



OCTOBER 1995

대한노인정신의학회보

The Newsletter of
Korean Association for Geriatric Psychiatry

발행처: 대한노인정신의학회 162-050 서울시 구로구 구로동 80 고려대학교 의과대학 부속 구로병원 정신과 TEL: 818-6114 (교) 6739 FAX: 852-1937

발행인: 과 동 일 / 편집인: 오 병 훈 / 등록번호 제 3-253 호 / 인쇄인: 김 영 갑 / 인쇄처: 중앙문화 인쇄출판사 TEL: 717-5511 (대) FAX: 703-2906

권 두 언

노인의 정신건강: 사회가 나설때다

박 중 한 (대구효성가톨릭의대 정신과 주임교수)

우리나라도 노인들의 정신건강은 강 건너 불에서 이세는 발등의 불로 절박함을 더해가고 있다. 말로는 경로 효친이니, 경로 우대니, 노인들에게 용돈을 지급해 주니, 일자리를 마련해 주니 하지만 이러한 구호들은 필자가 느끼기에는 말의 상관이며, 빛 좋은 개살구에 지나지 않는다. 이러한 정책으로 혜택을 받을 수 있는 노인들은 건강상태가 비교적 양호한 사람들일 것이기 때문이다. 그들의 뒤에는 우울증이나 치매에 시달리면서 타인들의 도움이 절실한 노인들이 많다. 그들은 본인은 물론, 가족들의 행복을 박탈하고 일상생활을 파괴하고 있음을 알아야 한다. 우리 사회는 현재 이들 환자들과 가족들을 위해 무엇을 하고 있는가?

1995년 10월 5일자 어느 일간지에는 70대 할머니의 애절한 인생 마감이라는 제목으로 강물에 투신 자살한 노파의 이야기가 실려 있었다. 기사에 나타난 이 할머니의 이야기는 몇 가지를 생각해 한다. 글 쓴 현재까지는 신원이 밝혀지지 않았기 때문에 많은 것을 유추할 수는 없다. 그러나, 그분은 아마도 심한 우울증에 걸렸을 듯 한때 정신의학적 치료를 받았는지 어퍼했는지는 불분명하다. 아들은 외국에 있다 치더라도 딸들이 있을지도 모르는데, 그들은 이 할머니를 위해서 무엇을 하고 있었는지도 궁금하다. 또 이러한 처지에 있는 노인들을 찾아 내어서 도와 줄 수 있는 사회적 지지망(social support network)이 빈약하다. 결국 이 할머니는 가족과 사회로부터 방치된 neglected granny이었다고 봄이 합당할 것이다.

연전에는 치매에 걸린 늙은 아버지를 국립정신병원이 있는 어느 지방 휴양지에 버려서 죽게 만든(?) 불효막심한 아들의 이야기가 사회를 크게 분노케 한 적이 있었다. 우리 모두는 그에게 가차없이 돌팔매질을 했었다. 필자는 그 아들에 관한 수사 기록을 본 적이 없다. 그러나 그 행위에 대한 정죄를 말설이게 하는 몇 가지를 생각해 보았었다. 당시 그 아들은 병든 아버지와 생활력이 없는 어린 자식의 생계를 책임져야 했으며, 부인을 비롯한 다른 가족은 없었던 걸로 기억된다. 중증 치매라면 잠자는 시간외에는 항상 타인의 보살핌이 필요하다. 이런 상황에서 그는 어떻게 해야 그 난국을 헤쳐 나갈 수 있었을까? 국가나 사회는 치매에 걸린 그 노인을 위해서 무엇을 해주었는가? 어린 자식을 데리고 병든 아버지를 봉양해야 했던 아들의 고통을 우리는 얼마나 이해하고 그의 자처를 도우려고 했는가? 우리는 그 가족의 가난에 어떤 도움을 주었는가? 전망의 나락에 있던 아들은 큰 정신병원 근처의 거리에 아버지를 모셔다 놓으면 어느 행인에 의해 정신병원에 인도 되어서 치료를 받을 수 있을 것으로 기대하지는 않았을까? 만일에 그렇게만 되었다면 노인은 불행한 죽음을 면할 수 있었고, 아들은 새로운 생활을 할 수 있었을지도 모른다. 즉, 그 당시 우리 모두는 노상에 방치된 치매 노인의 존재에 대해서는 전혀 관심을 두지 않다가 불행한 일이 벌어진 후에는 우리들의 무관심도 한 몫을 했음이 틀림 없는 사태의 책임을 불행한 아들에게만 온통 뒤집어 씌운 것은 아닐까?

우리는 앞의 두 예에서 교훈을 얻어야 한다. 이런 허망한 일이 되풀이 되어서는 안된다. 노인들의 문제를 자식들의 효성에만 호소해서 해결하기에는 세상은 너무 변했고, 가정은 핵가족화되어버렸으며, 아파트 주거 형태는 행동 장애가 있는 노인들을 모시고 다세대가 생활하기에는 부적당하다. 맞벌이 부부가 많아진 현재에는 며느리의 부양을 기대할 수도 없다. 혼자 살고 있는 노인들의 생활환경이나 신체적, 정신적 건강 상태를 살필 수 있는 사회적 장치가 마련되어야겠다.

1995년 대한노인정신의학회 추계학술대회

• 일 시 : 1995. 11. 24(금) 오후 1시

• 장 소 : 고려대학교 인촌기념관

주 제 : 노년기 기분장애

13:00 - 13:30

등 록

13:30 - 13:40

인 사

곽 동 일 (학 회 장)

1 부

사 회 : 오 병 훈 (연 세 의 대)

13:40 - 14:00

진단분류 및 역학

좌 장 : 강 병 조 (경 북 의 대)

조 맹 제 (서 울 의 대)

14:00 - 14:20

생물학적 원인론

이 철 (가 통 립 의 대)

14:20 - 14:40

심리사회적 원인론

좌 장 : 신 석 철 (충 남 의 대)

박 민 철 (원 광 의 대)

14:40 - 15:10

임상증상 및 예후

김 현 우 (단 국 의 대)

< Coffee Break >

15:40 - 16:00

생물학적 치료

좌 장 : 우 행 원 (이 화 의 대)

정 인 과 (고 대 의 대)

16:00 - 16:20

심리사회적 치료

정 운 기 (국립정신병원)

2 부

사 회 : 김 승 현 (고 려 의 대)

16:30 - 17:30

원저발표

좌 장 : 곽 동 일 (고 려 의 대)

1 기백석 (충양외대) : 한국판 노인우울척도의 표준화 예비연구

2 연병길 (한림외대) : 한국판 MMSE-K와 소인식기능검사의
비교연구3 배재남 · 조맹제 (서울외대) : DSM-III-R 주요우울증에 대한
GDS의 진단정확도4 오병훈 · 김도훈 · 유계준 (연세외대) : 노인성우울증과
여기기능척도5 박종한 · 이종학 (대구효성가톨릭외대) : 초기 알츠하이머형 치매의
신경심리학적 소견

• 총무부소식 •

1. 대한노인정신의학회는 1995년 7월 8일 대한신경정신의학회의 연구학회로 정식 등록되었습니다.
2. 1995년도 대한신경정신의학회의 학회 창립 50년사에 포함될 본 학회의 연혁에 대하여 원고를 송부하였습니다.
3. 1995년도 9월 15일 충남대학병원에서 다음 주제 하에 월례집담회가 개최되었습니다.
 - 1) 뇌실주위병변 및 다발성경색이 있는 65세 조증환자
 - 2) 83세 망상장애 환자
4. 대한노인정신의학회의 추계학술대회가 1995년 11월 24일(금) 고려대학교 인촌기념관에서 개최될 예정입니다.

