필요하다는 인식 공유	1984년 노인의료 전문성을 기하고자 내과, 가정의학과 전문의를 중심으로 노인의학인정의 시험 실시	1930년대 Dr. Margery Warren이 만성질환자의 재활치료가 퇴원을 가능케 했다는 사실을 받아들임
문제점 및 개선책	심화되는 인구고령화, 의료수요증대로 자원 고갈 -> 재정지원 모색	재원의 문제 대두, 전문가와 정부관계자의 갈등 -> 관련전문학회의 대정부 활동	의료기관이용의 대기시간장기화, 장년인구 감소로 관련 전문인력 부족(간호,치료분야)현상	정부의 소극적 태도, 전문가 부족 문제 -> 관련학회 및 정부의 인력양성 시도	노인환자의 관리 및 치료에 실질적인 견지에 초점을 맞춘 의과대학 교육 과정 요청됨	1984년~1994년:내과, 가정의지원자중 시험통과자 모두에게 자격 부여, 1995년이후 전임의 수련과정 필수 후 지원자 감소	임상중심의 대학 및 대학원 교육 내용에 대한 변화 요구 -> 간호학, 사회학 등과 연계된 학문 개설
최근동향	노인의료 담당자 이분화 : 노인의학교육이수자와 그렇지 않은자 -> 정식노인의학교육이수자 수요 증대 및 필요성 증가	교육기관, 프로그램 개발 과제 해결 노력 중	노인의학전문가 증가추세, 가정간호, 장기요양기관, 재택요양 등의 협력적 발전 도모	스페인 노인병·노년학회의 지속적인 학술활동, 프로그램 개발 활발히 진행중	병원 또는 진료소에 장기요양병상 의무화:노인병동, 특례허가병동, 개호력강화병동 운동 -> 노인의료강화 및 인력 필요	미국 의과대학중 10% 정도가 노인학과과정 개설	연령기반적모델과 통합적 모델에 입각하여 노인의료 진료 담당

2. 의료인의 인식도 실태조사에 대한 결과

가. 대상자의 특성

조사 대상자의 특성을 보면 근무지에서는 2/3차 의료기관이 46.0%로 가장 많았으며, 1차 의료기관도 37.3%이었다(표 10). 그 외에는 노인전문 병원/요양소, 보건소, 기타의 순이었다. 전공에서는 기타가 24.7%로 가장 많았으며, 내과가 22.7%, 가정의학과가 19.6%의 순이었다. 성별로는 남자가 81.2%로 여자보다 많았으며 연령에서는 30대가 51.1%로 가장 많았으며, 40대가 35.0%, 50대가 9.3%, 30세 미만이 4.6%이었다.

표 10. 표본의 인구통계적 특성

	구 분	인원수	백분율
근무지	1차 의료기관	177	37.3
	2/3차 의료기관	218	46.0
	노인전문병원/요양소	35	7.4
	보건소	31	6.5
	기타	13	2.7
전공	내과	107	22.6
	가정의학과	93	19.6
	재활의학과	38	8.0
	신경과	29	6.1
	외과계열	44	9.3
	일반의	46	9.7
	기타	117	24.7
성별	남자	385	81.2
	여자	89	18.8
연령	30세 미만	22	4.6
	30대	242	51.1
	40대	166	35.0
	50대	44	9.3
학회	대한임상노인의학회	99	20.9
	대한노인병학회	375	79.1
	계	474	100.0

나. 보험급여에 관한 내용

노인질환 수가 분리 의견에 대해서 분석을 실시한 결과는 표 11과 같다. 근무지별로는 모든 근무지에서 시범기관을 선정하여 검토한다는 응답이 가장 높은 것으로 분석되었으나, 보건소와 2/3차 의료기관의 응답이 가장 높게 분석되었으며, 1차 의료기관이 가장 낮았으며 통계학적으로 유의하였

다. 전공, 연령, 학회별로는 유의한 차이를 보이고 있지는 않았다.

표 11. 노인질환 수가 분리 의견에 대한 분석

구 분	노인질환 수가 분리 의견				계	X ² (p값)	
	전혀 필요없음	현재는 필요없음	시범기관을 선정 검토	당장 필요			
근무지	1차 의료기관	5(2.8)	27(15.3)	87(49.2)	58(32.8)	177(100.0)	32.154 (.001)
	2/3차 의료기관	3(1.4)	18(8.3)	146(67.0)	51(23.4)	218(100.0)	
	노인전문병원/요양소	-	1(2.9)	20(57.1)	14(40.0)	35(100.0)	
	보건소	-	2(6.5)	21(67.7)	8(25.8)	31(100.0)	
	기타	2(15.4)	2(15.4)	7(53.8)	2(15.4)	13(100.0)	
전공	내과	4(3.7)	13(12.1)	57(53.3)	33(30.8)	107(100.0)	21.980 (.233)
	가정의학과	2(2.2)	10(10.8)	58(62.4)	23(24.7)	93(100.0)	
	재활의학과	-	3(7.9)	27(71.1)	8(21.1)	38(100.0)	
	신경과	-	1(3.4)	16(55.2)	12(41.4)	29(100.0)	
	외과계열	1(2.3)	4(9.1)	20(45.5)	19(43.2)	44(100.0)	
	일반의	1(2.2)	2(4.3)	28(60.9)	15(32.6)	46(100.0)	
	기타	2(1.7)	17(14.5)	75(64.1)	23(19.7)	117(100.0)	
연령	30세 미만	1(4.5)	0(0)	18(81.8)	3(13.6)	22(100.0)	16.877 (.051)
	30대	4(1.7)	22(9.1)	149(61.6)	67(27.7)	242(100.0)	
	40대	5(3.0)	18(10.8)	91(54.8)	52(31.3)	166(100.0)	
	50대	-	10(22.7)	23(52.3)	11(25.0)	44(100.0)	
학회	대한임상노인의학회	3(3.0)	15(15.2)	56(56.6)	25(25.3)	99(100.0)	3.523 (.318)
	대한노인병학회	7(1.9)	35(9.3)	225(60.0)	108(28.8)	375(100.0)	
계	10(2.1)	50(10.5)	281(59.3)	133(28.1)	474(100.0)		

표 12는 노인요양보험제도에 대해서 분석을 실시하였으며 통계학적으로 유의한 변수는 근무지였다. 비율을 보면, 1차 의료기관, 2/3차 의료기관, 노인전문병원/요양소, 보건소에서는 인프라 확충이 매우 미흡하다는 응답이 가장 높았으며, 기타는 아는바 없다는 응답이 가장 높았다. 전공별로는 내과에서는 아는바 없다는 응답이 42.7%로 가장 높게 분석되었으며, 그 외의 전공에서는 인프라 확충이 매우 미흡하다는 응답이 가장 높았으며, 특히, 신경과의 응답이 80.8%로 가장 높았고 통계학적으로 유의하였다. 모든

연령에서 인프라 확충이 매우 미흡하다는 응답이 30세 미만이 59.1%, 40대가 50.0%, 40대가 46.2% 그리고 50대가 34.9%로 각각 가장 높았으나, 아는바가 없다는 응답이 30세 미만은 36.4%, 30대는 35.3%, 50대는 32.6% 그리고 40대는 25.5%로 그 다음으로 각각 많았다.

표 12. 노인요양보험제도에 대한 의견

구 분	노인요양보험제도에 대한 의견				계	X ² (p값)
	아는바 없다	효과에 대해 기대 않는다	인프라 확충이 매우 미흡	효율적인 시스템		
근무지	1차 의료기관	63(36.0)	23(13.1)	69(39.4)	20(11.4)	23.658 (.023)
	2/3차 의료기관	63(29.3)	11(5.1)	113(52.6)	28(13.0)	
	노인전문병원/요양소	4(11.8)	4(11.8)	20(58.8)	6(17.6)	
	보건소	12(38.7)	1(3.2)	16(51.6)	2(6.5)	
	기타	6(46.2)	2(15.4)	4(30.8)	1(7.7)	
전공	내과	46(43.0)	11(10.3)	37(34.6)	13(12.1)	39.224 (.003)
	가정의학과	24(25.8)	9(9.7)	41(44.1)	19(20.4)	
	재활의학과	9(23.7)	7(18.4)	20(52.6)	2(5.3)	
	신경과	3(11.5)	1(3.8)	21(80.8)	1(3.8)	
	외과계열	11(25.0)	4(9.1)	23(52.3)	6(13.6)	
	일반의	13(28.9)	1(2.2)	26(57.8)	5(11.1)	
	기타	42(36.5)	8(7.0)	54(47.0)	11(9.6)	
연령	30세 미만	8(36.4)	-	13(59.1)	1(4.5)	28.886 (.001)
	30대	84(35.3)	26(10.9)	110(46.2)	18(7.6)	
	40대	42(25.5)	14(8.5)	84(50.9)	25(15.2)	
	50대	14(32.6)	1(2.3)	15(34.9)	13(30.2)	
학회	대한임상노인의학회	28(28.3)	6(6.1)	52(52.5)	13(13.1)	2.267 (.510)
	대한노인병학회	120(32.5)	35(9.5)	170(46.1)	44(11.9)	
계	148(31.6)	41(8.8)	222(47.4)	57(12.2)	468(100.0)	

다. 노인의학전문의 제도

노인의학전문의 과정 개설 필요성에 대해서 분석을 실시한 결과(표 13)에서는 전공과 연령이 통계학적으로 유의하였다. 전공별로는 신경과에서만 필요치 않다는 응답이 62.1%로 가장 높았고 그 외의 전공에서는 필요하다는 응답이 55.0%이상으로 가장 높았다. 연령별로는 모든 연령대에서 필요하다는 응답이 가장 높았으며 특히, 50대의 응답이 81.8%로 가장 높았다.

