

고령화 사회에서 의료인의 역할과 의료윤리*

이상구 (단국대학교 의과대학 교수 / 신경외과학교실)

- I. 들어가는 말- 급속히 진행되어가는 고령화 사회의 길목에 서서
- II. 우리나라 노인인구의 현황
 - 1. 노인의 개념규정 및 현실
 - 2. 인구의 고령화추세
 - 3. 핵가족사회에서 노인인구의 증가와 관련된 의료문제
- III. 노인의 질병과 의료인의 역할
 - 1. 노인 질병의 특징
 - 2. 노인진료에 있어서의 환자 의사 관계와 기독교의료인의 역할
 - 3. 노인 생명윤리
- IV. 노인의 건강과 행복추구권
- V. 나오는 말

* 이 연구는 2004학년도 단국대학교 대학연구비의 지원으로 연구되었음.

• ABSTRACT •

The development of medicine and improvement of socio-economic status bring us to the prolongation of average life span. Moreover the lowest birth rate would change into aging society consequently. This change must impact on political, economic, social and cultural aspects, the field of medicine is not an exception. In the points of desire for longevity and maintenance of well-being, the increasing population of older people may cause more medical demands and medical expends. And getting a nuclear family and increasing older people with poverty will come out many problems which is related with medical resources. So, changing into aging society is not the problem about the public health and economy but also the society which we are living. This paper intended to suggest the present condition of aging society, the medical problems-related to aged person, and the roles of christian medical personnels.

More important management for older patients is the maintenance of health than cure. Rehabilitation and helping at bedsides would more be needed in these patients after discharge. 'Home nursing care', 'long-term elderly care insurance', 'geriatric hospitals' 'silvermed.or.kr(connecting doctor to solitary people movement)' have been prepared for old patients in society, the medical personnel should care for these people with sincerity in the hospital and get them out those systems. We should have more human understandings about old patients who have weak body and social dependence. Medical personnel will come up against the medical ethics such as euthanasia, withholding terminal care, hospice care in the management of dying-old patients. The ethical judgement should be considered as putting in patient's place and be included bio-medical ethics as autonomy, end of life decisions, principle of nonmaleficence and justice. There is no rules without ethical behavior to manage the old patients. The trinity of Lord in the bible is still showing interest in the disadvantaged people, an orphan or widow. But, we are living in a fast aging society, If we would get near to old patients with warm heart as learned by the bible, we could make each other for the Lord's goodness.

Keywords : Aging society, Medical personnel, Medical ethics, Human understandings

I. 들어가는 말—급속히 진행되어가는 고령화 사회의 길목에 서서

인류역사가 시작된 이래 현대인들은 자원의 고갈, 인구의 증가, 종족간의 대립, 종교적 이데올로기의 대립 등 다양한 당면과제로부터 끊임없이 도전을 받고 있다. 그 중에서도 인구의 단순한 증가가 아닌 인구의 고령화현상은 서방 선진국가 뿐만 아니라 21세기를 맞이하는 우리 사회에도 새로운 당면과제를 안겨주고 있다. 인간은 누구나 이 땅에서 오래살고 건강을 누리기를 원한다. 하지만 하나님께서는 그분이 창조하신 인간들에게 처음에는 오래도록 장수하였으나 시간이 지나면서 수명이 감소하도록 만드셨다¹⁾. 즉, 인간의 생명은 하나님께 속한 것이기 때문에 인간의 노력에 의하여 쉽게 바꿀 수 있는 것이 아니라는 의미이다. 그렇지만 의학의 발달과 사회경제적 수준의 향상은 어느 정도는 평균수명의 증가에 기여하였다. 덕분에 우리들은 이것으로 인하여 전체 인구 가운데 노인이 차지하는 비율의 증가를 맞게 되었으며 이전에는 별로 고민하지 못했던 새로운 문제를 떠안게 되었다.

이제 증가하는 노인의 문제는 한 가정의 문제를 떠나 정치, 경제, 사회, 문화 등 삶의 전 영역에 걸쳐 영향을 미치고 있다. 우리들은 급속히 진행되어가는 고령화 사회에 대해 실체를 인식하여야 하며, 또한 어떻게 현명하게 대처해 나가야할 지를 알아야만 한다. 특히 장수의 욕구와 건강의 유지라는 관점에서 볼 때, 노인 인구가 늘어날수록 더욱더 의료에 대한 관심은 증폭되어질 것이다. 또한 노인 중 임종을 맞게 되는 대상도 늘게 되어 안락사, 무의미한 치료중단, 호스피스 등에

1) 창 5:1-32 이 부분은 홍수 이전에 살았던 열 세대의 족보를 담고 있다. 성경을 읽어보면 인간의 수명이 점점 짧아지는 것을 볼 수 있다. 아담에서 노아까지 700-1000세, 노아에서 아브라함까지 200-600세, 족장들은 100-200세로 묘사하고 있다.

대한 논의도 많아져 이에 대한 뚜렷한 의학적 기준과 윤리적 판단이 더욱더 절실히 요구될 것이다.

고령화 사회는 이미 인구구조와 질병양상의 변화를 초래할 뿐만 아니라 의료의 대상과 진료비의 변화를 초래하고 있어 의사의 역할, 공공의료의 역할 및 공동체적 사회의 역할을 더욱 증대시키고 있다. 우리들은 단순히 정부 또는 기관의 정책적, 보건 의학적 측면에서만 이 현상을 바라볼 것이 아니라 하나님의 긍휼하심을 가지고 하나님의 관점에서 바라보아야 한다. 그렇게 하려면 연약하여 의지가 필요한 노인환자들의 특성을 알아야하며, 이 시대의 빛과 소금의 역할을 감당해야만 하는 의료인의 역할과 의료윤리관이 무엇보다 바로 세워져 있어야만 한다. 또한 이 시대를 살아가는 사회구성원으로서 노인 환자의 문제는 의료인의 관점에서만이 아니라 우리 사회를 건강한 상태로 치유해 나가야 하는 우리들의 고민이며 우리들의 몫인 것이다.

II. 우리나라 노인인구의 현황

1. 노인의 개념규정 및 현실

노인이란 누구를 지칭하는가? 법률에서도 노인 연령이 명확하지 않은 것은 그만큼 개념규정이 어렵다는 것을 보여 준다²⁾. 이것은 단순히 신체적(생리적) 나이만으로 노인을 규정하기가 어렵기 때문이다. 국제노년학회에 따르면 노인은 “인간의 노화과정에서 나타나는 생리적, 심리적, 환경적 변화와 행동의 변화가 상호 작용하는 복합형태의 과정에 있는 사람”

2) <노인복지법>에서는 경로연금, 생업지원, 경로우대, 건강진단의 대상을 65세 이상, 노인 복지회관, 노인휴양소의 이용은 60세 이상으로 규정하였으며, <국민연금법>에서는 경로연금 지급시점을 60세로, <고령자고용촉진법시행령>은 55세 이상으로 규정하고 있다.

이라고 정의하였고, 또한 노인을 “생리적, 생물학적인 면에서 쇠퇴기에 있는 사람, 심리적인 면에서 정신기능과 성격이 변하고 있는 사람, 사회적 면에서 지위와 역할이 상실되고 있는 사람”으로 규정하고 있다³⁾.