• 대한노인정신의학회 평의원 회의 •

▶ 1995년 7월 18일 신라호텔 커피숍에서 평의원회의가 열렸습니다. ◀

1. 평의원 회의에서는 대한노인정신의학회 추계학술대회 및 제 4회 월례집담회의 세부적 일정에 관한 토의가 있었습니다.
2. 제 7차 IPA 참석 및 일정에 관한 구체적 토의가 있었습니다.

• 편집위원회 소식 •

1995년 9월 19일 잠실 롯데호텔에서 편집위원회가 열려 Newsletter의 기사구성 및 편집방향에 대한 토의가 있었습니다.

회원동정 •

1. 본 학회의 회장인 곽동일회원이 1995년도 9월 15일부터 고려대학교 의과대학 안암병원 병원장으로 임명되어 근무하고 계십니다.
2. 본 학회의 박종한회원이 1995년 9월 1일부터 대구 효성가톨릭대학교 의과대학의 정신과 주임교수로 임명되어 근무하고 계십니다.
3. 본 학회의 기획부장인 오병훈회원이 대한신경정신의학회의 차기 기획부장으로 내정되었습니다.
4. 그동안 학술부에서 수고해주시던 이강섭회원이 개업 관계로 본 학회의 평의원을 사임하였고 후임으로 안양 계요병원의 채정호회원이 내정되었습니다.
5. 본 학회의 총무부 최중혁회원이 1995년 10월부터 약 1년간 미국 해외 연수교육차 1995년 10월 21일 출국예정입니다. 최중혁회원은 University of Michigan의 Mood and Anxiety division에서 fellowship 과정을 밟을 예정입니다. 주소와 전화번호는 아래와 같습니다.

주 소 : 42687 Northville Place Drive, Northville, Michigan, 48167 U.S.A.

전 화 : 810-305-9225

• 학습부 •

☞ 제 7차 IPA에 관한 IPA회장 Raymond Levy M.D.의 글을 옮긴 것 입니다.

아울러 IPA 제 7차 학술대회에 회원여러분의 많은 참여가 있으시기를 부탁드립니다. 자세한 문의 사항은 학술부장 조맹제회원에게 연락주시기 바랍니다.

7th Congress to Have Rich Program; IPA Membership Grows

It is exciting and rewarding to see what an outstanding conference is being developed by the organizing and scientific committees of the IPA Seventh International Congress. I look forward to seeing you in Sydney from October 29 to November 3, 1995, for this meeting. The program is diverse and rich, with emphasis on such major areas as Alzheimer's disease(diagnosis, clinical development and treatment); dementia, including behavioral disturbances; and depression. The congress will begin with a special symposium, a daylong exploration discussion of service delivery in psychogeriatrics - which will focus much-needed attention on this area. Also featured will be the 1995 IPA Research Awards in Psychogeriatrics program, which will include lectures by winning authors George Vaillant, V. Olga Emery, and Luc P. De Vreese. These awards have been extremely successful in identifying an encouraging important, creative psychogeriatrics research that expands scientific knowledge in the field. The leadership of IPA is appreciative of the generous support of these awards by Bayer AG, which has sponsored them since their inception in 1989.

As I take office as president, also taking new IPA positions are President-Elect Barry Reisberg (United States); Secretary Edmond Chiu(Australia); Treasurer Akira Homma(Japan), and Immediate Past President Sanford Finkel(United States). New members of the board of directors who will begin their terms as the seventh congress are David Ames(Australia), Engin Eker(Turkey), James Lindesay (United Kingdom), and Koho Miyoshi(Japan). David Resnikoff(Mexico), who had a 1-year appointment, has been renewed for a 4-year term; Mohamed Ghanem(Egypt) and Yucun Shen(China) have been named corresponding directors.

The efforts and energies of the directors, both new appointees and the board members they join, will continue to advance the activities IPA undertakes in its role of fostering psychogeriatrics. The effective, expanded work of IPA's committees has heightened attention to psychogeriatrics in many parts of the world, and their efforts continue to increase knowledge about the important issues in our field.

Our meeting in Cancun, Mexico, in February featured a Latin American roundtable that has prompted a flurry of activity aimed at providing information and facilitation publications on psychogeriatric activities in Latin America. As the report on page 20 indicates, we ask IPA members to provide any information they have that could further this project and meet an important need for our Latin American colleagues.

Our 1996 workshops are in New Delhi, India(March 9-10), and in Reykjavik, Iceland(October, specific date to be determined). Planning has already begun for our future congresses in Jerusalem (1997) and Vancouver(1999).

Our membership continues to grow and now numbers over 1,200. Our relationships with national organizations and international bodies, such as the World Health Organization, the World Psychiatric Association, and the World Federation of Neurology, continue to expand. We are especially gratified by the formal affiliation with and support from the Japanese Psychogeriatric Society. We are witnessing worldwide growth in our field, both in research and in psychogeriatrics-related education for mental health professionals and primary care physicians. Although we can expect setbacks resulting from governmental cost-cutting and reductions in services, the sheer numbers of elderly people worldwide make it inevitable that our field will grow significantly in the years ahead.

– Raymond Levy, M.D.

President

International Psychogeriatric Association

Psychosis Associated with Alzheimer's Disease

Kye Y. Kim, M.D.

Assistant Professor in Clinical Psychiatry

Division of Geriatric Psychiatry

Department of Psychiatry, School of Medicine

State University of New York at Buffalo

In United States, Alzheimer's disease afflicts approximately 10% of community residing persons over 65 years old. Moreover, this disease is the single largest cause of institutionalization of the elderly persons. This condition itself is extremely distressing to patients and their families, but it becomes more so when patients develop psychiatric complications. The DSM-IV recognizes four complications such as behavior disturbances, delirium, depression and delusion. While delusion is the only psychotic symptom formally listed in DSM-IV, patients with Alzheimer's disease often develop a full blown psychosis. The case described by Dr. Alzheimer in 1906 also had hallucination and delusion, it is very important for clinicians to recognize this complication because it can be successfully treated with pharmacotherapy and behavioral interventions.

The occurrence of psychosis in patients with Alzheimer's disease is rather widely ranged from 15% to 75%. This is probably due to the variable diagnostic criteria and different measures of determining psychotic symptoms in this population. Some researcher indicated that among patients with Alzheimer's disease isolated symptoms were more common than diagnosable psychotic disorders. Even though patients can be monosymptomatic of psychosis they can be very disturbing to caregivers. The occurrence of psychosis in this population is not unique to Alzheimer's condition. It can be also manifested in other types of dementing condition such as multi-infarct dementia. There are three types of psychotic symptoms that are commonly found in this population-delusions, hallucination and misidentification syndrome. Delusions occur in the range of estimates of 30%–

38% and they are more common in patients with mild to moderate dementia. In some cases, delusions are major reason to seek a medical assistance. The most common types of delusions are of theft. Patients often believe that their belongings have been stolen. As a result, they often make accusations and start hiding things. Then, they forget where they put them. This may become a vicious cycle that their caregivers often have to deal with. In some cases, paranoid ideation can be very prominent. They believe that someone is trying to harm them over no clear reason. This delusion may cause them to become very suspicious and socially withdrawn. Delusion of spousal infidelity is also often a presenting problem in patients with dementia. Secondly, hallucinations are another psychotic symptoms that are very disturbing to patients and caregivers. They occurs in 28% of this population. The occurrence of hallucinations generally reflects the severity of dementia and underlying delirium. Visual hallucinations seem to be most common, followed by auditory and olfactory hallucinations. In patients over the age of 60, the most frequent diagnostic associations of visual hallucinations are eye pathology, particularly cataracts followed by cerebral infarct and dementia. Therefore, it is clinically prudent to rule out any other medical etiologies. They often see people or animals, which can be either pleasant or frightening. Auditory hallucination generally involve hearing noises, but some patients experienced command hallucinations. Olfactory hallucinations are infrequent. Thirdly, misidentification syndromes occur in the range of 5%~31% of patients with Alzheimer's disease. They seem to occur at various stage of the condition. They involve delusional systems and possibly hallucinations. The most frequent one reported in the literature is Capgras' syndrome, in which the patients believe that another person has been replaced by an impostor of similar appearance. Again, this can be an extremely frightening experience to patients.