표 13. 노인의학전문의 과정 개설 필요성

구 분	노인의학전문의 과정 개설 필요성			계	X ² (p값)	
	그렇다	그렇지 않다	생각안해 봤다			
근무지	1차 의료기관	117(66.1)	46(26.0)	14(7.9)	177(100.0)	4.575 (.802)
	2/3차 의료기관	135(61.9)	65(29.8)	18(8.3)	218(100.0)	
	노인전문병원/요양소	22(62.9)	8(22.9)	5(14.3)	35(100.0)	
	보건소	21(67.7)	6(19.4)	4(12.9)	31(100.0)	
	기타	8(61.5)	3(23.1)	2(15.4)	13(100.0)	
전공	내과	59(55.1)	35(32.7)	13(12.1)	107(100.0)	49.787 (.000)
	가정의학과	65(69.9)	27(29.0)	1(1.1)	93(100.0)	
	재활의학과	21(55.3)	8(21.1)	9(23.7)	38(100.0)	
	신경과	9(31.0)	18(62.1)	2(6.9)	29(100.0)	
	외과계열	27(61.4)	12(27.3)	5(11.4)	44(100.0)	
	일반의	37(80.4)	7(15.2)	2(4.3)	46(100.0)	
연령	기타	85(72.6)	21(17.9)	11(9.4)	117(100.0)	15.410 (.017)
	30세 미만	15(68.2)	4(18.2)	3(13.6)	22(100.0)	
	30대	137(56.6)	78(32.2)	27(11.2)	242(100.0)	
	40대	115(69.3)	39(23.5)	12(7.2)	166(100.0)	
학회	50대	36(81.8)	7(15.9)	1(2.3)	44(100.0)	.299 (.861)
	대한임상노인의학회	64(64.6)	25(25.3)	10(10.1)	99(100.0)	
	대한노인병학회	239(63.7)	103(27.5)	33(8.8)	375(100.0)	
	계	303(63.9)	128(27.0)	43(9.1)	474(100.0)	

표 14는 노인의학전문의 제도의 장애요인에 대해서 분석한 결과이며 통계학적으로 유의한 변수는 없었다. 전체적으로 살펴보면, 의료인 내부의 인식부족이라는 응답이 43.6%로 가장 높았으며, 사회적 인식부족이 28.3%, 정부의 인식부족이 28.1%이었다.

표 14. 노인의학전문의 제도의 장애요인

구 분	노인의학전문의 제도의 장애요인			계	X ² (p값)	
	정부 인식부족	사회적 인식부족	의료인 내부 인식부족			
근무지	1차 의료기관	50(29.4)	49(28.8)	71(41.8)	170(100.0)	13.608 (.093)
	2/3차 의료기관	63(30.9)	62(30.4)	79(38.7)	204(100.0)	
	노인전문병원/요양소	6(20.7)	4(13.8)	19(65.5)	29(100.0)	
	보건소	4(13.3)	7(23.3)	19(63.3)	30(100.0)	
	기타	3(25.0)	3(25.0)	6(50.0)	12(100.0)	
전공	내과	24(23.8)	33(32.7)	44(43.6)	101(100.0)	19.445 (.078)
	가정의학과	28(31.8)	23(26.1)	37(42.0)	88(100.0)	
	재활의학과	12(34.3)	6(17.1)	17(48.6)	35(100.0)	
	신경과	12(50.0)	4(16.7)	8(33.3)	24(100.0)	
	외과계열	13(30.2)	18(41.9)	12(27.9)	43(100.0)	
	일반의	7(16.7)	11(26.2)	24(57.1)	42(100.0)	
연령	기타	30(26.8)	30(26.8)	52(46.4)	112(100.0)	7.335 (.291)
	30세 미만	7(31.8)	7(31.8)	8(36.4)	22(100.0)	
	30대	62(27.8)	59(26.5)	102(45.7)	223(100.0)	
	40대	42(26.6)	53(33.5)	63(39.9)	158(100.0)	
학회	50대	15(35.7)	6(14.3)	21(50.0)	42(100.0)	.104 (.949)
	대한임상노인학회	26(28.3)	27(29.3)	39(42.4)	92(100.0)	
	대한노인병학회	100(28.3)	98(27.8)	155(43.9)	353(100.0)	
	계	126(28.3)	125(28.1)	194(43.6)	445(100.0)	

표 15는 노인의학전문의의 역할에 대해서 분석을 실시한 결과 통계학적으로 유의한 차이가 있는 변수가 없었다. 전체적으로 살펴보면, 노인에 대한 일차의료 담당자라는 응답이 71.5%로 가장 높았으며, 교육/자문의사

역할이 14.6%, 장기요양 관리 담당자라는 응답이 11.2%이었다.

표 15. 노인의학전문주의의 역할에 대한 분석

구 분	노인의학전문주의의 역할				계	X ² (p값)	
	교육/자문 의사 역할	노인에 대한 일차의료 담당자	장기요양 관리 담당자	노화방지 예방의로 의 역할			
근무지	1차 의료기관	19(10.7)	139(78.5)	14(7.9)	5(2.8)	177(100.0)	20.504 (.058)
	2/3차 의료기관	38(17.4)	148(67.9)	25(11.5)	7(3.2)	218(100.0)	
	노인전문병원/요양소	5(14.3)	19(54.3)	10(28.6)	1(2.9)	35(100.0)	
	보건소	4(13.3)	24(80.0)	2(6.7)	0(0)	30(100.0)	
	기타	3(23.1)	8(61.5)	2(15.4)	0(0)	13(100.0)	
전공	내과	16(15.0)	73(68.2)	14(13.1)	4(3.7)	107(100.0)	19.102 (.386)
	가정의학과	13(14.0)	71(76.3)	8(8.6)	1(1.1)	93(100.0)	
	재활의학과	6(15.8)	24(63.2)	8(21.1)	0(0)	38(100.0)	
	신경과	7(24.1)	17(58.6)	4(13.8)	1(3.4)	29(100.0)	
	외과계열	4(9.1)	33(75.0)	6(13.6)	1(2.3)	44(100.0)	
	일반의	5(10.9)	39(84.8)	2(4.3)	0(0)	46(100.0)	
	기타	18(15.5)	81(69.8)	11(9.5)	6(5.2)	116(100.0)	
연령	30세 미만	6(27.3)	14(63.6)	2(9.1)	0(0)	22(100.0)	7.593 (.576)
	30대	37(15.3)	167(69.0)	31(12.8)	7(2.9)	242(100.0)	
	40대	18(10.8)	126(75.9)	17(10.2)	5(3.0)	166(100.0)	
	50대	8(18.6)	31(72.1)	3(7.0)	1(2.3)	43(100.0)	
학회	대한임상노인의학회	17(17.2)	72(72.7)	10(10.1)	0(0)	99(100.0)	4.179 (.243)
	대한노인병학회	52(13.9)	266(71.1)	43(11.5)	13(3.5)	374(100.0)	
계		69(14.6)	338(71.5)	53(11.2)	13(2.7)	473(100.0)	

노인전문인력 양성의 기본전제에 대해서 분석을 하였는데 전공이 통계학적으로 유의하였다(표 16). 전공별로는 내과(34.0%)와 외과계열(40.9%)은 관련 전문인력을 함께 고려해야한다는 응답이 가장 높았으며, 기타전공은 교육/수련 프로그램 마련/강화(34.2%)가 가장 높았다. 가정의학과(36.6%), 신경과(32.1%) 그리고 일반의(28.9%)는 의사들의 노인의학적 지식향상이

가장 높았으며, 재활의학과(42.1%)는 가격부여주체 선정이 가장 높았다.

표 16. 노인전문인력 양성의 기본전제

구 분	노인전문인력 양성의 기본전제				계	X ² (p값)
	관련 전문인력 고려	교육/수련 프로그램 마련/강화	가격부여 주체 선정	의사들의 노인의학적 지식향상		
근무지	1차 의료기관	59(33.7)	48(27.4)	23(13.1)	45(25.7)	16.186 (.183)
	2/3차 의료기관	69(31.8)	50(23.0)	45(20.7)	53(24.4)	
	노인전문병원/요양소	11(31.4)	7(20.0)	7(20.0)	10(28.6)	
	보건소	3(9.7)	14(45.2)	7(22.6)	7(22.6)	
	기타	2(15.4)	4(30.8)	3(23.1)	4(30.8)	
전공	내과	36(34.0)	28(26.4)	20(18.9)	22(20.8)	38.224 (.004)
	가정의학과	31(33.3)	16(17.2)	12(12.9)	34(36.6)	
	재활의학과	7(18.4)	6(15.8)	16(42.1)	9(23.7)	
	신경과	8(28.6)	8(28.6)	3(10.7)	9(32.1)	
	외과계열	18(40.9)	12(27.3)	7(15.9)	7(15.9)	
	일반의	9(20.0)	13(28.9)	8(17.8)	15(33.3)	
연령	30세 미만	6(30.0)	7(35.0)	3(15.0)	4(20.0)	15.834 (.070)
	30대	73(30.3)	56(23.2)	50(20.7)	62(25.7)	
	40대	53(31.9)	48(28.9)	18(10.8)	47(28.3)	
	50대	12(27.3)	12(27.3)	14(31.8)	6(13.6)	
학회	대한임상노인의학회	26(26.3)	26(26.3)	18(18.2)	29(29.3)	1.569 (.666)
	대한노인병학회	118(31.7)	97(26.1)	67(18.0)	90(24.2)	
계		144(30.6)	123(26.1)	85(18.0)	119(25.3)	471(100.0)

노인의학전문의 자격부여 주체에 대한 분석 결과는 표 17과 같다. 근무지, 전공, 연령, 학회별로 노인의학전문의 자격부여 주체에 대하여 통계학적으로 차이를 보이지 않았다. 전체적으로 보면, 현 학회 중에서 위임해야 한다는 응답이 58.9%로 가장 높았으며, 타전문의 과정과 동일하게 부여해야 한다는 응답이 21.2%, 새로운 노인전문학회를 개설해서 부여한다는 응답이 19.9%이었다.