영유아기와 청소년기 및 경제활동기간인 청·장년기를 거쳐 인생의 휴식기에 도달한 노인들은 연령이 초래하는 신체적 기능의 저하와 경제활동으로부터의 배제라는 경제적 능력의 상실을 동시에 겪게 된다. 그럼으로써 생물학적 노화현상 이외에 사회적이며 정서적인 의존성이 또한 증가하게 된다. 이와 같은 현상은 일반적인 신체약화에 따른 의료의 공급과 일상생활에서의 보호 이외에 사회적 공적 부조로서의 관심과 보호가 반드시 필요한 사람임을 의미한다.

한 가정에 65세 이상의 노인이 한 명 또는 두 명이 있을 때, 동거여부를 떠나서 경제적 능력이 있는 사람들로 부터 소외되는 상황이 많이 발생할 수 있다. 용돈을 타서 쓰는 입장에서 맘껏 여가생활을 즐기기도 어려우며, 같이 어울려 줄 사람도 적다. 가족들은 어디를 가도 함께 다니기를 꺼려하며, 질병이 있을 경우에는 더욱 배척되기 쉽다. 사회적 문화시설은 많이 갖추어져 있지 않으며, 고작해야 무료 지하철표와 경로당뿐이다. 병원에 갈 때에도 지하철 같은 교통수단은 지팡이를 짚은 몸으로 이동하기에는 불편하며, 자식손자는 각기 제 할일이 많아 병원에 같이 모시고 가기도 힘이 든 상황이다. 물론 자신이 가지고 있는 돈 만으로는 많은 치료비를 감당하기 어려울 정도로 심하게 아플 경우에는 자식들에게 짐 되는 것이 싫어서 병을 숨기거나 치료를 거부하기도 하며, 심지어는 자살까지 하기도 하였다⁴⁾.

3) 박 석돈 외, 『노인복지론』(서울: 삼우사, 2004), 24쪽에서 재인용. 1951년 제 2회 국제노년학회의 개념규정이다.

4) ‘노인자살’, 경인일보, 2005.07.18자, 제4면. 노인의 자살 원인으로 신병비판을 38.3%라고 보도함.

시대의 흐름과 변천에 따라 유교적 농경사회에서 산업사회로 이행되어 자본이 지배하는 다양성의 사회로 나아가고 있다. 그렇지만 모든 현상을 단순히 경제적인 잣대에서만 바라보기보다는 하나님의 형상을 가진 지, 정, 의를 갖춘 온전한 인격체로서 노인을 바라보아야 하는 것이 우리 사회에서 반드시 필요하리라고 본다.

2. 인구의 고령화추세

한국사회는 이미 고령화 사회이며, 고령화가 매우 급속도로 진전되고 있다. 한국은 2000년에 65세 이상 인구비율이 전체인구의 7.2%에 달해 이미 고령화 사회(aging society)에 들어섰고, 2019년에 14.4%로 고령 사회(aged society), 2026년에는 20.2%로 초고령 사회(super aged society)에 진입하게 된다⁵⁾(표1). 한국이 고령화 사회에서 고령 사회로 이행하는 기간은 약 19년으로 예상되는데 이 같은 속도는 매우 빠른 것이다. 프랑스는 115년, 미국은 72년, 독일은 40년 일본은 24년이 걸려서 고령화 사회에서 고령 사회로 이행하였다.

고령화 사회는 노년인구의 비중이 늘어난 것을 의미하므로 노년인구의 단순한 증가와는 다르다. 노년인구의 증가는 평균수명의 증가의 결과이다. 2003년 현재 우리나라의 출생 시 기대여명은 남자 73.87세, 여자 80.82세이며, 전체 평균수명이 77.46세로 점차 증가하고 있는 추세이다 (통계청, 2001). 하지만 평균수명이 늘어난다 하더라도 출산율이 높을 경우 고령화 사회가 되지는 않는다. 인구자체가 늘어나기 때문에 노년인구의 비율이 늘어나는 것으로 이어지지 않는다. 고령화 사회는 평균수명의 증가에

5) 65세 인구가 전체 인구에서 차지하는 비중이 7%를 넘으면 고령화 사회(Aging society), 14%를 넘으면 고령사회(Aged society), 20%를 넘으면 초고령 사회라고 한다. 자료는 통계청(2001), <2000년 인구주택 총 조사>와 이를 기초 자료로 활용한 통계청의 2001년 <장래인구추계>에 따랐다.

출산율의 정체 또는 저하가 결합할 때 가능하다. 따라서 인구의 고령화를 가속화 시키는 요인으로 출생률의 급감이 크게 부각되고 있다.

표 1. 인구구성추이

단위 : 천명 %

연도	총인구	0-14세	구성비	15-64세	구성비	65세 이상	구성비
1960	25,012	10,588	42.3	13,698	54.8	726	2.9
1965	28,705	12,578	43.8	15,246	53.1	881	3.1
1970	32,241	13,709	42.5	17,540	54.4	991	3.1
1975	35,281	13,614	38.6	20,449	58.0	1,217	3.5
1980	38,124	12,951	34.0	23,717	62.2	1,456	3.8
1985	40,806	12,305	30.2	26,759	65.6	1,742	4.3
1990	42,869	10,974	25.6	29,701	69.3	2,195	5.1
1995	45,093	10,537	23.4	31,900	70.7	2,657	5.9
2000	47,008	9,911	21.1	33,702	71.7	3,395	7.2
2001	47,343	9,860	20.8	33,904	71.6	3,579	7.6
2005	48,461	9,518	19.6	34,577	71.4	4,366	9.0
2010	49,594	8,552	17.2	35,741	72.1	5,302	10.7
2015	50,352	7,682	15.3	36,324	72.1	6,345	12.6
2020	50,650	7,034	13.9	35,948	71.0	7,667	15.1
2025	50,649	6,568	13.0	34,391	67.9	9,689	19.1
2030	50,296	6,217	12.4	32,475	64.6	11,604	23.1

자료 : 통계청(2001), 장래인구추계

우리나라는 전통적으로 대가족을 이루며, 전통적인 가부장제도에서 남자의 역할을 강조하는 가정의 형태를 유지하여 왔다. 그렇지만 가부장적 대가족 제도가 붕괴하면서 여성의 경제 및 사회활동의 기회가 증가하여 상대적으로 출산율이 감소하는 결과를 초래하였다. 합계출산율의 최근 추이를 볼 때 1973년 4.10명, 1983년 2.08명, 1990년 1.59명, 2004년 1.16명으로 1990년대를 기점으로 급격하게 감소하는 것을 볼 수 있다(표 2).