There have been research efforts to correlate psychotic symptoms with other clinical symptoms of Alzheimer's disease. Sensory impairments have been implicated in the causation of psychotic symptoms in the elderly. However, in Alzheimer's disease the positive association has not been found. A clinically interesting finding is that Alzheimer's disease patients with extrapyramidal symptoms were reported to have psychotic symptoms almost twice as frequently as those without extrapyramidal symptoms, to be more cognitively impaired and to have a faster rate of cognitive decline. This association can be very helpful in terms of prognostic indication and long term care planning. It also appears that psychotic symptoms are associated with a faster rate of cognitive decline in Alzheimer's disease although not with increased mortality. It was also found that psychotic patients have a tendency to have abnormal EEGs with increased delta and theta activity, which reflects a greater degree of cerebral dysfunction.

Pathophysiological mechanisms of psychosis in Alzheimer's disease are not clearly established, but there have been some interesting research findings. One study showed that Alzheimer's disease patients with psychotic symptoms had increased numbers of senile plaques and neurofibrillary tangles in the subiculum and middle frontal cortex. This can be viewed as a possible explanation of a rapid decline of cognitive function and more resistance to drug therapy in this population. Studies on cholinergic-dopaminergic interactions yielded interesting evidence that decreased

cholinergic activity relative to dopaminergic activity may be associated with psychotic symptoms. In conclusion, although there are many areas that should be further investigated this topic is very interesting in view of clinical practice and future research in geriatric psychiatry. With the emergence of new imaging techniques and application of existing research tools, this area should yield exciting data that would guide clinicians to implement more effective therapy and appropriate treatment planning. We also need to do large cross-sectional studies as well as longitudinal and prospective studies.

• 제 4 회 월례집담회 •

1

83세 망상장애 환자

이 봉 희 (충남의대 전공의)

83세 여자환자로 무학이며, 남편과 53세에 사별하고 시골에서 혼자 생활해 오던 환자이다. 1986년에 처음 시작했고 입원 약 두달전에 다시 악화된 “우리 집이 난리가 났어요, 누가 쫓아온다”는 환자의 말과 헛소리를 자꾸한다는 보호자의 호소로 1995년 6월 30일에 입원해서 1995년 8월 30일 퇴원한 환자이다. 개인력상에 40대 말부터 남편의 건강이 나빠지면서 산신당을 차려놓고 자녀들의 복을 빌기도 했다. 1986년 부터 환청(죽어라)과 피해망상(여자가 자녀들의 목을 뺏어간다, 수명을 뺏아간다 등)이 있어 농약을 먹기도 하고 칼로 복부를 자해하기도 했다. 그러나 당시에는 외과적 치료와 약 보름간의 정신과적 치료를 받고 자의 퇴원했고, 그 이후 일년에 한 두차례 피해망상적인 내용을 이야기하기는 했으나 심하지 않아서 외래를 통한 추적치료는 하지 않았다고 한다.

올해 4월부터는 피해망상(자녀들의 재산을 빼내간다. 반짝이는 도깨비불이 와서 자식들의 수명을 건어간다 등)이 더 심해져서 잠을 안자고 밤에 방구석에 웅크리고 앉아있고, 자녀들이 자면 누가 와서 죽이는데 이렇게 자고 있으면 어떻게 하나고 깨우기도 하며 방에서 서성이고, 가해자를 본인이 만나서 해결해야 한다고 시외버스를 타고 찾아다니기도 했다고 한다. 또한 산신령에게 글(주문)을 읽는다고 하면서 혼잣말이 많아지고, 집밖으로 뛰어 나가려고 해서 자녀들이 제지하면 머리를 벽에 박기도 하고, 식사를 안해서 점점상태가 나빠져 본원 외래를 통해 입원했다.

입원 당시 환자는 133cm, 34kg의 작고 마른체격에 의식상태는 명료했으며 다른 사람과의 어울림은 없었고 사고의 내용이 빈약한 소견을 보였다. 또한 식사를 안해서 전해질의 불균형과 마비성 장폐색으로 전신상태도 좋지 않은 상태였다. Mini-mental state examination 상 15점, brain MRI상 특이 사항 없었고, brain SPECT상에 전두엽 부위에 perfusion defect가 있었으며, CAMCOG상 51점이 나왔는데 주로 읽기, 쓰기, 보고그리기, 추상적 사고능력, 최근 정보에서 낮은 점수를 보였다. Schizophrenia, paranoid type, episodic with interepisodic residual symptom(Paraphrenia), Schizotypal personality trait impression 하에 high potency antipsychotic(haloperidol)를 low dosage로 투여하면서 supportive psychotherapy를 병행하여 증상이 호전되어 퇴원하였다.

2

MRI상 비특이적인 병변(뇌실주위병변 및 다발성 경색)이 있는
65세 조증환자

이 충 숙 (대전한일병원 정신)

Case

65세에 manic symptoms 이 초발한 남자환자로, 고혈압(7년전 진단) 및 만성적인 음주력이 있었으며, 가족력상 차녀의 음독자살이 있었다. Brain MRI상 1) multiple lacunar infarction, old, left thalamus and right upper pons, 2) chronic ischemic infarction, both deep white matter (periventricular white matter changes), 3) cerebral atrophy, sulci dilatation, ventricular enlargement 소견을 보였고, 고혈압 및 경미한 지적기능 감퇴의 검사실 소견은 정상이었다. 약 4주 동안의 Lithium치료로 calm down되었다.

Review

Krauthammer C와 Klerman GL(1978)은 이차성 조증의 개념을 내과적, 약물학적, 혹은 기타 기질성 기능이상에 따른 manic symptoms을 포함, 확장하도록 제안했으며, 진단기준을 (1) duration of at least one week, (2) elated and/or irritable mood, (3) at least two of the following behaviors : ① hyperactivity, ② pressure of speech, ③ flight of ideas, ④ grandiosity, ⑤ decreased sleep, ⑥ distractibility, ⑦ lack of judgement, (4) exclusionary criteria : ① clear previous history of manic depressive or other affective disease, ② coexistence of the manic syndrome, eg. disorientation, confusion, clouding of consciousness, or delirium)라고 정했다. 원인으로는 신경학적 병변, 독성물질 및 대사장애 등의 여러요인이 있으며, 임상양상은 primary mania 와 거의 같다. 병인은 아직 잘 알려지지 않았으나, 가설로서 1) 2 concurrent factors(① 우반구의 특정부분 병변, ② 정동장애나 피질하위축에 대한 유전적 부하)와 밀접하게 연관, 2) 대뇌반구의 특이성과는 관계없이 경련부위 병변, 3) limbic or limbic-connected structures 병변, 4) nucleus accumbens에서의 dopaminergic turnover 증가 등이 제안되었다. 관련변수와의 관계중 병변위치를 보면, 이차성 조증과 연관된 병변은 주로 basal forebrain region(basal ganglia, thalamus, hypothalamus, midbrain nuclei, limbic portion of the frontal & temporal lobe)을 침범하여, 정서 및 신경기초적인 기능조절에 장애를 일으키며, 우측에 편측화되어 있다. 이차성 조증임을 지지하는 요소로 1) close temporal proximity of the organic insult to the subsequent mania, 2) negative premorbid history, 3) predominantly negative family history, 4) late age at onset(or concomitant neurologic deficits) 등이 있으므로, history, physical examination, ancillary testing이 필수적이다. 치료로는 첫번째 목적이 내재하는 기질적 이상을 교정하는 것이고, 그 다음에는 목표증상에 맞추어 antimanic drug(Lithium, Carbamazepine, Neuroleptics)를 사용하며, 급성삼화가 없다면 예방적인 유지치료는 불필요하고, 자발적으로 회복되어 치료가 불필요 할 때도 있다.