표 17. 노인의학전문의 자격부여 주체

구 분	노인의학전문의 자격부여 주체			계	X ² (p값)	
	타전문의 과정과 동일	새로운 노인전문학회 개설	현 학회 중에서 위임			
근무지	1차 의료기관	36(20.9)	35(20.3)	101(58.7)	172(100.0)	6.081 (.638)
	2/3차 의료기관	49(24.1)	39(19.2)	115(56.7)	203(100.0)	
	노인전문병원/요양소	3(10.0)	8(26.7)	19(63.3)	30(100.0)	
	보건소	6(19.4)	4(12.9)	21(67.7)	31(100.0)	
	기타	1(8.3)	3(25.0)	8(66.7)	12(100.0)	
전공	내과	19(17.8)	22(20.6)	66(61.7)	107(100.0)	5.924 (.920)
	가정의학과	21(24.1)	13(14.9)	53(60.9)	87(100.0)	
	재활의학과	7(21.9)	9(28.1)	16(50.0)	32(100.0)	
	신경과	6(26.1)	5(21.7)	12(52.2)	23(100.0)	
	외과계열	10(23.3)	8(18.6)	25(58.1)	43(100.0)	
	일반의	12(26.7)	9(20.0)	24(53.3)	45(100.0)	
	기타	20(18.0)	23(20.7)	68(61.3)	111(100.0)	
연령	30세 미만	7(33.3)	1(4.8)	13(61.9)	21(100.0)	8.210 (.223)
	30대	39(17.3)	48(21.3)	138(61.3)	225(100.0)	
	40대	40(25.2)	33(20.8)	86(54.1)	159(100.0)	
	50대	9(20.9)	7(16.3)	27(62.8)	43(100.0)	
학회	대한임상노인의학회	18(19.4)	20(21.5)	55(59.1)	93(100.0)	.349 (.840)
	대한노인병학회	77(21.7)	69(19.4)	209(58.9)	355(100.0)	
계		95(21.2)	89(19.9)	264(58.9)	448(100.0)	

노인의학전문의 수련기관에 대해서 분석을 실시한 결과는 표 18과 같으며, 근무지, 전공, 연령, 학회별로 유의한 차이를 보이고 있지 않았다. 전체적으로 살펴보면, 초기에는 시범기관을 선정하여 실시해야 한다는 응답이 53.4%로 가장 높았으며, 현재 전문병원에서 수련하는데 문제없다는 응답이 30.2%, 정부에서 기준을 규정한 인정 시설이라는 응답이 16.5%이었다.

표 18. 노인의학전문의 수련기관

구 분	노인의학전문의 수련기관			계	X ² (p값)	
	초기에는 시범기관 선정	현재 전문병원에서 수련	정부에서 기준을 규정한 인정 시설			
근무지	1차 의료기관	84(48.8)	61(35.5)	27(15.7)	172(100.0)	9.868 (.274)
	2/3차 의료기관	118(55.1)	64(29.9)	32(15.0)	214(100.0)	
	노인전문병원/요양소	21(63.6)	5(15.2)	7(21.2)	33(100.0)	
	보건소	15(50.0)	7(23.3)	8(26.7)	30(100.0)	
	기타	8(66.7)	2(16.7)	2(16.7)	12(100.0)	
전공	내과	58(56.3)	35(34.0)	10(9.7)	103(100.0)	17.226 (.141)
	가정의학과	49(53.3)	27(29.3)	16(17.4)	92(100.0)	
	재활의학과	23(60.5)	10(26.3)	5(13.2)	38(100.0)	
	신경과	19(70.4)	7(25.9)	1(3.7)	27(100.0)	
	외과계열	19(45.2)	15(35.7)	8(19.0)	42(100.0)	
	일반의	22(50.0)	9(20.5)	13(29.5)	44(100.0)	
	기타	56(48.7)	36(31.3)	23(20.0)	115(100.0)	
연령	30세 미만	13(59.1)	6(27.3)	3(13.6)	22(100.0)	9.941 (.127)
	30대	135(57.4)	66(28.1)	34(14.5)	235(100.0)	
	40대	82(50.6)	47(29.0)	33(20.4)	162(100.0)	
	50대	16(38.1)	20(47.6)	6(14.3)	42(100.0)	
학회	대한임상노인의학회	46(47.4)	30(30.9)	21(21.6)	97(100.0)	2.824 (.244)
	대한노인병학회	200(54.9)	109(29.9)	55(15.1)	364(100.0)	
계		246(53.4)	139(30.2)	76(16.5)	461(100.0)	

노인의학전문의 자격취득 방법에 대해서 분석을 실시한 결과는 표 19와 같다. 근무지별로 보면 모든 근무지에서 전문의 취득 후 연수/시험을 거쳐 취득해야 한다는 응답이 가장 높았으며 근무지가 노인전문병원/요양소의 응답이 72.7%로 가장 높았고 통계학적으로 유의하였다.

전공별로는 내과(54.3%), 재활의학과(82.4%), 신경과(79.2%), 외과계열(83.7%), 기타(64.3%)는 전문의 취득 후 연수/시험을 거쳐 취득해야 한다는 응답이 가장 높았고 가정의학과(47.3%)는 전문의 취득 후 추가과정을

거쳐 취득해야 한다는 응답이 가장 높았고, 일반의(77.3%)는 별도 전문과목을 개설해야 한다는 응답이 가장 높았으며 통계학적으로 유의하였다.

연령별로는 모든 연령대에서 전문의 취득 후 연수/시험을 거쳐 취득해야 한다는 응답이 가장 높았으며 통계학적으로 유의하였다.

표 19. 노인의학전문의 자격취득 방법

구 분	노인의학전문의 자격취득 방법				계	X ² (p값)	
	전문의 취득후 추가과정	전문의 취득 후 연수/시험	별도 전문과목 개설	내과의 세부 전문분과로 개설			
근무지	1차 의료기관	30(17.4)	89(51.7)	45(26.2)	7(4.1)	172(100.0)	29.430 (.021)
	2/3차 의료기관	43(20.7)	122(58.7)	34(16.3)	9(4.3)	208(100.0)	
	노인전문병원/요양소	3(9.1)	24(72.7)	3(9.1)	3(9.1)	33(100.0)	
	보건소	6(19.4)	12(38.7)	11(35.5)	1(3.2)	31(100.0)	
	기타	-	7(58.3)	5(41.7)	-	12(100.0)	
전공	내과	26(24.8)	57(54.3)	4(3.8)	18(17.1)	105(100.0)	252.739 (.000)
	가정의학과	43(47.3)	35(38.5)	13(14.3)	-	91(100.0)	
	재활의학과	1(2.9)	28(82.4)	4(11.8)	-	34(100.0)	
	신경과	1(4.2)	19(79.2)	4(16.7)	-	24(100.0)	
	외과계열	-	36(83.7)	7(16.3)	-	43(100.0)	
	일반의	3(6.8)	5(11.4)	34(77.3)	1(2.3)	44(100.0)	
	기타	8(7.0)	74(64.3)	32(27.8)	1(0.9)	115(100.0)	
연령	30세 미만	7(33.3)	8(38.1)	6(28.6)	-	21(100.0)	24.477 (.018)
	30대	52(22.1)	134(57.0)	38(16.2)	10(4.3)	235(100.0)	
	40대	18(11.4)	83(52.5)	48(30.4)	8(5.1)	158(100.0)	
	50대	5(11.9)	29(69.0)	6(14.3)	2(4.8)	42(100.0)	
학회	대한임상노인학회	14(14.6)	52(54.2)	25(26.0)	3(3.1)	94(100.0)	2.442
	대한노인병학회	68(18.9)	202(56.1)	73(20.3)	17(4.7)	360(100.0)	(.486)
계	82(18.0)	254(55.7)	98(21.5)	20(4.4)	454(100.0)		

IV. 고 찰

1. 연구 방법에 대한 고찰

이 연구에서는 우리나라 노인의학전문의 제도 도입에 대한 인식도 조사를 하고다 하였다. 인식도 조사에 앞서 문헌고찰을 통하여 외국의 노인의료시스템과 노인의학전문의 제도에 대한 현황을 파악하였고, 그 다음으로 국내의 대한노인병학회 및 대한임상노인의학회의 회원을 중심으로 노인병 치료의 현실 및 노인의학전문의 제도에 대한 의견을 수집하여 바람직한 노인의학전문의 제도의 방안을 제시해 보고자 하였다.

우선 이 연구에서는 외국의 노인의료시스템 및 노인의학제도를 문헌고찰을 통해 비교하였으나 자료의 한계로 충분한 제도의 비교가 되지 못하였다.

의료인의 인식도 실태분석을 위한 설문을 실시하는데 있어서의 노인의학에 대한 인식이 확산되어 있을 것으로 예측되는 학회 중 '노인의학전문의 제도'와 관련하여 '인정의제도'를 운영하는 대한노인병학회와 대한임상노인 의학회를 선정하여 설문을 실시하였다. 두 학회 모두 노인의학 관련 학회이므로 전반적인 노인의료에 대한 인식이 높을 것이라는 전제를 하였으며, e-mail로 설문을 발송하고 회수하는 관계로 각 학회 회원명부에 e-mail을 보유하고 있는 회원들에게만 설문을 실시하여 e-mail이 파악되지 못한 회원에게는 설문을 실시하지 못하여 전체 회원에 대한 조사에는 제한이 있었다. 또한 노인의학전문의 제도에 대한 설문을 실시한 선행연구

가 없었던 관계로 어느 정도의 의견형성이 되어 있는지에 대한 기초자료가 부족했던 점과 응답률이 16%에 그쳐 전체 회원들에게 일반화하기 어려운 제한점이 있었다.

2. 연구 결과에 대한 고찰

가. 외국의 노인의료시스템 및 노인의학전문의 제도에 관한 고찰

우리나라는 표 2에서 보는 바와 같이 2019년이면 65세 노인인구가 14.9%로 고령사회(Aged Society)에 진입할 것으로 예상되는 가운데, 이러한 사실은 외국의 어느 나라에서도 그 유래가 없는 빠른 속도의 고령사회 진입이었다. 이에 따라 우리 사회가 직면할 노인문제는 우리가 해결해야 할 중요한 과제 중의 하나가 되었다. 이에 노인문제 중 노인의료 부분에 보다 적극적으로 대처하기 위한 방법으로 노인의학전문의 제도를 도입하기 위한 전제조건으로 외국의 선행제도를 비교 분석하여 검토하는 것은 매우 중요한 작업이라 하겠다.

국내에서는 노인의학전문의 제도 도입에 관련된 구체적인 선행연구가 거의 없었고, 외국의 노인의학전문의 제도를 간단히 소개한 선우덕(2002)의 보고가 그 시발점에 속한다고 할 수 있다.

프랑스에서 시행하는 노인의료시스템은 급성기, 아급성기, 장기요양으로 구분하여 노인환자를 치료하고 있고(Nourhashemi, et al, 1998), 네덜란드도 노인의료 시스템을 임상학과 장기요양기관으로 구분하여 전문가를

별도의 교육프로그램으로 양성하고 있다(Hoek, et al, 2000). 윤종률(2003)의 연구에서도 노인 보건의료 체계를 지역사회-가정, 급성기 병원, 아급성기 또는 요양병원, 요양원(Nursing Home)으로 제시하고 있어 우리나라의 바람직한 노인의료 체계의 확립에 있어서 시사하는 바가 크다고 하겠다.