표 2. 한국의 연도별 합계출산율 (단위 : 명)

연 도	1973	1977	1983	1990	1995	2000	2004
합계출산율	4.10	3.02	2.08	1.59	1.65	1.47	1.16

자료: 통계청 각 연도

고령화 사회 이전의 노인문제는 단순히 노인의 빈곤, 질병, 사회-심리적 소외감 등에 한정되어 있다. 하지만 이제 노인문제는 노인만의 문제가 아니라 오히려 한국사회의 전반적인 변화와 대처를 요구한다. 노인인구의 증가에 따라 경제, 복지, 가족, 세대문제는 기존의 틀로 설명할 수 없고, 대책을 마련할 수 없기 때문이다. 현재 <고령화와 미래사회위원회>⁶⁾가 발족되어 사회 모든 분야에서 대책을 준비하고 있지만, 아직은 가시적인 대비책을 마련하지는 못하고 있다.

3. 핵가족사회에서 노인인구의 증가와 관련된 의료문제

- 사례 1-

뇌출혈로 내원한 81세 남자환자는 의식이 저하되고 반신마비의 증상이 있어 수술을 시행하지 않으면 곧 사망할 것으로 생각되지만, 수술을 받는다고 하더라도 합병증이나 후유증이 심각하여 장애가 남을 수도 있다. 물론 극적으로 치료가 잘 된다면 생명을 보존하고 경미한 장애만 남을 수도 있다. 수술 전 환자 보호자의 동의를 구하여 수술서약서를 작성하고 수술을 시행해야 하는데 이 경우 수술비뿐만 아니라 퇴원 후에도 재활치료에 들어가는 비용 및 경제적 부양과 수발을 해야 할 경우 기회비용이 많이 필요할 것으로 예상된다. 여러 자녀들이 있지만 선뜻 수술에 동의를

6) www.cafs.go.kr <고령화와 미래사회위원회>는 대통령 자문기구로서 2003년 5월 정식 출범함.

하지 못하고 한참을 망설인다. 진솔하게 경제적 어려움을 호소하면서 환자의 나이가 81세로 고령인 점을 감안하여 보호자들은 뇌수술을 거부하였다. 생명을 경제적인 잣대에서 바라보는 보호자들의 태도에 못마땅하지만 신경외과 N의사는 보호자가 동의하지 않는 수술이기 때문에 할 수도 안할 수도 없는 고민 속에서 괴로워한다.

- 사례 2 -

공공의료기관에서 근무하는 신경외과의사 C는 뇌동맥류 파열에 의한 뇌지주막하 출혈로 내원한 69세 여자 환자를 맡게 되었다. 이 질환은 뇌동맥이 파리형태로 머리 속에 있다가 터진 것이기 때문에 재출혈의 위험성이 있어 빨리 수술적 치료를 시행하여야 한다. 환자의 보호자를 찾았으나 환자를 응급실로 데려온 사람이 “저는 이웃에 살고 있는 사람인데 놀러 갔다가 쓰러져 있어서 모셔 왔어요. 원래 자식이 없이 혼자 사는 노인입니다. 그런데 저는 수술에 동의할 자격이 없어서...”라는 말을 남기며 도망치듯 자리를 피하였다. 이러한 경우 환자 보호자의 동의가 없다고 수술을 하지 말아야 할까? 환자의 나이가 많아서 수술을 할 경우에도 위험성과 합병증의 가능성이 더 높다. 공공의료기관에서는 우선 치료를 시행하고 환자의 치료비는 국가 또는 지방자치단체에서 후불로 지불하므로 경제적 이유 때문에 치료가 포기되지 않는다. 물론 나중에 보호자가 있는 것이 확인될 경우에는 보호자에게 치료비를 지불하도록 하기도 한다. 이 경우에는 오히려 보호자가 왜 보호자 동의 없이 치료를 시행하였느냐고 따지기도 한다. 과연 치료를 시행한 것이 옳은 것인가? 아니면 하지 말았어야 하는 것인가?

1) 의료비용의 증가

다음은 신문기사의 일부를 발췌한 글이다.⁷⁾

지난 10년 동안 65세 이상 노인 의료비는 9.3배나 늘어 5조 1천억 원이 나 달했다. 이런 추세로 노인 의료비가 늘어나면 2010년에는 노인 의료비는 11조 1705억원으로 전체 의료비의 28.1%에 이를 것으로 예상되고 있다. 국민건강보험공단은 21일 이러한 내용을 담은 ‘65세 이상 노인 의료 이용실태 분석결과’를 발표했다. 분석결과를 보면 지난해 65세 노인 평균 인구는 375만 명으로 전체의 7.9%에 이르지만 의료비 지출은 전체의 22.8%를 차지하는 것으로 나왔다. 1994년의 경우 노인 인구는 5.5%에 의료비는 11.3%를 점했다. 노인 의료비가 차지하는 비중은 점점 더 커질 전망이다. 건보공단은 2010년에는 65세 이상 노인 인구가 471만 8천명으로 전체 인구의 9.9%가 되나, 노인 의료비는 전체의 28.1%를 차지할 것으로 예측했다.

전체의료비중 노인 의료비가 차지하는 비중은 매우 크다. 노인 의료비는 일반인구 의료비 지출에 비해 그 증가속도 또한 매우 빠른 것으로 나타나고 있다(표3). 이와 같이 건강보험에서 늘어나는 의료비용을 감당할 수 없을 때에는 결국 보험은 재정적 압박을 받게 되어 의료비의 가계부담은 더욱 늘어날 것이다. 이러한 점에서 의료의 혜택을 받아야 하는 노인 환자가 경제적 논리에 의해 외면당할 가능성이 높다는 것이다. 사례 1처럼 치료비와 재활비용 그리고 치료 후의 부양문제가 겹칠 경우 환자는 제 때에 적절한 치료를 못 받을 수 있으며, 생명을 구하는 수술을 받아야 할지 고민 속에 빠질 수가 있는 것이다.

7) ‘노인의료비 10년 새 9.3배’, 한겨레신문, 2005.03.21자 참고

표 3. 연도별 노인진료비 증가 추이(의료보험) (단위 : 백만원)

연 도	전체의료비	증가지수	노인 진료비	증가지수	노인의료비 구성비 (%)
1985	583,278	100	27,515	100	4.7
1990	2,219,773	501	239,173	692	8.2
1995	5,977,453	1,025	728,137	2,643	12.2
1998	9,703,911	1,664	1,491,281	5,420	15.4

(보건복지부, 2000)

2) 핵가족화 (가족원수 변화)

우리나라의 평균 가족원수는 1960년에 약 5.5명에서 1980년에는 4.6명, 2000년에는 3.1명으로 감소하여 가족원수가 매우 빠르게 저하되고 있다(표 4). 이와 같은 현상은 가구원수별 구성비의 변화에서도 잘 나타나고 있다. 또한 1960년에는 1인 가구가 2.8%에 불과했으나 1990년에는 9.0%, 1995년에는 12.7%로 증가하여 혼자 사는 가구의 비율이 빠르게 증가하고 있다. 즉 1-4인 가구의 비율이 증가하는 것에 비하여 5인 이상 가구는 빠르게 감소하고 있음을 볼 수 있다. 이는 노부모 부양자녀수의 축소로 노인 부양을 더 이상 가족에게만 떠맡길 수 없는 상황을 의미한다. 지난 30-40년 동안에 일어난 한국 가족의 소 규모화는 단순히 가구원의 수가 줄었거나 핵가족화가 진행되었다는 것으로만 읽을 수 없으며 한국인의 '대 잇기'라는 뿌리 깊은 가치가 흔들릴 수밖에 없는 상황에 있음을 시사한다.

