

노인의 연령 구분: 실용(實用) 혹은 수사(修辭)

A Geriatric Medical Perspective on the Current Chronological Definition for Old Age

유 형 준*

한림대학교 의대과학 내과학교실

Hyung Joon Yoo

Hallym University

연령 구분만으로 사람의 의학적 분별이 완성될 수는 없다. 특히 그 연령의 상한을 가늠하기가 점점 어려워지는 노인을 연령만으로 분별하는 일은 발상부터 만만치 않다. 그럼에도 불구하고 노인의 연령 구분을 살피기 위해 노인을 먼저 의학적으로 정의한다.

I. 노인의 의학적 정의

영어의 'old'라는 단어의 어원이 '자라다, 위로 잡아당기다, 영양을 공급하다'라는 뜻의 동사로 '먹여 살리다, 키우다(alere)'에서 파생한 라틴어 '높다(altius)'와 연관되어 본디는 긍정적 의미를 지닌다(송명희 등, 2012, p. 122). 이를 사물에는 '낡다' 그리고 사람엔 '늙다'로

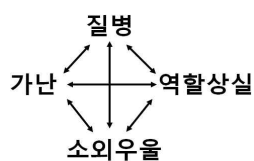
번역하지만, 현실적으로는 늙음이 낡음이나 쓸모없음, 폐기 등의 의미를 지니고 있다(Covey, 2000). 의학적 측면에서는 그런 의미가 더 심한 편이다. 세월의 흐름에 따라 수많은 곡절들이 곧 수없는 자극이 되어 늙음의 낡음은 점점 기세등등하여 사람의 각 장기들은 그 항상성이 점차 감소·쇠퇴하고 자기 자신을 지탱하기 어려울 만큼 손상되어간다. 쇠퇴하는 항상성은 질병, 기능이상 및 약물 부작용으로 더 흔들리고 생리적 예비능(reserve capacity)의 감소와 함께 노인들로 하여금 여러 질병에 걸리게 한다(Thane, 2007).

오랜 세월 동안 여러 가지 질병에 걸리면서 어떤 병은 낮고, 어떤 병은 만성화되어 현재까지 지속되기도 한다. 만성질환은 급성질환이나 기능장애로 이환되기가 쉽고, 청장년

* 교신저자, 한림대학교 강남성심병원 내분비내과 유형준 교수 (e-mail: joonyoo@gmail.com)

기에 완전 치유의 판정을 받았던 병이라도 노인이 되어 기능장애로 이어지는 경우도 있다. 여기에 노인증후군을 비롯한 노년기 특유의 질환이 더해지면서 여러 가지 질환을 함께 갖고 있게 된다(Won et al., 2013). 세월은 질병을 쌓아가므로 늙음은 질병 다발성이며, 결국 ‘노인은 과거질환의 축적 속에서 살아간다’(유형준, 2014). 노화의 진행 속도는 사람에 따라 매우 다양하며, 한 개인의 경우에도 장기마다 노화 속도 또한 다르다.

늙음에 관한 이러한 의학적 견해는 노인학을 전공하는 거의 대부분의 학자들이 노인을 규정하고 이해하고 돌보는 ‘노인은 4중고(四重苦)의 사람(들)’이라는 기저개념과 전적으로 상통한다(<Figure 1> 참조). 이를 노인의학자의 어조로, “늙으면 병이 쌓인다. 아프면 기능이 떨어지고 역할이 줄어들어 경제능력이 수그러들면서 가난해지고, 남들과 만나고 어울리는 기회가 뜸해진다. 소통이 궁핍해져 늙음은 외롭고 우울해진다.”고 읊조리고 싶다.



<Figure 1> 노인의 4중고

II. 노인의 연령 기준

노인의학자로서 노인의 연령 기준을 논의할 때 적어도 다음의 세 가지에 초점을 맞추

고 싶다. 첫째, 노인인구가 늘면서 노인병학에서 부각된 노인 관련 이슈가 무엇인지 또는 장래 노인의학 영역에서는 어떤 변화가 예상되는지를 다섯 가지 측면으로 고찰하고자 한다.

먼저 새로운 노인병의 출현을 들 수 있는데, 새로운 병적 상태들이 발생하여 의학적 개념화를 거친 임상 실제화가 일어나게 된다는 점이다. 예를 들면, 노인증후군이나 노쇠 등과 같이 아직은 개념적 요소가 노인 특유의 다양한 상태들의 병태 원인이 밝혀지고, 진료 현장에서 구체적으로 진단·치료·예방될 것으로 예상된다(東京大学医学部老年病学教室, 2012).