노인의학 교육에 있어서 영국, 프랑스, 이태리, 스페인 등 대부분의 나라에서 의과대학에 노인의학 과정이 정식 과목으로 채택되어 있고 일본, 미국과 같은 나라에서는 내과, 가정의 등의 전공과목 이수 후 추가의 수련 및 검정을 거쳐 자격을 부여하는 것으로 제도화 되어 있다. 이는 노인인구가 증가함에 따라 그에 따른 전문가가 반드시 수반되어야 한다는 것을 뒷받침 한다고 하겠다. 그러나 미국의 경우 노인의학전문의 제도 도입 초기에 검정을 통해서만 자격을 부여하던 방식에서 2~3년의 추가적인 전임의 과정을 거쳐야 되는 방식으로 변경된 후 지원자가 감소했다는 보고는 노인을 치료하는 데는 노인환자 진료 특성상 많은 시간과 노력이 필요하지만 다른 분야에 비해 제대로 보상받지 못하는 경우가 많다는 현실적인 어려움 때문에 노인환자만을 치료하는 일에만 전념하고 싶지 않다는 해석을 할 수 있다. 이에 노인환자 치료에 대한 적절한 보상의 문제도 고려되어야 할 것이다.

스페인의 경우 노인의학관련 각종 위원회들이 노인의학전문의 및 노인의료시스템을 구축하는 데 노력을 기울이고 있으며 특히 정부의 소극적 태도에도 불구하고 스페인 노인병·노년학회를 주축으로 활발한 저술 및 학술활동을 통해 노인의료확립에 대한 저변확대를 꾀하고 있다(Ribera Casado, et al, 2000). 우리나라도 몇몇 강좌 등을 통해 의대에 노인의학관련 교육이 부분적으로 시도되고 있으며 노인의학 관련 각종 학회들을 중

심으로 연수강좌나 인정의제도를 시도하고 있다고 보고되었다. 특히 대한 노인병학회에서는 2004년 현재 2,600여명의 인정의를 배출한다고 보고되었다(Cho, et al, 2004). 대한노인병학회와 대한임상노인의학회 등에서 실시하는 인정의 제도는 공식적인 자격증은 아니나 노인의학에 대한 전문가들의 일련의 적극적인 활동으로 해석되며 향후 우리나라 노인의학전문의 제도 도입에 있어서 중요한 의미를 가지게 될 것이다.

노인의학은 가장 새롭게 주목받는 의학 분야 중 하나이다. 영국과 같은 몇몇 나라는 1940년대부터 이미 노인의학이 의료의 특수 분야라는 사실을 인지하였으나 대부분의 개발도상국들은 최근 20여년 사이 그러한 현실을 받아들이기 시작하였으나 여러 나라에서는 아직도 그러한 사실을 인지하지 못하고 있는 실정이었다. 그러나 전세계적인 인구구조 등을 감안할 때 전문의학 분야로 빠르게 성장할 수밖에 없는 상황이고 치료의 총체적인 시스템으로 법제화 될 것으로 전망하고 있다(Michel, et al, 1998).

나. 의료인의 인식도 실태조사에 대한 고찰

1) 조사 대상자의 특성에 대한 고찰

조사 대상자의 특성을 보면 근무지에서는 2/3차 의료기관이 46.0%로 가장 많았으며, 1차 의료기관도 37.3%이었다(표 10). 그 외에는 노인전문병원/요양소, 보건소, 기타의 순이었다. 각 의료기관의 상대적인 숫자에서 기인한 결과라고 여겨지나 의료기관의 특성에 따른 노인의학전문의의 역할에 차이를 두고 발전시킬 필요가 있음을 알 수 있었다.

전공의 분포로 볼 때 단일과로서는 내과와 가정의학과가 주류를 이루고

있다고 분석되나 기타과를 살펴보면 외과계열, 재활의학과, 정신과, 산부인과, 소아과 등 거의 모든 진료과에서 노인의학에 대한 관심도를 측정할 수가 있었다. 특이한 점은 산부인과와 소아과 등 노인의료와 관련이 적은 진료과 전공자들도 노인의학 관련 학회의 회원이라는 것이었으며 우리나라 인구구조의 변화가 임상 의사들의 관심도를 변화시키고 있다는 점을 엿볼 수 있었다.

2) 보험급여에 대한 고찰

보험급여 수가 체계 만족도에 대해서 분석을 실시한 결과 근무지, 전공, 연령, 학회별로 유의한 차이를 보이고 있지 않았으며(표 11), 만족하지 못한다는 경향이 매우 강한 것으로 분석되었는데 현 급성기체제에서의 노인 환자 치료의 어려움을 엿볼 수 있었다. 이는 노인요양보장제도 실시 이전의 보험급여에 대한 설문이었으므로 노인요양보장제도의 실시 이후에 동일한 설문을 실시하여 이전과 이후에 대한 결과를 비교할 수 있겠다.

3) 노인의학전문의 제도에 관한 고찰

노인의학전문의 과정 개설 필요성에 대해서 분석을 실시한 신경과에서는 필요치 않다는 응답이 62.1%로 가장 높게 나타난 반면, 그 외의 전공에서는 필요하다는 응답이 가장 높게 분석되었다. 신경과에서 노인의학전문과 개설에 대한 부정적 반응은 현재 신경과의 많은 환자가 치매, 기억장애, 뇌졸중 등의 퇴행성 노인환자로 새로운 분과의 의미가 없음을 반영한 것으로 사료된다.

노인의학전문의 제도의 장애요인에 대해서 분석한 결과 의료인 내부의

인식부족이라는 응답이 가장 높게 분석되었는데 이는 노인의학전문의 제도가 실시될 경우 추가적인 자격부여에 대한 보완 교육 및 자격획득에서 오는 부담감으로 해석할 수 있겠으며 의료인 내부의 공감대 형성이 가장 중요한 관건이라 할 수 있겠다.

노인의학전문의의 역할에 대해서 분석을 실시한 결과 노인에 대한 일차 의료 담당자, 교육/자문의사 역할, 장기요양 관리 담당자 순으로 분석되었는데 이는 임상의로서 역할을 가장 기본으로 하였고 기타의 역할에 대한 인식도 동시에 하고 있음을 알 수 있다.

노인의학전문의의 자격취득 방법에 대한 분석 결과는 각 임상과의 전문의 자격을 취득한 후 일정기간의 연수와 시험을 거쳐 추가적인 노인의학전문의 자격을 획득해야 한다는 의견이 가장 높은 것으로 분석되었다. 미국의 경우 내과와 가정의학과 전공자를 중심으로 추가적인 전임의 과정 이수 후 시험을 거쳐 선발하는 방법을 채택하고 있고 일본에서도 내과와 외과의 전문자격 소지자 중 일본노년의학회의 추가 연수를 거치는 방법으로 자격을 부여하고 있는 상황으로(선우덕, 2002) 이는 각 임상과의 전문성을 확보한 후 노인질병에 대한 보완을 하는 것이 바람직하다고 인식하는 것으로 해석된다.

노인의학전문의 개설시 현재 노인의학 관련 전문 학회에서 실시하고 있는 인정의 자격증에 대한 인식도 분석(부표 11)은 인정의 자격을 전면 흡수해야 한다는 의견(28.8%) 보다 추가 연수를 통해 흡수해야 한다는 의견(59.9%)이 더 높게 분석되었는데 새로운 제도가 도입될 경우 새로운 자격부여 방법에 대한 기득 자격의 합리적인 흡수를 원하는 것으로 볼 수 있겠다.

정부에서는 노인인구의 급격한 증가와 출산율 저하 등에 대한 사회적 충격을 줄이기 위한 대책을 강구하고 있다. 그 대표적인 것이 노인요양보장제도의 시행방침이며, 이에 따라 노인요양시설 및 노인전문병원 등의 시설 확장을 꾀하고 있다(이정애, 2004). 노인요양보장제도는 필연적으로 노인전문 보건인력을 필요로 하며 따라서 노인의학전문의, 노인전문 간호사, 사회복지사, 간병인 등의 전문인력 양성이 시급히 이루어져야 하는 것이 시대적 요청이라 하겠다(오영희와 김종민, 2001; 변재관 등, 2002).

VI. 결 론

급격히 증가하는 노인질환자의 치료에 있어서 효과적이고 전문적으로 치료할 전문의료인력 중 의사인력에 대한 질적 향상 및 전문화를 기할 수 있는 방법으로 노인의학전문의 제도에 대한 의사들의 인식도를 알아보고 노인의학전문의 제도의 도입 방안에 대하여 논의하고자 하였다. 따라서 이 연구에서는 외국의 노인의료시스템과 노인의학교육 및 노인의료 전문인력 현황을 문헌고찰을 통해 검토하여 현재 우리나라의 현실과 비교해 보았다. 또한 우리나라 의료인의 노인의학전문의에 대한 의료인의 인식도 실태조사를 위해 대한노인병학회와 대한임상노인의학회의 회원에게 설문 을 실시하여 그 결과를 분석하였다. 이 연구의 주요결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 외국의 노인의료시스템과 현황을 검토한 결과 미국을 제외한 프랑스, 이태리, 네덜란드, 스페인, 일본, 영국 등의 나라에서 국가보건시스템으로 노인의료를 담당하며 총체적인 의료서비스를 제공하고 있다. 특히 영국은 국민보건서비스(NHS)에 의해 병원 및 의료인력을 국영화 하여 국가에서 관리하는 시스템으로 의료에 있어서는 총체적인 무료 서비스를 제공하며, 일본에서는 개호보험을 미국에서는 Medicare Program 으로 노인의료 보장 시스템을 운영하고 있다.

둘째, 외국의 노인의료 전문인력 양성에 있어서 노인의학 교육은 대학에서 노인의학전문과를 개설해 전문가를 양성하는 방법과 내과나 가정의학

과 등의 전문의 자격자중 추가의 수련 및 시험을 통해서 노인의학전문의를 배출하고 있다. 이중 영국은 1940년대부터 노인의학 전문과를 개설하여 운영해 오고 있으며 네덜란드는 임상노인의학과 장기요양기관전문가로 이분되어 양성되고 있다. 노인의학전문의 도입 배경을 살펴보면 각국의 의료계나 정부에서 노인의학의 중요성 인지 정도에 따라 전문가 양성 제도 및 도입 시기 등에 차이가 있었다.