표 4. 한국의 연도별 평균 가족원(세대원) 수 (단위 : 명)

연 도	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2020
가족원	5.5	5.2	4.6	3.7	3.1	2.9	2.7

자료: 통계청 각 연도

사회가 점점 핵가족화 되어가고 65세 이상이 된 노인은 직업을 갖고 있지 않아 경제적 자립도가 낮아져 있는 상태에서 자손조차 경제적 부양의 능력이 안 되는 상황은 연금의 고갈과는 또 다른 문제를 내포하고 있다. 가족구성원이 적으므로 노인의 건강상태 변화에 대해 신경 써 줄 사람이 적으며, 경제적으로 낙후된 상태에서는 영양상태가 결핍되거나 몸이 조금 아파도 병원에 갈 형편이 안 된다. 경제적으로 병원에 갈 형편이 되어도 병원에 가려고 할 때 같이 가 줄 사람도 없거나 진료 시 환자의 상태를 설명할 만한 또렷한 젊은 보호자가 없다. 병원을 입원해야 하는 경우는 간병인이 필요한 경우가 많다. 최근에 노인전문병원이 늘어나고 있는 것도 이러한 세대와 무관하지는 않으리라고 생각 한다⁸⁾. 가족이 직접 돌볼 수 없는 상황에서는 치료와 수발에 필요한 비용만 가족이 부담하고, 가끔씩 면회만 올 수밖에 없어 '가족간의 끈끈한 정'은 점점 메말라 가는 것이다. 이러한 현상은 노인수발보험제도가 2008년 7월 본격 시행이 되면 더욱 가속화될 것이다⁹⁾.

3) 소외된 노인의 증가

독거노인이란 가족의 보살핌과 복지시설의 혜택조차 받지 못한 채 혼자서 생활을 꾸려나가는 외톨이 상태에 있는 혼자 사는 노인을 말한다. 이들 중 상당수는 노화, 중풍 등으로 거동조차 하지 못하여 사회적으로도 소외되고 몸이 불편하여 일자리를 얻기도 어려워 경제적으로도 매우 낙후되어 있다. 더구나 체계적이고 지속적인 의료서비스는 받을 수가 없는 사회속의 사각지대에 놓여 있는 사람들이다. 독거노인의 경우 예기치 않

8) 최근 보건복지부와 심평원에 따르면 노인전문병원은 2003년 871개소에서 2004년 12월 말 현재 970개소로 무려 99개소가 증가했다.

9) 노인수발보험제란 2006년 2월 국무회의에서 의결된 법률안으로서 노인의 가정수발, 목욕, 주야간 보호 등을 정부와 사회가 공동 부담하는 것으로서 65세 이상 노인 또는 64세 이하 치매, 뇌혈관질환 등 대통령령이 정하는 노인성 질환자에 혜택을 줄 예정이다.

은 자녀들의 이혼, 실직, 사업실패 등 갖가지 문제로 인해 홀로 외톨이가 되어 있으며, 슬하에 자식이 있기 때문에 부양이 가능할 것으로 판단되어 정부에서 시행하는 기초생활 보호 대상자 선정에서도 제외되어 있는 경우가 많다. 문제는 여기에서부터 출발을 한다. 사례 2에서처럼 당장 응급 수술이 필요한 의식이 없어진 환자에게 수술의 사전 동의 없이 수술을 시행하여야 할지 또는 책임이 없는 이웃에게 사전 동의를 받아야 할지 곤란한 경우가 있을 수 있다. 또는 우선 생명을 살리기 위하여 의식이 없는 환자의 손도장을 받거나 환자를 데려온 사람에게서 수술의 사전 동의를 작성 받은 경우에 나중에 보호자가 나타나서 문제를 일으키는 경우에 어떻게 해야 할 것인가?

현재 독거노인의 수는 무려 60만 명에 달하고 그 중에서 의료의 사각지대에 놓인 노인도 약 7만 명(추정)으로 나와 있지만, 점차 그 숫자는 늘 것으로 예측되고 있다. 이런 독거노인들에게 ‘독거노인 주치의 맺기 운동’이 희망과 사랑을 주고 있다¹⁰⁾. 이 운동은 말 그대로 독거노인과 의사를 주치의 관계로 연결하여 정기적으로 건강을 체크하고 의료, 약제비를 지원해주며, 지팡이, 워커, 휠체어 등 의료 보장구를 지원해 주며, 입원 및 수술비까지도 지원해주고 있다. 하지만 경제적 지원뿐만 아니라 사회로부터 소외되어 있다는 고립감으로부터 탈출할 수 있도록 많은 사람들의 관심과 사랑이 무엇보다 절실한 것이다.

10) www.silvermed.or.kr <독거노인 주치의 맺기 운동> 2000년 3월부터 독거노인 주치의 맺기 운동본부를 설립하여 현재 의사 300명, 사회복지사 300명, 자원봉사자 300명에 이르는 자원봉사단체로 최소한의 의료보장도 못 받는 65세 이상의 독거노인을 대상으로 진료활동을 하고 있다.

III. 노인의 질병과 의료인의 역할

1. 노인 질병의 특징¹¹⁾

노화현상은 발생과 진행이 서서히 나타나는데 반하여 일단 노인병이 발생하면 증상이 급격히 발생하고 진행이 빨라 쉽게 악화되기 쉬우며, 젊은 환자와는 다음과 같은 차이가 있다.

(1) 한 가지의 병이 발생하면 각 장기에 연쇄 반응적으로 병이 발생한다.

평상시 건강하던 노인이 낙상에 의해 골절이 생겨 활동이 저하되면 폐렴이나 욕창 등이 발생하고 이로 인해 의식의 장애, 배뇨이상 등이 발생하며, 이를 치료하기 위해서는 여러 가지 약을 써야 하므로 부작용의 위험성이 증가한다.

(2) 악순환하는 임상경과를 보인다.

청, 장년기의 환자는 회복이 빨리 되어 조기에 치료가 되지만 노인은 사소한 질병으로 시작하여도 심장, 폐, 콩팥의 기능이 떨어져 있어 전신의 합병증이 쉽게 올 수 있으며, 악순환이 되어 입원기간이 길다.

(3) 생체의 저항력이 떨어져 있어 자각증상이 경미하거나 늦게 나타난다.

중대한 질환인데도 진단에 착오를 일으킬 수 있다

(4) 질병 고유의 증상이 나타나지 않고 비 특이적인 증상이 나타날 수 있다.

(5) 탈수, 전해질이상, 혈관 내 응고증후군과 같은 전신적인 상태가 불량한

11) 대한가정의학회, 『가정의학 총론편』 제 2판, 2003, p217-254

상태가 많다.

(6) 의식과 정신장해가 많다. 신경계의 노화로 인한 치매나 파킨슨씨병과 같은 질환이 많이 발생한다.

(7) 사회 경제적 요인이 복합적으로 작용한다.

노인 환자는 소외되기 쉽고 경제적 자립도가 떨어져 질병의 예방적, 치료적 측면에서 낙후된 상태이며, 임상증상의 주관적 발현에도 직접적으로 영향을 미친다.