일반인구에 있어 만발성 조증의 유병률은 알려져 있지 않지만, 연령증가와 함께 조증의 초발율은 비

교적 일정하게 증가된다고 하는데, 이는 사회적(신체적 질환 및 사회적 고립), 심리적(상실이나 적개심의 투입), 생물학적(특히 호르몬) 가설측면에서 토의될 수 있으며, 따라서 단일한 인자가 아닌, 통합적인 원인모델로서 설명될 수 있겠다. 한편, 다발성 경색 질환과 만발성 정신증과의 관계가 비례적이라는 가설은 노인환자에서의 미세혈관질환이 주요 정신의학적 장애의 새로운 발병과 연관됨을 시사해준다. 예로 백질병변은 혈관성 위험인자가 많음을 시사하는데, 비특정적인 가설로 노인의 뇌손상은 어떤 형태든지 여러 만발성 주요 정신의학적 질병에 대한 공통적인 원인이 될 수 있다고 하며, 더 특정한 가설로는 백질병변이 단일한 병리생리학적 결과를 일으켜 특정질환의 위험요소가 되기도 하고, 또 다른 해석(Guze & Szuba(1992))에 의하면, 이러한 병변은 정상적인 연령과 관련된 변화이긴 하나, 결정적인 역치를 넘어서면, 다른 위험인자(가족력, 해부학적 병변위치)와 복합작용하여 취약성이 증가되고 만발성 주요 정신의학적인 질병이 된다는 것이다. 결론적으로, 신경퇴행 및 신경발달의 변화는 만발성 정신증의 발생에 기여하는 것 같으며, 촉진요소로는 노화에 기인한 신경원 소실 및 혈관변화, 노화에 따른 기능변화가 있고, 특히 대뇌혈관 병리는 만발성 주요 정신의학적 질병에 대한 중요한 원인요소로 볼 수 있다.

JOURNAL 요약 •

Alzheimer씨병에서 발병연령과 관련된 임상증상들

Brian A. Lawlor, Theresa M. Ryan, James Schmeidler, Richard C. Mohs, Kenneth L. Davis
(American Journal of Psychiatry 1994 : 151 : 1646-1649)

현 용 호 (연세의대 전공의)

■ 서 론

조기발병 Alzheimer disease(AD)는 후기발병형에 비해 가족형인 경우가 많고 실어증이나 실행증의 빈도가 더 높다고 알려져 있다. 아직 정확한 근거는 없지만, 전통적으로 조기발병 노인성 치매와 후기발병 노인성 치매를 구분하는 나이는 65세이다. 조기발병형이 더 심하게 악화되어가는 임상적 경과를 보이는 하지만 최근의 보고들에 의하면 조기발병형에서 진행 속도가 더 빠르다는 증거는 아직 밝혀지지 않고 있다고 한다.

본 연구에서 저자들은 1) 조기발병형이 특정한 임상양상과 관련이 있는지와 2) 나이로 AD의 아형을 구분지을 수 있는지를 밝히려 하였다.

■ 연구방법

본 연구의 대상군은 National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke에서 AD로 진단된 104명의 환자였고, 이들의 이환기간, Blessed Information-Memory-Concentration Test, 발병한 나이, 진행속도(Progression rate), 추적조사기간 등 인구학적 및 임상적 특징이 조사되었고, 독립변인으로 우울증, 언어 및 운동수행 능력, 초조(agitation), 진행속도, 지남력, 정신병, 기억력 등이 측정되었으며, 공동변인으로 이환기간 및 성(gender)이 이용되었다.

나이와 위의 인지 및 비인지적 변수와의 관계, 그리고 나이와 진행속도와의 관계를 분석하기 위해 다중회귀분석이 이용되었다.

■ 연구결과

우울증, 언어 및 운동수행 능력, 초조 등 질병의 심각도를 나타내는 모든 변인이 조기발병형과 상관관계를 보였고, 초조를 제외한 나머지 변인들은 이환기간 및 성을 control한 후 부분연관을 보였다.

통계적으로 유의한 상관관계를 나타낸 변인은 우울증, 언어능력 및 지남력이었고, 언어능력장애와 높은 우울증 점수는 조기발병형과 관련있는 반면, 후기발병형에서는 지남력장애가 더 심한 것으로 나타났다.

질병의 진행속도는 AD의 나이에 따른 분류와는 연관이 없는 것으로 나타났다.

■ 고 찰

본 연구에서 가장 중요한 소견은 조기발병형 AD에서 언어 및 운동수행 능력의 장애가 더 심하고, 우울증과 같은 행동상의 장애가 발생 할 가능성이 더 많다는 것이다.

AD에서 언어 및 운동수행 능력이 얼마나 심한가는 어떤 신경화학적 결핍이 있는가, 어느 대뇌반구가 침범 되었는가, 또는 어느 부위에 신경병리학적 변화가 있는가 등에 따라 다르고, 이는 조기발병형에서 보다 더 광범위하고 심각한 신경화학적 및 신경병리학적인 손상이 있음을 의미한다.

본 연구의 결과, 조기발병형에서 우울증의 빈도가 더 높은 것으로 나타났는데, 과거의 연구들에서 noradrenergic abnormalities(locus ceruleus의 수가 적다거나 대뇌의 norepineprine 수치가 낮은 것 등)와 AD 환자에서 주요우울증이 발생하는 것 사이에 관련이 있다는 것이 보고되었고, 따라서 조기발병형 AD 환자에서 행동상의 문제가 자주 발생하는 것은 monoaminergic neurotransmitter의 기능에 광범위한 변화가 있기 때문이라는 설명이 가능하다.

본 연구의 결과가 타당하다는 것을 입증하기 위한 가장 중요한 방법론상의 문제는 바로 발병한 나이를 어떻게 정의하는가 하는 것이다(65세를 기준으로 조기발병 및 후기발병을 구분하는 것의 타당성을 지지하는 증거가 별로 없고, 신경화학적 기초 하에서 이를 밝혀보려고 시도한 사후연구에서는 79세를 기준으로 나눌 것을 제안 하였다). 따라서, 이후의 현상학적 연구에서는 조기발병형 및 후기발병형 AD에 대해 보다 정확히 정의할 필요가 있고, 아울러 경향성을 명확히 하고 지역사회 인구의 특성을 좀 더 정확히 반영하기 위해서 55세 이하와 70세 이상의 환자군도 연구에 포함되어야 할 것이다.

· 서

Cognitive Assessment for Clinicians

John R. Hodges

차 지 현 고려의대 전공

수십억년전 태양과 지구의 물질로부터 생명은 탄생하였고, 이들은 지난 긴 시간동안 진화에 진화를 거듭하여 결국 인간에 이르고 있다. 생명들은 언제인가부터 '뇌'라는 구조를 가지기 시작하였다. 처음에는 단순히 기본적 생명유지 기관들의 조절과 통합 기관으로 발전하였으나, 이후 긴시간동안 복잡한 구조로 발달하면서 보다 복잡하고 커다란 구조를 이루게 되었다. 뇌의 기능도 그 구조의 복잡성 만큼이나 다양하고 방대해져서, 오랜 연구에도 아직 그 '처녀성'을 잃지 않고 있다. 수많은 연구가 있어왔고, 앞으

로도 있을 것이지만, 뇌는 앞으로 적어도 당분간은 신비와 경외의 대상으로 남을 것이다.