셋째, 우리나라 의료인의 인식도 실태를 조사 한 결과, 조사대상자의 특성 중 근무지는 2/3차 의료기관 46%, 1차 의료기관 37.3%, 그 외 노인전문병원/요양소, 보건소 기타의 순이었고, 전공별로는 내과, 가정의학과가 단일과로는 가장 많았으며, 외과계열, 재활의학과, 정신과 등의 순이었다.

보험급여에 대한 결과는 현재 보험수가에 불만족이 70%에 이르렀으며, 노인의학전문의 제도에 대한 설문 결과로는 필요성 인식이 대다수였으나 신경과에서는 반대 의견이 62.1%로 조사되었다.

노인의학전문의 제도에 관련된 결과로는 노인의학전문의 제도의 장애요인으로 의료인 내부의 인식부족이라는 의견이 높았으며, 자격취득 방법에서는 내과, 재활의학과, 외과계열에서는 각 전공의 전문의 취득 후 연수/시험을 거쳐 취득하는 방법을, 가정의학과에서는 전문의 취득 후 추가과정을 거쳐야 한다는 의견, 일반의는 별도 전문과목을 개설해야 한다는 의견으로 분석되었다. 노인의학전문의의 역할에 대한 분석은 일차의료담당자, 교육/자문의사 역할, 장기요양 관리담당자 순이었다.

이상의 연구 결과를 근간으로 첫째로 노인의학의 전문성과 노인의학전문의의 필요성에 대한 인식의 확산이 필요하다. 모든 의학 분야에 노인의학 개념의 확산은 기본적으로 이루어져야 한다. 노인병은 질병다발성, 비

진행적, 만성적 퇴행성 질환, 약물부작용의 발생 위험, 기능장애 동반 등의 임상적 특징을 가지고 있으며 의학적 측면 외에 정신적, 사회적, 경제적인 문제들이 함께 작용한다는 사실을 인지하고 모든 면을 고려하여 노인환자를 치료하고 관리해야한다는 인식을 전 의료계가 공감하고 이에 대응할 노인의학전문의의 필요성을 인지해야 한다.

둘째로는 노인의학전문의의 역할을 정립해야 한다. 노인의료는 질병다발성, 만성퇴행성 질환, 기능장애 발생의 위험을 평가하고 확인하고 관리하는 분야이다. 또한 노인의 만성질환과 기능장애는 포괄적 평가와 함께 장기적이고 지속적, 연속적으로 관리되어야 한다. 이러한 관리는 필수적으로 다양한 분야의 인력들과 함께 시행되어야 하는 팀접근을 필요로 한다. 노인의료 담당자는 이러한 노인의료팀의 일원이면서 리더의 위치를 가지고 적절한 협력을 위한 조정자 역할을 해야 한다. 노인의학전문의는 급성기진료 및 노인평가팀을 담당하면서, 교육수련을 책임지고, 지역사회에서는 장기요양기의 노인 치료를 기타 인력들과 함께 담당하는 것이 바람직할 것으로 보인다.

셋째로는 노인의학전문의의 양성을 위한 제도적 마련이 요구된다. 노인의학전문을 양성하기 위해서 전문의 자격부여 주체의 선정, 수련기관, 자격 부여 방법 등의 제도적 마련이 수반되어야 할 것이다. 초기 제도 도입을 위해 정부에서 현 노인의학전문 학회 중 한 학회를 선정하여 자격부여 및 수련을 위임하고 철저한 관리를 통해 전문인력을 양성하는 방법을 고려해 볼 수 있겠다.

결론적으로 급격히 증가하는 노인질환자의 효과적 치료를 위해서는 전

문성을 담보한 전문의료인력이 뒷받침되어야 함은 재론의 여지가 없겠다. 이에 우리나라의 노인의학전문제도를 도입하기 위해서는 이 연구에서 이루어진 해외 각국의 노인의료시스템 및 노인의학교육현황 및 노인의학 전문의 제도 비교 고찰 결과를 바탕으로 의료인의 인식도 실태분석을 좀 더 확대하여 정부 차원에서 각 노인의학 관련 학회, 의과대학 관계자 등 의료계의 좀 더 폭 넓은 의견 수렴과 제도적 고찰을 통해 지속적인 연구가 진행되어야 할 것이다. 또한 적당한 시기에 노인전문 의 제도가 전문화된 노인의료시스템에 정착하기 위한 기틀이 마련되어야 할 것이다.

참고문헌

건강보험심사평가원. 2001년도 요양급여비용 분석. 월간심평 2002; 통권 20
호: 16-15.

건강보험관리공단. 의료보험통계연보, 건강보험관리공단. 1985~2004.

건강보험심사평가원. 2002년 상반기건강보험통계자료. 건강보험심사평가원,
2002.

고양근. 21세기 노인전문간호사의 역할 : 1999 세계노인의 해와 노인보건
의료. 1999년 노인간호학회 춘계학술대회, 1999.

김문실 외. 노인요양시설 경영론. 정담미디어, 2004.

김상근. 노인병원의 발전방향에 관한 연구. 중앙대학교 행정대학원 석사학
위논문, 2002.

김성순. 고령화사회에 대비한 노인복지법의 문제점과 개정방향. 노인복지
연구 2002; 통권15호: 9-16.

김수춘, 이충섭. 노인의료보장의 발전방향에 관한 연구. 한국보건사회연구
원, 1992

나기숙. 노인의료공급체계에 관한 연구. 숙명여자대학교 산업대학원 석사
학위논문, 1994.

- 남은우. 일본 노인의료 복지의 현황과 과제. 대한병원협회지 **2002**; **32(2)**: 43-44.
- 대한노인병학회. 노인병학. 의학출판사, **2002**.
- 문상빈. 노인치매전문병원의 활성화에 관한 연구. 한양대학교 대학원 석사 학위논문, **2000**.
- 문옥륜, 조유향, 이석구. 노인인구의 의료수요에 따른 필요의료인구의 추 계. 한국노년학 **1991**; **11(1)**: 1-16.
- 문옥륜. 노인보건제도와 노인간병요양원제도 개발의 과제와 전망. 한국노 학 **1995**; **15(1)**: 181-223.
- 변재관, 정경희, 선우덕 외. 고령사회대책기본법 제정검토 및 노인보건복지 종합대책. 한국보건회연구원, **2002**.
- 선우덕. 선진 외국의 노인병전문의 제도 현황. 노인병 **2002**; **6(Suppl 1)**: 19-27.
- 오성광, 한동희. 노인의료공급의 활성화를 위한 노인병원 제도의 도입방안. 한국노년학 **1997**; **17(3)**: 79-116.
- 오영희, 김종민. 노인요양시설의 현황분석과 정책과제 : 시설의 인력, 재정, 설비를 중심으로. 보건복지포럼 **2001**; **7:51-64**.
- 유승흠. 노인보건의 과거, 현재 그리고 미래. 한국보건사회연구원, **1994**.
- 윤종률. 공적 노인요양보장 제도의 도입과 노인의료. 제32차 대한노인병학

회 추계 학술대회 2003: 17-25.

의료보험연합회. 주요국의 의료보장. 의료보험연합회, 1998.

이인수. 미국지방자치단체 노인복지정책 실태와 과제. 한국노인복지학회 추계 학술대회 2004: 15-30.

이정애. 노인요양보장제도 시안에 대한 고찰. 한국노년학연구 2004; 13: 131-148.

이태근. 노인병 장기관리 대책과 전문인력 양성의 필요성. 노인병 2002; 6(suppl 1): 29-32.

일본 국립사회보장 인구문제연구소, 인구통계자료집. 일본 국립사회보장 인구문제연구소, 2003.

임종규. 노인의료 공급체계에 관한 연구. 한양대학교 대학원 석사학위논문, 2001.

임춘식, 이인수, 조추용, 조미경, 심창학, 김근홍, 수성호. 외국의 고령화 사회 대책 추진체계 및 노인복지 정책 분석. 보건복지부. 2005.

장병원. 고령사회 대비를 위한 노인복지정책의 과제와 전망. 2003년도 광주시노인복지시설 합동세미나 자료집, 2003

장세철. 개호복지론. 서울, 대학출판사. 2002.

장영식. 한국의 보건복지지표. 한국보건사회연구원 정책연구자료, 2001.

- 장정숙. 노인의료복지시설의 실태와 개선방향. 중앙대학교 대학원 석사학
위논문, **2002**.
- 정경희, 오영희, 석재은, 도세록, 김찬우, 이윤경, 김희경. **2004**년도 전국 노
인생활실태 및 복지욕구조사. 한국보건사회연구원. **2005**.
- 조경환. 노인환자에서 약물 부작용. 노인병 **1998**; **2(1)**: 8-11.
- 최병길. 노인의료복지 중간시설의 활성화 방안. 충주대학교 대학원 석사학
위논문, **2001**.
- 통계청. 장래인구추계. 통계청, **2005**.
- Carbonin P, Bernabei R, Zuccala G, Gambassi G. Health care for older
persons, a country profile: Italy. J Am Geriatr Soc. **1997**; **45(12)**:
1519-1522.
- Cho KH, Chung Y, Roh YK, Cho B, Kim CH, Lee HS. Health care for
older persons: a country profile-Korea. J Am Geriatr Soc. **2004**;
52(7): 1199-1204.
- Hoek JF, Penninx BW, Ligthart GJ, Ribbe MW. Health care for older
persons, a country profile: The Netherlands. J Am Geriatr Soc.
2000; **48(2)**: 214-217.
- Matsuse T, Ozawa T, Orimo H, Fukuchi Y, Ouchi Y, Iriki M. The
difference between Japan and other countries, in particular the

United Kingdom, in views rearding the teaching of geriatrics to undergraduate medical students. *Med Edu* 1999; 33: 140-144.

Michel JP, Rubenstein LZ, Vellas BJ, Albarede JL.(Ed) Geriatric programs and departments around the world. NewYork: Springer Publishing Company; 1998.

Nourhashemi F, Vellas B, and Gray LK, et al. Health care for older persons, a country profile: France. *J Am Geriatr Soc.* 1998; 46(11): 1431-1433.

Papper S, Reeve WR. The future of geriatrics. *Arch Intern Med* 1984; 144: 2241-2242.

Portnoi VA. What is a geriatrician? *JAMA* 1980; 243(2): 123-125.