따라서, 약물치료 또는 수술에 있어서도 젊은 환자와는 신체적으로 다르다는 점을 염두에 두고 치료에 임하여야 한다. 약물요법 시에는 노화에 따른 신장의 기능저하, 간 기능의 감소 및 신체조성의 변화 등은 약물의 투여용량, 투여방법 등을 보다 신중하게 고려하여야 한다. 더구나 개개인의 약물에 대한 반응의 차이가 청장년과 달라서 동일한 약물의 농도에도 부작용을 일으킬 수 있다. 수술을 받는 노인의 특징은 항상성 유지의 어려움이다. 혈압변동이 심하고 수분과 전해질 균형이 쉽게 망가진다. 따라서 수술 시엔 활력징후(vital sign), 수분과 전해질 유지 등에 각별히 신경을 써야 한다.

2. 노인진료에 있어서의 환자-의사 관계와 기독의료인의 역할

환자를 진료하는 데에 있어 환자-의사간에 신뢰관계가 형성이 되어야 원활한 의사소통이 이루어지고 정확한 진단 하에 적절한 치료가 이루어질 수 있다. 그러므로 노인환자를 진료할 때에는 다음과 같은 점을 숙지하고 있어야 원만한 진단 및 치료의 방침을 얻을 수 있다.

(1) 병력청취가 어렵다.

기억장애가 없고 가족이 함께 있더라도 오래 전 과거를 일일이 생각해 내기는 쉽지 않다. 또한 그간 의료의 발달로 병명 자체가 바뀐 것도 있어 노인 환자의 과거력과 현 병력을 청취하는 것은 쉽지 않다. 올바른 진단을 구하기 위해서는 반드시 정확한 병력청취가 필수적이므로 노인환자의 병력청취를 위해서는 의료인의 인내와 노력 그리고 별도의 준비가 요구된다. 차분하게 들어주고 불편한 사항을 이해해주며, ‘돕는 전문직’으로서 환자가 표현하고자하는 내용을 가감 없이 표현하도록 유도하여야 한다.

(2) 노인환자 검사의 특성

노인환자는 2가지 이상의 질병을 갖고 있는 경우가 많으므로 증상과 관련이 없는 병이 공존할 가능성을 항상 염두에 두고 보다 광범위한 검사를 실시해야만 한다. 노인환자의 검사는 혈압측정에서 특수촬영에 이르기까지 협조를 구하기가 곤란한 상황이 많으므로 충분한 설명과 인내심을 갖고 협조유도를 반복해야 한다.

(3) 합병증이 잘 온다.

노인환자는 예비능력을 위시한 질병의 치유를 위한 요인들이 약화되어 있어서 치료 후에 합병증이 잘 온다. 노인환자에 많이 발생하는 합병증들은 욕창, 관절변형, 혈전 색전증, 요실금, 요로감염, 폐색, 골절, 우울증, 흡인성 폐렴, 치매 등이 있다. 합병증에 대해서도 기존의 치료와 병행하면서, 환자에게는 질병을 이겨낼 수 있다는 희망을 심어주어야 한다.

(4) 입원기간이 길다

노인환자는 전체적 회복기능이 떨어져 있고, 노인병 자체가 만성 퇴행

성 질환인 경우가 많아 입원기간이 길다. 또한 적극적인 치료에도 불구하고 오히려 몸져눕거나 합병증이나 후유증으로 인해 장기적인 재활치료나 영양치료가 필요한 경우가 많다. 경제적 부담감과 가족에 대한 미안함 때문에 위축되어 있는 노인 환자에게 조기퇴원을 종용하거나 심리적 압박감을 주지 않도록 하여야 한다. 오히려 땀땀하고 편안한 마음으로 요양할 수 있도록 도와주어야 한다.

(5) 주관적인 삶의 질(QOL; quality of life)의 평가가 중요하다.

좁은 의미의 의학적 치료관정보다는 환자 개인의 행복감, 만족감으로 표현될 수 있는 주관적인 삶의 질로 평가하는 것이 중요하다. 즉, 시력, 청력, 상-하지운동 능력, 배뇨기능, 영양상태, 의식상태 등과 일상생활을 독립적으로 할 수 있는지에 대한 평가가 필요 하다. 특히 퇴원 후에도 독거노인 또는 가족과 별거하는 노인이 많아지고 있는 현실에서 혼자 생활하기에 얼마나 기능을 유지할 수 있는지에 대한 평가는 매우 중요하다.

(6) 질병의 치료보다는 치료 후의 질병의 관리가 중요하다.

한 가지의 질병 때문에 입원 치료를 받았지만, 고혈압, 당뇨, 고지혈증 등 기존의 질환이 관리가 잘 되지 않을 경우 이로 인한 합병증이 쉽게 나타날 수 있으므로 지속적인 질병관리가 요망된다. 만약에 환자가 직접 외래를 방문하기 어려운 경우에는 가정 간호사 제도¹²⁾나 주치의 맺기 운동과 같은 방법을 적극적으로 활용할 수 있다.

(7) 임종환자 및 연명치료중단의 윤리적 판단이 필요한 경우가 많아진다.

우리나라에서도 임종장소의 변화가 오고 있다. 과거에는 노환인 경우

12) 가정간호사제도란 만성질환자 또는 장애자의 경우 병원에서 급성기의 치료를 받고 집으로 귀가하여 기본간호, 간단한 검사, 투약 및 주사, 상처치료, 질병교육 및 상담 등을 받을 수 있도록 하는 것으로 본인부담 20%와 교통비, 재료비를 환자가 부담해야한다.

병원치료를 받지 않고 집에서 돌아가시면 집에서 동네 사람들 여럿이서 두레 형태로 장례 절차를 시행했으나, 최근에는 바쁘게 돌아가는 사회구조와 협소한 아파트 공간, 이웃의 무관심 등으로 인해 임종장소가 병원의 장례식장으로 바뀌어 가고 있다. 각급 병원마다 장례식장을 고급화하여 고급병원에서 고비용이 들더라도 치료를 어느 정도하다가 임종을 맞게 된다. 이 때 의사는 처음부터 보지 않았던 환자를 맡아 임종까지 지켜보아야만 한다. 이 때에 임종시 연명치료를 할 것인지 말 것인지에 대한 고민 또한 많아질 수 있다.

시시각각 변화하는 산업화의 물결 속에 자본이 지배를 하며, 여성의 사회참여가 늘어날수록 출산율은 점점 줄어들어 고령화 사회는 더욱 가속화될 것이다. 인구구성비에서 노인이 차지하는 비율이 많아질수록 현대 사회에서 노인 환자가 늘어나는 것은 어찌면 시대가 만들어낸 산물일 수 있다. 우리가 노인환자를 진료할 때 자칫 치료의 결과를 과소평가하거나 과대평가할 수도 있다. 나이가 드신 환자라는 이유로 치료의 결과가 안 좋을 것이기 때문에 환자를 소홀히 대한다거나 예후가 안 좋을 것으로 미리 판단하여 치료를 포기해서는 안 된다. 의료인은 전문직종으로서 누구보다도 고도의 도덕성과 인격적 성품을 가지고 있어야 하며, 투철한 직업의식을 가지고 있어야 한다.