우리는 매일 보고, 듣고, 말한다. 또한, 읽고, 쓰고, 계산한다. 우리는 항상 주의력을 집중하고 있어야 하고, 과거의 추억이나 필요한 정보들을 회상하기도 하며, 현재의 필요한 정보나 사건들을 기억해야 하고, 시간, 장소, 사람들을 식별할 수 있어야 한다. 우리는 이러한 능력을 '인지기능'이라고 부른다. 위의 기능들은 뇌의 발생과정에 있어서, 그리고 그 기능 자체에 있어서 인간에게 특별히 발달한 고위기능이라고 할 수 있다. 또한 위의 능력과 기능들은 우리가 일상생활을 영위하는데 필수불가결한 것으로, 대부분의 건강한 사람들은 굳이 노력하지 않더라도 위의 기능들을 자연스럽게 발휘할 수 있다.

그러나, 우리는 병상에서 이러한 기능들이 온전하지 못한 환자들을 접하게 된다. 그들은 이러한 기능들의 장애로, 사회생활은 물론이고 기본적인 생활조차 제대로 향유하지 못한다. 가끔씩 우리는 이러한 환자를 치료함에 있어, 이들의 장애에 대해 잘 알고 있지 못하여, '나타난 증상의 원인이 무엇인지', '어느 부분의 이상을 의심해야 하는지', '이러한 증상의 의미는 무엇인지'조차 몰라 허둥대기도 한다. 또한 환자의 상태를 정확히 파악하지 못하기도 하고, 환자의 상태를 정확히 파악, 평가하고 싶어도, '어떤 도구나 척도를 이용해야 하는지', '어떤 방법으로 검사해야 하는지' 몰라 당황하기도 한다.

이 책은 이러한 궁금증을 자연스럽게, 알기쉽게 다루고 있다. 6개의 장으로 구성되어 있는 이책은, 우선 첫 1, 2장에서 인지기능의 이론적 국면들에 대해 얘기한다. 제1장은 주의력, 기억력, 인격 등과 같은 전반적 인지기능에 대해, 제2장은 언어, 읽기, 쓰기, 계산 등과 같은 국소성 인지 기능에 대한 이론들과 뇌 구조와의 관계 등을 알기 쉽게 설명하고 있다. 제3장은 인지적 병력 청취법과 신체검사법을 설명한다. 제4장은 병상에서 직접적으로 필요한 인지기능검사들과 그 방법 등에 대해 자세하고 쉬운 설명을 주고 있다. 여기서는 일반적인 진찰법과 함께, 기능들 각각에 대한 검사법들을 제시한다. 제5장은 증례들을 예시하여 이해를 돕고 있고, 제6장은 표준 검사법의 스케줄을 보여준다. 또한 부록에서는 신경심리검사방법들을 자세히 설명하고 있으며, 실제 유용한 척도들을 제시하고 있다.

이 책은 '뇌'의 고위기능 중의 하나인 '인지기능'의 이해에 큰 도움을 주고, 실제 환자 평가와 관리에 필요한 유용한 검사법과 척도들을 제시하고 있어 임상 의에게 유용하다. 또한 내용이 쉽고 간결하며 재미있게 쓰여 있어 흥미롭고, 그림과 도표들로 이해를 돕고 있다. 이 책은 옥스포드 대학교 출판부에 의해 1994년에 발간되었고, 저자인 John R. Hodges는 신경과 의사로, 캠브리지 의과대학에서 강의를 하고 있다. 저자는 서문에서, 이러한 분야에 대한 교육의 부재나 결여에 대해 우려를 나타내고 있으며, 이책이 이러한 분야의 이해에 도움이 될 수 있으리라는 믿음을 강조하고 있다. 여러분도 이책과 함께 뇌라는 우주속을 여행하는 여행자가 될 수 있다. 그리고, 그러한 여행을 통해 실제 임상에서 필요한 적지않은 정보와 지식을 얻을 수 있을 것이다.

끝으로, 이 책의 번역서가 나온다면, 실제 임상 의에게 더욱 큰 도움을 제공할 수 있지 않을까하는 생각도 가져본다.

• 기획부 •

☞ 10월 1일 세계노인의 날을 맞이하여 신문지상에 발표된 글을 발췌한 것입니다.

아울러 서울특별시의 노인복지대책 및 선진국의 노인복지정책을 요약한 내용입니다. 회원 여러분께 도움이 되기를 바랍니다.

세계 노인의 날에 즈음하여

노인에게 새로운 인식을

요즘엔 노년에 빚댄 우스갯소리가 적지 않다. 예를들면 이런 식이다. 70대에 접어든 노인 세분이 모여 맥주를 들고 거나해졌는데 한 노인이 슬픈듯 말했다. 『이젠 기억력이 없어져 내가 어느 고등학교를 다녔는지 모르겠다. 하지만 회한하게도 교가는 생각난다』면서 노래를 부르기 시작했다. 그가 부른 교가는 「동해물과 백두산이…」였다. 애국가 1절이 끝나자 듣고 있던 다른 노인이 「그 교가를 들으니 우리 교가도 생각난다」면서 노래를 불렀다. 그가 부른 교가는 「남산위에 저 소나무…」로 애국가 2절이었다.

노년을 빚댄 우스갯소리가 많은 것은 노년세대가 많다는 것을 뜻한다. 당연히 그것은 사회적인 문제의 대상이 된다. 세계적인 장수화 시대를 맞아 유엔도 이미 세계노인의 날을 정해 이를 문제점으로 부각시키고 있다. 10월 1일이 바로 유엔이 정한 제5회 「세계 노인의 날」이다.

선진국에서는 오랜전부터 노인 복지를 위한 준비를 다져와 이미 「노인들의 천국」을 만들어 둔 나라도 적지않다. 이웃 일본도 70년대에 「중고령자 고용촉진에 관한 특별조치법」등을 제정하는 등 국가적으로 노년에 대한 배려를 시작, 평안한 노년을 보장하고 있다.

1995년 현재 우리나라의 60세 이상 노인은 8백만여명을 웃돌아 전체인구의 18%가 넘는다. 2000년 이면 20.7%에 육박할 것으로 예상돼 이미 장수화사회는 시작되고 있다. 최근 노인 리조텔이나 유료양로원, 요양원 등이 하나씩 생기고 있지만 빠른 長壽化社會를 감당해 내기에는 아득한 수준이다.

물론 여기에는 국가의 발빠른 각종 대책이 필요하다. 그러나 무엇보다 지금 노년을 맞고 있는 사람이나 앞으로의 노년을 계획해야할 당사자들의 발상전환을 먼저 권하고 싶다. 노인이라면 무력감에 빠지고 인생을 비관하게되며 무료하고 불행한 세대가 된다는 인식부터 버려야 한다. 노년에도 남에게 필요한 존재가 될 수 있고 새로운 일거리를 찾아 전에 없던 보람을 찾을 수 있다. 노인세대가 모두 병들고 무력한 것만은 아닌 것이다. 적극적인 노년을 보람있게 장식할 수 있을 것인데 새로운 것의 습득, 인생을 새로 시작하는 기분, 세상에 대한 적극적인 관심 등도 그 가운데 하나다.

노령사회가 오고 있다

인구의 증가가 멈추고 노령인구의 비중이 높아지는 이른바 선진국형 노령사회가 예상보다 빠르게 다가오고 있다는 분석이다. 통계청조사에 따르면 그동안 펴온 인구억제 정책의 결과 지난해 우리의 인구 증가율은 처음으로 1% 아래로 내려섰다. 이 때문에 보건복지부는 오는 2021년 우리의 인구가 5천58만 명을 정점으로 증가가 멈추거나 오히려 줄어들 가능성이 높다고 분석하고 있다.