Ribera Casado JM, Cruz-Jentoft AJ, Fernandez de Araoz GB, et al. Health care for older persons: a country profile--Spain. *J Am Geriatr Soc.* 2000; 48(1): 67-69.

von Sternberg T. The role of the geriatrician in managed care: opportunities and responsibilities. *J Am Geriatr Soc.* 1999; 47(5): 605-610.

③환자의 장기 관리

④기타(직접 기입해 주시기 바랍니다 :)

11. 귀하가 노인환자 치료 후 느끼는 보람의 정도는? ()

- ①비노인환자와 같다 ②비노인환자 보다 낮다
- ③비노인환자 보다 높다 ④보람을 느끼지 못한다.

[보험급여]

12. 귀하는 현재 노인환자와 비노인환자와의 동일 수가 체계에 만족하십니까? ()

- ①만족한다 ②그저그렇다 ③만족하지 못한다 ④매우 불만이다

13. 노인질환 수가를 별도로 분리하여야 한다는 의견에 대한 귀하의 생각은? ()

- ①전혀 필요하지 않다
- ②장래에는 필요하나 현재는 필요없다
- ③시범 기관을 선정하여 검토해 본다.
- ④당장 매우 필요하다

14. 노인급여비 지원방안에 대한 귀하의 의견은? ()

- ①현행 보험료율의 인상
- ②각종 세금(담배, 주류 등에 부과)에서 일부 충당
- ③민간보험에서 부담
- ④기타(직접 기입해 주시기 바랍니다 :)

15. 장기요양서비스제도로써 '노인요양보험제도'가 실시될 예정이다 (일본 : 개호보험, 독일 : 수발보험). 이 제도에 대한 귀하의 의견은? ()

- ①이 제도에 대해 아는바 없다
- ②실시 효과에 대한 기대를 별로 하지 않는다
- ③현재 실시하기에 인프라 확충이 매우 미흡하다고 생각한다
- ④노인의료비 증가에 효율적으로 대처할 수 있는 시스템이다
- ⑤기타(직접 기입해 주시기 바랍니다 : _____)

[노인의학전문의 제도]

16. 귀하는 ‘노인의학전문의 과정’이 새로이 개설되어야 한다고 생각하십니까? ()

- ①그렇다 ②그렇지 않다 ③생각해본 적 없다

17. 노인의학전문의 제도의 장애 요인은 무엇이라고 생각하십니까? ()

- ①정부의 인식부족
- ②사회적 인식부족
- ③의료인 내부의 인식부족
- ④기타(직접 기입해 주시기 바랍니다 : _____)

18. 노인의학전문의의 역할에 대한 귀하의 생각은?

(중요도 순서로 나열 : _____)

- ①교육 및 자문의사 역할
- ②노인에 대한 일차의료 담당자
- ③장기요양 관리 담당자
- ④노화방지 예방의료의 역할

19. 노인의학전문의의 양성을 위한 기본조건에 대한 귀하의 생각은?

(중요도 순서로 나열 : _____)

②전문의 자격 취득 후 노인병관련 전문학회의 연수 및 시험과정을 거쳐 취득한다

③별도의 전문과목으로 개설한다

④내과의 한 세부 전문분과로 개설한다

⑤기타(직접 기입해 주시기 바랍니다 :)

24. 향후 노인의학전문의가 개설될 경우 현재의 노인병인정의 자격증에 대한 귀하의 생각은? ()

①신설된 자격 취득 방법에 따라야 한다

②인정의자격증을 전면 흡수해 주어야 한다

③인정의자격증 소유자에게 일정의 교육 또는 연수를 통해 흡수해야 한다

④기타(직접 기입해 주시기 바랍니다 :)

부록 2. 부표

부표 1. 노인병인정의 취득 후 활용도에 대한 분석

구 분	노인병인정의 취득 후 활용도					계	X ² (p값)
	미취득	노인환자 진료	활용도 기대	노인전문 의료센터로 이직계획	활용도 전혀 없다		
근무지	1차 의료기관	73(41.2)	22(12.4)	63(35.6)	1(.6)	18(10.2)	41.115 (.001)
	2/3차 의료기관	92(42.2)	33(15.1)	77(35.3)	1(.5)	15(6.9)	
	노인전문병 원/요양소	20(57.1)	14(40.0)	0(.0)	0(.0)	1(2.9)	
	보건소	15(48.4)	6(19.4)	9(29.0)	0(.0)	1(3.2)	
	기타	3(23.1)	0(.0)	9(69.2)	0(.0)	1(7.7)	
	계	203(42.8)	75(15.8)	158(33.3)	2(.4)	36(7.6)	
전공	내과	39(36.4)	17(15.9)	41(38.3)	1(.9)	9(8.4)	34.590 (.075)
	가정의학과	34(36.6)	13(14.0)	37(39.8)	1(1.1)	8(8.6)	
	재활의학과	20(52.6)	8(21.1)	6(15.8)	0(.0)	4(10.5)	
	신경과	9(31.0)	10(34.5)	6(20.7)	0(.0)	4(13.8)	
	외과계열	20(45.5)	3(6.8)	15(34.1)	0(.0)	6(13.6)	
	일반의	22(47.8)	9(19.6)	14(30.4)	0(.0)	1(2.2)	
연령	30세 미만	18(81.8)	0(.0)	4(18.2)	0(.0)	0(.0)	24.341 (.018)
	30대	107(44.2)	40(16.5)	80(33.1)	1(.4)	14(5.8)	
	40대	59(35.5)	29(17.5)	62(37.3)	1(.6)	15(9.0)	
	50대	19(43.2)	6(13.6)	12(27.3)	0(.0)	7(15.9)	
학회	대한임상노 인의학회	42(42.4)	17(17.2)	35(35.4)	0(.0)	5(5.1)	1.897 (.755)
	대한노인병 학회	161(42.9)	58(15.5)	123(32.8)	2(.5)	31(8.3)	
계	203(42.8)	75(15.8)	158(33.3)	2(.4)	36(7.6)	474(100.0)	

부표 2. 학회 가입동기에 대한 분석

구 분	학회 가입동기			계	X ² (p값)	
	노인질환 치료의 전문성	노인병(의학) 인정의 취득위해	sub-special로 관심			
근무지	1차 의료기관	94(53.7)	27(15.4)	54(30.9)	175(100.0)	17.361 (.027)
	2/3차 의료기관	119(55.9)	30(14.1)	64(30.0)	213(100.0)	
	노인전문병원/ 요양소	20(58.8)	7(20.6)	7(20.6)	34(100.0)	
	보건소	12(38.7)	12(38.7)	7(22.6)	31(100.0)	
	기타	4(30.8)	2(15.4)	7(53.8)	13(100.0)	
	전공	내과	59(56.7)	14(13.5)	31(29.8)	
가정의학과	56(60.9)	9(9.8)	27(29.3)	92(100.0)		
재활의학과	21(56.8)	7(18.9)	9(24.3)	37(100.0)		
신경과	14(51.9)	8(29.6)	5(18.5)	27(100.0)		
외과계열	24(55.8)	5(11.6)	14(32.6)	43(100.0)		
일반의	23(50.0)	14(30.4)	9(19.6)	46(100.0)		
기타	52(44.4)	21(17.9)	44(37.6)	117(100.0)		
연령	30세 미만	11(50.0)	6(27.3)	5(22.7)	22(100.0)	13.194 (.040)
	30대	125(53.2)	49(20.9)	61(26.0)	235(100.0)	
	40대	92(55.8)	19(11.5)	54(32.7)	165(100.0)	
	50대	21(47.7)	4(9.1)	19(43.2)	44(100.0)	
학회	대한임상노인의 학회	52(53.6)	14(14.4)	31(32.0)	97(100.0)	.576 (.750)
	대한노인병학회	197(53.4)	64(17.3)	108(29.3)	369(100.0)	
학회	학회	249(53.4)	78(16.7)	139(29.8)	466(100.0)	

부표 3. 내원 환자 중 노인환자의 비율에 대한 분석

구 분	내원 환자 중 노인환자의 비율				계	X ² (p값)
	30% 미만	31-50%	51-70%	70% 이상		
1차 의료기관	62(35.0)	51(28.8)	44(24.9)	20(11.3)	177(100.0)	
2/3차 의료기관	55(25.2)	67(30.7)	64(29.4)	32(14.7)	218(100.0)	
근무지						145.332 (.000)
노인전문병원/ 요양소	1(2.9)	2(5.7)	4(11.4)	28(80.0)	35(100.0)	
보건소	3(9.7)	1(3.2)	6(19.4)	21(67.7)	31(100.0)	
기타	9(69.2)	1(7.7)	0(0)	3(23.1)	13(100.0)	
전공						75.542 (.000)
내과	24(22.4)	34(31.8)	30(28.0)	19(17.8)	107(100.0)	
가정의학과	28(30.1)	35(37.6)	16(17.2)	14(15.1)	93(100.0)	
재활의학과	3(7.9)	5(13.2)	13(34.2)	17(44.7)	38(100.0)	
신경과	2(6.9)	3(10.3)	11(37.9)	13(44.8)	29(100.0)	
외과계열	10(22.7)	11(25.0)	16(36.4)	7(15.9)	44(100.0)	
일반의	11(23.9)	7(15.2)	11(23.9)	17(37.0)	46(100.0)	
기타	52(44.4)	27(23.1)	21(17.9)	17(14.5)	117(100.0)	
연령						11.135 (.267)
30세 미만	6(27.3)	4(18.2)	3(13.6)	9(40.9)	22(100.0)	
30대	58(24.0)	63(26.0)	64(26.4)	57(23.6)	242(100.0)	
40대	49(29.5)	44(26.5)	41(24.7)	32(19.3)	166(100.0)	
50대	17(38.6)	11(25.0)	10(22.7)	6(13.6)	44(100.0)	
학회						6.596 (.086)
대한임상노인의 학회	30(30.3)	18(18.2)	22(22.2)	29(29.3)	99(100.0)	
대한노인병학회	100(26.7)	104(27.7)	96(25.6)	75(20.0)	375(100.0)	
계	130(27.4)	122(25.7)	118(24.9)	104(21.9)	474(100.0)	