이 시대를 살아가는 기독교의료인으로서 육체적, 정신적, 사회적 약자에 속하는 노인들을 대할 때 하나님의 긍휼하심과 자비하신 성품을 따라야만 비로소 우리들은 사랑으로 율법을 행하신 예수님을 따라가게 되는 것이다. “내 이웃을 내 몸과 같이 사랑하라”는 계명을 몸소 실천한 예수님은 시대가 외면하였던 고아와 과부, 세리와 창기, 각종 병든 자를 위로하고 안수하였던 진정한 치료자의 삶을 사셨다¹³⁾. 예수님처럼 소외된 이들

을 향한 봉사와 섬김으로 하나님의 사랑을 실천한다면, 진정 하늘에 속한 사람으로서 하나님의 맡겨준 소임을 다하게 되는 것이다.

반드시 의사만이 아니라 의료계에 봉사하고 있는 모든 보건의료인력들도 직장에서 노인을 진료할 때 사랑을 나누고 봉사하며 실천하는 데에 모두 힘을 합쳐야 한다. 네 일 내 일 가리지 않고 환자의 질병을 이해하고 그들의 손과 발이 되어 질병을 이겨낼 수 있도록 격려해야 한다. 하나님의 말씀처럼 “서로 돌아보아 사랑과 선행을 격려하며¹⁴⁾” “우리가 선을 행하되 낙심하지 말지니 피곤하지 아니하면 ..¹⁵⁾”과 같이 노인을 돌보는 여러 사람들을 서로 격려하고 위로하여야 하며, 퇴원하는 그 순간까지 최선을 다해야만 하는 것이다. 또한 위에서 언급한 것처럼 고령 환자의 질병치료는 치료자체에 초점을 맞추기보다는 질병을 관리하고 재활을 통하여 삶의 속으로 복귀할 수 있도록 도와주어야 한다. 그러므로 소극적으로 환자가 치료되고 퇴원하는 것에만 관심을 갖기 보다는 퇴원 후에도 충분히 질병을 관리할 수 있도록 적극적으로 도와주어야 한다. 예를 들면 환자의 보호자에게 부상방지, 약물복용법, 간단한 운동 요령 등을 설명해주거나 보호자가 없거나 돌봐 줄 수 없는 상황인 경우 가정간호사 제도, 노인요양병원 등을 적극적으로 연계해 주는 것이다. 독거노인과 같이 경제적 사회적으로 고립되어 있는 사각지대의 노인에게는 ‘사회사업가’ 또는 독거노인 주치의 맺기 운동본부¹⁶⁾에서 꾸준히 돌보아 줄 수 있도록 해야 한다.

3. 노인 생명윤리 (Biomedical ethics)

노인의료에 있어서 생명윤리와 관련된 문제는 의료의 발달이 가속화하

13) 막 12:31-33

14) 히 10:24

15) 갈 6:9

여 평균 수명이 늘어날수록 점차 쟁점 과제로 부각될 것이다. 고령으로 인하여 만성적 질환이 많아지고 합병증이 어느 정도는 예견되는 노인 환자에서 의료인이 치료를 담당할 때에도 완치의 어려움은 당연하다. 과연 치료의 목표는 어디까지이며, 만약 치료의 한계에 봉착하게 되는 경우 치료를 어디까지 시행해야 하는지, 임종을 맞게 되는 경우 어떻게 해야 하는지 쉽게 판단이 안 서는 경우가 생길 것이다. 따라서 의료 윤리적 측면에서의 자율성(autonomy), 임종결정권(end of life decisions), 호스피스 등에 대한 논의가 필요한 것이다¹⁶⁾.

자율성이란 자신의 생명 또는 삶의 영역에 있어서 스스로의 의사(意思)에 따라 결정할 권리를 의미한다. 예를 들어 노인환자치료 시 사전 동의(informed consent)가 있어야 한다고 보는 것이다. 즉 환자가 치료에 대해 스스로 결정할 권리가 있으며 치료에 대한 선택을 위해 충분한 정보와 자유가 주어져야 한다고 보는 시각이다. 또한 치료를 거부할 권리(right-to-die)도 환자에게 있어야 한다고 보는 것이다. 이 때에 필요한 것이 환자로부터 받는 사전 동의인 것이다.

사전 동의 (informed consent)의 근본 취지는 환자에게 사전에 예측 가능한 모든 정보를 제공하고(informed) 환자의 자율적인 동의 (concent)를 구하는 것이다. 환자의 자율성을 보장하기 위한 가장 기본적인 전제는 특정 시술의 예후와 치료결과, 합병증 여부, 비용 등에 대한 최대한의 정보를 충분히 제공하려는 것이다. 환자를 자기 가족처럼 생각하고 의료의 지식이 없는 환자 또는 보호자에게 관심과 사랑을 전하려는 상담자로서의 역할을 충실히 감당해야만 하는 것이다.

환자의 자율성 존중, 선행, 악행금지, 정의의 원칙 모두가 의료진의 실수를 은폐하는 것을 비윤리적 행위로 규정한다. 간단하지만 유용한 윤리

16) R. Munson 지, 박석건, 정유석 옮김, 『의료문제의 윤리적 성찰』(단국대학교 출판부, 2001), p.60-69.

지침인 대중성 법칙(publicity rule) 또한 의료 사고의 은폐를 정당화시켜 주지 못한다. 의사가 신이 아닌 이상 의도되지 않은 실수는 있을 수 있고 환자들도 이러한 가능성을 이해할 수 있어야 진정한 신뢰관계가 형성된다.

그렇지만 사례 1에서처럼 연세가 많아 무조건 위험성이 높으며, 치료를 해도 결과가 안 좋을 것을 예견하여 보호자가 결정하지 못하도록 방치한다거나 치료비가 많이 나올 가능성 때문에 치료를 포기하도록 유도하는 것도 생명의 주관자이시며 근원이신 하나님의 존재를 망각하는 의사의 비윤리적 행위일 수 있다. 의료인은 돕는 전문직으로서 적극적으로 환자의 상태를 파악하고 경제적 잣대에서 벗어나 근엄하고 존중되어야 하는 생명의 지킴이 역할을 감당하여야 할 것이다.

임종결정권(end of life decisions)과 관련해서는 사망선택유언(living wills)과 인공소생 금지명령(do-not-resuscitate(DNR) order)으로 대표되는 사전지시(事前指示, advance directive)와 스스로 의사결정이 없을 경우를 대비해 대리인(health agent or surrogate)을 지정하여 자신을 대신 해서 의료 및 치료 결정을 하도록 하는 대리인 위임권(durable power of attorney)이 있다¹⁷⁾.

임종이 임박한 환자를 보는 의료진은 마지막으로 해 줄 수 있는 치료의 선택에 있어 아래와 같은 여러 상황 속에서 갈등할 수 있다.