인구가 정체되고 노인인구가 많아진다면 여러 갈래의 새로운 사회문제가 생긴다. 그러나 인구가 무한히 증가하는 사회는 더 어려운 사회문제를 안게 마련이다. 그 경우의 부담을 상정한다면 인구억제 정

책의 기조는 유지돼야 한다. 다만 우리국토에 맞는 인구의 적정선을 찾아내고 인구 구조를 어떻게 유지하며 고령사회의 문제를 어떻게 현명하게 해결해 나갈 것인가 하는 대책마련이 우리앞에 주어진 과제이다.

우리의 65세 이상 노령인구는 95년 현재 총인구의 5.7%다. 오는 2000년을 넘기면 그 비율이 7%로 높아져 유엔이 정의하는 이른바 노령화사회로 진입하리라는 분석이다. 그리고 그 속도가 급격히 빨라져 2020년에는 노령인구의 비율이 12.5%에 달한다는 추계다.

노령인구가 많다는 것은 젊은 산업인력이 상대적으로 적다는 뜻이다. 인구의 정체까지 겹칠 경우 산업인력난이 더욱 심해지고 그것이 성장력둔화로 이어질 가능성이 커진다. 산업인력의 효과적인 활용방안, 특히 여성인력을 어떻게 활용하며 소수 인력으로 필요산업을 유지하는 등 부가가치를 키워가는 방안을 고용 및 산업정책 차원에서 연구하고 찾아내야 한다.

노령화사회는 부양비 부담이 커지는 사회다. 부양해야 할 인구가 많아지는데 비해 부양능력이 있는 근로자인구는 상대적으로 적어 개인적으로는 물론 사회전체의 부양부담이 높아질 수밖에 없다. 부분적으로 실시하고 있는 국민연금제도의 전국민확대, 연금의 현실화 등 다각적이고 현실적인 대책을 세워야 하며 노령인력의 활용방안도 적극적으로 찾아야 한다.

특히, 향후 인구구조상 출산이 억제되고 평균수명은 길어질 전망이므로, 노령화비율이 위험수준을 넘지 말라는 법이 없다. 이는 곧 사회전체의 노령화를 의미한다. 이에 대비해 억제위주 인구정책의 수정이 있어야 한다. 우리가 감당할 수 있는 노령인구 비율을 찾아내고 출산율을 신축성 있게 조절하는 정책개발이 시급하다. 세자녀가정에 불이익을 주는 세제와 의료보험제도는 이미 낡았다.

서울특별시의 노인복지대책

서울특별시장 趙 淳

서울시는 정치, 경제, 사회, 문화 등의 모든면에서 한국을 대표하는 수도로서의 기능을 다하고 있기 때문에 흔히들 서울을 작은 정부라고 말하고 있으며 따라서 서울시의 주요 정책집행은 시민뿐만 아니라 전 국민의 관심의 대상이 되고 있습니다.

복지문제 역시 유아, 청소년, 부녀자, 노인 등 그 대상층이 다양하여 시책의 추진 과정에서 대상층의 예민한 반응때문에 모든 계획이 목적대로 집행되기까지에는 어려움이 산적해 있는 것 또한 사실입니다.

그중에서도 많은 사회경험을 겪으시며 오랜세월을 살아오신 노인분들을 위한 노인복지 시책에 대해서는 많은 경험과 지식을 겸비하신 분들이 많기 때문에 더욱 자신있게 말하기가 어렵다고 생각합니다.

그러나 현행 노인복지법에서 일률적으로 정하고 있는 65세이상 노인분들만 하여도 서울시에 무려 5십만명이 넘고있는 실정이므로 이 분들에 대한 복지대책은 장기적 안목에서 검토되어야 한다고 봅니다.

현재 65세이상의 노인분들께서는 힘겨웠던 6.25를 겪고 60년대에는 국가에서 가난을 벗어나려는 경제발전 제일주의 정책의 최일선에서 앞만 쳐다보고 경제성장을 위해 노력해온 그런 세대의 주역들이셨습니다.

이제 그 결실이 80년대 들어서면서 서서히 맺게되어 1인당 국민소득은 9,000달러를 넘어섰고 명실공히 무역대국의 위치에 떠올라 선진국을 향한 발돋움을 하고 있습니다.

이러한 현실에서 어려운 시기에 힘든 역할을 담당하시던 주역들이신 노인들에게 중앙정부나 지방정부에서 최대한의 노력을 경주하여 복지혜택을 부여하고 편안한 여생을 보장함은 도덕적인 면에서 당연히 할 일이라고 봅니다.

그러나 복지는 생각과 말만으로는 이루어질 수 없는 것이며 국가, 지방정부, 각 가정 모두가 노력하고 예산 또한 뒷받침 되어야 실효를 거둘 수 있을 것입니다.

현 시대를 살고계신 대부분의 노인분들은 사실상 믿고 의지할 만한 곳은 국가나 지방정부 차원이라기 보다는 가정이 우선인 것입니다.

평생을 가족들을 위해 조건없는 일방적 헌신으로 고달픈 삶을 살아오신 분들에게 가족들이 따뜻하게 보살펴 드린다면 국가나 지방정부가 직접 담당해야 할 부분은 상당한 수준까지 줄어들 수도 있을 것입니다.

사실 물질문명의 고도화로 대표되는 현대사회속에서 가장 어려운 생활을 하는 계층에 노인분들이 속해 있으며 그분들 절반이상이 극빈층이라고 할 수 있습니다. 이러한 노인들의 빈곤문제가 우리나라에서 본격 논의되기 시작한 것은 70년대였고 그후 노인대책이 다각도로 검토되고 강구되어 왔던 것입니다. 인류이나 도덕의식의 양양을 법으로 강제할 수는 없는 것이지만 싱가포르 같은 나라에서는 자식들의 도덕심 고취를 위해 일명 「효도법」을 제정, 시행하고 있음을 눈여겨 볼만 합니다.

현재 노인분들은 대부분 무소득 상태인데다가 자식들의 부양의식은 산업화의 진행과 반비례하여 점점 약화 되어 빈곤노령자의 숫자는 계속 증가하고 있을뿐만 아니라 최고령층에 속하는 80세이상 노인들은 대부분 치매, 중풍 등 만성질환에 시달려 가족들을 고달프게하고 신체적, 정신적으로 고통을 받고 있는 실정입니다.

서울시에는 일차 사업으로 생활보호대상 노인중 치매, 중풍으로 고생하시는 노인들을 위해 국내 최초로 노원구 중계동 501-1에 전문요양시설인 「중계노인복지관」을 건립하여 지방공사 강남병원으로 하여금 그 운영을 맡도록 하여 1995년 8월말 개원을 목표로 준비하고 있는데 약 280여명의 대상노인들을 입소시킬 예정입니다.

그동안 노인복지를 위한 주요사업이 양로원, 요양원 등 시설에 보호하는 것이 위주였으며, 경로송차권지급, 노령수당 지급 등의 단순히 금전의 일부를 부담하는 소극적 정책이었다면 앞으로는 65세이상 전 노인을 대상으로 노인들에게 적극적인 사회참여를 유도하기 위하여 지역별로 노인종합복지관을 가능한 많이 건립하여 건강한 노인과 질환이 있는 노인 전부를 위한 다양한 서비스를 제공하는 방향으로 전환해야 한다고 생각합니다.

서울시가 추진하고 있는 노인복지 시책은 대략 다음과 같이 설명할 수 있겠습니다.