부표 4. 노인환자 외래 진료시간에 대한 분석

구 분	노인환자 외래 진료시간				계	X ² (p값)	
	비노인환자와 동일	비노인환자보다 적음	비노인환자보다 많음	진료시간 상관없음			
1차 의료기관	22(12.4)	5(2.8)	132(74.6)	18(10.2)	177(100.0)		
2/3차 의료기관	28(12.8)	3(1.4)	168(77.1)	19(8.7)	218(100.0)		
근무지	노인전문병원/ 요양소	3(8.6)	0(0)	28(80.0)	4(11.4)	35(100.0)	13.814 (.313)
	보건소	6(19.4)	1(3.2)	21(67.7)	3(9.7)	31(100.0)	
	기타	0(0)	1(7.7)	8(61.5)	4(30.8)	13(100.0)	
전공	내과	11(10.3)	2(1.9)	87(81.3)	7(6.5)	107(100.0)	
	가정의학과	15(16.1)	3(3.2)	65(69.9)	10(10.8)	93(100.0)	
	재활의학과	6(15.8)	1(2.6)	28(73.7)	3(7.9)	38(100.0)	
	신경과	2(6.9)	0(0)	27(93.1)	0(0)	29(100.0)	21.921 (.235)
	외과계열	5(11.4)	1(2.3)	32(72.7)	6(13.6)	44(100.0)	
	일반의	4(8.7)	3(6.5)	35(76.1)	4(8.7)	46(100.0)	
	기타	16(13.7)	0(0)	83(70.9)	18(15.4)	117(100.0)	
연령	30세 미만	4(18.2)	2(9.1)	13(59.1)	3(13.6)	22(100.0)	
	30대	25(10.3)	4(1.7)	188(77.7)	25(10.3)	242(100.0)	10.261 (.330)
	40대	23(13.9)	4(2.4)	122(73.5)	17(10.2)	166(100.0)	
	50대	7(15.9)	0(0)	34(77.3)	3(6.8)	44(100.0)	
학회	대한임상노인의학회	19(19.2)	2(2.0)	70(70.7)	8(8.1)	99(100.0)	5.448 (.142)
	대한노인병학회	40(10.7)	8(2.1)	287(76.5)	40(10.7)	375(100.0)	
계	59(12.4)	10(2.1)	357(75.3)	48(10.1)	474(100.0)		

부표 5. 노인환자와 비노인환자의 진료체계에 대한 분석

구 분	노인환자와 비노인환자의 진료체계			계	X ² (p값)
	현행과 같은 진료체계 유지	노인전문 진료체계 새로 도입	비노인환자 와 구분하여 진료		
1차 의료기관	49(29.0)	33(19.5)	87(51.5)	169(100.0)	
2/3차 의료기관	50(23.4)	45(21.0)	119(55.6)	214(100.0)	
근무지 노인전문병원/ 요양소	9(25.7)	5(14.3)	21(60.0)	35(100.0)	4.657 (.793)
보건소	7(23.3)	5(16.7)	18(60.0)	30(100.0)	
기타	1(8.3)	3(25.0)	8(66.7)	12(100.0)	
내과	30(29.4)	31(30.4)	41(40.2)	102(100.0)	
가정의학과	25(27.5)	17(18.7)	49(53.8)	91(100.0)	
재활의학과	8(22.9)	5(14.3)	22(62.9)	35(100.0)	
신경과	11(37.9)	6(20.7)	12(41.4)	29(100.0)	28.338 (.005)
외과계열	8(18.6)	12(27.9)	23(53.5)	43(100.0)	
일반의	11(25.0)	2(4.5)	31(70.5)	44(100.0)	
기타	23(19.8)	18(15.5)	75(64.7)	116(100.0)	
30세 미만	6(28.6)	3(14.3)	12(57.1)	21(100.0)	
30대	57(23.9)	51(21.4)	130(54.6)	238(100.0)	1.284 (.973)
40대	42(26.8)	29(18.5)	86(54.8)	157(100.0)	
50대	11(25.0)	8(18.2)	25(56.8)	44(100.0)	
대한임상노인 의학회	31(32.6)	15(15.8)	49(51.6)	95(100.0)	3.830 (.147)
대한노인병학 회	85(23.3)	76(20.8)	204(55.9)	365(100.0)	
계	116(25.2)	91(19.8)	253(55.0)	460(100.0)	

부표 6. 노인환자 치료시 목표치에 대한 분석

구 분	노인환자 치료시 목표치			계	X ² (p값)
	완치	기능 유지/향상	환자의 장기관리		
1차 의료기관	3(1.7)	134(76.1)	39(22.2)	176(100.0)	14.050 (.080)
2/3차 의료기관	0(0)	180(83.3)	36(16.7)	216(100.0)	
근무지 노인전문병원/ 요양소	0(0)	27(77.1)	8(22.9)	35(100.0)	
보건소	0(0)	19(61.3)	12(38.7)	31(100.0)	
기타	0(0)	11(84.6)	2(15.4)	13(100.0)	
전공					
내과	1(9)	83(77.6)	23(21.5)	107(100.0)	
가정의학과	1(1.1)	73(78.5)	19(20.4)	93(100.0)	
재활의학과	0(0)	32(86.5)	5(13.5)	37(100.0)	
신경과	0(0)	23(79.3)	6(20.7)	29(100.0)	
외과계열	1(2.3)	38(86.4)	5(11.4)	44(100.0)	
일반의	0(0)	31(68.9)	14(31.1)	45(100.0)	
기타	0(0)	91(78.4)	25(21.6)	116(100.0)	
연령					13.369 (.038)
30세 미만	1(4.5)	13(59.1)	8(36.4)	22(100.0)	
30대	1(4)	184(76.3)	56(23.2)	241(100.0)	
40대	1(6)	137(83.5)	26(15.9)	164(100.0)	
50대	0(0)	37(84.1)	7(15.9)	44(100.0)	
학회					.831 (.660)
대한임상노인 의학회	0(0)	77(78.6)	21(21.4)	98(100.0)	
대한노인병학 회	3(8)	294(78.8)	76(20.4)	373(100.0)	
계	3(6)	371(78.8)	97(20.6)	471(100.0)	

부표 7. 노인환자 치료 후 보람정도에 대한 분석

구 분	노인환자 치료 후 보람정도				계	X ² (p값)	
	비노인환자 동일	비노인환자 보다 낮다	비노인환자 보다 높다	보람없다			
근무지	1차 의료기관	59(33.3)	32(18.1)	80(45.2)	6(3.4)	177(100.0)	26.590 (.009)
	2/3차 의료기관	76(34.9)	49(22.5)	93(42.7)	0(0)	218(100.0)	
	노인전문병원/요양소	14(40.0)	12(34.3)	9(25.7)	0(0)	35(100.0)	
	보건소	5(16.1)	9(29.0)	15(48.4)	2(6.5)	31(100.0)	
	기타	8(61.5)	2(15.4)	3(23.1)	0(0)	13(100.0)	
	내과	39(36.4)	14(13.1)	52(48.6)	2(1.9)	107(100.0)	
가정의학과	29(31.2)	20(21.5)	43(46.2)	1(1.1)	93(100.0)		
재활의학과	13(34.2)	12(31.6)	12(31.6)	1(2.6)	38(100.0)		
신경과	16(55.2)	5(17.2)	8(27.6)	0(0)	29(100.0)		
외과계열	10(22.7)	17(38.6)	16(36.4)	1(2.3)	44(100.0)		
일반의	11(23.9)	11(23.9)	23(50.0)	1(2.2)	46(100.0)		
연령	기타	44(37.6)	25(21.4)	46(39.3)	2(1.7)	117(100.0)	9.317 (.409)
	30세 미만	5(22.7)	6(27.3)	10(45.5)	1(4.5)	22(100.0)	
	30대	84(34.7)	50(20.7)	107(44.2)	1(4)	242(100.0)	
	40대	61(36.7)	37(22.3)	64(38.6)	4(2.4)	166(100.0)	
학회	50대	12(27.3)	11(25.0)	19(43.2)	2(4.5)	44(100.0)	3.252 (.354)
	대한임상노인의학회	27(27.3)	25(25.3)	46(46.5)	1(1.0)	99(100.0)	
	대한노인병학회	135(36.0)	79(21.1)	154(41.1)	7(1.9)	375(100.0)	
	계	162(34.2)	104(21.9)	200(42.2)	8(1.7)	474(100.0)	

부표 8. 노인급여비 지원방안 의견에 대한 분석

구 분	노인급여비 지원방안 의견			계	X ² (p값)	
	현행 보험료율의 인상	각종 세급에서 일부 충당	민간보험에서 부담			
근무지	1차 의료기관	81(46.3)	76(43.4)	18(10.3)	175(100.0)	13.956 (.083)
	2/3차 의료기관	63(30.1)	118(56.5)	28(13.4)	209(100.0)	
	노인전문병원/ 요양소	14(42.4)	14(42.4)	5(15.2)	33(100.0)	
	보건소	8(27.6)	15(51.7)	6(20.7)	29(100.0)	
	기타	4(33.3)	6(50.0)	2(16.7)	12(100.0)	
	전공	내과	33(31.1)	63(59.4)	10(9.4)	
가정의학과	42(46.2)	37(40.7)	12(13.2)	91(100.0)		
재활의학과	15(40.5)	17(45.9)	5(13.5)	37(100.0)		
신경과	6(23.1)	14(53.8)	6(23.1)	26(100.0)		
외과계열	18(42.9)	16(38.1)	8(19.0)	42(100.0)		
일반의	16(39.0)	21(51.2)	4(9.8)	41(100.0)		
연령	기타	40(34.8)	61(53.0)	14(12.2)	115(100.0)	4.081 (.666)
	30세 미만	8(40.0)	11(55.0)	1(5.0)	20(100.0)	
	30대	86(36.4)	121(51.3)	29(12.3)	236(100.0)	
	40대	59(36.6)	76(47.2)	26(16.1)	161(100.0)	
학회	50대	17(41.5)	21(51.2)	3(7.3)	41(100.0)	2.789 (.248)
	대한임상노인의 학회	39(41.5)	40(42.6)	15(16.0)	94(100.0)	
	대한노인병학회	131(36.0)	189(51.9)	44(12.1)	364(100.0)	
계	170(37.1)	229(50.0)	59(12.9)	458(100.0)		