첫째는 의료 집착적 행위 (futility; therapeutic tenacity)이다¹⁸⁾. 모든 의학적인 방법을 동원하여 생명을 연장하는 것을 말한다. 예를 들면, 악성 뇌종양으로 진단한 71세 환자를 수술적 치료를 시행하였으나 뇌간 연

17) R. Munson 저, 박석건, 정유석 외 옮김, 『의료문제의 윤리적 성찰』(단국대학교출판부, 2001), pp.166-174.

18) 이동익, 『말기환자의 치료중단-가톨릭 윤리신학의 측면』, 한국호스피스-완화의료학회 지 제2권, 1999, pp.172-178.

수부에 침범되어 호흡근관이 있을 때 인공호흡기를 적용하고, 신장기능이 저하되었을 때는 혈액투석까지 시행하여 아무런 조치를 취하지 않은 경우보다 절대적인 생존기간을 연장하였다. 이 경우는 절대적인 생존기간을 연장하였다 하더라도 연수부의 악성 뇌종양 재발로 결국은 사망할 것이다. 의료인은 최선을 다하였지만, 환자와 보호자는 치료가 지속되는 동안 육체적, 심리적, 재정적 고통을 감수해야 한다.

둘째는 안락사이다¹⁹⁾. 환자가 고통 받는 기간을 단축시키기 위하여 인위적으로 생명을 단축시키는 일에 개입한다. 그런데 이와 같은 극단적인 결정은 의사 스스로 해서는 안 되는 것이며, 소극적 또는 비자의적으로 참여하였을 경우에는 심한 윤리적 딜레마에 빠지게 된다. 셋째는 의미 없는 치료의 중단이다. 여기서 치료의 중단은 ‘의미 없는 치료의 중단’을 뜻하며, 고통 완화 등 환자의 보살핌을 그만 둔다는 것은 아니다. 즉, 환자의 ‘증상조절’을 통해 치료의 목표가 cure(완치)가 아니라 환자가 편안하게 여생을 보낼 수 있도록 도와주는 편안함이 치료의 목표가 된다. 그렇지만 안락사나 의료 집착적 행위와 같은 극단적인 결정보다 적극적인 의료기술의 적용이 더 이상 의미가 없다고 판단될 때 무의미한 치료를 중단하고 환자를 편안하게 돌보는 care-giver로서의 의사의 역할에 대해 생각해 볼 수 있다. 호스피스와 같이 환자를 고통스럽게 하는 무익한 치료를 중단하고 통증 등의 증상완화를 하면서 육체적, 정신적 영적인 총체적인 돌봄을 하는 것이다.

그렇다면 의미 없는 치료의 중단을 무엇으로 정의를 내리며, 어떠한 기준으로 적용을 할 것인가? 이 판단은 주관적인 부분이 많아서 누구나 받아들일 수 있는 객관적인 기준을 설정할 수 없다. 많은 의학자들이 객

19) 안락사(euthanasia)란 헬라이 eu(좋은)와 thanatos(죽음)의 합성어로 행위자의 적극성 유무에 따라 능동적 안락사와 수동적 안락사로, 환자의 동의 여부에 따라 자의적, 반자의적, 비자의적 안락사로 구분한다.

관적인 기준을 설정하기 위해 노력해 왔다. Schneiderman 등은 의학적 처치로 효과를 볼 확률이 1%를 넘지 않는다면 이것은 무의미한 진료라고 정의한 바 있다²⁰⁾. 그렇지만 기능의 회복만을 초점으로 할 수는 없다. 의식 없는 환자에서 콩팥기능을 회복시키는 것이 환자를 진정으로 회복시킬 수 있을지는 의문이다. 또는 의료진, 환자, 보호자가 모두 임종과정을 연장시키는 것을 원치 않을 때 임종과정중의 처치는 무의미하다고 보아야 하는 것인가? 하지만, 여기에 참여하는 모든 사람들이 의견의 일치를 보이지 않는다면 이것 또한 문제가 될 수 있다.

최근에는 여기에 대한 해결방안으로 의료기관내에 의료적 윤리적 판단을 할 수 있는 공식기구를 설치하고 있다. 즉, 환자에게 있어 ‘치료중단’의 기준을 구체적으로 정하는 것이다. 뇌사판정위원회나 병원윤리위원회 의에서 기준을 설정하고 이를 토대로 이루어진 결정에 따라 의료인은 사법부의 결정에 있어 책임을 면책할 수 있도록 조치를 취함으로써 위원회의 활성화를 도모하는 것이다. 하지만 병원마다 기준이 다를 수 있다는 문제점이 있다.

IV. 노인의 건강과 행복추구권

1. 건강수명 연장 (prolonging the active life expectancy)

건강이라 함은 막연히 질병이 없는 상태로 생각하지만, 세계보건기구(WHO)는 건강을 ‘질병이 없는 상태를 넘어서 육체적, 정신적, 사회적으로 안녕한 상태’라고 정의하고 있다. 따라서 치유 역시 질병을 치료하는 개념에서 개인의 다양한 필요를 충족시켜 주는 쪽으로 발전되고 있다.

20) Schneiderman LJ et al. *Beyond futility to an ethic of care*. *Am J Med*. 86, 1994, p.113에서 인용.

인간이 갖고 있는 생리적 필요, 정신적 필요, 사회적 필요, 나아가 영적인 필요까지도 만족시키는 것이 온전한 치유인 것이다. 왜냐하면 인간은 단지 육체적인 존재일 뿐 아니라, 정신적이고 영적인 존재이며, 이러한 각 부분이 상호 유기적으로 연관되어 있기 때문이다. 인간은 하나님의 형상으로 창조된 지, 정, 의를 갖춘 인격적 존재이다. 하나님께서 보시기에 좋았던 상태, 그것이 바로 건강이다.

노인은 취약한 계층이다. 건강상태, 경제 및 사회적 자원 등을 감안할 때 사회적으로 보호받아야 하고 각종 의료와 사회적 지원을 필요로 한다. 그러나 우리가 간과하기 쉬운 점은 대다수의 노인들은 독립적인 생활을 영위하고 있다는 사실이다. 노인의 87%가 한 가지 이상의 만성질환을 가지고 있음에도 불구하고 대다수는 독립적인 생활을 유지하고 있는 것을 보게 된다. 노년층 인구에서도 금연, 절주, 운동 등 건강증진 프로그램의 효과가 입증됨에 따라 적극적인 개념의 건강증진의 중요성이 새롭게 인식되어지고 있다. 실제로 노인의료의 대부분은 질병관리에 비중을 두고 있다. 기존의 질병관리 모형인 만성질환치료와 재활에 치중한 나머지 건강한 노인들의 지속적인 건강유지, 예방 및 건강증진을 위한 노력이 간과되고 있는 것이다. 고령화 사회의 길목에 서 있는 우리들은 환자의 질병에 대한 치료와 재활뿐만 아니라 건강교육과 건강상담을 통한 다양한 프로그램 (금연, 절주, 운동, 영양, 스트레스 관리, 낙상예방 등)으로 질병의 발생을 줄이도록 노력해야 한다. 또한 퇴원한 이후에도 사회의 따스한 보살핌 속에 돌아갈 수 있도록 배려해 주어야 한다. 이것이 건강수명 연장으로서 노인이 진정한 장수를 누릴 수 있게 해 주는 것이다.