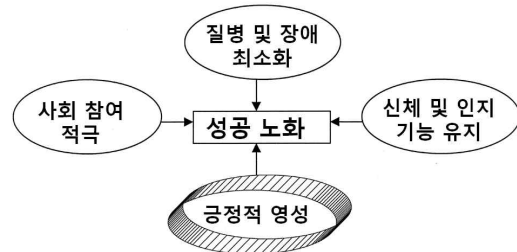
또한 검사기준치(reference value)의 설정 문제로 노인에 적합한 기준치에 대한 검토와 대응이 활발해질 가능성이 높아진다는 점이다. 질병다발성(multiple pathology)과 다약물 복용(polypharmacy)의 노인의 의학적 특성과 선택효과(selective effect), 코호트 효과(cohort effect) 등의 작동은 이제껏 겪어보지 못한 길이의 수명 연장시대에 검사기준치를 구하고 정하는 일을 점점 더 어렵게 만들고 있다.

아울러 노인병을 진료하는 전문의사의 필요성이 절실해진다는 점이다. 이와 같은 의료 상황 변화에 따라 노인진료의 전문성을 제고시키기 위한 추가 능력(added competence) 또는 추가 자격(added qualification)을 갖춘 노인병의사, 소위 ‘노인병전문의’의 수요가 증가할 것이다. 미국은 지난 1992년부터 노인의학 수련과정을 개설하고 노인병의사들을 배출하기 시작했다. 그러나 아직도 미국 내 노인병의사는 요구 수준의 절반에도 미치지 못하고 있으

며, 별다른 대책이 마련되지 못할 경우 노인 병의사의 부족 현상은 더 심화될 것으로 예견된다(Dorokhine, 2013). 이는 우리나라에도 지금 닥치고 있는 현상인데, 노인병의사에 대한 사회적 요구가 커짐에도 불구하고 아직 의대생과 수련의, 전공의는 물론 국가도 노인의학에 관심이 많지 않은 실정이다.

역시 Gerogeriatrics[필자는 이를 ‘고령노인의학(高齡老人醫學)’이라 칭하고자 함]가 발전하게 된다는 점이다. 나이가 65세이든 100세이든 모두 65세 이상이라서 노인이지만, 그 둘을 동류 분류하는 것은 의학적으로 적합하지 않다. 이러한 관점에서 일부 노인의학자들이 ‘geriatrics(노인의학)’의 전문분야(subspecialty)로 ‘gerogeriatrics’라는 개념을 제안하고 있다(Yoshikawa, 2012). 이른바 ‘old-old’ 또는 ‘very old’라고 불리는 80세 이상 노인의 임상의학적 성상이 다른 연령대와 유의하게 차이가 있다는 점에 근거를 두고 있다. 이는 소아과학에서 신생아학(neonatology)을 구분하는 것과 유사하다.

마지막으로 영성의 중요성이 강조될 수 있다는 점이다. 의학의 어느 분야보다 세월을 깊이 고려하는 노인의학은 세월이 새기는 주름살이나 기능저하와 달리 보이지 않는 것에도 그 시선(le regard)을 준다. 그 중 하나가 바로 걸의 눈으로 보이지 않는 영성(靈性)이다. 잘 알려진 Rowe와 Kahn(1997)의 성공노화 3요소는 잠깐만 생각해봐도 중요한 하나를 놓치고 있음을 알 수 있다. 바로 영성(spirituality)이다. 영성의 중요성을 보탠 성공노화 요소를 ‘개정 Rowe와 Kahn의 성공노화 요소’라 칭한다(<Figure 2> 참조; Crowther,



<Figure 2> '개정 Rowe와 Kahn의 성공노화 요소'

Parker, Achenbaum, Larimore, & Koenig, 2002).

둘째, 노인의 연령기준을 상향조정할 때 어떤 이점이 있고 또 어떤 복잡한 문제가 생길 수 있는지를 노인의학의 관점에서 논의를 해 본다. 노인의학에서는 기본적으로 노인을 동질한 군(群)으로 여기지 않는다. 수없이 많은 변수들에 의해 노인은 다양한 이질성을 드러내는데, 특히 연령에 의한 의학적 이질성은 항상 주목의 대상이다. 그 이질성의 해석을 개선시키기 위해 노인을 여러 연령대로 구분·파악·대처하고 있다. 따라서 만일 노인 연령기준을 상향조정한다고 해도 노인의학 분야에서 변화는 미미하다고 판단한다.