우선 노인복지 시책을 소득원을 상실한 생활능력이 없는 저소득 노인에게는 행정지원을 통하여 기초생활을 보장하고, 중산층 노인에게는 민간시장 기능에 의한 유료시설 확충과 서비스를 확대하며, 건강하고 일할 수 있는 노인에게는 취업 등 사회참여 기회를 확대하고, 질환노인에게는 간호서비스를 확대하며 중풍·치매 등 노인전문요양시설들을 많이 확충해 나가는 방향으로 추진하고 있습니다. 구체적인 주요시책 내용을 설명한다면 다음과 같습니다. 먼저 실제적인 경제면에서 볼때,

첫째, 노령수당 지급을 확대할 것입니다.

현재 70~79세 생활보호대상 노인에게는 월 2만원, 80세이상 주택, 시설보호 노인에게는 월 5월만원씩 지급하는 노령수당을 96년부터 70~79세 생활보호 대상 노인에게는 월 3만원씩으로 인상지급하고,

향후 점진적으로 65세이상 노인으로 확대하여 지급할 것을 검토하고 있습니다.

둘째, 노인취업 기회도 확대할 것입니다.

현재 12개소가 있는 노인의 취업알선센터를 37개소로 확대 설치하고 노인취업 적정직종을 20개에서 50개 직종으로 연차적으로 확대 추진할 것입니다.

서울시의 지하철 등 공공시설내에 있는 자판기 등의 설치, 운영권을 생활보호대상 노인에게 우선 계약할 수 있도록 관련조례를 개정(1995. 6. 10)하여 생활이 어려운 노인들에게 생활의 터전을 마련할 수 있도록 제도화 하였습니다.

셋째, 경로식당 운영을 계속 지원할 것입니다.

탑골, 독립문, 관악산, 효창공원 등 다중 이용장소와 저소득 빈곤층 밀집지역 73개소에서 1일 6,500여명의 노인에게 무료급식을 계속 실시해 나갈 것입니다.

넷째, 어려운 노인과의 결연사업도 확대해 나갈 것입니다.

지역주민 및 기업체 등과 결연사업을 추진하여 어려운 노인에게 후원금이 지원되도록 하고 이러한 결연사업이 「1기업체(단체) 1결연운동」으로 확대되도록 행정력을 집중해 나갈 것입니다.

다음으로 의료부분에서 볼 때,

첫째, 노인건강진단의 내실화를 기해 나갈 것입니다.

희망노인에게는 지정의료기관에서 무료로 건강진단을 받도록 하고 있습니다. 94년에는 13,573명을 실시하였으며, 95년에는 진단항목수도 늘리고 진단수가도 대폭 인상하여 희망노인이 많도록 개선하였습니다. 앞으로 보건복지부에서 추진하고 있는 「노인건강관리법」이 제정되면 정기검진 및 보건교육이 강화되어 노인성질환이 사전 예방되리라 보고 있습니다.

둘째, 노인 의료보험 급여도 확대할 것입니다.

현재 연간 210일 적용하는 의료보험 급여기간을 96년부터 연중혜택을 계속받을 수 있도록 하고 65세이상 노인중 단독가구로 보험료 부담이 곤란한 가구에는 보험료를 50% 경감해 주는 방안을 보건복지부에서 검토하고 있습니다.

셋째, 노인성 질환자 전문의료, 치료시설을 확충할 것입니다.

노인성 질환자중 중풍, 치매환자를 위한 전문 요양시설을 노원구 중계동의 「중계노인복지관」과 경기도 파주군 광탄면에 「정원치매센터」를 건립중에 있으며, 관악구 봉천동 시립보라매병원내에는 노인전문병동을 건립중에 있습니다.

또한 이러한 의료정책에 따른 치료방안으로서,

첫째, 가정봉사원제를 활성화할 것입니다.

정신적·신체적으로 혼자서 일상생활이 곤란한 노인들을 방문하여 식사시중, 청소, 목욕, 생필품 구매, 말벗 등 서비스를 제공하는 가정봉사원 파견사업을 1일 1,500여명의 노인에게 실시하고 있으나, 99년까지는 12개 단체가 참여토록 하여 1일 3,000여명 이상이 혜택을 누릴 수 있도록 할 것입니다.

둘째, 주간보호 사업도 확대할 것입니다.

낮동안 가족의 보호를 받을 수 없는 노인들을 모셔와서 시설에서 점심식사를 제공하고 물리치료실에서 심신 기능이 회복되도록 치료해 주며, 급식, 목욕, 취미오락, 운동 등의 서비스를 제공하고, 노인들에 대한 주간보호 혜택도 현재 7개단체에서 1일 100여명의 노인에게 실시하고 있는 것을 99년까지는

12개단체에서 1일 300여명으로 확대 시행할 계획입니다.

나아가 사회복지차원에서,

첫째, 전문요양 시설을 연차적으로 확충할 것입니다.

중풍, 치매노인을 위한 전문요양시설을 95년도에 3개소를 신설하고 99년까지 4개소를 추가 신설하여 시설보호 혜택인원을 대폭 늘릴 계획입니다.

둘째, 노인종합복지관도 지속적으로 건립할 것입니다.

지역에 거주하시는 재가노인들의 이용시설인 노인종합복지관을 97년까지 구로구, 송파구, 강동구 지역에 3개소 건립하고, 99년도 까지는 서대문구, 성동구 지역에 2개소를 추가건립하여 노인들이 무료하게 지내는 일이 없도록 배려할 예정입니다.

셋째, 소규모 공동주택(가칭 「노인의 집」)시범사업을 실시할 것입니다.

독거노인 5~10명 단위로 공동거주할 수 있는 시설을 일반주택가에 임차하여 거주케 하므로써 전 월세방에서 혼자 생활하는 것보다 경비도 절감되고 고독감도 해소하는 등 사회로부터 받는 소외감을 해결해 나갈 예정입니다.

우선 96년도에 2개소 정도를 시범사업으로 시행해 보고 그 결과가 좋으면 점진적으로 확대시행해 나갈 것입니다.

이상은 서울시의 노인복지대책을 현재 추진하고 있는 사업중심으로 설명하였습니다. 이는 예산 등의 사정으로 일정한 한계를 갖고 있는 만큼 각 가정에서 가족들이 「孝」차원에서 노인들을 부양하려는 의지가 더욱 중요하다고 생각합니다.

따라서 「가족단위의 자체적 노인부양 대책강구와孝의 실천」이 시민모두의 협조로 이루어 질 때 서울시의 노인복지시책도 더불어 결실을 맺을 수 있을 것이라 생각합니다.

名國의 老人문제와 老人복지 現況

스페인의 노인복지정책

스페인 인구의 평균연령은 아직도 비교적 젊은 편으로 전체인구의 28.5%가 19세 이하이다. 그러나 최근 인구의 지속적인 고령화 현상이 나타나고 있다.

1985년 전체인구의 12.1%가 65세이상 노인이었으며, 5년후인 1990년에는 13.2%로 증가하였다. 돌아오는 2000년도에 전체인구중 65세이상노인이 차지하는 비율이 15.1%로 될 것으로 추산되고 있다.

1972년까지 스페인에는 노인을 위한 이렇다 할 사회정책이 없었는데 그 이유로는 다음과 같은 사실 등을 들 수 있다.

첫째, 1972년까지 노인인구가 전체인구의 약 10%정도로 낮았기 때문이다. 둘째, 가족이 노인을 위한 경제적 지지 및 보호의 주요 제공자의 역할을 담당하였다. 끝으로 정부나 종교단체에서 노인을 위한 시설보호를 제공하였다.