2. 행복추구권(幸福追求權; The right to pursue one's happiness)

대한민국 헌법에서는 ‘모든 국민은 인간으로서의 존엄과 가치를 가지

며, 행복을 추구할 권리가 있다'²¹⁾고 하여, 개인에게 있어서의 가치를 무시하거나 전체주의와 같이 국가를 우선시하는 것을 배격하고 있다. 이 규정은 '인간의 존엄과 가치·행복추구권'을 선언한 국가의 기본질서이며 법해석의 최고 기준으로 삼고 있다. 이것은 하나님의 형상을 따라 우리들을 창조하시고 코에 생기를 불어넣은 고귀한 존재로서의 인간은 그 자체로 존엄과 가치가 있음을 의미하며²²⁾, 행복을 누릴 권리가 있음을 선포한 것이다. 여기에는 행동자유권과 인격의 자유발현권 및 생존권 등이 포함된다. 따라서 먹고 싶을 때 먹고, 놀고 싶을 때 놀며, 자기 멋에 살고 멋대로 옷을 입어 몸을 단장하는 등의 자유가 포함되며, 생존과 관련된 여러 행위가 포함된다. 이 점에서 의료의 대상에서 소외된다거나 의료의 혜택을 제대로 받지 못하게 되는 경우는 없어야 한다는 것이다.

인간은 영, 혼, 육체로 이루어져 있다. 의료행위의 치료의 대상은 주로 육체이지만 일부 영역에서는 인간의 정신기능을 담당하기도 한다. 육체만을 다루기 때문에 의학이나 의술이 생물학적 한계에 봉착하게 되지만, 생명을 주관하시는 하나님께서는 모든 것을 치유하실 수 있다. 왜냐하면 하나님이 만드신 피조물이기 때문이다. 인간은 하나님의 형상을 따라 창조되었으므로 그 자체가 소중한 존재이다. 노인도 한 개인 한 개인이 매우 소중한 존재이므로 치료에 임할 때에는 하나님의 긍휼과 사랑으로 환자를 보살펴야 하는 것이다. 돌봄의 윤리(care ethics)는 주로 여성의료윤리학자들에 의하여 형성된 이론으로서, 환자와 의사와의 관계를 칸트적인 법적 계약관계로 보는 입장에 반발하면서, 환자와 의사 사이의 친밀한 인격적 관계를 강조하는 입장이다²³⁾. 인간은 연약하고 가시적이며, 타인

21) 대한민국 헌법 제10조. 행복추구권

22) 창 2:7

23) R. Munson 지, 박석건, 정유석 외 옮김, 『의료문제의 윤리적 성찰』(단국대학교출판부, 2001), pp.81-82.

에 의존하여 생존해야 하는 존재라는 점을 고려할 때 도덕이란 법과 규칙의 문제가 아니라 사려 깊은 돌봄과 타인에 대한 책임의 문제로 정의된다. 돌봄의 윤리는 정서적 측면이 윤리학에서 중요시해야 할 요인임을 일깨워주고 있다.

노년인구의 질병은 치매, 중풍, 우울증 등 만성질환이면서 각종 신체활동의 장애를 지니고 있었으므로 질병의 완치나 기능의 완전한 회복을 목표로 설정하기가 어렵다. 따라서 현실적인 예방이나 재활을 목표로 해야 하는 경우가 많다. 치료 후에도 노인요양시설과 가정간호, 호스피스 등 병원 밖에서 지속적으로 노인환자를 관리할 수 있는 대책을 마련되어야 한다. 활동의 장애를 가진 노인은 세탁, 청소, 식사 등 가사지원 서비스 뿐 아니라 교통 편의제공, 상담, 여가활동 등 다양한 사회복지서비스를 필요로 한다. 이를 위해서는 우리 사회의 구성원들도 노인들에 대한 많은 사랑과 관심이 더욱 절실한 것이다.

V. 나오는 말

경제수준의 향상과 의학의 발달로 인한 평균수명의 증가는 노인인구의 증가를 초래하였다. 여기에 출산율의 저하가 더해져 우리의 사회는 빠르게 고령화 사회의 길목에 접어들고 있으며, 정치, 경제, 사회 등 여러 분야에서 과제가 표출되고 있다. 특히 의료에 관련된 문제는 의료인 또는 보건의료정책당국의 문제로만 간주해 왔지만, 이 시대를 살아가는 우리들이 모두 관심을 갖고 지켜보아야 할 것이다. 시간이 지나갈수록 분명 의사가 진료하는 고령 환자의 숫자가 급속히 증가될 것이고, 기존의 다양한 질병을 가진 고령 환자들의 숫자 또한 증가할 것이다. 이러한 사회적 현상에서 노인의 질병치유는 단순히 노인의 질병의 특성을 잘 이해하고 일차적

인 질병의 치료에만 초점을 두어서는 안 된다. 노인질환의 치료는 육체의 질병뿐만 아니라 정신적 안정감, 영적인 치유를 포함하여야 하는 것이다. 이것은 노인질환에 대한 단순한 지식과 현상학적 특성을 파악하는 데에 그치지 않고 노인에 대한 배려와 관심을 가진 이 사회가 하나님의 보시기에 좋았던 창세기의 아름다운 사회로 회복되어지는 것을 의미한다. 따라서 고령화 사회를 대비하기 위해서는 단순히 정책적이고 경제적인 관점에서 그 관련분야의 문제로만 돌리기보다는 우리 사회와 그 구성원이 함께 감당하고 해결해 나가야 하는 몫인 것이다.

K C I

참고문헌

- 국민의료보험관리공단, 『노인의료비 증가와 대책』, 서울: 의료보험공단, 1999.
- 대한가정의학회, 『가정의학 총론편』 제2판, 2003.
- 박석돈, 『노인복지론』, 서울: 삼우사; 2004.
- 보건복지부 노인복지정책과, 『노인보건복지사업안내』, 과천: 보건복지부, 2004.
- 유승흠, 『인구노령화에 따른 의료이용행태 및 비용분석에 관한 연구:진료비 증가요인을 중심으로』, 서울:의료보험관리공단, 1989.
- 이동익, 「말기환자의 치료중단-가톨릭 윤리신학의 측면」, 서울: 한국호스피스완화의료학회, 『한국호스피스완화의료학회지』 제2권. 1999.
- 통계청, 『장래인구추계: 2000-2050』, 대전: 통계청, 2001.
- 한국의료윤리교육학회, 『의료윤리학』, 서울: 계축문화사, 2003.
- R. Munson, *Intervention & reflection: Basic issues in medical ethics*, 박석진, 정유석 옮김. 『의료문제의 윤리적 성찰』, 서울: 단국대학교출판부, 2001.
- Schneiderman LJ, Faber-Langendoen K, Jecker NS. *Beyond futility to an ethic of care. Am J Med.* 86:110-114, 1994.
- 경인일보, 2005.07.18일자
- 한겨레신문, 2005.03.21일자
- www.cafs.go.kr <고령화와 미래사회위원회>
- www.nso.go.kr <통계청 홈페이지: 통계DB검색>
- www.silvermed.or.kr <독거노인 주치의 맺기 운동본부>