셋째, 노인의 연령기준에 대한 필자의 개인적 의견을 노인의학 전공에 무관하게 피력해 본다. 연역적으로 표현하면, 노인의 연령기준은 그렇게 큰 논의거리가 아니라고 여겨진다. 노인의 연령기준을 단 하나로 정하는 것은 어차피 쉽지 않은 일, 현재까지의 연구 결과들을 볼 때 불가능할지도 모를 일이라고 여겨진다. 예를 들면, 65세를 66세, 70세, 71세, 또는 어느 나이로 올리든지 모두 나름대로의 의미를 지닌다. 또 이는 노인을 한 두 마디로 정의하기 어려운 것과 다르지 않다. 따라서 어느 한 연령을 선택하여 이 나이부터 노인이라

규정하는 것이 실제적 영점조정(calibration)에 해당되는지 의문이 든다. 그럼에도 불구하고 연령기준을 결정해야 한다면 그 과정과 결론은 결국 작위적일 수 밖에 없을 것이다. 그렇지만 부득이 사회·경제·정치·제도적 실행이 실제 속사정이라면, 현재의 기준연령인 65세를 기준으로 해서 필요에 따라 적정한 연령대별로 구분하면 되지 않을까 생각한다. 예를 들면, 경로 우대는 몇 살부터, OO치료 혜택은 몇 살부터 등이다.

III. 맺음말

고령노인을 포함한 노인인구의 증가는 노인병학에 지금까지 경험하지 못한 다양한 변화를 주고 있음과 동시에 노인병 의사의 필요성을 비롯한 노인의료의 실제적 대응을 필요로 하고 있다. 이와 같은 변화와 대응 필요성이 노인의 연령 기준을 바꾸는 노인의학적 동인(動因)인가? 개인적으로 그 동력이 그렇게 강하다고 생각되지 않는다. 노인의 연령 구별은 오히려 의학 이외의 요소를 충분히 고려해야 하는 것이 실제와 수사의 형평을 그나마 유지하는 최선의 수라고 여겨진다. 여하튼 ‘노인’이라는 명사를 어느 나이에 붙일까를 주저하는 것은 어쩌면 수사의 망설임일지도 모른다는 생각을 떨칠 수 없다.

참고문헌

송명희 · 채영희 · 한혜경 · 강인욱 · 신명호 · 장

세호 (2012). **인문학자, 노년을 성찰하다.**

서울: 푸른사상.

유형준 (2014). 노년에 대한 의학적 성찰. **문학과 의학**, 7, 78-91.

東京大学医学部老年病学教室 (2012). 老年病科の現在, そして未来へ. In 東京大学医学部老年病学教室 創立50周年記念誌 (pp. 104-123). 東京: メジカルビュー社.

Covey, H. (2000). Shakespeare on old age and disability. *International Journal of Aging and Human Development*, 50(3), 169-183.

Crowther, M., Parker, M., Achenbaum, W., Larimore, W., & Koenig, H. (2002). Rowe and Kahn's model of successful aging revisited: Positive spirituality - the forgotten factor. *The Gerontologist*, 42(5), 613-620.

Dorokhine, I. (2013). Future of geriatric medicine in the United States: To be or not to be? A viewpoint on reforming geriatrics. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(12), 2262- 2263.

Rowe, J., & Kahn, R. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440.

Thane, P. (Ed.) (2007). *The long history of old age*. New York: Thames & Hudson. [안병직 역 (2012). **노년의 역사**. 서울: 글항아리.]

Won, C., Yoo, H., Yu, S., Kim, C., Dumlao, L., Dewiasty, E., et al. (2013). Lists of geriatric syndromes in the Asian-Pacific geriatric societies. *European Geriatric Medicine*, 4(5), 335-338.

Yoshikawa, T. (2012). Future direction of geriatrics: "Gerogeriatrics." *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(4), 632-634.

원고접수일: 2016. 09. 28.
수정원고접수일: 2016. 10. 10.
원고게재승인일: 2016. 10. 26.