부표 9. 동일 수가 체계 만족도에 대한 분석

구 분	동일 수가 체계 만족도				계	X ² (p값)	
	만족	그저 그렇다	만족못함	매우 불만			
근무지	1차 의료기관	7(4.0)	48(27.1)	96(54.2)	26(14.7)	177(100.0)	12.516 (.405)
	2/3차 의료기관	4(1.8)	63(28.9)	126(57.8)	25(11.5)	218(100.0)	
	노인전문병원/ 요양소	2(5.7)	5(14.3)	21(60.0)	7(20.0)	35(100.0)	
	보건소	0(0)	10(32.3)	18(58.1)	3(9.7)	31(100.0)	
	기타	1(7.7)	5(38.5)	4(30.8)	3(23.1)	13(100.0)	
전공	내과	3(2.8)	36(33.6)	52(48.6)	16(15.0)	107(100.0)	18.871 (.400)
	가정의학과	4(4.3)	26(28.0)	53(57.0)	10(10.8)	93(100.0)	
	재활의학과	0(0)	11(28.9)	21(55.3)	6(15.8)	38(100.0)	
	신경과	1(3.4)	7(24.1)	13(44.8)	8(27.6)	29(100.0)	
	외과계열	3(6.8)	7(15.9)	28(63.6)	6(13.6)	44(100.0)	
	일반의	2(4.3)	13(28.3)	25(54.3)	6(13.0)	46(100.0)	
연령	기타	1(.9)	31(26.5)	73(62.4)	12(10.3)	117(100.0)	12.591 (.182)
	30세 미만	2(9.1)	10(45.5)	9(40.9)	1(4.5)	22(100.0)	
	30대	5(2.1)	69(28.5)	134(55.4)	34(14.0)	242(100.0)	
	40대	7(4.2)	43(25.9)	95(57.2)	21(12.7)	166(100.0)	
학회	50대	0(0)	9(20.5)	27(61.4)	8(18.2)	44(100.0)	5.443 (.142)
	대한임상노인의 학회	1(1.0)	34(34.3)	55(55.6)	9(9.1)	99(100.0)	
	대한노인병학회	13(3.5)	97(25.9)	210(56.0)	55(14.7)	375(100.0)	
계	14(3.0)	131(27.6)	265(55.9)	64(13.5)	474(100.0)		

부표 10. 노인의학전문의의 양성을 위한 기본조건

구 분	노인의학전문의의 양성을 위한 기본조건				계	X ² (p값)	
	노인의학 적 개념 확산	노인질환 의 특성 이해	노인기능 유지의 중요성/평 가 적용	노인병의 위험요인 조기과약			
근무지	1차 의료기관	64(36.6)	82(46.9)	23(13.1)	6(3.4)	175(100.0)	13.799 9.314)
	2/3차 의료기관	77(35.5)	96(44.2)	37(17.1)	7(3.2)	217(100.0)	
	노인전문병원/요양 소	10(28.6)	16(45.7)	7(20.0)	2(5.7)	35(100.0)	
	보건소	15(50.0)	10(33.3)	4(13.3)	1(3.3)	30(100.0)	
	기타	9(69.2)	1(7.7)	3(23.1)	0(0)	13(100.0)	
전공	내과	41(38.7)	40(37.7)	21(19.8)	4(3.8)	106(100.0)	23.134 (.186)
	가정의학과	35(37.6)	37(39.8)	18(19.4)	3(3.2)	93(100.0)	
	재활의학과	12(31.6)	17(44.7)	6(15.8)	3(7.9)	38(100.0)	
	신경과	9(32.1)	16(57.1)	1(3.6)	2(7.1)	28(100.0)	
	외과계열	18(40.9)	20(45.5)	5(11.4)	1(2.3)	44(100.0)	
	일반의	25(55.6)	16(35.6)	3(6.7)	1(2.2)	45(100.0)	
	기타	35(30.2)	59(50.9)	20(17.2)	2(1.7)	116(100.0)	
연령	30세 미만	7(35.0)	9(45.0)	4(20.0)	0(0)	20(100.0)	9.354 (.405)
	30대	95(39.4)	94(39.0)	44(18.3)	8(3.3)	241(100.0)	
	40대	58(34.9)	78(47.0)	24(14.5)	6(3.6)	166(100.0)	
	50대	15(34.9)	24(55.8)	2(4.7)	2(4.7)	43(100.0)	
학회	대한임상노인의학회	34(34.3)	44(44.4)	16(16.2)	5(5.1)	99(100.0)	1.313
	대한노인병학회	141(38.0)	161(43.4)	58(15.6)	11(3.0)	371(100.0)	(.726)
계	175(37.2)	205(43.6)	74(15.7)	16(3.4)	470(100.0)		

부표 11. 노인의학전문의 개설 시 노인병인정의 자격증

구 분	노인의학전문의 개설 시 노인병인정의 자격증에 대한 인식			계	X ² (p값)
	신설 자격 취득방법을 따라야 한다	인정의자격증 을 전면 흡수	연수를 통해 흡수		
1차 의료기관	15(8.5)	58(33.0)	103(58.5)	176(100.0)	
2/3차 의료기관	29(13.5)	58(27.0)	128(59.5)	215(100.0)	
근무지					8.172 (.417)
노인전문병원/ 요양소	5(14.7)	10(29.4)	19(55.9)	34(100.0)	
보건소	2(6.5)	5(16.1)	24(77.4)	31(100.0)	
기타	2(15.4)	4(30.8)	7(53.8)	13(100.0)	
전공					8.359 (.756)
내과	15(14.0)	32(29.9)	60(56.1)	107(100.0)	
가정의학과	8(8.7)	26(28.3)	58(63.0)	92(100.0)	
재활의학과	4(10.8)	12(32.4)	21(56.8)	37(100.0)	
신경과	4(14.8)	7(25.9)	16(59.3)	27(100.0)	
외과계열	5(11.4)	10(22.7)	29(65.9)	44(100.0)	
일반의	4(8.9)	8(17.8)	33(73.3)	45(100.0)	
기타	13(11.1)	40(34.2)	64(54.7)	117(100.0)	
연령					9.558 (.145)
30세 미만	4(18.2)	7(31.8)	11(50.0)	22(100.0)	
30대	27(11.3)	57(23.9)	154(64.7)	238(100.0)	
40대	17(10.3)	52(31.5)	96(58.2)	165(100.0)	
50대	5(11.4)	19(43.2)	20(45.5)	44(100.0)	
학회					.181 (.913)
대한임상노인의 학회	10(10.1)	29(29.3)	60(60.6)	99(100.0)	
대한노인병학회	43(11.6)	106(28.6)	221(59.7)	370(100.0)	
계	53(11.3)	135(28.8)	281(59.9)	469(100.0)	

= Abstract =

A study on cognition for geriatrician

Lee, Young-Jin

Graduate school of Public Health

Yonsei University

(Directed by Professor Yu, Seung-Hum, M.D., Dr.P.H.)

The present study purposed to propose a plan to introduce the geriatrician system as a means of improving the quality and specialty of medical practitioners who would treat geriatric disease patients who are rapidly increasing in number.

For this purpose, we reviewed literature related to geriatric health care systems, geriatric medical education and the current state of geriatric medical specialists in foreign countries, and compared them with those in Korea. In addition, to investigate medical personnel's perception on geriatricians, we conducted a questionnaire survey of the members of the Korean Geriatrics Society and the Korean Academy of Clinical Geriatrics and analyzed the

results. The results of this study are summarized as follows.

First, according to the result of analyzing the current state of geriatric health care systems in foreign countries, the government runs a national health care system in charge of geriatric health care and providing comprehensive medical services to elders in countries such as France, Italy, the Netherlands, Spain, Japan and the U.K. with the exception of the U.S. In particular, the U.K. nationalized hospitals and medical personnel under National Health Service (NHS) and the government provide comprehensive free medical services through the system. Japan is running long-term care insurance system and the U.S. is running Medicare Program as a geriatric medical security system.

Second, as for geriatric specialist education in foreign countries, geriatricians are produced through geriatric medical education at the department of geriatric medicine offered by universities or through applying additional training or examination to medical specialists in the internal medicine or home medicine. The U.K. has been operating the department of geriatric medicine since the 1940s, and the Netherlands are producing geriatrician and long-term care institution specialists. As for the background of introducing the geriatrician system, differences were observed in geriatrician education systems, time of

introduction, etc. according to how much the importance of geriatric medicine is recognized by the medical circle or the government.

Third, in the survey of medical personnel's perception on geriatricians, 46.1% of the subjects were working at secondary/tertiary medical institutions, 37.3% at primary ones, and the others in order of geriatric hospitals/nursing homes, public health centers, etc. In addition, the largest part of them were working at the department of internal medicine and home medicine and the other in order of the department of surgery, rehabilitation medicine, psychiatry, etc.

With regard to insurance payment, 70% of the respondents were dissatisfied with the current insurance medical charges and most of the respondents were aware of the necessity of the geriatrician system, but 62.1% of those working at the department of psychiatry opposed the system.

With regard to obstacles to the geriatrician system, many of the respondents pointed out low awareness among medical personnel. As for certificate acquisition method, those at the department of internal medicine, rehabilitation medicine and surgery suggested training/examination after acquiring the license of medical specialist, those at the department of home medicine suggested

additional course after acquiring the license of medical specialist, and general practitioners mentioned the offering of separate special subjects.

In the analysis of geriatricians' roles, respondents understood their roles as the primary medical service, education/consulting and long-term care in their order.

From the results of this study were drawn conclusions as follows.

First, we need to recognize the specialty of geriatric medicine and the necessity of geriatricians.

The concept of geriatric medicine should be spread to all medical areas. All medical areas should know that old patients should be treated and managed in consideration of the clinical characteristics of geriatric diseases and relevant mental, social and economical problems, and recognize the necessity of the geriatrician system.

Second, the roles of geriatricians should be established. A geriatrician is a member of a geriatric medical team but at the same time he/she should play the role of a coordinator as a leader. In addition, desirable roles of geriatricians include acute phase diagnosis, geriatric evaluation, education and

training, and long-term care of elders with other medical personnel.

Third, there should be a system for producing geriatricians.

In order to geriatricians, institutional base should be laid by including geriatric medicine in principal selection for qualification, training organ, method of qualification, etc.

In order to introduce the geriatric system, we need to make more extensive analysis of medical personnel's perception on the system based on the result of the current study on geriatric medical systems, geriatric medical education and geriatrician systems in foreign countries, to collect opinions widely from associations related to geriatric medicine and personnel of medical schools, and to review relevant systems in governmental dimension. These discussions are expected to be made in the near future.

Keywords : aged, cognition, geriatric, geriatric medicine, geriatrician,
health care policy, health care system, medical speciality