1973년 노인을 위한 주택의 설립을 위한 특별정책을 포함하는 사회보장법이 통과되었다. 계속 증가되는 노인과 함께 노인보호에 있어서 가족 역할의 퇴보는 사회보장체제의 필요성을 제기시켜 왔다. 사

회보장법은 수요가 계속 증대되고 있는 노인주거 보호시설의 신축에 중점을 주었다.

스페인에서 1979년도에 처음으로 실시된 지방선거는 지방정부로 하여금 해당 지역주민을 위한 다양한 서비스 시설의 설립을 촉진시켰다. 따라서 노인을 위한 사회적 서비스의 지방체계가 발달하기 시작하였으며, 새로운 서비스들이 시행되어 노인들의 욕구를 충족시켜 주었다.

이러한 서비스에는 가정원조서비스, 승차할인제도 및 주간센터 등과 통합된 보호계획이 포함되었고, 1985년에는 이러한 새로운 서비스들이 지방자치정부로까지 확대되었다.

1980년대에 들어서 스페인은 인구상의 커다란 변화를 경험하게 되었으며, 처음으로 60세이상 노인의 성장율이 전체인구의 성장율을 초과하였고 인구의 평균수명도 증가하고 있다.

1950년에서 1987년 기간 동안 65세 남성노인의 평균수명은 11.8년에서 15.4년으로 증가하였으며, 여성노인의 경우도 13.5년에서 18.8년으로 증가하였다. 이와함께 80세이상 고령후기 노인도 증가하고 있는데 특히 여성노인의 경우가 현저히 높다.

혼자 사는 노인 또한 증가하고 있는데 1981년 스페인 인구보고서에 의하면 65세이상 노인의 경우 14.1%가 개인주택에서 혼자 살고 있는 것으로 나타났다. 혼자 살고 있는 노인이 증가하고 있음에도 불구하고 가족과 노인간의 접촉은 빈번하고 가족은 여전히 노인에게 있어서 사회적, 경제적으로 중요한 역할을 담당하고 있다.

1988년 사회부(Ministry of Social Affairs)가 중앙정부에 설치되었으며, 1980년 초에 노인을 위하여 시행된 재가보호서비스, 주간센터, 친목단체 여행 및 휴가할인여행제도 등과 같은 혁신적인 서비스가 1980년 말까지 지속적으로 발전하였다. 1990년 말에는 노인을 위한 종합적인 정책인 제1차 노인계획안(Gerontocratic Plan)이 확립되었다.

이 계획안의 목표는 2000년도까지 100만명의 노인을 입주시킬 수 있는 노인주거보호시설을 설립하는 것이다(노인 100명당 3.5명의 수용능력). 그러나 계속되고 있는 스페인의 경제적 압박은 이 계획의 목표달성과 다른 노인정책의 개발을 어렵게 만들 수도 있을 것이다.

스페인은 지방 분권화 정책이 잘 이루어지고 있기 때문에 사회정책에 대한 국가의 조정이 어려운 실정이다.

따라서 공적으로 제공되어지는 서비스와 민간차원에서 제공되어지는 서비스간 화합에 대한 필요성이 제기되고 있다. 미망인이 된 노인과 농촌지역에 살고 있는 특수 노인집단의 경제상황이 아직도 안 좋은 실정이다.

또한 정신질환자 및 노인을 위한 의료보호서비스의 진료비가 계속 증가하고 있는 사실이 문제점으로 지적되고 있으며, 끝으로, 스페인의 가족구조와 주거형태가 급속히 변화되고 있지만 가족에 의해서 노인에게 제공되는 비공식 보호는 아직도 중요한 역할을 담당하고 있다.

이탈리아의 노인문제 현황과 복지정책

1975년 이탈리아 전체인구중 65세이상 노인이 차지하는 비율이 12.0%였고, 1990년에는 14.4%로 증가하였으며, 전체노인 인구중 고령후기노인이 차지하는 비율도 계속 증가하고 있는 추세이다.

이탈리아 노인에 관한 가장 큰 특징으로 들 수 있는 점은 노인의 소득이 지역간에 큰 편차를 형성하

고 있다는 사실이다. 특히 이탈리아 북부와 남부, 도시와 시골지역에서의 격차는 매우 심각하다. 일반적으로 이탈리아 북부지역이 남부지역보다는 노인인구의 증가율이 높다.

가족관계 및 중앙과 지역정부간 노인정책에 있어서 차이점이 나타나고 있으며, 이탈리아 남부지역에서는 전통적인 세대간의 유대관계가 아직도 뚜렷하게 남아 있다. 따라서 이탈리아 가족의 구성과 주거 형태는 지난 40년간 상당한 변화가 있어 왔다.

1983년 이탈리아의 전체 세대가운데 2.6%가 다른 가족과 함께 살고 있었고, 1988년에는 이 수치가 1.7%로 감소하였다. 지난 수십년 동안 도시화, 산업화의 결과로 시골지역에 거주하는 사람중 노인이 차지하는 비율이 크게 증가하였다.

이와함께 도시에 거주하고 있는 노인들 중 상당한 수의 노인이 사회적 서비스의 부족으로 인하여 다른 노인들로부터 보호서비스를 받고 있다.

유럽공동체 여러 나라와 비교할 때 이탈리아 노인들은 공적연금의 미비로 인한 소득의 부족으로 낮은 수준의 생활을 하고 있다. 특히 남부지역에 살고 있는 노인의 경우는 그 정도가 더욱 심하다. 최저연금 지급자격이 없는 노인들의 경우(즉, 최저국민 노인을 제외한 노인들)는 국가로부터의 여러가지 혜택 보장을 받을 수가 없기 때문에 경제적인 궁핍에 처하고 있다.

이탈리아에서는 노인을 위한 서비스 제공에 있어서 지역간에 상당한 차이가 있고, 고령후기노인과 고령전기노인간의 서비스에도 많은 차이점을 발견할 수 있다. 이들 두 노인그룹은 지역사회보호서비스, 노인시설보호서비스, 공식 및 비공식보호, 가족보호와 사회적 서비스의 조정에 있어서 서로 다른 요구와 서비스를 필요로 하고 있다.

또한 노인시설보호서비스에서 지역사회보호서비스로의 전환이 이루어지고 있는데 노인에게 제공되는 의료서비스 및 사회적 서비스에 대한 책임의 대부분은 지방정부에서 맡고 있는 반면 중앙정부는 이러한 서비스의 입법과 재정지원을 책임지고 있다.

이탈리아에서 노년학에 대한 관심을 가진 것은 제2차 세계대전을 전후로 해서 발전되었다. 제일먼저 이탈리아 노년협회(Italian Association of Gerontology)가 1958년에 설립되어 노인들의 경제적 궁핍, 퇴직문제, 공공복지서비스 제공에 있어서의 가족의 역할 및 노인시설에 있어서 근로자의 교육 등에 관한 문제를 조사하였다. 인구의 노화로 인한 의료 및 사회적 서비스에 대한 공공지출비용의 문제, 노인을 위한 주거보호서비스가 새로운 모델 계획의 필요성 때문에 노인들에 대한 관심이 점차로 증가하였다.

이탈리아 노인들은 정치적 안전의 주요 주체로서 등장하고 있는데, 노인을 위한 사회적 서비스와 의료 보호의 질을 개선시키고 재조정을 위한 국가의 필요성이 특히 중요한 정치적 안전으로 대두되고 있다.

알 림

총무부 온라인 계좌번호
예금주: 김 용 희
국민은행 : 083-01-0268-337

☞ 변동사항이 있는 회원이나 회보에 관한 문의사항이 있는 회원께서는 연락바랍니다.

전화 : 0347) 61-1890 (교환) 112 이 희 상

전송 : 0347) 64-8662



대한노인정신의학회 월례집담회